



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

“ΣΧΕΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΤΟΥ ΤΟΜΕΑ ΥΓΕΙΑΣ”

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια : Κωτούζα Γεωργία Ειρήνη

Επαγγελματικός Τίτλος : Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Τσάρας Κων/νος, Αναπληρωτής Καθηγητής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Επιβλέπων

Παραλίκας Θεοδόσιος, Επίκουρος Καθηγητής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**“Connection between the Quality of life and stress management for
students in post – graduate studies in health”**

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	8
1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΕΙΣ	8
1.1. Ποιότητα ζωής: ορίζοντας το πλαίσιο	8
1.2. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία	12
1.3. Θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής	14
1.4. Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής	16
2. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	20
2.1. Οι πανεπιστημιακές σπουδές ως προδιαθεσικός παράγοντας άγχους των φοιτητών	20
2.2. Άγχος, στρες και ποιότητα ζωής των φοιτητών μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών, επαγγελματιών υγείας	22
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	26
1. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	26
2. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	27
2.1 Σχέδιο μελέτης και δείγμα	27
2.2 Ερευνητικά εργαλεία	28
2.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων	29
2.4 Στατιστική ανάλυση	30
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	30
3.1 Περιγραφική ανάλυση	30
3.2 Έλεγχος συσχετίσεων	34
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	47

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα συναισθήματα που βιώνουν οι φοιτητές στο ακαδημαϊκό περιβάλλον είναι γνωστό ότι συνδέονται με σημαντικές παραμέτρους, όπως η ακαδημαϊκή προσαρμογή, η επιτυχία, αλλά και η υγεία και η ευημερία τους. Ωστόσο, παράγοντες όπως το άγχος και το στρες μπορούν να οδηγήσουν σε κακή ακαδημαϊκή επίδοση και σε παθολογικές καταστάσεις.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και των στρατηγικών διαχείρισης άγχους φοιτητών που παρακολουθούν προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών στον τομέα της υγείας.

Υλικό και Μέθοδος: Διενεργήθηκε περιγραφική μελέτη συσχέτισης. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 157 φοιτητές τριών προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών του τομέα υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που περιλάμβανε: α) τα δημογραφικά, κοινωνικά και χαρακτηριστικά υγείας των μεταπτυχιακών φοιτητών, β) το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28) και γ) την Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχωγόνων Καταστάσεων (Ways of Coping).

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός ψυχικού προβλήματος των μεταπτυχιακών φοιτητών ήταν 32,5%. Οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης (OR=3,04), οι πτυχιούχοι τμημάτων επιστημών υγείας (OR=4,13), οι συχνά χρήστες αλκοόλ (OR=2,49) και οι μη συχνά ασκούμενοι φοιτητές (OR=2,24) εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματος ψυχικής υγείας. Η ψυχική επιβάρυνση των φοιτητών σχετιζόταν κυρίως με τις στρατηγικές διαχείρισης άγχους που εστιάζονται στο συναίσθημα.

Συμπεράσματα: Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των φοιτητών είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς έχει σημαντικές επιδράσεις τόσο στους ίδιους τους φοιτητές όσο και στα πανεπιστημιακά ιδρύματα και την επιτυχία των προγραμμάτων σπουδών τους.

Λέξεις Κλειδιά: ποιότητα ζωής, άγχος, μεταπτυχιακοί φοιτητές, ψυχική υγεία, επαγγελματίες υγείας

ABSTRACT

Introduction: It is well known fact that feelings students experience in the academic environment is connected to significant parameters, such as academic acclimation, success, as well as, health and well - being. However, factors, such as stress and anxiety can lead to low performance and pathological conditions.

Purpose: The purpose of the specific thesis is to evaluate the quality of life of students in post – graduate studies in health sector and their strategies to manage stress.

Material and Method: A descriptive connection – study was conducted. The sample of the survey is consisted of 157 students of three post – graduate studies programmes in health section in the University of Thessaly. The collection of data was done though questionnaires in the form of self – reference that included: a) demographic and social features, as well as, information about student’s health condition, b) questionnaires of General Health (GHQ-28) and c) the scale of strategies to manage stressing conditions (ways of coping)

Results: The prevalence of mental problems in post-graduate students was 32,5%. The graduates of Technological Educational Institutions (OR=3,04), graduates in Institutions in Health science (OR=4,13), frequent alcohol users (OR=2,49) and students who do not exercise regularly (OR=2,24) suffered more frequently from mental health problems. Student’s mental tension was mainly related to the strategies used to manage stress caused by emotions.

Conclusions: The evaluation of the quality of student’s life is especially important since it has significant effects on both students and the university institutions, as well as, the success of their studies programmes.

Key words: quality of life, stress, post-graduate students, mental health, health professionals

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος «ποιότητα ζωής» αναφέρεται στις συνθήκες ζωής ενός ατόμου, που σε συνδυασμό με την εξασφάλιση των αναγκαίων υλικών όρων της ύπαρξης, εξασφαλίζουν την ευημερία του σε καθημερινό επίπεδο. Είναι συνεπώς κατανοητό ότι η ποιότητα ζωής, προϋποθέτει την εξασφάλιση αφενός υλικών, αφετέρου δε και μη υλικών πόρων όπως για παράδειγμα υγεία, αξιοπρέπεια, αρμονικό κοινωνικό περιβάλλον, ικανοποιητικές προϋποθέσεις συλλογικού βίου κλπ. (Raphael et al, 1996)

Η έννοια της ποιότητας ζωής αποτελεί ένα φαινόμενο πολυδιάστατο με ποικίλες πτυχές και διαστάσεις, οι οποίες απαιτούν επιμέρους ανάλυση και προσέγγιση κατά περίπτωση. Ως έννοια προέκυψε στις πρώτες έρευνες για τις συνθήκες ζωής που έγιναν γύρω στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, σε ευρωπαϊκές χώρες και στις ΗΠΑ. Σήμερα η έρευνα των επιμέρους πτυχών της ποιότητας ζωής αποτελεί αντικείμενο της ερευνητικής κοινότητας, έχοντας συγκεντρώσει εξαιρετικά μεγάλο ενδιαφέρον.

Για την επίτευξη της ποιότητας ζωής είναι αναγκαία η συμβολή εκτός της αρμονίας του σώματος και της ψυχής και όλων των στοιχείων του περιβάλλοντος, δηλαδή εκτός των φυσικών και βιολογικών στοιχείων και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει ένα άτομο, όπως επίσης και του συνολικού πολιτικού, κοινωνικού και οικονομικού συστήματος. Πρόκειται για παράγοντες που επιδρούν στην διαμόρφωση της υγείας του ατόμου και κατ' επέκταση στην ποιότητα ζωής του καθορίζοντάς την. Επίσης σύμφωνα με άλλες προσεγγίσεις, ο όρος «ποιότητα ζωής» προσλαμβάνει μια ευρύτερη διάσταση και περιλαμβάνει όλα εκείνα τα υποκειμενικά στοιχεία που είναι απαραίτητα και που συμβάλλουν στην ψυχική ισορροπία και ενδυνάμωση του ατόμου προκειμένου να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις προκλήσεις και τις καθημερινές απαιτήσεις μέσα σε μια κατάσταση εγρήγορης και κινητοποίησης, στις περιπτώσεις εκείνες όπου βιώνει στρεσογόνες καταστάσεις που επηρεάζουν αφενός την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού του, αφετέρου δε την ομαλή ένταξη και διαβίωσή του στο περιβάλλον. (Raphael et al, 1996)

Η έννοια της ποιότητας ζωής, ως μετρήσιμη μεταβλητή η οποία εκφράζεται μέσω του δείκτη της ψυχικής υγείας που είναι το στρες, έχει απασχολήσει τα τελευταία χρόνια αρκετά την πανεπιστημιακή και ερευνητική κοινότητα. Ειδικότερα, η διερεύνηση του ψυχολογικού στρες και της εξουθένωσης που βιώνουν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές, βρίσκεται στην ατζέντα του επιστημονικού ενδιαφέροντος. (Guthrie et al, 1998)

Για παράδειγμα οι Guthrie et al., στην έρευνά τους, εξέτασαν το βαθμό εξουθένωσης και ψυχολογικού στρες και νοσηρότητας σε φοιτητές Ιατρικών Σχολών, κατά την διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών τους, μέσω αξιόπιστων ερωτηματολογίων όπως το General Health Questionnaire (GHQ-12), το Maslach Burnout Inventory αλλά και Course Stress Questionnaire.

Ειδικότερα μέσω της έρευνάς τους αυτής, οι ερευνητές είχαν ως στόχο να αξιολογήσουν την ψυχολογική κατάσταση των προπτυχιακών φοιτητών που βρίσκονταν στο πρώτο έτος των σπουδών τους, προκειμένου να ανιχνεύσουν τους παράγοντες κινδύνου οι οποίοι συμβάλλουν στο να αναπτύξουν στην πορεία των σπουδών τους ψυχολογική νοσηρότητα. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι κατά την διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών τους, μόνο ένα μικρό ποσοστό φοιτητών βιώνουν έντονο στρες, παρά μόνο ίσως οι ευάλωτοι συναισθηματικά φοιτητές οι οποίοι εμφάνισαν περισσότερο προβλήματα προσαρμογής. (Guthrie et al, 1998)

Ωστόσο οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι φοιτητές που με βάση το General Health Questionnaire (GHQ-12), εμφάνισαν στρες στο τελευταίο έτος των προπτυχιακών τους σπουδών, είναι δυνατόν να συνεχίσουν να εμφανίζουν ακόμα μεγαλύτερα επίπεδα ψυχολογικής νοσηρότητας και αυξημένου στρες και μετέπειτα στην μεταπτυχιακή εκπαίδευσή τους. Πρόκειται για άτομα τα οποία σύμφωνα με τους συγγραφείς, ανήκουν στην λεγόμενη «ομάδα υψηλού κινδύνου» και είναι επιρρεπή για την ανάπτυξη συναισθηματικών διαταραχών στις μεταπτυχιακές τους σπουδές. Αυτό γιατί η χρονική περίοδος των μεταπτυχιακών σπουδών χαρακτηρίζεται από πολύ μεγάλο φόρτο εργασίας, που σχετίζεται τόσο με το αντικείμενο των σπουδών καθαυτό και τη δυσκολία του, όσο και τις μεγάλες απαιτήσεις και προσδοκίες που επιβάλλει η σύγχρονη αγορά εργασίας σήμερα. (Guthrie et al, 1998)

Στόχος της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής φοιτητών που παρακολουθούν προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα η εργασία εστιάζει στην εκτίμηση της ψυχικής υγείας και των στρατηγικών διαχείρισης άγχους των μεταπτυχιακών φοιτητών καθώς επίσης και στη μεταξύ τους σχέση.

Όσον αναφορά στις μεθοδολογικές αρχές της, πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη, όπου η πληροφορία αναφορικά με τον προσδιοριστή και την έκβαση αφορά σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, που είναι η στιγμή της μέτρησης για κάθε συμμετέχοντα. Προσδιοριστής (determinant) εν προκειμένω είναι τα χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα (μεταπτυχιακοί φοιτητές) από τον οποίο εξαρτάται η εμφάνιση της μελετώμενης έκβασης που στην παρούσα έρευνα είναι η εμφάνιση άγχους και ο συνακόλουθος επηρεασμός της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων φοιτητών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΣΕΙΣ

1.1. Ποιότητα ζωής: ορίζοντας το πλαίσιο

Ο όρος ποιότητα ζωής εισήχθη για πρώτη φορά στις κοινωνικές επιστήμες και όχι μόνο, μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Ήταν η συνέπεια της συνειδητοποίησης ότι η καλή ζωή είναι πιο πολύτιμη από την οικονομική ευημερία, η οποία θεωρήθηκε ανέκαθεν σημείο αναφοράς για το βιοτικό επίπεδο. (Mazaheri, 2010) Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει την Ποιότητα της Ζωής ως "την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο των συστημάτων κουλτούρας και αξιών, στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του». (WHO,1995)

Πρόκειται για μια ευρεία έννοια, η οποία επηρεάζεται με έναν πολυσύνθετο και πολυδιάστατο τρόπο από τη φυσική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, τις προσωπικές του πεποιθήσεις, καθώς και τη σχέση του με τα κυριότερα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εντός του οποίου ζει και δραστηριοποιείται (Meeberg, 1993). Με άλλα λόγια, η ποιότητα ζωής είναι το αποτέλεσμα των αντιλήψεων του ατόμου. Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) αντιπροσωπεύει την επίδραση της κατάστασης της υγείας, της ιατρικής περίθαλψης και των πολιτικών υγείας σε αυτές τις αντιλήψεις ευημερίας. (Ebrahim, 1995)

Η έννοια της ποιότητας ζωής καλύπτει ευρέως τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο αντιλαμβάνεται και μετρά την θετική υπόσταση, πολλών πτυχών της ζωής του. Αυτές οι αξιολογήσεις περιλαμβάνουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις ενός ατόμου σε περιστατικά ζωής, τη διάθεση, την αίσθηση εκπλήρωσης των στόχων της ζωής, την ικανοποίηση από την εργασία και τις προσωπικές σχέσεις. (Diener et al, 1999)

Στην διεθνή βιβλιογραφία, ο όρος «ποιότητα ζωής» αναφέρεται επίσης συχνά ως «ευεξία». Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες προκλήσεις για την ανάπτυξη μιας ουσιαστικής κατανόησης της ποιότητας ζωής και / ή της ευημερίας. Η πρώτη είναι να εξακριβωθεί ποια ακριβώς σημαίνει ο όρος. (Farquhar, 1995) Σχεδόν πριν από 30 χρόνια, σε μία από τις σημαντικότερες μελέτες, προτάθηκε η έννοια «ευημερία» προκειμένου να αναφέρεται σε αντικειμενικές συνθήκες ζωής που ισχύουν για έναν πληθυσμό εν γένει, ενώ η ποιότητα ζωής θα πρέπει να είναι περιοριστεί καλύτερα, στις

υποκειμενικές εκτιμήσεις των ατόμων για τη ζωή τους. Αυτή η διάκριση έχει μάλλον εκλείψει. Οι δυο όροι είναι συχνά απροσδιόριστοι ή χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στις μελέτες. Σε ορισμένες περιπτώσεις, ο ένας όρος χρησιμοποιείται ακόμη και για τον ορισμό του άλλου (De Leo et al., 1998).

Η έλλειψη διάκρισης μπορεί εν μέρει να εντοπιστεί στις πολλαπλές εννοιολογικές καταστάσεις της ποιότητας ζωής που έχουν προταθεί ξεκινώντας κυρίως από τις δημοφιλείς οικονομικές προσεγγίσεις της έννοιας όπως αυτές εισήχθησαν, στο τέλος της δεκαετίας του 1960 και της δεκαετίας του 1970, όταν η ποιότητα ζωής / ευεξία αξιολογήθηκε κατά κύριο λόγο με ποσοτικά μέτρα και ποσοστά ανεργίας. Ανταποκρινόμενοι σε αυτή την άκαμπτη ποσοτική προσέγγιση του θέματος, οι ερευνητές άρχισαν να διερευνούν τις υποκειμενικές εμπειρίες των ανθρώπων από τη ζωή τους με την πεποίθηση ότι η αποκλειστική και μόνο χρήση αντικειμενικών μέτρων όπως τα ποσοτικά μέτρα ήταν ατελή μέτρα προκειμένου να προσδιορίσουν το περιεχόμενο της έννοιας της «ποιότητας ζωής» (De Leo et al., 1998).

Ένας δεύτερος λόγος για την απώλεια της διάκρισης μεταξύ των όρων είναι η αναγνώριση ότι η ποιότητα ζωής / η ευεξία διαθέτουν ως όροι αφενός αντικειμενικά συστατικά - δηλ. συστατικά που είναι εξωτερικά ενός ατόμου και μπορούν να μετρηθούν από «άλλους» - κι αφετέρου υποκειμενικές συνιστώσες - δηλαδή προσωπικές εκτιμήσεις της ίδιας της ζωής ή συγκεκριμένων πτυχών της ζωής με τη χρήση μέτρων της ικανοποίησης, της ευτυχίας ή άλλων κριτηρίων αυτοαξιολόγησης. Οι Diener et al., συνοψίζουν κάποια κοινά στοιχεία της υποκειμενικής ευημερίας. Οι συγγραφείς, ασχολούνται κυρίως με παράγοντες από την κορυφή προς τα κάτω που αντιπροσωπεύουν μεμονωμένους παράγοντες (όπως οι αξίες και οι στόχοι) που επηρεάζουν την ευημερία. (Diener et al, 1999)

Η έννοια της ποιότητας ζωής, διαθέτει έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα, καθώς εξετάζεται σε ένα σύνολο τυπικών πεδίων της καθημερινής ζωής, όπως η εργασία, η οικογένεια, η υγεία, ο ελεύθερος χρόνος και ούτω καθεξής. Η ίδια η ποιότητα ζωής, έχει πολλές πτυχές, συμπεριλαμβανομένης της επιθυμίας για αλλαγή, καθώς και της ικανοποίησης του ατόμου με την εκπλήρωση των στόχων παρελθόντος και του παρόντος, καθώς και των προσδοκιών του μέλλοντος. Η επίδραση, τόσο θετική όσο και αρνητική, επηρεάζει επίσης την προσωπική αίσθηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου. Η ποιότητα ζωής υποδηλώνει δηλαδή, την ικανοποίηση ή την αποδοχή των συνθηκών ζωής ενός ατόμου ή την εκπλήρωση των επιθυμιών και των αναγκών της ζωής του ατόμου ως σύνολο. (Diener et al, 1999)

Στην ουσία, η ικανοποίηση της ζωής είναι μια υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας της ζωής κάποιου. Εξ' αιτίας της ίδιας της φύσης της αξιολόγησης, οι κρίσεις της ικανοποίησης από τη ζωή και της ποιότητας ζωής, περιέχουν μεγάλη γνωστική συνιστώσα. Στο πλαίσιο του διαχωρισμού από συναφείς δομές, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η υποκειμενική ευημερία έχει τόσο συναισθηματική όσο και γνωστική συνιστώσα. Το συναισθηματικό στοιχείο αποτελείται από το πόσο

συχνά ένα άτομο αναφέρει θετικές και αρνητικές επιπτώσεις. Η ικανοποίηση από την ζωή και η ποιότητα της ζωής θεωρείται ως η γνωστική συνιστώσα της υποκειμενικής ευημερίας. (Sousa & Lyubomirsky, 2001).

Στο παρελθόν είναι γεγονός, ότι η ποιότητα ζωής αναφερόταν κατά κύριο λόγο στην «καλή ζωή» και στην «ικανοποίηση από τη ζωή». Σήμερα, αντίθετα, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως ένας στατιστικός δείκτης που βασίζεται σε πολλαπλές παραμέτρους - οικονομικές, παραμέτρους σχετικές με την υγεία καθώς και περιβαλλοντικές συνθήκες που σχετίζονται με τις συνθήκες ζωής ενός ατόμου ή μιας ομάδας. (WHO,1995).

Με βάση αυτόν τον ορισμό, οι Saxena και Orley, το 1997, απομόνωσαν τους παράγοντες που συνθέτουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής υγείας, της ψυχολογικής κατάστασης, του βαθμού ανεξαρτησίας, των σχέσεων με άλλους ανθρώπους και του περιβάλλοντος στο οποίο ζει το άτομο. Καθώς η έρευνα για την ποιότητα ζωής προχώρησε κι εξελίχθηκε, διαπιστώθηκε ότι επίσης, διαδραματίζει έναν εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην ιατρική. (Saxena and Orley, 1997)

Στη δεκαετία του 1990, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής άρχισε να επικεντρώνεται στο άτομο και τα συναισθήματά του καθώς και στην εσωτερική του ζωή. Σε αυτό το σημείο, οι ερευνητές ενδιαφέρονται όχι μόνο για τις αντικειμενικές, ποσοτικές παραμέτρους που αφορούν την ποιότητα της ζωής, αλλά και για την πιο υποκειμενική της ποιότητα - δηλαδή την αίσθηση ικανοποίησης ενός ατόμου. Ο τρόπος ζωής, ο οποίος σχετίζεται με την ποιότητα ζωής κυρίως στα πλαίσια της ιατρικής επιστήμης, ορίζεται ως οι φυσιολογικές και συμβατικές καθημερινές δραστηριότητες που γίνονται αποδεκτές από τους ανθρώπους κατά τη διάρκεια της ζωής τους και αυτές οι δραστηριότητες μπορούν να επηρεάσουν την υγεία των ατόμων. (Delaun et al., 2002)

Επιλέγοντας έναν τρόπο ζωής, ένα άτομο προσπαθεί να διατηρήσει και να προωθήσει την υγεία του και να αποφύγει ασθένειες μέσω της σωστής διατροφής, ανάπαυσης / άσκησης, ελέγχου του σωματικού βάρους, μη υιοθέτησης βλαπτικών συνηθειών όπως κάπνισμα και κατανάλωση οινοπνεύματος καθώς και ανοσοποίηση του σώματος από ασθένειες. Αυτό το σύνολο δραστηριοτήτων αποτελεί τον τρόπο ζωής η σημασία του οποίου οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην επίδρασή του στην ποιότητα ζωής και στην πρόληψη ασθενειών. (Potter and Perry, 2001)

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής σημαίνει μια καλή ζωή. Και αντίστοιχα, μια καλή ζωή είναι ταυτόσημη με τη ζωή μιας υψηλής ποιότητας. Αυτό μπορεί να φαίνεται προφανές, αλλά είναι απαραίτητο να γίνει μια τέτοια απλή διευκρίνιση, γιατί συχνά χρησιμοποιούνται παρεμφερείς έννοιες της ποιότητας ζωής. Εκτός από την ιατρική, όλες οι μεγάλες θρησκείες και φιλοσοφίες έχουν μια ιδέα μιας καλής ζωής που κυμαίνεται από το να λέμε ότι μια καλή ζωή

επιτυγχάνεται με πρακτικούς κώδικες δεοντολογίας, καθώς επίσης και σε μια ορισμένη θετική στάση απέναντι στη ζωή ή στο να ψάξει το άτομο στα βάθη της δικής του οντότητας. Οι έννοιες για μια καλή ζωή συνδέονται στενά με τον πολιτισμό του οποίου ένα άτομο είναι μέλος. Όταν οι άνθρωποι σε μια δυτική κουλτούρα κάνουν λόγο για μια καλή ποιότητα ζωής, τείνουν να συμπεριλαμβάνουν την ευτυχία, την εκπλήρωση των αναγκών τους, τη λειτουργία σε ένα κοινωνικό πλαίσιο κλπ. Αυτές οι έννοιες μπορούν στη συνέχεια να χωριστούν σε τρεις ξεχωριστές ομάδες, μιας καλής ποιότητας ζωής: (Ventegodt et al., 2003).

1. Η υποκειμενική ποιότητα ζωής: αφορά το πόσο καλή είναι η ζωή κάθε ατόμου με τον τρόπο που αυτό αισθάνεται ότι έχει. Κάθε άτομο εκτιμά προσωπικά πώς βλέπει τα πράγματα, τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις του. Το αν ένα άτομο είναι ικανοποιημένο με τη ζωή του και ευτυχισμένο είναι πτυχές που αντικατοπτρίζουν την υποκειμενική ποιότητα ζωής.

2. Η υπαρξιακή ποιότητα ζωής: σημαίνει πόσο καλή είναι η ζωή σε ένα βαθύτερο επίπεδο. Θεωρείται ότι το άτομο έχει βαθύτερο χαρακτήρα και χαρακτηριστικά που αξίζουν να γίνονται σεβαστά και ότι το άτομο μπορεί να ζήσει σε αρμονία με αυτά. Μπορούμε να σκεφτούμε ότι πρέπει να εκπληρωθούν ορισμένες ανάγκες στον βιολογικό μας χαρακτήρα, ότι αυτοί οι παράγοντες -όπως οι συνθήκες ανάπτυξης- πρέπει να βελτιστοποιηθούν ή ότι πρέπει όλοι να ζήσουμε τη ζωή σύμφωνα με ορισμένα πνευματικά και θρησκευτικά ιδανικά που καθορίζονται από το φύση της ύπαρξής μας.

3. Η αντικειμενική ποιότητα ζωής: σημαίνει πως η ζωή του ανθρώπου γίνεται αντιληπτή από τον έξω κόσμο. Η άποψη αυτή επηρεάζεται από την κουλτούρα στην οποία ζουν οι άνθρωποι. Η αντικειμενική ποιότητα ζωής αποκαλύπτεται στην ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις αξίες ενός πολιτισμού και μας λέει λίγα για τη ζωή του ατόμου αυτού. Παραδείγματα μπορεί να είναι η κοινωνική του ενσωμάτωση ή ότι θα πρέπει να είναι ένα συνεργατικό μέλος αυτής της κουλτούρας.

Καθώς αυτές οι τρεις γενικές πτυχές της ποιότητας ζωής είναι ομαδοποιημένες με έννοιες σχετικές με την ποιότητα ζωής, οι οποίες τείνουν να αλληλεπικαλύπτονται, μπορούν να τοποθετηθούν σε ένα φάσμα που κυμαίνεται από το υποκειμενικό ως το αντικειμενικό. Τοποθετείται δε, το υπαρξιακό στοιχείο στη μέση αυτού του συνεχούς, επειδή συνδυάζει το υποκειμενικό και το αντικειμενικό. Αυτό το υπαρκτικό κέντρο αντιπροσωπεύει επίσης το βάθος της ύπαρξης της ανθρωπότητας. Άλλοι ερευνητές της ποιότητας ζωής ενσωματώνουν τις υποκειμενικές και αντικειμενικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου στην υψηλότερη κατάσταση της ζωής. Αυτό το φάσμα, από την υποκειμενική έως την αντικειμενική ποιότητα ζωής μέσω της ποιότητας ζωής στην υπαρξιακή της μορφή, ενσωματώνει μια σειρά από υπάρχουσες θεωρίες ποιότητας ζωής. Ως εκ τούτου, μπορούμε ονομάζουμε αυτό το φάσμα ως ολοκληρωμένη θεωρία της ποιότητας ζωής. (Ventegodt et al., 2003).

1.2. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία

Στη δεκαετία του 1990 εισήχθει η έννοια της «ποιότητας ζωής της σχετιζόμενης με την υγεία», και συγκεκριμένα τον όρο Health Related Quality of Life (HRQoL) την οποία ως «λειτουργική επίδραση της νόσου και της θεραπείας της, όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής». Συγκεκριμένα, σημείωσαν ότι η κατάσταση της υγείας ενός ανθρώπου μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη ζωή και τη λειτουργία του και μπορεί τελικά να έχει κάποια επίδραση σε οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του. Κατά συνέπεια, κατά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ένα ιατρικό πλαίσιο, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να αναλύουν τις επιπτώσεις της νόσου και της θεραπείας στη ζωή ενός ασθενούς, όπως υποτίθεται από τον ασθενή. Με άλλα λόγια, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, μπορεί να οριστεί ως δείκτης της αντίληψης του ασθενούς για τη δική του θέση στη ζωή που έγινε κατά τη διάρκεια μιας συγκεκριμένης ασθένειας και της θεραπείας της. (Sosnowski et al, 2017)

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ορίστηκε επίσης από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιακών συστημάτων στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία μελετά την επίδραση που ενδέχεται να έχει το επίπεδο υγείας του πολίτη στην καθημερινή ζωή του και στην ικανότητά του να λειτουργεί μέσα στα πλαίσια μιας κανονικότητας. Παραδοσιακά, η υγεία αποτελούσε ένα αντικείμενο μελέτης, που άπτονταν αποκλειστικά της ιατρικής επιστήμης. Ωστόσο, στις σύγχρονες κοινωνίες, η υποκειμενική άποψη του ασθενή για την ιατρική φροντίδα που του παρέχεται, έχει αποκτήσει ειδική βαρύτητα και αναγνωρίζεται ως καθοριστική παράμετρος παρακολούθησης, μέτρησης και αξιολόγησης της ευημερίας του ατόμου. (Sosnowski et al, 2017)

Η προσπάθεια για την εννοιολογική αποσαφήνιση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, έχει οδηγήσει σε ένα σύνολο ορισμών. Για παράδειγμα, σύμφωνα με έναν από αυτούς τους ορισμούς «Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη υγεία είναι η ανάλυση εκείνη, η οποία μετρά την επίδραση των θεραπευτικών διαδικασιών στην ολιστική προσέγγιση της ζωής του ατόμου». Παράλληλα ένας ακόμα ορισμός της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής αναφέρει πως «Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι η αξία που αναπτύσσεται στη διάρκεια της ζωής, η οποία τροποποιείται από τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από αρρώστια, τραύμα, θεραπεία ή πολιτική υγείας» (Saxena and Orley, 1997)

Δεν τίθεται αμφιβολία ότι η υγεία ως αντικειμενική συνθήκη δεν πρέπει να αξιολογείται και μετριέται μόνο με τη χρήση σωματικών δεικτών, αλλά είναι σαφές ότι η υγεία δεν πρέπει να μετριέται μόνο μέσω των σωματικών δεικτών, αλλά θα πρέπει ταυτόχρονα να αξιολογούνται κι ένα σύνολο άλλων παραγόντων, όπως η προσωπική αντίληψη του ατόμου για την ποιότητα και το επίπεδο της λειτουργικότητάς του, η ψυχολογική του κατάσταση αλλά οι οικογενειακές, επαγγελματικές, φιλικές και εν γένει κοινωνικές του σχέσεις. Σαφώς, η Ιατρική Επιστήμη, είναι σε θέση να συμβάλλει στο να επιτευχθεί εκείνο το επίπεδο υγείας το οποίο προάγει το δυναμικό υγείας των ατόμων, ωστόσο δεν μπορεί αφ'εαυτή να προσδιορίσει μονομερώς την ποιότητα ζωής η οποία σχετίζεται με την υγεία. Αυτό σημαίνει ότι προκειμένου να διαμορφωθεί η έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, συμμετέχουν ένα σύνολο παραγόντων όπως η φυσική υγεία του ατόμου και η λειτουργικότητά του, η συναισθηματική του κατάσταση και ικανοποίηση, καθώς και η κοινωνική του ευημερία. (Saxena and Orley, 1997).

Υπ'αυτή την έννοια, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, δεν αφορά μόνο τους ασθενείς αλλά και τους υγιείς. Αναφορικά με τους ασθενείς η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, αξιολογεί τις επιπτώσεις μιας δεδομένης κατά περίπτωση νόσου και εκφράζει το βαθμό στον οποίο, η νόσος ή η θεραπεία της, επηρεάζει την σωματική, κοινωνική και συναισθηματική ευεξία του ατόμου. Αποτελεί δε η συγκεκριμένη πτυχή της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία μια μέθοδο υποκειμενικής εκτίμησης της υγείας η οποία είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη μέθοδος για την υποκειμενική εκτίμησης της υγείας, η οποία αναπαριστά αποτελεσματικά την όποια επιβάρυνση της υγείας, ιδίως στην περίπτωση χρόνιων παθήσεων. Με αυτή τον τρόπο, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία διαμορφώνεται κυρίως από την κατάσταση υγείας, τη λειτουργικότητα, τις γνώσεις του ασθενούς για τη νόσο, τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, το κοινωνικό σύστημα υποστήριξης, την οικονομική κατάσταση του ατόμου, την ικανότητα προσαρμογής του, την ψυχολογική του κατάσταση, αλλά και το μορφωτικό του επίπεδο. (Saxena and Orley, 1997)

Αναφορικά με τα υγιή άτομα του γενικού πληθυσμού, η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, βασίζεται πρωτίστως στις εκτιμήσεις που κάνει το ίδιο το άτομο για την κατάσταση της υγείας του και περιλαμβάνει ένα σύνολο διαστάσεων όπως φυσικές, συναισθηματικές αλλά και κοινωνικές. (Saxena and Orley, 1997)

Σε γενικές γραμμές η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, περιλαμβάνει τέσσερις διαστάσεις: φυσικές και κινητικές δεξιότητες, ψυχική κατάσταση, κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες και σωματική αντίληψη (π.χ. συμπτώματα, και ειδικά την αντίληψη του πόνου). Είναι σημαντικό το γεγονός ότι η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, εφιστά την προσοχή στην ανάγκη να γίνει διάκριση μεταξύ μιας αντικειμενικής κατάστασης της υγείας (όπως

προσδιορίζεται από τα παρατηρούμενα συμπτώματα) και της υποκειμενικής εμπειρίας του ασθενούς (δηλ. της ποιότητας υγείας που σχετίζεται με την υγεία) σχετικά με αυτή την κατάσταση χρησιμοποιώντας αντικειμενικές και υποκειμενικές μεθόδους αξιολόγησης. Μια αντικειμενική αξιολόγηση αναφέρεται σε μια μέθοδο προσδιορισμού της πραγματικής κατάστασης ενός ατόμου ή στα γεγονότα τα οποία είναι ανεξάρτητα από τις υποκειμενικές απόψεις ή τα αισθήματα του ατόμου σχετικά με την ιδιαίτερη κατάστασή του. Αντίθετα, μια υποκειμενική αξιολόγηση αναφέρεται σε μια μέθοδο καθορισμού της κατάστασης όπως περιγράφεται από τον ασθενή, με επαρκή εκτίμηση της συναισθηματικής διάστασης της εμπειρίας τους. Αυτή η αξιολόγηση θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη το πλήρες φάσμα των ψυχολογικών καταστάσεων - δηλαδή, είναι σημαντικό όχι μόνο να εντοπιστούν οι αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις όπως για παράδειγμα, το στρες, η κατάθλιψη και το άγχος αλλά και οι θετικές συνιστώσες της εμπειρίας κάποιου, όπως η ικανοποίηση, η ελπίδα και η ευκολία της προσαρμοστικότητας. Συνολικά πάντως, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και οι δύο τύποι αξιολογήσεων για να εξασφαλιστεί η πλήρης αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ενός ασθενούς. (Sousa & Lyubomirsky, 2001)

1.3. Θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής

Ορισμένα θεωρητικά μοντέλα έχουν σχεδιαστεί για να εξηγήσουν την ποικιλία των βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα στο πλαίσιο χρόνιων ασθενειών. Τρία θεωρητικά μοντέλα αναφέρονται συχνότερα: το μοντέλο του Κέντρου Προαγωγής της Υγείας, (Raphael et al., 1996), που αφορά την ποιότητα ζωής η οποία σχετίζεται με την ασθένεια εν γένει, το εννοιολογικό μοντέλο της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία HRQoL (Contextual Model CM-HRQoL), το οποίο αφορά ειδικά την επεξήγηση της κατάστασης υγείας ασθενών με χρόνια νοσήματα (Ashing-Giwa, 2005)

Το μοντέλο του Κέντρου για την Προαγωγή της Υγείας βασίζεται στον ορισμό της ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και στην πολυδιάστατη νοσηματοδότηση της υγείας με άλλα λόγια, θεωρεί ότι η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τις διαστάσεις της ψυχικής και σωματικής υγείας, τη λειτουργικότητα, την απόδοση των ρόλων στη ζωή και τη γενική ευημερία. Ουσιαστικά, η ποιότητα ζωής σύμφωνα με αυτό το μοντέλο ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο κάνει χρήση των ευκαιριών που του προσφέρει η ζωή, ιδιαίτερα σε σχέση με τους τρεις πιο σημαντικούς τομείς της ανθρώπινης ζωής: το ανήκειν, το όντας (το να υπάρχει κανείς) και το να γίνεται (WHO, 1997)

Το «Όντας» (Being), περιλαμβάνει τρεις βασικούς τομείς, καθένας από τους οποίους μπορεί να περιγραφεί περαιτέρω σε πιο ακριβείς κατηγορίες. Ο πρώτος τομέας της ύπαρξης είναι η φυσική

ύπαρξη, η οποία περιλαμβάνει τη σωματική υγεία, την προσωπική υγιεινή, τη διατροφή, την άσκηση, τη φροντίδα και την ένδυση καθώς και τη γενική φυσική εμφάνιση. Ο δεύτερος τομέας είναι η ψυχολογική ύπαρξη, η οποία περιλαμβάνει την ψυχολογική υγεία και την προσαρμογή, τη γνώση (π.χ. αντίληψη, προσοχή, μνήμη), τα συναισθήματα, την αυτοεκτίμηση, την αυτο-αντίληψη και τον αυτοέλεγχο. Ο τρίτος κύριος τομέας είναι η πνευματική ύπαρξη, συμπεριλαμβανομένων των προσωπικών αξιών, των προσωπικών προτύπων συμπεριφοράς και των πνευματικών πεποιθήσεων (Delaun et al., 2002).

Το "ανήκειν" (Belonging) περιλαμβάνει ομοίως τρεις τομείς: το φυσικό ανήκειν (αντίληψη του σπιτιού, χώρος εργασίας / σχολείο, γειτονιά και κοινότητα) το κοινωνικό ανήκειν (η αίσθηση του ατόμου για τα επαρκή εισοδήματα, τις υγειονομικές και κοινωνικές υπηρεσίες, την απασχόληση, τα εκπαιδευτικά προγράμματα, τα προγράμματα αναψυχής, τις εκδηλώσεις στην κοινότητα και τις δραστηριότητες). (Delaun et al., 2002)

Τέλος, ο όρος «το να γίνει» (Becoming) περιλαμβάνει τους τομείς πρακτικής εξέλιξης (αξιολόγηση κάποιων δραστηριοτήτων, αμειβόμενη εργασία, σχολικές ή εθελοντικές δραστηριότητες, εστιάζοντας στην επίτευξη των κοινωνικών αναγκών του ατόμου), τον ελεύθερο χρόνο (αξιολόγηση κάποιων δραστηριοτήτων που προάγουν τη χαλάρωση και τη μείωση του στρες) , και την ανάπτυξη (δραστηριότητες που προάγουν τη διατήρηση ή τη βελτίωση των γνώσεων και των δεξιοτήτων και την προσαρμογή στην αλλαγή). (Delaun et al., 2002)

Το δεύτερο μοντέλο - το CM-HRQoL - δημιουργήθηκε ειδικά για να εξηγήσει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνιες παθήσεις όπως ο καρκίνος. Το συγκεκριμένο μοντέλο αποτελείται από δύο επίπεδα: macro και micro. Το μακρο επίπεδο, που ονομάζεται επίσης συστημικό επίπεδο, περιλαμβάνει παράγοντες εκτός του ατόμου που επηρεάζουν τη λειτουργία του και τη διαδικασία της ανάρρωσής του. Μεταξύ των μακρο παραγόντων, οι πιο σημαντικοί είναι οι κοινωνικοοικονομικοί, όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η επιβάρυνση ζωής και η κοινωνική στήριξη. Επίσης παράγοντες όπως η εθνικότητα, ο πολιτισμός, η πνευματικότητα και οι στάσεις της ζωής, αλλά και δημογραφικές παράμετροι, όπως η ηλικία και το φύλο. Τέλος, παράγοντες που σχετίζονται με την ιατρική περίθαλψη, όπως η ποιότητα και η πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη. Το μικροεπίπεδο, που επίσης αναφέρεται ως ατομικό επίπεδο, περιλαμβάνει εκείνα τα χαρακτηριστικά ενός ατόμου που επηρεάζουν τη λειτουργία του και τη διαδικασία της ανάρρωσής του. (Ashing-Giwa, 2005)

Εντάσσονται δε στις κατηγορίες των ειδικών για την ασθένεια παραγόντων, όπως ο τύπος της ασθένειας, η φύση των συμπτωμάτων και ο βαθμός εξασθένησής τους, η γενική κατάσταση της υγείας του ατόμου και οι συννοσηρότητές του, οι πεποιθήσεις και οι γνώσεις για την υγεία, το κίνητρό του να συμμετάσχει στη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία και τα πραγματικά σχήματα αυτής της

συμπεριφοράς. Τέλος περιλαμβάνει και ψυχολογικούς παράγοντες όπως η παρουσία άγχους, κατάθλιψης, θυμού, ελπίδας, αισιοδοξίας και αυτοεκτίμησης

Τέλος άλλο ένα προβεβλημένο μοντέλο του ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι αυτό που αναπτύχθηκε από τους Wilson και Cleary. Οι εν λόγω ερευνητές, πρότειναν ότι η γενική ποιότητα ζωής θεωρείται ως ένα υποκειμενικό αίσθημα ευτυχίας και ικανοποίησης από τη ζωή που καθορίζεται από μεμονωμένους παράγοντες όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η συναισθηματική αντίδραση σε δύσκολες καταστάσεις, οι γνωστικές λειτουργίες και ο βαθμός κινήτρου για τη λήψη διορθωτικών μέτρων εκ μέρους του ατόμου. Επίσης καθορίζεται από και περιλαμβάνει κοινωνικο-περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η οικογένεια, οι φίλοι, οι γείτονες, ο τόπος εργασίας και το γενικό σύστημα υποστήριξης, βιολογικούς παράγοντες, όπως η λειτουργία των κυττάρων, των οργάνων και των βιολογικών συστημάτων, τα συμπτώματα ή ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται τη σωματική, συναισθηματική και γνωστική του κατάσταση ως παρεκκλίνουσα από τον κανόνα. (Wilson and Cleary,1995)

Σημαντική κατηγορία παραγόντων που εντάσσονται στο εν λόγω μοντέλο είναι επιπλέον η βιοψυχο-κοινωνική λειτουργία ή η ικανότητα ενός ατόμου να εκτελεί καθήκοντα σε διάφορους τομείς της ζωής που σχετίζονται με τη φυσική, κοινωνική και ψυχολογική λειτουργία. Τέλος περιλαμβάνει παράγοντες όπως η γενική αντίληψη της υγείας ή η υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου για τη δική του κατάσταση υγείας. Το μοντέλο αυτό είναι οργανωμένο έτσι ώστε τα προσωπικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά να επηρεάζουν τις βιολογικές διεργασίες, οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν από κοινού τα υπόλοιπα στοιχεία του μοντέλου. (Wilson and Cleary,1995)

1.4. Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής

Στην κοινωνική στατιστική, που είναι η ποσοτική διερεύνηση θεμάτων σχετικά με την υγεία, την κοινωνική πρόνοια, την εκπαίδευση και την απασχόληση, τη μετανάστευση, την κοινωνική και επαγγελματική κινητικότητα και που ορίζεται ως η μεθοδολογία για την ανάλυση και επεξεργασία δεδομένων που προκύπτουν μέσα στο ευρύτερο κοινωνιολογικό πλαίσιο, η μέτρηση της ποιότητας ζωής με τη χρήση ενός συνθετικού δείκτη έχει αμφισβητηθεί στην διεθνή βιβλιογραφία. Ειδικότερα έχουν παραχθεί ένα σύνολο άρθρων τις τελευταίες δεκαετίες αρκετά άρθρα που αντιμετώπισαν το πρόβλημα κάτω από διαφορετικές προοπτικές (Henning et al, 1998, Fayers and Hand, 1997)

Στο πλαίσιο αυτό, οι περισσότερες μεθοδολογικές προτάσεις επικεντρώνονται κυρίως στον εντοπισμό δεικτών που μπορούν να παρακολουθήσουν από περιγραφική άποψη τα υπό ανάλυση φαινόμενα, στις διάφορες πτυχές του. Οι ερευνητές συμφωνούν όσον αφορά τον ορισμό της

«ποιότητας ζωής» ως μια «λανθάνουσα» μεταβλητή που μπορεί να είναι μετρήσιμη, καθ' όλη τη διάρκεια της χρήσης αντικειμενικών και υποκειμενικών δεικτών ευεξίας, οι οποίοι αποσκοπούν να αποκαλύψουν ψυχολογικές και ατομικές πτυχές. Η κάθε υποκείμενη μεταβλητή πρέπει πρώτα να λειτουργήσει από άποψη διαστάσεων και στη συνέχεια επιλέγονται ένα σύνολο μεταβλητών δεικτών για κάθε διάσταση σύμφωνα με μερικά λογικά κριτήρια. (Henning et al, 1998) Ο ορισμός των πτυχών που σχετίζονται με τη λειτουργία των μεταβλητών, θα πρέπει να επισημανθεί πως δεν είναι απλή και η επιλογή των στοιχείων επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες: από τη διαθεσιμότητα των πληροφοριών, το γεωγραφικό πλαίσιο · τους πολιτιστικούς παράγοντες · τις οικονομικές συνθήκες της περιοχής κλπ. Υπάρχει ένα υψηλό επίπεδο αυθαιρεσίας στη φάση καθορισμού πολλών συνιστωσών του φαινομένου που συνήθως αφήνονται στις επιλογές των μεμονωμένων ερευνητών. Αυτό συνεπάγεται υψηλό επίπεδο μεθοδολογικής αυθαιρεσίας στην διαδικασία που επηρεάζει σημαντικά τα τελικά αποτελέσματα. (Fayers and Hand, 1997)

Από την άλλη πλευρά, η «αντικειμενική προσέγγιση» κινείται στα πλαίσια του προσδιορισμού ενός συνόλου μεταβλητών που υποτίθεται ότι είναι «αντικειμενικοί» δείκτες του επιπέδου ζωής (επίπεδο εισοδήματος, ιδιοκτησία οικίας ή συγκεκριμένων αγαθών) και καθορίζει τις συνήθεις διαδικασίες σύνθεσης των επιμέρους χαρακτηριστικών της ποιότητας ζωής ενός ατόμου. Στην «Υποκειμενική προσέγγιση» η έμφαση δίνεται στο τονιστεί το επίπεδο ευημερίας όπως το αντιλαμβάνεται το άτομο (ανεξάρτητα από το αντικειμενικό επίπεδο της ζωής του) και κινείται συνθετικά μέσα από τις απαντήσεις των ατόμων σε ένα σύνολο στοιχείων. Οι μικτές στρατηγικές χρησιμοποιούν τόσο «υποκειμενικούς» όσο και «αντικειμενικούς» δείκτες δεδομένου ότι με τον τρόπο αυτό το φαινόμενο μπορεί να προσεγγισθεί υπό διαφορετική οπτική γωνία, μέσω της ανάλυσης της συσχέτισης μεταξύ των δύο διαστάσεων (υποκειμενική και αντικειμενική). Μια από τις περισσότερο ενδιαφέρουσες πτυχές των μικτών στρατηγικών προκύπτει από την ανάλυση της συσχέτισης μεταξύ των δυο διαστάσεων (υποκειμενικής και αντικειμενικής). Θα έπρεπε να αναμένεται ότι όσο υψηλότερη είναι η θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο διαστάσεων τόσο περισσότερο αλληλεπικαλύπτονται. Μια μέτρια υψηλή αρνητική συσχέτιση, καταδεικνύει ότι οι δύο δείκτες παρακολουθούν ένα φαινόμενο το οποίο γίνεται αντιληπτό σε ατομικό επίπεδο με έναν κατοπτρικό τρόπο. Όποτε η ένταση της συσχέτισης δείχνει ότι οι δυο δείκτες είναι ανεξάρτητοι μεταξύ τους, τότε θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και οι δύο προκειμένου να υπάρξει συνολική μέτρηση της 'ποιότητας ζωής'. (Shulz, 2000)

Είναι σαφές ότι αυτή η διαδικασία, υλοποιείται μέσω μιας υποκειμενικής προοπτικής. Συγκεκριμένα, εξετάζουμε τους αντικειμενικούς δείκτες (όπως για παράδειγμα οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες) ως περισσότερο αιτιώδεις μεταβλητές που θα μπορούσαν να έχουν επηρεάσει τις βαθμολογίες που παρατηρήθηκαν για το σύνολο των υποκειμενικών μεταβλητών.

Επομένως, πρέπει κατά περίπτωση να αναλύονται προσεκτικά οι μεταβλητές προκειμένου να εντοπιστούν τα στοιχεία που είναι αποτελεσματικοί δείκτες του "μεγέθους" του λανθάνοντος χαρακτηριστικού (μεταβλητός δείκτη) και οι οποίες μπορεί να έχουν επηρεάσει το πως οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής τους (αιτιακή μεταβλητή). Η ποιότητα ζωής των φοιτητών σε σχετικές έρευνες, θεωρείται έτσι μια λανθάνουσα μεταβλητή που παρακολουθείται μέσω των υποκειμενικών μεταβλητών. Το ερωτηματολόγιο είναι, στο πλαίσιο αυτό, ένα εργαλείο μέτρησης της υποκείμενης ιδιότητας της «ποιότητα ζωής των φοιτητών», δηλαδή που ορίζεται λειτουργικά από τις σχέσεις του με τους μεταβλητές δείκτες. (Shulz, 2000)

Όσον αφορά ειδικότερα, την μέτρηση της ποιότητας ζωής των πανεπιστημιακών φοιτητών, υπάρχουν τρεις τύποι μελετών που έχουν ως αντικείμενο το σχετικό αυτό ζήτημα:

α) μελέτες που εξετάζουν τις σχέσεις μεταξύ ποιότητας ζωής των φοιτητών και παράγοντες όπως η προσωπικότητα, η υγεία και το περιβάλλον, β) οι μελέτες που αναπτύσσουν μετρήσεις ποιότητας ζωής ειδικά προσαρμοσμένες σε φοιτητές, και γ) μελέτες που αναπτύσσουν μετρήσεις της ποιότητας της ποιότητας πανεπιστημιακής ζωής των φοιτητών. (Guruprakash et al 2018)

Υπάρχουν πολλές μελέτες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής των φοιτητών και άλλων παραγόντων όπως προσωπικότητα, υγεία και περιβάλλον. Για παράδειγμα σε μια σχετική έρευνά, βρήκαν μια θετική συσχέτιση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής και της αυτοαξιολόγησης της υγείας των φοιτητών. Ο Cha βρήκε σχέσεις μεταξύ υποκειμενικής ευημερίας και χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των φοιτητών, όπως η αυτοεκτίμηση, η συλλογική αυτοεκτίμηση και η αισιοδοξία. (Cha, 2003) Ο Pilcher διεξήγαγε μια μελέτη που δείχνει πως η πραγματικότητα και τα καθημερινά γεγονότα μπορούν να αποτελέσουν προβλεπτικούς παράγοντες της ικανοποίησης της ζωής μεταξύ των φοιτητών (Pilcher, 1998)

Το δεύτερο είδος σπουδών επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της ευημερίας που είναι ειδικά προσαρμοσμένη για τους φοιτητές. Αυτές οι μελέτες επικεντρώνονται στην ποιότητα ζωής των φοιτητών στο σύνολό τους. (Guruprakash et al 2018) Για παράδειγμα, οι Cohen et al, χρησιμοποίησαν την ταξινόμηση του Bloom για να αναπτύξουν ένα μέτρο της «παθολογικής περιοχής» της ποιότητας ζωής των φοιτητών. (Cohen et al, 2007. Άλλα εργαλεία μέτρησης ποιότητας ζωής που αναπτύχθηκαν ειδικά για τους φοιτητές περιλαμβάνουν το μέτρο Wellness Evaluation of Lifestyle (WEL) (Witmer and Sweeney, 1992), το μέτρο Student Quality of Life and Satisfaction (SQOLAS) (34), και το μέτρο Maggino and Schifini D' Andrea (35).

Ειδικότερα, το μέτρο WEL, περιλαμβάνει 16 διαστάσεις που ταξινομούνται σε πέντε μεγάλους τομείς της ζωής: (α) πνευματικότητα (βαθιά εκτίμηση για τη ζωή) β) αυτορρύθμιση (αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του εαυτού) · γ) εργασία, αναψυχή και διασκέδαση (ικανότητα ενσωμάτωσης ενός τρόπου ζωής) · δ) φιλία · και ε) αγάπη (αναγνώριση της κοινωνικής

αλληλεξάρτησης). (Witmer and Sweeney, 1992) Το μέτρο SQOLAS βασίζεται σε 10 διαστάσεις που σχετίζονται άμεσα με τις ανησυχίες και το άγχος των φοιτητών και ειδικότερα: α) κατανάλωση ναρκωτικών και αλκοόλ, β) κοινωνική και σεξουαλική συμπεριφορά, γ) καταναλωτικά και οικονομικά ζητήματα, (ε) σωματικά και διανοητικά ζητήματα, (στ) πολυπολιτισμικότητα και φύλο (ζ) ακαδημαϊκές επιδόσεις (θ) ζητήματα εγκληματικότητας και βίας και (ι) οικογενειακές σχέσεις. (Disch et al, 2000) Η παρακίνηση για σπουδές αφορά τις μελλοντικές προσδοκίες των σπουδαστών, το κίνητρο για μάθηση (η τάση να επιμείνουμε ενάντια στις αντιξοότητες, την αποτυχία και την αποθάρρυνση να μην εγκαταλείψουμε το πανεπιστήμιο) καθώς και την αυτοαξιολόγηση σε σχέση με τα επιτεύγματα των σπουδών. Η σχολική απόδοση περιλαμβάνει δύο υποδιαστάσεις, και ειδικότερα την πραγματική και την αντιληπτή απόδοση. (Disch et al, 2000)

Οι πραγματικές επιδόσεις αντανακλούν τους ακαδημαϊκούς δείκτες απόδοσης, όπως το μέσο όρο της βαθμολογίας, τα αποτελέσματα των εξετάσεων και το ποσοστό των επιτυχημένων εξετάσεων. Η αντιληπτή επίδοση συνεπάγεται την εκτίμηση από τους φοιτητές της ακαδημαϊκής απόδοσής τους σε σύγκριση με τα διάφορα πρότυπα συγκρίσεων, όπως οι αντιλήψεις των φοιτητών για άλλους φοιτητές, οι αντιλήψεις των φοιτητών για το δικό τους δυναμικό, καθώς και οι μελλοντικές προσδοκίες των φοιτητών για τις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις. Τέλος, η ικανοποίηση στους τομείς της ζωής συνεπάγεται βαθμολογίες ικανοποίησης σε 10 τομείς ζωής όπως η φιλία, η ελεύθερη ζωή, η οικογενειακή σχέση, η προσωπική υγεία, η οικογενειακή υγεία, η σχολή, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας, η πανεπιστημιακή σταδιοδρομία, η προσωπική οικονομική κατάσταση και η φιλία. (Disch et al, 2000)

Η ζωή των φοιτητών είναι μόνο ένα από τα πολλά πεδία ζωής που παίζει σημαντικό ρόλο στη συνολική ευτυχία, την ικανοποίηση της ζωής ή την υποκειμενική ευημερία. Η μελέτη έδειξε μια σημαντική σχέση μεταξύ πολλών άλλων τομέων και της ικανοποίησης από τη ζωή των φοιτητών. Επίσης ένα σύνολο θετικών και αρνητικών στοιχείων που επενδύονται σε άλλους τομείς (π.χ. οικογένεια, σπίτι, κοινότητα, πνευματική, κοινωνική και συναισθηματική κατάσταση) διαδραματίζουν επίσης σημαντικό ρόλο. Έτσι με βάση τα παραπάνω, στόχος πολλών μελετών σήμερα είναι να αναπτυχθεί ένα εννοιολογικό μοντέλο για το μέτρο ευημερίας που να μπορεί να συλλαμβάνει αποτελεσματικά την ποιότητα ζωής των φοιτητών, όχι ως ένα συνολικό μέτρο ποιότητας ζωής αλλά ως ένα σύνολο επιμέρους παραγόντων που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των φοιτητών. (Andre et al, 2017)

2. ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. Οι πανεπιστημιακές σπουδές ως προδιαθεσικός παράγοντας άγχους των φοιτητών

Η αρχή της πανεπιστημιακής ζωής αντιπροσωπεύει μια σημαντική περίοδο μετάβασης από την εφηβεία στην ενηλικίωση, η οποία μπορεί να είναι πολύ συχνά δύσκολη λόγω των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των μεμονωμένων ψυχολογικών χαρακτηριστικών και των κοινών παραγόντων άγχους όπως οι ακαδημαϊκές απαιτήσεις, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, η απομάκρυνση από το σπίτι, οι δύσκολες ή ανεπαρκείς συνθήκες διαβίωσης, τα σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα καθώς και τα οικονομικά προβλήματα. (Baumann et al., 2011) Το άγχος στους φοιτητές μπορεί επίσης να σχετίζεται με τις εξετάσεις, την πίεση της προσδοκίας να πετύχουν ή να είναι ανταγωνιστικοί καθώς και ένα αβέβαιο μέλλον. (Yusoff et al., 2013) Πολλές μελέτες ανέλυσαν τη συσχέτιση μεταξύ της έκθεσης στους προαναφερθέντες παράγοντες πίεσης και της υγείας των φοιτητών γενικά στις οποίες έχει αποδειχθεί ότι το άγχος έχει σημαντικές, αρνητικές επιπτώσεις στη γενική τους υγεία και μπορεί να προκαλέσει ψυχικά προβλήματα, επιβλαβείς διατροφικές μεταβολές καθώς επίσης να δημιουργήσει κακές δεξιότητες αντιμετώπισης που οδηγούν σε επιθετική συμπεριφορά και σωματικές διαταραχές. (El Ansari et al., 2014).

Παρόλο που δεν είναι γνωστό αν η πανεπιστημιακή εκπαίδευση των φοιτητών επαγγελματιών υγείας διαφέρει από την τριτοβάθμια εκπαίδευση άλλων τομέων εκπαίδευσης, θεωρείται γενικά πολύ απαιτητική και οι φοιτητές, την αντιλαμβάνονται ως πηγή σημαντικής ψυχολογικής και συναισθηματικής δυσφορίας. (Kogoj et al., 2014)

Προηγούμενες μελέτες έδειξαν ότι οι φοιτητές που επέλεξαν ιατρικό επάγγελμα επειδή επιθυμούν να βοηθήσουν τους ανθρώπους, αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη προδιάθεση για το άγχος στις πανεπιστημιακές τους σπουδές και δη στις μεταπτυχιακές. Εκτός από την έκθεση στο ακαδημαϊκό άγχος που προκαλείται από την υπερβολική επιβάρυνση των προγραμμάτων σπουδών, τις συνεχείς εξετάσεις, τον ελάχιστο διαθέσιμο χρόνο ή τη μεταβλητή ωριαία βάρδια για πρακτική σε κλινικά περιβάλλοντα, οι επαγγελματίες του κλάδου της υγείας αντιμετωπίζουν επίσης εργασιακό άγχος επειδή ασχολούνται με τους ανθρώπους, την υγεία τους και τη ζωή τους. (Kogoj et al., 2014)

Προκειμένου να επιτευχθεί η προσωπική και επαγγελματική ωριμότητα που απαιτούνται από τα επαγγέλματα υγείας, οι σπουδαστές συμμετέχουν στο να χειρίζονται το μυαλό τους, τις συμπεριφορές ή τα συναισθήματά τους και να αντιμετωπίζουν το άγχος σε διαφορετικές, μερικές φορές ακόμη και δύσκολες, κλινικές καταστάσεις. (Nechita et al., 2014) Οι ανεπαρκείς μέθοδοι διδασκαλίας ή η ενδεχόμενη έλλειψη υποστήριξης εκ μέρους του μέντορα ή του επιβλέποντος συχνά δυσκολεύουν τους φοιτητές των ιατρικών επαγγελμάτων να υιοθετήσουν τις απαιτούμενες δεξιότητες και τους συναισθηματικούς τρόπους παράλληλα με τον επαγγελματισμό, οδηγώντας τελικά σε κακούς μηχανισμούς αντιμετώπισης και σε μεγαλύτερη ένταση στρες. (Firth, 1986)

Η αυξημένη αντίληψη του στρες μπορεί να σχετίζεται με μέτριο επίπεδο άγχους, συμπτώματα κατάθλιψης, διαπροσωπική ευαισθησία, απογοήτευση και αδυναμία. Το άγχος, όπως βιώνεται από τον φοιτητή ιδίως των επαγγελμάτων υγείας, μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής του και να μειώσει τις ακαδημαϊκές του επιδόσεις λόγω της δύσκολης γνωστικής λειτουργίας που προκαλείται από το άγχος, όπως διαταραχές μνήμης, εμπλοκή, ανικανότητα στη λήψη αποφάσεων, καθώς και αυξημένη ευαισθησία στις εκτιμήσεις των άλλων. (Racic et al, 2017) Προηγούμενη έρευνα έδειξε ότι οι φοιτητές που συχνά υποφέρουν από άγχος παρουσιάζουν επίσης υψηλότερο βαθμό burnout καθώς και μελλοντική επαγγελματική δυσλειτουργία. (Henning et al, 1998)

Ως ψυχολογική και φυσιολογική κατάσταση, το άγχος θεωρείται κανονική αντίδραση στις καθημερινές συνθήκες και προκλήσεις της ζωής, αλλά η παρατεταμένη έκθεση και τα υψηλότερα επίπεδα αντιληπτού στρες μπορεί να οδηγήσουν σε δυσμενείς συνέπειες, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης διαταραχής άγχους. Όταν αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα άγχους κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, οι φοιτητές συχνά έχουν την τάση να επιτυγχάνουν χαμηλότερη ποιότητα της συνολικής απόδοσης, γεγονός που συνήθως τους κάνει να αισθάνονται ότι οι απαιτήσεις των σπουδών τους, ξεπερνούν τις ικανότητές τους, γεγονός που επιδεινώνει περαιτέρω το αντιληπτό άγχος, τελικά προκαλώντας την ψυχολογική δυσπραγία του ατόμου (Cohen et al, 2007). Ένας παράγοντας που αυξάνει το άγχος, είναι πιθανώς επειδή οι φοιτητές συνειδητοποιούν ότι θα κριθούν και ότι τα επιτεύγματά τους θα συγκριθούν με τα επιτεύγματα των άλλων. Μελέτες πάντως έδειξαν ότι οι φοιτητές με προδιαθεσικούς παράγοντες και εγγενείς τάσεις ανησυχίας είναι πιο επιρρεπείς για να

δηλώσουν άγχος σε καταστάσεις πίεσης όσον αφορά τα μαθήματα και τις υποχρεώσεις τους στο Πανεπιστήμιο. (Meijer,2001)

2.2. Άγχος, στρες και ποιότητα ζωής των φοιτητών μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών, επαγγελματών υγείας

Το υπερβολικό και συνεχές άγχος έχει επιπτώσεις που προκαλούν συχνά, διάφορες ασθένειες και όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες, αυτά τα σωματικά γεγονότα που σχετίζονται με το άγχος μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής. Μια ομάδα ανθρώπων που επηρεάζονται πολύ από το άγχος είναι οι φοιτητές και δη οι φοιτητές μεταπτυχιακών προγραμμάτων σπουδών γενικότερα δεδομένων των αυξημένων απαιτήσεων αυτών των προγραμμάτων, στα οποία καλούνται να ανταποκριθούν οι φοιτητές. (Carvour et al., 2016) Έτσι, τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα αυξημένο ενδιαφέρον στην επιστημονική και ερευνητική κοινότητα, αναφορικά με την συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της ποιότητας ζωής και του επιπέδου στρες στους φοιτητές. Τα βασικά ερωτήματα που τίθεται εν προκειμένω είναι αν υπάρχει σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και στάθμης στρες στους πανεπιστημιακούς φοιτητές, ποιες είναι οι πιθανές μεταβλητές που επηρεάζουν αυτή τη σχέση καθώς και πως επηρεάζει το στρες την ποιότητα ζωής των μεταπτυχιακών φοιτητών. (Bazrafkan et al, 2016)

Όπως προαναφέρθηκε, η Ποιότητα Ζωής ορίζεται ως η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών τις οποίες ενστερνίζεται, η οποία περιλαμβάνει επίσης τους στόχους, τις προοπτικές, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Στη συνέχεια, είναι εύλογο να συμπεράνουμε ότι η ποιότητα ζωής μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του στρες. (Bazrafkan et al, 2016)

Από τη δεκαετία του '70, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής αυξήθηκε, με ένα συνεκτικό θεωρητικό πλαίσιο, καθιερωμένων μεθόδων και διαφόρων εφαρμογών. Τα τελευταία χρόνια, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ήταν χρήσιμη για τον προσδιορισμό του αντίκτυπου των ασθενειών στα άτομα. Ωστόσο, ελάχιστη προσοχή δόθηκε στην ποιότητα ζωής των φοιτητών και δη των μεταπτυχιακών κατά τη διάρκεια της εκπαιδευτικής τους διαδικασίας, η οποία αναγνωρίζεται ως περίοδος υψηλού στρες. (Pekmezovic et al,2011)

Πολλοί φοιτητές ιατρικών επαγγελματών σήμερα, επιλέγουν να ακολουθήσουν μεταπτυχιακές σπουδές καθώς η λήψη τίτλου σπουδών μεταπτυχιακής κατεύθυνσης έχει σημαντικά οφέλη για την περαιτέρω επαγγελματική τους εξέλιξη. Σε μια σχετική έρευνα, 504 αποφοίτων ιατρικών σχολών οι οποίοι ακολούθησαν μεταπτυχιακές σπουδές, οι συμμετέχοντες, ανέφεραν ότι οι μεταπτυχιακές σπουδές αποτελούν προσόν στην ιατρική εκπαίδευση καθώς μέσω αυτών βελτιώνονται οι

επαγγελματικές πρακτικές και η αφοσίωση των φοιτητών σε ακαδημαϊκές δραστηριότητες. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι ένα μεταπτυχιακό πρόγραμμα ιατρικής εκπαίδευσης μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τις πρακτικές και συμπεριφορές της υγείας των επαγγελματιών ιατρικών επαγγεμάτων, τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης και την ενδυνάμωση της αυξημένης αίσθησης της συμμετοχής στην εκπαιδευτική κοινότητα. (Sethi et al, 2016)

Ωστόσο δεδομένων των αυξημένων ακαδημαϊκών υποχρεώσεων των μεταπτυχιακών φοιτητών, το συνακόλουθο προκαλούμενο στρες και άγχος μπορούν να προκαλέσουν βλάβη στην ποιότητα ζωής των φοιτητών, γεγονός που έχει προκαλέσει ενδιαφέρον για τις αιτίες και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τον μετριασμό του στρες, καθώς και τρόπους για να διατηρηθεί μια καλή Ποιότητα ζωής. (Pekmezovic et al,2011)

Οι μεταπτυχιακές ιατρικές σπουδές θεωρούνται ένα από τα πιο αγχωτικά επαγγελματικά projects. Οι υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό τους καθώς και από τα μέλη της οικογένειας, σε συνδυασμό με την ακαδημαϊκή μεταπτυχιακή κατάρτιση για την ανάληψη ευθύνης για την ευημερία του ασθενούς, καθιστούν έναν σπουδαστή ιατρικής και ιδίως μεταπτυχιακών σπουδών, επιρρεπή στην εμπειρία του άγχους που μπορεί κατά περίπτωση να γίνει υπερβολικό. (Guthrie et al., 1995) Επιπλέον, οι φοιτητές ιατρικής πρέπει να αφιερώσουν χρόνο για τις ακαδημαϊκές τους αναζητήσεις και συχνά δεν είναι σε θέση να διαθέσουν εύλογο χρόνο για χόμπι και χαλαρωτικές ενασχολήσεις οι οποίες θα τους μείωναν το άγχος (Sood, 2008).. Το συσσωρευμένο άγχος είναι πιθανό να έχει πολλές επιβλαβείς επιπτώσεις για τους μεταπτυχιακούς φοιτητές της ιατρικής, συμπεριλαμβανομένου του ακαδημαϊκού κινδύνου και της κακής ποιότητας ζωής. Έτσι, τα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, άγχους και στρες μπορεί να οδηγήσουν σε κακή ποιότητα ζωής και υψηλά ποσοστά ψυχικής νοσηρότητας. (Paro et al., 2010)

Τα ψυχολογικά συμπτώματα του άγχους, της κατάθλιψης και του άγχους μεταξύ των φοιτητών ιατρικής και ιδίως των φοιτητών μεταπτυχιακών προγραμμάτων ιατρικών σπουδών, έχουν αναφερθεί σε ένα σύνολο ερευνών από όλο τον κόσμο (Schwenk et al., 2010, Aktekin et al., 2001) που αναφέρουν του υψηλό επιπολασμό άγχους, και κατάθλιψης μεταξύ των φοιτητών ιατρικής από διάφορα μέρη του κόσμου. Αυτό διότι το ιατρικό εκπαιδευτικό σύστημα έχει μερικά μοναδικά χαρακτηριστικά που το κάνουν διαφορετικό από άλλα πεδία πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. (Hope et al., 2014).

Πρώτον, η διαδικασία επιλογής των φοιτητών ιατρικής εξαρτάται στις περισσότερες των περιπτώσεων από την διεξαγωγή απαιτητικών εξετάσεων και όχι στην αξιολόγηση προσωπικών δηλώσεων, συνεντεύξεων ή εθελοντική υπηρεσία όπως μπορεί να συμβαίνει σε άλλους. Δεύτερον, οι οικογενειακές επιρροές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην απόφαση του μαθητή να ακολουθήσει μια καριέρα στην ιατρική και αυτό είναι διαφορετικό από άλλα ίσως επιστημονικά πεδία όπου οι

φοιτητές ασκούν σαφή αυτονομία στη λήψη αποφάσεων για τη σταδιοδρομία τους. Τρίτον, όσον αφορά ειδικότερα τις μεταπτυχιακές ακαδημαϊκές σπουδές στον τομέα της ιατρικής, οι επιδόσεις στις εξετάσεις είναι πολύ σημαντικές. Αυτό οδηγεί σε συνεχιζόμενη πίεση για εξασφάλιση μιας καλής θέσης και έμφαση εκ μέρους των μεταπτυχιακών φοιτητών στις ακαδημαϊκές επιδόσεις κάτι που προκύπτει και από ένα σύνολο σχετικών ερευνών. (Aktekin et al., 2001)

Ειδικότερα σε μια σειρά ερευνών σε μεταπτυχιακούς φοιτητές, από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, κατέδειξαν ότι το άγχος συσχετίστηκε αρνητικά με τους φυσικούς και πνευματικούς τομείς της ποιότητας ζωής, καθώς και με το κοινωνικοψυχολογικό άγχος το οποίο παρατηρείται λόγω των διαφορών των πεποιθήσεων, των αξιών και άλλων πολιτιστικών αντιλήψεων μεταξύ της χώρας προέλευσης και της χώρας υποδοχής. (Bhandari, 2012) Μία από αυτές τις μελέτες επεσήμανε ότι οι φοιτητές οι οποίοι επιπλέον αντιμετώπιζαν και χρόνια αϋπνία εμφάνισαν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής. (Taylor et al., 2013). Επίσης οι μεταπτυχιακοί φοιτητές των επιστημών υγείας, βρέθηκαν να έχουν τις χαμηλότερες βαθμολογίες σε σχεδόν όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής και μάλιστα πολύ συχνά εμφάνισαν συμπτώματα κατάθλιψης. (Pekmezovic et al., 2011)

Όσον αφορά τους προπτυχιακούς αλλά και μεταπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής ένα σύνολο προηγούμενων ερευνών αποκάλυψαν επίσης ότι παρουσιάζουν μια χειρότερη σωματική υγεία που σχετίζεται με τη συναισθηματική εξάντληση και τις δυσκολίες του ύπνου. Οι διαστάσεις της εξουθένωσης (burnout) και οι δυσκολίες στον ύπνο, εξηγούν το 22% και το 21% της διακύμανσης στους φυσικούς και ψυχολογικούς τομείς της Ποιότητας Ζωής, αντίστοιχα. (Pagnin and Queiroz, 2015) Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι οι φοιτητές ιατρικής με μέτριο έως μείζον συναισθηματικό άγχος είχαν χαμηλότερη Ποιότητα Ζωής (54). Τα σκορ που πέτυχαν οι συμμετέχοντες φοιτητές στις εν λόγω έρευνες, όσον αφορά τον τομέα Ποιότητας Ζωής ωστόσο, δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των φοιτητών ιατρικής από διαφορετικές ιατρικές σχολές και ανέφεραν επίσης ότι ιδίως όσον αφορά το ανδρικό φύλο, η καθημερινή σωματική δραστηριότητα είναι ανεξάρτητοι προγνωστικοί δείκτες υψηλότερης ποιότητας ζωής. (Jamali et al., 2013).

Στην πραγματικότητα, σε σύγκριση με τους άνδρες, οι γυναίκες φοιτήτριες μεταπτυχιακών προγραμμάτων της ιατρικής είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες στον φυσικό και ψυχολογικό τομέα της Ποιότητας Ζωής. Για τους άνδρες φοιτητές ιατρικής, τα προσωπικά αποτελέσματα κινδύνου συσχετίστηκαν αντιστρόφως με τον ψυχολογικό τομέα της Ποιότητας Ζωής, ενώ για τις γυναίκες, τα ποσοστά προσωπικής επίτευξης ήταν μέτρια συσχετισμένα με την προσωπική δυσφορία και άγχος. (Paro et al., 2014)

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, οι απαιτήσεις της σύγχρονης ζωής έχουν συχνά προκαλέσει την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων κυρίως στρες και άγχους, στους μεταπτυχιακούς φοιτητές, καθώς οι ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που σχετίζονται με τις σπουδές τους,

φαίνεται ότι αλληλοεπιδρούν συνδυαστικά και επηρεάζουν αρνητικά όχι μόνο την υγεία τους αλλά και την ακαδημαϊκή απόδοση και τα επιτεύγματά τους εν γένει (Zhong et al,2019).

Τα συναισθήματα που βιώνουν οι φοιτητές και δη οι μεταπτυχιακοί φοιτητές στο ακαδημαϊκό περιβάλλον είναι γνωστό ότι σχετίζονται με σημαντικά αποτελέσματα, όπως η ακαδημαϊκή προσαρμογή και η επιτυχία, η υγεία και η ευημερία των σπουδαστών. Ωστόσο, παράγοντες όπως το άγχος και το άγχος μπορούν να οδηγήσουν και σε κακή ακαδημαϊκή επίδοση και επιπλέον στην πρόκληση ασθένειας. (Zhong et al,2019).

Ένας ακόμη παράγοντας άγχους των μεταπτυχιακών φοιτητών ιδίως των ιατρικών σχολών είναι οι ασθενείς. Σύμφωνα με μελέτες, οι ασθενείς σήμερα είναι πιο απαιτητικοί και περιμένουν από τους επαγγελματίες υγείας να τους χορηγήσουν «fast food» ιατρική φροντίδα. Συμπεριφέρονται δηλαδή περισσότερο ως καταναλωτές που πιστεύουν ότι η υγεία και η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μπορεί να αγοραστεί όπως οποιοδήποτε άλλο υλικό αγαθό. Παράλληλα, υπάρχει μια διάβρωση στην παραδοσιακή σχέση μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς, γιατί η ιατρική θεωρείται όλο και περισσότερο ως επιχείρηση. Αυτές οι εξελίξεις αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες τόσο για τους ήδη επαγγελματίες υγείας όσο και για τους μεταπτυχιακούς φοιτητές οι οποίοι μετά το πέρας των σπουδών τους θα κληθούν να αντιμετωπίσουν όλες αυτές τις προκλήσεις, τις οποίες σε μεγάλο βαθμό ήδη αντιμετωπίζουν βέβαια, στα πλαίσια της πρακτικής τους άσκησης. (Matheson, 1990).

Η συσχέτιση άγχους και ποιότητας ζωής, έχει αποδειχθεί να υφίσταται όχι μόνο στους φοιτητές αλλά και στους ήδη ασκούντες ιατρικά επαγγέλματα. Για παράδειγμα, ο ανωτέρω συσχετισμός, αποδείχθηκε επίσης σε μια έρευνα σε ένα τυχαίο δείγμα 1086, οδοντιάτρων στο Χονγκ Κονγκ. Στους συμμετέχοντες, ταχυδρομήθηκε ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο σχετικά με την εξάντληση και το επαγγελματικό στρες το 2015. Το ερωτηματολόγιο αξιολογούσε το εργασιακό άγχος, τις στρατηγικές αντιμετώπισης, τις επιπτώσεις του στρες, το επίπεδο εξάντλησης και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων. (Choy and Wong, 2017).

Η εκτίμηση του επαγγελματικού στρες και των στρεσογόνων παραγόντων, αναλύθηκαν στη βάση πέντε ομάδων: στρεσογόνοι παράγοντες σχετιζόμενοι με τον ασθενή, σχετιζόμενοι με το χρόνο, σχετιζόμενοι με το εισόδημα, σχετιζόμενοι με το εργασιακό περιβάλλον και σχετιζόμενοι με τεχνολογικούς παράγοντες. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν ότι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς αποτελούν τις κατεξοχήν πηγές πρόκλησης επαγγελματικού άγχους που βιώνουν οι οδοντίατροι στο Χονγκ Κονγκ. Παρ'όλα αυτά, ένα χαμηλό ποσοστό οδοντιάτρων, προέκυψε ότι αντιμετωπίζουν υψηλό επίπεδο ολικής εξουθένωσης καθώς βρέθηκε μια θετική συσχέτιση, σχέση μεταξύ του επαγγελματικού άγχους και του επιπέδου εξουθένωσης. (Choy and Wong, 2017).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής φοιτητών που παρακολουθούν προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα η εργασία εστιάζει στην εκτίμηση της ψυχικής υγείας και των στρατηγικών διαχείρισης άγχους των μεταπτυχιακών φοιτητών καθώς επίσης και στη μεταξύ τους σχέση.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν στην παρούσα μελέτη διαμορφώθηκαν ως κάτωθι:

1. Ποια είναι τα επίπεδα της ψυχικής επιβάρυνσης που βιώνουν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές;
2. Ποια είναι η συχνότητα των στρατηγικών διαχείρισης άγχους που χρησιμοποιούν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές;
3. Υπάρχει σχέση μεταξύ της ψυχικής επιβάρυνσης των μεταπτυχιακών φοιτητών και των ατομικών χαρακτηριστικών τους και ποια είναι αυτή;
4. Υπάρχει σχέση μεταξύ της ψυχικής επιβάρυνσης και των στρατηγικών διαχείρισης άγχους των μεταπτυχιακών φοιτητών και ποια είναι αυτή;

2. ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Σχέδιο μελέτης και δείγμα

Διενεργήθηκε περιγραφική μελέτη συσχέτισης και το σχέδιο της ήταν συγχρονικού τύπου ή χρονικής στιγμής. Οι συγχρονικές μελέτες προσφέρονται για την αρχική επισκόπηση του εξεταζόμενου θέματος και συμβάλουν στη δημιουργία των ερευνητικών υποθέσεων. Επειδή όμως έχουν τον στιγμιαίο και στατικό χαρακτήρα μιας φωτογραφίας δεν επιτρέπουν τον έλεγχο των υποθέσεων, δηλαδή την αξιολόγηση των αιτιολογικών σχέσεων. Σε αυτές τις έρευνες λόγω του συγχρονικού τους χαρακτήρα, οι όποιες σχέσεις ανευρίσκονται έχουν περιγραφικό και όχι αιτιακό χαρακτήρα, επομένως έχουν μόνο προβλεπτική και όχι εξηγητική αξία.

Τον υπό μελέτη πληθυσμό αποτέλεσαν οι φοιτητές που παρακολουθούσαν προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών στον τομέα της υγείας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά $n=157$ μεταπτυχιακοί φοιτητές τριών προγραμμάτων μεταπτυχιακών σπουδών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ήτοι: «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» ($n_1=68$), «Ψυχική Υγεία» ($n_2=55$) και «Άσκηση, Εργοσπιρομετρία και Αποκατάσταση» ($n_3=34$). Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε ήταν δείγμα

ευκολίας καθώς εφαρμόστηκε για την επιλογή των μονάδων του δείγματος η δειγματοληψία μη πιθανότητας, ενώ κριτήρια αποκλεισμού δεν τέθηκαν.

2.2 Ερευνητικά εργαλεία

Η συλλογή των δεδομένων και η μέτρηση των μεταβλητών της έρευνας έγινε με ένα δομημένο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς με ερωτήσεις κλειστού τύπου, το οποίο αποτελείται από τις κάτωθι τρεις ενότητες.

Έντυπο ατομικών χαρακτηριστικών. Περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά, κοινωνικά και χαρακτηριστικά υγείας των μεταπτυχιακών φοιτητών (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, τόπος μόνιμης κατοικίας, επίπεδο εκπαίδευσης, εργασιακή κατάσταση, ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, καπνιστική συνήθεια, χρήση αλκοόλ, σωματική άσκηση).

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, EGY-28 (General Health Questionnaire, GHQ-28). Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ) είναι ένα διεθνώς χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς που σκοπό έχει την ανίχνευση ψυχικών διαταραχών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Goldberg D.P., 1978). Το EGY κυκλοφορεί σε τέσσερις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων. Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η τρίτη εκδοχή των 28 ερωτήσεων καθώς αυτή η έκδοση έχει χρησιμοποιηθεί περισσότερο από κάθε άλλη έκδοση και επιτρέπει πιο αξιόπιστες συγκρίσεις.

Η προσαρμογή και στάθμιση του EGY στον Ελληνικό πληθυσμό έγινε από τον Γαρύφαλλο Γ. και συν. (Garyfallos G. et al., 1991). Το EGY-28 έχει επιδείξει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και έχει χρησιμοποιηθεί από πλήθος Ελλήνων ερευνητών. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 28 ερωτήσεις και ενδιαφέρεται για τις αλλαγές που έχουν υπάρξει τις τελευταίες εβδομάδες, με την κάθε ερώτηση να διερευνά αν το άτομο έχει πρόσφατα εμφανίσει ένα ορισμένο σύμπτωμα ή είδος συμπεριφοράς. Οι απαντήσεις δίνονται σε 4βαθμη κλίμακα τύπου Likert που εκτείνεται από το «καθόλου» έως το «πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως». Η βαθμολόγηση των απαντήσεων γίνεται είτε στην κλίμακα 0-1-2-3, είτε στην κλίμακα 0-0-1-1. Η συνολική βαθμολογία (συνολικό σκορ) της Κλίμακας εξάγεται από το άθροισμα των απαντήσεων στις επιμέρους ερωτήσεις. Όσο υψηλότερη είναι η τιμή του δείκτη τόσο περισσότερο επιβαρυνμένη είναι η υγεία του εξεταζόμενου. Για την εκτίμηση της ύπαρξης ή μη προβλημάτων ψυχικής υγείας υπάρχουν σημεία ουδού ή σημεία διαχωρισμού (cut-off points). Σύμφωνα με τη στάθμιση του Ερωτηματολογίου το σημείο ουδός για το EGY-28 είναι 4/5, το οποίο δίνει μια ευαισθησία=89% και μια ειδικότητα=81%. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας του Ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε σε $\alpha=0,93$. Από τη στάθμιση του ερωτηματολογίου προκύπτει ότι οι ερωτήσεις του EGY μπορούν να ταξινομηθούν σε 4 Υποκλίμακες - Παράγοντες: α) Σωματικά ενοχλήματα (7 ερωτήσεις), β) Άγχος (7

ερωτήσεις), γ) Κοινωνική δυσλειτουργικότητα (7 ερωτήσεις) και δ) Κατάθλιψη (7 ερωτήσεις). Το σκορ κάθε Υποκλίμακας προκύπτει από την άθροιση των απαντήσεων των επιμέρους ερωτήσεων που την αποτελούν. Στις Υποκλίμακες υψηλότερες βαθμολογίες δηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα των συγκεκριμένων διαταραχών.

Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων, ΣΑΑΚ (Ways of Coping). Για την εκτίμηση των στρατηγικών διαχείρισης του άγχους χρησιμοποιήθηκε η Ελληνική εκδοχή του Ερωτηματολογίου «Τρόποι Αντιμετώπισης Αγχогόνων Καταστάσεων» (Ways of Coping) των Lazarus και Folkman (Lazarus R.S. and Folkman S., 1984). Το Ερωτηματολόγιο Ways of Coping των Lazarus και Folkman έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία ως ένα αξιόπιστο εργαλείο εκτίμησης της συχνότητας με την οποία το άτομο εφαρμόζει μια συγκεκριμένη τακτική όταν βρίσκεται αντιμέτωπο με ένα πρόβλημα. Το Ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε αρχικά ως ένας κατάλογος 68 θεμάτων που περιέγραφαν ένα μεγάλο εύρος διαδικασιών ή μεθόδων, γνωσιακών και σε επίπεδο συμπεριφοράς, τις οποίες ένα άτομο θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει για να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα ή μια κατάσταση που αξιολογείται ως δυσάρεστη. Αργότερα η Κλίμακα αναθεωρήθηκε και έτσι προέκυψε τελικά μια Κλίμακα 67 θεμάτων. Η Κλίμακα ΣΑΑΚ σταθμίστηκε στον Ελληνικό πληθυσμό από τον Καραδήμα Ε.Χ. (1998).

Η Ελληνική εκδοχή της Κλίμακας ΣΑΑΚ περιλαμβάνει 38 δηλώσεις και οι απαντήσεις δίνονται σε 4βαθμη κλίμακα τύπου Likert με βαθμολόγηση που εκτείνεται από το «ποτέ=0» έως το «συνά=3». Από τη στάθμιση προκύπτουν 5 Υποκλίμακες – Παράγοντες που αποτελούν τις στρατηγικές διαχείρισης του άγχους, ήτοι: α) Θετική προσέγγιση (11 δηλώσεις), η οποία αναλύεται σε δύο διαστάσεις τη «Θετική επαναξιολόγηση» και την «Επίλυση προβλήματος», β) Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης (6 δηλώσεις), γ) Ευχολογία/Ονειροπόληση (8 δηλώσεις), η οποία αναλύεται σε δύο διαστάσεις την «Ευχολογία» και την «Αναζήτηση θεικής βοήθειας», δ) Αποφυγή/Διαφυγή (9 δηλώσεις), η οποία αναλύεται σε δύο διαστάσεις την «Παραίτηση» και την «Αρνηση» και ε) Διεκδικητική επίλυση προβλήματος (4 δηλώσεις). Το σκορ κάθε Υποκλίμακας προκύπτει από την άθροιση των απαντήσεων των επιμέρους ερωτήσεων που την αποτελούν διαιρεμένο με το πλήθος αυτών (μέσο σκορ). Όσο υψηλότερη είναι η τιμή του δείκτη τόσο μεγαλύτερη είναι η συχνότητα χρησιμοποίησης της συγκεκριμένης στρατηγικής αντιμετώπισης της αγχογόνου κατάστασης του ερωτώμενου. Ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha στην Ελληνική εκδοχή του Ερωτηματολογίου είναι 0.79, 0.77, 0.77, 0.74 και 0.60 αντίστοιχα για τους πέντε Παράγοντες της Κλίμακας ΣΑΑΚ.

2.3 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διανομή και συγκέντρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα Φεβρουάριος έως Απρίλιος του 2019. Τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν και συμπληρώθηκαν στις αίθουσες διδασκαλίας των μαθημάτων σε συνεννόηση με τον υπεύθυνο καθηγητή του μαθήματος, αφού προηγήθηκε ενημέρωση για το σκοπό της έρευνας και τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Η συμμετοχή των μεταπτυχιακών φοιτητών ήταν εθελοντική και ανώνυμη μετά από συναίνεσή τους, σύμφωνα με τους δεοντολογικούς κανόνες διεξαγωγής της επιστημονικής έρευνας.

2.4 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των μεταβλητών της έρευνας έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 22.0 σε δύο στάδια. Αρχικά εφαρμόστηκαν περιγραφικές μέθοδοι ανάλυσης των μεταβλητών (περιγραφική στατιστική) και στη συνέχεια δοκιμασίες ελέγχου συσχετίσεων των μεταβλητών (επαγωγική στατιστική). Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε η μέση τιμή, η σταθερή απόκλιση, η διάμεσος τιμή και το εύρος τιμών (ελάχιστη – μέγιστη τιμή). Η περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών έγινε με τις κατανομές συχνότητας (απόλυτη και σχετική % συχνότητα). Για τη διερεύνηση των συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικοί στατιστικοί έλεγχοι, Mann-Whitney test και Kruskal-Wallis test καθώς και ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman, καθώς οι ποσοτικές μεταβλητές δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Επίσης χρησιμοποιήθηκε το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression) εκτιμώντας το odds ratio. Το επίπεδο της αποδεκτής στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο 5%.

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

3.1 Περιγραφική ανάλυση

Ατομικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά, κοινωνικά και χαρακτηριστικά υγείας των 157 μεταπτυχιακών φοιτητών του δείγματος.

Πίνακας 1: Ατομικά χαρακτηριστικά των μεταπτυχιακών φοιτητών (n=157).

Χαρακτηριστικά	n	%
Φύλο		

Ανδρας	34	21,7
Γυναίκα	123	78,3
Ηλικία (έτη)		
≤ 29	62	39,5
30 – 39	68	43,3
≥ 40	27	17,2
Mean ± SD	33,19 ± 7,51	
Min – Max	23 – 53	
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος	84	53,5
Έγγαμος	71	45,2
Διαζευγμένος	2	1,3
Αριθμός παιδιών		
0	101	64,3
1 – 2	51	32,5
≥ 3	5	3,2
Τόπος μόνιμης διαμονής		
Πόλη	140	89,2
Κωμόπολη	10	6,4
Χωριό	7	4,5
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Πανεπιστημιακή	67	42,7
Τεχνολογική	90	57,3
Βασικός τίτλος σπουδών		
Επιστήμη Υγείας	108	68,8
Άλλο	49	31,2
Εργασιακή κατάσταση		
Εργαζόμενος πλήρους απασχόλησης	123	78,3
Εργαζόμενος μερικής απασχόλησης	20	12,7
Μη εργαζόμενος	14	8,9
Ύπαρξη χρόνιου νοσήματος		
Ναι	15	9,6
Όχι	142	90,4
Καπνιστική συνήθεια		
Καπνιστής	46	29,3

Πρώην καπνιστής	19	12,1
Μη καπνιστής	92	58,6
Χρήση αλκοόλ		
Καθόλου	43	27,4
Λίγο περιστασιακά	86	54,8
Λίγο συχνά	23	14,6
Πολύ περιστασιακά	5	3,2
Πολύ συχνά	0	0,0
Σωματική άσκηση (τουλάχιστον 20 λεπτά της ώρας)		
Καθόλου	15	9,6
Σπάνια	40	25,5
Μερικές φορές (όχι κάθε εβδομάδα)	43	27,4
Συχνά (1 ή 2 φορές την εβδομάδα)	27	17,2
Πολύ συχνά (3 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα)	32	20,4

Το 78,3% του δείγματος των μεταπτυχιακών φοιτητών ήταν γυναίκες και το 21,7% άνδρες. Η ηλικία τους κυμαίνονταν από 23 έως 53 ετών με μέση τιμή τα 33,19 έτη. Οι περισσότεροι μεταπτυχιακοί φοιτητές ήταν άγαμοι (53,5%) και δεν είχαν παιδιά (64,3%). Η συντριπτική πλειονότητα κατοικούσε μόνιμα σε πόλη (89,2%). Αναφορικά με την εκπαίδευσή τους το 57,3% ήταν απόφοιτοι ΤΕΙ και το 42,7% απόφοιτοι Πανεπιστημίου, ενώ περίπου τα 2/3 τμήματος Επιστημών Υγείας (68,8%). Το 78,3% των μεταπτυχιακών φοιτητών εργαζόνταν με πλήρη απασχόληση. Σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους το 9,6% ανέφερε ότι έχει κάποιο χρόνιο νόσημα, ενώ όσον αφορά τις «κακές» συμπεριφορές υγείας το 29,3% ανέφερε ότι κάπνιζε, το 17,8% ότι έκανε συχνή ή μεγάλη χρήση αλκοόλ και το 62,4% ότι δεν γυμνάζονταν συχνά ή πολύ συχνά (Πίνακας 1).

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η περιγραφή των απαντήσεων των 157 μεταπτυχιακών φοιτητών του δείγματος στο Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (ΕΓΥ-28).

Πίνακας 2: Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (ΕΓΥ-28).

ΕΓΥ - 28	Cronbach's alpha	Mean ± SD	Median	Min – Max
Σωματικά ενοχλήματα	0,81	6,17 ± 3,56	6,00	0 - 15
Άγχος	0,85	6,59 ± 4,07	6,00	0 - 20

Κοινωνική δυσλειτουργικότητα	0,69	5,54 ± 2,29	6,00	1 - 13
Κατάθλιψη	0,78	1,49 ± 2,14	1,00	0 - 12
Σύνολο Κλίμακας ΕΓΥ	0,87	19,78 ± 8,74	18,00	3 - 48
Πρόβλημα Ψυχικής Υγείας				
Παρουσία ψυχικού προβλήματος	51 (32,5%)			
Απουσία ψυχικού προβλήματος	106 (67,5%)			

Η αξιοπιστία του Ερωτηματολογίου ήταν πολύ καλή, καθώς ο συντελεστής Cronbach's alpha πήρε τιμές κοντά ή μεγαλύτερες του 0,70 δείχνοντας υψηλή συνοχή των ερωτήσεων που απαρτίζουν την Κλίμακα και τις Υποκλίμακες του ΕΓΥ-28.

Το σκορ της συνολικής Κλίμακας ΕΓΥ-28 κυμαίνονταν από 3 έως 48 με μέση τιμή 19,78 και διάμεσο τιμή 18,00. Όσον αφορά τις τέσσερις διαστάσεις του ΕΓΥ-28, τη μεγαλύτερη μέση τιμή εμφάνιζε το «Άγχος» (6,59) και τα «Σωματικά ενοχλήματα» (6,17) έπεται η «Κοινωνική δυσλειτουργικότητα» (5,54) και τέλος η «Κατάθλιψη» (1,49).

Με βάση το σημείο ουδός του ΕΓΥ-28 για την ανίχνευση προβλήματος ψυχικής υγείας, διαπιστώθηκε ότι ο Επιπολασμός ψυχικού προβλήματος ήταν 32,5% (51 στους 157), δηλαδή περίπου το 1/3 των μεταπτυχιακών φοιτητών εμφάνιζε ιδιαίτερα επιβαρυσμένη ψυχική υγεία (Πίνακας 2).

Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η περιγραφή των απαντήσεων των 157 μεταπτυχιακών φοιτητών του δείγματος στην Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ).

Πίνακας 3: Κλίμακα Στρατηγικών Αντιμετώπισης Αγχογόνων Καταστάσεων (ΣΑΑΚ).

Κλίμακα ΣΑΑΚ	Cronbach's alpha	Mean ± SD	Median	Min – Max
Θετική προσέγγιση	0,80	2,28 ± 0,42	2,36	0,18 – 3,00
- Θετική επαναξιολόγηση	0,73	2,35 ± 0,45	2,43	0,29 – 3,00
- Επίλυση προβλήματος	0,68	2,15 ± 0,49	2,25	0,00 – 3,00
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	0,77	2,02 ± 0,52	2,00	0,67 – 3,00
Ευχολογία/Ονειροπόληση	0,78	1,74 ± 0,56	1,75	0,00 – 3,00
- Ευχολογία	0,76	1,95 ± 0,58	2,00	0,00 – 3,00
- Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	0,71	1,40 ± 0,79	1,33	0,00 – 3,00
Αποφυγή/Διαφυγή	0,76	1,74 ± 0,49	1,78	0,22 – 2,89
- Παραίτηση	0,62	1,71 ± 0,52	1,80	0,00 – 3,00

- Άρνηση	0,63	1,77 ± 0,59	1,75	0,00 – 3,00
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	0,51	1,62 ± 0,54	1,75	0,00 – 3,00

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής των επιμέρους διαστάσεων της Κλίμακας ΣΑΑΚ ήταν μέτρια έως πολύ καλή καθώς ο συντελεστής Cronbach's alpha κυμαίνονταν από 0,51 έως 0,80. Από τις έντεκα Υποκλίμακες οι οκτώ παρουσίαζαν τιμές α κοντά ή μεγαλύτερες του 0,70.

Με βάση τη μέση τιμή των διαστάσεων της Κλίμακας ΣΑΑΚ, τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνιζε η «Θετική προσέγγιση» (2,28) με τις δύο διαστάσεις της «Θετική επαναξιολόγηση» (2,35) και «Επίλυση προβλήματος» (2,15). Έπεται η «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» (2,02) και στη συνέχεια η «Ευχολογία/Ονειροπόληση» (1,74) και η «Αποφυγή/Διαφυγή» (1,74). Τέλος τη μικρότερη συχνότητα εμφάνισης είχε η «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» (1,62) (Πίνακας 3).

3.2 Έλεγχος συσχετίσεων

Σχέση ψυχικής υγείας και ατομικών χαρακτηριστικών

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαταραχών ψυχικής υγείας και των δημογραφικών, κοινωνικών και χαρακτηριστικών υγείας των 157 μεταπτυχιακών φοιτητών του δείγματος.

Πίνακας 4: Σχέση διαταραχών ψυχικής υγείας και ατομικών χαρακτηριστικών των μεταπτυχιακών φοιτητών.

Χαρακτηριστικά	ΕΓΥ - 28		
	Σωματικά ενοχλήματα	Άγχος	Κοινωνική δυσλειτουργικ.
Φύλο			
Ανδρας	5,32 ± 3,48 4,50	5,76 ± 3,91 4,50	5,59 ± 1,99 6,00
Γυναίκα	6,40 ± 3,56 6,00	6,81 ± 4,10 6,00	5,53 ± 2,37 6,00
<i>P value</i>	0,100	0,135	0,983
Ηλικία (έτη)			
≤ 29	6,03 ± 3,27 6,00	6,55 ± 3,74 6,00	5,39 ± 2,29 6,00
30 – 39	6,13 ± 3,70 6,00	6,40 ± 4,10 6,00	5,66 ± 2,28 6,00

≥ 40	6,56 ± 3,93	5,00	7,15 ± 4,78	6,00	5,59 ± 2,37	6,00
<i>P value</i>	0,904		0,831		0,747	
Οικογενειακή κατάσταση						
Έγγαμος	6,79 ± 3,73	6,00	7,11 ± 4,49	7,00	5,37 ± 2,47	5,00
Μη έγγαμος	5,65 ± 3,35	5,50	6,15 ± 3,65	6,00	5,69 ± 2,13	6,00
<i>P value</i>	0,083		0,209		0,428	
Ύπαρξη παιδιών						
Ναι	6,79 ± 3,88	6,50	7,14 ± 4,65	6,00	5,57 ± 2,44	5,50
Όχι	5,82 ± 3,34	6,00	6,28 ± 3,70	6,00	5,52 ± 2,21	6,00
<i>P value</i>	0,183		0,390		0,926	
Τόπος μόνιμης διαμονής						
Αστική περιοχή	6,26 ± 3,64	6,00	6,67 ± 4,15	6,00	5,55 ± 2,28	6,00
Μη αστική περιοχή	5,41 ± 2,85	5,00	5,88 ± 3,35	5,00	5,47 ± 2,43	5,00
<i>P value</i>	0,449		0,559		0,755	
Επίπεδο εκπαίδευσης						
Πανεπιστημιακή	5,76 ± 3,54	6,00	5,88 ± 4,10	5,00	5,37 ± 2,02	6,00
Τεχνολογική	6,47 ± 3,56	6,00	7,11 ± 3,99	7,00	5,67 ± 2,47	6,00
<i>P value</i>	0,240		0,024		0,537	
Βασικός τίτλος σπουδών						
Επιστήμη Υγείας	6,58 ± 3,57	6,00	6,93 ± 4,03	6,50	5,58 ± 2,34	6,00
Άλλο	5,24 ± 3,39	5,00	5,84 ± 4,11	5,00	5,45 ± 2,20	6,00
<i>P value</i>	0,024		0,064		0,968	
Εργασία πλήρους απασχόλησης						
Ναι	6,17 ± 3,53	6,00	6,50 ± 3,92	6,00	5,48 ± 2,31	6,00
Όχι	6,15 ± 3,72	5,50	6,91 ± 4,61	6,00	5,76 ± 2,22	6,00
<i>P value</i>	0,829		0,927		0,597	
Ύπαρξη χρόνιου νοσήματος						
Ναι	6,87 ± 3,23	7,00	6,87 ± 3,93	7,00	6,00 ± 2,67	6,00
Όχι	6,09 ± 3,60	6,00	6,56 ± 4,10	6,00	5,49 ± 2,25	6,00
<i>P value</i>	0,218		0,699		0,362	
Καπνισματική συνήθεια						
Ναι	6,57 ± 3,56	5,00	6,76 ± 4,27	6,00	6,04 ± 1,85	6,00
Όχι	6,00 ± 3,57	6,00	6,51 ± 4,00	6,00	5,33 ± 2,43	5,00
<i>P value</i>	0,462		0,738		0,038	
Χρήση αλκοόλ						

Ναι	6,96 ± 3,27	6,50	7,36 ± 4,43	7,50	5,39 ± 1,81	5,50
Όχι	5,99 ± 3,61	6,00	6,42 ± 3,99	6,00	5,57 ± 2,38	6,00
<i>P value</i>	0,138		0,287		0,717	
Σωματική άσκηση						
Ναι	5,54 ± 3,47	5,00	5,95 ± 3,72	5,00	5,00 ± 1,89	5,00
Όχι	6,54 ± 3,58	6,00	6,97 ± 4,24	7,00	5,87 ± 2,45	6,00
<i>P value</i>	0,054		0,118		0,025	

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± σταθ. απόκλιση, διάμεσος τιμή

Πίνακας 4: ... συνέχεια ...

Χαρακτηριστικά	ΕΓΥ - 28			
	Κατάθλιψη	Σύνολο Κλίμακας		
Φύλο				
Άνδρας	1,65 ± 2,23	1,00	18,32 ± 8,97	15,00
Γυναίκα	1,45 ± 2,13	1,00	20,19 ± 8,67	19,00
<i>P value</i>	0,724		0,142	
Ηλικία (έτη)				
≤ 29	1,56 ± 1,93	1,00	19,53 ± 7,64	17,50
30 – 39	1,21 ± 2,13	1,00	19,40 ± 8,97	18,50
≥ 40	2,04 ± 2,56	1,00	21,33 ± 10,53	19,00
<i>P value</i>	0,096		0,741	
Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος	1,69 ± 2,56	1,00	20,96 ± 9,83	19,00
Μη έγγαμος	1,33 ± 1,73	1,00	18,81 ± 7,65	18,00
<i>P value</i>	0,791		0,318	
Ύπαρξη παιδιών				
Ναι	1,89 ± 2,80	1,00	21,39 ± 10,29	19,00
Όχι	1,27 ± 1,65	1,00	18,89 ± 7,66	18,00
<i>P value</i>	0,866		0,326	
Τόπος μόνιμης διαμονής				
Αστική περιοχή	1,53 ± 2,15	1,00	20,01 ± 8,86	19,00
Μη αστική περιοχή	1,18 ± 2,13	1,00	17,94 ± 7,66	15,00
<i>P value</i>	0,459		0,318	
Επίπεδο εκπαίδευσης				
Πανεπιστημιακή	1,34 ± 1,91	1,00	18,36 ± 8,67	17,00

Τεχνολογική	1,60 ± 2,31	1,00	20,84 ± 8,69	20,50
<i>P value</i>	0,528		0,040	
Βασικός τίτλος σπουδών				
Επιστήμη Υγείας	1,55 ± 2,22	1,00	20,64 ± 8,68	20,00
Άλλο	1,37 ± 1,99	1,00	17,90 ± 8,67	15,00
<i>P value</i>	0,735		0,020	
Εργασία πλήρους απασχόλησης				
Ναι	1,38 ± 2,14	1,00	19,53 ± 8,46	18,00
Όχι	1,88 ± 2,13	1,00	20,71 ± 9,78	19,50
<i>P value</i>	0,052		0,693	
Ύπαρξη χρόνιου νοσήματος				
Ναι	1,93 ± 2,15	2,00	21,67 ± 9,89	23,00
Όχι	1,44 ± 2,15	1,00	19,58 ± 8,62	18,00
<i>P value</i>	0,158		0,207	
Καπνισματική συνήθεια				
Ναι	1,83 ± 2,55	1,00	21,20 ± 9,25	19,50
Όχι	1,35 ± 1,95	1,00	19,20 ± 8,49	18,00
<i>P value</i>	0,498		0,271	
Χρήση αλκοόλ				
Ναι	2,07 ± 2,80	1,00	21,79 ± 8,92	22,00
Όχι	1,36 ± 1,96	1,00	19,35 ± 8,67	17,00
<i>P value</i>	0,567		0,129	
Σωματική άσκηση				
Ναι	1,27 ± 1,85	1,00	17,76 ± 7,17	17,00
Όχι	1,62 ± 2,30	1,00	21,00 ± 9,39	20,00
<i>P value</i>	0,415		0,037	

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± σταθ. απόκλιση, διάμεσος τιμή

Από τον στατιστικό έλεγχο (Πίνακας 4) διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Τα **σωματικά ενοχλήματα** σχετίζονταν με την οικογενειακή κατάσταση (οι έγγαμοι εμφάνιζαν οριακά υψηλότερες τιμές από τους μη έγγαμους), το βασικό τίτλο σπουδών (οι πτυχιούχοι τμημάτων επιστημών υγείας εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους πτυχιούχους άλλων τμημάτων) και την σωματική άσκηση (οι μη συχνά ασκούμενοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους συχνά ασκούμενους).

- Το **άγχος** σχετίζονταν με το επίπεδο εκπαίδευσης (οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους απόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης) και το βασικό τίτλο σπουδών (οι πτυχιούχοι τμημάτων επιστημών υγείας εμφάνιζαν οριακά υψηλότερες τιμές από τους πτυχιούχους άλλων τμημάτων).
- Η **κοινωνική δυσλειτουργικότητα** σχετίζονταν με την καπνιστική συνήθεια (οι καπνιστές εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους μη καπνιστές και πρώην καπνιστές) και την σωματική άσκηση (οι μη συχνά ασκούμενοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους συχνά ασκούμενους).
- Η **κατάθλιψη** σχετίζονταν με την εργασιακή κατάσταση (οι μη εργαζόμενοι και οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης).
- Η **συνολική ψυχική επιβάρυνση** σχετίζονταν με το επίπεδο εκπαίδευσης (οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους απόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης), το βασικό τίτλο σπουδών (οι πτυχιούχοι τμημάτων επιστημών υγείας εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους πτυχιούχους άλλων τμημάτων) και την σωματική άσκηση (οι μη συχνά ασκούμενοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους συχνά ασκούμενους).

Στον Πίνακα 5 παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ύπαρξης ή μη προβλήματος ψυχικής υγείας και των δημογραφικών, κοινωνικών και χαρακτηριστικών υγείας των 157 μεταπτυχιακών φοιτητών του δείγματος.

Πίνακας 5: Σχέση προβλήματος ψυχικής υγείας και ατομικών χαρακτηριστικών των μεταπτυχιακών φοιτητών.

Χαρακτηριστικά	Παρουσία ψυχικού προβλήματος (n=51)		Απουσία ψυχικού προβλήματος (n=106)	
	OR	P value	OR	P value
Φύλο				
Ανδρας	9 (26,5%)		25 (73,5%)	1
Γυναίκα	42 (34,1%)	1,44	81 (65,9%)	0,399
Ηλικία (έτη)				
≤ 29	23 (37,1%)		39 (62,9%)	1
30 – 39	19 (27,9%)	0,66	49 (72,1%)	0,266
≥ 40	9 (33,3%)	0,85	18 (66,7%)	0,734

Οικογενειακή κατάσταση				
Έγγαμος	24 (33,8%)	47 (66,2%)	1,12	0,749
Μη έγγαμος	27 (31,4%)	59 (68,6%)	1	
Ύπαρξη παιδιών				
Ναι	16 (28,6%)	40 (71,4%)	1	
Όχι	35 (34,7%)	66 (65,3%)	1,33	0,436
Τόπος μόνιμης διαμονής				
Αστική περιοχή	46 (32,9%)	94 (67,1%)	1,17	0,775
Μη αστική περιοχή	5 (29,4%)	12 (70,6%)	1	
Επίπεδο εκπαίδευσης				
Πανεπιστημιακή	13 (19,4%)	54 (80,6%)	1	
Τεχνολογική	38 (42,2%)	52 (57,8%)	3,04	0,003
Βασικός τίτλος σπουδών				
Επιστήμη Υγείας	44 (40,7%)	64 (59,3%)	4,13	0,002
Άλλο	7 (14,3%)	42 (85,7%)	1	
Εργασία πλήρους απασχόλησης				
Ναι	40 (32,5%)	83 (67,5%)	1,01	0,985
Όχι	11 (32,4%)	23 (67,6%)	1	
Ύπαρξη χρόνιου νοσήματος				
Ναι	7 (46,7%)	8 (53,3%)	1,95	0,224
Όχι	44 (31,0%)	98 (69,0%)	1	
Καπνιστική συνήθεια				
Ναι	17 (37,0%)	29 (63,0%)	1,33	0,442
Όχι	34 (30,6%)	77 (69,4%)	1	
Χρήση αλκοόλ				
Ναι	14 (50,0%)	14 (50,0%)	2,49	0,032
Όχι	37 (28,7%)	92 (71,3%)	1	
Σωματική άσκηση				
Ναι	13 (22,0%)	46 (78,0%)	1	
Όχι	38 (38,8%)	60 (61,2%)	2,24	0,032

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως απόλυτη (% σχετική) συχνότητα

Από τον στατιστικό έλεγχο (Πίνακας 5) διαπιστώθηκε ότι η ύπαρξη προβλήματος ψυχικής υγείας σχετίζονταν με τα εξής χαρακτηριστικά:

- Το επίπεδο εκπαίδευσης (οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης εμφάνιζαν 3,04 φορές μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματος ψυχικής υγείας από τους απόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης).
- Το βασικό τίτλο σπουδών (οι πτυχιούχοι τμημάτων επιστημών υγείας εμφάνιζαν 4,13 φορές μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματος ψυχικής υγείας από τους πτυχιούχους άλλων τμημάτων).
- Την χρήση αλκοόλ (οι συχνά χρήστες αλκοόλ εμφάνιζαν 2,49 φορές μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματος ψυχικής υγείας από τους μη συχνά χρήστες αλκοόλ).
- Την σωματική άσκηση (οι μη συχνά ασκούμενοι εμφάνιζαν 2,24 φορές μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματος ψυχικής υγείας από τους συχνά ασκούμενους).

Σχέση ψυχικής υγείας και στρατηγικών διαχείρισης άγχους

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαταραχών ψυχικής υγείας και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων των 157 μεταπτυχιακών φοιτητών του δείγματος.

Πίνακας 6: Σχέση διαταραχών ψυχικής υγείας και στρατηγικών διαχείρισης άγχους των μεταπτυχιακών φοιτητών.

Κλίμακα ΣΑΑΚ	ΕΓΥ - 28				Σύνολο Κλίμακας
	Σωματικά ενοχλήματα	Άγχος	Κοινωνική δυσλειτουργικ.	Κατάθλιψη	
Θετική προσέγγιση	-0,005	0,001	-0,188*	-0,231**	-0,064
Θετική επαναξιολόγηση	0,008	-0,023	-0,176*	-0,207**	-0,070
Επίλυση προβλήματος	-0,012	0,057	-0,106	-0,158*	-0,009
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	0,171*	0,188*	-0,106	0,140	0,189*
Ευχολογία/Ονειροπόληση	0,184*	0,305***	0,093	0,157*	0,283***
Ευχολογία	0,137	0,249**	0,053	0,112	0,230**
Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	0,170*	0,257**	0,105	0,125	0,242**
Αποφυγή/Διαφυγή	0,136	0,170*	0,120	0,057	0,187*
Παραίτηση	0,123	0,157*	0,076	0,096	0,182*
Άρνηση	0,158*	0,164*	0,134	0,010	0,182*
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	0,071	0,319***	-0,077	0,230**	0,177*

Συντελεστής συσχέτισης Spearman, *p<0,05 **p<0,01 ***p<0,001

Από τον στατιστικό έλεγχο (Πίνακας 6) διαπιστώθηκαν τα εξής:

- Τα **σωματικά ενοχλήματα** σχετίζονταν θετικά με την «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης τόσο αυξάνονταν τα σωματικά ενοχλήματα), την «Ευχολογία/Ονειροπόληση» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της ευχολογίας/ονειροπόλησης τόσο αυξάνονταν τα σωματικά ενοχλήματα), την «Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της αναζήτησης θεϊκής βοήθειας τόσο αυξάνονταν τα σωματικά ενοχλήματα) και την «Άρνηση» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της άρνησης τόσο αυξάνονταν τα σωματικά ενοχλήματα).
- Το **άγχος** σχετίζονταν θετικά με την «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης τόσο αυξάνονταν το άγχος), την «Ευχολογία/Ονειροπόληση» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της ευχολογίας/ονειροπόλησης τόσο αυξάνονταν το άγχος), την «Ευχολογία» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της ευχολογίας τόσο αυξάνονταν το άγχος), την «Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της αναζήτησης θεϊκής βοήθειας τόσο αυξάνονταν το άγχος), την «Αποφυγή/Διαφυγή» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της αποφυγής/διαφυγής τόσο αυξάνονταν το άγχος), την «Παραίτηση» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της παραίτησης τόσο αυξάνονταν το άγχος), την «Άρνηση» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της άρνησης τόσο αυξάνονταν το άγχος) και την «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της διεκδικητικής επίλυσης προβλήματος τόσο αυξάνονταν το άγχος).
- Η **κοινωνική δυσλειτουργικότητα** σχετίζονταν αρνητικά με την «Θετική προσέγγιση» (όσο μειώνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της θετικής προσέγγισης τόσο αυξάνονταν η κοινωνική δυσλειτουργικότητα) και την «Θετική επαναξιολόγηση» (όσο μειώνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της θετικής επαναξιολόγησης τόσο αυξάνονταν η κοινωνική δυσλειτουργικότητα).
- Η **κατάθλιψη** σχετίζονταν αρνητικά με την «Θετική προσέγγιση» (όσο μειώνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της θετικής προσέγγισης τόσο αυξάνονταν η κατάθλιψη), την «Θετική επαναξιολόγηση» (όσο μειώνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της θετικής επαναξιολόγησης τόσο αυξάνονταν η κατάθλιψη) και την «Επίλυση προβλήματος» (όσο μειώνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της επίλυσης προβλήματος τόσο αυξάνονταν η κατάθλιψη). Επίσης σχετίζονταν θετικά με την «Ευχολογία/Ονειροπόληση» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της ευχολογίας/ονειροπόλησης τόσο αυξάνονταν η κατάθλιψη) και την «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της διεκδικητικής επίλυσης προβλήματος τόσο αυξάνονταν η κατάθλιψη).

- Η **συνολική ψυχική επιβάρυνση** σχετίζονταν θετικά με την «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης τόσο αυξάνονταν η συνολική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας), την «Ευχολογία/Ονειροπόληση» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της ευχολογίας/ονειροπόλησης τόσο αυξάνονταν η συνολική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας), την «Ευχολογία» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της ευχολογίας τόσο αυξάνονταν η συνολική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας), την «Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της αναζήτησης θεϊκής βοήθειας τόσο αυξάνονταν η συνολική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας), την «Αποφυγή/Διαφυγή» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της αποφυγής/διαφυγής τόσο αυξάνονταν η συνολική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας), την «Παραίτηση» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της παραίτησης τόσο αυξάνονταν η συνολική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας), την «Άρνηση» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της άρνησης τόσο αυξάνονταν η συνολική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας) και την «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος» (όσο αυξάνονταν η συχνότητα χρησιμοποίησης της διεκδικητικής επίλυσης προβλήματος τόσο αυξάνονταν η συνολική επιβάρυνση της ψυχικής υγείας).

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ύπαρξης ή μη προβλήματος ψυχικής υγείας και των στρατηγικών αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων των 157 μεταπτυχιακών φοιτητών του δείγματος.

Πίνακας 7: Σχέση προβλήματος ψυχικής υγείας και στρατηγικών διαχείρισης άγχους των μεταπτυχιακών φοιτητών.

Κλίμακα ΣΑΑΚ	Παρουσία ψυχικού προβλήματος (n=51)	Απουσία ψυχικού προβλήματος (n=106)	<i>P value</i>
Θετική προσέγγιση	2,30 ± 0,45 2,36	2,27 ± 0,40 2,36	0,507
Θετική επαναξιολόγηση	2,36 ± 0,49 2,43	2,35 ± 0,43 2,43	0,552
Επίλυση προβλήματος	2,20 ± 0,51 2,25	2,13 ± 0,47 2,25	0,347
Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης	2,15 ± 0,48 2,17	1,95 ± 0,53 2,00	0,026
Ευχολογία/Ονειροπόληση	1,93 ± 0,57 2,00	1,65 ± 0,53 1,75	0,004

Ευχολογία	2,11 ± 0,61	2,00	1,87 ± 0,55	2,00	0,016
Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας	1,63 ± 0,82	1,67	1,29 ± 0,75	1,33	0,030
Αποφυγή/Διαφυγή	1,89 ± 0,45	1,89	1,66 ± 0,50	1,67	0,011
Παραίτηση	1,86 ± 0,44	1,80	1,63 ± 0,54	1,60	0,017
Άρνηση	1,93 ± 0,58	2,00	1,70 ± 0,58	1,75	0,015
Διεκδικητική επίλυση προβλήματος	1,71 ± 0,55	1,75	1,57 ± 0,53	1,50	0,125

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέση τιμή ± σταθ. απόκλιση, διάμεσος τιμή

Από τον στατιστικό έλεγχο (Πίνακας 7) διαπιστώθηκε ότι η **ύπαρξη προβλήματος ψυχικής υγείας** σχετίζονταν με τις εξής στρατηγικές διαχείρισης άγχους:

- Την **«Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης»** (οι έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποίησης της αναζήτησης κοινωνικής υποστήριξης από τους μη έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας).
- Την **«Ευχολογία/Ονειροπόληση»** (οι έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποίησης της ευχολογίας/ονειροπόλησης από τους μη έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας).
- Την **«Ευχολογία»** (οι έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποίησης της ευχολογίας από τους μη έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας).
- Την **«Αναζήτηση θεϊκής βοήθειας»** (οι έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποίησης της αναζήτησης θεϊκής βοήθειας από τους μη έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας).
- Την **«Αποφυγή/Διαφυγή»** (οι έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποίησης της αποφυγής/διαφυγής από τους μη έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας).
- Την **«Παραίτηση»** (οι έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποίησης της παραίτησης από τους μη έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας).
- Την **«Άρνηση»** (οι έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα χρησιμοποίησης της άρνησης από τους μη έχοντες πρόβλημα ψυχικής υγείας).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι γεγονός ότι οι Ιατρικές Σχολές, είναι εξαιρετικά στρεσογόνες ως εκπαιδευτικά περιβάλλοντα, πέραν εκείνων των συνήθων επιπέδων άγχους για τους φοιτητές της υπόλοιπης πανεπιστημιακής εκπαίδευσης. Η τριτοβάθμια ιατρική εκπαίδευση έχει θεωρηθεί ως εξαιρετικά

αγχωτική (Saipanish, 2003). Έτσι σε διάφορες μελέτες έχει περιγραφεί το έντονο στρες στην ακαδημαϊκή ζωή των φοιτητών ιατρικής και πως η ιατρική εκπαίδευση, κυρίως η εκπαίδευση σε μεταπτυχιακό επίπεδο θεωρείται ότι έχει υψηλή ψυχολογική τοξικότητα. (Costa et al, 2012)

Τα υψηλά επίπεδα στρες μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση τόσο στη γνωστική λειτουργία όσο και στην κατανόηση των μεταπτυχιακών φοιτητών ιατρικής. Οι παράγοντες άγχους της ιατρικής κατάρτισης μπορεί επίσης να έχουν αρνητικές συνέπειες για την ψυχική και σωματική υγεία των φοιτητών ιατρικής. Αυτό μπορεί να επηρεάσει όχι μόνο την ψυχική υγεία του φοιτητή, αλλά μπορεί να επηρεάσει και τη φροντίδα του ασθενούς καθώς το άγχος μπορεί να φτάσει τα επίπεδα burnout.(Guruprakash et al,2018)

Στα πλαίσια της παρούσας ερευνητικής εργασίας, επιχειρήθηκε η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής φοιτητών που παρακολουθούν προγράμματα μεταπτυχιακών σπουδών στον τομέα της υγείας. Ειδικότερα η εργασία εστίασε στην εκτίμηση της ψυχικής υγείας και των στρατηγικών διαχείρισης άγχους των μεταπτυχιακών φοιτητών καθώς επίσης και στη μεταξύ τους σχέση.

Το δείγμα των συμμετεχόντων ήταν 157 μεταπτυχιακοί φοιτητές, και ειδικότερα 34 άνδρες και 123 γυναίκες, ηλικίας που κυμαινόταν μεταξύ 23 και 53 ετών. Από τις απαντήσεις που κλήθηκαν να δώσουν οι συμμετέχοντες διαπιστώθηκε ένας ιδιαίτερα υψηλός επιπολασμός ψυχικού προβλήματος της τάξης του 32,5%. Ειδικότερα 51 στους 157 συμμετέχοντες, δηλαδή περίπου ο ένας στους 3 δήλωσε την ύπαρξη ιδιαίτερα επιβαρυνμένης ψυχικής υγείας η οποία πιθανόν σχετίζεται με το στρες που βιώνουν λόγω των αυξημένων απαιτήσεων των μεταπτυχιακών τους σπουδών.

Αναφορικά με την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαταραχών ψυχικής υγείας και των δημογραφικών, κοινωνικών και χαρακτηριστικών υγείας των μεταπτυχιακών φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα, προέκυψαν οι κάτωθι σχέσεις.

Τα **σωματικά ενοχλήματα** σχετίζονταν με ένα σύνολο παραγόντων όπως (α) με την οικογενειακή κατάσταση (οι έγγαμοι εμφάνιζαν οριακά υψηλότερες τιμές από τους μη έγγαμους), (β) το βασικό τίτλο σπουδών (οι πτυχιούχοι τμημάτων επιστημών υγείας εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους πτυχιούχους άλλων τμημάτων) και (γ) την σωματική άσκηση (οι μη συχνά ασκούμενοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους συχνά ασκούμενους).

Αντίστοιχα το **άγχος** σχετίζονταν (α) με το επίπεδο εκπαίδευσης (οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους απόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης) και (β) το βασικό τίτλο σπουδών (οι πτυχιούχοι τμημάτων επιστημών υγείας εμφάνιζαν οριακά υψηλότερες τιμές από τους πτυχιούχους άλλων τμημάτων).

Στη συνέχεια, η **κοινωνική δυσλειτουργικότητα** σχετίζονταν (α) με την καπνισματική συνήθεια (οι καπνιστές εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους μη καπνιστές και πρώην καπνιστές) και

(β) την σωματική άσκηση (οι μη συχνά ασκούμενοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους συχνά ασκούμενους).

Η κατάθλιψη σχετιζόταν (α) με την εργασιακή κατάσταση (οι μη εργαζόμενοι και οι εργαζόμενοι μερικώς απασχόλησης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης).

Τέλος, η συνολική ψυχική επιβάρυνση σχετιζόταν (α) με το επίπεδο εκπαίδευσης (οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους απόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης), (β) το βασικό τίτλο σπουδών (οι πτυχιούχοι τμημάτων επιστημών υγείας εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους πτυχιούχους άλλων τμημάτων) και (γ) την σωματική άσκηση (οι μη συχνά ασκούμενοι εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές από τους συχνά ασκούμενους).

Στη συνέχεια διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της ύπαρξης ή μη προβλήματος ψυχικής υγείας και των δημογραφικών, κοινωνικών και χαρακτηριστικών υγείας. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τα δηλωθέντα προβλήματα ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων είναι:

- Το επίπεδο εκπαίδευσης
- Ο βασικός τίτλος σπουδών
- Η χρήση αλκοόλ
- Η σωματική άσκηση

Ειδικότερα το επίπεδο εκπαίδευσης αποτελεί το πρώτο χαρακτηριστικό που σχετίζεται με την ύπαρξη προβλήματος ψυχικής υγείας (οι απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης εμφάνιζαν 3,04 φορές μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματος ψυχικής υγείας από τους απόφοιτους πανεπιστημιακής εκπαίδευσης).

Ομοίως χαρακτηριστικό που σχετίζεται με την ύπαρξη προβλήματος ψυχικής υγείας είναι ο βασικός τίτλος σπουδών (οι πτυχιούχοι τμημάτων επιστημών υγείας εμφάνιζαν 4,13 φορές μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματος ψυχικής υγείας από τους πτυχιούχους άλλων τμημάτων) αλλά και η χρήση αλκοόλ (οι συχνά χρήστες αλκοόλ εμφάνιζαν 2,49 φορές μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματος ψυχικής υγείας από τους μη συχνά χρήστες αλκοόλ) καθώς και η σωματική άσκηση (οι μη συχνά ασκούμενοι εμφάνιζαν 2,24 φορές μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματος ψυχικής υγείας από τους συχνά ασκούμενους).

Τέλος, όσον αφορά τις στρατηγικές αντιμετώπισης αγχογόνων καταστάσεων στα πλαίσια των μεταπτυχιακών τους σπουδών, οι περισσότεροι συμμετέχοντες, δήλωσαν ότι ακολουθούν την «Θετική προσέγγιση» ενώ έπεται η «Αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης», η «Ευχολογία/Ονειροπόληση», η «Αποφυγή/Διαφυγή» και τέλος η «Διεκδικητική επίλυση προβλήματος».

Στη μελέτη των Zhong et al, φαίνεται ότι οι φοιτητές με έλλειψη ύπνου καθώς με χαμηλό εισόδημα είναι επιρρεπείς στην κατάθλιψη καθώς και σε κακή ποιότητα ζωής. (Zhong et al,2019)

Τα αποτελέσματα αυτά είναι σύμφωνα με τα επιστημονικά πορίσματα, σχετικών ερευνών. Ειδικότερα, σύμφωνα με έρευνες οι μέθοδοι που ενεργοποιούν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές προκειμένου να μειώσουν το στρες που σχετίζεται με το απαιτητικό πρόγραμμα σπουδών τους, διακρίνονται σε δυο κατηγορίες: πρώτον σε μεθόδους οι οποίες έχουν στόχο την επίλυση του προβλήματος και δεύτερον σε μεθόδους που στοχεύουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους.(Guthrie et al,1995) Οι πρώτες στρατηγικές χρησιμοποιούνται όταν οι φοιτητές θεωρούν ότι μπορούν να παρέμβουν στις συνθήκες που αποτελούν πηγή άγχους, είτε μέσω της μείωσης των απαιτήσεων που δεν είναι εύκολο να γίνει δεδομένης της φύσης των σπουδών και των απαιτήσεών τους, είτε μέσω της αύξησής των δυνάμεών του ώστε να ανταπεξέλθουν αποτελεσματικά. Οι δεύτερες στρατηγικές δηλαδή οι στρατηγικές που στοχεύουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων, χρησιμοποιούνται όταν οι φοιτητές αισθάνονται ότι δεν μπορούν πράγματι να κάνουν τίποτα ώστε να τροποποιήσουν την πηγή του άγχους τους, και άρα επιδιώκουν να ελέγξουν την συναισθηματική τους αντίδραση στην στρεσογόνο πηγή. (Ramirez et al., 1996)

Οι Folkman et al, υποστηρίζουν πως όταν ένα άτομο επιλέγει στρατηγικές που έχουν ως στόχο το να ρυθμίσει το συναίσθημά του, κάτι που επιχειρούν να κάνουν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές όταν αντιμετωπίζουν στρεσογόνες καταστάσεις, βρίσκεται εγκλωβισμένο σε έναν φαύλο κύκλο. Δηλαδή μπορεί μεν σε βραχυπρόθεσμο επίπεδο να μειώσει την δυσφορία του καθώς και τα συναισθήματα που την συνοδεύουν, ωστόσο δεν μπορεί να παρέμβει στην πηγή των αρνητικών συναισθημάτων η οποία μένει ανεπηρέαστη και συνεχίζει να επιβαρύνει το άτομο. Αποτέλεσμα αυτού είναι ότι η πηγή των αρνητικών συναισθημάτων όντας ενεργή, προκαλεί ακόμα πιο αυξημένη δυσφορία, η οποία προϊόντος του χρόνου διογκώνεται περαιτέρω. (Folkman et al, 1986)

Τέλος, στη μελέτη των Deasy et al, με δείγμα (n=1577), υπάρχει συσχέτιση ανθυγιεινού τρόπου ζωής με ψυχική δυσχέρεια. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει συσχέτιση φύλου και ηλικίας με καπνιστική συνήθεια, κακή διατροφική συνήθεια, κατανάλωση αλκοόλ καθώς και απουσία σωματικής άσκησης, με υψηλά επίπεδα ψυχικής δυσχέρειας.(Deasy et al,2015)

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συνολικά, βρίσκονται σε συνάφεια με τα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας καθώς και τα πορίσματα των σχετικών ερευνών. Σαφώς είναι αναγκαία η διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας, στο εν λόγω πεδίο, με την συμμετοχή περισσότερων συμμετεχόντων αλλά και την ανάλυση περισσότερων μεταβλητών προκειμένου τα αποτελέσματα να μπορούν να είναι ακόμη πιο αξιόπιστα. Σε κάθε περίπτωση είναι δεδομένο πάντως ότι η κατανόηση της πολυπλοκότητας της ποιότητας ζωής των φοιτητών και δη των μεταπτυχιακών, εκτός των άλλων έχει καταστεί σήμερα απαραίτητη προκειμένου τα πανεπιστήμια να προγραμματίσουν και να

καταναίμουν τις δαπάνες τους πιο αποτελεσματικά. Αυτό διότι ο συνολικός αντίκτυπος της ποιότητας της ζωής των πανεπιστημιακών φοιτητών (κοινωνική, ακαδημαϊκή και ικανοποίηση των υπηρεσιών), έχει σημαντικές επιδράσεις όχι μόνο για τους ίδιους τους φοιτητές αλλά και για τα πανεπιστημιακά ιδρύματα και την επιτυχία των προγραμμάτων σπουδών τους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των ερευνών, όπως επίσης και με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, προτείνεται οι διαχειριστές των Πανεπιστημίων να επικεντρωθούν κυρίως στη βελτίωση της ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής εν γένει των φοιτητών, καθώς στη συνέχεια, να βελτιώσουν τις εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες τους, προκειμένου να αυξήσουν τα ακαδημαϊκά επίπεδα ικανοποίησης και συνακόλουθα την επιτυχή εφαρμογή των προγραμμάτων σπουδών τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. *Med Educ.* 2001, 35(1):12-7.
2. Andre A, Pierre GC, McAndrew M. Quality of Life Among Dental Students: A Survey Study. *J Dent Educ.* 2017, 81(10):1164-1170.
3. Andrews, F. M, and Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality.* New York: Plenum Press

4. Ashing-Giwa KT. The contextual model of HRQoL: a paradigm for expanding the HRQoL framework. *Qual Life Res.* 2005, 14(2):297-307.
5. Baumann M, Ionescu I, Chau N. Psychological quality of life and its association with academic employability skills among newly-registered students from three European faculties. *BMC Psychiatry.* 2011, 11:63.
6. Bazrafkan L, Shokrpour N, Yousefi A, Yamani N. Management of Stress and Anxiety Among PhD Students During Thesis Writing: A Qualitative Study. *Health Care Manag (Frederick).* 2016, 35(3):231-40.
7. Bhandari P. Stress and health related quality of life of Nepalese students studying in South Korea: a cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes.* 2012, 10:26.
8. Carvour ML, Ayyar BK, Chien KS, Ramirez NC, Yamamoto H. A Patient-Centered Approach to Postgraduate Trainee Health and Wellness: An Applied Review and Health Care Delivery Model. *Acad Med.* 2016, 91(9):1205-10.
9. Cha, K-H. Subjective well-being among college students, *Social Indicators Research,* 2003, 62(1), 455–477.
10. Choy HB, Wong MC. Occupational stress and burnout among Hong Kong dentists. *Hong Kong Med J.* 2017, 23(5):480-8.
11. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. Psychological stress and disease. *JAMA.* 2007, 298(14):1685-7.
12. Costa EF, Santos SA, Santos AT, Melo EV, Andrade TM. Burnout Syndrome and associated factors among medical students: a cross-sectional study. *Clinics (Sao Paulo).* 2012, 67(6):573-80.
13. De Leo D, Diekstra RF, Lonqvist J, Trabucchi M, Cleiren MH, Frisoni GB, Dello Buono M, Haltunen A, Zucchetto M, Rozzini R, Grigoletto F, Sampaio-Faria J. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behav Med.* 1998, 24(1):17-27.
14. Deasy C, Coughlan B, Pironom J, Jourdan D, Mcnamara PM. Psychological distress and lifestyle of students: implications for health promotion. *Health Promot Int.* 2015, 30(1):77-87.
15. Delaun S, Ladner P. Australia: W.B. Delmar Co; 2002. *Fundamental of nursing*; p. 34
16. Diener Ed, Suh E.M, Lucas R.E, Smith, H.L. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin.* 1999, 125(2), pp. 276-302.
17. Disch W B, Harlow L L, Campbell J F and Dougan T R. Student functioning, concerns, and socio-personal well-being. *Social Indicators Research: 2000,* 51(1), 41–74. (35)
18. Ebrahim S. Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement. *Soc Sci Med.* 1995, 41(10):1383-94.
19. El Ansari W, Oskrochi R, Haghgoo G. Are students' symptoms and health complaints associated with perceived stress at university? Perspectives from the United Kingdom and Egypt. *Int J Environ Res Public Health.* 2014, 11(10):9981-10002.
20. Farquhar M. Elderly people's definitions of quality of life. *Soc Sci Med.* 1995, 41(10):1439-46.
21. Fayers P.M. and Hand D.J. Casual variables, indicator variables and measurement scales: an example from quality of life. *Journal of the Royal Statistical Society,* 2002, Volume 165, Issue 2, Pages 233-253

22. Firth J. Levels and sources of stress in medical students. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986, 292(6529):1177-80.
23. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*. 1986, 50(3):571-9.
24. Guruprakash K. V, Mehta S. G, Bajpai A, Jyoti P, Divinakumar K. J, Khan S. A, Patra P. A study of relationship between perceived stress, coping pattern, burnout, and general psychopathology among the postgraduate medical students. *Ind Psychiatry J*. 2018, 27(1): 141–146.
25. Guthrie E, Black D, Bagalkote H, Shaw C, Campbell M, Creed F. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study. *J R Soc Med*. 1998, 91(5):237-43.
26. Guthrie EA, Black D, Shaw CM, Hamilton J, Creed FH, Tomenson B. Embarking upon a medical career: psychological morbidity in first year medical students. *Med Educ*. 1995, 29(5):337-41.
27. Henning K, Ey S, Shaw D. Perfectionism, the imposter phenomenon and psychological adjustment in medical, dental, nursing and pharmacy students. *Med Educ*. 1998, 32(5):456-64.
28. Hope V, Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review. *Med Educ*. 2014, 48(10):963-79.
29. Jamali A, Tofangchiha S, Jamali R, Nedjat S, Jan D, Narimani A, Montazeri A. Medical students' health-related quality of life: roles of social and behavioural factors. *Med Educ*. 2013, 47(10):1001-12.
30. Kogoj TK, Cebašek-Travnik Z, Zaletel-Kragelj L. Role of stress in burnout among students of medicine and dentistry--a study in Ljubljana, Slovenia, Faculty of Medicine. *Coll Antropol*. 2014, 38(3):879-87.
31. Matheson K.H. Scenes from Postgraduate Life - Stress and stress counselling. *Postgrad Med J*. 1990, 66, 738 – 742
32. Mazaheri M. Overall, and specific life satisfaction domains: preliminary Iranian students norms. *Iran J Public Health*. 2010, 39(2):89-94.
33. Meeberg GA. Quality of life: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 1993, 18(1):32-8.
34. Meijer J. Stress in the relation between trait and state anxiety. *Psychol Rep*. 2001, 88(3 Pt 2):947-64.
35. Nechita F, Streba CT, Vere CC, Nechita D, Rogoveanu I. Stress in romanian first year nursing students. *Curr Health Sci J*. 2014, 40(3):210-3.
36. Pagnin D, de Queiroz V. Influence of burnout and sleep difficulties on the quality of life among medical students. *Springerplus*. 2015, 4:676.
37. Paro HB, Morales NM, Silva CH, Rezende CH, Pinto RM, Morales RR, Mendonça TM, Prado MM. Health-related quality of life of medical students. *Med Educ*. 2010, 44(3):227-35.
38. Paro HB, Silveira PS, Perotta B, Gannam S, Enns SC, Giaxa RR, Bonito RF, Martins MA, Tempiski PZ. Empathy among medical students: is there a relation with quality of life and burnout? *PLoS One*. 2014, 9(4):e94133.
39. Pekmezovic T, Popovic A, Tepavcevic DK, Gazibara T, Paunic M. Factors associated with health-related quality of life among Belgrade University students. *Qual Life Res*. 2011, 20(3):391-7.

40. Pilcher J. June. Affective and daily events predictors of life satisfaction in college students, *Social Indicators Research*, 1998, 43(3), 291–306.
41. Potter PA, Perry AG. London: W.B. Mosby Co; 2001. *Fundamental of nursing*; p. 23
42. Racic M, Todorovic R, Ivkovic N, Masic S, Joksimovic B, Kulic M. Self- Perceived Stress in Relation to Anxiety, Depression and Health-related Quality of Life among Health Professions Students: A Cross-sectional Study from Bosnia and Herzegovina. *Zdr Varst*. 2017, 56(4):251-259.
43. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM. Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*. 1996, 347(9003):724-8.
44. Raphael D, Brown I, Renwick R, Rootman I. Assessing the quality of life of persons with developmental disabilities: Description of a new model, measuring instruments, and initial findings. *International Journal of Disability, Development and Education*. 1996;43:25–42
45. Raphael D, Rukholm E, Brown I, Hill-Bailey P, Donato E. The Quality of Life Profile--Adolescent Version: background, description, and initial validation. *J Adolesc Health*. 1996, 19(5):366-75.
46. Roberts, L. and R. Clifton. Measuring the affective quality of life of university students: The validation of an instrument, *Social Indicators Research*, 27, 113–137
47. Saipanish R. Stress among medical students in a Thai medical school. *Med Teach*. 2003, 25(5):502-6.
48. Saxena S, Orley J; WHOQOL Group. Quality of life assessment: The world health organization perspective. *Eur Psychiatry*. 1997, 12 Suppl 3:263s-6s.
49. Schwenk TL, Davis L, Wimsatt LA. Depression, stigma, and suicidal ideation in medical students. *JAMA*. 2010, 304(11):1181-90.
50. Sethi A, Schofield S, Ajjawi R, McAleer S. How do postgraduate qualifications in medical education impact on health professionals? *Med Teach*. 2016, 38(2):162-7.
51. Shulz W. Explaining quality of life:the controversy between subjective and objective variables, *EuReporting Working Paper 10*, European Commission, 2000.
52. Sood R. Medical education in India. *Med Teach*. 2008, 30(6):585-91.
53. Sosnowski R, Kulpa M, Ziętałewicz U, Jan Karol Wolski, Nowakowski R, Bakula R, Demkow. T. Basic issues concerning health-related quality of life. *Cent European J Urol*. 2017, 70(2): 206–211.
54. Sousa, L., & Lyubomirsky, S. Life satisfaction. *Encyclopedia of women and gender: Sex similarities and differences and the impact of society on gender*, 2001. (Vol. 2, pp. 667-676).
55. Taylor DJ, Bramoweth AD, Grieser EA, Tatum JI, Roane BM. Epidemiology of insomnia in college students: relationship with mental health, quality of life, and substance use difficulties. *Behav Ther*. 2013, 44(3):339-48.
56. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995, 41(10):1403-9.
57. Ventegodt S, Hilden J, Merrick J. Measurement of quality of life I. A methodological framework. *ScientificWorldJournal*. 2003, 3:950-61.

58. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995, 273(1):59-65.
59. Witmer, J. M. and Sweeney T. J. A holistic model for wellness and prevention over the life span, *Journal of Counseling and Development* 1992, 71, 140–148.
60. Yusoff MS, Abdul Rahim AF, Baba AA, Ismail SB, Mat Pa MN, Esa AR. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students. *Asian J Psychiatr*. 2013, 6(2):128-33.
61. Zhong X, Liu Y, Pu J, Tian L, Gui S, Song X, Xu S, Zhou X, Wang H, Zhou W, Chen J, Qi X, Xie P. Depressive symptoms and quality of life among Chinese medical postgraduates: a national cross-sectional study. *Psychol Health Med*. 2019, 24(8):1015-1027.