

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η Εκτίμηση της ποιότητας ζωής και υγείας των ηλικιωμένων στο Δήμο Αθηναίων

Φοιτητές: Αγγέλη Ελένη, Ανδριοπούλου Κατερίνα

Εποπτεύων καθηγητής: Στεφανόπουλος Νίκος

Πάτρα 2015

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου ,που με στήριζαν τόσα χρόνια παρά τις δυσκολίες που αντιμετώπισα με υπομονή και για τις στερήσεις που είχαν ώστε να μην μου λείψει τίποτα για να καταφέρω να ολοκληρώσω τις σπουδές μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον καθηγητή μας Νίκο Στεφανόπουλο για την άριστη συνεργασία μας για την επίτευξη της πτυχιακής μας εργασίας.

Παρακάτω θα παρουσιασθεί και θα αναλυθεί η έρευνα για την ποιότητα ζωής και υγείας των ηλικιωμένων στο Δήμο της Αθήνας.

Κατερίνα Ανδριοπούλου

Με τη σειρά μου θα ήθελα να ευχαριστήσω και εγώ την οικογένειά μου και τους συγγενής μου που με στήριζαν όλα αυτά τα χρόνια στην προσπάθειά μου να εκπληρώσω τα όνειρα και τους στόχους μου, παρά τις αντιξοότητες που χρειάστηκε να αντιμετωπίσουν.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τον καθηγητή μας Κο. Νίκο Στεφανόπουλο για την άρτια συνεργασία και βοήθειά του που κατέστησε δυνατή την ολοκλήρωση αυτής της συνεργασίας.

Αγγέλη Ελένη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή:

Τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα κατατάσσεται στην πρώτη θέση μεταξύ των κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε γηράσκοντα πληθυσμό. Τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών στη χώρα μας αναλογούν σήμερα στο 14% του πληθυσμού και σύμφωνα με τις προβλέψεις το 2020 θα είναι άνω του 20%, ενώ το 2030 στο 30%. Κάποιοι από τους λόγους που έχει αυξηθεί ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι η μείωση των ασθενειών της παιδικής ηλικίας, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η μείωση της μητρικής θνησιμότητας και ο οικογενειακός προγραμματισμός.

Σκοπός:

Σκοπός της έρευνας μας είναι να εντοπισθούν και να αναδειχθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους στο Δήμο Αθηναίων.

Μεθοδολογία:

Μοιράστηκαν ερωτηματολόγια της WHOQOL-BREF σε ηλικιωμένους άνω των 65 χρόνων, εκ των οποίων συμπληρώθηκαν επιτυχώς με πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεις σε λέσχες φιλίας στο Δήμο Αθηνών, σε 14 από τις 25 λέσχες φιλίας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο του 2015 έως τον Ιούλιο του 2015. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των στατιστικών πακέτων SPSS22 και Prism6. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε χρήση του Unpaired t test και του One-way ANOVA.

Αποτελέσματα:

Το μέσο σκορ στην κλίμακα WHOQOL-BREF μετά από αναγωγή στην WHOQOL-100 των ηλικιωμένων που συμμετείχαν σε αυτήν την έρευνα ήταν 73.5. Στην σύγκριση που πραγματοποιήθηκε μεταξύ της έρευνας μας και της έρευνας στα χωριά της νοτιοανατολικής Κρήτης στους τρεις από τους τέσσερις τομείς της κλίμακας παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των δύο περιοχών, όπου στους τομείς της ψυχολογίας και του περιβάλλοντος υπερσχύουν οι ηλικιωμένοι του Δήμου της Αθήνας ($p=0,0003$, $p<0,0001$). Ενώ στο τομέα της κοινωνικοποίησης οι κάτοικοι των χωριών νοτιοανατολικά της Κρήτης παρουσίασαν μεγαλύτερα ποσοστά ($p<0,0001$). Στον τομέα της σωματικής υγείας δεν υπερίσχυε καμία από τις δύο περιοχές, όπως και στη συνολική σύγκριση μεταξύ των δύο ερευνών δεν παρουσιάστηκε κάποια σημαντική διαφορά.

Συμπεράσματα:

Η μέση τιμή του σκορ είναι 73,5. Θεωρείται ότι η τιμή αυτή είναι αρκετά υψηλή, γεγονός που μας κατευθύνει στο ότι υπάρχει βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού- στόχου της έρευνάς μας, αφού σε παρόμοια έρευνα που έγινε στα χωριά της νοτιοανατολικής Κρήτης το σκορ της έρευνας ήταν 56. Παρόλα αυτά θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί στο μέλλον η ίδια έρευνα για να εξετάσουμε αν τα στοιχεία στους τομείς της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας και του περιβάλλοντος μεταβλήθηκαν και κυρίως για να ελεγχθεί ο τομέας της κοινωνικοποίησης όπου παρουσιάστηκαν τα χαμηλότερα ποσοστά. Επίσης, συσχετίσεις όπως η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση δύναται να μας δώσουν επιπλέον πληροφορίες για τις μεταβλητές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στο Δήμο της Αθήνας.

SUMMARY

Introduction

The few last years, Greece is listed on the first place among the countries participating the E.U. in elderly population. The people above 65 years old in our country, today, are attributing at the 14% of the population and according to the estimations in 2020 it will be over 20%, and in 2030 it will be over 30%. Some of the reasons of the edging of the population are the redaction of illnesses in childhood, the increase of life expectancy, the redaction of maternal mortality and the family planning

Aim

The aim of our research is to identify and highlight the problems faced by the elderly in relation to the quality of life in villages in the southern part of the prefecture of the city of Athens

Methodology

Questionnaires were distributed of WHOQOL-BREF in persons aged over 65 years old, of which 100 were completed successfully with face-to-face interviews in the homes of participants in five of the nine villages. The survey was conducted from April 2015 to July 2015. The statistical analysis was performed using the statistical package SPSS22 and Prism6. The analysis of the results was performed using the Unpaired t test and One-way ANOVA. The confidence limits were set at 95%.

Results

The mean score on the scale WHOQOL-BREF with reduction in WHOQOL-100 of the participants in this survey was 73.5. In comparison with our study basted on the population of Athens and the study baste of the population of southeast Crete, three out of four sectors of the scale it has been observed that is a statistically significant deference in quality of life among the two areas, in which of the two sectors of psychology and environment the elderly of Athens overpower ($p=0.0003$, $p<0.0001$) .Although in the sector of socialization the population of Crete had score a higher presentence ($p<0.0001$). In the sector of physical health as in the general view there was no significant deference.

Conclusions

The average score of the quality of life in the elderly population that took part in our survey is compatible with the score that has been represented in the study of validity and reliability of the scale.

The average rate of the score is 73.5. It is considered that this value is quite high, a fact that lead us to the conclusion that there is improvement of the quality of life of the population- target of our survey, since the outcome of the survey that took place in southeast villages of Crete was 56.

Finally, correlation such as family and economic situation are possible to give us further information about the variables that affect the quality of life in the elderly population in the municipality of Athens.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
---------------	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	13
1.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	13
1.2.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	13
1.2.2 ΠΩΣ ΜΕΤΡΙΕΤΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	14
1.2.3 ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ MASLOW.....	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΟΝ ΔΗΜΟ ΑΘΗΝΑΙΩΝ.....	18
2.2 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΠΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΙ Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	18
2.3 ΛΕΣΧΕΣ ΦΙΛΙΑΣ.....	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΤΡΟΠΟΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	21
3.1.1 Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ KARNOFSKI.....	21
3.1.2 Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ WHO.....	21
3.1.3 Ο ΔΕΙΚΤΗΣ SPITZER ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	21
3.1.4 Ο ΔΕΙΚΤΗΣ KATZ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ.....	22
3.1.5 Η ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ NOTTINGHAM.....	22
3.1.6 ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	22

3.1.7 Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΗΝ ΑΡΡΩΣΤΙΑ.....	23
3.1.8 Η ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ.....	23
3.1.9 Η ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ SF-36.....	24
3.2 WHOQOL- BREF.....	25
3.2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	25
3.2.2 ΤΟ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ WHOQOL.....	25
3.2.3 ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ WHOQOL- BREF.....	27
3.2.4 ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ WHOQOL-100 ΚΑΙ ΤΗΣ WHOQOL- BREF.....	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	32
4.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	32
4.2 ΔΟΜΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	32
4.2.1 ΦΙΛΕΛΕΥΘΕΡΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ- ΣΥΣΤΗΜΑ ΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.....	34
4.2.2 ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ- ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΥΠΟΥ BISMARCK.....	34
4.2.3 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ- ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΥΠΟΥ BEVERIDGE.....	35
4.3 ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	36
4.4 ΑΡΘΡΑ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	37

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σαν τρίτη ηλικία όλοι έχουμε στο μυαλό μας ότι πρέπει να είναι μια περίοδος στη ζωή του ανθρώπου ξενοιασιάς λόγω της έναρξης της συνταξιοδότησης, παρ' όλα τα σωματικά προβλήματα υγείας ξεκινούν λόγω της λειτουργικής φθοράς. Αυτό όμως πλέον στην Ελλάδα της κρίσης δεν συμβαίνει καθώς οι ηλικιωμένοι ζουν με εξαντλητικές συντάξεις, δύσκολη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, διαταραχές ύπνου, δυσκολίες κινητικότητας και συγκέντρωσης, οικονομικά προβλήματα, ανασφάλεια, κοινωνική απομόνωση και καθημερινή φαρμακευτική αγωγή.

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ένωση ο στόχος είναι η βελτίωση του επιπέδου ποιότητας ζωής σε όλες τις ηλικιακές και κοινωνικές ομάδες, κάτι που δεν συμβαίνει στην Ελλάδα. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι καθημερινά είναι αρκετά και στόχος της έρευνας αυτής είναι να τα αναδείξει και να αποδειχθεί ότι ουδείς βελτίωση υπάρχει, αλλά αντίθετα επιδείνωση στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, οι οποίοι δε αποτελούν ένα μεγάλο ποσοστό του ελληνικού πληθυσμού και παρ' όλα αυτά με το πέρασμα των χρόνων με κάθε νέα μέτρα το κράτος τους απομονώνει και προσπαθεί να τους στερήσει μια καλή ποιότητα ζωής, την ανεξαρτησία τους, την αξιοπρέπειά τους.

Φυσικά, ένας ηλικιωμένος μπορεί να επιβιώσει μόνος του, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι θα έχει ένα καλό έως μέτριο επίπεδο ζωής. Παρ' όλα τα προβλήματα στην παρακάτω έρευνα αποδείχθηκε ότι οι ηλικιωμένοι όχι μόνο επιβιώνουν αλλά διεκδικούν καθημερινά την ανεξαρτησία τους με μεγάλη προσπάθεια. Δεν ήταν λίγοι αυτοί που είχαν καθημερινές δραστηριότητες. Άνθρωποι μεγάλης ηλικίας με πολλές δυσκολίες καταφέρνουν να είναι ανεξάρτητοι αλλά και παραγωγικοί.

Η παρακάτω έρευνα αφορά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στο Δήμο της Αθήνας. Τα μέρη όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν στις λέσχες φιλίας, καθότι στην Αθήνα δεν θα μπορούσαμε να βρούμε εύκολα αλλού, μεγάλη μερίδα ηλικιωμένων ώστε να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο. Μετά από έρευνα που κάναμε βρήκαμε 25 λέσχες φιλίας στον Δήμο της Αθήνας, όπου από αυτές επισκεφτήκαμε τις 14. Τα κριτήρια για να διαλέξουμε σε ποιες λέσχες φιλίας θα πάμε, αρχικά ήταν να είναι εύκολη η πρόσβαση σε μας σε αυτές και σαν κύριο κριτήριο να γίνουμε δεκτές από τα διοικητικά μέλη της λέσχης.

Παρότι η Αθήνα είναι η πρωτεύουσα τις χώρας και ο πληθυσμός της ανέρχεται σε μεγάλα ποσοστά, οι ηλικιωμένοι που κατοικούν στην Αθήνα προέρχονται από όλες τις περιοχές της Ελλάδας και λόγω των δυσκολιών που πέρασαν (κατοχή, "κύμα" μετανάστευσης κ.α.) οι περισσότεροι από αυτούς έχουν χαμηλά ποσοστά μορφωτικού επιπέδου. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν με την μορφή συνέντευξης, αφού οι περισσότεροι δεν ήξεραν να διαβάζουν, ενώ αν γνώριζαν τους εμπόδιζαν προβλήματα υγείας που είχαν (π.χ. προβλήματα όρασης) ή το θεωρούσαν κουραστικό να το συμπληρώσουν μόνοι τους. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων οι περισσότεροι ήθελαν να μοιραστούν προβλήματα της καθημερινότητά τους και ένιωθαν αρκετά οικία να τα συζητάνε ακόμα και με αγνώστους, πράγμα που εκφράστηκε και στην έρευνα καθώς τα ποσοστά κοινωνικοποίησης ήταν τα χαμηλότερα.

Συνοπτικά οι λέσχες φιλίας που επισκεφτήκαμε ήταν:

- 1) **Περιοχή:** Άγιος Παύλος, **Διεύθυνση:** Μαμούρη & Δύμης
- 2) **Περιοχή:** Κουκάκι, **Διεύθυνση:** Δράκου 26-28
- 3) **Περιοχή:** Νέος Κόσμος, **Διεύθυνση:** Σωστράτου
- 4) **Περιοχή:** Άγιος Αρτέμιος, **Διεύθυνση:** Μετεώρων 16 & Δαμάρεως
- 5) **Περιοχή:** Ακαδημία Πλάτωνος, **Διεύθυνση:** Πύλου & Μαραθονομάχων
- 6) **Περιοχή:** Άγιος Ελευθέριος, **Διεύθυνση:** Αχαρνών 372
- 7) **Περιοχή:** Κυψέλη, **Διεύθυνση:** Σκύρου & Καυκάσου
- 8) **Περιοχή:** Πλατεία Αμερικής, **Διεύθυνση:** Τελέστου 4
- 9) **Περιοχή:** Αμπελοκήπων, **Διεύθυνση:** Πανόρμου & Βαθέως
- 10) **Περιοχή:** Κάτω Πατήσια, **Διεύθυνση:** Αρκολέων 12
- 11) **Περιοχή:** Κολοκυνθούς, **Διεύθυνση:** Αίμονος 9 και Άστρους
- 12) **Περιοχή:** Άνω Πετράλωνα, **Διεύθυνση:** Αιξωνέων και Μυρμιδόνων
- 13) **Περιοχή:** Παγκράτι, **Διεύθυνση:** Πρατίνου 12
- 14) **Περιοχή:** Κάτω Πετράλωνα, **Διεύθυνση:** Αθηνόδωρου 61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός τρίτης ηλικίας

Ο ακριβής ορισμός της τρίτης ηλικίας αποτελεί ένα πολύπλοκο, πολυπαραγοντικό ζήτημα. Αυτό απορρέει από το γεγονός ότι κάθε χώρα έχει τα δικά της ήθη και έθιμα, συνθήκες και τρόπο ζωής, βιοτικό επίπεδο αλλά και προσδόκιμο επιβίωσης. Επίσης δεν πρέπει να παραβλέψουμε την μοναδικότητα κάθε ανθρώπινου οργανισμού και την ικανότητα να αντιδρά εξατομικευμένα. Δύο ξεχωριστοί οργανισμοί θα αντιδράσουν διαφορετικά εάν εκτεθούν στις ίδιες περιβαλλοντικές συνθήκες ή στην ίδια φαρμακευτική ουσία ακόμα και στην φθορά του ίδιου του οργανισμού που επέρχεται με το πέρασμα των ετών. Έχοντας υπόψη τα παραπάνω ορίζουμε στην τρίτη ηλικία γενικά τα άτομα άνω των 65 ετών. Ο καθορισμός αυτός είναι εν πολλοίς αυθαίρετος και έχει εφαρμογή επί των πλείστων στο δυτικό κόσμο, αφού δεν ανταποκρίνεται στα δεδομένα της Αφρικής ή άλλων περιοχών της γης με λιγότερο ανεπτυγμένα υγειονομικά συστήματα. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων η ηλικία 65 ετών συμπίπτει με την ηλικία κατά την οποία τα άτομα συνήθως συνταξιοδοτούνται με αποτέλεσμα όταν μιλάμε για τρίτη ηλικία, γενικά, να εννοούμε άτομα τα οποία βρίσκονται εκτός εργασιακού δυναμικού.⁹

1.2 Ποιότητα ζωής

1.2.1 Ορισμός ποιότητας ζωής

Παρόλο που δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τον ορισμό, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει την συνολική ικανοποίηση που νιώθει ένα άτομο από τη ζωή του και μια υποκειμενική αίσθηση ευεξίας και απόλαυσης, που μετριέται συχνά ως σωματική, ψυχολογική και κοινωνική. Η ποιότητα ζωής σχετίζεται, λοιπόν, άμεσα με την ικανοποίηση που αντλεί ένα άτομο από αντικειμενικά καθορισμένους παράγοντες της ζωής του. Επηρεάζεται μερικώς από την ενασχόλησή του με ικανοποιητικές δραστηριότητες στον ελεύθερό του χρόνο και την υποκειμενική αντίληψη του βαθμού λειτουργικότητάς του σε σημαντικούς τομείς της ζωής.¹⁵

Με αυτήν την έννοια, ζω μια ποιοτική ζωή σημαίνει ζω μια ζωή μέσα στην οποία νιώθω καλά, μια ζωή που έχει νόημα και που την απολαμβάνω. Συνεπώς, ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός απόλαυσης και πραγμάτωσης που αποκομίζουν οι άνθρωποι από τη ζωή τους, στα πλαίσια των οικονομικών, πολιτισμικών και άλλων συνθηκών της. Είναι, επίσης, ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο απολαμβάνει τις σημαντικές δυνατότητες της ζωής του. Αυτές οι δυνατότητες είναι το αποτέλεσμα των ευκαιριών αλλά και των περιορισμών που έχει ένα άτομο στη ζωή του και αντανακλούν την αλληλεπίδραση προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Η απόλαυση αυτή αφορά τρεις τομείς της ζωής: το είναι (το οποίο χωρίζεται σε βιολογικό, ψυχολογικό και πνευματικό), το πού ανήκει κανείς (δηλαδή τις προσωπικές και κοινωνικές διασυνδέσεις με το περιβάλλον) και το πού θέλει να φτάσει (δηλαδή την κατάκτηση προσωπικών στόχων και επιθυμιών). Η ποιότητα ζωής εξαρτάται από τη σχετική σημασία ή το νόημα που προσδίδεται σε καθέναν από αυτούς τους τρεις τομείς και από το βαθμό απόλαυσης του ατόμου αναφορικά με αυτούς τους τομείς. Σε αυτόν τον ορισμό φαίνεται η υποκειμενικότητα της ποιότητας ζωής ως βίωμα.

Από πολλές απόψεις, ποιότητα ζωής είναι ο τρόπος με τον οποίο αξιοποιούμε τη ζωή μας. Είναι η προσωπική μας υποκειμενική στάση που καθορίζει το επίπεδο ικανοποίησής μας από τη ζωή. Έτσι, εάν είμαστε π.χ. αισιόδοξοι, εστιάζουμε στις θετικές πλευρές της ζωής, ενώ αν είμαστε απαισιόδοξοι στις αρνητικές: το ίδιο περιβάλλον μπορεί, λοιπόν, να γίνει αντιληπτό με διαφορετικό τρόπο από τον καθένα. Άρα, η ικανοποίηση που αντλεί κανείς από την πραγμάτωση των στόχων του, την οποία βρίσκουμε πίσω από κάθε ορισμό της ποιότητας ζωής, έχει να κάνει σε μεγάλο βαθμό και με την προσωπική στάση ζωής του καθενός και είναι ένα υποκειμενικό ζήτημα. Ούτε υγεία ούτε ευεξία μόνο, η ποιότητα ζωής αφορά αυτό που βιώνει εσωτερικά το άτομο, στρέφοντας την προσοχή στην ολότητα του ατόμου.⁶

Παρόλα αυτά, στην ποιότητα ζωής δε θα μπορούσαμε να μην συμπεριλάβουμε την ποιότητα του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει το άτομο. Έτσι, ποιοτικό περιβάλλον είναι ένα περιβάλλον το οποίο:

κατά πρώτον, διασφαλίζει βασικές ανάγκες (δηλαδή τροφή, στέγη, εθνική και δημόσια ασφάλεια, περίθαλψη, υποδομή και ανάπτυξη, ανθρώπινα δικαιώματα, κοινωνική επαφή),

προσφέρει ένα φάσμα ευκαιριών στα πλαίσια των δυνατοτήτων του ατόμου (σε ότι αφορά την εργασία, τη μόρφωση, το εισόδημα, την πρόσβαση σε νέες τεχνολογίες και στην πληροφορία γενικότερα)

προσφέρει στο άτομο τη δυνατότητα να ελέγχει και να επιλέγει τις αποφάσεις του

1.2.2 Πώς μετριέται η ποιότητα ζωής;¹²

Αφού ορίσαμε την ποιότητα ζωής εύλογα γεννιέται το ερώτημα εάν η ποιότητα ζωής είναι μετρήσιμη. Πράγματι, η ποιότητα ζωής μετριέται χρησιμοποιώντας σταθμισμένα ερωτηματολόγια που αξιολογούν (από τρίτους ή με αυτό-αξιολόγηση) διάφορους παράγοντες στους οποίους συνίσταται η ποιότητα ζωής.

Η ποιότητα ζωής έχει, όπως είδαμε, πολλές συνιστώσες. Μεγάλο τμήμα της αποτελεί το επίπεδο ζωής, η οικονομική άνεση και η πρόσβαση σε αγαθά, η υγεία και η λειτουργικότητα, η ικανότητα για εργασία κλπ.: αυτοί οι ποσοτικοί παράγοντες είναι αρκετά εύκολο να μετρηθούν. Άλλοι παράγοντες, οι λεγόμενοι ποιοτικοί, όπως η ελευθερία, η ευτυχία, η αναψυχή, ο πολιτισμός, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η ευαισθητοποίηση μέσα σε ομάδες ή κοινότητες και άλλοι, είναι πολύ πιο δύσκολο να μετρηθούν και ίσως πιο σημαντικοί. Αυτό αναπόφευκτα προκαλεί μια αστάθεια στις μετρήσεις, καθώς τα προγράμματα και οι πολιτικές είναι σχεδιασμένες με βάση τους εύκολα διαθέσιμους οικονομικούς αριθμούς, αγνοώντας συχνά τις υπόλοιπες συνιστώσες που δύσκολα αξιολογούνται.

Όταν, λοιπόν, θέλει κανείς να μετρήσει την ποιότητα ζωής, έχει μεν στη διάθεσή του μια πληθώρα εργαλείων, αλλά έρχεται αντιμέτωπος και με τα εξής διλήμματα: να χρησιμοποιήσει ποσοτικά ή ποιοτικά εργαλεία; Γενικά εργαλεία ή εξειδικευμένα προς μια ασθένεια; Εργαλεία που να εκφράζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ίδιου του ατόμου ή την άποψη του ερευνητή; Παρά τις διαφορές τους, τα εργαλεία που μετρούν την ποιότητα ζωής αξιολογούν, τελικά, την

απόσταση ανάμεσα στις επιθυμίες του ατόμου και αυτό που εκτιμά ότι βιώνει, και την ανοχή, την ανεκτικότητα του σε σχέση με αυτήν την απόσταση.

1.2.3 Προσέγγιση της ποιότητας ζωής κατά Maslow¹⁹

Ένας δεύτερος τρόπος να προσεγγίσουμε την έννοια της ποιότητας ζωής, είναι αναφερόμενοι στην ιεράρχηση των ανθρωπίνων αναγκών κατά τη θεωρία που ανέπτυξε ο Abraham Maslow το 1943 (*A theory of human motivation*). Ο Maslow είχε την ιδέα να δημιουργήσει μια κλίμακα ανθρωπίνων αναγκών, που έγινε η διάσημη πυραμίδα των αναγκών. Στο κέντρο της θεωρίας του βρίσκεται η άποψη ότι καθώς ο άνθρωπος ικανοποιεί τις βασικές του ανάγκες, προσπαθεί σταδιακά να ικανοποιήσει και ανώτερες ανάγκες, οι οποίες υπακούουν σε μια δεδομένη ιεραρχία. Συγκεκριμένα, μίλησε για τις φυσικές ανάγκες, τις ανάγκες ασφάλειας, τις ανάγκες κοινωνικής αποδοχής, τις ανάγκες εκτίμησης-αυτοεκτίμησης και, τέλος, τις ανάγκες αυτοπραγμάτωσης.

Αυτή η κλίμακα αναγκών σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ποιότητα ζωής του ατόμου, μιας και η ποιότητα ζωής καλύπτει ένα ευρύ φάσμα ανθρωπίνων εμπειριών, που εκτείνονται από τις βασικές ανάγκες επιβίωσης, όπως τροφή και στέγη, μέχρι την πραγματοποίηση ενός αισθήματος πληρότητας και απόλαυσης της ζωής. Θεωρούμε, λοιπόν, ότι, όσο πιο καλυμμένες είναι οι ανώτερες ανάγκες της πυραμίδας, τόσο υψηλότερη είναι η ποιότητα ζωής του ατόμου. Αλλά ας δούμε αυτές τις ανάγκες αναλυτικά:

Φυσικές ανάγκες: είναι οι βασικές ανάγκες που έχει ο άνθρωπος, αυτές της διατήρησης της ζωής (δηλαδή φαγητού, ύπνου, νερού, οξυγόνου, στέγης, ένδυσης, κλπ).

Ανάγκες ασφάλειας: είναι οι ανάγκες των οποίων η κάλυψη κάνει τον άνθρωπο να αισθάνεται ότι δεν απειλείται η επιβίωσή του και η εργασία του. Είναι η ανάγκη που έχουμε για προσωπική, οικονομική, επαγγελματική ασφάλεια, για οικογενειακή σιγουριά και για υγεία.

Ανάγκες κοινωνικής αποδοχής: έχουν σχέση με την ανάγκη να ανήκουμε κάπου κοινωνικά, να έχουμε έναν κύκλο που μας αγαπά και μας αποδέχεται, μέσα στον οποίο αισθανόμαστε καλά. Είναι, με άλλα λόγια, ανάγκες για κοινωνική επαφή.

Ανάγκες (αυτό)εκτίμησης: σε αυτές συγκαταλέγονται οι ανάγκες του ανθρώπου για σεβασμό, αναγνώριση και εκτίμηση από τους άλλους, για τους άλλους και για τον εαυτό του. Ο άνθρωπος, εφόσον είναι αποδεκτό μέλος μιας κοινωνίας (εφόσον δηλαδή έχει καλύψει τις ανάγκες κοινωνικής αποδοχής), αισθάνεται την ανάγκη να συμμετέχει σε δραστηριότητες που του προσφέρουν αναγνώριση και αυτοσεβασμό. Με την ικανοποίηση αυτών των αναγκών, του δημιουργούνται αισθήματα αξιοπρέπειας και αυτοπεποίθησης και βρίσκει κίνητρα για πρόοδο και ανάπτυξη μεγαλύτερης δύναμης.

Ο Maslow θεώρησε ότι αυτά τα 4 επίπεδα αναγκών είναι απαραίτητα για τη διαβίωση του ανθρώπου. Έλεγε ότι όλοι έχουμε «χτίσει» αυτές τις ανάγκες γενετικά, σαν ένστικτα, κι έτσι τις ονόμασε «ενστικτώδεις» ανάγκες διαβίωσης

Σε αντιδιαστολή με τις ανάγκες διαβίωσης, οι ανάγκες που βρίσκονται στην κορυφή της πυραμίδας είναι υπαρξιακές. Πρόκειται για τις *ανάγκες αυτοπραγμάτωσης*. Οι ανάγκες αυτές περικλείουν την επιθυμία να εκπληρώσει ο άνθρωπος δυναμικά όλα αυτά που μπορεί να είναι. Είναι η ανάγκη που νιώθει ο άνθρωπος να αξιοποιήσει το δυναμικό του στο μέγιστο βαθμό.

Το άτομο προχωρά, λοιπόν, στην ικανοποίηση των συνθετότερων αναγκών του, μόνον αφού έχει ικανοποιήσει τις απλούστερες και κατώτερες σε ιεράρχηση. Έτσι και η ποιότητα ζωής καθορίζεται από τον βαθμό κάλυψης των αναγκών όπως τις ιεράρχησε ο Maslow: όσο ικανοποιούνται οι ανώτερες ανάγκες του, τόσο υψηλότερη είναι η ποιότητα ζωής του ατόμου.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων στο Δήμο Αθηναίων

Ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων στην πόλη των Αθηνών διαφέρει αρκετά από τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων που ζουν στην επαρχία, καθώς οι επιλογές που μπορούν να έχουν είναι περισσότερες. Από την έρευνα που διεξήχθη διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι προτιμούν να πηγαίνουν σχεδόν σε καθημερινή βάση στις Λέσχες Φιλίας της περιοχής τους, ώστε να έρχονται σε επαφή με τους συνομήλικους τους να κάνουν παρέα και να ανταλλάσσουν τα προβλήματα τους. Ακόμα στις Λέσχες Φιλίας οργανώνουν συχνά οικονομικά ταξίδια σε κοντινές απόστασης, ώστε να μην κουράζονται οι ηλικιωμένοι όπου οι περισσότεροι πηγαίνουν. Επίσης αυτό που κάνει τους ηλικιωμένους της Αθήνας να διαφέρουν με τους ηλικιωμένους της επαρχίας είναι τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς που εξυπηρετούν το μεγαλύτερο μέρος των ηλικιωμένων, καθώς μπορούν να πηγαίνουν σε μικρό χρονικό διάστημα σε μακρινές απόστασης χωρίς να επιβαρύνονται οικονομικά.¹

Παρ' όλα αυτά όμως ακόμα και στην Αττική συναντάμε το ίδιο οικογενειακό πρότυπο με την επαρχία, όπου οι άντρες είναι αυτοί που κυρίως θα βγαίνουν σε καθημερινή βάση έξω για να πάνε στο καφενείο, ώστε να έρθουν σε επαφή με άντρες της ηλικίας τους για να πιούν καφέ και να παίξουν τάβλι ή χαρτιά, ενώ οι γυναίκες μένουν μέσα για να ασχοληθούν με τις δουλειές του σπιτιού.

2.2 Προβλήματα που αντιμετωπίζει η Τρίτη Ηλικία²³

Τα άτομα που ανήκουν στην Τρίτη Ηλικία αποτελούν μία ευάλωτη κοινωνική ομάδα, λόγω της πληθώρας των προβλημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Τα προβλήματα αυτά που προκύπτουν είναι πολυδιάστατα και μπορούμε να τα κατατάξουμε σε τρεις μεγάλες κατηγορίες:

Σωματικής υγείας: Αυτή η κατηγορία αποτελείται από λειτουργικά προβλήματα όπως κινητικά και αισθητικά προβλήματα, προβλήματα του κυκλοφορικού συστήματος, αναπνευστικά προβλήματα και προβλήματα που προκύπτουν από την εκφύλιση του ίδιου του οργανισμού, όπως η άνοια. Η άνοια, που αποτελεί μία σοβαρή νευρολογική πάθηση καθιστά το άτομο ανίκανο να αυτοεξυπηρετηθεί με αποτέλεσμα να χρήζει διαρκής επιτήρησης και φροντίδας από τρίτους. Πολλά, όμως, από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας ηλικιωμένος μπορούν να ρυθμιστούν με μία καθημερινή φαρμακευτική αγωγή. Μερικά από αυτά είναι η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η οστεοπόρωση και η υπερχοληστεριναιμία.

Ψυχικής υγείας: Πλέον το πιο συχνό φαινόμενο είναι η γεροντική κατάθλιψη. Σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα ο λόγος εμφάνισης της κατάθλιψης είναι ως επί των πλείστων η απομάκρυνση του ατόμου από τα επαγγελματικά του καθήκοντα και υποχρεώσεις, κυρίως λόγω συνταξιοδότησης. Επίσης μία πιθανή απώλεια συντρόφου, φίλου ή συγγενικού προσώπου και η παράλληλη αδρανοποίηση του ηλικιωμένου συμβάλλουν αρνητικά στην εμφάνιση της κατάθλιψης.

Κοινωνικά προβλήματα: Μερικά από τα κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι η έλλειψη της δυνατότητας να κινηθούν ανεξάρτητα στο χώρο τους, με

αποτέλεσμα την κοινωνική τους απομόνωση, η οποία προκύπτει και με τη μη έγκαιρη και ορθή ενημέρωσή τους για θέματα που τους αφορούν. Επιπροσθέτως το χαμηλό, στις περισσότερες περιπτώσεις, εισόδημα μπορεί να επιφέρει ακόμα και προβλήματα επιβίωσης και ως εκ τούτου και ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο.

2.3 Λέσχες Φιλίας²⁸

Οι Λέσχες Φιλίας λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς για να προσφέρουν υπηρεσίες στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Είναι χώροι όπου οι ηλικιωμένοι Αθηναίοι μπορούν να αναζητήσουν ανθρώπινη ζεστασιά, κοινωνική υποστήριξη, επαφή με συνομήλικους, ενημέρωση, ψυχαγωγία.

Το πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας περιλαμβάνει δημιουργική απασχόληση, επισκέψεις σε πολιτιστικούς χώρους, καλλιτεχνικές δραστηριότητες, ημερήσιες εκδρομές και περιπάτους. Στις Λέσχες Φιλίας υλοποιούνται προγράμματα γυμναστικής, αυτοάμυνας, νοσηλευτικής φροντίδας και φυσιοθεραπείας. Στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής, η ομαλή συνύπαρξή τους με νεότερους και η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ιδίως σε ανθρώπους που δεν έχουν τα οικονομικά μέσα ή οικογένεια να τους φροντίσει.

Οι ηλικιωμένοι συμπολίτες μας έχουν την ευκαιρία να συμμετάσχουν σε πολιτιστικές εκδηλώσεις των Λεσχών Φιλίας αλλά και να επισκεφθούν μουσεία και πολιτιστικούς χώρους και να παρακολουθήσουν εκδηλώσεις μαζικής εστίασης και ψυχαγωγίας.

Επίσης έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν για ζητήματα που άπτονται των αναγκών και των ενδιαφερόντων τους μέσω ειδικών προγραμμάτων. Ενδεικτικά αναφέρουμε: ομάδες ενδυνάμωσης μνήμης, ομιλίες πνευμονολόγων ιατρών - σπιρομετρήσεις, ομιλίες για την ηλιοπροστασία, ομιλίες από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, Σχολές γονέων κ.λπ..

Ο θεσμός των Λεσχών Φιλίας λειτουργεί στο Δήμο Αθηναίων από το 1985 και σήμερα υπάρχουν 25 Λέσχες Φιλίας, κατανεμημένες σε όλη την περιφέρεια του Δήμου. Στόχος είναι να εξυπηρετηθούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και να τους δοθεί η δυνατότητα δημιουργικής αξιοποίησης του χρόνου τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

3.1. Κλίμακες μέτρησης ποιότητας ζωής

Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής, δεν εκφράζουν υποχρεωτικά την άποψη ότι αποτελούν τα πλέον αξιολογικά μεταξύ όσων αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Αντιθέτως, εκφράζουν ένα μικρό, αντιπροσωπευτικό ίσως δείγμα των οργάνων μέτρησης που έχουν χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής διαφόρων κατηγοριών ασθενών. Επίσης παρακάτω αναλύονται περιληπτικά κάποιοι από τους δείκτες μέτρησης ποιότητας ζωής και αναλυτικά η κλίμακα WHOQOL-BREF η οποία εφαρμόστηκε στην παρόν έρευνα.

3.1.1. Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (The Karnofski Performance Index - KPI)

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (1969) επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας. Η εκτίμηση γίνεται από τον ιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας. Σε μία ποσοστιαία κλίμακα από το 0 έως το 100 έχουν κατηγοριοποιηθεί 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας με ιεραρχική σχέση μεταξύ τους. Η βαθμολογία τίθεται από τον ιατρό, όπου το 100% αντιπροσωπεύει τη φυσική σωματική λειτουργία χωρίς περιορισμούς ή χωρίς την εμφάνιση κάποιας νόσου και το 0% το θάνατο.

3.1.2. Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του WHO (The WHO Performance Status)

Παρόμοιο δείκτη λειτουργικότητας με το Δείκτη Karnofski δημιούργησε ο WHO (1979). Σε μία 5βαθμη κλίμακα, από 0 έως 4, κατατάσσονται 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας, όπου η βαθμίδα 0 αντιπροσωπεύει την κατάσταση του αρρώστου που είναι ικανός να κάνει όλες τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς ενώ στη βαθμίδα 4 ο άρρωστος είναι εντελώς ανίκανος να κάνει οτιδήποτε ή να φροντίσει τον εαυτό του.⁷

3.1.3. Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index)

Ο Δείκτης Spitzer (1981) σχεδιάστηκε αρχικά για να χρησιμοποιηθεί ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής καρκινοπαθών αλλά εφαρμόστηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η εκτίμηση προσανατολίζεται σε πέντε βασικούς τομείς:

- α) δραστηριότητες
- β) καθημερινή ζωή

- γ) αντίληψη της υγείας
- δ) κοινωνική υποστήριξη και
- ε) άποψη για τη ζωή

Σε καθέναν από τους παραπάνω τομείς, ο άρρωστος, είτε αυτο-βαθμολογείται, είτε βαθμολογείται από τον ιατρό σε μία κλίμακα 3 βαθμίδων, από το 0 μέχρι το 2. Ο δείκτης αυτός παρουσιάζει καλή διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων αρρώστων, όπως και μεταξύ διαφόρων επιπέδων μίας αρρώστιας.

3.1.4. Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living)³

Ο Δείκτης Katz (1963) δημιουργήθηκε αρχικά για να εκτιμήσει τη λειτουργική κατάσταση ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση γίνεται από ιατρούς ή νοσηλευτές σύμφωνα με έξι ερωτήσεις που αφορούν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας τους. Οι άρρωστοι βαθμολογούνται ανάλογα με την εξάρτηση ή τη μη εξάρτησή τους σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής φροντίδας. Οι ερωτήσεις είναι διατεταγμένες κατά βαθμίδα δυσκολίας. Ο Δείκτης αυτός θεωρείται ότι έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τους συγκεκριμένους αρρώστους.

3.1.5. Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (The Nottingham Health Profile)

Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham δημιουργήθηκε από τους Hunt και McEwen το 1980 για να μελετήσουν τα αποτελέσματα ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Το ερωτηματολόγιο είναι αυτο-συμπληρωμένο και διαθέτει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα ως όργανο μέτρησης.

Αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος αναφέρονται 38 καταστάσεις που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων:

- α) ενέργεια-ενεργητικότητα,
- β) πόνος,
- γ) συναισθηματικές αντιδράσεις,
- δ) ύπνος,
- ε) κοινωνική απομόνωση και
- στ) σωματική κίνηση.

Το δεύτερο μέρος συνίσταται σε επτά τομείς της καθημερινής ζωής:

- α) αμειβόμενη εργασία,
- β) οικιακή εργασία,
- γ) κοινωνική ζωή,
- δ) προσωπικές σχέσεις,
- ε) σεξουαλική ζωή,
- στ) ασχολίες ελεύθερου χρόνου και
- ζ) ενδιαφέροντα.

Σε κάθε ερώτηση υπάρχει η απάντηση ναι ή όχι και με βάση έναν ειδικό συντελεστή βαρύτητας για κάθε ερώτηση υπολογίζεται η τελική βαθμολογία. Υψηλή βαθμολογία εκφράζει την ύπαρξη έντονων προβλημάτων στον άρρωστο. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς, καταγράφοντας καλή εγκυρότητα διάκρισης μεταξύ υγιών και ασθενών και καλή ευαισθησία.

3.1.6. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The General Health Questionnaire)¹⁶

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει δημιουργηθεί από τον Goldberg το 1972 και κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων: η πρώτη με 28, η δεύτερη με 30 και η τρίτη με 60 ερωτήσεις. Οι 28 ερωτήσεις της πρώτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες που αφορούν:

- α) τα σωματικά συμπτώματα,
- β) το άγχος και την αϋπνία,
- γ) την κοινωνική δυσλειτουργία και
- δ) τη σοβαρή κατάθλιψη.

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Το μειονέκτημά του είναι ότι ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική υγεία και την ψυχολογική κατάσταση, χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής.

3.1.7. Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια (The Psychological Adjustment to Illness Scale)

Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια κατασκευάστηκε το 1978 από τον Morrow και τους συνεργάτες του. Οι 45 ερωτήσεις που συνθέτουν τη συγκεκριμένη κλίμακα αφορούν 7 κύριους τομείς της Ποιότητας Ζωής:

- α) φροντίδα υγείας (οι συμπεριφορές και οι προσδοκίες έναντι του ιατρού και της θεραπείας),

β) επαγγελματικό-εργασιακό περιβάλλον (ικανοποίηση από το επάγγελμα και προσαρμογή στην εργασία),

γ) οικιακό περιβάλλον, (η επίδραση της αρρώστιας στα οικονομικά της οικογένειας και στην επικοινωνία),

δ) σεξουαλικές σχέσεις (η επιρροή της αρρώστιας στη συχνότητα και ικανοποίηση της σεξουαλικής δραστηριότητας),

ε) ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις (προβλήματα από την αρρώστια στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος),

στ) κοινωνικό περιβάλλον (η διατήρηση του ενδιαφέροντος στις κοινωνικές δραστηριότητες) και

ζ) ψυχολογική κατάσταση (άγχος, κατάθλιψη, κ.ά.).

Η απάντηση σε κάθε ερώτηση σημειώνεται σε μία 4βαθμη κλίμακα. Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε από εκπαιδευμένους γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς με ημι-δομημένες συνεντεύξεις προς τους ασθενείς είτε να αυτοσυμπληρωθεί από τους ίδιους τους ασθενείς. Εφαρμόζεται σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων αρρώστων (π.χ. καρδιοπαθείς, νεφροπαθείς, καρκινοπαθείς κ.ά.) και παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

3.1.8. Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας (The Sickness Impact Profile)

Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας έχει δημιουργηθεί το 1981 από τον Bergner και τους συνεργάτες του και αποτελεί ένα από τα πλέον γνωστά και συνηθέστερα χρησιμοποιημένα όργανα μέτρησης της Ποιότητας Ζωής. Συνίσταται σε 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 υπο-κατηγορίες, οι οποίες συνθέτουν δύο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες:

α) της σωματικής λειτουργίας και

β) της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας.

Οι 136 ερωτήσεις έχουν επιλεγεί από μία δεξαμενή 312 θεμάτων που αφορούν την επίδραση της αρρώστιας στη συμπεριφορά και λειτουργία ενός ατόμου. Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση σημειώνονται με Ναι ή Όχι και η βαθμολογία υπολογίζεται με βάση σταθμισμένους δείκτες, σύμφωνα με τους οποίους έχει ληφθεί υπόψη η ειδική βαρύτητα κάθε ερώτησης.

Η τελική βαθμολογία μπορεί να εκφραστεί είτε ως συνολική είτε ως βαθμολογία στις 2 κύριες κατηγορίες. Ως όργανο μέτρησης έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα ενώ χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορες κατηγορίες αρρώστων. Το μειονέκτημά του είναι ότι λόγω μεγέθους μάλλον καθίσταται χρονοβόρο και κοπιαστικό στην εφαρμογή του.

3.1.9. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey)⁵

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware προκειμένου να επιτύχει τις ψυχομετρικές εκείνες προδιαγραφές που απαιτούνται για τη σύγκριση του επιπέδου

υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μίας κατηγορίας ασθενών. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας που δεν προσδιορίζονται ως ειδικές κάποιας αρρώστιας ή θεραπείας. Οι 36 ερωτήσεις συνθέτουν 8 κλίμακες από 2 μέχρι 10 ερωτήσεις η καθεμία:

- α) Σωματική Λειτουργικότητα,
- β) Ρόλος-Σωματικός,
- γ) Σωματικός Πόνος,
- δ) Γενική Υγεία,
- ε) Ζωτικότητα,
- στ) Κοινωνική Λειτουργικότητα,
- ζ) Ρόλος-Συναισθηματικός και
- η) Ψυχική Υγεία.

Οι 8 αυτές επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της Σωματικής και Ψυχικής Υγείας. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτο-συμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 και άνω ετών. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την Ποιότητα Ζωής του γενικού πληθυσμού των Η.Π.Α και της Ε.Ε. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά ενώ διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.

3.2 WHOQOL-BREF¹⁴

3.2.1 Εισαγωγή

Η WHOQOL-100 αξιολογεί την ποιότητα ζωής και αναπτύχθηκε από τον Όμιλο WHOQOL Group σε δεκαπέντε διεθνή κέντρα ταυτόχρονα, στην προσπάθεια να αναπτυχθεί μια κλίμακα της ποιότητα ζωής όπου θα είναι αξιόλογη σε διαπολιτισμικό επίπεδο.

3.2.2 Το σκεπτικό για την ανάπτυξη του WHOQOL¹⁸

Ο λόγος για την ανάπτυξη του WHOQOL-100 προέκυψε από την ανάγκη αρκετών παραγόντων. Αρχικά για να διευρυνθεί ο τρόπος μέτρησης της υγείας, πέραν των δεικτών υγείας που υπήρχαν, όπως η θνησιμότητα και τη νοσηρότητα. Η διαδικασία για την ανάπτυξη του WHOQOL-100 αποτελείται από αρκετά στάδια. Στο πρώτο στάδιο, εμπλέκετε η θέσπιση μιας

κοινής έννοιας, ώστε να συμφωνηθεί ο ορισμός της ποιότητας της ζωής και να γίνει προσέγγιση για μια διεθνή ποιότητα της αξιολόγησης ζωής.

Η ποιότητα ζωής ορίζεται ως αντίληψη της θέσης τους στη ζωή των ατόμων στο πλαίσιο του πολιτισμού και της συστήματα αξιών στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους.

Ο ορισμός αυτός αντικατοπτρίζει την άποψη ότι η ποιότητα της ζωής αναφέρεται σε μια υποκειμενική αξιολόγηση που είναι ενσωματωμένη σε ένα πολιτιστικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο. Επειδή αυτός ο ορισμός της ποιότητας ζωής επικεντρώνεται κατά ερωτηθέντων «αντιληπτή» ποιότητα ζωής, δεν αναμένεται να είναι ένα μέσο μέτρησης με οποιαδήποτε λεπτομερή τρόπο στα συμπτώματα, τις ασθένειες ή τις καταστάσεις, αλλά μάλλον οι επιπτώσεις των παρεμβάσεων της νόσου και της υγείας στην ποιότητα ζωής. Επομένως, η ποιότητα της ζωής δεν μπορεί να αποτυπωθεί απλώς με τους όρους «κατάσταση της υγείας», «τον τρόπο ζωής», «ικανοποίηση από τη ζωή», «ψυχική κατάσταση» ή «ευημερία». Η αναγνώριση του πολυδιάστατου χαρακτήρα της ποιότητας ζωής αντικατοπτρίζεται στην δομή του WHOQOL-100.

Στο δεύτερο στάδιο ανάπτυξης, της ποιότητας ζωής δημιουργήθηκε σε 15 πολιτιστικά πολύμορφα διεθνή κέντρα και πραγματοποιήθηκε η κατάρτιση ενός καταλόγου των περιοχών των συμμετεχόντων κέντρων. Αυτό περιλάμβανε μια σειρά συναντήσεων των ομάδων εστίασης που περιλαμβάνονται επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς. Για να καταστεί δυνατή η συνεργασία να είναι πραγματικά διεθνή τα 15 κέντρα τομέα επιλέχθηκαν σε παγκόσμια κλίμακα για την παροχή των διαθέσιμων υπηρεσιών υγείας και άλλους δείκτες που σχετίζονται με τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, στο επίπεδο της εκβιομηχάνισης (π.χ. ο ρόλος της οικογένειας, η αντίληψη του χρόνου, η αντίληψη του εαυτού, κυρίαρχη θρησκεία).

Στο τρίτο στάδιο της ανάπτυξης, ερωτήσεις από κάθε κέντρο συγκεντρώθηκαν σε μια παγκόσμια κοινοπραξία. Μετά την ομαδοποίηση σημασιολογικά ισοδύναμες ερωτήσεις, 236 αντικείμενα που καλύπτουν 29 έδρες είχαν συμπεριληφθεί σε μια τελική αξιολόγηση. Το πιλοτικό έργο περιελάμβανε τη χορήγηση αυτής της τυποποιημένης αξιολόγησης σε μια λίστα 300 ερωτηθέντων σε κάθε κέντρο. Μετά από δοκιμές πεδίου σε αυτά τα 15 κέντρα, 100 αντικείμενα επιλέχθηκαν για να συμπεριληφθούν στην WHOQOL-100 Έκδοση του Πεδίου Δοκιμής. Αυτά περιλαμβάνουν τέσσερα στοιχεία για κάθε μια από τις 24 πτυχές της ποιότητας της ζωής, και τέσσερα αντικείμενα σχετικά με τη γενική ποιότητα της ζωής και τη γενική όψη υγείας (βλέπε Πίνακα 1). Η μέθοδος με την οποία επελέγησαν τα 100 αυτά στοιχεία είναι πλήρως τεκμηριωμένη. Η WHOQOL-100 Δοκιμαστική Έκδοση Τομέα αυτή τη στιγμή δοκιμάζεται σε νέα κέντρα σε όλο τον κόσμο. Το αρχικό εννοιολογικό πλαίσιο για την WHOQOL-100 πρότεινε ότι οι 24 έδρες που αφορούν την ποιότητα της ζωής θα πρέπει να ομαδοποιηθούν σε 6 τομείς. Πρόσφατη ανάλυση των διαθέσιμων δεδομένων, χρησιμοποιώντας δοκιμαστικά μοντέλα εξισώσεων, έχει δείξει μια λύση τεσσάρων τομέα ότι είναι πιο κατάλληλη.

Πίνακας 1-WHOQOL-BREF τομείς

ΤΟΜΕΙΣ	Πτυχές που ενσωματώνονται σε τομείς
1.Σωματική υγεία	Καθημερινές δραστηριότητες της ζωής Η εξάρτηση από τις φαρμακευτικές ουσίες και τα ιατρικά βοηθήματα Ενέργεια και κόπωση Κινητικότητα Πόνος και δυσφορία Ύπνος και ξεκούραση Ικανότητα εργασίας
2.Ψυχολογία	Σωματική εικόνα και η εμφάνιση Αρνητικά συναισθήματα Αυτοεκτίμηση Πνευματικότητα/Θρησκεία/ Προσωπικές πεποιθήσεις Σκέψη, μάθηση, μνήμη και συγκέντρωση
3.Κοινωνικές σχέσεις	Προσωπικές σχέσεις Κοινωνική υποστήριξη Σεξουαλική δραστηριότητα
4.Περιβάλλον	Οικονομικοί πόροι Ελευθερία, φυσική ασφάλεια και ασφάλεια Υγεία και κοινωνική μέριμνα: προσβασιμότητα και ποιότητα Οικογενειακό περιβάλλον Ευκαιρίες για την απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων Συμμετοχή και ευκαιρίες για δραστηριότητες αναψυχής Φυσικό περιβάλλον (ρύπανση, φασαρία, κίνηση, κλίμα) Μεταφορά

3.2.3 Ανάπτυξη της WHOQOL-BREF¹

Η WHOQOL-100 επιτρέπει τη λεπτομερή αξιολόγηση κάθε επιμέρους πτυχής σχετικά με την ποιότητα της ζωής. Σε ορισμένες περιπτώσεις ωστόσο, η WHOQOL-100 μπορεί να είναι πολύ χρονοβόρα για πρακτική χρήση. Γι' αυτόν τον λόγο, η WHOQOL-BREF έχει αναπτυχθεί ώστε να παρέχει μια σύντομη μορφή της ποιότητας της αξιολόγησης της ζωής που μοιάζει με προφίλ επίπεδου τομέα, χρησιμοποιώντας στοιχεία από την αξιολόγηση του πιλοτικού WHOQOL και όλα τα διαθέσιμα στοιχεία από τον τομέα δοκιμαστικής έκδοσης της WHOQOL-100. Είκοσι κέντρα τομέων που βρίσκονται εντός δεκαοκτώ χώρες έχουν συμπεριληφθεί τα

δεδομένα για τους σκοπούς αυτούς (βλέπε Πίνακα 2). Η WHOQOL-BREF περιέχει συνολικά 26 ερωτήσεις. Για να υπάρξει μια ευρεία και ολοκληρωμένη αξιολόγηση, ένα στοιχείο από κάθε μία από τις 24 πτυχές που περιέχονται στη WHOQOL-100 έχει ενταχθεί. Ακόμα, έχουν δύο στοιχεία από την Συνολική ποιότητα της Ζωής και την Γενική Διεύθυνση Υγείας έχουν συμπεριληφθεί:

Πίνακας 2- κέντρα που περιλαμβάνονται στην ανάπτυξη του WHOQOL-BREF

Κέντρα στην πιλοτική έκδοση του WHOQOL	Κέντρα δοκιμαστικού τομέα της WHOQOL-100
Bangkok, Ταϊλάνδη Beer Sheva, Ισραήλ Madras, Ινδία Melbourne, Αυστραλία New Delhi, Ινδία Panama City, Παναμάς Seattle, ΗΠΑ Tilburg, Ολλανδία Zagreb, Κροατία Tokyo, Ιαπωνία Harare, Ζιμπάμπουε Barcelona, Γαλλία Bath, Ηνωμένο Βασίλειο St Petersburg, Ρωσία Paris, Γαλλία	Bangkok, Ταϊλάνδη Beer Sheva, Ισραήλ Madras, Ινδία Melbourne, Αυστραλία New Delhi, Ινδία Panama City, Παναμάς Seattle, ΗΠΑ Tilburg, Ολλανδία Zagreb, Κροατία Tokyo, Ιαπωνία Harare, Ζιμπάμπουε Barcelona, Γαλλία Bath, Ηνωμένο Βασίλειο Χονγκ Κονγκ Leipzig, Γερμανία Mannheim, Γερμανία La Plata, Αργεντινή Port Alegre, Βραζιλία

Η WHOQOL-BREF είναι διαθέσιμη σε 19 διαφορετικές γλώσσες. Η κατάλληλη γλώσσα, και άδεια για τη χρήση του, μπορεί να ληφθεί από την Ομάδα WHOQOL, Πρόγραμμα για την Ψυχική Υγεία, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, CH-1211 Γενεύη 27, Ελβετία. Σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται η WHOQOL-BREF χωρίς διαβούλευση με την Ομάδα WHOQOL. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να εμφανίζονται με τη σειρά με την οποία εμφανίζονται στο παράδειγμα WHOQOL-BREF που παρέχονται στο παρόν έγγραφο, με τις οδηγίες και κεφαλίδες αμετάβλητες. Οι ερωτήσεις ομαδοποιούνται με μορφή απάντησης. Η ισοδύναμη αρίθμηση των ερωτήσεων μεταξύ της WHOQOL-BREF και της WHOQOL-100 δίνεται στο παράδειγμα έκδοσης του WHOQOL-BREF να επιτρέπουν την εύκολη σύγκριση μεταξύ των απαντήσεων στα στοιχεία για τις δύο εκδόσεις. Η δοκιμή WHOQOL-100 τομέα επιτρέπει στα κέντρα να περιλαμβάνουν εθνικά στοιχεία ή πτυχές που πιστεύεται ότι είναι σημαντικό για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής. Σε περίπτωση που τα κέντρα επιθυμούν να συμπεριλάβουν πρόσθετα εθνικά στοιχεία ή μονάδες στο WHOQOL-BREF, αυτά θα πρέπει να περιλαμβάνονται σε ξεχωριστό φύλλο χαρτιού και όχι διάσπαρτα ανάμεσα στα υπάρχοντα 26 αντικείμενα. Υπάρχουν τρεις λόγοι για αυτό:

- 1) Για τον έλεγχο των επιδράσεων για το στοιχείο που θα μπορούσε να συμβεί και να αλλάξει την έννοια του στοιχείου.
- 2) Η WHOQOL-BREF αντιπροσωπεύει ένα συμφωνημένο βασικό σύνολο των διεθνών στοιχείων
- 3) Η WHOQOL-BREF είναι πιθανό να χρησιμοποιηθεί όπου η ποιότητα ζωής είναι μεταξύ μία από τις πολλές παραμέτρους που αξιολογήθηκαν. Ως εκ τούτου, πρόσθετες εθνικές πληροφορίες μπορούν να ληφθούν με τη συμπερίληψη πρόσθετων μονάδων και μέτρων.

3.2.4 Προτεινόμενες χρήσεις της WHOQOL-100 και της WHOQOL-BREF¹⁵

Αναμένεται ότι οι αξιολογήσεις WHOQOL θα χρησιμοποιηθούν με ευρείς κυμαινόμενους τρόπους. Θα είναι σημαντική η χρήση σε κλινικές δοκιμές, στην ίδρυση βασικού σκορ σε σειρά τομέων και κοιτάζοντας τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής κατά τη διάρκεια των παρεμβάσεων. Αναμένεται ότι η εκτίμηση WHOQOL θα είναι επίσης η αξιολόγηση, όπου η πρόγνωση της νόσου είναι πιθανό να περιλαμβάνει μόνο μερική ανάκτηση ή διαγραφή, και στην οποία η θεραπεία μπορεί να είναι πιο παρηγορητική παρά θεραπευτική.

Για την επιδημιολογική έρευνα, οι εκτιμήσεις WHOQOL θα επιτρέψουν λεπτομερή ποιότητα των δεδομένων της ζωής που πρέπει να συγκεντρωθούν σε ένα συγκεκριμένο πληθυσμό, διευκολύνοντας την κατανόηση των ασθενειών, καθώς και την ανάπτυξη των μεθόδων θεραπείας. Οι διεθνείς επιδημιολογικές μελέτες που θα ενεργοποιηθούν, όπως η WHOQOL-100 και η WHOQOL-BREF θα καταστήσουν δυνατή τη διεξαγωγή πολυκεντρικής ποιότητας της έρευνας ζωής, και θα συγκρίνουν τα αποτελέσματα που λαμβάνονται σε διαφορετικά κέντρα. Η εν λόγω έρευνα έχει σημαντικά οφέλη, επιτρέποντας ερωτήματα που πρέπει να αντιμετωπιστούν, κάτι το οποίο δεν θα ήταν δυνατό σε μελέτες εφάπαξ ιστοσελίδας. Για παράδειγμα, μια συγκριτική μελέτη σε δύο ή περισσότερες χώρες, όσον αφορά τη σχέση μεταξύ της παροχής της υγειονομικής περίθαλψης και της ποιότητας της ζωής απαιτεί εκτίμηση αποδίδοντας πολλαπλά πολιτιστικά συγκρίσιμα αποτελέσματα. Μερικές φορές συσσώρευση των υποθέσεων στην ποιότητα των μελετών της ζωής, ιδιαίτερα κατά τη μελέτη σπάνιων διαταραχών, ενισχύεται με τη συλλογή στοιχείων σε διάφορες ρυθμίσεις. Πολυκεντρικές μελέτες συνεργασίας μπορεί επίσης να παρέχουν ταυτόχρονες πολλαπλές επαναλήψεις της διαπίστωσης, προσθέτοντας σημαντικά την εμπιστοσύνη όπου τα ευρήματα μπορεί να γίνουν δεκτά.

Στην κλινική πράξη οι εκτιμήσεις WHOQOL θα βοηθήσουν στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τους τομείς στους οποίους ο ασθενής έχει πληγεί περισσότερο από την ασθένεια, και τη λήψη αποφάσεων για θεραπείας. Σε ορισμένες αναπτυσσόμενες χώρες, όπου μπορεί να περιορίζονται οι πόροι για τη φροντίδα της υγείας, θεραπείες που αποσκοπούν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής μέσα από ανακούφιση, για παράδειγμα, μπορεί να είναι τόσο αποτελεσματική και ανέξοδη. Μαζί με άλλα μέτρα, η WHOQOL-BREF θα επιτρέπει στους επαγγελματίες υγείας να αξιολογήσουν τις αλλαγές στην ποιότητα της ζωής κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Αναμένεται ότι στο μέλλον η WHOQOL-100 και η WHOQOL-BREF θα αποδειχθούν χρήσιμες στην έρευνα της πολιτικής για την υγεία και θα αποτελούν μια σημαντική πτυχή της ρουτίνας ελέγχου της υγείας και των κοινωνικών υπηρεσιών. Επειδή το μέσο αναπτύχθηκε πολύ- πολιτισμικά, τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, οι διαχειριστές και οι νομοθέτες σε

χώρες όπου δεν υπάρχει επικυρωμένη η ποιότητα ζωής υπάρχουν σήμερα μπορούν να είναι βέβαιοι ότι τα στοιχεία που έχουν παραχθεί από το έργο της αξιολόγησης WHOQOL θα είναι πραγματικά ευαίσθητα στις ρυθμίσεις τους. (WHOQOL-BREF 1996)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Εισαγωγή⁴

Η εφαρμογή της πολιτική υγείας προϋποθέτει την ύπαρξη μιας συγκεκριμένης δομής και μιας συγκεκριμένης οργάνωσης που θα υλοποιήσει την πολιτική υγείας και θα συμβάλλει στην επίτευξη των στόχων της. Η συγκεκριμένη δομή και οργάνωση στο χώρο της υγείας είναι το σύστημα υγείας. Η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας διαμορφώθηκαν στη βάση συγκεκριμένων οικονομικών, κοινωνικών και πολιτικών δεδομένων και αντικατοπτρίζουν ως ένα βαθμό την ίδια τη δομή της κοινωνίας και τον τρόπο που αυτή διοικείται. Είναι προφανές ότι τα δεδομένα με την πάροδο του χρόνου αλλάζουν και απαιτείται να σχεδιαστεί εκ νέου το σύστημα για να μπορεί να ανταποκριθεί στις νέες ανάγκες που έχουν δημιουργηθεί.

Στην Ελλάδα η ανάπτυξη του συστήματος υγείας επηρεάστηκε σημαντικά από τα βασικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής πολιτικής και από τη νοοτροπία που επικρατούσε σ' όλη τη δημόσια διοίκηση. Ο πελατειακός χαρακτήρας του ελληνικού κράτους αφορά και το σύστημα υγείας, ενώ η ασφυκτική του εξάρτηση από την εκάστοτε πολιτική εξουσία στερεί από το σύστημα υγείας διοικητική και οργανωτική αυτοδυναμία.

Παράλληλα υπάρχει ανισότητα στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και ανισότητα στις παροχές. Πολίτες ασφαλισμένοι σε διαφορετικά ασφαλιστικά Ταμεία έχουν διαφορετικές ασφαλιστικές παροχές. Η διαφορετικότητα στις παροχές δεν οφείλεται τόσο στο ύψος των καταβαλλόμενων ασφαλιστικών εισφορών, αλλά κυρίως στη διαφορετικότητα των ασφαλιστικών Ταμείων. Αυτό έχει ως συνέπεια τη διόγκωση των ανισοτήτων και το διαχωρισμό των ελλήνων πολιτών σε ασφαλισμένους πολλών και διαφορετικών ταχυτήτων.

Επίσης το σύστημα υγείας εμφανίζει τεράστια δημοσιονομικά ελλείμματα, τα οποία σε μεγάλο βαθμό επηρεάζουν σημαντικά και τη συνολική δημοσιονομική κατάσταση της χώρας. Ως εκ τούτου σήμερα το σύστημα υγείας στην Ελλάδα είναι αντιμέτωπο με δύο σημαντικές προκλήσεις : να περιορίσει τα δημοσιονομικά ελλείμματα και να βελτιώσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

4.1.1 Ορισμός²⁵

Ο όρος σύστημα παραπέμπει σε ένα σύνολο στοιχείων τα οποία είναι συνδεδεμένα μεταξύ τους. Θα μπορούσαμε να ορίσουμε επίσης το σύστημα ως ένα άθροισμα ανεξάρτητων τμημάτων, συνδεδεμένων μεταξύ τους με τέτοιο τρόπο που να συνθέτουν ένα ενιαίο σύνολο, ικανό να πραγματοποιήσει μία λειτουργία. Σήμερα η αντίληψη αυτή είναι ολοένα και λιγότερο σημαντική και το έδαφος το κερδίζει η συστημική αντίληψη, δηλαδή ότι το σύστημα δεν είναι άθροισμα επιμέρους υποσυστημάτων, αλλά είναι ένα ενιαίο σύνολο, το οποίο έχει τη δική του λειτουργία.

Ο Λιαρόπουλος (2007, σ. 200) ορίζει το σύστημα με παρόμοιο τρόπο. Θεωρεί ότι το σύστημα είναι η οποιαδήποτε ομάδα αλληλοσχετιζόμενων και αλληλοεξαρτώμενων οντοτήτων ή διαδικασιών που συνδυάζονται για ένα συγκεκριμένο σκοπό. Το βασικό χαρακτηριστικό αυτού του ορισμού είναι η παράλληλη λειτουργία οντοτήτων και διαδικασιών.

Ένας περισσότερος εξειδικευμένος ορισμός του συστήματος θεωρεί το σύστημα ως μία ολότητα με δεδομένη και καθορισμένη συμπεριφορά, η οποία αποτελείται από επιμέρους στοιχεία τα οποία βρίσκονται σε μία δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους.

Ακολουθώντας τη συστημική θεωρία μπορούμε να ορίσουμε την έννοια «σύστημα» στη βάση των ακόλουθων στοιχείων – υποθέσεων :

- το σύστημα δεν είναι μόνο άθροισμα των επιμέρους στοιχείων του
- τα επιμέρους στοιχεία βρίσκονται σε διαρκή και δυναμική αλληλεξάρτηση μεταξύ τους, αλλά και σε αλληλεπίδραση και με το περιβάλλον
- το σύστημα ως ολότητα, όπως και τα επιμέρους στοιχεία – υποσύνολά του, λειτουργούν με τέτοιον τρόπο ώστε να εκπληρώνουν το λόγο της ύπαρξής τους και τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκαν

Όλα τα συστήματα παρουσιάζουν ορισμένα βασικά χαρακτηριστικά που είναι τα ακόλουθα:

- μεταξύ του συστήματος και του περιβάλλοντος αναπτύσσονται σχέσης αλληλεπίδρασης και αλληλεξάρτησης
- κάθε σύστημα είναι οριοθετημένο και αυτό ορίζει τα όριά του σε σχέση με το περιβάλλον
- μεταξύ συστήματος και περιβάλλοντος υπάρχει συνεχής ανταλλαγή πληροφοριών $\frac{3}{4}$ η πολυπλοκότητα ενός συστήματος εξαρτάται κυρίως από το πλήθος των στοιχείων που περιλαμβάνει και από τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των στοιχείων
- κάθε σύστημα διακρίνεται από την ιεραρχική δομή που το διέπει
- κάθε σύστημα έχει ένα συγκεκριμένο λόγο ύπαρξης και συγκεκριμένους στόχους που πρέπει να πετύχει
- η λεπτομερής ανάλυση της συμπεριφοράς του συστήματος προσδιορίζει και τη δυνατότητά του να εκπληρώσει τους στόχους του και να πραγματοποιεί αλλαγές ανάλογα με τις συνθήκες του περιβάλλοντος

Με βάση όσα αναφέραμε προηγουμένως, μπορούμε να ορίσουμε το σύστημα υγείας είναι ένα σύνολο επιμέρους υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, προκειμένου να επιτευχθεί ο σκοπός του συστήματος που είναι η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού. Μπορούμε επίσης να ορίσουμε το σύστημα υγείας ως έναν συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας, που μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών στοχεύει στη μεγιστοποίηση της στάθμης υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας.

Σύμφωνα τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, το σύστημα υγείας ορίζεται ως «οι ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας». Κατά τον Roemer σύστημα υγείας είναι «ο συνδυασμός πόρων, οργανωτικών συστημάτων, χρηματοδοτικών σχημάτων και διοικητικών μεθόδων, που αποσκοπούν στην παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό».

4.2 Δομή των συστημάτων υγείας²⁴

Η δομή του συστήματος υγείας αντικατοπτρίζει την ίδια τη φιλοσοφία του συστήματος κοινωνικής προστασίας αναφορικά με τον τρόπο κάλυψης των κοινωνικών αναγκών του πληθυσμού. Στην περίπτωση του συστήματος υγείας, η δομή του προσδιορίστηκε στη βάση του πως καλύπτονται οι πολίτες απέναντι στον κοινωνικό κίνδυνο της ασθένειας – αρρώστιας, του ατυχήματος και της ανικανότητας. Αν κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος με άξονα αναφοράς την εργασία (δηλαδή καλύπτονται κυρίως οι εργαζόμενοι), τότε αναφερόμαστε σ' ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης (τύπου Bismark). Αν η κάλυψη των κοινωνικών αναγκών γίνεται από το κράτος και αφορά όλους τους πολίτες στη βάση της λογικής δικαιωμάτων – υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους, τότε αναφερόμαστε σ' ένα εθνικό σύστημα υγείας (τύπου Beveridge). Αν ο ρόλος του κράτους στην κάλυψη των κοινωνικών αναγκών στηρίζεται κυρίως στον έλεγχο και στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών μόνο σε ομάδες ατόμων που δεν μπορούν να αγοράσουν αυτές τις υπηρεσίες από την αγορά, τότε μιλάμε για το φιλελεύθερο σύστημα υγείας (όπου κυριαρχεί η ιδιωτική ασφάλιση υγείας).

4.2.1 Φιλελεύθερο σύστημα υγείας – Σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης²¹

Στα πλαίσια αυτού του συστήματος ο ρόλος του κράτους είναι ιδιαίτερα περιορισμένος. Το κράτος εστιάζει την παρέμβασή του στο να προσφέρει υπηρεσίες υγείας προς αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν από την αγορά. Ειδικότερα το φιλελεύθερο σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται από τη λειτουργία ενός συστήματος τιμών το οποίο διαμορφώνει την αγορά και παροχή υπηρεσιών υγείας με κριτήριο τη ζήτηση που εκδηλώνεται σε αυτές. Υπάρχει πλήρης ελευθερία του καταναλωτή, ο οποίος ζητά υπηρεσίες υγείας που τις προσφέρουν οι ιδιώτες παραγωγοί. Ο καταναλωτής για να έχει πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να μπορεί να καταβάλλει την τιμή των υπηρεσιών υγείας που έχει διαμορφωθεί στην αγορά από τη ζήτηση και την προσφορά υπηρεσιών υγείας. Το κράτος καταβάλλει χρήματα για την αγορά υπηρεσιών υγείας για αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν. Για παράδειγμα οι ΗΠΑ αποτελούν τον σημαντικότερο εκπρόσωπο του φιλελεύθερου συστήματος υγείας. Η κρατική παρέμβαση στο χώρο της Υγείας στις ΗΠΑ συνίσταται κυρίως στην καταβολή χρημάτων που καλύπτουν την αγορά υπηρεσιών υγείας για τους φτωχούς (είναι το πρόγραμμα Medicare) και τους ηλικιωμένους (είναι το πρόγραμμα Medicaid).

Τα βασικά χαρακτηριστικά του φιλελεύθερου συστήματος υγείας είναι :

- η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας διαμορφώνονται από τους χρήστες των υπηρεσιών αυτών έχοντας υπόψη τις τιμές των σχετικών υπηρεσιών
- βασίζεται στο σύστημα ιδιωτικής ασφάλισης με αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού να παραμένει ανασφάλιστο
- το κράτος διαμορφώνει το θεσμικό πλαίσιο για την ομαλή λειτουργία της αγοράς, χωρίς να εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παραγωγών

- εμφανίζονται μεγάλες υγειονομικές ανισότητες
- η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τους ασφαλιστικούς φορείς των πολιτών προς τους ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς
- εμφανίζεται το φαινόμενο της ασύμμετρης πληροφόρησης, που έχει ως αποτέλεσμα την προκλητή ζήτηση για υπηρεσίες υγείας

4.2.2 Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης – Σύστημα τύπου Bismark²²

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης στηρίχτηκε στο πρότυπο του Bismark ο οποίος το 1880 θέσπισε στη Γερμανία το πρώτο Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης. Κυριότεροι εκπρόσωποι αυτού του μοντέλου είναι η Γερμανία και η Γαλλία. Η φιλοσοφία του συστήματος είναι ότι η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας καλύπτεται στη βάση της λογικής της ασφάλισης. Στη Γερμανία έλαβε τη μορφή της ασφάλισης συγκεκριμένων επαγγελματικών κλάδων, ενώ στη Γαλλία έλαβε τη μορφή ενός ολοκληρωμένου συστήματος ασφάλισης της υγείας. Μέσα από τη δημιουργία διαφόρων ασφαλιστικών Ταμείων. Τα χαρακτηριστικά του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης – σύστημα τύπου Bismark είναι τα ακόλουθα :

- η αρχή της κοινωνικής δικαιοσύνης
- η συλλογική κάλυψη του πληθυσμού
- η χρηματοδότησή του προέρχεται από τις εισφορές των εργοδοτών και των εργαζομένων. Κριτήριο για την καταβολή των εισφορών είναι το ύψος του εισοδήματος και οι δυνατότητες πληρωμής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας
- η υποχρεωτική ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού $\frac{3}{4}$ οι παραγωγικοί συντελεστές ανήκουν είτε στο Δημόσιο, είτε σε ιδιώτες. Οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται στα πλαίσια ενός μεικτού συστήματος
- έντονη κρατική παρέμβαση που αποσκοπεί στην επίτευξη της μέγιστης δυνατής αποτελεσματικότητας στην προσφορά των υπηρεσιών υγείας
-

4.2.3 Εθνικό σύστημα υγείας – Σύστημα τύπου Beveridge¹⁸

Το εθνικό σύστημα υγείας (σύστημα τύπου Beveridge) έχει ως κυριότερο εκπρόσωπό του το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μ. Βρετανίας. Το σύστημα αυτό αναπτύχθηκε στη βάση των αρχών του Beveridge. Βασική φιλοσοφική ιδέα του εθνικού συστήματος υγείας είναι η καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στη βάση της λογικής του κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών. Το εθνικό σύστημα υγείας βασίζεται στην κοινωνική αλληλεγγύη και την ισότιμη κάλυψη των αναγκών των πολιτών ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Τα βασικά χαρακτηριστικά του εθνικού συστήματος υγείας είναι:

- η χρηματοδότηση προέρχεται κυρίως από τη φορολογία
- η κάλυψη του πληθυσμού είναι πλήρης και καθολική και γίνεται με βάση τις ανάγκες του πληθυσμού
- γίνεται διαχωρισμός των επιπέδων υγείας σε πρωτοβάθμιο, δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο

- κεντρική και ενιαία χρηματοδότηση είτε από τη φορολογία, είτε από ασφαλιστικές εισφορές

4.3 Το ελληνικό σύστημα υγείας²¹

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Βασίζεται κατά κύριο λόγο στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση. Το ελληνικό σύστημα χαρακτηρίζεται ως μεικτό γιατί ένα μέρος της χρηματοδότησής του προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος (κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης) προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας ιδρύθηκε το 1983 και στόχευε στη γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Οι βασικοί του στόχοι ήταν : η ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση τη οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας στην Ελλάδα. Η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας γίνεται μέσω ενός μεικτού συστήματος. Οι κύριοι πόροι είναι η γενική φορολογία και η κοινωνική ασφάλιση και οι ιδιωτικές δαπάνες. Οι ιδιωτικές δαπάνες για υγεία ανέρχονται περίπου στο 43% του συνόλου των δαπανών για υγεία. Η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία, από τα κέντρα υγείας και από τους ασφαλιστικούς φορείς. Οι υπηρεσίες των νοσοκομείων και των κέντρων υγείας χρηματοδοτούνται από τον κρατικό προϋπολογισμό και οι εργαζόμενοι σε αυτές αμείβονται με μισθό, ενώ στην περίπτωση των εργαζομένων στα ασφαλιστικά Ταμεία, αυτοί πληρώνονται από το ίδιο το Ταμείο.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι :

- μεικτό σύστημα
- ότι η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα
- οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε)
- η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας $\frac{3}{4}$ η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία
- οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία
- η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι :

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας
- περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι :

- υψηλές δαπάνες υγείας
- χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
- προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού
- άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών

4.4 Άρθρα σχετικά με την Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας²⁰

Παρακάτω αναφέρονται κάποια άρθρα του νέου νομοσχεδίου από το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και λοιπές διατάξεις που έχουν άμεση σχέση με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας όπως ακριβώς αναρτήθηκαν.

Άρθρο 2

Δημόσιες Δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ.

1. Τα Κέντρα Υγείας και οι λοιπές Μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.Πε. αποτελούν τις δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ..

2. Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.Πε. και αποτελούν εφεξής αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.

3. Οι Μονάδες παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.Πε. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους, εξαιρουμένων των Φαρμακείων του ΕΟΠΥΥ, τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό.

4. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο τρόπος και οι λεπτομέρειες της άμεσης επιστημονικής, νοσηλευτικής, και εκπαιδευτικής διασύνδεσης όλων των δημοσίων

δομών παροχής υπηρεσιών ΠΦΥ που αποτελούν το Π.Ε.Δ.Υ., με τα Νοσοκομεία της Δ.Υ.Πε. στην οποία υπάγονται.

Άρθρο 4

Οικογενειακός Ιατρός

1. Υπηρεσίες Π.Φ.Υ. παρέχονται και από οικογενειακούς ιατρούς στα ιατρεία τους και κατ'οίκον.

2. Ο οικογενειακός ιατρός παρέχει όλες τις βασικές υπηρεσίες υγείας ώστε να διασφαλίζει τα κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος Π.Φ.Υ.. Ειδικότερα: α. Αναλαμβάνει τη διαχείριση των πλέον συχνών χρόνιων νοσημάτων και καταστάσεων στην κοινότητα, των μειζόνων παραγόντων κινδύνου και των εμβολιασμών, καθώς και των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και αποκατάστασης. β. Συμβουλεύει, υποστηρίζει, προσανατολίζει και καθοδηγεί υπεύθυνα τον ασθενή και την οικογένεια μέσα στο σύστημα υγείας, γ. Επιμελείται της παραπομπής των χρηστών στα άλλα επίπεδα περίθαλψης. Ο αριθμός και το είδος των παραπομπών, καθώς και το είδος των εξετάσεων αλλά και των δοκιμασιών που εξυπηρετούν προληπτικές δραστηριότητες οφείλουν να ακολουθούν συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές με βάση τα διεθνή πρότυπα.

3. Καθήκοντα οικογενειακού ιατρού μπορούν να ασκούν όλοι οι ιατροί με τίτλο ειδικότητας Γενικής Ιατρικής, Παθολογίας και Παιδιατρικής.

4. Ο πολίτης έχει το δικαίωμα να επιλέξει τον οικογενειακό του ιατρό από το σύνολο των οικογενειακών ιατρών της οικείας Δ.Υ.Πε.. Η αλλαγή του προσώπου του οικογενειακού ιατρού του δικαιούχου είναι δυνατή μόνο μία φορά στη διάρκεια του έτους, όπως επίσης και κάθε άλλη φορά που συμφωνούν ο δικαιούχος και ο οικογενειακός ιατρός. Ο ιατρός που έχει επιλεγεί από δικαιούχο, ως οικογενειακός Ιατρός του, έχει το δικαίωμα να αρνηθεί την επιλογή για σοβαρούς προσωπικούς ή επαγγελματικούς λόγους. Η επιλογή του οικογενειακού ιατρού των ανηλίκων και όσων τελούν υπό δικαστική συμπαράσταση γίνεται από τα πρόσωπα που ορίζονται από τις σχετικές διατάξεις του Αστικού Κώδικα.

5. Με αποφάσεις του Υπουργού Υγείας καθορίζονται ο αριθμός των δικαιούχων που μπορούν να επιλέξουν τον ίδιο οικογενειακό ιατρό, ο αναγκαίος αριθμός των οικογενειακών ιατρών ανά Δ.Υ.Πε., ο τρόπος και η διαδικασία επιλογής τους, η διαδικασία ανάθεσης καθηκόντων οικογενειακού ιατρού σε ιατρούς των Κέντρων Υγείας, ο τρόπος παροχής υπηρεσιών και το περιεχόμενο τους, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των οικογενειακών ιατρών, καθώς και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

6. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Υγείας, Διοικητικής Μεταρρύθμισης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης και Οικονομικών καθορίζονται τα ζητήματα που διέπουν έννομες σχέσεις των οικογενειακών ιατρών με τις Δ.Υ.Πε. και κάθε άλλη αναγκαία λεπτομέρεια.

Άρθρο 5

Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ.

1. Επαγγελματίες Π.Φ.Υ. του Π.Ε.Δ.Υ. αποτελούν ο οικογενειακός ιατρός και ιατροί άλλων ειδικοτήτων, καθώς και άλλοι επαγγελματίες υγείας όπως οι μαίες, οι επισκέπτες υγείας, οι νοσηλεύτες, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι φυσικοθεραπευτές, οι διαιτολόγοι-διατροφολόγοι, οι ψυχολόγοι, οι εργοθεραπευτές, και το λοιπό υγειονομικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό.

2. Οι επαγγελματίες υγείας που απαρτίζουν την ομάδα Π.Φ.Υ. έχουν διακριτούς ρόλους στην όλη διαδικασία προσφοράς υπηρεσιών υγείας και πρέπει να αποδεικνύεται ότι είναι κατάλληλα και επαρκώς εκπαιδευμένοι ώστε να είναι σε θέση να εργαστούν σε επίπεδο κοινότητας.

Άρθρο 8

Σκοπός

1. Σκοπός του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας είναι:

α. Η αγορά υπηρεσιών υγείας για τους ασφαλισμένους, τους συνταξιούχους, καθώς και για τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους, των μεταφερθέντων φορέων, σύμφωνα με τα οριζόμενα στον Ενιαίο Κανονισμό Παροχών Υγείας του Οργανισμού.

β. Η θέσπιση κανόνων ποιότητας και αποτελεσματικότητας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, η διαχείριση και ο έλεγχος της χρηματοδότησης, καθώς και η ορθολογική αξιοποίηση των διατιθέμενων πόρων.

γ. Ο καθορισμός των κριτηρίων και των όρων σύναψης συμβάσεων για αγορά υπηρεσιών υγείας με φορείς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και με συμβαλλόμενους ιατρούς, καθώς και η αναθεώρηση και η τροποποίηση των όρων αυτών, όπου και όποτε αυτό απαιτείται.

δ. Η διαπραγμάτευση με όλους τους συμβαλλόμενους παρόχους των αμοιβών τους, των όρων των συμβάσεων του Οργανισμού, των τιμών των ιατροτεχνολογικών υλικών και φαρμάκων.

2. Πόροι του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι εκτός των οριζομένων στην παράγραφο 1 του άρθρου 19 του ν. 3918/2011 (Α 31) και τα ποσά των διατάξεων του άρθρου 100 του ν. 4172/2013 (Α 167), όπως αυτές ισχύουν.

Άρθρο 27

Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Το άρθρο 14 του Νόμου 2071/92 (ΦΕΚ 123/Α/1992) αντικαθίσταται ως εξής:

«1. Με κοινή απόφαση των Υπουργών Διοικητικής Μεταρρύθμισης & Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, Οικονομικών και Υγείας και κάθε άλλου, κατά περίπτωση, αρμόδιου Υπουργού, δύναται να συνιστώνται Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ως μονάδες των Υγειονομικών περιφερειών ή των Νοσοκομείων, για την εξυπηρέτηση των αναγκών Υγείας σε περιοχές με ιδιαίτερα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας μπορεί να εξυπηρετούν περιοχές ευθύνης πέραν των διοικητικών ορίων του ενός νομού και πέραν της μίας Υγειονομικής Περιφέρειας. Με όμοιο τρόπο δύναται να συνιστώνται και να λειτουργούν Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και από λοιπά ΝΠΔΔ και ΟΤΑ.

2. Κινητές Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας δύναται να συνιστώνται και να λειτουργούν και από ΝΠΔΔ μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, μετά από εισήγηση της Διεύθυνσης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Υπουργείου Υγείας και σχετική απόφαση του Υπουργού Υγείας.

3. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας και κάθε άλλου συναρμόδιου Υπουργού, καθορίζονται ο τρόπος λειτουργίας, ο πάσης φύσεως εξοπλισμός, οι ειδικότητες του προσωπικού, οι παρεχόμενες υπηρεσίες των Κινητών Μονάδων Π.Φ.Υ. καθώς και κάθε λεπτομέρεια εφαρμογής του παρόντος, μετά από σχετική γνώμη του ΚΕ.Σ.Υ.»

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή:

Μία από τις πιο σημαντικές εξελίξεις του τελευταίου αιώνα ήταν η αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Παράγοντες όπως η μείωση των γεννήσεων και η βελτίωση των θεραπειών για χρόνιες χρόνιες παθήσεις επηρέασαν τη γήρανση των κοινωνιών, και ο τον αριθμό των ηλικιωμένων αυξήθηκε. Σήμερα, οι ηλικιωμένοι αποτελούν το 14,3% των ανεπτυγμένων χωρών. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, οι ηλικιωμένοι αναμένεται να αποτελέσουν το 30-40% της κοινωνίας το 2025-2050. Η γήρανση είναι παράγοντας κινδύνου για προβλήματα υγείας και κοινωνικά προβλήματα. Αυτό σημαίνει ότι ηλικιωμένοι άνθρωποι βρίσκονται σε μια κατάσταση, όπου πρέπει να συνεχίσουν τη ζωή τους με ορισμένα εμπόδια και προβλήματα και κάποιες δυσκολίες προκύπτουν στις καθημερινές δραστηριότητες και η ποιότητα ζωής αρχίζει να επιδεινώνεται. Ο όρος «ποιότητα ζωής» καλύπτει τη σωματική υγεία, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές δραστηριότητες και την προσαρμογή στο περιβάλλον. Γενικά, εάν κάποιος δεν είναι σε θέση να ικανοποιήσει τις ανάγκες του / της, όπως αυτο-φροντίδα στην ένδυση και τη διατροφή, αυτός / αυτή ορίζεται ως εξαρτώμενος. Έτσι, αν θέλουμε να διασφαλίσουμε την υγεία, την ανεξαρτησία και την κινητικότητα των ηλικιωμένων, θα πρέπει να προσδιοριστεί ο καλύτερος τρόπος για την προστασία των ηλικιωμένων από ασθένειες και αναπηρίες.

Σκοπός:

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εντοπισθούν και να αναδειχθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους στις Λέσχες Φιλίας στο Δήμο Αθηναίων.

Υλικό και μέθοδος:

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στις Λέσχες Φιλίας στο Δήμο Αθηναίων. Το σύνολο των Λεσχών είναι εικοσιπέντε και μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε δεκατέσσερις. Μοιράστηκαν 223 ερωτηματολόγια της WHOQOL-BREF σε ηλικιωμένους άνω των 65 χρονών, εκ των οποίων συμπληρώθηκαν όλα επιτυχώς σε πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεις.

Η έρευνα έλαβε χώρα από τον Μάρτιο του 2015 έως το Ιούλιο του 2015.

Τα ερωτηματολόγια αφού συλλέχθηκαν καταχωρήθηκαν σε λογισμικό βάσης δεδομένων (Microsoft Access). Στην συνέχεια πραγματοποιήθηκε περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων και δημιουργία γραφημάτων (Microsoft Excel).

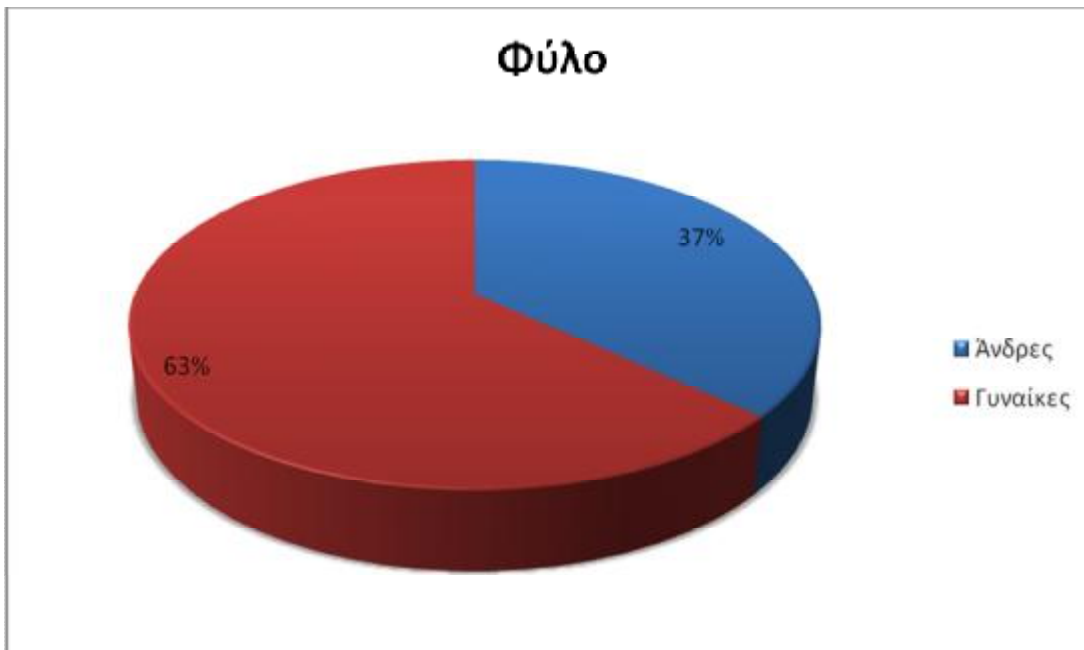
Περαιτέρω ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των στατιστικών πακέτων SPSS22 και Prism6. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε χρήση του Unpaired t test και του One-way ANOVA. Τα όρια αξιοπιστίας ορίστηκαν στο 95%

Η WHOQOL-BREF είναι μια κλίμακα ποιότητας ζωής, που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Οι τέσσερις τομείς που εφαρμόζεται σε αυτό το ερωτηματολόγιο καλύπτουν τα ακόλουθα στοιχεία.

Τομείς		Πτυχές που ενσωματώνονται σε τομείς
1.	Σωματική υγεία	Καθημερινές δραστηριότητες της ζωής Η εξάρτηση από τις φαρμακευτικές ουσίες και τα ιατρικά βοηθήματα Ενέργεια και κόπωση Κινητικότητα Πόνος και δυσφορία Ύπνος και ξεκούραση Ικανότητα εργασίας
2.	Ψυχολογία	Σωματική εικόνα και η εμφάνιση Αρνητικά συναισθήματα Αυτοεκτίμηση Πνευματικότητα/ Θρησκεία/ Προσωπικές πεποιθήσεις Σκέψη, μάθηση, μνήμη και συγκέντρωση
3.	Κοινωνικές σχέσεις	Προσωπικές σχέσεις Κοινωνική υποστήριξη Σεξουαλική δραστηριότητα
4.	Περιβάλλον	Οικονομικοί πόροι Ελευθερία, φυσική ασφάλεια και ασφάλεια Υγεία και κοινωνική μέριμνα: προσβασιμότητα και ποιότητα Οικογενειακό περιβάλλον Ευκαιρίες για την απόκτηση νέων γνώσεων και δεξιοτήτων Συμμετοχή και ευκαιρίες για δραστηριότητες αναψυχής Φυσικό περιβάλλον(ρύπανση, φασαρία, κίνηση, κλίμα) Μεταφορά

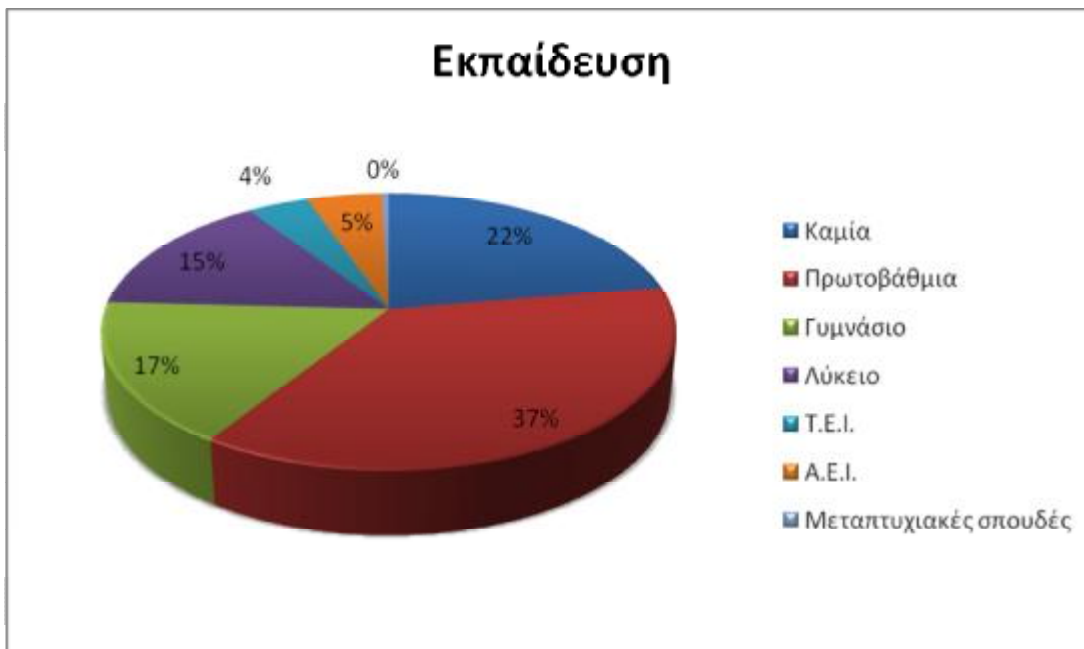
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γράφημα 1:



Από αυτούς που συμμετείχαν στην έρευνα το **63%** ήταν γυναίκες ενώ το **37%** ήταν άντρες.

Γράφημα 2:



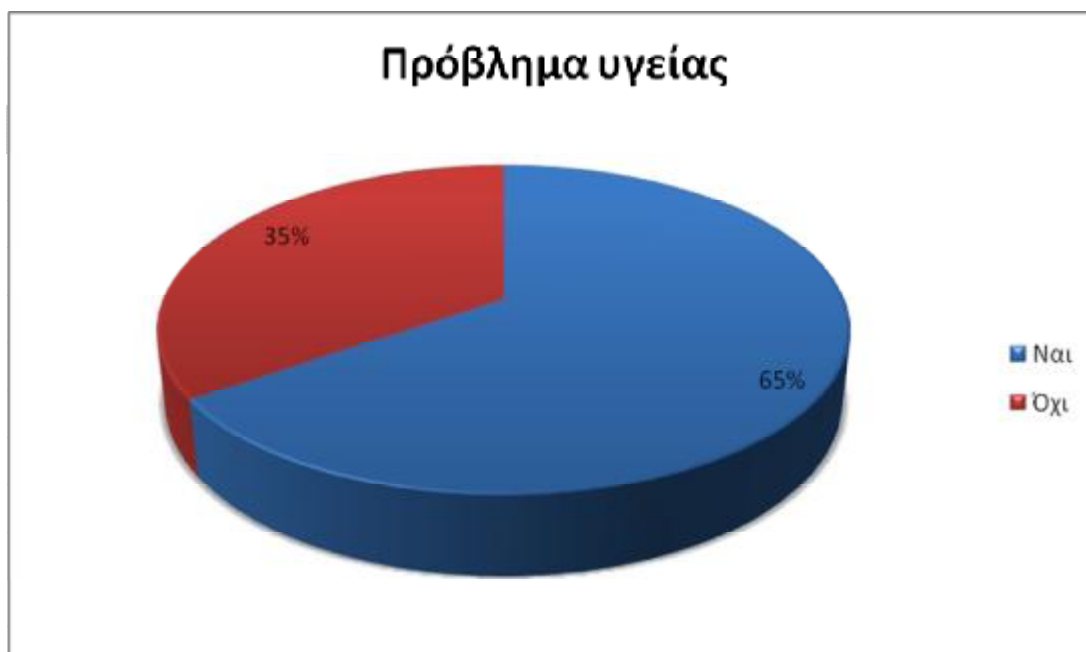
Οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους **37%** είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Την δευτεροβάθμια το **31%**. το TEI **4%**, AEI το **5%**. Ενώ το **22%** δεν έχει ολοκληρώσει **καμία** εκπαίδευση.

Γράφημα 3:



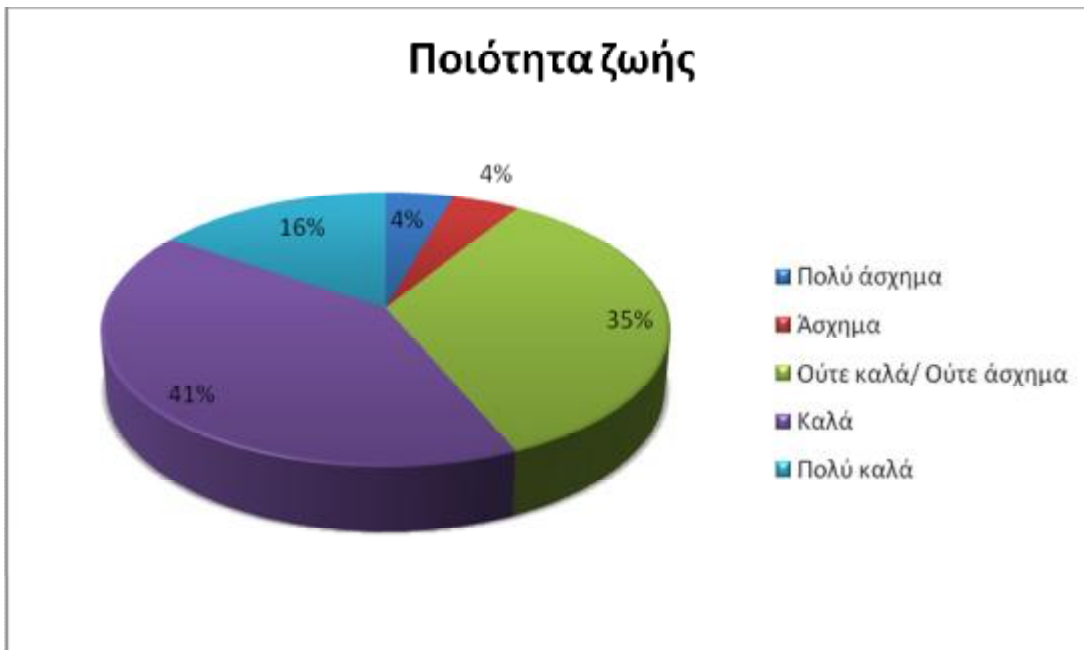
Από τους ερωτηθέντες το **41%** ήταν έγγαμοι. Το **40%** ήταν χήροι, **9%** διαζευγμένοι, **4%** άγαμοι, **5%** σε σχέση συμβίωσης και το **1%** σε διάσταση.

Γράφημα 4:



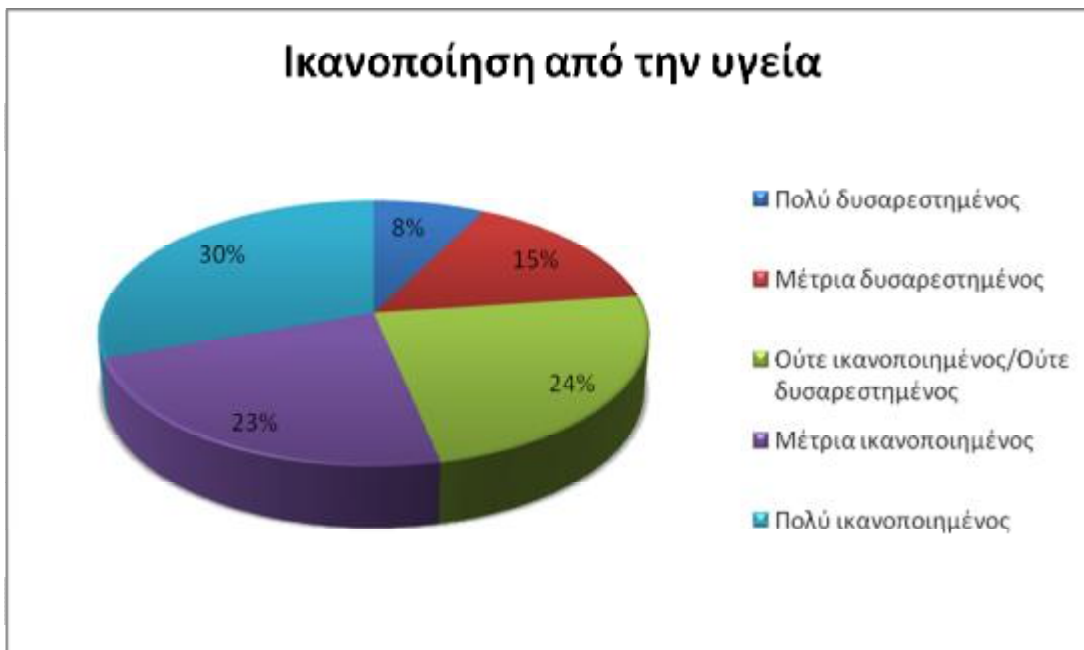
Στην ερώτηση αν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας οι ηλικιωμένοι απάντησαν ναι σε μεγαλύτερο ποσοστό **65%**, ενώ το **35%** απάντησε όχι.

Ερώτηση 1:



Το **41%** των ερωτηθέντων χαρακτηρίζουν την ποιότητα της ζωής τους ως καλή, το **35%** ούτε καλά ούτε άσχημα, το **16%** πολύ καλά, **4%** άσχημα και **4%** πολύ άσχημα.

Ερώτηση 2:



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων είναι ικανοποιημένο με την υγεία του. Συγκεκριμένα το **30%** είναι πολύ ικανοποιημένο, ενώ το **23%** μέτρια. Το **24%** δεν είναι ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο. Ενώ μόνο το **8%** και **15%** ήταν αντίστοιχα πολύ και μέτρια δυσαρεστημένο.

Τομέας 1: Σωματική Υγεία

Ερώτηση 3:



Το **42%** των ηλικιωμένων δεν παρουσιάζουν σωματικούς πόνους που τους εμποδίζουν στην καθημερινότητα. Το **20%** ότι τους εμποδίζει λίγο, το **15%** μέτρια και το **16%** πολύ. Μόνο το **7%** απάντησε ότι τους εμποδίζει υπερβολικά

Ερώτηση 4:



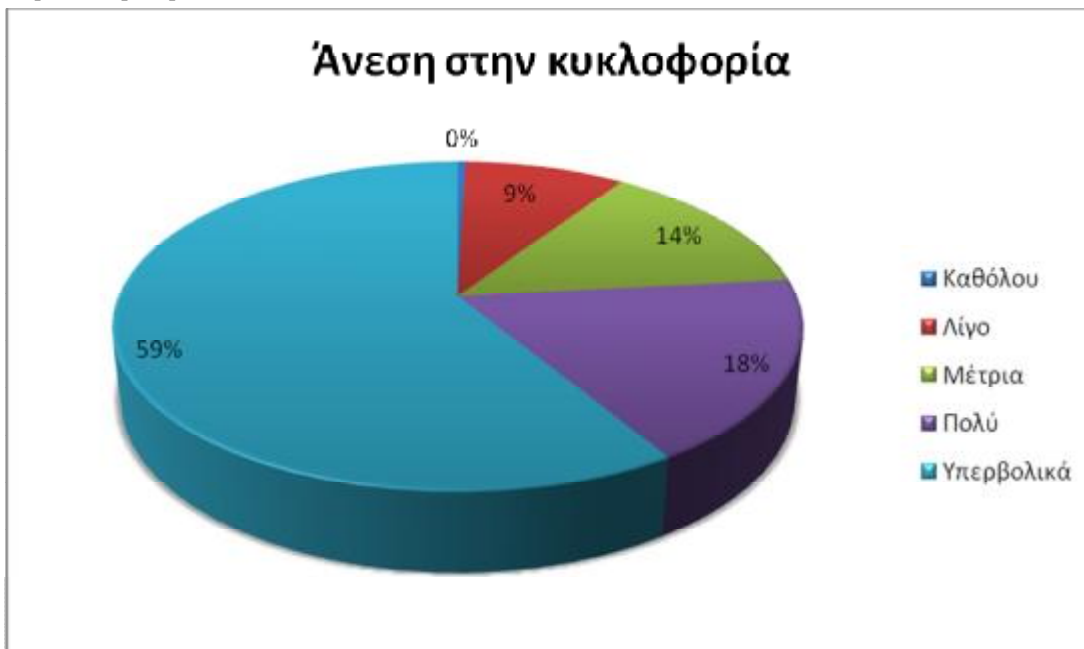
Αρκετά μεγάλο ποσοστό **31%** απάντησε ότι δεν έχει ανάγκη από Ιατρική θεραπεία, ενώ το **32%** λίγο. Μονό το **9%** έχει υπερβολικά ανάγκη και το **17%** μέτρια.

Ερώτηση 10:



Απαραίτητη ενεργητικότητα για τις καθημερινές τους δραστηριότητες σε μεγάλο βαθμό δήλωσαν οι περισσότεροι **29%** και απόλυτα το **27%** . Καθόλου ενεργητικότητα είχε μόνο το **5%** και μέτρια το **22%**.

Ερώτηση 15:



Το **59%** των ερωτηθέντων ότι έχει απόλυτη άνεση στην κυκλοφορία. Το **18%** πολύ και μόλις το **9%** σε μικρό βαθμό.

Ερώτηση 16:



Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι το **27%** δεν είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι. Το **10%** είναι πολύ δυσαρεστημένο και το **24%** είναι πολύ ικανοποιημένο.

Ερώτηση 17:



Σε μεγάλο βαθμό οι περισσότεροι ηλικιωμένοι νοιώθουν ικανοποιημένοι από την επάρκεια στις καθημερινές δραστηριότητες, συγκεκριμένα το **35%** είναι πολύ και το **34%** μέτρια ικανοποιημένοι και μόνο το **3%** είναι πολύ δυσαρεστημένο.

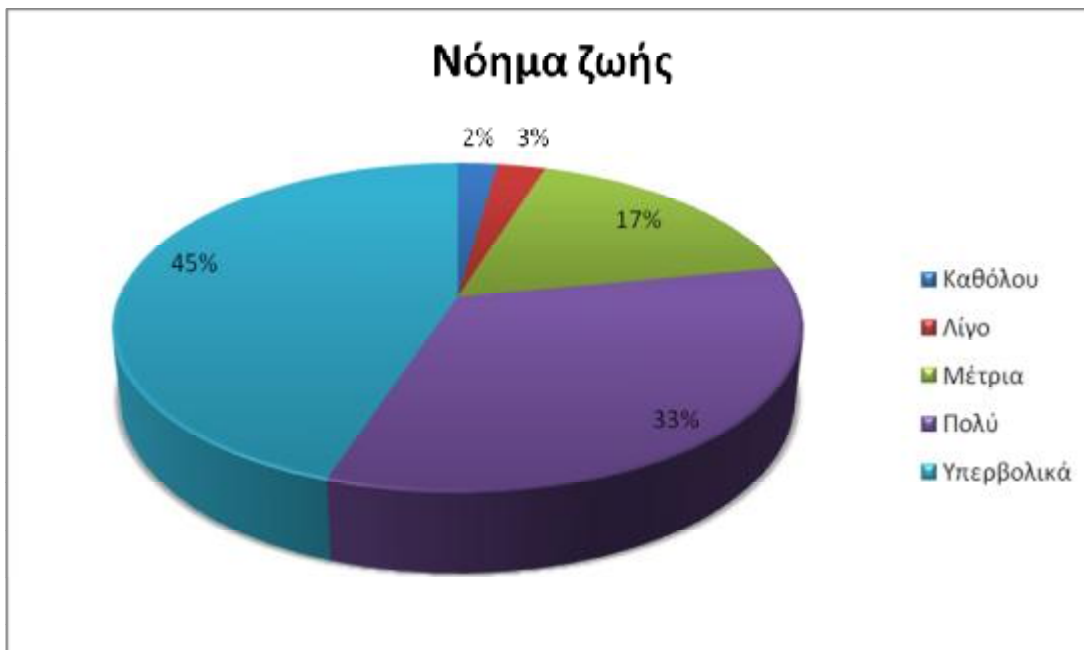
Τομέας 2: Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 5:



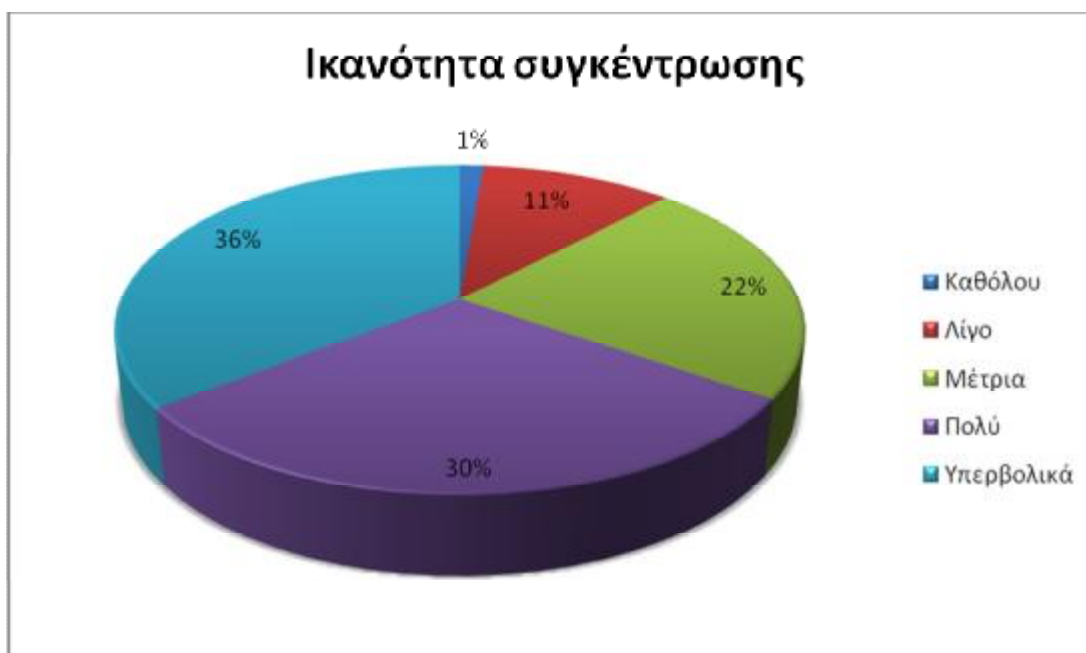
Τα αποτελέσματα για το αν απολαμβάνουν την ζωή τους οι ηλικιωμένοι ήταν θετικά αφού, το **20%** απάντησε υπερβολικά, το **35%** πολύ και μόνο το **3%** απάντησε πως δεν την απολαμβάνει καθόλου.

Ερώτηση 6:



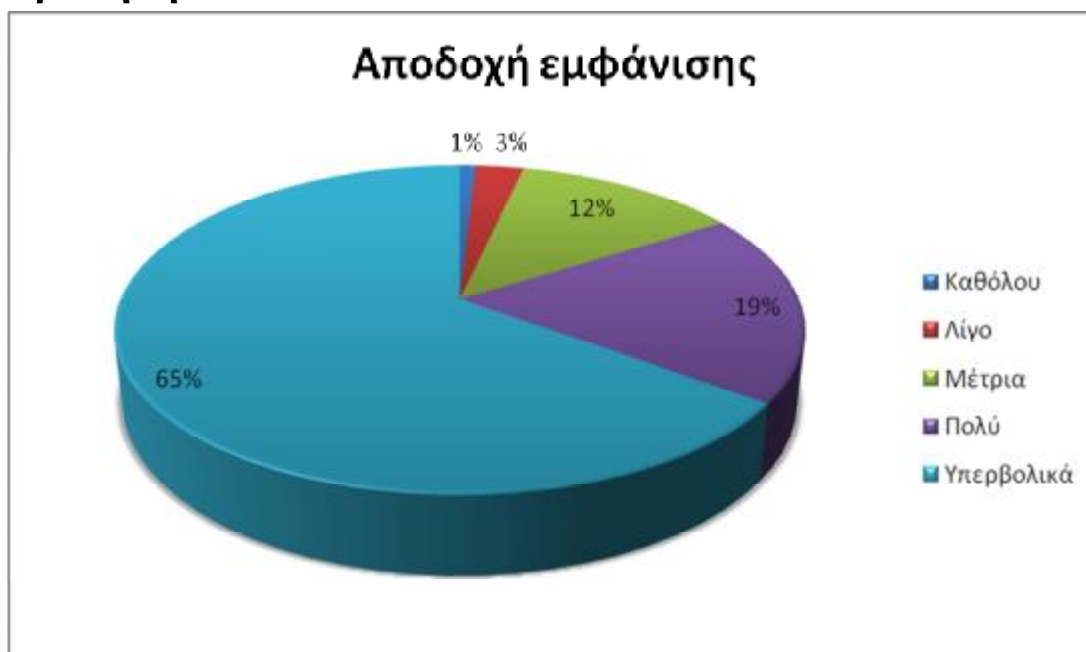
Θετικό το αποτέλεσμα στην ερώτηση για το αν θεωρούν ότι έχει νόημα η ζωή τους, το **45%** των ηλικιωμένων απάντησε υπερβολικά και το **33%** πολύ. Μόνο το **2%** απάντησε καθόλου.

Ερώτηση 7:



Το **36%** των ηλικιωμένων που ερωτήθηκαν απάντησαν ότι μπορούν να συγκεντρωθούν υπερβολικά και το **30%** πολύ, μόνο το **1%** απάντησε καθόλου. Το **22%** απάντησε μέτρια .

Ερώτηση 11:



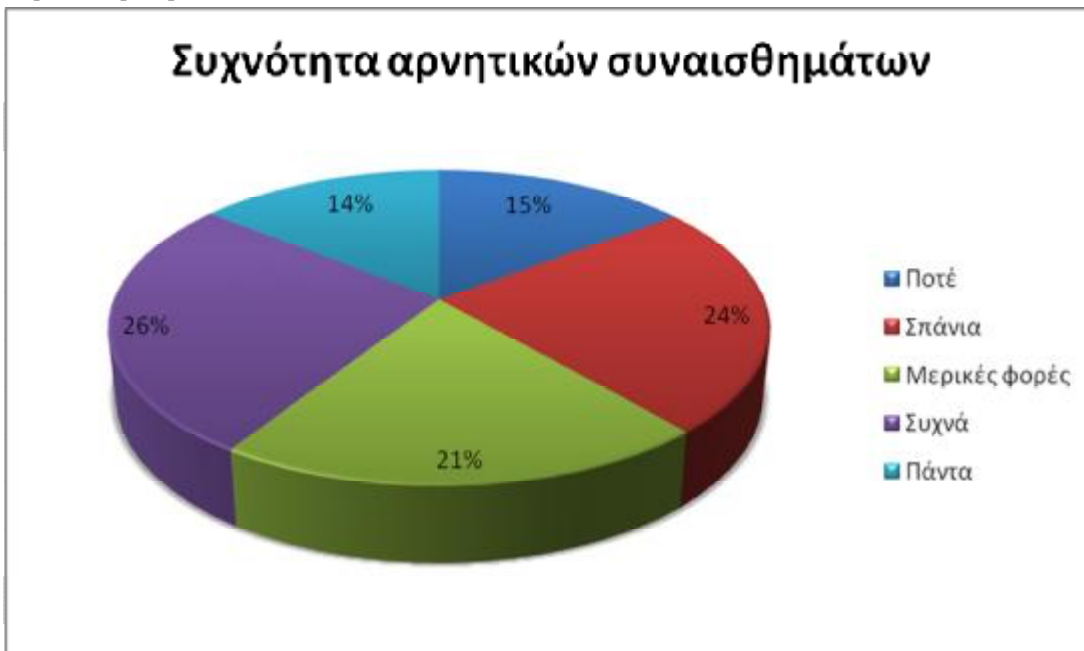
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων **65%** αποδέχεται απόλυτα την εμφάνιση του, το **19%** σε μεγάλο βαθμό και μόνο το **1%** καθόλου.

Ερώτηση 19:



Οι ποιά πολύ ερωτηθέντες, το **50%** απάντησαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι με τον εαυτό τους και το **35%** μέτρια ικανοποιημένος. Μόλις το **2%** απάντησε ότι είναι μέτρια δυσαρεστημένος, ενώ **κανένας** δεν απάντησε ότι είναι πολύ δυσαρεστημένος από τον εαυτό του.

Ερώτηση 26:



Το μεγαλύτερο ποσοστό **26%** είχε συχνά αρνητικά συναισθήματα, το **24%** σπάνια, το **21%** μερικές φορές και το **15%** δεν έχει ποτέ.

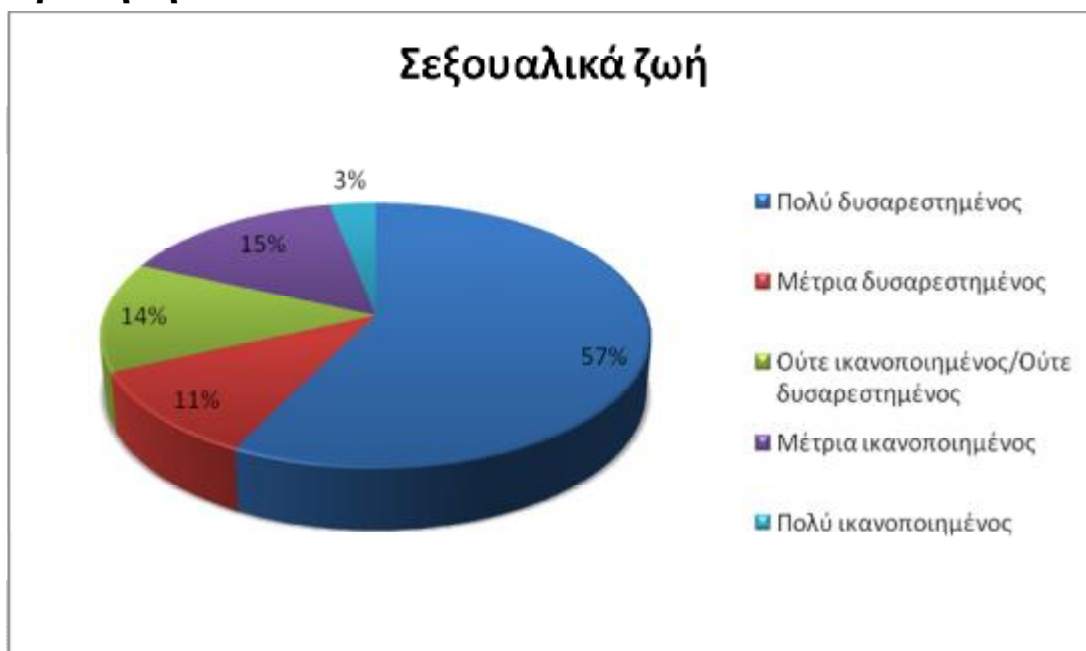
Τομέας 3: Κοινωνικοποίηση

Ερώτηση 20:



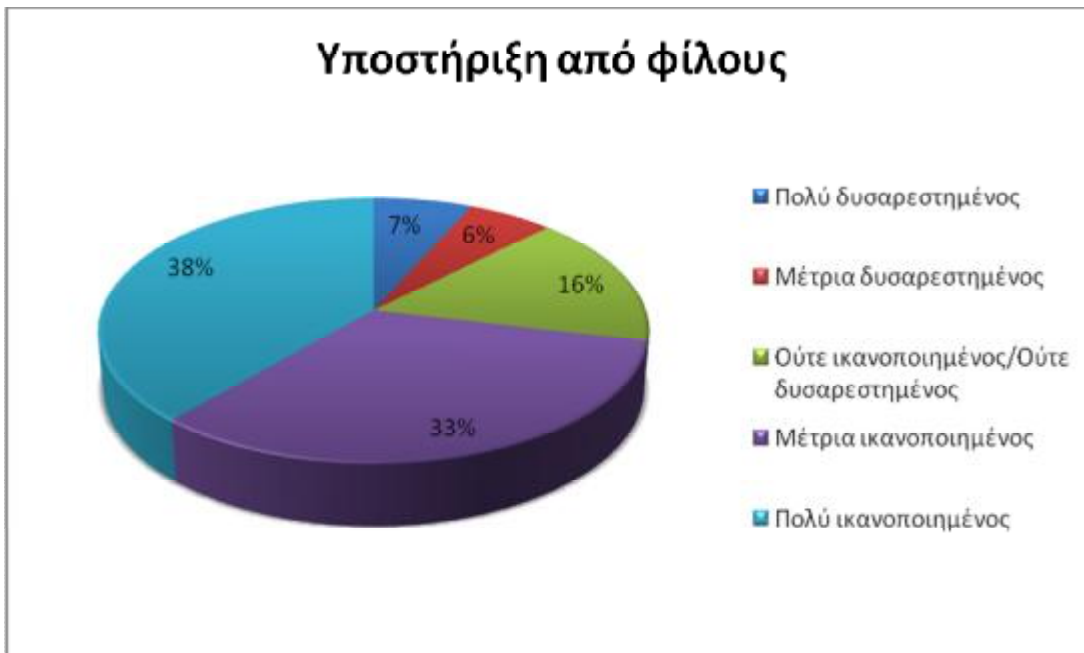
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες **50%** είναι πολύ ικανοποιημένοι από τις προσωπικές τους σχέσεις, το **33%** μέτρια ικανοποιημένοι και το **14%** δεν είναι ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο. Ενώ κανένας δεν ήταν πολύ δυσαρεστημένος.

Ερώτηση 21:



Αρνητικά ήταν τα αποτελέσματα όσο αφορά την σεξουαλική ζωή των ηλικιωμένων αφού το **57%** ήταν πολύ δυσαρεστημένο, το **15%** μέτρια ικανοποιημένο και μόνο το **3%** ήταν πολύ ικανοποιημένο.

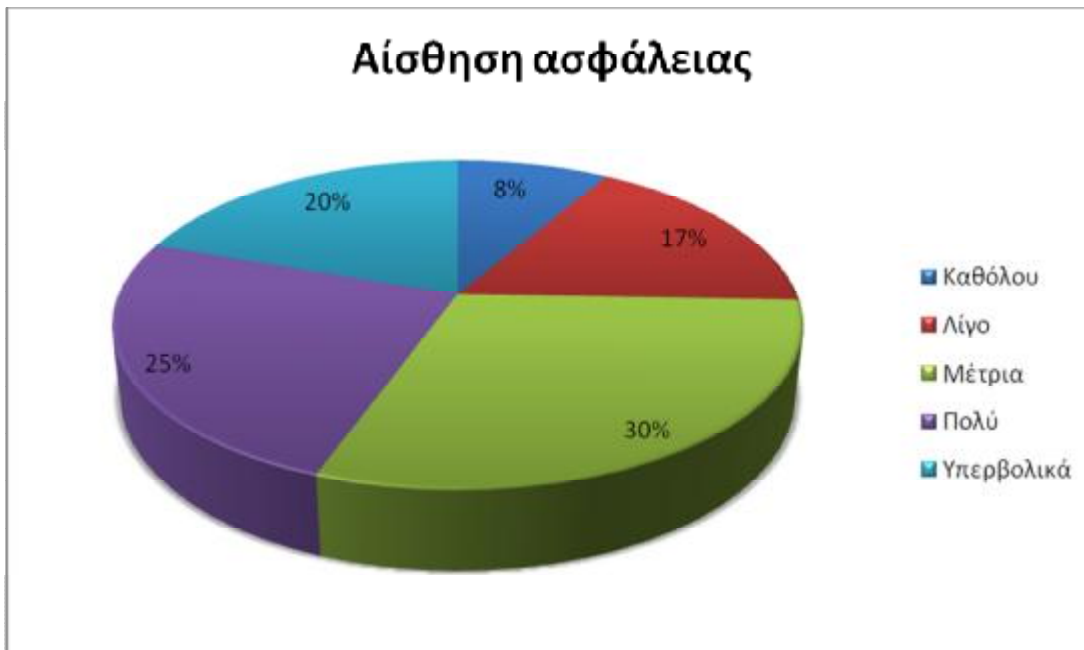
Ερώτηση 22:



Αρκετά θετικά τα αποτελέσματα στην ερώτηση αν έχουν υποστήριξη από τους φίλους τους αφού το **38%** είναι πολύ, το **33%** μέτρια ικανοποιημένο και μόνο το **7%** πολύ δυσαρεστημένο.

Τομέας 4: Περιβάλλον

Ερώτηση 8:



Το **20%** των ηλικιωμένων έχουν υπερβολικά το αίσθημα της ασφάλειας, το **25%** μέτρια και το **8%** δεν αισθάνεται καθόλου ασφάλεια

Ερώτηση 9:



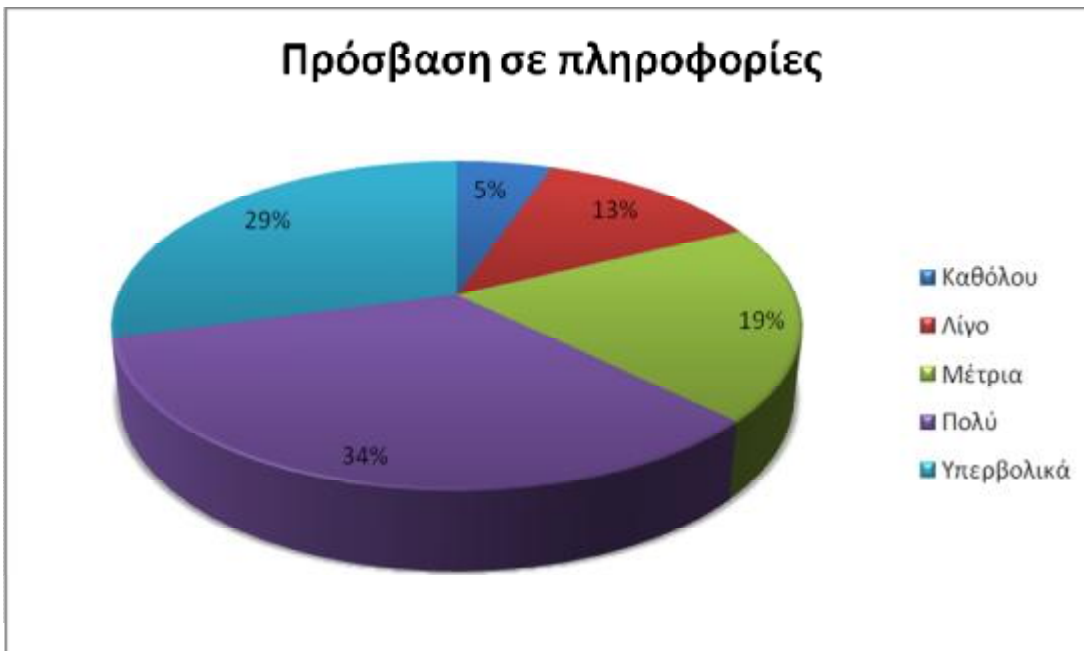
Το **32%** των ερωτηθέντων θεωρεί μέτρια υγιεινό το περιβάλλον όπου ζει, το **30%** πολύ ενώ το **10%** δεν το θεωρεί καθόλου υγιεινό.

Ερώτηση 12:



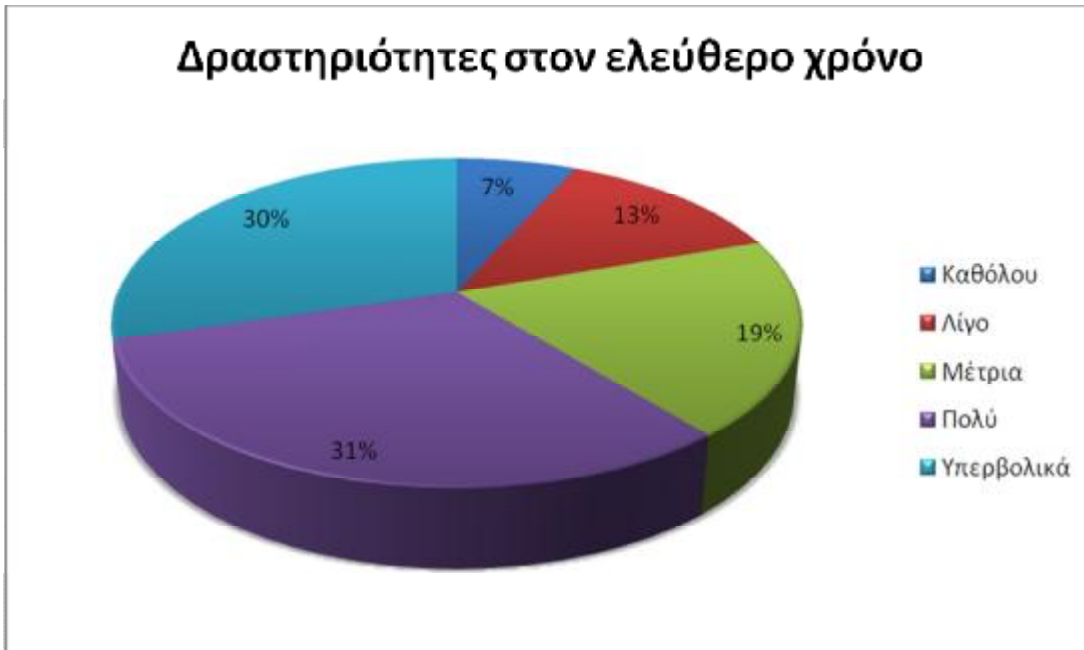
Το **40%** των ηλικιωμένων χαρακτήρισε ως μέτρια την οικονομική του άνεση, το **31%** απάντησε ότι είναι σε μεγάλο βαθμό και το **4%** ότι δεν έχει καθόλου οικονομική άνεση.

Ερώτηση 13:



Αν και τα άτομα που ερωτήθηκαν ήταν ηλικιωμένοι τα αποτελέσματα στην ερώτηση για το αν έχουν πρόσβαση σε πληροφορίες ήταν θετικά. Ποιο συγκεκριμένα το **29%** έχει απόλυτη πρόσβαση, το **34%** σε μεγάλο βαθμό και μόνο το **5%** δεν έχει καθόλου πρόσβαση σε πληροφορίες

Ερώτηση 14:



Το **30%** των ηλικιωμένων έχει απόλυτα ελεύθερο χρόνο για δραστηριότητες, το **31%** σε μεγάλο βαθμό και μόλις το **7%** απάντησε ότι δεν διαθέτει καθόλου ελεύθερο χρόνο.

Ερώτηση 18:



Τα αποτελέσματα για την ικανότητα των ηλικιωμένων για εργασία ήταν αρνητικά αφού το **26%** ήταν πολύ δυσαρεστημένο, το **23%** μέτρια δυσαρεστημένο και μόνο το **11%** ήταν πολύ ικανοποιημένο.

Ερώτηση 23:



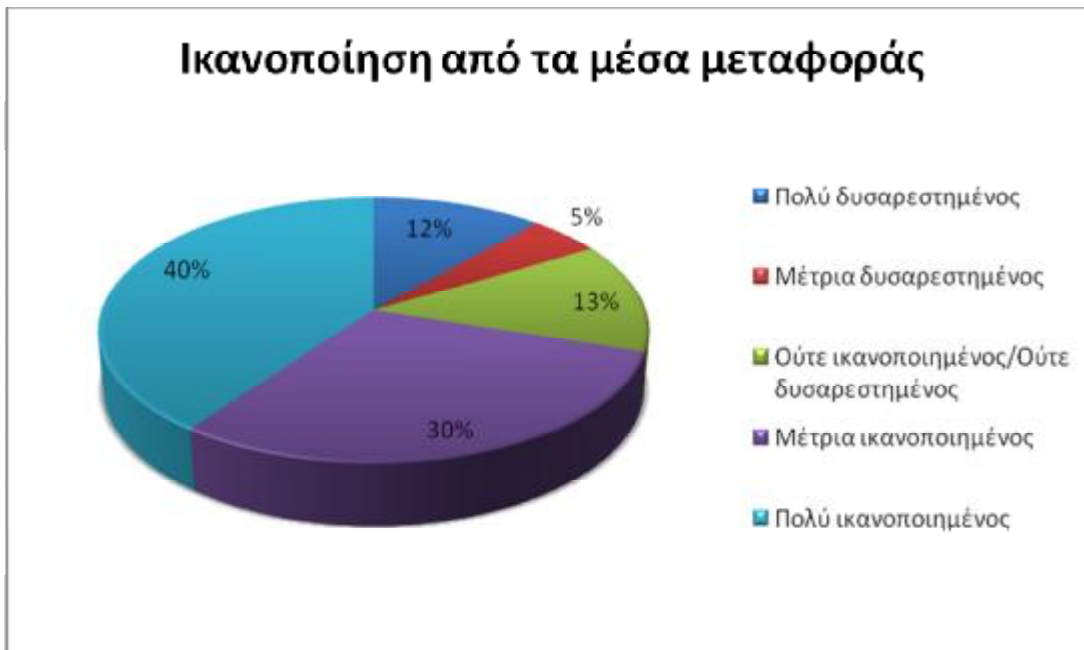
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων **44%** ήταν πολύ ικανοποιημένο από το χώρο κατοικίας του, το **32%** μέτρια ικανοποιημένο και μόλις το **1%** ήταν πολύ δυσαρεστημένο.

Ερώτηση 24:



Θετικό το ποσοστό στην ερώτηση για την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αφού το **51%** είναι απόλυτα ικανοποιημένο, το **26%** μέτρια και μόλις το **2%** είναι πολύ δυσαρεστημένο.

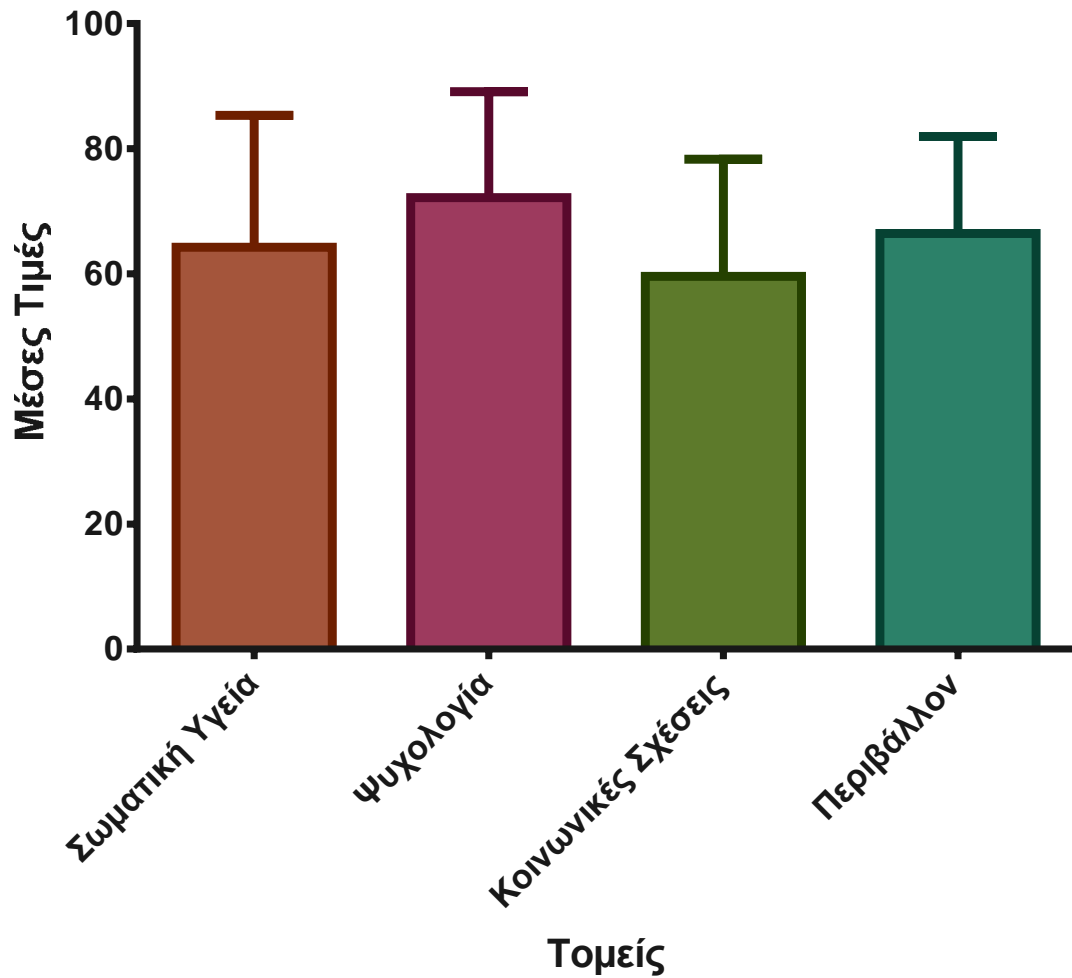
Ερώτηση 25:



Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι, το **40%** είναι πολύ ικανοποιημένοι από τα μεταφορικά μέσα, το **30%** μέτρια και το **12%** πολύ δυσαρεστημένο.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Περιγραφικά Στατιστικά



	Σωματική Υγεία	Ψυχολογία	Κοινωνικές Σχέσεις	Περιβάλλον
Number of values	223	223	223	223
Minimum	7.140	25.00	16.67	21.88
25% Percentile	53.57	58.33	50.00	59.38
Median	67.86	75.00	58.33	68.75
75% Percentile	82.14	87.50	75.00	75.00
Maximum	100.0	100.0	100.0	96.88
Mean	64.23	72.19	59.60	66.48
Std. Deviation	21.08	16.94	18.74	15.49
Std. Error of Mean	1.411	1.135	1.255	1.037

Σωματική Υγεία

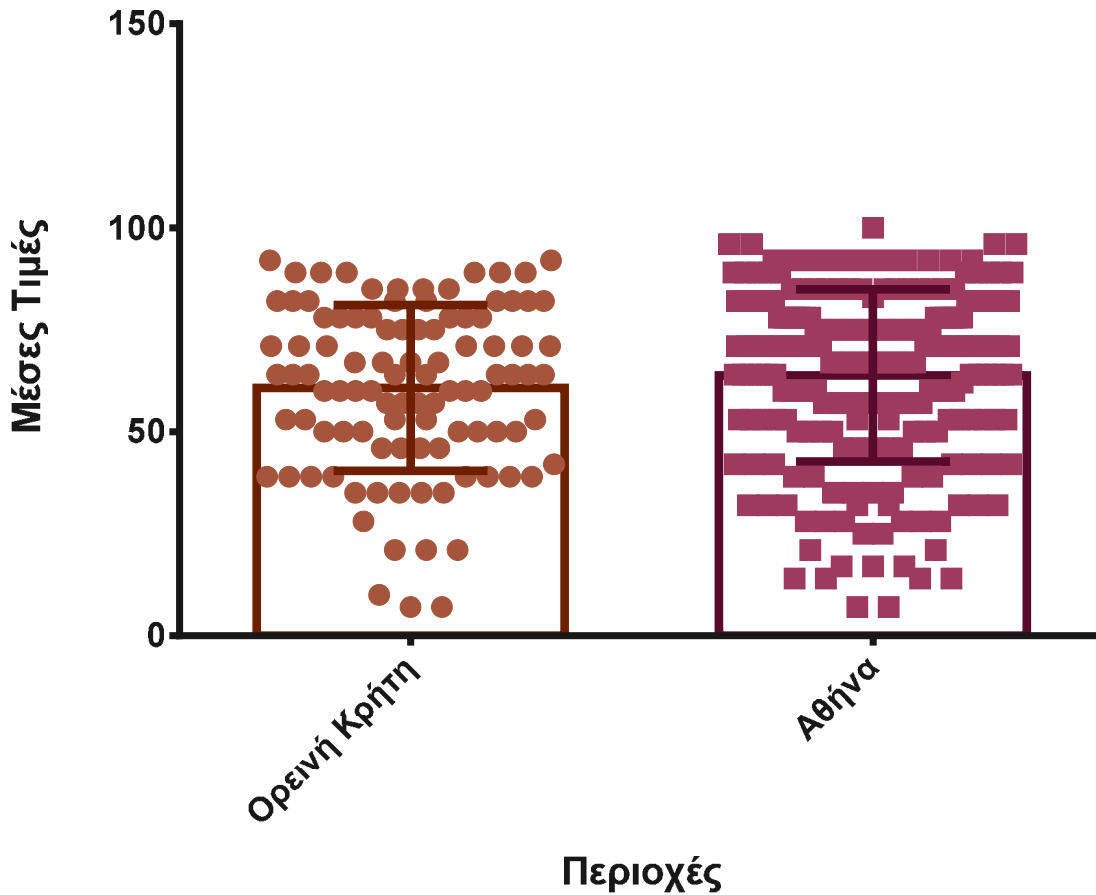


Table Analyzed	Σωματική Υγεία
Column B	Αθήνα
vs.	vs.
Column A	Ορεινή Κρήτη
Unpaired t test	
P value	0.2187
P value summary	ns
Significantly different? (P < 0.05)	No
One- or two-tailed P value?	Two-tailed
t, df	t=1.232 df=321

Ψυχολογία

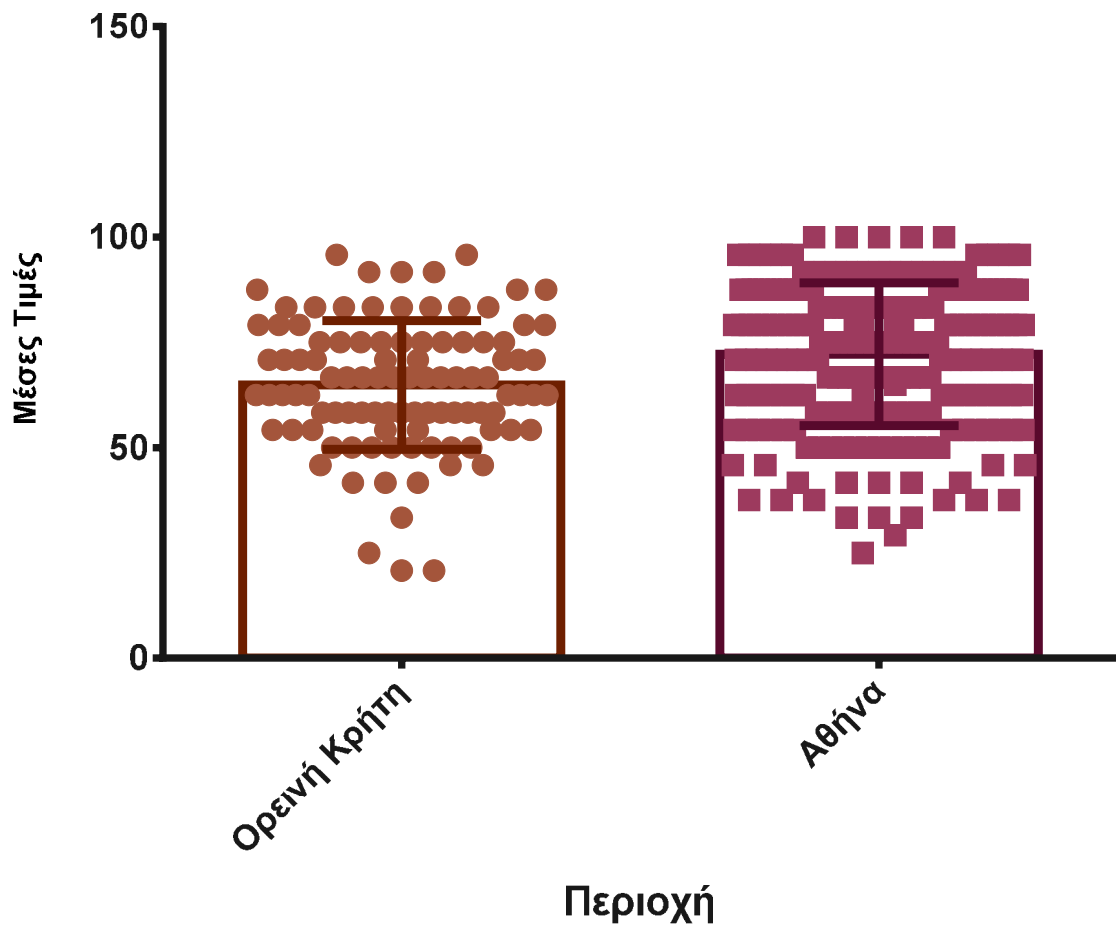


Table Analyzed	Ψυχολογία
Column B	Αθήνα
vs.	vs.
Column A	Ορεινή Κρήτη
Unpaired t test	
P value	0.0003
P value summary	***
Significantly different? (P < 0.05)	Yes
One- or two-tailed P value?	Two-tailed
t, df	t=3.693 df=321

Κοινωνικές Σχέσεις

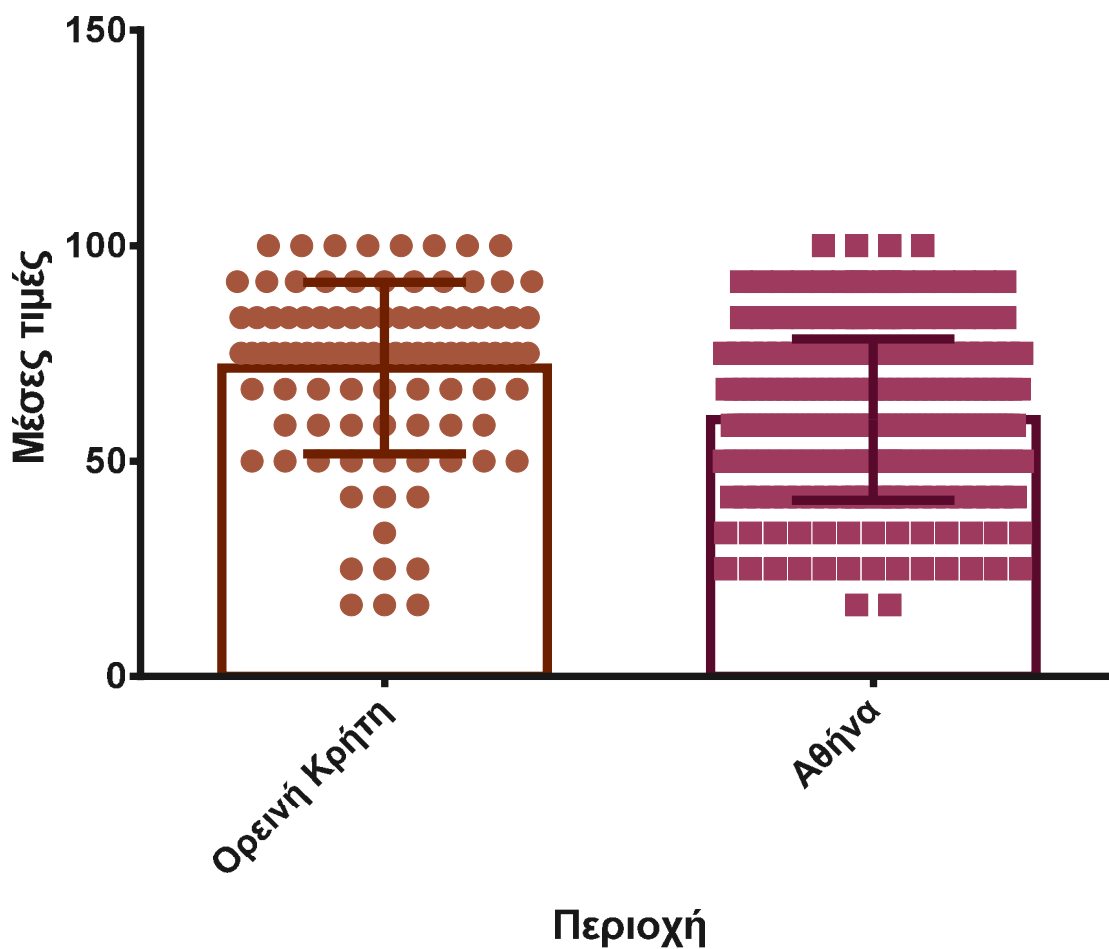


Table Analyzed	Κοινωνικές Σχέσεις
Column B	Αθήνα
vs.	vs.
Column A	Ορεινή Κρήτη
Unpaired t test	
P value	< 0.0001
P value summary	****
Significantly different? (P < 0.05)	Yes
One- or two-tailed P value?	Two-tailed
t, df	t=5.210 df=321

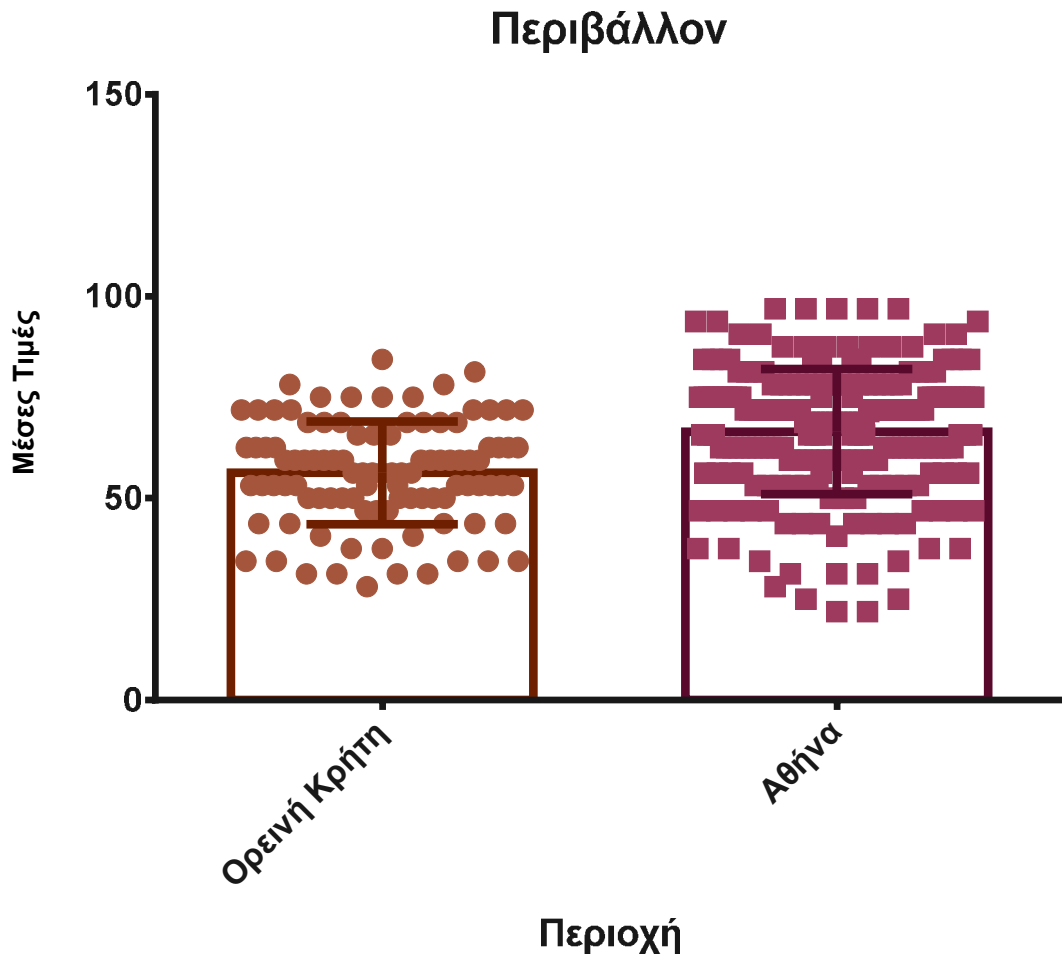


Table Analyzed	Περιβάλλον
Column B	Αθήνα
vs.	vs.
Column A	Ορεινή Κρήτη
Unpaired t test	
P value	< 0.0001
P value summary	****
Significantly different? (P < 0.05)	Yes
One- or two-tailed P value?	Two-tailed
t, df	t=5.751 df=321

Συνολικά

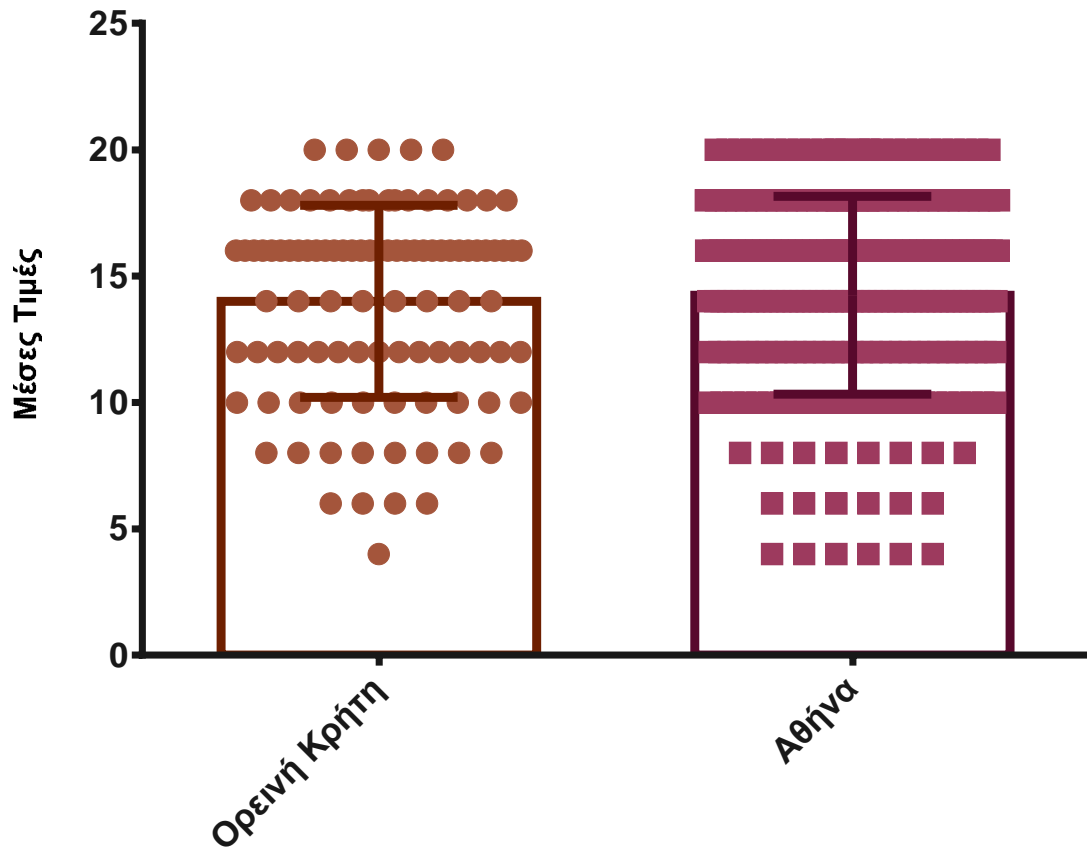


Table Analyzed	Συνολικά
Column B	Αθήνα
vs.	vs.
Column A	Ορεινή Κρήτη
Unpaired t test	
P value	0.6047
P value summary	ns
Significantly different? (P < 0.05)	No
One- or two-tailed P value?	Two-tailed
t, df	t=0.5182 df=321

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το μέσο σκορ στην κλίμακα WHOQOL-BREF μετά από αναγωγή στην WHOQOL-100 των ηλικιωμένων που συμμετείχαν σε αυτήν την έρευνα ήταν 73,5 παρόμοιο με το σκορ που παρουσιάστηκε στη μελέτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας της κλίμακας

Μετά από ανάλυση στους 4 επιμέρους τομείς της WHOQOL-BREF, δηλαδή την σωματική υγεία, την ψυχική υγεία, την κοινωνικοποίηση και το περιβάλλον, προέκυψαν αντίστοιχα τα παρακάτω σκορ:

- Σωματική υγεία: 64,23
- Ψυχική υγεία: 72,19
- Κοινωνικοποίηση: 59,60
- Περιβάλλον: 66,48

Ακόμα έγινε σύγκριση των μέσων σκορ των επιμέρους τομέων μεταξύ της έρευνας όπου πραγματοποιήθηκε στο Δήμο της Αθήνας με την έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί πριν ένα χρόνο στα νοτιοανατολικά χωριά της Κρήτης. Στους τρεις από τους τέσσερις τομείς της κλίμακας παρουσιάζεται στατιστική διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των δύο περιοχών.

Συγκεκριμένα στους τομείς ψυχικής υγείας και περιβάλλον οι ηλικιωμένοι στο δήμο της Αθήνας παρουσιάζουν υψηλότερη ποιότητα ζωής από τους ηλικιωμένους κατοίκους της νοτιοανατολικής Κρήτης ($p=0,003$, $p<0,0001$ αντίστοιχα). Ενώ αντίθετα στον τομέα της κοινωνικοποίησης υπερισχύουν οι ηλικιωμένοι στην Κρήτη ($p<0,0001$).

Στον τομέα της σωματικής υγείας δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο περιοχών.

Τέλος συνολικά μεταξύ των ηλικιωμένων όπου διεξήχθη η έρευνα στο Δήμο της Αθήνας και στα νοτιοανατολικά χωριά της Κρήτης δεν σημειώνεται κάποια σημαντική διαφορά στα στατιστικά στοιχεία.

Οι περισσότερες έρευνες όπου πραγματοποιούνται από τον οργανισμό WHOQOL-BREF θέτουν ως σύγκριση τα ποσοστά των ηλικιωμένων αντρών με των γυναικών όπου πήραν μέρος στην έρευνα. Οι Drageset, J et al (2008) Kaya et al (2008) έδειξαν ότι οι άντρες παρουσιάζουν υψηλότερο σκορ στους επιμέρους τομείς και το δικαιολόγησαν λόγω του υψηλότερου εισοδήματος τους, καλύτερης μόρφωσής τους και αυξημένης δραστηριότητας τους σε σχέση με τις γυναίκες. Οι αντίστοιχες συγκρίσεις στη μόρφωση των συμμετεχόντων στην ερευνά που διεξάχθηκε στα νοτιοανατολικά χωριά της Κρήτης δεν ήταν δυνατή, λόγω του ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν επίπεδο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ή καθόλου εκπαίδευση, παρότι τα στατιστικά στοιχεία της δικής μας έρευνας είχαν καλύτερα αποτελέσματα στην εκπαίδευση τα ποσοστά όπου η ηλικιωμένοι έχουν ως επίπεδο εκπαίδευσης την πρωτοβάθμια ή καθόλου εκπαίδευση συνέχισε να είναι αρκετά υψηλό. Από συζήτηση που κάναμε με τους ηλικιωμένους αυτό οφείλετε στην οικονομική και πολιτική κατάσταση που επικρατούσε τότε στην χώρα. Η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων της έρευνας δεν εξετάστηκε.

Κάποιες άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι δεν υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο φύλλων στους τέσσερις επιμέρους τομείς της κλίμακας (Bowling et al 2008. Power et al 2005, Wiggins et al 2004) .

Ενώ σε άλλη έρευνα έδειξε διαφορά μεταξύ των δύο φύλων με $p=0,02$ στους τομείς σωματικής υγείας, κοινωνικοποίησης και περιβάλλοντος (Kirchengast, Haslinger, 2008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το μέσο σκορ ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνά μας συμφωνεί με το σκορ που παρουσιάστηκε στη μελέτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας της κλίμακας (Eser et al 2010).

Η μέση τιμή του σκορ είναι 73,5. Θεωρείται ότι η τιμή αυτή είναι αρκετά υψηλή, γεγονός που μας κατευθύνει στο ότι υπάρχει βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού- στόχου της έρευνάς μας, αφού σε παρόμοια έρευνα που έγινε στα νοτιοανατολικά χωριά της Κρήτης το σκορ της έρευνας ήταν 56.

Στα συγκριτικά στοιχεία που εξετάστηκαν μεταξύ της έρευνας μας και της έρευνας στα νοτιοανατολικά χωριά της Κρήτης συνολικά δεν παρουσιάστηκε κάποια σημαντική διαφορά, παρ' ότι στους τρεις από τους τέσσερις τομείς υπήρξε διαφορά με τους τομείς της ψυχικής υγείας και του περιβάλλοντος να υπερισχύει η δική μας έρευνα. Ενώ στον τομέα της κοινωνικοποίησης παρουσίασε μεγαλύτερα ποσοστά η έρευνα στα νοτιοανατολικά χωριά της Κρήτης.

Το δείγμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε ήταν ικανοποιητικό αφού συμπληρώθηκαν επιτυχώς 223 ερωτηματολόγια στον Δήμο της Αθήνας. Παρόλα αυτά θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί στο μέλλον η ίδια έρευνα για να εξεταστεί αν τα στοιχεία στους τομείς της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας και του περιβάλλοντος μεταβλήθηκαν και κυρίως για να ελεγχθεί ο τομέας της κοινωνικοποίησης όπου παρουσιάστηκαν τα χαμηλότερα ποσοστά.

Επίσης, συσχετίσεις όπως η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση δύναται να μας δώσουν επιπλέον πληροφορίες για τις μεταβλητές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στο Δήμο της Αθήνας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health*, 6, 355–371
2. Chantal, C.M., Holtkamp, R.N., 2000. The relation between quality of coordination of nursing care and quality of life in Dutch nursing homes. *J. Adv. Nurs.* 32,1364–1373.
3. Drageset, J., Natving, G. K., Eide, G. E., Clipp, E. C., Bondevik, M., Nortvedt, M. W., et al. (2008). Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1227–1236.
4. Eser, S., Saatli, G., Eser, E., Baydur, H., & Fidaner, C. (2010). The reliability and validity of the Turkish version of the World Health Organization Quality of Life Instrument Older Adults Module (WHOQOL-Old). *Turkish Journal of Psychiatry*, 21(1), 37–48
5. Fidaner, H., Elbi, C., Fidaner, S.Y., Eser, E., 1999. Yas, amKalitesinininölcüü'lmesi,WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *Psikiyatri Psikoloji Dergisi* 7, 23–40
6. Kaya, M., Aslan, D., Vaizoglu, S. A., Doruk, C., Dokur, U., Biciçi, V., et al. (2008). Determination of life quality of Elderly and related factors in a district of Ankara, Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics*, 11(1), 12–17.
7. Lloyd-Sherlock, P., 2000. Population aging in developed and developing regions: implications for health policy. *Soc. Sci. Med.* 51, 887–895.
8. Mc Call WV. (1975) Quality of Life. *Social Indicators Research*: 2:229-248
9. Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197–2214
10. Spintzer W, Dobson A, Hall J, Cheeseman E, Levi J, Shepherd R (1981). Measuring the Quality of life of cancer patients: a concise Qol index for use by physicians. *Journal of Chronic Diseases*:34: 585-597.
11. Sylvia Kirchengast, and Beatrix Haslinger Gender Differences in Health-Related Quality of Life Among Healthy Aged and Old-Aged Austrians: Cross-Sectional Analysis *GENDER MEDICINE/VoL.* 5, No. 3, 2008
12. THE WHOQOL GROUP 1995: Position paper from the Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the Health Organization, *Social Science and Medicine*: 41: 1403- 1409.
13. Ware J E. (1992). *The SF- 36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide.* Boston: The Health Institute, New England Medical Centre.
14. WHO (World Health Organization), 1999a. *World Atlas on Ageing.* World Health Organization Centre for Health Development, WHO Press, Kobe, pp. 1–138
15. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998b; 28: 551–558
16. Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998a; 46:1569–1585.

17. WHOQOL-BREF Δεκέμβριος 2006
18. Wiggins, R. D., Higgs, P. F. D., Hyde, M., & Blane, D. B. (2004). Quality of life in the third age: Key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing and Society*, 24, 693–708
19. Yfantopoulos J. (2001 c) Health- Related Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine*: 19: 131146.
20. Αλουμάνης Π. (2002). Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης. Αθήνα: ΙΚΑ.
21. Βιδάλης Α, Συγγελάκης Μ. (2002). Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. Nottingham health Profile (NHP)- Ελληνική έκδοση. *Ιπποκράτης*: 4:39-42.
22. Θεοφίλου Παρασκευή, Ποιότητα Ζωής στο Χώρο της Υγείας: Έννοια και Αξιολόγηση, e-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας, Αθήνα 2010
23. Καλικάιρινού Αθηνά (2008) Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα
24. Σουλιώτης Κ., Λιονής Χ., Λειτουργική Ανασυγκρότηση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας 2003
25. Σπαντιδέας Στυλιανός, Σωματική Δραστηριότητα και Διατροφικές Συνήθειες σε Σχέση με Παράγοντες Καρδιαγγειακού Κινδύνου στην Τρίτη Ηλικία, Αθήνα 2010
26. Σχέδιο Νόμου Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και λοιπές διατάξεις.
27. Σωτηριάδου, Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές» Τόμος 3 Τεύχος 4. 2011
28. Υφαντόπουλος Γ.Ν., Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής και το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών και Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα 2007

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

WHOQOL-BREF

ΧΟΡΗΓΗΣΙΜΗ ΜΟΡΦΗ

Δεκέμβριος 1996

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ
ΠΑΓΚΟΣΜΙΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΕΥΗ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ-ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
Διευθυντής: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ Γ.Ν. ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ



Απόδοση στα Ελληνικά και Επιμέλεια:
Μ. Κοκκώση, Β. Αντωνοπούλου, Γ. Ν. Χριστοδούλου.

Συμπληρώνεται από τον εκτιμητή

	Εξισώσεις για τον υπολογισμό των τιμών των τομέων	Απόλυτες τιμές	Σταθμισμένες τιμές*	
			4-20	0-100
Τομέας 1	$(6-Q3)+(6-Q4)+Q10+Q15+Q16+Q17+Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	=		
Τομέας 2	$Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+(6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	=		
Τομέας 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	=		

Τομέας 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	=		
----------	---	---	--	--

* Για τη μετατροπή των απόλυτων τιμών σε σταθμισμένες τιμές κοιτάζτε τον Πίνακα 4 στη σελίδα 11 του εγχειριδίου

ΓΙΑ ΣΑΣ

Πριν αρχίσετε, θα θέλαμε να απαντήσετε σε ορισμένες γενικές ερωτήσεις, που αφορούν στο άτομό σας: Σημειώστε σε κύκλο την σωστή απάντηση ή συμπληρώστε το κενό διάστημα που υπάρχει για αυτόν το σκοπό.

Σε ποιο **φύλο** ανήκετε; Ανδρας Γυναίκα
 Ποιά είναι η **ημερομηνία γέννησής** σας; _____ / _____ / _____
 ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

Τι **εκπαίδευση** έχετε ολοκληρώσει;
 Καμία _____
 Πρωτοβάθμια (Δημοτικό _____)
 Δευτεροβάθμια (Γυμνάσιο _____ / Λύκειο _____)
 (Τριτοβάθμια (Τ.Ε.Ι. _____ / Α.Ε.Ι. _____ / Μεταπτυχιακές σπουδές _____))

Ποιά είναι η **οικογενειακή σας κατάσταση**;

Αγαμος _____ Σε διάσταση _____
 Έγγαμος _____ Διαζευγμένος _____
 Σε σχέση συμβίωσης _____ Χήρος _____

Αντιμετωπίζετε το τελευταίο διάστημα κάποιο **πρόβλημα υγείας**; Ναί _____ Οχι _____
 Αν ναι, τι νομίζετε ότι είναι; _____ ασθένεια/πρόβλημα υγείας

Οδηγίες

Το ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζει πώς εσείς κρίνετε την ποιότητα ζωής σας, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. **Παρακαλούμε να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις.** Αν δεν είσθε σίγουρος-η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, **παρακαλούμε να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο σωστή.** Συχνά, η πιο σωστή μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε.

Παρακαλούμε να λάβετε υπόψη τα δικά σας κριτήρια, τις δικές σας προσδοκίες, ό,τι σας δίνει χαρά καθώς και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στη μνήμη σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

	Έχετε από τους άλλους την υποστήριξη που χρειάζεσθε;	Καθόλου 1	Λίγο 2	Μέτρια 3	Πολύ 4	Απόλυτα 5
--	--	--------------	-----------	-------------	-----------	--------------

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί καλύτερα στο βαθμό της υποστήριξης που είχατε από τους άλλους τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Έτσι, θα σημειώσετε σε

κύκλο τον αριθμό 4, εάν είχατε **πολύ** υποστήριξη από τους άλλους, όπως δείχνει το παράδειγμα που ακολουθεί.

	Έχετε από τους άλλους την υποστήριξη που χρειάζεσθε;	Καθόλου 1	Λίγο 2	Μέτρια 3	Πολύ 4	Απόλυτα 5
--	--	--------------	-----------	-------------	-----------	--------------

Αν δεν είχατε καθόλου την υποστήριξη που χρειάζεσθε από τους άλλους, τις τελευταίες δύο εβδομάδες, τότε, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό 1.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφθήτε να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει τη πιο κατάλληλη για σας απάντηση σε κάθε ερώτηση.

		Πολύ άσχημα	Άσχημα	Ούτε καλά Ούτε άσχημα	Καλά	Πολύ καλά
1 (G1)	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα ζωής σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος-η	Μέτρια δυσαρεστημένος-η	Ούτε Ικανοποιημένος-η Ούτε Δυσάρεστημένος-η	Μέτρια ικανοποιημένος-η	Πολύ ικανοποιημένος-η
2 (G4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν τον βαθμό στον οποίο είχατε ορισμένες εμπειρίες ή καταστάσεις κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3 (F1.4)	Αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τα πράγματα που έχετε να κάνετε;	1	2	3	4	5
4 (F 11.3)	Χρειάζεστε κάποια ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Αισθάνεσθε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7 (F5.3)	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5

8 (F16.1)	Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό σας περιβάλλον;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιό βαθμό είχατε ορισμένες εμπειρίες ή είχατε τη δυνατότητα να κάνετε ορισμένα πράγματα κατά την διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων

		Καθόλου	Σε μικρό βαθμό	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Απόλυτα
10 (F2.1)	Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	Μπορείτε να αποδεχθείτε την εμφάνιση του σώματός σας ;	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Μπορείτε να έχετε εύκολα τις πληροφορίες που τυχόν χρειάζεσθε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Έχετε την δυνατότητα για κάποιες δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο σας;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
15 (F9.1)	Πόσο άνετα μπορείτε να κυκλοφορείτε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο καλά αισθανθήκατε ή πόσο ικανοποιημένος-η ήσαστε από διάφορες πλευρές της ζωής σας κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

		Πολύ δυσαρεστημένος-η	Μέτρια δυσαρεστημένος-η	Ούτε ικανοποιημένος-η Ούτε δυσαρεστημένος-	Μέτρια ικανοποιημένος-η	Πολύ ικανοποιημένος-η
16 (F3.3)	Πόσο ικανοποιημένος είστε από τον ύπνο σας ;	1	2	3	4	5

17 (F10.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητά σας να φέρνετε σε πέρας τις δραστηριότητες της καθημερινή σας ζωής;	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τη σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τις συνθήκες του χώρου στον οποίο κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Πόσο ικανοποιημένος-η είστε από τα μεταφορικά μέσα τα οποία χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά είχατε ορισμένα συναισθήματα κατά την διάρκεια των τελευταίων δύο εβδομάδων.

		Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πάντα
26 (F8.1)	Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	1	2	3	4	5

Σας βοήθησε κανείς να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο;.....
 Πόσο χρόνο χρειαστήκατε για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο;

Έχετε κάποια σχόλια σχετικά με το ερωτηματολόγιο;.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗΝ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ