

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ :ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής και υγείας των
ηλικιωμένων στα χωριά της νοτιοανατολικής
Κρήτης**

Φοιτήτρια: Χόντχοντ Νούρα

Εποπτεύων Καθηγητής: Στεφανόπουλος Νίκος

ΠΑΤΡΑ 2014

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω κυρίως τους γονείς μου, αλλά και την οικογένειά μου που με στήριξαν τόσα χρόνια με αγάπη, υπομονή και πολλές στερήσεις για να καταφέρω να σπουδάσω αυτό που πάντα ήθελα.

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

Τέλος θα ήθελα να αφιερώσω την εργασία μου στην γιαγιά μου Αεράκη Θεονύμφη η οποία είναι η αφορμή για την αδυναμία μου στην Τρίτη ηλικία και επίσης η έμπνευση για το θέμα της πτυχιακής μου εργασίας. Περνώντας χρόνο μαζί της στο χωριό και παρατηρώντας την ζωή και τα προβλήματα των ηλικιωμένων θέλησα να αναδειχθούν, αλλά ταυτόχρονα να αναδειχθεί και η σκληρή ζωή των ανθρώπων αυτών και τον καθημερινό τους αγώνα για ανεξαρτησία.

Παρακάτω θα παρουσιασθεί και θα αναλυθεί η έρευνα για την ποιότητα ζωής και υγείας των ηλικιωμένων στα χωριά της νοτιοανατολικής Κρήτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ:

Εισαγωγή:

Η ταχεία αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων ατόμων είναι γνωστή πραγματικότητα. Η μείωση των ασθενειών της παιδικής ηλικίας, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η μείωση της μητρικής θνησιμότητας, και ο οικογενειακός προγραμματισμός έχουν συμβάλει σε αυτό.

Σκοπός:

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εντοπισθούν και να αναδειχθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους στα ορεινά χωριά του νότιο τμήμα του Νομού Ηρακλείου.

Μεθοδολογία:

Μοιράστηκαν 120 ερωτηματολόγια της WHOQOL-BREF σε ηλικιωμένους άνω των 65 χρόνων, εκ των οποίων συμπληρώθηκαν επιτυχώς 100 με πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεις στα σπίτια των συμμετεχόντων, σε 5 από τα 9 χωριά της περιοχής. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο του 2014 έως τον Ιούλιο του 2014. 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. Τα όρια αξιοπιστίας ορίστηκαν στο 95%.

Αποτελέσματα: Το μέσο σκορ στην κλίμακα WHOQOL-BREF μετά από αναγωγή στην WHOQOL-100 των ηλικιωμένων που συμμετείχαν σε αυτήν την έρευνα ήταν 56, Στους τρεις από τους τέσσερις τομείς της κλίμακας παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των δύο φύλλων, ($p=0,147$, $p<0,001$, $p=0,0009$).

Συμπεράσματα: Στους ηλικιωμένους κατοίκους των ορεινών χωριών του νοτίου Ηρακλείου Κρήτης το φύλλο συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής στους τομείς της σωματικής υγείας, κοινωνικοποίησης, περιβάλλοντος. Η μέση τιμή στη ποιότητα ζωής είναι χαμηλότερη από αυτή που αποδεικνύεται σε παρόμοιες έρευνες, γεγονός που μας κατευθύνει στο ότι πρέπει να γίνουν ενέργειες για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού- στόχου της έρευνάς μας.

SUMMARY:

Introduction:

The rapid increase in the population of older people is known fact. The reduction of childhood illnesses, increasing life expectancy, reducing maternal mortality and family planning have contributed to it.

Aim:

The aim of this 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 Heraklion.

Methodology:

120 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 March 2014 to July 2014. 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 56. Gender was significantly associated with quality of life in three of the four domains of the scale, ($p = 0,147$, $p < 0,001$, $p = 0,0009$).

Conclusions:

In the elderly residents of the mountain villages of southern Crete Heraklion gender is associated with quality of life in the domains of physical health, socialization, environment. The score in quality of life is lower than that demonstrated in similar studies, which directs us that there is need of improvement in the quality of life of the population of our research.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	10
-------------------	----

1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας.....	11
1.2 Κυριότερα προβλήματα των ηλικιωμένων	11
1.3 Τρόπος ζωής ηλικιωμένων στα χωριά Αστερουσίων.....	12

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	14
--------------------	----

2.1 Ορισμοί.....	15
------------------	----

2.2 Βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής.....	16
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Κλίμακες μέτρησης ποιότητας ζωής.....	17
---	----

3.1.1 Ο Δείκτης Spintzer για την Ποιότητα Ζωής.....	18
---	----

3.1.2 Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham.....	18
---	----

3.1.3. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας.....	19
--	----

3.1.4 Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια.....	19
--	----

3.1.5 Η Επισκόπηση Υγείας SF-36.....	20
--------------------------------------	----

3.2 WHOQOL-BREF.....	20
----------------------	----

3.2.1 Εισαγωγή.....	20
---------------------	----

3.2.2 Το σκεπτικό για την ανάπτυξη της WHOQOL.....	20
--	----

3.2.3 Βήματα στην ανάπτυξη WHOQOL-100.....	21
--	----

3.2.4 Ανάπτυξη της WHOQOL-BREF.....	23
-------------------------------------	----

3.2.5 Προτεινόμενες χρήσεις της WHOQOL-100 και της WHOQOL-BREF.....	24
--	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	26
4.1 Εισαγωγή.....	27
4.2 Ορισμός.....	27
4.3 ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	27
4.4 Προβλήματα της ΠΦΥ στην Ελλάδα.....	29
4.5 Άρθρα για την ΠΦΥ.....	30

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	34
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	36
5.1 Τομέας 1: Σωματική υγεία.....	40
5.2 Τομέας 2: Ψυχική υγεία.....	45
5.3 Τομέας 3: Κοινωνικοποίηση.....	49
5.4 Τομέας 4: Περιβάλλον.....	52
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	57
6.1 Σωματική Υγεία.....	58
6.2 Ψυχική Υγεία Άντρες-Γυναίκες.....	59
6.3 Κοινωνικοποίηση Άντρες- Γυναίκες.....	60
6.4 Περιβάλλον Άντρες- Γυναίκες.....	61
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	62
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	69

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τρίτη ηλικία 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. Το 2014 στην Ελλάδα της κρίσης 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 και επικεντρώνεται στο νότιο Ηράκλειο Κρήτης.

Οι περιοχές αυτές κατοικούνται κυρίως από υπερήλικες, αρκετοί από αυτούς αναλφάβητοι/ες και χήροι/ες. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων οι περισσότεροι ήθελαν να περάσουν το μήνυμα της ανεξαρτησίας που είναι πολύ σημαντική για αυτούς.

Όσον αφορά την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας τους είναι μια φορά την εβδομάδα επίσκεψη από γιατρό για εξέταση και συνταγογράφηση φαρμάκων.

Συνοπτικά η γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού στις ορεινές περιοχές του νομού Ηρακλείου κατανέμεται στα παρακάτω χωριά:

Δεμάτι: δημοτικό διαμέρισμα επαρχίας Μονοφατσίου νομού Ηρακλείου. Έχει 391 κατοίκους. Βρίσκεται στο βουνό Χούσακος των Αστερουσίων (υψόμετρο 632 μ.). Στην εποχή της Ενετοκρατίας 1583 καταγράφεται ως Dhemati. Έπαιξε μεγάλο ρόλο στην κατοχή.

Φαβριανά: οικισμός Μονοφατσίου νομού Ηρακλείου με 40 κατοίκους. Σε τούρκικη απογραφή 1834 κατοικούσαν 4 μουσουλμανικές οικογένειες.

Καστελιανά: δημοτικό διαμέρισμα επαρχίας Μονοφατσίου νομού Ηρακλείου (υψόμετρο 430 μ) με 737 κατοίκους. Βόρεια του χωριού το βουνό Κάστελος 400 μέτρα στο οποίο βρισκόταν το φρούριο Μπελβεντέρ «Castlelde Belvedere».

Μεσοχωριό: Η θέση του είναι στο κράσπεδο του υψώματος Ασφεντηλίας (υψόμετρο 979 μ.). Στην κορυφή του είναι εγκατεστημένος αναμεταδοτικός τηλεοπτικός σταθμός. Έχει 757 κατοίκους.

Σκηνιάς: είναι χωριό και πρώην κοινότητα του νομού Ηρακλείου στην επαρχία Μονοφατσίου με 611 κατοίκους (2001). Είναι κτισμένο στο ανατολικό πρηνές ενός γιόλοφου. Σήμερα αποτελεί ομώνυμο Δημοτικό διαμέρισμα του Δήμου Αρκαλοχωρίου. Απέχει 51,4 χλμ. από το Ηράκλειο. Το όνομά του πήρε από τον θάμνο σχίνος. Για πρώτη φορά απογράφεται το 1373 στο αρχείο Χάνδακα, το 1583 στην Ενετική απογραφή είχε 76 κατοίκους και ονομαζόταν Schinea. Οι κάτοικοι είναι κυρίως γεωργοί και παράγουν κυρίως λάδι σταφίδα και δημητριακά. Στον οικισμό βρίσκεται ο ναός του Αγίου Αντωνίου. Ανάμεσα στα άλλα υπάρχουν νηπιαγωγείο, Δημοτικό Σχολείο, Γυμνάσιο, αστυνομικός σταθμός, περιφερειακό ιατρείο, πολιτιστικός σύλλογος και τοπική ποδοσφαιρική ομάδα ιδρυθείσα το 1980, που αγωνίζεται στη Β΄ ερασιτεχνική κατηγορία της Ε.Π.Σ. Ηρακλείου.

Όλα αυτά τα χωριά λόγω της θέσης πρόποδες Αστερουσίων ορών και δίπλα στο μεγαλύτερο ποταμό της Κρήτης τον Αναποδιάρη έπαιζαν πολύ σημαντικό ρόλο στα χρόνια της κατοχικής αντίστασης με πολλούς αντάρτες και ηχηρά αντίποινα από τους Γερμανούς. Κάθε χωριό έχει και ένα μνημείο πεσόντων. Επίσης όλα αυτά τα χωριά ασχολούνται με την γεωργία και την κτηνοτροφία, κυρίως με την παραγωγή ελιάς.

Επιπροσθέτως να αναφέρουμε ότι με τον νόμο Καποδίστρια εντάχθηκαν όλα αυτά τα χωριά στον δήμο Αρκαλοχωρίου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Ορισμός τρίτης ηλικίας

Ο προσδιορισμός του ορισμού της τρίτης ηλικίας είναι περίπλοκος και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Αυτό συμβαίνει διότι κάθε χώρα έχει διαφορετικά δεδομένα, τρόπο ζωής, συνθήκες υγιεινής και γενικότερα διαφορετική καθημερινότητα. Μια καλή ποιότητα ζωής μπορεί να προσθέσει περισσότερα χρόνια στη ζωή ενός ανθρώπου. Παρόλα αυτά όμως κάθε άνθρωπος είναι ξεχωριστός οργανισμός και αντιδρά διαφορετικά είτε σε μία ασθένεια είτε στην φθορά του οργανισμού με το πέρασμα των χρόνων, όπως διαφορετικά δέχεται και μια φαρμακευτική αγωγή η οποία μπορεί είτε να ρυθμίσει ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας είτε να χρειαστεί αλλαγή. Ο ορισμός της τρίτης ηλικίας που να καλύπτει όλους τους παράγοντες που παίζουν ρόλο στην έναρξη αυτής και την πορεία της δεν έχει προσδιοριστεί ακόμα. Αν θέλαμε όμως να δώσουμε έναν ορισμό κάποιοι από τους κυριότερους παράγοντες που θα έπρεπε να λάβουμε υπόψη είναι:

Η ηλικία: δηλαδή να ορίζουμε μια συγκεκριμένη ηλικία με βάση κάποια συγκεκριμένα δεδομένα.

Η έναρξη φυσικής φθοράς του οργανισμού: όταν ο οργανισμός ενός ανθρώπου ξεκινά να φθείρεται και εμφανίζονται τα πρώτα προβλήματα υγείας. Είναι η περίοδος που ο ηλικιωμένος χρειάζεται φαρμακευτική αγωγή για να έχει μια καλή σωματική υγεία. Αυτός ο παράγοντας αφορά ατομικά τον κάθε άνθρωπο.

Πώς νιώθει ο ίδιος ο άνθρωπος: δηλαδή πως αξιολογεί ο ίδιος την ηλικία του και κρίνει ο ίδιος αν έχει περάσει στην τρίτη ηλικία ανάλογα την υγεία του και το πώς ο ίδιος αισθάνεται.

Συνταξιοδότηση: η έναρξη της περιόδου όπου το άτομο απαλλάσσεται από τα επαγγελματικά του καθήκοντα και ξεκινά μια νέα ζωή χωρίς αυτά. Άλλωστε ένα ηλικιωμένο άτομο με χρόνια προβλήματα υγείας όταν ασχολείται με χειρονακτική δουλειά δεν μπορεί να αποδώσει όπως πριν, το ίδιο ισχύει και για ένα άτομο με νευρολογικά προβλήματα που η εργασία του έχει να κάνει με την γνώση.

Αυτοί είναι οι παράγοντες μπορούν ξεχωριστά ο καθ' ένας να δώσουν και από έναν ορισμό για την Τρίτη ηλικία.

1.2 Κυριότερα προβλήματα ηλικιωμένων

Σωματική υγεία: τα κυριότερα προβλήματα στην υγεία των ηλικιωμένων που μπορούν να προκαλέσουν κατάληξη είναι τα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, οι κακοήθειες και τα αναπνευστικά νοσήματα. Παρ' όλα αυτά πολλά είναι τα χρόνια προβλήματα υγείας που μπορεί να αντιμετωπίζει ένας ηλικιωμένος και να χρειάζεται καθημερινή φαρμακευτική αγωγή. Τα πιο συχνά από αυτά είναι: υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια, οστεοπόρωση (κυρίως στις γυναίκες), υπερχοληστεριναιμία και τα περισσότερα από αυτά εμφανίζονται συνήθως διότι ο οργανισμός ανεπαρκεί να μεταβολίσει ή να καλύψει τις ανάγκες του οργανισμού λόγω της φυσικής φθοράς του. Αυτό όμως που απασχολεί και τον τομέα υγείας αλλά και τους ηλικιωμένους είναι το άτομο να μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί και να είναι ανεξάρτητο δηλαδή να μπορεί να κινείται να έχει την απαραίτητη αυτοφροντίδα (πλύσιμο, ντύσιμο, σίτιση) και να μπορεί να ανταπεξέλθει στις

διάφορες εξωτερικές υποχρεώσεις του (ψώνια, λογαριασμούς) και φυσικά ο βαθμός δυσκολίας στο να διεκπεραιώσει όλα αυτά. Αυτός θα μπορούσε να είναι ένας τρόπος αξιολόγησης του επιπέδου υγείας των ηλικιωμένων. Άλλα μια σοβαρή νευρολογική ασθένεια που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι η άνοια κατάσταση σοβαρή όπου το άτομο ξεκινά να χάνει την μνήμη του σταδιακά και πρέπει να εποπτεύεται συνεχώς. Τα κρούσματα της άνοιας γίνονται όλο και περισσότερα και δυστυχώς οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους καταλήγουν σε κάποιο γηροκομείο λόγω αδυναμίας του οικογενειακού περιβάλλοντος να παρέχει 24ωρη επιτήρηση και φροντίδα.

Ψυχικά προβλήματα: σημαντικό είναι να αναφέρουμε την γεροντική κατάθλιψη όπου πλέον είναι πολύ συχνό φαινόμενο της τρίτης ηλικίας. Όταν ένα άτομο δεν δέχεται την ηλικία του και τις αλλαγές αυτής όπως την σωματική του εμφάνιση που είναι το πρώτο σημάδι τότε και οι επόμενες αλλαγές θα είναι δύσκολες και επώδυνες ψυχικά. Η απομάκρυνση του ηλικιωμένου από τα επαγγελματικά του καθήκοντα η πιθανή απώλεια του συντρόφου φίλων και συγγενών μπορούν να δημιουργήσουν μια σοβαρής μορφής κατάθλιψη. Το άτομο νιώθει ότι δεν είναι ικανό και δεν έχει που να προσφέρει. Επιπροσθέτως να τονίσουμε και την ταυτόχρονη κοινωνική απομάκρυνση του. Η αλλαγή της ζωής του από ένα δραστήριο άτομο σε ένα αδρανές με την συνταξιοδότησή του μπορεί να αποβεί μοιραία για την ψυχολογία ενός ηλικιωμένου. Έρευνες έχουν δείξει ότι ηλικιωμένοι που ασχολούνται με αγροτικές και κτηνοτροφικές δουλειές κινδυνεύουν λιγότερο από κατάθλιψη διότι και μετά την συνταξιοδότησή τους απασχολούνται ακόμα, ενώ άτομα που δουλεύουν σε θέσεις που δεν έχουν πρόσβαση είναι πιο ευάλωτα. Επιπλέον οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη με την έναρξη της εμμηνόπαυσης, αλλά ψυχολόγοι λένε ότι δεν είναι εύκολα αναγνωρίσιμο, διότι το “κρύβουν καλά”. Ακόμα να προσθέσουμε ότι σημαντικό ρόλο στην ψυχική υγεία ενός ηλικιωμένου παίζει και η σεξουαλική του δραστηριότητα.

Κοινωνική ζωή: η κοινωνική ζωή ενός ηλικιωμένου δεν είναι ίδια με ενός ενήλικα. Ένας ηλικιωμένος συνήθως έχει κατασταλάξει στη ζωή του, ζει στο ίδιο μέρος, ψωνίζει από το ίδιο μαγαζί και γενικότερα κινείται στα ίδια μέρη. Αυτό σε συνδυασμό με τα προβλήματα υγείας περιορίζουν έναν ηλικιωμένο στις μετακινήσεις του άρα και την συναναστροφή του με άλλα άτομα. Εκείνη η φάση στη ζωή του ηλικιωμένου μπορεί να τον απομονώσει από πολλά πράγματα και καταστάσεις. Για το λόγο αυτό θα πρέπει οι αρμόδιες υπηρεσίες (ΚΑΠΗ, γηροκομεία) να δώσουν περισσότερο ενδιαφέρον ώστε να ξεκινήσουν να κινητοποιούν τους ηλικιωμένους σε διάφορες ομαδικές δραστηριότητες.

Κακοποίηση σωματική και ψυχική: είναι ένα αρκετά συχνό φαινόμενο το οποίο είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτό και να αντιμετωπιστεί. Το δυσάρεστο είναι ότι πάντα ευθύνεται το οικογενειακό περιβάλλον είτε επειδή η κακοποίηση ασκείται στον ηλικιωμένο από αυτό είτε επειδή του έχουν επιβάλει να ζει με κάποιο άτομο ανεύθυνο να τον φροντίζει.

Διαταραχές σίτισης και ύπνου: έχει διαπιστωθεί ότι με το πέρασμα των χρόνων στη φάση όπου ο ηλικιωμένος γίνεται υπερήλικας τα προβλήματα της σίτισης και του ύπνου ξεκινούν. Όπως φαίνεται οι υπερήλικες υποσιτίζονται και κοιμούνται λίγες ώρες και πολλές φορές μέσα στην ημέρα. Αυτές οι διαταραχές μετά από κάποιο χρονικό διάστημα μπορεί να προκαλέσουν πολλά οργανικά προβλήματα.

1.3 Τρόπος ζωής ηλικιωμένων στα χωριά Αστερουσίων

Στα χωριά που διεκπεραιώθηκε η έρευνα οι άνθρωποι ζουν σε πιο αργούς και ήπιους ρυθμούς σε σχέση με τις επαρχίες. Ξυπνάνε νωρίς το πρωί και ξεκινάνε την μέρα τους. Οι άντρες που έχουν την δυνατότητα ασχολούνται με την γεωργία και την κτηνοτροφία ή βοηθούν τα παιδιά τους που ασχολούνται με αυτά. Ο καφές στο καφενείο είναι καθημερινή συνήθεια όπου οι άντρες πολλές φορές πάνε με τις γυναίκες τους. Τα καφενεία είναι το σημείο επικοινωνίας μεταξύ των ανθρώπων, εκεί ανταλλάσσουν απόψεις και ενημερώνονται για διάφορα επίκαιρα θέματα, παίζουν χαρτιά, τάβλι και κάνουν πολλές φορές συνελεύσεις. Οι γυναίκες κατά πλειοψηφία ασχολούνται με τα οικιακά (στρώσιμο κρεβατιών, πλύσιμο ρούχων, καθαριότητα σπιτιού και μαγείρεμα) και όταν χρειαστεί πηγαίνουν και αυτές στα χωράφια, πολλές φορές. Όλα τα χωριά έχουν από ένα παντοπωλείο και μερικά δεν έχουν φαρμακείο. Η οικονομία σε γενικά πλαίσια δεν επηρεάζει και τόσο τις ζωές των ανθρώπων εκεί διότι καταναλώνουν ό,τι παράγουν. Είναι δύσκολο δηλαδή να φτάσει ένας άνθρωπος στο σημείο να πεινάσει.6

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Ορισμοί

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη υποκειμενική και περίπλοκη έννοια. Η τελευταία δεκαετία τράβηξε το ενδιαφέρον των επιστημών που ασχολήθηκαν με έρευνες που αφορούσαν την ποιότητα ζωής. Κατά διαστήματα έχουν υπάρξει διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία κάθε μελετητή.

Ο όρος ποιότητα ζωής εισήχθη ως τίτλος στη Medline το 1975 και έγινε αποδεκτός στο ιατρικό ευρετήριο το 1977. Επακολούθησε αναγνώριση και αποδοχή σε διάφορα επιστημονικά σώματα. Από το 1970, υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για το αντικείμενο με έναν αυξανόμενο αριθμό αναφορών για την ποιότητα ζωής σε ιατρικά κείμενα. Θέματα για την ποιότητα ζωής εμφανίζονται συχνά σε εφημερίδες και επιθεωρήσεις. Υπάρχει μια αφθονία εργασιών ομάδων, συνεδρίων και εκδόσεων ειδικών τευχών. Το 1991 το περιοδικό «Έρευνα στην Ποιότητα Ζωής» (Quality of Life Research) εκδόθηκε από τις «Rapid Communications» της Οξφόρδης αφιερωμένο στη μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. (Παρασκευή Θεοφίλου)

Για τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για την θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας, στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (THE WHOQOL GROUP 1995).

Έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες για την εύρεση ενός κοινού ορισμού της ποιότητας ζωής. Για τον ορισμό της έννοιας θα μπορούσε κατ' αρχάς να χρησιμοποιηθεί το αναλυτικό σχήμα του Allardt (1976,1981), ο οποίος κάνει μια διάκριση μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών συνθηκών διαβίωσης και ιδιαιτέρως, λαμβάνει υπόψη τέσσερις διαφορετικές διαστάσεις: βιοτικό επίπεδο, ποιότητα διαβίωσης, βαθμός ικανοποίησης και ευτυχία. Συγκεκριμένα:

Το βιοτικό επίπεδο αφορά τις επονομαζόμενες υλικές ανάγκες από άποψη υγείας, διατροφής, απασχόλησης, εισοδήματος κτλ.

Η ποιότητα διαβίωσης αφορά τις άυλες συνθήκες διαβίωσης, κυρίως από την άποψη της ποιότητας των ανθρώπινων σχέσεων, της κοινωνικής και πολιτιστικής ενσωμάτωσης και της ποιότητας του περιβάλλοντος.

Η ικανοποίηση αφορά την υποκειμενική άποψη για το επίπεδο των συνθηκών διαβίωσης

Η ευτυχία αφορά την υποκειμενική άποψη για την ποιότητα ζωής. (αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στις ευρωπαϊκές περιφέρειες και πόλεις 1999)

Η ποιότητα ζωής από ορισμένους συγγραφείς έχει ερμηνευθεί ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών σε συνδυασμό με όρους που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής συνιστάται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή (McCall 1975).

Άλλοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ποιότητα ζωής και το ευ ζην. Σύμφωνα με αυτούς, θα μπορούσε να οριστεί ως το σύνολο

των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησής του από τις διάφορες εκφάνσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου», που είναι η προσωπική υγεία, εργασία, εκπαίδευση, οικογένεια, κοινωνικές συναναστροφές, οικονομική κατάσταση κ.α. (Αλουμάνης 2002).

Επιπρόσθετα, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως τις επιστήμες υγείας, την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την ψυχολογία, την οικονομική επιστήμη και άλλες επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτισμικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Yfantopoulos 2001).

2.2 Βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Διαστάσεις
Γενική κοινωνικοοικονομική εξέλιξη της αστικής κοινότητας
Διαθέσιμες υπηρεσίες στην πόλη
Εσωτερικές κοινωνικές ανισότητες μεταξύ των κατοίκων
Ελκυστικότητα της πόλης (ανταγωνιστικότητα αλλά και ενδεχόμενες συγκρούσεις μεταξύ των ομάδων που κατοικούν σε αυτήν)
Τεχνολογία και καινοτόμο δυναμικό
Φυσικό περιβάλλον

(Πηγή: Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στις ευρωπαϊκές περιφέρειες και πόλεις)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

3.1. Κλίμακες μέτρησης ποιότητας ζωής

Τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής εκφράζουν ένα μικρό, αντιπροσωπευτικό δείγμα των οργάνων μέτρησης που έχουν χρησιμοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής διαφόρων κατηγοριών ασθενών. 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 Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (*The Spitzer Quality of Life Index*)

Ο Δείκτης Spitzer (1981) σχεδιάστηκε αρχικά ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής καρκινοπαθών αλλά εφαρμόστηκε και σε ασθενείς με άλλες παθήσεις. 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.

3.1.2 Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham (*The Nottingham Health Profile*)

Η Επισκόπηση Υγείας του Nottingham δημιουργήθηκε από τους Hunt και McEwen το 1980 για τη μελέτη των αποτελεσμάτων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Το ερωτηματολόγιο είναι αυτο-συμπληρούμενο και διαθέτει εγκυρότητα και αξιοπιστία ως δείκτης μέτρησης. Αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο μέρος αναφέρονται 38 καταστάσεις που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες προβλημάτων:

- ενέργεια-ενεργητικότητα,
- πόνος,
- συναισθηματικές αντιδράσεις,
- ύπνος,
- κοινωνική απομόνωση και
- σωματική κίνηση.

Το δεύτερο μέρος συνίσταται σε επτά τομείς της καθημερινής ζωής:

- αμειβόμενη εργασία,
- οικιακή εργασία,
- κοινωνική ζωή,
- προσωπικές σχέσεις,

σεξουαλική ζωή,
ελεύθερου χρόνου και
ενδιαφέροντα.

Κάθε ερώτηση απαντάται με ναι ή όχι και με βάση έναν ειδικό συντελεστή βαρύτητας υπολογίζεται η τελική βαθμολογία. Μια υψηλή βαθμολογία δηλώνει την ύπαρξη σοβαρών προβλημάτων στον ασθενή. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς, καταγράφοντας τη διάκριση μεταξύ υγιών και ασθενών.

3.1.3 Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The General Health Questionnaire)

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 ασθενή και υγιή πληθυσμό και θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο.

3.1.4 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. 45 ερωτήσεις αποτελούν αυτήν την κλίμακα που αφορούν 7 κύριους τομείς της Ποιότητας Ζωής:

- α) φροντίδα υγείας (οι συμπεριφορές και οι προσδοκίες έναντι του ιατρού και της θεραπείας),
- β) επαγγελματικο-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 κατάπτωση (άγχος, κατάθλιψη, κ.ά.).

Η απάντηση σε κάθε ερώτηση σημειώνεται σε μία 4βαθμη κλίμακα. Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια μπορεί να χρησιμοποιηθεί από γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους ή κοινωνικούς λειτουργούς με ημι-δομημένες συνεντεύξεις προς τους ασθενείς είτε να συμπληρωθεί από τους ίδιους τους ασθενείς. Εφαρμόζεται σε ασθενείς με χρόνια προβλήματα.

3.1.5 Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey)

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware για την επίτευξη των ψυχομετρικών προδιαγραφών που απαιτούνται για τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ 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. Η ευρεία χρήση του SF-36 σε μελέτες γενικού πληθυσμού ή σε ομάδες ασθενών το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο

3.2 WHOQOL-BREF

3.2.1 Εισαγωγή

Η κλίμακα WHOQOL-100 αξιολόγησης ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε από το WHOQOL Group σε δεκαπέντε διεθνή κέντρα ταυτόχρονα, σε μια προσπάθεια να αναπτυχθεί μια κλίμακα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που θα ήταν εφαρμοστέα διαπολιτισμικά. Παρακάτω παρουσιάζεται ένα εννοιολογικό πλαίσιο για τον WHOQOL ορισμό της ποιότητας ζωής και περιγράφεται η ανάπτυξη της κλίμακας WHOQOL-BREF, μια συντεταγμένη εκδοχή του WHOQOL-100.

3.2.2 ΤΟ ΣΚΕΠΤΙΚΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ WHOQOL

Είναι η πρωτοβουλία για την ανάπτυξη μιας αξιολόγησης της ποιότητας της ζωής, που προέκυψε από διάφορους λόγους. Τα τελευταία χρόνια έχει υπάρξει μια διεύρυνση στο επίκεντρο της μέτρησης της υγείας πέρα από τους παραδοσιακούς δείκτες υγείας, όπως η θνησιμότητα και η νοσηρότητα, να περιλαμβάνουν μέτρα για το αντίκτυπο της νόσου και τη δυσλειτουργία στις καθημερινές δραστηριότητες και στη συμπεριφορά αντίληψη για τα μέτρα υγείας (e.g. Nottingham Health Profile; Hunt, Mc Ewan, 1989) και αναπηρίας/

λειτουργικά μέτρα κατάστασης (e.g. the MOS SF-36, Ware et al, 1993). Αυτά τα μέτρα, ενώ αρχίζουν να παρέχουν ένα μέτρο των επιπτώσεων της νόσου, δεν αξιολογούν την ποιότητα της . Το ολοένα και πιο μηχανιστικό μοντέλο της ιατρικής, αφορούσε μόνο την εξάλειψη της νόσου και τα συμπτώματα, ενισχύει την ανάγκη για την εισαγωγή ενός ανθρωπιστικού στοιχείου στην υγειονομική περίθαλψη. Μιλώντας για την ποιότητα των αξιολογήσεων της ζωής στη φροντίδα υγείας, η προσοχή εστιάζεται σε αυτήν την πτυχή της υγείας, και ως αποτέλεσμα την παρέμβαση θα πληρώσει αυξημένη προσοχή σε αυτήν την πτυχή των ασθενών με ευημερία. Η πρωτοβουλία του WHO για την ανάπτυξη της ποιότητας της αξιολόγησης της ζωής προκύπτει από την ανάγκη για ένα πραγματικά διεθνή μέτρο της ποιότητας της ζωής και μια δέσμευση για τη συνεχή προώθηση μιας ολιστικής προσέγγισης για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη.

3.2.3 ΒΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ WHOQOL-100

Η αναπτυξιακή διαδικασία του WHOQOL-100 αποτελείται από πολλά στάδια. Στο πρώτο στάδιο, διευκρίνιση έννοιας που εμπλέκεται για την ίδρυση ενός συμφωνημένου ορισμού της ποιότητας της ζωής και την προσέγγιση της διεθνούς ποιότητας της αξιολόγησης της ζωής.

Ποιότητα της ζωής ορίζονται οι αντιλήψεις της θέσης στη ζωή, διαπολιτισμικά σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες.

Ο ορισμός αντανακλά την άποψη ότι η ποιότητα της ζωής αναφέρεται σε μια υποκειμενική αξιολόγηση, η οποία είναι ενσωματωμένη σε ένα πολιτιστικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό πλαίσιο. Επειδή ο ορισμός της ποιότητας της ζωής επικεντρώνεται κατά των ερωτηθέντων «αντιληπτή» ποιότητα της ζωής, δεν αναμένεται να παρέχει ένα μέσο μέτρησης σε οποιαδήποτε λεπτομερή συμπτώματα της μόδας, ασθένειες ή παθήσεις, αλλά οι επιπτώσεις των παρεμβάσεων της νόσου και την υγεία σχετικά με την ποιότητα της ζωής. Ως εκ τούτου, η ποιότητα της ζωής δεν μπορεί να εξομοιωθεί απλώς με τους όρους «κατάσταση υγείας», «τρόπος ζωής», «ικανοποίηση από τη ζωή», «ψυχική κατάσταση» ή «ευεξία». Η αναγνώριση του πολυδιάστατου χαρακτήρα της ποιότητας ζωής αντικατοπτρίζεται στην WHOQOL-100 .

Στο δεύτερο στάδιο ανάπτυξης, εξερεύνηση της ποιότητας ζωής κατασκεύασε σε 15 πολιτιστικά πολύμορφα διεθνή κέντρα πεδίου και πραγματοποιήθηκε η κατάρτιση ενός καταλόγου των περιοχών / πτυχών που συμμετεχόντων κέντρων. Αυτό περιλάμβανε μια σειρά συναντήσεων των ομάδων εστίασης που περιλαμβάνονται επαγγελματίες υγείας, τους ασθενείς. Κατ 'ανώτατο όριο των έξι συγκεκριμένων στοιχείων για να εξερευνήσετε κάθε πτυχή προτεινόμενη παρήχθησαν από κάθε κέντρο της ομάδας εστίασης. 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. 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 Ομάδα WHOQOL, στο πλαίσιο της προετοιμασίας). Η WHOQOL-100 Δοκιμαστική Έκδοση Τομέα αυτή τη στιγμή δοκιμάζεται σε νέα κέντρα σε όλο τον κόσμο (τα κέντρα αυτά περιγράφονται στη σελίδα 6 του παρόντος εγγράφου). 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 δομικά μοντέλα εξισώσεων, έχει δείξει μια λύση τεσσάρων τομέα ότι είναι πιο κατάλληλη.

Η WHOQOL-BREF είναι βάση μιας δομής τεσσάρων τομέων.

Πίνακας 1- WHOQOL-BREF τομείς

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
--	--

3.2.4 Ανάπτυξη της WHOQOL-BREF

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. Ως εκ τούτου, η WHOQOL-BREF έχει αναπτυχθεί ώστε να παρέχει μια σύντομη μορφή της ποιότητας της αξιολόγησης της ζωής που μοιάζει με προφίλ επίπεδο 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. Να παρέχει μια ευρεία και ολοκληρωμένη αξιολόγηση, ένα στοιχείο από κάθε μία από τις 24 έδρες που περιέχονται στη WHOQOL-100 έχει συμπεριληφθεί. Επιπλέον, 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	Bangkok, Ταϊλάνδη
Beer Sheva, Ισραήλ	Beer Sheva, Ισραήλ
Madras, Ινδία	Madras, Ινδία
Melbourne, Αυστραλία	Melbourne, Αυστραλία
New Delhi, Ινδία	New Delhi, Ινδία
Panama City, Παναμάς	Panama City, Παναμάς
Seattle, ΗΠΑ	Seattle, ΗΠΑ
Tilburg, Ολλανδία	Tilburg, Ολλανδία
Zagreb, Κροατία	Zagreb, Κροατία
Tokyo, Ιαπωνία	Tokyo, Ιαπωνία
Harare, Ζιμπάμπουε	Harare, Ζιμπάμπουε
Barcelona, Γαλλία	Barcelona, Γαλλία
Bath, Ηνωμένο Βασίλειο	Bath, Ηνωμένο Βασίλειο
St Petersburg, Ρωσία	Χονγκ Κονγκ
Paris, Γαλλία	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 χωριστό φύλλο χαρτιού και όχι διάσπαρτα ανάμεσα στα υπάρχοντα 26 αντικείμενα. Υπάρχουν τρεις λόγοι για αυτό:

για τον έλεγχο των επιδράσεων για το στοιχείο που θα μπορούσε να συμβεί και να αλλάξετε την έννοια του στοιχείου.

Η WHOQOL-BREF αντιπροσωπεύει ένα συμφωνημένο βασικό σύνολο των διεθνών στοιχείων

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.

3.2.5 Προτεινόμενες χρήσεις της WHOQOL-100 και της WHOQOL-BREF

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 της αξιολόγησης, 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 στο εσωτερικό ευρήματα διασκορπισμένες μπορεί να γίνουν δεκτές.

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 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: ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

4.1 Εισαγωγή

Το αγαθό της υγείας είναι θεμελιώδης ατομικό δικαίωμα όλων. Τα κράτη προωθούν δραστικά μέτρα ώστε να αναβαθμίζουν το επίπεδο της υγείας των πολιτών τους. Η αναβάθμιση αυτή δεν αφορά μόνο την ποιότητα της υγείας αλλά και το οικονομικό σχήμα κόστους και απόδοσης. Η παγκόσμια οικονομική κρίση επέφερε την ανάγκη ορθολογικής κατανομής των πόρων ακόμα και στον τομέα της υγείας. Σκοπός των κρατών είναι η μείωση κόστους σε όλους τους τομείς. Συγκεκριμένα στον τομέα της υγείας γίνεται ευρεία ανεύρεση μεθόδων μείωσης κόστους, χωρίς καμία υποβάθμιση του τρέχων επιπέδου υγείας. Το αποτέλεσμα ήταν να καταλήξουν στην λύση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας.

4.2 Ορισμός

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας έχει σκοπό

1. Την αποκατάσταση της υγείας
2. Την προαγωγή της υγείας
3. Την πρόληψη της ασθένειας

Η ΠΦΥ ασχολείται με:

1. τα προβλήματα υγείας της κοινότητας
2. την παροχή υπηρεσιών προαγωγής,
3. την παροχή υπηρεσιών πρόληψης,
4. την παροχή υπηρεσιών θεραπείας
5. την παροχή υπηρεσιών αποκατάστασης της υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι βασιζόμενη σε μεθόδους και τεχνολογίες οι οποίες είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες, πρακτικά εφαρμόσιμες και οικονομικά προσιτές και αφορά κέντρα υποδοχής του πολίτη.

4.3 Η ΠΦΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η ΠΦΥ στην Ελλάδα παρέχεται από τα Κέντρα Υγείας, τα Περιφερειακά Ιατρεία, τα πολυιατρεία του ΙΚΑ και άλλων ασφαλιστικών φορέων (π.χ. της ΔΕΗ), τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα και τους ιδιώτες γιατρούς (Πίνακες 1 και 2).

Στα Κέντρα Υγείας και στα Περιφερειακά Ιατρεία του ΕΣΥ το 2003 υπήρχαν περίπου 3.500 γιατροί, 2.000 νοσηλευτές και 3.000 λοιπό προσωπικό. Σε ότι αφορά στον ιδιωτικό τομέα, υπολογίζεται ότι λειτουργούν περί τις 20.000 ιδιωτικά ιατρεία και 9.000 οδοντιατρεία. Βέβαια, στον ευρύτερο χώρο της ΠΦΥ ανήκουν και άλλες δομές όπως είναι το ΕΚΑΒ το οποίο παρέχει επείγουσα προνοσοκομειακή φροντίδα και οι διάφορες μονάδες κοινωνικής πρόνοιας όπως π.χ. το «Βοήθεια στο Σπίτι». (πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές 2011)

ΔΥΠΕ	<i>Εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων</i>	<i>Νοσοκομεία- Κέντρα υγείας</i>	<i>Κέντρα υγείας</i>	<i>Περιφερειακά ιατρεία</i>	<i>Σύνολο</i>
<i>A' Αττικής</i>	17	-	-	-	17
<i>B' Αττικής</i>	10	-	9	6	25
<i>Γ' Αττικής</i>	8	1	5	14	28
<i>A' Κεντρικής Μακεδονίας</i>	12	1	20	110	139
<i>B' Κεντρικής Μακεδονίας</i>	6	-	11	80	103
<i>Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης</i>	6	-	14	119	139
<i>Δυτικής Μακεδονία</i>	5	-	7	88	100
<i>Ηπείρου</i>	4	1	16	109	130
<i>Θεσσαλίας</i>	5	-	20	153	178
<i>Ιονίων Νήσων</i>	6	-	8	49	63
<i>Δυτικής Ελλάδας</i>	9	2	18	146	175
<i>Στερεάς Ελλάδας</i>	6	2	15	148	171
<i>Πελοποννήσου</i>	7	2	26	176	211
<i>Βορείου Αιγαίου</i>	3	2	7	65	77
<i>A' Νοτίου Αιγαίου</i>	1	1	7	35	44
<i>B' Νοτίου Αιγαίου</i>	1	3	4	40	48
<i>Κρήτης</i>	6	3	14	120	143
Σύνολο	114	18	201	1458	1791

Πίνακας 1. Δομές ΠΦΥ του ΕΣΥ ανά ΔΥΠΕ (2005)
Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007

ΔΥΠΕ	<i>Διαγνωστικά κέντρα</i>
<i>A' Αττικής</i>	134
<i>B' Αττικής</i>	100
<i>Γ' Αττικής</i>	44
<i>A' Κεντρικής Μακεδονίας</i>	19
<i>B' Κεντρικής Μακεδονίας</i>	4
<i>Ανατ. Μακεδονίας και Θράκης</i>	13
<i>Δυτικής Μακεδονία</i>	5
<i>Ηπείρου</i>	5
<i>Θεσσαλίας</i>	14
<i>Ιονίων Νήσων</i>	1
<i>Δυτικής Ελλάδας</i>	19
<i>Στερεάς Ελλάδας</i>	15
<i>Πελοποννήσου</i>	7
<i>Βορείου Αιγαίου</i>	2
<i>A' Νοτίου Αιγαίου</i>	4
<i>B' Νοτίου Αιγαίου</i>	2
<i>Κρήτης</i>	613
Σύνολο	401

Πίνακας 2. Ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα ανά ΔΥΠΕ (2005)
Πηγή: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2007

4.4 Προβλήματα ΠΦΥ στην Ελλάδα

Δυστυχώς στην Ελλάδα όποιος γνωρίζει τι προσφέρει η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και έχει παρακολουθήσει ένα σωστό σύστημα ΠΦΥ θα μπορούσε να πει ότι στην Ελλάδα η ΠΦΥ είναι ανεπαρκής ως και ανύπαρκτη. Πολλά είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουμε σαν χώρα στον τομέα της ΠΦΥ. Κάποια από αυτά αναλύονται παρακάτω:

Η γεωγραφικά άνιση κατανομή των ιατρών και των νοσηλευτών που αποδεικνύει με την ελλιπή στελέχωση των δομών στην περιφέρεια σε σύγκριση με τις αστικές περιοχές, δυσκολεύει το στόχο της προσφοράς φροντίδας στο χώρο διαμονής και εργασίας του πολίτη. Η αναλογία νοσηλευτών σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα στην Ελλάδα είναι 4/1000 κατοίκους στα αστικά κέντρα και 2,15–3/1000 στην περιφέρεια, ενώ τα ποσοστά στην ΕΕ είναι 8,2/1000 κατοίκους. (Αθηνά Καλοκαιρινού 2008)

Η αναξιοπιστία του συστήματος απέναντι στον πολίτη έχει ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να επισκέπτονται και δεύτερο γιατρό (συνήθως ιδιώτη) για άλλη μια γνώμη. Αυτό δημιουργεί μεγαλύτερο κόστος για το σύστημα υγείας και υποβιβάζει την δωρεάν περίθαλψη. Μελέτη αναφέρει ότι ποσοστό 40% των ασφαλισμένων του ΙΚΑ προσέφυγαν σε ιδιώτη ιατρό λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης και 20% για την αναζήτηση δεύτερης γνώμης. Η χώρα μας διαθέτει ένα δείκτη 9 επισκέψεων κατά έτος, που είναι από τους υψηλότερους διεθνώς. (Αθηνά Καλοκαιρινού 2008)

Η απουσία του οικογενειακού ιατρού και η έλλειψη ενός σωστά οργανωτικού συστήματος ΠΦΥ έχουν ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση των νοσοκομείων με άσκοπες επισκέψεις από τους πολίτες οι οποίοι δεν έχουν που αλλού να απευθυνθούν.

Οι ελλείψεις κατάλληλων και σύγχρονων υλικών και υποδομών όπως και η ανεπάρκεια του ιατρικού τομέα να ανταποκριθεί σε σύγχρονες τεχνικές κάνει τον πολίτη να αμφιβάλλει για την ακεραιότητα του συστήματος και να οδηγείται σε ιδιώτη ιατρό.

Τα ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία του δημοσίου λόγω της μειωμένης διαθεσιμότητας, επίσης οδηγούν τον πολίτη είτε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών είτε σε ιδιώτη.

Μειωμένη παραγωγικότητα στο προσωπικό υγείας της ΠΦΥ προκαλούν οι χαμηλοί μισθοί και η έλλειψη προσωπικού.

Η ανύπαρκτη συνεργασία της Πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με την Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια επιβαρύνουν τον ίδιο τον ασθενή λόγω αδυναμίας σφαιρικής και ουσιαστικής αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας

Η δύσκολη πρόσβαση και ο μεγάλης διάρκειας χρόνος αναμονής στον δημόσιο τομέα υγείας επιβαρύνουν το οικονομικά το σύστημα υγείας.

Η ελλιπής ενημέρωση για την πρόληψη της ασθένειας και την αγωγή της υγείας καταργεί την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Η ανεξέλεγκτη συνταγογράφηση χωρίς κανέναν έλεγχο προκαλεί αμφιβολίες για τις ίσως άσκοπες δαπάνες.

4.5 Άρθρα για την Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

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. Συμβουλευεί, 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 οριζόμενων 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 γεννήσεις και βελτίωση των θεραπειών για χρόνιες παθήσεις επηρέασαν τη γήρανση των κοινωνιών, και ο τον αριθμό των ηλικιωμένων αυξήθηκε (Lloyd-Sherlock, 2000). 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 (WHO, 1999a).

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. (Fidaner et al 1999, Chantal και Holtkamp, 2000). 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. Η καλύτερη διαθέσιμη

Οι δείκτες των μειονεκτημάτων είναι καθημερινές δραστηριότητες και την

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εντοπισθούν και να αναδειχθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους στα ορεινά χωριά του στο νότιο τμήμα του Νομού Ηρακλείου.

Υλικό και μέθοδος:

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα ορεινά χωριά του νοτίου Ηρακλείου της Κρήτης. Το σύνολο των ορεινών χωριών της περιοχής είναι εννέα και μοιράστηκαν ερωτηματολόγια σε πέντε. Μοιράστηκαν 120 ερωτηματολόγια της WHOQOL-BREF σε ηλικιωμένους άνω των 65 χρόνων, εκ των οποίων συμπληρώθηκαν επιτυχώς 100 με πρόσωπο με πρόσωπο συνεντεύξεις στα σπίτια των συμμετεχόντων.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Μάρτιο του 2014 έως τον Ιούλιο του 2014.

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

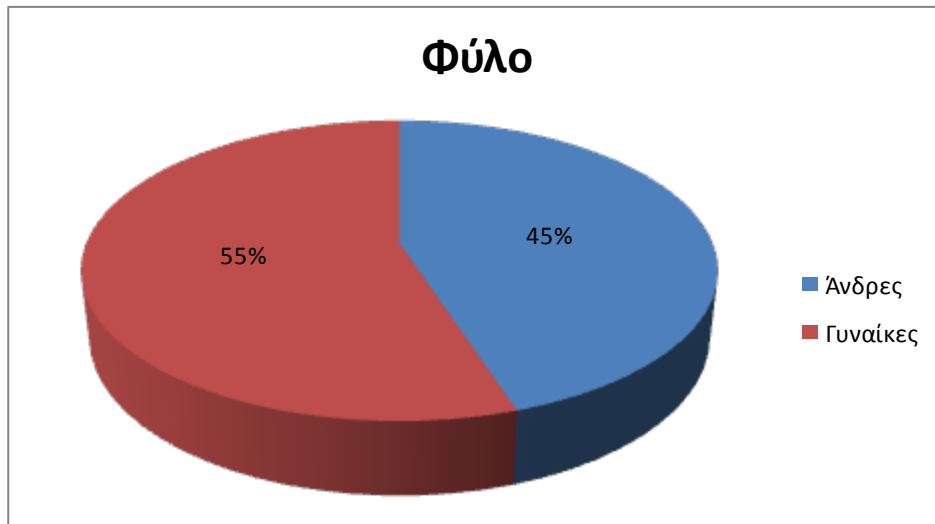
Περαιτέρω ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των στατιστικών SPSS22 και Prism6. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε χρήση του Unpaired t test και του One-way ANOVA. Τα όρια αξιοπιστίας ορίστηκαν στο 95%.

Η WHOQOL-BREF είναι μια κλίμακα ποιότητας ζωής, που αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Οι τέσσερις τομείς που εφαρμόζονται 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

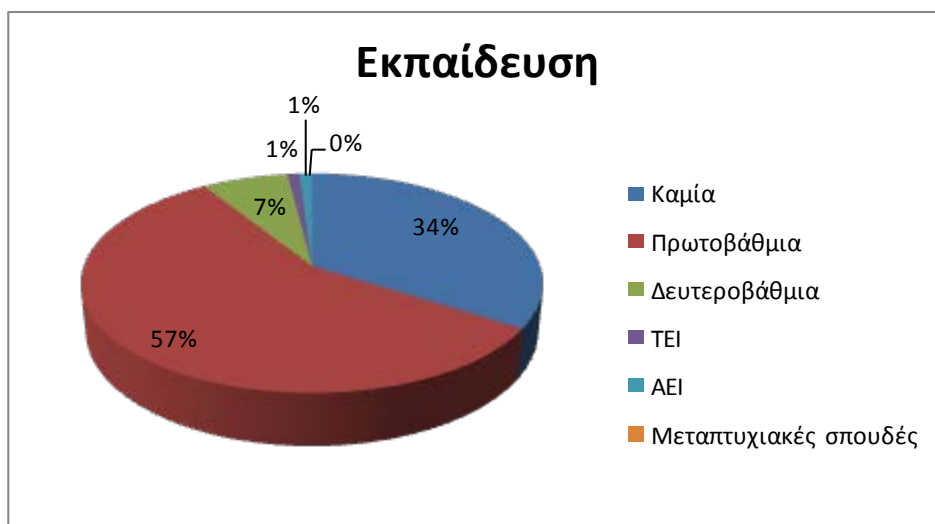
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Γράφημα 1:



Από όσους που συμμετείχαν στην έρευνα το **55%** ήταν **γυναίκες** ενώ το **45%** ήταν **άντρες**.

Γράφημα 2:



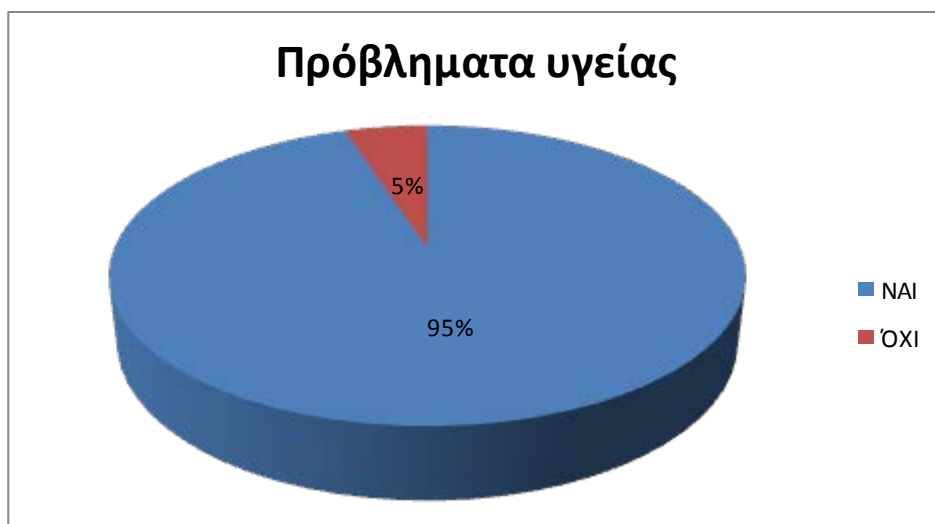
Οι περισσότεροι από τους ηλικιωμένους (**57%**) είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Την τριτοβάθμια **1%** ΤΕΙ και **1%** ΑΕΙ. Το **7%** τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση και το **34%** δεν έχει ολοκληρώσει **καμία** εκπαίδευση.

Γράφημα 3:



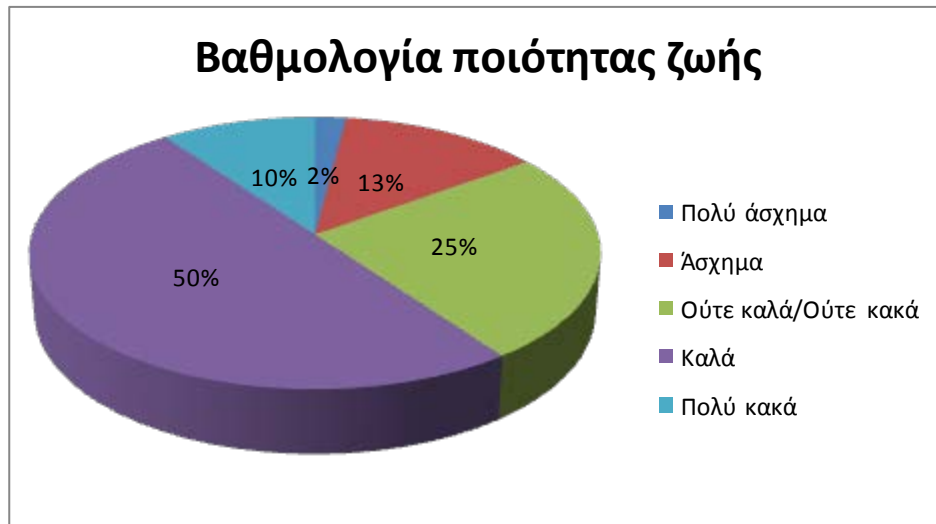
Από τον μελετώμενο πληθυσμό το **73%** ήταν έγγαμοι. Το 18% χήροι, 4% άγαμοι, 2% σε σχέση συμβίωσης, 1% άγαμοι και 2% σε διάσταση.

Γράφημα 4:



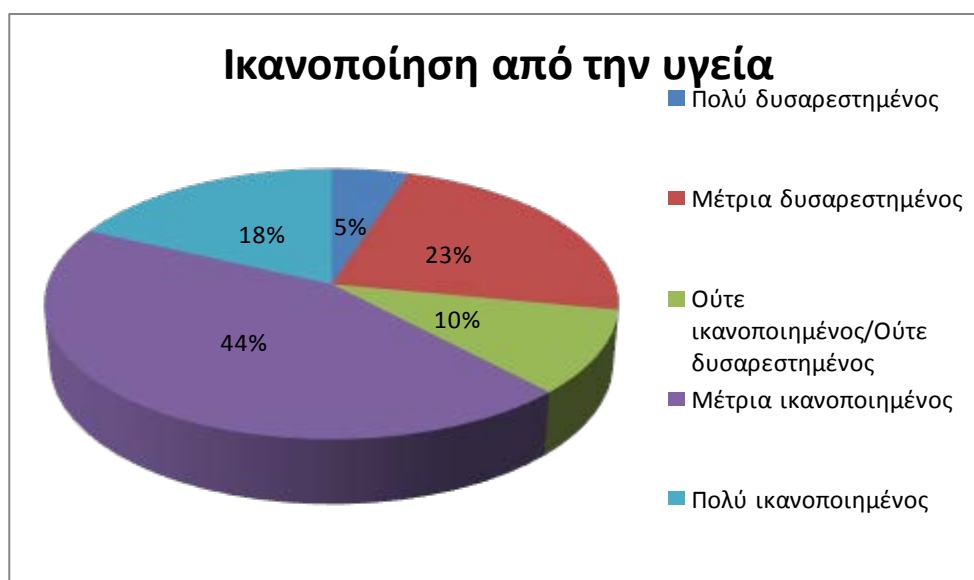
Στην ερώτηση αν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας οι ηλικιωμένοι απάντησαν ναι σε πολύ μεγάλο ποσοστό (**95%**), ενώ μόνο το 5% απάντησε όχι.

Ερώτηση 1:



Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι **50%** είπαν ότι βαθμολογούν τη ζωή τους ως καλή. Ενώ μόνο **2%** την βαθμολόγησαν ως πολύ άσχημη και το **10%** την βαθμολόγησαν ως πού καλή.

Ερώτηση 2:



Οι περισσότεροι (**44%**) απάντησαν μέτρια ικανοποιημένοι και οι λιγότεροι (**5%**) απάντησαν πολύ δυσαρεστημένοι.

5.1 Τομέας 1: Σωματική Υγεία

Ερώτηση 3:



Το **35%** των ερωτηθέντων απάντησε ότι οι σωματικοί πόνοι τους εμποδίζουν λίγο στις δραστηριότητές τους, το **20%** ότι τους εμποδίζουν πολύ, ενώ μόνο το **15%** απάντησε καθόλου.

Ερώτηση 4:



Μικρό το ποσοστό (**11%**) που δεν έχει ανάγκη καθημερινής ιατρικής θεραπείας.

Το **29%** απάντησε πολύ ενώ το **40%** λίγο.

Ερώτηση 10:



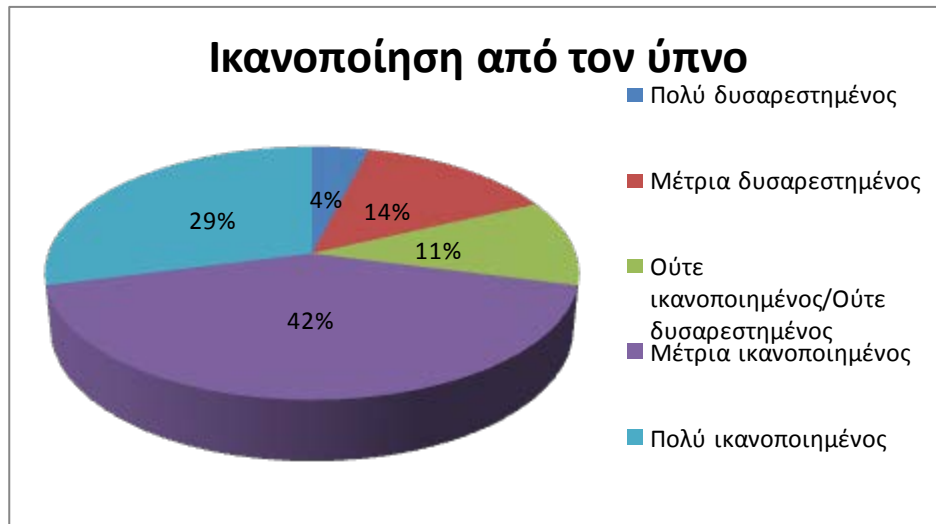
Απαραίτητη ενεργητικότητα για τις καθημερινές τους δραστηριότητες σε μεγάλο βαθμό δήλωσαν οι περισσότεροι (**42%**) ηλικιωμένοι. Καθόλου ενεργητικότητα είχε μόνο το **3%** και μέτρια το **35%**.

Ερώτηση 15:



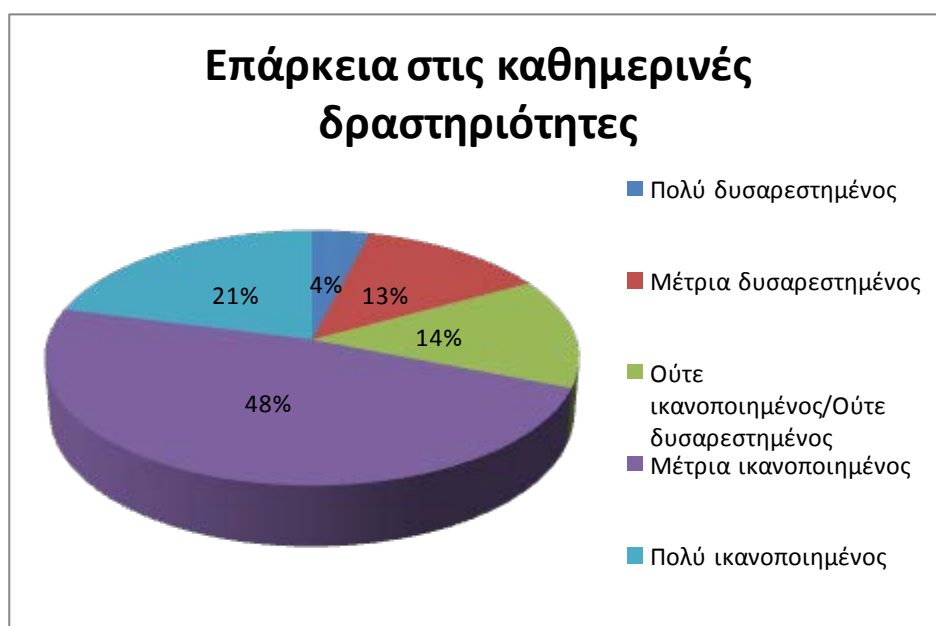
Το μεγαλύτερο ποσοστό(**38%**) δήλωσε πολύ άνεση στην κυκλοφορία και απόλυτη το **27%**. Μικρότερο ποσοστό (**4%**) δεν είχαν καθόλου άνεση στην κυκλοφορία, **6%** είχαν λίγη και **25%** μέτρια.

Ερώτηση 16



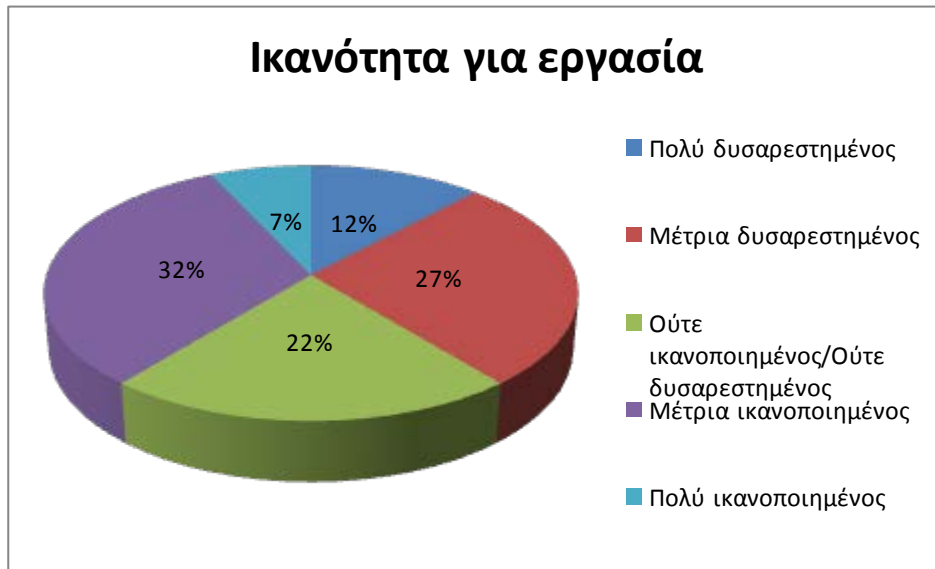
Μέτρια ικανοποιημένοι από τον ύπνο απάντησαν ότι ήταν το μεγαλύτερο ποσοστό (**42%**), πολύ ικανοποιημένοι το **29%** και μέτρια δυσαρεστημένοι το **14%**.

Ερώτηση 17



Επάρκεια στις καθημερινές τους δραστηριότητες με πολύ ικανοποίηση δήλωσαν ότι έχουν το 21%, το 48% μέτρια ικανοποίηση και μόνο το 4% ήταν πολύ δυσαρεστημένο.

Ερώτηση 18:

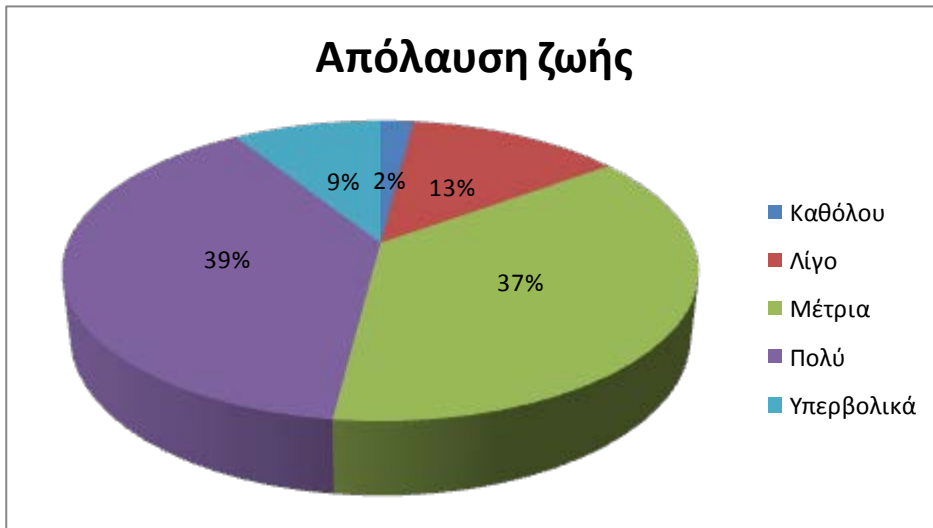


Σημαντικό και μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε μέτρια ικανοποιημένο από την ικανότητα για εργασία(32%). Πολύ δυσαρεστημένοι ήταν το 12% και το 27% , μέτρια δυσαρεστημένο.

Περιγραφική Ανάλυση					
Σωματική Υγεία					
N	Valid	100			
	Missing	0			
Mean		61,1429			
Median		64,2857			
Std. Deviation		20,27486			
Range		85,71			
Minimum		7,14			
Maximum		92,86			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	7,14	2	2,0	2,0	2,0
	10,71	1	1,0	1,0	3,0
	21,43	3	3,0	3,0	6,0
	28,57	1	1,0	1,0	7,0
	35,71	5	5,0	5,0	12,0
	39,29	8	8,0	8,0	20,0
	42,86	1	1,0	1,0	21,0
	46,43	4	4,0	4,0	25,0
	50,00	7	7,0	7,0	32,0
	53,57	5	5,0	5,0	37,0
	57,14	4	4,0	4,0	41,0
	60,71	7	7,0	7,0	48,0
	64,29	9	9,0	9,0	57,0
	67,86	4	4,0	4,0	61,0
	71,43	7	7,0	7,0	68,0
	75,00	4	4,0	4,0	72,0
	78,57	7	7,0	7,0	79,0
	82,14	9	9,0	9,0	88,0
	85,71	4	4,0	4,0	92,0
	89,29	6	6,0	6,0	98,0
92,86	2	2,0	2,0	100,0	
Total		100	100,0	100,0	

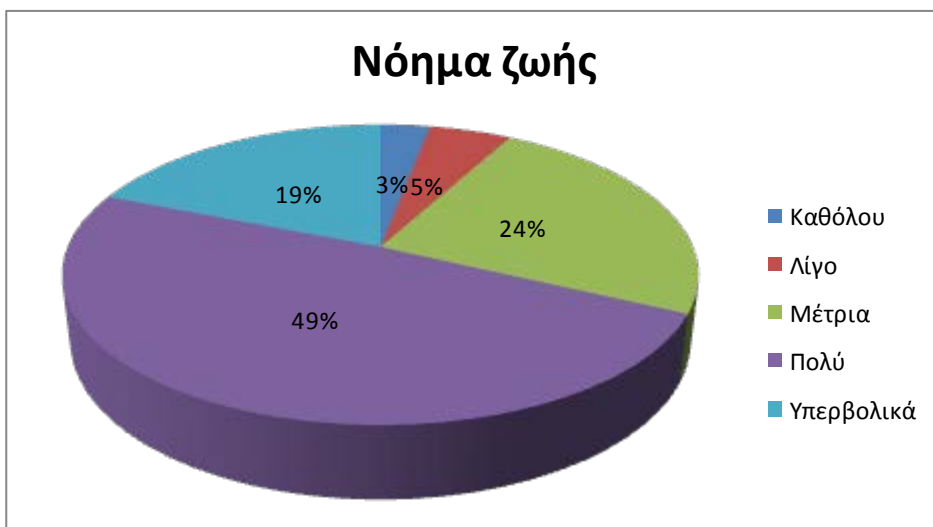
5.2 Τομέας 2: Ψυχική Υγεία

Ερώτηση 5:



Θετικό το ποσοστό του **39%** που απάντησε ότι απολαμβάνει πολύ τη ζωή του. Οι λιγότεροι (**2%**) απάντησαν ότι δεν απολαμβάνουν καθόλου την ζωή τους και το **9%** απάντησε ότι την απολαμβάνει υπερβολικά

Ερώτηση 6:



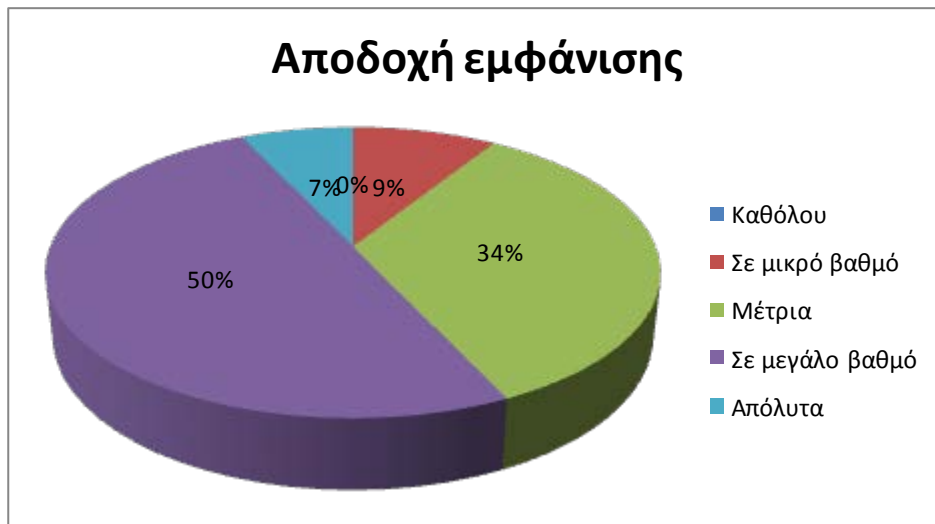
Θετικές οι απαντήσεις στην ερώτηση «Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;», αφού το **49%** των ερωτηθέντων απάντησαν πολύ και το **19%** απάντησαν υπερβολικά. Μόνο το **3%** απάντησε καθόλου.

Ερώτηση 7:



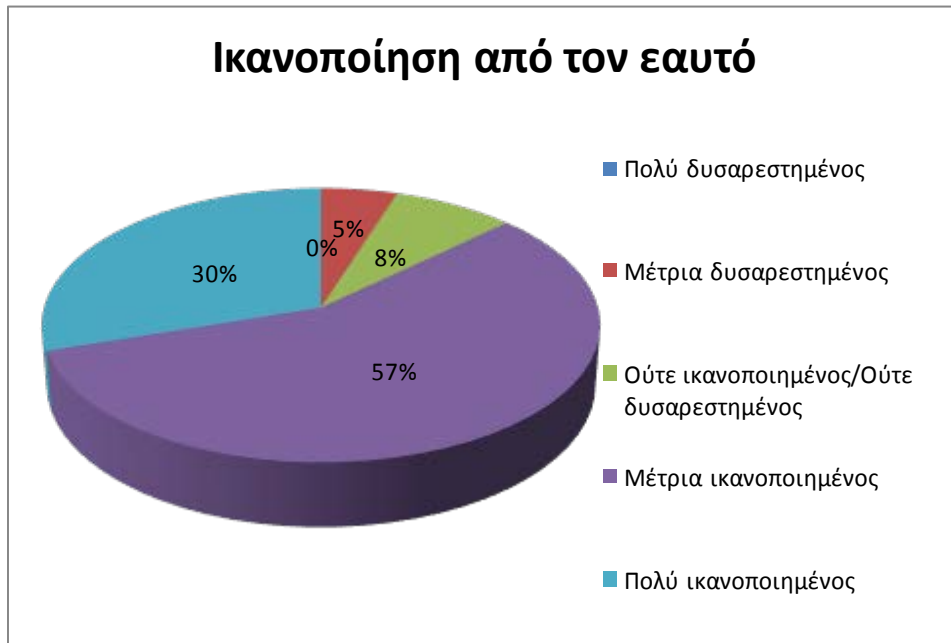
Το **56%** των ηλικιωμένων που ερωτήθηκαν απάντησαν ότι μπορούν να συγκεντρωθούν πολύ και μόνο το **2%** απάντησε καθόλου. Το **22%** απάντησε μέτρια και το **12%** υπερβολικά.

Ερώτηση 11:



Οι περισσότεροι (**50%**) ηλικιωμένοι αποδέχονται σε μεγάλο βαθμό την εμφάνιση του σώματός τους. Το **34%** των ηλικιωμένων σε μέτριο βαθμό, το **7%** απόλυτα και **0%** καθόλου!

Ερώτηση 19:



30% απάντησαν πολύ ικανοποιημένοι από τον εαυτό τους, 57% μέτρια ικανοποιημένοι και 5% μέτρια δυσαρεστημένοι.

Ερώτηση 26:



Συχνά αρνητικά συναισθήματα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό (30%), μερικές φορές το 28%, πάντα το 6%, σπάνια 24% και ποτέ το 12%.

Περιγραφική Ανάλυση					
Ψυχική Υγεία					
N	Valid	100			
	Missing	0			
Mean		64,8750			
Median		66,6667			
Std. Deviation		15,32082			
Range		75,00			
Minimum		20,83			
Maximum		95,83			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	20,83	2	2,0	2,0	2,0
	25,00	1	1,0	1,0	3,0
	33,33	1	1,0	1,0	4,0
	41,67	3	3,0	3,0	7,0
	45,83	3	3,0	3,0	10,0
	50,00	8	8,0	8,0	18,0
	54,17	8	8,0	8,0	26,0
	58,33	14	14,0	14,0	40,0
	62,50	9	9,0	9,0	49,0
	66,67	11	11,0	11,0	60,0
	70,83	9	9,0	9,0	69,0
	75,00	10	10,0	10,0	79,0
	79,17	5	5,0	5,0	84,0
	83,33	8	8,0	8,0	92,0
	87,50	3	3,0	3,0	95,0
	91,67	3	3,0	3,0	98,0
	95,83	2	2,0	2,0	100,0
	Total		100	100,0	100,0

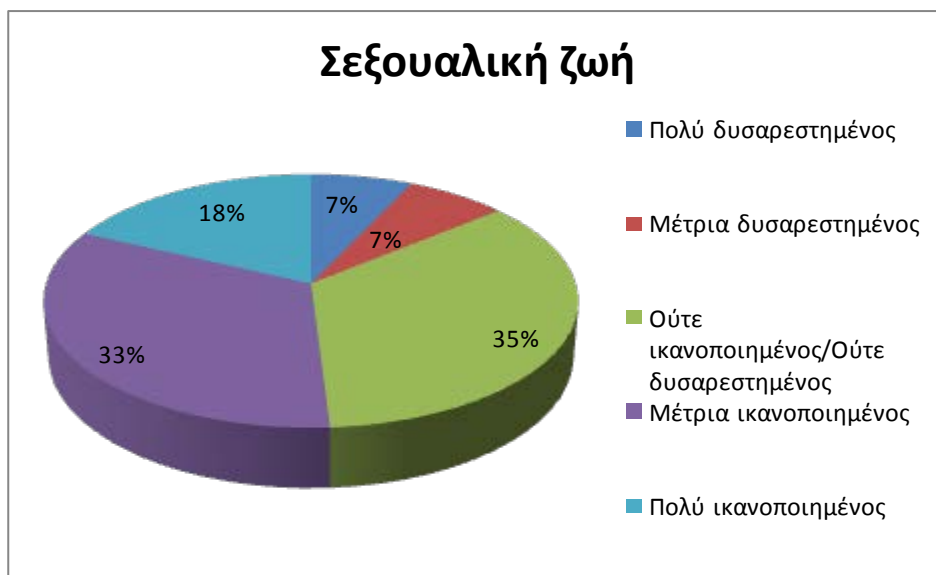
5.3 Τομέας 3: Κοινωνικοποίηση

Ερώτηση 20:



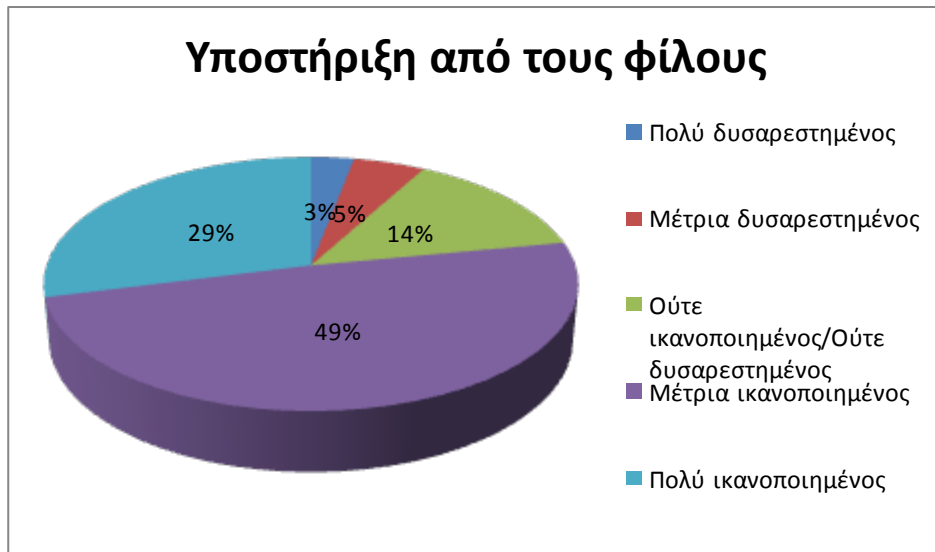
Θετικές ήταν οι απαντήσεις των ηλικιωμένων όσον αφορά τις προσωπικές σχέσεις. Το 42% ήταν πολύ ικανοποιημένο το 35% μέτρια ικανοποιημένο ενώ κανείς δεν ήταν πολύ δυσαρεστημένος!

Ερώτηση 21:



Το μεγαλύτερο ποσοστό (35%) απάντησε ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο από την σεξουαλική ζωή, 33% ούτε ικανοποιημένο/ούτε δυσαρεστημένο. Πολύ ικανοποιημένο ήταν το 18%.

Ερώτηση 22:

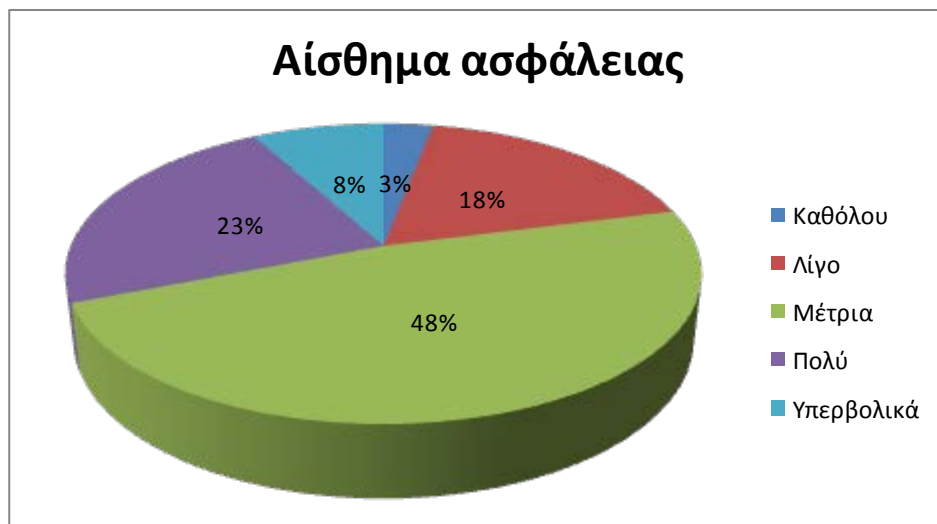


49% ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την υποστήριξη των φίλων ενώ μόνο το 3% ήταν πολύ δυσαρεστημένοι.

Περιγραφική Ανάλυση					
Κοινωνικοποίηση					
N	Valid	100			
	Missing	0			
Mean		71,5833			
Median		75,0000			
Std. Deviation		19,89362			
Range		83,33			
Minimum		16,67			
Maximum		100,00			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16,67	3	3,0	3,0	3,0
	25,00	3	3,0	3,0	6,0
	33,33	1	1,0	1,0	7,0
	41,67	3	3,0	3,0	10,0
	50,00	9	9,0	9,0	19,0
	58,33	7	7,0	7,0	26,0
	66,67	9	9,0	9,0	35,0
	75,00	27	27,0	27,0	62,0
	83,33	19	19,0	19,0	81,0
	91,67	11	11,0	11,0	92,0
	100,00	8	8,0	8,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

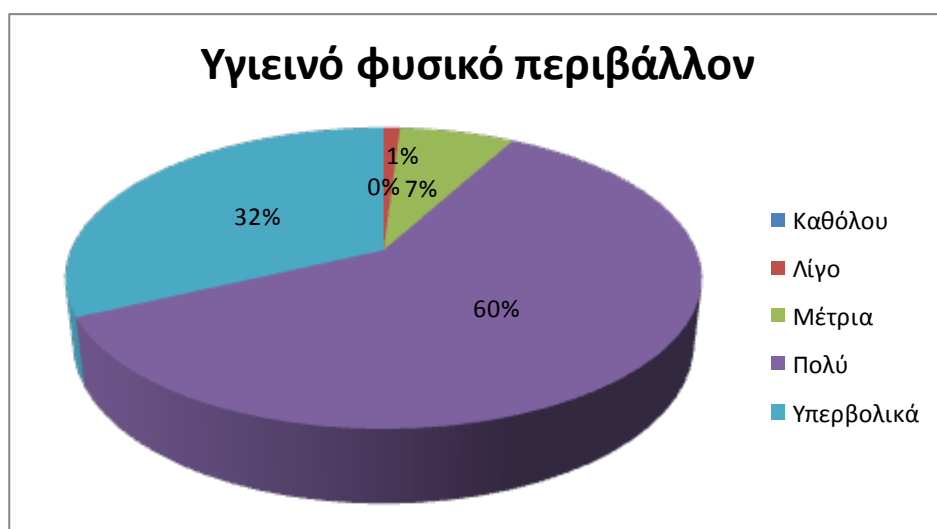
5.4 Τομέας 4: Περιβάλλον

Ερώτηση 8:



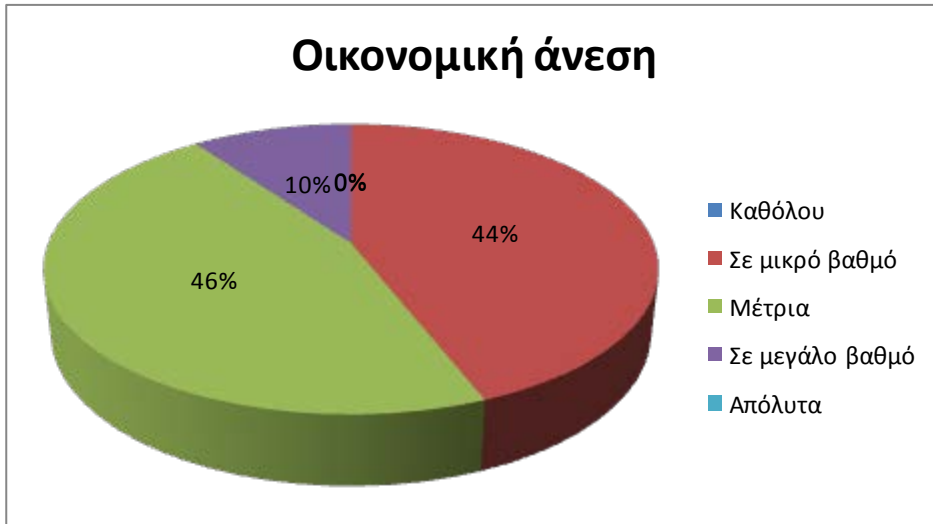
Αίσθημα ασφάλειας δεν έχει το ποσοστό του **3%** των ερωτηθέντων, το **23%** νιώθουν πολύ ασφαλείς και το μεγαλύτερο ποσοστό (**48%**) νιώθει μέτρια ασφαλής.

Ερώτηση 9:



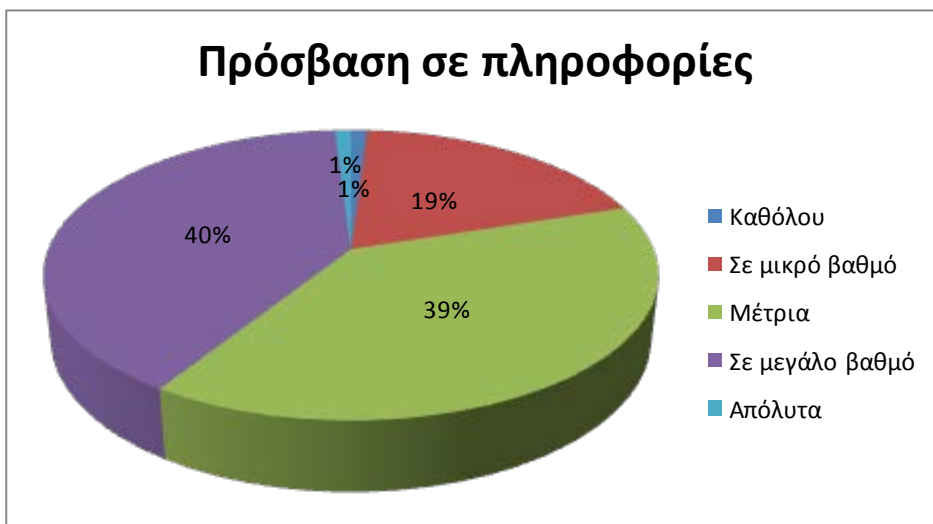
Σε πολύ υγιεινό φυσικό περιβάλλον απάντησαν ότι ζουν το **60%** των ηλικιωμένων και το **32%** σε πολύ υγιεινό περιβάλλον. **7%** απάντησε σε μέτρια υγιεινό περιβάλλον και **0%** σε καθόλου υγιεινό περιβάλλον.

Ερώτηση 12:



Απόλυτη και καθόλου οικονομική άνεση για την κάλυψη των αναγκών δεν είχε **κανείς** από τους ηλικιωμένους. **10%** απάντησε ότι έχει οικονομική άνεση σε μεγάλο βαθμό, το **46%** μέτρια και το **44%** σε μικρό βαθμό.

Ερώτηση 13:



Καθόλου και απόλυτη πρόσβαση σε πληροφορίες είχαν μόνο **2%**. Το **40%** είχε πρόσβαση σε μεγάλο βαθμό, το **39%** σε μέτριο βαθμό και το **19%** σε μικρό βαθμό.

Ερώτηση 14:



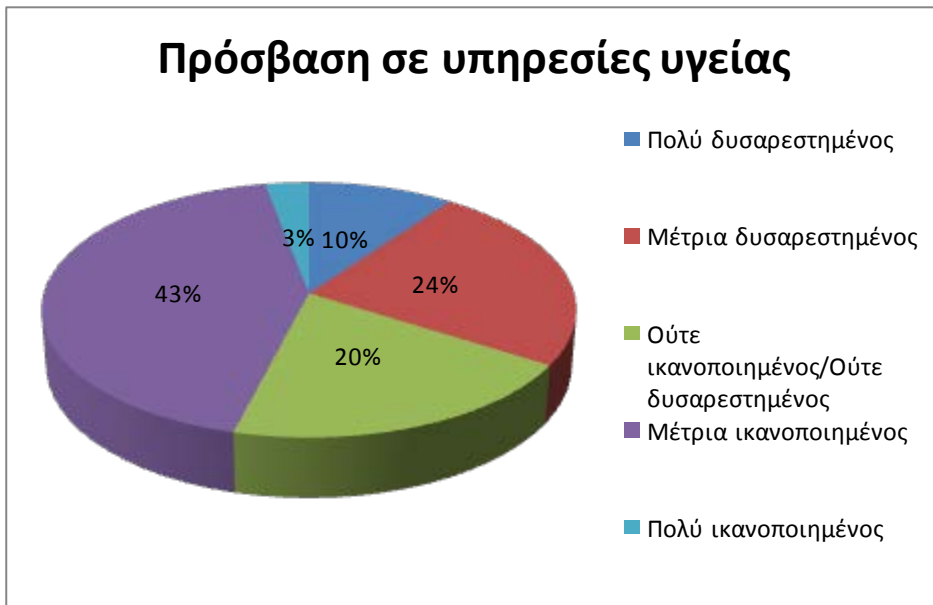
Δυνατότητα δραστηριοτήτων στον ελεύθερο χρόνο σε μικρό βαθμό είχαν οι περισσότεροι (**40%**). Απόλυτη δυνατότητα δραστηριοτήτων είχε μόνο το **2%** ενώ καθόλου το **15%**.

Ερώτηση 23:



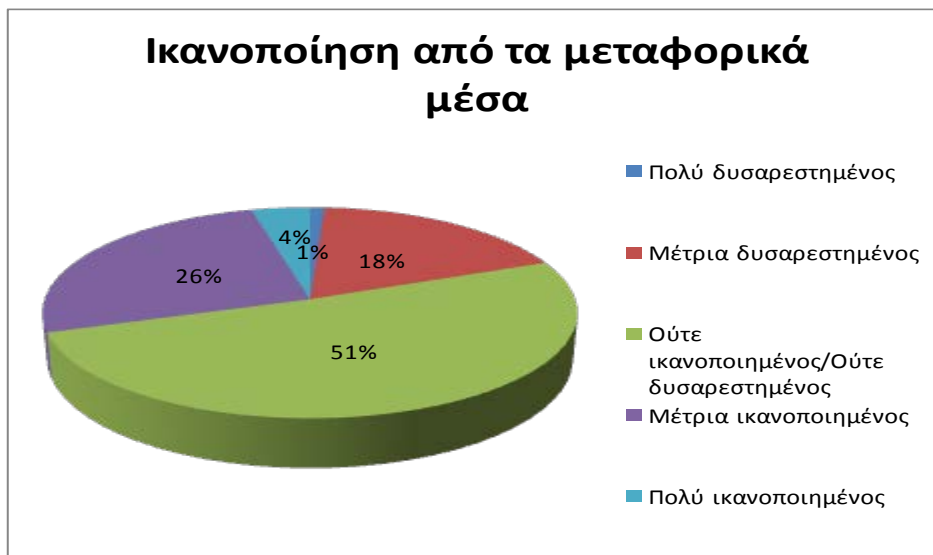
55% απάντησαν μέτρια ικανοποιημένοι από τον χώρο κατοικίας τους, 29% πολύ ικανοποιημένοι ενώ μόνο το 2% πολύ δυσαρεστημένοι και 11% μέτρια δυσαρεστημένοι.

Ερώτηση 24:



43% ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την πρόσβασή τους στις υπηρεσίες υγείας, ενώ 10% πολύ δυσαρεστημένοι και 24% μέτρια δυσαρεστημένοι.

Ερώτηση 24:



Το μεγαλύτερο ποσοστό (51%) δεν ήταν ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο από τα μεταφορικά μέσα. , 26% ήταν μέτρια ικανοποιημένο 18 % μέτρια δυσαρεστημένο και 4% ικανοποιημένο.

Περιβάλλον					
N	Valid	100			
	Missing	0			
Mean		56,3125			
Median		56,2500			
Std. Deviation		12,70336			
Range		56,25			
Minimum		28,13			
Maximum		84,38			
dom4b					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	28,13	1	1,0	1,0	1,0
	31,25	4	4,0	4,0	5,0
	34,38	5	5,0	5,0	10,0
	37,50	2	2,0	2,0	12,0
	40,63	2	2,0	2,0	14,0
	43,75	5	5,0	5,0	19,0
	46,88	3	3,0	3,0	22,0
	50,00	10	10,0	10,0	32,0
	53,13	13	13,0	13,0	45,0
	56,25	7	7,0	7,0	52,0
	59,38	14	14,0	14,0	66,0
	62,50	8	8,0	8,0	74,0
	65,63	3	3,0	3,0	77,0
	68,75	7	7,0	7,0	84,0
	71,88	8	8,0	8,0	92,0
	75,00	4	4,0	4,0	96,0
	78,13	2	2,0	2,0	98,0
	81,25	1	1,0	1,0	99,0
84,38	1	1,0	1,0	100,0	
Total		100	100,0	100,0	

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

t test: Φυσική Κατάσταση

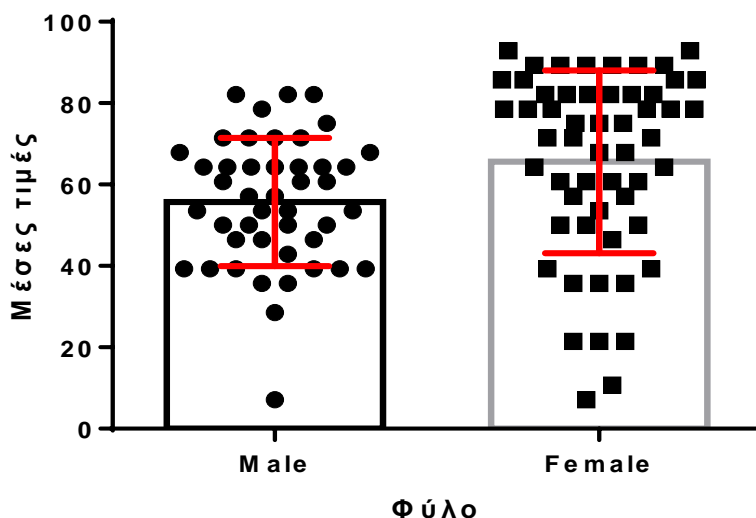


Table Analyzed	Unpaired t test data
Column B	Female
vs.	vs.
Column A	Male
Unpaired t test	
P value	0.0147
P value summary	*
Significantly different? (P < 0.05)	Yes
One- or two-tailed P value?	Two-tailed
t, df	t=2.484 df=98
How big is the difference?	
Mean ± SEM of column A	55.71 ± 2.352 N=45
Mean ± SEM of column B	65.58 ± 3.034 N=55
Difference between means	9.869 ± 3.973
95% confidence interval	1.985 to 17.75
R square	0.05923
F test to compare variances	
F,DFn, Dfd	2.033, 54, 44
P value	0.0166
P value summary	*
Significantly different? (P < 0.05)	Yes

Ψυχική Υγεία Ανδρες - Γυναίκες

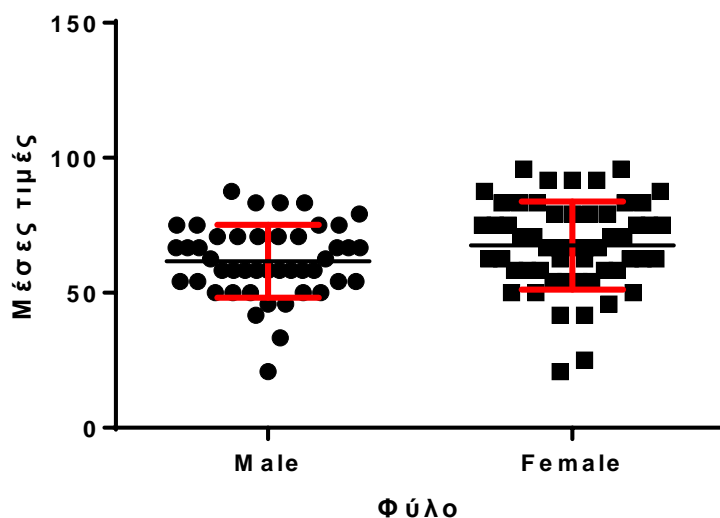


Table Analyzed	Ψυχική Υγεία Ανδρες - Γυναίκες
Column B	Female
vs.	vs.
Column A	Male
Unpaired t test	
P value	0.0578
P value summary	ns
Significantly different? (P < 0.05)	No
One- or two-tailed P value?	Two-tailed
t, df	t=1.920 df=98
How big is the difference?	
Mean ± SEM of column A	61.67 ± 2.015, n=45
Mean ± SEM of column B	67.50 ± 2.198, n=55
Difference between means	5.834 ± 3.039
95% confidence interval	-0.1961 to 11.86
R squared	0.03625
F test to compare variances	
F,DFn, Dfd	1.454, 54, 44
P value	0.2020
P value summary	ns
Significantly different? (P < 0.05)	No

Κοινωνικοποίηση Άνδρες - Γυναίκες

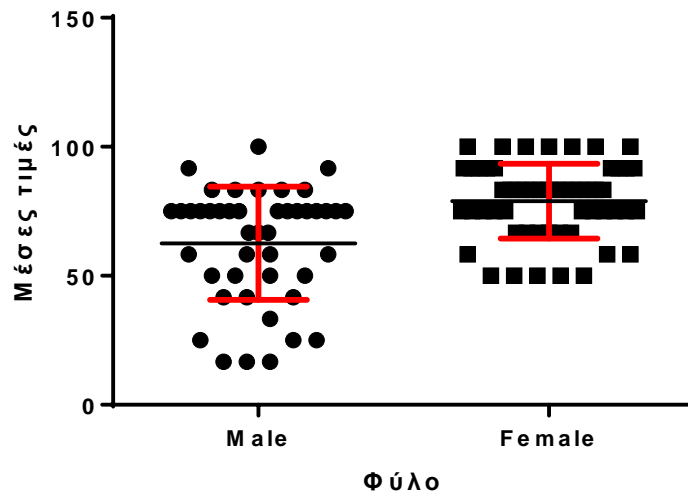


Table Analyzed	Κοινωνικοποίηση Άνδρες - Γυναίκες
Column B	Female
vs.	vs.
Column A	Male
Unpaired t test	
P value	< 0.0001
P value summary	****
Significantly different? (P < 0.05)	Yes
One- or two-tailed P value?	Two-tailed
t, df	t=4.461 df=98
How big is the difference?	
Mean ± SEM of column A	62.59 ± 3.272, n=45
Mean ± SEM of column B	78.94 ± 1.957, n=55
Difference between means	16.35 ± 3.664
95% confidence interval	9.075 to 23.62
R squared	0.1688
F test to compare variances	
F,DFn, Dfd	2.288, 44, 54
P value	0.0040
P value summary	**
Significantly different? (P < 0.05)	Yes

Περιβάλλον Ανδρες - Γυναίκες

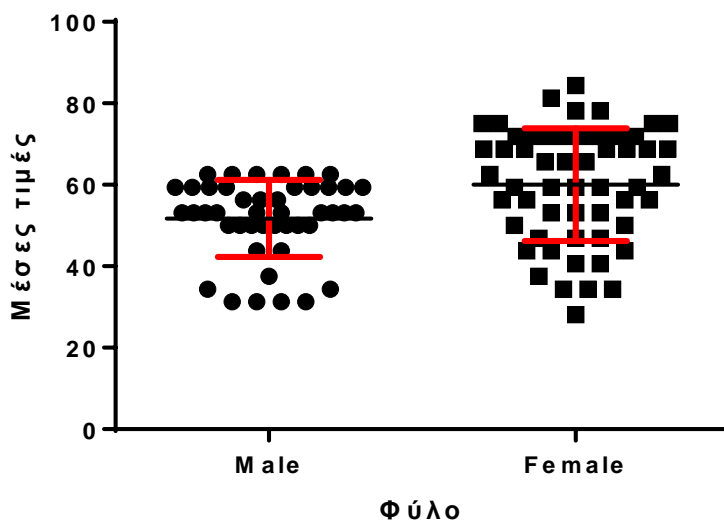


Table Analyzed	Περιβάλλον Ανδρες - Γυναίκες
Column B	Female
vs.	vs.
Column A	Male
Unpaired t test	
P value	0.0009
P value summary	***
Significantly different? (P < 0.05)	Yes
One- or two-tailed P value?	Two-tailed
t, df	t=3.432 df=98
How big is the difference?	
Mean ± SEM of column A	51.74 ± 1.410, n=45
Mean ± SEM of column B	60.06 ± 1.865, n=55
Difference between means	8.321 ± 2.425
95% confidence interval	3.509 to 13.13
R squared	0.1073
F test to compare variances	
F,DFn, Dfd	2.137, 54, 44
P value	0.0105
P value summary	*
Significantly different? (P < 0.05)	Yes

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το μέσο σκορ στην κλίμακα WHOQOL-BREF μετά από αναγωγή στην WHOQOL-100 των ηλικιωμένων που συμμετείχαν σε αυτήν την έρευνα ήταν 56, παρόμοιο με το σκορ που παρουσιάστηκε στη μελέτη εγκυρότητας και αξιοπιστίας της κλίμακας (Eser et al 2010). Σε παρόμοιες έρευνες στην Τουρκία παρατηρήθηκε υψηλότερο σκορ που έφτανε το 75,79.

Αναλύοντας τους 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: 61,14

Ψυχική υγεία: 64,87

Κοινωνικοποίηση: 71,58

Περιβάλλον: 56,31

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγκριση των μέσων σκορ των επιμέρους τομέων μεταξύ των αντρών και των γυναικών που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα. Στους τρεις από τους τέσσερις τομείς της κλίμακας παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής μεταξύ των δύο φύλλων.

Συγκεκριμένα:

Στους τομείς σωματική υγεία, κοινωνικοποίηση και περιβάλλον οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερη ποιότητα ζωής ($p=0,147$, $p<0,001$, $p=0,0009$ αντίστοιχα).

Αντίθετα, στον τομέα της ψυχικής υγείας δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλλων.

Σε αντίθεση με την παρούσα 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 μας δεν ήταν δυνατές, λόγω του ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι των ορεινών χωριών του Νοτίου Ηρακλείου της Κρήτης έχουν επίπεδο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης ή καθόλου εκπαίδευση. 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) .

Παρόμοια αποτελέσματα με την ερευνά μας (Kirchengast, Haslinger, 2008) έδειξαν διαφορά μεταξύ των δύο φύλων με $p=0,02$ στους τομείς σωματικής υγείας, κοινωνικοποίησης και περιβάλλοντος.

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).

Στους ηλικιωμένους κατοίκους των ορεινών χωριών του νοτίου Ηρακλείου Κρήτης το φύλλο συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής στους τομείς της σωματικής υγείας, κοινωνικοποίησης, περιβάλλοντος.

Η μέση τιμή του σκορ=56 είναι χαμηλότερη από αυτή που αποδεικνύεται σε παρόμοιες έρευνες, γεγονός που μας κατευθύνει στο ότι πρέπει να γίνουν ενέργειες για την βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού- στόχου της έρευνάς μας.

Λόγω του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων στο δείγμα μας επιπλέον έρευνα θα πρέπει να πραγματοποιηθεί για την εξασφάλιση αντιπροσωπευτικότερου δείγματος.

Επίσης, συσχετίσεις όπως η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση δύναται να μας δώσουν επιπλέον πληροφορίες για τις μεταβλητές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στα ορεινά χωριά του νοτίου Ηρακλείου Κρήτης.

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, amKalitesininin' lc,u'lmesi,WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. *Psikiyatri Psikoloji Dergisi* 7, 23–40
6. Goldberg D. (1972). *Detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford: Oxford University Press.
7. Kaya, M., Aslan, D., Vaizoglu, S. A., Doruk, C., Dokur, U., Bicici, 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.
8. Lloyd-Sherlock, P., 2000. Population aging in developed and developing regions: implications for health policy. *Soc. Sci. Med.* 51, 887–895.
9. Mc Call WV. (1975) *Quality of Life*. *Social Indicators Research*: 2:229-248.
10. Morrow G R, Chiarello R J, Derogatis L R. (1978). A new scale for assessing patients' psychological adjustment to medical illness. *Psychological Medicine*: 8:605-610.
11. Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197–2214

12. 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.
13. 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.*
14. 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.*
15. Ware J E. (1992). *The SF- 36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide.* Boston: The Health Institute, New England Medical Centre.
16. WHO (World Health Organization), 1999a. *World Atlas on Ageing.* World Health Organization Centre for Health Development, WHO Press, Kobe, pp. 1–138.
17. WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998b; 28: 551–558
18. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998a; 46:1569–1585.
19. WHOQOL-BREF Δεκέμβριος 2006.
20. 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.
21. Yfantopoulos J. (2001 c) Health- Related Quality of Life. *Archives of Hellenic Medicine: 19: 131-146.*
22. Αλουμάνης Π. (2002). *Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης.* Αθήνα: ΙΚΑ.
23. Βιδάλης Α, Συγγελάκης Μ. (2002). Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. *Nottingham health Profile (NHP)- Ελληνική έκδοση.* *Ιπποκράτεια: 4:39-42.*
24. Καλικάιρινού Αθηνά (2008) *Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα.*
25. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία επίσημων εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων 1999 «Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στις Ευρωπαϊκές περιφέρειες και πόλεις
26. Παρασκευή Θεοφίλου «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ: ENNOIA ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ» e-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας.

27. Σχέδιο Νόμου Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.) και λοιπές διατάξεις.
28. Σωτηριάδου, Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π (2011) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα- κατάσταση και προοπτικές» Τόμος 3 Τεύχος 4.
29. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (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"/>	=		
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"/>	=		

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

		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 δυσαρεστημένος- 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 (F11.3)	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)	Αισθάνεστε 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 ποιο 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 δυσανεστημέ- νος-η	Μέτρια δυσανεστημέ- νος-η	Ούτε ικανοποιημένος-η Ούτε δυσανεστημέ- νος-η	Μέτρια ικανοποιημέ- νος-η	Πολύ ικανοποιημέ- νος-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 καθημερινής 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;