

ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΤΕΙ-ΑΘΗΝΑΣ

Μ.Π.Σ. «ΕΦΗΡΜΟΣΜΕΝΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ»

ΤΟΜΕΑΣ: Υγιεινής και επιδημιολογίας

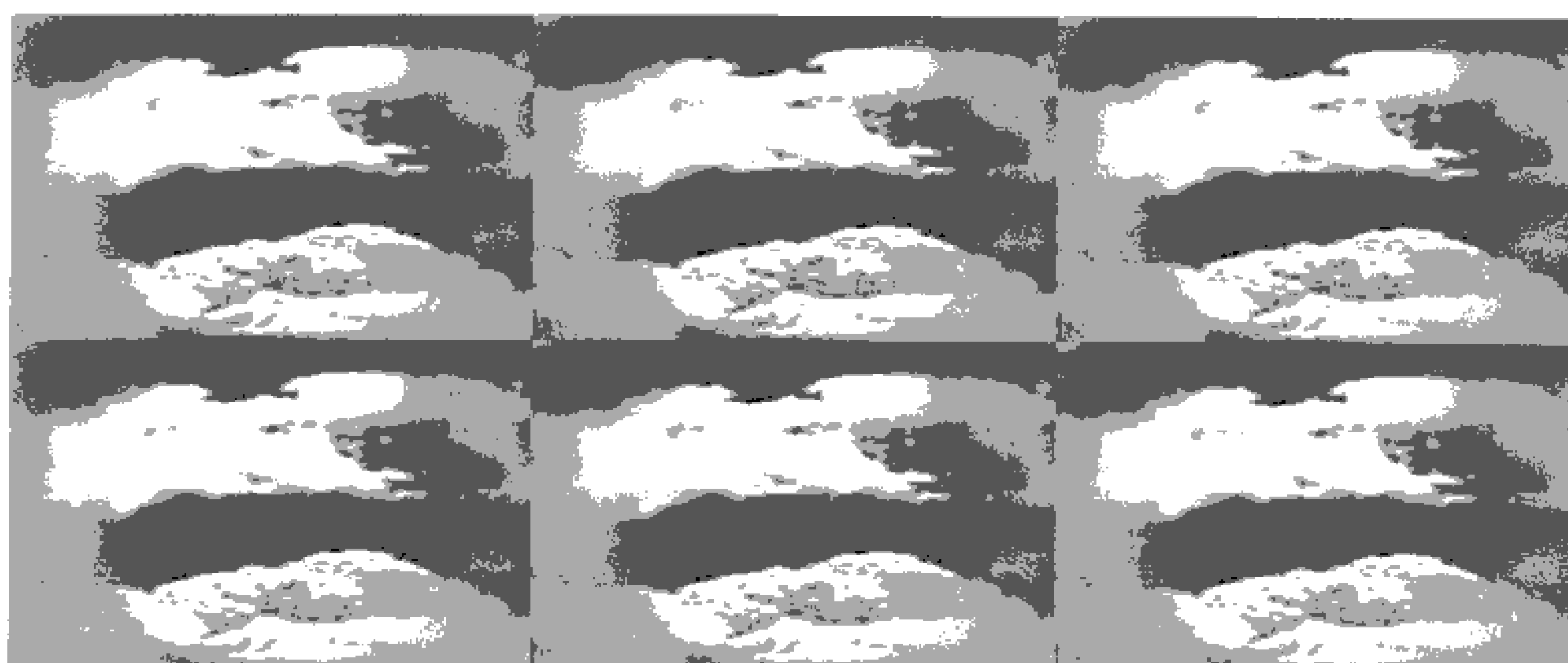
ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: Δρ Χαρίλαος Κουτής

ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΟ ΕΤΟΣ 2004-2005

Διπλωματική εργασία:

Ποιότητα Υγείας Φοιτητών

*(εφαρμογή της επισκόπησης υγείας sf-36 σε φοιτητές
επιστημών υγείας).*



Υπό
Ευαγγελίας Παπαγιάννη
Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας

Αθήνα 2006

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

σελίδες

Εισαγωγή.....i

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: *Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ*

1.1	Η Έννοια της Υγείας.....	1
1.2	Η Έννοια της Νόσου.....	4
1.3	Ορισμοί και Έννοιες της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	6
1.4	Η Μέτρηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	13
1.4.1	Μεθοδολογία μέτρησης.....	13
1.4.2	Σκοποί Μέτρησης.....	15
1.4.3	Στάδια Εφαρμογής των Οργάνων Μέτρησης.....	16
1.4.3	Μεθοδολογία Συλλογής Στοιχείων.....	19
1.4.4	Νέες Μεθοδολογικές Προσεγγίσεις.....	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: *ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ*

2.1	Γενικά.....	22
2.2	Εννοιολογικές Προσεγγίσεις.....	25
2.3	Ορισμός της Ποιότητας Ζωής.....	26
2.4	Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ποιότητας Ζωής.....	29
2.5	Δείκτες Ποιότητας Ζωής.....	32
2.5.1	Δείκτες Υγείας.....	32

2.5.2	Αντικειμενικές και Υποκειμενικές Διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής. Δυσκολίες Εκτίμησης και Ασυμβατότητες.....	37
2.5.3	Δείκτης Ποιότητας Ζωής Περιοδικού Economist.....	39
2.5.4	Ποιότητα Ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. (Μια μελέτη του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας)...	42

*ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΠΑΓΥΡΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΑΛΛΩΝ ΓΗΙΣΤΗΜΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ
ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ*

3.1	Εισαγωγή.....	47
3.2	Οικονομική Επιστήμη.....	49
3.2.1	Γενικά.....	49
3.2.2	Η Συμβολή των Μετρήσεων Ποιότητας Ζωής στην Εκτίμηση του Υγειονομικού Αποτελέσματος.....	50
3.3	Ψυχολογία.....	57
3.3.1	Γενικά.....	57
3.3.2	Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία.....	58
3.4	Κοινωνιολογία.....	63
3.5	Τεχνολογική Επιστήμη.....	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

4.1	Γενικά.....	73
4.2	Υγειονομική Επισκόπηση του Νότιγγαμ (Nottingham Health Profile).....	76
4.3	EQ-15D.....	79
4.4	EuroQol (European Quality Of Life Scale) EQ-5D.....	81

4.5	World Health Organization Quality of Life Group - WHOQOL.....	83
4.6	Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας. (The General Health Questionnaire)....	84
4.7	Γενικοί Δείκτες Κατάταξης της Υγείας (General Health Ratings Index). ..	85
4.8	Κλίμακα Ευεξίας (Quality of Well-Being Scale, QWB).....	85
4.9	Δείκτης Ωφελιμότητας Υγείας. (Health Utilities Index, HUI).....	86
4.10	Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας (Sickness Impact Profile).....	86
4.11	Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (The Karnofski Performance Index- KPI).....	88
4.12	Ο Δείκτης Λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status)..	88
4.13	Ο Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living).....	89
4.14	Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια (The Psychological Adjustment to Illness Scale).....	89
4.15	Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index).....	91
4.16	Ερωτηματολόγιο Μέτρησης Ποιότητας Ζωής για Παιδιά-KINDL.....	91
4.17	Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey).....	94

*ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΣΥΓΚΡΙΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ.*

5.1	Γενικά.....	99
5.2	Κλίμακες μέτρησης του Πόνου.....	100
5.3	Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσους (ΙΦΕΝ).....	102

5.4	Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής ατόμων με ακράτεια ούρων (Incontinence Quality of Life, I-QOL).....	104
5.5	Ερωτηματολόγιο για τη φλεβική ανεπάρκεια των κάτω ακρών (Chronic Venous Insufficiency Questionnaire-CIVIQ).....	105
5.6	Ερωτηματολόγια εκτίμησης της ποιότητας ζωής για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.....	106
5.7	Ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών με εγκατεστημένη οστεοπόρωση.....	110
5.8	Εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής σε ψυχικά ασθενείς.....	114
5.8.1	Συνοπτική παρουσίαση ψυχομετρικών εργαλείων που αξιολογούν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ψυχικά ασθενών.....	114
5.8.2	Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια.....	121
5.8.3	Ερωτηματολόγια εκτίμησης της ποιότητας ζωής ατόμων που πάσχουν από συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές.....	121

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή.....	124
Σκοπός.....	125
Υλικό και μέθοδος.....	126
Αποτελέσματα.....	127
Συζήτηση.....	160
Συμπεράσματα.....	167

Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται ζωηρό ενδιαφέρον από την διεθνή κοινότητα για θέματα που αφορούν την ποιότητα ζωής. Ο Π.Ο.Υ θέτει τη διασφάλιση της ποιότητας της ζωής ως τον τελικό στόχο προς τον οποίο θα πρέπει να συγκλίνουν οι ενέργειες όλων¹ και φέρνει στο προσκήνιο την έννοια της θετικής υγείας προσθέτοντας στον στόχο «περισσότερα χρόνια ζωής» και αυτόν της «περισσότερης υγείας στα χρόνια ζωής»².

Η διεθνής ιατρική κοινότητα με τη σειρά της στρέφει την προσοχή της με αυξανόμενη ένταση στην μέτρηση στοιχείων της υγείας που σχετίζονται στενά με την ποιότητα ζωής, δηλαδή στην μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life). Πρόκειται για μία πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα που περιλαμβάνει όχι μόνο τις επιπτώσεις της νόσου αλλά και την αξιολόγηση της θετικής υγείας δηλαδή της σωματικής, ψυχικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου. Αν θέλαμε να δώσουμε έναν ορισμό της θα λέγαμε πως είναι το άριστο επίπεδο της πνευματικής, ψυχικής, σωματικής, κοινωνικής λειτουργικότητας, των σχέσεων και των αντιλήψεων για την υγεία, τη φυσική κατάσταση, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ευεξία³. Είναι λοιπόν φανερό ότι πρόκειται για μια υποκειμενική και πιο αφηρημένη διαδικασία από την όποια ταξινόμηση των επιπτώσεων της νόσου.

Η ανάπτυξη ερωτηματολογίων που αφορούν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής παρουσιάζει ιδιαίτερη ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια όσο η χρήση τους διευρύνεται. Η ιατρική βιβλιογραφία φιλοξενεί πληθώρα ερευνών για την ποιότητα της υγείας διαφόρων ομάδων πληθυσμού^{4,5} εστιάζοντας πολλές από

αυτές στην αξιολόγηση της γενικής ευεξίας, στα πλαίσια της θετικής υγείας και όχι μόνο στην μέτρηση της βιολογικής λειτουργικότητας^{5,6}.

Ένα από τα πλέον γνωστά και ευρέως χρησιμοποιούμενα ερωτηματολόγια σήμερα είναι η επισκόπηση υγείας SF-36 (Short form 36 health profile)⁷. Πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό, πολλαπλών εφαρμογών και μικρής σχετικά έκτασης γενικό όργανο. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που συνθέτουν 8 κλίμακες οι οποίες αφορούν σωματική λειτουργικότητα, σωματικό ρόλο, σωματικό πόνο, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικό ρόλο και ψυχική υγεία. Ο δείκτης SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού (και ειδικών ομάδων πληθυσμού) στις Η.Π.Α, στην Ε.Ε και σε άλλες χώρες^{8,9,10,11,12}.

Επιτρέπει τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, μεταξύ υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών¹³. Στη χώρα μας η χρήση ερωτηματολογίων για την μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής είναι περιορισμένη^{14,15,16}.

Γεγονός είναι επίσης ότι σε παγκόσμια κλίμακα το πεδίο που αφορά την ποιότητα της υγείας των νέων και ακόμα περισσότερο των φοιτητών είναι υποερευνημένο και δεν έχει απασχολήσει τους ερευνητές όσο άλλες ομάδες πληθυσμού^{17,18}. Η παρούσα μελέτη εστιάζει στην εκτίμηση πληροφοριών για την φυσική, ψυχική συναισθηματική και κοινωνική ευεξία των φοιτητών. Διερευνά συσχετίσεις με τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά τους στοιχεία και ανιχνεύει την έκθεση των φοιτητών σε παράγοντες που ευνοούν τη διαταραχή της υγείας και την υποβάθμιση της ποιότητας της υγείας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1°

Η ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

1.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο πέρασμα των αιώνων για τον προσδιορισμό της λέξης «υγεία» έχουν χρησιμοποιηθεί διάφοροι ορισμοί. Μια βιβλιογραφική αναζήτηση του ορισμού μας δίνει πολλαπλές και συχνά αρκετά διαφορετικές, μεταξύ τους, ερμηνείες. Στον καταστατικό χάρτη της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ), η υγεία χαρακτηρίζεται σαν «η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι αποκλειστικά η απουσία νόσου ή αναπηρίας»¹⁹. Ο ορισμός αυτός επιβεβαιώθηκε και στην Παγκόσμια συνδιάσκεψη για την υγεία και την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Alma-Ata. Στα πορίσματα της συνδιάσκεψης αυτής τονίζεται ότι²⁰: «η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι κοινωνικός στόχος που αφορά όλο τον κόσμο και η πραγματοποίησή του απαιτεί τη δραστηριότητα πολλών τομέων».

Φαίνεται λοιπόν καθαρά ότι για να επιτευχθεί η υγεία, είναι απαραίτητη η αρμονία όχι μόνο του σώματος και της ψυχής, αλλά και όλων σχεδόν των στοιχείων του περιβάλλοντος. Η έννοια του περιβάλλοντος δεν περιλαμβάνει μόνο φυσικά, χημικά και βιολογικά στοιχεία αλλά έχει ευρύτερη έννοια και αφορά όλο το πολιτικό και οικονομικό φάσμα²¹. Παρόλη τη σαφήνεια του ορισμού, η ιατρική κοινότητα στην πλειοψηφία της ακόμα και σήμερα ταυτίζει την υγεία με την απουσία της ασθένειας, ενώ άλλες επιστήμες επιμένουν σε διαφορετικές προσεγγίσεις.

Η αλήθεια είναι ότι κανένας ορισμός που έχει έως σήμερα δοθεί για την υγεία δεν είναι απόλυτα ικανοποιητικός και ολοκληρωμένος. Η υγεία είναι ένα σύνθετο φαινόμενο που επηρεάζεται, επηρεάζει και συχνά αλληλεπιδρά με πολλούς παράγοντες του ευρύτερου περιβάλλοντος. Για το λόγο αυτό έχουν, κατά καιρούς, προταθεί πολλές και διαφορετικές θεωρίες, ανάλογα και με την οπτική γωνία που εξετάζει κάθε φορά την έννοια ο δημιουργός της.

Το κυρίαρχο, σε πολλές περιπτώσεις μέχρι και σήμερα βιοϊατρικό μοντέλο εμφανίστηκε προς τα τέλη του 19ου αιώνα και τις αρχές του 20ού. Παρομοιάζει το ανθρώπινο σώμα με «μηχανή» και ταυτίζει την υγεία με την απουσία της ασθένειας σφραγίζοντας την επικράτηση της ιατροκεντρικής αντίληψης για την υγεία. Σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο, η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας που χαρακτηρίζει το ανθρώπινο είδος. Τα όρια της φυσιολογικότητας είναι αυτά που προσδιορίζουν και την έννοια της αρρώστιας, η οποία ταυτίζεται με την παρεκτροπή από τη φυσιολογική λειτουργία. Η προσέγγιση αυτή αφορά κυρίως τη σωματική διάσταση της υγείας, ενώ φαίνεται να αγνοεί την ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης²².

Στα μέσα της περασμένης δεκαετίας εμφανίζονται στο προσκήνιο κοινωνιολόγοι που θεωρούν, σε γενικές γραμμές, ότι υγεία είναι η ικανότητα του ατόμου να λειτουργεί κανονικά στην κοινωνία που ζει. Ο Τάλκοτ Πάρσονς (T. Parsons) όρισε την υγεία ως την κατάσταση εκείνη που επιτρέπει την καλύτερη δυνατή ανάληψη και εκπλήρωση των ρόλων για τους οποίους το άτομο έχει εγκοινωνιστεί. Η αρρώστια δεν του επιτρέπει να εκτελέσει τις πρωταρχικές του λειτουργίες και να συνεισφέρει στην κοινωνική και παραγωγική διαδικασία. Ο Πάρσονς εισήγαγε και μελέτησε την έννοια του «ρόλου του ασθενούς» και τη σχέση ιατρού – ασθενούς. Όρισε το άτομο ως παραγωγό που οφείλει, μέσα στα

πλαίσια της καλής λειτουργίας της κοινωνίας, να είναι σε καλή υγεία. Θεώρησε, έτσι την ασθένεια σαν πιθανή παρέκκλιση από την κοινωνική τάξη λόγω της απαλλαγής από τις υποχρεώσεις που επιβάλλουν ο κοινωνικός ρόλος και η επαγγελματική δραστηριότητα^{23,24}. Σε παρόμοιο πλαίσιο κινούνται και άλλες θεωρίες που υποστηρίζουν ότι η αρρώστια είναι ένας τρόπος να περιορίζει κανείς τις ευθύνες του ώστε να μπορεί ευκολότερα να αντιμετωπίσει το δύσκολο κόσμο που τον περιβάλλει²⁴.

Την ίδια περίοδο ορισμένοι οικονομολόγοι διαμορφώνουν την έννοια του «ανθρώπινου κεφαλαίου», η ποιότητα του οποίου εξαρτάται κυρίως από την εκπαίδευση και το επίπεδο της υγείας. Η βελτίωση και των δύο παραπάνω παραγόντων αυξάνει, με τη σειρά της, το ποσοτικό και ποιοτικό αποτέλεσμα της εργασίας. Σήμερα η οικονομική επιστήμη θεωρεί την υγεία ως καταναλωτικό αγαθό το οποίο υπόκειται στους νόμους της προσφοράς και της ζήτησης αντιμετωπίζοντας τις υπηρεσίες υγείας ως εμπόρευμα προς αγορά και πώληση²⁵.

Από τη σκοπιά του ατόμου, η υγεία έχει να κάνει με υποκειμενικά κριτήρια. Τα άτομα διαφέρουν μεταξύ τους και είναι φυσικό να διαφέρουν και οι σχετικές απόψεις, οι οποίες διαμορφώνονται από την ιδιοσυγκρασία, τις εμπειρίες, τις γνώσεις, τις αξίες και τις προσδοκίες, σε αντιστοιχία συνήθως με κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά²².

Για τους περισσότερους ανθρώπους η υγεία παίζει *διπλό ρόλο*: από τη μία πλευρά αποτελεί ένα μέσον που βοηθά στην κατάκτηση των στόχων του κάθε ατόμου, ενώ από την άλλη πλευρά αποτελεί ένα θεμέλιο πάνω στο οποίο βασίζει κανείς την ανάπτυξη του δυναμικού του και την πλήρη αξιοποίηση των ικανοτήτων του²¹.

Από την σκοπιά της Δημόσιας Υγείας ο χαρακτήρας της υγείας ως θεμέλιο, δεν περιορίζεται στο ατομικό επίπεδο. Θεωρεί την υγεία θεμέλιο αλλά ταυτόχρονα και προϋπόθεση κάθε μορφής οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης ενός πληθυσμού και ενός κράτους. Το Καταστατικό του ΠΟΥ, μιλώντας για το υψηλότερο δυνατό επίπεδο υγείας ως ένα από τα θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων ή οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης, αναγνωρίζει τον πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της υγείας και υπερβαίνει την ιατροκεντρική θεώρηση που επικρατούσε τον προηγούμενο αιώνα. Θεμέλιο του οράματος πάνω στο οποίο κτίζονται οι σύγχρονες στρατηγικές υγείας αποτελεί η παραδοχή ότι η υγεία είναι απαραίτητη για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Η ανάπτυξη αυτή όμως, αποτελεί προϋπόθεση για την επίτευξη του επιθυμητού επιπέδου υγείας του πληθυσμού και έτσι η υγεία γίνεται και σκοπός και μέσον²¹.

1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Σύμφωνα με το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο το νόσημα αποτελεί την επιστημονική εξήγηση της αρρώστιας και εκφράζει τη βλάβη ενός κυττάρου ή ιστού ή οργάνου ή συστήματος. Η νόσος έχει έναρξη, διάρκεια και πέρας και χαρακτηρίζεται από το ακόλουθο μοντέλο:

Αιτιολογία → Παθολογία → Συμπτωματολογία

Οι σχέσεις ανάμεσα στην αιτιολογία, την παθολογία και τη συμπτωματολογία είναι άμεσες και σαφώς αιτιακές^{22,26}.

Η ιατρογενής αυτή προσέγγιση δεν ανταποκρίνεται στον κλασσικό ορισμό του Π.Ο.Υ. γιατί δε λαμβάνει υπόψη της την ψυχική και κοινωνική διάσταση της

υγείας και κατ' επέκταση και της νόσου. Στις αρχές της δεκαετίας του '80 μάλιστα προσπάθησε να συμβάλει στην αποσαφήνιση των εννοιών της «νόσου», της «αρρώστιας» και της «ασθένειας», εκτιμώντας ότι οι εκδηλώσεις της διαταραχής της υγείας μπορεί να αφορούν όχι μόνο το οργανικό, αλλά και το λειτουργικό και κοινωνικό επίπεδο, αποτελώντας παροδικές διαταραχές διαδικασίας, ή διαταραχές στατικές και εμμένουσες (Πίνακας 1). Διαταραχή της διαδικασίας στο οργανικό επίπεδο αποτελεί η νόσος, στο λειτουργικό επίπεδο η αρρώστια και στο κοινωνικό επίπεδο η ασθένεια. Διαταραχές στατικές και εμμένουσες στο οργανικό επίπεδο συνιστούν κατάσταση μειονεκτικότητας, στο λειτουργικό επίπεδο κατάσταση ανικανότητας και στο κοινωνικό επίπεδο κατάσταση αναπηρίας²⁷.

Πίνακας 1:
Ταξινόμηση των διαταραχών της υγείας ανάλογα με το είδος βλάβης (μόνιμη ή όχι) και το επίπεδο της διαταραχής (οργανικό, λειτουργικό, κοινωνικό)

Επίπεδο	Παροδική βλάβη (Morbus)	Μόνιμη βλάβη (Vitium)
Οργανικό	Νόσος (disease)	Μειονεκτικότητα (impairment)
Λειτουργικό	Αρρώστια (illness)	Ανικανότητα (disability)
Κοινωνικό	Ασθένεια (sickness)	Αναπηρία (handicap)

Πηγή: Π.Ο.Υ (1980)

Πολύ συχνά τα όρια που χωρίζουν την κατάσταση της υγείας από αυτήν της αρρώστιας είναι ασαφή και δυσδιάκριτα από όποια επιστημονική θεώρηση επιλέξει κανείς να τα δει. Το πού τελειώνει η υγεία και πού ξεκινά η αρρώστια είναι συχνά δύσκολο να προσδιοριστεί, γιατί και τα δύο δεν αποτελούν πάντα ξέχωρες και ευδιάκριτες οντότητες που μπορούν να μετρηθούν και να καταταγούν σε κλίμακες. Ο διαχωρισμός μάλιστα γίνεται ακόμα πιο δύσκολος στην περίπτωση της ψυχικής υγείας.

Το ολιστικό πρότυπο θεώρησης της υγείας και της αρρώστιας αντιμετωπίζει τον

άνθρωπο ως ολότητα, με σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές διαστάσεις και την αρρώστια ως προειδοποίηση για τη διαταραχή της αρμονικής ισορροπίας που χαρακτηρίζει την υγεία. Η αρρώστια δεν είναι κάτι «κακό» ή «απορριπτέο», αλλά «σήμα κινδύνου», που όχι μόνο προειδοποιεί αλλά και σηματοδοτεί την προσπάθεια του οργανισμού να επαναφέρει το ανθρώπινο-ολιστικό σύστημα στην αρμονική του ισορροπία²².

Τα τελευταία χρόνια το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο, που επέβαλλε η σύγχρονη ιατρική επιστήμη αμφισβητείται έντονα. Τη θέση του έρχεται να πάρει ένα νέο, βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας που θεωρεί το άτομο σαν μία ολότητα σωματική, ψυχική και κοινωνική ενταγμένη στα πλαίσια ενός ενιαίου συστήματος που διαμορφώνεται από δυναμικές ισορροπίες ανάμεσα στα στοιχεία που το αποτελούν²⁸.

1.3 ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΝΝΟΙΕΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.

Βασική προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του ανθρώπου και την υψηλού επιπέδου ποιότητα ζωής αποτελεί η υγεία του ατόμου, η οποία αναγνωρίζεται ως η σημαντικότερη επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης²⁹. Λαμβάνοντας επιπλέον υπόψη την ολιστική θεώρηση της υγείας, σύμφωνα με την οποία η υγεία δε θεωρείται μόνο ως απουσία νόσου αλλά επίσης και ως σωματική ψυχολογική και κοινωνική ευεξία του ατόμου, γίνεται αντιληπτό ότι θεμελιώδης προσδιοριστής της ποιότητας ζωής είναι η υγεία ως προς τις ατομικές και κοινωνικές της διαστάσεις, καθώς επίσης και τις υποκειμενικές και αντικειμενικές της παραμέτρους. Πράγματι, στις μέρες μας, το ερευνητικό ενδιαφέρον αρχίζει να επικεντρώνεται στην υγεία και

στην ευεξία και όχι στην αρρώστια ή στην ασθένεια, στην ποιότητα ζωής και όχι στην μειονεξία ή στην αναπηρία. Σε συνεργασία μάλιστα με άλλες συναφείς επιστημονικές εξειδικεύσεις, προσφέρει μια νέα θεώρηση του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικού όντος, που βρίσκεται σε μια ισορροπία και αρμονία νου-ψυχής-σώματος, το οποίο δρα ενεργητικά και συμβάλλει στην δημιουργία της ευεξίας, της υγείας και της ποιότητας ζωής του³⁰.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ευεξία, η οποία προσλαμβάνεται ως ο συνδυασμός των αντικειμενικών και υποκειμενικών παραγόντων της ζωής ενός ατόμου. Σήμερα, είναι πλέον ευρέως παραδεκτό και κοινά αποδεκτό ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, του οποίου η λειτουργία διέπεται, τόσο από τις αρχές της καθολικότητας αλλά και της εξατομίκευσης, όσο και από τις αρχές της πραγματικότητας αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου ατόμου. Οι σημαντικότεροι προσδιοριστές της υγείας και της ποιότητας ζωής αφορούν όχι μόνο τις κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας, αλλά και τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου³⁰.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας με το Σύνταγμα του το 1946, που ορίζει την υγεία ως φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας¹⁹. Το 1984, το Ευρωπαϊκό Γραφείο του ΠΟΥ ξεκίνησε την εκστρατεία «Υγεία για Όλους», η οποία βασίζεται σε τέσσερις ευρύτερους στόχους, που εκφράζονται με τους εξής σκοπούς³¹:

- ◆ Προσθέτοντας χρόνια στη ζωή
- ◆ Ισότητα στην υγεία

- ◆ Δίνοντας υγεία στη ζωή
- ◆ Προσθέτοντας ζωή στα χρόνια.

Στη συνέχεια, η τροποποιημένη δήλωση του ΠΟΥ σχετικά με τους στόχους του προγράμματος «Υγεία για Όλους», που εκδόθηκε το 1991, συμπεριλαμβάνει συγκεκριμένη αναφορά στην ποιότητα ζωής: «...όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά»³².

Η ανάγκη για τη μελέτη των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής οδήγησε σταδιακά στην ανάπτυξη νέων επιστημονικών πεδίων. Στο πλαίσιο αυτής της εξειδικευμένης προσέγγισης εντάσσεται η Ποιότητα Ζωής που Σχετίζεται με την Υγεία (Health Related Quality of Life) και η οποία μελετά την επίδραση που μπορεί να έχει το επίπεδο υγείας του πολίτη στην καθημερινή ζωή του και στην ικανότητά του να λειτουργεί κανονικά.

Το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας για την "ποιότητα ζωής" των ασθενών και όχι μόνο για την ύπαρξη ή μη νόσου, έχει αυξηθεί εντυπωσιακά τα τελευταία 20 χρόνια. Ενδεικτικό είναι το ότι ο όρος "ποιότητα ζωής" αναφέρεται στην ιατρική βιβλιογραφία, από το 1966 μέχρι το 1974, 40 φορές σε σχέση με τις 10.000 αναφορές που καταγράφονται, στην περίοδο 1986 έως 1994. Δεν υπάρχει λοιπόν αμφιβολία ότι η έννοια της "ποιότητας ζωής" συνυφασμένης με θέματα υγείας αποτελεί θέμα με τεράστιο ενδιαφέρον³⁴.

Στην Ιατρική, ο όρος «ποιότητα ζωής» απευθύνεται σε όλες εκείνες τις ανθρώπινες ανάγκες που συχνά έχουν παραμεληθεί από το σύστημα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Μια αιτία που προκάλεσε το ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής στην Ιατρική, με έμφαση στην υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς, ήταν η

αυξανόμενη δυσφορία στις δεκαετίες του 1960 και 1970 από την πλευρά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως είναι η φαρμακευτική αγωγή. Μια συγκεκριμένη πλευρά της δυσφορίας αυτής είχε να κάνει με το γεγονός πως στις προσπάθειες παράτασης του χρόνου επιβίωσης επίκεντρο αποτέλεσαν αποκλειστικά οι θεραπευτικές ανάγκες, χωρίς η Ιατρική να λάβει σοβαρά υπόψη τις άλλες βασικές ανθρώπινες ανάγκες του ασθενούς, (η ψυχική ευεξία, η αυτονομία και η αίσθηση πως ανήκει σε μια κοινωνική ομάδα ή σε ένα κοινωνικό σύνολο). Αυτό το θέμα ήρθε αρχικά στο προσκήνιο στον τομέα της Ογκολογίας, όπου ο προβληματισμός επικεντρώνονταν στο εάν κάποιος θα έπρεπε να ανταλλάξει τη μεγαλύτερη διάρκεια της ζωής για χάρη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής³⁵.

Πράγματι, τις τελευταίες δεκαετίες, με τη βοήθεια των σύγχρονων ιατρικών ανακαλύψεων, των κλινικών ερευνών και της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, αυξήθηκε σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης αλλά και ο μέσος όρος ζωής στις κοινωνίες δυτικού τύπου. Ήδη, το μέσο προσδόκιμο επιβίωσης στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης για το έτος 2000 ήταν 78 χρόνια (75 για τους άνδρες και 81 για τις γυναίκες). Το ερώτημα, όμως, που τίθεται είναι κατά πόσον τα επιπλέον χρόνια ζωής που κερδίθηκαν κατά την τελευταία πεντηκονταετία είναι ποιοτικά χρόνια με καλή υγεία, ελεύθερα συμπτωμάτων και ασθενειών ή μήπως τελικά αυτή η αύξηση του μέσου όρου ζωής ακολουθείται από μια χρόνια νοσηρότητα, που πλήττει κυρίως τις μεγάλες ηλικίες³⁶.

Μέχρι πρόσφατα η Ιατρική επιστήμη αντί να εστιάζει στη διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, είχε περιορίσει το ενδιαφέρον της στην «σχετιζόμενη με την αρρώστια ποιότητα ζωής», αφού οι περισσότεροι δείκτες υγείας ήταν αρνητικοί: θνησιμότητα, νοσηρότητα, βαθμός αναπηρίας, αριθμός

χειρουργικών επεμβάσεων, αριθμός ημερών νοσηλείας, κόστος νοσηλείας κ.λπ. Ακόμα, και οι θετικοί δείκτες, όπως η επιβίωση και τα αναμενόμενα χρόνια ζωής, δεν εξέφραζαν την ποιότητα της επιβίωσης, αλλά μόνο τη διάρκεια³⁷. Σήμερα οι μετρήσεις των καταστάσεων υγείας εστιάζονται πλέον και στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας, ζωής και όχι μόνο στις παραδοσιακές μετρήσεις θνησιμότητας και νοσηρότητας, όπως παλαιότερα. Παράλληλα, η πρόοδος που έχει σημειωθεί στην ιατρική επιστήμη, ενθαρρύνει την ιδιαίτερη σημασία που έχει δοθεί στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής, διότι στις περισσότερες περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις που απαιτούν έναν ευρύτερο ορισμό της υγείας, ο οποίος περιλαμβάνει το σύνολο των σωματικών, κοινωνικών και ψυχικών λειτουργιών του ασθενή και δεν περιορίζεται απλά και μόνο στη θεραπεία των βιολογικών εκδηλώσεων μιας ασθένειας. Κατά συνέπεια, η διατήρηση ή ανάκτηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι ένας εξαιρετικής σημασίας στόχος, που συνδέεται με την υιοθέτηση ενός νέου τρόπου επιβίωσης και που αποβλέπει στην πρόληψη κατά των χρόνιων ασθενειών και την αποφυγή κινδύνων, οι οποίοι πιθανά να έχουν δυσμενείς επιπτώσεις στην κατάσταση υγείας του ατόμου³.

Παρά το γεγονός ότι ο όρος «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής» έχει τόσο μεγάλη εξάπλωση και προκαλεί το ενδιαφέρον, στην πράξη η καταγραφή της ποιότητας ζωής σε σχέση με τα θέματα υγείας, αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία που περιλαμβάνει την αξιολόγηση των αντικειμενικών επιπέδων της κατάστασης υγείας, φιλτραρισμένα όμως από την υποκειμενική αντίληψη και προσδοκία των ίδιων των ατόμων. Αποτελεί μια έννοια με δύο όψεις, αφού ενσωματώνει θετικές και αρνητικές πλευρές μιας κατάστασης και της ζωής και αντιπροσωπεύει μια προσωπική και δυναμική έννοια. Κι αυτό γιατί αν η

κατάσταση της υγείας ενός ατόμου αλλάξει, η αλλαγή αυτή θα έχει επιπτώσεις και στους ρόλους, τις σχέσεις, τις εμπειρίες και την οπτική γωνία που αντιλαμβάνεται τη ζωή. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί έτσι ένα ειδικό πεδίο έρευνας, στο οποίο περιλαμβάνονται οι πλευρές της ζωής των ατόμων που επηρεάζονται τόσο από την προσωπική υγεία όσο και από τις δραστηριότητες που στοχεύουν στη διατήρηση ή βελτίωση της υγείας. Είναι μια υποκειμενική αντίληψη του επιπέδου υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην επίδραση που έχει μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας στην ικανότητα του ατόμου να ζήσει μια ικανοποιητική ζωή. Πρόκειται λοιπόν, για μια πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα, η οποία περιλαμβάνει τις θετικές και τις αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής^{4,34}.

Οι ορισμοί που έχουν προταθεί διαχέονται από μια αντίστοιχη πολυπλοκότητα. Ο ορισμός του ΠΟΥ⁴⁰ δέχεται τη *σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής* σαν «την υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη 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 στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους». Η οπτική αυτή τονίζει τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής και δίνει μεγαλύτερο βάρος στην υποκειμενική διάσταση και στις θετικές όψεις. Παράλληλα, ομοιάζει με την περιβαλλοντική προσέγγιση στην ποιότητα ζωής^{37,41} και εισάγει την πολιτισμική διάσταση^{37,42,43}, που τροποποιεί τις ατομικές αντιδράσεις απέναντι στην αρρώστια.

Άλλες εγγύτερες στην κλινική Ιατρική τοποθετήσεις απέναντι στην έννοια της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία αναφέρουν πως είναι: «η ανάλυση εκείνη η οποία μετρά την επίδραση των θεραπευτικών διαδικασιών στην ολιστική

προσέγγιση της ζωής του ατόμου»³³ ή «μια γενική εκτίμηση της άποψης του ασθενούς σχετικά με τη νόσο του, τον τρόπο με τον οποίο βιώνει την ασθένειά του και το πώς αυτή επηρεάζει τη δραστηριότητά του στον κοινωνικό και ψυχολογικό τομέα»⁴⁴. Με το ίδιο περίπου σκεπτικό οι Gill και Feinstein αναφέρουν πως είναι: «ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και αντιδρούν στην κατάσταση της υγείας τους και στις άλλες, μη ιατρικές, πλευρές της ζωής τους».³⁸

Ο ορισμός της *σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής* ο οποίος υιοθετήθηκε από το χώρο της Δημόσιας Υγείας είναι ο εξής: «Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι η αξία που διανέμεται στη διάρκεια της ζωής, όπως τροποποιείται από τα ελαττώματα, τη λειτουργική κατάσταση, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από αρρώστια, τραύμα, θεραπεία ή πολιτική υγείας»³⁹. Τονίζει τη σχέση μεταξύ της διάρκειας και της ποιότητας της ζωής και δίνει έμφαση στον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής, καθώς και στις πιθανές επιδράσεις που έχουν η αρρώστια, η θεραπευτική παρέμβαση και η εφαρμογή πολιτικών μέτρων. Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, βασίζεται στην εκτίμηση που κάνει το άτομο για την ποιότητα της υγείας του. Η εκτίμηση αυτή αντανακλά την κατάσταση της υγείας του, όπως αυτό την αντιλαμβάνεται, και την ικανότητά του να ζει μια ευτυχισμένη ζωή^{45,46}, καθώς και το γεγονός ότι η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου σχετίζεται όλο και συχνότερα με την ποιότητα ζωής, ενώ η ποιότητα ζωής σχετίζεται άμεσα με την υγεία⁴⁷.

1.4 Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.

1.4.1 Μεθοδολογία μέτρησης

Οι πρώτες απόπειρες μέτρησης και άλλων διαστάσεων της υγείας, εκτός των καθιερωμένων δεικτών θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.α, επιχείρησαν να εκτιμήσουν τη γενική κατάσταση υγείας (health status) και τη λειτουργικότητα. Οι κλίμακες που προτάθηκαν αφορούσαν δέκα ενότητες: (α) επίπεδο υγείας (αυτοβαθμολογημένο), (β) ανησυχία για την υγεία, (γ) χρόνιες παθήσεις, (δ) βαθμός ενεργητικότητας, (ε) ικανοποίηση με τη φυσική κατάσταση, (στ) αισθηματική κατάσταση, (ζ) βαθμός ευτυχίας, (η) αναπηρία, (θ) περιορισμοί, (ι) κοινωνικές επαφές. Τα εργαλεία που σχεδιάστηκαν για την εκτίμηση της κατάστασης υγείας θεωρήθηκαν χρήσιμα τόσο στην επιδημιολογική έρευνα για την αξιολόγηση της υγείας του πληθυσμού και για την κατανομή των πόρων στον τομέα της υγείας, όσο και στην κλινική πράξη⁴⁸⁻⁵⁰.

Στην κλινική Ιατρική, η έμφαση δόθηκε στην εκτίμηση των επιδράσεων στην ποιότητα ζωής που έχουν διάφορα νοσήματα, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος, καθώς και οι διαφορετικές θεραπευτικές παρεμβάσεις. Τα εργαλεία κάλυπταν πληροφορίες και για τη συμπτωματολογία, αλλά και για την ψυχοκοινωνική προσαρμογή των ασθενών στην αρρώστια. Διαπιστώθηκε έλλειψη συμφωνίας στις εκτιμήσεις μεταξύ των γιατρών και των ασθενών για την επίδραση της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής, αλλά φανερώθηκε ότι έγκυρες πληροφορίες μπορούν να ληφθούν και από τους δύο^{37,51,52}.

Μέχρι την αρχή της δεκαετίας του '90 είχε εμφανιστεί πλήθος εργαλείων που είχαν χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ο Hollandsworth το 1988 ανέφερε 83 εργαλεία⁵², ενώ οι Gill και

Feinstein³⁸ το 1994 μέτρησαν 159 εργαλεία. Αυτοί οι συγγραφείς, όπως και όλοι οι αναλυτές της βιβλιογραφίας, υπογράμμισαν την έλλειψη αξιοπιστίας της μεθοδολογίας στις περισσότερες μελέτες για την ποιότητα ζωής, ακόμα και την απουσία καθορισμού των στόχων⁵². Ακολούθησαν έντονες προσπάθειες για την αναβάθμιση της μελέτης της ποιότητας ζωής, με έμφαση στην εξακρίβωση των στόχων και των σκοπών των μελετών, τη βελτίωση των εργαλείων ως προς την καταλληλότητα, την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους, καθώς και τη σωστή επιλογή και χρήση των εργαλείων³⁷.

Σήμερα η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, υπολογίζεται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων που βασίζονται σε ένα κοινό θεωρητικό υπόβαθρο, σύμφωνα με το οποίο η μέτρηση της βιολογικής λειτουργικότητας είναι βασικός αλλά όχι επαρκής δείκτης αξιολόγησης της υγείας^{5,6}. Σημαντική πλέον αναδεικνύεται και η ανάγκη αξιολόγησης της γενικής ευεξίας και λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του. Τα προτεινόμενα εργαλεία μέτρησης, τα οποία θα αναλυθούν εκτενέστερα σε επόμενο κεφάλαιο, ανήκουν σε δύο βασικές κατηγορίες.

✘ **Τα εργαλεία γενικής χρήσης⁵³** (generic instruments), ή γενικού επιπέδου υγείας³ ή γενικής εκτίμησης της ποιότητας ζωής² τα οποία είναι σχεδιασμένα για να μετρούν το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού, καθώς και των διαφόρων κοινωνικό-οικονομικών και πολιτιστικών ομάδων, ενώ εφαρμόζονται ευρέως σε διάφορους τύπους ασθενειών, ανικανοτητών, διαταραχών και ιατρικών θεραπειών. Ενδεικτικά, ορισμένα από αυτά τα όργανα είναι τα παρακάτω: Short Form 36 (SF-36), Short Form 12 (SF-12), EuroQol (EQ-5D) κ.α.

✘ **Τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών⁵³** (disease specific

instruments) τα οποία είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να μετρούν το επίπεδο υγείας ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων ή ατόμων σε συγκεκριμένες κατηγορίες νόσων. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια είναι χρήσιμα για τις περιπτώσεις εκείνες που δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην επίδραση μιας συγκεκριμένης ασθένειας στο επίπεδο υγείας του ασθενή.

Τα κυριότερα προβλήματα που συνήθως αναφέρονται σε σχέση με τους παραπάνω δείκτες αφορούν τα εξής¹³:

1. Τον καθορισμό της διάστασης της ευημερίας και της ποιότητας ζωής (τι ακριβώς συνιστά η ποιότητα ζωής και τι είναι πολύτιμο στη ζωή).
2. Ποια μέθοδος πρέπει να ακολουθηθεί.
3. Η μεθοδολογία συνιστά την επιλογή συγκεκριμένων διαβαθμίσεων (π.χ. κάτω από ένα συγκεκριμένο όριο υπάρχει πολύ χαμηλή ποιότητα ζωής, παραπάνω από το οποίο υπάρχει ικανοποιητικό επίπεδο ή υψηλή ποιότητα ζωής).
4. Το ερώτημα για το ποιος καθορίζει τις διαβαθμίσεις της ποιότητας ζωής.
5. Μπορούν οι ίδιες διαβαθμίσεις και μεθοδολογία να εφαρμοστούν και ν' αναπτυχθούν έτσι ώστε να υπάρχουν ασφαλή και αξιόπιστα στοιχεία όσον αφορά τη σύγκριση σε Ευρωπαϊκό και διεθνές επίπεδο;

1.4.2 Σκοποί Μέτρησης.

Οι σκοποί της αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία περιγράφονται σαφώς στην στοχοθέτηση του Π.Ο.Υ. που προσθέτει στα «περισσότερα χρόνια ζωής» και «περισσότερη υγεία στα χρόνια ζωής»³¹: επιμήκυνση προσδόκιμου επιβίωσης, μείωση της νοσηρότητας και αύξηση του

βαθμού ευεξίας ασθενών και υγιών και περιλαμβάνουν^{37, 39, 40, 54}.

- ◆ Επιτήρηση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού.
- ◆ Εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού
- ◆ Αξιολόγηση των επιπτώσεων της εφαρμογής της πολιτικής της υγείας
- ◆ Κατανομή και παρακολούθηση του προϋπολογισμού της δημόσιας υγείας.
- ◆ Εκτίμηση των προσωπικών αναγκών υγείας
- ◆ Ανίχνευση ψυχοκοινωνικών προβλημάτων
- ◆ Διάγνωση και πρόγνωση της έκτασης και της βαρύτητας της αρρώστιας,
- ◆ Αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας
- ◆ Αξιολόγηση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας
- ◆ Σύγκριση εναλλακτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων
- ◆ Κλινικές δοκιμές
- ◆ Οικονομικός έλεγχος.

1.4.3 Στάδια Εφαρμογής των Οργάνων Μέτρησης.

↓ Μετάφραση-απόδοση.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτεί η κατανόηση της διαδικασίας η οποία έχει υιοθετηθεί για τη μετάφραση ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της κλίμακας στις διαφορετικές διαλέκτους. Η «απλή μετάφραση» ενός εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής δεν μπορεί να αποδώσει τις απαιτούμενες ευαίσθητες πτυχές του οργάνου. Απαιτείται επίπονη διεπιστημονική συνεργασία

με έμπειρους γιατρούς στις κλινικές έρευνες, καθώς και με οικονομολόγους και άλλους κοινωνικούς επιστήμονες, όπως ψυχολόγους, κοινωνιολόγους, στατιστικούς και δημογράφους, προκειμένου να διερευνηθούν και να ενσωματωθούν οι επιμέρους απόψεις στην τελική εξειδίκευση του οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής⁵⁵.

✚ Πολιτιστική απόδοση-προσαρμογή.

Οι μετρήσεις ποιότητας της υγείας επιτρέπουν σε κάποιες περιπτώσεις τη διακρατική σύγκριση επιπέδων υγείας. Η μετάφραση πρέπει να αποσκοπεί στη μέγιστη πολιτιστική απόδοση των όρων που χρησιμοποιούνται από το ερωτηματολόγιο, συνυπολογίζοντας το εκάστοτε πολιτισμικό περιβάλλον⁵⁵.

Συνήθως, το σφάλμα της διαπολιτισμικής χρήσης των δεικτών μέτρησης της υγείας προκύπτει από τη λανθασμένη αντίληψη ότι κάθε γνώστης δύο γλωσσών μπορεί να μεταφράσει ένα ερωτηματολόγιο με τέτοιο τρόπο ώστε να αποδίδεται το ίδιο ερμηνευτικό περιεχόμενο. Η πολιτισμική διερμηνεία απαιτεί ερευνητικές δεξιότητες, αμφιπολιτισμική ευαισθησία και εμπειρία σε συναφείς δραστηριότητες³³.

Η δημιουργία ενός ερωτηματολογίου που προορίζεται για διακρατική χρήση, διέπεται από κοινές και συγκεκριμένες διαδικασίες όπως³³:

- ✓ Σαφή και εύκολα κατανοητή ερώτηση και διαδικασία συμπλήρωσης
- ✓ Διπλή μετάφραση που απαιτεί τη συνεργασία δύο διερμηνέων, η οποία στη συνέχεια επεξεργάζεται από έναν ερευνητή ο οποίος γνωρίζει τη μεθοδολογία της μελέτης και διερευνά τις ομοιότητες και τις διαφορές στην απόδοση των μηνυμάτων.
- ✓ Πολιτισμική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου η οποία διασφαλίζεται μέσω

εμπειρικής έρευνας κ.α.

↓ Διερεύνηση ψυχομετρικών ιδιοτήτων.

i. Αξιοπιστία:

Ένα από τα πιο σημαντικά ζητήματα που προσδιορίζει εάν κάποιο εργαλείο μέτρησης είναι κατάλληλα κατασκευασμένο, είναι η αξιοπιστία του. Η αξιοπιστία ενός οργάνου μέτρησης ποιότητας ζωής εκφράζει αφενός την ακρίβεια και τη συνέπεια της μέτρησης ως προς το θέμα το οποίο μελετά και αφετέρου το εύρος μεταβλητότητας των αποτελεσμάτων από τυχαίους παράγοντες της ζωής των ατόμων. Ο συντελεστής αξιοπιστίας υπολογίζεται με διάφορους τρόπους. Ο πιο συνήθης είναι όταν δύο εκδόσεις του ίδιου εργαλείου μέτρησης δίνονται σε ένα δείγμα υπό μελέτη πληθυσμού παρόμοιας ηλικίας, φύλου, κοινωνικών χαρακτηριστικών και επιπέδου υγείας. Αν τα αποτελέσματα είναι σχετικά τα ίδια, η δοκιμασία μέτρησης είναι αξιόπιστη (Μέγιστη αξιοπιστία= 1,00, καλό όργανο μέτρησης=0,70-0,90)³⁰.

ii. Εγκυρότητα

Ο έλεγχος της εγκυρότητας ακολουθεί μετά τον έλεγχο της αξιοπιστίας και θεωρείται πιο σημαντικός. Η εγκυρότητα ενός ερωτηματολογίου ανιχνεύεται δυσκολότερα από ό,τι η αξιοπιστία του, καθώς απαιτεί διαδοχικές συσχετίσεις μετρήσεων³. Ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης δεν είναι απαραίτητα και έγκυρο.

Η εγκυρότητα διακρίνεται σε τέσσερις τύπους: εγκυρότητα έκφρασης (face validity), εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), εγκυρότητα σχετιζόμενη με κριτήριο (criterion validity) και δομική εγκυρότητα (construct validity). Η εγκυρότητα έκφρασης εξετάζει αν τα θέματα μιας δοκιμασίας αφορούν θέματα που σχετίζονται άμεσα με το σκοπό της δοκιμασίας. Η εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται στο

εάν τα βασικά θέματα που αφορούν το σκοπό της δοκιμασίας έχουν συμπεριληφθεί στην κατασκευή του εργαλείου. Ο συνηθέστερος τρόπος για τον προσδιορισμό των θεμάτων αυτών είναι η συνέντευξη με άτομα που συγκεντρώνουν τα τυπικά χαρακτηριστικά της κατηγορίας, με εντελώς ανοικτές ερωτήσεις⁵⁶.

Η συσχέτιση της βαθμολογίας που δίνει το συγκεκριμένο όργανο μέτρησης με τη βαθμολογία μιας εξωτερικής μεταβλητής-κριτηρίου αποδίδει την εκτίμηση της σχετιζόμενης με κριτήριο εγκυρότητας. Από τη συσχέτιση αυτή προκύπτει ο συντελεστής εγκυρότητας. Η δομική εγκυρότητα αφορά τον έλεγχο ύπαρξης ενός θέματος, ενός χαρακτηριστικού, μιας κατηγορίας ή μιας δομής με άλλα θέματα ή χαρακτηριστικά ή δομές^{30,56}.

iii. Ειδικότητα

Η ειδικότητα αναφέρεται στη δυνατότητα ενός εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής να προσδιορίσει σωστά διαφορετικούς πληθυσμούς, π.χ. άτομα με καλή ποιότητα ζωής και άτομα με κακή ποιότητα ζωής, τα οποία ανήκουν σε διαφορετικές υπό έρευνα ομάδες^{30,56}.

iv. Ευαισθησία

Η ευαισθησία ενός εργαλείου μέτρησης εκφράζει την ακρίβεια της μέτρησης, με την έννοια ότι δεν διαφεύγουν τυχόν αλλαγές ή διαφοροποιήσεις που οφείλονται σε παράγοντες όπως η εξέλιξη της νόσου, η επιδείνωση της υγείας, η ψυχολογική εξάρτηση από τη νόσο κ.α^{30,56}.

1.4.4 Μεθοδολογία Συλλογής Στοιχείων.

Στη βιβλιογραφία έχουν παρουσιασθεί κυρίως τρεις μέθοδοι συλλογής στοιχείων^{55,57}.

■ Ταχυδρομική Αποστολή.

Η μέθοδος αυτή περιλαμβάνει ταχυδρομική αποστολή ερωτηματολογίων σε ένα δείγμα πληθυσμού που θέλουμε να μελετήσουμε. Η μέθοδος αυτή εφαρμόζεται εκτεταμένα σε κάποιες χώρες για τη συλλογή παρόμοιων στοιχείων, γιατί ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού αφιερώνει τον απαραίτητο χρόνο για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και την αποστολή του. Στην Ελλάδα η μέθοδος αυτή δεν έχει φέρει μέχρι σήμερα τα προσδοκώμενα αποτελέσματα.

■ Τηλεφωνική Συνέντευξη.

Η δεύτερη αυτή μέθοδος βασίζεται στην τηλεφωνική επικοινωνία του ερωτώμενου με τον ερευνητή. Ενώ η μέθοδος αυτή είναι σχετικά φθηνή και αποτελεσματική για τη συλλογή πληροφοριών που σχετίζονται με έρευνες αγοράς ή πολιτικές δημοσκοπήσεις. Ωστόσο παρουσιάζει κάποια προβλήματα όταν αφορά ζητήματα υγείας, αφού όταν, για παράδειγμα ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει με βάση συγκεκριμένες κλίμακες, η τηλεφωνική επαφή δεν αρκεί.

■ Η Συνέντευξη Πρόσωπο με πρόσωπο.

Η προσωπική συνέντευξη αποτελεί την πλέον διαδεδομένη και αποτελεσματική μέθοδο συλλογής στοιχείων για έρευνες ποιότητας υγείας. Ο ερωτώμενος διευκολύνεται από την παρουσία του συνεντευκτή και μπορεί να διατυπώσει τις απορίες του. Επιπλέον υπάρχει οπτική επαφή με το ερωτηματολόγιο και δίνονται διευκρινίσεις από το συνεντευκτή σε κάθε στάδιο των ερωτήσεων. Το μειονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι το υψηλό κόστος της.

1.4.5 Νέες Μεθοδολογικές Προσεγγίσεις.

Το ενδιαφέρον των ερευνητών που επιθυμούν να αναθεωρήσουν ορισμένες βασικές αρχές των οργάνων μέτρησης της ποιότητας της υγείας στρέφεται κυρίως

σε θέματα όπως³³:

- Σε μετρήσεις μεγάλης χρονικής διάρκειας, το ερωτηματολόγιο δεν πρέπει να παραμένει ίδιο, αλλά να εισάγει νέες διαστάσεις σε κάθε νέα επαναληπτική επαφή με τον συμμετέχοντα στην έρευνα.
- Το ερωτηματολόγιο πρέπει να περιέχει διάφορες παραμέτρους χωρίς εσωτερική συνάφεια.
- Το ερωτηματολόγιο να μην είναι κλειστό. Ο ερωτώμενος πρέπει να μπορεί να αναφέρει διαστάσεις που θεωρεί κατά την άποψή του σημαντικές, χωρίς καθοδήγηση και περιορισμούς επιλογής από έναν προτυποποιημένο πίνακα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2⁰

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η ποιότητα ζωής έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτου χρόνου τους Έλληνες φιλοσόφους. Ήδη από την εποχή του Αριστοτέλη γίνονταν συζήτηση για την έννοια της ποιότητας ζωής. Ο στοχαστής στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια» αναφέρει⁵⁸: «Οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι τόσο το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι λένε ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία».

Ο Αριστοτέλης, εδώ ταυτίζει την έννοια της λέξης «ευδαιμονία» με τον όρο «ποιότητα ζωής» θεωρώντας πως η τελευταία αφορά την έκταση της κάλυψης των συνολικών αναγκών ενός ατόμου. Στο ίδιο σύγγραμμα η λέξη «ευδαιμονία» ορίζεται ως «ένα είδος (λογικής) ψυχικής ενέργειας στα μέτρα της τέλει αρετής». Θεωρείται λοιπόν από το φιλόσοφο η ευδαιμονία ως «το τέλειο και αυτάρκες αγαθό» που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου και ταυτίζει την «ποιότητα ζωής» (ευ ζην) και την «ευημερία» (ευ πράττειν) με την «ευδαιμονία»⁵⁸.

«Οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι και το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι παραδέχονται ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής και η ευημερία είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία».

Ενδιαφέρον είναι ότι από την εποχή ακόμα του Αριστοτέλη επικρατεί σύγχυση και ασυμφωνία ως προς τον ακριβή καθορισμό της έννοιας της ποιότητας ζωής μεταξύ των «σοφών» και των «πολλών»⁵⁸.

«Διαφωνούν, όμως, μεταξύ τους σχετικά με το τι είναι η ευδαιμονία και δεν την αποτιμούν με τον ίδιο τρόπο οι πολλοί και οι σοφοί. Διότι εκείνοι την κατατάσσουν στα απτά και φανερά πράγματα, όπως είναι η ηδονή ή ο πλούτος ή η τιμή, ενώ αυτοί τη θεωρούν κάτι άλλο».

Στις μέρες μας η διαφορά απόψεων μεταξύ των επιστημόνων και των «απλών» ανθρώπων διευρύνεται και η συζήτηση συνεχίζεται με αντιπαραθέσεις και ποικιλία στάσεων και εκτιμήσεων και μεταξύ επιστημόνων ακόμα και του ίδιου κλάδου. Η βασικότερη αιτία της διαφωνίας ή καλύτερα της ποικιλίας των απόψεων, φαίνεται πως άπτεται του γεγονότος πως η έννοια της ποιότητας ζωής εμπεριέχει μεγάλο βαθμό υποκειμενικής χροιάς και εξαρτάται και από τις πολιτισμικές και προσωπικές αξίες του καθενός.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρω τέλος, παρουσιάζει η προσέγγιση του στοχαστή στις μεταβολές των αναγκών του ίδιου ατόμου στο πέρασμα του χρόνου καθώς και στις αλλαγές που ενδεχομένως θα προκύψουν στη ζωή του, σε σχέση με τη στάση του ίδιου ατόμου απέναντι στην έννοια της ποιότητας ζωής^{37,58}.

«Σε πολλές περιπτώσεις, ο ίδιος άνθρωπος έχει διαφορετική γνώμη, διότι όταν αρρωστήσει, θεωρεί την υγεία ευδαιμονία κι όταν είναι φτωχός, τα πλούτη».

Στις μέρες μας η σημασία της ποιότητας ζωής για τον άνθρωπο αναγνωρίζεται και προωθείται από τον Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) μέσα από τις διάφορες διακηρύξεις και συμβάσεις. Η Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ, το 1948, μολονότι δεν περιέχει τον όρο «ποιότητα ζωής»,

καλύπτει την έννοια, κυρίως στα άρθρα 3 και 25, που αφορούν αντίστοιχα «...ζωή, ελευθερία, ασφάλεια...» και «...επίπεδο ζωής που εξασφαλίζει υγεία και ευεξία...». Η Διακήρυξη του Ρίο για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη¹³⁷ δηλώνει στην Αρχή 1: «Οι άνθρωποι βρίσκονται στο επίκεντρό των προβληματισμών για μια αειφόρο ανάπτυξη. Δικαιούνται μια Ζωή υγιεινή και παραγωγική σε αρμονία με τη φύση» και η Αρχή 8 αναφέρεται στο σκοπό της επίτευξης «...ανώτερης ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) τοποθετεί την ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας με το Σύνταγμά του¹⁹ και στον ορισμό που δίνει στην υγεία προσδιορίζοντάς την ως: «φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας». Στη διακήρυξη του «Υγεία για Όλους»³¹ επαναδιατυπώνεται η θέση ότι όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν «ζωή που να τους ικανοποιεί κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά».

Ο όρος ποιότητα ζωής εμφανίζεται στην σύγχρονη κοινωνία αμέσως μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο και αρχικά χρησιμοποιείται στην Αμερική⁵⁹. Η οικονομική ανάπτυξη που σημειώθηκε μετά τον πόλεμο συνέδεσε την ευημερία με την κατοχή καταναλωτικών αγαθών και χρήματος και ταύτισε την οικονομική ασφάλεια με την ποιότητα ζωής. Αρχικά λοιπόν ο όρος εξέφραζε την κατοχή, κυρίως, υλικών αγαθών και χρήματος. Στις δεκαετίες που ακολουθούν, κοινωνικοί επιστήμονες, φιλόσοφοι και πολιτικοί άρχισαν να επιδεικνύουν ενδιαφέρον για τις έννοιες «ποιότητα ζωής» και «επίπεδο ζωής». Το ενδιαφέρον αυτό εκδηλώθηκε στην προσπάθεια των ειδικών να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκαλούνται από τις ανισότητες κατανομής των πόρων και αφορούν το γενικό «ευ Ζην» της κοινωνίας, σε σχέση και με τις ανησυχίες που γεννά η προοδευτική αύξηση του

πληθυσμού και της φτώχειας. Στη δεκαετία του '60, το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας εκτός από την οικονομική ασφάλεια και συνιστώσες όπως την εκπαίδευση, την υγεία και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση. Στη δεκαετία του '70 και μετά, δίνεται επιπλέον έμφαση προς την κατεύθυνση της "προσωπικής ελευθερίας", της συναισθηματικής και ψυχο - κοινωνικής ισορροπίας και ευεξίας. Επίσης παρατηρείται ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής σε καταστάσεις αρρώστιας, θεραπείας και αποκατάστασης^{60,61}.

2.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.

Το ανθρώπινο αγαθό της ποιότητας ζωής αποτελεί ουσιαστικά την αξία της ζωής για το άτομο που την ζει. Είναι προφανές ότι η έννοια του όρου για κάθε άτομο είναι διαφορετική και άκρως υποκειμενική. Για κάποιον ποιότητα ζωής σημαίνει τη δυνατότητά του να χειροκροτεί την αγαπημένη του ομάδα στα γήπεδα, για άλλον σημαίνει την ακρόαση της Ένατης Συμφωνίας του Beethoven και για έναν τρίτο το να απολαμβάνει την ομορφιά ενός ηλιοβασιλέματος παρέα με το σκύλο του. Πρόκειται επομένως για έναν ευρύ όρο που αφορά όλες τις απόψεις της ζωής και περιλαμβάνει την ομορφιά, την καλλιέργεια, τα δικαιώματα, τις αξίες, τις δοξασίες και τις φιλοδοξίες.

Αν θελήσουμε να σταθούμε με πιο στοχαστική ματιά, κοιτάζοντας και πάνω ακόμα από την έννοια του όρου διαπιστώνουμε πως η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν πολιτιστικό δείκτη με διπλό χαρακτήρα. Ο πρώτος έχει να κάνει με το επίπεδο της σύλληψής της, δηλαδή το τι καθόρισε η κοινωνία ως ποιότητα ζωής και ο δεύτερος προσδιορίζει το βαθμό ικανοποίησής της, δηλαδή κατά πόσο

πέτυχε την πραγμάτωσή της. Για να ορισθεί η ποιότητα ζωής θα πρέπει πρώτα απ' όλα να προσδιορισθεί τι είναι αυτό που κάνει την ζωή να αξίζει, δηλαδή ποιος είναι ο σκοπός της. Η αναζήτηση αυτής της απάντησης καταδεικνύει το πολιτιστικό επίπεδο της κάθε κοινωνίας και αφορά τομείς της Φιλοσοφίας, της Κοινωνιολογίας, της Υγείας, της Ψυχολογίας και άλλων επιστημών που έχουν θέση την ίδια θεμελιώδη ερώτηση της έννοιας και του σκοπού της ζωής^{13,30}.

Η προσέγγιση της ποιότητας ζωής πρέπει να αναφέρεται στη διερεύνηση και ανάλυση όλων των συστατικών στοιχείων που διαμορφώνουν την ανάπτυξη της ανθρώπινης ζωής από την πιο υποκειμενική έως την πιο αντικειμενική τους έκφανση. Η υποκειμενική αυτο-βιώμενη ευεξία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ευτυχία, η ικανοποίηση αναγκών, η έκφραση του δυναμικού και της ισχύος του ατόμου, η υποκειμενική εμπειρία αντικειμενικών παραγόντων, καθημερινών (οικογένεια, εργασία, ψυχαγωγία), αλλά και διαχρονικών (διαχρονική οργάνωση του ατόμου και της κοινωνίας) αποτελούν μερικές από τις εκφάνσεις της ανθρώπινης ζωής^{13,59}.

2.3 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.

Ποιότητα ζωής (Quality of life) (ή Ευημερία (Well being) ή Καλή Ζωή (Good Life) είναι όροι που βρίσκονται στο επίκεντρο του διεθνούς ενδιαφέροντος ιδιαίτερα τα τελευταία 30 χρόνια. Η ποιότητα ζωής είναι αδιαμφισβήτητα μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη, και υποκειμενική έννοια η οποία δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, ανάλογα με την οπτική γωνία υπό την οποία κάθε στοχαστής ή μελετητής αντιμετωπίζει το θέμα. Κατά τον Freud η ευτυχία πηγάζει από τις διαπροσωπικές σχέσεις του

ατόμου. Σύμφωνα με άλλους μελετητές, «η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό μιας κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο»⁶³.

Πιο πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις σχετικά με την ποιότητα ζωής την ορίζουν ως⁴: «τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, καθώς και την ικανότητά του να ανταποκρίνεται στις καθημερινές λειτουργίες της ζωής του» διαχωρίζοντάς την από τις «συνθήκες διαβίωσης» που αναφέρονται, γενικά, στις συνθήκες της καθημερινής ζωής των ανθρώπων, έτσι όπως αυτές αντικατοπτρίζονται στο εισόδημα και τα καταναλωτικά πρότυπα, ενώ η έννοια ποιότητα ζωής είναι ευρύτερη και αναφέρεται στη γενική ευημερία των ατόμων που ζουν σε μια κοινωνία⁶⁴.

Για τον ΠΟΥ, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι «στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη 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»⁴⁰.

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: «η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή»⁶³.

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 εκφράσεις της ζωής του. Περιλαμβάνει τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν τη «σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου», που είναι προσωπική υγεία, εργασία, εκπαίδευση, οικογένεια, κοινωνικές συναναστροφές, οικονομική κατάσταση κ.α⁶⁵.

Όπως είναι εμφανές, στους παραπάνω ορισμούς της ποιότητας ζωής παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων. Εντούτοις η αναγκαιότητα του συνδυασμού των δύο αυτών παραμέτρων οδηγεί κάποιους στην διατύπωση ότι η «η ποιότητα ζωής ορίζεται ως το να είναι η ζωή καλή και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών»⁶⁶.

Από όλα τα παραπάνω γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει καθορισθεί με έναν συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο. Ο ακριβής προσδιορισμός της βρίσκεται σε μια διαδικασία συνεχούς εξέλιξης και γι αυτό συναντάμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες γύρω από τον ορισμό της³³. 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, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής⁶⁷.

Παγκοσμίως η ποιότητα ζωής είναι ένας δείκτης, που έχει προστεθεί, όπως και η υγεία, στην κοινωνική υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης(1989). Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) έχει συμφωνήσει σε

μια λίστα θεμάτων σχετικών με την ποιότητα ζωής, στον οποίο περιλαμβάνονται θέματα όπως η υγεία, ο έλεγχος στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών, η εργασία και η ποιότητα της εργασιακής ζωής⁴. Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης έχει συσταθεί το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation in Social Quality), το οποίο εισήγαγε την έννοια της κοινωνικής ποιότητας. Με τον όρο κοινωνική ποιότητα, ορίζεται ο βαθμός στον οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας, σε συνθήκες που ενισχύουν την προσωπική ευεξία και ευημερία⁶⁸.

Ο όρος ποιότητα ζωής εισήχθη ως τίτλος στην 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 ένα 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 ένα περιοδικό «Έρευνα στην Ποιότητα Ζωής» (Quality of Life Research) εκδόθηκε από τις «Rapid Communications» της Οξφόρδης αφιερωμένο στην μελέτη της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Το τεύχος του Φλεβάρη του 1994 ήταν αφιερωμένο στην έκδοση αποσπασμάτων του Συνεδρίου της διεθνούς Εταιρείας ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, που έλαβε χώρα στις Βρυξέλλες.

2.4 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.

Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ένα σύνολο προσδιοριστικών παραγόντων, εκ των οποίων οι σημαντικότεροι φαίνεται να είναι η υγεία, το

εισόδημα και ο τρόπος διανομής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικο-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.⁶⁹

Το επίπεδο εισοδήματος θεωρείται σημαντικός παράγοντας δεδομένου ότι οι περισσότερες μεταβλητές συσχετίζονται άμεσα με αυτό: η κάλυψη των βιοποριστικών αναγκών σίτισης, στέγασης, ένδυσης ώστε να καθίσταται δυνατή και άνετη η διαβίωση. Για παράδειγμα, έχουν διαπιστωθεί σημαντικές διαφορές στο προσδόκιμο ζωής καθώς και στη βρεφική θνησιμότητα μεταξύ των χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικών τάξεων⁶⁹.

Οι συνθήκες εργασίας επίσης αποτελούν έναν από τους δυσμενέστερους παράγοντες διαμόρφωσης του επιπέδου υγείας που επηρεάζει σημαντικά τις κοινωνικές ανισότητες μπροστά στη νόσο και το θάνατο (π.χ. εργατικά ατυχήματα). Η εργασία πρέπει να είναι προϊόν προσωπικής επιλογής και να συμβάλλει στην εξασφάλισή της δημιουργικότητας, να αποτελεί κοινωνική προσφορά, να παρέχει ασφάλεια και οικονομική άνεση στον εργαζόμενο.

Η διατροφή που προσεγγίζει σήμερα στις δυτικές κοινωνίες τα επίπεδα ενός υπερσιτισμού κακής ποιότητας, ο τρόπος ζωής σε ότι αφορά τη χρήση αλκοόλ και καπνού, η διαταραχή της οικολογικής ισορροπίας, που προέρχεται από τη μόλυνση του περιβάλλοντος, η ανταγωνιστική σχέση μεταξύ φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος αποτελούν παράγοντες υποβάθμισης της ποιότητας ζωής στις μέρες μας³⁰.

Συνοπτικά θα λέγαμε ότι οι προσδιοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής ατόμων ή ομάδων του πληθυσμού είναι³⁰:

- ⊕ *Κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας*: Τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- ⊕ *Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες*: Επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, τύποι διανομής εισοδήματος προγραμματισμός, αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
- ⊕ *Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες*: Τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και αγροτική διάρθρωση, κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες.
- ⊕ *Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες*: Ήθη και έθιμα, επίπεδο αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, νοοτροπία, τάσεις και στάσεις, κοινωνική συμπεριφορά και άσκηση κοινωνικών ρόλων.
- ⊕ *Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες*: Επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.
- ⊕ *Γεωφυσικοί παράγοντες*: Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες.
- ⊕ *Δημογραφικοί παράγοντες*: Ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, κλπ..
- ⊕ *Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες*: Επίπεδο και εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

2.5 ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.

2.5.1 Δείκτες Υγείας.

Παρά την έλλειψη συμφωνίας στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής, υπάρχει κοινή αποδοχή του γεγονότος ότι αποτελεί ένα πολυδιάστατο σύμπλεγμα. Σε έρευνα βιβλιογραφικής ανασκόπησης εντοπίστηκαν 800 πιθανές διαστάσεις, οι οποίες συμπύχθηκαν σε 100 περίπου τομείς της ζωής, λόγω των αλληλοεπικαλύψεων τους⁷⁰. Οι πλέον σημαντικοί τομείς φαίνεται να είναι η σωματική ευεξία, οι κοινωνικές σχέσεις, η προσωπική εξέλιξη, η δημιουργικότητα και οι οικονομικές συνθήκες ασφάλειας. Προϋπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία του ατόμου. Η καλή υγεία είναι ιδιαίτερα σημαντική και αξιολογείται από την πλειονότητα των ανθρώπων υψηλότερα στην κλίμακα της επιθυμητής κατάστασης ύπαρξης, περισσότερο από κάθε άλλη επιλογή⁷¹.

Η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού έχει ιδιαίτερη σημασία από επιδημιολογική και κοινωνικο-οικονομική άποψη. Το επίπεδο υγείας αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση των αναγκών υγείας και κατά συνέπεια λειτουργεί ως η βασική συνισταμένη εκτίμησης της ποιότητας ζωής, καθώς η υγεία με τη σύγχρονη αντίληψή της συσχετίζεται άμεσα με τη σωματική και ψυχο - κοινωνική ευεξία του ατόμου⁷².

Η χρησιμότητα των δεικτών υγείας έγκειται στο γεγονός ότι επιτρέπουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση της εξέλιξης ενός φαινομένου και επομένως συμβάλλουν στην αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης σκοπών και στόχων. Γεγονός παραμένει πάντως (και σύμφωνα με τον ΠΟΥ) ότι δεν έχει προσδιοριστεί ακόμη ένας παγκόσμιος ιδεώδης, πρότυπος δείκτης υγείας. Είναι ιδιαίτερα δύσκολη η

κατασκευή μιας σύνθετης κλίμακας για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας, βάσει της οποίας θα γίνονται διαχρονικές συγκρίσεις³⁰.

Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς.

● **Θετικοί δείκτες υγείας.**

Αποτυπώνουν πιο ολοκληρωμένα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και προσεγγίζουν τους δημογραφικούς. Μερικοί απ' αυτούς είναι οι²¹:

- ✘ *Δείκτες Γεννητικότητας,*
- ✘ *Δείκτες Γονιμότητας,*
- ✘ *το Προσδόκιμο Επιβίωσης (ο μέσος αριθμός των ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος από το χρόνο της γέννησής του),*
- ✘ *το Προσδόκιμο Υγιούς Επιβίωσης (Healthy Adjusted Life Expectancy-HALE. Εκφράζει το Προσδόκιμο Επιβίωσης κατά τη γέννηση αλλά περιλαμβάνει και υπολογισμό χρόνων με «μειωμένη» υγεία) κ.α.*

● **Αρνητικοί δείκτες υγείας.**

Αποτελούν τους πλέον εύχρηστους και διαδεδομένους και μερικοί από αυτούς είναι²¹:

- ✘ *Δείκτες Νοσηρότητας,*
- ✘ *Δείκτες Θνησιμότητας,*
- ✘ *Δείκτες βαθμού Αναπηρίας,*
- ✘ *Αριθμός Χειρουργικών Επεμβάσεων,*
- ✘ *Αριθμός Ημερών Νοσηλείας,*

- ✘ *Κόστος Νοσηλείας,*
- ✘ *Χρόνια Ζωής με «Ανικανότητα» (Disability Adjusted Life Years-DALY. Εκφράζει τα χρόνια ζωής που χάνονται από πρόωρο θάνατο και χρόνια ζωής με «ανικανότητα» ειδικής βαρύτητας και διάρκειας)*
κ.α.

● **Κοινωνικοί δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής**

● Δείκτες συνθηκών υγιεινής και περιβάλλοντος. Αφορούν³⁰:

- ▣ τη διάθεση πόσιμου νερού μεταξύ αστικού και αγροτικού πληθυσμού,
- ▣ την κατανάλωση πόσιμου νερού ανά άτομο,
- ▣ το μέγεθος των αστικών και αγροτικών νοικοκυριών που διαθέτουν λουτρό,
- ▣ τον αριθμό των νοικοκυριών χωρίς κατοικία,
- ▣ τον αριθμό των νοικοκυριών που ζουν περισσότερα από δύο άτομα ανά δωμάτιο,
- ▣ τη συχνότητα των ατυχημάτων ανά είδος ατυχήματος και ηλικία.

● Δείκτες διατροφής. Αφορούν³⁰:

- ▣ την ημερήσια κατανάλωση θερμίδων κατά κεφαλή,
- ▣ την κατανάλωση γάλακτος, ειδικά στον παιδικό πληθυσμό,
- ▣ την ημερήσια κατά κεφαλή κατανάλωση πρωτεϊνών,

- ▣ τον αριθμό των παιδιών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, των οποίων το βάρος κρίνεται μη ικανοποιητικό.

● Δείκτες διατιθέμενων πόρων για την υγεία. Αφορούν³⁰:

- ▣ τις δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ετησίως,
- ▣ την αναλογία νοσοκομειακών κλινών, ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, ανά 100.000 κατοίκους,
- ▣ την πληρότητα-χρησιμοποίηση των νοσοκομειακών κλινών,
- ▣ την ανά ηλικία κάλυψη του ανοσοποιημένου στα λοιμώδη νοσήματα πληθυσμού,
- ▣ τον αριθμό παιδιών που γεννιούνται σε νοσοκομείο,
- ▣ τον αριθμό τοκετών που έγιναν παρουσία ιατρού ή μαίας,
- ▣ το μέγεθος της περιγεννητικής συμβουλευτικής κατ' αναλογία του αριθμού των εγκύων γυναικών,
- ▣ τον αριθμό των θηλαζόντων παιδιών υπό ιατρική παρακολούθηση.

● Δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Αφορούν^{30,73}:

- ▣ το μέσο διαθέσιμο εισόδημα κατά νοικοκυριό,
- ▣ τη σχέση μισθού και κόστους ζωής,
- ▣ το εύρος του αναλφαριθμητισμού,
- ▣ τον αριθμό εγγραφών στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, και τριτοβάθμια εκπαίδευση,

- ▣ το μέγεθος του οικονομικά ενεργού πληθυσμού (ανά ηλικία και φύλο),
- ▣ τον αριθμό των ανέργων στον ενεργό πληθυσμό.

● Δείκτης ανθρώπινης ανάπτυξης.

Αναφέρεται στο βαθμό ανάπτυξης των βασικών ανθρώπινων ικανοτήτων και δυνατοτήτων μιας χώρας. Συγκεκριμένα ο δείκτης αυτός δείχνει κατά πόσο οι άνθρωποι οδηγούνται σε μακρόχρονη και υγιή ζωή, μορφώνονται και απολαμβάνουν μια αξιοπρεπή ζωή σε ασφαλείς συνθήκες και όρους ύπαρξης και διαβίωσης⁷².

Μπορούν να συμπεριληφθούν και να συνεκτιμηθούν παράμετροι που έχουν σχέση με διάφορα φαινόμενα κοινωνικής παθογένειας όπως δείκτες φυλακισμένων, ανθρωποκτονιών, κατανάλωσης αλκοόλ και καπνού, συχνότητα νεοπλασματικών νοσημάτων, ποιότητα κατοικίας κ.ά. Περιλαμβάνει, όμως κυρίως τρεις επιμέρους διαφορετικούς δείκτες^{30,74}:

- ▣ το πραγματικό Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) κατά κεφαλή (συνθήκες ζωής),
- ▣ το προσδόκιμο επιβίωσης (υγεία και μακροβιότητα) και
- ▣ τον αλφαριθμητισμό των ενηλίκων και την συμμετοχή του πληθυσμού ανά εκπαιδευτική βαθμίδα (μόρφωση και επίπεδο γνώσης).

Μέχρι τώρα διερευνήθηκαν οι τρόποι μέτρησης του επιπέδου υγείας σε επίπεδο πληθυσμού. Σε καθαρά ατομικό επίπεδο η μέτρηση της ποιότητας ζωής και της υγείας ενός ατόμου αποτελείται από ένα σύμπλεγμα τριών κυρίως

διαστάσεων που καθορίζουν και την έννοια της ευεξίας. Οι διαστάσεις αυτές αφορούν³⁰:

- σωματική ευεξία. Συνιστά την εκτίμηση του καθενός για την υγεία του και το επίπεδο των δραστηριοτήτων που του επιτρέπει η σωματική του κατάσταση. Στον τομέα της σωματικής ευεξίας συνήθως εξετάζεται η νοσηρότητα, ο πόνος και το επίπεδο της σωματικής λειτουργικότητας.
- ψυχική ευεξία. Διερευνάται η ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου κυρίως στην ασθένεια αλλά και σε άλλες επιβαρυντικές για την ψυχική υγεία καταστάσεις. Ως τυπικά θέματα εξετάζονται το άγχος, η κατάθλιψη, η ικανότητα προσαρμογής στην αρρώστια, κλπ. Συναισθηματική επιβίωση ή υγιής ψυχολογική κατάσταση μπορεί να υπάρξει σε εκείνα τα άτομα που έχουν ικανότητα προσαρμογής και διορθωτικών ρυθμίσεων όταν βρίσκονται σε καθεστώς δοκιμασιών και συμφορών από τη ζωή.
- κοινωνική ευεξία. Αναφέρεται στο βαθμό της γενικής ικανοποίησης από τη ζωή, τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες και την άσκηση κοινωνικών ρόλων. Οι διαπροσωπικές σχέσεις, η συμμετοχή σε κοινωνικές και ελεύθερες δραστηριότητες ευρύτερα, αναφέρονται στον κοινωνικό τομέα. Στον επαγγελματικό τομέα για παράδειγμα περιλαμβάνονται ως τυπικά θέματα η επιθυμία και η ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει σε αμειβόμενη εργασία όπως επίσης και η ικανότητα εκτέλεσης των οικιακών εργασιών.

2.5.2 Αντικειμενικές και Υποκειμενικές Διαστάσεις της Ποιότητας Ζωής.

Δυσκολίες Εκτίμησης και Ασυμβατότητες.

Όπως είδαμε και πιο πάνω η προσέγγιση της ποιότητας ζωής πρέπει να

αναφέρεται στη διερεύνηση και ανάλυση όλων των συστατικών στοιχείων που διαμορφώνουν την ανάπτυξη της ανθρώπινης ζωής από την πιο υποκειμενική έως την πιο αντικειμενική τους έκφραση. Στις αντικειμενικές εκφάνσεις της ποιότητας ζωής περιλαμβάνονται καταστάσεις που αφορούν την φυσική διάσταση του ατόμου όπως φυσική λειτουργία, ικανότητα για εργασία, βαθμός λειτουργικότητας κ.α. Συμπεριλαμβάνονται επίσης στοιχεία της συμπεριφοράς καθώς και στοιχεία που συνθέτουν το βιοποριστικό επίπεδο του κάθε ατόμου κ.α. Στις υποκειμενικές εκφάνσεις συμπεριλαμβάνονται διαστάσεις όπως η αυτοβιώμενη ευεξία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ζωτικότητα, η εσωτερική ηρεμία, οι φόβοι/ανησυχίες, η αυτοεκτίμηση, η ικανοποίηση αναγκών κ.α.

Η υποκειμενική διάσταση στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής θέτει ιδιαίτερα προβλήματα ως προς την ερμηνεία και αξιολόγηση των εμπειριών των ατόμων και κυρίως των ασθενών και οδηγεί συχνά σε μια ασυμβατότητα και αναντιστοιχία εκτιμήσεων μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών κρίσεων και διαστάσεων⁵⁹.

Η εκτίμηση των ασθενών, για παράδειγμα, για την προσωπική τους υγεία δε συμβαδίζει συνήθως με την εκτίμησή τους για τη σωματική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο και πόνο. Η βελτίωση της σωματικής υγείας τους δεν συνοδεύεται με αντίστοιχη βελτίωση της γενικής τους υγείας, όπως και η βελτίωση της κοινωνικής τους λειτουργικότητας δεν συνεπάγεται αντίστοιχη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας ή της ζωτικότητάς τους⁷⁴.

Παρόμοια αναντιστοιχία παρατηρείται και στην παράμετρο της συχνότητας των συμπτωμάτων. Σε ορισμένους ασθενείς, η συχνότητα των συμπτωμάτων είναι σημαντικά μικρότερη σε σχέση με άλλους, αλλά ο βαθμός επίδρασης των συμπτωμάτων είναι εντονότερος στους πρώτους, παρά στους δεύτερους. Η ασυμβατότητα των εκτιμήσεων αφορά επίσης και παραμέτρους της ψυχο-

κοινωνικής διάστασης της υγείας εκτός της σωματικής. Η βελτίωση της σωματικής υγείας των ασθενών συνεπάγεται συνήθως βελτίωση περισσότερο της κοινωνικής και λιγότερο της ψυχικής υγείας³⁰.

Από τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι με την καθιερωμένη μεθοδολογία προσέγγισης και εκτίμησης της ποιότητας ζωής δεν προσδιορίζονται επαρκώς ποιες εμπειρίες και με ποιο τρόπο αυτές ασκούν ειδική βαρύτητα στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Η αναντιστοιχία-ασυμβατότητα μεταξύ των εκτιμήσεων των υποκειμενικών και αντικειμενικών διαστάσεων και παραμέτρων της ποιότητας ζωής παραπέμπει πάντα στο περίπλοκο ζήτημα τού πώς οι άνθρωποι ερμηνεύουν και εκτιμούν τις εμπειρίες τους³⁰.

2.5.3 Δείκτης Ποιότητας Ζωής Περιοδικού Economist.

Είναι γνωστό ότι η υλική ευημερία δεν επαρκεί ως μέτρο για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής. Το χρήμα έχει σημασία, φυσικά, αλλά έρευνες δείχνουν ότι, περνώντας οι δεκαετίες, οι μεγάλες αυξήσεις στο εισόδημα έχουν μεταφραστεί σε απλώς μέτρια άνοδο του βαθμού της ικανοποίησης. Παρ' όλο που τα αυξανόμενα εισοδήματα και η διεύρυνση των προσωπικών επιλογών χαίρουν υψηλής εκτίμησης, κάποιοι από τους παράγοντες που συνδέονται με τον εκσυγχρονισμό -όπως η κατάρρευση των παραδοσιακών θεσμών και η διάβρωση των οικογενειακών αξιών- θέτουν σε αμφισβήτηση το «ειδικό τους βάρος»⁷⁵.

Το δύσκολο είναι να συνδυαστούν σε μία ενιαία, συγκριτικού χαρακτήρα στατιστική, παράγοντες οι οποίοι θεωρείται ότι επηρεάζουν την «καλή ζωή» των ανθρώπων. Έχουν γίνει πολλές απόπειρες, καμία εξ ολοκλήρου επιτυχής και ολοκληρωμένη γιατί οι επιλεγμένοι παράγοντες και το βάρος που τους ανατίθεται τείνουν να είναι αυθαίρετα επιλεγμένοι. Έρευνες που έχουν κατά καιρούς

πραγματοποιηθεί και απαντούν στο ερώτημα «πόσο ικανοποιημένοι είμαστε από τη ζωή μας», δείχνουν ότι άνθρωποι σε διαφορετικές χώρες και πολιτισμούς αναφέρουν παρόμοια κριτήρια για το αν αισθάνονται ικανοποιημένοι⁷⁵.

Ο δείκτης του Economist υιοθετεί μια νέα μέθοδο με σκοπό την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε κάθε χώρα. Χρησιμοποιεί ερωτήματα τα οποία σχετίζονται με την «ικανοποίηση στη ζωή», τα οποία συγκεντρώνονται από 74 συνολικά χώρες. Τίθεται, κατ' αυτό τον τρόπο μία αφετηρία προκειμένου να σταθμιστούν οι διάφοροι παράγοντες που καθορίζουν τι είναι ποιότητα ζωής. Μια αναγωγική ανάλυση επισημαίνει ότι τουλάχιστον εννέα παράμετροι έχουν σημαντική επιρροή και είναι εφικτό να μεταφραστούν σε εξίσωση η οποία εξηγεί πάνω από το 80% της διαφοροποίησης στα αποτελέσματα των χωρών για την ικανοποίηση στη ζωή. Τον κύριο παράγοντα αποτελεί το **εισόδημα**, εν τούτοις άλλοι παράγοντες είναι επίσης σημαντικοί: **υγεία, ελευθερία, ανεργία, οικογενειακή ζωή, κλίμα, σταθερότητα και ασφάλεια, ισότητα των φύλων** και, τέλος, **οικογένεια και κοινοτική ζωή**. Τροφοδοτούμε με τους παράγοντες την εξίσωση για κάθε χώρα και το αριθμητικό αποτέλεσμα που προκύπτει, σε μια κλίμακα από το ένα έως το δέκα, μας δίνει το δείκτη ποιότητας ζωής⁷⁵.

Το περιοδικό «Ο Κόσμος το 2005» έθεσε το ερώτημα: «ποιο θα είναι το καλύτερο μέρος να ζει κανείς το 2005;» και στράφηκε στη Μονάδα Πληροφοριών του Economist, για να λάβει την εκτίμηση. Αποτέλεσμα: Η Ιρλανδία βρίσκεται στην κορυφή. Οι ΗΠΑ, αν και η δεύτερη πλουσιότερη χώρα (πίσω από το Λουξεμβούργο) στο ΑΕΠ, έχει γλιστρήσει στη 13η θέση στην ποιότητα ζωής. Η Βρετανία «μαραζώνει» στην 29η θέση⁷⁵.

Πιο συγκεκριμένα η Ιρλανδία κερδίζει επειδή συνδυάζει με επιτυχία τα πιο επιθυμητά συστατικά της εποχής (το τέταρτο υψηλότερο ΑΕΠ κατά κεφαλήν στον

κόσμο το 2005, χαμηλή ανεργία, πολιτικές ελευθερίες) με τη διατήρηση ορισμένων στοιχείων, όπως η σταθερή οικογενειακή και κοινοτική ζωή. Σε αντιστάθμισμα του κακού κλίματος και της έλλειψης ισότητας των φύλων, διαθέτει πολιτική σταθερότητα και ασφάλεια⁷⁵.

Αντίθετα, η Βρετανία αποτελεί μείξη του υψηλού κατά κεφαλήν εισοδήματος με υψηλά επίπεδα κοινωνικής και οικογενειακής κρίσης. Έρχεται τελευταία μεταξύ των 15 χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης πριν από τη διεύρυνση. Η Αμερική τοποθετείται πάνω από τον μέσο όρο των «15» της Ε.Ε. Η Ιταλία τα καταφέρνει καλά, αλλά η Γερμανία και η Γαλλία όχι ιδιαίτερα - διαψεύδοντας την αντίληψη ότι τα μεγάλα κράτη της Ευρωζώνης αντισταθμίζουν την οικονομική τους δυσκινησία και στασιμότητα με την καλύτερη ποιότητα ζωής⁷⁵.

Η Κίνα, παρά τον ενθουσιασμό για την ανάπτυξή της, παίρνει θέση στο «χαμηλότερο» μισό της λίστας. Οι Ρώσοι θα ενοχληθούν βρίσκοντας τους εαυτούς τους στο κάτω άκρο του πίνακα. Τελευταία απ' όλους έρχεται η Ζιμπάμπουε⁷⁵.

Πίνακας 2: Κατάταξη κρατών ανάλογα με τον δείκτη ποιότητας ζωής του Economist									
Οι καλύτερες					Οι χειρότερες				
Παγκόσμιος δείκτης για την ποιότητα της ζωής (βαθμολογία σε κλίμακα από 1 έως 10)									
Χώρα	βαθμ.	Χώρα	βαθμ.	Χώρα	βαθμ.	Χώρα	βαθμ.	Χώρα	βαθμ.
Ιρλανδία	8.33	Σιγκαπ.	7.72	Ταϊβάν	7.26	Χιλή	6.79	Κίνα	6.08
Ελβετία	8.07	Φινλανδία	7.62	22 Ελλάδα	7.16	Μεξικό	6.77	Μαρόκο	6.02
Νορβηγία	8.05	ΗΠΑ	7.62	23 Κύπρος	7.1	Μπαρμ.	6.7	Ινδονησία	5.81
Λουξεμβ.	8.02	Καναδάς	7.6	Βέλγιο	7.1	Τσεχία	6.63	Αίγυπτος	5.61
Σουηδία	7.94	Νέα Ζηλανδία	7.44	Γαλλία	7.08	Κόστα Ρίκα	6.62	Νότια Αφρική	5.25
Αυστραλία	7.93	Ολλανδία	7.43	Γερμανία	7.05	Μαλαισία	6.61	Πακιστάν	5.25
Ισλανδία	7.91	Ιαπωνία	7.39	Σλοβενία	7	Ουγγαρία	6.53	Ρωσία	4.8
Ιταλία	7.81	Χονγκ Κονγκ	7.35	Μάλτα	6.93	Ισραήλ	6.49	Νιγηρία	4.51
Δανία	7.8	Πορτογ.	7.31	Αγγλία	6.92	Βραζιλία	6.47	Αϊτή	4.09
Ισπανία	7.73	Αυστρία	7.27	Νότια Κορέα	6.88	Αργεντινή	6.47		

Πηγή: Περιοδικό Economist⁷⁵

2.5.4 Ποιότητα Ζωής στην Ευρωπαϊκή Ένωση. (Μια μελέτη του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση υποδέχθηκε δέκα νέα κράτη μέλη την 1η Μαΐου του 2004. Η Ευρώπη των Είκοσι Πέντε καθίσταται ένα πιο σύνθετο, ετερογενές σώμα, το οποίο αντικατοπτρίζει διάφορους πολιτισμούς, πολιτικές παραδόσεις και συνθήκες διαβίωσης. Κατά την πορεία προς τη διεύρυνση, μεγάλο μέρος των ερευνών εστιάστηκε στην τεκμηρίωση και την καλύτερη κατανόηση της κατάστασης που επικρατεί στη νέα Ευρωπαϊκή Ένωση. Μια από τις σημαντικότερες αυτού του είδους πρωτοβουλίες είναι η ευρωπαϊκή έρευνα σε θέματα ποιότητας ζωής που διεξήχθη για πρώτη φορά από το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας το 2003, περιλαμβάνοντας 28 χώρες⁷⁶.

Αυτό το εργαλείο παρακολούθησης, παρέχει μια εκτεταμένη, ενημερωμένη εικόνα της ποιότητας ζωής και των συνθηκών διαβίωσης στη διευρυμένη Ευρώπη. Εξετάζει θέματα όπως η εκπαίδευση, οι δομές των νοικοκυριών και της οικογένειας, η στέγαση, η υγειονομική περίθαλψη και η απασχόληση⁷⁶.

Πιο αναλυτικά αυτή η έκθεση εστιάζει σε οκτώ βασικά ζητήματα. Τα πρώτα έξι εξετάζουν αντικειμενικές διαστάσεις που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής και τα τελευταία δύο διερευνούν υποκειμενικές αντιλήψεις.

- × Οικονομική κατάσταση
- × Στέγαση και τοπικό περιβάλλον.
- × Απασχόληση, εκπαίδευση και δεξιότητες
- × Οικιακές δομές και οικογένεια

- × Ισορροπία εργασίας-ζωής
- × Υγεία και υγειονομική περίθαλψη
- × Υποκειμενική ευημερία
- × Αντιληπτή ποιότητα της κοινωνίας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 28 χώρες: στα 15 κράτη μέλη της ΕΕ πριν από τον Μάιο του 2004 (EU15), στις 10 εντασσόμενες χώρες που έγιναν κράτη μέλη τον Μάιο του 2004 (NMS) και στις 3 υποψήφιες προς ένταξη χώρες Βουλγαρία, Ρουμανία και Τουρκία (CC3).

Αποτελέσματα

Το βασικό συμπέρασμα έκθεσης είναι πως παρόλο που οι συνθήκες διαβίωσης διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών της διευρυμένης Ευρώπης, *οι αξίες και οι προτεραιότητες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής είναι οι ίδιες*. Η *ικανοποιητική εργασία* κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των παραγόντων ευζωίας σε όλη την Ευρώπη, ενώ η *καταπολέμηση της ανεργίας* θεωρείται το βασικό μέσο για τη βελτίωση των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών⁷⁶.

Τα βασικά πορίσματα επιβεβαιώνουν την ευρέως διαδεδομένη αντίληψη περί σημαντικού οικονομικού και κοινωνικού χάσματος μεταξύ των παλαιών 15 κρατών μελών της ΕΕ (ΕΕ των Δεκαπέντε) και των εντασσόμενων και υποψήφιων χωρών (παρά την ύπαρξη ορισμένων αλληλοεπικαλύψεων). Υπογραμμίζονται επίσης οι διαφορές μεταξύ των δέκα νέων κρατών μελών και των τριών υποψηφίων χωρών σε τομείς όπως η στέγαση και η εκπαίδευση⁷⁶.

- × Το βιοτικό επίπεδο είναι σαφώς χαμηλότερο στα νέα κράτη μέλη συγκριτικά με την πρώην ΕΕ των Δεκαπέντε.

- × Οι πολίτες των νέων κρατών μελών και των υποψηφίων χωρών είναι εν γένει λιγότερο ικανοποιημένοι από την ποιότητα της ζωής τους απ' ό,τι οι πολίτες της ΕΕ των Δεκαπέντε.
- × Οι συνθήκες στέγασης είναι χειρότερες στα νέα κράτη μέλη και στις τρεις υποψήφιες χώρες απ' ό,τι στην ΕΕ των Δεκαπέντε.
- × Οι εργαζόμενοι στα νέα κράτη μέλη και στις τρεις υποψήφιες χώρες αναφέρουν χειρότερες συνθήκες εργασίας.
- × Οι πολίτες αυτών των χωρών αναφέρουν ένα ανεπαρκέστερο σύστημα υγείας και λιανότερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας.

Βασική διαπίστωση της έκθεσης είναι ότι ο *βαθμός ικανοποίησης των πολιτών της Ευρώπης των «28» από τη ζωή τους συνδέεται στενά με το εισοδηματικό επίπεδο και με το κατά κεφαλή ΑΕΠ*. Οι χαμηλοί βασικοί οικονομικοί δείκτες στις 13 υπό ένταξη και υποψήφιες χώρες εξηγούν το χαμηλό βαθμό ικανοποίησης από τις συνθήκες διαβίωσης. Ωστόσο, στην έκθεση τονίζεται ότι το *αίσθημα του κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι περισσότερο έντονο στις υπό ένταξη χώρες το 64% του πληθυσμού των υπό ένταξη χωρών (σε σύγκριση με 69% στην ΕΕ των 15) θεωρούν ότι είναι κοινωνικά ενταγμένοι παρά τα περισσότερο έντονα οικονομικά προβλήματα*⁷⁶.

Η πλειοψηφία των Ευρωπαίων στα 28 σημερινά και μελλοντικά κράτη μέλη συμφωνούν ότι η εργασία δεν είναι πηγή μόνο εισοδήματος, αλλά και κοινωνικών επαφών και μιας καλύτερης γενικότερα ποιότητας ζωής, ενώ συγχρόνως τονώνει την αυτοεκτίμηση. Για παράδειγμα, από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, αυτοί που είχαν μείνει άνεργοι για διάστημα τουλάχιστον δύο ετών κατά τα τελευταία πέντε έτη ανέφεραν ότι ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με τη ζωή τους γενικά, με την

οικογενειακή και κοινωνική ζωή καθώς και με την υγεία σε σύγκριση με αυτούς που είχαν σταθερή απασχόληση⁷⁶.

Ωστόσο, οι δύσκολες συνθήκες εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή. Όσοι εργάζονται υπερωριακά ή κάνουν επίπονη και εξαντλητική από σωματικής και ψυχολογικής απόψεως εργασία δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους σε σχέση με άλλους που εργάζονται σε καλύτερες συνθήκες. Επίσης, το 20% περίπου των εργαζόμενων Ευρωπαίων δηλώνουν ότι οι κοινωνικές τους σχέσεις έχουν διαταραχθεί εξαιτίας της εργασίας τους⁷⁶.

Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο στις υπό ένταξη και τις υποψήφιες χώρες (27%) σε σχέση με την ΕΕ των «15» (19%). Επιπλέον, το 61% αυτών που δηλώνουν ότι η εργασία τους είναι καταπιεστική από ψυχολογικής απόψεως, το 54% αυτών που κάνουν σωματικά κοπιαστική εργασία και το 49% όσων εργάζονται πολλές ώρες ισχυρίζονται ότι έχουν δυσκολίες στις σχέσεις με την οικογένειά τους και τους φίλους εξαιτίας της εργασίας τους. Περισσότεροι από ένας στους τρεις όσων εργάζονται τουλάχιστον 48 ώρες την εβδομάδα αναφέρουν ότι έχουν δύσκολες κοινωνικές σχέσεις. Ωστόσο, η διάκριση μεταξύ της μερικής και της πλήρους απασχόλησης δεν φαίνεται να επηρεάζει τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους⁷⁶.

Η μακροχρόνια ανεργία θεωρείται ευρέως ως η βασική αιτία της φτώχειας, πριν από τον αλκοολισμό, την αρρώστια, τη διάλυση της οικογένειας και την τοξικομανία. Η περικοπή των κοινωνικών παροχών αναφέρεται ως σημαντικός παράγοντας της φτώχειας στις υπό ένταξη και υποψήφιες χώρες, ενώ οι πολίτες στην ΕΕ των «15» θεωρούν την έλλειψη εκπαίδευσης ως σημαντική αιτία. Ο αλκοολισμός αναφέρεται συχνότερα στις υπό ένταξη και τις υποψήφιες χώρες ως

βασική αιτία της φτώχειας, ενώ η τοξικομανία αναφέρεται περισσότερο από τους πολίτες της ΕΕ των «15». Στο ερώτημα σχετικά με τις γενικότερες αιτίες της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, η κοινωνική αδικία αναφέρεται ως η βασική αιτία στην ΕΕ των «25», αν και μόνο το 35% των ερωτηθέντων στην ΕΕ των «15» έχουν αυτή την άποψη σε σύγκριση με την απόλυτη πλειοψηφία στις υπό ένταξη και υποψήφιας χώρες. Το 21% των ανέργων και το 18% των συνταξιούχων στις υπό ένταξη χώρες σε σύγκριση με το 13% μόνο των εργαζομένων αναφέρουν την απουσία κοινωνικής ενσωμάτωσης. Οι περισσότεροι Ευρωπαίοι πιστεύουν επίσης ότι η ανεργία είναι η σημαντικότερη αιτία της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού⁷⁶.

Το εισόδημα και άλλες υλικές συνθήκες, οι ανθρώπινες σχέσεις, η συμμετοχή σε μια ομάδα ή κοινότητα, η εκπαίδευση και οι ψυχολογική κατάσταση αποτελούν βασικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την ευζωία. Οι αξίες και οι προτεραιότητες είναι παρεμφερείς στις 28 χώρες. Η έρευνα απεκάλυψε ότι **η καλή υγεία, το επαρκές εισόδημα και η οικογένεια** είναι οι τρεις βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην καλή ζωή για τους περισσότερους Ευρωπαίους. Οι περισσότεροι Ευρωπαίοι εξαρτώνται επίσης από τη στήριξη της οικογένειας για να τους προφυλάξει από τον κοινωνικό αποκλεισμό⁷⁶.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΑΛΛΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.

Η ποιότητα ζωής είναι μια δύσκολα καθοριζόμενη και πολυδιάστατη έννοια, που αναφέρεται σε όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου και χρησιμοποιείται σε πολλούς τομείς όπως, λογοτεχνία, φιλοσοφία, διαφήμιση, ιατρικές και κοινωνικές επιστήμες (π.χ. οικονομική της υγείας, κοινωνιολογία, ψυχολογία, και άλλες επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του).

Τα τελευταία 20 χρόνια μάλιστα το ενδιαφέρον για την έννοια της ποιότητας ζωής συνεχώς αυξάνεται. Οι βιοϊατρικές και κοινωνικές επιστήμες ασχολούνται όλο και περισσότερο με τον ορισμό και τη μέτρηση της και με την πρακτική αξία των διαφόρων δεικτών της. Παράλληλα, οι οικονομολόγοι και οι πολιτικοί χρησιμοποιούν δείκτες ποιότητας ζωής στο σχεδιασμό και την αξιολόγηση παρεμβάσεων που αφορούν την οικονομία και το περιβάλλον γενικά, καθώς και την κοινωνική πολιτική και την πολιτική της υγείας.

Ποικίλες προσεγγίσεις επίσης έχουν αναπτυχθεί από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, όπως την επιδημιολογία, τη δημογραφία, την κοινωνιολογία, την ψυχολογία και την οικονομία, για την αξιολόγηση της ποιότητας της υγείας, έτσι όπως αυτή επηρεάζει την ποιότητα της καθημερινής ζωής. Οι βασικές μέθοδοι που έχουν προταθεί στη βιβλιογραφία είναι τέσσερις⁵³:

Η πρώτη μέθοδος είναι η **επιδημιολογική ή βιοϊατρική προσέγγιση**, σύμφωνα με την οποία η υγεία αντιμετωπίζεται σαν βιολογικό φαινόμενο και εστιάζεται σε χαρακτηριστικά του νοσήματος, στην κατηγοριοποίηση των ασθενών και στις διαφορετικές περιπτώσεις θεραπείας.

Η δεύτερη είναι η **λειτουργική/δυσλειτουργική**, που μπορεί να θεωρηθεί ως η προέκταση της επιδημιολογικής προσέγγισης. Επικεντρώνεται στις επιπτώσεις των ιατρικών παρεμβάσεων ή των δυσλειτουργικών καταστάσεων της υγείας πάνω στις ικανότητες και τις αισθήσεις των ατόμων, όσον αφορά τις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Η τρίτη προσέγγιση είναι η **πολιτιστική**, η οποία μπορεί να θεωρηθεί ως η προέκταση των δύο πρώτων μεθόδων, και αναφέρεται στις αντιλήψεις της κοινωνίας για την ασθένεια, την υγεία, τις αποκλίνουσες συμπεριφορές, τον κοινωνικό στιγματισμό κ.ά.

Η τέταρτη προσέγγιση αναφέρεται στην **οικονομική** διάσταση της μέτρησης του επιπέδου υγείας εισάγοντας την έννοια της ωφελιμότητας και της χρησιμότητας στην αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών.

Κάτω από την ομπρέλα της «καλής ζωής» κάθε επιστήμη προσεγγίζει την έννοια της ποιότητας ζωής από διαφορετική οπτική γωνία και διαμορφώνει τους ανάλογους δείκτες, που όλοι μπορούν να έχουν σχέση με την ποιότητα της υγείας.

Ακολουθεί συνοπτική παρουσίαση της προσέγγισης του θέματος από την σκοπιά της οικονομικής επιστήμης, της κοινωνιολογίας, της ψυχολογίας και των τεχνολογικών επιστημών.

3.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ.

3.2.1 Γενικά

Η οικονομολογική προσέγγιση εστιάζει στην κατανομή των σπάνιων (οικονομικών) πόρων. Οι βασικοί δείκτες του επιπέδου ζωής που χρησιμοποιούνται στις διακρατικές συγκρίσεις είναι το ακαθάριστο εθνικό προϊόν (ΑΕΠ) και το κατά κεφαλή εισόδημα. Πράγματι είναι γεγονός πως μέχρι ένα σημείο, αυτοί οι δείκτες της οικονομικής ανάπτυξης μπορούν να αντικατοπτρίζουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού με δεδομένο ότι το χρήμα αγοράζει υλικά και υπηρεσίες. Το ακαθάριστο εθνικό προϊόν, όμως, δεν ενημερώνει για την κατανομή των οικονομικών πόρων εντός μιας χώρας, το εισόδημα διαφόρων ομάδων πληθυσμού ή την επένδυση στην παιδεία, στην υγεία και στις κοινωνικές υπηρεσίες. Σε πολλές περιπτώσεις μάλιστα έχει φανεί πως η ραγδαία οικονομική ανάπτυξη συνοδεύεται από υποβάθμιση της ποιότητας ζωής μεγάλων ομάδων πληθυσμού⁶².

Σε προσπάθεια αναπλήρωσης των ανωτέρω ελλειμμάτων η **Διεθνής Τράπεζα** καθιέρωσε το **Δείκτη Φυσικής Ποιότητας Ζωής** (physical quality of life index, PQLI) , που βασίζεται στο⁷⁷:

- ▣ ακαθάριστο εθνικό προϊόν, συνυπολογίζοντας επίσης
- ▣ τη βρεφική θνησιμότητα,
- ▣ την αναμενόμενη διάρκεια ζωής (στην ηλικία ενός έτους) και
- ▣ το ποσοστό αναλφαβητισμού σε κάθε χώρα.

Η **UNICEF**, εστιάζοντας στον παιδικό πληθυσμό, άρχισε να χρησιμοποιεί το **Δείκτη Ποιότητας Ζωής των Παιδιών** (NICQL), ο οποίος συνεκτιμά⁷⁸:

- το Δείκτη Φυσικής Ποιότητας Ζωής(PQLI)
- τον αναλφαβητισμό του γυναικείου πληθυσμού και
- τη συμμετοχή των παιδιών στο εργατικό δυναμικό.

Στο επίπεδο της πολιτικής της υγείας, η οικονομολογική βάση για την κατανομή των πόρων για τη φροντίδα υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες στηρίζεται κυρίως σε ποσοτικά δεδομένα, όπως τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, την επιβίωση, το ποσοστό αναπηρίας, το κόστος της θεραπείας κ.α. Σταδιακά, εισήχθησαν η προληπτική προσέγγιση και οι ποιοτικές παράμετροι με νέους δείκτες, όπως η απώλεια χρόνων εργασίας και τα Σταθμισμένα Ποιοτικά Χρόνια Ζωής (QALY's quality adjusted life years)³.

Στο ατομικό επίπεδο, η φτώχεια παραμένει ένας από τους πιο σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες ποιότητας της υγείας κυρίως των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Η φτώχεια συνοδεύεται από σειρά δυσμενών κοινωνικών παραγόντων, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και υγείας σε όλες τις ηλικίες⁷⁹.

3.2.2 Η Συμβολή των Μετρήσεων Ποιότητας Ζωής στην Εκτίμηση του Υγειονομικού Αποτελέσματος.

➤ Η Θεωρία της Χρησιμότητας.

Η θεωρία της χρησιμότητας παρέχει ένα μοντέλο λήψης αποφάσεων που λαμβάνονται σε συνθήκες αβεβαιότητας. Με τη χρησιμότητα εκφράζεται η αξία που δίνει ένα άτομο σε μια σειρά πιθανών εκβάσεων μιας πράξης. Η πράξη αυτή εκλαμβάνεται ότι ικανοποιεί μια ανάγκη και η χρησιμότητά της έχει μια υποκειμενική αξία. Η υποκειμενική αξία εκφράζεται με μια αριθμητική τιμή από 0 έως 1 που δηλώνει το βαθμό επιθυμητότητας ή προτίμησης των πιθανών εκβάσεων, δηλαδή το πόσο ισχυρή είναι η προτίμηση αυτή. Η θεωρία της

χρησιμότητας και οι διάφορες τεχνικές μέτρησής της, χρησιμοποιούνται επίσης στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου σε μια δεδομένη χρονική στιγμή ή στον προσδιορισμό του βαθμού επιθυμητότητας μεταξύ διαφόρων καταστάσεων υγείας. Η θεωρία της χρησιμότητας εφαρμόζεται για τη λήψη ορθολογικών αποφάσεων που αφορούν την επιλογή μεταξύ των πιθανών εκβάσεων μιας πράξης που αναμένεται να αποφέρει τη μεγαλύτερη δυνατή χρησιμότητα. Η θετική χρησιμότητα αναφέρεται στο αναμενόμενο «κέρδος» και η αρνητική στην αναμενόμενη «ζημία» που αποφέρει μια πράξη, αποτέλεσμα της ορθολογικής απόφασης⁸⁰.

Η αύξηση των δαπανών υγείας στις τελευταίες δεκαετίες, (λόγων της ραγδαίας εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης και της βιο-ιατρικής τεχνολογίας) και η σπανιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων για την υγεία, σε συνδυασμό με τη συνεχή διαφοροποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, οδήγησαν στην καθιέρωση νέων μεθόδων εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των ιατρικών πράξεων, βάσει των οποίων επιδιώκεται μια ορθολογική κατανομή των οικονομικών πόρων στον τομέα υγείας⁸¹.

Η φυσική, η ψυχολογική και η κοινωνική διάσταση της υγείας αποτέλεσαν το έναυσμα αξιολόγησης και μέτρησης της κατάστασης υγείας του πληθυσμού με την ανάπτυξη διεπιστημονικών προσεγγίσεων που δεν περιορίζονται στη «στατική μέτρηση» με δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, αλλά επεκτείνονται σε «δυναμικές» και «πολυπαραγοντικές» αναλύσεις που εισαγάγουν την έννοια της χρησιμότητας και εστιάζονται στη μέτρηση του κλινικού και κοινωνικού αποτελέσματος μιας θεραπείας⁵³.

Ο κύριος στόχος των κλινικών και οικονομικών ερευνών είναι η διερεύνηση της υπόθεσης: κατά πόσο επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση της κατάστασης υγείας

ενός πληθυσμού, με την "αρίστη" ή καλύτερη δυνατή χρήση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού σε συνδυασμό με τη διαθέσιμη τεχνολογική υποδομή. Η αριστοποίηση της "Κοινωνικής Υγείας" του πληθυσμού αποτελεί το θεμελιώδη στόχο άσκησης υγειονομικής και κοινωνικής πολιτικής. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας άλλωστε στον Καταστατικό της Χάρτη, καλεί τις κυβερνήσεις των χωρών μελών να αναπτύξουν πολιτικές και στρατηγικές που προάγουν τη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της υγείας⁸².

Στις εμπειρικές αναλύσεις μέτρησης της ποιότητας ζωής, οι επιστήμονες χρησιμοποιούν δείκτες οι οποίοι αναφέρονται στο συνδυασμό μέτρησης της ποιότητας με την ποσότητα (χρόνια επιβίωσης). Τόσο η ποσότητα όσο και η ποιότητα ζωής αποτελούν δύο διακριτές αλλά σχετιζόμενες έννοιες οι οποίες χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της παρούσας και μελλοντικής κατάστασης υγείας του ατόμου⁵³.

Η ποσότητα επιβίωσης εκτιμάται με τη χρονική διάρκεια της ζωής. Η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε ένα πλήθος παραμέτρων που σχετίζονται με τη σωματική κατάσταση της υγείας, με τις κοινωνικές συνθήκες, τις προσωπικές - υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου για την υγεία του, τη λειτουργικότητά του και τις επιπτώσεις χρόνιων ή οξέων περιστατικών. Οι δείκτες ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται ευρέως στην κλινική και την οικονομική έρευνα για την αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας των υγειονομικών παρεμβάσεων⁵³.

➤ Τα Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (QALY)

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από κλινικούς και κοινωνικούς επιστήμονες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής συνδυάζουν την κλινική απόφαση

με την προσδοκώμενη ποιότητα ζωής του ατόμου. Ο συνδυασμός των μεθόδων αυτών εκφράζεται με το δείκτη των Ποιοτικώς Σταθμισμένων Ετών Επιβίωσης και αντικατοπτρίζεται στα Σταθμισμένα Ποιοτικά Χρόνια Επιβίωσης του ατόμου (QALYs) (Quality adjusted Life Years). Δύο είναι οι βασικές παράμετροι που επηρεάζουν αυτούς τους σταθμισμένους δείκτες³:

- ο χρόνος επιβίωσης του ατόμου και
- η ποιότητα ζωής.

Τα Qaly σχεδιάστηκαν αρχικά από το Weinstein και Stason στην Αμερική το 1976. Με τη μέθοδο αυτή το άτομο καλείται να επιλέξει ανάμεσα σε μια θεραπευτική αγωγή που θα του εξασφαλίσει έναν αριθμό X ετών επιβίωσης σε ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής ή εναλλακτικά να μην ακολουθήσει την προτεινόμενη αγωγή και να παραμείνει στη ζωή επί Y έτη, με πολλά όμως προβλήματα κινητικότητας, κοινωνικής επικοινωνίας, πόνου, δυσφορίας. Ένα Qaly είναι ένας χρόνος ποιότητας ζωής⁸³.

Στην παραπάνω περίπτωση ισχύει: **X έτη < Y έτη.**

Για παράδειγμα ένα άτομο του οποίου η θεραπευτική αγωγή παρατείνει τη ζωή κατά 10 έτη, αλλά επιφέρει μόνο 50% ευεξία στη διάρκεια εκάστου αυτών των ετών κερδίζει 5 Qaly.

Η ποιότητα ζωής συνήθως μετράται σε μια κλίμακα η οποία λαμβάνει τιμές από 0 έως 100. Όπου το 0 αντιστοιχεί στο θάνατο και το 100 αντιστοιχεί στην πλήρη υγεία. Με δεδομένη την κοινωνικο-οικονομική και υγειονομική κατάσταση, ένα άτομο μπορεί ίσως να επιλέξει μια μικρότερη σε χρόνο και με καλύτερη επιβίωση ζωή από μια μεγαλύτερη σε χρόνο επιβίωση με πολλά υγειονομικά προβλήματα⁸³.

Πίνακας 2	
Κόστος ανά QALY για συγκεκριμένες θεραπείες	
	Κόστος/QALY Αύγουστος 1990
Εξέταση χοληστερίνης και θεραπεία διαίτης μόνο (ενήλικοι, ηλικίας 40-69 ετών)	220
Νευροχειρουργική επέμβαση για κρανιακό τραύμα.	240
Συμβουλές παθολόγου για «αποχή από το κάπνισμα».	270
Νευροχειρουργική επέμβαση για υποαραχνοειδή αιμορραγία	490
Αντιυπερτασική θεραπεία για την αποτροπή εγκεφαλικού επεισοδίου (ηλικίες 45-64 ετών).	940
Εμφύτευση βηματοδότη	1,100
Αντικατάσταση ισχίου	1,140
Αντικατάσταση βαλβίδας για στένωση αορτής	1,180
Εξέταση και θεραπεία χοληστερίνης	1,480
CABG (Νόσος αριστερού κυρίου αγγείου, οξεία στηθάγχη)	2,090
Μεταμόσχευση νεφρού	4,170
Ομαδικός έλεγχος για καρκίνο του μαστού	5,780
Μεταμόσχευση καρδιάς	7,840
Εξέταση και θεραπεία (προσθετικά) χοληστερίνης για όλους τους ενήλικους 25-39 ετών.	14,150
Αιμοκάθαρση κατ' οίκον	17,260
CABG (νόσος αγγείου 1, μέτρια στηθάγχη)	18,830
CAPD	19,870
Αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο	21,970
Ερυθροποιητική θεραπεία για αναιμία στους ασθενείς που υποβάλλονται σε διαπίδυση (υποθέτοντας ότι η θνησιμότητα μειώνεται κατά 10%)	54,380
Νευροχειρουργική παρέμβαση για κακοήθεις ενδοκρανιακούς όγκους	107,780
Ερυθροποιητική θεραπεία για αναιμία στους ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (υποθέτοντας ότι δεν αυξάνονται τα ποσοστά επιβίωσης)	126,290
ΠΗΓΗ: Hutton J. et al. <i>Pharmacoeconomics</i> 1996, Nord E., et 81., 1997.	

Ο δείκτης Qaly's αποτυπώνει και σε ποσοτικό επίπεδο (έτη ζωής) και σε ποιοτικό επίπεδο (υποκειμενική εκτίμηση ποιότητας ζωής) μετρήσεις βελτίωσης της υγείας⁸³.

Με τη βοήθεια του δείκτη QALY είναι δυνατόν να συγκριθούν θεραπευτικές αγωγές για την ίδια ασθένεια με όρους κόστους ανά ποιότητα βελτιωμένων ετών ζωής, τα οποία κερδίζονται από μια θεραπεία σε σύγκριση με κάποια άλλη. Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο, κατασκευάζονται από τους οικονομολόγους της υγείας πίνακες, οι οποίοι συνεκτιμούν το κόστος με την ποιότητα ζωής και

αναδεικνύουν το κόστος ανά QALY για διάφορες ιατρικές παρεμβάσεις⁸³ (Πίνακας 2).

- Η συμβολή της θεωρίας της χρησιμότητας στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής

Ορισμένοι επιστήμονες θεωρούν τη χρησιμότητα και τις τεχνικές μέτρησής της ως το σημαντικότερο κριτήριο βάσει του οποίου είναι δυνατή η κατανομή των οικονομικών πόρων υπέρ της μιας ή της άλλης ιατρικής πράξης. Πράγματι μια οικονομική εκτίμηση της ζωής συμβάλλει σημαντικά στη λήψη αποφάσεων. Η άποψη αυτή όμως μας φέρνει αντιμέτωπους αναπόφευκτα με έντονα προβλήματα ηθικής και πολιτικής τάξεως, όπως ζητήματα ισότητας στην αρρώστια ή ισότητας στην υγεία²⁵.

Η κατανομή των πόρων με βάση τη θεωρία της χρησιμότητας θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα την κατανομή τους, περισσότερο προς την πλειοψηφία του υγιούς πληθυσμού (π.χ. πρόληψη-προαγωγή υγείας) και λιγότερο προς τον άρρωστο πληθυσμό (π.χ. καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, αιμοκάθαρση, μεταμόσχευση οργάνων κ.ά.)²⁵.

Το ζήτημα της ισότητας μπροστά στην υγεία ή την αρρώστια, στη ζωή ή στο θάνατο παραπέμπει στο ζήτημα των αναγκών του ατόμου περισσότερο, παρά στο ζήτημα της κατανομής των πόρων στις υπηρεσίες υγείας. Η ισότητα σημαίνει ίση ικανοποίηση αναγκών, εφόσον οι ανάγκες είναι ταυτόσημες μεταξύ των ανθρώπων, αλλά σημαίνει επίσης άνιση κατανομή των πόρων, εφόσον οι ανάγκες είναι άνισες, προκειμένου να ικανοποιηθούν τουλάχιστον οι πλέον αναγκαίες³⁰.

Το γενικό συμπέρασμα, το οποίο προκύπτει επικεντρώνεται στο γεγονός ότι η λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανομή πόρων στην πολιτική υγείας

συνεπάγεται μια μορφή ανταλλαγής μεταξύ αποτελεσματικότητας και ισότητας. Είναι βέβαιο ότι κάποιο από τα δύο θα «θυσιαστεί» ως ένα βαθμό για την επίτευξη του άλλου. Στα πλαίσια αυτά, οι ερευνητές αναζητούν λύσεις οι οποίες οδηγούν στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε όρους οικονομικής αποτελεσματικότητας, δηλαδή να είναι ανεκτές και ελάχιστες οι ανισότητες που προκαλούνται²⁵.

- Διαμόρφωση προτάσεων σχετικά με την εφαρμογή μετρήσεων ποιότητας ζωής στην Ελλάδα.

(Προτάσεις ομοφωνίας της Πρωτοβουλίας για την Υγεία και τις Υπηρεσίες Υγείας Casus Sanitatis). Προτείνεται³:

«Η προώθηση μελετών Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής, δεδομένου ότι στη χώρα υπάρχει η επιστημονική επάρκεια για την έγκυρη μέτρηση των εκβάσεων θεραπειών. Θεωρείται βέβαιο ότι η μελέτη της ποιότητας ζωής θα επιφέρει πολλαπλές θετικές επιπτώσεις.

- ⊕ *Πρώτον*, στο σύστημα υγείας δίνοντας τη δυνατότητα εκτίμησης των πραγματικών αναγκών υγείας και διαμόρφωσης πολιτικής σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο.
- ⊕ *Δεύτερον*, στην εθνική οικονομία καθόσον στοχεύει στη δίκαιη και ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων υγειονομικών πόρων, καθόσον με αυτό τον τρόπο διασφαλίζεται η λήψη αποφάσεων με αντικειμενική και διαφανή κλινική και οικονομική τεκμηρίωση.
- ⊕ *Τρίτον*, σε όλους τους παραγωγούς, προμηθευτές, ασφαλιστές και χρηματοδότες υπηρεσιών υγείας, παρέχοντας τη δυνατότητα συγκριτικής, διαφανούς και επιστημονικά τεκμηριωμένης μέτρησης των κλινικών

αποτελεσμάτων.

- ⊕ *Τέταρτον*, ατομικά και συλλογικά στους ίδιους τους ασθενείς, δίνοντάς τους τη δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη κλινικών αποφάσεων.
- ⊕ *Πέμπτον και σημαντικότερο*, η δυνατότητα εξωτερίκευσης των προτιμήσεων και της ικανοποίησης των χρηστών θα συμβάλλει καθοριστικά στην ουσιαστική αξιολόγηση του συστήματος υγείας, και κατ' επέκταση στην ενίσχυση της ανταποκρισιμότητας των κοινωνικών προσδοκιών τους».

3.3 ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ.

3.3.1 Γενικά.

Όπως είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο η έννοια της ποιότητας ζωής δεν έχει ακόμα καθοριστεί μ' ένα συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται πολλές εννοιολογικές ασάφειες. Δεδομένο όμως παραμένει το γεγονός πως βασικές παράμετροι θεωρούνται η ψυχολογική ευεξία και η ικανοποίηση από τη ζωή.

Η θεώρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, όπου αξιολογείται από το ίδιο το άτομο με κριτήρια υποκειμενικά, αλλά και αντικειμενική, όπου και καθορίζεται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής βασίζονται κυρίως σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες, αλλά και στο συνδυασμό ανάμεσά τους. Θεωρείται όμως ότι πρέπει επιπλέον να διερευνηθούν και οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του ατόμου που επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής³⁵.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ψυχική υγεία είναι η

κατάσταση της συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά και επιτεύγματα. Τη δεκαετία του 1950, στα πλαίσια του καθορισμού των κριτηρίων για την καλή ψυχική υγεία, έγινε σαφές ότι, όταν εξασφαλίζονται οι προϋποθέσεις για την καλή ψυχική υγεία, οι άνθρωποι μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους⁸⁴.

Η Jahoda-που έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί με τον ορισμό της ψυχικής υγείας και οι θέσεις της έγιναν αποδεκτές από την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα-ορίζει τη θετική ψυχική υγεία ως μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά⁸⁴:

- την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητάς του,
- τη δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο,
- τη δυνατότητα αντίστασης στο stress,
- τη δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές,
- την ικανότητα να ελέγχει το περιβάλλον,
- την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται και να διασκεδάζει και
- τη δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του.

Από τους ορισμούς, λοιπόν, της ποιότητας ζωής, που έχουν διατυπωθεί, και της ψυχικής υγείας, είναι φανερό πόσο αναπόσπαστα συνδεδεμένες είναι οι δύο αυτές έννοιες.

3.3.2 Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία.

Διάφοροι ερευνητές, που ασχολήθηκαν ειδικότερα με τον τομέα της ψυχικής

υγείας, υποστηρίζουν ότι το θέμα της ποιότητας ζωής, αν και ορίζεται ποικιλοτρόπως, περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις⁸⁵:

- το τι το άτομο είναι ικανό να κάνει,
- την πρόσβασή του σε πόρους και ευκαιρίες, ώστε να μπορεί να τους χρησιμοποιήσει για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του και
- το αίσθημα της ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο.

Οι δύο πρώτες διαστάσεις του όρου θεωρούνται ως αντικειμενικοί δείκτες της ποιότητας ζωής, ενώ η τρίτη διάσταση του όρου θεωρείται ότι εμπίπτει στην κατηγορία των υποκειμενικών δεικτών³⁵.

Από κάποιους συγγραφείς έχει αναπτυχθεί επίσης, η έννοια της «εσωτερικής ποιότητας ζωής», σύμφωνα με την οποία, σε ατομικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής είναι καλή όταν το άτομο⁸⁶:

- Είναι δραστήριο, με την έννοια ότι απασχολείται με εξωτερικές δραστηριότητες (π.χ. εργασία, άθληση, πολιτική, καλλιτεχνικές δραστηριότητες κ.λπ.), που προσδίδουν σημασία στη ζωή του.
- Έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις (με φίλους, συνεργάτες, οικογένεια, σεξουαλικό σύντροφο), που του εξασφαλίζουν την αίσθηση ότι συμμετέχει στην κοινωνία, και ότι κάπου ανήκει.
- Νοιώθει αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, γνωρίζει τις δεξιότητές του και ικανοποιείται από τις επιτυχίες του.
- Είναι χαρούμενο, βρίσκει τη ζωή όμορφη και αισθάνεται ασφαλές.

Αυτές οι παράμετροι εξαρτώνται από την εσωτερική διάθεση του ατόμου, αλλά επηρεάζονται και από εξωτερικούς παράγοντες.

Τα πιο πρόσφατα μοντέλα συνδυάζουν τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις σφαίρες: *εξωτερικές συνθήκες* (οικονομία, εργασία, στέγη), *διαπροσωπικές σχέσεις* (οικογένεια, φίλοι, σύντροφος) και *εσωτερική ισορροπία* (αυτοεκτίμηση, διάθεση)³⁵

Το ζητούμενο είναι πώς οι αντικειμενικές συνθήκες συσχετίζονται με τις υποκειμενικές αντιλήψεις και από ποιους πρόσθετους παράγοντες επηρεάζεται αυτή η συσχέτιση. Τρία θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να προσεγγίσουν το θέμα: (α) το μοντέλο της ικανοποίησης, (β) το μοντέλο που είναι συνδυασμός της σημασίας που έχει για το άτομο μια συγκεκριμένη πλευρά της ζωής του και της ικανοποίησης και (γ) το μοντέλο της λειτουργικότητας σε κοινωνικούς ρόλους³⁵.

➤ Το μοντέλο της ικανοποίησης.

Αναπτύχθηκε κυρίως από τους Lehman et al και βασίζεται στην υπόθεση ότι τα επίπεδα ικανοποίησης που βιώνει το άτομο σχετικά με διάφορους τομείς της ζωής του εξαρτώνται από το αν οι συνθήκες διαβίωσής του συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του. Σύμφωνα όμως με το μοντέλο αυτό δεν μπορεί να διασφαλιστεί ότι οι σχετικές μετρήσεις μας δίνουν έναν έγκυρο δείκτη της ποιότητας ζωής του ατόμου. Έτσι, αν κάποιος άτομο αισθάνεται σε μεγάλο βαθμό ικανοποίηση για κάποια συγκεκριμένη πλευρά της ζωής του, βρισκόμαστε μπροστά σε τρεις πιθανές εκδοχές: (1) μπορεί να σημαίνει πράγματι ότι πραγματοποιούνται οι επιθυμίες του αναφορικά με τον τομέα αυτό, (2) μπορεί ο συγκεκριμένος τομέας να μην αξιολογείται από το άτομο ως ιδιαίτερα σημαντικός και έτσι να μην επηρεάζεται το επίπεδο ικανοποίησης του ατόμου και, (3) μπορεί το άτομο να έχει προσαρμόσει τις ανάγκες και επιθυμίες του ανάλογα με τις ευκαιρίες που παρέχονται στο συγκεκριμένο τομέα^{87,88}.

➤ Το μοντέλο της σημασίας και της ικανοποίησης

Το δεύτερο μοντέλο, είναι απόρροια του προβληματισμού που προέκυψε κατά την ανάπτυξη του πρώτου μοντέλου (της ικανοποίησης). Έτσι, για παράδειγμα για ένα άτομο χαμηλού επιπέδου φιλοδοξιών επαγγελματικής εξέλιξης, οι ευκαιρίες που του προσφέρονται για προαγωγή δεν αποτελούν ένα σημαντικό κριτήριο για την εκτίμηση της ικανοποίησής του στον εργασιακό τομέα, ενώ για κάποιον άλλον, που έχει μεγάλες φιλοδοξίες σχετικά με τον τομέα αυτόν, οι διαθέσιμες ευκαιρίες για προαγωγή αποτελούν το πιο σημαντικό κριτήριο. Το μοντέλο αυτό, σύμφωνα με ειδικούς επιστήμονες ενώ επισημαίνει τη σπουδαιότητα των προσωπικών αξιών και προτιμήσεων, δεν εξετάζει το ενδεχόμενο ότι οι πιθανές πιέσεις που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον το αναγκάζουν πολλές φορές, να υποτιμά τους στόχους εκείνους που κατά τη γνώμη του είναι ανέφικτο να τους υλοποιήσει⁸⁸.

➤ Το μοντέλο της λειτουργικότητας σε κοινωνικούς ρόλους.

Αναπτύχθηκε από τους Bigelow et al⁸⁹ και βασίζεται στη «θεωρία των αναγκών» του Maslow και στη «θεωρία των ρόλων»⁹⁰. Συγκεκριμένα βασίζεται στη θεωρία ότι «η ευτυχία και η ικανοποίηση επηρεάζονται από τις κοινωνικές και περιβαλλοντικές συνθήκες που απαιτούνται για την κάλυψη των βασικών ανθρώπινων αναγκών». Ο Maslow διακρίνει μια σειρά ανθρώπινων αναγκών, που τις κατατάσσει ιεραρχικό σε πυραμίδα. Έτσι, ξεκινώντας από τις βασικές ανάγκες, που είναι οι οργανικές και οι ανάγκες ασφάλειας, συνεχίζει σε ανώτερες βαθμίδες, με την ανάγκη του να ανήκει κάποιος σε μια ομάδα και την ανάγκη της εκτίμησης, και καταλήγει στην «αυτοπραγμάτωση», που τοποθετείται στην κορυφή της πυραμίδας³⁵.

Οι κοινωνικοί ρόλοι είναι πρότυπα δράσης, τα οποία απορρέουν από την κοινωνική θέση που έχει το άτομο σε ένα συγκεκριμένο κοινωνικό πλαίσιο. Στα όργανα μέτρησης της ποιότητας της υγείας που έχουν αναπτυχθεί για να αξιολογήσουν τη λειτουργικότητα στα πλαίσια των κοινωνικών ρόλων διαφαίνεται ένα ικανοποιητικό επίπεδο συναίνεσης, όσον αφορά στην κατάταξη των ρόλων που μπορεί το άτομο να διαδραματίσει στη ζωή του. Οι ρόλοι αυτοί αφορούν το επάγγελμα, το νοικοκυριό, το γάμο και τη συντροφικότητα, τη μητρότητα ή πατρότητα, την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις, τη συμμετοχή στα κοινωνικά δρώμενα και την αυτοφροντίδα³⁵.

Άλλοι συγγραφείς προτείνουν ένα πιο δυναμικό μοντέλο προσέγγισης σύμφωνα με το οποίο η υποκειμενική θεώρηση της ποιότητας ζωής είναι το αποτέλεσμα μιας συνεχιζόμενης διαδικασίας προσαρμογής. Το άτομο οφείλει συνεχώς να συμβιβάζει τις δικές του επιθυμίες και τους δικούς του στόχους αφενός μεν με τις περιβαλλοντικές συνθήκες και αφετέρου με την ικανότητά του να αντεπεξέρχεται στις κοινωνικές απαιτήσεις που συνδέονται με την εκπλήρωση των ανωτέρω στόχων⁸⁸.

Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η ικανοποίηση δεν θεωρείται το αποτέλεσμα, αλλά ο κινητήριος μοχλός όλης αυτής της διαδικασίας. Από τα ευρήματα ερευνών για την ποιότητα ζωής, που βασίζονται στην εκτίμηση της υποκειμενικής ικανοποίησης, φαίνεται ότι πολλοί άνθρωποι έχουν την ικανότητα να διατηρούν το επίπεδο ικανοποίησης σχετικό σταθερό, μέσω γνωστικών και βουλευτικών δραστηριοτήτων, ακόμα και όταν συνεχώς αλλάζουν οι περιβαλλοντικές συνθήκες. Όταν, δηλαδή, το άτομο νοιώθει δυσαρέσκεια γιατί υπάρχει μια ασυμφωνία μεταξύ των αξιών του και των συνθηκών διαβίωσης, μπορεί να μειώσει αυτή τη δυσαρέσκεια ή μεταβάλλοντας τις περιβαλλοντικές συνθήκες ή αλλάζοντας τις αξίες και

τις προτιμήσεις του. Έτσι, με τη μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης ως δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής, όπως αξιολογείται από υποκειμενική σκοπιά, δεν είναι εφικτό να προβούμε στη διαφοροποίηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου, που, ενώ ζει σε άσχημες συνθήκες, μειώνει τις προσδοκίες του όσο χρειάζεται για να είναι ικανοποιημένο, από την ποιότητα ζωής ενός άλλου ατόμου που νοιώθει ικανοποιημένο με τη ζωή του, επειδή πραγματικό έχουν επιτευχθεί οι στόχοι και οι προσδοκίες του^{35,88}.

3.4 ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΑ.

Με την καθιέρωση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και τη διαπίστωση ότι η οικονομική ανάπτυξη δεν ικανοποιεί αυτόματα όλες τις ανθρώπινες ανάγκες, ξεκίνησαν έντονες προσπάθειες στο χώρο της κοινωνιολογίας για να βρεθούν τρόποι μέτρησης του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής. Διάφορες μελέτες απεικόνισαν τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής και επιβεβαίωσαν τη σπουδαιότητα της εκτίμησης των δύο διαστάσεων της, της αντικειμενικής διάστασης, που εκφράζεται ως ανάγκες, και της υποκειμενικής διάστασης, που εκφράζεται ως επιθυμίες των ανθρώπων³⁷.

Αν και οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ότι η ποιότητα ζωής είναι τελικά υποκειμενική, άλλοι εκτιμούν ότι οι αντικειμενικοί παράγοντες είναι ίσης σημασίας¹³⁴, αρκετοί θεωρούν ότι είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο¹⁶⁵, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η πολυδιάστατη υπόστασή της δεν αποκλείει την έκφρασή της σε μία και μόνη διάσταση³⁰.

Σε διεθνές επίπεδο, οι κατηγορίες των κοινωνικών δεικτών της OECD, που ορίστηκαν για την εκτίμηση της κοινωνικής ανάπτυξης, είναι⁹¹:

- ☛ υγεία,
- ☛ παιδεία και μόρφωση,
- ☛ εργασία και ποιότητα της εργασιακής ζωής,
- ☛ διάθεση χρόνου και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου,
- ☛ έλεγχος περιουσίας και πρόσβαση σε υπηρεσίες,
- ☛ φυσικό περιβάλλον,
- ☛ κοινωνικό περιβάλλον και
- ☛ προσωπική ασφάλεια.

Άλλες ομάδες ερευνητών σχεδίασαν μοντέλα κοινωνικών δεικτών για άτομα ή ομάδες πληθυσμού. Κατέληξαν σε 12 παράγοντες, αντικειμενικούς και υποκειμενικούς, που παίζουν κύριο ρόλο στην «αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής»⁹²:

- αυτοαντίληψη,
- οικογενειακή ζωή,
- οικονομικό επίπεδο,
- απόλαυση ζωής,
- στέγη,
- οικογενειακές δραστηριότητες,
- διάθεση χρόνου,
- δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου,
- κυβέρνηση,

- πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγορά,
- υγεία,
- εργασία, απασχόληση.

Το μοντέλο αυτό δείχνει τη μεγάλη σημασία που έχουν για την ευεξία του ανθρώπου η οικογένεια και οι κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς και η αυτονομία. Οι έννοιες, όπως η απόλαυση ζωής και η αυτοεκτίμηση, συμπεριλαμβάνονται και στην ψυχολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής.

➤ Η Θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών.

Μετά από πολλές μελέτες για την ποιότητα ζωής των ασθενών διαπιστώθηκε πρόσφατα, πως οι αντιλήψεις για την υγεία, οι υποκειμενικές μετρήσεις της ευεξίας και η ικανοποίηση από τη ζωή φαίνεται να μην είναι άμεσα αναλογικές και εξαρτώμενες από τα συμπτώματα ή τους λειτουργικούς περιορισμούς⁹³. Οι επιδράσεις των σωματικών δυσλειτουργιών, μέσω των συμπτωμάτων και των λειτουργικών περιορισμών, στην ποιότητα ζωής τροποποιούνται και μεταβάλλονται από ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Όμως δεν είναι γνωστό με ποιους μηχανισμούς, οι μη-βιολογικοί παράγοντες τροποποιούν και μεταβάλλουν τις επιδράσεις των σωματικών δυσλειτουργιών στην ποιότητα ζωής. Ορισμένα θεωρητικά μοντέλα έχουν προταθεί, εκ των οποίων άλλα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους ψυχολογικούς και άλλα στους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες⁶⁹.

Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών (ΚΠΛ) (social production functions theory) προτείνει ένα θεωρητικό πλαίσιο που προσεγγίζει τους μηχανισμούς επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής. Αναγνωρίζει ότι η υγεία είναι μόνο ένας από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής,

μεταξύ άλλων που ενυπάρχουν στους διάφορους τομείς της ζωής (κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς, ψυχολογικούς). Η ποιότητα ζωής νοείται ως ψυχολογική ευεξία, η οποία ενυπάρχει στο σημείο εκείνο όπου οι πρωταρχικές ανάγκες (σωματική και κοινωνική ευεξία) πληρούνται. Αυτές οι ανάγκες ικανοποιούνται με τη συμμετοχή σε δραστηριότητες για την επίτευξη λειτουργικών στόχων. Η σωματική ευεξία επιτυγχάνεται με δραστηριότητες που παράγουν ενεργοποίηση, εσωτερική και εξωτερική άνεση και ευμάρεια. Η κοινωνική ευεξία επιτυγχάνεται με δραστηριότητες που παράγουν συναίσθημα, κοινωνική θέση και αναγνώριση. *Η θεωρία αυτή προτείνει έναν ορισμό της ποιότητας ζωής, αποσαφηνίζει τα προβλήματα μέτρησής της και επιδιώκει να κατανοηθούν οι μηχανισμοί επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής⁹⁴.*

Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών διατυπώθηκε από τους Lindenberg και Frey¹⁷⁰ και στηρίζεται στο αξίωμα ότι οι άνθρωποι παράγουν τη δική τους ευεξία στην προσπάθειά τους να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες, εν τω μέσω περιορισμών και αντιξοοτήτων της καθημερινής ζωής. Για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, οι άνθρωποι επιλέγουν τους καταλληλότερους εκείνους τρόπους που έχουν την καλύτερη σχέση κόστους- αποτελεσματικότητας. Το κόστος αφορά κάθε μορφή πόρων (χρήμα, χρόνος, ενέργεια, κ.ά.) που οι άνθρωποι είναι διατεθειμένοι να δαπανήσουν για να κερδίσουν την ικανοποίηση μιας ανάγκης³⁰. Τρεις σημαντικές αρχές χαρακτηρίζουν τη θεωρία της ΚΠΛ⁹⁴:

- Η σύνδεση της ικανοποίησης των αναγκών με την ευεξία.
- Η διάκριση μεταξύ πρωταρχικών αναγκών και λειτουργικών στόχων.
- Η αντικατάσταση ή αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων.

Οι πρωταρχικές ανάγκες (πρωταρχικοί στόχοι) θεωρούνται ότι είναι κοινές σε

όλους τους ανθρώπους, αφορούν τη σωματική και κοινωνική ευεξία και προσδιορίζουν με τη σειρά τους την ψυχική ευεξία. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι προσπαθούν να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες διαφέρει από άτομο σε άτομο³⁰.

Οι λειτουργικοί στόχοι που αφορούν τη σωματική ευεξία, σύμφωνα με τη θεωρία της ΚΠΛ είναι:

η εσωτερική ευμάρεια (άνεση, με την έννοια της απουσίας δίψας, πείνας, πόνου, κόπωσης και άλλων σωματικών δυσχερειών ή περιορισμών),

η εξωτερική ευμάρεια (αναφέρεται στο περιβάλλον που ζει ένα άτομο, το οποίο είναι ασφαλές, ευχάριστο και άνετο) και

η ενεργοποίηση (αφορά δραστηριότητες που παράγουν διέγερση και ενεργητικότητα σε ψυχικά, νοητικά, αισθητηριακά, σωματικά ερεθίσματα).

Το επίπεδο ενεργοποίησης, στο οποίο κινούνται συνήθως οι άνθρωποι ορίζεται σύμφωνα με την υποκειμενική εκτίμηση της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας. Η υπέρβαση των ορίων εντός των οποίων το άτομο απολαμβάνει την ενεργοποίηση (όφελος) επιφέρει δυσφορία και κόπωση (κόστος). Όσο περισσότερη ενεργοποίηση ή άνεση διαθέτει ένα άτομο μετά από ορισμένο όριο τόσο λιγότερη αξία έχει για αυτό η προσθήκη μιας μονάδας αγαθού ή δράσης (φθίνουσα οριακή αξία). Η σχέση μεταξύ της σωματική ευεξίας και της ευμάρειας (εσωτερικής και εξωτερικής) όπως και της ενεργοποίησης είναι αυξητική μέχρι το σημείο κορεσμού της ανάγκης ή υπέρβασης των ατομικών ορίων, μετά από το οποίο ακολουθεί μια οριακή φθίνουσα σχέση⁹⁴.

Οι λειτουργικοί στόχοι που αφορούν την κοινωνική ευεξία είναι³⁰:

η κοινωνική θέση, η οποία καθορίζεται από τη δυνατότητα ελέγχου και

διαχείρισης των πόρων (όχι μόνο των οικονομικών) που έχει ένα άτομο και την κατάταξή του στο πεδίο της κοινωνικής διαστρωμάτωσης,

η αναγνώριση (συμπεριφορική επιβεβαίωση, επικύρωση) και αφορά την αποδοχή και αναγνώριση της συμπεριφοράς του ατόμου από τους άλλους, εφόσον η συμπεριφορά του κινείται εντός των κανονικών αποδεκτών ορίων και

το συναίσθημα που αναφέρεται στην αγάπη, τη φιλία, στη συναισθηματική υποστήριξη και φροντίδα που πηγάζουν από τις συζυγικές, οικογενειακές, φιλικές σχέσεις του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον.

Στον Πίνακα 3 που ακολουθεί παρουσιάζονται συνοπτικά οι πρωταρχικές ανάγκες, οι λειτουργικοί στόχοι και τα μέσα επίτευξής τους σύμφωνα με τη θεωρία της ΚΠΛ.

Πίνακας 3
Πρωταρχικές ανάγκες και λειτουργικοί στόχοι

Ανώτερο επίπεδο	Ψυχολογική Ευεξία					
Πρωταρχικές ανάγκες	Σωματική Ευεξία			Κοινωνική Ευεξία		
Λειτουργικοί στόχοι	Ενεργοποίηση Παρακίνηση (ωφέλιμο επίπεδο ενεργητικότητας)	Εξωτερική Ευμάρεια-Άνεση (ευχάριστο περιβάλλον)	Εσωτερική Ευμάρεια-Άνεση (απουσία σωματικών αναγκών)	Κοινωνική θέση (έλεγχος περιορισμένων πόρων)	Αναγνώριση Επιβεβαίωση (ότι παίρνεις κάνοντας το 'σωστό')	Συναίσθημα (ότι παίρνεις από άλλους που φροντίζουν για σένα)
Παραδείγματα λειτουργικών δραστηριοτήτων, δεξιοτήτων και χαρισμάτων	Σωματικές και ψυχικές δραστηριότητες που παράγουν ενεργητικότητα	Οικιακός εξοπλισμός κατοικία, ασφάλεια, κοιν. πρόνοια	Απουσία πόνου, κόπωσης, πείνας, δίψας, ζωτικότητα	Καταναλωτικό πρότυπο, επίδοση σε σπορ και εργασία επαγγελματική υποβίβαση	Συμμόρφωση με κοινωνικούς και ατομικούς κανόνες και αξίες, συμμετοχή σε ομάδες	Ερωτική σχέση που παρέχει συναισθηματική υποστήριξη γάμος
Παραδείγματα πόρων	Σωματική και ψυχική προσπάθεια	Χρήμα	Φαγητό, υγεία	Εκπαίδευση, κοινωνική τάξη, ατομικές ικανότητες	Κοινωνικές ικανότητες ανταγωνισμός	Σύζυγος συμπάθεια ελκυστικότητα

Πηγή: Ormell et al (1997), Quality of life and Social Production Functions: A framework for understanding health effects. Soc Sci Med, 17: 1051-1063

3.5 ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ.

Όταν σκέφτεται κανείς την επιστήμη της Βιολογίας και τις τεχνικές της προοπτικές που συγκεφαλαιώνονται κάτω από τον όρο "βιοτεχνολογία", τότε δεν μπορεί παρά να αισθάνεται ότι βρίσκεται μπροστά σε μια καινούργια εποχή για την ανθρωπότητα, μια καινούργια ιστορική περίοδο, η οποία θα χαρακτηρίζεται από τις γνώσεις και τα επιτεύγματα σε αυτόν τον τομέα. Ο 19ος αιώνας ήταν ο αιώνας της επιστήμης. Ξεκίνησε με τη βιομηχανική επανάσταση, αλλά ουσιαστικά γνώρισε βαθύτατη και ουσιαστικότερη πρόοδο στον τομέα της θεωρητικής μόνο γνώσης στη Χημεία, τη Φυσική και τα Μαθηματικά. Μπήκαν έτσι τα θεμέλια που οδήγησαν στις μεγάλες επιστημονικές ανακαλύψεις του 20ού αιώνα, με την πρόοδο της θεωρητικής γνώσης σε πρωτόγνωρα ύψη. Ωστόσο, ο 20ός αιώνας είναι ο αιώνας της τεχνικής και μάλιστα της λεγόμενης υψηλής και ιδιαίτερα προηγμένης τεχνολογίας. Αυτή η τεχνολογία βασίζεται κυρίως στην Ηλεκτρονική, η οποία με τη σειρά της βασίζεται στη βαθιά γνώση των φυσικών φαινομένων και στα προηγμένα μαθηματικά.

Οι πρόοδοι που έχουν συντελεστεί στην επιστήμη της ιατρικής είναι τεράστιες κι αυτό γίνεται αμέσως φανερό αν κοιτάξουμε πίσω μας και μετρήσουμε πόσες ασθένειες απειλούσαν το ανθρώπινο γένος στις αρχές του περασμένου αιώνα. Σε μια εποχή που η αξία των βιταμινών δεν είχε ακόμη αναγνωρισθεί, ασθένειες, όπως η ραχίτιδα, που οφείλονταν στην κακή διατροφή ήταν πολύ συνηθισμένες. Οι πρακτικές και αναποτελεσματικές μέθοδοι αντισύλληψης δεν μπορούσαν να προστατέψουν τις γυναίκες από την ίδια τους τη γονιμότητα και η θνησιμότητα κατά τον τοκετό ήταν σαράντα φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι σήμερα. Εμβόλια δεν υπήρχαν και η διφθερίτιδα, η ιλαρά, η οστρακιά και ο κοκίτης σκότωναν αμέτρητα παιδιά ενώ η φυματίωση αποτελούσε απειλή για ανθρώπους κάθε ηλικίας⁹⁵.

Μέχρι το 1922, που έγινε η ανακάλυψη της ινσουλίνης, ο σακχαρώδης διαβήτης ισοδυναμούσε με θανατική καταδίκη. Τη δεκαετία του 1920 ανακαλύφθηκε και η πενικιλίνη που δε χρησιμοποιήθηκε ευρέως παρά στη διάρκεια του Β' Παγκόσμιου Πολέμου και αναδείχθηκε στο θαυματουργό φάρμακο που οδήγησε στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων⁹⁵.

Το σύγχρονο «οπλοστάσιο» φαρμάκων δε στοχεύει μόνο στις σωματικές αλλά και στις ψυχικές ασθένειες. Μέχρι την ανάπτυξη των αντιψυχωσικών φαρμάκων, στα μέσα του περασμένου αιώνα, οι σχιζοφρενείς κλείνονταν στο άσυλο για όλη τους τη ζωή και αυτοί με λιγότερο σοβαρά ψυχικά νοσήματα ζούσαν όλη τους τη ζωή με όλα τα θλιβερά συμπτώματα της πάθησής τους. Η έρευνα στις δεκαετίες του 1960 και 1970 όμως κατέδειξε πως οι αλλαγές στη βιοχημεία του εγκεφάλου μπορούν να επηρεάσουν τη διάθεση ενός ατόμου⁹⁵.

Πέρα από τα φάρμακα πολλές θεραπευτικές μέθοδοι εξελίχθηκαν εξίσου ραγδαία με την βοήθεια της τεχνολογίας. Πριν την ανακάλυψη του τεχνητού νεφρού η νεφρική ανεπάρκεια σήμαινε σίγουρο θάνατο. Προτού η τεχνολογία επιτρέψει τη δημιουργία ηλεκτρικών βηματοδοτών δεν υπήρχε αποτελεσματικός τρόπος ρύθμισης των καρδιακών παλμών ενός ασθενή και πριν την ανακάλυψη των ομάδων αίματος (1907) η επιτυχημένη μετάγγιση αποτελούσε ουτοπία⁹⁵.

Το 1903 η ανάπτυξη του πρώτου ηλεκτροκαρδιογραφήματος μας άνοιξε τις πόρτες για την παρακολούθηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς και αργότερα του εγκεφάλου με το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Η δυνατότητα μελέτης του εσωτερικού του σώματος με ή χωρίς ακτινοβολία (με χρήση ακτίνων Χ, αξονικού τομογράφου ή υπερήχων) άλλαξε δραματικά τις συνθήκες άσκησης της ιατρικής. Τεχνικά βοηθήματα όπως αναπηρικά ηλεκτρικά καροτσάκια, πρόσθετα

μέλη ή άλλου είδους εξοπλισμός , προσφέρουν πρακτικές λύσεις στην αντιμετώπιση των καθημερινών αναγκών των ατόμων με ειδικές ανάγκες.

Οι γνώσεις που αποκτήθηκαν τον περασμένο αιώνα σε θεωρητικό επίπεδο, θα αποτελέσουν σαφώς το εφαλτήριο της τεχνικής του 21ού αιώνα που θα είναι ο αιώνας της βιολογίας και της βιοτεχνολογίας. Η βιοιατρική έρευνα διαθέτει σημαντικές τεχνολογίες που καθιστούν δυνατή την καλύτερη κατανόηση της μοριακής βάσης της παθογένεσης. Σε ελάχιστο χρόνο, η συνδυαστική χημεία και η γενετική μηχανική μετέβαλαν δραστικά την ανάπτυξη νέων φαρμάκων και κατέστησαν τα όρια της φαρμακευτικής βιομηχανίας και της βιοτεχνολογίας ασαφή, αφού παράλληλα οι φαρμακευτικές εταιρείες αγκαλιάζουν τις νέες τεχνολογίες αγοράζοντας τις μικρές καινοτόμες εταιρείες βιοτεχνολογίας⁹⁶.

Η ανάπτυξη μεθόδων χαρτογράφησης γονιδιωμάτων και το μεγάλο έργο της αποκωδικοποίησης του ανθρώπινου γονιδιώματος, θα δώσει μεγάλη ώθηση στην ανάπτυξη μεθόδων γονιδιακής θεραπείας και την παραγωγή ειδικών φαρμάκων για πολλές ασθένειες. Η ανάπτυξη της βιοτεχνολογίας και βιοιατρικής εξαρτάται από τη διαθέσιμη πληροφορία. Η διάθεση εργαλείων πληροφορικής για την ανάλυση μεγάλου όγκου και ποικιλίας πληροφοριών, αποτελεί κλειδί για την ερευνητική διαδικασία. Η βιοιατρική έρευνα σχετίζεται στενά με τη μοριακή βιολογία και την πληροφορική. Η ιατρική τηλεματική είναι ένα παράδειγμα αυτής της σύγκλισης τεχνολογιών. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, αναμένεται ότι η τεχνολογία γενωμικών και οι εφαρμογές πληροφορικής θα αποτελέσουν τις κυρίαρχες νέες τεχνολογίες στα πρώτα χρόνια του 21^{ου} αιώνα⁹⁶.

Η βιοτεχνολογία αποτελεί σήμερα την πλευρά της τεχνολογίας που υπόσχεται να αλλάξει την μορφή του κόσμου και την ποιότητα της ζωής και της υγείας μας πιο ριζικά, από κάθε άλλη προηγούμενη τεχνολογική επανάσταση. Οι

δυνατότητες που ανοίγονται στο ανθρώπινο γένος ανήκουν πια στα όρια του φανταστικού. Πολλές φορές όμως τρομάζουν γιατί μας θέτουν αντιμέτωπους με δυνατότητες που μας ζητούν να επαναπροσδιορίσουμε την κατανόηση των εαυτών μας και των ηθικών αξιών μας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

4.1 ΓΕΝΙΚΑ.

Οι κλίμακες μέτρησης γενικού επιπέδου υγείας κατατάσσονται στους δείκτες υποκειμενικής μέτρησης της υγείας και έχουν σχεδιασθεί για να συμπληρώσουν τις παραδοσιακές επιδημιολογικές ή/και κλινικές μετρήσεις. Έτσι η νέα αυτή προσέγγιση μέτρησης της ποιότητας της υγείας μπορεί να αποτελεί συμπλήρωμα της παραδοσιακής μέτρησης του επιπέδου υγείας, η οποία αποδίδεται μέσω δεικτών θνησιμότητας, θνητότητας, νοσηρότητας κ.α ή των κλινικών αξιολογήσεων⁹⁷.

Τα ερωτηματολόγια Γενικού Επιπέδου Υγείας αξιολογούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του ατόμου, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου και πολιτισμικών επιρροών, και χωρίς να αναφέρονται σε συγκεκριμένες ιατρικές διαγνώσεις. Είναι πολυδιάστατα εργαλεία τα οποία αξιολογούν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσεις υγείας^{13,56}:

- ✘ τη σωματική λειτουργικότητα,
- ✘ την κοινωνική λειτουργικότητα,
- ✘ την ψυχική υγεία,
- ✘ τις αντιλήψεις γενικής υγείας

Χρησιμοποιούνται για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών¹⁵.

Πίνακας 4**Εργαλεία γενικής χρήσης για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής**

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ
EuroQol (EQ-5D)	<ul style="list-style-type: none"> -- Περιλαμβάνει 5 διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοφροντίδα, καθημερινές δραστηριότητες, πόνος -- 3 επίπεδα σε κάθε διάσταση: κανένα πρόβλημα, κάποιο πρόβλημα και σημαντικό πρόβλημα. -- Οι ερωτήσεις είναι εύκολες στο να απαντηθούν. -- Όχι μεγάλη ευαισθησία.
Nottingham Health Profile (NHP)	<ul style="list-style-type: none"> -- Το Μέρος 1 περιλαμβάνει 36 καταστάσεις υγείας σε 6 διαστάσεις: ενέργεια, πόνος, συναισθηματική -- Το Μέρος 2 εξετάζει 8 πεδία, τα οποία επηρεάζονται απ' την υγεία: οικογενειακό περιβάλλον, εργασιακό περιβάλλον, φροντίδα σπιτιού, εργασία, κοινωνική ζωή, οικογενειακή ζωή, σεξουαλική ζωή, δραστηριότητες και διακοπές. -- Οι ερωτήσεις περιλαμβάνουν απαντήσεις τύπου Ναι ή Όχι. -- Χρησιμοποιούνται ευρέως. -- Πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. -- Περιορισμένη ευαισθησία.
Short Form 36	<ul style="list-style-type: none"> -- 36 ερωτήσεις που αφορούν 8 διαστάσεις: φυσική λειτουργία, σωματικός πόνος, υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργία, διανοητική υγεία, φυσική και συναισθηματική κατάσταση. -- Περιλαμβάνει 8 διαστάσεις που μπορούν να σωρευτούν σε 2 ομάδες. -- Αξιόπιστο και γρήγορο (10 λεπτά), το οποίο μπορεί να πραγματοποιηθεί με συνέντευξη, τηλεφωνικώς ή να σταλεί απ' το ταχυδρομείο. -- Διακρίνεται από εγκυρότητα και ευαισθησία.
Short Form 12 (SF-12)	<ul style="list-style-type: none"> -- Σύντομη εκδοχή του SF-36. -- Περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις και συνδυάζει 2 διαστάσεις της φυσικής και της διανοητικής υγείας. -- Η όλη διαδικασία δεν διαρκεί περισσότερο από 2 λεπτά.
Sickness Impact	<ul style="list-style-type: none"> -- Περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις σε 12 κατηγορίες: 5 σχετιζόμενες με την ανεξαρτησία, 3 με τη φυσική δραστηριότητα και 4 με τις ψυχολογικές διακυμάνσεις. -- Πραγματοποιείται απ' το τηλέφωνο ή μέσω ταχυδρομείου. -- Αρκετό χρονοβόρο.
ΠΗΓΗ: Kielhom A., Graf von der Schulenburg J-M., The Health Economics Handbook. Adis, 2000.	

Οι Γενικοί αυτοί Δείκτες Μέτρησης (generic instruments) αναφέρονται στη γενική κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής και όχι σε συγκεκριμένο νόσημα και επιχειρούν τη μέτρηση της ποιότητας ζωής του ατόμου βασιζόμενες κατά κύριο λόγο στο βαθμό πραγματοποίησης των καθημερινών και κοινωνικών του δραστηριοτήτων⁹⁷. Τα χαρακτηριστικά κάποιων εκ των κυριότερων ερωτηματολογίων γενικής χρήσης αναφέρονται στον Πίνακα 4.

Οι πληροφορίες που προκύπτουν από παρόμοιες μετρήσεις είναι ιδιαίτερα χρήσιμες στην εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, στην επιτήρηση της

κατάστασης υγείας του πληθυσμού, στην εκτίμηση των προσωπικών αναγκών υγείας, στην διαμόρφωση στρατηγικής και σχεδιασμού των υπηρεσιών υγείας.κ.α.^{39,40,97}

Από την καθαρά κλινική σκοπιά οι συγκεκριμένοι δείκτες είναι δυνατό να χρησιμοποιηθούν για να εντοπίσουν ομοιότητες ή διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων πληθυσμού υγιών ή ασθενών, αλλά δεν μπορούν να εντοπίσουν σημαντικές αλλαγές στη ζωή των ασθενών, οι οποίες έχουν προκύψει μετά την ολοκλήρωση της θεραπείας που έλαβαν για την αντιμετώπιση της ασθένειάς τους. Για το λόγο αυτό, αρκετοί κλινικοί ερευνητές τονίζουν ότι τα εργαλεία μέτρησης γενικού επιπέδου υγείας πρέπει να συμπληρώνονται από ερωτηματολόγια εξειδικευμένα για κάθε ασθένεια, προκειμένου να μπορούν να ανιχνεύσουν σημαντικές κλινικές αλλαγές^{56,97}.

Σήμερα ορισμένα από τα ερωτηματολόγια που μετρούν τις πολυδιάστατες όψεις της ποιότητας ζωής έχουν κατακτήσει διεθνή αναγνώριση και η διεθνής βιβλιογραφία βρίθει μελετών με τη χρήση των συγκεκριμένων οργάνων. Στο διαδίκτυο δείκτες ποιότητας ζωής μπορούν να αναζητηθούν, μεταξύ άλλων, στο δικτυακό τόπο της βάσης δεδομένων QOLID από το MAPI Research Institute (www.qolid.org) και στη βάση δεδομένων του Εθνικού Κέντρου Ανάπτυξης Δεικτών Έκβασης Υγείας (National Center for Health Outcomes Development, NCHOD), που χρηματοδοτείται από το Υπουργείο Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας και συντονίζεται από τα Πανεπιστήμια της Οξφόρδης και του Λονδίνου (<http://phi.uhce.ox.ac.uk>).

Ακολουθεί μία διεξοδικότερη ανάλυση των πλέον διαδεδομένων οργάνων μέτρησης του γενικού επιπέδου υγείας.

4.2 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΤΙΓΧΑΜ (*Nottingham Health Profile*)

Η Υγειονομική Επισκόπηση του Νότιγχαμ (NHP), σχεδιάστηκε από ομάδα κλινικών ιατρών και κοινωνικών επιστημόνων με αντικειμενικό σκοπό την όσο το δυνατό σύντομη και περιεκτική περιγραφή των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών διαστάσεων της κατάστασης υγείας του ατόμου⁹⁸. Η ανάπτυξη του ολοκληρώθηκε το 1981 από τους Hunt, McEwen και McKenna και έκτοτε έχει μεταφραστεί σε αρκετές γλώσσες, όπως Γαλλικά, Ισπανικά, Γερμανικά, Ιταλικά, Νορβηγικά, Σουηδικά και Τουρκικά^{99,100}. Το 2000 παρουσιάστηκε η ελληνική έκδοση του NHP από την ομάδα των Βιδάλη, Συγγελάκη¹⁰¹.

Οι πρώτες εφαρμογές της Υγειονομικής Επισκόπησης του Νότιγχαμ έλαβαν χώρα σε Κέντρα Υγείας και άλλες μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με σκοπό την καταγραφή των υγειονομικών αναγκών του «φυσιολογικού» πληθυσμού³.

Το NHP είναι ένα αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο ώστε να αξιολογεί την υποκειμενική δυσφορία του ατόμου με προβλήματα υγείας, καθώς και τον βαθμό κατά τον οποίο τα προβλήματα αυτά επηρεάζουν τις φυσιολογικές του δραστηριότητες.

Είναι αποτελεσματικό σε άτομα μεγαλύτερα των 16 ετών και με μόρφωση τουλάχιστον 10ετής εκπαίδευση (τρίτη γυμνασίου). Αν και σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιηθεί ως αυτο-συμπληρούμενο, είναι δυνατόν σε ορισμένες περιπτώσεις, όταν συντρέχει λόγος, να συμπληρωθεί και με τη βοήθεια τρίτου (π.χ σε άτομα με προβλήματα όρασης). Επίσης, μπορεί να χορηγηθεί σε ομάδα ατόμων ή να αποσταλεί ταχυδρομικά προς συμπλήρωση.

Το ερωτηματολόγιο είναι εύκολο στη χορήγηση και στη συμπλήρωση και

διαθέτει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα ως όργανο μέτρησης¹⁰². Έχει αποδειχτεί επίσης κατάλληλο σε ποικίλες καταστάσεις, όπως κλινικές συνεντεύξεις μέχρι και μεγάλες επιδημιολογικές έρευνες^{103,104}. Η επίσημη προσαρμογή του μάλιστα σε πολλές χώρες, το καθιστά ικανό για διαπολιτισμικές συγκρίσεις και πολυκεντρικές έρευνες¹⁰¹.

Το NHP αποτελείται από δύο μέρη. Στο πρώτο διερευνώνται με 38 διαπιστώσεις (statements), έξι τομείς:

- ✱ κινητικότητα,
- ✱ πόνος,
- ✱ ύπνος,
- ✱ ενεργητικότητα,
- ✱ συναισθηματικές αντιδράσεις και
- ✱ κοινωνική απομόνωση.

Ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει με "ναι" ή "όχι" αναλόγως αν η διαπίστωση ανταποκρίνεται στην κατάστασή του "σε γενικές γραμμές, τη στιγμή αυτή"¹⁰¹.

Το Δεύτερο Μέρος διερευνά επτά περιοχές της καθημερινής ζωής:

- ✱ εργασία,
- ✱ νοικοκυριό (και συναφείς δραστηριότητες),
- ✱ κοινωνική ζωή,
- ✱ οικογενειακή ζωή,
- ✱ σεξουαλικότητα,

- ✱ ιδιαίτερα ενδιαφέροντα-χόμπυ και
- ✱ διακοπές.

Ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει "αν η παρούσα κατάσταση της υγείας του, του προκαλεί προβλήματα" στις προαναφερόμενες δραστηριότητες¹⁰¹.

Σε κάθε ερώτηση υπάρχει η απάντηση ναι ή όχι και με βάση έναν ειδικό συντελεστή βαρύτητας για κάθε μία 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. Επίσης, καθώς δεν ερωτά ευθέως εάν το άτομο έχει προβλήματα υγείας, είναι δυνατό να ανιχνεύσει ομάδα ασθενών (ή ατόμων υψηλού κινδύνου) που δεν θεωρούν ότι τα προβλήματα τους σχετίζονται με ασθένεια¹⁰⁵.

Προκειμένου να αποφύγει τη συλλογή "ψευδώς θετικών" περιστατικών εστιάζεται σε σοβαρές, κυρίως, επιδράσεις στην υγεία. Αρκετά "φυσιολογικά" άτομα ή άτομα με ελαφρά προβλήματα υγείας, μπορεί να μη δηλώσουν κανένα ή να δηλώσουν πολύ λίγα προβλήματα¹⁰¹.

Ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής παρουσιάζει το μειονέκτημα ότι διερευνά μόνο τα προβλήματα υγείας (αρνητικές πλευρές της υγείας), καθώς δεν περιλαμβάνει θετικές διαστάσεις της υγείας, προκειμένου μάλιστα να αποφύγει τη συλλογή "ψευδώς θετικών" περιστατικών εστιάζεται σε σοβαρές, κυρίως, επιδράσεις στην υγεία με αποτέλεσμα "φυσιολογικά" άτομα ή άτομα με ελαφρά προβλήματα υγείας, να μη δηλώνουν κανένα ή να δηλώνουν πολύ λίγα προβλήματα. Η χαμηλή ή μηδενική βαθμολογία δεν σημαίνει αφ' εαυτής καλή ποιότητα ζωής, λόγω της μη καταγραφής προβλημάτων. Εντούτοις έχει

καθιερωθεί ευρέως ως όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής^{30,101}.

4.3 EQ-15D

Το EQ-15D αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το οποίο αναπτύχθηκε στο τέλος της δεκαετίας του 1970, από τον καθηγητή Harry Sintonen ο οποίος το πρότεινε στην επιστημονική κοινότητα της Φινλανδίας που αναζητούσε ένα παρόμοιο όργανο μέτρησης στις αρχές της δεκαετίας του '80^{106,107}. Η τελική μορφή του παρουσιάζεται πολύ αργότερα, το 1992 έπειτα από αρκετές μετατροπές και πιλοτικές εφαρμογές και η οποία χρησιμοποιείται και σήμερα σε πολλές έρευνες που αναφέρονται σε φυσιολογικό πληθυσμό, καθώς και σε κλινικές μελέτες^{55,108}.

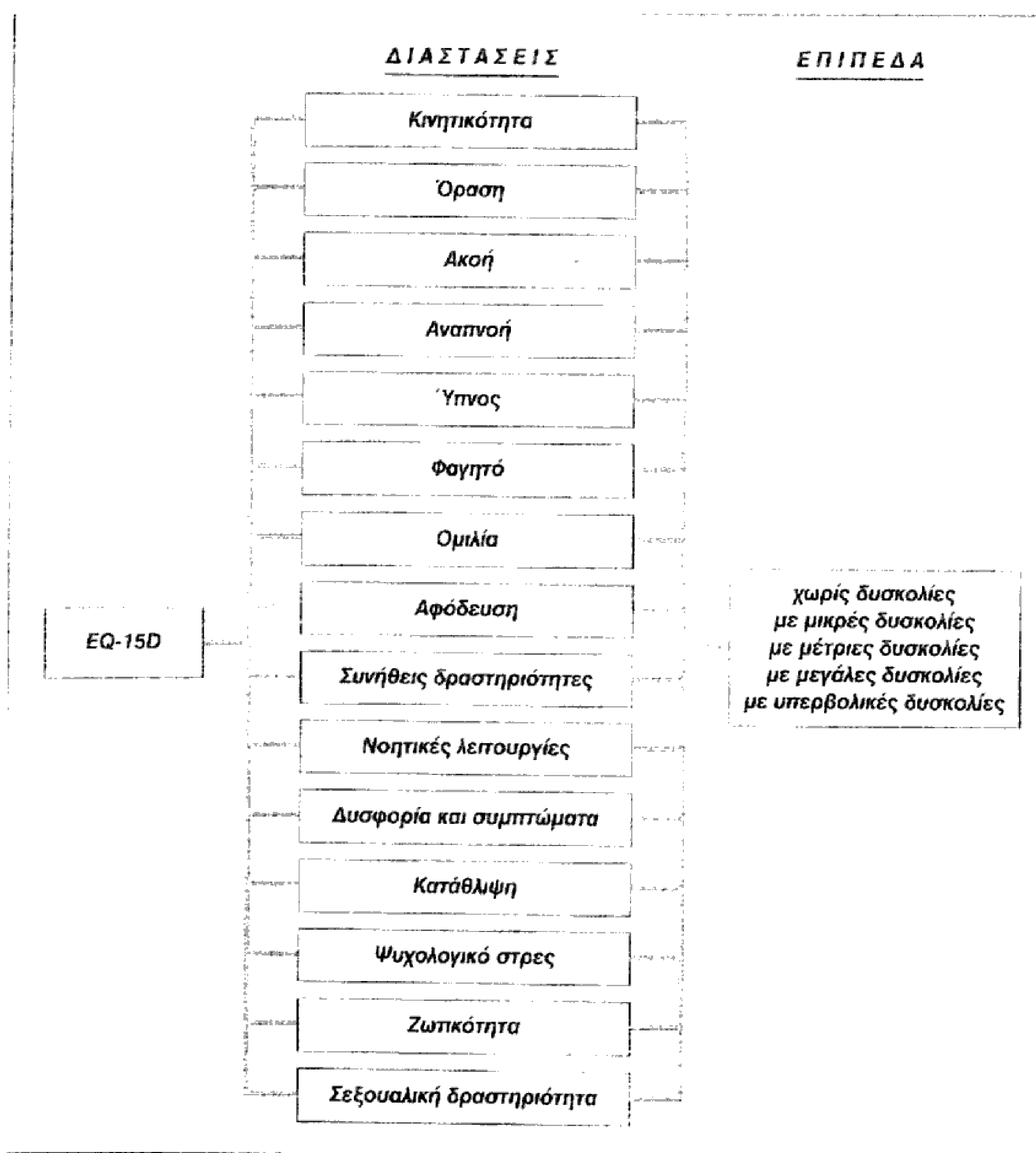
Το 1995, συμπεριλαμβάνεται στη Φινλανδική Εθνική Έρευνα Υγείας. Η σημαντικότητα του οργάνου αναδεικνύεται από την έρευνα αυτή και το Υπουργείο Υγείας της Φινλανδίας, σε συνεργασία με τη Στατιστική της Υπηρεσία, αποφασίζουν τη διεξαγωγή μιας νέας εθνικής έρευνας υγείας, που έγινε το 1996 σε δείγμα 4.800 ατόμων¹⁰⁸.

Το EQ-15D έχει μεταφραστεί και εφαρμοστεί σε πολλές χώρες με διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον και διαφορετικά επίπεδα κοινωνικό-οικονομικής ανάπτυξης όπως: Φινλανδία, Σουηδία, Αγγλία, Νορβηγία, Ελλάδα, Τσεχία, Ιαπωνία, Ρωσία, Ισραήλ, Αραβικά Εμιράτα. Πέρα όμως από τις έρευνες που έχουν διενεργηθεί σε δείγμα γενικού πληθυσμού έχει χρησιμοποιηθεί και για τη μέτρηση της κλινικής αποδοτικότητας σε ευρύ φάσμα κλινικών ερευνών, όπως την επιληψία, την κατάθλιψη, τις γενετικές και μυοσκελετικές δυσπλασίες και τα παιδικά νεοπλάσματα¹⁰⁸.

Στο EQ-15D καταγράφεται η κατάσταση της υγείας του ατόμου σε 15 διαστάσεις που περιλαμβάνουν: Κινητικότητα, Όραση, Ακοή, Αναπνοή, Ύπνος, Φαγητό,

Ομιλία, Αφόδευση, Συνήθειες δραστηριότητες, Νοητικές λειτουργίες, Δυσφορία και συμπτώματα, Κατάθλιψη, Ψυχολογικό στρες, Ζωτικότητα και Σεξουαλική δραστηριότητα. Η κάθε διάσταση περιλαμβάνει 5 επίπεδα απαντήσεων, τα οποία είναι ιεραρχικά ταξινομημένα (Εικόνα 1)

Εικόνα 1: Οι διαστάσεις του EQ-5D



Η καλύτερη δυνατή κατάσταση της υγείας ενός ατόμου, όπου δεν υπάρχουν καθόλου προβλήματα, σημειώνεται με το επίπεδο 1 και η χειρότερη δυνατή με το

επίπεδο 5. Τα επίπεδα 2, 3 και 4 καταγράφουν ενδιάμεσες καταστάσεις της υγείας. Με αυτόν τον τρόπο, ο ερευνητής είναι σε θέση να εξετάσει 15 διαφορετικές διαστάσεις της υγείας και παράλληλα να διερευνήσει τη σημαντικότητα της κάθε μιας διάστασης σε μια κλίμακα 1-5. Έτσι, ο ερωτώμενος μπορεί να απαντήσει περισσότερο αντιπροσωπευτικά για τον εαυτό του, από τη στιγμή που έχει περισσότερα περιθώρια επιλογής¹⁰⁸.

4.4 EUROQOL (European Quality Of Life Scale) EQ-5D.

ΤΟ 1987 ερευνητές από τη Φινλανδία, την Ολλανδία, τη Σουηδία, τη Νορβηγία και την Αγγλία συναντώνται με σκοπό την διαμόρφωση ενός νέου εργαλείου μέτρησης της ποιότητας της υγείας, το οποίο θα είναι εύχρηστο, επαρκές και αρκετά ευαίσθητο στην καταγραφή των διαφόρων κλινικών και φυσιολογικών καταστάσεων της υγείας του ανθρώπου. Μετά από μελέτη των υπάρχοντων η ερευνητική ομάδα κατέληξε στη δημιουργία του EQ-5D. Η ομάδα των παραπάνω ερευνητών ονομάστηκε EUROQOL group¹⁰⁹.

ΤΟ EQ-15D παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με το EQ-5D, το οποίο όμως είναι αρκετά μεταγενέστερο του EQ-15D. Το EuroQol προήλθε από κοινές προσπάθειες διαφόρων ερευνητών, οι οποίοι για πολλά χρόνια είχαν αναπτύξει μεθόδους έρευνας για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Η εμπειρία του EQ-15D συνέβαλλε στη δημιουργία ενός «εργαλείου», το οποίο είχε λιγότερες διαστάσεις. Το ερωτηματολόγιο ενσωματώνει σε ένα δείκτη αποτελέσματος το επίπεδο υγείας του ατόμου και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με εξειδικευμένα εργαλεία και σε συγκεκριμένες ασθένειες¹⁰⁸.

Το EuroQol αποτελείται από τρία (3) μέρη. Στο πρώτο μέρος, το οποίο ονομάζεται EQ-5D ατομική ταξινόμηση (EQ-5D self classifier), ο ερωτώμενος καλείται να πάρει θέση για κάθε ένα από τα παρακάτω πέντε (5) ζητήματα/διαστάσεις (Dimensions) υγείας¹⁰⁹:

- ◆ Κινητικότητα (Mobility)
- ◆ Ατομική προστασία / αυτοεξυπηρέτηση (Self care)
- ◆ Συνήθεις Δραστηριότητες (Usual activity)
- ◆ Πόνος / Δυσχέρεια (Pain / discomfort)
- ◆ Άγχος / Κατάθλιψη (Anxiety / depression)

Κάθε ζήτημα υποδιαιρείται με τη σειρά του σε τρία (3) επιμέρους επίπεδα ανάλογα με τη σοβαρότητά του: 1= χωρίς προβλήματα, 2= ορισμένα / μέτριας βαρύτητας προβλήματα, 3= σοβαρά προβλήματα.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το αποκαλούμενο EQ-VAS, στο οποίο ο ερωτώμενος καλείται να «αυτοβαθμολογηθεί» βάσει μιας «θερμομετρικής» κλίμακας. Αυτή η «κατακόρυφη οπτική αναλογική κλίμακα» (Vertical Visual Analogue Scale) των 20cm χρησιμοποιείται σαν μια σταθερή (standard) μέθοδος για την αποτύπωση των εκτιμήσεων σχετικά με τα επίπεδα υγείας από το 0 ως το 100. Το 0 απεικονίζει το «χειρίστο εκτιμώμενο επίπεδο» και το 100 το «βέλτιστο εκτιμώμενο επίπεδο»¹¹⁰.

Τέλος, το τρίτο μέρος του EuroQol αφορά την αξιολόγηση. Ένα πλήρως παγιωμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται για τη συλλογή των εκτιμήσεων σχετικά με δεκαέξι (16) «διαφορετικά» επίπεδα υγείας¹¹⁰.

Από το 1987, αρκετές έρευνες έχουν προσφέρει εμπειρικές και θεωρητικές αποδείξεις για την εγκυρότητα και αξιοπιστία του εργαλείου EuroQol, ως ενός πολυδιάστατου δείκτη μέτρησης της υγείας/ποιότητας ζωής. Από την αξιολόγηση των ερευνών σε διάφορες Ευρωπαϊκές χώρες, προκύπτει ότι το EuroQol μπορεί να εφαρμοστεί με αξιοπιστία και εγκυρότητα σε μελέτες που αποσκοπούν στη μέτρηση της ποιότητας ζωής και υγείας και να συμβάλλει σε διακρατικές και διαπολιτισμικές συγκρίσεις¹⁰⁹⁻¹¹¹.

4.5 WORLD HEALTH ORGANISATION QUALITY OF LIFE GROUP – WHOQOL.

Ο ΠΟΥ το 1991 συγκρότησε μια ομάδα εργασίας για την ποιότητα ζωής, που ανέλαβε μια μελέτη για την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής για δέκα χώρες. Αυτή η ομάδα είναι γνωστή ως η ομάδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την ποιότητα ζωής (World Health Organization Quality of Life Group – WHOQOL). Η ομάδα αυτή έδωσε ένα ορισμό της ποιότητα ζωής , που λαμβάνει υπόψη της την προσωπική αντίληψη και την σχέση με το περιβάλλον⁴⁰:

«Η Ποιότητα Ζωής ορίζεται ως η προσωπική αντίληψη ενός ατόμου για την κατάστασή του στην ζωή μέσα στο πλαίσιο της κουλτούρας και των συστημάτων αξιών μέσα στο οποίο ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τις γενικές αποδοχές. Είναι μια ευρεία φάσματος έννοια που επηρεάζεται με ένα πολύπλοκο τρόπο από την φυσική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο αυτονομίας του, τις κοινωνικές σχέσεις του και τις σχέσεις του με τα εξέχουσα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντός του». (www.whomsa.org).

Η ομάδα εργασίας WHOQOL ανέπτυξε το WHOQOL ως κύριο όργανο μέτρησης και ανέλαβε να συντονίσει τη δοκιμή του σε πληθυσμούς με διάφορες

πολιτισμικές συνήθειες^{40,113}. Η ομάδα του ΠΟΥ, έχοντας υπόψη την πολυδιάστατη έννοια της ποιότητας ζωής, οργάνωσε το εργαλείο WHOQOL σε 29 τμήματα, που κατατάσσονται σε έξι πεδία ή ενότητες¹¹⁴:

- * σωματική σφαίρα,
- * ψυχολογική σφαίρα,
- * βαθμός αυτονομίας,
- * κοινωνικές σχέσεις,
- * περιβάλλον,
- * πνευματική σφαίρα, θρησκεία, προσωπικές πεποιθήσεις.

Μετάπειτα εκδόσεις του ίδιου εργαλείου σχεδιάζονται ειδικά για ορισμένες ομάδες πληθυσμού (καρκινοπαθείς, ηλικιωμένοι κ.α)¹¹⁴.

4.6 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (*The General Health Questionnaire*).

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει δημιουργηθεί από τον Goldberg το 1972 και είναι διαθέσιμο σε τρεις εκδόσεις που διαφέρουν μεταξύ τους στον αριθμό των ερωτήσεων. Η πρώτη έκδοση περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, η δεύτερη 30 ερωτήσεις και η τρίτη 60. Οι 28 ερωτήσεις της πρώτης έκδοσης κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες που αφορούν¹¹⁵:

- x την κατάθλιψη,
- x το άγχος
- x την κοινωνική λειτουργία και

- × τα σωματικά συμπτώματα.

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί, τόσο σε αρρώστους, όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και αποδεικνύεται αξιόπιστο και έγκυρο. Το μειονέκτημά του είναι ότι ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική υγεία και την ψυχολογική κατάσταση, χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής^{30,115}.

4.7 ΓΕΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΤΑΤΑΞΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (*General Health Ratings Index*).

Η κλίμακα αυτή επιχειρεί την αξιολόγηση της υγείας συνεκτιμώντας την προτέρα, την παρούσα και την μελλοντική κατάσταση υγείας του «φυσιολογικού» ή του ασθενούς, καθώς επίσης και την αντίληψη και την ευαισθησία του στην ασθένεια, όταν πρόκειται για ασθενή⁵⁶.

4.8 ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΥΕΞΙΑΣ (*Quality of Well-Being Scale, QWB*).

Η Κλίμακα Ευεξίας (QWB) αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής που απευθύνεται στον «φυσιολογικό» πληθυσμό. Η ευεξία του ατόμου αξιολογείται τόσο από την συμπτωματολογία όσο και από την κατάσταση της υγείας του. Όσον αφορά την πρώτη διάσταση χρησιμοποιούνται μια σειρά ερωτήσεων που αποσκοπούν στην καταγραφή των συμπτωμάτων. Η κατάσταση της υγείας μετράται σε τρεις διαστάσεις⁵⁶:

- × κινητικότητα,
- × σωματική δραστηριότητα και

× κοινωνική δραστηριότητα.

Η Κλίμακα Ευεξίας συνοψίζει σε ένα δείκτη το σύνολο των συμπτωμάτων του ατόμου και το επίπεδο ανικανότητάς του. Χρησιμοποιείται τόσο ως δείκτης αποτελέσματος όσο και στην εκτίμηση της παρούσας και μελλοντικής ανάγκης για φροντίδα. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί για να μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε μεμονωμένα άτομα αλλά και στο σύνολο του πληθυσμού καθώς και για ειδικότερους πληθυσμούς, όπως σε ασθενείς με αρθρίτιδα και φορείς HIV⁵⁶.

4.9 ΔΕΙΚΤΗΣ ΩΦΕΛΙΜΟΤΗΤΑΣ ΥΓΕΙΑΣ. (*Health Utilities Index, HUI*).

Ο Δείκτης Ωφελιμότητας Υγείας (HUI) αποτελεί ένα επίσης γενικό εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Περιγράφει την υποκειμενική κατάσταση της υγείας ενός ατόμου κάνοντας αναφορά σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Χρησιμοποιεί μια σειρά διαστάσεων του επιπέδου υγείας όπως: όραση, ακοή, λόγος, επιδεξιότητα, γνωστική ικανότητα, πόνος και συναίσθημα⁵⁶.

4.10 ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ (*Sickness Impact Profile*).

Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας ή Επισκόπηση της Επίπτωσης της Ασθένειας δημιουργήθηκε το 1976 από τον Bergner και τους συνεργάτες του και αποτελεί ένα από τα πλέον γνωστά και συνηθέστερα χρησιμοποιημένα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής. Πρόκειται για ένα «εργαλείο» μέτρησης της υποκειμενικής κατάστασης της υγείας και δίνει έμφαση στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου λόγω της ασθένειάς του. Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Αρρώστιας (S.I.C.) καταγράφει την αλλαγή της

συμπεριφοράς λόγω ασθένειας, χρησιμοποιώντας κλίμακες και πρότυπα από άλλες κλινικές και ψυχο-κοινωνικές έρευνες που έχουν αναπτυχθεί ευρέως στη διεθνή βιβλιογραφία^{56,112}.

Αποτελείται από 136 ερωτήσεις που αφορούν 12 υπο-κατηγορίες, οι οποίες συνθέτουν δυο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες:

- × της σωματικής λειτουργίας και
- × 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 εκφρασθεί είτε ως συνολική είτε ως επιμέρους βαθμολογία στις 2 κύριες κατηγορίες³⁰.

Το βασικό πλεονέκτημα του συγκεκριμένου εργαλείου έναντι των άλλων μεθόδων έγκειται στο γεγονός ότι επικεντρώνεται κυρίως στην συμπεριφορά του ατόμου. Το μειονέκτημά του είναι ότι λόγω μεγέθους, μάλλον καθίσταται χρονοβόρο και κοπιαστικό στην εφαρμογή του. Ως όργανο μέτρησης πάντως έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα και χρησιμοποιείται ευρέως σε διάφορες κατηγορίες ασθενών. Επιπροσθέτως συνεχώς βελτιώνεται, υφιστάμενο εκτεταμένους ελέγχους και δοκιμασίες που αφορούν το περιεχόμενο, τη μεθοδολογία, τη βαθμολογία ή τη στατιστική του επεξεργασία^{56,30}.

4.11 Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ KARNOFSKI (*The Karnofski Performance Index-KPI*).

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski επινοήθηκε το 1969. Αφορά την εκτίμηση της σωματικής λειτουργίας των ατόμων και δεν αναφέρεται καθόλου στην ανίχνευση της ψυχο-κοινωνικής κατάστασης του αρρώστου. Σε μια 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 (ο δείκτης συμπληρώνεται έπειτα από αξιολόγηση του ιατρού ή άλλου επαγγελματία υγείας), όπου το 100% αντιπροσωπεύει τη φυσική σωματική λειτουργία χωρίς περιορισμούς ή χωρίς την εμφάνιση κάποιας νόσου και το 0% το θάνατο. Χαμηλή επί τοις εκατό βαθμολογία υποδεικνύει «κακή» ποιότητα ζωής, σε αντίθεση με την υψηλή βαθμολογία που αντιπροσωπεύει «καλή» ποιότητα ζωής για το υπό εκτίμηση άτομο^{13,116}.

Ο Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski συναντάται πολύ συχνά στην ιατρική βιβλιογραφία αποφέρει όμως μια πολύ αδρή εκτίμηση της ποιότητας ζωής δεδομένου ότι δεν είχε σχεδιασθεί σαν όργανο μέτρησής της^{13,117}.

4.12 Ο Ο ΔΕΙΚΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ Π.Ο.Υ (*The WHO Performance Status*).

Είναι παρόμοιος με το Δείκτη Karnofski και δημιουργήθηκε από τον Π.Ο.Υ το 1979. Σε μια 5βαθμη κλίμακα, από 0 έως 4, κατατάσσονται 5 κατηγορίες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας. Το 0 αντιπροσωπεύει την κατάσταση του αρρώστου που είναι ικανός να κάνει όλες τις δραστηριότητες χωρίς περιορισμούς, ενώ το 4 την κατάσταση του αρρώστου που είναι εντελώς ανίκανος να κάνει

οτιδήποτε ακόμα και να φροντίσει τον εαυτό του. Όπως και με τον δείκτη Λειτουργικότητας Karnofski, η αξιολόγηση γίνεται από τον ιατρό καθώς επίσης δεν περιλαμβάνεται κανενός είδους αναφορά στην διερεύνηση της ψυχοκοινωνικής σφαίρας του αρρώστου^{30,118}.

4.13 Ο ΔΕΙΚΤΗΣ KATZ ΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ (*The Katz Index of Activities of Daily Living*).

Το συγκεκριμένο εργαλείο αρχικά εκτιμούσε τη λειτουργική κατάσταση ηλικιωμένων ατόμων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και αυτός ήταν και ο αρχικός σκοπός δημιουργίας του. Η εξάρτηση ή μη εξάρτηση των υπό διερεύνηση ατόμων σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής φροντίδας διαμορφώνει την βαθμολογία. Οι ερωτήσεις είναι διατεταγμένες κατά βαθμίδα δυσκολίας και η εκτίμηση γίνεται από ιατρούς ή άλλους επαγγελματίες υγείας σύμφωνα με έξι ερωτήσεις που αφορούν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας. Ο δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής θεωρείται ότι έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τους συγκεκριμένους αρρώστους αλλά δεν είναι ιδιαίτερα κατάλληλος να χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε άλλες κατηγορίες ατόμων^{13,119}.

4.14 Η ΚΛΙΜΑΚΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΣΤΗΝ ΑΣΘΕΝΕΙΑ (*The Psychological Adjustment to Illness Scale*).

Η προσαρμογή του ασθενή στην αρρώστια επηρεάζει σαφώς την ποιότητας ζωής γι' αυτό ο Mowgow και οι συνεργάτες του το 1978 επινόησαν την συγκεκριμένη κλίμακα. Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Ασθένεια

αποτελείται από 45 ερωτήσεις που αφορούν 7 κύριους τομείς της ποιότητας ζωής:

- ✱ φροντίδα υγείας (οι συμπεριφορές και οι προσδοκίες έναντι του ιατρού και της θεραπείας),
- ✱ επαγγελματικό - εργασιακό περιβάλλον (ικανοποίηση από το επάγγελμα και προσαρμογή στην εργασία),
- ✱ οικιακό περιβάλλον (η επίδραση της αρρώστιας στα οικονομικά της οικογένειας και στην επικοινωνία),
- ✱ σεξουαλικές σχέσεις (η επιρροή της αρρώστιας στη συχνότητα και ικανοποίηση της σεξουαλικής δραστηριότητας),
- ✱ ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις (προβλήματα από την αρρώστια στα μέλη του ευρύτερου οικογενειακού περιβάλλοντος),
- ✱ κοινωνικό περιβάλλον (η διατήρηση του ενδιαφέροντος στις κοινωνικές δραστηριότητες) και
- ✱ ψυχολογική κατάπτωση (άγχος, κατάθλιψη, κ.ά.).

Η απάντηση σε κάθε ερώτηση σημειώνεται σε μια 4βαθμη κλίμακα. Η τελική βαθμολογία μπορεί να συγκριθεί με διαθέσιμες προτυποποιημένες βαθμολογίες. Η Κλίμακα Ψυχολογικής Προσαρμογής στην Αρρώστια μπορεί να χρησιμοποιηθεί είτε από επαγγελματίες υγείας με ημι-δομημένες συνεντεύξεις προς τους ασθενείς είτε να δοθεί προς συμπλήρωση στους ίδιους τους ασθενείς. Εφαρμόζεται σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων αρρώστων (π.χ. καρδιοπαθείς, νεφροπαθείς, καρκινοπαθείς κ.ά.) και παρουσιάζει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα^{13,121,122}.

4.15 ΔΕΙΚΤΗΣ SPITZER ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (*The Spitzer Quality of Life Index*).

Ο σχεδιασμός και η αρχική χρήση του αφορούσε την μέτρηση της ποιότητας ζωής σε καρκινοπαθείς (1981) αργότερα όμως η χρήση του εξαπλώθηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η εκτίμηση προσανατολίζεται σε πέντε βασικούς τομείς:

- ✱ δραστηριότητες,
- ✱ καθημερινή ζωή,
- ✱ αντίληψη της υγείας,
- ✱ κοινωνική υποστήριξη και
- ✱ άποψη για τη ζωή.

Σε κάθε έναν από τους παραπάνω τομείς, ο άρρωστος, είτε αυτο-βαθμολογείται, είτε βαθμολογείται από το ιατρό σε μια κλίμακα 3 βαθμίδων, από το 0 μέχρι το 2. Για τον δείκτη Spitzer στην βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί καλές συσχετίσεις μεταξύ των δύο τύπων βαθμολόγησης, καθώς επίσης και καλή διάκριση μεταξύ διαφορετικών ομάδων αρρώστων, όπως και μεταξύ διαφόρων επιπέδων μιας αρρώστιας. Στα πλεονεκτήματα του δείκτη λογαριάζονται επίσης η απλότητα και η ταχύτητα στην συμπλήρωσή του^{13,120}.

4.16 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ-KINDL

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχουν γίνει σημαντικά βήματα στην ανάπτυξη ψυχομετρικών δοκιμασιών για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ενηλίκων ενώ κάτι αντίστοιχο για τα άτομα μικρής ηλικίας απουσίαζε.

Το ερωτηματολόγιο KINDL αποτελεί μία σειρά ψυχομετρικών δοκιμασιών οι οποίες αναπτύχθηκαν αρχικά από την Bullinger M και τους συνεργάτες της το 1994¹²³ και ανασκευάστηκαν από την Ravens-Sieberer U και Bullinger το 1998, 1999 και το 2000¹²⁴. Οι διάφορες εκδόσεις του στοχεύουν στο να καταμετρήσουν την ποιότητα της υγείας ατόμων παιδικής και εφηβικής ηλικίας υγιών και ασθενών. Το ερωτηματολόγιο KINDL δεν απαιτεί πολύ χρόνο προκειμένου να συμπληρωθεί και είναι μεθοδολογικά κατάλληλο και ταυτόχρονα ευέλικτο ώστε να μπορεί να απαντηθεί από άτομα ηλικίας 4 έως 17 ετών καθώς και από τους γονείς αυτών. Εμπεριέχει απλές ερωτήσεις και κατανοητές οδηγίες ώστε να μην είναι δυσνόητο και εύκολα να μπορεί να απαντηθεί¹²⁵.

Το ερωτηματολόγιο KINDL αποτελεί μια σειρά ψυχομετρικών διαδικασιών που διακρίνονται από υψηλό βαθμό αξιοπιστίας (Cronbach's α ~ 70 για τις περισσότερες υποκλίμακες), καθώς και μια ικανοποιητική εγκυρότητα διαδικασίας για την μέτρηση σε γενικές γραμμές της ποιότητας ζωής των παιδιών^{124,125}.

Επιπλέον της βασικής έκδοσης έχουν αναπτυχθεί και τροποποιημένες μορφές αυτού, εξειδικευμένες για ορισμένες παθολογικές καταστάσεις όπως τον διαβήτη, το άσθμα, τη νευροδερματίτιδα και την παχυσαρκία^{125,126}.

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρεις (3) παραλλαγές και όλες υπό τη μορφή αυτο-συμπληρούμενων ψυχομετρικών δοκιμασιών. Οι ηλικιακές ομάδες παιδιών που απευθύνεται η κάθε παραλλαγή είναι:

- ✗ 4 έως και 7 ετών (Kiddy- KINDL),
- ✗ 8 έως 12 (Kid- KINDL) και
- ✗ 13 με 16 (Kiddo-KINDL).

Επίσης διατίθενται δύο παραλλαγές για τους γονείς των παιδιών με ηλικία 4

έως 7 ετών Kiddy- KINDL έκδοση για γονείς) και 8 με 16 KINDL έκδοση για γονείς).

Επιπροσθέτως υπάρχει και μία βραχεία παραλλαγή με 12 «ερωτήσεις διαφόρων καταστάσεων» (items)¹²⁵.

Το ερωτηματολόγιο κυκλοφορεί σε πολλές γλώσσες όπως στην αγγλική, γερμανική, δανέζικη, ρωσική, τουρκική, ιταλική, ελληνικά κ.α. Η απόδοσή του στα ελληνικά έγινε από τους Βιδάλη και Βιδάλη¹²⁵.

Το KINDL περιλαμβάνει 24 «ερωτήσεις» που ανταποκρίνονται σε διαφορετικές περιπτώσεις, και είναι ομαδοποιημένες σε 6 άξονες οι οποίοι είναι:

- × Σωματική ευεξία,
- × συναισθηματική ευεξία
- × αυτοεκτίμηση,
- × οικογένεια,
- × φίλοι (κοινωνικές επαφές) και
- × καθημερινή λειτουργικότητα (σχολείο ή νηπιαγωγείο).

Οι απαντήσεις της κάθε ερώτησης βαθμολογούνται σε κλίμακα πενταμερούς συχνότητας (ποτέ=1, σπάνια=2, μερικές φορές=3, συχνά=4, συνεχώς=5).

Οι μορφές του KINDL που έχουν τροποποιηθεί για ειδικές νοσολογικές καταστάσεις περιλαμβάνουν και μια επιπρόσθετη υποκλίμακα με τον τίτλο «ασθένεια». Οι «ερωτήσεις» συμπληρώνονται στις περιπτώσεις μακροχρόνιας πάθησης ή ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Τα άτομα εδώ καλούνται να προχωρήσουν και να δώσουν απαντήσεις σε επιπλέον έξι «ερωτήσεις» που ακολουθούν αυτές της βασικής έκδοσης¹²⁶.

Για κάθε ερώτηση, τα άτομα απαιτείται να σημειώσουν την απάντηση εκείνη

η οποία θεωρείται ως η πλησιέστερη στην προσωπική τους εμπειρία. Οι γονείς από την άλλη πλευρά θα πρέπει να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ως εκπρόσωποι, δεδομένου ότι τους ζητείται να εκτιμήσουν την ποιότητα ζωής των παιδιών τους όπως αυτοί την αντιλαμβάνονται μέσα από την δική τους οπτική¹²⁵.

Όλες οι εκδόσεις, είναι εφικτό να απαντηθούν από παιδιά, έφηβους και γονείς χωρίς την ανάγκη βοήθειας από άλλα πρόσωπα. Στην περίπτωση όμως παιδιών με μη επαρκή ικανότητα ανάγνωσης, η παρουσία ενός τρίτου προσώπου θεωρείται επιβεβλημένη. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί μετά από συνέντευξη είτε πρόσωπο με πρόσωπο, είτε μέσω τηλεφώνου. Το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την συμπλήρωση, ποικίλει μεταξύ πέντε και δεκαπέντε λεπτών, και εξαρτάται σαφώς από την ηλικία. Ως μέσος όρος όμως συμπλήρωσής θεωρούνται τα δέκα λεπτά, ενώ για τα νεαρά παιδιά συνήθως απαιτείται περισσότερος χρόνος για ευνόητους λόγους^{125,126}.

4.17 Η ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-36 (*The SF-36 Health Survey*).

Ο δείκτης SF-36 Health Profile⁷ δημιουργήθηκε το 1992 στην Βοστώνη από τον Ware. Πρόκειται για ένα πολυπαραγοντικό, πολλαπλών εφαρμογών και μικρής σχετικά έκτασης γενικό όργανο. Επιτρέπει τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, μεταξύ υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών και ικανοποιεί τα ελάχιστα ψυχομετρικά πρότυπα που απαιτούνται για συγκρίσεις μεταξύ ομάδων¹³.

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 εκφράζει πολλαπλούς και διαφορετικούς δείκτες υγείας, περιλαμβάνοντας: λειτουργικές και μη συμπεριφορές, ευημερία και

δυσάρεστες καταστάσεις, αντικειμενικές αναφορές και υποκειμενικές εκτιμήσεις και τέλος, καταγράφει τόσο θετικές όσο και αρνητικές ατομικές εκτιμήσεις των διαφόρων καταστάσεων υγείας. Ανήκει στα ερωτηματολόγια γενικής εκτίμησης της ποιότητας ζωής, σε αντίθεση με αυτά που αναφέρονται σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες, ασθένειες ή θεραπείες, ενώ χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι βρίσκεται σε μια συνεχή διαδικασία αναπροσαρμογής και βελτίωσης, κρατώντας όμως σταθερούς τους βασικούς προσανατολισμούς του.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικώς επέλεξαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study-MOS). Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής¹²⁷.

Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 περιλαμβάνει οκτώ κλίμακες μέτρησης, που επιλέχθηκαν ώστε να αντιπροσωπεύουν τις πιο συχνά μετρούμενες διαστάσεις υγείας, στα γνωστότερα εργαλεία μέτρησης ποιότητας υγείας¹²⁷.

Οι κλίμακες μέτρησης περιλαμβάνουν από 2-10 ερωτήσεις η καθεμιά και αφορούν: (α) Σωματική λειτουργικότητα (physical functioning) 10 ερωτήσεις, (β) ρόλος σωματικός (role-physical) 4 ερωτήσεις, (γ) σωματικός πόνος (bodily pain) 2 ερωτήσεις, (δ) γενική υγεία (general health) 5 ερωτήσεις, (ε) ζωτικότητα (vitality) με 4 ερωτήσεις, (στ) κοινωνική λειτουργικότητα (social functioning) με 2 ερωτήσεις, (ζ) ρόλος συναισθηματικός (role-emotional) με 3 ερωτήσεις και (η) ψυχική υγεία (mental health) με 5 ερωτήσεις. Επιπλέον, υπάρχει και μια 36η ερώτηση, που αναφέρεται στη μεταβολή της υγείας και δεν συμπεριλαμβάνεται σε καμιά από τις παραπάνω κλίμακες. Οι οκτώ επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές

μετρήσεις σε δύο γενικότερες κλίμακες, της σωματικής και της ψυχικής υγείας^{13,127}. (Στον Πίνακα 5α παρατίθενται συνοπτικά οι κλίμακες και το περιεχόμενο βαθμολογίας του SF-36)

Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχεί ένα σύνολο εναλλακτικών απαντήσεων που ερμηνεύονται ποσοτικά, σε διαβαθμίσεις που καλύπτουν το θεωρητικό φάσμα από το ελάχιστο έως το μέγιστο. Η διαστημική αυτή κλίμακα επιτρέπει τον υπολογισμό των ενδιάμεσων, μεταξύ των ακραίων τιμών, απαντήσεων και καθιστά δυνατή την ερμηνεία των προστιθέμενων αποτελεσμάτων¹⁵.

Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του SF-36 τεκμηριώνεται από ένα πλήθος βιβλιογραφικών αναφορών^{8,11,12}. Στη βιβλιογραφία υπάρχουν περισσότερες από 400 δημοσιευμένες μελέτες στις οποίες χρησιμοποιείται το SF-36 και τουλάχιστον 140 ακόμη που αφορούν στη μετάφραση και υιοθέτησή του από διάφορες χώρες^{11,12,127,128}.

Στη χώρα μας το SF-36 έχει μεταφρασθεί στα πλαίσια του Κέντρου Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Γ. Τούντας).

Το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο προς αυτο-συμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Το SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την ποιότητα της υγείας του γενικού πληθυσμού των Η.Π.Α. της Ε.Ε και άλλων χωρών. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά. Υπάρχουν επίσης διαθέσιμες βαθμολογίες που καθιστούν δυνατή τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μέτρησης στις διάφορες εφαρμογές του SF-36^{30,127}.

Ως εκ τούτου, το SF-36 έχει αποδειχθεί χρήσιμο εργαλείο σε μελέτες τόσο γενικών όσο και ειδικών πληθυσμών, συγκρίνοντας τη σχετική βαρύτητα των

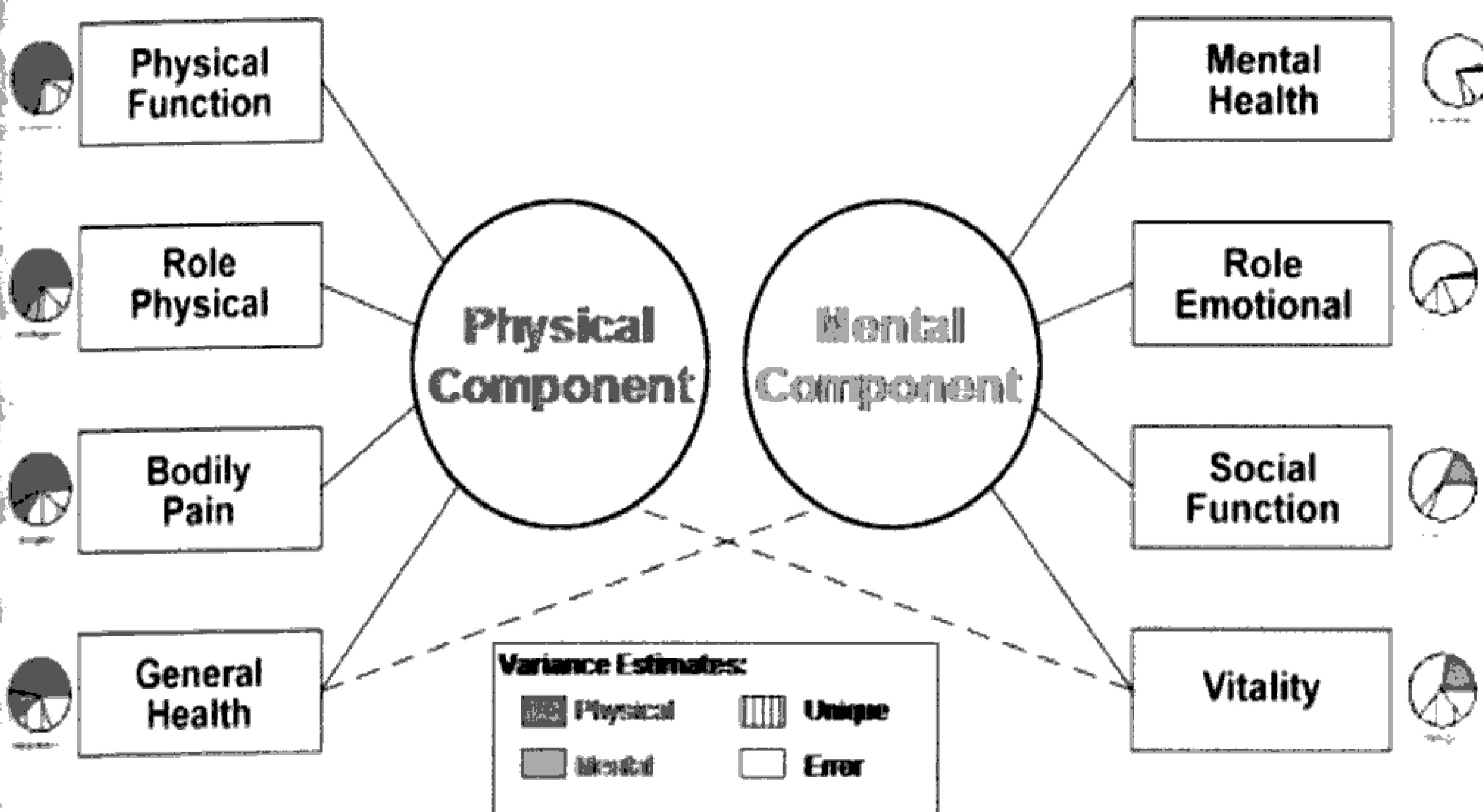
ασθενειών και διαφοροποιώντας τα οφέλη υγείας που προκύπτουν μέσα από ένα ευρύ φάσμα διαφορετικών –μεταξύ τους- θεραπευτικών μεθόδων. Αποτελεί επίσης ένα από τα δύο συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα γενικά ερωτηματολόγια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διεθνώς και όσον αφορά στις μελέτες οικονομικής αξιολόγησης^{15,56}.

Πίνακας 1 και περιεχόμενο βαθμολογίας του SF-36

	Αριθμός ερωτήσεων	Αριθμός επιπέδων	Βαθμολογία	
			Χαμηλή	Υψηλή
Προβλήματα	10	21	Μεγάλος περιορισμός στην εκτέλεση όλων των σωματικών δραστηριοτήτων λόγω υγείας, περιλαμβανομένης της αυτοφροντίδας	Εκτελεί όλους τους τύπους σωματικών δραστηριοτήτων περιλαμβανομένων και των πιο έντονων, χωρίς περιορισμούς λόγω υγείας
Φυσιολογικός	4	5	Προβλήματα με την εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της σωματικής υγείας	Καθόλου προβλήματα με την εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της σωματικής υγείας
Πόνος	2	11	Πολύ έντονος και ιδιαίτερα περιοριστικός πόνος	Καθόλου πόνος ή περιορισμοί λόγω πόνου
Προβλήματα	5	21	Εκτιμά την προσωπική υγεία ως κακή και πιστεύει ότι θα επιδεινωθεί	Εκτιμά την προσωπική υγεία ως εξαιρετική
Προβλήματα	4	21	Αισθάνεται συνέχεια κουρασμένος και εξουθενωμένος	Αισθάνεται συνέχεια γεμάτος ενέργεια και ζωτικότητα
Προβλήματα	2	9	Πολύ μεγάλη και συχνή επιρροή των συνηθισμένων κοινωνικών δραστηριοτήτων λόγω σωματικών ή συναισθηματικών προβλημάτων	Εκτελεί τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες χωρίς επιρροή από σωματικά ή συναισθηματικά προβλήματα
Φυσιολογικός	3	4	Προβλήματα με εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών καταστάσεων	Καθόλου προβλήματα με εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών καταστάσεων
Προβλήματα	5	26	Συναισθήματα νευρικότητας και κατάθλιψης συνέχεια	Αισθάνεται συνέχεια γαλήνια, ευτυχισμένα και ήρεμα
Προβλήματα	1	5	Εκτιμά ότι η γενική υγεία είναι πολύ χειρότερη τώρα σε σχέση με ένα χρόνο πριν	Εκτιμά ότι η γενική υγεία είναι πολύ καλύτερη τώρα σε σχέση με ένα χρόνο πριν

© 1993⁽⁷⁾

SF-36[®] Scales Measure Physical and Mental Components of Health



Source: Ware, Kosinski, and Keller, 1994

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

5.1 ΓΕΝΙΚΑ

Η ποιότητα ζωής συγκαταλέγεται μεταξύ των θεμελιωδών αρχών που διέπουν την ανθρώπινη ύπαρξη και είναι φανερή η σημαντικότητά της για τον καθένα μας και κυρίως για τον ασθενή. Τα τελευταία χρόνια μάλιστα ολοένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον παρουσιάζεται για την ποιότητα και όχι ποσότητα (χρονική διάρκεια) ζωής των ασθενών με χρόνια κυρίως, νοσήματα. Σήμερα υπάρχουν διαθέσιμα ερωτηματολόγια, κλίμακες και άλλα εργαλεία ειδικά για διάφορα νοσήματα και καταστάσεις τα οποία χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.

Τα εξειδικευμένα εργαλεία για την μέτρηση της ποιότητας ζωής συγκεκριμένων ασθενειών (disease specific instruments) είναι σχεδιασμένα έτσι ώστε να μετρούν το επίπεδο υγείας ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων ή ατόμων σε συγκεκριμένες κατηγορίες νόσων σε αντίθεση με τα γενικά εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής που αναφέρονται σε «φυσιολογικό» πληθυσμό. Τα εξειδικευμένα αυτά εργαλεία εστιάζουν στο θέμα που εξετάζουν με ειδικές ερωτήσεις, δεν επιτρέπουν όμως συγκρίσεις μεταξύ του υπό εξέταση πληθυσμού και άλλων ομάδων, ή συγκρίσεις μεταξύ καταστάσεων ή νοσημάτων. Σε πολλές κλινικές μελέτες σήμερα χρησιμοποιούνται εξειδικευμένα ερωτηματολόγια που αναφέρονται σε μία συγκεκριμένη ασθένεια (π.χ αρθρίτιδα, AIDS κλπ).

Τα ερωτηματολόγια αυτά είναι χρήσιμα για τις περιπτώσεις εκείνες που δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην επίδραση μιας συγκεκριμένης ασθένειας στο

επίπεδο υγείας του ασθενή. Τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών είναι πολύ ευαίσθητα, ώστε να συλλαμβάνουν τις αλλαγές στην κατάσταση υγείας ή στα στάδια ορισμένων ασθενειών, όπου ο εντοπισμός αυτών των αλλαγών είναι ιδιαίτερα σημαντικός στην έρευνα των υγειονομικών αποτελεσμάτων και δεν επιτυγχάνεται εύκολα με τη χρήση ενός γενικού ερωτηματολογίου¹²⁹.

Οι ερωτήσεις αυτών των ερωτηματολογίων εστιάζονται σε μια λεπτομερή περιγραφή της αντίληψης του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, όπως τη βιώνει ο ίδιος. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι τομείς της συναισθηματικής και σωματικής λειτουργικότητας, ο πόνος, το άγχος και η κατάθλιψη. Έχουν σχεδιαστεί ερωτηματολόγια ειδικά για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής σε άτομα που πάσχουν από άσθμα, αρθρίτιδα, νόσο του Alzheimer, διαβήτη, καρκίνο, καρδιαγγειακά, αναπνευστικά, νευρολογικά νοσήματα και ψυχικές διαταραχές. Ειδικά όσον αφορά τον καρκίνο υπάρχει πλούσια ερευνητική εργασία για τη δημιουργία κλιμάκων εξειδικευμένων σε συγκεκριμένες μορφές καρκίνου, π.χ. καρκίνο του μαστού, καρκίνο του πνεύμονα κ.λ.π.^{3,129}.

Τα παραπάνω εργαλεία ποικίλλουν σημαντικά ανάλογα με τη χρονική διάρκεια συμπλήρωσής τους και την πολυπλοκότητα της εφαρμογής τους. Η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου εξαρτάται από τους στόχους των μελετητών και τη φύση των υποκειμένων προς μέτρηση⁵³.

5.2 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ.

Ο πόνος, ως γνωστόν επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής ενός αρρώστου και χωρίς αμφιβολία η μέτρησή του αποτελεί ένα σημαντικό στοιχείο για

την εκτίμησή της. Η μέτρηση του πόνου χρησιμοποιείται για την συνολική αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας υγείας σε ομάδες ασθενών ή μεμονωμένους ασθενείς για τους οποίους η μείωση του πόνου αποτελεί σημαντική παράμετρο. Έχει γίνει ευρέως αποδεκτό ότι η ύπαρξη ή μη πόνου συνδυάζεται με ένα ευρύ φάσμα βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο εκδηλώνεται ο πόνος.

➤ Το ερωτηματολόγιο πόνου Mc Gill.

Η πιο γνωστή κλίμακα μέτρησης πόνου είναι το ερωτηματολόγιο πόνου Mc Gill. Κατασκευάστηκε το 1971 από τους Melzack και Torgerson και παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η σημαντική συμβολή και των δύο αυτών ερευνητών είναι ότι ο πόνος δεν αποτελεί μια απλή αισθητηριακή εμπειρία, αλλά συναξιολογείται σε σχέση με ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις^{56,122}.

Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελεί την περισσότερο διαδεδομένη μέθοδο που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση του πόνου στις κλινικές μελέτες. Πρόκειται για ένα εξειδικευμένο εργαλείο που χρησιμοποιεί μια διαβαθμισμένη κλίμακα, βασισμένη σε 102 ερωτήσεις που ομαδοποιούνται σε τρεις κατηγορίες¹²²:

- ✦ την αίσθηση του πόνου,
- ✦ τη συναισθηματική εκδήλωσή του και
- ✦ την έντασή του.

Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται ευρέως στην κλινική έρευνα και έχει σημαντική συμβολή στην ποιοτική εκτίμηση των αποτελεσμάτων των αναλγητικών φαρμάκων καθώς και στη διαχείριση του πόνου στα ογκολογικά περιστατικά³⁰.

5.3 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΕΙΣ ΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΝΟΣΟΥΣ (ΙΦΕΝ).

Οι Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντερικές νόσοι (ΙΦΕΝ) είναι χρόνιες υποτροπιάζουσες παθήσεις του πεπτικού σωλήνα, οι οποίες χαρακτηρίζονται από περιόδους υποτροπής με μεσοδιαστήματα ύφεσης. Μέχρι σήμερα, η εκτίμηση του θεραπευτικού αποτελέσματος σε αυτούς τους ασθενείς γινόταν κυρίως με βάση κλινικοεργαστηριακούς δείκτες. Μια πληρέστερη εκτίμηση των ασθενών αυτών που θα οδηγούσε σε μια σφαιρικότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, θα μπορούσε να επιτευχθεί με το συνδυασμό των παραδοσιακών αυτών δεικτών με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής¹³⁰⁻

132

Στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με ΙΦΕΝ έχουν καθιερωθεί, ως αξιόπιστα, ευαίσθητα και έγκυρα, δύο ειδικά ερωτηματολόγια: το ερωτηματολόγιο για τις ΙΦΕΝ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire, IBDQ) και η κάρτα εκτίμησης των ανησυχιών ασθενών με ΙΦΕΝ (Rating Form of Inflammatory Bowel Disease Patient Concerns, RFIPC)¹³⁴.

Το αρχικό IBDQ χρησιμοποιήθηκε στον Καναδά¹³³. Είναι ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώνεται κατά την διάρκεια συνέντευξης από το γιατρό. Περιέχει 32 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε τέσσερις υποκατηγορίες:

- × συμπτώματα από το πεπτικό (10 ερωτήσεις),
- × συστηματικά συμπτώματα (5 ερωτήσεις),
- × συναισθηματική λειτουργία (12 ερωτήσεις) και
- × κοινωνική δραστηριότητα (5 ερωτήσεις).

Κάθε ερώτηση έχει κλιμακούμενες απαντήσεις από το 1 (χειρότερη

κατάσταση) έως το 7 (καλύτερη κατάσταση). Το συνολικό αποτέλεσμα μπορεί να κυμαίνεται από 32 έως 224, με τις μεγαλύτερες τιμές να αντιπροσωπεύουν καλύτερη κατάσταση. Επίσης, έχει προταθεί μια παραλλαγή του IBDQ, κατά την οποία ο ασθενής συμπληρώνει μόνος του το ερωτηματολόγιο, καθώς και μια συντομότερη παραλλαγή με 12 ανά για 32 ερωτήσεις¹³².

Μελέτες στάθμισής του εργαλείου έδειξαν υψηλή συσχέτιση με τους δείκτες βαρύτητας της νόσου και σημαντική αξιοπιστία¹³³. Το IBDQ έχει αξιολογηθεί σε διάφορες γλώσσες και έχει αποδειχθεί αξιόπιστο και ευαίσθητο σε διαφορετικά πολιτιστικά και κοινωνικά περιβάλλοντα. Υπάρχουν σταθμισμένες μεταφράσεις του στα Ολλανδικά, Ισπανικά, Κορεατικά και Ελληνικά¹³⁴⁻¹³⁶. Ο τρόπος της απάντησης στις ερωτήσεις του, αν δηλαδή γίνονται κατά τη διάρκεια συνέντευξης συμπληρούμενες από το γιατρό ή αν απαντώνται και καταγράφονται από τον ίδιο τον ασθενή, δεν βρέθηκε να παίζει κάποιο ρόλο στα αποτελέσματα. Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωσή του ανέρχεται σε περίπου 15-20 λεπτά^{132,134}.

Το RFIPC δημιουργήθηκε στις Η.Π.Α. Περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις και έχει σχεδιαστεί ώστε να συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή. Έχει δοθεί έμφαση κατά την επιλογή των ερωτήσεων, ώστε ο ασθενής να υποβοηθείται να εκφράζει τις υποκειμενικές του ανησυχίες που σχετίζονται με την πάθησή του¹³⁴.

Η επιλογή του καταλληλότερου εργαλείου εξαρτάται από τις όψεις της ποιότητας ζωής που θέλουμε να αναδείξουμε περισσότερο. Το IBDQ παρουσιάζει μεγαλύτερη συσχέτιση με δείκτες ενεργότητας των ΙΦΕΝ, ενώ το RAPC, που είναι προσανατολισμένο στις φοβίες και ανησυχίες του ασθενή, αντικατοπτρίζει τις ψυχολογικές και κοινωνικές πλευρές των ΙΦΕΝ από την πλευρά του ασθενούς¹³⁴.

5.4 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΚΡΑΤΕΙΑ ΟΥΡΩΝ (*Incontinence Quality of Life, I-QOL*).

Ως ακράτεια ούρων ορίζεται η ακούσια απώλεια ούρων και η οποία αναγνωρίζεται από τα άτομα που την αντιμετωπίζουν ή από άλλους σαν πρόβλημα¹³⁷. Οι σχετικές μελέτες επιβεβαιώνουν την επίδραση της ακράτειας των ούρων στη ποιότητα ζωής των ατόμων που την αντιμετωπίζουν, ειδικά στις περιπτώσεις που το πρόβλημα γίνεται εντονότερο¹³⁸. Με τη μέτρηση της ποιότητας ζωής ερχόμαστε σε επαφή με τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής αντιλαμβάνεται το πρόβλημά του και μας δίνεται η δυνατότητα μιας περισσότερο ολιστικής προσέγγισης του προβλήματος με κέντρο αναφοράς τον άρρωστο. Το I-QOL είναι ένα ειδικό ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής ατόμων με ακράτεια ούρων το οποίο μπορεί να φανεί χρήσιμο στην αξιολόγηση της ακράτειας, στη λήψη απόφασης σχετικά με την εφαρμογή θεραπείας καθώς και στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών μεθόδων^{139,140}.

Το I-QOL σχεδιάστηκε για να περιλαμβάνει τις σπουδαιότερες ανησυχίες των ατόμων που σχετίζονται με τα συμπτώματα της ακράτειας. Αποτελείται από 22 ερωτήσεις σχετικές με 3 πεδία:

- Αποφυγή και περιορισμός δραστηριοτήτων (8 ερωτήσεις),
- Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις (9 ερωτήσεις) και
- Κοινωνική αμηχανία (5 ερωτήσεις)

Κάθε μια από τις ερωτήσεις δίνει τη δυνατότητα 5 απαντήσεων με εύρος από «καθόλου» έως «εξαιρετικά». Το εύρος της βαθμολογίας των απαντήσεων κυμαίνεται από 0 (χαμηλή ποιότητα ζωής) έως 100 (εξαιρετική ποιότητα ζωής)¹⁴⁰. Το εργαλείο είναι αυτό-συμπληρούμενο από τον ασθενή, σε περίπτωση όμως που

αυτός αντιμετωπίζει δυσκολία στην συμπλήρωση (χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή σωματική αναπηρία) δύναται να έχει τη βοήθεια του εξεταστή¹⁴⁰.

Το ερωτηματολόγιο χρειάζεται περίπου 5 λεπτά για να συμπληρωθεί από τον ασθενή. Κατά τη στάθμισή του στην Ελλάδα παρουσίασε υψηλούς δείκτες αξιοπιστίας, επαναληπτότητας και εγκυρότητας. Η μετάφραση, προσαρμογή και στάθμιση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα έγινε από τον τομέα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, του Πανεπιστημίου Κρήτης (Χ. Λιονής Αν. Καθηγητής) και πιο συγκεκριμένα από τον Σ Ανυφαντάκη σε συνεργασία με τους Q Bushnell, M.I. Martin, K.H. Summers, J. Svihra, C. Lionis, Q Patrick¹⁴⁰.

5.5 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΦΛΕΒΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ (*Chronic Venous Insufficiency Questionnaire-CIVIQ*).

Η ποιότητα της ζωής των ασθενών με ΧΦΑ έχει τύχει αυξημένης προσοχής στη διεθνή βιβλιογραφία, φαίνεται μάλιστα πως η ποιότητα της ζωής των ασθενών με χρόνια φλεβικά νοσήματα, είναι μειωμένη σε όλες τις διαστάσεις. Αναφέρεται επίσης ότι η ποιότητα της ζωής θα έπρεπε να αποτελεί μια βασική μέτρηση σε μελλοντικές έρευνες σε ασθενείς με ΧΦΑ¹⁴¹.

Το ερωτηματολόγιο CIVIQ αξιολογεί και μετράει την ποιότητα της ζωής των ασθενών με ΧΦΑ. Η αρχική σύνταξή του έλαβε χώρα στη Γαλλία και έκτοτε έχει συγκεντρώσει μεγάλο ενδιαφέρον από πολλούς ερευνητές σε διάφορες χώρες.

Η αγγλική έκδοση του CIVIQ αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο που συμπληρώνει μόνος του ο ασθενής. Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις και καλύπτει 4 διαστάσεις¹⁴²:

✱ ΤΟΥ ΠΌΝΟΥ,

- ✱ της φυσικής,
- ✱ της κοινωνικο-λειτουργικής και
- ✱ της ψυχολογικής διάστασης

Μέσα από μελέτες βρέθηκε ότι το CIVIQ ικανοποιεί τα ψυχομετρικά κριτήρια περιλαμβάνοντας υψηλή ακρίβεια, καλή δομική εγκυρότητα, καλή κλινική εγκυρότητα, καλή ανταπόκριση σε αλλαγές και αποτελεί ένα πρακτικό εργαλείο αφού χρειάζονται λιγότερο από 5 λεπτά για να συμπληρωθεί. Εκτός από την ταξινόμηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών, το CIVIQ χρησιμεύει και στην εκτίμηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών μεθόδων¹⁴³.

Το συγκεκριμένο εργαλείο έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες όπως αγγλικά, ισπανικά, ελληνικά κ.α Η μετάφραση, προσαρμογή και στάθμιση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα έγινε από τον τομέα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, του Πανεπιστημίου Κρήτης (Χ. Λιονής Αν. Καθηγητής) και πιο συγκεκριμένα από Κ. Ερευνίδου¹⁴².

5.6 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ.

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ) είναι ένα χρόνια νόσημα που θέτει πολλούς περιορισμούς στον τρόπο ζωής των ασθενών, συνεπάγεται επιπλοκές που καταβάλλουν σωματικά και ψυχικά τον άρρωστο και η θεραπεία του απαιτεί συνεχή συμμόρφωση, εκπαίδευση και επαγρύπνηση. Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον της ιατρικής κοινότητας σχετικά με την εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με Σ.Δ. έχει αυξηθεί εντυπωσιακά^{144,145}. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής επιτρέπει την επιλογή εξατομικευμένων θεραπευτικών σχημάτων

εξασφαλίζοντας τη μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών από τη θεραπεία τους και αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εκτίμηση του αντίκτυπου που θα έχουν νέες θεραπευτικές μέθοδοι σχετικά με τη νόσο¹⁴⁶.

Αρχικά, οι μελέτες επικεντρώθηκαν στην περιγραφή της κατάστασης υγείας ατόμων με επιπλοκές και κυρίως αυτών που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση ή είχαν σημαντικού βαθμού μείωση της όρασης ή είχαν υποβληθεί σε ακρωτηριασμό. Η μελέτη όμως σχετικά με την ψυχολογική επιβάρυνση του διαβήτη, κυρίως μετά την εμφάνιση επιπλοκών και η επίδραση πάνω στην ποιότητα ζωής, θεωρείται σημαντικός παράγων κατανόησης της ικανότητας του ασθενούς στο να ανταποκριθεί στα απαιτητικά και δύσκολα θεραπευτικά προγράμματα. Οι εξελίξεις της τεχνολογίας που έφεραν τις αντλίες ινσουλίνης ή τις πέννες χορήγησης ινσουλίνης, δημιούργησαν νέο ενδιαφέρον στην καταγραφή της ποιότητας ζωής των ασθενών, σε σχέση τώρα με τη δυνατότητά τους να επιλέγουν τα πλέον ευμενή, για αυτούς, θεραπευτικά εργαλεία³⁴.

➤ Diabetes Quality of Life Measure (DQOL)

Το πρώτο μεθοδολογικό εργαλείο για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε άτομα με διαβήτη, το Diabetes Quality of Life Measure (DQOL)¹⁴⁷ παρουσιάστηκε το 1980 και χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη DCCT (Diabetes Control and Complications Trial). Το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει την επιβάρυνση του εντατικοποιημένου σχήματος ινσουλινοθεραπείας σε σχέση με τα μέχρι τότε κλασικά ακολουθούμενα σχήματα. Δεδομένου ότι το προτεινόμενο στη μελέτη, εντατικοποιημένο σχήμα, απαιτούσε πολλαπλές ενέσεις, συχνές μετρήσεις σακχάρου αίματος, αναπροσαρμογή ποσότητας υδατανθράκων σε σχέση με την άσκηση και τις τιμές σακχάρου, ήταν εύλογο να περιμένει κανείς ότι

θα επηρεαζόταν η ποιότητα ζωής των ασθενών και ότι αυτό θα είχε σαν συνέπεια την απροθυμία τους να ακολουθήσουν ένα τέτοιο σχήμα¹⁴⁶.

Το DQOL περιλαμβάνει 4 βασικές παραμέτρους¹⁴⁷:

- ↓ ικανοποίηση από τη θεραπεία,
- ↓ αντίκτυπος της θεραπείας,
- ↓ έγνοια επιπλοκών και
- ↓ κοινωνική έγνοια.

Το DQOL παραμένει το πιο χρησιμοποιημένο εργαλείο καταγραφής της ποιότητας ζωής, παρά το ότι έχουν εξελιχθεί και προταθεί πάρα πολλά ακόμα.

➤ Άλλες κλίμακες που εκτιμούν τη σχετιζόμενη με το ΣΔ ποιότητα ζωής

Με δεδομένη την μεγάλη έκρηξη της εμφάνισης του ΣΔ τύπου II, ο οποίος τείνει να λάβει διαστάσεις επιδημίας (υπολογίζεται ότι περίπου 150 εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο πάσχουν από Σ.Δ τύπου II και προβλέπεται διπλασιασμός αυτού του ποσοστού μέσα στα επόμενα 15 χρόνια¹⁴⁸) και το γεγονός ότι πρόκειται για ένα χρόνια νόσημα που συνεπάγεται σοβαρές επιπλοκές έστρεψε το ενδιαφέρον πολλών ερευνητικών προσπαθειών στην κατασκευή εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής ατόμων με ΣΔ.

Μετά από συστηματική αναζήτηση στη διεθνή και στην ελληνική βιβλιογραφία- που διενήργησαν οι Παπαθανασίου, Φιλαλήθης και Λιονής από τον τομέα της Γενικής / Οικογενειακής Ιατρικής, του Πανεπιστημίου Κρήτης- εντοπίστηκαν συνολικά 60 κλίμακες που εκτιμούν τη σχετιζόμενη με το ΣΔ ποιότητα ζωής ή παραμέτρους αυτής, όπως ποιότητα φροντίδας και παροχής υπηρεσιών, γνώσεις και απόψεις των ασθενών για τη νόσο τους και επιδράσεις

του οικογενειακού περιβάλλοντος. Οι περισσότερες από αυτές περιλαμβάνουν εκτίμηση κυρίως ψυχοκοινωνικών παραμέτρων (40 κλίμακες). Κάποιες άλλες εξετάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της φροντίδας και παροχής υπηρεσιών υγείας (10 τέτοιες κλίμακες εντοπίστηκαν), και κάποιες άλλες κλίμακες διερευνούν τις γνώσεις και τη στάση των ασθενών γύρω από τη νόσο τους (10 κλίμακες)¹⁴⁶.

Αναλυτικότερα:

- ⊕ η εκτενέστερη από πλευράς ερωτήσεων ήταν η diabetes care profile (DCP), με 234 ερωτήσεις, και η συντομότερη η appraisal of diabetes scale (ADS), με 7 ερωτήσεις.
- ⊕ Ειδικές κλίμακες
 - + για το ΣΔ τύπου I ήταν οι DHP-1, DKQ-1, DSQOLS, barriers to self-care scale, IMDSES και KPDQ,
 - + ενώ για τον ΣΔ τύπου II οι DHP-18, DKQ-2, type 2 diabetes symptom checklist και DSC
- ⊕ Μερικές από τις αντιπροσωπευτικές κλίμακες ψυχοκοινωνικής προσέγγισης των ασθενών είναι οι ATT, DAS, DES, OHP, EBAS, PADS, PAID.
- ⊕ Κλίμακες που αξιολογούν την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και της παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς είναι οι barriers to self-care scale, DCP, DCS, DCSQ, DMET, DTSQ, ETTB, HFS, PEQD, picker patient experience questionnaire
- ⊕ Εργαλεία που εκτιμούν την επίδραση στην ποιότητα ζωής των γνώσεων, των απόψεων, της ικανότητας των ασθενών να ρυθμίζουν σωστά τη νόσο

τους, καθώς και τις ανεπάρκειες στην εκπαίδευσή τους, είναι τα ADKnow1, BAS, diabetes questionnaire, DKN, DKQ, DKS, DKT, DPQS, HAK, test of patient knowledge.

- ⊕ Τέλος, μερικά ερωτηματολόγια που αξιολογούν και τη σωματική κατάσταση του ασθενούς είναι τα DQOL, DQLCTQ-R, DSC-R, type 2 diabetes symptom checklist, QSD-R.

Στην Ελλάδα δεν παρατηρήθηκε ανάπτυξη ειδικών ερωτηματολογίων αξιολόγησης της ποιότητας ζωής ατόμων με Σ.Δ ούτε ανευρέθησαν μεταφρασμένα και σταθμισμένα εργαλεία¹⁴⁶.

5.7 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕΤΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΜΕ ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ

Η οστεοπόρωση είναι μία παθολογική κατάσταση που προσβάλλει κυρίως γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση. Αιτιό της θεωρείται η έλλειψη οιστρογόνων και οδηγεί στο νοσοκομείο περισσότερες μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες για κατάγματα του ισχίου, από ό,τι για έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρκίνο του μαστού και σακχαρώδη διαβήτη. Η επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των γυναικών με οστεοπόρωση είναι εμφανής και για αυτό θεωρήθηκε επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης ειδικών ερωτηματολογίων προσαρμοσμένων στις εκδηλώσεις της νόσου^{149,150}.

- Ερωτηματολόγιο της ποιότητας ζωής της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Οστεοπόρωση (Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis, QUALEFFO)

Το συνέταξε μια ομάδα της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Οστεοπόρωση το 1992, με σκοπό τη μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με κάταγμα της σπονδυλικής στήλης. Από τότε μέχρι σήμερα το ερωτηματολόγιο αυτό έχει παρουσιαστεί σε πολλές ερευνητικές μελέτες, με κάποιες αλλαγές ανά χώρα. Σήμερα χρησιμοποιείται και για τη μελέτη της ποιότητας ζωής των μετεμμηνοπαυσιακών γυναικών με εγκατεστημένη οστεοπόρωση¹⁵¹⁻¹⁵³.

Το ερωτηματολόγιο συγκροτούν 48 ερωτήσεις, ομαδοποιημένες σε 7 κατηγορίες¹⁵¹.

- Η πρώτη κατηγορία ερωτήσεων αναζητά απαντήσεις σχετικά με το μέγεθος και τη συχνότητα του άλγους στην πλάτη κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, αλλά και το αν ο πόνος διαταράσσει τις δραστηριότητες και τον ύπνο των ασθενών.
- Η δεύτερη κατηγορία ερωτήσεων αναφέρεται στην ικανότητα πραγματοποίησης των βασικών καθημερινών δραστηριοτήτων (ντύσιμο, μπάνιο, τουαλέτα).
- Η τρίτη κατηγορία αναφέρεται σε δουλειές μέσα και γύρω από τον χώρο του σπιτιού (καθαριότητα, προετοιμασία γεύματος, ψώνια για το σπίτι).
- Η τέταρτη κατηγορία ερωτήσεων αφορά την ικανότητα κίνησης. Αν μπορούν να σκύψουν, να ανεβούν σκάλες και να περπατήσουν 200 μέτρα. Επίσης, ερωτώνται αν μπορούν να χρησιμοποιήσουν την αστική συγκοινωνία, πόσο συχνά βγαίνουν από το σπίτι και αν έχουν εμφανισθεί αλλαγές στο σώμα λόγω της οστεοπόρωσης (μείωση αναστήματος, κυρτή πλάτη).

- Η πέμπτη κατηγορία ερωτήσεων έχει κοινωνική διάσταση. Αν ασκούν κάποιο σπορ, η συμμετοχή σε φιλικές παρέες, κοινωνικές οργανώσεις, τα χόμπυ.
- Η έκτη κατηγορία αφορά την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας τώρα, πριν μία εβδομάδα και πριν 10 χρόνια.
- Τέλος, η έβδομη κατηγορία αποτελείται από ερωτήσεις σχετικές με την κατάσταση της ψυχικής υγείας των ασθενών. Ερωτώνται εάν αισθάνονται εξάντληση, απογοήτευση, θλίψη και φόβο πλήρους εξάρτησης.
- Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής γυναικών με οστεοπόρωση (Osteoporosis Quality of Life Questionnaire-OQLQ)

Σχεδιάστηκε αποκλειστικά και μόνο για γυναίκες που υποφέρουν από χρόνια άλγος στην πλάτη λόγω οστεοπόρωσης και αποσκοπεί στο να βοηθήσει στην επιλογή της καταλληλότερης φαρμακευτικής θεραπείας και αλλαγής του τρόπου ζωής των γυναικών αυτών¹⁵⁴.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 30 ερωτήσεις, ομαδοποιημένες σε 5 κατηγορίες¹⁵⁴.

- συμπτώματα, με κυρίαρχο τον πόνο,
- κινητικές δυσκολίες στα ψώνια, στο περπάτημα,
- καθημερινές δραστηριότητες, όπως σωματική υγιεινή, καθαριότητα του σπιτιού,
- συναισθηματική κατάσταση, φόβος κατάγματος, φόβος απομόνωσης και
- διασκέδαση και κοινωνικές δραστηριότητες.

- Ερωτηματολόγιο της οστεοπόρωσης που στοχεύει στη βελτίωση της ζωής για χρήση στη κοινότητα (Osteoporosis - Targeted Quality of Life Survey Instrument for Use in the Community, OPTQoL)

Καθιερώθηκε από την ανάγκη για ένα εργαλείο που θα μελετούσε συλλογικά μία κοινότητα ή έναν πληθυσμό. Στη συνέχεια μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα πολιτιστικά χαρακτηριστικά 6 Ευρωπαϊκών χωρών (Αγγλία, Γερμανία, Γαλλία, Ισπανία, Ιταλία και Δανία)¹⁵⁵.

Συγκροτείται από 33 ερωτήσεις ομαδοποιημένες σε 5 κατηγορίες¹⁵⁵.

- Η πρώτη κατηγορία περιέχει ερωτήσεις σχετικά με φυσικές και κινητικές δυσκολίες.
- Η δεύτερη κατηγορία ερωτήσεων αφορά προσαρμογές και παραχωρήσεις που αναγκάζονται να κάνουν οι ασθενείς. Εάν προσέχουν να μην κουράζονται, εάν αποφεύγουν τις κοινωνικές δραστηριότητες. Επίσης, εξετάζεται εάν έχουν προσαρμόσει το ντύσιμό τους για να καλύψουν τις αλλαγές στο σώμα τους εξαιτίας της νόσου.
- Η τρίτη κατηγορία αφορά φοβίες σχετικά με πτώση, κάταγμα, φόβο έλλειψης βοήθειας και φυσικών περιορισμών λόγω της οστεοπόρωσης.
- Η τέταρτη κατηγορία περιέχει ερωτήσεις σχετικά με τις φυσικές μεταβολές λόγω της οστεοπόρωσης και κάποιο πιθανό προηγούμενο κάταγμα (οστεοπορωτικό ή μη).
- Τέλος, η πέμπτη κατηγορία ερωτήσεων αφορά την αξιολόγηση της υγείας από την ασθενή, την κληρονομικότητα της νόσου, εάν λαμβάνει θεραπεία για τη νόσο και κάποια δημογραφικά στοιχεία.

5.8 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.

Η ποιότητα ζωής στον τομέα της ψυχικής υγείας έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από μια σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή και ειδικά της σχιζοφρένειας, κυρίως λόγω της αναπηρίας και ανικανότητας που αυτή επιφέρει στο άτομο. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση ψυχομετρικών εργαλείων, κυρίως ερωτηματολογίων. Τα τελευταία χρόνια αναπτύχθηκαν εργαλεία που είναι εξειδικευμένα και απευθύνονται σε ασθενείς που πάσχουν από μια συγκεκριμένη ψυχική νόσο, εξετάζοντας την ποιότητα ζωής σε συνάρτηση με την υγεία και τις πολλαπλές επιπτώσεις της νόσου ή της θεραπείας³⁵.

Πιο συγκεκριμένα η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ψυχικές διαταραχές στοιχειοθετείται με βάση ένα γενικό πλαίσιο θεμάτων, που θεωρούνται ότι επηρεάζουν και καθορίζουν την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με αυτό, εξετάζονται διάφορες πλευρές ή διαστάσεις του ατόμου, όπως η λειτουργικότητα στον κοινωνικό, οικογενειακό, σεξουαλικό και εργασιακό τομέα, η ψυχολογική ευεξία, καθώς και χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που θεωρούνται ότι καθορίζουν ως ένα βαθμό την ποιότητα ζωής, όπως οι οικονομικοί πόροι και οι ευκαιρίες για απασχόληση, ψυχαγωγία και εκπαίδευση^{156,157}.

5.8.1 Συνοπτική παρουσίαση ορισμένων ψυχομετρικών εργαλείων που αξιολογούν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ψυχικά ασθενών.

- Συνέντευξη Λέμαν για την Ποιότητα Ζωής (Lehman Quality of Life Interview, QOLI).

Το συγκεκριμένο εργαλείο¹⁵⁸ αξιολογεί τις συνθήκες ζωής ατόμων που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές από δύο οπτικές γωνίες: την «αντικειμενική»,

(ποια είναι η εμπειρία του ασθενούς), και την «υποκειμενική», (πώς αισθάνεται ο ασθενής για την εμπειρία αυτή). Ελέγχονται:

- συνθήκες διαβίωσης,
- καθημερινές δραστηριότητες και λειτουργικότητα,
- οικογενειακές σχέσεις,
- κοινωνικές σχέσεις και
- οικονομικά θέματα και ασφάλεια.

➤ Αυτοσυμπληρούμενο Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής (Quality of Self Assessment Inventory, QLSAI).

Το ερωτηματολόγιο¹⁵⁹ προσφέρει πληροφόρηση σε τομείς που είναι σημαντικοί για τους ασθενείς, ώστε τα αποτελέσματα στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν στον ατομικό θεραπευτικό σχεδιασμό του ασθενούς. Οι τομείς που αξιολογούνται είναι δεκατέσσερις³⁵:

- σωματική υγεία,
- στέγη,
- περιβάλλον κατοικίας,
- οικονομικά θέματα,
- αυτοεξυπηρέτηση και νοικοκυριό,
- εξάρτηση,
- επαφές,
- εργασία,

- ψυχαγωγία,
- γνώση και εκπαίδευση,
- υποκειμενικές εμπειρίες,
- ψυχική υγεία,
- κοινωνικές υπηρεσίες και
- θρησκευτικές πεποιθήσεις.

➤ Κλίμακα Ικανοποίησης με Τομείς της Ζωής (Satisfaction With Life Domains Scale, SLDS).

Το εργαλείο αυτό¹⁶⁰ αναπτύχθηκε για να μετρήσει την επίδραση της ψυχικής νόσου στην ποιότητα ζωής χρόνιων ψυχιατρικών ασθενών στα πλαίσια ενός προγράμματος κοινοτικής στήριξης, στην Πολιτεία της Νέας Υόρκης. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων αναφέρεται στην ικανοποίηση του ασθενούς με τις συνθήκες στέγασης, τους συγκατοίκους και τους γείτονες, την τροφή, το ρουχισμό, την υγεία, τους φίλους, την οικογένεια, τις σχέσεις γενικά με άλλους ανθρώπους, την εργασία, το ημερήσιο πρόγραμμα, τον ελεύθερο χρόνο, την ψυχαγωγία, τις τοπικές υπηρεσίες και την παροχή υπηρεσιών, την οικονομική κατάσταση, καθώς και την τρέχουσα στεγαστική ρύθμιση σε σύγκριση με τη διαμονή και νοσηλεία σε νοσοκομείο.

➤ Δείκτης για την Ποιότητα Ζωής στην Ψυχική Υγεία (Quality of Life Index for Mental Health, QLI-MH).

Το παρών ερωτηματολόγιο¹⁶¹ διερευνά και ζητά όχι μόνο τις απόψεις των ασθενών, αλλά και των οικογενειών και των θεραπευτών τους. Οι τομείς που αξιολογούνται περιλαμβάνουν:

- απασχόληση,
 - ψυχολογική ευεξία,
 - σωματική υγεία,
 - καθημερινές δραστηριότητες,
 - κοινωνικές σχέσεις,
 - οικονομικά και
 - συμπτωματολογία.
- Μελέτη για το «Eu Zην»-Συνέντευξη για τον Πελάτη (California Well-Being Project Client Interview, CWBPCI).

Το εργαλείο¹⁶² περιλαμβάνει τομείς, όπως³⁵:

- επάρκεια των οικονομικών πόρων,
 - εισόδημα,
 - στέγη,
 - προσωπικές προσδοκίες και στόχους,
 - οικογενειακές σχέσεις,
 - σχέσεις με τα παιδιά,
 - οικειότητα,
 - δικαιώματα των ασθενών και
 - στιγματισμός.
- Κατάλογος Ποιότητα Ζωής (Quality of Life Checklist, QLC).

Ο κατάλογος¹⁶³ δημιουργήθηκε για να εξετάσει ποια στοιχεία της ποιότητας

ζωής είναι σημαντικά για τους ψυχικά ασθενείς, με σκοπό να χρησιμοποιηθούν αργότερα στο θεραπευτικό σχεδιασμό. Οι τομείς που αξιολογούνται

περιλαμβάνουν:

- ψυχαγωγία,
- εργασία,
- επαγγελματική αποκατάσταση,
- οικονομική εξάρτηση,
- κοινωνικές σχέσεις,
- γνώσεις και εκπαίδευση,
- ψυχολογική εξάρτηση,
- εσωτερικές εμπειρίες,
- ιατρική φροντίδα (ψυχιατρική και γενική),
- ποιοτικά δεδομένα κατοικίας και
- θρησκεία.

➤ Ερωτηματολόγιο του Όρεγκον για την Ποιότητα Ζωής (Oregon Quality of Life Questionnaire, OQLQ).

Το εργαλείο¹⁶⁴ ελέγχει 14 τομείς: ψυχική δυσφορία, ψυχολογική ευεξία, αντοχή στη ματαίωση, συνολική ικανοποίηση με τις βασικές ανάγκες, ανεξαρτησία, διαπροσωπικές συναλλαγές, οικογενειακούς ρόλους, κοινωνική στήριξη, οικιακές εργασίες, δυνατότητα για εργασία, απόδοση στην εργασία, διαχείριση ελεύθερου χρόνου, αρνητικές επιπτώσεις από τη χρήση αλκοόλ ή εξαρτησιογόνων ουσιών.

- Συνέντευξη για την Ποιότητα Ζωής του Πελάτη (Client Quality of Life Interview, CQLI).

Το εργαλείο αυτό¹⁶⁵ ήταν ένα από μια σειρά που δημιουργήθηκαν για την εκτίμηση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές στα πλαίσια παροχής προγραμμάτων κοινοτικής στήριξης. Οι τομείς που εξετάζονται περιλαμβάνουν³⁵:

- κάλυψη βασικών αναγκών (τροφή, ρουχισμό, στέγη, υγεία, ασφάλεια, υγιεινή, οικονομικοί πόροι),
- επαγγελματική κατάρτιση,
- τοποθέτηση σε εργασία,
- καθημερινές δραστηριότητες,
- ψυχαγωγία,
- κοινωνική πρόνοια,
- ιδιωτικό περιβάλλον,
- εμπιστοσύνη στον εαυτό,
- ψυχική ηρεμία και
- ελεύθερο χρόνο για κοινωνικές επαφές.

- Έντυπο Προσαρμογής στην Κοινότητα (Community Adjustment Form, CAF).

Το έντυπο υπό μορφή συνέντευξης¹⁶⁵ κατασκευάστηκε για την εκτίμηση ορισμένων διαστάσεων της ποιότητας ζωής, στα πλαίσια μιας τυχαιοποιημένης μελέτης ασθενών με σοβαρές ψυχικές διαταραχές. Οι τομείς που εξετάζονται περιλαμβάνουν³⁵:

- ψυχαγωγία,
 - ποιότητα του χώρου διαβίωσης,
 - ιστορικό επαγγελματικής απασχόλησης και επαγγελματική κατάσταση,
 - πόρους και μέγεθος εισοδήματος,
 - παροχές φαγητού και στέγης,
 - επαφή με φίλους,
 - επαφή με την οικογένεια,
 - προβλήματα με το νόμο,
 - ικανοποίηση από τη ζωή,
 - αυτοεκτίμηση,
 - ιατρική ασφάλεια και
 - χρήση των υπηρεσιών υγείας.
- Κλίμακα Συνέντευξης για την Ποιότητα Ζωής (Quality of Life Interview Scale, QOLIS).

Το εργαλείο αυτό¹⁶⁶ απευθύνεται σε ασθενείς με σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές. Οι τομείς που αξιολογούνται περιλαμβάνουν:

- το επίπεδο αυτονομίας,
- την αυτοεκτίμηση,
- την κοινωνική στήριξη,
- την σωματική υγεία,
- τα συναισθήματα θυμού,

- την επιθετικότητα,
- την συναισθηματική ανεξαρτησία και
- την εκπλήρωση των προσωπικών στόχων.

5.8.2 Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Υπάρχει μόνο ένα εργαλείο το οποίο έχει σχεδιαστεί ειδικά για την εκτίμηση συγκεκριμένων στοιχείων που χαρακτηρίζουν την σχιζοφρένεια και ονομάζεται Κλίμακα Ποιότητας Ζωής¹⁶⁷. Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση της ελλειμματικότητας που παρουσιάζουν οι ασθενείς με διάγνωση σχιζοφρένειας. Οι τομείς που εξετάζονται είναι πολλοί και χωρίζονται σε 3 μεγάλες ενότητες:

- ενδο-ψυχική εμπειρία,
- διαπροσωπικές σχέσεις και
- λειτουργικότητα ρόλων.

5.8.3 Ερωτηματολόγια εκτίμησης της ποιότητας ζωής ατόμων που πάσχουν από συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές.

- Ερωτηματολόγιο για την Απόλαυση και την Ικανοποίηση Ζωής (Quality of life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire, Q-LES-Q).

Το εργαλείο¹⁶⁸ διερευνά τη δυνατότητα του ασθενούς να απολαμβάνει τη ζωή και να νοιώθει ικανοποίηση. Παρέχει 8 συνολικές βαθμολογίες, που αντιστοιχούν στους κάτωθι τομείς³⁵:

- σωματική υγεία,
- συναισθηματική διάθεση,
- ελεύθερος χρόνος και ψυχαγωγία,

- κοινωνικές σχέσεις και
- γενικότερες δραστηριότητες.
- Κλίμακα Ποιότητας Ζωής Smithkline Beecham (Smithkline Beecham Quality of Life Scale, SBQOL).

Η κλίμακα¹⁶⁹ αξιολογεί αποκλειστικά ασθενείς με συναισθηματικές διαταραχές. Οι τομείς που ελέγχονται περιλαμβάνουν:

- ψυχική ευεξία,
- σωματική ευεξία,
- κοινωνικές σχέσεις, δραστηριότητες,
- ενδιαφέροντα,
- διάθεση,
- αυτοέλεγχο,
- λειτουργικότητα στο σεξουαλικό τομέα,
- εργασία,
- απασχόληση,
- θρησκευτικές πεποιθήσεις και
- οικονομικά θέματα.

Ο ασθενής έχει τη δυνατότητα να απαντήσει με βάση (α) πώς αντιλαμβάνεται τον εαυτό του τώρα, (β) τον ιδανικό εαυτό που θα επιθυμούσε να έχει και (γ) τον «άρρωστο» εαυτό.

- Κλίμακα Ποιότητας Ζωής για την Κατάθλιψη (Quality of Life in Depression Scale, QLDS).

Δημιουργήθηκε για να αξιολογήσει την επίπτωση της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με τη συγκεκριμένη νόσο. Ελέγχονται έξι τομείς¹⁷⁰:

- οικιακές δραστηριότητες,
- διαπροσωπικές σχέσεις,
- κοινωνική ζωή,
- γνωστική λειτουργικότητα,
- προσωπική υγιεινή και
- ελεύθερος χρόνος και ψυχαγωγία.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η παρούσα μελέτη εστιάζει στην εκτίμηση πληροφοριών που αφορούν την φυσική, ψυχική συναισθηματική και κοινωνική ευεξία των φοιτητών. Διερευνά συσχετίσεις με τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά τους στοιχεία και ανιχνεύει την έκθεση των φοιτητών σε παράγοντες που ευνοούν τη διαταραχή της υγείας και την υποβάθμιση της ποιότητας της υγείας. Το χρησιμοποιούμενο όργανο μέτρησης της ποιότητας της υγείας είναι το SF-36

Ο δείκτης SF-36 Health Profile⁷ είναι ένα πολυπαραγοντικό, πολλαπλών εφαρμογών και μικρής σχετικά έκτασης γενικό όργανο μελέτης της ποιότητας της υγείας. Επιτρέπει τη σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφορετικών ομάδων του πληθυσμού, μεταξύ υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών και ικανοποιεί τα ελάχιστα ψυχομετρικά πρότυπα που απαιτούνται για συγκρίσεις μεταξύ ομάδων¹³.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις που αναφέρονται σε οκτώ κλίμακες μέτρησης, που επιλέχθηκαν ώστε να αντιπροσωπεύουν τις πιο συχνά μετρούμενες διαστάσεις υγείας, στα γνωστότερα εργαλεία μέτρησης ποιότητας υγείας¹²⁷.

Οι κλίμακες μέτρησης περιλαμβάνουν από 2-10 ερωτήσεις η καθεμιά και αφορούν: (α) **Σωματική λειτουργικότητα** (physical functioning) 10 ερωτήσεις, (β) **ρόλος σωματικός** (role-physical) 4 ερωτήσεις, (γ) **σωματικός πόνος** (bodily pain) 2 ερωτήσεις, (δ) **γενική υγεία** (general health) 5 ερωτήσεις, (ε) **ζωτικότητα** (vitality) με 4 ερωτήσεις, (στ) **κοινωνική λειτουργικότητα** (social functioning) με 2 ερωτήσεις, (ζ) **ρόλος συναισθηματικός** (role-emotional) με 3 ερωτήσεις και (η) **ψυχική υγεία** (mental health) με 5 ερωτήσεις. Επιπλέον, υπάρχει και μια 36η ερώτηση, που αναφέρεται στη **μεταβολή της υγείας** και δεν συμπεριλαμβάνεται σε καμιά από τις παραπάνω κλίμακες. Οι οκτώ επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν

περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικότερες κλίμακες, της σωματικής και της ψυχικής υγείας^{13,127}. (Στον Πίνακα 5β παρατίθενται συνοπτικά οι κλίμακες και το περιεχόμενο βαθμολογίας του SF-36 όπως διαμορφώθηκαν στην παρούσα μελέτη).

Πίνακας 5β

Κλίμακες και περιεχόμενο βαθμολογίας του SF-36

	Αριθμός ερωτήσεων	Αριθμός επιπέδων	Βαθμολογία	
			Χαμηλή	Υψηλή
Σωματική λειτουργικότητα	10	21	Μεγάλος περιορισμός στην εκτέλεση όλων των σωματικών δραστηριοτήτων λόγω υγείας, περιλαμβανομένης της αυτοφροντίδας	Εκτελεί όλους τους τύπους σωματικών δραστηριοτήτων περιλαμβανομένων και των πιο έντονων, χωρίς περιορισμούς λόγω υγείας
Σωματικός πόνος	4	5	Καθόλου προβλήματα με την εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της σωματικής υγείας	Προβλήματα με την εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της σωματικής υγείας
Συναισθηματικός πόνος	2	11	Καθόλου πόνος ή περιορισμοί λόγω πόνου	Πολύ έντονος και ιδιαίτερα περιοριστικός πόνος
Γενική υγεία	5	21	Εκτιμά την προσωπική υγεία ως εξαιρετική	Εκτιμά την προσωπική υγεία ως κακή και πιστεύει ότι θα επιδεινωθεί
Ενέργεια	4	21	Αισθάνεται συνέχεια γεμάτος ενέργεια και ζωτικότητα	Αισθάνεται συνέχεια κουρασμένος και εξουθενωμένος
Κοινωνική λειτουργικότητα	2	9	Πολύ μεγάλη και συχνή επιρροή των συνηθισμένων κοινωνικών δραστηριοτήτων λόγω σωματικών ή συναισθηματικών προβλημάτων	Εκτελεί τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες χωρίς επιρροή από σωματικά ή συναισθηματικά προβλήματα
Συναισθηματικός	3	4	Καθόλου προβλήματα με εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών καταστάσεων	Προβλήματα με εργασία ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών καταστάσεων
Συναισθηματική υγεία	5	26	Αισθάνεται συνέχεια γαλήνια, ευτυχισμένα και ήρεμα	Συναισθήματα νευρικότητας και κατάθλιψης συνέχεια
Ποιότητα υγείας	1	5	Εκτιμά ότι η γενική υγεία είναι πολύ χειρότερη τώρα σε σχέση με ένα χρόνο πριν	Εκτιμά ότι η γενική υγεία είναι πολύ καλύτερη τώρα σε σχέση με ένα χρόνο πριν

Ware 1993⁽⁷⁾

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των φοιτητών της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας (ΣΕΥΠ) του Τ.Ε.Ι. Αθήνας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό αποτέλεσαν 567 φοιτητές της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας (ΣΕΥΠ) του Τ.Ε.Ι. Αθήνας. Ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια ελήφθησαν από 560 φοιτητές.

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν η screening και οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν παρουσία του ερευνητή ανώνυμο ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις μετά από πεντάλεπτη ενημέρωση. Κατεβλήθη προσπάθεια, οσάκις η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνονταν ομαδικά οι συμμετέχοντες στην έρευνα να μην συνεργάζονται μεταξύ τους.

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος ζητούσε πληροφορίες σχετικά με Βιοκοινωνικά και Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Το δεύτερο μέρος περιελάμβανε τις ερωτήσεις της επισκόπησης υγείας SF-36, όπως έχει μεταφρασθεί στα πλαίσια του Κέντρου Υπηρεσιών Υγείας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών από την ομάδα του καθηγητή Γ. Τούντα.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν παρουσία του ερευνητή στη διάρκεια των εργαστηριακών μόνο μαθημάτων κατά το χρονικό διάστημα από 02/06/2005 έως 30/10/2005. Για την συμπλήρωση κάθε ερωτηματολογίου χρειάστηκαν περίπου 10 λεπτά.

Για την επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο S.P.S.S. και η ανάλυση έγινε με το χ^2 test. Όπου έγιναν συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε το t-test και σε ορισμένες περιπτώσεις έγινε χρήση του διορθωμένου τύπου. Σε κάθε περίπτωση που παρατηρήθηκε διαφορά στις διασπορές ελέγχθηκε αν η σημαντικότητα των διαφορών επιβεβαιωνόταν και από τον Μη Παραμετρικό

Έλεγχο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η κατανομή των φοιτητών (N=559) ανάλογα με το εξάμηνο φαίνεται στον πίνακα 1: στο α εξάμηνο ανήκουν 62 φοιτητές (ποσοστό 11.1%), στο β' εξάμηνο ανήκουν 120 φοιτητές (ποσοστό 21.5%), στο γ' εξάμηνο φοιτούν 49 φοιτητές (ποσοστό 8.8%), στο δ' εξάμηνο 61 φοιτητές (ποσοστό 10.9%), στο ε' εξάμηνο 117 φοιτητές (ποσοστό 20.9%), στο στ' εξάμηνο 31 φοιτητές (ποσοστό 5.5%), στο ζ' εξάμηνο φοιτούν 99 φοιτητές (ποσοστό 17.7%), στο πτυχίο α' ανήκουν 18 φοιτητές (ποσοστό 3.2%), και στο πτυχίο γ 2 φοιτητές (ποσοστό 0.4%).

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	α εξάμηνο	62	11,1	11,1	11,1
	β εξάμηνο	120	21,4	21,5	32,6
	γ εξάμηνο	49	8,8	8,8	41,3
	δ εξάμηνο	61	10,9	10,9	52,2
	ε εξάμηνο	117	20,9	20,9	73,2
	στ εξάμηνο	31	5,5	5,5	78,7
	ζ εξάμηνο	99	17,7	17,7	96,4
	πτυχίο α	18	3,2	3,2	99,6
	πτυχίο γ	2	,4	,4	100,0
	Σύνολο	559	99,8	100,0	
Missing	System	1	,2		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 1: κατανομή φοιτητών ανάλογα με το εξάμηνο

Οι άνδρες αποτέλεσαν το 17.9% (N=100) του συνολικού δείγματος και οι γυναίκες το 82.1% (N=460) όπως φαίνεται στον πίνακα 2:

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	άρρεν	100	17,9	17,9	17,9
	θήλυ	460	82,1	82,1	100,0
	Σύνολο	560	100,0	100,0	

Πίνακας 2: κατανομή φοιτητών ανάλογα με το φύλο

Ηλικίες 17-19 ετών δήλωσαν 172 φοιτητές (31.2%), έως 22 ετών ήταν 464 φοιτητές (84.1%), έως 25 ετών 520 (94.2%), και μέχρι 30 ετών δήλωσαν 535 φοιτητές (96.9%). Οι ακραίες τιμές των ηλικιών ήταν τα 17 και τα 49 έτη. Πιο αναλυτικά οι ηλικιακές κατανομές των συμμετεχόντων στην έρευνα φαίνονται στον πίνακα 3.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	17,0	4	,7	,7	,7
	17,5	1	,2	,2	,9
	18,0	56	10,0	10,1	11,1
	18,5	1	,2	,2	11,2
	19,0	108	19,3	19,6	30,8
	19,5	2	,4	,4	31,2
	20,0	130	23,2	23,6	54,7
	20,5	5	,9	,9	55,6
	21,0	87	15,5	15,8	71,4
	21,5	1	,2	,2	71,6
	22,0	69	12,3	12,5	84,1
	23,0	35	6,3	6,3	90,4
	24,0	11	2,0	2,0	92,4
	25,0	10	1,8	1,8	94,2
	26,0	4	,7	,7	94,9
	27,0	5	,9	,9	95,8
	28,0	3	,5	,5	96,4
	29,0	1	,2	,2	96,6
	30,0	2	,4	,4	96,9
	31,0	2	,4	,4	97,3
	33,0	1	,2	,2	97,5
	34,0	3	,5	,5	98,0
	35,0	5	,9	,9	98,9
36,0	1	,2	,2	99,1	
37,0	1	,2	,2	99,3	
39,0	1	,2	,2	99,5	
42,0	1	,2	,2	99,6	
46,0	1	,2	,2	99,8	
49,0	1	,2	,2	100,0	
	Σύνολο	552	98,6	100,0	
Missing	System	8	1,4		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 3: κατανομή φοιτητών ανάλογα με την ηλικία

Σε σύνολο 525 φοιτητών οι 43 (ποσοστό 8.2%) δηλώνουν μοναχοπαίδια, 306 (ποσοστό 58.3%) δηλώνουν πως έχουν 1 αδελφό/ή, οι 119 (ποσοστό 22.7%) αναφέρουν 2 ακόμα αδέρφια και πάνω από 3 αδέρφια αναφέρουν 57 φοιτητές (ποσοστό 10.9%). Πιο αναλυτικά οι ανωτέρω κατανομές φαίνονται στον πίνακα 4.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	0	43	7,7	8,2	8,2
	1	306	54,6	58,3	66,5
	2	119	21,3	22,7	89,1
	3	43	7,7	8,2	97,3
	4	9	1,6	1,7	99,0
	5	3	,5	,6	99,6
	6	1	,2	,2	99,8
	9	1	,2	,2	100,0
	Σύνολο	525	93,8	100,0	
Missing	System	35	6,3		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 4: κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών της οικογένειας

Στους πίνακες 5 και 6 φαίνεται ο αριθμός των παιδιών ανά οικογένεια, ανάλογα με το φύλο. 187 φοιτητές (35.6%) δεν αναφέρουν αδέρφια άρρενα στην οικογένεια ενώ αντίστοιχα 32 φοιτητές (6.1%) δεν αναφέρουν αδέρφια θήλεα στην οικογένεια. 249 φοιτητές (47.4%) αναφέρουν 1 αδελφό στην οικογένεια ενώ αντίστοιχα 242 (46.1%) αναφέρουν 1 αδελφή στην οικογένεια. 2 αδελφούς εκθέτουν 70 φοιτητές (13.3%) και 2 αδελφές 196 φοιτητές (37.3%). Πάνω από τρία αδέρφια άρρενα αναφέρουν 19 φοιτητές (3.6%) και αντίστοιχα πάνω από τρία αδέρφια θήλεα δηλώνουν 55 φοιτητές (10.5%).

Η κατανομή των φοιτητών ανάλογα με το αν έχουν ή όχι σεξουαλική ζωή φαίνεται στον πίνακα 7: το 77.8% (N=428) των ερωτηθέντων δηλώνουν πως έχουν σεξουαλική ζωή σε αντίθεση με το 22.2% (N=122) των ερωτηθέντων που δηλώνουν πως δεν έχουν σεξουαλική ζωή.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	0	187	33,4	35,6	35,6
	1	249	44,5	47,4	83,0
	2	70	12,5	13,3	96,4
	3	17	3,0	3,2	99,6
	4	1	,2	,2	99,8
	6	1	,2	,2	100,0
	Σύνολο	525	93,8	100,0	
Missing	System	35	6,3		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 5: κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των αρρένων αδελφών στην οικογένεια.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	0	32	5,7	6,1	6,1
	1	242	43,2	46,1	52,2
	2	196	35,0	37,3	89,5
	3	42	7,5	8,0	97,5
	4	11	2,0	2,1	99,6
	5	2	,4	,4	100,0
	Σύνολο	525	93,8	100,0	
Missing	System	35	6,3		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 6: κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον αριθμό των θηλέων αδελφών στην οικογένεια.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	ναι	428	76,4	77,8	77,8
	όχι	122	21,8	22,2	100,0
	Σύνολο	550	98,2	100,0	
Missing	System	10	1,8		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 7: κατανομή των φοιτητών ανάλογα με το εάν έχουν ή όχι σεξουαλική ζωή.

Η μέση τιμή της ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής ζωής των ερωτηθέντων ήταν τα 18 έτη με ακραίες τιμές τα 12 και 29 έτη (Πίνακας 8).

Στον πίνακα 9 απεικονίζεται η κατανομή του δείγματος (N=411) ανάλογα με την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής. Ολοκληρωμένες σεξουαλικές σχέσεις μέχρι την ηλικία των 17 ετών αναφέρει το 49.6% των ερωτηθέντων (N=204) και μέχρι την ηλικία των 20 ετών η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (N=393) σε ποσοστό

95.6% δηλώνει σεξουαλική ζωή. Μέχρι τα 23 έτη το 99.3% των φοιτητών (N=408) αναφέρουν πως έχουν ξεκινήσει τη σεξουαλική τους ζωή

		ηλικία	έναρξη
N	Δεδομένα	552	411
	Missing	8	149
Μέση τιμή		21,058	17,743
Διάμεση τιμή		20,000	18,000
Σταθερή απόκλιση		3,5026	1,7598
Ελάχιστο		17,0	12,0
Μέγιστο		49,0	29,0
%	25	19,000	17,000
	50	20,000	18,000
	75	22,000	19,000

Πίνακας 8: στατιστικά στοιχεία της κατανομής των φοιτητών ανάλογα με την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής τους ζωής.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	12,0	2	,4	,5	,5
	14,0	4	,7	1,0	1,5
	15,0	20	3,6	4,9	6,3
	15,5	1	,2	,2	6,6
	16,0	58	10,4	14,1	20,7
	16,5	3	,5	,7	21,4
	17,0	110	19,6	26,8	48,2
	17,5	6	1,1	1,5	49,6
	18,0	83	14,8	20,2	69,8
	18,5	7	1,3	1,7	71,5
	19,0	60	10,7	14,6	86,1
	19,5	2	,4	,5	86,6
	20,0	37	6,6	9,0	95,6
	21,0	9	1,6	2,2	97,8
	22,0	3	,5	,7	98,5
	23,0	3	,5	,7	99,3
	24,0	1	,2	,2	99,5
	25,0	1	,2	,2	99,8
	29,0	1	,2	,2	100,0
	Σύνολο	411	73,4	100,0	
Missing	99,0	126	22,5		
	System	23	4,1		
	Σύνολο	149	26,6		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 9: κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ηλικία έναρξης της σεξουαλικής ζωής.

Στον πίνακα 10 φαίνεται η κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση. Έγγαμοι δηλώνουν 21 ερωτηθέντες (3.8%), άγαμοι 536 (95.7%) και χήροι-διαζευγμένοι δηλώνουν 3 φοιτητές (0.5%).

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	έγγαμος/η	21	3,8	3,8	3,8
	άγαμος/η	536	95,7	95,7	99,5
	χήρος/α- διαζευγμένος/η	3	,5	,5	100,0
Σύνολο		560	100,0	100,0	

Πίνακας 10: κατανομή του δείγματος ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση.

Στον πίνακα 11 δίνεται η κατανομή των φοιτητών ανάλογα με τον τόπο γέννησής τους. Το 8.8% των ερωτηθέντων (N=49) απαντούν πως γεννήθηκαν σε μικρό χωριό, το 19.9% αναφέρουν ως τόπο γέννησης μικρή πόλη (N=111) και το 71.4% (N=339) δηλώνουν μεγάλη πόλη.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	μικρό χωριό	49	8,8	8,8	8,8
	μικρή πόλη έως 50.000 κάτοικοι	111	19,8	19,9	28,6
	μεγάλη πόλη άνω 50.000 κάτοικοι	399	71,3	71,4	100,0
	Σύνολο	559	99,8	100,0	
Missing	System	1	,2		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 11: κατανομή των φοιτητών ανάλογα με τον τόπο γέννησης.

Στην ερώτηση που διαμένετε τα τελευταία 5 χρόνια 32 φοιτητές (5.7%) δήλωσαν μικρό χωριό, 79 (14.1%) αναφέρουν μικρή πόλη και 448 (80.1%) δηλώνουν μεγάλη πόλη (πίνακας 12).

Το 18% των συμμετεχόντων στην έρευνα (N=101) τη στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου διέμεναν μόνοι τους, μαζί με την οικογένεια διέμενε το 69.1% των φοιτητών (N=387), με συγκάτοικο το 9.6% (N=54) και 3.2%

(N=18) ανέφεραν άλλες συνθήκες. Στον πίνακα 13 φαίνονται πιο αναλυτικά οι απαντήσεις στην ερώτηση «τώρα μένετε;»

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	μικρό χωριό	32	5,7	5,7	5,7
	μικρή πόλη έως 50.000 κάτοικοι	79	14,1	14,1	19,9
	μεγάλη πόλη άνω 50.000 κάτοικοι	448	80,0	80,1	100,0
	Σύνολο	559	99,8	100,0	
Missing	System	1	,2		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 12: κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τόπο διαμονής τα τελευταία 5 έτη.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	μόνος/η	101	18,0	18,0	18,0
	οικογένεια	387	69,1	69,1	87,1
	συγκάτοικος	54	9,6	9,6	96,8
	άλλο	18	3,2	3,2	100,0
Σύνολο		560	100,0	100,0	

Πίνακας 13: κατανομή του δείγματος ανάλογα με τον τρόπο διαμονής.

Στον πίνακα 14 υπάρχει η κατανομή των φοιτητών ανάλογα με το εάν εργάζονται ή όχι. 169 φοιτητές (30.2%) απάντησαν θετικά στην ερώτηση εάν εργάζονται, αρνητικά απάντησαν 273 (48.8%) και μερικές φορές δήλωσαν 118 φοιτητές (21.1%).

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	ναι	169	30,2	30,2	30,2
	όχι	273	48,8	48,8	78,9
	μερικές φορές	118	21,1	21,1	100,0
Σύνολο		560	100,0	100,0	

Πίνακας 14: κατανομή των φοιτητών ανάλογα με το εάν εργάζονται ή όχι.

Στον πίνακα 15 υπάρχει η κατανομή των φοιτητών του δείγματος ανάλογα με τις μηνιαίες τους δαπάνες. Μέχρι 400 ευρώ δαπανά μηνιαίως για προσωπικά έξοδα (μαζί με το ενοίκιο, εάν υπάρχει) το 54% του δείγματος (N=294), 400-600 ευρώ αναφέρει το 27.4% του δείγματος (N=149), 600-800 ευρώ μηνιαίως δαπανά το 10.1% του δείγματος (N=55) και πάνω από 800 ευρώ μηνιαίως δαπανά το 8.5% του δείγματος (N=46).

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	έως 400 €	294	52,5	54,0	54,0
	400-600 €	149	26,6	27,4	81,4
	600-800 €	55	9,8	10,1	91,5
	πάνω από 800 €	46	8,2	8,5	100,0
	Σύνολο	544	97,1	100,0	
Missing	System	16	2,9		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 15: κατανομή των φοιτητών ανάλογα με τις μηνιαίες τους δαπάνες.

Στον πίνακα 16 απεικονίζεται η κατανομή των φοιτητών του δείγματος ανάλογα με το εάν καπνίζουν ή όχι. Καπνίζουν 159 φοιτητές (ποσοστό 28.5%), δεν καπνίζουν 351 φοιτητές (ποσοστό 62.9%) και μερικές φορές καπνίζουν 48 φοιτητές (ποσοστό 8.6%).

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	Ναι	159	28,4	28,5	28,5
	όχι	351	62,7	62,9	91,4
	μερικές φορές	48	8,6	8,6	100,0
	Σύνολο	558	99,6	100,0	
Missing	System	2	,4		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 16: κατανομή των φοιτητών του δείγματος ανάλογα με το εάν καπνίζουν ή όχι.

Όσοι από τους ερωτηθέντες απάντησαν θετικά στην ερώτηση εάν καπνίζουν κλήθηκαν να δώσουν απάντηση και στο πόσα τσιγάρα καταναλώνουν ημερησίως. Οι απαντήσεις φαίνονται στον πίνακα 17: μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα καπνίζουν

68 άτομα (39.5%), από 11-20 τσιγάρα την ημέρα καπνίζουν 77 (44.8%) και πάνω από 1 πακέτο τσιγάρα (άνω των 21 τσιγάρων) καταναλώνουν ημερησίως 27 άτομα (15.7%).

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	έως 10	68	12,1	39,5	39,5
	11-20	77	13,8	44,8	84,3
	πάνω από 21	27	4,8	15,7	100,0
	Σύνολο	172	30,7	100,0	
Missing	99	385	68,8		
	System	3	,5		
	Σύνολο	388	69,3		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 17: κατανομή του δείγματος ανάλογα με την ποσότητα της ημερίσιας κατανάλωσης τσιγάρων.

Όσοι από τους ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση εάν καπνίζουν κλήθηκαν να δώσουν απάντηση σε επόμενη ερώτηση που διερευνούσε τις καπνιστικές συνήθειες του παρελθόντος, εάν υπήρχαν. Στον πίνακα 18 φαίνονται οι απαντήσεις του δείγματος στην ερώτηση «εάν δεν καπνίζετε τώρα, καπνίζατε στο παρελθόν και πόσα τσιγάρα ημερησίως;». Από τις απαντήσεις που δόθηκαν στην ανωτέρω ερώτηση προκύπτει ότι 39 φοιτητές (7%) που δεν καπνίζουν σήμερα (N=351) καπνίζανε στο παρελθόν. Μέχρι 10 τσιγάρα την ημέρα κάπνιζαν 29 άτομα (74.4%), 11-20 τσιγάρα κάπνιζαν 6 άτομα (15.4%) και πάνω από 21 κάπνιζαν 4 άτομα (10.3%).

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	έως 10	29	5.2	74.4	74.4
	11-20	6	1.1	15.4	89.7
	πάνω από 21	4	.7	10.3	100.0
	Σύνολο	39	7.0	100.0	
Missing	99	519	92.7		
	System	2	.4		
	Σύνολο	521	93.0		
Σύνολο		560	100.0		

Πίνακας 18: κατανομή του δείγματος ανάλογα με τις καπνιστικές συνήθειες του παρελθόντος.

Το 32.4% των ερωτηθέντων (N=180) απαντούν θετικά στην ερώτηση εάν καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά, το 16.2% (N=90) απαντούν αρνητικά και μερικές φορές δηλώνει το 51.4% (N=286) (Πίνακας 19).

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	ναι	180	32,1	32,4	32,4
	όχι	90	16,1	16,2	48,6
	μερικές φορές	286	51,1	51,4	100,0
	Σύνολο	556	99,3	100,0	
Missing	System	4	,7		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 19: κατανομή του δείγματος των φοιτητών ανάλογα με το εάν καταναλώνουν αλκοόλ ή όχι.

Όσοι δήλωσαν ότι καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά ερωτήθηκαν εν συνεχεία ποια ποτά προτιμούν και σε τι ποσότητες την εβδομάδα. Λιγότερα από 7 ποτήρια την εβδομάδα καταναλώνουν 294 φοιτητές (76.8%) και περισσότερα από 7 ποτήρια την εβδομάδα καταναλώνουν 89 φοιτητές (23.2%). Το κρασί έρχεται πρώτο στις προτιμήσεις με ποσοστό 44.1%, η μπύρα έρχεται δεύτερη με ποσοστό 36.6% και η βότκα έρχεται τρίτη στις προτιμήσεις με ποσοστό 20.9%. Στους πίνακες 20-24 φαίνονται πιο αναλυτικά τα στοιχεία που εκτέθηκαν παραπάνω.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	κάτω από 7 ποτήρια	294	52,5	76,8	76,8
	πάνω από 7 ποτήρια	89	15,9	23,2	100,0
	Σύνολο	383	68,4	100,0	
Missing	99	89	15,9		
	System	88	15,7		
	Σύνολο	177	31,6		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 20: κατανομή του δείγματος των φοιτητών ανάλογα με την βαρύτητα της κατανάλωσης αλκοόλ (πάνω ή κάτω από 7 ποτήρια την εβδομάδα).

		κρασί	μπύρα	ούζο	τσίπουρο	ουίσκι	βότκα	τζιν	λικέρ
N	Δεδομένα	247	205	46	22	88	117	14	32
	Missing	313	355	514	538	472	443	546	528

Πίνακας 21: Οι ποσότητες (ποτήρια την εβδομάδα) και τα είδη των αλκοολούχων ποτών που καταναλώνουν οι φοιτητές του δείγματος.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	0	1	,2	,4	,4
	1	112	20,0	45,3	45,7
	2	64	11,4	25,9	71,7
	3	34	6,1	13,8	85,4
	4	15	2,7	6,1	91,5
	5	8	1,4	3,2	94,7
	6	2	,4	,8	95,5
	7	1	,2	,4	96,0
	10	6	1,1	2,4	98,4
	20	3	,5	1,2	99,6
	50	1	,2	,4	100,0
	Σύνολο	247	44,1	100,0	
Missing	99	89	15,9		
	System	224	40,0		
	Σύνολο	313	55,9		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 22: Οι ποσότητες (ποτήρια την εβδομάδα) του κρασιού που καταναλώνουν οι φοιτητές.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	1	87	15,5	42,4	42,4
	2	50	8,9	24,4	66,8
	3	24	4,3	11,7	78,5
	4	6	1,1	2,9	81,5
	5	11	2,0	5,4	86,8
	6	7	1,3	3,4	90,2
	7	3	,5	1,5	91,7
	8	1	,2	,5	92,2
	9	1	,2	,5	92,7
	10	4	,7	2,0	94,6
	12	1	,2	,5	95,1
	14	2	,4	1,0	96,1
	15	3	,5	1,5	97,6
	20	2	,4	1,0	98,5
	30	2	,4	1,0	99,5
	60	1	,2	,5	100,0
	Σύνολο	205	36,6	100,0	
	Missing	99	89	15,9	
System		266	47,5		
Σύνολο		355	63,4		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 23: Οι ποσότητες (ποτήρια την εβδομάδα) της μπύρας που καταναλώνουν οι φοιτητές.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	1	58	10,4	49,6	49,6
	2	28	5,0	23,9	73,5
	3	11	2,0	9,4	82,9
	4	6	1,1	5,1	88,0
	5	7	1,3	6,0	94,0
	8	1	,2	,9	94,9
	10	2	,4	1,7	96,6
	15	2	,4	1,7	98,3
	35	1	,2	,9	99,1
	40	1	,2	,9	100,0
	Σύνολο	117	20,9	100,0	
Missing	99	89	15,9		
	System	354	63,2		
	Σύνολο	443	79,1		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 24: Οι ποσότητες (ποτήρια την εβδομάδα) της βότκας που καταναλώνουν οι φοιτητές.

Στους πίνακες 25 και 26 απεικονίζεται η κατανομή των φοιτητών του δείγματος ανάλογα με την εκπαιδευτική στάθμη των γονιών τους. 126 φοιτητές (22.6%) αναφέρουν πως η μητέρα τους έχει γνώσεις δημοτικού και 121 φοιτητές (21.9%) αναφέρουν ανάλογες γνώσεις του πατέρα. 89 φοιτητές (15.9%) αναφέρουν πως η μητέρα τους έχει γνώσεις γυμνασίου και αντίστοιχα 106 φοιτητές (19.2%) αναφέρουν ανάλογες γνώσεις του πατέρα. 211 φοιτητές (37.8%) δηλώνουν πως η μητέρα τους έχει γνώσεις λυκείου και 158 φοιτητές (28.6%) αναφέρουν ανάλογες γνώσεις του πατέρα. Τέλος, 132 φοιτητές (23.7%) αναφέρουν πως η μητέρα τους έχει γνώσεις τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και αντίστοιχα 168 φοιτητές (30.4%) αναφέρουν ανάλογες εκπαιδευτικές γνώσεις του πατέρα.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	δημοτικό	126	22,5	22,6	22,6
	γυμνάσιο	89	15,9	15,9	38,5
	λύκειο	211	37,7	37,8	76,3
	τριτοβάθμια	132	23,6	23,7	100,0
	Σύνολο	558	99,6	100,0	
Missing	System	2	,4		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 25: κατανομή του δείγματος των φοιτητών ανάλογα με την εκπαιδευτική στάθμη της μητέρας.

		N	%	Έγκυρα %	Αθροιστικά %
Δεδομένα	δημοτικό	121	21,6	21,9	21,9
	γυμνάσιο	106	18,9	19,2	41,0
	λύκειο	158	28,2	28,6	69,6
	τριτοβάθμια	168	30,0	30,4	100,0
	Σύνολο	553	98,8	100,0	
Missing	System	7	1,3		
Σύνολο		560	100,0		

Πίνακας 26: κατανομή του δείγματος των φοιτητών ανάλογα με την εκπαιδευτική στάθμη του πατέρα.

Οι φοιτητές σε ποσοστό 53.3% (N=298) πιστεύουν πως η υγεία τους είναι πολύ καλή, 28.4% (N=159) πιστεύουν πως η υγεία τους είναι καλή, 12.3% (N=69) πιστεύουν πως η υγεία τους είναι εξαιρετική, 5.5% (N=31) αναφέρουν πως η υγεία τους είναι μέτρια και το 0.4% των φοιτητών (N=2) αναφέρουν πως η υγεία τους είναι κακή.

Η πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 57.5% (N=320) δηλώνει πως πιστεύει ότι είναι εντελώς ή μάλλον ψέμα το ότι «*αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από τους άλλους ανθρώπους*», σε αντίθεση με το 22.7% (N=126) που θεωρεί την παραπάνω παραδοχή εντελώς ή μάλλον αληθινή, ενώ το 19.9% των φοιτητών αναφέρει πως δεν γνωρίζει την απάντηση στην παραπάνω ερώτηση.

219 φοιτητές (39.4%) δεν γνωρίζουν αν «είμαι τόσο υγιείς όσο όλοι οι γνωστοί μου», 207 (37.3%) θεωρούν ότι για τους ίδιους η παραδοχή αυτή είναι εντελώς ή μάλλον αληθινή και 130 (23.4%) κρίνουν πως αυτό είναι ψέμα ή μάλλον ψέμα για αυτούς.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στην έρευνα δεν περιμένουν ότι η υγεία τους θα χειροτερέψει και δηλώνουν πως για την δική τους περίπτωση αυτό είναι εντελώς ή μάλλον ψέμα σε ποσοστό 61.6% (N=343). Αντίστοιχα μόνο το 10.6% (N=59) θεωρεί πως είναι αλήθεια ή μάλλον αλήθεια ότι η υγεία του θα χειροτερέψει. Δεν ξέρω απαντά το 27.8% (N=155).

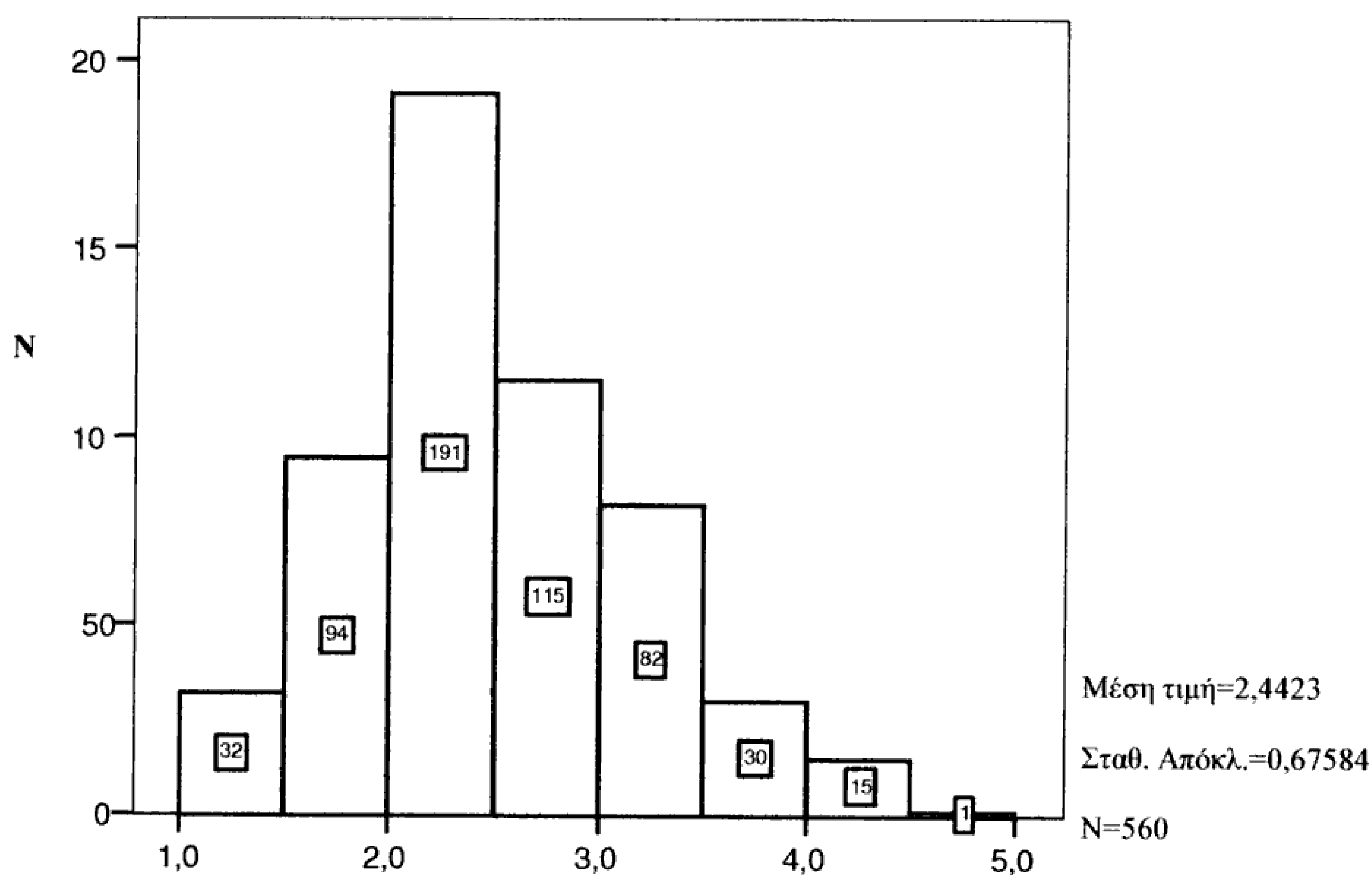
Ο πίνακας 27 που ακολουθεί παρουσιάζει πιο αναλυτικά την κατανομή των ερωτηθέντων με βάση την αξιολόγηση που έκαναν οι ίδιοι για την Γενική τους Υγεία.

Στο ιστόγραμμα 1 φαίνονται επίσης οι κατανομές των απαντήσεων του δείγματος στην κλίμακα Γενική Υγεία.

		1 Εντελώς αλήθεια	2 Μάλλον αλήθεια	3 Δεν ξέρω	4 Μάλλον ψέμα	5 Εντελώς ψέμα
ΓΥ1	Εξαιρετική υγεία	69 12,3%	298 53,3%	159 28,4%	31 5,5%	2 0,4%
ΓΥ2*	Αρρωσταίνω ευκολότερα	46 8,3%	80 14,4%	111 19,9%	149 26,8%	171 30,7%
ΓΥ3	Τόσο υγιής όσο άλλοι	56 10,1%	151 27,2%	219 39,4%	86 15,5%	44 7,9%
ΓΥ4*	Περιμένω χειροτέρευση	14 2,5%	45 8,1%	155 27,8%	114 20,5%	229 41,1%
ΓΥ5	Υγεία εξαιρετική	79 14,2%	244 43,8%	120 21,5%	70 12,6%	44 7,9%

Σημ. Η ερώτηση ΓΥ1 είναι όμοια με την ΓΥ5 αλλά σε ευθεία μορφή αξιολόγησης της υγείας σε κλίμακα 1(=εξαιρετική) έως 5(=κακή).

Πίνακας 27: κατανομή του δείγματος των φοιτητών ανάλογα με την αυτοαναφερόμενη Γενική Υγεία.



Ιστόγραμμα 1: Γενική Υγεία

Η σημερινή κατάσταση της υγείας των φοιτητών φαίνεται πως δεν τους περιορίζει καθόλου στην εκτέλεση κουραστικών δραστηριοτήτων σε ποσοστό 48.7%, τους περιορίζει λίγο σε ποσοστό 44.9% και τους περιορίζει πολύ σε ποσοστό 6.4%. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες φαίνεται πως η συντριπτική πλειοψηφία (91.1%) δεν περιορίζεται καθόλου σε αντίθεση με το 8.9% που δηλώνει πως περιορίζεται λίγο ή καθόλου.

Το 78.9% του δείγματος δεν περιορίζεται καθόλου όταν σηκώνει ή μεταφέρει ψώνια από την αγορά, το 18.8% περιορίζεται λίγο και το 2.3% περιορίζεται πολύ.

Όταν ανεβαίνουν μερικούς ορόφους οι περισσότεροι φοιτητές (64.5%) δεν αισθάνονται κανέναν περιορισμό, ως προς την εκτέλεση της συγκεκριμένης σωματικής λειτουργίας. Περιορίζεται όμως, λίγο το 33.6% ενώ πολύ περιορίζεται το 2%. Όσον αφορά το ανέβασμα ενός μόνο ορόφου η συντριπτική πλειοψηφία

(91.2%) δηλώνει πως δεν περιορίζεται καθόλου και το 8.8 δηλώνει πως περιορίζεται λίγο ή πολύ.

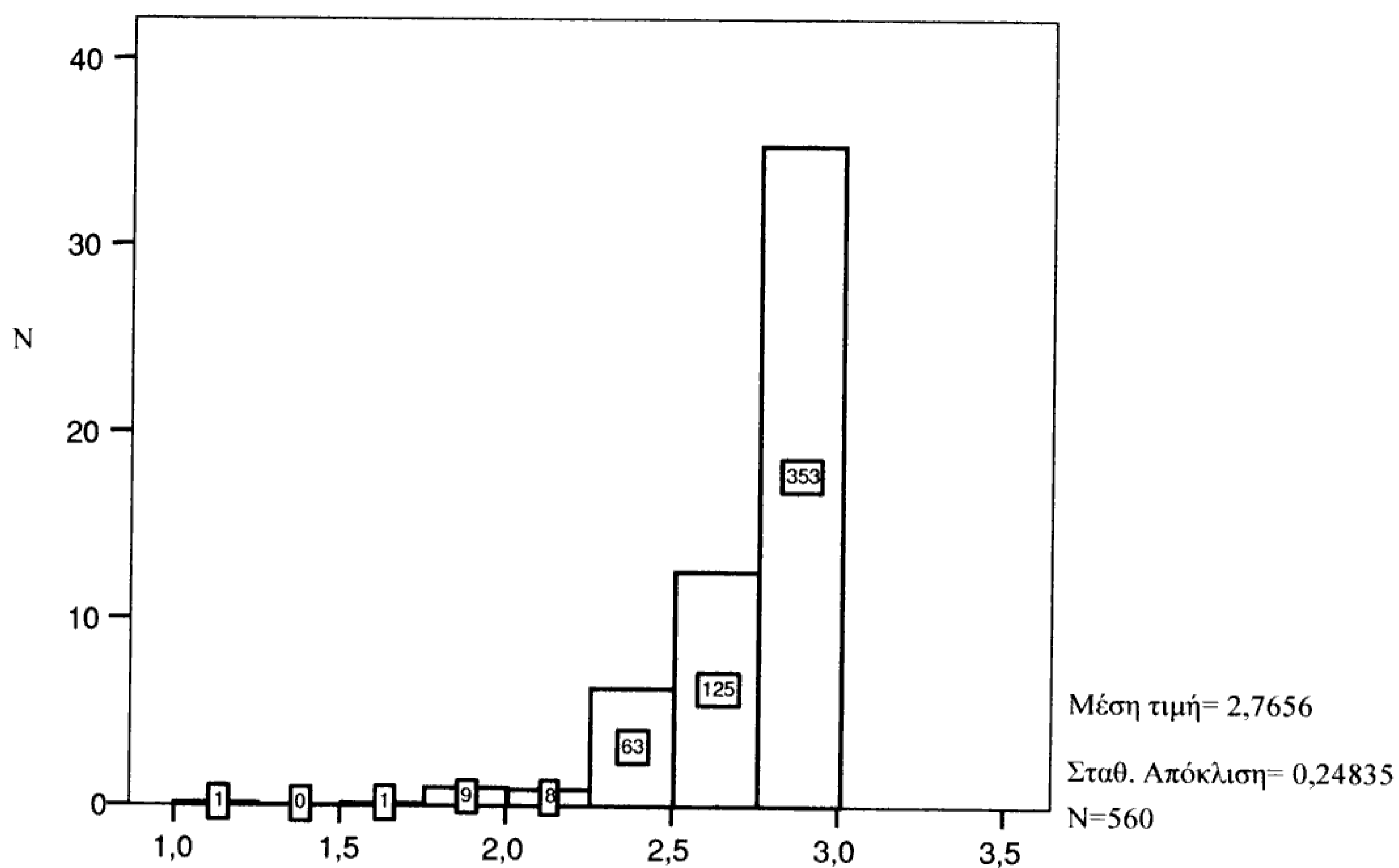
Στο Λύγισμα του σώματος, σκύψιμο, γονάτισμα δεν δυσκολεύεται καθόλου το 77.4%, δυσκολεύεται λίγο το 19.5% και πολύ το 3%.

Στο περπάτημα περίπου 1 χιλιομέτρου δεν αισθάνεται κανέναν περιορισμό το 67.1% του δείγματος, το 27.3% αισθάνεται λίγο περιορισμό και το 3.6% περιορίζεται πολύ να εκτελέσει αυτή τη σωματική λειτουργία. Περπάτημα μερικές 100άδες μέτρα δεν περιορίζεται καθόλου όταν εκτελεί το 80.5% των φοιτητών σε αντίθεση με το 19.6% που αναφέρει λίγο ή πολύ περιορισμό. Το 91.6% περπατά με άνεση 100 μέτρα ενώ το 7.5% περιορίζεται λίγο και το 0.9% περιορίζεται πολύ.

Κάνει μπάνιο και ντύνετε το 98% των ερωτηθέντων χωρίς κανέναν περιορισμό ενώ το 2% αναφέρει μικρό ή μεγαλύτερο περιορισμό στην εκτέλεση των συγκεκριμένων δραστηριοτήτων. (Πίνακας 28, ιστόγραμμα 2).

		Η τωρινή κατάσταση της υγείας μου		
		1 Με περιορίζει πολύ	2 Με περιορίζει λίγο	3 Δεν με περιορίζει καθόλου
ΣΛ1	Κουραστικές Δραστηριότητες (τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, δυναμικά σπορ)	36	251	272
		6,4%	44,9%	48,7%
ΣΛ2	Μέτριες Δραστηριότητες (ρακέτες στην παραλία, μετακίνηση ενός τραπέζιου, περίπατος στην εξοχή)	446	46	509
		0,7%	8,2%	91,1%
ΣΛ3	Ψώνια από αγορά (σήκωμα ή μεταφορά)	13	105	442
		2,3%	18,8%	78,9%
ΣΛ4	Μερικούς ορόφους (ανέβασμα)	11	118	361
		2%	33,6%	64,5%
ΣΛ5	Έναν όροφο (ανέβασμα)	6	43	509
		1,1%	7,7%	91,2%
ΣΛ6	Λύγισμα, σκύψιμο, γονάτισμα	17	109	432
		3%	19,5%	77,4%
ΣΛ7	Περπάτημα περίπου 1 km	20	164	375
		3,6%	29,3%	67,1%
ΣΛ8	Περπάτημα μερικές 100άδες μέτρα	12	97	449
		2,2%	17,4%	80,5%
ΣΛ9	Περπάτημα 100 μέτρα	5	42	513
		0,9%	7,5%	91,6%
ΣΛ10	Μπάνιο Ντύσιμο	2	9	549
		0,4%	1,6%	98%

Πίνακας 28: κατανομή του δείγματος των φοιτητών σύμφωνα με την αυτοαναφερόμενη
Σωματική Λειτουργικότητα

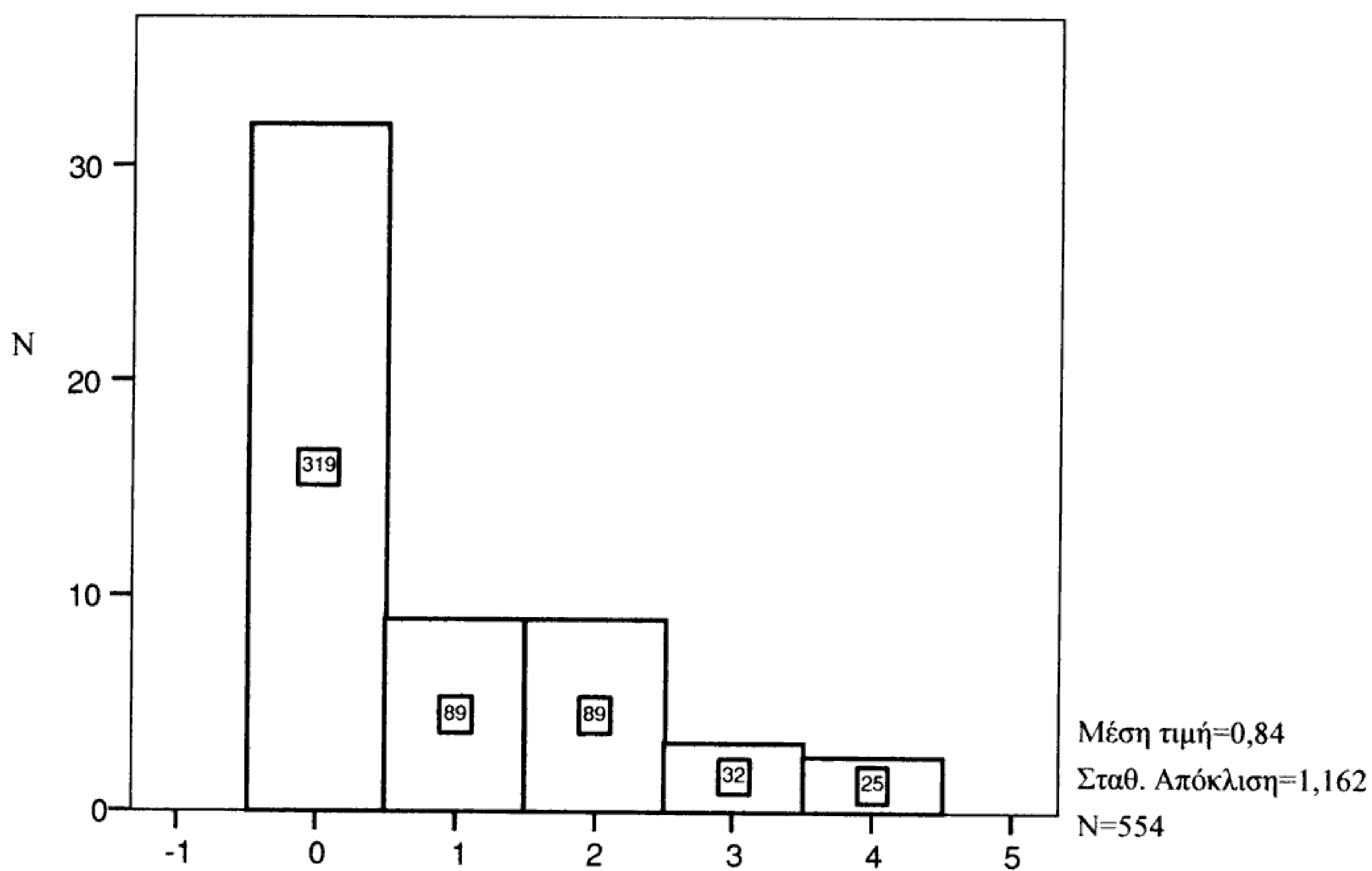


Ιστόγραμμα 2: Σωματική Λειτουργικότητα

Στον πίνακα 29, ιστόγραμμα 3 δίνεται η κατανομή των απαντήσεων σύμφωνα με τον Σωματικό Ρόλο που αναφέρουν οι ερωτώμενοι. Μείωση του χρόνου δουλειάς ή του χρόνου άλλων δραστηριοτήτων εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής υγείας διατυπώνει το 12.6% σε αντίθεση με το 87.4% που δεν αναφέρει μείωση των άνω δραστηριοτήτων. Το 26.2% επιτέλεσε λιγότερα από όσα θα ήθελε εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής του υγείας, ενώ το 73.8% επιτέλεσε όσα θα ήθελε χωρίς να επηρεαστεί. Το 21% περιόρισε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων λόγω σωματικών προβλημάτων, ενώ το 79% όχι και τέλος 24.3% δυσκολεύτηκε στη εκτέλεση της δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σε αντίθεση με το 75.7%.

Την τελευταία εβδομάδα εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας			
		Ναι	Όχι
ΡΣ1	Μειώσατε το χρόνο δουλειάς ή το χρόνο άλλων δραστηριοτήτων	70	486
		12,6%	87,4%
ΡΣ2	Επιτελέσατε λιγότερα	146	411
		26,2%	73,8%
ΡΣ3	Περιορίσατε είδη δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων	117	439
		21%	79%
ΡΣ4	Δυσκολευτήκατε στη εκτέλεση της δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων	135	421
		24,3%	75,7%

Πίνακας 29: κατανομή του δείγματος των φοιτητών σύμφωνα με τον αυτοαναφερόμενο Σωματικό Ρόλο.



Ιστόγραμμα 3: Σωματικός Ρόλος

Στον πίνακα 30 και στο ιστόγραμμα 4 δίνεται η κατανομή του δείγματος των φοιτητών σύμφωνα με τον αυτοαναφερόμενο *Συναισθηματικό Ρόλο*. Μείωση του χρόνου που συνήθως ξοδεύει στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος φαίνεται πως είχε το 28.1% των φοιτητών, ενώ το υπόλοιπο 71.9% δεν δείχνει να επηρεάστηκε. Το 41.2% επιτέλεσε λιγότερα από όσα θα ήθελε εξαιτίας της κατάστασης που βρισκόταν συναισθηματικά, ενώ το 58.8% δηλώνει πως δεν επηρεάστηκε. Τέλος έκανε τη δουλειά του ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως το 45.2% σε αντίθεση με το 54.8% που έμεινε ανεπηρέαστο.

		Την τελευταία εβδομάδα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος	
		Ναι	Όχι
ΡΣΘ1	Μειώσατε χρόνο δουλειάς ή το χρόνο άλλων δραστηριοτήτων	156	400
		28,1%	71,9%
ΡΣΘ2	Επιτελέσατε λιγότερα	229	327
		41,2%	58,8%
ΡΣΘ3	Δουλέψατε ή κάνατε άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά	352	306
		45,2%	54,8%

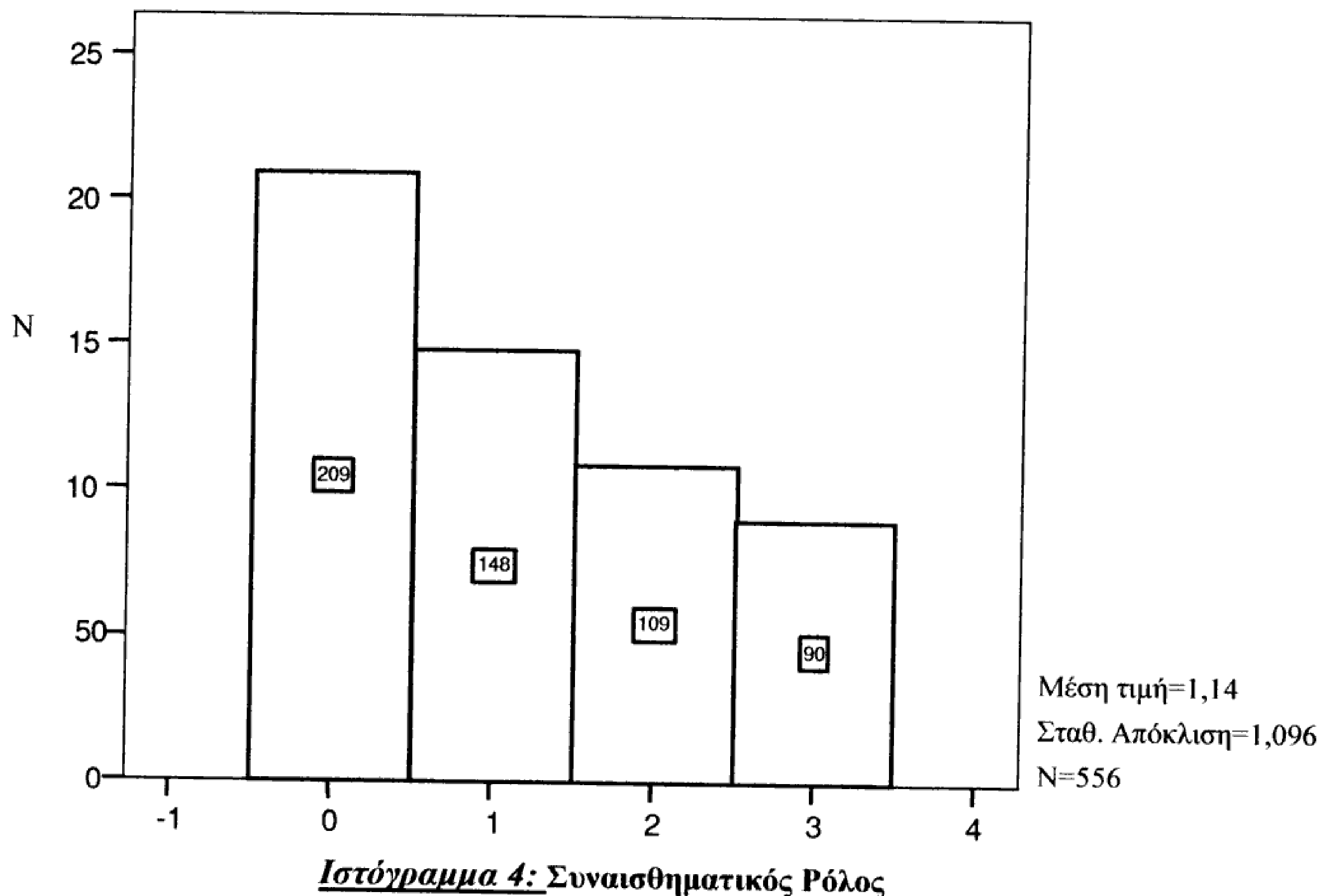
Πίνακας 30: κατανομή του δείγματος των φοιτητών σύμφωνα με τον αυτοαναφερόμενο *Συναισθηματικό Ρόλο*.

Ο πίνακας 31 και το ιστόγραμμα 5 παρουσιάζουν την κατανομή του δείγματος σύμφωνα με την αυτοαναφερόμενη *Κοινωνική Λειτουργικότητα*. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η κατάσταση της σωματικής υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα δεν φαίνεται πως επηρέασαν τις συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες των περισσότερων φοιτητών (59.7%) σε μέτριο βαθμό επηρεάστηκαν οι συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες του 23.9%, επηρεάστηκαν αρκετά σε ποσοστό 12% και πάρα πολύ επηρεάστηκαν οι συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες του 4.5%.

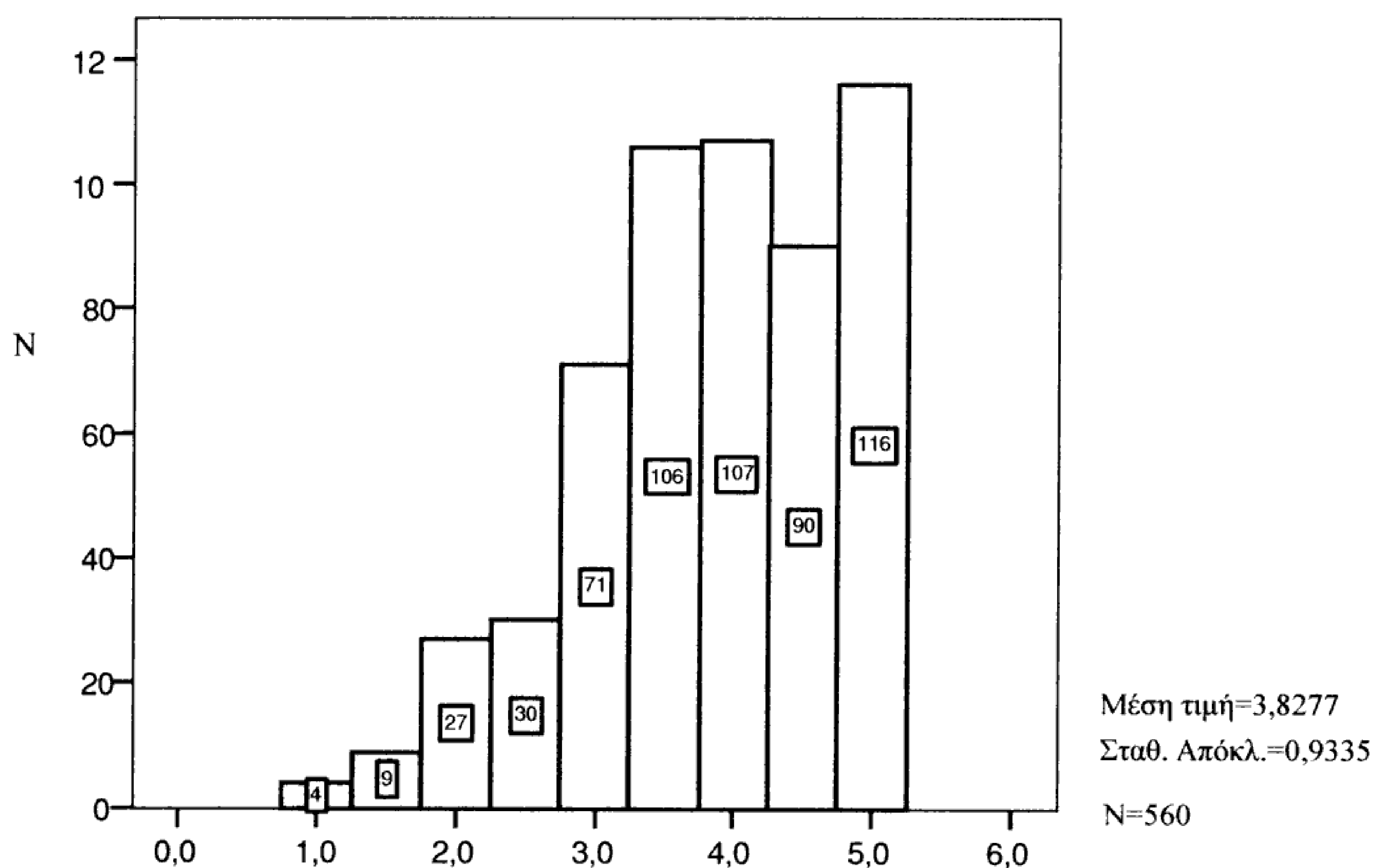
Στην ερώτηση «για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες την τελευταία εβδομάδα η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα» το 71.1% των φοιτητών εκτιμά πως επηρέασαν αρκετά ή πάρα πολύ. Μέτρια θεωρεί πως επηρεάστηκε το 18.7% και ελάχιστα ή καθόλου το 10.2% των ερωτηθέντων.

Την τελευταία εβδομάδα επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα						
		1 καθόλου	2 ελάχιστα	3 μέτρια	4 αρκετά	5 πάρα πολύ
ΚΛ1*	Συνήθεις κοινωνικές δραστηριότητες	161	173	134	67	25
		28,8%	30,9%	23,9%	12%	4,5%
ΚΛ2	Πόσο χρονικό διάστημα	9	48	104	177	219
		1,6%	8,6%	18,7%	31,8%	39,3%

Πίνακας 31: κατανομή του δείγματος των φοιτητών σύμφωνα με την αυτοαναφερόμενη Κοινωνική Λειτουργικότητα.



Ιστόγραμμα 4: Συναισθηματικός Ρόλος



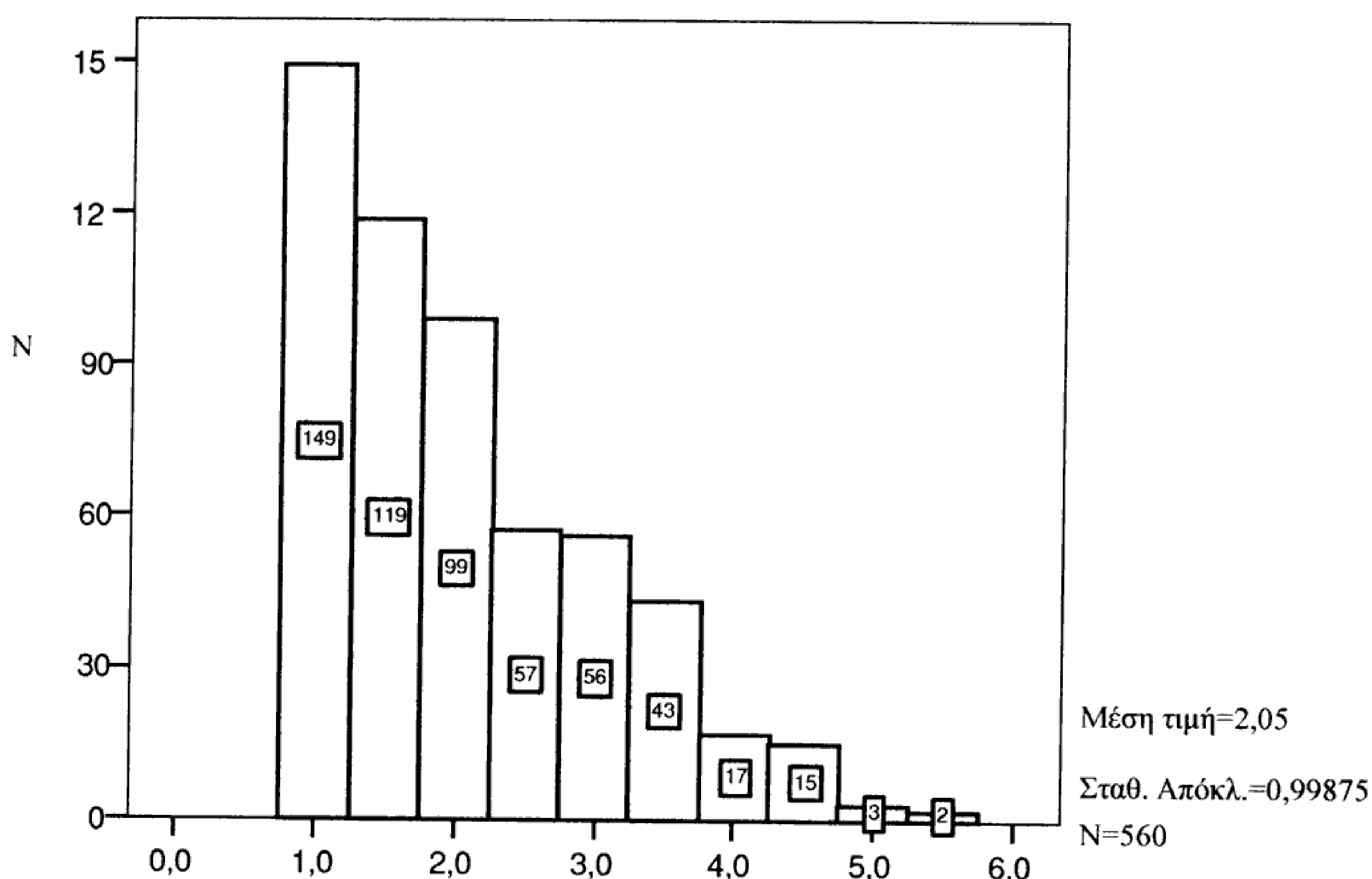
Ιστόγραμμα 5: Κοινωνική Λειτουργικότητα

Οι φοιτητές σε ποσοστό 29.1% δεν αναφέρουν σωματικό πόνο την τελευταία εβδομάδα, το 32.9% αναφέρει ελάχιστο πόνο, το 15.9% δηλώνει πως ένιωσε μέτριας έντασης πόνο, αρκετό το 13.3%, πολύ πόνο το 7.1% και τέλος πάρα πολύ το 1.3%. (Πίνακας 32, ιστόγραμμα 6).

Στην ερώτηση «την τελευταία εβδομάδα πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας;» το 53% υποστηρίζει πως δεν επηρεάστηκε καθόλου, το 30.2% των φοιτητών αναφέρει ελάχιστο επηρεασμό, το 11.7% μέτριο, ενώ στο 4.7% του δείγματος ο πόνος επηρέασε αρκετά τη συνηθισμένη εργασία και στο 0.5% πάρα πολύ. (Πίνακας 32 ιστόγραμμα 6).

		1 Καθόλου	2 Ελάχιστα	3 Μέτρια	4 Αρκετά	5 Πολύ	6 Πάρα πολύ
ΣΠ1	Πόσο σωματικό πόνο νοιώσατε	163	184	89	77	40	7
		29.1%	32.9%	15.9%	13.8%	7.1%	1.3%
ΣΠ2	Πόσο επηρέασε τη συνήθη εργασία σας	295	168	65	28	3	-
		53%	30.2%	11.7%	4.7%	0.5%	-

Πίνακας 32: κατανομή του δείγματος των φοιτητών σύμφωνα με τον αυτοαναφερόμενο Σωματικό Πόνο .



Ιστόγραμμα 6: Σωματικός Πόνος

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων σε ποσοστό 60.7% αναφέρει πως την τελευταία εβδομάδα αισθάνονταν «γεμάτοι ζωντάνια» το μεγαλύτερο ή σημαντικό χρονικό διάστημα, το 22.9% αισθάνονταν έτσι μερικές φορές, το 11.7% μικρό διάστημα ή καθόλου και το 4.7% αισθανόταν συνεχώς «γεμάτο ζωντάνια».

Το 54.4% των φοιτητών ένιωθε πολλή ενεργητικότητα το μεγαλύτερο ή σημαντικό χρονικό διάστημα της τελευταίας εβδομάδας ενώ το 33.7% ένιωθε παρόμοια μόνο μερικές φορές ή μικρό διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Το

9.1% είχε πολλή ενεργητικότητα το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα σε αντίθεση με το 2.7% που δεν είχε καθόλου ενεργητικότητα.

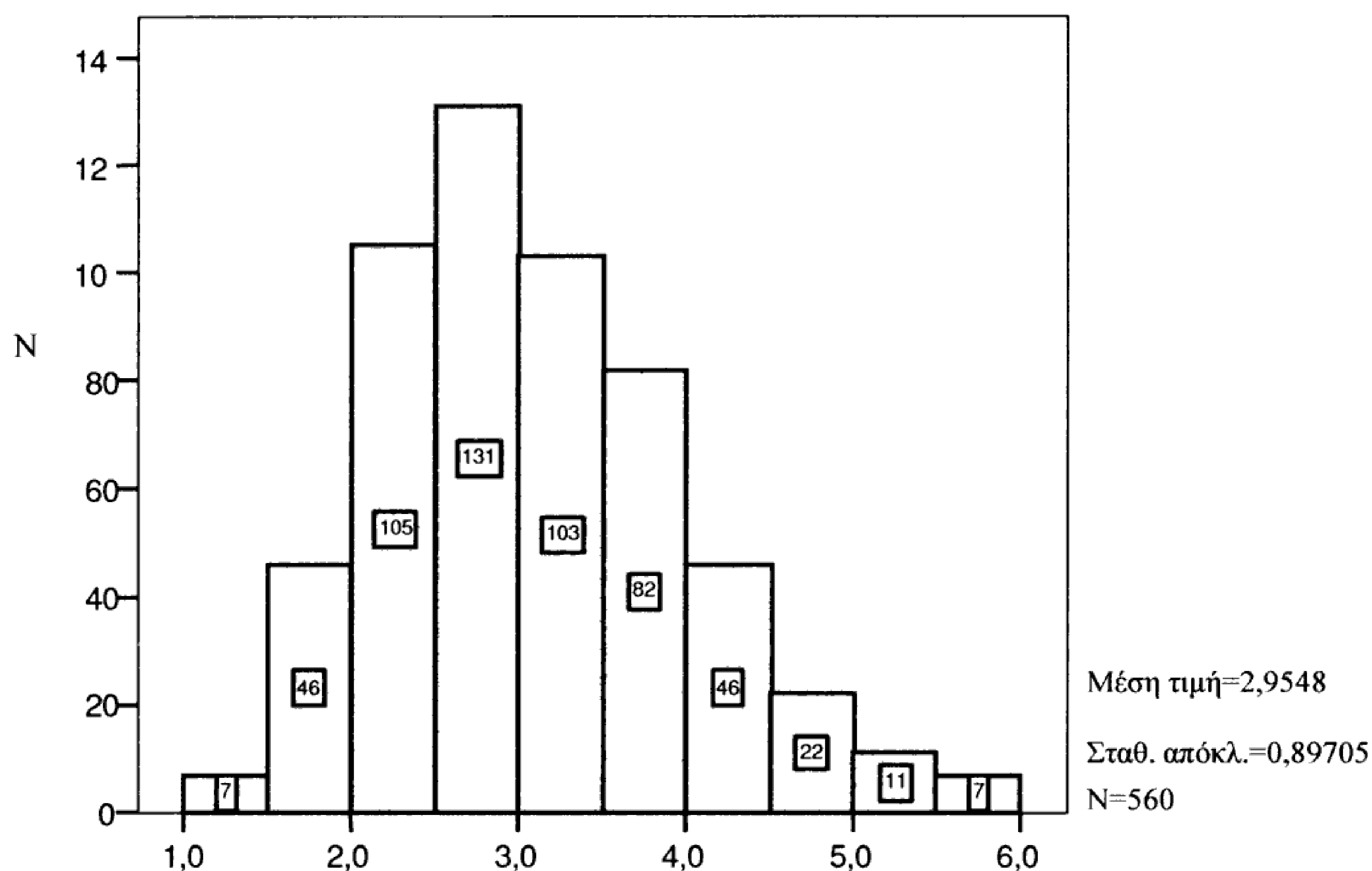
Το 62.4% υποστηρίζει πως αισθανόταν εξάντληση μερικές φορές ή μικρό διάστημα και το 15.4% το μεγαλύτερο ή σημαντικό χρονικό διάστημα της προαναφερθείσας περιόδου. 3.2% ένιωθε εξάντληση συνεχώς, σε αντίθεση με το 19% που δεν ένιωσε καθόλου.

Τέλος κούραση αισθάνθηκε μερικές φορές ή μικρό διάστημα το 65% των ερωτηθέντων και το 24.2% απάντησε πως ένιωθε κούραση το μεγαλύτερο ή σημαντικό χρονικό διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Συνεχώς κουρασμένοι δηλώνουν το 4,3% και καθόλου το 6,6%.

Όλα τα παραπάνω δεδομένα αναλύονται καλύτερα στον πίνακα 33 και στο ιστόγραμμα 7 που ακολουθούν.

		1 Συνεχώς	2 Μεγαλύτερο ο διάστημα	3 Σημαντικό διάστημα	4 Μερικές φορές	5 Μικρό διάστημα	6 Καθόλου
ZT1	Ζωντάνια	26	195	144	128	55	10
		4,7%	34,9%	25,8%	22,9%	9,9%	1,8%
ZT2	Ενεργητικότητα	51	152	153	120	69	15
		9,1%	27,1%	27,3%	21,4%	12,3%	2,7%
ZT3*	Εξάντληση	18	34	52	166	183	106
		3,2%	6,1%	9,3%	29,7%	32,7%	19%
ZT4*	Κούραση	24	54	81	224	139	37
		4,3%	9,7%	14,5%	40,1%	24,9%	6,6%

Πίνακας 33: κατανομή του δείγματος των φοιτητών σύμφωνα με την αυτοαναφερόμενη *Ζωτικότητα*.



Ιστόγραμμα 7: Ζωτικότητα

Το 57.1% των συμμετεχόντων στην έρευνα αναφέρει πως αισθάνθηκε πολύ εκνευρισμό μερικές φορές ή μικρό διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Ποσοστό 28.9% είχε πολύ εκνευρισμό το μεγαλύτερο ή σημαντικό χρονικό διάστημα και το 4.8% ένιωθε έτσι συνεχώς σε αντίθεση με το 9.1% που δεν αναφέρει καθόλου εκνευρισμό το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα .

Στην ερώτηση «αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/η ψυχολογικά που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;» οι περισσότεροι με ποσοστό 60.9% δηλώνουν πως δεν αισθάνθηκαν έτσι καθόλου ή αισθάνθηκαν έτσι μικρό χρονικό διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. 29.8% του δείγματος αναφέρει αυτή την αίσθηση μερικές φορές ή σημαντικό διάστημα. Το μεγαλύτερο διάστημα ή συνέχεια ψυχολογικά πεσμένοι δήλωσαν το 9.3% των ερωτηθέντων.

Αισθήματα ηρεμίας και γαλήνης μερικές φορές ή μικρό διάστημα την τελευταία εβδομάδα αναφέρουν οι φοιτητές σε ποσοστό 46.9%, ενώ 43.3% δηλώνει το αίσθημα αυτό το μεγαλύτερο ή σημαντικό χρονικό διάστημα. Συνεχώς διακατεχόταν από αισθήματα ηρεμίας και γαλήνης το 3.6% των φοιτητών σε αντίθεση με το 6.3% που καθόλου δεν αισθάνονταν έτσι.

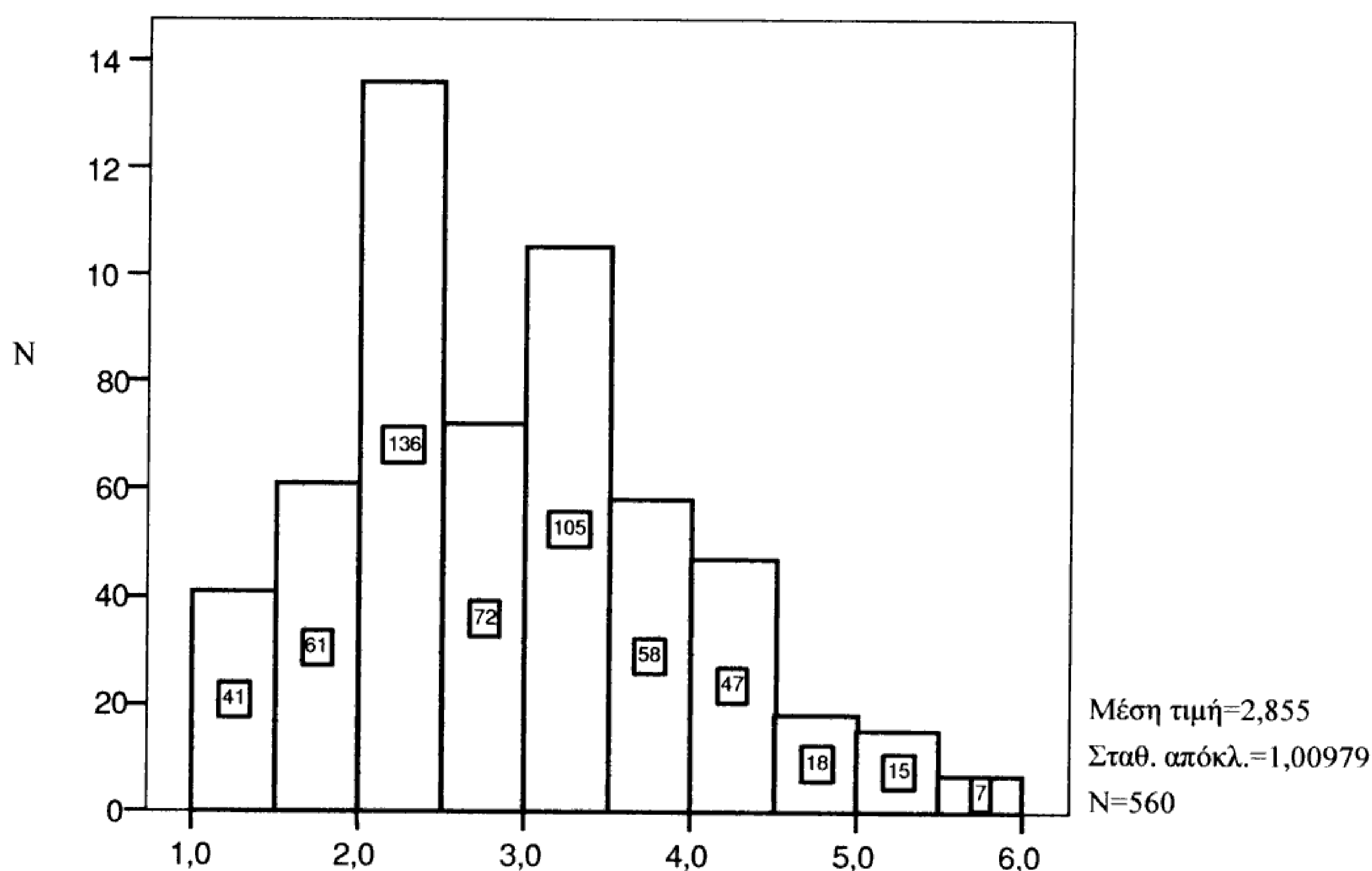
Σε ποσοστό 65.6% οι φοιτητές δεν δήλωσαν κανένα ή ένιωσαν για μικρό χρονικό διάστημα της περασμένης εβδομάδας αισθήματα απελπισίας ή μελαγχολίας. Το 26.3% αισθάνθηκε έτσι μερικές φορές ή σημαντικό διάστημα και το 8% είχε τα δυσάρεστα αυτά αισθήματα συνεχώς ή το μεγαλύτερο διάστημα.

Τέλος 53.1% υποστήριξε πως το μεγαλύτερο ή σημαντικό χρονικό διάστημα της περασμένης εβδομάδας αισθάνονταν ευτυχισμένοι, ένα ποσοστό 29.5% είχε αυτό το αίσθημα μερικές φορές ή μικρό διάστημα και 4,1% δεν αισθάνθηκε καθόλου ευτυχία εν αντιθέσει με το 13.2% που είχε συνεχώς αυτή την αίσθηση.

Ο πίνακας 34 και το ιστόγραμμα 8 απεικονίζουν τις απαντήσεις που έδωσαν οι φοιτητές κατά την αυτοαξιολόγηση της ψυχικής τους υγείας.

		1 Συνεχώς	2 Μεγαλύτερο ο διάστημα	3 Σημαντικό διάστημα	4 Μερικές φορές	5 Μικρό διάστημα	6 Καθόλου
ΨΥ1*	Πολύ εκνευρισμό	27	60	102	167	153	51
		4,8%	10,7%	18,2%	29,8%	27,3%	9,1%
ΨΥ2*	Πεσμένος ψυχολογικά	18	34	49	117	173	167
		3,2%	6,1%	8,8%	21%	31%	29,9%
ΨΥ3	Ηρεμία/ Γαλήνη	20	110	132	149	113	35
		3,6%	19,7%	23,6%	26,7%	20,2%	6,3%
ΨΥ4*	Απελπισία/ Μελαγχολία	17	28	52	95	151	216
		3%	5%	9,3%	17%	27%	38,6%
ΨΥ5	Ευτυχισμένος	74	166	131	108	57	23
		13,2%	29,7%	23,4%	19,3%	10,2%	4,1%

Πίνακας 34: κατανομή του δείγματος των φοιτητών σύμφωνα με την αυτοαναφερόμενη Ψυχική Υγεία.

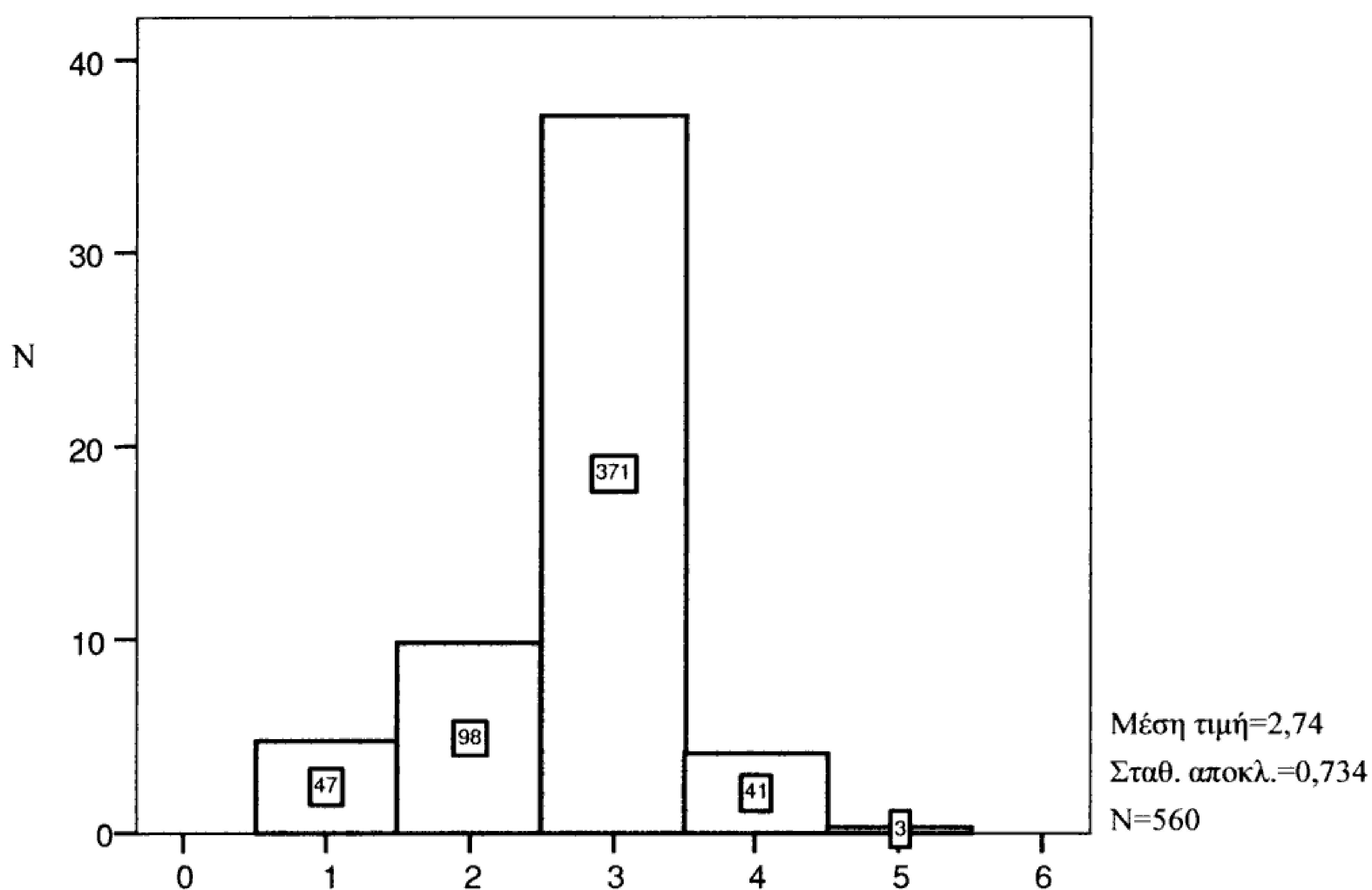


Ιστόγραμμα 8: Ψυχική Υγεία

Στην ερώτηση «σε σύγκριση με μια εβδομάδα πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;» οι περισσότεροι (66.3%) την αξιολόγησαν ως περίπου ίδια, κάπως καλύτερη δήλωσε το 17.5%, πολύ καλύτερη το 8.4%, κάπως χειρότερη το 7.3% και πολύ χειρότερη υγεία τώρα εξέθεσε το 0.5% των ερωτηθέντων. (Πίνακας 35, ιστόγραμμα 9).

	1 Πολύ καλύτερη	2 Κάπως καλύτερη	3 Περίπου ίδια	4 Κάπως χειρότερη	5 Πολύ χειρότερη
ΜΥ1	47	98	371	41	3
	8,4%	17,5%	66,3%	7,3%	0,5%

Πίνακας 35: κατανομή του δείγματος των φοιτητών σύμφωνα με την αυτοαναφερόμενη Μεταβολή Υγείας.



Ιστόγραμμα 9: Μεταβολή Υγείας

➔ **Συγκρίσεις**

Μετά την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας ακολούθησε διερεύνηση της οποιασδήποτε συσχέτισης μεταξύ των βιοκοινωνικών και δημογραφικών δεδομένων του δείγματος σε σχέση με τις βαθμολογίες που συγκέντρωσαν στις επί μέρους κλίμακες του SF-36. Στην επεξεργασία χρησιμοποιήθηκε το t-test και σε ορισμένες περιπτώσεις έγινε χρήση του διορθωμένου τύπου. Σε κάθε περίπτωση που παρατηρήθηκε διαφορά στις διασπορές ελέγχθηκε αν η σημαντικότητα των διαφορών επιβεβαιωνόταν και από τον Μη Παραμετρικό Έλεγχο.

Αποτελέσματα:

✗ Καμία κλίμακα δεν συσχετίζεται με την ηλικία.

- ✘ Καμία κλίμακα δεν συσχετίζεται με το **εξάμηνο** στο οποίο ανήκουν οι φοιτητές.
- ✘ Οι περισσότερες κλίμακες έδειξαν μεγαλύτερες ή μικρότερες συσχετίσεις με το **φύλο**. Όπως φαίνεται και στον πίνακα 36, η ανάλυση των ευρημάτων κατέδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ποιότητα ζωής ανάμεσα στα δυο φύλα Πιο συγκεκριμένα:
 - ✘ Οι γυναίκες αναφέρουν μεγαλύτερους περιορισμούς στη σωματική τους λειτουργικότητα σε σχέση με τους άνδρες συμφοιτητές τους ($p < 0,001$).
 - ✘ Οι φοιτήτριες δηλώνουν περισσότερα προβλήματα και δυσλειτουργίες- με την εργασία τους ή σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες- εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων απ' ότι οι φοιτητές ($p < 0,014$).
 - ✘ Τα αγόρια αναφέρουν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα (εκτελούν τις συνηθισμένες κοινωνικές δραστηριότητες χωρίς να επηρεάζονται ιδιαίτερα από σωματικά ή συναισθηματικά προβλήματα) σε σχέση με τα κορίτσια ($p < 0,001$).
 - ✘ Οι άνδρες αναφέρουν επίσης λιγότερο σωματικό πόνο (πόνος ή περιορισμούς λόγω πόνου) σε σχέση με τις γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ($p < 0,009$).
 - ✘ Οι φοιτήτριες δηλώνουν χειρότερη γενική υγεία απ' ότι οι φοιτητές ($p < 0,001$).
 - ✘ Οι φοιτήτριες επίσης δηλώνουν μεγαλύτερη έλλειψη ζωτικότητας από τους συμφοιτητές τους ($p < 0,002$).
 - ✘ Οι γυναίκες αναφέρουν χειρότερη ψυχική υγεία από τους άνδρες ($p < 0,002$).

× Ο σωματικός ρόλος (προβλήματα ή όχι με την εργασία ή σε άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της σωματικής υγείας) δεν έδειξε συσχέτιση με το φύλο.

× Καμία συσχέτιση με το φύλο επίσης δεν φάνηκε και στην κλίμακα μεταβολή της υγείας.

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	p
ΣΛ	άρρεν	100	2,8435	,18998	,01900	4,223	<0,001**
	θήλυ	460	2,7487	,25636	,01195		
ΡΣ	άρρεν	97	,70	1,091	,111	-1,258	0,209
	θήλυ	457	,86	1,175	,055		
ΡΣΘ	άρρεν	98	,90	1,030	,104	-2,459	0,014*
	θήλυ	458	1,20	1,103	,052		
ΚΛ	άρρεν	100	4,1150	,86414	,08641	3,429	0,001**
	θήλυ	460	3,7652	,93718	,04370		
ΣΠ	άρρεν	100	1,8150	1,05805	,10580	-2,610	0,009**
	θήλυ	460	2,1011	,97914	,04565		
ΓΥ	άρρεν	100	2,2460	,71172	,07117	-3,232	0,001**
	θήλυ	460	2,4850	,66090	,03081		
ΖΤ	άρρεν	100	2,7050	,86557	,08656	-3,096	0,002**
	θήλυ	460	3,0091	,89547	,04175		
ΨΥ	άρρεν	100	2,6000	,85611	,08561	-3,161	0,002**
	θήλυ	460	2,9104	1,03272	,04815		
Μ.Υ	άρρεν	100	2,73	,750	,075	-,166	0,868
	θήλυ	460	2,74	,732	,034		

ΣΛ: σωματική λειτουργικότητα, ΡΣ: ρόλος σωματικός, ΡΣΘ: ρόλος συναισθηματικός, ΚΛ: κοινωνική λειτουργικότητα, ΣΠ: σωματικός πόνος, ΓΥ: γενική υγεία, ΖΤ: ζωτικότητα, ΨΥ: ψυχική υγεία, ΜΥ: μεταβολή υγείας

Πίνακας 36: συγκρίσεις κατά φύλο των επιμέρους κλιμάκων του SF-36.

× Στον πίνακα 37 δίνεται η ανάλυση των ευρημάτων όσον αφορά την ποιότητα ζωής ανάμεσα σε αυτούς που έχουν και σε αυτούς που δεν έχουν **σεξουαλική ζωή**. Πιο συγκεκριμένα:

× Όσοι από τους ερωτηθέντες δηλώνουν πως έχουν σεξουαλική ζωή αναφέρουν περισσότερο σωματικό πόνο σε σχέση με όσους δηλώνουν πως δεν έχουν ξεκινήσει ακόμα την ερωτική τους ζωή ($p < 0,034$).

× Όσοι φοιτητές έχουν σεξουαλική ζωή αναφέρουν φτωχότερη γενική υγεία σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν σεξουαλική ζωή ($p < 0,031$).

× Καμία άλλη διάσταση της ποιότητας ζωής δεν φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την ύπαρξη ή μη της σεξουαλικής ζωής των ερωτηθέντων.

σεξ.ζωη	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	p
ΣΛ	428	2,7680	,25107	,01214	0,518	0,605
όχι	122	2,7547	,24108	,02183		
ΡΣ	422	,86	1,203	,059	0,797	0,426
όχι	122	,76	1,029	,093		
ΡΣΘ	424	1,16	1,096	,053	1,163	0,245
όχι	122	1,03	1,060	,096		
ΚΛ	428	3,8143	,92706	,04481	-0,485	0,628
όχι	122	3,8607	,95186	,08618		
ΣΠ	428	2,0993	1,02433	,04951	2,130	0,034*
όχι	122	1,8811	,89778	,08128		
ΓΥ	428	2,4792	,66889	,03233	2,156	0,031*
όχι	122	2,3295	,70226	,06358		
ΖΤ	428	2,9494	,89361	,04319	-0,068	0,946
όχι	122	2,9556	,90442	,08188		
ΨΥ	428	2,8732	1,01914	,04926	0,821	0,412
όχι	122	2,7881	,97720	,08847		
Μ.Υ	428	2,77	,705	,034		
όχι	122	2,67	,797	,072	1,210	0,228

ΣΛ: σωματική λειτουργικότητα, ΡΣ: ρόλος σωματικός, ΡΣΘ: ρόλος συναισθηματικός, ΚΛ: κοινωνική λειτουργικότητα, ΣΠ: σωματικός πόνος, ΓΥ: γενική υγεία, ΖΤ: ζωτικότητα, ΨΥ: ψυχική υγεία, ΜΥ: μεταβολή υγείας

Πίνακας 37: συγκρίσεις μεταξύ αυτών που έχουν και αυτών που δεν έχουν σεξουαλική ζωή με τις επιμέρους κλίμακες του SF-36.

- × Καμία κλίμακα δεν παρουσιάζει συσχέτιση με τον **τόπο γέννησης** (μικρό χωριό, μικρή πόλη, μεγάλη πόλη).
- × Καμία κλίμακα δεν παρουσιάζει συσχέτιση με τον **τόπο διαμονής των τελευταίων 5 ετών** (μικρό χωριό, μικρή πόλη, μεγάλη πόλη).
- × Μόνο μία κλίμακα ποιότητας ζωής φανέρωσε στατιστικά σημαντική

συσχέτιση με την **εργασία**, πίνακας 38:

✕ Οι εργαζόμενοι φοιτητές αναφέρουν περισσότερο σωματικό πόνο από τους μη εργαζόμενους ($p < 0,001$).

εργασία	N	Mean	Std. Deviation	F	P	
ΣΛ	ναι	169	2,7558	,24462	,375	0,688
	όχι	273	2,7649	,24939		
	μερικές φορές	118	2,7815	,25251		
ΡΣ	ναι	167	,78	1,178	,432	0,650
	όχι	270	,83	1,153		
	μερικές φορές	117	,91	1,164		
ΡΣΘ	ναι	167	1,05	1,080	1,715	0,181
	όχι	273	1,23	1,125		
	μερικές φορές	116	1,08	1,040		
ΚΛ	ναι	169	3,8550	,95025	,104	0,901
	όχι	273	3,8150	,92037		
	μερικές φορές	118	3,8178	,94658		
ΣΠ	ναι	169	2,2959	1,08207	7,982	<0,001**
	όχι	273	1,9121	,93618		
	μερικές φορές	118	2,0169	,95616		
ΓΥ	ναι	169	2,5053	,66155	2,241	0,107
	όχι	273	2,3806	,66539		
	μερικές φορές	118	2,4949	,71215		
ΖΤ	ναι	169	2,9704	,86809	,169	0,844
	όχι	273	2,9634	,93223		
	μερικές φορές	118	2,9124	,86017		
ΨΥ	ναι	169	2,8056	,98451	,362	0,697
	όχι	273	2,8892	1,03226		
	μερικές φορές	118	2,8466	,99826		
μ.υ	ναι	169	2,76	,629	,474	0,623
	όχι	273	2,71	,786		
	μερικές φορές	118	2,78	,753		

ΣΛ: σωματική λειτουργικότητα, ΡΣ: ρόλος σωματικός, ΡΣΘ: ρόλος συναισθηματικός, ΚΛ: κοινωνική λειτουργικότητα, ΣΠ: σωματικός πόνος, ΓΥ: γενική υγεία, ΖΤ: ζωτικότητα, ΨΥ: ψυχική υγεία, ΜΥ: μεταβολή υγείας

Πίνακας 38: συγκρίσεις μεταξύ αυτών που εργάζονται και αυτών που δεν εργάζονται με τις επιμέρους κλίμακες του SF-36.

✕ Στον πίνακα 39 δίνεται η ανάλυση των ευρημάτων όσον αφορά τη σύγκριση στην ποιότητα ζωής ανάμεσα σε αυτούς που **καπνίζουν** και σε όσους δεν καπνίζουν. Ερμηνεύοντας τα δεδομένα θα λέγαμε ότι:

✕ Οι καπνιστές παρουσιάζουν μεγαλύτερους περιορισμούς στην σωματική

λειτουργικότητα από ότι οι μη καπνιστές ($p=0,000$).

✗ Οι καπνιστές δηλώνουν φτωχότερη γενική υγεία σε σχέση με τους μη καπνίζοντες.

✗ Ο Μη Παραμετρικός Έλεγχος φανέρωσε πως οι καπνιστές δήλωσαν χειρότερο σωματικό ρόλο από τους μη καπνιστές ($p<0,044$).

κάπνισμα	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	t	p
ΣΛ ναι	159	2,7023	,28550	,02264	-4,194	,000
όχι	351	2,7995	,22053	,01177		
ΡΣ ναι	156	,97	1,210	,097	1,749	,081
όχι	348	,77	1,133	,061		
ΡΣΘ ναι	159	1,13	1,095	,087	-,310	,757
όχι	347	1,16	1,107	,059		
ΚΛ ναι	159	3,7327	1,01380	,08040	-1,511	,131
όχι	351	3,8689	,90943	,04854		
ΣΠ ναι	159	2,1509	1,03538	,08211	1,335	,182
όχι	351	2,0214	1,00583	,05369		
ΓΥ ναι	159	2,5296	,65338	,05182	2,142	,033
όχι	351	2,3906	,68972	,03681		
ΖΤ ναι	159	3,0178	,98411	,07805	1,152	,250
όχι	351	2,9183	,86427	,04613		
ΨΥ ναι	159	2,9899	1,13244	,08981	2,153	,032
όχι	351	2,7795	,96916	,05173		

ΣΛ: σωματική λειτουργικότητα, ΡΣ: ρόλος σωματικός, ΡΣΘ: ρόλος συναισθηματικός, ΚΛ: κοινωνική λειτουργικότητα, ΣΠ: σωματικός πόνος, ΓΥ: γενική υγεία, ΖΤ: ζωτικότητα, ΨΥ: ψυχική υγεία, ΜΥ: μεταβολή υγείας

Πίνακας 39: συγκρίσεις μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών με τις επιμέρους κλίμακες του SF-36.

✗ Η σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ αυτών που καταναλώνουν <7 ποτήρια αλκοόλ την εβδομάδα σε σχέση με όσους καταναλώνουν >7 ποτήρια **αλκοόλ** την εβδομάδα έδειξε ότι (πίνακας 40):

✗ Οι φοιτητές που αναφέρουν πως καταναλώνουν περισσότερα από 7 ποτήρια αλκοόλ την εβδομάδα δηλώνουν αυξημένη ζωτικότητα σε σχέση με όσους καταναλώνουν λιγότερα από 7 ποτήρια αλκοόλ την εβδομάδα (Μη

Παραμετρικός Έλεγχος: $p < 0,031$).

× Καμία άλλη διάσταση της ποιότητας ζωής δεν φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική σχέση με την προαναφερθείσα κατανάλωση αλκοόλ.

	Συστηματική χρήση αλκοόλ	N	Mean	Std. Deviation	Z	p
ΣΛ	όχι	294	2,7860	,21341	-1,279	0,201
	ναι	89	2,7185	,32599		
ΡΣ	όχι	293	,85	1,154	-,654	0,513
	ναι	87	,78	1,166		
ΡΣΘ	όχι	292	1,17	1,102	-,061	0,951
	ναι	88	1,16	1,082		
ΚΛ	όχι	294	3,8231	,90844	-,877	0,381
	ναι	89	3,6798	1,10332		
ΣΠ	όχι	294	2,0340	,97172	-,242	0,809
	ναι	89	2,0730	1,12197		
ΓΥ	όχι	294	2,4446	,64956	-,363	0,716
	ναι	89	2,4022	,74985		
ΖΤ	όχι	294	2,9850	,83761	-2,162	0,031*
	ναι	89	2,8118	,98229		
ΨΥ	όχι	294	2,8250	,99394	-,511	0,609
	ναι	89	2,9191	1,15038		
Μ.Υ	όχι	294	2,75	,704	-1,476	0,140
	ναι	89	2,66	,839		

ΣΛ: σωματική λειτουργικότητα, ΡΣ: ρόλος σωματικός, ΡΣΘ: ρόλος συναισθηματικός, ΚΛ: κοινωνική λειτουργικότητα, ΣΠ: σωματικός πόνος, ΓΥ: γενική υγεία, ΖΤ: ζωτικότητα, ΨΥ: ψυχική υγεία, ΜΥ: μεταβολή υγείας

Πίνακας 40: συγκρίσεις μεταξύ όσων καταναλώνουν <7 ποτήρια αλκοόλ την εβδομάδα σε σχέση με όσους καταναλώνουν >7 ποτήρια με τις επιμέρους κλίμακες του SF-36.

× Το επίπεδο εκπαίδευσης των γονέων δεν φαίνεται να σχετίζεται με καμία διάσταση της ποιότητας ζωής στην μελέτη αυτή.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αυτή η μελέτη αποτελεί την πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής των φοιτητών στην Ελλάδα. Είναι μια από τις πρώτες εφαρμογές του οργάνου SF-36 σε έναν υγιή πληθυσμό στην Ελλάδα^{14,15,171,172} και

κάνει αναφορά σε μεγαλύτερο αριθμό δείγματος από τις υπόλοιπες τέσσερις.

Ξεκινώντας το σχολιασμό των αποτελεσμάτων, αρχικά αξίζει τον κόπο να επικεντρωθούμε σε κάποια στοιχεία που προκύπτουν από τα Βιοκοινωνικά και Δημογραφικά δεδομένα των συμμετεχόντων στην έρευνα. (Να σημειωθεί πως η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε μόνο σε ώρες εργαστηριακών μαθημάτων-κατά συνέπεια η παρακολούθηση ήταν υποχρεωτική- και πως το ποσοστό άρνησης συμμετοχής ήταν πλησίον του μηδενός).

⊕ Οι γυναίκες αποτελούν την πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό 82,1% ενώ οι άνδρες αντιπροσωπεύουν μόνο το 17,9%. Τα νούμερα αυτά αντικατοπτρίζουν την ανισορροπία μεταξύ των δύο φύλων και στα περισσότερα τμήματα της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας του ΤΕΙ Αθήνας. Το γεγονός αυτό οφείλεται καθαρά στις ιδιαιτερότητες περισσότερων επαγγελμάτων -που οι απόφοιτοι της Σ.Ε.Υ.Π καλούνται να ασκήσουν- τα οποία στη χώρα μας θεωρούνται κατεξοχήν “γυναικεία” (Βρεφονηπιοκόμοι, Επισκέπτριες Υγείας, Νοσηλεύτριες, Κοινωνικές Λειτουργοί, Μαίες, Αισθητικοί).

⊕ Η μέση τιμή της ηλικίας έναρξης της σεξουαλικής ζωής βρέθηκε να είναι το 18 έτος, κάτι που διαφοροποιεί την μετατόπιση της ολοκλήρωσης των ερωτικών σχέσεων σε μεγαλύτερες ηλικίες από αυτές περασμένων δεκαετιών (ηλικιακά το δείγμα κυμαίνεται ανάμεσα στα 17 με 25 έτη σε ποσοστό 94,2%) και σταθερό εύρημα. Μια εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί είναι ο φόβος των νέων για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα με κυρίαρχο το φόβο του AIDS και η δυσκολία στις ανθρώπινες σχέσεις που υπάρχει στις μέρες μας.

⊕ Περισσότεροι από τους μισούς φοιτητές εργάζονται (30,2% μόνιμα και

21,1% περιστασιακά). Από άλλα ευρήματα της παρούσας έρευνας ή μέσω απλών διαπιστώσεων γνωρίζουμε επίσης ότι:

- ⊕ Η τριτοβάθμια εκπαίδευση στη χώρα μας παρέχεται δωρεάν από το κράτος. Επομένως οι φοιτητές δεν είναι αναγκασμένοι να εργάζονται σε περίπτωση που δεν έχουν άλλες πηγές για να καλύψουν τα δίδακτρα, όπως συμβαίνει σε πολλές χώρες του εξωτερικού^{18,19}.
- ⊕ Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ηλικιακά κυμαίνεται ανάμεσα στα 17 με 25 έτη σε ποσοστό 94,2%. Στη χώρα μας στις ηλικίες αυτές συνήθως οι νέοι δεν έχουν δημιουργήσει υποχρεώσεις που τους αναγκάζουν να εργάζονται και οι περισσότεροι ζουν με τις οικογένειές τους. Στην παρούσα έρευνα το ποσοστό των ερωτηθέντων που δήλωσαν έγγαμοι ήταν μόλις το 3,8% και το 69,1% αναφέρει πως ζει με την οικογένειά του.
- ⊕ Όλα τα τμήματα της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας του ΤΕΙ Αθήνας χρειάζονται συστηματική παρακολούθηση από τους φοιτητές, λόγω του φόρτου των εργαστηριακών μαθημάτων τα οποία σε πολλές περιπτώσεις απαιτούν καθημερινή και πολύωρη παρουσία. Γίνεται εύκολα κατανοητό, επομένως πόσο μεγάλος είναι ο βαθμός δυσκολίας των σπουδών, κυρίως όσων συστηματικά εργάζονται και οι οποίοι αποτελούν περίπου το 1/3 του δείγματος.

Όλα τα παραπάνω καταδεικνύουν ίσως, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει η ελληνική οικονομία-και οι οποίες τα τελευταία χρόνια έχουν ενταθεί- δημιουργώντας οικονομικά προβλήματα σε πολλές οικογένειες. Η συστηματική απασχόληση επίσης των φοιτητών με την εργασία τους,

μπορεί να έχει άμεση επίδραση στην υγεία τους, στην καλή επίδοσή στις σπουδές και κατ' επέκταση ίσως και στην όσο το δυνατό καλύτερη εξάσκηση του μελλοντικού επαγγέλματός τους.

- ⊕ Από την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 28.5% των φοιτητών είναι συστηματικοί καπνιστές. Αυτό το στοιχείο δημιουργεί έντονο προβληματισμό δεδομένου ότι οι σημερινοί φοιτητές της ΣΕΥΠ θα είναι οι μελλοντικοί επαγγελματίες υγείας που θα πρέπει να αναλάβουν υπεύθυνα μεγάλο μέρος της ενημέρωσης στον αντικαπνιστικό αγώνα. Το ποσοστό των συστηματικών καπνιστών που βρέθηκε στην έρευνα συμφωνεί με το αντίστοιχο 28% των συστηματικών καπνιστών που έχει δείξει έρευνα δημοσιευμένη το 2003 σε φοιτητές της Ιατρικής Σχολής Αθηνών¹⁷³, ενώ παλαιότερη έρευνα (1998) που είχε γίνει στο τμήμα της Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Αθήνας είχε δείξει πολύ υψηλότερα ποσοστά καπνιστών της τάξεως του 51,3%¹⁷⁴.

Βρέθηκε επίσης ότι ένα σχετικά μικρό ποσοστό (8,6%) των φοιτητών, είναι σποραδικοί καπνιστές, δηλαδή δεν καπνίζουν καθημερινά. Αυτοί οι φοιτητές είναι στο μεταίχμιο να γίνουν είτε συστηματικοί καπνιστές είτε να διακόψουν το κάπνισμα οριστικά. Άρα, εάν η ομάδα αυτή των φοιτητών ενημερωθεί όσο γίνεται καλύτερα για τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, ίσως ένα μεγάλο ποσοστό από αυτούς διακόψει οριστικά το κάπνισμα. Το ποσοστό πάντως των φοιτητών που καπνίζουν είναι μεγαλύτερο από το φοιτητών άλλων χωρών ή ηπείρων όπως π.χ. Η.Π.Α.¹⁷⁵, Ουγγαρίας¹⁷⁶, Ασίας¹⁷⁷, Βραζιλίας¹⁷⁸. Πιθανή εξήγηση γι' αυτό είναι ότι ο ελληνικός πληθυσμός καπνίζει γενικά περισσότερο από άλλους πληθυσμούς¹⁷⁹.

Σχετικά με την ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων διαπιστώθηκε ότι το

μεγαλύτερο κομμάτι των φοιτητών είναι ελαφρείς (39,5%) και μέτριοι (44,8%) καπνιστές και μόνο το 15,7% είναι βαρείς. Αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι οι φοιτητές της ΣΕΥΠ εργάζονται σε χώρους, όπου απαγορεύεται το κάπνισμα, όπως νοσοκομεία, ιατρεία και εργαστήρια. Το “ευχάριστο” είναι πως ένα πρόγραμμα Αγωγής Υγείας κατά του καπνίσματος θα μπορούσε να δώσει καλά αποτελέσματα δεδομένου έχει βρεθεί στα περισσότερα προγράμματα, ότι η μειωμένη ποσότητα της καθημερινής κατανάλωσης τσιγάρων αποτελεί βασικό παράγοντα της επιτυχημένης διακοπής του καπνίσματος¹⁸⁰.

- ⊕ Το 51.4% των φοιτητών δήλωσαν πως δεν κάνουν συστηματική κατανάλωση αλκοόλ (πάνω από 7 ποτήρια την εβδομάδα). Το 16.2% δεν καταναλώνει καθόλου αλκοόλ και το υπόλοιπο 32.4% κάνει συστηματική κατανάλωση αλκοόλ. Τα ήδη υψηλά ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ θα ήταν σαφώς υψηλότερα αν στο δείγμα συμμετείχαν περισσότεροι άνδρες οι οποίοι κατά κανόνα πίνουν περισσότερο από τις γυναίκες²².

Παρόλο που η Ελλάδα έχει την υψηλότερη κατανάλωση στην Ευρώπη σε ότι αφορά τα οινοπνευματώδη ποτά με υψηλή συγκέντρωση αλκοόλης²², αυτό δεν αντανακλάται στα ευρήματά μας. Οι φοιτητές στην έρευνά μας φανερώνουν μία ιδιαίτερη προτίμηση στο κρασί (με 247 ποτήρια/εβδομάδα) με επόμενη προτίμηση στην μπύρα (205 ποτήρια/εβδομάδα) και τρίτη επιλογή τη βότκα (117 ποτήρια/εβδομάδα). Η ιδιαιτερότητα αυτή ίσως έχει επίσης να κάνει με το μεγάλο ποσοστό των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Οι συσχετίσεις που έγιναν ανάμεσα στα δημογραφικά –βιοκοινωνικά δεδομένα των ερωτηθέντων και στις απαντήσεις που λάβαμε σε όλες τις κλίμακες του SF-36

φανερώνουν ότι:

- Καμία κλίμακα εκτίμησης της ποιότητας ζωής δεν συσχετίζεται σημαντικά με την ηλικία των φοιτητών. Αυτό εύκολα εξηγείται αν σκεφτούμε πως οι ηλικίες κυμαίνονται ανάμεσα στα 17 με 25 έτη σε ποσοστό 94,2% και μόνο το 1.1% έχει ηλικία άνω των 35 ετών (πίνακας 3).
- Το εξάμηνο σπουδών δεν φαίνεται επίσης να έχει επίδραση σε καμία διάσταση της ποιότητας ζωής. Αυτό ίσως συμβαίνει γιατί η ηλικιακή διαφορά από το α' στο τελευταίο εξάμηνο δεν είναι μεγάλη (κύκλος σπουδών 7 εξάμηνα) και αντανakλά ενδεχομένως τον ισορροπημένο βαθμό δυσκολίας ανάμεσα σε κάθε εξάμηνο μαθημάτων.
- Η ανάλυση των ευρημάτων κατέδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ποιότητα ζωής ανάμεσα στα δυο φύλα. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες δηλώνουν μεγαλύτερους περιορισμούς, περισσότερες δυσλειτουργίες και προβλήματα σε σχέση με τους άνδρες συμφοιτητές τους. Οι διαφορές καταγράφηκαν σε όλες σχεδόν τις μελετώμενες διαστάσεις της ποιότητας ζωής και ήταν στατιστικά σημαντικές ($p < 0.05$). Τα συμπεράσματα αυτά είναι σύμφωνα με στοιχεία από τον Καναδά, τις ΗΠΑ, τη Μεγάλη Βρετανία, τις Σκανδιναβικές Χώρες και στις περισσότερες χώρες όπου έχει εφαρμοστεί το SF-36 σε υγιή πληθυσμό^{8,181,182} αλλά και με τα στοιχεία που προκύπτουν από τον ελληνικό πληθυσμό^{14,15}.
- Ενδιαφέρων προκαλεί το εύρημα πως οι ερωτώμενοι που έχουν σεξουαλική ζωή δηλώνουν με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.031$) μειωμένη γενική υγεία σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν σεξουαλική ζωή.
- Με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.031$) δηλώνουν μεγαλύτερη

ζωτικότητα όσοι φοιτητές κάνουν συστηματική χρήση αλκοόλ (πάνω από 7 ποτήρια/εβδομάδα. Μία πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι η αυξημένη δραστηριότητα των ατόμων αυτών λόγω περισσότερων εξόδων για διασκέδαση και κοινωνικές συναναστροφές που τα κάνει να αισθάνονται περισσότερη ζωντάνια και ζωτικότητα. Η ηλικία, άλλωστε των περισσότερων είναι τέτοια που επιτρέπει να επηρεάζεται εύκολα η ζωτικότητά τους από μία κάπως αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ.

- Η καταπόνηση των φοιτητών που εργάζονται, στην παρούσα έρευνα, έδωσε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0.001$) σε σχέση με όσους δεν εργάζονται μόνο στη διάσταση του σωματικού πόνου. Η συσχέτιση είναι πολύ ισχυρή και εντύπωση προκαλεί το πώς δεν επηρεάστηκαν και άλλες παράμετροι της ποιότητας ζωής όπως αυτές της σωματικής λειτουργικότητας και της ζωτικότητας.
- Η ανάλυση των ευρημάτων κατέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους καπνιστές και στους μη καπνιστές.

Πολύ ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και στη μειωμένη σωματική λειτουργικότητα ($p = 0.000$). Οι φοιτητές που καπνίζουν δυσκολεύονται στην εκτέλεση όλων των σωματικών δραστηριοτήτων, λόγω υγείας, που μετρά το SF-36 σε σχέση με όσους δεν καπνίζουν. Οι βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος είναι γνωστές εδώ και χρόνια^{173,183-185} και φαίνεται πως οι φοιτητές, αν και σε νεαρή ηλικία, επηρεάζονται αρκετά.

Φτωχότερη γενική υγεία δηλώνουν οι φοιτητές που καπνίζουν ($p < 0.033$) κάτι που σημαίνει πως βαθμολογούν την προσωπική τους υγεία με χαμηλότερο βαθμό από ότι οι μη καπνίζοντες και μάλιστα σε μεγαλύτερο

ποσοστό πιστεύουν πως αυτή θα επιδεινωθεί. Η διαπίστωση αυτή δεν έχει να κάνει μόνο με τις άμεσες επιπτώσεις του καπνίσματος πάνω στη σωματική υγεία των φοιτητών, αλλά μάλλον δείχνει πως οι περισσότεροι γνωρίζουν πολύ καλά τις βλαβερές συνέπειες που επιφέρει η συνήθεια αυτή στην υγεία τους.

Οι καπνιστές αξιολογούν χαμηλότερα την ψυχική τους υγεία απ' ότι οι μη καπνίζοντες ($p < 0.032$). Συχνά το κάπνισμα συνδέεται με αισθήματα νευρικότητας και κατάθλιψης τα οποία ωθούν τα άτομα στην βλαβερή αυτή έξη.

Ο σωματικός ρόλος, τέλος, των καπνιστών δεν είναι σε τόσο υψηλό επίπεδο όσο των μη καπνιστών ($p < 0.044$). Δηλώνουν πως αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα με την εργασία τους ή άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της σωματικής υγείας τους. Και αυτή η διαπίστωση σχετίζεται άμεσα με τις βλαβερές συνέπειες του καπνού πάνω στην υγεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μέτρηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής έχει πρόσφατα απασχολήσει ορισμένους ερευνητές στη χώρα μας. Με δεδομένη την επιστημονική επάρκεια προκειμένου να γίνουν έγκυρες μετρήσεις προτείνεται η προώθηση παρόμοιων μελετών στην Ελλάδα τόσο σε υγιή πληθυσμό όσο και σε ασθενείς. Θεωρείται βέβαιο ότι η μελέτη της ποιότητας ζωής θα επιφέρει πολλαπλές θετικές επιπτώσεις τόσο στο σύστημα υγείας όσο και στους ίδιους τους ασθενείς. Σε πολλές χώρες του δυτικού κόσμου εδώ και χρόνια, η μελέτη της ποιότητας της

υγείας χρησιμοποιείται προκειμένου να αξιολογηθούν, όχι μόνο θεραπείες και υγειονομικές υπηρεσίες αλλά και σαν δείκτης που συντελεί στην χάραξη ορθής πολιτικής πάνω σε θέματα Δημόσιας Υγείας¹⁸⁶.

Προτείνεται επίσης η εκπόνηση μελετών αξιολόγησης της ποιότητας της υγείας των φοιτητών, οι οποίοι αποτελούν μεγάλο μέρος του νεανικού πληθυσμού στη χώρα μας. Αυτό θα συμβάλλει όχι μόνο στην αξιολόγηση των ευρημάτων της παρούσας έρευνας αλλά το κυριότερο θα βοηθήσει στην αποκάλυψη παραγόντων που δρουν αρνητικά στην υγεία των φοιτητών. Σε συνδυασμό με άλλες μελέτες και στοιχεία μπορούν να βοηθήσουν στην εξεύρεση ειδικών προβλημάτων υγείας (με την ευρύτερη έννοια) που αντιμετωπίζουν οι φοιτητές σήμερα και να προσανατολίσουν σωστά τις αρμόδιες υπηρεσίες στην εκπόνηση προγραμμάτων Αγωγής και Προαγωγής Υγείας στην συγκεκριμένη ομάδα.

Με βάση τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, συνοψίζοντας θα λέγαμε ότι:

1. Οι φοιτητές της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι Αθήνας σε υψηλό ποσοστό είναι εργαζόμενοι. Το εύρημα αυτό χρειάζεται να επαναξιολογηθεί με επόμενες μελέτες. Απαιτείται διερεύνηση των αιτιών που «αναγκάζουν» τους φοιτητές να εργάζονται και μάλιστα σε σημαντικό βαθμό συστηματικά και τι επιπτώσεις έχει αυτό στην υγεία και στις σπουδές τους.
2. Το 1/3, των φοιτητών της έρευνάς μας, προβαίνει σε συστηματική κατανάλωση αλκοόλ. Προκειμένου να εκπονηθούν προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής Υγείας που θα βοηθήσουν στη μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ στη συγκεκριμένη ομάδα προτείνεται η περαιτέρω διερεύνηση με καλύτερα εστιασμένες πάνω στο θέμα μελέτες.

3. Οι φοιτητές σε αρκετά μεγάλο ποσοστό είναι συστηματικοί καπνιστές. Χρειάζεται, λοιπόν να εντατικοποιηθούν οι προσπάθειες στον τομέα της ενημέρωσης με κατάλληλα προγράμματα Αγωγής και Προαγωγής Υγείας που να είναι αποτελεσματικά.

Οι φοιτητές είναι άτομα νεαρής ηλικίας και τα επιχειρήματα που θα χρησιμοποιηθούν πρέπει να εστιάζουν κυρίως στις βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία¹⁷³. Το επιχείρημα «το κάπνισμα οδηγεί νωρίτερα στο θάνατο» φαίνεται πως δεν ασκεί ιδιαίτερη αποτρεπτική δράση στις μικρές ηλικίες. Από την έρευνα φάνηκε πως το κάπνισμα σχετίζεται με μειωμένη αυτοαναφερόμενη γενική υγεία, σωματική λειτουργικότητα, σωματικό ρόλο και ψυχική υγεία. Αυτό θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί, σε ένα πρόγραμμα κατά του καπνίσματος, ως ισχυρό επιχείρημα για τις άμεσες επιπτώσεις του καπνού στην υγεία πολύ περισσότερο δε όταν αυτά δεν αποτελούν διαπιστώσεις κάποιων τρίτων ειδικών, αλλά των ίδιων των καπνιστών φοιτητών. Εξάλλου οι περισσότεροι, όπως έδειξε η έρευνα, δεν είναι βαρείς καπνιστές και αυτό είναι ένα ακόμη στοιχείο που βοηθάει στην επιτυχία του όποιου μελλοντικού προγράμματος¹⁸⁰. Ειδικά για τους περισσότερους φοιτητές της Σ.Ε.Υ.Π καλό θα ήταν να εκπονηθεί και πρόγραμμα που θα έχει ως στόχο την εκπαίδευσή τους, έτσι ώστε να χειρίζονται ανάλογα τους καπνιστές ασθενείς που θα αντιμετωπίσουν αργότερα ως επαγγελματίες υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. World Health Organization, **Health 21**, 1998.
2. Τούντας Ιωάννης. «**Θετική Υγεία και Ποιότητα Ζωής**», Περιοδικό Νέα Υγεία, τεύχος 36, 2003.
3. Κυριόπουλος Γιάννης, Λιονής Χρήστος. «**Η Αναζήτηση της Ποιότητας στην Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας. Κείμενα ομοφωνίας**», Παπαζήση, 2004.
4. Bowling A. «**Measuring health: a review of quality of life measurement scales**», Open University Press, UK, 1997.
5. Burckhard C, Anderson K. «**The Quality of Life Scale (QOLS): reliability, validity and utilization**», Health and Quality of Life Outcomes, 2003; 1:60.
6. Hyland ME. «**Selection of items and avoidance of bias in quality of life scales**», Pharmacoeconomics, 1993; 1:183-190.
7. Ware JE. «**The SF-36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide**», The Health Institute, New England Medical Center, Boston, 1993.
8. Sullivan M, Karlsson J, Ware JE. «**The Swedish SF-36 Health Survey. I: Evaluation of data quality, scaling assumptions reliability and construct validity across general populations in Sweden**», Soc Sci Med 1995, 41(10):1349-1358.
9. Apolone G and Mosconi P. «**The Italian SF-36 Health Survey: translation, validation and norming**», J Clin Epidemiol 1998, 51(11) : 1025-1036.
10. Fukuhara S, Bito S, Green J, Hsiao A, Kurokawa K. «**Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan**», J Clin Epidemiol 1998; 51: 1037-1044.
11. Ware JE, Kosinski M, Gandek B, Aaronson NK, Apolone G, Bech P, et al. «**The factor structure of the SF-36 Health Survey in ten countries: Results from the IQOLA Project**», J Clin Epidemiol 1988; 51: 1159-1165.
12. Bjorner JB, Damsgaard MT, Watt T, Groenvold M. «**Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the Danish SF-36**», J Clin Epidemiol 1998, 51:1001-1011.
13. Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. «**Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης**», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(3): 218-229.

14. Tountas Y, Demakakos P, Yfantopoulos Y, Aga J, Houliara L, Pavi E. «**The health related quality of life of the employees in the Greek hospitals: Assessing how healthy are the health workers**», Health and Quality of Life Outcomes 2003, 1:61.
15. Κοντοδημόπουλος Ν., Φραγκούλη Δ., Παπιά Ε., Νιάκας Δ. «**Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36**», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2004, 21(5): 451-462.
16. Pallis AG, Vlachonikolis IG and Mouzas IA: «**Assessing healthrelated quality of life in patients with inflammatory bowel disease, in Crete, Greece**», BMC Gastroenterol 2002, 2(1):1.
17. Stewart-Brown S., Evans J., Patterson J., Petersen S., Doll H., Balding J., Regis D. «**The health of students in institutes of higher education: an important and neglected public health problem?**», Journal of Public Health Medicine 2000, 22(4): 492-499.
18. Roberts R., Golding J., Towell T., Weinreb I. «**The effects of economic circumstances on British students' mental and physical health**», Journal of American college health 1999 Nov; 48(3): 103-9.
19. World Health Organization Constitution. Geneva WHO 1946
20. World Health Organization. «**Primary Health Care**»,(Alma-Ata USSR), Geneva, 1978.
21. Κουρέα-Κρεμαστινού Τ. **Σημειώσεις μαθήματος «Δημόσια Υγεία**», ΕΣΔΥ 2005.
22. Τούντας Ιωάννης. «**Κοινωνία και Υγεία**», Οδυσσέας/Νέα Υγεία, 2001 σελ. 15-47, 386,387.
23. Nettleton Sarah. «**Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας**», Τυπωθήτω, 2003.
24. Adam Ph, Herlich Cl. «**Κοινωνιολογία της Ασθένειας και της Ιατρικής**», Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο σελ. 57-67.
25. Κυριόπουλος Γιάννης. «**Eco Man e-book, Εισαγωγή στα Οικονομικά της Υγείας**», ΕΣΔΥ, 2004
26. Σπάρος Λ. «**Η έννοια της νοσηρότητας**», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001 18(3): 303-311.

27. World Health Organization. "Health for All by the Year 2000", WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1980.
28. Κουλιεράκης Γ. Σημειώσεις μαθήματος «Κοινωνικοί και Πολιτιστικοί καθορισμοί της υγείας και της αρρώστιας», ΕΣΔΥ, 2004.
29. Rokeach J, "The Nature of Human Values", Free Press/Macmilan, New York, 1973.
30. Σαρρης Μάρκος. «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής», Παπαζήση, 2001.
31. WHO-EURO. "Targets for health for all", WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1985
32. WHO-EURO. "Targets for health for all: the health policy for Europe", WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1991.
33. Κάβουρα Μ, Κυριόπουλος Γ. κ.άλ. «Ποιότητα Ζωής», Εκδ. JANSSEN-CILAG, Αθήνα 2003 σελ. 7-40.
34. Μπενρουμπή Μαριάννα. «Σακχαρώδης διαβήτης και ποιότητα ζωής», Περιοδικό Διαβητολογικά Νέα, 2000.
35. Οικονόμου Μ. Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ. «Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001 18(3): 239-253.
36. Μαλλιώρα Μένη. «Η Ευρωπαϊκή Πολιτική στον Τομέα της Δημόσιας Υγείας», ΕΣΔΥ, 2004.
37. Νάκου Σ. «Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην παιδιατρική», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001 18(3): 254-266.
38. Gill TM, Feinstein AR. "A critical appraisal of the quality of quality of life measurements", JAMA 1994, 272:619-625.
39. Ebrahim S. "Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement", Soc Sci Med 1995, 41:1383-1394.
40. THE WHOQOL GROUP. "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization", Soc Sci Med 1995, 41 :1403-1409.
41. Rogerson R. "Environmental and health-related quality of life: conceptual and methodological similarities". Soc Sci Med 1995, 41 :1373-1382.

42. Kuyken W, Orley J, Hudelson P, Sartorius N. **"Quality of life assessment across cultures"**. Int J Mental Health 1994, 23:5-14.
43. Guarnaccia P. **"Anthropological perspectives: The importance of culture in the assessment of quality of life"**. In: Spilker B (ed) Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2nd ed. Lippincot-Raven, Philadelphia, 1996.
44. Drossman DA. **"Psychosocial consideration in gastroenterology"**. In: Sleisenger MH, Fordtran JS (eds) Gastrointestinal Disease: Pathophysiology, Diagnosis and Management. 6th ed. Philadelphia, WB Saunders, 1995:69-79.
45. Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N. **"Instruments from minimum requirements to optimal models"**. Qual life Res 1996, 2: 451-459.
46. Wachhel T, Pieette J, Mor V, Stein M, Fleishman J, Carpender C. **"Quality of life in persons with human immunodeficiency infection: measurement by medical outcomes study instruments"**, Annals of Internal Medicine 1992, 116: 129-137.
47. Williams S, Torrens P. **"Introduction to Health Services"**. Wiley Medical, Philadelphia, 1980.
48. Breslow L. **"A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well being"**. Int J Epidemiol 1972, 1 :342- 350.
49. Hunt SM, McKenna SP, McEwan J, Backett EM, Williams J, Pappé E. **"A quantitative approach to perceived health status: a validation study"**. J Epidemiol Commun Health 1980, 34:281-286.
50. Segovia J, Bartlett RF, Eduards AC. **"An empirical analysis of the dimensions of health status measures"**, Soc Sci Med 1989, 29:761-768.
51. Spitzer W, Dobson A, Hall J, Cheeseman E, Levi J, Shepherd R et al. **"Measuring the quality of life of cancer patients: a concise QL index for use by physicians"**. J Chron Dis 1981, 34:585-597.
52. Hollandsworth JG. **"Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A 5-year update"**. Soc Sci Med 1988, 26:425-434.
53. Κυριόπουλος, Φιλαλήθης. **«Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα»**, Θεμέλιο, 1996 σελ. 551-556, 559. 576-581.

54. Fitzpatrick R, Fletcher A, Gone S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D. **"Quality of life measures in health care"**. I. Applications and issues IN assessment. Br Med J 1992, 305:1074-1077.
55. Υφαντόπουλος Γ. **«Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D»**, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(3): 279-287.
56. Γείτονα Μ, Κάβουρα Μ, Βανδώρου Χ, Κυριόπουλος Γ. **«Οικονομική Αξιολόγηση και Ποιότητα Ζωής. Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας: Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων»**, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος, 2004,130-146.
57. Ohinmaa A, Sintonen H. **"Inconsistencies and modelling of the Finnish EuroQol (EQ-5D) preference values"**. In: Greiner W, Grafvd Schulenburg JM, Piercy J (eds) Plenary meeting. Hannover1998, Discussion Papers. Uni-Verlag Witte, Hannover, 1999: 57-74.
58. Αριστοτέλης **«Απαντα-Ηθικά Νικομάχεια 1»**. Μεταφραστική Ομάδα Κάκτου, Κάκτος, Αθήνα, 1993, 7:31-39.
59. Campbell A, Converse P & Rodgers. **"The Quality of American Life"**. Russell Sage, 1976, New York.
60. Campbell A. **"The Sense of Well-Being in America"**. Mc Graw-Hill, 1981, New York.
61. Glenda A, Meeberg BScN RN MN. **"Quality of life: a concept analysis"**. Journal of Advanced Nursing, 1993, 18, 32-38.
62. UN EARTH SUMMIT. **"Agenda 21"**. The United Nations Programme of Action from Rio, UN, New York, 1993.
63. Mc Call **«Quality of life»**, Soc. Indicators Res 1975, 2: 229-248
64. Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας **«Παρακολούθηση της ποιότητας ζωής στην Ευρώπη»**, Μάιος 2003.
65. Αλουμανής Παν. κ.άλ. **Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης ΙΚΑ 2002**.
66. Baker F, Intagliata J. **"Quality of life in the evaluation of community support systems"**. Eval Prog Planning 1982,5:69-79.
67. Yfantopoulos J. **"The "Social" Quality of Life"**. Archives of Hellenic Medicine, 2001a; 18: 108-113.

68. Yfantopoulos J. **"Health-Related Quality of Life"**. Part I and II. Guest Editor J. Yfantopoulos. Archives of Hellenic Medicine, 2001c; vol. 18 and 19.
69. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ, **«Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα»**. Αθήνα 1997 (έκδ. ιδίων συγγραφέων).
70. Andrews F, Whitney SB, **"Social Indicators of Well-being: Americans"**. Perceptions of Life Quality. Plenum Press, 1974, New York.
71. Rokeach J, **"The Nature of Human Values"**. Free Press/Macmillan, 1973, New York
72. Σούλης Σ, **«Δημογραφία και Υγεία»**. ΤΕΙ-Αθήνας 1991, Αθήνα.
73. Saint Martin H, **"Sante Publique et Medicine Preventive"**. Masson, 1983, Paris.
74. Simmons RG, Abress LK, **"Quality of life issues for end-stage renal disease patients"**. Am J Kidney Dis 1990, 15: 201-208.
75. Περιοδικό Economist. **«Η καλύτερη χώρα του κόσμου»**, 2004, <http://economist.com>.
76. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. **"Quality of life in Europe First European Quality of Life Survey 2003"**, Eurostat, 2004.
77. Morris MD. **"Measuring the condition of the world's poor. The physical quality of life index"**. Pergamon Press, New York, 1979.
78. Jordan TE. **"Developing an international index of quality of life for children: the NICQL Index"**. J Roy Soc Health 1983, 4:127-130.
79. World Health Organization. **"The Solid Facts"**. WHO 2003.
80. Σπάρος Λ, **«Θεωρία της λήψης των κλινικών αποφάσεων»**. Βήτα, 1999, Αθήνα.
81. Σούλης Σ, **«Οικονομική της Υγείας»**. Παπαζήσης, 1998, Αθήνα.
82. Υφαντόπουλος Ι. **«Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας»**. Περιοδικό Νέα Υγεία, τεύχος 36, 2003.
83. Yfantopoulos J. **"Quality of Life and QALYs in the measurement of health"**. Archives of Hellenic Medicine, 2001b; 18: 114-130.
84. Jahoda M. **"Current concepts of positive mental health"**. Basic Books, New York, 1958 .

85. Lehman AF. **"Instruments for measuring quality of life in mental illness"**. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds) *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 1997:79-80.
86. Naess S. **"Quality of life research: concepts, methods and applications"**. Institute of Applied Social Research, Oslo, 1987.
87. Lehman M, Ward NC, Linn LS. **"Chronic mental patients: The quality of life issue"**. *Am J Psychiatry* 1982,139:1271-1276.
88. Angermayer MC, Killian R. **"Theoretical models of quality of life for mental disorders"**. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds) *Quality of Life in Mental Disorders*. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 1997:20-29.
89. Bigelow OA, Brodsky G, Seward L, Olson MM. **"The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services"**. In: Stahler GJ, Tash WR (eds) *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*. Academic Press Inc, New York, 1982:345-366.
90. Maslow AH. **"Motivation and Personality"**. Harper & Row, New York, 1954.
91. OECD. **"The OECD list of social indicators"**. OECD, Paris, 1982.
92. Andrews FM, Whitney SB. **"Social indicators of well-being: The development of the measurement of perceptual indicators"**. Plenum Press, New York, 1976.
93. Wilson IB, Cleary PD, **"Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes"**. *J Am Med Ass*, 1995, 273: 59-65.
94. Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Υφαντόπουλος Ι. «**Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών**». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2001, 18(3): 230-338.
95. Γυφτοπούλου Π. «**Στο Λυκαυγές της Νέας Χιλιετίας**». *Περιοδικό Γαιόραμα*, έτος 6^ο, τεύχος 35^ο.
96. Σύνδεσμος Ελληνικών Περιφερειών RIS/RITTS.. RITTS-Κρήτης. «**Τελική Έκθεση Προς Την Επιτροπή Παρακολούθησης**». Ινστιτούτο Περιφερειακής Ανάπτυξης Πάντειο Πανεπιστήμιο <http://www.stepc.gr/rittscrete/praktika4.htm>.
97. Κυριόπουλος Ι, Γείτονα Μ, Σκουρολιάκου Μ. «**Φαρμακοοικονομία: Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης**». Εξάντας, Αθήνα, 1996.
98. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. **"Measuring Health Status"**, Croom Helm, London, 1986.

99. Wiklund I. **"The Nottingham Health Profile - A measure of Health related Quality of Life"**. Scand J Prim Health Care 1990, Suppl1: 15-18.
100. Prieto I, Alonso J, Violadrich MC, Anto JM. **"Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weights"**. J Clin Epidemiol 1996,49: 31-38.
101. Βιδάλης Α., Συγγελάκης Μ. **«Αξιολόγηση Της Ποιότητας Ζωής Nottingham Health Profile (NHP) - Ελληνική Έκδοση»**, Ιπποκράτεια, 2000, 4, 1: 39-42.
102. Hunt SM, McKenna SP, Williams J **"Reliability of a population Survey Tool for Measuring Perceived Health Problems: A study of Patients with Osteoarthritis"**. J Epid Comm Hlth 1981, 35: 297-300.
103. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP, Backett EM, Pope C. **"Subjective Health of Patients with Peripheral Vascular Disease"**. The Practitioner 1982, 226: 133-136.
104. Passchier J, M. de Boo, Quaak H.Z.A., Brienen JA. **"Health Related Quality of Life of Chronic Headache Patients. Is Predicted by the Emotional Component of Their Pain"**. Headache, 1996, 556-560.
105. Hunt SM, McEwen J, McKenna SP, **"Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists"**. J Roy Coll Gen Pract, 1985, 35: 185-188.
106. Sintonen H, Pecurinem M. **"A fifteen dimensional measure of health-related quality of life (15D) and its applications"**. In: Walker SR, Rosser RM (eds) Quality of Life Assessment. Key issues in the 1990s. Kluwer, Dordrecht, 1993:185-195, 467-470.
107. Sintonen H. **"The 15D-measure of health-related quality of life. I. Reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system"**. Working Paper 41, National Centre for Health Program Evaluation, Melbourne, 1994.
108. Brooks R, WITH THE EUROQOL GROUP. **"EuroQol: the current state of play"**. Health Policy, 1996,37:53-72.
109. EUROQOL GROUP. **"EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life"**. Health Policy,1990, 16:199-208.
110. Yfantopoulos J. **"The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument"**, Archives of Hellenic Medicine, 200118(2): 180-191.
111. EQ-NET. EuroQol References, January 2000, see website <http://www.euroqol.org>.

112. Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, Gilson BS, "The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure". *Med Care*, 1981;19: 787-805.
113. THE WHOQOL GROUP. "The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) Development and general psychometric properties". *Soc Sci Med* 1998, 46:1569-1585.
114. Bonomi AE, Patrick DL, Bushnell DM, Martin M. "Validation of the US version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument". *J Clin Epidemiol*, 2000, 53:1-12.
115. Golberg D, "Detection of psychiatric illness by questionnaire". Oxford University Press, 1972. Oxford.
116. Karnofski OA, Burchenal JH., "The clinical evaluation of chemo-therapeutic Agents". In: McLeod (Ed), *Cancer in Evaluation of Chemo-therapeutic Agents*. Columbia University Press, 1969. New York.
117. Griego A, Long CJ, "Investigation of the Karnofski Performance Status as a measure of quality of life". *Health Psychol* 1984, 3: 129-143.
118. World Health Organisation, "Hand book for reporting results of cancer treatment". WHO, Offset Publications No 48, 1979 Geneva.
119. Katz ST, Ford AB, Mosowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW, "Studies of illness in the aged". *JAMA*, 1963;185: 914-919.
120. Spitzer WD, Dobson AJ, Hall J, "Measuring the quality of life of cancer patients". *J Chron Dis*, 1981;34: 595-597.
121. Morrow GR, Chiarello RJ, Derogatis LR, "A new scale for assessing patients psychological adjustment to medical illness". *Psychol Med*, 1978, 8: 605-610.
122. Melzack R, Torgerson WS, "On the language of pain", *Anaesthesiology*, 1971 34: 50-59.
123. Bullinger M., Ravens-Sieberer U. "Health related quality of life assessment in children: a review of the literature". *Revue Europeenne de Psychologie Appliquee*. 1995, 4 trim., 45, n° 4: 245-254.
124. Ravens-Sieberer U, Bullinger M. "Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results". *Quality of Life Research*; 1998; 7: 399-407.

125. Βιδάλη Λ.Ε, Βιδάλης Α., Ravens-Sieberer U, Bullinger M. «**Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου KINDL**», Ιπποκράτεια 2001, 5, 3: 124-135.
126. Ravens- Sieberer U & Bullinger M. "Manual: KINDL Questionnaire for Measuring Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents". 2000: Hamburg, Germany.
127. Ware J, «**The SF Community - SF-36® Health Survey Update.htm**», 2002.
128. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Alonso J, Apolone G, Bjorner J et al. "Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability of the SF-36 in eleven countries: Results from the IQOLA project". J Clin Epidemiol, 1998, 51 :1149-1158.
129. Kind P. "Measuring quality of life in evaluating clinical interventions: an overview". Annals of Medicine, 2001; 33: 323-327.
130. Mallet SJ, Lennard-Jones JE, Bingley J, Gillon E. "Living with disease. Colitis ». Lancet 1978, ii:619-621.
131. Kjendsen J, Schaffalitzky de Muckadell OB. "Review: assessment of disease severity and activity in inflammatory bowel disease". Scand J Gastroenterol 1993, 28:1-9.
132. Πάλλης Α.Γ, Βλαχονικολής ΙΓ., Μάντζαρης Γ., Λεοντίδης Χ., Γιανναδάκη. Ε, Μουζάς ΙΑ. «**Μετάφραση και στάθμιση του Inflammatory Bowel Disease Questionnaire σε Έλληνες ασθενείς**», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(3): 297-302.
133. Guyatt GH, Mitchell A, Irvine EJ, Singer J, Williams N, Goodarce R et al. "A new measure of health status for clinical trials in inflammatory bowel disease". Gastroenterology 1989,96:804-810.
134. Μουζάς Γ.Α, Πάλλης Α.Γ, «**Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στις φλεγμονώδεις εντεροπάθειες, με ειδικά ερωτηματολόγια. Το παράδειγμα των χειρουργικών επεμβάσεων**». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18(3): 267-271.
135. Lopez-Vivankos J, Casselas F, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR. "Validation in the Spanish version on the Inflammatory Bowel Disease Questionnaire on ulcerative colitis and Chron's disease". Digestion 1999, 60:274-280.
136. Kim WH, Cho YS, Yoo HM, Park IS, Park EC, Lim JG. "Quality of Life in Corean patients with Inflammatory Bowel Diseases, ulcerative colitis,

- Chron's disease and intestinal Behset's disease".** Int J Colorectal Dis, 1999, 14:52-57.
137. Urinary Incontinence Guideline Panel: **"Urinary Incontinence in adults: clinical practice guidelines"**. Rockville, MO: Agency for Health Care Policy and Research, U.S. Department of Health and Human Services, 1992.
138. Shumaker SA, Wyman JF, Uebersax JS, McClish D, Fantl JA. **"Health-related, quality of life measures for women with urinary incontinence: the incontinence questionnaire and the urogenital distress inventory"**. Qual Life Res, 3:291-306, 1994.
139. Abrams P, Lowry KS, Wein JA, Bump A, Denis I, Kalache A, Kawabe K, Melchior H, Richard F, Thuroff J, Tsechkovski SM. **"Assessment and treatment of urinary incontinence"**. First International Consultation on Incontinence. The Lancet, 335: 2153-8, 2000.
140. Ανυφαντάκη Σ. **"Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ποιότητας ζωής ατόμων με ακράτεια ούρων - Incontinence Quality of Life (I-QOL)"**. Χρήση διαγνωστικών κλιμάκων και εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 31^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 2005
141. van Korlaar I, Vossen C, Rosendaal F, Cameron I, Bovill E, Kaptein A. **"Quality of life in venous disease"**. Thromb Haemost 2003; 90: 27-35.
142. Ερευνίδου Κ., Launois R., Κατσαμούρης Α, Λιονής Χ. **« Ερωτηματολόγιο για τη φλεβική ανεπάρκεια των κάτω άκρων»**. Χρήση διαγνωστικών κλιμάκων και εργαλείων εκτίμησης της ποιότητας ζωής των ασθενών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, 31^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Ιατρικό Συνέδριο. Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, 2005.
143. Jantet G. **«RELIEF study: first consolidated European data. Reflux assessment and quality of Life improvement with micronized Flavonoids"**. Angiology 2000; 51: 31-37.
144. Jacobson AM. **"Quality of Life IN Patients With Diabetes Mellitus"**. Semin Clin Neuropsychiatry, 1997, 2:82-93.
145. Hillick J, Koupilova I. **"Defining and Assessing health-related quality of life"**. Cent Eur J Public Health, 1999, 7:207-209.

146. Παπαθανασίου Α, Φιλαλήθης Α, Λιονής Χ. «Εκτίμηση της ποιότητας ζωής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Βιβλιογραφική αναζήτηση». Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2005, 22(4): 336-343.
147. THE DCCT RESEARCH GROUP. "Reliability and validity of a diabetes quality of life measure for the diabetes control and complication trial(DCCT)". Diabetes Care 1998, 11:725-732.
148. Zimmet P, Alberti KGMM, Shaw J. "Global and Societal implications of the diabetic epidemic". Nature 2001, 414:782-787.
149. Silverman SL, Minshall ME, Shen W, Harper K, Xie S. "The relationship of health related Quality of Life to prevalent and incident vertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis. Results from the multiple outcomes of Raloxifene Evaluation Study". Arthritis and Rheumatism 2001; 44(11):2611-2619.
150. Treurniet F, Essink-Bot, Mackenbach J, van der Maas PJ. "Health-related quality of life: an indicator of quality of care?" Quality of Life Research 1997; 6(4):363-369.
151. Lips P, Cooper C, Caulin F, Egger P, Johnell O, Kannis J, et al. "Quality of life in patients with vertebral fractures: validation of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis". Osteoporos Int 1999; 10:150-160.
152. Lips P, Cooper C, Caulin F, Egger P, Johnell O, Kannis J. "Quality of life as outcome in the treatment of osteoporosis: the development of a Questionnaire for Quality of Life by the European Foundation for Osteoporosis". Osteoporos Int 1997; 7:36-38.
153. Kocyigit H, Gulseren S, Erol A, Hizli N, Memis A. "The reliability and validity of the Turkish version of Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis". Clin Rheumatol 2003; 22:18-23.
154. Osteoporosis Quality of Life Study Group. "Measuring quality of life in women with osteoporosis". Osteoporos Int 1997; 7:478-487.
155. Chandler J, Martin A, Girman C, Ross P, Love-McClung B, Lydick E, et al. "Reliability of an Osteoporosis Targeted Quality of Life Survey Instrument for Use in the Community: OPTQoL". Osteoporos Int 1998; 8:127-135.

156. Fayers PM, Machin D. **"Quality of Life-Assessment, Analysis and Interpretation"**. John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 2000:3-5.
157. Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. **"Critical review of international assessments of health-related quality of life"**. *Qua/ Life Res* 1993, 2:369-395.
158. Lehman AF. **"A quality of life interview for the chronically mentally ill (QOLI)"**. *Eval Prog Planning* 1988,11:51-62.
159. Skantze K. **"Defining Subjective Quality of Life Self-Assessment inventory (QLS-100). A New Approach to Successful Alliance and Service Development"**. Department of Psychiatry, Sahlgrenska Hospital, University of Gothenburg, Sweden, 1993.
160. Baker F, Intagliata J. **"Quality of life in the evaluation of community support systems"**. *Eval Prog Planning* 1982,5:69-79.
161. Becker M, Diamond R, Sainfort F. **"A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent illness"**. *Qual Life Res* 1993, 2:239-251.
162. Cambell J. Schraiber R. **"The Well-Being Project. Mental Health Clients Speak for themselves"**. California Network of Mental Health Clients, Sacramento, CA, 1989.
163. Malm U, May PRA, Dencker SJ. **"Evaluation of the quality of life of the schizophrenic outpatient: A checklist"**. *Schizophr Bull* 1981, 7:477-487.
164. Bigelow DA, Young OJ. **"Effectiveness of a care management program"**. *Commun Ment Healthj* 1991, 27:115-123.
165. Stein U, Test MA. **"Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model treatment program and clinical evaluation"**. *Arch Gen Psychiatry* 1980,37:392-397.
166. Holckomb WR, Morgan P, Adams NA, Ponder H, Farrel M. **"Development of a structural interview scale for measuring quality of life of the severely mentally ill"**. *J Clin Psychol* 1993, 49:830-840.
167. Heinrichs OW, Hanlon ET, Carpender WT Jr. **"The Quality of Life Scale-an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome"**. *Schizophr Bull* 1984, 10:388-398.

168. Endicott J, Nee J, Harrison W, Blumenthal R. **"Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire; A new measure"**. Psychopharmacol Bull, 1993, 29:321-326.
169. Stoker MJ, Dunbar GC, Beaumont G. **"The Smithkline Beecham Quality of Life Scale: A validation and reliability study in patients with affective disorder"**. Qual Life Res 1992, 1 :385-395.
170. Hunt SM, McKenna SP. **"A new measure of quality of life in depression: testing the reliability and construct validity of the QLDS"**. Health Policy 1992,22:321-330.
171. Yfantopoulos J, Pierrakos G and Zanakis V. **"A comparative study of the quality of life of patients with hepatitis C"**. Archives of Hellenic Medicine, 2001;18 (3): 288-296.
172. Γκούβα Μ., Δαμήγος Δ., Βελίκης Ι., Καλτσούδα Α. **«Ο ρόλος της ψυχολογικής αλληλεπίδρασης στην υγεία της οικογένειας»**. Νοσηλευτική 2002, 41(2):217-229.
173. Αυλωνίτου Ε., Σαμαρτζής Π., Ρηγοπούλου Α., Φραντζεσκάκη Φ., Μπεχράκης Π. **« κάπνισμα και φοιτητές της Ιατρικής Αθηνών»**. Πνεύμων 2003, 16(3): 306-313.
174. Tatsis G, Korogiannos Chr, Babatsikou F, Koutis Ch, Tatsis N, Dagadaki R. **"International comparative study of smoking habits among nursing students in 3 European countries"**. European Respiratory Journal, 1998 28(12) 81.
175. Conard S, Hughes P, Baldwin DC, Achenbach KE, Sheehan DV. **"Substance use by fourth year students at 13 medical schools"**. J Med Educat 1988; 63(10): 747-58.
176. Piko B, Baraba S K, Markos . **Health risk behaviour of a medical student population; report on a pilot study.**
177. Hussain SF, Moid I, Khan JA. **"Attitudes of Asian medical students towards smoking"**. Thorax 1995; 50(9): 996-7.
178. Paine PA, Amaral JA, Pareira MG. **"Association between parental and student smoking behaviour in a Brazilian medical school"**. International J Epidemiology 1985 14(2): 330-2.
179. Fifth W.H.O. Seminar for a tobacco -free Europe Sports and Arts tobacco-free. Warsaw Poland 26-28 October 1995. EURICR ALTD 9401 MTO2. GREECE 1994.

180. Μαστραπά Ε., Μπαμπάτσικου Φ., Παπαγιάννη Ε., Σκλαβούνος Π.
«**Πρόγραμμα Αγωγής και Προαγωγής Υγείας σε έγκυες και θηλάζουσες
καπνίστριες**». Εργασία στα πλαίσια του μαθήματος Μεθοδολογία Αγωγής
Υγείας, Ε.Σ.Δ.Υ. 2005
181. Hopman WV, Towheed T, Anastasiades T, Tenenhouse A, Poliquin S, Berger C,
Joseph L, Brown JP, Murray TM, Adachi JD, Hanley DA and Papadimitropoulos
E. "**Canadian normative data for the sf-36 health survey. Canadian multicentre
osteoporosis study research group**". CMAJ 2000, 163(3):265-271.
182. Jenkinson C, Steward-Brown S, Petersen S and Paice C. "**Assessment of the sf-
36 version 2 In the United Kingdom**". J Clin. Epidemiol Community Health
1999, 53(1):46-50.
183. Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. "**Mortality in relation to
smoking: 40 years observations on male British doctors**". Br Med J, vol. 309,
1994.
184. McBride PE. "**The health consequences of smoking. Cardiovascular
diseases**". Med Clin North Am, vol. 76, 1992.
185. Wolf PA, D'Agostino RB, Kannel WB, et al. "**Cigarette smoking as a risk factor for
stroke**". The Framingham Study. JAMA, vol. 259, 1988.
186. CDC. "**Measuring Healthy Days. Population Assessment of Health-Related
Quality of Life**" November 2000. (www.cdc.gov).