

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

σε σύμπραξη με τα Τμήματα Νοσηλευτικής Β΄ και Δημόσιας Υγιεινής
του Τ.Ε.Ι. Αθήνας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΜΕ ΤΙΤΛΟ:
«ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ»

Διπλωματική Εργασία με Θέμα:

*Ποιότητας Ζωής ασθενών με Στεφανιαία Νόσο στην Τρίτη Ηλικία
και επιβάρυνση της οικογένειας*

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Άννα Βασιλάκη

Επιβλέπων: Ιωάννης Λεκάκης
Καθηγητής Καρδιολογίας

ΑΘΗΝΑ 2012

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ιωάννης Λεκάκης: Καθηγητής Καρδιολογίας

Χριστίνα Φεστερίδου: Π.Ε. Νοσηλεύτρια

Βασιλική Κουτσοπούλου-Σοφικίτη: Επίκουρη Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Β΄
Τ.Ε.Ι. Αθηνών

ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΡΙΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Ολοκληρώνοντας την διπλωματική μου εργασία και τις σπουδές μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Εργαστηριακή και Κλινική Νοσηλευτική Καρδιολογία» θα ήθελα θερμά να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου κ. Ιωάννη Λεκάκη για την εμπιστοσύνη που επέδειξε στο πρόσωπο μου αναλαμβάνοντας την επίβλεψη αυτής της εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Χριστίνα Φεστερίδου καθώς και την κ. Βασιλική Κουτσοπούλου-Σοφικίτη για την τιμή που μου έκαναν να συμμετάσχουν στη τριμελή επιτροπή της διπλωματικής μου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου για την ηθική και οικονομική υποστήριξη, τον Δήμαρχο Ηλιουπόλεως κ. Βασίλειο Βαλασόπουλο, τον Αντιδήμαρχο κοινωνικής αλληλεγγύης και εθελοντισμού κ. Χρήστο Γιαννάκη και τον Πρόεδρο του νομικού προσώπου Κ.Α.Φ.Α.Δ.Η.Λ. – Παύλος Πεντάρης κ. Γεώργιο Γιαννόπουλο του Δήμου Ηλιουπόλεως.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στους ασθενείς και συγγενείς τους που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στη πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσης έρευνας ήταν η αξιολόγηση και ο έλεγχος της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο στη τρίτη ηλικία καθώς και η διερεύνηση της επιβάρυνσης που υφίστανται οι οικογένειες (φροντιστές), σαν αποτέλεσμα της φροντίδας που προσφέρουν στους ηλικιωμένους. Η έρευνα διεξήχθη στα Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) του Δήμου Ηλιούπολης και συμμετείχαν 200 άτομα: 100 ηλικιωμένοι, άνδρες και γυναίκες με στεφανιαία νόσο ηλικίας 65-80 ετών και 100 συγγενείς, οι οποίοι έχουν την κύρια ευθύνη τους. Τόσο στους ασθενείς, όσο και στους φροντιστές χορηγήθηκαν ερωτηματολόγια και συγκεκριμένα: ανώνυμο ερωτηματολόγιο «ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ» WHOQOL-BREF στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο και ανώνυμο ερωτηματολόγιο «ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ» στις οικογένειες των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, ένα μικρό ποσοστό των ερωτώμενων χαρακτηρίζει την υγεία του κακή. Όλοι όμως οι συμμετέχοντες έχουν αντιμετωπίσει καρδιολογικά προβλήματα. Αναφορικά με την επιβάρυνση των φροντιστών, σε γενικές γραμμές διαφάνηκε χαμηλή επιβάρυνση, τόσο ως προς το οικονομικό, τις καθημερινές δραστηριότητες και την κοινωνική ζωή, όσο και ως προς την επιθετική συμπεριφορά, την επίδραση στην υγεία και στη συμπεριφορά.

ABSTRACT

The purpose of this study was to assess and monitor the quality of patients' life with coronary artery disease in the Third Age and to explore the burden on families (caregivers), as a result of the care they provide to the elderly. The survey was conducted in KAPI (Open Care Center Elderly) and the City of Heliopolis in which 200 people participated: 100 elderly men and women with coronary heart disease aged 65-80 years and 100 relatives, who have the primary responsibility for their care. Both the patients and caregivers were administered with questionnaires and particularly: anonymous questionnaire 'QUALITY OF LIFE" WHOQOL-BREF in patients with coronary artery disease and anonymous questionnaire "SCALE OF FAMILY BURDEN" to the families of the elderly. According to the survey results, a small percentage of respondents characterize their health as being poor. However, all participants have experienced cardiac problems. Regarding the caregiver's burden, it generally became clear a modest cost, both in the financial and daily activities and social life, as well as in the aggressive behavior and the impact on health and behavior.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
----------------------	----------

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ.....	9
1.1 Αθηροσκλήρωση.....	9
1.2 Παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου.....	10
1.2.1 Ατροποποίητοι παράγοντες κινδύνου.....	10
1.2.2 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου.....	11
1.3 Στηθάγχη.....	12
1.3.1 Σταθερή στηθάγχη.....	12
1.3.2 Ασταθής στηθάγχη.....	13
1.4 Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.....	14
1.5 Επιδημιολογία.....	16

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	18
2.1 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.....	18
2.2 Προαγωγή της υγείας.....	22
2.3 Μέτρηση υγείας και ποιότητας ζωής.....	26
2.3.1 Μέθοδοι μέτρησης της υγείας.....	27
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	33
3.1 Νοσηρότητα των ηλικιωμένων.....	33
3.2 Θνησιμότητα των ηλικιωμένων.....	35
3.3 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων.....	36
3.4 Μονάδες φροντίδας των ηλικιωμένων.....	38
3.5 Στεφανιαία νόσος και Τρίτη ηλικία.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....	42
4.1 Ψυχολογική επιβάρυνση της οικογένειας.....	44
4.2 Επιβάρυνση οικογένειας και ανάγκη για υποστήριξη.....	45

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	48
5.1 Σκοπός έρευνας.....	48
5.2 Επιλογή σχεδίου έρευνας.....	48
5.3 Εργαλείο έρευνας.....	48
5.3.1 Ποιότητα ζωής WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF.....	49
5.3.2 Κλίμακα οικογενειακής επιβάρυνσης.....	51
5.4 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	52
5.5 Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού του δείγματος.....	53
5.6 Αποτελέσματα έρευνας.....	54
5.7 Συζήτηση.....	62
5.8 Συμπεράσματα μελέτης.....	64
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	69
Παράρτημα 1.....	69
Παράρτημα 2.....	82
Παράρτημα 3.....	84

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι να μελετήσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο (ΣΝ) στην τρίτη ηλικία και την επιβάρυνση της οικογένειάς τους από τη φροντίδα των ασθενών αυτών.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ο «δυτικός» τρόπος ζωής, η πλούσια σε κορεσμένα λίπη και θερμίδες δίαιτα, το κάπνισμα και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ως αιτία της μαζικής επίπτωσης της ισχαιμικής καρδιοπάθειας στον πληθυσμό (WHO 1982). Η θνητότητα της στεφανιαίας νόσου (λαμβάνοντας υπόψιν την ηλικία) στον ελληνικό πληθυσμό εκτιμήθηκε ότι είναι περίπου 110 θάνατοι ανά 100.000 άτομα. Με βάση το φύλο ο προηγούμενος δείκτης κατανέμεται ως εξής: 79,08 θάνατοι ανά 100.000 άνδρες και 31,06 θάνατοι ανά 100.000 γυναίκες (Σβερκίδης & Καρακώστα 2008).

Η μεθοδολογία της εργασίας στηρίχθηκε στη συλλογή πρωτογενών και δευτερογενών δεδομένων. Τα δευτερογενή δεδομένα συλλέχθηκαν μέσα από βιβλία και άρθρα σε περιοδικά, αλλά και μέσα από επίσημους διαδικτυακούς τόπους και αποτέλεσαν τη βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσης μελέτης. Τα πρωτογενή δεδομένα, συλλέχθηκαν μέσα από τη διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας, χρησιμοποιώντας ως βασικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο.

Η εργασία αποτελείται συνολικά από πέντε κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναλύει τη στεφανιαία νόσο, το δεύτερο κεφάλαιο την ποιότητα ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο, το τρίτο κεφάλαιο διερευνά την τρίτη ηλικία και τη στεφανιαία νόσο και το τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζει τη σωματική και ψυχολογική επιβάρυνση της οικογένειας ασθενών με στεφανιαία νόσο και την ανάγκη για κατάλληλη υποστήριξη. Στη συνέχεια το πέμπτο κεφάλαιο περιγράφει τη μεθοδολογία στην οποία στηρίχθηκε η διεξαγωγή της παρούσης έρευνας καθώς παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας και στο τέλος παρατίθενται τα τελικά μας συμπεράσματα.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ

Η στεφανιαία νόσος είναι η πιο συχνή αιτία καρδιοπάθειας. Στις δυτικές χώρες αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου. Ο αριθμός των ανθρώπων που πάσχουν από στεφανιαία νόσο είναι διαφορετικός σε κάθε χώρα. Η Ευρώπη και οι ΗΠΑ είναι οι κατεχοχήν πληττόμενες χώρες. Αντίθετα, στις τροπικές και αναπτυσσόμενες χώρες η στεφανιαία νόσος είναι σχεδόν άγνωστη. Εάν θα μπορούσε κάποιος να περιγράψει αυτή την πάθηση, θα έλεγε ότι είναι η νόσος της αφθονίας και του σύγχρονου τρόπου ζωής. (Κουρλάμπα και συν 2006, Κρεμαστινός 2007).

Στεφανιαία νόσος είναι η αθηροσκλήρωση των αρτηριών της καρδιάς. Είναι δηλαδή η στένωση ή η διάταση των στεφανιαίων αρτηριών, που φέρνουν οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες στην ίδια την καρδιά ώστε να λειτουργεί σωστά (Κρεμαστινός 2007).

Κλινικά εκδηλώνεται σε χρόνια μορφή με τη σταθερή στηθάγχη ενώ σε οξεία μορφή με την ασταθή στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου ή τον αιφνίδιο θάνατο. Η ασταθής στηθάγχη, το έμφραγμα του μυοκαρδίου και ο αιφνίδιος θάνατος συνιστούν το σύνδρομο του οξέος στεφανιαίου επεισοδίου (Κρεμαστινός 2005).

1.1 Αθηροσκλήρωση

Τα κλινικά σύνδρομα της στεφανιαίας νόσου οφείλονται κυρίως σε αθηροσκλήρωση των στεφανιαίων αρτηριών (Μουτσόπουλος 1996).

Η αθηροσκλήρωση χαρακτηρίζεται από πάχυνση και δημιουργία αθηροσκληρωτικών βλαβών στο τοίχωμα των αρτηριών, παρατηρείται σε αρτηρίες ελαστικού ή μεικτού τύπου, μέσου και μεγάλου μεγέθους. Αντίθετα, η αρτηριοσκλήρωση συνίσταται σε πάχυνση και ανελαστικότητα του τοιχώματος όλων των αρτηριών ανεξαρτήτου μεγέθους, είναι η νόσος της γηράσκησης των αρτηριών (Κρεμαστινός 2005).

Ο κίνδυνος ανάπτυξης αθηροσκλήρωσης είναι σε κάποιο βαθμό γενετικά καθορισμένος. Η επίπτωση των κλινικών συνεπειών της αυξάνει με την ηλικία, ιδιαίτερα μετά τα 40. Η αθηροσκλήρωση είναι αρκετά συχνότερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Η διαφορά αυτή πιθανόν οφείλεται στην προστατευτική δράση των οιστρογόνων και εξαφανίζεται προοδευτικά με την εμμηνόπαυση. Οι σημαντικότεροι προδιαθεσικοί παράγοντες αθηροσκλήρωσης είναι το κάπνισμα, η υπέρταση και τα υψηλά επίπεδα χοληστερόλης (Aaronson et al 2002).

1.2 Παράγοντες κινδύνου στεφανιαίας νόσου

Επιδημιολογικές μελέτες έχουν οδηγήσει στην αναγνώριση διαφόρων παραγόντων κινδύνου ανάπτυξης της στεφανιαίας νόσου (Μουτσόπουλος 1996).

Οι παράγοντες κινδύνου μπορεί να χωριστούν σε δύο κατηγορίες, τους ατροποποιήτους και τους τροποποιήσιμους (Ακύρου 2002).

1.2.1 Ατροποποιήτοι παράγοντες κινδύνου

Οι ατροποποιήτοι παράγοντες κινδύνου είναι:

1. Η ηλικία, το φύλο, η φυλή, η μεγαλύτερη συχνότητα του πρώτου εμφράγματος του μυοκαρδίου απαντάται κυρίως σε άνδρες της μέσης ηλικίας. Μετά την ηλικία των 60 ετών η συχνότητα στους άνδρες και στις γυναίκες εξισώνεται. Αν και οι μαύροι των προηγμένων χωρών είναι πιο επιρρεπείς στην αρτηριακή υπέρταση, βρίσκονται σε μικρότερο κίνδυνο ισχαιμικής καρδιοπάθειας από τους λευκούς, αλλά σε αναλογία υψηλότερη από τη χώρα καταγωγής τους.

2. Η κληρονομικότητα.

3. Ο σακχαρώδης διαβήτης, είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου. Η ανωμαλία του μεταβολισμού των υδατανθράκων και η αύξηση του σακχάρου του αίματος επιταχύνει την αθηροσκλήρωση. Μπορεί με τη μείωση του σωματικού βάρους και τη ρύθμιση της δίαιτας να είναι τροποποιήσιμος ή μέσω της κληρονομικότητας ατροποποιήτος (Ακύρου 2002).

1.2.2 Τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου

Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου είναι:

1. Η υπερλιπιδαιμία, αποτελεί ένα από τους τρεις σταθερούς παράγοντες κινδύνου της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Ειδικότερα, ο κίνδυνος της ισχαιμικής καρδιοπάθειας έχει σχέση με την ολική χοληστερόλη πάνω από 200mg% ή τριγλυκερίδια πάνω από 150mg% μετά από νηστεία 12 ωρών.

2. Η αρτηριακή υπέρταση, είναι ο δεύτερος σημαντικός παράγοντας. Η αρτηριακή υπέρταση, ορίζεται ως μεγαλύτερη ή ίση με 140/90mmHg.

3. Το κάπνισμα, αποτελεί τον τρίτο σημαντικό παράγοντα κινδύνου της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Ο κίνδυνος είναι 2-6 φορές μεγαλύτερος στους καπνιστές από ότι στους μη καπνιστές και είναι ανάλογος με τον αριθμό των καπνιζόμενων τσιγάρων.

4. Η ένταση (stress).

5. Η παχυσαρκία, ανάλογα με το ύψος του ατόμου καθορίζεται το όριο 30% επιπλέον από το κανονικό βάρος σώματος (βάρος σώματος σε Kg/ύψος σε τετραγωνικά μέτρα). Η θνητότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα, στα παχύσαρκα άτομα, στατιστικά είναι μεγαλύτερη από ότι σε άτομα με φυσιολογικό βάρος σώματος.

6. Η καθιστική ζωή, γενικά θεωρείται ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου. Υπάρχουν ενδείξεις, ότι άτομα που ζουν σε αδράνεια είναι πιο επιρρεπή στη νόσο. Πιστεύεται ότι η φυσική δραστηριότητα είναι πολύ σημαντικός παράγοντας στη πρόληψη της καρδιακής νόσου (Ακύρου 2002).

Η συνύπαρξη δυο ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου δεν αυξάνει αθροιστικά αλλά πολλαπλασιαστικά τον κίνδυνο οξέος ισχαιμικού επεισοδίου. Είναι προφανές ότι ο ένας επιβαρυντικός παράγοντας μεγεθύνει τον βλαπτικό ρόλο του άλλου έτσι ώστε η πιθανότητα ανάπτυξης οξέος ισχαιμικού επεισοδίου αυξάνεται μέχρι και δέκα φορές συγκριτικά με τα άτομα χωρίς παράγοντες κινδύνου (Κρεμαστινός 2005).

1.3 Στηθάγχη

Η στηθάγχη περιγράφεται ως ένα σύνδρομο παροδικών κρίσεων θωρακικού πόνου, που οφείλεται σε ισχαιμία του μυοκαρδίου. Η στηθάγχη είναι αποτέλεσμα στένωσης μιας

στεφανιαίας αρτηρίας που περιορίζει την αιματική ροή στην αρτηρία αυτή και εμφανίζεται όταν αυξάνονται οι μυοκαρδιακές απαιτήσεις σε οξυγόνο (Ακύρου 2002, Μουτσόπουλος 2003).

Εκδηλώνεται, ως οπισθοστερνικό άλγος, αίσθημα πίεσεως, κάψιμο ή συσφικτικό αίσθημα και μπορεί να αντανακλά προς τον τράχηλο και την άνω γνάθο, τον αριστερό ώμο, τη μεσοπλάτιο χώρα, την έσω επιφάνεια του αριστερού χεριού ή το επιγάστριο. Σπάνια είναι δυνατόν η στηθάγχη να εκδηλώνεται άτυπα με άλγος σε διάφορες άλλες περιοχές (δεξιό χέρι, δεξιό ημιθώρακιο, κοιλία κλπ.) (Κρεμαστινός 2005).

Οι συνηθέστερες μορφές στηθάγχης είναι οι εξής:

1. Σταθερή στηθάγχη
2. Ασταθής στηθάγχη
3. Στηθάγχη Prinzmetal
4. Σύνδρομο X (Κρεμαστινός 2005).

1.3.1 Σταθερή στηθάγχη

Η σταθερή ή στηθάγχη προσπαθείας είναι παροξυσμικός πόνος ή αίσθημα πίεσης στο στήθος που προκαλείται από αναστρέψιμη ισχαιμία του μυοκαρδίου. Εμφανίζεται συνήθως μετά από κόπωση, άσκηση, έντονη συγκίνηση ή έκθεση σε θερμό ή ψυχρό περιβάλλον ή μετά από ένα πλούσιο γεύμα. Διαρκεί λίγα λεπτά και υποχωρεί με την ανάπαυση ή τη λήψη νιτρογλυκερίνης (Aaronsen et al 2002, Ακύρου 2002).

Ο πόνος της στηθάγχης δύσκολα εντοπίζεται, είναι διάχυτος και ακαθόριστος και αναφέρεται σε διάφορες ανατομικές περιοχές. Πολλοί ασθενείς τον περιγράφουν σαν δυσφορία, σφίξιμο, πίεση, βάρος στο θώρακα, συνήθως πίσω από το στέρνο. Είναι δυνατόν να εντοπίζεται σε οποιοδήποτε σημείο μεταξύ επιγάστριου και κάτω γνάθου, αλλά η τυπική στηθάγχη είναι οπισθοστερνική με αντανάκλαση στον ένα ή και τους δυο βραχίονες, τον τράχηλο και την κάτω σιαγόνα. Μπορεί, όμως, να εντοπίζεται τμηματικά μόνο στο θώρακα ή στο βραχίονα δεξιά ή αριστερά, τη σιαγόνα ή μόνο τη μεσοπλάτιο χώρα. Άλλοτε πάλι μπορεί να εντοπίζεται στο επιγάστριο, οπότε συγχέεται με γαστρικό πόνο π.χ έλκος στομάχου (Ακύρου 2002).

Η διάγνωση της σταθερής στηθάγχης τίθεται με τη δοκιμασία κόπωσης. Η παρουσία ισχαιμίας αποκαλύπτεται από την εκδήλωση θωρακικού πόνου, τις ΗΚΓικές αλλοιώσεις (πτώση ή ανάσπαση του διαστήματος ST, αρρυθμίες) ή μια πτώση της ΑΠ λόγω μείωσης της καρδιακής συσπαστικότητας. Το θάλλιο-201 είναι ένα ισότοπο που προσλαμβάνεται από το φυσιολογικό μυοκάρδιο, όχι όμως από το ισχαιμικό ή νεκρωμένο μυοκάρδιο. Η στεφανιογραφία, είναι η μέθοδος που παρέχει άμεση απεικόνιση της έκτασης και της σοβαρότητας της ΣΝ, επιτρέποντας έτσι την εκτίμηση του κινδύνου (Aaranson et al 2002).

Η αντιμετώπιση της στηθάγχης κατευθύνεται στον έλεγχο των συμπτωμάτων, την τροποποίηση των υποκείμενων παραγόντων κινδύνου και τη βελτίωση της πρόγνωσης. Στη φαρμακευτική θεραπεία περιλαμβάνονται τα νιτρώδη, οι β-αναστολείς, οι αναστολείς διαύλων ασβεστίου και φάρμακα που αναστέλλουν την αιμοπεταλιακή συσσώρευση και τη θρόμβωση. Η σταθερή στηθάγχη αντιμετωπίζεται και με την εφαρμογή των διαφόρων τεχνικών επαναγγείωσης (Aaranson et al 2002).

1.3.2 Ασταθής στηθάγχη

Η ασταθής στηθάγχη εμφανίζεται εύκολα με ελάχιστη ή καθόλου προσπάθεια, σε ηρεμία, πλήρη ανάπαυση ή και κατά τον ύπνο. Η συχνότητα των κρίσεων, η ένταση και η διάρκεια των συμπτωμάτων αυξάνει, καθώς η νόσος των αγγείων εξελίσσεται γρήγορα μέσα σε μερικούς μήνες από τη πρώτη προσβολή και καταλήγει σε έμφραγμα του μυοκαρδίου. Θωρακικός πόνος, που παρατείνεται 20' ή και περισσότερο, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως ασταθής στηθάγχη και να αντιμετωπίζεται ως έμφραγμα του μυοκαρδίου (Ακύρου 2002).

Τα συμπτώματα της μοιάζουν με αυτά της σταθερής στηθάγχης, είναι όμως εντονότερα και παρατεταμένα, διαρκώντας μέχρι και 30'. Ο πόνος συχνά δεν ανταποκρίνεται στη χορήγηση νιτρογλυκερίνης (Aaranson et al 2002).

Στη διάγνωση της ασταθούς στηθάγχης το ΗΚΓ συχνά παρουσιάζει παροδικές μεταβολές του διαστήματος ST ή αναστροφή των T. Η αντιμετώπιση της αποτελεί μια επείγουσα κατάσταση. Η θεραπεία, αρχίζει με επιθετική φαρμακευτική αγωγή με στόχο την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και την πρόληψη περαιτέρω οξέων συμβαμάτων. Το

ενδεχόμενο επείγουσας επαναγγείωσης εξετάζεται σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο ή/και σοβαρή έκταση ΣΝ (Aaronson et al 2002).

1.4 Οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου

Το έμφραγμα του μυοκαρδίου (EM) είναι η αιφνίδια θρόμβωση και απόφραξη του αυλού της στεφανιαίας αρτηρίας, προκαλώντας νέκρωση της περιοχής. Οφείλεται σε οξεία θρόμβωση των στεφανιαίων αρτηριών από ρήξη αθηρωματικής πλάκας ή σπανιότερα διάβρωση του ενδοθηλίου της (Κρεμαστινός 2005, Ράπτη 1996).

Αποτελεί την πιο συχνή μορφή εμφάνισης ισχαιμικής καρδιακής νόσου. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υπολόγισε ότι το 2002 το 12.6% των θανάτων παγκοσμίως προήλθαν από ισχαιμική καρδιαγγειακή νόσο. Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) αποτελεί την πρωταρχική αιτία θανάτου στις ανεπτυγμένες χώρες και την τρίτη μετά το AIDS και τις λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού στις αναπτυσσόμενες χώρες (World Health Organization 2004, CGIRS 2006).

Χαρακτηρίζεται κυρίως από την ύπαρξη οπισθοστερνικού πόνου, μεγάλης έντασης, που αντανακλάται προς τον τράχηλο, στον αριστερό άνω άκρο ή και στα δυο άκρα. Συνοδά συμπτώματα είναι ναυτία, εμετός, ζάλη, εφίδρωση, δύσπνοια και αδυναμία. Αίσθημα παλμών αναφέρεται κυρίως όταν ο ασθενής παρουσιάζει σαν επιπλοκή, του εμφράγματος του μυοκαρδίου, κολπική μαρμαρυγή ή κοιλιακή ταχυκαρδία (Ράπτη 1996, Μουτσόπουλος 1996, Σπανοδήμος & Τσαγκλής 2004).

Η εργαστηριακή διερεύνηση περιλαμβάνει, το ηλεκτροκαρδιογράφημα, χαρακτηριστικότερο εύρημα στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι η συνεχής μεταβολή του μέχρι την οριστική σταθεροποίηση του. Οι ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές που εμφανίζονται συνήθως το πρώτο 24ωρο είναι:

1. Ανάσπαση του διαστήματος ST
2. Παθολογικά κύματα Q
3. Αναστροφή του κύματος T (24-48 h)

Το παθολογικό κύμα Q (βαθύ και ευρύ) αποδίδεται στη νέκρωση του μυοκαρδίου. Οι μεταβολές του διαστήματος ST σχετίζονται με τη σοβαρού βαθμού ισχαιμική βλάβη του μυοκαρδίου (ρεύμα βλάβης), ενώ οι αλλοιώσεις του κύματος T συνδέονται με την περιφραγματική ισχαιμία. Τα μυοκαρδιακά ένζυμα, η κρεατινική κινάση (CK) και ιδιαίτερα το ισοένζυμο MB, η μυοσφαιρίνη, οι τροπονίνες (I και T), η γαλακτική δεϋδρογενάση (LDH) και οι τρανσαμινάσες, οξαλοξική (SGOT) και λιγότερο η πυροσταφυλική (SGPT) βρίσκονται σε μεγάλη συγκέντρωση μέσα στο μυοκαρδιακό κύτταρο και απελευθερώνονται κατά τη νέκρωση του μυοκαρδίου. Η ποσότητα των ενζύμων που απελευθερώνονται είναι ανάλογη με τη σοβαρότητα της βλάβης. Κατά την εκδήλωση του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου η στάθμη των ενζύμων αυτών αυξάνεται στον ορό του αίματος και επανέρχεται στις φυσιολογικές τιμές μετά παρέλευση ορισμένου χρονικού διαστήματος (Κρεμαστινός 2005).

Η άμεση αντιμετώπιση σε πιθανό ΕΜ περιλαμβάνει, σύντομο ιστορικό και κλινική εξέταση, ΗΚΓ 12 απαγωγών και στη συνέχεια ο ασθενής τίθεται σε κατάκλιση και χορήγηση οξυγόνου. Σε όλους τους ασθενείς χορηγείται ασπιρίνη, αντιπηκτικά (στατίνες), Β-αδρενεργικοί αναστολείς, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου (ΑΜΕΑ), νιτρώδη, και οπιοειδή. Βασικό ρόλο στην αντιμετώπιση έχει η αποκατάσταση της αιμάτωσης στις περιοχές του μυοκαρδίου που αδρεύονταν από την αποφραχθείσα αρτηρία. Αυτό μπορεί να επιχειρηθεί με θρομβόλυση ή αγγειοπλαστική με εμφύτευση stent, αορτοστεφανιαία παράκαμψη, επιτυγχάνοντας τη διάσωση του ισχαιμούντος μυοκαρδίου που δεν έχει νεκρωθεί ακόμα (Aaronson et al 2002, Κρεμαστινός 2005).

Στη μακροχρόνια θεραπεία του ΕΜ χορηγείται, ασπιρίνη, β-αναστολείς, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου, στατίνες και νιτρώδη μειώνοντας τις επιπλοκές και τον κίνδυνο επανεμφράγματος. Η διακοπή του καπνίσματος, η αντιμετώπιση της υπέρτασης και του διαβήτη και η μείωση των λιπιδίων με τη χορήγηση αναστολέων της ΗΜG-CoA ρεδουκτάσης, είναι επίσης ζωτικής σημασίας. Οι ασθενείς που παρουσιάζουν μετεμφραγματική στηθάγχη έχουν υψηλό κίνδυνο μελλοντικών συμβαμάτων και θα πρέπει να είναι υποψήφιοι για επαναγγείωση. Οι ασθενείς μπορούν να υποβάλλονται σε δοκιμασία κόπωσης πριν την έξοδο από το νοσοκομείο. Αν από τη δοκιμασία προκύπτει

υψηλός κίνδυνος μελλοντικών συμβαμάτων, θα πρέπει να παραπέπονται για στεφανιογραφία και επαναγγείωση (Aaronson et al 2002, Κρεμαστινός 2005).

1.5 Επιδημιολογία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) στο σύνολο των θανάτων παγκόσμια, το 1/3 αποδόθηκε στα καρδιαγγειακά νοσήματα (16.7 εκατομμύρια θάνατοι). Από αυτούς η στεφανιαία νόσος ευθυνόταν για 7.22 εκατομμύρια θανάτους. Στους άντρες η πιο συχνή αιτία θανάτου μεταξύ των καρδιαγγειακών παθήσεων είναι η στεφανιαία νόσος. Στην ηλικία των 60 ετών και άνω και στα δύο φύλα για το 2002, οι θάνατοι από στεφανιαία νόσο ήταν 5.825 ανά 100.000 άτομα (Μπαμπάτσικου 2010).

Σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (Ε.Σ.Υ.Ε.) το 2003, 52.000 θάνατοι (περίπου 49%) σε σύνολο 105.529 θανάτων οφείλονταν σε καρδιαγγειακές παθήσεις. Στην Ελλάδα το 2003 η στεφανιαία νόσος ήταν η τρίτη αιτία θανάτου και ευθυνόταν για το 13,3% του συνόλου των θανάτων, ενώ πρώτη αιτία θανάτου ήταν τα αγγειακά-εγκεφαλικά επεισόδια (17,5% του συνόλου των θανάτων). Τα καρδιαγγειακά νοσήματα στα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν την πιο συχνή αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας, το 50% δε των θανάτων αυτών παρατηρείται σε άτομα άνω των 75 ετών (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας 2000-2005).

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου και στην Ευρώπη, στα οποία αποδίδονται περίπου 4.35 εκατομμύρια θάνατοι ετησίως. Το 49% όλων των θανάτων στην Ευρώπη προέρχεται από τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Από αυτούς ποσοστό 55% αφορά τις γυναίκες και 43% τους άνδρες. Στη στεφανιαία νόσο οφείλεται περίπου το 50% αυτών των θανάτων (Μπαμπάτσικου 2010).

Στις ΗΠΑ οι καρδιαγγειακές νόσοι αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου, προκαλώντας υψηλότερη θνησιμότητα σε σχέση με τον καρκίνο. Η στεφανιαία νόσος είναι υπεύθυνη για 1 στους 5 θανάτους στις Ηνωμένες Πολιτείες. Περίπου 7.200.000 άντρες και 6.000.000 γυναίκες ζουν με κάποιας μορφής στεφανιαία νόσο. 1.200.000 έρχονται

αντιμέτωποι με την καρδιακή προσβολή (πρωτοεμφανιζόμενη ή σε υποτροπή) και περίπου το 40% από αυτούς πεθαίνουν λόγω αυτής. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι σχεδόν κάθε 65 δευτερόλεπτα 1 Αμερικανός πεθαίνει από στεφανιαία νόσο. Πιο συγκεκριμένα, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου (OEM) εμφανίζεται σε 900.000 ανθρώπους στις ΗΠΑ ετησίως και είναι θανατηφόρο περίπου στο ένα τέταρτο των περιπτώσεων. Σχεδόν το 50% των θανατηφόρων συμβαμάτων λαμβάνουν χώρα μέσα στην πρώτη ώρα από την έναρξη των συμπτωμάτων και συνήθως πριν την άφιξη του ασθενούς στο νοσοκομείο. Οι περιπτώσεις αυτές καλύπτουν μεγάλο ποσοστό από το σύνολο των αιφνιδίων θανάτων καρδιακής αιτιολογίας (National Center of Health Statistics 2007, American Heart Association 2003).

Σε έρευνα του 2002 από την Ευρωπαϊκή Ένωση βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 32% των αντρών και 30% των γυναικών στην Ευρώπη πεθαίνουν από καρδιαγγειακές νόσους. Δραματική αναμένεται να είναι η αύξηση της θνησιμότητας από στεφανιαία νοσήματα στις αναπτυσσόμενες χώρες (Κίνα, Ινδία, Ν. Αφρική, λατινική Αμερική και Μέση Ανατολή) έως το 2020. Υπολογίζεται ότι οι θάνατοι από 9.000.000 το 1990 θα ανέλθουν στα 19.000.000 το 2020 ως συνέπεια των κοινωνικοοικονομικών αλλαγών στις χώρες αυτές και την υιοθέτηση του δυτικού τρόπου ζωής (αλλαγή διατροφολογίου, μείωση άσκησης, αύξηση καπνίσματος) (Levi et al 2002, Reddy 2004).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα μεταξύ της 1^{ης} Οκτωβρίου 2003 και 30^{ης} Σεπτεμβρίου 2004 (12 μήνες) και έλαβαν μέρος καρδιολογικές κλινικές ή μονάδες επειγόντων περιστατικών 6 μεγάλων γενικών νοσοκομείων («Ιπποκράτειο» στην Αθήνα και τα Γενικά Νοσοκομεία της Λαμίας, της Καρδίτσας, της Χαλκίδας, της Καλαμάτας και της Ζακύνθου), παρατηρήθηκε ότι η επίπτωση του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου ήταν 22,6 γεγονότα ανά 10000 άτομα (34 ανά 10000 άντρες και 10.9 ανά 10000 γυναίκες), απ' όπου προέκυψε ότι ο επιπολασμός του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου στις περιοχές της Ελλάδας που συμμετείχαν στην έρευνα είναι 3.9% για τους άντρες και 1.3% για τις γυναίκες (Kurlaba et al 2006).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Παρά το αυξημένο ενδιαφέρον και το μεγάλο αριθμό των ερευνών για την ποιότητα ζωής, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για αυτήν. Οι περισσότεροι ορισμοί εστιάζουν στην ικανοποίηση προσωπικών στόχων ή αναγκών και λαμβάνουν υπόψη τόσο τις υποκειμενικές εμπειρίες του ατόμου, όσο και τις εξωτερικές συνήθειες ζωής (Μερκούρης 2003).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.), η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες». Σύμφωνα πάντα με τον Π.Ο.Υ. , η ποιότητα ζωής είναι μια ευρεία έννοια που ενσωματώνει με ένα πολύπλοκο τρόπο τη φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τα προσωπικά πιστεύω καθώς και τη σχέση των ατόμων με βασικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος. Αυτή η προσέγγιση προσδίδει στην ποιότητα ζωής ένα πολυδιάστατο και υποκειμενικό χαρακτήρα που εξαρτάται από το πολιτισμικό, το κοινωνικό και το φυσικό περιβάλλον (WHOQOL Group 1998).

2.1 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Η σύγχρονη προσέγγιση του όρου υγεία θεωρεί ότι πρόκειται για μία συνεχώς εξελισσόμενη έννοια. Ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με βιοψυχοκοινωνικές, πνευματικές, περιβαλλοντικές και πολιτισμικές προεκτάσεις. Στα πλαίσια ενός τέτοιου πολυδιάστατου μοντέλου για την υγεία, τα οφέλη μπορούν να προκύψουν μέσα από θετικές αλλαγές σε οποιοδήποτε από αυτές τις προεκτάσεις.

Η ποιότητα ζωής συνδέεται άμεσα με την υγεία, η οποία διακρίνεται στη (Δαρβίρη 2007):

- Σωματική υγεία, η σωματική διάσταση της υγείας αποτελεί την πλέον ευνόητη και αναφέρεται στην λειτουργία του σώματος.

- Ψυχική υγεία, ο όρος αυτός αναφέρεται στην νοητική συγκρότηση του ατόμου και στην αποτελεσματικότητά του να σκέφτεται με πλήρη διαύγεια.

- Συναισθηματική υγεία, η συναισθηματική υγεία αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να μπορεί να αντιλαμβάνεται και να αναγνωρίζει διάφορα συναισθήματα και ακολούθως να τα εκφράζει.

- Κοινωνική υγεία, η κοινωνική υγεία αφορά στην ικανότητα του ατόμου να αναπτύσσει και να διατηρεί κοινωνικές επαφές και συναναστροφές με άλλα άτομα. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο άνθρωπος έχει χαρακτηριστεί από τους αρχαίους κίβλας χρόνους, ως «ον κοινωνικόν».

- Πνευματική υγεία, ο όρος της πνευματικής υγείας για κάποια άτομα συνδέεται με τις προσωπικές τους θρησκευτικές αντιλήψεις και πρακτικές, ενώ για άλλα με τα προσωπικά δόγματα, τις αρχές συμπεριφοράς και τρόπους με τους οποίους επιτυγχάνουν πνευματική γαλήνη, ισορροπία και ηρεμία.

- Υγεία του κοινωνικού περιβάλλοντος, όλοι οι ως άνω όροι αναφέρονται στο ατομικό επίπεδο υγείας. Ωστόσο η ατομική υγεία συνδέεται άμεσα με το κοινωνικό περιβάλλον. Μία κοινωνία που «νοσεί» δεν επιτρέπει πάντα στα άτομα να επιτύχουν την υγεία. Ακολούθως, η έλλειψη πόρων σε επίπεδο κοινωνιών για την κάλυψη βασικών αναγκών σωματικών ή συναισθηματικών μπορούν να αποτελέσουν σοβαρά εμπόδια για την επίτευξη της ατομικής υγείας. Για παράδειγμα, η ανεπαρκής προσφορά τροφής, στέγασης, ένδυσης ή η ύπαρξη καταπιεστικών καθεστώτων, φυλετικών, ταξικών, διακρίσεων των φύλων, αποτελούν καταστάσεις που δεν επιτρέπουν στο άτομο να προάγει ή να διατηρήσει την υγεία του. Συνεπώς, οι υγιείς κοινωνίες θα πρέπει να εξασφαλίζουν όλες εκείνες τις συνθήκες που θα επιτρέπουν στο άτομο την εκπλήρωση του αδιαπραγμάτευτου αγαθού της υγείας (Δαρβίνη 2007).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η έννοια της υγείας θα πρέπει να αντιμετωπιστεί όχι ως ο σκοπός της ζωής αλλά ως ένας απαραίτητος πόρος για την καθημερινή ζωή και ότι η υγεία

είναι μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς και προσωπικούς πόρους και στις σωματικές ικανότητες (Kickbusch 2003).

Η θετική προσέγγιση της υπόθεσης της υγείας, την απομακρύνει ως έννοια από το μοντέλο της ασθένειας και προάγει την ανάπτυξη ενός μοντέλου το οποίο περιλαμβάνει την οικοδόμηση ικανοτήτων την ενδυνάμωση (empowerment), την αύξηση των διαθέσιμων πόρων, την ενίσχυση της ανθεκτικότητας προκειμένου να ενισχυθούν οι προοπτικές καλύτερης διαβίωσης των ατόμων. Έχουν καταγραφεί αρκετές διαφορετικές προσεγγίσεις του καθορισμού της έννοιας της υγείας μέσα από ένα θετικό πρίσμα.

Η υγεία λοιπόν μπορεί να καθοριστεί θετικά, χαρακτηριζόμενη από την παρουσία συγκεκριμένων αξιών, οι κυριότερες από τις οποίες είναι (Δαρβίρη 2007):

1. Η υγεία ως ιδανική κατάσταση. Ο ορισμός του Π.Ο.Υ. αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα της προσέγγισης αυτής καθώς τονίζει ότι η υγεία αποτελεί την κατάσταση της πλήρους σωματικής, νοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς την απουσία νόσου ή αναπηρίας. Ο ορισμός αυτός προσδίδει μεταξύ άλλων και μία απόλυτη διάσταση στην υγεία καθώς εάν δεν υφίσταται αυτή η πλήρης και ιδανική κατάσταση τότε τα άτομα θεωρούνται μη υγιή (Δαρβίρη 2007).

2. Η υγεία ως σωματική και πνευματική ικανότητα. Σε αυτήν την κατηγορία των προσεγγίσεων, εμπίπτει ο ορισμός του Parson για την υγεία, σύμφωνα με τον οποίο η υγεία αποτελεί «την κατάσταση της άριστης δυνατότητας του ατόμου να εκτελέσει με αποτελεσματικότητα το έργο και τα καθήκοντα για τα οποία έχει κοινωνικοποιηθεί». Αυτή η προσέγγιση της υπόθεσης υγείας προέκυψε από την άποψη ότι χαμηλά επίπεδα υγείας ή αντίστοιχα υψηλά επίπεδα νόσου και αρρώστιας δημιουργούν προβλήματα στην καλή λειτουργία της κοινωνίας και επομένως θα πρέπει να υπάρχει έλεγχος αυτών. Ο ορισμός αυτός έχει επικριθεί σημαντικά καθώς πρώτον παραβλέπει τις διακυμάνσεις που μπορεί να υφίστανται στην υγεία και δεύτερον υποδηλώνει ότι η κακή υγεία a priori δημιουργεί προβλήματα στην λειτουργία της κοινωνίας γεγονός που εν μέρει αποδεικνύεται σωστό. Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις όπου η ύπαρξη νόσου ή αρρώστιας αξιοποιήθηκε για την επιβολή θετικών αλλαγών (Δαρβίρη 2007).

3. Η υγεία ως ατομική δύναμη ή ικανότητα. Η προσέγγιση αυτή προκύπτει από την ιδέα ότι η υγεία μπορεί να οριστεί ως το απόθεμα ενέργειας ή δύναμης σε σωματικό ή σε νοητικό επίπεδο. Τοιουτοτρόπως, τα άτομα μπορούν να αντισταθούν ή να διαχειριστούν καλύτερα μία σωματική νόσο ή να αντεπεξέλθουν καλύτερα στις αντιξοότητες της ζωής, σύμφωνα με τα αποθέματα ενέργειας και δυνάμεων που διαθέτουν. Στις ικανότητες που συμβάλλουν στη διατήρηση της καλής υγείας περιλαμβάνονται και αυτή της προσαρμοστικότητας και της αντιμετώπισης των αλλαγών. Η οξύτερη κριτική ενάντια σε αυτή την προσέγγιση είναι ότι θεωρείται εξαιρετικά γενική και δεν προσδιορίζει τρόπους με τους οποίους οι δυνάμεις ή οι ικανότητες που συμβάλλουν στην υγεία μπορούν να υπολογιστούν πέρα από την αναφορά των ίδιων των ατόμων. Επιπλέον δεν γίνεται λόγος για το πώς τα άτομα που δεν τις διαθέτουν μπορούν να τις αποκτήσουν (Δαρβίνη 2007).

4. Η υγεία ως βάση για την ατομική εξέλιξη. Η τέταρτη αυτή προσέγγιση του καθορισμού της έννοιας της υγείας, προτείνει ότι η υγεία δημιουργείται από την ύπαρξη καθοριστικών παραγόντων, οι οποίοι επιτρέπουν στο άτομο να πετύχει το μέγιστο των προσωπικών του δυνατοτήτων. Οι παράγοντες αυτοί αναφέρονται ως θεμελιώδεις παράγοντες επίτευξης. Κάποιοι από αυτούς θεωρούνται κοινοί για όλα τα άτομα ενώ κάποιοι άλλοι είναι εξατομικευμένοι. Στους κοινούς παράγοντες εντοπίζονται βασικές προϋποθέσεις για την ζωή όπως η στέγη και η τροφή αλλά και παράγοντες όπως η πρόσβαση στην πληροφορία καθώς και η ικανότητα αξιοποίησης των διαθέσιμων πληροφοριών και η πεποίθηση ότι το άτομο μπορεί να τα καταφέρει. Στους εξατομικευμένους παράγοντες ο κατάλογος είναι τεράστιος, τονίζοντας την μοναδικότητα και την ατομικότητα. Η κριτική που δέχεται η προσέγγιση αυτή, εντοπίζεται στο γεγονός ότι αφενός οι θεμελιώδεις παράγοντες δεν μπορούν να καταγραφούν πλήρως και αφετέρου ότι η ίδια η έννοια της μέγιστης ανάπτυξης των ικανοτήτων δεν είναι σαφώς προσδιορισμένη και δεν υπάρχει κοινός τόπος για το τι πρεσβεύει. Η κριτική αυτή θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι ομοιάζει με αυτή που δέχεται ο ορισμός για τη υγεία που προτείνει ο Π.Ο.Υ.

5. Η υγεία ως προϊόν. Η τελευταία αυτή προσέγγιση προέκυψε με την εξέλιξη και την ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής και των υπηρεσιών υγείας και την ιδέα ότι αυτές

μπορούν να αποκαταστήσουν την υγεία όσων την έχουν απολέσει όπως υποστηρίζουν οι θεωρητικοί του χώρου. Η ιδέα ότι η υγεία είναι προϊόν, σημαίνει ότι η υγεία μπορεί να πωληθεί (π.χ. μέσω διαφόρων κέντρων υγείας), να αγοραστεί (π.χ. μέσω ιδιωτικών υπηρεσιών), να δοθεί (π.χ. μέσα από την προσφορά φαρμάκων) και να απολεσθεί (π.χ. μέσα από την ύπαρξη αρρώστιας, ατυχήματος). Η απόδοση όλων αυτών των ιδιοτήτων στην υγεία την εξομοιώνουν με διαδικασίες μετρήσιμες και καθορισμένες, και αυτός αποτελεί έναν από τους βασικούς λόγους κριτικής αυτής της θεώρησης. Πολύ περισσότερο η άποψη ότι η υγεία χαρακτηρίζεται από ιδιότητες ενός προϊόντος θέτει βασικά ηθικά ζητήματα και δημιουργεί εύλογο σκεπτικισμό (Τούντας 2000, Δαρβίνη 2007).

Η θετική προσέγγιση της υγείας γίνεται πιο φανερή και με την ανάπτυξη ανάλογων μεθοδολογιών και ειδικών δεικτών, οι οποίοι είτε προσμετρούν την επίπτωση μίας νόσου στην ποιότητα της καθημερινότητας των ατόμων, είτε αξιολογούν την σωματική, πνευματική και κοινωνική ευεξία των ατόμων, ώστε τελικά να μετρήσουν την θετική υγεία (Τούντας 2000).

Όλοι οι ορισμοί που προσδίδουν μία θετική διάσταση στην υγεία οδηγούν σε μία ολιστική αντιμετώπιση του όρου. Στα πλαίσια αυτού του τρόπου προσέγγισης δίδεται και ο ορισμός ο οποίος αναφέρει ότι η υγεία είναι «μία δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να ζει δημιουργικά σύμφωνα με τις πεποιθήσεις και τις επιδιώξεις του». Ο ορισμός αυτός προκύπτει από το γεγονός ότι η υγεία επηρεάζεται από μία πληθώρα παραγόντων όπως οι βιολογικοί, οι περιβαλλοντικοί και κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες, που σχετίζονται με το άμεσο περιβάλλον του ατόμου καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με την συμπεριφορά (Τούντας 2000).

2.2 Προαγωγή της Υγείας

Η προαγωγή της υγείας αποτελεί έναν σχετικά σύγχρονο όρο, ο οποίος έχει προκαλέσει αρκετές διαφωνίες αναφορικά με το τι πρεσβεύει ακόμα και σήμερα, δεκαετίες μετά την πρώτη του επίσημη εμφάνιση. Ο πλέον διαδεδομένος ορισμός για την

προαγωγή της υγείας είναι αυτός που προέκυψε από το Διεθνές Συνέδριο για την Προαγωγή Υγείας στην Οτάβα του Καναδά. Σύμφωνα με αυτόν ο όρος προαγωγή υγείας αναφέρεται «στη διαδικασία που παρέχει τη δυνατότητα στους ανθρώπους να αυξήσουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να την βελτιώσουν» (Τούντας 2000).

Για να επιτευχθεί η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, ο άνθρωπος ή η ομάδα θα πρέπει να μπορούν να καθορίσουν και να πραγματοποιήσουν τις προσδοκίες τους, να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους και να αλλάξουν ή να συνεργασθούν με το περιβάλλον τους. Επομένως, η προαγωγή της υγείας δεν είναι μόνο ευθύνη του τομέα της υγείας αλλά προχωρεί πέρα από τον υγιή τρόπο διαβίωσης και αναφέρεται σε μια ολική ευημερία (Τούντας 2000).

Η προαγωγή υγείας θεωρείται μία κοινωνική και πολιτική διαδικασία. Δεν περιλαμβάνει μόνο στρατηγικές που στοχεύουν στην ενδυνάμωση του ατόμου αλλά και στρατηγικές που αποσκοπούν σε αλλαγές των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και οικονομικών συνθηκών ώστε να προωθείται η δημόσια και ατομική υγεία (Naidoo & Wills 2000).

Ο ορισμός που δίνει ο Π.Ο.Υ. για την προαγωγή υγείας δεν είναι ο μόνος. Γενικότερα έχουν προταθεί και άλλοι ορισμοί. Ένας σημαντικός και ευρέως χρησιμοποιούμενος ορισμός, είναι αυτός που υιοθετείται από την American Journal of health Promotion, ένα από τα πλέον έγκριτα επιστημονικά περιοδικά. Συγκεκριμένα ορίζει την προαγωγή υγείας ως «την επιστήμη και την τέχνη που βοηθάει τα άτομα να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους και να προχωρήσουν προς ένα στάδιο θετικής υγείας. Η θετική υγεία ορίζεται ως η ισορροπία μεταξύ φυσικής, συναισθηματικής, κοινωνικής, πνευματικής και διανοητικής υγείας. Η αλλαγή στον τρόπο ζωής μπορεί να πραγματοποιηθεί με συντονισμένες προσπάθειες για αύξηση της γνώσης, αλλαγή της συμπεριφοράς και τη δημιουργία περιβαλλόντων τα οποία υποστηρίζουν καλές πρακτικές υγείας. Από τα τρία προαναφερθέντα, η δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος έχει πιθανότατα το μεγαλύτερο αντίκτυπο και μπορεί να παράσχει μονιμότερες αλλαγές» (WHO 1998).

Στον χώρο της προαγωγής υγείας, δεν υπάρχει κοινή συναίνεση για το τι εννοείται με τον όρο προαγωγή υγείας και συνεπώς κάποιοι ορισμοί επικεντρώνονται στις

δραστηριότητες, άλλοι στις αξίες και άλλοι στους στόχους. Ωστόσο ο ορισμός του Π.Ο.Υ. που υιοθετείται ορίζει την προαγωγή υγείας σαν μια διαδικασία, η οποία παράλληλα εξυπηρετεί και ένα συγκεκριμένο σκοπό δηλαδή να καταστήσει τα άτομα ικανά να αποκτήσουν ή να αυξήσουν τον έλεγχο στην υγεία τους με την αυτό-ενδυνάμωση. Ο ορισμός αυτός αναγνωρίζει ότι η υγεία και ο έλεγχός της αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα, το οποίο η προαγωγή υγείας θα πρέπει να παροτρύνει τον κόσμο να εξασκεί (WHO 1998).

Η αυτό-ενδυνάμωση, αποτελεί βασικό παράγοντα που επιτρέπει τον έλεγχο και θεωρείται ως ένα από τα βασικότερα κριτήρια, τα οποία χρησιμοποιούνται από τους ειδικούς του χώρου, προκειμένου μία δραστηριότητα να ταξινομείται ως δραστηριότητα προαγωγής υγείας. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε ότι η σύγχρονη βιβλιογραφία αναγάγει την αυτό-αποτελεσματικότητα (self-efficacy) και την αυξημένη αίσθηση ελέγχου ως δύο από τους κύριους παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με την ύπαρξη καλής υγείας (Ewles & Simnett 2003).

Ένα δεύτερο σημαντικό θέμα που προκύπτει ως συνέπεια της ύπαρξης διαφορετικών ορισμών είναι ο προσδιορισμός των δραστηριοτήτων που εμπίπτουν στην κατηγορία της προαγωγής υγείας. Όπως τονίστηκε προηγουμένως, η αρχή της αυτό-ενδυνάμωσης αποτελεί ένα από τα κυριότερα κριτήρια. Φυσικά, θα ήταν ουτοπικό να υποστηριχθεί ότι τα άτομα ή οι κοινότητες έχουν πάντα τον πλήρη ή τον άμεσο έλεγχο σε κάποιους παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά την υγεία τους. Ωστόσο και σε αυτές τις περιπτώσεις η προαγωγή υγείας με κατάλληλες δραστηριότητες θα πρέπει να βοηθάει στον κατευνασμό των αρνητικών παραγόντων και στην υποστήριξη αντίστοιχα των θετικών. Άλλες βασικές αρχές που χρησιμοποιούνται ως κριτήρια για την ένταξη μίας δραστηριότητας στο πλαίσιο της προαγωγής υγείας, αποτελούν η ευρεία αντιμετώπιση και αντίληψη της έννοιας της υγείας και των καθοριστικών παραγόντων αυτής, η ύπαρξη και προώθηση συνεργασίας μεταξύ των διαφόρων εμπλεκόμενων τομέων σε όλα τα επίπεδα και η υποστήριξη της κοινωνικής δικαιοσύνης και συμμετοχής. Η ύπαρξη των αρχών αυτών αναδεικνύει την προαγωγή υγείας σε μία ολοκληρωμένη προσέγγιση τόσο στην πρακτική άσκηση έργου υγείας όσο και στον καθορισμό δραστηριοτήτων ως τέτοιων (Weed & McKeown 2001).

Τα παραπάνω κριτήρια δείχνουν επίσης, ότι η προαγωγή της υγείας μπορεί να εκφραστεί σε διάφορα επίπεδα και με διαφορετικούς τρόπους. Κατά συνέπεια, η προαγωγή υγείας μπορεί να εφαρμοστεί στο επίπεδο της πρόληψης, της θεραπείας και της αποκατάστασης.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να προάγουν την υγεία με 3 κυρίως τρόπους (WHO 1998):

1. Υποστήριξη (advocacy). Ο όρος αυτός αναφέρεται στην προσπάθεια που πρέπει να καταβάλλουν οι επαγγελματίες υγείας, ώστε οι δραστηριότητές τους να αντιπροσωπεύουν τα δικαιώματα και τα συμφέροντα των ατόμων και των ομάδων που μειονεκτούν. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να ασκήσουν επιρροή ή να πιέσουν για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας που αναγνωρίζουν τα δικαιώματα και τα συμφέροντα αυτά. Μπορούν επίσης να βοηθήσουν τα άτομα να αναπτύξουν τις γνώσεις τους αναφορικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία τους και επομένως με μεγαλύτερη ικανότητα να διεκδικήσουν τα ίδια τα άτομα τις απαραίτητες αλλαγές.

2. Να καθιστά τα άτομα ικανά (enablement). Βασικό μέλημα και στόχος της προαγωγής υγείας θα πρέπει να είναι η υποβοήθηση των ατόμων, ώστε να είναι ικανά να αξιοποιήσουν το μέγιστο των δυνατοτήτων τους για καλή υγεία. Οι επαγγελματίες υγείας το επιτυγχάνουν αυτό δρώντας επικουρικά και όχι μέσα από απόλυτο έλεγχο. Ο έλεγχος θα πρέπει να ανήκει στο άτομο ή την κοινότητα, εφόσον τους έχουν πρώτα προσφερθεί όλα τα απαραίτητα εφόδια.

3. Διαμεσολάβηση (mediate). Κάθε προσπάθεια που εντάσσεται στα πλαίσια της προαγωγής υγείας θα πρέπει να αποβλέπει στο να στηρίζει και να προωθεί την συνεργασία και τις συντονισμένες προσπάθειες διάφορων εμπλεκόμενων φορέων αξιοποιώντας έτσι το μέγιστο των διαθέσιμων πόρων. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να έχουν τον ρόλο του μεσολαβητή και συντονιστή σε αυτές τις προσπάθειες συσπειρώνοντας έτσι όλες τις υπάρχουσες δυνάμεις.

Ανεξάρτητα από την ύπαρξη των πολλών και διαφορετικών ορισμών της προαγωγής υγείας, θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι δεν υπάρχουν κατ' ανάγκη σωστές και λανθασμένες ερμηνείες αλλά ότι η προαγωγή υγείας αποτελεί έναν γενικό όρο ο οποίος

περιλαμβάνει διαφορετικές δραστηριότητες, οι οποίες όλες όμως προσδιορίζονται από την πλήρη κατανόηση του τι είναι υγεία, από τους παράγοντες που την επηρεάζουν και τις προσεγγίσεις και τις μεθοδολογίες που μπορούν να αξιοποιηθούν για να επιτευχθεί η υγεία. Οι δραστηριότητες αυτές μπορούν να αποβλέπουν στην πρόληψη της ασθένειας, στην αγωγή των ατόμων για την υιοθέτηση υγιεινού τρόπου ζωής ή στους ευρύτερους κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες της υγείας. Πολύ περισσότερο η προαγωγή της υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα πλαίσιο βασικών αρχών που θα κατευθύνει τις προσπάθειες των επαγγελματιών υγείας στην προστασία της υγείας, την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων και την προώθηση της συνεργασίας και της συμμετοχής. Τέλος, ο όρος προαγωγή δεν αναφέρεται στην προπαγάνδα ή την αντιμετώπιση της υγείας ως ενός προϊόντος που διαφημίζεται, αλλά σημαίνει την βελτίωση της υγείας, τοποθετώντας την αξιολογικά στην κορυφή των επιδιώξεων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο (Τούντας 2002).

2.3 Μέτρηση υγείας και ποιότητα ζωής

Συνοπτικά θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η ύπαρξη κατάλληλων μεθόδων μέτρησης της υγείας συμβάλλει στον αποτελεσματικό σχεδιασμό προγραμμάτων και στρατηγικών για την υγεία. Η ύπαρξη πληροφοριών αποτελεί βασικό συστατικό σε όλα τα στάδια σχεδιασμού, εφαρμογής και αξιολόγησης παρεμβάσεων που στοχεύουν στην προώθηση, την προστασία και την αποκατάσταση της υγείας. Χωρίς την ύπαρξη στοιχείων δεν μπορεί να γίνει καθορισμός στόχων, προτεραιοτήτων, να εντοπιστούν οι υπάρχουσες ανάγκες υγείας, αλλά ούτε και να αξιολογηθούν κατόπιν οι παρεμβάσεις που έγιναν με την χρήση των στοιχείων αυτών ως δεδομένων αναφοράς (baseline data). Επίσης στον καταμερισμό των πόρων και την αιτιολόγηση αυτών. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί μία παρέμβαση ή να αναπτυχθεί μία νέα υπηρεσία υγείας είναι απαραίτητη η ύπαρξη επαρκών πόρων. Εάν οι επαγγελματίες υγείας δεν γνωρίζουν τα επίπεδα υγείας ενός πληθυσμού ή τα χαρακτηριστικά του δεν μπορούν αφενός να διεκδικήσουν τους απαραίτητους πόρους και αφετέρου να δικαιολογήσουν την αναγκαιότητα χορήγησης τους. Στην ανάπτυξη των επαγγελματιών υγείας, η ύπαρξη κατάλληλων μεθοδολογιών μέτρησης της υγείας αποτελεί

βασικό μοχλό για την ανάπτυξη των επαγγελματιών που προάγουν και προστατεύουν την υγεία, καθώς με αυτόν τον τρόπο μπορεί να γίνει εμφανής η αποτελεσματικότητα του έργου τους. Με την ύπαρξη στοιχείων που καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητά τους δικαιολογείται η επένδυση στην πρόληψη, την προστασία και την προαγωγή της υγείας. Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η ανάπτυξη μεθοδολογιών που μετρούν την υγεία, είναι καθοριστικής σημασίας (Δαρβίρη 2007).

2.3.1 Μέθοδοι μέτρησης της υγείας

Ο τρόπος που καθορίζεται και αντιλαμβάνεται η έννοια της υγείας, επηρεάζει αντιστοίχως και τις μεθοδολογίες που αναπτύσσονται για την μέτρηση αυτής. Έτσι εάν η υγεία αντιλαμβάνεται ως η απουσία νόσου, τότε αξιοποιούνται μέθοδοι που μετρούν την έκταση των νοσημάτων και τα αποτελέσματά τους χρησιμοποιούνται αντίθετα για να δείξουν τα επίπεδα υγείας. Από την άλλη πλευρά, εάν η υγεία αντιλαμβάνεται ως μία θετική έννοια, αναπτύσσονται άλλες μέθοδοι που καλούνται να μετρήσουν όλες τις διαστάσεις αυτής.

Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται μέθοδοι που προκύπτουν κυρίως από την επιστήμη της επιδημιολογίας. Η επιδημιολογία είναι η επιστήμη που μελετά την κατανομή και την εξέλιξη των διαφόρων νοσημάτων ή χαρακτηριστικών στον πληθυσμό, καθώς και τους παράγοντες που τα διαμορφώνουν ή τα επηρεάζουν. Στα πλαίσια της προαγωγής και της προστασίας της υγείας, οι επαγγελματίες μπορούν να αξιοποιήσουν επιδημιολογικά δεδομένα, προκειμένου να εντοπίσουν προβλήματα υγείας σε έναν πληθυσμό, να αναγνωρίσουν ομάδες υψηλού κινδύνου αλλά και να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των διάφορων προληπτικών μέτρων και υπηρεσιών. **Οι κυριότεροι επιδημιολογικοί δείκτες που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των επιπέδων υγείας ενός πληθυσμού, είναι οι δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας.**

Η επιδημιολογία, αποτελεί πολύτιμο αρωγό στην κατανόηση της υγείας καθώς βοηθάει στην απεικόνιση του βαθμού ενός προβλήματος, αναδεικνύει την αιτιολογία μίας κατάστασης, την ιστορική της εξέλιξη, τις σχέσεις που διέπουν διάφορους παράγοντες και την κακή υγεία και ως εκ τούτου επιτρέπει τον υπολογισμό κινδύνου αλλά και την

αποτελεσματικότητα διαφόρων παρεμβάσεων. Για αυτό τον λόγο οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τις μεθόδους της επιδημιολογίας αλλά και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Ωστόσο, οι άνω μέθοδοι μετρούν την υγεία με βάση την νόσο και την αρρώστια και όχι απευθείας. Δείχνοντας από την μία ότι ο ορισμός της υγείας εξακολουθεί να επηρεάζεται τεχνικά από την απουσία νόσου και από την άλλη το πόσο επικεντρωμένη είναι η επιστήμη στην νόσο και όχι στην υγεία. Για τον λόγο αυτό έχει καταβληθεί προσπάθεια να αναπτυχθούν άλλες **μέθοδοι οι οποίες μετρούν την υγεία άμεσα.**

Στις μεθόδους αυτές εντάσσονται οι ακόλουθες προσεγγίσεις (Δαρβίρη, 2007):

1. Μέτρα υγείας. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται δεδομένα αναφορικά με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού όπως το βάρος, το ύψος, η στοματική υγεία.

2. Δείκτες συμπεριφοράς υγείας. Συμπεριφορές όπως η χρήση υπηρεσιών υγείας, η διατροφή, η φυσική άσκηση, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση καπνού, η λήψη ναρκωτικών ουσιών και η ασφαλής σεξουαλική δραστηριότητα. Ελέγχονται, γίνεται καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων σχετικά με αυτές, ώστε να περιγραφούν διάφοροι πληθυσμοί ή ακόμα να γίνουν συγκρίσεις με άλλους πληθυσμούς. Από τα δεδομένα αυτά αναφορικά με την συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής προκύπτουν σημαντικά συμπεράσματα σχετικά με τα επίπεδα υγείας.

3. Κοινωνικό-οικονομικοί δείκτες. Η αναγνώριση ότι το οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο ενός ατόμου, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες υγείας, οδήγησε στην χρήση ανάλογων δεικτών, προκειμένου να γίνουν εκτιμήσεις για τα επίπεδα υγείας των πληθυσμών. Η μόρφωση, το επάγγελμα, η κοινωνική τάξη, το εισόδημα, ο τύπος κατοικίας, αποτελούν παραμέτρους που μελετώνται στα πλαίσια της προσέγγισης αυτής. Ο πλούτος και η κατανομή αυτού αποτελεί βασική παράμετρο σε πολλές έρευνες από τις οποίες προκύπτει ότι χώρες οι οποίες εμφανίζουν μεγάλες ανισότητες κατανομής του πλούτου έχουν χαμηλότερα επίπεδα υγείας (Τούντας 2000).

4. Περιβαλλοντικοί δείκτες. Το περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της υγείας των πληθυσμών. Συνεπώς η συλλογή δεδομένων αναφορικά με την ποιότητα του νερού, του αέρα, την κατοικία μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες αναφορικά με τα επίπεδα υγείας ενός πληθυσμού.

Όλοι οι παραπάνω δείκτες μπορούν να αξιοποιηθούν συνδυαστικά, προκειμένου να υπάρξει μία πιο σαφής εικόνα του επιπέδου και της κατάστασης του γενικού πληθυσμού. Επιπροσθέτως υπάρχει η δυνατότητα να μελετηθούν συγκεκριμένες ομάδες, γεωγραφικές περιοχές κτλ., ώστε να γίνουν συγκρίσεις με άλλους ανάλογους πληθυσμούς. Επίσης, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τα άτομα που χαράσσουν πολιτικές υγείας, για να τεθούν συγκεκριμένοι στόχοι υγείας, οι οποίοι θα αναβαθμίζουν την υγεία και θα ανταποκρίνονται στις υπάρχουσες ανάγκες. Τέλος, εκτός των προαναφερθέντων δεικτών, η μέτρηση της πρόθεσης των ατόμων να αλλάξουν στάση και συμπεριφορά, υιοθετώντας έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής αλλά και ο βαθμός πληροφόρησης και ευαισθητοποίησης τους στα θέματα υγείας, έχει προταθεί ως ένα ακόμη σημαντικό μέτρο στην προσπάθεια μέτρησης της θετικής υγείας.

Οι προαναφερθέντες δείκτες αντιμετωπίζουν την υγεία ως μία έννοια αντικειμενικά μετρήσιμη. Ωστόσο δεν πρέπει να παραβλέπεται ότι στην υγεία και οι υποκειμενικές αναφορές έχουν μεγάλη σημασία καθώς η υγεία σε κάποιο βαθμό βιώνεται και εκφράζεται από τα άτομα μέσα από ένα προσωπικό φίλτρο και συνεπώς ενέχει και υποκειμενικό χαρακτήρα. Για τον λόγο αυτό έχουν αναπτυχθεί και προταθεί και κάποιες άλλες **μέθοδοι μέτρησης της υγείας, οι οποίες βασίζονται στην υποκειμενική αναφορά. Αυτές οι μέθοδοι διακρίνονται σε 4 βασικές κατηγορίες. Πιο συγκεκριμένα (Δαρβίρη, 2007):**

1. Μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας της ζωής. Ο όρος ποιότητα ζωής θεωρείται ότι περιλαμβάνει τις ευρύτερες εκφάνσεις της υγείας και αποβλέπει στην αξιολόγηση συγκεκριμένων αντικειμενικών καταστάσεων σχετιζόμενων με την ζωή αλλά και την υποκειμενική αξιολόγηση αυτών των καταστάσεων. Τα μεθοδολογικά εργαλεία που έχουν αναπτυχθεί για να μετρήσουν την ποιότητα ζωής περιλαμβάνουν 4 βασικές διαστάσεις αυτής. Την ψυχολογική διάσταση (π.χ. διάφορες ψυχολογικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη), την κοινωνική (π.χ. κατά πόσο το άτομο συμμετέχει σε κοινωνικές

δραστηριότητες), την εργασιακή (π.χ. η ικανότητα του ατόμου να εκπληρώνει επαγγελματικές ή άλλες μη έμμισθες εργασίες) και την σωματική (π.χ. ποιότητα του ύπνου, ιατρικό ιστορικό). Οι μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας ζωής έχουν ιδιαίτερα αξιοποιηθεί στην έρευνα για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Πολύ γνωστοί δείκτες που διερευνούν και την ποιότητα ζωής είναι τα Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Χρόνια Ζωής (Quality Adjusted Life Years) και τα Χρόνια Ζωής Απαλλαγμένα από Ανικανότητα (Disability Adjusted Quality Life Years).

2. Μέθοδοι μέτρησης σωματικής καλής υγείας και λειτουργικότητας. Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί διάφορα ερωτηματολόγια προκειμένου να διαπιστωθούν τα επίπεδα λειτουργικότητας των ατόμων δηλαδή κατά πόσο μπορούν να εκτελούν καθημερινές εργασίες, όπως την ατομική τους καθαριότητα, τη μετακίνησή τους, εργασίες στο σπίτι κτλ. Υπάρχουν ωστόσο και άλλα εργαλεία τα οποία περιλαμβάνουν περισσότερες κατηγορίες διερεύνησης της σωματικής υγείας.

3. Μέθοδοι μέτρησης της ψυχολογικής καλής υγείας. Τα εργαλεία που αναπτύσσονται σε αυτή την κατηγορία μετρούν την απουσία ή την παρουσία συμπτωμάτων που συνδέονται με την ψυχολογική υγεία όπως η κατάθλιψη, το στρες, το άγχος. Επιπροσθέτως, έχουν αναπτυχθεί κλίμακες οι οποίες προσπαθούν να διερευνήσουν έννοιες όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, η ευτυχία, η αυτό-εκτίμηση και ο βαθμός ελέγχου, έννοιες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν στην θωράκιση του οργανισμού κατά των ψυχολογικών διαταραχών.

4. Μέθοδοι μέτρησης κοινωνικής υγείας. Η κοινωνική διάσταση της υγείας αποτελεί μία από τις προσεγγίσεις που τα τελευταία χρόνια έχει αναδειχθεί ως εξαιρετικής σημασίας για την ολιστική κατανόηση του φαινομένου υγείας. Στα πλαίσια αυτής της προσέγγισης έχουν αντιστοίχως αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία μέτρησης των εκφάνσεων της κοινωνικής υγείας. Έτσι υπάρχουν εργαλεία που διερευνούν την ποσότητα και την ποιότητα των κοινωνικών δικτύων, την κοινωνική συμμετοχή και την κοινωνική υποστήριξη. Έννοιες όπως το κοινωνικό κεφάλαιο και το αίσθημα του ανήκειν, επίσης μελετώνται ευρέως, καθώς όπως καταδεικνύει ένα πλήθος μελετών, οι έννοιες αυτές φαίνεται να συνδέονται με την θνησιμότητα και τη νοσηρότητα των πληθυσμών.

Η ανάπτυξη των υποκειμενικών μέτρων για την μέτρηση της καλής υγείας έχει βασιστεί σε μεγάλο βαθμό στην εργασία των Andrews & Withey, οι οποίοι διερεύνησαν την έννοια αυτή τόσο σε θεωρητικό όσο και σε πρακτικό επίπεδο αναπτύσσοντας μερικές από τις διαδεδομένες κλίμακες.

Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να τονιστεί ότι η προσπάθεια να μετρηθεί η υγεία αποτελεί μία διαδικασία δύσκολη, πολύ δυσκολότερη από το να μετρηθεί η αρρώστια, ωστόσο είναι απολύτως απαραίτητη, καθώς συμβάλλει σε όλα τα στάδια των δραστηριοτήτων της προαγωγής υγείας, στον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση.

Όπως προέκυψε από όλα τα προαναφερθέντα υπάρχει μία πληθώρα μεθόδων που μπορούν να αξιοποιηθούν, μέθοδοι που βασίζονται σε υποκειμενικά και αντικειμενικά ευρήματα, μέθοδοι που βασίζονται σε δεδομένα που έχουν ήδη συλλεχθεί και μέθοδοι που απαιτούν νέα συλλογή. Αν και ακόμη οι ειδικοί δεν έχουν καταλήξει στο ποια μέθοδος είναι οι καλύτερη, ωστόσο επισημαίνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να είναι σε θέση να επιλέγουν την προσφορότερη, εκείνη δηλαδή, που ανταποκρίνεται στους σκοπούς για τους οποίους γίνεται η μέτρηση.

2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

Ο πολυδιάστατος χαρακτήρας της υγείας γίνεται περισσότερο εμφανής μελετώντας τους παράγοντες που την επηρεάζουν. Αυτοί είναι (Δαρβίρη, 2007):

1. Ατομικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορά και επιλογές στον τρόπο ζωής. Η διατροφή, η φυσική άσκηση, η χρήση καπνού, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών, αποτελούν συμπεριφορές οι οποίες όπως βιβλιογραφικά έχει τεκμηριωθεί επηρεάζουν τα επίπεδα υγείας.

2. Βιολογικοί παράγοντες. Στην κατηγορία αυτή εμπίπτουν παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και κληρονομικά χαρακτηριστικά.

3. Περιβαλλοντικοί παράγοντες. Παράγοντες που σχετίζονται με το οικοσύστημα περιλαμβάνονται σε αυτήν την κατηγορία.

4. Παράγοντες του άμεσου περιβάλλοντος. Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται παράγοντες που σχετίζονται με το άμεσο περιβάλλον του ατόμου, όπως η κατοικία, η εργασία η διαθεσιμότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

5. Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες. Η ανάπτυξη, η φτώχεια, η εργασία, η εκπαίδευση, το κοινωνικό στρες, οι οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες, ο κοινωνικός αποκλεισμός, το αναπτυξιακό ιστορικό και οι συνθήκες διαβίωσης στα πρώτα χρόνια της ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Το 65^ο έτος της ηλικίας καθιερώθηκε ως απαραίτητο κριτήριο για οικονομικές παροχές από τα κοινωνικά ασφαλιστικά συστήματα (συντάξεις, εφάπαξ, χρηματικά βοηθήματα κ.α.).

Αναγνωρίζεται ότι είναι δύσκολο να δοθεί ικανοποιητικός ορισμός στον ετερογενή πληθυσμό των ηλικιωμένων, επειδή η φυσιολογική με τη χρονολογική ηλικία παρουσιάζουν μεταξύ τους διακρίσεις. Επιπλέον η ενηλικίωση ή η γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού αρχίζει μεταξύ 20-30 ετών και προχωρεί με ποικίλο ρυθμό. Μια καλύτερη απεικόνιση αυτού του πληθυσμού και με πιο παραδεκτό ορισμό βασισμένο στα χαρακτηριστικά της ηλικίας του θα μπορούσε να τον διαιρέσει σε ενήλικες 55+, ηλικιωμένους 65+ και πολύ ηλικιωμένους 80+.

Ομάδα εργασίας που συγκροτήθηκε υπό την αιγίδα του WHO παρατηρεί, είναι δύσκολο να δοθεί μοναδικός ορισμός στον όρο «ηλικιωμένος» που να εφαρμόζεται λογικά ή να είναι εύχρηστος σε όλες τις περιπτώσεις. Τα μέλη της ομάδας, αφού εξέτασαν τον όρο υπό το πρίσμα της βιολογικής, της κοινωνικής, της οικονομικής και της χρονολογικής διαστάσεως, κατέληξαν στο συμπέρασμα: Ο αυθαίρετος καθορισμός του όρου «ηλικιωμένος» με τη χρονολογική ηλικία δεν μπορεί να βελτιώσει τη χρήση του, καίτοι αναγνωρίζεται ότι η σχέση μεταξύ χρονολογικής ηλικίας, βιολογικής, κοινωνικής και οικονομικών κριτηρίων ποικίλλει από χώρα σε χώρα. Τελικά η επιτροπή δέχθηκε ως ηλικιωμένους τον ετερογενή πληθυσμό 60+ και ενθάρρυνε τις χώρες να παρουσιάσουν ειδικά στατιστικά στοιχεία για άτομα ηλικίας 80+ (Πλάτη 2008).

3.1 Νοσηρότητα των ηλικιωμένων

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι νευροψυχιατρικές διαταραχές και τα κακοήθη νεοπλάσματα αποτελούν τις κύριες αιτίες νοσηρότητας στους ηλικιωμένους. Σε επίπεδο φύλου ωστόσο υπάρχει μία αντιστροφή στην 1η και 2η θέση, όπου για τους άντρες τα

καρδιαγγειακά βρίσκονται στην 1η θέση και στην 2η θέση οι νευροψυχιατρικές διαταραχές ενώ το αντίθετο συμβαίνει στις γυναίκες (Δαρβίρη 2007).

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, κατά μέσο όρο οι Έλληνες αναμένονται να διανύσουν περίπου το 90% των ετών ζωής τους υγιείς. Εκτιμάται λοιπόν, ότι χάνουν περίπου 7.4 έτη λόγω ύπαρξης νόσου ενώ υπάρχουν και σημαντικές διαφυλικές διαφορές. Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη απώλεια σε σχέση με τους άνδρες, η οποία μεταφράζεται σε 8.2 χαμένα υγιή χρόνια για εκείνες, έναντι 6.7 χαμένων υγιών ετών των ανδρών. Η διαφορά αυτή ωστόσο εξηγείται λόγω του ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες γεγονός που αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης νοσημάτων που συνδέονται με την ηλικία. Για τους άνδρες λοιπόν, ο δείκτης Υγιούς Προσδόκιμου Επιβίωσης κατά τη Γέννηση ήταν το 2003, τα 66.7 και για τις γυναίκες τα 68.4 έτη.

Μία ακόμα σημαντική παράμετρος στην αξιολόγηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού αποτελεί η αυτό-αξιολόγηση υγείας (self perceived health), κατά την οποία το ίδιο το άτομο αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του. Η πλειονότητα των ηλικιωμένων έχει θετική άποψη για την υγεία, με τις γυναίκες ωστόσο να αυτό-αξιολογούν την υγεία τους ως λιγότερο καλή έναντι των ανδρών, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τα δεδομένα για την πλειοψηφία των περισσότερων ευρωπαϊκών χωρών (Δαρβίρη 2007).

Ιδιαίτερη αναφορά και προσοχή θα πρέπει να δοθεί στην σοβαρή επίπτωση των νευροψυχιατρικών διαταραχών, αφού σύμφωνα με τις παγκόσμιες εκτιμήσεις οι εν λόγω διαταραχές εκφράζουν το κυρίαρχο μοντέλο νοσηρότητας για τον 21ο αιώνα. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής χαρακτηρίζεται από σημαντικές πηγές στρες, πίεσης, έντασης και απαιτήσεων, παράγοντες με σημαντική επίπτωση στην ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία. Οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι ιδιαίτερος ευαίσθητες στις διαταραχές αυτές, γεγονός που εν μέρει σχετίζεται με τους νέους πολλαπλούς ρόλους των γυναικών και τις εξ αυτών απορρέουσες απαιτήσεις και υποχρεώσεις. Αναφορικά με τους παράγοντες κινδύνου, το κάπνισμα, η υψηλή αρτηριακή πίεση, η παχυσαρκία και η έλλειψη σωματικής άσκησης, αναδεικνύονται μεταξύ άλλων σε μείζονος σημασίας παραμέτρους για την υγεία. Στην ηλικιακή ομάδα των 64+, περίπου το 2.6% αντιμετωπίζει κάποιο σοβαρό χρόνιο πρόβλημα ή κάποιας μορφής ανικανότητας σύμφωνα με δεδομένα για το 2002, (ο μέσος όρος στην

ζώνη των 25 ευρωπαϊκών χωρών, για την ίδια ομάδα είναι 3,4). Τα ευρωπαϊκά στατιστικά δεδομένα για το 1999 έδειξαν ότι περίπου 7 στους 100 Έλληνες πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα (Δαρβίρη 2007).

3.2 Θνησιμότητα των ηλικιωμένων

Η θνησιμότητα των ηλικιωμένων από όλες τις αιτίες για το έτος 2001 ήταν 639.7 ανά 100.000 στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού, σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα ευθύνονται για το 84% (καρδιαγγειακά, νεοπλάσματα, ασθένειες του αναπνευστικού, κτλ) όλων των θανάτων στην Ελλάδα. Τα μη μεταδιδόμενα νοσήματα, με κορυφαία τα καρδιακά νοσήματα και τα νεοπλάσματα, είναι οι κύριοι παράγοντες θανάτου στον ελληνικό πληθυσμό.

Σύμφωνα με τα δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για την Ελλάδα, συνολικά τα καρδιαγγειακά νοσήματα συμβάλλουν στο 49% των θανάτων των ηλικιωμένων, τα νεοπλάσματα στο 25% και ένα περίπου 6% οφείλεται σε ακούσια και εκούσια ατυχήματα ενώ μόλις το 0.6% αποδίδεται στα λοιμώδη νοσήματα (Δαρβίρη 2007).

Οι βασικοί παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με την θνησιμότητα των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, σχετίζονται άμεσα με το σύγχρονο τρόπο ζωής, τα πρότυπα διατροφής, την καπνιστική συνήθεια, την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, την επισφαλή σεξουαλική συμπεριφορά αλλά και την επιβάρυνση του αστικού περιβάλλοντος, στο οποίο ζει η πλειοψηφία των ελλήνων. Όλοι αυτοί οι παράγοντες συνδέονται στην βιβλιογραφία με την εμφάνιση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων τα οποία αποτελούν τις βασικές αιτίες θανάτου στην Ελλάδα.

Η σημαντική επίπτωση των μη μεταδιδόμενων νοσημάτων στην Ελλάδα, εγείρει εκ νέου, το θέμα της πρόληψης και της εφαρμογής των αρχών της προαγωγής υγείας στα πλαίσια των στρατηγικών υγείας, οι οποίες μπορούν εφόσον παρέχονται επαρκώς, να συμβάλλουν στην μείωση της θνησιμότητας από κάθε αιτία, καθώς και της πρώιμης θνησιμότητας, δηλαδή των θανάτων που προκύπτουν πριν το 65 έτος της ηλικίας (έτος που επιλέγεται ως έτος αναφοράς από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και αναφέρεται στα

τεχνικά δελτία της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στις περισσότερες διεθνείς μελέτες για την πρόωρη θνησιμότητα) (Δαρβίρη 2007).

3.3 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι η μοναξιά, το χαμηλό βιοτικό και εκπαιδευτικό πολλές φορές επίπεδο, οι δυσκολίες στην επικοινωνία, τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες, τα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης, το ανεπαρκές υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια, δημιουργεί επίσης πολύ σοβαρά προβλήματα για ορισμένες ομάδες ηλικιωμένων. Τέλος η έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο, δημιουργεί σοβαρότατα προβλήματα στους ηλικιωμένους.

Πιο αναλυτικά η απώλεια του ενός από τους δύο συζύγους, δημιουργεί συναισθηματικά κενά στον ηλικιωμένο που μένει πίσω. Το παραπάνω σε συνδυασμό με το μικρό κοινωνικό κύκλο των ηλικιωμένων επιτείνει το πρόβλημα της μοναξιάς. Δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που βιώνουν έντονα την αποξένωση, την έλλειψη συναισθηματικής συμπαράστασης και τη μοναξιά. Η μοναξιά επίσης μεγαλώνει καθώς συνοδεύεται με την ανησυχία του θανάτου, ο οποίος δεν παύει να αποτελεί και μια πηγή φόβου και άγχους.

Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν συχνά προβλήματα υγείας, με αποτέλεσμα να χρειάζεται να νοσηλεύονται για μεγάλο χρονικό διάστημα σε νοσοκομεία. Το παραπάνω σε συνδυασμό με τις χαμηλές τους συντάξεις ή και καθόλου, κάποιες φορές, επιβαρύνει τον οικογενειακό τους κύκλο με αποτέλεσμα να νιώθουν βάρος στους άλλους.

Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, αρκετών ηλικιωμένων, περιορίζει τα ενδιαφέροντά τους, οδηγώντας τους σε αναγκαστική κοινωνική απομόνωση. Παράλληλα τους απομονώνει και από τους νέους, με τους οποίους δυσκολεύονται να επικοινωνήσουν και να δημιουργήσουν ασφαλείς κοινωνικές σχέσεις.

Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες, οι οποίες συχνά προσβάλουν τους ηλικιωμένους (οστεοπόρωση, διαβήτης, υπέρταση, καρδιακή ανεπάρκεια, καρκίνος,

αρθρίτιδες, γεροντική άνοια, κ.α.), καθώς και τα αναπόφευκτα προβλήματα που δημιουργεί η φθορά που επέρχεται με το πέρασμα των χρόνων (απώλεια μνήμης, μειωμένη όραση, ακοή, κ.α.) δυσκολεύουν την προσαρμογή των ηλικιωμένων στο περιβάλλον.

Επίσης οι ηλικιωμένοι άνω των 70 ετών δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες, όπως η ατομική υγιεινή, η φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και η ένδυση. Εάν ο ηλικιωμένος βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών του, οι συγκεκριμένες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς. Στην αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής κ.α., που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές, η λύση είναι η παροχή κάποιας φροντίδας από τρίτα πρόσωπα, έναντι κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος ή η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα, η οποία επιλύει τις βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργεί όμως προβλήματα (όπως αισθήματα απογοήτευσης, ανασφάλειας και μειωμένης αυτοεκτίμησης, από την απώλεια της αυτονομίας) καθώς και άλλα ιατροκοινωνικά προβλήματα.

Το ανεπαρκές υπάρχον δίκτυο υπηρεσιών υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια δημιουργεί πολύ σοβαρά προβλήματα για ορισμένες ομάδες ηλικιωμένων. Στην Ελλάδα δε λειτουργούν εξειδικευμένα γηριατρικά νοσοκομεία ή γηριατρικές μονάδες σε γενικά νοσοκομεία, με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να εξυπηρετούνται από τις γενικές νοσηλευτικές μονάδες, οι οποίες έχουν οργανωτική δομή σχεδιασμένη κατά βάση για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών (Κωσταρίδου – Ευκλείδη 1999).

Η έλλειψη τέλος κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο, δημιουργεί σοβαρότατα προβλήματα στους ηλικιωμένους.

3.4 Μονάδες φροντίδας των ηλικιωμένων

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η.

Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) αποτελούν φορείς παροχής υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας προς ηλικιωμένους, επιδιώκοντας τη παραμονή των ενδιαφερομένων στο ευρύτερο κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον. Πρόκειται για την πρώτη παρέμβαση στον τομέα της ανοικτής περίθαλψης στην Ελλάδα, που εγκαινιάστηκε σε πιλοτικό στάδιο το 1979 από φορείς του εθελοντικού τομέα. Η ενεργοποίηση της Κεντρικής Διοίκησης (Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας) οδήγησε τελικά στην τυποποίηση του θεσμού, ο οποίος σήμερα λειτουργεί στο πλαίσιο των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Η μεταβίβαση των αρμοδιοτήτων ίδρυσης και λειτουργίας Κ.Α.Π.Η. στους Ο.Τ.Α. τοποθετείται χρονικά το 1984, οπότε και εξαπλώθηκε η παροχή σχετικών υπηρεσιών στο σύνολο της ελληνικής επικράτειας (αρ. 68 Ν. 1416/84).

Η λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. εντάσσεται σε ένα σύγχρονο πλαίσιο προώθησης του μοντέλου της ανοικτής φροντίδας, που εξυπηρετεί τους ακόλουθους στόχους (Αμίτσης 2001):

1. Την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

2. Τη διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων, την αξιοποίηση της έρευνας για τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο πλαίσιο των Κ.Α.Π.Η. συνδυάζουν τις παραδοσιακές υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τις προνοιακές υπηρεσίες ανοιχτού τύπου, στις υπηρεσίες αυτές περιλαμβάνονται (Αμίτσης 1993).

1. Πρωτοβάθμια φροντίδα και συμβουλευτική για τη χρήση παροχών ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης

2. Φυσιοθεραπεία και εργασιοθεραπεία

3. Κοινωνική εργασία
4. Βοήθεια στο σπίτι για όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν
5. Οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση
6. Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις.

Η εξέλιξη του θεσμού μέχρι σήμερα αποδεικνύει ότι λειτούργησε θετικά προς την κατεύθυνση της ενίσχυσης της κοινωνικής αυτονομίας των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας τόσο στη βελτίωση των δυνατοτήτων παραμονής τους στο κοινωνικό περιβάλλον όσο και στην αξιοποίηση των μηχανισμών κοινωνικής προστασίας που προβλέπονται γι' αυτούς. Παράλληλα, όμως, καταγράφονται και ελλείψεις (ιδίως στο επίπεδο της υλικοτεχνικής υποδομής και της διάρθρωσης των προγραμμάτων) που αναμφισβήτητα επιβάλλουν την αναθεώρηση του θεσμού και την προσαρμογή του στις νέες οικονομικές και κοινωνικές ανάγκες των ηλικιωμένων (Τσαούση & Χατζηγιάννη 1990, Τεπέρογλου 1994).

3.5 Στεφανιαία νόσος και Τρίτη ηλικία

Στις ΗΠΑ η στεφανιαία νόσος αποτέλεσε αίτιο θανάτου στο 17% των ανδρών και στο 10% των γυναικών. Στη Φιλανδία, η στεφανιαία νόσος αποτέλεσε αίτιο θανάτου για το 60% και 40% των ανδρών και γυναικών αντίστοιχα ηλικίας άνω των 85 χρόνων με ιδιαίτερη αύξηση της συχνότητάς της στα άτομα και των δύο φύλων που υπερέβησαν το 75^ο έτος. Πέραν της ηλικίας των 85 χρόνων η νόσος ήταν αναλογικά συχνότερη στις γυναίκες. Η θνητότητα της στεφανιαίας νόσου είναι υψηλότερη στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών.

Στα υπερήλικα άτομα η νόσος είναι συνήθως πολυαγγειακή, ενώ συχνά προσβάλλει και το στέλεχος της αριστεράς στεφανιαίας αρτηρίας και δύναται να εκδηλωθεί κλινικά υπό τρεις μορφές: σιωπηλή ισχαιμία, σιωπηλό έμφραγμα και συμπτωματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου (με ή χωρίς ανάσπαση του διαστήματος ST) (Μάλλιος 2012).

Η σιωπηλή ισχαιμία, παρατηρείται στο 33 - 49% των ηλικιωμένων στεφανιαίων ατόμων, χαρακτηρίζεται από την απουσία αλγεινής συνδρομής και διαγιγνώσκεται ΗΚΓ/φικά. Η αιτία της συχνής απουσίας του άλγους στη μορφή αυτή της στεφανιαίας

νόσου δεν είναι γνωστή, αλλά πιθανολογούνται η μείωση της αίσθησης του πόνου, η ύπαρξη ικανοποιητικής παράπλευρης στεφανιαίας κυκλοφορίας, οι αυξημένοι υποδοχείς των ενδορφινών και τέλος η διαταραχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Το σιωπηλό έμφραγμα του μυοκαρδίου εντοπίζεται στα άτομα της τρίτης ηλικίας σε ποσοστό 20%. Διαγιγνώσκεται από την ύπαρξη νεκρωτικού κύματος Q σε τυχαίο ΗΚΓ/φικό έλεγχο και η συχνότητά του βαίνει παράλληλα προς την αύξηση της ηλικίας. Έτσι, στην ηλικιακή ομάδα των 75- 84 ετών το ποσοστό αυτό είναι της τάξης του 42% (Μάλλιος 2012).

Επισημαίνεται ότι το ασυμπτωματικό έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι συχνότερο στο στεφανιαίο γυναικείο πληθυσμό, χωρίς όμως να υπάρχει κάποια συσχέτιση με την ηλικία.

Στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, το ένα τρίτο περίπου των περιπτώσεων δεν έχει στηθαγχικό πόνο, απουσιάζει. Ενώ όταν αποτελεί το βασικό σύμπτωμα είναι συνήθως διάχυτο και όχι μεγάλης έντασης. Συχνότατα συνυπάρχει είτε με δύσπνοια η οποία μπορεί να είναι και η κύρια κλινική εκδήλωση της νόσου (ένδειξη δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας) είτε νευρολογικές και γαστρεντερικές διαταραχές. Πρέπει να τονιστεί ιδιαίτερα ότι τα συμπτώματα από το κεντρικό νευρικό σύστημα (συγχυτική κατάσταση, συγκοπτικές κρίσεις) μπορεί να αποτελούν την πρώτη εκδήλωση του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου και να οδηγήσουν σε λανθασμένη διάγνωση και κατ' επέκταση σε κακή εκτίμηση της κατάστασης του ασθενούς. Η συχνότητα της εμφάνισης του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου είναι μεγαλύτερη στις ηλικιωμένες γυναίκες απ' ότι στην αντίστοιχη ομάδα των ανδρών, ενώ συγχρόνως μεταξύ των δυο φύλων υπάρχουν αξιόλογες διαφορές ως προς τους ενοχοποιούμενους επιβαρυντικούς παράγοντες. Η πρόγνωση είναι βαριά και η θνητότητα στα άτομα ηλικίας πέραν των 75 χρόνων φτάνει το 25,5% στις πρώτες 35 ημέρες της πάθησης, έναντι του 4,6% που παρατηρείται στα άτομα μικρότερα των 55 ετών.

Η επίδραση του φύλου δεν έχει ξεκαθαριστεί. Η δυσμενέστερη πρόγνωση της στεφανιαίας νόσου στις ηλικιωμένες γυναίκες σχετίζεται περισσότερο με την επίδραση των προδιαθεσικών παραγόντων (αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης) στη λειτουργική απόδοση της αριστεράς κοιλίας (διάχυτη μυοκαρδιακή βλάβη, νόσος μικρών αγγείων) παρά στο φύλο αυτό καθ' εαυτό. Οπωσδήποτε δεν πρέπει να παραβλέπεται το

γεγονός της καθυστερημένης άφιξης των γυναικών στα Νοσοκομεία για την παροχή βοηθειών, όπως και η συνήθως συνυπάρχουσα βεβαρημένη ψυχολογική τους κατάσταση.

Γενικά οι επιπλοκές (πρώιμες και όψιμες) είναι συχνότερες στους στεφανιαίους ασθενείς της τρίτης ηλικίας, έναντι εκείνων των ατόμων νεότερων ηλικιών. Ποσοστό πλέον του 40% παρουσιάζει προοδευτικά επιδεινούμενη καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ συχνή είναι η εμφάνιση αρρυθμιών και μηχανικών επιπλοκών (ρήξη αριστεράς κοιλίας και μεσοκοιλιακού διαφράγματος, ανεπάρκεια μιτροειδούς βαλβίδας) (Μάλλιος 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, ο όρος «φροντιστής» αποδίδεται σε συγγενείς ή φίλους ή και άτομα πέρα από το στενό οικογενειακό περιβάλλον, που φροντίζουν μέλος με ειδική ανάγκη. Φροντιστής μπορεί να είναι ένας φίλος, ο/η σύζυγος, παιδί, ή και άτομο επί πληρωμή. Οι ανάγκες που καλύπτονται αφορούν χορήγηση φαρμάκων, διατροφή, φροντίδα περιβάλλοντος διαμονής ακόμη δε και δυσκολίες ένδυσης (Vitaliano et al 2003).

Η ολοένα και αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού καθιστούν τον παράγοντα «επιβάρυνση φροντιστών» ιδιαίτερα σημαντικό. Η φροντίδα των ηλικιωμένων είναι μια εμπειρία με αρκετά μεγάλη σωματική, ψυχική, συναισθηματική και κοινωνική επιβάρυνση για τους ανθρώπους που την έχουν επωμιστεί, τους φροντιστές. Πολλές εργασίες επιβεβαιώνουν και ενισχύουν μια δυσάρεστη πραγματικότητα, μιας και οι φροντιστές των ηλικιωμένων εμφανίζουν μια σειρά από παθολογικές καταστάσεις και συμπτώματα που συνδέονται με το «βάρος» από τη φροντίδα των ηλικιωμένων, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ψυχική και η σωματική υγεία τους και να αυξάνεται η νοσηρότητα τους.

Λέγοντας λοιπόν επιβάρυνση, εννοούμε τις συνέπειες που υπόκεινται τα άτομα τα οποία είναι σε στενή επαφή και φροντίζουν ασθενείς (σωματικές ή συναισθηματικές). Στη διεθνή βιβλιογραφία περιγράφονται διάφορα είδη επιβάρυνσης, αλλά η πιο γνωστή διάκριση είναι αυτή που διαχωρίζει την αντικειμενική και την υποκειμενική επιβάρυνση (Vitaliano et al 2003).

Η αντικειμενική επιβάρυνση περιλαμβάνει οποιονδήποτε παράγοντα μπορεί να διαταράξει την οικογενειακή ζωή και οφείλεται στα προβλήματα του ασθενούς. Η υποκειμενική επιβάρυνση σχετίζεται με την υποκειμενική εμπειρία και τα προβλήματα του φροντιστή. Το πρόβλημα της επιβάρυνσης είναι πολυδιάστατο και δεν εξαρτάται μόνο από χαρακτηριστικά και τα προβλήματα του ασθενούς, αλλά επεκτείνεται μέσα στο ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο του στρες και της αντιμετώπισης του (Vitaliano et al 2003).

Το κοινωνικό υποστηρικτικό σύστημα που διαθέτει το άτομο που νοσεί από ΣΝ φαίνεται να παίζει κρίσιμο ρόλο στην προσαρμογή του στη νόσο και στην επακόλουθη δυσφορία. Ιδιαίτερο ρόλο διαδραματίζουν τα μέλη της οικογένειας. Οι σχέσεις μέσα στην οικογένεια αλλά και οι ευρύτερες διαπροσωπικές σχέσεις δεν φαίνεται να επηρεάζονται από τη νόσο και σε μερικές περιπτώσεις βελτιώνονται. Η αντίληψη από το ίδιο το άτομο ότι του παρέχεται υψηλού βαθμού υποστήριξη από το περιβάλλον του αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα που βελτιώνει την προσαρμογή του και μειώνει την δυσφορία του.

Η οικογένεια απαιτείται να έχει ανοικτή επικοινωνία με τον ασθενή προκειμένου να βοηθηθούν τα μέλη της οικογένειας να εκφράσουν τα δικά τους συναισθήματα και ανάγκες καθώς επίσης και ο ασθενής να λειτουργήσει μέσα από έναν ρόλο όχι παθητικού δέκτη αλλά υπεύθυνου και ενεργητικού.

Μια αρρώστια όταν είναι σοβαρή ή χρόνια διαταράσσει όχι μόνο την προσωπική ζωή του ασθενούς αλλά και τις σχέσεις του με τα μέλη της οικογένειας και την ίδια τη ζωή των μελών αυτών. Εκτός από τον άρρωστο, πάσχουν συγχρόνως και ο/η σύζυγος, τα παιδιά, οι γονείς, τα αδέρφια ή και άλλοι συγγενείς κατά περίπτωση. Τα αισθήματα και οι αντιδράσεις είναι σχεδόν οι ίδιες με αυτές του ασθενούς. Συχνά ο ασθενής προσέρχεται στον γιατρό, συνοδευόμενος από κάποιο συγγενικό του πρόσωπο. Συνεπώς η επικοινωνία με τον άρρωστο συχνά δεν περιορίζεται σε δύο μόνο πρόσωπα, αλλά διευρύνεται και αφορά σε πολύ περισσότερα άτομα (Γρηγοροπούλου & Ψιμούλη 1994).

Η επικοινωνία μεταξύ του αρρώστου και όσων βρίσκονται στο άμεσο περιβάλλον του επηρεάζει σημαντικά τις εμπειρίες που βιώνει καθένας τους στην φάση της ζωής του άρρωστου. Η ουσιαστική επικοινωνία συμβάλλει θετικά στην ποιότητα της ζωής. Τρεις από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που καθορίζουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μεταξύ αρρώστου και περιβάλλοντος περιλαμβάνουν:

1. Τη συχνότητα της επικοινωνίας που εξαρτάται από τη συχνότητα με την οποία συγγενείς και φίλοι επισκέπτονται τον άρρωστο και παραμένουν στο νοσοκομείο.
2. Το περιεχόμενο της επικοινωνίας που καθορίζεται από την άνεση με την οποία ο άρρωστος και όσοι βρίσκονται κοντά του συζητούν.

3. Τον τρόπο επικοινωνίας και ανταλλαγής μηνυμάτων.

Κάθε οικογένεια αποτελεί ένα «σύνολο». Αυτό σημαίνει ότι το κάθε γεγονός, η κάθε εμπειρία που επηρεάζει ένα ή περισσότερα μέλη του συνόλου αυτού έχει αντίκτυπο σε ολόκληρη την οικογένεια. Και αντίστροφα όταν ένα γεγονός επιδρά στο σύνολο της οικογένειας, όλα τα μέλη της επηρεάζονται από αυτό.

4.1 Ψυχολογική επιβάρυνση της οικογένειας

Τα μέλη της οικογένειας διακατέχονται από έντονο στρες, το οποίο προκύπτει από την αλληλεπίδραση μεταξύ των ίδιων και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Όταν το άτομο βιώνει το στρες αντιλαμβάνεται μια ασυμφωνία ή αντίφαση, πραγματική ή φανταστική, ανάμεσα στις απαιτήσεις που προβάλλει μια κατάσταση και στα αποθέματα, βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά που διαθέτει. Στην περίπτωση αυτή το άτομο υιοθετεί στρατηγικές αντιμετώπισης, οι οποίες αποβλέπουν τόσο στην επίλυση του προβλήματος όσο και στη ρύθμιση των συναισθημάτων του. Συγκεκριμένα το άτομο, λαμβάνει άμεσα μέτρα που περιλαμβάνουν ενέργειες για να αντιμετωπίσει την κατάσταση που του προκάλεσε το στρες. Για παράδειγμα, το μέλος της οικογένειας του ασθενούς με ΣΝ, που βιώνει το στρες αναζητά πληροφορίες για την ασθένεια του αγαπημένου του προσώπου προκειμένου να αντιμετωπίσει την ψυχοπιεστική αυτή κατάσταση. Η στρατηγική αυτή άλλοτε αποβλέπει στην επίλυση του προβλήματος και άλλοτε στον έλεγχο των συναισθημάτων του. Επίσης το άτομο που βιώνει στρες μπορεί να αναζητήσει υποστήριξη ενός φίλου του ή ενός άλλου συγγενικού προσώπου. Η συναισθηματική εκτόνωση, πρόκειται για μια άλλη στρατηγική που αποβλέπει στη ρύθμιση των συναισθημάτων του ατόμου και περιλαμβάνει ενέργειες όπως το κλάμα, τις φωνές, το κάπνισμα, την άθληση κ.α. Τέλος, οι ενδοψυχικές διεργασίες περιλαμβάνουν διάφορους μηχανισμούς άμυνας μέσω των οποίων το άτομο τροποποιεί την αντίληψή του για την ψυχοπιεστική κατάσταση και με τον τρόπο αυτό μειώνει το στρες που του προκαλεί. Γνωστικές στρατηγικές όπως η άρνηση, η απώθηση, η εκλογίκευση κ.α. αποβλέπουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος 1999).

Η διάγνωση της ΣΝ έρχεται να αποδιοργανώσει τη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του. Οι ανησυχίες για το μέλλον, η αναζήτηση ικανών ιατρών και της καταλληλότερης αντιμετώπισης, οι φόβοι για τους κινδύνους της θεραπείας μαζί με τη σωματική καταπόνηση που συνήθως συνοδεύει την ασθένεια, δημιουργούν πολύπλοκα ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα στους ασθενείς και στην οικογένειά του.

Η αντιμετώπιση της κατάστασης του ασθενούς από την οικογένειά του έχει άμεση σχέση με τον τρόπο με τον οποίο επικοινωνούν τα μέλη μεταξύ τους. Οι οικογένειες που μοιράζονται συχνά τα συναισθήματα ο ένας στον άλλον αισθάνονται πιο άνετα να συζητήσουν για την ασθένεια και τις αλλαγές που συνεπάγεται στη ζωή τους (Vitaliano et al 2003).

Όταν ανακοινωθεί σε μια οικογένεια ότι ο γονιός πάσχει από ΣΝ συναισθήματα όπως φόβος ανασφάλεια, ενοχές κυριαρχούν όχι μόνο στα ενήλικα μέλη αλλά και στα παιδιά. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό οι γονείς να ανακοινώνουν οι ίδιοι στα παιδιά την ύπαρξη της ασθένειας, να τα βοηθήσουν να εκφράσουν όλες τις απορίες, τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους και να είναι έτοιμοι να τους δώσουν τις κατάλληλες απαντήσεις έτσι ώστε να αποφευχθούν οι λάθος πληροφορίες που πιθανώς να δοθούν στα παιδιά από το φιλικό και συγγενικό περιβάλλον.

4.2 Επιβάρυνση οικογένειας και ανάγκη για υποστήριξη

Τα μέλη της οικογένειας λόγω της συναισθηματικής και σωματικής εξάντλησης, της συνεχούς ανησυχίας και φροντίδας νιώθουν εξουθενωμένα. Για το λόγο αυτό πρέπει να γνωρίζουν ότι είναι ανάγκη να αφιερώνουν και στον εαυτό τους λίγο χρόνο προκειμένου να αναπαύονται, να χαλαρώνουν και να διατηρούν τη συναισθηματική και ψυχολογική ισορροπία τους (Pinquart & Sorensen 2003).

Τα μέλη της οικογένειας έχουν ανάγκη από συναισθηματική στήριξη. Είναι πολύ πιθανό τα μέλη της οικογένειας να αισθάνονται φόβο για το μέλλον, θυμό εξαιτίας της αναταραχής που προκλήθηκε στη ζωή τους και ενοχή για διάφορους λόγους. Έτσι λοιπόν

χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να μη νιώθουν ενοχές επειδή λαμβάνουν υπόψη τις δικές τους ανάγκες μαζί με τις ανάγκες του ασθενούς ή επειδή χρησιμοποιούν το χρόνο τους για δικές τους κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες (Pinquart & Sorensen 2003).

Είναι δεδομένο πλέον ότι μαζί με τον ασθενή πάσχει στη πραγματικότητα και η οικογένεια αφού στις περισσότερες περιπτώσεις αυτή επιφορτίζεται την φροντίδα του. Ειδικά στην Ελλάδα ακόμα και αν οι ασθενείς νοσηλεύονται κάπου δεν παύει να είναι υπεύθυνη για την φροντίδα τους η οικογένεια τους. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα των ασθενών είναι ιδιαίτερα επιφορτισμένη και η οικογένεια έχει ανάγκη από υποστήριξη προκειμένου να μπορέσει να αντεπεξέλθει τόσο σωματικά και ψυχολογικά όσο και οικονομικά.

Η πιο σημαντική από τις επιβαρύνσεις που δέχεται η οικογένεια σαν φροντιστές είναι η ψυχολογική αφού λόγω της μεγάλης φροντίδας που πρέπει να παρέχουν στον ασθενή διακατέχονται από άγχος και αγωνία τόσο για το παρόν όσο και για το μέλλον. Ο φροντιστής λόγω του άγχους αναπτύσσει αρνητικά συναισθήματα όπως λύπη, θυμό, ντροπή και μοναξιά σαν αντίδραση στην πραγματικότητα που βιώνει.

Ένα από τα πιο βασικά έργα, είναι η προετοιμασία της οικογένεια γι' αυτά που πρόκειται να αντιμετωπίσει. Οι πιο πολλές οικογένειες είναι απροετοίμαστες γι' αυτό που τους συνέβη και πολλές από αυτές αρνούνται να το αποδεχτούν ακόμα και όταν συμβεί. Η προετοιμασία λοιπόν είναι ένα πολύ σημαντικό στάδιο τόσο για την οικογένεια όσο και για τον ίδιο τον ασθενή (Pinquart & Sorensen 2003).

Πρώτα απ' όλα θα πρέπει να ωθούνται οι ασθενείς και οι φροντιστές να κάνουν συζητήσεις σχετικά με τα θέματα που θα τους απασχολήσουν στο μέλλον ακόμα και αν θεωρούν ότι είναι νωρίς. Επιπλέον, ο φροντιστής χρειάζεται να είναι προετοιμασμένος ώστε να τηρεί ορισμένες αρχές και προϋποθέσεις όταν συζητά με τον ασθενή. Μεταξύ των οποίων, να είναι ήρεμοι και ξεκούραστοι, να ακούει και την γνώμη του ασθενή ακόμα και όταν δεν συμφωνεί με αυτή γιατί μπορεί να ακούσει κάτι ενδιαφέρον που δεν το περίμενε αλλά και ο ασθενής έχει ανάγκη να αντιληφθεί ότι ακούγεται η γνώμη του και ότι δεν λαμβάνονται όλες οι αποφάσεις ερήμην του. Το κυριότερο όμως απ' όλα είναι στις

συζητήσεις που αφορούν την επίλυση μελλοντικών προβλημάτων να είναι όλοι αντικειμενικοί και να λένε την αλήθεια (Καλαϊτζή 2005, Pinguart & Sorensen 2003).

Για να είναι σωστά προετοιμασμένη η οικογένεια θα πρέπει να είναι σε θέση να συλλέξει πληροφορίες και να ενημερώνεται ώστε να απευθυνθεί στις διάφορες υπηρεσίες που υπάρχουν για να λάβει πολλές μορφές βοήθειας και υποστήριξης (Καλαϊτζή 2005).

Η οικογένεια συνολικά μπορεί να αποτελέσει μεγάλη βοήθεια για το άτομο που έχει επιφορτιστεί να φροντίζει τον ασθενή ενώ παράλληλα μπορεί να αποτελέσει και τεράστιο πρόβλημα. Εάν τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας έχουν διάθεση να βοηθήσουν, τότε ο φροντιστής θα πρέπει να δεχτεί αυτή την βοήθεια και να μην προσπαθεί να τα κάνει όλα μόνος του γιατί δεν θα τα καταφέρει. Υπάρχει όμως η περίπτωση τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας όχι μόνο να μη βοηθούν αλλά να είναι επικριτικοί και αδιάφοροι απέναντι σε αυτό το πρόβλημα. Σ' αυτή την περίπτωση ο φροντιστής χρειάζεται να έρθει σε επαφή με τα άλλα μέλη της οικογένειας προκειμένου να συζητήσει μαζί τους και να μοιραστεί τα προβλήματα που αντιμετωπίζει (Καλαϊτζή 2005).

Είναι πολύ διαφορετικό κάποιος να ενημερώνεται για την νόσο αλλά πολύ διαφορετικό να ζει όλη μέρα με κάποιον που πάσχει από αυτή. Τόσο συναισθηματικά όσο και πρακτικά, το μέλος της οικογένειας που έχει αναλάβει χρέη φροντιστή πρέπει να αντιμετωπίσει μία σκληρή πραγματικότητα. Έτσι, για να μπορέσει να ανταπεξέλθει στην καθημερινότητα ο φροντιστής θα πρέπει να προσέχει τον εαυτό του αφού έχει και ο ίδιος πολλές πιθανότητες να πάθει κατάθλιψη. Θα πρέπει λοιπόν να προσέχει ιδιαίτερα και αν δει συμπτώματα κατάθλιψης όπως το να νιώθει συνέχεια κουρασμένος ή θλιμμένος χωρίς λόγο, αν έχει ανορεξία ή υπερβολική όρεξη, αν νιώθει δυστυχισμένος κ.α. να ζητήσει άμεσα επαγγελματική βοήθεια (Καλαϊτζή 2005).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η αξιολόγηση και ο έλεγχος της ποιότητας ζωής των ασθενών με στεφανιαία νόσο στη τρίτη ηλικία καθώς και η διερεύνηση της επιβάρυνσης που υφίστανται οι οικογένειες (φροντιστές), σαν αποτέλεσμα της φροντίδας που προσφέρουν στους ηλικιωμένους.

5.2 Επιλογή σχεδίου έρευνας

Ο σχεδιασμός της συγκεκριμένης έρευνας βασίστηκε στη περιγραφική μελέτη, με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Οι περιγραφικές έρευνες έχουν ως σκοπό τον προσδιορισμό και την εκτίμηση των χαρακτηριστικών μιας δεδομένης κατάστασης. Για την επιτυχία των οποίων, απαιτείται (Αθανασίου 2000):

- Προσοχή για τυχόν μεροληψία.
- Οργανωμένες, προδιαγραμμένες και καλά σχεδιασμένες μελέτες.

5.3 Εργαλείο έρευνας

Το εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε το ερωτηματολόγιο. Συγκεκριμένα ο σχεδιασμός της μελέτης περιελάμβανε:

- Χορήγηση ανώνυμου ερωτηματολογίου “ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ” WHOQOL-BREF (Α Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,

Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση, Ε. Τριανταφύλλου, Β. Τομαράς, Β. Μαυρέας, Κ. Ρ. Σολδάτος, Γ.Ν. Παπαδημητρίου) στους ασθενείς της τρίτης ηλικίας με στεφανιαία νόσο.

- Χορήγηση ανώνυμου ερωτηματολογίου “ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ” (Μ.Γ. Μαδιανός Μ. Π. Οικονόμου, 1993, Αναθ. 15/2/2000) στους φροντιστές.

5.3.1 Ποιότητα ζωής WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF

Η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στην προσπάθεια της να συμβάλει στην ανάπτυξη κατάλληλων εργαλείων αξιολόγησης, δημιούργησε την ελληνική έκδοση των ερωτηματολογίων WHOQOL-100 και WHOQOL-BREF. Τα εργαλεία αυτά αναπτύχθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, με στόχο την προαγωγή ενός διαπολιτισμικού συστήματος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής με την χρησιμοποίηση του στον ευρύτερο χώρο της Υγείας (WHOQOL-100 2003).

Η ποιότητα ζωής θεωρείται έννοια αλληλένδετη με την ψυχική και σωματική υγεία του ατόμου και ως εκ τούτου αποτελεί μέγιστης σημασίας ζήτημα η μέριμνα για την αναβάθμιση της. Επιπλέον, κατέχει σημαντικό ρόλο στην περίθαλψη των ασθενών αλλά και στον τομέα της πρόληψης, η δε μέτρηση της μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Υγείας (WHOQOL-100 2003).

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100 περιλαμβάνει 24 θέματα, τα οποία εντάσσονται σε 6 βασικές ενότητες: 1. Σωματική, 2. Ψυχολογική, 3. Επίπεδο ανεξαρτησίας, 4. Κοινωνικές Σχέσεις, 5. Περιβάλλον και 6. Πνευματικότητα, Θρησκεία και Προσωπικές Πεποιθήσεις. Επίσης, εκτός των 24 επιμέρους θεμάτων, συμπεριλαμβάνεται και μια γενική θεματική ενότητα, με τίτλο «Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία», που αξιολογεί το επίπεδο ζωής του ατόμου στο σύνολο της και τη γενική κατάσταση της υγείας του (WHOQOL-100 2003).

Η δημιουργία της ελληνικής μορφής του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 και της σύντομης μορφής του WHOQOL-BREF έχει διεκπεραιωθεί από την Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο Νοσοκομείο. Βασικοί συντελεστές του έργου αυτού είναι δύο κλινικοί ψυχολόγοι (Μ.Τζινιέρη-Κοκκώση, Β. Αντωνοπούλου) και ένας κοινωνιολόγος (Ε. Τριανταφύλλου). Η μελέτη για τη δημιουργία της ελληνικής μορφής

έγινε με βάση το προτεινόμενο από τον Π.Ο.Υ. ερευνητικό πρωτόκολλο με άξονα το διαπολιτισμικό χαρακτήρα των ερωτηματολογίων WHOQOL. Περιλαμβάνει τρία στάδια (WHOQOL-100 2003):

1. Τη μετάφραση του στην Ελληνική και την κατασκευή ισοδύναμων κλιμάκων απαντήσεων που έχουν αντιστοιχία με τις κλίμακες της αγγλικής έκδοσης.
2. Την προσαρμογή του μεταφρασθέντος οργάνου στα πολιτισμικά δεδομένα του ελληνικού χώρου.
3. Τη μελέτη των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του.

Η ελληνική μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-100 και η σύντομη μορφή του WHOQOL-BREF, είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθούν με εγκυρότητα σε μελέτες του ευρύτερου χώρου της Υγείας. Επίσης, η θεματολογία του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF αποτελεί ένα πολιτισμικά έγκυρο πλαίσιο ορισμού της έννοιας ποιότητα ζωής, με βάση την οποία είναι δυνατόν να σχεδιαστούν και να πραγματοποιηθούν συμβουλευτικές, εκπαιδευτικές και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις (WHOQOL-100 2003).

Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο **WHOQOL-BREF**, συμπληρώθηκε από ασθενείς της τρίτης ηλικίας με στεφανιαία νόσο. Αποτελείται από δύο μέρη:

- Το πρώτο μέρος συλλέγει δημογραφικά στοιχεία του δείγματος όπως το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, τον τρόπο διαβίωσης, το επάγγελμα, τον τόπο κατοικίας και την κατάσταση της υγείας (το διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων).
- Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνά τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες αξιολογούν την ποιότητα της ζωής τους και την κατάσταση της υγείας τους. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου. Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα κριτήρια των ασθενών, τις δικές τους προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ότι τους δίνει χαρά αλλά και ότι τους απασχολεί. Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση αναφέρονται στις δυο τελευταίες εβδομάδες της ζωής τους.

Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF περιλαμβάνει έξι ενότητες, 30 ερωτήσεων, οι οποίες αξιολογούν:

Ποιότητα ζωής συνολικά και υγεία. Το θέμα αυτό αναφέρεται γενικά στο πως το άτομο αξιολογεί την ποιότητα ζωής του στο σύνολο της, καθώς και τη γενική κατάσταση της υγείας του, δηλαδή το «ευ ζην» σφαιρικά.

Φυσική υγεία. Πόνοι-σωματικά ενοχλήματα, ενεργητικότητα-κόπωση, ύπνος-ανάπαυση.

Επίπεδο ανεξαρτησίας. Κινητικότητα, δραστηριότητες καθημερινής ζωής, εξάρτηση από φάρμακα ή θεραπείες, ικανότητα για εργασία.

Ψυχολογική υγεία. Θετικά συναισθήματα, σκέψη-μάθηση-μνήμη-συγκέντρωση, αυτοεκτίμηση, σωματική εικόνα-εμφάνιση, αρνητικά συναισθήματα.

Πνευματικότητα. Πνευματικότητα-θρησκεία-προσωπικές πεποιθήσεις.

Κοινωνικές σχέσεις. Προσωπικές σχέσεις, υποστήριξη από το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον, σεξουαλική δραστηριότητα.

Περιβάλλον. Ασφάλεια από εξωτερικούς κινδύνους και αίσθημα ασφάλειας, περιβάλλον κατοικίας, οικονομικοί πόροι, διαθεσιμότητα-ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, δυνατότητα απόκτησης πληροφοριών και νέων δεξιοτήτων, δυνατότητες και συμμετοχή σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες-ελεύθερος χρόνος, φυσικό περιβάλλον, μέσα μεταφοράς.

5.3.2 Κλίμακα οικογενειακής επιβάρυνσης

Το ερωτηματολόγιο, ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ, συμπληρώθηκε από τους φροντιστές των ασθενών. Το οποίο αξιολογεί πληροφορίες σχετικά με τυχόν αλλαγές που έχουν επέλθει στη ζωή της οικογένειας τον τελευταίο καιρό και έχουν σχέση ή οφείλονται στην αρρώστια του/της ασθενούς. Αποτελείται από τέσσερις ενότητες, 23 ερωτήσεων, οι οποίες αξιολογούν: Το οικονομικό βάρος, την επίδραση στις καθημερινές

δραστηριότητες και στην κοινωνική ζωή, την επιθετική συμπεριφορά και τέλος την επίδραση στην υγεία και στη συμπεριφορά.

5.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Για την συλλογή των δεδομένων η ερευνήτρια συνεργάστηκε με τα Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) του Δήμου Ηλιούπολης. Μετά την εξασφάλιση αδείας από το Δήμαρχο και τον Πρόεδρο του νομικού προσώπου Κ.Α.Φ.Α.Δ.Η.Λ. – Παύλος Πεντάρης του Δήμου Ηλιουπόλεως. Η ερευνήτρια προσέγγισε όλους τους άνδρες και γυναίκες ασθενείς, ηλικίας 65-80 ετών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο καθώς και τις οικογένειες αυτών (φροντιστές).

Χορηγήθηκαν 100 ερωτηματολόγια στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο (Ποιότητα ζωής WHOQOL-BREF) και 100 ερωτηματολόγια (Κλίμακας Οικογενειακής Επιβάρυνσης Φροντιστών) στους συγγενείς οι οποίοι είχαν την κύρια ευθύνη αυτών.

Η συμπλήρωση των ερευνητικών εργαλείων έγινε με τη μέθοδο της συνέντευξης ανοιχτού τύπου, διάρκειας περίπου 30' λεπτών. Επιλέχθηκε η συγκεκριμένη μέθοδος καθώς προσφέρει γρήγορο τρόπο συλλογής στοιχείων, ευκολότερη πρόσβαση, παρακολούθηση του δείγματος και δίνεται η δυνατότητα να διευκρινιστούν τυχόν ερωτήσεις στους συμμετέχοντες χωρίς να επηρεάζεται η επιλογή των απαντήσεων τους. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τη φύση της έρευνας, για τη διαφύλαξη της ανωνυμίας τους και των προσωπικών τους δεδομένων.

Η συλλογή των δεδομένων για το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας διήρκησε κατά το χρονικό διάστημα (Ιούλιο 2011 έως Φεβρουάριο 2012).

Μετά την ολοκλήρωση των συνεντεύξεων έγινε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιώντας το Στατιστικό Πακέτο για τις Κοινωνικές Επιστήμες, έκδοση 14 (Statistical Package of Social Sciences 14th edition, SPSS), ολοκληρώνοντας τη μέθοδο της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης.

5.5 Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού του δείγματος

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα ακόλουθα:

- Η ηλικία των ασθενών με στεφανιαία νόσο κυμαινόταν μεταξύ των 65-80 ετών.
- Η στεφανιαία νόσος ήταν διαγνωσμένη με οποιαδήποτε αναίμακτη εξέταση.
- Ο ασθενής και ο φροντιστής διέμεναν στο ίδιο σπίτι.
- Στη περίπτωση που ο ασθενής διέμενε σε δικό του σπίτι θα έπρεπε να περνούσε αρκετές ώρες με την οικογένεια του.

Τα κριτήρια *αποκλεισμού* του δείγματος ήταν:

- Στις γυναίκες με στεφανιαία νόσο δεν λήφθηκε υπ' όψιν η δοκιμασία κοπώσεως, διαγνωστική εξέταση στεφανιαίας νόσου.
- Οι φροντιστές με ιστορικό ή υπόνοια ψυχικής νόσου, νοητικής στέρησης ή διαταραχή προσωπικότητας.

5.6 Αποτελέσματα έρευνας

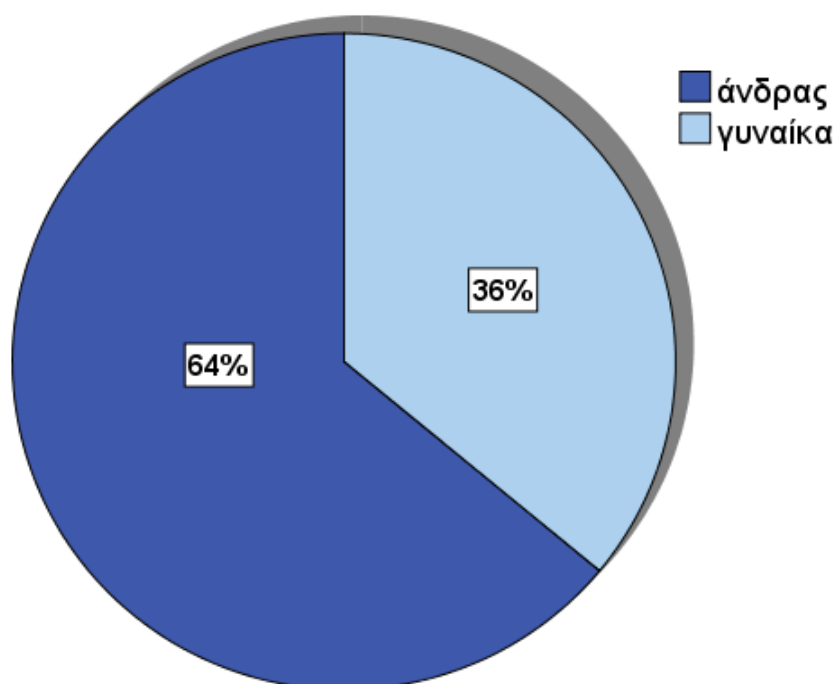
Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούταν από N=200 συμμετέχοντες, 100 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 65-80 ετών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο και 100 συγγενείς (φροντιστές) οι οποίοι είχαν τη κύρια ευθύνη των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο, Ποιότητα ζωής WHOQOL-BREF, συμπληρώθηκε από τους ασθενείς ενώ το ερωτηματολόγιο, Κλίμακας Οικογενειακής Επιβάρυνσης Φροντιστών, συμπληρώθηκε από τους συγγενείς.

Η έρευνα διενεργήθηκε στα Κ.Α.Π.Η του Δήμου Ηλιούπολης και η συλλογή των δεδομένων για το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας διήρκησε κατά το χρονικό διάστημα (Ιούλιο 2011 έως Φεβρουάριο 2012).

Κλίμακα Α. Ποιότητα Ζωής

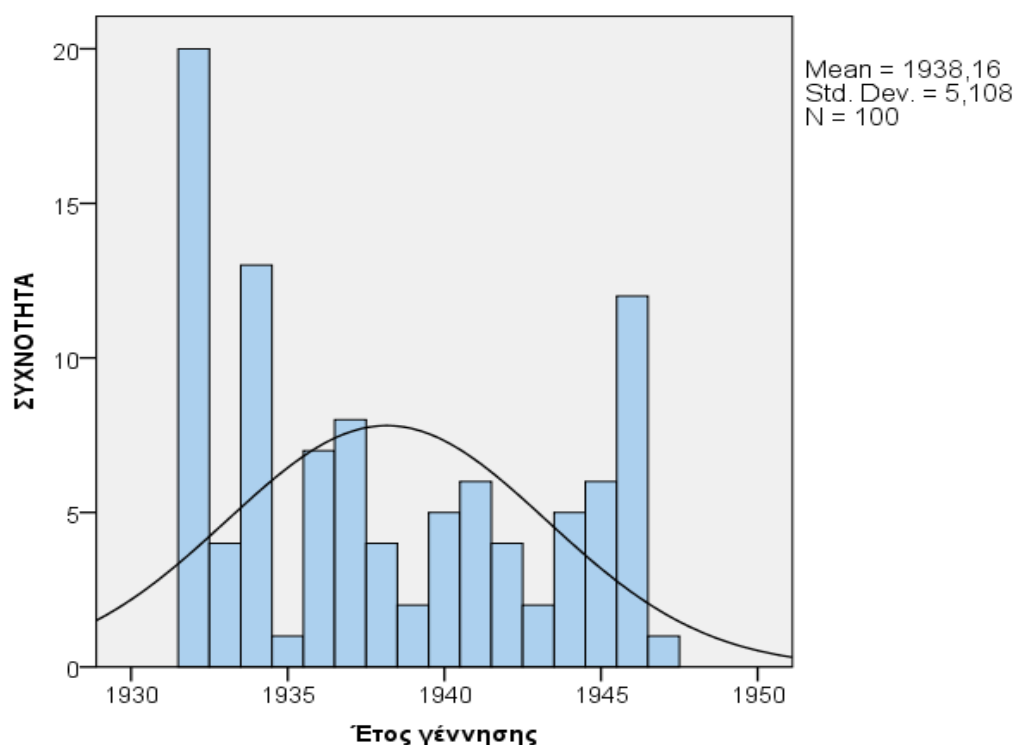
Φύλο ασθενών: Η πλειοψηφία 64%, N=64 των ασθενών με στεφανιαία νόσο που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν άνδρες, ενώ το 36%, N=36 των ασθενών ήταν γυναίκες, (Σχήμα 1).

Σχήμα 1. Αντιπροσώπευση φύλων



Ηλικία ασθενών: Τα έτη γέννησης των ερωτηθέντων κυμαίνονταν από το 1932 μέχρι το 1947 (80 ετών ο γηραιότερος και 65 ετών ο νεότερος), με **μέσο όρο ηλικίας τα 74 έτη** (1938) και τυπική απόκλιση 5,1. Η μεγάλη αυτή τυπική απόκλιση φανερώνεται στο Σχήμα 2, όπου οι γεννηθέντες το 1932, 80 ετών (N=20), το 1934, 78 ετών (N=13) αλλά και εκείνοι που γεννήθηκαν το 1946, 66 ετών (N=12) ήταν δυσανάλογα πολλοί σε σχέση με την υπόλοιπη κατανομή των ηλικιών.

Σχήμα 2. Ραβδόγραμμα ηλικιών

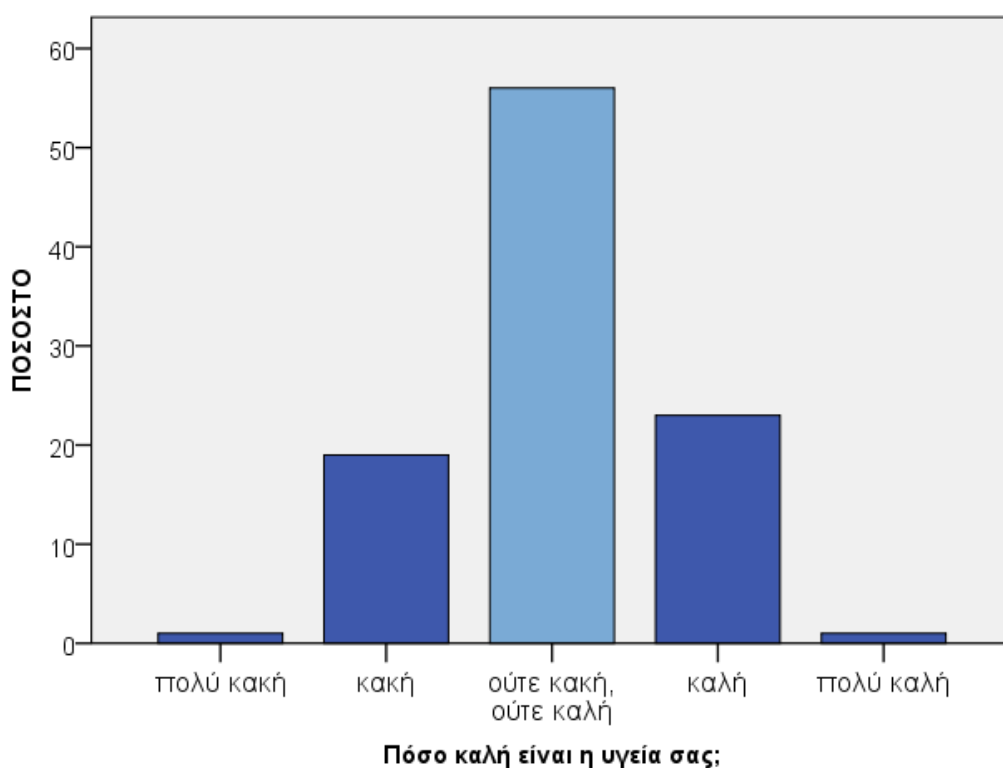


Μορφωτικό επίπεδο ασθενών: Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης διαπιστώνουμε ότι η πλειονότητα είχε μόρφωση δημοτικού ή τάξεων του δημοτικού (συνολικά το 53%), το 30% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου (εξατάξιο γυμνάσιο) και το 17% ήταν απόφοιτοι ιδρύματος ανώτατης εκπαίδευσης.

Οικογενειακή κατάσταση-Τρόπος διαβίωσης ασθενών: Το 71% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι με το 23% να ήταν χήροι/ες. Το 93% είχε παιδιά από ένα μέχρι επτά (μέσος όρος 2 παιδιά ανά οικογένεια) με τυπική απόκλιση 0,93. Επίσης, το 78% συγκατοικούσε, ενώ το 22% ζούσε μόνο.

Η πλειονότητα των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα στο ερώτημα, **πόσο καλή είναι η υγεία σας;** Περιέγραψαν την κατάσταση της υγείας τους ως μέτρια «ούτε κακή, ούτε καλή» το 56%. Το 24% ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν καλή και το 20% ότι η υγεία τους ήταν κακή (Σχήμα 3).

Σχήμα 3. Αυτό-αξιολόγηση κατάσταση υγείας



Όσον αφορά τις αναφερόμενες παθήσεις των συμμετεχόντων διαπιστώνουμε ότι το 41% ανέφερε ότι αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα και το 59% δεν αναφέρθηκε σε κάποιο πρόβλημα υγείας, εκτός των καρδιολογικών προβλημάτων, καθότι όλοι οι συμμετέχοντες (N=100) ήταν στεφανιαίοι ασθενείς. Παρατηρήθηκε, ότι το 39% είχε αρθρίτιδα ή ρευματισμούς, το 31% είχε προβλήματα στα κάτω άκρα, το 31% είχε υπέρταση, το 25% είχε διαβήτη, το 23% είχε καταρράκτη και το 13% είχε εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα. Το 5% είχε καρκίνο και άλλο ένα 5% είχε υποστεί

εγκεφαλικό επεισόδιο. Διάφορες άλλες παθήσεις αναφέρθηκαν σε χαμηλή συχνότητα (Πίνακας 1). Κανείς δεν έπασχε από Πάρκινσον ή αιμορραγία του ορθού εντέρου. Ο πλήρης πίνακας υπάρχει στο Παράρτημα 2.

Πίνακας 1. Αναφερόμενες παθήσεις των συμμετεχόντων

Πάθηση	Ποσοστό εμφάνισης
Καρδιολογικά προβλήματα	100%
Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί	40%
Προβλήματα στα κάτω άκρα	31%
Υπέρταση	31%
Διαβήτης	25%
Καταρράκτης	23%
Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα	13%
Πάθηση (συνέχεια)	Ποσοστό εμφάνισης
Καρκίνος	5%
Εγκεφαλικό επεισόδιο	5%
Αναιμία	2%
Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής	2%
Θυρεοειδοπάθεια	2%
Κάταγμα ή ράγισμα οστού	2%
Μείωση/απώλεια όρασης	2%
Υπερτροφία προστάτη	2%
Χρόνια ψυχικά προβλήματα	2%

Από τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες, θεωρούσαν ότι τα καρδιολογικά προβλήματα είχαν μακράν τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή τους (71%). Το 17% κατονόμασε το διαβήτη ως έχων τις σοβαρότερες επιπτώσεις και το υπολειπόμενο 12% αποτελούταν από διάφορες παθήσεις και παρατίθεται στο Παράρτημα 2.

Κύρια ερωτήματα

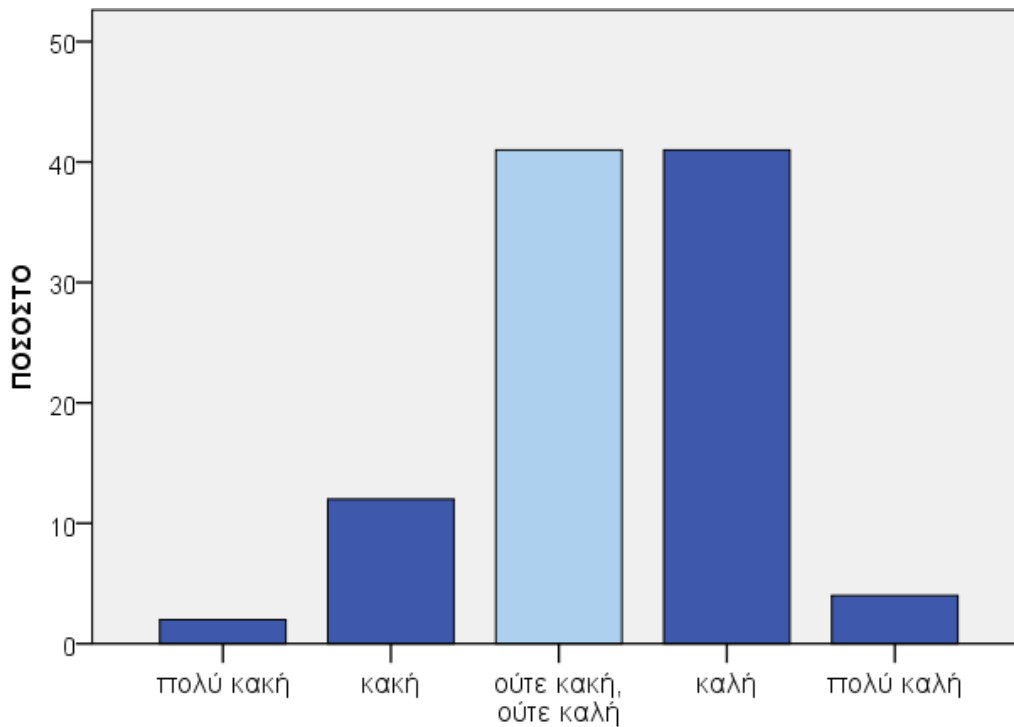
Στα κύρια ερωτήματα βρέθηκαν τα παρακάτω. Για τα παρακάτω αποτελέσματα, οι αναλυτικές συχνότητες και τα ποσοστά των απαντήσεων παρατίθενται στο Παράρτημα 3. Για την κλίμακα ποιότητας ζωής, η αξιοπιστία ήταν υψηλή και αποδεκτή με Cronbach alpha $\alpha=0,803$ (24 ερωτήματα, 3-26). Για όλα τα ερωτήματα μαζί η αξιοπιστία ήταν $\alpha=0,871$ (30 ερωτήματα, 1-26, N1-N4) .

Γενικοί Δείκτες

Αρχικά παρουσιάζονται οι δείκτες ποιότητας ζωής, ποιότητας υγείας και γενικής ποιότητας ζωής/υγείας. Ακολούθως αναλύονται οι τέσσερις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Για τον υπολογισμό των σκορ των διαστάσεων, χρησιμοποιείται ο μέσος όρος των απαντήσεων σε κάθε διάσταση. Οι μέσοι όροι έπειτα πολλαπλασιάζονται με το 4. Τα σκορ έχουν τιμές από 4 έως 20, και όσο μεγαλύτερο είναι ένα σκορ, τόσο μεγαλύτερη είναι η ποιότητα ζωής του ατόμου στη συγκεκριμένη διάσταση.

Συνολικά, το 45% του δείγματος βαθμολόγησε την γενική ποιότητα ζωής του ως τουλάχιστον καλή (41% καλή και 4% πολύ καλή). Το 41% τη βαθμολογούσε ως μέτρια «ούτε κακή/ούτε καλή», ενώ το 14% τη βαθμολογούσε κακή (το 12% κακή και το 2% πολύ κακή). Ο δείκτης για την **Γενική Ποιότητα Ζωής G1** είχε τιμή **13,32** (μέσος όρος 3,33, τυπική απόκλιση 0,817, N=100). Συνεπώς, η γενική ποιότητα ζωής ήταν μέτρια στα 13 (Σχήμα 4).

Σχήμα 4. Αυτό-αξιολόγηση ποιότητας ζωής



1. Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;

Στο ερώτημα, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγείας; Διαφάνηκε ότι η πλειοψηφία το 56% των συμμετεχόντων ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την υγεία τους, το 36% ήταν από λίγο ως καθόλου ικανοποιημένοι (26% λίγο και 6% καθόλου). Ενώ το 12% ήταν πολύ ικανοποιημένοι. Ο δείκτης για την **Γενική Ποιότητα Υγείας G2** είχε τιμή **10,96** (μέσος όρος 2,74, τυπική απόκλιση 0,747, N=100). Συνεπώς, η γενική ποιότητα υγείας ήταν μάλλον χαμηλή στα 11.

Ο δείκτης για την **Γενική Ποιότητα Ζωής/Υγείας** είχε τιμή **12,14** (μέσος όρος 3,04, τυπική απόκλιση 0,704, N=100). Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται αφομοιώνοντας τα ερωτήματα G1 και G2 σε ένα (άθροιση των δύο σκορ και διαίρεση του αποτελέσματος δια δύο) και πολλαπλασιάζοντας επί 4. Ο γενικός δείκτης ποιότητας ζωής/υγείας κυμαινόταν συνεπώς σε μέτρια επίπεδα με 12.

Διαστάσεις

Για τον υπολογισμό των διαστάσεων, λήφθηκε υπόψιν το γεγονός ότι, στην κλίμακα ποιότητας ζωής QoL, τα ερωτήματα 3, 4 και 26 αντιστρέφονται. Τα ερωτήματα που ανήκουν σε κάθε διάσταση προστέθηκαν και το αποτέλεσμά τους διαιρέθηκε με τον αριθμό των ερωτημάτων κάθε διάστασης και πολλαπλασιάστηκαν με το 4, όπως ορίζει η βαθμολόγηση της κλίμακας.

Η διάσταση της **Φυσικής Υγείας (και Επίπεδου Ανεξαρτησίας)** περιλάμβανε 9 ερωτήματα, τα 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18, N1, και N2. Η διάσταση της **Ψυχολογικής Υγείας (και Πνευματικότητας)** περιλάμβανε 6 ερωτήματα, τα 5, 6, 7, 11, 19 και 26. Η διάσταση των **Κοινωνικών Σχέσεων** περιλάμβανε 5 ερωτήματα, τα 20, 12, 22, N3 και N4. Η διάσταση του **Περιβάλλοντος**, τέλος, περιλάμβανε 8 ερωτήματα, τα 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 και 25.

Στο πίνακα 2 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των διαστάσεων, πολλαπλασιασμένοι επί 4 για το τελικό σκορ.

Πίνακας 2. Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής των συμμετεχόντων

Διάσταση	Μέσος όρος (x4)
1. Φυσική Υγεία	12,8044
2. Ψυχολογική Υγεία	12,4781
3. Κοινωνικές Σχέσεις	12,4525
4. Περιβάλλον	12,4343

Όπως παρατηρούμε, οι τέσσερις διαστάσεις της φυσικής υγείας, της ψυχολογικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος είχαν τιμές που κυμαίνονταν από **12,8 μέχρι 12,4**. Οι τιμές αυτές παραπέμπουν σε μία μέτρια ποιότητα ζωής.

Κλίμακα Β. Οικογενειακή Επιβάρυνση

Το ερωτηματολόγιο, Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης, συμπληρώθηκε από τους φροντιστές των ασθενών με στεφανιαία νόσο. Ζητήθηκε να δοθούν πληροφορίες σχετικά με τυχόν αλλαγές που έχουν επέλθει στη ζωή της οικογένειας του ασθενή τον τελευταίο καιρό και που έχουν σχέση ή οφείλονται στην αρρώστια του/της. Οι αναλυτικές συχνότητες και τα ποσοστά απάντησης για κάθε ερώτημα ξεχωριστά παρατίθενται στο Παράρτημα 3.

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει το μέσο όρο των απαντήσεων των μελών του δείγματος των συγγενών, με βάση τη βαθμολόγηση της κλίμακας (Μαδιανός και Οικονόμου, 1993, Παράρτημα 1).

Πίνακας 3. Υποκλίμακες Οικογενειακής Επιβάρυνσης.

	N	Μέσος όρος	Μέγιστο δυνατό σκορ	Τυπική απόκλιση
A. Οικονομικό βάρος	100	2,38	10	1,00
B. Επίδραση στις δραστηριότητες και την ζωή	97	4,22	16	3,12
Γ. Επιθετική συμπεριφορά	100	0,27	8	0,91
Δ. Επίδραση στην υγεία και στη συμπεριφορά	99	4,80	12	3,49
Συνολική κλίμακα	96	11,70	46	6,15265

Παρατηρούμε λοιπόν ότι το **Οικονομικό βάρος**, είχε μέσο όρο 2,4 στα 10, συνεπώς η οικονομική επιβάρυνση δεν ήταν πολύ μεγάλη. Ο μέσος όρος της **Επίδρασης στις καθημερινές δραστηριότητες και την κοινωνική ζωή** ήταν 4,2 στα 16, δείχνοντας επίσης ότι και αυτή η επιβάρυνση ήταν χαμηλή. Στην **Επιθετική συμπεριφορά**, ο μέσος όρος ήταν πολύ χαμηλός, με 0,3 στα 8. Όσον αφορά την **Επίδραση στην υγεία και στη συμπεριφορά**, ο μέσος όρος ήταν 4,8 στα 12, δείχνοντας μία αυξημένη επίδραση. Τέλος, το μέσο σκορ για ολόκληρη την κλίμακα οικογενειακής επιβάρυνσης ήταν 11,7 στα 46 (μέσος όρος 2,5), καταδεικνύοντας μία χαμηλή επιβάρυνση στην οικογένεια. Αξίζει να σημειωθεί ότι κανένας συμμετέχοντας δεν είχε σκορ πάνω από 30 στη συνολική κλίμακα.

5.7 Συζήτηση

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελούταν από N=200 συμμετέχοντες, 100 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 65-80 ετών που πάσχουν από στεφανιαία νόσο και 100 συγγενείς (φροντιστές) οι οποίοι είχαν τη κύρια ευθύνη αυτών. Το ερωτηματολόγιο, Ποιότητα ζωής WHOQOL-BREF, συμπληρώθηκε από τους ασθενείς ενώ το ερωτηματολόγιο, Κλίμακας Οικογενειακής Επιβάρυνσης Φροντιστών, συμπληρώθηκε από τους συγγενείς.

Για την συλλογή των δεδομένων η ερευνήτρια συνεργάστηκε με τα Κ.Α.Π.Η. (Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) του Δήμου Ηλιούπολης Η συλλογή των δεδομένων για το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας διήρκησε κατά το χρονικό διάστημα (Ιούλιο 2011 έως Φεβρουάριο 2012).

Τα έτη γέννησης των ερωτηθέντων κυμαίνονταν από το 1932 μέχρι το 1947 (80 ετών ο γηραιότερος και 65 ετών ο νεότερος), με μέσο όρο ηλικίας τα 74 έτη (1938) και τυπική απόκλιση 5,1. Το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών ήταν στη πλειονότητα του (συνολικά το 53%) απόφοιτοι δημοτικού ή τάξεων του δημοτικού, το 30% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου ή λυκείου (εξατάξιο γυμνάσιο) ενώ το 17% ήταν απόφοιτοι ιδρύματος ανώτατης εκπαίδευσης. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι είναι πιθανό αρκετοί εκ των ασθενών που απάντησαν ότι είχαν μόρφωση ανώτατης εκπαίδευσης «ΑΕΙ» να εννοούσαν ότι είχαν τελειώσει το γυμνάσιο, γιατί η τύπωση του υποερωτήματος του γυμνασίου και εκείνου του ΑΕΙ, μπορεί να ήταν αποπροσανατολιστική (Παράρτημα 1). Τέλος, όσον αφορά τη περιγραφή του δείγματος των ασθενών με στεφανιαία νόσο διαπιστώνουμε ότι το 71% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι με το 23% να ήταν χήροι/ες. Το 93% είχε παιδιά από ένα μέχρι επτά (μέσος όρος 2 παιδιά ανά οικογένεια) με τυπική απόκλιση 0,93. Επίσης, το 78% συγκατοικούσε, ενώ το 22% ζούσε μόνο.

Η ποιότητα ζωής έχει πλέον αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός δείκτης αποτελέσματος της φροντίδας υγείας και βρίσκεται συνεχώς στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος (Βαλάσση-Αδάμ 2001, Μερκούρης 2003).

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, τα καρδιολογικά προβλήματα επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των στεφανιαίων ασθενών. Υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τη μείωση του δείκτη της ποιότητας ζωής ειδικά των ασθενών που πάσχουν

από στεφανιαία νόσο (The Dartmouth Atlas of Health Care in Michigan 1997, Herrmann et al 1997, Flemme et al 2001, Pelletier et al 2002, Elliott 2005).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η αξιοπιστία της κλίμακας ποιότητας ζωής ήταν υψηλή και αποδεκτή με $\alpha=0,8$. Ο δείκτης Γενικής Ποιότητας Ζωής είχε τιμή 13,32 και κυμαινόταν σε μέτρια επίπεδα. Ο δείκτης για την Γενική Ποιότητα Υγείας ήταν χαμηλός 10,96 και ο ευρύτερος δείκτης Γενικής Ποιότητας Ζωής/Υγείας είχε τιμή 12,14, κυμαινόταν δηλαδή σε μέτρια επίπεδα. Τέλος, οι διαστάσεις της φυσικής υγείας, της ψυχολογικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος είχαν μέση τιμή από 12,8 έως 12,4 και παρέπεμπαν σε μία μέτρια δηλωθείσα ποιότητα ζωής.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειονότητα των ασθενών το 56% που συμμετείχαν στην έρευνα περιέγραψαν την κατάσταση της υγείας τους ως μέτρια «ούτε κακή, ούτε καλή», το 24% ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν καλή και το 20% ότι η υγεία τους ήταν κακή. Το 41% ανέφερε ότι αντιμετώπιζε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα και το 59% δεν αναφέρθηκε σε κάποιο πρόβλημα υγείας, εκτός των καρδιολογικών προβλημάτων, καθότι όλοι οι συμμετέχοντες ήταν στεφανιαίοι ασθενείς. Παρατηρήθηκε, ότι το 39% είχε αρθρίτιδα ή ρευματισμούς, το 31% είχε προβλήματα στα κάτω άκρα, το 31% είχε υπέρταση, το 25% είχε διαβήτη, το 23% είχε καταρράκτη και το 13% είχε εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα. Το 5% είχε καρκίνο και άλλο ένα 5% είχε υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο. Επίσης, από τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες, θεωρούσαν ότι τα καρδιολογικά προβλήματα είχαν μακράν τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή τους (71%). Και το 17% κατονόμασε το διαβήτη ως έχων τις σοβαρότερες επιπτώσεις.

Αποτελέσματα των Eckert et al. (2002) σε έρευνα τους έδειξαν ότι οι ασθενείς με στεφανιαία νόσο αισθάνονται περισσότερο εξαρτημένοι από τις οικογένειες τους. Πολλές έρευνες επίσης υποστηρίζουν και συσχετίζουν την εμφάνιση ανησυχίας με την υπερπροστατευτική οικογένεια. Πολλές φορές ένα πρόσωπο, λόγω της ασθένειας του, μπορεί να χάσει το ρόλο του μέσα στην οικογένεια, επικρατώντας σε αυτό το αίσθημα της απώλειας θέσης και η έλλειψη ανεξαρτησίας (Ahmad et al 2000, Flemme et al 2001, James et al 2001, Pelletier et al 2002).

Στην παρούσα έρευνα στη Κλίμακα Οικογενειακής Επιβάρυνσης, η οποία συμπληρώθηκε από τους συγγενείς των ασθενών. Οι φροντιστές ρωτήθηκαν εάν είχαν

παρατηρήσει πρόσφατες αλλαγές στη ζωή της οικογένειας τον τελευταίο καιρό, οφειλόμενη στη στεφανιαία νόσο του ασθενή, τροφοδοτώντας την οικογενειακή επιβάρυνση, βρέθηκε λοιπόν ότι το οικονομικό βάρος δεν ήταν ιδιαίτερα μεγάλο (2,4/10). Η επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες και την κοινωνική ζωή ήταν χαμηλή (4,2/16), ενώ η δηλωθείσα επιθετική συμπεριφορά ήταν πολύ χαμηλή (0,3/8). Αντιθέτως, η επίδραση στην υγεία και στη συμπεριφορά ήταν μεγάλη (4,8/12). Η συνολική κλίμακα οικογενειακής επιβάρυνσης καταδεικνυε μία χαμηλή επιβάρυνση στην οικογένεια (11,7/46). Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι κανένας συγγενής δεν είχε σκορ πάνω από 30 στη συνολική κλίμακα.

Το παραπάνω έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, σύμφωνα με την οποία οι φροντιστές των ηλικιωμένων εμφανίζουν μια σειρά από παθολογικές καταστάσεις και συμπτώματα που συνδέονται με το «βάρος» από τη φροντίδα των ηλικιωμένων, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ψυχική και η σωματική υγεία τους και να αυξάνεται η νοσηρότητα τους. τονίζεται μάλιστα ότι η φροντίδα των ασθενών είναι ιδιαίτερα επιφορτισμένη και η οικογένεια έχει ανάγκη την φροντίδα των υπηρεσιών υγείας προκειμένου να μπορέσει να αντεπεξέλθει τόσο σωματικά και ψυχολογικά όσο και οικονομικά ακόμη.

5.8 Συμπεράσματα μελέτης

Συνοψίζοντας τα βασικά συμπεράσματα της παρούσης μελέτης συμπεραίνεται ότι ο δείκτης Γενικής Ποιότητας Ζωής είχε τιμή 13,32 και κυμαινόταν σε μέτρια επίπεδα. Ο δείκτης για την Γενική Ποιότητα Υγείας ήταν χαμηλός 10,96 και ο ευρύτερος δείκτης Γενικής Ποιότητας Ζωής/Υγείας είχε τιμή 12,14, κυμαινόταν δηλαδή σε μέτρια επίπεδα. Τέλος, οι διαστάσεις της φυσικής υγείας, της ψυχολογικής υγείας, των κοινωνικών σχέσεων και του περιβάλλοντος είχαν μέση τιμή από 12,8 έως 12,4 και παρέπεμπαν σε μία μέτρια δηλωθείσα ποιότητα ζωής.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η πλειονότητα των ασθενών το 56% που συμμετείχαν στην έρευνα περιέγραψαν την κατάσταση της υγείας τους ως μέτρια «ούτε κακή, ούτε καλή», το 24% ανέφεραν ότι η υγεία τους ήταν καλή και το 20% ότι η υγεία τους ήταν κακή.

Επίσης, από τα προβλήματα υγείας που αντιμετώπιζαν οι συμμετέχοντες, θεωρούσαν ότι τα καρδιολογικά προβλήματα είχαν μακράν τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή τους (71%). Και το 17% κατονόμασε το διαβήτη ως έχων τις σοβαρότερες επιπτώσεις.

Αναφορικά με την επιβάρυνση των φροντιστών, διαφάνηκε ότι το οικονομικό βάρος δεν ήταν ιδιαίτερα μεγάλο (2,4/10). Η επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες και την κοινωνική ζωή ήταν χαμηλή (4,2/16), ενώ η δηλωθείσα επιθετική συμπεριφορά ήταν πολύ χαμηλή (0,3/8). Αντιθέτως, η επίδραση στην υγεία και στη συμπεριφορά ήταν μεγάλη (4,8/12). Συμπερασματικά, η συνολική κλίμακα οικογενειακής επιβάρυνσης καταδείκνυε μία χαμηλή επιβάρυνση στην οικογένεια (11,7/46). Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι κανένας συγγενής δεν είχε σκορ πάνω από 30 στη συνολική κλίμακα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aaronson P. Jeremy P.T. Ward et al (2002), Το καρδιολογικό σύστημα με μια ματιά, Αθήνα: Παρισιάνος
- American Heart Association (2003) "Heart Attack and Angina Statistics".
http://www.org/st-agnes/EHAC_LifeandDeath/TimeisMuscle.htm
- Center of Global International and Regional Studies (CGIRS) at the University of California Santa Cruz (2006) "Cause of death-UC Atlas of Global Inequality".
- Ewles Linda and Simnett Ina (2003). Promoting Health, a practical guide. Bailliere Tindall.
- Kickbusch, I.(2003). The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. American Journal of Public Health, 93 (3): 383-388
- Kurlaba G., C. Pitsavos, D. Panagiotacos, A. Antonoulas, S. Zombolos, Y. Kogias, Y. Mantas, P. Stravopodis, C. Stefanidis (2006) "Epidemiology of acute coronary syndromes in Greece: Aims, design and baseline characteristics of the Greek study of acute coronary syndromes (GREEKS) "Archives of Hellenic Medicine 23: 365-374.
- Levi F, Lucchini F, Negri E, La Vecchia C (2002) "Trends in mortality from cardiovascular and cerebrovascular disease in Europe and other areas of the world" Heart 88: 119-24.
- Naidoo, J. and Wills J. (2000). Health Promotion: foundations for Practice. Bailliere Tindall.
- National Center of Health Statistics (2007) "Deaths and percentage of total death for the 10 leading causes of death: United States, 2002-2003".
- Pinquart M. and Sorensen (2003), Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis *Psychology and Aging*, Vol. 18, No2, 250-267
- Reddy KS, (2004) "Cardiovascular disease in non-western countries" N Engl J Med 35: 2438-40.
- The Dartmouth Atlas of Health Care in Michigan (1997) Coronary Artery Disease
- Vitaliano P., Zhang J., Scanlan J. (2003), In Caregiving Hazardous to one's Physical Health. A Meta-Analysis *Psychological Bulletin*, Vol. 129, No. 6, 946-972

- Weed, D. L. and McKeown, R. E. (2001). Ethics in epidemiology and public health I. Technical terms. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55(12): 855-857.
- WHOQOL-100 (2003), Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο WHOQOL-100, Αθήνα: Βήτα
- WHO (1982), Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 678. Prevention of coronary heart disease. Geneva, World Health Organization, :192
- World Health Organization (2004) "The World Health Report 2004- Changing History" 120-4.
- WHO (1998). Health Promotion Evaluation: Recommendations to Policy Makers, Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen
- Whoqol Group, (1998), The world health organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*, 46: 1569-1585
- Αδάμ-Βαλάση Ε. (2001) Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3)
- Αθανασίου Λ. (2000) *Μέθοδοι και Τεχνικές Έρευνας στις Επιστήμες της Αγωγής*, Ιωάννινα
- Ακύρου Β. Δ. (2002) Εγχειρίδιο καρδιολογικής νοσηλευτικής, 87-136
- Γρηγοροπούλου Ε., Ψιμούλη Α., (1994), Η αλήθεια που δε λέγεται, *Κοινωνική Εργασία*, τεύχος 33, σελ. 43
- Δαρβίρη Χ. (2007). Προαγωγή Υγείας. Αθήνα: Πασχαλίδης
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.Ε.). *Στατιστική της φυσικής κίνησης του πληθυσμού της Ελλάδας. Διαχρονικές σειρές (2000-2005)*, [www statistics.gr](http://www.statistics.gr).
- Καλαϊτζή Β. (2005), *Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων γονιών*, Αθήνα : Mendor
- Κουρλάμπα Γ. Πιτσαβός Δ. Παναγιωτάκος Α. Αντωνούλας Α. Ζόμπολος Σ. Κόγιας Γ. Μαντάς Γ. Σραβοπόδης Π. Στεφανίδης Χ. (2006), Επιδημιολογία του οξέος στεφανιαίου συνδρόμου στην Ελλάδα. Σκοποί, σχεδιασμός και αρχικά χαρακτηριστικά των ασθενών της επιδημιολογικής μελέτης GREECS. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(4): 365-374

- Κρεμαστινός Δ. (2007), Αναζητώντας τα μυστικά της καρδιάς, Αθήνα: Λιβάνη
- Κρεμαστινός Δ. (2005), Επίτομη κλινική καρδιολογία, 411-470, Αθήνα: Πασχαλίδης
- Μπαμπάτσικου Φ. (2010), Επιδημιολογικά δεδομένα των καρδιαγγειακών νοσημάτων στους ηλικιωμένους, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(3)
- Μερκούρης Α. Αποστολάκης Ε. (2003), Αορτοστεφανιαία παράκαμψη & ποιότητα ζωής, Αθήνα
- Μουτσόπουλος Χ. (1996), CECIL Παθολογία, Α τόμος, Αθήνα: Λίτσας
- Μουτσόπουλος Χ. (2003), CECIL Βασική Παθολογία, 2^{ος} τόμος, Αθήνα: Λίτσας
- Παπαδάτου Δ.- Αναγνωστόπουλος Φ., (1999), *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα
- Πλάτη Χ. (2008), Γεροντολογική νοσηλευτική, Αθήνα
- Ράπτη Σωτηρίου Α. (1996), Εσωτερική παθολογία, 2^{ος} τόμος, Αθήνα: Παρισιάνος
- Σπανοδήμος Σ. Τσαγκλής Η. (2004), Ανασκόπηση των σημαντικότερων μελετών πρωτοπαθούς και δευτεροπαθούς πρόληψης αιφνίδιου καρδιακού θανάτου στη στεφανιαία νόσο και την καρδιακή ανεπάρκεια, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(3): 219-231
- Σταθακόπουλος,(2001),*Έρευνα Αγοράς*, Αθήνα: Σταμούλης
- Τούντας Ι. (2000), *Κοινωνία και υγεία*, Αθήνα: Οδυσσέας-Νέα υγεία
- Τούντας Ι. (2002). *Προαγωγή Υγείας*. Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1

Συγκατατίθεται για την ανώνυμη χρησιμοποίηση των στοιχείων που εμπεριέχονται στο ερωτηματολόγιο.

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ*

--	--	--	--	--

*Ο κωδικός συμπληρώνεται ως εξής: αρχικό γράμμα ονόματος, πατρωνύμου και επωνύμου και οι δύο τελευταίοι αριθμοί της χρονολογίας γέννησής σας.

Σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε τα παρακάτω στοιχεία. Σημειώστε την απάντηση στο τετράγωνο που βρίσκεται αριστερά από κάθε απάντηση.

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ποια είναι η ημερομηνία γέννησής σας;

...../...../.....

Ημέρα/Μήνας/Έτος

Τι εκπαίδευση έχετε;

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Τάξεις δημοτικού | <input type="checkbox"/> ΤΕΕ ή ΙΕΚ |
| <input type="checkbox"/> Δημοτικό | <input type="checkbox"/> ΤΕΙ |
| <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο | <input type="checkbox"/> ΑΕΙ |
| <input type="checkbox"/> Λύκειο (ή Εξατάξιο Γυμνάσιο) | <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακές Σπουδές |

Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Άγαμος-η | <input type="checkbox"/> Έγγαμος-η |
| <input type="checkbox"/> Σε διάσταση | <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος-η |
| <input type="checkbox"/> Χήρος-α | |

Έχετε παιδιά; Ναι Όχι

Αν ναι, πόσα;

Ζείτε: Μόνος Με άλλους

Ποιο είναι το επάγγελμά σας;

.....

Εργάζεστε:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Με πλήρη απασχόληση | <input type="checkbox"/> Οικιακά |
| <input type="checkbox"/> Με μερική απασχόληση | <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος |
| <input type="checkbox"/> Μαθητής, σπουδαστής, φοιτητής | <input type="checkbox"/> Εκτός εργασίας |

Σε ποια περιοχή κατοικείτε;

.....

Πόσο καλή είναι η υγεία σας;

- Πολύ κακή Κακή Ούτε κακή, ούτε καλή Καλή Πολύ καλή

Αντιμετωπίζετε κάποιο πρόβλημα υγείας κατά το τελευταίο διάστημα;

- Ναι Όχι

Αν ναι, σημειώστε ποιο από τα ακόλουθα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζετε.

(Μπορείτε να σημειώσετε παραπάνω από ένα)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Καρδιολογικά προβλήματα | <input type="checkbox"/> Υπέρταση |
| <input type="checkbox"/> Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί | <input type="checkbox"/> Καρκίνος |
| <input type="checkbox"/> Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα | <input type="checkbox"/> Διαβήτης |
| <input type="checkbox"/> Καταρράκτης | <input type="checkbox"/> Εγκεφαλικό επεισόδιο |
| <input type="checkbox"/> Κάταγμα ή ράγισμα οστού | <input type="checkbox"/> Χρόνια ψυχικά προβλήματα |
| <input type="checkbox"/> Προβλήματα στα κάτω άκρα | <input type="checkbox"/> Αιμορραγία του ορθού εντέρου |
| <input type="checkbox"/> Πάρκινσον | |
| <input type="checkbox"/> Άλλο (Παρακαλούμε περιγράψτε) | |

.....

Ποιο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην υγεία σας θεωρείτε ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας; (περιγραφή του προβλήματος υγείας και των επιπτώσεων)

.....
.....
.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αυτό διερευνά το πώς **εσείς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας και την κατάσταση της υγείας σας**. Το περιεχόμενό του αναφέρεται σε σημαντικές διαστάσεις της ζωής, όπως π.χ. οι προσωπικές σχέσεις, η σωματική και ψυχική υγεία, η εργασία, το περιβάλλον κτλ., οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Εάν δεν είστε σίγουρος-η για την απάντησή σας σε κάποια ερώτηση, μπορείτε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι σας αντιπροσωπεύει καλύτερα**. Πολλές φορές, η καταλληλότερη απάντηση είναι η πρώτη που σκεφτήκατε να δώσετε.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί, θα θέλαμε οι απαντήσεις που θα δώσετε σε κάθε ερώτηση να αναφέρονται στις **δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας.

Παράδειγμα ερώτησης:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Έχετε από τους άλλους τη συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	1	2	3	4	5

Για να απαντήσετε στην ερώτηση αυτή, παρακαλούμε να σημειώσετε **σε κύκλο** τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους **τις δύο τελευταίες εβδομάδες**. Για παράδειγμα, ας δούμε τα δύο άκρα της κλίμακας: Εάν κρίνετε ότι έχετε υποστήριξη σε **απόλυτα ικανοποιητικό βαθμό**, θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 5** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Απόλυτα”**. Εάν εκτιμάτε ότι δεν έχετε σε **καθόλου ικανοποιητικό βαθμό** την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**, που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση **“Καθόλου”**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε τις δύο παρακάτω ερωτήσεις και να αξιολογήσετε το πώς νιώθετε για την ποιότητα ζωής σας στο σύνολό της και την υγεία σας τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Βάλτε σε κύκλο τον αριθμό της διαβαθμισμένης κλίμακας που αντιστοιχεί στην απάντησή σας και σας αντιπροσωπεύει καλύτερα.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
1	Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό βιώνετε μια κατάσταση (π.χ. σωματικό πόνο). Παρακαλούμε οι απαντήσεις σας να αναφέρονται στο διάστημα των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
3	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
4	Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση κλπ.)	1	2	3	4	5
5	Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
6	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;	1	2	3	4	5

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
7	Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;	1	2	3	4	5
8	Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
9	Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν σε ποιο βαθμό έχετε την δυνατότητα ή ικανότητα να βιώνετε μια κατάσταση με το συγκεκριμένο τρόπο που περιγράφεται στην ερώτηση (π.χ. την δυνατότητα ή ικανότητα να βρείτε πληροφορίες σε ένα θέμα που σας ενδιαφέρει, όπως οι διακοπές, η εκπαίδευση, η υγεία, η εργασία κ.α.). Οι απαντήσεις σας χρειάζεται να αναφέρονται στις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
10	Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
11	Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;	1	2	3	4	5
12	Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5

13	Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;	1	2	3	4	5
		Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
14	Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
15	Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με διάφορες πλευρές της ζωής σας τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
16	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
17	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
18	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5

19	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
20	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
21	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;	1	2	3	4	5
22	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
23	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
24	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
25	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει πόσο συχνά νιώθετε ορισμένα συναισθήματα τις δύο τελευταίες εβδομάδες.

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

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν πόσο ικανοποιημένος/η νιώθετε με συγκεκριμένες πλευρές της ζωής σας(π.χ., διατροφή, συναισθηματική ατμόσφαιρα στο σπίτι, κτλ) κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων.

		Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
N1	Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;	1	2	3	4	5

		Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
N2	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;	1	2	3	4	5

N3	Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;	1	2	3	4	5
N4	Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες σας)	1	2	3	4	5

Σας ευχαριστούμε για τη συνεργασία σας.

Πληροφορίες για το ερωτηματολόγιο: Πρόγραμμα Ποιότητας Ζωής-Αιγινήτειο Νοσοκομείο, 210-7289121, margkok@med.uoa.gr /Copy rights: M. Ginieri-Coccosis et al 2008.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗΣ

(Μ.Γ. Μαδιανός, Μ. Π. Οικονόμου, 1993, Αναθ. 15/2/2000)

(Απευθύνεται στο συγγενή)

Υπεύθυνος για τη συμπλήρωση:

Ημερομηνία:

Όνοματεπώνυμο Συγγενούς:

Θα ήθελα να μου δώσετε ορισμένες πληροφορίες σχετικά με τυχόν αλλαγές που έχουν επέλθει στη ζωή της οικογένειάς σας τον τελευταίο καιρό και έχουν σχέση ή οφείλονται στην αρρώστια του/της ασθενούς.

A. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΒΑΡΟΣ

	ΝΑΙ	ΛΙΓΟ	ΟΧΙ
1. Μετά την αρρώστια ο άρρωστος εργάζεται τώρα ώστε να φέρνει χρήματα στο σπίτι;	0	1	2
2. Ο άρρωστος κερδίζει λιγότερα χρήματα αφ' ότου αρρώστησε;	2	1	0
3. Κάποιος μέλος της οικογένειας, αναγκάστηκε να σταματήσει την δουλειά του για να φροντίζει τον άρρωστο ή δεν δουλεύει ενώ θα μπορούσε;	2	1	0
4. Κάποιο μέλος της οικογένειας αναγκάστηκε να δουλεύει παραπάνω, για να καλύψει τα έξοδα;	2	1	0
5. Έχει χρειαστεί να δανειστείτε χρήματα για να καλύψετε κάποια παραπάνω έξοδα, εξαιτίας της αρρώστιας;	2	1	0

Βαθμολογία:

B. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΖΩΗ

	ΝΑΙ	ΛΙΓΟ	ΟΧΙ
6. Έχει αλλάξει το καθημερινό πρόγραμμα της οικογένειας, π.χ. η ώρα που τρώτε ή κοιμάστε; Αναγκάζεστε να βγαίνετε λιγότερο έξω από το σπίτι για δουλείες;	2	1	0
7. Δημιουργούνται προβλήματα καθαριότητας στο σπίτι;	2	1	0
8. Ο άρρωστος βοηθά στις δουλείες του σπιτιού;	0	1	2
9. Αφ' ότου ο ασθενής αρρώστησε, κάποιο μέλος της οικογένειας έχει λιγότερο ελεύθερο χρόνο;	2	1	0
10. Έχει περιοριστεί η κοινωνική ζωή της οικογένειας; Έχετε σταματήσει να γιορτάζετε τις γιορτές ή να δέχεστε στο σπίτι;	2	1	0
11. Τώρα βλέπετε πιο σπάνια φίλους ή συγγενείς;	2	1	0
12. Αναγκάστηκε κάποιο μέλος της οικογένειας να διακόψει κάποια ευχάριστη δραστηριότητα π.χ. χόμπι, για να ασχοληθεί με τον άρρωστο;	2	1	0

Βαθμολογία:

Γ. ΕΠΙΘΕΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

	ΝΑΙ	ΛΙΓΟ	ΟΧΙ
14. Έχουν γίνει σοβαρές ζημιές στο σπίτι από τον άρρωστο;	2	1	0
15. Γίνονται φασαρίες ή καυγάδες στο σπίτι λόγω της αρρώστιας;	2	1	0
16. Έχουν γίνει τελευταία, σοβαρά επεισόδια στο σπίτι που να έχουν σχέση με τον άρρωστο;	2	1	0
17. Έχει κάποιος στην οικογένεια χτυπηθεί ή τραυματιστεί εξαιτίας της συμπεριφοράς του αρρώστου;	2	1	0

Βαθμολογία:

Δ. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ

	ΝΑΙ	ΛΙΓΟ	ΟΧΙ
18. Τελευταία, εσείς ή οι άλλοι στο σπίτι είστε νευρικοί, νοιώθετε άγχος;	2	1	0
19. Τώρα τελευταία, φοβάστε, ανησυχείτε περισσότερο;	2	1	0
20. Αισθάνεστε περισσότερο κουρασμένος εσείς ή άλλα μέλη της οικογένειας	2	1	0
21. Έχετε δυσκολία να κοιμηθείτε τα βράδια;	2	1	0
22. Έχετε δυσκολία να κάνετε τις καθημερινές σας ασχολίες;	2	1	0
23. Υπάρχει κάποιος στην οικογένεια που τελευταία είναι ιδιαίτερα στεναχωρημένος ή μελαγχολικός;	2	1	0

ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ:

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ:

Παράρτημα 2

Πίνακας Α. Αναφερόμενες παθήσεις των συμμετεχόντων.

Πάθηση	Ποσοστό εμφάνισης
Καρδιολογικά προβλήματα	100%
Αρθρίτιδα ή ρευματισμοί	40%
Προβλήματα στα κάτω άκρα	31%
Υπέρταση	31%
Διαβήτης	25%
Καταρράκτη	23%
Εμφύσημα ή χρόνια βρογχίτιδα	13%
Καρκίνος	5%
Εγκεφαλικό επεισόδιο	5%
Αναμία	2%
Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής	2%
Θυρεοειδοπάθεια	2%
Κάταγμα ή ράγισμα οστού	2%
Μείωση/απώλεια όρασης	2%
Υπερτροφία προστάτη	2%
Χρόνια ψυχικά προβλήματα	2%
Οσφυαλγία	1%
Αλκοολισμός	1%
Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση	1%
Γλαύκωμα	1%
Ίλιγγοι	1%
Ίνωση πνευμόνων/δύσπνοια	1%
Οστεοπόρωση	1%
Λεύκη	1%
Καρκίνος προστάτη	1%
Παχυσαρκία	1%

Πίνακας Β. Ποιο από τα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στην υγεία σας θεωρείτε ότι έχει τις πιο σοβαρές επιπτώσεις στη ζωή σας;

Πάθηση	Συχνότητα	Ποσοστό
Καρδιολογικά προβλήματα	70	70%
Διαβήτης	17	17%
Καρκίνος προστάτη	2	2%
Υπέρταση	2	2%
Ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής	1	1%
Απώλεια όρασης	1	1%
Αρθριτικά ή ρευματισμοί	1	1%
Γλαύκωμα	1	1%
Δύσπνοια	1	1%
Εγκεφαλικό πρόβλημα	1	1%
Ίλιγγοι	1	1%
Οσφυαλγία	1	1%
Προβλήματα στα κάτω άκρα	1	1%
Υπερτροφία προστάτη	1	1%
Σύνολο	100	100%

Παράρτημα 3

Κλίμακα ποιότητα ζωής

1. Πώς θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ κακή	2	2,0	2,0	2,0
κακή	12	12,0	12,0	14,0
ούτε κακή, ούτε καλή	41	41,0	41,0	55,0
καλή	41	41,0	41,0	96,0
πολύ καλή	4	4,0	4,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

2. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υγεία σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	6	6,0	6,0	6,0
λίγο	26	26,0	26,0	32,0
μέτρια	56	56,0	56,0	88,0
πολύ	12	12,0	12,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

3. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι τυχόν σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	19	19,0	19,0	19,0
λίγο	31	31,0	31,0	50,0
μέτρια	23	23,0	23,0	73,0
πολύ	25	25,0	25,0	98,0
υπερβολικά	2	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

4. Σε ποιο βαθμό χρειάζεστε οποιαδήποτε ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή σας ζωή; (πχ. φάρμακα, αιμοκάθαρση κλπ.)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
λίγο	35	35,0	35,0	35,0
μέτρια	36	36,0	36,0	71,0
πολύ	28	28,0	28,0	99,0
υπερβολικά	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

5. Πόσο πολύ απολαμβάνετε τη ζωή;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	10	10,0	10,0	10,0
λίγο	22	22,0	22,0	32,0
μέτρια	53	53,0	53,0	85,0
πολύ	15	15,0	15,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

6. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	6	6,0	6,0	6,0
λίγο	14	14,0	14,0	20,0
μέτρια	37	37,0	37,0	57,0
πολύ	42	42,0	42,0	99,0
υπερβολικά	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

7. Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
λίγο	7	7,0	7,0	7,0
μέτρια	38	38,0	38,0	45,0
πολύ	54	54,0	54,0	99,0
υπερβολικά	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

8. Πόσο ασφαλής από κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή σας ζωή;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	7	7,0	7,1	7,1
λίγο	24	24,0	24,2	31,3
μέτρια	47	47,0	47,5	78,8
πολύ	21	21,0	21,2	100,0
Σύνολο	99	99,0	100,0	
Άκυρα	1	1,0		
Σύνολο	100	100,0		

9. Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον στο οποίο ζείτε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
λίγο	2	2,0	2,0	2,0
μέτρια	24	24,0	24,0	26,0
πολύ	71	71,0	71,0	97,0
υπερβολικά	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

10. Σε ποιο βαθμό έχετε την απαιτούμενη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	6	6,0	6,0	6,0
λίγο	17	17,0	17,0	23,0
μέτρια	46	46,0	46,0	69,0
πολύ	30	30,0	30,0	99,0
υπερβολικά	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

11. Σε ποιο βαθμό αποδέχεστε τη σωματική σας εικόνα και την εμφάνισή σας γενικότερα;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	1	1,0	1,0	1,0
λίγο	20	20,0	20,0	21,0
μέτρια	61	61,0	61,0	82,0
πολύ	18	18,0	18,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

12. Σε ποιο βαθμό έχετε τα απαιτούμενα χρήματα για να καλύπτετε τις ανάγκες σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	6	6,0	6,0	6,0
λίγο	33	33,0	33,0	39,0
μέτρια	45	45,0	45,0	84,0
πολύ	15	15,0	15,0	99,0
υπερβολικά	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

13. Πόσο εύκολα μπορείτε να βρείτε πληροφορίες τις οποίες χρειάζεστε στην καθημερινή σας ζωή;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	4	4,0	4,0	4,0
λίγο	11	11,0	11,0	15,0
μέτρια	48	48,0	48,0	63,0
πολύ	35	35,0	35,0	98,0
υπερβολικά	2	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

14. Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	13	13,0	13,0	13,0
λίγο	13	13,0	13,0	26,0
μέτρια	42	42,0	42,0	68,0
πολύ	30	30,0	30,0	98,0
υπερβολικά	2	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

15. Πόσο καλά μπορείτε να κυκλοφορείτε και να κινείστε μέσα και έξω από το σπίτι;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
καθόλου	2	2,0	2,0	2,0
λίγο	11	11,0	11,0	13,0
μέτρια	29	29,0	29,0	42,0
πολύ	58	58,0	58,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

16. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον ύπνο σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	2	2,0	2,0	2,0
δυσαρεστημένος/η	32	32,0	32,0	34,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	29	29,0	29,0	63,0
ικανοποιημένος/η	29	29,0	29,0	92,0
πολύ ικανοποιημένος/η	8	8,0	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

17. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας να τα βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	4	4,0	4,0	4,0
δυσαρεστημένος/η	14	14,0	14,0	18,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	39	39,0	39,0	57,0
ικανοποιημένος/η	40	40,0	40,0	97,0
πολύ ικανοποιημένος/η	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

18. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την ικανότητά σας για εργασία;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	7	7,0	7,0	7,0
δυσαρεστημένος/η	17	17,0	17,0	24,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	48	48,0	48,0	72,0
ικανοποιημένος/η	27	27,0	27,0	99,0
πολύ ικανοποιημένος/η	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

19. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	3	3,0	3,0	3,0
δυσαρεστημένος/η	6	6,0	6,1	9,1
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	40	40,0	40,4	49,5
ικανοποιημένος/η	47	47,0	47,5	97,0
πολύ ικανοποιημένος/η	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	99	99,0	100,0	
Άκυρα	1	1,0		
Σύνολο	100	100,0		

20. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σας σχέσεις;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	2	2,0	2,0	2,0
δυσαρεστημένος/η	6	6,0	6,0	8,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	22	22,0	22,0	30,0
ικανοποιημένος/η	62	62,0	62,0	92,0
πολύ ικανοποιημένος/η	8	8,0	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

21. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την σεξουαλική σας ζωή;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	34	34,0	34,3	34,3
δυσαρεστημένος/η	24	24,0	24,2	58,6
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	38	38,0	38,4	97,0
ικανοποιημένος/η	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	99	99,0	100,0	
Άκυρα	1	1,0		
Σύνολο	100	100,0		

22. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	5	5,0	5,0	5,0
δυσαρεστημένος/η	6	6,0	6,0	11,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	46	46,0	46,0	57,0
ικανοποιημένος/η	39	39,0	39,0	96,0
πολύ ικανοποιημένος/η	4	4,0	4,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

23. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	1	1,0	1,0	1,0
δυσαρεστημένος/η	5	5,0	5,0	6,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	33	33,0	33,0	39,0
ικανοποιημένος/η	59	59,0	59,0	98,0
πολύ ικανοποιημένος/η	2	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

24. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την πρόσβαση που έχετε σε διάφορες υπηρεσίες υγείας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	6	6,0	6,0	6,0
δυσαρεστημένος/η	24	24,0	24,0	30,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	34	34,0	34,0	64,0
ικανοποιημένος/η	33	33,0	33,0	97,0
πολύ ικανοποιημένος/η	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

25. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	4	4,0	4,0	4,0
δυσαρεστημένος/η	26	26,0	26,0	30,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	53	53,0	53,0	83,0
ικανοποιημένος/η	17	17,0	17,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

26. Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα, όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ποτέ	4	4,0	4,0	4,0
σπάνια	27	27,0	27,0	31,0
μερικές φορές	35	35,0	35,0	66,0
συχνά	26	26,0	26,0	92,0
συνεχώς	8	8,0	8,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

N1. Πόσο καλή και σωστή θεωρείτε ότι είναι η διατροφή σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ κακή	1	1,0	1,0	1,0
κακή	2	2,0	2,0	3,0
ούτε κακή, ούτε καλή	25	25,0	25,0	28,0
καλή	65	65,0	65,0	93,0
πολύ καλή	7	7,0	7,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

N2. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τους κοινωνικούς ρόλους που έχετε αναλάβει και τις δραστηριότητες που έχετε αναπτύξει στον κοινωνικό τομέα;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	3	3,0	3,0	3,0
δυσαρεστημένος/η	34	34,0	34,0	37,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	42	42,0	42,0	79,0
ικανοποιημένος/η	18	18,0	18,0	97,0
πολύ ικανοποιημένος/η	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

N3. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με την συναισθηματική ατμόσφαιρα που επικρατεί στο σπίτι σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	5	5,0	5,0	5,0
δυσαρεστημένος/η	7	7,0	7,0	12,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	26	26,0	26,0	38,0
ικανοποιημένος/η	57	57,0	57,0	95,0
πολύ ικανοποιημένος/η	5	5,0	5,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

N4. Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ικανοποιημένος/η με την εργασία ή την απασχόληση που έχετε; (δηλ. κατά πόσο ανταποκρίνεται στις ανάγκες και προσδοκίες σας)

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
πολύ δυσαρεστημένος/η	3	3,0	3,0	3,0
δυσαρεστημένος/η	19	19,0	19,0	22,0
ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	55	55,0	55,0	77,0
ικανοποιημένος/η	23	23,0	23,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Κλίμακα οικογενειακής επιβάρυνσης

A. Οικονομικό βάρος

1. Μετά την αρρώστια ο άρρωστος εργάζεται τώρα ώστε να φέρνει χρήματα στο σπίτι;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ναι	8	8,0	8,0	8,0
λίγο	1	1,0	1,0	9,0
όχι	91	91,0	91,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

2. Ο άρρωστος κερδίζει λιγότερα χρήματα αφ' ότου αρρώστησε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	86	86,0	86,0	86,0
λίγο	1	1,0	1,0	87,0
ναι	13	13,0	13,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

3. Κάποιος μέλος της οικογένειας, αναγκάστηκε να σταματήσει την δουλειά του για να φροντίζει τον άρρωστο ή δεν δουλεύει ενώ θα μπορούσε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	98	98,0	98,0	98,0
λίγο	1	1,0	1,0	99,0
ναι	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

4. Κάποιο μέλος της οικογένειας αναγκάστηκε να δουλεύει παραπάνω, για να καλύψει τα έξοδα;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	97	97,0	97,0	97,0
λίγο	1	1,0	1,0	98,0
ναι	2	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

5. Έχει χρειαστεί να δανειστείτε χρήματα για να καλύψετε κάποια παραπάνω έξοδα, εξαιτίας της αρρώστιας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	86	86,0	86,0	86,0
λίγο	8	8,0	8,0	94,0
ναι	6	6,0	6,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

B. Επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες και στην κοινωνική ζωή

6. Έχει αλλάξει το καθημερινό πρόγραμμα της οικογένειας, π.χ. η ώρα που τρώτε ή κοιμάστε;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	74	74,0	74,0	74,0
λίγο	15	15,0	15,0	89,0
ναι	11	11,0	11,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

7. Αναγκάζεστε να βγαίνετε λιγότερο έξω από το σπίτι για δουλειές;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	60	60,0	60,6	60,6
λίγο	16	16,0	16,2	76,8
ναι	23	23,0	23,2	100,0
Σύνολο	99	99,0	100,0	
Άκυρα	1	1,0		
Σύνολο	100	100,0		

8. Δημιουργούνται προβλήματα καθαριότητας στο σπίτι;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	88	88,0	89,8	89,8
λίγο	6	6,0	6,1	95,9
ναι	4	4,0	4,1	100,0
Σύνολο	98	98,0	100,0	
Άκυρα	2	2,0		
Σύνολο	100	100,0		

9. Ο άρρωστος βοηθά στις δουλειές του σπιτιού;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ναι	68	68,0	68,7	68,7
λίγο	6	6,0	6,1	74,7
όχι	25	25,0	25,3	100,0
Σύνολο	99	99,0	100,0	
Άκυρα	1	1,0		
Σύνολο	100	100,0		

10. Αφ' ότου ο ασθενής αρρώστησε, κάποιο μέλος της οικογένειας έχει λιγότερο ελεύθερο χρόνο;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	64	64,0	64,0	64,0
λίγο	16	16,0	16,0	80,0
ναι	20	20,0	20,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

11. Έχει περιοριστεί η κοινωνική ζωή της οικογένειας; Έχετε σταματήσει να γιορτάζετε τις γιορτές ή να δέχεστε στο σπίτι;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	33	33,0	33,3	33,3
λίγο	36	36,0	36,4	69,7
ναι	30	30,0	30,3	100,0
Σύνολο	99	99,0	100,0	
Άκυρα	1	1,0		
Σύνολο	100	100,0		

12. Τώρα βλέπετε πιο σπάνια φίλους ή συγγενείς;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	37	37,0	37,0	37,0
λίγο	31	31,0	31,0	68,0
ναι	32	32,0	32,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

13. Αναγκάστηκε κάποιο μέλος της οικογένειας να διακόψει κάποια ευχάριστη δραστηριότητα π.χ. χόμπι, για να ασχοληθεί με τον άρρωστο;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	96	96,0	96,0	96,0
ναι	4	4,0	4,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Γ. Επιθετική συμπεριφορά

14. Έχουν γίνει σοβαρές ζημιές στο σπίτι από τον άρρωστο;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	95	95,0	95,0	95,0
λίγο	3	3,0	3,0	98,0
ναι	2	2,0	2,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

15. Γίνονται φασαρίες ή καυγάδες στο σπίτι λόγω της αρρώστιας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	92	92,0	92,0	92,0
λίγο	5	5,0	5,0	97,0
ναι	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

16. Έχουν γίνει τελευταία, σοβαρά επεισόδια στο σπίτι που να έχουν σχέση με τον άρρωστο;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	95	95,0	95,0	95,0
λίγο	4	4,0	4,0	99,0
ναι	1	1,0	1,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

17. Έχει κάποιος στην οικογένεια χτυπηθεί ή τραυματιστεί εξαιτίας της συμπεριφοράς του άρρώστου;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	97	97,0	97,0	97,0
λίγο	3	3,0	3,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

Δ. Επίδραση στην υγεία και στη συμπεριφορά

18. Τελευταία, εσείς ή οι άλλοι στο σπίτι είστε νευρικοί, νοιώθετε άγχος;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	24	24,0	24,0	24,0
λίγο	44	44,0	44,0	68,0
ναι	32	32,0	32,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

19. Τώρα τελευταία, φοβάστε, ανησυχείτε περισσότερο;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	28	28,0	28,0	28,0
λίγο	37	37,0	37,0	65,0
ναι	35	35,0	35,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

20. Αισθάνεστε περισσότερο κουρασμένος εσείς ή άλλα μέλη της οικογένειας;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	57	57,0	57,0	57,0
λίγο	20	20,0	20,0	77,0
ναι	23	23,0	23,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

21. Έχετε δυσκολία να κοιμηθείτε τα βράδια;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	45	45,0	45,5	45,5
λίγο	23	23,0	23,2	68,7
ναι	31	31,0	31,3	100,0
Σύνολο	99	99,0	100,0	
Άκυρα	1	1,0		
Σύνολο	100	100,0		

22. Έχετε δυσκολία να κάνετε τις καθημερινές σας ασχολίες;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	71	71,0	71,0	71,0
λίγο	15	15,0	15,0	86,0
ναι	14	14,0	14,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	

23. Υπάρχει κάποιος στην οικογένεια που τελευταία είναι ιδιαίτερα στεναχωρημένος ή μελαγχολικός;

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
όχι	49	49,0	49,0	49,0
λίγο	30	30,0	30,0	79,0
ναι	21	21,0	21,0	100,0
Σύνολο	100	100,0	100,0	