

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
ΘΕΜΑ: « ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ »**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :
ΚΩΣΤΑΛΑ ΕΛΕΝΗ
ΝΤΙΒΕΡΗ ΕΛΕΝΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ :
ΠΙΣΙΜΙΣΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ
ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ**

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 1997

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ	iv
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	
1.1 Έννοια της οικονομικής αξιολόγησης	3
1.2 Η ανάγκη για οικονομική αξιολόγηση	4
1.3 Μέθοδοι της οικονομικής αξιολόγησης	7
1.3.1 Ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους	7
1.3.2 Ανάλυση κόστους αποτελεσματικότητας	8
1.3.3 Ανάλυση κόστους χρησιμότητας	9
1.3.4 Ανάλυση κόστους οφέλους	10
1.4 Τρόποι χρησιμοποίησης της οικονομικής αξιολόγησης	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	
2.1 Έννοια της υγείας	12
2.2 Δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας	13
2.3 Υποκειμενικοί δείκτες υγείας	16
2.4 Η εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής	17
2.5 Εκτίμηση της ποιότητας ζωής	19
2.6 Μέθοδοι μέτρησης	19
2.6.1 Συνεντεύξεις	19
2.6.2 Ερωτηματολόγια	20
2.6.3 Συμπεράσματα των μεθόδων μέτρησης	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	
3.1 Θεωρία μέτρησης	23
3.2 Στρατηγικές για την μέτρηση της ποιότητας ζωής	24
3.3 Τεχνικές για την μέτρηση της ποιότητας ζωής	27
3.4 Προβλήματα μέτρησης	30
3.4.1 Κύρος	31

3.4.2 Αξιοπιστία	33
3.5 Τύποι επισκόπησης των εργαλείων μέτρησης	33
3.6 Μετρήσεις αυτοαναφορών	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

4.1 Έννοια της λειτουργικής ικανότητας	35
4.2 Λειτουργικές καταστάσεις	36
4.3 Μέτρηση της λειτουργικής ικανότητας	37
4.4 Δείκτες της λειτουργικής ικανότητας	39
4.4.1 The Older American's Resources and Services Schedule	39
4.4.2 The Stanford Arthritis Center Health Assessment Questionnaire	40
4.4.3 The Arthritis Impact Measurement	41
4.4.4 The Index of Activities of Daily Living	41
4.4.5 Townsend Disability Scale	41
4.4.6 The Functional Living Index - Cancer	42
4.4.7 The Karnofsky Performance Scale	43
4.4.8 The Barthel Index	43
4.4.9 The Quality of Well-Being Scale	44
4.4.10 The Crichton Royal Behaviour Rating Scale	44
4.4.11 The Clifton Assessment Procedures for the Elderly	45

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΕΥΡΥΤΕΡΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Γενικά	46
5.2 Δείκτες μέτρησης των ευρύτερων καταστάσεων υγείας	47
5.2.1 The Sickness Impact Profile	47
5.2.2 The Nottingham Health Profile	49
5.2.3 The McMaster Health Index Questionnaire	50
5.2.4 The Cornell Medical Index	51
5.2.5 Spitzer's Quality of Life Index	52
5.2.6 Linear Analogue Self Assessment	53
5.2.7 The McGill Pain Questionnaire	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΥΗΜΕΡΙΑΣ

6.1 Γενικά	55
6.2 Κατάπτωση	55
6.3 Δείκτες της ψυχολογικής ευημερίας	56
6.3.1 Zung's Self Rating Depression Scale	56

6.3.2	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale	56
6.3.3	Hamilton Depression Scale	56
6.3.4	The Beck Depression Inventory	57
6.3.5	Hospital Anxiety and Depression Scale	57
6.3.6	The Symptoms of Anxiety and Depression Scale	57
6.3.7	The General Health Questionnaire	58
6.3.8	The Geriatric Mental State	58
6.4	Short Mental - Confusion Scales	56
6.4.1	The Mental Status Questionnaire	59
6.4.2	The Abbreviated Mental Test	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ, ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΤΥΧΙΑΣ

7.1	Γενικά	60
7.1.1	Ευτυχία	61
7.1.2	Ικανοποίηση ζωής	61
7.1.3	Ηθικό	61
7.2	Δείκτες μέτρησης της ικανοποίησης ζωής, του ηθικού και της ευτυχίας	61
7.2.1	The Life Satisfaction Index A (LSIA) and Index B (LSIB)	61
7.2.2	The Life Satisfaction Index Z 13-item version	62
7.2.3	The Affect - Balance Scale	63
7.2.4	The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale	63
7.2.5	Delighted - Terrible Faces (D-T) Scale	64
7.2.6	The (Psychological) General Well-Being Schedule	64
7.3	Κλίμακες αυτοεκτίμησης	65
7.3.1	The Self - Esteem Scale	65
7.3.2	The Tennessee Self - Concept Scale	66
7.3.3	Self - Esteem Inventory	66

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΑ ΕΤΗ ΖΩΗΣ (QALY's)

8.1	Η έννοια των QALY's	68
8.2	Υπολογισμός των QALY's	70
8.3	Προβλήματα των QALY's	72

ΕΠΙΛΟΓΟΣ	74
-----------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76
---------------------	-----------

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΠΟΥ	Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας
ABS	Affect-Balance Scale
ADL	Index of Activities of Daily Living
AIMS	Arthritis Impact Measurement Scale
AMT	Abbreviated Mental Test
BDI	Beck Depression Inventory
CAPE	Clifton Assessment Procedures for the Elderly
CMI	Cornell Medical Index
CRBRS	Crichton Royal Behaviour Rating Scale
D-TFS	Delighted-Terrible Faces Scale
FAI	Functional Assessment Inventory
FLD	Functional Limitations Profile
GHQ	General Health Questionnaire
GMS	Geriatric Mental State
GWBS	(Psychological) General Well-Being Scale
HAD	Hospital Anxiety and Depression Scale
HAQ	Stanford Arthritis Center Health Assessment Questionnaire
HIS	Health Insurance Study
LASA	Linear Analogue Self Assessment
LSIA	Life Satisfaction Index A
LSIB	Life Satisfaction Index B
LSIZ	Life Satisfaction Index Z
MHIQ	McMaster Health Index Questionnaire
MPQ	McGill Pain Questionnaire
MSQ	Mental Status Questionnaire
NHP	Nottingham Health Profile
OARS	Older American's Resource and Services Schedule
QALY	Quality Adjusted Life Years
QL	Spitzer Quality of Life Index
QWBS	Quality of Well-Being Scale
SAD	Symptoms of Anxiety and Depression Scale
SIP	Sickness Impact Profile
WHO	World Health Organization

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η πτυχιακή αυτή γίνεται στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του ΤΕΙ Καλαμάτας του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.

Ο τίτλος της εργασίας είναι "Υγεία και Δείκτες Ποιότητας Ζωής".

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των μεθόδων μέτρησης που χρησιμοποιούνται παγκοσμίως για να εκτιμηθεί η ποιότητα ζωής. Η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε για αυτή την εργασία είναι εξ' ολοκλήρου Αγγλική επειδή δεν υπάρχει Ελληνική βιβλιογραφία με αυτό το θέμα.

Θα ήταν παράλειψη να μην εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στον κ. Πισιμίση Θεόδωρο και στον κ. Παρασκευόπουλο Λεωνίδα για την πολύτιμη βοήθεια τους στη συγγραφή της εργασίας αυτής.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σύγχρονος άνθρωπος δεν θέλει απλά να ζει ή να επιβιώνει, αλλά να αισθάνεται και να είναι ευτυχισμένος μέσα σε συνθήκες διαβίωσης και όρους ύπαρξης που να του επιτρέπουν να διάγει μία υψηλής ποιότητας ζωή. Απαιραίτητη προϋπόθεση για να υπάρχει ποιότητα ζωής είναι η καλή υγεία του ατόμου.

Αυτό που οδήγησε στην διερεύνηση τρόπων μέτρησης της ποιότητας ζωής, είναι η ανάγκη να εξετάσουμε την αποδοτικότητα και την οικονομική αξιολόγηση του βαθμού επίτευξης των σκοπών και των στόχων του συστήματος υγείας.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Σ' αυτό το κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή στην έννοια της οικονομικής αξιολόγησης, καθώς και στις μεθόδους της.

Στο δεύτερο κεφάλαιο επιχειρείται η εννοιολογική προσέγγιση της υγείας και της ποιότητας της ζωής και παρατίθενται οι μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας ζωής, καθώς και οι δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια εισαγωγή στη θεωρία της μέτρησης της ποιότητας της ζωής καθώς και στα προβλήματά της. Επίσης αναλύονται οι στρατηγικές και τεχνικές μέτρησης της ποιότητας ζωής.

Το τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην έννοια της λειτουργικής ικανότητας και στην μέτρησή της. Στη συνέχεια αναφέρονται οι δείκτες της λειτουργικής ικανότητας. Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται οι δείκτες μέτρησης των ευρύτερων καταστάσεων υγείας. Στο έκτο κεφάλαιο αναλύονται οι δείκτες της ψυχολογικής ευημερίας και η έννοια της κατάπτωσης. Το έβδομο κεφάλαιο προσεγγίζει τις έννοιες ευτυχία, ικανοποίηση ζωής και ηθικό. Επίσης παρατίθενται οι δείκτες μέτρησης αυτών των εννοιών και οι κλίμακες αυτοεκτίμησης.

Στο όγδοο κεφάλαιο γίνεται μια εννοιολογική προσέγγιση των Ποιοτικά Προσαρμοσμένων Ετών Ζωής (QALY's). Αναλύονται ο τρόπος υπολογισμού των QALY's καθώς και τα προβλήματα τους. Διάφοροι δείκτες έχουν αναπτυχθεί κατά καιρούς για την μέτρηση της ποιότητας της ζωής αλλά κανένας από αυτούς δεν είναι ο καταλληλότερος. Έτσι η μέθοδος QALY's παραμένει μέχρι σήμερα η καλύτερη.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας για να λειτουργήσει και να αναπτυχθεί στο μέγιστο βαθμό του, επιβάλλεται να εκτιμά την αποτελεσματικότητά του στην επίτευξη των στόχων του, να σχεδιάζει και να προγραμματίζει τα μέσα για την επίτευξη τους μέσω της οικονομικής αξιολόγησης.

Η οικονομική αξιολόγηση είναι ένας γενικός όρος για μία σειρά τεχνικών που αναπτύχθηκαν κατά καιρούς από οικονομολόγους με σκοπό να βοηθηθεί η διαδικασία λήψης αποφάσεων και χρησιμοποιείται στις περιπτώσεις που πρέπει να γίνουν επιλογές μεταξύ διαφορετικών δραστηριοτήτων.

Δύο στοιχεία χαρακτηρίζουν την οικονομική ανάλυση συμπεριλαμβάνοντας και τις υπηρεσίες υγείας οι οποίες ακολουθούνται.

Πρώτον, οι εισροές και οι εκροές μερικές φορές ονομάζονται *κόστη* και *συνέπειες* των δραστηριοτήτων. Λίγοι είναι προετοιμασμένοι να δεχθούν και να πληρώσουν ένα πακέτο υπηρεσιών του οποίου το περιεχόμενο είναι άγνωστο. Επίσης, λίγοι θα δέχονταν ένα πακέτο υπηρεσιών ακόμη και αν το περιεχόμενο είναι γνωστό και επιθυμητό, όταν γνωρίζουν την ειδική τιμή που ζητείται. Και στις δύο περιπτώσεις η απόφαση αυτού που θα καταναλώσει τις υπηρεσίες υγείας και θα πληρώσει για αυτές, επηρεάζεται από την σχέση του κόστους και των συνεπειών.

Δεύτερον, η οικονομική ανάλυση αφορά τις επιλογές. Η σπανιότητα των πόρων έχει ως συνέπεια την ανικανότητα να παραχθούν όλα τα επιθυμητά αποτελέσματα (κάθε αποτελεσματικής θεραπείας), και απαιτεί ότι όλες οι επιλογές πρέπει να γίνονται σε όλο το εύρος των ανθρωπίνων δραστηριοτήτων. Αυτές οι επιλογές παίρνονται με βάση πολλά κριτήρια, που μερικές φορές είναι σαφή αλλά τις περισσότερες φορές εννοούνται. Η οικονομική ανάλυση επιδιώκει να εξακριβώσει και να δημιουργήσει μια σαφή ομάδα κριτηρίων, τα οποία μπορούν να βοηθήσουν στο να αποφασιστεί πώς θα διατεθούν οι λιγοστοί πόροι.

Αυτά τα δύο στοιχεία της οικονομικής ανάλυσης οδηγούν στον ορισμό της οικονομικής αξιολόγησης, που είναι η συγκριτική ανάλυση της εναλλακτικής πορείας δράσης και του κόστους και των συνεπειών της. Γι' αυτό ο βασικός σκοπός κάθε οικονομικής αξιολόγησης είναι να εξακριβώνει, να μέτρα, να εκτιμά και να συγκρίνει τα κόστη και τις συνέπειες των εναλλακτικών που εξετάζονται. Αυτός ο σκοπός χαρακτηρίζει όλη την οικονομική αξιολόγηση συμπεριλαμβάνοντας και τις υπηρεσίες υγείας.

Είναι παγκοσμίως αποδεκτό ότι τα κύρια συστατικά της οικονομικής αξιολόγησης μπορούν να χαρακτηριστούν τα ακόλουθα: (1) η επιλογή των εναλλακτικών για εκτίμηση, (2) υπολογισμός του κόστους και των συνεπειών, (3) πρόβλεψη για χρονική διαφοροποίηση και αβεβαιότητα του κόστους και των συνεπειών, και (4) παρουσίαση των αποτελεσμάτων (Drummond, 1981).¹

Η έννοια της οικονομικής αξιολόγησης κατά τον Williams στηρίζεται στην αρχή του κόστους ευκαιρίας.

"Τα οικονομικά βασίζονται στην αρχή ότι "Κόστος" είναι απλά ένα χαμένο όφελος, έτσι όταν ζητούμε μεγαλύτερη αποδοτικότητα ζητούμε την αποδοχή δύο ηθικών κανόνων: Πρώτον, να σιγουρευτούμε ότι οι θυσίες που επιβάλλονται σε κάθε δραστηριότητα διατηρούνται στο ελάχιστο. Και δεύτερον, να σιγουρευτούμε ότι καμιά δραστηριότητα δεν ακολουθείται εάν τα οφέλη που κερδίζονται δεν αντισταθμίζουν τα οφέλη που χάνονται".²

1.2 Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

Υπάρχει μεγάλη ανάγκη για οικονομική αξιολόγηση γιατί οι πόροι των υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένοι. Μέσω της οικονομικής αξιολόγησης προσπαθούμε να πετύχουμε όσο το δυνατόν καλύτερη κατανομή των πόρων.

Αν έχουμε σωστή κατανομή των πόρων τότε πετυχαίνουμε α) ωφελιμότητα ή ικανοποίηση που παράγεται από μία συγκεκριμένη μέθοδο θεραπείας, β) πληροφόρηση των καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας για λήψη αποφάσεων και γ) ισότητα.

¹ Drummond M., (1981), Discussion Paper 88, Australian Guidelines for Cost-Effectiveness Studies of Pharmaceuticals: The thin end of the boomerang?. Centre for Health Economics, University Of York

² Πισιμίσης Θ., (1995), Οικονομική της Υγείας, έκδοση του ΤΕΙ Καλάματας, Καλαμάτα

α) Ωφελιμότητα (Utility)

Ο στόχος των γιατρών είναι να μεγιστοποιούν την ωφελιμότητα των ασθενών τους, μετά από κάποια θεραπεία που τους παρέχουν. Επίσης οι υπηρεσίες υγείας προσπαθούν να μεγιστοποιήσουν την ευημερία των πολιτών με ένα αθροιστικό τρόπο (συνήθως αυτό αναφέρεται σαν η "λειτουργία της κοινωνικής ευημερίας"). Για να οριστούν η λειτουργική ωφελιμότητα και η λειτουργία της κοινωνικής ευημερίας και για να δούμε τι σημαίνουν αυτά για τον ασθενή και για την κοινωνία, θα πρέπει να εξεταστεί η φύση της ζήτησης για τη χρησιμότητα που εμείς συμφωνήσαμε με την φροντίδα υγείας.

Είναι γνωστό ότι η ζήτηση δημιουργείται με σκοπό την μεγιστοποίηση της ωφελιμότητας (utility). Αυτές όμως καθεαυτές οι ιατρικές φροντίδες δε παρέχουν καμιά ωφελιμότητα. Η ικανοποίηση ή ωφελιμότητα για τον καταναλωτή δε προέρχεται από το προϊόν που καταναλώνει αλλά από το αποτέλεσμα, που πρέπει να είναι η υγεία.

Βέβαια οι γιατροί δεν επιχειρούν μερικές συγκρίσεις αλλά απλά επιβάλλουν τις δικές τους αξιολογικές κρίσεις χωρίς καν να επιχειρήσουν να κατανοήσουν τις σχετικές ωφελιμότητες των ατόμων. Οι γιατροί μπορεί να κάνουν μερικές προσπάθειες να κατανοήσουν και να συγκρίνουν τις διαφορετικές ωφελιμότητες των ατόμων, αλλά αυτό δεν είναι δυνατόν, διότι οι ωφελιμότητες των εμπλεκόμενων μερών δεν είναι πάντα ταυτόσημες, δηλαδή τα συμφέροντα του γιατρού δε συμπίπτουν πάντα με αυτά του ασθενούς.

Είναι αδύνατον να συγκρίνουμε την ωφελιμότητα ενός ατόμου που προκύπτει από μία συγκεκριμένη θεραπεία, με την ωφελιμότητα ενός άλλου ατόμου που επίσης υποβλήθηκε στην ίδια θεραπεία. Το μόνο που μπορούμε να κάνουμε είναι φανταστικές συγκρίσεις όπως: "θα ήθελες να είσαι το άτομο Α ή το άτομο Β στην επιλογή που δίνεται;"

Για παράδειγμα, όταν μετριέται η ωφελιμότητα των καταστάσεων υγείας χρησιμοποιώντας τη μέθοδο του Ισοδύναμου Χρόνου (Time Trade-Off), οι συγκρίσεις ωφελιμότητας γίνονται από φανταστικές επιλογές π.χ. "θα ήθελες να έχεις Χ χρόνια με πλήρη υγεία ή Υ χρόνια με μία κατώτερη κατάσταση υγείας;"

Δύο άτομα ενδέχεται να μοιραστούν το ίδιο X/Y και έτσι να προκύπτει η ίδια ωφελιμότητα. Ή μπορεί η ισχύς της προτίμησης τους και για τα δύο X και Y να είναι υψηλότερη για ένα από αυτούς. Ο λόγος είναι ότι ενώ ο καθένας μπορεί να συμφωνεί ότι με το θάνατο η ωφελιμότητα είναι ίση με 0, η ωφελιμότητα από ένα χρόνο με κατώτερη υγεία μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ατόμων.

Τρία πράγματα πρέπει να ειπωθούν για τις συγκρίσεις της ωφελιμότητας:

Πρώτον, τα προβλήματα που υπάρχουν σε μερικές συγκρίσεις δε λύνονται με τα QALY's³. Δεύτερον, αυτό δε πρέπει να φανεί σαν μία διαφωνία εναντίον των QALY's αλλά σαν μία διαπίστωση ότι ο πραγματικός κόσμος της φροντίδας υγείας δημιουργεί διαπροσωπικές συγκρίσεις. Τρίτον, οι συγκρίσεις αυτές δημιουργήθηκαν πολύ περιορισμένα και όχι απεριόριστα όπως απαιτούν τα QALY's.

β) Πληροφόρηση και λήψη αποφάσεων

Ο καταναλωτής των φροντίδων υγείας δεν είναι πληροφορημένος στην έκταση που πρέπει να είναι για τις υπηρεσίες που του παρέχουν οι προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας. Υπάρχει δηλαδή μία ασύμμετρη πληροφόρηση μεταξύ του καταναλωτή και του προμηθευτή.

Η θεωρία της αναμενόμενης ωφελιμότητας απαιτεί ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας να έχει γνώσεις όσον αφορά : (1) τις διαθέσιμες επιλογές, (2) τις καταστάσεις των ατόμων που είναι οι συνέπειες αυτών των επιλογών και (3) τις πιθανότητες που υπάρχουν για να συμβούν αυτές οι καταστάσεις.

Ο καταναλωτής της φροντίδας υγείας στερείται την πληροφόρηση πάνω σε αυτά τα τρία σημεία. Δεν ξέρει ποιά θεραπεία είναι κατάλληλη, πόσο αποτελεσματική είναι, ποιές είναι οι πιθανότητες που τα διάφορα πιθανά αποτελέσματα θα συμβούν. Λόγω της άγνοιας του ο καταναλωτής αναθέτει την ευθύνη λήψης της απόφασης στο γιατρό. Ο καταναλωτής είναι σε θέση να αποφασίσει μόνος του μόνο όταν υπάρχει τέλεια πληροφόρηση. Τότε λέμε ότι υπάρχει κυριαρχία του καταναλωτή.

³ QALY είναι ένας απόλυτος αριθμός ο οποίος αντιπροσωπεύει μια μονάδα οφέλους, η οποία συνδυάζει μία μέτρηση του προσδόκιμου επιβίωσης με μία μέτρηση της ποιότητας ζωής.

γ) Ισότητα

Η υγεία είναι ένα πολύ σημαντικό αγαθό και πρέπει όλα τα μέλη της κοινωνίας να καταναλώνουν την ίδια φροντίδα υγείας. Δεν είναι σωστό λόγω των οικονομικών δυσκολιών ορισμένων ατόμων, να μην υπάρχει δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Είναι αδύνατο να υπάρξει κοινωνική ευημερία χωρίς να υπάρχει δίκαιη κατανομή των υπηρεσιών υγείας.

Η ισότητα έχει την έννοια όχι της ίσης αλλά της δίκαιης κατανομής των υπηρεσιών. Άλλωστε απόλυτη έννοια ισότητας δε μπορεί να υπάρχει γιατί άνιση είναι και η ανάγκη των ατόμων για υπηρεσίες υγείας. Η ισότητα αποδίδεται πάντα με την έννοια της κοινωνικής δικαιοσύνης, δηλαδή με την ηθική της διάσταση και όχι με την απόλυτη (τη μαθηματική).

Η Π.Ο.Υ. στην προσπάθεια της για ανεύρεση ενός λειτουργικού ορισμού χρησιμοποιεί την ισότητα με την έννοια της παροχής ίσων ευκαιριών σε όλους.

1.3 ΜΕΘΟΔΟΙ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Οι συνήθεις μορφές της οικονομικής αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

1. Η ανάλυση ελαχιστοποίησης του κόστους (Cost - minimisation analysis)
2. Η ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας (Cost - effectiveness analysis)
3. Η ανάλυση κόστους - χρησιμότητας (Cost - utility analysis)
4. Η ανάλυση κόστους - οφέλους (Cost - benefit analysis).

1.3.1 ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΛΑΧΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ (Cost - minimisation analysis)

Η μέθοδος CMA έχει περιορισμένη χρήση για τους εξής λόγους: Πρώτον γιατί χρησιμοποιείται μόνο όταν οι εναλλακτικές λύσεις που εξετάζουμε έχουν τα ίδια αποτελέσματα και συνεπώς η ανάλυση περιορίζεται στο να εντοπίσει αυτή τη λύση που είναι λιγότερο δαπανηρή. Και δεύτερον, λόγω του ότι στις περισσότερες περιπτώσεις δεν επιτρέπει συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών προγραμμάτων ή νοσηλείας διαφορετικών ασθενειών.

Αφού εξεταστούν τα παραπάνω στη συνέχεια γίνεται εκτίμηση του κόστους. Εφόσον η αξιολόγηση γίνεται από την κοινωνική σκοπιά θα πρέπει να εκτιμηθούν τα κοινωνικά κόστη. Δηλαδή το κόστος των υπηρεσιών υγείας, το κόστος που προκύπτει στους ασθενείς και της οικογένειάς τους και τέλος τα εξωτερικά κοινωνικά κόστη που προκύπτουν σε άτομα που δεν έχουν καμιά ανάμιξη με το συγκεκριμένο πρόγραμμα.

Όλα αυτά τα κόστη υπολογίζονται σε νομισματικές μονάδες και δεν υπολογίζουν καθόλου την ωφελιμότητα.

1.3.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (Cost - effectiveness analysis)

Αυτή η μέθοδος οικονομικής αξιολόγησης εξετάζει προγράμματα των οποίων τόσο το κόστος όσο και τα αποτελέσματα είναι διαφορετικά και ποικίλα, σε αντίθεση με την προηγούμενη μέθοδο όπου τα αποτελέσματα ήταν ίδια.

Όπως είναι φυσικό λοιπόν αυτή η μέθοδος έχει ευρύτερη χρήση από την προηγούμενη. Ο περιορισμός στη χρήση της είναι ότι τα αποτελέσματα πρέπει να εκφράζονται σε κοινούς φυσικούς όρους, οι οποίοι είναι συνήθως διάφοροι δείκτες, όπως θνησιμότητα, νοσηρότητα, χρόνια ζωής που κερδήθηκαν από την εφαρμογή κάποιου προγράμματος κ.α.

Τα αποτελέσματα εκφράζονται σε κόστος ανά μονάδα αποτελέσματος. Για να γίνει σύγκριση θα πρέπει η μονάδα αποτελέσματος να έχει μόνο μία διάσταση π.χ. χρόνια ζωής που κερδήθηκαν. Έτσι θα μπορεί να υπολογιστεί ύστερα από μελέτη το ακριβές κόστος για κάθε χρόνο ζωής που κερδήθηκε.

Η ανάλυση κόστους - αποτελεσματικότητας στηρίζεται σε δεδομένα ήδη υπάρχουσών σχετικών μελετών. Κανονικά οι αναλύσεις αυτές θα έπρεπε να γίνονται σε πραγματικές δοκιμαστικές συνθήκες αλλά αυτό είναι πρακτικά αδύνατο.

Για να υπολογίσουμε την αποτελεσματικότητα θα πρέπει οι αξιολογήσεις να στηρίζονται σε ορισμένες υποθέσεις σχετικά με τα κλινικά δεδομένα, διαφορετικά αν υπάρχουν διαφορές στις συνθήκες της μελέτης και του προγράμματος θα προκύψουν διαφορές στην αποτελεσματικότητα.

Η μέθοδος αυτή δεν ενδείκνυται διότι τα συμπεράσματα που προκύπτουν δεν είναι πολύ αξιόπιστα γιατί στηρίζονται σε υποθέσεις. Υπάρχει μεγάλος βαθμός αβεβαιότητας όσον αφορά τα κόστη και τα αποτελέσματα.

Οι περιορισμοί που υπάρχουν σε ότι αφορά στη συγκέντρωση δεδομένων καθώς και η μονοδιάστατη έκφραση της αποτελεσματικότητας δημιούργησε την ανάγκη να χρησιμοποιηθούν άλλες πιο εξελιγμένες μέθοδοι, οι οποίες επιτρέπουν ευρύτερες εκφράσεις των αποτελεσμάτων.

1.3.3 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ - ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ (Cost - utility analysis)

Η ανάλυση κόστους - χρησιμότητας (CUA) είναι μια μέθοδος που συγκρίνει το κόστος διαφόρων μεθόδων ή προγραμμάτων με τη χρησιμότητα - ωφελιμότητα (utility) που προκύπτει από αυτά και η οποία μετρείται σε μονάδες που στηρίζονται στην ωφελιμότητα.

Η μονάδα μέτρησης που χρησιμοποιείται στη μέθοδο αυτή είναι τα QALY's (Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής).

Για κάθε πρόγραμμα ή ιατρική παρέμβαση πρέπει να μετρηθεί κατ' αρχήν η χρησιμότητα του. Στη συνέχεια λαμβάνοντας υπόψη το κόστος συγκεκριμένων προγραμμάτων ή παρεμβάσεων γίνεται μία κατάταξη σύμφωνα με το κόστος του καθενός για κάθε QALY που κερδίζεται.

Έτσι λοιπόν προκύπτουν πίνακες για κάθε τύπο νοσηλείας ή παρέμβασης που περιέχουν το κόστος ανά QALY.

Η ανάλυση κόστους - χρησιμότητας αν και τελειότερη από τις προηγούμενες μεθόδους, δεν έχει αναπτυχθεί ακόμη σε σημείο που να αποτελεί βασικό εργαλείο για τον προγραμματισμό των υπηρεσιών υγείας και την κατανομή των πόρων.

Οι δυσκολίες που υπάρχουν σ'αυτή τη μέθοδο είναι στον τρόπο συλλογής των στοιχείων και στον υπολογισμό του κόστους των στοιχείων, τις διαφοροποιήσεις των τιμών και τεχνικών μεταξύ διαφόρων μελετών.

Η CUA χρησιμοποιώντας τα QALY's ως μονάδα μέτρησης της υγείας, δίνει επαρκή πληροφόρηση για την αποδοτικότητα κατανομής των πόρων (allocative efficiency), αλλά δεν λαμβάνει υπόψη καμιά άλλη παράμετρο. Έτσι έχει τις εξής αδυναμίες:

- Αγνοεί τελείως την έννοια της ισότητας.
- Υπολογίζει ότι οι υπηρεσίες υγείας ως μόνη εκροή έχουν την υγεία του ασθενούς και τίποτα άλλο. Αγνοεί τις εξωτερικές οικονομίες και τα δευτερογενή οφέλη.
- Υποθέτει ότι η μόνη εισροή είναι οι πόροι που χρησιμοποιούνται από πλευράς των υπηρεσιών υγείας και αγνοεί τους πόρους που σπαταλούνται από πλευράς ασθενών εκτός υπηρεσιών υγείας.

Παρόλα αυτά και παρά το γεγονός ότι βρίσκεται στα αρχικά στάδια ανάπτυξης της δεν παύει να είναι ένα από τα πλέον σύγχρονα μέσα για την οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Η χρήση της γίνεται όλο και περισσότερο αποδεκτή.

1.3.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΟΣΤΟΥΣ - ΟΦΕΛΟΥΣ

(Cost - benefit analysis)

Η ανάλυση κόστους - οφέλους (CBA) είναι η πιο σύνθετη μέθοδος οικονομικής αξιολόγησης. Η διαφορά της από τις άλλες μεθόδους είναι ότι είναι η μόνη που υπολογίζει και τις εισροές (κόστη) και τις εκροές (οφέλη) σε νομισματικές μονάδες.

Το γεγονός ότι τα κόστη και τα οφέλη εκφράζονται με ίδιους όρους (νομισματικούς) επιτρέπει την άμεση σύγκριση τους και ανάλογα με το θετικό ή αρνητικό αποτέλεσμα τους βγαίνει εύκολα συμπέρασμα για το κέρδος ή την ζημιά που επιφέρει το πρόγραμμα αυτό στην κοινωνία και όχι μόνο τη σύγκριση του με κάποιο άλλο.

Σκοπός αυτής της μεθόδου είναι ο εντοπισμός και η μέτρηση των κερδών και ζημιών της οικονομικής ευημερίας που προκύπτουν σε μια κοινωνία από την υλοποίηση ενός συγκεκριμένου προγράμματος.

Η γενική αρχή αυτής της μεθόδου είναι η μεγιστοποίηση της παρούσας αξίας όλων των οφελών που παράγονται, μείον αυτής του κόστους, η μεγιστοποίηση δηλαδή της Καθαρής Παρούσας Αξίας. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να απαντηθούν ορισμένες ερωτήσεις οι οποίες συνιστούν και τις αρχές της ανάλυσης κόστους - οφέλους.

- Ποιά κόστη και οφέλη πρέπει να συμπεριλαμβάνονται
- Πώς πρέπει αυτά να εκτιμώνται

- Με ποιό επιτόκιο πρέπει να ανάγονται σε παρούσες αξίες
- Ποιά είναι τα σχετικά εμπόδια

Τα εμπόδια που μπορεί να προκύπτουν στην υλοποίηση του προγράμματος μπορεί να είναι φυσικά, νομικά, διαχειριστικά (administrative), οικονομικά (budgetary) και διανομής (distributional).

Η ανάλυση κόστους - οφέλους είναι η πιο ολοκληρωμένη μέθοδος οικονομικής αξιολόγησης. Αυτό που πετυχαίνει με τον υπολογισμό του κόστους και του οφέλους σε νομισματικούς όρους είναι πρώτα από όλα η απεικόνιση των αποτελεσμάτων ενός προγράμματος στην απλούστερη μορφή, δηλαδή ένα χρηματικό ποσό. Επίσης δίνει τη δυνατότητα να συγκριθούν επενδυτικά προγράμματα σε διάφορους κλάδους της οικονομίας. Τέλος παρέχει την ευχέρεια να συμπεριληφθούν στον υπολογισμό των οφελών στοιχεία πέρα από την ποσοτική και ποιοτική εκτίμηση της υγείας κάθε ατόμου και οτιδήποτε άλλο μπορεί κάποιος να θεωρήσει κατάλληλο.

Ο περιορισμός που υπάρχει στη μέθοδο αυτή συγκεντρώνεται κυρίως στην εκτίμηση των μεγεθών. Αν λυθούν αυτά τα προβλήματα στο μέλλον η μέθοδος αυτή θα αποτελέσει ένα ισχυρότατο εργαλείο για τον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας.

1.4 ΤΡΟΠΟΙ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Η τυπική χρήση της οικονομικής αξιολόγησης στη λήψη αποφάσεων στην φροντίδα υγείας είναι ακόμη περιορισμένη. Δεν είναι δυνατόν να εφαρμοσθεί μια τυπική οικονομική αξιολόγηση σε κάθε απόφαση. Μερικές φορές ο χρόνος που απαιτείται για τη λήψη μιας απόφασης είναι πολύ λίγος και αυτό μπορεί να εμποδίζει μια μελέτη. Σε άλλες περιπτώσεις μια μελέτη μπορεί να μην είναι κατάλληλη επειδή το κόστος της μελέτης είναι μεγάλο σε σχέση με τη σπουδαιότητα της απόφασης. Δηλαδή δεν υπάρχει νόημα να ξοδέψεις 100.000 δραχμές σε μια μελέτη για να αποφασίσεις πώς να ξοδέψεις 50.000 δραχμές, αν αυτό δεν οδηγεί πουθενά.

Υπάρχουν δύο πιθανοί τρόποι χρησιμοποίησης της οικονομικής αξιολόγησης. Πρώτον, η οικονομική αξιολόγηση μπορεί να χρησιμοποιείται ως ένας τρόπος εκτίμησης προτάσεων για τη χρήση των πόρων. Και δεύτερον, αυτοί που παίρνουν τις αποφάσεις μπορούν να χρησιμοποιούν την οικονομική αξιολόγηση περισσότερο σαν ένα συστηματικό τρόπο σκέψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Υγεία δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου αλλά πλήρης φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Υγεία είναι περισσότερο μια κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει την δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισοροπίας του και να διαμορφώνει νέους κανόνες και αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας ή της ανικανότητας. Αυτό προϋποθέτει επιπλέον ίση κατανομή των πόρων έτσι ώστε η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή στον καθένα.

Ο σύγχρονος άνθρωπος δε θέλει απλά να ζει ή να επιβιώνει, αλλά να αισθάνεται και να είναι ευτυχισμένος μέσα σε συνθήκες διαβίωσης και όρους ύπαρξης που να του επιτρέπουν να διάγει μια υψηλής ποιότητας ζωή.

Ο ορισμός της υγείας, όπως διατυπώθηκε από την Π.Ο.Υ. "ως η πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία νόσου ή αναπηρίας", (W.H.O. 1958)¹ δεν κρίνεται πλέον απόλυτα επαρκής για να καλύψει τις σύγχρονες προσεγγίσεις της υγείας και της αρρώστιας.

Ενώ η διάγνωση της ασθένειας, με τη βοήθεια της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, είναι σχετικά εύκολη υπόθεση, η διάγνωση της υγείας καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη και περίπλοκη, με ασαφή και πειραματική ακόμα μεθοδολογία, εξ' αιτίας της πολυδιάστατης θεώρησης αυτής. Η υγεία ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με έντονη δυναμική, δεν αποτελεί ένα μέγεθος με ποσοτικά χαρακτηριστικά, αφού δύσκολα μπορούν να μετρηθούν οι διαστάσεις της βιολογικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας. Οι δυσκολίες μέτρησης και εκτίμησης του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού προέρχονται ακριβώς από αυτή τη θετική εννοιολογική προσέγγιση της υγείας.

¹ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1996), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα.

2.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ

Για να μετρηθεί το επίπεδο υγείας κάποιου ατόμου θα πρέπει να εντοπιστούν και κατόπιν να μετρηθούν όλοι αυτοί οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να είναι η μειωμένη νοσηρότητα και θνησιμότητα, η ψυχική και πνευματική ισορροπία, η κινητικότητα, η έλλειψη πόνου, η κοινωνική δραστηριότητα.

Το ποσοτικό μέρος της υγείας είναι εύκολο να υπολογιστεί ειδικά σε χώρες όπου υπάρχουν προηγμένες στατιστικές και υγειονομικές υπηρεσίες. Πέρα όμως από την ποσοτική διάσταση, δηλαδή τη διάρκεια ζωής, υπάρχει και η ποιοτική διάσταση, δηλαδή η ποιότητα ζωής.

Η ποιοτική όμως διάσταση της υγείας είναι δύσκολο αν όχι αδύνατο να προσδιορισθεί. Και αυτό γιατί ο πολυπαραγοντικός χαρακτήρας της υγείας καθώς και ο προσωπικός παράγοντας που υπεισέρχεται δημιουργεί αξιολογικές κρίσεις (value judgements).

Η μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους. Η παροδοσιακή προσέγγιση στο θέμα της μέτρησης του επιπέδου υγείας είναι κατά βάση δημογραφική, δηλαδή ποσοτική και χρησιμοποιεί κυρίως στατιστικούς δείκτες.

Γενικά δείκτες ονομάζονται συγκεκριμένοι αριθμοί που απορρέουν από δοκιμασίες, κατάλληλα δομημένες ώστε να μετρούν πραγματικά αυτό που υποτίθεται ότι μετρούν με ακρίβεια και συνέπεια.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.) δείκτες υγείας είναι οι μεταβλητές που βοηθούν στη μέτρηση των αλλαγών στο επίπεδο υγείας. Οι δείκτες υγείας χρησιμεύουν στην αξιολόγηση μετρώντας τις αλλαγές άμεσα ή έμμεσα.

Οι δείκτες εκφράζονται σε τρεις τύπους : α) κανονικοί, β) αναλογικοί και γ) αντιστοιχίας. Οι κανονικοί δείκτες υγείας προσδιορίζονται με βάση ένα συγκεκριμένο πληθυσμό αναφοράς, δηλαδή εκφράζουν τη σχέση ανάμεσα στον αριθμό των ατόμων που έχουν ένα ειδικό χαρακτηριστικό προς το σύνολο του πληθυσμού.

Οι αναλογικοί δείκτες απεικονίζουν την αναλογία του αριθμού των ατόμων που έχουν ένα ειδικό χαρακτηριστικό σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων που έχουν ένα ή περισσότερα ομοειδή χαρακτηριστικά.

Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι θετικοί δείκτες προσεγγίζουν πιο ολοκληρωμένα το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και συγγενεύουν με τους δημογραφικούς. Μερικοί από αυτούς είναι ο δείκτης γεννητικότητας, γονιμότητας και το προσδόκιμο επιβίωσης. Οι αρνητικοί δείκτες που αποτελούν και τους πλέον εύχρηστους είναι ο δείκτης νοσηρότητας, θνησιμότητας, εγκληματικότητας, αναπηρίας, κλπ. Εκφράζουν δηλαδή τη συχνότητα των νοσημάτων και των παθολογικών καταστάσεων του πληθυσμού, αποτελώντας το μέσο σύγκρισης και αξιολόγησης του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων χωρών.

Το προσδόκιμο επιβίωσης αποτελεί έναν εύχρηστο δείκτη υγείας που εκφράζει το μέσο αριθμό των ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος από το χρόνο της γέννησής του.

Ο δείκτης νοσηρότητας εκφράζει τον αριθμό των προσβληθέντων από ένα νόσημα X στο σύνολο του πληθυσμού δηλαδή:

Δείκτης νοσηρότητας = (Συνολικός αριθμός ασθενών x έτους A) / (Συνολικός πληθυσμός έτους A)

Οι δείκτες θνησιμότητας εκφράζουν τον αριθμό των θανάτων στη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους προς το μέσο πληθυσμό του έτους και διακρίνονται στις εξής κατηγορίες: α) αδρός (γενικός) δείκτης θνησιμότητας, β) ειδικός κατά αιτία δείκτης θνησιμότητας, γ) ειδικός κατά φύλο δείκτης θνησιμότητας, δ) ειδικός κατά ηλικία δείκτης θνησιμότητας, ε) ειδικός κατά κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία και κατά αιτία δείκτης θνησιμότητας, στ) δείκτης θνητότητας.

Αδρός (γενικός) δείκτης θνησιμότητας = (Αριθμός θανόντων από κάθε αιτία έτους A) / (Μέσος πληθυσμός έτους A)

Ειδικός κατά αιτία δείκτης θνησιμότητας = (Αριθμός θανόντων από αιτία x το έτος A) / (Μέσος πληθυσμός έτους A) x 100.000

Οι δείκτες βρεφικής θνησιμότητας έχουν μία ιδιαίτερη σημασία για το σύστημα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης, έχοντας άμεση σχέση με τη λειτουργία και την αποτελεσματικότητά του. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας αντανακλάται στους δείκτες βρεφικής θνησιμότητας. Διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες:

α) δείκτης θνησιγεννητικότητας, β) δείκτης περιγεννητικής θνησιμότητας, γ) δείκτης νεογνικής θνησιμότητας, δ) δείκτης όψιμης βρεφικής θνησιμότητας, ε) δείκτης βρεφικής θνησιμότητας.

Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας = (Αριθμός νεκρών παιδιών κάτω του έτους, το έτος A) / (Αριθμός γεννήσεων ζώντων το ίδιο έτος) x 1.000

Η βρεφική θνησιμότητα είναι ίση με το άθροισμα της νεογνικής και της όψιμης βρεφικής θνησιμότητας. Η αντιμετώπιση της βρεφικής θνησιμότητας έχει άμεση σχέση με το σύστημα υγείας και ιδιαίτερα με τη σωστή οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης αλλά κύρια εξαρτάται από το βαθμό ανάπτυξης των γενικότερων κοινωνικο-οικονομικών και πολιτιστικών μεταβλητών μιας περιοχής.

Εκτός των δημογραφικών δεικτών (θνησιμότητας, νοσηρότητας, προσδόκιμου επιβίωσης, κλπ) οι πλέον εύχρηστοι δείκτες μέτρησης του επιπέδου υγείας κατά τον San Martin, (San Martin 1983)² είναι οι εξής:

Δείκτες των συνθηκών υγιεινής και του περιβάλλοντος

- Ποσοστό του αστικού και του αγροτικού πληθυσμού που διαθέτει υγιεινό πόσιμο νερό.
- Κατανάλωση πόσιμου υγιεινού νερού κατά άτομο.
- Ποσοστό των αστικών και αγροτικών νοικοκυριών που διαθέτουν ευπρεπή τουαλέτα.
- Ποσοστό των νοικοκυριών χωρίς κατοικία.
- Ποσοστό των νοικοκυριών που ζουν περισσότερα από δύο άτομα κατά δωμάτιο.
- Δείκτης των ατυχημάτων κατά τύπο ατυχήματος και ηλικία.

Δείκτες Διατροφής

- Ημερήσια κατανάλωση θερμίδων κατά κεφαλή.
- Κατανάλωση γάλακτος ειδικά στον παιδικό πληθυσμό.
- Ημερήσια κατανάλωση πρωτεϊνών κατά κεφαλή.
- Ποσοστό των παιδιών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης των οποίων το βάρος κρίνεται μη ικανοποιητικό.

²Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1996) Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα.

Δείκτες των διατιθεμένων πόρων και των δραστηριοτήτων για την υγεία

- Δαπάνες υγείας ανά κάτοικο ετησίως.
- Αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους.
- Αριθμός γιατρών και χειρουργών ανά 100.000 κατοίκους.
- Αριθμός νοσηλευτών και μαιών ανά 100.000 κατοίκους.
- Δείκτες πληροτητας-χρησιμοποίησης των νοσοκομειακών κλινών.
- Ποσοστό πληθυσμού ανά ηλικία ανοσοποιημένων στα λοιμώδη.
- Ποσοστό παιδιών γεννηθέντων στο νοσοκομείο.
- Ποσοστό τοκετών που έγιναν παρουσία γιατρού ή μαιάς.
- Ποσοστό περιγεννητικής συμβουλευτικής κατ' αναλογία του αριθμού των εγγύων γυναικών.
- Ποσοστό θηλαζόντων υπό ιατρική παρακολούθηση.

Δείκτες οικονομικής και κοινωνικής ανάπτυξης

- Μέσο διαθέσιμο εισόδημα κατά νοικοκυριό.
- Σχέση μεταξύ του επιπέδου μισθών και κόστους ζωής.
- Ποσοστό αναλφαβητισμού.
- Ποσοστά εγγραφών στο εκπαιδευτικό σύστημα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια εκπαίδευση).
- Ποσοστό του οικονομικά ενεργού πληθυσμού (ανά ηλικία και φύλο).
- Ποσοστό ανέργων στον ενεργό πληθυσμό.

Οι μετρήσεις νοσηρότητας χρησιμοποιούνται από γιατρούς στην εκτίμηση αποτελεσμάτων που εστιάζονται στα αποτελέσματα των βιοχημικών τεστ, σε τιμές συμπτωμάτων που παρατηρήθηκαν ή εκτέλεσης ρόλου (π.χ. αριθμός ημερών χωρίς εργασία, ημέρες ανικανότητας στο κρεβάτι).

2.3 ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι περισσότερες λεπτομερές πληροφορίες σχετικά με την υγεία και την ασθένεια είναι διαθέσιμες μόνο από καταμετρήσεις. Αυτές παίρνουν πληροφορίες από κάθε κοινότητα (βασισμένες σε καταμετρήσεις πληθυσμού οι οποίες συλλέγουν στοιχεία

σχετικά με ατομικές αναφορές ασθενειών και ανικανότητας, ή μελέτες κλινικών πληθυσμών βασισμένες πάνω σε ασθενείς και μερικές φορές ιατρούς) εκτιμώντας την νοσηρότητα.

Οι ταξινομήσεις που προκύπτουν από τις καταμετρήσεις δεν δίνουν ενδείξεις των αποτελεσμάτων της κατάστασης υγείας πάνω στη φυσική, οικονομική, ψυχολογική, κοινωνική και οικιακή λειτουργικότητα. Υπάρχουν διαφορετικές απόψεις όσον αφορά τις διαβαθμίσεις που ενδέχεται να υπάρχουν μεταξύ 'τέλειας υγείας' και 'θανάτου'.

Οι πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια συνήθως συλλέγονται ετησίως από την Κυβέρνηση μέσω απαντήσεων ενός μεγάλου δείγματος ατόμων μιας κοινότητας, με καταμετρήσεις από συνεντεύξεις. Οι καταμετρήσεις της υγείας αναφέρονται τυπικά πάνω στην σύμπτωση της οξύτητας της ασθένειας και τις βλάβες, που απαιτούν και τα δύο ιατρική προσοχή ή περιορισμό της ημερήσιας δραστηριότητας, του αριθμού των ημερών περιορισμένης δραστηριότητας, τα αποτελέσματα από διάφορες ασθένειες και καταστάσεις, την απουσία από την εργασία ή το σχολείο, τις χρόνιες ασθένειες και την επιδείνωση της ασθένειας. Μερικές καταμετρήσεις επίσης εμπεριέχουν λίστες συμπτωμάτων.

Υπάρχουν πολλαπλές επιρροές πάνω στα αποτελέσματα υγείας των ασθενών. Οι μη βιολογικοί παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάζουν την ανάρρωση και το αποτέλεσμα της θεραπείας εμπεριέχουν τη ψυχολογία των ασθενών, τα κίνητρα και την προσκόληση στην θεραπεία, τις κοινωνικοοικονομικές καταστάσεις, την ωφελιμότητα της φροντίδας υγείας, τα κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης, τις ατομικές και πολιτιστικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές. Η ανάπτυξη των υποκειμενικών δεικτών υγείας αντανακλά αυτά τα μη βιολογικά στοιχεία.

2.4 Η ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Ο όρος "ποιότητα ζωής" λαμβάνει διαφορετικό περιεχόμενο στο χώρο και στο χρόνο. Μετά το 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο ο όρος ποιότητα ζωής εκφράζει την "καλή ζωή", την κατοχή υλικών αγαθών (αυτοκίνητα, σπίτια, καταναλωτικά αγαθά), χρήματος και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για διάφορες δραστηριότητες και ανάπαυση.

Στη δεκαετία του '60 το περιεχόμενο του όρου διευρύνεται, συμπεριλαμβάνοντας την εκπαίδευση, την υγεία και την κοινωνική πρόνοια, την οικονομική και βιομηχανική ανάπτυξη. Στη δεκαετία του '70 δίνεται έμφαση προς την κατεύθυνση της

"προσωπικής ελευθερίας", της συναισθηματικής και ψυχοκοινωνικής ισορροπίας. Επίσης παρατηρείται ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ποιότητα ζωής σε καταστάσεις αρρώστιας και θεραπείας.

Το ενδιαφέρον των γιατρών και ερευνητών στην φροντίδα υγείας όλο και πιο πολύ εστιάζεται πάνω στη μέτρηση των αποτελεσμάτων υγείας ή στις συνέπειες της φροντίδας. Οι μετρήσεις της υγείας σχετικά με την ποιότητα ζωής θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση των επεμβάσεων στην φροντίδα υγείας. Οι περισσότεροι υπάρχοντες δείκτες αντανakλούν ένα μοντέλο 'ασθένειας'. Το μοντέλο 'ασθένειας' είναι μια ιατρική αντίληψη παθολογικής ανωμαλίας η οποία εκδηλώνεται από ένα σύνολο συμπτωμάτων.

Η 'μειωμένη υγεία' ενός ατόμου εκδηλώνεται με αισθήματα πόνου και δυσχέρειας ή αντιλήψεις αλλαγών στη συνηθισμένη λειτουργικότητα και αίσθηση. Οι ασθένειες μπορούν να είναι αποτελέσματα παθολογικών ανωμαλιών, αλλά όχι απαραίτητα. Ένα άτομο μπορεί να νιώθει άρρωστο χωρίς καμία ιατρική διάγνωση να είναι ικανή να ανακαλύψει ασθένεια. Οι μετρήσεις των καταστάσεων υγείας χρειάζεται να υπολογίζουν και τις δύο έννοιες (της ασθένειας και της μειωμένης υγείας).

Παρά την έλλειψη συμφωνίας στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής, γίνεται ευρέως αποδεκτό ότι αυτή αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Οι Andrews και Whitney, εντόπισαν 800 πιθανές διαστάσεις σε έρευνα βιβλιογραφικής ανασκόπησης, οι οποίες συμπύχθηκαν σε 100 περίπου τομείς της ζωής λόγω αλληλεπικαλύψεων. Οι πλέον σημαντικοί τομείς φαίνεται να είναι η φυσική ευεξία, οι κοινωνικές σχέσεις, η προσωπική εξέλιξη, η επαναδημιουργία και οι οικονομικές συνθήκες ασφάλειας. Αρκετοί ερευνητές προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής σε σχέση με την ικανοποίηση από τη ζωή, την υποκειμενική ή ψυχική ευεξία, την ευτυχία, την ηθική, την αυτοεκτίμηση, κ.λ.π. (Campell et al 1976).³

Προϋπόθεση για την ευχαρίστηση και την υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία του ατόμου. Η καλή υγεία είναι μία ιδιαίτερα σημαντική και επιθυμητή κατάσταση ύπαρξης, σύμφωνα με τον Rokeach, ο οποίος, εξετάζοντας τις πλέον αξιόλογες καταστάσεις ύπαρξης του ανθρώπου, διαπίστωσε ότι κάθε άτομο κατέτασσε υψηλότερα στην κλίμακα την καλή υγεία από κάθε άλλη επιλογή.

Η υγεία δε θεωρείται μόνο ως βιολογική ευεξία αλλά και ως ψυχολογική και κοινωνική ολοκλήρωση και αυτοπραγμάτωση του ατόμου. Επομένως η ποιότητα ζωής είναι ένα

³ Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., (1996), Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα.

πολυδιάστατο φαινόμενο και όποιο θεραπευτικό μέτρο λαμβάνεται για τη βελτίωση της υγείας θα πρέπει να απευθύνεται στην επίδραση που έχει η αρρώστια ή η θεραπεία της σε μια ποικιλία διαστάσεων και όχι απλά το επίπεδο μόνο της φυσικής κατάστασης. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα συμφωνούσαν, ότι η ποιότητα ζωής είναι ένα σύμπλεγμα αλληλεπιδρώντων παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας, σε τρεις κυρίως διαστάσεις: α) της φυσικής ευεξίας, β) της ψυχικής ευεξίας, γ) της κοινωνικής ευεξίας.

Η φυσική ευεξία αφορά την εκτίμηση του ασθενή για την υγεία του και το επίπεδο των δραστηριοτήτων που του επιτρέπει η φυσική του κατάσταση. Η ψυχική ευεξία διερευνά την ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του αρρώστου, με τη χρησιμοποίηση κλιμάκων μέτρησης της αυτοεκτίμησης και της ευεξίας. Αυτές οι κλίμακες χρησιμοποιούνται στο γενικό πληθυσμό. Η κοινωνική ευεξία αναφέρεται στο βαθμό της γενικής ικανοποίησης από τη ζωή, της συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες και την άσκηση κοινωνικών ρόλων.

2.5 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής είναι μία μέτρηση αποτελεσμάτων τα οποία προβάλλουν περισσότερες λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα των θεραπειών, σε σύγκριση με τους δείκτες της νοσηρότητας και θνησιμότητας. Οι πληροφορίες που αναφέρονται στην ποιότητα ζωή μπορούν να βοηθούν τους αγοραστές και τους προμηθευτές να παίρνουν αποφάσεις σχετικά με τις μεθόδους θεραπείας.

Επίσης μερικά στοιχεία μπορούν να προβάλλουν πληροφορίες που είναι σχετικές με τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς μπορούν να αναφέρουν τα πιθανά αποτελέσματα και τις συνέπειες των θεραπειών.

2.6 ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

2.6.1 Συνεντεύξεις

Μία μέθοδος συγκέντρωσης στοιχείων για την ποιότητα ζωής είναι οι συνεντεύξεις. Οι συνεντεύξεις μπορούν να περικλείουν ανοικτές ερωτήσεις, οι οποίες παράγουν πληροφορίες σχετικά με την ποιότητα όταν τα στοιχεία είναι περιορισμένα και

κλειστές ερωτήσεις, οι οποίες καλύπτουν τα σημεία τα οποία είναι περισσότερο γνωστά.

Υπάρχουν δύο κύρια μειονεκτήματα σε αυτή τη μέθοδο.

Πρώτον, οι συνεντεύξεις είναι δαπανηρές επειδή υπάρχει ανάγκη για έμπειρα άτομα τα οποία θα συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια. Τα άτομα αυτά θα πρέπει να κατευθύνουν τη συνέντευξη όσον το δυνατό με πιο απλό τρόπο.

Δεύτερον, τα στοιχεία απαιτούν περισσότερη επεξεργασία από αυτά που αποκτώνται από τα ερωτηματολόγια.

2.6.2 Ερωτηματολόγια

Η δεύτερη μέθοδος για συγκέντρωση στοιχείων ποιότητας ζωής είναι η χρησιμοποίηση ερωτηματολογίων αυτοαναφορών. Αυτά προβάλλουν ένα σύντομο και αξιόπιστο τρόπο συλλογής στοιχείων της ποιότητας ζωής.

Τα κύρια πλεονεκτήματα από τη χρησιμοποίηση των ερωτηματολογίων είναι ότι αυτά είναι εύκολα στη διαχείριση και χρειάζονται λίγο χρόνο για να συμπληρωθούν. Τα ερωτηματολόγια δημιουργούνται έτσι ώστε να είναι εύκολο να βαθμολογηθούν και να εξηγηθούν οι απαντήσεις που έχουν δοθεί σε αυτά.

Είναι σημαντικό να οριστεί ένα μέλος του προσωπικού το οποίο θα είναι υπεύθυνο για να εξηγή στους ασθενείς πως να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Τα ερωτηματολόγια σχεδιάστηκαν για να μετρούν την ποιότητα ζωής και μπορούν να διαιρεθούν σε δύο ομάδες ερωτηματολογίων γενικά και ειδικά. Οι ομάδες αυτές είναι γενικές και εφαρμόσιμες σε μια ευρεία ποικιλία πληθυσμών. Τα ειδικά ερωτηματολόγια όπως το Nottingham Health Profile, το Sickness Impact Profile είναι ειδικά για μία ασθένεια όπως ο καρκίνος ή για μία ομάδα πληθυσμού όπως οι ηλικιωμένοι. Αν όμως οι συγκρίσεις απορρέουν μεταξύ διαφόρων ασθενών ή διαφορετικών διαγνωστικών ομάδων, τότε απαιτείται ένα γενικό ερωτηματολόγιο. Τα γενικά ερωτηματολόγια δε σχεδιάστηκαν για να χρησιμοποιούνται σε ειδικές ομάδες ασθενών και οι ερωτήσεις τους μπορεί να μην είναι πολύ περιεκτικές.

Σε μελέτες που περιέχουν μεγάλο αριθμό ερωτήσεων τα στοιχεία συλλέγονται σε διαστήματα πέραν μιας συγκεκριμένης περιόδου χρόνου. Σε μερικές περιπτώσεις,

όπως αμέσως μετά την εγχείρηση ή την χημειοθεραπεία, οι ασθενείς ενδέχεται να είναι τόσο άρρωστοι ώστε να μην μπορούν να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια σε σύντομο χρονικό διάστημα. Τότε οι εκτιμήσεις για την ποιότητα ζωής των ασθενών παρέχονται από τους προμηθευτές φροντίδας υγείας ή τους συγγενείς των ασθενών (Sprangers and Aaronson 1992).⁴

Σ' ένα μεγάλο αριθμό από μελέτες εξετάστηκε η έκταση στην οποία οι προμηθευτές φροντίδας υγείας είναι ικανοί να εκτιμήσουν επακριβώς την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνιες ασθένειες και τους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν μερικές εκτιμήσεις. Από αυτές τις μελέτες προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι προμηθευτές φροντίδας υγείας και οι συγγενείς των ασθενών δεν είναι κατάλληλοι για να εκτιμήσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Όταν οι εκτιμήσεις αποκτούνται από κάποιο τρίτο άτομο και όχι από τον ίδιο τον ασθενή αυτές περιορίζονται μόνο σε λειτουργικές και φυσικές καταστάσεις.

2.6.3 Συμπεράσματα των μεθόδων μέτρησης

Η ποιότητα ζωής των ασθενών κατά την διάρκεια και μετά την θεραπεία μπορεί να μετρηθεί και να χρησιμοποιηθεί από τους αγοραστές για να μελετήσουν τα αποτελέσματα της θεραπείας.

Το ποιά είναι η καταλληλότερη μέθοδος για την συλλογή στοιχείων της ποιότητας ζωής από ερωτηματολόγια ή συνεντεύξεις, εξαρτάται από την συλλογή μερικών πληροφοριών, την προστιθέμενη εφαρμογή των στοιχείων και τις διαθέσιμες έρευνες. Τα κύρια πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα για κάθε μέθοδο δίνονται στον παρακάτω πίνακα.

Υπάρχουν διάφορες εφαρμογές των πληροφοριών ποιότητας ζωής οι οποίες γίνονται από ενδιαφέρον προς τους καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας. Μερικά στοιχεία χρησιμοποιούνται για να βοηθήσουν στις αποφάσεις που λαμβάνονται για συγκεκριμένους τύπους θεραπειών.

Τα στοιχεία της ποιότητας ζωής μπορούν να καθορίζουν την έκταση με την οποία τα επίπεδα ψυχοκοινωνικής νοσηρότητας διαφέρουν σε εναλλακτικές θεραπείες και βοηθούν την έρευνα να διερευνήσει τρόπους με τους οποίους η μερική νοσηρότητα μπορεί να ελαττωθεί.

⁴ Drummond M., Maynard A., (1993), Purchasing and Providing COST-EFFECTIVE HEALTH CARE, Churchill Livingstone, U.K.

Πίνακας 2.1 Περίληψη των πλεονεκτημάτων και μειονεκτημάτων των συνεντεύξεων και των ερωτηματολογίων

Συνεντεύξεις

Η ερευνητική εργασία βρίσκει παραμέτρους της ποιότητας ζωής και απαιτεί λεπτομερείς εκτιμήσεις

Πλεονεκτήματα

Περιεκτικά στοιχεία
Ελάχιστα χαμένα στοιχεία

Μειονεκτήματα

Ακριβό - χρειάζεται εκπαιδευμένο προσωπικό
Ακατόρθωτο αν χρειάζεται να συλλεχθούν στοιχεία σε πολλαπλές περιπτώσεις
Η μεθοδολογία των στοιχείων είναι σύνθετη
Σπατάλη χρόνου

Ερωτηματολόγια

Παράμετροι που ερευνήθηκαν

Πλεονεκτήματα

Σχετικά εύκολα στη διαχείριση
Τυποποιημένη μορφή
ενδιαφέρον όταν περισσότερες από μία εκτιμήσεις απαιτούνται
Εύκολο στη βαθμολογία και στην ερμηνεία
Σύγκριση των διαθέσιμων στοιχείων

Μειονεκτήματα

Ορίζονται μέλη του προσωπικού που χρειάζεται να είναι υπεύθυνο στη διαχείριση
Αυξημένη πιθανότητα χαμένων στοιχείων εκτός αν ελέγχονται από μέλος του προσωπικού υπεύθυνο για την διαχείριση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

3.1 ΘΕΩΡΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Οι μετρήσεις μπορούν να αναφέρονται σε μια ονομαστική, τακτική, διαστήματος, ή λόγου κλίμακα. Το απαιτούμενο επίπεδο μέτρησης εξαρτάται από τους στόχους του δείκτη και από τις ερωτήσεις που προσπαθεί ο ερευνητής να απαντήσει.

Σε μια *ονομαστική* κλίμακα, χρησιμοποιούνται αριθμοί ή τα άλλα σύμβολα απλά για να ταξινομήσουν ένα χαρακτηριστικό ή αντικείμενο. Για παράδειγμα, οι καταστάσεις λειτουργικής ανικανότητας και η υγεία όπως την αντιλαμβάνονται τα άτομα, καθορίζονται από περιγραφές και έτσι δημιουργήθηκε μια ονομαστική κλίμακα ή κλίμακα ταξινόμησης. Για τον υπολογισμό της συγκριτικής εκτίμησης μιας έκβασης της επέμβασης Α σε σύγκριση με την έκβαση της επέμβασης Β, μια ονομαστική κλίμακα μπορεί να είναι αρκετή (για παράδειγμα, 'θάνατος' ή 'επιβίωση').

Μια *τακτική* κλίμακα είναι εφαρμόσιμη όταν τα αντικείμενα σε μια κατηγορία της κλίμακας δεν είναι διαφορετικά από τα αντικείμενα μιας άλλης κατηγορίας της ίδιας κλίμακας. Πολλές καταστάσεις ανικανότητας και υγείας μετριοούνται με αυτόν τον τύπο.

Η πιο κατάλληλη στατιστική μέθοδος για να περιγράψουμε τα αποτελέσματα σε μια τακτική κλίμακα είναι ο μέσος όρος. Μια τακτική κλίμακα είναι κατάλληλη μόνο για να απαντήσει σε βασικές ερωτήσεις όπως 'Πώς μπορούμε να συγκρίνουμε το Χ με το Υ;' (Χ = χρόνια με πλήρη υγεία, Υ = χρόνια με κατώτερη υγεία).

Μια κλίμακα *διαστημάτων* επιτυγχάνεται όταν έχει όλα τα χαρακτηριστικά μιας τακτικής κλίμακας, και όταν είναι γνωστό το μέγεθος της. Μια κλίμακα διαστημάτων χαρακτηρίζεται από μια κοινή και σταθερή μονάδα μέτρησης η οποία καθορίζει έναν πραγματικό αριθμό, αλλά το σημείο 0 και η μονάδα της μέτρησης είναι αυθαίρετα (π.χ. θερμοκρασία- δύο κλίμακες συνήθως χρησιμοποιούν το σημείο μηδέν διαφορετικά η κάθε μια).

Η κλίμακα διαστημάτων είναι ποσοτική και όλες οι κοινές παράμετροι είναι στατιστικές (μέσος όρος, βαθμός αποκλίσης, αντιστοιχία Pearson κλπ). Είναι εφαρμόσιμες ως είναι στις κοινές στατιστικές δοκιμασίες (t test, F test, κλπ). Οι

κλίμακες διαστημάτων είναι κατάλληλες αν η ερώτηση είναι: 'Πόσο διαφορετικό είναι το X από το Y;'

Η κλίμακα λόγου εφαρμόζεται όταν έχει όλα τα χαρακτηριστικά μιας κλίμακας διαστημάτων και επιπλέον έχει ένα πραγματικό σημείο μηδέν, δηλαδή όχι αυθαίρετο. Ο λόγος των δύο σημείων της κλίμακας είναι ανεξάρτητος της μονάδας μέτρησης. Κάθε στατιστική δοκιμή είναι εύχρηστη όταν έχει γίνει η αναγκαία μέτρηση. Οι κλίμακες λόγων είναι αναγκαίες αν η ερώτηση είναι:

' Κατ' αναλογία πόσο διαφορετικό είναι το X από το Y;'

Η πιο αυστηρή μέθοδος ανάλυσης δεδομένων απαιτεί ποσοτικά δεδομένα. Μετρώντας τη λειτουργική ανικανότητα και τις καταστάσεις υγείας δεν επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό η μέτρηση μιας κλίμακας λόγου ή διαστήματος.

3.2 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Οι προσεγγίσεις στο πρόβλημα μέτρησης της ποιότητας ζωής διακρίνονται σε δυο γενικές κατηγορίες . **Πρώτον** η σχετικά μικρή ποσότητα μέσω ειδικά σχεδιασμένων για την μέτρηση ποιότητας ζωής, έχει ωθήσει τους ερευνητές να υιοθετήσουν ένα σύστημα σκιώδους ή αντιπροσωπευτικής μέτρησης. Αντί της προσπάθειας να μετρηθεί η ποιότητα ζωής άμεσα, επιλέγεται ένας δείκτης ο οποίος φαίνεται να σχετίζεται αρκετά με την ποιότητα ζωής και οι παρατηρήσεις που γίνονται σ' αυτόν τον αντιπροσωπευτικό δείκτη χρησιμοποιούνται ως μετρήσεις ποιότητας ζωής.

Εφόσον η ποιότητα ζωής σπανίως καθορίζει τη ορθότητα μιας τέτοιας αντιπροσωπευτικής μέτρησης είναι μερικές φορές δύσκολο να την διακρίνουμε. Μεταβλητές όπως η θέση εργασίας, οι χαμένες μέρες λόγω ασθένειας και η συχνότητα νοσοκομειακής περίθαλψης έχουν χρησιμοποιηθεί κατά αυτόν τον τρόπο.

Οι δείκτες αυτού του τύπου έχουν το πλεονέκτημα του να είναι σχετικά εύκολοι ως προς την παρατήρηση και την συλλογή στοιχείων και συνεπώς δεν προβάλλουν ειδικά προβλήματα. Όμως, η σύνδεση μεταξύ αυτών των μεταβλητών και της ποιότητας ζωής είναι συχνά υποθετική.

Ενώ ο ερευνητής ή ο γιατρός μπορεί να καταλάβει ότι υπάρχει μία θετική σχέση μεταξύ των μεταβλητών, υπάρχουν πολύ λίγα αποδεικτικά στοιχεία. Ούτε υπάρχει ένδειξη για το πως αντιλαμβάνονται αυτούς τους δείκτες οι προμηθευτές ή οι

καταναλωτές του συστήματος υγείας. Η βελτίωση σε ένα αντιπροσωπευτικό δείκτη συχνά αντιμετωπίζεται ως μια θετική ένδειξη καλύτερης ποιότητας ζωής. Αυτό μπορεί πράγματι να συμβαίνει για μερικούς δείκτες.

Για μερικές ομάδες ασθενών, όπως εκείνες με στεφανιαία νόσο, μπορεί να υπάρξει μια ουσιώδης αλλαγή στη συμπεριφορά ως άμεση συνέπεια της ασθένειάς τους. Οι ασθενείς που φαίνονται να έχουν επανακτήσει την σωματική τους ικανότητα μπορεί να μην θεωρούν πλέον την επιστροφή στην εργασία ως επιθυμητή επιλογή. Επίσης μπορεί να υπάρχουν αλλαγές όσον αφορά την εργασία, οι οποίες προέρχονται σαν αποτέλεσμα της ασθένειας. Η θέση εργασίας θα είναι ακατάλληλη πλέον για μερικές ομάδες ασθενών οι οποίοι έχουν πολύ μικρές πιθανότητες να επιστρέψουν στην εργασία τους επειδή μπορεί να μην είναι το ίδιο ικανοί όπως πριν λόγω της ασθένειας τους ή όταν οι χρόνιες ασθένειες κάνουν την εργασία εντελώς αδύνατη.

Σε μια προσπάθεια αντιστάθμισης των επίκτητων αδυναμιών που υπάρχουν στην προσέγγιση με ένα μεμονωμένο δείκτη, μερικοί ερευνητές χρησιμοποιούν μια συστοιχία από δείκτες που αμελούν πολλές διαφορετικές περιοχές δραστηριότητας και λειτουργιών. Αυτές οι συστοιχίες συχνά περιλαμβάνουν πολλά τεκμηριωμένα μέσα από την ψυχιατρική και την ψυχολογία (για παράδειγμα, the General Health Questionnaire, Wechsler Memory Scale, Life Events Scale).

Αυτό δημιούργησε μια πιο ευρεία βάση προσέγγισης ως προς την μέτρηση της ποιότητας ζωής στην οποία υπάρχει το περιθώριο για την παρατήρηση ενός μεγαλύτερου εύρους συνισταμένων της ποιότητας ζωής. Όπου χρησιμοποιείται αυτή η τεχνική, όμως, μπορεί να είναι δύσκολο να παρουσιάσει σ' ένα δείκτη της υγείας τις βελτιώσεις που μετρήθηκαν με ένα δείκτη σε αντίθεση με την επιδείνωση της υγείας που μετρήθηκε με ένα άλλο δείκτη, για να παράγει μια εκτίμηση ενός συνολικού οφέλους. Για παράδειγμα θα ήταν δύσκολο να αξιολογήσει μια θεραπεία, η οποία βελτίωσε την φυσική κατάσταση του ασθενή αλλά την ίδια στιγμή είχε ένα επιβλαβές αποτέλεσμα στην ψυχολογική του κατάσταση.

Η άθροιση των αποτελεσμάτων μπορεί να βασισθεί στις ατομικές εκτιμήσεις των γιατρών ή των ερευνητών ή με το να αναζητηθούν οι προτιμήσεις των ασθενών και άλλων που σχετίζονται με την φροντίδα υγείας.

Η **δεύτερη** προσέγγιση ως προς την μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιεί ένα εργαλείο μέτρησης το οποίο έχει δημιουργηθεί για την μέτρηση της υγείας ή της ποιότητας ζωής. Αυτές οι τυπικές μετρήσεις χαρακτηρίζονται από μια περισσότερο

δομημένη έννοια της ποιότητας ζωής και μια πιο σαφή αναγνώριση των πολλών μεθοδολογικών προβλημάτων που σχετίζονται με τη δημιουργία των εργαλείων της ποιότητας ζωής.

Είτε όλα τα τυπικά μέσα μέτρησης της ποιότητας ζωής δημιουργήθηκαν με σκοπό την χρησιμοποίησή τους σε μια ιδιαίτερη ασθένεια, είτε δημιουργήθηκαν σαν γενικές μετρήσεις, συνθέτονται από δύο συμπληρωματικά στοιχεία : ένα σύστημα περιγραφής θέσεων υγείας και ένα μέσο στάθμισης αυτών των θέσεων.

Αυτό το διπλό σύστημα περιγραφής και αξιολόγησης χαρακτηρίζει τα περισσότερα μέσα αυτής της γενιάς. Η διαδικασία δημιουργίας του περιγραφικού συστήματος και τα επακόλουθα αποτελέσματα αξιολόγησης που προκύπτουν από αυτή την διαδικασία θέτουν μια σειρά σημαντικών ερωτημάτων που είναι : ποιος ή ποιά είναι η πηγή, πώς οι πληροφορίες συγκεντρώνονται, πώς επεξεργάστηκαν ή παρουσιάστηκαν τα συστήματα περιγραφής; Το περιγραφικό περιεχόμενο σε μερικές περιπτώσεις δημιουργείται από τον ίδιο τον ερευνητή και προσδιορίζεται σαν μέρος ενός προσχεδιασμένου μοντέλου.

Μπορεί να ερευνηθεί ένας αριθμός διαφορετικών ομάδων αναφοράς όπως: ασθενείς με εμπειρία από κάποια ασθένεια, γιατροί και άλλοι επαγγελματίες με 'υποκειμενική' διορατικότητα, Υπουργοί Κυβέρνησης με βασική υπευθυνότητα στην προμήθεια υγειονομικής φροντίδας. Η χρησιμοποίηση πολλαπλών πηγών πληροφόρησης αναγκάζει τον ερευνητή να εισάγει αξιολογικές κρίσεις ακόμα και στο σχετικά απλό επίπεδο της περιγραφής των θέσεων υγείας.

Έχουν δημιουργηθεί αξιολογήσεις ή σταθμίσεις χρησιμοποιώντας μια ποικιλία από διαδικασίες. Έως τώρα καμιά διαδικασία ή πηγή αναφοράς δεν έχει αποδειχθεί ότι έχει ένα ουσιώδες πλεονέκτημα ως προς τις εναλλακτικές. Θα ήταν απίθανο, αν και διοικητικά θα ήταν μάλλον βολικό, το να βρεθεί ότι μια μοναδική ομάδα αξιών για τις θέσεις υγείας θα μπορούσε να αντιπροσωπεύει τις προτιμήσεις όλων των τομέων της κοινωνίας. Τέλος η ανάλυση ευαισθησίας μπορεί να αποκαλύψει ότι αν και υπάρχουν διαφορετικές αξιολογήσεις, τα αποτελέσματα της εφαρμογής οποιασδήποτε ομάδας δεν επηρεάζουν ουσιαστικά τα συμπεράσματα.

3.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Στις φυσικές επιστήμες ο όρος "μέτρηση" δίνει την εντύπωση της ακρίβειας γενικά αποδεκτών διαδικασιών, που εκτελούνται κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες, και αποτελέσματα που εκφράζονται με σταθερές μονάδες μέτρησης. Οι κοινωνικοί επιστήμονες ενδιαφέρονται για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, όπου όχι μόνο το φαινόμενο που ερευνάται ορίζεται με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους, αλλά υπάρχουν και ποικίλες απόψεις ως προς τι και πώς μπορεί να παρουσιασθεί ή "ποσοτικοποιηθεί" - και ακόμα εάν η μέτρηση της ποιότητας της ζωής μπορεί να δικαιολογηθεί ηθικά.

Τα προβλήματα που αναδύονται στη μέτρηση της ποιότητας της υγείας είναι διπλής όψης. **Πρώτον** η περιγραφική υποδομή της ποιότητας της ζωής δεν είναι παγκοσμίως αποδεκτή και επομένως υπάρχει αμφισβήτηση για το τι ακριβώς "αποδίδει" ένα δεδομένο μέσο. **Δεύτερον**, δεν υπάρχει ούτε μια ορισμένη μέθοδος στάθμισης ενός μέσου, έτσι ώστε να βοηθήσει στη δυνατότητα μέτρησής του. Διαφορετικές μέθοδοι εμφανίζονται να παράγουν διαφορετικά αποτελέσματα. Πολλή δουλειά πρέπει ακόμη να γίνει για να κατανοήσουμε την σχέση μεταξύ των πολλών μεθόδων αξίας και για την εύρεση των μέσων για το συμβιβασμό αυτών των διαφορετικών μεθόδων.

Τα μετρήσιμα χαρακτηριστικά των μέσων της ποιότητας ζωής επηρεάζονται άμεσα από τη σχεδίαση τους, αλλά σπανίως αυτό εξετάζεται προσεκτικά. Μια ανάγνωση της αρτηριακής πίεσης ή της θερμοκρασίας είναι εκφρασμένοι όροι σε νούμερα τα οποία έχουν αληθινές αριθμητικές πληροφορίες. Το βάρος ενός ασθενή ας πούμε 180 kg μπορεί αποδεκτά να λεχθεί ότι είναι το διπλάσιο ενός άλλου που ζυγίζει 90 kg. Όπου οι αριθμοί χρησιμοποιούνται σαν ετικέτες αυτού του τύπου η σχέση δε μπορεί και δε θα έπρεπε να υπονοείται. Η σοβαρότητα της κατάστασης ενός ασθενή μπορεί να εκφραστεί με όρους ταξινόμησης όπως: "καμμία/ήπια/μέτρια/σοβαρή", στους οποίους θα μπορούσαν να δοθούν ταμπέλες "1/2/3/4". Σε αυτή τη περίπτωση η "σοβαρή" κατάσταση δεν είναι δύο φορές η "ήπια" κατάσταση. Πράγματι οι αριθμοί θα μπορούσαν να αντικατασταθούν το ίδιο καλά από γράμματα ή από άλλα βολικά σύμβολα. Κανένα αριθμητικό πλεονέκτημα δε κερδίζεται χρησιμοποιώντας αριθμημένες ετικέτες εκτός από ειδικές περιπτώσεις όπου υπάρχει η πρόθεση προσεκτικής στατιστικής ανάλυσης.

Ένας μεγάλος αριθμός διαφορετικών κλιμακωτών μεθόδων είναι διαθέσιμος στους ερευνητές που θα ήθελαν να κατασκευάσουν ένα σύστημα αξιολόγησης. Αυτές έχουν αναλυτικότερα περιγραφεί από τον Torgenson, αλλά επίσης έχουν λεπτομερειακά καταγραφεί σε πολλά βιβλία με θέμα την ψυχολογία.

Όλες οι μέθοδοι που σκιαγράφονται πιο κάτω έχουν χρησιμοποιηθεί για αξιολογήσεις των καταστάσεων υγείας. Η **Magnitude estimation** στη βασική της μορφή είναι σχεδιασμένη για να εξάγει αξιολογήσεις κατευθείαν από τους ερωτηθέντες. Μία αναφορική θέση ή κατάσταση υγείας επιλέγεται είτε από τον ερευνητή είτε από τους ερωτηθέντες τους ίδιους. Οι άλλες καταστάσεις υγείας τότε κρίνονται για την σοβαρότητα τους από τους ασθενείς με όρους της αντίληψής τους.

Οι διαδικασίες έχουν εκτενώς χρησιμοποιηθεί στον ψυχοσωματικό πειραματισμό όπως επίσης και για την διαβάθμιση ηθικών κρίσεων, για παράδειγμα τη σοβαρότητα του εγκλήματος (Sellin and Wolfgang, 1964)¹. Οι τεχνικές έχουν εμπειριστατωμένα αναλυθεί από τον Stevens.

Η επονομαζόμενη **standard gamble** που περιγράφηκε από τους Neumann και Morgenstern (1944)² είναι ένα δεύτερο μέσο εκμείευσης μιας ποσοτικής έκφρασης ατομικών προτιμήσεων. Στους εκτιμητές δίνονται δύο εναλλακτικές επιλογές. Η κάθε επιλογή έχει σχετικά πλεονεκτήματα όμως με διαφορετική πιθανότητα ενός επιτυχούς αποτελέσματος. Σε μια εναλλακτική λύση μπορεί να τους προσφερθεί η προοπτική της παραμονής σε μια ιδιαίτερη κατάσταση υγείας, σε μια δεύτερη λύση τους προσφέρεται μια πιο ριψοκίνδυνη επιλογή στην οποία υπάρχει η πιθανότητα της επιστροφής σε καλή υγεία και μια συμπληρωματική πιθανότητα άμεσου θανάτου. Αυτές οι πιθανότητες διαφοροποιούνται έως ότου ο εκτιμητής είναι ανίκανος να διαλέξει μεταξύ του ρίσκου και της σιγουριάς να παραμείνει στην αρχική θέση υγείας.

Ένα παράδειγμα της τεχνικής standard gamble είναι όταν ένα άτομο καλείται να επιλέξει μεταξύ δύο εναλλακτικών λύσεων: μιας χρόνιας κατάστασης με χαμηλό επίπεδο υγείας ή την πιθανότητα (P) να θεραπευτεί με κάποια επέμβαση, η οποία όμως έχει την πιθανότητα να αποτύχει (1-P) και να επέλθει ο θάνατος. Οι πιθανότητες του ρίσκου ποικίλουν μέχρι ο ερωτώμενος να καταλήξει στο σημείο όπου η επιθυμία για υγεία θα εξισωθεί με το ρίσκο του θανάτου.

Η **Time trade-off** (TTO) είναι μια παράγωγος της τεχνικής standard gamble, η οποία εξελίχθηκε από τον Torrance και τους συνεργάτες του, ειδικά για τη χρησιμοποίηση της στην κατασκευή κρατικών κοινοφελών υπηρεσιών υγείας (Torrance, 1976)³. Σ'

¹Kind P., Discussion Paper 43, The Design and Construction of Quality of Life Measures, Centre for Health Economics, University of York

²Mooney G., Olsen J.A., (1994), QALYs: Where Next?. McGuire A., Fenn P., Mayhew K., Providing Health Care - The Economics of Alternative Systems of Finance and Delivery, Oxford

³Kind P., Discussion Paper 43, The Design and Construction of Quality of Life Measures, Centre for Health Economics, University of York

αυτήν την μεταβλητή παρομοίως παρουσιάζονται στον ασθενή δύο εναλλακτικές λύσεις, όπως

ή να βρίσκεται σε μια θέση υγείας (i) για ένα χρονικό διάστημα (t), που ακολουθείται από τον θάνατο

ή να είναι υγιής για μία μικρότερη χρονική περίοδο (x), ακολουθούμενη από θάνατο.

Η διάρκεια της x διαφοροποιείται έως ότου ο ασθενής είναι αδιάφορος μεταξύ των δύο εναλλακτικών λύσεων. Η αξία των προτιμήσεων του κάθε ασθενή για την θέση υγείας i δίνεται με το λόγο x/t .

Η χρησιμοποίηση των **γραφικών ή οπτικών αναλογικών κλιμάκων** γίνεται για την αποφυγή των γενικών υποθέσεων οι οποίες βρίσκονται πίσω από τεχνικές που απαιτούν οι απαντήσεις να δίνονται με αριθμημένους όρους. Η ποιότητα ζωής μπορεί να καταγραφεί χρησιμοποιώντας μια ευθεία 10 εκατοστών με ορισμένα σημεία για παράδειγμα 'η καλύτερη φανταστική κατάσταση υγείας και η χειρότερη φανταστική κατάσταση υγείας'. Σε ένα επίπεδο εγγεγραμμένο μεταξύ αυτών των σημείων δίνεται τότε μια αριθμημένη αξία μετρώντας την απόσταση τους κατά μήκος της αναλογικής κλίμακας. Τα στοιχεία που παρήχθησαν χρησιμοποιώντας κλίμακες βαθμολόγησης ερμηνεύτηκαν σα συνεχή αριθμημένα στοιχεία αλλά ο Torgenson κατατάσει αυτή την τεχνική σαν μια φόρμα κλιμακωτής κατηγοροποίησης.

Οι μέθοδοι **Category rating** αναγκάζουν τους ερωτηθέντες να κατατάξουν τα αντικείμενα ενός περιορισμένου αριθμού διατεταγμένων και διαδοχικών διαστημάτων. Η τυπική κλίμακα βαθμολόγησης περιέχει συνήθως περιγραφή μερικών ή όλων των κατηγοριών. Οι περιγραφές αυτές μπορεί να αποτελούνται από μικρές φράσεις ή αριθμούς. Στην πιο κοινή τους υπάρχουσα μορφή, οι "βαθμοί" ορίζονται σε κάθε κατηγορία σύμφωνα με την σειρά του επιλεγμένου διαστήματος. Οι βαθμοί της μέσης κατηγορίας μπορούν να υπολογισθούν με την άθροιση των στοιχείων που δίνουν τα άτομα ή με το βάσουμε ένα άτομο να κάνει επαναλαμβανόμενες κρίσεις. Άλλες διαφορετικές μορφές αυτής της βασικής διαδικασίας βαθμολόγησης ανά κατηγορία περιλαμβάνουν σειρά διαβάθμισης στην οποία ο αριθμός των κατηγοριών είναι ισοδύναμος προς τον αριθμό των αντικειμένων προς ερώτηση.

Οι μέθοδοι **Paired comparisons** απαιτούν από τα άτομα να κρίνουν ζεύγη καταστάσεων, βασικά απαντώντας στην ερώτηση "είναι η κατάσταση A χειρότερη από τη κατάσταση B;" Καμμιά εκτίμηση δε γίνεται για το μέγεθος της σχέσης. Κρίσεις για όλα τα ζεύγη των καταστάσεων απαιτούνται από το προτότυπο μοντέλο και αυτό τυπικά κάνει αναγκαίες $n \times (n-1)/2$ κρίσεις, αν και η τροποποίηση στην διαδικασία

μπορεί να παρακάμψει αυτό το περιορισμό όπου εμπλέκονται μεγάλοι αριθμοί θέσεων. Η ανάλυση των στοιχείων της *paired comparisons* συνήθως αποκλείει την πιθανότητα εξέτασης απαντήσεων από μεμονωμένα άτομα.

Οι **scaling procedures** μπορούν να χωρισθούν γενικά σε δυο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα ανήκουν εκείνες οι διαδικασίες που παράγουν πληροφορίες που μπορούν να ερμηνευθούν σαν άμεση ποσοτική έκφραση των εκτιμήσεων ενός μεμονωμένου ατόμου (για παράδειγμα *magnitude estimation*). Η δεύτερη ομάδα διαδικασιών προσφέρει ποιοτικά στοιχεία. Οι προτιμήσεις εκφράζονται με όρους τακτικών απαντήσεων, οι οποίες θα πρέπει στη συνέχεια να επεξεργασθούν σ' ένα απ' τα πολλά απεικονιστικά μοντέλα (για παράδειγμα *Thurstone's categorial judgement model*).

Η αποτελεσματικότητα με την οποία η οποιαδήποτε διαδικασία διαβάθμισης είναι ικανή να συλλάβει και να απεικονίσει τις προσωπικές προτιμήσεις για τις καταστάσεις υγείας είναι σε μεγάλη κλίμακα άγνωστη εφόσον καμιά βασική αξία δεν έχει διακηρυχθεί ή είναι πιθανό να διακηρυχθεί και οι συγκρίσεις εναλλακτικών διαδικασιών έχουν εγείρει πολλές απορίες. Αυτό που είναι ξεκάθαρο όμως είναι ότι διαφορετικές κλιμακωτές μέθοδοι παράγουν διαφορετικά αποτελέσματα (Kaplan et al 1979, Llewellyn-Thomas, 1982, Kind & Rosser, 1988)⁴.

Η γνώση των τεχνικών που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή κλιμάκων για τυπικές μετρήσεις ποιότητας ζωής είναι βασική, εφόσον τα μέσα με τα οποία αυτές οι αξίες έχουν αποκτηθεί είναι μια σημαντική θεώρηση για την επιλογή ενός κατάλληλου μέσου αξιολόγησης. Αν οι κλίμακες αξιολόγησης δεν έχουν μια λογική μεθοδολογική βάση τότε οι βαθμοί που βασίζονται σ' αυτές θα έχουν μικρή ή καθόλου ποσοτική ισχύ.

3.4 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Τα προβλήματα μέτρησης είναι άφθονα όταν προσπαθούμε να μετρήσουμε το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Οι δείκτες συνήθως υπολογίζουν τον έλεγχο του κύρους και της αξιοπιστίας.

3.4.1 Κύρος

⁴ Kind P., Discussion Paper 43, The Design and Construction of Quality of Life Measures, Centre for Health Economics, University of York

Ο έλεγχος κύρους ασχολείται με το εάν ο δείκτης κάνει πραγματικά μετρήσεις. Ένα από τα προβλήματα στον υπολογισμό του κύρους είναι η μεταβαλλόμενη ορολογία. Πρόσφατα, έχουν προκύψει πολλοί διαφορετικοί τύποι του κύρους. Η κατασκευή του κύρους έχει διαφοροποιηθεί σε διάφορες διαστάσεις όπως διακριτικό κύρος και συγκλίνων κύρος. Όμως, όλοι οι τύποι του κύρους απευθύνονται στο ίδιο αποτέλεσμα, δηλαδή στο βαθμό εμπιστοσύνης που είναι το συμπέρασμα που προήλθε μέσα από τα αποτελέσματα της κλίμακας.

Τα κριτήρια του κύρους που πρέπει να εξετάζονται είναι τα εξής:

Περιεχόμενο κύρους

Μπορούν τα συστατικά της κλίμακας ή κάποια ενότητα της να μετρηθούν καλύπτοντας όλες τις όψεις της ιδιότητας του κύρους; Μπορεί το περιεχόμενο της μεταβλητής να έχει όμοιο όνομα με αυτό το οποίο έχει δοθεί; Κάθε αποτέλεσμα πρέπει να υπάρχει μέσα στο περιεχόμενο του κύρους. Αν δε γίνει αυτό, τότε το αποτέλεσμα δεν είναι σχετικό με τα αντικείμενα της κλίμακας, ή η λιστα των αποτελεσμάτων της κλίμακας δε είναι κατανοητή. Ο αριθμός των αντικειμένων σε κάθε περιοχή πρέπει επίσης να αντανακλά τη σπουδαιότητα της ιδιότητας του κύρους.

Όψη κύρους

Η όψη είναι μια μορφή του περιεχομένου του κύρους. Η όψη κύρους μας δίνει απάντηση στα εξής ερωτήματα: Είναι ο δείκτης λογικός; Φαίνονται τα αποτελέσματα στη μέτρηση των μεταβλητών όπως απαιτείται; Είναι φανερή η σημασία και η καταλληλότητα του δείκτη;

Κριτήριο κύρους

Μπορούν οι μεταβλητές να μετρηθούν με ακρίβεια; Ο καθιερωμένος ορισμός του κριτηρίου κύρους είναι ο συσχετισμός της κλίμακας με μερικές άλλες μετρήσεις. Το κριτήριο κύρους είναι συνήθως διαιρεμένο σε δύο τύπους: ταυτόχρονο και προφητικό κύρος:

Ταυτόχρονο κύρος: Αυτό αναφέρεται σε μια κλίμακα που έχει την ικανότητα να αλλάζει και συνεπάγεται το συσχετισμό μιας νέας κλίμακας με το κριτήριο μέτρησης. Και οι δύο κλίμακες εφαρμόζονται στα ίδια άτομα την ίδια χρονική στιγμή. Πιο συχνά χρησιμοποιείται όταν προσπαθούμε να αναπτύξουμε μια εναλλακτική κλίμακα η

οποία είναι απλότερη ή λιγότερο δαπανηρή για να εφαρμόζεται από μια ήδη υπάρχουσα.

Προφητικό κύρος: Αυτή η μορφή κύρους δίνει απάντηση στο εξής ερώτημα: Η μέτρηση προφητεύει μελλοντικές διαφορές; Με το προφητικό κύρος, το κριτήριο δε θα είναι διαθέσιμο μέχρι μερικά μελλοντικά τελικά σημεία.

Κατασκευή κύρους

Αυτός ο τύπος του κύρους είναι πιο θεωρητικός, και παίρνει στοιχεία από τη ψυχολογία και την κοινωνιολογία όπου οι μεταβλητές του ενδιαφέροντος δε μπορούν να παρατηρηθούν άμεσα. Αυτές είναι οι θεωρίες προσπαθούν να εξηγήσουν συμπεριφορές και στάσεις. Υπάρχει μελέτη που μπορεί να ικανοποιήσει τα κριτήρια για την κατασκευή του κύρους και η οποία είναι μια συνεχής διαδικασία.

Διαφορετικοί άλλοι τύποι του ελέγχου κύρους και του ελέγχου για κατασκευή κύρους, εμπλέκονται εκτιμώντας ταυτόχρονα και τη θεωρία και τη μέθοδο . Το πρόβλημα είναι ότι, αν οι υποθέσεις φτιάχνονται με βάση τη θεωρία δεν επιβεβαιώνονται, όμως το πρόβλημα υπάρχει στη μέτρηση του κύρους ή στη θεωρία του κύρους . Αυτός ο τύπος του κύρους είναι γενικά διαιρεμένος σε συγκλίνων και διακριτικό κύρος:

Συγκλίνων -Διακριτικό κύρος: Αυτό συνεπάγεται τον υπολογισμό της έκτασης στην οποία η νέα κλίμακα αναφέρεται σε άλλες μεταβλητές και μετρά την κατασκευή στην οποία πρέπει να αναφέρεται. Για παράδειγμα, στη θεωρία των απελπισμένων ατόμων, αυτά θα αντιλαμβάνονται το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξη τους να είναι χαμηλότερο από το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξης των μη απελπισμένων ατόμων. Τότε τα αποτελέσματα από τις κλίμακες μέτρησης αυτών των δύο διαστάσεων θα είναι αντίστοιχα. Η ερμηνεία είναι μερικές φορές προβληματική σε σχέση με τη μέτρηση παρόμοιων εννοιών.

Το συγκλίνων κύρος επίσης απαιτεί ότι μια νέα κλίμακα πρέπει να είναι αντίστοιχη με άλλες μετρήσεις αυτής της κατασκευής. Έτσι, ενώ το συγκλίνων κύρος απαιτεί συσχέτισμό με σχετικούς συντελεστές, το διακριτικό κύρος απαιτεί ότι η κατασκευή κύρους δεν πρέπει να συσχετίζεται με ανόμοιους συντελεστές.

3.4.2 Αξιοπιστία

Ένα εργαλείο επίσης που απαιτείται να ελέγχουμε είναι η αξιοπιστία. Μια μέτρηση κρίνεται ότι είναι αξιόπιστη όταν παράγει τα ίδια αποτελέσματα, ιδιαίτερα όπου χρησιμοποιούνται τα ίδια άτομα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Συνήθως χρησιμοποιούνται τρεις μέθοδοι της μέτρησης της αξιοπιστίας: (α) η πολλαπλή μορφή, (β) split-half και (γ) ο έλεγχος -επανελέγχος

Πολλαπλή μορφή αξιοπιστίας

Αυτή χρησιμοποιείται όταν δύο εργαλεία, τα οποία έχουν αναπτυχθεί παράλληλα και τα οποία μετράνε τη ίδια ιδιότητα, εφαρμόζονται και τα αποτελέσματα τους είναι αντίστοιχα.

Split-half αξιοπιστία

Αυτή είναι μία μέθοδος που υπολογίζει τη συνοχή των διαστημάτων όπου τα αποτελέσματα σε ένα εργαλείο διαιρούνται σε δύο ισότιμα μέρη και οι συσχετισμοί ανάμεσα στα αποτελέσματα υπολογίζονται σε κάθε μέρος. Αυτό απαιτεί ότι τα αποτελέσματα που προκύπτουν θα είναι ομοιογενή. Αυτό είναι χρήσιμο όταν ένα μεγάλο μέρος ενοτήτων μετρούν αυτή την ιδιότητα.

Έλεγχος-επανελέγχος αξιοπιστίας

Ο έλεγχος εφαρμόζεται στον ίδιο πληθυσμό και τα αποτελέσματα συγκρίνονται συνήθως μετά από συσχετισμό τους. Το κύριο πρόβλημα με αυτό είναι ότι η πρώτη διαχείριση αποτελεσμάτων μπορεί να επηρεάζει τις απαντήσεις της δεύτερης. Τα προβλήματα μπορούν αφού ερμηνευθούν να δώσουν τα πιθανά λάθη κάθε κλίμακας και επίσης μπορούν να παρουσιάσουν τις αλλαγές όσον αφορά τη διαχείριση της κλίμακας, οι οποίες επηρεάζουν την εκτίμηση της αξιοπιστίας.

Η πραγματοποίηση των προτύπων του κύρους και της αξιοπιστίας απαιτούν χρόνο και προσπάθεια. Και αυτό είναι ένας σημαντικός λόγος για να χρησιμοποιούμε τις ήδη υπάρχουσες κλίμακες.

3.5 ΤΥΠΟΙ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Τα περισσότερα εργαλεία μέτρησης χρησιμοποιούνται στην κοινωνική επιστήμη και βασίζονται στην ατομική έκθεση των συναισθημάτων, στάσεων και συμπεριφορών των ανθρώπων που υποβάλλονται σε συνέντευξη ή καλούνται να απαντήσουν οι ίδιοι

σε ένα ερωτηματολόγιο. Κάθε μέτρηση περιλαμβάνει την καταγραφή και παρατήρηση συμπεριφορών.

3.6 ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΑΥΤΟΑΝΑΦΟΡΩΝ

Οι αυτοαναφορές είναι ουσιώδεις και απαιτούν περισσότερη έρευνα (π.χ. συναισθήματα στο στάδιο της ανάρρωσης, επίπεδο της υγείας και ευημερίας). Οι αυτοαναφορές έχουν μια ποικιλία από μορφές:

Single - item measures. Αυτές είναι ερωτήσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες χρησιμοποιούν μια απλή ερώτηση, εκτίμηση ή στοιχεία που μετρούν την έννοια του ενδιαφέροντος.

Battery. Είναι μία σειρά από ερωτήσεις αυτοαναφορών, εκτιμήσεις ή στοιχεία που χρησιμοποιούνται στη μέτρηση μιας έννοιας. Οι αναποκρίσεις δε προσθέτονται και δε σταθμίζονται. Ένα battery είναι σαν μια σειρά από απλές μετρήσεις στοιχείων.

Κλίμακες. Και σε αυτή τη μορφή για τη μέτρηση μιας έννοιας χρησιμοποιούνται μια σειρά από ερωτήσεις αυτοαναφορών, εκτιμήσεων ή στοιχείων. Η ανταπόκριση των κατηγοριών των στοιχείων είναι όλα στον ίδιο σχηματισμό, προστίθονται και μπορούν να σταθμιστούν.

Οι ερευνητές δεν επιθυμούν να χρησιμοποιούν μεγάλη κλίμακα, επειδή τα ερωτηματολόγια τους είναι ήδη αρκετά μεγάλα, και προτιμούν ερωτήσεις single-items. Γενικά, όπου τα ερωτηματολόγια είναι μεγάλα, προτιμούνται οι κλίμακες γιατί περιέχουν ένα μεγαλύτερο αριθμό στοιχείων τα οποία είναι κατάλληλα για στατιστικούς υπολογισμούς που χρησιμοποιούν συνολικές και σταθμισμένες βαθμολογίες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

4.1 ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

Οι μετρήσεις της ικανότητας που έχουν οι άνθρωποι να εκτελούν τα καθήκοντα της καθημερινής ζωής είναι περισσότερο σημαντικές από τις βιολογικές μετρήσεις. Οι όροι "εξασθένηση", "ανικανότητα" και "δυσκολία" συνήθως χρησιμοποιούνται εσφαλμένα. Οι διακρίσεις μεταξύ αυτών των εννοιών απαιτούν διευκρινήσεις. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 1980 με την έκδοση "Διεθνής Ταξινόμηση της Εξασθένησης, Ανικανότητας και Δυσκολίας" προβάλλει μία συνεπή ονοματολογία και ένα σύστημα ταξινόμησης.

Αυτή ερμηνεύει τους όρους "εξασθένηση", "ανικανότητα" και "δυσκολία" και συνδέει αυτούς τους όρους σχηματικά:

Ασθένεια ή → Εξασθένηση → Ανικανότητα → Δυσκολία
Δυσλειτουργία

π.χ.

Τύφλωση → Όραση → Βλέπω → Προσανατολισμός

Ρευματισμοί → Σκελετική → Περπάτημα → Ευκινησία

"Εξασθένηση": Στην υγεία η εξασθένηση είναι οποιαδήποτε απώλεια ή ανωμαλία ψυχολογικής, φυσιολογικής ή ανατομικής κατασκευής ή λειτουργίας. Αυτό παρουσιάζει απόκλιση από μερικούς κανόνες στις βιολογικές καταστάσεις των ατόμων. Ενώ η εξασθένηση αναφέρεται μαζί την βιολογική λειτουργία, η ανικανότητα αναφέρεται με δραστηριότητες που προσδοκούνται από το άτομο.

"Ανικανότητα": Στην υγεία ανικανότητα είναι οποιοσδήποτε περιορισμός ή έλλειψη (που προκύπτει από μία εξασθένηση) της ικανότητας να εκτελεστεί μια δραστηριότητα μέσα από μία κατεύθυνση που θεωρείται φυσιολογική για έναν άνθρωπο.

Η λειτουργική δυσκολία παρουσιάζει τις κοινωνικές συνέπειες των εξασθενήσεων ή ανικανότητων. Αυτό είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο και μία σχετική έννοια. Η συμπεριφορά και οι αξίες αυτών που αντιμετωπίζουν δυσκολίες παίζουν πρωταρχικό

ρόλο στον ορισμό μιας δυσκολίας. Στην υγεία μία δυσκολία είναι ένα μειονέκτημα για ένα άτομο που προκύπτει από μία εξασθένηση ή ανικανότητα που περιορίζει ή εμποδίζει την εκπλήρωση ενός ρόλου που είναι φυσιολογικός (εξαρτώμενος από ηλικία, φύλο και κοινωνικούς- πολιτιστικούς παράγοντες) για αυτό το άτομο.

Αυτά αποτελούν λειτουργικούς ορισμούς της εξασθένησης, της ανικανότητας και της δυσκολίας. Ένας πρακτικός ορισμός πρέπει να είναι περισσότερο ακριβής από ένα λειτουργικό ορισμό για να μπορεί να προτείνει το περιεχόμενο των δεικτών, αλλά δεν πρέπει να είναι τόσο ακριβής ώστε να μη μπορεί να γενικευτεί σε μια ποικιλία εννοιών. Αντιθέτως οι λειτουργικοί ορισμοί είναι συνήθως συγκεκριμένοι με ένα ειδικό μέσο μέτρησης και ένα ειδικό τύπο μελέτης. Οι λειτουργικοί ορισμοί ορίζουν ιδιαίτερες συμπεριφορές και τους τρόπους με τους οποίους αυτές είναι ταξινομημένες.

Αυτές οι έννοιες οδηγούν στην έννοια της εξάρτησης από άλλους ανθρώπους ή προμηθευτές υπηρεσιών. Η εξασθένηση και η ανικανότητα μπορούν ή δε μπορούν να οδηγήσουν σε εξάρτηση και με τον ίδιο τρόπο αυτές οδηγούν σε δυσκολία. Όπως με την έννοια της δυσκολίας η λειτουργική 'εξάρτηση' είναι μία κοινωνική συνέπεια και κοινωνικές στάσεις αποφασίζουν για αυτόν τον ορισμό και την ύπαρξη του. Ο Wilkin όρισε την εξάρτηση σαν " μία κατάσταση στην οποία ένα άτομο εξαρτάται από ένα άλλο ή άλλα άτομα για βοήθεια στις ανάγκες που φαίνεται ότι θα συναντήσει αυτό το άτομο".

Συνοπτικά η εξασθένηση και η ανικανότητα ενδέχεται να οδηγούν σε εξάρτηση με τον ίδιο τρόπο που οδηγούν σε δυσκολία. Οποσδήποτε αυτά δε μπορούν να εξισωθούν με την εξάρτηση, ούτε υπάρχει απαραίτητα κάποια σχέση μεταξύ τους.

Οι λειτουργικοί ορισμοί συγκεντρώνονται πάνω σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, και συχνά υποδιαιρούνται σε οικιακές δραστηριότητες και δραστηριότητες ατομικής φροντίδας. Με αυτό τον τρόπο οι λειτουργικοί ορισμοί εξάρτησης αποτυγχάνουν να παριστάνουν κάποιες ειδικές δραστηριότητες ανεξαρτήτως ενός ορισμένου προτύπου.

4.2 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Βάση των προηγούμενων ορισμών, οι λειτουργικές καταστάσεις μπορούν να οριστούν σαν ο βαθμός με τον οποίο ένα άτομο είναι ικανό να εκτελεί κοινωνικά

κατανεμημένους ρόλους, ελεύθερο από φυσικούς (ή διανοητικούς στην περίπτωση διανοητικής ασθένειας) περιορισμούς.

Υπάρχει διάκριση μεταξύ των λειτουργικών καταστάσεων και γενικών καταστάσεων υγείας. Οι λειτουργικές καταστάσεις είναι μόνο ένα συνθετικό της υγείας και μία μέτρηση των αποτελεσμάτων της ασθένειας.

4.3 ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

Υπάρχει ένας αριθμός των διαθέσιμων μεθοδολογικών τεχνικών για τη μέτρηση της λειτουργίας: άμεσα φυσικές δοκιμές της λειτουργίας, τα άτομα που παίρνουν τη συνέντευξη παρατηρούν άμεσα τις συμπεριφορές των ενδιαφερόμενων ατόμων ή ενός τρίτου ατόμου. Κάθε μέθοδος από αυτές έχει περιορισμούς. Οι δείκτες της λειτουργικότητας, δεν δίνουν μία ακριβή ένδειξη της ικανότητας ή την εκτέλεση μιας ικανότητας.

Οι περισσότερες μετρήσεις της λειτουργικής ανικανότητας γίνονται με αυτοαναφορές. Από τα άτομα ζητείται να αναφέρουν περιορισμούς στις δραστηριότητες τους. Μερικές φορές οι ερευνητές δεν χρησιμοποιούν ευρεία κλίμακα για να μετρήσουν τις λειτουργικές καταστάσεις, επειδή συνήθως τα ερωτηματολόγια τους είναι ήδη αρκετά μεγάλα και για αυτό αυτοί προτιμούν απλές ερωτήσεις.

Υπάρχουν πολλές μετρήσεις της λειτουργικής ικανότητας. Παρακάτω παρουσιάζονται μόνο αυτές οι οποίες ελέγχονται περισσότερο για κύρος και αξιοπιστία, και που είναι διαδεδομένη η χρήση τους ή εφαρμόζονται στην Ευρώπη τόσο καλά όσο και στις Η.Π.Α.. Επίσης παρουσιάζονται και άλλες κλίμακες οι οποίες έχουν ελεγχεί λιγότερο καλά, αλλά οι οποίες είναι δημοφιλής ή είναι διαδεδομένη η χρήση τους αλλά είναι λιγότερο λεπτομερές (π.χ. Katz Πίνακας των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής, Πίνακας Barthel και Κλίμακα Karnofsky).

Επίσης υπάρχουν διάφορες διαθέσιμες μετρήσεις των ευρύτερων καταστάσεων υγείας οι οποίες ενσωματώνονται στη μέτρηση της λειτουργικής ικανότητας. Αυτές θα αναλυθούν στο επόμενο κεφάλαιο μαζί με άλλες ευρύτερες μετρήσεις των καταστάσεων υγείας.

Οι περισσότερες μετρήσεις αναφέρονται στη κινητικότητα, στις οικιακές δραστηριότητες και στη ατομική φροντίδα, όμως συχνά αγνοούν τις οικονομικές,

συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες οι οποίες μπορεί να είναι ισοδύναμες ή πιο σημαντικές. Οι μετρήσεις της φυσικής λειτουργικότητας και των δραστηριοτήτων δεν περιέχουν πάντα υπολογισμούς της λειτουργικότητας των καθημερινών κοινωνικών ρόλων, της διανοητικής λειτουργικότητας, της σεξουαλικής λειτουργικότητας και του πόνου.

Επίσης αγνοούνται σε μεγάλο βαθμό οι περισσότερες όψεις των ρόλων του νοικοκυριού: για παράδειγμα ο χρόνος που απαιτείται να εκτελεστούν διάφορες δουλειές του σπιτιού όπως καθάρισμα, μαγείρεμα, ψώνια και άλλοι ρόλοι φροντίδας. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο υπολογισμός της ικανοποίησης των ασθενών και η εκτίμηση του επιπέδου της λειτουργικότητας γίνεται σπάνια.

Στις λειτουργικές κλίμακες αυτοί που απαντούν συγκεντρώνουν χαμηλή βαθμολογία που οφείλεται στην ακινησία τους και στο ότι έχουν φτωχότερη ποιότητα ζωής από ένα ασθενή με μια υψηλότερη βαθμολογία. Έτσι κάποιος ο οποίος περιορίζεται σε αναπηρικό καρότσι θα έχει μία βαθμολογία ADL, παρά το γεγονός ότι μπορεί να απολαμβάνει καλή ποιότητα κοινωνικής υποστήριξης.

Επί πλέον οι περισσότερες κλίμακες έχουν αναπτυχθεί στη βάση των επιστημονικών κρίσεων (π.χ. γιατρών) γύρω από τις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Ο Berg et al (1976)¹ ζήτησε από 150 ερευνητές υγείας να καθορίσουν μία βαθμολογία από 0 έως 10, για 50 δραστηριότητες ή λειτουργίες που ήταν εγγεγραμμένες σε μία λίστα. Τα άτομα απαντούν σε αυτή την κλίμακα με ανοικτές ερωτήσεις και μέσω αυτών παρουσιάζουν δραστηριότητες που δεν ήταν εγγεγραμμένες στην κλίμακα.

Το πρόβλημα της λειτουργικής ανικανότητας προκύπτει από εννοιολογικές δυσκολίες και αλληλοεπιδραστικούς παράγοντες. Συνήθως οι απόψεις των ασθενών για τη λειτουργική ανικανότητα διαφέρουν από τις απόψεις των γιατρών. Η λειτουργική ανικανότητα, όπως η εξάρτηση, είναι μία πολυδιάστατη έννοια η οποία μπορεί να είναι σχετική με φυσικές, διανοητικές, γνωστικές ικανότητες, και κοινωνικούς, οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Απαιτείται μεγάλη προσοχή όταν αποφασίζουμε ποιά μέθοδο θα χρησιμοποιήσουμε. Οι μετρήσεις αυτές γίνονται βάση δύο τύπων δείγματος. Το πρώτο δείγμα είναι άνθρωποι που ζουν σε μια κοινότητα και το δεύτερο άτομα που ζουν σε κοινοφελές ίδρυμα. Οι μετρήσεις της λειτουργικής ικανότητας πρέπει να είναι κατάλληλες για το

¹ Bowling A., (1991), *Measuring Health, A review of quality of measurement scales*, Open University Press, Philadelphia

δείγμα του πληθυσμού που εξετάζεται. Επίσης πολλές μετρήσεις μπορεί είναι κατάλληλες για μία ομάδα ατόμων που έχουν ένα συγκεκριμένο όριο ηλικίας ενώ μπορεί να είναι ακατάλληλες για άλλες ομάδες ατόμων.

4.4 ΔΕΙΚΤΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ

4.4.1 The Older American's Resources and Services Schedule (OARS) (Multi-dimensional Functional Assessment Questionnaire)

Το Older American's Resources and Services Schedule (OARS) δημιουργήθηκε για να μετρήσει το επίπεδο της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων ανθρώπων. Αναπτύχθηκε στο Πανεπιστημιακό Κέντρο του Duke για τη Μελέτη των Ηλικιωμένων και της Ανθρώπινης Ανάπτυξης. Ο δείκτης αυτός χρησιμοποιείται σε ενήλικα άτομα ηλικίας 55 ετών και πάνω, και πρέπει να περιορίζεται σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

Ο Gatz et al (1987)² έλεγξε το OARS με ένα δείγμα πάνω από 1000 ανθρώπους, ηλικίας 26-86 ετών και αναφέρει, ότι η συνολική βαθμολογία ελέγχου μπορεί να είναι παραπλανητική όταν εφαρμόζεται σε διάφορες ηλικιακές ομάδες. Μπορεί να χρησιμοποιείται σε μετρήσεις της λειτουργικής ανικανότητας είτε γενικά της κοινωνίας είτε κοινοφελών ιδρυμάτων. Όταν χρησιμοποιείται με καθιερωμένα δείγματα μερικές ερωτήσεις παραλείπονται και προστίθενται άλλες σχετικές ερωτήσεις. Το OARS μετρά πέντε διαστάσεις της ατομικής λειτουργικότητας. Μέσα σε αυτές συμπεριλαμβάνεται και η μείωση της διανοητικής ικανότητας. Παρά το γεγονός ότι χρησιμοποιείται ευρέως, δεν χρησιμοποιείται σαν κλίμακα της διανοητικής υγείας.

Μια από τις πιο γνωστές μελέτες του OARS ήταν η επισκόπηση της κοινωνικής υποστήριξης σε σχέση με τη θνησιμότητα που εκτελέστηκε στη Νότια Καρολίνα. Αυτή βασίστηκε σε 331 ανθρώπους ηλικίας 65 ετών και πάνω, που επιλέχθηκαν από ένα δείγμα της κοινωνίας που το αποτελούσαν 997 άνθρωποι. Αυτοί οι 331 άνθρωποι παρακολουθήθηκαν για 30 μήνες μετά από τη βασική συνέντευξη, στην οποία υπολογίστηκαν: οι λειτουργικές καταστάσεις, η κοινωνική υποστήριξη, τα συμπτώματα ατονίας, οι ψυχικές καταστάσεις υγείας και η λειτουργικότητα, η ζωή με γεγονότα με στρες και το κάπνισμα μεγάλου αριθμού τσιγάρων. Αύξηση της θνησιμότητας παρατηρήθηκε σε άτομα με μειωμένη κοινωνική υποστήριξη.

² Bowling A., (1991), *Measuring Health, A review of quality of measurement scales*, Open University Press, Philadelphia

Οι πολυάριθμες εφαρμογές του OARS κατά τη διάρκεια της κατασκευής του περιγράφονται στο εγχειρίδιο OARS. Το ερωτηματολόγιο OARS χρησιμοποιήθηκε εκτεταμένα στην Ευρώπη, στις Η.Π.Α. και στην Αυστραλία.

Ο χρόνος που απαιτείται για να συμπληρωθεί είναι κατά μέσο όρο 45 λεπτά, αλλά είναι πιθανό να χρειαστεί και μία ώρα. Ο κύριος περιορισμός του OARS είναι το μήκος του. Μια μικρότερη έκδοση του OARS είναι διαθέσιμη, γνωστή ως Functional Assessment Inventory (FAI), αλλά και αυτή χρειάζεται περίπου 35 λεπτά για να συμπληρωθεί. Το FAI περιέχει ενότητες εκτίμησης της λειτουργικής ικανότητας, αλλά δεν είναι αρκετά λεπτομερής. Τα άτομα που παίρνουν τη συνέντευξη από τα άτομα που καλούνται να συμπληρώσουν το OARS απαιτείται να έχουν την απαιτούμενη εκπαίδευση η οποία διαρκεί δύο ημέρες.

4.4.2 The Stanford Arthritis Center Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Ο Fries et al ανέπτυξε το HAQ με τέτοιο τρόπο ώστε τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου να μετριοούνται βάση των αξιών των ασθενών. Το πλαίσιο που χρησιμοποιείται για την ανάπτυξη του HAQ βασίζεται στην πεποίθηση ότι ένας ασθενής επιθυμεί να είναι ενεργητικός, ελεύθερος από πόνο και με φυσιολογικές λειτουργίες. Τα αποτελέσματα των ασθενών έτσι παριστάνονται με (1) θάνατο, (2) ανησυχία, (3) ανικανότητα, (4) θεραπευτική τοξικότητα, (5) κόστος σε χρήμα.

Στη διαδικασία της ανάπτυξης αυτής της μέτρησης 62 πιθανές ερωτήσεις συγκεντρώθηκαν από ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται στις ασθένειες ρευματισμών. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι το Uniform Database for Rheumatic Disease του Fries και Convery, ο Πίνακας Barthel του Mahoney και Barthel και το ADL του Katz. Ελέγχοντας τη μέτρηση για αξιοπιστία και κύρος σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα οι ερωτήσεις μειώνονται σε 21 και ομαδοποιούνται μέσα σε εννέα ενότητες.

Το HAQ είναι κατάλληλο για να χρησιμοποιείται σε κοινωνικές τοποθετήσεις και εφαρμόζεται σε ασθενείς με ρευματισμούς, οστεοαρθρίτιδα, λύκο και σπονδυλίτιδα.

Το HAQ είναι συνοπτικό και δεν απαιτεί εκπαιδευμένο προσωπικό για να συμπληρωθεί. Για τη συμπλήρωση του χρειάζεται 5-8 λεπτά και η συνολική βαθμολογία του μπορεί να ολοκληρωθεί μέσα σε ένα λεπτό.

4.4.3 The Arthritis Impact Measurement (AIMS)

Η Κλίμακα Arthritis Impact Measurement (AIMS) αναπτύχθηκε από το Meenan, και κατά ένα μέρος προσαρμόστηκε από τον Δείκτη Καθημερινής Ζωής του Katz (Index of Daily Living), από τις κλίμακες του Rand (Health Insurance Study Scales) και από την Κλίμακα Ποιότητας της Ευημερίας (Quality of Well-Being Scale).

Η AIMS εξελίχθηκε σαν ένας δείκτης ικανός να εκτιμήσει τη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική ευημερία των ασθενών με διαφορετικές καταστάσεις ρευματισμού. Αυτή η κλίμακα αποτελείται από 45 ερωτήσεις που περιέχουν 9 διαστάσεις (κινητικότητα, σωματική δραστηριότητα, επιδεξιότητα, οικιακή δραστηριότητα, δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, αγωνία, κατάθλιψη, κοινωνική δραστηριότητα και πόνο). Ο ασθενής συμπληρώνει αυτό το ερωτηματολόγιο εκτιμώντας αυτές τις διαστάσεις.

Τα πλεονεκτήματα της AIMS είναι ότι ελέγχεται καλά όσον αφορά το κύρος και την αξιοπιστία. Είναι συνοπτική και μπορεί να συμπληρώνεται από ένα μόνο άτομο ή μετά από συνέντευξη. Είναι ευαίσθητη σε αλλαγές και είναι κατάλληλη για να χρησιμοποιείται στο κοινωνικό σύνολο. Όπως και στο δείκτη HAQ, τα μειονεκτήματα της AIMS είναι ότι είναι κατάλληλη μόνο για να χρησιμοποιηθεί από ασθενείς με χρόνιες ασθένειες και οι ερωτήσεις σχετίζονται με την αρνητική έννοια της υγείας. Η AIMS χρησιμοποιείται ευρέως στις Η.Π.Α. αλλά λιγότερο στη Μεγάλη Βρετανία και στην Ευρώπη. Ο χρόνος που απαιτείται για να συμπληρωθεί είναι περίπου 15 λεπτά.

4.4.4 The Index of Activities of Daily Living (ADL)

Μία από τις πιο γνωστές και παλαιότερες κλίμακες ανικανότητας είναι ο Δείκτης των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (ADL) που αναπτύχθηκε από το Katz. Ο Katz σχεδίασε το Δείκτη των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής για να περιγράψει τις καταστάσεις των ηλικιωμένων ασθενών.

4.4.5 Townsend Disability Scale

Η Κλίμακα Ανικανότητας του Townsend είναι ένας συνοπτικός δείκτης ο οποίος χρησιμοποιείται σε κοινωνικές επισκοπήσεις των ηλικιωμένων στη Μεγάλη Βρετανία. Περιλαμβάνει μια λίστα των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, που παράχθηκε

από προηγούμενες έρευνες των ανίκανων ατόμων όλων των ηλικιών στη Μεγάλη Βρετανία και στις Η.Π.Α. και της εργασίας του Townsend για τους ηλικιωμένους.

Η αξιοπιστία και το κύρος δεν έχουν ελεγχεί σε αυτό το δείκτη παρά μόνο στις προηγούμενες μελέτες. Επί πλέον, αυτές οι προηγούμενες μελέτες δεν ήταν πολύ ακριβής. Ο Sainsbury (1973)³ ανέφερε ότι η λίστα των καθηκόντων της καθημερινής ζωής που αρχικά εισήχθηκε, επιλέχθηκε με βάση τις 'υποκειμενικές' αποφάσεις για το ποιές είναι οι πιο σπουδαίες καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες. Τα πλεονεκτήματα της Κλίμακας Ανικανότητας είναι η συντομία της και το αποδεκτό των ηλικιωμένων ατόμων να απαντήσουν σε αυτή.

4.4.6 The Functional Living Index - Cancer (FLIC)

Ο Functional Living Index - Cancer (FLIC) εξελίχθηκε για να καλύψει την ανάγκη ενός μέσου αξιολόγησης, το οποίο είναι ικανό να αξιολογεί και άλλες λειτουργίες των ατόμων και όχι μόνο την καλή σωματική τους κατάσταση (Schipper, 1984)⁴. Αυτός ο δείκτης σχεδιάστηκε ειδικά για την χρησιμοποίηση του σε καρκινοπαθείς.

Το FLIC σχεδιάστηκε από μια 11-μελή επιτροπή που περιλάμβανε ασθενείς, συζύγους ασθενών, γιατρούς, νοσοκόμες και έναν κληρικό. Για την εισαγωγή σημαντικών πλευρών της καθημερινής λειτουργίας διεξάχθηκε ένας απροσδιόριστος αριθμός συνεντεύξεων διαφόρων ασθενών. Η επιτροπή μελέτησε το υλικό της συνέντευξης πριν παράγει την αρχική εκδοχή του δείκτη με 92 ενότητες. Τα σημεία της συνέντευξης που ήταν πολύ ειδικά ή δεν ήταν ξεκάθαρα παραλήφθηκαν και ακολούθησε ένας έλεγχος για να εξεταστούν οι συνθήκες στις οποίες ήταν φτιαγμένα να λειτουργήσουν. Ο δείκτης στην τελική του μορφή αποτελείται από 22 ενότητες.

Το σύστημα βαθμολόγησης FLIC συνδυάζει γραφικές διαδικασίες και διαβαθμίσεις ανά κατηγορία. Για τη βαθμολόγηση χρησιμοποιεί μία ευθεία όπως και οι οπτικές αναλογικές κλίμακες. Σε αυτή την ευθεία υπάρχουν 7 κατηγορίες. Ο ασθενής καταγράφει την απάντησή του, σημειώνοντας κατά μήκος αυτής της ευθείας, το σημείο που αισθάνεται ότι ανταποκρίνεται καλύτερα στην τωρινή του κατάσταση. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται διαφορετικά και η συνολική αξία του πίνακα παράγεται με την πρόσθεση των βαθμών της κάθε ερώτησης.

³ Bowling A., (1991), *Measuring Health, A review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Philadelphia

⁴ Kind P., *Discussion Paper 43, The Design and Construction of Quality of Life Measures*, Centre for Health Economics, University of York

Η χειρότερη κατάσταση στο FLIC βαθμολογείται με 0, σε αντίθεση με άλλους δείκτες που ορίζουν αυτή τη βαθμολογία με θάνατο. Οι βαθμολογίες στον πίνακα FLIC είναι συσχετισμένες με τις βαθμολογίες που καταγράφονται στον δείκτη Karnofsky.

4.4.7 The Karnofsky Performance Scale

Ο δείκτης Karnofsky σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με καρκίνο του πνεύμονα. Είναι μια απλή κλίμακα που βαθμολογεί τις καταστάσεις των ασθενών από το 1 έως το 100 (κανονικός-ετοιμοθάνατος). Η κλίμακα εξετάζει περισσότερο τις φυσικές διαστάσεις της ποιότητας της ζωής, από τις κοινωνικές και τις ψυχολογικές διαστάσεις. Οι ασθενείς χωρίζονται σε κατηγορίες από ένα γιατρό ή ένα άλλο επιστήμονα φροντίδας υγείας. Ο δείκτης Karnofsky χρησιμοποιείται ευρέως στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Karnofsky καταγράφει στον δείκτη του τα υποκειμενικά οφέλη των ασθενών, αντίθετα από πολλούς άλλους που έχουν χρησιμοποιήσει τον πίνακα του. Πέρα από τα προβλήματα αξιοπιστίας ή πλειοψηφία των μελετών για καρκίνο που αναζητούν τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής χρησιμοποιούν τον Πίνακα Karnofsky. Το κύρος του Πίνακα Karnofsky σαν μετρητής της ποιότητας ζωής έγγειται στη μακροζωία του και στην εκτεταμένη χρήση του, παρά στην αποδεδειγμένη μεθοδολογική του ορθότητα.

4.4.8 The Barthel Index

Ο Δείκτης Barthel αναπτύχθηκε από τους Mahoney και Barthel και μετρά τη λειτουργική ικανότητα πριν και μετά την επέμβαση μιας θεραπείας, και δείχνει το ποσό της νοσηλευτικής φροντίδας που απαιτείται. Σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με χρόνιες νευρομυικές ή μυο-σκελετικές ασθένειες. Γενικά χρησιμοποιείται για να υπολογίσει τα αποτελέσματα μιας θεραπείας. Ο Δείκτης Barthel βασίζεται σε μια κλίμακα εκτίμησης που συμπληρώνεται από ένα θεραπευτή ή από άλλο άτομο της φροντίδας υγείας. Η κλίμακα χρειάζεται περίπου 30 δευτερόλεπτα για να συμπληρωθεί.

4.4.9 The Quality of Well-Being Scale (QWBS)

Η Κλίμακα της Ποιότητας της Ευημερίας αναπτύχθηκε να κάνει λειτουργική την έννοια της ευεξίας για ένα γενικό μοντέλο υγείας.

Η κλίμακα QWBS χρησιμοποιείται σε γενικούς πληθυσμούς και εφαρμόζεται σε κάθε τύπο ασθένειας. Η QWBS συνδυάζει τη θνησιμότητα με εκτιμήσεις της ποιότητας ζωής. Η κλίμακα προσδιορίζει ποσοτικώς τα αποτελέσματα μιας θεραπείας με τη διάρκεια των χρόνων ζωής που κερδίζονται από αυτή τη θεραπεία χωρίς να αναφέρει αν αυτά τα χρόνια είναι ποιοτικά προσαρμοσμένα.

Η QWBS βασίζεται σε ένα μοντέλο της υγείας που αποτελείται από δύο συστατικά. Πρώτον ο υπολογισμός της υγείας γίνεται με υπολογισμό της λειτουργικής κατάστασης. Δεύτερον, μια εκτίμηση αντανάκλα τη χρησιμότητα κάθε λειτουργικού επιπέδου. Βασίζεται σε ένα μοντέλο της υγείας το οποίο περιλαμβάνει συμπτώματα, ευκινησία, σωματική και κοινωνική δραστηριότητα. Το QWBS χρησιμοποιήθηκε σε πολλές μελέτες για τις ασθένειες των πνευμόνων.

Το ερωτηματολόγιο χρειάζεται 10-15 λεπτά για να συμπληρωθεί. Το QWBS συμπληρώνεται από εκπαιδευμένα άτομα.

4.4.10 The Crichton Royal Behaviour Rating Scale (CRBRS)

Η Crichton Royal Behaviour Rating Scale αναπτύχθηκε από τον Robinson το 1968 και ελέγχθηκε για αξιοπιστία και κύρος από τους Wilking και Jolley το 1979 μέσω ενός δείγματος ατόμων που είναι καθηλωμένοι στο σπίτι, από δείγμα ηλικιωμένων και από ψυχιατρικές πτέρυγες.

Η CRBRS σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται σε ηλικιωμένους ανθρώπους που ζουν σε κοινοφελή ιδρύματα. Συμπληρώνεται από ένα τρίτο άτομο το οποίο γνωρίζει καλά τον ασθενή που πρέπει να απαντήσει (π.χ. μια νοσοκόμα σε μία πτέρυγα νοσοκομείου θα το συμπληρώσει εκ μέρους ενός ασθενή). Η CRBRS περιέχει δέκα ενότητες, από τις οποίες οι πέντε είναι σχετικές με τις λειτουργικές ικανότητες (ευκινησία, φαγητό, ντύσιμο, τουαλέτα, εγκράτεια) και οι υπόλοιπες πέντε με τις διανοητικές διαταραχές (διαταραχές μνήμης, προσανατολισμός, επικοινωνία, συνεργασία, αυπνία).

Αφού η κλίμακα σχεδιάστηκε για χρήση με πληθυσμούς εγκατεστημένους σε κοινωφελές ιδρύματα, οι δραστηριότητες φροντίδας στο σπίτι αποκλείστηκαν. Απαιτούνται εκπαιδευμένα άτομα που να παίρνουν συνέντευξη. Σημειώνουμε η καθοδήγηση που παρέχεται σε αυτούς που παίρνουν τη συνέντευξη είναι να αποσπούν κατάλληλες ερωτήσεις. Αυτός που παίρνει τη συνέντευξη αναμένει να βολιδοσποπήσει και να ρωτήσει για παραδείγματα της συμπεριφοράς πριν γίνει μια ταξινόμηση.

Η κλίμακα δίνει έμφαση στη συμπεριφορά του ατόμου (τι κάνει ακριβώς το άτομο) παρά στις ικανότητες του. Ο Bond δημιούργησε ένα σύνολο δομημένων ερωτήσεων τις οποίες χρησιμοποιούν τα άτομα που παίρνουν τη συνέντευξη. Ο χρόνος που χρειάζεται για να συμπληρωθεί αυτή η κλίμακα από τα άτομα που παίρνουν τη συνέντευξη χωρίς τις δομημένες ερωτήσεις είναι περίπου τρία λεπτά, ενώ η συμπλήρωση της με τις δομημένες ερωτήσεις μπορεί να επεκτείνει τη συνέντευξη σε επτά με δέκα λεπτά.

4.4.11 The Clifton Assessment Procedures for the Elderly (CAPE)

Η Μέθοδος Υπολογισμού Clifton (CAPE) είναι μια μέτρηση εξάρτησης για τους ηλικιωμένους και χρησιμοποιείται εκτεταμένα στη Μεγάλη Βρετανία. Αναπτύχθηκε για να χρησιμοποιείται σε ηλικιωμένους ανθρώπους που ζουν σε κοινωφελή ιδρύματα, και ελέγχθηκε για κύρος και αξιοπιστία από τους Pattie και Gilleard (1979)⁵. Το CAPE αποτελείται από δύο απογραφικούς πίνακες και σχεδιάστηκε να μετρά τη συμπεριφορά και τη γνωστική ικανότητα, γνωστής ως Behaviour and the Cognitive Assessment Scale. Η Cognitive Assessment Scale ήταν γνωστή ως η Κλίμακα Υπολογισμού Clifton και μπορεί να συμπληρωθεί από ένα ηλικιωμένο άτομο μέσα σε πέντε έως δεκαπέντε λεπτά.

Η Behaviour Rating Scale είναι μια μικρότερη έκδοση της Κλίμακας Εκτίμησης Γεροντολογίας Stockton, η οποία σχεδιάστηκε να χρησιμοποιείται σε ηλικιωμένους ανθρώπους που βρίσκονται στο νοσοκομείο. Η όλη δοκιμασία μπορεί να γίνει μεταξύ πέντε και τριάντα λεπτών, διότι εξαρτάται από τη διανοητική και λειτουργική ικανότητα του ατόμου που απαντά. Σχεδιάστηκε να συμπληρώνεται από ένα τρίτο άνθρωπο ο οποίος γνωρίζει αρκετά καλά τον ασθενή. Η εκπαίδευση των ατόμων που παίρνουν τη συνέντευξη είναι απαραίτητη.

⁵ Bowling A., (1991), *Measuring Health, A review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Philadelphia

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΕΥΡΥΤΕΡΕΣ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.1 Γενικά

Οι ευρύτερες μετρήσεις των καταστάσεων υγείας γενικά στηρίζονται σε υποκειμενικές αντιλήψεις των ατόμων για την υγεία τους. Η υποκειμενική ή η υγεία όπως την αντιλαμβάνεται το άτομο, μπορεί να προσδιορίζεται από τις εμπειρίες του ατόμου όσον αφορά τα διανοητικά, σωματικά και κοινωνικά γεγονότα όταν αυτά συγκρούονται με τα αισθήματα της ευημερίας. Πολλές μελέτες της ιατρικής κοινωνιολογίας δείχνουν τη σπουδαιότητα που έχουν τα συναισθήματα των ατόμων στην αρρώστια. Αυτό βοηθάει στο να δοθεί κάποια απάντηση για το αν κάποιο άτομο είναι πραγματικά άρρωστο ή απλώς νιώθει έτσι.

Μια μέτρηση η οποία συνήθως χρησιμοποιείται σε μελέτες των ευρύτερων καταστάσεων υγείας είναι μια λίστα συμπτωμάτων. Επίσης οι λίστες αυτές έχουν περιορισμούς, αλλά γενικά είναι χρήσιμες αν χρησιμοποιήσουν συνδέσμους με κλιμακωτές τεχνικές μέτρησης. Υπάρχουν αριθμητικά παραδείγματα συμπτωμάτων στις λίστες ελέγχου και τα οποία παρουσιάζονται σε αυτούς που απάντησαν σε αυτή την λίστα. Αυτοί που απαντούν ρωτούνται για να δηλώσουν ποιά συμπτώματα παρουσιάζουν. Μερικά από τα παραδείγματα των συμπτωμάτων της λίστας ελέγχου βρέθηκαν από τους George και Bearon.

Οι ακόλουθοι δείκτες περιγράφουν τις πιο γνωστές και περισσότερο ελεγμένες μετρήσεις των ευρύτερων καταστάσεων υγείας που είναι διαθέσιμες. Όλες αναπτύχθηκαν στις Η.Π.Α., με εξαίρεση το Nottingham Health Profile και το Functional Limitations Profile (μια διασκευή του Sickness Impact Profile) που και τα δύο αναπτύχθηκαν στη Μεγάλη Βρετανία.

5.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΥΡΥΤΕΡΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

5.2.1 The Sickness Impact Profile (SIP)

Ένας από τους καλύτερους δείκτες που αναπτύχθηκαν στις Η.Π.Α. είναι το Sickness Impact Profile (SIP). Το SIP αναπτύχθηκε για να χρησιμοποιείται σαν ένα μέτρο της αντιλαμβανόμενης κατάστασης της υγείας. Επίσης χρησιμοποιείται σαν ένα αποτέλεσμα της μέτρησης για την εκτίμηση της φροντίδα υγείας δια μέσου μίας ευρείας σειράς προβλημάτων της υγείας και ασθενειών, και διαφόρων δημογραφικών και μορφωτικών ομάδων. Η απεικόνιση δίνει έμφαση στη ασθένεια (sickness) που σχετίζεται με την δυσλειτουργία παρά με την ασθένεια.

Το SIP σύμφωνα με τον Bergner (1976)¹ σχεδιάστηκε σαν μια μέτρηση δυσλειτουργίας βασισμένη στην συμπεριφορά και αποτελείται από 136 δηλώσεις που καλύπτουν 12 περιοχές δραστηριότητας. Οι δηλώσεις συγκεντρώθηκαν αρχικά από ασθενείς, άτομα που ασχολούνταν με τη φροντίδα του ασθενή, υγιή άτομα και επαγγελματίες της φροντίδας υγείας. Αυτή η αρχική ομάδα δηλώσεων ταξινομήθηκε σε ξεχωριστές κατηγορίες. Η σοβαρότητα της κάθε δήλωσης υπολογίστηκε σε μια κλίμακα 11 σημείων και οι εκτιμήσεις τροποποιήθηκαν σε βαθμολογίες. Επτά από τις κατηγορίες χρησιμοποιήθηκαν για να καθορίσουν μέσα στην Απεικόνιση τις μέγιστες σωματικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. Οι ερωτηθέντες απαντούν "Ναι" ή "Όχι" σε κάθε δήλωση και οι αντίστοιχοι βαθμοί χρησιμοποιούνται για τη δημιουργία ενός αθροίσματος από 12 κατηγορίες μιας προστιθέμενης βαθμολογίας ή ένα συνολικό ποσό για ολόκληρο το ερωτηματολόγιο.

Το SIP υπολογίζει την ασθένεια (sickness) όσον αφορά τις καθημερινές δραστηριότητες και συμπεριφορές, παρά τα συναισθήματα και τις ιατρικές αναφορές. Αυτό συμβαίνει γιατί τα συναισθήματα είναι δύσκολο να μετρηθούν γιατί είναι υποκειμενικά και οι ιατρικές αναφορές μπορούν να παρέχονται μόνο όπου κάποιος έχει ιατρική φροντίδα. Οι αναφορές συμπεριφορών είναι λιγότερο υποκειμενικές και επηρεάζονται από τα συναισθήματα. Πρέπει να σημειωθεί ότι το SIP δεν μετρά τη θετική λειτουργικότητα.

Το SIP αναπτύχθηκε στη βάση μιας βιβλιογραφικής ανασκόπησης και μετά την εξαγωγή εκθέσεων από επιστήμονες υγείας, υγιούς, αρρώστους και απλούς

¹ Kind P., Discussion Paper 43, The Design and Construction of Quality of Life Measures, Centre for Health Economics, University of York

ανθρώπους οι οποίοι παρουσιάζουν την 'ασθένεια να σχετίζεται με τη δυσλειτουργική συμπεριφορά'.

Οι πληθυσμοί και οι ομάδες ασθενών που εμπλέκονται στην ανάπτυξη του SIP ποικίλουν και περιλαμβάνουν εσωτερικούς ασθενείς, εξωτερικούς ασθενείς και ασθενείς με χρόνιες ασθένειες που τους παρέχεται φροντίδα στο σπίτι από οικογενειακό γιατρό, ασθενείς σε μονάδες εντατικής φροντίδας, ασθενείς που υφίστανται αντικατάσταση του ισχύου και ασθενείς με αρθρίτιδα. Το SIP μπορεί να εφαρμόζεται ατομικά ή από άλλο άτομο. Χρειάζεται 20-30 λεπτά για να συμπληρωθεί. Ο Deyo αναγνώρισε το πρόβλημα του μεγάλου αριθμού των ερωτήσεων και προσπάθησε να το κάνει πιο συνοπτικό για να είναι πιο αποδεκτό από τους ασθενείς. Ένα δείγμα των ατόμων που ρωτήθηκαν για την γνώμη τους για το SIP, και ενώ οι περισσότεροι είπαν ότι ήταν αποδεκτό, οι λίγοι που παραπονέθηκαν αναφέρονται στο μήκος και στο γεγονός ότι δεν είναι κατάλληλο για ειδικές ασθένειες.

Οι υπο-κλίμακες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανεξάρτητα αν αυτό επιθυμείται (π.χ. οι υπο-κλίμακα των σωματικών λειτουργιών αποτελείται από 45 ενότητες από τις 136 που υπάρχουν). Μια μελέτη που έγινε από τον Read με τα άτομα που παίρνουν τη συνέντευξη για να εκτιμήσουν την ευκολία της εφαρμογής του SIP, βρήκε ότι το SIP είναι κοπιαστικό λόγω του μεγάλου αριθμού των ερωτήσεων που περιέχει και επειδή περιέχει επανάληψεις. Επίσης αναφέρουν ότι στο SIP εμπλέκεται η υποχρέωση αυτών που λαμβάνουν τη συνέντευξη να εκπαιδεύουν το οποίο απαιτεί κάποιο χρόνο (το λιγότερο μια εβδομάδα).

Υπάρχουν πολλές εφαρμογές του SIP σε μία ευρεία σειρά ομάδων ασθενών, κυρίως στις ΗΠΑ, αλλά επίσης στη Μεγάλη Βρετανία και σε άλλα μέρη του κόσμου.

Εφαρμογές στη Μεγάλη Βρετανία

Αν και οι ασθενείς αποδέχονται το SIP, οι Άγγλοι ερευνητές στις εκτιμήσεις των προγραμμάτων της θεραπείας παθήσεων καρδιάς στη Μεγάλη Βρετανία το απορρίπτουν λόγω του μεγάλου αριθμού ερωτήσεων που περιέχει και προτιμούν το περισσότερο συνοπτικό Nottingham Health Profile.

Μια τροποποιημένη έκδοση του SIP αναπτύχθηκε στο St Thomas's Hospital στο Λονδίνο για μια κοινωνική επισκόπηση ανικανότητας. Η τροποποιημένη έκδοση ονομάστηκε Απεικόνιση Λειτουργικών Περιορισμών (Functional Limitations Profile)

(FLP) και η μετάφραση της ελέγχθηκε από τον Hunt. Οι αλλαγές ήταν ελάχιστες και το FLP είχε ακόμη 136 ενότητες και περιέχει την ίδια σειρά των αποτελεσμάτων από 0 (χαμηλό) έως το 100 (υψηλό), αν και το στάθμισμα είναι διαφορετικό.

Οι ερευνητές αργότερα αναφέρουν ότι στο FLP και στο SIP οι ενότητες συνδυάζονται ικανοποιητικά μέσα σε πέντε συνολικές ενότητες: σωματικά, ψυχολογικά, φαγητό, επικοινωνία και εργασία. Επίσης διαπίστωσαν ότι οι ενότητες σχετίζονται με την ηλικία και των αριθμό των ιατρικών καταστάσεων.

Μια εφαρμογή της Απεικόνισης των Λειτουργικών Περιορισμών (FLP) στη Μεγάλη Βρετανία ήταν μια μελέτη 92 ασθενών με χρόνια ασθένεια των πνευμόνων από τους Williams και Bury οι οποίοι αναφέρουν καλό συσχετισμό του FLP και των ιατρικών δεδομένων.

Άλλη εφαρμογή του FLP αναφέρθηκε από το Fitzpatrick. Στη μελέτη του η οποία είχε διάρκεια πάνω από 15 μήνες, συμμετείχαν 105 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα .

5.2.2 The Nottingham Health Profile (NHP)

Το Nottingham Health Profile αναπτύχθηκε στη Μεγάλη Βρετανία και βασίζεται σε ειδικές αντιλήψεις των καταστάσεων υγείας. Η εννοιολογική βάση του NHP είναι ότι πρέπει να παρουσιάζει ειδικούς παρά επιστημονικούς ορισμούς της υγείας. Αναπτύχθηκε μετά από συνέντευξη σε ένα μεγάλο αριθμό απλών ανθρώπων γύρω από τα αποτελέσματα της αρρώστιας στη συμπεριφορά τους. Ο Hunt et al (1986)² σχολιάζει ότι οι δικές του συνεντεύξεις πιλότοι ανέπτυξαν το NHP, το οποίο αποδεικνύει ότι οι απλοί άνθρωποι έχουν περιορισμένο λεξιλόγιο για την καλή περιγραφή της υγείας και της ευημερίας, και αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός περιληπτικού δείκτη υγείας.

Το NHP δεν είναι ένα δείκτης ασθένειας, αρρώστιας ή ανικανότητας αλλά δείχνει, πώς οι άνθρωποι αισθάνονται όταν υφίστανται ποικίλες καταστάσεις της ασθένειας. Ως ένα εργαλείο επισκόπησης είναι χρήσιμο για να υπολογίζει εάν οι άνθρωποι έχουν ένα (σοβαρό) πρόβλημα υγείας. Ομοίως, δεν είναι μία περιληπτική μέτρηση της υγείας που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Είναι μικρό για να υπολογίσει την επίδραση μιας κατάστασης της υγείας στην ποιότητα ζωής. Για αυτό, συνδυασμοί της μέτρησης απαιτούν: μια κλίμακα λειτουργικής ανικανότητας, συμπτώματα πόνου, μια

² Bowling A., (1991), *Measuring Health, A review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Philadelphia

μέτρηση της ψυχολογικής ανωμαλίας, ποσοτικές και περισσότερο ποιοτικές μεθόδους της επίδρασης της κοινωνικής λειτουργικότητας (π.χ. εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις, κοινωνική υποστήριξη, οικιακή ζωή κλπ). Το NHP παρέχει μόνο μια επιφανειακή απεικόνιση των αποτελεσμάτων.

Μια εργασία πιλότος για το NHP οδήγησε σε ταύτιση των σχετικών εννοιών. Πολλές μελέτες εξηγούν με παραδείγματα αυτές τις έννοιες, και μετά με περαιτέρω εξήγηση κατηγοροποιήθηκαν σε έξι κατηγορίες: σωματική ευκινησία, πόνος, ύπνος, ενέργεια, συναισθηματική αντίδραση, και κοινωνική απομόνωση. Το NHP σχεδιάστηκε για ατομική συμπλήρωση, είναι συνοπτικό και εύκολα εφαρμόσιμο και είναι η μόνη μέτρηση της υγείας όπως την αντιλαμβάνεται το άτομο, η οποία ευρέως ελέγχθηκε και αναπτύχθηκε για να χρησιμοποιηθεί στην Ευρώπη.

Στη Μεγάλη Βρετανία το NHP χρησιμοποιείται για να εκτιμήσει τα αποτελέσματα πολλών θεραπειών και να υπολογίσει τις αντιλαμβανόμενες καταστάσεις υγείας πριν και μετά από ειδικά χειρουργία που υφίστανται οι ασθενείς (π.χ. bypass, μεταμοσχεύσεις καρδιάς και διάφορες ορθοπαιδικές επεμβάσεις.)

Το NHP είναι σύντομο και απλό, και μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ομάδες ασθενών ή γενικά σε όλο τον πληθυσμό. Αν και είναι κατάλληλο για ανθρώπους που δεν είναι απαραίτητως μη υγείας ή άρρωστοι, προτιμά αυτούς που συγκεντρώνουν αρνητικές μάλλον παρά θετικές εμπειρίες.

5.2.3 The McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ)

Το McMaster Health Index Questionnaire (MHIQ) αναπτύχθηκε στο Οντάριο του Καναδά, ως ένα μέσο μέτρησης της σωματικής, κοινωνικής και συναισθηματικής λειτουργικότητας. Το MHIQ προορίζεται να παράγει ανεξάρτητες μετρήσεις αυτών των ιδιαίτερων σημείων, δίνοντας την έννοια ότι δύο άτομα με το ίδιο επίπεδο σωματικής ανικανότητας μπορεί να διαφέρουν στη κοινωνική και συναισθηματική τους λειτουργικότητα (Chambers et al 1976)³. Ο στόχος είναι να παράγουμε ένα ερωτηματολόγιο καταστάσεων υγείας που θα είναι κατάλληλο για εφαρμογή σε γενικούς πληθυσμούς. Αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον υπολογισμό της υγείας ενός ατόμου από έναν επιστήμονα της υγείας.

³ Bowling A., (1991), *Measuring Health, A review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Philadelphia

Ο Δείκτης Υγείας του ερωτηματολογίου Mc Master περιλαμβάνει ενότητες φυσιολογικής λειτουργίας, ενότητες σχετικές με τα συμπτώματα (π.χ. αναπνευστικά συμπτώματα) και ενότητες σχετικές με την συμπεριφορά (π.χ. κάπνισμα). Οι υπολογισμοί των γιατρών για την φυσιολογική λειτουργία περιλαμβάνουν τις διαβαθμίσεις από 'πολύ φτωχή' έως 'πολύ καλή'. Αυτές οι ενότητες αρχικά ελέγχθηκαν σε 70 ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο είναι γρήγορο και απλό στην εφαρμογή, ευπρόσδεκτο σε αυτούς που απαντούν και ευαίσθητο στις αλλαγές των καταστάσεων υγείας.

Περαιτέρω έλεγχοι, σε πάνω από 200 ασθενείς από ένα οικογενειακό γιατρό, αναφέρουν υψηλή σχέση ανάμεσα στις ενότητες της κοινωνικής λειτουργικότητας. Η τελική έκδοση του MHIQ χρειάζεται 20 λεπτά για την συμπλήρωση του.

Το MHIQ συμπληρώνεται ατομικά, δηλαδή από ένα άτομο, και χρησιμοποιείται σε ένα σύνολο ασθενών, που περιλαμβάνει εξωτερικούς ψυχιατρικούς ασθενείς, διαβητικούς ασθενείς, ασθενείς με αναπνευστικές ασθένειες, ασθενείς με μυοκαρδιακή λοίμωξη και ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

5.2.4 The Cornell Medical Index (CMI)

Ο Cornell Medical Index (CMI) αρχικά σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται από τους γιατρούς στα ιστορικά των ασθενών για οικονομία χρόνου. Ο CMI εξασφαλίζει ένα μεγάλο αριθμό των ιατρικών και ψυχιατρικών δεδομένων που πρέπει να συλλέγονται. Η ανεπίσημη γλώσσα που χρησιμοποιείται στο δείκτη αυτό είναι απλή για να προσαρμόζεται εύκολα στη ιατρική ορολογία. Για παράδειγμα 'Η καρδιά σας χτυπά συχνά τρελλά σαν να τρέξατε;' (εννοώντας την ταχυκαρδία).

Στη διαδικασία της ανάπτυξης, πολλές μεταβολές των ενοτήτων του CMI ελέγχθηκαν σε περισσότερους από χίλιους ανθρώπους σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές. Αυτές οι ενότητες περιέχουν απαντήσεις που στηρίζονται στις συνεντεύξεις, οι οποίες περιλαμβάνονται στην τελική έκδοση.

Η τελική μορφή του δείκτη ελέγχθηκε σε 179 εξωτερικούς ασθενείς και 191 ιατρικούς ασθενείς οι οποίοι σύγκριναν τα ιατρικά ιστορικά τους, τα οποία απέκτησαν με τη συμμετοχή των γιατρών τους. Ο δείκτης προορίζεται για να χρησιμοποιείται ως μία βοήθεια στα ιατρικά ιστορικά που χρησιμοποιούνται σε

κλινικές και νοσοκομειακές μονάδες. Είναι επίσης χρήσιμος για επισκοπήσεις υγείας διαφόρων πληθυσμών.

Μία μελέτη του CMI, που βασίζεται σε 5.119 ασθενείς αναφέρει ότι, όπως είναι αναμενόμενο οι ηλικιωμένοι αναφέρουν περισσότερα σωματικά προβλήματα από τους νεότερους ανθρώπους, και ότι οι γυναίκες αναφέρουν περισσότερα προβλήματα από τους άνδρες. Επίσης υπάρχουν αριθμητικά παραδείγματα της εφαρμογής του CMI σε κλινικές και σε ιδρύματα.

Το CMI εφαρμόζεται ατομικά. Τα άτομα χρειάζονται συνήθως 10 με 30 λεπτά να το συμπληρώσουν. Αναφέρεται ότι ο χρόνος που χρειάζεται για να συμπληρωθεί το CMI εξαρτάται από το επίπεδο μόρφωσης των ανθρώπων και το πόσο γρήγορα παίρνουν τις αποφάσεις. Το CMI είναι αποδεκτό από τους ασθενείς και δεν απαιτείται εκπαίδευση για την ανάλυση του.

5.2.5 Spitzer's Quality of Life Index (QL)

Ο Spitzer's Quality of Life Index (QL) αναπτύχθηκε για να χρησιμοποιηθεί από τους γιατρούς για καρκινοπαθείς και ασθενείς με χρόνιες αρρώστιες. Χρησιμοποιείται ευρέως για τις καταστάσεις υγείας και την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών πριν και μετά τη θεραπεία.

Ο Spitzer αναγνωρίζει εμπειρικά τα συστατικά της ποιότητας ζωής, από ερωτήσεις που κατανοούν οι απλοί άνθρωποι τόσο καλά όσο οι επιστήμονες υγείας. Στο Σίνδευ της Αυστραλίας διαμορφώθηκαν τρεις πίνακες που αποτελούνταν από 43 μέλη. Οι πίνακες αποτελούνται από καρκινοπαθείς ασθενείς και τους συγγενείς τους, ασθενείς με χρόνιες ασθένειες και συγγενείς τους, υγιείς ανθρώπους ηλικίας μεταξύ 20 - 59 ετών και 60 και πάνω, γιατρούς, νοσοκόμους, κοινωνικούς λειτουργούς και άλλους επιστήμονες υγείας καθώς και κληρικούς.

Ο πρώτος πίνακας περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο ανοικτών ερωτήσεων που σχεδιάστηκε να εξάγει αυθόρμητες απαντήσεις γύρω από τους παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν ή να μειώσουν την ποιότητα ζωής. Ο δεύτερος πίνακας περιλαμβάνει ένα περισσότερο συγκροτημένο ερωτηματολόγιο που αναζητά απόψεις των διάφορων καταστάσεων της ποιότητας ζωής. Ο τρίτος πίνακας υπολογίζει τα αποτελέσματα από τους δύο πρώτους πίνακες και τη σχετική σημασία των κύριων παραγόντων.

Οι πίνακες καταλήγουν στις ακόλουθες διαστάσεις της ποιότητας ζωής : εκτέλεση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, αντίληψη της υγείας, υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους.

Ο QL δεν είναι κατάλληλος για μετρήσεις ή ταξινομήσεις της ποιότητας ζωής των φαινομενικά υγείων ανθρώπων (Spitzer et al 1981)⁴. Ο μέσος όρος του χρόνου συμπλήρωσης του είναι ένα λεπτό.

5.2.6 Linear Analogue Self Assessment (LASA)

Η Linear Analogue Self Assessment Scale (LASA) αναπτύχθηκε για να χρησιμοποιηθεί σε καρκινοπαθείς ασθενείς. Επίσης χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμήσει την ποιότητα της ζωής των ασθενών που λαμβάνουν κυτταροτοξική θεραπεία για προχωρημένο καρκίνο του μαστού. Αν και είναι απλή, έχει ένα βασικό μειονέκτημα. Είναι μεγάλη σε διάρκεια και απαιτεί πολύ χρόνο για την συμπλήρωση της.

5.2.7 The McGill Pain Questionnaire (MPQ)

Πολλές μετρήσεις των καταστάσεων υγείας και της ανικανότητας αποτυγχάνουν να ενσωματώσουν και τον υπολογισμό του πόνου. Εκτός από τις αναλογικές κλίμακες εκτιμήσεων που υπολογίζουν τον πόνο, αυτό που χρησιμοποιείται πιο συχνά και πιο ελεγμένα στις μετρήσεις που υπάρχουν για να υπολογίσουν τον πόνο είναι το McGill Pain Questionnaire (MPQ).

Το MPQ αποτελείται κυρίως από λίστες των περιόδων που περιγράφουν την ποιότητα και την ένταση του πόνου. Οι Melzack και Torgerson σύλλεξαν 102 λέξεις που περιγράφουν τον πόνο από τη λογοτεχνία και τις ταξινόμησαν μέσα σε κατηγορίες της αίσθησης, και των συναισθηματικών λέξεων που περιγράφουν γενικά την ένταση. Τα αποτελέσματα έπειτα ελέγχθηκαν από 20 κριτικούς.

Περαιτέρω έλεγχοι μεταξύ 140 σπουδαστών, 20 γιατρών και 20 ασθενών οδηγούν στη συνηθισμένη μορφή της κλίμακας. Υπάρχουν διάφορες εκδόσεις της κλίμακας, και επίσης αναπτύχθηκε μια μικρότερη έκδοση της κλίμακας η οποία περιέχει 15

⁴ Bowling A., (1991), *Measuring Health, A review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Philadelphia

ενότητες. Η συμπλήρωση της μεγαλύτερης έκδοσης των κλιμάκων χρειάζεται από 5 μέχρι 15 λεπτά, και η μικρότερη έκδοση τους χρειάζεται 2 με 5 λεπτά. Ο χρόνος που απαιτείται για την συμπλήρωση της εξαρτάται από την εξοικίωση που έχουν οι ασθενείς με τις λέξεις.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΥΗΜΕΡΙΑΣ

6.1 ΓΕΝΙΚΑ

Υπάρχουν ένας μεγάλος αριθμός από κλίμακες της ψυχολογικής ευημερίας, ιδιαίτερα αυτές οι οποίες σκοπεύουν στην ανακάλυψη κοινών ψυχιατρικών ανωμαλιών όπως ανησυχία/κατάπτωση, παραφροσύνη και διανοητικές συγχίσεις.

Σε αυτό το κεφάλαιο αναλύονται οι περισσότερο δημοφιλείς και οι πιο εύκολα εφαρμόσιμες κλίμακες κοινών ψυχιατρικών ανωμαλιών που χρησιμοποιούνται στη Μεγάλη Βρετανία.

6.2 ΚΑΤΑΠΤΩΣΗ

Ο όρος κατάπτωση όλο και πιο πολύ χρησιμοποιείται για να καλύψει μια ευρεία σειρά από ψυχολογικές διαταραχές. Υπάρχει μια σύγχυση σχετικά με την ποικιλία των εννοιών και αυτό έχει οδηγήσει σε αντιφατικές μελέτες σχετικά με την αιτιολογία και την θεραπεία της επιλογής. Υπάρχει επίσης μια μικρή σύγχυση σχετικά με τον ορισμό διαφόρων καταστάσεων, που μερικές φορές καλούνται ως ψύχωση, αλλά οι ήπιοι βαθμοί της κατάστασης δεν έχουν ορισμό. Μερικές φορές χρησιμοποιείται ο όρος "καταπτωτική νεύρωση", αλλά μια ποικιλία από έννοιες παρουσιάζονται με αυτόν τον όρο.

Στο εγχειρίδιο εξέτασης της παρούσης κατάστασης, ο Wing έχει δώσει τους περισσότερους σαφείς ορισμούς των ψυχοπαθολογικών όρων. Στην προσπάθεια του να ξεκαθαρίσει τα θέματα της ονοματολογίας, οι ορισμοί αυτών των καταστάσεων κατάπτωσης αναφέρονται: στην διάθεση κατάπτωσης, στην πρόσφατη απώλεια του ενδιαφέροντος, στην αυτο-υποτίμηση, στην απελπισία και στην κατάπτωση.

6.3 ΔΕΙΚΤΕΣ ΤΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΥΗΜΕΡΙΑΣ

6.3.1 Zung's Self Rating Depression Scale.

Η μέθοδος Zung's Self Rating Depression Scale αναπτύχθηκε από τον Zung το 1965. Δημιουργήθηκε πάνω σε μία βάση ιατρικών διαγνώσεων, με κριτήρια που χαρακτηρίζουν τις περισσότερες φορές τις ανωμαλίες της κατάθλιψης. Από την ανάλυση προέκυψε ένα άθροισμα συμπτωμάτων τα οποία δημιούργησαν σε αυτή τη κλίμακα 20 ενότητες. Πάνω από τα μισές ενότητες χρησιμοποίησαν την κλίμακα κατάπτωσης. Αυτές οι ενότητες περιέχουν τα αισθήματα ή συμπτώματα τα οποία δεν δηλώνουν απαραίτητα την παρουσία ψυχολογικών ανωμαλιών.

6.3.2 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

Η Montgomery-Asberg Depression Rating Scale αναπτύχθηκε από τους Montgomery και Asberg το 1979 χρησιμοποιώντας ένα δείγμα πληθυσμού που αποτελούνταν από 54 Άγγλους και 52 Σουηδούς ασθενείς. Αυτοί συμπλήρωσαν μια κλίμακα ψυχοπάθειας που αποτελούνταν από 65 ενότητες. Η ανάλυση έδειξε 17 συμπτώματα της ασθένειας κατάπτωσης που παρατηρούνται πιο συχνά στα άτομα του δείγματος .

Αυτή η κλίμακα εξετάζει τα φυσικά συμπτώματα και καλύπτει φαινόμενα όπως: η λύπη, η αναφερόμενη λύπη, οι πεσιμιστικές σκέψεις, οι σκέψεις αυτοκτονίας, η ατονία, η ελλάτωση του ύπνου και η ελλάτωση της όρεξης.

6.3.3 Hamilton Depression Scale

Η Hamilton Depression Scale αναπτύχθηκε από τον Hamilton και είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα. Η κλίμακα αυτή εμπεριέχει εκτιμήσεις της γνωστικής ικανότητας και συμπεριφορές που προκύπτουν από την κατάπτωση. Όπως οι περισσότερες κλίμακες κατάπτωσης έτσι και αυτή δε μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση μιας κατάπτωσης. Χρησιμοποιείται μόνο για να εκτιμά μια κατάπτωση που έχει ήδη διαγνωσθεί. Για να συμπληρωθεί αυτή η κλίμακα θα πρέπει το άτομο που κάνει τις ερωτήσεις στον ασθενή να έχει εκπαιδευτεί.

6.3.4 The Beck Depression Inventory (BDI)

Η Beck Depression Inventory (BDI) σχεδιάστηκε από τον Beck το 1961 και είναι μια ειδική κλίμακα μέτρησης της κατάπτωσης. Η ανάγκη για το σχεδιασμό της δημιουργήθηκε γιατί οι ήδη υπάρχουσες κλίμακες δεν ήταν τόσο ειδικά σχεδιασμένες για την μέτρηση της κατάπτωσης ή ήταν βασισμένες πάνω σε μια παλιά ψυχιατρική ονοματολογία.

Αναπτύχθηκε βασιζόμενη σε δύο δείγματα 226 και 183 ασθενών με συμπτώματα και συμπεριφορά κατάπτωσης, ενώ έκαναν ψυχοθεραπεία. Οι παρατηρήσεις του Beck οδήγησαν στον σχεδιασμό 21 ενοτήτων. Κάθε κατηγορία περιγράφει μια ειδική εκδήλωση της κατάπτωσης και σύγκειται σε μια σειρά από αυτοεκτιμώμενους όρους οι οποίοι βαθμολογούνται και κατατάσσονται σύμφωνα με την σοβαρότητα της κατάπτωσης. Αυτή η κλίμακα είναι καλύτερη από αυτή του Zung και από την κλίμακα Minnesota Multiphasic Personality Inventory.

6.3.5 Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD)

Η Hospital Anxiety and Depression Scale αναπτύχθηκε από τους Zigmond και Snaith το 1983. Είναι μια σύντομη εκτίμηση της ανησυχίας και κατάπτωσης. Αποτελείται από 14 ενότητες οι οποίες διαιρούνται σε δύο υποκλίμακες, μία για την ανησυχία και μία για την κατάπτωση. Ο ασθενής βαθμολογεί κάθε ενότητα με μία κλίμακα 4 βαθμών.

6.3.6 The Symptoms of Anxiety and Depression Scale (SAD)

Η Κλίμακα Symptoms of Anxiety and Depression Scale (SAD) εκτιμά την ανησυχία και κατάπτωση και περιέχει την πιο πρόσφατη ονοματολογία των συμπτωμάτων. Είναι μια σύντομη αυτοαναφερόμενη μέτρηση και παράγεται εμπειρικά από δύο άλλες κλίμακες. Η SAD προσαρμόστηκε από τους Mc Nab και Phillip για να χρησιμοποιείται σε ηλικιωμένους.

6.3.7 The General Health Questionnaire (GHQ)

Το Γενικό Ερωτηματολόγιο Υγείας (GHQ) είναι η πιο ευρέως εφαρμοσμένη μέτρηση των ψυχιατρικών διαταραχών στη Μεγάλη Βρετανία, και επίσης έχει πολυάριθμες εφαρμογές ανά τον κόσμο.

Ένα πλεονέκτημα του GHQ είναι η ύπαρξη διαφόρων εγχειριδίων που εκδίδονται κατά καιρούς και τα οποία περιέχουν τις εφαρμογές αυτής της μεθόδου καθώς και τις εφαρμογές των μελετών του κύρους και της αξιοπιστίας. Ένα άλλο πλεονέκτημα που προκύπτει από την χρησιμοποίηση του GHQ, είναι ότι υπάρχουν μικρότερες εκδόσεις του (που περιέχουν 12, 20, 28, και 30 ενότητες) οι οποίες είναι πιο κατάλληλες για να χρησιμοποιηθούν στους ηλικιωμένους ανθρώπους παρά οι μεγαλύτερες εκδόσεις (60 ενοτήτων). Η έκδοση των 28 ενοτήτων έχει ένα επιπλέον πλεονέκτημα σε σχέση με τις άλλες εκδόσεις. Το πλεονέκτημα αυτό επιτρέπει να γίνονται διάφορες αναλύσεις μέσα από υποκατηγορίες. Αυτή η έκδοση αναπτύχθηκε για ερευνητικούς σκοπούς.

Το GHQ αναπτύχθηκε στο Λονδίνο κατά τη διάρκεια του 1960 και του 1970 και προτάθηκε για να χρησιμοποιείται σε γενικές πρακτικές τοποθετήσεις. Αυτό παρήχθηκε από διάφορες κλίμακες συμπεριλαμβανομένου την Gornell Medical Index. Το GHQ έχει μεταφραστεί σε 38 γλώσσες τουλάχιστον.

6.3.8 The Geriatric Mental State (GMS)

Το πρόβλημα της κατάπτωσης παρατηρείται περισσότερο στους ηλικιωμένους. Αυτό έχει οδηγήσει πολλούς ερευνητές που ασχολούνται με την ψυχολογία των ηλικιωμένων στην αναζήτηση νέων μεθόδων υψηλού κύρους και αξιοπιστίας, για την αντιμετώπιση της κατάπτωσης, π.χ. η Comprehensive Assessment and Referral Evaluation interview Schedule (CARE) του Gurland και η Εξέταση της Γηριατρικής Διανοητικής Κατάστασης του Henderson.

Ο Copeland το 1976 ανέφερε και ανέπτυξε την Γηριατρική Διανοητική κατάσταση (GMS) μέσω Βρετανικών εργαλείων, τα οποία είναι: the Present State Examination (PSE) που επινοήθηκε από τον Wing και το Psychiatric Status Schedule του Spitzer. Είναι μια κλίμακα με κύρος και αξιοπιστία, αλλά είναι εξαιρετικά μεγάλη σε μήκος. Υπάρχει μια μικρότερη μήκους έκδοση (GMSA) η οποία είναι ακόμα αρκετά μεγάλου μήκους αν χρησιμοποιείται συγχρόνως με ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης. Η μεγαλύτερη έκδοση του GMS απαιτεί περίπου 30 με 45 λεπτά για να συμπληρωθεί,

ενώ η μικρότερη έκδοση του χρειάζεται 15 με 20 λεπτά. Από το 1976 το GMS έχει μεταφραστεί στα Γαλλικά, Ισπανικά, Γερμανικά, Ολλανδικά, Δανέζικα και στα Ιρλανδικά.

6.4 SHORT MENTAL-CONFUSION SCALES

6.4.1 The Mental Status Questionnaire (MSG)

Το ερωτηματολόγιο Mental Status Questionnaire (MSG) είναι μια σύντομη μέτρηση και σχεδιάστηκε κατά ένα μέρος από πρότυπες εξετάσεις διανοητικών καταστάσεων. Έχει τροποποιηθεί στις ΗΠΑ από τον Pfeiffer το 1975 και μειώθηκε από 31 ενότητες που ήταν πριν σε 9. Το MSG χρησιμοποιείται ευρέως σε κοινότητες και σε πληθυσμούς και σε μεγαλύτερους ανθρώπους που είναι καθηλωμένοι στο σπίτι. Το MSG είναι μια χρήσιμη μέτρηση για καθιερωμένες τοποθετήσεις.

6.4.2 The Abbreviated Mental Test (AMT)

Το Abbreviated Mental Test (AMT) αναπτύχθηκε από τον Hodkinson το 1972 από το τροποποιημένο τεστ του Roth Hopkins. Οι περισσότερες διακριτικές ενότητες στο AMT συσσωματώνονται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΖΩΗΣ, ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΤΥΧΙΑΣ

7.1 Γενικά

Η πρώτη μέτρηση της συναισθηματικής ευημερίας ενός πληθυσμού (π.χ. ικανοποίηση ζωής και ηθικού) έγινε από τον Gurin το 1960 στις Η.Π.Α. Τα άτομα που απάντησαν στην έρευνα ερωτήθηκαν το εξής: "πώς θα έλεγες ότι είναι τα πράγματα αυτές τις μέρες;- θα έλεγες ότι είσαι πολύ χαρούμενος, αρκετά χαρούμενος ή όχι και τόσο χαρούμενος;" Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι αυτοί που απάντησαν "όχι τόσο χαρούμενος" είναι πολύ πιθανό να έχουν ψυχολογικά προβλήματα, ή να είναι διαζευγμένοι, ή να έχουν μικρότερη μόρφωση και χαμηλότερα επίπεδα εισοδήματος.

Η έννοια και μέτρηση της ευημερίας, σε σχέση με την ευτυχία, την ικανοποίηση ζωής και το ηθικό, γίνεται όλο και σημαντικότερη. Τελευταία έχουν αναπτυχθεί περισσότερες κλίμακες μέτρησης της ευημερίας, ειδικότερα στην γεροντολογία. Ο λόγος είναι ότι αυτοί οι δείκτες αυτών των εννοιών, είναι χρήσιμοι στην εκτίμηση της διανοητικής υγείας ή της ευημερίας των ανθρώπων. Η ικανοποίηση της ζωής για παράδειγμα, αναφέρεται στην διανοητική υγεία (Curin et al , 1960, Bradburn 1969)¹.

Οι μετρήσεις της ευημερίας είναι υποκειμενικές. Ένα κύριο μεθοδολογικό πρόβλημα είναι η έλλειψη της συνοχής στην χρήση των όρων "ευτυχία", "ικανοποίησης ζωής" και "ηθικό". Ενώ έχουν αναφερθεί έννοιες και μετρήσεις της ευημερίας, οι όροι "ικανοποίηση ζωής" και "ηθικό" έχουν μια περισσότερο γνωστική σύνθεση, ενώ η ευτυχία έχει μια περισσότερο συναισθηματική ή ευαίσθητη σύνθεση.

¹ Bowling A., (1991) *Measuring Health, A review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Philadelphia

7.1.1 Ευτυχία

Ο όρος ευτυχία έχει οριστεί από τον Campbell σαν οι παροδικές διαθέσεις της 'ευθυμίας και έξαρσης'. Έχει επίσης οριστεί από τον Bradburn σαν η έκταση στην οποία τα θετικά συναισθήματα λαμβάνονται περισσότερο υπόψιν από τα αρνητικά συναισθήματα. Ο μεταγενέστερος ορισμός που δόθηκε στον όρο ευτυχία είναι ότι δείχνει μια συναισθηματική διάθεση ή κατάσταση.

7.1.2 Ικανοποίηση ζωής

Η ικανοποίηση ζωής σύμφωνα με τον Campbell αναφέρεται σε εκτιμήσεις της ζωής ενός ατόμου ή σε μια σύγκριση των φιλοδοξιών του ατόμου σε σχέση με ότι έχει καταφέρει πραγματικά.

7.1.3 Ηθικό

Το ηθικό είναι μια έννοια η οποία είναι δύσκολο να οριστεί και να μετρηθεί. Ο Kutner όρισε το ηθικό σαν "μια συνέχεια από αποκρίσεις στη ζωή και προβλήματα επιβίωσης που αντανακλούν την παρουσία ή απουσία της ικανοποίησης, αισιοδοξίας και επεκτείνει τις προοπτικές ζωής". Ο Lawton είχε ορίσει το ηθικό σαν "μια βασική έννοια της ικανοποίησης του ατόμου , ένα αίσθημα ότι υπάρχει ένα μέρος στο περιβάλλον για το άτομο, και μια αποδοχή του τί δεν μπορεί να αλλάξει". Ενώ ο George το 1979 και οι Stones και Korma το 1980 όρισαν το ηθικό σαν "θάρρος, πειθαρχία, εμπιστοσύνη και ενθουσιασμό".

7.2 ΔΕΙΚΤΕΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΖΩΗΣ, ΤΟΥ ΗΘΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΤΥΧΙΑΣ

7.2.1 The Life Satisfaction Index A (LSIA) and Index B (LSIB)

Οι δείκτες Life Satisfaction Index A (LSIA) and Index B (LSIB) αναπτύχθηκαν από τον Neugarten το 1961 για να παρουσιάσουν μια μέτρηση της ικανοποίησης από τη

ζωή, βασισμένη στα αισθήματα των ατόμων που απάντησαν. Σκοπός αυτών των δεικτών είναι να μετρήσουν τα γενικά αισθήματα της ευημερίας.

Υπάρχουν πολλές εκδόσεις του LSI. Όλες προήλθαν από 5 διαστάσεις της εκτίμησης της ζωής: ενθουσιασμός και απάθεια, αποφασιστικότητα και γενναιότητα, συμφωνίας μεταξύ επιθυμητών σκοπών και σκοπών που επιτεύχθηκαν, θετικό αυτοσχεδιασμό και τόνο διαθέσης.

Τα LSIA και LSIB αρχικά είχαν αναπτυχθεί το 1956 βασιζόμενα σε 4 συνεντεύξεις με θέμα την ικανοποίηση από τη ζωή. Στις συνεντεύξεις συμμετείχαν άτομα ηλικίας 50-70, που προέρχονται από την μεσαία τάξη των εργαζομένων ανθρώπων που διαμένουν στο Κάνσας. Ένα δεύτερο δείγμα ήταν από συνεντεύξεις που έγιναν δύο χρόνια αργότερα, σε άτομα ηλικίας 70-90.

Όλες οι εκδόσεις του δείκτη είναι εύκολες στην χρήση και στηρίζονται πάνω σε ένα ποσό εμπειρικής υποστήριξης. Ο δείκτης A είχε επικριθεί ως αποτυχημένος, στη μέτρηση παροδικών ενεργειών των ατόμων.

7.2.2 The Life Satisfaction Index Z 13-item version (LSIZ)

Ο Wood το 1969 παρήγαγε μια έκδοση 13 ενοτήτων του δείκτη LSIA που είναι γνωστή ως LSIZ. Αυτή η έκδοση είναι περισσότερο δημοφιλής, και οι εφαρμογές της είναι πολυάριθμες. Έγιναν συγκρίσεις μεταξύ της LSIZ και μιας κλίμακας κοινωνικής ασχολίας (0,49) και μεταξύ της LSIZ και της κλίμακας SAD (0,49). Από την σύγκριση αυτή προέκυψε ότι όλες αυτές οι κλίμακες εκτιμούν μερικές κοινές όψεις της ευημερίας.

Η LSIZ 13 ενοτήτων χρησιμοποιείται εκτεταμένα στις Η.Π.Α.. Αυτή χρησιμοποιήθηκε από τον Usui στην κομητεία Τζέφερσον του Κεντάκυ σε ανθρώπους ηλικίας 60 και άνω. Ο Usui ανέφερε ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ του αριθμού των ψυχικών προβλημάτων και της ικανοποίησης από τη ζωή.

Αντίθετα με τον Usui, στη μελέτη του Morgan που έγινε σε 1500 ανθρώπους ηλικίας 65 και άνω στο Nottinghamshire στη Μεγάλη Βρετανία, αναφέρεται ότι οι ηλικιωμένοι έχουν υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης από τη ζωή. Ο Morgan ανέφερε ότι η συνολική βαθμολογία ήταν 17 για ανθρώπους ηλικίας 65-74 και 16,4 για ανθρώπους ηλικίας 75 και άνω. Από αυτή την βαθμολογία φαίνεται ότι η ικανοποίηση από τη

ζωή ήταν σημαντικά χαμηλότερη για αυτούς που ήταν ηλικίας 75 και άνω. Η LSIZ χρησιμοποιήθηκε από τους Korma και Stones το 1987 συγχρόνως με άλλες μετρήσεις της ευημερίας, σε μια μελέτη 150 ατόμων ηλικίας μεταξύ 50 και 82 με ψυχιατρικές διαταραχές.

Αν και οι δείκτες είναι ικανοποιητικοί όσον αφορά την αξιοπιστία και το κύρος, η συνολική και πολυδιάστατη φύση τους δημιουργεί προβλήματα. Παρόλα αυτά οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται περισσότερο για να μετρούν την ευημερία σε γεροντολογικές έρευνες.

7.2.3 The Affect - Balance Scale (ABS)

Ο Bradburn (1969) περιέγραψε την κλίμακα ABS σαν ένα δείκτη που μετρά την ευτυχία ή την γενική ψυχολογική ευημερία. Οι Bradburn και Caplovitz (1965) υπέθεσαν ότι η υποκειμενική ευημερία δηλώνεται από τη θέση ενός ατόμου σε δύο ανεξάρτητες διαστάσεις: θετικούς και αρνητικούς επηρεασμούς. Η ευημερία εκφράζεται σαν η ισορροπία μεταξύ αυτών των δύο. Έτσι οι θετικοί παράγοντες μπορούν να αποζημιώσουν για τα αρνητικά αισθήματα.

Η κλίμακα αυτή αναπτύχθηκε από τους Bradburn και Caplovitz το 1965 βασιζόμενη σε ένα δείγμα 2006 ενήλικων στο Ιλινόις, και από τον Bradburn το 1969 σε μια αναθεώρηση πάνω σε 2787 ενήλικες σε μικτές κοινωνικοοικονομικές και εθνικές ομάδες. Βασίστηκε πάνω σε 5 τυχαία δείγματα στο Ντιτρόιτ του Σικάγο, στην Ουάσιγκτον και σε 10 μεγάλες πόλεις των Η.Π.Α.

Οι 12 ενότητες της ABS συνθέτονται από 10 μέρη, από τα οποία τα 5 αναφέρονται σε "θετικό επηρεασμό" και τα υπόλοιπα 5 αναφέρονται σε "αρνητικό επηρεασμό". Οι δύο υποκλίμακες είναι ανεξάρτητες και σχετίζονται με την ευτυχία. Η κλίμακα αυτή συμπληρώνεται από ένα άτομο.

7.2.4 The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale

Η κλίμακα Philadelphia Geriatric Center Morale Scale και η αναθεώρηση της αναπτύχθηκαν με βάση την υπόθεση ότι η ευημερία είναι πολυδιάστατη. Ο Lawton θεωρεί ότι το ηθικό αποδίδεται με όρους της γενικής ευημερίας.

Η προκαταρκτική έκδοση της κλίμακας αποτελούνταν από 41 ενότητες και εφαρμόστηκε σε 300 ανθρώπους με μέσο όρο ηλικίας 78 ετών. Η κλίμακα αρχικά περιείχε 22 ενότητες αλλά με τις επόμενες αναλύσεις αναθεωρήθηκε και τώρα περιέχει 17. Αυτή αναπτύχθηκε για να χρησιμοποιείται σε μεγαλύτερους σε ηλικία ανθρώπους και είναι κατάλληλη για αυτούς τους πληθυσμούς. Είναι εύκολη στη διαχείριση της και μπορεί να εφαρμοστεί με τη μέθοδο της συνέντευξης.

7.2.5. Delighted-Terrible Faces (D-T) Scale

Η κλίμακα Philadelphia Geriatric Center Morale Scale είναι μια εκτίμηση της ποιότητας ζωής η οποία εμπλέκει μερικά θετικά ή αρνητικά αισθήματα.

Η κλίμακα D-T αναπτύχθηκε λόγω των ελλείψεων που υπάρχουν στις άλλες κλίμακες. Οι Andrews και Withey το 1976 ανέφεραν ότι μια μέτρηση της ευημερίας από τον Campbell είχε αναφέρει ότι το μισό από τα 2/3 αυτών που απαντούν επιλέγουν μία από τις δύο κατηγορίες ικανοποίησης που τους παρουσιάστηκε.

Στην κλίμακα απεικονίζονται επτά πρόσωπα. Τα πρόσωπα δείχνουν καθαρά επτά εκφράσεις οι οποίες μπορούν να θεωρηθούν σαν 'επιγραφές' (κάθε πρόσωπο παρουσιάζεται με ένα αλφαβητικό γράμμα, αρχίζοντας από το A (υπερευχαριστημένο) μέχρι το H (τρομερό). Αυτό είναι μια βελτίωση των κλιμάκων η οποία όμως αφήνει το άτομο που απαντά να συμπεράνει τις κατάλληλες ερμηνείες για τις ενδιάμεσες κατηγορίες.

Η περίληψη των επτά προσώπων που απεικονίζονται στην κλίμακα D-T είναι ένα επιχείρημα να βελτιώσει τις διακρίσεις μεταξύ των ατόμων που απαντούν. Μεταξύ αυτών των επτά προσώπων απεικονίζεται ένα ουδέτερο πρόσωπο το οποίο επιλέγουν το άτομα, όταν κανένα από τα υπόλοιπα πρόσωπα δεν παρουσιάζει τα αισθήματα τους.

7.2.6 The (Psychological) General Well-Being Schedule (GWBS)

The (Psychological) General Well-Being Schedule (GWBS) μερικές φορές αποκαλείται The Psychological General Well-Being Index (PGWB). Είναι ένα σύντομος και πολυδιάστατος δείκτης των υποκειμενικών συναισθημάτων της ευημερίας και της λύπης. Ο δείκτης GWBS σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται στην

έρευνα Υγείας και Διατροφής στις Η.Π.Α. Επίσης αναπτύχθηκε με σκοπό την προμήθεια ενός δείκτη που θα μπορεί να χρησιμοποιείται σε μετρήσεις αυτοαναφορών των διαπροσωπικών ή συγκινητικών καταστάσεων δίνοντας την αίσθηση της υποκειμενικής ευημερίας ή λύπης.

Η πιο γνωστή εφαρμογή είναι η τροποποιημένη έκδοση συσσωματωμένη μέσα στο Rand Mental Health Inventory και είναι βασισμένη πάνω σε ένα μεγάλο δείγμα κοινοτήτων από ανθρώπους ηλικίας 14-60 και πάνω (Brook et al 1979a 1979b). Το Rand Mental Health Inventory πρόβαλε την πιο πρόσφατη εθνική αναφορά για το GWBS στις ΗΠΑ: 71% των ενηλίκων είναι μέσα στην κατηγορία της 'θετικής ευημερίας' (βαθμολογίες 73-110), το 15,5% έδειξε 'μέτρια στενοχώρια' (βαθμολογίες 61-72) και το 13,5% ταξινομήθηκαν στην κατηγορία 'σοβαρή στεναχώρια' (βαθμολογίες 0-60). Οι πενήντα ενότητες από το GWBS κρατήθηκαν για να χρησιμοποιηθούν στην τελική έκδοση του Rand Mental Health Inventory.

7.3 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗΣ

Οι περισσότερο δημοφιλείς και χρησιμοποιούμενες μετρήσεις της αυτοεκτίμησης είναι: the Self-Esteem Scale του Rosenberg, the Tennessee Self-concept του Fitts, the Self-Esteem Inventory του Cooper-Smith. Διάφορες άλλες δημοφιλείς κλίμακες έχουν αναπτυχθεί από τους Crandall, τους Robinson και Shareer, τους George και Bearon και από τον Wylie. Οι περισσότερες κλίμακες εγγυούνται για κύρος, και αξιοπιστία. Το μειονέκτημα τους είναι ότι συγκεντρώνουν λίγες πληροφορίες.

7.3.1 The Self-Esteem Scale

Ο Rosenberg περιέγραψε την αυτοεκτίμηση σαν αυτοαποδοχή ή ένα βασικό συναίσθημα αυτοεκτίμησης. Το 1965 ανέπτυξε την κλίμακα αυτοεκτίμησης βασιζόμενος πάνω στην κλίμακα Guttman, με μια μελέτη 5.024 μαθητών σε δημόσια σχολεία στην Νέα Υόρκη. Υπάρχουν λίγες πληροφορίες σχετικά με την ανάπτυξη της κλίμακας. Οι βαθμολογίες αυτοεκτίμησης σχετίζονται με χαρακτηριστικά όπως η συμμετοχή σε δραστηριότητες του σχολείου.

Η κλίμακα αυτή μπορεί να χρησιμοποιείται και σε ηλικιωμένα άτομα. Οι Kaplan και Porkorny (1969)² σε μια μελέτη με 500 ενήλικες στην Harris Country του Τέξας,

² Bowling A., (1991), *Measuring Health, A review of quality of life measurement scales*, Open University Press, Philadelphia

ανέφεραν ότι η ηλικία δεν είναι σχετική με την αυτοεκτίμηση. Ο Ward βασιζόμενος σε μια μελέτη από 323 κατοίκους του Μάντισον του Wisconsin ανέφερε ότι αυτό που προσδιορίζει την αυτοεκτίμηση των γυναικών, είναι οι δραστηριότητες που είναι σχετικές με την ηλικία και την υγεία. Για τους ηλικιωμένους (ηλικίας 60-92) η αυτοεκτίμηση καθορίζεται από την ηλικία, ενώ για τους άνδρες από το εισόδημα και τη μόρφωση.

7.3.2 The Tennessee Self-Concept Scale

Η Tennessee Self-Concept Scale είναι πιθανόν η πιο δημοφιλής κλίμακα. Αναπτύχθηκε το 1956 για να χρησιμοποιείται στην αποκατάσταση της διανοητικής υγείας και αναθεωρήθηκε το 1965 από τον Fitts.

Ο Fitts στήριξε αυτήν την κλίμακα πάνω στην θεωρία, ότι τα άτομα τα οποία είναι αυτοσυντηρούμενα είναι πιο ικανά για να πραγματοποιήσουν τις δραστηριότητες τους και να λειτουργούν μ' ένα περισσότερο δημιουργικό και αποτελεσματικό τρόπο. Ο Fitts έδειξε ότι η αυτογνωσία αναφέρεται στην συνολική παρουσία του ατόμου. Το άτομο το οποίο έχει μια συνεπή, θετική και ρεαλιστική αυτογνωσία συμπεριφέρεται με ένα περισσότερο υγιή, εμπιστευτικό, επικοινωνιακό και αποτελεσματικό τρόπο.

Η κλίμακα αναπτύχθηκε από άλλες κλίμακες και από αυτοπεριγραφές, από δείγματα ψυχιατρικών ασθενών και μη ασθενών. Η κλίμακα είχε αρχικά δοκιμαστεί σε 626 ανθρώπους ηλικίας 12-68 ετών. Η συμπλήρωση της χρειάζεται 20 λεπτά και γίνεται ατομικά.

7.3.3 Self-Esteem Inventory

Ο Coopersmith το 1967 όρισε την αυτοεκτίμηση σαν αυτοπροσδιορισμό της προσωπικής αξίας. Η κλίμακα self-esteem Inventory μετρά τις καταστάσεις συμπεριφοράς ενός ατόμου και περιλαμβάνει διάφορες παραμέτρους όπως: κοινωνικές, οικογενειακές και προσωπικές εμπειρίες.

Η κλίμακα αναθεωρήθηκε από πέντε ψυχολόγους για να χρησιμοποιείται σε παιδιά τα οποία ταξινομούν τις ενότητες σύμφωνα με την υψηλή ή χαμηλή εκτίμηση, ώστε να παραχθεί μια κλίμακα με 50 ενότητες. Οι ενότητες ελαττώθηκαν σε 25, μετά από ανάλυση μιας ενότητας που βασίζονταν πάνω σε απαντήσεις 121 παιδιών.

Η κλίμακα που αποτελείται από 50 ενότητες.Επίσης υπάρχει μια όμοια έκδοση 25 ενοτήτων η οποία χρησιμοποιείται σε ενήλικες (ηλικίας 16 και άνω).

Η κλίμακα συμπληρώνεται ατομικά και χρειάζεται 10 λεπτά για την συμπλήρωση της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΑ ΕΤΗ ΖΩΗΣ (QALY's) (Quality Adjusted Life Years)

8.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΩΝ QALY's

Λόγω του ότι οι πόροι είναι περιορισμένοι, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να κάνουν όσο είναι δυνατόν περισσότερο καλό. Στη φροντίδα υγείας "κάνω καλό" σημαίνει βελτιώνω τη διάρκεια και την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Έτσι χρειαζόμαστε ένα μέτρο το οποίο θα ενσωματώνει και τα δύο, και θα αντικατοπτρίζει το βαθμό που οι άνθρωποι είναι πρόθυμοι να θυσιάσουν λίγη από την ποιότητα της ζωής τους, με την προϋπόθεση να αποκτήσουν μια πρόσθετη προσδοκία ζωής και το αντίστροφο. Αυτός είναι και ο ρόλος των QALY's.

Τα χρόνια που κερδήθηκαν από μια συγκεκριμένη θεραπεία καθώς και το επίπεδο της ζωής (ποιότητα), που προκύπτουν μετά από τη θεραπεία, μπορούν να υπολογιστούν από μία μονάδα που μετρά το όφελος που προκύπτει, το QALY.

Στα τέλη της δεκαετίας του '70 το United States Office of Technology Assessment εισήγαγε την έννοια του QALY. (Quality Adjusted Life Year). Ποιοτικώς Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής.

Το QALY είναι ένας απόλυτος αριθμός ο οποίος αντιπροσωπεύει μία μονάδα οφέλους, η οποία συνδυάζει μία μέτρηση του προσδόκιμου επιβίωσης με μια μέτρηση της ποιότητας ζωής.¹

Οι μέθοδοι οι οποίοι χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό των QALY's είναι: το time trade-off και το standard gamble τα οποία αναφέρονται στο Κεφάλαιο 3 και ο πίνακας της Rosser. Ο πίνακας αυτός αποδίδει το επίπεδο υγείας με δύο διαστάσεις. Την ανικανότητα και την δυσφορία. Ο βαθμός ανικανότητας προσδιορίζεται με 8 κατηγορίες και της δυσφορίας με 4. Έτσι δημιουργούνται 29 διαφορετικές καταστάσεις υγείας.

¹ Πισιμίσης Θ., (1995), Οικονομική της Υγείας, έκδοση ΤΕΙ Καλαμάτας, Καλαμάτα

Πίνακας ταξινόμησης καταστάσεων υγείας κατά Rosser et al

Βαθμός ανικανότητας	Βαθμός δυσφορίας			
	Καμμία a	Μικρή b	Μέτρια c	Σοβαρή d
I. Καμμία ανικανότητα	1,000	0,995	0,990	0,967
II. Μικρή κοινωνική ανικανότητα	0,990	0,986	0,973	0,932
III. Σοβαρή κοινωνική ανικανότητα ή/και μικρή αδυναμία στην εργασία, ικανότητα για οικιακή εργασία, εκτός βαριών εργασιών.	0,980	0,972	0,956	0,912
IV. Επιλογή ή ικανότητα εργασίας σοβαρά μειωμένη. Ηλικιωμένοι και νοικοκυρές ικανοί για ελαφρές εσωτερικές δουλειές και ψώνια.	0,964	0,956	0,942	0,870
V. Ανίκανος για μισθωτή εργασία ή/και εκπαίδευση. Ηλικιωμένοι καθηλωμένοι στο σπίτι, έξοδοι με συνοδεία για μικρούς περιπάτους. Νοικοκυρές ανίκανες για ψώνια, μόνο απλές εργασίες.	0,946	0,935	0,900	0,700
VI. Καθηλωμένος σε αναπηρική καρέκλα ή ικανός για κίνηση μόνο με βοήθεια.	0,875	0,845	0,680	0,000
VII. Καθηλωμένος στο κρεβάτι	0,677	0,564	0,000	-1,486
VIII. Αναίσθητος	-1,028	-	-	-

Πηγή: Gudex C., Kind P., Discussion Paper 38, The QALY Toolkit, Centre for Health Economics, University of York

Οι βαθμολογίες αυτές προέκυψαν από 70 άτομα που ερωτήθηκαν για να βαθμολογήσουν κάθε κατάσταση υγείας χρησιμοποιώντας κλίμακα από 0 - 1. Το 0 απεικονίζει το θάνατο και το 1 την πλήρη υγεία. Οι αρνητικές τιμές υποδηλώνουν ότι η ζωή σε τέτοια κατάσταση είναι χειρότερη από το θάνατο.

Με την ταξινόμηση που επιτυγχάνεται με τον πίνακα της Rosser είναι δυνατό από τη στιγμή που θα αποφασιστεί η κατάσταση υγείας ενός ατόμου, αυτόματα να υπολογιστεί αριθμητικά η ποιότητα ζωής του.

Ανεξάρτητα από τη μέθοδο που θα επιλεγεί, για να υπολογιστούν τα QALY's, πρέπει πρώτα να διαπιστωθεί η κατάσταση της υγείας ενός ατόμου μετά από κάποια ιατρική παρέμβαση.

Αν μερικές δραστηριότητες της φροντίδας υγείας δίνουν σε κάποιον μια επιπλέον διάρκεια ζωής, αυτό μετρείται ως 1 QALY. Ενώ, αν το καλύτερο αποτέλεσμα είναι να προμηθεύσουμε κάποιον με έναν πρόσθετο χρόνο με μια κατώτερη κατάσταση υγείας, αυτό θα μετρηθεί λιγότερο από 1 QALY. Δηλαδή ένας χρόνος ζωής με πλήρη υγεία αντιστοιχεί με 1 QALY ενώ ένας χρόνος ζωής με χαμηλότερο επίπεδο υγείας ως q QALY's (όπου $q < 1$).

Το QALY δηλαδή δηλώνει μέχρι ποιού σημείου οι ασθενείς είναι διατεθειμένοι να ανταλλάξουν τη διάρκεια με την ποιότητα ζωής.

Τα QALY's εκτός του ότι μας βοηθούν να μετράμε την ποιότητα ζωής, μας δίνουν την δυνατότητα να συγκρίνουμε την αποδοτικότητα εναλλακτικών θεραπειών της ίδιας ασθένειας, καθώς επίσης και την αποδοτικότητα διαφόρων προγραμμάτων υπηρεσιών υγείας. Με αυτό τον τρόπο είναι δυνατό να γίνεται ο καθορισμός των προτεραιοτήτων.

Αν και τα QALY's αποτελούν τον καλύτερο τρόπο μέτρησης της υγείας και είναι το μοναδικό εργαλείο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων απέχει από το να είναι τέλειο. Η χρήση του έχει και αυτή τα μειονεκτήματα της.

8.2 ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΩΝ QALY's

Ένα παράδειγμα

Σαν παράδειγμα² λαμβάνονται 200 ασθενείς ηλικίας 45 χρόνων, με υποθετικά προβλήματα υγείας. Αυτοί καλούνται να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο κατάστασης της υγείας τους. Η συνολική βαθμολογία για την κατάσταση της υγείας τους ήταν 0,75, σε μια κλίμακα από 0-1 (το 0 αντιπροσωπεύει το θάνατο και το 1 τη πλήρη ποιότητα της υγείας).

Σ' αυτό το παράδειγμα ακολουθούνται δυο εναλλακτικές θεραπείες για το υποτιθέμενο πρόβλημα υγείας. Η μία θεραπεία είναι με φάρμακα και η άλλη με χειρουργική επέμβαση. Οι 100 ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπεία με φάρμακα και 6-12 μήνες αργότερα συμπλήρωσαν το ίδιο ερωτηματολόγιο καταστάσεων υγείας, αναφέροντας μία συνολική βαθμολογία της κατάστασης της υγείας τους 0,85. Από τους υπόλοιπους 100 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση,

² Drummond M., Maynard A., (1993), Purchasing and Providing COST-EFFECTIVE HEALTH CARE, Churchill Livingstone, U.K.

επέζησαν οι 95, οι οποίοι επίσης συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, αναφέροντας συνολική βαθμολογία της κατάστασης της υγείας τους 1.

$$\begin{aligned}\text{QALY's (θεραπείας με φάρμακα)} &= [30 \text{ χρόνια} \times 0,85] - [30 \text{ χρ.} \times 0,75] = \\ &= 25,5 - 22,5 = \\ &= 3 \text{ QALY's για κάθε ασθενή.}\end{aligned}$$

300 QALY's κερδήθηκαν από 100 ασθενείς στη θεραπεία με φάρμακα

$$\begin{aligned}\text{QALY's (χειρουργικής επέμβασης)} &= [30 \text{chr.} \times 1] - [30 \text{chr.} \times 0,75] = \\ &= 30 - 22,5 = \\ &= 7,5 \text{ QALY's για κάθε επιζώντα.}\end{aligned}$$

712,5 QALY's κερδήθηκαν από 95 επιζώντες από την χειρουργική επέμβαση.

$$\begin{aligned}\text{QALY's (χειρουργημένων μη επιζώντων)} &= -[30 \text{ chr} \times 0,75] = \\ &= -22,5 \text{ QALY's για κάθε} \\ &\text{μη επιζώντα.}\end{aligned}$$

-112,5 QALY's χάθηκαν από από 5 χειρουργημένους ασθενείς που πέθαναν (αν η εγχείρηση πετύχαινε αυτοί οι πέντε ασθενείς που πέθαναν θα είχαν 30 χρόνια μελλοντικής ζωής).

Το κέρδος από την εγχείρηση είναι

$$\begin{aligned}712,5 - 112,5 &= \\ = 600 \text{ QALY's δηλαδή } 6 \text{ QALY's για κάθε} \\ &\text{ασθενή που υποβλήθηκε σε χειρουργική} \\ &\text{επέμβαση.}\end{aligned}$$

Τα QALY's που κερδήθηκαν συγκρίνοντας τις δύο αυτές θεραπείες είναι σε αυτή τη περίπτωση :

$$\begin{aligned}\text{QALY's (χειρουργικής επέμβασης)} - \text{QALY's (θεραπευτικής αγωγής)} &= \\ = 600 - 300 &= \\ = 300 \text{ QALY's.}\end{aligned}$$

Αυτό το παράδειγμα μας δείχνει το όφελος των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εγχείρηση, σε σχέση με το όφελος των ατόμων που υποβλήθηκαν σε θεραπευτική αγωγή. Παρόμοιοι υπολογισμοί μπορούν να γίνουν για να συγκριθούν δύο ή περισσότερες ιατρικές θεραπείες ή χειρουργικές επεμβάσεις.

Επίσης μπορεί να υπολογιστεί το κόστος ανά QALY για διάφορους τύπους ιατρικών παρεμβάσεων. Έστω ότι κάποιο άτομο πάσχει από νεφρική ανεπάρκεια και έχει δύο

επιλογές. Να υποβληθεί σε επέμβαση μεταμόσχευσης νεφρού ή σε αιμοκάθαρση. Ο υπολογισμός αυτός γίνεται για ένα χρόνο. Στην πρώτη περίπτωση η κατάσταση του ασθενή ισοδυναμεί με 0,7 QALY's. Αν το κόστος της χειρουργικής επέμβασης μεταμόσχευσης νεφρού ανέρχεται στις 700.000 δραχμές, τότε το κόστος ανά QALY θα είναι:

$$\begin{aligned}\text{Κόστος ιατρικής παρέμβασης / QALY's} &= \\ &= 700.000 / 0,7 = \\ &= 1.000.000\end{aligned}$$

Στη δεύτερη περίπτωση η κατάσταση του ασθενή ισοδυναμεί με 0,4 QALY's. Αν το κόστος της αιμοκάθαρσης είναι 50.000 δραχμές, τότε το κόστος ανά QALY θα είναι:

$$\begin{aligned}\text{Κόστος αιμοκάθαρσης/QALY's} &= \\ &= 50.000 / 0,4 = \\ &= 125.000\end{aligned}$$

Από αυτό το παράδειγμα φαίνεται ότι το κόστος αιμοκάθαρσης είναι χαμηλότερο από το κόστος της επέμβασης μεταμόσχευσης νεφρού. Έτσι η πιο συμφέρουσα λύση είναι της αιμοκάθαρσης.

8.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ QALY's

Μία δυσκολία στον υπολογισμό των QALY's είναι ότι εμπεριέχει πολλές αξιολογικές και τεχνικές κρίσεις, οι οποίες επηρεάζουν το αποτέλεσμα. Αυτές οι κρίσεις επιστρατεύονται στις αποφάσεις για το ποιά μέθοδος μέτρησης θα χρησιμοποιηθεί. Όλες αυτές οι μέθοδοι στηρίζονται σε απαντήσεις ενός δείγματος της κοινής γνώμης, οι οποίοι απαντούν σε υποθετικές ερωτήσεις. Πράγμα που σημαίνει ότι δε μπορούμε να είμαστε σίγουροι ότι κάτω από άλλες συνθήκες ή σε πραγματικές καταστάσεις θα έδιναν τις ίδιες απαντήσεις. Οι διαφορετικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται δίνουν διαφορετικά αποτελέσματα, διότι δίνουν διαφορετικές απαντήσεις στα ίδια ερωτήματα. Λόγου χάρη, η μέθοδος μέτρησης της Rosser δίνει διαφορετικό αποτέλεσμα από τη μέθοδο Standard Gamble ή από τη μέθοδο Time Trade-Off για την ίδια κατάσταση υγείας.

Αυτό οφείλεται στις Αξιολογικές κρίσεις (value judgements) που χρησιμοποιούνται για να αποφασιστούν ποιές πλευρές της υγείας και της ποιότητας ζωής θα

συμπεριληφθούν στην μέτρηση. π.χ. κοινωνικές, φυσιολογικές, ψυχολογικές λειτουργίες κ.λ.π.

Κάθε άνθρωπος δηλαδή, που ερωτάται για μία συγκεκριμένη κατάσταση υγείας δίνει διαφορετική απάντηση από κάποιον άλλον. Αυτό οφείλεται στο ότι ο καθένας αντιλαμβάνεται διαφορετικά μία κατάσταση και αποφασίζει στηριζόμενος στη δική του αξιολογική κρίση.

Ένα άλλο ζήτημα που πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν είναι η νοοτροπία που υπάρχει απέναντι στον κίνδυνο. Ο ασθενής καλείται να επιλέξει μεταξύ δύο εναλλακτικών θεραπειών: η μία θεραπεία θα του προσφέρει χρόνια ζωής με κατώτερη υγεία ενώ η άλλη θα του προσφέρει πλήρη υγεία ή θάνατο. Όταν ο ασθενής αντιληφθεί το βαθμό του ρίσκου που ενδεχομένως έχει η μία από τις δύο θεραπείες, είναι πιθανόν να επιλέξει αυτή που θα του προσφέρει Υ χρόνια με κατώτερη υγεία. Οι πιθανότητες του ρίσκου ποικίλουν μέχρι ο ερωτώμενος να καταλήξει στο σημείο όπου η επιθυμία για υγεία να εξισωθεί με το ρίσκο του θανάτου.

Ένα άλλο μειονέκτημα είναι η ιδιότητα των ανθρώπων που ερωτούνται και βαθμολογούν, η οποία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο. Διότι διαφορετικές απαντήσεις δίνουν οι ασθενείς από αυτές των συγγενών τους καθώς επίσης και των γιατρών τους, οι οποίοι αντιλαμβάνονται διαφορετικά τη σοβαρότητα της ασθένειας. Η απάντηση δε στο ερώτημα ποιός είναι ο καλύτερος βαθμολογητής δε είναι τίποτα παραπάνω από άλλη μια αξιολογική κρίση.

Παρά τα μειονεκτήματά τους τα QALY's εξακολουθούν να αποτελούν την καλύτερο μέθοδο μέτρησης της υγείας που υπάρχει σήμερα και αποτελεί μοναδικό εργαλείο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Κατά καιρούς έχουν αναπτυχθεί διάφοροι δείκτες που σκοπό έχουν την μέτρηση της ποιότητας ζωής. Μέχρι σήμερα όμως δεν έχει βρεθεί η καταλληλότερη μέθοδος μέτρησης. Από τους ήδη υπάρχοντες δείκτες τα QALY's αποτελούν την καλύτερη μέθοδο μέτρησης και αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στη διαδικασία λήψης απόφασης.

Η οικονομική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας είναι ένα αξιόλογο και αναγκαίο εργαλείο για το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα της οικονομικής αξιολόγησης προσφέρουν μια πολύ χρήσιμη βοήθεια στη λήψη αποφάσεων. Η συζήτηση γύρω από την αξία της οικονομικής αξιολόγησης είναι μεγάλη και άκρως ενδιαφέρουσα. Η συζήτηση και διαμάχη περιστρέφεται συνεχώς γύρω από έννοιες όπως κλινική ελευθερία, ισότητα, αποδοτικότητα. Φαίνεται όμως ότι δεν υπάρχουν σαφείς απαντήσεις στα καίρια αυτά προβλήματα.

Οι υπηρεσίες υγείας δεν ασχολούνται με ένα ομοιογενές προϊόν. Αυτό οφείλεται στον πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας και στους πολλούς παράγοντες που την επηρεάζουν. Επίσης υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία στην άσκηση της ιατρικής πρακτικής. Ο καταναλωτής των υπηρεσιών υγείας επιζητεί το αγαθό υγεία, ενώ ο προμηθευτής αυτό που μπορεί να του προσφέρει είναι η πληροφόρηση και οι ιατρικές φροντίδες οι οποίες έχουν σκοπό την βελτίωση της υγείας, αλλά αυτό δεν είναι το ζητούμενο. Ο καταναλωτής επιθυμεί την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του και ακόμη και μετά την κατανάλωση των υπηρεσιών είναι δύσκολο να γνωρίζει την ποιότητα των φροντίδων που του παρασχέθηκαν.

Η υποκειμενική διάσταση στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής θέτει ιδιαίτερα προβλήματα ως προς την ερμηνεία και την αξιολόγηση των εμπειριών των ασθενών και οδηγεί συχνά σε μία αναντιστοιχία μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών κρίσεων. Έλλειψη αντιστοιχίας μεταξύ των αντικειμενικών και υποκειμενικών εκτιμήσεων των διαστάσεων της ποιότητας ζωής έχουν αναφερθεί σε πολλές μελέτες. Δεν είναι ακόμα ιδιαίτερα ευκρινές ποιές πλευρές της ποιότητας ζωής ασκούν ειδικό βάρος στην αξιολόγηση αυτών των εκτιμήσεων.

Η έννοια "ποιότητα ζωής" λαμβάνει διαφορετικό περιεχόμενο στο χρόνο και στο χώρο. Διαφορετική έννοια λαμβάνει η ποιότητα ζωής τη δεκαετία του '60 και διαφορετική σήμερα. Όσο περνάνε τα χρόνια και ο τρόπος ζωής αλλάζει ο όρος ποιότητα ζωής διευρύνεται. Επίσης η έννοια της ποιότητας ζωής διαφέρει από χώρα σε χώρα. Για παράδειγμα, δε μπορεί να λαμβάνει την ίδια έννοια η ποιότητα ζωής σε μία υποανάπτυκτη χώρα και σε μία αναπτυγμένη διότι οι συνθήκες της ζωής διαφέρουν.

Στην Ελλάδα μέχρι σήμερα χρησιμοποιούνται μόνο ποσοτικοί δείκτες για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Η παροδοσιακή προσέγγιση στο θέμα της μέτρησης του επιπέδου υγείας είναι κατά βάση δημογραφική και επιδημιολογική και χρησιμοποιεί κυρίως στατιστικούς δείκτες. Κάθε ένας από τους παροδοσιακούς δείκτες έχει και τα δικά του προβλήματα και περιορισμούς στη χρήση. Αυτός είναι και ο λόγος που μέχρι στιγμής δεν υπάρχει παγκόσμια αποδεκτός δείκτης υγείας.

Το ποσοτικό μέρος της υγείας (διάρκεια ζωής) είναι εύκολο να υπολογιστεί με τους υπάρχοντες παροδοσιακούς δείκτες. Η ποιοτική διάσταση της υγείας (ποιότητα ζωής) είναι δύσκολο αν όχι αδύνατο να προσδιοριστεί. Για αυτό το λόγο έχουν αναπτυχθεί οι δείκτες μέτρησης της ποιότητας ζωής που προαναφέρθηκαν. Όλοι αυτοί οι δείκτες όμως είναι άγνωστοι στην Ελλάδα. Γι' αυτό και οι Έλληνες επιστήμονες της υγείας θα πρέπει ν' αρχίσουν να προβληματίζονται πάνω σε θέματα της ποιότητας ζωής.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

- Θεοδώρου Μάμμος, Σαρρής Μάρκος, Σούλης Σωτήρης, Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα, Αθήνα, 1996
- Πισιμίσης Θεόδωρος, Οικονομική της Υγείας, σημειώσεις μαθήματος, Καλαμάτα, 1995

Αγγλική βιβλιογραφία

- Bowling Ann, Measuring Health: a review of quality of life measurement scales, Open University Press, Philadelphia, 1991
- Drummond Michael F., O'Brien Bernie, Stoddart Greg L., Torrance George W., Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes, Oxford Medical Publications, New York, 1997
- Drummond Michael F., Maynard Alan, Purchasing and Providing COST-EFFECTIVE HEALTH CARE, Churchill Livingstone, U.K., 1993
- Gabe Jonathan, Calnan Michael, Bury Michael, The Sociology of the Health Service, Routledge, London, 1993
- McGuire Alistair, Fenn Paul and Mayhew, Providing Health Care: the economics of alternative systems of finance and delivery, Oxford University Press, New York, 1994
- Mooney Gavin, Economics, Medicine and Health Care, Harvester Wheatsheaf, Great Britain, 1986, 1992
- Discussion Paper 20, Claire Gutex, QALYS and their use by the Health Service, Centre for Health Economics, University of York, 1986
- Discussion Paper 38, Claire Gutex and Paul Kind, The QALY Toolkit, Centre for Health Economics, University of York

- Discussion Paper 43, Paul Kind, The Design and Construction of Quality of Life Measures, Centre for Health Economics, University of York
- Discussion Paper 88, Mike Drummond, Australian Guidelines for Cost-Effectiveness Studies of Pharmaceuticals: The thin and of the boomerang?, Centre for Health Economics, University of York, 1991
- Discussion Paper 107, Claire Gutex, Paul Kind, Harmanna van Dalen, Mary-Alison Durand, Jenny Morris and Alan Williams, Comparing Scaling Methods for Health State Valuations - Rosser Revisited, Centre for Health Economics, University of York, 1993
- Discussion Paper 112, Jenny Morris, Maria Goddard, Douglas Coyle and Michael Drummond, Measuring Cost and Quality of Life in Radiotherapy Treatments, Centre for Health Economics, University of York, 1993
- Discussion Paper 121, Alan Williams, Economics, QALYs and Medical Ethics, Centre for Health Economics, University of York, 1994
- Discussion Paper 124, Javier Salinas-Jimenez and Peter Smith, Data Envelopment Analysis Applied to Quality in Primary Health Care, Centre for Health Economics, University of York, 1994
- Discussion Paper 136, Alan Williams, The Measurement and Valuation of Health: A Chronicle, Centre for Health Economics, University of York, 1995