

Η συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Παρασκευή Α. Θεοφίλου

Δρ. Ψυχολογίας Υγείας, Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας
Ερατούς 12, 14568, Κρυονέρι Αττικής, κιν. 6977441502, theofi@otenet.gr

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ποιότητα ζωής (ΠΖ), ως όρος, παρουσιάστηκε για πρώτη φορά μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και από τότε έχει οριστεί με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους.

Σκοπός της συγκεκριμένης εργασίας είναι η ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με τη συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

Υλικό και μέθοδος: Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε περιλαμβάνει την αναζήτηση ανασκοπικών μελετών που συνδέονται με τη συμβολή των κοινωνικών επιστημών στην αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

Αποτελέσματα: Επιστήμονες σε διαφορετικά πεδία εφαρμοσμένων ερευνών έχουν μετρήσει και καταγράψει τις επιπτώσεις της ΠΖ. Είναι πολύ δύσκολο να διατυπώσουμε έναν κοινώς αποδεκτό ορισμό της ΠΖ. Οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας. Γενικότερα, ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ευεξία, η οποία γίνεται αντιληπτή είτε ως οι αντικειμενικοί παράγοντες της ζωής ενός ατόμου είτε ως η προσωπική εμπειρία της ζωής ενός ατόμου ή ως συνδυασμός και των δύο αντιλήψεων. Η συμβολή της Οικονομικής Επιστήμης, της Ψυχολογίας και της Κοινωνιολογίας εμπλούτισαν το εννοιολογικό περιεχόμενο και βελτίωσαν τη μεθοδολογία προσέγγισης και αξιολόγησης της ΠΖ. Ωστόσο, η έννοια της ΠΖ ούτε εύκολα ορίζεται ούτε εύκολα αποσαφηνίζεται.

Συμπεράσματα: Αν και οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ότι η ΠΖ είναι τελικά υποκειμενική, άλλοι εκτιμούν ότι οι αντικειμενικοί παράγοντες είναι ίσης σημασίας. Αρκετοί θεωρούν ότι πρόκειται για ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η πολυδιάστατη υπόσταση της ΠΖ δεν αποκλείει την έκφρασή της σε μία και μόνη διάσταση.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα ζωής, Οικονομική Επιστήμη, Ψυχολογία, Κοινωνιολογία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα ζωής αποτελεί μία δύσκολα καθοριζόμενη και πολυδιάστατη έννοια, που αναφέρεται σε όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου και χρησιμοποιείται σε πολλούς τομείς, όπως λογοτεχνία, φιλοσοφία, διαφήμιση, ιατρικές και κοινωνικές επιστήμες (π.χ. οικονομικά της υγείας, κοινωνιολογία, ψυχολογία και άλλες επιστήμες

που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του).

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

Ποικίλες προσεγγίσεις επίσης έχουν αναπτυχθεί από διαφορετικούς επιστημονικούς κλάδους, όπως την επιδημιολογία, τη δημογραφία, την κοινωνιολογία, την ψυχολογία και την οικονομία, με σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας της υγείας, έτσι όπως αυτή επηρεάζει την ποιότητα της καθημερινής ζωής. Οι βασικές μέθοδοι που έχουν προταθεί στη βιβλιογραφία είναι τέσσερις¹:

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

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

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

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

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

Ακολουθεί συνοπτική παρουσίαση της προσέγγισης του θέματος από τη σκοπιά της οικονομικής επιστήμης, της ψυχολογίας και της κοινωνιολογίας.

Οικονομική επιστήμη

Γενικά

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

οικονομική ανάπτυξη συνοδεύεται από υποβάθμιση της ποιότητας ζωής μεγάλων ομάδων πληθυσμού²⁻³.

Σε προσπάθεια αναπλήρωσης των ανωτέρω ελλειμμάτων, η Διεθνής Τράπεζα καθιέρωσε το *Δείκτη Φυσικής Ποιότητας Ζωής* (physical quality of life index, PQLI), που βασίζεται στο⁴:

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

Η UNICEF, εστιάζοντας στον παιδικό πληθυσμό, άρχισε να χρησιμοποιεί το *Δείκτη Ποιότητας Ζωής των Παιδιών* (NICQL), ο οποίος συνεκτιμά⁵:

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

Στο επίπεδο της πολιτικής της υγείας, η οικονομολογική βάση για την κατανομή των πόρων για τη φροντίδα υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες στηρίζεται κυρίως σε ποσοτικά δεδομένα, όπως τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, την επιβίωση, το ποσοστό αναπηρίας, το κόστος της θεραπείας κ.ά. Σταδιακά, εισήχθησαν η προληπτική προσέγγιση και οι ποιοτικές παράμετροι με νέους δείκτες, όπως η απώλεια χρόνων εργασίας και τα Σταθμισμένα Ποιοτικά Χρόνια Ζωής (QALYs - quality adjusted life years)⁶.

Στο ατομικό επίπεδο, η φτώχεια παραμένει ένας από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες ποιότητας της υγείας, κυρίως των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Η φτώχεια συνοδεύεται από σειρά δυσμενών κοινωνικών παραγόντων, που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και υγείας σε όλες τις ηλικίες⁷.

Η Συμβολή των Μετρήσεων Ποιότητας Ζωής στην Εκτίμηση του Υγειονομικού Αποτελέσματος

Η Θεωρία της Χρησιμότητας

Η θεωρία της χρησιμότητας παρέχει ένα μοντέλο λήψης αποφάσεων που λαμβάνονται σε συνθήκες αβεβαιότητας. Με τη χρησιμότητα εκφράζεται η αξία που δίνει ένα άτομο σε μία σειρά πιθανών εκβάσεων μίας πράξης. Η πράξη αυτή εκλαμβάνεται ότι ικανοποιεί μία ανάγκη και η χρησιμότητά της έχει μία υποκειμενική αξία. Η υποκειμενική αξία εκφράζεται με μία αριθμητική τιμή από 0 έως 1 που δηλώνει το βαθμό προτίμησης των πιθανών εκβάσεων, δηλαδή το πόσο ισχυρή είναι η προτίμηση αυτή. Η θεωρία της χρησιμότητας και οι διάφορες τεχνικές μέτρησής της χρησιμοποιούνται επίσης στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής ενός ατόμου σε μία δεδομένη χρονική στιγμή ή στον προσδιορισμό του βαθμού προτίμησης μεταξύ διαφόρων καταστάσεων υγείας. Η θεωρία αυτή εφαρμόζεται για τη λήψη ορθολογικών αποφάσεων που αφορούν την επιλογή μεταξύ των πιθανών εκβάσεων μίας πράξης που αναμένεται να αποφέρει τη μεγαλύτερη δυνατή χρησιμότητα. Η

θετική χρησιμότητα αναφέρεται στο αναμενόμενο «κέρδος» και η αρνητική στην αναμενόμενη «ζημία» που αποφέρει μία πράξη, αποτέλεσμα της ορθολογικής απόφασης⁸.

Η αύξηση των δαπανών υγείας στις τελευταίες δεκαετίες (λόγω της ραγδαίας εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης και της βιο-ιατρικής τεχνολογίας) και η σπανιότητα των διαθέσιμων οικονομικών πόρων για την υγεία, σε συνδυασμό με τη συνεχή διαφοροποίηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού, οδήγησαν στην καθιέρωση νέων μεθόδων εκτίμησης της αποτελεσματικότητας των ιατρικών πράξεων, βάσει των οποίων επιδιώκεται μία ορθολογική κατανομή των οικονομικών πόρων στον τομέα υγείας⁹.

Η φυσική, η ψυχολογική και η κοινωνική διάσταση της υγείας αποτέλεσαν το έναυσμα αξιολόγησης και μέτρησης της κατάστασης υγείας του πληθυσμού με την ανάπτυξη διεπιστημονικών προσεγγίσεων που δεν περιορίζονται στη «στατική μέτρηση» με δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, αλλά επεκτείνονται σε «δυναμικές» και «πολυπαραγοντικές» αναλύσεις που εισαγάγουν την έννοια της χρησιμότητας και εστιάζονται στη μέτρηση του κλινικού και κοινωνικού αποτελέσματος μίας θεραπείας¹.

Ο κύριος στόχος των κλινικών και οικονομικών ερευνών είναι η διερεύνηση της υπόθεσης: κατά πόσο επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού με την "αρίστη" ή καλύτερη δυνατή χρήση του υπάρχοντος ανθρώπινου δυναμικού σε συνδυασμό με τη διαθέσιμη τεχνολογική υποδομή. Η αριστοποίηση της "Κοινωνικής Υγείας" του πληθυσμού αποτελεί το θεμελιώδη στόχο άσκησης υγειονομικής και κοινωνικής πολιτικής. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας άλλωστε, στον Καταστατικό της Χάρτη, καλεί τις κυβερνήσεις των χωρών μελών να αναπτύξουν πολιτικές και στρατηγικές που προάγουν τη φυσική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της υγείας¹⁰.

Στις εμπειρικές αναλύσεις μέτρησης της ποιότητας ζωής, οι επιστήμονες χρησιμοποιούν δείκτες, οι οποίοι αναφέρονται στο συνδυασμό μέτρησης της ποιότητας με την ποσότητα (χρόνια επιβίωσης). Τόσο η ποσότητα όσο και η ποιότητα ζωής αποτελούν δύο διακριτές αλλά σχετιζόμενες έννοιες, οι οποίες χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της παρούσας και μελλοντικής κατάστασης υγείας του ατόμου¹.

Η ποσότητα επιβίωσης εκτιμάται με τη χρονική διάρκεια της ζωής. Η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε ένα πλήθος παραμέτρων που σχετίζονται με τη σωματική κατάσταση της υγείας, με τις κοινωνικές συνθήκες, τις προσωπικές υποκειμενικές αντιλήψεις του ατόμου για την υγεία του, τη λειτουργικότητά του και τις επιπτώσεις χρόνιων ή οξέων περιστατικών. Οι δείκτες ποιότητας ζωής χρησιμοποιούνται ευρέως στην κλινική και την οικονομική έρευνα για την αξιολόγηση της κλινικής αποτελεσματικότητας και της οικονομικής αποδοτικότητας των υγειονομικών παρεμβάσεων¹.

Τα Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (QALYs)

Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται από κλινικούς και κοινωνικούς επιστήμονες για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής συνδυάζουν την κλινική απόφαση με την προσδοκώμενη ποιότητα ζωής του ατόμου. Ο συνδυασμός των μεθόδων αυτών εκφράζεται με το δείκτη των Ποιοτικώς Σταθμισμένων Ετών Επιβίωσης και αντικατοπτρίζεται στα Σταθμισμένα Ποιοτικά Χρόνια Επιβίωσης του ατόμου (QALYs) (Quality adjusted Life Years). Δύο είναι οι βασικές παράμετροι που επηρεάζουν αυτούς τους

σταθμισμένους δείκτες ^{11,6}:

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

Τα Qalys αναπτύχθηκαν τη δεκαετία του 1970. Όπως αναφέρει ο Drummond (1997) σχετικά με την ιστορία τους, η έννοια των Qalys αναφέρθηκε για πρώτη φορά το 1968 σε μελέτη για τη Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια και τη μεταμόσχευση νεφρού. Το 1970 καταγράφηκε ο όρος «function years» και το 1972 ο όρος «additional quality-adjusted years of life». Η βασική αναφορά έγινε το 1977 από τους Weinstein και Stason στο άρθρο που αποτέλεσε σταθμό με τίτλο «Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices».

Με τη μέθοδο αυτή, το άτομο καλείται να επιλέξει ανάμεσα σε μία θεραπευτική αγωγή που θα του εξασφαλίσει έναν αριθμό X ετών επιβίωσης σε ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής ή εναλλακτικά να μην ακολουθήσει την προτεινόμενη αγωγή και να παραμείνει στη ζωή επί Y έτη, με πολλά όμως προβλήματα κινητικότητας, κοινωνικής επικοινωνίας, πόνου, δυσφορίας. Ένα Qaly είναι ένας χρόνος ποιότητας ζωής¹³.

Για παράδειγμα, ένα άτομο, του οποίου η θεραπευτική αγωγή παρατείνει τη ζωή κατά 10 έτη αλλά επιφέρει μόνο 50% ευεξία στη διάρκεια εκάστου αυτών των ετών κερδίζει 5 Qalys¹⁴.

Η ποιότητα ζωής συνήθως μετράται σε μία κλίμακα, η οποία λαμβάνει τιμές από 0 έως 100, όπου το 0 αντιστοιχεί στο θάνατο και το 100 αντιστοιχεί στην Πλήρη υγεία. Με δεδομένη την κοινωνικο-οικονομική και υγειονομική κατάσταση, ένα άτομο μπορεί ίσως να επιλέξει μία μικρότερη σε χρόνο και με καλύτερη επιβίωση ζωή από μία μεγαλύτερη σε χρόνο επιβίωση με πολλά προβλήματα υγείας¹³. Στην παραπάνω περίπτωση ισχύει: X έτη < Y έτη.

Ο δείκτης Qaly's αποτυπώνει και σε ποσοτικό επίπεδο (έτη ζωής) και σε ποιοτικό επίπεδο (υποκειμενική εκτίμηση ποιότητας ζωής) μετρήσεις βελτίωσης της υγείας¹³. Με τη βοήθεια του συγκεκριμένου δείκτη είναι δυνατόν να συγκριθούν θεραπευτικές αγωγές για την ίδια ασθένεια με όρους κόστους ανά ποιότητα βελτιωμένων ετών ζωής, τα οποία κερδίζονται από μία θεραπεία σε σύγκριση με κάποια άλλη¹¹. Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο, κατασκευάζονται από τους οικονομολόγους της υγείας πίνακες, οι οποίοι συνεκτιμούν το κόστος με την ποιότητα ζωής και αναδεικνύουν το κόστος ανά QALY για διάφορες ιατρικές παρεμβάσεις¹³. Παράδειγμα αποτελεί ο πίνακας που παρατίθεται παρακάτω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Εκτίμηση κόστους-χρησιμότητας θεραπευτικών μεθόδων

Θεραπευτική μέθοδος	Qaly's ανά ασθενή	Ετήσιο κόστος ανά ασθενή	Συνολικό κόστος	Κόστος ανά Qaly
Περιτοναϊκή	3.4	12.866	45.676	13.434
Αιμοκάθαρση	6.1	8.569	55.354	9.075
Νεφρική μεταμόσχευση	7.4	10.452	10.452	1.413
Αρθροπλαστική ώμου	0.9	533	533	592

Πηγή: Fallowfield (1992)

Η συμβολή της θεωρίας της χρησιμότητας στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής

Ορισμένοι επιστήμονες θεωρούν τη χρησιμότητα και τις τεχνικές μέτρησής της ως το σημαντικότερο κριτήριο βάσει του οποίου είναι δυνατή η κατανομή των οικονομικών πόρων υπέρ της μίας ή της άλλης ιατρικής πράξης. Πράγματι, μία οικονομική εκτίμηση της ζωής συμβάλλει σημαντικά στη λήψη αποφάσεων. Η άποψη αυτή όμως μας φέρνει αντιμέτωπους αναπόφευκτα με έντονα προβλήματα ηθικής και πολιτικής τάξεως, όπως ζητήματα ισότητας στην αρρώστια ή ισότητας στην υγεία¹⁶.

Η κατανομή των πόρων με βάση τη θεωρία της χρησιμότητας θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα την κατανομή τους, περισσότερο προς την πλειοψηφία του υγιούς πληθυσμού (π.χ. πρόληψη-προαγωγή υγείας) και λιγότερο προς τον άρρωστο πληθυσμό (π.χ. καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, αιμοκάθαρση, μεταμόσχευση οργάνων κ.ά.)¹⁶.

Το ζήτημα της ισότητας μπροστά στην υγεία ή την αρρώστια, στη ζωή ή το θάνατο παραπέμπει στο ζήτημα των αναγκών του ατόμου περισσότερο, παρά στο ζήτημα της κατανομής των πόρων στις υπηρεσίες υγείας. Η ισότητα σημαίνει ίση ικανοποίηση αναγκών, εφόσον οι ανάγκες είναι ταυτόσημες μεταξύ των ανθρώπων αλλά σημαίνει επίσης άνιση κατανομή των πόρων, εφόσον οι ανάγκες είναι άνισες, προκειμένου να ικανοποιηθούν τουλάχιστον οι πλέον αναγκαίες¹⁷.

Το γενικό συμπέρασμα, το οποίο προκύπτει, επικεντρώνεται στο γεγονός ότι η λήψη αποφάσεων σχετικά με την κατανομή πόρων στην πολιτική υγείας συνεπάγεται μία μορφή ανταλλαγής μεταξύ αποτελεσματικότητας και ισότητας. Είναι βέβαιο ότι κάποιο από τα δύο θα «θυσιαστεί» ως ένα βαθμό για την επίτευξη του άλλου. Στα πλαίσια αυτά, οι ερευνητές αναζητούν λύσεις, οι οποίες οδηγούν στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού σε όρους οικονομικής αποτελεσματικότητας, δηλαδή να είναι ανεκτές και ελάχιστες οι ανισότητες που προκαλούνται¹⁶.

Ψυχολογία

Γενικά

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

Η θεώρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, όπου αξιολογείται από το ίδιο το άτομο με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενική, όπου και καθορίζεται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Τα παραδοσιακά θεωρητικά μοντέλα ποιότητας ζωής βασίζονται κυρίως σε αντικειμενικούς και υποκειμενικούς δείκτες καθώς και στο συνδυασμό ανάμεσά τους. Θεωρείται όμως ότι πρέπει επιπλέον να διερευνηθούν και οι εσωτερικές ψυχολογικές διεργασίες του ατόμου που επενεργούν ως διαμεσολαβητικοί μηχανισμοί για την υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής¹⁸.

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

υγεία, οι άνθρωποι μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους¹⁹.

Η Jahoda, η οποία έχει ιδιαίτερα ασχοληθεί με τον ορισμό της ψυχικής υγείας και οι θέσεις της έγιναν αποδεκτές από την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα, ορίζει τη θετική ψυχική υγεία ως μία κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά¹⁹:

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

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

Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία

Διάφοροι ερευνητές, που ασχολήθηκαν ειδικότερα με τον τομέα της ψυχικής υγείας, υποστηρίζουν ότι το θέμα της ποιότητας ζωής, αν και ορίζεται ποικιλοτρόπως, περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις²⁰:

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

Οι δύο πρώτες διαστάσεις του όρου θεωρούνται ως αντικειμενικοί δείκτες της ποιότητας ζωής ενώ η τρίτη διάσταση του όρου θεωρείται ότι εμπίπτει στην κατηγορία των υποκειμενικών δεικτών¹⁸.

Από κάποιους συγγραφείς έχει αναπτυχθεί επίσης, η έννοια της «εσωτερικής ποιότητας ζωής», σύμφωνα με την οποία, σε ατομικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής είναι καλή όταν το άτομο²¹:

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

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

Τα πιο πρόσφατα μοντέλα συνδυάζουν τους ψυχολογικούς και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τρεις σφαίρες: *εξωτερικές συνθήκες* (οικονομία, εργασία, στέγη), *διαπροσωπικές σχέσεις* (οικογένεια, φίλοι, σύντροφος) και *εσωτερική ισορροπία* (αυτοεκτίμηση, διάθεση)¹⁸.

Το ζητούμενο είναι πώς οι αντικειμενικές συνθήκες συσχετίζονται με τις υποκειμενικές αντιλήψεις και από ποιους πρόσθετους παράγοντες επηρεάζεται αυτή η συσχέτιση. Τρία θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να προσεγγίσουν το θέμα: (α) το μοντέλο της ικανοποίησης, (β) το συνδυαστικό μοντέλο της σημασίας που έχει για το άτομο μία συγκεκριμένη πλευρά της ζωής του και της ικανοποίησης από αυτή και (γ) το μοντέλο της λειτουργικότητας σε κοινωνικούς ρόλους¹⁸.

Το μοντέλο της ικανοποίησης

Αναπτύχθηκε κυρίως από τους Lehman, Ward & Linn (1982) και βασίζεται στην υπόθεση ότι τα επίπεδα ικανοποίησης που βιώνει το άτομο σχετικά με διάφορους τομείς της ζωής του εξαρτώνται από το αν οι συνθήκες διαβίωσής του συμβαδίζουν με τις ανάγκες και τις επιθυμίες του. Σύμφωνα όμως με το μοντέλο αυτό δεν μπορεί να διασφαλιστεί ότι οι σχετικές μετρήσεις μας δίνουν έναν έγκυρο δείκτη της ποιότητας ζωής του ατόμου. Έτσι, αν κάποιος άνθρωπος αισθάνεται σε μεγάλο βαθμό ικανοποίηση για κάποια συγκεκριμένη πλευρά της ζωής του, βρισκόμαστε μπροστά σε τρεις πιθανές εκδοχές: (1) μπορεί να σημαίνει πράγματι ότι πραγματοποιούνται οι επιθυμίες του αναφορικά με τον τομέα αυτό, (2) μπορεί ο συγκεκριμένος τομέας να μην αξιολογείται από το άτομο ως ιδιαίτερα σημαντικός και έτσι να μην επηρεάζεται το επίπεδο ικανοποίησής του και (3) μπορεί το άτομο να έχει προσαρμόσει τις ανάγκες και επιθυμίες του ανάλογα με τις ευκαιρίες που παρέχονται στο συγκεκριμένο τομέα²²⁻²³.

Το συνδυαστικό μοντέλο της σημασίας και της ικανοποίησης

Το δεύτερο μοντέλο είναι απόρροια του προβληματισμού που προέκυψε κατά την ανάπτυξη του πρώτου μοντέλου (της ικανοποίησης). Έτσι, για παράδειγμα για ένα άτομο χαμηλού επιπέδου φιλοδοξιών επαγγελματικής εξέλιξης, οι ευκαιρίες που του προσφέρονται για προαγωγή δεν αποτελούν ένα σημαντικό κριτήριο για την εκτίμηση της ικανοποίησής του στον εργασιακό τομέα, ενώ για κάποιον άλλον, που έχει μεγάλες φιλοδοξίες σχετικά με τον τομέα αυτόν, οι διαθέσιμες ευκαιρίες για προαγωγή αποτελούν το πιο σημαντικό κριτήριο. Το μοντέλο αυτό, σύμφωνα με ειδικούς επιστήμονες, ενώ επισημαίνει τη σπουδαιότητα των προσωπικών αξιών και προτιμήσεων, δεν εξετάζει το ενδεχόμενο ότι οι πιθανές πιέσεις που δέχεται το άτομο από το περιβάλλον το αναγκάζουν πολλές φορές να υποτιμά τους στόχους εκείνους που κατά τη γνώμη του είναι ανέφικτο να τους υλοποιήσει²³.

Κοινωνιολογία

Με την καθιέρωση των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων και τη διαπίστωση ότι η οικονομική ανάπτυξη δεν ικανοποιεί αυτόματα όλες τις ανθρώπινες ανάγκες, ξεκίνησαν έντονες προσπάθειες στο χώρο της κοινωνιολογίας για να βρεθούν τρόποι μέτρησης του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής. Διάφορες μελέτες απεικόνισαν τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής και επιβεβαίωσαν τη

σπουδαιότητα της εκτίμησης των δύο διαστάσεών της, της αντικειμενικής διάστασης, που εκφράζεται ως ανάγκες, και της υποκειμενικής διάστασης, που εκφράζεται ως επιθυμίες των ανθρώπων²⁴.

Αν και οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν ότι η ποιότητα ζωής είναι τελικά υποκειμενική, άλλοι εκτιμούν ότι οι αντικειμενικοί παράγοντες είναι ίσης σημασίας²⁵, αρκετοί θεωρούν ότι είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο²⁶ ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η πολυδιάστατη υπόστασή της δεν αποκλείει την έκφρασή της σε μία και μόνη διάσταση¹⁷.

Σε διεθνές επίπεδο, οι κατηγορίες των κοινωνικών δεικτών της OECD (1982), που ορίστηκαν για την εκτίμηση της κοινωνικής ανάπτυξης, είναι:

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

Άλλες ομάδες ερευνητών σχεδίασαν μοντέλα κοινωνικών δεικτών για άτομα ή ομάδες πληθυσμού. Κατέληξαν σε 12 παράγοντες, αντικειμενικούς και υποκειμενικούς, που παίζουν κύριο ρόλο στην «αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής»²⁸:

- ✓ αυτοαντίληψη,
- ✓ οικογενειακή ζωή,
- ✓ οικονομικό επίπεδο,
- ✓ απόλαυση ζωής,
- ✓ στέγη,
- ✓ οικογενειακές δραστηριότητες,
- ✓ διάθεση χρόνου,
- ✓ δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου,
- ✓ κυβέρνηση,
- ✓ πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγορά,
- ✓ υγεία,
- ✓ εργασία, απασχόληση.

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

Η Θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών

Μετά από πολλές μελέτες για την ποιότητα ζωής των ασθενών, διαπιστώθηκε πρόσφατα πως οι αντιλήψεις για την υγεία, οι υποκειμενικές μετρήσεις της ευεξίας και η ικανοποίηση από τη ζωή φαίνεται να μην είναι άμεσα αναλογικές και εξαρτώμενες από τα συμπτώματα ή τους λειτουργικούς περιορισμούς²⁹. Οι επιδράσεις των σωματικών δυσλειτουργιών, μέσω των συμπτωμάτων και των λειτουργικών περιορισμών, στην ποιότητα ζωής τροποποιούνται και μεταβάλλονται από ψυχολογικούς, κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Όμως, δεν είναι γνωστό με ποιους μηχανισμούς, οι μη βιολογικοί παράγοντες τροποποιούν και μεταβάλλουν τις

επιδράσεις των σωματικών δυσλειτουργιών στην ποιότητα ζωής. Ορισμένα θεωρητικά μοντέλα έχουν προταθεί, εκ των οποίων άλλα δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στους ψυχολογικούς και άλλα στους κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες³⁰.

Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών (ΚΠΑ) (social production functions theory) προτείνει ένα θεωρητικό πλαίσιο που προσεγγίζει τους μηχανισμούς επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής. Αναγνωρίζει ότι η υγεία είναι μόνο ένας από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής, μεταξύ άλλων, που ενυπάρχουν στους διάφορους τομείς της ζωής (κοινωνικούς, οικονομικούς, πολιτισμικούς, ψυχολογικούς). Η ποιότητα ζωής νοείται ως ψυχολογική ευεξία, η οποία ενυπάρχει στο σημείο εκείνο, όπου οι πρωταρχικές ανάγκες (σωματική και κοινωνική ευεξία) πληρούνται. Αυτές οι ανάγκες ικανοποιούνται με τη συμμετοχή σε δραστηριότητες για την επίτευξη λειτουργικών στόχων. Η σωματική ευεξία επιτυγχάνεται με δραστηριότητες που παράγουν ενεργοποίηση, εσωτερική και εξωτερική άνεση και ευμάρεια. Η κοινωνική ευεξία επιτυγχάνεται με δραστηριότητες που παράγουν συναίσθημα, κοινωνική θέση και αναγνώριση. Η θεωρία αυτή προτείνει έναν ορισμό της ποιότητας ζωής, αποσαφηνίζει τα προβλήματα μέτρησής της και επιδιώκει να κατανοηθούν οι μηχανισμοί επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής³¹.

Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών διατυπώθηκε από τους Lindenberg και Frey³²⁻³³ και στηρίζεται στο αξίωμα ότι οι άνθρωποι παράγουν τη δική τους ευεξία στην προσπάθειά τους να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες, εν τω μέσω περιορισμών και αντιξοοτήτων της καθημερινής ζωής. Για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, οι άνθρωποι επιλέγουν τους καταλληλότερους εκείνους τρόπους που έχουν την καλύτερη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Το κόστος αφορά κάθε μορφή πόρων (χρήμα, χρόνος, ενέργεια, κ.ά.) που οι άνθρωποι είναι διατεθειμένοι να δαπανήσουν για να κερδίσουν την ικανοποίηση μίας ανάγκης¹⁷. Τρεις σημαντικές αρχές χαρακτηρίζουν τη θεωρία της ΚΠΑ³¹:

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

Οι πρωταρχικές ανάγκες (πρωταρχικοί στόχοι) θεωρούνται ότι είναι κοινές σε όλους τους ανθρώπους, αφορούν τη σωματική και κοινωνική ευεξία και προσδιορίζουν με τη σειρά τους την ψυχική ευεξία. Ο τρόπος, με τον οποίο οι άνθρωποι προσπαθούν να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες, διαφέρει από άτομο σε άτομο¹⁷.

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

- η εσωτερική ευμάρεια (άνεση, με την έννοια της απουσίας δίψας, πείνας, πόνου, κόπωσης και άλλων σωματικών δυσχερειών ή περιορισμών),
- η εξωτερική ευμάρεια (αναφέρεται στο περιβάλλον που ζει ένα άτομο, το οποίο είναι ασφαλές, ευχάριστο και άνετο) και
- η ενεργοποίηση (αφορά δραστηριότητες που παράγουν διέγερση και ενεργητικότητα σε ψυχικά, νοητικά, αισθητηριακά, σωματικά ερεθίσματα).

Το επίπεδο ενεργοποίησης, στο οποίο κινούνται συνήθως οι άνθρωποι, ορίζεται

σύμφωνα με την υποκειμενική εκτίμηση της σχέσης κόστους -αποτελεσματικότητας. Η υπέρβαση των ορίων, εντός των οποίων το άτομο απολαμβάνει την ενεργοποίηση (όφελος), επιφέρει δυσφορία και κόπωση (κόστος). Όσο περισσότερη ενεργοποίηση ή άνεση διαθέτει ένα άτομο μετά από ορισμένο όριο τόσο λιγότερη αξία έχει για αυτό η προσθήκη μίας μονάδας αγαθού ή δράσης (φθίνουσα οριακή αξία). Η σχέση μεταξύ της σωματικής ευεξίας και της ευμάρειας (εσωτερικής και εξωτερικής), όπως και της ενεργοποίησης, είναι αυξητική μέχρι το σημείο κορεσμού της ανάγκης ή υπέρβασης των ατομικών ορίων, μετά από το οποίο ακολουθεί μία οριακή φθίνουσα σχέση³¹.

Οι λειτουργικοί στόχοι που αφορούν την κοινωνική ευεξία είναι¹⁷:

- ❖ η κοινωνική θέση, η οποία καθορίζεται από τη δυνατότητα ελέγχου και διαχείρισης των πόρων (όχι μόνο των οικονομικών) που έχει ένα άτομο και την κατάταξή του στο πεδίο της κοινωνικής διαστρωμάτωσης,
- ❖ η αναγνώριση (συμπεριφορική επιβεβαίωση, επικύρωση) και αφορά την αποδοχή και αναγνώριση της συμπεριφοράς του ατόμου από τους άλλους, εφόσον η συμπεριφορά του κινείται εντός των κανονικών αποδεκτών ορίων και
- ❖ το συναίσθημα που αναφέρεται στην αγάπη, τη φιλία, τη συναισθηματική υποστήριξη και φροντίδα που πηγάζουν από τις συζυγικές, οικογενειακές, φιλικές σχέσεις του ατόμου με το κοινωνικό του περιβάλλον.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται συνοπτικά οι πρωταρχικές ανάγκες, οι λειτουργικοί στόχοι και τα μέσα επίτευξής τους σύμφωνα με τη θεωρία της ΚΠΛ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Πρωταρχικές ανάγκες και λειτουργικοί στόχοι

Ανώτερο Επίπεδο	<i>Ψυχολογική Ευεξία</i>					
Πρωταρχικές ανάγκες	<i>Σωματική Ευεξία</i>			<i>Κοινωνική Ευεξία</i>		
Λειτουργικοί στόχοι	Ενεργοποίηση Παρακίνηση (ωφέλιμο επίπεδο ενεργητικότητας)	Εξωτερική Ευμάρεια - Άνεση (ευχάριστο περιβάλλον)	Εσωτερική Ευμάρεια - Άνεση (απουσία σωματικών αναγκών)	Κοινωνική θέση (έλεγχος περιορισμένων πόρων)	Αναγνώριση Επιβεβαίωση (ό,τι παίρνεις κάνοντας «το σωστό»)	Συναίσθημα (ό,τι παίρνεις από άλλους που φροντίζουν για σένα)
Παραδείγματα λειτουργικών δραστηριοτήτων δεξιοτήτων και χαρισμάτων	Σωματικές και ψυχικές δραστηριότητες που παράγουν ενεργητικότητα	Οικιακός εξοπλισμός, κατοικία, ασφάλεια, κοινων. πρόνοια	Απουσία πόνου, κόπωσης, πείνας, δίψας, ζωτικότητα	Καταναλωτικό πρότυπο, επίδοση σπορ και εργασία, επαγγελματική υποβίβαση	Συμμόρφωση με κοινωνικούς και ατομικούς κανόνες και αξίες, συμμετοχή σε ομάδες	Ερωτική σχέση που παρέχει συναισθηματική ή υποστήριξη, γάμος

Παραδείγματα πόρων	Σωματική και ψυχική προσπάθεια	Χρήμα	Φαγητό, υγεία	Εκπαίδευση, κοινωνική τάξη, ατομικές ικανότητες	Κοινωνικές ικανότητες, ανταγωνισμός	Σύζυγος, συμπάθεια, ελκυστικότητα
--------------------	--------------------------------	-------	---------------	---	-------------------------------------	-----------------------------------

Πηγή: Ormell (1997)

Συμπεράσματα

Από όλα τα παραπάνω, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η έννοια «ποιότητα ζωής» δεν έχει καθορισθεί με έναν συγκεκριμένο και ομοιόμορφο τρόπο. Ο ακριβής προσδιορισμός της βρίσκεται σε μία διαδικασία συνεχούς εξέλιξης και γι' αυτό συναντάμε πολλές εννοιολογικές ασάφειες γύρω από τον ορισμό της. Επιπρόσθετα, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, όπως τις επιστήμες υγείας, την κοινωνιολογία, την ανθρωπολογία, την ψυχολογία, την οικονομική επιστήμη και άλλες επιστήμες που ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του.

Βιβλιογραφία

1. Κυριόπουλος Ι, Φιλαλήθης Α. Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα. Αθήνα, Θεμέλιο, 1996.
2. UN EARTH SUMMIT. Agenda 21. New York, The United Nations Programme of Action from Rio – UN, 1993.
3. Weinstein MC, Stason WB. Foundations of cost effectiveness analysis for health analysis and medical practices. *Journal of Medicine* 1977, 13: 716-721.
4. Morris MD. Measuring the condition of the world's poor. The physical quality of life index. New York, Pergamon Press, 1979.
5. Jordan TE. Developing an international index of quality of life for children: the NICQL Index. *J Roy Soc Health* 1983, 4: 127-130.
6. Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ. Η Αναζήτηση της Ποιότητας στην Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας. Κείμενα ομοφωνίας. Αθήνα, Παπαζήσης, 2004.
7. World Health Organization. Health 21. 1998.
8. Σπάρος Λ. Θεωρία της λήψης των κλινικών αποφάσεων. Αθήνα, Βήτα, 1999.
9. Σούλης Σ. Οικονομική της Υγείας. Αθήνα, Παπαζήσης, 1998.
10. Υφαντόπουλος Ι. Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. *Νέα Υγεία* 2003, 36: 4-7.
11. Γείτονα Μ, Κάβουρα Μ, Βανδώρου Χ, Κυριόπουλος Γ. Οικονομική Αξιολόγηση και Ποιότητα Ζωής. Στο: Γείτονα Μ. (επιμ) Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας: Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος, 2004: 130-146.
12. Drummond MF. Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford, University Press, 1997.
13. Υφαντόπουλος J. Quality of Life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine* 2001b, 18: 114-130.

14. Κυριόπουλος Ι, Γείτονα Μ, Σκουρολιάκου Μ. Φαρμακοοικονομία: Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης. Αθήνα, Εξάντας, 1996.
15. Fallowfield L. The quality of life the missing measurement in Health Care. London, Souvenir Press, 1992.
16. Κυριόπουλος Γ. Εισαγωγή στα Οικονομικά της Υγείας. Αθήνα, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2004.
17. Σαρρής Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα, Παπαζήσης, 2001.
18. Οικονόμου Μ, Κοκκώση Μ, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ. Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18: 239-253.
19. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. New York, Basic Books, 1958.
20. Lehman AF. Instruments for measuring quality of life in mental illness. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. (ed) Quality of Life in Mental Disorders. West Sussex, England, 1997: 79-80.
21. Naess S. Quality of life research: concepts, methods and applications. Oslo, Institute of Applied Social Research, 1987.
22. Lehman M, Ward NC, Linn LS. Chronic mental patients: The quality of life issue. Am J Psychiatry 1982, 139: 1271-1276.
23. Angermayer MC, Killian R. Theoretical models of quality of life for mental disorders. In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. (ed) Quality of Life in Mental Disorders. West Sussex, England, 1997: 20-29.
24. Νάκου Σ. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην παιδιατρική. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18: 254-266.
25. Μουζάς Α, Πάλλης Γ. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στις φλεγμονώδεις εντεροπάθειες με ειδικά ερωτηματολόγια. Το παράδειγμα των χειρουργικών επεμβάσεων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18: 267-271.
26. Stein U, Test MA. Alternative to mental hospital treatment: I. Conceptual model treatment program and clinical evaluation. Arch Gen Psychiatry 1980, 37: 392-397.
27. OECD. The OECD list of social indicators. Paris, OECD, 1982.
28. Andrews PM, Whitney SB. Social indicators of well-being: The development of the measurement of perceptual indicators. New York, Plenum Press, 1976.
29. Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. J Am Med Ass 1995, 273: 59-65.
30. Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ. Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Αθήνα, (έκδ. ιδίων συγγραφέων), 1997.
31. Σαρρής Μ, Σούλης Σ, Υφαντόπουλος Ι. Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2001, 18: 230-238.
32. Hunt SM, McKenna SP. A new measure of quality of life in depression: testing the reliability and construct validity of the QLDS. Health Policy 1992, 22: 321-330.
33. Hunt SM, Mc Ewen J. The development of a subjective health indicator. Social Health Illness 1980, 2: 231-246.
34. Ormell J. Quality of life and Social Production Functions: A framework for understanding health effects. Soc Sci Med 1997, 17: 1051-1063.

The contribution of social sciences in the evaluation of health - related quality of life

Paraskevi A. Theofilou

Health Psychology (PhD), Panteion University, Department of Psychology

ABSTRACT

Introduction: Quality of life (QoL), as a term, was firstly presented after the 2nd World War and since then it has been defined in many and different ways.

The **aim** of the present study was to review Greek and international literature referred to the contribution of social sciences in the evaluation of health - related quality of life.

Material and method: The method followed includes the research of review literature regarding the contribution of social sciences in the evaluation of health - related quality of life.

Results: Scientists in different fields of applied research have evaluated and recorded the effects of QoL. It is very difficult to formulate a commonly accepted definition of QoL. Clinical doctors examine its physical dimensions, unlike psychologists, who give emphasis to the psychological and emotional dimensions of health. In general, the term “quality of life” refers to the well - being, that is perceived either as the objective factors of the individual’s life, or the personal experience of one’s life or the combination of both concepts. The contribution of economic science, psychology as well as sociology enriched the conceptual content and improved the methodology of approach and evaluation of QoL. However, the meaning of QoL neither easily is defined nor easily is clarified.

Conclusions: Although most researchers consider that QoL is eventually subjective, others consider that the objective factors are of equal importance. Many consider that this is a multidimensional phenomenon, while others argue that the multi-dimensional role of QoL does not preclude the expression of a single dimension.

Key words: Quality of life, Economic science, Psychology, Sociology

Corresponding author:

Paraskevi Theofilou

12 Eratous, 14568, Kryoneri of Attica

Mobile: 6977441502

theofi@otenet.gr