



Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών  
Ιατρική Σχολή, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας  
Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας

**ΕΡΕΥΝΑ ΕΠΙΠΤΩΣΕΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΑΓΡΟΤΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ**

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις απόψεις σας για την υγεία σας. Οι πληροφορίες θα βοηθήσουν στο να καταγραφεί το πως αισθάνεστε και πόσο καλά είσαστε σε θέση να φέρνετε σε πέρας τις καθημερινές σας δραστηριότητες.

Απαντήστε σε κάθε ερώτηση, δίνοντας την κατάλληλη απάντηση. Αν δεν είστε βέβαιοι για το πως να απαντήσετε σε κάποια ερώτηση, παρακαλώ δώστε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο αυτό που αισθάνεστε.

**ΜΕΡΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΑΣ**

1) Πότε γεννηθήκατε; (Έτος) .....

2) Σε ποια περιοχή γεννηθήκατε; .....

3) Είστε:

Άνδρας.....  1

Γυναίκα.....  2

4) Πόσα αδέρφια είχατε-έχετε; (συγγένεια εξ αίματος), Αν δεν έχετε αδέρφια πηγαίνατε στην ερώτηση 6. ....

5) Πόσα από τα αδέρφια σας είχαν-έχουν εμφανίσει άσθμα, αλλεργική ρινίτιδα, εκζέματα ή δερματικές αλλεργίες; ....

6) Είχε ο πατέρας ή η μητέρα σας εμφανίσει άσθμα, αλλεργική ρινίτιδα, εκζέματα ή δερματικές αλλεργίες;

Ναι.....  1

Όχι.....  2

7) Ο πατέρας σας κάπνιζε συστηματικά κατά την παιδική σας ηλικία (μέχρι 14 χρονών);

Ναι.....  1

Όχι.....  2

ΔΑ.....  3

8) Η μητέρα σας κάπνιζε συστηματικά κατά την παιδική σας ηλικία (μέχρι 14 χρονών);

Ναι.....  1

Όχι.....  2

ΔΑ.....  3

9) Είστε φοιτητής ή μαθητής;

Ναι ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Όχι ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

10) Τι απολυτήριο έχετε;

Δημοτικού ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Γυμνασίου ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

  
Λυκείου ή εξαταξίου Γυμνασίου ..... 

|          |
|----------|
| <b>3</b> |
|----------|

  
ΑΕΙ ή ΤΕΙ ..... 

|          |
|----------|
| <b>4</b> |
|----------|

  
Κανένα ..... 

|          |
|----------|
| <b>5</b> |
|----------|

11) Τι από τα παρακάτω ισχύει για την επαγγελματική σας κατάσταση; Είστε:

Πλήρως απασχολούμενος ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Ημιαπασχολούμενος ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

  
Μερικώς απασχολούμενος (μερικές ώρες τη βδομάδα) ..... 

|          |
|----------|
| <b>3</b> |
|----------|

  
Άνεργος ..... 

|          |
|----------|
| <b>4</b> |
|----------|

12) Ποιο είναι το βασικό σας επάγγελμα σας ή το επάγγελμα που εξασκήσατε τα περισσότερα χρόνια της ζωής; .....

Παρακαλούμε, περιγράψτε τα βασικά καθήκοντά σας σε αυτό το επάγγελμα (δώστε ακριβή περιγραφή);.....

13) Πότε αρχίσατε να εργάζεστε στην τωρινή σας εργασία;

Μήνας,.....Έτος.....

14) Αν δεν εργάζεστε, από πότε δεν εργάζεστε;

Μήνας,.....Έτος.....

15) Χρειάστηκε στο παρελθόν να αλλάξετε εργασιακό περιβάλλον εξαιτίας πνευμονολογικών ενοχλήσεων;

Ναι..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Όχι ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

16) Βρίσκονται **γύρω από το σπίτι σας** μία ή περισσότερες βιομηχανικές κτηνοτροφικές μονάδες ;

Ναι..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Όχι ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

Βρίσκονται σε απόσταση μικρότερη των:

500 μέτρων ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
1000 μέτρων ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

  
1500 μέτρων ..... 

|          |
|----------|
| <b>3</b> |
|----------|

  
2000 μέτρων (2χμ)..... 

|          |
|----------|
| <b>4</b> |
|----------|

  
3000 μέτρων (3χμ)..... 

|          |
|----------|
| <b>5</b> |
|----------|

  
4000 μέτρων (4χμ) ..... 

|          |
|----------|
| <b>6</b> |
|----------|

Αν ναι, αριθμό μονάδων:..... 

|  |
|--|
|  |
|--|

**17)** Βρίσκονται γύρω **από το χώρο εργασίας** σας μία ή περισσότερες βιομηχανικές κτηνοτροφικές μονάδες ;

Ναι..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Όχι ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

Βρίσκονται σε απόσταση μικρότερη των:

500 μέτρων ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
1000 μέτρων ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

  
1500 μέτρων ..... 

|          |
|----------|
| <b>3</b> |
|----------|

  
2000 μέτρων (2χμ)..... 

|          |
|----------|
| <b>4</b> |
|----------|

  
3000 μέτρων (3χμ)..... 

|          |
|----------|
| <b>5</b> |
|----------|

  
4000 μέτρων (4χμ) ..... 

|          |
|----------|
| <b>6</b> |
|----------|

Αν ναι, αριθμό μονάδων:..... 

|  |
|--|
|  |
|--|

### **ΔΙΑΜΟΝΗ**

**18)** Η κατοικία σας εδώ είναι:

Μόνιμη ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Εξοχική ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

**19)** Πόσες ώρες την μέρα μένετε στο σπίτι σας;..... 

|           |
|-----------|
| .....ώρες |
|-----------|

**20)** Ζούσε ή ζει η οικογένεια σας από αγροτικές εργασίες;

**Αυτή την περίοδο :**

Μόνο από αυτό ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Σαν επιπρόσθετη δραστηριότητα ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

  
Σαν χόμπι ..... 

|          |
|----------|
| <b>3</b> |
|----------|

  
Όχι) ..... 

|          |
|----------|
| <b>4</b> |
|----------|

**Παλιότερα :**

Μόνο από αυτό ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Σαν επιπρόσθετη δραστηριότητα ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

  
Σαν χόμπι ..... 

|          |
|----------|
| <b>3</b> |
|----------|

  
Όχι) ..... 

|          |
|----------|
| <b>4</b> |
|----------|

**21)** Τι εργασίες κάνετε στην εξοχική/ αγροτική κατοικία σας κατοικία;

**Αγροτικές;**

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Ναι ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Όχι ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

**Κτηνοτροφικές;**

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Ναι ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Όχι ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

**22)** Μένατε σε αγροτική περιοχή κατά τα παιδικά σας χρόνια;

Ναι ..... 

|          |
|----------|
| <b>1</b> |
|----------|

  
Όχι ..... 

|          |
|----------|
| <b>2</b> |
|----------|

Αν ναι, Μέχρι πότε;

|                   |          |
|-------------------|----------|
| Έως 1 έτους ..... | <b>1</b> |
| Έως 3 ετών .....  | <b>2</b> |
| Έως 6 ετών .....  | <b>3</b> |
| Έως 14 ετών ..... | <b>4</b> |

### **ΘΕΜΑΤΑ-ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ**

|   | <b>Ναι</b> | <b>Όχι</b> |
|---|------------|------------|
| <b>23)</b> Τους τελευταίους δύο μήνες ακούσατε ρόγχους-συριγμό(γατάκια) από το στήθος σας; <i>Αν όχι πηγαίνετε ερώτηση 25.....</i>  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>24)</b> Έχετε παρόμοιους ήχους όταν είστε κρυολογημένοι;.....  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>25)</b> Ξυπνήσατε τους τελευταίους 12 μήνες λόγω οξείας δύσπνοιας;.....  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>26)</b> Ξυπνήσατε τους τελευταίους 12 μήνες λόγω έντονου βήχα;.....  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>27)</b> Βήχετε συχνά τον χειμώνα κατά την διάρκεια του ύπνου σας;.....   | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>28)</b> Βήχετε τον χειμώνα συνήθως κατά τη διάρκεια της ημέρας; .....  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>29)</b> Βήχετε τουλάχιστον τρεις μήνες το χρόνο; (πρωί κατά τη διάρκεια του χειμώνα );.....  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>30)</b> Έχετε πτύελα το πρωί όταν ξυπνάτε κατά τη διάρκεια του χειμώνα; .....<br><i>Αν όχι πηγαίνετε ερώτηση 32</i>  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>31)</b> Έχετε πτύελα περισσότερους από τρεις μήνες το χρόνο; .....   | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>32)</b> Έχετε περάσει άσθμα;.....<br><i>Αν όχι πηγαίνετε ερώτηση 37</i>  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>33)</b> Είναι επιβεβαιωμένο από γιατρό;.....   | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>34)</b> Σε ποια ηλικία είχατε την πρώτη κρίση άσθματος; .....  |            |            |
| <b>35)</b> Σε ποια ηλικία είχατε την τελευταία κρίση άσθματος; .....  |            |            |
| <b>36)</b> Παίρνετε συστηματικά φάρμακα για το άσθμα;.....  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>37)</b> Έχετε-είχατε αλλεργική ρινίτιδα;.....  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>38)</b> Είχατε εκζέματα ή άλλα είδη δερματικής αλλεργίας στο παρελθόν; .....   | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| <b>39)</b> Είχατε ποτέ δερματικό εξάνθημα που να προκαλεί φαγούρα για τουλάχιστον έξι μήνες; Τα συμπτώματα μπορεί να καλυπτεύονταν ή να χειροτέρευαν σ' αυτό το χρονικό διάστημα..... | <b>1</b>   | <b>2</b>   |

| <b>40) Έχετε τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα ενοχλήσεις :</b> | <b>Ναι</b> | <b>Όχι</b> |
|---|------------|------------|
| - στη μύτη  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| - στα μάτια   | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
| - στο φάρυγγα σαν να είστε κρυωμένοι                            | <b>1</b>   | <b>2</b>   |

|  | Ναι | Όχι | Πολλές φορές |
|--|-----|-----|--------------|
| 41) Έχετε περάσει παραρινοκολπίτιδα (π. χ ιγμορίτιδα);         | 1   | 2   | 3            |
| 42) Έχετε κάνει εγχείρηση αφαίρεσης ρινικών πολυπόδων;         | 1   | 2   |              |
| 43) Έχετε χειρουργηθεί για παραρινοκολπίτιδα (π.χ ιγμορίτιδα); | 1   | 2   |              |

| 44) Έχετε συχνά κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα (σημειώστε ότι νιώθετε): | Ναι | Όχι |
|--|-----|-----|
| ερεθισμό ματιών  | 1   | 2   |
| στηθάγχη   | 1   | 2   |
| ταχυπαλμία   | 1   | 2   |
| κεφαλαλγία   | 1   | 2   |
| διάρροια   | 1   | 2   |
| ναυτία   | 1   | 2   |
| διαταραχές διάθεσης  | 1   | 2   |
| άγχος  | 1   | 2   |
| υπνηλία  |     |     |
| ζαλάδα   | 1   | 2   |
| αδυναμία   | 1   | 2   |

|  | Ναι | Όχι |
|--|-----|-----|
| 46) Έχετε αντιμετωπίσει εσείς ή κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο που μένετε στο ίδιο σπίτι κάποια κακοήγη νεοπλασία (καρκίνο); | 1   | 2   |
| Αν ναι, τι ακριβώς.....  |     |     |
| 47) Έχετε οικογενειακό ιστορικό σε κακοήθεις νεοπλασίες ;  | 1   | 2   |

## **ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

|  | Ναι | Όχι |
|--|-----|-----|
| 48) Ήσασταν καπνιστής για περισσότερο από ένα χρόνο;<br>Αν όχι πηγαίνετε στην ερώτηση 53 | 1   | 2   |
| 49) Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα; .....χρονών                                   |     |     |
| 50) Αυτή την περίοδο της ζωής σας καπνίζετε;   | 1   | 2   |
| 51) Πόσα χρόνια καπνίζατε; .....χρόνια   |     |     |
| 52) Πόσο καπνίζετε κατά μέσο όρο την ημέρα; .....τσιγάρα                                 |     |     |
| 53) Εκτίθεστε τους τελευταίους δώδεκα μήνες σε καπνό άλλων ανθρώπων (παθητικό κάπνισμα); | 1   | 2   |

**ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ, ΜΥΡΩΔΙΕΣ, ΟΧΛΗΣΕΙΣ**

|  | Ναι | Όχι |
|--|-----|-----|
| <b>54)</b> Έχει θόρυβο κοντά στο σπίτι σας;<br>Αν απαντήσατε όχι προχωρήστε στην ερώτηση 57. | 1   | 2   |

|  | Κίνηση | Βιομηχανίες-επιχειρήσεις | Άλλα αίτια |
|--|--------|--------------------------|------------|
| <b>55)</b> Τι προκαλεί κυρίως το θόρυβο; | 1      | 2                        | 3          |

|  | Πολύ δυνατή | Δυνατή | Όχι δυνατή |
|--|-------------|--------|------------|
| <b>56)</b> Πόσο δυνατή είναι η ηχορύπανση; | 1           | 2      | 3          |

|   | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Πολύ |
|---|---------|------|--------|------|
| <b>57)</b> Πόσο σας ενοχλεί η δυσσομία στην περιοχή διαμονής σας; | 1       | 2    | 3      | 4    |

|  | Κυκλοφοριακό | Βιομηχανία | Κοπριά-κτηνοτροφία | Άλλα αγροτικά αίτια | Άλλα αίτια |
|--|--------------|------------|--------------------|---------------------|------------|
| <b>58)</b> Τι προκαλεί κατά την εκτίμηση σας <b>κατά κύριο λόγο</b> τη δυσσομία; | 1            | 2          | 3                  | 4                   | 5          |

|   | καλή | πολύ καλή | αδιάφορη | άσχημη | Πολύ άσχημη |
|---|------|-----------|----------|--------|-------------|
| <b>59)</b> Πια είναι η συνολική σας άποψη για τις κτηνοτροφικές μονάδες που λειτουργούν στην περιοχή σας; | 1    | 2         | 3        | 4      | 5           |

**60) Έχετε άλλες παρατηρήσεις;**

.....

.....

.....

.....

.....

**ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

ΕΡ.1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι...

|                 |   |
|-----------------|---|
| Εξαιρετική..... | 1 |
| Πολύ καλή.....  | 2 |
| Καλή.....       | 3 |
| Μέτρια.....     | 4 |
| Κακή.....       | 5 |
| ΔΓ/ΔΑ.....      | 9 |

|   |                                |                                |                                      |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| <p>ΕΡ. 2. Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Σήμερα, <b>η κατάσταση της υγείας σας περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες</b>; Αν ναι, πόσο;</p> <p><b>A. Μέτριας έντασης δραστηριότητες</b>, όπως η μετακίνηση ενός τραπέζιου, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία .....</p> <p><b>B. Όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες/ ανηφόρα .....</b></p> | <b>Ναι, περιορίζονται πολύ</b> | <b>Ναι, περιορίζονται λίγο</b> | <b>Όχι δεν περιορίζονται καθόλου</b> |
|   | <b>1</b>                       | <b>2</b>                       | <b>3</b>                             |
|   | <b>1</b>                       | <b>2</b>                       | <b>3</b>                             |

|  |            |            |
|--|------------|------------|
| <p>ΕΡ. 3. Στη διάρκεια των <b>4 τελευταίων εβδομάδων, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας</b> ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα;</p> <p><b>A. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε .....</p> <p><b>B. Περιορίσατε το είδος</b> της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας</p> | <b>Ναι</b> | <b>Όχι</b> |
|  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
|  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |

|  |            |            |
|--|------------|------------|
| <p>ΕΡ. 4. Στη διάρκεια των <b>4 τελευταίων εβδομάδων, τα συναισθηματικά σας προβλήματα (όπως μελαγχολία ή άγχος)</b> ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα;</p> <p><b>A. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα</b> από όσα θα θέλατε</p> <p><b>B. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά</b> όσο συνήθως</p> | <b>Ναι</b> | <b>Όχι</b> |
|  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |
|  | <b>1</b>   | <b>2</b>   |

|   |                                |
|---|--------------------------------|
| ΕΡ. 5. Κατά τη διάρκεια των <b>4 τελευταίων εβδομάδων</b> , κατά πόσο <b>ο πόνος</b> εμπόδιζε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); <b>ΔΙΑΒΑΣΤΕ</b> |                                |
| Καθόλου .....   | <input type="text" value="1"/> |
| Λίγο .....  | <input type="text" value="2"/> |
| Μέτρια .....  | <input type="text" value="3"/> |
| Αρκετά.....   | <input type="text" value="4"/> |
| Πάρα πολύ .....   | <input type="text" value="5"/> |

|  |              |                             |                     |                      |                  |             |
|--|--------------|-----------------------------|---------------------|----------------------|------------------|-------------|
| <p>ΕΡ. 6. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πως νοιώθατε και το πως ήταν τα πράγματα για σας <b>κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων</b>. Για κάθε ερώτηση, παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σ' αυτό που νοιώθατε. Πόσο καιρό τις 4 τελευταίες εβδομάδες...<b>ΔΙΑΒΑΣΤΕ</b></p> <p><b>A. Νιώθατε ήρεμος/η και γαλήνιος/α;</b>.....</p> | <b>Πάντα</b> | <b>Τις πιο πολλές φορές</b> | <b>Αρκετά συχνά</b> | <b>Μερικές φορές</b> | <b>Όχι συχνά</b> | <b>Ποτέ</b> |
|  | <b>1</b>     | <b>2</b>                    | <b>3</b>            | <b>4</b>             | <b>5</b>         | <b>6</b>    |

|  |          |          |          |          |          |          |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| <b>Β.</b> Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα; .....              | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |
| <b>Γ.</b> Νιώθατε απελπισμένος/η και μελαγχολικός/η; ..... | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>3</b> | <b>4</b> | <b>5</b> | <b>6</b> |

ΕΡ. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, για πόσο καιρό **η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα** εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

7. Πάντα .....  **1**
- Τις πιο πολλές φορές.....  **2**
- Μερικές φορές .....  **3**
- Όχι συχνά .....  **4**
- Ποτέ.....  **5**

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ**