

ID No.



THE UNIVERSITY OF  
MELBOURNE



Ερωτηματολόγιο για την Επίδραση της Εκπαίδευσης Υγείας

## Έκδοση 2.0 ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΟ

### Οδηγίες

Σας ευχαριστούμε που αφιερώνετε το χρόνο να συμμετάσχετε σε αυτή την έρευνα.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις όμως παρακαλείστε να βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε κάθε ερώτηση όσο καλύτερα μπορείτε.

Αν έχετε ερωτήσεις σχετικά με την έρευνα, ή θέλετε να ελέγξετε ότι καταλαβαίνετε τι να κάνετε, παρακαλείστε να επικοινωνήσετε με τον/την καθοδηγητή του προγράμματός σας.

Οι απαντήσεις σας παραμένουν εμπιστευτικές και δεν θα διαβαστούν από τον/την καθοδηγητή του προγράμματός σας. Μπορείτε να επιστρέψετε το ερωτηματολόγιο heiQ™ είτε στον/στην καθοδηγητή του προγράμματός σας ή να το στείλετε απευθείας στη Μονάδα Αυτο-Διαχείρισης Χρόνιων Ασθενειών (Chronic Disease Self-Management Research Unit). Αν το επιστρέψετε στον/στην καθοδηγητή του προγράμματός σας, παρακαλείστε να χρησιμοποιήσετε το φάκελο που παρέχεται και να το σφραγίσετε για τη διατήρηση της εμπιστευτικότητάς σας.

Σας ευχαριστώ και πάλι για τη βοήθειά σας.

Richard Osborne, PhD  
Μονάδα Αυτο-Διαχείρισης Χρόνιων Ασθενειών  
(Chronic Disease Self-Management Research Unit)  
Κέντρο του Τμήματος Ιατρικής για Ρευματικών Ασθενειών  
(Centre for Rheumatic Diseases Department of Medicine),  
του Βασιλικού Νοσοκομείου Μελβούρνης, Πανεπιστήμιο Μελβούρνης,  
Parkville, Βικτώριας 3050  
(The Royal Melbourne Hospital The University of Melbourne Parkville, VIC 3050)

Τηλέφωνο: (03) 8344 3148  
Φαξ: (03) 9342 7632

	Date	Initials
<b>OFFICE USE ONLY</b>	Received _____	_____
	Entered _____	_____

## Οδηγίες

Παρακαλείστε να υποδείξετε πόσο έντονα διαφωνείτε ή συμφωνείτε με τις παρακάτω διατυπώσεις βάζοντας ένα σημάδι στο τετράγωνο που αντιστοιχεί με την απάντηση που περιγράφει πως είστε τώρα.

### Παράδειγμα

Κ. Τζέιν Πολίτου έχει απαντήσει σ' αυτές τις ερωτήσεις ως εξής:

Βάλτε ένα σταυρό στο αντίστοιχο τετράγωνο που αντιστοιχεί με τη δική σας απάντηση:

**Τώρα, αυτή τη στιγμή:**

Ερωτήσεις

1. Κάνω μερικά από τα χόμπι μου
2. Έχω σχέδια να κάνω σωματική δραστηριότητα

	διαφωνώ έντονα	διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ έντονα
1. Κάνω μερικά από τα χόμπι μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Έχω σχέδια να κάνω σωματική δραστηριότητα	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Για την Ερώτηση 1, η απάντηση της Τζέιν δείχνει ότι τώρα, αυτή τη στιγμή συμφωνεί ότι τον τελευταίο καιρό έχει κάνει μερικά από τα χόμπι της

Για την Ερώτηση 2, η Τζέιν διαφωνεί με τη διατύπωση ότι τώρα, αυτή τη στιγμή έχει σχέδια να κάνει σωματική δραστηριότητα.

Παρακαλείστε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις:

Βάλτε ένα σταυρό στο αντίστοιχο τετράγωνο που αντιστοιχεί με τη δική σας απάντηση:

**Τώρα, αυτή τη στιγμή:**

1. Τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα, κάνω τουλάχιστον μία δραστηριότητα για να βελτιώσω την υγεία μου (π.χ. βάδισμα, χαλάρωση, άσκηση)
2. Είμαι απροβλημάτιστος/η όταν σκέφτομαι την υγεία μου
3. Τις περισσότερες μέρες, κάνω μερικά από τα πράγματα που πραγματικά απολαμβάνω
4. Ενώ βλέπω και το/τη γιατρό μου, παρατηρώ τακτικά τις αλλαγές στην υγεία μου
5. Συχνά στενοχωριέμαι για την υγεία μου
6. Προσπαθώ να περνώ στη ζωή μου όσο γίνεται καλύτερα
7. Γνωρίζω ποιά είναι αυτά που μπορούν να κεντρίσουν τα προβλήματα υγείας μου και να τα κάνουν χειρότερα
8. Τα προβλήματα υγείας μου με κάνουν πολύ δυσαρεστημένος/η με τη ζωή μου

	διαφωνώ έντονα	διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ έντονα
1. Τις περισσότερες μέρες την εβδομάδα, κάνω τουλάχιστον μία δραστηριότητα για να βελτιώσω την υγεία μου (π.χ. βάδισμα, χαλάρωση, άσκηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Είμαι απροβλημάτιστος/η όταν σκέφτομαι την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Τις περισσότερες μέρες, κάνω μερικά από τα πράγματα που πραγματικά απολαμβάνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ενώ βλέπω και το/τη γιατρό μου, παρατηρώ τακτικά τις αλλαγές στην υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Συχνά στενοχωριέμαι για την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Προσπαθώ να περνώ στη ζωή μου όσο γίνεται καλύτερα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Γνωρίζω ποιά είναι αυτά που μπορούν να κεντρίσουν τα προβλήματα υγείας μου και να τα κάνουν χειρότερα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Τα προβλήματα υγείας μου με κάνουν πολύ δυσαρεστημένος/η με τη ζωή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλείστε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις:

Βάλετε ένα σταυρό στο αντίστοιχο τετράγωνο που αντιστοιχεί με τη δική σας απάντηση:

**Τώρα, αυτή τη στιγμή:**

	διαφωνώ έντονα	διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ έντονα
9 Ασχολούμαι με ενδιαφέροντα πράγματα στη ζωή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Αισθάνομαι ασφαλής όταν σκέφτομαι την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Το αντιλαμβάνομαι όταν είναι ο τρόπος ζωής μου που (π.χ. άσκηση, διαίτα, στρες) μου δημιουργεί προβλήματα υγείας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Κάνω τουλάχιστον ένα είδος σωματικής δραστηριότητας κάθε μέρα για τουλάχιστον 30 λεπτά (π.χ. βόδιμα, κηπουρική, οικιακές δουλειές, χορό, κολύμβηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Άμα σκέφτομαι την υγεία μου, αισθάνομαι ικανοποιημένος/η	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Έχω σχέδια να κάνω πράγματα για τον εαυτό μου που είναι απολαυστικά κατά τις επόμενες μερικές μέρες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Παρόλα και με τα προβλήματα υγείας μου, είμαι ικανοποιημένος/η με τη ζωή μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Καταλαβαίνω καλά πότε και γιατί πρέπει να παίρνω να φάρμακά μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Συχνά αισθάνομαι θυμωμένος/η άμα σκέφτομαι την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας, αφιερώνω χρόνο για υγιείς δραστηριότητες (π.χ. βόδιμα, χαλάρωση, άσκηση)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Αισθάνομαι απελπισία λόγω των προβλημάτων υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Αισθάνομαι ότι συμμετέχω δραστηρία στη ζωή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Όταν έχω προβλήματα υγείας, καταλαβαίνω σαφώς τι χρειάζεται να κάνω για να τα ελέγχω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Αισθάνομαι χαλαρωμένος/η όταν σκέφτομαι την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23 Παρατηρώ προσεκτικά την υγεία μου και κάνω ότι είναι απαραίτητο να διατηρούμαι όσο το δυνατό υγιής.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Αναστατώνομαι όταν σκέφτομαι την υγεία μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Περπατώ για άσκηση, για τουλάχιστον 15 λεπτά την ημέρα, τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Αισθάνομαι αισιόδοξος/η για τα προβλήματα υγείας μου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27 Έχοντας υπόψη την υγεία μου, έχω ρεαλιστικές προσδοκίες για το τι μπορώ και δε μπορώ να κάνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Άμα σκέφτομαι την υγεία μου, με πιάνει κατάθλιψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Βάλτε ένα σταυρό στο αντίστοιχο τετράγωνο που αντιστοιχεί με τη δική σας απάντηση:

**Τώρα, αυτή τη στιγμή:**

	διαφωνώ έντονα	διαφωνώ	συμφωνώ	συμφωνώ έντονα
29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Μερικά προσωπικά στοιχεία

- 50 Τι ηλικία έχετε;
- 51 Το φύλο σας;  
 Θήλυ  Άρρεν
- 52 Ποιός είναι ο ταχυδρομικός κώδικας της διεύθυνσης κατοικίας σας;
- 53 Συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σας, πόσα άτομα από 18 χρονών και πάνω διαμένουν στο σπίτι σας;
- 54 Η καταγωγή σας είναι ιθαγενής ή από τα νησιά Torres Strait;  
 Ναι  Όχι
- 55 Σε ποιά χώρα γεννηθήκατε;  
 (παρακαλώ δηλώστε)
- 56 Μιλάτε γλώσσα εκτός της Αγγλικής στο σπίτι;  
 (παρακαλώ δηλώστε)
- 57 Πιό είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει;
- Καθόλου, ή μερικό δημοτικό σχολείο  
 Δημοτικό Σχολείο  
 Γυμνάσιο μέχρι 2α τάξη  
 Γυμνάσιο μέχρι 6η τάξη  
 Τεχνική και Ανώτερη Εκπαίδευση (TAFE/Τέχνη)  
 Πανεπιστήμιο ή ανώτερη
- 58 Έχετε καμία προϋπάρχουσα ασθένεια, πάθηση αναπηρία ή καταβολή δυνάμεων που σας έχει ταλαιπωρήσει απο καιρό ή που πιθανώς να σας επηρεάσει κατά κάποιο διάστημα στο μέλλον;  
 (Παρακαλείστε να σημειώσετε με (✓) όλα όσα ισχύουν.)
- Οστεοαρθρίτιδα  
 Ρευματοειδής Αρθρίτιδα  
 Μυαλγία του ινώδους  
 Οστεπόρωση  
 Στεφανιαία νόσος της καρδιάς  
 Άσθμα  
 Διαβήτης  
 Καρκίνο  
 Κατάθλιψη  
 Άλλη
- (παρακαλώ δηλώστε)
- 59 Παρακαλείστε να διατυπώσετε το **κύριο** πρόβλημα υγείας σας  
 (διατυπώστε μόνο **ένα**)

Σημερινή ημερομηνία (συμπληρώστε)  /  / 2007

- 60 Έχετε λάβει ποτέ μέρος σε κάποιο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την υγεία ή σε πρόγραμμα αποκατάστασης υγείας; (π.χ. πρόγραμμα για αρθρίτιδα, άσθμα, διαβήτη κλπ.)  
 Αν απαντήσατε ΝΑΙ, παρακαλώ δηλώστε:
- | Τύπο                 | Χρονολογία           |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- 61 Ποιές από τις παρακάτω διατυπώσεις περιγράφουν καλύτερα τη θέση σας όσον αφορά το κάπνισμα;  
 (Παρακαλείστε να σημειώσετε με ✓ μόνο **ένα**).
- α  Καπνίζω καθημερινά β  Καπνίζω κάπου κάπου  
 γ  Δεν καπνίζω δ  Δεν έχω καπνίσει ποτέ
- 62 Προς το παρόν, απασχολείστε σε αμοιβώμενη εργασία;  
 (Παρακαλείστε να σημειώσετε με ✓ μόνο **ένα**)
- α  Ναι, σε πλήρη απασχόληση  
 β  Ναι, σε μερική απασχόληση  
 γ  Όχι, άνεργος/η  
 δ  Όχι, σκιακά  
 ε  Όχι, έχω αποσυρθεί από την εργασία/είμαι συνταξιούχος/α
- Άλλο (παρακαλώ δηλώστε)
- 63 Έχετε Κάρτα Εκπτώσης Φροντίδας Υγείας (Health Care Concession Card);  
 Αν απαντήσατε ΝΑΙ σημειώστε με (✓) **οποιαδήποτε** ισχύουν.
- α  Όχι  
 β  Κάρτα Έκπτωσης Συναξιούχου/ας (Pensioner Concession Card - PCC)  
 γ  Κοινοπολιτειακή Κάρτα Φροντίδας Υγείας (Commonwealth Health Care Card - HCC)  
 δ  Κοινοπολιτειακή Κάρτα Υγείας Ηλικιωμένων (Commonwealth Seniors Health Card)  
 ε  Κάρτα Επαναπατριsmού από το Υπουργείο Υποθέσεων Βετεράνων (Repatriation Card from the Dept. of Veteran Affairs)  
 ζ  Κάρτα Υγείας λόγω Χαμηλού Εισοδήματος (Low Income Health Card)
- Άλλο (παρακαλώ δηλώστε)
- 64 Εκτός από Medicare, προς το παρόν έχετε κάλυψη ιδιωτικής ασφάλειας υγείας;  
 Ναι  Όχι
- 65 Έχετε σχέδια να αδυνατίσετε στο άμεσο μέλλον;  
 Ναι  Όχι
- 66 Παρακαλείστε να δηλώσετε το τρέχων σας
- | ύψος                        | βάρος                      |
|-----------------------------|----------------------------|
| α <input type="text"/> f/in | β <input type="text"/> lbs |
| <input type="text"/> cm     | <input type="text"/> Kg    |

**Σας ευχαριστούμε που αφιερώσατε το χρόνο να συμπληρώσετε αυτό το ερωτηματολόγιο.  
 Παρακαλείστε να βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις.**