

ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ,
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΣΤΟΥΣ ΖΩΗΣ
ΤΜΗΜΑ: ΕΙΔΙΚΩΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ
Ταχ. Δ/ση: Πειραιώς 46 και Επονητών
18510 Πειραιάς
Τηλέφωνα: 213 1352896, 213 1352941
Fax: 213 1352906
e-mail: m.chalkiadaki@statistics.gr
i.zouliatis@statistics.gr

Κωδικός
Νοικοκυριού:

Περιφερειακή Ενότητα

Δήμος

Δημοτική Ενότητα

Οικισμός

Ημερομηνία: | 2 | 0 | 1 | 9

Ερευνητής

ΕΡΕΥΝΑ ΥΓΕΙΑΣ 2019

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΛΟΥΣ

Συμπληρώνεται για άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω.

- Η έρευνα αυτή διεξάγεται σε δείγμα νοικοκυριών που έχει καθοριστεί από την ΕΛΣΤΑΤ με τυχαίο τρόπο.
- Η παροχή στοιχείων στην ΕΛΣΤΑΤ είναι **ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ**.
- Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου χρησιμοποιείται αποκλειστικά για στατιστικούς σκοπούς και τηρείται το **ΑΠΟΡΡΗΤΟ** των στοιχείων (Ν.3832/2010).
- Τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που συλλέγονται με το παρόν ερωτηματολόγιο χρησιμοποιούνται αποκλειστικά για λόγους που σχετίζονται με τη διενέργεια της παρούσας έρευνας και την παραγωγή των σχετικών στατιστικών. Η διαχείριση των δεδομένων αυτών μπορεί να περιλαμβάνει επικοινωνία μαζί σας, αλλά μόνο για λόγους που αφορούν στην ορθή συμπλήρωση του παρόντος ερωτηματολογίου. Πρόσβαση στα δεδομένα σας έχει μόνο η ΕΛΣΤΑΤ.
Νομικό πλαίσιο: Άρθρο 6, παρ.1 (γ) και (ε), του Γενικού Κανονισμού για την Προστασία Δεδομένων (ΓΚΠΔ).

ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΤΟΜΟΥ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΟΥ ΜΕΛΟΥΣ

BIRTHPLACE: Σε ποια χώρα γεννηθήκατε;

- Στην Ελλάδα 10
- Σε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης 21
 Δηλαδή _____ *
- Σε χώρα εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης 22
 Δηλαδή _____ *

CITIZEN: Ποια είναι η υπηκοότητά σας; (Δεκτές περισσότερες από μία απαντήσεις.)

- Ελληνική 10
- Άλλης χώρας της Ευρωπαϊκής Ένωσης 21
 Δηλαδή _____ *
- Χώρας εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης 22
 Δηλαδή _____ *

BIRTHPLACEFATH: Σε ποια χώρα γεννήθηκε ο πατέρας σας;

- Στην Ελλάδα 10
- Σε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης 21
 Δηλαδή _____ *
- Σε χώρα εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης 22
 Δηλαδή _____ *
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

BIRTHPLACEMOTH: Σε ποια χώρα γεννήθηκε η μητέρα σας;

- Στην Ελλάδα 10
- Σε άλλη χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης 21
 Δηλαδή _____ *
- Σε χώρα εκτός Ευρωπαϊκής Ένωσης 22
 Δηλαδή _____ *
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

MARITALLEGAL: Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

- Άγαμος/η 1
- Έγγαμος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης 2
- Χήρος/α 3
- Διαζευγμένος/η 4

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Εάν το νοικοκυριό είναι μονομελές, να συνεχίσετε με το ερώτημα HATLEVEL.

PARTNERS: Έχετε κάποιον/α σύντροφο με τον/την οποίο/α μένετε μαζί;

- Ναι, είμαι παντρεμένος/η ή με σύμφωνο συμβίωσης 1
- Ναι, συγκατοικώ μαζί του/της χωρίς σύμφωνο συμβίωσης 2
- Όχι 3
- Δεν απαντώ -1

HATLEVEL: Ποιο είναι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει;

- Δεν παρακολούθησα ποτέ καμία βαθμίδα εκπαίδευσης 0
- Μερικές τάξεις δημοτικού 1
- Δημοτικό 2
- Γυμνάσιο (τριτάξιο) 3
- Επαγγελματική Σχολή (ΕΠΑΣ), Τεχνική Επαγγελματική Σχολή (ΤΕΣ), Τεχνικό Επαγγελματικό Εκπαιδευτήριο (ΤΕΕ) κ.λπ. (α' κύκλος) 4

- ΤΕΣ, ΤΕΕ (β' κύκλος) 5
- Επαγγελματικό Λύκειο (ΕΠΑΛ), ΤΕΛ κ.λπ. 6
- Γενικό Λύκειο, Εξατάξιο Γυμνάσιο 7
- Δημόσιο ή ιδιωτικό Ινστιτούτο Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ, ΙΚΕΚ), κολέγιο
διάρκειας μέχρι 2 έτη 8
- Κολέγιο (διάρκειας μεγαλύτερης των 2 ετών) 9
- Ανώτερες σχολές τριετούς διάρκειας (Ανώτερες Σχολές Τουριστικής Κατάρτισης,
Σχολή Ξεναγών κ.λπ.) 10
- ΤΕΙ, ΑΤΕΙ, ΚΑΤΕΕ, ΑΣΠΑΙΤΕ 11
- ΑΕΙ, Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Ανώτατες Στρατιωτικές Σχολές, λοιπές ανώτατες σχολές
- Μεταπτυχιακά 12
- Διδακτορικό (Ph.D) 13
- 14

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗ

MAINSTAT: Ποια είναι σήμερα η εργασιακή σας κατάσταση ή η ενασχόλησή σας; – Είστε:

- Εργαζόμενος/η 10 ➔ JOBSTAT
- Άνεργος/η 20
- Συνταξιούχος 30
- Δεν μπορείτε να εργαστείτε λόγω μακροχρόνιων προβλημάτων υγείας 40
- Μαθητής, φοιτητής, μετεκπαιδευόμενος, μαθητευόμενος χωρίς αμοιβή για απόκτηση
εμπειρίας 50 ➔ HS1
- Οικιακά 60
- Στρατιώτης 70
- Άλλη περίπτωση (π.χ. εισοδηματίας) 80

JOBSTAT: Στην εργασία σας είστε:

- Αυτοαπασχολούμενος/η με μισθωτούς 10
- Αυτοαπασχολούμενος/η χωρίς μισθωτούς 12
- Μισθωτός/ή 20
- Άμισθος βοηθός στην οικογενειακή επιχείρηση 30

FT-PT: Η εργασία σας είναι:

- Πλήρους απασχόλησης 1
- Μερικής απασχόλησης 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

JOBISCO: Ποιο είναι το επάγγελμά σας; Παρακαλώ να περιγράψετε με τη μεγαλύτερη δυνατή λεπτομέρεια το είδος της κύριας δραστηριότητας (επάγγελμα) που έχετε στην εργασία σας.

Επάγγελμα: _____ * ISCO-08

LOCNACE: Παρακαλώ να περιγράψετε με τη μεγαλύτερη δυνατή λεπτομέρεια την κύρια δραστηριότητα της επιχείρησης / οργανισμού που εργάζεστε.

Κλάδος Οικονομικής Δραστηριότητας: _____ * NACE Rev.2

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

1. ΓΕΝΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ

HS1: Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας σήμερα;

(Η απάντηση να είναι αυθόρμητη.)

- Πολύ καλή 1
- Καλή 2
- Μέτρια 3
- Κακή 4
- Πολύ κακή 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

HS2: Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση;

(Χρόνιο πρόβλημα υγείας ή χρόνια πάθηση θεωρείται το πρόβλημα ή η πάθηση που διαρκεί ή πρόκειται να διαρκέσει περισσότερους από 6 μήνες, με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή.)

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

HS3A: Έχετε περιοριστεί, λόγω δικού σας προβλήματος υγείας, σε κάποιες συνήθειες για τον γενικό πληθυσμό δραστηριότητες ή έχετε δυσκολευτεί σε αυτές;

- Ναι, πάρα πολύ 1
 - Ναι, αλλά όχι πάρα πολύ 2
 - Όχι, καθόλου 3
 - Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1
- } → CD2A

HS3B: Ο περιορισμός που προαναφέρατε έχει διαρκέσει, τουλάχιστον, 6 μήνες από σήμερα;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

2. ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

CD2A: Πώς θα χαρακτηρίζατε τη στοματική σας υγεία; Είναι:

- Πολύ καλή 1
- Καλή 2
- Μέτρια 3
- Κακή 4
- Πολύ κακή 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

CD2B: Πώς θα περιγράφατε την κατάσταση των δοντιών και των ούλων σας; Είναι:

- Πολύ καλή 1
- Καλή 2
- Μέτρια 3
- Κακή 4
- Πολύ κακή 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

3. ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ – ΠΑΘΗΣΕΙΣ

CD1: Κατά τους τελευταίους 12 μήνες⁽¹⁾ είχατε ή έχετε κάποιο/α από τα χρόνια νοσήματα / παθήσεις που παρατίθενται;

	ΠΑΘΗΣΕΙΣ	Ναι (1)	Όχι (2)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1.	Άσθμα (περιλαμβάνεται το αλλεργικό άσθμα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, χρόνια βρογχίτιδα, πνευμονικό εμφύσημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Έμφραγμα μυοκαρδίου ή χρόνιες επιπτώσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Στεφανιαία νόσος/στηθάγχη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Βαλβιδοπάθεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Υπέρταση (μικρή πίεση > 9 ή μεγάλη πίεση >14) με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (εγκεφαλική αιμορραγία, εγκεφαλική θρόμβωση) ή χρόνιες συνέπειες αυτού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Εκφυλιστικές αρθροπάθειες (εξαιρουμένης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Πάθηση στη μέση ή άλλα χρόνια προβλήματα μέσης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Πάθηση του αυχένα ή άλλα χρόνια προβλήματα του αυχένα ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Σακχαρώδη διαβήτη (σάκχαρο) Ειδικότερα: Τύπου I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Τύπου II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Αλλεργίες (π.χ. ρινίτιδα, φλεγμονή ματιών, δερματίτιδα, τροφική αλλεργία ή άλλη αλλεργία). <i>Εξαιρείται το αλλεργικό άσθμα</i> ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Κίρρωση του ήπατος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Ακράτεια ούρων, αδυναμία ελέγχου της κύστης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Προβλήματα στα νεφρά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Κατάθλιψη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Αγχώδεις διαταραχές (π.χ. κρίσεις πανικού, άγχος)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Ανοϊκή διαταραχή ή νόσο Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Νεοπλασματικά νοσήματα (διάφορες μορφές καρκίνου)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Μεταδιδόμενα νοσήματα (φυματίωση, ηπατίτιδες, HIV κ.λπ.) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Νοσήματα πεπτικού (έλκος δωδεκαδάκτυλου, κολίτιδα κ.λπ.) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Παθήσεις θυρεοειδούς	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Υπερλιπιδαιμία (υψηλά επίπεδα χοληστερόλης ή τριγλυκερίδιων στο αίμα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Ιό των ανθρώπινων κονδυλωμάτων (HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Το δωδεκάμηνο υπολογίζεται από την προηγούμενη ημέρα διενέργειας της έρευνας.

4. ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΟΙ

AC1: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών⁽¹⁾ σας συνέβη κάποιο ατύχημα, τροχαίο, στην κατοικία σας ή κατά τον ελεύθερο χρόνο σας, με αποτέλεσμα να τραυματιστείτε; Δεν περιλαμβάνονται οι τραυματισμοί από προμελετημένες ενέργειες άλλων ατόμων / άσκηση βίας, σκόπιμοι αυτοτραυματισμοί).

Συμβάν	Ναι (1)	Όχι (2)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1. Τροχαίο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Στην κατοικία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Στον ελεύθερο χρόνο (εκτός κατοικίας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Εάν υπάρχει θετική απάντηση σε έναν, τουλάχιστον, τύπο ατυχήματος στο ερώτημα **AC1**, να συνεχίσετε στο ερώτημα **AC2**. Διαφορετικά, να συνεχίσετε με την ενότητα 5 (ερώτημα **AW1**).

AC2: Εάν είχατε περισσότερα από ένα ατυχήματα, σκεφτείτε το πιο σοβαρό. Για το ατύχημα αυτό χρειαστήκατε ιατρονοσηλευτική φροντίδα;

- Ναι, μεταφέρθηκα σε νοσοκομείο ή άλλη μονάδα υγείας όπου διανυκτέρευσα 1→AC3
 - Ναι, μεταφέρθηκα σε νοσοκομείο ή άλλη μονάδα υγείας, αλλά δεν διανυκτέρευσα . . . 2
 - Ναι, μου παρασχέθηκε ιατρονοσηλευτική φροντίδα από ιατρό ή άλλο επαγγελματία υγείας . . 3
- Συγκεκριμένα:*
- Στον χώρο του ατυχήματος 3α
 - Στην οικία μου 3β
 - Αλλού π.χ. σε φαρμακείο, ιδιωτικό ιατρείο κ.λπ. 3γ
- Όχι, δεν χρειάστηκε να μου παρασχεθεί ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή συμβουλή . . . 4
 - Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1
- } → AW1

AC3: Το ατύχημα για το οποίο νοσηλευτήκατε είχε ως αποτέλεσμα:

	Ναι (1)	Όχι (2)	Δεν απαντώ (-1)
1. Να πάθετε κάταγμα ισχίου ή σπονδυλικής στήλης;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Να νοσηλευτείτε <u>και</u> σε κέντρο αποκατάστασης;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Το δωδεκάμηνο υπολογίζεται από την προηγούμενη ημέρα διενέργειας της έρευνας.

5. ΑΠΟΥΣΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΛΟΓΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Τα ερωτήματα της ενότητας θα απαντηθούν από τους ερευνωμένους που είναι εργαζόμενοι κατά την ημέρα διενέργειας της έρευνας, έχουν δηλαδή δώσει απάντηση 10 στο ερώτημα MAINSTAT.

AW1: Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, απουσιάσατε από την εργασία σας λόγω δικών σας προβλημάτων υγείας; (Να λάβετε υπόψη σας όλες τις ασθένειες, τραυματισμούς ή προβλήματα υγείας λόγω των οποίων απουσιάσατε από την εργασία σας.)

- Ναι 1
– Όχι 2
– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1 } PL1

AW2: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, συνολικά πόσες ημέρες, κατά προσέγγιση, απουσιάσατε από την εργασία σας λόγω δικών σας προβλημάτων υγείας; (Περιλαμβάνονται εργάσιμες και μη εργάσιμες ημέρες.)

- Αριθμός ημερών
– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

AW3: Η εν λόγω απουσία σας μήπως οφειλόταν σε εργατικό ατύχημα;

(Εργατικό ορίζεται κάθε ατύχημα που συμβαίνει κατά τη διάρκεια της εργασίας. Ατυχήματα που συμβαίνουν κατά τη μετάβαση από το σπίτι στην εργασία και το αντίθετο δεν θεωρούνται εργατικά. Θα ληφθούν υπόψη και όσα ατυχήματα έχουν καταχωρισθεί στο ερώτημα AC1 ως τροχαία, αλλά επειδή συνέβησαν εν ώρα εργασίας, θεωρούνται εργατικά.)

- Ναι 1
– Όχι 2
– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ

Η ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις για την ικανότητα του ερευνωμένου να εκτελεί βασικές λειτουργίες. Τυχόν **προσωρινά** προβλήματα υγείας **να αγνοηθούν**.

PL1: Φοράτε γυαλιά ή φακούς επαφής;

- Ναι 1
– Όχι 2
– Είμαι άτομο με προβλήματα όρασης και αναπηρία λόγω τυφλότητας < 95% 3α
– Έχω αναπηρία λόγω τυφλότητας ≥95% 3β
– Δεν απαντώ -1

PL1A: Χρησιμοποιείτε οπτικά ή τεχνικά βοηθήματα, διαφορετικά από τα γυαλιά ή τους φακούς επαφής;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν απαντώ -1

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Εάν στο ερώτημα PL1 υπάρχει απάντηση 3α ή 3β, να συνεχίσετε με το ερώτημα PL3.

PL2: Θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία στην όραση (ακόμα και όταν φοράτε γυαλιά, φακούς επαφής ή κάνετε χρήση οπτικών ή τεχνικών βοηθημάτων, όπως αναφέρατε στα προηγούμενα ερωτήματα);

- Καμία δυσκολία 1
- Κάποια δυσκολία 2
- Μεγάλη δυσκολία 3
- Δεν μπορώ να δω τίποτα 4
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PL3: Χρησιμοποιείτε ακουστικά βαρηκοΐας ή άλλα βοηθητικά εξαρτήματα, λόγω προβλημάτων ακοής;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Είμαι κωφός 3 → PL6
- Δεν απαντώ -1

PL4: Όταν είστε σε ένα δωμάτιο με ησυχία, δυσκολεύεστε να ακούτε τι λέγεται σε συνομιλία με άλλο άτομο (ακόμα και όταν χρησιμοποιείτε βοήθημα ακοής);

- Καμία δυσκολία 1
- Κάποια δυσκολία 2
- Μεγάλη δυσκολία 3
- Δεν μπορώ να ακούσω τίποτα 4 → PL6
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PL5: Όταν είστε σε ένα δωμάτιο με περισσότερο θόρυβο δυσκολεύεστε να ακούτε τι λέγεται σε συνομιλία με άλλο άτομο (ακόμα και όταν χρησιμοποιείτε βοήθημα ακοής);

- Καμία δυσκολία 1
- Κάποια δυσκολία 2
- Μεγάλη δυσκολία 3
- Δεν μπορώ να ακούσω τίποτα 4
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PL6: Θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να περπατήσετε 500 μέτρα σε επίπεδο έδαφος χωρίς τη χρήση οποιουδήποτε βοηθήματος ή βοήθειας από άλλον;

- Καμία δυσκολία 1
- Κάποια δυσκολία 2
- Μεγάλη δυσκολία 3
- Δεν μπορώ να περπατήσω καθόλου 4
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PL7: Θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να ανεβείτε ή να κατεβείτε σκαλιά ενός ορόφου (12 σκαλιά);

- Καμία δυσκολία 1
- Κάποια δυσκολία 2
- Μεγάλη δυσκολία 3
- Δεν μπορώ να ανέβω ή να κατέβω σκαλιά καθόλου 4
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PL7A: Θα λέγατε ότι, λόγω προβλημάτων στα άνω άκρα, αντιμετωπίζετε δυσκολία στη στήριξή σας, καθώς και σε άλλες καθημερινές σας δραστηριότητες;

- Καμία δυσκολία 1
- Κάποια δυσκολία 2
- Μεγάλη δυσκολία 3
- Δεν μπορώ να στηριχθώ ή να κρατήσω αντικείμενα 4
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PL8: Θα λέγατε ότι, αντιμετωπίζετε δυσκολία με:

	Καμία δυσκολία (1)	Κάποια δυσκολία (2)	Μεγάλη δυσκολία (3)	Δεν θυμάμαι τίποτα / δεν συγκεντρώνομαι καθόλου (4)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1. Τη μνήμη σας ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Τη συγκέντρωση .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PL9: Θα λέγατε ότι αντιμετωπίζετε δυσκολία να δαγκώσετε ή να μασήσετε σκληρές τροφές, όπως για παράδειγμα ένα σκληρό μήλο;

- Καμία δυσκολία 1
- Κάποια δυσκολία 2
- Μεγάλη δυσκολία 3
- Δεν μπορώ καθόλου να δαγκώσω ή να μασήσω σκληρές τροφές 4
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

7. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Σκεφτείτε προσωπικές βασικές καθημερινές ανάγκες σας. Παρακάτω δίνεται λίστα δραστηριοτήτων που εξυπηρετούν αυτές τις ανάγκες σας. **Προσωρινά** προβλήματα υγείας **δεν** λαμβάνονται υπόψη.

PC1: Αντιμετωπίζετε, συνήθως, δυσκολία να κάνετε, χωρίς βοήθεια, κάποια από τις παρακάτω δραστηριότητες;

Δραστηριότητα	Καμία δυσκολία (1)	Κάποια δυσκολία (2)	Μεγάλη δυσκολία (3)	Δεν μπορώ καθόλου (4)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1. Να τρέφεστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Να κάθεστε και να σηκώνεστε από κρεβάτι ή από καρέκλα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Να φοράτε και να βγάζετε τα ρούχα σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Να χρησιμοποιείτε την τουαλέτα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Να κάνετε μπάνιο ή ντους .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Εάν στο ερώτημα **PC1** έχει δοθεί απάντηση 2, 3 ή 4 για **μία, τουλάχιστον**, δραστηριότητα, να συνεχίσετε με τα ερωτήματα **PC2** και **PC3**. Διαφορετικά, να συνεχίσετε στην ενότητα **8. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ** / ερώτημα **HA1**.

PC2: Σας παρέχεται, συνήθως, βοήθεια σε οποιαδήποτε από τις δραστηριότητες για τις οποίες αναφέρατε ότι αντιμετωπίζετε κάποιου βαθμού δυσκολία; (Η βοήθεια μπορεί να είναι από κάποιο άλλο άτομο, μηχανική βοήθεια ή να προκύπτει από προσαρμογή του χώρου στις ιδιαίτερες ανάγκες του ερευνωμένου.)

– Ναι, σε μία, τουλάχιστον, δραστηριότητα 1

Εάν η βοήθεια προέρχεται από άλλο άτομο, αυτή είναι:

(Δεκτές περισσότερες από μία απαντήσεις.)

– Βοήθεια από συγγενείς 1α

– Βοήθεια από άλλο άτομο που δεν αμείβεται 1β

– Βοήθεια από άλλο άτομο που αμείβεται 1γ

– Βοήθεια στο πλαίσιο οργανωμένου προγράμματος 1δ

– Όχι, δεν μου παρέχεται καμία βοήθεια 2

– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PC3: Χρειάζεστε βοήθεια -ή περισσότερη βοήθεια από αυτή που ήδη λαμβάνετε- για κάποια από τις προαναφερθείσες δραστηριότητες;

– Ναι, τουλάχιστον, για μία από τις δραστηριότητες 1

– Όχι, δεν χρειάζομαι βοήθεια 2

– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

8. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΚΑΛΥΨΗ ΑΝΑΓΚΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

Σκεφτείτε καθημερινές ανάγκες σας, διαφορετικές από τις προηγούμενες, απαραίτητες, όμως, για την καθημερινή σας διαβίωση. Παρακάτω δίνεται λίστα δραστηριοτήτων που εξυπηρετούν αυτές τις ανάγκες. **Προσωρινά** προβλήματα υγείας δεν λαμβάνονται υπόψη.

HA1: Αντιμετωπίζετε, συνήθως, δυσκολία να κάνετε, χωρίς βοήθεια, κάποια από τις παρακάτω δραστηριότητες;

Δραστηριότητα	Καμία δυσκολία	Κάποια δυσκολία	Μεγάλη δυσκολία	Δεν μπορώ καθόλου	Δεν έχω προσπαθήσει ποτέ, δεν χρειάστηκε ποτέ να το κάνω (5)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(-1)
1. Προετοιμασία φαγητού – μαγείρεμα.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Χρήση τηλεφώνου.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αγορές αγαθών (ψώνια) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Λήψη φαρμάκων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ελαφριές οικιακές εργασίες (πλύσιμο πιάτων, σιδέρωμα, στρώσιμο κρεβατιού, φροντίδα παιδιών κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Περιστασιακές βαριές οικιακές εργασίες (καθάρισμα με ηλεκτρική σκούπα, καθάρισμα τζαμιών, περπάτημα με βαριές σακούλες για τουλάχιστον 5 λεπτά κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Διεκπεραίωση συνηθισμένων οικονομικών ζητημάτων (π.χ. πληρωμή λογαριασμών) και επικοινωνία με δημόσιες υπηρεσίες.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Εάν στο ερώτημα **HA1** έχει δοθεί απάντηση 2, 3, 4 για **μία, τουλάχιστον**, δραστηριότητα, να συνεχίσετε με το ερώτημα **HA2**, διαφορετικά να συνεχίσετε στην επόμενη ενότητα **9. ΠΟΝΟΣ** / ερώτημα **PN1**.

HA2: Σας παρέχεται, συνήθως, βοήθεια σε οποιαδήποτε από τις δραστηριότητες για τις οποίες αναφέρατε ότι αντιμετωπίζετε κάποιου βαθμού δυσκολία; (Η βοήθεια μπορεί να είναι από κάποιο άλλο άτομο, μηχανική βοήθεια ή να προκύπτει από προσαρμογή του χώρου στις ιδιαίτερες ανάγκες του ερευνημένου.)

- Ναι, σε μία, τουλάχιστον, δραστηριότητα 1
- Εάν η βοήθεια προέρχεται από άλλο άτομο, αυτή είναι:
(Δεκτές περισσότερες από μία απαντήσεις.)
- Βοήθεια από συγγενείς 1α
- Βοήθεια από άλλο άτομο που δεν αμείβεται 1β
- Βοήθεια από άλλο άτομο που αμείβεται 1γ
- Βοήθεια στο πλαίσιο οργανωμένου προγράμματος 1δ
- Όχι, δεν μου παρέχεται καμία βοήθεια 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

HA3: Χρειάζεστε βοήθεια -ή περισσότερη βοήθεια από αυτή που ήδη λαμβάνετε- για κάποια από τις προαναφερθείσες δραστηριότητες;

- Ναι, τουλάχιστον για μία από τις δραστηριότητες 1
- Όχι, δεν χρειάζομαι βοήθεια 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

9. ΠΟΝΟΣ

PN1: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων⁽²⁾ αισθανθήκατε, και εάν ναι σε ποιο βαθμό, σωματικό πόνο;

- Όχι, δεν αισθάνθηκα κανέναν πόνο 1 → Ενότητα 10
ερωτ. MH1
- Ναι, πολύ ήπιο 2
- Ναι, ήπιο 3
- Ναι, μέτριο 4
- Ναι, έντονο 5
- Ναι, πολύ έντονο 6
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PN2: Σε ποιο βαθμό, κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, ο πόνος που αισθανθήκατε επηρέασε ή παρεμπόδισε τις συνήθειες δραστηριοτήτες σας (στην εργασία, στο σπίτι, στο σχολείο, στον ελεύθερο χρόνο κ.λπ.);

- Καθόλου 1
- Λίγο 2
- Μέτρια 3
- Αρκετά 4
- Πάρα πολύ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

⁽²⁾ Ο χρόνος μετράει από την προηγούμενη ημέρα της έρευνας και για 4 εβδομάδες.

10. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

ΜΗ1: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων, πόσο συχνά αισθανόσαστε / είχατε:

	Καθόλου (1)	Αρκετές ημέρες (2)	Περισσότερες από τις μισές ημέρες (3)	Σχεδόν κάθε ημέρα (4)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1. Έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για οτιδήποτε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Μελαγχολία, κατάθλιψη ή απελπισία.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Διαταραχές στον ύπνο σας (αϋπνία, υπνηλία, υπερβολικές ώρες ύπνου)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Κόπωση / εξάντληση / έλλειψη ενεργητικότητας.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Αυξημένη ή μειωμένη όρεξη για φαγητό (απ' ότι συνήθως)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Απογοήτευση για τον εαυτό σας ή αίσθημα ενοχής ότι απογοητεύσατε τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Δυσκολία συγκέντρωσης σε κάτι που κάνετε (π.χ. στο διάβασμα εφημερίδας ή στην παρακολούθηση τηλεόρασης)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Να μιλάτε ή να κινείστε με τόσο αργό ρυθμό που να το αντιλαμβάνονται οι άνθρωποι γύρω σας / να είστε τόσο νευρικός και ανήσυχος που να βρίσκεστε σε διέγερση πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Σκέψεις να κάνετε κακό στον εαυτό σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

11. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ (ΜΕ ΔΙΑΝΥΚΤΕΡΕΥΣΗ Ή ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ)

Η ενότητα αφορά εισαγωγές σε νοσοκομεία, κλινικές, θεραπευτήρια, δημόσια και ιδιωτικά, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Ειδικότερα για γυναίκες, δεν θα συμπεριληφθεί ο χρόνος παραμονής σε νοσοκομείο ή κλινική, για τοκετό.

HO1A: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο / κλινική, ως ασθενής, για μία νύχτα ή περισσότερο; (Δεν περιλαμβάνονται οι επισκέψεις στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, στα Εξωτερικά Ιατρεία κ.λπ.)

- Ναι 1
– Όχι 2
– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1 } HO2A

HO1B: Συνολικά, πόσες ήταν οι διανυκτερεύσεις σας σε νοσοκομείο / κλινική κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών;

- Διανυκτερεύσεις
– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

HO2A: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο / κλινική για ημερήσια νοσηλεία, δηλαδή κάνατε εισαγωγή για διάγνωση, θεραπεία ή επέμβαση για ορισμένες μόνο ώρες και εξήλθατε την ίδια ημέρα;

- Ναι 1
– Όχι 2
– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1 } AM1

HO2B: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πόσες φορές κάνατε εισαγωγή για ημερήσια νοσηλεία;

- Αριθμός εισαγωγών
– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

12. ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ / ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Η ενότητα αφορά μόνο στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, δηλαδή:

- στην παροχή ιατρικής φροντίδας από ιατρούς όλων των ειδικοτήτων (γενικούς ιατρούς / παθολόγους, χειρουργούς, ψυχιάτρους, οδοντιάτρους / ορθοδοντικούς κ.λπ.) :
- στα ιδιωτικά τους ιατρεία,
 - στα Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείων, κλινικών, θεραπευτηρίων και λοιπών μονάδων υγείας,
 - στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών νοσοκομείων, κλινικών, θεραπευτηρίων και λοιπών μονάδων υγείας,
 - σε Κέντρα Υγείας, Περιφερειακά Ιατρεία, Πολυιατρεία Ασφαλιστικών Ταμείων,
 - στα απογευματινά ιατρεία του ΕΣΥ,
 - σε διαγνωστικά / απεικονιστικά κέντρα,
 - στην οικία του ασθενούς

ΚΑΙ

- στην παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, κατ' οίκον, από ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας (νοσηλεύτριες/τριες, επισκέπτες/τριες υγείας, μαίες κ.λπ.), στο πλαίσιο προγραμμάτων που παρέχουν φροντίδα σε άτομα τρίτης ηλικίας και άτομα που αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις ή προβλήματα υγείας. Περιλαμβάνεται και η κατ' οίκον μη ιατρονοσηλευτική φροντίδα η οποία παρέχεται και σχετίζεται με πρόβλημα υγείας ή την ηλικία.

A. ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΟΙ – ΟΡΘΟΔΟΝΤΙΚΟΙ

AM1: Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε οδοντίατρο / ορθοδοντικό για δικό σας πρόβλημα υγείας;

- Κατά τους τελευταίους 6 μήνες 1
- Από 6 έως 12 μήνες πριν 2
- Έναν χρόνο πριν ή περισσότερο 3
- Ποτέ 4
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

B. ΙΑΤΡΟΙ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΠΑΘΟΛΟΓΟΙ – ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΙ ΙΑΤΡΟΙ

Η ενότητα καταγράφει την επαφή με ιατρούς γενικής ιατρικής, παθολόγους ή τον οικογενειακό ιατρό, η οποία μπορεί να έχει πραγματοποιηθεί με το ιατρό, δια ζώσης σε ιατρείο (ιδιωτικό, Εξωτερικών Ιατρείων Νοσοκομείου, Κέντρου Υγείας κ.ά.) ή στην κατοικία, αλλά και τηλεφωνικά ή μέσω e-mail.

AM2: Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό γενικής ιατρικής, παθολόγο ή τον οικογενειακό σας ιατρό για δικό σας πρόβλημα υγείας;

- Κατά τους τελευταίους 12 μήνες 1
 - Έναν χρόνο πριν ή περισσότερο 2
 - Ποτέ 3
 - Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1
- } AM4

AM3: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, πόσες φορές επισκεφτήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό γενικής ιατρικής, παθολόγο ή τον οικογενειακό σας ιατρό, για δικό σας πρόβλημα υγείας;

- Αριθμός επισκέψεων / συμβουλών
- (Εάν δεν συμβουλευτήκατε / επισκεφτήκατε ιατρό, να σημειωθεί 00 στο χτένι.)
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

Γ. ΙΑΤΡΟΙ ΑΛΛΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ – ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΙ

Η ενότητα ερωτήσεων αφορά στην επαφή με ιατρούς όλων των άλλων ειδικοτήτων, συμπεριλαμβανομένων των χειρουργών, η οποία μπορεί να έχει πραγματοποιηθεί με τον ιατρό κατ' ιδίαν, αλλά και τηλεφωνικά ή μέσω e-mail.

ΠΡΟΣΟΧΗ! Για να μην υπάρξει αλληλοεπικάλυψη με προηγούμενα ερωτήματα, δεν θα συμπεριληφθούν εδώ οι υπηρεσίες που παρασχέθηκαν από γενικούς ιατρούς, παθολόγους και οδοντιάτρους / ορθοδοντικούς, ενώ οι ψυχίατροι θα συμπεριληφθούν και εδώ και στο ερώτημα AM6B για τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας.

AM4: Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφτήκατε σε ιατρείο (ιδιωτικό, εξωτερικών ιατρείων Νοσοκομείου, Κέντρου Υγείας κ.ά.), ήρθε στο σπίτι σας ή συμβουλευτήκατε τηλεφωνικά ή μέσω e-mail ιατρό άλλης ειδικότητας για ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες ή χειρουργό, για δικό σας πρόβλημα υγείας;

- Κατά τους τελευταίους 12 μήνες 1
 - Έναν χρόνο πριν ή περισσότερο 2
 - Ποτέ 3
 - Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1
- } AM6A

AM5: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, πόσες φορές επισκεφτήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό για ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες ή χειρουργό, για δικό σας πρόβλημα υγείας;

- Αριθμός επισκέψεων / συμβουλών
- (Εάν δεν συμβουλευτήκατε / επισκεφτήκατε ειδικευμένο ιατρό ή χειρουργό, να σημειωθεί 00 στο χτένι.)
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

**Δ. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ – ΨΥΧΟΛΟΓΟΙ ΚΑΙ ΑΛΛΟΙ
ΕΙΔΙΚΟΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ – ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΚΑΤ’ ΟΙΚΟΝ**

Η ενότητα καταγράφει τη χρήση υπηρεσιών αποκατάστασης που παρέχονται από φυσικοθεραπευτές/τριες, κινησιοθεραπευτές/τριες, χειροπράκτες/τριες, οστεοπαθητικούς κ.λπ., τις επισκέψεις σε ειδικούς ψυχικής υγείας (ψυχιάτρους, ψυχολόγους κ.ά.), καθώς και τη χρήση υπηρεσιών κατ’ οίκον που παρέχονται σε άτομα με προβλήματα υγείας και ηλικιωμένους.

AM6A: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφτήκατε φυσικοθεραπευτή/τρια, κινησιοθεραπευτή/τρια, χειροπράκτη/τρια ή οστεοπαθητικό, για δικό σας πρόβλημα υγείας;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

AM6B: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, επισκεφτήκατε ψυχολόγο, ψυχίατρο ή ψυχοθεραπευτή/τρια, για δικό σας πρόβλημα υγείας;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

Το ερώτημα που ακολουθεί αφορά στην παροχή φροντίδας υγείας (νοσηλευτική ή άλλη) κατ’ οίκον σε άτομα τρίτης ηλικίας ή άτομα που αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις ή προβλήματα υγείας, από επαγγελματίες υγείας ή κοινωνικούς λειτουργούς.

AM7: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, χρησιμοποιήσατε οποιαδήποτε υπηρεσία φροντίδας (νοσηλευτική ή άλλη) κατ’ οίκον για δικό σας πρόβλημα υγείας;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

13. ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ (με ή χωρίς συνταγή ιατρού ή οδοντίατρου)

Η ενότητα αφορά στη λήψη φαρμάκων, συνταγογραφούμενων ή μη, που είτε λήφθηκαν κατόπιν γραπτής συνταγής ιατρού είτε συστήθηκαν από ιατρό προφορικά είτε, ακόμη, λήφθηκαν με πρωτοβουλία του ερευνημένου.

MD1: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων, λάβατε φάρμακα που σας χορηγήθηκαν με γραπτή συνταγή ιατρού; Για γυναίκες, να εξαιρεθούν τα αντισυλληπτικά χάπια και τυχόν άλλες ορμόνες που χρησιμοποιούνται μόνο για αντισύλληψη. Θετική απάντηση θα καταχωριστεί και για μη συνταγογραφούμενα σκευάσματα που έχουν συστηθεί με γραπτή συνταγή, καθώς και για φάρμακα που χρησιμοποιήθηκαν τις τελευταίες 2 εβδομάδες αλλά έχουν συνταγογραφηθεί παλαιότερα.

– Ναι 1

Ειδικότερα:

– Ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα 1.1

– Όχι 2

– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

MD2: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 εβδομάδων, λάβατε φάρμακα, φυτικά σκευάσματα, συμπληρώματα διατροφής ή βιταμίνες που σας δόθηκαν χωρίς γραπτή συνταγή ιατρού; (Χωρίς γραπτή συνταγή σημαίνει ότι λάβατε φάρμακα, φυτικά σκευάσματα ή βιταμίνες με δική σας πρωτοβουλία ή κατόπιν προφορικής σύστασης από ιατρό, ανεξάρτητα εάν αυτά είναι συνταγογραφούμενα ή μη.)

– Ναι 1

Συγκεκριμένα:

• Φάρμακα 1.1

Ειδικότερα:

– Ηρεμιστικά ή υπνωτικά φάρμακα 1.1.1

– Αντιβιοτικά 1.1.2

• Φυτικά σκευάσματα, συμπληρώματα διατροφής, βιταμίνες ή άλλα σκευάσματα . 1.2

– Όχι 2

– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

14. ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ

ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ

PA1: Πότε ήταν η τελευταία φορά που εμβολιαστήκατε κατά της γρίπης;

- Κατά τη διάρκεια του 2019 μήνας
- Κατά τη διάρκεια του 2018 μήνας
- Πάρα πολύ παλιά (πριν τις 31/12/2017) 1
- Ποτέ 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΙΟ ΤΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΩΝ ΚΟΝΔΥΛΩΜΑΤΩΝ (HPV)

PA1A: Έχετε εμβολιαστεί κατά του ιού των ανθρώπινων κονδυλωμάτων;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ

PA2: Πότε ήταν η τελευταία φορά που μετρήθηκε η αρτηριακή σας πίεση από επαγγελματία υγείας (ιατρό, νοσηλεύτη, φαρμακοποιό, διατροφολόγο, φυσικοθεραπευτή κ.λπ.);

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών 1
- Από 1 έως λιγότερο από 3 έτη πριν 2
- Από 3 έως λιγότερο από 5 έτη πριν 3
- Τουλάχιστον 5 έτη πριν 4
- Ποτέ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

ΜΕΤΡΗΣΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ (χοληστερίνης)

PA3: Πότε ήταν η τελευταία φορά που υποβλήθήκατε σε εξέταση χοληστερόλης αίματος;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών 1
- Από 1 έως λιγότερο από 3 έτη πριν 2
- Από 3 έως λιγότερο από 5 έτη πριν 3
- Τουλάχιστον 5 έτη πριν 4
- Ποτέ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

ΜΕΤΡΗΣΗ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ (σάκχαρο στο αίμα)

PA4: Πότε ήταν η τελευταία φορά που υποβλήθήκατε σε εξέταση σακχάρου στο αίμα από επαγγελματία υγείας;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών 1
- Από 1 έως λιγότερο από 3 έτη πριν 2
- Από 3 έως λιγότερο από 5 έτη πριν 3
- Τουλάχιστον 5 έτη πριν 4
- Ποτέ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΟΠΡΑΝΩΝ ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ (εξέταση Mayer)

PA5: Πότε ήταν η τελευταία φορά που υποβλήθήκατε σε εξέταση κοπράνων για ανίχνευση αιμοσφαιρίνης (εξέταση Mayer);

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών 1
- Από 1 έως λιγότερο από 2 έτη πριν 2
- Από 2 έως λιγότερο από 3 έτη πριν 3
- Τουλάχιστον 3 έτη πριν 4
- Ποτέ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

ΚΟΛΟΝΟΣΚΟΠΗΣΗ

PA6: Πότε ήταν η τελευταία φορά που υποβλήθήκατε σε εξέταση κολonosκόπησης;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών 1
- Από 1 έως λιγότερο από 5 έτη πριν 2
- Από 5 έως λιγότερο από 10 έτη πριν 3
- Τουλάχιστον 10 έτη πριν 4
- Ποτέ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Τα ερωτήματα που ακολουθούν αφορούν γυναίκες. Εάν ο ερευνώμενος είναι άνδρας, να συνεχίσετε με το ερώτημα PA9.

ΜΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑ

PA7: Πότε ήταν η τελευταία φορά που κάνατε μαστογραφία;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών 1
- Από 1 έως λιγότερο από 2 έτη πριν 2
- Από 2 έως λιγότερο από 3 έτη πριν 3
- Τουλάχιστον 3 έτη πριν 4
- Ποτέ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΤΑ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ (Τεστ Παπ)

PA8: Πότε ήταν η τελευταία φορά που υποβλήθήκατε σε εξέταση Τεστ - Παπ ;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών 1
- Από 1 έως λιγότερο από 2 έτη πριν 2
- Από 2 έως λιγότερο από 3 έτη πριν 3
- Τουλάχιστον 3 έτη πριν 4
- Ποτέ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Το ερώτημα που ακολουθεί αφορά άνδρες. Για γυναίκες, να συνεχίσετε με την ενότητα 15, ερώτημα UN1.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΣΤΑΤΗ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ PSA

PA9: Πότε ήταν η τελευταία φορά που υποβλήθήκατε σε κλινική ή άλλη (μέτρηση PSA στο αίμα, υπέρηχο, βιοψία) εξέταση για τον προστάτη;

- Εντός των τελευταίων 12 μηνών 1
- Από 1 έως λιγότερο από 2 έτη πριν 2
- Από 2 έως λιγότερο από 3 έτη πριν 3
- Τουλάχιστον 3 έτη πριν 4
- Ποτέ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

15. ΑΝΑΓΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΛΥΦΘΗΚΑΝ

UN1: Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου, για κάποιον από τους παρακάτω λόγους;

Λόγοι καθυστέρησης ή μη λήψης	Ναι, καθυστέρησα (1)	Ναι, δεν έλαβα καθόλου (2)	Όχι (3)	Δεν υπήρξε ανάγκη ιατρονοσηλευτικής φροντίδας (4)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1. Μεγάλος χρόνος αναμονής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Μεγάλη απόσταση ή προβλήματα στη μετακίνηση.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Έλλειψη ή μη διαθεσιμότητα της σχετικής υπηρεσίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Οικονομική επιβάρυνση ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

UN2: Κατά τους τελευταίους 12 μήνες, υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε κάποια/ες από τις παρακάτω υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν είχατε τη δυνατότητα να ανταποκριθείτε οικονομικά;

Υπηρεσίες υγείας	Ναι (1)	Όχι (2)	Δεν υπήρξε ανάγκη χρήσης υπηρεσιών υγείας (3)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1. Ιατρική φροντίδα ⁽³⁾ ή θεραπεία (περιλαμβάνονται και οι υπηρεσίες ομοιοπαθητικών, βελονιστών κ.λπ.) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Οδοντιατρική φροντίδα ή θεραπεία.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Αγορά φαρμάκων που έχουν συστηθεί από ιατρό .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Υπηρεσίες φροντίδας ψυχικής υγείας (από ψυχολόγο ή ψυχίατρο)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Αγορά τεχνικών βοηθημάτων ή ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽³⁾ Ιατρική φροντίδα: περιλαμβάνονται νοσηλεία, εργαστηριακές και κλινικές εξετάσεις.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

16. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΠΛΑΣΗ

BM1: Ποιο είναι το ύψος σας (χωρίς παπούτσια);

- Ύψος εκατοστά
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

BM2: Ποιο είναι το βάρος σας (χωρίς ρούχα και παπούτσια);

- Βάρος κιλά
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

17. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ – ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Η ενότητα περιλαμβάνει ερωτήματα που αφορούν στον χρόνο που αφιερώνεται μία τυπική εβδομάδα, στις καθημερινές ασχολίες.

Οι ερευνώμενοι θα πρέπει να απαντήσουν για την κύρια ασχολία τους, αμειβόμενη ή μη. Όσοι εργάζονται και κάνουν περισσότερες από μία εργασίες, να τις λάβουν όλες υπόψη τους και να δώσουν μόνο μία απάντηση.

PE1: Σκεφτείτε την κύρια εργασία σας ή –εάν δεν εργάζεστε– τις καθημερινές σας ασχολίες. Τι από τα παρακάτω περιγράφει καλύτερα αυτό που κάνετε;

- Κυρίως κάθεστε ή στέκεστε 1
- Κυρίως περπατάτε ή κάνετε εργασίες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια 2
- Κυρίως κάνετε βαριές εργασίες που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια ... 3
- Δεν έχω καμία ασχολία 4
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

Τα ερωτήματα PE2 – PE5 που ακολουθούν αφορούν στους τρόπους με τους οποίους συνήθως μετακινείστε για να πάτε κάπου, για παράδειγμα, στην εργασία, στον χώρο εκπαίδευσης, στο σουπερ μάρκετ ή στην αγορά κ.λπ.

PE2: Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης εβδομάδας, πόσες ημέρες περπατάτε συνεχόμενα για τουλάχιστον 10 λεπτά, για να πάτε κάπου ή και να επιστρέψετε;

- Αριθμός ημερών
 - Ποτέ δεν μετακινούμαι για 10 συνεχόμενα λεπτά 0
 - Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1
- } PE4

PE3: Κατά τη διάρκεια της ημέρας ή των ημερών που προαναφέρατε, πόσος είναι ο χρόνος που περπατάτε για να πάτε κάπου ή και να επιστρέψετε;

- 10 έως 29 λεπτά την ημέρα 1
- 30 έως 59 λεπτά την ημέρα 2
- Από 1 έως λιγότερο από 2 ώρες την ημέρα 3
- Από 2 έως λιγότερο από 3 ώρες την ημέρα 4
- 3 ή περισσότερες ώρες την ημέρα 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PE4: Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης εβδομάδας, πόσες ημέρες κάνετε ποδήλατο συνεχόμενα για, τουλάχιστον, 10 λεπτά, για να πάτε κάπου ή και να επιστρέψετε;

- Αριθμός ημερών 0
 - Ποτέ δεν μετακινούμαι με ποδήλατο για 10 συνεχόμενα λεπτά 0
 - Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1
- } PE6

PE5: Κατά τη διάρκεια της ημέρας ή των ημερών που προαναφέρατε, πόσος είναι ο χρόνος που κάνετε ποδήλατο, για να πάτε κάπου ή και να επιστρέψετε;

- 10 έως 29 λεπτά την ημέρα 1
- 30 έως 59 λεπτά την ημέρα 2
- Από 1 έως λιγότερο από 2 ώρες την ημέρα 3
- Από 2 έως λιγότερο από 3 ώρες την ημέρα 4
- 3 ή περισσότερες ώρες την ημέρα 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PE6: Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης εβδομάδας, πόσες ημέρες κάνετε αθλητισμό, γυμναστική ή ψυχαγωγικές ασκήσεις συνεχόμενα για, τουλάχιστον, 10 λεπτά, με συνέπεια, τουλάχιστον, να λαχανιάσετε; (Παραδείγματα τέτοιων ασκήσεων είναι: γρήγορο περπάτημα, ποδηλασία, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, τζόκινγκ, κολύμβηση, κωπηλασία κ.λπ.)

- Αριθμός ημερών 0
 - Ποτέ δεν κάνω αθλητισμό, γυμναστική ή ψυχαγωγικές ασκήσεις 0
 - Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1
- } PE8

PE7: Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης εβδομάδας, συνολικά πόσο χρόνο αφιερώνετε για αθλητισμό, γυμναστική ή ψυχαγωγικές φυσικές δραστηριότητες;

- Χρόνος ανά εβδομάδα ώρες λεπτά
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PE8: Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης εβδομάδας, πόσες ημέρες κάνετε ασκήσεις ειδικά σχεδιασμένες για την ενδυνάμωση των μυών, όπως ασκήσεις αντοχής ή δύναμης;

- Αριθμός ημερών 0
- Ποτέ δεν κάνω τέτοιες ασκήσεις 0
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

PE9: Κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας, πόσο χρόνο κάθεστε ή είστε ξαπλωμένος/η; (Δεν περιλαμβάνεται ο χρόνος κατά τον οποίο κοιμάστε.)

- Λιγότερες από 4 ώρες την ημέρα 1
- 4 έως λιγότερες από 6 ώρες την ημέρα 2
- 6 έως λιγότερες από 8 ώρες την ημέρα 3
- 8 έως λιγότερες από 10 ώρες την ημέρα 4
- 10 έως λιγότερες από 12 ώρες την ημέρα 5
- 12 ή περισσότερες ώρες την ημέρα 6
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

18. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

DH1: Πόσο συχνά καταναλώνετε φρούτα; Εξαιρούνται οι χυμοί φρούτων κάθε είδους, φυσικοί ή μη.

- Μία ή περισσότερες φορές την ημέρα 1
 - 4 έως 6 φορές την εβδομάδα 2
 - 1 έως 3 φορές την εβδομάδα 3
 - Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα 4
 - Ποτέ 5
 - Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1
- } → DH3

DH2: Πόσες μερίδες φρούτων καταναλώνετε καθημερινά; Εξαιρούνται οι χυμοί φρούτων κάθε είδους, φυσικοί ή μη. Μία μερίδα φρούτων είναι κατά προσέγγιση η ποσότητα φρούτων που χωράει στην παλάμη μας.

- Αριθμός μερίδων
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

DH3: Πόσο συχνά καταναλώνετε:

	Μία ή περισσότερες φορές την ημέρα (1)	4 – 6 φορές την εβδομάδα (2)	1 – 3 φορές την εβδομάδα (3)	Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα (4)	Ποτέ (5)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1. Λαχανικά ή σαλάτες; Εξαιρουμένων των χυμών λαχανικών, των πατατών και των οσπρίων.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Όσπρια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Στο ερώτημα DH4 απαντούν **μόνο** όσοι καταναλώνουν μία ή περισσότερες φορές την ημέρα λαχανικά / σαλάτες ή όσπρια. Οι υπόλοιποι συνεχίζουν με το ερώτημα DH5.

DH4: Πόσες μερίδες (1) λαχανικά ή σαλάτες και (2) όσπρια καταναλώνετε καθημερινά;

Μία μερίδα λαχανικών μπορεί να είναι: μία μεσαία ντομάτα ή επτά ντοματίνια, δύο μίσχοι μπρόκολου, τέσσερις γεμάτες κουταλιές λάχανο ή σπανάκι, τέσσερις γεμάτες κουταλιές μαγειρεμένα πράσινα φασολάκια ή κολοκύθια, 2 καρότα.

Μία μερίδα όσπρια μπορεί να είναι: τρεις γεμάτες κουταλιές ρεβίθια ή φασόλια ξερά ή ένα φλιτζάνι μαγειρεμένα στραγγισμένα όσπρια κ.λπ.

	Αριθμός μερίδων	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος /η, δεν απαντώ (-1)
1. Λαχανικά ή σαλάτες; Εξαιρούνται οι χυμοί λαχανικών, οι πατάτες και τα όσπρια.	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Όσπρια;	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

DH5: Πόσο συχνά καταναλώνετε 100% φυσικούς χυμούς φρούτων ή λαχανικών (από φρέσκα ή κατεψυγμένα φρούτα και λαχανικά); Εξαιρούνται οι συμπυκνωμένοι χυμοί φρούτων ή λαχανικών και οι χυμοί με προσθήκη ζάχαρης.

- Μία ή περισσότερες φορές την ημέρα 1
- 4 έως 6 φορές την εβδομάδα 2
- 1 έως 3 φορές την εβδομάδα 3
- Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα 4
- Ποτέ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

DH6: Πόσο συχνά καταναλώνετε αναψυκτικά που περιέχουν ζάχαρη (π.χ. λεμονάδα, πορτοκαλάδα, αναψυκτικό τύπου cola κ.ά.); Εξαιρούνται τα διαιτητικά, τα light ή με τεχνητά γλυκαντικά αναψυκτικά.

- Μία ή περισσότερες φορές την ημέρα 1
- 4 έως 6 φορές την εβδομάδα 2
- 1 έως 3 φορές την εβδομάδα 3
- Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα 4
- Ποτέ 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

DH7: Πόσο συχνά καταναλώνετε:

	Μία ή περισσότερες φορές την ημέρα (1)	4 – 6 φορές την εβδομάδα (2)	1 – 3 φορές την εβδομάδα (3)	Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα (4)	Ποτέ (5)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1. Μη επεξεργασμένα δημητριακά (όπως ψωμί ολικής άλεσης, ζυμαρικά ολικής άλεσης, καστανό ρύζι κ.λπ.). Δεν περιλαμβάνονται τα επεξεργασμένα και λευκά δημητριακά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά (τυρί, γιαούρτι, γάλα πλήρες)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Κόκκινο κρέας και προϊόντα του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Πουλερικά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ψάρια και θαλασσινά	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ελαιόλαδο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Πατάτες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Στο ερώτημα DH8 απαντούν **μόνο** όσοι καταναλώνουν μία ή περισσότερες φορές την ημέρα τρόφιμα, από μία τουλάχιστον, από τις κατηγορίες 1 έως και 4.

Οι υπόλοιποι συνεχίζουν με:

- το ερώτημα DH9, εφόσον υπάρχουν στο νοικοκυριό παιδιά ηλικίας μικρότερης των τριών (3) ετών ή
- την ενότητα 19. ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ.

DH8: Πόσες μερίδες καταναλώνετε καθημερινά από:

	Αριθμός μερίδων	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος /η, δεν απαντώ (-1)
1. Μη επεξεργασμένα δημητριακά (όπως ψωμί ολικής άλεσης, ζυμαρικά ολικής άλεσης, καστανό ρύζι κ.λπ.). Δεν περιλαμβάνονται τα επεξεργασμένα και λευκά δημητριακά; <i>1 μερίδα ισοδυναμεί με 1 φέτα ψωμί, 2 φρυγανιές, μισό φλιτζάνι ρύζι / ζυμαρικά</i>	□ □	<input type="checkbox"/>
2. Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά (τυρί, γιαούρτι, γάλα πλήρες); <i>1 μερίδα ισοδυναμεί με 1 φλιτζάνι γάλα, 1 κεσεδάκι γιαούρτι, 30gr τυρί (όσο 1 σπιρτόκουτο)</i>	□ □	<input type="checkbox"/>
3. Κόκκινο κρέας και προϊόντα του; <i>1 μερίδα ισοδυναμεί με 120 - 150 gr μαγειρεμένο κρέας</i>	□ □	<input type="checkbox"/>
4. Πουλερικά; <i>1 μερίδα ισοδυναμεί με 120 -150 gr μαγειρεμένα πουλερικά . . .</i>	□ □	<input type="checkbox"/>

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Το ερώτημα που ακολουθεί αφορά μόνο γονείς με παιδιά ηλικίας μικρότερης των τριών (3) ετών. Εάν υπάρχουν περισσότερα από ένα παιδιά αυτής της ηλικίας στο σπίτι, τα ερωτήματα θα απαντώνται για το μεγαλύτερο παιδί.

DH9: Το παιδί σας θήλασε;

- Όχι, ήπια εξαρχής μόνο υποκατάστατο μητρικού γάλακτος 1
- Θήλασε αλλά εξαρχής με μεικτό τρόπο (μητρικό γάλα και ξένο γάλα) 2
- Θήλασε αποκλειστικά με μητρικό γάλα :
- για λιγότερους από 2 μήνες 3
- για 2 - 3 μήνες 4
- για 4 - 5 μήνες 5
- για 6 μήνες ή περισσότερο 6
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

19. ΧΡΗΣΗ ΚΑΠΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΑΦΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

SK1: Καταναλώνετε κάποια από τα παρακάτω προϊόντα και εάν ναι, με ποια συχνότητα;

Δεκτές περισσότερες από μία θετικές απαντήσεις.

	Ναι, καθημερινά (1)	Ναι, περιστασιακά, και στο παρελθόν είχα κάνει καθημερινή χρήση για τουλάχιστον 1 χρόνο (2)	Ναι, περιστασιακά, και στο παρελθόν δεν είχα κάνει καθημερινή χρήση για τουλάχιστον 1 χρόνο (3)	Καταναλώνω (κάπνιζα) παλαιότερα καθημερινά για τουλάχιστον 1 χρόνο (4)	Καταναλώνω (κάπνιζα) παλαιότερα καθημερινά, και για λιγότερο από 1 χρόνο (5)	Όχι, ποτέ (6)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1. Τσιγάρα (από πακέτο) ή καπνό για στριφτό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Εάν «ΝΑΙ, καθημερινά»:							
– Αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα <input type="text"/> <input type="text"/>							
– Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ	<input type="checkbox"/>						
2. Καπνό για πίπα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Πούρα ή πουράκια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Νέα προϊόντα καπνού (π.χ. θερμαινόμενα)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Καπνός μάσησης / λήψης από τη μύτη, φυτικά προϊόντα για κάπνισμα (χωρίς καπνό), ναργιλέ ή άλλα προϊόντα, προσδιορίστε:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

- Όσοι σε ένα τουλάχιστον από τα προϊόντα έχουν δώσει απάντηση (1) ή (2) ή (4) συνεχίζουν με το ερώτημα SK2.
- Για όλους του υπόλοιπους συνδυασμούς στα προϊόντα 1 – 5 συνεχίζετε με το ερώτημα SK3.

SK2: Πόσα χρόνια κάνετε καθημερινή ή σχεδόν καθημερινή χρήση; Αν δεν θυμάστε ακριβώς παρακαλώ δώστε αριθμό ετών κατά προσέγγιση.

- Αριθμός ετών
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ

SK3: Ατμίζετε ηλεκτρονικό τσιγάρο ή άλλη παρόμοια ηλεκτρονική συσκευή;

- Ναι, καθημερινά
- Ναι, περιστασιακά, και στο παρελθόν είχα κάνει καθημερινή χρήση για τουλάχιστον 1 χρόνο
- Ναι, περιστασιακά, και στο παρελθόν δεν είχα κάνει καθημερινή χρήση για τουλάχιστον 1 χρόνο
- Άτμιζα παλαιότερα καθημερινά για τουλάχιστον 1 χρόνο
- Άτμιζα παλαιότερα καθημερινά, και για λιγότερο από 1 χρόνο
- Όχι, ποτέ
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Όσοι σε **όλα** τα προϊόντα του SK1 **και** στο SK3 έχουν δώσει απάντηση 6 «όχι, ποτέ» συνεχίζουν με το ερώτημα SK5. Όλοι οι υπόλοιποι συνεχίζουν με τα ερωτήματα SK4, SK4A, SK4B.

SK4: Σε ποια ηλικία ξεκινήσατε να κάνετε χρήση καπνού και συναφών προϊόντων (συμπεριλαμβανομένου του ηλεκτρονικού τσιγάρου);

- Κάτω των 10 ετών 1
- 10 έως 14 ετών 2
- 15 έως 18 ετών 3
- 19 έως 25 ετών 4
- Άνω 25 ετών 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

SK4A: Έχετε δοκιμάσει κάποια από τις παρακάτω μεθόδους διακοπής χρήσης;

Δεκτές περισσότερες από μία θετικές απαντήσεις.

- Ιατρεία διακοπής 1
- Συμβουλευτική / επαγγελματική ψυχολογική υποστήριξη 2
- Φαρμακευτικά προϊόντα (τσιγάρα, επιθέματα νικοτίνης κ.λπ.) 3
- Ατομική προσπάθεια 4
- Άλλη, προσδιορίστε: _____ 5
- Δεν έχω δοκιμάσει καμία μέθοδο διακοπής 6 → SK4B
- Δεν απαντώ -1 → SK5

SK4B: Προτίθεστε να δοκιμάσετε κάποια μέθοδο διακοπής;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

SK5: Πόσο συχνά εκτίθεστε στην παθητική χρήση καπνού σε κλειστό χώρο (στον χώρο εργασίας σας, μέσα στο σπίτι σας, σε δημόσιους χώρους, εστιατόρια ή σε αυτοκίνητο ή μέσα μαζικής μεταφοράς κ.ά.);

	Καθημερινά, μία ή και περισσότερες ώρες την ημέρα (1)	Καθημερινά, λιγότερο από μία ώρα την ημέρα (2)	Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, αλλά όχι κάθε ημέρα (3)	Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα (4)	Ποτέ ή σχεδόν ποτέ (5)	Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ (-1)
1. Στον χώρο εργασίας (για όσους δεν εργάζονται δεν θα δίνεται απάντηση).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Στην κατοικία σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Σε άλλο χώρο (καφέ-μπαρ, εστιατόρια, δημόσιες υπηρεσίες, δημόσιους κλειστούς χώρους, αυτοκίνητο / μέσα μαζικής μεταφοράς κ.ά.) ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SK5A: Κατά τη διάρκεια του τελευταίου εξαμήνου, εάν επισκεφτήκατε καφέ / μπαρ κλειστού χώρου αντιληφθήκατε να καταναλώνουν καπνό ή συναφή προϊόντα (συμπεριλαμβανομένου του ηλεκτρονικού τσιγάρου) άλλοι γύρω σας;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν επισκέφτηκα καφέ / μπαρ κλειστού χώρου το τελευταίο εξάμηνο 3
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

SK5B: Κατά τη διάρκεια του τελευταίου εξαμήνου, εάν επισκεφτήκατε εστιατόριο / ταβέρνα κλειστού χώρου αντιληφθήκατε να καταναλώνουν καπνό ή συναφή προϊόντα (συμπεριλαμβανομένου του ηλεκτρονικού τσιγάρου) άλλοι γύρω σας;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν επισκέφτηκα εστιατόριο / ταβέρνα κλειστού χώρου το τελευταίο εξάμηνο . . . 3
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

SK5C: Κατά τη διάρκεια του τελευταίου εξαμήνου, εάν επισκεφτήκατε δημόσια υπηρεσία, αντιληφθήκατε να καταναλώνουν καπνό ή συναφή προϊόντα (συμπεριλαμβανομένου του ηλεκτρονικού τσιγάρου) άλλοι γύρω σας;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν επισκέφτηκα δημόσια υπηρεσία το τελευταίο εξάμηνο 3
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

20. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

Η ενότητα αφορά στην κατανάλωση αλκοολούχων ποτών κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών.

AL1: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά, οποιουδήποτε είδους (μπύρα, κρασί, ουίσκι, λικέρ, ούζο, τσίπουρο, ρακί, σπιτικά ποτά ή άλλα);

- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά 1
- 5 έως 6 ημέρες την εβδομάδα 2
- 3 έως 4 ημέρες την εβδομάδα 3
- 1 έως 2 ημέρες την εβδομάδα 4
- 2 έως 3 ημέρες τον μήνα 5
- 1 φορά τον μήνα 6
- Λιγότερο από 12 φορές τον χρόνο 7
- Ποτέ κατά τους τελευταίους 12 μήνες, καθώς δεν καταναλώνω πλέον αλκοόλ . . . 8
- Ποτέ ή μόνο μερικές γουλιές ή δοκιμές, σε ολόκληρη τη ζωή μου 9
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

→ AL6

→ ΕΝΟΤΗΤΑ 21
Ερωτ. SS1

AL2: Σκεφτείτε τις ημέρες της εβδομάδας, Δευτέρα έως και Πέμπτη. Για πόσες από αυτές τις 4 ημέρες καταναλώνετε συνήθως αλκοολούχα ποτά;

- Και τις τέσσερις ημέρες 1
- 3 από τις 4 ημέρες 2
- 2 από τις 4 ημέρες 3
- 1 από τις 4 ημέρες 4
- Καμία από τις 4 ημέρες 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

→ AL4

AL3: Από Δευτέρα έως και Πέμπτη, πόσα αλκοολούχα ποτά κατά μέσο όρο καταναλώνετε για κάθε μία από αυτές τις ημέρες;

- 16 ή περισσότερα ποτά την ημέρα 1
- 10 έως 15 ποτά την ημέρα 2
- 6 έως 9 ποτά την ημέρα 3
- 4 έως 5 ποτά την ημέρα 4
- 3 ποτά την ημέρα 5
- 2 ποτά την ημέρα 6
- 1 ποτό την ημέρα 7
- Κανένα ποτό την ημέρα 8
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

AL4: Σκεφτείτε τις ημέρες της εβδομάδας, Παρασκευή έως και Κυριακή. Για πόσες από αυτές τις 3 ημέρες καταναλώνετε συνήθως αλκοολούχα ποτά;

- Και τις 3 ημέρες 1
 - 2 από τις 3 ημέρες 2
 - 1 από τις 3 ημέρες 3
 - Καμία από τις 3 ημέρες 4
 - Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1
- } → AL6

AL5: Από Παρασκευή έως και Κυριακή, πόσα αλκοολούχα ποτά κατά μέσο όρο καταναλώνετε για κάθε μία από αυτές τις ημέρες;

- 16 ή περισσότερα ποτά την ημέρα 1
- 10 έως 15 ποτά την ημέρα 2
- 6 έως 9 ποτά την ημέρα 3
- 4 έως 5 ποτά την ημέρα 4
- 3 ποτά την ημέρα 5
- 2 ποτά την ημέρα 6
- 1 ποτό την ημέρα 7
- Κανένα ποτό την ημέρα 8
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

AL6: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, πόσο συχνά καταναλώνετε 6 ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μία περίπτωση (π.χ. σε πάρτι, σε γεύμα, σε βραδινή έξοδο με φίλους ή μόνος/η στο σπίτι);

- Καθημερινά ή σχεδόν καθημερινά 1
 - 5 έως 6 ημέρες την εβδομάδα 2
 - 3 έως 4 ημέρες την εβδομάδα 3
 - 1 έως 2 ημέρες την εβδομάδα 4
 - 2 έως 3 ημέρες τον μήνα 5
 - 1 φορά τον μήνα 6
 - Λιγότερο από 12 φορές τον χρόνο 7
 - Ποτέ κατά τους τελευταίους 12 μήνες 8
 - Ποτέ σε ολόκληρη τη ζωή μου 9
 - Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1
- } ENOHTHTA 21
Ερωτ. SS1

AL7: Αναφέρατε ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών, καταναλώσατε 6 ή περισσότερα αλκοολούχα ποτά σε μία περίπτωση. Χρειάστηκε μετά να οδηγήσετε αυτοκίνητο, μηχανή, ποδήλατο ή άλλο όχημα το οποίο θα μπορούσε να προκαλέσει τραυματισμό (σε εσάς ή σε άλλους) ή να χειριστείτε κάποιο μηχάνημα;

- Ναι, οδήγησα / χειρίστηκα μηχάνημα 1
- Ναι, αλλά δεν οδήγησα / χειρίστηκα μηχάνημα 2
- Όχι, δεν χρειάστηκε 3
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/ή, δεν απαντώ -1

21. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑ

Οι ερωτήσεις της ενότητας αφορούν στις κοινωνικές σχέσεις.

Α. ΛΗΨΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Η ενότητα αφορά στη λήψη στήριξης και βοήθειας από άλλα άτομα.

SS1: Εάν αντιμετωπίσετε σοβαρά προσωπικά προβλήματα, σε πόσους ανθρώπους, από αυτούς που αισθάνεστε πολύ κοντά σας, θα μπορούσατε να βασιστείτε;

- Σε κανέναν 1
- Σε 1 ή 2 2
- Σε 3 έως 5 3
- Σε 6 ή περισσότερους 4
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/ή, δεν απαντώ -1

SS2: Πόσο θετικά συμπεριφέρονται οι άνθρωποι που συναναστρέφεστε τις καθημερινές δραστηριότητές σας;

- Δείχνουν πολύ ενδιαφέρον 1
- Δείχνουν αρκετό ενδιαφέρον 2
- Δείχνουν ούτε λίγο / ούτε πολύ ενδιαφέρον. Εξαρτάται από την κατάσταση 3
- Δείχνουν ελάχιστο ενδιαφέρον 4
- Δεν δείχνουν κανένα ενδιαφέρον 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/ή, δεν απαντώ -1

SS3: Πόσο εύκολο είναι να λάβετε βοήθεια σε προσωπικό επίπεδο (συμβουλή, φροντίδα, παροχή σε είδος, οικονομική βοήθεια ή άλλη) από γείτονες, εάν τη χρειαστείτε;

- Πολύ εύκολο 1
- Εύκολο 2
- Πιθανό 3
- Δύσκολο 4
- Πολύ δύσκολο 5
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/ή, δεν απαντώ -1

Β. ΠΑΡΟΧΗ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η ενότητα αφορά στην παροχή φροντίδας ή στήριξης από τον ερευνώμενο σε άλλα άτομα με προβλήματα υγείας.

IC1: Παρέχετε φροντίδα ή στήριξη, τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα, σε ένα ή και περισσότερα άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα λόγω ηλικίας, χρόνιας πάθησης ή αναπηρίας; (Δεν καταγράφεται η βοήθεια την οποία παρέχετε λόγω του επαγγέλματός σας.)

- Ναι, και αμείβομαι για αυτό (σε χρήμα ή σε είδος) 1
- Ναι, εθελοντικά ή μη και δεν αμείβομαι 2
- Όχι 3
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/ή, δεν απαντώ -1

ENOTHTA 22
Ερωτ.
HHINCOME1

IC2: Το/α άτομο/α στο/α οποίο/α παρέχετε τη μεγαλύτερη φροντίδα ή στήριξη είναι:

(Στο ερώτημα επιτρέπεται μία μόνο απάντηση.)

- Μέλος/η της οικογένειάς σας 1
- Κάποιος/οι άλλος/οι (όχι μέλος/η της οικογένειάς σας) 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

IC3: Πόσες ώρες την εβδομάδα παρέχετε φροντίδα ή στήριξη στο/α άτομο/α που υποφέρει/ουν από κάποια προβλήματα λόγω ηλικίας ή χρόνια πάθηση ή αναπηρία; (Να υπολογιστούν **συνολικά οι ώρες που παρέχετε φροντίδα ή στήριξη σε **όλα τα άτομα** στη διάρκεια **μίας εβδομάδας** και όχι αυτές που αφορούν στο άτομο με τη μεγαλύτερη φροντίδα.)**

- Λιγότερες από 10 ώρες την εβδομάδα 1
- Τουλάχιστον 10, αλλά λιγότερες από 20 ώρες την εβδομάδα 2
- 20 ώρες την εβδομάδα ή περισσότερες 3
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

IC4: Για τη φροντίδα ή στήριξη που παρέχετε στο/α άτομο/α που υποφέρει/ουν λόγω ηλικίας, χρόνια πάθηση ή αναπηρία, έχετε δεχθεί κάποια εκπαίδευση ή κατάρτιση;

- Ναι 1
- Όχι 2
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

IC5: Η φροντίδα ή στήριξη που παρέχετε σας εμποδίζει να εργαστείτε ή να εργαστείτε όσο θα θέλατε για οποιαδήποτε αμειβόμενη εργασία;

- Ναι, με εμποδίζει να εργαστώ 1
- Ναι, με εμποδίζει να εργαστώ όσο θα ήθελα 2
- Όχι 3
- Δεν γνωρίζω, δεν είμαι σίγουρος/η, δεν απαντώ -1

ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

22. ΕΙΣΟΔΗΜΑ

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ:

Τα ερωτήματα που ακολουθούν απαντώνται από το επιλεγμένο μέλος, αφορούν, ωστόσο, στο συνολικό καθαρό μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού, δηλαδή στο εισόδημα όλων των μελών του.

HHINCOME1: Ποιο είναι το συνολικό καθαρό μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού σας; (Ποσό σε ευρώ)

- Ποσό σε ευρώ → ΤΕΛΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ
- Δεν γνωρίζω το ακριβές ποσό 1 → HHINCOME2

HHINCOME2: Παρακαλώ προσδιορίστε σε ποια από τις παρακάτω τάξεις μεγέθους κατατάσσεται, κατά προσέγγιση, το καθαρό μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού σας σε ευρώ

- Μέχρι 140 ευρώ 1
- 141 – 380 ευρώ 2
- 381 – 510 » 3
- 511 – 610 » 4
- 611 – 710 » 5
- 711 – 820 » 6
- 821 – 930 » 7
- 931 – 1.050 » 8
- 1.051 – 1.200 » 9
- 1.201 – 1.350 » 10
- 1.351 – 1.600 » 11
- 1.601 – 1.850 » 12
- 1.851 – 2.200 » 13
- 2.201 – 3.750 » 14
- Πάνω από 3.750 » 15

ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΡΕΥΝΗΤΗ: Παρακαλώ να σημειώσετε :

Ώρα λήξης της συνέντευξης: :