



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ  
ΠΜΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ  
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΤΙΤΛΟΣ:**

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ  
ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΕΡΧΟΜΕΝΩΝ  
ΣΤΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ  
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ) ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΡΓΟΛΙΑΔΑΣ  
(ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΡΓΟΥΣ)»**

**ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΗ:**

**ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

A.M. 3032202101046

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:**

**ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ (Επιβλέπων καθηγητής)**

**ΣΑΡΙΔΗ ΜΑΡΙΑ**

**ΛΑΤΣΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ**

**ΚΟΡΙΝΘΟΣ 2023**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή**=Ο προσανατολισμός υγείας και η εγγραμματοσύνη υγείας έχουν μεγάλη σημασία για την κατανόηση των συμπεριφορών υγείας και υπάρχει ανάγκη διερεύνησης τους στον ελληνικό πληθυσμό.

**Σκοπός**=η αξιολόγηση του προσανατολισμού υγείας και της εγγραμματοσύνης υγείας προσερχόμενων (ασθενών και λοιπών εξυπηρετούμενων) σε επαρχιακό νοσοκομείο.

**Υλικό-μέθοδος**=Υλοποιήθηκε συγχρονική έρευνα διάρκειας 4 μηνών (Ιούλιος-Οκτώβριος 2022) στα εξωτερικά ιατρεία και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας (Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους). Το δείγμα αποτελούνταν από 223 άτομα. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και ιατρικές πληροφορίες, ερωτήσεις σχετικά με το ιστορικό χρόνιας ασθένειας και προληπτικών συμπεριφορών καθώς και την Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας και την Κλίμακα Εγγραμματοσύνης Υγείας. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS v.26.

**Αποτελέσματα**= Η μέση ηλικία ήταν περίπου 41 έτη ( $M=40,55$ ,  $SD=14,34$ ). Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (63,2%), έγγαμοι/σε συμβίωση (49,3%) και απόφοιτοι ΑΤΕΙ/ΑΕΙ (33,5%). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν ήταν καπνιστές (65,2%), δεν ασκούσαν συχνά (56,8%) και δεν έπασχαν από κάποια χρόνια ασθένεια (80,7%). Ακόμη, η πλειοψηφία είχαν εμβολιαστεί για τον COVID-19 (78,5%) και είχαν νοσήσει από αυτόν (67,7%). Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16 ήταν 13,15 ( $Mean=13,15$ ,  $SD=3,76$ ,  $Min=0$ ,  $Max=16$ ,  $Range=16$ ). Η πλειοψηφία είχε επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας (69,7%), ενώ λιγότεροι είχαν προβληματική (18,5%) και ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας (11,8%). Οι απόφοιτοι δημοτικού είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία από τους κατόχους διδακτορικού στην εγγραμματοσύνη υγείας ( $F=2,403$ ,  $df=6$ , 169,  $p=0,030$ ). Οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία από τους απόφοιτους δημοτικού στον εσωτερικό έλεγχο υγείας ( $F=2,353$ ,  $df=6$ , 210,  $p=0,032$ ). Η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με τον εξωτερικό έλεγχο υγείας ( $r=0,153$ ,  $p<0,05$ ) και αρνητικά με την κατάσταση υγείας του ατόμου

( $r=-0,205$ ,  $p<0,01$ ), τις προσδοκίες υγείας του ( $r=-0,173$ ,  $p<0,05$ ) και τον εσωτερικό έλεγχο υγείας ( $r=-0,182$ ,  $p<0,05$ ). Επίσης, συσχετίστηκε αρνητικά με την αυτοσυνείδηση για την υγεία ( $r=-0,183$ ,  $p<0,05$ ), την εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία ( $r=-0,147$ ,  $p<0,05$ ) και την κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας ( $r=-0,146$ ,  $p<0,05$ ). Η εγγραμματοσύνη υγείας συσχετίστηκε αρνητικά με τον εξωτερικό έλεγχο υγείας ( $r=-0,182$ ,  $p<0,05$ ) και θετικά με την αυτοσυνείδηση για την υγεία ( $r=0,322$ ,  $p<0,01$ ), την εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία ( $r=0,178$ ,  $p<0,05$ ), την κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής ( $r=0,232$ ,  $p<0,01$ ), την κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας ( $r=0,267$ ,  $p<0,01$ ) και τον εσωτερικό έλεγχο υγείας ( $r=0,321$ ,  $p<0,01$ ).

**Συμπεράσματα=** Η αύξηση της εγγραμματοσύνης υγείας συνδέεται με πλήθος θετικών στάσεων και συμπεριφορών υγείας, οι οποίες αποτελούν διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας (π.χ. μεγαλύτερη εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία, μεγαλύτερη κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής και για τη διατήρηση της υγείας, υψηλότερος εσωτερικός έλεγχος υγείας, υψηλότερες προσδοκίες υγείας, καλύτερη αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας και μικρότερος εξωτερικός έλεγχος υγείας). Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες υγείας και οι ειδικοί ψυχικής υγείας μπορούν να εξετάζουν διεξοδικά την εγγραμματοσύνη υγείας των ασθενών τους και τον προσανατολισμό υγείας τους στην καθημερινή κλινική πρακτική και να εντοπίζουν τα άτομα που χρήζουν περαιτέρω παρακολούθησης και παρεμβάσεων.

**Λέξεις-κλειδιά=** εγγραμματοσύνη υγείας, προσανατολισμός υγείας, συμπεριφορές υγείας, εσωτερικός έλεγχος υγείας, κινητοποίηση για την υγεία.

## ABSTRACT

**Introduction**=Health orientation and health literacy are of great importance for understanding health behaviors and there is a need to investigate them in the Greek population.

**Aim**=to evaluate the health orientation and health literacy of individuals (patients and not patients) who asked for help in a provincial hospital.

**Material-methods**= A cross-sectional study was carried out in the outpatient clinics and the Emergency Department of the Argolis General Hospital (Argos Hospital Unit). The duration of the study was four months (July-October 2022). The sample consisted of 223 people. The questionnaire included sociodemographic and medical information, questions about chronic diseases and preventive behaviors as well as the Health Orientation Scale and the HLS-EU-Q16 questionnaire. Data analysis was performed by the SPSS v.26 program.

**Results**= The mean age of the participants was about 41 years ( $M=40.55$ ,  $SD=14.34$ ). The majority of the sample were female (63.2%), married/living with someone (49.3%) and university graduates (33.5%). Most of the participants were non-smokers (65.2%), did not exercise frequently (56.8%) and did not suffer from any chronic disease (80.7%). Furthermore, the majority had been vaccinated against COVID-19 (78.5%) and had been infected from it (67.7%). The mean score on the HLS-EU-Q16 questionnaire was 13.15 (Mean=13.15,  $SD=3.76$ , Min=0, Max=16, Range=16). The majority had adequate health literacy (69.7%), while fewer had problematic (18.5%) and insufficient health literacy (11.8%). Primary school graduates scored significantly lower than PhD holders in health literacy ( $F=2.403$ ,  $df=6$ , 169,  $p=0.030$ ). Master's degree holders had a significantly higher score than primary school graduates on internal health control ( $F=2.353$ ,  $df=6$ , 210,  $p=0.032$ ). Age was positively correlated with external health control ( $r=0.153$ ,  $p<0.05$ ) and negatively with the individuals' health status ( $r=-0.205$ ,  $p<0.01$ ), their health expectations ( $r=-0.173$ ,  $p<0.05$ ) and the internal health control ( $r=-0.182$ ,  $p<0.05$ ). It was also negatively correlated with private health consciousness ( $r=-0.183$ ,  $p<0.05$ ), health esteem-confidence ( $r=-0.147$ ,  $p<0.05$ ) and motivation for

healthiness ( $r=-0.146$ ,  $p<0.05$ ). Health literacy was negatively correlated with external health control ( $r=-0.182$ ,  $p<0.05$ ) and positively with private health consciousness ( $r=0.322$ ,  $p<0.01$ ), health esteem-confidence ( $r=0.178$ ,  $p<0.05$ ), the motivation to avoid unhealthiness ( $r=0.232$ ,  $p<0.01$ ), the motivation for healthiness ( $r=0.267$ ,  $p<0.01$ ) and the internal health control ( $r=0.321$ ,  $p<0.01$ ).

**Conclusion=** Higher health literacy is associated with a number of positive health attitudes and behaviors, which are dimensions of health orientation (e.g. higher health esteem-confidence, greater motivation for healthiness and motivation to avoid unhealthiness, higher internal health control, higher health expectations, better perceived health status and lower external health control). Consequently, health professionals and mental health practitioners should evaluate their patients' health literacy and health orientation in their daily clinical practice and identify those who need further interventions.

**Keywords=**health literacy, health orientation, health behaviors, internal health control, motivation for healthiness.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ πολύ τον επιβλέποντα καθηγητή κ<sup>ο</sup> Σουλιώτη Κυριάκο και τα υπόλοιπα μέλη της τριμελούς επιτροπής για την πολύτιμη καθοδήγησή τους και για τις εύστοχες παρατηρήσεις τους κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τους εργαζόμενους του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας-Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους για τη βοήθειά τους στη διεξαγωγή της έρευνας και τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Επίσης, οφείλω πολλές ευχαριστίες σε όλους τους συμμετέχοντες που δέχτηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα και προθυμοποιήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Χρήστος Παπαδόπουλος

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	σελ.2
Περίληψη στην αγγλική γλώσσα (Abstract)	σελ.4
Ευχαριστίες	σελ.6
Εισαγωγή	σελ.8
<b>ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
1.1. Η έννοια της υγείας	σελ.10
1.2. Ψυχολογικοί παράγοντες και υγεία	σελ.11
2.1. Προσανατολισμός υγείας	σελ.14
2.2. Τάσεις της προσωπικότητας που αποτελούν τον προσανατολισμό υγείας	σελ.15
2.3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και προσανατολισμός υγείας	σελ.19
3.1. Εγγραμματοσύνη υγείας	σελ.21
3.2. Ορισμοί και μορφές της εγγραμματοσύνης υγείας	σελ.22
3.3. Κατανομή των υψηλών και χαμηλών επιπέδων εγγραμματοσύνης υγείας στον πληθυσμό	σελ.24
3.4. Επιπτώσεις της εγγραμματοσύνης υγείας στη σωματική και ψυχική υγεία	σελ.25
3.5. Η σημασία της εγγραμματοσύνης υγείας στην προαγωγή υγείας	σελ.26
<b>ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
4.1. Σκοπός και υποθέσεις της έρευνας	σελ.29
4.2. Ερευνητικά ερωτήματα	σελ.29
4.3. Σχεδιασμός μελέτης	σελ.29
4.4. Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού	σελ.30
4.5. Μέσα συλλογής δεδομένων (εργαλεία)	σελ.31
4.5.1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία	σελ.31
4.5.2. Ιατρικές πληροφορίες και πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό χρόνιας ασθένειας και προληπτικών συμπεριφορών	σελ.31
4.5.3. Η Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας (Health Orientation Scale-HOS)	σελ.31
4.5.4. Η Κλίμακα Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire/HLS-EU-Q16)	σελ.33
4.6. Στατιστική ανάλυση	σελ.34
4.7. Ηθική και δεοντολογία	σελ.34
5. Αποτελέσματα	σελ.36
6. Συζήτηση	σελ.83
Βιβλιογραφία	σελ.90
Παράρτημα. Ερωτηματολόγιο	σελ.96

## Εισαγωγή

Στην παρούσα εργασία αξιολογείται ο προσανατολισμός υγείας και η εγγραμματοσύνη υγείας προσερχόμενων στα εξωτερικά ιατρεία και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας (Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους). Οι έννοιες αυτές δεν έχουν διερευνηθεί σε βάθος στον ελληνικό πληθυσμό και η σχετική έρευνα σε δείγματα ασθενών ή εξυπηρετούμενων στις δομές υγείας είναι περιορισμένη.

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε θεωρητικό και ερευνητικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος παρουσιάζεται η έννοια της υγείας, οι ορισμοί της και οι παράγοντες που την επηρεάζουν. Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στην αμφίδρομη σχέση των ψυχολογικών παραγόντων με την υγεία, στο πλαίσιο του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας. Αποσαφηνίζονται οι έννοιες του προσανατολισμού υγείας και της εγγραμματοσύνης υγείας και παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών, κυρίως από το εξωτερικό.

Στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζονται η μεθοδολογία και τα αποτελέσματα της έρευνας. Ακολουθούν τα συμπεράσματα, τα οποία παρουσιάζονται σε συσχέτιση με τα βιβλιογραφικά δεδομένα και παρέχουν ένα πλαίσιο για εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην καθημερινή κλινική πρακτική των επαγγελματιών υγείας.



## **ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Κεφάλαιο 1

### 1.1. Η έννοια της υγείας

Η υγεία θεωρείται από όλους τους ανθρώπους σε όλες τις κοινωνίες και εποχές ως ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής.

Ο όρος υγεία, ακόμη και σήμερα, εξακολουθεί να μην έχει έναν κοινά αποδεκτό ορισμό. Ο τρόπος που αντιλαμβάνεται κάποιος την υγεία ή και την ασθένεια επηρεάζεται από μια πληθώρα παραγόντων όπως το πολιτικό, πολιτισμικό και κοινωνικό περιβάλλον, την ιδιότητα του ατόμου, την ηλικία του, το φύλο, τη φυλή, τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις κλπ (Δαρβίρη, 2014).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1946) «υγεία είναι η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ενώ ο ορισμός αυτός είναι πλήρης (αν και μάλλον ουτοπικός και φιλόδοξος) δείχνει με σαφήνεια ποιος πρέπει να είναι ο στόχος της παρέμβασης της υγειονομικής περίθαλψης (Detmar et al., 2002). Ο όρος «ευεξία» χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο υγεία (Nettleton, 2002).

Η σύγχρονη προσέγγιση του όρου υγεία, θεωρεί ότι πρόκειται για μια συνεχώς εξελισσόμενη έννοια, ένα πολυδιάστατο φαινόμενο με βιοψυχοκοινωνικές, πνευματικές, περιβαλλοντικές και πολιτισμικές προεκτάσεις. Επίσης, η υγεία μπορεί να οριστεί διαφορετικά όταν αναφέρεται σε ατομικό επίπεδο, σε επίπεδο οικογένειας και σε επίπεδο κοινότητας (Δαρβίρη, 2014).

Συνηθίζεται να γίνεται διάκριση ανάμεσα σε *θετικούς* και *αρνητικούς* ορισμούς της υγείας όσο και ανάμεσα σε *λειτουργικούς* και *βιωματικούς* ορισμούς. Ο ιατρικός ορισμός της υγείας-η απουσία νόσου-είναι αρνητικός ορισμός. Αντίθετα, παράδειγμα θετικού ορισμού είναι ο προαναφερθείς ορισμός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Ένας λειτουργικός ορισμός αναφέρεται στη δυνατότητα συμμετοχής στους συνήθεις κοινωνικούς ρόλους και μπορεί να συγκριθεί με έναν βιωματικό ορισμό, ο οποίος λαμβάνει υπόψη του την αίσθηση του εαυτού (Nettleton, 2002).

Για την καλύτερη κατανόηση της έννοιας της υγείας, είναι χρήσιμος ο ορισμός και των εννοιών της νόσου, της αρρώστιας και της ασθένειας. Η νόσος (disease) αναφέρεται στη διαταραχή που εντοπίζεται σε οργανικό επίπεδο. Η

αρρώστια (illness) εκφράζεται σε λειτουργικό επίπεδο και αποτελεί την υποκειμενική έκφραση της εμπειρίας της απώλειας της υγείας. Η ασθένεια (sickness) τοποθετείται στο κοινωνικό επίπεδο και αναφέρεται σε καταστάσεις κοινωνικής δυσλειτουργίας ως αποτέλεσμα κάποιας αρρώστιας (Radley, 1993; Δαρβίρη, 2014).

Το βιοϊατρικό μοντέλο υγείας υπήρξε η δεσπόζουσα άποψη της ιατρικής του εικοστού αιώνα και υποστηρίζει ότι η ασθένεια έχει πάντοτε μια φυσική αιτία (Straub, 2021). Οι υπηρεσίες υγείας με την επικράτηση του βιοϊατρικού μοντέλου υγείας υπήρξαν περισσότερο επικεντρωμένες στην ασθένεια παρά στην υγεία. Τα νοσοκεντρικά συστήματα που αναπτύχθηκαν ήταν περισσότερο συστήματα ασθένειας παρά συστήματα υγείας (Δαρβίρη, 2014).

Κατά τη διάρκεια του 20<sup>ου</sup> αιώνα αμφισβητήθηκαν ορισμένες θεμελιώδεις υποθέσεις του βιοϊατρικού μοντέλου, ενώ δόθηκε έμφαση στον συνεχώς αυξανόμενο ρόλο της ψυχολογίας στην υγεία και στην ύπαρξη ενός μεταβαλλόμενου μοντέλου σχέσης ανάμεσα στην ψυχή και στο σώμα (Ogden, 2018).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας, το οποίο αποτελεί μια νέα προσέγγιση, υποστηρίζει ότι οι σχετικές με την υγεία συμπεριφορές καθορίζονται από την αλληλεπίδραση βιολογικών μηχανισμών, ψυχολογικών διαδικασιών και κοινωνικών επιρροών (Straub, 2021).

Υψηλή προτεραιότητα απαιτεί η διατήρηση και προαγωγή του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Η δραματική επικράτηση των χρόνιων νοσημάτων (π.χ. καρκίνος, καρδιαγγειακά κλπ), η τεράστια αύξηση των δαπανών στον τομέα της υγείας και η αναποτελεσματικότητα των ιατρικών φροντίδων οδήγησαν στο νέο προβληματισμό της προαγωγής υγείας για την αναβάθμιση της υγείας (Δαρβίρη, 2014).

## **1.2. Ψυχολογικοί παράγοντες και υγεία**

Οι απόψεις του πληθυσμού για την υγεία δεν είναι απλώς απλουστευμένες εκδοχές της ιατρικής γνώσης. Αντίθετα, διαμορφώνονται από το γενικότερο πλαίσιο ύπαρξης των ανθρώπων όπως η κοινωνική τους θέση, η πολιτιστική τους

πραγματικότητα, η προσωπική τους ιστορία και η κοινωνική τους ταυτότητα (Nettleton, 2002).

Οι ψυχολογικοί παράγοντες αναγνωρίζονται αυξανόμενα ως καθοριστικοί παράγοντες της υγείας, της σωματικής ευεξίας αλλά και των ασθενειών των ανθρώπων.

Γενικότερα, είναι δύσκολο να γίνει σαφές πότε ένα άτομο είναι υγιές και πότε ξεκινάει η αρρώστια. Έτσι, γίνεται αποδεκτό ότι η υγεία και η ασθένεια βρίσκονται σε ένα συνεχές. Συνεπώς, οι ψυχολογικοί παράγοντες εμπλέκονται στα αρχικά στάδια εκδήλωσης της ασθένειας, στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας, στην προσαρμογή στην ασθένεια, στην εξέλιξη της ασθένειας και στις συνέπειες για την υγεία (Ogden, 2018).

Αρκετές θεωρίες αλλά και έρευνες έχουν συνδέσει τους ψυχολογικούς παράγοντες και την προσωπικότητα με τις εκβάσεις υγείας (π.χ. Antonovsky, 1979,1987; Folkman, 2011; Browning et al., 2012; Daubenmier et al., 2012; Seib et al., 2014).

Έχει βρεθεί ότι οι άνθρωποι που είναι πιο ευσυνείδητοι έχουν καλύτερη υγεία και ζουν περισσότερο από εκείνους που είναι λιγότερο ευσυνείδητοι (Hampson, 2017). Η εξωστρέφεια έχει συσχετιστεί με καλύτερη υγεία και ευεξία (Taylor et al., 2009). Αντίθετα, τα υψηλά επίπεδα νευρωτισμού έχουν συσχετιστεί θετικά με κακή σωματική λειτουργία, χειρότερα αποτελέσματα ασθενειών, μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ καθώς και αυξημένο κάπνισμα τσιγάρων (Goodwin & Stein, 2003; Raynor & Levine, 2009).

Η προσωπικότητα είναι μια σημαντική πτυχή της σωματικής ευεξίας και υγείας των ανθρώπων. Ωστόσο, δεν τείνουν να συνδέονται όλες οι πτυχές της προσωπικότητας με αρνητικό τρόπο με τη σωματική υγεία. Οι άνθρωποι που είναι πιο ευσυνείδητοι έχουν καλύτερη υγεία και ζουν περισσότερο από εκείνους που είναι λιγότερο ευσυνείδητοι (Hampson, 2017).

Το μοντέλο των πέντε παραγόντων της προσωπικότητας (Five Factor Model) (Goldberg, 1990) έχει εξεταστεί εκτεταμένα στον τομέα των συμπεριφορών και των εκβάσεων υγείας. Το μοντέλο περιγράφει πέντε παράγοντες της προσωπικότητας: διάνοηση (openness to experience), ευσυνειδησία (conscientiousness), εξωστρέφεια (extraversion), συγκαταβατικότητα (agreeableness), νευρωτισμός (neuroticism). Από αυτούς, η εξωστρέφεια έχει συσχετιστεί με την καλύτερη υγεία και ευεξία. Έχει επίσης συνδεθεί με τις συμπεριφορές υγείας, αλλά με διαφορετικό τρόπο (Taylor et

al., 2009). Η συγκαταβατικότητα (agreeableness) έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με καλύτερες συμπεριφορές υγείας, ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα αυτού του χαρακτηριστικού έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Booth-Kewley & Vickers, 1994; Wiebe & Fortenberry, 2006). Αντίθετα, τα υψηλά επίπεδα νευρωτισμού έχουν συσχετιστεί θετικά με κακή σωματική λειτουργικότητα, χειρότερες εκβάσεις των ασθενειών, μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ καθώς και με αυξημένη συχνότητα καπνίσματος (Goodwin & Stein, 2003; Raynor & Levine, 2009).

Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των συντρόφων, όπως η συγκαταβατικότητα (agreeableness), η ευσυνειδησία (conscientiousness) και η συναισθηματική σταθερότητα, θεωρούνται επίσης σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας (Shoda et al., 2002).

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει μεγάλη επικέντρωση στα προγράμματα προαγωγής υγείας, τα οποία στοχεύουν να ενδυναμώσουν τα άτομα και τις κοινότητες να επιλέγουν υγιεινές συμπεριφορές και να κάνουν αλλαγές που μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων ασθενειών (Masiero et al., 2020). Επιπλέον, η πρόσφατη προσέγγιση της εξατομικευμένης ιατρικής υιοθετεί τη βιοψυχοκοινωνική διάσταση παρά την βιοϊατρική. Ξεκινά με την υπόθεση ότι ο ασθενής είναι ένα άτομο, και όχι απλώς ένα σώμα με μια ασθένεια, και υποστηρίζει την ενδυνάμωση του ασθενούς και μια κοινή ευθύνη μεταξύ γιατρού και ασθενή. Σε αυτό το πλαίσιο είναι ζωτικής σημασίας να χαρτογραφηθούν οι ψυχολογικές και γνωστικές πτυχές που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη στάση των ατόμων αναφορικά με την τήρηση των συστάσεων υγείας και των κατευθυντήριων οδηγιών για την πρόληψη των ασθενειών (Kelly et al., 2016). Ο βαθμός συμμετοχής σε αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία, καθώς και η ποσότητα των επιθυμητών πληροφοριών, εξαρτάται από τα ψυχολογικά, γνωστικά, κοινωνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά κάθε ατόμου (Coulter et al., 2008).

Ωστόσο, υπάρχουν ακόμη πολλές άγνωστες και ασαφείς ενδείξεις ως προς την αλληλεπίδραση ψυχολογικών και σωματικών παραγόντων στην υγεία και την ασθένεια (Rokach, 2019). Σε αυτό το πλαίσιο, ο προσανατολισμός στην υγεία φαίνεται να αποτελεί μια σημαντική μεταβλητή. Η έννοια του προσανατολισμού υγείας παρουσιάζεται στο επόμενο κεφάλαιο.

## Κεφάλαιο 2

### 2.1. Προσανατολισμός υγείας

Ο προσανατολισμός υγείας είναι μια έννοια ατομικών διαφορών που ορίζεται ως η κινητοποίηση ενός ατόμου να αποκτά θετικές στάσεις και πεποιθήσεις για την υγεία και να υιοθετεί συμπεριφορές που προάγουν την υγεία (Dutta et al., 2008).

Όπως υποστηρίζει η Dutta-Bergman (2005), τα άτομα με προσανατολισμό στην υγεία είναι πιο πιθανό να έχουν θετικό προσανατολισμό προς μια ποικιλία προληπτικών συμπεριφορών και να συμμετέχουν σε υγιείς δραστηριότητες.

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία, η ευημερία και η κατάσταση της υγείας εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από τις καθημερινές συμπεριφορές όπως η σωματική άσκηση, η υγιεινή διατροφή και η αποφυγή συμπεριφορών κινδύνου (π.χ. κάπνισμα ή κατανάλωση αλκοόλ κ.λπ.) (Amine et al., 2002; Prochaska JJ. & Prochaska JO., 2011; Stranges et al., 2014). Επιπλέον, η ενσωμάτωση του τακτικού προσυμπτωματικού ελέγχου για την έγκαιρη ανίχνευση ασθενειών μαζί με την εφαρμογή κατευθυντήριων οδηγιών που στοχεύουν στην αποφυγή παραγόντων κινδύνου, ενδέχεται να περιορίσει τις επιπτώσεις των κύριων αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας (Dietz et al., 2016). Παρόλα αυτά, οι περισσότεροι άνθρωποι δυσκολεύονται να υιοθετήσουν υγιεινές συνήθειες ή να ακολουθήσουν συγκεκριμένα προληπτικά προγράμματα.

Μια νέα προσέγγιση πρότεινε ότι οι προδιαθεσικοί παράγοντες και τα γνωστικά χαρακτηριστικά μπορούν να εξηγήσουν σε βάθος την υιοθέτηση συμπεριφορών υγείας και την τήρηση προγραμμάτων πρόληψης (Saklofske et al., 2007; Wilson & Dishman, 2015). Για παράδειγμα, το μοντέλο των πέντε παραγόντων προσωπικότητας (συγκαταβατικότητα, ευσυνειδησία, εξωστρέφεια, διάνοηση και νευρωτισμός) διέδωσε την άποψη ότι τα άτομα με υψηλή ευσυνειδησία (άτομα που χαρακτηρίζονται από τη στάση του να είναι οργανωμένα, αξιόπιστα και/ή να έχουν υψηλή αίσθηση ικανότητας, καθήκοντος και ανάγκης για επιτεύγματα) είναι πιο πιθανό να φορούν ζώνες ασφαλείας, να κάνουν σωματική άσκηση τακτικά, να κοιμούνται αρκετά και να καταναλώνουν περισσότερα φρούτα και λαχανικά (Masiero et al. 2020). Είναι επίσης λιγότερο πιθανό να καπνίζουν τσιγάρα, και να καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ. Ειδικότερα, ο ρόλος των ψυχο-γνωστικών και προδιαθεσικών παραγόντων στη διαμόρφωση των συμπεριφορών υγείας διερευνήθηκε σε βάθος για το κάπνισμα τσιγάρων (Etter,

2010; Hartman et al., 2013; Weinstein et al., 2005). Συσσωρευμένα στοιχεία σχετικά με τους ψυχογνωστικούς μηχανισμούς ανέφεραν ότι οι καπνιστές τείνουν να υποτιμούν τον κίνδυνο να εμφανίσουν ασθένειες που σχετίζονται με το κάπνισμα (για παράδειγμα, καρκίνο του πνεύμονα και εμφύσημα (Masiero et al., 2016; Masiero et al., 2018), σε σύγκριση με άλλους καπνιστές με τα ίδια χαρακτηριστικά (ηλικία, αριθμός τσιγάρων την ημέρα, χρόνια καπνίσματος κλπ).

Οι καπνιστές συνήθως κρίνουν την κατάσταση της υγείας τους καλύτερα από τους μη καπνιστές (Hsieh & Lo, 2017), δείχνοντας μια αλλαγή στην αντίληψη κινδύνου, και χρησιμοποιούν το κάπνισμα ως στρατηγική αυτορρύθμισης (Gehricke et al., 2007). Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιήσουν το κάπνισμα για να αυξήσουν το επίπεδο προσοχής τους και/ή να βελτιώσουν την απόδοσή τους πριν από μια εξέταση ή, για να μειώσουν και να ρυθμίσουν το άγχος, την ανησυχία και την κατάθλιψη (για παράδειγμα, η παρορμητικότητα και η ανηδονία συνδέονται θετικά με το κάπνισμα (Brikmanis et al., 2017).

## **2.2.Τάσεις της προσωπικότητας που αποτελούν τον προσανατολισμό υγείας**

Σύμφωνα με τους Snell et al. (1991), οι τάσεις της προσωπικότητας που αποτελούν τον προσανατολισμό υγείας (και αξιολογούνται από την αντίστοιχη κλίμακα) είναι οι εξής δέκα:

- 1.ατομική συνείδηση για την υγεία (private health consciousness)
- 2.ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)
- 3.άγχος για την υγεία (health anxiety)
- 4.αυτοεκτίμηση-αυτοπεποίθηση σε σχέση με την υγεία (health esteem-confidence)
- 5.κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)
- 6.κινητοποίηση για διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)
- 7.εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)
- 8.εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)
- 9.προσδοκίες υγείας (health expectations)
- 10.κατάσταση υγείας (health status)

Ιδιαίτερη βαρύτητα στην εκδήλωση μίας συμπεριφοράς έχει ο τρόπος που το άτομο αναπαριστά γνωστικά το περιβάλλον του, όπως και η προσδοκία που το

άτομο φέρει για τη δική του επάρκεια να εκτελέσει αποτελεσματικά την επιθυμητή συμπεριφορά (Καραδήμας, 2005). Οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας επηρεάζουν τα συναισθήματα του ατόμου, την συμπεριφορά του, καθώς και άλλες γνωστικές μεταβλητές (Karademas & Kalantzi-Azizi, 2004). Η αυτοαποτελεσματικότητα συνδέεται ευρέως με τις θεωρίες του Albert Bandura (1977,1997). Σύμφωνα με τις θεωρίες αυτές οι προσδοκίες αυτοαποτελεσματικότητας σχηματίζονται υπό την επίδραση τεσσάρων πηγών πληροφόρησης και εμπειρίας που είναι οι εξής:

- οι προσωπικές εμπειρίες και επιδόσεις, οι οποίες βασίζονται σε εμπειρίες προσωπικού ελέγχου.
- η μάθηση μέσω προτύπων (η αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας προκύπτει από τις προσπάθειες τρίτων προσώπων που εκτιμώνται ιδιαίτερα).
- η λεκτική πειθώ, η οποία περιλαμβάνει συμβουλές, λεκτικά σχήματα και ιστορίες που μεταφέρουν οι άλλοι).
- η συναισθηματική διέγερση που ασκεί επιρροή όταν το άτομο αντιμετωπίζει απειλητικές καταστάσεις.

Δύο υποκλίμακες της Κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας εντάσσονται σε αυτή την έννοια: η *ατομική συνείδηση για την υγεία* (*Private Health Consciousness*) και η *αυτοεκτίμηση-αυτοπεποίθηση σε σχέση με την υγεία* (*Health Esteem-Confidence*).

Ως **ατομική συνείδηση για την υγεία** (*private health consciousness*) ορίζεται η προδιάθεση να αφιερώνει κάποιος χρόνο σκεπτόμενος τη σωματική του υγεία και τη φυσική του κατάσταση (Snell et al., 1991). Αναφέρεται στον βαθμό στον οποίο ένα άτομο τείνει να αναλαμβάνει δράσεις υγείας και χωρίζεται σε τέσσερις διαστάσεις: μεγαλύτερη ανησυχία για την υγεία, φροντίδα για την υγεία, ενασχόληση με την αναζήτηση πληροφοριών για την υγεία και εκτίμηση των υγιεινών συνθηκών (Hoque et. al., 2018). Ο Gould (1988) θεώρησε την ατομική συνείδηση για την υγεία ως μια ψυχολογική ή εσωτερική κατάσταση, η οποία συμπεριλαμβάνει την επαγρύπνηση για την υγεία, την αυτοσυνείδηση για την υγεία, την εμπλοκή σε θέματα υγείας και την αυτοπαρακολούθηση της υγείας. Σύμφωνα με τους Iversen και Kraft (2006), η συνείδηση για την υγεία ορίζεται επίσης ως «η τάση να επικεντρώνεται η προσοχή στην υγεία του ατόμου» και διαφέρει από το άγχος για την υγεία ή το φόβο της αρρώστιας. Οι ερευνητές αυτοί βρήκαν μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στη συνείδηση για την υγεία και τις προληπτικές συμπεριφορές υγείας (π.χ. κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και άσκηση).



Η αυτοεκτίμηση συνδέεται στενά με τις σχετιζόμενες με την υγεία συμπεριφορές. Για παράδειγμα, τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης είναι πιο πιθανό να συμμετάσχουν σε συμπεριφορές που προστατεύουν και ενδυναμώνουν την υγεία (Edelman et al., 2017). Η υποκλίμακα αυτοεκτίμηση-αυτοπεποίθηση σε σχέση με την υγεία (health esteem-confidence) αφορά στην τάση να νιώθει κάποιος σίγουρος, θετικός και με αυτοπεποίθηση για τη σωματική του κατάσταση και την ψυχοσωματική του ευεξία γενικότερα. Οι άνθρωποι αυτοί είναι βέβαιοι ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή και ανθεκτική. Είναι προσανατολισμένοι στο να διατηρούν τον έλεγχο της υγείας και της ευεξίας τους και να επωφελούνται από την πρόοδο της υγειονομικής περίθαλψης (Snell et al., 1991). Μελέτες στη βιβλιογραφία δείχνουν ότι οι άνθρωποι που είναι σίγουροι για την κατάσταση της υγείας τους και το μέλλον τους έχουν περισσότερες πιθανότητες να ακολουθήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, δίνοντας προσοχή για παράδειγμα στη διατροφή τους, τη σωματική τους άσκηση και αποφεύγοντας συμπεριφορές κινδύνου όπως η κατάχρηση ουσιών (Hoyt et al., 2012).

Ο προσανατολισμός υγείας περιλαμβάνει επίσης και ένα μέτρο κοινωνικής σύγκρισης: την ανησυχία για την εικόνα της υγείας (Health Image Concern). Η έννοια αυτή σχετίζεται με τη χρόνια τάση κάποιου να έχει επίγνωση της εξωτερικής, παρατηρήσιμης εντύπωσης που δημιουργεί η σωματική του υγεία στους άλλους (Snell et al., 1991). Τα άτομα με μεγάλη ανησυχία για την εικόνα της υγείας τους ανησυχούν έντονα για την εντύπωση που δημιουργεί η σωματική τους κατάσταση στους άλλους και νιώθουν μια εξωτερική πίεση λόγω της ανησυχίας για τη γνώμη των άλλων. Η ανησυχία αυτή δημιουργεί δυσαρέσκεια ή επίμονη και χρόνια αγωνία, η οποία μπορεί να επηρεάσει την αυτοεκτίμησή τους και να συμπεριλάβει πολλούς άλλους τομείς ανησυχίας (Cansever et al., 2003; Phillips, 2005). Η ανησυχία για την εικόνα της υγείας συχνά συνδέεται με χειρότερη ευημερία, κακή ποιότητα ζωής και υπερβολική χρήση υγιεινών συμπεριφορών που μετατρέπονται σε επικίνδυνες συμπεριφορές (Masiero et al., 2020).

Το άγχος για την υγεία (Health Anxiety) αφορά στις ανησυχίες για τη σωματική υγεία του ατόμου (Bahrke & Morgan, 1978). Είναι ένα συχνό και οδυνηρό πρόβλημα, που επηρεάζει τους περισσότερους ανθρώπους κάποια στιγμή στη ζωή τους και καθίσταται κλινικά σημαντικό για έως και 5% του γενικού πληθυσμού (Gureje et al., 1997). Τα άτομα με άγχος υγείας τείνουν να αντιμετωπίζουν τα συμπτώματά τους ως απειλητικά. Συχνά βιώνουν παρορμήσεις να αναζητήσουν

ιατρική συμβουλή για να βεβαιωθούν για την καλή υγεία τους ή για να θεραπεύσουν την υποτιθέμενη ασθένεια (Bajcar et al., 2019). Σύμφωνα με τη γνωστική-συμπεριφορική θεωρία θα μπορούσε να σχετίζεται με μια διαρκή τάση για αρνητική παρερμηνεία των σωματικών καταστάσεων και άλλων διφορούμενων πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένων των ιατρικών συμβουλών (Salkovskis & Bass, 1997).

Υπάρχει επίσης εκτεταμένο ενδιαφέρον για την κατανόηση της σχέσης αλληλεπίδρασης της προσωπικότητας, της εστίας ελέγχου της υγείας και διαφόρων άλλων στάσεων, συμπεριφορών και καταστάσεων υγείας. Η εστία ελέγχου υγείας (Health Locus of Control) εξετάζει τον βαθμό στον οποίο τα άτομα πιστεύουν ότι η υγεία τους ελέγχεται από εσωτερικούς (δηλαδή άμεσο αποτέλεσμα των δικών τους πράξεων) ή εξωτερικούς (π.χ. επαγγελματίες γιατρούς, μοίρα, τύχη κ.λπ.) παράγοντες και σχετίζεται με τον προσανατολισμό των ανθρώπων προς την υγεία τους (Wallston et al., 1978). Τις τελευταίες δεκαετίες, πολλές έρευνες έχουν συνδέσει την εσωτερική εστία ελέγχου με θετικές πεποιθήσεις και συμπεριφορές για την υγεία.

Τα άτομα που εμφανίζουν **εσωτερικό έλεγχο υγείας** (internal health control) τείνουν να πιστεύουν ότι η κατάσταση της υγείας τους καθορίζεται από τον προσωπικό τους έλεγχο, επομένως μπορούν να ασκήσουν επιρροή στην υγεία τους με βάση τις αποφάσεις και τις πράξεις τους. Αντίθετα, τα άτομα που εμφανίζουν **εξωτερικό έλεγχο υγείας** (external health control) χαρακτηρίζονται από την πίστη τους στην επιρροή της μοίρας, των ισχυρών άλλων ή των υπερφυσικών γεγονότων στην υγεία κάποιου, τα οποία οι ίδιοι δεν μπορούν ούτε να προβλέψουν ούτε να επηρεάσουν. Επιπλέον, πιστεύουν ότι η καλή ή κακή υγεία εξαρτάται από τη συμπεριφορά των ειδικών υγείας (γιατρών, νοσοκόμων, θεραπευτών) ή σημαντικών άλλων (οικογένεια, συγγενείς, φίλοι). Αυτά τα άτομα τείνουν να αντιλαμβάνονται ότι η υγεία τους είναι έξω από τον προσωπικό τους έλεγχο.

Οι **προσδοκίες για την υγεία** (health expectations) αναφέρονται στην τάση να αισθάνεται κάποιος θετικά ή αρνητικά για τη μελλοντική του σωματική υγεία. Αξιολογούν την πεποίθηση των ανθρώπων ότι η ψυχική και σωματική τους υγεία θα συνεχίσουν στο μέλλον να είναι καλές ή κακές.

Η **κατάσταση υγείας** (health status) αναφέρεται σε μια τρέχουσα αξιολόγηση της σωματικής και ψυχολογικής κατάστασης.

Η **κίνητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής** (Motivation to Avoid Unhealthiness) αναφέρεται στην τάση κάποιου να αποφεύγει τις ανθυγιεινές συμπεριφορές και τις συμπεριφορές και δραστηριότητες που υπονομεύουν τη σωματική του υγεία (π.χ. κάπνισμα).

Η **κίνητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας** (Motivation for Healthiness) αναφέρεται στο κίνητρο για επιδίωξη και διατήρηση καλής σωματικής υγείας. Τα άτομα που έχουν αυτή την κίνητοποίηση παρακινούνται να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες που προάγουν τη σωματική τους υγεία και προσπαθούν να διατηρήσουν την ευημερία τους.

Όλες οι παραπάνω προσεγγίσεις εντάσσονται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υγείας και υποδηλώνουν ότι η προσωπικότητα και οι ψυχολογικές τάσεις πρέπει να λαμβάνονται εκτενέστερα υπόψη κατά τη διερεύνηση των μεταβλητών που προάγουν τη σωματική υγεία και ευεξία.

### **2.3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά και προσανατολισμός υγείας**

Πολύ λίγες έρευνες έχουν εξετάσει τις πιθανές διαφορές στον προσανατολισμό της υγείας με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, δηλαδή αν υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών-γυναικών, έγγαμων-άγαμων, νέων-ηλικιωμένων κλπ.

Οι Snell et al. (1991) βρήκαν ότι η ηλικία δεν φαίνεται να σχετίζεται με την κατάσταση υγείας. Όμως, οι νεώτεροι άνδρες και οι γυναίκες μεσαίας ηλικίας παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνητρο αποφυγής της ανθυγιεινής ζωής (Snell et al., 1991).

Οι Togas και Parlalis (2021) εξέτασαν τον προσανατολισμό υγείας σε δείγμα ελληνόγλωσσων από την Ελλάδα και την Κύπρο και βρήκαν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν επίσης μεγαλύτερο κίνητρο αποφυγής της ανθυγιεινής ζωής αλλά και ανησυχία για την εικόνα της υγείας τους. Βρέθηκε ακόμη ότι η κατάσταση υγείας συσχετίζεται θετικά τόσο με το κίνητρο αποφυγής της ανθυγιεινής ζωής όσο και με την αυτοπεποίθηση για την υγεία (Togas & Parlalis, 2021). Βρήκαν επίσης ότι οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία από τις γυναίκες στις κλίμακες «κίνητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής» και «εσωτερικός έλεγχος υγείας». Από την άλλη, οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία από τους

άνδρες στις υπόλοιπες οκτώ κλίμακες του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale. Ωστόσο, αυτές οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

## Κεφάλαιο 3

### 3.1. Εγγραμματοσύνη υγείας

Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας ή εγγραμματοσύνη υγείας (health literacy) αποτελεί μια έννοια που χρησιμοποιείται στη διεθνή βιβλιογραφία τουλάχιστον τα τελευταία 30 έτη και περιλαμβάνει τη γνώση, το κίνητρο και τις ικανότητες των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση, να κατανοήσουν, να αξιολογήσουν και να εφαρμόσουν πληροφορίες που αφορούν την υγεία, την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή υγείας (Sorensen et al., 2012; Ευθυμίου και συν., 2021).

Αποτελεί σημαντικό τομέα έρευνας για τη δημόσια υγεία και απασχολεί όλους όσοι εμπλέκονται στην προαγωγή και προστασία της υγείας, στην πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση των ασθενειών, στη φροντίδα και διατήρηση της υγείας και στη χάραξη πολιτικής (Nielsen-Bohlman et al., 2004; Ευθυμίου και συν., 2021).

Στην Ελλάδα και στην Κύπρο μόλις την τελευταία δεκαετία συναντάται έρευνα για την Εγγραμματοσύνη Υγείας, σε αντίθεση με άλλες χώρες όπως στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, στην Αγγλία, στην Αυστραλία και στην Κίνα, όπου αριθμούν πάνω από δύο δεκαετίες (Ευθυμίου και συν., 2021).

Πολλά διεθνή προγράμματα, περιλαμβανομένου του προγράμματος «υγιείς άνθρωποι 2020», αναφέρονται στον ρόλο της Εγγραμματοσύνης Υγείας στη βελτίωση της δημόσιας υγείας. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Στρατηγικών Υγείας έχει επίσης συμπεριλάβει την Εγγραμματοσύνη Υγείας ως δράση προτεραιότητας (European Commission, 2007; US Department of health and human services, 2010; Ευθυμίου και συν., 2021).

Πρόκειται για μια έννοια που ξεπερνά τα όρια της εκπαίδευσης για την υγεία και περιλαμβάνει περιβαλλοντικούς, πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες μείζονος σημασίας για αυτήν (Γλεντή, 2017). Εκπροσωπεί ένα πλέγμα δεξιοτήτων που είναι απαραίτητες για να λειτουργήσει το άτομο στον τομέα της υγείας. Αυτές οι δεξιότητες περιλαμβάνουν την ικανότητα ανάγνωσης και κατανόησης κειμένων, του εντοπισμού και της ερμηνείας πληροφοριών, την ικανότητα χρήσης ποσοτικών στοιχείων καθώς και την ικανότητα ομιλίας και ακοής (Baker, 2006).

Οι δεξιότητες εγγραμματοσύνης υγείας απαιτούνται επίσης για διάλογο και συζήτηση, για την ανάγνωση πληροφοριών υγείας (πχ ενημερωτικά έντυπα για την υγεία και φυλλάδια φαρμάκων), για την ερμηνεία διαγραμμάτων, τη λήψη

αποφάσεων σχετικά με τη συμμετοχή σε ερευνητικές μελέτες, την ικανότητα χρησιμοποίησης της τεχνολογίας και τη χρήση ιατρικών εργαλείων για προσωπική ή οικογενειακή φροντίδα υγείας (π.χ. θερμόμετρο), για τον υπολογισμό του χρόνου χορήγησης ή της δοσολογίας του φαρμάκου, ή για την ψηφοφορία σε θέματα υγείας ή περιβάλλοντος (Nielsen-Bohlman et al., 2004). Επίσης, περιλαμβάνει την πρακτική γνώση των διεργασιών της νόσου και την ικανότητα αλληλεπίδρασης με τρίτους σε θέματα υγείας (Berkman et al., 2011).

Η εγγραμματοσύνη υγείας συνδέεται και με την διάδοση των Τεχνολογιών Πληροφορικής και Επικοινωνιών (ΤΠΕ). Έτσι, ένας αυξανόμενος αριθμός ανθρώπων χρησιμοποιεί το διαδίκτυο για την αναζήτηση και εύρεση πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία. Για παράδειγμα, η έρευνα έχει δείξει ότι το 61% όλων των ενηλίκων στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής έχουν κάνει αναζήτηση στο διαδίκτυο για ιατρικές πληροφορίες ή πληροφορίες υγείας (Cohen & Patricia, 2011). Οι Diaz et al. (2002) εξέτασαν 512 ασθενείς και βρήκαν ότι ποσοστό 53,5% από αυτούς χρησιμοποιούσε το διαδίκτυο για ιατρική πληροφόρηση. Όσοι έκαναν τέτοια αναζήτηση είχαν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και μεγαλύτερα εισοδήματα. Αναφορικά με τις διαφορές ανάμεσα στα φύλα, η Bujnowska-Fedak (2015) βρήκε στην Πολωνία ότι οι γυναίκες είχαν ένα μικρό πλεονέκτημα, με εξαίρεση τις πιο μεγάλες ηλικιακές ομάδες.

### **3.2.Ορισμοί και μορφές της εγγραμματοσύνης υγείας**

Γενικότερα, δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των ειδικών σχετικά με τον ορισμό της εγγραμματοσύνης υγείας και έχουν προταθεί διαφορετικοί ορισμοί. Οι ειδικοί συμφωνούν ότι η έννοια περιγράφει το γενικό σύνολο των δυνατοτήτων που απαιτούνται για την κάλυψη των απαιτήσεων της υγειονομικής περίθαλψης αλλά διαφωνούν ως προς τις απαιτούμενες δεξιότητες και ικανότητες. Οι ορισμοί τονίζουν τη σημασία των δεξιοτήτων ανάγνωσης, γραφής και αριθμητικής που σχετίζονται με την υγεία και που απαιτούνται για την επαρκή κατανόηση του γραπτού υλικού που αφορά στην υγεία (Sørensen et al., 2012).

Σύμφωνα με έναν συχνό ορισμό της έννοιας η εγγραμματοσύνη της υγείας είναι «ο βαθμός στον οποίο τα άτομα έχουν την ικανότητα να αποκτούν, να επεξεργάζονται και να κατανοούν τις βασικές πληροφορίες για την υγεία και τις

υπηρεσίες που απαιτούνται για τη λήψη κατάλληλων αποφάσεων για την υγεία» (Kindig et al., 2004).

Μερικά χρόνια αργότερα οι Sørensen et al. (2012) έδωσαν τον ακόλουθο ορισμό της εγγραμματοσύνης υγείας: *“Η εγγραμματοσύνη υγείας συνδέεται με την εγγραμματοσύνη και συνεπάγεται τη γνώση, τα κίνητρα των ανθρώπων και τις ικανότητες πρόσβασης, κατανόησης, αξιολόγησης και εφαρμογή των πληροφοριών για την υγεία για τη λήψη κρίσεων και τη λήψη αποφάσεων στην καθημερινή ζωή που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας ή τη βελτίωση της ποιότητας ζωής κατά τη διάρκεια της ζωής”*. Ο ορισμός αυτός υιοθετήθηκε στη συνέχεια από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Kickbusch et al., 2013).

Περαιτέρω, ο Nutbeam (2000) διέκρινε τρεις μορφές εγγραμματοσύνης υγείας: *λειτουργική, διαδραστική και κριτική εγγραμματοσύνη της υγείας*. Η λειτουργική εγγραμματοσύνη υγείας σχετίζεται με την κατανόηση του έντυπου υλικού. Η διαδραστική συνδέεται με τις προηγμένες γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες, που βοηθούν τα άτομα να συμμετάσχουν ενεργά την υγειονομική περίθαλψη και αναγνωρίζει την αξία της επικοινωνίας. Η κριτική εγγραμματοσύνη υγείας περιλαμβάνει τις ακόμη πιο αναπτυγμένες γνωστικές δεξιότητες που βοηθούν τα άτομα να επεξεργαστούν κριτικά τις πληροφορίες για την υγεία και να πάρουν στη συνέχεια τεκμηριωμένες αποφάσεις.

Άλλοι ερευνητές διακρίνουν ανάμεσα στην εγγραμματοσύνη υγείας από κλινική άποψη και από άποψη δημόσιας υγείας (Guzys et al., 2015). Η εγγραμματοσύνη υγείας από κλινική άποψη εστιάζει στις δεξιότητες και ικανότητες του ατόμου να βρει και να ερμηνεύσει πληροφορίες για την υγεία (Baker, 2006; Nutbeam, 2008).

Η εγγραμματοσύνη της υγείας από άποψη δημόσιας υγείας δίνει έμφαση στις δεξιότητες και τις γνώσεις που απαιτούνται για τη διαχείριση όλων των διαστάσεων της υγείας και περιλαμβάνει-μεταξύ άλλων-και την καθημερινή προαγωγή της υγείας και την πρόληψη των μελλοντικών ασθενειών (Sørensen et al., 2012; Guzys et al., 2015).

### **3.3.Κατανομή των υψηλών και χαμηλών επιπέδων εγγραμματοσύνης υγείας στον πληθυσμό**

Σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού έχει χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας, αλλά το πρόβλημα είναι πιο εκτεταμένο σε ορισμένες ομάδες, πχ ηλικιωμένοι, μειονότητες, άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και άτομα που ζουν υπό συνθήκες φτώχειας. Ενδεικτικά, οι Paasche-Orlow et al. (2005) βρήκαν ότι το 26% των ατόμων στις ΗΠΑ έχουν χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας και το 20% οριακή εγγραμματοσύνη υγείας. Αυτά τα υψηλά ποσοστά της χαμηλής εγγραμματοσύνης υγείας έχουν χαρακτηριστεί ως «σιωπηλή επιδημία» (Parker & Ratzan, 2010).

Στη συγχρονική έρευνα των Nurjannah & Mubarokah (2019) το 19,2% των συμμετεχόντων είχε ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας, το 44,3% ανήκε στο προβληματικό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας και μόνο το 36,5% είχε επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας. Οι συμπεριφορές υγείας που σχετίζονταν περισσότερο με την εγγραμματοσύνη υγείας ήταν το βούρτσισμα των δοντιών και το πλύσιμο των χεριών πριν από το φαγητό και μετά την αφόδευση, ενώ τα άτομα που είχαν χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας ήταν με μεγαλύτερη συχνότητα καπνιστές.

Σε μια πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα, βρέθηκε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες (54,2%) είχαν επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας, ενώ 15,8% είχαν ανεπαρκή και 30% προβληματική εγγραμματοσύνη υγείας (Albani et al., 2022).

Η εγγραμματοσύνη υγείας ποικίλλει ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο, την ηλικία, τη φυλή-εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο και την κοινωνική τάξη των ατόμων και τείνει να είναι μικρότερη σε πληθυσμούς με χαμηλότερα εισοδήματα, χαμηλότερη εκπαίδευση και στις μεγαλύτερες ηλικίες (Kutner et al., 2006; Zamora & Clingerman, 2011; Goodman et al., 2012). Διάφορες μελέτες έχουν επίσης βρει ότι οι γυναίκες τείνουν να έχουν υψηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας από τους άνδρες (Clouston et al., 2017; Lee et al., 2020). Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζουν, τόσο την πρόσβαση στην πληροφορία και στις υπηρεσίες του συστήματος υγείας, όσο και την ικανότητα αξιολόγησής τους.

Ο τόπος κατοικίας φαίνεται επίσης να συνδέεται με τα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας σε ορισμένες περιοχές του κόσμου. Έτσι, έχει βρεθεί ότι οι άνθρωποι που ζουν σε αγροτικές περιοχές έχουν δυνητικά χαμηλότερο αλφαριθμητικό για την υγεία, καθώς έχουν περιορισμένη πρόσβαση σε πληροφορίες



υγείας και υγειονομική περίθαλψη (Nurjanah & Mubarakah, 2019).

Εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και το κατά πόσον το ίδιο το σύστημα υγείας και οι επαγγελματίες του διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν αυτή τη διαδικασία, μέσα από τη δική τους εγγραμματοσύνη, τις γνώσεις και τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Άρα η έλλειψη εγγραμματοσύνης για την υγεία μπορεί να έχει επιπτώσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Υπάρχουν λοιπόν λόγοι για τους επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν μια ολοκληρωμένη κατανόηση της εγγραμματοσύνης υγείας (Mårtensson & Hensing, 2011).

### **3.4.Επιπτώσεις της εγγραμματοσύνης υγείας στη σωματική και ψυχική υγεία**

Η εγγραμματοσύνη υγείας έχει αναγνωριστεί ως καθοριστικός παράγοντας για την υγεία (Kickbusch et al., 2013) και αποτελεί τον σημαντικότερο προσδιοριστικό παράγοντα υγείας σε σχέση με άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία, το εισόδημα, το καθεστώς απασχόλησης, το επίπεδο εκπαίδευσης και το φύλο (Carbone & Gibbs, 2013). Έτσι, αποτελεί ευρέως αντικείμενο μελέτης και έρευνας, εξαιτίας της άμεσης σύνδεσής της με την καλή ή κακή κατάσταση της υγείας των ατόμων και την ικανότητά τους να διαχειριστούν κατάλληλα τα προβλήματα της υγείας τους (Γλεντή, 2017).

Τα χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας συνδέονται με φτωχότερη σωματική υγεία, μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλείες και υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας από όλες τις αιτίες (Berkman et al., 2011). Είναι γνωστό ότι οι άνθρωποι με χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας κάνουν αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, επισκέπτονται συχνότερα τα νοσηλευτήρια ως επείγοντα περιστατικά και δεν ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες (Ευθυμίου και συν., 2021).

Τα χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε μικρότερη ιατρική συμμόρφωση μεταξύ των ασθενών με καρδιαγγειακή νόσο, φτωχότερο γλυκαιμικό έλεγχο στον διαβήτη τύπου 2 και μεγαλύτερη συχνότητα εισαγωγών στα νοσοκομεία (Zhang et al., 2021).

Ειδικά για το Σακχαρώδη Διαβήτη, τα στοιχεία δείχνουν ότι η εγγραμματοσύνη υγείας συνδέεται άμεσα με την κατανόηση σχετικά με την αυτοφροντίδα και την αυτό-αποτελεσματικότητα στη διαχείριση της νόσου, την

αποδοχή της νόσου και τη συμμόρφωση στη θεραπεία (Inoue et al., 2013; Chahardah-Cherik et al., 2018).

Από την άλλη, τα χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας σχετίζονται με μικρό έλεγχο του σακχάρου στο αίμα, πιο σοβαρές παρενέργειες, ασθενέστερη αυτοδιαχείριση του διαβήτη, αδύναμη σχέση ασθενούς-γιατρού, μεγαλύτερη περίοδο νοσηλείας, περισσότερες παραπομπές για επείγουσα περίθαλψη, μειωμένες περιπτώσεις σωστής κατανάλωσης φαρμάκων και υψηλότερη εμφάνιση διαφόρων ασθενειών (Chahardah-Cherik et al., 2018).

Επιπλέον, έχει βρεθεί ότι η εγγραμματοσύνη υγείας επηρεάζει την ψυχική υγεία του ατόμου, αν και τα υπάρχοντα στοιχεία δεν είναι επαρκή (Lincoln et al., 2006). Οι προηγούμενες έρευνες, κυρίως με δείγματα από το δυτικό κόσμο, έχουν δείξει επίσης ότι τα υψηλότερα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας συσχετίζονται σταθερά με μεγαλύτερη υποκειμενική ευεξία (Angner et al., 2010). Στην ανασκόπηση των Berkman et al. (2011) μόνο μία μελέτη έδειξε ότι ο χαμηλός αλφαριθμητισμός υγείας σχετιζόταν με πιο καταθλιπτικά συμπτώματα μετά τον έλεγχο των συγχυτικών παραγόντων.

### **3.5. Η σημασία της εγγραμματοσύνης υγείας στην προαγωγή υγείας**

Η αυξανόμενη ευθύνη εκ μέρους των ατόμων να λαμβάνουν αποφάσεις σε θέματα υγείας συνεπάγεται την ανάγκη πρόσβασης σε πληροφορίες υγείας και προσωπικές δεξιότητες για την κατανόηση των πληροφοριών (Mårtensson & Hensing, 2011). Έτσι, η σημασία της εγγραμματοσύνης υγείας στην προαγωγή υγείας γίνεται ολοένα και πιο ξεκάθαρη και αναγνωρίζεται παγκοσμίως.

Ωστόσο, τα στοιχεία για τη συσχέτιση μεταξύ της εγγραμματοσύνης της υγείας και της προαγωγής της υγείας δεν είναι συνεπή. Επίσης, λίγα είναι γνωστά για τον αντίκτυπο της εγγραμματοσύνης υγείας στις αντιλήψεις για την υγεία, όπως είναι οι αντιλήψεις για τον έλεγχο της υγείας (Fernandez et al., 2016).

Ενδεικτικά, τα χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας συνδέονται με λιγότερο υγιεινές επιλογές, περισσότερες επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας και λιγότερο συχνή χρήση προληπτικών υπηρεσιών υγείας (Kickbusch et al., 2013).

Για παράδειγμα, στην έρευνα των Berkman et al. (2011) βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της χαμηλής εγγραμματοσύνης υγείας και της μικρότερης πιθανότητας προσυμπτωματικού ελέγχου με μαστογραφία.

Παρομοίως, τα δεδομένα από 3,241 συμμετέχοντες στη μελέτη κοόρτης LifeLines με δείγμα ηλικιωμένους (μέση ηλικία κατά την έναρξη της μελέτης = 68,9 έτη) έδειξαν ότι τα χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας συσχετίζονται με μειωμένη σωματική δραστηριότητα, ανεπαρκή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, έλλειψη τακτικής κατανάλωσης πρωινού, παχυσαρκία και χαμηλή συχνότητα χρήσης αλκοόλ αλλά όχι καπνίσματος (Geboers et al., 2016).

Από την άλλη, η υψηλή εγγραμματοσύνη υγείας μπορεί να επιτρέψει στα άτομα να κάνουν ορθές επιλογές υγείας και να συμβάλει στην πρόληψη πολλών χρόνιων μη μεταδοτικών ασθενειών. Για παράδειγμα, στην ανασκόπηση των Buza et al. (2020) βρέθηκε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της υψηλής εγγραμματοσύνης υγείας και των υψηλών επιπέδων σωματικής δραστηριότητας.

Έχει βρεθεί ακόμη ότι η εγγραμματοσύνη υγείας αλλά και η εγγραμματοσύνη ηλεκτρονικής υγείας (eHealth literacy) συσχετίζονται θετικά με τις προληπτικές συμπεριφορές για τον COVID-19 (Li et al., 2021).

Άλλες έρευνες όμως έχουν δείξει αντιφατικά αποτελέσματα. Ενδεικτικά, σε ένα υποδείγμα μεγαλύτερων σε ηλικία ενηλίκων στη Μελέτη Υγείας και Συνταξιοδότησης (Health and Retirement Study-HRS), η εγγραμματοσύνη υγείας συσχετίστηκε θετικά με διάφορες συμπεριφορές προαγωγής της υγείας και με πεπειθεισείς για την υγεία αλλά και με τη μη αυτοεξέταση μαστού. Ωστόσο, αυτές οι σχέσεις διέφεραν μεταξύ της αυτοαναφερόμενης και της αντικειμενικά μετρούμενης εγγραμματοσύνης υγείας (Fernandez et al., 2016).

Άρα απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της εγγραμματοσύνης υγείας και των συμπεριφορών πρόληψης και προαγωγής της υγείας.

## **ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## Κεφάλαιο 4

### 4.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να εξετάσει τον προσανατολισμό υγείας και την εγγραμματοσύνη υγείας ατόμων που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) ενός επαρχιακού νοσοκομείου (Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας-Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους). Περαιτέρω σκοπός είναι να αναδείξει τη συνεισφορά και το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στα ζητήματα υγείας των ασθενών και να προτείνει συγκεκριμένες λύσεις για τη βελτίωση της ευεξίας τους, υπό το πρίσμα του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου υγείας.

Λαμβάνοντας υπόψη την αναγκαιότητα μελέτης του προσανατολισμού υγείας αλλά και τα επιδημιολογικά δεδομένα για την συχνότητα της ελλιπούς εγγραμματοσύνης υγείας αναδεικνύεται περαιτέρω η σημαντικότητα διερεύνησης τους θέματος.

### 4.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερωτήματα της έρευνας ήταν τα εξής:

1. Υπάρχει συσχέτιση της εγγραμματοσύνης υγείας με τον προσανατολισμό υγείας;
2. Υπάρχουν διαφορές ανδρών-γυναικών στον προσανατολισμό υγείας;
3. Υπάρχουν διαφορές ανδρών-γυναικών στην εγγραμματοσύνη υγείας;
4. Υπάρχουν διαφορές στον προσανατολισμό υγείας με βάση τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο κλπ);
5. Υπάρχουν διαφορές στην εγγραμματοσύνη υγείας με βάση τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο κλπ);
6. Υπάρχουν διαφορές στον προσανατολισμό υγείας και στην εγγραμματοσύνη υγείας με βάση την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας;
7. Υπάρχει συσχέτιση της ηλικίας με τον προσανατολισμό υγείας και την εγγραμματοσύνη υγείας;

### **4.3. Σχεδιασμός μελέτης**

Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη (cross - sectional study) σε δείγμα ευκολίας 223 ατόμων που προσέρχονταν στα εξωτερικά ιατρεία (Ε.Ι.) και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας (Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους), με βάση τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού. Το χρονικό διάστημα της έρευνας ήταν 4 μήνες (Ιούλιος έως Οκτώβριος 2022). Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν αναλυτικά για το σκοπό της έρευνας και ενσωματώνονταν στην έρευνα, εφόσον το επιθυμούσαν. Στη συνέχεια συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια παρουσία του ερευνητή ή τα έπαιρναν μαζί τους και τα επέστρεφαν αργότερα. Ο χρόνος συμπλήρωσης του σύνθετου ερωτηματολογίου ήταν περίπου 10-15 λεπτά.

### **4.4.Κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού**

#### **Κριτήρια επιλογής**

1. Άνδρες-γυναίκες με επαρκές νοητικό επίπεδο ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων
2. Δυνατότητα συμμετοχής στην έρευνα με βάση την γενικότερη κατάσταση της υγείας τους
3. Επιθυμία να συμμετάσχουν εθελοντικά στην έρευνα

#### **Κριτήρια αποκλεισμού**

1. Άτομα με ψυχική νόσο
2. Ασθενείς οι οποίοι προσέρχονται σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου (και όχι στα εξωτερικά ιατρεία και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Νοσοκομείου

#### **4.5. Μέσα συλλογής δεδομένων (εργαλεία)**

Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν η χρήση σύνθετου αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, το οποίο αποτελούνταν από δυο μέρη: το πρώτο μέρος περιλάμβανε τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και ιατρικές πληροφορίες καθώς και ερωτήσεις σχετικά με το ιστορικό χρόνιας ασθένειας και προληπτικών συμπεριφορών. Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιλάμβανε την Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας (Health Orientation Scale) και την Κλίμακα Εγγραμματοσύνης Υγείας. Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό και επισυνάπτονται στο παράρτημα της εργασίας.

**4.5.1. Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία**= οι συμμετέχοντες παρείχαν πληροφορίες σχετικά με το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το επάγγελμά τους.

**4.5.2. Ιατρικές πληροφορίες και πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό χρόνιας ασθένειας και προληπτικών συμπεριφορών**= στην ενότητα αυτή οι συμμετέχοντες ανέφεραν το βάρος και το ύψος τους και συμπλήρωναν ερωτήσεις σχετικά με το κάπνισμα, τη γυμναστική, την ύπαρξη κάποιας χρόνιας ασθένειας και την πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων.

Επίσης ανέφεραν εάν είχαν εμβολιαστεί για τον COVID-19 και αν είχαν νοσήσει από αυτόν. Τέλος ανέφεραν το λόγο προσέλευσης στο νοσοκομείο (τακτικό ραντεβού, έκτακτη εξέταση, άλλο) και εάν επισκεφθεί κάποια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) πριν την επίσκεψή τους στο νοσοκομείο.

#### **4.5.3. Η Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας (Health Orientation Scale-HOS)**

Η Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας αναπτύχθηκε από τους Snell et al. (1991) καλύπτοντας την ανάγκη ενός εργαλείου που εστιάζει πιο ολοκληρωμένα και άμεσα στη μέτρηση των μεταβλητών της προσωπικότητας που σχετίζονται με τη σωματική υγεία. Οι συγγραφείς δεν χρησιμοποίησαν ένα ξεκάθαρο θεωρητικό μοντέλο για τη δημιουργία αυτής της κλίμακας, αλλά στόχευαν να ενοποιήσουν σε ένα ενιαίο εργαλείο μερικές ουσιαστικές έννοιες από διάφορους θεωρητικούς τομείς: αυτοαποτελεσματικότητα, γνωστικοί-συναισθηματικοί παράγοντες, κίνητρο για υγεία, αντιληπτός έλεγχος κλπ (Masiero et al., 2020).

Τα θέματα χωρίζονται σε 10 υποκλίμακες με πέντε στοιχεία στην καθεμία. Οι τάσεις της προσωπικότητας που μετρώνται από την Κλίμακα Προσανατολισμού στην Υγεία είναι οι εξής:

- (1) αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)
- (2) ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)
- (3) άγχος για την υγεία (health anxiety)
- (4) εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία εμπιστοσύνη (health esteem-confidence)
- (5) κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)
- (6) κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)
- (7) εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)
- (8) εξωτερικός έλεγχος υγείας ( external health control)
- (9) προσδοκίες υγείας ( health expectations)
- (10) κατάσταση υγείας (health status)

Οι συμμετέχοντες δηλώνουν το βαθμό στον οποίο τους χαρακτηρίζει κάθε πρόταση σε μια κλίμακα Likert πέντε σημείων (1= *δε με χαρακτηρίζει καθόλου*, 2=*Με χαρακτηρίζει ελαφρώς*, 3=*Με χαρακτηρίζει κάπως*, 4=*Με χαρακτηρίζει μέτρια*, 5=*Με χαρακτηρίζει πολύ*). Οι προτάσεις 14,38,39,40,48,49,50 έχουν αντίστροφη βαθμολόγηση. Το συνολικό σκορ κάθε υποκλίμακας είναι το άθροισμα των πέντε προτάσεων που την αποτελούν και κυμαίνεται από 5 έως 25. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία, τόσο πιο ισχυρή είναι η αντίστοιχη τάση προσωπικότητας του ατόμου.

Στην πρωτότυπη στάθμιση της κλίμακας Προσανατολισμού Υγείας όλες οι υποκλίμακες είχαν ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής εγκυρότητας (Cronbach's alpha =0.69-0.92 και Spearman-Brown=0.82-0.96) (Snell et al., 1991).

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας ήταν επίσης ικανοποιητική στην ελληνική στάθμιση της κλίμακας (Togas & Parlalis, 2021).

Η Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς για τη μελέτη της υιοθέτησης υγιεινών και ανθυγιεινών συμπεριφορών (Gordon et al., 2005; Greene & Britton, 2012; Oliveri et al., 2016; Sullivan et al., 2017; Clark et al., 2018). Ενδεικτικά, έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες που εξετάζουν την κατανάλωση



αλκοόλ (McCabe, 2015), τη γενετική αυτογνωσία (Gordon et al., 2005) και σε αρκετά δείγματα, όπως γυναίκες (Arif & Qayyum, 2019), ασθενείς με στομία (Knowles et. al., 2013) και αφροαμερικανοί άνδρες (Wade, 2009) κ.λπ.

#### **4.5.4.Η Κλίμακα Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire/HLS-EU-Q16)**

Είναι μια κλίμακα αυτοαναφοράς που αναπτύχθηκε από το HLS-EU Consortium (Sørensen et al., 2015; Pelikan et al., 2019) και αξιολογεί την εγγραμματοσύνη υγείας. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζει τις αυτοαναφερόμενες δυσκολίες πρόσβασης, κατανόησης, αξιολόγησης και εφαρμογής πληροφοριών σε καθήκοντα που σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων για την υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας (Sørensen et al., 2012).

Οι πέντε διαστάσεις της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας για την κλίμακα HLS-EU-Q16 στην ελληνική γλώσσα είναι οι εξής (Ευθυμίου και συν., 2021): προαγωγή υγείας, εγγραμματοσύνη σχετιζόμενη με τα μέσα ενημέρωσης, συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες, πρόσβαση στην πληροφορία για τη θεραπεία και φροντίδα και λήψη αποφάσεων σχετικών με την υγεία.

Ένα παράδειγμα ερώτησης είναι το εξής: “με βάση κλίμακα από πολύ εύκολο έως πολύ δύσκολο, πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να χρησιμοποιήσετε τις πληροφορίες που σας δίνει ο γιατρός σας για να αποφασίσετε πως θα αντιμετωπίσετε κάποια ασθένειά σας;”

Αποτελείται από 16 ερωτήσεις, η καθεμία από τις οποίες βαθμολογείται σε μια κλίμακα Likert 4 σημείων (πολύ δύσκολο, αρκετά δύσκολο, αρκετά εύκολο και πολύ εύκολο) και με την επιλογή "δε γνωρίζω". Σύμφωνα με τις οδηγίες των κατασκευαστών της κλίμακας, οι κατηγορίες «πολύ δύσκολο» και «αρκετά δύσκολο» βαθμολογούνται με 0 και οι κατηγορίες «αρκετά εύκολο» και «πολύ εύκολο» βαθμολογούνται με 1 (Bas-Sarmiento et al., 2020). Οι τιμές της κλίμακας υπολογίζονται ως απλές αθροιστικές βαθμολογίες μόνο για τους ερωτηθέντες που απάντησαν σε τουλάχιστον 14 στοιχεία. Οι απαντήσεις που λείπουν αντικαθίστανται με 0, με την προϋπόθεση ότι δεν λείπουν περισσότερες από δύο απαντήσεις. Η δυνατή βαθμολογία κυμαίνεται από 0 (ανυπαρξία εγγραμματοσύνης υγείας) έως 16 (υψηλή εγγραμματοσύνη υγείας). Περαιτέρω, με βάση αυτή τη βαθμολογία δημιουργούνται τρία επίπεδα: ανεπαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας (0-8),

προβληματικό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας (9-12) και επαρκές επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας (13-16) (Pelikan et al. , 2019).

Η κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας είναι σύντομη και εύκολη στη χορήγηση. Ακόμη, αποτελεί ένα από τα λίγα ερωτηματολόγια που έχουν σχεδιαστεί για να αξιολογούν την εγγραμματοσύνη υγείας στο γενικό πληθυσμό και όχι αποκλειστικά σε συγκεκριμένες ομάδες ασθενών (Gustafsdottir et al., 2020). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου (Ευθυμίου και συν., 2021).

#### **4.5.Στατιστική ανάλυση**

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS (Statistical Package for Social Sciences v. 26.0) και η στατιστική σημαντικότητα ( $p$ -value) τέθηκε στο 5%.

Στο πρώτο στάδιο παρουσιάστηκαν τα περιγραφικά δεδομένα του δείγματος με συχνότητες και ποσοστά %. Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάστηκαν με το μέσο όρο, την τυπική απόκλιση, τη μέγιστη και ελάχιστη τιμή και το εύρος.

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι βαθμολογίες των ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους με τα μέτρα που προαναφέρθηκαν για τις συνεχείς μεταβλητές (μέσος όρος, τυπική απόκλιση, μέγιστη και ελάχιστη τιμή, εύρος). Η ύπαρξη ή μη κανονικής κατανομής των δεδομένων ελέγχθηκε με το Kolmogorov-Smirnov test ή το Shapiro-Wilk test (στις περιπτώσεις που τα δείγματα ήταν μικρότερα των 50 ατόμων). Η ύπαρξη κανονικής κατανομής ελέγχθηκε επίσης με την επισκόπηση των ιστογραμμάτων.

Η ύπαρξη διαφορών στη βαθμολογία των ερωτηματολογίων μεταξύ δύο μεταβλητών ελέγχθηκε με το στατιστικό κριτήριο t-test για ανεξάρτητα δείγματα. Στην περίπτωση που υπήρχαν περισσότερες από δύο ομάδες χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο ANOVA (Analysis of Variance).

Οι συσχετίσεις μεταξύ συνεχών μεταβλητών ελέγχθηκαν με το συντελεστή συσχέτιση  $r$  του Pearson.

#### **4.6. Ηθική και δεοντολογία**

Για τη διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε σχετική έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας (Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους), η οποία χορηγήθηκε. Στη συνέχεια χορηγήθηκε έγκριση και από την 6η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας. Οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν αναλυτικά για τη μελέτη, παραλάμβαναν ένα πληροφοριακό δελτίο και δήλωναν εγγράφως τη συγκατάθεσή τους. Σε όλους τους συμμετέχοντες παρέχονταν διαβεβαιώσεις σχετικά με την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που παρείχαν. Δίνονταν επίσης διαβεβαιώσεις ότι τα δεδομένα που συλλέγονταν θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για το σκοπό της έρευνας και δε θα χρησιμοποιούνταν για οποιοδήποτε άλλο σκοπό. Ακόμη, ενημερώνονταν ότι είχαν το δικαίωμα να διακόψουν οποιαδήποτε στιγμή τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και να αποσύρουν τη συμμετοχή τους από την έρευνα, χωρίς αυτό να έχει κάποιες συνέπειες στη φροντίδα που θα τους παρεχόταν από το νοσοκομείο.

## Κεφάλαιο 5

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

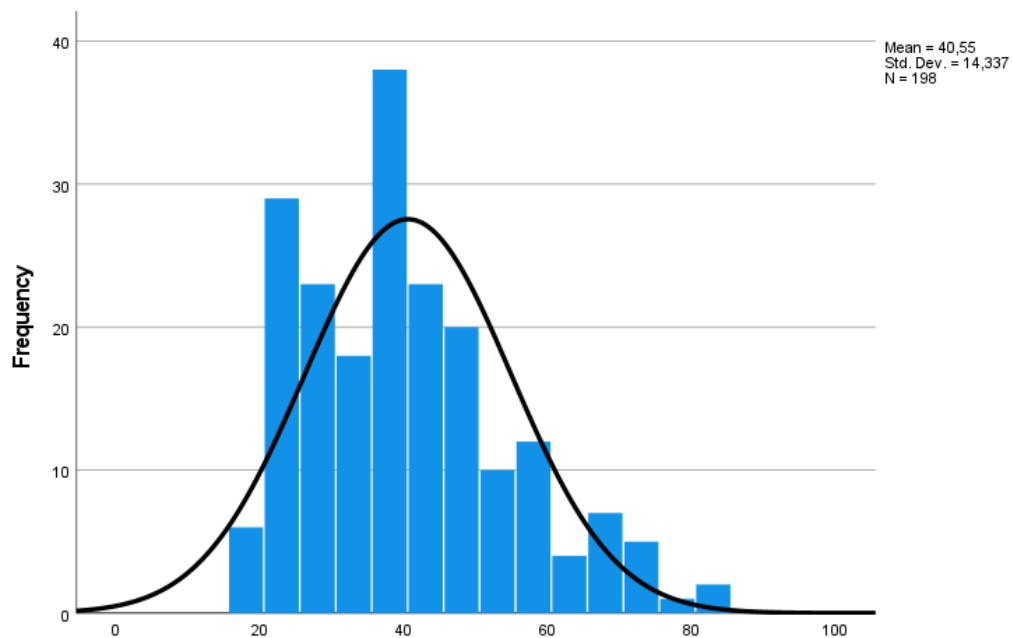
#### Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Πίνακας 1. Ηλικία

Mean	SD	Min	Max	Range
40,55	14,34	18	82	64

Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν περίπου 41 έτη ( $M=40,55$ ,  $SD=14,34$ ). Η μικρότερη ηλικία ήταν τα 18 έτη, η μεγαλύτερη τα 82 έτη και το ηλικιακό εύρος 64 έτη.

Γράφημα 1.  
Ηλικία

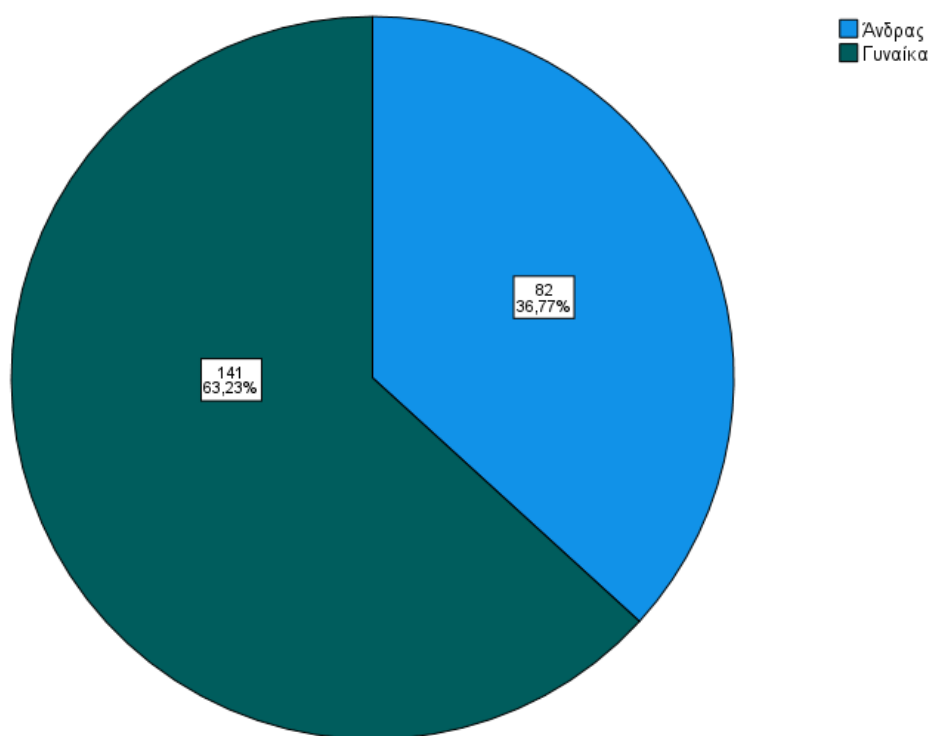


## Πίνακας 2. Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άνδρας	82	36,8
Γυναίκα	141	63,2
<b>Σύνολο</b>	<b>223</b>	<b>100 %</b>

Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (63,2%), ενώ περίπου ένας στους τρεις συμμετέχοντες (36,8%) ήταν άνδρας.

Γράφημα 2.  
Φύλο

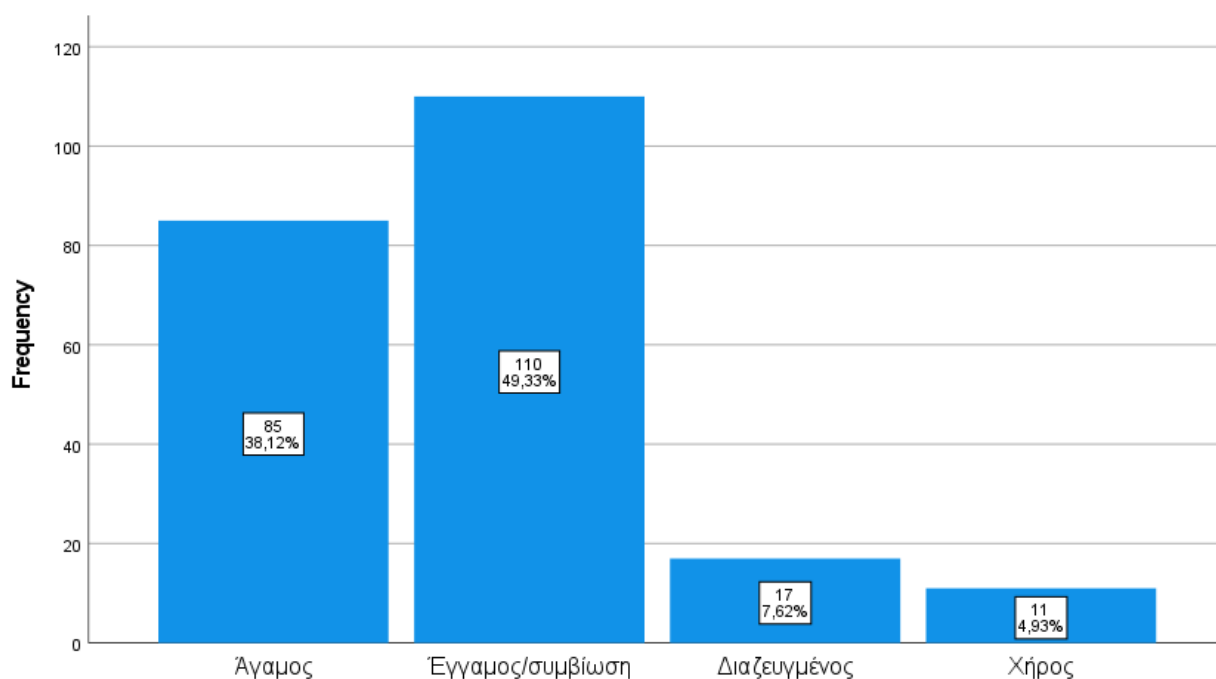


### Πίνακας 3. Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άγαμος/η	85	38,1
Έγγαμος/σε συμβίωση	110	49,3
Διαζευγμένος/η	17	7,6
Χήρος/α	11	4,9
<b>Σύνολο</b>	<b>223</b>	<b>100 %</b>

Περίπου οι μισοί συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση (49,3%). Υψηλό ποσοστό επίσης καταγράφηκε στους άγαμους (38,1%), ενώ μικρότερα ήταν τα ποσοστά των διαζευγμένων (7,6%) και των χήρων (4,9%).

Γράφημα 3.  
Οικογενειακή κατάσταση

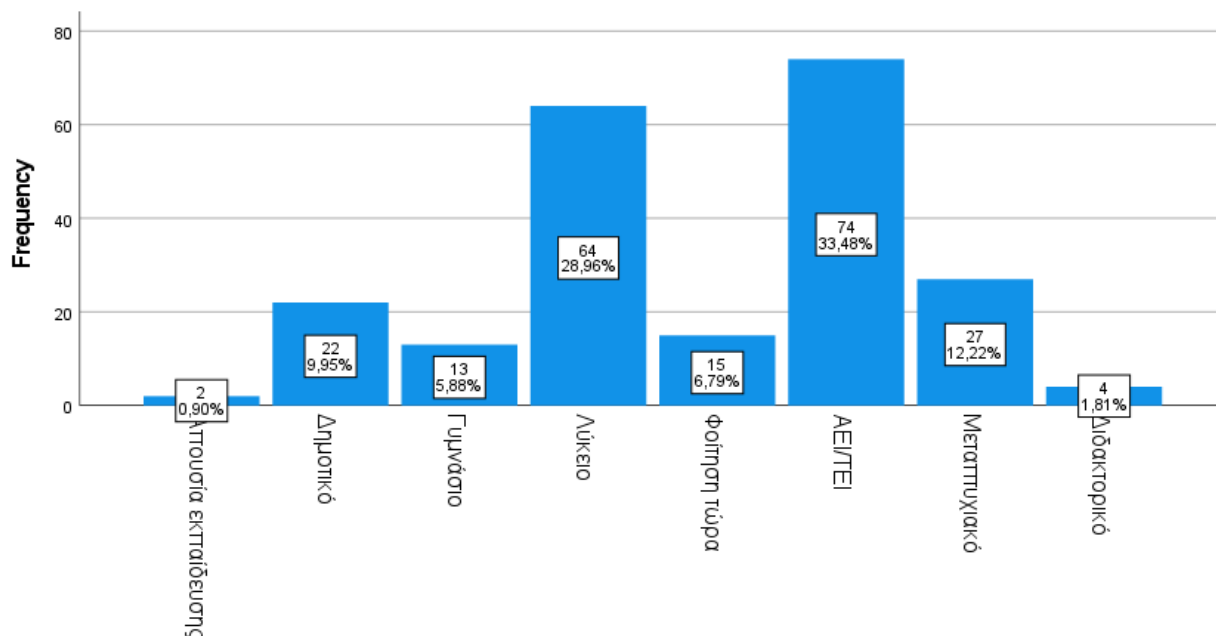


#### Πίνακας 4. Επίπεδο Εκπαίδευσης

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Δημοτικό	24	10,9
Γυμνάσιο	13	5,9
Λύκειο	64	29,0
Φοίτηση τώρα	15	6,8
ΑΕΙ/ΑΤΕΙ	74	33,5
Μεταπτυχιακό	27	12,2
Διδακτορικό	4	1,8
<b>Σύνολο</b>	<b>221</b>	<b>100 %</b>

Περίπου ένας στους τρεις συμμετέχοντες (33.5%) ήταν απόφοιτος ΑΤΕΙ/ΑΕΙ. Ακολουθούσαν οι απόφοιτοι λυκείου (29%), οι κάτοχοι μεταπτυχιακού (12,2%) και οι απόφοιτοι δημοτικού (10,9%). Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν στις υπόλοιπες εκπαιδευτικές υποκατηγορίες.

Γράφημα 4.  
Επίπεδο εκπαίδευσης

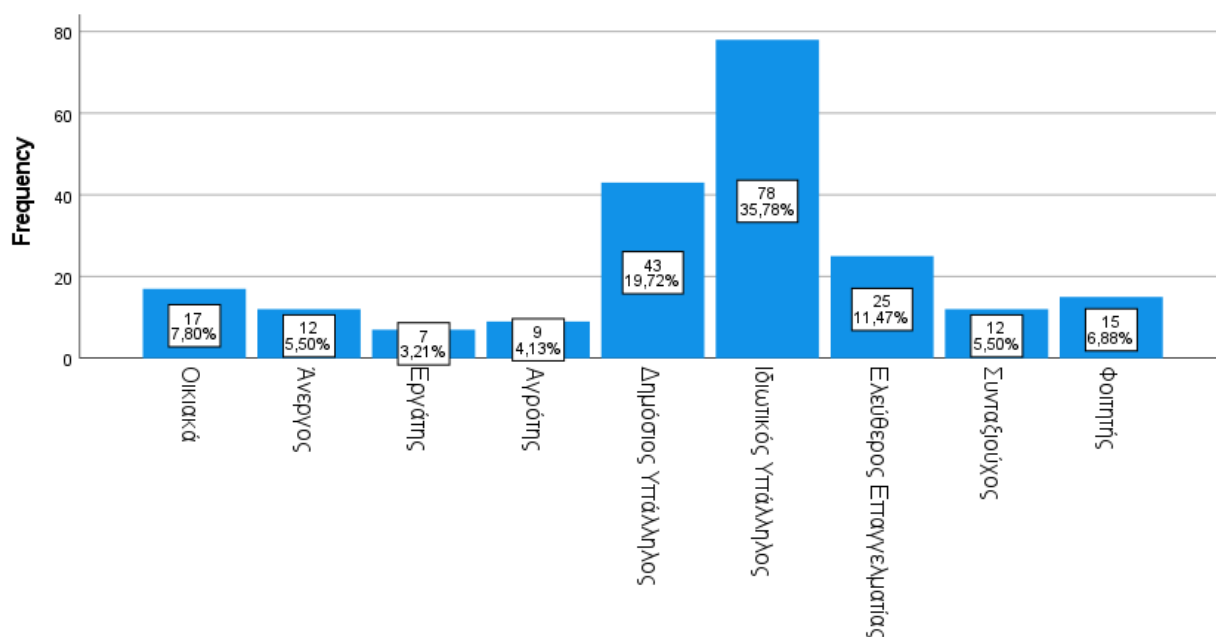


**Πίνακας 5. Επάγγελμα**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
Οικιακά	17	7,8
Άνεργος	12	5,5
Εργάτης	7	3,2
Αγρότης	9	4,1
Δημόσιος Υπάλληλος	43	19,6
Ιδιωτικός Υπάλληλος	78	35,6
Ελεύθερος Επαγγελματίας	25	11,4
Συνταξιούχος	12	5,5
Φοιτητής	15	6,8
<b>Σύνολο</b>	<b>221</b>	<b>100 %</b>

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (35,6%) και ακολουθούσαν οι δημόσιοι υπάλληλοι (19,6%) και οι ελεύθεροι επαγγελματίες (11,4%). Μικρότερα ποσοστά καταγράφηκαν στα υπόλοιπα επαγγέλματα.

**Γράφημα 5.  
Επάγγελμα**





## Προληπτικές συμπεριφορές-αποφυγή ανθυγιεινών συνηθειών

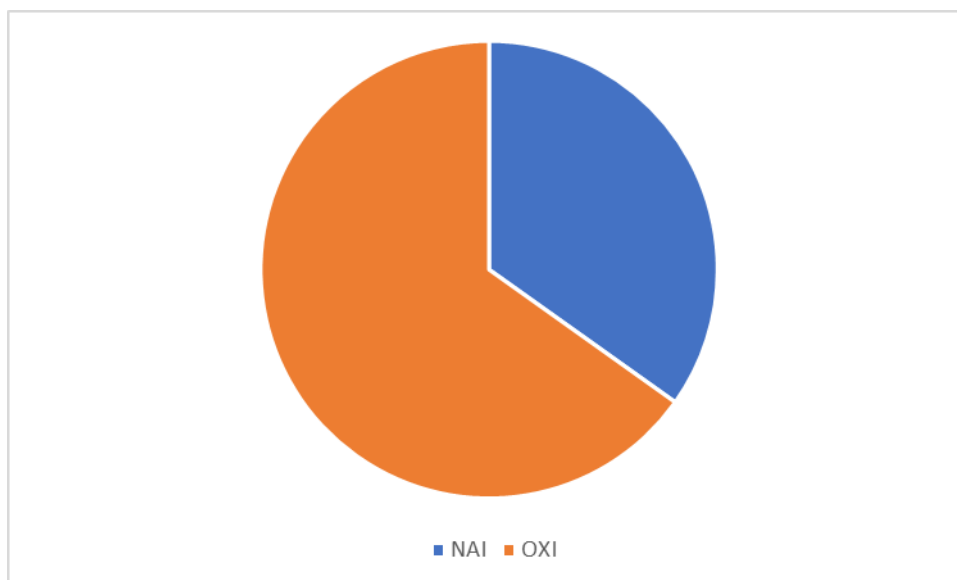
Πίνακας 6. Κάπνισμα

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	77	34,8
ΟΧΙ	144	65,2
<b>Σύνολο</b>	<b>221</b>	<b>100 %</b>

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν ήταν καπνιστές (65,2%). Αντίθετα, το υπόλοιπο ποσοστό (34,8%) ανέφεραν ότι ήταν καπνιστές.

Στην υποομάδα των καπνιστών, το μέσο χρονικό διάστημα καπνίσματος ήταν περίπου 18 έτη ( $M=17,59$ ,  $SD=11,98$ ,  $Min=1$ ,  $Max=50$ ,  $Range=49$ ).

Γράφημα 6.  
Κάπνισμα

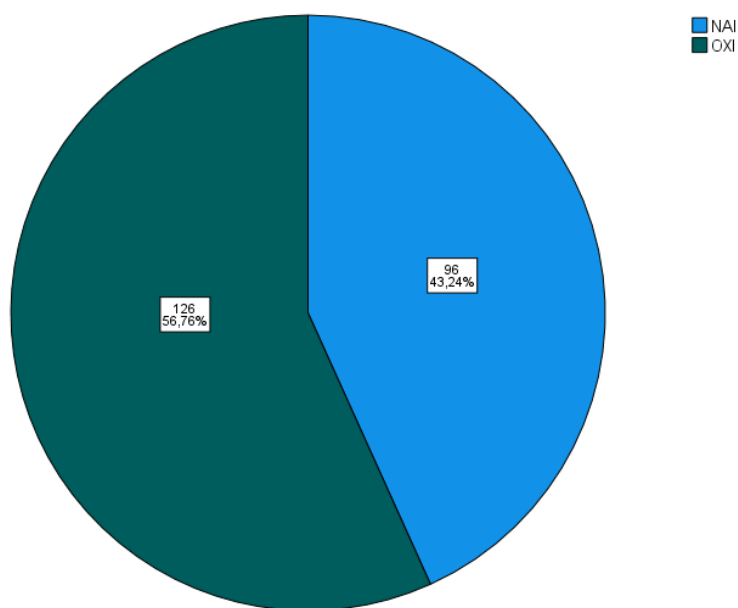


**Πίνακας 7. Σωματική άσκηση**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
ΝΑΙ	96	43,2
ΟΧΙ	126	56,8
<b>Σύνολο</b>	<b>222</b>	<b>100 %</b>

Η πλειοψηφία του δείγματος (56,8%) δεν ασκούσαν συχνά. Οι υπόλοιποι ανέφεραν ότι ασκούσαν συχνά, κατά μέσο όρο 3-4 ημέρες την εβδομάδα ( $M=3,47$ ,  $SD=1,34$ ,  $Min=1$ ,  $Max=7$ ,  $Range=6$ ).

**Γράφημα 7.**  
Σωματική άσκηση

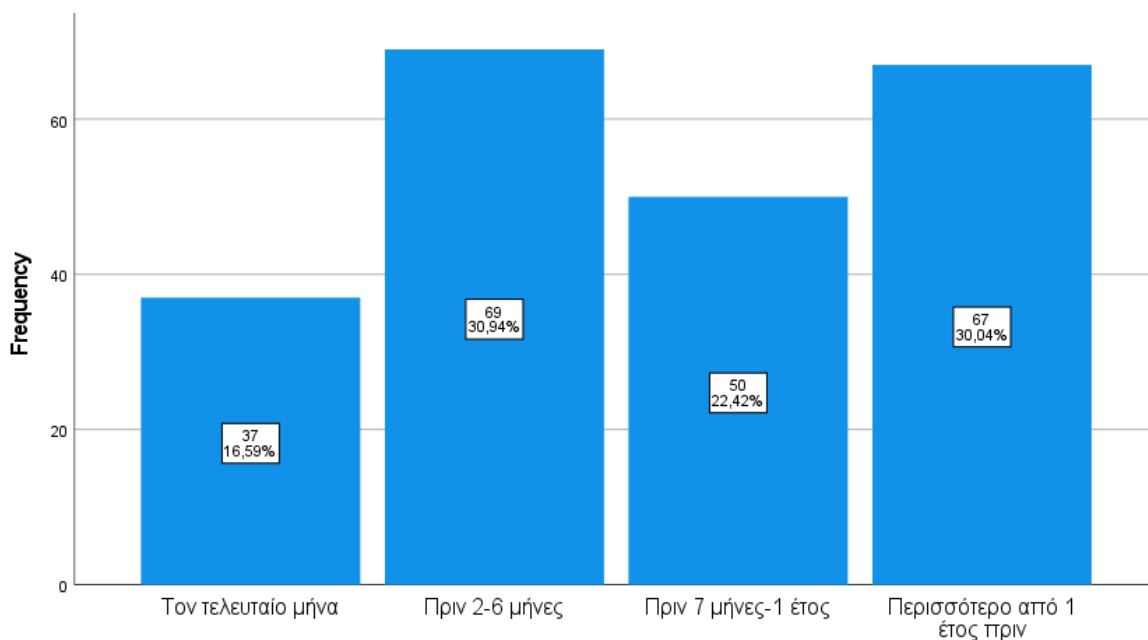


**Πίνακας 8. Προληπτικές εξετάσεις**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
Τον τελευταίο μήνα	37	16,6
Πριν 2-6 μήνες	69	30,9
Πριν 7 μήνες-1 έτος	50	22,4
Περισσότερο από 1 έτος πριν	67	30,0
<b>Σύνολο</b>	<b>223</b>	<b>100 %</b>

Οι περισσότεροι είχαν υποβληθεί σε προληπτικές εξετάσεις πριν 2-6 μήνες (30,9%) ή περισσότερο από ένα έτος πριν (30%). Λιγότεροι είχαν υποβληθεί σε προληπτικές εξετάσεις πριν 7 μήνες-1 έτος (22,4%) ή τον τελευταίο μήνα (16,6%).

**Γράφημα 8.**  
**Προληπτικές εξετάσεις**



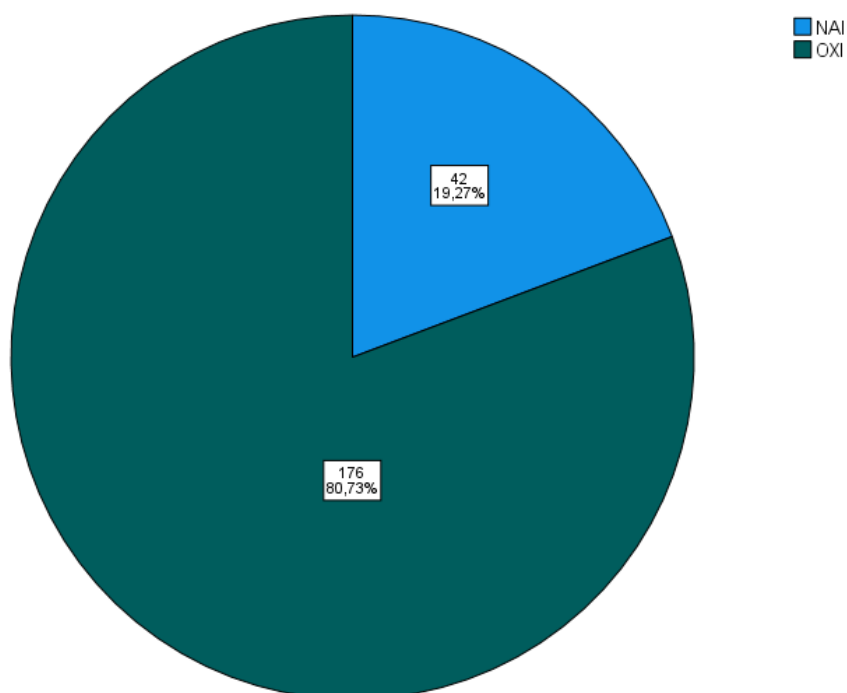
## Ιατρικές πληροφορίες

Πίνακας 9. Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ΝΑΙ	42	19,3
ΟΧΙ	176	80,7
<b>Σύνολο</b>	<b>218</b>	<b>100 %</b>

Περίπου 8 στους 10 συμμετέχοντες (80,7%) δεν έπασχαν από κάποια χρόνια ασθένεια. Αντίθετα, οι υπόλοιποι (19,3%) ανέφεραν ότι είχαν κάποια χρόνια ασθένεια.

Γράφημα 9.  
Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας

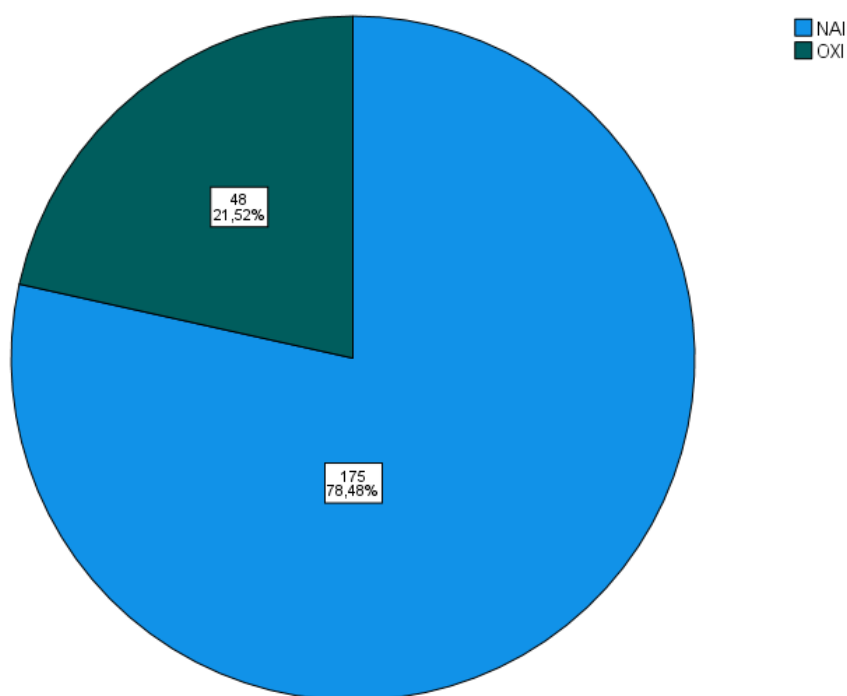


**Πίνακας 10. Εμβολιασμός για τον COVID-19**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
ΝΑΙ	175	78,5
ΟΧΙ	48	21,5
<b>Σύνολο</b>	<b>223</b>	<b>100 %</b>

Η πλειοψηφία (78,5%) είχαν εμβολιαστεί για τον COVID-19, ενώ περίπου ένας στους πέντε (21,5%) δήλωσαν το αντίθετο.

**Γράφημα 10.**  
Εμβολιασμός για τον COVID-19

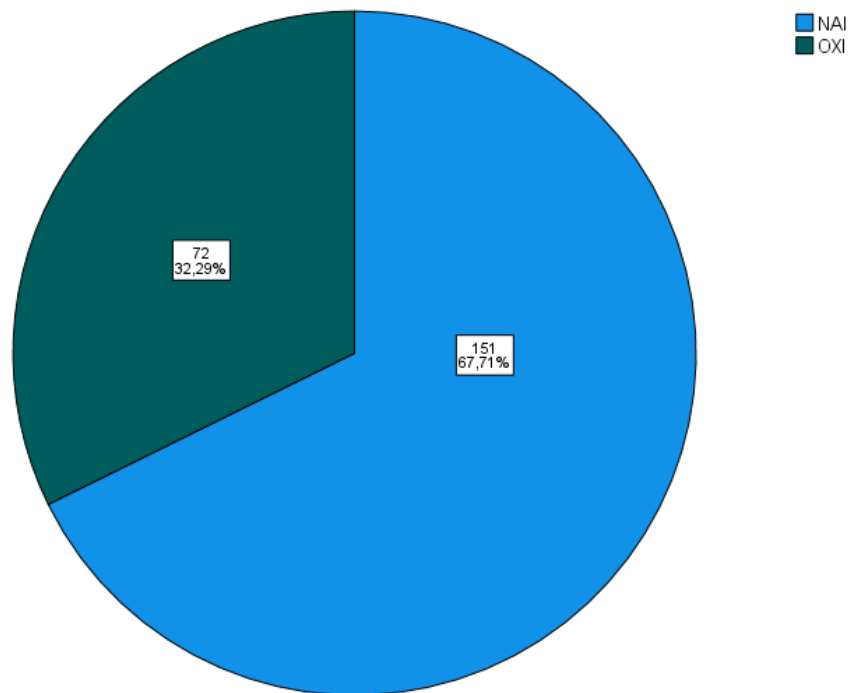


**Πίνακας 11. Νόσηση από τον COVID-19**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
ΝΑΙ	151	67,7
ΟΧΙ	72	32,3
<b>Σύνολο</b>	<b>223</b>	<b>100 %</b>

Δύο στους τρεις συμμετέχοντες (67,7%) είχαν νοσήσει από τον κορωνοϊό (COVID-19) και ένας στους τρεις (32,3%) δεν είχε νοσήσει.

Γράφημα 11.  
Νόσηση από τον COVID-19

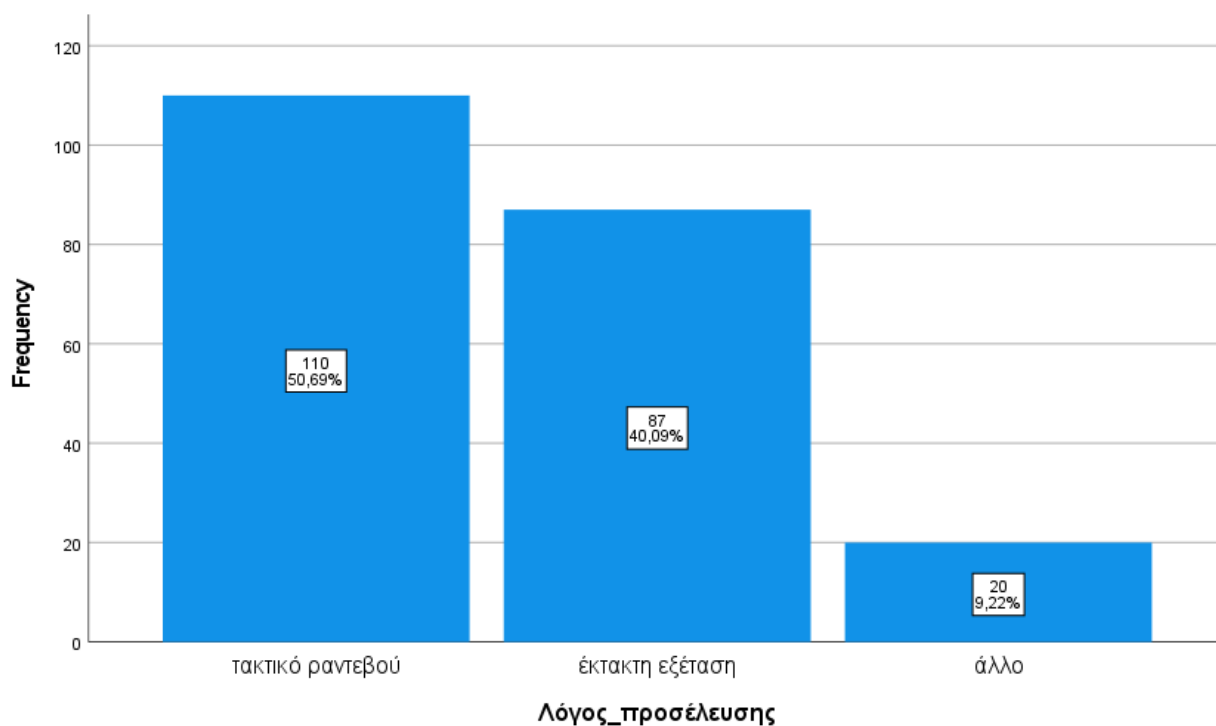


**Πίνακας 12. Λόγος προσέλευσης στο νοσοκομείο**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
τακτικό ραντεβού	110	50,5
έκτακτη εξέταση	87	39,9
Άλλο	21	9,7
<b>Σύνολο</b>	<b>223</b>	<b>100 %</b>

Οι μισοί συμμετέχοντες (50,5%) είχαν προσέλθει για τακτικό ραντεβού στο νοσοκομείο, ενώ λιγότεροι είχαν προσέλθει εκτάκτως (39,9%) ή για άλλο λόγο (9,7%). Στους άλλους λόγους περιλαμβάνονται η αιμοδοσία, η συνοδεία ασθενούς κλπ.

**Γράφημα 12 .**  
**Λόγος προσέλευσης στο νοσοκομείο**

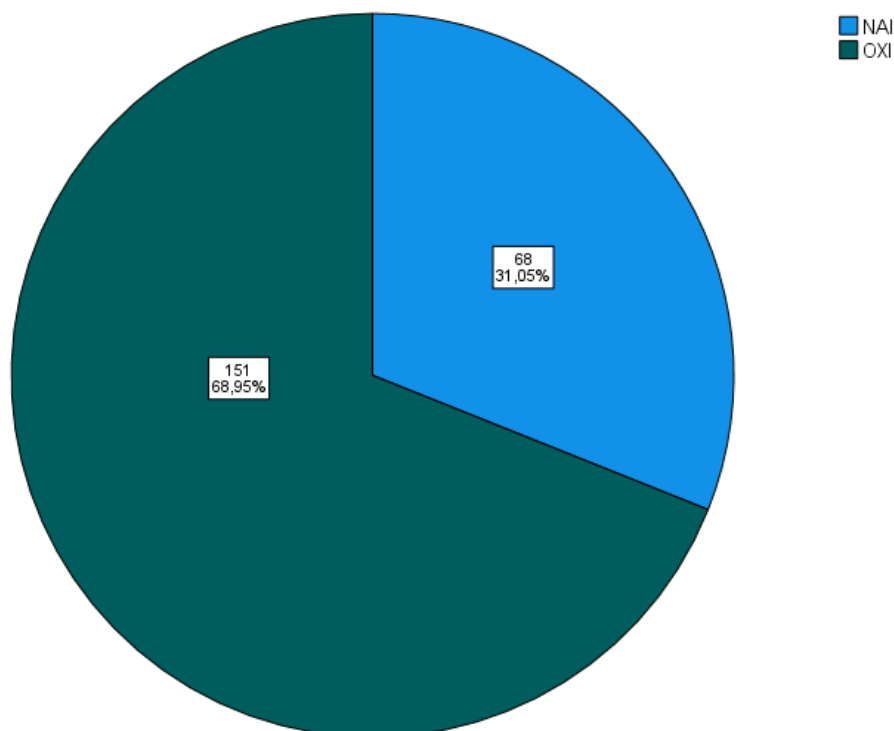


**Πίνακας 13. Επίσκεψη σε δομή ΠΦΥ πριν την επίσκεψη στο νοσοκομείο**

	<b>Συχνότητα</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
ΝΑΙ	68	31,1
ΟΧΙ	151	68,9
<b>Σύνολο</b>	<b>219</b>	<b>100 %</b>

Οι περισσότεροι (68,9%) δεν είχαν επισκεφθεί κάποια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πριν την επίσκεψή τους στο νοσοκομείο. Το υπόλοιπο ποσοστό (31,1%) είχαν επισκεφθεί κάποια δομή ΠΦΥ. Τα 151 άτομα που δεν είχαν επισκεφθεί κάποια δομή ΠΦΥ πριν την προσέλευση στο νοσοκομείο ανέφεραν ως βασικούς λόγους ότι εμπιστεύονται περισσότερο το νοσοκομείο (30,9%), ότι η πρόσβαση στο νοσοκομείο είναι ευκολότερη (22,9%) και ότι δεν υπάρχουν στην περιοχή τους δομές ΠΦΥ(13%).

**Γράφημα 13.**  
Επίσκεψη σε δομή ΠΦΥ πριν την επίσκεψη στο νοσοκομείο





**Πίνακας 14. Βαθμολογία ανά ερώτηση στο ερωτηματολόγιο Health Orientation Scale**

	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Range</b>
Health Orientation Scale - ερώτηση 1	223	3,71	1,21	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 2	222	2,41	1,33	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 3	222	3,01	1,38	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 4	221	3,40	1,19	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 5	222	3,50	1,19	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 6	222	3,69	1,21	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 7	222	3,98	1,14	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 8	222	2,48	1,24	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 9	222	3,25	1,17	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 10	221	3,48	1,17	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 11	223	3,91	1,17	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 12	220	2,34	1,35	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 13	222	3,19	1,38	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 14	221	3,10	1,22	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 15	222	3,39	1,19	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 16	219	3,40	1,21	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 17	220	3,84	1,18	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 18	222	2,64	1,24	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 19	220	3,47	1,18	1	5	4
Health Orientation Scale – ερώτηση 20	223	3,47	1,15	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 21	222	3,27	1,25	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 22	223	2,64	1,31	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 23	223	2,84	1,38	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 24	223	3,52	1,11	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 25	221	3,53	1,10	1	5	4

**Πίνακας 15. Βαθμολογία ανά ερώτηση στο ερωτηματολόγιο Health Orientation Scale (συνέχεια)**

	N	Mean	SD	Min	Max	Range
Health Orientation Scale - ερώτηση 26	223	3,76	1,12	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 27	223	3,86	1,09	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 28	222	2,26	1,34	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 29	223	3,04	1,21	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 30	223	2,91	1,27	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 31	223	3,69	1,17	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 32	222	2,28	1,26	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 33	222	3,10	1,24	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 34	223	3,70	1,06	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 35	220	3,47	1,18	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 36	217	3,69	1,17	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 37	223	3,81	1,10	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 38	223	2,69	1,35	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 39	222	3,11	1,22	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 40	222	3,44	1,20	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 41	222	3,73	1,01	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 42	223	2,25	1,31	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 43	222	2,70	1,27	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 44	223	3,29	1,12	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 45	222	3,50	1,19	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 46	223	3,13	1,21	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 47	223	3,77	1,17	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 48	222	3,43	1,27	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 49	223	2,66	1,34	1	5	4
Health Orientation Scale - ερώτηση 50	223	3,27	1,33	1	5	4

Στο ερωτηματολόγιο Health Orientation Scale η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία (3,98) καταγράφηκε στην ερώτηση 7 («Αισθάνομαι ότι η σωματική μου υγεία είναι κάτι για το οποίο είμαι εγώ υπεύθυνος/η»). Αντίθετα η μικρότερη μέση βαθμολογία (2,25) καταγράφηκε στην ερώτηση 42 («Ανησυχώ για το τι σκέφτονται οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία»).

Επισημαίνεται ωστόσο ότι οι παραπάνω πίνακες είναι ενδεικτικοί, καθώς ορισμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (14,38,39,40,48,49,50) έχουν αντίστροφη βαθμολόγηση.

**Πίνακας 16. Βαθμολογία ανά ερώτηση στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16**

	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Range</b>
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 1	214	0,80	0,54	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 2	220	0,88	0,43	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 3	220	0,86	0,45	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 4	221	0,86	0,44	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 5	215	0,81	0,49	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 6	218	0,81	0,49	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 7	223	0,87	0,43	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 8	214	0,70	0,55	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 9	219	0,82	0,48	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 10	219	0,83	0,47	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 11	215	0,68	0,55	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 12	217	0,64	0,57	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 13	217	0,80	0,49	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 14	221	0,81	0,49	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 15	218	0,79	0,50	0	1	1
HLS-EU-Q16 - ερώτηση 16	219	0,88	0,43	0	1	1

Η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία (0,88) στο ερωτηματολόγιο της εγγραμματοσύνης υγείας καταγράφηκε στις ερωτήσεις 2 και 16.

Ερώτηση 2: [«Με βάση κλίμακα από πολύ εύκολο έως πολύ δύσκολο, πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να βρείτε που μπορείτε να λάβετε βοήθεια από επαγγελματίες υγείας όταν είσαστε άρρωστος/άρρωστη; (γιατρός, φαρμακοποιός, ψυχολόγος)].

Ερώτηση 16: [«Με βάση κλίμακα από πολύ εύκολο έως πολύ δύσκολο, πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να κρίνετε ποιες καθημερινές σας συνήθειες σχετίζονται με την υγεία σας; (διατροφικές συνήθειες, άσκηση κτλ.)»].

Αντίθετα η μικρότερη μέση βαθμολογία (0,64) καταγράφηκε στην ερώτηση 12 [«Με βάση κλίμακα από πολύ εύκολο έως πολύ δύσκολο, πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι να αποφασίσετε πως μπορείτε να προστατέψετε τον εαυτό σας από κάποια ασθένεια παίρνοντας πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης; (εφημερίδες, φυλλάδια, διαδίκτυο και άλλα μέσα)»].

## Βαθμολογία των ερωτηματολογίων και των υποκλιμάκων τους

Πίνακας 17. Ερωτηματολόγιο Health Orientation Scale

Υποκλίμακα	Mean	SD	Min	Max	Range
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	18,30	3,94	7	25	18
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	11,91	5,19	5	25	20
άγχος για την υγεία (health anxiety)	14,86	5,20	5	25	20
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	16,81	3,14	7	24	17
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	17,45	4,19	6	25	19
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	17,75	4,36	6	25	19
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	19,28	4,20	8	25	17
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	13,22	3,04	5	20	15
προσδοκίες υγείας (health expectations)	16,02	4,01	5	25	20
κατάσταση υγείας (health status)	15,12	3,90	5	24	19

Η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία καταγράφηκε στην υποκλίμακα «εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)» (19,28) και η μικρότερη στην υποκλίμακα «ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)» (11,91).

**Πίνακας 18. Ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16**

Mean	SD	Min	Max	Range
13,15	3,76	0	16	16

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16 ήταν 13,15 (Mean=13,15, SD=3,76, Min=0, Max=16, Range=16).

### **Επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας**

Με βάση τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο **HLS-EU-Q16** δημιουργούνται τρία επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας (Pelikan et al., 2019):

- Βαθμολογία 0-8 = ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας
- Βαθμολογία 9-12 = προβληματική εγγραμματοσύνη υγείας
- Βαθμολογία 13-16 = επαρκής εγγραμματοσύνη υγείας (13-16)

Στην παρούσα έρευνα οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν, με βάση τη βαθμολογία τους, στα παρακάτω επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας:

**Πίνακας 19. Επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας**

Επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας	21	11,8
προβληματική εγγραμματοσύνη υγείας	33	18,5
επαρκής εγγραμματοσύνη υγείας	124	69,7
<b>Σύνολο</b>	<b>178</b>	<b>100,0</b>

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας (69,7%). Ένα μικρό ποσοστό είχε προβληματική εγγραμματοσύνη υγείας (18,5%) και ένα ακόμη μικρότερο (11,8%) είχε ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας.

## Έλεγχος αξιοπιστίας

**Πίνακας 20. Αξιοπιστία ερωτηματολογίου Health Orientation Scale**

Υποκλίμακα	Cronbach's Alpha
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	0,722
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	0,865
άγχος για την υγεία (health anxiety)	0,809
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	0,793
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	0,776
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	0,795
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	0,796
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	0,691
προσδοκίες υγείας (health expectations)	0,662
κατάσταση υγείας (health status)	0,634

Ο έλεγχος αξιοπιστίας έδειξε ότι οι περισσότερες υποκλίμακες είχαν ικανοποιητική αξιοπιστία, καθώς η τιμή του δείκτη Cronbach's Alpha ήταν μεγαλύτερη από 0,70.

Οι τρεις τελευταίες υποκλίμακες είχαν λιγότερο ικανοποιητική αξιοπιστία με την τιμή του δείκτη Cronbach's Alpha να κυμαίνεται μεταξύ 0,60-0,69.

Η μεγαλύτερη τιμή του δείκτη Cronbach's Alpha καταγράφηκε στην υποκλίμακα ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern) (0,865) και η μικρότερη τιμή στην υποκλίμακα κατάσταση υγείας (health status) (0,634).

### **Αξιοπιστία ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16**

Η τιμή του δείκτη Cronbach's Alpha για τις 16 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου HLS EU-Q16 ήταν 0,894. Άρα η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ήταν πολύ καλή.

## Διαφορές με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

**Πίνακας 21. Διαφορές ανδρών-γυναικών στη σωματική άσκηση (συχνότητες-ποσοστά)**

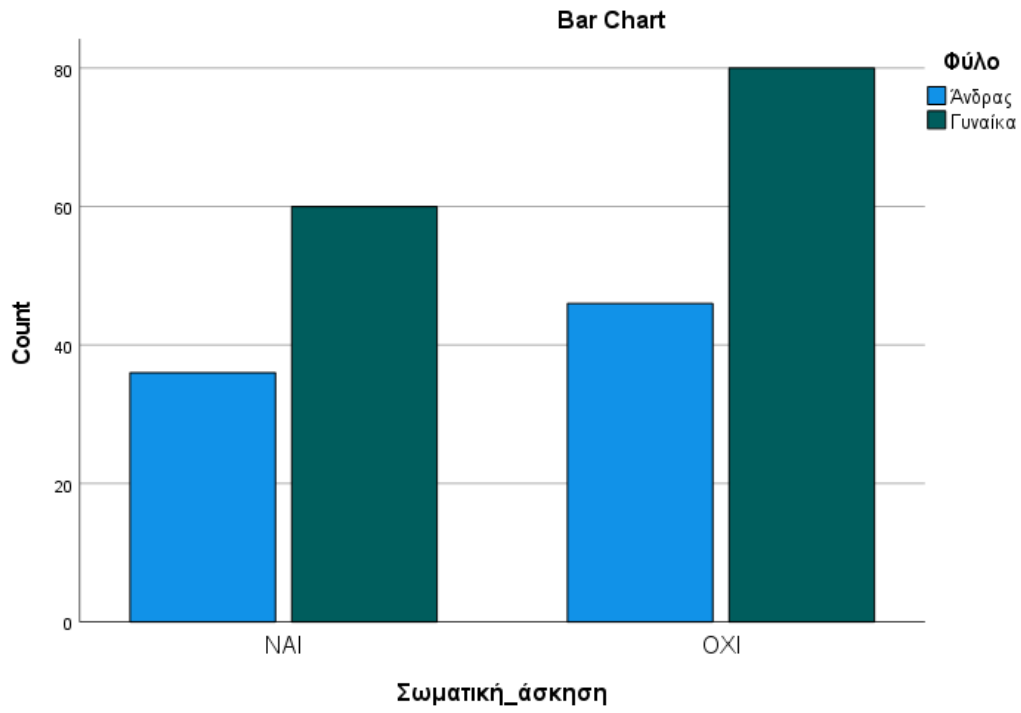
		Φύλο		Σύνολο
		Άνδρας	Γυναίκα	
Σωματική άσκηση	ΝΑΙ	36	60	<b>96</b>
	ΟΧΙ	46	80	<b>126</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>82</b>	<b>140</b>	<b>222</b>

**Πίνακας 22. Διαφορές ανδρών-γυναικών στη σωματική άσκηση (x2 τεστ)**

<b>Chi-Square Tests</b>					
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	0,023 <sup>a</sup>	1	0,879		
Continuity Correction <sup>b</sup>	0,000	1	0,991		
Likelihood Ratio	0,023	1	0,879		
Fisher's Exact Test				0,889	0,495
Linear-by-Linear Association	0,023	1	0,880		
N of Valid Cases	222				
a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 35,46.					
b. Computed only for a 2x2 table					

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών-γυναικών στη συχνή σωματική άσκηση.

Γράφημα 14.  
Σωματική άσκηση με βάση το φύλο





**Πίνακας 23. Διαφορές με βάση το φύλο στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale**

	Φύλο	N	Mean	SD	<i>p</i>
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	Άνδρας	82	18,28	3,936	NS
	Γυναίκα	139	18,32	3,960	
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	Άνδρας	81	12,58	5,694	NS
	Γυναίκα	137	11,51	4,840	
άγχος για την υγεία (health anxiety)	Άνδρας	81	14,54	5,975	NS
	Γυναίκα	138	15,05	4,691	
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	Άνδρας	80	17,23	3,044	NS
	Γυναίκα	139	16,58	3,183	
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	Άνδρας	78	17,72	4,454	NS
	Γυναίκα	137	17,30	4,043	
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	Άνδρας	75	17,85	4,076	NS
	Γυναίκα	137	17,69	4,516	
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	Άνδρας	81	19,11	4,333	NS
	Γυναίκα	138	19,38	4,128	
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	Άνδρας	82	13,55	3,135	NS
	Γυναίκα	137	13,02	2,974	
προσδοκίες υγείας (health expectations)	Άνδρας	81	15,90	4,061	NS
	Γυναίκα	137	16,09	3,995	
κατάσταση υγείας (health status)	Άνδρας	79	15,46	4,060	NS
	Γυναίκα	141	14,93	3,813	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών-γυναικών στη βαθμολογία των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale.

**Πίνακας 24. Διαφορές με βάση το φύλο στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16**

	<b>Φύλο</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
<b>HLS-EU-Q16</b>	Άνδρας	59	12,80	4,409	NS
	Γυναίκα	119	13,32	3,407	

Σημείωση:  
NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)

Ομοίως, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών-γυναικών στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16

**Πίνακας 25. Διαφορές με βάση την οικογενειακή κατάσταση στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale**

		N	Mean	SD	F	Sig
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	Άγαμος	84	19,00	3,654	2,661	0,07
	Έγγαμος/ συμβίωση	110	18,19	4,017		
	Διαζευγμένος	17	16,65	3,372		
	Χήρος	10	16,50	5,255		
	Σύνολο	221	18,30	3,942		
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	Άγαμος	82	12,13	5,402	,976	0,41
	Έγγαμος/ συμβίωση	108	11,41	5,242		
	Διαζευγμένος	17	13,41	3,858		
	Χήρος	11	12,82	4,665		
	Σύνολο	218	11,91	5,187		
άγχος για την υγεία (health anxiety)	Άγαμος	84	14,71	4,851	,093	0,96
	Έγγαμος/ συμβίωση	108	14,92	5,528		
	Διαζευγμένος	17	14,82	4,902		
	Χήρος	10	15,60	5,461		
	Σύνολο	219	14,86	5,195		
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	Άγαμος	85	17,35	2,836	2,352	0,07
	Έγγαμος/ συμβίωση	107	16,58	3,429		
	Διαζευγμένος	17	15,35	2,317		
	Χήρος	10	17,20	2,898		
	Σύνολο	219	16,81	3,141		
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	Άγαμος	84	18,00	3,771	1,098	0,35
	Έγγαμος/ συμβίωση	103	17,28	4,571		
	Διαζευγμένος	17	16,35	3,040		
	Χήρος	11	16,55	4,927		
	Σύνολο	215	17,45	4,191		
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	Άγαμος	81	18,72	3,963	2,466	0,06
	Έγγαμος/ συμβίωση	104	17,20	4,645		
	Διαζευγμένος	17	16,41	3,392		
	Χήρος	10	17,90	4,748		
	Σύνολο	212	17,75	4,356		

εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	Άγαμος	83	19,93	3,550	1,704	0,17
	Έγγαμος/ συμβίωση	108	19,08	4,539		
	Διαζευγμένος	17	17,59	4,094		
	Χήρος	11	18,91	4,949		
	Σύνολο	219	19,28	4,197		
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	Άγαμος	84	12,71	3,004	1,473	0,22
	Έγγαμος/ συμβίωση	108	13,44	3,085		
	Διαζευγμένος	17	13,71	3,077		
	Χήρος	10	14,20	2,440		
	Σύνολο	219	13,22	3,039		
προσδοκίες υγείας (health expectations)	Άγαμος	83	16,76	3,956	1,777	0,15
	Έγγαμος/ συμβίωση	107	15,55	4,296		
	Διαζευγμένος	17	16,12	1,536		
	Χήρος	11	14,82	3,601		
	Σύνολο	218	16,02	4,011		
κατάσταση υγείας (health status)	Άγαμος	84	15,95	3,583	2,883	0,06
	Έγγαμος/ συμβίωση	108	14,77	4,202		
	Διαζευγμένος	17	13,29	3,197		
	Χήρος	11	15,00	2,966		
	Σύνολο	220	15,12	3,902		
	Έγγαμος/ συμβίωση	86	13,23	3,883		
	Διαζευγμένος	14	12,29	3,338		
	Χήρος	6	13,00	4,817		
	Σύνολο	178	13,15	3,764		

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υποκατηγοριών της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» στη βαθμολογία των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale.

**Πίνακας 26. Διαφορές με βάση την οικογενειακή κατάσταση στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16**

		<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
<b>HLS-EU-Q16</b>	Άγαμος	72	13,22	3,666	0,268	0,85
	Έγγαμος/ συμβίωση	86	13,23	3,883		
	Διαζευγμένος	14	12,29	3,338		
	Χήρος	6	13,00	4,817		
	Σύνολο	178	13,15	3,764		

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υποκατηγοριών της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16

**Πίνακας 27. Διαφορές με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale**

		N	Mean	SD	F	Sig
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	Δημοτικό	24	16,71	4,658	1,291	0,263
	Γυμνάσιο	13	18,69	4,131		
	Λύκειο	63	17,86	4,443		
	Φοίτηση τώρα	15	19,53	3,889		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	74	18,65	3,258		
	Μεταπτυχιακό	26	18,96	3,340		
	Διδακτορικό	4	18,00	4,320		
	Σύνολο	219	18,30	3,930		
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	Δημοτικό	23	13,22	4,709	1,671	0,130
	Γυμνάσιο	13	14,38	5,393		
	Λύκειο	63	12,57	5,333		
	Φοίτηση τώρα	15	12,13	4,998		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	72	10,79	5,004		
	Μεταπτυχιακό	27	10,93	5,377		
	Διδακτορικό	3	11,33	4,041		
	Σύνολο	216	11,90	5,184		
άγχος για την υγεία (health anxiety)	Δημοτικό	22	15,27	4,692	0,656	0,685
	Γυμνάσιο	13	17,08	5,937		
	Λύκειο	63	15,14	5,270		
	Φοίτηση τώρα	15	13,80	6,361		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	73	14,49	5,017		
	Μεταπτυχιακό	27	14,48	5,338		
	Διδακτορικό	4	13,75	3,862		
	Σύνολο	217	14,85	5,217		
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	Δημοτικό	24	16,58	3,229	0,560	0,762
	Γυμνάσιο	13	16,77	3,444		
	Λύκειο	62	16,61	3,433		
	Φοίτηση τώρα	15	17,67	2,845		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	74	16,72	2,884		
	Μεταπτυχιακό	25	17,40	3,367		
	Διδακτορικό	4	15,25	2,062		
	Σύνολο	217	16,79	3,147		
κίνητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	Δημοτικό	21	15,29	4,617	2,210	0,043
	Γυμνάσιο	11	17,27	4,962		
	Λύκειο	61	16,89	4,355		
	Φοίτηση τώρα	15	18,80	3,529		

	ΑΕΙ/ΤΕΙ	74	17,80	4,027		
	Μεταπτυχιακό	27	18,89	3,332		
	Διδακτορικό	4	15,50	3,873		
	Σύνολο	213	17,43	4,194		

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις πέντε πρώτες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης. Οι πέντε αυτές υποκλίμακες είναι οι εξής:

1. αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)
2. ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)
3. άγχος για την υγεία (health anxiety)
4. εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)
5. κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)

**Πίνακας 28. Διαφορές με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale (συνέχεια)**

		N	Mean	SD	F	Sig
κίνητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	Δημοτικό	24	16,86	4,531	1,061	0,388
	Γυμνάσιο	13	16,92	4,821		
	Λύκειο	63	16,97	4,716		
	Φοίτηση τώρα	15	19,00	3,645		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	74	18,08	4,136		
	Μεταπτυχιακό	26	18,74	3,849		
	Διδακτορικό	4	17,67	5,508		
	Σύνολο	219	17,71	4,348		
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	Δημοτικό	23	17,05	4,695	2,353	0,032
	Γυμνάσιο	13	19,00	5,115		
	Λύκειο	63	18,81	4,549		
	Φοίτηση τώρα	15	20,13	3,159		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	72	19,78	3,948		
	Μεταπτυχιακό	27	20,85	2,412		
	Διδακτορικό	3	17,00	4,546		
	Σύνολο	216	19,27	4,188		
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	Δημοτικό	22	14,91	2,627	3,267	0,004
	Γυμνάσιο	13	13,62	2,567		
	Λύκειο	63	13,79	2,789		
	Φοίτηση τώρα	15	11,47	3,067		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	73	12,79	3,126		
	Μεταπτυχιακό	27	12,30	3,123		
	Διδακτορικό	4	13,00	3,742		
	Σύνολο	217	13,21	3,047		
προσδοκίες υγείας (health expectations)	Δημοτικό	24	13,83	3,632	1,909	,081
	Γυμνάσιο	13	16,50	2,680		
	Λύκειο	62	16,15	3,845		
	Φοίτηση τώρα	15	17,67	4,435		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	74	16,07	4,036		
	Μεταπτυχιακό	25	16,46	4,320		
	Διδακτορικό	4	14,25	2,986		
	Σύνολο	217	15,99	3,978		
κατάσταση υγείας (health status)	Δημοτικό	21	14,00	3,580	2,029	0,063
	Γυμνάσιο	11	14,38	3,548		
	Λύκειο	61	14,14	3,963		
	Φοίτηση τώρα	15	16,40	4,641		



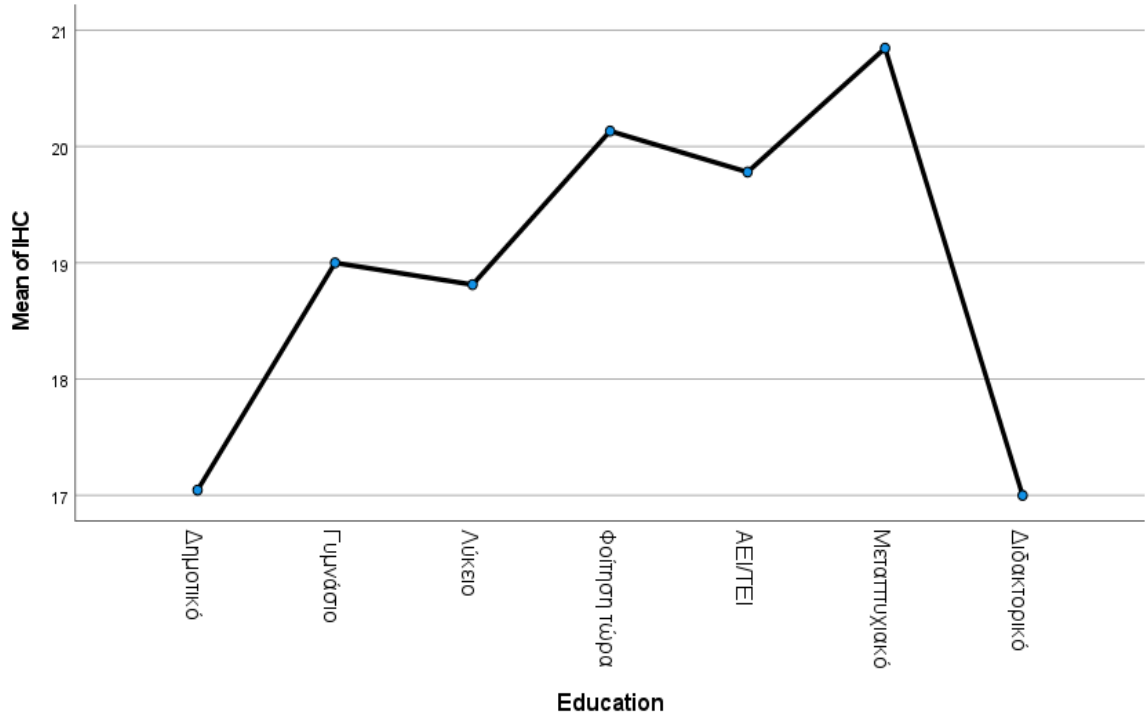
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	74	15,77	3,988		
	Μεταπτυχιακό	27	16,19	3,375		
	Διδακτορικό	4	15,25	0,957		
	Σύνολο	213	15,11	3,920		

Καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υποκατηγοριών του εκπαιδευτικού επιπέδου σε δύο από τις υπόλοιπες πέντες υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην υποκλίμακα «εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)» ( $F=2,353$ ,  $df=6$ ,  $210$ ,  $p=0,032$ ). Μετά από προσαρμογή κατά Bonferroni για τον αριθμό των συγκρίσεων βρέθηκε ότι οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία (20,85) από τους απόφοιτους δημοτικού (17,05).

Επίσης καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές στην υποκλίμακα «εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)» ( $F=3,267$ ,  $df=6,210$ ,  $p=0,004$ ). Μετά από προσαρμογή κατά Bonferroni για τον αριθμό των συγκρίσεων βρέθηκε ότι οι απόφοιτοι δημοτικού είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία (14,91) από τους φοιτητές (11,47) και τους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος (12,30).

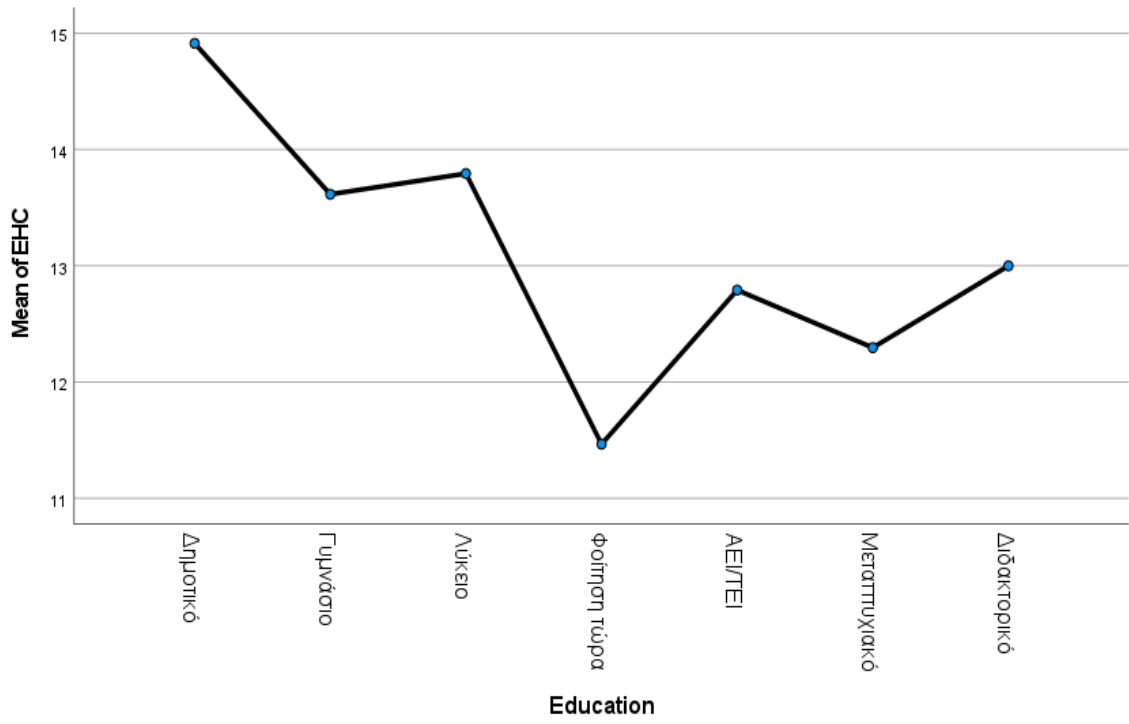
Γράφημα 15.

Mean plot: Επίπεδο εκπαίδευσης-«εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)»



Γράφημα 16.

Mean plot: Επίπεδο εκπαίδευσης-«εξωτερικός έλεγχος υγείας» (external health control)



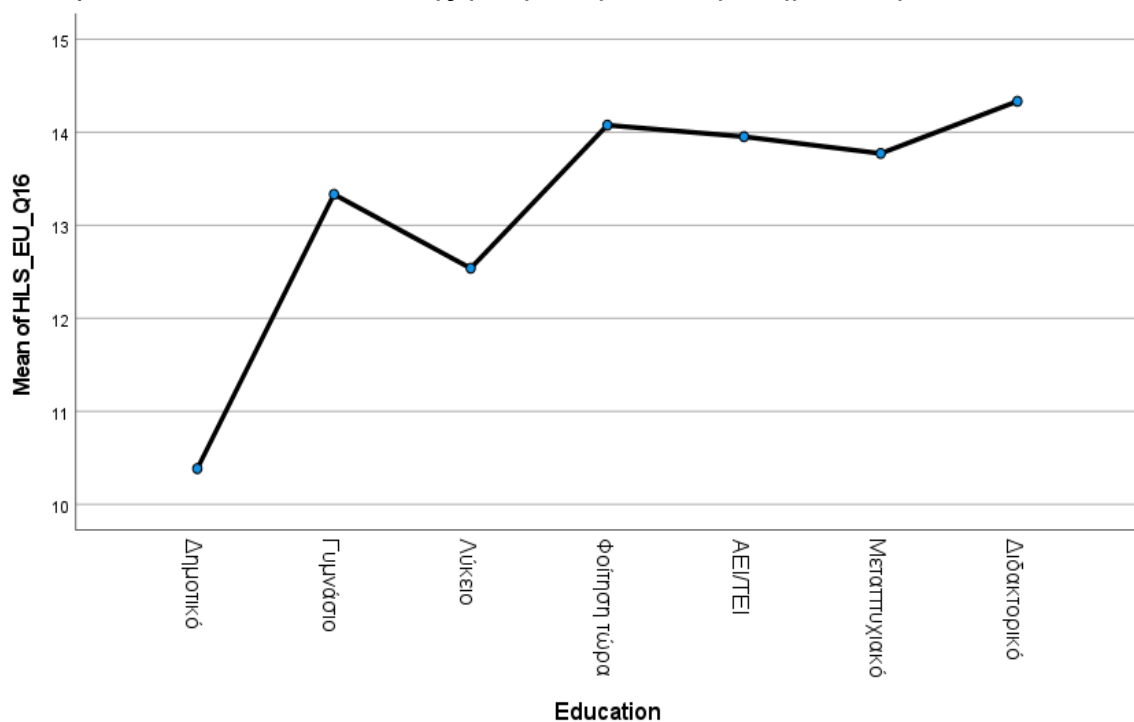
**Πίνακας 29. Διαφορές με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16**

		N	Mean	SD	F	Sig
HLS-EU-Q16	Δημοτικό	13	10,38	4,857	2,403	0,030
	Γυμνάσιο	9	13,33	3,808		
	Λύκειο	52	12,54	4,535		
	Φοίτηση τώρα	13	14,08	1,891		
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	64	13,95	2,763		
	Μεταπτυχιακό	22	13,77	2,844		
	Διδακτορικό	3	14,33	1,528		
	Σύνολο	176	13,23	3,648		

Καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των υποκατηγοριών του εκπαιδευτικού επιπέδου στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16 ( $F=2,403$ ,  $df=6$ ,  $169$ ,  $p=0,030$ ). Μετά από προσαρμογή κατά Bonferroni για τον αριθμό των συγκρίσεων βρέθηκε ότι οι απόφοιτοι δημοτικού είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (10,38) από τους κατόχους διδακτορικού (14,33).

Γράφημα 17.

Mean plot: Επίπεδο εκπαίδευσης-βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16



**Διαφορές με βάση τις προληπτικές συμπεριφορές και την αποφυγή  
ανθυγιεινών συνηθειών**

**Πίνακας 30. Διαφορές με βάση το καθεστώς καπνίσματος (καπνιστές - μη καπνιστές) στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale**

	<b>Κάπνισμα</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>p</b>
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	NAI	74	18,11	3,617	NS
	OXI	142	18,39	4,100	
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	NAI	74	12,41	5,307	NS
	OXI	142	11,55	5,041	
άγχος για την υγεία (health anxiety)	NAI	74	15,37	4,879	NS
	OXI	142	14,48	5,306	
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	NAI	74	16,59	3,162	NS
	OXI	142	16,96	3,160	
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	NAI	74	16,93	4,001	NS
	OXI	142	17,73	4,286	
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	NAI	74	17,47	4,014	NS
	OXI	142	17,93	4,528	
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	NAI	74	19,07	3,940	NS
	OXI	142	19,37	4,337	
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	NAI	74	13,68	3,025	NS
	OXI	142	13,05	3,021	
προσδοκίες υγείας (health expectations)	NAI	74	15,76	3,755	NS
	OXI	142	16,22	4,158	
κατάσταση υγείας (health status)	NAI	74	15,00	3,637	NS
	OXI	142	15,23	4,070	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των καπνιστών και των μη καπνιστών στη βαθμολογία των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale.

**Πίνακας 31. Διαφορές με βάση το καθεστώς σωματικής άσκησης (NAI-OXI) στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale**

	Συχνή σωματική άσκηση	N	Mean	SD	p
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	NAI	95	18,79	3,310	NS
	OXI	125	17,88	4,306	
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	NAI	94	11,31	5,199	NS
	OXI	123	12,28	5,082	
άγχος για την υγεία (health anxiety)	NAI	95	14,25	5,239	NS
	OXI	123	15,25	5,079	
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	NAI	95	17,67	2,434	<0,001
	OXI	123	16,15	3,471	
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	NAI	94	19,03	3,475	<0,001
	OXI	120	16,19	4,304	
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	NAI	91	19,80	3,433	<0,001
	OXI	120	16,18	4,355	
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	NAI	96	20,53	3,293	<0,001
	OXI	122	18,25	4,542	
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	NAI	94	12,59	3,157	0,006
	OXI	124	13,73	2,861	
προσδοκίες υγείας (health expectations)	NAI	95	16,98	3,795	0,002
	OXI	122	15,32	4,019	
κατάσταση υγείας (health status)	NAI	94	16,82	3,069	0,002
	OXI	125	13,86	3,999	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων ασκούσαν και όσων δεν ασκούσαν συστηματικά στις εξής κλίμακες του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale:

- εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)= όσοι ασκούσαν τακτικά είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία (17,67) από όσους δεν ασκούσαν τακτικά (16,15) ( $t= 3,631$ ,  $p<0,001$ ).
- κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)= όσοι ασκούσαν τακτικά είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία (19,03) από όσους δεν ασκούσαν τακτικά (16,19) ( $t= 5,205$ ,  $p<0,001$ ).

- κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)= όσοι ασκούσαν τακτικά είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία (19,80) από όσους δεν ασκούσαν τακτικά (16,18) ( $t= 6,549, p<0,001$ ).
- εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)= όσοι ασκούσαν τακτικά είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία (20,53) από όσους δεν ασκούσαν τακτικά (18,25) ( $t= 4,146, p<0,001$ ).
- εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)= όσοι ασκούσαν τακτικά είχαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία (12,59) από όσους δεν ασκούσαν τακτικά (13,73) ( $t= -2,788, p<0,006$ ).
- προσδοκίες υγείας (health expectations)= όσοι ασκούσαν τακτικά είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία (16,98) από όσους δεν ασκούσαν τακτικά (15,32) ( $t= 3,091, p<0,002$ ).
- κατάσταση υγείας (health status)= όσοι ασκούσαν τακτικά είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία (16,82) από όσους δεν ασκούσαν τακτικά (13,86) ( $t= 5,979, p<0,002$ ).

**Πίνακας 32. Διαφορές με βάση την ύπαρξη χρόνιας νόσου (ΝΑΙ-ΟΧΙ) στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale**

	Χρόνια νόσος	N	Mean	SD	p
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	ΝΑΙ	42	17,98	3,738	NS
	ΟΧΙ	174	18,46	3,872	
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	ΝΑΙ	42	12,12	5,919	NS
	ΟΧΙ	171	11,78	4,955	
άγχος για την υγεία (health anxiety)	ΝΑΙ	38	16,79	5,073	NS
	ΟΧΙ	176	14,45	5,080	
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	ΝΑΙ	41	16,12	3,579	<0,001
	ΟΧΙ	173	17,02	3,015	
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	ΝΑΙ	39	16,69	4,461	<0,001
	ΟΧΙ	171	17,70	4,096	
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	ΝΑΙ	39	16,82	4,978	<0,001
	ΟΧΙ	168	18,08	4,114	
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	ΝΑΙ	41	18,20	4,755	<0,001
	ΟΧΙ	173	19,58	3,964	
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	ΝΑΙ	41	13,61	2,932	0,006
	ΟΧΙ	173	13,10	3,080	
προσδοκίες υγείας (health expectations)	ΝΑΙ	41	14,39	4,141	0,007
	ΟΧΙ	172	16,45	3,918	
κατάσταση υγείας (health status)	ΝΑΙ	42	12,55	4,435	<0,001
	ΟΧΙ	173	15,80	3,531	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων έπασχαν και όσων δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο στις εξής κλίμακες του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale:

- εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)= όσοι έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (16,12) από όσους δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο (17,02) ( $t= 3,631$ ,  $p<0,001$ ).
- κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)= όσοι έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο είχαν



σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (16,69) από όσους δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο (17,70) ( $t= 5,205, p<0,001$ ).

- κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)= όσοι έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (16,82) από όσους δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο (18,08) ( $t= 6,549, p<0,001$ ).
- εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)= όσοι έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (18,20) από όσους δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο (19,58) ( $t= 4,146, p<0,001$ ).
- εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)= όσοι έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία (13,61) από όσους δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο (13,10) ( $t= -2,788, p=0,006$ ).
- προσδοκίες υγείας (health expectations)= όσοι έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (14,39) από όσους δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο (16,45) ( $t= 3,091, p<0,001$ ).
- κατάσταση υγείας (health status)= όσοι έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (12,55) από όσους δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο (15,80) ( $t= 5,979, p<0,001$ ).

**Πίνακας 33. Διαφορές με βάση τον εμβολιασμό κατά του COVID-19 (NAI-OXI) στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale**

	εμβολιασμός κατά του COVID-19	N	Mean	SD	p
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	NAI	174	18,33	3,973	NS
	OXI	47	18,19	3,865	
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	NAI	173	11,51	4,997	<b>0,028</b>
	OXI	45	13,42	5,667	
άγχος για την υγεία (health anxiety)	NAI	173	14,73	5,092	NS
	OXI	46	15,35	5,598	
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	NAI	172	16,69	3,261	NS
	OXI	47	17,26	2,641	
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	NAI	171	17,64	4,160	NS
	OXI	44	16,73	4,283	
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	NAI	168	17,93	4,156	NS
	OXI	44	17,05	5,039	
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	NAI	173	19,47	4,152	NS
	OXI	46	18,54	4,329	
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	NAI	173	12,92	3,033	<b>0,005</b>
	OXI	46	14,33	2,829	
προσδοκίες υγείας (health expectations)	NAI	170	16,25	4,045	NS
	OXI	48	15,21	3,820	
κατάσταση υγείας (health status)	NAI	173	15,15	4,026	NS
	OXI	47	15,00	3,445	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων είχαν εμβολιαστεί και όσων δεν είχαν εμβολιαστεί για τον COVID-19 στις εξής κλίμακες του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale:

- ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern) = όσοι είχαν εμβολιαστεί για τον COVID-19 είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (11,51) από όσους δεν είχαν εμβολιαστεί (13,42) ( $t = -2,218$ ,  $p < 0,028$ ).
- εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control) = όσοι είχαν εμβολιαστεί για τον COVID-19 είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (12,92) από όσους δεν είχαν εμβολιαστεί (14,33) ( $t = -2,823$ ,  $p < 0,005$ ).

**Πίνακας 34. Διαφορές με βάση τη νόσηση από τον COVID-19 (NAI-OXI) στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale**

	Νόσηση από COVID-19	N	Mean	SD	p
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	NAI	150	18,45	3,988	NS
	OXI	71	17,99	3,853	
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	NAI	147	11,60	5,274	NS
	OXI	71	12,55	4,976	
άγχος για την υγεία (health anxiety)	NAI	147	15,04	5,224	NS
	OXI	72	14,50	5,154	
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	NAI	150	16,95	3,084	NS
	OXI	69	16,52	3,266	
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	NAI	145	17,77	4,133	NS
	OXI	70	16,80	4,265	
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	NAI	143	18,21	4,071	<b>0,027</b>
	OXI	69	16,80	4,785	
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	NAI	148	19,33	4,230	NS
	OXI	71	19,17	4,154	
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	NAI	148	13,14	3,030	NS
	OXI	71	13,39	3,073	
προσδοκίες υγείας (health expectations)	NAI	148	16,16	3,819	NS
	OXI	70	15,73	4,407	
κατάσταση υγείας (health status)	NAI	149	15,32	3,733	NS
	OXI	71	14,69	4,231	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων είχαν νοσήσει και όσων δεν είχαν νοσήσει από τον COVID-19 στην εξής κλίμακα του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale:

- κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness) = όσοι είχαν νοσήσει από τον COVID-19 είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία (18,21) από όσους δεν είχαν νοσήσει (16,80) ( $t= 2,233$ ,  $p<0,027$ ).

**Πίνακας 35. Διαφορές με βάση το καθεστώς καπνίσματος (καπνιστές - μη καπνιστές) στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16**

	Κάπνισμα	N	Mean	SD	p
<b>HLS-EU-Q16</b>	ΝΑΙ	62	12,90	3,999	NS
	ΟΧΙ	114	13,28	3,654	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Ομοίως, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ καπνιστών - μη καπνιστών στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16.

**Πίνακας 36. Διαφορές με βάση το καθεστώς σωματικής άσκησης (ΝΑΙ-ΟΧΙ) στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16**

	Συχνή σωματική άσκηση	N	Mean	SD	p
<b>HLS-EU-Q16</b>	ΝΑΙ	82	13,68	2,905	NS
	ΟΧΙ	96	12,69	4,329	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων ασκούσαν και όσων δεν ασκούσαν συστηματικά στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16.

**Πίνακας 37. Διαφορές με βάση την ύπαρξη χρόνιας νόσου (NAI-OXI) στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16**

	Χρόνια νόσος	N	Mean	SD	p
<b>HLS-EU-Q16</b>	NAI	29	12,69	4,294	NS
	OXI	146	13,36	3,503	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων έπασχαν και όσων δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσου στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16.

**Πίνακας 38. Διαφορές με βάση τον εμβολιασμό κατά του COVID-19 (NAI-OXI) στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16**

	εμβολιασμός κατά του COVID-19	N	Mean	SD	p
<b>HLS-EU-Q16</b>	NAI	140	13,32	3,520	NS
	OXI	38	12,50	4,549	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων είχαν εμβολιαστεί και όσων δεν είχαν εμβολιαστεί για τον COVID-19 στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16.

**Πίνακας 39. Διαφορές με βάση τη νόσηση από τον COVID-19 (NAI-OXI) στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16**

	Νόσηση από τον COVID-19	N	Mean	SD	p
<b>HLS-EU-Q16</b>	NAI	120	13,25	3,979	NS
	OXI	58	12,93	3,297	
Σημείωση: NS= No significant (όχι στατιστικά σημαντικό)					

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων είχαν νοσήσει και όσων δεν είχαν νοσήσει από τον COVID-19 στη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16.

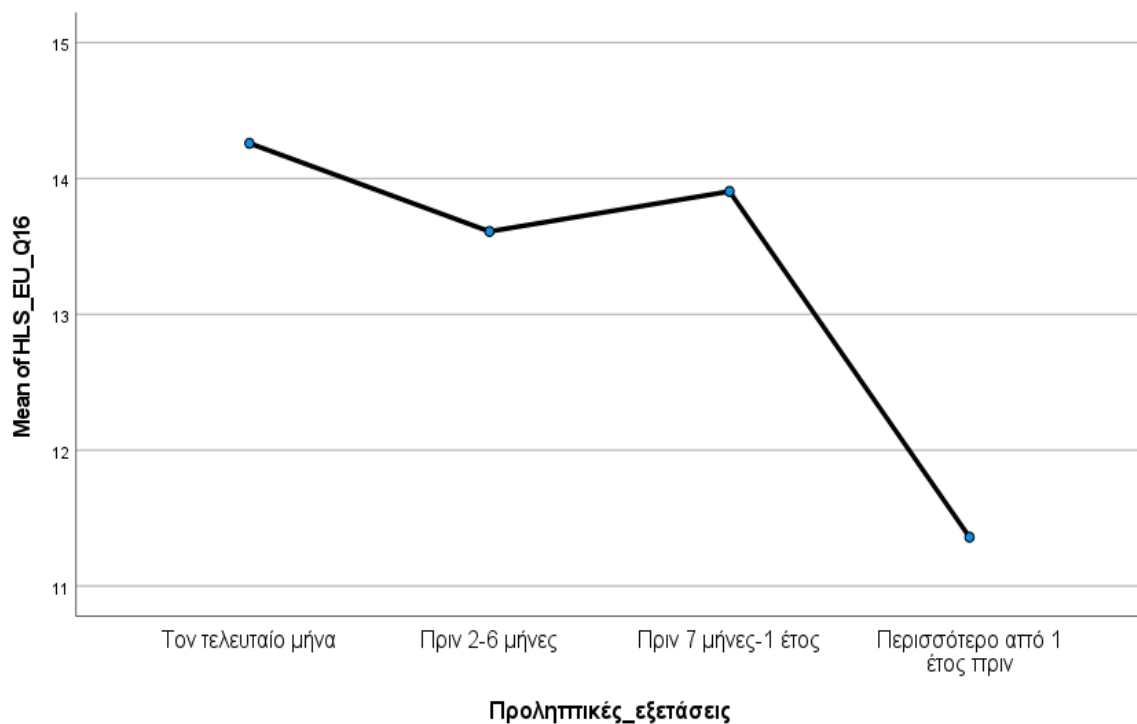
**Πίνακας 40. Διαφορές στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16 ανάλογα με το πότε είχαν υποβληθεί για τελευταία φορά σε προληπτικές εξετάσεις**

	Τελευταία φορά που έγιναν προληπτικές εξετάσεις	N	Mean	SD	F	p
<b>HLS-EU-Q16</b>	Τον τελευταίο μήνα	27	14,26	2,490	5,851	<,001
	Πριν 2-6 μήνες	59	13,61	2,710		
	Πριν 7 μήνες-1 έτος	42	13,90	2,912		
	Περισσότερο από 1 έτος πριν	50	11,36	5,236		

Καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη βαθμολογία του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16 ανάλογα με το πότε οι συμμετέχοντες είχαν υποβληθεί για τελευταία φορά σε προληπτικές εξετάσεις ( $F=5,851$ ,  $df=3$ ,  $174$ ,  $p<0,001$ ). Μετά από προσαρμογή κατά Bonferroni για τον αριθμό των συγκρίσεων βρέθηκε ότι όσοι είχαν υποβληθεί σε προληπτικές εξετάσεις περισσότερο από ένα έτος πριν είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία (11,36) από τις υπόλοιπες υποκατηγορίες.

Γράφημα 18.

Mean plot: Χρονικό διάστημα από την τελευταία φορά που έγιναν προληπτικές εξετάσεις-βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16



## Συσχετίσεις

**Πίνακας 41. Συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο Health Orientation Scale**

Υποκλίμακα		Ηλικία
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	Pearson Correlation	<b>-0,183*</b>
	Sig. (2-tailed)	0,010
	N	196
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	Pearson Correlation	-0,061
	Sig. (2-tailed)	0,399
	N	194
άγχος για την υγεία (health anxiety)	Pearson Correlation	0,002
	Sig. (2-tailed)	0,980
	N	195
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	Pearson Correlation	<b>-0,147*</b>
	Sig. (2-tailed)	0,040
	N	194
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	Pearson Correlation	-0,108
	Sig. (2-tailed)	0,136
	N	192
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	Pearson Correlation	<b>-0,146*</b>
	Sig. (2-tailed)	0,045
	N	190
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	Pearson Correlation	<b>-0,182*</b>
	Sig. (2-tailed)	0,011
	N	195
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	Pearson Correlation	<b>0,153*</b>
	Sig. (2-tailed)	0,032
	N	195
προσδοκίες υγείας (health expectations)	Pearson Correlation	<b>-0,173*</b>
	Sig. (2-tailed)	0,016
	N	194
κατάσταση υγείας (health status)	Pearson Correlation	<b>-0,205**</b>
	Sig. (2-tailed)	0,004
	N	195
Σημείωση:		
*η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο $p < 0,05$		
**η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο $p < 0,01$		

Καταγράφηκε σημαντική **θετική** συσχέτιση της ηλικίας με την υποκλίμακα «εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)» του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale ( $r=0,153$ ,  $p<0,05$ ). Δηλαδή όσο αυξάνει η ηλικία αυξάνει και ο εξωτερικός έλεγχος υγείας.

Αντίθετα, καταγράφηκε σημαντική **αρνητική** συσχέτιση της ηλικίας με τις εξής υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale:

- αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness) ( $r=-0,183$ ,  $p<0,05$ ).
- εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence) ( $r=-0,147$ ,  $p<0,05$ ).
- κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness) ( $r=-0,146$ ,  $p<0,05$ ).
- εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control) ( $r=-0,182$ ,  $p<0,05$ ).
- προσδοκίες υγείας (health expectations) ( $r=-0,173$ ,  $p<0,05$ ).
- κατάσταση υγείας (health status) ( $r=-0,205$ ,  $p<0,01$ ).

Δηλαδή όσο αυξάνει η ηλικία χειροτερεύει η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας του ατόμου και μειώνονται οι προσδοκίες υγείας του και ο εσωτερικός έλεγχος υγείας. Επίσης μειώνονται η αυτοσυνείδηση για την υγεία, η εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία και η κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας.

**Πίνακας 42. Συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16**

		<b>Ηλικία</b>
βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16	Pearson Correlation	-0,136
	Sig. (2-tailed)	0,092
	N	155

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16



**Πίνακας 43. Συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο Health Orientation Scale με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16**

Υποκλίμακα		ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16
αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness)	Pearson Correlation	<b>0,322**</b>
	Sig. (2-tailed)	<0,001
	N	177
ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)	Pearson Correlation	-0,008
	Sig. (2-tailed)	0,916
	N	173
άγχος για την υγεία (health anxiety)	Pearson Correlation	0,029
	Sig. (2-tailed)	0,704
	N	177
εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence)	Pearson Correlation	<b>0,178*</b>
	Sig. (2-tailed)	,018
	N	175
κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness)	Pearson Correlation	<b>0,232**</b>
	Sig. (2-tailed)	,002
	N	174
κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness)	Pearson Correlation	<b>0,267**</b>
	Sig. (2-tailed)	<,001
	N	170
εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)	Pearson Correlation	<b>0,321**</b>
	Sig. (2-tailed)	<,001
	N	176
εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)	Pearson Correlation	<b>-0,182*</b>
	Sig. (2-tailed)	0,016
	N	174
προσδοκίες υγείας (health expectations)	Pearson Correlation	0,142
	Sig. (2-tailed)	0,060
	N	175
κατάσταση υγείας (health status)	Pearson Correlation	0,108
	Sig. (2-tailed)	0,153
	N	176
Σημείωση:		
*η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο $p<0,05$		
**η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο $p<0,01$		

Καταγράφηκε σημαντική **αρνητική** συσχέτιση της υποκλίμακας «εξωτερικός έλεγχος υγείας (external health control)» του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16 ( $r=-0,182$ ,  $p<0,05$ ). Δηλαδή όσο μειώνεται η εγγραμματοσύνη υγείας του ατόμου αυξάνει ο εξωτερικός έλεγχος υγείας του.

Αντίθετα, καταγράφηκε σημαντική **θετική** συσχέτιση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16 με τις εξής υποκλίμακες του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale:

- αυτοσυνείδηση για την υγεία (private health consciousness) ( $r=0,322$ ,  $p<0,01$ ).
- εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία (health esteem-confidence) ( $r=0,178$ ,  $p<0,05$ ).
- κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής (motivation to avoid unhealthiness) ( $r=0,232$ ,  $p<0,01$ ).
- κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας (motivation for healthiness) ( $r=0,267$ ,  $p<0,01$ ).
- εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control) ( $r=0,321$ ,  $p<0,01$ ).

Δηλαδή όσο αυξάνει η εγγραμματοσύνη υγείας του ατόμου αυξάνει και η αυτοσυνείδηση του ατόμου για την υγεία του και η εκτίμηση και αυτοπεποίθησή του για την υγεία του. Ομοίως, αυξάνει και η κινητοποίησή του για τη διατήρηση της υγείας του και για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής, καθώς και ο εσωτερικός έλεγχος της υγείας του.

## Κεφάλαιο 6.

### Συζήτηση

Στην παρούσα εργασία διερευνήθηκε ο προσανατολισμός υγείας και η εγγραμματοσύνη υγείας προσερχόμενων στα εξωτερικά ιατρεία και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας (Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους). Οι έννοιες αυτές δεν έχουν διερευνηθεί εκτεταμένα στον ελληνικό πληθυσμό και αυτό καταδεικνύει τη χρησιμότητα της εργασίας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ποσοτικό συγχρονικό σχεδιασμό. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες, έγγαμοι ή σε συμβίωση, απόφοιτοι ΑΤΕΙ/ΑΕΙ και ιδιωτικοί υπάλληλοι. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν περίπου 41 έτη.

Ως προς τις προληπτικές συμπεριφορές και την αποφυγή ανθυγιεινών συνηθειών, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν ήταν καπνιστές. Φαίνεται ότι η συχνότητα του καπνίσματος μειώνεται σταθερά και τα μέτρα που έχουν ληφθεί τα προηγούμενα χρόνια έχουν αρχίσει να αποδίδουν. Όμως στην υποομάδα των καπνιστών καταγράφηκε μεγάλο χρονικό διάστημα καπνίσματος (περίπου 18 έτη).

Οι περισσότεροι δεν ασκούσαν συχνά και περίπου ένας στους τρεις είχαν υποβληθεί σε προληπτικές εξετάσεις περισσότερο από ένα έτος πριν. Αρκετοί όμως είχαν υποβληθεί σε προληπτικές εξετάσεις πριν 2-6 μήνες και πριν 7 μήνες-1 έτος.

Περίπου 8 στους 10 συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δεν έπασχαν από κάποια χρόνια ασθένεια. Αυτό ίσως ερμηνεύεται και από τη μικρή συμμετοχή ηλικιωμένων στο δείγμα και από το γεγονός ότι η μέση ηλικία τους ήταν περίπου 41 έτη.

Αναφορικά με τον COVID-19, δύο στους τρεις συμμετέχοντες είχαν νοσήσει. Επίσης τα δεδομένα έδειξαν υψηλά ποσοστά εμβολιασμού (78,5%). Τα στοιχεία αυτά δείχνουν μια εικόνα σχετικά με την υψηλή συχνότητα νόσησης αλλά και εμβολιασμού από τον COVID-19 στο γενικό πληθυσμό.

Οι μισοί συμμετέχοντες είχαν προσέλθει για τακτικό ραντεβού στο νοσοκομείο, ενώ λιγότεροι είχαν προσέλθει εκτάκτως ή για άλλο λόγο. Στους άλλους λόγους περιλαμβάνονται η αιμοδοσία, η συνοδεία ασθενούς κλπ. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι περισσότεροι δεν είχαν επισκεφθεί

κάποια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πριν την επίσκεψή τους στο νοσοκομείο. Όσοι δεν είχαν επισκεφθεί κάποια δομή ΠΦΥ πριν την προσέλευση στο νοσοκομείο ανέφεραν ως βασικούς λόγους ότι εμπιστεύονταν περισσότερο το νοσοκομείο, ότι η πρόσβαση στο νοσοκομείο είναι ευκολότερη και ότι δεν υπάρχουν στην περιοχή τους δομές ΠΦΥ. Από αυτό προκύπτει ότι αρκετά άτομα παρακάμπτουν τις δομές ΠΦΥ και προσέρχονται απευθείας σε κάποιο νοσοκομείο για τα θέματα υγείας τους.

Στο ερωτηματολόγιο Health Orientation Scale η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία καταγράφηκε στην ερώτηση 7 («Αισθάνομαι ότι η σωματική μου υγεία είναι κάτι για το οποίο είμαι εγώ υπεύθυνος/η»). Αντίθετα η μικρότερη μέση βαθμολογία (2,25) καταγράφηκε στην ερώτηση 42 («Ανησυχώ για το τι σκέφτονται οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία»).

Ως προς τις υποκλίμακες, η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία καταγράφηκε στην υποκλίμακα «εσωτερικός έλεγχος υγείας (internal health control)» και η μικρότερη στην υποκλίμακα «ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern)». Τα αποτελέσματα είναι πλήρως συμβατά με όσα βρέθηκαν σε άλλη έρευνα με ελληνόφωνο δείγμα (Togas & Parlalis, 2021).

Η μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q16 ήταν υψηλή. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας, ενώ ένα μικρό ποσοστό είχε προβληματική εγγραμματοσύνη υγείας και ένα ακόμη μικρότερο είχε ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας. Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σε άλλη πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα (Albani et al., 2022).

Η μεγαλύτερη μέση βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο της εγγραμματοσύνης υγείας καταγράφηκε στις ερωτήσεις 2 και 16. Δηλαδή οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι το πιο εύκολο γι' αυτούς είναι να κρίνουν ποιες καθημερινές τους συνήθειες (διατροφικές συνήθειες, άσκηση κτλ.) σχετίζονται με την υγεία τους και να λάβουν βοήθεια από επαγγελματίες υγείας (γιατρό, φαρμακοποιό, ψυχολόγο) όταν είναι άρρωστοι (Albani et al., 2022)

Αντίθετα η μικρότερη μέση βαθμολογία καταγράφηκε στην ερώτηση 12. Δηλαδή οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι το πιο δύσκολο γι' αυτούς είναι να αποφασίσουν πως μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους από κάποια ασθένεια παίρνοντας πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης (εφημερίδες, φυλλάδια, διαδίκτυο και άλλα μέσα).

Δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών-γυναικών και μεταξύ των υποκατηγοριών της μεταβλητής «Οικογενειακή κατάσταση» στη βαθμολογία των ερωτηματολογίων Health Orientation Scale και HLS-EU-Q16. Με βάση αυτά τα ευρήματα φαίνεται ότι το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων δεν είναι σημαντικοί προσδιοριστικοί παράγοντες του προσανατολισμού υγείας και της εγγραμματοσύνης υγείας. Ως προς τον προσανατολισμό υγείας, όμοια αποτελέσματα αναφέρονται και από τους Togas & Parlalis (2021). Όμως, οι παρατηρηθείσες στην έρευνά τους διαφορές ανδρών και γυναικών δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Ως προς την εγγραμματοσύνη υγείας, διαφορετικά αποτελέσματα παρουσιάζονται σε άλλες έρευνες (Clouston et al., 2017; Lee et al., 2020; Albani et al., 2022), στις οποίες βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν υψηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας από τους άνδρες. Επίσης, στην έρευνα των Albani et al. (2022) βρέθηκε ότι οι χήροι/ες είχαν σημαντικά χαμηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας από όλους τους άλλους συμμετέχοντες.

Αντίθετα, το εκπαιδευτικό επίπεδο είχε σημαντική επίδραση στις υποκλίμακες του εσωτερικού και εξωτερικού ελέγχου υγείας του ερωτηματολογίου Health Orientation Scale. Πιο συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία από τους απόφοιτους δημοτικού στην υποκλίμακα «εσωτερικός έλεγχος υγείας». Αντίθετα, στην υποκλίμακα «εξωτερικός έλεγχος υγείας» οι απόφοιτοι δημοτικού είχαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία από τους φοιτητές και τους κατόχους μεταπτυχιακού διπλώματος. Δηλαδή τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν καλύτερη αίσθηση εσωτερικού ελέγχου της υγείας τους, ενώ τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν μεγαλύτερη αίσθηση εξωτερικού ελέγχου της υγείας τους.

Επίσης βρέθηκε, όπως αναμενόταν, σημαντική επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου στην εγγραμματοσύνη υγείας και οι απόφοιτοι δημοτικού είχαν σημαντικά μικρότερη βαθμολογία από τους κατόχους διδακτορικού. Το εύρημα αυτό είναι συνεπές με το αντίστοιχα αρκετών άλλων ερευνών, στις οποίες επισημαίνεται ότι τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου έχουν καλύτερη εγγραμματοσύνη υγείας (Kutner et al., 2006; Zamora & Clingerman, 2011; Goodman et al., 2012; Albani et al., 2022).

Ως προς τις προληπτικές συμπεριφορές και την αποφυγή ανθυγιεινών συνηθειών, ένα αξιοσημείωτο εύρημα είναι ότι οι καπνιστές δε διέφεραν από τους

μη καπνιστές στον προσανατολισμό υγείας και στην εγγραμματοσύνη υγείας. Αντίθετα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε άλλες έρευνες, στις οποίες βρέθηκε ότι οι καπνιστές συνήθως κρίνουν την κατάσταση της υγείας τους καλύτερα από τους μη καπνιστές (Hsieh & Lo, 2017) και ότι τα άτομα με χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας ήταν με μεγαλύτερη συχνότητα καπνιστές (Nurjanah & Mubarokah, 2019).

Αντίθετα, η τακτική σωματική άσκηση φαίνεται να συνδέεται με πολλές διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας. Έτσι, όσοι ασκούσαν τακτικά είχαν μεγαλύτερη εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία, μεγαλύτερη κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής και για τη διατήρηση της υγείας και υψηλότερο εσωτερικό έλεγχο υγείας από όσους δεν ασκούσαν τακτικά. Είχαν επίσης υψηλότερες προσδοκίες υγείας, καλύτερη αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας και μικρότερο εξωτερικό έλεγχο υγείας από όσους δεν ασκούσαν τακτικά.

Η ύπαρξη χρόνιας νόσου ήταν επίσης σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας του προσανατολισμού υγείας. Πιο συγκεκριμένα, όσοι έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο είχαν υψηλότερο εξωτερικό έλεγχο υγείας, χαμηλότερο εσωτερικό έλεγχο υγείας, μικρότερες προσδοκίες υγείας και χειρότερη αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας από όσους δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο. Ακόμη, είχαν μικρότερη εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία και λιγότερη κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής και για τη διατήρηση της υγείας τους από όσους δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο.

Όσοι είχαν εμβολιαστεί για τον COVID-19 είχαν σημαντικά μικρότερη ανησυχία για την εικόνα της υγείας (health image concern) και σημαντικά μικρότερο εξωτερικό έλεγχο υγείας από όσους δεν είχαν εμβολιαστεί. Ακόμη, όσοι είχαν νοσήσει από τον COVID-19 είχαν σημαντικά υψηλότερη κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας από όσους δεν είχαν νοσήσει. Φαίνεται λοιπόν ότι ο εμβολιασμός για τον COVID-19 συνδέεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και κυρίως με την αντίληψη του ατόμου ότι έχει τον έλεγχο της υγείας του και ότι αυτή δεν καθορίζεται σημαντικά από εξωτερικούς παράγοντες. Επιπλέον, η νόσηση από τον COVID-19 φαίνεται να συνδέεται με μεγαλύτερη κινητοποίηση του ατόμου για τη διατήρηση της υγείας του.

Ως προς την εγγραμματοσύνη υγείας, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ καπνιστών - μη καπνιστών και μεταξύ όσων ασκούσαν και όσων δεν ασκούσαν συστηματικά. Ομοίως, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ όσων

έπασχαν και όσων δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο. Το εύρημα σχετικά με τις χρόνιες νόσους δε συμφωνεί με τα αποτελέσματα άλλης έρευνας στην Ελλάδα, στην οποία βρέθηκε ότι όσοι έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο είχαν χαμηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας από όσους δεν έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο (Albani et al., 2022).

Ακόμη, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στην εγγραμματοσύνη υγείας με βάση τον εμβολιασμό για τον COVID-19 και της νόσηση από αυτόν.

Αντίθετα, βρέθηκε ότι όσοι είχαν υποβληθεί σε προληπτικές εξετάσεις περισσότερο από ένα έτος πριν είχαν χαμηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας από τις υπόλοιπες υποκατηγορίες. Από το συγκεκριμένο εύρημα προκύπτει ότι η εγγραμματοσύνη υγείας συνδέεται με τη συχνότητα υποβολής του ατόμου σε προληπτικές εξετάσεις.

Η ηλικία συσχετίστηκε σημαντικά με αρκετές διαστάσεις του προσανατολισμού υγείας. Ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι όσο αυξάνει η ηλικία αυξάνει και ο εξωτερικός έλεγχος υγείας. Δηλαδή τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τείνουν να αποδίδουν περισσότερο την ευθύνη σχετικά με την υγεία τους σε εξωτερικούς παράγοντες. Ομοίως μειώνεται ο εσωτερικός έλεγχος υγείας.

Αντίθετα, όσο αυξάνει η ηλικία χειροτερεύει η αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας του ατόμου και μειώνονται οι προσδοκίες υγείας του. Επίσης μειώνονται η αυτοσυνείδηση για την υγεία, η εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία και η κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας.

Δηλαδή τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τείνουν να έχουν μειωμένο εσωτερικό έλεγχο υγείας, μειωμένες προσδοκίες υγείας, χειρότερη αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας, μειωμένη αυτοσυνείδηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία και μειωμένη κινητοποίηση για τη διατήρησή της. Ομοίως, οι Snell et al. (1991) βρήκαν ότι οι νεώτεροι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνητρο αποφυγής της ανθυγιεινής ζωής. Οι Togas & Parlalis (2021), ωστόσο, βρήκαν ότι τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα ( $\geq 40$  ετών) εκφράζουν υψηλότερη (και όχι χαμηλότερη) κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής από τις μικρότερες ηλικιακές ομάδες.

Στην παρούσα έρευνα δε βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με την εγγραμματοσύνη υγείας. Το εύρημα αυτό είναι μη αναμενόμενο, καθώς αρκετές άλλες έρευνες έχει βρει ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν σημαντικά χαμηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας (Kutner et al., 2006; Zamora & Clingerman,

2011; Goodman et al., 2012; Albani et al., 2022). Αυτό μπορεί ενδεχομένως να εξηγηθεί από το γεγονός ότι η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 41 έτη και υπήρχε μικρή συμμετοχή ηλικιωμένων ατόμων στο δείγμα.

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα είναι ότι όσο μειώνεται η εγγραμματοσύνη υγείας του ατόμου αυξάνει ο εξωτερικός έλεγχος υγείας του. Δηλαδή τα άτομα με χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας τείνουν να αποδίδουν περισσότερο την ευθύνη για την υγεία τους σε εξωτερικούς παράγοντες.

Από την άλλη, βρέθηκε ότι όσο αυξάνει η εγγραμματοσύνη υγείας του ατόμου αυξάνει και η αυτοσυνείδηση του ατόμου για την υγεία του και η εκτίμηση και αυτοπεποίθησή του για την υγεία του. Ομοίως, αυξάνει και η κινητοποίησή του για τη διατήρηση της υγείας του και για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής, καθώς και ο εσωτερικός έλεγχος της υγείας του. Δηλαδή τα άτομα με υψηλή εγγραμματοσύνη υγείας έχουν εσωτερικό έλεγχο της υγείας τους, αυξημένη αυτοσυνείδηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία τους και εμφανίζουν αυξημένη κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας τους και για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής.

### **Κλινικές προεκτάσεις**

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε την ανάγκη παρεμβάσεων για βελτίωση της εγγραμματοσύνης υγείας, ειδικά σε πληθυσμούς με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο. Σε αυτούς τους πληθυσμούς μπορούν να εφαρμοστούν και παρεμβάσεις με στόχο την αύξηση του εσωτερικού ελέγχου υγείας και την κινητοποίηση για τη διατήρηση της υγείας.

Η αύξηση της εγγραμματοσύνης υγείας συνδέεται με πλήθος θετικών στάσεων και συμπεριφορών υγείας, οι οποίες αξιολογούνται με τον προσανατολισμό υγείας (π.χ. τακτική σωματική άσκηση, μεγαλύτερη εκτίμηση και αυτοπεποίθηση για την υγεία, μεγαλύτερη κινητοποίηση για την αποφυγή του ανθυγιεινού τρόπου ζωής και για τη διατήρηση της υγείας, υψηλότερος εσωτερικός έλεγχος υγείας, υψηλότερες προσδοκίες υγείας, καλύτερη αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας και μικρότερος εξωτερικός έλεγχος υγείας).

Κατά συνέπεια, οι επαγγελματίες υγείας και οι ειδικοί ψυχικής υγείας μπορούν να εξετάζουν διεξοδικά την εγγραμματοσύνη υγείας των ασθενών τους και τον προσανατολισμό υγείας τους στην καθημερινή κλινική πρακτική και να εντοπίζουν



τα άτομα που χρήζουν περαιτέρω παρακολούθησης και παρεμβάσεων (π.χ. άτομα με εξωτερικό έλεγχο υγείας).

Από την έρευνα προέκυψε ακόμη ότι η παράκαμψη της ΠΦΥ και η άμεση μετάβαση στο νοσοκομείο αποτελεί μια παγιωμένη κατάσταση και κανόνα για τα περισσότερα άτομα. Συνεπώς, οι σχεδιαστές πολιτικών υγείας πρέπει να διερευνήσουν περαιτέρω τους λόγους για τους οποίους τα άτομα δεν προσέρχονται σε πρωτοβάθμιες δομές για τη διαχείριση των ζητημάτων υγείας τους και να σχεδιάσουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα ΠΦΥ, ώστε να μειωθεί και ο όγκος εργασίας των νοσοκομείων.

### **Περιορισμοί της έρευνας**

Ένας περιορισμός της έρευνας είναι η σύνθεση του δείγματος. Καθώς η έρευνα πραγματοποιήθηκε με δείγμα ευκολίας και συμμετείχαν αρκετά άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν πλήρως στο γενικό πληθυσμό.

### **Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες**

Τα αποτελέσματα της έρευνας πρέπει να επιβεβαιωθούν και από άλλες μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα. Οι μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εξετάσουν και άλλες σημαντικές δημογραφικές και ιατρικές μεταβλητές που επηρεάζουν σημαντικά τον προσανατολισμό υγείας και την εγγραμματοσύνη υγείας. Οι έρευνες αυτές θα μπορούσαν να πραγματοποιηθούν και με διαχρονικό σχεδιασμό, προκειμένου να καταγραφούν οι πιθανές μεταβολές στον προσανατολισμό υγείας και στην εγγραμματοσύνη υγείας σε βάθος χρόνου.

Ο προσανατολισμός υγείας και η εγγραμματοσύνη υγείας θα μπορούσαν επίσης να αξιολογηθούν και σε ειδικές ομάδες ασθενών (π.χ. ασθενείς με συγκεκριμένες χρόνιες νόσους, ασθενείς με μεγάλη συννοσηρότητα κλπ).

## Βιβλιογραφία

### Ελληνική

- Nettleton, S. (2002) (επιμέλεια: Αγραφιιώτης, Δ.). *Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, εκδόσεις Τυπωθήτω-Δαρδανός.
- Ogden, J. (επιμέλεια: Σιαφάκα, Β.) (2018). *Ψυχολογία της υγείας (5η έκδοση)*, εκδόσεις Παρισιάνου.
- Straub, R. (2021). *Ψυχολογία της υγείας. Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση*, εκδόσεις Broken Hill.
- Γλεντή, Θ. (2017). *Η Εγγραμματοσύνη της Υγείας σε σχέση με τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και την εικόνα σώματος σε δείγμα νέων Ελλήνων ηλικίας 18-25 ετών*. Πτυχιακή Εργασία, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο.
- Δαρβίρη, Χ. (2014). Προαγωγή υγείας, εκδόσεις Broken Hill.
- Ευθυμίου, Α., Μενοίκου, Ι., Μίτλεπτον, Ν., Κονδύλη, Β., Παπασταύρου, Ε. (2021). Εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας. Ομάδα σύγκλισης απόψεων για την ορολογία, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(6), 833-839.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας. Θεωρία και κλινική πράξη*, εκδόσεις Τυπωθήτω/Δαρδανός.
- Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1946). *International Health Conference*, New York.

### Ξενόγλωσση

- 
- Albani, E., Togas, C., Kanelli, Z., Fradelos, E., Mantzouranis, G., Saridi, M., Tzenalis, A. (2022). Is there an association between health literacy and adherence to the Mediterranean diet? A cross-sectional study in Greece, *Wiadomości Lekarskie*, 9(2), 2181-2188.
- Amine, E., Baba, N., Belhadj, M., Deurenbery-Yap, M., Djazayery, A., Forrester, T. et al. (2002). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation*. Geneva: World Health Organization.
- Angner, E., Miller, M.J., Ray, M.N., Saag, K.G., Allison, J.J.. (2010). Health literacy and happiness: A community-based study. *Soc Indicators Res*, 95(2), 325.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey- Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey-Bass Publishers.
- Arif, N., & Qayyum, S. (2019). Health orientation and health promoting behaviors in women. *Journal of Postgraduate Medical Institute*, 33(1), 34-40.
- Bahrke, M.S., Morgan, W.P. (1978). Anxiety reduction following exercise and meditation. *Cognit Ther Res*, 2,323-333.
- Bajcar, B., Babiak, J., & Olchowska-Kotala, A. (2019). Cyberchondria and its measurement. The Polish adaptation and psychometric properties of Cyberchondria Severity Scale CSS-PL. *Polish Psychiatry*, 53(1), 49-60.

- Baker, D.W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 878-883.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84,191-215.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York Free.
- Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J., Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med*, 155(2),97-107.
- Booth-Kewley, S., & Vickers, R.R.Jr. (1994). Associations between major domains of personality and health behavior. *Journal of Personality*, 62(3), 281-298.
- Brikmanis, K., Petersen, A., & Doran, N. (2017). Do personality traits related to affect regulation predict other tobacco product use among young adult non-daily smokers? *Addict Behav*, 75-79.
- Browning, C.R., Cagney, K.A., & Iveniuk, J. (2012). Neighborhood stressors and cardiovascular health: Crime and C-reactive protein in Dallas, USA. *Social Science & Medicine*, 75(7), 1271-1279.
- Bujnowska-Fedak, M.M. (2015). Trends in the use of the Internet for health purposes in Poland. *BMC Public Health*, 194.
- Buja, A., Rabensteiner, A., Sperotto, M., Grotto, G., Bertocello, C., Cocchio, S., Baldovin, T., Contu, P., Lorini, C. & Baldo, V. (2020). Health Literacy and Physical Activity: A Systematic Review. *J Phys Act Health*, 17(12),1259-1274.
- Cansever, A., Uzun, O., Dönmez, E., & Özşahin, A. (2003). The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: a study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry*, 44,60-64.
- Carbone, E.T. & Gibbs, H.D. (2013). Measuring Nutrition Literacy: Problems and Potential Solutions. *J Nutr Disorders Ther*, 3, e105.
- Chahardah-Cherik, S., Gheibizadeh, M., Jahani, S., & Cheraghian, B. (2018). The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 6(1),65-75.
- Clark, M.E., Bedford, L.E., Young, B., Robertson, J.F.R., das Nair, R., Vedhara, K., Littleford, R., Sullivan, F.M., Mair, F.S, Schembri, S., Rauchhaus, P. & Kendrick, D. (2018). Lung cancer CT screening: Psychological responses in the presence and absence of pulmonary nodules. *Lung Cancer*, 124,160.
- Clouston, S.A.P., Manganello, J.A. & Richards, M. (2017). A life course approach to health literacy: the role of gender, educational attainment and lifetime cognitive capability. *Age Ageing*, 46(3):493-499.
- Cohen, R. & Patricia, A. (2011). Use of the internet for health information. *NCHS data brief 2009*, United States, 66(66), 1-8.
- Coulter, A., Parsons, S., & Askham J. (2008). Where are the patients in decision-making about their own care? *Heal Syst Heal Wealth*, 1-26.
- Daubenmier, J., Lin, J., Blackburn, E., Hecht, F.M., Kristeller, J., Maninger, N., Kuwata, M., Bacchetti, P., Havel, P., & Epel, E. (2012). Changes in stress, eating, and metabolic factors are related to changes in telomerase activity in a randomized mindfulness intervention pilot study. *Psychoneuroendocrinology*, 37(7), 917-928.
- Detmar, S.B., Muller, M.J., Schornagel, J.H., Wever, L.D. & Aaronson, N.K. (2002). Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial, *JAMA*,288(23),3027-3034.
- Diaz, J., Griffith, R., Ng, J., Reinert, S.E., Friedmann, P.D. & Moulton, A.W. (2002). Patients' use of the Internet for medical information. *J Gen Intern Med*, 17(3),180-185.
- Dietz, W.H., Douglas, C.E. & Brownson, R.C. (2016). Chronic disease prevention: tobacco avoidance, physical activity, and nutrition for a healthy start. *JAMA*, 16(316), 1645–1646.
- Dutta, M., Bodie, G., & Basu, A. (2008). Health disparity and the racial divide among the nation's youth: Internet as a site for change? In A. Everett. *Learning Race and*

*Ethnicity: Youth and Digital Media*. The John D. and Catherine T. Mac Arthur Foundation Series on Digital Media and Learning.

- Dutta-Bergman, M.J. (2005). Developing a profile of consumer intention to seek out additional information beyond a doctor: the role of communicative and motivation variables. *Health Communication, 17*(1), 1-16.
- Edelman, C.L., Mandel, C.L. & Kudzma, E.C. (2017). *Health promotion throughout the life span-e-book*, Elsevier Health Sciences.
- Etter, J.F. (2010). Smoking and Cloninger's temperament and character inventory. *Nicotine Tob Res, 12*,919-926.
- European Commission (2007). Together for health – a strategic approach for the EU, 2008–2013. IP/07/1571. European Commission, Brussels.
- Fernandez, D., Larson, J., & Zikmund-Fisher, B. (2016). Associations between health literacy and preventive health behaviors among older adults: Findings from the health and retirement study, *BMC Public Health, 16*(1), 596.
- Folkman, S. (2011). *The Oxford handbook of stress, health and coping*. Oxford University Press.
- Geboers, B., Reijneveld, S.A., Jansen, C.J., & de Winter AF. (2016). Health literacy is associated with health behaviors and social factors among older adults: Results from the LifeLines Cohort Study. *J Health Commun, 21*(sup2),45-53.
- Gehricke, J.G., Loughlin, S., Whalen, C., Potkin, S., Fallon, J., Jamner, L., Belluzzi, J.D. & Leslie, F.M. (2007). Smoking to self-medicate attentional and emotional dysfunctions. *Nicotine Tob Res, Suppl 4*:S523-36.
- Goldberg, L.R. (1990). An alternative "description of personality": the big-five factor structure. *J Pers Soc Psychol, 59*(6),1216-1229.
- Goodman, M.S., Gaskin, D.J., Si, X., Stafford, J.D., Lachance, C. & Kaphingst, K.A. (2012). Self-reported segregation experience throughout the life course and its association with adequate health literacy. *Health Place, 18*, 1115-1121.
- Goodwin, R.D., & Stein, M.B. (2003). Peptic ulcer disease and neuroticism in the United States adult population. *Psychotherapy and Psychosomatics, 72*(1), 10-15.
- Gordon, E.S., Gordish-Dressman, H.A., Devaney, J., Clarkson, P., Thompson, P., Gordon, P., Pescatello, L.S., Hubai, M.J., Pistilli, E.E., Gianetti, G., Kelsey, B., & Hoggman, E.P. (2005). Non disease genetic testing: reporting of muscle SNPs shows effects on self-concept and health orientation scales. *European Journal of Human Genetics, 13*,1047-1054.
- Gould, S.J. (1988). Consumer attitudes toward health and health care: a differential perspective. *J Consum Aff, 22*,96-118.
- Greene, D.C. & Britton, P.J. (2012). Lesbian, gay, bisexual, and transgender smokers: correlations with external health control, health expectations, and shame-focused coping strategies. *J LGBT Issues Couns, 6*,202.
- Gureje, O., Ustan, T.B., & Simon, G.E. (1997). The syndrome of hypochondriasis: a cross-national study in primary care. *Psychological Medicine, 27*, 1001-1010.
- Gustafsdottir, S.S., Sigurdardottir, A.K., Arnadottir, S.A., Heimisson, G. & Mártensson, L. (2020). Translation and cross-cultural adaptation of the European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16: the Icelandic version. *BMC Public Health, 20*, 61.
- Guzys, D., Kenny, A., Dickson-Swift, V. & Threlkeld, G. (2015). A critical review of population health literacy assessment, *BMC Public Health, 15*(1),215.
- Hampson, S. (2017). Personality and health. <https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-121?rskey=xNJtMP&result=6>.
- Hartman, C., Hopfer, C., Corley, R., Hewitt, J. & Stallings, M. (2013). Using Cloninger's temperament scales to predict substance-related behaviors in adolescents: a prospective longitudinal study. *Am J Addict, 22*,246-251.

- Hoque, M.Z., Alam, M.N., & Nahid, K.A. (2018). Health consciousness and its effect on perceived knowledge, and belief in the purchase intent of liquid milk: consumer insights from an emerging market. *Foods (Basel, Switzerland)*, 7(9), 150.
- Hoyt, L.T., Chase-Lansdale, P.L., McDade, T.W. & Adam, E.K. (2012). Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *J Adolesc Health*, 50(1),66-73.
- Hsieh, C.R. & Lo, T.F. (2017). Are smokers too optimistic about their health status: ex ante perception versus ex post observation. *China Econ Rev*, 43, 169-183.
- Inoue, M., Takahashi, M. & Kai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: a cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice*, 14,40.
- Iversen, A.C. & Kraft, P. (2006). Does socio-economic status and health consciousness influence how women respond to health-related messages in media? *Health Educ Res*, 21,601-610.
- Karademas, E. C., & Kalantzi-Azizi, A. (2004). The stress process, self-efficacy expectations, and psychological health. *Personality and Individual Differences*, 37(5), 1033–1043.
- Kelly, S., Martin, S., Kuhn, I., Cowan, A., Brayne, C. & Lafortune, L. (2016). Barriers and facilitators to the uptake and maintenance of healthy behaviours by people at mid-life: a rapid systematic review. *PLoS One*, 11(1), e0145074.
- Kickbusch, I., Pelikan, J., Apfel, F. & Tsouros, A. (2013). Health literacy: the solid facts. Copenhagen WHO Reg Office.
- Kindig, D.A., Panzer, A.M. & Nielsen-Bohlman, L. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, National Academies Press, Washington.
- Knowles, S.R., Cook, S.I., & Tribbick, D. (2013). Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: A preliminary study with IBD stoma patients, *Journal of Crohn's & colitis*, 27(10),e471-478.
- Kutner, M., Greenberg, E., Jin, Y. & Paulsen, Chr. (2006). The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy, *NCES*, 483.
- Lee, H.Y., Hwang, J., Ball, J.G., Lee, J. & Albright, D.L. (2020). Is health literacy associated with mental health literacy? Findings from Mental Health Literacy Scale. *Perspect Psychiatr Care*, 56(2), 393-400.
- Li, S., Cui, G., Kaminga, A.C., Cheng, S., & Xu, H. (2021). Associations Between Health Literacy, eHealth Literacy, and COVID-19-Related Health Behaviors Among Chinese College Students: Cross-sectional Online Study. *J Med Internet Res*, 23(5),e25600.
- Lincoln, A., Paasche-Orlow, M.K., Cheng, D.M., Lloyd-Travaglini, C., Caruso, C., Saitz, R. & Samet, J.H. (2006). Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. *J Gen Intern Med*, 21(8),818-822.
- Mårtensson, L. & Hensing, G. (2011). *Health literacy – a heterogeneous phenomenon: a literature review*. *Scand J Caring Sci*, 26(1),151-160.
- Masiero, M., Oliveri, S., Cutica, I., Monzani, D., Faccio, F., Mazzocco, K., & Pravettoni, G. (2020). The psychometric properties of the Italian adaptation of the Health Orientation Scale (HOS). *Health Qual Life Outcomes*, 18, 69.
- Masiero, M., Riva, S., Fioretti, C. & Pravettoni, G. (2016). Pediatric blood cancer survivors and tobacco use across adolescence and emerging adulthood: a narrative review. *Front Psychol*, 7,392.
- Masiero, M., Riva, S., Oliveri, S., Fioretti, C. & Pravettoni, G. (2018). Optimistic bias in young adults for cancer, cardiovascular and respiratory diseases: a pilot study on smokers and drinkers. *J Health Psychol*, 23,645-656.
- McCabe, S. (2015). *Drink Sensibly? Alcohol consumption and its relationship with physical and mental health*. Bachelors Final Year Project, Dublin Business School.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M. & Kinding, D.A. (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*, Washington (DC): National Academies Press (US).

- Nurjanah & Mubarakah, K. (2019). Health Literacy and Health Behavior in the Rural Areas. *KnE Life Sciences*, 8-16.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*, 67(12), 2072-2078.
- Oliveri, S., Masiero, M., Arnaboldi, P., Cutica, I., Fioretti, C., & Pravettoni, G. (2016). Health orientation, knowledge, and attitudes toward genetic testing and personalized genomic services: preliminary data from an Italian sample. *Biomed Res Int*, 6824581.
- Paasche-Orlow, M.K., Parker, R.M., Gazmararian, J.A., Nielsen-Bohman, L.T. & Rudd, R.R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med*, 20(2), 175-184.
- Parker, R. & Ratzan, S.C. (2010). Health literacy: A second decade of distinction for Americans. *J Health Commun*, 15(SUPPL. 2), 20-33.
- Pelikan, J.M., Ganahl, K., Van de Broucke, S. & Sørensen, K. (2019). Measuring health literacy in Europe: Introducing the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). In: Okan, O., Bauer, U., Pinheiro, P., Levin-Zamir, D. & Sørensen, Kristine (eds.). *International handbook of health literacy. Research, practice and policy across the life-span*. Policy Press.
- Phillips, K.A. (2005). *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*, Oxford University Press.
- Prochaska, J.J. & Prochaska, J.O. (2011). A review of multiple health behavior change interventions for primary prevention. *Am J Lifestyle Med*, 5, 208-221.
- Radley, A. (1993). *Worlds of Illness. Biographical and Cultural Perspectives on Health and Disease*, London, Routledge.
- Raynor, D.A., & Levine, H. (2009). Associations between the five-factor model of personality and health behaviors among college students. *Journal of American College Health*, 58(1), 73-82.
- Saklofske, D.H., Austin, E.J, Galloway, J. & Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Pers Individ Differ*, 42, 491-502.
- Salkovskis, P. M., & Bass, C. (1997). Hypochondriasis. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.). *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 313-339). Oxford University Press.
- Seib, S., Whiteside, E., Lee, K., Humphreys, J., Dao Tran, TH., Chopin, L., & Anderson, D. (2014). Stress, lifestyle, and quality of life in midlife and older Australian women: Results from the stress and the health of women study. *Women's Health Issues*, 24(1), e43-e52.
- Shoda, Y., Lee-Tieman, S., & Mischel, W. (2002). Personality as a dynamic system: Emergence of stability and distinctiveness from intra- and interpersonal interactions. *Personality and Social Psychology Review*, 6(4), 316-325.
- Snell, W.E., Johnson, G., Lloyd, P.J., & Hoover, W. (1991). The development and validation of the Health Orientation Scale: A measure of psychological tendencies associated with health. *European Journal of Personality*, 5, 169-183.
- Sørensen, K., Pelikan, J.M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van de Broucke, S., Brand, H. & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H. & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Stranges, S., Samaraweera, P.C., Taggart, F., Kandala, N.B. & Stewart-Brown, S. (2014). Major health-related behaviours and mental well-being in the general population: the health survey for England. *BMJ Open*, 4:e005878.

- Sullivan, F.M., Farmer, E., Mair, F.S., Treweek, S., Kendrick, D., Jackson, C., Robertson, C., Briggs, A.H., McCowan, C., Bedford, L.E., Young, B., Vedhara, K., Gallant, S., Littleford, R., Robertson, J.F., Sewell, H.F., Dorward, A., Sarvesvaran, J., & Schembri, S. (2017). Detection in blood of autoantibodies to tumour antigens as a case-finding method in lung cancer using the EarlyCDT®-Lung Test (ECLS): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Cancer*, 17,187.
- Taylor, M.D., Whiteman, M.C., Fowkes, G.R., Lee, A.J., Allerhand, M., & Deary, I.J. (2009). Five factor model personality traits and all-cause mortality in the Edinburgh artery study cohort. *Psychosomatic Medicine*, 71(6), 631-641.
- Togas, C., & Parlalis, St. (2021). Translation and Psychometric Evaluation of the Health Orientation Scale in a Greek Speaking Sample (Greece-Cyprus). *Health Psychology Research*.
- Wade, J.C. (2009). Traditional Masculinity and African American Men's Health-Related Attitudes and Behaviors. *American Journal of Men's Health*, 3(2), 165-172.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6(2), 160-170.
- Weinstein, N.D., Marcus, S.E. & Moser, R.P. (2005). Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tob Control*, 14,55-59.
- Wiebe, D.J., & Fortenberry, K.T. (2006). Mechanisms relating personality and health. In: M. E. Vollrath (Ed). *Handbook of personality and health*. Wiley.
- Wilson, K.E. & Dishman, R.K. (2015). Personality and physical activity: a systematic review and meta-analysis. *Pers Individ Differ*, 72,230-242.
- Zamora, H. & Clingerman, E.M. (2011). Health literacy among older adults: a systematic literature review. *J Gerontol Nurs*, 37, 41-51.
- Zhang, F., Or, P. & Chung, J. (2021). How different health literacy dimensions influences health and well-being among men and women: The mediating role of health behaviours. *Health expectations*, 24(2),617-627.
-

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.  
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

---

**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ & ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

Η παρούσα έρευνα διενεργείται στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΠΜΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ, ειδίκευση: ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ, ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και αποσκοπεί στη **διερεύνηση του προσανατολισμού υγείας και της εγγραμματοσύνης υγείας προσερχόμενων στα εξωτερικά ιατρεία και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου Αργολίδας (Νοσοκομειακή Μονάδα Άργους).**

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές. Παρακαλείστε να απαντάτε χωρίς ενδοιασμούς, αυθόρμητα και με ειλικρίνεια. Θυμηθείτε πως δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις.

Για οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση σχετικά με τη διαδικασία, μη διστάσετε να ζητήσετε περισσότερες πληροφορίες. Επίσης, σε περίπτωση που θελήσετε να διακόψετε τη συμπλήρωση είστε ελεύθεροι να το κάνετε.

Στην επόμενη σελίδα παρακαλείστε να δώσετε κάποια προσωπικά σας στοιχεία. Στη συνέχεια, ακολουθούν η Κλίμακα Προσανατολισμού Υγείας και η Κλίμακα Εγγραμματοσύνης Υγείας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Υπεύθυνος επικοινωνίας: Χρήστος Παπαδόπουλος,

e-mail: Xristos.Papadopoulos000@gmail.com

Διάβασα τα παραπάνω και αποδέχομαι τη συμμετοχή μου στην έρευνα.

Ημερομηνία...../...../2022



1. **ΦΥΛΟ**

Άνδρας  Γυναίκα

2. **ΗΛΙΚΙΑ (σε έτη)** \_\_\_\_\_

3. **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Άγαμος(η)  Διαζευγμένος(η)   
Έγγαμος/σε συμβίωση  Χήρος(α)

4. **ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ**

Απουσία εκπαίδευσης  Φοίτηση τώρα   
Απόφοιτος(η) Δημοτικού  Απόφοιτος(η) ΑΤΕΙ/ΑΕΙ   
Απόφοιτος(η) Γυμνασίου  Κάτοχος μεταπτυχιακού   
Απόφοιτος(η) Λυκείου  Κάτοχος διδακτορικού

5. **ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ**

Οικιακά  Δημόσιος υπάλληλος   
Άνεργος (η)  Ιδιωτικός (ή) υπάλληλος   
Εργάτης (τρια)  Ελεύθερος επαγγελματίας   
Αγρότης (πισσα)  Συνταξιούχος

6. Ποιο είναι το βάρος σας; Εάν δεν είστε σίγουρος/η, παρακαλώ αναφέρετε κατά προσέγγιση: \_\_\_\_\_

7. Ποιο είναι το ύψος σας; \_\_\_\_\_

8. Καπνίζετε; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσα χρόνια καπνίζετε συνολικά; \_\_\_\_\_

9. Γυμνάζεστε τακτικά; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Εάν ΝΑΙ, πόσες ημέρες την εβδομάδα; \_\_\_\_\_

10. Πότε κάνατε για τελευταία φορά προληπτικές ιατρικές εξετάσεις;

Τον τελευταίο μήνα \_\_\_\_\_

Πριν 2-6 μήνες \_\_\_\_\_

Πριν 7 μήνες-1 χρόνο \_\_\_\_\_

Περισσότερο από 1 χρόνο πριν \_\_\_\_\_

11. Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια; ΝΑΙ  ΟΧΙ

12. Έχετε εμβολιαστεί για τον κορονοϊό (COVID-19); ΝΑΙ  ΟΧΙ

13. Έχετε νοσήσει από τον κορονοϊό (COVID-19); ΝΑΙ  ΟΧΙ

14. Λόγος προσέλευσης στο νοσοκομείο: τακτικό ραντεβού

έκτακτη εξέταση

άλλο αναφέρετε) \_\_\_\_\_

15. Πριν έρθετε στο νοσοκομείο επισκεφθήκατε κάποια δομή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) (πχ Κέντρο Υγείας, Περιφερειακό ιατρείο, ιδιώτη ιατρό κλπ);

ΝΑΙ  ΟΧΙ

εάν ΟΧΙ για ποιο λόγο;

1. Εμπιστεύομαι περισσότερο το νοσοκομείο \_\_\_\_\_

2. Δεν υπάρχουν δομές ΠΦΥ στην περιοχή που μένω \_\_\_\_\_

3. Η πρόσβαση στο νοσοκομείο είναι ευκολότερη\_\_\_\_\_
4. Άλλο (αναφέρετε)\_\_\_\_\_

### ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΟΔΗΓΙΕΣ: Η λίστα των ερωτήσεων αναφέρεται στην ανθρώπινη υγεία. Παρακαλώ διαβάστε κάθε ερώτηση προσεκτικά και αποφασίστε σε ποιο βαθμό είναι δικό σας χαρακτηριστικό. Δώστε σε κάθε ερώτηση μια βαθμολογία του κατά πόσο σας εκφράζει. Θυμηθείτε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμη κι αν δεν είστε απόλυτα σίγουροι. Οι απαντήσεις θα κρατηθούν με απόλυτη εχεμύθεια. Επίσης, παρακαλώ να είστε ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

<b>1=Δε με χαρακτηρίζει καθόλου, 2=Με χαρακτηρίζει ελαφρώς, 3=Με χαρακτηρίζει κάπως</b>		<b>4=Με χαρακτηρίζει μέτρια, 5=Με χαρακτηρίζει πολύ</b>	
1	Γνωρίζω πολύ καλά πόσο υγιές αισθάνεται το σώμα μου.	1	2 3 4 5
2	Μερικές φορές αναρωτιέμαι τι πιστεύουν οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία.	1	2 3 4 5
3	Αισθάνομαι άγχος όταν σκέφτομαι την υγεία μου.	1	2 3 4 5
4	Αισθάνομαι αυτοπεποίθηση για την κατάσταση της υγείας μου.	1	2 3 4 5
5	Κάνω πράγματα που με αποτρέπουν από το να ασθενήσω σωματικά.	1	2 3 4 5
6	Έχω ισχυρό κίνητρο να είμαι σωματικά υγιής.	1	2 3 4 5
7	Αισθάνομαι ότι η σωματική μου υγεία είναι κάτι για το οποίο είμαι εγώ υπεύθυνος/η.	1	2 3 4 5
8	Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας καθορίζεται κυρίως από τυχαία συμβάντα.	1	2 3 4 5
9	Αναμένω ότι η υγεία μου θα είναι εξαιρετική στο μέλλον.	1	2 3 4 5
10	Είμαι σε καλή φυσική κατάσταση.	1	2 3 4 5
11	Το καταλαβαίνω αμέσως όταν το σώμα μου δεν αισθάνεται υγιές.	1	2 3 4 5
12	Ανησυχώ πολύ για το πώς αξιολογούν οι άλλοι τη σωματική μου υγεία.	1	2 3 4 5
13	Ανησυχώ για το πόσο υγιές είναι το σώμα μου.	1	2 3 4 5
14	Σπάνια αποθαρρύνομαι για την υγεία μου.	1	2 3 4 5
15	Είμαι κινητοποιημένος στο να αποφύγω τη σωματική ασθένεια.	1	2 3 4 5
16	Είμαι ισχυρά κινητοποιημένος στο να αφιερώνω χρόνο και προσπάθεια για τη σωματική μου υγεία.	1	2 3 4 5
17	Η υγεία μου είναι κάτι για το οποίο μόνο εγώ είμαι υπεύθυνος.	1	2 3 4 5
18	Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας ελέγχεται από τυχαία περιστατικά.	1	2 3 4 5

19	Πιστεύω ότι η μελλοντική κατάσταση της σωματικής μου υγείας θα είναι θετική.	1	2	3	4	5
20	Το σώμα μου είναι σε καλή φυσική κατάσταση.	1	2	3	4	5
21	Είμαι ευαίσθητος/η σε εσωτερικές σωματικές ενδείξεις για την υγεία μου.	1	2	3	4	5
22	Γνωρίζω πολύ καλά τι πιστεύουν οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία.	1	2	3	4	5
23	Όταν σκέφτομαι για την υγεία μου μένω με ένα συναίσθημα ανησυχίας.	1	2	3	4	5
24	Είμαι ευχαριστημένος/η με το πόσο καλά και υγιής αισθάνομαι.	1	2	3	4	5
25	Προσπαθώ να αποφεύγω συμπεριφορές που υπονομεύουν τη σωματική μου υγεία.	1	2	3	4	5
26	Έχω μια έντονη επιθυμία να διατηρήσω τον εαυτό μου σωματικά υγιή.	1	2	3	4	5
27	Η κατάσταση της σωματικής μου υγείας καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από αυτά που κάνω (ή δεν κάνω).	1	2	3	4	5
28	Το να έχεις καλή σωματική υγεία είναι απλώς θέμα τύχης.	1	2	3	4	5
29	Δεν αναμένω να έχω προβλήματα υγείας στο μέλλον.	1	2	3	4	5
30	Είμαι ένα καλά γυμνασμένο άτομο.	1	2	3	4	5
31	Το καταλαβαίνω αμέσως όταν δεν έχω πολύ καλή υγεία.	1	2	3	4	5
32	Ανησυχώ για το πώς φαίνεται η σωματική μου υγεία στους άλλους.	1	2	3	4	5
33	Συνήθως ανησυχώ για το αν έχω καλή υγεία.	1	2	3	4	5
34	Έχω θετικά συναισθήματα για την υγεία μου.	1	2	3	4	5
35	Θέλω πραγματικά να αποτρέψω τον εαυτό μου από το να ξεφύγει από τη φυσική του κατάσταση.	1	2	3	4	5
36	Είναι πραγματικά σημαντικό για μένα ότι διατηρούμαι σε καλή σωματική υγεία.	1	2	3	4	5
37	Ό,τι συμβαίνει στη σωματική μου υγεία εξαρτάται από τις δικές μου ενέργειες.	1	2	3	4	5
38	Το να είσαι σε άριστη φυσική κατάσταση είναι λίγο ή καθόλου θέμα τύχης.	1	2	3	4	5
39	Κατά πάσα πιθανότητα θα αντιμετωπίσω ορισμένα προβλήματα υγείας στο μέλλον.	1	2	3	4	5
40	Το σώμα μου χρειάζεται πολλή δουλειά ώστε να είναι σε άριστη φυσική κατάσταση.	1	2	3	4	5
41	Γνωρίζω πολύ καλά τις αλλαγές στη σωματική μου υγεία.	1	2	3	4	5
42	Ανησυχώ για το τι σκέφτονται οι άλλοι για τη σωματική μου υγεία.	1	2	3	4	5
43	Αισθάνομαι νευρικότητα όταν σκέφτομαι την κατάσταση της σωματικής μου υγείας.	1	2	3	4	5

44	Αισθάνομαι ότι έχω χειριστεί πολύ καλά την υγεία μου.	1	2	3	4	5
45	Έχω ισχυρό κίνητρο για να αποφύγω να είμαι σε άσχημη φυσική κατάσταση.	1	2	3	4	5
46	Πασχίζω να κρατήσω τον εαυτό μου σε άριστη φυσική κατάσταση.	1	2	3	4	5
47	Το να έχω καλή σωματική υγεία είναι θέμα δικής μου ικανότητας και προσπάθειας.	1	2	3	4	5
48	Δεν πιστεύω ότι οι συμπτώσεις ή η τύχη παίζουν κάποιο ρόλο στην κατάσταση της σωματικής μου υγείας.	1	2	3	4	5
49	Αναμένω ότι η σωματική μου υγεία θα χειροτερεύσει στο μέλλον.	1	2	3	4	5
50	Η σωματική μου υγεία χρειάζεται προσοχή.	1	2	3	4	5

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με βάση κλίμακα από πολύ εύκολο έως πολύ δύσκολο, πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι:

	Πολύ Εύκολο	Αρκετά Εύκολο	Αρκετά Δύσκολο	Πολύ Δύσκολο	Δε γνωρίζω (αυθόρμητα)
1 ...να βρείτε πληροφορίες σχετικά με τις θεραπείες ασθενειών που σας απασχολούν;					
2 ...να βρείτε που μπορείτε να λάβετε βοήθεια από επαγγελματίες υγείας όταν είσαστε άρρωστος/άρρωστη; (Οδηγίες: όπως γιατρός, φαρμακοποιός, ψυχολόγος)					
3 ...να κατανοήσετε αυτό που σας λέει ο γιατρός σας;					
4 ...να κατανοήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας σχετικά με το πως πρέπει να πάρετε ένα φάρμακο που σας έχει γράψει στη συνταγή;					
5 ...να κρίνετε πότε χρειάζεται να πάρετε μία δεύτερη γνώμη από κάποιον άλλον γιατρό;					
6 ...να χρησιμοποιήσετε τις πληροφορίες που σας δίνει ο γιατρός σας για να αποφασίσετε πως θα αντιμετωπίσετε κάποια ασθένειά σας;					
7 ...να ακολουθήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας;					
8 ...να βρείτε πληροφορίες για το πως να αντιμετωπίσετε προβλήματα ψυχικής υγείας όπως το στρες ή η κατάθλιψη;					
9 ...να κατανοήσετε προειδοποιητικά μηνύματα για ανθυγιεινές συνήθειες					

όπως το κάπνισμα, η ήπια σωματική άσκηση, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ;					
10 ...να κατανοήσετε γιατί είναι αναγκαίο να κάνετε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις; (Οδηγίες: μαστογραφία, εξέταση διαβήτη, έλεγχος αρτηριακής πίεσης)					
11 ...να κρίνετε εάν οι πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία που προβάλλονται στα μέσα ενημέρωσης είναι αξιόπιστες; (Οδηγίες: τηλεόραση, διαδίκτυο ή άλλα μέσα ενημέρωσης)					
12 ...να αποφασίσετε πως μπορείτε να προστατέψετε τον εαυτό σας από κάποια ασθένεια παίρνοντας πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης; (Οδηγίες: εφημερίδες, φυλλάδια, διαδίκτυο και άλλα μέσα)					
13 ...να μάθετε για δραστηριότητες οι οποίες είναι καλές για την ψυχική ευεξία; (Οδηγίες: διαλογισμός, άσκηση, περπάτημα, πιλάτες κτλ.)					
14 ...να κατανοήσετε συμβουλές για θέματα υγείας από την οικογένεια και το φιλικό σας περιβάλλον;					
15 ...να κατανοήσετε πληροφορίες στα μέσα ενημέρωσης για το πως θα βελτιώσετε την υγεία σας;(Οδηγίες: διαδίκτυο, εφημερίδες, περιοδικά)					
16 ...να κρίνετε ποιες καθημερινές σας συνήθειες σχετίζονται με την υγεία σας; (Οδηγίες: διατροφικές συνήθειες, άσκηση κτλ.)					