



Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

**«ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ ΤΩΝ ΦΟΙΤΗΤΩΝ /
ΤΡΙΩΝ ΤΟΥ ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ»**

των

ΠΗΝΕΛΟΠΗ ΖΕΡΖΗ

ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΚΟΥΤΕΛΑΚΗ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

Καλαϊτζάκη Αργυρούλα

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ:

Εισαγωγή...3

1^ο Μέρος: Θεωρητικό Υπόβαθρο

Κεφάλαιο 1: Ορισμός και βασικές έννοιες

Ορισμός και βασικές έννοιες...4

Ιστορική αναδρομή...4-5

Βασικές έννοιες...5-6

Γιατί είναι σημαντικός ο υγειονομικός εγγραμματισμός...6-7

Χαμηλός εγγραμματισμός υγείας...8

Μέθοδοι για την βελτίωση του υγειονομικού εγγραμματισμού...9-10

Κεφάλαιο 2: Αλφαριθμητισμός ηλεκτρονικής υγείας

Ορισμός ηλεκτρονικής υγείας...10-11

Αναγκαιότητα, πλεονεκτήματα και στόχοι ηλεκτρονικής υγείας...11

Μορφές ηλεκτρονικής υγείας στην Ελλάδα...12-14

Αλφαριθμητισμός ηλεκτρονικής υγείας...14

Ασφάλεια, χρηματοδότηση...14-15

2^ο Μέρος: Εμπειρική Έρευνα

Κεφάλαιο 3:

Μεθοδολογία έρευνας...16-18

Κεφάλαιο 4:

Αποτελέσματα έρευνας...19

Cronbach...20-31

Μέσοι Όροι...32-34

Independent Samples T-Test...35-36

Κεφάλαιο 5:

Συζήτηση, Περιορισμοί, Συμπεράσματα, Ευχαριστίες...37-39

Παράρτημα Α: Βιβλιογραφία...40-43

Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο...44-60

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Βασική προϋπόθεση για την ενίσχυση τόσο της ατομικής υγείας όσο και της υγείας του πληθυσμού είναι η βελτίωση της υγειονομικής παιδείας (Kickbusch IS, 2001) και αυτή η αναγκαιότητα έχει επισημανθεί από διεθνείς οργανισμούς υγείας όπως η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Mitic W, Rootman I, 2012). Ομοίως, ο εγγραμματισμός για την ψυχική υγεία είναι ένα βασικό και θεμελιώδες στοιχείο για την προώθηση της ψυχικής υγείας, την πρόληψη, τον έγκαιρο εντοπισμό και την παρέμβαση. Ο εγγραμματισμός της ψυχικής υγείας έχει οριστεί ως "γνώση και πεποιθήσεις σχετικά με τις ψυχικές διαταραχές που βοηθούν την αναγνώρισή τους, τη διαχείριση ή την πρόληψή τους (Jarm AF etal. , 1997). Πρόσφατα, ο ορισμός αυτός έχει ενισχυθεί ώστε να είναι: **“Η ικανότητα κατανόησης του τρόπου ενίσχυσης και διατήρησης καλής ψυχικής υγείας, κατανόηση των ψυχικών διαταραχών, μείωση του στιγματισμού σε όσους ζουν με ψυχική διαταραχή και ενίσχυση της αποτελεσματικότητας στην αναζήτηση βοήθειας”** (Wei Y, Hayden J, Kutcher S, Zygmunt A, McGrath P., 2013). Η ψυχική υγεία και οι ψυχικές διαταραχές στη νεολαία αποτελούν σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας. Η πλειονότητα των ασθενών πριν από την ηλικία των 25 ετών συχνά ακολουθούν ένα εκτεταμένο μοτίβο ύφεσης και υποτροπής κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KK, 2005).

1^ο Μέρος: Θεωρητικό Υπόβαθρο

Κεφάλαιο 1: Ορισμός & Βασικές Έννοιες

Παρόλο που η σημασία του αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο, δεν υπάρχει συναίνεση όσον αφορά τον ορισμό του υγειονομικού εγγραμματισμού ή του αλφαριθμητικού υγείας ή εγγραμματισμού υγείας, γεγονός που περιορίζει τις δυνατότητες μέτρησης και σύγκρισης. Παρακάτω, παραθέτουμε κάποιους ορισμούς που έχουν διατυπωθεί ανά τα χρόνια στην ιστορία του υγειονομικού εγγραμματισμού:

Ο Υγειονομικός εγγραμματισμός ή ο αλφαριθμητικός υγείας ή ο εγγραμματισμός υγείας είναι η ικανότητα απόκτησης, ερμηνείας και κατανόησης βασικών πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας και η ικανότητα χρήσης αυτών των πληροφοριών για την **“ενίσχυση της υγείας”** (Pavlekovic, 2008).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει ορίσει την υγειονομική παιδεία ως **"κοινωνικές και γνωστικές δεξιότητες που καθορίζουν το κίνητρο και την ικανότητα των ατόμων να αποκτούν, να κατανοούν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες για την υγεία με σκοπό τη βελτίωση και διατήρηση της παίρνοντας υγιεινές αποφάσεις καθ 'όλη τη διάρκεια ζωής τους"**. Βασικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγειονομικής παιδείας έχουν διαπιστωθεί ότι είναι η εκπαίδευση, η ηλικία, η μετανάστευση, το καθεστώς απασχόλησης και το εισόδημα (Weiss BD, 2007).

Ιστορική Αναδρομή

Ο υγειονομικός εγγραμματισμός είναι ένας όρος που εισήχθη στη δεκαετία του 1970 (Simonds, 1974) και με αυξανόμενη σημασία στη δημόσια υγεία και την υγειονομική περίθαλψη. Αφορά τις ικανότητες των ανθρώπων να ανταποκριθούν στις πολύπλοκες απαιτήσεις της υγείας σε μια σύγχρονη κοινωνία (Kickbusch&Maag, 2008). Ένα άτομο με επαρκές επίπεδο υγειονομικής παιδείας έχει τη δυνατότητα να αναλάβει την ευθύνη για την υγεία του καθενός καθώς και την υγεία της οικογένειάς του και την υγεία της κοινότητας (McQueenetal., 2007).

Παρόλο που η υγειονομική παιδεία εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1970 ως μέρος του εκπαιδευτικού πεδίου στις Ηνωμένες Πολιτείες (Simonds, 1974), αναπτύχθηκε ανεξάρτητα στην Ευρώπη τη δεκαετία του 1990. Το προσωπικό του Ευρωπαϊκού Γραφείου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας συμπεριέλαβε τον όρο στο γλωσσάρι για την προώθηση της υγείας (Nutbeam, 1998), χωρίς να γνωρίζει τις εξελίξεις στη Βόρεια Αμερική (Nutbeam, 2012). Όμως, παρά το γεγονός ότι εισήχθη στη δεκαετία του 1990, χρειάστηκαν αρκετά χρόνια για να λάβει σημαντική προσοχή. Αυτό απαιτούσε, μεταξύ άλλων τη στήριξη του Ευρωπαϊκού Φόρουμ Υγείας (Kickbusch, Wait&Maag, 2005).

Βασικές έννοιες

Στην Ελληνική βιβλιογραφία η χρήση του όρου “εγγραμματισμός” συνδέεται με τον όρο “αλφαριθμητισμός”, ο οποίος παραδοσιακά χρησιμοποιούνταν για να αναφερθούμε στην εκμάθηση της ανάγνωσης και της γραφής, σχετιζόμενος αποκλειστικά με το γραπτό λόγο (Αϊδίνη, 2012). Ο όρος “εγγραμματισμός” πηγάζει από τη μετάφραση του αγγλικού όρου “literacy”, ο οποίος περιλαμβάνει την ικανότητα για λεκτική, μη λεκτική και γραπτή επικοινωνία (Θεοδότου, 2013). Στο έργο του (Ong, 1997) ο αγγλικός όρος αποδόθηκε στην ελληνική ως “εγγραματοσύνη”, ο οποίος συνδέεται με τη σύγχρονη έννοια του γραμματισμού, έννοια ευρύτερη από αυτή της ικανότητας της γραφής και ανάγνωσης. Πιο συγκεκριμένα, ο εγγραμματισμός σχετίζεται με τη δυνατότητα του ατόμου να μπορεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά σε διάφορα περιβάλλοντα και καταστάσεις επικοινωνίας. Με άλλα λόγια, ο όρος αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να χρησιμοποιεί αποτελεσματικά, να ερμηνεύει και να αντιμετωπίζει κριτικά κείμενα γραπτού και προφορικού λόγου ή μη γλωσσικά κείμενα όπως εικόνες, ταμπέλες, χάρτες κ.ά. (Μητσκοπούλου, 2001).

Έτσι, τα σύγχρονα προγράμματα γλωσσικού εγγραμματισμού που δημιουργούνται στις μέρες μας δεν περιορίζονται μόνο στην ανάγνωση, τη γραφή και τη κατανόηση ενός κειμένου στην επίσημη γλώσσα, αλλά δίνουν βάση στο να καταστήσουν κριτικά σκεπτόμενους πολίτες που θα είναι ικανοί να λειτουργήσουν αποτελεσματικά σε ποικίλες σύγχρονες επικοινωνιακές περιστάσεις και να κατανοούν ή να παράγουν διάφορα είδη γραπτών όσο και προφορικών κειμένων (Αρχάκης & Τσάκωνα, 2011). Ο στόχος των προγραμμάτων γραμματισμού είναι και η κοινωνική ένταξη του ατόμου. Η έλλειψη αυτού και κυρίως ο αναλφαριθμητισμός μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνικό στιγματισμό και αποκλεισμό, αφού για πολλά χρόνια ακόμη και σήμερα η ικανότητα για ανάγνωση και γραφή υπήρξε άρρηκτα συνδεδεμένη με κοινωνικούς παράγοντες, όπως η κοινωνική τάξη και η οικονομική ευρωστία (Μητσκοπούλου, 2001).

Ο εγγραμματισμός της υγείας είναι ένας σύνθετος όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις ικανότητες των ατόμων να ανταποκριθούν στις σύνθετες απαιτήσεις που σχετίζονται με την υγεία στη σύγχρονη κοινωνία. Ως αποτέλεσμα των δραστηριοτήτων εκπαίδευσης και επικοινωνίας στον τομέα της υγείας, αντιπροσωπεύει τις γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες που καθορίζουν το κίνητρο και την ικανότητα των ατόμων να έχουν πρόσβαση, να κατανοούν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες με τρόπους που προάγουν και διατηρούν την καλή υγεία (Nutbeam, 2000). Η έννοια έχει αποκτήσει αυξημένη προσοχή τόσο στην έρευνα όσο και στην πρακτική, λόγω της στενής συσχέτισής της με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της υγείας (Nutbeam, 2008), την συμπεριφορά στην υγεία και τα αποτελέσματα της (Paasche-Orlowetal., 2005), τη χρήση υπηρεσιών υγείας (Berkmanetal., 2011) και την ποιότητα των συστημάτων υγείας καθώς και την δημιουργία ικανοτήτων για επαγγελματίες (Brachetal., 2012).

Μαζί με το αυξανόμενο ενδιαφέρον για εμπειρικές εργασίες σχετικά με την υγειονομική παιδεία, υπάρχει μια αυξανόμενη ζήτηση εργαλείων για τη μέτρηση της (Pleasant, McKinney, & Rikard, 2011).

Οι έννοιες της υγειονομικής παιδείας και της εταιρικής κοινωνικής ευθύνης (CSR) αποτελούν αναδυόμενους τομείς δράσης για πολλαπλούς φορείς που προάγουν την υγεία στην εργασία και την υγιεινή διαβίωση (Sorensen & Brand, 2011). Οι πρόσφατες έρευνες ανέφεραν ότι η περιορισμένη υγειονομική παιδεία επηρεάζει αρνητικά τα αποτελέσματα της υγείας (Berkmanetal., 2011, Paasche-Orlowetal., 2005) και τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται από τη μελέτη της ευρωπαϊκής υγειονομικής γραμματείας (Consortium HLS-EU, 2012). Η μελέτη αποκάλυψε ότι σχεδόν ένα στα δύο άτομα παρουσιάζει περιορισμένο εγγραμματισμό για την υγεία. Ο ευρύς βαθμός εξάπλωσης του περιορισμένου εγγραμματισμού για την υγεία έχει επίσης περιγραφεί ως “σιωπηρή επιδημία” (Clark, 2011). Ο εγγραμματισμός για την υγεία συνδέεται στενά με την ανθρώπινη βιωσιμότητα και την ποιότητα ζωής. Αφορά την ικανότητα λήψης αποφάσεων υγείας στο πλαίσιο της καθημερινής ζωής - στο σπίτι, στην κοινότητα, στο χώρο εργασίας, στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, στην αγορά και στην πολιτική σκηνή (Kickbusch & Maag, 2008). Η γενική

έννοια περιλαμβάνει “Τη γνώση, το κίνητρο και την ικανότητα των ανθρώπων να έχουν πρόσβαση, να κατανοούν, να αξιολογούν και να εφαρμόζουν πληροφορίες προκειμένου να διαμορφώνουν κρίσεις και να λαμβάνουν αποφάσεις στην καθημερινή ζωή όσον αφορά την υγειονομική περιθάλψη, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας, κατά τη διάρκεια της ζωής” (Sorensen, VandenBroucke, et al., 2012).

Μια ταξινόμηση που πραγματοποιήθηκε το 2000 ανέδειξε πως ο εγγραμματισμός υγείας αποτελείται από τους εξής επιμέρους εγγραμματισμούς (Nutbeam, 2000):

- **Βασικός- Λειτουργικός:** η ικανότητα γραφής, ανάγνωσης, ομιλίας και αναγνώρισης αριθμών και αριθμητικών πράξεων βοηθάει τα άτομα στο να αποκτούν τις γνώσεις ανάγνωσης και κατανόησης επιστημονικών πληροφοριών υγείας.
- **Επικοινωνιακός:** η ικανότητα των ατόμων να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που περιλαμβάνουν θέματα υγείας τους βοηθάει στο να αποκτούν πληροφορίες από μόνι τους ή μέσω άλλων ατόμων που μπορούν να εφαρμόσουν στην καθημερινότητά τους.
- **Κριτικός:** ο αλφαριθμητισμός αυτός περιλαμβάνει την προϋπάρχουσα υγειονομική γνώση που κατέχουν τα άτομα και την ικανότητά τους να βλέπουν με κριτικό μάτι την νέα γνώση που συναντούν, γνώση που θα μπορούν να ταξινομήσουν στο ήδη υπάρχον οικονομικό και πολιτικό περιβάλλον της υγείας και πως αυτό επηρεάζει την προσωπική τους υγεία και ευεξία.

Γιατί είναι σημαντικός ο υγειονομικός εγγραμματισμός;

Ο υγειονομικός εγγραμματισμός είναι σημαντικός για όλους, διότι σε κάποιο σημείο της ζωής μας όλοι πρέπει να μπορούμε να βρίσκουμε, να κατανοούμε και να χρησιμοποιούμε τις πληροφορίες και τις υπηρεσίες υγείας. Η φροντίδα της υγείας μας είναι μέρος της καθημερινής ζωής, όχι μόνο όταν επισκέπτεται κάποιον γιατρό, κλινική ή νοσοκομείο. Η υγειονομική παιδεία μπορεί να μας βοηθήσει να αποτρέψουμε προβλήματα υγείας και να προστατέψουμε την υγεία μας, καθώς και να διαχειριστούμε καλύτερα αυτά τα προβλήματα και τις απροσδόκητες καταστάσεις που συμβαίνουν.

Ο μεγάλος αριθμός ατόμων που πλήττονται:

Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Στατιστικής (UIS) του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για την Εκπαίδευση, την Επιστήμη και τον Πολιτισμό (UNESCO), εκτιμάται ότι 776 εκατομμύρια ενήλικες, ή 16 τοις εκατό του ενήλικου πληθυσμού στον κόσμο, δεν διαθέτουν τις βασικές δεξιότητες υγειονομικού εγγραμματισμού (UNESCO,2009).

Αν και τα επίπεδα εγγραμματισμού σχετίζονται με την εκπαίδευση, την εθνικότητα και την ηλικία ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η περιορισμένη ικανότητα γραφής ή αριθμητικής λειτουργεί επίσης ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για κακή υγεία (Paasche-OrlowMK, ParkerRM, GazmararianJA, Nielson-BohlmanLT, RuddRR, 2005).

Αύξηση των επιπέδων χρόνιων ασθενειών:

Το έγγραφο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας με τίτλο “**ChronicDisease: A Vital Investment**” κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πλειονότητα των θανάτων παγκοσμίως για όλες τις ηλικίες οφείλεται σε χρόνιες ασθένειες. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις (κυρίως καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια) ευθύνονται για το 30% όλων των θανάτων(WorldHealthOrganization, Preventingchronicdiseases, avitalinvestment, 2005).

Ποσοστά νοσηλείας:

Οι περιορισμένες δεξιότητες στον τομέα του υγειονομικού εγγραμματισμού συνδέονται με την αύξηση των επισκέψεων και των εισαγωγών στα νοσοκομεία (GordonMMetal., 2002). Επίσης, μελέτες έχουν δείξει υψηλότερο ποσοστό νοσηλείας και χρήσης υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης σε ασθενείς με περιορισμένες δεξιότητες γραμματισμού (BakerDWetal., 2002).

Παράγοντες που επηρεάζουν:

Διάφορες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί, με στόχο να διερευνηθεί το ποσοστό της συμμετοχής των παραγόντων στο συνολικό σχηματισμό του αλφαριθμητικού υγείας 41 των ατόμων, τα οφέλη που αποκομίζουν τα άτομα αυτά όταν κατέχουν υψηλού επιπέδου αλφαριθμητικό και τις παρενέργειες από χαμηλά επίπεδα. Άτομα με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, χαμηλό εισόδημα, οι ηλικιωμένοι και οι μετανάστες είναι αυτοί που εμφανίζονται να έχουν και χαμηλό επίπεδο αλφαριθμητικού υγείας (Kickbuschetal., 2013). Συμμετέχουν λιγότερο σε δραστηριότητες ανίχνευσης ασθενειών και προώθησης της ευεξίας, είναι πιθανό να χρησιμοποιούν με μειωμένο ρυθμό τις προληπτικές υπηρεσίες υγείας, την τήρηση της υγειονομικής τους αποθεραπείας σε περίπτωση ασθένειας και η αυτοδιαχείριση της υγείας τους είναι ελάχιστη (K. Leeetal., 2015). Έχουν δυσκολίες στο να προγραμματίζουν και τροποποιούν την καθημερινότητά τους όταν αντιμετωπίζουν ένα πρόβλημα υγείας, δυσκολίες στο να διαβάζουν και να κατανοούν τα ενημερωτικά φυλλάδια που εμπεριέχονται στις φαρμακευτικές συσκευασίες, όπως και δυσκολίες στο να ακολουθούν τις πληροφορίες που λαμβάνουν σε θέματα υγείας, είτε από το οικείο περιβάλλον τους είτε από ιατρικό προσωπικό. Και ειδικά στις μεγάλες ηλικιακές ομάδες (άνω των 65 ετών), παρατηρείται μια φτωχότερη συνολικά κατάσταση υγείας και υψηλά ποσοστά θνησιμότητας (Berkmanetal., 2011).

Σε αντίθεση με τα ανωτέρω, άτομα που έχουν υψηλά ποσοστά αλφαριθμητικού υγείας είναι αυτά που εργάζονται και έχουν υψηλά εισοδήματα, ασκούνται συχνότερα, κατέχουν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και ενημέρωσης και συμμετέχουν περισσότερο σε κοινωνικές δραστηριότητες (Kickbuschetal., 2013). Επίσης, μπορούν να εντοπίσουν νωρίτερα κάποια συμπτώματα στην υγεία τους που μπορεί να οδηγήσουν σε μελλοντική ασθένεια, μπορούν να αναζητήσουν και να εντοπίσουν την κατάλληλη ιατρική περίθαλψη και να διαχειριστούν ευκολότερα τις απαιτήσεις χρόνιων ασθενειών (Taggartetal., 2012). Επίσης, μέσω του υψηλού αλφαριθμητικού μειώνονται οι ιατρικές επισκέψεις, οι πολυήμερες διαμονές σε κλίνες νοσοκομείων, με άμεσο αντίκτυπο τη μείωση των εξόδων των κρατικών και των ιδιωτικών προϋπολογισμών για τη παροχή και λήψη υπηρεσιών υγείας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ευρωπαϊκή έρευνα, που πραγματοποιήθηκε σε 8 Ευρωπαϊκές χώρες (Kickbuschetal., 2013) και κατέληξε στο συμπέρασμα πως, σχεδόν οι μισοί από αυτούς που ερωτήθηκαν, θεωρούν ότι έχουν προβληματικές έως και ανεπαρκείς δεξιότητες στον τομέα του αλφαριθμητικού και κατανόησης σε θέματα υγείας (35 % είχαν προβληματικό και 12% ανεπαρκή αλφαριθμητικό υγείας).

Χαμηλός εγγραμματισμός υγείας

Μόνο το 12% των ενηλίκων σε επίπεδο Ε.Ε. έχει επαρκή γνώση για την υγεία σύμφωνα με νέα στοιχεία. Με άλλα λόγια, σχεδόν 9 στους 10 ενήλικες ενδέχεται να μην διαθέτουν τις ικανότητες που απαιτούνται για τη διαχείριση της υγείας τους και την πρόληψη των ασθενειών. Το 14% των ενηλίκων της Ε.Ε. (30 εκατομμύρια άνθρωποι) είχαν περισσότερες

πιθανότητες να αναφέρουν την υγεία τους ως φτωχή και είναι πιο πιθανό να στερούνται στην ασφάλιση υγείας τους από ό, τι ενήλικες με επαρκή υγειονομική παιδεία.

Ο υγειονομικός εγγραμματισμός συσχετίζεται έντονα με τα φτωχότερα αποτελέσματα για την υγεία και την χειρότερη χρήση των πόρων υγείας (DewaltDA, BerkmanND, SheridanS, LohrKN, PignoneMP, 2004). Τα άτομα με χαμηλό υγειονομικό επίπεδο έχουν γενικά λιγότερο κατάλληλη πρόσβαση στις υπηρεσίες (Baker DW et al., 1997). Υπάρχει επίσης πολύ στενή σχέση της ικανότητας ανάγνωσης των ασθενών με την αυτοαναφερόμενη υγεία και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Kalichman SC & Rompra D, 1997). Έχει παρατηρηθεί επίσης ότι η λειτουργική υγειονομική γνώση σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας και τις γνώσεις που σχετίζονται με την υγεία σε άτομα που ζουν με χρόνιες παθήσεις όπως HIV-AIDS (JAIDS, 2000), άσθμα (Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A, 1998) αλλά και υπέρταση και διαβήτη (ArchInternMed, 1998).

Περαιτέρω, ο υγειονομικός αναλφαβητισμός παρατηρείται πως συνδέεται με μεγαλύτερης διάρκειας νοσηλεία, μεγαλύτερη χρήση υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης και χαμηλότερη χρήση προληπτικών υπηρεσιών υγείας (BerkmanND, SheridanSL, DonahueKE, HalpernDJ, CrottyK, 2011).

Επιπλέον, τα άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο έχουν χαμηλότερο ποσοστό χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η επιρροή της κοινωνικοοικονομικής θέσης και της απόστασης στην αξιοποίηση της ψυχικής υγείας παρουσιάζεται πολύ ενδεικτικά σε μια εθνική Δανική μελέτη παρακολούθησης (Soc. Psychiatr.Epidemiol., 2017).

Τα ανεπεξέργαστα προβλήματα ψυχικής υγείας και οι διαταραχές σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες, είναι ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες για κακές επαγγελματικές επιδόσεις, προβληματική διαπροσωπική και οικογενειακή λειτουργία, καθώς και μειωμένο προσδόκιμο ζωής λόγω σχετικών ιατρικών καταστάσεων, όπως διαβήτη, καρδιακές παθήσεις και εγκεφαλικά επεισόδια ή αυτοκτονία (Bhatia S., 2007).

Επιγραμματικά, αιτίες απουσίας εγγραμματισμού σε θέματα υγείας:
(Σιπητάνου, Α., 1998)

- Οικονομική καθυστέρηση μιας δεδομένης χώρας
- Πόλεμος
- Βιοποριστικές ανάγκες των πολιτών ως συνέπεια των προηγούμενων
- Κοινωνικές ανισότητες/ αναταραχές
- Ανισότητες ανάμεσα στα δύο φύλα
- Κακή νοοτροπία, προκαταλήψεις
- Αδιαφορία πολιτείας
- Πολιτισμικό, Εκπαιδευτικό χάσμα επαρχίας-αστικών κέντρων
- Κακή παροχή παιδείας
- Κακής ποιότητας Μ.Μ.Ε.
- Άνομα συμφέροντα

Μέθοδοι για τη βελτίωση του υγειονομικού εγγραμματισμού;

Πολλοί παράγοντες επηρεάζουν την ικανότητα των ατόμων να κατανοούν - και με τη σειρά τους να χρησιμοποιούν ή να ενεργούν σε θέματα υγείας και επικοινωνίας. Ικανότητα στην ανάγνωση, γραφή, ακρόαση, διερμηνεία, προφορική επικοινωνία, και οπτική ανάλυση είναι απαραίτητη όχι μόνο για την κατάλληλη πλοήγηση σε ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας αλλά και για την συμμετοχή στη σύγχρονη κοινωνία (Pleasant, A. 2009).

Τόσο τα άτομα όσο και οι οικογένειες πρέπει να μπορούν:

- Να επικοινωνούν με τους επαγγελματίες υγείας.
- Να κατανοήσουν τις πληροφορίες για την υγεία στη μαζική επικοινωνία.
- Να κατανοήσουν βασικές έννοιες της υγείας και σχετικό λεξιλόγιο.
- Να κατανοήσουν πώς να χρησιμοποιούν σχετικά με την υγεία οπτικοακουστικά, γραφικά και ηλεκτρονικά υλικά.

Η ικανότητα αυτοδιαχείρισης είναι μια σύνθετη έννοια, η οποία έχει οριστεί με διάφορους τρόπους. Χρησιμοποιούμε τον ακόλουθο ορισμό: **"Η φροντίδα των ατόμων για την υγεία και την ευημερία τους περιλαμβάνει τις ενέργειες που παίρνουν για να οδηγήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής και να ανταποκριθούν στις κοινωνικές, συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες τους, φροντίζοντας έτσι για τη μακροπρόθεσμη κατάσταση τους και για την πρόληψη περαιτέρω ασθενειών ή ατυχημάτων"** (NHS, SelfCare, 2005). Η αυτοδιαχείριση εκτιμάται ότι ωφελεί το 70-80% των ατόμων με χρόνιες παθήσεις και αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης ατζέντας για τη δημόσια υγεία, την προαγωγή της υγείας και τη συμμετοχή των ασθενών σε διαφορετικά συστήματα υγείας σε όλη την Ευρώπη. Μέσα στην υγεία, η ενδυνάμωση θεωρείται καθοριστικός παράγοντας της υγείας (VanGedder, 2002). Η αποτελεσματική χρήση των πληροφοριών για την υγεία είναι ζωτικής σημασίας για την **"ενδυνάμωση"** (Nutbeam D., 1998). Οι ασθενείς με περιορισμένο αλφαριθμητισμό στην υγεία μπορεί να έχουν περιορισμένες γνώσεις και κατανόηση της υγείας που μειώνει την αυτονομία τους στην αυτο-φροντίδα και τη λήψη αποφάσεων (OrthopNurs., 2004).

Εγγραμματισμός για την ψυχική υγεία

Το χαμηλό επίπεδο γνώσεων για την υγεία μπορεί να έχει αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις. Μία μελέτη διαπίστωσε ότι όσοι είχαν περιορισμένες δεξιότητες υγειονομικού εγγραμματισμού ανέφεραν μια αίσθηση ντροπής για το επίπεδο δεξιοτήτων τους (ParikhNS, ParkerRM, NurssJR, BakerDW, Williams M, 1996), με αποτέλεσμα να κρύβουν δυσκολίες ανάγνωσης ή λεξιλογίου για να διατηρήσουν την αξιοπρέπειά τους.

Στοιχεία δείχνουν ότι η βελτίωση των γνώσεων σχετικά με την ψυχική υγεία και τις ψυχικές διαταραχές, η καλύτερα, συνειδητοποίηση του τρόπου αναζήτησης βοήθειας και θεραπείας και η μείωση του στίγματος κατά των ψυχικών ασθενειών σε ατομικό, κοινοτικό και θεσμικό επίπεδο μπορεί να προωθήσει την έγκαιρη αναγνώριση των ψυχικών διαταραχών με την βοήθεια χρήσης υπηρεσιών υγείας (PsychiatrServ., 2011).

Ο εγγραμματισμός για την ψυχική υγεία ενός ατόμου με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι ένας άλλος παράγοντας που θα μπορούσε να προβλέψει τη στάση του απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας. Ο αλφαριθμητισμός για την ψυχική υγεία είναι μια πτυχή της έννοιας της παιδείας για την υγεία, η οποία ορίζεται ως η γνώση και τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με την ψυχική υγεία και συμβάλλει στην αναγνώριση, τη διαχείριση και την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών.

Έτσι, η νοημοσύνη για την ψυχική υγεία σημαίνει κατανόηση των σημείων και των συμπτωμάτων των ψυχιατρικών διαταραχών και η ανάγκη να αναφερθούμε σε έναν ειδικό για σωστή θεραπεία. Πολλοί άνθρωποι δεν λαμβάνουν ακριβείς πληροφορίες σχετικά με τις ψυχιατρικές διαταραχές και οι εσφαλμένες ή παραπλανητικές πληροφορίες θα μπορούσαν να τους στερήσουν από την κατάλληλη ιατρική περίθαλψη και την κατάλληλη υποστήριξη.

Η ανεπάρκεια του αλφαριθμητισμού για την ψυχική υγεία ενός ατόμου μπορεί να οδηγήσει σε απροθυμία να ζητήσει βοήθεια, ενώ η βελτίωση του πρώτου έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τις προθέσεις του ατόμου να ζητήσει βοήθεια (Sayarifard A, Ghadirian L., 2013). Ωστόσο, τα αποτελέσματα σχετικά με την παιδεία για την ψυχική υγεία και την πρόθεση αναζήτησης βοήθειας είναι μικτά και απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση (Kutcher S et al., 2016).

Κεφάλαιο 2: Εγγραματισμός ηλεκτρονικής υγείας

Ορισμός Ηλεκτρονικής υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ηλεκτρονική υγεία ως: **“Η αποδοτική και ασφαλής χρήση των τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών για την υποστήριξη της υγείας αλλά και πεδίων που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, της παρακολούθησης και της αγωγής υγείας, της γνώσης και της έρευνας”**.

Αντίστοιχα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ορίζει την ηλεκτρονική υγεία ως: **“Η χρήση σύγχρονων τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών για την κάλυψη των αναγκών των πολιτών, των ασθενών, των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των υπευθύνων χάραξης πολιτικής”**.

Τα τελευταία χρόνια ακούγεται όλο και περισσότερο ο όρος “e - Health”, δηλαδή ηλεκτρονική υγεία ή δικτυακή - ψηφιακή υγεία. Αποτελεί ένα αναδυόμενο πεδίο, που αναφέρεται σε υπηρεσίες υγείας και πληροφορίες που διαδίδονται μέσω του διαδικτύου και συναφών τεχνολογιών (Μπαμίδης Π., Παππάς Κ., 2008). Το “e” στον όρο “e - Health” δε σημαίνει μόνο ηλεκτρονική, αλλά και μία πλειάδα άλλων προσδιοριστικών στοιχείων που θεωρείται ότι συμπληρώνουν ή πρέπει να συμπληρώνουν την ηλεκτρονική υγεία, όπως η αποδοτικότητα, η ενδυνάμωση, η ενθάρρυνση, η εκπαίδευση και η ηθική (Γκιμπερίτη Α., 2007).

Το Διαδίκτυο έχει αποδειχθεί ότι είναι μια πολλά υποσχόμενη και συνεχώς αυξανόμενη πηγή πληροφοριών για την υγεία (CyberpsycholBehav., 2004). Μεταξύ των ετών 2000 και 2016, η διείσδυση του Διαδικτύου αυξήθηκε κατά 900% (Internet World Stats., 2016). Το διαδίκτυο, συγκριτικά με τις υπόλοιπες νέες τεχνολογίες, θεωρείται ότι είναι εκείνο που μπορεί να αλλάξει το τοπίο στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η ιατρική πληροφορία αποτελείται από κάθε είδους δεδομένα, κείμενο, ή/και οπτικοακουστικό υλικό προκειμένου κάποιος να βοηθηθεί, ώστε να λάβει τις σωστές αποφάσεις σχετικά με την υγεία του (Μπαμίδης Π., Παππάς Κ. 2008).

Οι περισσότεροι μπορεί να έχουν ακούσει τον όρο Ηλεκτρονική Υγεία αλλά δεν γνωρίζουν τι είναι και τι προσφέρει. Η ευρωπαϊκή επιτροπή στην πύλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία διευκρινίζει τα εξής για την ηλεκτρονική υγεία:

Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει:

- Τη συνεργασία μεταξύ ασθενών και φορέων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών.
- Την ανταλλαγή δεδομένων μεταξύ διαφόρων ιδρυμάτων και την επικοινωνία μεταξύ ασθενών ή απασχολούμενων στον τομέα της υγείας.
- Δίκτυα πληροφοριών για την υγεία, ηλεκτρονικά μιντρά υγείας, υπηρεσίες τηλεϊατρικής και ατομικά ενδύτα και φορητά επικοινωνούντα συστήματα για την παρακολούθηση και στήριξη των ασθενών.

Αναγκαιότητα Ηλεκτρονικής Υγείας

Η αναγκαιότητα και τα οφέλη από την εφαρμογή εργαλείων που σχετίζονται με την ηλεκτρονική υγεία, έχουν διερευνηθεί και κατανοηθεί από διάφορες μελέτες, μέσω των οποίων διαπιστώθηκε σε ορισμένες περιπτώσεις ότι μπορεί να συμπληρώσει την επαγγελματική υποστήριξη, πρόσωπο με πρόσωπο, σε άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρές ασθένειες (Slevetal., 2016), να βοηθήσει τα άτομα που υποστηρίζουν μακροχρόνια ασθένειες

στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών (Sinetal., 2018),όπως και να βελτιώσει τη σωματική δραστηριότητα μέσω άσκησης σε νεαρά άτομα (McIntoshetal., 2017).

Πλεονεκτήματα ηλεκτρονικής υγείας

Η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να αποφέρει σημαντικά οφέλη σε ολόκληρη την κοινωνία, βελτιώνοντας της πρόσβαση στην παρεχόμενη περίθαλψη καθώς και την ποιότητα της. Επιπλέον συμβάλει στην ανάπτυξη συστημάτων υγείας προσανατολισμένων στον πολίτη και στην εν γένει αποτελεσματικότητα, αποδοτικότητα και βιωσιμότητα του τομέα της υγείας.

Στόχοι της ηλεκτρονικής υγείας:

- Η αποτελεσματικότητα, δηλαδή καλύτερες υπηρεσίες με χαμηλότερο κόστος.
- Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών με το μικρότερο κόστος αφού οι πολίτες μπορούν να βρουν πληροφορίες για τη νόσο τους, να συγκρίνουν τις υπηρεσίες που προσφέρονται από διαφορετικούς παρόχους και να κάνουν την πιο συμφέρουσα ή ποιοτική επιλογή.
- Η επιστημονική τεκμηρίωση, η παροχή υπηρεσιών που βασίζονται στις αποδείξεις (evidence-based).
- Η ενδυνάμωση του ρόλου των πολιτών και ασθενών, με αυξημένη προσβασιμότητα στην πληροφορία αλλά και στις υπηρεσίες (αυτό βέβαια μειώνει τόσο την ασυμμετρία στην πληροφόρηση, όσο και την ανισότητα στην προσβασιμότητα των υπηρεσιών).
- Η ενίσχυση της αλληλεπίδρασης, δηλαδή η διαμόρφωση μίας νέας σχέσης μεταξύ των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας.
- Η επιμόρφωση σε θέματα υγείας τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των πολιτών.
- Η διευκόλυνση ανταλλαγής πληροφοριών μεταξύ των φορέων υγείας.
- Η διαμόρφωση κανόνων ηθικής στις νέες συνθήκες (διαδικτυακή άσκηση της ιατρικής, προστασία ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, διαφήμιση).
- Η ισότητα στην πρόσβαση.

Είναι δυνατόν άτομα που δεν έχουν πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες (μορφωτικοί ή οικονομικοί λόγοι, φυσικές μειονεξίες) να έχουν έλλειψη προσβασιμότητας και, ως εκ τούτου, να έχουμε ασυμμετρίες νέας μορφής.

Μορφές Ηλεκτρονικής Υγείας στην Ελλάδα:

Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας:

Ο ηλεκτρονικός φάκελος υγείας (Η.Φ.Υ.) είναι μια **''διαχρονική ηλεκτρονική καταγραφή των πληροφοριών που αφορούν την υγεία των ασθενών και παράγονται σε μια ή περισσότερες συναντήσεις με οποιοδήποτε πάροχο υγειονομικών υπηρεσιών''** (Himss, 2018). Η έννοια του ηλεκτρονικού φάκελου υγείας επανήλθε στο προσκήνιο το 2014 με τον νόμο 4238 (Νόμος 4238, 2014), μέσω του οποίου ο κρατικός μηχανισμός προσπάθησε να επανεισαγάγει την χρήση του, και το 2017 με τον νόμο 4486 (Νόμος 4486, 2017), μέσω του οποίου η τήρηση του ηλεκτρονικού φακέλου υγείας κατέστη υποχρεωτική για όλους τους κατόχους Α.Μ.Κ.Α. και Α.Υ.Π.Α..

Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση:

Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση αποτελεί **''την παραγωγή, διακίνηση και έλεγχο των ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών για ιατρικές πράξεις με τη χρήση των ΤΠΕ, με τρόπο που διασφαλίζεται η εγκυρότητα, η ασφάλεια και η διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών''** (Σφυροέρα, Β., 2012). Η Ηλεκτρονική συνταγογράφηση στην Ελλάδα διέπεται από τις οδηγίες του νόμου 3892/2010 (ΦΕΚ 189 Α') **''Ηλεκτρονική καταχώρηση και εκτέλεση ιατρικών συνταγών και παραπεμπτικών ιατρικών εξετάσεων''**. Σε αυτόν τον νόμο αναφέρονται τόσο ζητήματα ηλεκτρονικής συνταγογράφησης όσο και τα ζητήματα των ηλεκτρονικών παραπεμπτικών. Στην ιστοσελίδα της Γενικής Γραμματείας Κοινωνικών Ασφαλίσεων για την Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση μπορεί κανείς να δει τις οδηγίες χρήσης της εφαρμογής και απαντήσεις σε συχνές ερωτήσεις των χρηστών (www.esvntaizoerafisi.gr). Η ηλεκτρονική συνταγογράφηση ερμηνεύεται ως η παραγωγή, η διακίνηση και ο έλεγχος των ιατρικών συνταγών και των παραπεμπτικών για ιατρικές πράξεις, με τη χρήση τεχνολογίας ηλεκτρονικών υπολογιστών και επικοινωνιών, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ασφάλεια, η εγκυρότητα και η διαφάνεια στις πληροφορίες που διακινούνται. Όταν η εφαρμογή είναι στο πλήρες εύρος της, έχει τη δυνατότητα να υποστηρίξει έναν αριθμό από διαδικασίες που σχετίζονται με την δημιουργία, την εκτέλεση, τη διαχείριση, τον έλεγχο, την εκκαθάριση και την εξόφληση μιας φαρμακευτικής συνταγής ή ενός παραπεμπτικού για ιατρικές πράξεις. Διέπει όλα τα συστήματα και τις τοποθεσίες που εμπλέκονται όπως τα τακτικά ιατρεία των νοσοκομείων ή τα ιδιωτικά ιατρεία, τα κέντρα υγείας, τις κλινικές, τα διαγνωστικά κέντρα, τα φαρμακεία και τα ασφαλιστικά ταμεία.

Τηλεϊατρική:

Το βασικό νομικό πλαίσιο, που διέπει την λειτουργία της τηλεϊατρικής στην Ελλάδα είναι ο Νόμος 3984/2011, άρθρο 66, παρ. 16: **''Οι υπηρεσίες τηλεϊατρικής παρέχονται εφόσον υφίσταται η δυνατότητα και με ευθύνη του θεράποντος ιατρού που αντιμετωπίζει το εκάστοτε περιστατικό. Ο θεράπων ιατρός, για λόγους προστασίας των προσωπικών δεδομένων, είναι υπεύθυνος να ζητά από τον ασθενή ή εφόσον αυτό δεν είναι δυνατό από συγγενή α' βαθμού, την ενυπόγραφη έγκριση χρησιμοποίησης υπηρεσιών τηλεϊατρικής. Εάν αυτό δεν είναι εφικτό, τότε ο θεράπων ιατρός χρησιμοποιεί υπηρεσίες τηλεϊατρικής κατά την κρίση του. Οι οδηγίες των Νοσοκομείων και Μονάδων Υγείας που παρέχουν υπηρεσίες Τηλεϊατρικής είναι συμβουλευτικές και σε καμία περίπτωση υποχρεωτικές''**.

Το ΕΔιΤ (Εθνικό Δίκτυο Τηλεϊατρικής) είναι ένα δίκτυο σταθμών τηλεϊατρικής που υλοποιήθηκε από τη 2^η ΥΠΕ με χρηματοδότηση από το ΕΠ **''ΨΗΦΙΑΚΗ ΣΥΓΚΛΙΣΗ''** 2007-2013. Το ΕΔιΤ ξεκίνησε την παραγωγική του λειτουργία στις αρχές του 2016 και λειτουργεί εντός της περιοχής αρμοδιότητας της 2^{ης} ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου.

Περιλαμβάνει (<https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth/6084-h-thleiatrikh-sthn-ellada>),

- 30 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού - Ασθενούς (ΣΤΙΑ) τοποθετημένους σε απομακρυσμένα σημεία: από τα Κύθηρα μέχρι το Καστελόριζο και από τη Λήμνο και τις Οινούσσες (Κέντρα Υγείας και Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία).
- 12 Σταθμούς Τηλεϊατρικής Ιατρού Συμβούλου σε μεγάλα Νοσοκομεία της 2ης ΥΠΕ
- 5 Περιφερειακά Νοσοκομεία: Ρόδος, Σάμος, Σύρος, Μυτιλήνη, Χίος.
- 7 Νοσοκομεία που βρίσκονται στην Αττική: Ασκληπιείο, Τζάνειο, Θριάσιο, Μεταξά, Νίκαια, Αττικόν, ΨΝΑ).
- 1 Σταθμό Τηλεϊατρικής Ιατρού Συμβούλου στο ΕΚΕΠΥ.
- Κέντρο Δεδομένων (Data Center) που φιλοξενείται στην Κοινωνία της Πληροφορίας (ΚτΠ ΑΕ).
- HELP DESK το οποίο βρίσκεται στους χώρους της 2^{ης} ΔΥΠΕ.

Κινητή Υγεία:

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει την κινητή υγεία ως “πρακτική ιατρικής και δημόσιας υγείας που υποστηρίζεται από κινητές συσκευές, όπως κινητά τηλέφωνα, συσκευές παρακολούθησης ασθενών, προσωπικούς ψηφιακούς βοηθούς και άλλες ασύρματες συσκευές”.

Μέσω των κινητών αυτών συσκευών, ο χρήστης τους μπορεί να διαχειριστεί καλύτερα την υγεία του, τα δεδομένα που του παρέχονται του επιτρέπουν να προβαίνει σε αυτοαξιολόγηση της υγειονομικής του κατάστασης, ενώ δίνεται στους επαγγελματίες της υγειονομικής περίθαλψης δυνατότητα απομακρυσμένης παρακολούθησης του τρόπου ζωής των ασθενών τους όπως π.χ. παρακολούθηση δεδομένων καρδιακών χτύπων ή συχνότητα καθημερινής άσκησης (European Commission, 2018).

Η κινητή υγεία στην Ελλάδα βρίσκεται σε πρώιμο στάδιο ακόμα, συγκριτικά με τις υπόλοιπες αναπτυγμένες Ευρωπαϊκές χώρες. Παρόλο που η είσοδος των κινητών τηλεφώνων στην Ελληνική αγορά λειτουργεί με αυξητικές τάσεις, δεν παρουσιάζει την ίδια τάση στον κλάδο της υγείας. Το γεγονός αυτό οφείλεται σε δύο κυρίως λόγους. Ο πρώτος λόγος αφορά το συντηρητισμό και τη γραφειοκρατία που υπάρχουν στην ελληνική επικράτεια, δημιουργώντας σημαντικά εμπόδια στην ανάπτυξη και στην αύξηση της χρήσης των εφαρμογών e-health (Τασόπουλος, 2011). Ο δεύτερος λόγος της μικρής ανάπτυξης των εφαρμογών κινητής υγείας σχετίζεται με την έλλειψη Ελλήνων developers, καθώς είναι λίγες οι ελληνικές εταιρείες λογισμικού με αποτέλεσμα να υπάρχουν δυσκολίες στην εξάπλωση και τη χρήση των ελληνικών εφαρμογών στον κλάδο της υγείας (Τασόπουλος, 2011). Οι περισσότερες εφαρμογές κινητής υγείας που είναι διαθέσιμες είναι ξενόγλωσσες και κάποιες από αυτές δεν ανταποκρίνονται στα Ελληνικά δεδομένα. Ακόμα, η γλώσσα είναι ακόμα ένας ανασταλτικός παράγοντας που οι Έλληνες ασθενείς δεν διευκολύνονται ιδιαίτερα στη χρήση ξενόγλωσσων εφαρμογών e-health (Τασόπουλος, 2011).

Γενικά:

Η Ηλεκτρονική υγεία στην Ελλάδα σημειώνει σταθερά ανοδική πορεία τα τελευταία έτη, όπως διαπιστώθηκε από μελέτη του ΕΠ ΚτΠ, σχετικά με τη μέτρηση των δεικτών των ευρωπαϊκών σχεδίων δράσης «i2010» και «eEurope», που υλοποιείται από το 2005 σε ετήσια βάση. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι, σχετικά με την πρόσβαση των Ελλήνων στο διαδίκτυο, κατέχουν εξέχουσα θέση οι άντρες, οι νέοι (ιδιαίτερα 16 – 24 ετών), τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου και οι κάτοικοι των μεγάλων αστικών κέντρων. Ο σημερινός ασθενής δεν έχει καμία απολύτως σχέση με τον ασθενή των παλαιότερων εποχών (M.J. Ball, J. Lillis, 2015). Ο σημερινός ασθενής είναι πληροφορημένος και ενήμερος. Τις περισσότερες φορές πριν πάει στον ιατρό ή στο νοσοκομείο έχει ήδη αναζητήσει πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα που νιώθει ή την ασθένεια που πιστεύει ότι αντιμετωπίζει, έχει μιλήσει μέσω web-forums με άλλους ασθενείς με αντίστοιχες περιπτώσεις και συμπτώματα και έχει διαμορφώσει ακόμη και άποψη για τις εναλλακτικές θεραπείες που διατίθενται. Αυτός ο ασθενής πολλές φορές, δυστυχώς στην Ελλάδα, έχει αρχίσει και τη φαρμακευτική αγωγή αυτοβούλως. Όλα αυτά ενισχύονται στον κόσμο του Διαδικτύου όπου οι πληροφορίες είναι διαθέσιμες σε όλους.

Εγγραμματισμός Ηλεκτρονικής Υγείας

Η αναγκαιότητα του αλφαριθμητισμού στο τομέα της Ηλεκτρονικής Υγείας

Οι παράγοντες παροχής υπηρεσιών υγείας ενθαρρύνουν τα άτομα στην ανάληψη της ευθύνης για την φροντίδα της προσωπικής τους υγείας και αυτό γιατί, μέσω της

αυτοδιαχείρισης της υγείας του, το άτομο μαθαίνει να φροντίζει τη δική του αλλά και των μελών της οικογενείας του (AyazAlkaya and Terzi, 2019). Οι πολίτες με ανεπτυγμένες τις αλφαβητικές τους δεξιότητες, θα μπορούν να διαδραματίσουν ένα πιο ενεργητικό ρόλο στην αυτοδιαχείριση της προσωπικής τους υγείας, με συνέπεια την λήψη καλύτερων αποφάσεων σε σχέση με την πρόληψη των ασθενειών, τη διαχείριση της υγειονομικής τους περίθαλψης και την προαγωγή της υγείας στην καθημερινότητά τους (Programme IC-Health, 2018).

Εννοιολογικό Μοντέλο Εγγραματισμού Ηλεκτρονικής Υγείας

Το μοντέλο των (Norman&Skinner, 2006) βοήθησε στη προσπάθεια των ερευνητών να κατανοήσουν τις ικανότητες που πρέπει να κατέχουν οι ασθενείς, έτσι ώστε να είναι σε θέση να μπορούν να χρησιμοποιούν επιτυχώς και να επωφελούνται από τις διάφορες υπηρεσίες ηλεκτρονικής υγείας που αναδύονται. Επίσης, βοήθησε στη διαμόρφωση μιας έννοιας του αλφαβητισμού της ηλεκτρονικής υγείας (e-health literacy), σύμφωνα με την οποία αλφαβητισμός της ηλεκτρονικής υγείας είναι: **‘‘Η ικανότητα της αναζήτησης, εύρεσης, κατανόησης και αξιολόγησης της πληροφορίας υγείας από ηλεκτρονικές πηγές και η εφαρμογή της αποκτηθείσας γνώσης για την αντιμετώπιση ή επίλυση ενός προβλήματος υγείας’’** (Norman and Skinner, 2006).

Ερευνητές διαπίστωσαν πως, παρόλο που υπήρχαν διάφορες πηγές και εργαλεία ηλεκτρονικής υγείας στη διάθεση των καταναλωτών, οι ικανότητες που κατείχαν αυτοί υπολείπονταν αρκετά για την βέλτιστη χρήση των πηγών και εργαλείων αυτών. Ο εντοπισμός και η κατανόηση του συνόλου αυτού των ικανοτήτων οδήγησε στο εννοιολογικό μοντέλο **Lilly** του αλφαβητισμού της ηλεκτρονικής υγείας (**LillyeHealthLiteracymodel**), το οποίο παρομοίασαν με το λουλούδι του κρίνου, στο οποίο το κάθε πέταλο αντιπροσωπεύει και από ένα τύπο αλφαβητισμού, τα έξι πέταλα τροφοδοτούν το κέντρο που αντιπροσωπεύει τον αλφαβητισμό ηλεκτρονικής υγείας, κέντρο που συνδέει ταυτόχρονα και όλα τα πέταλα μαζί.

Ασφάλεια, Χρηματοδότηση

Ασφάλεια έγκυρων διαδικτυακών πληροφοριών

Η έλλειψη διεθνούς ρυθμιστικού πλαισίου για δημοσίευση πληροφορίας στο διαδίκτυο δίνει στον οποιονδήποτε τη δυνατότητα να μπορεί να δημοσιεύει σελίδες στον παγκόσμιο ιστό και, επομένως, και ιατρικές πληροφορίες (Κουμπούρος Ι. 2012).

Ένα μεγάλο πρόβλημα είναι να μπορεί κανείς να διακρίνει τις έγκυρες πληροφορίες, ώστε να μην οδηγηθεί σε λάθος ενέργειες και συμπεράσματα με άμεσο άσχημο αντίκτυπο στην υγεία του ή στην ποιότητα ζωής του. Όταν κάποιος προσπαθεί να βρει πληροφορίες από το ίντερνετ είναι σαν να πίνει νερό από την μάνικα της πυροσβεστικής. Δεν έχει ιδέα για την προέλευση του νερού (McLellen 1998). Ανεξάρτητα από τη μορφή με την οποία εμφανίζεται η πληροφορία (έντυπη ή ηλεκτρονική), θα πρέπει να είναι πάντα επαρκώς προστατευμένη. Η ασφάλεια των πληροφοριών και των πληροφοριακών συστημάτων συνδέεται στενά με τρεις βασικές έννοιες οι οποίες είναι (Εγχειρίδιο χρήσης Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας Care2X, 2010),

- **Εμπιστευτικότητα**, είναι η διασφάλιση ότι η πληροφορία μπορεί να προσπελαστεί μόνο από όσους έχουν τα απαραίτητα δικαιώματα.
- **Ακεραιότητα**, είναι η προστασία και διασφάλιση της ακρίβειας και της πληρότητας της πληροφορίας. Σημαίνει πρόληψη από μη εξουσιοδοτημένη εγγραφή ή διαγραφή δεδομένων.
- **Διαθεσιμότητα**, είναι η ιδιότητα του να είναι προσπελάσιμες και χωρίς αδικαιολόγητη καθυστέρηση οι υπηρεσίες ενός πληροφοριακού συστήματος, όταν τις χρειάζεται μία εξωτερική οντότητα.

Εξασφάλιση της ποιότητας των πόρων ηλεκτρονικής υγείας

Προτεινόμενες προσεγγίσεις για την εξασφάλιση της ποιότητας των πόρων ηλεκτρονικής υγείας περιλαμβάνουν: τη διαπίστευση, την πιστοποίηση, τα συστήματα αξιολόγησης, τη δημοσιοποίηση των βασικών πληροφοριών για μία τοποθεσία ή ένα προϊόν και την απόσπαση των σφραγίδων και των λογοτύπων, υποδεικνύοντας συμμόρφωση με ένα σύνολο ποιοτικών προτύπων. Μία από τις προσεγγίσεις για τη διασφάλιση της ποιότητας είναι να οριστεί μία ανεξάρτητη οντότητα, όπως είναι η "Αμερικανική Επιτροπή Διαπίστευσης Υγείας", η "Εθνική Επιτροπή Διασφάλισης της Ποιότητας" και η "Μικτή Επιτροπή για τη Διαπίστευση των Οργανισμών Υγειονομικής Περίθαλψης".

Επίσης, υπάρχουν οργανισμοί που «καθοδηγούν» τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, αλλά και τους παρόχους ιατρικών πληροφοριών σε έγκυρη ιατρική πληροφορία και εμπειρία. Οι οργανισμοί αυτοί εκδίδουν "πιστοποιητικά ποιότητας ιστοσελίδων/ πυλών διαδικτύου". Τα πιστοποιητικά που δίνονται, ως συμμόρφωση σε ένα σύνολο προτύπων και αρχών δεοντολογίας, εμφανίζονται ως εικονίδια πάνω στις σελίδες για άμεση αναγνώριση από τον ενδιαφερόμενο (Μπαμίδης Π., Παππάς Κ., 2008).

Είναι γεγονός ότι το διαδίκτυο, αν και αποτελεί πολύτιμη πηγή για πληροφόρηση σχετικά με θέματα υγείας, υποτιμάται λόγω της ανησυχίας σχετικά με την ποιότητα και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που διαθέτει. Ο εκπρόσωπος του Ελληνικού Κέντρου Ασφαλούς Διαδικτύου κ. Κορμάς επισημαίνει ότι, για να μπορεί κάποιος να διακρίνει εάν μία ηλεκτρονική σελίδα υγείας είναι αξιόπιστη, πρέπει ο έλεγχός του να επικεντρώνεται σε τέσσερα σημεία:

- Στη συχνότητα ανανέωσης της ιστοσελίδας.
- Στην ύπαρξη της ιατρικής ιδιότητας του συγγραφέα και της εξειδίκευσής του στο θέμα.
- Στην ύπαρξη αναφορών σε βιβλιογραφία.
- Στην ύπαρξη έμμεσης διαφήμισης φαρμάκων.

2^ο Μέρος: Εμπειρική έρευνα

Κεφάλαιο 3: Μεθοδολογία Έρευνας

Σκοπός της μελέτης

Η παρούσα πτυχιακή έρευνα αποσκοπεί:

- Α) Στη διερεύνηση του επιπέδου ηλεκτρονικού εγγραμματισμού υγείας των φοιτητών/τριών του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου με έμφαση στην ψυχική υγεία
- Β) Στις πιθανές διαφορές του επιπέδου αυτού ανά τμήμα φοίτησης.

Διατύπωση ερευνητικών ερωτημάτων

- Ποιο είναι το επίπεδο υγειονομικού εγγραμματισμού στους φοιτητές/τριες του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου;
- Υπάρχει διαφοροποίηση στο επίπεδο υγειονομικού εγγραμματισμού των φοιτητών/τριών του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου της Σχολής Επιστημών Υγείας, σε σχέση με τους/ις λοιπούς/ες συναδέλφους τους από τις άλλες σχολές/τμήματα του πανεπιστημίου;

Αναμένεται σχετικά ικανοποιητικό επίπεδο υγειονομικού εγγραμματισμού και ενδεχόμενη διαφοροποίηση του επιπέδου στους φοιτητές/τριες της Σχολής Επιστημών Υγείας σε σχέση με τους/ις συναδέλφους τους από τα λοιπά τμήματα του Πανεπιστημίου.

Διατύπωση ερευνητικής υπόθεσης

- Οι φοιτητές/τριες της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου έχουν υψηλότερο επίπεδο υγειονομικού εγγραμματισμού.

Λαμβάνοντας υπόψη τον σκοπό της παρούσας έρευνας καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα που θα εξεταστούν, έχει επιλεγεί η ποσοτική έρευνα ως η κατάλληλη ερευνητική μέθοδος. Έτσι, χρησιμοποιήθηκε η διανομή ενός ερωτηματολογίου ως μέθοδος συλλογής δεδομένων. Όλα τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν έχουν αναλυθεί με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS.

Δείγμα

Η ομάδα στόχου που επιλέχθηκε είναι οι φοιτητές του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, και των δυο φύλων, όλων των ηλικιών και από όλες τις σχολές φοίτησης. Στην έρευνα αυτή έλαβαν μέρος 109 άτομα. Λόγω της προβληματικής συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από μερίδα των συμμετεχόντων, ο αριθμός των τελικών αποκρίσεων μειώθηκε στις 106, με ορισμένες να εξακολουθούν να είναι προβληματικές ως προς την απόκριση σε όλα τα ερωτήματα, αλλά όχι σε βαθμό που να δημιουργήσουν ιδιαίτερο ζήτημα

αξιοπιστίας της έρευνας. Επιλέχθηκε το να μην γίνει επιπλέον αφαίρεση αποκρίσεων διότι τότε ο πληθυσμός του δείγματος θα μειωνόταν σε βαθμό που θα δημιουργούσε πολύ μεγάλα περιθώρια στατιστικών αποκλίσεων.

Ερευνητικά εργαλεία

Ως ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου και κλίμακες μέτρησης τύπου Likert για την συλλογή των αποκρίσεων. Το ερωτηματολόγιο αρχίζει ζητώντας από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά όπως φύλο, ηλικία, χώρα γέννησης, οικογενειακή κατάσταση, αριθμό τέκνων εφόσον υπάρχουν, τόποδιαμονής, σχολή φοίτησης και την τρέχουσα επαγγελματική τους κατάσταση. Από αυτά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά στην τελική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν το φύλο και η σχολή φοίτησης. Το φύλο επίσης απορρίφθηκε σαν μεταβλητή ανάλυσης εν τέλει, καθώς υπάρχει υπέρ-εκπροσώπηση του γυναικείου φύλου στις αποκρίσεις και αυτό θα δημιουργούσε εσφαλμένα αποτελέσματα.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από το Health Literacy Questionnaire (Osborne&Buchbinder, 2014), το οποίο αφορά την αξιολόγηση του υγειονομικού γραμματισμού (δηλ. θεμάτων υγείας και περίθαλψης), η άδεια του οποίου έχει ήδη εξασφαλιστεί. Χωρίζεται σε δύο υπομέρη. Το πρώτο υπομέρος αποτελείται από 23 ερωτήματα. Οι αποκρίσεις πάνω σε αυτά τα ερωτήματα έγιναν μέσω της χρήσης μιας κλίμακας τύπου Likert. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, η κλίμακα που χρησιμοποιήσαμε δίνει την δυνατότητα για απόκριση μέσω 4 διακριτών απαντήσεων, οι οποίες είναι, "Διαφωνώ έντονα" / "Διαφωνώ" / "Συμφωνώ" / "Συμφωνώ έντονα". Το δεύτερο υπομέρος αποτελείται από 21 ερωτήσεις. Αξιοποιήθηκε επίσης κλίμακα τύπου Likert για τις αποκρίσεις και οι επιλογές απαντήσεων ήταν, "Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο" / "Συνήθως δύσκολο" / "Μερικές φορές δύσκολο" / "Συνήθως εύκολο" / "Πάντα εύκολο".

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελείται από τα E-Health Literacy Scale (Cameron&Skinner, 2006) και Mental Health Literacy Scale (O'Connor&Casey, 2015), το οποίο αφορά την αξιολόγηση του υγειονομικού εγγραμματισμού όσον αφορά την ψυχική υγεία. Το E-Health Literacy Scale αποτελείται από 10 ερωτήματα. Αξιοποιήθηκε κλίμακα τύπου Likert με τις επιλογές απαντήσεων να είναι, "Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο" / "Όχι χρήσιμο, άχρηστο" / "Δεν είμαι σίγουρος/η" / "Πολύ χρήσιμο". Το Mental Health Literacy Scale αποτελείται από 3 υπομέρη, το πρώτο εκ των οποίων αποτελείται από 15 ερωτήματα. Αξιοποιήθηκε επίσης κλίμακα τύπου Likert, με τις επιλογές απαντήσεων να είναι, "Πολύ απίθανο" / "Μάλλον απίθανο" / "Μάλλον πιθανό" / "Πολύ πιθανό". Το δεύτερο υπομέρος αποτελείται από 13 ερωτήματα, αξιοποιεί κλίμακα τύπου Likert και οι επιλογές απαντήσεων ήταν, "Διαφωνώ απόλυτα" / "Διαφωνώ" / "Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ" / "Συμφωνώ" / "Συμφωνώ απόλυτα". Το τρίτο υπομέρος αποτελείται από 7 ερωτήματα, χρησιμοποιεί επίσης κλίμακα τύπου Likert και οι επιλογές απαντήσεων ήταν, "Σίγουρα απρόθυμος/η" / "Μάλλον απρόθυμος/η" / "Ούτε απρόθυμος/η, ούτε πρόθυμος/η" / "Μάλλον πρόθυμος/η" / "Σίγουρα πρόθυμος/η".

Μεθοδολογία έρευνας

Για την επιτυχή έκβαση της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας ακολουθήθηκαν τα εξής βήματα. Αρχικά, κωδικοποιήθηκαν εξ αρχής οι αποκρίσεις έτσι ώστε να μπορεί να γίνει ποσοτική ανάλυση των δεδομένων που ελήφθησαν. Οι περιγραφικές απαντήσεις των ερωτημάτων κωδικοποιήθηκαν σε αύξουσα σειρά.

Ακολούθως, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό τεστ **Cronbach**, έτσι ώστε να ελεγχθεί η εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και να επιτραπεί η δόμηση τους σε ξεχωριστές κλίμακες.

Έπειτα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του στατιστικού τεστ **Cronbach**, κατασκευάσαμε νέες μεταβλητές, οι οποίες εκφράζουν διακριτές κλίμακες μέτρησης.

Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε ανάλυση των κλιμάκων σε σχέση με την σχολή φοίτησης των ερωτηθέντων και εξήχθησαν οι μέσοι όροι των αποκρίσεων, έτσι ώστε να λάβουμε μια πρώτη εικόνα της ενδεχόμενης διαφοροποίησης του επιπέδου υγειονομικού εγγραμματισμού των φοιτητών/τριων του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου ανά τμήμα/σχολή φοίτησης. Για να πραγματοποιηθεί αυτό, δημιουργήθηκαν δύο μεταβλητές, στην μία συσσωρεύτηκαν οι αποκρίσεις των φοιτητών/τριών της Σχολής Επιστημών Υγείας και στην άλλη όλες οι υπόλοιπες αποκρίσεις από φοιτητές/τριες διάφορων άλλων τμημάτων/σχολών του πανεπιστημίου.

Τέλος, για να επιβεβαιωθεί ότι τα αποτελέσματα μας όντως έχουν στατιστική ισχύ και δεν είναι αποτέλεσμα τυχαιότητας, αξιοποιήθηκε ένα επιπλέον στατιστικό τεστ, το **Independent Samples T-Test**, με το οποίο ελέγχθηκε η ύπαρξη ή μη στατιστικής σημασίας στις διαφοροποιήσεις των μέσων όρων των αποκρίσεων μας σε συνάρτηση με τη συνθήκη του εάν ο ερωτώμενος/η είναι φοιτητής/τρια της Σχολής Επιστημών Υγείας ή άλλου τμήματος του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ.

Ηθικά Ζητήματα

Όσο αφορά τα ενδεχόμενα ηθικά ζητήματα της παρούσας έρευνας οφείλουμε να κάνουμε δύο παρατηρήσεις. Αρχικά, όπως ήδη έχουμε αναφέρει, υπάρχει μια υπέρ-εκπροσώπηση του γυναικείου φύλου στον πληθυσμό δείγμα, σε ποσοστό που δεν μας επιτρέπει να χρησιμοποιήσουμε το φύλο ως ανεξάρτητη μεταβλητή συσχετισμού με τα υπόλοιπα δεδομένα μας.

Περαιτέρω, ο τελικός αριθμός αποκρίσεων (103), είναι αρκετά χαμηλός και δημιουργεί ένα ξεκάθαρο περιθώριο στατιστικού λάθους όσο αφορά το αποτέλεσμα της έρευνας μας. Επίσης, έχουμε αρκετές ελλειμματικές αποκρίσεις. Παρόλα αυτά, θεωρούμε ότι η έρευνα επιτυγχάνει στο να απαντήσει στα ερευνητικά ερωτήματα που την απασχολούν, δημιουργώντας ένα αξιοπρεπές μοντέλο μέτρησης προς μελλοντική χρήση και αξιοποίηση.

Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα Έρευνας

Πριν προχωρήσουμε στην παράθεση των αποτελεσμάτων της έρευνας μας, ενημερώνουμε ότι στα ερωτήματα των κλιμάκων έχει αφαιρεθεί οτιδήποτε περιγραφικό και έχει διατηρηθεί μόνο ο αριθμός της εκάστοτε ερώτησης, έτσι ώστε να μπορέσουμε να έχουμε μια πιο ταχτοποιημένη απεικόνιση τους.

Ξεκινάμε με την απεικόνιση των δύο πρώτων πινάκων μας, οι οποίοι αφορούν τις δύο ανεξάρτητες μεταβλητές μας, φύλο και σχολή φοίτησης.

Πίνακας 1^α

1. ΦΥΛΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άντρας	22	20,8	20,8	20,8
	Γυναίκα	84	79,2	79,2	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Πίνακας 1^β

8. Σε ποια σχολή φοιτάτε;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σχολή Επιστημών Υγείας	48	45,3	45,3	45,3
	Άλλο	58	54,7	54,7	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Cronbach

Συνεχίζουμε με τα αποτελέσματα του στατιστικού τεστ **Cronbach**. Αρχικά, διαχωρίσαμε τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου σε 6 υποκατηγορίες, λόγω των διαφορών που υπάρχουν στις κλίμακες απόκρισης. Μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι οι ερωτήσεις μας έχουν σε πολύ ικανοποιητικό επίπεδο εσωτερική συνοχή (λαμβάνουμε ως επιβεβαίωση της συνοχής την τιμή α όταν είναι ίση ή υπερβαίνει το 0.7).

Σχετικά με τις 23 πρώτες ερωτήσεις που αφορούν την κατανόηση θεμάτων υγείας, παρατηρούμε (**πίνακας 2.1& 2.2**) ότι με την αφαίρεση των ερωτήσεων 1/11/15/19 θα επιτύχουμε ακόμα μεγαλύτερη συνοχή, οπότε και τις αφαιρούμε. Σχετικά με τις υπόλοιπες 21 ερωτήσεις που αφορούν την κατανόηση θεμάτων υγείας, παρατηρούμε (**πίνακας 2.3**) ότι δεν χρειάζεται να κάνουμε την οποιαδήποτε αφαίρεση κι ότι η εσωτερική τους συνοχή είναι δεδομένη.

Σχετικά με τις 10 ερωτήσεις που αφορούν τον εγγραματισμό σε θέματα ηλεκτρονικής υγείας, παρατηρούμε (**πίνακας 2.4**) επίσης ότι δεν χρειάζεται κάποια αφαίρεση ερώτησης για την ενίσχυση της εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων.

Σχετικά με τις 15 πρώτες ερωτήσεις που αφορούν τον εγγραματισμό σε θέματα ψυχικής υγείας, παρατηρούμε (**πίνακας 2.5& 2.6**) ότι θα ενισχυθεί η εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων μας εάν αφαιρέσουμε την ερώτηση 10, οπότε και την αφαιρούμε. Σχετικά με τις 12 επόμενες ερωτήσεις που αφορούν τον εγγραματισμό σε θέματα ψυχικής υγείας, παρατηρούμε (**πίνακας 2.7**) ότι δεν χρειάζεται να κάνουμε κάποια αφαίρεση ερώτησης, κάτι το οποίο ισχύει και για τις 6 τελευταίες ερωτήσεις (**πίνακας 2.8**) στην εν λόγω υποκατηγορία.

Περαιτέρω, χρησιμοποιούμε το τεστ **Cronbach** για να δούμε κατά πόσο μπορούμε να συνενώσουμε, αρχικά, τις ερωτήσεις 1-23 (Α μέρος ερωτηματολογίου) και 1-21 (Β μέρος ερωτηματολογίου), καθώς αφορούν το ίδιο θέμα, με σκοπό να δημιουργηθεί μια ενιαία κλίμακα μέτρησης. Παρατηρούμε (**πίνακας 2.9**) ότι η τιμή α που λαμβάνουμε μας επιτρέπει να προβούμε σε τέτοια κίνηση.

Επιπρόσθετα, επαναλαμβάνουμε την ίδια διαδικασία για τις ερωτήσεις 1-15 / 16-28 / 29-35, που αφορούν τον εγγραματισμό σε θέματα ψυχικής υγείας. Παρατηρούμε δυστυχώς (**πίνακες 2.10 – 2.13**) ότι κανένας συνδυασμός ομαδοποίησης δεν μας προσφέρει ικανοποιητικό αποτέλεσμα στην τιμή α , οπότε θα συνεχίσουμε την στατιστική μας διερεύνηση έχοντας 3 ξεχωριστές κλίμακες για την μέτρηση του εν λόγω ζητήματος.

Ακολουθεί η απεικόνιση των πινάκων που αφορούν το στατιστικό τεστ **Cronbach**.

Πίνακας 2.1 - Αρχική κλίμακα κατανόησης θεμάτων υγείας Α

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,908	,906	23

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	66,26	78,693	,254	.	,909
2.	66,11	73,258	,563	.	,903
3.	65,90	76,250	,432	.	,906
4.	66,14	76,281	,425	.	,906
5.	66,06	74,636	,555	.	,903
6.	66,37	73,194	,590	.	,902
7.	66,27	73,118	,568	.	,903
8.	66,18	74,008	,509	.	,904
9.	66,17	73,721	,581	.	,902
10.	66,32	73,539	,650	.	,901
11.	65,93	76,645	,383	.	,907
12.	66,19	74,114	,635	.	,902
13.	66,18	74,988	,560	.	,903
14.	66,33	74,022	,602	.	,902
15.	65,91	77,422	,338	.	,907
16.	66,30	74,191	,547	.	,903
17.	66,05	75,928	,472	.	,905
18.	66,10	76,130	,468	.	,905
19.	65,82	77,528	,364	.	,907
20.	66,27	72,578	,621	.	,901
21.	66,22	73,312	,686	.	,900
22.	66,10	74,690	,559	.	,903
23.	66,34	74,306	,558	.	,903

Πίνακας 2.2 - Τελική κλίμακα κατανόησης θεμάτων υγείας Α

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,908	,908	19

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
2.	53,40	59,262	,543	,570	,904
3.	53,19	62,074	,397	,423	,908
4.	53,43	61,467	,455	,509	,906
5.	53,35	60,669	,516	,533	,905
6.	53,65	58,909	,597	,638	,903
7.	53,55	58,570	,597	,593	,903
8.	53,47	59,811	,499	,605	,905
9.	53,46	59,370	,589	,660	,903
10.	53,60	59,182	,663	,599	,901
12.	53,48	59,692	,648	,647	,901
13.	53,47	60,711	,548	,513	,904
14.	53,61	59,699	,605	,648	,902
16.	53,58	59,705	,564	,539	,903
17.	53,34	61,706	,445	,489	,906
18.	53,39	61,679	,462	,540	,906
20.	53,55	58,270	,635	,579	,901
21.	53,50	58,992	,698	,711	,900
22.	53,39	60,439	,548	,516	,904
23.	53,62	59,737	,582	,643	,903

Πίνακας 2.3 - Τελική κλίμακα κατανόησης θεμάτων υγείας Β

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,900	,902	21

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Deleted	Scale Variance if Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	64,27	64,138	,458	,510	,897
2.	64,12	62,369	,552	,543	,895
3.	64,11	63,170	,469	,419	,897
4.	64,06	61,188	,641	,607	,893
5.	64,01	63,404	,438	,423	,898
6.	64,18	62,008	,524	,451	,896
7.	63,98	62,828	,557	,498	,895
8.	64,17	61,637	,541	,473	,895
9.	63,90	62,859	,519	,518	,896
10.	64,12	62,672	,522	,447	,896
11.	63,95	64,109	,428	,402	,898
12.	63,95	63,422	,446	,410	,898
13.	63,98	62,121	,653	,560	,893
14.	64,06	63,411	,452	,558	,898
15.	64,05	61,442	,613	,605	,893
16.	64,23	62,825	,484	,531	,897
17.	64,18	61,159	,544	,515	,895
18.	64,40	60,808	,501	,587	,897
19.	64,31	61,226	,621	,547	,893
20.	63,91	63,436	,542	,518	,896
21.	63,86	63,556	,471	,453	,897

Πίνακας 2.4 – Τελική κλίμακα εγγραματισμού ηλεκτρονικής υγείας

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,918	,922	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	29,52	25,190	,693	,704	,911
2.	29,30	25,941	,662	,627	,912
3.	29,68	25,449	,733	,681	,908
4.	29,68	25,574	,819	,838	,903
5.	29,67	25,807	,797	,815	,905
6.	29,60	26,451	,682	,564	,911
7.	29,59	26,162	,804	,767	,905
8.	29,51	27,690	,567	,642	,916
9.	29,49	27,003	,656	,716	,912
10.	29,86	25,312	,615	,455	,917

Πίνακας 2.5 - Αρχική κλίμακα εγγραματισμού ψυχικής υγείας Α

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,776	,813	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	48,08	23,434	,544	,545	,751
2.	47,99	24,230	,513	,508	,756
3.	48,01	24,330	,439	,431	,760
4.	48,01	23,270	,559	,522	,749
5.	47,93	24,645	,411	,443	,763
6.	48,01	23,310	,585	,532	,748
7.	47,87	24,513	,472	,536	,759
8.	47,96	24,498	,416	,454	,762
9.	48,30	22,511	,585	,420	,745
10.	49,16	27,815	-,143	,110	,828
11.	47,96	24,278	,440	,317	,760
12.	48,48	23,192	,313	,428	,776
13.	48,10	23,550	,483	,343	,755
14.	47,93	24,785	,371	,244	,765
15.	48,26	24,413	,288	,306	,773

Πίνακας 2.6 - Τελική κλίμακα εγγραμματισμού ψυχικής υγείας A

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,828	,839	14

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
1.	45,66	23,726	,571	,542	,809
2.	45,57	24,587	,533	,508	,813
3.	45,59	24,644	,465	,426	,816
4.	45,59	23,664	,568	,522	,809
5.	45,51	24,932	,443	,428	,818
6.	45,59	23,844	,571	,522	,809
7.	45,46	24,970	,474	,536	,817
8.	45,54	24,870	,432	,450	,819
9.	45,88	23,006	,577	,410	,808
11.	45,54	24,710	,445	,317	,818
12.	46,06	23,376	,342	,419	,834
13.	45,68	23,939	,493	,343	,814
14.	45,51	25,252	,371	,243	,822
15.	45,84	24,695	,312	,305	,829

Πίνακας 2.7 – Τελική κλίμακα εγγραματισμού ψυχικής υγείας Β

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,728	,735	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
16.	28,11	37,511	,294	,617	,718
17.	28,17	37,799	,276	,621	,719
18.	28,29	38,457	,185	,321	,731
19.	27,95	38,712	,204	,539	,727
20.	28,15	37,158	,218	,191	,731
21.	29,43	35,829	,331	,384	,714
22.	29,55	34,307	,441	,383	,699
23.	29,32	34,163	,544	,466	,687
24.	30,05	36,941	,490	,454	,701
25.	29,72	36,662	,422	,396	,704
26.	29,68	33,458	,475	,301	,693
27.	29,95	36,464	,409	,438	,705
28.	29,51	36,443	,333	,415	,713

Πίνακας 2.8 – Τελική κλίμακα εγγραμμοτισμού ψυχικής υγείας Γ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,937	,939	7

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
29.	21,48	28,804	,787	,635	,927
30.	21,16	29,507	,796	,698	,927
31.	21,23	28,996	,799	,793	,926
32.	21,25	29,144	,825	,785	,925
33.	21,62	28,009	,822	,703	,924
34.	21,89	27,073	,758	,639	,933
35.	21,48	28,138	,804	,661	,926

Πίνακας 2.9 - Τελική κλίμακα κατανόησης θεμάτων υγείας

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,703	,703	2

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ScaleHealthA	67,1563	70,133	,542	,294	.
ScaleHealthB	56,5417	67,998	,542	,294	.

Πίνακας 2.10 - Ενιαία κλίμακα κατανόησης θεμάτων ψυχικής υγείας A

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha ^a	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
-,016	,021	3

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ScaleMentKnowA	56,2871	69,727	,117	,076	-,327 ^a
ScaleMentKnowB	73,9604	83,898	-,156	,025	,418
ScaleMentKnowC	80,6436	63,152	,062	,084	-,229 ^a

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Πίνακας 2.11 - Ενιαία κλίμακα κατανόησης θεμάτων ψυχικής υγείας Β

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha ^a	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items ^a	N of Items
-,229	-,235	2

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ScaleMentKnowA	31,4851	42,572	-,105	,011	.
ScaleMentKnowB	49,1584	27,815	-,105	,011	.

Πίνακας 2.12 - Ενιαία κλίμακας κατανόησης θεμάτων ψυχικής υγείας Γ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,418	,422	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ScaleMentKnowA	24,8020	38,560	,268	,072	.
ScaleMentKnowC	49,1584	27,815	,268	,072	.

Πίνακας 2.13 - Ενιαία κλίμακα κατανόησης
θεμάτων ψυχικής υγείας Δ

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha ^a	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items ^a	N of Items
-,321	-,321	2

a. The value is negative due to a negative average covariance among items. This violates reliability model assumptions. You may want to check item codings.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ScaleMentKnowC	31,4906	41,833	-,138	,019	.
ScaleMentKnowB	25,0189	38,419	-,138	,019	.

Μέσοι Όροι

Με την ολοκλήρωση των τεστ εσωτερικής συνοχής **Cronbach**, κατασκευάζουμε 2 διακριτές κλίμακες μέτρησης (**ScaleHealth**, η οποία αφορά τις ερωτήσεις 1-23 & 1-21 του A&B μέρους του ερωτηματολογίου σχετικά με την κατανόηση θεμάτων υγείας και **ScaleElKnow**, η οποία αφορά τις ερωτήσεις 1-10 του Β μέρους του ερωτηματολογίου σχετικά με τον εγγραματισμό ηλεκτρονικής υγείας). Οι κλίμακες **ScaleMentKnowA – ScaleMentKnowB – ScaleMentKnowC**, οι οποίες αφορούν τις ερωτήσεις 1-15 / 16-28 / 29-35 σχετικά με τον εγγραματισμό σε θέματα ψυχικής υγείας, κατασκευάστηκαν στο προηγούμενο στάδιο όπου κάναμε τον στατιστικό έλεγχο συνοχής **Cronbach**, καθώς έτσι μπορέσαμε να ελέγξουμε το αν μπορούμε να τις συμπτύξουμε σε μια ενιαία κλίμακα. Έχουμε λοιπόν 5 διακριτές κλίμακες μέτρησης.

Με την ολοκλήρωση της κατασκευής των κλιμάκων περνάμε στην επικείμενη ανάλυση τους. Αρχικά, εξάγουμε τους μέσους όρους τους, πάντα σε σχέση με την ανεξάρτητη μεταβλητή της σχολής φοίτησης των ερωτηθέντων, έτσι ώστε να πάρουμε μια πρώτη εικόνα της τυχόν διαφοροποίησης των αποκρίσεων σε σχέση με την σχολή φοίτησης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στους πίνακες **3.1 – 3.5**.

Όσο αφορά την κλίμακα **ScaleHealth**, οι φοιτητές/τριες από την Σχολή Επιστημών Υγείας έχουν μέσο όρο στην τιμή των αποκρίσεων τους 128.2 (στρογγυλοποιημένο), σε σχέση με τον αντίστοιχο μέσο όρο των φοιτητών/τριών από άλλο τμήμα φοίτησης ο οποίος είναι 120. Αυτό σημαίνει ότι, αρχικά, και οι δύο ομάδες ερωτηθέντων μας σημείωσαν καλή επίδοση στην παρούσα κλίμακα, κάτι το οποίο αφορά εν μέρει το αρχικό μας ερευνητικό ερώτημα, δημιουργώντας μια αρχική θετική ανταπόκριση ότι ναι, οι φοιτητές/τριες του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ έχουν καλό επίπεδο υγειονομικού εγγραματισμού. Η καλή επίδοση προκύπτει από το γεγονός ότι η μέγιστη απόδοση στην κλίμακα έχει τιμή 176 (44 ερωτήσεις X 4 που είναι η μέγιστη δυνατή τιμή απόκρισης = 176 μέγιστη συνολική τιμή αποκρίσεων στην κλίμακα). Εάν θεωρήσουμε ότι μια μέση επίδοση στην κλίμακα θα ισούται με το ήμισυ της μέγιστης συνολικής τιμής αποκρίσεων, (δηλαδή $176/2 = 88$), τότε συμπεραίνουμε ότι η επίδοση των δύο ομάδων μας είναι θετική, σύμφωνα πάντα με το πώς έχουν κωδικοποιηθεί οι αποκρίσεις στις κλίμακες. Δευτερευόντως, η μεγαλύτερη επίδοση στην κλίμακα που παρουσιάζεται από τους/ις φοιτητές/τριες της Σχολής Επιστημών Υγείας, αφορά εν μέρει το δεύτερο ερευνητικό μας ερώτημα, δημιουργώντας μια αρχική θετική ανταπόκριση ότι ναι, υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα σε αυτούς και τους συμμετέχοντες στην έρευνα που φοιτούν σε άλλα τμήματα/σχολές του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. Επίσης, αφορά εν μέρει και την επιβεβαίωση της ερευνητικής μας υπόθεσης.

Περαιτέρω, σχετικά με την κλίμακα **ScaleElKnow**, παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος της τιμής των αποκρίσεων των φοιτητών/τριών της Σχολής Δημόσιας Υγείας είναι 33.5 (στρογγυλοποιημένο), σε σχέση με τον αντίστοιχο των φοιτητών/τριών από άλλο τμήμα φοίτησης που είναι 32.4 (στρογγυλοποιημένο). Χρησιμοποιώντας την ίδια συλλογιστική που εφαρμόστηκε και στην κλίμακα **ScaleHealth**, αρχικά παρατηρούμε ότι και οι δύο ομάδες μας είχαν θετική επίδοση και στην παρούσα κλίμακα (μέγιστη συνολική τιμή αποκρίσεων = 40 / μέση επίδοση ισούται με το ήμισυ άρα = 20). Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται να συμβάλλει στην εν μέρει θετική μας ανταπόκριση στο αρχικό μας ερευνητικό μας ερώτημα. Περαιτέρω, η μεγαλύτερη επίδοση και στην παρούσα κλίμακα από τους/ις φοιτητές/τριες της Σχολής Επιστημών Υγείας, συμβάλλει αντίστοιχα στην θετική μας ανταπόκριση στο δεύτερο ερευνητικό μας ερώτημα και επίσης συμβάλλει στην επιβεβαίωση της ερευνητικής μας υπόθεσης.

Σχετικά με την κλίμακα **ScaleMentKnowA**, παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος της τιμής των αποκρίσεων των φοιτητών/τριών της Σχολής Δημόσιας Υγείας είναι 51.9 (στρογγυλοποιημένο), σε σχέση με τον αντίστοιχο των φοιτητών/τριών από άλλο τμήμα φοίτησης που είναι 46.9 (στρογγυλοποιημένο). Χρησιμοποιώντας την ίδια συλλογιστική που εφαρμόσαμε στις προηγούμενες κλίμακες, αρχικά παρατηρούμε ότι και οι δύο ομάδες μας είχαν θετική επίδοση και στην παρούσα κλίμακα (μέγιστη συνολική τιμή αποκρίσεων = 60 /

μέση επίδοση ισούται με το ήμισυ άρα = 30). Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται να συμβάλλει επίσης στην θετική μας ανταπόκριση στο αρχικό μας ερευνητικό ερώτημα. Επίσης, η μεγαλύτερη επίδοση και στην παρούσα κλίμακα από τους/ις φοιτητές/τριες της Σχολής Επιστημών Υγείας, έρχεται να συμβάλει στην θετική μας ανταπόκριση στο δεύτερο μας ερευνητικό ερώτημα και επίσης να επιβεβαιώσει την ερευνητική μας υπόθεση.

Σχετικά με την κλίμακα **ScaleMentKnowB**, παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος της τιμής των αποκρίσεων των φοιτητών/τριών της Σχολής Δημόσιας Υγείας είναι 30.3 (στρογγυλοποιημένο), σε σχέση με τον αντίστοιχο των φοιτητών/τριών από άλλο τμήμα φοίτησης που είναι 32.4 (στρογγυλοποιημένο). Χρησιμοποιώντας την ίδια συλλογιστική που εφαρμόσαμε στις προηγούμενες κλίμακες, αρχικά παρατηρούμε ότι και οι δύο ομάδες μας είχαν θετική επίδοση και στην παρούσα κλίμακα (μέγιστη συνολική τιμή αποκρίσεων = 52 / μέση επίδοση ισούται με το ήμισυ άρα = 26). Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται να συμβάλλει επίσης στην θετική μας ανταπόκριση στο αρχικό μας ερευνητικό ερώτημα. Παρόλα αυτά, η παρούσα κλίμακα είναι η πρώτη (και μοναδική) στην οποία οι φοιτητές/τριες της Σχολής Επιστημών Υγείας δεν πετυχαίνουν υψηλότερη επίδοση από των συναδέλφων τους από άλλα τμήματα φοίτησης, έστω και οριακά, το οποίο έρχεται να αφαιρέσει ελαφρώς από την θετική μας ανταπόκριση στο δεύτερο μας ερευνητικό ερώτημα και επίσης να διαψεύσει ελαφρώς την ερευνητική μας υπόθεση.

Σχετικά με την κλίμακα **ScaleMentKnowC**, παρατηρούμε ότι ο μέσος όρος της τιμής των αποκρίσεων των φοιτητών/τριών της Σχολής Δημόσιας Υγείας είναι 27.5 (στρογγυλοποιημένο), σε σχέση με τον αντίστοιχο των φοιτητών/τριών από άλλο τμήμα φοίτησης που είναι 23 (στρογγυλοποιημένο). Χρησιμοποιώντας την ίδια συλλογιστική που εφαρμόσαμε στις προηγούμενες κλίμακες, αρχικά παρατηρούμε ότι και οι δύο ομάδες μας είχαν θετική επίδοση και στην παρούσα κλίμακα (μέγιστη συνολική τιμή αποκρίσεων = 35 / μέση επίδοση ισούται με το ήμισυ άρα = 17.5). Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται να συμβάλλει επίσης στην θετική μας ανταπόκριση στο αρχικό μας ερευνητικό ερώτημα. Επίσης, η μεγαλύτερη επίδοση και στην παρούσα κλίμακα από τους/ις φοιτητές/τριες της Σχολής Επιστημών Υγείας, έρχεται να συμβάλει στην θετική μας ανταπόκριση στο δεύτερο μας ερευνητικό ερώτημα και επίσης να επιβεβαιώσει την ερευνητική μας υπόθεση.

Συνοψίζοντας, όσο αφορά την αρχική διερεύνηση των αποτελεσμάτων μας, η εξαγωγή μέσων όρων των κλιμάκων που χρησιμοποιήσαμε, σε σχέση πάντα με την σχολή φοίτησης των ερωτηθέντων, μας έδειξε, αρχικά, ότι στο σύνολο τους, οι φοιτητές/τριες του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ. έχουν μια θετική επίδοση στην ανταπόκριση τους σε θέματα εγγραματισμού υγείας. Επίσης, ότι υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στους/ις φοιτητές/τριες της Σχολής Επιστημών Υγείας με τους/ις φοιτητές/τριες άλλων τμημάτων, καθώς οι της Σχολής Επιστημών Υγείας έχουν καλύτερη επίδοση στο σύνολο σχεδόν των κλιμάκων, εξαιρώντας την κλίμακα **ScaleMentKnowB**.

Ακολουθεί η απεικόνιση των πινάκων που αφορούν τους μέσους όρους των αποκρίσεων στις 5 κλίμακες μας σε σχέση με την ανεξάρτητη μεταβλητή της σχολής φοίτησης των ερωτηθέντων.

Πίνακας 3.1 - Μέσοι όροι κλίμακας ScaleHealth

Report

ScaleHealth

8. Σε ποια σχολή φοιτάτε;	Mean	N	Std. Deviation
Σχολή Επιστημών Υγείας	128,1860	43	12,72279
Άλλο	120,0566	53	15,10656
Total	123,6979	96	14,59425

Πίνακας 3.2 - Μέσοι όροι κλίμακας ScaleEIKnow

Report

ScaleEIKnow

8. Σε ποια σχολή φοιτάτε;	Mean	N	Std. Deviation
Σχολή Επιστημών Υγείας	33,4773	44	5,43241
Άλλο	32,3774	53	5,82180
Total	32,8763	97	5,64627

Πίνακας - 3.3 Μέσοι όροι κλίμακας ScaleMentKnowA

Report

ScaleMentKnowA

8. Σε ποια σχολή φοιτάτε;	Mean	N	Std. Deviation
Σχολή Επιστημών Υγείας	51,8696	46	4,81945
Άλλο	46,8909	55	4,54473
Total	49,1584	101	5,27396

Πίνακας 3.4 - Μέσοι όροι κλίμακας ScaleMentKnowB

Report

ScaleMentKnowB

8. Σε ποια σχολή φοιτάτε;	Mean	N	Std. Deviation
Σχολή Επιστημών Υγείας	30,3750	48	6,91783
Άλλο	32,4138	58	5,97373
Total	31,4906	106	6,46786

Πίνακας 3.5 - Μέσοι όροι κλίμακας ScaleMentKnowC

Report

ScaleMentKnowC

8. Σε ποια σχολή φοιτάτε;	Mean	N	Std. Deviation
Σχολή Επιστημών Υγείας	27,4792	48	5,72412
Άλλο	22,9828	58	5,86841
Total	25,0189	106	6,19828

Independent Samples T-Test

Προχωράμε στην χρήση του **Independent Samples T-Test**, έτσι ώστε να ελέγξουμε εάν οι διαφορές στους μέσους όρους των κλιμάκων, αναλόγως με την σχολή φοίτησης, έχουν στατιστική σημασία, ή είναι αποτέλεσμα τυχαιότητας.

Αρχικά, παρατηρούμε τον πίνακα 4.1, στον οποίο βλέπουμε ότι οι μέσοι όροι για τις κλίμακες, όσο αφορά την Σχολή Επιστημών Υγείας, είναι υψηλότεροι, με εξαίρεση την κλίμακα **ScaleMentKnowB**. Επίσης, παρατηρούμε ότι δεν έχουμε ισορροπημένη εκπροσώπηση των σχολών σε όλες τις κλίμακες, κάτι το οποίο οφείλεται στην ελλιπή συμπλήρωση μέρους του ερωτηματολογίου από πλευράς μερίδας των ερωτώμενων, όπως έχουμε προαναφέρει.

Περνώντας στον πίνακα 4.2, ο οποίος έχει και τα αποτελέσματα του τεστ, παρατηρούμε τα εξής. Αρχικά, την αριστερή πλευρά του πίνακα που έχει τίτλο **“Levene’s Test For Equality of Variance”** και μας πληροφορεί για το κατά πόσο οι δύο διαφορετικές συνθήκες μας (δηλαδή το να είναι κάποιος/α από τους ερωτώμενους φοιτητής/τρια της Σχολής Επιστημών Υγείας ή άλλου τμήματος/σχολής του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ) έχουν το ίδιο ή διαφορετικό ποσοστό μεταβλητότητας στο σκορ των αποκρίσεων τους στις κλίμακες μας. Όντας οι τιμές **Sig** > 0.05 σε όλες τις κλίμακες μας, συμπεραίνουμε ότι η μεταβλητότητα των δύο συνθηκών μας δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Περαιτέρω, στην δεξιά πλευρά του πίνακα 4.2 που έχει τίτλο **“t-test for Equality of Means”** και μας πληροφορεί για το κατά πόσο οι μέσοι όροι των δύο συνθηκών μας είχαν στατιστική διαφορά, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι όσο αφορά τις κλίμακες **ScaleMentKnowA** και **ScaleMentKnowC**, και λόγω του ότι οι τιμές **Sig** τους είναι < 0.05 (οριακά η κλίμακα **ScaleHealth** με τιμή **Sig** = 0.06), η διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους ανά συνθήκη είναι στατιστικά σημαντική, δηλαδή δεν οφείλεται σε τυχαίο παράγοντα. Αυτό σημαίνει ότι για τις εν λόγω κλίμακες, το σε ποια ομάδα ανήκει ο/η εκάστοτε ερωτώμενος/η, είναι παράγοντας που επηρεάζει το αποτέλεσμα στην επίδοση. Για τις υπόλοιπες κλίμακες λαμβάνουμε ακριβώς τα αντίθετα συμπεράσματα λόγω των τιμών **Sig** τους.

Συνοψίζοντας, όσο αφορά την περαιτέρω διερεύνηση των αποτελεσμάτων μας, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι έχει σημασία η σχολή φοίτησης όσο αφορά τις κλίμακες **ScaleMentKnowA** και **ScaleMentKnowC** (οριακά η **ScaleHealth**). Αυτό το αποτέλεσμα έρχεται να διαμορφώσει την τελική μας τοποθέτηση τόσο όσο αφορά την απάντηση του δεύτερου μας ερευνητικού ερωτήματος, όσο και την επιβεβαίωση ή μη της ερευνητικής μας υπόθεσης.

Ακολουθεί η απεικόνιση των πινάκων που αφορούν το **Independent Samples T-Test**.

Πίνακας 4.1 Περιγραφικά Στοιχεία

		Group Statistics			
8. Σε ποια σχολή φοιτάτε;		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ScaleEIKnow	Σχολή Επιστημών Υγείας	44	33,4773	5,43241	,81897
	Άλλο	53	32,3774	5,82180	,79969
ScaleMentKnow A	Σχολή Επιστημών Υγείας	46	51,8696	4,81945	,71059
	Άλλο	55	46,8909	4,54473	,61281
ScaleMentKnow B	Σχολή Επιστημών Υγείας	48	30,3750	6,91783	,99850
	Άλλο	58	32,4138	5,97373	,78439
ScaleMentKnow C	Σχολή Επιστημών Υγείας	48	27,4792	5,72412	,82621
	Άλλο	58	22,9828	5,86841	,77056
ScaleHealth	Σχολή Επιστημών Υγείας	43	128,1860	12,72279	1,94021
	Άλλο	53	120,0566	15,10656	2,07505

Πίνακας 4.2 Αποτελέσματα Τεστ

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ScaleEIKnow	Equal variances assumed	1,155	,285	,955	95	,342	1,09991	1,15208	-1,18726	3,38709
	Equal variances not assumed			,961	93,671	,339	1,09991	1,14464	-1,17290	3,37273
ScaleMentKnow A	Equal variances assumed	,062	,804	5,334	99	,000	4,97866	,93340	3,12659	6,83072
	Equal variances not assumed			5,306	93,656	,000	4,97866	,93834	3,11548	6,84183
ScaleMentKnow B	Equal variances assumed	,132	,717	-1,628	104	,107	-2,03879	1,25225	-4,52206	,44447
	Equal variances not assumed			-1,606	93,536	,112	-2,03879	1,26975	-4,56008	,48250
ScaleMentKnow C	Equal variances assumed	,771	,382	3,971	104	,000	4,49641	1,13245	2,25072	6,74210
	Equal variances not assumed			3,980	101,193	,000	4,49641	1,12977	2,25530	6,73751
ScaleHealth	Equal variances assumed	,353	,554	2,811	94	,006	8,12944	2,89213	2,38705	13,87183
	Equal variances not assumed			2,862	93,853	,005	8,12944	2,84081	2,48883	13,77006

Κεφάλαιο 5ο:

Συζήτηση

Στην έρευνα μας αξιοποιήσαμε μια σειρά ερευνητικών εργαλείων για να καταφέρουμε να απαντήσουμε στα δύο ερευνητικά μας ερωτήματα. Αναφορικά, το Health Literacy Questionnaire (Osborne&Buchbinder, 2014), το E-Health Literacy Scale (Cameron&Skinner, 2006) και το Mental Health Literacy Scale (O'Connor&Casey, 2015). Όσο αφορά την ταυτόχρονη χρήση σε μία έρευνα και των τριών εργαλείων, μπορούμε να πούμε ότι δεν έχουμε εντοπίσει άλλη ερευνητική προσπάθεια που να έχει κινηθεί αναλόγως, κυρίως λόγω του ότι τα προαναφερθέντα εργαλεία έχουν χρησιμοποιηθεί κατά κόρον σε κλινικές έρευνες, με στόχο να απαντηθούν διαφορετικού είδους ερωτήματα. Όσο αφορά επίσης την σύμπτυξη των δύο μερών του Health Literacy Scale (Cameron&Skinner, 2006) σε ένα και την κατασκευή ενιαίας κλίμακας μέτρησης, μπορούμε να πούμε ότι επίσης δεν έχουμε συναντήσει άλλη δημοσίευση στην οποία να γίνεται ανάλογη προσπάθεια.

Περαιτέρω, θεωρούμε επίσης ότι η διαφορετικότητα της ερευνητικής μας προσπάθειας, έγκειται στο γεγονός ότι, αρχικά, έχουμε σαν πληθυσμό ελέγχου φοιτητές και φοιτήτριες πανεπιστημιακού ιδρύματος. Επίσης, ότι ελέγχουμε τον εγγραματισμό σε θέματα υγείας με βάση την σχολή φοίτησης του/ης εκάστοτε ερωτώμενου/ης, κάτι το οποίο δεν το έχουμε συναντήσει σε άλλη ερευνητική προσπάθεια. Η μοναδική έρευνα την οποία εντοπίσαμε και έχει κάποια αντιστοιχία στα προαναφερθέντα ζητήματα, είναι μια μελέτη σχετικά με τον υγειονομικό εγγραματισμό των φοιτητών/τριών στην Ελλάδα (Vozikis A., Drivas K., Milioris K., 2014), η οποία όμως αξιοποιεί διαφορετικό εργαλείο μέτρησης (Bostock S. & Steptoe A., 2012) και επικεντρώνεται σε δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και την σχέση που έχουν αυτά με τον υγειονομικό τους εγγραματισμό.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι η έρευνα μας κάνει μια νέα προσπάθεια στο να αξιοποιηθούν από κοινού συγκεκριμένα ερευνητικά εργαλεία, τα οποία στο σύνολο τους αφορούν την έκφραση του επιπέδου υγειονομικού εγγραματισμού. Το καταφέρνει αυτό, θέτοντας σαν πληθυσμό διερεύνησης τους φοιτητές και τις φοιτήτριες του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου.

Περιορισμοί

Όπως προαναφέραμε σε διάφορα σημεία της μελέτης, υπήρξαν σημαντικοί περιορισμοί όσο αφορά την στατιστική εγκυρότητα της. Αρχικά, το μέγεθος του δείγματος μας, το οποίο θα έπρεπε να ξεπερνάει τα 300 άτομα, καθώς κάτι τέτοιο θα μείωνε δραστικά το περιθώριο στατιστικού λάθους στις διερευνήσεις μας. Περαιτέρω, η μη ισορροπημένη εκπροσώπηση των φύλων, το οποίο δικαιολογείται ελαφρώς από την σύσταση των τμημάτων του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ, ειδικά στην Σχολή Επιστημών Υγείας. Επίσης, οι προβληματικές - ελλειμματικές αποκρίσεις, το οποίο γνωρίζουμε ότι επηρέασε σαν παράγοντας τα

αποτελέσματα της έρευνας μας. Σε γενικές γραμμές, θεωρούμε ότι το μεγαλύτερο ζήτημα αξιοπιστίας της έρευνας μας αφορά την γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων της.

Συμπεράσματα

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας μας καταλήγουμε στα εξής συμπεράσματα. Αρχικά, οι φοιτητές/τριες του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ, ανεξαρτήτου σχολής ή τμήματος φοίτησης, έχουν ένα αρκετά καλό επίπεδο υγειονομικού εγγραμματισμού, το οποίο είναι και η απάντηση στο πρώτο μας ερευνητικό ερώτημα. Περαιτέρω, καταλήγουμε στο ότι υπάρχει διαφοροποίηση, ανάμεσα στο επίπεδο υγειονομικού εγγραμματισμού των φοιτητών/τριών από την Σχολή Επιστημών Υγείας και των λοιπών τμημάτων/σχολών του ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ, το οποίο είναι και η απάντηση στο δεύτερο ερευνητικό μας ερώτημα. Τέλος, καταλήγουμε στο ότι η διαφοροποίηση αυτή έχει σχέση με την σχολή φοίτησης, όσο αφορά το επίπεδο υγειονομικού εγγραμματισμού που εκφράζουν οι κλίμακες ScaleMentKnowA και ScaleMentKnowC (και οριακά η κλίμακα ScaleHealth), το οποίο επιβεβαιώνει μερικώς την ερευνητική μας υπόθεση.

Ευχαριστίες

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους που προσέφεραν την βοήθεια τους. Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια μας Καλαϊτζάκη Αργυρούλα, πρωτίστως για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, αλλά και για την καθοδήγηση και υποστήριξη της καθ' όλη την διάρκεια διεκπεραίωσης της συγκεκριμένης εργασίας. Επίσης, ευχαριστίες απευθύνουμε σε όλους τους καθηγητές του μεσογειακού πανεπιστημίου Κρήτης για τις γνώσεις και τις αξίες που μας δίδαξαν αλλά και για την ιδιαίτερη συμβολή τους σε όλη την διάρκεια των σπουδών μας. Επιπλέον, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τους φοιτητές και τις φοιτήτριες που συμμετείχαν στο ερωτηματολόγιο καθώς με την πολύτιμη βοήθειά τους ολοκληρώσαμε την πτυχιακή μας. Τέλος, ιδιαίτερες ευχαριστίες απευθύνουμε στις οικογένειες μας που μας βοήθησαν με τον δικό τους τρόπο να φτάσουμε στο τέλος της ακαδημαϊκής μας ζωής.

Παράρτημα Α: Βιβλιογραφία

1. Kickbusch IS: Υγειονομική παιδεία: αντιμετώπιση της διάστασης της υγείας και της εκπαίδευσης. *Health PromotInt.* 2001, 16 (3): 289-297. 10.1093 / heapro / 16.3.289.
2. Mitic W, Rootman I: Προσέγγιση για τη βελτίωση του αλφαριθμητισμού για τους καναδούς. 2012, Σύνδεσμος Δημόσιας Υγείας της Βρετανικής Κολομβίας, Βικτώρια, π.Χ
3. Jarm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P: «Αλφαριθμητισμός ψυχικής υγείας»: μια έρευνα για την ικανότητα του κοινού να αναγνωρίζει τις ψυχικές διαταραχές και τις πεποιθήσεις τους για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. *Med J. of Aust.* 1997, 166: 182-186.
4. Wei Y, Hayden J, Kutcher S, Zygmunt A, McGrath P: Η αποτελεσματικότητα των σχολικών προγραμμάτων αλφαριθμητισμού για την ψυχική υγεία για την ενίσχυση της γνώσης, τη μεταβολή των στάσεων και τη βελτίωση των συμπεριφορών που αναζητούν βοήθεια στη νεολαία: μια συστηματική ανασκόπηση. *Πρόωρη Παρέμβαση Ψυχιατρικής.* 2013, 7 (2): 109-121. 10.1111 / eip.12010.
5. Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand H. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. (2012). Υγειονομική παιδεία και δημόσια υγεία: Μια συστηματική αναθεώρηση και ενσωμάτωση των ορισμών και των μοντέλων. *BMC Public Health*, 12, 80-2458-12-80. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
6. Κοινοπραξία HLS-EE: Συγκριτική έκθεση σχετικά με την υγειονομική παιδεία σε οκτώ κράτη μέλη της ΕΕ. Το ευρωπαϊκό σχέδιο για την εκπαίδευση στον τομέα της υγείας για την περίοδο 2009-2012. 2012, Μάαστριχτ,
7. Weiss BD: Υγειονομική παιδεία και ασφάλεια των ασθενών: να βοηθήσει τους ασθενείς να κατανοήσουν. *Εγχειρίδιο για κλινικούς ιατρούς.* 2007, Σικάγο: Ίδρυμα Αμερικανικού Ιατρικού Συλλόγου και Αμερικανική Ιατρική Εταιρεία
8. Simonds, S. (1974). Health education as sociol policy. *HealthEducationMonograph*, 2, 1–25.
9. Nutbeam, D. (1998). *Health Promotion Glossary.* *Health Promotion International*, 13(4).
10. Nutbeam, D. (2012). Personalcommunication.
11. Kickbusch, I., Wait, S., &Maag, D. (2005). Navigating health. The role of health literacy. Alliance for Health and the Future, International Longevity Centre-UK.
12. Paasche-Orlow MK, Parker RM, Gazmararian JA, Nielson-Bohlman LT, Rudd RR. (2005). The prevalence of limited health literacy. *J Gen Intern Med ;20:175–84*
13. World Health Organization. Preventing chronic diseases—a vital investment. Geneva, WHO, 2005. www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/ (accessed 13 Oct 2006).
14. Gordon MM, Hampson R, CapellHA, Madhok R. 2002. Αναλφαριθμητισμός σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα όπως καθορίστηκε από την βαθμολογία RapidEstimate of Literacy Adult (REALM). *Ρευματολογία.* 41 (7): 750-754.
15. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS. 1997. Η σχέση της ικανότητας ανάγνωσης των ασθενών με την αυτοαναφερόμενη υγεία και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. *American Journal of Public Health.* 87 (6): 1027-1030.
16. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP: Γραμματισμός και αποτελέσματα υγείας: μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *J GenInternMed.* 2004, 19 (12): 1228-1239. 10.1111 / j.1525-1497.2004.40153.x.
17. Baker DW, Parker RM, Williams MV, Clark WS, Nurss J: Η σχέση της ικανότητας ανάγνωσης των ασθενών με την αυτοαναφερόμενη υγεία και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. *Am J Δημόσια υγεία.* 1997, 87 (6): 1027-1030. 10.2105 / AJP.87.6.1027.
18. Kalichman SC, Rompa D: Η λειτουργική υγειονομική γνώση σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας και τις γνώσεις που σχετίζονται με την υγεία σε άτομα που ζουν με HI
19. BerkmanND, SheridanSL, DonahueKE, HalpernDJ, CrottyK: Χαμηλός γραμματισμός στην υγεία και αποτελέσματα υγείας: επικαιροποιημένη συστηματική ανασκόπηση. *AnnInternMed.* 2011, 155 (2): 97-107. 10.7326 / 0003-4819-155-2-201107190-00005. V-AIDS. *JAIDS.* 2000, 25 (4): 337-344. 10.1097 / 00126334-200012010-00007.

20. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A: Το ανεπαρκές γραμματισμό αποτελεί εμπόδιο στη γνώση του άσθματος και στην αυτο-φροντίδα. *Στήθος*. 1998, 114 (4): 1008-1015. 10.1378 / chest.114.4.1008.
21. Mancuso CA, Rincon M: Επιπτώσεις του υγειονομικού αλφαριθμητισμού σε διαχρονικά αποτελέσματα άσθματος. *J GenInternMed*. 2006, 21 (8): 813-817. 10.1111 / j.1525-1497.2006.00528.x.
22. Williams MV, Baker DW, Parker RM, Nurss JR: Σχέση της λειτουργικής υγειονομικής παιδείας με τη γνώση των ασθενών για τη χρόνια πάθηση τους. Μια μελέτη ασθενών με υπέρταση και διαβήτη. *ArchInternMed*. 1998, 158 (2): 166-172. 10.1001 / archinte.158.2.166.
23. Schillinger D, Grumbach K, Piette J, Wang F, Osmond D, Daher C, Palacios J, Sullivan GD, Bindman AB: Ένωση νοητικής παιδείας με αποτελέσματα διαβήτη. *JAMA*. 2002, 288 (4): 475-482. 10.1001 / jama.288.4.475. Return toref 14 in article
24. Bynner J, Parsons S: Νέο φως για την παιδεία και την αριθμητική. 2006, Λονδίνο: Εθνικό Κέντρο Έρευνας και Ανάπτυξης για τον Αλφαριθμητισμό και την Αριθμητικότητα των Ενηλίκων
25. Bostock S, Steptoe A: Σύνδεση μεταξύ χαμηλού λειτουργικού αλφαριθμητισμού και θνησιμότητας σε ηλικιωμένους ενήλικες: διαχρονική μελέτη κοόρτης. *BMJ*. 2012, 344: e1602-10.1136 / bmj.e1602
26. Bynner J, Parsons S: Νέο φως για την παιδεία και την αριθμητική. 2006, Λονδίνο:
27. Costello EJ, Mustillo S, Keeler G, Angold A. Επιπολασμός ψυχιατρικών διαταραχών στην παιδική και εφηβική ηλικία. Στο: Levin BL, Petrila J, Hennessy K, συντάκτες. Υπηρεσίες ψυχικής υγείας: μια προοπτική για τη δημόσια υγεία. 2η έκδοση. Νέα Υόρκη: Πανεπιστημιακός Τύπος της Oxford. 2004. p. 111-28.
28. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KK. Ο επιπολασμός κατά τη διάρκεια της ζωής και οι κατανομές ηλικίας κατά την έναρξη των διαταραχών του DSM-IV στην εθνική αναπαραγωγική έρευνα συννοσηρότητας. *ArchGenPsychiatry*. 2005, 62 (6):
29. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Οι μέθοδοι και οι πηγές δεδομένων του ΠΟΥ για την παγκόσμια επιβάρυνση των εκτιμήσεων της νόσου 2000-2011. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. 2013
30. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Ετήσια επισκόπηση της έρευνας: μια μετα-ανάλυση της παγκόσμιας επικράτησης των ψυχικών διαταραχών σε παιδιά και εφήβους. *J ChildPsycholPsychiatr*. 2015, 56: 345-65
31. Eisenberg D, Hunt J, Speer N, Zivin K. Χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ φοιτητών κολλεγίων στις Ηνωμένες Πολιτείες. *J NervMentDis*. 2011, 5: 301-8.
32. Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Αντιληπτή εμπόδια και διευκολυντές στην αναζήτηση ψυχικής υγείας σε νέους: μια συστηματική ανασκόπηση. *BMC Ψυχιατρική*. 2010, 10: 113.
33. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. Πότε και πώς οι νέοι αναζητούν επαγγελματική βοήθεια για προβλήματα ψυχικής υγείας. *Med J. Aust*. 2007, 187: 35-9.
34. Η επιρροή της κοινωνικοοικονομικής θέσης και της απόστασης στην αξιοποίηση της ψυχικής υγείας: μια εθνική δανική μελέτη παρακολούθησης. *SocPsychiatPsychiatrEpidemiol*. 2017, 52: 1405-
35. Rowan K, McAlpine DD, Blewett LA. Πρόσβαση και εμπόδια στο κόστος της περίθαλψης ψυχικής υγείας, με καθεστώς ασφάλισης, 1999-2010. *Health Aff*. 2013 · 32: 1723-30.
36. Chong ST, Knickman J, Krishnan R, Pincus H. Βελτίωση της πρόσβασης σε αποτελεσματική φροντίδα για άτομα με ψυχική υγεία και διαταραχές χρήσης ουσιών. *JAMA*. 2016, 316: 1647-8. Mohamad MS, Er AC. Η ανάπτυξη της ψυχικής υγείας στη Μαλαισία: από την ανεξαρτησία μέχρι σήμερα. ΓΑΪΔΑΡΟΣ; 2013.
37. *ArchGenPsychiatry*. 2007, 64: 843-52. ή η αντιληπτή αναποτελεσματικότητα της θεραπείας Eisenberg D, Hunt J, Speer N, Zivin K. Χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ φοιτητών κολλεγίων στις Ηνωμένες Πολιτείες. *J NervMentDis*. 2011, 5: 301-8 Prins M, Meadows G, Bobevski I, Graham A, Verhaak P, Penninx B. Αντιληπτή ανάγκη για φροντίδα ψυχικής υγείας και εμπόδια στην περίθαλψη στις Κάτω Χώρες και την Αυστραλία. *SocPsychiatPsychiatrEpidemiol*. 2011 · 46: 1033-44.
38. Bhatia S. Παιδική και εφηβική κατάθλιψη. *AmFamPhysician*. 2007, 75 (1): 73.

39. Rugulies R. Κατάθλιψη ως πρόβλεψη για στεφανιαία νόσο: ανασκόπηση και μετα-ανάλυση. *Am J PrevMed.* 2002 · 23 (1): 51-61.
40. Leaf PJ, AlegriaM, Cohen P, Goodman SH, Horwitz SM, Hoven CW, et al. Χρήση της υπηρεσίας ψυχικής υγείας στην κοινότητα και στα σχολεία: αποτελέσματα της μελέτης MECA τεσσάρων κοινοτήτων. *J AmAcad Παιδική Ψυχιατρική.* 1996 · 35: 889-97.
41. Waddell C, McEwan K, Shepherd CA, Offord DR, Hua JM. Μια στρατηγική δημόσιας υγείας για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των παιδιών του Καναδά. *Μπορεί η Ψυχιατρική.* 2005, 50 (4): 226-33.
42. Waddell C, Shepherd C: Επικράτηση Ψυχικών Διαταραχών στα Παιδιά και τη Νεολαία: Ενημερωμένη Έρευνα που ετοιμάστηκε για το Υπουργείο Ανάπτυξης Παιδιών και Οικογένειας της Βρετανικής Κολούμπια. 2002, Μονάδα Διαβούλευσης Ψυχικής Υγείας & Κοινωνικής Διαβούλευσης (CA), Βανκούβερ
43. Kutcher S: Αντιμετωπίζοντας την πρόκληση της φροντίδας για ψυχική υγεία παιδιών και νέων στον Καναδά: ένα κριτικό σχόλιο, πέντε προτάσεις για αλλαγή και μια
44. έκκληση για δράση. *Healthc Q.* 2011, 14: 15-21. 10.12927 / hcq.2011.22359.
45. Pleasant, A. (2009). Measuring health literacy: A challenge to curriculum design and evaluation. <http://www.centreforliteracy.qc.ca/publications/briefs/measuring/measuring.pdf>
46. Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). : A Vision for a Health Literate Canada. CPHA. http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-1/report_e.pdf
47. Parikh NS, Parker RM, Nurss JR, Baker DW, Williams Mv. 1996. Κρίμα και νοημοσύνη για την υγεία: Η ανυποψίαστη σύνδεση. *Εκπαίδευση και Συμβουλευτική των ασθενών.* 27 (1): 33-39.
48. Baker DW, Parker MR, Williams MV, Ptikin K, Parikh NS, Coates W, ImaraM. 1996. Η εμπειρία της υγειονομικής περιθαλψης ασθενών με χαμηλή παιδεία. *Αρχεία της οικογενειακής ιατρικής,* 5 (6): 329-334.
49. Rusch N, Evans-Lacko S, Henderson C, Flach C, Thornicroft G. Οι δημόσιες γνώσεις και στάσεις ως δείκτες πρόβλεψης βοήθειας για την αναζήτηση και την αποκάλυψη σε ψυχικές ασθένειες. *PsychiatrServ.* 2011, 62 (6): 675-8. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Ψυχικό στίγμα ασθένειας, βοήθεια αναζήτησης, και προγράμματα δημόσιας υγείας. *Am J Δημόσια υγεία.* 2013, 103 (5): 777-80. doi: [10.2105 / AJPH.2012.301056](https://doi.org/10.2105 / AJPH.2012.301056) .
50. Sirey JA, Bruce ML, Αλεξόπουλος GS, Perlick DA, RaueP, Friedman SJ, Meyers BS. Αντιλαμβανόμενο στίγμα ως προγνωστικός παράγοντας της διακοπής της θεραπείας σε νέους και μεγαλύτερους εξωτερικούς ασθενείς με κατάθλιψη. *Am J Ψυχιατρική.* 2001, 158: 479-81.
51. Jarm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt P. Αλφαριθμητισμός για την ψυχική υγεία: μια έρευνα σχετικά με την ικανότητα του κοινού να αναγνωρίζει τις ψυχικές διαταραχές και τις πεποιθήσεις τους για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. *Med J. Aust.* 1997, 166: 182-6.
52. Sayarifard A, Ghadirian L. Λογοτεχνία για την ψυχική υγεία στο Ιράν: επείγουσα ανάγκη για θεραπεία. *Int J PrevMed.* 2013, 4: 741-
53. Kutcher S, Wei Y, Gilberds H, Ubuguyu O, Njau T, Brown A, Sabuni N, Magimba A, Perkins K. Μια σχολική προσέγγιση της κατάρτισης των εκπαιδευτικών για την παιδεία της ψυχικής υγείας: αναζητώντας αποτελεσματικότητα. *Int J Ment Health Syst.* 2016 '10: 5
54. Σιπητάνου, Α. (1998). *Ο αναλφαριθμητισμός στην Ελλάδα Η διαχρονικότητα και οι μεταλλαγές του προβλήματος.* Θεσσαλονίκη: Κυριακίδη Αφοί.
55.) ΕυρωπαϊκήΕπιτροπή Communication from the Commission to the council, the European Parliament, the European economic and social committee and the committee of the regions. eHealth: making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area. Βρυξέλλες 30-4-2004.
56. Γκιμπερίτη Α. Διδακτορική Διατριβή. Η Ηλεκτρονική Υγεία (eHealth) ως εφαρμογή Κοινωνικής Πολιτικής, με έμφαση σε ποσοτικές, διαχειριστικές και οικονομικές διαστάσεις. Η περίπτωση ελληνικής Υπηρεσίας Υγείας. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Τμήμα Εφαρμοσμένης Πληροφορικής, Θεσσαλονίκη 2007.

57. Morahan-Martin JM. Πώς οι χρήστες του Διαδικτύου βρίσκουν, αξιολογούν και χρησιμοποιούν ηλεκτρονικές πληροφορίες για την υγεία: μια διαπολιτισμική ανασκόπηση. *CyberpsycholBehav.* 2004 7: 497-10.
58. Hayes JF, Maughan DL, Grant-Peterkin H. Διασυνδεδεμένοήαποσυνδεδεμένο; Προώθηση της ψυχικής υγείας και πρόληψη της ψυχικής διαταραχής στην ψηφιακή εποχή. *Bg J Ψυχιατρική.* 2016, 208: 205-7.
59. Μπαμίδης Π., Παππάς Κ. Εισαγωγή στις τεχνολογίες διαδικτύου και Αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών στο: *Ιατρική Πληροφορική και Διαδίκτυο*, Εκδότης 3η Υγειονομική Περιφέρεια (Μακεδονίας) Θεσσαλονίκη 2008: 35-71.
60. *The eHealth Landscape. A Terrain Map of Emerging Information and Communication Technologies in Health and Health Care.* Princeton, NJ: The Robert Wood Johnson Foundation, 2001. <http://209.125.209.28/eHealth/index.ht>
61. ασφαλιστικά ταμεία. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων — ΕΟΦ (2011). Κατάλογος κυκλοφορούντων φαρμάκων
62. Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων — ΕΟΦ (2011). Κατάλογος κυκλοφορούντων φαρμάκων
63. M.J. Ball, J. Lillis, “E-health: transforming the physician/patient relationship”, *International Journal of Medical Informatics*, vol. 61, Iss. 1, pp. 1-10, Apr., 2001. [Online]. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1386-5056\(00\)00130-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1386-5056(00)00130-1). [Accessed: 30 March 2015]. .
64. Κουμπούρος Ι. *Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνίας και Κοινωνία*. Εκδόσεις Νέων Τεχνολογιών, Α΄ έκδοση, 2012:671-688
65. *Εγχειρίδιο χρήσης Πληροφοριακού Συστήματος Υγείας Care2X*, Πειραιάς, 2010, σελ.35-53.
66. Κατσανοπούλου Μ. Οι παγίδες της e-ιατρικής. *Εφημερίδα ΤΑ ΝΕΑ Ένθετο Υγεία* 15-12-2011:23 Δουκιδίδης Γ., Φραιδάκης Κ. Η χρήση του διαδικτύου στην ιατρική. *Επιστημονικό Μάρκετινγκ*. Ειδική Έκδοση Δεκέμβριος 2011:12-14

Παράρτημα Β: Ερωτηματολόγιο

*Δηλώνω ότι είμαι άνω των 18 ετών και έχω διαβάσει και καταλάβει όλες τις παραπάνω πληροφορίες. Συμφωνώ ελεύθερα να συμμετάσχω σε αυτήν την έρευνα: *

Ναι

Όχι

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. ΦΥΛΟ *

Άντρας

Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ *

Your answer

3. ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ *

Your answer

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ *

Άγαμος/η

Συμβίωση/με ή χωρίς σύμφωνο

Έγγαμος/η

Σε διάσταση

Διαζευγμένος/η - Χωρισμένος/η

Χήρος/α

Other:

5. ΠΑΙΔΙΑ *

Ναι

Όχι

6. ΕΑΝ ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ, ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΑΡΙΘΜΟ ΠΑΙΔΙΩΝ

Your answer

7. ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ *

Αστικός (Δημοτική ή Τοπική Κοινότητα της οποίας ο πολυπληθέστερος οικισμός έχει 2000 κατοίκους και άνω)

Αγροτικός (Δημοτική ή Τοπική Κοινότητα της οποίας ο πολυπληθέστερος οικισμός έχει λιγότερους από 2000 κατοίκους).

8. Σε ποια σχολή φοιτάτε; *

Σχολή Επιστημών Υγείας
Σχολή Επιστημών Διοίκησης και Οικονομίας
Σχολή Μηχανικών
Σχολή Γεωπονικών Επιστημών
Other:

9. Τρέχουσα επαγγελματική κατάσταση: *

Φοιτητής (με ή χωρίς παράλληλη απασχόληση)
Ενεργή (π.χ. υπάλληλος, διευθυντής, ελεύθερος επαγγελματίας)
Ανενεργή (π.χ. χωρίς δραστηριότητα, συνταξιούχος, μακροχρόνια άδεια)

10. Οικογενειακή κατάσταση: *

Ελεύθερος/η (διαζευγμένος/η, χήρος/α, κ.άλ
Με σύντροφο (γάμος,, σε σχέση, σύμφωνο συμβίωσης, κ.άλ.)

11. Καπνίζετε τώρα; Αν όχι, προχωρήστε στην ερώτηση 15 *

Ναι
Όχι

12. Αν καπνίζετε, καπνίζετε τακτικά, δηλαδή, τουλάχιστον μια φορά την ημέρα; *

Ναι
ΟΧΙ Αν όχι, προχωρήστε στην ερώτηση 15

13. Αν καπνίζετε τακτικά, πόσα τσιγάρα/ προϊόντα καπνού καπνίζετε την ημέρα (περίπου);

Your answer

14. Αν καπνίζετε τακτικά, πόσα χρόνια είναι τώρα που καπνίζετε τακτικά (περίπου);

Your answer

15. Παρακαλώ υποδείξτε την κατανάλωση αλκοόλ που κάνετε:

ποτέ
κάποιες φορές
τις περισσότερες μέρες/ κάθε μέρα

16. Αν απαντήσατε τις περισσότερες μέρες/κάθε μέρα κατανάλωση αλκοόλ, παρακαλώ υποδείξτε:

2 ή λιγότερα κανονικά ποτήρια την ημέρα
Περισσότερα από 2 κανονικά ποτήρια την ημέρα

17. Μήπως πάσχετε από χρόνια ασθένεια ή αναπηρία; (Επιλέξτε όσα ισχύουν)

αρθρίτιδα
πόνος στη ράχη
καρδιακά προβλήματα
άσθμα ή πνευμονοπάθεια
καρκίνο
κατάθλιψη ή άγχος
διαβήτη
εγκεφαλικό επεισόδιο
κανένα

18. Πόσο συχνά χρησιμοποιείτε το διαδίκτυο για προσωπικούς σκοπούς μέσα στον μήνα;

Τουλάχιστον μια φορά την ημέρα
Τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα (όμως όχι κάθε μέρα)
Τουλάχιστον μια φορά το μήνα (όμως όχι κάθε εβδομάδα)
Λιγότερο από μια φορά το μήνα

19. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας

Ναι
Όχι

20. Στο τελευταίο έτος, πόσες ώρες την εβδομάδα κάνατε τακτικά τις παρακάτω δραστηριότητες (τακτικά σημαίνει για τουλάχιστον τρεις μήνες):

0 ώρες
1-3 ώρες
3 ώρες και πάνω

Κολύμβηση
Αεροβική στο νερό
Περπάτημα ως άσκηση
Τζόγκινγκ
Ποδήλατο
Χορός
Άρση βαρών
Αεροβική γυμναστική
Κηπουρική
Άλλο
Κολύμβηση
Αεροβική στο νερό
Περπάτημα ως άσκηση
Τζόγκινγκ
Ποδήλατο
Χορός
Άρση βαρών
Αεροβική γυμναστική
Κηπουρική
Άλλο

21. Έχετε πάει σε τμήμα πρώτων βοηθειών νοσοκομείου στους τελευταίους 12 μήνες για κάποια αρρώστια;

Ναι

Όχι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΤΑΝΟΗΣΗ ΘΕΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1. Νιώθω ότι έχω καλή ενημέρωση για την υγεία

διαφωνώ έντονα

διαφωνώ

συμφωνώ

συμφωνώ έντονα

2. Έχω τουλάχιστον έναν επαγγελματία υγείας που με γνωρίζει καλά

διαφωνώ έντονα

διαφωνώ

συμφωνώ

συμφωνώ έντονα

3. Έχω πολλούς ανθρώπους στους οποίους μπορώ να αποταθώ που με καταλαβαίνουν και

με υποστηρίζουν

διαφωνώ έντονα

διαφωνώ

συμφωνώ

συμφωνώ έντονα

4. Συγκρίνω πληροφορίες υγείας που προέρχονται από διάφορες πηγές

διαφωνώ έντονα

διαφωνώ

συμφωνώ

συμφωνώ έντονα

5. Όταν αισθάνομαι άρρωστος/η, τα άτομα που είναι γύρω μου πραγματικά καταλαβαίνουν

τι περνάω

διαφωνώ έντονα

διαφωνώ

συμφωνώ

συμφωνώ έντονα

6. Ξοδεύω πολύ χρόνο για να φροντίζω ενεργά την υγεία μου

διαφωνώ έντονα

διαφωνώ

συμφωνώ

συμφωνώ έντονα

7. Όταν δω νέες πληροφορίες για την υγεία, τις εξετάζω για να μάθω αν είναι ή δεν είναι αλήθεια

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

8. Έχω τουλάχιστον έναν επαγγελματία υγείας με τον οποίο μπορώ να συζητήσω τα προβλήματα της υγείας μου

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

9. Κάνω σχέδια για αυτά που πρέπει να κάνω για να διατηρούμαι υγιής

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

10. Έχω επαρκείς πληροφορίες που θα με βοηθήσουν να αντιμετωπίσω τα προβλήματα της

υγείας μου
διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

11. Αν χρειαστώ βοήθεια, έχω πολλούς ανθρώπους στους οποίους μπορώ να βασιστώ

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

12. Πάντοτε συγκρίνω τις πληροφορίες υγείας από τις διάφορες πηγές και αποφασίζω τι είναι το καλύτερο για εμένα

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

13. Ανεξάρτητα από άλλα πράγματα που συμβαίνουν στη ζωή μου, διαθέτω χρόνο για να είμαι υγιής

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

14.Είμαι βέβαιος/η ότι έχω όσες πληροφορίες μου χρειάζονται για να φροντίσω αποτελεσματικά την υγεία μου

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

15.Έχω τουλάχιστον ένα άτομο που μπορεί να έρχεται μαζί μου στα ιατρικά ραντεβού

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

16.Γνωρίζω πώς μπορώ να μάθω αν οι πληροφορίες υγείας που λαμβάνω είναι σωστές ή όχι

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

17.Έχω τους επαγγελματίες υγείας που χρειάζομαι για να με βοηθήσουν να εξακριβώσω τι χρειάζεται να κάνω

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

18.Βάζω δικούς μου στόχους για την υγεία και τη φυσική κατάστασή μου

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

19.Έχω ισχυρή στήριξη από την οικογένειά μου ή τους φίλους μου

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

20.Ρωτάω τους επαγγελματίες υγείας για την ποιότητα των πληροφοριών υγείας που βρίσκω

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

21. Υπάρχουν πράγματα που εγώ κάνω τακτικά για να γίνω πιο υγιής

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

22. Μπορώ να βασιστώ σε τουλάχιστον έναν επαγγελματία υγείας

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

23. Έχω όλες τις πληροφορίες που χρειάζομαι για να προσέχω την υγεία μου

διαφωνώ έντονα
διαφωνώ
συμφωνώ
συμφωνώ έντονα

2ο Μέρος του ερωτηματολογίου

Παρακαλούμε υποδείξτε πόσο δύσκολες ή εύκολες σας είναι οι παρακάτω ενέργειες τώρα.

1. Να βρείτε την κατάλληλη φροντίδα υγείας

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

2. Να βεβαιωθείτε ότι οι επαγγελματίες υγείας καταλαβαίνουν καλά τα προβλήματά σας

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

3. Να βρείτε πληροφορίες για τα προβλήματα υγείας

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

4. Να νιώθετε ότι μπορείτε να συζητήσετε ό,τι σας απασχολεί σχετικά με την υγεία σας μαζί με επαγγελματία υγείας

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

5. Να συμπληρώσετε σωστά τα ιατρικά έντυπα με αυτοπεποίθηση

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

6. Να βρείτε πληροφορίες υγείας από πολλές διαφορετικές πηγές

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

7. Να έχετε καλές συζητήσεις για την υγεία σας με τους γιατρούς

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

8. Να καταφέρετε να δείτε τους επαγγελματίες υγείας που χρειάζεται να δείτε

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

9. Να ακολουθήσετε σωστά τις οδηγίες από τους επαγγελματίες υγείας

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

10. Να αποκτάτε πληροφορίες για την υγεία για να είστε ενήμεροι με τις καλύτερες πληροφορίες

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

11. Να αποφασίσετε ποιο επαγγελματία υγείας χρειάζεται να δείτε

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

12. Να διαβάσετε και να καταλάβετε τις έντυπες πληροφορίες υγείας

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

13. Να βεβαιωθείτε ότι μπορείτε να βρείτε το κατάλληλο μέρος απ' όπου θα λάβετε την φροντίδα υγείας που χρειάζεστε

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

14. Να αποκτήσετε πληροφορίες υγείας που χρησιμοποιούν λέξεις που εσείς καταλαβαίνετε

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

15. Να συζητήσετε πράγματα με τους επαγγελματίες υγείας ώσπου να καταλάβετε όλα όσα χρειάζεστε

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

16. Να βρείτε ποιες υπηρεσίες υγείας δικαιούστε

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

17. Να διαβάσετε και να καταλάβετε όλες τις πληροφορίες που περιέχονται στις ετικέτες στα φάρμακα

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

18. Να αποκτήσετε πληροφορίες υγείας μοναχοί σας

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

19. Να εξακριβώσετε ποια είναι η καλύτερη φροντίδα για σας

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

20. Να κάνετε ερωτήσεις στους επαγγελματίες υγείας για να αποκτήσετε τις πληροφορίες υγείας που χρειάζεστε

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

21. Να καταλάβετε τι είναι αυτό που σας ζητούν να κάνουν οι επαγγελματίες υγείας

Δεν μπορώ να το κάνω, πάντα δύσκολο
συνήθως δύσκολο
μερικές φορές δύσκολο
πάντα εύκολο

ΚΛΙΜΑΚΑ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ

eHealthLiteracyScale. Θα θέλαμε να μάθουμε τη γνώμη και την εμπειρία σας από τη χρήση του διαδικτύου σε σχέση με πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία. Για κάθε πρόταση, επιλέξτε την απάντηση που αντικατοπτρίζει τη γνώμη σας και την εμπειρία σας αυτή τη στιγμή.

1. Πόσο χρήσιμο θεωρείτε ότι είναι το διαδίκτυο στο να σας βοηθά να λαμβάνετε αποφάσεις που σχετίζονται με την υγεία σας;

Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο
Όχι χρήσιμο/Άχρηστο
Δεν είμαι σίγουρος/η
Πολύ χρήσιμο

2. Πόσο σημαντικό είναι για σας να μπορείτε να έχετε πρόσβαση σε πηγές που αφορούν θέματα υγείας στο διαδίκτυο;

Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο
Όχι χρήσιμο/Άχρηστο
Δεν είμαι σίγουρος/η
Πολύ χρήσιμο

**3. Γνωρίζω ποιες πηγές για θέματα υγείας είναι διαθέσιμες στο διαδίκτυο.
Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο**

Όχι χρήσιμο/Άχρηστο
Δεν είμαι σίγουρος/η
Πολύ χρήσιμο

4. Γνωρίζω πού να βρω χρήσιμες/βοηθητικές πηγές για θέματα υγείας στο διαδίκτυο.

Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο
Όχι χρήσιμο/Άχρηστο
Δεν είμαι σίγουρος/η
Πολύ χρήσιμο

5. Γνωρίζω πώς να βρω /βοηθητικές πηγές για θέματα υγείας στο διαδίκτυο.

Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο
Όχι χρήσιμο/Άχρηστο
Δεν είμαι σίγουρος/η
Πολύ χρήσιμο

6. Γνωρίζω πώς να χρησιμοποιήσω το διαδίκτυο για να απαντήσω σε ερωτήματα που έχω για θέματα υγείας.

Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο
Όχι χρήσιμο/Άχρηστο
Δεν είμαι σίγουρος/η
Πολύ χρήσιμο

7. Γνωρίζω πώς να χρησιμοποιήσω τις πληροφορίες του διαδικτύου για θέματα υγείας ώστε να με βοηθήσουν.

Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο
Όχι χρήσιμο/Άχρηστο
Δεν είμαι σίγουρος/η
Πολύ χρήσιμο

8. Έχω τις δεξιότητες που απαιτούνται ώστε να αξιολογήσω σωστά τις πληροφορίες υγείας που βρίσκω στο διαδίκτυο.

Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο
Όχι χρήσιμο/Άχρηστο
Δεν είμαι σίγουρος/η
Πολύ χρήσιμο

9. Μπορώ να διακρίνω στο διαδίκτυο τις πηγές υψηλής ποιότητας για θέματα υγείας από τις πηγές χαμηλής ποιότητας.

Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο
Όχι χρήσιμο/Άχρηστο
Δεν είμαι σίγουρος/η
Πολύ χρήσιμο

10. Αισθάνομαι σίγουρος/η να χρησιμοποιήσω πληροφορίες που βρίσκω στο διαδίκτυο προκειμένου να αποφασίσω για θέματα υγείας.

Καθόλου χρήσιμο/εντελώς άχρηστο
Όχι χρήσιμο/Άχρηστο
Δεν είμαι σίγουρος/η
Πολύ χρήσιμο

ΚΛΙΜΑΚΑ ΓΝΩΣΕΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

MentalHealthLiteracyScale. Ο σκοπός αυτών των ερωτήσεων είναι να καταλάβουμε τις γνώσεις που έχετε σε σχέση με την ψυχική υγεία.

1. Αν κάποιος γίνεται υπερβολικά νευρικός ή αισθάνεται υπερβολικό άγχος σε μία ή περισσότερες καταστάσεις με άλλους ανθρώπους γύρω (π.χ. σ' ένα πάρτυ) ή όταν έχει να παρουσιάσει κάτι (π.χ. σε μία συνάντηση) και φοβάται ότι οι άλλοι θα τον κρίνουν και θα συμπεριφερθεί με τρόπο που θα ντροπιαστεί ή θα αισθανθεί γελοίος, τότε κατά πόσο πιστεύετε ότι το άτομο πάσχει από Κοινωνική Φοβία;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

2. Αν κάποιος ανησυχεί υπερβολικά, σε βαθμό που δε δικαιολογείται, για μια σειρά από γεγονότα ή δραστηριότητες, δυσκολεύεται να αντιμετωπίσει αυτή την ανησυχία και έχει σωματικά συμπτώματα όπως ένταση στους μύες και αίσθημα κόπωσης, κατά πόσο πιστεύετε ότι το άτομο πάσχει από Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

3. Αν κάποιος έχει πεσμένη διάθεση για περισσότερο από δύο βδομάδες, δεν ευχαριστείται και δε δείχνει ενδιαφέρον για τις συνηθισμένες καθημερινές του δραστηριότητες, έχουν σημειωθεί αλλαγές στον ύπνο και τη διατροφή του, κατά πόσο πιστεύετε ότι το άτομο πάσχει από Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

4. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είναι πιθανό οι Διαταραχές Προσωπικό-τητας να αποτελούν κατηγορία των ψυχικών διαταραχών;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

5. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είναι πιθανό η Επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (Δυσθυμία) να αποτελεί διαταραχή;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

6. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είναι πιθανό η Αγοραφοβία να περιλαμβάνει άγχος για καταστάσεις όπου η διαφυγή είναι δύσκολη ή ενοχλητική διαδικασία;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

7. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είναι πιθανό η διάγνωση της Διπολικής Διαταραχής να περιλαμβάνει περιόδους υψηλής (χαρούμενης) και χαμηλής (καταθλιπτικής) διάθεσης;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

8. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι η διάγνωση της Διαταραχής κατάχρησης ουσιών περιλαμβάνει την σωματική και ψυχολογική ανοχή του ατόμου στην ουσία; (δηλαδή το άτομο χρειάζεται όλο και περισσότερο από την ουσία ώστε να έχει το ίδιο αποτέλεσμα)

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

9. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είναι πιθανό στην Ελλάδα οι γυναίκες να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν οποιουδήποτε είδους ψυχική ασθένεια σε σύγκριση με τους άντρες;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

10. Σε τι βαθμό πιστεύετε ότι είναι πιθανό στην Ελλάδα, οι άντρες να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν διαταραχή άγχους σε σύγκριση με τις γυναίκες;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

11. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι θα ήταν βοηθητική η βελτίωση της ποιότητας του ύπνου για κάποιον που αντιμετωπίζει δυσκολίες στη διαχείριση των συναισθημάτων του (π.χ. αγχώνεται πολύ ή είναι θλιμμένος).

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

12. Σε ποιο βαθμό πιστεύετε ότι θα ήταν χρήσιμο κάποιος που αντιμετωπίζει δυσκολίες στη διαχείριση των συναισθημάτων του να αποφεύγει όλες τις δραστηριότητες ή καταστάσεις οι οποίες τον κάνουν να αισθάνεται άγχος;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

13. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πιθανό ότι η Γνωστική Συμπεριφοριστική Θεραπεία είναι ένα είδος θεραπείας που βασίζεται στην αμφισβήτηση των αρνητικών σκέψεων και στην αύξηση των βοηθητικών συμπεριφορών;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

14. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεσμεύονται από το απόρρητο. Ωστόσο, υπάρχουν συγκεκριμένες περιπτώσεις στις οποίες αυτό δεν ισχύει. Σε ποιο βαθμό θεωρείτε πιθανό τα παρακάτω ότι αποτελούν λόγους για να μην τηρηθεί το απόρρητο: Αν υπάρχει άμεσος κίνδυνος πρόκλησης βλάβης στον εαυτό σας ή σε άλλους.

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

15. Αν δεν κινδυνεύετε εσείς ο ίδιος, αλλά θα ήθελε να βοηθήσει άλλους για να σας στηρίξουν αποτελεσματικά;

Πολύ απίθανο
Μάλλον απίθανο
Μάλλον πιθανό
Πολύ πιθανό

Παρακαλώ σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις:

16. Είμαι σίγουρος/η ότι γνωρίζω πού να αναζητήσω πληροφορίες για ψυχική διαταραχή.

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

17. Γνωρίζω με σιγουριά να χρησιμοποιώ τον υπολογιστή ή το κινητό για να αναζητήσω πληροφορίες για κάποια ψυχική διαταραχή

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

18. Είμαι σίγουρος/η όταν πραγματοποιώ ραντεβού πρόσωπο με πρόσωπο για να πάρω πληροφορίες σε σχέση με κάποια ψυχική διαταραχή (π.χ. με τον παθολόγο)

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

19. Είμαι σίγουρος/η ότι έχω πρόσβαση σε πηγές (γιατροί, διαδίκτυο, φίλοι) που μπορώ να χρησιμοποιήσω για να αναζητήσω πληροφορίες σε σχέση κάποια ψυχική διαταραχή.

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

20. Άτομα με ψυχική διαταραχή θα μπορούσαν να ξεφύγουν από αυτή αν το θέλουν.

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

21. Η ψυχική διαταραχή αποτελεί σημάδι προσωπικής αδυναμίας

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

22. Μια ψυχική διαταραχή δεν αποτελεί μια πραγματική ιατρική ασθένεια.

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

23. Οι άνθρωποι με ψυχική διαταραχή είναι επικίνδυνοι.

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

24. Είναι καλύτερα να αποφεύγουμε ανθρώπους με ψυχική διαταραχή ώστε να μην την αναπτύξουμε και εμείς οι ίδιοι.

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

25. Αν είχα μία ψυχική διαταραχή δε θα το έλεγα σε κανέναν.

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

26. Το να επισκεφτείτε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας σημαίνει ότι δεν είστε αρκετά δυνατός/ή ώστε να διαχειριστείτε τις δυσκολίες σας.

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

27. Αν είχα κάποια ψυχική διαταραχή, δε θα ζητούσα βοήθεια από επαγγελματία ψυχικής υγείας.

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

28. Πιστεύω ότι η θεραπεία που παρέχεται από έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας για μία ψυχική διαταραχή δεν είναι αρκετά αποτελεσματική.

Διαφωνώ απόλυτα
Διαφωνώ
Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ
Συμφωνώ
συμφωνώ απόλυτα

Παρακαλώ σημειώστε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις:

29. Πόσο πρόθυμος/η θα ήσασταν να μετακομίσετε δίπλα σε κάποιον με ψυχική ασθένεια;

Σίγουρα απρόθυμος/η
Μάλλον απρόθυμος/η
Ούτε απρόθυμος/η, ούτε πρόθυμος/η
Μάλλον πρόθυμος/η
Σίγουρα πρόθυμος/η

30. Πόσο πρόθυμος/η θα ήσασταν να περάσετε ένα βράδυ παρέα με κάποιον με ψυχική ασθένεια;

Σίγουρα απρόθυμος/η
Μάλλον απρόθυμος/η
Ούτε απρόθυμος/η, ούτε πρόθυμος/η
Μάλλον πρόθυμος/η
Σίγουρα πρόθυμος/η

31. Πόσο πρόθυμος/η θα ήσασταν να γίνετε φίλος/η με κάποιον με ψυχική ασθένεια;

Σίγουρα απρόθυμος/η
Μάλλον απρόθυμος/η
Ούτε απρόθυμος/η, ούτε πρόθυμος/η
Μάλλον πρόθυμος/η
Σίγουρα πρόθυμος/η

32. Πόσο πρόθυμος/η θα ήσασταν να αρχίσετε να συνεργάζεστε στενά με κάποιον με ψυχική ασθένεια;

Σίγουρα απρόθυμος/η
Μάλλον απρόθυμος/η
Ούτε απρόθυμος/η, ούτε πρόθυμος/η
Μάλλον πρόθυμος/η
Σίγουρα πρόθυμος/η

33. Πόσο πρόθυμος/η θα ήσασταν να παντρευτεί κάποιος από την οικογένεια σας άτομο με ψυχική ασθένεια;

Σίγουρα απρόθυμος/η
Μάλλον απρόθυμος/η
Ούτε απρόθυμος/η, ούτε πρόθυμος/η
Μάλλον πρόθυμος/η
Σίγουρα πρόθυμος/η

34. Πόσο πρόθυμος/η θα ήσασταν να ψηφίσετε έναν πολιτικό που ξέρετε ότι πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;

Σίγουρα απρόθυμος/η
Μάλλον απρόθυμος/η
Ούτε απρόθυμος/η, ούτε πρόθυμος/η
Μάλλον πρόθυμος/η
Σίγουρα πρόθυμος/η

35. Πόσο πρόθυμος/η θα ήσασταν να προσλάβετε κάποιον εάν γνωρίζετε ότι πάσχει από κάποια ψυχική ασθένεια;

Σίγουρα απρόθυμος/η
Μάλλον απρόθυμος/η
Ούτε απρόθυμος/η, ούτε πρόθυμος/η
Μάλλον πρόθυμος/η
Σίγουρα πρόθυμος/η