

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Η προσωπική αντίληψη της κατάστασης υγείας  
των πολιτών που προσέρχονται στα Κέντρα  
Υγείας στην περιοχή Λευκωσίας**

Κατερίνα Τζούρρου Φυλακτού

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. Όλγα Σίσκου

Λευκωσία, Μάρτιος, 2011



**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

**Η προσωπική αντίληψη της κατάστασης υγείας των  
πολιτών που προσέρχονται στα Κέντρα Υγείας στην περιοχή  
Λευκωσίας**

Κατερίνα Τζούρρου Φυλακτού

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

Δρ. Όλγα Σίσκου

Λευκωσία, Μάρτιος, 2011

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	7
ΑΓΓΛΙΚΗ ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	9
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ.....	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	12
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>15</b>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> .....	16
1. Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
1.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση της προσωπικής αντίληψης του επιπέδου υγείας..	16
1.2 Οι παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της κατάστασης υγείας.....	18
1.3 Εμπειρικά δεδομένα αναφορικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην προσωπική αντίληψη της υγείας.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> .....	27
2. ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Π.Φ.Υ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ.....	27
2.1 Η εξασφάλιση προσβασιμότητας στις Υπηρεσίες Υγείας στην Κύπρο μέσω των δομών της Π.Φ.Υ.....	27
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....</b>	<b>32</b>
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> .....	33
3.ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	33
3.1 Αντικείμενο και σκοπός της εργασίας.....	33
3.2 Περιγραφή του δείγματος και της μεθόδου δειγματοληψίας.....	33
3.3 Η περιγραφή του ερωτηματολογίου.....	36

3.4 Οι στατιστικοί ελέγχοι που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των δεδομένων..	37
3.5 Οι παραδοχές και οι περιορισμοί της έρευνας.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> .....	40
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	40
4.1 Δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.....	40
4.2 Η προσωπική αντίληψη του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με την κατάσταση της υγείας.....	45
4.3 Χρήση των υπηρεσιών υγείας και πρόσβαση σε αυτές.....	72
4.4 Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ της προσωπικής αντίληψης της υγείας και προσβασιμότητας στο σύστημα υγείας.....	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> .....	83
5. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	83
6.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	90
7.ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	101

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η πραγματοποίηση της εργασίας αυτής θα ήταν δύσκολη χωρίς την συμβολή κάποιων ανθρώπων στην πλειονότητα τους επαγγελματίες υγείας, τους οποίους και θερμά θέλω να ευχαριστήσω με κυριότερη την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου Δρ. Όλγα Σίσκου όχι μόνο για την σωστή καθοδήγησή της, που μέσα από τις γνώσεις και την εμπειρία της, ήταν πολύτιμη, αλλά και για τη στήριξη που μου παρείχε όλο αυτό το διάστημα τόσο σε πρακτικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο αλλά και όλους τους καθηγητές στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου για τις γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσαν κατά τη διάρκειά της φοίτησής μου.

Ευχαριστώ θερμά επίσης και την οικογένειά μου κυρίως την κόρη μου Λάουρα για τη στήριξη και τη βοήθεια που μου προσέφεραν αλλά και την υπομονή που έδειξαν κατά την διάρκεια του μεταπτυχιακού αυτού προγράμματος.

## Ελληνική Περίληψη

*Εισαγωγή:* Η αντίληψη της προσωπικής υγείας, θετικής ή αρνητικής ενός ατόμου αποτελεί σημαντική ένδειξη του επιπέδου υγείας και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτό. Το επίπεδο υγείας όπως το αντιλαμβάνονται τα ίδια άτομα μπορεί να αποτελέσει σημαντικό δείκτη της μελλοντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας και συνάμα αντανακλά τις κοινωνικο-οικονομικές και ψυχολογικές συνθήκες καθώς επίσης τις επιβλαβείς συνήθειες των ατόμων.

*Σκοπός:* Ο σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Θα γίνει προσπάθεια εκτίμησης της κατάστασης υγείας των πολιτών στη Λευκωσία με βάση την προσωπική τους αντίληψη. Παράλληλα, θα διερευνηθεί αν υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην αντίληψη της υγείας των πολιτών οι οποίες πιθανότατα να σχετίζονται με αντίστοιχες διαφορές σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

*Μέθοδος:* Η έρευνα είναι ποσοτική, περιλαμβάνει δείγμα 900 ατόμων και απευθύνεται σε άτομα στην ευρύτερη περιοχή της Λευκωσίας στα Αστικά και Αγροτικά κέντρα υγείας. Η έρευνα διεξήχθη το Σεπτέμβριο του 2010 μέχρι το τέλος Οκτωβρίου. Χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο η κλίμακα Nottingham Health Profile προκειμένου οι ασθενείς να εκτιμήσουν το επίπεδο υγείας τους. Η στατιστική επεξεργασία τους έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 16. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε  $p=0,05$ . Κατά τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν ο δείκτης συσχέτισης Pearson's  $r$ , ο στατιστικός έλεγχος κριτήριο  $t$  και η ανάλυση διασποράς (Anova). Επιπλέον, κατά την περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε ο αριθμητικός μέσος, η διάμεσος, η μέγιστη και ελάχιστη τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης.

*Αποτελέσματα:* Από την παρούσα έρευνα προκύπτει ότι οι γυναίκες κάνουν περισσότερη χρήση των Υπηρεσιών Υγείας από τους άνδρες. Επίσης, τα άτομα μικρότερης ηλικίας φαίνεται να έχουν καλύτερη αντίληψη του επιπέδου υγείας τους ( $P<0.05$ ). Παράλληλα, διεφάνη ότι οι άνδρες έχουν καλύτερη αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους από εκείνη των γυναικών. Ταυτόχρονα, διεφάνη καλύτερη αντίληψη της κατάστασης της υγείας στα άτομα που είχαν μεγαλύτερο εισόδημα, καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης και κάποια αποταμίευση. Επιπλέον παρατηρείται ότι τα άτομα από τις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις έχουν

καλύτερη αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους από εκείνες των κατώτερων κοινωνικο-οικονομικών τάξεων σε όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι η αντίληψη της κατάστασης της υγείας ανάλογα με τον τόπο κατοικίας του υπό μελέτη πληθυσμού είναι χειρότερη στο κέντρο, με καλύτερη στα προάστια και τα χωριά.

*Συμπεράσματα:* Η παρούσα μελέτη εντόπισε αρκετούς παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο υγείας των πολιτών που συμφωνούν με τα αποτελέσματα και άλλων παρόμοιων μελετών όπως η κοινωνικο-οικονομική τάξη, το επίπεδο εκπαίδευσης, το καλύτερο εισόδημα. Αναμφισβήτητα όμως η έρευνα αυτή μπορεί να αποτελέσει τη βάση και την αρχή για μια σειρά ερευνών που θα στοχεύουν στην καλύτερη οργάνωση των ΥΥ στην Κύπρο και γενικότερα της ΠΦΥ.

*Λέξεις κλειδιά:* Προσωπική αντίληψη του επιπέδου υγείας, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Κλίμακα προσωπικής αντίληψης του επιπέδου υγείας Nottingham.



## Αγγλική Περίληψη

### Abstract

*Introduction:* Percieved health status either positive or negative signifies an important indicator of health status and related factors. The level of health as people percieve may become an essential factor of the morbidity and mordality and at the same time reflects the socioeconomic and psychological conditions as well as the harmful habits of the people.

*Purpose:* The aim of the research is to study the factors which have an effect on the configuration of the citizen's health standard. An attempt will be made to estimate the citizen's health situation in Nicosia, based on the personal estimation. It will also examined if there are any alterations in citizen's that are likely related to the differences of the socioeconomic standards.

*Methods:* The research is quantitave and consists of 900 specimens of people of the area of Nicosia's rural and urban health centers. The research took place from September 2010 to the end of October. The Nottingham health Profile climax was used by the patients in order to estimate the level of their health. Statistics process was based on the use of SPSS 16 programme. The level of the statistical meaningfulness (value) appointed in  $p=0,05$ , index Pearson's r, statistic check with criterion t and Anova analysis were used on analysis. Furthrrmore, mean, medial, maximum and minimum rate, standard deviation 95% confidence Interval (gap reliance) were used during descriptive statistics.

*Results:* According to the research results women use more health services than men. It was clear that younger people have got better self-esteem of their health level. Essential differences is noticed with  $p<0,05$ . On other hand, men percieve better which the situation of their health than women is. At the same time it appears better self esteem of the health status of the people earned higher level of income, better quality of education and some savings. Moreover people that belong to the highest socio-economic class have also higher level of self esteem than those people who belong to the lowest socio-economic class to all the variables that under examination. In addition it also noticable that the health status in terms of where people live is

worse in the urban area and it improves in the rural area (of the population under study).

*Conclusions:* After the result of the research it is found that it pick up many factors which influence the citizen's health that agree with the results similar studies as the socio-economic status, the level of education, the better income. Undoubtedly, this research can be base and the beginning of a chain of researches which are going to have as a goal the better organization to the health service in Cyprus and generally the Primary Health Care.

Key words: Percieved health status, Primary Health Care, Nottingham health Profile

## ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

Α.Κ.Υ = Αστικό Κέντρο Υγείας

Γ.Ι = Γενικός Ιατρός

Μ=Μεταβλητή (Ε=Ενεργητικότητα, Π= Πόνος, Σ.Α = Συναισθηματικές Αντιδράσεις,  
Υ=Ύπνος, Κ.Α= Κοινωνική Απομόνωση, Κ= Κινητικότητα).

Ο.Ι = Οικογενειακός Ιατρός

Π.Α= Προσωπική αντίληψη

Π.Ο.Υ = Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Π.Φ.Υ = Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σ.Β = Συντελεστές Βαρύτητας

Υ.Υ = Υπηρεσίες Υγείας

NHP= Nottingham health Profile

SILC= Survey on Income and Living Conditions

## Εισαγωγή

Η προσωπική αντίληψη (ΠΑ) του επιπέδου υγείας των ατόμων αποτελεί σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα διαφόρων πλευρών της υγείας, τουλάχιστον στον πληθυσμό άνω των 18 ετών. Έρευνες οι οποίες εξετάζουν την κατάσταση της υγείας των ατόμων ενός πληθυσμού μέσα από την ΠΑ το  $\alpha$  κατέχουν κεντρική θέση στην υγειονομική πολιτική δεδομένου ότι οι αντιλήψεις των χρηστών τόσο για το σύστημα υγείας (ΣΥ) όσο και για το επίπεδο υγείας τους αναδεικνύουν τις αδυναμίες του συστήματος και συνάμα αξιολογούν το βαθμό στον οποίο αυτό ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις τους οδηγώντας τις Υπηρεσίες Υγείας (ΥΥ) στον επαναπροσδιορισμό των υγειονομικών προτεραιοτήτων, στην διαμόρφωση της πολιτικής υγείας και τέλος στην άμεση λήψη αποφάσεων βελτίωσης των παραγόντων που επιδρούν στο επίπεδο των ατόμων (Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης, 2006).

Ταυτόχρονα όμως αποτελεί χρήσιμο εργαλείο στο σχεδιασμό των ΥΥ και σημαντικός δείκτης προσδιορισμού του επιπέδου υγείας, μια κρίσιμη παράμετρος του τρόπου με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία του σε ένα γενικευμένο επίπεδο (Fayers & Sprangers, 2002) καθώς μπορεί να αντανακλά πολλά στοιχεία νοσηρότητας όπως ασθένειες οι οποίες δεν έχουν εντοπισθεί με ιατρικές εξετάσεις.

Η προσωπική αντίληψη των ατόμων για το επίπεδο υγείας τους θετική ή αρνητική τους οδηγεί στην ζήτηση των ΥΥ. Επιπλέον, το επίπεδο υγείας όπως το αντιλαμβάνονται τα ίδια άτομα μπορεί να αποτελέσει σημαντικό δείκτη της μελλοντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας και συνάμα αντανακλά τις κοινωνικο-οικονομικές και ψυχολογικές καταστάσεις που βιώνουν τα άτομα καθώς επίσης τους παράγοντες που σχετίζονται με την συμπεριφορά όπως τις επιβλαβείς συνήθειες των ατόμων (Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης, 2006).

Η προσωπική αντίληψη της κατάσταση υγείας των ατόμων που προσέρχονται στα Κέντρα Υγείας στην περιοχή Λευκωσίας είναι ένα θέμα το οποίο δεν έχει ερευνηθεί καθόλου στην Κύπρο εν αντιθέσει με άλλες χώρες όπου η βιβλιογραφία είναι πλούσια.

Τα Κέντρα Υγείας τόσο των Αστικών όσο και Αγροτικών περιοχών αποτελούν την κύρια μονάδα παροχής πρωτοβάθμιας εξωνοσοκομειακής υγειονομικής φροντίδας

στο σύνολο του πληθυσμού σε μέρος του οποίου έχει διεξαχθεί και η παρούσα έρευνα.

Στην παρούσα εργασία γίνεται προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων που επιδρούν στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας των πολιτών στη Λευκωσία με βάση την προσωπική τους εκτίμηση. Παράλληλα, διερευνούνται τυχόν διαφοροποιήσεις στην προσωπική αντίληψη της υγείας των πολιτών οι οποίες πιθανότατα να σχετίζονται με το κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο η κλίμακα Nottingham Health Profile (NHP) προκειμένου οι ασθενείς να εκτιμήσουν το επίπεδο υγείας τους. Έχει γίνει μετάφραση αυτού του ερωτηματολογίου από Έλληνες ερευνητές, (Vidalis et al 2002) και έχει διερευνηθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του. Για τη χρήση του στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας έχει εξασφαλισθεί η σχετική άδεια. Ακολούθως, προστέθηκαν και κάποιες ερωτήσεις που αναφέρονται στην προσβασιμότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS<sup>1</sup> 16.0.

Η εργασία διακρίνεται στο γενικό και ειδικό μέρος. Το γενικό μέρος θα αποτελείται από δύο κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά στο τρόπο της προσωπικής αντίληψης της κατάστασης υγείας των πολιτών των Αστικών και Αγροτικών κέντρων υγείας στη Λευκωσία και στους παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση του επιπέδου της υγείας τους.

Στο δεύτερο κεφάλαιο τονίζεται η σημασία της προσβασιμότητας στις Υπηρεσίες Υγείας στην Κύπρο μέσω των δομών της Π.Φ.Υ ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση των ατόμων, το εισόδημα και τη γεωγραφική θέση της κατοικίας τους.

Στο ειδικό μέρος της έρευνας παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση στη βάση της οποίας περιγράφονται το αντικείμενο, ο στόχος, το δείγμα και οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται. Επιπρόσθετα, περιγράφεται το ερωτηματολόγιο, οι παραδοχές αλλά και οι περιορισμοί που προκύπτουν. Ακολούθως, ερμηνεύονται τα αποτελέσματα της έρευνας σχετικά με τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού και παρουσιάζονται οι παράγοντες που επιδρούν στη

---

<sup>1</sup> Το SPSS είναι ένα ισχυρό σύστημα ανάλυσης και διαχείρισης δεδομένων ( Γναρδέλης, 2006).

διαμόρφωση του επιπέδου υγείας των πολιτών στην Λευκωσία με βάση την προσωπική τους εκτίμηση.

Τέλος, στη συζήτηση επισημαίνονται τα σημαντικότερα ευρήματα της εργασίας όπως προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων και συγκρίνονται με τα αποτελέσματα άλλων ανάλογων μελετών που εντοπίστηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία. Στα παραρτήματα παρατίθενται το ερωτηματολόγιο, οι εξεταζόμενες μεταβλητές, οι συντελεστές βαρύτητας, τα δημογραφικά, τα κοινωνικο-οικονομικά στοιχεία και τέλος η κλίμακα Esomar με βάση την οποία έγινε η κατάταξη του υπό μελέτη πληθυσμού σε κοινωνικο-οικονομικές τάξεις σύμφωνα με το επάγγελμα και την εκπαίδευση.

Ευχόμαστε η παρούσα εργασία να αποτελέσει μία χρήσιμη πηγή μελέτης τόσο για την επιστημονική κοινότητα όσο και για την πολιτική ηγεσία του τομέα της υγείας, καθώς δεν έχουν εντοπιστεί αρκετές μελέτες για την προσωπική αντίληψη της κατάστασης της υγείας των πολιτών, ιδιαίτερος στην Κύπρο.

Η πληροφόρηση που θα προκύψει θα είναι χρήσιμη για την κεντρική διοίκηση του υγειονομικού τομέα στο να χαράξει τεκμηριωμένη πολιτική υγείας προς την κατεύθυνση εξασφάλισης υψηλού επιπέδου υγείας για όλους τους πολίτες (ανεξάρτητα από τα κοινωνικο-οικονομικά τους χαρακτηριστικά) και ιδιαίτερα για το προτεινόμενο Γενικό σχέδιο υγείας το οποίο θα πρέπει να παρέχει ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο σύνολο του πληθυσμού εστιάζοντας κυρίως στις ομάδες με τις περισσότερες ανάγκες.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### Η ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.1 Εννοιολογική αποσαφήνιση της προσωπικής αντίληψης του επιπέδου υγείας.

Η ΠΑ της υγείας είναι ένα θέμα το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση του του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού αν και διαφέρει από την πραγματική κατάσταση υγείας. Η υγεία των ατόμων ενός κράτους είναι αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων, πολιτισμικών, κοινωνικών, περιβαλλοντικών και γενετικών (Λιαρόπουλος, 2007). Ο τρόπος δε οργάνωσης των Υπηρεσιών Υγείας συντείνει θετικά ή αρνητικά στη διαμόρφωση της κατάστασης υγείας των πολιτών. Η προσωπική εκτίμηση του επιπέδου υγείας μπορεί να λειτουργήσει όχι μόνο ως προγνωστικός δείκτης της νοσηρότητας, της θνησιμότητας, της λειτουργικής ικανότητας και της χρήσης των ΥΥ αλλά δίδει στοιχεία και για την ευεξία και την ψυχική υγεία των ατόμων (Benyamini et al, 2000, Κυριόπουλος, 2006)

Οι Benyamini και Idler (1999), μετά από έρευνες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει μια δυνατή σχέση μεταξύ χαμηλής Π.Α του επιπέδου υγείας και υψηλότερου κινδύνου θανάτου. Σε παρόμοια συμπεράσματα έχουν καταλήξει και άλλες μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες όσον αφορά τη σχέση αυτή. (Ho,1991, Chipperfield,1993, Strawbridge & Wallhagen, 1999).

Επιπρόσθετα, η Π.Α του επιπέδου υγείας συνδέεται με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, περισσότερες επισκέψεις στα νοσοκομεία, μεγαλύτερη χρήση Αστικών και Αγροτικών κέντρων, αλλά και με λιγότερη εμπιστοσύνη προς το σύστημα υγείας (Hansen et al, 2002, Mohseni & Lindstrom, 2007). Ο βαθμός αναζήτησης των ΥΥ ή το είδος των υπηρεσιών που θα αναζητήσει κάποιος είναι διαδικασίες οι οποίες οφείλονται και από την επίδραση των παραγόντων που σχετίζονται από την συμπεριφορά και τις αντιλήψεις για την υγεία οι οποίες καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την στάση των πολιτών απέναντι στις ΥΥ (Κυριόπουλος, 2006)

Παράλληλα, χαμηλή Π.Α του επιπέδου υγείας έχει επίσης συνδεθεί με αρνητικές καταστάσεις του οργανισμού (π.χ.παχυσαρκία), με παράγοντες που σχετίζονται με την ύπαρξη επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας (π.χ.κάπνισμα, αλκοολισμό, χρήση



ουσιών), αλλά και υψηλά επίπεδα άγχους και με χειρότερη ψυχική υγεία και ευεξία (Ferraro & Yu, 1995, Benyamini et al, 2000, Meurer et al, 2001, Hansen et al, 2002).

Ταυτόχρονα, η διαδικασία με την οποία τα άτομα δομούν την προσωπική τους άποψη επηρεάζεται και από διάφορα ατομικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το εισόδημα, το επάγγελμα και η εκπαίδευση (Borg & Kristensen, 2000). Άτομα με υψηλή εκπαίδευση και εισόδημα έχουν καλύτερη ΠΑ της υγείας τους εν αντιθέσει με άτομα με χαμηλό εισόδημα και εκπαίδευση ( Veenstra, 2000).

Επιπλέον, είναι πιθανό να σχετίζεται με την αντίληψη από πλευράς του ατόμου με πολλά στοιχεία νοσηρότητας, την ύπαρξη ή την πρόοδο μιας ασθένειας η οποία δεν έχει ακόμη διαγνωσθεί με ιατρικές εξετάσεις (Fayers & Sprangers, 2002).

Πρόσθετα δεν είναι απολύτως ξεκάθαρο πως τα ίδια τα άτομα αξιολογούν τους παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο υγείας που είτε σχετίζονται με την συμπεριφορά είτε με τις αντιλήψεις τους για την υγεία αλλά έρευνες έχουν δείξει ότι η Π.Α του επιπέδου υγείας σχετίζεται με μια σειρά παραγόντων όπως είναι οι κοινωνικές σχέσεις και φυσικές δραστηριότητες (Idler et al, 1999), ο τρόπος ζωής, η λειτουργικότητα και η φυσική κατάσταση (Shadbolt, 1997), η εκπαίδευση και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Dunn et al, 2006, Wen et al, 2006), το κοινωνικό πλαίσιο (Kawachi, et al, 1999, Sirven, 2006) και οι εμπειρίες που αποκτούνται κατά τη διάρκεια της ζωής (Nicholson, et al, 2005).

Επίσης, έχει συσχετισθεί με μια σειρά παραγόντων που περιλαμβάνουν τα σωματικά, κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα υγείας των ατόμων όπως τον ψυχολογικό και σωματικό πόνο και την έντασή του, το πρόσφατο και το παλαιότερο ιατρικό ιστορικό των ασθενών και την άσχημη ψυχολογική κατάσταση που βιώνουν. (Benyamini, et al, 2000, Benyamini, et al, 1999, Jylhä, et al, 1986). Ο συνδιασμός όλων των πιο πάνω παραγόντων φαίνεται να συντείνει στην διαμορφώση της ΠΑ του επιπέδου υγείας των ατόμων (Benyamini, et al, 1999).

Η ΠΑ του επιπέδου υγείας αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία και συνάμα μια κρίσιμη ένδειξη του επιπέδου υγείας και των παραγόντων που σχετίζονται με αυτό. Ταυτόχρονα όμως αποτελεί και μέρος των απόψεων των ατόμων, των

συναισθημάτων και των συμπεριφορών τους και κατά επέκταση της εσωτερικής γνώσης που διαμορφώνουν για την υγεία τους. (Cioffi, 1991, Leventhal et al, 1997). Έτσι, η χαμηλή ΠΑ του επιπέδου υγείας μπορεί να αποτελέσει ένα προβλεπτικό παράγοντα αλλά συνάμα και μια απειλή που να οδηγήσει τα άτομα να αναζητήσουν ιατρική και ψυχολογική στήριξη.

## 1.2 Οι Παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση της κατάστασης υγείας.

Η κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού ή ενός ατόμου προσδιορίζεται από μια σειρά παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία δηλαδή την «την κατάσταση πλήρους σωματικής και ψυχικής ευεξίας» (Λιαρόπουλος, 2007). Οι παράγοντες που επιδρούν στην διαμόρφωση της κατάστασης υγείας μπορεί να ταξινομηθούν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες (Τούντας, 2001) :

- σε ευρύτερους κοινωνικούς-οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παραγόντες (οι οποίοι επιδρούν κατά 20-30%)
- σε παράγοντες του άμεσου περιβάλλοντος (εργασία, κατοικία, τροφή κ.λ.π.)
- σε παράγοντες που σχετίζονται με την συμπεριφορά (οι οποίοι επιδρούν κατά 40-50%)
- και τέλος σε ατομικούς- βιολογικούς παράγοντες (20%) όπως η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα κ.α και κατά 15-20% από τις Υπηρεσίες Υγείας.

Το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει αποφασιστικά την υγεία. Η κατάσταση της υγείας των ατόμων με περιορισμένες οικονομικές δυνατότητες, χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ή με χαμηλά αμειβόμενα επαγγέλματα είναι συνήθως χειρότερη. Η βελτίωση της υγείας και η αντιμετώπιση των ανισοτήτων όσον αφορά την υγεία αποτελεί σημαντικό παράγοντα περαιτέρω οικονομικής ανάπτυξης. (Europa - Public Health determinants, 2005).

Παράλληλα επιβάλλεται η προστασία του φυσικού περιβάλλοντος με το οποίο οι άνθρωποι βρίσκονται σε συνεχή διεπίδραση και με το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένη η ευημερία τους. Επιπλέον, το περιβάλλον επιδρά στην σωματική, πνευματική και ψυχική υγεία του ανθρώπου. Οι χρόνιες ασθένειες που συνδέονται

άμεσα με το περιβάλλον ευθύνονται για το 80% των επιπτώσεων της νοσηρότητας, ενώ με αποτελεσματικές τακτικές πρόληψης, όπως βελτίωση της ποιότητας του αέρα, μείωση της έκθεσης σε χημικές ουσίες και εξασφάλιση υγιεινού νερού και τρόπου ζωής, οι επιπτώσεις μπορούν να μειωθούν κατά 20-25% (Euroopa - Public Health determinants, 2005).

Στις μέρες μας όσο το επιδημιολογικό προφίλ θα αλλάζει, όσο τα λοιμώδη νοσήματα θα εξαφανίζονται και θα επικρατούν οι «αρρώστιες του πολιτισμού» και της «αφθονίας» τόσο η σημασία των κοινωνικών παραγόντων θα αυξάνεται (Αγραφιώτης, 2003).

Η υγεία ενός ατόμου είναι συνδεδεμένη με τη δομή της προσωπικότητας του, την συμπεριφορά και τις επιλογές του, την γνώση και την στάση του. Όλα αυτά διαμορφώνονται από και μέσα από το πολιτιστικό μόρφωμα, την κουλτούρα. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες ή αλλιώς το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει άμεσα και έμμεσα την υγεία (Ιωαννίδης & Μαντάς 1999). Πιο κάτω γίνεται παρουσίαση των κοινωνικών παραγόντων που καθορίζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού, με ιδιαίτερες αναφορές στην Κυπριακή πραγματικότητα:

#### *Οικονομία*

Οι φτωχότερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις έχουν τον υψηλότερο δείκτη θνησιμότητας και νοσηρότητας (European Commission, 2003). Το ίδιο μοτίβο παρουσιάζεται και στους παράγοντες κινδύνου για θνησιμότητα και νοσηρότητα (Preston, 1975). Στην Κύπρο σημειώθηκε αύξηση των εισοδημάτων όλων των νοικοκυριών (Στατιστική Υπηρεσία, 2005). Από το 1974 οι γυναίκες της Κύπρου αποτελούν μέρος του εργατικού δυναμικού. Το 70% των γυναικών σήμερα εργάζεται (Cystat, 2008). Παρόλα αυτά, η οικονομική κρίση που μαστίζει σήμερα αρκετές χώρες επηρέασε και την Κύπρο με το ποσοστό ανεργίας να αυξάνεται και να φτάνει το 7.3% (Eurostat, 2011).

#### *Εκπαίδευση*

Το μορφωτικό επίπεδο των Κυπρίων βρίσκεται σε πάρα πολύ υψηλό επίπεδο (Cystat, 2008). Το ψηλό επίπεδο εκπαίδευσης συνδέεται με τον τρόπο ζωής και με ψηλό επίπεδο διατροφικών και κοινωνικών συνηθειών (Μαρκίδου, και συν, 2003).

## *Διατροφή*

Το διατροφικό προφίλ των Κυπρίων έχει μεταβληθεί τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση των ωρών εργασίας, το συνεχές ωράριο εργασίας, οι διάφορες υποχρεώσεις αλλά και οι νέες τάσεις μιμητισμού και αντιγραφής της μόδας οδήγησαν τους Κυπρίους να εγκαταλείψουν το διατροφικό μοντέλο που ακολουθούσαν ( μεσογειακή δίαιτα ) και να υιοθετήσουν το δυτικό τρόπο διατροφής. Η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών οδήγησε σε δίαιτα αυξημένη σε λιπαρά, μειωμένα φρούτα και λαχανικά η οποία επηρεάζει το επίπεδο υγείας (Μαρκίδου και συν, 2003, Σάββα & Σάββα, 2000).

Αυτές οι διατροφικές συνήθειες συνδέονται με αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας τα οποία μεταξύ των Κυπρίων είναι υψηλότερα από το μέσο όρο της E.U-15 και σε συνδυασμό με την κατανάλωση καπνού αποτελούν για την Κύπρο τις μεγαλύτερες απειλές για την υγεία, με ποσοστό 68% υψηλότερο από τον μέσο όρο της E.U-15. (Golna, et al, 2004). Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί αλλαγή στον τρόπο κατανάλωσης αλκοόλ. Το αλκοόλ δεν χρησιμοποιείται πλέον ως ένα μέρος της κουλτούρας αλλά γίνεται κατάχρηση του, φτάνοντας σε κάποιες περιπτώσεις και στα όρια της εξάρτησης (Μάτσα, 2000).

## *Κοινωνικές ανακατατάξεις*

Η Κυπριακή κοινωνία ως μια πλέον σύγχρονη κοινωνία με ότι αυτό συνεπάγεται, είναι μια κοινωνία όπου το στρες και η ένταση αποτελούν συστατικά της. Μερικά παραδείγματα παραγόντων που προκαλούν έντονο στρες είναι και τα ακόλουθα:

- Η μείωση του ελεύθερου χρόνου και ο ανταγωνισμός, οδηγούν σε πραγματική μάχη με τον χρόνο. Τα προβλήματα συγκοινωνίας προωθούν την απομόνωση και την «επιθετική» στάση. Σύμφωνα με τον Marmot (2005) όλα τα πιο πάνω αποτελούν δυνητικούς παράγοντες για αύξηση διαταραχών του κυκλοφορικού, αύξησης του καρκίνου, αύξησης της χρήσης και κατάχρησης αλκοόλ και εξαρτησιογόνων ουσιών.
- Η αύξηση των διαζυγίων μεταξύ των Κυπρίων (Στατιστική Υπηρεσία, 2005) συνέβαλε στην αύξηση του αισθήματος μοναξιάς και απομόνωσης τα οποία συνδέονται σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ (2003) με χαμηλούς δείκτες υγείας.

- Η αστυφιλία που παρατηρήθηκε πιο έντονη μετά το 1974 οδήγησε σε αλυσιδωτές μεταβολές των πόλεων, σε αύξηση του κυκλοφοριακού προβλήματος, σε αύξηση της ανεργίας και κυρίως σε απώλεια του κοινωνικού ελέγχου και της κοινωνικής συνοχής. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του Κύπριου πολίτη.

Η αναγνώριση και η κατανόηση αυτής της διασύνδεσης των παραγόντων είναι ουσιαστική στη διαμόρφωση αποτελεσματικών πολιτικών δημόσιας υγείας, που βασίζονται πρωτίστως στην πρόληψη πολλών σοβαρών ασθενειών, όπως ο καρκίνος, το άσθμα, νευρολογικές ανωμαλίες και άλλες ασθένειες. Σε ό,τι αφορά τον καρκίνο, 40-60% των περιστατικών καρκίνου προκαλούνται πρωτογενώς από το περιβάλλον ή εκδηλώνονται λόγω συνέργειας περιβαλλοντικών και προδιαθεσιακών γενετικών και άλλων παραγόντων.

Η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την προστασία και προαγωγή της υγείας. Οι διάφορες συμπεριφορές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της σύγχρονης νοσηρότητας. Οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα και η κατανάλωση άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, η φυσική άσκηση, ο ύπνος, η οδική και η σεξουαλική συμπεριφορά, επιδρούν άμεσα ή έμμεσα, στη διαμόρφωση του επιπέδου υγείας και στην εκδήλωση της αρρώστιας (Τούντας, 2007).

Παράλληλα, οι γενετικοί παράγοντες είναι καθοριστικοί παράγοντες της υγείας όπως η ηλικία, το φύλο, η κληρονομικότητα κ.α Η αντιμετώπιση δε των σημαντικότερων καθοριστικών παραγόντων για την υγεία, παρέχει μεγάλες δυνατότητες για πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας του ευρύτερου πληθυσμού.

Ο Marmot<sup>2</sup> (2005) τονίζει χαρακτηριστικά ότι οι καθοριστικότεροι παράγοντες της υγείας είναι οι κοινωνικοί και αμφισβητεί ότι η οικονομική ανάπτυξη από μόνη της μειώνει τη φτώχεια και βελτιώνει την υγεία. Αυτό μπορεί να γίνει μόνο μέσα από κατάλληλες πολιτικές και «ισχυρά συστήματα υγείας».

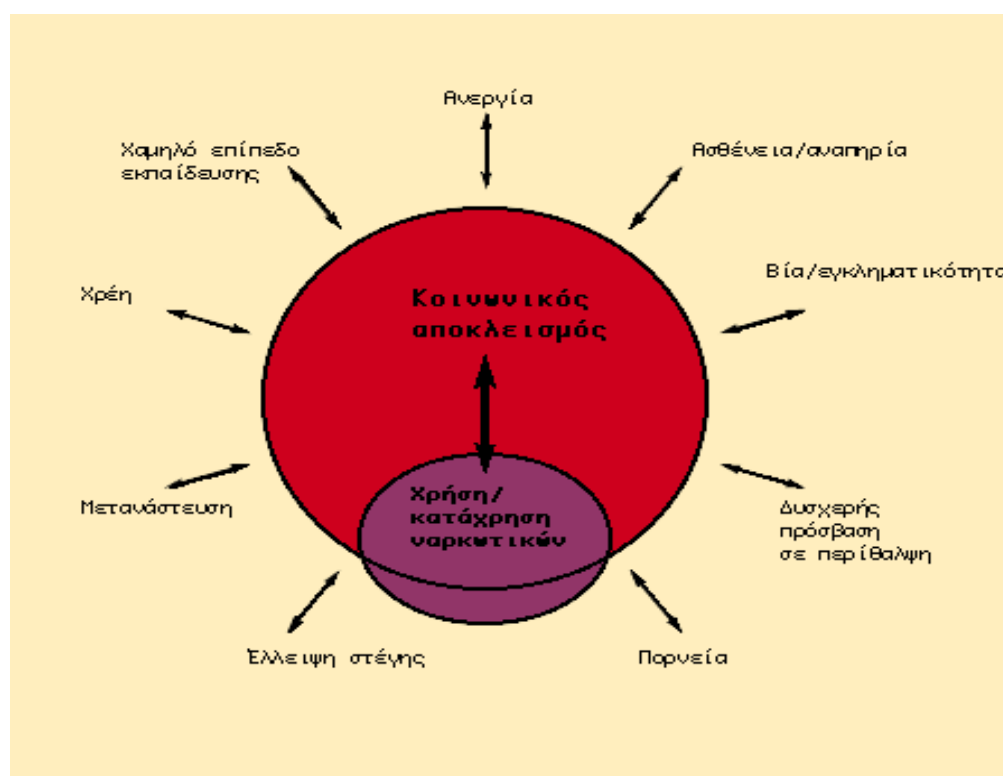
Οι κοινωνικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία είναι άνισα κατανομημένοι, (Τούντας, 2000). Παράγοντες όπως η φτώχεια, η ανεργία και ο κοινωνικός αποκλεισμός συγκαταλέγονται στους κυριότερους καθοριστές της υγείας σύμφωνα με

---

<sup>2</sup> Chair of the WHO Commission on Social Determinants of Health

τον Marmot (2005). Η φτώχεια, η ανεργία και ο κοινωνικός αποκλεισμός κ.α είναι παράγοντες που παρουσιάζουν συνάφεια και μεταξύ τους αλλά συνδέονται και με χαμηλά επίπεδα υγείας.

Οι ευάλωτοι και κοινωνικά απομονωμένοι πληθυσμοί έχουν μειωμένη πρόσβαση στις ΥΥ, έχουν χαμηλότερα επίπεδα συνθηκών διαβίωσης (τροφή-στέγη-θέρμανση κ.α.) και έχουν πιθανώς χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο το οποίο επίσης επηρεάζει αρνητικά τους δείκτες υγείας (Europan - Public Health determinants, 2003), (Σχεδιάγραμμα 1.1).



**Σχεδιάγραμμα 1.1:** Οι συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού

**Πηγή:** Europan, Ετήσια Έκθεση, 2003

Η σχέση δεικτών υγείας και ευνοουμένων ή μη κρατών είναι ακριβώς η ίδια που παρατηρείται μεταξύ ευνοουμένων κοινωνικών ομάδων και μειονεκτούντων ομάδων. Παράλληλα με τα πιο πάνω είναι επίσης παραδεκτό ότι όσο πιο καλό επίπεδο υγείας έχει ένας άνθρωπος τόσο πιο παραγωγικός είναι και τόσο πιο εύκολο είναι να

διατηρήσει ή να εξεύρει κάποια εργασία. Πρόκειται λοιπόν για μια σχέση αλληλεξάρτησης με αμφίδρομη δυναμική .

Η αύξηση του εισοδήματος βοηθάει στη περαιτέρω βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού παρέχοντας στα άτομα περισσότερες δυνατότητες να ζούν σε ένα πιο ασφαλές και υγιεινό περιβάλλον. Καλύτερο εισόδημα οδηγεί στην βελτίωση των κοινωνικών υπηρεσιών και των ΥΥ συμβάλλοντας στην προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των ασθενειών και την αποκατάσταση αναπηριών σε αντίθεση με την φτώχεια που συνοδεύεται από υποσιτισμό, αναλφαβητισμό, ασθένειες, φτωχικό περιβάλλον, υψηλή βρεφική θνησιμότητα και χαμηλό προσδόκιμο ζωής (Τούντας, 2007).

Από την άλλη, η υγεία επηρεάζει το εισόδημα. Ένας υγιής πληθυσμός είναι και πιο παραγωγικός. Η υγεία, ως βασικό συστατικό του ανθρώπινου κεφαλαίου με το πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της αποτελεί η ίδια προαπαιτούμενο για την κοινωνική και οικονομική πρόοδο και βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης ενός πληθυσμού και ενός κράτους ( Κρεμαστινού, 2007).

### 1.3 Εμπειρικά δεδομένα αναφορικά με τους παράγοντες που επιδρούν στην προσωπική αντίληψη της υγείας

Αποτελέσματα μελετών που έχουν γίνει στον τομέα της υγείας αναφορικά με το θέμα αυτό παρουσιάζουν τους παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο υγείας των πολιτών να συνδέονται με τον τρόπο προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης υγείας τους. Σε μια έρευνα που έγινε στην Ιαπωνία το 2005 μεταξύ γυναικών 47-77 χρονών σύμφωνα με την προσωπική τους εκτίμηση διαφάνηκε ότι οι γυναίκες που ήταν κοινωνικά απομονωμένες και είχαν λιγότερη κοινωνική υποστήριξη, η κατάσταση υγείας τους ήταν σε χαμηλότερο επίπεδο (Wang, et al., 2005) .

Παράλληλα, οι Wang et al., το (2005), αναφέρονται στον τρόπο ζωής που συνδέεται με επικίνδυνες συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα, το ποτό, την έλλειψη φυσικής άσκησης, την παχυσαρκία, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, παράγοντες που σχετίζονται με χαμηλή εκτίμηση του επιπέδου υγείας αλλά και με χειρότερη ψυχική υγεία και ευεξία.

Άλλη έρευνα που έγινε το 1999 μεταξύ διαφόρων φυλών συγκρίνει τους Κινέζους με τους Καναδούς. Στη μελέτη που πήρα μέρος 830 Κινέζοι και 789 Καναδοί, διαφάνηκε καλύτερο επίπεδο υγείας μεταξύ των Καναδών από εκείνο των Κινέζων που οφειλόταν σε καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και οργανωμένα συστήματα υγείας (Leung, et al., 1999).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τρίτης έρευνας που έγινε σε Αστική περιοχή της Ευρώπης τα άτομα που ανήκουν σε κατώτερες κοινωνικές τάξεις δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι πάσχουν από χρόνια νοσήματα, (Borrell, et al., 1999). Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν από έρευνα που έγινε από την Goodman et al., (2007) όπου τονίζονται οι παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο υγείας και συνδέονται με χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση.

Ο ρόλος των Υπηρεσιών Υγείας (ΥΥ) σε σχέση με τις ανισότητες στην υγείας είναι μεγάλος. Στις χώρες της ευρώπης καταγράφονται ανισότητες και διαφορές ως προς τη χρησιμοποίηση των ΥΥ μεταξύ αστικών-αγροτικών περιοχών, γεγονός που θέτει το πρόβλημα της περιφερειακοποίησης των ΥΥ, μεταξύ κοινωνικών ομάδων όπου οι ξένοι εργάτες και οι μειονότητες έχουν περιορισμένη πρόσβαση στις ΥΥ, μεταξύ κοινωνικών τάξεων όπου οι χαμηλότερες τάξεις χρησιμοποιούν λιγότερο τις ΥΥ και τις προληπτικές ΥΥ. Έτσι φαίνεται ότι αυτοί που έχουν τη μεγαλύτερη ανάγκη για παροχή υπηρεσιών λαμβάνουν και τη μικρότερη φροντίδα (Οικονόμου, 1999, 2006).

Παράλληλα, από αποτελέσματα έρευνας που διεξήχθη το 2000 στην Βαρκελώνη μεταξύ παιδιών και εφήβων ηλικίας 5-14 ετών όπου έγινε εκτίμηση του επιπέδου υγείας τους σχετικά με την ποιότητα ζωής τους εντοπίστηκαν ανισότητες στην χρήση ΥΥ από παιδιά και εφήβους με περισσότερες ανάγκες υγείας (Berra, et. al., 2006).

Επιπρόσθετα, στην Σουηδία μια έρευνα εξετάζει την στάση των ατόμων μεταξύ της αγροτικής περιοχής της βορείου Σουηδίας και της Στοκχόλμης έναντι της εργασίας, της ξεκούρασης και των κοινωνικών υπηρεσιών. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο υγείας των πολιτών στη Στοκχόλμη ήταν πολύ καλύτερο από εκείνο της αγροτικής περιοχής της βορείου Σουηδίας οι οποίοι στη πλειονότητα τους ανέφεραν ψηλά ποσοστά πόνου και χαμηλή εκτίμηση του επιπέδου υγείας τους. Ο μεγαλύτερος αριθμός των ατόμων που αντιλαμβανόταν το επίπεδο υγείας τους φτωχικό είχε χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο το οποίο επίσης επηρεάζει αρνητικά τους δείκτες



υγείας. Αυτό αποδεικνύεται από το προσδόκιμο ζωής το οποίο είναι χαμηλότερο στις περιοχές αυτές από εκείνο της Στοκχόλμη όπου υπάρχουν καλύτερες δημόσιες υπηρεσίες (Marnetoft, et.al., 2007).

Τα άτομα που είναι λήπτες επιδόματος ανικανότητας αναφέρουν χαμηλή ΠΑ του επιπέδου υγείας τους συγκρινόμενοι με τα άτομα που είτε εργάζονται είτε όχι. Αυτό οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η αποκατάσταση των ατόμων και η επιστροφή τους στην εργασία ή έστω στην μερική απασχόληση θα συμβάλει στην βελτίωση της αντίληψης για το επίπεδο υγείας τους και παράλληλα στην μείωση των συμπτωμάτων (Overland, et al., 2006).

Αν και στην Κύπρο δεν έχουν γίνει παρόμοιες έρευνες εντούτοις εμπειρικά παρατηρείται ότι αρκετοί ηλικιωμένοι που βρίσκονται σε γηροκομεία αναφέρουν χαμηλή εκτίμηση του επιπέδου υγείας τους, νιώθουν παραμελημένοι και βάρος στις οικογένειες τους. Αυτό οφείλεται στο ότι η δομή της κοινωνίας έχει αλλάξει και οι ρυθμοί της ζωής έχουν γίνει τόσο γρήγοροι που δεν υπάρχει ελεύθερος χρόνος για τους ηλικιωμένους όπως συνέβαινε στο παρελθόν.

Για την αντιμετώπιση των πιο πάνω προκλήσεων χρειάζονται επλέον πόροι, σχεδιασμός νέων πολιτικών και δράσεων προσαρμοσμένων στις καινούργιες ανάγκες που δημιουργούνται, να αναπροσαρμοστούν οι παλιές στα σύγχρονα δεδομένα, να αξιοποιηθεί η σύγχρονη τεχνολογία για να αντιμετωπιστεί το πολύπλευρο θέμα της γήρανσης.

Παράλληλα, άλλη έρευνα που έγινε στο Εκουαδόρ σε γυναικείο πληθυσμό ανέφερε πολύ χαμηλό επίπεδο υγείας κυρίως στις γυναίκες που ζούσαν στις αγροτικές περιοχές της χώρας λόγω φτώχειας, ανεργίας και έλλειψη ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Οι γυναίκες του Εκουαδόρ εργάζονται από την ανατολή μέχρι την δύση του ήλιου για να ζήσουν τις οικογένειες τους, κακοποιούνται από τους συζύγους τους και υποφέρουν από χρόνιο πόνο (Schoenfeld & Juarbe 2005).

Άλλη έρευνα που έγινε από την Mahon (1995), εξετάζει την σχέση τριών παραμέτρων σχετικά με την ποιότητα και ποσότητα του ύπνου σε σχέση με την εκτίμηση του επιπέδου υγείας. Στην έρευνα πήραν μέρος 106 έφηβοι 12-14 ετών, 111 νεαρά άτομα, 15-17 ετών και 113 ενήλικα άτομα, 18-21 ετών. Αν και ο ύπνος είναι ένα σύνθετο φαινόμενο το οποίο οι διάφορες ηλικίες το αντιλαμβάνονται διαφορετικά

εντούτοις προέκυψε ότι καλύτερο επίπεδο υγείας, φυσική και πνευματική ευεξία έχουν τα άτομα που κοιμούνται 7-8 ώρες το εικοσιτετράωρο. Να τονισθεί ότι η ποιότητα του ύπνου είναι πιο σημαντική από την ποσότητα στην εκτίμηση του επιπέδου υγείας.

Από τις παραπάνω έρευνες προκύπτει ότι η ηλικία, το φύλο, ο τόπος κατοικίας, και η ευρύτερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση αποτελούν παράγοντες που βρέθηκε ότι επιδρούν στη διαμόρφωση της κατάστασης της υγείας των πολιτών. Στο ειδικό μέρος της διατριβής θα διερευνηθεί κατά πόσο αυτοί σχετίζονται με την προσωπική αντίληψη της κατάστασης της υγείας των πολιτών και στην Κύπρο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ Π.Φ.Υ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται περιγραφή του ρόλου, του τρόπου οργάνωσης, της δραστηριότητας και των προβλημάτων των υπηρεσιών Π.Φ.Υ στην Κύπρο, ώστε στη συνέχεια να γίνει κατανοητό στον αναγνώστη το ευρύτερο περιβάλλον μέσα στο οποίο έλαβε χώρα η έρευνα που παρουσιάζεται στο ειδικό μέρος της εργασίας.

#### 2.1 Η εξασφάλιση προσβασιμότητας στις Υπηρεσίες Υγείας στην Κύπρο μέσω των δομών της ΠΦΥ.

Κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να ζει, να εργάζεται και να δημιουργεί σε ένα υγιές περιβάλλον. Προστασία της Υγείας και εύκολη πρόσβαση στο Σύστημα Υγείας είναι βασικά ανθρώπινα δικαιώματα τα οποία πρέπει να πληρούνται σε κάθε δημοκρατική χώρα ανεξάρτητα από τα εμπόδια στην επαφή των πολιτών με τις ΥΥ, την οικονομική κατάσταση των ατόμων, το εισόδημα και την γεωγραφική θέση στην οποία βρίσκεται η κατοικία τους.

Η Π.Φ.Υ εννοιολογικά εγκλείει την εξωνοσοκομειακή φροντίδα και τη δημόσια υγεία. Ως δημόσια υγεία αναφέρεται το σύνολο εκείνων των δραστηριοτήτων που αποσκοπούν στην πρόληψη, την προάσπιση και προώθηση της υγείας, την αύξηση του υψώσμου ζωής και την βελτίωση της ποιότητας ζωής. Την κύρια μορφή παροχής πρωτοβάθμιων υγειονομικών υπηρεσιών αποτελούν τα Κέντρα Υγείας τόσο στις αστικές όσο και στις ημιαστικές περιοχές (Λιαρόπουλος, 2007).

Η υποδομή της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο υπήρχε από την περίοδο της Αγγλοκρατίας και αποτελεί την σπονδυλική στήλη του συστήματος υγείας. Ο στόχος της καθολικής πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας, μέσω της Π.Φ.Υ. καθορίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ) και τα κράτη μέλη, με τη Διακήρυξη της Alma Ata, με την οποία δόθηκε έμφαση στη «μεγάλη ανισότητα, στην κατάσταση υγείας των ανθρώπων μεταξύ των ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών, καθώς επίσης και στο εσωτερικό των χωρών» και στους τρόπους καταπολέμησης της (Π.Ο.Υ/UNICEF, 1978).

Ευθύνη και θεμελιώδης αρχή της η προσέγγιση της υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος, ενιαία χωρίς διακρίσεις που να στοχεύει στην ενίσχυση των παιδιών, των γυναικών, των ηλικιωμένων και των ατόμων που ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες. Αν και η υγεία του συνολικού πληθυσμού στις περισσότερες χώρες του κόσμου βελτιώνεται, εντούτοις ο ρυθμός βελτίωσης δεν είναι ο ίδιος για όλες τις κοινωνικές ομάδες.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί εκείνο το (πρώτο) επίπεδο του συστήματος των υπηρεσιών υγείας που παρέχει πρόσβαση στο σύστημα για όλες τις ανάγκες και τα προβλήματα των ατόμων, παρέχει ανθρωποκεντρική μακροχρόνια φροντίδα και ενσωματώνει ή συντονίζει τη φροντίδα που παρέχεται από άλλους επαγγελματίες υγείας ή σε άλλο περιβάλλον (Stanfield, 1998).

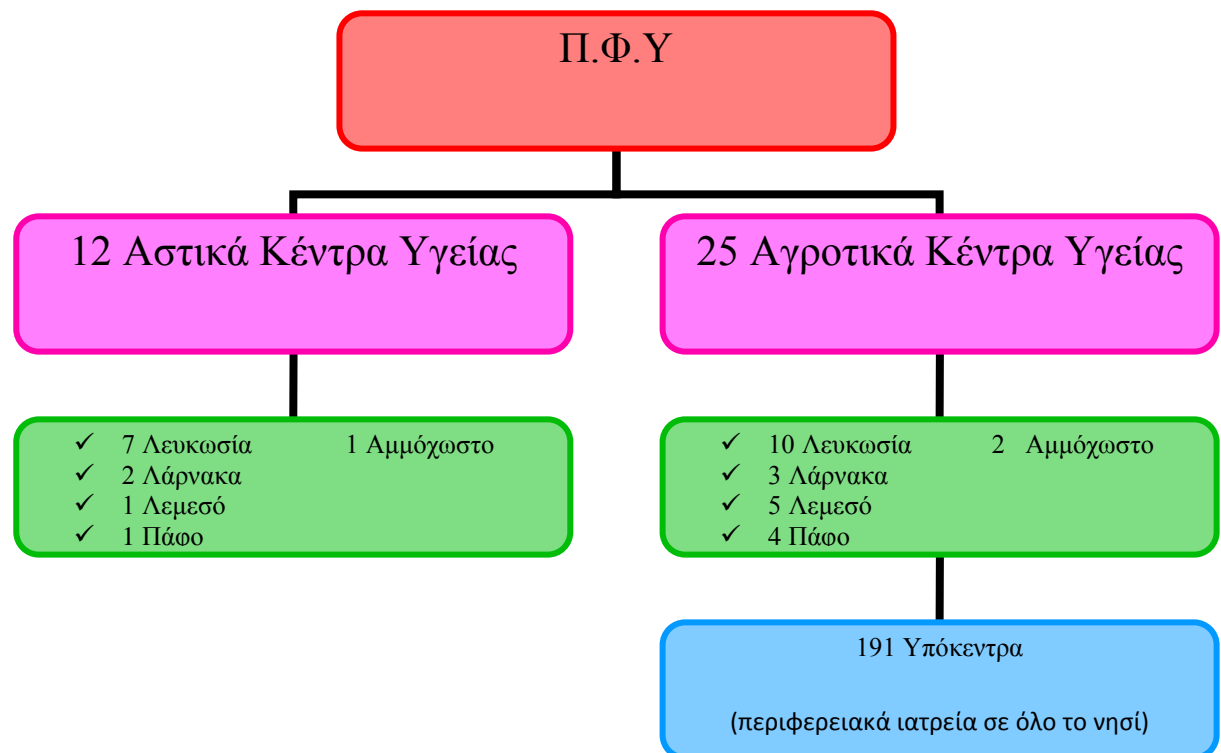
Σήμερα, η Π.Φ.Υ. στην Κύπρο, παρέχεται τόσο από τις κρατικές υπηρεσίες υγείας όσο και από ιδιώτες ιατρούς. Οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ) στην Κύπρο από τις κρατικές υπηρεσίες παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία των τεσσάρων Γενικών Νοσοκομείων Λευκωσίας, Λεμεσού, Λάρνακας και Πάφου και των τριών περιφερειακών νοσοκομείων Αμμοχώστου, Κυπερούντας και Πόλης, στις ευρύτερες Αστικές περιοχές της Κύπρου, τα 12 Αστικά και 23 Αγροτικά Κέντρα Υγείας και τα Υπόκεντρα των πιο κάτω Κέντρων Υγείας με περιοδεύουσες ομάδες υγείας (www.moh.gov.cy, 2004) (Πίνακας 2.1, Σχεδιάγραμμα 2.1).

Παράλληλα, η παρουσία του ιδιωτικού τομέα είναι έντονη, αφού παρέχει σε μεγάλο ποσοστό υπηρεσίες υγείας κυρίως Π.Φ.Υ. και φτάνει το 70%, πράγμα εντελώς ανορθόδοξο αν λάβουμε υπόψη το ότι 85-90% του πληθυσμού έχει πρόσβαση σε δωρεάν κρατική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ή αγορά φροντίδα υγείας με μειωμένο κόστος (Πολυνείκης, 2003).

**Πίνακας 2.1:** Τα Κέντρα Υγείας της Κύπρου καταναμημένα γεωγραφικά ανάλογα με τον πληθυσμό.

<p>Αστικά Κέντρα Υγείας Λευκωσίας</p> <p><b>7</b></p>	<p>Αγροτικά Κέντρα Υγείας Λευκωσίας</p> <p><b>10</b></p>	<p>Υπόκεντρα Λευκωσίας</p> <p><b>11</b></p>	<p>Πληθυσμός Ευρύτερης Αστικής Περιοχής Λευκωσίας</p> <p><b>231,800</b></p>
<p>Αστικά Κέντρα Υγείας Λεμεσού</p> <p><b>1</b></p>	<p>Αγροτικά Κέντρα Υγείας Λεμεσού</p> <p><b>5</b></p>	<p>Υπόκεντρα Λεμεσού</p> <p><b>13</b></p>	<p>Πληθυσμός Ευρύτερης Αστικής Περιοχής Λεμεσού</p> <p><b>183,000</b></p>
<p>Αστικά Κέντρα Υγείας Λάρνακας</p> <p><b>2</b></p>	<p>Αγροτικά Κέντρα Υγείας Λάρνακας</p> <p><b>3</b></p>	<p>Υπόκεντρα Λάρνακας</p> <p><b>21</b></p>	<p>Πληθυσμός Ευρύτερης Αστικής Περιοχή Λάρνακας</p> <p><b>81,700</b></p>
<p>Αστικά Κέντρα Υγείας Πάφου</p> <p><b>1</b></p>	<p>Αγροτικά Κέντρα Υγείας Πάφου</p> <p><b>4</b></p>	<p>Υπόκεντρα Πάφου</p> <p><b>47</b></p>	<p>Πληθυσμός Ευρύτερης Αστικής Περιοχή Πάφου</p> <p><b>55,000</b></p>
<p>Αστικά Κέντρα Υγείας Αμμοχώστου</p> <p><b>1</b></p>	<p>Αγροτικά Κέντρα Υγείας Αμμοχώστου</p> <p><b>2</b></p>	<p>Υπόκεντρα Αμμοχώστου</p> <p><b>5</b></p>	<p>Πληθυσμός Αγροτικής Περιοχής Αμμοχώστου</p> <p><b>43.700</b></p>

Πηγή: Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, (2007).

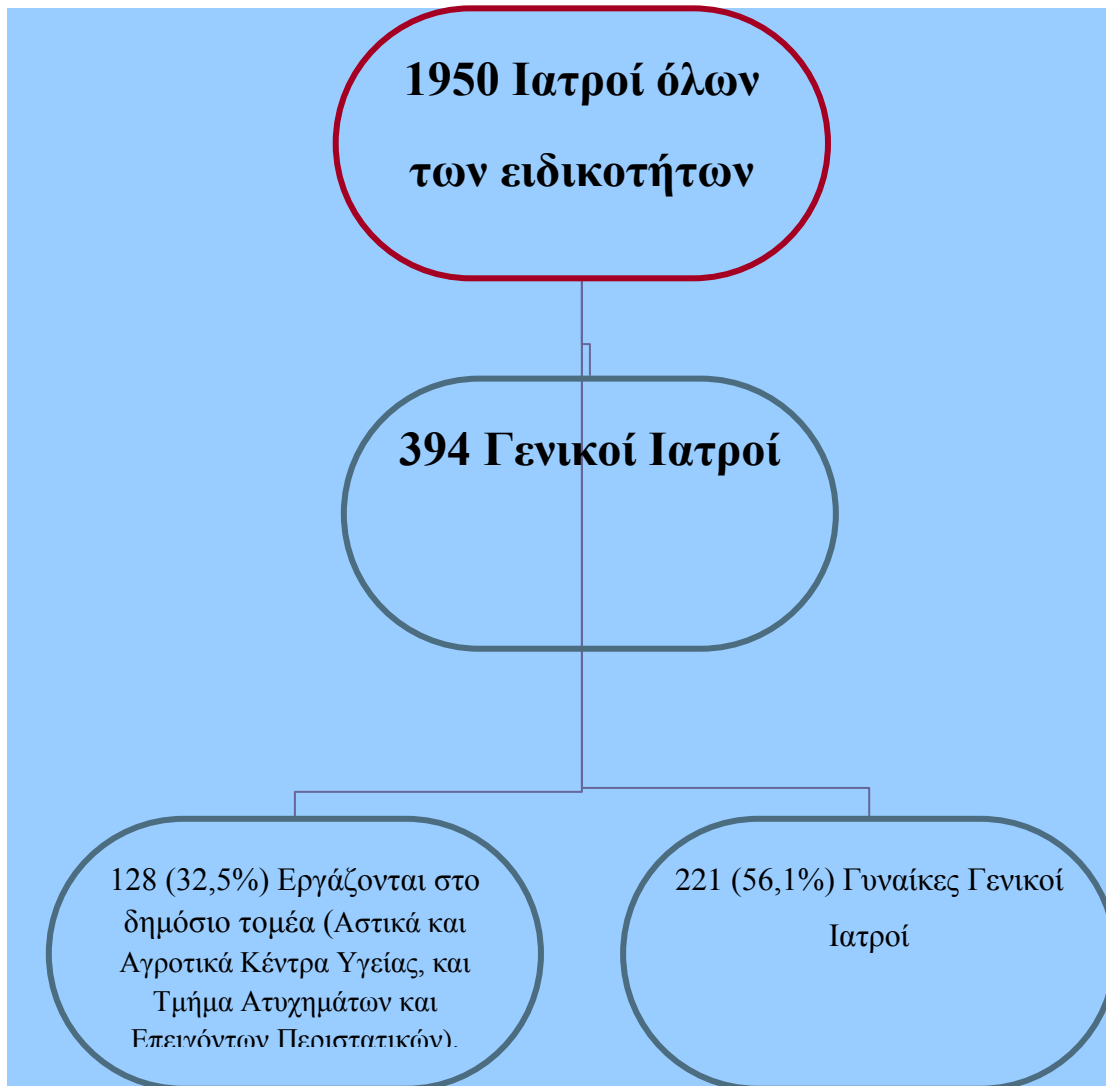


**Σχεδιάγραμμα 2.1:** Η διάρθρωση των υπηρεσιών ΠΦΥ στην Κύπρο.

**Πηγή:** Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, (2007).

Τα πλείστα Α.Κ.Υ λειτουργούν επί πενθημέρου βάσεως το σύνηθες δημοσιοϋπαλληλικό ωράριο. Καθημερινά παρατηρείται κοσμοσυρροή που οφείλεται στη αύξηση των αναγκών του πληθυσμού για υγειονομική περίθαλψη. Μεγάλα αγροτικά κέντρα όμως έχουν το σύστημα της εφημερίας το οποίο λειτουργεί επί 24ώρου βάσεως. Τα υπόκεντρα είναι πολύ υποβαθμισμένα και δεν υπάρχει ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Στην Κύπρο υπάρχουν 394 Γενικοί Ιατροί (Γ.Ι) από τους οποίους οι 128 (32.5%) εργάζονται στο δημόσιο τομέα (Αστικά και Αγροτικά Κ.Υ, στο ΤΑΕΠ και ΕΙ). Οι γιατροί κάνουν ουσιαστική δουλειά και συνεργάζονται με τα νοσοκομεία με την παραπομπή ασθενών (Σχεδιάγραμμα 2.2).



**Σχεδιάγραμμα 2.2:** Το Ιατρικό δυναμικό στην Κύπρο

**Πηγή:** Cyprus Medical Association Records, 2005

Με την αναφορά για την προσβασιμότητας στις Υπηρεσίες Υγείας στην Κύπρο μέσω των δομών της ΠΦΥ ολοκληρώνεται το γενικό μέρος και ακολουθεί το ειδικό μέρος της έρευνας.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό, περιγράφεται η μεθοδολογική προσέγγιση που ακολουθείται στην εργασία. Περιγράφεται το δείγμα και όλες οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται σε αυτή, καθώς και οι περιορισμοί και οι δυσκολίες που παρουσιάστηκαν κατά τη διάρκεια της έρευνας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιείται με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS Statistics 16.0 σε δείγμα 900 ατόμων ηλικίας άνω των 18 ετών.

#### 3.1 Αντικείμενο και σκοπός της εργασίας

Στη συγκεκριμένη μελέτη γίνεται μια προσπάθεια προσδιορισμού των παραγόντων που επιδρούν στην διαμόρφωση του επιπέδου υγείας των πολιτών. Σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο και άλλες εμπειρικές μελέτες, (Borrell, et al., 1999, Goodman et al., 2007, Οικονόμου, 1999, 2006), τα οποία παρουσιάζονται σε προηγούμενα κεφάλαια, προσδιορίζονται πιθανοί παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την προσωπική εκτίμηση της υγείας των πολιτών οι οποίοι πιθανότατα να σχετίζονται με αντίστοιχες διαφορές σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο. Στο πλαίσιο της ανάλυσης αυτών των παραγόντων, αρχικά γίνεται αναφορά στα χαρακτηριστικά του δείγματος (δημογραφικά, κοινωνικά κ.ά.) και έπειτα εξετάζονται κάποιοι πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των πολιτών στην αστική και αγροτική περιοχή της Λευκωσίας από όπου προέρχεται το δείγμα της μελέτης, (όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, η απασχόληση, η εργασία, το εισόδημα, η αποταμίευση και η ιδιωτική ασφάλιση).

Πρόσθετος σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων στην προσωπική εκτίμηση της υγείας των πολιτών οι οποίες πιθανότατα να σχετίζονται με αντίστοιχες διαφορές σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.

#### 3.2 Περιγραφή του δείγματος και της μεθόδου δειγματοληψίας

Για την επίτευξη της διερεύνησης των προσδιοριστικών παραγόντων που επηρεάζουν την προσωπική αντίληψη της υγείας των πολιτών λήφθηκε άδεια από το Υπουργείο Υγείας, το γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου και τις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες. Η μέθοδος που

χρησιμοποιείται για τη λήψη των δεδομένων είναι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου (το πλήρες ερωτηματολόγιο βρίσκεται στο Παράρτημα Α) από τα άτομα που επισκέπτονταν τα Κέντρα Υγείας, με τη βοήθεια κύρια της ίδιας της ερευνήτρια και δευτερεύοντως των επαγγελματιών οι οποίοι είχαν εκπαιδευτεί από την ερευνήτρια.

Η έρευνα είναι ποσοτική<sup>3</sup>, περιλαμβάνει δείγμα 900 ατόμων και απευθύνεται σε άτομα στην ευρύτερη περιοχή Λευκωσίας στα Αστικά και Αγροτικά κέντρα υγείας (Αστικά Κέντρα Υγείας Λακατάμειας, Παλαιού Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας, Αγλατζιάς, Στροβόλου Καϊμακλίου, Αγίου Δομετίου, Έγκωμης, Αγροτικά Κέντρα Υγείας Κάμπου, Πεδουλά, Ευρύχου, Ακακίου, Παλαιχωρίου, Κλήρου, Ανθούπολης, Ιδαλίου, Λατσιών, Τσερίου και συνοικισμού Στροβόλου 2), με σύνολο πληθυσμού 313.400, εκ των οποίων 234.200 στην Αστική περιοχή και 79.200 στην Αγροτική περιοχή αντίστοιχα ( Στατιστική Υπηρεσία, Δημογραφικός Κλάδος, Κύπρου 2008).

Δημιουργήθηκε ερωτηματολόγιο για την άντληση των πρωτογενών δεδομένων, στο οποίο χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο η κλίμακα Nottingham Health Profile (NHP) προκειμένου οι ασθενείς να εκτιμήσουν το επίπεδο υγείας τους. Έχει γίνει μετάφραση αυτού του «εργαλείου» από Έλληνες ερευνητές, (Vidalis, et al 2002) έχει διερευνηθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του, και έχει εξασφαλιστεί η άδεια χρήσής του για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας. Ο έλεγχος της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τον έλεγχο της εγκυρότητας του περιεχομένου (content validity) και τον έλεγχο της εγκυρότητας της δομής του ερωτηματολογίου (construct validity). Ο έλεγχος της εγκυρότητας του περιεχομένου έχει ως σκοπό τη διόρθωση (ή ακόμα και την απόρριψη) ερωτήσεων οι οποίες είναι ασαφείς και δημιουργούν σύγχυση στον ερωτώμενο.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστήριξε ότι το NHP ως εργαλείο μέτρησης της προσωπικής εκτίμησης του επιπέδου υγείας είναι ένα καλό εργαλείο (White, 1974), η απόφαση δε να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο μέτρησης της παρούσας

---

<sup>3</sup> «Η ποσοτική μεθοδολογία, συνήθως, μελετάει ένα μεγάλο αριθμό ατόμων, αντικειμένων, γεγονότων βάσει μιας τυπικής αλληλουχίας ερευνητικών σταδίων που περιλαμβάνει: α) τη διατύπωση αρχικών υποθέσεων που βασίζονται σε μια ήδη υπάρχουσα θεωρία, β) την επιλογή των κατάλληλων ποσοτικών τεχνικών μέτρησης, γ) τη συλλογή των δεδομένων και δ) την ανάλυση τους, έτσι ώστε να ελεγχθεί κατά πόσον τα αποτελέσματα επαληθεύουν ή απορρίπτουν τις αρχικές υποθέσεις» (Μπελλάλη & Παπαζόγλου, 2004).

έρευνας, ήταν επειδή είχε διερευνηθεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του και συνάμα έχει χρησιμοποιηθεί για παρόμοιες έρευνες σε αρκετές χώρες στο εξωτερικό.

Ακολούθως, προστέθηκαν και κάποιες ερωτήσεις που αναφέρονται στην προσβασιμότητα των Υπηρεσιών Υγείας. Το δείγμα αποτελείται από ασθενείς που προσέρχονται στα Κέντρα Υγείας. Η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε κατά την εγγραφή των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια, κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Η στατιστική επεξεργασία τους γίνεται με τη χρήση του προγράμματος SPSS 16.0.

Παρουσιάζεται μεγάλο ποσοστό ανταπόκρισης και μικρό ποσοστό μη απαντημένων ερωτήσεων. Αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην επιλογή του τρόπου λήψης των δεδομένων. Η ερευνήτρια μέσω της προσωπικής επαφής, κερδίζει πιο εύκολα την εμπιστοσύνη των ερωτηθέντων και τους βοηθάει σε οποιαδήποτε δυσκολία αντιμετωπίζουν. Ωστόσο, υπήρξε προσωπική επικοινωνία σε όλα τα Κ.Υ. Με κατάλληλη εκπαίδευση και καθοδήγηση δύο επαγγελματιών υγείας από κάθε κέντρο από την ερευνήτρια έγινε εφικτή η πραγματοποίηση της έρευνας.

Όλα τα στοιχεία και οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται κατά τη διάρκεια της έρευνας είναι απόρρητες και εμπιστευτικές, με σεβασμό στον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας και διευκρινίζεται ότι το ερωτηματολόγιο δεν αποτελεί κάποιο είδος τεστ, ότι δεν υπάρχουν λάθος ή σωστές απαντήσεις και ότι αποδίδονται μόνο στατιστικά στοιχεία.

Πριν από την έναρξη διεξαγωγής της έρευνας, πραγματοποιήθηκε πιλοτική συλλογή ερωτηματολογίων από το Αστικό Κέντρο Υγείας Λακατάμειας. Απώτερος στόχος της όλης διαδικασίας είναι η διατύπωση των ερωτήσεων με τρόπο που να γίνεται εύκολα και άμεσα κατανοητός.

Το πιλοτικό δείγμα αποτελείται από 30 άτομα διαφόρων ηλικιών, κοινω-οικονομικής κατάστασης και εκπαίδευσης όπου διαπιστώθηκε ότι το ερωτηματολόγιο είναι κατανοητό. Μελετώντας τα λάθη, τις ερωτήσεις, τις παρεμβάσεις και τις διορθώσεις που κάνουν οι πολίτες, επαναδιατυπώνονται οι ερωτήσεις με τρόπο κατανοητό και αποφεύγονται ακατάλληλες διατυπώσεις που οδηγούν σε ασάφειες και γενικότερη

σύγκριση του ατόμου που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο (όσον αφορά τις ερωτήσεις που προστέθηκαν πέραν από την κλίμακα Nottingham) .

Η έρευνα διεξήχθη το Σεπτέμβριο του 2010 μέχρι το τέλος Οκτωβρίου του ίδιου έτους. Παρουσιάζεται ικανοποιητικός βαθμός αποδοχής συμπλήρωσης (response rate) του ερωτηματολογίου με ποσοστό 96% στα Αστικά Κέντρα Υγείας και 84,72% στα αγροτικά, φτάνοντας το συνολικό ποσοστό του 95,1% (Αναλυτικά, ο βαθμός ανταπόκρισης ανά κέντρο υγείας, φαίνεται στο Πίνακα 3.2α). Η άρνηση συνήθως των ατόμων να ανταποκριθούν στην έρευνα είναι για λόγους καχυποψίας, έλλειψης παρόμοιων εμπειριών ή απροθυμίας να δώσουν προσωπικά τους στοιχεία όπως η υγεία τους ή η οικονομική τους κατάσταση.

Το δείγμα αποτελείται από 900 άτομα, ηλικίας 18- 96 ετών. Μέσος όρος ηλικίας 51.65, με τυπική απόκλιση, 17.173.

Η διαδικασία της επιλογής των μεθόδων ανάλυσης των δεδομένων, γίνεται σύμφωνα με άλλες εμπειρικές μελέτες και μετά από την καθοδήγηση εμπειρών ατόμων με εξειδίκευση στη στατιστική ανάλυση δεδομένων.

### 3.3 Η περιγραφή του ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις που αναφέρονται στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και στην προσωπική αντίληψη του επιπέδου υγείας, (κλίμακα Nottingham), (Παράρτημα Α) όπου φαίνονται και οι συντελεστές βαρύτητας της κάθε ερώτησης. Το δεύτερο μέρος αναφέρεται στα δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία. Οι ερωτήσεις επιλέγονται σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο και άλλες εμπειρικές μελέτες, τα οποία παρουσιάζονται στα παραπάνω κεφάλαια.

Το ερωτηματολόγιο, (κλίμακα Nottingham), είναι αυτο-συμπληρούμενο και διαθέτει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα ως όργανο μέτρησης (Βιδάλης, Συγγελάκης 2000). Σχεδιάστηκε για να παρέχει έναν περιεκτικό δείκτη των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων υγείας του ατόμου. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού (Υφαντόπουλος, 2007).

Αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από 38 ερωτήσεις που ομαδοποιούνται σε έξι κατηγορίες μεταβλητών: ενέργεια-ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και σωματική κίνηση. Το δεύτερο μέρος συνίσταται σε επτά τομείς της καθημερινής ζωής: αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ασχολίες ελεύθερου χρόνου και ενδιαφέροντα. Σε κάθε ερώτηση υπάρχει η απάντηση ναι ή όχι και με βάση έναν ειδικό συντελεστή βαρύτητας για κάθε ερώτηση υπολογίζεται η τελική βαθμολογία. Υψηλή βαθμολογία εκφράζει την ύπαρξη έντονων προβλημάτων στον άρρωστο. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς, καταγράφοντας καλή εγκυρότητα διάκρισης μεταξύ υγιών και ασθενών και καλή ευαισθησία (Hunt, McEwen, McKenna 1985). Τέλος, οι ερωτήσεις δίνουν κυρίως έμφαση στην υποκειμενική εκτίμηση των ερωτηθέντων για το επίπεδο της υγείας τους.

Οι μεταβλητές που παρουσιάζονται στην πρώτη ενότητα, αναφέρονται στο φύλο και το επίπεδο ενεργητικότητας, το πόνο, την συναισθηματική αντίδραση, τον ύπνο, την κοινωνική απομόνωση και την κινητικότητα.

Οι μεταβλητές που παρουσιάζονται στη δεύτερη ενότητα είναι το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η περιοχή κατοικίας, το επίπεδο εκπαίδευσης, η απασχόληση, το εισόδημα, η αποταμίευση και η ιδιωτική ασφάλιση.

### 3.4 Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση των δεδομένων.

Αρχικά, δημιουργήθηκαν συγκεντρωτικοί πίνακες συχνοτήτων για τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Για την εκτίμηση της υγείας των και την πιθανή συσχέτιση τους με κοινωνικο-δημογραφικά και άλλα χαρακτηριστικά του δείγματος, ήταν απαραίτητη η δημιουργία νέων μεταβλητών. (Ενεργητικότητα, Πόνος, Συναισθηματικές Αντιδράσεις, Ύπνος, Κοινωνική απομόνωση, Κινητικότητα). Για τη συσχέτιση αυτών των μεταβλητών με τα χαρακτηριστικά του δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι υποθέσεων, θέτοντας ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95% ( $\alpha = 5\%$ ). Οι μέθοδοι αυτοί επιλέχθηκαν με γνώμονα τον τύπο των δεδομένων ήταν:

- Για την μέτρηση της έντασης της συσχέτισης μεταξύ μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης συσχέτισης Pearson's r
- Για διχοτομικές μεταβλητές (όπως το φύλο) ο στατιστικός έλεγχος κριτήριο t
- Για κατηγορικές μεταβλητές (όπως το εισόδημα) έγινε χρήση του ελέγχου ανάλυσης διασποράς (ANOVA).
- Στην περιγραφική στατιστική όπου γίνεται η περιγραφή των χαρακτηριστικών του δείγματος χρησιμοποιούνται πίνακες και εικόνες με ποσοστά αλλά και κάποια περιγραφικά μέτρα όπως είναι ο αριθμητικός μέσος, η διάμεσος, η μέγιστη και ελάχιστη τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης που μας βοηθούν να κατανοήσουμε καλύτερα τα αποτελέσματα.

### 3.5 Οι παραδοχές και οι περιορισμοί της έρευνας

Η συλλογή των ερωτηματολογίων σε πολλές περιπτώσεις ήταν πολύ δύσκολη επειδή οι ασθενείς όχι μόνο ήταν μεγάλης ηλικίας με αρκετά επιβαρυνμένη την κατάσταση υγείας τους (απώλεια ακοής, όρασης, άνοια), με αποτέλεσμα να υπάρχουν προβλήματα επικοινωνίας και με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο που οδηγεί σε φόβο κακής μεταχείρισης από τους επαγγελματίες υγείας, αλλά και έλλειψης εμπειριών συμμετοχής σε αντίστοιχες έρευνες με αποτέλεσμα την απροθυμία να δώσουν προσωπικές πληροφορίες ή πληροφορίες σχετικές με το επίπεδο υγείας τους.

Επισημαίνεται ότι περισσότερες δυσκολίες συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων παρατηρήθηκαν σε μικρά αγροτικά κέντρα για τους λόγους που προαναφέρθηκαν. Επιπρόσθετα, η ώρα που τους ζητήθηκε να συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο, η διάθεση τους και το επίπεδο υγείας τους συνέτεινε στο βαθμό ανταπόκρισής τους.

Επίσης, υπήρξαν δυσκολίες για την άντληση στοιχείων σχετικά με την οικονομική τους κατάσταση. Επιπλέον, παρόλο που η έρευνα περιελάμβανε ερώτηση για αλλοδαπούς με βάση το δείγμα που απάντησε δεν μπορεί να βγει συμπέρασμα. Ενδεχομένως, θα υπήρχε υψηλότερος βαθμός ανταπόκρισης αν τα ερωτηματολόγια ήταν στην γλώσσα τους ή αν τους βοηθούσαν κάποιοι στην απάντηση των ερωτήσεων.

Θα ήταν χρήσιμο και ενδιαφέρον, οι μελλοντικές έρευνες να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ εκτίμησης του επιπέδου υγείας και του τρόπου επεξεργασίας των πληροφοριών σε παρόμοιους πληθυσμούς αστικών και αγροτικών περιοχών όλης της

Κύπρου καθώς και τη χρήση και άλλων τρόπων αξιολόγησης των διεργασιών επεξεργασίας των πληροφοριών (Wenzel & Rubin, 2005).

### Πίνακας 3.2α

Βαθμός αποδοχής συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ανά Κέντρο Υγείας και αριθμός επισκέψεων.

	Παραδόθηκαν	Επιστραφέντα	Βαθμός ανταπόκρισης	Αριθμός επισκέψεων κατά το μήνα Σεπτέμβριο	Αριθμός επισκέψεων κατά το μήνα Οκτώβριο
Παλαιχώρι	50	50	100%	757	677
Πεδουλάς	52	52	100%	408	390
Λατσία	41	50	82%	1793	1655
Συν. Στροβόλου 2	50	50	100%	894	662
Καιμακλί	50	50	100%	3812	3445
Στροβόλου	42	50	84%	5131	4345
Ακάκι	51	51	100%	2859	2874
Ευρύχου	50	50	100%	1851	1642
Τσέρι	37	50	74%	791	725
Ανθούπολη	43	50	86%	1157	1156
Κλήρου	45	50	90%	1583	1618
Παλαιό ΓΝΛ	52	52	100%	3907	4058
Κάμπος	50	50	100%	169	171
Δάλι	50	50	100%	2713	2747
Λακατάμια	47	50	94%	4788	4582
Αγλαντζιά	47	50	94%	4223	4096
Έγκωμη	50	50	100%	2690	2374
Αγ. Δομέτιος	50	50	100%	3234	3307
Ολικό	857	905	95%	42760	40524

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

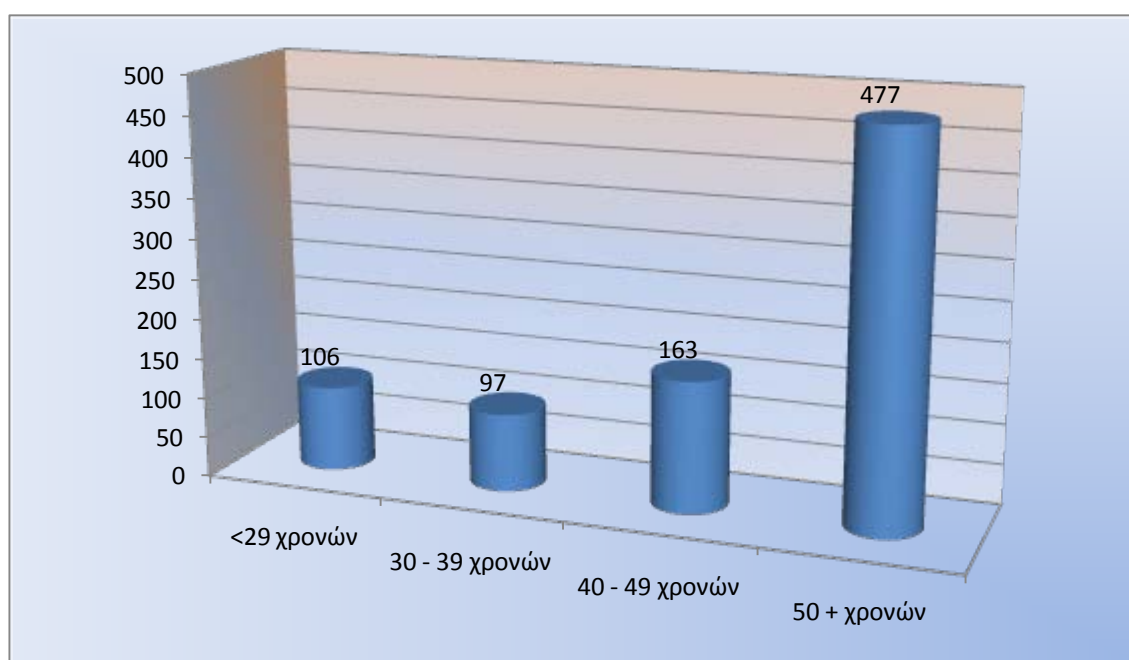
Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται περιγραφή του δείγματος του υπό μελέτη πληθυσμού, καθώς και των αποτελεσμάτων σχετικά με τους παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο υγείας των πολιτών που συνδέονται με τον τρόπο αυτοεκτίμησης της κατάστασης υγείας τους.

#### 4.1 Δημογραφικά και κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά του υπό μελέτη πληθυσμού.

Στον Πίνακα 4.1.1.α παρατηρούμε ότι η ηλικία του υπό μελέτη πληθυσμού μας κυμαίνεται μεταξύ 18 και 96 έτη με μέσο όρο τα 52 περίπου χρόνια.

**Πίνακας 4.1.1.α:** Η ηλικία του υπό μελέτη του πληθυσμού.

	Μέσος Όρος	95% ΔΕ	Διάμεσος	Ελάχιστο Μέγιστο	Τυπική Απόκλιση
Ηλικία	51,65	50,48 – 52,81	52,0	18 - 96	17,17



**Εικόνα 4.1:** Η κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού στις διάφορες ηλικιακές ομάδες



Από τον Πίνακα 4.1.1.β προκύπτει ότι η συντριπτική πλειοψηφία του υπό μελέτη πληθυσμού έχει Κυπριακή υπηκοότητα. Αυτό οφείλεται κατά ένα μέρος στο γεγονός ότι οι περισσότεροι που έλαβαν μέρος στην έρευνα ήταν Κύπριοι οι οποίοι μπορούσαν να απαντήσουν τα ερωτηματολόγια. Απάντησαν 856 άτομα (95.1 % ανταπόκρισης) εκ των οποίων τα 300 άτομα (35.0%) ήταν άνδρες και τα 556 (64.8%) ήταν γυναίκες.

**Πίνακας 4.1.1.β:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης

<b>Χαρακτηριστικά</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Φύλο</b>		
<i>Άνδρας</i>	300	35
<i>Γυναίκα</i>	556	65
<b>Υπηκοότητα</b>		
<i>Κυπριακή</i>	848	99,2
<i>Άλλη υπηκοότητα</i>	7	0,8
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
<i>Άγαμος/η</i>	141	16,5
<i>Παντρεμένος/η</i>	602	70,5
<i>Χήρος/α Διαζευγμένος/η</i>	111	13
<b>Τόπος διαμονής</b>		
<i>Κέντρο</i>	166	19,5
<i>Προάστιο</i>	345	40,4
<i>Χωριό</i>	342	40,1

Εντυπωσιακό είναι ότι το 40.4% του πληθυσμού μελέτης προέρχεται από προάστια. Ποσοστό 70,5% είναι παντρεμένοι. Παράλληλα, αυξημένο ποσοστό συμμετοχής υπήρξε από τον γυναικείο πληθυσμό, 65% έναντι 35% των ανδρών.

- Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 4.1.1.γ παρουσιάζονται συγκεντρωτικά τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι το 20,6% είχαν γυμνασιακή μόρφωση έναντι ποσοστού 31,9% οι οποίοι είχαν πανεπιστημιακή εκπαίδευση (Εικόνα 4.2). Επίσης, στην κατηγορία του επαγγέλματος διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του υπό μελέτη πληθυσμού ασχολούνται με τα οικιακά (24.9%), 21,68% ήταν υπάλληλοι γραφείου έναντι ενός μικρού ποσοστού 3,23% οι οποίοι ήταν άνεργοι ή συνταξιούχοι. Πρόσθετα, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι περισσότερο από το 30% του πληθυσμού μελέτης δήλωσε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από €8.543 και η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι δεν κάνει μηνιαία αποταμίευση. Τέλος, από τον Πίνακα 4.1.1.γ προκύπτει ότι πολύ μικρό ποσοστό (21,1 %) ατόμων του δείγματος είναι ασφαλισμένοι και στην ιδιωτική ασφάλιση.

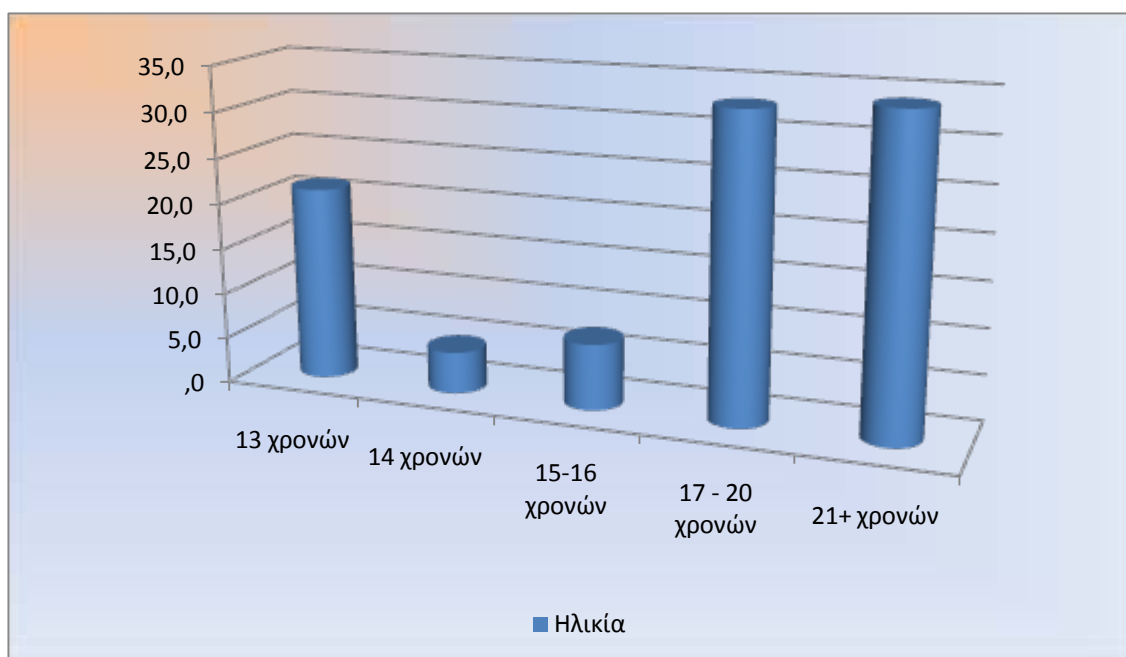
**Πίνακας 4.1.1.γ:** Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

<b>Χαρακτηριστικά</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Επάγγελμα</b>		
<i>Διευθυντής/ Ανώτερο διοικητικό στέλεχος</i>	78	9,34
<i>Αυτοαπασχολούμενος/η στην παροχή υπηρεσιών</i>	62	7,43
<i>Υπάλληλος γραφείου</i>	181	21,68
<i>Έμπορος/ Πωλητής/ Ελεύθερος επαγγελματίας</i>	97	11,62
<i>Φοιτητής/τρια-Μαθητής/τρια</i>	35	4,19
<i>Επιστήμονας/Τεχνικό προσωπικό</i>	40	4,79
<i>Γεωργός/Κτηνοτρόφος/Δασοκόμος</i>	35	4,19
<i>Οικιακά</i>	207	24,79
<i>Τεχνίτης/ Εργάτης/ Χειριστής μεταφορικού μέσου</i>	73	8,74
<i>Άνεργος/η /Συνταξιούχος</i>	27	3,23

**Πίνακας 4.1.1.γ (συνέχεια) :** Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα <sup>4</sup>	N	%
<i>Μέχρι €8.543</i>	255	31,6
<i>€8.544 - €17086</i>	197	24,4
<i>€17.087 - €25.629</i>	130	16,1
<i>€25.630 - €34.172</i>	86	10,6
<i>€34.173 - €42.715</i>	55	6,8
<i>€42.716 - €51.258</i>	36	4,5
<i>€51.259 - €59.801</i>	25	3,1
<i>Άνω των €59.802</i>	24	3,0
<b>Ιδιωτική Ασφάλιση Υγείας</b>		
<i>Όχι</i>	686	78,9
<i>Ναι</i>	178	21,1
<b>Μηνιαία Αποταμίευση</b>		
<i>Όχι</i>	637	75,5
<i>Ναι</i>	207	24,5

<sup>4</sup> Οι διάφορες κλίμακες εισοδήματος, προήλθαν από τη Στατιστική Υπηρεσία της Κύπρου



**Εικόνα 4.2:** Η κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού σε ηλικίες που έχουν ολοκληρώσει τις σπουδές τους.

Στον Πίνακα 4.1.1.δ παρουσιάζονται στοιχεία αναφορικά με την αποταμίευση, τη δαπάνη για ασφάλιστρα υγείας και τη δαπάνη υγείας του υπό μελέτη πληθυσμού.

**Πίνακας 4.1.1δ:** Η μέση μηνιαία οικογενειακή αποταμίευση (N=207<sup>5</sup>), η μέση ετήσια δαπάνη για ιδιωτικά ασφάλιστρα υγείας ανά άτομο (N=178<sup>6</sup>) και η μέση μηνιαία δαπάνη υγείας ανά άτομο του υπό μελέτη πληθυσμού

	Μέσος Όρος	95% ΔΕ	Διάμεσος	Ελάχιστο Μέγιστο	Τυπική Απόκλιση
Αποταμίευση (μηνιαία/οικογένεια)	392,70	274,83–510,58	200	40-1.000	353,54
Ιδιωτικά ασφάλιστρα (ετήσια/άτομο)	1.158,24	758,95-1.557,53	750	50-5.000	1.197,56
Δαπάνη Υγείας (μηνιαία/άτομο)	105,14	50,88-159,39	50	10-1.000	162,73

<sup>5</sup> Πρόκειται για τον αριθμό των ατόμων που δήλωσαν ότι οι οικογένειά τους, πραγματοποιεί αποταμίευση

<sup>6</sup> Πρόκειται για τον αριθμό των ατόμων που δήλωσαν πως καλύπτονται από την ιδιωτική ασφάλιση υγείας

## 4.2 Η προσωπική αντίληψη του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με την κατάσταση της υγείας

Στους Πίνακες που ακολουθούν παρουσιάζονται τα αποτελέσματα, όσον αφορά την προσωπική αντίληψη της υγείας του υπό μελέτη πληθυσμού, αρχικά για το σύνολο του δείγματος και στη συνέχεια με βάση το φύλο, την ηλικία, το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα, τον τόπο κατοικίας, την πραγματοποίηση αποταμίευσης, την κοινωνικο-οικονομική τάξη κλπ. Διευκρινίζεται, ότι όσο μικρότερη είναι η μέση τιμή<sup>7</sup> της κλίμακας Nottingham που προκύπτει από το Α΄ μέρος του ερωτηματολογίου, τόσο καλύτερη είναι η κατάσταση της υγείας. Οι τιμές που λαμβάνει αυτή η κλίμακα κυμαίνονται από 0-100

Από τον Πίνακα 4.2.1.α προκύπτει ότι το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού παρουσιάζει καλύτερη κατάσταση στην μεταβλητή που αφορά την κοινωνική απομόνωση με ποσοστό 10,3 και χειρότερη στην ενεργητικότητα με ποσοστό 29,63.

**Πίνακας 4.2.1.α:** Η μέση τιμή, η τυπική από κλιση και το 95 %διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία του Α΄ μέρους της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856).

Μεταβλητές	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	95% διάστημα εμπιστοσύνης
Ενεργητικότητα	29,63	35,46	27,25 – 32,00
Πόνος	15,41	25,89	13,68 – 17,15
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	16,78	22,68	15,25 – 18,30
Ύπνος	16,54	25,55	14,83 – 18,26
Κοινωνική Απομόνωση	10,3	21,70	8,85 – 11,76
Κινητικότητα	11,58	17,82	10,38 – 12,77

<sup>7</sup> Η μέση τιμή ή μέσος όρος είναι το πηλίκο της διαίρεσης του αθροίσματος των παρατηρήσεων δια του πλήθους των παρατηρήσεων.

Στο πίνακα 4.2.1.β παρουσιάζεται η μέση τιμή, η τυπική από κλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τις επιμέρους υποκατηγορίες που συνθέτουν την κάθε κατηγορία του Α' μέρους της κλίμακας προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856). Παρατηρείται ότι η μεταβλητή με τη χειρότερη μέση τιμή είναι εκείνη της ενεργητικότητας.

Στην ενεργητικότητα η ανώτερη μέση τιμή κυμαίνεται 12,86 στη ερώτηση που αναφέρεται ότι το κάθε τι χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια με χαμηλότερη μέση τιμή 5,28 στην ερώτηση που αναφέρεται ότι κουράζεται εύκολα.

**Πίνακας 4.2.1.β:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τις επιμέρους υποκατηγορίες που συνθέτουν την κάθε κατηγορία του Α' μέρους της κλίμακας προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856).

Ερώτηση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης
<b>Ενεργητικότητα</b>					
Είμαι συνέχεια κουρασμένος/ η	858	11.605	17.906	0.611	(10.405,12.804)
Το κάθε τι χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια	858	12.867	17.559	0.599	(11.691,14.044)
Κουράζομαι εύκολα	858	5.287	9.952	0.340	(4.620, 5.954)

Στο πίνακα 4.2.1.β (συνέχεια) Η ανώτερη μέση τιμή με 3.05 παρατηρείται στην ερώτηση που αναφέρεται ότι πονάω τη νύκτα με χαμηλότερη στην ερώτηση πονάω όταν κάθομαι με 1,28.

**Πίνακας 4.2.1.β** (συνέχεια): Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τις επιμέρους υποκατηγορίες που συνθέτουν την κάθε κατηγορία του Α΄ μέρους της κλίμακας προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856).

Ερώτηση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης
<b>Πόνος</b>					
Πονάω τη νύκτα	858	3.085	5.508	0.188	(2.715,3.454)
Έχω αφόρητους πόνους	858	2.393	6.446	0.220	(1.961,2.825)
Πονάω όταν αλλάζω στάση	858	1.898	3.921	0.134	(1.635,2.161)
Πονάω όταν περπατώ	858	1.948	4.253	0.145	(1.663, 2.233)
Πονάω όταν στέκομαι όρθιος/α	858	1.765	3.566	0.122	(1.526,2.004)
Πονάω συνέχεια	858	1.921	6.035	0.206	(1.516, 2.325)
Πονάω όταν ανεβοκατεβαίνω τις σκάλες	858	1.3794	2.4792	0.0846	(1.2132, 1.5455)
Πονάω όταν κάθομαι	858	1.284	3.440	0.117	(1.053, 1.514)

Στο πίνακα 4.2.1.β (συνέχεια), στη ερώτηση οι καταστάσεις (που βιώνω) με καταβάλλουν παρατηρείται η μεγαλύτερη μέση τιμή με 2,97 με χαμηλότερη 0,57, οι μέρες μου μοιάζουν ατελείωτες η οποία είναι και η καλύτερη από όλες τις υπόλοιπες υποκατηγορίες.

**Πίνακας 4.2.1.β** (συνέχεια): Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τις επιμέρους υποκατηγορίες που συνθέτουν την κάθε κατηγορία

του Α΄ μέρους της κλίμακας προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856).

Ερώτηση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης
<b>Συναισθηματικές Αντιδράσεις</b>					
Οι καταστάσεις (που βιώνω) με καταβάλλουν	858	2.977	4.726	0.161	(2.661,3.294)
Έχω ξεχάσει πως είναι να απολαμβάνω τη ζωή μου	858	1.736	3.628	0.124	(1.493,1.979)
Τα νεύρα μου είναι πολύ τεντωμένα	858	1.717	3.075	0.105	(1.511,1.923)
Οι μέρες μου μοιάζουν ατελείωτες	858	0.5776	1.9391	0.0662	(0.4477,0.7076)
Χάνω εύκολα την ψυχραιμία μου αυτές τις μέρες	858	2.298	4.143	0.141	(2.020, 2.575)
Αισθάνομαι ότι χάνω τον έλεγχο	858	1.777	4.662	0.159	(1.465, 2.090)
Οι έννοιες δεν με αφήνουν να κοιμηθώ τη νύκτα	858	2.829	5.612	0.192	(2.453, 3.205)
Αισθάνομαι ότι η ζωή μου δεν έχει καμία αξία	858	1.266	4.352	0.149	(0.974, 1.557)
Ξυπνώ με μελαγχολική διάθεση	858	1.946	4.428	0.151	(1.649, 2.242)



Στο πίνακα 4.2.1.β (συνέχεια), στη υποκατηγορία ύπνος του Α΄ μέρους της κλίμακας προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856) παρατηρείται υψηλότερη μέση τιμή με 4,03 στη ερώτηση δεν με παίρνει εύκολα ύπνος με χαμηλότερη με 2,42 παίρνω χάπια για να κοιμηθώ.

**Πίνακας 4.2.1.β (συνέχεια):** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τις επιμέρους υποκατηγορίες που συνθέτουν την κάθε κατηγορία του Α΄ μέρους της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856).

Ερώτηση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης
<b>Ύπνος</b>					
Παίρνω χάπια για να κοιμηθώ	858	2.425	6.958	0.238	(1.958,2.891)
Ξυπνώ υπερβολικά νωρίς το πρωί	858	3.736	5.748	0.196	(3.351, 4.121)
Μένω ξύπνιος/ά στο κρεβάτι σχεδόν όλη τη νύκτα	858	3.272	8.865	0.303	(2.678, 3.866)
Δεν με παίρνει εύκολα ύπνος	858	4.034	6.981	0.238	(3.567, 4.502)
Κοιμάμαι άσχημα τη νύκτα	858	3.288	7.785	0.266	(2.766, 3.810)

Στο πίνακα 4.2.1.β (συνέχεια), παρατηρείται καλύτερη μέση τιμή στη ερώτηση δυσκολεύομαι να τα πάω καλά με τους ανθρώπους με 0,98 και χειρότερη στη ερώτηση αισθάνομαι μοναξιά με 3,64.

**Πίνακας 4.2.1.β** (συνέχεια): Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τις επιμέρους υποκατηγορίες που συνθέτουν την κάθε κατηγορία του Α΄ μέρους της κλίμακας προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856).

Ερώτηση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης
<b>Κοινωνική Απομόνωση</b>					
Αισθάνομαι μοναξιά	858	3.643	8.184	0.279	(3.094,4.191)
Δυσκολεύομαι να έρθω σε επαφή με άλλους ανθρώπους	858	1.286	4.824	0.165	(0.963, 1.609)
Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχει κανείς που να νιώθω κοντά μου	858	2.628	6.786	0.232	(2.173, 3.082)
Αισθάνομαι ότι είμαι βάρος στους άλλους	858	1.838	6.171	0.211	(1.425, 2.252)
Δυσκολεύομαι να τα πάω καλά με τους ανθρώπους	858	0.986	3.847	0.131	(0.729, 1.244)

Στο πίνακα 4.2.1.β (συνέχεια), στη μεταβλητή της κινητικότητας παρατηρείται καλύτερη μέση τιμή στη ερώτηση χρειάζομαι βοήθεια όταν περπατώ έξω από το σπίτι με 0,59 και υψηλότερη, δυσκολεύομαι να στέκομαι όρθιος/α για πολύ με 3,29.

**Πίνακας 4.2.1.β** (συνέχεια): Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τις επιμέρους υποκατηγορίες που συνθέτουν την κάθε κατηγορία του Α΄ μέρους της κλίμακας προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856).

Ερώτηση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τυπικό Σφάλμα	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης
<b>Κινητικότητα</b>					
Μπορώ να περπατώ μόνο μέσα στο σπίτι	858	1.305	3.656	0.125	(1.060,1.550)
Μου είναι δύσκολο να σκύβω	858	2.254	4.332	0.148	(1.964,2.545)
Δεν μπορώ να περπατήσω καθόλου	858	0.770	3.977	0.136	(0.503, 1.036)
Δυσκολεύομαι να ανεβώ και να κατεβώ σκάλες	858	2.427	4.508	0.154	(2.125, 2.729)
Δυσκολεύομαι να απλώσω τα χέρια μου για να φθάσω κάτι	858	1.181	3.099	0.106	(0.974, 1.389)
Δυσκολεύομαι να ντυθώ μόνος/ή	858	0.897	3.242	0.111	(0.679, 1.114)
Δυσκολεύομαι να στέκομαι όρθιος/α για πολύ	858	3.290	5.104	0.174	(2.948, 3.632)
Χρειάζομαι βοήθεια όταν περπατώ έξω από το σπίτι	858	0.5916	2.6769	0.0914	(0.4122, 0.7710)

Από τον Πίνακα 4.2.1.γ παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του υπό μελέτη πληθυσμού απάντησε αρνητικά στις ερωτήσεις του Β' μέρους. Εντυπωσιακό είναι ότι 58,6% του δείγματος δεν έδωσε ούτε μία θετική απάντηση, ενώ η πλειοψηφία των υπολοίπων έδωσαν μία – δύο θετικές απαντήσεις από τις επτά που περιλαμβάνονται στο Β' μέρος.

**Πίνακας 4.2.1.γ:** Η ποσοστιαία κατανομή των θετικών και αρνητικών απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού στις ερωτήσεις του Β' μέρους της κλίμακας Nottingham

<b>Μήπως η παρούσα κατάσταση υγείας σας προκαλεί προβλήματα:</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>
Στη δουλειά; (για την οποία πληρώνεστε)	16.4	83.6
Στη φροντίδα του σπιτιού; (πχ καθάρισμα και μαγείρεμα, στο φτιάξιμο επισκευών, δύσκολες δουλειές του σπιτιού, κτλ.)	27.4	72.6
Στην κοινωνική ζωή; ( πχ εξόδους, επισκέψεις σε φίλους, παρακολούθηση ταινιών στο κινηματογράφο)	15.7	84.3
Στην οικογενειακή ζωή; (πχ σχέσεις με τα άτομα του περιβάλλοντος σου – συγγενείς, οικογένεια)	12.7	87.3
Στην ερωτική ζωή;	18.5	81.5
Στα ενδιαφέροντα και τις ασχολίες σας; (αθλήματα, τέχνες)	19.5	80.5
Στις διακοπές σας; (πχ καλοκαιρινές ή χειμερινές διακοπές ή τα Σαββατοκυρίακα)	12.0	88.0

Στον Πίνακα 4.2.1.δ αποτυπώνεται η κατανομή του συνολικού αριθμού των θετικών απαντήσεων που έδωσε ο υπό μελέτη πληθυσμός. Παρατηρείται ότι το εύρος των απαντήσεων κυμαίνεται από 0 – 7 με το 0 να σημαίνει ό α η παρούσα κατάσταση υγείας τους δεν τους προκαλεί προβλήματα και το 7 να υποδηλώνει ότι η παρούσα κατάσταση υγείας τους προκαλεί προβλήματα. Το 86,9% υποστηρίζει ότι η παρούσα κατάσταση υγείας του προκαλεί ελάχιστα προβλήματα (0-3 θετικές απαντήσεις) σε σύγκριση με 13,1% (4-7 θετικές απαντήσεις) οι οποίοι δηλώνουν ότι η παρούσα κατάσταση υγείας του προκαλεί αρκετά προβλήματα.

**Πίνακας 4.2 1.δ:** Η κατανομή του αριθμού των θετικών απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού στις ερωτήσεις του Β' μέρους.

	N	%
0	501	58.6
1.00	116	13.6
2.00	80	9.4
3.00	46	5.4
4.00	32	3.7
5.00	18	2.1
6.00	21	2.5
7.00	41	4.8
Σύνολο	855	100.0

Από τον Πίνακα 4.2.2.α παρατηρείται ότι οι άνδρες έχουν καλύτερη προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους από εκείνη των γυναικών για κάθε κατηγορία της κλίμακας προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham). Οι διαφορές που παρατηρούνται στις μέσες τιμές κάθε μίας μεταβλητής, μεταξύ των ανδρών και των γυναικών είναι στατιστικά σημαντικές (Πίνακας 4.2.2.β).

**Πίνακας 4.2.2.α:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανάλογα με το φύλο

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% διάστημα εμπιστοσύνης
Ενεργητικότητα	Άνδρας	300	21.88	30.35	18.43-25.33
	Γυναίκα	556	33.87	37,33	30.76-36.98
Πόνος	Άνδρας	300	10.88	20.71	8.52-13.23
	Γυναίκα	556	17.86	28.05	15.53-20.20
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	Άνδρας	300	12.81	19.78	10.56-15.05
	Γυναίκα	556	18.97	23.87	16.98-20.96
Ύπνος	Άνδρας	300	13.41	22.75	10.82-15.99
	Γυναίκα	556	18.30	26.84	16.06-20.53
Κοινωνική απομόνωση	Άνδρας	300	8.00	19.63	5.77-10.23
	Γυναίκα	556	11.51	22.66	9.62-13.40
Κινητικότητα	Άνδρας	300	9.75	15.91	7.94-11.55
	Γυναίκα	556	12.57	18.74	11.01-14.13

Στο Πίνακα 4.2.2.β παρατηρείται ότι το επίπεδο σημαντικότητας που αφορά τον ύπνο είναι 0.08 με  $p > 0.05$  άρα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά εν αντιθέσει με την μεταβλητή της ενεργητικότητας, του πόνου και των συναισθηματικών αντιδράσεων όπου παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά με  $P < 0,05$ .

**Πίνακας 4.2.2.β:** Το κριτήριο t και το επίπεδο σημαντικότητας των επιμέρους μεταβλητών της κλίμακας Nottingham αναφορικά με το φύλο.

Μεταβλητές	Κριτήριο t	Επίπεδο σημαντικότητας P value
Ενεργητικότητα	- 4.77	0.00
Πόνος	- 3.79	0.00
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	- 3.81	0.00
Ύπνος	- 67	0.08
Κοινωνική απομόνωση	- 2.26	0.24
Κινητικότητα	- 2.21	0.27

Στον Πίνακα 4.2.2.γ παρατηρείται ότι τα άτομα άνω των 50 ετών έχουν διπλάσιο μέσο όρο, όσον αφορά την ενεργητικότητα από εκείνο που καταγράφουν τα άτομα ηλικίας κάτω των 29 ετών υποδεικνύοντας ότι με την αύξηση της ηλικίας μειώνεται η ενεργητικότητα και κατά συνέπεια και η αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας.

Πρόσθετα, αναφορικά με τον πόνο η ηλικιακή ομάδα <29 ετών παρουσιάζει χαμηλό μέσο όρο (3.8679) πόνου σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 50 + χρονών, που καταγράφουν 21.3941. Παράλληλα, στις συναισθηματικές αντιδράσεις, τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 30 – 39 χρονών σημειώνουν μέση τιμή 10.5670 έναντι 19.4193 των ατόμων που είναι μεγαλύτερα των 50 + χρονών.

Επιπλέον, συγκρίνοντας τη μέση τιμή των ηλικιών 30–39 και των ηλικιών άνω των 50 παρατηρείται αξιοσημείωτη διαφορά όσον αφορά τον ύπνο. Επιπρόσθετα, χαμηλή μέση τιμή παρατηρείται στην κοινωνική απομόνωση στις ηλικίες 30–39 ετών έναντι των ηλικιών 50 και άνω. Τέλος, εξετάζοντας την κινητικότητα παρατηρείται ότι την χαμηλότερη μέση τιμή την παρουσιάζουν οι ηλικίες των 30 – 39 χρονών 2.9691 έναντι 16.0273 των ηλικιών 50 και άνω. Γενικά, από τον Πίνακα 4.2.2.γ. προκύπτει ότι άτομα μικρότερης ηλικίας έχουν καλύτερη αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας του. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά με  $P < 0,05$

**Πίνακας 4.2.2.γ:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας προσωπικής εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανά ηλικιακή ομάδα



	Ηλικία	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% εμπιστοσύνης	διάστημα
Ενεργητικότητα	<29 χρονών	106	18.9906	31.79503	12.393	25.588
	30 - 39 χρονών	97	17.5567	27.68535	10.660	24.453
	40 - 49 χρονών	163	23.5092	33.55268	18.189	28.829
	50 + χρονών	477	36.1845	36.74234	33.075	39.294
Πόνος	<29 χρονών	106	3.8679	10.19250	-866	8.602
	30 - 39 χρονών	97	4.5979	12.27774	-.350	9.546
	40 - 49 χρονών	163	11.0552	22.36986	7.238	14.872
	50 + χρονών	477	21.3941	29.37764	19.163	23.626
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	<29 χρονών	106	12.3019	20.05477	8.015	16.589
	30 - 39 χρονών	97	10.5670	14.88141	6.086	15.048
	40 - 49 χρονών	163	15.2699	21.46777	11.813	18.727
	50 + χρονών	477	19.4193	24.51514	17.398	21.440
Ύπνος	<29 χρονών	106	9.2264	16.99035	4.491	13.962
	30 - 39 χρονών	97	7.2577	15.38687	2.308	12.208
	40 - 49 χρονών	163	12.9325	23.10634	9.114	16.751
	50 + χρονών	477	20.9287	28.18440	18.696	23.161
Κοινωνική απομόνωση	<29 χρονών	106	7.3302	19.56027	3.267	11.394
	30 - 39 χρονών	97	4.5361	13.49233	.288	8.784
	40 - 49 χρονών	163	6.7914	18.23592	3.514	10.068
	50 + χρονών	477	13.0398	23.80154	11.124	14.955
Κινητικότητα	<29 χρονών	106	3.9434	9.28473	.726	7.161
	30 - 39 χρονών	97	2.9691	7.21609	-.395	6.333
	40 - 49 χρονών	163	7.9816	15.40341	5.387	10.576
	50 + χρονών	477	16.0273	19.79499	14.510	17.544

Στο Πίνακα 4.2.2.δ παρατηρείται ότι σε όλες τις μεταβλητές αναφορικά με την αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας του υπο μελέτη πληθυσμού ανα ηλικιακή ομάδα επίπεδο σημαντικότητας (P value)  $p < 0,05$ .

**Πίνακας 4.2.2.δ:** Ανάλυση διασποράς (Ανονα) της αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας του υπο μελέτη πληθυσμού ανα ηλικιακή ομάδα.

Μεταβλητές	F	P value
Ενεργητικότητα	14.670	.000
Πόνος	24.662	.000
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	6.302	.000
Ύπνος	13.670	.000
Κοινωνική απομόνωση	7.133	.000
Κινητικότητα	29.142	.000

Στο Πίνακα 4.2.2.ε παρατηρείται ότι η αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανάλογα με τον τόπο κατοικίας του υπό μελέτη πληθυσμού είναι χειρότερη στο κέντρο αναφορικά με την ενεργητικότητα με μέση τιμή να κυμένεται 35,25 και με καλύτερη στα προάστια και χωριά. Επιπλέον, κατώτερη μέση τιμή παρατηρείται στα προάστια με 8,58 στην κοινωνική απομόνωση.

**Πίνακας 4.2.2.ε:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανάλογα με τον τόπο κατοικίας<sup>8</sup> του υπό μελέτη πληθυσμού.

	Κατοικία	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% εμπιστοσύνης	διάστημα
Ενεργητικότητα	ΚΕΝΤΡΟ	166	35.2530	39.06819	29.2659	41.2401
	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	345	29.5362	35.30580	25.7976	33.2749
	ΧΩΡΙΟ	342	27.1140	33.69392	23.5303	30.6977
Πόνος	ΚΕΝΤΡΟ	166	17.3855	27.46031	13.1773	21.5937
	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	345	16.2261	27.60005	13.3034	19.1488
	ΧΩΡΙΟ	342	13.6813	23.35185	11.1976	16.1650
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	ΚΕΝΤΡΟ	166	20.6928	24.55881	16.9292	24.4563
	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	345	15.1739	22.13289	12.8302	17.5176
	ΧΩΡΙΟ	342	16.5965	22.24710	14.2303	18.9627
Ύπνος	ΚΕΝΤΡΟ	166	19.8554	29.18556	15.3828	24.3280
	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	345	15.4174	24.69664	12.8022	18.0326
	ΧΩΡΙΟ	342	16.1287	24.52866	13.5198	18.7375
Κοινωνική απομόνωση	ΚΕΝΤΡΟ	166	12.4759	22.63564	9.0071	15.9447
	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	345	8.5826	19.82231	6.4836	10.6817
	ΧΩΡΙΟ	342	10.9678	23.02546	8.5188	13.4168
Κινητικότητα	ΚΕΝΤΡΟ	166	14.0783	19.15613	11.1427	17.0139
	ΠΡΟΑΣΤΙΟ	345	11.7884	18.62057	9.8166	13.7602
	ΧΩΡΙΟ	342	10.0497	16.01723	8.3461	11.7533

<sup>8</sup> Οι περιοχές που περιλαμβάνονται στην κατηγορία κέντρο, στην κατηγορία προάστιο και στην κατηγορία χωριό είναι οι ακόλουθες: Κέντρο: Παλαιό Γενικό Νοσοκομείο. Προάστια: Λακατάμεια, Αγλατζιά, Στρόβολος, Καϊμακλί, Άγιος Δομέτιος, Έγκωμη, Ανθούπολη, Συνικιοσμός Στρόβολος 2. Χωριά: Κάμπος, Πεδουλάς, Ευρύχου, Ακάκι, Παλαιχώρι, Κλήρου, Δάλι, Λατσιά, Τσέρι.

Από τον Πίνακα 4.2.2.ζ προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε ότι αφορά την ενεργητικότητα ( $p > 0,05$ ). Πρόσθετα, ο τόπος διαμονής δεν παίζει ρόλο στο επίπεδο κινητικότητας, στον ύπνο και στον πόνο. Παράλληλα όμως οι κάτοικοι εκτός πόλεων δηλαδή των προαστίων και των χωριών παρουσιάζουν καλύτερες συναισθηματικές αντιδράσεις με  $p < 0,036$ .

**Πίνακας 4.2.2.ζ:** Ανάλυση διασποράς (Ανοva) των πιο κάτω μεταβλητών που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με  $p < 0,05$  ανάλογα με τον τόπο κατοικίας του υπό μελέτη πληθυσμού.

Μεταβλητές	Κριτήριο t	Επίπεδο σημαντικότητας P value
Ενεργητικότητα	2.951	.053
Πόνος	1.410	.245
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	3.349	.036
Ύπνος	1.772	.171
Κοινωνική απομόνωση	2.076	.126
Κινητικότητα	2.942	.053

Στον Πίνακα 4.2.2.η παρατηρείται ότι τα άτομα που έχουν χαμηλότερο εισόδημα έχουν ψηλότερο μέσο όρο με χαμηλά επίπεδα ενεργητικότητας και αντίθετα τα άτομα που έχουν ψηλό εισόδημα έχουν χαμηλότερο μέσο όρο. Σε όλες τις μεταβλητές παρατηρείται ότι ο μέσος όρος είναι χαμηλότερος σε εκείνους που έχουν μεγαλύτερο εισόδημα.

**Πίνακας 4.2.2.η:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανά κατηγορία ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος<sup>9</sup>.

	Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
Ενεργητικότητα	<= €3.543	255	44.7294	38.91917	39.9297	49.5291
	€3.544-€17.086	197	32.2538	35.09327	27.3229	37.1847
	€17.087-€25.629	130	18.9769	27.56935	14.1929	23.7610
	€25.630-€34.172	86	22.6047	31.22001	15.9111	29.2982
	€34.173-€42.715	55	18.0364	29.40393	10.0874	25.9854
	€42.716-€51.258	36	12.1389	24.62653	3.8065	20.4713
	€51.259-€59.801	25	24.1600	34.53462	9.9048	38.4152
	>=€59.802	24	14.8333	29.16768	2.5169	27.1498

<sup>9</sup> Ο διαχωρισμός των κατηγοριών εισοδήματος πραγματοποιήθηκε από στοιχεία της Κυπριακής Στατιστικής Υπηρεσίας ([www.mof.Gov.cy/cystat,2008](http://www.mof.Gov.cy/cystat,2008)).

**Πίνακας 4.2.2.η** ( συνέχεια): Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανά κατηγορία ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος.

	Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
Πόνος	<= €5.543	255	27.4980	31.68582	23.5904	31.4057
	€5.544-€7.086	197	13.5736	22.97649	10.3452	16.8020
	€7.087-€25.629	130	8.5692	19.87556	5.1203	12.0182
	€25.630-€34.172	86	9.6163	19.28496	5.4816	13.7510
	€34.173-€42.715	55	9.2909	21.27568	3.5393	15.0425
	€42.716-€1.258	36	3.1111	7.50534	.5717	5.6506
	€1.259-€9.801	25	13.4400	25.56867	2.8858	23.9942
	>=€9.802	24	9.7083	22.92232	.0291	19.3876
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	<= €5.543	255	25.7451	26.49947	22.4770	29.0132
	€5.544-€7.086	197	16.7259	21.74636	13.6703	19.7815
	€7.087-€25.629	130	13.3846	20.03964	9.9072	16.8621
	€25.630-€34.172	86	10.8372	17.87266	7.0053	14.6691
	€34.173-€42.715	55	10.6364	19.04319	5.4883	15.7845
	€42.716-€1.258	36	3.9167	9.19122	.8068	7.0265
	€1.259-€9.801	25	13.2000	23.62731	3.4471	22.9529
	>=€9.802	24	7.9167	12.34263	2.7048	13.1285

**Πίνακας 4.2.2.η** ( συνέχεια): Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανά κατηγορία ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος.

	Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
Υπνος	<= €5.543	255	25.9804	31.33681	22.1158	29.8450
	€5.544-€17.086	197	15.3553	23.42042	12.0645	18.6461
	€17.087-€25.629	130	12.1615	21.81807	8.3755	15.9476
	€25.630-€34.172	86	13.5233	22.99347	8.5934	18.4531
	€34.173-€42.715	55	10.7455	20.14045	5.3007	16.1902
	€42.716-€51.258	36	7.2500	10.89266	3.5645	10.9355
	€51.259-€59.801	25	16.8800	27.53380	5.5146	28.2454
	>=€59.802	24	4.6667	13.53792	-1.0499	10.3832
Κοινωνική απομόνωση	<= €5.543	255	18.6078	26.19827	15.3769	21.8388
	€5.544-€17.086	197	8.6853	21.20893	5.7052	11.6653
	€17.087-€25.629	130	5.4615	16.16732	2.6561	8.2670
	€25.630-€34.172	86	7.3023	19.55810	3.1091	11.4956
	€34.173-€42.715	55	6.1455	16.08935	1.7959	10.4950
	€42.716-€51.258	36	1.2222	5.11084	-.5070	2.9515
	€51.259-€59.801	25	8.8000	27.73686	-2.6492	20.2492
	>=€59.802	24	3.2083	7.40728	.0805	6.3362

**Πίνακας 4.2.2.η** (συνέχεια): Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανά κατηγορία ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος.

	Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
Κινητικότητα	<= €8.543	255	20.3569	20.75604	17.7971	22.9166
	<del>€8.544-€17.086</del>	197	9.8426	16.21635	7.5641	12.1212
	<del>€17.087-€25.629</del>	130	6.4154	14.36770	3.9222	8.9086
	<del>€25.630-€34.172</del>	86	7.4186	14.41361	4.3283	10.5089
	<del>€34.173-€42.715</del>	55	6.6727	12.61547	3.2623	10.0832
	<del>€42.716-€51.258</del>	36	3.7778	6.65952	1.5245	6.0310
	<del>€51.259-€59.801</del>	25	10.1600	19.77094	1.9990	18.3210
	>=€59.802	24	7.1250	16.59574	.1172	14.1328



Στον Πίνακα 4.2.2.θ. υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με  $p < 0,05$  και στις έξι μεταβλητές ανά κατηγορία ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος.

**Πίνακας 4.2.2.θ:** Ανάλυση διασποράς (Ανοva) των πιο κάτω μεταβλητών που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με  $p < 0,05$  ανά κατηγορία ετήσιου οικογενειακού εισοδήματος

Μεταβλητές	Κριτήριο t	Επίπεδο σημαντικότητας P value
Ενεργητικότητα	12.681	.000
Πόνος	12.717	.000
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	10.333	.000
Ύπνος	7.683	.000
Κοινωνική απομόνωση	8.518	.000
Κινητικότητα	14.439	.000

Στον Πίνακα 4.2.2.1 παρατηρείται ότι το δείγμα του υπό μελέτη πληθυσμού που έχει κάποια αποταμίευση έχει καλύτερο επίπεδο υγείας από εκείνους οι οποίοι δεν έχουν αποταμίευση.

**Πίνακας 4.2.2.1:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανάλογα με την πραγματοποίηση ή όχι αποταμίευσης

	Αποταμίευση	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	95% διάστημα εμπιστοσύνης	
Ενεργητικότητα	Όχι	637	32.1146	36.50585	29.367	34.862
	Ναι	207	22.734	31.41122	17.915	27.554
Πόνος	Όχι	637	17.4411	27.64189	15.438	19.444
	Ναι	207	9.4783	18.79083	5.964	12.992
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	Όχι	637	18.5181	23.82619	16.760	20.276
	Ναι	207	11.7874	18.31131	8.704	14.871
Ύπνος	Όχι	637	17.5369	27.12893	15.542	19.532
	Ναι	207	14.0097	20.45834	10.509	17.510
Κοινωνική απομόνωση	Όχι	637	11.6013	23.16019	9.914	13.289
	Ναι	207	6.5169	16.39436	3.556	9.477
Κινητικότητα	Όχι	637	12.5965	18.67798	11.219	13.974
	Ναι	207	8.2609	14.32255	5.845	10.677

Στον Πίνακα 4.2.2.κ παρατηρείται το επίπεδο σημαντικότητας των επιμέρους μεταβλητών της κλίμακας Nottingham ανάλογα με την πραγματοποίηση ή όχι αποταμίευσης και παρατηρείται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα στον πόνο και τις συναισθηματικές αντιδράσεις με  $P < 0,05$  σε αντίθεση με τον ύπνο με  $P > 0,05$ .

**Πίνακας 4.2.2.κ:** Το κριτήριο t και το επίπεδο σημαντικότητας των επιμέρους μεταβλητών της κλίμακας Nottingham ανάλογα με την πραγματοποίηση ή όχι αποταμίευσης.

Μεταβλητές	Κριτήριο t	Επίπεδο σημαντικότητας P value
Ενεργητικότητα	3.319	.001
Πόνος	3.864	.000
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	3.722	.000
Ύπνος	1.718	.086
Κοινωνική απομόνωση	2.929	.003
Κινητικότητα	3.060	.002

Στο Πίνακα 4.2.2.λ παρατηρείται ότι οι διευθυντές και τα ανώτατα διευθυντικά στελέχη παρουσιάζουν καλύτερη αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας τους από εκείνη των κατώτερων κοινωνικο-οικονομικών τάξεων. Πρόσθετα παρατηρείται χειρότερο επίπεδο ενεργητικότητας με μέση τιμή 43.35 στις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις με καλύτερο επίπεδο να παρουσιάζεται στις ανώτερες με μέση τιμή να κυμένεται στο 18.16. Παράλληλα υψηλή μέση τιμή παρατηρείται στις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις σε όλες τις άλλες μεταβλητές, κυρίως εκείνη του πόνου και του ύπνου εν αντιθέση με τις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις.

**Πίνακας 4.2.2.λ:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανά κοινωνικόοικονομική τάξη με βάση την κλίμακα Esomar.

Esomar		Ενεργητικότητα		Πόνος		Συναισθηματικές Αντιδράσεις		Ύπνος		Κοινωνική ή απομόνωση		Κινητικότητα	
A	N	171		171		171		171		171		171	
	Μέση τιμή	18.1637		10.2105		10.5614		12.4912		6.3099		7.1228	
	Τυπική απόκλιση	29.73228		20.92092		18.65131		22.79741		18.18735		14.74218	
	Διάστημα Εμπιστοσύνης	13.039	23.289	6.464	13.957	7.243	13.879	8.737	16.245	3.138	9.482	4.573	9.673
B	N	39		39		39		39		39		39	
	Μέση τιμή	27.4103		8.8718		12.6154		12.3077		6.4103		6.0256	
	Τυπική απόκλιση	33.89824		16.44317		18.66973		17.78846		19.42965		14.00092	
	Διάστημα Εμπιστοσύνης	16.679	38.142	1.028	16.716	5.668	19.563	4.447	20.169	- .232	13.052	.686	11.366

**Πίνακας 4.2.2.λ (συνέχεια):** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανά κοινωνικόοικονομική τάξη με βάση την κλίμακα Esomar.

	Esomar	Ενεργητικότητα		Πόνος		Συναισθηματικές Αντιδράσεις		Ύπνος		Κοινωνική απομόνωση		Κινητικότητα	
C1	N	104		104		104		104		104		104	
	Μέση τιμή	22.2115		8.0096		13.6635		12.3750		5.3750		6.2500	
	Τυπική απόκλιση	31.16155		18.37025		19.82036		21.05019		14.91021		14.13372	
Διάστημα Εμπιστοσύνης	15.640	28.783	3.206	12.813	9.409	17.918	7.561	17.189	1.308	9.442	2.980	9.520	
C2	N	153		153		153		153		153		153	
	Μέση τιμή	20.9346		8.1634		12.0131		9.5229		4.4052		6.2810	
	Τυπική απόκλιση	29.59545		17.17919		18.26594		19.32890		14.04899		10.78038	
Διάστημα Εμπιστοσύνης	15.516	26.353	4.203	12.124	8.505	15.521	5.554	13.492	1.052	7.759	3.585	8.977	
D	N	45		45		45		45		45		45	
	Μέση τιμή	36.6000		18.5111		19.9333		19.1778		13.1778		13.3111	
	Τυπική απόκλιση	38.24229		28.68609		22.48272		25.46324		23.06738		19.92580	
Διάστημα Εμπιστοσύνης	26.609	46.591	11.209	25.813	13.466	26.401	11.860	26.496	6.994	19.361	8.340	18.282	

**Πίνακας 4.2.2.λ** (συνέχεια): Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για κάθε κατηγορία της κλίμακας αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανά κοινωνικόοικονομική τάξη με βάση την κλίμακα Esomar.

	Esomar	Ενεργητικότητας		Πόνος		Συναισθηματικές Αντιδράσεις		Ύπνος		Κοινωνική απομόνωση		Κινητικότητα	
E1	N	20		20		20		20		20		20	
	Μέση τιμή	43.3500		21.6000		20.3500		26.7500		15.2500		17.0500	
	Τυπική απόκλιση	39.37442		29.41428		24.51482		36.13698		25.79856		23.21858	
	Διάστημα Εμπιστοσύνης	28.364	58.336	10.646	32.554	10.648	30.052	15.773	37.727	5.975	24.525	9.593	24.507
E2	N	10		10		10		10		10		10	
	Μέση τιμή	25.1000		32.1000		28.8000		16.2000		18.6000		17.8000	
	Τυπική απόκλιση	34.18398		35.55418		26.28815		22.96277		30.53668		20.47112	
	Διάστημα Εμπιστοσύνης	3.907	46.293	16.609	47.591	15.080	42.520	.676	31.724	5.483	31.717	7.254	28.346
E3	N	24		24		24		24		24		24	
	Μέση τιμή	35.5833		19.4583		26.0417		20.2500		15.7500		15.0417	
	Τυπική απόκλιση	33.97047		31.84470		33.43583		26.45792		30.53188		18.33381	
	Διάστημα Εμπιστοσύνης	21.903	49.264	9.459	29.457	17.185	34.898	10.229	30.271	7.283	24.217	8.234	21.849

Στον Πίνακα 4.2.2.μ παρατηρείται ότι τα άτομα από τις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις έχουν καλύτερη αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους.

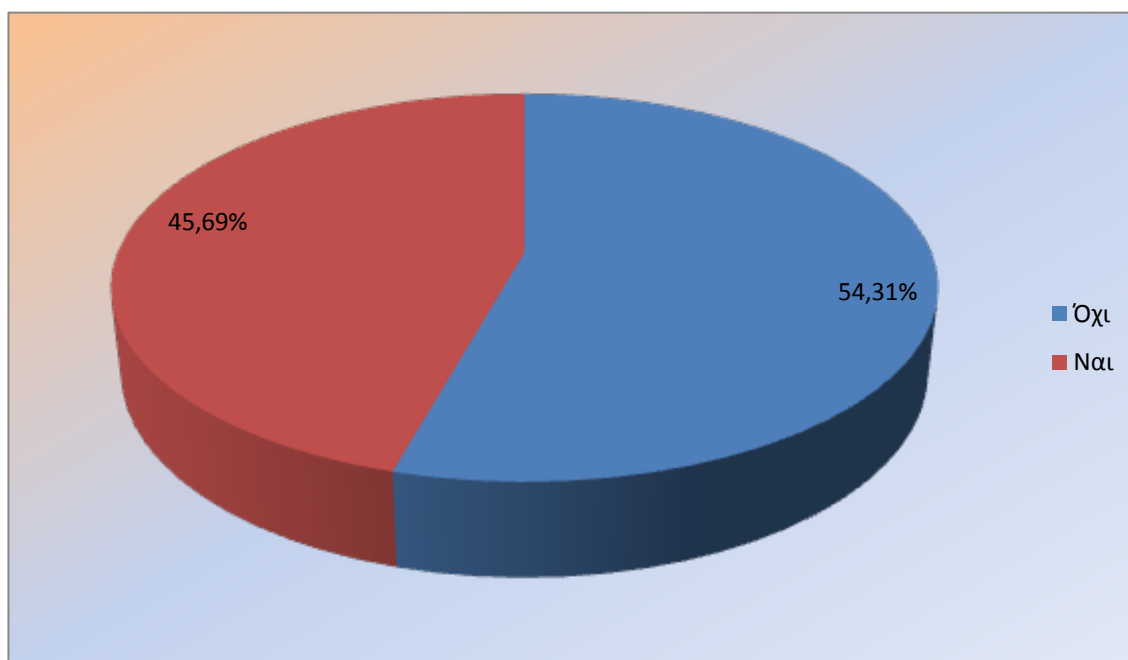
**Πίνακας 4.2.2.μ:** Ανάλυση διασποράς (Ανοva) των πιο κάτω μεταβλητών που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με  $p < 0,05$  ανά κοινωνικό-οικονομική τάξη με βάση την κλίμακα Esomar.

	F	P-value
Ενεργητικότητα	3.683	.001
Πόνος	4.245	.000
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	3.734	.001
Ύπνος	2.536	.014
Κοινωνική απομόνωση	3.222	.002
Κινητικότητα	3.998	.000

### 4.3 Χρήση των υπηρεσιών υγείας και πρόσβαση σε αυτές

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας του υπό μελέτη πληθυσμού, κατά τη διάρκεια του προηγούμενου έτους (της έρευνας) και περιγράφονται τυχόν δυσκολίες πρόσβασης σε αυτές. Από το Σχεδιάγραμμα 4.3 προκύπτει ότι περίπου το 50% του υπό μελέτη πληθυσμού δήλωσε πως ενώ χρειάστηκε ιατρική συμβουλή, κατά τους τελευταίους 12 μήνες παρέλειψε να τη ζητήσει. Σαν κύριους λόγους που παρέλειψαν να ζητήσουν ιατρική συμβουλή ανέφεραν την λίστα αναμονής και ότι περίμεναν μήπως το πρόβλημα υποχωρήσει / βελτιωθεί από μόνο του.

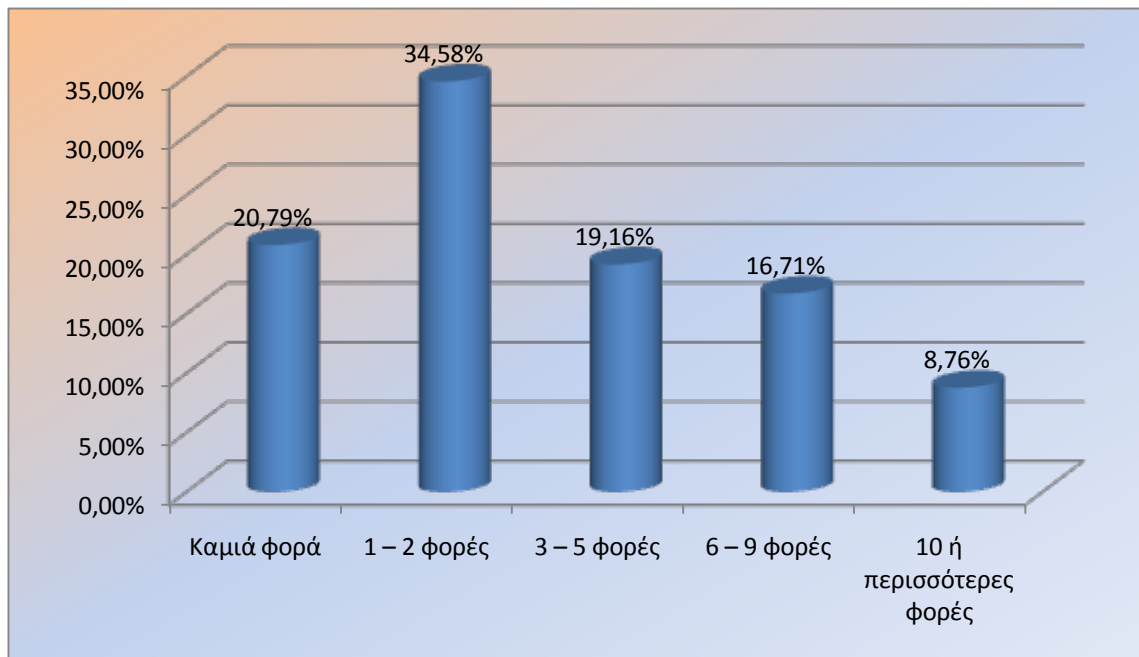
Ίσως κάποια άτομα να αντιμετωπίζουν κάποιες δυσκολίες στην πρόσβαση των ΥΥ στο δημόσιο τομέα επειδή δεν έχει υλοποιηθεί ακόμη το Γενικό σύστημα υγείας όπου η Π.Φ.Υ να παρέχεται δωρεάν ανεξάρτητα από το εισόδημα είτε στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είτε μέσω των ασφαλιστικών ταμείων.



**Σχεδιάγραμμα 4.3:** Η ποσοστιαία κατανομή του υπό μελέτη πληθυσμού ανάλογα με το αν χρειάστηκε αλλά παρέλειψε να ζητήσει ιατρική συμβουλή κατά τους τελευταίους 12 μήνες.



Στό Σχεδιάγραμμα 4.4 φαίνεται η συχνότητα με την οποία επισκέφθηκαν οι ερωτηθέντες γιατρούς σε ετήσια βάση. Οι περισσότεροι των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι επισκέπτονται 1-2 φορές σε ετήσια βάση με ποσοστό 34,58%. Από την Εικόνα παρατηρούμε ότι μεγάλο ποσοστό της τάξεως 20,79% δεν επισκέφτηκε καμιά φορά γιατρό.



**Σχεδιάγραμμα 4.4:** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τη συχνότητα επίσκεψης γιατρών (εκτός οδοντιάτρων και οφθαλμιάτρων) σε ετήσια βάση.

Στον Πίνακα 4.3.1. παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τον κύριο λόγο που δεν συμβουλευτήκαν γιατρό για δικό τους πρόβλημα υγείας. Το 25,3% αναφέρει ως κύριο λόγο την λίστα αναμονής, ενώ 22,5% δήλωσε ότι ανέμενε το πρόβλημα υγείας να υποχωρήσει / βελτιωθεί από μόνο του.

**Πίνακας 4.3.1. :** Η ποσοστιαία κατανομή των απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού αναφορικά με τον κύριο λόγο που δεν συμβουλευτήκε γιατρό για δικό του πρόβλημα υγείας

	Συχνότητα	%
Δεν είχα την οικονομική δυνατότητα	70	17.7
Λίστα αναμονής	100	25.3
Έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας ή φροντίδας παιδιών ή άλλων ατόμων	80	20.2
Μεγάλη απόσταση από το γιατρό/δεν υπάρχουν μέσα συγκοινωνίας	20	5.1
Φόβος για το γιατρό, τα νοσοκομεία, τις εξετάσεις, τη θεραπεία	12	3.0
Περίμενα μήπως το πρόβλημα υποχωρήσει / βελτιωθεί από μόνο του	89	22.5
Δεν γνώριζα κάποιο καλό γιατρό	8	2.0
Άλλος λόγος	17	4.3

#### 4.4 Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μεταξύ προσωπικής αντίληψης της υγείας και προσβασιμότητας στο σύστημα υγείας.

Από τον Πίνακα 4.4.1.α προκύπτει ότι τα άτομα τα οποία δήλωσαν πώς παρέλειψαν να κάνουν χρήση υπηρεσιών υγείας κατά το τελευταίο έτος, εκφράζουν χειρότερη προσωπική αντίληψη (σε σχέση με όσους δεν παρέλειψαν) όσον αφορά την ενεργητικότητα, τον πόνο, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, τον ύπνο και την κινητικότητα

**Πίνακας 4.4.1.α** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την προσωπική αντίληψη της κατάστασης της υγείας για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856) σε σχέση με το αν παρέλειψαν ή όχι να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, ενώ την είχαν ανάγκη.

Παραλείψατε να ζητήσετε ιατρική συμβουλή ενώ την είχατε ανάγκη;		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
Ενεργητικότητα	Όχι	466	26.7704	35.11714	23,5820	29,9588
	Ναι	392	33.0306	35.62161	29,5043	36,5569
Πόνος	Όχι	466	13.5107	25.68479	11,1787	15,8427
	Ναι	392	17.6862	25.99372	15,1130	20,2594
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	Όχι	466	16.0601	23.12976	13,9601	18,1601
	Ναι	392	17.6556	22.14752	15,4632	19,8481
Ύπνος	Όχι	466	16.3348	26.84731	13,8972	18,7723
	Ναι	392	16.8010	23.96942	14,4282	19,1738
Κοινωνική απομόνωση	Όχι	466	10.4335	21.58705	8,4735	12,3934
	Ναι	392	10.1607	21.87870	7,9949	12,3266
Κινητικότητα	Όχι	466	10.8841	18.41550	9,2121	12,5561
	Ναι	392	12.4158	17.07972	10,7250	14,1066

Στον Πίνακα 4.4.1.β παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με  $p < 0,05$  σε σχέση με το αν παρέλειψαν ή όχι να ζητήσουν ιατρική συμβουλή, ενώ την είχαν ανάγκη στις μεταβλητές της ενεργητικότητα, του πόνου, εν αντιθέσει με τις μεταβλητές του ύπνου, των συναισθηματικών αντιδράσεων, της κινητικότητας και της κοινωνικής απομόνωσης όπου δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα .

**Πίνακας 4.4.1.β:** Κριτήριο t των πιο κάτω μεταβλητών που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με  $p < 0,05$  σε σχέση με το αν παρέλειψαν ή όχι να ζητήσουν ιατρική συμβουλή.

	Παραλείψατε να ζητήσετε ιατρική συμβουλή, ενώ την είχατε ανάγκη	Μέσος Όρος	T- value	P-value
Ενεργητικότητα	Ναι	33,03	-2.584	.010
	Όχι	26,77		
Πόνος	Ναι	17,68	-2.359	.019
	Όχι	13,51		
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	Ναι	17,65	-1.026	.305
	Όχι	16,06		
Ύπνος	Ναι	16,80	-.266	.790
	Όχι	16,33		
Κοινωνική απομόνωση	Ναι	10,16	.183	.855
	Όχι	10,43		
Κινητικότητα	Ναι	12,41	-1.254	.210
	Όχι	10,88		

Στον Πίνακα 4.4.1.γ παρατηρείται ότι τα άτομα τα οποία επισκέπτονται με μεγάλη συχνότητα τους γιατρούς έχουν χειρότερη προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας.

**Πίνακας 4.4.1.γ:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την προσωπική εκτίμηση κατάστασης υγείας για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856) σε σχέση με τη συχνότητα επίσκεψης γιατρών οποιασδήποτε ειδικότητας για δικό τους πρόβλημα υγείας εκτός οδοντιάτρων και οφθαλμιάτρων κατά τους 12 τελευταίους μήνες.

Εξεταζόμενες μεταβλητές	Επισκέψεις	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
Ενεργητικότητα	Καμιά φορά	178	18.2640	28.36730	14.0680	22.4600
	1 – 2 φορές	296	23.1655	32.04980	19.4994	26.8317
	3 – 5 φορές	164	32.2195	35.68678	26.7169	37.7221
	6 – 9 φορές	143	37.4336	37.74424	31.1941	43.6730
	10 ή περισσότερες φορές	75	61.3600	36.55416	52.9497	69.7703
Πόνος	Καμιά φορά	178	6.2360	16.68825	3.7675	8.7044
	1 – 2 φορές	296	10.1926	19.98779	7.9062	12.4790
	3 – 5 φορές	164	18.6829	27.38988	14.4596	22.9062
	6 – 9 φορές	143	21.2378	27.40000	16.7083	25.7672
	10 ή περισσότερες φορές	75	39.6000	37.64414	30.9389	48.2611
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	Καμιά φορά	178	14.3820	20.81178	11.3036	17.4604
	1 – 2 φορές	296	11.9561	18.20676	9.8734	14.0388
	3 – 5 φορές	164	17.5915	22.80453	14.0752	21.1077
	6 – 9 φορές	143	17.6853	21.33516	14.1584	21.2122
	10 ή περισσότερες φορές	75	38.4267	31.54498	31.1688	45.6845

**Πίνακας 4.4.1.γ** (συνέχεια): Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την προσωπική εκτίμηση κατάστασης υγείας για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856) σε σχέση με τη συχνότητα επίσκεψης γιατρών οποιασδήποτε ειδικότητας για δικό τους πρόβλημα υγείας εκτός οδοντιάτρων και οφθαλμιάτρων κατά τους 12 τελευταίους μήνες.

		N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης	
Ύπνος	Καμιά φορά	178	12.8652	22.48173	9.5397	16.1906
	1 – 2 φορές	296	9.5878	18.03685	7.5246	11.6511
	3 – 5 φορές	164	17.9878	24.78620	14.1660	21.8096
	6 – 9 φορές	143	21.0629	27.57377	16.5047	25.6211
	10 ή περισσότερες φορές	75	40.6400	37.17186	32.0875	49.1925
Κοινωνική απομόνωση	Καμιά φορά	178	9.2079	20.69871	6.1462	12.2696
	1 – 2 φορές	296	7.1858	17.67376	5.1641	9.2075
	3 – 5 φορές	164	8.4878	19.87831	5.4227	11.5529
	6 – 9 φορές	143	11.3706	21.58660	7.8022	14.9391
	10 ή περισσότερες φορές	75	27.1867	32.85829	19.6267	34.7467
Κινητικότητα	Καμιά φορά	178	4.8090	10.86629	3.2017	6.4163
	1 – 2 φορές	296	8.9932	15.09181	7.2669	10.7196
	3 – 5 φορές	164	14.2500	19.92359	11.1779	17.3221
	6 – 9 φορές	143	14.8601	16.36064	12.1556	17.5647
	10 ή περισσότερες φορές	75	26.1200	26.63109	19.9927	32.2473

Στο Πίνακα 4.4.1.δ παρατηρείται ότι σε όλες τις μεταβλητές παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με  $p < 0,05$  σε σχέση με το αν είχαν επισκεφτεί γιατρούς οποιασδήποτε ειδικότητας για δικό σας πρόβλημα υγείας εκτός οδοντιάτρων και οφθαλμιάτρων κατά τους 12 τελευταίους μήνες.

**Πίνακας 4.4.1.δ:** Η ανάλυση διασποράς (Ανοva) των πιο κάτω μεταβλητών που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με  $p < 0,05$  σε σχέση με το αν οι ερωτώμενοι είχαν επισκεφτεί γιατρούς οποιασδήποτε ειδικότητας για δικό τους πρόβλημα υγείας εκτός οδοντιάτρων και οφθαλμιάτρων κατά τους 12 τελευταίους μήνες.

	F	Sig.
Ενεργητικότητα	26.907	.000
Πόνος	31.234	.000
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	23.164	.000
Ύπνος	27.266	.000
Κοινωνική απομόνωση	14.151	.000
Κινητικότητα	25.102	.000

Στον Πίνακα 4.4.1.ε παρατηρείται ότι η μέση τιμή είναι σαφώς καλύτερη σε όλες τις μεταβλητές που αφορούν τα άτομα που έχουν ιδιωτική ασφάλιση με καλύτερη την κοινωνική απομόνωση, σε αντίθεση με τα άτομα που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση οι οποίοι παρουσιάζουν χειρότερη μέση τιμή στην ενεργητικότητα..

**Πίνακας 4.4.1.ε:** Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την προσωπική εκτίμηση κατάστασης υγείας για το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού (N=856) σε σχέση με το αν είχαν ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

	ΕΧΕΤΕ ΕΣΕΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ;	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	95% Διάστημα Εμπιστοσύνης
Ενεργητικότητα	Όχι	666	32.6562	36.24512	29,9034 35,4089
	Ναι	178	19.1798	30.58620	14,6865 23,6731
Πόνος	Όχι	666	17.0090	27.23432	14,9406 19,0774
	Ναι	178	9.7978	19.60841	6,9172 12,6783
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	Όχι	666	18.3363	23.59587	16,5443 20,1284
	Ναι	178	11.3708	18.43227	8,6630 14,0786
Ύπνος	Όχι	666	18.2928	27.16172	16,2299 20,3556
	Ναι	178	10.6067	17.99850	7,9627 13,2508
Κοινωνική απομόνωση*	Όχι	666	11.8754	23.57425	10,0850 13,6658
	Ναι	178	4.6629	11.56553	2,9639 6,3620
Κινητικότητα	Όχι	666	12.6787	18.67737	11,2602 14,0972
	Ναι	178	7.2472	13.22323	5,3046 9,1898



Στον Πίνακα 4.4.1.ζ παρατηρείται ότι σε όλες τις μεταβλητές παρουσιάζεται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με  $p < 0,05$  σε σχέση με το αν είχαν ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

**Πίνακας 4.4.1.ζ:** Η ανάλυση διασποράς (Ανονα) των πιο κάτω μεταβλητών που παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα με  $p < 0,05$  σε σχέση με το αν οι ερωτώμενοι είχαν ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

	T- value	P-value
Ενεργητικότητα	4.546	.001
Πόνος	3.310	.000
Συναισθηματικές Αντιδράσεις	3.651	.000
Ύπνος	3.571	.000
Κοινωνική απομόνωση	3.955	.000
Κινητικότητα	3.643	.000

Στον Πίνακα 4.4.1.η φαίνεται ότι οι περισσότεροι των ερωτηθέντων όσον αναφορά και τα δύο φύλα απάντησαν αρνητικά σε όλες τις ερωτήσεις. Συγκεκριμένα, 194 άνδρες και 305 γυναίκες απάντησαν όχι και στις επτά ερωτήσεις. Ταυτόχρονα, 30 άνδρες και 86 γυναίκες απάντησαν σε μια ερώτηση ναι και στις έξι όχι ενώ 41 άτομα απάντησαν και στις επτά ερωτήσεις ναι δηλαδή ότι έχουν πρόβλημα με την παρούσα κατάσταση υγείας τους. Η συντριπτική πλειοψηφία των ανδρών με 64.7% δηλώνουν ότι δεν αντιμετωπίζουν πρόβλημα με την παρούσα κατάσταση υγείας τους έναντι των γυναικών με 55.2%.

**Πίνακας 4.4.1.η:** Το πλήθος των θετικών απαντήσεων του υπό μελέτη πληθυσμού στις ερωτήσεις του Β' μέρους ανάλογα με το φύλο με βάση την κλίμακα NHP.

		Μέρος 2 NHP							Σύνολο	
		0.00	1.00	2.00	3.00	4.00	5.00	6.00		7.00
ΦΥΛΟ ΑΝΔΡΑΣ	N	194	30	29	16	10	7	6	8	300
	%	64.7%	10.0%	9.7%	5.3%	3.3%	2.3%	2.0%	2.7%	100.0%
ΓΥΝΑΙΚΑ	N	305	86	51	30	22	11	15	33	553
	%	55.2%	15.6%	9.2%	5.4%	4.0%	2.0%	2.7%	6.0%	100.0%
Σύνολο	N	499	116	80	46	32	18	21	41	853
	%	58.5%	13.6%	9.4%	5.4%	3.8%	2.1%	2.5%	4.8%	100.0%
	%	58.5%	13.6%	9.4%	5.4%	3.8%	2.1%	2.5%	4.8%	100.0%

Με την ολοκλήρωση των αποτελεσμάτων θα ακολουθήσει η συζήτηση όπου θα γίνουν ερμηνευτικά σχόλια και αξιολογικές κρίσεις επί των ευρημάτων και θα συγκριθούν με ευρήματα άλλων αντίστοιχων ερευνών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνουν ερμηνευτικά σχόλια και αξιολογικές κρίσεις επί των ευρημάτων, θα συγκριθούν με ευρήματα άλλων αντίστοιχων ερευνών και όπου χρειαστεί θα γίνουν εισηγήσεις τόσο σε επίπεδο λήψης μέτρων για την βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών των Αστικών και των Αγροτικών περιοχών της Κύπρου όσο και σε επίπεδο ερευνών για συλλογή περαιτέρω στοιχείων και πληροφοριών.

Σκοπός της έρευνας που παρουσιάστηκε ήταν η διερεύνηση της προσωπικής αντίληψης του επιπέδου υγείας των ατόμων που προσέρχονται στα Αστικά και Αγροτικά Κέντρα στη Λευκωσία. Η προσωπική αντίληψη του επιπέδου υγείας αποτελεί σημαντική ένδειξη του επιπέδου υγείας των ατόμων (Fayers & Sprangers, 2000). Καθώς, μάλιστα, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα άτομα που έχουν επίγνωση των παραγόντων που διαμορφώνουν το επίπεδο υγείας τους (Benyamini et al., 1999), είναι πιθανό χαμηλή εκτίμηση της προσωπικής υγείας να προκαλεί στο άτομο ανησυχία και άλλα αρνητικά συναισθήματα. Η εκτίμηση των παραγόντων που συμβάλλουν στη μείωση της προσωπικής αντίληψης του επιπέδου υγείας, αλλά και η μειωμένη αντίληψη υγείας είναι καταστάσεις που προκαλούν γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις (Martin & Leventhal, 2004).

Από την παρούσα έρευνα προκύπτει ότι οι γυναίκες κάνουν περισσότερη χρήση των ΥΥ από τους άνδρες.. Επίσης, τα άτομα μικρότερης ηλικίας φαίνεται να έχουν καλύτερη προσωπική αντίληψη του επιπέδου υγείας τους ( $P<0.05$ ). Παράλληλα διεφάνη ότι οι άνδρες έχουν καλύτερη προσωπική αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους από εκείνη των γυναικών ( $P<0.05$ ). Ταυτόχρονα, διεφάνη καλύτερη προσωπική αντίληψη της κατάστασης της υγείας στα άτομα που είχαν μεγαλύτερο εισόδημα, καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης και κάποια αποταμίευση. Επιπλέον παρατηρείται ότι τα άτομα από τις ανώτερες κοινωνικο-οικονομικές τάξεις έχουν καλύτερη προσωπική αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους από εκείνες των κατώτερων κοινωνικο-οικονομικών τάξεων σε όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές. Επιπρόσθετα, παρατηρείται ότι η προσωπική αντίληψη της κατάστασης της υγείας

ανάλογα με τον τόπο κατοικίας του υπό μελέτη πληθυσμού είναι χειρότερη στο κέντρο, με καλύτερη στα προάστια και τα χωριά.

Πρόσθετα, προέκυψε ότι τα άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και που επισκέπτονται πιο συχνά τους γιατρούς παρουσιάζουν χαμηλότερη προσωπική αντίληψη σε σχέση με τις μεταβλητές της ενεργητικότητας, του πόνου, των συναισθηματικών αντιδράσεων, του ύπνου και της κινητικότητας.

Η έρευνα αυτή κατέδειξε ότι η πλειοψηφία των πολιτών που επισκέπτονται τα Αστικά και Αγροτικά κέντρα υγείας στην περιοχή Λευκωσίας είναι γυναίκες, εύρημα που συμφωνεί και με τα αποτελέσματα άλλων διεθνών ερευνών όπου διαφάνηκε ότι οι γυναίκες τείνουν να είναι πιο συχνοί και συνεπείς ασθενείς από ότι οι άνδρες (Todd and Lader, 1991, Woolfolk, Lung, et al., 1999, Ekanayake, Ando, et al., 2001, Mumcu, Sur, et al., 2004, Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας, 2008).

Παράλληλα, παρατηρήθηκε ότι το σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού παρουσιάζει καλύτερη κατάσταση στην μεταβλητή που αφορά την κοινωνική απομόνωση και χειρότερη στην ενεργητικότητα. Η Κυπριακή κοινωνία διατηρεί ακμαίο τον θεσμό της οικογένειας, υπάρχει η έννοια της γειτονιάς και του καφενείου άρα δεν νιώθει κάποιος κοινωνικά απομονωμένος και συνάμα γίνεται προώθησης ενός θετικότερου τρόπου ζωής. Επίσης η φυσιογνωμία της Λευκωσίας δεν προσομοιάζει με την φυσιογνωμία της αχανούς μεγαλουπόλεως.

Επιπλέον, παρατηρείται ότι οι άνδρες έχουν καλύτερη της κατάστασης της υγείας τους από εκείνες των γυναικών για κάθε κατηγορία της κλίμακας εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (Nottingham) ανάλογα με το φύλο. Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζονται από έρευνες που διενεργήθηκαν στην Κύπρο το 2003 και 2008 σε όλες τις αστικές και τις αγροτικές περιοχές της ελεύθερης Κύπρου, όπου οι άντρες παρουσιάζονται πιο θετικοί και περισσότερο ικανοί να αντιμετωπίζουν τα προβλήματα υγείας το  $\eta$  σε σχέση με τις γυναίκες (Έρευνα υγείας 2003, σε νοικοκυριά, Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας, 2008). Επίσης, παρόμοια αποτελέσματα διεφάνησαν από έρευνα που διεξήχθη από τους Hunt et al το 1981 όπου οι άνδρες είχαν καλύτερη προσωπική αντίληψη της κατάστασης της υγείας από εκείνες των γυναικών. Φαίνεται ότι από τα παλαιότερα χρόνια οι γυναίκες παρουσίαζαν χειρότερη προσωπική αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους από εκείνη των ανδρών.

Παράλληλα, από έρευνες που έγιναν αναφορικά με τις διαφορές στο φύλο κατά την διάρκεια μιας ασθένειας διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες κάνουν περισσότερη χρήση των ΥΥ από τους άνδρες αν και αυτοί παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα υγείας (Nathanson, 1977). Επίσης, οι γυναίκες είναι πιο ευαίσθητες σε αλλαγές που αφορούν τη συναισθηματική, φυσική και κοινωνική τους κατάσταση αναφέροντας περισσότερα προβλήματα που έχουν σχέση με αυτά (Newman, 1975).

Επιπλέον, να σημειωθεί ότι από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιών και των μεταβλητών που εξετάζονται όπως τον ύπνο, τον πόνο, την ενεργητικότητα, τις συναισθηματικές αντιδράσεις και την κοινωνική απομόνωση και την κινητικότητα. Παράλληλα, προκύπτει ότι άτομα μικρότερης ηλικίας έχουν καλύτερη προσωπική αντίληψη του επιπέδου υγείας του. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά με  $P < 0.05$ . Επίσης, παρόμοια αποτελέσματα διεφάνησαν από έρευνα που διεξήχθη από τους Hunt et al το 1981. Παράλληλα, στη μελέτη των Angel et al (2001) η μεγάλη ηλικία συσχετιζόταν αρνητικά με την κακή ΠΑ της υγείας του υπό μελέτη πληθυσμού.

Σε πρόσφατη έρευνα που έγινε στην Κύπρο το 2008 παρατηρείται ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και ο βαθμός σωματικού πόνου ή ενόχλησεων που αισθάνονται (Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας, 2008). Επίσης, όπως είναι αναμενόμενο, η ηλικία φαίνεται ότι επηρεάζει την αντίληψη για την κατάσταση υγείας, καθώς, όσο μεγαλύτεροι σε ηλικία είναι οι ερωτώμενοι τόσο αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους ως χειρότερη. Παράλληλα, η προσωπική αντίληψη της κατάστασης υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών παρουσιάζει σημαντικές διαφορές στις ηλικίες 35 ετών και άνω.

Παρόμοια αποτελέσματα διεπιστώθηκαν από την έρευνα SILC που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα, το 2008 και το 2009. Το 2008, τα άτομα νεαρής ηλικίας (16-24 ετών) δήλωσαν ότι εκτιμούσαν την κατάσταση της υγείας τους ως καλή, με ποσοστό 91,2%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα άτομα άνω των 65 ετών ανέρχονταν μόλις σε 8%.

Παράλληλα, το 2009, 51,3% του υπό μελέτη πληθυσμού ηλικίας άνω τα 16 απάντησαν ό π είχαν πολύ καλό επίπεδο υγείας με μόλις 3,1% να απαντούν ότι το

επίπεδο υγείας τους ήταν πολύ κακό. Παρατηρείται επίσης ότι οι άνδρες είχαν καλύτερη προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας τους από εκείνες των γυναικών. Παρόμοια αποτελέσματα διαπιστώθηκαν και στην παρούσα έρευνα.

Επιπλέον, από τις πιο πάνω έρευνες αναφορικά με την προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας με βάση το διαθέσιμο εισόδημα του υπο μελέτη πληθυσμού, παρατηρείται ότι τα άτομα με καλύτερο εισόδημα παρουσιάζουν πολύ καλύτερο επίπεδο υγείας. Συγκεκριμένα, τα άτομα που ανήκουν στο πρώτο κατώτερο πεντημόριο διαθέσιμου εισοδήματος, δήλωσαν ότι χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως πολύ καλή σε ποσοστό 46,6%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα άτομα που ανήκουν στο πέμπτο κατώτερο πεντημόριο διαθέσιμου εισοδήματος ανήλθε στο 63,7%. Παρόμοια αποτελέσματα διεπιστώθηκαν από έρευνα που διεξήχθη από τους Angel et al (2001), όπου το χαμηλό εισόδημα σχετίζεται επίσης αρνητικά με την χαμηλή ΠΑ της υγείας.

Όσον αφορά την πρόσβαση στις ΥΥ σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε ότι περίπου το 45,69% του υπό μελέτη πληθυσμού δήλωσε πως ενώ χρειάστηκε ιατρική συμβουλή, κατά τους τελευταίους 12 μήνες παρέλειψε να τη ζητήσει σε αντίθεση με 54,31% το οποίο ανταποκρίθηκε. Οι περισσότεροι των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι επισκέπτονται 1-2 φορές σε ετήσια βάση κάποιο γιατρό με ποσοστό 34,58% ενώ μεγάλο ποσοστό 20,79% δεν επισκέφτηκε καμιά φορά γιατρό. Ως κύριο λόγο που δεν συμβουλευτήκαν γιατρό για το πρόβλημα υγείας τους, με ποσοστό 25,3% ανέφεραν τη λίστα αναμονής, ενώ 22,5% δήλωσε ότι ανέμενε το πρόβλημα υγείας να υποχωρήσει / βελτιωθεί από μόνο του. Παρόμοια έρευνα έχει γίνει από την εθνική σχολή Δημόσιας Υγείας της Ελλάδος το 2006 όπου εξετάζει το επίπεδο υγείας των πολιτών, την χρήση των ΥΥ, την ανταποκρισιμότητα και την πρόσβαση σε αυτές με σκοπό την βελτίωση των ΥΥ.

Επιπρόσθετα, σε μια ανάλογη έρευνα που έγινε από την Ελληνική Στατιστική Αρχή στην Ελλάδα για την EU-SILC (2008,2009) αναφορικά με τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας με βάση το διαθέσιμο εισόδημα προέκυψαν τα πιο κάτω αποτελέσματα: Οι περισσότεροι ερωτώμενοι, ποσοστό 92,7%, απάντησαν ότι δεν υπήρξε περίπτωση που να χρειάστηκαν πραγματικά εξέταση ή θεραπεία και δεν ανταποκρίθηκαν σε αντίθεση με το 7,3% το οποίο χρειάστηκε τουλάχιστο μία φορά αλλά δε το έπραξε. Ως κύριο λόγο που δεν συμβουλευτήκαν γιατρό για το πρόβλημα

υγείας τους, ποσοστό 54,0%, ανέφεραν το υψηλό κόστος, σε αντίθεση με το 0,3% που δήλωσε ότι δεν γνώριζε κάποιο καλό ιατρό ή ειδικό.

Παρόλα αυτά στην Ελλάδα η έρευνα έγινε στο γενικό πληθυσμό ενώ στη παρούσα έρευνα έγινε σε άτομα τα οποία είχαν προσέλθει στα κέντρα υγείας στη περιοχή Λευκωσίας μόνο. Επιπλέον, στην Κύπρο δεν έχει υλοποιηθεί ακόμη το Γενικό σύστημα υγείας και ίσως κάποια άτομα να αντιμετωπίζουν κάποιες δυσκολίες στην πρόσβαση των ΥΥ στο δημόσιο τομέα ενώ στην Ελλάδα η Π.Φ.Υ παρέχεται δωρεάν ανεξάρτητα από το εισόδημα είτε στα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων είτε μέσω των ασφαλιστικών ταμείων.

Όσον αφορά τώρα την Κύπρο σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2009 στις ελεύθερες περιοχές στο σύνολο του πληθυσμού και όχι μόνο στη Λευκωσία αναφορικά με την προσωπική αντίληψη της κατάστασης της υγείας ανα ηλικιακή ομάδα και φύλο διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ των ηλικιών και του φύλου. Τα άτομα μικρότερης ηλικίας έχουν καλύτερη προσωπική αντίληψη του επιπέδου υγείας τους από τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών κυρίως των 65 και άνω. Οι γυναίκες 16-24 ετών παρουσιάζουν καλύτερο γενικό επίπεδο υγείας με 78,3% έναντι των ανδρών με 75,7%. Ταυτόχρονα οι άνδρες αναφέρουν καλύτερο γενικό επίπεδο υγείας από εκείνο των γυναικών. Συγκεκριμένα οι άνδρες δηλώνουν με 8,7% καλύτερο γενικό επίπεδο υγείας και χειρότερο 6,7% έναντι των γυναικών οι οποίες αναφέρουν καλύτερο γενικό επίπεδο υγείας με 4,1% και χειρότερο 8,1% (Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης στα νοικοκυριά 2009). Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα που έγινε από τους Angel et al (2001).

Επιπλέον, από την έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης στα νοικοκυριά που διεξήχθη το 2009 στην Κύπρο αναφορικά με τη συχνότητα χρήσης των υπηρεσιών υγείας με βάση το διαθέσιμο εισόδημα του υπό μελέτη πληθυσμού ηλικίας 16 και άνω διαπιστώθηκε ότι τα άτομα που ανήκουν στο πρώτο κατώτερο πεντημόριο διαθέσιμου εισοδήματος, δήλωσαν ότι χρειάστηκαν τουλάχιστο μια φορά πραγματικά ιατρική εξέταση ή θεραπεία και δεν το έπραξαν σε ποσοστό 6,3% έναντι 93,75% οι οποίοι ανταποκρίθηκαν ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα άτομα που ανήκουν στο πέμπτο κατώτερο πεντημόριο διαθέσιμου εισοδήματος ανήλθε στο 2,85% έναντι 97,2%.

Ως κύριο λόγο που δεν συμβουλευτήκαν γιατρό για το πρόβλημα υγείας τους, σε ποσοστό 62,1% τα άτομα που ανήκουν στο πρώτο κατώτερο πεντημόριο διαθέσιμου εισοδήματος ανέφεραν το υψηλό κόστος. Παράλληλα, τα άτομα που ανήκουν στο πέμπτο κατώτερο πεντημόριο διαθέσιμου εισοδήματος με ποσοστό 38,7% ανέφεραν ότι λόγω εργασίας και φροντίδας παιδιών και άλλων λόγων δεν συμβουλευτήκαν γιατρό για το πρόβλημα υγείας τους.

Η έρευνα αυτή που διεξήχθη στην Κύπρο θα βοηθήσει τις ΥΥ στο να χαράξουν τεκμηριωμένη πολιτική υγείας προς την κατεύθυνση εξασφάλισης υψηλού επιπέδου υγείας για όλους τους πολίτες (ανεξάρτητα από τα κοινωνικο-οικονομικά τους χαρακτηριστικά). Παράλληλα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε επιδημιολογικές μελέτες.

Η σύγκριση δε των δεδομένων της έρευνας αυτής με άλλες είναι δύσκολη λόγω της χρήσης διαφορετικών εργαλείων μέτρησης και συγχρόνως λόγω του ότι δεν απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού. Παρόλα αυτά, παρόμοια έρευνα έγινε από τους Βιδάλης και συν 2002, συγκρίνοντας δε τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας με εκείνα παρατηρήθηκε ότι το επίπεδο υγείας του υπό μελέτη πληθυσμού ήταν καλύτερο σε όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές.

Παράλληλα, επισημαίνεται ότι η παρούσα μελέτη κατάφερε να εντοπίσει αρκετούς από τους παράγοντες που επιδρούν στο επίπεδο υγείας των πολιτών αλλά ταυτόχρονα όμως θα πρέπει να γίνει αντικείμενο μιας νέας έρευνας με ενσωμάτωση και άλλων μεταβλητών και εργαλείων μέτρησης της υποκειμενικής υγείας σε ολόκληρο το πληθυσμό της Κύπρου.

Η έρευνα αυτή μπορεί να αποτελέσει τη βάση και την αρχή για μια σειρά ερευνών που θα στοχεύουν στην καλύτερη οργάνωση των ΥΥ στην Κύπρο και γενικότερα της Π.Φ.Υ με κύριο στόχο την επίτευξη των αρχών της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της αρχής της ισότητας ή της κοινωνικής δικαιοσύνης χωρίς να τίθεται η ανάγκη της επιλογής μεταξύ οικονομικής ανάπτυξης και δίκαιης κατανομής του εισοδήματος και του πλούτου (Υφαντόπουλος, 2006).

Η πολιτική του ΥΥ και ιδιαίτερα το προτεινόμενο Γενικό σχέδιο υγείας πρέπει να εστιάζει στις ομάδες με τις περισσότερες ανάγκες και τα άτομα που έχουν δυσκολία



στην πρόσβαση στις ΥΥ (ευάλωτοι και κοινωνικά απομονωμένοι πληθυσμοί) οι οποίοι παρουσιάζουν χαμηλή εκτίμηση του επιπέδου υγείας τους.

Τέλος, η προσωπική αντίληψη του επιπέδου υγείας δεν αποτελεί μόνο μια ιδιαίτερα σημαντική ένδειξη του επιπέδου υγείας των ατόμων αλλά συνάμα και ο καλύτερος τρόπος μέτρησης της ποιότητας ζωής τους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξενόγλωσση

Angel, J.L., Buckley, C.J., Finch, B.K., *Nativity and self assessed health among pre-retirement age Hispanic and non Hispanic Whites*, IMR 2001, 35:784-803 citen in *Μετανάστριες μητέρες και υποκειμενική αντίληψη της υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(1):78-87.

Benyamini, Y., & Idler, E.L., (1999), *Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995 to 1998*. *Research on Aging*, 2, pp 392-401 citen in Karademas, E., Kafetsios, K., Sideridis, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Benyamini, Y., Idler, E.L., Leventhal, H., & Leventhal, E.A. (2000), *Positive affect and function as influences on self-assessment of health: Expanding our view beyond illness and disability*. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B, pp 107-116, citen in Karademas, E., Kafetsios, K., Sideridis, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Benyamini, Y., Leventhal, E.A., & Leventhal, H. (1999), *Self-assessments of health. What do people know that predicts their mortality?* *Research on Aging*, 21, 477-500, citen in Karademas, E., Kafetsios, K., Sideridis, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Berra, S., Borrell, C., Rajmil, L., Estrada, M-D., et al, (2006), *Perceived health status and use of healthcare Services among children and adolescents*, *European Journal of Public health*, pp 405-414.

Borg, V., Kristennsent, T.S., *Social class and self-rated health: Can the gradient be explained by differences in life style or work environment?* *Soc Sci Med* 2000, 51:1019-1030 citen in *Μετανάστριες μητέρες και υποκειμενική αντίληψη της υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(1): 78-87.

Borrell, C., Rohlf, I., Ferrando, J., M. Pasarín, I., et al (1999), *Social Inequalities in Perceived Health and the Use of Health Services in a Southern European Urban Area*, International Journal of Health Services, Volume 29, Number 4/ 1999, pp 743-764.

Chipperfield, J., (1993), *Incongruence between health perceptions and health problems*. Journal of Aging and Health, 5, 475-496, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Cioffi, D. (1991), *Beyond attentional strategies: A cognitive-perceptual model of somatic interpretation*,. Psychological Bulletin, 109, 25-41, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Dunn, J.R., Veenstra, G., & Ross, N., (2006), *Psychosocial and neo-material dimensions of SES and health revisited: Predictors of self-rated health in a Canadian national survey*, Social Science and Medicine, 62, 1465-1473, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Ekanayake, L., Ando, Y., Miyazaki, H., (2001), «*Patterns and factors affecting dental utilization among adolescents in Sri Lanka*». Int Dent J Oct;51(5):353-8

Golna, C., Pashardes, P., Allin, S., Theodorou, M., Merkur, S., Mossialos, E., (2004), *Health Care Systems in Transition*, ISSN 1020-9077, Vol.6, no.5, Cyprus, Copenhagen, who Regional office for Europe On behalf of European observatory on Health Systems and Policies 2004.

Goodman, E., Huang, B., Tara Schafer-Kalkhoff, M.A., Adler, N.E, (2007), *Perceived socioeconomic Status: A New Type of Identity That Influences Adolescents Self-Related Health*, Journal of Adolescents Health 41(2007), pp 479-487.

Fayers, P.M., & Sprangers, M.A.G. (2002), *Understanding self-rated health*. Lancet,

359, 187-188, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Ferraro, K.F., & Yu, Y., (1995), *Body weight and self-ratings of health*. Journal of Health and Social Behavior, 36, 274-284, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Hansen, M.S., Fink, P., Frydenberg, M., & Oxhøj, M. (2002), *Use of health services, mental illness, and self-rated disability and health in medical patients*. Psychosomatic Medicine, 64, 668-675, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Ho, S. (1991), *Health and social predictors of mortality in an elderly Chinese cohort*, American Journal of Epidemiology, 133, 907-921, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Hunt, S. M., McEwen, J., McKenna, S. P., (1985), *Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists*, The Journal of the Royal College of General Practitioners: 35: 185-188.

Idler, E.L., Hudson, S.V., & Leventhal, H. (1999), *The meanings of self-ratings of health*. Research on Aging, 21, 458-476, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Jylhä, M., Leskinen, E., Alanen, E., Leskinen, A.L., & Heikkinen, E. (1986). *Self-rated health and associated factors among men of different ages*. Journal of Gerontology, 41, 710-717, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Institute Of Medicine (1996), «*Crossing the quality Chasm: A new health system for the 21<sup>st</sup> century* ( the Chasm Report), Committee on Quality of Health Care in America, National Academic Press.

Kawachi, I., Kennedy, B.P., & Glass, R. (1999). *Social capital and self-rated health: a contextual analysis*. American Journal of Public Health, 89, 1187-1193, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Leung, B., Luo, N., Lawrence, MA., Quan, H., (2005), *Comparing Three Measures of Health Status (Perceived Health With Likert-Type Scale, EQ-5D, and Number of Chronic Conditions) in Chinese and White Canadians*, Journal of epidemiology , 2005, vol. 15, N 5, pp. 155-162

Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Deifenbach, M., Leventhal, E.A., Patrick-Miller, L., & Robitaille, C., (1997), *Illness representations: Theoretical foundations*, In K.J. Petrie & J.A. Weinman (Eds), *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19-45). Amsterdam, Netherlands: Harwood Academic Publishers, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Mahon,N.E., (1995), *The Contributions of sleep to Perceived Health Status during Adolescence*, Public Health Nursing, Volume 12, No 2, April 1995, pp 127-133.

Marnetoft Sven- Uno , Selander John, Akerstrom Bengt, Asplund Ragnar, Dahi Annika, (2007), *A comparison of perceived health, attitudes to work, Leisure time, social Welfare Systems among people in a rural area in the north of Sweden and among people in the City of Stockholm*, Work 28 (2007), pp 153-164.

Marmot, M. (2005). «*Social determinants of health inequalities*». Lancet, vol.365, pp1099-1104.

Martin, R., & Leventhal, H. (2004), *Symptom perception and health care-seeking behavior*. In T.J. Boll, J.M. Raczynski, & L.C. Leviton (Eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*, vol. 2 (pp. 299-328). Washington, DC: American Psychological Association.

Meurer, L.N., Layde, P.M., & Guse, C.E. (2001), *Self-rated health status: A new vital sign for primary care?* Wisconsin Medical Journal, 200, 35-39, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Mohseni, M., & Lindstrom, M., (2007), *Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study*, Social Science and Medicine, 64, 1373-1383, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Mumcu, G., Sur H. Yildirim, C., Soylemez, D., Atli, H., Hayrano, O., (2004), «*Utilization of dental services in Turkey: a cross sectional survey*». Int Dent J Apr;54(2):90-6.

Nathanson, C.A., (1977), *Sex, illness and medical care: a review of data, theory and method* citen in Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E., (1981), *The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations*, Med. Vol.15A, pp 221-229.

Newman, J. P., *Sex differences in life problems and psychological distress*, (1975), citen in Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E., (1981), *The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations*, Med. Vol.15A, pp 221-229.

Nicholson, A., Bobak, M., Murphy, M., Rose, R., & Marmot, M. (2005), *Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – A life course approach*, Social Science and Medicine, 61, 2345-2354, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Overland, S., Glozier, N., Maeland, J.G., Aaro, L.E., Mykletun, A., (2006), *Employment status and perceived health in the Hordaland Health Study (HUSK)*, BMC Public Health 2006, 6:219, pp 1-9.

Schoenfeld, N., & Juarbe, C.T., (2005), *From sunrise to sunset: An Ethnography of Rural Ecuadorian Women's Perceived Health Needs and Resources*, Health, Care for Women International, 26, pp 957-977.

Shadbolt, B., (1997), *Some correlates of self-rated health for Australian women*, American Journal of Public Health, 87, 951-956, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Sirven, N., (2006), *Endogenous social capital and self-rated health: Cross-sectional data from rural areas of Madagascar*, Social Science and Medicine, 63, 1489-1502, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Stanfield, B., (1998), *Primary care: balancing needs, services and technology*, 2<sup>nd</sup> Ed, New York and Oxford University press.

Statistics on income and living conditions, (2008), (EU-SILC), Health, Piraeus, January 2010.

Statistics on income and living conditions, (2009), (EU-SILC), Health, Piraeus, January 2011.

Strawbridge, W.J., & Wallhagen, M.I. (1999), *Self-rated health and mortality over three decades*, Results from a time-dependent covariate analysis, Research on Aging, 21, 402-416, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Todd, J and Lader, D (1991), *Adult Dental Health 1988*, U.K London:HMSO

Preston, S., (1975), *The changing Relation between Mortality and Level of Economic Development*, Reproduced from population studies, Vol .29 (2) :231-48

Social Determinants of Health the Solid Facts. (2003), ISBN 9289013710 World Health organization.

Veenstra, G., *Social capital, SES and health: An individual-level analysis*, Soc Sci Med 2000, 50:619-629 citen in *Μετανάστριες μητέρες και υποκειμενική αντίληψη της υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2010, 27(1): 78-87.

Vidalis A., Syngelakis M. , PapathanasiouM., Whalley D., McKenna SP., (2002), *The Greek version of the Nottingham Health Profile: Features of its adaptation*, Hippokratia, 6 suppl.1, pp 79-82.

Wang, N., Iwasaki, M., Otani, T., Hayashi, R., Miyazaki, H., Liu, X., Yosiaki, S., Suzuki, S., Kouama, H., Sakamaki, T., (2005), *Lifestyle, Social Factors, and Perceived Health*, Journal of Epidemiology, ISSN 0917-5040, vol. 15, No 5, September 2005, pp 155-162.

Wen, M., Hawkey, L.C., & Cacioppo, J.T. (2006), *Objective and perceived neighbourhood environment, individual SES and psychosocial factors, and self-rated health: An analysis of older adults in Cook County, Illinois*, Social Science and Medicine, 63, 2575-2590, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

Wenzel, A., & Rubin, D.C. (Eds.) (2005). *Cognitive methods and their application to clinical research*. Washington, DC: American Psychological Association, citen in Karademas, E., Kafetsio, K., Sideride, G., et al, (2008), Αξιολόγηση της Προσωπικής Υγείας και Μεροληψίες στην Επεξεργασία των Πληροφοριών: Ευρήματα από την χρήση της δοκιμασίας stroop.

White, K.L., (1974) *Contemporary epidimiology* citen in Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E., (1981), *The Nottingham health profile: Subjective health status and medical consultations*, Med. Vol.15A, pp 221-229.

WHO, Word Health Report 2003, *Shaping the Future*, WHO, Geneva, 2003.

Woolfolk, M W, Lang, W P, Borgnakke, W S, Taylor, G W, et al. (1999) “*Determining dental check-up frequency*”, J Am Dent Assoc May;130 (50) :715-23.



## Ελληνόγλωσσα

Αγραφιώτης, Δ., (2003). *Υγεία αρρώστια, κοινωνία*, Τυπωθύτω, Αθήνα, Ελλάς.

Αναγνώστου, Γ., Οικονομοπούλου, Β.Χ., (2003), *Η οργάνωση και λειτουργία της Π.Φ.Υ στα πλαίσια του γενικότερου κοινωνικού, οικονομικού και πολιτισμικού μοντέλου ανάπτυξης της χώρας μας*, Το Βήμα του Ασκληπιού, 2 (2):94-98.

Βιδάλης, Α., Συγγελάκης, Μ., (2000), *Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής*, Nottingham Health Profile (NHP) - Ελληνική έκδοση, Ιπποκράτεια: 4: 39-42.

Γναρδέλλης, Χ., (2006), *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for windows*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, (2006).

Ετήσια Έκθεση Υπουργείου Υγείας της Κύπρου, 2007.

Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης στα νοικοκυριά 2009, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου.

Ευρωπαϊκή Έρευνα Υγείας, (2008), Στατιστικές Υγείας, Σειρά II, Αρ. Έκθεσης 7, Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου.

Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδη, Α., Μάντη, Π. (1999), *Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο ιδιοτυπίες και προκλήσεις*, Πάτρα.

Κοινωνικός αποκλεισμός, Euroρα, Ετήσια Έκθεση, 2003.

Κρεμαστινού, Τ. (2007), *Έννοια της Υγείας, Κοινωνικοί καθοριστές υγείας*, Δημόσια Υγεία, Θεωρία, Πράξη, Πολιτικές, Αθήνα, pp. 12-14.

Κυριόπουλος, Γ., (2006), στην *Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης, Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, Έκθεση αποτελεσμάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας

Λιαρόπουλος, Λ. (2007), *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Τόμος Α, Αθήνα, Εκδόσεις Βήτα, pp 31-39.

Μαρκίδου, Ε., Ονησιφόρου, Κ. Αγρότου, Α. (2003), *Τάσεις στη διαθεσιμότητα Τροφίμων στην Κύπρο* – Ερευνητικό Πρόγραμμα DAFNE V, Υπουργείο Υγείας, Κύπρος.

Μάτσα, Κ. (2001), *Ψάξαμε ανθρώπους και βρήκαμε Σκιές*, Άργα, Ελλάς.

Μπελλάλη, Θ. Παπάζογλου, Ε. (2004), *Η ποιοτική μεθοδολογία στη νοσηλευτική έρευνα*, Τόμος 43, Τεύχος 3, Ιούλιος- Σεπτέμβριος, pp 261-270.

Οικονόμου, Χ., (1999), «*Οι Σύγχρονες Εξελίξεις στα Συστήματα Υγείας, Προβλήματα και Τάσεις*», στο Σακελλαρόπουλος, Θ. (Επιμέλεια), *Η μεταρρύθμιση του Κοινωνικού Κράτους*, Τόμος Α, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα. Σελ.459-536.

Οι συνέπειες του κοινωνικού αποκλεισμού, Europa - Public Health determinants, 2003.

Φυσικό περιβάλλον, Europa - Public Health determinants, 2005.

Οικονόμου, Χ. (2006), *Ανισότητες στην υγεία και τις υπηρεσίες υγείας: η χωρική διάσταση*, Διόνικος, Αθήνα.

Πανελλαδική έρευνα κοινής γνώμης, (2006), *Διερεύνηση του επιπέδου υγείας και αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα*, Έκθεση αποτελεσμάτων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας

Σάββα, Μ. Σάββα, Σ. (2000), *Παιδική Παχυσαρκία – κρίσιμες περίοδοι εμφάνισης τους*. Παιδιατρική Ενημέρωση, Τόμος 4, σελ. 1-6.

Στατιστική Υπηρεσία της Κυπριακής Δημοκρατίας, (2005), *Έρευνα εισοδημάτων και νοικοκυριών, Σχετικής φτώχειας και συνθηκών διαβίωσης*, Στατιστική Υπηρεσία, Λευκωσία.

Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2008). *Το Στατιστικό Πορτραίτο της Γυναίκας της Κύπρου*, CYSSTAT, Στατιστική Υπηρεσία, Λευκωσία.

Τούντας, Γ. (2000). *Κοινωνικές Ανισότητες στην Υγεία*. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αρχεία Ελληνική Ιατρική, 17(4) ), pp 351-354.

Τούντας, Γ. (2001), *Κοινωνία και Υγεία*, 2<sup>η</sup> έκδοση, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.

ΠΟΥ/UNICEF,(1978), “*Διακήρυξη της Alma Ata*”, Διεθνές Διάσκεψη σχετικά με την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη, Alma Ata, ΕΣΣΔ, pp 6-12.

Υφαντόπουλος, Γ., (2006), *Τα οικονομικά της υγείας*. Εκδόσεις Τυποθήτω, Αθήνα.

Υφαντόπουλος, Γ., (2007), *Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24 (Συμπλ 1):6-18 Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών και Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

### **Αναφορές Διαδικτύου**

European Commission, 2003, Διαθρωτικές πολιτικές και ευρωπαϊκές περιφέρειες. Αναγκαιότητα, αειφόρος ανάπτυξη, συνοχή στην Ευρώπη. Από την Λυσσαβόνα στο Γκέτεμπορκ, ec. Europa.eu./ regional policy/sources, [accessed 16/11/2010].

Eurostat, (2011), Η ανεργία στην Κύπρο, [www.onlycy.com/eurostat](http://www.onlycy.com/eurostat) [accessed 31.3.2011].

Έρευνα υγείας 2003 για νοικοκυριά, <http://www.mof.gov.cy/cystat/statistics.nsf> [accessed 10/01/2011].

Πολυνείκης, Α., (2003), Υπουργείο Υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας, <http://www.noh.gov.cy/moh/moh.nsf/mission.gr/mission.gr> [accessed 10/01/2011].

Πληθυσμός και κοινωνικές συνθήκες, Στατιστική Υπηρεσία, 2009, Κύπρος, [www.pio.gov.cy](http://www.pio.gov.cy) [accessed 10/01/2011].

Τούντας, Γ. (2007), *Οικονομία και Υγεία*, [Panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=809](http://Panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=809), [accessed 06/01/2010].

Εκπαίδευση και οικονομία, [www.cystat.mof.gov](http://www.cystat.mof.gov), Στατιστική Υπηρεσία, Λευκωσία [accessed 16/11/2010].

Π.Φ.Υ στην Κύπρο, [www.moh.gov.cy](http://www.moh.gov.cy), 2004,[accessed 16 /11/2010].

Cyprus Medical Association Records, 2005, Υπουργείο Υγείας , Ετήσια έκθεση, [www.moh.gov.cy](http://www.moh.gov.cy), 2005, [accessed 16 /11/2010].

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

### ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Σας παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε το πιο κάτω ερωτηματολόγιο βάζοντας ένα X στο ανάλογο τετραγωνάκι. Η έρευνα αυτή διενεργείται από το Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με σκοπό την καταγραφή της χρήσης των υπηρεσιών υγείας και την αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας των πολιτών που προσέρχονται στα Αστικά και Αγροτικά Κέντρα Υγείας στη Λευκωσία.

**1. Κατά τους 12 τελευταίους μήνες υπήρξε περίπτωση που πραγματικά χρειάστηκε να συμβουλευτείτε/επισκεφτείτε γιατρό για δικό σας πρόβλημα υγείας, αλλά δεν τον συμβουλευτήκατε/επισκεφτήκατε; (Η εξέταση είναι προσωπική και δεν αφορά π.χ στα παιδιά σας).**

-Ναι υπήρξε τουλάχιστον μία περίπτωση .....  1

- Όχι.....  2

**Αν απαντήσατε ΟΧΙ, πηγαίνετε κατευθείαν στην ερώτηση 3**

**2. Ποιός ήταν ο κύριος λόγος που δεν συμβουλευτήκατε γιατρό για δικό σας πρόβλημα υγείας (επιλέξτε έναν λόγο);**

- Δεν είχα την οικονομική δυνατότητα ( πολύ ακριβή η επίσκεψη/συμβουλή ή δεν υπήρχε κάλυψη από ασφαλιστικό μου ταμείο).....  1

- Λίστα αναμονής.....  2

- Έλλειψη χρόνου λόγω εργασίας ή φροντίδας παιδιών ή άλλων ατόμων.....  3

-Μεγάλη απόσταση από το γιατρό/δεν υπάρχουν μέσα συγκοινωνίας.....  4

- Φόβος για το γιατρό, τα νοσοκομεία, τις εξετάσεις, τη θεραπεία.....  5

- Περίμενα μήπως το πρόβλημα υποχωρήσει / βελτιωθεί από μόνο του .....  6

- Δεν γνώριζα κάποιο καλό γιατρό.....  7

- Άλλος λόγος, δηλαδή:..... 8

**3. Κατά τους 12 τελευταίους μήνες έχετε επισκεφτεί γιατρούς οποιασδήποτε ειδικότητας για δικό σας πρόβλημα υγείας εκτός οδοντιάτρων και οφθαλμιάτρων; ( Συμπεριλαμβάνονται οι επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου και επισκέψεις στο σπίτι από το γιατρό).**

- Καμιά φορά.....  1
- 1 – 2 φορές.....  2
- 3 – 5 φορές.....  3
- 6 – 9 φορές.....  4
- 10 ή περισσότερες φορές.....  5

**4. Οι παρακάτω προτάσεις του πίνακα περιγράφουν τη φυσική κατάσταση ενός ατόμου. Σημειώστε για κάθε μία αν συμφωνείτε-διαφωνείτε βάζοντας ένα X, στο αντίστοιχο κουτάκι Ναι, ή Όχι.**

A/A		Ναι	Όχι	M	Σ.Β
1	Είμαι συνέχεια κουρασμένος/ η			E	39.20
2	Πονάω τη νύκτα			Π	12.91
3	Οι καταστάσεις (που βιώνω) με καταβάλλουν			Σ.Α	10.47
4	Έχω αφόρητους πόνους			Π	19.74
5	Παίρνω χάπια για να κοιμηθώ			Υ	22.37
6	Έχω ξεχάσει πως είναι να απολαμβάνω τη ζωή μου			Σ.Α	9.31
7	Τα νεύρα μου είναι πολύ τεντωμένα			Σ.Α	7.22
8	Πονάω όταν αλλάζω στάση			Π	9.99
9	Αισθάνομαι μοναξιά			Κ.Α	22.01
10	Μπορώ να περπατώ μόνο μέσα στο σπίτι			Κ	11.54
11	Μου είναι δύσκολο να σκύβω			Κ	10.57
12	Το κάθε τι χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια			E	36.80
13	Ξυπνώ υπερβολικά νωρίς το πρωί			Υ	12.57
14	Δεν μπορώ να περπατήσω καθόλου			Κ	21.30
15	Δυσκολεύομαι να έρθω σε επαφή με άλλους ανθρώπους			Κ.Α	19.36
16	Οι μέρες μου μοιάζουν ατελείωτες			Σ.Α	7.08
17	Δυσκολεύομαι να ανεβώ και να κατεβώ σκάλες			Κ	10.79
18	Δυσκολεύομαι να απλώσω τα χέρια μου για να φθάσω κάτι			Κ	9.30
19	Πονάω όταν περπατώ			Π	11.22
20	Χάνω εύκολα την ψυχραιμία μου αυτές τις μέρες			Σ.Α	9.76
21	Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχει κανείς που να νιώθω κοντά μου			Κ.Α	20.13

22	Μένω ξύπνιος/ά στο κρεβάτι σχεδόν όλη τη νύκτα			Υ	27.26
23	Αισθάνομαι ότι χάνω τον έλεγχο			Σ.Α	13.99
24	Πονάω όταν στέκομαι όρθιος/α			Π	8.96
25	Δυσκολεύομαι να ντυθώ μόνος/ή			Κ	12.61
26	Κουράζομαι εύκολα			Σ.Α	24.00
27	Δυσκολεύομαι να στέκομαι όρθιος/α για πολύ			Κ	11.20
28	Πονάω συνέχεια			Π	20.86
29	Δεν με παίρνει εύκολα ύπνος			Υ	16.10
30	Αισθάνομαι ότι είμαι βάρος στους άλλους			Κ.Α	22.53
31	Οι έννοιες δεν με αφήνουν να κοιμηθώ τη νύκτα			Σ.Α	13.95
32	Αισθάνομαι ότι η ζωή μου δεν έχει καμία αξία			Σ.Α	16.21
33	Κοιμάμαι άσχημα τη νύκτα			Υ	21.70
34	Δυσκολεύομαι να τα πάω καλά με τους ανθρώπους			Κ.Α	15.97
35	Χρειάζομαι βοήθεια όταν περπατώ έξω από το σπίτι			Κ	12.69
36	Πονάω όταν ανεβοκατεβαίνω τις σκάλες			Π	5.83
37	Ξυπνώ με μελαγχολική διάθεση			Σ.Α	12.01
38	Πονάω όταν κάθομαι			Π	10.49

M=Μεταβλητή (E=Ενεργητικότητα, Π= Πόνος, Σ.Α = Συναισθηματικές Αντιδράσεις, Υ= Ύπνος, Κ.Α= Κοινωνική Απομόνωση, Κ= Κινητικότητα). Σ.Β = Συντελεστής Βαρύτητας

## ΜΕΡΟΣ Β

Μήπως η παρούσα κατάσταση υγείας σας προκαλεί προβλήματα:	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Στη δουλειά; (για την οποία πληρώνεστε).		
Στη φροντίδα του σπιτιού; (πχ καθάρισμα και μαγείρεμα, στο φτιάξιμο επισκευών, δύσκολες δουλειές του σπιτιού, κτλ.)		
Στην κοινωνική ζωή; ( πχ εξόδους, επισκέψεις σε φίλους, παρακολούθηση ταινιών στο κινηματογράφο)		
Στην οικογενειακή ζωή; (πχ σχέσεις με τα άτομα του περιβάλλοντος σου – συγγενείς, οικογένεια).		
Στην ερωτική ζωή;		
Στα ενδιαφέροντα και τις ασχολίες σας; (αθλήματα, τέχνες).		
Στις διακοπές σας; (πχ καλοκαιρινές ή χειμερινές διακοπές ή τα Σαββατοκυριακά).		

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΚΟΙΝΩΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΦΥΛΟ                                      ΑΝΔΡΑΣ                                       ΓΥΝΑΙΚΑ

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΗΛΙΚΙΑ ΣΑΣ (ΣΕ ΕΤΗ);                                      \_\_\_\_\_

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ ΣΑΣ;                                      ΚΥΠΡΙΑΚΗ                                       ΑΛΛΟΔΑΠΗ

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΣΑΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ;

ΑΓΑΜΟΣ/Η

ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η

ΧΗΡΟΣ/Α/ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΠΕΡΙΟΧΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ;                                      ΚΕΝΤΡΟ                                       ΠΡΟΑΣΤΙΟ                                       ΧΩΡΙΟ

ΣΕ ΠΟΙΑ ΗΛΙΚΙΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΑΤΕ ΤΙΣ ΣΠΟΥΔΕΣ ΣΑΣ;

13	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>
15-16	<input type="checkbox"/>
17-20	<input type="checkbox"/>
21+	<input type="checkbox"/>

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΣΑΣ;

### ΑΥΤΟΑΠΑΣΧΟΛΟΥΜΕΝΟΙ

ΑΓΡΟΤΗΣ ΕΩΣ 50 ΣΤΡΕΜΜΑΤΑ

ΑΓΡΟΤΗΣ ΜΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 50 ΣΤΡΕΜΜΑΤΑ

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΧΩΡΙΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΜΕ 1-2 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΜΕ 3-5 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΜΕ 6-10 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΜΕ 11-49 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ

ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ ΜΕ 50+ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΕΙΔΙΚΟΙ

### ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΕΙΔΙΚΟΙ

ΓΕΝΙΚΟΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ (-5 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)

ΓΕΝΙΚΟΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ (6-10 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)

ΓΕΝΙΚΟΙ ΔΙΕΥΘΥΝΤΕΣ (11+ ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)

ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΙ (-5 ΥΠΑΛΛΗΛΟΥΣ)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΟΙ (6+ ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ)  
 ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΓΡΑΦΕΙΟΥ  
 ΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΙ  
 ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΕΚΤΟΣ ΓΡΑΦΕΙΟΥ  
**ΥΠΑΛΛΗΛΟΙ ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**  
 ΑΝΕΙΔΙΚΕΥΤΟΙ  
 ΝΟΙΚΟΚΥΡΕΣ/ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΕΣ  
 ΦΟΙΤΗΤΕΣ/ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ


ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΕΤΗΣΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑ; (€)

<= 8.543

8.544-17.086

17.087-25.629

25.630-34.172

34.173-42.715

42.716-51.258

51.259-59.801

>=59.802


ΚΑΝΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΚΑΠΟΙΑ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗ ΜΗΝΙΑΙΩΣ;    ΝΑΙ       ΟΧΙ  

ΠΟΙΟ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΠΟΣΟ ΤΗΣ ΑΠΟΤΑΜΙΕΥΣΗΣ ΠΟΥ ΚΑΝΕΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΑΣ ΜΗΝΙΑΙΩΣ  
 (€) .....

ΕΧΕΤΕ ΕΣΕΙΣ ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ;    ΝΑΙ       ΟΧΙ  

ΑΝ ΝΑΙ, ΤΙ ΠΟΣΟ ΠΛΗΡΩΝΕΤΕ ΕΤΗΣΙΩΣ ΣΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΓΙΑ ΕΣΑΣ (ΣΕ €) ;.....

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΜΕΣΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΚΑΝΕΤΕ ΕΣΕΙΣ (ΣΕ €);.....

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΠΟΥ ΔΙΑΘΕΣΑΤΕ !!!**



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β- ΚΛΙΜΑΚΑ ESOMAR ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΟΠΟΙΑ ΕΓΙΝΕ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΥΠΟ ΜΕΛΕΤΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΕ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ

Socio-economic Classification

ESOMAR- Determining the Appropriate Social Grade Categories

ESOMAR socio-economic classification is based on 3 main variables:

- The occupation of the main income earner (M.I.E) in the household.
- The M.I.E Terminal Education Age
- Not actively employed M.I.E ownership of consumer durables

A two-dimensional social grade matrix for actively employed M.I.E.s can be used where one dimension represents the occupation and the other represents the terminal education age of the M.I.E.s.

**SOCIAL GRADE MATRIX FOR ACTIVELY EMPLOYED M.I.E**

		M.I.E. OCCUPATION						
		E 1+2	E 3+5	E 4,6+7	E 12	E 8+9	E 11+14	E 15
M.I.E.'S TERMINAL EDUCATION AGE	21+	A	A	B	B	C1	C1	D
	17-20	A	B	C1	C1	C2	C2	D
	15-16	B	C1	C2	D	D	D	E1
	14	C1	D	D	E1	E1	E1	E3
	13	D	D	D	E3	E2	E2	E3

The definition of each of the M.I.E Occupation categories on which the matrix is based is as follows.

- E1: General management, director or top management with responsibility for 6 employees or more;
- E2: Self-employed professional,
- E3: Employed professional,
- E4: General management, director or top management with responsibility for 5 employees or less;
- E5: General management, director or top management with responsibility for 6 employees or less;
- E6: Middle management, other management with responsibility for 5 employees or less;
- E7: Business proprietor, owner (full/partner) of company OR owner of a shop, craftsman, and other self employed person with responsibility for 6 employees or more;
- E8: Employed position, working mainly at desk;
- E9: Business proprietor, owner of company or owner of a shop, craftsman, and other self employed person with responsibility for 5 employees or less;
- E10: Student;

- E11: Employed non-manual position, not at a desk but travelling or in a service job;
- E12: Farmer&Fisherman;
- E13: Responsible for ordinary shopping and looking after the home, housewife;
- E14: Supervisor&skilled manual worker;
- E15: Other (unskilled) manual worker, servant;
- E16 Retired or unable to work through illness, unemployment or temporarily not working.

For non-actively employed M.I.E.s can be used to allocate the individual respondent to one of the eight Esomar Social Grade categories

### **SOCIAL GRADE MATRIX FRO NON-ACTIVE EMPLOYED M.I.E.S**

		<b>M.I.E. OWNERSHIP OF CONSUMER DURABLES</b>					
		5+	4	3	2	1	0/Cevap Yok
<b>M.I.E.'S TERMINAL EDUCATION AGE</b>	21+	A	A	B	C1	C1	D
	17-20	A	B	B	C2	C2	D
	15-16	B	C1	C1	E1	E1	E2
	14	C1	C2	C2	E1	E2	E3
	13	D	D	D	E2	E3	E3

The ten products selected for inclusion in the scale are:

- a color TV set
- a video recorder
- a video camera
- 2 or more cars
- a still camera
- a PC or home computer
- an electric drill
- an electric deep fat fryer
- a radio-clock
- a second home or a holiday home/flat

It should be noted that this list may be subject to revision in the future in accordance with market developments. For instance if one of the items (e.g. color TV set) no longer differentiates effectively between markets due to increasing penetration, it would be feasible to replace it with a new item.