«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΝΟΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ»

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ:

Σταματάκη Ειρήνη

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Μιχαήλ Ροβίθης, Επίκουρος καθηγητής, τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΛΜΕΠΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2021

© 2021, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Μιχάλη Ροβίθη για την πολύτιμη καθοδήγησή του. Επίσης την οικογένειά μου για τη στήριξή τους καθ΄ όλη τη διάρκεια του Μεταπτυχιακού προγράμματος Σπουδών καθώς και τους συμμετέχοντες στη μελέτη ασθενείς.

Περίληψη

Εισαγωγή

Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας περιλαμβάνει τις εκάστοτε γνώσεις, τις ικανότητες και τη θέληση των ατόμων, να κατανοήσουν, να αξιολογήσουν και να θέσουν σε εφαρμογή πληροφορίες πάνω σε ζητήματα υγείας, να κρίνουν και να αποφασίσουν σχετικά με θέματα φροντίδας υγείας, πρόληψης ασθενειών και προαγωγής υγείας, να διατηρούν και να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους ανεξαρτήτου ηλικίας. Έχει άμεση συσχέτιση με την κατάσταση υγείας των ασθενών καθώς και με την ικανότητά τους να διαχειριστούν κατάλληλα τα προβλήματα υγείας τους. Αντίθετα, η περιορισμένη εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας σχετίζεται με τη μη αποτελεσματική διαχείριση του ατόμου της υγείας του, αδυναμία πρόσβαση σε διάφορες υγειονομικές υπηρεσίες, δυσκολία στην κατανόηση της εκάστοτε πληροφορίας που σχετίζεται με την υγεία του αλλά και στην λήψη ανάλογων αποφάσεων, κατάλληλων να αποτελέσουν αρωγοί στην βελτίωση της υγείας του ασθενούς.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός Πανεπιστημιακού νοσοκομείου.

Υλικό και Μέθοδος

Στην παρούσα διπλωματική εργασία υιοθετήθηκε ο σχεδιασμός της συγχρονικής περιγραφικής μελέτης με μερικές συσχετίσεις.

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 120 ασθενείς χειρουργικού τμήματος Πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου της περιφέρειας. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η σύντομη τροποποιημένη ελληνική έκδοση της σταθμισμένης Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16). Η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας εργασίας έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Έγιναν

εκτιμήσεις των κατανομών συχνοτήτων των περιγραφικών χαρακτηριστικών, των χαρακτηριστικών εργασίας, απασχόλησης η επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων στη μελέτη. Η σύγκριση κατανομών συχνοτήτων έγινε με τον υπολογισμό των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) ενώ εφαρμόστηκε έλεγχος ομοιογένειας κατανομής χ2 στις διαβαθμισμένες αποκρίσεις που αφορούσαν τη Κλίμακα Εγγραματοσύνης Υγείας. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το p-value ≤ 0,05.

Αποτελέσματα

Οι βαθμολογίες της Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας και των υποκλιμάκων της βρέθηκαν σε υψηλά επίπεδα ή με πολύ καλό βαθμό εγγραμματοσύνης. Με *επαρκή* εγγραμματοσύνη βρέθηκαν περίπου 3 στους 4 συμμετέχοντες (75,8%) ή με *ανεπαρκή* το 5,0%. Οι έγγαμοι ή σε συμβίωση χειρουργημένοι ασθενείς, σχετίζονται με την *Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών*, όσοι/όσες έχουν αυξημένα επίπεδα εκπαίδευσης με την *Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία* ή όσοι/όσες δεν έχουν κάποια ασθένεια με *Αναζήτηση Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας* ($p<0,05$). Συνολικά διαπιστώνεται ότι η Εγγραμματοσύνη Υγείας δεν σχετίζεται σημαντικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη ($p>0,05$).

Συμπεράσματα

Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας εμφανίζεται σε υψηλά επίπεδα στους χειρουργικούς ασθενείς. Η Εγγραμματοσύνη Υγείας δεν σχετίζεται σημαντικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη. Σημαντικό για τη διατήρηση και ενίσχυση της εγγραμματοσύνης υγείας των ασθενών είναι η ανάπτυξη ιστοτόπων και ψηφιακών εργαλείων υγείας με πληροφορίες προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ασθενών και ανάπτυξη τεχνικών εκπαίδευσης και συμβουλευτική των ασθενών για την ενίσχυση του επιπέδου εγγραμματοσύνης τους.

Επιπρόσθετα, απαιτούνται περισσότερες προοπτικές μελέτες σε μεγάλο αντιπροσωπευτικό δείγμα για τον προσδιορισμό των επιπτώσεων του αναλφαβητισμού σε θέματα υγείας στα μετεγχειρητικά αποτελέσματα.

Λέξεις-κλειδιά: εγραμματοσύνη υγείας, υγειονομική παιδεία, εκπαίδευση ασθενών, χειρουργημένοι ασθενείς

Abstract

Introduction

Health literacy includes the knowledge, skills and willingness of the individuals to comprehend, evaluate and implement information on health issues, judge and make decisions on matters regarding health care, prevention on diseases and health promotion, to maintain and improve their quality of life, regardless of age. It is directly associated with the health status of the patients as well as their ability to properly deal with their health problems. On the contrary, limited health literacy is related to the inefficient management of their health by the individual, inability to access several healthcare services, difficulty in understanding information related to their health as well as in making decisions which would be appropriate to assist the patient's health improvement.

Aim

This dissertation aims in investigating the degree of health literacy of patients that are hospitalised in surgical departments of a university hospital.

Material and Method

The hereinto dissertation adopted the designing of contemporary descriptive study with partial correlations.

The sample of the study consists of 120 patients of the surgical department of a general university hospital of the district. For the data collection we used the brief modified Greek version of reasoned European Scale of health literacy (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16). The data analysis for this project was conducted with the use of SPSS (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.) Frequency distributions of the descriptive characteristics, of work characteristics, employment or health status and quality of life of the participants in the study, were evaluated.

The comparison of the frequency distributions was carried out with the estimation of the 95% confidence intervals (95% CI) while x2 distribution homogeneity control was

applied on the graded responses that regarded the Health Literacy Scale. The accepted level of significance set was p-value ≤ 0,05.

Results

The grading of Health Literacy Scale and its subscales were found at high levels or very good degree of literacy. Approximately 3 out of 4 participants (75,8%) were found with sufficient literacy, while 5,0% were found with insufficient literacy. Married or cohabitating, operated patients, appertain to the processing and use of information by the Doctor and the Perception of Danger of habits of those who have high levels of education with the Dealing of Factors of Danger for Health, those who do not suffer from any disease with Seeking for Information on Health Issues and Symptoms ($p<0,05$). Overall, it is determined that Health Literacy is not significantly related to the special attributes of the participants in the study ($p>0,05$).

Conclusions

Health literacy is found at high levels in surgical patients. Health Literacy is not significantly related to the special attributes of the participants in the study. What is vital for the preservation and enhancement of the health literacy of the patient is the development of websites and digital health tools with information adapted to the patents' needs and development of education techniques and consultation for the patients for the amplification of their literacy level.

Additionally, further prospective studies on big representative sample are required in order for the determination of the effects of illiteracy on health issued and post-surgery outcomes.

Keywords: health literacy; health education; patients' education; surgical patients

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες

Περίληψη

Abstract

Εισαγωγή

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. **ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΥΓΕΙΑΣ (HEALTH LITARECY)**
   1.1 Εννοιολογική προσέγγιση Εγγραματοσύνης και Εγγραμματοσύνης υγείας
   1.2 Διαστάσεις/ Μοντέλα Εγγραμματοσύνης υγείας
   1.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες
   1.4 Η σημασία της Εγγραμματοσύνης υγείας
   1.5 Επιδημιολογικά δεδομένα για την Εγγραματοσύνη υγείας
   1.6 Εργαλεία μέτρησης της Εγγραμματοσύνης υγείας
   1.7 Μελέτες καταγραφής επιπέδων Εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μεθοδολογία της Έρευνας

Είδος Μελέτης

Σκοπός

Ερευνητικά Ερωτήματα

Δειγματοληπτικό πλαίσιο- Δειγματοληπτική Μέθοδος

Ερευνητικά εργαλεία

Διαδικασία συλλογής δεδομένων - Δεοντολογία της έρευνας

Στατιστική ανάλυση

Αποτελέσματα

Συζήτηση

Περιορισμοί Έρευνας

Συμπεράσματα – Προτάσεις

Βιβλιογραφία

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - Βεβαίωση Έγκρισης Εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας – Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΛΜΕΠΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ Βεβαίωση Έγκρισης Εκπόνησης έρευνας Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ - Έντυπο Γραπτής Συγκατάθεσης Συμμετοχής στη Μελέτη

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙV – Ερωτηματολόγιο Κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας HLS-EU-Q Σύντομη Μορφή

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΥΓΕΙΑΣ (HEALTH LITERACY)

1.1 Εννοιολογική προσέγγιση Εγγραματοσύνης και Εγγραμματοσύνης υγείας

Στη διεθνή βιβλιογραφία ο όρος «εγγραμματισμός» αναφέρθηκε για πρώτη φορά στη δυνατότητα ενός ατόμου ή μιας ομάδας ανθρώπων να κατανοούν και να διαχειρίζονται την εκάστοτε πληροφορία βάσει της ικανότητας της γραφής και ανάγνωσης, καθώς και να αξιοποιούν πρακτικά την ήδη υπάρχουσα γνώση με στόχο την εφαρμογή στην καθημερινότητα τους. Επομένως, δύναται να ορίσει την ικανότητα ενός ατόμου αναγνώρισης του γραπτού λόγου αλλά και τη σωστή αξιοποίηση του (γραμματικά, συντακτικά κλπ.) σε κάθε χρήση του λόγου. Ακόμα, ο εγγραμματισμός σχετίζεται με την ικανότητα να διακρίνει κανείς κεφαλαία και πεζά γράμματα, και σε γενικότερο πλαίσιο να αντιλαμβάνεται το εκάστοτε κειμενικό περιβάλλον» (διαφήμιση, άρθρο, κλπ.).

Παρόμοια οι Visscher et. al., (2018), αναφέρουν ως εγγραμματοσύνη, τη βασική ικανότητα του ατόμου να μιλάει και να γράφει καθώς και να προσεγγίζει τις δεξιότητες εκείνες που αφορούν τη γνωστική και ψυχοκοινωνική λειτουργία του ατόμου.

Έως τον 18ο αιώνα, ο όρος εγγραμματοσύνη αναφερόταν στη ικανότητα του ατόμου να μπορεί να υπογράφει με το όνομα του και συνάμα στην ικανότητά του να διαβάζει και να γράφει. Στα τέλη του 19ου αιώνα ελάχιστο ποσοστό ήταν αγράμματοι, ενώ στις αρχές του 20ου αιώνα, κάνει την εμφάνισή της η έννοια της λειτουργικής εγγραμματοσύνης, της οποίας η κατοχή ήταν απαραίτητη για να μπορεί ένα άτομο να εργαστεί. Με την πάροδο των χρόνων οι εργασίες απαιτούσαν από τους εργαζόμενους υψηλή εξειδίκευση, ειδικές γνώσεις και ειδική εκπαίδευση (Berkman, Davis and McCormack, 2010). Ο όρος υγειονομική εγγραμματοσύνη, εμφανίστηκε για πρώτη φορά στη διεθνή βιβλιογραφία τη δεκαετία του 1970. (Sorensen et. al., 2012). Αν και η υγειονομική εγγραμματοσύνη εμφανίστηκε στην Αμερική και τον

Καναδά, έχει απασχολήσει διεθνώς και μάλιστα έχουν υλοποιηθεί αρκετές μελέτες στην Ευρώπη. Η εγγραμματοσύνη υγείας έχει κινήσει το ακαδημαϊκό ενδιαφέρον και παρατηρείται αυξανόμενη τάση μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία (Berkman et. al., 2010). Ο λόγος είναι ότι αναγνωρίζεται η σημασία που έχει στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής του ατόμου, αλλά και στην εύρυθμη λειτουργία και ενίσχυση των συστημάτων υγείας με την καταπολέμηση των κοινωνικών ανισοτήτων (D'Eath, 2012). Για μεγάλο χρονικό διάστημα η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας κυρίως εστιαζόταν στην κατανόηση ιατρικών όρων. Την τελευταία δεκαετία υπήρξε μια μετακίνηση στην προσέγγιση της έννοιας που αναφέρεται σε ένα πιο ευρύ πλαίσιο αυτό της ενεργούς συμμετοχής των ατόμων στην ιατρική πληροφορία, στη λήψη αποφάσεων και στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και στην καλύτερη κατανόηση της ιατρικής πληροφορίας (Sorensen et al, 2012).

Παράλληλα, η ανάπτυξη της τεχνολογίας και η διάδοση του διαδικτύου, καθόρισαν μια νέα πτυχή της εγγραμματοσύνης που ορίστηκε ως ψηφιακή εγγραμματοσύνη. Η ψηφιακή εγγραμματοσύνη στην υγεία, χρησιμοποιεί τον ίδιο λειτουργικό ορισμό της εγγραμματοσύνης υγείας εστιασμένο όμως στον τομέα της τεχνολογίας και στο και στις πληροφορίες για θέματα υγείας που υπάρχουν στο διαδίκτυο. Η ψηφιακή εγγραμματοσύνη υγείας δεν εστιάζει μόνο στις μαθηματικές δεξιότητες της βασικής εγγραμματοσύνης αλλά απαιτεί από τον ασθενή να κατέχει κριτική σκέψη, και λειτουργικές ικανότητες όπως για παράδειγμα η ικανότητα αντίληψης της λειτουργίας του συστήματος υγείας, δεξιότητες επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας και ορθή λήψη αποφάσεων (Dunn and Hazzard, 2019). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), ορίζει την ψηφιακή εγγραμματοσύνη Υγείας ως την ικανότητα του ατόμου να αναζητά, να βρίσκει, να κατανοεί και να αξιολογεί ιατρικές πληροφορίες από διάφορες ηλεκτρονικές πηγές καθώς και να εφαρμόζει τη γνώση που αποκτήθηκε για τη διευθέτηση και επίλυση ενός προβλήματος υγείας. (Novillo, 2020).

Η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας βασίζεται στη γενικότερη εγγραμματοσύνη και περιλαμβάνει τις εκάστοτε γνώσεις, τις ικανότητες και τη θέληση των ατόμων, να κατανοήσουν, να αξιολογήσουν και να θέσουν σε εφαρμογή πληροφορίες πάνω σε ζητήματα υγείας, να κρίνουν και να αποφασίσουν σχετικά με θέματα φροντίδας

υγείας, πρόληψης ασθενειών και προαγωγής υγείας, να διατηρούν και να βελτιώνουν την ποιότητα ζωής τους ανεξαρτήτου ηλικίας (Nutbeam, 2000; Sørensen et. al., 2012). Εντάσσοντας, λοιπόν, τον όρο εγγραμματοσύνη στο πεδίο της υγείας-υγειονομική παιδεία, η εγγραμματοσύνη της υγείας αναφέρεται στον τρόπο που το άτομο κατανοεί και διαχειρίζεται θέματα της υγείας του. Ο Visscher et. al., (2018), όπως και ο Hepburn το 2012, ορίζουν την εγγραμματοσύνη υγείας ως τη δυνατότητα του ατόμου να λαμβάνει σημαντικές αποφάσεις για την πρόληψη ασθενειών, τη διαχείριση της υγείας και την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας, βασιζόμενος σε υγειονομικές πληροφορίες, τις οποίες μπορεί να διαχειριστεί με ευχέρεια (Visscher et. al., 2018). Οι Ratzan and Parker, (2000) υποστηρίζουν ότι η εγγραμματοσύνη υγείας είναι η ικανότητα ενός ατόμου να μπορεί να διαχειρίζεται και να κατανοεί βασικές ιατρικές πληροφορίες, καθώς και τις υπηρεσίες υγείας, με στόχο βασιζόμενος σε αυτές να λάβει τις δικές του αποφάσεις σχετικά με την υγεία του. Αποφάσεις που αφορούν τις προσωπικές επιλογές του σχετικά με τη διαχείριση της ασθένειας ή τις συμπεριφορές που υιοθετεί στον τομέα της πρόληψης ή αποφάσεις για να διατηρήσει το επίπεδο υγείας του και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του. (Michou, 2018).

Ανάλογα, ο όρος υγειονομική παιδεία είναι ένας όρος, ο οποίος περιγράφει το επίπεδο εγγραμματισμού των ασθενών και την ικανότητα που διαθέτουν για να συμμορφώνονται με τα συνταγογραφημένα θεραπευτικά πρωτόκολλα. (Ad Hoc Committee on Health Literacy, 1999). Η αναφορά του όρου «υγειονομική παιδεία» συναντάται περίπου 50 χρόνια πριν (Nutbeam, 2000; Sørensen et. al., 2012).

Σύμφωνα με τα παραπάνω η «επαρκής λειτουργική υγειονομική παιδεία» συνεπάγεται ότι το άτομο μπορεί να εφαρμόζει τεχνικές γραμματισμού σε υπηρεσίες που σχετίζονται με την υγεία, όπως λίστες φαρμάκων, συνταγές, ραντεβού και ιατρικές και νοσηλευτικές οδηγίες για την διαχείριση της ασθένειάς του στο σπίτι (Parker et al., 1995).

Όταν τα άτομα μπορούν να λάβουν τεκμηριωμένες αποφάσεις για την υγεία τους, βασιζόμενα σε δεξιότητες που έχουν με τις οποίες μπορούν να αποκτήσουν

πληροφορίες να τις επεξεργαστούν και να τις κατανοήσουν καθορίζουν ακόμα ένα ορισμό της εγγραμματοσύνης της υγείας (Berkman, Davis and McCormack, 2010).

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ο ορισμός της εγγραμματοσύνη της υγείας αναφέρει τις τεχνικές κοινωνικού και γνωστικού περιεχομένου οι οποίες δίνουν την δυνατότητα στο άτομο για διαχείριση (πρόσβαση, κατανόηση, και επεξεργασία των πληροφοριών υγείας) για την προώθηση καλής υγείας και διατήρηση της (Nutbeam, 1998).

Ερευνητές όπως οι Zarcadoolas, Pleasant and Greer, (2005), ερμηνεύουν την υγειονομική παιδεία, ως τις γνώσεις και τις δεξιότητες πού χρησιμοποιούν τα άτομα για την επεξεργασία της πληροφορίας της υγείας χρησιμοποιώντας τις με σκοπό να κερδίσουν τη μείωση των επιπλοκών υγείας και να πετύχουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Παρόμοια οι Isikawa and Yano, (2008), αναφέρονται στην υγειονομική παιδεία ως ένα σύνολο γνώσεων, ικανότητων και τεχνικών οι οποίες έχουν σχέση με την αλληλεπίδραση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Σύμφωνα με τον (Nutbeam, 2000) η υγειονομική παιδεία αναλύεται σε τρία επίπεδα:

Τη βασική λειτουργική υγειονομική παιδεία, η οποία περιγράφει βασικές γνώσεις και ικανότητες ανάγνωσης και γραφής ενός ατόμου, οι οποίες θα το βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις καθημερινές καταστάσεις πιο αποτελεσματικά (Nutbeam, 2000), σε συνδυασμό με την καθημερινή ενδεχομένως χρήση των μαθηματικών (Visscher et. al., 2018).

Την επικοινωνιακή/διαδραστική υγειονομική παιδεία, η οποία σχετίζεται με τις γνωστικές και γραμματικές δεξιότητες οι οποίες είναι πιο προχωρημένες. Εντάσσοντας σε αυτές και τις κοινωνικές δεξιότητες, το άτομο επωφελείται από τη συμμετοχή σε καθημερινές διαδικασίες, εξάγοντας πληροφορίες και αντλώντας νόημα από τις διάφορες μορφές αλληλεπίδρασης, εφαρμόζοντας το, τέλος, σε συνθήκες που συνεχώς αλλάζουν (Nutbeam, 2000; Visscher et. al., 2018)

Τις πιο προηγμένες γνωστικές δεξιότητες, οι οποίες συνδέονται με την κριτική υγειονομική παιδεία όπου μαζί με τις κοινωνικές δεξιότητες θα συμβάλλουν στην κριτική ανάλυση πληροφοριών αλλά και στην πρακτική εφαρμογή αυτών, στον

τρόπο, δηλαδή, που εφαρμόζεται ο έλεγχος σε διάφορες καταστάσεις και συμβάντα της ζωής του κάθε ατόμου (Nutbeam, 2000; Visscher et. al., 2018)

Οι περισσότερες έρευνες που αφορούν στην υγειονομική παιδεία αναφέρονται περισσότερο στη βασική/λειτουργική παιδεία (Visscher et. al., 2018).

Ωστόσο, δεν υπάρχει αποδοχή ομόφωνα αποδεκτή για κάποιον ορισμό (Sørensen et al., 2012) παρόλο που πολλοί είναι εκείνοι που έχουν αναφερθεί στο συγκεκριμένο θέμα με πληθώρα εννοιών και ορισμών. (Berkman, Davis and McCormack, 2010, Visscher et. al., 2018)

1.2 Διαστάσεις/ Μοντέλα εγγραμματοσύνης υγείας

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση παρουσιάζεται ένας μεγάλος αριθμός άρθρων στη διεθνή βιβλιογραφία, που συμβάλλει στην προσπάθεια ανάπτυξης ενός εννοιολογικού μοντέλου για την εγγραμματοσύνη υγείας. Η εγγραμματοσύνη υγείας, προσδιορίζεται ως πολυδιάστατη έννοια που δεν αρκεί να χαρακτηριστεί από μια και μόνο παράμετρο. Συνδέεται και αλληλεπιδρά με πολλές και διαφορετικές παραμέτρους. Τα περισσότερα μοντέλα αποσκοπούν να αποκωδικοποιήσουν τόσο τις βασικές παραμέτρους όσο και τους ατομικούς και συστημικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εγγραμματοσύνη υγείας του ατόμου, υπό το πρίσμα της υγειονομικής έκβασης (Sorensen et. al, 2012). Σύμφωνα με τα μέχρι τώρα εννοιολογικά μοντέλα, διακρίνονται πολλές διαφορές, καθώς φαίνεται ότι η πλειοψηφία αυτών θεωρεί ότι η εγγραμματοσύνη υγείας, αναπτύσσεται στα δεδομένα των ατομικών ικανοτήτων.

Το Institute of Medicine (IoM) (2004), αναφέρει ως βασικά στοιχεία της εγγραμματοσύνης υγείας την ομιλία, την ακρόαση, τη γραφή, την αριθμητική και την ανάγνωση (Institute of Medicine, 2004).

Η Speros (2005), αποδέχεται ως βασικά δεδομένα την αριθμητική και την ανάγνωση αλλά προσθέτει σε αυτά την κατανόηση της ιατρικής πληροφορίας, τη χρήση τους στη λήψη επιτυχημένων ρόλων και αποφάσεων όσον αφορά την υγειονομική φροντίδα του ίδιου του ατόμου (Speros, 2005). Ο Baker (2006), θεωρεί ότι η εγγραμματοσύνη της υγείας διακρίνεται σε λεκτική και γραπτή. Οι Paashe-Orlow και

Wolf (2007), αναλύουν την εγγραμματοσύνη σε στοιχεία όπως η ακρόαση, η ευχέρεια στην ομιλία, η ικανότητα μνήμης και η λήψη αποφάσεων (Baker, 2006; PaasheOrlow and Wolf, 2007).

Οι Lee et. al., (2004) αναφέρονται στις γνωστικές δεξιότητες και στις γενικότερες συμπεριφορές του ατόμου που συνδυάζονται αποτελεσματικά σε ασθενείς με εγγραμματοσύνη υγείας και με τον τρόπο αυτό διαχειρίζονται καλύτερα θέματα υγειονομικής φροντίδας που τους αφορούν (Sorensen et. al, 2012).

Από την άλλη πλευρά, υπάρχουν μοντέλα, τα οποία συνδέονται με τις διαστάσεις της εγγραμματοσύνης υγείας, αλλά δεν μένουν μόνο στην ανάλυση των ατομικών ικανοτήτων και του υγειονομικού εύρους. Παρέχουν δηλαδή μια πιο διευρυμένη εικόνα της έννοιας.

Εκτός από τον Nutbeam, 2008, που αναφέρθηκε προηγουμένως και των τριών μορφών της εγγραμματοσύνης υγείας, ο Manganello (2007), προσθέτει την ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί τα μηνύματα από τα μέσα ενημέρωσης. Οι Zarcadoolas et. al., (2005), θεωρούν ότι υπάρχουν διαφορετικά είδη εγγραμματοσύνης υγείας, η θεμελιώδης, η επιστημονική, η πολιτική και η πολιτιστική εγγραμματοσύνη. Οι Freedman et. al., (2009), επισημαίνουν και εστιάζουν τις κριτικές δεξιότητες και στον αστικό προσανατολισμό ως ουσιαστικά στοιχεία της εγγραμματοσύνης υγείας (Zarcadoolas et. al., 2005; Freedman et. al., 2009).

Ο Mancuso (2008), υποστηρίζει ότι η εγγραμματοσύνη υγείας, εξελίσσεται σε όλα τα χρόνια ζωής του ατόμου και ότι δεν σταματάει ούτε συνδέεται με συγκεκριμένες παραμέτρους. Βασικά χαρακτηριστικά αποτελούν η ικανότητα, η κατανόηση και η επικοινωνία. Έτσι το άτομο έχει την ικανότητα ανταπόκρισης και προσαρμογής σε κάθε νέο, σύγχρονο και μη, σύστημα υγειονομικής φροντίδας (Sorensen et. al., 2012).

Συνοψίζοντας, υπάρχουν μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα εννοιολογικά μοντέλα της εγγραμματοσύνη υγείας, ενώ την ίδια στιγμή παρατηρείται ένα ιδιαίτερα μεγάλο φάσμα παραγόντων. Κανένα, όμως, από αυτά δεν επαρκεί και δεν έχει διευρυνθεί σε τέτοιο βαθμό, ώστε να συμβαδίζει με τους πρόσφατους ορισμούς, ενώ ακόμα δεν

έχει τεκμηριωθεί, πλήρως, ως προς τις έννοιες που αντιπροσωπεύει (Sorensen and Brand, 2013). Κάποια από τα μοντέλα έχουν δώσει έναν ευρύτερο ορισμό της εγγραμματοσύνη υγείας, που συνδέονται με τη δημόσια υγεία, την ιατρική και άλλες ατομικές δεξιότητες-ικανότητες (Freedman et. al, 2009).

Τα περισσότερα εννοιολογικά μοντέλα, αναφέρουν την εγγραμματοσύνη υγείας, ως μια έννοια στατική, αγνοώντας το γεγονός ότι πρόκειται για μια σύνθετη, δυναμικά εξελισσόμενη διαδικασία που σχετίζεται άμεσα με την αλληλουχία συγκεκριμένων παραγόντων (πρόσβασης - κατανόησης - επεξεργασίας πληροφοριών και επικοινωνίας που ακολουθεί).

Τέλος, η ποικιλομορφία των εννοιολογικών μοντέλων της εγγραμματοσύνη υγείας, διακρίνεται σε δύο επίπεδα: στις βασικές –κύριες ιδιότητες της (βασική, λειτουργική κλπ) και στην έκταση και το πεδίο εφαρμογής της (ως ασθενής στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, ως χρήστης υπηρεσιών υγείας κλπ) (Sorensen et. al, 2012). Η εγγραμματοσύνη της υγείας αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο ως ένας από τους πιο σημαντικούς κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία.

1.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες

Η Ευρωπαϊκή Κοινοπραξία Εγγραμματισμού για θέματα Υγείας (European Health Literacy Consortium) πρότεινε ένα εννοιολογικό μοντέλο που περιλαμβάνει τρία κύρια στοιχεία: την βασική έννοια της εγγραμματοσύνης υγείας, τα στοιχεία που την ενισχύουν και τις επιπτώσεις της εγγραμματοσύνης υγείας, στοιχεία που περιλαμβάνουν τρεις τύπους καθοριστικών παραγόντων (προσωπικών, περιστασιακών και κοινωνικο-περιβαλλοντικών). Οι προσωπικοί παράγοντες περιλαμβάνουν φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, επάγγελμα, εισόδημα και ασφάλιση και οι παράγοντες κατάστασης, περιλαμβάνουν την οικογενειακή κατάσταση, τις συνθήκες διαβίωσης και τις διαπροσωπικές σχέσεις. Οι κοινωνικοπεριβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τον πολιτισμό και την προφορική διάλεκτο (Sorensen et. al., 2012).

Αρκετές μελέτες στην Ευρώπη και τις Ηνωμένες Πολιτείες έχουν τεκμηριώσει τα χαμηλά επίπεδα εγγραμματισμού σε θέματα υγείας στους ηλικιωμένους. Πληθυσμιακή ομάδα που η σημασία ύπαρξης της εγγραμματοσύνης υγείας είναι

καθοριστική, για το λόγο ότι επηρεάζει τη σωματική και ψυχική τους υγεία, τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, την στοματική υγεία, την αυτοεξυπηρέτηση, ακόμη και τη θνησιμότητα (Agarwal et. al., 2018; Chiu et. al., 2020).
Επιπρόσθετα το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία ως ένας παράγοντας που οδηγεί σε χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας (Hussein et. al., 2018; Schaeffer et. al., 2017; Hagger et. al., 2018).

1.4 Η σημασία της εγγραμματοσύνης υγείας

Η αξία της επιτυχημένης- επαρκούς εγγραμματοσύνης μπορεί να ωφελήσει σημαντικά τόσο το ίδιο το άτομο όσο και το κοινωνικό σύνολο. Σύμφωνα με τους Berkman et. al., (2010), τα υψηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας συμβάλλουν στην πρόληψη προβλημάτων υγείας, στη βελτίωση και διατήρηση της και τέλος στην δημιουργία ενός περιβάλλοντος με καλύτερη ποιότητα ζωής και δυνατότητα συνεχούς ενίσχυσης. Γίνεται επιτακτική η ανάγκη για την ενίσχυση της εγγραμματοσύνης υγείας καθώς το υγειονομικό σύστημα φαίνεται να γίνεται ολοένα και πιο περίπλοκο. Η εγγραμματοσύνη υγείας καθιστά το άτομο ικανό να λάβει μέρος στη λήψη πολύ σημαντικών αποφάσεων σχετικά με την υγεία του Miller, (2016). Οι ασθενείς αναγκάζονται συχνά να πάρουν την κατάσταση στα χέρια τους σε θέματα σχετικά με την αυτό-φροντίδα, τις αποφάσεις που ενδεχομένως καλούνται να πάρουν και τη γενικότερη διαχείριση στο σύστημα υγείας (Berkman et. al., 2011; Sheridan et. al., 2011).

Με στόχο να μειωθούν οι νοσηλείες εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, οι υγειονομικές παροχές, τα φαρμακευτικά σκευάσματα καθώς και ο αυξημένος επιπολασμός χρόνιων νόσων η βελτίωση της εγγραμματοσύνης υγείας του εκάστοτε «ασθενούς καθίσταται αναγκαία (Weiss, 2007).
Σύμφωνα με τον Taggart et al, (2012), άτομα με υψηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας που νοσούν ή αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα υγείας, είναι σε θέση να προλάβουν και να ανιχνεύσουν εγκαίρως κάθε ασθένεια, χρησιμοποιούν ορθολογικά τις διαθέσιμες υπηρεσίας υγείας και περίθαλψης που τους παρέχονται και όσον αφορά τα χρόνια νοσήματα, σίγουρα τα διαχειρίζονται πολύ καλύτερα σε σχέση με

ασθενείς με χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας. Επιπρόσθετα, άτομα με υψηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας συμμορφώνονται ως προς τη φαρμακευτική τους αγωγή, σε αρκετά υψηλότερα ποσοστά από εκείνους με χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας (Miller, 2016).

Σύμφωνα με μελέτη των Shiyanbola et. al., (2018), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ανάλογα το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας του ατόμου επηρεάζεται και η συμμόρφωση του αλλά και η γενικότερη πεποίθηση του για τη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, άτομα που διέθεταν οριακή εγγραμματοσύνη υγείας ανησυχούσαν σε μεγαλύτερο βαθμό για τα φάρμακα τους σε σχέση με εκείνους που το επίπεδο εγγραματοσύνης υγείας τους ήταν επαρκές. Η απουσία της εγγραμματοσύνης έχει ως αντίκτυπο την εμφάνιση ατομικών και κοινωνικών συνεπειών.

Ωστόσο, πολλοί είναι εκείνοι που λόγω χαμηλού εγγραμματισμού, χάνουν σημαντικά πλεονεκτήματα που μπορούν ακόμα να πλήξουν και την ίδια τους την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, η περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας σχετίζεται με τη μη αποτελεσματική διαχείριση του ατόμου της υγείας του, αδυναμία πρόσβαση σε διάφορες υγειονομικές υπηρεσίες, δυσκολία στην κατανόηση της εκάστοτε πληροφορίας που σχετίζεται με την υγεία του αλλά και στην λήψη ανάλογων αποφάσεων, κατάλληλων να αποτελέσουν αρωγοί στην βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Η εγγραμματοσύνη υγείας επηρεάζει τρία βασικά επίπεδα: το υγειονομικό σύστημα, τον ασθενή και την κλινική έκβαση (Hersh et. al, 2015).

Τα χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας, έχουν σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στο σύστημα υγείας (Sheridan et. al., 2011). Η μειωμένη εγγραμματοσύνη σηματοδοτεί την αποδυνάμωση της υγείας και συνδράμει στην εξάπλωση σοβαρών ασθενειών, οι οποίες θα μπορούσαν να έχουν προβλεφθεί μέσω της πρόληψης. Η περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας, οδηγεί αφενός σε σημαντική αύξηση της επισκεψιμότητας στα τμήματα των επειγόντων και παράλληλα σε αυξημένη συχνότητα εισαγωγών στο Νοσοκομείο (Hersh et. al, 2015). Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνη υγείας ανεβάζουν το κόστος της υγειονομικής φροντίδας, και ταυτόχρονα οδηγούν σε αύξηση των ιατρικών εξόδων από μέρους των ασθενών (Eichler et. al., 2009; Haun et. al., 2015). Βέβαια καταγράφονται στη

βιβλιογραφία και αντίθετα αποτελέσματα που υποστηρίζουν ότι η χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας, δεν οδηγεί σε αύξηση των επισκέψεων των ασθενών στα Νοσοκομεία (Hersh et. al., 2015).

Επιπρόσθετα, η περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας, φαίνεται ότι δημιουργεί ασθενείς που δεν εμπλέκονται ενεργά στην αυτοδιαχείριση της ασθένειά τους (Pignone et. al, 2005). Ειδικότερα άτομα με περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας, αντιμετωπίζουν δυσκολία στη κατανόηση ιατρικών πληροφοριών και κατ' επέκταση στην υιοθέτησή τους (Weiss, 2007). Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά έχουν δυσκολία στο να αναγνωρίσουν τα φαρμακευτικά σκευάσματα και του τρόπου που αυτά χορηγούνται ή αδυνατούν να κατανοήσουν τις οδηγίες δοσολογίας, ενώ συχνά παρερμηνεύουν τις οδηγίες που αναγράφονται στα φαρμακευτικά σκευάσματα (Sudore and Schillinger, 2009). Ακόμη, τα άτομα με χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνη υγείας, φαίνεται ότι χρησιμοποιούν λιγότερο συχνά τις υπηρεσίες πρόληψης. Ειδικότερα, στα άτομα αυτά παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά μαστογραφίας, ανοσοποίησης για την γρίπη καθώς επίσης καταγράφουν χαμηλά ποσοστά προληπτικών ελέγχων για τον καρκίνο του εντέρου και του προστάτη (Scott et. al, 2002; Hersh et. al, 2015). Βέβαια δεν έχει τεκμηριωθεί αναλυτικά στη σχετική βιβλιογραφία, εάν ασθενείς με καλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας εκδηλώνουν μεγαλύτερο ποσοστό συμμόρφωση σε ιατρικές οδηγίες καθώς υιοθέτηση υγιών συμπεριφορών υγεία σε σχέση με ασθενείς που έχουν χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας (Miller, 2016).

Στις Ηνωμένες πολιτείες Αμερικής, οι διαφορές που παρατηρούνται στα επίπεδα εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας, φαίνεται ότι δημιουργεί σοβαρές κοινωνικές ανισότητες. Σχετικές μελέτες, υποστηρίζουν ότι περίπου 90 εκατομμύρια Αμερικανών πολιτών παρουσιάζουν σοβαρό έλλειμα ικανότητας κατανόησης βασικών πληροφορίων για την υγεία τους, ανεξάρτητα από ηλικία, φυλή, οικονομικό υπόβαθρο και μορφωτικό επίπεδο (Carmona, 2006). Η εγγραμματοσύνη υγείας φαίνεται να αποτελεί ισχυρό παράγοντα μείωσης των ανισοτήτων σε θέματα υγείας, ενώ παράλληλα έχει σημαίνοντα και ουσιαστικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του ατόμου (Perlow, 2008).

Επιπρόσθετα, η έλλειψη ή ανεπάρκεια της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας, όπως υποστηρίζουν οι Sudore and Schillinger (2009), έχει σοβαρή επίπτωση στην κλινική έκβαση των ασθενών. Ειδικότερα, η περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας, συνδέεται με υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και χαμηλότερα επίπεδα γενικής υγείας κυρίως σε ηλικιωμένους ασθενείς (Berkman et. al, 2011). Στον τομέα της ψυχικής υγείας, αυξάνει τη συχνότητα κατάθλιψης (Hersh et. al, 2015), ενώ καταγράφονται ισχυρές ενδείξεις ότι η περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας σχετίζεται με την εμφάνιση νοσημάτων, όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και η παχυσαρκία (Cavanaugh, 2011; Michou et. al, 2018).

Οι συνέπειες του χαμηλού εγγραμματισμού υγείας περιλαμβάνουν την αδυναμία επικοινωνίας και συνεννόησης των ασθενών με τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας και την περιορισμένη χρήση του εθνικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ακόμη, περιορίζεται η ικανότητα των ασθενών να ερμηνεύουν βασικά εργαστηριακά αποτελέσματα (όπως η χοληστερόλη και το σάκχαρο), τις δόσεις των φαρμάκων και να κατανοούν τις διατροφικές ετικέτες των τροφίμων. Επίσης, τα ποσοστά νοσηλείας αυξάνονται όπως και οι εθνικές δαπάνες για την υγεία.

Βέβαια, οι ευθύνες δεν επιρρίπτονται ολοκληρωτικά στους δέκτες των υπηρεσιών υγείας. Στα «άλλοθι» τους υπάγονται η ασάφεια στη διατύπωση των πληροφοριών, η παρουσία συναισθηματικής φόρτισης, η πλάνη των επαγγελματιών υγείας ότι οι επεξηγήσεις δεν είναι απαραίτητες και ταυτόχρονα, η ντροπή των παραληπτών να τις ζητήσουν. Σε αυτά προστίθενται, η χαλαρή διάθεση των οργανισμών, συστημάτων και διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης, οι παραπλανητικές διαφημίσεις, τεχνάσματα και η κινδυνολογία. Αυτό δε σημαίνει πως πέρα από τα άλλοθι δεν υπάρχουν αντικειμενικά εμπόδια.

Η πρόσβαση σε πληροφορίες είναι ζωτικής σημασίας προκειμένου οι χρήστες να συμμετέχουν στις αποφάσεις για την υγεία τους (στο σχεδιασμό του πλάνου φροντίδας κ.α.). Το μεγαλύτερο μέρος αυτών των πληροφοριών είναι ελεύθερα αναρτημένο στο Διαδίκτυο δίχως να είναι προσβάσιμες από τον καθένα. Οι ανεπαρκείς δεξιότητες για αναζήτηση, αξιολόγηση και χρήση των πληροφοριών, η

έλλειψη φυσικής πρόσβασης στο Διαδίκτυο, τα κίνητρα και η έλλειψη γνωστικών δεξιοτήτων αποτελούν μερικά από τα εμπόδια.

Ας μην ξεχνάμε πως, ο αλφαβητισμός επηρεάζεται όχι μόνο από γνωστικά, ατομικιστικά χαρακτηριστικά, αλλά και από τη σωρευτική επίδραση κοινωνικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Αξίζει τέλος να επισημανθεί, πως στο σημερινό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι ασθενείς δεν αναμένεται να «λειτουργούν» και να συμμορφώνονται, αλλά να ενεργούν ως ενημερωμένοι και υπεύθυνοι για τη λήψη αποφάσεων. Οι δραματικές προσωπικές, οικονομικές και υγειονομικές επιπτώσεις επηρεάζουν την κακή παιδεία. Με τη βελτίωση της παιδείας για θέματα υγείας, ο καθένας από εμάς είναι σε θέση να πλοηγηθεί με επιτυχία στον περίπλοκο λαβύρινθο υγειονομικής περίθαλψης ακολουθώντας υγιή και παραγωγική καθημερινότητα. Εξάλλου, είναι καθήκον μας ως πολίτες να φροντίζουμε την υγεία μας ώστε και η κοινωνία να λειτουργεί εύρυθμα.

1.5 Επιδημιολογικά δεδομένα για την εγγραμματοσύνη υγείας

Η χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο με πολύπλευρες επιπτώσεις στην υγεία. Τις αρνητικές επιπτώσεις της χαμηλής εγγραμματοσύνης υγείας για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν αναγνωρίσει πολλοί διεθνής οργανισμοί. Η εξέλιξη του αλφαβητισμού για την υγεία πέρασε από μια ανεπαρκή αναγνωρισμένη «σιωπηλή επιδημία» σ ένα μείζων ζήτημα στην πολιτική και την μεταρρύθμιση της υγείας (Hersh et. al., 2015).

Η Ευρωπαϊκή Ένωση κατανοώντας τη σημασία της αύξησης της εγγραμματοσύνης υγείας ήδη από το 2007 όρισε την εγγραμματοσύνη ως πολιτική της προτεραιότητα, ενώ το 2014 πραγματοποιήθηκε η πρώτη συγκριτική έρευνα σε οκτώ Ευρωπαϊκές χώρες (Αυστρία, Βουλγαρία, Γερμανία Ιρλανδία, Ολλανδία, Πολωνία, Ισπανία) συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου (HLS-EU-Q86) το οποίο περιλαμβάνει 86 πεδία και 12 υποκατηγορίες. Για κάθε πεδίο, οι ερωτηθέντες βαθμολόγησαν το αντιληπτό βαθμό δυσκολίας μιας δεδομένης εργασίας σε κλίμακα Likert τεσσάρων κατηγοριών (δηλαδή πολύ εύκολο, εύκολο, δύσκολο και πολύ δύσκολο), κατηγοριοποιώντας το βαθμό εγγραμματοσύνης στην υγεία σε τέσσερα επίπεδα: ανεπαρκή, προβληματική, επαρκής και άριστη (Sorensen et. al., 2013).

Στη μελέτη συμμετείχαν 8.000 άτομα και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 1 στους 10 (12%) που συμμετείχαν στη μελέτη, είχε ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας και σχεδόν 1 στους 2 (47%) είχε περιορισμένη (ανεπαρκή ή προβληματική) εγγραμματοσύνη υγείας. Ωστόσο, η κατανομή των επιπέδων διέφερε σημαντικά μεταξύ των χωρών (29-62%) με την Ολλανδία να καταγράφει το υψηλότερο επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας στον πληθυσμό της και η Βουλγαρία το χαμηλότερο. Η Ελλάδα κατέγραψε ένα μέσο προς χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας σε σύγκριση με τις άλλες χώρες. Σύμφωνα με τους ερευνητές, το μεγάλο ποσοστό ατόμων με ανεπαρκή η περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας, αποτελεί πρόκληση για τη δημόσια υγεία στις Ευρωπαϊκές χώρες και απαιτεί παρεμβάσεις. Επιπρόσθετα, υποομάδες εντός του πληθυσμού, που ορίζονται από οικονομική στέρηση, χαμηλή κοινωνική θέση, χαμηλή μόρφωση ή γήρας, είχαν υψηλότερα ποσοστά ατόμων με περιορισμένο εγγραμματισμό υγείας (Sorensen et. al., 2015).

Το 2021, πραγματοποιήθηκε μία συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση με μετα-ανάλυση για τον ποσοτικό προσδιορισμό του επιπολασμού της χαμηλής εγγραμματοσύνης υγείας σε ενήλικα άτομα που ζουν σε χώρες της ΕΕ, για να εκτιμηθεί το μέγεθος του επιπολασμού σε εθνικό και ευρωπαϊκό επίπεδο και να βελτιωθεί η κατανόηση υποκείμενων προγνωστικών παραγόντων (Baccolini et. al., 2021).

Η ανάλυση των μελετών επιβεβαίωσε το συμπέρασμα της παραπάνω αναφερόμενης συγκριτικής μελέτης, ότι δηλαδή αποτελεί πρόκληση για τη δημόσια υγεία στην Ευρωπαϊκή ένωση η εγγραμματοσύνη υγείας. Διαπιστώθηκε ότι το ένα τρίτο έως και σχεδόν οι μισοί Ευρωπαίοι πολίτες είχαν χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας γεγονός που υποδηλώνει ότι ένας σημαντικός αριθμός ατόμων ενδέχεται να έχει

δυσκολίες στην πρόσβαση στην πρόληψη και στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης λόγω περιορισμών στην αναζήτηση, κατανόηση, και τη λήψη αποφάσεων.

Στις ΗΠΑ, τα πιο αξιόπιστα και τεκμηριωμένα στοιχεία σχετικά με την εγγραμματοσύνη υγείας του πληθυσμού προέρχονται από την Εθνική Αξιολόγηση του Εγγραμματισμού Ενηλίκων (NAAL) του 2003. Η NAAL κατατάσσει την εγγραμματοσύνη υγείας σε τέσσερις κατηγορίες/επίπεδα (χαμηλό-κάτω από το βασικό, βασικό, ενδιάμεσο και υψηλό). Σύμφωνα με τη NAAL το 36% του ενήλικου πληθυσμού των ΗΠΑ έχει βασικό ή κάτω από το βασικό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας. Ως αποτέλεσμα παρουσιάζουν προβλήματα που σχετίζονται με την ικανότητα κατανόησης και ορθής χρήσης (λήψη απόφασης) των πληροφοριών υγείας. Οι ασθενείς δε που έχουν ταξινομηθεί ως ενδιάμεσου επιπέδου εγγραμματοσύνης υγείας μπορεί να έχουν δυσκολία στην σε ουσιαστικά καθήκοντα που αφορούν την διαχείριση της υγείας τους. (π.χ σωστός προσδιορισμός οδηγιών ιατρικής συνταγής, ιατρικά έντυπα, αιτήσεις σε ασφαλιστικές εταιρίες, υλικό με οδηγίες υγείας κοκ.). Το χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας καταγράφεται κυρίως στους ισπανόφωνους 66% τους μαύρους 58% στις ινδιάνικες φυλές και στους ιθαγενείς της Αλάσκας 48% καθώς και σε ηλικίες μεταξύ 65 ετών και άνω (59%). Επιπρόσθετα, χαμηλά ποσοστά εγγραμματοσύνης υγείας παρατηρούνται σε άτομα με μειωμένο μορφωτικό επίπεδο, άτομα που δεν μιλούσαν αγγλικά πριν ξεκινήσουν το σχολείο και άτομα με χαμηλό εισόδημα.

Είναι επίσης σημαντικό να αναγνωρίσουμε ότι οι δεξιότητες εγγραμματισμού στην υγεία μπορεί να ποικίλουν ακόμα και στο ίδιο το άτομο και να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας μπορεί να επηρεαστεί από συναισθηματική κατάσταση, οξύ πόνο ή ασθένεια, προβλήματα όρασης και ακοής και γνωστική εξασθένιση (Hersh et. al., 2015).

Σε διεθνές επίπεδο, ο ΠΟΥ συμπεριέλαβε την εγγραμματοσύνη υγείας ως ένα από τους βασικούς πυλώνες προαγωγής της υγείας συμπεριλαμβάνοντάς την στην στρατηγική ατζέντα για τη βιώσιμη ανάπτυξη έως το έτος 2030.

1.6 Εργαλεία μέτρησης της εγγραμματοσύνης υγείας

Τα υπάρχοντα ερευνητικά εργαλεία για τη μέτρηση του εγγραμματισμού υγείας διαφέρουν σε σημαντικό βαθμό τόσο όσον αφορά στον σχεδιασμό τους όσο και όσον αφορά την προσέγγιση μέτρησης διαστάσεων της εγγραμματοσύνης υγείας. Ορισμένα ερευνητικά εργαλεία κατηγοριοποιούν και διακρίνουν τα άτομα σε αυτά με υψηλό και σε αυτά με χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας. Στη συνέχεια παρουσιάζονται συνοπτικά σχετικά εργαλεία μέτρησης της εγγραμματοσύνης υγείας:

Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): σχεδιάστηκε από τους Murphy et. al., (1993), για τον εντοπισμό χαμηλών επιπέδων αλφαβητισμού σε ασθενείς. Οι πληροφορίες που συλλέγονται με το εργαλείο αυτό χρησιμεύουν στην επικοινωνία ασθενών-ιατρών για την ενίσχυση της κατανόησης 66 κοινώς χρησιμοποιούμενων προφορικών και γραπτών ιατρικών πληροφοριών από τους ασθενείς. Το συνολικό σκόρ κατατάσσεται σε 4 κατηγορίες αλφαβητισμού.

Το τεστ λειτουργικού εγγραμματισμού υγείας Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA): αποτελείται από 50 προτάσεις που μετρούν την αντίληψη κατά την ανάγνωση και 17 προτάσεις που μετρούν αριθμητική ικανότητα ενήλικων ατόμων. Η συνολική βαθμολογία κατηγοριοποιεί τον συμμετέχοντα σε τρείς κατηγορίες εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας (ανεπαρκής, οριακή, επαρκής).

National Assessment of Adult Literacy (NAAL): Δημιουργήθηκε από το National Center for Education Statistics (NCES) και περιγράφει την εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας των ενηλίκων της Αμερικής ηλικίας 16 ετών και άνω. Είναι τώρα ο πιο πρόσφατος και τεκμηριωμένος δείκτης της προόδου των πολιτών των ΗΠΑ στις δεξιότητες εγγραμματισμού, την αριθμητική και την επίλυση προβλημάτων σε περιβάλλοντα τεχνολογίας. Τα αποτελέσματα από την πρώτη εφαρμογή του εργαλείου δημοσιοποιήθηκαν το 2013.

Newest Vital Sign (NVS): είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης που διατίθεται στα Αγγλικά και τα Ισπανικά και εντοπίζει ασθενείς που διατρέχουν κίνδυνο για χαμηλό αλφαβητισμό υγείας. Είναι εύκολο και γρήγορο στη διαχείριση, απαιτώντας μόλις τρία λεπτά. Σε κλινικά περιβάλλοντα, το τεστ επιτρέπει στους

ερευνητές να προσαρμόζουν κατάλληλα τις πρακτικές επικοινωνίας τους στο επίπεδο της παιδείας του ασθενούς. Οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει το εργαλείο για να μετρήσουν τον αλφαβητισμό στην υγεία και να αξιολογήσουν τον αντίκτυπο του χαμηλού αλφαβητισμού για την υγεία σε μια ποικιλία επιπτώσεων στην υγεία. Το Newest Vital Sign βασίζεται σε μια διατροφική ετικέτα από ένα δοχείο παγωτού. Στους ασθενείς δίνεται η ετικέτα και στη συνέχεια υποβάλλονται 6 ερωτήσεις σχετικά με αυτό. Οι ασθενείς μπορούν και πρέπει να αναφέρονται στην ετικέτα απαντώντας σε ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις τίθενται προφορικά και οι απαντήσεις καταγράφονται από έναν επαγγελματία υγείας ή ερευνητή σε ειδικό φύλλο βαθμολογίας, το οποίο περιέχει τις σωστές απαντήσεις. Με βάση τον αριθμό των σωστών απαντήσεων, ο επαγγλεματίας υγείας ή ο ερευνητής μπορεί να αξιολογήσει το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας του ασθενούς.

Mandarin Health Literacy Scale (MaHLS): η κλίμακα, καταγράφει ικανότητες εγγραμματοσύνης υγείας σε διαφορετικά πεδία. Αυτά τα πεδία ορίζονται βάση του ορισμού του Ινστιτούτου Ιατρικής (Institute of Medicine's) για την εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας. Το MaHLS παρουσιάζει μια υψηλή εσωτερική συνοχή (Cronbach's alpha = 0.97) και καλή προγνωστική εγκυρότητα, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την ανάπτυξη και την αξιολόγηση της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας σε άλλες γλώσσες.

Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται και πλήθος άλλων εργαλείων μέτρησης της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας όπως το Critical Health Competence Test (CHC), το Swiss Health Literacy Survey, η Health Literacy Management Scale (HeLMS) το Health Literacy Questionnaire (HLQ) κ.α. (Haun, et. al., 2014; Altin et. al., 2014; Liu et. al., 2018).

Επιπρόσθετα, στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται εργαλεία μέτρησης τα οποία εξειδικεύονται σε συγκεκριμένες πτυχές εγγραμματοσύνης όπως η κατανόηση ιατρικών όρων, η κατανόηση και οι ικανότητες λήψης αποφάσεων κοκ. Παρά το ευρύ φάσμα των διαθέσιμων εργαλείων, πολλά από αυτά εμφανίζουν ουσιαστικές αδυναμίες και αρκετούς μεθοδολογικούς περιορισμούς. Οι πιο εμφανείς αδυναμίες των περισσότερων εργαλείων είναι ότι δεν καταγράφουν όλες τις σχετικές διαστάσεις

της εγγραμματοσύνης υγείας. Σύμφωνα με τους Pleasant et. al., (2011), ένα ολοκληρωμένο εργαλείο μέτρησης της εγγραμματοσύνης υγείας θα πρέπει να έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: να βασίζεται σε μία θεωρία ή σε ένα εννοιολογικό πλαίσιο, να είναι πολυδιάστατο σε περιεχόμενο και μεθοδολογία, ώστε να αντικατοπτρίζει τις αναδυόμενες θεωρίες της εγγραμματοσύνης υγείας ως δομή με πολλαπλούς εννοιολογικούς τομείς και πρακτικά συστατικά, να χρησιμοποιεί διαφορετικές μεθόδους και να διαχωρίζει την εγγραμματοσύνη υγείας από ικανότητες επικοινωνιακές.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση μέσω του προγράμματος Health Literacy (Εγγραμματοσύνη σε Θέματα Υγείας) ανέπτυξε στη βάση των παραπάνω ένα ολοκληρωμένο εργαλείο για την έρευνα για την εγγραμματοσύνη υγείας το ερωτηματολόγιο European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). Το ερωτηματολόγιο HLS-EU-Q, περιλαμβάνει δύο ενότητες, η μία ενότητα αποτελείται από 47 ερωτήσεις αυτοαναφερόμενων δυσκολιών πρόσβασης, κατανόησης, αξιολόγησης και εφαρμογής πληροφοριών σε σχετικές εργασίες λήψη αποφάσεων για την υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας. Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει καθοριστικούς παράγοντες που σχετίζονται με την εγγραμματοσύνη υγείας όπως συμπεριφορές υγείας, κατάσταση υγείας, χρήση υπηρεσιών υγείας, συμμετοχή στην κοινότητα, καθώς και κοινωνικο-δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Η εφαρμογή του ερωτηματολογίου και η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε Αυστρία, τη Βουλγαρία, τη Γερμανία την Ελλάδα, την Ιρλανδία, τις Κάτω Χώρες, την Πολωνία και την Ισπανία Sorensen et al. 2012).

Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε το 2018 για την καταγραφή εργαλείων μέτρησης εγγραμματοσύνης υγείας στον γενικό πληθυσμό, (Liu et. al., 2018), καταγράφει μια αυξανόμενη τάση στα εργαλεία για την αξιολόγηση της εγγραμματοσύνης υγείας του γενικού πληθυσμού που προσέγγιζαν πολλαπλές διαστάσεις της έννοιας χωρίς όμως ξεκάθαρη «συναίνεση» σχετικά με τις διαστάσεις που θα πρέπει να περιλαμβάνονται και να μετρούνται. Επιπρόσθετα οι ερευνητές της συγκεκριμένης συστηματικής ανασκόπησης καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι απαιτείται περαιτέρω ανάπτυξη και βελτίωση των εργαλείων

αξιολόγησης της εγγραμματοσύνης για θέματα υγείας με στόχευση πάντα την αντιπροσωπευτικότητα, το θεωρητικό πλαίσιο και την συμπερίληψη όλων των διαστάσεων της εγγραμματοσύνης υγείας. Ωστόσο, οι θεωρίες και οι διαστάσεις της έννοιας της εγγραμματοσύνης υγείας βρίσκονται ακόμη σε διερευνητικό στάδιο.

1.7 Μελέτες καταγραφής επιπέδων εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς

Ανάλογα τη χώρα και την ομάδα ασθενών που αναφέρονται οι σχετικές μελέτες για την εγγραμματοσύνη υγείας παρατηρούνται μεγάλου εύρους διακυμάνσεις στα επίπεδα της εγγραμματοσύνης υγείας.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 344 γονείς με παιδιά 4 έως 5 ετών που επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας από δημόσια σχολεία στην πόλη Curitiba της Βραζιλίας. Οι γονείς απάντησαν σε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο περιλάμβανε 88 στοιχεία που αφορούσαν δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά δεδομένα, συμπεριφορά στοματικής υγιεινής, διατροφή και συμπεριφορά κατά την διάρκεια του γεύματος και πρόσβαση των παιδιών σε οδοντιατρικές υπηρεσίες. Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέγραψαν χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης των γονέων σε θέματα στοματικής υγιεινής (Firmino et. al., 2018).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ στο Κουβέιτ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλό ποσοστό 44.5% παρουσίασε ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας με, το 19.5% να παρουσιάζει οριακή και ποσοστό 35.5% να παρουσιάζει επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας. Η χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας είχε συσχέτιση με τους ηλικιωμένους, τις γυναίκες, τις χήρες και τα άτομα με χαμηλό οικονομικό εισόδημα και μορφωτικό επίπεδο (Hussein et. al., 2018).

Συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση που ανέλυσε 29 μελέτες στις οποίες συμμετείχαν 13.457 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ από επτά χώρες (Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, Καναδάς, Βραζιλία, Ελβετία, Ταιβάν, Νότια Κορέα και νησιά Μάρσαλ). Για την μέτρηση της εγγραμματοσύνης υγείας χρησιμοποιήθηκαν επτά διαφορετικά εργαλεία μέτρησης. Ο επιπολασμός της εγγραμματοσύνης υγείας

κυμάνθηκε από 7,3% έως 82%, με χαμηλότερο στην Ελβετία και υψηλότερο στην Ταϊβάν Abdullah et. al., 2019)

Στη Γερμανία πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε δείγμα 2000 ατόμων άνω των 15 ετών μέσω προσωπικών συνεντεύξεων με τη βοήθεια υπολογιστή που βασίστηκαν στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην Ευρωπαϊκή Έρευνα Αλφαβητισμού για την Υγεία (HLS-EU-Q47). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 54,3 των συμμετεχόντων στη μελέτη είχε περιορισμένου βαθμού εγγραμματοσύνη υγείας που είχε σημαντική στατιστική συσχέτιση με την αύξηση της ηλικίας, τη χαμηλή αυτοαξιολογούμενη κοινωνική θέση, το μεταναστευτικό υπόβαθρο και τη χαμηλή λειτουργική παιδεία (Schaeffer et. al., 2017).

Σε διεθνή πολυκεντρική συγχρονική μελέτη (11 χώρες-4 ηπείρους), που διερευνούσε τα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς με μεταμόσχευση καρδιάς, πάνω από το 33.1% των συμμετεχόντων στη μελέτη κατέγραψε χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας που είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, την ανεργία, τη χώρα. Οι ασθενείς αυτοί όσον αφορά της συμπεριφορές υγείας είχαν μικρότερη πιθανότητα άσκησης (Cajita et. al., 2017).

Η ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας σε άτομα με χρόνια νεφρική νόσο (ΧΝΝ) σχετίζεται με φτωχότερη διαχείριση ασθενειών και μεγαλύτερες επιπλοκές. Στα συμπεράσματα αυτά κατέληξε μελέτη που είχε ως σκοπό την διερεύνηση των τύπων και την έκταση των ελλειμμάτων εγγραμματισμού υγείας σε ασθενείς με ΧΝΝ χρησιμοποιώντας την πολυδιάστατη κλίμακα διαχείρισης αλφαβητισμού υγείας (HeLMS) και να εντοπίσει συσχετίσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών των ασθενών. Στη μελέτη συμμετείχαν 366 ασθενείς ενός περιφερειακού Νοσοκομείου της Αυστραλίας που είτε βρισκόταν στο στάδιο πριν την αιμοκάθαρση είτε ήταν αιμοκαθαιρόμενοι ασθενείς καθώς και ασθενείς με μεταμόσχευση νεφρού. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι ο ανεπαρκής εγγραμματισμός στην υγεία, ειδικά στους τομείς που σχετίζονται με την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας ενός ατόμου, την κατανόηση πληροφοριών υγείας, την κοινωνική υποστήριξη και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες ήταν συνηθισμένο εύρημα. Το ανδρικό φύλο και το επίπεδο μόρφωσης συνδέθηκαν σημαντικά με ανεπαρκή γνώση για την υγεία. Ο

τύπος και η έκταση των ελλειμμάτων εγγραμματισμού υγείας διέφεραν μεταξύ των ομάδων ΧΝΝ με τους ασθενείς με μεταμόσχευση να καταγράφουν περισσότερα ελλείμματα σε σχέση με τις άλλες ομάδες ασθενών με ΧΝΝ (Lambert et. al., 2015).

Ανάλογη μελέτη, διερεύνησε τον επιπολασμό και τους προγνωστικούς παράγοντες εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς με οικογενειακή υπερχοληστερολαιμία που παρακολουθούνταν σε ανάλογα τμήματα σε επτά χώρες (Αυστραλία, Βραζιλία, κίνα, Χονγκ Κονγκ, Μαλαισία, Ταιβάν και Ηνωμένο Βασίλειο). Τα ποσοστά ανεπαρκούς αλφαβητισμού υγείας ήταν τα χαμηλότερα στο Ηνωμένο Βασίλειο (7,0%), την Αυστραλία (10,0%), το Χονγκ Κονγκ (15,7%) και την Ταϊβάν (18,0%) δείγματα, με υψηλότερα ποσοστά στη Βραζιλία (22,0%), τη Μαλαισία (25,0%)) και την Κίνα (37,0%). Ενώ συσχετίζονταν με το χαμηλό εισόδημα και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Hagger et. al., 2018).

Ανάλογα, προοπτική μελέτη διερεύνησε την επίδρασης της εγγραμματοσύνης υγείας στις νοσηλείες και τον θάνατο σε πληθυσμό (n=2487) ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια στην Πολιτεία της Μινεσσότα. Το 10,5% (n = 261) παρουσίασε χαμηλό αλφαβητισμό υγείας. Μετά από μέση παρακολούθηση ± SD 15,5 ± 7,2 μηνών, σημειώθηκαν 250 θάνατοι και 1584 νοσηλείες. Ο χαμηλός αλφαβητισμός υγείας συνδέθηκε με αυξημένη θνησιμότητα και νοσηλεία (Fabbri et. al., 2018).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε τυχαία επιλεγμένο δείγμα 9007 Δανών ηλικίας ≥25 ετών για την καταγραφή της εγγραμματοσύνης υγείας στους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, της πρόληψης ασθενειών και της προαγωγής της υγείας, με τη χρήση της σύντομης μορφής του ερωτηματολογίου HLS-EU-Q16 έδειξε ότι το 18% των συμμετεχόντων παρουσίασε ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας και το 30,94% δυσλειτουργικό αλφαβητισμό υγείας. Οι άνδρες, τα νεότερα άτομα, οι μετανάστες, τα άτομα με βασική εκπαίδευση ή εισόδημα κάτω από τον εθνικό μέσο όρο και τα άτομα που λάμβανα κοινωνικά επιδόματα είχαν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες ανεπαρκούς γνώσεις υγείας. Μεταξύ των παραγόντων συμπεριφοράς της υγείας (κάπνισμα, υψηλή κατανάλωση αλκοόλ και αδράνεια), μόνο η φυσική συμπεριφορά (καθιστική ζωή)συσχετίστηκε με ανεπαρκή γνώση υγείας. Ο μακροπρόθεσμος δείκτης σωματικού βάρους κινδύνου για την υγεία έδειξε ότι τα

άτομα με παχυσαρκία είχαν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες για χαμηλότερο επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας όπως επίσης τα άτομα με κακή αυτοαξιολογούμενη και τα άτομα που λάμβαναν επιδόματα λόγω ασθένειας και απουσίας από την εργασία (Svendsen et. al.,2020).

Η εγγραμματοσύνη υγείας καταγράφεται στη διεθνή βιβλιογραφία σε χαμηλό επίπεδο στους χειρουργημένους ασθενείς με επιπτώσεις στην πορεία αποκατάστασής τους.

Από τον Ιανουάριο του 2002 έως τον Μάιο του 2018 πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση με βάση τις κατευθυντήριες γραμμές PRISMA για τον εντοπισμό όλων των μελετών που χρησιμοποίησαν επικυρωμένα εργαλεία για την αξιολόγηση της εγγραμματοσύνης υγείας ενηλίκων ασθενών που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Συμπεριελήφθησαν 51 μελέτες με συνολικό δείγμα 22,139 χειρουργημένους ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας περίπου το 1/3 των ασθενών (34%). Οι περισσότερες μελέτες επικεντρώθηκαν στον εντοπισμό του χαμηλού αλφαβητισμού για την υγεία στον χειρουργικό πληθυσμό (84%, n = 43). Ελάχιστες έρευνες επικεντρώθηκαν στην κατανόηση της συσχέτισης του εγγραμματισμού υγείας με τα χειρουργικά αποτελέσματα (12%, n = 6) και ακόμη λιγότερες μελέτες ανέπτυξαν παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση του χαμηλού επιπέδου εγγραμματοσύνης υγείας (4%, n = 2) (Chang et. al., 2020).

Όσον αφορά την εγγραμματοσύνη υγείας σε χειρουργημένους ασθενείς, διενεργήθηκε μια συστηματική βιβλιογραφική μελέτη στις βάσεις δεδομένων MED-LINE και EMBASE, όπου αναλύθηκαν 40 μελέτες που αντιπροσώπευαν ένα δείγμα 18,895 χειρουργικών ασθενών. Το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας κυμάνθηκε χαμηλά (μέση τιμή 31,7%), με μεγάλες όμως διακυμάνσεις τιμών μεταξύ των μελετών (Roy et. al., 2019).

Σε μελέτη παρατήρησης που ήταν μέρος δευτερογενούς ανάλυσης μιας τυχαιοποιημένης κλινικής δοκιμής ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση που πραγματοποιήθηκε στην Σουηδία, με τη συμμετοχή 704 χειρουργημένων ασθενών τα αποτελέσματα έδειξαν το 59,4% παρουσίασε χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας, 37,4 ανεπαρκές επίπεδο αλφαβητισμού υγείας

και 22,9 προβληματικό επίπεδο. Η ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση ημέρας συνδέθηκε με φτωχότερη μετεγχειρητική ανάρρωση και μειωμένη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Nyman et. al., 2018).

Συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε για τη μέτρηση του εγγραμματισμού μυοσκελετικής υγείας σε 453 ασθενείς στην πολιτεία Οντάριο των Ηνωμένων πολιτειών Αμερικής, που είχαν υποβληθεί σε ολική αρθροπλαστικής γόνατος κατέγραψε ικανοποιητικά επίπεδα εγγραματοσύνης στο 65.3% των συμμετεχόντων και χαμηλό επίπεδο στο 34,7% των ασθενών. Οι ασθενείς με χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας είχαν κακή λειτουργικότητα άκρου ενώ οι ασθενείς με υψηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης είχαν υψηλή πιθανότητα να επαναλάβουν την ίδια επέμβαση αν ήταν αναγκαίο (Narayanan et. al., 2021).

Σε συγχρονική μελέτη που έλαβε χώρα σε εκπαιδευτικό Νοσοκομείο της Ολλανδίας σε δείγμα 225 ενηλικών ασθενών που προετοιμάζονταν για χειρουργική επέμβαση τα αποτελέσματα έδειξαν περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας σε ποσοστό 37,3 (Koster et. al., 2017).

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Αμερική σε δείγμα 1239 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεγάλη χειρουργική επέμβαση στην κοιλιακή χώρα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ασθενείς με χαμηλότερα επίπεδα εγγραμματισμού υγείας είχαν μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής στο Νοσοκομείο. Ωστόσο, ο χαμηλότερος αλφαβητισμός για την υγεία δεν συσχετίστηκε σημαντικά με αυξημένα ποσοστά επισκέψεων στα επείγοντα περιστατικά εντός περιόδου 30 ημερών από το εξιτήριο ή επανεισαγωγής στο Νοσοκομείο εντός 90 ημερών από την επέμβαση (Wright et. al., 2018).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μεθοδολογία της Έρευνας

Είδος Μελέτης

Συγχρονική περιγραφική μελέτη (cross-sectional) με μερικές συσχετίσεις. Οι περιγραφικές μελέτες περιγράφουν και ερμηνεύουν συνθήκες ή σχέσεις που υπάρχουν, πρακτικές που επικρατούν, πεποιθήσεις, απόψεις ή και συμπεριφορές που υπερισχύουν, διαδικασίες, επιδράσεις, ή τάσεις όπως εξελίσσονται (Γαλάνης, 2017).

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου.

Ερευνητικά Ερωτήματα

1. Ποιος είναι ο βαθμός εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός Πανεπιστημιακού νοσοκομείου;
2. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του φύλλου των ασθενών που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός Πανεπιστημιακού νοσοκομείου και του βαθμού εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας;
3. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ασθενών που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός Πανεπιστημιακού νοσοκομείου και του βαθμού εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας;
4. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου και του βαθμού εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας;
5. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός Πανεπιστημιακού νοσοκομείου και του βαθμού εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας;

Δειγματοληπτικό πλαίσιο- Δειγματοληπτική Μέθοδος

Πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. Επιλέχτηκε ως μέθοδος δειγματοληψίας δειγματοληψίας ευκολίας. Η συγκεκριμένη μέθοδος (δειγματοληψία ευκολίας), σύμφωνα με τον Μερκούρη «*…είναι αρκετά συχνή στις νοσηλευτικές έρευνες, ποιοτικές και ποσοτικές. Στο δείγμα ευκολίας τα υποκείμενα συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα ή επιλέγηκαν επειδή συνέπεσε να είναι στο σωστό μέρος τα σωστή στιγμή. Τα υποκείμενα που είναι διαθέσιμα συμμετέχουν στην έρευνα μέχρι να συμπληρωθεί ο επιθυμητός αριθμός του δείγματος*». (Μερκούρης 2008, σελ.112-113).

Ερευνητικά εργαλεία

Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο όπου η πρώτη ενότητα του περιλάμβανε ερωτήσεις για τη συλλογή δημογραφικών χαρακτηριστικών. Στο δεύτερο μέρος χρησιμοποιήθηκε η σύντομη τροποποιημένη ελληνική έκδοση της σταθμισμένης Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16) (Efthymiou et al., 2017; Gustafsdottir et al., 2020; Kondilis et al., 2012; Sørensen et al., 2015). Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 16 προτάσεις οι οποίες καταγράφουν τα επίπεδα εγγραμματοσύνης της υγείας, με την χρήση τετραβάθμιας αξιολογικής κλίμακας (πολύ εύκολο, αρκετά εύκολο, αρκετά δύσκολο, πολύ δύσκολο). Οι προτάσεις καταγράφουν το κατά πόσο ο ασθενής γνωρίζει, κρίνει, και αναζητεί πληροφορίες για θέματα υγείας καθώς επίσης εάν ακολουθεί τις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας. Οι απαντήσεις, βαθμονομούνται με την μέθοδο της διχοτόμησης κατηγοριών. Ειδικότερα, οι δύο κατηγορίες «αρκετά δύσκολο» και «πολύ δύσκολο» βαθμολογούνται με 0. Οι κατηγορίες «πολύ εύκολο» και «αρκετά εύκολο» βαθμολογούνται με 1. Το ελάχιστο άθροισμα των βαθμολογιών είναι 0 και το μέγιστο είναι 16. Η συγκέντρωση 0-8 βαθμών δηλώνει ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας, 9-12 προβληματική και 13-16 δηλώνει επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας. Ωστόσο, η δομική εγκυρότητα της Κλίμακας δεν έχει ελεγχθεί τόσο στην ελληνική

έκδοση όσο και σε άλλες διαφορετικές προσεγγίσεις (Pelikan et al., 2014). Οι Gustafsdottir et. al., (2020) προσάρμοσαν την Κλίμακα στα Ισλανδικά με έλεγχο της δομικής εγκυρότητας βρίσκοντας τέσσερις παράγοντες (factors) που καθορίζουν οι 16 ερωτήσεις τους. Ανάλογα στην παρούσα έρευνα, έγινε έλεγχος μέσω διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (EFA) (βλ. πίνακα 3). Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση κυρίων συνιστωσών (PCA) με μετασχηματισμό varimax και κανονικοποίηση Kaiser ως μέθοδο αντιστροφής (oblique). Η εκτίμηση δειγματικής επάρκειας των Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) έδωσε τιμή 0,823 (meritorious fit) και ελέγχου της σφαιρικότητας του Bartlett $\chi2=725,11$ με d.f.=120 και p-value<0,001. Βρέθηκαν τέσσερις παράγοντες με ιδιοτιμές ≥1,00 και ερμηνεία 61,73% της συνολικής διακύμανσης. Ως κριτήριο ελάχιστου φορτίου ορίστηκε το 0,40 για ένταξη ερώτησης (item) σε κάποιο παράγοντα (factor). Συνοπτικά επιβεβαιώθηκαν οι τέσσερις παράγοντες: 1. Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών (ερωτήσεις 4, 7, 10, 13 & 16), 2. Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου (ερωτήσεις 6, 9 & 11), 3. Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Οικογένεια & ΜΜΕ (ερωτήσεις 12, 14 & 15) και 4. Αναζήτηση Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας (ερωτήσεις 1, 2, 3, 5 & 8), όλοι με καλό βαθμό αξιοπιστίας (α>0,700) (excellent reliability).

Διαδικασία συλλογής δεδομένων – Δεοντολογία της έρευνας

Στην παρούσα διπλωματική Εργασία η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα, ήταν αυστηρά εθελοντική. Η ερευνήτρια επισκέφτηκε τους ασθενείς στο Νοσοκομείο όπου νοσηλεύονταν και παρουσίασε αναλυτικά τον σκοπό της έρευνας και τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα, είναι εθελοντική. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί κατά οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας είχαν πρόσβαση σε αυτές. Ενημερώθηκαν επιπρόσθετα ότι οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά

για την συγκεκριμένη μελέτη και ότι ανά πάσα στιγμή μπορούν να εγκαταλείψουν την έρευνα.

Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευτεί παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, αλλά και μετά το πέρας αυτής και δέσμευε τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Η παρούσα μελέτη έλαβε έγκριση με αριθμό πρωτοκόλλου 494/17-3-2021 από το τμήμα Νοσηλευτικής του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου και στη συνέχεια από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου με αριθμό πρωτοκόλλου 21569/25-5-2021.

Η ερευνήτρια επισκέφτηκε τα χειρουργικά τμήματα του Νοσοκομείου (ορθοπεδική, χειρουργική, χειρουργική ογκολογική, ΩΡΛ κλινική, γυναικολογική κλινική), όπου τηρώντας τις παραπάνω δεσμεύσεις που επιτάσσονταν από τους κανόνες δεοντολογίας της έρευνας και μετά από έγγραφη συγκατάθεση των υποκειμένων της μελέτης, δίνονταν το ερωτηματολόγιο για την συμπλήρωσή του. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν 12 λεπτά και η συλλογή δεδομένων διήρκησε δύο μήνες (Ιούνιος & Ιούλιος 2021).

Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας εργασίας έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS (IBM Corp. Released 2019, IBM SPSS Statistics for Windows, v.26.0, Armonk, NY: IBM Corp.). Έγιναν εκτιμήσεις των κατανομών συχνοτήτων των περιγραφικών χαρακτηριστικών, των χαρακτηριστικών εργασίας, απασχόλησης η επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων στη μελέτη. Η σύγκριση κατανομών συχνοτήτων έγινε με τον υπολογισμό των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) ενώ εφαρμόστηκε έλεγχος ομοιογένειας κατανομής χ^2 στις διαβαθμισμένες αποκρίσεις που αφορούσαν τη Κλίμακα Εγγραματοσύνης Υγείας. Για την αναζήτηση ενδεχόμενων παραγόντων που την καθορίζουν, χρησιμοποιήθηκε ανάλυση κυρίων συνιστωσών (PCA) μέσω διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (EFA), ενώ για τη συνέπεια αποκρίσεων εκτιμήθηκαν οι συντελεστές αξιοπιστίας κατά Cronbach. Ο έλεγχος της συμμετρίας τους έγινε με τη μέθοδο κατά Blom (QQ plot) και λόγω έντονης ασυμμετρίας ακολούθησε μονομεταβλητή συσχέτιση με τη μη παραμετρική μέθοδο Spearman, τόσο μεταξύ των υποκλιμάκων Εγγραμματοσύνης όσο και με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Μέσω πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης ακολούθησε συσχέτιση (εκτίμηση δεικτών odds ratio, OR) της Προβληματικής/Ανεπαρκούς Εγγραμματοσύνης Υγείας έναντι της επαρκούς και ως προς τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

Αποτελέσματα

Βασικά χαρακτηριστικά των ασθενών

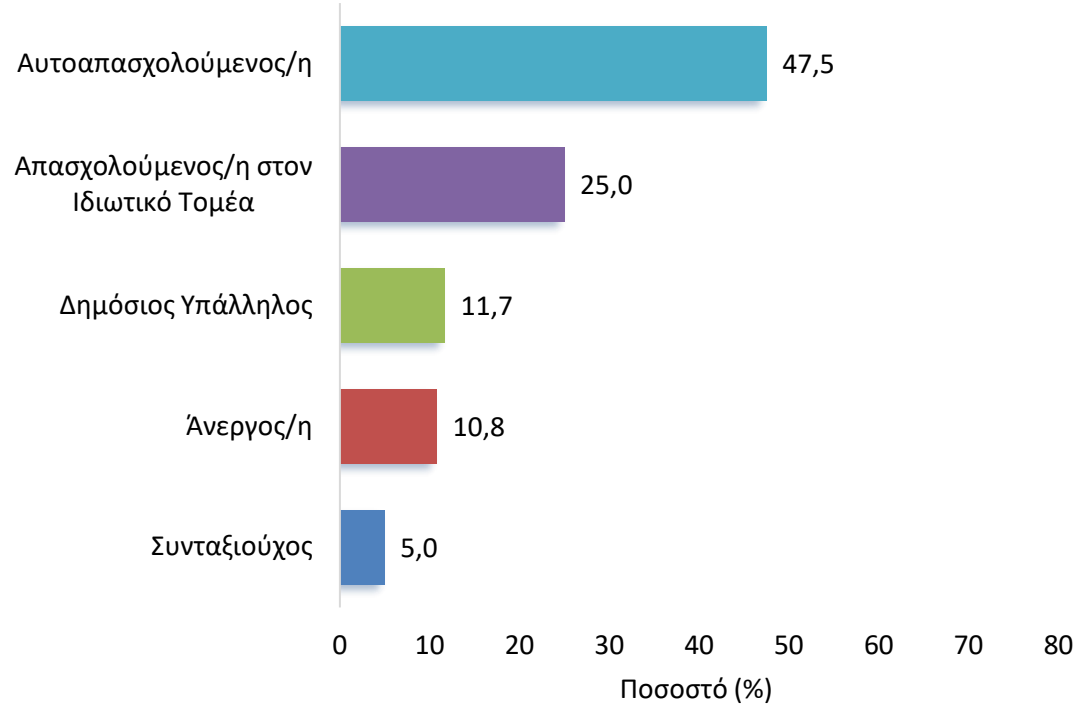
Στην έρευνα της παρούσας εργασίας συμμετείχαν 120 ασθενείς χειρουργικού τμήματος πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου της περιφέρειας εκ των οποίων 32,5% και 67,5% ήταν άνδρες και γυναίκες αντίστοιχα (**πίνακας 1**). Η μέση ηλικία τους βρέθηκε στα 45,0 χρόνια (±3,7), με την πλειοψηφία ή το 18,3% να είναι 53-57 ετών. Το 74,2% ανέφεραν ότι βρίσκονται σε έγγαμη κατάσταση ή συμβιώνουν, το 72,5 % είχαν παιδιά ενώ στην εκπαίδευσή τους το 44,2% ήταν κάτοχοι πτυχίων Τεχνολογικής & Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης.

Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά 120 των συμμετεχόντων ασθενών Χειρουργικού Τμήματος της μελέτης.

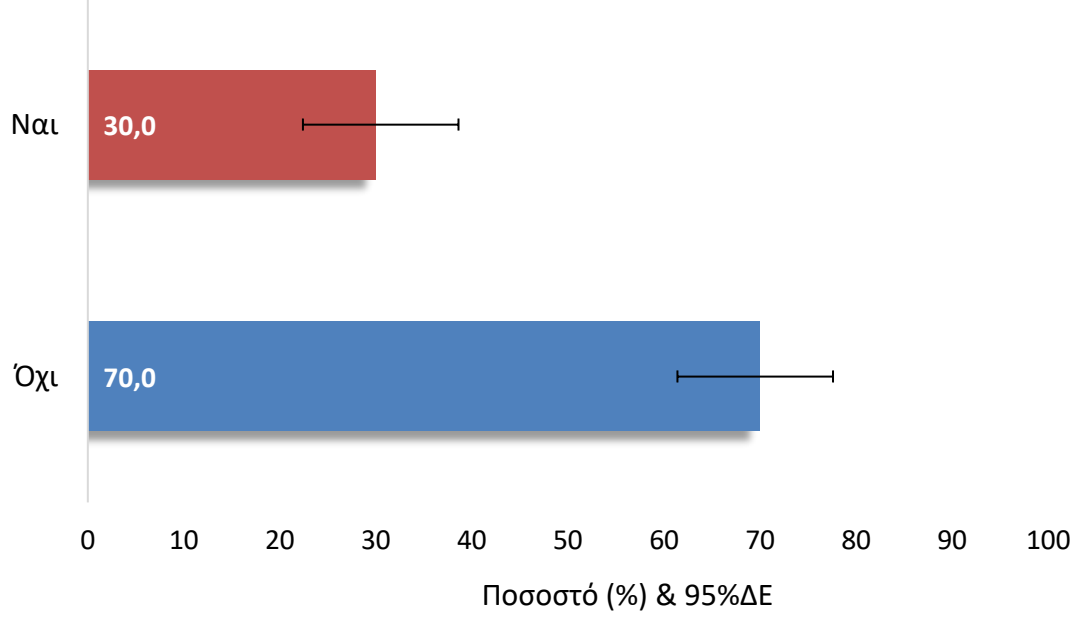
		ν	%
Φύλο	*Άνδρες/Γυναίκες*	39/81	32,5/67,5
Ηλικία, *χρόνια*	*μέση τιμή (τ.α.)*	45,0 (3,7)	
	18-22	8	6,7
	23-27	3	2,5
	28-32	9	7,5
	33-37	8	6,7
	38-42	15	12,5
	43-47	13	10,8
	48-52	21	17,5
	53-57	22	18,3
	58-62	14	11,7
	63-67	4	3,3
	68+	3	2,4
Οικογενειακή κατάσταση	*Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α*	31	25,8
	Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	89	74,2
Παιδιά	*Ναι*	87	72,5
	Όχι	33	27,5
Εκπαίδευση	*Καμία*	1	0,8
	Δημοτικό	6	5,0
	Γυμνάσιο	27	22,5
	Λύκειο	33	27,5
	ΤΕΙ, ΑΤΕΙ	36	30,0
	ΑΕΙ	17	14,2

Από τη συχνότητα κατανομής της επαγγελματικής τους απασχόλησης (**σχήμα 1**), οι περισσότεροι/ες ή το 47,5% δήλωσαν αυτοαπασχολούμενοι ενώ μεταξύ των υπολοίπων το 10,8% δήλωσαν άνεργοι. Επίσης σχετικά με την παρουσία ασθένειας (**σχήμα 2**), σημαντικά λιγότεροι από οτυς μισούς ή το 30,0% ανάφεραν κάποια ασθένεια όπως εκείνοι αντιλαμβάνονται ($p<0,05$).

Σχήμα 1. Κατανομή επαγγελματικής απασχόλησης των συμμετεχόντων της μελέτης..

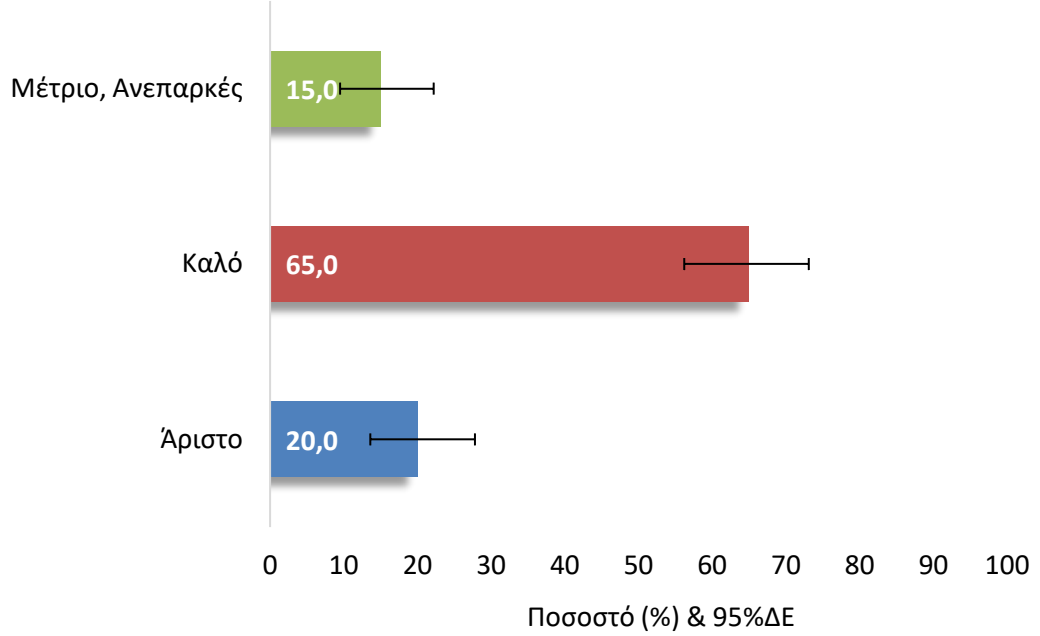


Σχήμα 2. Κατανομή αποκρίσεων στην ερώτηση «*Έχετε κάποια ασθενεια;*» των συμμετεχόντων της μελέτης.



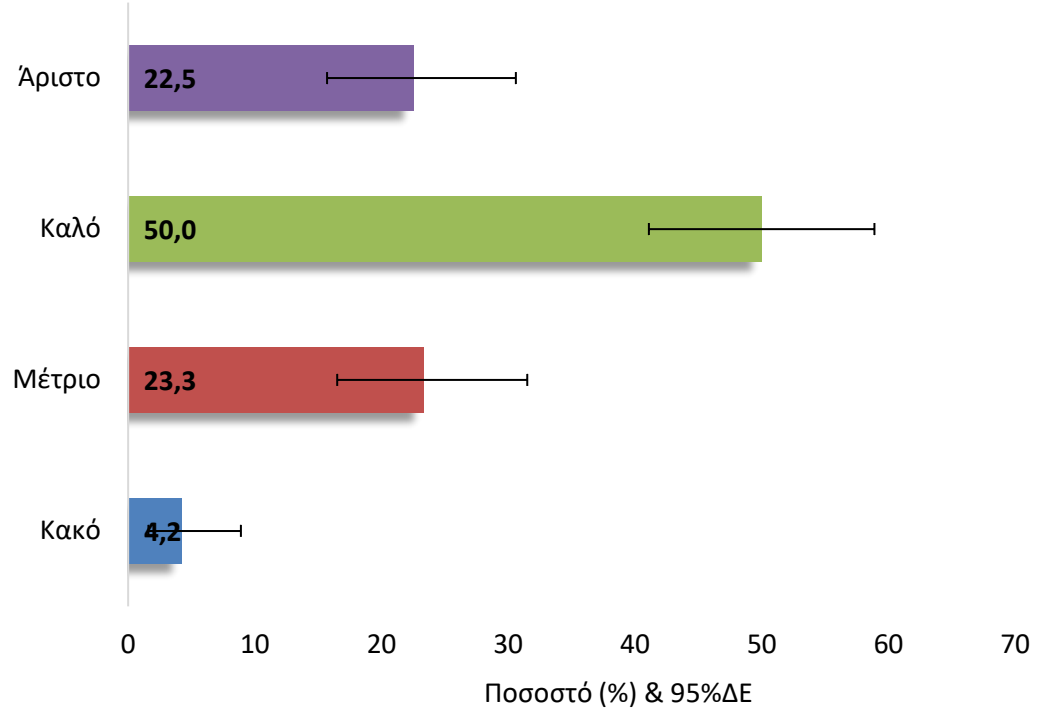
Από την ερώτηση «*Πως θα χαρακτηρίζατε το επίπεδο εγγραματοσύνης της υγείας σας;*» (**σχήμα 3**), διαπιστώνεται οτι σχεδόν το σύνολο των συμμετεχόντων στη μελέτη (85,0%) το χαρακτηρίζει *καλό* έως *άριστο*.

Σχήμα 3. Κατανομή αποκρίσεων στην ερώτηση «*Πως θα χαρακτηρίζατε το επίπεδο εγγραματοσύνης της υγείας σας;*» των συμμετεχόντων της μελέτης.

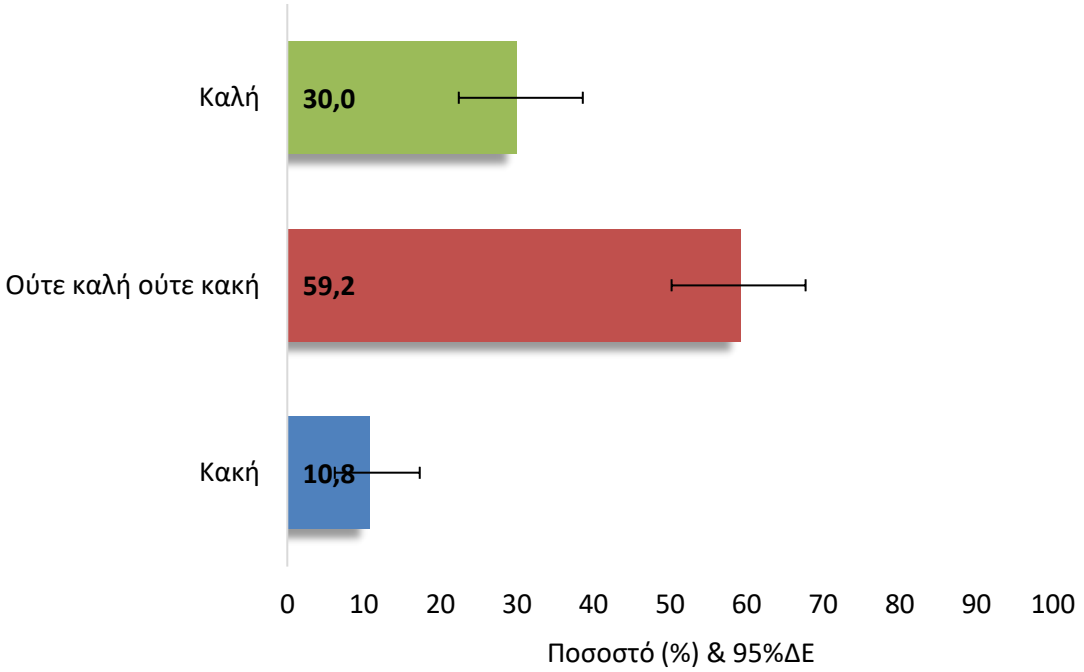


Παράλληλα, από την ερώτηση ««*Πως θα χαρακτηρίζατε το επίπεδο υγείας σας;*» (**σχήμα 4**), το σύνολο 72,5% των συμμετεχόντων στη μελέτη το χαρακτηρίζει *καλό* έως *άριστο* ενώ μόλις το 4,2% το αναφέρει ως *κακό*. Σε αντίθεση με το επίπεδο υγείας, υπερδιπλάσιο ποσοστό ή 10,8% αναφέρει την ποιότητα της ζωής τους ως *κακή* (**σχήμα 5**) ενώ το 30,0% την αναφέρει ως *καλή*.

Σχήμα 4. Κατανομή αποκρίσεων στην ερώτηση «*Πως θα χαρακτηρίζατε το επίπεδο υγείας σας;*» των συμμετεχόντων της μελέτης.



Σχήμα 5. Κατανομή αποκρίσεων στην ερώτηση «*Πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα της ζωής σας;*» των συμμετεχόντων της μελέτης..



Εγγραμματοσύνη Υγείας

Στον **πίνακα 2** δίνονται οι κατανομές αποκρίσεων σε 16 ερωτήσεις/προτάσεις που αφορούν την Ευρωπαϊκή Κλίμακα Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16). Διαπιστώθηκε σημαντική διαφοροποίηση των κατανομών αποκρίσεων ($p<0,05$) ή γενικά σημαντική διαφορά στη διαβάθμιση αποκρίσεων (από το «*Πολύ εύκολο»* στο «*Πολύ δύσκολο»* ή «*Δεν Γνωρίζω»*). Μεταξύ άλλων λοιπόν, σε «*Πολύ εύκολο*» απαντά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό των συμμετεχόντων ή 62,5% στην ερώτηση «*Q7. να ακολουθήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας;*» ή 59,2% στις ερωτήσεις «*Q4. να κατανοήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας σχετικά με το πως πρέπει να πάρετε ένα φάρμακο που σας έχει γράψει στη συνταγή;*» & «*Q10. να κατανοήσετε γιατί είναι αναγκαίο να κάνετε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις; (Οδηγίες: μαστογραφία, εξέταση διαβήτη, έλεγχος αρτηριακής πίεσης)»*. Στον **πίνακα 3** καταγράφονται οι συντελεστές αξιοπιστίας και οι παράγοντες στις 16 ερωτήσεις της Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16) των συμμετεχόντων της μελέτης. Παράλληλα και από τον **πίνακα 4** που αναφέρθηκε στην ενότητα της μεθοδολογίας, βρέθηκαν τέσσερις παράγοντες ή υποκλίμακες που καθορίζουν οι 16 ερωτήσεις που στην ουσία συγκεντρώνουν τα χαρακτηριστικά της αναζήτησης, επεξεργασίας και χρήσης πληροφοριών για ζητήματα υγείας ή κινδύνου για την υγεία [**1**. *Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών* (ερωτήσεις 4, 7, 10, 13 & 16), **2**. *Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου* (ερωτήσεις 6, 9 & 11), **3**. *Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Οικογένεια & ΜΜΕ* (ερωτήσεις 12, 14 & 15) και **4**. *Αναζήτηση Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας* (ερωτήσεις 1, 2, 3, 5 & 8]. Ελέγχοντας επιπλέον την συγκλίνουσα

Πίνακας 2. Κατανομή αποκρίσεων σε 16 ερωτήσεις της Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16) των συμμετεχόντων της μελέτης.

Στην κλίμακα από «πολύ εύκολο» σε «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε είναι να:	Πολύ εύκολο	Αρκετά εύκολο	Αρκετά δύσκολο	Πολύ δύσκολο	Δεν Γνωρίζω
	%				
Q1. να βρείτε πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα ασθενειών που σας απασχολούν;	36,7	55,0	5,0	0,0	3,3
Q2. να βρείτε που μπορείτε να λάβετε βοήθεια από επαγγελματίες υγείας όταν είσαστε άρρωστος/η;	32,5	60,0	5,0	1,7	0,8
Q3. να κατανοήσετε αυτό που σας λέει ο γιατρός σας;	42,5	51,7	5,0	0,0	0,8
Q4. να κατανοήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας σχετικά με το πως πρέπει να πάρετε ένα φάρμακο που σας έχει γράψει στη συνταγή;	59,2	39,2	0,0	1,7	0,0
Q5. να κρίνετε πότε χρειάζεται να πάρετε μία δεύτερη γνώμη από κάποιον άλλον γιατρό;	35,0	49,2	14,2	1,7	0,0
Q6. να χρησιμοποιήσετε τις πληροφορίες που σας δίνει ο γιατρός σας για να αποφασίσετε πως θα αντιμετωπίσετε κάποια ασθένειά σας;	29,2	58,3	8,3	3,3	0,8
Q7. να ακολουθήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας;	62,5	36,7	0,8	0,0	0,0
Q8. να βρείτε πληροφορίες για το πως να αντιμετωπίσετε προβλήματα ψυχικής υγείας όπως το στρες ή η κατάθλιψη;	27,5	44,2	19,2	5,0	4,2
Q9. να κατανοήσετε προειδοποιητικά μηνύματα για ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, η ήπια σωματική άσκηση, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ;	41,7	45,0	5,8	5,0	2,5
Q10. να κατανοήσετε γιατί είναι αναγκαίο να κάνετε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις; (Οδηγίες: μαστογραφία, εξέταση διαβήτη, έλεγχος αρτηριακής πίεσης)	59,2	38,3	2,5	0,0	0,0
Q11. να κρίνετε εάν οι πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία που προβάλλονται στα μέσα ενημέρωσης είναι αξιόπιστες; (Οδηγίες: τηλεόραση, διαδίκτυο ή άλλα μέσα ενημέρωσης)	28,3	37,5	23,3	8,3	2,5
Q12. να αποφασίσετε πως μπορείτε να προστατέψετε τον εαυτό σας από κάποια ασθένεια παίρνοντας πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης;	22,5	37,5	21,7	15,8	2,5
Q13. να μάθετε για δραστηριότητες οι οποίες είναι καλές για την ψυχική ευεξία; (Οδηγίες: διαλογισμός, άσκηση, περπάτημα, Πιλάτες, κτλ.)	38,3	56,7	5,0	0,0	0,0
Q14. να κατανοήσετε συμβουλές για θέματα υγείας από την οικογένεια και το φιλικό σας περιβάλλον;	36,7	49,2	8,3	5,0	0,8
Q15. να κατανοήσετε πληροφορίες στα μέσα ενημέρωσης για το πως θα βελτιώσετε την υγεία σας; (Οδηγίες: διαδίκτυο, εφημερίδες, περιοδικά)	35,0	48,3	7,5	8,3	0,8
Q16. να κρίνετε ποιες καθημερινές σας συνήθειες σχετίζονται με την υγεία σας; (Οδηγίες: διατροφικές συνήθειες, άσκηση κτλ.)	47,5	50,0	2,5	0,0	0,0

Πίνακας 3. Φορτία παραγόντων, συντελεστές αξιοπιστίας τους και παράγοντες στις 16 ερωτήσεις της Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16) των συμμετεχόντων της μελέτης.

	Παράγοντες (Factors)					
	1	**2**	**3**	**4**	Cronbach	
Ερωτήσεις (items)	Φορτία (loadings)				α	Υποκλίμακες
Q4	**0,612**	-0,028	0,047	0,301	0,747	Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών
Q7	**0,622**	0,091	0,217	0,315		
Q10	**0,664**	0,327	0,062	0,073		
Q13	**0,475**	0,244	0,361	0,289		
Q16	**0,746**	0,233	0,191	-0,101		
Q6	0,154	**0,741**	0,195	0,248	0,732	Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία
Q9	0,229	**0,837**	0,095	-0,011		
Q11	0,215	**0,560**	0,407	0,113		
Q12	-0,017	0,474	**0,621**	0,172	0,776	Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Οικογένεια & ΜΜΕ
Q14	0,290	0,066	**0,764**	0,248		
Q15	0,111	0,132	**0,885**	0,035		
Q1	0,204	-0,057	0,183	**0,637**	0,731	Αναζήτηση Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας
Q2	0,468	0,030	-0,079	**0,595**		
Q3	0,118	0,263	0,201	**0,687**		
Q5	0,387	0,465	-0,175	**0,477**		
Q8	-0,114	0,441	0,272	**0,654**		

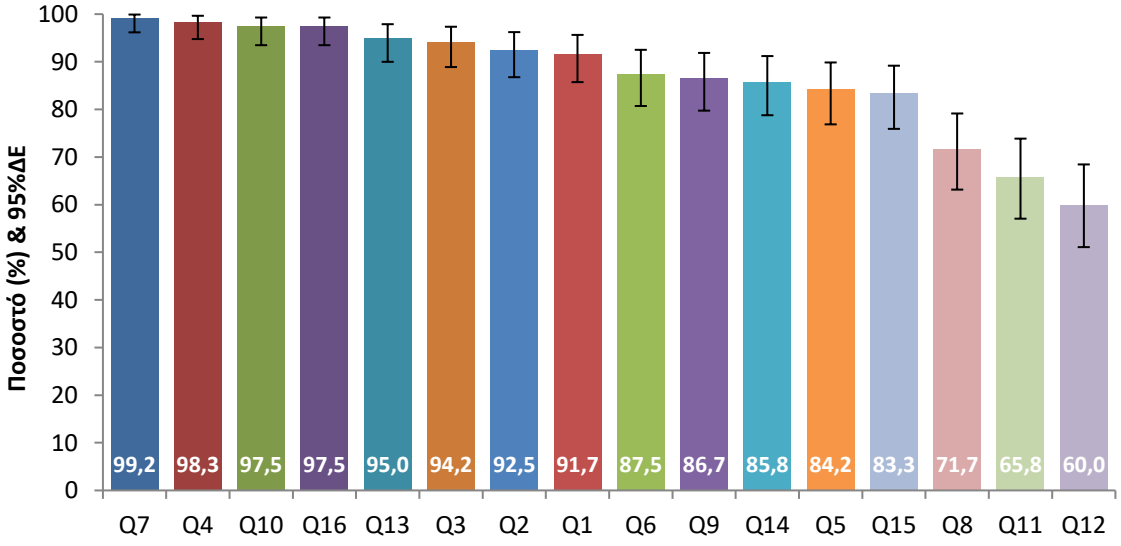
εγκυρότητά τους (**πίνακας 4**), διαπιστώνεται σημαντική συσχέτιση της Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας με τις υποκλίμακες της ($p<0,001$) αλλά και μεταξύ τους ($p<0,05$). Μεταξύ των υποκλιμάκων ωστόσο, η υψηλότερη συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ της *Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία* & της *Αναζήτησης Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας* ($r=0,511$, $p<0,001$).

Στο **σχήμα** 6 δίνεται η ιεραρχική κατανομή των ποσοστιαίων αποκρίσεων στις 16 ερωτήσεις της Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας για τα επίπεδα απαντήσεων «*Πολύ εύκολο ή και Αρκετά εύκολο*» των συμμετεχόντων της μελέτης. Χωρίς να ενέχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον η διαφοροποίηση μεταξύ των 16 ερωτήσεων, εκείνο που παρατηρείται είναι το πολύ υψηλό ποσοστό σχεδόν σε όλες τις ερωτήσεις για το σχετικό βαθμό ευκολίας που αναφέρουν οι συμμετέχοντες της μελέτης (θεωρούν «*Πολύ εύκολο ή και Αρκετά εύκολο*» να αναζητούν πληροφορίες για ζητήματα υγείας, να επεξεργάζονται, να ακολουθούν οδηγίες κλπ).

Πίνακας 4. Συσχέτιση Υποκλιμάκων της Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16) των συμμετεχόντων της μελέτης.

	Εγγραμματοσύνη Υγείας	Επεξεργασία & Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών	Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία	Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Οικογένεια & ΜΜΕ
	rho-Spearman (p-value)			
Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών	0,395 (<0,001)			
Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία	0,783 (<0,001)	0,237 (0,009)		
Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Οικογένεια & ΜΜΕ	0,785 (<0,001)	0,275 (0,002)	0,478 (<0,001)	
Αναζήτηση Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας	0,760 (<0,001)	0,224 (0,014)	0,511 (<0,001)	0,407 (<0,001)

Σχήμα 6. Ιεραρχική κατανομή αποκρίσεων στις 16 ερωτήσεις της Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας στα επίπεδα απαντήσεων «*Πολύ εύκολο ή και Αρκετά εύκολο*» των συμμετεχόντων της μελέτης.



Τα επίπεδα της βαθμολογίας της Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16) των συμμετεχόντων της μελέτης παρουσιάζονται στον **πίνακα 5**. Οι βαθμολογίες της Κλίμακας και των υποκλιμάκων της κυμαίνονται σε υψηλά επίπεδα ενώ όσο υψηλότερες είναι τόσο περισσότερο εκφράζουν καλύτερο βαθμό εγγραμματοσύνης. Η μέση βαθμολογία στη

συνολική Εγγραμματοσύνη Υγείας βρέθηκε 13,91 με εύρος τιμών 7-16 και πιθανό εύρος 0 έως 16. Η διάμεση τιμή ωστόσο βρέθηκε μεγαλύτερη ή 15,0 καταδεικνύοντας ότι το 50,0% του προσωπικού είχε πάνω από τα συγκεκριμένα επίπεδα ή μέχρι και 16. Η αξιοπιστία όλων διαπιστώθηκε από 0,731 έως 0,870 (εξαιρετική/excellent). Σημειώνεται ακόμη ότι σύμφωνα με τη διεθνή διαβάθμιση της Κλίμακας, το 5,0% εκτιμάται με *ανεπαρκή* εγγραμματοσύνη, το 19,2% με *προβληματική* και σε υψηλό ποσοστό ή 75,8% σε *επαρκή*.

Πίνακας 5. Βαθμολογίες υποκλιμάκων της Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16) των συμμετεχόντων της μελέτης.

	Μέση τιμή	**Τυπ. αποκλ.**	**Διάμεσος**	**Ελάχ.**	**Μέγ.**	**Cronbach α**
Εγγραμματοσύνη Υγείας	13,91	2,40	15,00	7	16	0,870
ανεπαρκή (0-8)	ν=6 ή 5,0%					
προβληματική (9-12)	ν=23 ή 19,2%					
επαρκή (13-16)	ν=91 ή 75,8%					
Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών	4,88	0,40	5,00	2	5	0,747
Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία	2,40	0,89	3,00	0	3	0,732
Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Οικογένεια & ΜΜΕ	2,29	0,95	3,00	0	3	0,776
Αναζήτηση Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας	4,34	1,01	5,00	1	5	0,731

Υψηλότερη αθροιστική βαθμολογία καθορίζει υψηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας.

Εγγραμματοσύνη Υγείας & χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Οι μονομεταβλητές συσχετίσεις των βαθμολογιών μεταξύ χαρακτηριστικών με τις βαθμολογίες των Υποκλιμάκων της Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας (HLS-EU-Q16) των συμμετεχόντων της μελέτης, παρουσιάζονται στον **πίνακα 6.** Η συνολική Εγγραμματοσύνη Υγείας δεν φαίνεται να σχετίζεται σημαντικά με κάποιο χαρακτηριστικό των συμμετεχόντων (p>0,05) ενώ οι έγγαμοι ή σε συμβίωση φαίνεται να

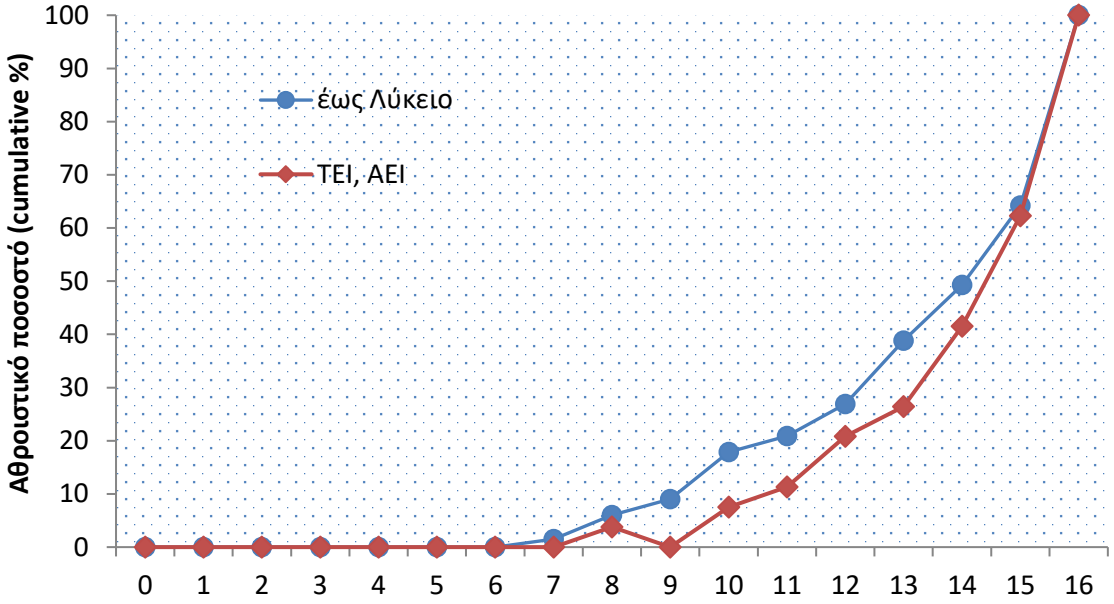
σχετίζονται με την *Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών* (rho=0,226, p<0,05), όσοι/όσες έχουν αυξημένα επίπεδα εκπαίδευσης με την *Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία* (rho=0,186, p<0,05) ή όσοι/όσες δεν έχουν κάποια ασθένεια με *Αναζήτηση Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας* (rho=0,219, p<0,05). Ανάλογα ωστόσο με την εκπαίδευση, στο **σχήμα 7** δίνεται η αθροιστική κατανομή βαθμολογίας Εγγραμματοσύνης Υγείας. Πράγματι όπως υποδεικνύει και ο συντελεστής συσχέτισης, δεν φαίνεται διαφοροποίηση μεταξύ δυο κατηγοριών εκπαίδευσης (καμία έως Λύκειο έναντι ΑΕΙ/ΤΕΙ) κατά μήκος της βαθμολογίας Εγγραμματοσύνης.

Πίνακας 6. Συσχέτιση χαρακτηριστικών με τις βαθμολογίες των Υποκλιμάκων της Ευρωπαϊκής Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire 16, HLS-EU-Q16) των συμμετεχόντων της μελέτης.

	Φύλο (1: άνδρες, 2: γυναίκες)	**Ηλικία** (ανά 5ετία μεταβολής)	**Οικογενειακή κατάσταση** (1: Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, 2: Έγγαμος/η ή σε συμβίωση)	**Παιδιά** (1: ναι, 2: όχι)	**Εκπαίδευση** (1: καμία, 2: δημοτικό, 3: γυμνάσιο, 4: λύκειο, 5: ΤΕΙ, ΑΤΕΙ, 6: ΑΕΙ)	**Ασθένεια** (1:ναι, 2:όχι)
	rho-Spearman					
Εγγραμματοσύνη Υγείας	0,048	-0,056	0,084	0,059	0,137	0,153
Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών	0,105	0,033	0,226*	-0,090	0,053	0,120
Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία	0,122	-0,024	0,063	0,016	0,186*	0,064
Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Οικογένεια & ΜΜΕ	-0,025	-0,076	0,092	0,069	0,063	0,107
Αναζήτηση Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας	0,008	-0,026	0,009	0,069	0,079	0,219*

* p<0,05

Σχήμα 7. Κατανομή βαθμολογίας Εγγραμματοσύνης Υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων στη μελέτη.



Πολλαπλή συσχέτιση της Εγγραμματοσύνης Υγείας & των Χαρακτηριστικών

Στον **πίνακα 7** τέλος παρουσιάζεται (πλέον των προηγούμενων αδρών εκτιμήσεων) σε πολυμεταβλητό επίπεδο η συσχέτιση και εκτίμηση δεικτών odds ratio μέσω λογιστικής παλινδρόμησης, της Προβληματικής/Ανεπαρκούς Εγγραμματοσύνης Υγείας έναντι της επαρκούς και ως προς τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Συνολικά διαπιστώνεται ότι η Εγγραμματοσύνη Υγείας δεν σχετίζεται σημαντικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη ($p>0,05$). Σημειώνεται ενδεικτικά ωστόσο ότι όσοι/όσες είναι σε έγγαμη κατάσταση ή συμβίωση έχουν οριακά σημαντικά μικρότερο odds (πιθανότητα) για *Προβληματική/Ανεπαρκή* Εγγραμματοσύνη (OR=0,38, p=0,098). Πρακτικά λοιπόν φαίνεται ότι η Εγγραμματοσύνη Υγείας δεν σχετίζεται με κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ασθενών χειρουργικών τμημάτων όπως μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα της εργασίας, προφανώς λόγω της πολύ υψηλής ή καλής Εγγραμματοσύνης Υγείας που παρουσιάζουν.

Πίνακας 7. Συσχέτιση (εκτίμηση δεικτών odds ratio, OR) της Προβληματικής/Ανεπαρκούς Εγγραμματοσύνης Υγείας (έναντι της επαρκούς) και ως προς τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

	Εγγραμματοσύνη Υγείας (προβληματική/ανεπαρκή ***έναντι*** επαρκούς)		
	odds ratio, OR	95%ΔΕ	p-value
Φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες)	0,78	0,30-2,01	0,604
Ηλικία (ανά 5ετία μεταβολής)	0,90	0,72-1,11	0,324
Οικογενειακή κατάσταση (1: Άγαμος/η, Διαζευγμένος/η, Χήρος/α, 2: Έγγαμος/η ή σε συμβίωση)	0,38	0,08-1,24	0,098
Παιδιά (1:ναι, 2:όχι)	0,34	0,09-2,03	0,281
Εκπαίδευση (1: καμία, 2: δημοτικό, 3: γυμνάσιο, 4: λύκειο, 5: ΤΕΙ, ΑΤΕΙ, 6: ΑΕΙ)	0,89	0,60-1,32	0,546
Ασθένεια (1:ναι, 2:όχι)	0,53	0,20-1,40	0,200
pseudo R^2 *Negelkerke*		0,085	

Πολυμεταβλητή ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης.

Συζήτηση

Σκοπό της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση του βαθμού εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου.

Στην Ευρωπαϊκή Κλίμακα Εγγραμματοσύνης Υγείας βρέθηκαν τέσσερις παράγοντες ή υποκλίμακες που καθορίζουν οι 16 ερωτήσεις: **1**. *Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών*, **2**. *Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου*, **3**. *Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Οικογένεια & ΜΜΕ* και **4**. *Αναζήτηση Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας*.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη κατέγραψαν πολύ υψηλό ποσοστό στο βαθμό ευκολίας στο να αναζητούν πληροφορίες για ζητήματα υγείας, να επεξεργάζονται και να ακολουθούν οδηγίες.

Οι βαθμολογίες της Κλίμακας Εγγραμματοσύνης Υγείας και των υποκλιμάκων της βρέθηκαν σε υψηλά επίπεδα ή με πολύ καλό βαθμό εγγραμματοσύνης. Με επαρκή εγγραμματοσύνη βρέθηκαν περίπου 3 στους 4 συμμετέχοντες (75,8%) ή με ανεπαρκή το 5,0%.

Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Καταλονίας- Ισπανία σε 2433 άτομα, όπου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q16). Τα αποτελέσματα έδειξα επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας σε ποσοστό 84.6% και μόλις ένα ποσοστό 10.3% κατέγραψε ανεπαρκή και 5.1% προβληματική εγγραμματοσύνης υγείας (Garcia-Codina et. al., 2019).

Βέβαια θα πρέπει να επισημανθεί ότι τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έρχονται σε αντίθεση με τις περισσότερες ανάλογες μελέτες που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ στο Κουβέιτ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλό ποσοστό 44.5% παρουσίασε ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας με, το 19.5% να παρουσιάζει οριακή και ποσοστό 35.5% να παρουσιάζει επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας. Η χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας είχε συσχέτιση με τους ηλικιωμένους, τις γυναίκες, τις χήρες και τα άτομα με χαμηλό οικονομικό εισόδημα και μορφωτικό επίπεδο (Hussein et. al., 2018). Ανάλογα χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης για θέματα υγείας κατέγραψε συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Γερμανία σε δείγμα 2000 ατόμων άνω των 15 ετών μέσω προσωπικών συνεντεύξεων με τη βοήθεια υπολογιστή που βασίστηκαν στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην Ευρωπαϊκή Έρευνα Αλφαβητισμού για την Υγεία (HLS-EU-Q47). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 54,3 των συμμετεχόντων στη μελέτη είχε περιορισμένου βαθμού εγγραμματοσύνη υγείας που είχε σημαντική στατιστική συσχέτιση με την αύξηση της ηλικίας, τη χαμηλή αυτοαξιολογούμενη κοινωνική θέση, το μεταναστευτικό υπόβαθρο και τη χαμηλή λειτουργική παιδεία (Schaeffer et. al., 2017).

Σε διεθνή πολυκεντρική συγχρονική μελέτη (11 χώρες-4 ηπείρους), που διερευνούσε τα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς με μεταμόσχευση καρδιάς, πάνω από το 33.1% των συμμετεχόντων στη μελέτη κατέγραψε χαμηλό επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας που είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, την ανεργία, τη χώρα. Οι ασθενείς αυτοί όσον αφορά της συμπεριφορές υγείας είχαν μικρότερη πιθανότητα άσκησης (Cajita et. al., 2017). Τέλος συγχρονική μελέτη που έλαβε χώρα σε εκπαιδευτικό Νοσοκομείο της Ολλανδίας σε δείγμα 225 ενηλικών ασθενών που προετοιμάζονταν για χειρουργική επέμβαση τα αποτελέσματα έδειξαν περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας σε ποσοστό 37,3 (Koster et. al., 2017).

Μία πιθανή ερμηνεία του υψηλού επιπέδου εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη, μπορεί να είναι το υψηλό ποσοστό μέσης ηλικίας των συμμετεχόντων. Η ηλικία αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα του επιπέδου εγγραμματοσύνης. Συγχρονική μελέτη, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αττική, με τη συμμετοχή 1281 ατόμων, έδειξε ότι σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της χαμηλής εγγραμματοσύνης υγείας, αποτελεί η ηλικιακή ομάδα, άτομα ηλικίας 56-65 ετών κατέγραψαν υψηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας από τους νεότερους (Κωσταρέλλη 2019).

Όσον αφορά την διερεύνηση συσχετίσεων των επιπέδων εγγραμματοσύνης υγείας με δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη, οι έγγαμοι ή σε συμβίωση σχετίζονται με την *Επεξεργασία και Χρήση Πληροφοριών από Γιατρό & Αντιλαμβανόμενος Κίνδυνος συνηθειών*, όσοι/όσες έχουν αυξημένα επίπεδα εκπαίδευσης με την *Αντιμετώπιση Παραγόντων Κινδύνου για την Υγεία* ή όσοι/όσες δεν έχουν κάποια ασθένεια με *Αναζήτηση Πληροφοριών για Προβλήματα & Συμπτώματα Υγείας* ($p<0,05$).

Συνολικά διαπιστώνεται ότι η Εγγραμματοσύνη Υγείας δεν σχετίζεται σημαντικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη. Ενδεικτικά μονάχα όσοι/όσες ήταν σε έγγαμη κατάσταση ή συμβίωση βρέθηκαν με οριακά μη σημαντική μικρότερη πιθανότητα για *Προβληματική/Ανεπαρκή* Εγγραμματοσύνη ($p=0,098$) καταδεικνύοντας ότι η Εγγραμματοσύνη Υγείας δεν σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων ασθενών χειρουργικών τμημάτων, προφανώς λόγω της πολύ υψηλής ή καλής Εγγραμματοσύνης Υγείας που παρουσιάζουν. Αντίθετα αποτελέσματα παρουσιάζει συγχρονική μελέτη που διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο στον γενικό πληθυσμό σε δείγμα 1046 ατόμων όπου ο βαθμός εγγραμματοσύνης υγείας παρουσίαζε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηλικία (μεγαλύτερη ηλικία χαμηλότερο επίπεδο εγγραμματοσύνης), το επίπεδο εκπαίδευσης (χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης - χαμηλότερο επίπεδο εγγραμματοσύνης) και την οικονομική κατάσταση (κακή οικονομική κατάσταση- χαμηλότερο επίπεδο εγγραμματοσύνης).

2.11 Περιορισμοί Έρευνας

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προέκυψαν με τη χρήση ενός έγκυρου και αξιόπιστου ερευνητικού εργαλείου και είναι η πρώτη μελέτη που κατέγραψε τα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς χειρουργικών κλινικών ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Ελληνικής επικράτειας. Βέβαια ο χαμηλός αριθμός συμμετεχόντων που οφείλεται στη δυσκολία συλλογή των ερωτηματολογίων λόγω των περιοριστικών μέτρων που ίσχυαν κατά την περίοδο της πανδημίας Covid-19 καθώς και η επιλογή της μεθόδου της δειγματοληψίας ευκολίας και όχι της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας, δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων καθώς το δείγμα δεν είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού για το συγκεκριμένο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο, όποτε και τα ευρήματα θα πρέπει να ιδωθούν υπό το πρίσμα αυτό. Τέλος, απαιτούνται νέες μελέτες τόσο ποιοτικές όσο και συγχρονικές μελέτες με δείγμα μεγάλο που θα έχει επιλεγεί με τη μέθοδο της τυχαίας διαστρωματικής δειγματοληψίας για να μπορούν να έχουν αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα σχετικά με τα επίπεδα της εγγραμματοσύνης υγείας τόσο στον γενικό πληθυσμό όσο και σε πληθυσμό ασθενών.

2.12 Συμπεράσματα – Προτάσεις

Στην παρούσα διπλωματική εργασία οι συμμετέχοντες στη μελέτη κατέγραψαν πολύ υψηλό ποσοστό στο βαθμό ευκολίας στο να αναζητούν πληροφορίες για ζητήματα υγείας, να επεξεργάζονται και να ακολουθούν οδηγίες. Επιπρόσθετα, καταγράφηκαν υψηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας, ενώ η εγγραμματοσύνη σε θέματα υγείας δεν σχετίζεται σημαντικά με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην μελέτη.

Τα ευρήματα αυτά σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να οδηγούν τους επαγγελματίες σε εφησυχασμό, αντίθετα απαιτείται μια διαρκής προσπάθεια ενδυνάμωσης της εγγραμματοσύνης υγείας των ασθενών καθώς οι αρνητικές επιπτώσεις της χαμηλής εγγραμματοσύνης υγείας για την ασφάλεια των ασθενών και την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν αναγνωριστεί και τεκμηριωθεί επαρκώς στη διεθνή βιβλιογραφία. Η εγγραμματοσύνη υγείας επηρεάζει τρία βασικά επίπεδα: το υγειονομικό σύστημα, τον ασθενή και την κλινική έκβαση. Ειδικότερα, η περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας σχετίζεται με τη μη αποτελεσματική διαχείριση του ατόμου της υγείας του, αδυναμία πρόσβαση σε διάφορες υγειονομικές υπηρεσίες, δυσκολία στην κατανόηση της εκάστοτε πληροφορίας που σχετίζεται με την υγεία του αλλά και στην λήψη ανάλογων αποφάσεων, κατάλληλων να αποτελέσουν αρωγοί στην βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Επιπρόσθετα, ο

Mancuso (2008), υποστηρίζει ότι η εγγραμματοσύνη υγείας, εξελίσσεται σε όλα τα χρόνια ζωής του ατόμου και ότι δεν σταματάει ούτε συνδέεται με συγκεκριμένες παραμέτρους.

Η ενίσχυση της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγεία θα πρέπει να βασίζεται σε τρείς κύριους άξονες στην εκπαίδευση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, στην συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων και στην ευαισθητοποίησή ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

Ηλικιωμένα άτομα, άτομα με χαμηλό επίπεδο εισοδήματος και μόρφωσης και φυλετικές και εθνοτικές μειονοτικές ομάδες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να έχουν χαμηλό αλφαβητισμό στην υγεία. Οι προσεγγίσεις για την αντιμετώπιση του περιορισμένου γραμματισμού υγείας περιλαμβάνουν τη βελτίωση της επικοινωνίας ασθενών- επαγγελματιών υγείας, την απλοποίηση των πληροφοριών υγείας. Τη δημιουργία εκπαιδευτικού και ενημερωτικού υλικού για τους ασθενείς προσαρμοσμένο στις αντιληπτικές δυνατότητές τους και οπτικοποίηση του όπου είναι εφικτό καθώς και χρήση της τεχνολογίας για διευκόλυνση των ασθενών όπως η δημιουργία ιστοσελίδων, εφαρμογών και εργαλείων. Τα εργαλεία αυτά θα πρέπει να στοχεύουν στην ενδυνάμωση και διευκόλυνση των ασθενών για να δημιουργηθούν μορφωμένοι ασθενείς που θα μπορούν να είναι πιο αποτελεσματικοί συνεργάτες στη δική τους φροντίδα, βελτιώνοντας όχι μόνο τη δική τους υγεία αλλά και τη συνολική απόδοση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Θα μπορούσε επίσης να εκπονηθεί ένα Εθνικό Σχέδιο δράσης υπό την αιγίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης όπως ανάλογα που έχουν δημιουργήσει άλλες χώρες. Το Εθνικό Σχέδιο ανάπτυξης για τη Βελτίωση της Αλφαβητισμού στην Υγεία, θα μπορούσε να υλοποιηθεί με τη σύμπραξη τόσο του ιδιωτικού όσο και δημόσιων φορέων βασιζόμενο σε αρχές όπως: ο καθένας έχει δικαίωμα στην πληροφόρηση για την υγεία που τον βοηθά να λαμβάνει τεκμηριωμένες αποφάσεις και οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται με τρόπο κατανοητό και ωφέλιμο για την υγεία, τη μακροζωία και την ποιότητα ζωής. Με την κατάλληλη παροχή πληροφοριών, θα μπορούσαμε να καλλιεργήσουμε μια κουλτούρα βελτιωμένου εγγραμματισμού υγείας για τη βελτίωση της υγείας των ατόμων και όλων των κοινοτήτων.

Αντίστοιχα, καθώς η ευαισθητοποίηση σχετικά με τον αλφαβητισμό για την υγεία έχει εξαπλωθεί, οι ανάγκες επικοινωνίας των ασθενών έχουν αυξηθεί. Οι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να αξιολογήσουν το πόσο καλά ανταποκρίνονται στον αλφαβητισμό υγείας των ασθενών τους με έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης υιοθετώντας διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις. Ανάλογα, θα πρέπει να προβούν σε απαραίτητες οργανωσιακές αλλαγές με στόχευση τη μείωση των εμποδίων ανάπτυξης της εγγραμματοσύνης σε θέματα υγείας των ασθενών. Η έρευνα έχει επίσης δείξει την ανάγκη για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης να είναι πιο προληπτικό και να λαμβάνει μέτρα για την κάλυψη

των αναγκών των ανθρώπων που εξυπηρετεί με τη μείωση των απαιτήσεων υγειονομικής παιδείας. Οι οργανισμοί υγείας και πρόνοιας μπορούν να προχωρήσουν σε τροποποίηση των διαδικασιών συγκατάθεσης, σε επανασχεδιασμό εντύπων πληροφόρησης των ασθενών, σε δημιουργία ιστοσελίδων με πληροφοριακό υλικό προσαρμοσμένων στις αντιληπτικές ανάγκες των ασθενών κ.α

Παράλληλα, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγεία σε δεξιότητες επικοινωνίας με τους ασθενείς, ο καθορισμός πλαισίου και η γνώση περίπλοκων θεμάτων από τα ΜΜΕ και τους επαγγελματίες της δημόσιας υγείας, η σαφήνεια και η ακρίβεια των πληροφοριών υγείας, η πολιτιστική και γλωσσική στόχευση των πληροφοριών και υπηρεσιών υγείας καθώς και ο σχεδιασμός υποδομών που θα διευκολύνουν και θα υποστηρίζουν υγιείς συμπεριφορές και πρόσβαση σε πληροφορίες υγείας αποτελούν μέτρα που θα ενισχύσουν την εγγραμματοσύνη υγείας των ασθενών και θα συμβάλλουν στη ποιοτική αναβάθμιση και βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Βιβλιογραφία

Abdullah, A., Liew, S. M., Salim, H., Ng, C. J., & Chinna, K. (2019). Prevalence of limited health literacy among patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. PloS one, 14(5): e0216402.

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the American Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1999) Health Literacy: Report of the Council on Scientific Affairs. Journal of the American Medical Association

Agarwal G., Habing K., Pirrie M., Angeles R., Marzanek F., Parascandalo J. (2018). Assessing health literacy among older adults living in subsidized housing: A cross-sectional study. Can. J. Public Health, 109:401–409. doi: 10.17269/s41997-018-0048-3.

Altin, S. V., Finke, I., Kautz-Freimuth, S., & Stock, S. (2014). The evolution of health literacy assessment tools: a systematic review. BMC public health, 14(1): 1-13.

Baccolini, V., Rosso, A., Di Paolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., ... & Romano, F. (2021). What is the Prevalence of Low Health Literacy in European Union Member States? A Systematic Review and Meta-analysis. Journal of general internal medicine, 1-9.

Baker, D. W. (2006). The meaning and the measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine, 21(8): 878-883.

Berkman, N., Davis, T. and McCormack, L., (2010). Health Literacy: What Is It? Journal of Health Communication, 15(sup2): 9-19.

Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. (2011). Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. Annals of Internal Medicine, 155(2): 97-107.

Carmona, R. (2006). Health literacy: A national priority. Journal of General Internal Medicine, 21(8): 803-803.

Cavanaugh, K. L. (2011). Health literacy in diabetes care: explanation, evidence and equipment. Diabetes Management (London, England), 1(2): 191.

Cajita, M. I., Denhaerynck, K., Dobbels, F., Berben, L., Russell, C. L., Davidson, P. M., ... & Maddicks-Law, J. (2017). Health literacy in heart transplantation: Prevalence, correlates and associations with health behaviors—Findings from the international BRIGHT study. The Journal of Heart and Lung Transplantation, 36(3): 272-279.

Chiu, H. T., Tsai, H. W., Kuo, K. N., Leung, A. Y., Chang, Y. M., Lee, P. H., & Hou, W. H. (2020). Exploring the influencing factors of health literacy among older adults: A cross-sectional survey. Medicina, 56(7): 330.

Chang, M. E., Baker, S. J., Dos Santos Marques, I. C., Liwo, A. N., Chung, S. K., Richman, J. S., ... & Chu, D. I. (2020). Health literacy in surgery. HLRP: Health Literacy Research and Practice, 4(1): e46-e65.

D'Eath, M., Barry, M.M., Sixsmith, J. (2012). A rapid evidence review of interventions for improving health literacy. Stockholm, European Centre for Disease Prevention and Control (report).

Dunn, P. and Hazzard, E. (2019). Technology approaches to digital health literacy. International Journal of Cardiology, 293:.294-296.

Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. International journal of public health, 54(5): 313-324

Fabbri, M., Yost, K., Rutten, L. J. F., Manemann, S. M., Boyd, C. M., Jensen, D., ... & Roger, V. L. (2018, January). Health literacy and outcomes in patients with heart failure: a prospective community study. In Mayo Clinic Proceedings, 93 (1):9-15.

Firmino, R. T., Fraiz, F. C., Montes, G. R., Paiva, S. M., Granville-Garcia, A. F., & Ferreira, F. M. (2018). Impact of oral health literacy on self-reported missing data in epidemiological research. Community dentistry and oral epidemiology, 46(6): 624-630.

Freedman, D., Bess, K., Tucker, H., Boyd, D., Tuchman, A. and Wallston, K., (2009). Public Health Literacy Defined. American Journal of Preventive Medicine, 36(5): 446-51.

Γαλάνης, Π. (2017). Μεθοδολογία σχεδιασμού των μελετών. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 34(4).

Garcia-Codina, O., Juvinyà-Canal, D., Amil-Bujan, P., Bertran-Noguer, C., González-Mestre, M. A., Masachs-Fatjo, E., ... & Saltó-Cerezuela, E. (2019). Determinants of health literacy in the general population: results of the Catalan health survey. BMC public health, 19(1): 1-12.

Hagger, M. S., Hardcastle, S. J., Hu, M., Kwok, S., Lin, J., Nawawi, H. M., ... & Watts, G. F. (2018). Health literacy in familial hypercholesterolemia: A cross-national study. European journal of preventive cardiology, 25(9): 936-943.

Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D., & Lapcevic, W. A. (2015). Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. BMC health services research, 15(1): 1-11.

Hepburn, M., 2012. Health Literacy, Conceptual Analysis for Disease Prevention. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine and Public Health, 4(3):228-238

Hersh, L., Salzman, B., & Snyderman, D. (2015). Health literacy in primary care practice. American family physician, 92(2): 118-124.

Huan, J. N., Valerio, M. A., McCormack, L. A., Sørensen, K., & Paasche-Orlow, M. K. (2014). Health literacy measurement: an inventory and descriptive summary of 51 instruments. Journal of health communication, 19(sup2): 302-333.

Hussein, S. H., Almajran, A., & Albatineh, A. N. (2018). Prevalence of health literacy and its correlates among patients with type II diabetes in Kuwait: A population based study. Diabetes research and clinical practice, 141:118-125.

Ishikawa, H., & Yano, E. (2008). Patient health literacy and participation in the health-care process. Health expectations, 11(2): 113-122.

Koster, E. S., Schmidt, A., Philbert, D., Van De Garde, E. M. W., & Bouvy, M. L. (2017). Health literacy of patients admitted for elective surgery. Journal of Public Health, 25(2): 181-186.

Κωσταρέλλη Β. (2019). Εγγραμματοσύνη της υγείας. Στοιχεία στον Ελληνικό πληθυσμό. Ελληνική Επιθεώρηση Διαιτολογίας Διατροφής, 11: 50

Lambert, K., Mullan, J., Mansfield, K., & Lonergan, M. (2015). A cross-sectional comparison of health literacy deficits among patients with chronic kidney disease. Journal of Health Communication, 20(sup2): 16-23.

Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Cho, Y. I. (2004). Health literacy, social support, and health: a research agenda. Social science & medicine, 58(7), 1309-1321.

Liu, H., Zeng, H., Shen, Y., Zhang, F., Sharma, M., Lai, W., ... & Zhao, Y. (2018). Assessment tools for health literacy among the general population: a systematic review. International journal of environmental research and public health, 15(8), 1711.

Sharma M, Lai W, Zhao Y, Tao G, Yuan J, Zhao Y. Assessment Tools for Health Literacy among the General Population: A Systematic Review. (2018). Int J Environ Res Public Health, 15(8):1711. doi: 10.3390/ijerph15081711. PMID: 30103386; PMCID: PMC6122038.

Mancuso, J., (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. [ebook] Available at: <http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18786068/> [Accessed 6 June 2021].

Manganello, J., (2007). Health literacy and adolescents: a framework and agenda for future research. Health Education Research, 23(5): 840-847.

Μερκούρης, Α., (2008). Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, 1η έκδ., Αθήνα: ΕΛΛΗΝ.

Μίχου Μ. (2019). Μελέτη των προσδιοριστικών παραγόντων της εγγραμματοσύνης της υγείας και της διατροφής των ενηλίκων στην Ελλάδα και της σχέση τους με τις γονεϊκές πρακτικές σίτισης και την παιδική παχυσαρκία. Διδακτορική Διατριβή, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Σχολή Περιβάλλοντος, Γεωγραφίας και Εφαρμοσμένων Οικονομικών. Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας

Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. Patient education and counseling, 99(7):1079-1086.

Murphy, P. W., Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., & Decker, B. C. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine (REALM): a quick reading test for patients. Journal of reading, 37(2): 124-130.

Narayanan, A. S., Stoll, K. E., Pratson, L. F., Lin, F. C., Olcott, C. W., & Del Gaizo, D. J. (2021). Musculoskeletal Health Literacy is Associated With Outcome and Satisfaction of Total Knee Arthroplasty. The Journal of Arthroplasty, 36(7): S192-S197

Novillo, D. (2020). Digital Health Literacy. [online] Who.int. Available at: https://www.who.int/global-coordination-mechanism/working-groups/digital_hl.pdf [Accessed 13 Feb. 2020].

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. Social science & medicine, 67(12): 2072-2078.

Nutbeam, D., 1998. Health Promotion Glossary. Health Promotion International, 13(4): 349-364.

Nutbeam, D., 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International, 15(3):259-267.

Nyman, M. H., Nilsson, U., Dahlberg, K., & Jaensson, M. (2018). Association between functional health literacy and postoperative recovery, health care contacts, and health-related quality of life among patients undergoing day surgery: secondary analysis of a randomized clinical trial. JAMA surgery, 153(8): 738-745.

Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V. and Nurss, J. R. (1995) The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patient's literacy skills. Journal of General Internal Medicine, 10: 537–541.

Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2007). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American journal of health behavior, 31(1): S19-S26.

Perlow, E. (2008). Accessibility: Global Gateway to Health Literacy. Health Promotion Practice, 11(1): 123-131.

Pignone . & Dewalt, D. A, M. P. (2005). The role of literacy in health and health care. American Family Physician, 72(3): 387.

Pleasant, A., McKinney, J., & Rikard, R. V. (2011). Health literacy measurement: a proposed research agenda. Journal of health communication, 16(sup3): 11-21.

Ratzan, S. & Parker, R., & Selden, C & Zorn, Marcia. (2000). National Library of Medicine Current Bibliographies in Medicine: Health Literacy. Bethesda, MD: National Institutes of Health.

Roy, M., Corkum, J. P., Urbach, D. R., Novak, C. B., von Schroeder, H. P., McCabe, S. J., & Okrainec, K. (2019). Health literacy among surgical patients: a systematic review and meta-analysis. World journal of surgery, 43(1): 96-106.

Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. Medical care, 40(5): 395-404.

Schaeffer, D., Berens, E. M., & Vogt, D. (2017). Health literacy in the German population: results of a representative survey. Deutsches Ärzteblatt International, 114(4): 53.

Sudore, R. L., & Schillinger, D. (2009). Interventions to improve care for patients with limited health literacy. Journal of clinical outcomes management: JCOM, 16(1): 20.

Shiyanbola, O. O., Unni, E., Huang, Y. M., & Lanier, C. (2018). The association of health literacy with illness perceptions, medication beliefs, and medication adherence among individuals with type 2 diabetes. Research in Social and Administrative Pharmacy, 14(9): 824-830.

Speros, C. (2005). Health literacy: concept analysis. Journal of advanced nursing, 50(6): 633-640.

Svendsen, M. T., Bak, C. K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S. J., Skals, R. K., ... & Torp-Pedersen, C. (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. BMC Public Health, 20(1): 1-12.

Sorensen K., Van den Broucke S., Fullam J., Doyle G., Pelikan J., Slonska Z., Brand H., (2012). Consortium Health Literacy Project European Health literacy and public health: A systematic review

and integration of definitions and models. BMC Public Health. 12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European journal of public health, 25(6): 1053-1058.

Sorensen K, Van den Broucke S, Pelikan J, (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of HLS-EU-Q. BMC Public Health, 13:948.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z. and Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health, 12(1): 1-13.

Taggart, J., Williams, A., Dennis, S., Newall, A., Shortus, T., Zwar, N., ... & Harris, M. F. (2012). A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC family practice, 13(1): 1-12.

Visscher, B., Steunenberg, B., Heijmans, M., Hofstede, J., Devillé, W., van der Heide, I. and Rademakers, J., (2018). Evidence on the effectiveness of health literacy interventions in the EU: a systematic review. BMC Public Health, 18(1): 1-12.

Weiss, B, Osborn, C. Y.,D., Davis, T. C., Skripkauskas, S., Rodrigue, C., Bass, P. F., & Wolf, M. S. (2007). Measuring adult literacy in health care: performance of the newest vital sign. American journal of health behavior, 31(1); S36-S46.

Wright, J. P., Edwards, G. C., Goggins, K., Tiwari, V., Maiga, A., Moses, K., ... & Idrees, K. (2018). Association of health literacy with postoperative outcomes in patients undergoing major abdominal surgery. JAMA surgery, 153(2): 137-142.

Zarcadoolas, C., Pleasant, A. and Greer, D., (2005). Understanding health literacy: an expanded model. Health Promotion International, 20(2): 195-203.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι - Βεβαίωση Έγκρισης Εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας – Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΛΜΕΠΑ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Επιστημών Υγείας
Τμήμα Νοσηλευτικής
ΠΜΣ Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας

Πληροφ. : Ευαγγ. Γωνιανάκη-Χρονάκη
Τηλέφ. : 2810379538

Ηράκλειο, 17/3/2021

Αρ. Πρωτ. : 494

ΠΡΟΣ:
Σταματάκη Ειρήνη

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Ροβίθης Μιχαήλ

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Διπλωματικής Εργασιας

Ανατίθεται κατόπιν απόφασης της 53ης/08.03.2021 Συνέλευσης του Τμήματος Νοσηλευτικής, η εκπόνηση Διπλωματική Εργασίας, στον/ην:

ΜΥΝ48 Σταματάκη Ειρήνη

με θέμα: «Διερεύνηση της εγγραμματοσύνης υγείας σε ενήλικες ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Διπλωματική Εργασία ονομάζεται:Ροβίθης Μιχαήλ

Η Διευθύντρια του ΠΜΣ

Ζαχαρένια Ανδρουλάκη
Καθηγήτρια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ Βεβαίωση Έγκρισης Εκπόνησης έρευνας Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

26.05.2021 07:55:04
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΨΗΦΙΑΚΑ ΥΠΟΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ ΑΠΟ
ΚΑΛΛΙΟΠΗ ΜΑΝΑΤΑΚΗ

Ηράκλειο, 25/05/2021
Α. Π.: 21569
Απάντηση στο έγγραφο:

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/νση: 3ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500, Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: **Μανουράς Ανδρέας**
Τηλ: 2813 404433
Fax: 2810 331570
Email: dprogram@hc-crete.gr

ΠΡΟΣ: κα Σταματάκη Ειρήνη,
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια του
ΕΛ.ΜΕ.ΠΑ

ΚΟΙΝ:
1) κ. Διοικητή ΠΑΓΝΗ,
2) κ. Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,
3) κ. Πρόεδρο Επιστημονικού Συμβουλίου

ΘΕΜΑ:«Έγκριση έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας».
ΣΧΕΤΙΚΑ:1.*Το με αρ. πρωτ. 8008/13-5-2021 έγγραφο του Διοικητή ΠΑΓΝΗ, κ. Γ. Χαλκιαδάκη*
2.Η με αρ. πρωτ. 7219/28-4-2021 θετική γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω σχετικά έγγραφα, **εγκρίνουμε** τη διεξαγωγή έρευνας στο **ΠΑΓΝΗ,** και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα του νοσοκομείου, στο πλαίσιο εκπόνησης Μεταπτυχιακής Εργασίας στο Π.Μ.Σ. «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας», του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου, από την Νοσηλεύτρια ΤΕ κα Σταματάκη Ειρήνη, με θέμα: **«Διερεύνηση της εγγραμματοσύνης υγείας σε ενήλικες ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου»,** υπό την επίβλεψη του καθηγητή κ. Ροβίθη Μιχαήλ.

Η έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) της εθελοντικής συμμετοχής των ασθενών μετά από έγγραφη συγκατάθεσής τους και της ανώνυμης συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων (χωρίς προσωπικά δεδομένα, Ονοματεπώνυμο, ΑΔΤ, διεύθυνση κατοικίας, e-mail)

β) πριν την παρουσίαση της εργασίας θα **προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στη Διοίκηση της 7ης Υ.ΠΕ Κρήτης και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ.** Η υποβολή της περίληψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περίληψης αποτελεσμάτων για την 7η Υ.ΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx.Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στην ερευνήτρια ή στον επιβλέποντα καθηγητή, είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

γ) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας, καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της εξασφάλισης ρητής συγκατάθεσης των υποκειμένων για τη συγκεκριμένη εργασία, της διαφάνειας της επεξεργασίας, της τήρησης της ανωνυμίας και γενικότερα της λήψης όλων των τεχνικών και οργανωτικών μέτρων κατάλληλων για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των υποκειμένων της έρευνας, & τέλος, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του Νοσοκομείου.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
7ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΚΡΗΤΗΣ

ΕΛΕΝΗ ΜΠΟΡΜΠΟΥΔΑΚΗ

Συνημμένα: Φόρμα περίληψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ - Έντυπο Γραπτής Συγκατάθεσης Συμμετοχής στη Μελέτη

Καλείστε να συμμετάσχετε σε μία επιστημονική έρευνα του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο: «Προηγμένη Κλινική Πρακτική στις Επιστήμες Υγείας» του τμήματος Νοσηλευτικής, της Σχολής Επιστημών Υγείας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου. Ο τίτλος της έρευνας είναι «**Διερεύνηση της εγγραματοσύνης υγείας σε ενήλικες ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου**».
Σκοπός της εν λόγω επιστημονικής έρευνας είναι η διερεύνηση του βαθμού εγγραμματοσύνης υγείας σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά τμήματα ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου

Προτού συμφωνήσετε με τη συμμετοχή σας στην έρευνα, βεβαιωθείτε ότι:

- Έχετε κατανοήσει μέσω της πληροφόρησης από την ερευνήτρια τον σκοπό της έρευνας και ό,τι απορίες είχατε σχετικά με αυτήν απαντήθηκαν σε ικανοποιητικό βαθμό ☐
- Έχετε κατανοήσει ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί κατά οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής επεξεργασίας συνολικά. ☐
- Έχετε κατανοήσει ότι καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φορέα εργασίας ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευτεί παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει την ερευνήτρια. ☐
- Γνωρίζετε ότι η συμμέτοχή σας στην εν λόγω επιστημονική έρευνα είναι εθελοντική. ☐

Μπορείτε να αποχωρήσετε από την έρευνα ανά πάσα στιγμή, χωρίς καμία συνέπεια / κύρωση, ανακαλώντας τη συγκατάθεσή σας στο e-mail: ……..

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ

Η ερευνήτρια, δεσμεύεται να τηρεί πλήρη εμπιστευτικότητα για όλες τις πληροφορίες που θα αποκτηθούν στο πλαίσιο της συγκεκριμένης έρευνας και οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν στην ταυτοποίησή σας.
Πιο συγκεκριμένα, δεδομένα που σας αφορούν θα δημοσιευτούν μόνο εφόσον υπάρχει η ρητή συγκατάθεσή σας ή είναι πλήρως ανωνυμοποιημένα.
Για τυχόν απορίες σε θέματα αναφορικά με την επιστημονική έρευνα, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την υπεύθυνη ερευνήτρια στο e-mail: ……..

Έχω διαβάσει τις ανωτέρω αναφερόμενες πληροφορίες και συμφωνώ να συμμετέχω στη συγκεκριμένη επιστημονική έρευνα.

Αρχικά Ονοματεπώνυμου συμμετέχοντος / συμμετέχουσας στην έρευνα:
……

Ημερομηνία: ……..

Υπογραφή/ Μονογραφή: ……

Σε περίπτωση που η υπεύθυνη ερευνήτρια επιθυμεί μετά το πέρας της έρευνας να δημοσιεύσει δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν: ☐ Συναινώ ☐ Δε Συναινώ σε αυτή του την ενέργεια.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV - Ερωτηματολόγιο

Κλίμακα εγγραμματοσύνης υγείας HLS-EU-Q Σύντομη Μορφή

Σας παρακαλώ να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελεί μέρος της Μεταπτυχιακής μου εργασίας, και αφορά στη «Διερεύνηση της εγγραματοσύνης υγείας σε ενήλικες ασθενείς που νοσηλεύονται σε χειρουργικά ενός Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ».

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και δεν περιέχει το όνομά σας. Τις απαντήσεις σας θα δει μόνο η ερευνητική ομάδα και κανένας άλλος και τα αποτελέσματα της έρευνας θα παρουσιαστούν στατιστικά για το σύνολο των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο αυτό δεν αποτελεί κάποιου είδους εξέταση και είναι σημαντικό να απαντηθούν ΟΛΕΣ οι ερωτήσεις με ειλικρίνεια. **Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.** Σημασία έχει η προσωπική σας γνώμη. Για οποιαδήποτε διευκρίνιση μπορείτε να επικοινωνήσετε στο email: ……

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

κ. Ειρήνη Σταματάκη, υποψήφια Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ. Ροβίθης Μιχαήλ, Επίκουρος καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο.

Χρόνος Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου: 12 λεπτά

Στην κλίμακα από «πολύ εύκολο» σε «πολύ δύσκολο», πόσο εύκολο θα λέγατε είναι να:						
[ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΗΝ ΚΛΙΜΑΚΑ - ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΑΝΑ ΓΡΑΜΜΗ]		Πολύ εύκολο	Αρκετά εύκολο	Αρκετά δύσκολο	Πολύ δύσκολο	Δεν Γνωρίζω
Q1	…να βρείτε πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα ασθενειών που σας απασχολούν?	1	2	3	4	5
Q2	…να βρείτε που μπορείτε να λάβετε βοήθεια από επαγγελματίες υγείας όταν είσαστε άρρωστος/η;	1	2	3	4	5
Q3	…να κατανοήσετε αυτό που σας λέει ο γιατρός σας;	1	2	3	4	5
Q4	…να κατανοήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας σχετικά με το πως πρέπει να πάρετε ένα φάρμακο που σας έχει γράψει στη συνταγή;	1	2	3	4	5
Q5	… να κρίνετε πότε χρειάζεται να πάρετε μία δεύτερη γνώμη από κάποιον άλλον γιατρό;	1	2	3	4	5
Q6	…να χρησιμοποιήσετε τις πληροφορίες που σας δίνει ο γιατρός σας για να αποφασίσετε πως θα αντιμετωπίσετε κάποια ασθένειά σας;	1	2	3	4	5
Q7	…να ακολουθήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας;	1	2	3	4	5
Q8	…να βρείτε πληροφορίες για το πως να αντιμετωπίσετε προβλήματα ψυχικής υγείας όπως το στρες ή η κατάθλιψη;	1	2	3	4	5
Q9	…να κατανοήσετε προειδοποιητικά μηνύματα για ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, η ήπια σωματική άσκηση, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ;	1	2	3	4	5
Q10	…να κατανοήσετε γιατί είναι αναγκαίο να κάνετε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις; *(Οδηγίες: μαστογραφία, εξέταση διαβήτη, έλεγχος αρτηριακής πίεσης)*	1	2	3	4	5
Q11	… να κρίνετε εάν οι πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία που προβάλλονται στα μέσα ενημέρωσης είναι αξιόπιστες; *(Οδηγίες: τηλεόραση, διαδίκτυο ή άλλα μέσα ενημέρωσης)*	1	2	3	4	5
Q12	…να αποφασίσετε πως μπορείτε να προστατέψετε τον εαυτό σας από κάποια ασθένεια παίρνοντας πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης;	1	2	3	4	5

Q13	…να μάθετε για δραστηριότητες οι οποίες είναι καλές για την ψυχική ευεξία; *(Οδηγίες: διαλογισμός, άσκηση, περπάτημα, Πιλάτες, κτλ.)*	1	2	3	4	5
Q14	…να κατανοήσετε συμβουλές για θέματα υγείας από την οικογένεια και το φιλικό σας περιβάλλον;	1	2	3	4	5
Q15	…να κατανοήσετε πληροφορίες στα μέσα ενημέρωσης για το πως θα βελτιώσετε την υγεία σας; *(Οδηγίες: διαδίκτυο, εφημερίδες, περιοδικά)*	1	2	3	4	5
Q16	…να κρίνετε ποιες καθημερινές σας συνήθειες σχετίζονται με την υγεία σας; *(Οδηγίες: διατροφικές συνήθειες, άσκηση κτλ.)*	1	2	3	4	5

Πως θα χαρακτηρίζατε το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας σας:
☐ Άριστο ☐ Καλό ☐ Μέτριο ☐ Ανεπαρκές

Πως θα χαρακτηρίζατε το επίπεδο υγείας σας:
☐ Άριστο ☐ Καλό ☐ Μέτριο ☐ Κακό

Πως θα χαρακτηρίζατε την ποιότητα ζωή σας;
☐ Καλή ☐ Ούτε καλή ούτε κακή ☐ Κακή

Έχετε χρόνια ασθένεια;
☐ Ναι ☐ Όχι

Ερωτήσεις Δημογραφικών Χαρακτηριστικών

Φύλο	Άντρας ☐ Γυναίκα ☐

Σε ποια ηλικιακή ομάδα ανήκετε;

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18-22	**23-27**	**28-32**	**33-37**	**38-42**	**43-47**	**48-52**	**53-57**	**58-62**	**63-67**
☐	☐	☐	☐	☐					
68-72	**73-77**	**78-82**	**83-87**	**>88**					

Οικογενειακή κατάσταση;

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

Έχετε παιδιά;

Ναι	Όχι
☐	☐

Επίπεδο εκπαίδευσης

Κανένα	Απόφοιτος Δημοτικού	Απόφοιτος Λυκείου	Απόφοιτος Πανεπιστημίου	Έχω κάνει Μεταπτυχιακές/ Διδακτορικές Σπουδές
☐	☐	☐	☐	☐

Επάγγελμα

Απασχολούμενος στον Ιδιωτικό Τομέα	**Δημόσιος Υπάλληλος**	**Συνταξιούχος**
☐	☐	☐
Άνεργος	**Άλλο**	
☐	☐	

Σας ευχαριστώ για το χρόνο που διαθέσατε για την συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου