



Σχολή Κοινωνικών Επιστημών  
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών  
Διοίκηση Μονάδων Υγείας (ΔΜΥ)

Διπλωματική Εργασία

«Πληροφόρηση και Παραπληροφόρηση στην υγεία: Γνώσεις, στάσεις και συμπεριφορές των πολιτών»

Δημήτριος Παπαπαύλου

Επιβλέπων καθηγητής Ελευθέριος Πάλλης

Πάτρα, Ιούνιος, 2024

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («Δημήτριου Παπαπαύλου») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



«Πληροφόρηση και Παραπληροφόρηση στην υγεία: Γνώσεις, στάσεις  
και συμπεριφορές των πολιτών»

Δημήτριος Παπαπαύλου

Επιτροπή Επίβλεψης Πτυχιακής / Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

«Ελευθέριος Πάλλης»

«Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ»

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτριας:

«Αγγελική Φλώκου»

«Μέλος ΣΕΠ, ΕΑΠ»

Πάτρα, Ιούνιος, 2024

*«τοῦ πιθανωτέρους εἶναι τοὺς ἀπαιδεύτους τῶν πεπαιδευμένων ἐν τοῖς ὄχλοις*

*Πιο πειστικοί για τον ὄχλο εἶναι οἱ ἀμόρφωτοι ἀπὸ τοὺς μορφωμένους.*

*(Ρητορική 1395 Βιβλίο Β)*

*Αριστοτέλης»*

## Περίληψη

Στην παρούσα ερευνητική εργασία μελετάται η πληροφόρηση και η παραπληροφόρηση στον χώρο της υγείας μέσω παρουσίας του φαινομένου αλλά και ποσοτικής έρευνας με χρήση ερωτηματολογίου. Στο πρώτο μέρος της θεωρητικής ανασκόπησης αναλύονται οι έννοιες της εγγραματοσύνης υγείας και της ψηφιακής εγγραματοσύνης υγείας στο πλαίσιο ανάλυσης της πληροφόρησης υγείας. Ορίζονται οι βασικές μορφές του φαινομένου των «ψευδών ειδήσεων» καθώς και η σχέση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης με την παραπληροφόρηση στην υγεία με διαχωρισμό των ιστοτόπων και των μορφών παραπληροφόρησης στον χώρο του διαδικτύου. Η παρούσα εργασία επικεντρώνεται στην θεωρητική ανάλυση τριών παραδειγμάτων παραπληροφόρησης στην υγεία που αφορούν τα λοιμώδη νοσήματα, τα εμβόλια και την Covid-19, τον καρκίνο και την ψυχική υγεία. Συνάμα, καταγράφονται τα κυριότερα μέτρα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης στην υγεία με βοήθεια προγραμμάτων εκπαίδευσης, εφαρμογών (mobile apps), επίβλεψη από την επιστημονική κοινότητα κ.α. όπως και οι διαδικτυακές σελίδες καταπολέμησης της παραπληροφόρησης.

Η ενημέρωση από επαγγελματία υγείας θεωρήθηκε η πιο σημαντική πηγή πληροφόρησης σε θέματα υγείας. Ο γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας του δείγματος ήταν υψηλός. Σε μικρό βαθμό οι συμμετέχοντες πιστεύουν ειδήσεις παραπληροφόρησης για τα λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια, τον καρκίνο και την ψυχική νόσο. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες καταπολέμησαν την είδηση της παραπληροφόρησης, δεν την προώθησαν και έλεγξαν την αξιοπιστία της. Υψηλότερη συμφωνία σε αναφορές παραπληροφόρησης συνδέθηκε με 1) χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, 2) μικρότερη ενημέρωση από επίσημες πηγές για θέματα υγείας, 3) συχνότερη ενημέρωση από ανεπίσημες πηγές για θέματα υγείας, 4) εργασία σε θέση που δεν είναι θέση ευθύνης, 5) εργασία με χαμηλότερο μισθό, 6) εργασία που δεν σχετίζεται με επαγγέλματα υγείας και επιστήμες, 7) μεγαλύτερη προώθηση του φαινομένου, 8) μικρότερη καταπολέμηση του φαινομένου. Τα σημαντικότερα μέτρα για την αντιμετώπιση του φαινομένου είναι η α) η εκπαίδευση του πληθυσμού για απόκτηση ψηφιακής εγγραματοσύνης και αναγνώριση της έγκυρης πληροφόρησης, β) η χρήση των μηχανισμών ελέγχου του μηνύματος και της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης, γ) η ρύθμιση των πολιτικών διαδικτύου και παρόχων υπηρεσιών διαδικτύου σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση, δ) η λειτουργία των κρατικών/κυβερνητικών πολιτικών σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης. Σχετικές πρωτοβουλίες αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης πρέπει να αναπτύξουν α) οι επιστημονικοί φορείς, β) το κράτος/κυβέρνηση, γ) η κοινωνία των πολιτών, δ) οι πάροχοι υπηρεσιών διαδικτύου και ε) οι πλατφόρμες Social Media.

**Λέξεις κλειδιά:** Εγγραματοσύνη υγείας, Ψηφιακή εγγραματοσύνη υγείας, Ηλεκτρονική/ψηφιακή υγεία, Πληροφόρηση, Παραπληροφόρηση, Ψευδείς ειδήσεις, eHEALS, Τεχνολογίες Πληροφοριών και Επικοινωνιών, Διαδίκτυο, Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης, Covid-19, Λοιμώδη νοσήματα, Εμβολιασμός, Καρκίνος, Ψυχική Υγεία/νόσος.

## Abstract

In this research paper, information and misinformation in the health sector is examined through a presentation of the phenomenon and a quantitative survey with the use of a questionnaire. The first part of the theoretical review analyses the concepts of health literacy and digital health literacy in the context of health information analysis. The main forms of the phenomenon of "fake news" are defined, as well as the relationship between Social Media and misinformation in health, with a distinction between websites and forms of misinformation on the internet. The present paper focuses on the theoretical analysis of three examples of health misinformation related to infectious diseases and Covid-19, cancer and mental health. Additionally, the main measures to combat misinformation in health with the help of education programmes, mobile apps, supervision by the scientific community, etc. are listed, as well as the web pages to combat misinformation.

Information from a health professional was considered the most important source of information on health issues. The eHealth literacy of the sample was high. To a lesser extent, participants believe misinformation about infectious diseases and vaccines, cancer, and mental illness. Instead, participants countered the misinformation news, did not promote it, and checked its credibility. Higher agreement on reports of misinformation was associated with 1) lower educational level, 2) less information from official sources on health issues, 3) more frequent information from unofficial sources on health issues, 4) work in a non-responsible position, 5) work with lower salary, 6) work not related to health professions and sciences, 7) more promotion of the phenomenon, 8) less fight against the phenomenon. The most important measures to deal with the phenomenon are a) the education of the population to acquire digital literacy and the recognition of valid information, b) the use of message control mechanisms and the reliability of information sources, c) the regulation of internet policies and internet service providers regarding valid information, d) the operation of state/government policies regarding information control. Relevant initiatives to counter disinformation must be developed by a) scientific bodies, b) the state/government, c) civil society, d) internet service providers and e) Social Media platforms.

**Keywords:** Health Literacy, Digital Health Literacy, E/Digital Health, Information, Misinformation, Fake News, eHEALS, Information and Communication Technologies, Internet, Social Media, Covid-19, Infectious Diseases, Vaccination, Cancer, Mental Health/Disease.

## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	v
Abstract .....	vi
Περιεχόμενα.....	vii
Κατάλογος Γραφημάτων .....	ix
Κατάλογος Πινάκων .....	x
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια .....	xii
1. Κεφάλαιο: Εισαγωγή .....	1
ΜΕΡΟΣ Α: Θεωρητικό .....	4
2. Κεφάλαιο: Βιβλιογραφική ανασκόπηση.....	4
2.1 Εγγραματοσύνη υγείας.....	4
2.2 Ψηφιακή εγγραματοσύνη υγείας (ΨΕΥ).....	5
2.3 Ψευδείς Ειδήσεις και Παραπληροφόρηση .....	7
2.4 Μέσα κοινωνικής δικτύωσης και παραπληροφόρηση στην υγεία .....	13
2.5 Covid-19 και παραπληροφόρηση.....	15
2.6 Καρκίνος και Παραπληροφόρηση .....	17
2.7 Ψυχική υγεία και παραπληροφόρηση .....	20
2.8 Μέτρα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης στην υγεία .....	22
2.9 Διαδικτυακές σελίδες καταπολέμησης της παραπληροφόρησης.....	25
ΜΕΡΟΣ Β: Έρευνα .....	27
3. Κεφάλαιο: Μεθοδολογία Έρευνας .....	27
3.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα.....	27
3.2 Σχεδιασμός έρευνας .....	27
3.3 Ερωτηματολόγιο .....	29
3.4 Πληθυσμός-Δείγμα και Διαδικασία συλλογής δεδομένων .....	36
3.5 Μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων .....	37
4. Κεφάλαιο: Αποτελέσματα έρευνας.....	39
4.1 Περιγραφική στατιστική .....	39
4.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	39
4.1.2. Σημασία πληροφόρησης και Γνώση .....	47
4.1.3. Παραπληροφόρηση.....	49
4.1.4. Συμπεριφορά κατά την παραπληροφόρηση.....	53
4.1.5. Στάση για την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης.....	56
4.2 Επαγωγική στατιστική .....	59

4.2.1.	Περιγραφικά παραγόντων και 95% δ. ε.....	59
4.2.2.	Έλεγχος κανονικότητας .....	61
4.2.3.	Συσχετίσεις παραγόντων.....	61
4.2.4.	Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων στους παράγοντες...	62
4.2.5.	Επίδραση επαγγελματικών στοιχείων στους παράγοντες.....	79
4.2.6.	Προβλεπτικοί παράγοντες της Παραπληροφόρησης.....	96
5.	Κεφάλαιο: Συμπεράσματα έρευνας .....	98
5.1	Συζήτηση.....	98
5.2	Περιορισμοί-Προτάσεις .....	105
5.3	Σύνοψη .....	105
	Βιβλιογραφία .....	106
	Ελληνόγλωσση.....	106
	Ξενόγλωσση.....	108
	Παραρτήματα.....	120
	Παράρτημα Α: Ενημερωτικό Σημείωμα- Χορήγηση Συγκατάθεσης .....	120
	Παράρτημα Β: Δήλωση Συναίνεσης.....	122
	Παράρτημα Γ: Ερωτηματολόγιο.....	123



## Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 3.1: Μεταβλητές της έρευνας .....	28
Γράφημα 4.1: Φύλο .....	40
Γράφημα 4.2: Εκπαιδευτικό επίπεδο .....	40
Γράφημα 4.3: Γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας .....	41
Γράφημα 4.4: Οικογενειακή κατάσταση .....	41
Γράφημα 4.5: Διαβίωση .....	42
Γράφημα 4.6: Ηλικία .....	42
Γράφημα 4.7: Παρούσα επαγγελματική κατάσταση .....	44
Γράφημα 4.8: Τομέας εργασίας .....	44
Γράφημα 4.9: Μηνιαίο εισόδημα .....	45
Γράφημα 4.10: Θέση ευθύνης .....	45
Γράφημα 4.11: Έτη συνολικής εργασίας .....	46
Γράφημα 4.12: Έτη εργασίας στον παρόν εργοδότη .....	46
Γράφημα 4.13: Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας .....	47
Γράφημα 4.14: Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας .....	49
Γράφημα 4.15: Παραπληροφόρηση για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια .....	50
Γράφημα 4.16: Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο .....	52
Γράφημα 4.17: Παραπληροφόρηση για την ψυχική νόσο .....	53
Γράφημα 4.18: Καταπολέμηση παραπληροφόρησης .....	54
Γράφημα 4.19: Προώθηση παραπληροφόρησης .....	55
Γράφημα 4.20: Έλεγχος παραπληροφόρησης .....	56
Γράφημα 4.21: Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης .....	57
Γράφημα 4.22: Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης .....	58
Γράφημα 4.23: Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων .....	59
Γράφημα 4.24: Περιγραφικά παραγόντων και 95% δ. ε. ....	60
Γράφημα 4.25: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο .....	63
Γράφημα 4.26: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο .....	70
Γράφημα 4.27: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας .....	73
Γράφημα 4.28: «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»*Οικογενειακή κατάσταση .....	75
Γράφημα 4.29: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την διαβίωση .....	78
Γράφημα 4.30: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την παρούσα επαγγελματική κατάσταση .....	83
Γράφημα 4.31: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον τομέα εργασίας .....	89
Γράφημα 4.32: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μηνιαίο εισόδημα .....	93
Γράφημα 4.33: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη θέση ευθύνης .....	94
Γράφημα 4.34: Προβλεπτικοί παράγοντες της «Παραπληροφόρησης» .....	97

## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 3.1: Παραγοντική ανάλυση για την σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας.....	30
Πίνακας 3.2: Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για την παραπληροφόρηση για τον καρκίνο .....	32
Πίνακας 3.3: Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για την παραπληροφόρηση για τον καρκίνο .....	33
Πίνακας 3.4: Παραγοντική ανάλυση για την συμπεριφορά κατά την λήψη αναφορών παραπληροφόρησης .....	34
Πίνακας 3.5: Παραγοντική ανάλυση για τις στάσεις αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης.....	36
Πίνακας 4.1: Δημογραφικά στοιχεία .....	39
Πίνακας 4.2: Επαγγελματικά στοιχεία.....	43
Πίνακας 4.3: Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας .....	47
Πίνακας 4.4: Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας.....	48
Πίνακας 4.5: Παραπληροφόρηση για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια.....	50
Πίνακας 4.6: Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο .....	51
Πίνακας 4.7: Παραπληροφόρηση για την ψυχική νόσο .....	53
Πίνακας 4.8: Καταπολέμηση παραπληροφόρησης.....	54
Πίνακας 4.9: Προώθηση παραπληροφόρησης.....	55
Πίνακας 4.10: Έλεγχος παραπληροφόρησης .....	55
Πίνακας 4.11: Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης.....	57
Πίνακας 4.12: Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης .....	58
Πίνακας 4.13: Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων.....	59
Πίνακας 4.14: Περιγραφικά παραγόντων και 95% δ. ε. ....	60
Πίνακας 4.15: Έλεγχος κανονικότητας.....	61
Πίνακας 4.16: Συσχέτιση των παραγόντων .....	62
Πίνακας 4.17: Σύγκριση παραγόντων ως προς το φύλο .....	62
Πίνακας 4.18: Συσχετίσεις παραγόντων με την ηλικία .....	64
Πίνακας 4.19: Σύγκριση παραγόντων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο .....	65
Πίνακας 4.20: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές»* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni .....	66
Πίνακας 4.21: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές»* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni .....	67
Πίνακας 4.22: «Παραπληροφόρηση»* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni.....	67
Πίνακας 4.23: «Προώθηση παραπληροφόρησης»* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni .....	68
Πίνακας 4.24: «Έλεγχος παραπληροφόρησης»* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni.....	68
Πίνακας 4.25: «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni .....	69
Πίνακας 4.26: «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni .....	69
Πίνακας 4.27: «Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων»* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni.....	70
Πίνακας 4.28: Σύγκριση παραγόντων ως προς το γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας.....	71
Πίνακας 4.29: «Παραπληροφόρηση»* Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας , Post Hoc Bonferonni .....	72
Πίνακας 4.30: «Προώθηση παραπληροφόρησης»* Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας , Post Hoc Bonferonni .....	73
Πίνακας 4.31: «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»* Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας , Post Hoc Bonferonni .....	73

Πίνακας 4.32: Σύγκριση παραγόντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	74
Πίνακας 4.33: «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»* Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας , Post Hoc Bonferonni .....	75
Πίνακας 4.34: Σύγκριση παραγόντων ως προς την διαβίωση .....	76
Πίνακας 4.35: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές»* Διαβίωση, Post Hoc Bonferonni .....	77
Πίνακας 4.36: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές»* Διαβίωση, Post Hoc Bonferonni.....	77
Πίνακας 4.37: «Παραπληροφόρηση»* Διαβίωση, Post Hoc Bonferonni .....	77
Πίνακας 4.38: «Προώθηση παραπληροφόρησης»* Διαβίωση, Post Hoc Bonferonni.....	78
Πίνακας 4.39: «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»* Διαβίωση, Post Hoc Bonferonni.....	78
Πίνακας 4.40: Σύγκριση παραγόντων ως προς την παρούσα επαγγελματική κατάσταση.....	80
Πίνακας 4.41: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές»*Παρούσα επαγγελματική κατάσταση, Post Hoc Bonferonni.....	81
Πίνακας 4.42: «Παραπληροφόρηση»*Παρούσα επαγγελματική κατάσταση, Post Hoc Bonferonni .....	81
Πίνακας 4.43«Καταπολέμηση παραπληροφόρησης»*Παρούσα επαγγελματική κατάσταση, Post Hoc Bonferonni .....	82
Πίνακας 4.44: «Έλεγχος παραπληροφόρησης»*Παρούσα επαγγελματική κατάσταση, Post Hoc Bonferonni ....	82
Πίνακας 4.45: «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»*Παρούσα επαγγελματική κατάσταση, Post Hoc Bonferonni .....	83
Πίνακας 4.46: Σύγκριση παραγόντων ως προς τον τομέα εργασίας.....	84
Πίνακας 4.47: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον τομέα εργασίας.....	85
Πίνακας 4.48: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές»*Τομέας Εργασίας, Post Hoc Bonferonni .....	86
Πίνακας 4.49: «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας»*Τομέας Εργασίας, Post Hoc Bonferonni .....	87
Πίνακας 4.50: «Παραπληροφόρηση»*Τομέας Εργασίας, Post Hoc Bonferonni.....	88
Πίνακας 4.51:«Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»*Τομέας Εργασίας, Post Hoc Bonferonni.....	89
Πίνακας 4.52: Σύγκριση παραγόντων ως προς το μηνιαίο εισόδημα .....	90
Πίνακας 4.53: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές»*Μηνιαίο εισόδημα, Post Hoc Bonferonni .....	91
Πίνακας 4.54: «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας»*Μηνιαίο εισόδημα, Post Hoc Bonferonni .....	92
Πίνακας 4.55: «Παραπληροφόρηση»*Μηνιαίο εισόδημα, Post Hoc Bonferonni.....	92
Πίνακας 4.56: Σύγκριση παραγόντων ως προς τη θέση ευθύνης .....	94
Πίνακας 4.57:Συσχετίσεις παραγόντων με τα έτη συνολικής εργασίας .....	95
Πίνακας 4.58: Συσχετίσεις παραγόντων με τα έτη εργασίας στον παρών εργοδότη .....	95
Πίνακας 4.59: Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Παραπληροφόρηση».....	96

## **Συντομογραφίες & Ακρωνύμια**

M.B.: Μέσος βαθμός

M.T.: Μέση Τιμή

T.A.: Τυπική απόκλιση

IBM: International Business Machines Corporation

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

VIF: Variance Inflation Factor

## 1. Κεφάλαιο: Εισαγωγή

Η σύγχρονη εποχή έχει χαρακτηριστεί ως η εποχή της πληροφορίας καθώς η δυνατότητα των ανθρώπων να ανταλλάζουν, να βρίσκουν και να μεταφέρουν πληροφορίες ελεύθερα είναι πιο ισχυρή από ποτέ. Τόσο η ορθή πληροφόρηση στον τομέα της υγείας όσο και η παραπληροφόρηση, έχουν καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της μαζικής ενημέρωσης θετικά αλλά και αρνητικά. Η εγγραματοσύνη σε θέματα υγείας περιλαμβάνει την γνώση, το κίνητρο και τις ικανότητες των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση ώστε να λάβουν αποφάσεις που αφορούν στη θεραπεία στη φροντίδα της υγείας, και στην πρόληψη ασθενειών. Μία έννοια την οποία συναντούμε ως “Health Literacy” με μια ποικιλία διαφορετικών ορισμών (22 μόνο στην Ε.Ε.) με την ελληνική και κυπριακή μετάφραση να είναι πλέον «γνώσεις για την υγεία» και εγγραματοσύνη σε θέματα υγείας (Ευθυμίου και συν, 2021). Στην αντίπερα όχθη, οι «Ψευδείς Ειδήσεις» και η παραπληροφόρηση είναι μέρος της καθημερινότητας στον χώρο της υγείας που έχει πληγεί σε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό. Εκτός από την τηλεόραση, το ραδιόφωνο, τα περιοδικά και τις εφημερίδες, ο χώρος του διαδικτύου με τον μαζικότερο αντίκτυπο του και την οριζόντια επιρροή του έχει τη δυνατότητα επηρεασμού της κοινής γνώμης σε τέτοιο βαθμό που διαμορφώνει τα ποσοστά παραπλάνησης μέρους του πληθυσμού. Η παρούσα εργασία έχει ως κύριο στόχο την αποτύπωση του θεωρητικού υποβάθρου της πληροφόρησης και της παραπληροφόρησης στον χώρο της υγείας σε συνδυασμό με την παρουσίαση των παραγόντων που επηρεάζουν καθοριστικά τις ανωτέρω έννοιες. Ο όρος της παραπληροφόρησης ως ρυπογόνος πληροφορία, που μπορεί να μεταδοθεί είτε σκόπιμα για την εξυπηρέτηση κάποιου συγκεκριμένου σκοπού ή χωρίς σκοπιμότητα εν αγνοία των ατόμων που τη διαδίδουν (misinformation και disinformation, αντίστοιχα). Έρευνα των Vosoughi et al (2018) παρουσίασε ότι η διάδοση των ψευδών ειδήσεων στο Μέσο Κοινωνικής Δικτύωσης Twitter (νυν X) γίνεται ταχύτερα στις περισσότερες κατηγορίες πληροφοριών σε σύγκριση με τις πραγματικές ειδήσεις. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα των Stecula et al (2020) που υπογραμμίζει υπογραμμίζει πως τα άτομα που εκτίθενται σε περιεχόμενο στα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης που αφορά τα εμβόλια είναι πιθανότερο να έχουν παραπλανηθεί σε σχέση με τα άτομα που ενημερώνονται από τα πιο παραδοσιακά μέσα ενημέρωσης. Η κρίση της Δημόσιας Υγείας της Covid-19 από τις αρχές του 2020, συνδέεται με απότομη αύξηση της παραπληροφόρησης, με κοινοποίηση ψευδών ειδήσεων που έκαναν δυσδιάκριτα τα όρια μεταξύ πραγματικού και φανταστικού (Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο, 2020). Η εν λόγω πανδημία

αποτελέσε χαρακτηριστικό παράδειγμα εξάπλωσης της παραπληροφόρησης στην υγεία με τις συνέπειες να ήταν κάτι παραπάνω από ορατές. Ο παγκόσμιος φόβος, η αβεβαιότητα και η αμφιβολία ήταν αποτέλεσμα, σε ένα μεγάλο βαθμό, αναρτήσεων που εμφανίστηκαν στα ΜΚΔ και γενικότερα στον χώρο του διαδικτύου, διαδίδοντας μηνύματα που αμφισβητούσαν την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα των εμβολίων όπως και των μέτρων κοινωνικής απόστασης (World Health Organization, 2022). Φυσικά, εκτός του παραδείγματος του κορωνοϊού και γενικότερα των λοιμωδών νοσημάτων, η εργασία εστιάζει και σε δύο άλλα παραδείγματα καταστάσεων υγείας και συγκεκριμένα στον καρκίνο και στην ψυχική υγεία/νόσο αναδεικνύοντας την εξάπλωση του φαινομένου της παραπληροφόρησης και τον τρόπο επηρεασμού του πληθυσμού από το διαδίκτυο. Όπως αναφέρει ο Johnson et al (2021) οι διαδικτυακές πληροφορίες για τον καρκίνο έχουν μηδενική συνέπεια με αποτέλεσμα μεγάλη μερίδα των πασχόντων να μπερδεύονται και να μην είναι σίγουροι σε ποιά πηγή να απευθυνθούν και ποιόν να εμπιστευτούν. Ο Loeb et al (2019) στην έρευνά τους ανίχνευσαν πως οι χρήστες του διαδικτύου που αναζητούν πληροφόρηση σχετικά με τον καρκίνο είναι πιο πιθανό να ενημερωθούν από βίντεο κακής ποιότητας αντί για βίντεο εμπειριστατωμένης πληροφόρησης κάτι το οποίο επαληθεύεται από άλλη έρευνα του Loeb et al (2021) που αναφέρει ότι σχεδόν το 70% των βίντεο στην πλατφόρμα Youtube που αφορούν τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης έχουν κριθεί μέτριας έως κακής ποιότητας. Αντιστοίχως, παρά το ότι η έρευνα σχετικά με την παραπληροφόρηση για την ψυχική υγεία είναι συγκριτικά με άλλα πεδία όχι τόσο ανεπτυγμένη, σε διαδικτυακές κοινότητες για την ψυχική υγεία (Online Communities for Mental Health) ή ΜΚΔ όπως το Facebook και το Reddit συγκεντρώνονται άτομα με παρόμοια προβλήματα ψυχικής υγείας για να ανταλλάξουν και να μοιραστούν σχετική πληροφόρηση (Bizzotto, de Bruijn and Schulz, 2023). Σε ανάλυση περιεχομένου των Schulz, Bizzotto and Gert-Jan de Bruijn (2022) ανιχνεύθηκε πως τα επίπεδα παραπληροφόρησης είναι πολύ υψηλά ενώ στην διάδοση της παραπληροφόρησης συνέβαλλαν και επαγγελματίες υγείας που είχαν τον ρόλο του επόπτη για την αντιμετώπιση ψευδών πληροφοριών.

Η παρούσα εργασία περιλαμβάνει δύο μέρη το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο θεωρητικό μέρος παρουσιάζονται οι έννοιες της Εγγραματοσύνης Υγείας και της Ψηφιακής Εγγραματοσύνης Υγείας, των «Ψευδών Ειδήσεων» και της Παραπληροφόρησης αλλά και η συσχέτισή τους με τα ΜΚΔ. Παράλληλα, δίνεται έμφαση στην προσέγγιση της σχέσης της παραπληροφόρησης με τρία παραδείγματα καταστάσεων υγείας και πιο συγκεκριμένα με την

Covid-19 και γενικότερα τα λοιμώδη νοσήματα, τον καρκίνο αλλά και τις ψυχικές νόσους ενώ παρουσιάζει και μέτρα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης στην υγεία. Στο ερευνητικό μέρος, επιχειρείται με χρήση ερωτηματολογίου η διερεύνηση της σημασίας της της πληροφόρησης για θέματα υγείας, του γραμματισμού ηλεκτρονικής υγείας, του ποσοστού παραπληροφόρησης σχετικά με τα λοιμώδη νοσήματα και την Covid-19, τα εμβόλια, τον καρκίνο και τα ψυχικά νοσήματα και δίνεται έμφαση στην συμπεριφορά των ατόμων κατά την παραπληροφόρηση και ειδικότερα στον έλεγχο της παραπληροφόρησης. Πιο συγκεκριμένα, το ερευνητικό μέρος της εργασίας επικεντρώνει στην σημασία της πληροφόρησης και της Γνώσης για θέματα υγείας, την συμπεριφορά του ατόμου κατά την πληροφόρηση δίνοντας ιδιαίτερη σημασία στην καταπολέμηση, την προώθηση, τον έλεγχο και την στάση για την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης ενώ παράλληλα υπογραμμίζει την σημασία και δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης όπως και την ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία προτάσεων.

## ΜΕΡΟΣ Α: Θεωρητικό

### 2. Βιβλιογραφική ανασκόπηση

#### 2.1 Εγγραματοσύνη υγείας

Η έννοια της πληροφόρησης στην υγεία ως η ικανότητα του ατόμου να αποκτά, να επεξεργάζεται, να κατανοεί αλλά και να διαχειρίζεται την ιατρική πληροφορία με σκοπό τη λήψη υγειονομικών αποφάσεων για τον ίδιο αλλά και για τους οικείους του, περικλείεται στον ορισμό της εγγραματοσύνης υγείας (Σαράφης και, Μπαμίδης, 2020). Η εν λόγω έννοια αποτελεί έναν από τους δύο βασικούς πυλώνες της παρούσας εργασίας προσδιορίζοντας την πληροφόρηση του ατόμου το οποίο μεριμνά για την διασφάλιση της υγείας του και την πρόληψη των ασθενειών με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του (World Health Organization, 2024). Η εν λόγω έννοια αποτελεί έναν από τους δύο βασικούς πυλώνες της παρούσας εργασίας προσδιορίζοντας την πληροφόρηση του ατόμου το οποίο μεριμνά για την διασφάλιση της υγείας του και την πρόληψη των ασθενειών με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του (ΠΟΥ, 2024).

Σύμφωνα με τον Nutbeam (2000), η εγγραματοσύνη υγείας διαχωρίζεται σε τρία επίπεδα τα οποία είναι η Βασική-λειτουργική (Basic/Functional Literacy), η επικοινωνιακή ή διαδραστική (Communicative/Interactive Literacy) και η κριτική (Critical Literacy). Η πρώτη κατηγορία αφορά στις γνώσεις του ατόμου σχετικά με τους κινδύνους για την υγεία, τον τρόπο χρήσης των βασικών υπηρεσιών του συστήματος υγείας και την απόκτηση της ικανότητας να συμμορφώνεται με οδηγίες πρόληψης και προαγωγής της υγείας (π.χ. εμβολιασμός). Η δεύτερη κατηγορία αποτελεί συνδυασμό προχωρημένων γνωστικών ικανοτήτων αλλά και κοινωνικών δεξιοτήτων με σκοπό την άντληση πιο εξειδικευμένης πληροφόρησης σχετικά με την υγεία αναπτύσσοντας την ικανότητα αλληλεπίδρασης με κοινωνικές ομάδες, ενώ η τρίτη κατηγορία εστιάζει στην κριτική ικανότητα του ατόμου να αναλύει την παρεχόμενη πληροφόρηση με σκοπό τη λήψη αποφάσεων για την προσωπική του υγεία αλλά και για την κοινωνία γενικότερα.

Η επιδείνωση της υγείας πολλών ανθρώπων, η εμφάνιση σοβαρών νοσημάτων καρδιαγγειακά νοσήματα) ανεξαρτήτως ηλικιακής ομάδας, φυλής, οικονομικής ή μορφωτικής τάξης, η



κοινωνική ανισότητα στην υγεία και το επιπρόσθετο οικονομικό κόστος για τον ίδιο τον ασθενή είναι μόνο κάποιες από τις συνέπειες της χαμηλής εγγραματοσύνης υγείας. Άλλωστε, τα άτομα με χαμηλή εγγραματοσύνη υγείας είναι πιθανότερο να καθυστερήσουν ή να μην λάβουν υγειονομική περίθαλψη έχοντας περισσότερες νοσηλείες και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας (Swire-Thompson and Lazer, 2020). Ο οικονομικός αντίκτυπος ως απόρροια του φαινομένου δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή αλλά και ολόκληρο το σύστημα υγείας αφού σε ερευνητική μελέτη που αφορούσε τους δικαιούχους του Medicare στις Η.Π.Α. ανέδειξε πως τα χαμηλά ποσοστά εγγραματοσύνης υγείας στοίχισαν 25 δισεκατομμύρια δολάρια και ότι θα μπορούσαν να αποφευχθούν περίπου ένα εκατομμύριο επισκέψεις σε νοσοκομεία (United Health Group, 2021). Σύμφωνα με τους Bin Naeem και Kamel Boulos, (2021) ο χαμηλός ψηφιακός γραμματισμός υγείας την περίοδο της πανδημίας της Covid-19 επηρέασε σε μεγάλο βαθμό πληθυσμιακές ομάδες ανά τον κόσμο συμβάλλοντας στη διάδοση της διαδικτυακής παραπληροφόρησης σε συνδυασμό με την ευρεία χρήση των ΜΚΔ για την κοινοποίηση των πληροφοριών.

## **2.2 Ψηφιακή εγγραματοσύνη υγείας (ΨΕΥ)**

Οι Norman και Skinner (2006) ορίζουν ως Ψηφιακή Εγγραματοσύνη Υγείας την ικανότητα αξιολόγησης πληροφοριών υγείας από ηλεκτρονικές πηγές και εφαρμογής της γνώσης που αποκτήθηκε για την αντιμετώπιση ή την επίλυση ενός προβλήματος υγείας. Ο Paul Gilster πρότεινε για πρώτη φορά το 1997 στο ομώνυμο βιβλίο του ως ορισμό «την ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται και να χρησιμοποιεί την πληροφορία που παίρνει από πολλές πηγές, μέσω ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή» (Gilster, 1997). Από τους Fieldhouse και Nicholas (2008) η πραγματευόμενη έννοια διατυπώθηκε ως «ο τρόπος με τον οποίο οι χρήστες μπορούν να αναζητήσουν, να βρουν και να αξιολογήσουν πληροφορίες από διάφορα ψηφιακά περιβάλλοντα» ενώ οι Spires και Bartlett (2012) έθεσαν ως βασικό ζήτημα για την διαδικτυακή πληροφόρηση την αξιολόγηση της πληροφορίας ως προς την αξιοπιστία της με διαχωρισμό της διαδικασίας σε τρία στάδια που είναι ο εντοπισμός και η αξιοποίηση του ψηφιακού περιεχομένου, η δημιουργία του αλλά και η επικοινωνία του προς το κοινό. Πιο συγκεκριμένα, το πρώτο στάδιο εστιάζει στην ικανότητα του ατόμου να αξιολογεί την πληροφορία ως προς την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και την σχετικότητά της σε συνδυασμό με την γνώση

χειρισμού των μηχανών αναζήτησης. Στο δεύτερο στάδιο, τοποθετείται η ικανότητα παραγωγής ψηφιακού περιεχομένου ενώ στο τρίτο στάδιο αφορά την επικοινωνία του ψηφιακού υλικού μέσω σύγχρονων συσκευών όπως κινητά τηλέφωνα, tablets κλπ.

Μερικά από τα κυριότερα εργαλεία μέτρησης της εγγραματοσύνης στην υγεία είναι σταθμισμένα ερωτηματολόγια για την αξιολόγηση της ΕΥ και της ΨΕΥ. Το HLS-EU-47 (Sørensen et al., 2013) που ως σταθμισμένο ερωτηματολόγιο δόθηκε στον γενικό πληθυσμό σε οκτώ χώρες (Αυστρία, Βουλγαρία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ολλανδία, Πολωνία, Ισπανία) της Ε.Ε. με σκοπό την αξιολόγηση, κατανόηση, εκτίμηση και εφαρμογή των πληροφοριών που κατέχει ο πληθυσμός σχετικά με την διαχείριση ασθενειών, ιατρικών κινδύνων και της υγείας γενικότερα. Το eHLF (Kayser et al., 2018) απευθυνόμενο σε επαγγελματίες υγείας αλλά και ασθενείς, μελέτησε επτά παραμέτρους όπως η ικανότητα για επεξεργασία πληροφοριών, η δέσμευση για διατήρηση της προσωπικής υγείας, η πρόσβαση, τα κίνητρα ενασχόλησης και η ικανότητα χρήσης των ψηφιακών υπηρεσιών αλλά και το αίσθημα ασφάλειας και ελέγχου. Το eHIQ (Neijenhuijs et al., 2019) με 37 ερωτήσεις επικεντρώνει στην συμπεριφορά όσον αφορά τις ιστοσελίδες υγείας αλλά και την υγειονομική διαδικτυακή συμπεριφορά όπως επίσης στο κατά πόσο ο χρήστης είναι δεκτικός να λάβει πληροφορίες μέσω των εμπειριών άλλων ατόμων. Τέλος, ένα από τα βασικά ερωτηματολόγια που χρησιμοποιείται και στην συγκεκριμένη ερευνητική εργασία είναι το eHEALS (Norman, Skinner, 2006) που εστιάζει στην αντίληψη, εύρεση, αξιολόγηση και εφαρμογή των ψηφιακών πληροφοριών για την επίλυση προβλημάτων (Αντωνέλος και συν, 2020). Συνάμα, υπάρχει περίπτωση να ληφθεί πληθώρα παραπλανητικών πληροφοριών μέσω διαδικτυακών σελίδων παρέχοντας εύκολες και άμεσες λύσεις εκμεταλλευόμενοι την ευπιστία του κοινού αλλά και την απόγνωση των ανθρώπων πάνω σ' ένα ευαίσθητο ιατρικό θέμα.

Όσον αφορά την επίσκεψή σε ιατρό η λανθασμένη διαδικτυακή ενημέρωση έχει ως αποτέλεσμα να σχηματιστεί μία γνώμη για το πρόβλημά υγείας του ενδιαφερόμενου η οποία οδηγεί σε λανθασμένη περιγραφή συμπτωμάτων με αποτέλεσμα την μη σωστή ή την ελλιπή περιγραφή αυτών με ενίσχυσή ή αποσιώπηση κάποιων άλλων από τα συμπτώματα, οδηγώντας σε μη επαρκή ή λανθασμένη διάγνωση. Παράλληλα, η διαδικτυακή ενημέρωση μπορεί να οδηγήσει στην αυτοδιάγνωση, στην επιλογή και λήψη φαρμάκων κατά βούληση, σε ανταλλαγή ιατρικών συνταγών ακόμη και σε σύσταση θεραπειών μέσω διαδικτυακών «φίλων». Αρνητικές συνέπειες μπορεί επίσης να είναι η μοιραία καθυστέρηση στη διάγνωση, η λήψη λανθασμένων

αποφάσεων από τον ασθενή όσον αφορά την θεραπεία του («θαυματουργά σκευάσματα»), η πρόκληση περισσότερων συμπτωμάτων (αυθυποβολή), η πρόκληση αγωνίας, άγχους, απελπισίας.

Συνάμα, δεν μπορεί να παραλειφθεί η αναφορά του ορισμού της κυβερνοχονδρίας (cyberchondria). Η συγκεκριμένη έννοια ορίζεται ως η συνεχής αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών στο διαδίκτυο και η αβάσιμη κλιμάκωση των ανησυχιών σχετικά με κοινά συμπτώματα. Τα άτομα αυτά έχουν τον φόβο ότι νοσούν από κάποια σοβαρή ασθένεια και προσπαθούν να ταυτίσουν υπαρκτά ή ανύπαρκτα συμπτώματα με αυτή. Η εμμονική συνεχής αναζήτηση αυτοτροφοδοτεί το άτομο αυξάνοντας το άγχος αλλά και τα επίπεδα φόβου. Αναμφισβήτητα οι ιατρικές πληροφορίες στον χώρο του διαδικτύου δεν μπορούν να υποκαταστήσουν την εμπειρία ενός εξειδικευμένου γιατρού καθότι η σωστή διάγνωση δομείται στην προσωπική επαφή ασθενούς και ιατρού μέσω της λήψης του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς αλλά και της κλινικής εξέτασης (Ψηφιακός Εγγραμματισμός ΠΤΑ, 2022).

## **2.3 Ψευδείς Ειδήσεις και Παραπληροφόρηση**

Εστιάζοντας στο χώρο του διαδικτύου και στα ΜΚΔ η διάδοση των ψευδών ειδήσεων (Fake News) αποτελεί κύρια παθογένεια για την πληροφόρηση του κοινού που έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της εσφαλμένης ερμηνείας της επιστημονικής γνώσης, την πόλωση των απόψεων, την κλιμάκωση του φόβου και του άγχους καθώς όπως και τη μείωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη (World Health Organization, 2022).

Ορίζοντας τις Ψευδείς Ειδήσεις αναφερόμαστε σε χειραγωγή πληροφοριών που μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω της παραγωγής ψευδών πληροφοριών ή της παραμόρφωσης αληθινών πληροφοριών (Aïmeur et al, 2023) έχοντας τη δυνατότητα να φτάσουν εύκολα και να επηρεάσουν μεγάλο αριθμό χρηστών του διαδικτύου σε σύντομο χρονικό διάστημα, βαθύτερα και ευρύτερα από ότι οι αληθείς πληροφορίες (Qian et al., 2018, Swire-Thompson and Lazer, 2020). Οι Allcot and Gentzkow (2017) όρισαν τις ψευδείς ειδήσεις ως «μία κατασκευασμένη είδηση που έχει σκοπό την παραπλάνηση του αναγνώστη χωρίς καμία επαλήθευση των γραφομένων της ενώ ο συγκεκριμένος όρος αναλύεται και ως η είδηση η οποία δε στηρίζεται σε επαληθεύσιμα γεγονότα, αποσπάσματα ή πηγές αλλά αποτελεί προπαγάνδα που έχει δημιουργηθεί σκοπίμως με σκοπό την παραπλάνηση του αναγνώστη ή ενός κλικοθηρικού

(clickbait) σχεδίου για οικονομικό κέρδος» (Desai and Oehrli, 2024). Παρομοίως, οι Lazer et al (2018) έχουν ορίσει τις ψευδείς ειδήσεις ως «κατασκευασμένες πληροφορίες που μοιάζουν με το περιεχόμενο ειδησεογραφικών πηγών παραγόμενες εκτός του πλαισίου των αποδεκτών δημοσιογραφικών πρακτικών και στόχων έχοντας τις ρίζες τους χιλιάδες χρόνια πριν στην αρχαία Ελλάδα όταν ο Θεμιστοκλής έπεισε τους Αθηναίους, μέσω του χρησμού της Πυθίας, για την εκκένωση της πόλης τους και την μετάβασή τους στην Σαλαμίνα».

Εστιάζοντας στην πρόθεση μίας ψευδούς είδησης θα πρέπει να αναλυθεί εκτενέστερα η ορολογία της παραπληροφόρησης ως η μορφή διαταραχής της πληροφόρησης με διάδοση μη πραγματικών πληροφοριών (Wardle, 2017) αλλά και των παραφυσάδων εννοιών της. Μελετώντας τον όρο στη ξένη βιβλιογραφία γίνεται κατανοητό πως υφίσταται ένας διαχωρισμός μεταξύ της έννοιας misinformation και disinformation που στην ελληνική γλώσσα μεταφράζονται ομοίως με τον πραγματευόμενο μας όρο «παραπληροφόρηση» παρά το ότι το σημασιολογικό τους φορτίο διαφέρει. Η εννοιολογική διαφορά έγκειται στην ερμηνεία του πρώτου όρου (misinformation) ως την ψευδή ή ανακριβή πληροφορία που βασίζεται σε λανθασμένα γεγονότα ενώ ο δεύτερος όρος (disinformation) εστιάζει στις ψευδείς πληροφορίες που αποσκοπούν εσκεμμένα στην παραπλάνηση του κοινού (American Psychological Association, 2022).

Ομοίως, οι Desai & Oehrli (2024) ορίζουν τον πρώτο όρο ως «ψευδείς ή ανακριβείς πληροφορίες που δημιουργούνται ή διαδίδονται κατά λάθος ή ακούσια, χωρίς την πρόθεση εξαπάτησης» ενώ ο δεύτερος όρος αποτυπώνεται ως «ψευδείς πληροφορίες που δημιουργούνται και διαδίδονται σκόπιμα για να επηρεάσουν την κοινή γνώμη ή να συσκοτίσουν την αλήθεια».

Συνάμα, στο εγχειρίδιο της UNESCO που αφορά την εκπαίδευση και κατάρτιση των δημοσιογράφων, η έννοια disinformation παρουσιάζεται ως οι «εσκεμμένες (συχνά ενορχηστρωμένες) απόπειρες σύγχυσης ή χειραγώγησης των ανθρώπων μέσω της παροχής ανέντιμων πληροφοριών προς αυτούς» ενώ ως misinformation οι «παραπλανητικές πληροφορίες που δημιουργούνται ή διαδίδονται χωρίς χειραγώγηση ή κακόβουλη πρόθεση» (Ireton and Posetti, 2018). Επιπροσθέτως, πρέπει να σημειωθεί πως υπάρχει και ο όρος «παραπληροφόρηση» που συναντάται ως malinformation και αφορά στη «σκόπιμη διάδοση εμπιστευτικών πληροφοριών, συνήθως αλλάζοντας το πλαίσιο, την ημερομηνία ή την ώρα, για προσωπικό ή εταιρικό και όχι δημόσιο συμφέρον» (Staats, 2021).

Δεν μπορούμε να παραλείψουμε, ότι η ψευδής ή λανθασμένη πληροφόρηση - στο πλαίσιο διερεύνησης της έννοιας misinformation- μπορεί να σχετίζεται και με την εξέλιξη της ίδιας της επιστήμης και τεχνολογίας. Εν αντιθέσει με την έννοια disinformation που περικλείει εντός της τη σκοπιμότητα και τη συντονισμένη προσπάθεια για κέρδος οικονομικό, ισχύος ή φήμης (Allington et al., 2020). Αναμφισβήτητα, η αναπαραγωγή και των δύο βασικών μορφών παραπληροφόρησης (misinformation-disinformation) ευνοούνται από την τεχνολογική ευκολία των επιλογών της αντιγραφής, επικόλλησης και κοινοποίησης ενός συνδέσμου με παραπλανητικό περιεχόμενο, ειδικότερα μέσω σύγχρονων συσκευών κινητής τηλεφωνίας smartphone (World Health Organization, 2022), με την κατασκευή τους να βασίζεται στη συναισθηματική απόκριση που μπορούν να έχουν στο κοινό με κύρια χρησιμότητα τους να είναι η διάδοση αυτών των ειδήσεων (Desai and Oehrli, 2023). Άλλωστε, όπως ανιχνεύουν οι Berger και Milkman (2009), το περιεχόμενο που προκαλεί συναισθήματα υψηλής διέγερσης όπως φόβος, αποστροφή, έκπληξη κ.α. είναι πιο πιθανό να κοινοποιηθεί από έναν χρήστη στο διαδίκτυο. Χαρακτηριστική είναι η δήλωση της προέδρου της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των Ηνωμένων Πολιτειών, Marcia McNutt, στο πλαίσιο κοινής δήλωσης των Εθνικών Ακαδημιών, αναφέροντας : «Η παραπληροφόρηση είναι χειρότερη από επιδημία: Εξαπλώνεται με την ταχύτητα του φωτός σε όλη την υφήλιο και μπορεί να αποδειχθεί θανατηφόρος όταν ενισχύει άστοχη προσωπική προκατάληψη έναντι όλων των αξιόπιστων αποδεικτικών στοιχείων» (Galvin, 2021).

Η κατηγοριοποίηση των Ψευδών Ειδήσεων μπορεί να αποτυπωθεί βάσει των διαφορετικών χαρακτηριστικών που διαθέτει μία είδηση όπως ο τύπος του περιεχομένου της ή η πρόθεση (intent) (Aïmeur et al, 2023). Εστιάζοντας στο περιεχόμενο της είδησης, οι «Ψευδείς Ειδήσεις» μπορεί να είναι ψευδές κείμενο, υπερσύνδεσμος ή ενσωματωμένο περιεχόμενο, βίντεο, εικόνες, στατικές ή κινούμενες (GIF) ηχητικά αρχεία κ.α. (Demuyakor and Opata, 2022) ενώ τα τελευταία χρόνια προστέθηκε το ψευδές περιεχόμενο από μηχανές τεχνητής νοημοσύνης (Aïmeur, Amri and Brassard, 2023). Με βάση την πρόθεση της είδησης η τυπολογία της λανθασμένης πληροφόρησης κατηγοριοποιείται σε οκτώ κατηγορίες.

- 1)Κατασκευασμένη είδηση (fabricated): κατασκευασμένες ιστορίες αποκομμένες εξ ολοκλήρου από την πραγματικότητα δομημένες σε φαντασιακά δεδομένα.
- 2)Μεροληπτική είδηση (Biased or one-sided or framing): Ιστορίες που βασίζονται σε μεροληπτική απεικόνιση των γεγονότων με προκατειλημμένη και μονόπλευρη θέση,

παρουσιάζοντας μία πτυχή της πραγματικότητας με απόκρυψη της αλήθειας και αφορούν ως επί το πλείστον πρόσωπα, πολιτικά κόμματα, καταστάσεις και γεγονότα (Collins et al. 2020).

3)Κλικοθηρική (clickbait) είδηση: Αφορά ειδήσεις μόνο του διαδικτυακού χώρου που βασίζονται στην εσκεμμένη χρήση παραπλανητικών τίτλων ή μικρογραφιών που αποτυπώνουν μεγαλύτερες εικόνες για την διευκόλυνση της προβολής τους (thumbnail). Σκοπός της κλικοθηρικής είδησης είναι η αύξηση της επισκεψιμότητας και της δημοτικότητας ιστοχώρου, μέσω παραπλανητικών περιγραφών για οικονομικό όφελος. Ωστόσο, θεωρείται ως ένας από τους λιγότερο σοβαρούς τύπους ψευδών ειδήσεων αφού ο χρήστης που θα ανοίξει το περιεχόμενο μπορεί να διακρίνει την αναντιστοιχία τίτλου ή εικόνας με το περιεχόμενο (Aïmeur et al, 2023, Zannettou et al., 2019).

4)Απάτη (hoax): Η κατηγορία των hoaxes ειδήσεων περιέχουν είτε ψευδή είτε ανακριβή γεγονότα που παρουσιάζονται ως πιστοποιημένα. Στην επιστημονική κοινότητα αναφέρονται ως μισές αλήθειες (half-truth) ή ως επινοημένες ιστορίες (factoid stories) με χαρακτηριστικά παραδείγματα όπως η ψευδής αναφορά θανάτου διασημοτήτων ή αστικοί μύθοι (Zannettou et al. 2019, Collins et al, 2020).

5)Φήμη (rumor): Το συγκεκριμένο είδος ψευδών ειδήσεων συναντάται πολύ συχνά στα ΜΚΔ ως ειδήσεις ή ιστορίες που είναι διφορούμενες ή δεν επιβεβαιώθηκαν ποτέ (Butt et al., 2022). Ωστόσο, δεν αποκλείεται οι συγκεκριμένες ειδήσεις να είναι αληθινές (Zubiaga et al., 2018, Zannettou et al. 2019 ).

6)Σάτιρα (satire): Ειδήσεις που βασίζονται στο χιούμορ με ειρωνική διάθεση των γραφομένων τους, διαδίδόμενα κατά κύριο λόγο μέσω των ΜΚΔ Βασικός σκοπός του είδους δεν αποτελεί η εξαπάτηση του κοινού, παρά το ότι μπορεί να έχουν τέτοιο αντίκτυπο, αλλά η παρουσίαση ειδήσεων κραυγαλέα απατηλών για την γελοιοποίηση ή την έμμεση κριτική και στηλίτευση συμπεριφορών προσώπων, καταστάσεων κ.α. (Zannettou et al. 2019, Collins et al, . 2020). Ωστόσο, οι Golbeck et al (2018) ανιχνεύουν πως υπάρχουν και οι σατυρικές ειδήσεις που γίνονται αντικείμενο εκμετάλλευσης από άλλους ιστοτόπους ψευδών ειδήσεων οι οποίοι αποποιούνται την ευθύνη της είδησης αναφέροντας στο κάτω μέρος των κειμένων ότι επρόκειτο για “σατυρικά” κείμενα παρά το ότι το περιεχόμενο του κειμένου δεν έχει σατυρικά χαρακτηριστικά (Collins et al., 2020).

7)Προπαγάνδα: Πληροφορίες που διαδίδονται σκόπιμα με στόχο την διαμόρφωση απόψεων



και πιθανώς την ανάπτυξη πολιτικής δράσης. Η επικοινωνία ως χειραγώγηση (Heywood, 1997). Η προπαγάνδα αναφέρεται σε ειδήσεις που έχουν δημιουργηθεί από πολιτικές οντότητες με σκοπό την παραπλάνηση με κύριους φορείς της τα κράτη. Το online astroturfing αποτελεί εργαλείο διάδοσης για την χρήση προπαγάνδας (Aïmeur et al, 2023). Πιο συγκεκριμένα, το astroturf μπορεί να χαρακτηριστεί ως ένας κοινός τύπος διάδοσης ψευδών ειδήσεων και παραπληροφόρησης στον χώρο του διαδικτύου και των ΜΚΔ με βασικό του σκοπό του την τεχνητή εντύπωση ευρείας υποστήριξης για ένα προϊόν, μία πολιτική ή μία ιδέα όταν στην πραγματικότητα η υποστήριξη είναι περιορισμένη (Chan, 2022).

8)Θεωρίες συνωμοσίας: Είδος ψευδών ειδήσεων που εξηγεί μία κατάσταση ή ένα γεγονός μέσω συνωμοσιακών σχεδίων χωρίς αποδεικτικά στοιχεία. Ο Tauijeff, (2005 στο βιβλίο του «Θεωρίες Συνωμοσίας Εσωτερισμός, Εξτρεμισμός» ορίζει ως «θεωρία συνωμοσίας» ή «συνωμοσιολογία» την «πίστη ότι όλα τα γεγονότα στον κόσμο των ανθρώπων είναι ηθελημένα και προσχεδιασμένα και αποκαλύπτουν κρυφές προθέσεις». Οι οπαδοί των «θεωριών συνωμοσίας» πιστεύουν ότι η λειτουργία των κοινωνιών εξηγείται από την πραγματοποίηση ενός μυστικού σχεδίου από λίγους ισχυρούς και αδίστακτους ανθρώπους (από μία διεθνή υπέρ- ελίτ). Σκοπός αυτών είναι να κατακτήσουν μία ή περισσότερες χώρες, υποδουλώνοντας ή εξολοθρεύοντας εκπροσώπους ενός πολιτισμού με την πεποίθηση της ύπαρξης μία παγκόσμιας συνωμοσίας για την εγκαθίδρυση μίας «παγκόσμιας Νέας Τάξης» (Taguieff, 2005, σελ.146).

Πέρα από την κατηγοριοποίηση των Ψευδών Ειδήσεων, όπως αναλύεται παραπάνω, πρέπει να ανιχνεύσουμε και το περιβάλλον διάδοσης τους μέσω του διαδικτυακού χώρου. Το οικοσύστημα εξάπλωσης και αναπαραγωγής των Ψευδών Ειδήσεων διαθέτει μία ευρεία γκάμα πυλώνων εξάπλωσης που αναλύονται στη συνέχεια:

Bots: Ψηφιακά προγράμματα (λογισμικό) ως μέρος ενός δικτύου (botnet) που αποτελεί τον διαχειριστή ψεύτικων διαδικτυακών λογαριασμών με σκοπό την διάδοση Ψευδών Ειδήσεων είτε μέσω αναδημοσίευσης είτε μέσω πρωτότυπου υλικού σε διαδικτυακά μέσα (Zannettou et al., 2019). Οι συγκεκριμένοι αυτοματοποιημένοι λογαριασμοί «θεωρήθηκαν υπεύθυνοι για την ταχεία διάδοση Ψευδών Ειδήσεων για την Covid-19, με την ανάπτυξη θεωριών συνωμοσίας που είχε να κάνει με την εξάπλωση του ιού SARS-CoV-2 από πυλώνες εξάπλωσης ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων 5G με τη θεωρία που στηριζόταν στην εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος του κόσμου μέσω αυτών ή στιγματίζοντας τον Bill Gates ως τον

ιθύνοντα νου του ιού για να έχει οικονομικά οφέλη» (Adebesin et al., 2023).

Εγκληματικές/τρομοκρατικές οργανώσεις (Criminal/Terrorist Organizations): Διάχυση ψευδών πληροφοριών μέσω των ΜΚΔ ως προπαγάνδα για εξυπηρέτηση σκοπών. π.χ. Η τρομοκρατική οργάνωση ISIS με τη διάδοση παθιασμένων ιδεολογικών μηνυμάτων για τη στρατολόγηση ατόμων από ευρωπαϊκές χώρες (Zannettou et al., 2019).

Ακτιβιστές ή πολιτικές οργανώσεις (Activist or Political Organizations): Στο πλαίσιο ανταγωνισμού με άλλους οργανισμούς, αποτελεί συνήθη τακτική η διάδοση ψευδών πληροφοριών για υποβάθμιση των αντιπάλων ή για την προώθηση μίας συγκεκριμένης αφήγησης στο κοινό (Zannettou et al., 2019).

Κυβερνήσεις: Τα τελευταία χρόνια έχει ανιχνευτεί διάδοση Ψευδών Ειδήσεων από κυβερνητικές πηγές ή από επίσημες τοποθετήσεις με την χρήση του διαδικτύου για χειραγωγή της κοινής γνώμης σε συγκεκριμένα θέματα ή για συκοφάντηση άλλων χωρών σε ζητήματα που εξυπηρετούνται ιδιοτελή συμφέροντα της χώρας που τις εξαπολύει. (Zannettou et al., 2019).

Hidden Paid Posters and State-sponsored Trolls: Εξειδικευμένη ομάδα χρηστών του διαδικτύου με τον μανδύα του κανονικού χρήστη που έχουν σκοπό τη διάδοση ψευδών ειδήσεων, με συγκεκριμένο περιεχόμενο και στόχο, με συνήθη στρατηγική αυτή της προώθησης μίας δομημένης ατζέντας με απώτερο σκοπό την υιοθέτηση κοινωνικών, επιχειρηματικών και άλλων τάσεων (Zannettou et al., 2019).

Δημοσιογράφοι: Η δημοσίευση ψευδών πληροφοριών από δημοσιογράφους έγκειται στην πρόθεση διαμόρφωσης μίας εικόνας ή ιστορίας από τους ίδιους με ιδιοτελή σκοπό, την αύξηση της επισκεψιμότητας της ιστοσελίδας που εργάζονται ή αντιστοίχως, την κερδοφορία και δημοτικότητα ενός εντύπου, εφημερίδας κ.α. (Zannettou et al., 2019).

«Χρήσιμοι ηλίθιοι» (Useful Idiots): Ο όρος διαθέτει ιστορικό υπόβαθρο από τη δεκαετία του 1950 στις Η.Π.Α. όταν μέλη πολιτικών κομμάτων χειραγωγήθηκαν από τη Ρωσία με σκοπό την αποδυνάμωση των Η.Π.Α. Στις μέρες μας, ο όρος αναφέρεται σε κανονικούς χρήστες του διαδικτύου που κοινοποιούν ψευδή πληροφόρηση προς όφελος κάποιου οργανισμού λόγω χειραγωγησης από τον φορέα που εξυπηρετούν ή αφέλειας των ίδιων (Zannettou et al., 2019).

Συνωμοσιολόγοι (True Believers and Conspiracy Theorists): Η έννοια αφορά χρήστες του διαδικτύου που τα πιστεύω τους ταυτίζονται με συγκεκριμένες θεωρίες συνωμοσίας και η



διάδοσή τους συνεπάγεται την αποκάλυψη ενός “μυστικού σχεδίου” από τους ίδιους διαδίδοντας την “αλήθεια” που μένει κρυφή. Το αφήγημα των συγκεκριμένων χρηστών παρέχει απλουστευτικές ερμηνείες “ξεσκεπάζοντας” “οργανωμένα σχέδια” κρυμμένων προθέσεων με σύνηθες χαρακτηριστικό την απόρριψη της τυχαιότητας στην ιστορία μέσω μίας μανιχαϊστικής αντίληψης καλού-κακού, ηθικού-ανήθικου κ.ο.κ. (Ηλιαδέλη, 2017, Zannettou et al., 2019).

Άτομα που επωφελούνται από ψευδείς πληροφορίες: Στη συγκεκριμένη ομάδα υπάγονται οι χρήστες που η διάδοση Ψευδών Ειδήσεων ωφελεί τους ίδιους με το εύρος αυτής της κατηγορίας να εκτείνεται από έναν ιδιοκτήτη καφετέριας μέχρι ένα πολιτικό πρόσωπο (Zannettou et al., 2019).

Τρολ: Χρήστες του διαδικτύου που δημοσιεύουν αμφιλεγόμενες πληροφορίες με σκοπό την ενόχληση άλλων χρηστών για την προσωπική τους διασκέδαση ή την πρόκληση συναισθηματικής πίεσης μέσω προκλητικών αναρτήσεων ή άσχετων μηνυμάτων για τη διατάραξη της κανονικής ροής μίας συζήτησης (Hine et al, 2017).

## **2.4 Μέσα κοινωνικής δικτύωσης και παραπληροφόρηση στην υγεία**

Παραδοσιακά, οι κύριοι φορείς πληροφόρησης για την υγεία είναι οι επαγγελματίες υγείας, τα βιβλία, οι εφημερίδες, τα περιοδικά, τα εκπαιδευτικά φυλλάδια, οι ραδιοφωνικές και τηλεοπτικές διαφημίσεις αλλά και το “δίκτυο των μη ειδημόνων” όπως οι φίλοι και η οικογένεια (Di Matteo and Martin, 2007) ωστόσο ο διαδικτυακός χώρος αποτελεί πλέον τη δημοφιλέστερη πηγή ενημέρωσης για την υγεία και ειδικότερα για τη διερεύνηση της προσωπικής υγείας του καθενός (Swire-Thompson and Lazer, 2020).

Αναλυτικά, ο αριθμός των χρηστών των ΜΚΔ, τον Ιανουάριο του 2024 έφτασε στα 5,04 δισεκατομμύρια χρήστες, αριθμός που αντιστοιχεί στο 62,3% του παγκόσμιου πληθυσμού (Petrosyan, 2024). Τα ΜΚΔ έκαναν την εμφάνισή τους στις αρχές του 2000 όπως τα γνωρίζουμε σήμερα, με κύρια πλατφόρμα το Myspace που ήταν και το πρώτο ΜΚΔ με 1.000.000 ενεργούς χρήστες το 2004. Το 2008 τα Hi5, MySpace και Friendster ανταγωνίζονταν στενά την πιο δημοφιλή πλατφόρμα, το Facebook ωστόσο μέχρι και το 2012 δεν κατείχαν κανένα μερίδιο αγοράς. Τον Σεπτέμβριο του 2016 εμφανίζεται το Tik Tok που ως τα μέσα του 2018 αποκτά μισό δισεκατομμύριο χρήστες με ρυθμό αύξησης χρηστών, στην εν λόγω

περίοδο, 20 εκατομμύρια νέους χρήστες ανά μήνα (Ortiz-Ospina, 2019). Αναμφισβήτητα, ο μεγαλύτερος όγκος ανακριβούς πληροφόρησης μέσω του διαδικτύου είχε ως προμετωπίδα τα ΜΚΔ ως τους κύριους φορείς διασποράς της παραπληροφόρησης για την υγεία (Allington et al., 2020).

Κυβερνητικές Υπηρεσίες (π.χ. Μακάο, Κίνα) έκαναν χρήση επίσημης σελίδας στο Facebook για τη διάδοση πληροφοριών και μηνυμάτων δημόσιας υγείας αλλά και οργανισμοί υγείας χρησιμοποίησαν τα ΜΚΔ για τη γρήγορη κοινοποίηση οδηγιών περίθαλψης (Adebesin et al., 2023). Η ποιότητα των πηγών που επιλέγεται για την πληροφόρηση ενός ατόμου κρίνεται από την επιλογή ενός επίσημου φορέα υγείας όπως π.χ. ο ιστότοπος των Κέντρων Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων (U.S. Centers for Disease Control and Prevention -CDC) έναντι οποιουδήποτε άλλου (π.χ. ανώνυμα ιστολόγια) υπολογίζοντας πάντα την παράμετρο της παραπομπής (confirmation bias) του χρήστη. Τάση η οποία ενδυναμώνεται από το φαινόμενο της ηχούς (echo chamber) το οποίο αφορά τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης όταν οι χρήστες αλληλεπιδρούν μόνο με όσους έχουν ίδιες ή παρόμοιες απόψεις περιορίζοντας τις αντίθετες απόψεις ως αποτέλεσμα του μηχανισμού των αλγορίθμων των ΜΚΔ, ωθώντας στον εκάστοτε λογαριασμό δημοσιεύσεις με σχετικό περιεχόμενο στα ενδιαφέροντα του χρήστη (Beltrán Ponce et al, 2022).

Οι Swire-Thompson και Lazer αναφέρουν πως ο διαχωρισμός των ιστοτόπων που μπορεί να διαμοιραστεί πληροφόρηση χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: τις ιστοσελίδες αξιολόγησης περιεχομένου (WebMD, Yelp, Tripadvisor, Opentable, Zomato, Angi, Manta, Amazon.com κ.α), επεξεργασίας περιεχομένου (Wikipedia, Scholarpedia, World Book Online, Encyclopedia.com, Infoplease κ.α.) και τα ΜΚΔ (Facebook, Instagram, Snapchat, LinkedIn, Reddit, Pinterest, Tik Tok, Youtube, X- (πρώην Twitter) κ.α.).

Στους ιστότοπους αξιολόγησης περιεχομένου φιλοξενούνται συζητήσεις χρηστών που καταγράφεται η άποψή τους για προϊόντα, υπηρεσίες κ.α. με την μορφή σχολίων και την ταυτόχρονη ενσωμάτωση αυτών σε άλλους ιστοτόπους ανιχνεύοντας πως το συγκεκριμένο διαδικτυακό πεδίο καθίσταται πιο ευάλωτο στην παραπληροφόρηση (misinformation). Χαρακτηριστικά παραδείγματα αποτελούν ο ιστότοπος WebMD2 αλλά και αυτός της Amazon.com, που, από τον Σεπτέμβριο του 2019, παρουσίαζαν υποτιθέμενη θεραπεία καρκίνου που αφορούσε τους σπόρους βερίκοκου (πυρήνες βερίκοκου) με πληθώρα θετικών μη επαληθευμένων μαρτυριών (4,65/5 αστέρια) παρά το ότι στις παρενέργειες διασαφηνίζεται

ότι μπορεί να προκληθεί σοβαρή βλάβη συμπεριλαμβανομένου του θανάτου.

Οι ιστοσελίδες επεξεργασίας περιεχομένου, παρόλο που δίνουν το δικαίωμα στους χρήστες για ελεύθερη επεξεργασία των πληροφοριών που παρέχονται, εφαρμόζουν πλειάδα κανονισμών με ιεραρχικό σύστημα επεξεργασίας δίνοντας μεγαλύτερη εξουσία σε χρήστες που έχουν κερδίσει την εμπιστοσύνη της εκάστοτε πλατφόρμας με τα επιστημονικά άρθρα της Wikipedia να έχουν σχεδόν το ίδιο ποσοστό λαθών με την εγκυκλοπαίδεια Britannica (Giles J. 2005).

Αντίθετα, τα ΜΚΔ με τη δυνατότητα ανάρτησης περιεχομένου, αναδημοσίευσης και απάντησης σε αναρτήσεις μπορούν να χαρακτηριστούν λιγότερο ανθεκτικά σε απειλές παραπληροφόρησης. Η μετάδοση περιεχομένου μέσα από τις πλατφόρμες ΜΚΔ επιτυγχάνεται είτε από άτομο σε άτομο (virality) είτε με μετάδοση από μία συγκεκριμένη πηγή (broadcast). Η πρώτη κατηγορία (virality) ερμηνεύεται ως η μεγάλης κλίμακας διάχυση και κοινή χρήση μίας διαδικτυακής ανάρτησης (Han et al, 2020) ενώ η δεύτερη (broadcast) αφορά εκπομπή πληροφόρησης απευθείας από την ίδια την πηγή εστιάζοντας στους λογαριασμούς με επιρροή που οι αναρτήσεις τους γίνονται δημοφιλείς λόγω του μεγάλου κοινού που διαθέτουν (π.χ. CNN, Taylor Swift). Η κατηγορία λογαριασμών «broadcast» έχουν μεγάλη ευθύνη όσον αφορά την κοινοποίηση ειδήσεων που τεκμηριώνονται επιστημονικά λόγω της ισχυρής απήχησης σε ευρύ κοινό, κάτι το οποίο μπορεί να τεθεί στο πλαίσιο μίας στρατηγικής μεθόδου πάταξης της παραπληροφόρησης μέσω διαμοιρασμού πληροφοριών υψηλής ποιότητας (Goel et al, 2016).

## **2.5 Covid-19 και παραπληροφόρηση**

Η πανδημία της Covid-19 αποτέλεσε καινοφανές παράδειγμα διαταραχής της πληροφόρησης και διάδοσης της παραπληροφόρησης σ' ένα γενικότερο περιβάλλον έκτακτης ανάγκης, αβεβαιότητας και γενικής σύγχυσης με αποτέλεσμα επιβλαβείς συνέπειες για την υγεία των ανθρώπων αλλά και για ολόκληρη την κοινωνία. Κάθε μορφή παραπληροφόρησης αλλά και η λανθασμένη ερμηνεία των πληροφοριών είχε ως αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού διστακτικότητας για τα εμβόλια, την καθυστέρηση της παροχής της υγειονομικής περίθαλψης αλλά και τον αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχοσωματική υγεία εκατομμυρίων ανθρώπων σε ολόκληρο τον κόσμο (Kotseva et al., 2023).

Οι Kennedy et al (2022) στην έρευνα “Americans’ Trust in Scientists, Other Groups Declines”

υπογράμμισαν τη μείωση της εμπιστοσύνης των αμερικανών πολιτών στις αρμόδιες επιστημονικές αρχές μετά την πανδημία συγκριτικά με τα ποσοστά δυσπιστίας πριν από αυτήν. Αποτέλεσμα της άνευ προηγουμένου εξάρτησης των ΜΚΔ με την αναζήτηση πληροφοριών κατά τη διάρκεια της πανδημίας της Covid-19 (Adebessin et al., 2023) ήταν τόσο η ακαδημαϊκή κοινότητα όσο οι διεθνείς θεσμοί να κινηθούν προς την ανάπτυξη πολιτικών για την αντιμετώπιση του φαινομένου της παραπληροφόρησης εστιάζοντας στον κρίσιμο ρόλο του διαδικτύου, των ΜΚΔ (Apetrei et al., 2022).

Οι Kotseva et al (2023) επικέντρωσαν σε κατηγορίες αφηγήσεων που σχετίζονται με την παραπληροφόρηση για την Covid-19 μελετώντας διαδικτυακή αρθρογραφία 58.625 άρθρων. Στα αρχικά στάδια της πανδημίας, το είδος της πληροφόρησης που μεταφέρθηκε στο ευρύ κοινό -από μη επαληθευμένες πηγές- δομήθηκε πάνω στον φόβο ως απόρροια της διαθέσιμης γνώσης εκείνης της χρονικής στιγμής απέναντι σε μία εν εξελίξει υγειονομική κρίση. Η παραπληροφόρηση που αφορούσε την Covid-19 είχε μία πληθώρα θεματικών πέρα από τον πυρήνα των ζητημάτων υγείας όπως η κριτική σε διεθνείς Οργανισμούς (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, Ευρωπαϊκή Ένωση, Βορειοατλαντική Συμμαχία (NATO), Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών) και εθνικούς παράγοντες (κυβερνήσεις κρατών) και η άσκηση γεωπολιτικής μέσω της πανδημικής κρίσης με αφηγήσεις υπέρ κρατών αλλά κυρίως κατά άλλων (αντικινεζικές, αντιαμερικανικές και αντιρωσικές τοποθετήσεις στον διεθνή τύπο). Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα του προέδρου των Η.Π.Α. Donald Trump που χαρακτήρισε την Covid-19 ως «κινέζικο ιό» κατηγορώντας την Κίνα ότι κατασκεύασε τον ιό στα εργαστήρια της Wuhan αποκρύπτοντας στατιστικά στοιχεία για το ποσοστό θνησιμότητας σ' ένα πλαίσιο λόγου βασισμένο σε συνωμοσιακά χαρακτηριστικά (Naeem et al, 2021).

Παράλληλα, έλαβαν διάσταση τοποθετήσεις κατά των μειονοτήτων με αντιμεταναστευτικά και αντιμουσουλμανικά αφηγήματα που ισχυρίζονταν πως η μετάδοση και εξάπλωση του ιού οφειλόταν στη μη συμμόρφωση των συγκεκριμένων μειονοτικών ομάδων όπως οι μουσουλμανικές κοινότητες στην Ινδία (Naeem et al, 2021), ενώ υπήρχε έντονη δυσπιστία προς τα κυρίαρχα μέσα μαζικής ενημέρωσης που θεωρήθηκαν “όργανα προπαγάνδας” και υπεύθυνα για τον αποκλεισμό των διαμαρτυρόμενων κατά των περιορισμών. Εστιάζοντας στην παραπληροφόρηση για την Covid-19, οι θεωρίες συνωμοσίας που διαδόθηκαν αφορούσαν κατά κύριο λόγο στον εμβολιασμό, σε ψευδείς θεραπείες για τον κορωνοϊό αλλά και στην υποβάθμιση της πανδημίας. Η μετάδοση του ιού μέσω των πύργων μετάδοσης

ηλεκτρομαγνητικών κυμάτων 5G, η ανάπτυξη του ιού σε εργαστήρια για χρήση του ως όπλο βιολογικού πολέμου αλλά και ο ισχυρισμός πως η πρωτεΐνη του κορονοϊού διαθέτει μία ανεξήγητη ομοιότητα με αυτή του HIV είναι μερικές από τις θεωρίες συνωμοσίας που εξαπλώθηκαν κατά την περίοδο της πανδημίας (Naeem et al, 2021).

Οι Crouse και Dupuis (2022) κατά τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της έκθεσης σε παραπληροφόρηση και της αποδοχής του εμβολίου, παρατήρησαν πως τα άτομα που πιστεύουν σε θεωρίες συνωμοσίας για τον εμβολιασμό έχουν περισσότερες πιθανότητες να αρνηθούν το εμβόλιο. Η αποτελεσματικότητα της παραπληροφόρησης έγκειται στο γεγονός αξιοποίησης αρνητικών συναισθημάτων σε μία προσπάθεια διάδοσης του ψέματος. Αντίστοιχα, ήταν πολλές οι περιπτώσεις κοινοποίησης θεραπειών κατά του κορωνοϊού βασισμένες σε άλλα φάρμακα (όπως π.χ. η chloroquine ή η ivermectin) από μη επιστημονικές πηγές (Perlis et al., 2023), μη επιστημονικών μεθόδων («σπιτικά γιατροσόφια» όπως κατανάλωση σκόρδου, ζεστός αέρας στη μύτη, ούρα αγελάδας κ.α.) αλλά και «ψευδοεπιστημονικών» προτάσεων όπως ο εμβολιασμός κατά της πνευμονίας ή της ελονοσίας, η χρήση διαλύματος κολλοειδούς αργύρου κ.α. (Naeem et al, 2021). Ο Soltaninejad (2020), αναφέρει χαρακτηριστικά, ότι η παραπληροφόρηση στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έπαιξε καταλυτικό ρόλο στον επηρεασμό ενός μέρους του πληθυσμού του Ιράν για την κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων μεθανόλης ως προστασία κατά του ιού. Επιπρόσθετα, η υποβάθμιση της κλινικής βαρύτητας της covid-19 αποτέλεσε αιχμή του δόρατος στην παραπληροφόρηση που υποστήριζε πως ο κορωνοϊός είναι λιγότερο επικίνδυνος απ' όσο ο ιός της γρίπης και ότι η εξάπλωση του όπως και ο αριθμός θανάτων υπερεκτιμήθηκαν (Naeem et al, 2021).

## **2.6 Καρκίνος και Παραπληροφόρηση**

Οι «Ψευδείς Ειδήσεις» μέσω ψευδών, υπερβολικών ή παραπλανητικών ισχυρισμών για θεραπείες και εναλλακτικές θεραπείες του καρκίνου αποτελούν σύνηθες φαινόμενο που συγκριτικά με την επιστημονική και τεκμηριωμένη πληροφόρηση εξαπλώνονται ταχύτερα και περισσότερο στα ΜΚΔ και στον χώρο του διαδικτύου μέσω δημόσιων αναρτήσεων ή προσωπικών μηνυμάτων (Chen et al, 2018).

Η παραπληροφόρηση σε ανθρώπους που πάσχουν από καρκίνο αλλά και στα δίκτυα φροντίδας

τους (φίλοι, οικογένεια, άτομα που υποστηρίζουν τον καρκινοπαθή) προκύπτει από την αναζήτηση πληροφοριών που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχοκοινωνική και σωματική υγεία των ατόμων προκαλώντας καταπόνηση, αγωνία, στεναχώρια ή λύπη. Αυτό συμβαίνει καθώς οι φροντιστές και τα μέλη των οικογενειών των ασθενών συσχετίζουν τη διαδικτυακή κοινότητα με την κοινωνική υποστήριξη αναπτύσσουν ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον για νέες θεραπείες με τα ΜΚΔ να αποτελούν ένα πολύ πρόσφορο έδαφος για τη διάδοση τέτοιου είδους πληροφοριών (Yoon et al., 2022). Η συχνότητα λήψης ψευδούς πληροφόρησης, μετά την διάγνωση, από τους πάσχοντες ή το δίκτυο στήριξης τους αυξάνεται κατακόρυφα (Perrault et al., 2020) και ειδικότερα όταν ο καρκίνος επιδεινώνεται και δεν ανταποκρίνεται στη θεραπεία με τους πάσχοντες να αντιμετωπίζουν άγχος και απελπισία.

Συνέπεια της παραπληροφόρησης είναι η ενθάρρυνση της εγκατάλειψης της θεραπείας που ακολουθείται ήδη, η παρέκκλιση από αυτήν ή η υιοθέτηση εναλλακτικών μεθόδων με συμπληρώματα, δίαιτες ή θεραπείες που δεν βασίζονται σε καμιά επιστημονική τεκμηρίωση (Lazard et al., 2023) και ανήκουν στην ομάδα των θεραπειών που χαρακτηρίζονται ως «πολύ καλές για να είναι αληθινές» (too-good-to-be-true). Χαρακτηριστικά, οι Johnson et al (2017) υπογραμμίζουν, σχετικά με την χρήση εναλλακτικής ιατρικής σε σχέση με τα ποσοστά επιβίωσης, πως τα άτομα με καρκίνο που είχαν κάνει χρήση εναλλακτικών ή συμπληρωματικών θεραπειών είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου συγκριτικά με τα άτομα που ακολούθησαν τη συμβατική θεραπεία.

Ορισμένες εκ των διαδικτυακών συμβουλών μπορεί να μη βλάψουν τους πάσχοντες όπως π.χ. η υγιεινή διατροφή εκτός των περιπτώσεων που αντικαθιστούν τις συμβατικές θεραπείες (π.χ. χημειοθεραπεία) σε αντίθεση με θεραπείες που αναπτύχθηκαν για άλλη χρήση π.χ. για ζώα (Lazard et al., 2023). Η παραπληροφόρηση για τον καρκίνο μπορεί να μην είναι σκόπιμη και να μην έχει κακή πρόθεση αλλά να σχετίζεται με ανθρώπους που έχουν σκοπό να βοηθήσουν τον κοινωνικό τους περίγυρο χωρίς ωστόσο να γνωρίζουν τον πραγματικό αντίκτυπο της αλτρουιστικής τους συμπεριφοράς (Chua and Banerjee, 2018). Ο Skyler Johnson ως επικεφαλής μελέτης στο Huntsman Cancer Institute που εστίαζε στα πιο δημοφιλή άρθρα που δημοσιεύτηκαν τη διετία 2018-2019 σχετικά με τους τέσσερις πιο συχνούς καρκίνους, συμπέρανε πως ένα στα τρία άρθρα περιείχε ανακριβείς, παραπλανητικές ή δυνητικά επιβλαβείς πληροφορίες που προωθούσαν μη αποδεδειγμένες θεραπείες ως εναλλακτικές αντί



αυτών που οι μελέτες έχουν δείξει πως είναι αποδοτικές (Ben-Ari, 2021, Yoon et al., 2022).

Ομοίως, έρευνα των Loeb et al (2019) για βίντεο της πλατφόρμας Youtube που αφορούσαν στον καρκίνο του προστάτη έδειξε πως περιείχαν σε ποσοστό 77% ανακριβή ή μεροληπτική πληροφόρηση αποδεικνύοντας ότι οι ενδιαφερόμενοι ήταν πιο πιθανό να λάβουν παραπληροφόρηση παρά πραγματικές πληροφορίες (Loeb et al., 2019). Σε μεταγενέστερη έρευνα των Johnson et al (2021) για την παραπληροφόρηση στα ΜΚΔ γίνεται σαφές πως το συγκεκριμένο είδος ψευδών και επιβλαβών πληροφοριών είναι πιο πιθανό να λάβει υψηλό ποσοστό αντιδράσεων μέσω κοινοποιήσεων, σχολίων και αντιδράσεων «μου αρέσει» (Johnson et al., 2022, McGinnis, 2022). Ως αποτέλεσμα, βάσει μελετών, του Johnson και των συνεργατών του (2018) προκύπτει υπερδιπλάσιος κίνδυνος θανάτου από την εγκατάλειψη της συνιστώμενης κλινικής φροντίδας ενώ η έγκαιρη και έγκυρη αντιμετώπιση των “Ψευδών Ειδήσεων” θα μπορούσε να αυξήσει το ποσοστό επιβίωσης ορισμένων τύπων καρκίνου περισσότερο από πέντε φορές.

Τον Σεπτέμβριο του 2019, ανέβηκε στο Youtube ένα βίντεο στην κορεατική γλώσσα με βασικό ισχυρισμό πως η χορήγηση φαινβενδαζόλης (χορηγείται σε σκύλους) θεράπευσε πλήρως τον καρκίνο του πρωταγωνιστή του βίντεο. Ως αποτέλεσμα, οι πωλήσεις σκευάσματος φαινβενδαζόλης εκτοξεύθηκαν στις 229.000 τον μήνα Σεπτέμβριο και στις 403.000 τον μήνα Νοέμβριο. Αυτά τα γεγονότα οδήγησαν το Υπουργείο Ασφάλειας Τροφίμων και Φαρμάκων της Νότιας Κορέας να εκδώσει προειδοποίηση σχετικά με τη χρήση του συγκεκριμένου σκευάσματος και τη θεραπεία του Καρκίνου (Yoon et al., 2022).

Βασικό μέσο για τη μείωση της εξάπλωσης της παραπληροφόρησης σχετικά με τον καρκίνο, αποτελεί η ικανότητα του άμεσα σχετιζόμενου πληθυσμού να διακρίνει τους ψευδείς ισχυρισμούς που αναπτύσσονται στον χώρο του διαδικτύου και ειδικότερα, την εγκυρότητα των αναρτήσεων που κοινοποιούνται στα ΜΚΔ. Η έννοια της κοινωνικής παρέμβασης (prosocial intervention) η οποία περιλαμβάνει την εθελοντική βοήθεια προς τους άλλους (Byrne et al., 2023) θέτει ως βασικά της όπλα τη δημιουργία ομάδων που θα διακρίνουν ψευδείς ισχυρισμούς για τον καρκίνο με την παροχή αξιόπιστου και τεκμηριωμένου περιεχομένου στα ΜΚΔ σε συνεργασία με εταιρείες τεχνολογίας για την απόκτηση δεδομένων, τη δημιουργία λογαριασμών και πλατφορμών που έχουν ως βασικό στόχο τους την αποδόμηση των “Ψευδών Ειδήσεων”, με αποδόμηση και κατάρριψη τους αλλά και την πιο έντονη παρουσία ιατρικού προσωπικού σε ΜΚΔ όπως το TikTok και το Instagram που προσελκύουν

ευρύτερο και νεότερο κοινό (Beltrán Ponce et al, 2022). Επίσημοι Οργανισμοί όπως το Εθνικό Ινστιτούτο Καρκίνου (National Cancer Institute) και η Αμερικανική Εταιρεία Κλινικής Ογκολογίας (American Society of Clinical Oncology) μπορούν να αναλάβουν ρόλο για την πάταξη της παραπληροφόρησης λειτουργώντας ως αξιόπιστη πηγή επιστημονικής πληροφόρησης αλλά και σε συνεργασία με ομάδες υπεράσπισης ασθενών με παροχή αξιόπιστης πληροφόρησης για τον καρκίνο μέσω βοήθειας ειδικών (Ben-Ari, 2021).

## **2.7 Ψυχική υγεία και παραπληροφόρηση**

Η παραπληροφόρηση για την ψυχική υγεία στο διαδίκτυο και στα ΜΚΔ έχει λάβει μεγάλες διαστάσεις τα τελευταία χρόνια (Caron, 2022) παρά το ότι το φαινόμενο στο συγκεκριμένο τομέα υγείας έχει ερευνηθεί λιγότερο απ' ό,τι σε άλλους τομείς της υγείας όπως τα λοιμώδη νοσήματα και οι εμβολιασμοί (Starvaggi, et al, 2024). Τα θετικά αποτελέσματα της ενημέρωσης από ΜΚΔ, όπως το TikTok, μπορεί να είναι η αύξηση της κοινωνικής υποστήριξης του ατόμου με εύρεση μίας υποστηρικτικής ομάδας που σε περιπτώσεις ατόμων που είναι περιθωριοποιημένα ή δεν έχουν πρόσβαση σε πόρους ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα βοηθητική (Caron, 2022). Επίσης, η διάδοση της γνώσης μέσω δημοφιλών ΜΚΔ μπορεί να είναι η αιτία για τη λήψη βοήθειας που χρειάζεται ένα άτομο ενώ η πληροφόρηση του κοινού μπορεί να συμβάλλει στη μείωση του στίγματος που σχετίζεται με την ψυχική νόσο (Caron, 2022).

Αντίθετα, οι πληροφορίες που παρουσιάζονται στα ΜΚΔ μπορεί να είναι ανακριβείς ή υπερβολικά απλοϊκές ενώ χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα επαναλαμβανόμενων μικρής διάρκειας βίντεο στο TikTok -εμφανιζόμενα σε μία αέναη αλγοριθμική ροή- με την πλειοψηφία των χρηστών που τα παρακολουθεί να είναι έφηβοι που οδηγούνται και καταλήγουν σε λανθασμένες αυτοδιαγνώσεις χωρίς καμία επιστημονική εγκυρότητα (Caron, 2022). Το αποτέλεσμα είναι τα άτομα να νομίζουν ότι πάσχουν από ψυχική νόσο χωρίς αυτό να ισχύει, να αποφεύγουν την αξιολόγησή τους από έναν γιατρό ή ψυχολόγο ή να ακολουθούν ακατάλληλες θεραπείες χωρίς έλεγχο. Άλλωστε πληθώρα διαφορετικών διαταραχών ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη και το άγχος που οι άνθρωποι μπορεί να βιώνουν καθημερινά, μπορεί να έχουν κοινά συμπτώματα (Johnson, 2022). Η ταύτιση ενός συμπτώματος με μία διαταραχή αποτελεί σύνηθες λάθος των ατόμων ενώ η ίδια διαταραχή μπορεί να εκφραστεί σ' ένα παιδί, σ' έναν έφηβο και σ' έναν ενήλικα με εντελώς διαφορετικά συμπτώματα.



Ερευνητική μελέτη που δημοσιεύθηκε στο “The Canadian Journal of Psychiatry” (Yeung, Ng and Abi-Jaoude, 2022) αξιολόγησε δημοφιλή βίντεο του TikTok για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) αναδεικνύοντας ότι το 52% αυτών παρείχαν παραπλανητική πληροφόρηση σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία καθώς οι εν λόγω δημιουργοί περιεχομένου παρουσιάζουν στρατηγικές που δεν υποστηρίζονται από κάποια επίσημη αρχή ενθαρρύνοντας κατ' αυτόν τον τρόπο την αυτοδιάγνωση, η οποία μπορεί να είναι επικίνδυνη για παιδιά και εφήβους (Johnson, 2022).

Πέρα από τον χώρο των ΜΚΔ, οι Griffiths και Christensen (2000) ανίχνευσαν πως σε δημοφιλείς ιστοτόπους για την κατάθλιψη παρέχονταν είτε λανθασμένες πληροφορίες είτε ελλιπής πληροφόρηση σχετικά με αυτήν. Η παραπληροφόρηση που αφορά την ψυχική υγεία στον χώρο του διαδικτύου μπορεί να καταστήσει παθογενείς φυσιολογικές συμπεριφορές αλλά και να είναι υπεύθυνη για εσφαλμένη απόδοση συμπτωμάτων άλλων διαταραχών (Starvaggi, et al, 2024). Στο Tumblr, που θεωρείται πλατφόρμα μπλόγκινγκ (bloging) και ΜΚΔ διαπιστώθηκε πως θεματικές όπως η κατάθλιψη, ο αυτοτραυματισμός, ο αυτοκτονικός ιδεασμός, η απέχθεια του εαυτού αναφέρονταν στο 92% των δημοσιεύσεων του δείγματος αλλά μόνο το 8% αυτών είχαν παρηγορητικό, υποστηρικτικό ή προληπτικό περιεχόμενο (Cavazos-Rehg et al., 2017).

Στο χώρο του διαδικτύου έχουν κάνει την εμφάνισή τους, εδώ και χρόνια, κοινότητες που είναι ξεκάθαρα επιβλαβείς για την υγεία των μελών τους. Χαρακτηριστική περίπτωση είναι αυτή του κινήματος “υπέρ της ανορεξίας” που ως αποτέλεσμα μπορεί να έχει την επιδείνωση σχετικών συμπτωμάτων σε άτομα που νοσούν, καθώς κύριο μήνυμα της ομάδας είναι: «η ανορεξία είναι τρόπος ζωής, όχι ασθένεια» επαινώντας εικόνες εξαιρετικά αδυνάτων μοντέλων (Herrick et al, 2021).

Η συνεργασία των ΜΚΔ, όπως το TikTok, με φορείς όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας για την αντιμετώπιση παραπλανητικών πληροφοριών, αποτελεί βασικό μέτρο αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης στον τομέα της υγείας. Χαρακτηριστικά, η πλατφόρμα του TikTok συμπεριέλαβε στις επιλογές του χρήστη έναν οδηγό που περιλαμβάνει πόρους ψυχικής υγείας για θέματα ψυχικής ευεξίας, διατροφικών διαταραχών, αυτοκτονίας, αυτοτραυματισμού κ.α. μέσω αξιόπιστων πληροφοριών από ειδικούς οργανισμούς όπως η Crisis Text Line, International Association for Suicide Prevention κ.α. (Rogers, 2021, Wood, 2021, ). Σύμφωνα με τους Ecker et al (2022) τα άτομα που χρησιμοποιούν καθημερινά τα ΜΚΔ καταναλώνουν

υψηλότερα ποσοστά ειδήσεων παραπληροφόρησης λόγω της επαναλαμβανόμενης έκθεσης σε αυτά ενώ οι Guess et al (2019) ανίχνευσαν ότι η διάδοση “ψευδών ειδήσεων” στο διαδίκτυο συνδέεται κυρίως με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αλλά και με εκείνους που πολιτικά εντάσσονται στο φάσμα του συντηρητισμού.

## **2.8 Μέτρα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης στην υγεία**

Η διαδικτυακή παραπληροφόρηση σε συνδυασμό με τη χαμηλή εγγραματοσύνη υγείας έχουν ως συνέπεια τη δυσκολία ανίχνευσης ορθής πληροφόρησης από αξιόπιστες πηγές με αποτέλεσμα την αύξηση των κινδύνων μη συμμόρφωσης με τα μέτρα προστασίας για την υγεία. Η βελτίωση της εγγραματοσύνης στον τομέα υγείας αποτελεί ένα από τα βασικά πεδία για την πάταξη του φαινομένου παραπληροφόρησης. Όπως διαβάζουμε στον Οδηγό για την εγγραματοσύνη σε θέματα υγείας του Συμβουλίου της Ευρώπης, η ταχύτατη εξάπλωση μέσω των ΜΚΔ και γενικότερα του διαδικτύου, του φαινομένου της παραπληροφόρησης γνωστό και ως “infodemic” μπορεί να αντιμετωπιστεί δραστικά μέσω της πρόσβασης σε έγκυρη πληροφόρηση. Ένας όρος που δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και εξειδικεύεται στην περιγραφή του φαινομένου της ύπαρξης “υπερβολικών”, ψευδών ή παραπλανητικών πληροφοριών σε ψηφιακό ή φυσικό περιβάλλον κατά τη διάρκεια μία πανδημίας (World Health Organization, 2021).

Ο ορισμός που διατύπωσαν οι Gisondi et al (2022), για την «infodemic» σχετικά με την Covid-19, είναι «η πολύπλοκη και συχνά αντιφατική πληροφόρηση που συμπεριλαμβάνει ψευδείς ειδήσεις για την προέλευση του ιού, θεραπευτικές επιλογές χωρίς καμία επιστημονική τεκμηρίωση και αβάσιμους ισχυρισμούς που αφορούν τα εμβόλια». Ως αρνητικό αποτέλεσμα της «infodemic» μπορεί να είναι η σύγχυση του ευρέος κοινού, η δυσπιστία προς τις υγειονομικές αρχές που εντείνει ή παρατείνει τα κρούσματα ανθρώπων που δεν ξέρουν πως να χειριστούν την κατάστασή τους αλλά και η ταυτόχρονη αποδυνάμωση των μηχανισμών της δημόσιας υγείας (WHO, 2021).

Η ανάπτυξη κριτικής σκέψης, μέσω προγραμμάτων εκπαίδευσης, για την ενίσχυση των δεξιοτήτων των μαθητών έδειξε πως τα αποτελέσματα είχαν βραχυπρόθεσμη ισχύ χωρίς να αξιολογείται η ικανότητα των μαθητών μακροπρόθεσμα (Nordheim et al, 2016). Ο χώρος του διαδικτύου μπορεί να παρέχει μία σημαντική βοήθεια προς τους ασθενείς για μία πιο ενεργή

λήψη αποφάσεων από τους ίδιους, σε συνεργασία με τους γιατρούς, βελτιώνοντας ταυτόχρονα και τη σχέση με τον θεράποντα ιατρό τους (Tan and Goonawardene, 2017).

Επιπροσθέτως, φλέγον ζήτημα προς άμεση αντιμετώπιση είναι αυτό της διάδοσης ψευδούς ή παραποιημένης πληροφόρησης στην υγεία από άτομα που κατέχουν ιατρικά πτυχία ή δηλώνουν πως κατέχουν ιατρικά διαπιστευτήρια. Η συγκεκριμένη κατηγορία “επιστημόνων” που παραπληροφορεί δημιουργώντας συνωμοσιακά σενάρια και αβάσιμους φόβους για πληθώρα ιατρικών ζητημάτων, αποκτά μεγαλύτερη απήχηση λόγω του “επιστημονικού” μανδύα που καλύπτει τον λόγο παραπληροφόρησης που χρησιμοποιεί. Η ανάπτυξη ενός διαδικτυακού συστήματος που θα είναι υπεύθυνο για τη διαπίστευση του κάθε πτυχίου που ισχυρίζεται πως διαθέτει ο καθένας μπορεί να δώσει μία λύση σε αυτό το ζήτημα (Swire-Thompson and Lazer, 2020). Παράλληλα, εφαρμογές (Mobile Apps) θα μπορούσαν να απαιτούν τις ακαδημαϊκές διαπιστεύσεις του δημιουργού, τη βιβλιογραφία που βασίζεται κ.ο.κ. Η επιτήρηση των εφαρμογών υγείας για κινητά (mobile health, mhealth) αποτελεί πεδίο που εντάσσεται στην ηλεκτρονική υγεία αποδίδοντας την άσκηση της ιατρικής και των πρακτικών δημόσιας υγείας μέσω κινητών συσκευών για την παροχή υπηρεσιών υγείας αλλά και για την πληροφόρηση των χρηστών (Σαράφης και Μπαμίδης, 2020). Χαρακτηριστικές περιπτώσεις αποτελούν εφαρμογές που δημιουργήθηκαν για τη διακοπή του καπνίσματος οι οποίες συμμορφώνονταν με τις εγκεκριμένες ιατρικές οδηγίες από δημόσιους φορείς μόνο σε λίγες περιπτώσεις (Abrams et al., 2011) ενώ κραυγαλέο παράδειγμα αποτελεί η εφαρμογή “The Whole Pantry” από την Belle Gibson<sup>4</sup> που αφορούσε εναλλακτική θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου μέσω δίαιτας και άσκησης.

Ωστόσο, βασικό ζήτημα αποτελεί και ο βαθμός θελκτικότητας μίας πηγής προς το κοινό παρά το ότι το επίπεδο της ενημέρωσης μπορεί να είναι υψηλής ποιότητας, αφού όπως ανιχνεύουν η Quinn, Bond and Nugent (2017) πηγές πληροφόρησης χαμηλότερης ποιότητας είναι πιο ελκυστικές και κατανοητές. Η ανωτέρω αντιστοίχιση μας οδηγεί στο συμπέρασμα πως οι δημιουργοί πληροφόρησης υψηλής επιστημονικής ποιότητας πρέπει να καταστήσουν το εκπαιδευτικό περιεχόμενο που απευθύνεται στο κοινό περισσότερο κατανοητό και συνάμα προσφιλές, κατά ένα βαθμό ψυχαγωγικής εκπαίδευσης στα σύγχρονα κοινωνικά δίκτυα με μία στενότερη συνεργασία επιστημόνων και Μ.Μ.Ε., συνταιριάζοντας τις επικοινωνιακές δεξιότητες για τη μετάδοση των πληροφοριών με την πληροφόρηση υψηλής ποιότητας (Swire-Thompson and Lazer, 2020).

Οι Heilman et al (2011), επικεντρώνοντας στην ιστοσελίδα της Wikipedia, ως μία από τις κορυφαίες για διαδικτυακές αναζητήσεις που αφορούν την υγεία, πρότειναν ως λύση την επεξεργασία των αναρτηθέντων κειμένων από τους καθ' ύλην αρμόδιους επιστήμονες με σκοπό τη θωράκιση της πληροφόρησης του πληθυσμού. Επιπρόσθετα, οι φορείς επικοινωνίας της πληροφόρησης για την υγεία όπως τα Μ.Μ.Ε., η επιστημονική κοινότητα, οι κυβερνητικοί φορείς και οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να κινούνται αμεσότερα μέσω διορθωτικών τοποθετήσεων για την καταπολέμηση του φαινομένου της παραπληροφόρησης, ειδικότερα σε περιόδους κρίσης όπως μία πανδημία ή μία φυσική καταστροφή, από πηγές όπως τα ΜΚΔ με σκοπό τη διάδοση της αλήθειας και τη διάλυση οποιασδήποτε ψευδούς φημολογίας. Τα Μ.Μ.Ε. είναι απαραίτητο να αξιολογούν την πηγή, με βασικό στόχο την αποφυγή διάδοσης ειδήσεων, βίντεο και εικόνων που παραπλανούν το κοινό ή μπορεί να θέσουν μέρος του πληθυσμού σε κατάσταση συναισθηματικής αναταραχής. Αναμφισβήτητα, σκοπός πρέπει να είναι ο μετριασμός της βλάβης από την παραπληροφόρηση όπως και η προώθηση της υγιούς συμπεριφοράς προς το κοινό όπως ακριβώς υποστηρίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, αφού η ανοσοποίηση του κοινού ενάντια στην παραπληροφόρηση, με τη βοήθεια των Μ.Μ.Ε., μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη αριθμού θανάτων αλλά και στη βελτίωση της ψυχικής υγείας (Prabhu and Nayak, 2021). Έχει αποδειχθεί ότι η καθιέρωση των ΜΚΔ όπως το Facebook ή το X (πρώην Twitter) στη φαρέτρα της επίσημης ενημέρωσης κυβερνητικών φορέων μπορεί να βοηθήσει στην επαλήθευση πληροφοριών ή στη διάλυση φημών κατά την διάρκεια κρίσεων (Eckert et al., 2017). Παράλληλα, η αξιοποίηση πλατφορμών για την αξιολόγηση της αξιοπιστίας ιστοτόπων υγείας βάσει της ποιότητας των πληροφοριών τους αλλά και η δημιουργία εργαλείων άμεσης απόκρισης από ειδικούς σε πραγματικό χρόνο θα μπορούσαν να αποτελέσουν βασικά όπλα για την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης.

Σύμφωνα με έρευνα των Yoon et al (2022) που εστίασαν στο Youtube, η στρατηγική για την καταπολέμηση της παραπληροφόρησης πρέπει να στηρίζεται σε τρεις πυλώνες: αρχικά, οι υγειονομικές αρχές θα πρέπει να αναρτούν τις σχετικές πληροφορίες μέσω πολλαπλών πηγών και καναλιών από την πλατφόρμα Youtube με στόχο την διατάραξη της δυναμικής μετάδοσης της παραπληροφόρησης που αφορά τον αλγόριθμο ροής. Παράλληλα, οι υγειονομικές αρχές μπορούν να λαμβάνουν υπόψη το σύστημα συστάσεων της πλατφόρμας, τις τρέχουσες συνήθειες προβολής όπως και το δίκτυο ροής πληροφοριών που αφορούν μία συγκεκριμένη ευπαθή ομάδα όπως οι καρκινοπαθείς και οι φροντιστές τους. Συνάμα, οι υγειονομικές αρχές

θα πρέπει να αναλάβουν πιο ενεργό ρόλο στην ενημέρωση του κοινού στα ΜΚΔ αντί να βασίζονται εξ ολοκλήρου στα Μ.Μ.Ε.. Τ

ο Εθνικό Ινστιτούτο για τον Καρκίνο των Η.Π.Α., ως η κύρια υπηρεσία της ομοσπονδιακής κυβέρνησης για την έρευνα και εκπαίδευση σχετικά με τον καρκίνο (National Institute of Health, 2024) έχει ορίσει ποιες θα πρέπει να είναι οι ερωτήσεις που θα βοηθήσουν τον ενδιαφερόμενο για την ποιότητα των πληροφοριών ενός ιστότοπου. Αναλυτικά, αυτές πρέπει να επικεντρώνουν στο άτομο ή την ομάδα που διαχειρίζεται τις πληροφορίες και κατά πόσο είναι ανιχνεύσιμα τα ονόματα τους εντός της ιστοσελίδας, η κατάληξη της διεύθυνσης ενός ιστότοπου όπως .gov ή .edu που δείχνουν κυβερνητικό ή εκπαιδευτικό ιστότοπο αντιστοίχως, χωρίς να αποκλείονται φυσικά όλοι οι άλλοι ιστότοποι με κατάληξη .com ή .org. Επίσης, μέσα στην ιστοσελίδα θα πρέπει να είναι ανιχνεύσιμη η ενότητα “Σχετικά με εμάς” αναγράφοντας το έργο και τον σκοπό του ιστότοπου αλλά και την αρχική πηγή των πληροφοριών που είναι δημοσιευμένες σε αυτήν π.χ. αν δημοσιεύτηκαν σ' ένα ερευνητικό περιοδικό, σε βιβλίο κ.α. Επιπρόσθετα, πρέπει να είναι σαφές πως ελέγχονται οι πληροφορίες πριν αναρτηθούν και συγκεκριμένα τα διαπιστευτήρια του ατόμου που εξετάζει τις πληροφορίες πριν δημοσιευθούν αλλά παράλληλα, θα πρέπει να αναγράφεται πόσο επίκαιρες είναι οι πληροφορίες και θα πρέπει να δείχνουν πότε δημοσιεύθηκαν ή αναθεωρήθηκαν τελευταία φορά (National Cancer Institute, 2023). Η ίδια διαδικασία επαλήθευσης των πηγών ισχύει και στα ΜΚΔ αφού πληθώρα αξιόπιστων οργανισμών διαθέτουν λογαριασμούς ΜΚΔ που συνδέονται με τις ιστοσελίδες τους.

## **2.9 Διαδικτυακές σελίδες καταπολέμησης της παραπληροφόρησης**

Πληθώρα διαδικτυακών σελίδων λειτουργούν με σκοπό την πάταξη της παραπληροφόρησης στο πεδίο της υγείας και πιο συγκεκριμένα με γνώμονα την συντονισμένη προσπάθεια ελέγχου ειδήσεων και ισχυρισμών σε μέσα ενημέρωσης και ΜΚΔ. Στην Ελλάδα, ως οργανισμός κατάρριψης αναληθών δημοσιευμάτων στο ίντερνετ είναι η ιστοσελίδα “[ellinikahoaxes.gr](http://ellinikahoaxes.gr)” που είναι μέλος του παγκόσμιου δικτύου ελέγχου γεγονότων The International Fact-Checking Network<sup>5</sup> (IFCN), του European Fact-Checking Standards Network (EFCSN<sup>6</sup>), του European Digital Media Observatory (EDMO<sup>7</sup>) αλλά και του Social Observatory for Disinformation and Social Media Analysis (SOMA<sup>8</sup>). Πιο συγκεκριμένα, το IFCN ως διεθνές δίκτυο φέρνει σε

επαφή την διεθνή κοινότητα ελεγκτών γεγονότων σε όλο τον κόσμο, δίνοντας την δυνατότητα δικτύωσης, ανάπτυξης ικανοτήτων και συνεργασίας προωθώντας τις μεθόδους ελέγχου γεγονότων σε περισσότερους από 100 οργανισμούς με βασικούς σκοπούς την προώθηση της λογοδοσίας στην δημοσιογραφία και την προστασία της αλήθειας και της διαφάνειας (Poynter, 2024).

Παρομοίως, το EFCSN βοηθάει τους ευρωπαίους επαληθευτές γεγονότων προωθώντας πρότυπα ελέγχου επαλήθευσης δεδομένων και παιδείας στα M.M.E. με σκοπό την καταπολέμηση της παραπληροφόρησης και την εκπαίδευση του κοινού για την ορθή κρίση απέναντι στην παραπληροφόρηση στη δημόσια σφαίρα (European Fact-Checking Standards Network-EFCSN, 2024). Στο ίδιο μήκος κύματος το EDMO, αποτελεί κόμβο διασύνδεσης για όλους τους σχετικούς φορείς βοηθώντας στην καταπολέμηση της παραπληροφόρησης με κύριες δραστηριότητες την χαρτογράφηση των οργανισμών ελέγχου γεγονότων, την υποστήριξη και τον συντονισμό των δραστηριοτήτων τους, στην παροχή υλικού προς τις ενδιαφερόμενες αρχές με στόχο την υποστήριξη εκστρατειών γραμματισμού στα M.M.E. και αύξηση της ευαισθητοποίησης όσον αφορά την παραπληροφόρηση, η στήριξη των δημοσίων αρχών αλλά και ο σχεδιασμός πλαισίου για την προστασία της ιδιωτικής ζωής σε σχέση με τα δεδομένα των πλατφορμών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2024).

Συνάμα, η ιστοσελίδα quackwatch.org κάνει εκτενή καταγραφή περιπτώσεων που χαρακτηρίζοντας ως απάτες και αφορούν τον χώρο της υγείας ανά κατηγορία όπως ψευδοϊατρική, εναλλακτική θεραπεία καρκίνου, ιατρικά μηχανήματα, συμπληρώματα διατροφής, φήμες, αστικούς μύθους, χειροπρακτική κ.α., εκδίδοντας εβδομαδιαίο Δελτίο Τύπου που αφορά τις εξελίξεις για την προστασία του κοινού από ψευδείς ή παραπλανητικές ειδήσεις. Επιπρόσθετα, η σελίδα <https://www.skepticalraptor.com/skepticalraptorblog.php/> του βιολόγου Michael Simpson, ασχολείται από το 2012 στην κατάρριψη ψευδών ισχυρισμών σχετικά με την υγεία και την ιατρική και πιο συγκεκριμένα τα εμβόλια, τα φάρμακα, τις λογικές πλάνες κ.α.



## ΜΕΡΟΣ Β: Έρευνα

### 3. Μεθοδολογία Έρευνας

#### 3.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικά ερωτήματα

Βασικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι να μελετηθεί η παραπληροφόρηση στον τομέα της υγείας και οι καθοριστικοί παράγοντες που την επηρεάζουν. Επίσης, μελετάται η πληροφόρηση των ατόμων σε θέματα υγείας, η συμπεριφορά τους κατά τη λήψη παραπληροφόρησης και η στάση τους στην αντιμετώπιση της. Επίσης, έγινε προσπάθεια διερεύνησης της συσχέτισης των ανωτέρω θεμάτων με διάφορους παράγοντες και τα δημογραφικά δεδομένα των συμμετεχόντων.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν τα εξής:

1. Σε ποιο βαθμό ο γενικός πληθυσμός είναι ενήμερος και θεωρεί σημαντική την πληροφόρηση σε θέματα υγείας;
2. Σε ποιο βαθμό υφίσταται παραπληροφόρηση για θέματα υγείας;
3. Ποια η συμπεριφορά του γενικού πληθυσμού κατά τη λήψη παραπληροφόρησης;
4. Ποιες οι στάσεις και οι αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης;
5. Πως επηρεάζουν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τις γνώσεις του γενικού πληθυσμού για την πληροφόρηση σε θέματα υγείας, την συμπεριφορά του κατά τη λήψη παραπληροφόρησης, τις στάσεις του για την αντιμετώπιση του φαινομένου και τελικά την ίδια την ύπαρξη του;
6. Ποιοι είναι οι προβλεπτικοί παράγοντες που οδηγούν τους συμμετέχοντες να πιστεύουν περισσότερο σε προτάσεις παραπληροφόρησης;

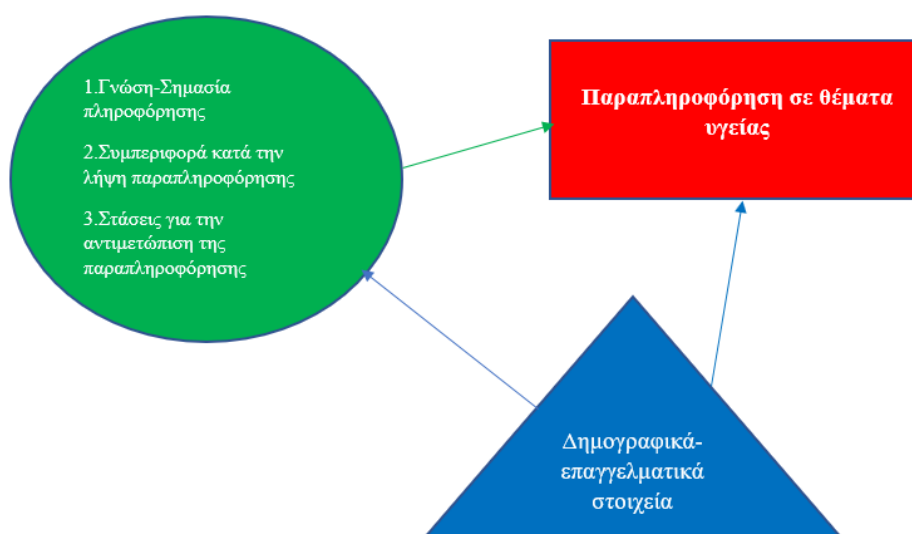
#### 3.2 Σχεδιασμός έρευνας

Διεξήχθη μία πρωτογενής ποσοτική συγχρονική έρευνα, συσχέτισης με χρήση

ερωτηματολογίων ισοδιαστημικών κλιμάκων Likert. Η πρωτογενής συγχρονική έρευνα θεωρείται ο κατάλληλος σχεδιασμός για να εξαχθεί η απαραίτητη πληροφορία με αμεσότητα από τους συμμετέχοντες έρευνας σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο μελέτης του φαινομένου (Δημητρόπουλος, 2009).

Η ποσοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίων ισοδιαστημικής κλίμακας Likert χρησιμοποιήθηκε καθώς τα υπο μελέτη ερωτήματα της γνώσης-σημασίας πληροφόρησης σε θέματα υγείας, της συμπεριφοράς κατά τη λήψη παραπληροφόρησης, των στάσεων στην αντιμετώπιση του φαινομένου και της ύπαρξης παραπληροφόρησης δύναται να θεωρηθούν μετρήσιμα (Λιαργκόβας και συν., 2019). Ωστόσο, προκειμένου οι μετρήσεις να μην περιλαμβάνουν μεροληψία θα πρέπει το χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο να έχει εξεταστεί για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα τους, κάτι το οποίο λήφθηκε υπόψιν στην παρούσα έρευνα.

Επιπλέον, η ποσοτική έρευνα συσχετίσης επιλέγεται όταν ο ερευνητής επιθυμεί να μελετήσει τις σχέσεις μεταξύ ανεξάρτητων και εξαρτημένων μεταβλητών, χρησιμοποιώντας στατιστικές τεχνικές σε αριθμητικά δεδομένα (Παπαϊωάννου και συν, 2016). Στην παρούσα έρευνα εξαρτημένη μεταβλητή θεωρήθηκε η παραπληροφόρηση και ανεξάρτητες η γνώση-σημασία πληροφόρησης, η συμπεριφορά κατά τη λήψη παραπληροφόρησης και στάσεις για την αντιμετώπιση του φαινομένου, ενώ τα δημογραφικά χαρακτηριστικά θεωρούνται μεταβλητές ελέγχου (Γράφημα 3.1).



**Γράφημα 3.1:** Μεταβλητές της έρευνας



Μέσω της ποσοτικής έρευνας δίνεται η δυνατότητα στον ερευνητή:

- α) Να συγκεντρώσει μεγάλο δείγμα σε σύντομο χρονικό διάστημα,
- β) Να συγκεντρώσει δείγμα από διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές
- γ) Να πραγματοποιήσει αντικειμενικές μετρήσεις και να εξάγει αποτελέσματα που βασίζονται στις φυσικές επιστήμες και
- δ) Να γενικεύσει τα συμπεράσματα για τον ευρύτερο πληθυσμό, ο οποίος μπορεί να θεωρηθεί ως μία ευρύτερη εικόνα του υπο μελέτη δείγματος (Παρασκευόπουλος, 1993).

Τέλος, η έρευνα χρησιμοποίησε συγκεκριμένα μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης (Aiken & West, 1991) που λειτουργούν ως μοντέλα πρόβλεψης προκειμένου να διερευνήσει πιθανούς προβλεπτικούς παράγοντες της παραπληροφόρησης.

### 3.3 Ερωτηματολόγιο

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας αναπτύχθηκε κατάλληλο ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου ερωτήσεων και ισοδιαστημικής κλίμακας Likert από τον Σύμβουλο καθηγητή Ελευθέριο Πάλλη (Επιβλέπων καθηγητής). Το ερωτηματολόγιο ελέγχθηκε για την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του. Συγκεκριμένα, η αξιοπιστία ελέγχθηκε μέσω του συντελεστή Cronbach Alpha ο οποίος μετράει τον δείκτη εσωτερικής συνέπειας με ικανοποιητικές να θεωρούνται οι τιμές άνω του 0,7 και αποδεκτές οι τιμές άνω του 0,6. Η εγκυρότητα βασίστηκε στην εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, δηλαδή την ύπαρξη διακριτών εννοιών στο ερωτηματολόγιο η οποία αποδείχτηκε με την τεχνική της Παραγοντικής ανάλυσης (Ουζούνη & Νακάκης, 2011). Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται στις παρακάτω ενότητες.

**Α)Δημογραφικά χαρακτηριστικά:** Η ενότητα περιλαμβάνει δώδεκα ερωτήσεις εκ των οποίων έξι αναφέρονται σε δημογραφικά στοιχεία (πέντε κλειστού τύπου, μία σύντομης απάντησης) σχετικά με το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση και τον τρόπο διαβίωσης (αν μένουν μόνοι τους, με συγκάτοικο, σύζυγο ή με γονείς) και έξι ερωτήσεις (τέσσερις κλειστού τύπου, δύο σύντομης απάντησης) οι οποίες αναφέρονται σε επαγγελματικά στοιχεία σχετικά με την παρούσα επαγγελματική κατάσταση, τον τομέα εργασίας, το μηνιαίο εισόδημα, τα έτη συνολικής εργασίας και στην τρέχουσα εργασία και αν εργάζονται σε θέση ευθύνης.

## **Β)Σημασία πληροφόρησης και Γραμματισμός**

### **Β1) Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας**

Η ενότητα περιλαμβάνει εννέα προτάσεις κλίμακας Likert 1-5 (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Αρκετά, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ), σχετικά με α) την σημασία της πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές, με πέντε ερωτήσεις όπως π.χ. «Ιστοσελίδες διεθνών οργανισμών υγείας» και β) την σημασία της πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές με τέσσερις ερωτήσεις όπως π.χ. «Διαδικτυακές μηχανές αναζήτησης». Ο διαχωρισμός των προτάσεων σε αυτές που αναφέρονται στην σημασία της ενημέρωσης από επίσημες και ανεπίσημες πηγές προέκυψε με βάση την τεχνική της Παραγοντικής ανάλυσης (Πίνακας 3.1) η οποία ταξινομεί προτάσεις με υψηλή συνάφεια σε κοινούς παράγοντες (Kline, 2014) και αναδεικνύει την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Γαλάνης, 2013).

**Πίνακας 3.1: Παραγοντική ανάλυση για την σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας**

Ερωτήσεις	Παράγοντες	
	Σημασία πληροφόρησης από επίσημες πηγές	Σημασία πληροφόρησης από ανεπίσημες πηγές
Ιστοσελίδες διεθνών οργανισμών υγείας	0,890	
Ιστοσελίδες κρατικών φορέων	0,856	
Διαδικτυακά επιστημονικά περιοδικά και βάσεις δεδομένων	0,835	
Επιστημονικά/επαγγελματικά Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης	0,768	
Απευθείας επικοινωνία με Επαγγελματίες Υγείας	0,581	
Διαδικτυακές μηχανές αναζήτησης (π.χ. Google, Bing)		0,823
Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης		0,795
Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ)		0,786
Συγγενείς, φίλοι, συνάδελφοι/συνεργάτες, γνωστοί		0,756
<b>Διακύμανση (%)</b>	<b>35,21%</b>	<b>29,40%</b>
<b>Cronbach Alpha</b>	<b>0,849</b>	<b>0,806</b>

Εξαγωγή παραγόντων με το κριτήριο της ιδιοτιμής

Περιστροφή: Varimax

Μέθοδος: Principal Component Analysis

### **Β2)Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας**

Χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο eHealth literacy Scale (eHEALS) των Norman & Skinner, (2006) το οποίο περιλαμβάνει 8 προτάσεις κλίμακας Likert 1-5 (1=Διαφωνώ, 2=Μάλλον διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Μάλλον συμφωνώ, 5=Συμφωνώ) και μετράει τον «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας».

Σύμφωνα με τους Stellefson et al. (2017), η κλίμακα περιλαμβάνει προτάσεις σχετικά με:

α) την γνώση εύρεσης πηγών από το Διαδίκτυο, όπως π.χ. «Γνωρίζω πώς θα βρω χρήσιμες

πηγές πληροφόρησης για την υγεία στο Διαδίκτυο»,

β) την ικανότητα χρήσης του Διαδικτύου, όπως π.χ. «Γνωρίζω πώς να χρησιμοποιώ τις πληροφορίες που εντοπίζω στο Διαδίκτυο, για να βοηθηθώ» και

γ) την ικανότητα αξιολόγησης της πληροφορίας, όπως π.χ. «Μπορώ να διαχωρίσω τις υψηλής ποιότητας πηγές πληροφόρησης για την υγεία από εκείνες που είναι χαμηλής ποιότητας στο Διαδίκτυο».

Ωστόσο, οι Norman & Skinner, (2006) υιοθετούν την ύπαρξη ενός μοναδικού παράγοντα και την εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, συνεπώς χρησιμοποιήθηκε η συνολική κλίμακα «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας» η οποία εμφάνισε άριστη αξιοπιστία ( $\alpha=0,913$ ).

### **Γ) Παραπληροφόρηση**

Η ενότητα αναφέρεται με συγκεκριμένες προτάσεις ή αναφορές που βρίσκονται σε διαδικτυακές πηγές και ΜΚΔ και οι συμμετέχοντες αξιολογούν τον βαθμό στον οποίο θεωρούνται αληθείς με χρήση πεντάβαθμης κλίμακας Likert (1=Σίγουρα ψευδές, 2=Πιθανόν ψευδές, 3=Δεν γνωρίζω, 4=Πιθανόν αληθές, 5=Σίγουρα αληθές) και αφορούν τρεις κατηγορίες:

#### **Γ1) Παραπληροφόρηση για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια**

Ο παράγοντας περιλαμβάνει 14 αναφορές παραπληροφόρησης που συναντώνται σε διάφορες διαδικτυακές πηγές και ΜΚΔ για τα λοιμώδη νοσήματα και τα εμβόλια, όπως π.χ. «Τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων συχνά κατασκευάζονται». Η αξιοπιστία του παράγοντα ήταν άριστη ( $\alpha=0,947$ ). Η ύπαρξη μοναδικού παράγοντα επιβεβαιώθηκε και με χρήση παραγοντικής ανάλυσης (Καρλής, 2005). Συνεπώς η εγκυρότητα έγκειται στην εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (Γαλάνης, 2013).

#### **Γ2) Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο**

Ο παράγοντας περιλαμβάνει 11 προτάσεις, εκ των οποίων επτά αποτελούν αναφορές παραπληροφόρησης που συναντώνται σε διάφορες διαδικτυακές πηγές και ΜΚΔ για τον καρκίνο όπως π.χ. «Οι σπόροι μήλου σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα» και τέσσερις είναι αληθείς προτάσεις όπως π.χ. «Ο καρκίνος είναι μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και εξάπλωση μη φυσιολογικών κυττάρων» οι οποίες αντιστρέφονται κατά τον σχηματισμό του παράγοντα (1↔4, 2↔3). Η ύπαρξη προτάσεων παραπληροφόρησης και αληθών προτάσεων επιβεβαιώνεται και από τον Πίνακα 3.2 με χρήση Επιβεβαιωτικής

Παραγοντικής ανάλυσης, συνεπώς επιβεβαιώνεται η εγκυρότητα εννοιών (Γαλάνης, 2013). Ο παράγοντας «Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο» εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία ( $\alpha=0,782$ ).

**Πίνακας 3.2: Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για την παραπληροφόρηση για τον καρκίνο**

Ερωτήσεις	Παράγοντες	
	Παραπλη-ροφόρηση	Αληθείς
Οι σπόροι μήλου σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα	0,832	
Η κατάποση ελαίου κάνναβης μπορεί να θεραπεύσει τον μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα και τον καρκίνο του μαστού	0,799	
Ο κουρκουμάς μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό φάρμακο για την καταπολέμηση του καρκίνου του προστάτη	0,773	
Οι φαρμακευτικές εταιρείες και ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) μπλοκάρουν ή παρακρατούν νέες θεραπείες για τον καρκίνο	0,719	
Μια βιοψία με βελόνα μπορεί να διασπείρει τα καρκινικά κύτταρα και να προκαλέσει μεταστάσεις	0,648	
Ο καρκίνος μπορεί να είναι μεταδοτικός	0,595	
Η θεραπεία του καρκίνου σημαίνει ότι δεν μπορείτε να ζήσετε στο σπίτι, να εργαστείτε ή να κάνετε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες	0,443	
Ο καρκίνος είναι μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και εξάπλωση μη φυσιολογικών κυττάρων		0,695
Η διατροφή, η φυσική άσκηση, το σωματικό βάρος είναι παράγοντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου		0,664
Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου		0,636
Κάποιοι τύποι καρκίνου θεραπεύονται πλήρως		0,388
<b>Διακύμανση (%)</b>	<b>32,15%</b>	<b>14,82%</b>

Υποχρεωτική εξαγωγή 2 παραγόντων

Περιστροφή: Varimax

Μέθοδος: Principal Component Analysis

### Γ3) Παραπληροφόρηση για την ψυχική υγεία/νόσο

Ο παράγοντας περιλαμβάνει 11 προτάσεις εκ των οποίων πέντε αποτελούν αναφορές παραπληροφόρησης που συναντώνται σε διάφορες διαδικτυακές πηγές και ΜΚΔ για την ψυχική υγεία και νόσο όπως π.χ. «*Η ψυχική νόσος αφορά άτομα με χαμηλή νοημοσύνη*» και έξι αληθείς προτάσεις όπως π.χ. «*Η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και το κάπνισμα είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άνοιας*» οι οποίες αντιστρέφονται κατά τον σχηματισμό του παράγοντα (1↔4, 2↔4). Η ύπαρξη προτάσεων παραπληροφόρησης και αληθών προτάσεων επιβεβαιώνεται και από τον Πίνακα 3.3 με χρήση Επιβεβαιωτικής Παραγοντικής ανάλυσης, συνεπώς επιβεβαιώνεται η εγκυρότητα εννοιών. Ο παράγοντας «Παραπληροφόρηση για την ψυχική υγεία/νόσο» εμφάνισε ικανοποιητική αξιοπιστία ( $\alpha=0,707$ ).

**Πίνακας 3.3:** Επιβεβαιωτική παραγοντική ανάλυση για την παραπληροφόρηση για τον καρκίνο

Ερωτήσεις	Παράγοντες	
	Παραπλη-ροφόρηση	Αληθείς
Η ψυχική νόσος αφορά άτομα με χαμηλή νοημοσύνη	0,805	
Δεν υπάρχει θεραπεία για την ψυχική νόσο. Αν κάποιος άνθρωπος αναπτύξει μια ψυχική νόσο δεν αναρρώνει ποτέ	0,766	
Εάν κάποιος στην οικογένειά σας έχει ψυχική νόσο θα διαγνωστείτε και εσείς με ψυχική νόσο	0,734	
Τα βιντεοπαιχνίδια προκαλούν ψυχικές νόσους.	0,544	
Οι ψυχικές νόσοι σχετίζονται με το χαρακτήρα του ατόμου	0,541	
Η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και το κάπνισμα είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άνοιας.		0,757
Η αυτοκτονία είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-29 ετών		0,679
Περίπου οι μισές από τις ψυχιατρικές διαταραχές που παρουσιάζονται σε ενήλικες έχουν ξεκινήσει ως την ηλικία των 14 ετών		0,597
Τα παιδιά μπορεί να έχουν κάποια ψυχική νόσο		0,515
Οι ψυχικές νόσοι μπορεί να εμφανίζονται σε όλα τα άτομα ανεξαρτήτως του νοητικού τους επιπέδου.		0,463
Οι ψυχικές νόσοι είναι νόσοι όπως οι σωματικές		0,363
<b>Διακύμανση (%)</b>	<b>26,22%</b>	<b>19,14%</b>

Υποχρεωτική εξαγωγή 2 παραγόντων

Περιστροφή: Varimax

Μέθοδος: Principal Component Analysis

#### **Δ) Συμπεριφορά κατά την παραπληροφόρηση**

Η ενότητα περιλαμβάνει 13 προτάσεις κλίμακας Likert από 1-5 (1=Διαφωνώ, 2=Μάλλον διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Μάλλον συμφωνώ, 5=Συμφωνώ) και αναφέρεται σε συμπεριφορές που συναντώνται κατά την λήψη αναφορών παραπληροφόρησης στο διαδίκτυο ή στα ΜΚΔ και χωρίζεται στις παρακάτω ενότητες.

##### Δ1) Καταπολέμηση παραπληροφόρησης

Ο παράγοντας περιλαμβάνει τέσσερις προτάσεις σχετικές με την καταπολέμηση της παραπληροφόρησης όπως π.χ. «Θα επισήμανα την ανάρτηση ως "Παραπληροφόρηση"». Η αξιοπιστία του παράγοντα «Καταπολέμηση παραπληροφόρησης» ήταν ικανοποιητική ( $\alpha=0,748$ ).

##### Δ2) Προώθηση παραπληροφόρησης

Ο παράγοντας περιλαμβάνει τέσσερις προτάσεις, εκ των οποίων τρεις αναφέρονται στην προώθηση της παραπληροφόρησης όπως π.χ. «Θα έβαζα "Μου αρέσει" στην ανάρτηση» και μια πρόταση που αναφέρεται σε αγνόηση της ανάρτησης η οποία αντιστρέφεται κατά τον σχηματισμό του παράγοντα (1↔4, 2↔4). Η αξιοπιστία του παράγοντα «Προώθηση

παραπληροφόρησης» ήταν αποδεκτή ( $\alpha=0,612$ ).

#### 43) Έλεγχος παραπληροφόρησης

Ο παράγοντας περιλαμβάνει πέντε προτάσεις που αναφέρονται σε έλεγχο της παραπληροφόρησης όπως π.χ. «Θα επιβεβαιώνα την εγκυρότητα της από αξιόπιστο φορέα μέσω ίντερνετ». Η αξιοπιστία του παράγοντα «Έλεγχος παραπληροφόρησης» ήταν υψηλή ( $\alpha=0,793$ ). Η ύπαρξη των τριών διακριτών παραγόντων επιβεβαιώνεται και από τον Πίνακα 3.4 με χρήση Παραγοντικής ανάλυσης, δηλαδή επιβεβαιώνεται η εγκυρότητα εννοιών (Γαλάνης, 2013).

**Πίνακας 3.4: Παραγοντική ανάλυση για την συμπεριφορά κατά την λήψη αναφορών παραπληροφόρησης**

Ερωτήσεις	Παράγοντες		
	Έλεγχος παρα- πληροφόρησης	Καταπολέμηση πα- ραπληροφόρησης	Προώθηση παραπλη- ροφόρησης
Έψαχνα πληροφορίες σχετικά με την αξιοπιστία του ιστότοπου της ανάρτησης	0,779		
Επιβεβαιώνα την εγκυρότητα της από αξιόπιστο φορέα μέσω ίντερνετ	0,779		
Επιβεβαιώνα την εγκυρότητα της από έναν αξιόπιστο επαγγελματία υγείας	0,704		
Αναζητούσα περισσότερη πληροφορία σχετικά με το θέμα	0,671		
Επικοινωνούσα με αρμόδιες αρχές για να επιβεβαιώσω την εγκυρότητα της	0,435		
Επισήμανα την ανάρτηση ως "Παραπληροφόρηση"		0,808	
Έκανα αναφορά στο διαχειριστή του Κοινωνικού Δικτύου		0,775	
Σχολίαζα την ανάρτηση σχετικά με την εγκυρότητα της πληροφορίας		0,638	
Έβαζα "Δεν μου αρέσει" στην ανάρτηση		0,628	
Έβαζα "Μου αρέσει" στην ανάρτηση			0,763
Κοινοποιούσα την ανάρτηση			0,761
Έκανα "Κλικ" για να διαβάσω περισσότερα			0,738
Αγνοούσα την ανάρτηση			-0,423
<b>Διακύμανση (%)</b>	<b>20,34%</b>	<b>19,66%</b>	<b>17,43%</b>
<b>Cronbach Alpha</b>	<b>0,793</b>	<b>0,748</b>	<b>0,612</b>

Εξαγωγή παραγόντων με το κριτήριο της ιδιοτιμής

Περιστροφή: Varimax

Μέθοδος: Principal Component Analysis

#### **Ε) Στάση για την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης**

Η ενότητα βασίστηκε σε προτάσεις κλίμακας Likert 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Μάλλον διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Μάλλον συμφωνώ, 5=Συμφωνώ) σχετικά με

την στάση των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση αναφορών παραπληροφόρησης στο διαδίκτυο ή στα ΜΚΔ

### E1)Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης

Ο παράγοντας περιλαμβάνει έξι προτάσεις σχετικά με την σημασία δράσεων για την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης όπως π.χ. «Πολιτικές Διαδικτύου» και «Μηχανισμοί ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας». Η αξιοπιστία του παράγοντα «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ήταν άριστη ( $\alpha=0,938$ ).

### E2)Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης

Ο παράγοντας περιλαμβάνει τις ίδιες έξι προτάσεις που αναφέρονται στην σημασία της αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης, υπό το πρίσμα όμως της αποτελεσματικότητας των δράσεων. Η αξιοπιστία του παράγοντα «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ήταν άριστη ( $\alpha=0,937$ ).

### 3)Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων

Ο παράγοντας περιλαμβάνει πέντε προτάσεις σχετικά με την αναγκαιότητα ανάπτυξης πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων για την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης από διάφορους φορείς όπως π.χ. «Κράτος/Κυβέρνηση». Η αξιοπιστία του παράγοντα «Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων» ήταν υψηλή ( $\alpha=0,805$ ). Η ύπαρξη των τριών διακριτών παραγόντων επιβεβαιώνεται και από τον Πίνακα 3.5 με χρήση Παραγοντικής ανάλυσης, δηλαδή επιβεβαιώνεται η εγκυρότητα εννοιών (Γαλάνης, 2013).



**Πίνακας 3.5: Παραγοντική ανάλυση για τις στάσεις αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης**

	Παράγοντες		
	Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων
Μηχανισμών ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας	0,822		
Μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης.	0,816		
Εκπαίδευσης πληθυσμού/ψηφιακής εγγραμματοσύνης σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση.	0,791		
Κρατικών/κυβερνητικών πολιτικών σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης	0,772		
Πολιτικών Διαδικτύου	0,737		
Πολιτικών Παρόχων Υπηρεσιών Διαδικτύου σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση	0,648		
Μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης		0,875	
Πολιτικών παρόχων υπηρεσιών διαδικτύου		0,875	
Μηχανισμών ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας		0,869	
Πολιτικών παρόχων σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης		0,866	
Κρατικών/κυβερνητικών πολιτικών σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης		0,711	
Εκπαίδευσης πληθυσμού σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση		0,581	
Πλατφόρμες Social Media			0,866
Πάροχοι Υπηρεσιών Διαδικτύου			0,857
Κοινωνία των πολιτών			0,436
Κράτος/κυβέρνηση			0,488
Επιστημονικοί φορείς			0,330
<b>Διακύμανση (%)</b>	<b>29,46%</b>	<b>27,43%</b>	<b>14,79%</b>
<b>Cronbach Alpha</b>	<b>0,938</b>	<b>0,937</b>	<b>0,805</b>

Υποχρεωτική εξαγωγή 3 παραγόντων

Περιστροφή: Varimax

Μέθοδος: Principal Component Analysis

### 3.4 Πληθυσμός-Δείγμα και Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Πληθυσμός της έρευνας θεωρείται ο γενικός πληθυσμός στην Ελλάδα. Το δείγμα αποτελούνταν από 286 συμμετέχοντες μέσω αναρτήσεων του ερωτηματολογίου σε διαδικτυακές ομάδες του Facebook οι οποίοι ενημερώθηκαν μέσω εισαγωγικού σημειώματος

για το πλαίσιο διεξαγωγής της έρευνας και ότι ο σκοπός της είναι να μελετηθεί η πληροφόρηση και παραπληροφόρηση στην υγεία. Συνάμα, το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από επιστολή Επιπλέον, ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους θα είναι ανώνυμη, εθελοντική και ότι οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους ερευνητικούς σκοπούς, τηρώντας τα απαραίτητα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα. Επιπλέον, ενημερώθηκαν ότι έχουν το δικαίωμα αποχώρησης από την έρευνα οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούν. Η συμμετοχή στην έρευνα έγινε με την γραπτή συγκατάθεση τους. Στο τέλος, ο ερευνητής ευχαρίστησε τους συμμετέχοντες για την συμμετοχή τους, κοινοποίησε τα προσωπικά του στοιχεία (e-mail, τηλέφωνο) σε περίπτωση που οι συμμετέχοντες έχουν απορίες ή θελήσουν να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της έρευνας. Γενικότερα, τηρήθηκαν όλες οι ηθικές και δεοντολογικές απαιτήσεις επιστημονικής έρευνας (APA, 2010).

Η χορήγηση – συμπλήρωση του Ερωτηματολογίου από τους συμμετέχοντες και η συλλογή των απαντήσεων έγινε με χρήση των Google Forms στον υπερσύνδεσμο [https://docs.google.com/forms/d/1euEABmFpXRZhUxuxp1WF1UtpaW97PwhFmqU3HTatD\\_4/](https://docs.google.com/forms/d/1euEABmFpXRZhUxuxp1WF1UtpaW97PwhFmqU3HTatD_4/), ο οποίος κοινοποιήθηκε στα ΜΚΔ (Facebook), συνεπώς η δειγματοληψία θεωρείται ως ευκαιριακή (Creswell, 2014). Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 13-14 λεπτά. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από 23/12/2023 έως 23/2/2024.

### **3.5 Μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων**

Το λογισμικό Microsoft Office Excel 2016 χρησιμοποιήθηκε για την κωδικοποίηση των δεδομένων και το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 26. Οι κατηγορικές μεταβλητές που αναφέρονται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάστηκαν με συχνότητες, ποσοστά και ραβδογράμματα ενώ οι ποσοτικές και οι μεταβλητές ισοδιαστημικής κλίμακας με μέση τιμή, τυπική απόκλιση, ελάχιστη, μέγιστη τιμή και ιστογράμματα. Οι παράγοντες δημιουργήθηκαν χρησιμοποιώντας την μέση τιμή των αντίστοιχων ερωτήσεων. Υπολογίστηκαν τα 95% δ.ε. της μέσης τιμής των παραγόντων προκειμένου να επιτευχθεί γενίκευση (Field, 2017).

Ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών με τον έλεγχο Shapiro Wilk που επιφέρει ακριβέστερα αποτελέσματα (Razali and Wah, 2011). Λόγω απουσίας κανονικής κατανομής, χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι α) Spearman για έλεγχο της αλληλοεπίδρασης δύο ποσοτικών μεταβλητών, β) Mann Whitney για σύγκριση μέσων βαθμών

δύο ανεξάρτητων δειγμάτων, γ) Kruskal Wallis για σύγκριση μέσων βαθμών τριών και περισσότερων ανεξάρτητων δειγμάτων. Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ανεξάρτητων δειγμάτων παρουσιάστηκαν με θηκογράμματα και συγκρίσεις διαμέσων τιμών. Οι προβλεπτικοί παράγοντες της παραπληροφόρησης ανιχνεύτηκαν με πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, χρησιμοποιώντας ως ανεξάρτητες μεταβλητές όσες εμφάνισαν γραμμικότητα με την παραπληροφόρηση. Οι κατηγορικές μεταβλητές μετατράπηκαν σε ψευδομεταβλητές πριν την είσοδο τους στο μοντέλο, το οποίο ελέγχθηκε για πολυσυγγραμμικότητα με τον συντελεστή VIF όπου ικανοποιητικές θεωρούνται οι τιμές μικρότερες του 10. Ο βαθμός προσαρμογής του μοντέλου ελέγχθηκε με τον συντελεστή  $R^2$ , όπου υψηλές θεωρούνται οι τιμές μεγαλύτερες του 40% (Field, 2017).

## 4. Αποτελέσματα έρευνας

### 4.1 Περιγραφική στατιστική

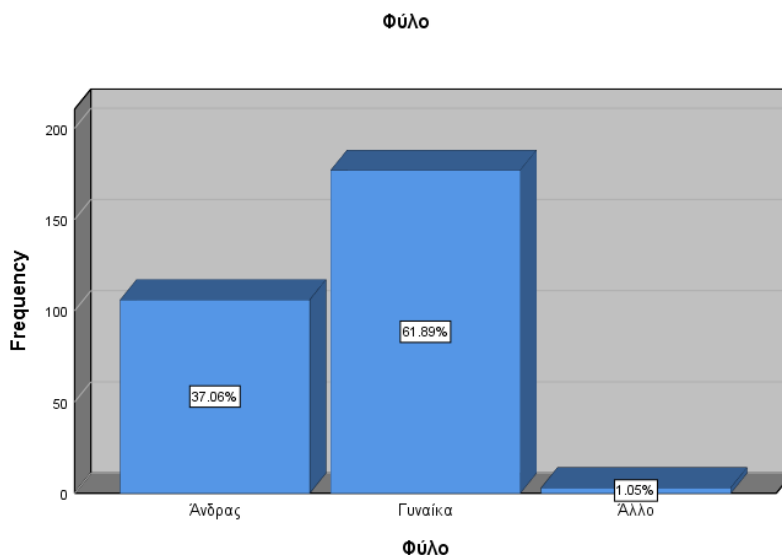
#### 4.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον Πίνακα 4.1 (Γραφήματα 4.1-4.6) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των δημογραφικών στοιχείων του δείγματος που αποτελείται από 286 συμμετέχοντες.

**Πίνακας 4.1: Δημογραφικά στοιχεία**

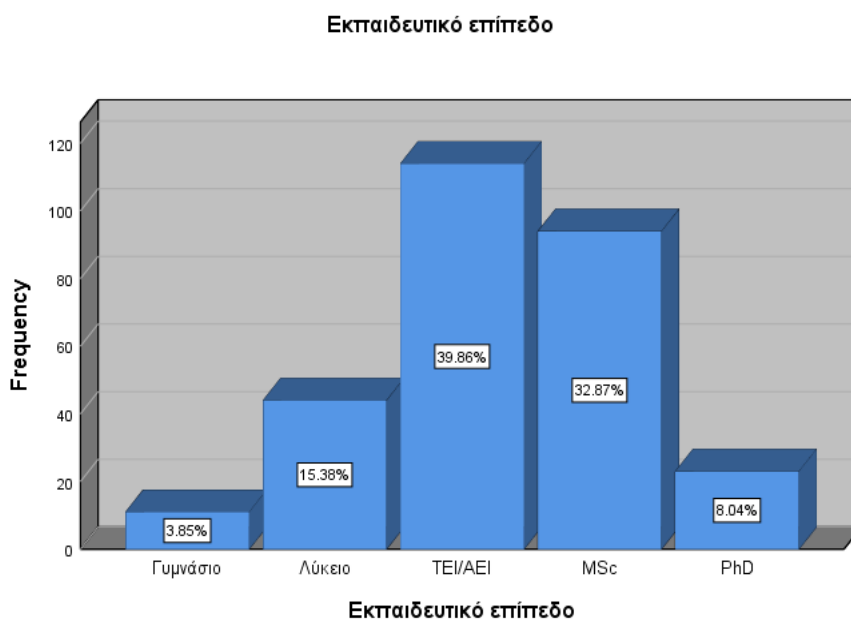
Κατηγορική μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Φύλο	Άνδρας	106	37,06
	Γυναίκα	177	61,89
	Άλλο	3	1,05
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Γυμνάσιο	11	3,85
	Λύκειο	44	15,38
	ΤΕΙ/ΑΕΙ	114	39,86
	MSc	94	32,87
	PhD	23	8,04
Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας	Στερεά Ελλάδα	99	34,62
	Πελοπόννησος	18	6,29
	Ήπειρος	5	1,75
	Μακεδονία	93	32,52
	Νησιά Αιγαίου	13	4,55
	Θράκη	4	1,40
	Επτάνησα	2	0,70
	Κρήτη	31	10,84
	Θεσσαλία	10	3,50
	Κυκλάδες	1	0,35
	Εκτός Ελλάδας	10	3,50
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος	115	40,21
	Έγγαμος/συζώ χρόνια/σύμφωνο συμβίωσης	144	50,35
	Διαζευγμένος/σε διάσταση	22	7,69
	Χήρος/α	5	1,75
Διαβίωση	Ζω μόνος μου	63	22,03
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	60,84
	Ζω με τους γονείς μου	40	13,99
	Ζω με συγκάτοικο	9	3,15
<b>Ποσοτική μεταβλητή</b>	<b>Εύρος</b>	<b>M.T.</b>	<b>T.A.</b>
Ηλικία	18-80	43,71	12,81

Σχετικά με το φύλο το 61,89% ( $N=177$ ) των ερωτηθέντων είναι γυναίκες, το 37,06% ( $N=106$ ) άνδρες και το 1,05% ( $N=3$ ) δήλωσαν κάποιο άλλο φύλο.



**Γράφημα 4.1: Φύλο**

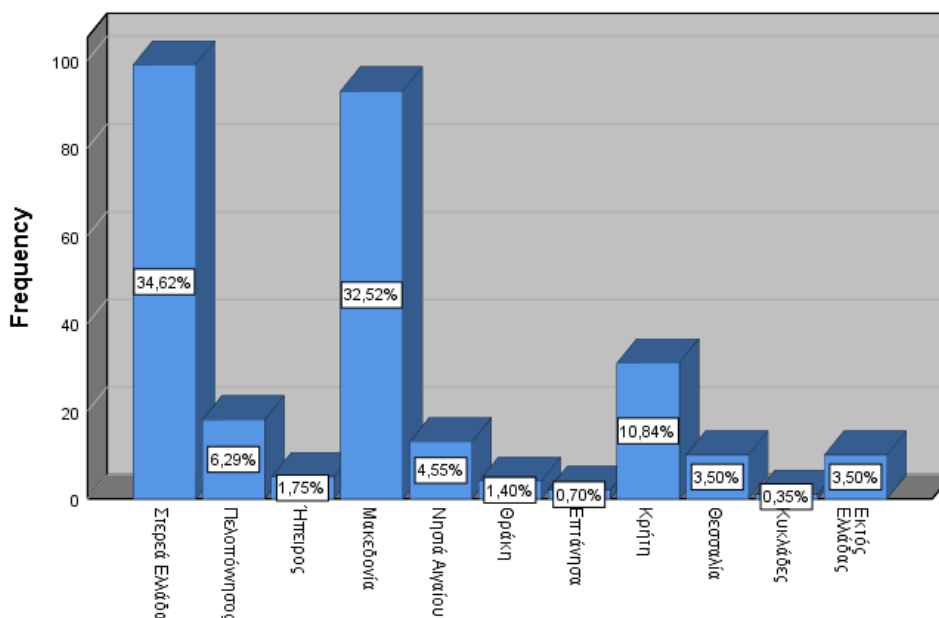
Αναφορικά με το εκπαιδευτικό επίπεδο το 39,86% ( $N=114$ ) ατόμων που πήραν μέρος στην έρευνα είναι απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ, το 32,87% ( $N=94$ ) κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών, το 15,38% ( $N=44$ ) έχουν απολυτήριο λυκείου, το 8,04% ( $N=23$ ) έχουν κάνει διδακτορικό και το 3,85% ( $N=11$ ) είναι απόφοιτοι γυμνασίου.



**Γράφημα 4.2: Εκπαιδευτικό επίπεδο**

Αναφορικά με το γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας το 34,62% ( $N=99$ ) διαμένει στην Στερεά Ελλάδα, το 32,52% ( $N=93$ ) στην Μακεδονία και το 10,84% ( $N=31$ ) στην Κρήτη.

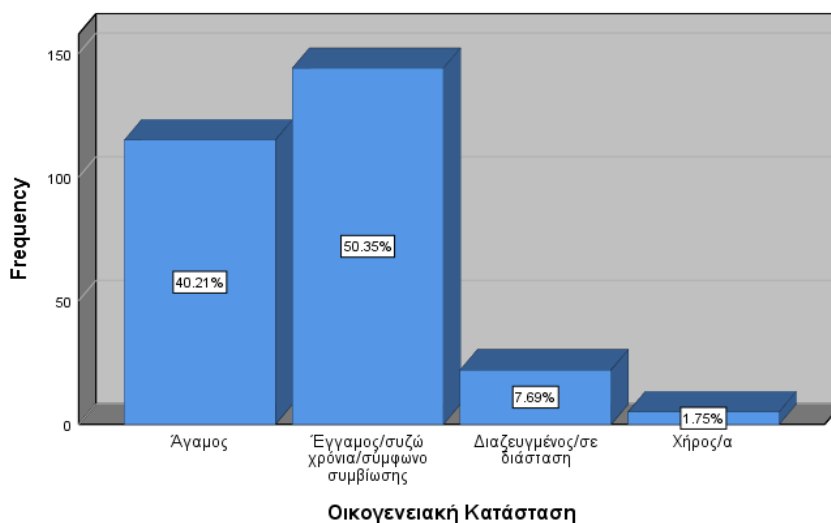
Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας



Γράφημα 4.3: Γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας

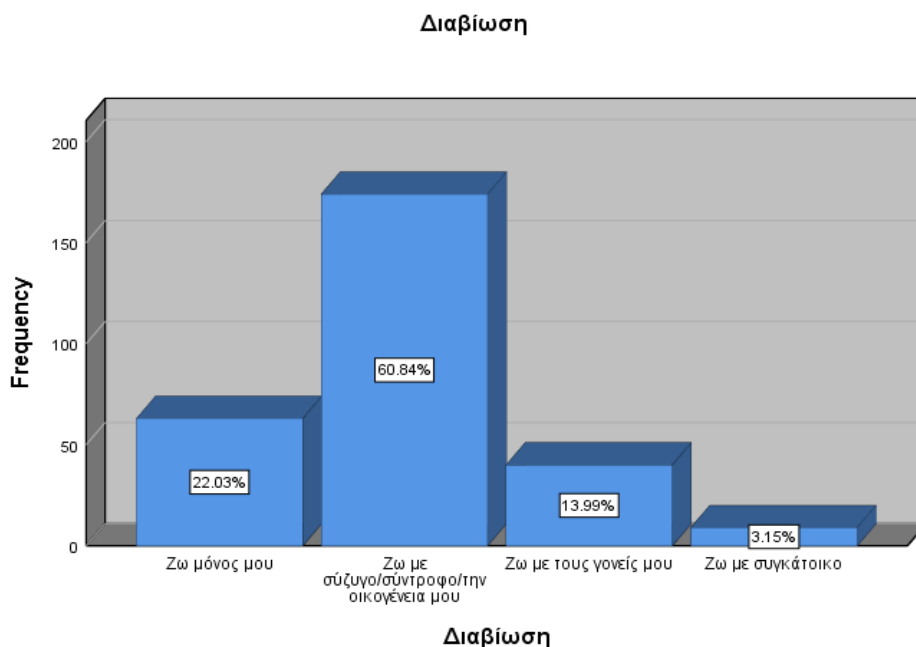
Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση το 50,35% ( $N=144$ ) των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι/συζούν χρόνια/έχουν σύμφωνο συμβίωσης, το 40,21% ( $N=115$ ) είναι άγαμοι/ες, το 7,69% ( $N=22$ ) διαζευγμένοι ή βρίσκονται σε διάσταση και το 1,75% ( $N=5$ ) έχουν χηρέψει.

Οικογενειακή Κατάσταση



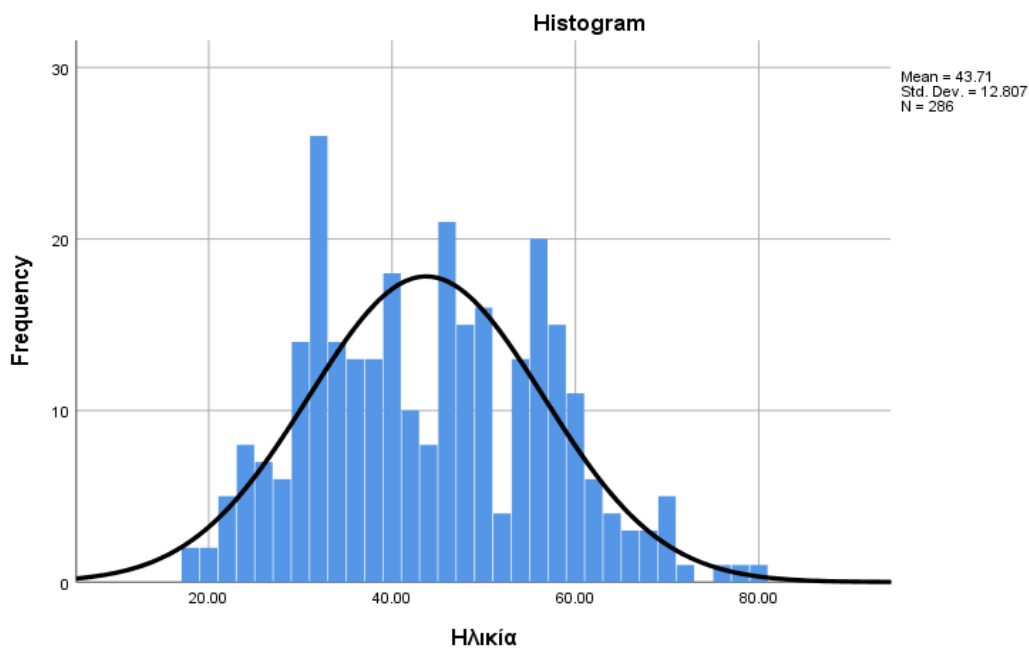
Γράφημα 4.4: Οικογενειακή κατάσταση

Όσον αφορά τη διαβίωση το 60,84% ( $N=174$ ) των συμμετεχόντων ζουν με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια τους, το 22,03% ( $N=63$ ) μόνοι τους, το 13,99% ( $N=40$ ) μένουν με τους γονείς τους και το 3,15% ( $N=9$ ) με συγκάτοικο.



**Γράφημα 4.5: Διαβίωση**

Αναφορικά με την ηλικία το εύρος των ηλικιών κυμαίνεται από 18 έως 80 έτη, με τη μέση τιμή να είναι 44 έτη ( $M.T.=43,71$ ,  $T.A.=12,81$ ).



**Γράφημα 4.6: Ηλικία**

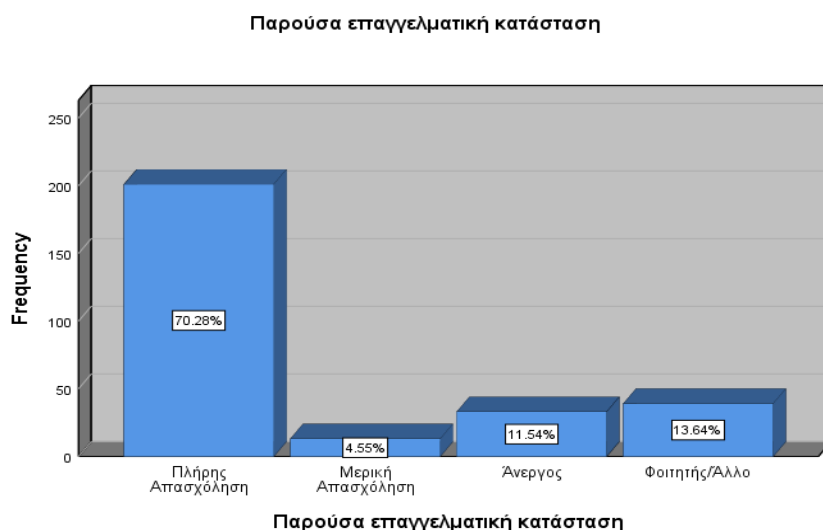


Στον Πίνακα 4.2 (Γραφήματα 4.7-4.12) παρουσιάζονται τα επαγγελματικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 4.2: Επαγγελματικά στοιχεία**

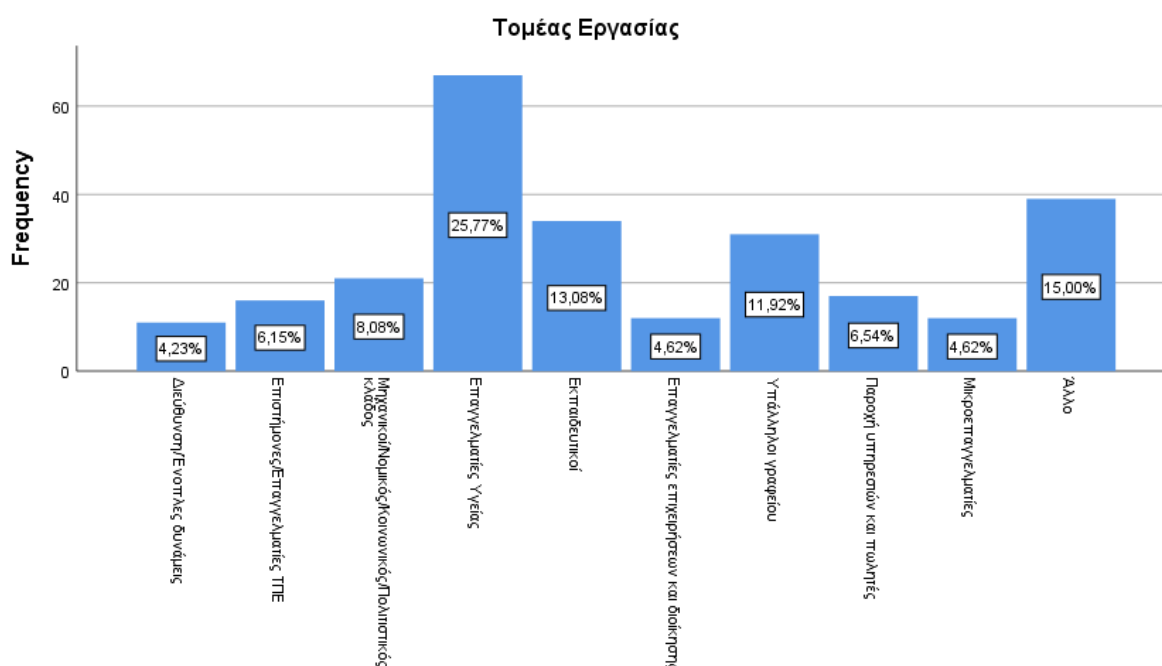
Κατηγορική μεταβλητή	Κατηγορία	N	%
Παρούσα επαγγελματική κατάσταση	Πλήρης Απασχόληση	201	70,28
	Μερική Απασχόληση	13	4,55
	Άνεργος	33	11,54
	Φοιτητής/Άλλο	39	13,64
Τομέας Εργασίας	Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις	11	4,23
	Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ	16	6,15
	Μηχανικοί/Νομικός/Κοινωνικός/Πολιτιστικός κλάδος	21	8,08
	Επαγγελματίες Υγείας	67	25,77
	Εκπαιδευτικοί	34	13,08
	Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης	12	4,62
	Υπάλληλοι γραφείου	31	11,92
	Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	17	6,54
	Μικροεπαγγελματίες	12	4,62
	Άλλο	39	15,00
Μηνιαίο εισόδημα	έως 800 €	64	22,38
	801 – 1.200 €	101	35,31
	1.201 - 1.500 €	48	16,78
	1.501 – 2.500 €	48	16,78
	2.501 και άνω	25	8,74
Θέση ευθύνης	Όχι	208	72,73
	Ναι	78	27,27
Ποσοτική μεταβλητή	Εύρος	M.T.	T.A.
Έτη συνολικής εργασίας	0-31	16,11	10,49
Έτη εργασίας στον παρών εργοδότη	0-31	8,59	9,68

Σχετικά με την παρούσα επαγγελματική κατάσταση το 70,28% (N=201) των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης, το 11,54% (N=33) άνεργοι, το 4,55% (N=13) δουλεύουν με μερική απασχόληση και το 13,64% (N=39) είναι φοιτητές ή ασχολούνται με κάτι άλλο.



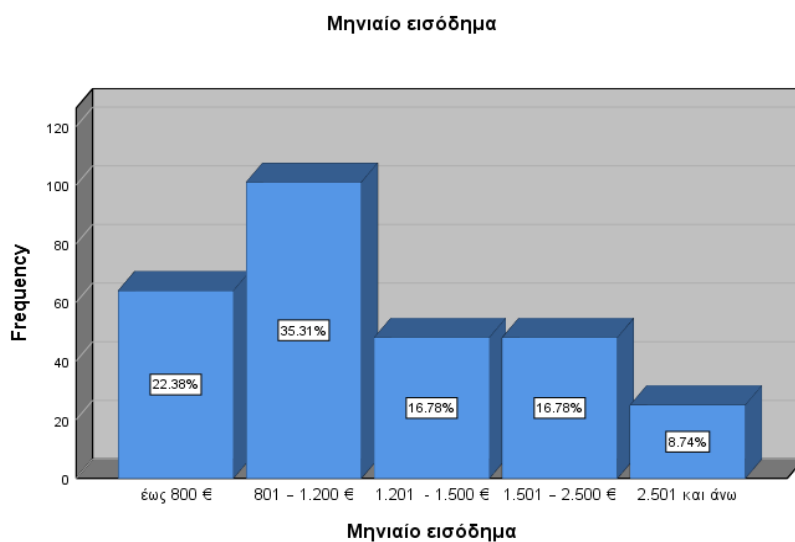
**Γράφημα 4.7: Παρούσα επαγγελματική κατάσταση**

Σχετικά με τον τομέα εργασίας το 25,77% ( $N=67$ ) είναι επαγγελματίες υγείας, το 13,08% ( $N=34$ ) εκπαιδευτικοί, το 11,92% ( $N=31$ ) υπάλληλοι γραφείου, το 8,08% ( $N=21$ ) εργάζονται στον νομικό, κοινωνικό, πολιτιστικό κλάδο ή είναι μηχανικοί, το 6,54% ( $N=17$ ) είναι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές, το 6,15% ( $N=16$ ) επιστήμονες/επαγγελματίες ΤΠΕ, το 4,62% ( $N=12$ ) είναι μικροεπαγγελματίες ή επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης, το 4,23% ( $N=11$ ) απασχολούνται στη διεύθυνση επιχειρήσεων ή στις ένοπλες δυνάμεις και το 15,00% ( $N=39$ ) δήλωσαν κάποιον άλλον τομέα.



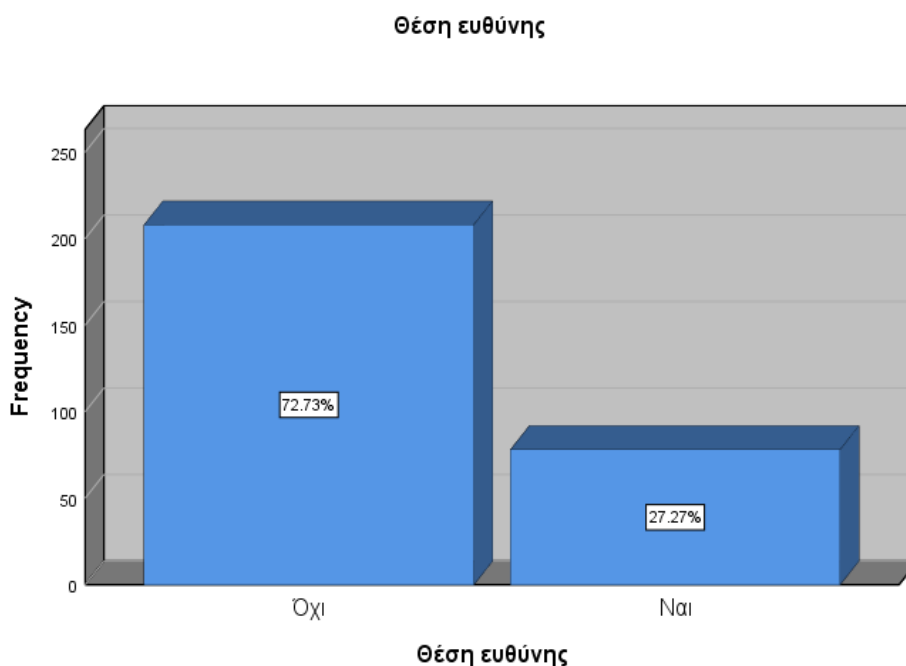
**Γράφημα 4.8: Τομέας εργασίας**

Αναφορικά με το μηνιαίο εισόδημα το 35,31% ( $N=101$ ) των ερωτηθέντων παίρνουν 801-1200€, το 22,38% ( $N=64$ ) έως 800€, το ίδιο ποσοστό των 16,78% ( $N=48$ ) έχουν εισόδημα 1201-1500€ και 1501-2500€ και τέλος το 8,74% ( $N=25$ ) έχουν εισόδημα 2501€ και άνω.



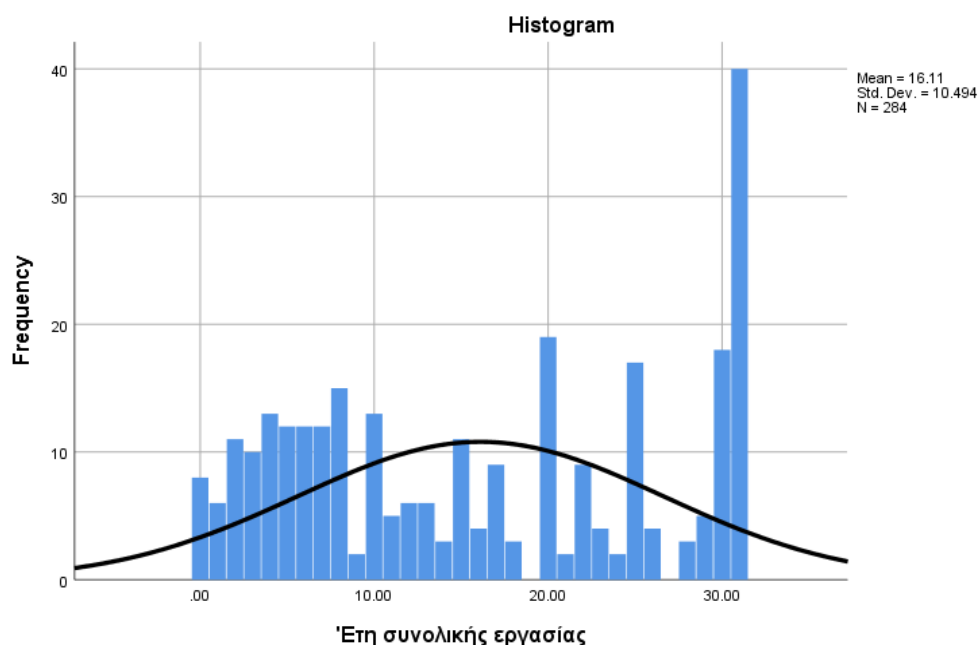
**Γράφημα 4.9: Μηνιαίο εισόδημα**

Σχετικά με το αν καταλαμβάνουν θέση ευθύνης το 72,73% ( $N=208$ ) απάντησαν αρνητικά και το 27,27% ( $N=78$ ) θετικά.



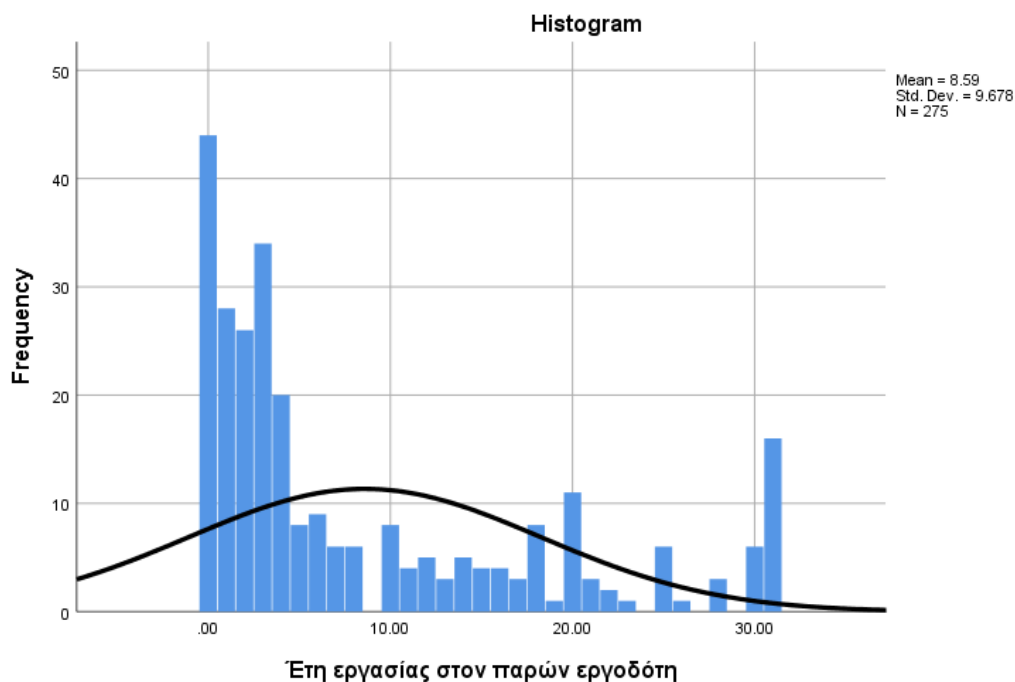
**Γράφημα 4.10: Θέση ευθύνης**

Όσον αφορά τα έτη συνολικής εργασίας οι συμμετέχοντες εργάζονταν από 0-31 έτη με μέση τιμή τα 16 χρόνια ( $M.T.=16,11$ ,  $T.A.=10,49$ ).



**Γράφημα 4.11: Έτη συνολικής εργασίας**

Η μέση τιμή των ετών εργασίας στον παρών εργοδότη είναι τα 8,5 έτη ( $M.T.=8,59$ ,  $T.A.=9,68$ ) με το εύρος των τιμών να κυμαίνεται από 0-31 έτη.



**Γράφημα 4.12: Έτη εργασίας στον παρόντα εργοδότη**

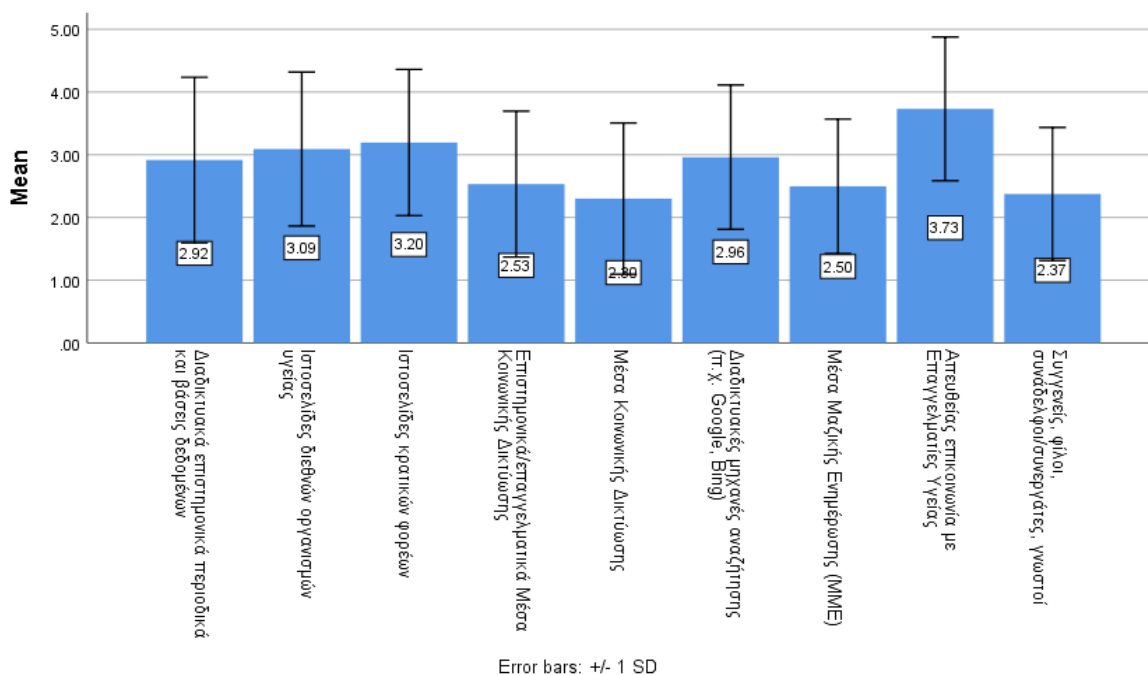
#### 4.1.2. Σημασία πληροφόρησης και Γνώση

##### 4.1.2.1. Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας

Στον Πίνακα 4.3 (Γράφημα 4.13) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το πόσο σημαντική είναι για αυτούς η ενημέρωση/πληροφόρηση για θέματα υγείας από τις ακόλουθες πηγές πληροφόρησης. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert 1-5 (1=Καθόλου, 2=Λίγο, 3=Αρκετά, 4=Πολύ, 5=Πάρα πολύ). Προκύπτει ότι θεωρούν πολύ σημαντική την απευθείας επικοινωνία με επαγγελματίες υγείας ( $M.T.=3,73$ ,  $T.A.=1,15$ ).

**Πίνακας 4.3: Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας**

Πρόταση	Εύρος	M.T.	T.A.
<b>Επίσημες πηγές</b>			
Απευθείας επικοινωνία με Επαγγελματίες Υγείας	1-5	3,73	1,15
Ιστοσελίδες κρατικών φορέων	1-5	3,20	1,17
Ιστοσελίδες διεθνών οργανισμών υγείας	1-5	3,09	1,23
Διαδικτυακά επιστημονικά περιοδικά και βάσεις δεδομένων	1-5	2,92	1,32
Επιστημονικά/επαγγελματικά Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης	1-5	2,53	1,16
<b>Ανεπίσημες πηγές</b>			
Διαδικτυακές μηχανές αναζήτησης (π.χ. Google, Bing)	1-5	2,96	1,15
Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ)	1-5	2,50	1,07
Συγγενείς, φίλοι, συνάδελφοι/συνεργάτες, γνωστοί	1-5	2,37	1,06
Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης	1-5	2,30	1,21



**Γράφημα 4.13: Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας**

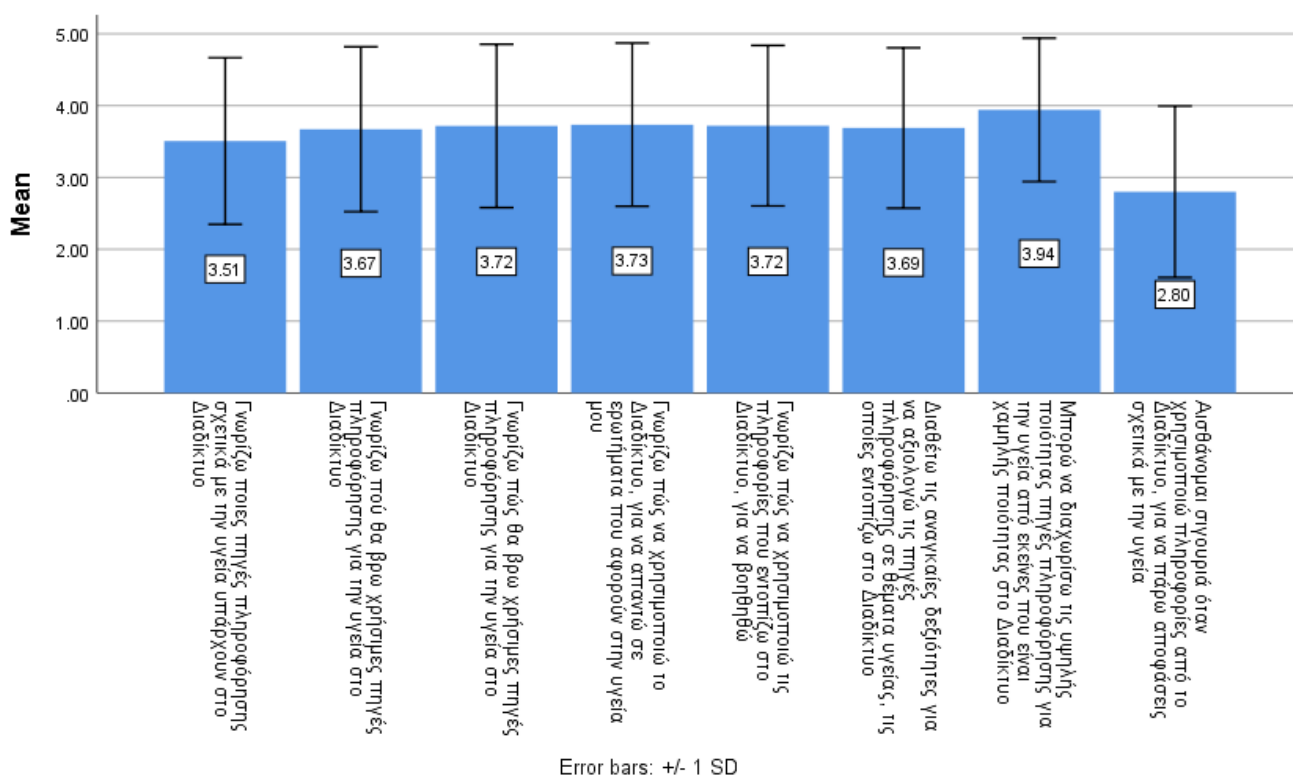
#### 4.1.2.2.Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας

Ο Πίνακας 4.4 (Γράφημα 4.14) παρουσιάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με τον γραμματισμό ηλεκτρονικής υγείας. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα Likert 1-5 (1=Διαφωνώ, 2=Μάλλον διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Μάλλον συμφωνώ, 5=Συμφωνώ).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα τις έρευνας τείνουν να συμφωνήσουν πως μπορούν να διαχωρίσουν τις υψηλής ποιότητας πηγές πληροφόρησης για την υγεία από εκείνες που είναι χαμηλής ποιότητας στο Διαδίκτυο ( $M.T.=3,94$ ,  $T.A.=1,00$ ), γνωρίζουν πώς να χρησιμοποιούν το Διαδίκτυο, για να απαντούν σε ερωτήματα που αφορούν στην υγεία τους ( $M.T.=3,73$ ,  $T.A.=1,14$ ) και τις πληροφορίες που εντοπίζουν στο Διαδίκτυο, για να βοηθηθούν ( $M.T.=3,72$ ,  $T.A.=1,12$ ), πώς θα βρουν χρήσιμες πηγές πληροφόρησης για την υγεία στο Διαδίκτυο ( $M.T.=3,72$ ,  $T.A.=1,14$ ), πιστεύουν ότι διαθέτουν τις αναγκαίες δεξιότητες για να αξιολογούν τις πηγές πληροφόρησης σε θέματα υγείας, τις οποίες εντοπίζουν στο Διαδίκτυο ( $M.T.=3,69$ ,  $T.A.=1,12$ ) και γνωρίζουν πού θα βρουν χρήσιμες πηγές πληροφόρησης για την υγεία στο Διαδίκτυο ( $M.T.=3,67$ ,  $T.A.=1,15$ ).

**Πίνακας 4.4: Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας**

Πρόταση	Εύρος	M.T.	T.A.
Μπορώ να διαχωρίσω τις υψηλής ποιότητας πηγές πληροφόρησης για την υγεία από εκείνες που είναι χαμηλής ποιότητας στο Διαδίκτυο	1-5	3,94	1,00
Γνωρίζω πώς να χρησιμοποιώ το Διαδίκτυο, για να απαντώ σε ερωτήματα που αφορούν στην υγεία μου	1-5	3,73	1,14
Γνωρίζω πώς να χρησιμοποιώ τις πληροφορίες που εντοπίζω στο Διαδίκτυο, για να βοηθηθώ	1-5	3,72	1,12
Γνωρίζω πώς θα βρω χρήσιμες πηγές πληροφόρησης για την υγεία στο Διαδίκτυο	1-5	3,72	1,14
Διαθέτω τις αναγκαίες δεξιότητες για να αξιολογώ τις πηγές πληροφόρησης σε θέματα υγείας, τις οποίες εντοπίζω στο Διαδίκτυο	1-5	3,69	1,12
Γνωρίζω πού θα βρω χρήσιμες πηγές πληροφόρησης για την υγεία στο Διαδίκτυο	1-5	3,67	1,15
Γνωρίζω ποιες πηγές πληροφόρησης σχετικά με την υγεία υπάρχουν στο Διαδίκτυο	1-5	3,51	1,16
Αισθάνομαι σιγουριά όταν χρησιμοποιώ πληροφορίες από το Διαδίκτυο, για να πάρω αποφάσεις σχετικά με την υγεία	1-5	2,80	1,19



Γράφημα 4.14: Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας

#### 4.1.3. Παραπληροφόρηση

Οι απόψεις για την παραπληροφόρηση μελετήθηκαν μέσω τριών παραγόντων, α) Παραπληροφόρηση για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια, β) Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο και γ) Παραπληροφόρηση για την ψυχική υγεία/νόσο. Οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν στην στατιστική ανάλυση σε κλίμακα Likert 1-5 (1=Σίγουρα ψευδές, 2=Πιθανόν ψευδές, 3=Δεν γνωρίζω, 4=Πιθανόν αληθές, 5=Σίγουρα αληθές).

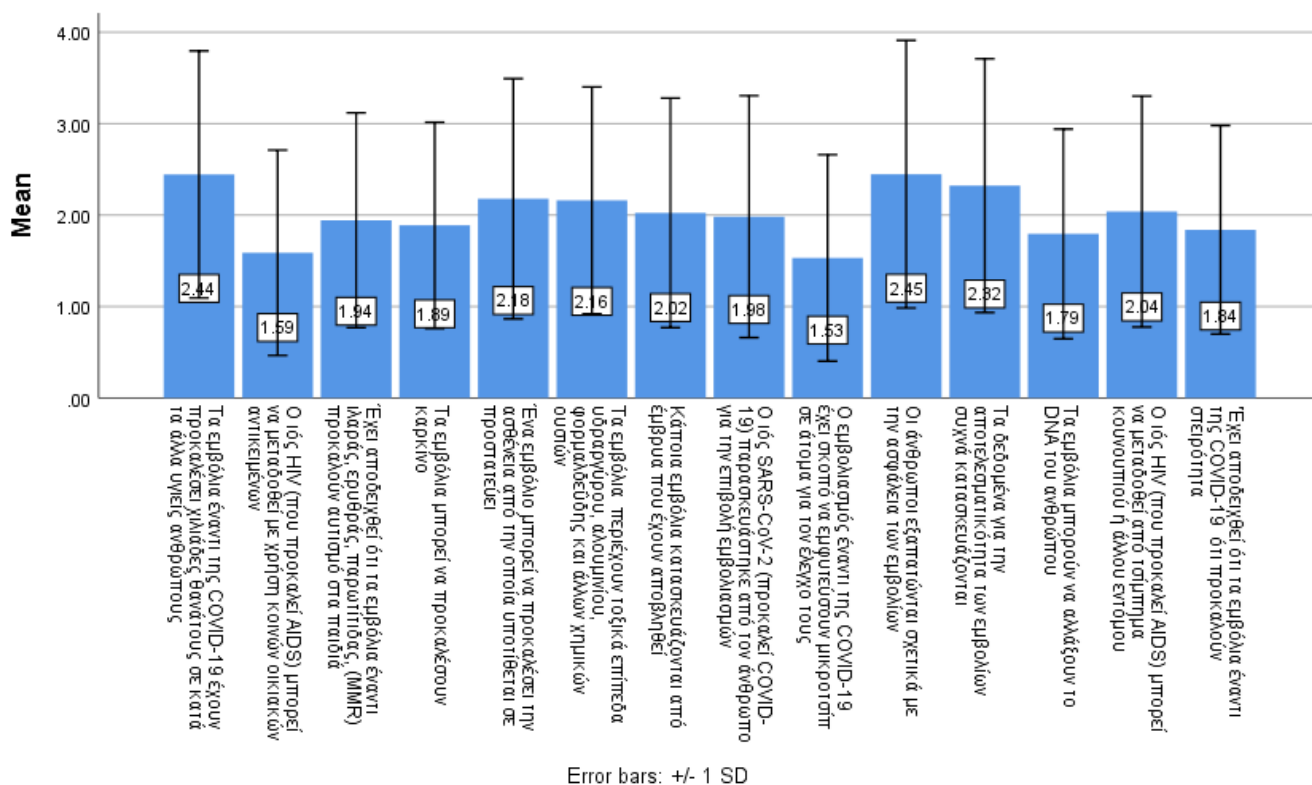
##### 4.1.3.1. Παραπληροφόρηση για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια

Ο Πίνακας 4.5 (Γράφημα 4.15) παρουσιάζει τις απαντήσεις σχετικά με την παραπληροφόρηση στο διαδίκτυο και σε ΜΚΔ για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια. Απ' ότι προκύπτει υψηλότερη παραπληροφόρηση παρατηρήθηκε στις απόψεις α) ότι οι άνθρωποι εξαπατώνται σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων ( $M.T.=2,45$ ,  $T.A.=1,46$ , 30,4%), ότι τα εμβόλια έναντι της COVID-19 έχουν προκαλέσει χιλιάδες θανάτους σε κατά τα άλλα υγιείς ανθρώπους ( $M.T.=2,44$ ,  $T.A.=1,35$ , 26,5%) και ότι τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων συχνά κατασκευάζονται ( $M.T.=2,32$ ,  $T.A.=1,19$ , 24,1%). Στις υπόλοιπες προτάσεις παρατηρήθηκε ισχυρότερη διαφωνία (τιμές κάτω του 2,18).



**Πίνακας 4.5: Παραπληροφόρηση για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια**

Πρόταση	Εύρος	M.T.	T.A.
Οι άνθρωποι εξαπατώνται σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων	1-5	2,45	1,46
Τα εμβόλια έναντι της COVID-19 έχουν προκαλέσει χιλιάδες θανάτους σε κατά τα άλλα υγιείς ανθρώπους	1-5	2,44	1,35
Τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων συχνά κατασκευάζονται	1-5	2,32	1,39
Ένα εμβόλιο μπορεί να προκαλέσει την ασθένεια από την οποία υποτίθεται σε προστατεύει	1-5	2,18	1,31
Τα εμβόλια περιέχουν τοξικά επίπεδα υδραργύρου, αλουμινίου, φορμαλδεΐδης και άλλων χημικών ουσιών	1-5	2,16	1,24
Ο ιός HIV (που προκαλεί AIDS) μπορεί να μεταδοθεί από τσίμπημα κουνουπιού ή άλλου εντόμου	1-5	2,04	1,26
Κάποια εμβόλια κατασκευάζονται από έμβρυα που έχουν αποβληθεί	1-5	2,02	1,25
Ο ιός SARS-CoV-2 (προκαλεί COVID-19) παρασκευάστηκε από τον άνθρωπο για την επιβολή εμβολιασμών	1-5	1,98	1,32
Έχει αποδειχθεί ότι τα εμβόλια έναντι ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας, (MMR) προκαλούν αυτισμό στα παιδιά	1-5	1,94	1,17
Τα εμβόλια μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο	1-5	1,89	1,13
Έχει αποδειχθεί ότι τα εμβόλια έναντι της COVID-19 ότι προκαλούν στειρότητα	1-5	1,84	1,14
Τα εμβόλια μπορούν να αλλάξουν το DNA του ανθρώπου	1-5	1,79	1,15
Ο ιός HIV (που προκαλεί AIDS) μπορεί να μεταδοθεί με χρήση κοινών οικιακών αντικειμένων	1-5	1,59	1,12
Ο εμβολιασμός έναντι της COVID-19 έχει σκοπό να εμφυτεύσουν μικροτσίπ σε άτομα για τον έλεγχο τους	1-5	1,53	1,13



**Γράφημα 4.15: Παραπληροφόρηση για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια**

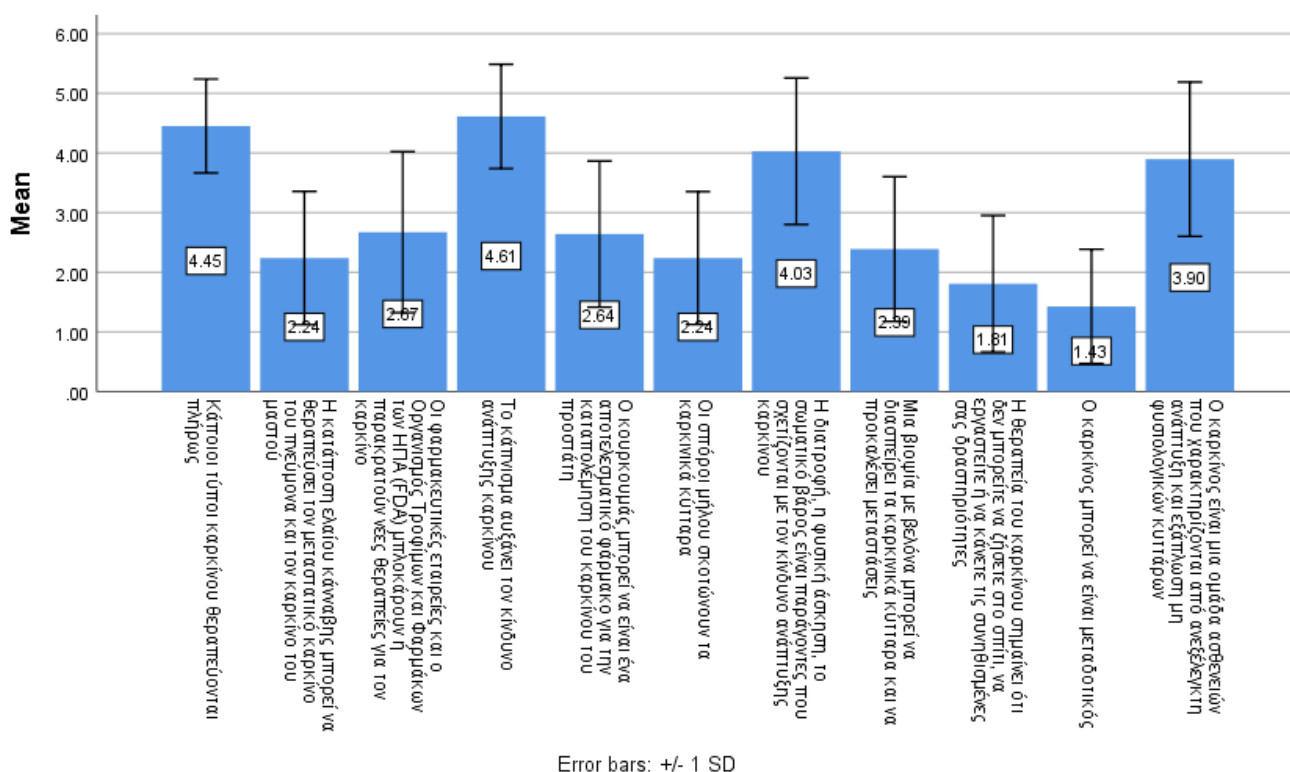
#### 4.1.3.2. Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο

Στον Πίνακα 4.6 (Γράφημα 4.16) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων για την παραπληροφόρηση για τον καρκίνο. Οι συμμετέχοντες σωστά θεώρησαν αληθείς όλες τις προτάσεις που δεν αποτελούν παραπληροφόρηση. Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι θεωρούν πως είναι σίγουρα αληθές το ότι το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου ( $M.T.=4,61$ ,  $T.A.=0,87$ ). Ακόμη, τείνουν να είναι σίγουροι για την εγκυρότητα της δήλωσης ότι κάποιοι τύποι καρκίνου θεραπεύονται πλήρως ( $M.T.=4,45$ ,  $T.A.=0,79$ ). Πιθανόν αληθής τους φαίνεται και η πληροφορία ότι η διατροφή, η φυσική άσκηση, το σωματικό βάρος είναι παράγοντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου ( $M.T.=4,03$ ,  $T.A.=1,23$ ) και ότι ο καρκίνος είναι μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και εξάπλωση μη φυσιολογικών κυττάρων ( $M.T.=3,90$ ,  $T.A.=1,29$ ).

Σχετικά με τις υπόλοιπες προτάσεις που είναι ψευδείς, σε όλες εκφράστηκε η άποψη ότι είναι ψευδείς εκτός από δύο και συγκεκριμένα, απάντησαν ότι δεν γνωρίζουν αν είναι ψευδές ή αληθές το ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες και ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) μπλοκάρουν ή παρακρατούν νέες θεραπείες για τον καρκίνο ( $M.T.=2,67$ ,  $T.A.=1,35$ , 32,9%) όπως και για το ότι ο κουρκουμάς μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό φάρμακο για την καταπολέμηση του καρκίνου του προστάτη ( $M.T.=2,64$ ,  $T.A.=1,23$ , 28%).

**Πίνακας 4.6: Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο**

Πρόταση	Εύρος	M.T.	T.A.
Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου	1-5	4,61	0,87
Κάποιοι τύποι καρκίνου θεραπεύονται πλήρως	1-5	4,45	0,79
Η διατροφή, η φυσική άσκηση, το σωματικό βάρος είναι παράγοντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου	1-5	4,03	1,23
Ο καρκίνος είναι μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και εξάπλωση μη φυσιολογικών κυττάρων	1-5	3,90	1,29
Οι φαρμακευτικές εταιρείες και ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) μπλοκάρουν ή παρακρατούν νέες θεραπείες για τον καρκίνο	1-5	2,67	1,35
Ο κουρκουμάς μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό φάρμακο για την καταπολέμηση του καρκίνου του προστάτη	1-5	2,64	1,23
Μια βιοψία με βελόνα μπορεί να διασπείρει τα καρκινικά κύτταρα και να προκαλέσει μεταστάσεις	1-5	2,39	1,21
Η κατάποση ελαίου κάνναβης μπορεί να θεραπεύσει τον μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα και τον καρκίνο του μαστού	1-5	2,24	1,12
Οι σπόροι μήλου σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα	1-5	2,24	1,11
Η θεραπεία του καρκίνου σημαίνει ότι δεν μπορείτε να ζήσετε στο σπίτι, να εργαστείτε ή να κάνετε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες	1-5	1,81	1,14
Ο καρκίνος μπορεί να είναι μεταδοτικός	1-5	1,43	0,96



**Γράφημα 4.16: Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο**

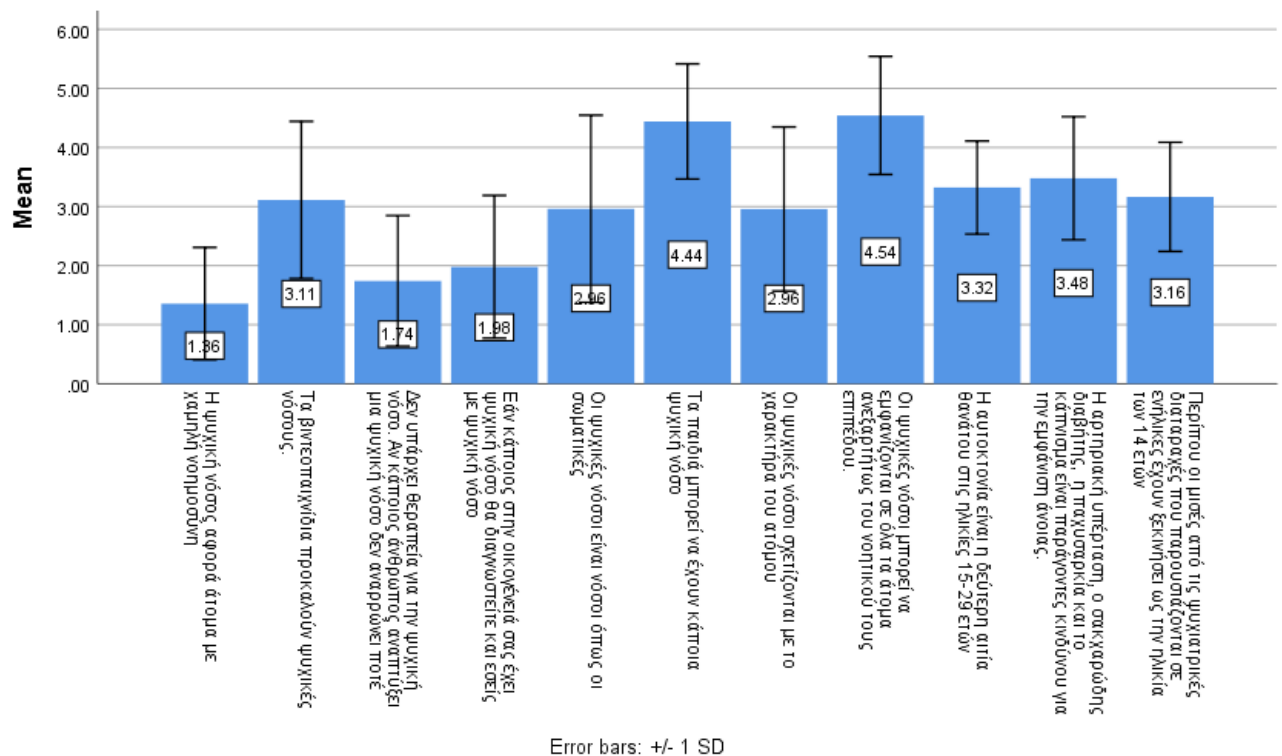
#### 4.1.3.3. Παραπληροφόρηση για την ψυχική υγεία/νόσο

Ο Πίνακας 4.7 (Γράφημα 4.17) συγκεντρώνει τις απαντήσεις σχετικά με την παραπληροφόρηση που υπάρχει στο διαδίκτυο για την ψυχική υγεία και νόσο. Στις αληθείς προτάσεις, οι ερωτηθέντες απάντησαν σωστά σε δύο από τις έξι αληθείς προτάσεις. Συγκεκριμένα, τείνουν να πιστεύουν πως είναι σίγουρα αληθές το ότι οι ψυχικές νόσοι μπορεί να εμφανίζονται σε όλα τα άτομα ανεξαρτήτως του νοητικού τους επιπέδου ( $M.T.=4,54$ ,  $T.A.=1,00$ ) και ότι τα παιδιά μπορεί να έχουν κάποια ψυχική νόσο ( $M.T.=4,44$ ,  $T.A.=0,97$ ).

Αναφορικά με τις ψευδείς προτάσεις, οι συμμετέχοντες σε 2 προτάσεις απάντησαν πως δεν γνωρίζουν και συγκεκριμένα αν ισχύει το ότι τα βιντεοπαιχνίδια προκαλούν ψυχικές νόσους ( $M.T.=3,11$ ,  $T.A.=1,33$ , 51%) και ότι οι ψυχικές νόσοι σχετίζονται με το χαρακτήρα του ατόμου ( $M.T.=2,96$ ,  $T.A.=1,39$ , 46,2%). Τις υπόλοιπες προτάσεις σωστά τις θεώρησαν ψευδείς.

**Πίνακας 4.7: Παραπληροφόρηση για την ψυχική νόσο**

Πρόταση	Εύρος	M.T.	T.A.
Οι ψυχικές νόσοι μπορεί να εμφανίζονται σε όλα τα άτομα ανεξαρτήτως του νοητικού τους επιπέδου	1-5	4,54	1,00
Τα παιδιά μπορεί να έχουν κάποια ψυχική νόσο	1-5	4,44	0,97
Η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και το κάπνισμα είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άνοιας.	1-5	3,48	1,04
Η αυτοκτονία είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-29	1-5	3,32	0,79
Περίπου οι μισές από τις ψυχιατρικές διαταραχές που παρουσιάζονται σε ενήλικες έχουν ξεκινήσει ως την ηλικία των 14 ετών	1-5	3,16	0,92
Τα βιντεοπαιχνίδια προκαλούν ψυχικές νόσους.	1-5	3,11	1,33
Οι ψυχικές νόσοι είναι νόσοι όπως οι σωματικές	1-5	2,96	1,58
Οι ψυχικές νόσοι σχετίζονται με το χαρακτήρα του ατόμου	1-5	2,96	1,39
Εάν κάποιος στην οικογένειά σας έχει ψυχική νόσο θα διαγνωστείτε και εσείς με ψυχική νόσο	1-5	1,98	1,21
Δεν υπάρχει θεραπεία για την ψυχική νόσο. Αν κάποιος άνθρωπος αναπτύξει μια ψυχική νόσο δεν αναρρώνει ποτέ	1-5	1,74	1,11
Η ψυχική νόσος αφορά άτομα με χαμηλή νοημοσύνη	1-5	1,36	0,95



**Γράφημα 4.17: Παραπληροφόρηση για την ψυχική νόσο**

#### 4.1.4. Συμπεριφορά κατά την παραπληροφόρηση

Η παρούσα ενότητα παρουσιάζει τα αποτελέσματα σχετικά με την συμπεριφορά των

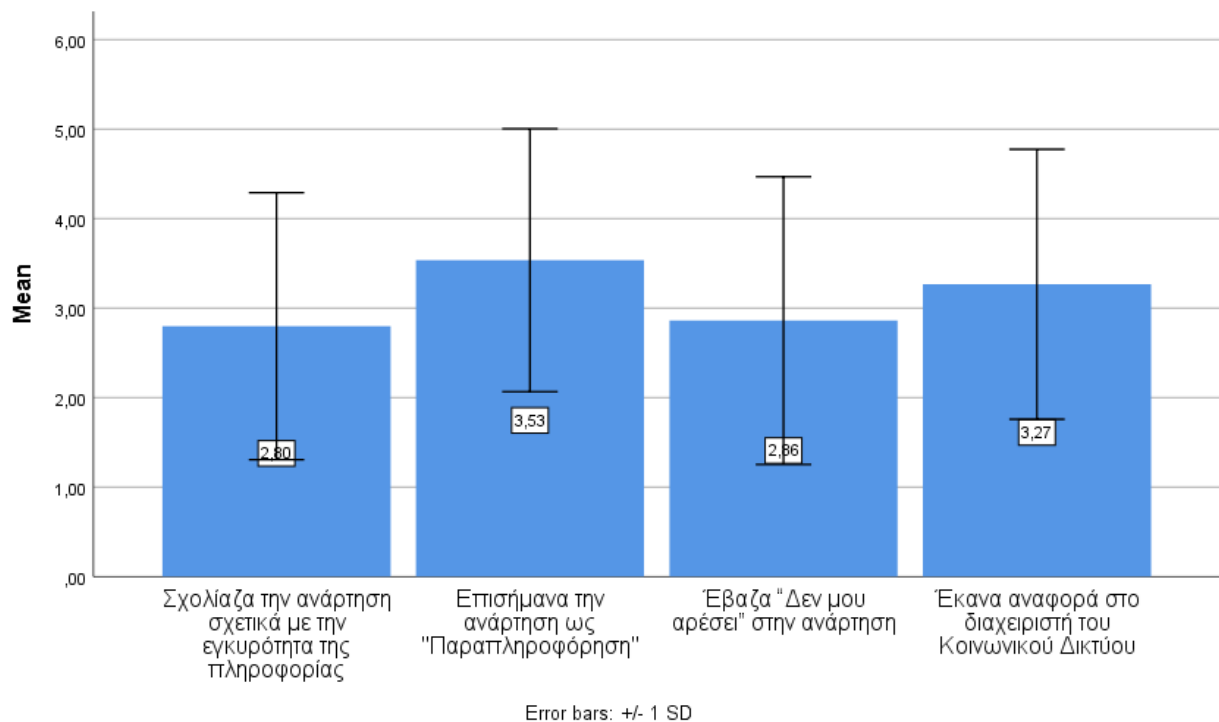
συμμετεχόντων σε μια "πιθανά παραπλανητική" ανάρτηση στο διαδίκτυο ή σε κοινωνικά δίκτυα. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα Likert 1-5 (1=Διαφωνώ, 2=Μάλλον διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Μάλλον συμφωνώ, 5=Συμφωνώ).

#### 4.1.4.1.Καταπολέμηση παραπληροφόρησης

Ο Πίνακας 4.8 (Γράφημα 4.18) παρουσιάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το κατά πόσο θα καταπολεμούσαν μια "πιθανά παραπλανητική" ανάρτηση στο διαδίκτυο ή σε κοινωνικά δίκτυα. Απ' ότι προκύπτει τείνουν να συμφωνήσουν στο ότι «θα επισήμαναν την ανάρτηση ως "Παραπληροφόρηση"» ( $M.T.=3,53$ ,  $T.A.=1,47$ ).

**Πίνακας 4.8: Καταπολέμηση παραπληροφόρησης**

Ερώτηση	Εύρος	M.T.	T.A.
Επισήμανα την ανάρτηση ως "Παραπληροφόρηση"	1-5	3,53	1,47
Έκανα αναφορά στο διαχειριστή του Κοινωνικού Δικτύου	1-5	3,27	1,51
Έβαζα "Δεν μου αρέσει" στην ανάρτηση	1-5	2,86	1,61
Σχολίαζα την ανάρτηση σχετικά με την εγκυρότητα της πληροφορίας	1-5	2,80	1,49



**Γράφημα 4.18: Καταπολέμηση παραπληροφόρησης**

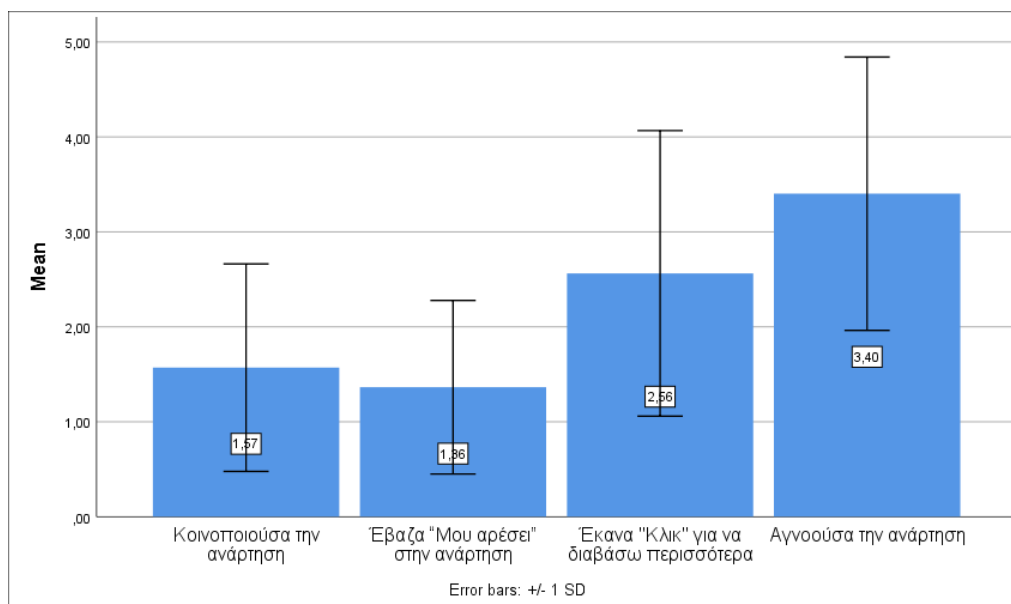
#### 4.1.4.2.Προώθηση παραπληροφόρησης

Στον Πίνακα 4.9 (Γράφημα 4.19) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων για τις ενέργειες που θα έκαναν για να προωθήσουν μια "πιθανά παραπλανητική" ανάρτηση στο διαδίκτυο ή σε κοινωνικά δίκτυα. Προκύπτει ότι δεν θα προωθούσαν την παραπληροφόρηση

και πιθανότατα θα την αγνοούσαν ( $M.T.=3,40$ ,  $T.A.=1,44$ ).

**Πίνακας 4.9: Προώθηση παραπληροφόρησης**

Ερώτηση	Εύρος	M.T.	T.A.
Αγνοούσα την ανάρτηση	1-5	3,40	1,44
Έκανα "Κλικ" για να διαβάσω περισσότερα	1-5	2,56	1,50
Κοινοποιούσα την ανάρτηση	1-5	1,57	1,09
Έβαζα "Μου αρέσει" στην ανάρτηση	1-5	1,36	0,91



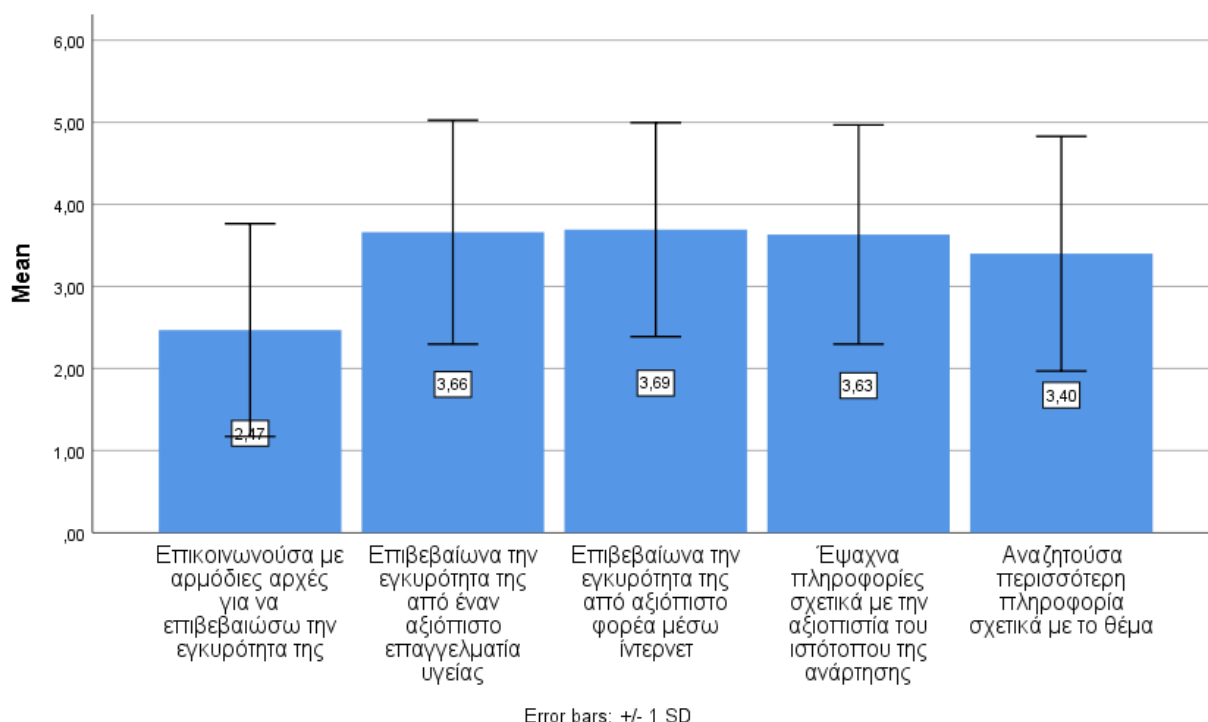
**Γράφημα 4.19: Προώθηση παραπληροφόρησης**

#### 4.1.4.3. Έλεγχος παραπληροφόρησης

Ο Πίνακας 4.10 (Γράφημα 4.20) παρουσιάζει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τον έλεγχο παραπληροφόρησης. Δήλωσαν ότι μάλλον συμφωνούν πως θα επιβεβαίωναν την εγκυρότητα μιας «παραπλανητικής ανάρτησης» από αξιόπιστο φορέα μέσω ίντερνετ ( $M.T.=3,69$ ,  $T.A.=1,30$ ) ή από έναν αξιόπιστο επαγγελματία υγείας ( $M.T.=3,66$ ,  $T.A.=1,36$ ) και ότι θα έψαχναν πληροφορίες σχετικά με την αξιοπιστία του ιστότοπου της ανάρτησης ( $M.T.=3,63$ ,  $T.A.=1,34$ ). Τάση συμφωνίας παρατηρήθηκε στην άποψη για αναζήτηση περισσότερης πληροφορίας για το θέμα ( $M.T.=3,40$ ,  $T.A.=1,43$ ).

**Πίνακας 4.10: Έλεγχος παραπληροφόρησης**

Ερώτηση	Εύρος	M.T.	T.A.
Επιβεβαίωνα την εγκυρότητα της από αξιόπιστο φορέα μέσω ίντερνετ	1-5	3,69	1,30
Επιβεβαίωνα την εγκυρότητα της από έναν αξιόπιστο επαγγελματία υγείας	1-5	3,66	1,36
Έψαχνα πληροφορίες σχετικά με την αξιοπιστία του ιστότοπου της ανάρτησης	1-5	3,63	1,34
Αναζητούσα περισσότερη πληροφορία σχετικά με το θέμα	1-5	3,40	1,43
Επικοινωνούσα με αρμόδιες αρχές για να επιβεβαιώσω την εγκυρότητα της	1-5	2,47	1,30



**Γράφημα 4.20: Έλεγχος παραπληροφόρησης**

#### 4.1.5. Στάση για την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται οι στάσεις των συμμετεχόντων για την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης. Οι απαντήσεις δόθηκαν σε κλίμακα Likert 1-5 (1=Διαφωνώ, 2=Μάλλον διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Μάλλον συμφωνώ, 5=Συμφωνώ).

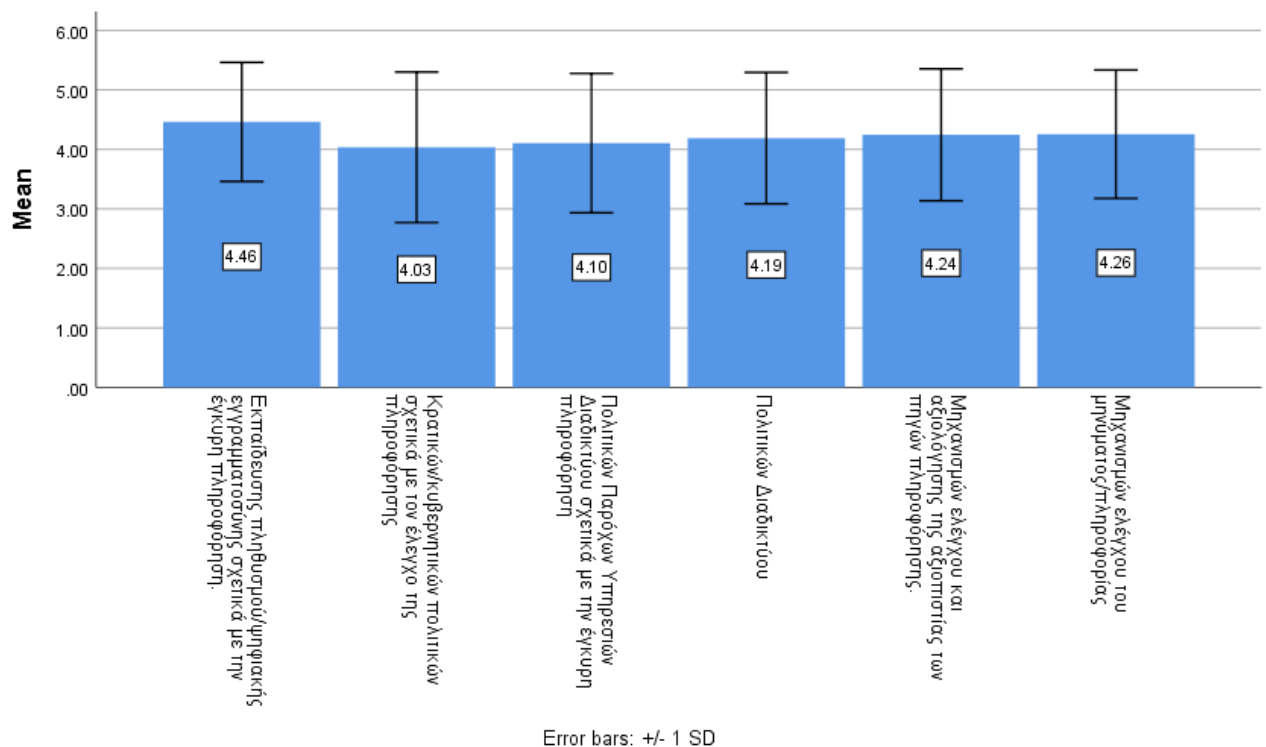
##### 4.1.5.1. Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης

Στον Πίνακα 4.11 (Γράφημα 4.21) συγκεντρώνονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης. Προκύπτει πως τείνουν να συμφωνήσουν ότι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας είναι η εκπαίδευση πληθυσμού σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση ( $M.T.=4,46$ ,  $T.A.=1,00$ ). Επίσης, μάλλον συμφωνούν ότι στην αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης θα ήταν πολύ χρήσιμοι οι μηχανισμοί ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας ( $M.T.=4,26$ ,  $T.A.=1,08$ ), οι μηχανισμοί ελέγχου και αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης ( $M.T.=4,24$ ,  $T.A.=1,11$ ), οι πολιτικές διαδικτύου ( $M.T.=4,19$ ,  $T.A.=1,10$ ), οι πολιτικές παρόχων υπηρεσιών διαδικτύου σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση ( $M.T.=4,10$ ,  $T.A.=1,17$ ) και οι κρατικές/κυβερνητικές πολιτικές σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης ( $M.T.=4,03$ ,  $T.A.=1,26$ ).



**Πίνακας 4.11: Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης**

Ερώτηση	Εύρος	M.T.	T.A.
Εκπαίδευσης πληθυσμού/ψηφιακής εγγραμματοσύνης σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση.	1-5	4,46	1,00
Μηχανισμών ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας	1-5	4,26	1,08
Μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης.	1-5	4,24	1,11
Πολιτικών Διαδικτύου	1-5	4,19	1,10
Πολιτικών Παρόχων Υπηρεσιών Διαδικτύου σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση	1-5	4,10	1,17
Κρατικών/κυβερνητικών πολιτικών σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης	1-5	4,03	1,26



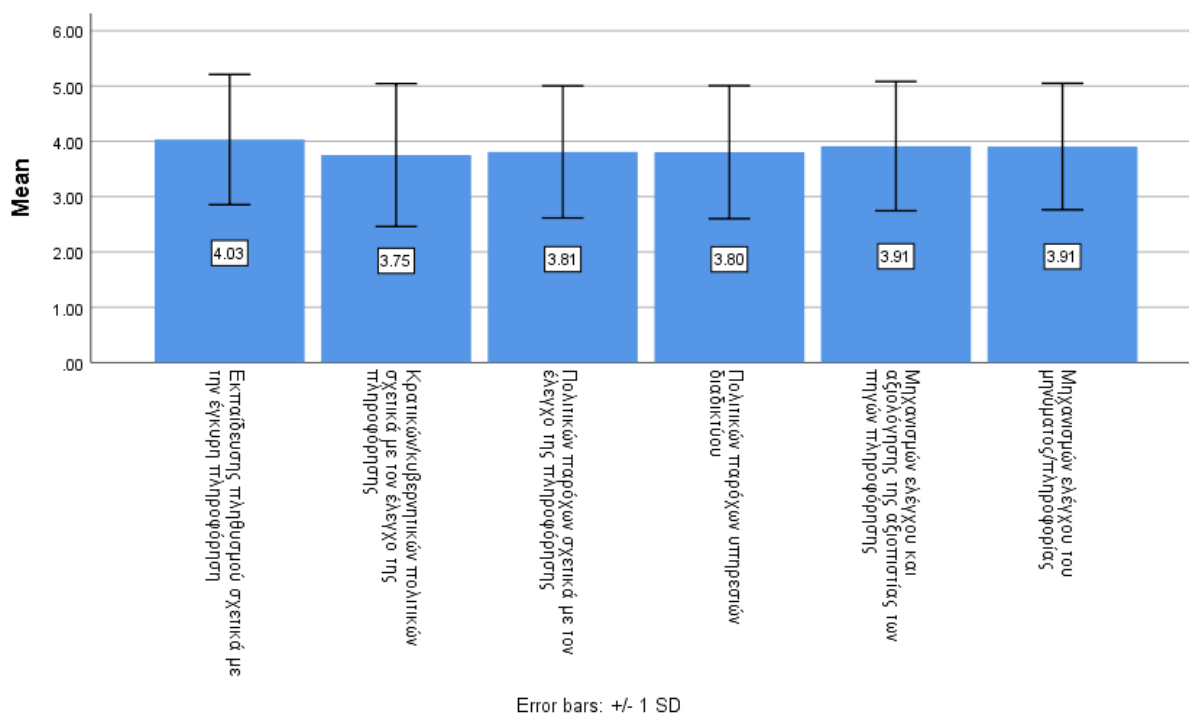
**Γράφημα 4.21: Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης**

#### 4.1.5.2. Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης

Στον Πίνακα 4.12 (Γράφημα 4.22) παρουσιάζονται οι απαντήσεις σχετικά με την δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα οι ερωτηθέντες μάλλον συμφωνούν ότι η ανάπτυξη είναι εφικτή στους τομείς όπως εκπαίδευση πληθυσμού σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση ( $M.T.=4,03$ ,  $T.A.=1,18$ ), μηχανισμοί ελέγχου και αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης ( $M.T.=3,91$ ,  $T.A.=1,17$ ), μηχανισμοί ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας ( $M.T.=3,91$ ,  $T.A.=1,14$ ), πολιτικές παρόχων σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης ( $M.T.=3,81$ ,  $T.A.=1,19$ ), πολιτικές παρόχων υπηρεσιών διαδικτύου ( $M.T.=3,80$ ,  $T.A.=1,20$ ) και κρατικές/κυβερνητικές πολιτικές σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης ( $M.T.=3,75$ ,  $T.A.=1,29$ ).

**Πίνακας 4.12: Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης**

Ερώτηση	Εύρος	Μ.Ο.	Τ.Α.
Εκπαίδευσης πληθυσμού σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση	1-5	4,03	1,18
Μηχανισμών ελέγχου και αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης	1-5	3,91	1,17
Μηχανισμών ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας	1-5	3,91	1,14
Πολιτικών παρόχων σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης	1-5	3,81	1,19
Πολιτικών παρόχων υπηρεσιών διαδικτύου	1-5	3,80	1,20
Κρατικών/κυβερνητικών πολιτικών σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης	1-5	3,75	1,29



**Γράφημα 4.22: Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης**

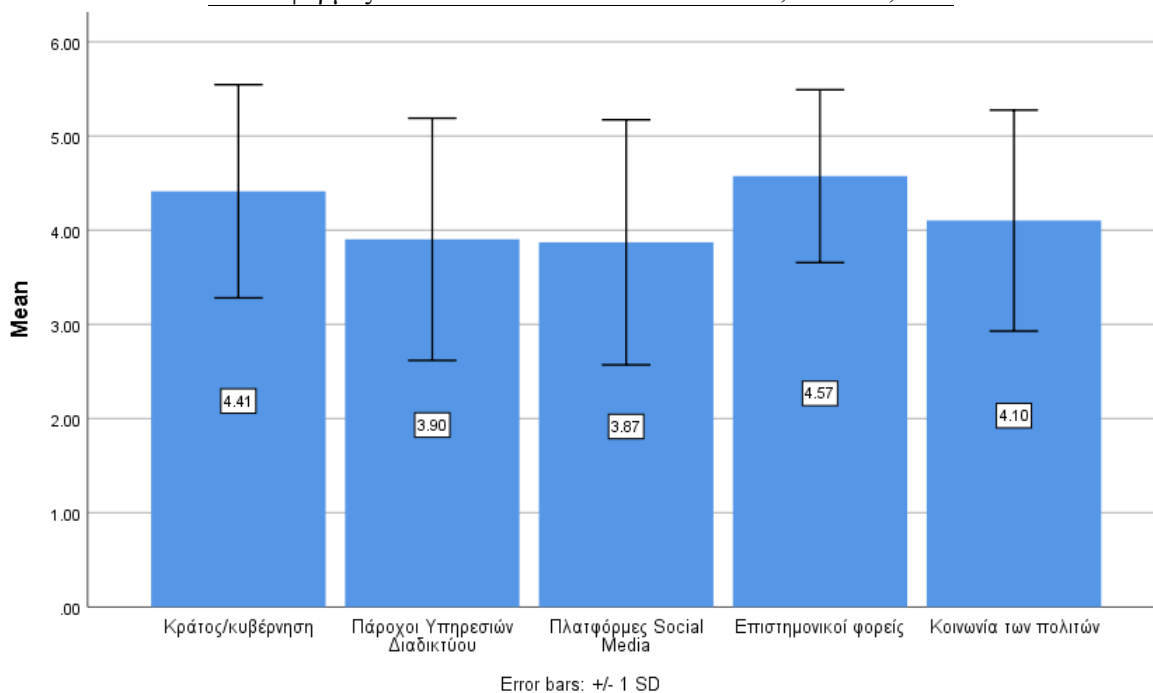
#### 4.1.5.3. Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων

Ο Πίνακας 4.13 (Γράφημα 4.23) συγκεντρώνει τις απαντήσεις των συμμετεχόντων για ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων σχετικά με την πληροφόρηση, την παραπληροφόρηση και διασπορά ψευδών ειδήσεων σε θέματα υγείας.

Προκύπτει ότι τείνουν να συμφωνήσουν πως σχετικές πρωτοβουλίες πρέπει να αναπτύξουν οι Επιστημονικοί φορείς ( $M.T.=4,57$ ,  $T.A.=0,92$ ) και το κράτος/κυβέρνηση ( $M.T.=4,41$ ,  $T.A.=1,13$ ). Ακόμη, μάλλον συμφωνούν πως πρέπει να το κάνουν και η Κοινωνία των Πολιτών ( $M.T.=4,10$ ,  $T.A.=1,17$ ), οι πάροχοι υπηρεσιών διαδικτύου ( $M.T.=3,90$ ,  $T.A.=1,29$ ) και τα ΜΚΔ ( $M.T.=3,87$ ,  $T.A.=1,30$ ).

**Πίνακας 4.13: Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων**

Ερώτηση	Εύρος	Μ.Τ.	Τ.Α.
Επιστημονικοί φορείς	1-5	4,57	0,92
Κράτος/κυβέρνηση	1-5	4,41	1,13
Κοινωνία των πολιτών	1-5	4,10	1,17
Πάροχοι Υπηρεσιών Διαδικτύου	1-5	3,90	1,29
Πλατφόρμες Social Media	1-5	3,87	1,30



**Γράφημα 4.23: Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων**

## 4.2 Επαγωγική στατιστική

### 4.2.1. Περιγραφικά παραγόντων και 95% δ. ε.

Ο Πίνακας 4.14 (Γράφημα 4.24) παρουσιάζει τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων και τα 95% δ.ε. Στους παράγοντες «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» (95% δ.ε.=[4,10, 4,33]), «Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων» (95% δ.ε.=[4,07, 4,27]) και «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» (95% δ.ε.=[3,75, 3,99]), παρατηρήθηκαν υψηλά επίπεδα. Επίσης, στον παράγοντα «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας» (95% δ.ε.=[3,49, 3,70]) προέκυψαν μέτρια προς υψηλά επίπεδα.

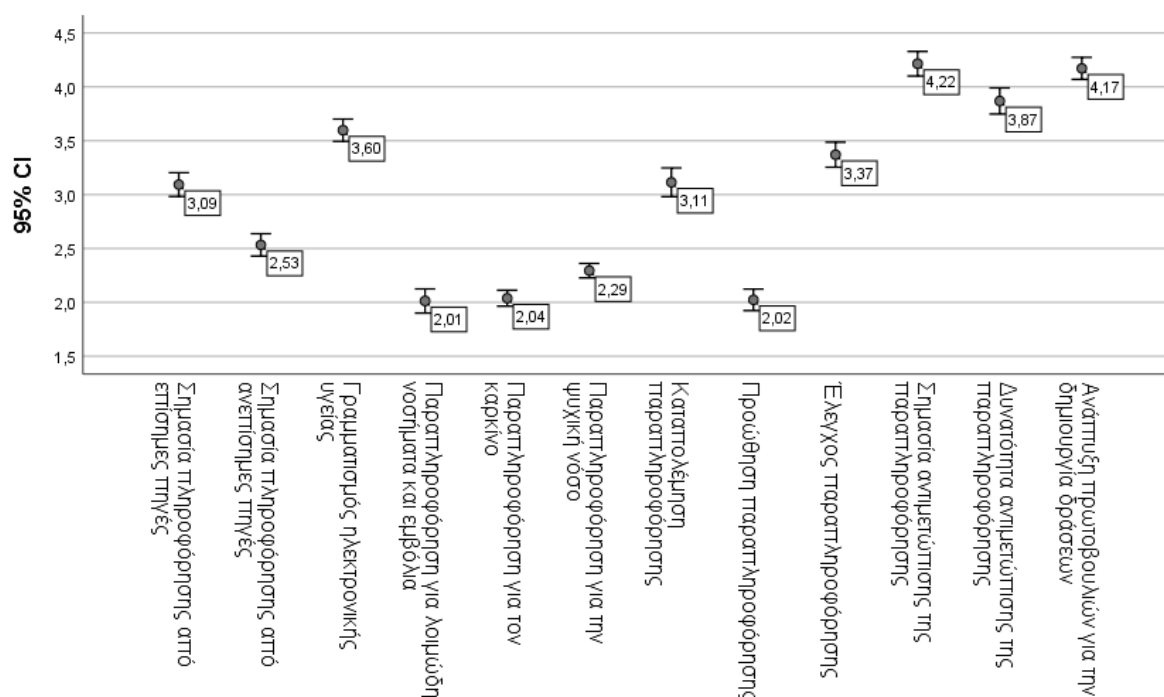
Μέτρια ήταν τα επίπεδα για τους παράγοντες «Έλεγχος παραπληροφόρησης» (95% δ.ε.=[3,26, 3,49]), «Καταπολέμηση παραπληροφόρησης» (95% δ.ε.=[2,98, 3,25]) και «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές» (95% δ.ε.=[2,98, 3,20]). Μέτρια προς

χαμηλά επίπεδα παρατηρήθηκαν στον παράγοντα «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές» (95% δ.ε.=[2,43, 2,64]).

Τέλος, στους παράγοντες «Παραπληροφόρηση για την ψυχική νόσο» (95% δ.ε.=[2,23, 2,36]), «Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο» (95% δ.ε.=[1,96, 2,11]), «Προώθηση παραπληροφόρησης» (95% δ.ε.=[1,92, 2,12]) και «Παραπληροφόρηση για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια» (95% δ.ε.=[1,90, 2,12]), τα επίπεδα ήταν χαμηλά.

**Πίνακας 4.14: Περιγραφικά παραγόντων και 95% δ. ε.**

Παράγοντες	Μ.Τ.	Τ.Α.	95% δ. ε.
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	3,09	0,95	[2,98, 3,20]
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	2,53	0,89	[2,43, 2,64]
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	3,60	0,89	[3,49, 3,70]
Παραπληροφόρηση για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια	2,01	0,96	[1,90, 2,12]
Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο	2,04	0,63	[1,96, 2,11]
Παραπληροφόρηση για την ψυχική νόσο	2,29	0,57	[2,23, 2,36]
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	3,11	1,15	[2,98, 3,25]
Προώθηση παραπληροφόρησης	2,02	0,86	[1,92, 2,12]
Έλεγχος παραπληροφόρησης	3,37	1,00	[3,26, 3,49]
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	4,22	0,98	[4,10, 4,33]
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	3,87	1,04	[3,75, 3,99]
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	4,17	0,88	[4,07, 4,27]



**Γράφημα 4.24: Περιγραφικά παραγόντων και 95% δ. ε**

#### 4.2.2. Έλεγχος κανονικότητας

Από τον Πίνακα 4.15 προκύπτει ότι η κανονικότητα απορρίφθηκε για όλους τους παράγοντες ( $p < 0,001$ ).

**Πίνακας 4.15: Έλεγχος κανονικότητας**

Παράγοντες	W (286)	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	0,979	<0,001
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	0,961	<0,001
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	0,971	<0,001
Παραπληροφόρηση για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια	0,875	<0,001
Παραπληροφόρηση για τον καρκίνο	0,959	<0,001
Παραπληροφόρηση για την ψυχική νόσο	0,918	<0,001
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	0,954	<0,001
Προώθηση παραπληροφόρησης	0,916	<0,001
Έλεγχος παραπληροφόρησης	0,946	<0,001
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	0,791	<0,001
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	0,899	<0,001
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	0,854	<0,001

#### 4.2.3. Συσχετίσεις παραγόντων

Ο Πίνακας 4.16 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των παραγόντων. Προκύπτει ότι:

- ❖ Οι τρεις παράγοντες της παραπληροφόρησης α)για λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια, β)για τον καρκίνο και γ)για την ψυχική υγεία/νόσο συσχετίζονται έντονα, συνεπώς είναι επιτρεπτό να μελετηθεί η Παραπληροφόρηση ως μία ενιαία διάσταση. Η αξιοπιστία των τριών παραγόντων είναι υψηλή ( $\alpha = 0,846$ ).
- ❖ Η παραπληροφόρηση σχετίζεται θετικά με την προώθηση της και με την σημασία πληροφόρησης από ανεπίσημες πηγές αρνητικά με τους υπόλοιπους παράγοντες.
- ❖ Οι παράγοντες «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές», «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας», «Καταπολέμηση παραπληροφόρησης», «Έλεγχος παραπληροφόρησης», «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης», «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» και «Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων» σχετίζονται θετικά μεταξύ τους.

**Πίνακας 4.16: Συσχέτιση των παραγόντων**

Παράγοντες	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Σημασία πληροφόρησης από επίσημες πηγές	1								
2.Σημασία πληροφόρησης από ανεπίσημες πηγές	0,059	1							
3.Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	,275**	0,105	1						
4.Παραπληροφόρηση	-,381**	,208**	-,299**	1					
5.Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	,184**	-0,042	,151*	-,207**	1				
6.Πρώθηση παραπληροφόρησης	-,132*	,162**	-0,006	,241**	0,113	1			
7.Έλεγχος παραπληροφόρησης	,261**	-0,023	,120*	-,143*	,524**	0,106	1		
8.Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	,296**	-,129*	,137*	-,295**	,355**	-,221**	,378**	1	
9.Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	,237**	-0,042	,182**	-,157**	,301**	-,134*	,378**	,580**	1
10.Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	,314**	0,094	,152*	-,155**	,306**	-0,023	,447**	,466**	,438**

\*\*p<0,01, \*p<0,05

#### 4.2.4. Επίδραση δημογραφικών και επαγγελματικών στοιχείων στους παράγοντες

##### 4.2.4.1. Φύλο

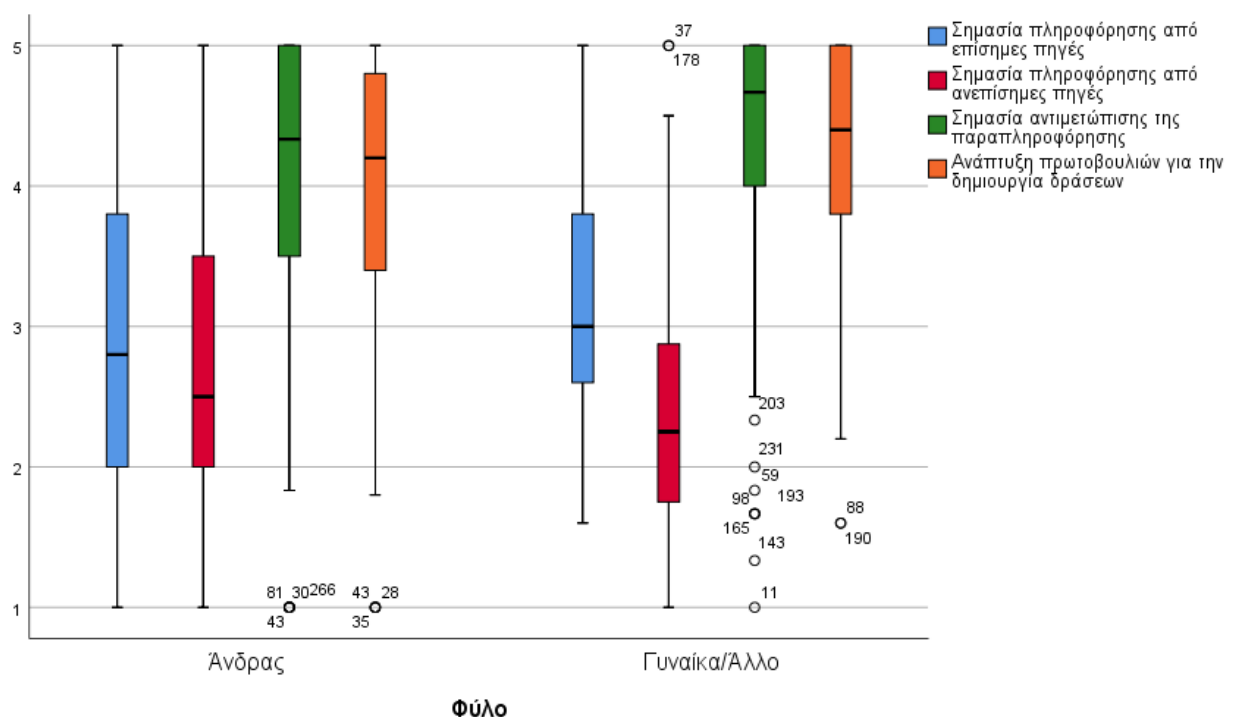
Ο Πίνακας 4.17 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των συγκρίσεων των παραγόντων ως προς το φύλο.

**Πίνακας 4.17: Σύγκριση παραγόντων ως προς το φύλο**

Παράγοντες	Φύλο	N	M.B.	U	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	Άνδρας	106	124,59	7536	<b>0,003</b>
	Γυναίκα/Άλλο	180	154,63		
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	Άνδρας	106	159,50	7844,5	<b>0,012</b>
	Γυναίκα/Άλλο	180	134,08		
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	Άνδρας	106	141,89	9369	0,800
	Γυναίκα/Άλλο	180	144,45		
Παραπληροφόρηση	Άνδρας	106	137,63	8917,5	0,357
	Γυναίκα/Άλλο	180	146,96		
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	Άνδρας	106	142,80	9466	0,912
	Γυναίκα/Άλλο	180	143,91		
Πρώθηση παραπληροφόρησης	Άνδρας	106	151,51	8690,5	0,205
	Γυναίκα/Άλλο	180	138,78		
Έλεγχος παραπληροφόρησης	Άνδρας	106	138,45	9005	0,427
	Γυναίκα/Άλλο	180	146,47		
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Άνδρας	106	129,62	8068,5	<b>0,025</b>
	Γυναίκα/Άλλο	180	151,68		
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Άνδρας	106	143,00	9487	0,937
	Γυναίκα/Άλλο	180	143,79		
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	Άνδρας	106	129,74	8081,5	<b>0,029</b>
	Γυναίκα/Άλλο	180	151,60		

U το στατιστικό του Mann Whitney,  
M.B.=Μέσος βαθμός

Προκύπτει ότι οι άντρες εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα στους παράγοντες «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές» (*Μέσος βαθμός Γυναίκα/Άλλο=154,63 vs Μέσος βαθμός Άνδρας=124,59,  $p=0,003$* ), «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» (*Μέσος βαθμός Γυναίκα/Άλλο=151,68 vs Μέσος βαθμός Άνδρας=129,62,  $p=0,025$* ) και «Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων» (*Μέσος βαθμός Γυναίκα/Άλλο=151,60 vs Μέσος βαθμός Άνδρας=129,74,  $p=0,029$* ) ενώ υψηλότερα επίπεδα παρουσίασαν στον παράγοντα «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές» (*Μέσος βαθμός Γυναίκα/Άλλο=134,08 vs Μέσος βαθμός Άνδρας=159,50,  $p=0,012$* ) (Πίνακας 4.17, Γράφημα 4.25).



**Γράφημα 4.25: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο**

#### 4.2.4.2. Ηλικία

Στον Πίνακα 4.18 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των παραγόντων με την ηλικία η οποία συσχετίστηκε θετικά με την «Καταπολέμηση παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,165, p<0,01$ ), τον «Έλεγχο παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,127, p<0,05$ ), την «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,134, p<0,05$ ) και την «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,143, p<0,05$ ).

**Πίνακας 4.18: Συσχετίσεις παραγόντων με την ηλικία**

Παράγοντες	Ηλικία
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	-0,047
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	0,058
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	0,009
Παραπληροφόρηση	-0,035
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	,165**
Προώθηση παραπληροφόρησης	0,021
Έλεγχος παραπληροφόρησης	,127*
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	,134*
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	,143*
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	0,000

\*\*p<0,01, \*p<0,05

#### 4.2.4.3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

Στον Πίνακα 4.19 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης των παραγόντων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμών παρατηρήθηκαν στους παράγοντες «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές» ( $H(4)=46,969, p<0,001$ ), «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές» ( $H(4)=17,140, p=0,002$ ), «Παραπληροφόρηση» ( $H(4)=52,856, p<0,001$ ), «Προώθηση παραπληροφόρησης» ( $H(4)=24,519, p<0,001$ ), «Έλεγχος παραπληροφόρησης» ( $H(4)=21,376, p<0,001$ ), «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $H(4)=29,485, p<0,001$ ), «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $H(4)=9,754, p=0,001$ ) και «Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων» ( $H(4)=31,800, p<0,001$ ).



**Πίνακας 4.19: Σύγκριση παραγόντων ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο**

Παράγοντες	Εκπαιδευτικό επίπεδο	N	M.B.	H (4)	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	Γυμνάσιο	11	14,91	46,969	<0,001
	Λύκειο	44	112,73		
	TEI/AEI	114	145,14		
	MSc	94	156,53		
	PhD	23	202,46		
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	Γυμνάσιο	11	211,45	17,140	0,002
	Λύκειο	44	154,65		
	TEI/AEI	114	153,53		
	MSc	94	123,45		
	PhD	23	121,91		
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	Γυμνάσιο	11	119,86	8,767	0,067
	Λύκειο	44	121,00		
	TEI/AEI	114	149,74		
	MSc	94	140,95		
	PhD	23	177,35		
Παραπληροφόρηση	Γυμνάσιο	11	276,91	52,856	<0,001
	Λύκειο	44	167,03		
	TEI/AEI	114	147,19		
	MSc	94	130,32		
	PhD	23	70,22		
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	Γυμνάσιο	11	88,32	6,881	0,142
	Λύκειο	44	160,08		
	TEI/AEI	114	142,49		
	MSc	94	141,96		
	PhD	23	149,50		
Πρώθηση παραπληροφόρησης	Γυμνάσιο	11	262,18	24,519	<0,001
	Λύκειο	44	146,43		
	TEI/AEI	114	137,85		
	MSc	94	138,27		
	PhD	23	130,50		
Έλεγχος παραπληροφόρησης	Γυμνάσιο	11	38,91	21,376	<0,001
	Λύκειο	44	162,44		
	TEI/AEI	114	150,29		
	MSc	94	137,37		
	PhD	23	148,67		
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Γυμνάσιο	11	17,41	29,485	<0,001
	Λύκειο	44	148,93		
	TEI/AEI	114	153,23		
	MSc	94	141,37		
	PhD	23	153,89		
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Γυμνάσιο	11	38,36	19,754	0,001
	Λύκειο	44	141,11		
	TEI/AEI	114	151,89		
	MSc	94	143,93		
	PhD	23	155,00		
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	Γυμνάσιο	11	18,05	31,800	<0,001
	Λύκειο	44	141,19		
	TEI/AEI	114	155,48		
	MSc	94	137,77		
	PhD	23	171,98		

Η το στατιστικό του Kruskal Wallis,  
M.B.=Μέσος βαθμός

Από τους Πίνακες 4.19, 4.20 (Γράφημα 4.26), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές», τα επίπεδα των αποφοίτων γυμνασίου

(Μέσος βαθμός=14,91) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των αποφοίτων λυκείου (Μέσος βαθμός=112,73,  $p<0,001$ ), των πτυχιούχων ΤΕΙ/ΑΕΙ (Μέσος βαθμός=145,14,  $p<0,001$ ) και των κατόχων μεταπτυχιακού (Μέσος βαθμός=156,53,  $p<0,001$ ) ή διδακτορικού τίτλου σπουδών (Μέσος βαθμός=202,46,  $p<0,001$ ). Επίσης, προκύπτει ότι τα επίπεδα των αποφοίτων λυκείου (Μέσος βαθμός=112,73) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των ατόμων που είναι πτυχιούχοι ΤΕΙ/ΑΕΙ (Μέσος βαθμός=145,14,  $p=0,027$ ), των κατόχων μεταπτυχιακού (Μέσος βαθμός=156,53,  $p=0,004$ ) ή διδακτορικού τίτλου σπουδών (Μέσος βαθμός=202,46,  $p<0,001$ ). Τέλος, τα επίπεδα κατόχων διδακτορικού (Μέσος βαθμός=202,46) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των πτυχιούχων ΤΕΙ/ΑΕΙ (Μέσος βαθμός=145,14,  $p=0,002$ ) και των κατόχων μεταπτυχιακού (Μέσος βαθμός=156,53,  $p=0,017$ ).

**Πίνακας 4.20: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές»\* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Γυμνάσιο-Λύκειο	-97,818	<0,001
Γυμνάσιο-ΤΕΙ/ΑΕΙ	-130,236	<0,001
Γυμνάσιο-MSc	-141,623	<0,001
Γυμνάσιο-PhD	-187,547	<0,001
Λύκειο-ΤΕΙ/ΑΕΙ	-32,417	0,027
Λύκειο-MSc	-43,805	0,004
Λύκειο-PhD	-89,729	<0,001
ΤΕΙ/ΑΕΙ-MSc	-11,387	0,322
ΤΕΙ/ΑΕΙ-PhD	-57,312	0,002
MSc-PhD	-45,925	0,017

Από τους Πίνακες 4.19, 4.21 (Γράφημα 4.26), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές», τα επίπεδα των αποφοίτων γυμνασίου (Μέσος βαθμός=211,45) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των αποφοίτων λυκείου (Μέσος βαθμός=154,64,  $p=0,041$ ), ΤΕΙ/ΑΕΙ (Μέσος βαθμός=153,53,  $p=0,026$ ) των κατόχων μεταπτυχιακού (Μέσος βαθμός=123,45,  $p=0,001$ ) και διδακτορικού (Μέσος βαθμός=121,91,  $p=0,003$ ). Επιπλέον, τα επίπεδα των κατόχων μεταπτυχιακού (Μέσος βαθμός=123,95) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των αποφοίτων ΤΕΙ/ΑΕΙ (Μέσος βαθμός=153,53,  $p=0,009$ ) και λυκείου (Μέσος βαθμός=154,65,  $p=0,038$ )

**Πίνακας 4.21: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές»\* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
PhD-MSc	1,534	0,936
PhD-TEI/AEI	31,618	0,093
PhD-Λύκειο	32,735	0,122
PhD-Γυμνάσιο	89,542	<b>0,003</b>
MSc-TEI/AEI	30,084	<b>0,009</b>
MSc-Λύκειο	31,201	<b>0,038</b>
MSc-Γυμνάσιο	88,008	<b>0,001</b>
TEI/AEI-Λύκειο	1,117	0,939
TEI/AEI-Γυμνάσιο	57,924	<b>0,026</b>
Λύκειο-Γυμνάσιο	56,807	<b>0,041</b>

Από τους Πίνακες 4.19, 4.22 (Γράφημα 4.26), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Παραπληροφόρηση» τα επίπεδα των κατόχων διδακτορικού τίτλου σπουδών (Μέσος βαθμός=70,22) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των κατόχων μεταπτυχιακού (Μέσος βαθμός=130,32,  $p=0,002$ ), των αποφοίτων γυμνασίου (Μέσος βαθμός=276,91,  $p<0,001$ ) και λυκείου (Μέσος βαθμός=167,03,  $p<0,001$ ) και των πτυχιούχων TEI/AEI (Μέσος βαθμός=147,19,  $p<0,001$ ). Επίσης, τα επίπεδα των κατόχων μεταπτυχιακού (Μέσος βαθμός=130,32) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των αποφοίτων γυμνασίου (Μέσος βαθμός=276,91,  $p<0,001$ ) και λυκείου (Μέσος βαθμός=167,03,  $p=0,015$ ). Τέλος, τα επίπεδα των αποφοίτων γυμνασίου (Μέσος βαθμός=276,91) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των πτυχιούχων TEI/AEI (Μέσος βαθμός=147,19,  $p<0,001$ ) και αποφοίτων λυκείου (Μέσος βαθμός=167,03,  $p<0,001$ ).

**Πίνακας 4.22: «Παραπληροφόρηση»\* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
PhD-MSc	60,107	<b>0,002</b>
PhD-TEI/AEI	76,976	<b>&lt;0,001</b>
PhD-Λύκειο	96,817	<b>&lt;0,001</b>
PhD-Γυμνάσιο	206,692	<b>&lt;0,001</b>
MSc-TEI/AEI	16,869	0,143
MSc-Λύκειο	36,710	<b>0,015</b>
MSc-Γυμνάσιο	146,585	<b>&lt;0,001</b>
TEI/AEI-Λύκειο	19,841	0,176
TEI/AEI-Γυμνάσιο	129,716	<b>&lt;0,001</b>
Λύκειο-Γυμνάσιο	109,875	<b>&lt;0,001</b>

Από τους Πίνακες 4.19, 4.23 (Γράφημα 4.26), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Προώθηση παραπληροφόρησης», τα επίπεδα των αποφοίτων γυμνασίου (Μέσος βαθμός=262,18) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των αποφοίτων λυκείου (Μέσος βαθμός=146,43,

$p<0,001$ ), πτυχιούχων TEI/AEI (Μέσος βαθμός=137,85,  $p<0,001$ ) και κατόχων μεταπτυχιακού (Μέσος βαθμός=138,27,  $p<0,001$ ) ή διδακτορικού τίτλου σπουδών (Μέσος βαθμός=130,50,  $p<0,001$ ).

**Πίνακας 4.23: «Προώθηση παραπληροφόρησης»\* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
PhD-TEI/AEI	7,351	0,695
PhD-MSc	7,771	0,684
PhD-Λύκειο	15,932	0,451
PhD-Γυμνάσιο	131,682	<b>&lt;0,001</b>
TEI/AEI-MSc	-0,420	0,971
TEI/AEI-Λύκειο	8,581	0,556
TEI/AEI-Γυμνάσιο	124,331	<b>&lt;0,001</b>
MSc-Λύκειο	8,161	0,586
MSc-Γυμνάσιο	123,911	<b>&lt;0,001</b>
Λύκειο-Γυμνάσιο	115,750	<b>&lt;0,001</b>

Από τους Πίνακες 4.19, 4.24 (Γράφημα 4.26), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Έλεγχος παραπληροφόρησης» τα επίπεδα των ατόμων που έχουν τελειώσει γυμνάσιο (Μέσος βαθμός=38,91) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των ατόμων που τελείωσαν λύκειο (Μέσος βαθμός=162,44,  $p<0,001$ ), έχουν πτυχίο TEI/AEI (Μέσος βαθμός=150,29,  $p<0,001$ ) και κατέχουν μεταπτυχιακό (Μέσος βαθμός=137,27,  $p<0,001$ ) ή διδακτορικό τίτλο σπουδών (Μέσος βαθμός=148,67,  $p<0,001$ ).

**Πίνακας 4.24: «Έλεγχος παραπληροφόρησης»\* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Γυμνάσιο-MSc	-98,463	<b>&lt;0,001</b>
Γυμνάσιο-PhD	-109,765	<b>&lt;0,001</b>
Γυμνάσιο-TEI/AEI	-111,380	<b>&lt;0,001</b>
Γυμνάσιο-Λύκειο	-123,534	<b>&lt;0,001</b>
MSc-PhD	-11,302	0,556
MSc-TEI/AEI	12,917	0,261
MSc-Λύκειο	25,071	0,096
PhD-TEI/AEI	1,616	0,932
PhD-Λύκειο	13,769	0,517
TEI/AEI-Λύκειο	12,154	0,407

Από τους Πίνακες 4.19, 4.25 (Γράφημα 4.26), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» τα επίπεδα των αποφοίτων γυμνασίου (Μέσος βαθμός=17,41) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των αποφοίτων λυκείου (Μέσος βαθμός=148,93,  $p<0,001$ ), πτυχιούχων TEI/AEI (Μέσος βαθμός=153,23,  $p<0,001$ ), κατόχων

μεταπτυχιακού (Μέσος βαθμός=141,37,  $p<0,001$ ) ή διδακτορικού τίτλου (Μέσος βαθμός=153,89,  $p<0,001$ ).

**Πίνακας 4.25: «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»\* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Γυμνάσιο-MSc	-123,963	<0,001
Γυμνάσιο-Λύκειο	-131,523	<0,001
Γυμνάσιο-TEI/AEI	-135,819	<0,001
Γυμνάσιο-PhD	-136,482	<0,001
MSc-Λύκειο	7,559	0,606
MSc-TEI/AEI	11,856	0,289
MSc-PhD	-12,519	0,502
Λύκειο-TEI/AEI	-4,296	0,763
Λύκειο-PhD	-4,959	0,810
TEI/AEI-PhD	-0,663	0,971

Από τους Πίνακες 4.19, 4.26 (Γράφημα 4.26), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης», τα επίπεδα των αποφοίτων γυμνασίου (Μέσος βαθμός=38,36) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των αποφοίτων Λυκείου (Μέσος βαθμός=141,11,  $p<0,001$ ), αποφοίτων TEI/AEI (Μέσος βαθμός=151,89,  $p<0,001$ ) και αυτών που έχουν κάνει μεταπτυχιακό (Μέσος βαθμός=143,93,  $p<0,001$ ) ή διδακτορικό (Μέσος βαθμός=155,00,  $p<0,001$ ).

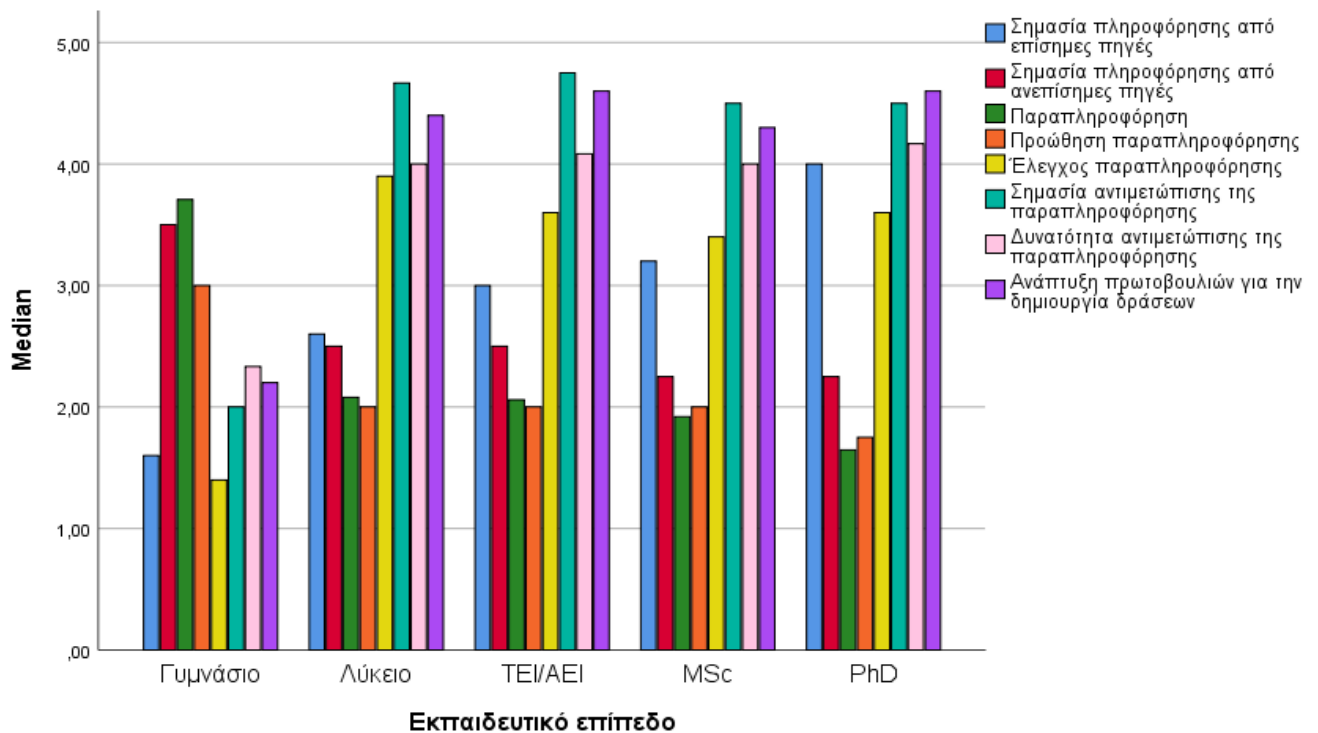
**Πίνακας 4.26: «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»\* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Γυμνάσιο-Λύκειο	-102,750	<0,001
Γυμνάσιο-MSc	-105,562	<0,001
Γυμνάσιο-TEI/AEI	-113,531	<0,001
Γυμνάσιο-PhD	-116,636	<0,001
Λύκειο-MSc	-2,812	0,851
Λύκειο-TEI/AEI	-10,781	0,459
Λύκειο-PhD	-13,886	0,511
MSc-TEI/AEI	7,969	0,486
MSc-PhD	-11,074	0,562
TEI/AEI-PhD	-3,105	0,868

Από τους Πίνακες 4.19, 4.26 (Γράφημα 4.26), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων» τα επίπεδα των αποφοίτων γυμνασίου (Μέσος βαθμός=18,05) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των αποφοίτων λυκείου (Μέσος βαθμός=141,19,  $p<0,001$ ), των πτυχιούχων TEI/AEI (Μέσος βαθμός=155,48,  $p<0,001$ ) και αυτών που κατέχουν μεταπτυχιακό (Μέσος βαθμός=137,77,  $p<0,001$ ) ή διδακτορικό τίτλο σπουδών (Μέσος βαθμός=171,98,  $p<0,001$ ).

**Πίνακας 4.27: «Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων»\* Εκπαιδευτικό επίπεδο, Post Hoc Bonferroni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Γυμνάσιο-MSc	-119,721	<0,001
Γυμνάσιο-Λύκειο	-123,148	<0,001
Γυμνάσιο-TEI/AEI	-137,433	<0,001
Γυμνάσιο-PhD	-153,933	<0,001
MSc-Λύκειο	3,427	0,818
MSc-TEI/AEI	17,712	0,119
MSc-PhD	-34,212	0,071
Λύκειο-TEI/AEI	-14,285	0,324
Λύκειο-PhD	-30,785	0,142
TEI/AEI-PhD	-16,500	0,376



**Γράφημα 4.26: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο**

#### 4.2.4.4.Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας

Ο Πίνακας 4.26 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της σύγκρισης των παραγόντων ως προς το γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας. Προκύπτει ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων βαθμών στους παράγοντες «Παραπληροφόρηση» ( $H(6)=18,910$ ,  $p=0,004$ ), «Προώθηση παραπληροφόρησης» ( $H(6)=12,980$ ,  $p=0,043$ ) και «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $H(6)=15,171$ ,  $p=0,019$ ).

**Πίνακας 4.28: Σύγκριση παραγόντων ως προς το γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας**

Παράγοντες	Γεωγραφικό Διαμέρισμα	N	M.B.	H (6)	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	Στερεά Ελλάδα	99	146,81	7,641	0,266
	Πελοπόννησος	18	108,58		
	Ήπειρος/Θεσσαλία	15	148,60		
	Μακεδονία/Θράκη	97	137,61		
	Νησιά Αιγαίου-Ιονίου	16	182,59		
	Κρήτη	31	146,89		
	Εκτός Ελλάδας	10	150,05		
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	Στερεά Ελλάδα	99	137,45	7,314	0,293
	Πελοπόννησος	18	161,61		
	Ήπειρος/Θεσσαλία	15	148,03		
	Μακεδονία/Θράκη	97	153,06		
	Νησιά Αιγαίου-Ιονίου	16	120,44		
	Κρήτη	31	122,55		
	Εκτός Ελλάδας	10	173,15		
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	Στερεά Ελλάδα	99	145,45	10,280	0,113
	Πελοπόννησος	18	155,92		
	Ήπειρος/Θεσσαλία	15	173,93		
	Μακεδονία/Θράκη	97	139,66		
	Νησιά Αιγαίου-Ιονίου	16	148,00		
	Κρήτη	31	111,05		
	Εκτός Ελλάδας	10	186,75		
Παραπληροφόρηση	Στερεά Ελλάδα	99	133,74	18,910	<b>0,004</b>
	Πελοπόννησος	18	182,42		
	Ήπειρος/Θεσσαλία	15	123,93		
	Μακεδονία/Θράκη	97	158,95		
	Νησιά Αιγαίου-Ιονίου	16	95,91		
	Κρήτη	31	153,68		
	Εκτός Ελλάδας	10	94,20		
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	Στερεά Ελλάδα	99	151,23	6,285	0,392
	Πελοπόννησος	18	135,42		
	Ήπειρος/Θεσσαλία	15	140,60		
	Μακεδονία/Θράκη	97	138,78		
	Νησιά Αιγαίου-Ιονίου	16	163,00		
	Κρήτη	31	146,37		
	Εκτός Ελλάδας	10	91,55		
Πρώθηση παραπληροφόρησης	Στερεά Ελλάδα	99	127,93	12,980	<b>0,043</b>
	Πελοπόννησος	18	191,61		
	Ήπειρος/Θεσσαλία	15	148,63		
	Μακεδονία/Θράκη	97	152,86		
	Νησιά Αιγαίου-Ιονίου	16	123,22		
	Κρήτη	31	150,97		
	Εκτός Ελλάδας	10	121,80		
Έλεγχος παραπληροφόρησης	Στερεά Ελλάδα	99	160,20	12,218	0,057
	Πελοπόννησος	18	114,25		
	Ήπειρος/Θεσσαλία	15	126,63		
	Μακεδονία/Θράκη	97	135,65		
	Νησιά Αιγαίου-Ιονίου	16	146,19		
	Κρήτη	31	154,85		
	Εκτός Ελλάδας	10	92,70		
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Στερεά Ελλάδα	99	163,70	15,171	<b>0,019</b>
	Πελοπόννησος	18	107,67		
	Ήπειρος/Θεσσαλία	15	136,90		
	Μακεδονία/Θράκη	97	127,36		
	Νησιά Αιγαίου-Ιονίου	16	160,38		
	Κρήτη	31	149,84		
	Εκτός Ελλάδας	10	127,80		
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Στερεά Ελλάδα	99	156,70	11,593	0,072
	Πελοπόννησος	18	110,08		
	Ήπειρος/Θεσσαλία	15	124,47		
	Μακεδονία/Θράκη	97	130,09		
	Νησιά Αιγαίου-Ιονίου	16	172,28		
	Κρήτη	31	152,47		
	Εκτός Ελλάδας	10	157,75		
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	Στερεά Ελλάδα	99	153,64	11,403	0,077
	Πελοπόννησος	18	100,22		
	Ήπειρος/Θεσσαλία	15	130,17		
	Μακεδονία/Θράκη	97	137,33		
	Νησιά Αιγαίου-Ιονίου	16	135,97		
	Κρήτη	31	170,52		
	Εκτός Ελλάδας	10	129,20		

Η το στατιστικό του Kruskal Wallis,  
M.B.=Μέσος βαθμός



Από τους Πίνακες 4.28, 4.29 (Γράφημα 4.27), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Παραπληροφόρηση», τα επίπεδα των ατόμων που μένουν εκτός Ελλάδας (Μέσος βαθμός=94,20) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα αυτών που κατοικούν στην Κρήτη (Μέσος βαθμός=153,68,  $p=0,048$ ), στη Μακεδονία/Θράκη (Μέσος βαθμός=158,95,  $p=0,018$ ) και στην Πελοπόννησο (Μέσος βαθμός=182,42,  $p=0,007$ ). Επιπλέον, τα επίπεδα κατοίκων Νησιών Ελλάδας-Ιονίου είναι στατιστικά μικρότερα από τον αντίστοιχα αυτών που μένουν στην Κρήτη (Μέσος βαθμός=153,68,  $p=0,023$ ), στη Μακεδονία/Θράκη (Μέσος βαθμός=158,95,  $p=0,005$ ) και στην Πελοπόννησο (Μέσος βαθμός=182,42,  $p=0,002$ ). Τέλος, τα επίπεδα των κατοίκων Στερεάς Ελλάδας είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα αυτών που μένουν στη Μακεδονία/Θράκη (Μέσος βαθμός=158,95,  $p=0,033$ ) και στην Πελοπόννησο (Μέσος βαθμός=182,42,  $p=0,022$ ).

**Πίνακας 4.29: «Παραπληροφόρηση»\* Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Εκτός Ελλάδας-Κρήτη	59,477	<b>0,048</b>
Εκτός Ελλάδας-Μακεδονία/Θράκη	64,748	<b>0,018</b>
Εκτός Ελλάδας-Πελοπόννησος	88,217	<b>0,007</b>
Νησιά Αιγαίου-Ιονίου-Κρήτη	-57,771	<b>0,023</b>
Νησιά Αιγαίου-Ιονίου-Μακεδονία/Θράκη	63,042	<b>0,005</b>
Νησιά Αιγαίου-Ιονίου-Πελοπόννησος	86,510	<b>0,002</b>
Ήπειρος/Θεσσαλία-Πελοπόννησος	58,483	<b>0,043</b>
Στερεά Ελλάδα-Μακεδονία/Θράκη	-25,211	<b>0,033</b>
Στερεά Ελλάδα-Πελοπόννησος	-48,679	<b>0,022</b>

Από τους Πίνακες 4.28, 4.30 (Γράφημα 4.27), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Προώθηση παραπληροφόρησης», τα επίπεδα των κατοίκων Πελοποννήσου (Μέσος βαθμός=191,61) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα αυτών που μένουν στη Στερεά Ελλάδα (Μέσος βαθμός=127,93,  $p=0,002$ ), στα Νησιά Αιγαίου-Ιονίου (Μέσος βαθμός=123,22,  $p=0,015$ ) και εκτός Ελλάδας (Μέσος βαθμός=121,80,  $p=0,031$ ). Ακόμη, τα επίπεδα των κατοίκων της Στερεάς Ελλάδας είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των κατοίκων Μακεδονίας/Θράκης (Μέσος βαθμός Στερεά Ελλάδα =127,93 vs Μέσος βαθμός Μακεδονία/Θράκη=152,86,  $p=0,034$ ).



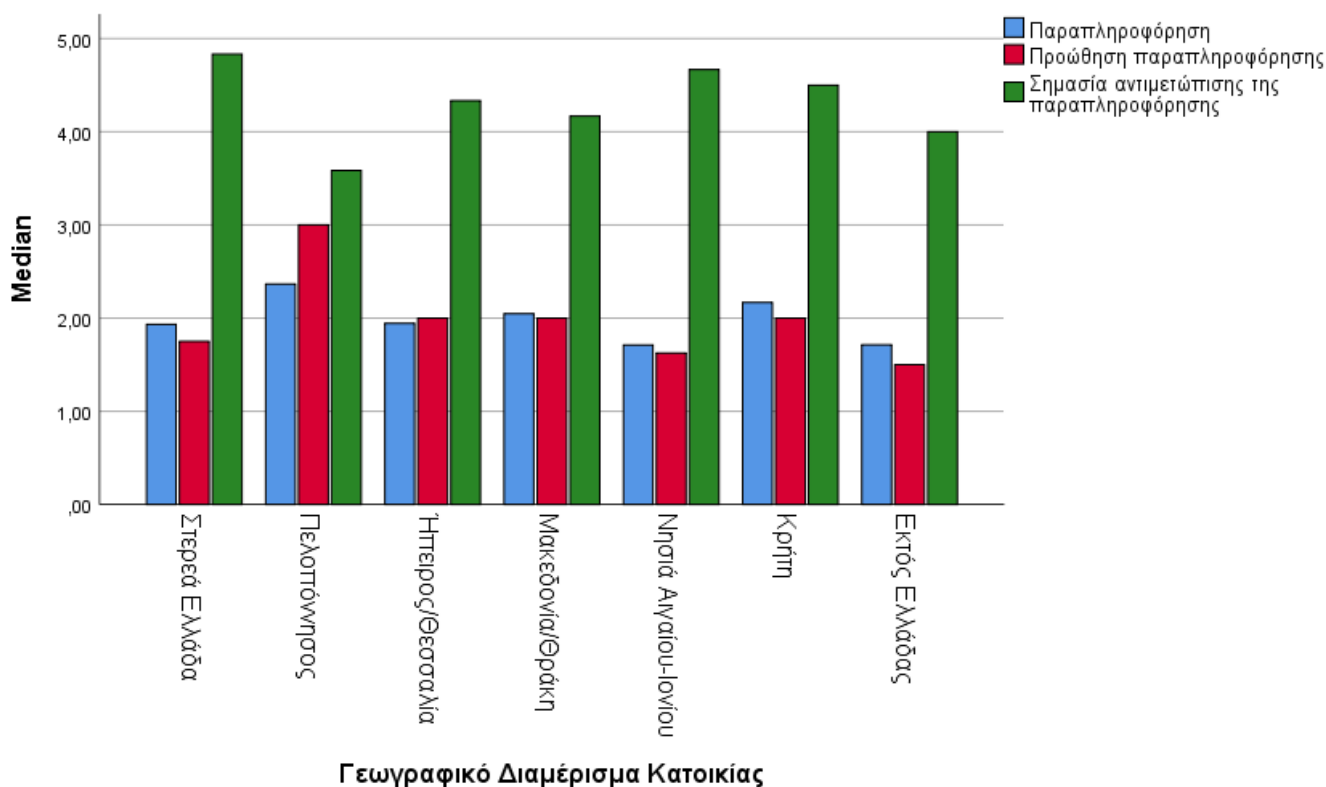
**Πίνακας 4.30: «Πρώθηση παραπληροφόρησης»\* Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας , Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Εκτός Ελλάδας-Πελοπόννησος	69,811	<b>0,031</b>
Νησιά Αιγαίου-Ιονίου-Πελοπόννησος	68,392	<b>0,015</b>
Στερεά Ελλάδα-Μακεδονία/Θράκη	-24,926	<b>0,034</b>
Στερεά Ελλάδα-Πελοπόννησος	-63,677	<b>0,002</b>

Από τους Πίνακες 4.28, 4.31 (Γράφημα 4.27), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» τα επίπεδα των κατοίκων Στερεάς Ελλάδας (Μέσος βαθμός=163,70) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των κατοίκων της Πελοποννήσου (Μέσος βαθμός=107,67,  $p=0,006$ ) και Μακεδονίας/Θράκης (Μέσος βαθμός=127,36,  $p=0,002$ ).

**Πίνακας 4.31: «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»\* Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας , Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Πελοπόννησος-Στερεά Ελλάδα	56,035	<b>0,006</b>
Μακεδονία/Θράκη-Στερεά Ελλάδα	36,341	<b>0,002</b>



**Γράφημα 4.27: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας**

#### 4.2.4.5.Οικογενειακή Κατάσταση

Στον Πίνακα 4.32 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης των παραγόντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμών στον παράγοντα «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $H(2) = 7,556$ ,  $p = 0,023$ ).

**Πίνακας 4.32: Σύγκριση παραγόντων ως προς την οικογενειακή κατάσταση**

Παράγοντες	Οικογενειακή Κατάσταση	N	M.B.	H (2)	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	Άγαμος	115	144,59	2,258	0,323
	Έγγαμος/συμβίωση	144	146,84		
	Διαζευγμένος/Χήρος	27	121,04		
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	Άγαμος	115	147,50	3,858	0,148
	Έγγαμος/συμβίωση	144	135,80		
	Διαζευγμένος/Χήρος	27	167,52		
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	Άγαμος	115	148,67	1,154	0,561
	Έγγαμος/συμβίωση	144	141,75		
	Διαζευγμένος/Χήρος	27	130,80		
Παραπληροφόρηση	Άγαμος	115	142,43	2,469	0,291
	Έγγαμος/συμβίωση	144	139,94		
	Διαζευγμένος/Χήρος	27	167,02		
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	Άγαμος	115	133,95	3,919	0,141
	Έγγαμος/συμβίωση	144	153,08		
	Διαζευγμένος/Χήρος	27	133,07		
Προώθηση παραπληροφόρησης	Άγαμος	115	150,21	1,844	0,398
	Έγγαμος/συμβίωση	144	136,95		
	Διαζευγμένος/Χήρος	27	149,85		
Έλεγχος παραπληροφόρησης	Άγαμος	115	137,66	1,182	0,554
	Έγγαμος/συμβίωση	144	148,70		
	Διαζευγμένος/Χήρος	27	140,61		
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Άγαμος	115	139,79	0,520	0,771
	Έγγαμος/συμβίωση	144	146,87		
	Διαζευγμένος/Χήρος	27	141,31		
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Άγαμος	115	127,56	7,556	<b>0,023</b>
	Έγγαμος/συμβίωση	144	155,69		
	Διαζευγμένος/Χήρος	27	146,41		
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	Άγαμος	115	137,03	4,596	0,100
	Έγγαμος/συμβίωση	144	152,82		
	Διαζευγμένος/Χήρος	27	121,35		

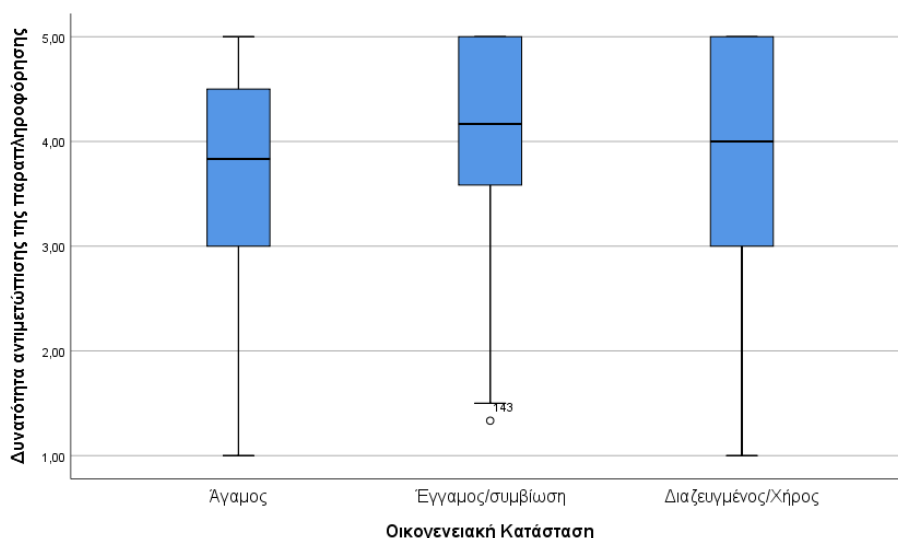
H το στατιστικό του Kruskal Wallis,  
M.B.=Μέσος βαθμός

Από τους Πίνακες 4.32-4.33 (Γράφημα 4.28) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης», τα επίπεδα των άγαμων είναι στατιστικά μικρότερα

από τα αντίστοιχα των ατόμων που είναι έγγαμοι ή ζουν σε συμβίωση (Μέσος βαθμός. Άγαμος =127,56 vs Μέσος βαθμός Έγγαμος/συμβίωση=155,69,  $p=0,006$ ).

**Πίνακας 4.33: «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»\* Γεωγραφικό Διαμέρισμα Κατοικίας, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Άγαμος-Διαζευγμένος/Χήρος	-18,851	0,283
Άγαμος-Έγγαμος/συμβίωση	-28,131	<b>0,006</b>
Διαζευγμένος/Χήρος-Έγγαμος/συμβίωση	9,280	0,590



**Γράφημα 4.28: «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»\*Οικογενειακή κατάσταση**

#### 4.2.4.6. Διαβίωση

Ο Πίνακας 4.34 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της σύγκρισης των παραγόντων ως προς την διαβίωση. Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμών παρατηρήθηκαν στους παράγοντες «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές» ( $H(3)=12,104$ ,  $p=0,007$ ), «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές» ( $H(3)=9,888$ ,  $p=0,020$ ), «Παραπληροφόρηση» ( $H(3)=8,974$ ,  $p=0,030$ ), «Προώθηση παραπληροφόρησης» ( $H(3)=14,809$ ,  $p=0,002$ ) και «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $H(3)=12,287$ ,  $p=0,006$ ).

**Πίνακας 4.34: Σύγκριση παραγόντων ως προς την διαβίωση**

Παράγοντες	Διαβίωση	N	M.B.	H (3)	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	Ζω μόνος μου	63	149,39	12,104	<b>0,007</b>
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	150,36		
	Ζω με τους γονείς μου	40	101,50		
	Ζω με συγγάτοικο	9	156,28		
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	Ζω μόνος μου	63	142,41	9,888	<b>0,020</b>
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	136,42		
	Ζω με τους γονείς μου	40	180,49		
	Ζω με συγγάτοικο	9	123,67		
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	Ζω μόνος μου	63	144,92	0,782	0,854
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	144,41		
	Ζω με τους γονείς μου	40	134,25		
	Ζω με συγγάτοικο	9	157,00		
Παραπληροφόρηση	Ζω μόνος μου	63	127,70	8,974	<b>0,030</b>
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	142,87		
	Ζω με τους γονείς μου	40	175,79		
	Ζω με συγγάτοικο	9	122,72		
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	Ζω μόνος μου	63	136,15	4,184	0,242
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	151,03		
	Ζω με τους γονείς μου	40	124,71		
	Ζω με συγγάτοικο	9	132,78		
Προώθηση παραπληροφόρησης	Ζω μόνος μου	63	130,65	14,809	<b>0,002</b>
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	138,25		
	Ζω με τους γονείς μου	40	189,19		
	Ζω με συγγάτοικο	9	131,89		
Έλεγχος παραπληροφόρησης	Ζω μόνος μου	63	139,68	3,345	0,341
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	147,93		
	Ζω με τους γονείς μου	40	125,05		
	Ζω με συγγάτοικο	9	166,67		
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Ζω μόνος μου	63	141,08	3,945	0,267
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	148,16		
	Ζω με τους γονείς μου	40	122,51		
	Ζω με συγγάτοικο	9	163,61		
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Ζω μόνος μου	63	132,60	12,287	<b>0,006</b>
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	156,10		
	Ζω με τους γονείς μου	40	115,25		
	Ζω με συγγάτοικο	9	101,78		
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	Ζω μόνος μου	63	136,81	5,698	0,127
	Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	174	149,28		
	Ζω με τους γονείς μου	40	121,46		
	Ζω με συγγάτοικο	9	176,56		

H το στατιστικό του Kruskal Wallis,  
M.B.=Μέσος βαθμός

Από τους Πίνακες 4.34, 4.35 (Γράφημα 4.29), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές», τα επίπεδα ατόμων που ζουν με τους γονείς τους (Μέσος βαθμός.=101,50) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των ατόμων που ζουν μόνοι τους (Μέσος βαθμός=149,39,  $p=0,004$ ) και με σύζυγο/σύντροφο/την

οικογένεια (*Μέσος βαθμός*. =150,36,  $p=0,001$ ).

**Πίνακας 4.35: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές»\* Διαβίωση, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Ζω με τους γονείς μου-Ζω μόνος μου	47,889	<b>0,004</b>
Ζω με τους γονείς μου-Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	48,862	<b>0,001</b>
Ζω με τους γονείς μου-Ζω με συγγάτοικο	-54,778	0,072
Ζω μόνος μου-Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	-0,973	0,936
Ζω μόνος μου-Ζω με συγγάτοικο	-6,889	0,815
Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου-Ζω με συγγάτοικο	-5,916	0,834

Από τους Πίνακες 4.34, 4.36 (Γράφημα 4.29), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές», τα επίπεδα των ατόμων που ζουν με τους γονείς τους (*Μέσος βαθμός*=180,49) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των ατόμων που ζουν μόνοι τους (*Μέσος βαθμός*=142,41,  $p=0,022$ ) και με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια (*Μέσος βαθμός*=136,42,  $p=0,002$ ).

**Πίνακας 4.36: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές»\* Διαβίωση, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Ζω με συγγάτοικο-Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	12,750	0,651
Ζω με συγγάτοικο-Ζω μόνος μου	18,746	0,523
Ζω με συγγάτοικο-Ζω με τους γονείς μου	56,821	0,061
Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου-Ζω μόνος μου	5,996	0,620
Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου-Ζω με τους γονείς μου	-44,071	<b>0,002</b>
Ζω μόνος μου-Ζω με τους γονείς μου	-38,075	<b>0,022</b>

Από τους Πίνακες 4.34, 4.37 (Γράφημα 4.29), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Παραπληροφόρηση», τα επίπεδα των ατόμων που ζουν με τους γονείς τους (*Μέσος βαθμός*=175,79) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα αυτών που ζουν μόνοι τους (*Μέσος βαθμός*=127,70,  $p=0,004$ ) και αυτών που ζουν με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια τους (*Μέσος βαθμός*=142,87,  $p=0,023$ ).

**Πίνακας 4.37: «Παραπληροφόρηση»\* Διαβίωση, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Ζω με συγγάτοικο-Ζω μόνος μου	4,976	0,866
Ζω με συγγάτοικο-Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	20,151	0,476
Ζω με συγγάτοικο-Ζω με τους γονείς μου	53,065	0,082
Ζω μόνος μου-Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	-15,175	0,212
Ζω μόνος μου-Ζω με τους γονείς μου	-48,089	<b>0,004</b>
Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου-Ζω με τους γονείς μου	-32,914	<b>0,023</b>

Από τους Πίνακες 4.34, 4.38 (Γράφημα 4.29), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Προώθηση παραπληροφόρησης» τα επίπεδα αυτών που ζουν με τους γονείς τους (*Μέσος βαθμός*=189,19)

είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα αυτών που ζουν μόνοι τους (Μέσος βαθμός=130,65,  $p<0,001$ ) και αυτών που ζουν με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια τους (Μέσος βαθμός=138,25,  $p<0,001$ ).

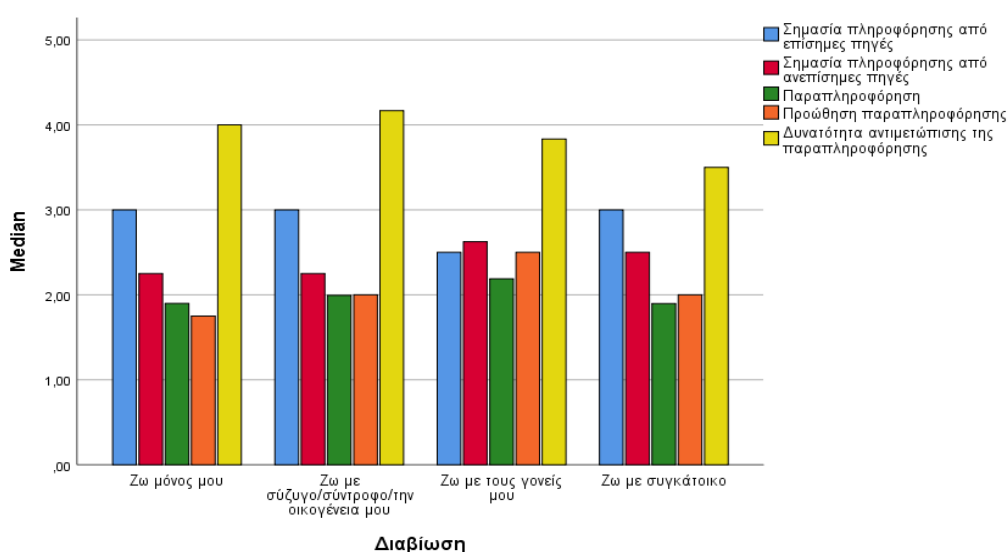
**Πίνακας 4.38: «Προώθηση παραπληροφόρησης»\* Διαβίωση, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Ζω μόνος μου-Ζω με συγκάτοικο	-1,238	0,966
Ζω μόνος μου-Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	-7,599	0,529
Ζω μόνος μου-Ζω με τους γονείς μου	-58,537	<b>&lt;0,001</b>
Ζω με συγκάτοικο-Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	6,361	0,821
Ζω με συγκάτοικο-Ζω με τους γονείς μου	57,299	0,059
Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου-Ζω με τους γονείς μου	-50,938	<b>&lt;0,001</b>

Από τους Πίνακες 4.34, 4.39 (Γράφημα 4.29), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης», τα επίπεδα αυτών που ζουν με τους γονείς τους (Μέσος βαθμός=115,25) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα αυτών που ζουν με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια τους (Μέσος βαθμός =156,10,  $p=0,005$ ).

**Πίνακας 4.39: «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»\* Διαβίωση, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Ζω με συγκάτοικο-Ζω με τους γονείς μου	13,472	0,656
Ζω με συγκάτοικο-Ζω μόνος μου	30,825	0,292
Ζω με συγκάτοικο-Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	54,320	0,053
Ζω με τους γονείς μου-Ζω μόνος μου	17,353	0,295
Ζω με τους γονείς μου-Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	40,848	<b>0,005</b>
Ζω μόνος μου-Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου	-23,495	0,051



**Γράφημα 4.29: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την διαβίωση**

#### **4.2.5. Επίδραση επαγγελματικών στοιχείων στους παράγοντες**

##### *4.2.5.1. Παρούσα επαγγελματική κατάσταση*

Στον Πίνακα 44.40 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης παραγόντων ως προς την παρούσα επαγγελματική κατάσταση, όπου εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμών στους παράγοντες «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές» ( $H(3)=8,623$ ,  $p=0,035$ ) «Παραπληροφόρηση» ( $H(3)=9,893$ ,  $p=0,019$ ), «Καταπολέμηση παραπληροφόρησης» ( $H(3)=14,204$ ,  $p=0,003$ ), «Έλεγχος παραπληροφόρησης» ( $H(3)=8,441$ ,  $p=0,038$ ) και «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $H(3)=13,221$ ,  $p=0,004$ ).

**Πίνακας 4.40: Σύγκριση παραγόντων ως προς την παρούσα επαγγελματική κατάσταση**

Παράγοντες	Επαγγελματική κατάσταση	N	M.B.	H (3)	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	Πλήρης Απασχόληση	201	150,66	8,623	<b>0,035</b>
	Μερική Απασχόληση	13	139,42		
	Άνεργος	33	105,47		
	Φοιτητής/Άλλο	39	140,12		
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	Πλήρης Απασχόληση	201	140,69	2,266	0,519
	Μερική Απασχόληση	13	175,69		
	Άνεργος	33	146,08		
	Φοιτητής/Άλλο	39	145,06		
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	Πλήρης Απασχόληση	201	149,36	3,778	0,286
	Μερική Απασχόληση	13	138,08		
	Άνεργος	33	123,17		
	Φοιτητής/Άλλο	39	132,33		
Παραπληροφόρηση	Πλήρης Απασχόληση	201	136,90	9,893	<b>0,019</b>
	Μερική Απασχόληση	13	172,77		
	Άνεργος	33	180,73		
	Φοιτητής/Άλλο	39	136,28		
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	Πλήρης Απασχόληση	201	146,60	12,688	<b>0,005</b>
	Μερική Απασχόληση	13	65,46		
	Άνεργος	33	141,92		
	Φοιτητής/Άλλο	39	154,86		
Πρώοθηση παραπληροφόρησης	Πλήρης Απασχόληση	201	136,93	7,045	0,070
	Μερική Απασχόληση	13	126,85		
	Άνεργος	33	171,14		
	Φοιτητής/Άλλο	39	159,54		
Έλεγχος παραπληροφόρησης	Πλήρης Απασχόληση	201	141,07	8,441	<b>0,038</b>
	Μερική Απασχόληση	13	92,19		
	Άνεργος	33	151,91		
	Φοιτητής/Άλλο	39	165,99		
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Πλήρης Απασχόληση	201	149,10	13,221	<b>0,004</b>
	Μερική Απασχόληση	13	85,54		
	Άνεργος	33	114,97		
	Φοιτητής/Άλλο	39	158,09		
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Πλήρης Απασχόληση	201	146,53	2,800	0,424
	Μερική Απασχόληση	13	120,81		
	Άνεργος	33	127,03		
	Φοιτητής/Άλλο	39	149,38		
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	Πλήρης Απασχόληση	201	149,85	5,254	0,154
	Μερική Απασχόληση	13	113,15		
	Άνεργος	33	123,11		
	Φοιτητής/Άλλο	39	138,13		

Η το στατιστικό του Kruskal Wallis,  
M.B.=Μέσος βαθμός



Από τους Πίνακες 4.40, 4.41 (Γράφημα 4.30), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές», τα επίπεδα των ανέργων (*Μέσος βαθμός=105,47*) είναι στατιστικά μικρότερα ( $p=0,004$ ) από τα αντίστοιχα των εργαζομένων πλήρους απασχόλησης (*Μέσος βαθμός=150,66*).

**Πίνακας 4.41: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές»\*Παρούσα επαγγελματική κατάσταση, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Άνεργος-Μερική Απασχόληση	33,953	0,209
Άνεργος-Φοιτητής/Άλλο	-34,646	0,076
Άνεργος-Πλήρης Απασχόληση	45,194	<b>0,004</b>
Μερική Απασχόληση-Φοιτητής/Άλλο	-0,692	0,979
Μερική Απασχόληση-Πλήρης Απασχόληση	11,241	0,634
Φοιτητής/Άλλο-Πλήρης Απασχόληση	10,549	0,465

Από τους Πίνακες 4.40 (4.42) (Γράφημα 4.30), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Παραπληροφόρηση», τα επίπεδα των ανέργων (*Μέσος βαθμός=180,73*) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των φοιτητών, όσων έχουν άλλη επαγγελματική κατάσταση άλλο (*Μέσος βαθμός=136,28*,  $p=0,023$ ) και των εργαζόμενων πλήρους απασχόλησης (*Μέσος βαθμός=136,90*,  $p=0,005$ ).

**Πίνακας 4.42: «Παραπληροφόρηση»\*Παρούσα επαγγελματική κατάσταση, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Φοιτητής/Άλλο-Πλήρης Απασχόληση	0,613	0,966
Φοιτητής/Άλλο-Μερική Απασχόληση	36,487	0,168
Φοιτητής/Άλλο-Άνεργος	44,445	<b>0,023</b>
Πλήρης Απασχόληση-Μερική Απασχόληση	-35,874	0,130
Πλήρης Απασχόληση-Άνεργος	-43,832	<b>0,005</b>
Μερική Απασχόληση-Άνεργος	-7,958	0,769

Από τους Πίνακες 4.40, 4.43 (Γράφημα 4.30), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Καταπολέμηση παραπληροφόρησης» τα επίπεδα των εργαζομένων μερικής απασχόλησης (*Μ.Β.=65,46*) είναι στατιστικά μικρότερα από τον αντίστοιχα των ανέργων (*Μέσος βαθμός=141,92*,  $p=0,005$ ), των φοιτητών, όσων έχουν άλλη επαγγελματική κατάσταση (*Μέσος βαθμός=154,86*,  $p=0,001$ ) και των εργαζόμενων πλήρους απασχόλησης (*Μέσος βαθμός=146,60*,  $p=0,001$ ).

**Πίνακας 4.43 «Καταπολέμηση παραπληροφόρησης»\* Παρούσα επαγγελματική κατάσταση, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Μερική Απασχόληση-Άνεργος	-76,463	<b>0,005</b>
Μερική Απασχόληση-Πλήρης Απασχόληση	81,140	<b>0,001</b>
Μερική Απασχόληση-Φοιτητής/Άλλο	-89,397	<b>0,001</b>
Άνεργος-Πλήρης Απασχόληση	4,678	0,763
Άνεργος-Φοιτητής/Άλλο	-12,935	0,507
Πλήρης Απασχόληση-Φοιτητής/Άλλο	-8,257	0,567

Από τους Πίνακες 4.40, 4.44 (Γράφημα 4.30), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Έλεγχος παραπληροφόρησης» τα επίπεδα των εργαζομένων μερικής απασχόλησης (Μέσος βαθμός=92,19) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των ανέργων (Μέσος βαθμός=151,91,  $p=0,027$ ), των φοιτητών, όσων έχουν άλλη επαγγελματική κατάσταση (Μέσος βαθμός=165,99,  $p=0,005$ ) και των εργαζόμενων πλήρους απασχόλησης (Μέσος βαθμός=141,07,  $p=0,038$ ).

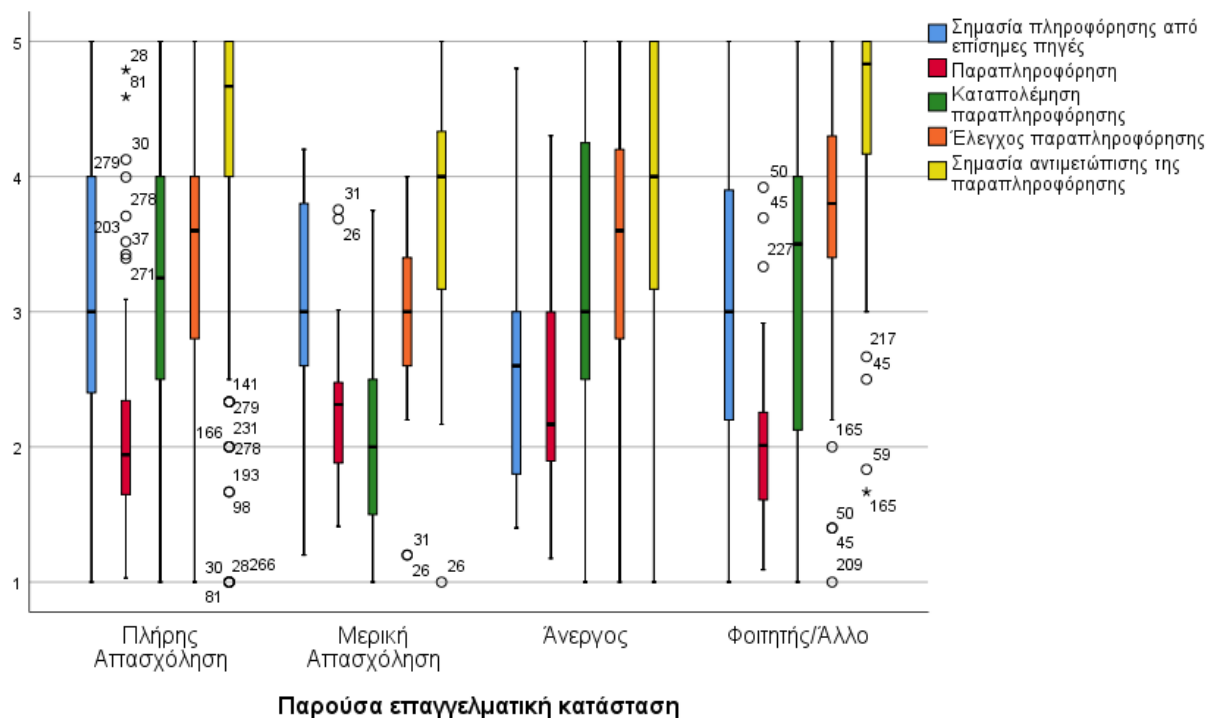
**Πίνακας 4.44: «Έλεγχος παραπληροφόρησης»\* Παρούσα επαγγελματική κατάσταση, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Μερική Απασχόληση-Πλήρης Απασχόληση	48,882	<b>0,038</b>
Μερική Απασχόληση-Άνεργος	-59,717	<b>0,027</b>
Μερική Απασχόληση-Φοιτητής/Άλλο	-73,795	<b>0,005</b>
Πλήρης Απασχόληση-Άνεργος	-10,834	0,484
Πλήρης Απασχόληση-Φοιτητής/Άλλο	-24,913	0,084
Άνεργος-Φοιτητής/Άλλο	-14,078	0,471

Από τους Πίνακες 4.40, 4.45 (Γράφημα 4.30), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης», τα επίπεδα των εργαζομένων μερικής απασχόλησης (Μέσος βαθμός=85,54) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των φοιτητών, όσων έχουν άλλη επαγγελματική κατάσταση (Μέσος βαθμός= 158,09,  $p=0,005$ ) και των εργαζόμενων πλήρους απασχόλησης (Μέσος βαθμός= 149,10,  $p=0,006$ ). Ακόμη, τα επίπεδα των ανέργων (Μέσος βαθμός=114,97) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα αυτών που δουλεύουν με πλήρη απασχόληση (Μέσος βαθμός= 149,10,  $p=0,024$ ) και των φοιτητών και όσων έχουν άλλη επαγγελματική κατάσταση (Μέσος βαθμός= 158,09,  $p=0,023$ ).

**Πίνακας 4.45: «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»\* Παρούσα επαγγελματική κατάσταση, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Μερική Απασχόληση-Άνεργος	-29,431	0,263
Μερική Απασχόληση-Πλήρης Απασχόληση	63,564	<b>0,006</b>
Μερική Απασχόληση-Φοιτητής/Άλλο	-72,551	<b>0,005</b>
Άνεργος-Πλήρης Απασχόληση	34,132	<b>0,024</b>
Άνεργος-Φοιτητής/Άλλο	-43,120	<b>0,023</b>
Πλήρης Απασχόληση-Φοιτητής/Άλλο	-8,988	0,522



**Γράφημα 4.30: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την παρούσα επαγγελματική κατάσταση**

#### 4.2.5.2. Τομέας Εργασίας

Στον Πίνακα 4.46 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης των παραγόντων ως προς τον τομέα εργασίας. Προέκυψε ότι παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμών στους παράγοντες «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές» ( $H(9)=32,744$ ,  $p<0,001$ ), «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας» ( $H(9)=49,455$ ,  $p<0,001$ ), «Παραπληροφόρηση» ( $H(9)=43,856$ ,  $p<0,001$ ) και «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $H(9)=30,222$ ,  $p<0,001$ ).

**Πίνακας 4.46: Σύγκριση παραγόντων ως προς τον τομέα εργασίας**

Παράγοντες	H (9)	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	32,744	<0,001
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	10,964	0,278
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	49,455	<0,001
Παραπληροφόρηση	43,856	<0,001
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	3,239	0,954
Προώθηση παραπληροφόρησης	13,091	0,159
Έλεγχος παραπληροφόρησης	9,515	0,391
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	30,222	<0,001
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	11,444	0,246
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	12,545	0,184

H το στατιστικό του Kruskal Wallis

Στον Πίνακα 4.47 παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον τομέα εργασίας.

**Πίνακας 4.47: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον τομέα εργασίας**

Παράγοντες	Τομέας Εργασίας	N	M.B.	H (9)	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις	11	151,36	32,733	<0,001
	Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ	16	136,50		
	Μηχανικοί/Νομικός/Κοινωνικός/Πολιτιστικός κλάδος	21	134,88		
	Επαγγελματίες Υγείας	67	158,43		
	Εκπαιδευτικοί	34	137,26		
	Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης	12	117,96		
	Υπάλληλοι γραφείου	31	124,24		
	Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	17	122,82		
	Μικροεπαγγελματίες	12	40,79		
	Άλλο	39	105,69		
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις	11	143,91	49,455	<0,001
	Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ	16	118,81		
	Μηχανικοί/Νομικός/Κοινωνικός/Πολιτιστικός κλάδος	21	109,71		
	Επαγγελματίες Υγείας	67	181,61		
	Εκπαιδευτικοί	34	122,85		
	Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης	12	124,54		
	Υπάλληλοι γραφείου	31	97,52		
	Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	17	126,00		
	Μικροεπαγγελματίες	12	124,71		
	Άλλο	39	93,36		
Παραπληροφόρηση	Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις	11	93,73	43,856	<0,001
	Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ	16	96,38		
	Μηχανικοί/Νομικός/Κοινωνικός/Πολιτιστικός κλάδος	21	141,02		
	Επαγγελματίες Υγείας	67	99,75		
	Εκπαιδευτικοί	34	114,29		
	Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης	12	133,46		
	Υπάλληλοι γραφείου	31	147,48		
	Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	17	166,68		
	Μικροεπαγγελματίες	12	205,67		
	Άλλο	39	162,85		
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις	11	129,41	30,222	<0,001
	Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ	16	121,34		
	Μηχανικοί/Νομικός/Κοινωνικός/Πολιτιστικός κλάδος	21	119,26		
	Επαγγελματίες Υγείας	67	147,78		
	Εκπαιδευτικοί	34	146,38		
	Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης	12	90,25		
	Υπάλληλοι γραφείου	31	155,26		
	Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	17	119,53		
	Μικροεπαγγελματίες	12	47,13		
	Άλλο	39	120,22		

Η το στατιστικό του Kruskal Wallis

M.B.=Μέσος βαθμός

Από τους Πίνακες 4.47, 4.48 (Γράφημα 4.31), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές», τα επίπεδα των μικροεπαγγελματιών (Μέσος βαθμός=40,79) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των επαγγελματιών επιχειρήσεων και διοίκησης (Μέσος βαθμός=117,96,  $p=0,012$ ), των ατόμων που απασχολούνται στην παροχή υπηρεσιών και είναι πωλητές (Μέσος βαθμός=122,82,  $p=0,004$ ),

των υπαλλήλων γραφείου (Μέσος βαθμός=124,24,  $p=0,001$ ) των μηχανικών, εργαζομένων του νομικού, κοινωνικού και πολιτιστικού κλάδου (Μέσος βαθμός.=134,88,  $p=0,001$ ), των επιστημόνων/επαγγελματιών ΤΠΕ (Μέσος βαθμός=136,50,  $p<0,001$ ), των εκπαιδευτικών (Μέσος βαθμός=137,27,  $p<0,001$ ) και αυτών που εργάζονται στη Διεύθυνση ή στις ένοπλες δυνάμεις (Μέσος βαθμός=151,36,  $p<0,001$ ). Επίσης, τα επίπεδα των επαγγελματιών υγείας (Μέσος βαθμός=158,43) και στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των μικροεπαγγελματιών (Μέσος βαθμός=40,79,  $p<0,001$ ) των υπαλλήλων γραφείου (Μέσος βαθμός=124,24,  $p=0,036$ ) και αυτών που εργάζονται σε κάποιο άλλο κλάδο (Μέσος βαθμός=105,69,  $p<0,001$ ).

**Πίνακας 4.48: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές»\*Τομέας Εργασίας, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Μικροεπαγγελματίες-Άλλο	-64,901	<b>0,009</b>
Μικροεπαγγελματίες-Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης	77,167	<b>0,012</b>
Μικροεπαγγελματίες-Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	82,032	<b>0,004</b>
Μικροεπαγγελματίες-Υπάλληλοι γραφείου	83,450	<b>0,001</b>
Μικροεπαγγελματίες-Μηχανικοί/Νομικός/Κοινωνικός/Πολιτιστικός κλάδος	94,089	<b>0,001</b>
Μικροεπαγγελματίες-Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ	95,708	<b>0,001</b>
Μικροεπαγγελματίες-Εκπαιδευτικοί	96,473	<b>&lt;0,001</b>
Μικροεπαγγελματίες-Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις	110,572	<b>&lt;0,001</b>
Μικροεπαγγελματίες-Επαγγελματίες Υγείας	117,641	<b>&lt;0,001</b>
Άλλο-Επαγγελματίες Υγείας	52,741	<b>&lt;0,001</b>
Υπάλληλοι γραφείου-Επαγγελματίες Υγείας	34,191	<b>0,036</b>

Από τους Πίνακες 4.47, 4.49 (Γράφημα 4.31), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας», τα επίπεδα των επαγγελματιών υγείας (Μέσος βαθμός=181,61) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των υπαλλήλων γραφείου (Μέσος βαθμός=97,52,  $p<0,001$ ), των μηχανικών/νομικών/εργαζομένων κοινωνικού ή πολιτιστικού κλάδου (Μέσος βαθμός=109,71,  $p<0,001$ ), των επιστημόνων/επαγγελματιών ΤΠΕ (Μέσος βαθμός=118,81,  $p=0,003$ ), των εκπαιδευτικών (Μέσος βαθμός=122,85,  $p<0,001$ ), των επαγγελματιών επιχειρήσεων και διοίκησης (Μέσος βαθμός=124,54,  $p=0,015$ ), των μικροεπαγγελματιών (Μέσος βαθμός=124,71,  $p=0,016$ ), αυτών που εργάζονται στην παροχή υπηρεσιών και είναι πωλητές (Μέσος βαθμός=126,00,  $p=0,006$ ) και αυτών που είναι απασχολημένοι σε κάποιο άλλο κλάδο (Μέσος βαθμός=93,36,  $p<0,001$ ). Τέλος, τα επίπεδα αυτών που εργάζονται στη Διεύθυνση ή στις ένοπλες δυνάμεις (Μέσος βαθμός=143,91) είναι στατιστικά μεγαλύτερα ( $p=0,049$ ) από τα αντίστοιχα των εργαζομένων κάποιου άλλου κλάδου (Μέσος βαθμός=93,36).

**Πίνακας 4.49: «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας»\*Τομέας Εργασίας, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Άλλο-Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις	50,550	<b>0,049</b>
Άλλο-Επαγγελματίες Υγείας	88,253	<b>&lt;0,001</b>
Υπάλληλοι γραφείου-Επαγγελματίες Υγείας	84,096	<b>&lt;0,001</b>
Μηχανικοί/Νομικός/Κοινωνικός/Πολιτιστικός κλάδος-Επαγγελματίες Υγείας	-71,898	<b>&lt;0,001</b>
Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ-Επαγγελματίες Υγείας	-62,799	<b>0,003</b>
Εκπαιδευτικοί-Επαγγελματίες Υγείας	58,759	<b>&lt;0,001</b>
Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης-Επαγγελματίες Υγείας	57,070	<b>0,015</b>
Μικροεπαγγελματίες-Επαγγελματίες Υγείας	56,904	<b>0,016</b>
Παροχή υπηρεσιών και πωλητές-Επαγγελματίες Υγείας	55,612	<b>0,006</b>

Από τους Πίνακες 4.47 και 4.50 (Γράφημα 4.31), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Παραπληροφόρηση» τα επίπεδα των εργαζόμενων Διεύθυνσης/ένοπλων δυνάμεων (Μέσος βαθμός=93,73) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των υπαλλήλων γραφείου (Μέσος βαθμός=147,48,  $p=0,042$ ), αυτών που απασχολούνται στην παροχή υπηρεσιών και πωλητών (Μέσος βαθμός=166,68,  $p=0,012$ ), των μικροεπαγγελματιών (Μέσος βαθμός=205,67,  $p<0,001$ ) και εργαζόμενων κάποιου άλλου κλάδου (Μέσος βαθμός=162,85,  $p=0,007$ ).

Ακόμη, τα επίπεδα των επιστημόνων/επαγγελματιών ΤΠΕ (Μέσος βαθμός= 96,38) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των υπαλλήλων γραφείου (Μέσος βαθμός=147,48,  $p=0,027$ ), των μικροεπαγγελματιών (Μέσος βαθμός=205,67,  $p<0,001$ ), των απασχολούμενων στην παροχή υπηρεσιών/πωλητών (Μέσος βαθμός= 166,68,  $p=0,007$ ) και αυτών που εργάζονται σε κάποιο άλλο κλάδο (Μέσος βαθμός=162,85,  $p=0,003$ ).

Επιπλέον, τα επίπεδα των επαγγελματιών υγείας (Μέσος βαθμός=99,75) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των μηχανικών/νομικών/εργαζόμενων κοινωνικού ή πολιτιστικού κλάδου (Μέσος βαθμός=141,02,  $p=0,028$ ), των υπαλλήλων γραφείου (Μέσος βαθμός=147,48,  $p=0,003$ ), των παρόχων υπηρεσιών και πωλητών (Μέσος βαθμός=166,68,  $p=0,001$ ), των μικροεπαγγελματιών (Μέσος βαθμός=205,67,  $p<0,001$ ) και των απασχολούμενων σε κάποιον άλλο τομέα (Μέσος βαθμός=162,85,  $p<0,001$ ).

Ακόμη, τα επίπεδα των εκπαιδευτικών (Μέσος βαθμός=114,29) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των μικροεπαγγελματιών (Μέσος βαθμός=205,67,  $p<0,001$ ), των παρόχων υπηρεσιών και πωλητών (Μέσος βαθμός =166,68,  $p=0,019$ ), και των εργαζόμενων κάποιου άλλου κλάδου (Μέσος βαθμός =162,85,  $p=0,006$ ).

Τέλος, τα επίπεδα των μικροεπαγγελματιών (Μέσος βαθμός=205,67) είναι στατιστικά



μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των επαγγελματιών επιχειρήσεων και διοίκησης (Μέσος βαθμός=133,46,  $p=0,019$ ), των μηχανικών/νομικών/εργαζόμενων κοινωνικού ή πολιτιστικού κλάδου (Μέσος βαθμός=141,02,  $p=0,018$ ) και των υπαλλήλων γραφείου (Μέσος βαθμός=147,48,  $p=0,023$ ).

**Πίνακας 4.50: «Παραπληροφόρηση»\*Τομέας Εργασίας, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις-Υπάλληλοι γραφείου	-53,757	<b>0,042</b>
Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις-Άλλο	-69,119	<b>0,007</b>
Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις-Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	-72,949	<b>0,012</b>
Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις-Μικροεπαγγελματίες	-111,939	<b>&lt;0,001</b>
Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ-Υπάλληλοι γραφείου	-51,109	<b>0,027</b>
Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ-Άλλο	-66,471	<b>0,003</b>
Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ-Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	-70,301	<b>0,007</b>
Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ-Μικροεπαγγελματίες	-109,292	<b>&lt;0,001</b>
Επαγγελματίες Υγείας-Μηχανικοί/Νομικός/Κοινωνικός/Πολιτιστικός κλάδος	41,270	<b>0,028</b>
Επαγγελματίες Υγείας-Υπάλληλοι γραφείου	-47,730	<b>0,003</b>
Επαγγελματίες Υγείας-Άλλο	-63,092	<b>&lt;0,001</b>
Επαγγελματίες Υγείας-Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	-66,923	<b>0,001</b>
Επαγγελματίες Υγείας-Μικροεπαγγελματίες	-105,913	<b>&lt;0,001</b>
Εκπαιδευτικοί-Άλλο	-48,552	<b>0,006</b>
Εκπαιδευτικοί-Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	-52,382	<b>0,019</b>
Εκπαιδευτικοί-Μικροεπαγγελματίες	-91,373	<b>&lt;0,001</b>
Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης-Μικροεπαγγελματίες	-72,208	<b>0,019</b>
Μηχανικοί/Νομικός/Κοινωνικός/Πολιτιστικός κλάδος-Μικροεπαγγελματίες	-64,643	<b>0,018</b>
Υπάλληλοι γραφείου-Μικροεπαγγελματίες	-58,183	<b>0,023</b>

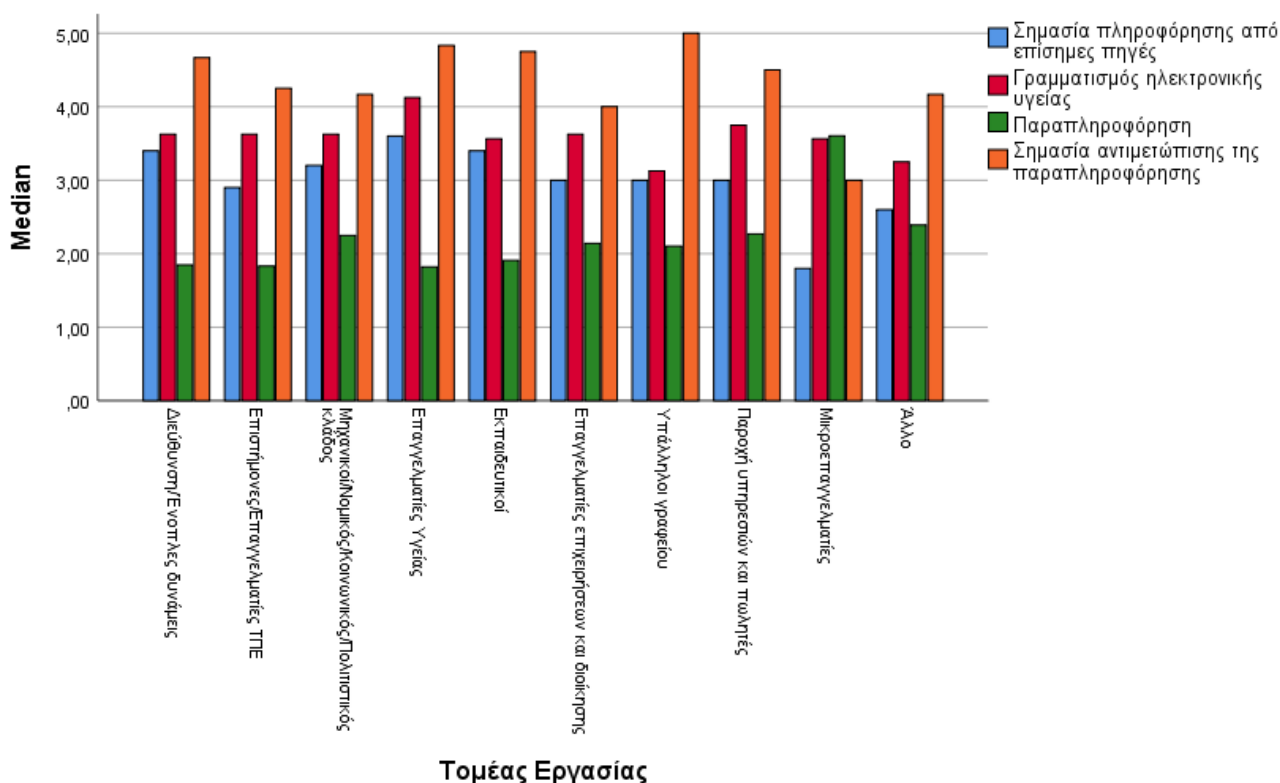
Από τους Πίνακες 4.47, 4.51 (Γράφημα 4.31), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης», τα επίπεδα των μικροεπαγγελματιών ( $M.B. = 47,13$ ) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των μηχανικών/νομικών/εργαζόμενων κοινωνικού ή πολιτιστικού κλάδου (Μέσος βαθμός=119,26,  $p=0,006$ ), των παρόχων υπηρεσιών και πωλητών (Μέσος βαθμός=119,53,  $p=0,008$ ), των επιστημόνων/επαγγελματιών ΤΠΕ (Μέσος βαθμός= 121,34,  $p=0,008$ ), των εργαζόμενων Διεύθυνσης/ένοπλων δυνάμεων (Μέσος βαθμός=129,41,  $p=0,007$ ), των εκπαιδευτικών (Μέσος βαθμός=146,38,  $p<0,001$ ), των επαγγελματιών υγείας (Μέσος βαθμός=147,78,  $p<0,001$ ), των υπαλλήλων γραφείου (Μέσος βαθμός=155,26,  $p<0,001$ ) και αυτών που απασχολούνται σε κάποιο άλλο τομέα (Μέσος βαθμός=120,22,  $p=0,002$ ).

Ακόμη, τα επίπεδα των επαγγελματιών επιχειρήσεων και διοίκησης (Μέσος βαθμός=90,25) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των επαγγελματιών υγείας (Μέσος βαθμός=147,78,  $p=0,012$ ) και των εκπαιδευτικών (Μέσος βαθμός= 146,38,  $p=0,022$ ).

Τέλος, τα επίπεδα υπαλλήλων γραφείου (Μέσος βαθμός=155,26) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα επαγγελματιών επιχειρήσεων και διοίκησης (Μέσος βαθμός= 90,25,  $p=0,009$ ) και των εργαζόμενων κάποιου άλλου τομέα (Μέσος βαθμός=120,22,  $p=0,046$ ).

**Πίνακας 4.51: «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης»\*Τομέας Εργασίας, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
Μικροεπαγγελματίες-Μηχανικοί/Νομικός/Κοινωνικός/Πολιτιστικός κλάδος	72,137	<b>0,006</b>
Μικροεπαγγελματίες-Παροχή υπηρεσιών και πωλητές	72,404	<b>0,008</b>
Μικροεπαγγελματίες-Άλλο	-73,093	<b>0,002</b>
Μικροεπαγγελματίες-Επιστήμονες/Επαγγελματίες ΤΠΕ	74,219	<b>0,008</b>
Μικροεπαγγελματίες-Διεύθυνση/Ενοπλες δυνάμεις	82,284	<b>0,007</b>
Μικροεπαγγελματίες-Εκπαιδευτικοί	99,257	<b>&lt;0,001</b>
Μικροεπαγγελματίες-Επαγγελματίες Υγείας	100,659	<b>&lt;0,001</b>
Μικροεπαγγελματίες-Υπάλληλοι γραφείου	108,133	<b>&lt;0,001</b>
Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης-Εκπαιδευτικοί	56,132	<b>0,022</b>
Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης-Επαγγελματίες Υγείας	57,534	<b>0,012</b>
Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης-Υπάλληλοι γραφείου	-65,008	<b>0,009</b>
Άλλο-Υπάλληλοι γραφείου	35,040	<b>0,046</b>



**Γράφημα 4.31: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τον τομέα εργασίας**

#### 4.2.5.3. Εισόδημα

Ο Πίνακας 4.52 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της σύγκρισης παραγόντων ως προς το μηνιαίο εισόδημα.

**Πίνακας 4.52: Σύγκριση παραγόντων ως προς το μηνιαίο εισόδημα**

Παράγοντες	Τομέας Εργασίας	N	M.B.	H (4)	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	έως 800 €	64	112,60	17,757	<b>0,001</b>
	801 – 1.200 €	101	156,71		
	1.201 - 1.500 €	48	134,53		
	1.501 – 2.500 €	48	170,89		
	2.501 και άνω	25	133,88		
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	έως 800 €	64	150,36	3,407	0,492
	801 – 1.200 €	101	146,96		
	1.201 - 1.500 €	48	124,69		
	1.501 – 2.500 €	48	141,56		
	2.501 και άνω	25	151,80		
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	έως 800 €	64	120,89	12,683	<b>0,013</b>
	801 – 1.200 €	101	149,75		
	1.201 - 1.500 €	48	130,83		
	1.501 – 2.500 €	48	173,15		
	2.501 και άνω	25	143,54		
Παραπληροφόρηση	έως 800 €	64	170,70	14,466	<b>0,006</b>
	801 – 1.200 €	101	148,50		
	1.201 - 1.500 €	48	133,74		
	1.501 – 2.500 €	48	116,16		
	2.501 και άνω	25	124,92		
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	έως 800 €	64	137,83	6,091	0,192
	801 – 1.200 €	101	137,67		
	1.201 - 1.500 €	48	170,18		
	1.501 – 2.500 €	48	137,63		
	2.501 και άνω	25	141,62		
Πρώθηση παραπληροφόρησης	έως 800 €	64	155,43	8,242	0,083
	801 – 1.200 €	101	135,14		
	1.201 - 1.500 €	48	165,84		
	1.501 – 2.500 €	48	126,14		
	2.501 και άνω	25	137,16		
Έλεγχος παραπληροφόρησης	έως 800 €	64	133,68	4,706	0,319
	801 – 1.200 €	101	142,79		
	1.201 - 1.500 €	48	164,36		
	1.501 – 2.500 €	48	144,50		
	2.501 και άνω	25	129,54		
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	έως 800 €	64	126,32	5,997	0,199
	801 – 1.200 €	101	139,80		
	1.201 - 1.500 €	48	157,39		
	1.501 – 2.500 €	48	153,46		
	2.501 και άνω	25	156,66		
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	έως 800 €	64	127,55	5,602	0,231
	801 – 1.200 €	101	139,38		
	1.201 - 1.500 €	48	149,95		
	1.501 – 2.500 €	48	157,43		
	2.501 και άνω	25	161,84		
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	έως 800 €	64	130,42	3,473	0,482
	801 – 1.200 €	101	146,66		
	1.201 - 1.500 €	48	140,44		
	1.501 – 2.500 €	48	158,35		
	2.501 και άνω	25	141,56		

H το στατιστικό του Kruskal Wallis,  
M.B.=Μέσος βαθμός

Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των βαθμών παρατηρήθηκαν στους παράγοντες «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές» ( $H(4)=17,757$ ,  $p=0,001$ ),

«Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας» ( $H(4)=12,683, p=0,013$ ) και «Παραπληροφόρηση» ( $H(4)=14,466, p=0,006$ ).

Από τους Πίνακες 4.52, 4.53 (Γράφημα 4.32) προκύπτει ότι στον παράγοντα «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές», τα επίπεδα όσων έχουν μηνιαίο εισόδημα έως 800 € (*Μέσος βαθμός*= 112,60) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα αυτών που έχουν εισόδημα 801 – 1.200 € (*Μέσος βαθμός*=156,71,  $p=0,001$ ) και 1.501 – 2.500 € (*Μέσος βαθμός*=170,89,  $p<0,001$ ). Ακόμη, τα επίπεδα των ατόμων με εισόδημα 1.201 - 1.500 € (*Μέσος βαθμός*=134,54) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα αυτών με εισόδημα 1.501 – 2.500 € το μήνα (*Μέσος βαθμός* =170,89,  $p=0,031$ ).

**Πίνακας 4.53: «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές»\*Μηνιαίο εισόδημα, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
έως 800 €-2.501 και άνω	-21,278	0,274
έως 800 €-1.201 - 1.500 €	-21,930	0,164
έως 800 €-801 – 1.200 €	-44,106	<b>0,001</b>
έως 800 €-1.501 – 2.500 €	-58,284	<b>&lt;0,001</b>
2.501 και άνω-1.201 - 1.500 €	0,651	0,974
2.501 και άνω-801 – 1.200 €	22,828	0,216
2.501 και άνω-1.501 – 2.500 €	37,005	0,069
1.201 - 1.500 €-801 – 1.200 €	22,177	0,125
1.201 - 1.500 €-1.501 – 2.500 €	-36,354	<b>0,031</b>
801 – 1.200 €-1.501 – 2.500 €	-14,177	0,327

Από τους Πίνακες 4.52, 4.54 (Γράφημα 4.32), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας», τα επίπεδα των ατόμων που το μηνιαίο εισόδημα τους είναι έως 800 € (*Μέσος βαθμός*=120,89) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα αυτών με εισόδημα 801 – 1.200 € (*Μέσος βαθμός*=149,75,  $p=0,029$ ) και 1.501 – 2.500 € (*Μέσος βαθμός*=173,15,  $p=0,001$ ). Επίσης, τα επίπεδα των ατόμων με εισόδημα 1.201 - 1.500 € (*Μέσος βαθμός*=130,83) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των ατόμων που έχουν εισόδημα 1.501 – 2.500 € το μήνα (*M.B.* =173,15,  $p=0,012$ ).

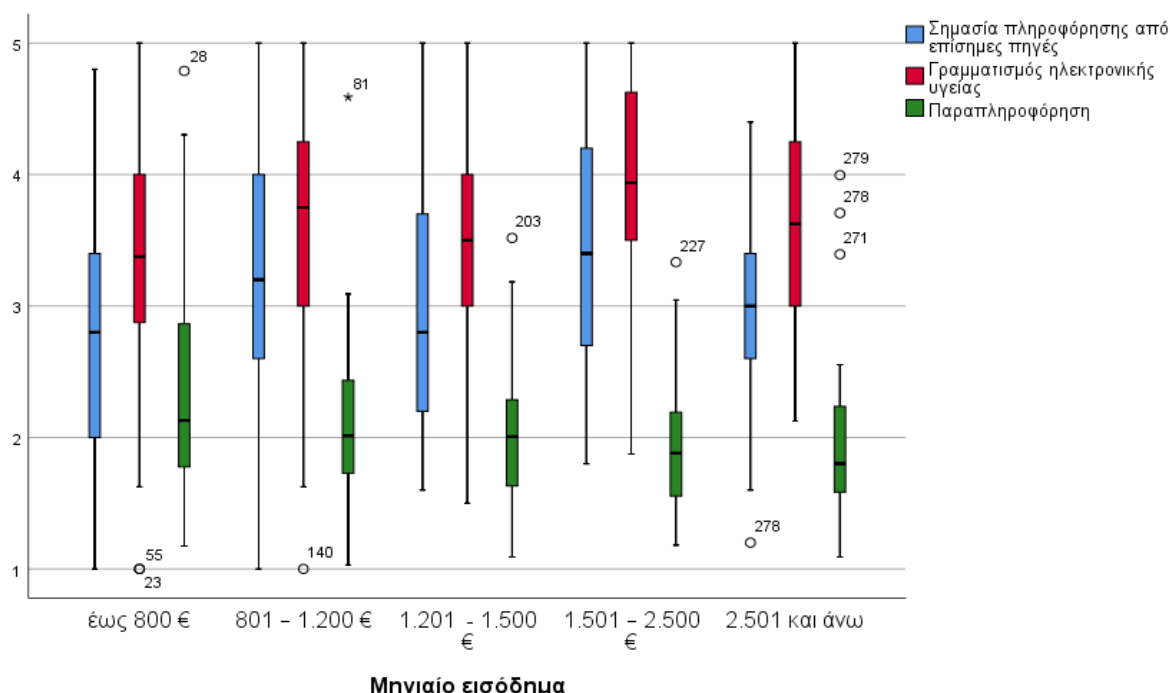
**Πίνακας 4.54: «Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας»\*Μηνιαίο εισόδημα, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
έως 800 €-1.201 - 1.500 €	-9,943	0,528
έως 800 €-2.501 και άνω	-22,649	0,245
έως 800 €-801 – 1.200 €	-28,857	<b>0,029</b>
έως 800 €-1.501 – 2.500 €	-52,255	<b>0,001</b>
1.201 - 1.500 €-2.501 και άνω	-12,707	0,533
1.201 - 1.500 €-801 – 1.200 €	18,914	0,192
1.201 - 1.500 €-1.501 – 2.500 €	-42,313	<b>0,012</b>
2.501 και άνω-801 – 1.200 €	6,208	0,737
2.501 και άνω-1.501 – 2.500 €	29,606	0,146
801 – 1.200 €-1.501 – 2.500 €	-23,398	0,106

Από τους Πίνακες 4.52, 4.55 (Γράφημα 4.32), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Παραπληροφόρηση» τα επίπεδα των ατόμων που έχουν μηνιαίο εισόδημα έως 800 € (*Μέσος βαθμός=170,70*) είναι στατιστικά μεγαλύτερα από τα αντίστοιχα των ατόμων με εισόδημα 1.201 - 1.500 € (*Μέσος βαθμός=133,74, p=0,019*), 1.501 – 2.500 € (*Μέσος βαθμός=116,16, p=0,001*) και 2.501 και άνω (*Μέσος βαθμός=124,92, p=0,019*). Ακόμη, τα επίπεδα ατόμων με εισόδημα 1.501 – 2.500 € (*M.B.=116,26*) είναι στατιστικά μικρότερα από τα αντίστοιχα των ατόμων με εισόδημα 801 – 1.200 € (*Μέσος βαθμός=148,50, p=0,026*).

**Πίνακας 4.55: «Παραπληροφόρηση»\*Μηνιαίο εισόδημα, Post Hoc Bonferonni**

Δείγμα(I)-Δείγμα(J)	Στατιστικό	p-value
1.501 – 2.500 €-2.501 και άνω	-8,764	0,667
1.501 – 2.500 €-1.201 - 1.500 €	17,583	0,298
1.501 – 2.500 €-801 – 1.200 €	32,344	<b>0,026</b>
1.501 – 2.500 €-έως 800 €	54,539	<b>0,001</b>
2.501 και άνω-1.201 - 1.500 €	8,820	0,665
2.501 και άνω-801 – 1.200 €	23,580	0,202
2.501 και άνω-έως 800 €	45,775	<b>0,019</b>
1.201 - 1.500 €-801 – 1.200 €	14,760	0,309
1.201 - 1.500 €-έως 800 €	36,956	<b>0,019</b>
801 – 1.200 €-έως 800 €	22,195	0,093



**Γράφημα 4.32: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το μηνιαίο εισόδημα**

#### 4.2.5.4. Θέση ευθύνης

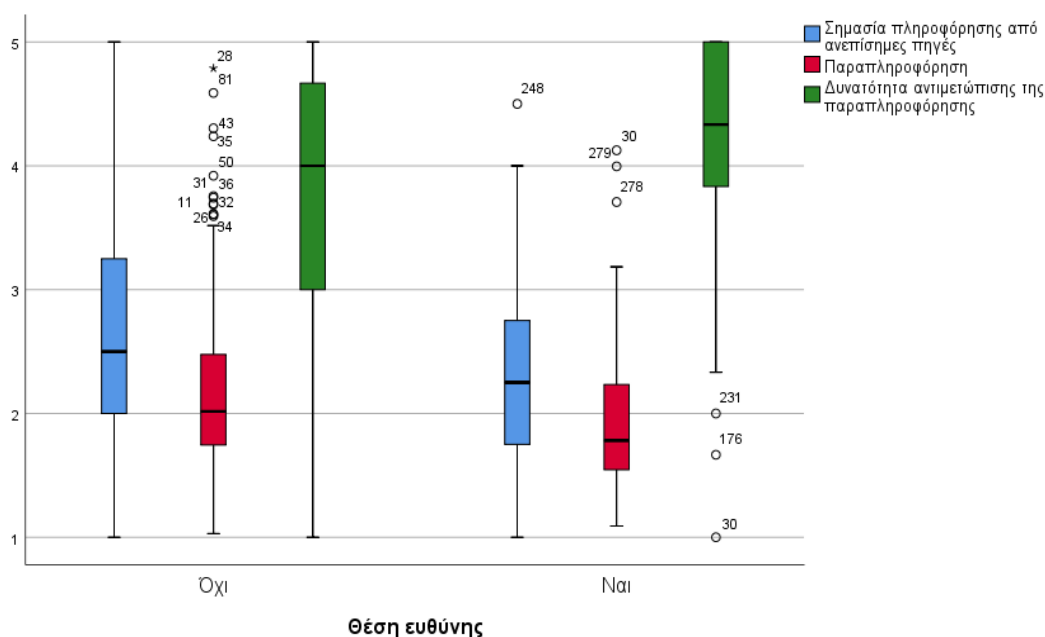
Ο Πίνακας 4.56 παρουσιάζει τα αποτελέσματα της σύγκρισης των παραγόντων ως προς τη θέση ευθύνης. Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που έχουν θέση ευθύνης, εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα στους παράγοντες «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές» (*Μέσος βαθμός θέση ευθύνης=121,86 vs Μέσος βαθμός Χωρίς θέση ευθύνης=151,84,  $p=0,005$* ) και «Παραπληροφόρηση» (*Μέσος βαθμός θέση ευθύνης=118,50 vs Μέσος βαθμός Χωρίς θέση ευθύνης=152,88,  $p=0,002$* ) και υψηλότερα στον παράγοντα «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» (*Μέσος βαθμός θέση ευθύνης=169,81 vs Μέσος βαθμός Χωρίς θέση ευθύνης=133,63,  $p=0,001$* )

**Πίνακας 4.56: Σύγκριση παραγόντων ως προς τη θέση ευθύνης**

Παράγοντες	Θέση ευθύνης	N	M.B.	U	p-value
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	Όχι	208	143,91	8026	0,890
	Ναι	78	142,40		
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	Όχι	208	151,84	6377,5	<b>0,005</b>
	Ναι	78	121,26		
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	Όχι	208	143,33	8076,5	0,954
	Ναι	78	143,96		
Παραπληροφόρηση	Όχι	208	152,88	6162	<b>0,002</b>
	Ναι	78	118,50		
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	Όχι	208	140,31	7447,5	0,285
	Ναι	78	152,02		
Προώθηση παραπληροφόρησης	Όχι	208	140,36	7458	0,290
	Ναι	78	151,88		
Έλεγχος παραπληροφόρησης	Όχι	208	142,09	7818,5	0,637
	Ναι	78	147,26		
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Όχι	208	138,72	7118	0,100
	Ναι	78	156,24		
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	Όχι	208	133,63	6059,5	<b>0,001</b>
	Ναι	78	169,81		
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	Όχι	208	138,63	7099	0,099
	Ναι	78	156,49		

U το στατιστικό του Mann Whitney

M.B.=Μέσος βαθμός



**Γράφημα 4.33: Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη θέση ευθύνης**



#### 4.2.5.5. Χρόνος εργασίας

Στον Πίνακα 4.57 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των παραγόντων με τα έτη συνολικής εργασίας, όπου προέκυψαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις με τους παράγοντες «Καταπολέμηση παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,186, p<0,01$ ), «Έλεγχος παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,142, p<0,05$ ), «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,133, p<0,05$ ) και «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,149, p<0,05$ ).

**Πίνακας 4.57: Συσχετίσεις παραγόντων με τα έτη συνολικής εργασίας**

Παράγοντες	Έτη συνολικής εργασίας
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	0,000
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	0,008
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	-0,039
Παραπληροφόρηση	-0,046
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	,186**
Προώθηση παραπληροφόρησης	0,017
Έλεγχος παραπληροφόρησης	,142*
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	,133*
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	,149*
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	0,035

\*\* $p<0,01$ , \* $p<0,05$

#### 4.2.5.6. Έτη εργασίας στην παρούσα εργασία

Στον Πίνακα 4.58 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των συσχετίσεων των παραγόντων με τα έτη εργασίας στον παρών εργοδότη τα οποία συσχετίστηκαν αρνητικά με την «Παραπληροφόρηση» ( $\rho(286)=-0,179, p<0,01$ ) και θετικά με την «Καταπολέμηση παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,195, p<0,01$ ), τον «Έλεγχο παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,135, p<0,05$ ), την «Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,165, p<0,01$ ) και την «Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης» ( $\rho(286)=0,176, p<0,01$ ).

**Πίνακας 4.58: Συσχετίσεις παραγόντων με τα έτη εργασίας στον παρών εργοδότη**

Παράγοντες	Έτη εργασίας στον παρών εργοδότη
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	0,096
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	-0,038
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	0,079
Παραπληροφόρηση	-,179**
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	,195**
Προώθηση παραπληροφόρησης	-0,032
Έλεγχος παραπληροφόρησης	,135*
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	,165**
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	,176**
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	0,058

\*\* $p<0,01$ , \* $p<0,05$

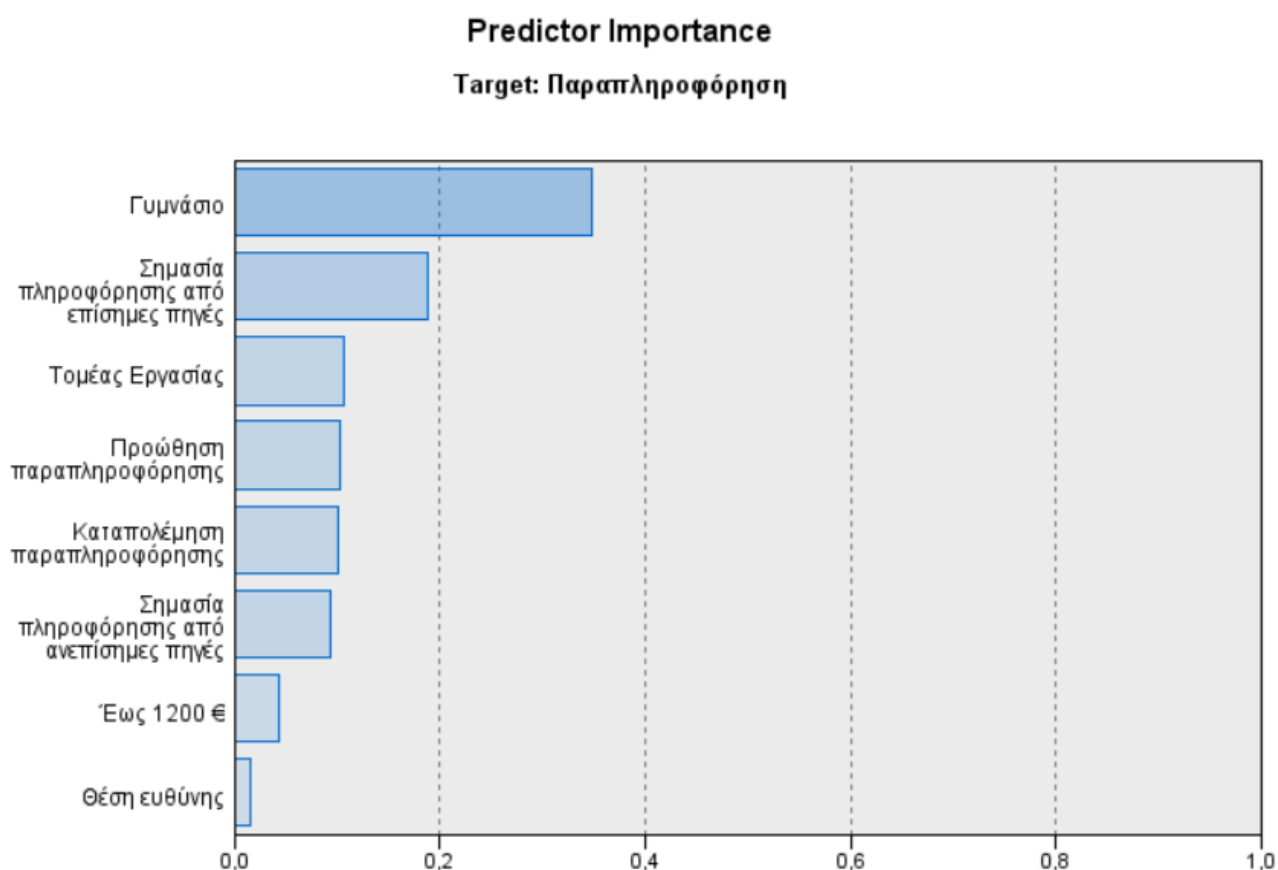
#### 4.2.6. Προβλεπτικοί παράγοντες της Παραπληροφόρησης

Στον Πίνακα 4.59 (Γράφημα 4.34) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Παραπληροφόρηση» και ανεξάρτητες τους συσχετιστικούς παράγοντες. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό ( $F(17,231)=19,619$ ,  $p<0,001$ ) με υψηλό βαθμό προσαρμογής ( $R^2=59,1\%$ ). Προβλεπτικοί παράγοντες αναδείχτηκαν το «Γυμνάσιο» ( $\beta=0,242$ ,  $p<0,001$ , 35% επίδραση), η «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές» ( $\beta=-0,274$ ,  $p<0,001$ , 19% επίδραση), ο «Τομέας εργασίας» ( $\beta=-0,144$ ,  $p=0,003$ , 11% επίδραση), η «Προώθηση παραπληροφόρησης» ( $\beta=0,156$ ,  $p=0,002$ , 10% επίδραση), η «Καταπολέμηση παραπληροφόρησης» ( $\beta=-0,112$ ,  $p=0,039$ , 10% επίδραση), «Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές» ( $\beta=0,232$ ,  $p<0,001$ , 9% επίδραση), ο μισθός «έως 1200 €» ( $\beta=0,099$ , 4% επίδραση) και η «Θέση ευθύνης» ( $\beta=-0,106$ ,  $p=0,035$ , 2% επίδραση).

**Πίνακας 4.59: Μοντέλο πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την «Παραπληροφόρηση»**

Ανεξάρτητες	B	Beta	t	p	VIF
Σταθερά	2,708	-	11,846	<0,001	-
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από επίσημες πηγές	-0,183	-0,274	-5,450	<0,001	1,425
Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας από ανεπίσημες πηγές	0,163	0,232	5,036	<0,001	1,193
Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας	-0,055	-0,075	-1,592	0,113	1,256
Καταπολέμηση παραπληροφόρησης	-0,062	-0,112	-2,074	0,039	1,636
Προώθηση παραπληροφόρησης	0,116	0,156	3,195	0,002	1,342
Έλεγχος παραπληροφόρησης	-0,030	-0,048	-0,819	0,413	1,952
Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	-0,077	-0,116	-1,724	0,086	2,552
Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης	0,016	0,025	0,432	0,666	1,913
Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων	0,020	0,026	0,442	0,659	1,935
Γυμνάσιο	0,827	0,242	4,520	<0,001	1,617
Κρήτη-Μακεδονία-Πελοπόννησος	0,088	0,069	1,522	0,129	1,161
Διαβίωση με γονείς	-0,131	-0,067	-1,436	0,152	1,228
Άνεργος	0,045	0,021	0,463	0,644	1,122
Τομέας Εργασίας	-0,184	-0,144	-3,049	0,003	1,263
Έως 1200 €	0,128	0,099	2,015	0,045	1,373
Θέση ευθύνης	-0,150	-0,106	-2,139	0,034	1,399
Έτη εργασίας στον παρών εργοδότη	0,000	-0,004	-0,081	0,935	1,353

( $F(17,231)=19,619$ ,  $p<0,001$ ,  $R^2=59,1\%$ ).



**Γράφημα 4.34: Προβλεπτικοί παράγοντες της «Παραπληροφόρησης»**

## 5. Συμπεράσματα

### 5.1 Συζήτηση

Η έρευνα διερεύνησε την παραπληροφόρηση στον τομέα της υγείας και τους προβλεπτικούς παράγοντες επιρροής. Μελετήθηκε επίσης η πληροφόρηση των ατόμων σε θέματα υγείας, η συμπεριφορά τους κατά την λήψη μίας παραπληροφόρησης, η στάση τους για την αντιμετώπιση της καθώς επίσης και οι παράγοντες που επηρεάζουν αυτές τις αντιλήψεις.

Στο 1<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα μελετήθηκε ο βαθμός στον οποίο ο γενικός πληθυσμός είναι ενήμερος και θεωρεί σημαντική την πληροφόρηση σε θέματα υγείας. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι πολύ σημαντική είναι μόνο η απευθείας επικοινωνία-ενημέρωση από επαγγελματίες υγείας. Άλλωστε μελέτη του Dumitru et al (2006) διερεύνησε την ευαισθητοποίηση και την αντίληψη του πληθυσμού σε επτά ευρωπαϊκές χώρες για τις πληροφορίες υγείας, μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων με ερωτηματολόγιο που αρχικά σχεδιάστηκε στην αγγλική γλώσσα και έπειτα μεταφράστηκε στην γερμανική, με 934 πολίτες ηλικίας 15-80 από τους οποίους οι 675 έκαναν χρήση του διαδικτύου. Πιο αναλυτικά διαπιστώθηκε ότι ενώ το διαδίκτυο είναι μια δημοφιλής πηγή πληροφοριών για την υγεία, η άμεση επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας θεωρείται η πιο σημαντική. Αυτό υποστηρίζεται και από τους Hinz et al. (2010), ο οποίοι διαπίστωσαν ότι η υγεία εκτιμάται ιδιαίτερα από τον γενικό πληθυσμό, με την άμεση επαφή με επαγγελματίες υγείας να είναι η πιο σημαντική πηγή πληροφοριών για την υγεία.

Σχετικά με τον γραμματισμό ηλεκτρονικής υγείας, προέκυψε πως οι συμμετέχοντες της έρευνας διαθέτουν τις αναγκαίες δεξιότητες για να αξιολογούν τις πηγές πληροφόρησης σε θέματα υγείας και μπορούν να διαχωρίσουν τις υψηλής ποιότητας πηγές πληροφόρησης για την υγεία από εκείνες που είναι χαμηλής ποιότητας στο Διαδίκτυο, γνωρίζουν πώς να το χρησιμοποιούν για να απαντούν σε ερωτήματα που αφορούν στην υγεία τους και να εντοπίζουν χρήσιμες πληροφορίες και πηγές πληροφόρησης. Η έρευνα δείχνει ότι τα άτομα διαθέτουν τις δεξιότητες να αξιολογούν και να χρησιμοποιούν διαδικτυακές πληροφορίες υγείας, με τα περισσότερα να είναι σε θέση να διακρίνουν το αντικείμενο ποιότητας της πληροφορίας, λόγω αλφαριθμητισμού υγείας (Park et al., 2016; Quinn et al., 2015). Ωστόσο, υπάρχουν ανισότητες στον αλφαριθμητισμό στην ηλεκτρονική υγεία, με τα νεότερα και πιο μορφωμένα άτομα να είναι

πιο εγγράμματα στην ηλεκτρονική υγεία (Neter & Brainin, 2012).

Στο **2<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκε ο βαθμός ύπαρξης παραπληροφόρησης στον γενικό πληθυσμό για θέματα υγείας. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι σε μικρό βαθμό υφίσταται παραπληροφόρηση σε θέματα υγείας και συγκεκριμένα για τα λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια, τον καρκίνο και την ψυχική υγεία νόσο.

Στα λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια υψηλότερος βαθμός παραπληροφόρησης παρατηρήθηκε στις απόψεις ότι α) οι άνθρωποι εξαπατώνται σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων (30,4%) και β) ότι τα εμβόλια έναντι της Covid-19 έχουν προκαλέσει χιλιάδες θανάτους σε κατά τα άλλα υγιείς ανθρώπους (26,5%). Πολλές μελέτες έχουν επισημάνει για τον επιπολασμό και τον αντίκτυπο της παραπληροφόρησης στα εμβόλια, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Οι Trotochaud et al. (2023) και Zhao et al. (2023) διαπίστωσαν και οι δύο ότι η παραπληροφόρηση, ιδιαίτερα σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων, ήταν ευρέως διαδεδομένη και επηρεαζόταν από πολιτικούς και ψυχολογικούς παράγοντες στις έρευνες τους. Οι Lee et al. (2022) βρήκαν και οι δύο ότι η έκθεση σε παραπληροφόρηση, ιδιαίτερα σε συνωμοσιολογικές πεποιθήσεις, σχετίζεται με αυξημένο δισταγμό εμβολίου.

Σχετικά με τον καρκίνο, υψηλότερα ποσοστά παραπληροφόρησης παρατηρήθηκαν στις προτάσεις α) ότι οι φαρμακευτικές εταιρείες και ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) μπλοκάρουν ή παρακρατούν νέες θεραπείες για τον καρκίνο (32,9%). Ένας σημαντικός όγκος παραπληροφόρησης σχετικά με τις θεραπείες του καρκίνου επικρατεί στα ΜΚΔ, με μεγάλη πιθανότητα να γίνει κοινή χρήση και τελικά η πληροφορία, να γίνει πιστευτή (Johnson et al., 2022; Lazard et al., 2023). β) ότι ο κουρκουμάς μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό φάρμακο για την καταπολέμηση του καρκίνου του προστάτη (28%). Η παραπληροφόρηση στην υγεία είναι συχνά επιβλαβής, οδηγώντας σε πιθανές αποκλίσεις από τη φροντίδα που βασίζεται σε ιατρικά δεδομένα (Lazard et al., 2023, Fillon 2022). Η εξάπλωση της παραπληροφόρησης διευκολύνεται από το Διαδίκτυο, με ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο να χρησιμοποιούν συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική (Complementary Alternative Medicine) και να εμπιστεύονται πηγές πληροφοριών που δεν είναι επίσημες ιατρικές πηγές (Hutten et al., 2023). Η ποιότητα των πληροφοριών στο Διαδίκτυο είναι αμφισβητήσιμη, με υψηλή επικράτηση red flags λόγω της επιστημονικής τους ανακρίβειας (Matthews et al., 2003). Η εξάπλωση της παραπληροφόρησης τροφοδοτείται περαιτέρω από άτομα που προωθούν αναποτελεσματικές θεραπείες για τον καρκίνο στα μέσα κοινωνικής

δικτύωσης (Ghenai & Mejova, 2018).

Αναφορικά με την ψυχική νόσο, υψηλότερα ποσοστά παραπληροφόρησης παρατηρήθηκαν στις απόψεις α)ότι τα βιντεοπαιχνίδια προκαλούν ψυχικές νόσους (51%). Ο αντίκτυπος αυτών των πεποιθήσεων είναι πολύπλοκος, με ορισμένες μελέτες να υποδηλώνουν ότι το βιντεοπαιχνίδι μπορεί να επιδεινώσει τις ψυχιατρικές διαταραχές. Ωστόσο, υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι τα βιντεοπαιχνίδια μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη θεραπεία συμπτωμάτων ή για να βοηθήσουν τους θεραπευτές στην αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας (Taylor, 2021) και β)ότι οι ψυχικές νόσοι σχετίζονται με το χαρακτήρα του ατόμου (46,2%). Ο Foulds (Eysenck et al., 1976) έχει κάνει μια πολύ σαφή διάκριση μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Πιστεύει ότι είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ των χαρακτηριστικών και στάσεων της προσωπικότητας από τη μία πλευρά και των συμπτωμάτων και των σημαδιών ψυχικής ασθένειας από την άλλη. Αυτά τα συμπτώματα σηματοδοτούν μια διακοπή της φυσιολογικής συνέχειας της προσωπικότητας αλλά δεν έχουν σχέση με το χαρακτήρα.

Στο **3<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα**, μελετήθηκε η συμπεριφορά του γενικού πληθυσμού κατά την λήψη παραπληροφόρησης. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν πως οι συμμετέχοντες θα καταπολεμούσαν την είδηση και θα την επισήμαναν ως "Παραπληροφόρηση", δεν θα την προωθούσαν αλλά μάλλον θα την αγνοούσαν και θα προχωρούσαν σε έλεγχο της, α)αξιολογώντας την εγκυρότητα της από αξιόπιστο φορέα μέσω ίντερνετ, β) αξιολογώντας την εγκυρότητα της από έναν αξιόπιστο επαγγελματία υγείας, γ)θα έψαχναν πληροφορίες σχετικά με την αξιοπιστία του ιστότοπου της ανάρτησης και δ) θα αναζητούσαν περισσότερη πληροφορία για το θέμα. Η έρευνα δείχνει ότι οι άνθρωποι έχουν την ικανότητα να απορρίπτουν την παραπληροφόρηση (Mayo, 2019). Για να αντιμετωπιστεί η παραπληροφόρηση, είναι σημαντικό να επαληθευτεί η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των πληροφοριών (Seib, 2021). Πολλοί απλοί άνθρωποι μπορούν να ξεχωρίσουν αποτελεσματικά μεταξύ αξιόπιστων και αναξιόπιστων πηγών και οι αξιολογήσεις εμπιστοσύνης τους μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την καταπολέμηση της παραπληροφόρησης στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (Pennycook & Rand, 2019). Οι επαγγελματίες υγείας διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης, με στρατηγικές που περιλαμβάνουν την εκπαίδευση των ασθενών, την αμφίδρομη επικοινωνία και την οικοδόμηση και διατήρηση εμπιστοσύνης (Ismail et al., 2022). Ο έλεγχος των γεγονότων μπορούν να βοηθήσουν να

ξεπεραστεί η διάδοση ψευδών πληροφοριών (Hameleers et al., 2020).

Στο **4ο ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκαν οι στάσεις και αντιλήψεις του γενικού πληθυσμού για τα μέτρα που πρέπει να ληφθούν για την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι είναι σημαντική α) η εκπαίδευση πληθυσμού/ψηφιακής εγγραμματοσύνης σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση, β) η χρήση οι μηχανισμών ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας και της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης, γ) η ρύθμιση των πολιτικών διαδικτύου και παρόχων υπηρεσιών διαδικτύου σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση, δ) η λειτουργία των οι κρατικών/κυβερνητικών πολιτικών σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης. Η καταπολέμηση της παραπληροφόρησης περιλαμβάνει διάφορα ενδιαφερόμενα μέρη που συμβάλλουν σε αυτή, συμπεριλαμβανομένων των δημοσιογράφων, του ακαδημαϊκού χώρου και των υπευθύνων πληροφόρησης (Gilchrist, 2018). Επίσης σημαντικοί είναι και οι έλεγχοι γεγονότων γνωστοί ως fact checks (Hameleers et al., 2020).

Σχετικές πρωτοβουλίες αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης πρέπει να αναπτύξουν α) οι Επιστημονικοί φορείς, β) το κράτος/κυβέρνηση, γ) η κοινωνία των πολιτών, δ) οι πάροχοι υπηρεσιών διαδικτύου και ε) οι πλατφόρμες Social Media. Ο Eysenbach (2020) τονίζει την ανάγκη για παρακολούθηση πληροφοριών, γραμματισμό στην ηλεκτρονική υγεία, βελτίωση της γνώσης και ακριβή μετάφραση γνώσης. Οι Chan et al. (2023) τονίζουν τη σημασία της κοινωνικής ακρόασης και τις δυνατότητές της να γεφυρώσει τα επικοινωνιακά κενά μεταξύ των υγειονομικών αρχών και του κοινού. Η παραπληροφόρηση, απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση που χρησιμοποιεί μια σειρά στρατηγικών και η ενίσχυση της αξιοπιστίας του επιστημονικού λόγου απαιτεί την προώθηση μιας δίκαιης σχέσης μεταξύ των επιστημόνων και του ευρύτερου κοινού. Αυτή η συνεργασία πρέπει να βασίζεται στην ανάπτυξη φιλικών σχέσεων με το κοινό και μπορεί να χωριστεί σε δύο στάδια. Το πρώτο περιλαμβάνει την ανάπτυξη αμοιβαίου ενδιαφέροντος, κατανόησης και εμπιστοσύνης μεταξύ των μερών. Στο δεύτερο, την κοινωνικοποίηση, οι φίλοι μέσω αλληλεπιδράσεων και ανταλλαγών πληροφοριών, συμβάλλουν περαιτέρω στην κατανόηση της πληροφορίας και τελικά επιτυγχάνουν μια κατάσταση εμπιστοσύνης που ενθαρρύνει την ανοιχτή και ειλικρινή συζήτηση. Από αυτή την άποψη, εάν η κοινότητα των επιστημών υγείας επιθυμεί να βελτιώσει την αποδοχή και την κατανόηση των επιστημονικών ευρημάτων και των βέλτιστων πρακτικών σε θέματα παραπληροφόρησης, θα πρέπει να δημιουργήσει αμοιβαία κατανόηση και εμπιστοσύνη σε σχέση με την ανταλλαγή ιδεών και την κοινωνικοποίηση σε θέματα υγείας.



Στο **5<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα**, μελετήθηκε πως επηρεάζουν τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τις γνώσεις του γενικού πληθυσμού για την πληροφόρηση σε θέματα υγείας, την συμπεριφορά του κατά την λήψη της παραπληροφόρησης, τις στάσεις του για την αντιμετώπιση του φαινομένου και την εξάπλωση του.

Ως προς το φύλο, τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι γυναίκες ενημερώνονται σε θέματα υγείας από επίσημες πηγές συχνότερα από τους άντρες ενώ παράλληλα τόνισαν σε υψηλότερο βαθμό την σημασία αντιμετώπισης του φαινομένου και την αναγκαιότητα ανάπτυξης πρωτοβουλιών. Η έρευνα δείχνει ότι οι γυναίκες είναι πιο ενεργές στην αναζήτηση πληροφοριών για την υγεία κυρίως όμως από επίσημες πηγές online αλλά μπορεί και να λαμβάνουν άτυπες πληροφορίες σχετικά με την υγεία από την οικογένεια και τους φίλους (Ek 2015; Warner & Procaccino, 2007). Όσον αφορά το φύλο, έχει σημειωθεί επίσης ότι οι άνδρες συχνά δεν είναι πρόθυμοι και δεν έχουν το κίνητρο να ασχοληθούν με πληροφορίες που σχετίζονται με την υγεία ενώ οι γυναίκες αποζητούν πηγές πληροφόρησης (Ek, 2015).

Σχετικά με την ηλικία, συμμετέχοντες μικρότερες ηλικίας κατά την λήψη του φαινομένου, το καταπολεμούν σε χαμηλότερο βαθμό και δεν ελέγχουν την αξιοπιστία της πληροφορίας ενώ παράλληλα οι μεγαλύτεροι σε ηλικία τόνισαν σε υψηλότερο βαθμό την σημασία και την δυνατότητα αντιμετώπισης του φαινομένου. Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων με την ηλικία συμβαδίζουν με αυτά της οικογενειακής κατάστασης. Περισσότερο απαισιόδοξοι για την δυνατότητα αντιμετώπισης του φαινομένου ήταν οι άγαμοι σε σύγκριση με τους έγγαμους και τα άτομα που ζουν σε συμβίωση. Επίσης, οι συμμετέχοντες που ζουν με τους γονείς τους έχουν την τάση να ενημερώνονται περισσότερο συχνά από ανεπίσημες πηγές για θέματα υγείας, με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερο βαθμό παραπληροφόρησης, να προωθούν συχνότερα ψευδείς ειδήσεις και να είναι περισσότερα απαισιόδοξοι για την δυνατότητα αντιμετώπισης του φαινομένου. Η έρευνα δείχνει σταθερά ότι οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να τονίσουν τη σημασία της αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης για την υγεία και είναι πιο επικριτικοί για τις πληροφορίες που συναντούν (Xiang et al., 2023). Από την άλλη πλευρά, οι νεότεροι ενήλικες τείνουν να είναι πιο σίγουροι για την ικανότητά τους να ανιχνεύουν την παραπληροφόρηση (Martínez-Costa et al., 2023), αλλά είναι λιγότερο πιθανό να ελέγξουν την αξιοπιστία των πληροφοριών που συναντούν (Vijaykumar et al., 2021). Η μελέτη των Zanatta et al. (2021) αποκαλύπτει περαιτέρω ότι οι νέοι και όσοι έχουν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν τις οδηγίες στο διαδίκτυο χωρίς να συμβουλευτούν έναν

επαγγελματία υγείας. Ο Waisbord (2020) και οι Wang et al., (2019) υπογραμμίζουν και οι δύο τον ρόλο του διαδικτύου και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στη διάδοση παραπληροφόρησης για την υγεία, με τους Wang et al. (2019) να προτείνουν περαιτέρω έρευνα σχετικά με την ευαισθησία διαφορετικών δημογραφικών ομάδων στη διάδοση ψευδών ειδήσεων και παραπληροφόρησης στην υγεία.

Πολύ σημαντική ήταν η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι συμμετέχοντες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (απόφοιτοι γυμνασίου) ενημερώνονται για θέματα υγείας λιγότερο συχνά από επίσημες πηγές, με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερο βαθμό παραπληροφόρησης, να μην ελέγχουν την ψευδή είδηση αλλά να την προωθούν και να μην θεωρούν τόσο σημαντική την αντιμετώπιση του φαινομένου. Πράγματι, οι Wang et al. (2019) υποστηρίζουν ότι άτομα με δευτεροβάθμια εκπαίδευση ενημερώνονται περισσότερο online με αποτέλεσμα να ακολουθούν αμφίβολες οδηγίες του διαδικτύου, παρά ζητούν επίσημες ιατρικές συμβουλές.

Διαφορές παρατηρήθηκαν και ως προς το γεωγραφικό διαμέρισμα κατοικίας. Συγκεκριμένα, υψηλότερος βαθμός παραπληροφόρησης και προώθησης του φαινομένου παρατηρήθηκε στους κατοίκους της Πελοποννήσου, της Μακεδονίας και της Κρήτης, οι οποίοι παράλληλα θεωρούν λιγότερο σημαντική την αντιμετώπιση του φαινομένου. Η παραπληροφόρηση για την υγεία είναι ένα σημαντικό ζήτημα στις αγροτικές περιοχές, και αυτό αναδείχθηκε ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 (Wang et al., 2022, Okereke et al., 2021, Zhu et al., 2021). Παράγοντες όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, το εισόδημα και η κατάσταση εργασίας/σπουδών μπορούν να επηρεάσουν την προσβασιμότητα και την αξιοπιστία των πληροφοριών υγείας (Zhu et al., 2021).

Η επαγγελματική κατάσταση επηρέασε τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Άνεργοι συμμετέχοντες ενημερώνονται λιγότερο συχνά από επίσημες πηγές ενημέρωσης για θέματα υγείας και έχουν υψηλότερο βαθμό παραπληροφόρησης. Παράλληλα, οι εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης καταπολεμούν λιγότερο συχνά το φαινόμενο της παραπληροφόρησης, ελέγχουν λιγότερο συχνά τις ψευδείς ειδήσεις και τόνισαν σε μικρότερο βαθμό την σημασία αντιμετώπισης του φαινομένου. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα σχετικά με τον μηνιαίο μισθό των εργαζομένων. Εργαζόμενοι με μικρότερο μισθό έως 800 ευρώ θεωρούν λιγότερο σημαντική την αντιμετώπιση του φαινομένου και εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα γραμματισμού ηλεκτρονικής υγείας. Τα επίπεδα παραπληροφόρησης ήταν υψηλότερα σε

εργαζομένους με μισθό έως 1200 ευρώ. Ο τομέας εργασίας επίσης επηρέασε τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Οι μικροεπαγγελματίες ενημερώνονται λιγότερο συχνά από επίσημες πηγές για θέματα υγείας και θεωρούν λιγότερο σημαντική την αντιμετώπιση του φαινομένου ενώ οι επαγγελματίες υγείας συχνότερα οι οποίοι εστίασαν στην σημασία αντιμετώπισης και παράλληλα ανέδειξαν και υψηλότερα επίπεδα γραμματισμού ηλεκτρονικής υγείας. Υψηλότερα επίπεδα παραπληροφόρησης παρατηρήθηκαν σε μικροεπαγγελματίες, υπαλλήλους γραφείου, σε εργαζομένους παροχής υπηρεσιών και πωλητές ενώ χαμηλότερα σε επαγγελματίες υγείας, επαγγελματίες ΤΠΕ, επιστήμονες, εκπαιδευτικούς, άτομα που εργάζονται στις ένοπλες δυνάμεις και στην διεύθυνση. Σημαντικά ευρήματα παρατηρήθηκαν και ως προς την θέση ευθύνης καθώς εργαζόμενοι που εργάζονται σε θέση ευθύνης ενημερώνονται σπανιότερα από ανεπίσημες πηγές ενημέρωσης για θέματα υγείας, εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα παραπληροφόρησης και ήταν περισσότερο αισιόδοξοι για την αντιμετώπιση του φαινομένου. Τα έτη εργασιακής εμπειρίας επηρέασαν τις αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Εργαζόμενοι με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία γενικά αλλά και στον παρών εργοδότη καταπολεμούν και ελέγχουν συχνότερα μία ψευδή είδηση, τονίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την σημασία αντιμετώπισης του φαινομένου και είναι περισσότερο αισιόδοξοι ως προς την δυνατότητα αντιμετώπισης. Παράλληλα εργαζόμενοι με περισσότερα έτη εργασίας στον παρών εργοδότη εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα παραπληροφόρησης.

Τα ευρήματα συνολικά όσον αφορά τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά αναδεικνύουν ότι χαμηλότερα επίπεδα παραπληροφόρησης έχουν οι συμμετέχοντες που εργάζονται σε επαγγέλματα υγείας και σε επιστημονικά πεδία, σε θέση ευθύνης, έχουν μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία και υψηλότερο μισθό. Η έρευνα δείχνει ότι ορισμένα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, όπως η εργασία σε επαγγέλματα υγείας και τον τομέα των επιστημών γενικά, συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα παραπληροφόρησης για την υγεία (Bautista et al., 2021). Επιπλέον, φαίνεται ότι τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση και επίπεδο εισοδήματος είναι λιγότερο πιθανό να πιστέψουν την παραπληροφόρηση για την υγεία (Pan et al., 2021).

Στο **6<sup>ο</sup> ερευνητικό ερώτημα** μελετήθηκαν οι προβλεπτικοί παράγοντες που οδηγούν σε μεγαλύτερη παραπληροφόρηση. Τα αποτελέσματα ανέδειξαν ότι υψηλότερη συμφωνία σε αναφορές παραπληροφόρησης συνδέεται με 1) χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, 2) μικρότερη ενημέρωση από επίσημες πηγές για θέματα υγείας, 3) συχνότερη ενημέρωση από ανεπίσημες πηγές για θέματα υγείας, 4) εργασία σε θέση που δεν είναι θέση ευθύνης, 5) εργασία με

χαμηλότερο μισθό, 6)εργασία που δεν σχετίζεται με επαγγέλματα υγείας και επιστήμες, 7)μεγαλύτερη προώθηση του φαινομένου, 8)μικρότερη καταπολέμηση του φαινομένου.

## **5.2 Περιορισμοί-Προτάσεις**

Τα αποτελέσματα της έρευνας αφορούν δείγμα με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και συνεπώς μπορούν να γενικευτούν για παρόμοιο πληθυσμό. Συγκεκριμένα, το δείγμα αποτελούνταν κυρίως από γυναίκες μέσης ηλικίας 44 ετών, από την Στερεά Ελλάδα και την Μακεδονία, εργαζομένους υπαλλήλους πλήρης απασχόλησης. Το υψηλό μορφωτικό επίπεδο που παρατηρήθηκε στο δείγμα (τριτοβάθμιας και άνω) σε συνδυασμό με το σημαντικό ποσοστό επαγγελματιών υγείας και εκπαιδευτικών, πιθανότατα να οφείλεται για τον χαμηλό βαθμό συμφωνίας των συμμετεχόντων σε αναφορές που αποτελούν παραπληροφόρηση. Μελλοντικές έρευνες μπορούν να εστιάσουν στην δημιουργία ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού, εφαρμόζοντας στρωματοποιημένη δειγματοληψία (Creswell, 2014).

## **5.3 Σύνοψη**

Η ενημέρωση από επαγγελματία υγείας θεωρήθηκε η πιο σημαντική πηγή πληροφόρησης σε θέματα υγείας. Ο γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας του δείγματος ήταν υψηλός. Σε μικρό βαθμό οι συμμετέχοντες πιστεύουν ειδήσεις παραπληροφόρησης για τα λοιμώδη νοσήματα και εμβόλια, τον καρκίνο και την ψυχική νόσο. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες καταπολέμησαν την είδηση της παραπληροφόρησης, δεν την προώθησαν και έλεγξαν την αξιοπιστία της. Υψηλότερη συμφωνία σε αναφορές παραπληροφόρησης συνδέθηκε με 1)χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο, 2) μικρότερη ενημέρωση από επίσημες πηγές για θέματα υγείας, 3) συχνότερη ενημέρωση από ανεπίσημες πηγές για θέματα υγείας, 4)εργασία σε θέση που δεν είναι θέση ευθύνης, 5)εργασία με χαμηλότερο μισθό, 6)εργασία που δεν σχετίζεται με επαγγέλματα υγείας και επιστήμες, 7)μεγαλύτερη προώθηση του φαινομένου, 8)μικρότερη καταπολέμηση του φαινομένου. Τα σημαντικότερα μέτρα για την αντιμετώπιση του φαινομένου είναι η α)η εκπαίδευση του πληθυσμού για απόκτηση ψηφιακής εγγραμματοσύνης και αναγνώριση της έγκυρης πληροφόρησης, β)η χρήση των μηχανισμών ελέγχου του μηνύματος και της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης, γ) η ρύθμιση των πολιτικών

διαδικτύου και παρόχων υπηρεσιών διαδικτύου σχετικά με την έγκυρη πληροφόρηση, δ) η λειτουργία των κρατικών/κυβερνητικών πολιτικών σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης. Σχετικές πρωτοβουλίες αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης πρέπει να αναπτύξουν α)οι Επιστημονικοί φορείς, β)το κράτος/κυβέρνηση, γ)η κοινωνία των πολιτών, δ)οι πάροχοι υπηρεσιών διαδικτύου και ε)οι πλατφόρμες Social Media.

## Βιβλιογραφία

### Ελληνόγλωσση

- Γαλάνης, Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα*, 30(1), 97-110.
- Δημητρόπουλος, Ε. (2009). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα: Έλλην.
- Δημητρόπουλος, Ε. (2009). *Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας*. Αθήνα: Έλλην.

- ΕΕΜ ΔΕΠΥ. (n.d.). *Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας*. [online] Available at: <https://adhd.gr/> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024]..
- Ευθυμίου, Μενόικου, Ι., Μίτλεττον, Ν., Κονδύλη, Β., Παπασταύρου, Ε., Νοσηλευτικής, Τ., Υγείας, Ε. and Κύπρου, Π. (2021). *Health literacy: A consensus group on Greek terminology Λέξεις ευρετηρίου Ορολογία Ποιοτική έρευνα Προαγωγή υγείας Πρόληψη*. [online] Available at: <https://www.mednet.gr/archives/2021-6/pdf/833.pdf>. [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο. (2020). *Αντιμετωπίζοντας την παραπληροφόρηση για τον Covid19*. [online] Available at: [https://multimedia.europarl.europa.eu/el/video/abordarea-dezin-formarii-privind-covid19\\_N01-PUB-200331-DISI](https://multimedia.europarl.europa.eu/el/video/abordarea-dezin-formarii-privind-covid19_N01-PUB-200331-DISI) [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Ηλιαδέλη, Α. (2017). *Η εθνικολαϊκιστική δεξιά στην Ελλάδα και την Ευρώπη στη στροφή του 21ου αιώνα*. [online] [www.didaktorika.gr](http://www.didaktorika.gr). Available at: <https://www.didaktorika.gr/eadd/handle/10442/40365> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024]. .
- Καρλής, Δ. (2005). *Πολυμεταβλητή στατιστική ανάλυση*. Εκδόσεις Α. Σταμούλης.
- Λιαργκόβας, Π.Γ., Δερμάτης, Ζ. & Κομνηνός, Δ. (2019) *Μεθοδολογία της Έρευνας και Συγγραφή Επιστημονικών Εργασιών*. Εκδόσεις Τζιόλας.
- Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ. (2011). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες. *Νοσηλευτική*, 50(2), 231-239.
- Παπαϊωάννου, Α., Ζουρμπάνος, Ν., & Μίνος, Γ. (2016). *Εφαρμογές της Στατιστικής στις Επιστήμες του Αθλητισμού και της Υγείας με την χρήση του SPSS*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Δίσιγμα.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν. (1993). *Μεθοδολογία Επιστημονικής Έρευνας*. Τόμος Α', Αθήνα: (αυτοέκδοση).
- Σαράφης, Π. & Μπαμίδης, Π. (2020). *Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα Και Πολιτικές*. Λευκωσία: BROKEN HILL PUBLISHERS LTD.
- Συμβούλιο της Ευρώπης, “ΟΔΗΓΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΝΤΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΔΟΜΗΣΗ ΕΜΠΙΣΤΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΙΣΟΤΙΜΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ”, Συμβούλιο της Ευρώπης, Ιανουάριος 2023.
- ΨΗΦΙΑΚΟΣ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΤΑ. (2022, August 26). *Ιατρικές Πληροφορίες στο Διαδίκτυο*[Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=3I6MVcyzOWo>[Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- ΨΗΦΙΑΚΟΣ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΠΤΑ. (2022, June 30). *Ιατρικές πληροφορίες στο Διαδίκτυο και Κίνδυνοι*[Video]. Youtube. [https://www.youtube.com/watch?v=QK6mAuSc\\_T8](https://www.youtube.com/watch?v=QK6mAuSc_T8) [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].



## Ξενόγλωσση

A Community Toolkit for Addressing Health Misinformation. (2021).

Abroms, L.C., Padmanabhan, N., Thaweethai, L. and Phillips, T. (2011). iPhone Apps for Smoking Cessation. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3), pp.279–285. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.10.032> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

A Heywood (1997). *Politics*. Macmillan.

Aiken, L. S., & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Aïmeur, E., Amri, S. and Brassard, G. (2023). Fake news, disinformation and misinformation in social media: a review. *Social Network Analysis and Mining*, [online] 13(1). doi: <https://doi.org/10.1007/s13278-023-01028-5> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

Allcott, H. and Gentzkow, M. (2017). Social Media and Fake News in the 2016 Election. *Journal of Economic Perspectives*, [online] 31(2) 211–236. doi: <https://doi.org/10.1257/jep.31.2.211> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

Allington, D., Duffy, B., Wessely, S., Dhavan, N. and Rubin, J. (2020). Health-protective behaviour, social media usage and conspiracy belief during the COVID-19 public health emergency. *Psychological Medicine*, [online] 51(10), 1–7. doi: <https://doi.org/10.1017/S003329172000224X> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

American Psychological Association (2022). *Misinformation and disinformation*. [online] American Psychological Association. Available at: <https://www.apa.org/topics/journalism-facts/misinformation-disinformation> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

APA, (2010). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. American Psychological Association.

Apetrei, C., Marx, P.A., Mellors, J.W. and Pandrea, I. (2022). The COVID misinfodemic: not new, never more lethal. *Trends in Microbiology*, [online] 0(0). doi: <https://doi.org/10.1016/j.tim.2022.07.004> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

Bautista, J. R., Zhang, Y., & Gwizdka, J. (2021). US physicians' and nurses' motivations, barriers, and recommendations for correcting health misinformation on social media: qualitative interview study. *JMIR public health and surveillance*, 7(9), e27715.

Beltrán Ponce, S., McAlarnen, L.A. and Teplinsky, E. (2022). Challenges of Reaching Patients With Cancer on Social Media: Lessons From the Failed #CancerRealTalk Experience. *JCO Oncology Practice*. doi: <https://doi.org/10.1200/op.22.00515> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

Ben-Ari, E. (2021). *The Challenges of Cancer Misinformation on Social Media - National Cancer Institute*. [online] [www.cancer.gov](http://www.cancer.gov). Available at: <https://www.cancer.gov/news->



- events/cancer-currents-blog/2021/cancer-misinformation-social-media [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Berger, J.A. and Milkman, K.L. (2009). What Makes Online Content Viral? *SSRN Electronic Journal*, 49(2). doi:<https://doi.org/10.2139/ssrn.1528077> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Bin Naeem, S. and Kamel Boulos, M.N. (2021). COVID-19 Misinformation Online and Health Literacy: A Brief Overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [online] 18(15). doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph18158091> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Bizzotto, N., de Bruijn, G.-J. and Schulz, P.J. (2023). Buffering against exposure to mental health misinformation in online communities on Facebook: the interplay of depression literacy and expert moderation. *BMC Public Health*, [online] 23(1), 1–12. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16404-1>. [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Bonita, R., Beaglehole, R. and Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology*. Geneva World Health Organization.
- Butt, S., Sharma, S., Sharma, R., Sidorov, G. and Gelbukh, A. (2022). What goes on inside rumour and non-rumour tweets and their reactions: A psycholinguistic analysis. *Computers in Human Behavior*, 135, 107345. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107345> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Byrne, M., Tan, R.K.J., Wu, D., Marley, G., Hlatshwako, T.G., Tao, Y., Bissram, J., Nachman, S., Tang, W., Ramaswamy, R. and Tucker, J.D. (2023). Prosocial Interventions and Health Outcomes. *JAMA Network Open*, [online] 6(12), e2346789. doi:<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.46789>[Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Caron, C. (2022). Teens Turn to TikTok in Search of a Mental Health Diagnosis. *The New York Times*. [online] 29 Oct. Available at: <https://www.nytimes.com/2022/10/29/well/mind/tiktok-mental-illness-diagnosis.html> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Cavazos-Rehg, P., Krauss, M. J., Sowles, S. J., Connolly, S., Rosas, C., Bharadwaj, M., Grucza, R., & Bierut, L. J. (2017). An analysis of depression, self-harm, and suicidal ideation content on Tumblr. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(1), 44-52. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000409>[Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Chan, J. (2022). Online astroturfing: A problem beyond disinformation. *Philosophy & Social Criticism*, p.019145372211084. doi:<https://doi.org/10.1177/01914537221108467> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Chan, H. Y., Wang, C. C., Jeng, W., & Huang, Y. M. (2023). Strengthening scientific credibility in the face of misinformation and disinformation: Viable solutions. *Journal of Ophthalmology Clinics and Research*, 360, 163-168.
- Chen, L., Wang, X. and Peng, T.-Q. (2018). (Preprint). *Journal of Medical Internet Research*. doi:<https://doi.org/10.2196/11515> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

- Chua, A.Y.K. and Banerjee, S. (2018). Intentions to trust and share online health rumors: An experiment with medical professionals. *Computers in Human Behavior*, 87, 1–9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.05.021> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- CME page for ‘iPhone Apps for Smoking Cessation: A Content Analysis’. (2011). *American Journal of Preventive Medicine*, 40(3), p.A3. doi: [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(11\)00016-x](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(11)00016-x) [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Collins, B., Hoang, D.T., Nguyen, N.T. and Hwang, D. (2020). Fake News Types and Detection Models on Social Media A State-of-the-Art Survey. *Communications in Computer and Information Science*, pp.562–573. doi:[https://doi.org/10.1007/978-981-15-3380-8\\_49](https://doi.org/10.1007/978-981-15-3380-8_49) [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Creswell, J. W. (2014). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches (4th ed.)*. SAGE Publications.
- Crouse, L. and Dupuis, M. (2022). A Dangerous Infodemic: An Examination of the Impact Social Media Misinformation has on COVID-19 Vaccination Status. doi:<https://doi.org/10.1145/3537674.3554754> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Dame Adjin-Tettey, T. (2022). Combating fake news, disinformation, and misinformation: Experimental evidence for media literacy education. *Cogent Arts & Humanities*, [online] 9(1). doi:<https://doi.org/10.1080/23311983.2022.2037229> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Demuyakor, J. and Opat, E.M. (2022). Fake News on Social Media: Predicting Which Media Format Influences Fake News Most on Facebook. *Journal of Intelligent Communication*, 2(1). doi:<https://doi.org/10.54963/jic.v2i1.56> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Desai, S. and Oehrli, J.A. (2023). *Research Guides: ‘Fake News,’ Lies and Propaganda: How to Sort Fact from Fiction: What is ‘Fake News’?* [online] Umich.edu. Available at: <https://guides.lib.umich.edu/fakenews> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Digital-strategy.ec.europa.eu. (2024). *Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Ψηφιακών Μέσων (EDMO) | Shaping Europe’s digital future*. [online] Available at: <https://digital-strategy.ec.europa.eu/en/policies/european-digital-media-observatory> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Dumitru, R. C., Ganslandt, T., & Prokosch, H. U. (2006). German healthcare consumer’s perception of the internet as a source of health-related information. In *AMIA Annual Symposium Proceedings* (Vol. 2006, p. 224). American Medical Informatics Association.
- Ecker, U. K., Lewandowsky, S., Cook, J., Schmid, P., Fazio, L. K., Brashier, N., Kendeou, P., Vraga, E. K., & Amazeen, M. A. (2022). The psychological drivers of misinformation belief and its resistance to correction. *Nature Reviews Psychology*, 1 (1), 13–29.
- Eckert, S., Sopory, P., Day, A., Wilkins, L., Padgett, D., Novak, J., Noyes, J., Allen, T., Alexander, N., Vanderford, M. and Gamhewage, G. (2017). Health-Related Disaster Communication and Social Media: Mixed-Method Systematic Review. *Health Communication*, 33(12), 1389–1400. doi:<https://doi.org/10.1080/10410236.2017.1351278> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

- Ek, S. (2015). Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health promotion international*, 30(3), 736-745.
- European Fact-Checking Standards Network (EFCSN). (2024). *European Fact-Checking Standards Network (EFCSN)*. [online] Available at: <https://efcsn.com/> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Eysenbach, G. (2020). How to fight an infodemic: the four pillars of infodemic management. *Journal of medical Internet research*, 22(6), e21820.
- Eysenck, S. B., White, O., & Eysenck, H. J. (1976). Personality and mental illness. *Psychological Reports*, 39(3), 1011-1022.
- Field, A. (2017). *Discovering Statistics Using IBM SPSS (5<sup>th</sup> edition)*. Sage Publications Ltd.
- Fieldhouse, M., and Nicholas, D. (2008). Digital literacy as information savy. IN: Lankshear, C., & Knobel, M. (Eds.). *Digital literacies: Concepts, policies and practices* (Vol. 30). Peter Lang.
- Fillon, M. (2022). The social media cancer misinformation conundrum. *CA Cancer J Clin*, 72(1), 3-4.
- Funmi Adebesein, Smuts, H., Tendani Mawela, Maramba, G. and Marié Hattingh (2023). Role of Social Media in Health Misinformation and Disinformation during the Covid-19 Pandemic: Bibliometric Analysis (Preprint). *JMIR infodemiology*, 3, e48620–e48620. doi:<https://doi.org/10.2196/48620> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Gabriel Emile Hine, Jeremiah Onaolapo, Emiliano De Cristofaro, Nicolas Kourtellis, Ilias Leontiadis, Riginos Samaras, Gianluca Stringhini, and Jeremy Blackburn. 2017. Kek, cucks, and God emperor Trump: A measurement study of 4chan's politically incorrect forum and its effects on the web. In *Proceedings of the ICWSM*.
- Galvin, M. (2021). *As Surgeon General Urges 'Whole-of-Society' Effort to Fight Health Misinformation, the Work of the National Academies Helps Foster an Evidence-Based Information Environment*. [online] Nationalacademies.org. Available at: <https://www.nationalacademies.org/news/2021/07/as-surgeon-general-urges-whole-of-society-effort-to-fight-health-misinformation-the-work-of-the-national-academies-helps-foster-an-evidence-based-information-environment> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Ghenai, A., & Mejova, Y. (2018). Fake cures: user-centric modelling of health misinformation in social media. *Proceedings of the ACM on human-computer interaction*, 2(CSCW), 1-20.
- Gilchrist, A. D. (2018). Post-truth: an outline review of the issues and what is being done to combat it. *Ibersid: revista de sistemas de información y documentación*, 12(2), 13-24.
- Giles J. 2005. Internet encyclopaedias go head-to-head. *Nature* 434:900–1
- Gill, P. (2014). *Chapter 1 - Definitions: Contamination and Interpretation*. [online] ScienceDirect. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/B9780124172142000012> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Gilster, P. (1997). *Digital literacy*. New York; Chichester: Wiley Computer.

- Gisondi, M.A., Barber, R., Faust, J.S., Raja, A., Strehlow, M.C., Westafer, L.M. and Gottlieb, M. (2022). A deadly infodemic: social media and the power of COVID-19 misinformation. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2). doi:<https://doi.org/10.2196/35552> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Goel S, Anderson A, Hofman J, Watts DJ. 2016. The structural virality of online diffusion. *Manag. Sci.*62(1):180–96
- Golbeck J, Mauriello M, Auxier B, Bhanushali KH, Bonk C, Bouzaghrane MA, Buntain C, Chanduka R, Cheakalos P, Everett JB et al (2018) Fake news vs satire: a dataset and analysis. In: Proceedings of the 10th ACM conference on web science, pp 17–21, <https://doi.org/10.1145/3201064.3201100> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Griffiths, K. M., & Christensen, H. (2000). Quality of web-based information on treatment of depression: Cross sectional survey. *British Medical Journal*, 321(7275), 1511–1515.
- Guess, A., Nagler, J. and Tucker, J. (2019). Less than you think: Prevalence and predictors of fake news dissemination on Facebook. *Science Advances*, [online] 5(1), 1–8. doi:<https://doi.org/10.1126/sciadv.aau4586> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Hameleers, M., Powell, T. E., Van Der Meer, T. G., & Bos, L. (2020). A picture paints a thousand lies? The effects and mechanisms of multimodal disinformation and rebuttals disseminated via social media. *Political communication*, 37(2), 281-301.
- Han, Y., Lappas, T. and Sabnis, G. (2020). The Importance of Interactions Between Content Characteristics and Creator Characteristics for Studying Virality in Social Media. *Information Systems Research*, 31(2), pp.576–588. doi:<https://doi.org/10.1287/isre.2019.0903> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Heilman, J.M., Kemmann, E., Bonert, M., Chatterjee, A., Ragar, B., Beards, G.M., Iberri, D.J., Harvey, M., Thomas, B., Stomp, W., Martone, M.F., Lodge, D.J., Vondracek, A., de Wolff, J.F., Liber, C., Grover, S.C., Vickers, T.J., Meskó, B. and Laurent, M.R. (2011). Wikipedia: A Key Tool for Global Public Health Promotion. *Journal of Medical Internet Research*, [online] 13(1). doi:<https://doi.org/10.2196/jmir.1589> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Herrick, S. S., Hallward, L., & Duncan, L. R. (2021). “This is just how I cope”: An inductive thematic analysis of eating disorder recovery content created and shared on TikTok using #EDrecovery. *International Journal of Eating Disorders* 54(4), 516–526.
- Hine, G.E., Onaolapo, J., De Cristofaro, E., Kourtellis, N., Leontiadis, I., Samaras, R., Stringhini, G. and Blackburn, J. (2017). Kek, Cucks, and God Emperor Trump: A Measurement Study of 4chan’s Politically Incorrect Forum and Its Effects on the Web. *arXiv:1610.03452 [physics]*. [online] Available at: <https://arxiv.org/abs/1610.03452> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Hinz, A., Hübscher, U., Brähler, E., & Berth, H. (2010). Is health really the most important value? Results of a representative survey of the German general population concerning the subjective meaning of health. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 72(12), 897-903.

- Hutten, R. J., Weil, C. R., King, A. J., Barney, B., Bylund, C. L., Fagerlin, A., ... & Johnson, S. B. (2023). Multi-institutional analysis of cancer patient exposure, perceptions, and trust in information sources regarding complementary and alternative medicine. *JCO Oncology Practice*, 19(11), 1000-1008.
- Ireton, C. and Posetti, J. (2018). *Journalism, 'fake news' & disinformation: handbook for journalism education and training*. Paris: United Nations Educational, Science, And Cultural Organization.
- Johnson, K. (2022). *Misinformation of mental health on social media and how it misinforms those who view it*. [online] Available at: <https://digscholarship.unco.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1075&context=honors> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Johnson, S.B., Park, H.S., Gross, C.P. and Yu, J.B. (2017). Use of Alternative Medicine for Cancer and Its Impact on Survival. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, [online] 110(1), 121–124. doi:<https://doi.org/10.1093/jnci/djx145> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Johnson, S.B., Park, H.S., Gross, C.P. and Yu, J.B. (2018). Complementary Medicine, Refusal of Conventional Cancer Therapy, and Survival Among Patients With Curable Cancers. *JAMA Oncology*, 4(10), 1375. doi:<https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2018.2487> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Johnson, S.B., Parsons, M., Dorff, T., Moran, M.S., Ward, J.H., Cohen, S.A., Akerley, W., Bauman, J., Hubbard, J., Spratt, D.E., Bylund, C.L., Swire-Thompson, B., Onega, T., Scherer, L.D., Tward, J. and Fagerlin, A. (2021). Cancer Misinformation and Harmful Information on Facebook and Other Social Media: A Brief Report. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 114(7). doi:<https://doi.org/10.1093/jnci/djab141> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Johnson, S. B., Parsons, M., Dorff, T., Moran, M. S., Ward, J. H., Cohen, S. A., ... & Fagerlin, A. (2022). Cancer misinformation and harmful information on Facebook and other social media: a brief report. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 114(7), 1036-1039.
- Ismail, N., Kbaier, D., Farrell, T., & Kane, A. (2022). The experience of health professionals with misinformation and its impact on their job practice: Qualitative interview study. *JMIR formative research*, 6(11), e38794.
- Kayser, L., Karnoe, A., Furstrand, D., Batterham, R., Christensen, K.B., Elsworth, G. and Osborne, R.H. (2018). A Multidimensional Tool Based on the eHealth Literacy Framework: Development and Initial Validity Testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), p.e36. doi:<https://doi.org/10.2196/jmir.8371> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Kennedy, B., Tyson, A. and Funk, C. (2022). *Americans' Trust in Scientists, Other Groups Declines*. [online] Pew Research Center Science & Society. Available at: <https://www.pewresearch.org/science/2022/02/15/americans-trust-in-scientists-other-groups-declines/> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Kline, P. (2014). *An easy guide to factor analysis*. London, UK: Routledge



- Koskan, A.M., Sivanandam, S., Roschke, K., Irby, J., Helitzer, D.L. and Doebling, B. (2023). Sharing Reliable COVID-19 Information and Countering Misinformation: In-Depth Interviews With Information Advocates. *JMIR Infodemiology*, [online] 3(1), .e47677. doi:<https://doi.org/10.2196/47677> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Kotseva, B., Vianini, I., Nikolaidis, N., Faggiani, N., Potapova, K., Gasparro, C., Steiner, Y., Scornavacche, J., Jacquet, G., Dragu, V., Della Rocca, L., Bucci, S., Podavini, A., Verile, M., Macmillan, C., & Linge, J. P. (2023). Trend analysis of COVID-19 mis/disinformation narratives-A 3-year study. *PloS one*, 18(11), e0291423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291423> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Lazard, A.J., Nicolla, S., Vereen, R.N., Pendleton, S., Charlot, M., Tan, H.-J., DiFranzo, D., Pulido, M. and Dasgupta, N. (2023). Exposure and Reactions to Cancer Treatment Misinformation and Advice: Survey Study. *JMIR Cancer*, [online] 9(1), .e43749. doi:<https://doi.org/10.2196/43749> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Lazer, D.M.J., Baum, M.A., Benkler, Y., Berinsky, A.J., Greenhill, K.M., Menczer, F., Metzger, M.J., Nyhan, B., Pennycook, G., Rothschild, D., Schudson, M., Sloman, S.A., Sunstein, C.R., Thorson, E.A., Watts, D.J. and Zittrain, J.L. (2018). The Science of Fake News. *Science*, [online] 359(6380), 1094–1096. doi:<https://doi.org/10.1126/science.aao2998> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Lee, S. K., Sun, J., Jang, S., & Connelly, S. (2022). Misinformation of COVID-19 vaccines and vaccine hesitancy. *Scientific reports*, 12(1), 13681.
- Loeb, S., Reines, K., Abu-Salha, Y., French, W., Butaney, M., Macaluso, J.N., Steinberg, G.D., Walter, D., Byrne, N., la Garza, D. de and Smith, A.B. (2021). Quality of Bladder Cancer Information on YouTube. *European Urology*, 79(1), 56–59. doi:<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2020.09.014> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Lui K. 2017. An Australian wellness blogger has been fined \$322,000 for lying about having cancer. Time Magazine, Sept. 28. from <http://time.com/4960515/australia-belle-gibson-fined-lying-cancer/> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Martínez-Costa, M. P., López-Pan, F., Buslón, N., & Salaverría, R. (2023). Nobody-fools-me perception: Influence of age and education on overconfidence about spotting disinformation. *Journalism Practice*, 17(10), 2084-2102.
- Matthews, S. C., Camacho, A., Mills, P. J., & Dimsdale, J. E. (2003). The internet for medical information about cancer: help or hindrance? *Psychosomatics*, 44(2), 100-103.
- Mayo, R. (2019). Knowledge and distrust may go a long way in the battle with disinformation: Mental processes of spontaneous disbelief. *Current Directions in Psychological Science*, 28(4), 409-414.
- M Robin Dimatteo and Martin, L.R. (2007). *Health psychology*. Delhi: Pearson Education.
- McGinnis, A. (2022). *Cancer Misinformation: Its Impact on Patients and Mitigation Strategies*. [online] ILCN.org (ILCN/WCLC). Available at: <https://www.ilcn.org/cancer-misinformation-its-impact-on-patients-and-mitigation-strategies/> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

- Naeem, S.B., Bhatti, R. and Khan, A. (2020). An exploration of how fake news is taking over social media and putting public health at risk. *Health Information & Libraries Journal*, 38(2), pp.143–149. doi:<https://doi.org/10.1111/hir.12320> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- National Cancer Institute. (2015). *Using Trusted Resources*. [online] Available at: <https://www.cancer.gov/about-cancer/managing-care/using-trusted-resources> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- National Institute of Health (2017). *National Cancer Institute (NCI)*. [online] National Institutes of Health (NIH). Available at: <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-cancer-institute-nci> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Neijenhuijs, K.I., van der Hout, A., Veldhuijzen, E., Scholten-Peeters, G.G.M., van Uden-Kraan, C.F., Cuijpers, P. and Verdonck-de Leeuw, I.M. (2019). Translation of the eHealth Impact Questionnaire for a Population of Dutch Electronic Health Users: Validation Study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(8), e13408. doi:<https://doi.org/10.2196/13408> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Neter, E., & Brainin, E. (2012). eHealth literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of medical Internet research*, 14(1), e19.
- Nordheim LV, Gundersen MW, Espehaug B, Guttersrud Ø, Flottorp S. 2016. Effects of school-based educational interventions for enhancing adolescents abilities in critical appraisal of health claims: a systematic review. *PLOS ONE* 11(8):e0161485.
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of medical Internet research*, 8(4), e27. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.4.e27>.
- Norman, C.D. and Skinner, H.A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, [online] 8(2), .e9. doi:<https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- 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*, [online] 15(3), 259–267. doi:<https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Okereke, M., Ukor, N. A., Ngaruiya, L. M., Mwansa, C., Alhaj, S. M., Ogunkola, I. O., ... & Lucero-Prisno III, D. E. (2021). COVID-19 misinformation and infodemic in rural Africa. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104(2), 453.
- Ortiz-Ospina, E. (2019). *The Rise of Social Media*. [online] Our World in Data. Available at: <https://ourworldindata.org/rise-of-social-media> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Pan, W., Liu, D., & Fang, J. (2021). An examination of factors contributing to the acceptance of online health misinformation. *Frontiers in psychology*, 12, 630268.
- Park, H., Cormier, E., Gordon, G., & Baeg, J. H. (2016). Identifying health consumers' eHealth literacy to decrease disparities in accessing eHealth information. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 34(2), 71-76.
- Pennycook, G., & Rand, D. G. (2019). Fighting misinformation on social media using



- crowdsourced judgments of news source quality. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(7), 2521-2526.
- Perlis, R.H., Lunz Trujillo, K., Green, J., Safarpour, A., Druckman, J.N., Santillana, M., Ognyanova, K. and Lazer, D. (2023). Misinformation, Trust, and Use of Ivermectin and Hydroxychloroquine for COVID-19. *JAMA Health Forum*, [online] 4(9), p.e233257. doi:<https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.3257> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Perrault, E.K., Hildenbrand, G.M., McCulloch, S.P., Schmitz, K.J. and Lambert, N.J. (2020). Online information seeking behaviors of breast cancer patients before and after diagnosis: From website discovery to improving website information. *Cancer Treatment and Research Communications*, 23, 100176. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2020.100176> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Petrosyan, A. (2024). *Global digital population 2024*. [online] Statista. Available at: <https://www.statista.com/statistics/617136/digital-population-worldwide/>[Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Pierre-André Taguieff (2005). *La foire aux illuminés*. Fayard/Mille et une nuits.
- Pornpitakpan C. 2004. The persuasiveness of source credibility: a critical review of five decades' evidence. *J. Appl. Soc. Psychol.* 34(2):243–81
- Poynter. (2024). *International Fact-Checking Network*. [online] Available at: <https://www.poynter.org/ifcn/> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Qian, F., Gong, C., Sharma, K. and Liu, Y. (2018). Neural User Response Generator: Fake News Detection with Collective User Intelligence. doi:<https://doi.org/10.24963/ijcai.2018/533> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Quinn, S., Bond, R., & Nugent, C. (2015, June). An investigation into the relationship between health literacy, eHealth literacy and online health information seeking behaviour. In *Health Promotion Conference. Health Literacy: Research, Policy & Practice*. National University of Ireland.
- Quinn, S., Bond, R. and Nugent, C. (2017). Quantifying health literacy and eHealth literacy using existing instruments and browser-based software for tracking online health information seeking behavior. *Computers in Human Behavior*, [online] 69, 256–267. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.12.032> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Razali, N. and Wah, Y. (2011). Power Comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2, 21-33.
- Rogers, K. (2021). *TikTok rolls out mental health resources for users as Instagram faces criticism*. [online] CNN. Available at: <https://edition.cnn.com/2021/09/15/health/tiktok-mental-health-guides-teens-wellness/index.html> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Savitha Prabhu, Shalini G. Nayak. (2021). *Media & Mental Health: The Need for More Credible Information*. [online] Available at: <https://www.psychiatrictimes.com/view/media->

- mental-health-the-need-for-more-credible-information [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Schouten, B., Avau, B., Bekkering, G.T.E., Vankrunkelsven, P., Mebis, J., Hellings, J. and Van Hecke, A. (2019). Systematic screening and assessment of psychosocial well-being and care needs of people with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:<https://doi.org/10.1002/14651858.cd012387.pub2> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Schulz, P., Bizzotto, N. and Gert-Jan de Bruijn (2022). The ‘Loci’ of Misinformation and Its Correction on Peer- and Expert-led Online Communities for Mental Health. Content Analysis (Preprint). *Journal of Medical Internet Research*. doi:<https://doi.org/10.2196/44656> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Seib, P. (2021). *Information at war: journalism, disinformation, and modern warfare*. John Wiley & Sons.
- Slick (2024). *IFCN Code of Principles*. [online] [ifcncodeofprinciples.poynter.org](https://ifcncodeofprinciples.poynter.org). Available at: <https://ifcncodeofprinciples.poynter.org/signatories> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Soltaninejad, K. (2020). Methanol Mass Poisoning Outbreak, a Consequence of COVID-19 Pandemic and Misleading Messages on Social Media. *The International Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 11(3), pp.148–150. doi:<https://doi.org/10.34172/ijoem.2020.1983> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J.M., Fullam, J., Doyle, G., Slonska, Z., Kondilis, B., Stoffels, V., Osborne, R.H. and Brand, H. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13(1). doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-948> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Spires, H., & Bartlett, M. (2012). Digital literacies and learning: Designing a path forward (Friday Institute White Paper Series, No. 5). Raleigh, NC: North Carolina State University. Retrieved from <https://www.fi.ncsu.edu/wp-content/uploads/2013/05/digital-literacies-and-learning.pdf> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Staats, B. (2021). *Misinformation, Disinformation, Malinformation: What's the difference?* | Minitex. [online] [minitex.umn.edu](https://minitex.umn.edu). Available at: <https://minitex.umn.edu/news/library-minnesota/2021-02/misinformation-disinformation-malinformation-whats-difference> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Starvaggi, I., Dierckman, C. and Lorenzo-Luaces, L. (2023). Mental health misinformation on social media: Review and future directions. *Current Opinion in Psychology*, [online] 101738. doi:<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101738> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Stecula, D.A., Kuru, O. and Hall Jamieson, K. (2020). How Trust in Experts and Media Use Affect Acceptance of Common Anti-Vaccination Claims. *Harvard Kennedy School Misinformation Review*. doi:<https://doi.org/10.37016/mr-2020-007> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

- Swire-Thompson, B. and Lazer, D. (2020). Public Health and Online Misinformation: Challenges and Recommendations. *Annual Review of Public Health*, [online] 41(1), pp.433–451. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094127> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Tan, S.S.-L. and Goonawardene, N. (2017). Internet Health Information Seeking and the Patient-Physician Relationship: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), p.e9. doi:<https://doi.org/10.2196/jmir.5729> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Taylor, A. (2021). The Influence of Video Games on the Mental Health of College Students and Adolescents. Από <https://repositories.lib.utexas.edu/items/f1549506-efd6-4402-9c5c-97875cd2de8f>
- Trotochaud, M., Smith, E., Hosangadi, D., & Sell, T. K. (2023). Analyzing social media messaging on masks and vaccines: a case study on misinformation during the COVID-19 pandemic. *Disaster medicine and public health preparedness*, 1-9.
- United Health Group, 2020 ([https://www.unitedhealthgroup.com/content/dam/UHG/PDF/sustainability/final/2020\\_SustainabilityReport.pdf](https://www.unitedhealthgroup.com/content/dam/UHG/PDF/sustainability/final/2020_SustainabilityReport.pdf)) [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Vijaykumar, S., Jin, Y., Rogerson, D., Lu, X., Sharma, S., Maughan, A., ... & Morris, D. (2021). How shades of truth and age affect responses to COVID-19 (Mis) information: randomized survey experiment among WhatsApp users in UK and Brazil. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(1).
- Vosoughi, S., Roy, D. and Aral, S. (2018). The spread of true and false news online. *Science*, [online] 359(6380), 1146–1151. doi:<https://doi.org/10.1126/science.aap9559> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Xiang, H., Zhou, J., & Liu, M. (2023, July). Judging Online Health Misinformation: Effects of Cyberchondria and Age. In *International Conference on Human-Computer Interaction* (pp. 284-301). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Waisbord, S. (2020). Fake health news in the new regime of truth and (mis) information. *Revista Eletrônica De Comunicação, Informação & Inovação Em Saúde*, 14(1).
- Walsh-Buhi, E.R. (2020). Social Media and Cancer Misinformation: Additional Platforms to Explore. *American Journal of Public Health*, 110(S3), S292–S293. doi:<https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305949> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Wang, Y., McKee, M., Torbica, A., & Stuckler, D. (2019). Systematic literature review on the spread of health-related misinformation on social media. *Social science & medicine*, 240, 112552.
- Wang, V., Liu, S. E., Fuller, R., Cheng, C. I., & Ragina, N. (2022). Discerning fact from fiction: An assessment of coronavirus-19 misinformation among patients in rural Michigan. *Cureus*, 14(1).
- Wardle, C., & Derakhshan, H. (2017). Information Disorder: Toward an Interdisciplinary Framework for Research and Policymaking. Council of Europe.

- <https://rm.coe.int/information-disorder-report-november-2017/1680764666> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Warner, D., & Procaccino, J. D. (2007). Women seeking health information: distinguishing the web user. *Journal of Health Communication*, 12(8), 787-814
- WebMD (2017). *What We Do For Our Users*. [online] WebMD. Available at: <https://www.webmd.com/about-webmd-policies/about-what-we-do-for-our-users> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Wood, J. (2021). *Managing Mental Health Misinformation on Social Media - Penn Medicine*. [online] [www.pennmedicine.org](http://www.pennmedicine.org). Available at: <https://www.pennmedicine.org/news/news-blog/2021/october/managing-mental-health-misinformation-on-social-media> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- World Health Organization (2021). *Infodemic*. [online] [www.who.int](http://www.who.int). Available at: [https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1) [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- World Health Organization (2022). *Infodemics and Misinformation Negatively Affect People's Health Behaviours*. [online] [www.who.int](http://www.who.int). Available at: <https://www.who.int/europe/news/item/01-09-2022-infodemics-and-misinformation-negatively-affect-peoples-health-behaviours--new-who-review-finds> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu). (2022). *EMA recommends approval of Comirnaty and Spikevax COVID-19 vaccines for children from 6 months of age | European Medicines Agency*. [online] Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-recommends-approval-comirnaty-and-spikevax-covid-19-vaccines-children-6-months-age> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- [www.who.int](http://www.who.int). (2024). *Disinformation and public health*. [online] Available at: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/disinformation-and-public-health> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- [www.who.int](http://www.who.int). (2024). *The Epidemic Intelligence from Open Sources Initiative*. [online] Available at: <https://www.who.int/initiatives/eios> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Yeung, A., Ng, E. and Abi-Jaoude, E. (2022). TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 67(12), p.070674372210828. doi:<https://doi.org/10.1177/07067437221082854> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Yoon, H.Y., You, K.H., Kwon, J.H., Kim, J.S., Rha, S.Y., Chang, Y.J. and Lee, S.-C. (2022). Understanding the Social Mechanisms of Cancer Misinformation Spread on YouTube and Lessons Learned: Infodemiological Study (Preprint). *Journal of Medical Internet Research*. doi:<https://doi.org/10.2196/39571> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Zanatta, E. T., Wanderley, G. P. D. M., Branco, I. K., Pereira, D., Kato, L. H., & Maluf, E. M. C. P. (2021). Fake news: the impact of the internet on population health. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 67(7), 926-930.

- Zannettou, S., Sirivianos, M., Blackburn, J. and Kourtellis, N. (2019). The Web of False Information. *Journal of Data and Information Quality*, 11(3), pp.1–37. doi:<https://doi.org/10.1145/3309699> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Zhang, X., Karaman, S. and Chang, S.-F. (2019). Detecting and Simulating Artifacts in GAN Fake Images. *2019 IEEE International Workshop on Information Forensics and Security (WIFS)*. doi:<https://doi.org/10.1109/wifs47025.2019.9035107> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].
- Zhao, S., Hu, S., Zhou, X., Song, S., Wang, Q., Zheng, H., ... & Hou, Z. (2023). The prevalence, features, influencing factors, and solutions for COVID-19 vaccine misinformation: systematic review. *JMIR Public Health and Surveillance*, 9(1), e40201.
- Zhu, L., Peng, Z., & Li, S. (2021). Factors influencing the accessibility and reliability of health information in the face of the covid-19 outbreak—A study in rural China. *Frontiers in Public Health*, 9, 706779.
- Zubiaga, A., Aker, A., Bontcheva, K., Liakata, M. and Procter, R. (2018). Detection and Resolution of Rumours in Social Media. *ACM Computing Surveys*, 51(2), 1–36. doi:<https://doi.org/10.1145/3161603> [Τελευταία πρόσβαση:26/6/2024].

## Παραρτήματα

### Παράρτημα Α: Ενημερωτικό Σημείωμα- Χορήγηση Συγκατάθεσης

Αγαπητή κυρία/ Αγαπητέ κύριε,

Σας ευχαριστούμε για το ενδιαφέρον συμμετοχής στην παρούσα ερευνητική μελέτη που σχετίζεται με την έρευνα της πληροφόρησης και παραπληροφόρησης στην υγεία.

Παρακαλείσθε να διαβάσετε προσεκτικά το παρακάτω κείμενο και εφόσον συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα.

Η ερευνητική μελέτη με θέμα «Πληροφόρηση και Παραπληροφόρηση στην υγεία: Συμπεριφορές, στάσεις και αντιλήψεις» εκπονείται από τον κ. Δημήτριο Παπαπαύλου, Πολιτικό Επιστήμονα και μεταπτυχιακό φοιτητή στο πλαίσιο της Διπλωματικής Εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση Μονάδων Υγείας" του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και με επιστημονικά υπεύθυνο της μελέτης τον Δρ. Ελευθέριο Πάλλη.



Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι απολύτως εθελοντική και ανώνυμη. Θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε ένα ανώνυμο διαδικτυακό ερωτηματολόγιο. Σας ενημερώνουμε πως καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας, αλλά και μετά το πέρας αυτής, τηρείται πολιτική απορρήτου. Οι απαντήσεις σας είναι απόλυτα εμπιστευτικές και ανώνυμες και τα στοιχεία που θα συλλεχθούν θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, ενώ τηρούνται όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 96 ερωτήσεις και απαιτείται χρόνος περίπου 13-14 λεπτών για τη συμπλήρωσή του. Δεν υπάρχει οποιοσδήποτε κίνδυνος κατά τη συμμετοχή σας στην ερευνητική μελέτη αλλά εάν δεν επιθυμείτε τότε δεν πρέπει να συμμετάσχετε.

Υπενθυμίζεται πως η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Μπορείτε να αποσύρετε, οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε, τη συγκατάθεση για τη συμμετοχή σας στην ερευνητική μελέτη και να αποχωρήσετε από το διαδικτυακό ερωτηματολόγιο χωρίς καμία αιτιολόγηση.

Αν εξακολουθείτε να συναινείτε στη συμμετοχή σας, παρακαλούμε απαντήσετε με ειλικρίνεια, καθώς δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Θα θέλαμε να διαβάσετε προσεκτικά τις ερωτήσεις, με την σειρά που παρουσιάζονται και να απαντάτε χωρίς να παραλείπετε κάποια από αυτές.

Η αυθόρμητη και ειλικρινής απάντηση όλων των ερωτημάτων είναι πολύ σημαντική για εμάς, καθώς οι απαντήσεις σας θα δώσουν πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την πληροφοριακή συμπεριφορά για θέματα υγείας και την ψηφιακή εγγραματοσύνη.

Η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων αποτελεί σημαντικό μέρος της επιστημονικής έρευνας. Τέλος, σας διευκρινίζουμε πως για τη συμμετοχή σας στην έρευνα απαιτείται η ρητή δήλωση συγκατάθεσης σας στο τέλος της παρούσας ενημέρωσης καθώς και η οριστική υποβολή του διαδικτυακού ερωτηματολογίου (πατώντας την αντίστοιχη επιλογή Υποβολή στο τέλος του ερωτηματολογίου).

Η συμμετοχή σας είναι πολύτιμη και για αυτό μη διστάσετε να επικοινωνήσετε για οποιαδήποτε πληροφόρηση ή για οποιοδήποτε άλλο ζήτημα προκύψει σχετικά με την διεξαγωγή της έρευνας.

Σχετικά με τη χρήση της εφαρμογής Google Forms και την πολιτική προστασίας της ιδιωτικότητας μπορείτε να ενημερωθείτε στον υπερσύνδεσμο: Απόρρητο και Όροι.

Τέλος, θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε πως αν το επιθυμείτε μπορείτε να έχετε πρόσβαση στα αποτελέσματα της έρευνας και θα ήταν χαρά μας να σας ενημερώσουμε σχετικά με αυτά.

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας και είμαστε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Δημήτριος Παπαπαύλου

Μεταπτυχιακός φοιτητής ΠΜΣ Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Email επικοινωνίας: std157268@ac.eap.gr, τηλέφωνο επικοινωνίας: 6942929245

Επιστημονικά υπεύθυνος-επιβλέπων Καθηγητής-: Ελευθέριος Πάλλης, pallis.eleftherios@ac.eap.gr

## Παράρτημα Β: Δήλωση Συναίνεσης

Με την παρούσα δηλώνω ότι:

1. Έχω διαβάσει και κατανοήσει τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στο Ενημερωτικό Σημείωμα- Χορήγηση Συγκατάθεσης.
2. Είχα την ευκαιρία να απευθυνθώ στον ερευνητή (κ. Δημήτριο Παπαπαύλου μέσω e-mail: std157268@ac.eap.gr) για περαιτέρω πληροφορίες ή ερωτήσεις σχετικά με την ερευνητική μελέτη και εφόσον το έκανα μου δόθηκαν οι απαραίτητες απαντήσεις.
3. Κατανοώ πως μπορώ να αποσυρθώ, οποιαδήποτε στιγμή αποφασίσω, από την ερευνητική μελέτη χωρίς καμία αιτιολόγηση ή επίπτωση.
4. Επιθυμώ να συμμετάσχω με τη θέληση μου στην ερευνητική μελέτη.

Προχωρώντας στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου συναινώ στη συμμετοχή στην έρευνα σύμφωνα με τα ανωτέρω και επιτρέπω τα δεδομένα που θα συλλεχθούν να χρησιμοποιηθούν για περαιτέρω στατιστική ανάλυση.

Δηλώνω ότι συναινώ να λάβω μέρος στη συγκεκριμένη έρευνα συμπληρώνοντας το ακόλουθο ηλεκτρονικό ανώνυμο ερωτηματολόγιο:

☐ Ναι



☐ Όχι

## Παράρτημα Γ: Ερωτηματολόγιο

### Α. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

#### 1. Φύλο

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα
- ☐ Άλλο

#### 2. Ηλικία.....

#### 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο

- ☐ Απόφοιτος δημοτικού
- ☐ Απόφοιτος Γυμνασίου
- ☐ Απόφοιτος Λυκείου
- ☐ Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΤΕ)
- ☐ Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης (ΠΕ)
- ☐ Μεταπτυχιακός Τίτλος ειδίκευσης (Msc)
- ☐ Διδακτορικό Δίπλωμα (PhD)

#### 4. Νομός Κατοικίας

- ☐ Ευρυτανίας
- ☐ Φωκίδας
- ☐ Φθιώτιδας
- ☐ Βοιωτίας
- ☐ Χαλκιδικής
- ☐ Ημαθίας
- ☐ Κιλκίς
- ☐ Πέλλας
- ☐ Πιερίας
- ☐ Σερρών

- ☐ Θεσσαλονίκης
- ☐ Χανίων
- ☐ Ηρακλείου
- ☐ Λασιθίου
- ☐ Ρεθύμνης
- ☐ Δράμας
- ☐ Έβρου
- ☐ Καβάλας
- ☐ Ροδόπης
- ☐ Ξάνθης
- ☐ Άρτας
- ☐ Ιωαννίνων
- ☐ Πρέβεζας
- ☐ Θεσπρωτίας
- ☐ Κέρκυρας
- ☐ Κεφαλληνίας
- ☐ Λευκάδας
- ☐ Ζακύνθου
- ☐ Χίου
- ☐ Λέσβου
- ☐ Σάμου
- ☐ Αρκαδίας
- ☐ Αργολίδας
- ☐ Κορινθίας
- ☐ Λακωνίας
- ☐ Μεσσηνίας
- ☐ Κυκλάδων
- ☐ Δωδεκανήσου
- ☐ Καρδίτσας
- ☐ Λάρισας
- ☐ Μαγνησίας
- ☐ Τρικάλων
- ☐ Αχαΐας
- ☐ Αιτωλοακαρνανίας
- ☐ Ηλείας
- ☐ Φλώρινας
- ☐ Γρεβενών
- ☐ Καστοριάς
- ☐ Κοζάνης
- ☐ Εκτός Ελλάδος
- ☐ Αθηνών
- ☐ Ανατολικής Αττικής
- ☐ Πειραιά
- ☐ Δυτικής Αττικής
- ☐ Ευβοίας
- ☐ Άγιον όρος

### 5.Οικογενειακή Κατάσταση

- ☐ Άγαμος
- ☐ Έγγαμος/συζώ χρόνια/σύμφωνο συμβίωσης
- ☐ Διαζευγμένος/σε διάσταση
- ☐ Χήρος/α

### 6.Διαβίωση/Κατοικία/Νοικοκυριό

- ☐ Ζω μόνος μου
- ☐ Ζω με σύζυγο/σύντροφο/την οικογένεια μου
- ☐ Ζω με τους γονείς μου
- ☐ Ζω με συγκάτοικο
- ☐ Ζω σε πλαίσιο υποστηριζόμενης κατοικίας (π.χ. ξενώνας, μονάδα φροντίδας κλπ)

### 7.Παρούσα επαγγελματική κατάσταση

- ☐ Πλήρης Απασχόληση
- ☐ Μερική Απασχόληση
- ☐ Άνεργος/η ή προσωρινά εκτός εργασίας
- ☐ Φοιτητής/τρια
- ☐ Ανικανότητα για εργασία λόγω προβλήματος υγείας, μόνιμη ή προσωρινή
- ☐ Άλλο

### 8.Τομέας Εργασίας

- ☐ Ένοπλες δυνάμεις
- ☐ Ανώτερα διευθυντικά και διοικητικά στελέχη
- ☐ Ασκούντες επιστημονικά επαγγέλματα
- ☐ Μηχανικοί
- ☐ Επαγγελματίες του τομέα Υγείας
- ☐ Εκπαιδευτικο
- ☐ Επαγγελματίες επιχειρήσεων και διοίκησης
- ☐ Επαγγελματίες του τομέα των τεχνολογιών πληροφόρησης και επικοινωνίας
- ☐ Επαγγελματίες του νομικού, κοινωνικού και πολιτιστικού κλάδου
- ☐ Τεχνικοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα
- ☐ Βοηθοί Επαγγελματιών επιχειρήσεων και διοίκησης
- ☐ Βοηθοί επαγγελματιών του νομικού, κοινωνικού και πολιτιστικού τομέα και ασκούντες συναφή επαγγέλματα
- ☐ Τεχνικοί του τομέα της πληροφόρησης και επικοινωνίας
- ☐ Υπάλληλοι γραφείου
- ☐ Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές
- ☐ Απασχολούμενοι στην παροχή ατομικής φροντίδας
- ☐ Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών προστασίας
- ☐ Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς
- ☐ Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή επαγγέλματα
- ☐ Χειριστές βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων και εξοπλισμού και συναρμολογητές (μονταδόροι)
- ☐ Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρωνάκτες και μικροεπαγγελματίες
- ☐ Άλλο

### 9.Μηνιαίο εισόδημα

- ☐ έως 800 €
- ☐ 801 – 1.000 €
- ☐ 1.001 – 1.200 €
- ☐ 1.201 - 1.500 €
- ☐ 1.501 – 2.000 €
- ☐ 2.001 – 2.500 €
- ☐ 2.501 και άνω

#### 10.Ετη συνολικής εργασίας

#### 11.Ετη εργασίας στον εργοδότη που απασχολείτε αυτή την στιγμή

#### 12.Θέση ευθύνης όπως Διευθυντής/ντρια, Τομεάρχης/ισσα, Προϊστάμενος/η Τμήματος (με υφισταμένους)

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

### **B. Πηγές πληροφοριών για την υγεία**

#### B1)Σημασία πληροφόρησης για θέματα υγείας

**Πόσο σημαντική είναι για εσάς (1.Καθόλου, 2.Λίγο, 3.Αρκετά, 4.Πολύ, 5.Πάρα πολύ)**

**η ενημέρωση/πληροφόρηση για θέματα υγείας από τις ακόλουθες πηγές πληροφόρησης:**

- 1.Διαδικτυακά επιστημονικά περιοδικά και βάσεις δεδομένων ( π.χ. PubMed, Scopus, κλπ)
- 2.Ιστοσελίδες διεθνών οργανισμών υγείας (π.χ. WHO, ECDC, NIH, CDC, EMA, EC)
- 3.Ιστοσελίδες κρατικών φορέων (π.χ. Υπουργείου Υγείας, ΕΟΔΥ, Πολιτική Προστασία, ΕΟΦ)
- 4.Επιστημονικά/Επαγγελματικά Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (π.χ. LinkedIn, Researchgate)
- 5.Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης (π.χ. Facebook, Twitter, Instagram, Reddit, Snapchat, TikTok, Youtube)
- 6.Διαδικτυακές μηχανές αναζήτησης (π.χ. Google, Bing)
- 7.Παραδοσιακά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (ΜΜΕ) (π.χ. τηλεόραση, ραδιόφωνο, έντυπα περιοδικά/εφημερίδες)
- 8.Απευθείας επικοινωνία με Επαγγελματίες Υγείας (ιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, φαρμακοποιοί, κλπ)
- 9.Συγγενείς, Φίλοι, Συνάδελφοι/συνεργάτες, Γνωστοί

#### B2. Γραμματισμός ηλεκτρονικής υγείας

**Καταγράψτε τον βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας (1.Διαφωνώ, 2.Μάλλον διαφωνώ, 3.Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4.Μάλλον συμφωνώ,5.Συμφωνώ) με τις παρακάτω προτάσεις**

- 1.Γνωρίζω ποιες πηγές πληροφόρησης σχετικά με την υγεία υπάρχουν στο Διαδίκτυο.
- 2.Γνωρίζω πού θα βρω χρήσιμες πηγές πληροφόρησης για την υγεία στο Διαδίκτυο.
- 3.Γνωρίζω πώς θα βρω χρήσιμες πηγές πληροφόρησης για την υγεία στο Διαδίκτυο.

4. Γνωρίζω πώς να χρησιμοποιώ το Διαδίκτυο, για να απαντώ σε ερωτήματα που αφορούν στην υγεία μου.
5. Γνωρίζω πώς να χρησιμοποιώ τις πληροφορίες που εντοπίζω στο Διαδίκτυο, για να βοηθηθώ.
6. Διαθέτω τις αναγκαίες δεξιότητες για να αξιολογώ τις πηγές πληροφόρησης σε θέματα υγείας, τις οποίες εντοπίζω στο Διαδίκτυο.
7. Μπορώ να διαχωρίσω τις υψηλής ποιότητας πηγές πληροφόρησης για την υγεία από εκείνες που είναι χαμηλής ποιότητας στο Διαδίκτυο.
8. Αισθάνομαι σιγουριά όταν χρησιμοποιώ πληροφορίες από το Διαδίκτυο, για να πάρω αποφάσεις σχετικά με την υγεία.

## **Γ. Παραπληροφόρηση**

Ακολουθούν κάποιες προτάσεις που βρίσκονται στο διαδίκτυο και σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης και σχετίζονται με θέματα υγείας. Καταγράψτε τι πιστεύετε για την εγκυρότητα της καθεμίας από αυτές (1. Σίγουρα ψευδές, 2. Πιθανόν ψευδές, 3. Δεν γνωρίζω, 4. Πιθανόν αληθές, 5. Σίγουρα αληθές)

### **Γ1. Λοιμώδη Νοσήματα-Εμβόλια**

1. Τα εμβόλια έναντι της COVID-19 έχουν προκαλέσει χιλιάδες θανάτους σε κατά τα άλλα υγιείς ανθρώπους.
2. Ο ιός HIV (που προκαλεί AIDS) μπορεί να μεταδοθεί με χρήση κοινών οικιακών αντικειμένων όπως πετσέτα, πιρούνι, ποτήρι κλπ
3. Έχει αποδειχθεί ότι τα εμβόλια έναντι ιλαράς, ερυθράς, παρωτίτιδας, (MMR) προκαλούν αυτισμό στα παιδιά
4. Τα εμβόλια μπορεί να προκαλέσουν καρκίνο
5. Ένα εμβόλιο μπορεί να προκαλέσει την ασθένεια από την οποία υποτίθεται σε προστατεύει
6. Τα εμβόλια περιέχουν τοξικά επίπεδα υδραργύρου, αλουμινίου, φορμαλδεΰδης και άλλων χημικών ουσιών
7. Κάποια εμβόλια κατασκευάζονται από έμβρυα που έχουν αποβληθεί
8. Ο ιός SARS-CoV-2 (προκαλεί COVID-19) παρασκευάστηκε από τον άνθρωπο για την επιβολή εμβολιασμών
9. Ο εμβολιασμός έναντι της COVID-19 έχει σκοπό να εμφυτεύσουν μικροτσίπ σε άτομα για τον έλεγχο τους
10. Οι άνθρωποι εξαπατώνται σχετικά με την ασφάλεια των εμβολίων
11. Τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα των εμβολίων συχνά κατασκευάζονται
12. Τα εμβόλια μπορούν να αλλάξουν το DNA του ανθρώπου
13. Ο ιός HIV (που προκαλεί AIDS) μπορεί να μεταδοθεί από τσίμπημα κουνουπιού ή άλλου εντόμου
14. Έχει αποδειχθεί ότι τα εμβόλια έναντι της COVID-19 ότι προκαλούν στειρότητα

### **Γ2. Καρκίνος- Θεραπεία Καρκίνου**

1. Κάποιοι τύποι καρκίνου θεραπεύονται πλήρως
2. Η κατάποση ελαίου κάνναβης μπορεί να θεραπεύσει τον μεταστατικό καρκίνο του πνεύμονα και τον καρκίνο του μαστού

3. Οι φαρμακευτικές εταιρείες και ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ (FDA) μπλοκάρουν ή παρακρατούν νέες θεραπείες για τον καρκίνο
4. Το κάπνισμα αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου
5. Ο κουρκουμάς μπορεί να είναι ένα αποτελεσματικό φάρμακο για την καταπολέμηση του καρκίνου του προστάτη
6. Οι σπόροι μήλου σκοτώνουν τα καρκινικά κύτταρα
7. Η διατροφή, η φυσική άσκηση, το σωματικό βάρος είναι παράγοντες που σχετίζονται με τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου
8. Μια βιοψία με βελόνα μπορεί να διασπείρει τα καρκινικά κύτταρα και να προκαλέσει μεταστάσεις
9. Η θεραπεία του καρκίνου σημαίνει ότι δεν μπορείτε να ζήσετε στο σπίτι, να εργαστείτε ή να κάνετε τις συνηθισμένες σας δραστηριότητες
10. Ο καρκίνος μπορεί να είναι μεταδοτικός
11. Ο καρκίνος είναι μια ομάδα ασθενειών που χαρακτηρίζονται από ανεξέλεγκτη ανάπτυξη και εξάπλωση μη φυσιολογικών κυττάρων

### Γ3. Ψυχική Υγεία

1. Η ψυχική νόσος αφορά άτομα με χαμηλή νοημοσύνη
2. Τα βιντεοπαιχνίδια προκαλούν ψυχικές νόσους.
3. Δεν υπάρχει θεραπεία για την ψυχική νόσο. Αν κάποιος άνθρωπος αναπτύξει μια ψυχική νόσο δεν αναρρώνει ποτέ
4. Εάν κάποιος στην οικογένειά σας έχει ψυχική νόσο θα διαγνωστείτε και εσείς με ψυχική νόσο
5. Οι ψυχικές νόσοι είναι νόσοι όπως οι σωματικές (π.χ. διαβήτης, καρδιακά νοσήματα)
6. Τα παιδιά μπορεί να έχουν κάποια ψυχική νόσο π.χ. Κατάθλιψη
7. Οι ψυχικές νόσοι σχετίζονται με το χαρακτήρα του ατόμου
8. Οι ψυχικές νόσοι μπορεί να εμφανίζονται σε όλα τα άτομα ανεξαρτήτως του νοητικού τους επιπέδου.
9. Η αυτοκτονία είναι η δεύτερη αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-29 ετών
10. Η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η παχυσαρκία και το κάπνισμα είναι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση άνοιας.
11. Περίπου οι μισές από τις ψυχιατρικές διαταραχές που παρουσιάζονται σε ενήλικες έχουν ξεκινήσει ως την ηλικία των 14 ετών

### Δ) Συμπεριφορά κατά την παραπληροφόρηση

#### Δ1-Δ2) Καταπολέμηση παραπληροφόρησης/ Προώθηση παραπληροφόρησης

**Ποια από τις παρακάτω ενέργειες θα κάνατε εάν βλέπατε μια "πιθανά παραπλανητική" ανάρτηση στο διαδίκτυο ή σε κοινωνικά δίκτυα; (1. Διαφωνώ, 2. Μάλλον διαφωνώ, 3. Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4. Μάλλον συμφωνώ, 5. Συμφωνώ)**

1. Κοινοποίηση της ανάρτησης
2. Σχολιασμός της ανάρτησης σχετικά με την εγκυρότητα της πληροφορίας

- 3.Επισήμανση της ανάρτησης ως "Παραπληροφόρηση"
4. "Μου αρέσει" στην ανάρτηση
5. "Δεν μου αρέσει" στην ανάρτηση
6. "Κλικ" για να διαβάσω περισσότερα
7. Αναζήτηση περισσότερης πληροφορίας σχετικά με το θέμα
8. Αγνοώ την ανάρτηση
9. Αναφορά στο Διαχειριστή του Κοινωνικού Δικτύου

#### Δ3) Έλεγχος παραπληροφόρησης

**Ποια από τις παρακάτω ενέργειες θα κάνατε εάν βλέπατε μια "πιθανά παραπλανητική" ανάρτηση στο διαδίκτυο ή σε κοινωνικά δίκτυα; (1. Διαφωνώ, 2. Μάλλον διαφωνώ, 3. Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4. Μάλλον συμφωνώ, 5. Συμφωνώ)**

1. Επικοινωνία με αρμόδιες αρχές/Οργανισμούς (π.χ. Υπουργείο Υγείας, ΕΟΔΥ, ΕΟΦ) για να επιβεβαιώσετε την εγκυρότητα της ανάρτησης
2. Ερώτηση σε έναν αξιόπιστο επαγγελματία υγείας (π.χ. το γιατρό σας) για να επιβεβαιώσετε την εγκυρότητα της ανάρτησης.
3. Αναζήτηση στο διαδίκτυο σχετικά με την επιβεβαίωση της ανάρτησης από κάποιον αξιόπιστο φορέα/οργανισμό (π.χ. Υπουργείο Υγείας, ΕΟΔΥ κλπ)
4. Αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με τον ιστότοπο της ανάρτησης και την αξιοπιστία/εγκυρότητα του

#### Ε) Στάση για την αντιμετώπιση της παραπληροφόρησης

##### Ε1) Σημασία αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης

**Πόσο σημαντικό θεωρείτε τον καθένα από τους παρακάτω παράγοντες/προσεγγίσεις σχετικά με την πληροφόρηση, παραπληροφόρηση και διασπορά ψευδών ειδήσεων; (1. Διαφωνώ, 2. Μάλλον διαφωνώ, 3. Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4. Μάλλον συμφωνώ, 5. Συμφωνώ)**

1. Εκπαίδευση πληθυσμού/ψηφιακή εγγραμματοσύνη
2. Κρατικές/Κυβερνητικές Πολιτικές σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης (π.χ. αυστηροποίηση των ποινών για διασπορά ψευδών ειδήσεων)
3. Πολιτικές Παρόχων Υπηρεσιών Διαδικτύου (π.χ. social media platforms) σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης (π.χ. διαδικασίες ελέγχου διασποράς ψευδών ειδήσεων και επιβολή ποινών)
4. Πολιτικές Διαδικτύου (π.χ. ανάπτυξη στρατηγικών αύξησης της εγκυρότητας, αποκατάστασης της αξιοπιστίας/εγκυρότητας της πληροφόρησης, αποκλεισμού της παραπληροφόρησης)
5. Μηχανισμοί ελέγχου και αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης.
6. Μηχανισμοί ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας (έλεγχος γεγονότων, σήμανση ψευδών πληροφοριών, διόρθωση/αποκατάσταση)

##### Ε2) Δυνατότητα αντιμετώπισης της παραπληροφόρησης



**Πόσο εφικτή θεωρείτε την ανάπτυξη αποτελεσματικών δράσεων σε αυτούς τους τομείς σχετικά με την πληροφόρηση, παραπληροφόρηση και διασπορά ψευδών ειδήσεων; (1.Διαφωνώ, 2.Μάλλον διαφωνώ, 3.Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4.Μάλλον συμφωνώ, 5.Συμφωνώ)**

- 1.Εκπαίδευση πληθυσμού/ψηφιακή εγγραμματοσύνη
- 2.Κρατικές/Κυβερνητικές Πολιτικές σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης (π.χ. αυστηροποίηση των ποινών για διασπορά ψευδών ειδήσεων)
- 3.Πολιτικές Παρόχων Υπηρεσιών Διαδικτύου (π.χ. social media platforms) σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης (π.χ. διαδικασίες ελέγχου διασποράς ψευδών ειδήσεων και επιβολή ποινών)
- 4.Πολιτικές Διαδικτύου (π.χ. ανάπτυξη στρατηγικών αύξησης της εγκυρότητας, αποκατάστασης της αξιοπιστίας/εγκυρότητας της πληροφόρησης, αποκλεισμού της παραπληροφόρησης)
- 5.Μηχανισμοί ελέγχου και αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης.
- 6.Μηχανισμοί ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας (έλεγχος γεγονότων, σήμανση ψευδών πληροφοριών, διόρθωση/αποκατάσταση)

**E3) Ανάπτυξη πρωτοβουλιών για την δημιουργία δράσεων**

**Ποιος πιστεύετε ότι πρέπει να αναπτύξει σχετικές πρωτοβουλίες για την ανάπτυξη δράσεων σχετικά με την πληροφόρηση, την παραπληροφόρηση και διασπορά ψευδών ειδήσεων σε θέματα υγείας; (1.Διαφωνώ, 2.Μάλλον διαφωνώ, 3.Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ, 4.Μάλλον συμφωνώ, 5.Συμφωνώ)**

- 1.Εκπαίδευση πληθυσμού/ψηφιακή εγγραμματοσύνη
- 2.Κρατικές/Κυβερνητικές Πολιτικές σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης (π.χ. αυστηροποίηση των ποινών για διασπορά ψευδών ειδήσεων)
- 3.Πολιτικές Παρόχων Υπηρεσιών Διαδικτύου (π.χ. social media platforms) σχετικά με τον έλεγχο της πληροφόρησης (π.χ. διαδικασίες ελέγχου διασποράς ψευδών ειδήσεων και επιβολή ποινών)
- 4.Πολιτικές Διαδικτύου (π.χ. ανάπτυξη στρατηγικών αύξησης της εγκυρότητας, αποκατάστασης της αξιοπιστίας/εγκυρότητας της πληροφόρησης, αποκλεισμού της παραπληροφόρησης)
- 5.Μηχανισμοί ελέγχου και αξιολόγησης της αξιοπιστίας των πηγών πληροφόρησης.
- 6.Μηχανισμοί ελέγχου του μηνύματος/πληροφορίας (έλεγχος γεγονότων, σήμανση ψευδών πληροφοριών, διόρθωση/αποκατάσταση)



Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.