



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Διερεύνηση ανισοτήτων στην υγεία και τη συμπεριφορά υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών υπαλλήλων ελληνικού δημόσιου οργανισμού - Εμπειρική συγχρονική μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίου»

ΟΝΟΜΑΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΚΟΥΡΟΥΚΛΗ

ΟΝΟΜΑΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ Α': ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΝΙΑΚΑΣ

ΟΝΟΜΑΜΟ ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑΣ Β': ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΠΑΠΠΑ

ΜΑΪΟΣ 2025

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Κουρούκλη Ελευθερίας που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η 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.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση ύπαρξης ανισοτήτων στην υγεία και τη συμπεριφορά υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών υπαλλήλων του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Ειδικότερα, εξετάστηκαν η υποκειμενική εκτίμηση της κατάστασης υγείας, η εμφάνιση χρόνιων παθήσεων, η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, η ψυχική ευεξία και η χρήση υπηρεσιών υγείας.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη παρατήρησης σε δείγμα 209 εργαζομένων του ΕΟΠΥΥ, οι οποίοι επιλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου αυτό-αναφοράς, το οποίο περιελάμβανε δημογραφικές πληροφορίες, ερωτήσεις για την κατάσταση και τη συμπεριφορά υγείας, καθώς και το ερωτηματολόγιο SF-12 για την εκτίμηση της αυτό-αντιλαμβανόμενης σωματικής και ψυχικής υγείας. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν περιγραφική στατιστική, επαγωγική ανάλυση (μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis, έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2) και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα

Οι άνδρες δήλωσαν συχνότερα «πολύ καλή» ή «εξαιρετική» υγεία, ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά χρόνιων παθήσεων. Ως προς τις συμπεριφορές υγείας, οι γυναίκες είχαν κατά 50% φυσιολογικό Δείκτη Μάζας Σώματος έναντι 15,6% των ανδρών, έτρωγαν συχνότερα φρούτα και λαχανικά και ασκούσαν τακτικότερα, σε σχέση με τους άνδρες που εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά υπέρβαρου και παχυσαρκίας. Οι διαφορές στο κάπνισμα και στην κατανάλωση αλκοόλ δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, ενώ οι άνδρες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ηρεμίας και γαλήνης. Επιπλέον, οι γυναίκες επισκέπτονταν πιο συχνά γιατρό, χωρίς όμως να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό νοσηλείας. Εκτιμάται ότι οι άνδρες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής αναφορικά με το σωματικό πόνο, το συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία. Επιπλέον μετά από έλεγχο δημογραφικών στοιχείων και παραγόντων συμπεριφοράς, το φύλο αναδεικνύεται σε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα τόσο για τη σωματική, όσο και για την ψυχική διάσταση της ποιότητας ζωής, με τους άνδρες να εμφανίζουν ευνοϊκότερους δείκτες.

Συμπεράσματα

Διαπιστώνεται ότι οι άνδρες και οι γυναίκες υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ εμφανίζουν διακριτές διαφορές σε κρίσιμους δείκτες υγείας, συμπεριφοράς και ψυχικής ευεξίας. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για στοχευμένες παρεμβάσεις πρόληψης και προαγωγής της υγείας στον χώρο εργασίας, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφορές φύλου. Μελλοντικές πολυκεντρικές, διαχρονικές έρευνες θα μπορούσαν να διερευνήσουν περαιτέρω τη συμβολή του εργασιακού περιβάλλοντος και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στη διαμόρφωση αυτών των διαφορών.

Λέξεις-κλειδιά: ανισότητες στην υγεία, φύλο, συμπεριφορά υγείας, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, σωματική υγεία, ψυχική υγεία

ABSTRACT

Purpose

The purpose of the present study is to investigate the existence of inequalities in health and health-related behaviours between male and female employees of the Hellenic National Organization for Healthcare Services (EOPYY). Specifically, it examined the subjective assessment of health status, the presence of chronic conditions, the adoption of healthy behaviours, the mental well-being and the use of healthcare services.

Materials and Methods

A cross-sectional observational study was conducted on a sample of 209 EOPYY employees, selected through convenience sampling. Data collection was carried out via a self-administered online questionnaire that included demographic information, questions on health status and behaviours, as well as the SF-12 questionnaire to assess self-perceived physical and mental health. Descriptive statistics, inferential analyses (non-parametric Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests, Chi-square test of independence) and multiple linear regression were employed for the data analysis.

Results

Men more frequently reported their health as “very good” or “excellent,” while women exhibited higher rates of chronic diseases. Regarding health behaviours, 50% of the women had a normal Body Mass Index compared to 15.6% of the men; women also consumed fruit and vegetables more often and exercised more regularly. In contrast, men showed higher rates of being overweight and obese. No statistically significant differences were observed in smoking and alcohol consumption, whereas men reported higher levels of calmness and tranquility. Additionally, women visited a doctor more frequently, though they did not show a statistically significant higher rate of hospitalization. It is estimated that men have a better quality of life in terms of physical pain, emotional role and mental health. Furthermore, after controlling for demographic characteristics and behavioral factors, gender emerged as a significant predictor for the physical dimension of quality of life, with men showing more favorable ratings.

Conclusions

The findings indicate that male and female EOPYY employees exhibit distinct differences in key health indicators, behaviours and mental well-being. These results highlight the need for targeted workplace interventions for health promotion and disease prevention that take gender differences into account. Future multicenter, longitudinal studies could further explore the contribution of the work environment and socioeconomic factors to the development of gender disparities.

Keywords: health inequalities, gender, health behavior, health-related quality of life, physical health, mental health

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη σε όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Αρχικά, οφείλω ιδιαίτερες ευχαριστίες στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Δημήτριο Νιάκα για την πολύτιμη καθοδήγηση και την υποστήριξή του καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μελέτης μου. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Εβελίνα Παππά, η οποία με τις ουσιαστικές της παρατηρήσεις συνέβαλε σημαντικά στη βελτίωση και εξέλιξη της παρούσας εργασίας.

Επιπλέον, ευχαριστώ θερμά τους συναδέλφους μου στον ΕΟΠΥΥ για τη συνεργασία τους στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Η συμβολή τους ήταν ανεκτίμητη, χωρίς τη δική τους συμμετοχή η εκπόνηση αυτής της εργασίας θα ήταν ανέφικτη.

Ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη οφείλω και στο σύντροφό μου Νίκο για την αμέριστη στήριξη, την υπομονή και την ενθάρρυνση που μου παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της απαιτητικής περιόδου των μεταπτυχιακών σπουδών.

Περιεχόμενα

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	10
2. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	12
2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΣΟΤΗΤΑΣ/ΑΝΙΣΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	13
2.2 ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΦΥΛΟ	16
2.2.1 Το φύλο ως προσδιοριστικός παράγοντας της υγείας.....	17
2.2.2 Θεωρίες ερμηνείας της σχέσης μεταξύ φύλου και υγείας.....	19
2.2.2.1 Τεχνητή ερμηνεία ή θεωρία των τεχνητών παραγόντων	19
2.2.2.2 Ερμηνεία της φυσικής ή γενετικής επιλογής.....	20
2.2.2.3 Ερμηνεία της κοινωνικής αιτιολογίας.....	21
3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	22
3.1 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΑΥΤΗΣ.....	26
3.2 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	28
3.2.1 Γενικά εργαλεία αξιολόγησης της ΣΥΠΖ.....	29
3.2.2 Ειδικά εργαλεία αξιολόγησης της ΣΥΠΖ.....	32
4. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	33
5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	34
5.1 ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	35
5.2 ΔΕΙΓΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	36
5.3 ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ	37
5.4 ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	38
6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	40
6.1 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	40
6.2 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ.....	41
6.3 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ	49
6.4 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΥΠΟΛΟΙΠΑ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	50
6.5 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ, ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	59
6.6 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΛΛΑΠΛΗΣ ΓΡΑΜΜΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ/ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ	63
7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	67
8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	76
9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	79

*Διερεύνηση ανισοτήτων στην υγεία και τη συμπεριφορά υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών
υπαλλήλων ελληνικού δημόσιου οργανισμού - Εμπειρική συγχρονική μελέτη με τη χρήση
ερωτηματολογίου*

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	87
ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΣΗ ΤΩΝ 12 ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΣΤΙΣ 8 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ SF-12	89
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ	90
ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	97

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Αποτελέσματα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων	40
Πίνακας 2. Αποτελέσματα για την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων.....	42
Πίνακας 3. Αποτελέσματα για την συμπεριφορά υγείας των συμμετεχόντων	43
Πίνακας 4. Κατάσταση υγείας ως προς το φύλο.....	44
Πίνακας 5. Συμπεριφορά υγείας ως προς το φύλο.....	47
Πίνακας 6. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 8 διαστάσεις της κλίμακας SF-12	49
Πίνακας 7. Σύγκριση ποιότητας ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών	50
Πίνακας 8. Κατάσταση υγείας και συμπεριφορά υγείας ως προς την ηλικιακή ομάδα.....	51
Πίνακας 9. Ποιότητα ζωής ως προς την ηλικιακή ομάδα	52
Πίνακας 10. Κατάσταση υγείας και συμπεριφορά υγείας ως προς την οικογενειακή κατάσταση	53
Πίνακας 11. Ποιότητα ζωής ως προς την οικογενειακή κατάσταση	54
Πίνακας 12. Κατάσταση υγείας και συμπεριφορά υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης ..	55
Πίνακας 13. Ποιότητα ζωής ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.....	57
Πίνακας 14. Κατάσταση υγείας και συμπεριφορά υγείας ως προς το μηνιαίο εισόδημα.....	57
Πίνακας 15. Ποιότητα ζωής ως προς το μηνιαίο εισόδημα	59
Πίνακας 16. Ποιότητα ζωής στον τομέα της σωματικής υγείας ως προς την κατάσταση της υγείας και τη συμπεριφορά υγείας	60
Πίνακας 17. Ποιότητα ζωής στον τομέα της ψυχικής υγείας ως προς την κατάσταση υγείας και τη συμπεριφορά υγείας.....	61
Πίνακας 18. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη σχετιζόμενη με τη σωματική υγεία ποιότητα ζωής και ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία (πλην του φύλου) και τις συνήθειες /συμπεριφορές.....	63
Πίνακας 19. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία ποιότητα ζωής και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία (πλην του φύλου) και τις συνήθειες /συμπεριφορές	65
Πίνακας 6Α. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 12 ερωτήσεις της κλίμακας SF-12	87

Πίνακας Συντομογραφιών

Δ	Διάμεση τιμή	DPO	Data Protection Officer
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος	HRQoL	Health Related Quality of Life
ΕΟΠΥΥ	Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας	MCS	Mental Component Summary
ΜΟ	Μέσος Όρος	OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης	PCS	Physical Component Summary
ΠΖ	Ποιότητα Ζωής	SF-12	Short Form-12 Health Survey
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας	SF-36	Short Form-36 Health Survey
ΣΥΠΖ	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής	WHO	World Health Organisation
ΤΑ	Τυπική Απόκλιση		

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί θεμελιώδη παράγοντα για την ευημερία των εργαζομένων και την παραγωγικότητα ενός οργανισμού. Ωστόσο, οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών εργαζομένων αναδεικνύονται ως μια σημαντική πρόκληση για την προαγωγή της ισότητας και της βιώσιμης ανάπτυξης στον εργασιακό χώρο. Οι διαφορές αυτές απορρέουν από ένα σύνθετο πλέγμα βιολογικών, κοινωνικών, εργασιακών και ψυχολογικών παραγόντων, που συχνά παραμένουν ανεξερευνήτοι, ιδιαίτερα στα πλαίσια δημόσιων οργανισμών.

Η μελέτη των ανισοτήτων υγείας σε ένα εργασιακό περιβάλλον είναι κρίσιμη, καθώς οι χώροι εργασίας αποτελούν μικρογραφίες της κοινωνίας και μπορούν να λειτουργήσουν ως μοντέλα για τη διαμόρφωση πολιτικών ισότητας. Παράλληλα, η υγεία των εργαζομένων επηρεάζει άμεσα την αποδοτικότητά τους, την ικανοποίηση από την εργασία και την επαγγελματική τους ανάπτυξη.

Η βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι οι ανισότητες στην υγεία δεν περιορίζονται μόνο σε βιολογικούς παράγοντες, αλλά επεκτείνονται σε κοινωνικές και εργασιακές διαφορές. Οι άνδρες και οι γυναίκες εργαζόμενοι συχνά εκτίθενται σε διαφορετικές μορφές επαγγελματικού στρες, ψυχολογικών πιέσεων, ακόμα και ανισότητας στις ευκαιρίες προαγωγής ή αμοιβής. Αυτοί οι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική και ψυχική υγεία με διαφορετικό τρόπο ανά φύλο.

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση των ανισοτήτων στην υγεία και τη συμπεριφορά υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών υπαλλήλων του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ). Η μελέτη αυτή στοχεύει να καταγράψει και να αναλύσει τις διαφορές στις συνθήκες υγείας και στις συμπεριφορές υγείας που υιοθετούνται από τα δύο φύλα, χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο ως βασικό εργαλείο συλλογής δεδομένων. Στόχος είναι η ανάδειξη των διαφορών στην υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών υπαλλήλων και η κατανόηση των αιτιών αυτών των ανισοτήτων.

Οι ανισότητες στην υγεία των εργαζομένων δεν περιορίζονται στις προσωπικές επιπτώσεις που βιώνουν οι άνδρες και οι γυναίκες, αλλά επηρεάζουν άμεσα την κοινωνικοοικονομική λειτουργία του οργανισμού και της ευρύτερης κοινωνίας. Στο χώρο εργασίας, η μειωμένη υγεία των υπαλλήλων μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη απουσία, μειωμένη παραγωγικότητα,

αυξημένα κόστη υγειονομικής περίθαλψης και χαμηλότερη δέσμευση των εργαζομένων προς τους σκοπούς του οργανισμού.

Η διερεύνηση των ανισοτήτων υγείας στον εργασιακό χώρο είναι αναγκαία για την εφαρμογή πολιτικών ισότητας και τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας για όλους τους υπαλλήλους. Η προώθηση της ισότητας στην εργασία δεν αποτελεί μόνο ηθική υποχρέωση αλλά και στρατηγική επιλογή. Ένα δίκαιο και υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον μπορεί να αυξήσει την αφοσίωση και την ικανοποίηση των υπαλλήλων, να μειώσει τις διακρίσεις και να ενισχύσει τη συνοχή των ομάδων. Η αναγνώριση των ειδικών αναγκών ανδρών και γυναικών σε θέματα υγείας (όπως η διαχείριση επαγγελματικού στρες, η φροντίδα οικογένειας ή οι βιολογικές διαφορές) μπορεί να αποτελέσει το θεμέλιο για στοχευμένες παρεμβάσεις που θα μειώσουν τα εμπόδια στην παραγωγική εργασία.

Η έρευνα αυτών των ανισοτήτων επιτρέπει την τεκμηριωμένη διαμόρφωση στρατηγικών όπως δημιουργία ευέλικτων ωραρίων, ενίσχυση υποστηρικτικών προγραμμάτων υγείας για τις γυναίκες, προώθηση εκπαίδευσης για την ευαισθητοποίηση σε θέματα ισότητας. Με αυτόν τον τρόπο, η έρευνα συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας κουλτούρας σεβασμού, ενδυνάμωσης και συμπερίληψης.

Η υγεία δεν είναι απλώς βιολογικό ζήτημα, αλλά διαμορφώνεται από ένα σύνολο κοινωνικών, πολιτισμικών, εργασιακών και ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν διαφορετικά τα δύο φύλα. Για παράδειγμα, οι άνδρες μπορεί να βιώνουν πίεση από κοινωνικά στερεότυπα να αποφεύγουν να εκφράσουν προβλήματα ψυχικής υγείας και να υφίστανται τις πολιτισμικές προσδοκίες να υπομένουν το στρες και να παραμένουν «ανθεκτικοί», με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η ψυχική τους υγεία.

Για τις γυναίκες υπαλλήλους, οι ανισότητες υγείας μπορεί να συνδέονται με την έλλειψη υποστήριξης για τη διαχείριση οικογενειακών υποχρεώσεων ή την ανισότητα στις ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης. Συχνά επωμίζονται επιπλέον φορτίο από τις οικογενειακές υποχρεώσεις, κάτι που αυξάνει την επαγγελματική τους εξουθένωση. Ταυτόχρονα, παράγοντες όπως ο τύπος εργασίας, το επίπεδο ευθύνης, η εργασιακή ανασφάλεια και οι σχέσεις με τους συναδέλφους συνθέτουν ένα σύνθετο πλαίσιο που απαιτεί ανάλυση. Παρά την αυξημένη προσοχή που δίνεται διεθνώς στις ανισότητες υγείας, υπάρχει περιορισμένη έρευνα για το πώς αυτές εκδηλώνονται σε υπαλλήλους μεγάλων δημόσιων οργανισμών στην Ελλάδα.

2. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1946), η υγεία ορίζεται ως «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου και όχι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας». «Η αξία αυτού του ορισμού έγκειται στο εύρος του, καθώς περιλαμβάνει την πνευματική ευτυχία, την υλική ευμάρεια και την κοινωνική δικαιοσύνη» (Bradby, 2010, σ. 144).

Κατά τους Elwell-Sutton et al (2019), «οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας είναι οι συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι γεννιούνται, μεγαλώνουν, ζουν, εργάζονται και γηράσκουν». Περιλαμβάνουν δε κοινωνικούς, πολιτισμικούς, πολιτικούς, οικονομικούς, εμπορικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Την ισχυρότερη επίδραση στην υγεία των ανθρώπων ασκούν κοινωνικοί παράγοντες όπως το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, η ποιότητα της κατοικίας και η απασχόληση.

Ακόμη και στις πλουσιότερες χώρες, οι άνθρωποι με χαμηλό εισόδημα παρουσιάζουν χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής και περισσότερες ασθένειες σε σχέση με αυτούς που έχουν υψηλό εισόδημα. Πέρα από το γεγονός ότι οι κακές συνθήκες διαβίωσης βλάπτουν την υγεία, μεγάλη είναι η κοινωνική σημασία που αποδίδεται στη φτώχεια, την ανεργία και τον κοινωνικό αποκλεισμό, εν γένει στον κοινωνικό στιγματισμό των λιγότερο προνομιούχων. Σύμφωνα με τους Wilkinson & Marmot (2003), οι σημαντικότεροι μη ιατρικοί παράγοντες (κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας) που επηρεάζουν τα αποτελέσματα υγείας του πληθυσμού είναι η πρώιμη παιδική ηλικία, οι συνέπειες της φτώχειας και της χρήσης ουσιών, οι συνθήκες εργασίας, η ανεργία, η κοινωνική υποστήριξη, η ποιότητα της διατροφής και η πολιτική μετακινήσεων.

Οι ανισότητες στην υγεία δεν οφείλονται μόνο σε βιολογικές ή προσωπικές επιλογές, αλλά και σε συστημικούς και δομικούς παράγοντες που διακρίνουν τις κοινωνικές ομάδες. Προκύπτουν από άνισες κατανομές πόρων και ευκαιριών, καθώς και από διακρίσεις που ενισχύουν τις διαφορές ανάμεσα στις κοινωνικές ομάδες. Κατανοώντας τους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι κοινωνικοί προσδιοριστές επηρεάζουν τη ζωή των ανθρώπων, δίνεται η δυνατότητα για παρεμβάσεις και πολιτικές που θα μειώσουν τις ανισότητες, προωθώντας την ισότητα στην υγεία και τη δικαιοσύνη στις κοινωνίες.

Οι πολίτες συμμετέχουν σε διάφορες κοινωνικές δραστηριότητες, όπως η εργασία, η εκπαίδευση και η πολιτική, αναλαμβάνοντας συγκεκριμένους ρόλους που συνοδεύονται από αντίστοιχα δικαιώματα και υποχρεώσεις. Ωστόσο, οι ρόλοι αυτοί δεν είναι ισότιμοι, καθώς κάθε κοινωνία ιεραρχεί τους πολίτες ανάλογα με το πόσο ωφέλιμοι θεωρούνται στην κοινωνία (Μάντη, 2000, σελ, 122). Στις σύγχρονες αναπτυγμένες κοινωνίες τα άτομα κατατάσσονται κοινωνικά ανάλογα με τη συμβολή τους στην οικονομία, η οποία καθορίζει την κοινωνική τους θέση και δύναμη. Αυτή η ιεράρχηση οδηγεί σε κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες δεν προκύπτουν από έλλειψη ικανοτήτων αλλά από την άνιση πρόσβαση σε ευκαιρίες ανάπτυξης.

Μία από τις σοβαρότερες εκφάνσεις αυτών των ανισοτήτων αφορά τον τομέα της υγείας, δεδομένου ότι η υγεία αποτελεί αγαθό πρώτης ανάγκης και για τους περισσότερους ανθρώπους ίσως το σημαντικότερο της ζωής τους. Οι ανισότητες στην υγεία είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα και τους φορείς υγείας, καθώς οι πολιτικές που τις μειώνουν είναι ζωτικής σημασίας για τη δημόσια υγεία και την κοινωνική ευημερία.

2.1 Η έννοια της ισότητας/ανισότητας στην υγεία

Σύμφωνα με την Whitehead (1992) οι ανισότητες υγείας διακρίνονται από τις φυσικές διαφορές στην υγεία (π.χ. μεταξύ νέων και ηλικιωμένων, ανδρών και γυναικών) και συνδέονται με παράγοντες που δύνανται να προληφθούν και να βελτιωθούν μέσω κατάλληλων πολιτικών και παρεμβάσεων. «Οι αναπόφευκτες διαφορές στην υγεία είναι αυτές που οφείλονται είτε σε καθαρά βιολογικούς παράγοντες είτε σε προσωπικές επιλογές κάθε ατόμου για την κοινωνική συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής του» (Μάντη, 2000, σ. 123).

Οι φυσικές διαφορές υγείας μεταξύ ατόμων και κοινωνικών ομάδων περιλαμβάνουν:

- Φυσική, βιολογική παραλλαγή (variation)
- Συμπεριφορά επιβλαβή για την υγεία όταν αυτή επιλέγεται ελεύθερα, όπως η συμμετοχή σε συγκεκριμένα αθλήματα και χόμπι
- Προσωρινό πλεονέκτημα υγείας μιας ομάδας έναντι άλλης, όταν η πρώτη υιοθετεί πρώτη μια συμπεριφορά που προάγει την υγεία, υπό την προϋπόθεση ότι οι άλλες ομάδες μπορούν σύντομα να ακολουθήσουν ισότιμα

Στον αντίποδα των φυσικών διαφορών υγείας, οι ανισότητες στην υγεία αναφέρονται σε:

- Συμπεριφορά επιβλαβή για την υγεία όταν η δυνατότητα επιλογής τρόπου ζωής είναι σοβαρά περιορισμένη
- Έκθεση σε ανθυγιεινές, στρεσογόνες συνθήκες διαβίωσης και εργασίας
- Ανεπαρκή πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και άλλες δημόσιες υπηρεσίες
- Φυσική επιλογή ή κοινωνική κινητικότητα σχετιζόμενη με την υγεία, που αφορά την τάση να κατεβαίνουν στην κοινωνική κλίμακα όσοι είναι ασθενείς. Στην περίπτωση αυτή η ασθένεια μπορεί να είναι αναπόφευκτη, αλλά το χαμηλό εισόδημα των ασθενών και των αναπήρων αποτελεί αδικία που μπορεί να προληφθεί.

Οι κρίσεις σχετικά με το ποιες καταστάσεις είναι άδικες διαφοροποιούνται ανάλογα με τον τόπο και τη χρονική στιγμή, βασικό κριτήριο πάντοτε αποτελεί ο βαθμός στον οποίο το ίδιο το άτομο έχει επιλέξει να βρεθεί σε μια συγκεκριμένη κατάσταση.

Η ισότητα στη φροντίδα υγείας έχει οριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας σε τρία επίπεδα: α) ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα για ίδιες ανάγκες, β) ίση χρήση για ίδιες ανάγκες και γ) ίση ποιότητα στην φροντίδα για όλους (Λαχανά, 2020, σ. 33).

α) Η ίση πρόσβαση στη διαθέσιμη φροντίδα υγείας για ίδιες ανάγκες υποδηλώνει μια δίκαιη κατανομή σε ολόκληρη τη χώρα με βάση τις υγειονομικές ανάγκες και τη διευκόλυνση της πρόσβασης σε κάθε γεωγραφική περιοχή, καθώς και την εξάλειψη άλλων εμποδίων στην πρόσβαση (Whitehead, 1992). Ένα ακραίο παράδειγμα άνισης πρόσβασης εμφανίζεται όταν άνθρωποι αποτρέπονται ή αδυνατούν να χρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες υγείας λόγω της έλλειψης εισοδήματος, της φυλής, του φύλου, της ηλικίας, της θρησκείας ή άλλων παραγόντων που δεν σχετίζονται άμεσα με την ανάγκη για φροντίδα. Παραδείγματα αποτελούν οι μετανάστες εργάτες, οι οποίοι μπορεί να αποκλείονται από υπηρεσίες που βασίζονται στην ασφάλιση σε ορισμένες χώρες, οι ομάδες πληθυσμού με χαμηλό εισόδημα που περιορίζουν τις μετακινήσεις τους προς τις διαθέσιμες υπηρεσίες υγείας λόγω του κόστους μετάβασης και οι εθνικές μειονότητες που βρίσκουν τα γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια ως κύριους φραγμούς πρόσβασης.

Ανισότητες στην πρόσβαση προκύπτουν επίσης όταν οι πόροι και οι εγκαταστάσεις κατανέμονται άνισα σε ολόκληρη τη χώρα, συγκεντρώνονται σε αστικές και πιο εύπορες περιοχές και είναι σπάνιες σε υποβαθμισμένες και αγροτικές κοινότητες. Καθώς οι υποβαθμισμένες κοινότητες τείνουν να αντιμετωπίζουν τη χειρότερη υγεία, η άνιση αυτή

κατανομή σημαίνει ότι οι ιατρικές υπηρεσίες είναι λιγότερο διαθέσιμες εκεί όπου χρειάζονται περισσότερο — ο λεγόμενος νόμος της αντίστροφης φροντίδας.

Η πρόσβαση περιορίζεται επίσης αναίτια αν οι διαθέσιμοι πόροι μιας χώρας δαπανώνται σχεδόν αποκλειστικά σε υπηρεσίες υψηλής τεχνολογίας που εξυπηρετούν ένα μικρό τμήμα του πληθυσμού, ενώ ελάχιστη πρόνοια λαμβάνεται για ισορροπημένες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης προς όφελος της πλειοψηφίας.

β) Αναφορικά με την έννοια της ίσης χρήσης για ίση ανάγκη, απαιτείται μεγάλη προσοχή στην ερμηνεία αυτού του στόχου. Εάν παρατηρηθούν διαφορές στο βαθμό χρήσης ορισμένων υπηρεσιών από διαφορετικές κοινωνικές ομάδες, αυτό δεν σημαίνει αυτομάτως ότι οι διαφορές είναι άδικες. Αντίθετα, αποτελεί ένδειξη ότι απαιτείται περαιτέρω μελέτη για να διαπιστωθεί γιατί ο βαθμός χρήσης είναι διαφορετικός (Whitehead, 1992). Σε ορισμένες περιπτώσεις, ένα μικρό ποσοστό της διαφοράς μπορεί να οφείλεται στο ότι κάποιοι άνθρωποι ασκούν το δικαίωμά τους να μην χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας για θρησκευτικούς ή ηθικούς λόγους. Ωστόσο, όταν η χρήση των υπηρεσιών υγείας περιορίζεται από κοινωνικά ή οικονομικά μειονεκτήματα, υπάρχει λόγος να επιδιώκεται η ίση χρήση για ίση ανάγκη. Για παράδειγμα, είναι θεμιτό να παρέχεται η πρόσβαση σε προγράμματα εμβολιασμού και προληπτικής ιατρικής σε κατοίκους περιοχών με χαμηλά ποσοστά χρήσης υπηρεσιών υγείας.

γ) Η έννοια της ίσης ποιότητας φροντίδας επιδιώκει να διασφαλίσει ότι όλοι οι πολίτες θα έχουν ίσες ευκαιρίες πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες βάσει των αναγκών τους και όχι της κοινωνικής επιρροής που διαθέτουν. Το ζήτημα αυτό καθίσταται κρίσιμο όταν οι πόροι είναι περιορισμένοι. Οι ανισότητες προκύπτουν όταν συγκεκριμένες κοινωνικές ομάδες τυγχάνουν προνομιακής μεταχείρισης ή όταν η πρόσβαση εξαρτάται από προσωπικές γνωριμίες.

Επιπλέον, η ανισότητα ενισχύεται όταν οι επαγγελματίες υγείας αφιερώνουν λιγότερο χρόνο ή μειώνουν την ποιότητα φροντίδας για ασθενείς χαμηλότερης κοινωνικής τάξης. Ο βαθμός αποδοχής των υπηρεσιών υγείας είναι επίσης σημαντικός, καθώς ο τρόπος οργάνωσής τους μπορεί να τις καταστήσει μη ελκυστικές για ορισμένες κοινωνικές ομάδες. Η παρακολούθηση της αποδοχής και η κατάλληλη προσαρμογή των υπηρεσιών μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα και τη δίκαιη πρόσβαση για όλους.

Εν κατακλείδι, η έννοια της ισότητας στην υγεία σχετίζεται με την δίκαιη κατανομή και προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και δεν μπορεί να εξεταστεί ανεξάρτητα από το

πολιτικό, κοινωνικό και οικονομικό πλαίσιο κάθε κοινωνίας. Αποτελεί έναν κρίσιμο τομέα, ο οποίος εντάσσεται τόσο στη συνολική πολιτική υγείας όσο και στην ευρύτερη στρατηγική για την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη μιας χώρας (Μάντη, 2000, σ. 125).

2.2 Ανισότητες στην υγεία με βάση το φύλο

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (OECD, 2023) παρατηρούνται σημαντικές διαφορές στο *προσδόκιμο επιβίωσης* μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι γυναίκες συνεχίζουν να ζουν περισσότερο από τους άνδρες σε όλες τις χώρες μέλη και συνεργάτες του ΟΟΣΑ. Η διαφορά στο προσδόκιμο ζωής των δύο φύλων ανέρχεται κατά μέσο όρο στα 5,4 χρόνια: το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση για τις γυναίκες είναι 83 έτη, σε σύγκριση με τα 77,6 έτη για τους άνδρες. Αυτές οι διαφορές στο προσδόκιμο ζωής οφείλονται εν μέρει στη μεγαλύτερη έκθεση των ανδρών σε παράγοντες κινδύνου, κυρίως στη μεγαλύτερη κατανάλωση καπνού και αλκοόλ και την λιγότερο υγιεινή διατροφή.

Οι άνδρες έχουν επίσης μεγαλύτερες πιθανότητες να πεθάνουν από βίαιες αιτίες, όπως αυτοκτονία και ατυχήματα. Παρ' όλα αυτά, το χάσμα μεταξύ των φύλων έχει περιοριστεί με την πάροδο του χρόνου. Οι διαφορές στο προσδόκιμο ζωής είναι ιδιαίτερα έντονες στις χώρες της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης: ειδικότερα η Λετονία, η Λιθουανία και η Πολωνία παρουσιάζουν διαφορές 8 ή και περισσότερων ετών. Αντίθετα, οι διαφορές είναι σχετικά μικρές στην Ισλανδία και τη Νορβηγία, με μόλις 3 χρόνια ή και λιγότερο.

Παρόλο που οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, καταγράφουν μεγαλύτερα ποσοστά *νοσηρότητας*, δηλαδή εμφανίζουν συχνότερα χρόνιες ασθένειες ή καταστάσεις που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους. Αυτή η διαφορά οφείλεται σε πολλούς παράγοντες, όπως οι βιολογικές διαφορές, η διαφορετική αντίληψη του πόνου και των συμπτωμάτων μεταξύ των φύλων, αλλά και οι κοινωνικοί και συμπεριφορικοί παράγοντες (Μάντη, 2000, σ.136).

Παράγοντες που επηρεάζουν τη νοσηρότητα των γυναικών

Βιολογικές Διαφορές: Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε αυτοάνοσα νοσήματα (π.χ. λύκος, ρευματοειδής αρθρίτιδα), τα οποία συχνά είναι χρόνια και ενώ δεν οδηγούν στο θάνατο, μειώνουν σημαντικά την ικανότητά τους και την ποιότητα ζωής (Read & Gorman, 2010). Επιπλέον, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν επιπρόσθετες καταστάσεις

υγείας, όπως την εγκυμοσύνη, την εμμηνόπαυση και ορμονικές αλλαγές, που μπορεί να αυξήσουν τις ιατρικές τους ανάγκες. Από την άλλη πλευρά, οι γυναίκες ορμόνες ασκούν προστατευτική επίδραση απέναντι σε καρδιαγγειακές παθήσεις (Bradby, 2010, σ. 194).

Συμπεριφορικές και Κοινωνικές Επιρροές: Οι γυναίκες τείνουν να δίνουν μεγαλύτερη προσοχή στην υγεία τους και συχνά είναι πιο ευαισθητοποιημένες σχετικά με τη διατήρηση καλής υγείας (Courtenay, 2000). Αυτό τις οδηγεί στο να επισκέπτονται τους γιατρούς πιο συχνά, γεγονός που ενώ καταγράφεται στα δεδομένα ως υψηλότερη νοσηρότητα, ωστόσο μπορεί να βοηθά στην πρόληψη σοβαρότερων καταστάσεων. Επιπλέον, τα ποσοστά των γυναικών που καταναλώνουν αλκοόλ και καπνίζουν είναι χαμηλότερα από τα αντίστοιχα των ανδρών (OECD, 2023). Εντούτοις η διαφορά των ποσοστών καπνίσματος μεταξύ ανδρών και γυναικών τείνει μειούμενη και οι δύο συχνότερες αιτίες θανάτου και για τα δύο φύλα είναι οι καρδιακές νόσοι και ο καρκίνος (Read & Gorman, 2010).

Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες: Οι γυναίκες βιώνουν συχνότερα άγχος και κατάθλιψη, καθώς και ψυχικές διαταραχές, που αυξάνουν την ανάγκη για ιατρική φροντίδα. Αυτό ενισχύεται από τον ρόλο των γυναικών σε πολλούς πολιτισμούς, όπου συχνά παράλληλα με την εργασία τους έχουν ευθύνες τόσο για τη φροντίδα των παιδιών όσο και για το νοικοκυριό, κάτι που μπορεί να επιβαρύνει την ψυχική τους υγεία (Μάντη, 2000, σ.136).

2.2.1 Το φύλο ως προσδιοριστικός παράγοντας της υγείας

Το φύλο θεωρείται από πολλούς μελετητές ως ένας αυτόνομος προσδιοριστικός παράγοντας των ανισοτήτων που παρατηρούνται στην υγεία. Γίνεται η διάκριση ανάμεσα στο *βιολογικό φύλο* (sex), το οποίο αναφέρεται στις βιολογικές και φυσιολογικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών (χρωμοσώματα, ορμόνες, ανατομία και αναπαραγωγικά συστήματα) και στο *κοινωνικό φύλο* (gender), το οποίο αναφέρεται στους κοινωνικά κατασκευασμένους ρόλους, συμπεριφορές, δραστηριότητες και χαρακτηριστικά που μια συγκεκριμένη κοινωνία θεωρεί κατάλληλα για τους άνδρες και τις γυναίκες.

Ενώ το βιολογικό φύλο είναι συνδεδεμένο με βιολογικούς παράγοντες, το κοινωνικό φύλο αποτελεί κοινωνική κατασκευή και περιλαμβάνει τις αντιλήψεις, αξίες και προσδοκίες για το τι σημαίνει να είναι κάποιος «άνδρας» ή «γυναίκα» (Matud, 2004; Regitz-Zagrosek, 2012). Σύμφωνα με τον Courtenay (2000), οι γυναίκες και οι άνδρες σκέφτονται και ενεργούν με τον τρόπο που το κάνουν όχι λόγω της ταυτότητας των ρόλων τους ή των ψυχολογικών χαρακτηριστικών τους, αλλά λόγω των εννοιών περί θηλυκότητας και αρρενωπότητας που υιοθετούν βάσει του πολιτισμού τους.

Το κοινωνικό φύλο δεν αποτελεί δύο στατικές κατηγορίες, αλλά ένα σύνολο κοινωνικά κατασκευασμένων σχέσεων που παράγονται και αναπαράγονται μέσω των πράξεων των ατόμων. Κατασκευάζεται μέσω δυναμικών, διαλεκτικών σχέσεων και δεν εδράζεται στο άτομο, αλλά στις κοινωνικές συναλλαγές που ορίζονται ως έμφυλες. Από αυτή την οπτική, το φύλο θεωρείται ως μια δυναμική κοινωνική δομή (Courtenay, 2000).

Κατά την Matud (2004), οι γυναίκες συχνά εκτίθενται σε πιο μακροχρόνια και καθημερινά στρεσογόνα γεγονότα που σχετίζονται με τις οικογενειακές και κοινωνικές υποχρεώσεις, καθώς και σε παράγοντες όπως η έμφυλη βία και οι διακρίσεις, ενώ οι άνδρες αντιμετωπίζουν συχνά στρες σχετικό με την εργασία και την οικονομική πίεση. Αυτές οι διαφοροποιημένες εμπειρίες επηρεάζουν την ψυχική και σωματική τους υγεία διαφορετικά και συνδέονται με διακριτές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Επίσης η Regitz-Zagrosek (2012) τονίζει τη σημασία του φύλου ως παράγοντα στην άσκηση της ιατρικής, εστιάζοντας σε:

- Ουσιώδεις διαφορές στις παθήσεις μεταξύ των φύλων, ειδικά στα καρδιαγγειακά, αυτοάνοσα και πνευμονικά νοσήματα, με διαφορετικά συμπτώματα, αιτίες και αντιδράσεις στη θεραπεία
- Επιδράσεις στην αντιμετώπιση, όταν οι γυναίκες συχνά δε λαμβάνουν από τους επαγγελματίες υγείας διάγνωση και θεραπεία βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών, με αποτέλεσμα καθυστερήσεις στη φροντίδα και λιγότερο επιθετικές θεραπείες σε σχέση με τους άνδρες
- Ευαισθητοποίηση στην αναγνώριση του κοινωνικού φύλου, εξετάζοντας τις ανάγκες και των δύο φύλων, ενσωματώνοντας δεδομένα που λείπουν, όπως π.χ. για την οστεοπόρωση στους άνδρες ή την καρδιαγγειακή νόσο στις γυναίκες.

2.2.2 Θεωρίες ερμηνείας της σχέσης μεταξύ φύλου και υγείας

Οι θεωρητικές ερμηνείες που επιχειρούν να εξηγήσουν τις διαφορές στη νοσηρότητα και θνησιμότητα μεταξύ ανδρών και γυναικών επικεντρώνονται σε τρεις βασικές προσεγγίσεις: την τεχνητή ερμηνεία, η οποία αμφισβητεί την εγκυρότητα των δεδομένων, την ερμηνεία της φυσικής ή γενετικής επιλογής, που αποδίδει τις διαφορές σε βιολογικούς παράγοντες, και την ερμηνεία της κοινωνικής αιτιολογίας, η οποία αναδεικνύει τον ρόλο των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων (Μάντη, 2000, σ. 138). Κάθε μία από αυτές τις θεωρίες συνεισφέρει στην κατανόηση του φαινομένου, υπογραμμίζοντας τη σημασία της διεπιστημονικής προσέγγισης για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων στην υγεία με βάση το φύλο.

2.2.2.1 Τεχνητή ερμηνεία ή θεωρία των τεχνητών παραγόντων

Η θεωρία των τεχνητών παραγόντων αποτελεί μία ερμηνεία που χρησιμοποιείται στις κοινωνικές επιστήμες για να εξηγήσει τις φαινομενικές διαφορές και ανισότητες σε διάφορους τομείς, όπως η υγεία, βασισμένη στην ιδέα ότι αυτές οι διαφορές μπορεί να είναι αποτέλεσμα της μεθοδολογίας, των εργαλείων μέτρησης ή των παραδοχών που χρησιμοποιούνται στις έρευνες, και όχι απαραίτητα πραγματικές. Στο πλαίσιο της διερεύνησης της σχέσης μεταξύ φύλου και υγείας, η θεωρία των τεχνητών παραγόντων προτείνει ότι οι παρατηρούμενες ανισότητες στην υγεία ανδρών και γυναικών μπορεί να οφείλονται σε τεχνητούς ή κατασκευασμένους παράγοντες, όπως:

Μεθοδολογικές αποκλίσεις

Τα εργαλεία και οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή δεδομένων μπορεί να είναι προσανατολισμένα προς ένα φύλο. Για παράδειγμα οι κλινικές δοκιμές στο παρελθόν επικεντρώνονταν κυρίως σε άνδρες συμμετέχοντες, με αποτέλεσμα οι γυναίκες να υποεκπροσωπούνται και οι ανάγκες τους να παραγνωρίζονται (Holdcroft, 2007). Επιπλέον, διαφορετικές διαγνωστικές προσεγγίσεις για τις ίδιες παθήσεις σε άνδρες και γυναίκες μπορεί να δημιουργήσουν την εντύπωση ανισοτήτων που οφείλονται σε τεχνητούς παράγοντες.

Προκαταλήψεις στη συλλογή και ερμηνεία δεδομένων

Η επιλογή των μετρούμενων παραμέτρων και ο τρόπος μέτρησής τους μπορεί να αντικατοπτρίζει κοινωνικές προκαταλήψεις ή πολιτισμικές αντιλήψεις, όπως π.χ. η αντίληψη

ότι οι άνδρες είναι περισσότερο ανθεκτικοί στον πόνο από τις γυναίκες (Samulowitz et al, 2018). Άλλη σχετική περίπτωση συναντάται όταν ένα σύστημα υγείας καταγράφει με περισσότερο σχολαστικό τρόπο προβλήματα ψυχικής υγείας στις γυναίκες, αλλά υποεκτιμά τις αντίστοιχες περιπτώσεις στους άνδρες και δίνεται έτσι η εντύπωση ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στις ψυχικές διαταραχές (Hamberg, 2008).

Στατιστικές ασάφειες

Οι εξαρτώμενες από το φύλο ανισότητες στην υγεία μπορεί να φαίνονται μεγαλύτερες ή μικρότερες από ό,τι είναι στην πραγματικότητα λόγω των στατιστικών μεθόδων που χρησιμοποιούνται. Η χρήση μέσων όρων χωρίς να εξετάζονται οι ακραίες τιμές (outliers) μπορεί να δημιουργήσει μια «παραμορφωμένη» εικόνα, καθώς και η ανάλυση δεδομένων χωρίς να λαμβάνονται υπόψη συγχυτικοί παράγοντες (όπως η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η ηλικία) μπορεί να καταλήξει σε ψευδείς συσχετίσεις (Bonita et al, 2009, σ. 52).

Διαφορετική Καταγραφή των Ασθενειών

Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι ίδιες ασθένειες μπορεί να καταγράφονται διαφορετικά μεταξύ ανδρών και γυναικών, λόγω διαφορετικής συμπτωματολογίας ή διαφορετικών αντιλήψεων από πλευράς των επαγγελματιών υγείας (Hamberg, 2008). Για παράδειγμα, οι γυναίκες μπορεί να λαμβάνουν διάγνωση άγχους για συμπτώματα τα οποία για τους άνδρες θα καταγράφονταν ως καρδιαγγειακά προβλήματα.

2.2.2.2 Ερμηνεία της φυσικής ή γενετικής επιλογής

Η θεωρία της φυσικής ή γενετικής επιλογής προσφέρει μια ερμηνεία για τις ανισότητες στην υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών, αποδίδοντας τις διαφορές στη θνησιμότητα και νοσηρότητα σε γενετικούς παράγοντες. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, οι γενετικές διαφορές μεταξύ των φύλων επηρεάζουν την ευαισθησία σε διάφορες ασθένειες και την αντίδραση του οργανισμού σε περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η μελέτη των Ober et al. (2008) εξετάζει τις γενετικές διαφορές μεταξύ των φύλων και την επίδρασή τους στην υγεία και αναλύει τον τρόπο με τον οποίο γονίδια που βρίσκονται στα φυλετικά χρωμοσώματα συμβάλλουν στις διαφορές στην ανοσολογική απόκριση μεταξύ ανδρών και γυναικών. Υπογραμμίζεται ότι οι γυναίκες έχουν ισχυρότερη ανοσολογική

απόκριση, γεγονός που τις καθιστά λιγότερο ευάλωτες σε ορισμένες λοιμώξεις, αλλά πιο επιρρεπείς σε αυτοάνοσα νοσήματα.

Επιπλέον, η έρευνα των Klein και Flanagan (2016) εξετάζει τις διαφορές φύλου στην ανοσολογική απόκριση και τους μηχανισμούς επίδρασής τους στην ευαισθησία σε λοιμώξεις και στην αποτελεσματικότητα των εμβολίων. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι οι ορμονικές διαφορές, σε συνδυασμό με γενετικούς παράγοντες, συμβάλλουν στις παρατηρούμενες διαφορές στην υγεία μεταξύ των φύλων.

Τέλος, η μελέτη της Regitz-Zagrosek (2012) αναλύει τις διαφορές φύλου στις καρδιαγγειακές παθήσεις, επισημαίνοντας ότι οι γενετικοί και ορμονικοί παράγοντες επηρεάζουν την επίπτωση και την πορεία αυτών των ασθενειών σε άνδρες και γυναίκες. Η έρευνα αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη για εξατομικευμένες προσεγγίσεις στη διάγνωση και θεραπεία, λαμβάνοντας υπόψη τις γενετικές διαφορές μεταξύ των φύλων.

2.2.2.3 Ερμηνεία της κοινωνικής αιτιολογίας

Η κοινωνική αιτιολογία των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών εστιάζει στους κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτισμικούς παράγοντες που διαμορφώνουν τις διαφορές στη νοσηρότητα και θνησιμότητα μεταξύ των φύλων. Αυτή η προσέγγιση υποστηρίζει ότι οι ανισότητες στην υγεία δεν οφείλονται αποκλειστικά σε βιολογικές διαφορές, αλλά επηρεάζονται σημαντικά από τις κοινωνικές δομές και ρόλους. Ειδικότερα, εστιάζει στους εξής παράγοντες:

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση

Οι γυναίκες συχνά απολαμβάνουν χαμηλότερων εισοδημάτων και αντιμετωπίζουν περιορισμένη πρόσβαση σε εκπαίδευση και επαγγελματικές ευκαιρίες, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την υγεία τους. Η φτώχεια και η κοινωνική ανισότητα συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο για χρόνιες ασθένειες και μειωμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (WHO, 2009).

Ρόλοι φύλου και κοινωνικές προσδοκίες

Οι παραδοσιακοί ρόλοι φύλου μπορεί να περιορίζουν τις ευκαιρίες των γυναικών για σωματική δραστηριότητα, υγιεινή διατροφή και πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα. Επιπλέον, οι

γυναίκες συχνά αναλαμβάνουν το βάρος της φροντίδας της οικογένειας, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σωματική και ψυχική εξάντληση (Doyal, 2001).

Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας

Οι γυναίκες συχνά αντιμετωπίζουν εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας λόγω κοινωνικών περιορισμών, έλλειψης οικονομικών πόρων ή γεωγραφικών αποστάσεων, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε καθυστερημένη διάγνωση και θεραπεία ασθενειών (WHO, 2009).

Μεταξύ των τριών θεωριών που παρουσιάστηκαν, η ερμηνεία της κοινωνικής αιτιολογίας φαίνεται να είναι η επικρατέστερη (Μάντη, 2000, σ. 139). Η κατανόηση της κοινωνικής αιτιολογίας των ανισοτήτων στην υγεία είναι κρίσιμη για την ανάπτυξη πολιτικών και παρεμβάσεων που στοχεύουν στη μείωση αυτών των ανισοτήτων και την προώθηση της ισότητας στην υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών.

3. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Οι ανισότητες στην υγεία αποτελούν μια από τις πιο ισχυρές ενδείξεις για την επίδραση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στην ποιότητα ζωής. Όταν οι ευκαιρίες πρόσβασης σε υγειονομική περίθαλψη, η σωματική και ψυχική ευεξία ή οι βασικές ανάγκες όπως η διατροφή και η στέγαση κατανέμονται άνισα, δημιουργούνται σοβαρά εμπόδια για τη διατήρηση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής, ιδιαίτερα για τις ευάλωτες κοινωνικές ομάδες.

Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) αποτελεί ένα πολυδιάστατο και υποκειμενικό φαινόμενο που αναφέρεται στη συνολική ευημερία του ατόμου, καθώς και στην αντίληψή του για τη θέση του στη ζωή μέσα σε συγκεκριμένα κοινωνικά, πολιτιστικά και περιβαλλοντικά πλαίσια. Από την οπτική γωνία των κοινωνικών επιστημών, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τη συνολική ικανοποίηση που βιώνει ένα άτομο σε τομείς όπως η υγεία, η οικονομική ασφάλεια και οι κοινωνικές σχέσεις.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ΠΖ ως «την αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (WHO, 1995). Οι κύριες διαστάσεις της ΠΖ περιλαμβάνουν (Μηνασίδου & Κουράκος, 2020, σ. 592):

- Φυσική κατάσταση (πόνος, ενεργητικότητα, ύπνος)

- Ψυχολογική κατάσταση (συναισθηματική ευεξία, αυτοεκτίμηση)
- Επίπεδο ανεξαρτησίας (κινητικότητα, ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, εξάρτηση από ιατρικά βοηθήματα και φάρμακα)
- Κοινωνικές σχέσεις (υποστήριξη από φίλους/οικογένεια)
- Περιβάλλον (οικονομικοί πόροι, ασφάλεια, πρόσβαση σε υπηρεσίες, ευκαιρίες αναψυχής)
- Πνευματικότητα/προσωπικές πεποιθήσεις (νόημα στη ζωή, πίστη)

Σύμφωνα με τον Veenhoven (2000), η ποιότητα ζωής απαρτίζεται από τέσσερις συνιστώσες: την βιωσιμότητα του περιβάλλοντος, την ικανότητα του ατόμου να ζει, τη χρησιμότητα της ζωής για το περιβάλλον και την εκτίμηση της ζωής από το ίδιο το άτομο. «Αυτές οι ποιότητες δεν μπορούν να προστεθούν, επομένως οι συνολικές βαθμολογίες έχουν μικρή σημασία. Ο καλύτερος διαθέσιμος συνοπτικός δείκτης είναι το πόσο ευτυχισμένα και για πόσο καιρό ζει ένα άτομο».

Η πολυδιάστατη φύση της έννοιας της ποιότητας ζωής ενισχύει την επιστημονική συζήτηση, με ερευνητές να εξετάζουν τόσο την αντικειμενική μέτρηση όσο και την υποκειμενική εμπειρία της ποιότητας ζωής. Κατά τους Diener & Suh (1997), η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου για την ικανοποίηση από το περιβάλλον στο οποίο ζει, συμπεριλαμβανομένων κοινωνικών και φυσικών παραμέτρων. Ως εκ τούτου, η έννοια αποτελεί θεμελιώδες εργαλείο για την κατανόηση και τη βελτίωση της ανθρώπινης ευημερίας σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Felce & Perry (1995), η ΠΖ είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τόσο αντικειμενικούς δείκτες όσο και υποκειμενικές αξιολογήσεις: η υλική ευημερία, η ανάπτυξη και η δραστηριότητα, η σωματική ευεξία, η κοινωνική ενσωμάτωση και η συναισθηματική ευεξία αποτελούν τις βασικές της διαστάσεις.

Οι Constanza et al (2007) προτείνουν μια ολοκληρωμένη προσέγγιση για την ΠΖ, συνδυάζοντας τις ευκαιρίες, τις ανθρώπινες ανάγκες και την υποκειμενική ευημερία, τονίζουν τη σημασία της ισορροπίας μεταξύ των αντικειμενικών συνθηκών και των υποκειμενικών αντιλήψεων για την επίτευξη υψηλής ποιότητας ζωής και εισηγούνται ένα πλαίσιο για τη μέτρηση της ΠΖ που περιλαμβάνει τόσο ποσοτικούς όσο και ποιοτικούς δείκτες.

Κατά την Farquhar (1995), η ΠΖ είναι πολυσύνθετος όρος, χρησιμοποιούμενος τόσο στην έρευνα όσο και στην κλινική πρακτική. Ωστόσο, η έλλειψη συμφωνίας σχετικά με τον ορισμό της δημιουργεί δυσκολίες στη μέτρηση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Προτείνεται μια ταξινόμηση των ορισμών της ΠΖ σε τρία επίπεδα: (1) ορισμοί επικεντρωμένοι σε αντικειμενικές συνθήκες ζωής, (2) ορισμοί βασισμένοι σε υποκειμενικές εκτιμήσεις και (3) ορισμοί που συνδυάζουν τόσο αντικειμενικούς όσο και υποκειμενικούς παράγοντες.

Η κατηγορία των βασισμένων σε αντικειμενικές κατηγορίες ζωής ορισμών επικεντρώνεται στις εξωτερικές συνθήκες και τα αντικειμενικά μέτρα που επηρεάζουν την ΠΖ (εισόδημα, στέγαση, πρόσβαση σε υγειονομικές υπηρεσίες, μορφωτικό επίπεδο, κοινωνική θέση και φυσικό περιβάλλον). Με τη βελτίωση αυτών των συνθηκών θεωρείται ότι βελτιώνεται και η ΠΖ. Η εν λόγω κατηγορία παρέχει συγκεκριμένα και μετρήσιμα κριτήρια και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη σύγκριση διαφορετικών πληθυσμών ή χωρών. Ο βασικός περιορισμός της είναι ότι αγνοεί τις υποκειμενικές αντιλήψεις και την προσωπική ικανοποίηση των ατόμων.

Η κατηγορία των βασισμένων σε υποκειμενικές αντιλήψεις ορισμών εστιάζει στις προσωπικές εμπειρίες, αντιλήψεις και ικανοποίηση των ατόμων από τη ζωή τους (επίπεδο ευτυχίας, ικανοποίηση από τη ζωή, συναισθήματα ευεξίας). Η ΠΖ ορίζεται από το πώς οι άνθρωποι βιώνουν και αντιλαμβάνονται τη ζωή τους. Η κατηγορία αυτή αντανακλά τις πραγματικές εμπειρίες των ανθρώπων και σχετίζεται με τις ατομικές προτιμήσεις και ανάγκες. Εντούτοις, επηρεάζεται από πολιτισμικές, προσωπικές και κοινωνικές διαφορές και παρουσιάζει δυσκολία στη μέτρηση λόγω υποκειμενικότητας.

Στην τρίτη κατηγορία ορισμών που συνδυάζουν αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες γίνεται προσπάθεια σύνθεσης των δύο προσεγγίσεων αναγνωρίζοντας ότι η ΠΖ επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση των εξωτερικών συνθηκών και των προσωπικών αντιλήψεων. Η ΠΖ εξαρτάται από το «τι έχει κανείς» (αντικειμενικές συνθήκες), όσο και από το «πώς αισθάνεται» (υποκειμενικές εκτιμήσεις). Η συγκεκριμένη κατηγορία ορισμών παρέχει μια περισσότερο ολοκληρωμένη προσέγγιση και επιτρέπει την κατανόηση της πολυπλοκότητας της ΠΖ. Απαιτεί σύνθετες μεθόδους μέτρησης που περιλαμβάνουν ποσοτικούς και ποιοτικούς δείκτες.

Στη μελέτη της Πεχτελίδου (2019) γίνεται αναφορά στο μοντέλο του Brown (1997), το οποίο προτείνει μια ολιστική προσέγγιση στη μέτρηση της ποιότητας ζωής, συνδυάζοντας τόσο

αντικειμενικούς όσο και υποκειμενικούς δείκτες. Σύμφωνα με αυτό, η αντίληψη ενός ατόμου για την ποιότητα ζωής του επηρεάζεται από το κοινωνικό, οικονομικό, θεσμικό και φυσικό του περιβάλλον. Παράγοντες όπως η οικογενειακή προέλευση, οι πολιτισμικές επιρροές και το επίπεδο κοινωνικής ευημερίας παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση αυτών των αντιλήψεων. Επιπλέον, η ποιότητα ζωής συνδέεται άμεσα με το ατομικό κεφάλαιο, την οικονομική κατάσταση, την πρόσβαση στην πληροφορία και τις δεξιότητες που αποκτώνται μέσω της εκπαίδευσης και της εμπειρίας.

Ο Flanagan (1978) πρότεινε μια διαφορετική κατηγοριοποίηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, διακρίνοντάς τους σε πέντε βασικές ομάδες (Πεχτελίδου, 2019): Η πρώτη αφορά τη σωματική και οικονομική ευημερία, περιλαμβάνοντας την οικονομική σταθερότητα, την υγεία και την αίσθηση ασφάλειας. Η δεύτερη εστιάζει στις διαπροσωπικές σχέσεις, συμπεριλαμβάνοντας τις σχέσεις με τον/τη σύντροφο, την οικογένεια, τους φίλους και γενικότερα τους σημαντικούς άλλους στη ζωή ενός ατόμου. Η τρίτη κατηγορία σχετίζεται με την κοινωνική συμμετοχή και την εμπλοκή σε κοινοτικές και φιλανθρωπικές δραστηριότητες. Η τέταρτη αφορά την προσωπική εξέλιξη, που περιλαμβάνει την αυτογνωσία, τη διανοητική ανάπτυξη, την εργασιακή ικανοποίηση, τη δημιουργικότητα και τη συσσώρευση εμπειριών. Τέλος, η πέμπτη κατηγορία σχετίζεται με τον ελεύθερο χρόνο και τις δραστηριότητες αναψυχής, όπως η κοινωνικοποίηση και τα ενδιαφέροντα που συμβάλλουν στη χαλάρωση και την ψυχαγωγία

Εκ των ανωτέρω συνάγεται ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί μια έννοια δύσκολα οριζόμενη, καθώς εμπεριέχει τις προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και πεποιθήσεις κάθε ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με πολιτισμικές, ψυχολογικές, οικονομικές και πολιτικές διαστάσεις της ζωής. Για να καταστεί η έννοια πιο συγκεκριμένη και μετρήσιμη σε ερευνητικό επίπεδο, γίνεται χρήση του όρου «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» (ΣΥΠΖ), η οποία αναφέρεται στην ποιότητα ζωής που επηρεάζεται από την υγεία, εστιάζοντας στο βαθμό που το επίπεδο υγείας ενός ατόμου επηρεάζει την καθημερινή του ζωή και τη λειτουργικότητά του» (Καρκάνης, 2019, σ. 27).

3.1 Η έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και οι διαστάσεις αυτής

Κατά τον Υφαντόπουλο (2007), η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί είτε ως το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των φυσικών χαρακτηριστικών του ατόμου και της επιρροής που ασκεί το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, είτε ως η προσωπική εκτίμηση των θετικών και αρνητικών στοιχείων που διαμορφώνουν τη ζωή ενός ανθρώπου. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, απαιτείται ένας πιο συγκεκριμένος ορισμός και μια σαφής μεθοδολογία για τη μέτρησή της. Για τον λόγο αυτό, στις κλινικές έρευνες χρησιμοποιείται μια πιο εξειδικευμένη προσέγγιση της έννοιας, εστιάζοντας όχι στη γενική ευτυχία, ικανοποίηση ή στις συνθήκες διαβίωσης, αλλά αποκλειστικά στις πτυχές της ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία. Αυτή η πιο στοχευμένη έννοια είναι γνωστή ως Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ).

Σύμφωνα με την Αργέντου (2009) η έννοια της ποιότητας ζωής που συνδέεται με την υγεία αφορά τόσο τα άτομα που αντιμετωπίζουν ασθένειες όσο και εκείνα που είναι υγιή. Στην περίπτωση των ασθενών, αξιολογεί τις συνέπειες μιας νόσου, αποτυπώνοντας σε ποιο βαθμό επηρεάζονται οι καθημερινές σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές τους λειτουργίες από την ασθένεια ή τη θεραπεία της. Για τον γενικό πληθυσμό, στηρίζεται στην αυτό-αξιολόγηση της υγείας του ατόμου, λαμβάνοντας υπόψη σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους.

Στον τομέα της υγείας, η ποιότητα αναφέρεται στον βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας που παρέχονται σε άτομα και κοινότητες συμβάλλουν στην επίτευξη των επιθυμητών αποτελεσμάτων, αξιοποιώντας τις σύγχρονες γνώσεις και πρακτικές (Ραφτόπουλος, 2020, σ. 483). Η ΣΥΠΖ είναι χρήσιμη για την αξιολόγηση θεραπευτικών παρεμβάσεων, τη λήψη πολιτικών αποφάσεων και την κατανομή των πόρων.

Σύμφωνα με τους Arab-Zozani et al (2020), η ΣΥΠΖ αποτελεί έναν σημαντικό δείκτη που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της επίδρασης ασθενειών, διαταραχών ή αναπηριών στις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές διαστάσεις της υγείας των ασθενών. Η εκτίμηση της ΣΥΠΖ βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να εντοπίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και να αναγνωρίσουν τις πτυχές της διαχείρισης των ασθενειών που χρειάζονται βελτίωση, με στόχο τη συνολική ενίσχυση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Ερευνητές όπως ο Wilson και ο Cleary (1995) υπογραμμίζουν ότι η ΣΥΠΖ συνδέει αντικειμενικές παραμέτρους, όπως η φυσική υγεία, με υποκειμενικές αντιλήψεις για την ευημερία. Συγκεκριμένα, εισάγουν ένα μοντέλο το οποίο συνδέει τις κλινικές παραμέτρους (ιατρικά ευρήματα, βιολογικές μεταβλητές) με την ποιότητα ζωής, όπως την αντιλαμβάνεται ο ασθενής, με στόχο την κατανόηση των σχέσεων μεταξύ ιατρικών και ψυχοκοινωνικών πτυχών της υγείας.

Εξετάζονται πέντε κύριες διαστάσεις, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ τους: *βιολογικές και φυσιολογικές μεταβλητές* (βιοδείκτες, κλινικά δεδομένα), *συμπτώματα* (υποκειμενικές εμπειρίες του ασθενούς, όπως πόνος, κόπωση ή δυσφορία), *λειτουργική κατάσταση* (ικανότητα του ατόμου να επιτελεί καθημερινές δραστηριότητες), *γενική υγεία* (συνολική εκτίμηση της υγείας από το ίδιο το άτομο) και *ποιότητα ζωής* (υποκειμενική εκτίμηση της ευημερίας και της ικανοποίησης από τη ζωή). Οι βιολογικές μεταβλητές επηρεάζουν άμεσα τα συμπτώματα, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν τη λειτουργική κατάσταση. Η λειτουργική κατάσταση επιδρά στην αντίληψη της γενικής υγείας, η οποία ακολούθως συμβάλλει στη συνολική ποιότητα ζωής. Αναγνωρίζεται δε ότι οι παράγοντες ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζουν όλες τις διαστάσεις του μοντέλου.

Σύμφωνα με τους Sosnofski et al (2017), η ΣΥΠΖ αναφέρεται στην αντίληψη ενός ατόμου για τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική του ευημερία, όπως αυτή επηρεάζεται από την κατάσταση της υγείας του. Σε αντίθεση με τη γενική ποιότητα ζωής, η ΣΥΠΖ επικεντρώνεται κυρίως στις επιπτώσεις της υγείας, των ασθενειών και των ιατρικών παρεμβάσεων στην καθημερινή λειτουργικότητα και την ευημερία του ατόμου. Οι παράγοντες που την επηρεάζουν περιλαμβάνουν τη φυσική κατάσταση, την παρουσία χρόνιων ή οξέων νοσημάτων, την ψυχική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και την ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Η ΣΥΠΖ είναι ένας σημαντικός δείκτης τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς βοηθά στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας θεραπειών και παρεμβάσεων.

Για την κατανόηση και μέτρηση της ΣΥΠΖ έχουν αναπτυχθεί και άλλα θεωρητικά μοντέλα εκτός από το προαναφερθέν των Wilson & Cleary (Sosnofski et al, 2017): το *Μοντέλο του Κέντρου Προαγωγής Υγείας του Πανεπιστημίου του Τορόντο*, το οποίο δίνει έμφαση στην επίδραση των κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στη ΣΥΠΖ, καθώς και το *Ολοκληρωμένο Μοντέλο των Ferrans & Powers* (1985), σύμφωνα με το οποίο η ΣΥΠΖ δεν επηρεάζεται μόνο από την υγεία αλλά και από την προσωπική σημασία που αποδίδει κάθε

άτομο στις διάφορες διαστάσεις της ζωής του. Αυτά τα μοντέλα είναι σημαντικά για την ανάπτυξη εργαλείων αξιολόγησης και την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η υγεία επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε ατομικό και πληθυσμιακό επίπεδο.

Κατά τους Kharroubi & Elbarazi (2023), η ΣΥΠΖ αποτελεί βασικό στοιχείο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την υγεία τους και τις επιπτώσεις των θεραπειών στην καθημερινή τους ζωή. Η ενσωμάτωση της ΣΥΠΖ στις κλινικές μελέτες επιτρέπει μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών.

Η ΣΥΠΖ αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, στην οποία κάθε επαγγελματίας υγείας δίνει την ερμηνεία που προτιμά (Μηνασίδου & Κουράκος, 2020, σ. 595). Σύμφωνα με τον Υφαντόπουλο (2007), «η ΣΥΠΖ αποτελεί μια δυναμική έννοια η εκτίμηση της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιείται το επίπεδο υγείας, οι σχέσεις, οι εμπειρίες και οι ρόλοι του ατόμου».

Συνοψίζοντας, η ΣΥΠΖ μπορεί να εκτιμηθεί μέσα από διαφορετικές προσεγγίσεις, είτε λαμβάνοντας υπόψη τη συνολική κατάσταση της υγείας, είτε εστιάζοντας στις επιπτώσεις μιας συγκεκριμένης ασθένειας, είτε εξετάζοντας επιμέρους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία. Κάθε μέθοδος παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η υγεία και οι παρεμβάσεις της επηρεάζουν την καθημερινή ζωή και την ευημερία των ατόμων.

3.2 Αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Σύμφωνα με τους Τριανταφύλλου και συν. (2005), οι βασικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας περιλαμβάνουν:

- Γενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία: Αξιολογείται ο τρόπος με τον οποίο μια ασθένεια, καθώς και οι διαδικασίες πρόληψης και θεραπείας της, επηρεάζουν τη λειτουργική κατάσταση και την ψυχική ευεξία του ατόμου.
- Εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με συγκεκριμένη ασθένεια: Διερευνώνται οι συνέπειες μιας συγκεκριμένης πάθησης στην καθημερινότητα και την ευημερία του ασθενή.

- Αξιολόγηση συγκεκριμένων πτυχών της ποιότητας ζωής: Εξετάζονται επιμέρους παράγοντες που συμβάλλουν στη συνολική ποιότητα ζωής, όπως η φυσική κατάσταση, ο πόνος, η κόπωση, το άγχος, η κατάθλιψη και άλλοι σχετικοί παράγοντες.

Τα εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες:

Ειδικά Εργαλεία τα οποία είναι σχεδιασμένα για να αξιολογούν την ποιότητα ζωής (ΠΖ) σε σχέση με συγκεκριμένες ασθένειες ή καταστάσεις, παρέχοντας λεπτομερείς πληροφορίες για τις επιπτώσεις της συγκεκριμένης πάθησης στην ΠΖ και

Γενικά Εργαλεία, τα οποία αξιολογούν την ΣΥΠΖ ανεξάρτητα από συγκεκριμένες ασθένειες ή καταστάσεις υγείας, επιτρέποντας συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών και παθήσεων.

Επίσης, τα εργαλεία μέτρησης μπορεί να απευθύνονται α) αποκλειστικά σε ασθενείς και β) τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιείς

3.2.1 Γενικά εργαλεία αξιολόγησης της ΣΥΠΖ

Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας είναι εργαλεία που αξιολογούν διάφορες διαστάσεις υγείας ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου ή κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Στόχος τους είναι η πολύπλευρη μέτρηση της ποιότητας ζωής με βάση την υγεία και η σύγκριση διαφορετικών καταστάσεων υγείας σε πληθυσμιακά δείγματα. Ακολουθεί μια συνοπτική παρουσίαση ορισμένων εργαλείων μέτρησης της ΠΖ που έχουν χρησιμοποιηθεί τα τελευταία πενήντα χρόνια (τα πρώτα ερωτηματολόγια έκαναν την εμφάνισή τους στη δεκαετία του 1970) (Υφαντόπουλος, 2007, Θεοφίλου, 2015).

Καταγραφή Υγείας του Nottingham (Nottingham Health Profile)

- Αξιολογεί σωματικά, κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα υγείας
- Περιλαμβάνει ερωτήσεις για την ενεργητικότητα, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, την αϋπνία, την κοινωνική απομόνωση, τη δυσανεξία και άλλες λειτουργίες
- Χρησιμοποιείται κυρίως στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Εστιάζει στην υποκειμενική εκτίμηση των ερωτηθέντων για την κατάσταση της υγείας τους

Καταγραφή επιπτώσεων της ασθένειας (Sickness Impact Profile)

- Δίνει έμφαση στις αλλαγές συμπεριφοράς των ατόμων λόγω της ασθένειας

- Περιλαμβάνει 12 κατηγορίες ερωτήσεων που καλύπτουν σωματικές και ψυχοκοινωνικές καταστάσεις

Κλίμακα ευεξίας (Quality of Well-Being Scale)

- Μετρά την ποιότητα ζωής με βάση συμπτώματα, κινητικότητα, σωματική και κοινωνική δραστηριότητα
- Παράγει έναν δείκτη υγείας που αντικατοπτρίζει το σύνολο των συμπτωμάτων και της ανικανότητας του ατόμου
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί εκτός από το γενικό πληθυσμό και σε ειδικότερους πληθυσμούς (φορείς HIV, ασθενείς με αρθρίτιδα)

Health Utilities Index (HUI)

- Αξιολογεί την υγεία βάσει διαστάσεων όπως όραση, ακοή, λόγος, κινητικότητα, πόνος και συναισθηματική κατάσταση
- Χρησιμοποιεί οπτική αναλογική κλίμακα και θεωρία παιγνίων για τη μέτρηση χρησιμότητας

Index of Health-Related Quality of Life

Αποτελεί πολυδιάστατο εργαλείο που αξιολογεί κοινωνική, ψυχολογική και σωματική λειτουργικότητα

- Χρησιμοποιείται σε ευρύ φάσμα ψυχιατρικών και άλλων περιστατικών

EuroQoL (European Quality of Life Scale EQ-5D)

- Είναι απλό και κατανοητό εργαλείο που περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, συνήθειες δραστηριότητες, πόνο-δυσφορία και άγχος-κατάθλιψη
- Χρησιμοποιείται ευρέως σε πληθυσμιακές μελέτες και κλινικές εφαρμογές

15-D

- Παρουσιάζει 15 διαστάσεις, όπως κινητικότητα, όραση, ακοή, ύπνος, νοητικές λειτουργίες, κατάθλιψη και ζωτικότητα.
- Έχει εφαρμοστεί σε διεθνείς μελέτες και πληθυσμιακές έρευνες
- Έχει αρκετές ομοιότητες με το EQ-5D, του οποίου προϋπάρχει

Κλίμακα SF-36 (Short Form-36)

Το SF-36 (Short Form 36-item Health Survey) είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση της υγείας ενός πληθυσμού, γνωστό για την υψηλή αποδοχή του, την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του. Έχει μεταφραστεί, προσαρμοστεί και επικυρωθεί (Pappa et al, 2005) για χρήση στα ελληνικά. Το SF-36 αξιολογεί δύο βασικές πτυχές της υγείας: την ψυχική (Mental Component Summary - MCS) και τη φυσική κατάσταση (Physical Component Summary - PCS).

Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες καλύπτουν οκτώ διαστάσεις της υγείας:

Σωματική λειτουργικότητα (Physical Functioning - PF) - Αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες

Σωματικός πόνος (Bodily Pain - BP) - Αξιολογεί την ένταση του πόνου και την επίδρασή του στις καθημερινές λειτουργίες

Σωματικός ρόλος (Role Physical - RP)- Μετράει την επίδραση της φυσικής υγείας στην εργασία ή σε άλλες δραστηριότητες

Ζωτικότητα (Vitality - VT) - Εκτιμά την αίσθηση ενέργειας ή κόπωσης

Γενική υγεία (General Health - GH)- Καταγράφει την αντίληψη του ατόμου για την συνολική κατάσταση της υγείας του

Κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning - SF) - Αξιολογεί την επίδραση της υγείας στις κοινωνικές δραστηριότητες

Ψυχική υγεία (Mental Health - MH): Εξετάζει τη συναισθηματική ευεξία και τα επίπεδα άγχους ή κατάθλιψης

Συναισθηματικός ρόλος (Role Emotional - RE): Μετράει την επίδραση της συναισθηματικής κατάστασης στην εργασία ή άλλες δραστηριότητες.

Η βαθμολογία για κάθε διάσταση κυμαίνεται από 0 έως 100, όπου το 0 αντιπροσωπεύει τη χειρότερη δυνατή κατάσταση υγείας και το 100 υποδηλώνει την καλύτερη δυνατή υγεία. Η ψυχική κατάσταση υγείας (MCS) προκύπτει από τις διαστάσεις ζωτικότητα (VT), κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ψυχική υγεία (MH) και συναισθηματικό ρόλο (RE). Αντίστοιχα, η φυσική κατάσταση υγείας (PCS) καθορίζεται από τις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα

(PF), σωματικό πόνο (BP), σωματικό ρόλο (RP) και γενική υγεία (GH) (Ware & Sherbourne, 1992).

Κάθε ερωτηματολόγιο έχει συγκεκριμένα πλεονεκτήματα και περιορισμούς, ενώ πολλά από αυτά έχουν μεταφραστεί και προσαρμοστεί πολιτισμικά για χρήση σε διαφορετικούς πληθυσμούς.

3.2.2 Ειδικά εργαλεία αξιολόγησης της ΣΥΠΖ

Τα ερωτηματολόγια που είναι εξειδικευμένα σε συγκεκριμένες ασθένειες έχουν σχεδιαστεί για να επικεντρώνονται στις ιδιαίτερες επιπτώσεις μιας ασθένειας στην υγεία και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Αυτά τα εργαλεία είναι ιδιαίτερα χρήσιμα για την ακριβή αξιολόγηση συγκεκριμένων παθήσεων, καθώς εστιάζουν σε χαρακτηριστικά που επηρεάζουν άμεσα τη ζωή των ασθενών. Συγκεκριμένα, εστιάζουν σε λεπτομερείς πτυχές της υγείας, όπως η συναισθηματική και σεξουαλική λειτουργικότητα, η παρουσία ναυτίας ή πόνου, το άγχος, η κατάθλιψη και άλλα συμπτώματα και δίνουν έμφαση στη βιωμένη εμπειρία του ασθενούς και τη διαμόρφωση της αντίληψής του για την υγεία του (Υφαντόπουλος, 2007).

Μερικά εξειδικευμένα ερωτηματολόγια αποτελούν τα εξής:

- **Arthritis Impact Measurement Scales:** Αξιολογεί τις επιπτώσεις της αρθρίτιδας στη ζωή των ασθενών
- **Functional Living Index – Cancer:** Καταγράφει την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο
- **EORTC Quality of Life Questionnaire:** Σχεδιασμένο από την Ευρωπαϊκή Οργάνωση για την Έρευνα και Θεραπεία του Καρκίνου, εστιάζει σε ασθενείς με καρκίνο
- **Quality of Life Questionnaire for Asthma:** Αξιολογεί την επίδραση του άσθματος στην καθημερινότητα των ασθενών
- **Health Assessment Questionnaire:** Μετρά τη λειτουργικότητα σε άτομα με διάφορες χρόνιες ασθένειες

Τα εν λόγω ερωτηματολόγια διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στην εξατομικευμένη φροντίδα ασθενών, βοηθώντας στην καλύτερη κατανόηση της ασθένειας και της επίδρασής της στην καθημερινή ζωή.

4. ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΤΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η θεωρητική διερεύνηση των ανισοτήτων στην υγεία μεταξύ ανδρών και γυναικών μας επιτρέπει να κατανοήσουμε τις κοινωνικές, βιολογικές και πολιτισμικές παραμέτρους που συμβάλλουν στη διαμόρφωση αυτών των διαφορών. Ωστόσο, για να αποτυπωθούν οι πραγματικές διαστάσεις του φαινομένου, απαιτείται η εμβάθυνση μέσω εμπειρικών δεδομένων. Οι ενότητες που ακολουθούν εστιάζουν στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων μιας ποσοτικής έρευνας με χρήση ερωτηματολογίου, η οποία αποσκοπεί να καταγράψει και να αναλύσει τις διαφορές στις συνθήκες υγείας και στις συμπεριφορές υγείας που υιοθετούνται από άνδρες και γυναίκες υπαλλήλους του ΕΟΠΥΥ. Μέσα από την ανάλυση αυτών των δεδομένων, επιδιώκεται να αναδειχθούν συγκεκριμένα στοιχεία που επιβεβαιώνουν ή διαφοροποιούν τις θεωρητικές προσεγγίσεις, συμβάλλοντας σε μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση του θέματος.

Ειδικότερα, θα διερευνηθούν τα εξής θέματα-ερωτήματα:

1. Κατάσταση Υγείας

- Ποιες είναι οι κύριες διαφορές στην υποκειμενική-προσωπική εκτίμηση κατάστασης υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών υπαλλήλων του οργανισμού;
- Υπάρχουν διαφορές στην παρουσία χρόνιων παθήσεων μεταξύ των δύο φύλων;

2. Συμπεριφορές Υγείας

- Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία (όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η σωματική δραστηριότητα) που διαφέρουν μεταξύ ανδρών και γυναικών υπαλλήλων;
- Πόσο συχνά υιοθετούν υγιεινές συμπεριφορές (π.χ., διατροφή, τακτική άσκηση) οι άνδρες και οι γυναίκες στον οργανισμό;

3. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

- Κατά πόσο διαφέρουν η ψυχολογική κατάσταση και τα επίπεδα άγχους και στρες μεταξύ ανδρών και γυναικών στον οργανισμό;

4. Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

- Υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη συχνότητα επίσκεψης σε γιατρούς και τη νοσηλεία σε νοσοκομείο ή άλλη δομή κλειστής περίθαλψης;

Θα εξαχθούν συμπεράσματα με βάση τα αποτελέσματα της ανάλυσης και θα προταθούν παρεμβάσεις για τη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των δύο φύλων.

5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για τη διερεύνηση ανισοτήτων στην υγεία και τη συμπεριφορά υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών υπαλλήλων του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) επιλέχθηκε η πραγματοποίηση μιας εμπειρικής συγχρονικής μελέτης με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Η συγχρονική μελέτη είναι ένας τύπος μελέτης παρατήρησης που χρησιμοποιείται για την ανάλυση δεδομένων από έναν πληθυσμό ή ένα αντιπροσωπευτικό υποσύνολό του, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Παρέχει ένα στιγμιότυπο των υπό διερεύνηση μεταβλητών, καθιστώντας το κατάλληλο για τον εντοπισμό και την περιγραφή προτύπων ή συσχετισμών. Μπορεί να προσδιορίσει συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών, αλλά δεν μπορεί να αναδείξει και να αιτιολογήσει αιτιώδεις σχέσεις (Wang & Cheng, 2020).

Ένα από τα κύρια πλεονεκτήματα μιας συγχρονικής έρευνας είναι η αποτελεσματικότητά της από άποψη χρόνου και κόστους. Επειδή τα δεδομένα συλλέγονται σε μια μόνο χρονική στιγμή, απαιτούν λιγότερους πόρους σε σύγκριση με τις διαχρονικές μελέτες. Επιπλέον, επιτρέπει την ανάλυση διαφορετικών πληθυσμών και τη σύγκριση μεταξύ ομάδων (πχ μεταξύ ανδρών και γυναικών), καθιστώντας τα ευρήματα πιο γενικεύσιμα. Οι συγχρονικές μελέτες είναι ιδιαίτερα χρήσιμες για την αξιολόγηση του επιπολασμού μιας νόσου ή συμπεριφοράς σε έναν πληθυσμό (Setia, 2016).

Ωστόσο, οι συγχρονικές μελέτες αδυνατούν να καθορίσουν τις χρονικές σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, καθώς τα δεδομένα αντικατοπτρίζουν μια μεμονωμένη χρονική στιγμή. Δεν μπορεί να τεκμηριωθεί η χρονική σχέση μεταξύ έκθεσης και έκβασης (δηλαδή, τι προηγήθηκε). Αυτή η χρονική ασάφεια εμποδίζει τους ερευνητές να αναδείξουν σχέσεις αιτίου-αποτελέσματος. Επίσης, παρότι δεν παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τις αλλαγές που συντελούνται με την πάροδο του χρόνου, οι συγχρονικές μελέτες μπορούν να αποτελέσουν

αφετηρία για αναλυτικότερες μελέτες, π.χ. προοπτικές μελέτες κοόρτης (perspective cohort studies – μελέτες ομάδων ατόμων με κοινό χαρακτηριστικό, που αποτελεί και το αντικείμενο της μελέτης) (Setia, 2016). Επιπλέον, οι συσχετίσεις που προσδιορίζονται σε συγχρονικές μελέτες μπορεί να επηρεαστούν από συγχυτικές μεταβλητές (confounding variables) που δεν ελήφθησαν υπόψη στην ανάλυση (Wang & Cheng, 2020).

5.1 Εργαλείο έρευνας

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς σε ηλεκτρονική μορφή (google forms), το οποίο σκοπό είχε να καταγράψει την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων και την συμπεριφορά τους σε ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία τους και την ποιότητα ζωής τους. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε, αρχικά, ερωτήσεις που είχαν στόχο να καταγράψουν το δημογραφικό προφίλ των συμμετεχόντων (φύλο, ηλικία, ύψος, βάρος, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης και συνολικό εισόδημα νοικοκυριού).

Στη συνέχεια οι συμμετέχοντες έπρεπε να απαντήσουν σε ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους (επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα, νοσηλεία, ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, αριθμός χρόνιων νοσημάτων) καθώς και ερωτήσεις που αξιολογούν τη συμπεριφορά τους σε ζητήματα υγείας (κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, κατανάλωση έτοιμου φαγητού, κατανάλωση λαχανικών, συχνότητα άσκησης/ φυσικής δραστηριότητας, ποιότητα ύπνου). Αυτές οι ερωτήσεις απεικονίζουν την κατάσταση υγείας και τη συμπεριφορά υγείας των συμμετεχόντων.

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα SF-12 (Short Form-12 Health Survey) με σκοπό να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων (Ware et al, 1996). Το SF-12 είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο που έχει σχεδιαστεί για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ. Είναι μια συντομότερη έκδοση της κλίμακας SF-36, που προορίζεται να παρέχει μια συνοπτική μέτρηση της σωματικής και ψυχικής υγείας, μειώνοντας ταυτόχρονα το χρόνο που απαιτείται από τους ερωτηθέντες για να το συμπληρώσουν (Ware et al, 1996). Το SF-12 αποτελείται από 12 ερωτήσεις που καλύπτουν οκτώ διαστάσεις υγείας:

1. Φυσική λειτουργικότητα
2. Σωματικός ρόλος (περιορισμοί λόγω σωματικής υγείας)

3. Σωματικός πόνος
4. Γενικές αντιλήψεις για την υγεία
5. Ζωτικότητα (ενέργεια/κόπωση)
6. Κοινωνική λειτουργικότητα
7. Συναισθηματικός ρόλος (περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων)
8. Ψυχική υγεία (ψυχολογική δυσφορία και ευεξία)

Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις 12 ερωτήσεις προκύπτουν δύο κύριες βαθμολογίες:

- Physical Component Summary (PCS): Αντανakλά την κατάσταση της φυσικής υγείας
- Mental Component Summary (MCS): Αντανakλά την κατάσταση της ψυχικής υγείας

Οι απαντήσεις βαθμολογούνται και σταθμίζονται χρησιμοποιώντας αλγορίθμους για τον υπολογισμό των PCS και MCS, οι οποίοι τυποποιούνται σε μεταβλητές με μέσο όρο 50 με τυπική απόκλιση 10 στους γενικούς πληθυσμούς. Το SF-12 επιδεικνύει καλή αξιοπιστία, ειδικά για συγκρίσεις ομάδων. Η αξιοπιστία (εσωτερική συνέπεια), που συχνά αξιολογείται χρησιμοποιώντας το α (alpha) του Cronbach, κυμαίνεται τυπικά από 0,70 έως 0,85 για τις βαθμολογίες PCS και MCS και η διαχρονική σταθερότητα (test-retest reliability) αποδείχθηκε επίσης επαρκής (Kim et al, 2014; Kontodimopoulos et al, 2007; Ruotolo et al, 2021).

Το SF-12 χρησιμοποιείται τόσο σε κλινικά όσο και σε ερευνητικά περιβάλλοντα για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων υγείας, τη σύγκριση της υγείας του πληθυσμού και την παρακολούθηση των αλλαγών στην ΣΥΠΖ με την πάροδο του χρόνου. Η συντομία του το καθιστά ιδιαίτερα πολύτιμο σε έρευνες και μελέτες μεγάλης κλίμακας, όπου η ελαχιστοποίηση του χρόνου συμμετοχής των ερωτηθέντων είναι απαραίτητη (Ruotolo et al., 2021).

5.2 Δείγμα έρευνας

Για τη διεξαγωγή της έρευνας παρασχέθηκε η έγγραφη συγκατάθεση της Προϊσταμένης της Γενικής Διεύθυνσης Οργάνωσης και Σχεδιασμού Υπηρεσιών Υγείας του ΕΟΠΥΥ, κατόπιν της σύμφωνης γνώμης του Υπεύθυνου Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων (DPO).

Στην έρευνα συμμετείχαν εργαζόμενοι του ΕΟΠΥΥ από την Κεντρική Υπηρεσία και τις Περιφερειακές Διευθύνσεις του Οργανισμού ανά την Ελλάδα, οι οποίοι προσκλήθηκαν μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας να συμπληρώσουν εθελοντικά το ερωτηματολόγιο. Η συμπλήρωση ήταν ανώνυμη και δεν υπήρξε πρόσβαση στα ατομικά email των συμμετεχόντων, η πρόσκληση απεστάλη προς τα ομαδικά email των Διευθύνσεων του Οργανισμού. Το σύνολο των 209 εργαζόμενων που ανταποκρίθηκαν και συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο μπορεί να θεωρηθεί ότι συγκροτούν ένα δείγμα ευκολίας (convenience sample).

Η δειγματοληψία ευκολίας είναι μια μέθοδος όπου οι συμμετέχοντες επιλέγονται με βάση τη διαθεσιμότητα, την εγγύτητα ή την προθυμία τους να συμμετάσχουν. Αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιείται συχνά σε συγχρονικές έρευνες, πιλοτικές μελέτες ή καταστάσεις όπου ο χρόνος, οι πόροι ή η πρόσβαση σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα είναι περιορισμένοι. Η μέθοδος είναι γρήγορη, οικονομικά αποδοτική και εύκολη στην εφαρμογή, κατάλληλη για μελέτες με περιορισμένους πόρους, όπως οι έρευνες στα πλαίσια μιας διπλωματικής εργασίας. Ωστόσο, δεν περιλαμβάνει τυχαία επιλογή, γεγονός που περιορίζει τη γενίκευση των ευρημάτων και αυξάνει τον κίνδυνο μεροληψίας. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη δειγματοληψία ευκολίας ενδέχεται να μην αντιπροσωπεύουν με ακρίβεια τον ευρύτερο πληθυσμό, καθώς στο δείγμα ενδέχεται να υπέρ-εκπροσωπούνται ορισμένες ομάδες και να υπό-εκπροσωπούνται άλλες. Παρά τους περιορισμούς αυτούς, η δειγματοληψία ευκολίας χρησιμοποιείται ευρέως στην έρευνα για την πρακτικότητα και την αποτελεσματικότητά της (Stratton, 2021).

5.3 Ηθικά ζητήματα και δεοντολογία

Η δεοντολογία στην έρευνα που περιλαμβάνει ερωτηματολόγια είναι ζωτικής σημασίας για τη διασφάλιση του σεβασμού των δικαιωμάτων, της αξιοπρέπειας και της ευημερίας των συμμετεχόντων. Μια θεμελιώδης πτυχή είναι η απόκτηση ενημερωμένης συναίνεσης, η οποία περιλαμβάνει ξεκάθαρη εξήγηση του σκοπού της έρευνας, της φύσης των ερωτήσεων και τυχόν πιθανών κινδύνων ή οφελών. Οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και συμφώνησαν οικειοθελώς να λάβουν μέρος (Evans et al, 2002).

Η ανωνυμία είναι μια άλλη βασική ηθική παράμετρος, που απαιτεί η ταυτότητα και τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων να είναι προστατευμένα. Εάν δεν είναι εφικτή η πλήρης ανωνυμία, η εμπιστευτικότητα πρέπει να τηρείται με την προστασία των προσωπικών

δεδομένων και τη διασφάλιση ότι οι απαντήσεις δεν μπορούν να συνδεθούν με τους συμμετέχοντες. Στην παρούσα εργασία το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να μη γίνεται καταγραφή προσωπικών στοιχείων και δεδομένων ενισχύοντας την ανωνυμία της συμμετοχής (Badampudi et al, 2022).

Επιπλέον, οι πρακτικές ηθικής της έρευνας περιλαμβάνουν διαφάνεια σχετικά με τον τρόπο χρήσης, αποθήκευσης και κοινής χρήσης των δεδομένων. Οι ερευνητές οφείλουν να συμμορφώνονται με τις νομικές και θεσμικές οδηγίες για την προστασία των δεδομένων. Πρέπει επίσης, να παρέχεται δυνατότητα επικοινωνίας των συμμετεχόντων με τον ερευνητή για ερωτήσεις ή έκφραση ανησυχιών σχετικά με την έρευνα (Evans et al, 2002).

5.4 Ανάλυση δεδομένων

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το ερωτηματολόγιο της έρευνας κωδικοποιήθηκαν κατάλληλα και αναλύθηκαν στο λογισμικό επεξεργασίας ποσοτικών δεδομένων SPSS (version 29.0.2.0). Σε πρώτο στάδιο πραγματοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση υπολογίζοντας συχνότητες (ν) και ποσοστά (%) για τις κατηγορικές (μη διατάξιμες) μεταβλητές της έρευνας και μέσους όρους (ΜΟ), διάμεσες τιμές (Δ) και τυπικές αποκλίσεις (ΤΑ) για τις αναλογικές μεταβλητές της έρευνας.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε επαγωγική ανάλυση ώστε να διερευνηθούν πιθανές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στην κατάσταση της υγείας τους, στη συμπεριφορά της υγείας τους και στην ποιότητα της ζωής τους. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann Whitney U, Kruskal Wallis και ο έλεγχος ανεξαρτησίας χ^2 (Chi-square test of independence). Ο έλεγχος Mann Whitney U χρησιμοποιείται για τη σύγκριση μιας διατακτικής μεταβλητής μεταξύ δύο ομάδων (πχ μεταξύ ανδρών και γυναικών), ενώ ο έλεγχος Kruskal Wallis για τη σύγκριση μιας διατακτικής μεταβλητής μεταξύ τριών ή περισσότερων ομάδων (πχ μεταξύ ηλικιακών ομάδων), στις περιπτώσεις που τα δεδομένα δεν ακολουθούν κατ' ανάγκη κανονική κατανομή (McKnight & Najab, 2010; Vargha & Delaney, 1998).

Επιπρόσθετα, στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας εξετάστηκε αν άλλοι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας, τη συμπεριφορά υγείας και την ποιότητα

ζωής, ενώ διερευνήθηκε αν η κατάσταση της υγείας και η συμπεριφορά υγείας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

Τέλος, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με σκοπό να εξεταστεί ποιοι από τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες και τις συμπεριφορές/χαρακτηριστικά υγείας επηρεάζουν τη ΣΥΠΖ. Για την αξιολόγηση της προσαρμογής του μοντέλου χρησιμοποιήθηκαν οι ακόλουθες στατιστικές παράμετροι (James et al, 2013, p. 71-75):

- Ο συντελεστής συσχέτισης R και ο συντελεστής προσδιορισμού R^2 (και ο προσαρμοσμένος Adjusted R^2) καταδεικνύουν το ποσοστό της διακύμανσης της σωματικής (PCS12) και ψυχικής (MCS12) συνιστώσας της υγείας που ερμηνεύεται από το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών
- Η ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) και το F-test χρησιμοποιήθηκαν για να ελεγχθεί η συνολική στατιστική σημαντικότητα του μοντέλου
- Για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή παρουσιάζονται:
 - ο Ο μη τυποποιημένος συντελεστής (b), που δείχνει την απόλυτη μεταβολή στις τιμές των PCS12 και MCS12 για κάθε μονάδα αύξησης στην αντίστοιχη μεταβλητή, εφόσον οι υπόλοιπες μεταβλητές παραμένουν σταθερές.
 - ο Ο τυποποιημένος συντελεστής (Beta), ο οποίος επιτρέπει τη σύγκριση της σχετικής επίδρασης των μεταβλητών, αφού όλες μετασχηματίζονται σε κοινή κλίμακα.
 - ο Τα t-tests και τα p-values χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της στατιστικής σημαντικότητας κάθε συντελεστή.

Με αυτόν τον τρόπο αξιολογήθηκε πώς και σε ποιο βαθμό οι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες και οι συμπεριφορές επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με τη σωματική και ψυχική υγεία ποιότητα ζωής.

Όλες οι αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν σε ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας 5% (Significance Level 0.05 - στατιστική σημαντικότητα διαπιστώνεται όταν το εκάστοτε p-value είναι μικρότερο από το επίπεδο σημαντικότητας).

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Στον Πίνακα 1 δίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των 209 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα. Τα στοιχεία δείχνουν πως το 75.6% (n=158) των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες και το 24.4% (n=51) ήταν άνδρες. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 46 έως 55 ετών (n=121, 57.9%) ενώ μικρότερο ποσοστό του δείγματος ανήκε στις ηλικιακές ομάδες 25-35 ετών (n=4, 1.9%). 36-45 ετών (n=37, 17.7%) και άνω των 56 ετών (n=46, 22.5%). Από τον Πίνακα 1 προκύπτει πως η πλειοψηφία του δείγματος ήταν έγγαμοι (n=151, 72.2%) και απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (n=86, 41.1%) ή είχαν μεταπτυχιακό δίπλωμα (n=73, 34.9%). Αναφορικά με το πλήθος ατόμων στο νοικοκυριό των συμμετεχόντων, το 35.9% (n=75) του δείγματος ανέφερε πως στο νοικοκυριό τους υπάρχουν 4 άτομα, το 23.4% (n=49) του δείγματος ανέφερε πως στο νοικοκυριό τους υπάρχουν 3 άτομα και το 21.1% (n=44) δείγματος ανέφερε πως στο νοικοκυριό τους υπάρχουν 2 άτομα. Τέλος, από τον Πίνακα 1 προκύπτει πως το 32.5% (n=68) των συμμετεχόντων ανέφεραν πως έχουν συνολικό μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 1001 και 2000 ευρώ, το 37.8% (n=79) των συμμετεχόντων ανέφεραν πως έχουν συνολικό μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 2001 και 3000 ευρώ και το 28.2% (n=59) των συμμετεχόντων ανέφεραν πως έχουν συνολικό μηνιαίο εισόδημα άνω των 3000 ευρώ.

Πίνακας 1. Αποτελέσματα για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

		n	Ποσοστά επί του συνόλου
Φύλο	Άνδρας	51	24.4%
	Γυναίκα	158	75.6%
Ηλικία	25-35	4	1.9%
	36-45	37	17.7%
	46-55	121	57.9%
	56+	47	22.5%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	37	17.7%
	Παντρεμένος/η	151	72.2%
	Διαζευγμένος/η	15	7.2%
	Σε χηρεία	6	2.9%

Επίπεδο εκπαίδευσης	Γυμνάσιο	1	0.5%
	Λύκειο	24	11.5%
	Μεταλυκειακή εκπαίδευση	19	9.1%
	ΑΕΙ / ΤΕΙ	86	41.1%
	Μεταπτυχιακό	73	34.9%
	Διδακτορικό	6	2.9%
Πλήθος των ατόμων του νοικοκυριού	1.0	23	11.0%
	2.0	44	21.1%
	3.0	49	23.4%
	4.0	75	35.9%
	5.0	14	6.7%
	6.0	4	1.9%
Συνολικό μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού	Έως 1.000€	3	1.4%
	1.001€-2000€	68	32.5%
	2.001€-3000€	79	37.8%
	Πάνω από 3000€	59	28.2%

v: συχνότητα εμφάνισης

6.2 Κατάσταση υγείας και συμπεριφοράς υγείας σε σχέση με το φύλο

Η ανάλυση των δεδομένων (Πίνακας 2) έδειξε πως το 41.6% (v=87) του δείγματος ανήκε στην φυσιολογική κατηγορία του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Αντίθετα, το 30.6% (v=64) των συμμετεχόντων ήταν υπέρβαροι και το 25.8% (v=54) ήταν παχύσαρκοι. Από το σύνολο του δείγματος, το 62.7% (v=131) είχαν επισκεφθεί κάποιο γιατρό τον τελευταίο μήνα, ενώ το 8.1% (v =17) του δείγματος χρειάστηκε νοσηλεία τον τελευταίο χρόνο. Επιπλέον, το 32.1% (v=67) των συμμετεχόντων είχαν κάποιο χρόνιο νόσημα. Από το σύνολο όσων ανέφεραν πως έχουν κάποιο χρόνιο νόσημα, το 56.7% (v=38) ανέφεραν ένα χρόνιο νόσημα και το 29.9% (v=20) ανέφεραν δύο χρόνια νοσήματα.

Πίνακας 2. Αποτελέσματα για την κατάσταση υγείας των συμμετεχόντων

		ν	%
ΔΜΣ	Ελλιποβαρές	4	1.9%
	Φυσιολογικό	87	41.6%
	Υπέρβαρο	64	30.6%
	Παχύσαρκο	54	25.8%
Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;	Όχι	78	37.3%
	Ναι	131	62.7%
Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;	Όχι	192	91.9%
	Ναι	17	8.1%
Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα;	Όχι	142	67.9%
	Ναι	67	32.1%
Ποιος είναι ο αριθμός των χρόνιων νοσημάτων από τα οποία πάσχετε;	1	38	56.7%
	2	20	29.9%
	3	6	9.0%
	3+	3	4.5%

ν: συχνότητα εμφάνισης

Στον Πίνακα 3 δίνονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης για τη συμπεριφορά υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα. Συνολικά το 2.4% (ν=5) του δείγματος ανέφερε καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ και το 15.8% (ν=33) ανέφερε πως καταναλώνει αλκοόλ 1 με 3 φορές την εβδομάδα. Αντίστοιχα, το 23.9% (ν=50) του δείγματος ήταν συστηματικοί/ές καπνιστές/τριες και το 11.5% (ν=24) του δείγματος ήταν περιστασιακοί/ές καπνιστές/τριες. Από το σύνολο των καπνιστών, το 47.3% (ν=35) ανέφερε πως καπνίζει 1 έως 10 τσιγάρα ημερησίως, ενώ το 44.6% (ν=33) ανέφερε πως καπνίζει 11 έως 20 τσιγάρα ημερησίως. Από τις υπόλοιπες συμπεριφορές υγείας προκύπτει πως το 74.2% (ν=155) του δείγματος καταναλώνει έτοιμο φαγητό (fast food) μερικές φορές το μήνα. Αντίστοιχα, το 62.2% (ν=130) του δείγματος ανέφερε πως καταναλώνει καθημερινά φρούτα και λαχανικά, ενώ το 10% (ν=21) δήλωσε πως ασκείται καθημερινά. Επιπρόσθετα, το 39.7% (ν=83) των συμμετεχόντων ανέφεραν πως ασκούνται 1 με 3 φορές την εβδομάδα, το 28.7% (ν=60) μερικές φορές το μήνα και το 21.5%

($n=45$) ποτέ. Τέλος, από τον Πίνακα 3 προκύπτει πως το 41.6% ($n=87$) του δείγματος ανέφερε έλλειψη ύπνου.

Πίνακας 3. Αποτελέσματα για την συμπεριφορά υγείας των συμμετεχόντων

		n	%
Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ	Καθημερινά	5	2.4%
	1-3 φορές την εβδομάδα	33	15.8%
	Μερικές φορές το μήνα	119	56.9%
	Ποτέ	52	24.9%
Είστε καπνιστής/καπνίστρια;	Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	50	23.9%
	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	24	11.5%
	Πρώην καπνιστής/ρια	45	21.5%
	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	90	43.1%
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	1-10	35	47.3%
	11-20	33	44.6%
	21-40	6	8.1%
Πόσο συχνά καταναλώνετε έτοιμο φαγητό (fast food);	Καθημερινά	2	1.0%
	1-3 φορές την εβδομάδα	22	10.5%
	Μερικές φορές το μήνα	155	74.2%
	Ποτέ	30	14.4%
Πόσο συχνά καταναλώνετε φρούτα και λαχανικά;	Καθημερινά	130	62.2%
	1-3 φορές την εβδομάδα	52	24.9%
	Μερικές φορές το μήνα	26	12.4%
	Ποτέ	1	0.5%
Πόσο συχνά ασκείστε;	Καθημερινά	21	10.0%
	1-3 φορές την εβδομάδα	83	39.7%
	Μερικές φορές το μήνα	60	28.7%
	Ποτέ	45	21.5%
Πώς θα περιγράφατε την ποιότητα του ύπνου σας;	Έλλειψη ύπνου	87	41.6%
	Κοιμάμαι επαρκώς	122	58.4%

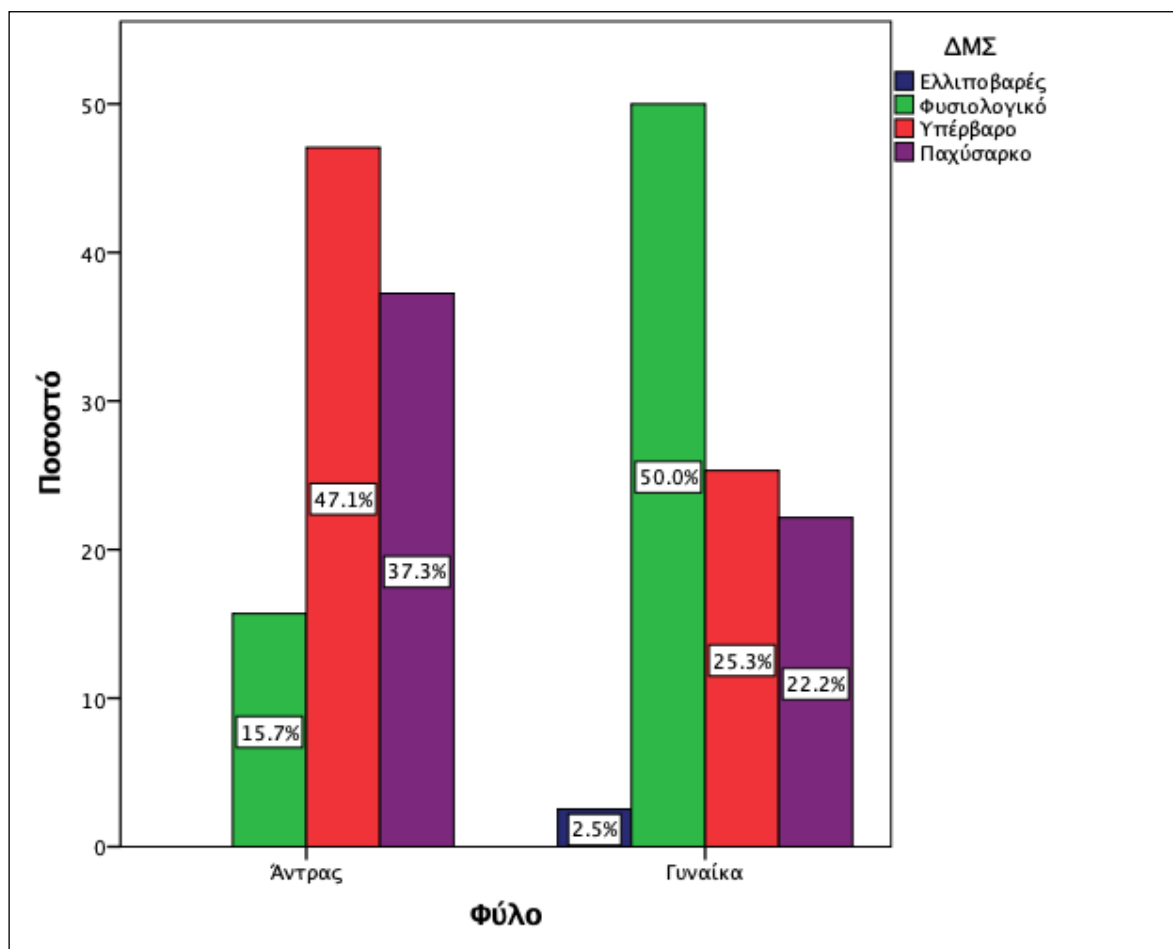
n : συχνότητα εμφάνισης

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα της ανάλυσης με βάση τον έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2 για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ της κατάστασης υγείας, των συμπεριφορών υγείας και του φύλου. Από τον Πίνακα 4 προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική εξάρτηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) με το φύλο ($\chi^2=21.552$, $p=0.000$) και της επίσκεψης σε γιατρό το τελευταίο μήνα με το φύλο ($\chi^2=5.381$, $p=0.020$).

Πίνακας 4. Κατάσταση υγείας ως προς το φύλο

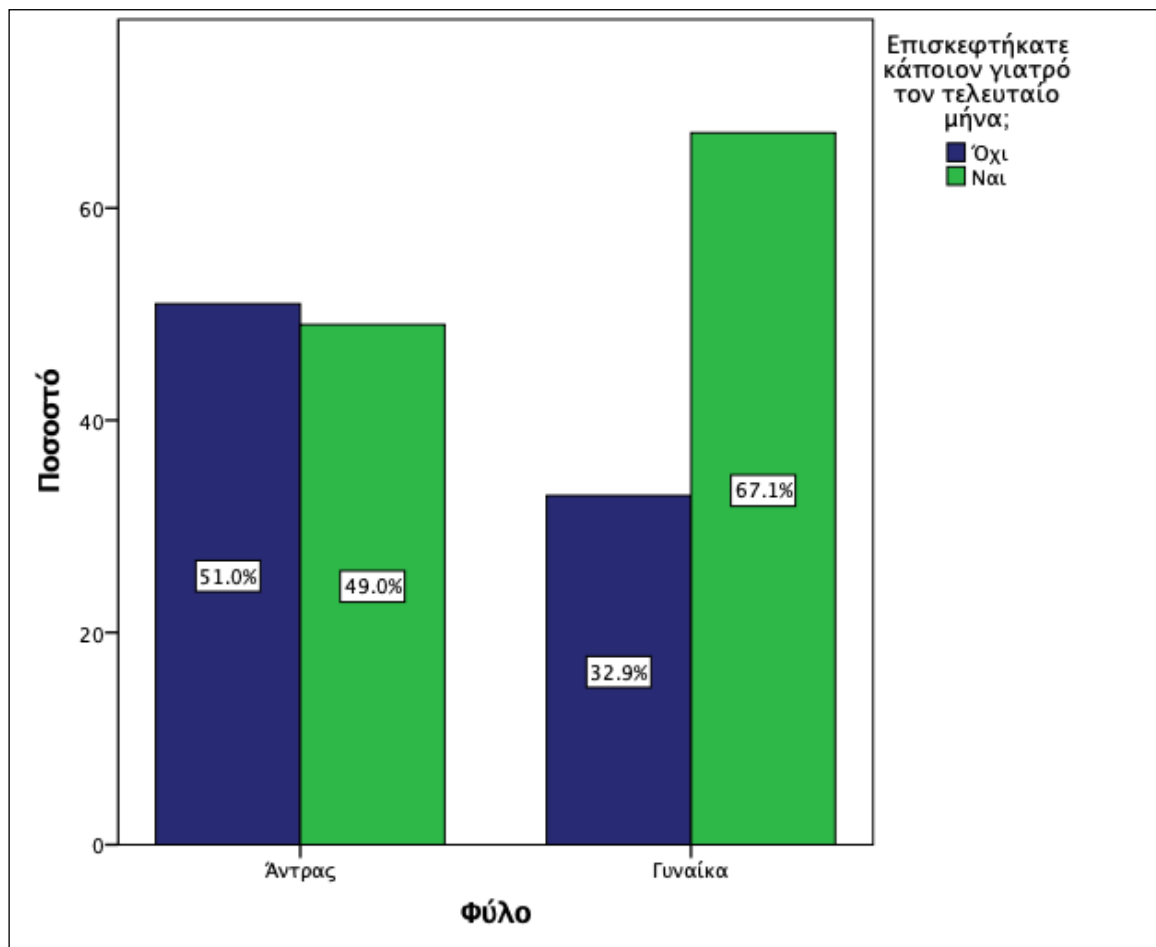
		Φύλο		χ^2	p
		Ανδρας	Γυναίκα		
ΔΜΣ	Ελλιποβαρές	0.0%	2.5%	21.552	0.000
	Φυσιολογικό	15.7%	50.0%		
	Υπέρβαρο	47.1%	25.3%		
	Παχύσαρκο	37.3%	22.2%		
Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;	Όχι	51.0%	32.9%	5.381	0.020
	Ναι	49.0%	67.1%		
Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;	Όχι	96.1%	90.5%	1.602	0.206
	Ναι	3.9%	9.5%		
Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα;	Όχι	72.5%	66.5%	0.657	0.418
	Ναι	27.5%	33.5%		
Χρόνια νοσήματα	1	64.3%	54.7%	2.760	0.252
	2	35.7%	28.3%		
	3 ή περισσότερα	0.0%	17.0%		

Στο Διάγραμμα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την πρώτη στατιστικά σημαντική εξάρτηση (μεταξύ ΔΜΣ και φύλου). Η ανάλυση έδειξε πως η πλειοψηφία των γυναικών (50%) κατατάσσεται στην φυσιολογική κατηγορία του ΔΜΣ, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό των ανδρών κατατάσσεται στην κατηγορία των υπέρβαρων (47.1%) και στην κατηγορία των παχύσαρκων (37.3%).



Διάγραμμα 1. Σχέση φύλου και ΔΜΣ

Στο Διάγραμμα 2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τη δεύτερη στατιστικά σημαντική εξάρτηση (μεταξύ επίσκεψης σε γιατρό τον τελευταίο μήνα και φύλου). Από την ανάλυση προέκυψε πως η πλειοψηφία των γυναικών (67.1%) είχαν επισκεφθεί γιατρό τον τελευταίο μήνα, ενώ η πλειοψηφία των ανδρών όχι (51%).



Διάγραμμα 2. Σχέση φύλου και επίσκεψης σε γιατρό τον τελευταίο μήνα

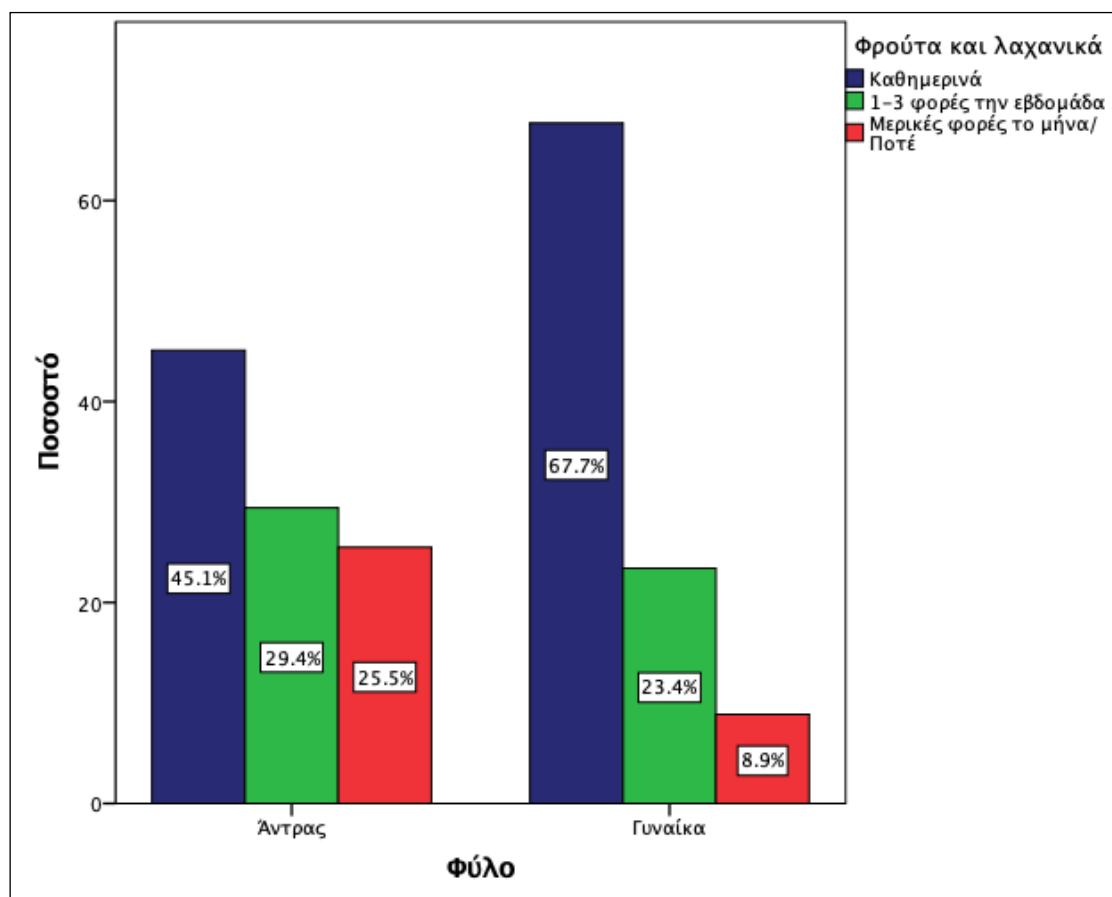
Στον Πίνακα 5 δίνονται τα αποτελέσματα του ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 μεταξύ των συμπεριφορών υγείας και του φύλου. Από τον Πίνακα 5 προκύπτει μόνο μια στατιστικά σημαντική εξάρτηση, μεταξύ της συχνότητας κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών με το φύλο ($\chi^2=11.982$, $p=0.003$).

Πίνακας 5. Συμπεριφορά υγείας ως προς το φύλο

		Φύλο		X ²	p
		Άνδρας	Γυναίκα		
Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ	Καθημερινά	3.9%	1.9%	1.521	0.677
	1-3 φορές την εβδομάδα	19.6%	14.6%		
	Μερικές φορές το μήνα	52.9%	58.2%		
	Ποτέ	23.5%	25.3%		
Είστε καπνιστής/καπνίστρια;	Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	23.5%	24.1%	0.190	0.979
	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	11.8%	11.4%		
	Πρώην καπνιστής/ρια	23.5%	20.9%		
	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	41.2%	43.7%		
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	1-10	33.3%	51.8%	3.285	0.193
	11-20	50.0%	42.9%		
	21-40	16.7%	5.4%		
Fast food	Καθημερινά/ 1-3 φορές την εβδομάδα	13.7%	10.8%	1.084	0.582
	Μερικές φορές το μήνα	68.6%	75.9%		
	Ποτέ	17.6%	13.3%		
Φρούτα και λαχανικά	Καθημερινά	45.1%	67.7%	11.982	0.003
	1-3 φορές την εβδομάδα	29.4%	23.4%		
	Μερικές φορές το μήνα/ Ποτέ	25.5%	8.9%		
Πόσο συχνά ασκείστε;	Καθημερινά	7.8%	10.8%	5.782	0.123
	1-3 φορές την εβδομάδα	29.4%	43.0%		
	Μερικές φορές το μήνα	41.2%	24.7%		
	Ποτέ	21.6%	21.5%		
Πώς θα περιγράφατε την ποιότητα του ύπνου σας;	Έλλειψη ύπνου	37.3%	43.0%	0.531	0.466
	Κοιμάμαι επαρκώς	62.7%	57.0%		

Στο Διάγραμμα 3 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την στατιστικά σημαντική εξάρτηση που καταγράφηκε στον Πίνακα 5 (μεταξύ συχνότητας κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών και φύλου). Η ανάλυση έδειξε πως η πλειοψηφία των γυναικών (67.7%) καταναλώνει

καθημερινά φρούτα και λαχανικά, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών είναι σημαντικά μικρότερο (45.1%). Επιπλέον, στους άνδρες καταγράφεται σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό κατανάλωσης λαχανικών μερικές φορές το μήνα ή ποτέ σε σύγκριση με τις γυναίκες (25.5% έναντι 8.9%) .



Διάγραμμα 3. Σχέση φύλου και συχνότητας κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών

6.3 Ποιότητα ζωής σε σχέση με το φύλο

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης για τις 8 διαστάσεις της κλίμακας SF-12 ως προς το φύλο των συμμετεχόντων, ενώ τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης για τις 12 ερωτήσεις της κλίμακας SF-12 παρατίθενται στον πίνακα 6Α του Παραρτήματος. Από τον έλεγχο Mann-Whitney U καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις του σωματικού πόνου ($U = 2800.5$, $p = 0.001$), του συναισθηματικού ρόλου ($U = 3254.0$, $p = 0.024$) και την ψυχική υγεία ($U = 2865.5$, $p = 0.002$). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι άντρες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής αναφορικά με το σωματικό πόνο, το συναισθηματικό ρόλο καθώς και στον τομέα της ψυχικής υγείας.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 8 διαστάσεις της κλίμακας SF-12

	Φύλο						U	p
	Άντρας			Γυναίκα				
	ΜΟ	ΤΑ	Δ	ΜΟ	ΤΑ	Δ		
Σωματική λειτουργικότητα	85.3	28.4	100.0	79.6	31.8	100.0	3.709	0.305
Σωματικός ρόλος	73.5	42.8	100.0	68.0	44.9	100.0	3784.5	0.434
Σωματικός πόνος	86.8	20.2	100.0	71.8	27.8	75.0	2800.5	0.001
Γενικές αντιλήψεις για την υγεία	59.8	22.4	50.0	55.5	19.5	50.0	3541.0	0.160
Ζωτικότητα	61.6	21.1	60.0	57.7	20.7	60.0	3561.0	0.295
Κοινωνική λειτουργικότητα	70.6	18.9	80.0	67.3	19.2	80.0	3547.5	0.131
Συναισθηματικός ρόλος	71.6	39.1	100.0	55.1	45.2	50.0	3254.0	0.024
Ψυχική υγεία	71.0	15.5	70.0	60.8	21.5	60.0	2865.5	0.002

ΜΟ: μέσος όρος, ΤΑ: τυπική απόκλιση, Δ: διάμεσος

Τέλος, στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα ευρήματα του μη παραμετρικού κριτηρίου Mann-Whitney U για τη σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών. Τα ευρήματα ανέδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά στη διάσταση της ψυχικής υγείας ($U=3248.0$, $p=0.038$), αλλά όχι στη διάσταση της σωματικής υγείας ($U=3338.0$ $p=0.066$). Από τα ευρήματα

προκύπτει πως οι άνδρες ($MO=48.9$, $TA=8.5$) έχουν σημαντικά καλύτερη ψυχική υγεία σε σύγκριση με τις γυναίκες ($MO=45.2$, $TA=10.6$)

Πίνακας 7. Σύγκριση ποιότητας ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών

	Φύλο						Mann-Whitney U	p
	Ανδρας			Γυναίκα				
	MO	TA	Δ	MO	TA	Δ		
PCS12	50.0	10.2	55.1	48.3	9.7	52.1	3338.0	0.066
MCS12	48.9	8.5	50.4	45.2	10.6	46.5	3248.0	0.038

MO: μέσος όρος, TA: τυπική απόκλιση, Δ: διάμεσος

6.4 Κατάσταση υγείας, συμπεριφορά υγείας και ποιότητα ζωής σε σχέση με τα υπόλοιπα δημογραφικά στοιχεία

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με την πιθανή σύνδεση της κατάστασης υγείας, της συμπεριφοράς υγείας και της ποιότητας ζωής με λοιπά δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Στον Πίνακα 8 δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με τη σχέση της κατάστασης υγείας και της συμπεριφοράς υγείας με την ηλικιακή ομάδα. Η ανάλυση έδειξε σημαντική σχέση της ηλικίας με την επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα ($X^2=6.881$, $p=0.032$), με το κάπνισμα ($X^2=7.163$, $p=0.028$) και με τη συχνότητα κατανάλωσης έτοιμου φαγητού ($X^2=18.097$, $p=0.001$). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως στις ηλικίες 25-45 ετών (63.4%) και 46-55 ετών (68.6%) καταγράφεται σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό επίσκεψης σε γιατρό τον τελευταίο μήνα. Αντίστοιχα, μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων στην ηλικιακή ομάδα 56 ετών και άνω (31.9%) είναι συστηματικοί καπνιστές σε σύγκριση με τα άτομα στην ηλικιακή ομάδα 25-45 ετών (14.6%) και 46-55 ετών (24%). Τέλος, τα αποτελέσματα δείχνουν πως τα άτομα στην ηλικιακή ομάδα 25-45 ετών (24.4%) είναι πιο πιθανό να καταναλώνουν έτοιμο φαγητό καθημερινά ή αρκετά συχνά (1-3 φορές την εβδομάδα) σε σύγκριση με άτομα στην ηλικιακή ομάδα 46-55 ετών (6.6%) και 56 ετών και άνω (12.8%).

Πίνακας 8. Κατάσταση υγείας και συμπεριφορά υγείας ως προς την ηλικιακή ομάδα

		Ηλικία			X ²	p
		25-45	46-55	56+		
Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;	Όχι	36.6%	31.4%	53.2%	6.881	0.032
	Ναι	63.4%	68.6%	46.8%		
Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;	Όχι	95.1%	90.9%	91.5%	0.739	0.691
	Ναι	4.9%	9.1%	8.5%		
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα;	Όχι	68.3%	65.3%	74.5%	1.312	0.519
	Ναι	31.7%	34.7%	25.5%		
Χρόνια νοσήματα	1	69.2%	47.6%	75.0%	7.403	0.116
	2	7.7%	38.1%	25.0%		
	3 ή περισσότερα	23.1%	14.3%	0.0%		
Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ	Καθημερινά	0.0%	3.3%	2.1%	11.992	0.062
	1-3 φορές την εβδομάδα	19.5%	12.4%	21.3%		
	Μερικές φορές το μήνα	63.4%	62.0%	38.3%		
	Ποτέ	17.1%	22.3%	38.3%		
Είστε καπνιστής/καπνίστρια;	Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	14.6%	24.0%	31.9%	7.163	0.028
	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	12.2%	11.6%	10.6%		
	Πρώην καπνιστής/ρια	14.6%	23.1%	23.4%		
	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	58.5%	41.3%	34.0%		
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	1-10	63.6%	48.8%	35.0%	3.713	0.446
	11-20	36.4%	44.2%	50.0%		
	21-40	0.0%	7.0%	15.0%		
Fast food	Καθημερινά/ 1-3 φορές την εβδομάδα	24.4%	6.6%	12.8%	18.097	0.001
	Μερικές φορές το μήνα	73.2%	79.3%	61.7%		

	Ποτέ	2.4%	14.0%	25.5%		
Φρούτα και λαχανικά	Καθημερινά	61.0%	61.2%	66.0%	1.331	0.856
	1-3 φορές την εβδομάδα	26.8%	24.0%	25.5%		
	Μερικές φορές το μήνα/ Ποτέ	12.2%	14.9%	8.5%		
Πόσο συχνά ασκείστε;	Καθημερινά	7.3%	9.1%	14.9%	9.710	0.137
	1-3 φορές την εβδομάδα	41.5%	43.0%	29.8%		
	Μερικές φορές το μήνα	17.1%	29.8%	36.2%		
	Ποτέ	34.1%	18.2%	19.1%		
Πώς θα περιγράφατε την ποιότητα του ύπνου σας;	Έλλειψη ύπνου	36.6%	42.1%	44.7%	0.623	0.732
	Κοιμάμαι επαρκώς	63.4%	57.9%	55.3%		

Από τον Πίνακα 9 προκύπτει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής στις διαστάσεις της σωματικής υγείας ($X^2=0.549$, $p=0.760$) και της ψυχικής υγείας ($X^2=1.791$, $p=0.408$) ως προς την ηλικιακή ομάδα.

Πίνακας 9. Ποιότητα ζωής ως προς την ηλικιακή ομάδα

	Ηλικία						X ²	p
	25-45		46-55		56+			
	MO	TA	MO	TA	MO	TA		
PCS12	48.4	9.5	48.7	9.9	48.8	10.0	0.549	0.760
MCS12	44.2	11.1	46.3	9.8	47.2	10.3	1.791	0.408

MO: μέσος όρος, TA: τυπική απόκλιση, Δ: διάμεσος

Στον Πίνακα 10 δίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με τη σχέση της κατάστασης υγείας και της συμπεριφοράς υγείας με την οικογενειακή κατάσταση. Η ανάλυση έδειξε σημαντική σχέση της οικογενειακής κατάστασης με την ύπαρξη νοσηλείας τον τελευταίο χρόνο ($X^2=7.861$, $p=0.020$). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως στους διαζευγμένους/ες και σε όσους/ες είναι σε χηρεία καταγράφεται σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλείας τον τελευταίο χρόνο (23.8%) σε σύγκριση με τους άγαμους/ες (8.1%) και τους έγγαμους/ες (6%).

Πίνακας 10. Κατάσταση υγείας και συμπεριφορά υγείας ως προς την οικογενειακή κατάσταση

		Οικογενειακή κατάσταση			X ²	p
		Άγαμος/ η	Παντρεμένος/η	Διαζευγμένος/η- Σε χηρεία		
Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;	Όχι	27.0%	38.4%	47.6%	2.705	0.259
	Ναι	73.0%	61.6%	52.4%		
Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;	Όχι	91.9%	94.0%	76.2%	7.861	0.020
	Ναι	8.1%	6.0%	23.8%		
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα;	Όχι	64.9%	68.9%	66.7%	0.237	0.888
	Ναι	35.1%	31.1%	33.3%		
Χρόνια νοσήματα	1	76.9%	55.3%	28.6%	9.174	0.057
	2	7.7%	29.8%	71.4%		
	3 ή περισσότερα	15.4%	14.9%	0.0%		
Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ	Καθημερινά	0.0%	3.3%	0.0%	4.414	0.621
	1-3 φορές την εβδομάδα	10.8%	16.6%	19.0%		
	Μερικές φορές το μήνα	67.6%	53.6%	61.9%		
	Ποτέ	21.6%	26.5%	19.0%		
Είστε καπνιστής/καπνίστρια;	Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	29.7%	19.2%	47.6%	11.058	0.087
	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	8.1%	11.9%	14.3%		
	Πρώην καπνιστής/ρια	16.2%	24.5%	9.5%		
	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	45.9%	44.4%	28.6%		
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	1-10	35.7%	51.1%	46.2%	3.111	0.539
	11-20	50.0%	44.7%	38.5%		
	21-40	14.3%	4.3%	15.4%		

Fast food	Καθημερινά/ 1-3 φορές την εβδομάδα	16.2%	11.3%	4.8%	4.619	0.329
	Μερικές φορές το μήνα	64.9%	76.8%	71.4%		
	Ποτέ	18.9%	11.9%	23.8%		
Φρούτα και λαχανικά	Καθημερινά	64.9%	62.9%	52.4%	2.288	0.683
	1-3 φορές την εβδομάδα	21.6%	23.8%	38.1%		
	Μερικές φορές το μήνα/ Ποτέ	13.5%	13.2%	9.5%		
Πόσο συχνά ασκείστε;	Καθημερινά	8.1%	9.9%	14.3%	1.111	0.981
	1-3 φορές την εβδομάδα	43.2%	39.7%	33.3%		
	Μερικές φορές το μήνα	27.0%	28.5%	33.3%		
	Ποτέ	21.6%	21.9%	19.0%		
Πώς θα περιγράφατε την ποιότητα του ύπνου σας;	Έλλειψη ύπνου	45.9%	41.7%	33.3%	0.879	0.644
	Κοιμάμαι επαρκώς	54.1%	58.3%	66.7%		

Από τον Πίνακα 11 προκύπτει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής στις διαστάσεις της σωματικής υγείας ($X^2=1.586$, $p=0.453$) και της ψυχικής υγείας ($X^2=1.374$, $p=0.503$) ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

Πίνακας 11. Ποιότητα ζωής ως προς την οικογενειακή κατάσταση

	Οικογενειακή κατάσταση						X ²	p
	Άγαμος/η		Παντρεμένος/η		Διαζευγμένος/η- Σε χηρεία			
	MO	TA	MO	TA	MO	TA		
PCS12	47.1	10.2	49.0	9.6	49.3	10.9	1.586	0.453
MCS12	45.4	10.7	46.1	10.0	47.8	11.2	1.374	0.503

ΜΟ: μέσος όρος, ΤΑ: τυπική απόκλιση, Δ: διάμεσος

Από τον έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2 δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική εξάρτηση μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης με την κατάσταση υγείας καθώς και με τις επιμέρους συμπεριφορές υγείας (Πίνακας 12).

**Πίνακας 12. Κατάσταση υγείας και συμπεριφορά υγείας ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης
(Ποσοστιαία ανά κατηγορία εκπαίδευσης)**

		Εκπαίδευση				χ^2	p
		A	B	Γ	Δ		
Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;	Όχι	32.0	47.4	34.9	39.2	1.465	0.690
	Ναι	68.0	52.6	65.1	60.8		
Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;	Όχι	84.0	94.7	91.9	93.7	2.624	0.453
	Ναι	16.0	5.3	8.1	6.3		
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα;	Όχι	76.0	73.7	65.1	67.1	1375	0.711
	Ναι	24.0	26.3	34.9	32.9		
Χρόνια νοσήματα	1	66.7	20.0	56.7	61.5	4.387	0.624
	2	33.3	60.0	30.0	23.1		
	3 ή περισσότερα	0.0	20.0	13.3	15.4		
Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ	Καθημερινά	4.0	5.3	1.2	2.5	5.941	0.747
	1-3 φορές την εβδομάδα	16.0	21.1	14.0	16.5		
	Μερικές φορές το μήνα	44.0	42.1	61.6	59.5		
	Ποτέ	36.0	31.6	23.3	21.5		
Είστε καπνιστής/καπνίστρια;	Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	24.0	36.8	20.9	24.1	16.682	0.054
	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	24.0	10.5	8.1	11.4		
	Πρώην καπνιστής/ρια	24.0	26.3	29.1	11.4		

	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	28.0	26.3	41.9	53.2		
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	1-10	50.0	55.6	48.0	42.9	4.599	0.596
	11-20	50.0	44.4	36.0	50.0		
	21-40	0.0	0.0	16.0	7.1		
Fast food	Καθημερινά/ 1-3 φορές την εβδομάδα	8.0	5.3	14.0	11.4	7.091	0.312
	Μερικές φορές το μήνα	68.0	94.7	70.9	74.7		
	Ποτέ	24.0	0.0	15.1	13.9		
Φρούτα και λαχανικά	Καθημερινά	64.0	52.6	64.0	62.0	5.770	0.449
	1-3 φορές την εβδομάδα	32.0	36.8	24.4	20.3		
	Μερικές φορές το μήνα/ Ποτέ	4.0	10.5	11.6	17.7		
Πόσο συχνά ασκείστε;	Καθημερινά	12.0	15.8	9.3	8.9	5.089	0.826
	1-3 φορές την εβδομάδα	40.0	47.4	36.0	41.8		
	Μερικές φορές το μήνα	32.0	10.5	30.2	30.4		
	Ποτέ	16.0	26.3	24.4	19.0		
Πώς θα περιγράφατε την ποιότητα του ύπνου σας;	Έλλειψη ύπνου	52.0	26.3	43.0	40.5	3.050	0.384
	Κοιμάμαι επαρκώς	48.0	73.7	57.0	59.5		

A: Γυμνάσιο/ Λύκειο, B: Μεταλυκειακή εκπαίδευση, Γ: ΑΕΙ/ΤΕΙ, Δ: Μεταπτυχιακό/ PhD

Από τον Πίνακα 13 προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής στην διάσταση της σωματικής υγείας ($X^2=8.410$, $p=0.038$), αλλά όχι στη διάσταση της ψυχικής υγείας ($X^2=0.696$, $p=0.874$) ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης. Η ανάλυση δείχνει πως καλύτερη ποιότητα ζωής στην διάσταση της σωματικής υγείας καταγράφεται στους κατόχους μεταπτυχιακού/ διδακτορικού ($MO=50.2$., $TA=9.0$)

Πίνακας 13. Ποιότητα ζωής ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης

	Εκπαίδευση								X ²	p
	Α		Β		Γ		Δ			
	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ	ΜΟ	ΤΑ		
PCS12	44.7	9.9	47.6	8.7	48.7	10.5	50.2	9.0	8.410	0.038
MCS12	46.6	7.3	48.4	7.3	45.8	11.4	45.7	10.3	0.696	0.874

A: Γυμνάσιο/ Λύκειο, B: Μεταλυκειακή εκπαίδευση, Γ: ΑΕΙ/ΤΕΙ, Δ: Μεταπτυχιακό/ PhD

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης για την εξάρτηση του μηνιαίου εισοδήματος, της κατάστασης υγείας και των συμπεριφορών υγείας. Η ανάλυση ανέδειξε μόνο μια σημαντική εξάρτηση, μεταξύ μηνιαίου εισοδήματος και καπνίσματος ($X^2=19.739$, $p=0.003$). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως όσοι έχουν εισόδημα άνω των 3000 ευρώ μηνιαίως (10.2%) έχουν μικρότερη πιθανότητα να είναι συστηματικοί/ές καπνιστές/τριες σε σύγκριση με όσους έχουν εισόδημα έως 2000 ευρώ (33.8%) και με όσους έχουν εισόδημα μεταξύ 2001 και 3000 ευρώ (25.3%).

Πίνακας 14. Κατάσταση υγείας και συμπεριφορά υγείας ως προς το μηνιαίο εισόδημα (Ποσοστιαία ανά κατηγορία εισοδήματος)

		Εισόδημα			X ²	p
		Έως 2000	2001-3000	3001+		
Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;	Όχι	38.0	36.7	37.3	0.028	0.986
	Ναι	62.0	63.3	62.7		
Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;	Όχι	91.5	93.7	89.8	0.681	0.711
	Ναι	8.5	6.3	10.2		
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα;	Όχι	67.6	70.9	64.4	0.657	0.720
	Ναι	32.4	29.1	35.6		
Χρόνια νοσήματα	1	56.5	52.2	61.9	3.819	0.431
	2	39.1	26.1	23.8		

	3 ή περισσότερα	4.3	21.7	14.3		
Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ	Καθημερινά	2.8	2.5	1.7	4.319	0.634
	1-3 φορές την εβδομάδα	11.3	13.9	23.7		
	Μερικές φορές το μήνα	59.2	59.5	50.8		
	Ποτέ	26.8	24.1	23.7		
Είστε καπνιστής/καπνίστρια;	Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	33.8	25.3	10.2	19.739	0.003
	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	12.7	6.3	16.9		
	Πρώην καπνιστής/ρια	26.8	20.3	16.9		
	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	26.8	48.1	55.9		
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	1-10	45.5	36.0	68.8	8.261	0.082
	11-20	39.4	60.0	31.3		
	21-40	15.2	4.0	0.0		
Fast food	Καθημερινά/ 1-3 φορές την εβδομάδα	12.7	8.9	13.6	1.296	0.862
	Μερικές φορές το μήνα	73.2	74.7	74.6		
	Ποτέ	14.1	16.5	11.9		
Φρούτα και λαχανικά	Καθημερινά	57.7	63.3	66.1	2.797	0.592
	1-3 φορές την εβδομάδα	31.0	24.1	18.6		
	Μερικές φορές το μήνα/ Ποτέ	11.3	12.7	15.3		
Πόσο συχνά ασκείστε;	Καθημερινά	11.3	11.4	6.8	3.315	0.768
	1-3 φορές την εβδομάδα	39.4	34.2	47.5		
	Μερικές φορές το μήνα	29.6	31.6	23.7		
	Ποτέ	19.7	22.8	22.0		
Πώς θα περιγράφατε την ποιότητα του ύπνου σας;	Έλλειψη ύπνου	45.1	41.8	37.3	0.804	0.669
	Κοιμάμαι επαρκώς	54.9	58.2	62.7		

Από τον Πίνακα 15 προκύπτει πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στην ποιότητα ζωής στις διαστάσεις της σωματικής υγείας ($X^2=0.247$, $p=0.884$) και της ψυχικής υγείας ($X^2=2.570$, $p=0.277$) ως προς το μηνιαίο εισόδημα.

Πίνακας 15. Ποιότητα ζωής ως προς το μηνιαίο εισόδημα

	Εισόδημα						X ²	p
	Έως 2000		2001-3000		3001+			
	MO	TA	MO	TA	47.1	10.2		
PCS12	48.4	10.0	48.2	10.3	49.6	9.0	0.247	0.884
MCS12	45.5	10.4	45.5	10.0	47.7	10.3	2.570	0.277

MO: μέσος όρος, TA: τυπική απόκλιση, Δ: διάμεσος

6.5 Κατάσταση υγείας, συμπεριφορά υγείας και σχέση με ποιότητα ζωής

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα ευρήματα της ανάλυσης σχετικά με την πιθανή σύνδεση της κατάστασης υγείας και της συμπεριφοράς υγείας με την ποιότητας ζωής.

Στον Πίνακα 16 παρατίθενται τα αποτελέσματα της ανάλυσης με βάση τον έλεγχο Mann Whitney U και Kruskal Wallis για την ποιότητα ζωής στον τομέα της σωματικής υγείας ως προς την κατάσταση υγείας και τη συμπεριφορά υγείας. Η ανάλυση ανέδειξε αρκετές στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αναλυτικότερα, προέκυψε πως σημαντικά χειρότερη σωματική υγεία εμφανίζουν όσοι επισκέφθηκαν κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα ($U=3555.0$, $p=0.000$), όσοι έχουν νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο ($U=914.5$, $p=0.003$) και όσοι πάσχουν από χρόνιο νόσημα ($U=3225.5$, $p=0.000$). Επιπλέον, όσοι δεν ασκούνται ποτέ ή ασκούνται σπάνια (μερικές φορές το μήνα) παρουσιάζουν σημαντικά χειρότερη σωματική υγεία ($X^2=24.650$, $p=0.000$). Τέλος, όσοι ανέφεραν έλλειψη ύπνου έχουν σημαντικά χειρότερη σωματική υγεία σε σύγκριση με όσους κοιμούνται επαρκώς ($U=3786.5$, $p=0.000$).

Πίνακας 16. Ποιότητα ζωής στον τομέα της σωματικής υγείας ως προς την κατάσταση της υγείας και τη συμπεριφορά υγείας

		PCS12		ΣΚ	p
		ΜΟ	ΤΑ		
Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;	Όχι	51.8	7.9	3555.0	0.000
	Ναι	46.9	10.4		
Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;	Όχι	49.3	9.5	914.5	0.003
	Ναι	41.6	10.5		
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα;	Όχι	50.4	8.9	3225.5	0.000
	Ναι	45.1	10.6		
Χρόνια νοσήματα	1	46.2	10.7	2.774	0.250
	2	45.0	10.3		
	3 ή περισσότερα	40.2	10.4		
Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ	Καθημερινά	49.0	11.9	5.149	0.064
	1-3 φορές την εβδομάδα	52.6	7.5		
	Μερικές φορές το μήνα	48.8	9.8		
	Ποτέ	45.9	10.2		
Είστε καπνιστής/καπνίστρια;	Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	46.8	11.2	4.469	0.215
	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	51.3	7.0		
	Πρώην καπνιστής/ρια	47.5	10.1		
	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	49.6	9.3		
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	1-10	49.0	10.1	1.840	0.399
	11-20	46.6	10.9		
	21-40	53.3	4.7		
Fast food	Καθημερινά/ 1-3 φορές την εβδομάδα	49.1	10.2	0.137	0.934
	Μερικές φορές το μήνα	48.7	9.7		

	Ποτέ	48.3	10.5		
Φρούτα και λαχανικά	Καθημερινά	48.7	9.7	1.125	0.570
	1-3 φορές την εβδομάδα	48.2	9.7		
	Μερικές φορές το μήνα/ Ποτέ	49.5	10.9		
Πόσο συχνά ασκείστε;	Καθημερινά	55.0	3.9	24.650	0.000
	1-3 φορές την εβδομάδα	50.3	8.3		
	Μερικές φορές το μήνα	48.8	9.6		
	Ποτέ	42.6	11.6		
Πώς θα περιγράφατε την ποιότητα του ύπνου σας;	Έλλειψη ύπνου	45.9	10.4	3786.5	0.000
	Κοιμάμαι επαρκώς	50.7	8.9		

ΜΟ: μέσος όρος, ΤΑ: τυπική απόκλιση, ΣΚ: Στατιστικό κριτήριο Mann Whitney ή Kruskal Wallis

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης με βάση τον έλεγχο Mann Whitney U και Kruskal Wallis για την ποιότητα ζωής στον τομέα της ψυχικής υγείας ως προς την κατάσταση υγείας και τη συμπεριφορά υγείας. Η ανάλυση ανέδειξε τρεις στατιστικά σημαντικές διαφορές: Σημαντικά χειρότερη ψυχική υγεία έχουν όσοι καταναλώνουν καθημερινά ή συχνά πρόχειρο φαγητό (1-3 φορές την εβδομάδα) ($X^2=6.627$, $p=0.036$). Επιπλέον, όσοι δεν ασκούνται ποτέ ή ασκούνται σπάνια (μερικές φορές το μήνα) έχουν σημαντικά χειρότερη ψυχική υγεία ($X^2=12.198$, $p=0.007$). Τέλος, όσοι ανέφεραν έλλειψη ύπνου έχουν σημαντικά χειρότερη ψυχική υγεία σε σύγκριση με όσους κοιμούνται επαρκώς ($U=3430.5$, $p=0.000$).

Πίνακας 17. Ποιότητα ζωής στον τομέα της ψυχικής υγείας ως προς την κατάσταση υγείας και τη συμπεριφορά υγείας

		MCS12		ΣΚ	p
		ΜΟ	ΤΑ		
Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;	Όχι	47.3	10.2	4470.0	0.131
	Ναι	45.4	10.2		
	Όχι	46.3	9.9	1500.5	0.582

Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;	Ναι	43.9	13.4		
Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα;	Όχι	46.5	9.9	4478.5	0.495
	Ναι	45.3	10.8		
Χρόνια νοσήματα	1	45.9	10.5	1.217	0.544
	2	45.7	11.6		
	3 ή περισσότερα	42.3	11.4		
Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ	Καθημερινά	48.4	7.0	0.994	0.803
	1-3 φορές την εβδομάδα	47.3	10.6		
	Μερικές φορές το μήνα	45.6	10.6		
	Ποτέ	46.3	9.4		
Είστε καπνιστής/καπνίστρια;	Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	44.2	10.9	2.062	0.560
	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	46.6	9.0		
	Πρώην καπνιστής/ρια	46.5	10.5		
	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	46.8	10.0		
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;	1-10	46.1	9.9	1.791	0.408
	11-20	43.1	11.0		
	21-40	48.5	8.7		
Fast food	Καθημερινά/ 1-3 φορές την εβδομάδα	41.2	10.2	6.627	0.036
	Μερικές φορές το μήνα	46.6	9.9		
	Ποτέ	47.7	10.7		
Φρούτα και λαχανικά	Καθημερινά	47.3	10.0	5.364	0.068
	1-3 φορές την εβδομάδα	43.6	10.2		
	Μερικές φορές το μήνα/ Ποτέ	45.3	10.6		
Πόσο συχνά ασκείστε;	Καθημερινά	52.9	6.4	12.198	0.007
	1-3 φορές την εβδομάδα	46.6	9.0		
	Μερικές φορές το μήνα	44.8	10.1		

	Ποτέ	43.9	12.5		
Πώς θα περιγράφατε την	Έλλειψη ύπνου	42.5	10.6	3430.5	0.000
ποιότητα του ύπνου σας;	Κοιμάμαι επαρκώς	48.7	9.1		

ΜΟ: μέσος όρος, ΤΑ: τυπική απόκλιση, ΣΚ: Στατιστικό κριτήριο Mann Whitney ή Kruskal Wallis

6.6 Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής και ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία και τις συνήθειες/συμπεριφορές

Από την ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Πίνακας 18) προέκυψε πως κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία και οι συνήθειες/συμπεριφορές των ατόμων προβλέπουν το 37.1% της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία ($R^2 = 0.371$, $F = 7.596$, $p = 0.000$).

Το F-test επιβεβαιώνει τη συνολική στατιστική σημαντικότητα του μοντέλου. Οι μη τυποποιημένοι συντελεστές (b) δείχνουν την απόλυτη μεταβολή του PCS12 για κάθε μονάδα μεταβολής των ανεξάρτητων μεταβλητών, ενώ οι τυποποιημένοι συντελεστές (Beta) επιτρέπουν τη σύγκριση της σχετικής επίδρασης των παραγόντων. Τέλος, τα t-tests και τα p-values χρησιμοποιήθηκαν για να διαπιστωθεί αν οι επιμέρους επιδράσεις είναι στατιστικά σημαντικές ($p < 0.05$).

Από το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών σημαντικές στην πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την σωματική υγεία ποιότητας ζωής είναι το φύλο ($b = -3.369$, $t = -2.035$, $p = .043$, με κωδικοποίηση της μεταβλητής φύλο άνδρας=1 & γυναίκα=2), ο ΔΜΣ ($b = -0.140$, $t = -3.447$, $p = 0.001$), το επίπεδο εκπαίδευσης ($b = 1.715$, $t = 2.806$, $p = 0.006$), η επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα ($b = -3.361$, $t = -2.736$, $p = 0.007$), η νοσηλεία τον τελευταίο χρόνο ($b = -5.449$, $t = 2.549$, $p = 0.012$), η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος ($b = -3.186$, $t = -2.542$, $p = 0.012$) και η συχνότητα άσκησης ($b = 3.594$, $t = 5.290$, $p = 0.000$). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως ο αυξημένος ΔΜΣ, η επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα, η νοσηλεία τον τελευταίο χρόνο και η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος προβλέπουν χειρότερη σχετιζόμενη με την σωματική υγεία ποιότητα ζωής. Αντίθετα, το φύλο άνδρας, το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και η αυξημένη συχνότητα άσκησης προβλέπουν καλύτερη σχετιζόμενη με την σωματική υγεία ποιότητα ζωής.

Πίνακας 18. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη σχετιζόμενη με τη σωματική υγεία ποιότητα ζωής και ανεξάρτητες μεταβλητές τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και τις συνήθειες /συμπεριφορές

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.609 ^a	.371	.322	8.0688

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7417.976	15	494.532	7.596	.000 ^b
	Residual	12565.459	193	65.106		
	Total	19983.435	208			

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	71.789	8.156		8.802	.000
	Φύλο	-3.369	1.656	-.148	-2.035	.043
	Ηλικία	.739	.927	.052	.797	.426
	ΔΜΣ	-.140	.041	-.247	-3.447	.001
	Οικογενειακή κατάσταση	1.544	1.042	.095	1.482	.140
	Επίπεδο εκπαίδευσης	1.715	.611	.180	2.806	.006
	Πλήθος των ατόμων του νοικοκυριού	-.027	.530	-.003	-.050	.960
	Συνολικό μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού	.260	.806	.022	.323	.747
	Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;	-3.361	1.229	-.166	-2.736	.007

Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;	-5.449	2.137	-.152	-2.549	.012
Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα;	-3.186	1.254	-.152	-2.542	.012
Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ	-1.256	.840	-.091	-1.496	.136
Είστε καπνιστής/καπνίστρια;	.433	.496	.054	.873	.384
Πόσο συχνά καταναλώνετε έτοιμο φαγητό (fast food);	-1.426	1.154	-.078	-1.236	.218
Πόσο συχνά καταναλώνετε φρούτα και λαχανικά;	1.460	.871	.108	1.677	.095
Πόσο συχνά ασκείστε;	3.594	.679	.342	5.290	.000

a. Dependent Variable: PCS12

Από την ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (πίνακας 19) προέκυψε πως τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία και οι συνήθειες/συμπεριφορές των ατόμων προβλέπουν το 12.1% της σχετιζόμενης με τη ψυχική υγεία ποιότητας ζωής ($R^2 = 0.121$, $F = 1.771$, $p = 0.041$). Από το σύνολο των ανεξάρτητων μεταβλητών σημαντικές στην πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ψυχική υγεία ποιότητας ζωής είναι το φύλο ($b = -4.935$, $t = -2.433$, $p = 0.016$, με κωδικοποίηση της μεταβλητής φύλο άνδρας=1 & γυναίκα=2) και η συχνότητα άσκησης ($b = 1.876$, $t = 2.244$, $p = 0.026$). Τα αποτελέσματα δείχνουν πως το φύλο άνδρας και η αυξημένη συχνότητα άσκησης προβλέπουν καλύτερη σχετιζόμενη με τη ψυχική υγεία ποιότητα ζωής.

Πίνακας 19. Αποτελέσματα πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία ποιότητα ζωής και ανεξάρτητες τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία και τις συνήθειες /συμπεριφορές

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.348 ^a	.121	.053	9.9284

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	2618.096	15	174.540	1.771	.041 ^b
	Residual	19024.749	193	98.574		
	Total	21642.845	208			

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	55.739	10.036		5.554	.000
	Φύλο	-4.955	2.037	-.209	-2.433	.016
	Ηλικία	-.061	1.140	-.004	-.053	.958
	ΔΜΣ	-.030	.050	-.051	-.601	.549
	Οικογενειακή κατάσταση	.586	1.282	.035	.458	.648
	Επίπεδο εκπαίδευσης	-.516	.752	-.052	-.687	.493
	Πλήθος των ατόμων του νοικοκυριού	-.540	.652	-.064	-.828	.409
	Συνολικό μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού	1.512	.992	.121	1.525	.129
	Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;	-1.353	1.512	-.064	-.895	.372
	Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;	-1.879	2.630	-.050	-.715	.476
	Πάσχετε από κάποιο χρόνια νόσημα;	-.204	1.542	-.009	-.132	.895
	Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ	-.131	1.033	-.009	-.126	.900
	Είστε καπνιστής/καπνίστρια;	.505	.610	.060	.827	.409
	Πόσο συχνά καταναλώνετε έτοιμο φαγητό (fast food);	1.873	1.420	.099	1.319	.189

Πόσο συχνά καταναλώνετε φρούτα και λαχανικά;	-.969	1.071	-.069	-.904	.367
Πόσο συχνά ασκείστε;	1.876	.836	.172	2.244	.026

a. Dependent Variable: MCS12

7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από την ανάλυση των δημογραφικών στοιχείων και των δεδομένων συμπεριφοράς υγείας προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών οι οποίες συζητούνται στην παρούσα ενότητα. Σημειώνεται ότι:

- Οι συνθήκες εργασίας στις διοικητικές υπηρεσίες και στα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ μπορούν να θεωρηθούν ομοιόμορφες για άνδρες και γυναίκες, δεδομένου ότι η κατανομή των αρμοδιοτήτων δεν επηρεάζεται από το φύλο (βαριές χειρωνακτικές εργασίες, καθαριότητα και φύλαξη ανατίθενται σε ιδιωτικούς φορείς).
- Η σύνθεση του δείγματος αντανακλά την πραγματική κατανομή φύλου στους εργαζόμενους του ΕΟΠΥΥ (75,2% γυναίκες – 24,8% άνδρες), σύμφωνα με δεδομένα προσωπικού που αντλήθηκαν τον Οκτώβριο 2024 (η έρευνα διεξήχθη από 29/10/2024 έως και 20/11/2024). Επομένως, η ανισορροπία εκπροσώπησης των δύο φύλων στο δείγμα δεν αποτελεί μεθοδολογική αδυναμία, αλλά αντικατοπτρίζει τη σύνθεση του πληθυσμού της μελέτης.

Διαφορές στη συμπεριφορά υγείας

Παχυσαρκία

Οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυξημένου σωματικού βάρους και παχυσαρκίας σε σύγκριση με τις γυναίκες. Το συγκεκριμένο εύρημα υποστηρίζεται και από τις μελέτες των Lombardo et al (2024) και Zhang et al (2019), σύμφωνα με τις οποίες οι άνδρες παρουσιάζουν συχνότερα υψηλότερο ΔΜΣ σε σύγκριση με τις γυναίκες και καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες από πηγές πλούσιες σε λιπαρά και πρωτεΐνες. Η λιπώδης μάζα είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες, ενώ η μυϊκή μάζα είναι υψηλότερη στους άνδρες. Οι άνδρες με υψηλότερο ΔΜΣ εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα προβλημάτων υγείας, όπως καρδιομεταβολικές διαταραχές. Οι γυναίκες με υψηλότερο ΔΜΣ εμφανίζουν πιο έντονες επιπτώσεις στην ψυχική

τους υγεία και ποιότητα ζωής σε σχέση με τους άνδρες και επιπλέον αναφέρουν μεγαλύτερη συναισθηματική δυσφορία, ιδίως όσον αφορά την αυτοεκτίμηση και την κοινωνική αποδοχή (Zhang et al, 2019).

Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών

Οι γυναίκες υπάλληλοι του ΕΟΠΥΥ καταναλώνουν περισσότερα φρούτα και λαχανικά σε σχέση με τους άνδρες, εύρημα το οποίο υποστηρίζεται και από τη μελέτη των Lombardo et al (2024), η οποία κατέδειξε ότι οι γυναίκες προτιμούν τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες. Σύμφωνα με την έρευνα των Stea et al (2020) σε 21 ευρωπαϊκές χώρες, διαπιστώθηκε επιπλέον ότι το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης των γυναικών συσχετίστηκε με αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Η μελέτη των Lee & Allen (2021) διαπιστώνει επίσης την αυξημένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών από το γυναικείο πληθυσμό και τη συσχετίζει με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, ιδιαίτερα στις γυναίκες. Περαιτέρω, αναδεικνύει τη σημασία και την αναγκαιότητα της εκπαίδευσης των νεαρών ανδρών στην υγιεινή διατροφή.

Φυσική δραστηριότητα

Οι γυναίκες ασκούνται τακτικότερα από τους άνδρες συναδέλφους τους στον ΕΟΠΥΥ. Από τα αποτελέσματα του μοντέλου της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης προκύπτει ότι η αυξημένη συχνότητα άσκησης συνδέεται με καλύτερη σχετιζόμενη με τη σωματική και ψυχική υγεία ποιότητα ζωής.

Από τη βιβλιογραφία επιβεβαιώνεται ότι οι γυναίκες συμμετέχουν συχνότερα σε προγράμματα φυσικής άσκησης, ενώ οι άνδρες μπορεί να επιλέγουν διαφορετικές μορφές δραστηριότητας που σχετίζονται με τη μυϊκή ενδυνάμωση (Lombardo et al, 2024) ή τις εργασίες που απαιτούν σωματική προσπάθεια (O'Donoghue et al, 2018).

Αντίθετα, σύμφωνα με τους Guthold et al (2018), οι οποίοι ανέλυσαν παγκόσμιες τάσεις στη σωματική δραστηριότητα, διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να μην πληρούν τα συνιστώμενα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σε σύγκριση με τους άνδρες. Ωστόσο, οι διαφορές αυτές ποικίλλουν ανά περιοχή και πολιτισμικό πλαίσιο. Γενικά και ανεξάρτητα από το φύλο, θεωρείται σημαντική η προώθηση πολιτικών ενθάρρυνσης χρήσης του ποδηλάτου, ενίσχυσης της οδικής ασφάλειας για πεζούς και ποδηλάτες και αύξησης τόσο των ανοιχτών δημόσιων χώρων άθλησης όσο και των αθλητικών υποδομών στους χώρους εργασίας.

Διαφορές στη σωματική υγεία

Η αρχική ανάλυση των διαστάσεων του SF-12 με το κριτήριο Mann-Whitney U δεν αποκάλυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά τη σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής. Εντούτοις, η πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με ανεξάρτητες μεταβλητές τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες και τις συμπεριφορές υγείας ανέδειξε στατιστικά σημαντική επίδραση του φύλου στη σχετιζόμενη με τη σωματική υγεία ποιότητα ζωής υπέρ των ανδρών. Αυτή η διαφορά μπορεί να αντικατοπτρίζει διαφοροποιήσεις στον τρόπο ζωής, τις συμπεριφορές υγείας και τις κοινωνικές συνθήκες που επηρεάζουν την υγεία. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι, παρά τα αρχικά μη στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα σε μονομερείς αναλύσεις, *το φύλο αναδεικνύεται σε ανεξάρτητο προβλεπτικό παράγοντα για τη σωματική υγεία όταν ελέγχονται ταυτόχρονα και άλλοι παράγοντες*, γεγονός άξιο περαιτέρω διερεύνησης για την ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων και πολιτικών υγείας.

Από την επισκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας προέκυψε ότι αρκετές μελέτες υποδεικνύουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Ενδεικτικά αναφέρεται η οικολογική μελέτη των Tetzlaff et al (2024) επί του γερμανικού πληθυσμού, η οποία διαπιστώνει ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερα χρόνια από τους άνδρες, αλλά βιώνουν περισσότερα χρόνια κακής υγείας. Αυτό υποδηλώνει ότι, παρά τη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής, οι γυναίκες ενδέχεται να αντιμετωπίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας σε σύγκριση με τους άνδρες.

Οι Macintyre et al (1996) διαπιστώνουν ότι ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν σταθερά υψηλότερα ποσοστά ψυχολογικής δυσφορίας (π.χ., άγχος, νεύρα) σε όλες τις ηλικίες, οι διαφορές στα φυσικά συμπτώματα είναι λιγότερο ξεκάθαρες. Οι διαφορές νοσηρότητας μεταξύ ανδρών και γυναικών διαφοροποιούνται κατά τη διάρκεια της ζωής. Η γυναικεία "υπεροχή" στη νοσηρότητα γίνεται εμφανέστερη μετά το τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι διαφορές φύλου στην υγεία είναι πιο σύνθετες απ' ό,τι αναφέρεται συχνά στη βιβλιογραφία και απαιτείται πιο λεπτομερής εξέταση των διαφορών φύλου με βάση την ηλικία, την κατάσταση υγείας και τις κοινωνικές συνθήκες.

Σύμφωνα με την μελέτη των Kirchengast & Haslinger (2008), οι ηλικιωμένες γυναίκες στην Αυστρία παρουσιάζουν περισσότερα προβλήματα κινητικότητας και υγείας σε σχέση με τους άνδρες ίδιας ηλικίας, έχουν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και πόνου και χρησιμοποιούν

περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας, παρά το γεγονός ότι η θνησιμότητα είναι υψηλότερη στους άνδρες. Ωστόσο, στη συγκεκριμένη μελέτη, το μικρό μέγεθος του δείγματος (98 γυναίκες και 62 άνδρες) και ο αποκλεισμός ατόμων με χρόνιες παθήσεις περιορίσε την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Παρότι οι γυναίκες <70 ετών είχαν υψηλότερη ΣΥΠΖ από τους άνδρες ίδιας ηλικίας, οι γυναίκες >70 ετών είχαν χαμηλότερη ΣΥΠΖ από τους άνδρες. Αυτό υπογραμμίζει το παράδοξο ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο αλλά με περισσότερα προβλήματα υγείας και αναπηρίες. Και για τα δύο φύλα, η ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων και η κινητικότητα ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες ΣΥΠΖ.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι τα αποτελέσματα των μελετών μπορεί να διαφέρουν ανάλογα με τη μεθοδολογία της έρευνας, τον πληθυσμό που μελετάται και τους δείκτες υγείας που αξιολογούνται. Η σωματική υγεία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και οι πολιτισμικές διαφορές, που μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα των μελετών.

Πόνος

Από την ανάλυση των επιμέρους διαστάσεων του SF-12 προέκυψε *στατιστικά σημαντική* διαφορά αναφορικά με το σωματικό πόνο (οι περισσότεροι άνδρες δήλωσαν στα πλαίσια της παρούσας έρευνας ότι ο πόνος δεν τους επηρέασε σημαντικά στην εργασία τους).

Οι Failla et al (2024) διερεύνησαν τις διαφορές των φύλων στη διαχείριση του πόνου και διαπίστωσαν ότι αυτές είναι πολυπαραγοντικές, σχετιζόμενες τόσο με βιολογικούς όσο και με κοινωνικούς μηχανισμούς. Οι άνδρες εμφανίζουν ανώτερη ικανότητα ρύθμισης του πόνου, αλλά αυτή η διαφορά μειώνεται με την ηλικία. Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευαισθησία στον πόνο και αναφέρουν περισσότερη δυσφορία, γεγονός που απαιτεί ειδικές στρατηγικές αντιμετώπισης.

Σύμφωνα με τη μελέτη των Eltumi &Tashani (2017), οι βιολογικές διαφορές (όπως οι ορμονικές επιδράσεις) και οι κοινωνικοί ρόλοι, που ενθαρρύνουν τις γυναίκες να εκφράζουν πιο ανοιχτά τον πόνο τους, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Επιπλέον, οι άνδρες τείνουν να υποβαθμίζουν ή να αποφεύγουν να αναφέρουν τον πόνο λόγω πολιτισμικών προσδοκιών που τους συνδέουν με την «ανθεκτικότητα». Αυτές οι διαφορές υπογραμμίζουν την ανάγκη για εξατομικευμένες προσεγγίσεις στη διαχείριση του πόνου, λαμβάνοντας υπόψη τη βιολογία, την ηλικία και τον κοινωνικό ρόλο του φύλου.

Επισκέψεις σε γιατρό και χρόνια νοσήματα

Η διαπίστωση της παρούσας έρευνας ότι *οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα γιατρούς και αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά χρόνιων νοσημάτων* είναι σύμφωνη με μελέτες που δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν ιατρική φροντίδα και να αναφέρουν προβλήματα υγείας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με μελέτη των Cameron et al (2010), οι γυναίκες άνω των 65 ετών στις ΗΠΑ επισκέπτονται τους γιατρούς συχνότερα από τους άνδρες γενικά. Ωστόσο, όταν ελήφθησαν υπόψη οι υγειονομικές ανάγκες, οι γυναίκες πραγματοποίησαν λιγότερες επισκέψεις από τους άνδρες με παρόμοια προβλήματα υγείας.

Από την έρευνα των Pappa & Niakas (2006), η οποία εξέτασε τη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε δείγμα πληθυσμού κατοίκων της Αθήνας, οι ανάγκες των οποίων εξυπηρετούνται από ένα μικτό σύστημα δημόσιας και ιδιωτικής περίθαλψης, προέκυψε ότι οι γυναίκες – ιδιαίτερα οι υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου - χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης συχνότερα από τους άνδρες, ειδικά για προληπτική φροντίδα. Οι άνδρες τείνουν να επισκέπτονται γιατρούς μόνο όταν θεωρούν ότι υπάρχει σοβαρός λόγος. Οι διαφορές στη χρήση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών σχετίζονται επίσης με παράγοντες όπως η απασχόληση, η οικονομική κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης.

Οι Redondo-Sendino et al (2006) διεξήγαγαν έρευνα για την χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης μεταξύ ηλικιωμένων στην Ισπανία και κατέληξαν μεταξύ άλλων στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες επισκέπτονται γιατρούς πιο συχνά από τους άνδρες. Επίσης, οι γυναίκες ανέφεραν περισσότερα χρόνια νοσήματα, όπως αρθρίτιδα και οστεοπόρωση. Εκτιμάται ότι η διαφοροποιημένη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ των δύο φύλων αντικατοπτρίζει διαφορές στη νοσηρότητα, στις προσδοκίες από το σύστημα υγείας και στους κοινωνικούς ρόλους και υπογραμμίζεται η ανάγκη για πιο ευαίσθητες στο φύλο πολιτικές υγείας.

Διαφορές στην ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής

Από την ανάλυση των στοιχείων της ποιότητας ζωής προκύπτει *στατιστικά σημαντική υπεροχή των ανδρών στη διάσταση της ψυχικής υγείας*. Σύμφωνα με την περιγραφική ανάλυση των 8 διαστάσεων της κλίμακας SF-12 ως προς το φύλο, καταγράφηκε σημαντική εξάρτηση ως προς τον συναισθηματικό ρόλο και την ψυχική υγεία.

Τα εν λόγω ευρήματα υποστηρίζονται από μελέτες που δείχνουν ότι οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς σε ψυχικές διαταραχές, όπως άγχος και κατάθλιψη, σε σύγκριση με τους άνδρες.

Παρά την ομοιόμορφη κατανομή αρμοδιοτήτων στον ΕΟΠΥΥ, οι γυναίκες βιώνουν μεγαλύτερο άγχος και πίεση, ενδεχομένως λόγω της προσπάθειας ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων, γεγονός που επηρεάζει την ψυχική τους υγεία και συνάδει με την προαναφερθείσα θεώρηση της κοινωνικής αιτιολογίας για την ερμηνεία των ανισοτήτων υγείας με βάση το φύλο.

Η έρευνα των Viertiö et al (2021) εξέτασε παράγοντες που συμβάλλουν στην ψυχολογική δυσφορία του εργαζόμενου πληθυσμού, με έμφαση στις διαφορές μεταξύ των φύλων. Διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άνδρες, γεγονός που επηρέαζε αρνητικά την εργασιακή τους απόδοση και ευημερία. Στις γυναίκες, η παραμέληση της οικογένειας λόγω υπερβολικής απορρόφησης στη δουλειά συσχετίστηκε με αυξημένη δυσφορία, ενώ στους άνδρες ισχυρότερος παράγοντας δυσφορίας ήταν το πνευματικό άγχος της δουλειάς. Βασικό συμπέρασμα της μελέτης είναι ότι η ικανοποίηση από τη δουλειά, η οικογενειακή ζωή και η ισορροπία μεταξύ των δύο συμβάλλουν σημαντικά στην ψυχολογική ευεξία και στα δύο φύλα.

Στη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Gyllensten & Palmer (2005) με στόχο την ανάλυση του τρόπου με τον οποίο άνδρες και γυναίκες διαχειρίζονται το εργασιακό στρες και τις ψυχολογικές του επιπτώσεις, βρέθηκε ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να βιώσουν υψηλά επίπεδα εργασιακού στρες σε σύγκριση με τους άνδρες. Η αυξημένη ευαλωτότητα των γυναικών σε ψυχολογική δυσφορία σχετίζεται με παράγοντες όπως οι πολλαπλοί ρόλοι (εργασία, οικογένεια) και η πίεση για επιτυχία. Τα υψηλά επίπεδα στρες επηρεάζουν αρνητικά την αποδοτικότητα και την ψυχολογική ευεξία των γυναικών.

Σύμφωνα με την έρευνα της Matud (2004), γυναίκες και άνδρες διαφοροποιούνται επίσης στον τρόπο αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων. Οι γυναίκες έδειξαν προτίμηση στις στρατηγικές αντιμετώπισης που εστιάζουν στο συναίσθημα (emotion-focused coping) και την αποφυγή (avoidance coping). Αυτές περιλαμβάνουν την προσπάθεια διαχείρισης συναισθημάτων αντί της επίλυσης του προβλήματος. Οι άνδρες χρησιμοποιούν περισσότερο στρατηγικές ορθολογικής (rational) και αποστασιοποιημένης (detachment) αντιμετώπισης, οι οποίες περιλαμβάνουν λογική επίλυση προβλημάτων και συναισθηματική αποστασιοποίηση. Συμπερασματικά, αναδεικνύεται η ανάγκη για παρεμβάσεις που λαμβάνουν υπόψη τις έμφυλες διαφορές στην αντιμετώπιση του εργασιακού στρες και η ενίσχυση της κοινωνικής

υποστήριξης και εφαρμογή πολιτικών που βοηθούν στη μείωση των παραγόντων κινδύνου (Gyllensten & Palmer, 2005).

Η μελέτη των Shah et al (2021), που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ΣΥΠΖ των γυναικών, ιδιαίτερα αυτών που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές, κυρίως στο Βορρά και τα Midlands, χειροτέρευσε μετά το 2015, ενώ των ανδρών παρέμεινε σταθερή. Ανησυχητικό εύρημα αποτελεί η μείωση της ΣΥΠΖ μεταξύ των νεότερων γυναικών (2012-2017), κυρίως λόγω της αύξησης του άγχους και της κατάθλιψης. Παράγοντες όπως τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, η εκπαιδευτική πίεση και η οικονομική ανασφάλεια επιδεινώνουν την ψυχική υγεία, με τις γυναίκες να πλήττονται περισσότερο. Η επιδείνωση της ψυχικής υγείας μπορεί να συμβάλει και στη μείωση του προσδόκιμου ζωής, ιδιαίτερα λόγω της αύξησης των αυτοκτονιών.

Στη μελέτη των Pranav et al. (2024) εξετάστηκε η ψυχική ευεξία και η ποιότητα ζωής μεταξύ συνταξιούχων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα στην Κεράλα της Ινδίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνδρες συμμετέχοντες παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τις γυναίκες. Ωστόσο, η μελέτη δεν ανέφερε σημαντικές διαφορές στην ψυχική ευεξία μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Οι Smith et al. (2013) εξέτασαν τη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών που ανέφεραν ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, συνολικά, οι γυναίκες είχαν υψηλότερα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους άνδρες. Ωστόσο, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων στη χρήση εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επιπλέον, η διαφορά στη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν μεγαλύτερη μεταξύ εκείνων που δεν ανέφεραν κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, μεταξύ των ατόμων χωρίς κατάθλιψη, οι γυναίκες ήταν σημαντικά πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε σύγκριση με τους άνδρες. Αντίθετα, μεταξύ των ατόμων με κατάθλιψη, τα ποσοστά χρήσης υπηρεσιών ήταν παρόμοια μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αυτό υποδηλώνει ότι οι άνδρες μπορεί να καθυστερούν περισσότερο να αναζητήσουν βοήθεια για ήπια προβλήματα ψυχικής υγείας, αλλά είναι εξίσου πιθανό με τις γυναίκες να αναζητήσουν βοήθεια όταν το πρόβλημα γίνει πιο σοβαρό.

Από την έρευνα της Hsu (2007) μεταξύ ηλικιωμένων κατοίκων διαφορετικών περιοχών της Ταϊβάν με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 προέκυψαν χαμηλότερες βαθμολογίες ΣΥΠΖ των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες τόσο στη διάσταση της ψυχικής υγείας, όσο και της σωματικής λειτουργικότητας, όπου οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα πόνου και δυσκολίες. Οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία και περισσότερο θετική αντίληψη για την υγεία τους σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο.

Ανάλογα ήταν τα συμπεράσματα της μελέτης των Cherapanon et al (2011) σε δείγμα 3.648 ενηλίκων στις ΗΠΑ: οι άνδρες έχουν μια γενικά καλύτερη εικόνα της υγείας τους σε σχέση με τις γυναίκες, αναφορικά με τη σωματική και ψυχική διάσταση, αλλά και τον πόνο, όπως καταγράφηκε στα συνολικά σκορ υγείας που παρέχει το SF-36v2. Το εισόδημα και η οικογενειακή κατάσταση διαδραματίζουν τον πιο καθοριστικό ρόλο στην εξήγηση των διαφορών ανάμεσα στα δύο φύλα, ευρήματα που – κατά τους συγγραφείς - δίνουν έμφαση στον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες επηρεάζουν αρνητικά την ευημερία των γυναικών.

Οι Hajian-Tilaki et al (2017) διεξήγαν έρευνα σε δείγμα 750 ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών αστικής περιοχής του βόρειου Ιράν και διαπίστωσαν χαμηλότερες επιδόσεις των γυναικών σε όλες τις διαστάσεις της ΣΥΠΖ. Οι διαφορές αποδίδονται εν μέρει σε παράγοντες όπως το μορφωτικό επίπεδο και το εισόδημα, όπου οι γυναίκες εμφανίζουν δυσμενέστερο προφίλ. Επιπλέον, η επιρροή των χρόνιων παθήσεων στη ΣΥΠΖ των γυναικών αποδείχτηκε στατιστικά σημαντική, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι απαιτούνται εξειδικευμένες παρεμβάσεις που θα στοχεύουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων γυναικών, λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες τους.

Η έρευνα των Olsson et al (2023) που διεξήχθη σε δείγμα 29.212 ατόμων ηλικίας 50-64 ετών στη Σουηδία κατέδειξε ως περισσότερο σημαντικούς παράγοντες για την ΣΥΠΖ τη σωματική ικανότητα, την εργασία, τον πόνο και την αίσθηση ελέγχου, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Ωστόσο, κάποιοι παράγοντες φαίνεται να είναι περισσότερο σημαντικοί για τους άνδρες ή τις γυναίκες, αντίστοιχα: Η φυσική δραστηριότητα καταγράφηκε ως περισσότερο σημαντική για την σχετιζόμενη με την ψυχική υγεία ποιότητα ζωής των ανδρών, ενώ ο πόνος φάνηκε να επηρεάζει περισσότερο την σχετιζόμενη με την ψυχική και σωματική υγεία ποιότητα ζωής των γυναικών. Το καινοτόμο εύρημα της συγκεκριμένης μελέτης είναι ότι οι

άνδρες και οι γυναίκες εμφάνισαν συνολικά παρόμοιο επίπεδο ΣΥΠΖ, σε αντίθεση με την πλειοψηφία των ερευνών που καταγράφουν χειρότερη ΣΥΠΖ στις γυναίκες. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το μεγαλύτερο μέγεθος του δείγματος στη συγκεκριμένη μελέτη, το οποίο μείωσε τον κίνδυνο τυχαίων διαφορών μεταξύ των δύο φύλων, καθώς και από τον σχετικά υψηλό βαθμό κοινωνικοοικονομικής ισότητας ανδρών και γυναικών στη Σουηδία.

Οι αναφερθείσες διαφορές στην υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ των δύο φύλων ενισχύουν την ανάγκη για προσαρμοσμένες πολιτικές υγείας που λαμβάνουν υπόψη τις διαφορετικές ανάγκες και τους περιορισμούς των φύλων (Cameron et al, 2010). Σύμφωνα με τις Read & Gorman (2010), για να προχωρήσει η έρευνα και να ενσωματωθεί πλήρως η θεωρία του φύλου στις μελέτες για τις ανισότητες υγείας, μια πολλά υποσχόμενη κατεύθυνση είναι η χρήση πολυεπίπεδων και μικτών μεθόδων. Αυτές μπορούν να προσφέρουν ένα πιο ολοκληρωμένο πλαίσιο για την αντιμετώπιση του φύλου ως οργανωτικής αρχής της ζωής που διαρθρώνει τις ευκαιρίες και τους πόρους τόσο σε ατομικό όσο και σε περιβαλλοντικό επίπεδο. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια μετάβαση από γενικές συγκρίσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών σε πιο λεπτομερείς αναλύσεις διαφορών που βασίζονται σε ποικίλα ατομικά και δομικά χαρακτηριστικά, όπως συγκεκριμένες ασθένειες, στάδια ζωής, εθνοτικές ομάδες και τοποθεσίες.

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μια σημαντική πρώτη προσπάθεια διερεύνησης και αποτύπωσης της εκδήλωσης των ανισοτήτων υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών σε ελληνικούς δημόσιους οργανισμούς. Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τους ιατρούς εργασίας του ΕΟΠΥΥ για τη βελτίωση προγραμμάτων προαγωγής υγείας και υπηρεσιών υποστήριξης προς τους υπαλλήλους του ΕΟΠΥΥ, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες και διαφορές ανδρών και γυναικών.

Ενδεικτικά αναφέρονται κάποιες προτάσεις μέτρων που θα μπορούσαν να συμβάλουν στην ενίσχυση της ευημερίας και της παραγωγικότητας των εργαζομένων:

Υποστήριξη ψυχικής υγείας: Προγράμματα διαχείρισης άγχους, ψυχολογική υποστήριξη και δίκτυα αλληλοβοήθειας, ιδιαίτερα για τις γυναίκες που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής δυσφορίας.

Ευέλικτες πολιτικές εργασίας: Εφαρμογή τηλεργασίας, προσαρμοσμένων ωραρίων και πολιτικών γονικής άδειας για τη βελτίωση της ισορροπίας επαγγελματικής και προσωπικής ζωής.

Προγράμματα προαγωγής υγείας: Στοχευμένες παρεμβάσεις, όπως εκπαίδευση στη διατροφή και προγράμματα σωματικής δραστηριότητας, για τη μείωση των διαφορών στη διατροφή, την παχυσαρκία και την πρόληψη χρόνιων νοσημάτων.

Ενίσχυση της προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης: Εκστρατείες ευαισθητοποίησης για την προώθηση προληπτικών εξετάσεων, ιδιαίτερα στους άνδρες εργαζομένους, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος καθυστερημένης διάγνωσης ασθενειών.

Συμπεριληπτικές πολιτικές ισότητας των φύλων: Εκπαίδευση για την ισότητα των φύλων και την αντιμετώπιση των έμφυλων στερεοτύπων στο εργασιακό περιβάλλον.

8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα των 209 υπαλλήλων που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα ήταν δείγμα ευκολίας, γεγονός που ενδεχομένως ενέχει κίνδυνο μεροληψίας. Παρότι η αναλογία φύλου στο δείγμα δεν είναι ισομερής, αντικατοπτρίζει με ακρίβεια τη σύνθεση του προσωπικού του Οργανισμού, όπως αυτή ήταν διαμορφωμένη κατά την χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Επομένως, η ανισότητα στην εκπροσώπηση των φύλων δεν αποτελεί μεθοδολογική αδυναμία, αλλά χαρακτηριστικό της εν λόγω επαγγελματικής ομάδας.

Οι υπάλληλοι του Οργανισμού διαμένουν στη μεγάλη πλειοψηφία τους σε αστικά κέντρα (κυρίως πρωτεύουσες νομών), όπου εδρεύουν οι διοικητικές υπηρεσίες και τα φαρμακεία του ΕΟΠΥΥ.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε βασίστηκε σε δεδομένα αυτό-αναφοράς, οπότε οι απαντήσεις χαρακτηρίζονται από υποκειμενικότητα, ιδιαίτερα σε ευαίσθητα θέματα όπως η συναισθηματική κατάσταση και η ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Επιπλέον, όπως προέκυψε από την βιβλιογραφική έρευνα, φαίνεται πως οι γυναίκες εκφράζουν ευκολότερα από τους άνδρες τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες τους σχετικά με την υγεία τους.

9. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά την αντίληψη της υγείας τους, την παρουσία χρόνιων νοσημάτων, τις συμπεριφορές υγείας, την ψυχική ευεξία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας. Οι διαφορές αυτές αντανακλούν τόσο βιολογικούς παράγοντες όσο και κοινωνικές και πολιτισμικές επιρροές, γεγονός που καθιστά αναγκαία την προσαρμογή των υπηρεσιών υγείας στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε φύλου.

Αναφορικά με την *υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας*, οι άνδρες την αξιολογούν πιο θετικά, με υψηλότερα ποσοστά να την χαρακτηρίζουν ως «πολύ καλή» ή «εξαιρετική», σε αντίθεση με τις γυναίκες που την περιγράφουν κυρίως ως «καλή». Επιπλέον, οι άνδρες εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε συγκεκριμένες διαστάσεις όπως ο σωματικός πόνος, ο συναισθηματικός ρόλος και η ψυχική υγεία, όπου παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Όσον αφορά την *παρουσία χρόνιων νοσημάτων*, οι άνδρες δηλώνουν συχνότερα ότι δεν πάσχουν από κάποια χρόνια πάθηση, ενώ οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα χρόνιων νοσημάτων και είναι πιο πιθανό να αναφέρουν την ύπαρξη πολλαπλών προβλημάτων υγείας. Οι άνδρες που πάσχουν από χρόνια νοσήματα συγκεντρώνονται κυρίως στην κατηγορία εκείνων που έχουν μόνο ένα νόσημα, ενώ στις γυναίκες παρατηρείται μεγαλύτερη αναλογία ατόμων με δύο ή περισσότερα χρόνια νοσήματα. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι δεν καταγράφηκαν άνδρες με τρία ή περισσότερα χρόνια νοσήματα, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό αυτό ανέρχεται σε 17%. Παρότι τα ευρήματα δείχνουν μια τάση των γυναικών να αναφέρουν περισσότερα προβλήματα υγείας, η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Σχετικά με τις *συμπεριφορές υγείας* και τους σχετικούς παράγοντες κινδύνου, οι γυναίκες φαίνεται να ακολουθούν έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής σε σύγκριση με τους άνδρες. Ένα σημαντικό ποσοστό γυναικών (50%) έχει φυσιολογικό βάρος, ενώ οι άνδρες κατατάσσονται συχνότερα στις κατηγορίες των υπέρβαρων και παχύσαρκων. Παράλληλα, οι γυναίκες καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά πιο συστηματικά και ασκούνται πιο τακτικά. Ωστόσο, δεν καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στο κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και την ποιότητα του ύπνου, αν και οι γυναίκες ανέφεραν με μεγαλύτερη συχνότητα ότι δεν κοιμούνται επαρκώς.

Στον τομέα της *ψυχικής υγείας*, οι άνδρες εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής ισορροπίας και ηρεμίας. Αντίθετα, οι γυναίκες αναφέρουν συχνότερα ότι συναισθηματικά προβλήματα επηρεάζουν την απόδοσή τους στην εργασία ή άλλες δραστηριότητες. Οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές, ενισχύοντας την υπόθεση ότι οι γυναίκες βιώνουν υψηλότερα επίπεδα άγχους και ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Λαμβάνοντας υπόψη τις κοινωνικό-δημογραφικές διαφορές και τις διαφορές συμπεριφοράς, *το φύλο φαίνεται ότι επηρεάζει τη σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής*, με τους άνδρες να παρουσιάζουν πιο ευνοϊκές μετρήσεις σε σύγκριση με τις γυναίκες. Αυτή η διαφορά πιθανώς αντικατοπτρίζει διαφοροποιήσεις στον τρόπο ζωής και στις συμπεριφορές υγείας μεταξύ των δύο φύλων.

Τέλος, καταγράφηκαν διαφορές στη *χρήση υπηρεσιών υγείας*: Οι γυναίκες επισκέπτονται τον γιατρό συχνότερα από τους άνδρες, διαφορά που είναι στατιστικά σημαντική και ενδεχομένως σχετίζεται τόσο με αυξημένες ανάγκες υγειονομικής φροντίδας όσο και με μεγαλύτερη προθυμία αναζήτησης ιατρικής βοήθειας. Ωστόσο, ενώ παρατηρήθηκε υψηλότερο ποσοστό νοσηλείας στις γυναίκες (9,5% έναντι 3,9% των ανδρών), η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Συνολικά, η μελέτη καταδεικνύει ότι οι άνδρες και οι γυναίκες διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την αντίληψη της υγείας τους, την παρουσία χρόνιων νοσημάτων, τις συνήθειες υγείας και την ψυχική τους ευεξία. Οι διαφορές αυτές αναδεικνύουν την ανάγκη εξατομικευμένης προσέγγισης στην παροχή υπηρεσιών υγείας, λαμβάνοντας υπόψη τις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε φύλου.

Για μια πληρέστερη κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τις παραπάνω διαφοροποιήσεις, θα ήταν χρήσιμο να σχεδιαστούν μελλοντικές, πολυκεντρικές, διαχρονικές μελέτες που να εξετάζουν όχι μόνο δημογραφικούς και παράγοντες συμπεριφοράς, αλλά και στοιχεία από το εργασιακό περιβάλλον (π.χ. επίπεδο εργασιακού άγχους, κουλτούρα υποστήριξης υγείας), καθώς και τις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες που βιώνουν οι εργαζόμενοι. Τέτοιες έρευνες θα μπορούσαν να ενισχύσουν τη διαμόρφωση περισσότερο στοχευμένων παρεμβάσεων στον χώρο εργασίας που θα αφορούν, μεταξύ άλλων, την προαγωγή της ψυχικής υγείας, την πρόληψη χρόνιων νοσημάτων και τη βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας με γνώμονα τις διαφορές φύλου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία

Bradby H. (2010) «Ορισμοί της υγείας και της ασθένειας» στο *Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας* (επιμέλεια Γ. Αλεξιάς) Αθήνα: Εκδόσεις ΠΕΔΙΟ, ISBN 978-960-9405-30-0, σ. 144, 194

Bonita R., Beaglehole R., Kjellstrom T. (2009) «Τύποι μελετών» στο *Βασική Επιδημιολογία* (επιμέλεια Μ. Διομήδους) Λευκωσία: Εκδόσεις BROKEN HILL, ISBN 978-960-399-813-6, σ. 52

Αργέντου, Α. (2009), «Ποιότητα Ζωής σχετιζόμενη με τη υγεία», *ΕΛΕΥΘΩ*, Τομ.1, 25-30

Θεοφίλου, Π. Α. (2015). Ποιότητα ζωής στο χώρο της υγείας. *e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, διαθέσιμο στο <http://ejournals.uniwa.gr/ojs/index.php/ejst/article/viewFile/655/654>, ανάκτηση 11/2024

Καρκάνης Γ. (2019) «Αξιολόγηση παραγόντων κινδύνου για την λαρυγγοφαρυγγική παλινδρόμηση σε Έλληνες ασθενείς», *Μεταπτυχιακή εργασία ΕΑΠ*, σ. 27

Λαχανά Ε. (2020) «Υγεία-Ασθένεια, περίθαλψη και φροντίδα υγείας» στο *Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα & Πολιτικές* (επιμέλεια Π. Σαράφης & Π. Μπαμίδης) Λευκωσία: Εκδόσεις BROKEN HILL, ISBN 978-9925-575-30-5, σ. 33

Μάντη Π. (2000). «Η έννοια της ισότητας/ανισότητας στην υγεία», στο Μάντη Π. & Τσελέπη Χ. *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας*, Πάτρα: Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου σ. 122-123, 125, 136, 138-139

Μηνασίδου Ε. & Κουράκος Μ. (2020). «Ποιότητα ζωής ασθενών» στο *Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα & Πολιτικές* (επιμέλεια Π. Σαράφης & Π. Μπαμίδης) Λευκωσία: Εκδόσεις BROKEN HILL, ISBN 978-9925-575-30-5, σ. 592, 595

Πεχτελίδου, Α. (2019). Η ποιότητα ζωής και η ποιότητα εργασιακής ζωής του νοσηλευτικού ανθρώπινου δυναμικού: η περίπτωση ενός δημόσιου νοσοκομείου. *Μεταπτυχιακή εργασία Πανεπιστημίου Μακεδονίας*, σ. 6

Ραφτόπουλος Β. (2020) «Τα ευ και τα φευ της ποιότητας και της ασφάλειας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας» στο *Υπηρεσίες Υγείας Συστήματα & Πολιτικές* (επιμέλεια Π. Σαράφης & Π. Μπαμίδης) Λευκωσία: Εκδόσεις BROKEN HILL, ISBN 978-9925-575-30-5, σ. 483

Τριανταφύλλου, Ε.Σ., Οικονόμου, Μ.Π., Χριστοδούλου Γ.Ν. (2005), *Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία: Εννοιολογικές Αναφορές και Θεωρητικά Μοντέλα*, στο Β.Π. Κονταξάκης, Μ.Ι. Χαβάκη - Κονταξάκη, Γ.Ν. Χριστοδούλου (Επιμ. Έκδ.), *Προληπτική ψυχιατρική και ψυχική υγιεινή* (577-591), Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα

Υφαντόπουλος Γ, (2007). Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24 (Συμπλ 1), σελ 6-18

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Arab-Zozani, M., Hashemi, F., Safari, H., Yousefi, M., & Ameri, H. (2020). Health-Related Quality of Life and its Associated Factors in COVID-19 Patients. *Osong public health and research perspectives*, 11(5), 296–302. <https://doi.org/10.24171/j.phrp.2020.11.5.05>

Badampudi, D., Fotrousi, F., Cartaxo, B., & Usman, M. (2022). Reporting consent, anonymity and confidentiality procedures adopted in empirical studies using human participants. *e-Informatica Software Engineering Journal*, 16(1), 220109. <https://doi.org/10.37190/e-inf220109>

Cameron, K. A., Song, J., Manheim, L. M., & Dunlop, D. D. (2010). Gender disparities in health and healthcare use among older adults. *Journal of women's health*, 19(9), 1643-165

Chandola, T., Clarke, P., Wiggins, R. D., & Bartley, M. (2005). Who you live with and where you live: setting the context for health using multiple membership multilevel models. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(2), 170-175

Cherepanov, D., Palta, M., Fryback, D. G., Robert, S. A., Hays, R. D., & Kaplan, R. M. (2011). Gender differences in multiple underlying dimensions of health-related quality of life are associated with sociodemographic and socioeconomic status. *Medical care*, 49(11), 1021-1030

Constanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., ... & Snapp, R. (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. *Ecological economics*, 61(2-3), 267-276

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine*, 50(10), 1385-1401

Diener, E., & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social indicators research*, 40, 189-216

Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *Bmj*, 323(7320), 1061-1063

Eltumi, H. G., & Tashani, O. A. (2017). Effect of age, sex and gender on pain sensitivity: a narrative review. *The Open Pain Journal*, 10(1)

Elwell-Sutton, T., Marshall, L., Bibby, J., & Volmert, A. (2019). "Briefing: Reframing the conversation on the social determinants of health" Retrieved, October 25, 2024 from the website <https://www.health.org.uk/sites/default/files/upload/publications/2019.Reframing-the-conversation-on-social-determinants.pdf>

Evans, M., Robling, M., Rapport, F. M., Houston, H., Kinnersley, P., & Wilkinson, C. (2002). It doesn't cost anything just to ask, does it? The ethics of questionnaire-based research: Table 1. *Journal of Medical Ethics*, 28(1), 41–44. <https://doi.org/10.1136/jme.28.1.41>

Failla, M. D., Beach, P. A., Atalla, S., Dietrich, M. S., Bruehl, S., Cowan, R. L., & Monroe, T. B. (2024). Gender differences in pain threshold, unpleasantness, and descending pain modulatory activation across the adult life span: A cross sectional study. *The Journal of Pain*, 25(4), 1059-1069

Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502–508

Felce, D., & Perry, J. (1995). "Quality of life: Its definition and measurement." *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74

Guthold, R., Stevens, G. A., Riley, L. M., & Bull, F. C. (2018). *Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. The Lancet Global Health*, 6(10), e1077–e1086

Gyllensten, K., & Palmer, S. (2005). The role of gender in workplace stress: A critical literature review. *Health Education Journal*, 64(3), 271–288.
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/001789690506400307> 01/2025

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., & Hajian-Tilaki, A. (2017). Are gender differences in health-related quality of life attributable to sociodemographic characteristics and chronic disease conditions in elderly people? *International journal of preventive medicine*, 8(1), 95

Hamberg, K. (2008). Gender bias in medicine. *Women's health*, 4(3), 237-243

Holdcroft, A. (2007). Gender bias in research: how does it affect evidence based medicine?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(1), 2-3

Hsu, H. C. (2007). Gender Differences in Health-related Quality of Life among the Elderly in Taiwan. *Asian Journal of Health and Information Sciences*, 1(4), 366-376

James, G., Witten, D., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2013). *An introduction to statistical learning: With applications in R*. Springer. Accessed from <http://www.statlearning.com/> February, 2025

Kharroubi, S. A., & Elbarazi, I. (2023). Editorial: Health-related quality of life in health care. *Frontiers in public health*, 11, 1123180. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1123180>

Kim, S., Jo, M., Ahn, J., Ock, M., Shin, S., & Park, J. (2014). Assessment of psychometric properties of the Korean SF-12 v2 in the general population. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1086>

Kirchengast, S., & Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: cross-sectional analysis. *Gender Medicine*, 5(3), 270-278

Klein, S. L., & Flanagan, K. L. (2016). Sex differences in immune responses. *Nature Reviews Immunology*, 16(10), 626-638

Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., & Tountas, Y. (2007). Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-55>

Lee, J., & Allen, J. (2021). *Gender differences in healthy and unhealthy food consumption and its relationship with depression in young adulthood. Community Mental Health Journal*, 57, 898–909

Lombardo, M., Feraco, A., Armani, A., Camajani, E., Gorini, S., Strollo, R., Bellia, A. (2024). Gender differences in body composition, dietary patterns, and physical activity: insights from a cross-sectional study. *Frontiers in Nutrition*, 11, 1414217

Macintyre, S., Hunt, K., & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social science & medicine*, 42(4), 617-624

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and individual differences*, 37(7), 1401-1415

McKnight, P. E., & Najab, J. (2010). Mann-Whitney U Test. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-1

Ober, C., Loisel, D. A., & Gilad, Y. (2008). Sex-specific genetic architecture of human disease. *Nature Reviews Genetics*, 9(12), 911-922

O'Donoghue, G., Kennedy, A., Puggina, A., Aleksovskaja, K., Buck, C., Burns, C., ... & Boccia, S. (2018). *Socio-economic determinants of physical activity across the life course: A "DEterminants of DIet and Physical ACTivity" (DEDIPAC) umbrella literature review. PLOS ONE*, 13(1), e0190737

OECD (2023). Health at a Glance https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html, accessed 11/2024

Olsson, M., Björkelund, A. J., Sandberg, J., Blomberg, A., Börjesson, M., Currow, D., ... & Ekström, M. (2023). Factors important for health-related quality of life in men and women: The population based SCAPIS study. *Plos one*, 18(11), e0294030

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of life research*, 14, 1433-1438

Pappa, E., & Niakas, D. (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area. *BMC health services research*, 6, 1-11.

Pranav, M. K., Francis, P. T., Olickal, J. J., Rose, B. M., Sarma, P. S., & Thankappan, K. R. (2024). Mental Well-Being and the Quality of Life Among Retired Public and Private Sector Employees: A Comparative Study From Kerala, India. *Cureus*, 16(10), e71663

Read, J. N. G., & Gorman, B. K. (2010). Gender and health inequality. *Annual review of sociology*, 36(1), 371-386

Redondo-Sendino, Á., Guallar-Castillón, P., Banegas, J. R., & Rodríguez-Artalejo, F. (2006). Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC public health*, 6, 1-9.

Regitz - Zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health: Science & Society Series on Sex and Science. *EMBO reports*, 13(7), 596-603

Ruotolo, I., Berardi, A., Sellitto, G., Panuccio, F., Polimeni, A., Valente, D., & Galeoto, G. (2021). Criterion Validity and Reliability of SF-12 Health Survey Version 2 (SF-12v2) in a Student Population during COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Study. *Depression Research and Treatment*, 2021, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2021/6624378>

Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., & Hensing, G. (2018). “Brave men” and “emotional women”: A theory - guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain research and management*, 2018(1), 6358624

Scott, N., Fayers, P., Aaronson, N., Bottomley, A., de Graeff, A., Groenvold, M., Gundy C., Koller M., Petersen M. & Sprangers, M. A. G. (2008). EORTC QLQ-C30. *Reference values. Brussels: EORTC*

Setia, M. (2016). Methodology series module 3: Cross-sectional studies. *Indian Journal of Dermatology*, 61(3), 261. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>

Shah, V., Stokes, J., & Sutton, M. (2021). Inequalities in health-related quality of life: repeated cross-sectional study of trends in general practice survey data. *British Journal of General Practice*, 71(704), e178-e184

Smith, K. L. W., Matheson, F. I., Moineddin, R., & Dunn, J. R. (2013). Gender differences in mental health service utilization among respondents reporting depression in a national health survey. *Health*, 5(10), 1561-157

Sosnowski, R., Kulpa, M., Ziętalewicz, U., Wolski, J. K., Nowakowski, R., Bakula, R., & Demkow, T. (2017). Basic issues concerning health-related quality of life. *Central European journal of urology*, 70(2), 206–211. <https://doi.org/10.5173/cej.2017.923>

Stea, T. H., Nordheim, O., Bere, E., Stornes, P., & Eikemo, T. A. (2020). *Fruit and vegetable consumption in Europe according to gender, educational attainment and regional affiliation—A cross-sectional study in 21 European countries*. *PLOS ONE*, 15(5), e0232521

Stratton, S. J. (2021). Population Research: Convenience sampling strategies. *Prehospital and Disaster Medicine*, 36(4), 373–374. <https://doi.org/10.1017/s1049023X21000649>

Tetzlaff, F., Sauerberg, M., Grigoriev, P., Tetzlaff, J., Mühlichen, M., Baumert, J. & Hoebel, J. (2024). Age-specific and cause-specific mortality contributions to the socioeconomic gap in life expectancy in Germany, 2003–21: an ecological study. *The Lancet Public Health*, 9(5), e295-e305

Vargha, A., & Delaney, H. D. (1998). The Kruskal-Wallis test and stochastic homogeneity. *Journal of Educational and behavioral Statistics*, 23(2), 170-192

Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. *Journal of happiness studies*, 1, 1-39.

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, 22(3), 429-445

Viertiö, S., Kiviruuu, O., Piirtola, M., Kaprio, J., Korhonen, T., Marttunen, M., & Suvisaari, J. (2021). Factors contributing to psychological distress in the working population, with a special reference to gender difference. *BMC public health*, 21, 1-17

Wang, X., & Cheng, Z. (2020). Cross-Sectional studies. *CHEST Journal*, 158(1), S65–71. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.012>

Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form health survey. *Medical Care*, 34(3), 220–233. <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

Wilkinson R., Marmot M. (2003) “Social Determinants of Health The Solid Facts Second Edition” https://intranet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
Accessed, 10/2024

Wilson, I. B., & Cleary, P. D. (1995). Linking clinical variables with health-related quality of life: a conceptual model of patient outcomes. *Jama*, 273(1), 59-65

World Health Organization (2023) https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1. Accessed, 10/2024

World Health Organization. (2009). *Women & Health: Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*. Retrieved from https://www.who.int/gender/women_health_report/en/. Accessed, 11/2024

World Health Organization. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403–1409

World Health Organization (1946). *Definition of Health*. New York, WHO

Zhang, J., Xu, L., Li, J. Sun, L., Qin, W., Ding, G., Wang, Q., Zhu, J., Yu,Z., Xie, S. & Zhou, C.. Gender differences in the association between body mass index and health-related quality of life among adults: a cross-sectional study in Shandong, China. *BMC Public Health* 19, 1021 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7351-7>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 20Α. Αποτελέσματα περιγραφικής ανάλυσης για τις 12 ερωτήσεις της κλίμακας SF-12

		Άνδρας	Γυναίκα	p
(1) Σε γενικές γραμμές πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας;	Εξαιρετική	7.8%	3.2%	0.322
	Πολύ καλή	41.2%	32.3%	
	Καλή	35.3%	50.0%	
	Μέτρια	13.7%	12.7%	
	Κακή	2.0%	1.9%	
(2) Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή	Ναι, με περιορίζει πολύ	5.9%	3.2%	0.550
	Ναι, με περιορίζει λίγο	19.6%	24.7%	
	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	74.5%	72.2%	
(3) Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους με τα πόδια	Ναι, με περιορίζει πολύ	13.7%	25.3%	0.085
	Ναι, με περιορίζει λίγο	0.0%	0.0%	
	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου	86.3%	74.7%	
(4) Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε; (εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας)	Ναι	25.5%	31.0%	0.453
	Όχι	74.5%	69.0%	
(5) Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας; (εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας)	Ναι	27.5%	32.9%	0.466
	Όχι	72.5%	67.1%	
(6) Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε; (εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος)	Ναι	35.3%	48.7%	0.094
	Όχι	64.7%	51.3%	
	Ναι	21.6%	41.1%	0.012*

(7) Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως; (εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος)	Όχι	78.4%	58.9%	
(8) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας	Καθόλου	62.7%	38.6%	0.014*
	Λίγο	25.5%	25.9%	
	Μέτρια	7.8%	20.9%	
	Αρκετά	3.9%	13.3%	
	Πάρα πολύ	0.0%	1.3%	
(9) Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη	Συνεχώς	0.0%	3.8%	0.012*
	Πολύ συχνά	49.0%	27.8%	
	Μερικές φορές	31.4%	24.1%	
	Μικρό διάστημα	13.7%	25.3%	
	Σπάνια	5.9%	15.8%	
	Καθόλου	0.0%	3.2%	
(10) Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα	Συνεχώς	5.9%	2.5%	0.258
	Το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα	35.3%	28.5%	
	Για σημαντικό χρονικό διάστημα	25.5%	36.1%	
	Μερικές φορές	27.5%	20.9%	
	Για μικρό χρονικό διάστημα	5.9%	12.0%	
	Καθόλου	0.0%	0.0%	
(11) Αισθανόμαστε απελπισία και μελαγχολία	Συνεχώς	0.0%	1.9%	0.194
	Πολύ συχνά	0.0%	4.4%	
	Μερικές φορές	7.8%	12.0%	
	Μικρό διάστημα	25.5%	33.5%	
	Σπάνια	39.2%	30.4%	

	Καθόλου	27.5%	17.7%	
(12) Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες	Συνεχώς	2.0%	1.9%	0.492
	Πολύ συχνά	3.9%	3.8%	
	Μερικές φορές	7.8%	11.4%	
	Μικρό διάστημα	11.8%	21.5%	
	Σπάνια/ Καθόλου	74.5%	61.4%	

Αντιστοίχιση των 12 ερωτήσεων στις 8 διαστάσεις του SF-12

Σωματική λειτουργικότητα	ερωτήσεις 2 και 3
Σωματικός ρόλος	ερωτήσεις 4 και 5
Σωματικός πόνος	ερώτηση 8
Γενικές αντιλήψεις για την υγεία	ερώτηση 1
Ζωτικότητα	ερώτηση 10
Κοινωνική λειτουργικότητα	ερώτηση 12
Συναισθηματικός ρόλος	ερωτήσεις 6 και 7
Ψυχική υγεία	ερωτήσεις 9 και 11

Ερωτηματολόγιο έρευνας

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

* Υποδεικνύει απαιτούμενη ερώτηση

1. 1. Φύλο *

☐ Άνδρας

☐ Γυναίκα

2. 2. Ηλικία *

☐ Α. 25 - 35

☐ Β. 36 - 45

☐ Γ. 46 - 55

☐ Δ. 56+

3. 3. Ποιο είναι το ύψος σας (π.χ. 182 εκ.); *

4. 4. Ποιο είναι το βάρος σας (π.χ. 85 κιλά); *

5. 5. Οικογενειακή κατάσταση *

☐ Α. Άγαμος/η

☐ Β. Παντρεμένος/η

☐ Γ. Διαζευγμένος/η

☐ Δ. Σε χηρεία

6. **6. Επίπεδο εκπαίδευσης *** (Επιλέξτε το ψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει)

- ☐ ΓΥΜΝΑΣΙΟ
- ☐ ΛΥΚΕΙΟ
- ☐ ΜΕΤΑΛΥΚΕΙΑΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
- ☐ ΑΕΙ / ΤΕΙ
- ☐ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ
- ☐ ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ

7. **7. Ποιο είναι το πλήθος των ατόμων του νοικοκυριού σας; ***
Παρακαλώ συμπληρώστε τον αριθμό

8. **8. Ποιο είναι το συνολικό μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού σας; ***

- ☐ Α. έως 1.000€
- ☐ Β. 1.001€ - 2.000€
- ☐ Γ. 2.001€ - 3.000€
- ☐ Δ. πάνω από 3.000€

9. **9. Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα; ***

- ☐ ΝΑΙ
- ☐ ΟΧΙ

10. **10. Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο; ***

- ☐ ΝΑΙ
- ☐ ΟΧΙ

11. **11. Πάσχετε από κάποιο χρόνιο νόσημα; ***

- A. Ναι Προχωρήστε στην ερώτηση 12

☐ B. Όχι Προχωρήστε στην ερώτηση 13

12. 12. Ποιος είναι ο αριθμός των χρόνιων νοσημάτων από τα οποία πάσχετε; *

☐ A. 1

☐ B. 2

☐ Γ. 3

☐ Δ. περισσότερα από 3

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

13. 1. Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ *

☐ A. Καθημερινά

☐ B. 1-3 φορές την εβδομάδα

☐ Γ. Μερικές φορές το μήνα

☐ Δ. Ποτέ

14. 2. Είστε καπνιστής/καπνίστρια; *

☐ A. Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια Προχωρήστε στην ερώτηση 15

☐ B. Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια Προχωρήστε στην ερώτηση 15

☐ Γ. Πρώην καπνιστής/ρια Προχωρήστε στην ερώτηση 16

☐ Δ. Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ Προχωρήστε στην ερώτηση 16

15. 2Α Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα; *

☐ A. 1 - 10

☐ B. 11 - 20

☐ Γ. 21 - 40

☐ Δ. Περισσότερα από 40

16. 3. Πόσο συχνά καταναλώνετε έτοιμο φαγητό (fast food); *

- ☐ Α. Καθημερινά
- ☐ Β. 1 - 3 φορές την εβδομάδα
- ☐ Γ. Μερικές φορές το μήνα
- ☐ Δ. Ποτέ

17. 4. Πόσο συχνά καταναλώνετε φρούτα και λαχανικά; *

- ☐ Α. Καθημερινά
- ☐ Β. 1 - 3 φορές την εβδομάδα
- ☐ Γ. Μερικές φορές το μήνα
- ☐ Δ. Ποτέ

18. 5. Πόσο συχνά ασκείστε; *

- ☐ Α. Καθημερινά
- ☐ Β. 1 - 3 φορές την εβδομάδα
- ☐ Γ. Μερικές φορές το μήνα
- ☐ Δ. Ποτέ

19. 6. Πώς θα περιγράφατε την ποιότητα του ύπνου σας; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ☐ Α. Έλλειψη ύπνου
- ☐ Β. Κοιμάμαι επαρκώς

Ερωτηματολόγιο SF-12

(με τη συγκατάθεση του κ. Κοντοδημόπουλου Νικόλαου)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αναζητά τις απόψεις σας για την υγεία σας. Οι πληροφορίες θα βοηθήσουν στο να καταγραφεί το πως αισθάνεσθε και πόσο καλά είσαστε σε θέση να φέρνετε σε πέρας τις καθημερινές σας δραστηριότητες.

Απαντήστε σε κάθε ερώτηση, δίνοντας την κατάλληλη απάντηση. Αν δεν είστε βέβαιοι για το πως να απαντήσετε σε κάποια ερώτηση, παρακαλώ δώστε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο αυτό που αισθάνεστε.

20. 1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: *

- ☐ Ξαιρετική
- ☐ Πολύ αλή
- ☐ Καλή
- ☐ Μέτρια
- ☐ Κακή

21. 2. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Αν ναι, πόσο; *

α. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή, ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία

- ☐ Ναι, με περιορίζει πολύ
- ☐ Ναι, με περιορίζει λίγο
- ☐ Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου

β. όταν ανεβαίνετε μερικές σκάλες

- ☐ Ναι, με περιορίζει πολύ
- ☐ Ναι, με περιορίζει λίγο
- ☐ Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου

22. 3. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν, είτε στη δουλειά σας - είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας; *

α. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε;

- ☐ Ναι
- ☐ Όχι

β. Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας;

☐ Ναι

☐ Όχι

23. **4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες**, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας - είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος; *

α. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε

☐ Ναι

☐ Όχι

β. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή και τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως

☐ Ναι

☐ Όχι

24. **5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες**, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό); *

☐ Καθόλου

☐ Λίγο

☐ Μέτρια

☐ Αρκετά

☐ Πάρα πολύ

25. **6. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται για το πώς αισθανόσασταν και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες**. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα ... *

α. Νιώθατε ήρεμος/η και γαλήνιος/α

- Συνεχώς
- Το μεγαλύτερο διάστημα
- Σημαντικό διάστημα
- Μερικές φορές
- Μικρό διάστημα
- Καθόλου

β. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα

- Συνεχώς
- Το μεγαλύτερο διάστημα
- Σημαντικό διάστημα
- Μερικές φορές
- Μικρό διάστημα
- Καθόλου

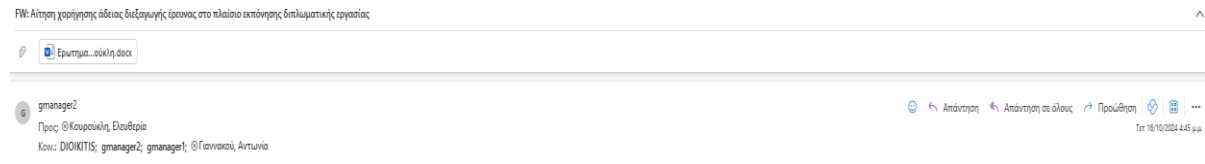
γ. Νιώθατε απελπισμένος/η και μελαγχολικός/η

- Συνεχώς
- Το μεγαλύτερο διάστημα
- Σημαντικό διάστημα
- Μερικές φορές
- Μικρό διάστημα
- Καθόλου

26. 7. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ) ; *

- Συνεχώς
- Το μεγαλύτερο διάστημα
- Σημαντικό διάστημα
- Μερικές φορές
- Μικρό διάστημα
- Καθόλου

Συγκατάθεση για τη διεξαγωγή της έρευνας



Αρ. πρωτ.: ΓΔΥΥ 760/16-10-2024

Έχετε τη σύμφωνη γνώμη της Γενικής Δ/ντριας για τη διανομή του **ανώνυμου** ερωτηματολογίου από εσάς για ερευνητικούς σκοπούς στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.

Σύμφωνα με τις οδηγίες του DPO του Οργανισμού θα πρέπει στο ερωτηματολόγιο **να συμπεριληφθεί από εσάς σαφής αναφορά** ότι η έρευνα είναι **εθελοντική** και ότι **ο ΕΟΠΥΥ δεν εμπλέκεται σε κανένα μέρος την έρευνας και ούτε θα επεξεργαστεί κάποιο στοιχείο** σχετικό με την έρευνα αυτή.

Με εκτίμηση

Άρτεμις Βαρλάμη

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΓΕΝΙΚΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ & ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΥ ΑΓΟΡΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Τηλ.: 2106871715 & 2108110803-804

Ταχ. Δ/νση: Αποστόλου Παύλου 12

Τ.Κ. 15123, Μαρούσι

E-mail: gmanager2@eopyy.gov.gr

From: Κουρούκλη, Ελευθερία <ekouroukli@eopyy.gov.gr>

Sent: Monday, October 14, 2024 12:15 PM

To: gmanager2 <gmanager2@eopyy.gov.gr>; gmanager1 <gmanager1@eopyy.gov.gr>

Cc: DIOIKITIS <dioikitis@eopyy.gov.gr>; Γιαννακού, Αντωνία <agiannakou@eopyy.gov.gr>

Subject: Αίτηση χορήγησης άδειας διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας

Καλημέρα σας,

Στο πλαίσιο της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας ως συμμετέχουσας στο πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, προτίθεται να διεξάγω έρευνα με θέμα «Διερεύνηση ανισοτήτων στην υγεία και τη συμπεριφορά υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών υπαλλήλων ελληνικού δημόσιου οργανισμού - Εμπειρική συγχρονική μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίου». Η επίβλεψη της εν λόγω εργασίας πραγματοποιείται από τον Καθηγητή Οικονομικών και Διοίκησης Υγείας κ. Νιάκα Δημήτριο.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω ανώνυμου δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο θα απευθυνθεί προς τους υπαλλήλους του ΕΟΠΥΥ, θα συμπληρωθεί ηλεκτρονικά και θα απαιτήσει την ολιγόλεπτη συμμετοχή τους. Για την πληρέστερη ενημέρωσή σας επισυνάπτεται το εν λόγω ερωτηματολόγιο.

Ευελπιστώ ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα λάβω την άδειά σας για τη διεξαγωγή της έρευνας και δεσμεύομαι ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα καταθέσω ανάπτυπο αυτής προς τη Διοίκηση του Οργανισμού, ώστε να αξιοποιηθεί κατά την κρίση της.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία και παραμένω στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Με εκτίμηση,

Ελευθερία Κουρούκλη

Τμήμα Προγραμματισμού Προμηθειών

Διεύθυνση Προμηθειών

Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Αποστόλου Παύλου 12, 15123 Μαρούσι