

Επιδράσεις της Πληροφοριακής Συμπεριφοράς στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής του Γενικού Πληθυσμού: Η Περίπτωση του Αγίου Νικολάου Κρήτης

Effects of Information Seeking Behavior to Health-related Quality of Life: Case of Aghios Nikolaos in Crete Island of Greece

Abstract at the end of the article

Μαρία Σημαιάκη,¹ Παναγιώτης Θεοδώρου,²
Πέτρος Κωσταγιόλας,³ Ευαγγελία Λάππα^{2,4}

¹Msc, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα,

²Msc, PhD, Καθηγητής-Σύμβουλος, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα,

³Επίκουρος Καθηγητής, Ιόνιο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Αρχαιολογίας, Βιβλιοθηκονομίας και Μουσειολογίας, Κέρκυρα,

⁴Msc, PhD, Αν. Διοικήτρια ΓΝ Κωνσταντοπούλειο-Πατησίων, Ν. Ιωνίας, Καθηγήτρια-Σύμβουλος, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πάτρα

Υποβλήθηκε: 21/03/2019
Επανυποβλήθηκε: 13/08/2019
Εγκρίθηκε: 29/11/2019

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:

Παναγιώτης Θεοδώρου, Εγνατίας 16, 121 37
Χρυσούπολη, Περιστέρι, Αθήνα
Τηλ: (+30) 6946 361 180
e-mail: panostheodor@yahoo.gr

Εισαγωγή: Η πληροφόρηση καθώς και οι διαδικασίες διάχυσης και διαχείρισης της αποτελούν βασικές συνιστώσες στον τρόπο δόμησης σχέσεων και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Κατά συνέπεια, η διαχείριση της ιατρικής πληροφορίας αποτελεί σημαντική κοινωνικοοικονομική παράμετρο που επιδρά στο επίπεδο υγείας αλλά και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των πολιτών. **Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ της πληροφοριακής συμπεριφοράς, της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής και των πληροφοριακών αναγκών του γενικού πληθυσμού. **Υλικό και Μέθοδος:** Τα δείγματα της έρευνας αποτέλεσαν 150 άτομα από σύνολο 257 ερωτηθέντων (ποσοστό ανταπόκρισης 58,36%), τα οποία δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα συμπληρώνοντας το ειδικά διαμορφωμένο, σταθμισμένο και δομημένο ερωτηματολόγιο μέσω προσωπικής συνέντευξης στην κεντρική πλατεία της πόλης του Αγίου Νικολάου Κρήτης. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής κατεγράφη με βάση τις κλίμακες του EQ-5D – 3L. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το διάστημα Απρίλιος-Μάιος 2015. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 21. **Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, στους σημαντικότερους παράγοντες που ωθούν τους πολίτες στην αναζήτηση πληροφοριών σχετιζόμενων με την υγεία στο διαδίκτυο

συγκαταλέγονται η ασθένεια, η διατροφή, η εύρεση ιατρών, η αναζήτηση πληροφοριών για διαγνωστικές εξετάσεις, καθώς επίσης η μη κατανόηση των απαντήσεων του ιατρού, η ασυμφωνία μεταξύ ιατρών και η άσκηση. Επίσης, οι ιατροί και οι άλλοι επαγγελματίες υγείας, η Google καθώς οι ιστοσελίδες ιατρικού περιεχομένου συνιστούσαν τις σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης. Βασικά εμπόδια κατά την αναζήτηση πληροφοριών είναι η πολυπλοκότητα των πληροφοριών, η ξένη γλώσσα, ο μεγάλος όγκος της ανοργάνωτης πληροφορίας καθώς επίσης η έλλειψη επαρκούς χρόνου με τον ιατρό κατά τη διάρκεια της επίσκεψης και η μη έγκυρη πληροφόρηση. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δεν παρουσίαζε προβλήματα σε σχέση με το περπάτημα, την αυτοεξυπηρέτησή του και την εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων του ενώ ποσοστό 23,3% και 36,2% αισθανόταν μέτριο πόνο/δυσφορία και άγχος/κατάθλιψη αντίστοιχα και ποσοστό 2% και 4,7% αισθανόταν υπερβολικό πόνο/δυσφορία και άγχος/κατάθλιψη αντίστοιχα. Διαπιστώθηκαν επίσης στατιστικά σημαντικές σχέσεις ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και την ηλικία ($p=0,040$) και τις αθλητικές συνήθειες του δείγματος ($p=0,035$). **Συμπεράσματα:** Η πληροφοριακή συμπεριφορά του γενικού πληθυσμού πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα των παρεμβάσεων οργάνωσης της πληροφορίας και σχετίζεται σημαντικά με τη δυνατότητα βελτίωσης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους.

Λέξεις-ευρητήριο: Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, πληροφοριακή συμπεριφορά, ανάγκες πληροφόρησης, πηγές πληροφόρησης, εμπόδια πληροφόρησης.

Εισαγωγή

Το επίπεδο υγείας αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση των αναγκών υγείας και κατά συνέπεια λειτουργεί ως η βασική παράμετρος της ποιότητας ζωής. Η υγεία, με τη σύγχρονη αντίληψή της, συσχετίζεται άμεσα με τη σωματική και ψυχο-κοινωνική ευεξία ενός ατόμου στοιχειοθετώντας παράλληλα τον βασικό σκοπό και όχι το μέσο επίτευξης μίας οικονομικής μεγέθυνσης ή ανάπτυξης.¹ Έτσι, προκειμένου να διακριθεί η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία από τη γενικότερη έννοια της ποιότητας ζωής, καθιερώθηκε ο όρος Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life).²

Παράλληλα, η ραγδαία εξάπλωση του διαδικτύου επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό όλους τους τομείς των ανθρωπίνων δραστηριοτήτων γενικότερα αλλά ειδικότερα των σχετιζόμενων με τις υπηρεσίες υγείας συμπεριφορών. Ως εκ τούτου, η διαχείριση της ιατρικής πληροφορίας αποτελεί σημαντική κοινωνικοοικονομική παράμετρο που επιδρά στο επίπεδο υγείας των πολιτών.³

Ο όρος Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) μπορεί να λάβει ποικίλες θεωρητικές διαστάσεις. Έτσι, σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ΣΥΠΖ ορίζεται ως «η υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν, σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους».⁴ Η μέτρηση της ΣΥΠΖ καθώς και η αλληλεπίδραση αυτής με την υγεία μπορούν να αποτελέσουν σημαντικά εργαλεία για την άσκηση υγειονομικής και κοινωνικής πολιτικής αφού η μελέτη τους θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών, την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών πρωτοκόλλων, την ανάλυση μελετών για ορθολογικότερη κατανομή των περιορισμένων πόρων για την υγεία και την εξακρίβωση στοιχείων που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα της βιοϊατρικής τεχνολογίας.⁵ Παρά την εκτενή βιβλιογραφία για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ελάχιστες εργασίες συσχετίζουν τη ΣΥΠΖ με την πληροφόρηση και την πλη-

ροφοριακή συμπεριφορά των ατόμων. Είναι δεδομένο ότι τόσο οι χρήστες-καταναλωτές υπηρεσιών υγείας, όσο και οι επαγγελματίες υγείας αναζητούν πληροφορίες για τον εμπλουτισμό των γνώσεών τους και την κατανόηση των θεμάτων που αφορούν στην υγεία.⁶ Ειδικότερα, η ανάπτυξη των τεχνολογιών της πληροφορίας καθιστά το διαδίκτυο ιδιαίτερα σημαντική πηγή πληροφόρησης του γενικού πληθυσμού για ζητήματα σχετιζόμενα με την υγεία. Ο εκδημοκρατισμός της ιατρικής πληροφορίας επιδρά με καθοριστικό τρόπο στην κατανόηση της υγείας (health literacy) και στη διαμόρφωση μίας περισσότερο «ισότιμης» σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Προς αυτή την κατεύθυνση, μπορεί να συμβάλει η προβολή νέων παραμέτρων της επικοινωνιακής σχέσης ιατρού-ασθενούς, και πλέον, θεωρείται απαραίτητο οι επαγγελματίες υγείας να προσφέρουν ανθρωποκεντρική φροντίδα στον σύγχρονο ασθενή, σεβόμενοι την προσωπικότητά του και το δικαίωμά του για πληροφόρηση και συγκατάθεση.⁷

Η πληροφοριακή συμπεριφορά, σύμφωνα με τον Wilson,⁸ εμπεριέχει την κατανόηση των αναγκών πληροφόρησης, τη χρήση πηγών πληροφόρησης και τον περιορισμό των εμποδίων κατά την αναζήτηση πληροφοριών.⁶ Παράλληλα, επισημαίνεται στη βιβλιογραφία, ότι το διαδίκτυο αποτελεί σημαντική πηγή πληροφόρησης του γενικού πληθυσμού για ζητήματα σχετικά με την υγεία,^{9,10} ενώ η χρήση μηχανών αναζήτησης, όπως η Google, μπορεί να συνεισφέρει στην διάγνωση σπανίων παθολογικών προβλημάτων.¹¹

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία οι χρήστες που προτιμούν το διαδίκτυο είναι νεότεροι σε ηλικία¹¹ ενώ το φύλο (γυναίκες), το επίπεδο μόρφωσης, και το οικογενειακό εισόδημα σχετίζονται θετικά με την αυξημένη χρήση του διαδικτύου για πληροφορίες σχετικά με την υγεία.¹² Επίσης, σύμφωνα με τους De Rosis και Barsanti,¹³ η ηλικία, η εκπαίδευση και η δυσαρέσκεια με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αποτελούν τους κύριους καθοριστικούς παράγοντες της αναζήτησης σχετιζόμενων με την υγεία πληροφοριών ενώ η χρήση του διαδικτύου για πληροφορίες σχετικά με την υγεία είναι πιο δημοφιλής στους χρήστες που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις ή αναπηρίες.¹⁴ Η έλλειψη εμπιστοσύνης στον ιατρό είναι άλλος ένας λόγος αναζήτησης πληροφοριών υγείας στο διαδίκτυο¹⁵ ενώ θα ήταν παράλειψη να μην αναφερθεί ότι η αναζήτηση πληροφοριών υγείας γίνεται κυρίως από άτομα προσανατολισμένα και ευαισθητοποιημένα σε θέματα υγείας, με σκοπό την υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής και τη διατήρηση ή/και βελτίωση της κα-

τάστασης της υγείας τους.^{9,16} Παράλληλα, η επάρκεια της πληροφόρησης που λαμβάνει ο ασθενής επιδρά σημαντικά στην ικανοποίησή του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.¹⁶

Η ανωνυμία, η γρήγορη, άμεση και εύκολη πρόσβαση από οποιαδήποτε περιοχή, απομονωμένη ή μη, καθώς και η πληθώρα δημοσιευμένων πληροφοριών, συμβάλλουν στη ραγδαία εξάπλωση του διαδικτύου.¹⁷ Παράλληλα, ξεχωρίζει η διαθεσιμότητά του όλη την ημέρα, επτά ημέρες την εβδομάδα, εκμηδενίζοντας χρονικές αλλά και γεωγραφικές αποστάσεις. Ο χρήστης μπορεί να καταφεύγει σε αυτό όποτε θέλει, σε αντίθεση με τους επαγγελματίες υγείας που δέχονται με ραντεβού συγκεκριμένες ώρες και ημέρες.^{18,19} Στα πλεονεκτήματα της χρήσης του διαδικτύου μπορούν επίσης να ενταχθούν η δυνατότητα επικοινωνίας και αλληλεπίδρασης κατά τη μεταφορά της πληροφορίας (π.χ. σε forum συζήτησης με άλλους ασθενείς ή και ιατρούς) και η εξατομίκευση της πληροφορίας από τον ασθενή ανάλογα με τις υπάρχουσες γνώσεις του και το μορφωτικό του επίπεδο.²⁰

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας²¹ στον ελληνικό πληθυσμό, το 89% του πληθυσμού αναζητά πληροφορίες στο διαδίκτυο, το 85,4% εξ αυτών είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα των πληροφοριών που υπάρχουν στο διαδίκτυο και το 82% του δείγματος έχει εμπιστοσύνη στην αντίστοιχη πληροφόρηση. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερο το διαδίκτυο ως πηγή πληροφόρησης υγείας (91,7%), είναι περισσότερο ικανοποιημένες με τη χρήση του (90,5%) και το εμπιστεύονται περισσότερο (84,8%), σε σχέση με τους άνδρες.

Σκοπός

Η έρευνα είχε ως σκοπό τη διερεύνηση των επιδράσεων της πληροφοριακής συμπεριφοράς στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των κατοίκων του Αγίου Νικολάου Λασιθίου Κρήτης, τον εντοπισμό των πληροφοριακών αναγκών τους, τις πηγές πληροφόρησης στις οποίες ανατρέχουν, αλλά και τα εμπόδια τα οποία παρεμβάλλονται στην επίτευξη της επιτυχούς αναζήτησης της πληροφορίας, με απώτερο σκοπό την ανεύρεση των επιδράσεων που έχει αυτή η χρήση, στην ικανοποίηση των πληροφοριακών αναγκών τους και στη βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους.

Υλικό και Μέθοδος

Ανάπτυξη ερωτηματολογίου

Η θεωρητική τεκμηρίωση του ερωτηματολογίου της έρευνας για την πληροφοριακή συμπεριφορά του γενικού πληθυσμού βασίζεται στο μοντέλο του Wilson,⁸ το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί σε παρόμοιες έρευνες στην Ελλάδα και διεθνώς,²²⁻²⁴ ως ακολούθως:

- Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.
- Η δεύτερη ενότητα σχετίζεται με τις ανάγκες πληροφόρησης των πολιτών για θέματα σχετικά με την υγεία τους (15 ερωτήσεις).
- Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει τις πηγές από τις οποίες οι πολίτες αντλούν πληροφορίες για θέματα υγειονομικού ενδιαφέροντος (14 ερωτήσεις).
- Η τέταρτη ενότητα εξετάζει τα εμπόδια που συναντούν οι πολίτες κατά τη διαδικασία αναζήτησης επιστημονικών πληροφοριών (9 ερωτήσεις).
- Η πέμπτη ενότητα ενσωματώνει το ερωτηματολόγιο EuroQoI (EQ-5D-3L) το οποίο διαρθρώνεται σε πέντε διαστάσεις: (α) την κινητικότητα, (β) την αυτοεξυπηρέτηση, (γ) την ικανότητα συμμετοχής σε συνήθειες δραστηριότητες, (δ) τον πόνο/δυσφορία και (ε) το άγχος-κατάθλιψη. Η κάθε μία από τις προαναφερόμενες διαστάσεις αποτιμάται σε τρία διαφορετικά επίπεδα (κανένα πρόβλημα, κάποια προβλήματα, σημαντικά προβλήματα).

Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics 21. Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιή-

θηκαν τα έγκυρα ποσοστά % (valid) και οι μέσες τιμές (mean). Για τον έλεγχο της κανονικότητας της κατανομής, έγινε χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων έγινε χρήση του ελέγχου Man-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών ανάμεσα σε τρεις ή παραπάνω διαφορετικές ομάδες, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Kruskal-Wallis. Σε όλους τους ελέγχους που εφαρμόστηκαν, το επίπεδο σημαντικότητας (p) ορίστηκε στο 0,05.

Δειγματοληψία και εσωτερική συνέπεια ερωτηματολογίου

Τα δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 150 άτομα από σύνολο 257 ερωτηθέντων (ποσοστό ανταπόκρισης 58,36%), τα οποία δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα συμπληρώνοντας το ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο, μέσω προσωπικής συνέντευξης, στην κεντρική πλατεία της πόλης του Αγίου Νικολάου Κρήτης.

Η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach α. Ο συντελεστής αξιοπιστίας (Cronbach α) για τη δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου ισούται με 0,929, για την τρίτη ενότητα ισούται με 0,890 και για την τέταρτη ενότητα ισούται με 0,909, το οποίο σημαίνει ότι όλα τα στοιχεία του ερωτηματολογίου έχουν υψηλή συνέπεια, δηλαδή είναι υψηλά συσχετισμένα ως στοιχεία μιας ομάδας.

Αποτελέσματα

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Αναλυτικότερα, από την επεξεργασία των 150 έγκυρων ερωτηματολογίων, ποσοστό

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Φύλο	Ηλικία	Επίπεδο Εκπαίδευσης	Κάπνισμα	Αλκοόλ	Άθληση
Ανδρες 67 (44,7%)	<35 40 (26,7%)	Μέση εκπαίδευση 54 (36%)	Δεν καπνίζω 98 (65,3%)	Δεν πίνω 49 (32%)	Καθόλου 54 (36%)
Γυναίκες 83 (55,3%)	36-45 56 (37,3%)	Ανώτερη 50 (33,3%)	1-10 25 (16,7%)	1/μήνα 41 (27,3%)	1/μήνα 24 (16%)
	46-55 40 (26,7%)	Ανώτατη 33 (22%)	11-20 15 (10%)	2-4/μήνα 38 (25,3%)	2-4/μήνα 21 (14%)
	56-65 13 (8,7%)	Μεταπτυχιακό 13 (8,7%)	>20 12 (8%)	8-12/μήνα 15 (10%)	8-12/μήνα 28 (18,7%)
	> 65 1 (0,6%)			> 16/μήνα 7 (4,7%)	> 16/μήνα 23 (15,3%)

44,7% ήταν άνδρες και 55,3% ήταν γυναίκες. Επίσης, το 37,3% των ερωτηθέντων ανήκε στην ηλικιακή ομάδα των 36-45 ετών με τις ηλικιακές ομάδες <35, 46-55, 56-65, >65 να λαμβάνουν ποσοστά της τάξης 26,7%, 26,7%, 8,75 και 0,7% αντίστοιχα.

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, το 36% του δείγματος είχε ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση, 33,3% είχε ανώτερη τεχνολογική εκπαίδευση, 22% είχε αποφοιτήσει από κάποιο πανεπιστημιακό ίδρυμα ενώ 8,7% είχε ολοκληρώσει μεταπτυχιακές σπουδές.

Επίσης, στην ερώτηση για τη σχέση τους με το κάπνισμα, η πλειονότητα (65,3%) των ερωτηθέντων δήλωσαν μη καπνιστές, ποσοστό 16,7% καπνίζει 1-10 τσιγάρα την ημέρα, ποσοστό 10% δήλωσε ότι καπνίζει 11-20 τσιγάρα την ημέρα και ποσοστό 8% καπνίζει περισσότερα από 20 τσιγάρα την ημέρα.

Παράλληλα, στην ερώτηση για τη σχέση τους με το αλκοόλ, το 32,7% του δείγματος δήλωσε ότι δεν πίνει, το 27,3% πίνει μία φορά τον μήνα, το 25,3% πίνει 2-4 φορές τον μήνα, το 10% πίνει 8 έως 12 φορές τον μήνα, ενώ το 4,7% πίνει περισσότερες από 16 φορές τον μήνα.

Ολοκληρώνοντας τα περιγραφικά αποτελέσματα, στην τελευταία ερώτηση η οποία σχετιζόταν με τη σχέση των κατοίκων του δείγματος με την άθληση, ποσοστό 36% απάντησε ότι δεν αθλείται καθόλου, ποσοστό 16% αθλείται μία φορά τον μήνα, ποσοστό 14% αθλείται 2

έως 4 φορές τον μήνα, 18,7% των ερωτηθέντων αθλείται 8 έως 12 φορές τον μήνα και ποσοστό 15,3% αθλείται περισσότερο από 16 φορές τον μήνα.

Ανάγκες πληροφόρησης

Σύμφωνα με τον πίνακα 2, η αναζήτηση πληροφοριών για μία συγκεκριμένη ασθένεια, για θέματα που σχετίζονται με τη διατροφή, για την εύρεση ιατρών, για διαγνωστικές εξετάσεις καθώς και η αναζήτηση πληροφοριών για τη θεραπεία μιας ασθένειας, αποτελούσαν τους κυριότερους λόγους για τους οποίους οι πολίτες χρησιμοποιούν το διαδίκτυο για την αναζήτηση πληροφοριών. Επιπρόσθετα, η αναζήτηση πληροφοριών σχετικών με την άσκηση, η μη κατανόηση των απαντήσεων του ιατρού και η ασυμφωνία ιατρών για ζητήματα υγείας θεωρούνται επίσης σημαντικές αιτίες αναζήτησης πληροφοριών. Αντίθετα, ο πληθυσμός του δείγματος έδινε λιγότερη έμφαση στην ενημέρωση άλλων για θέματα υγείας, στην εύρεση ομάδων υποστήριξης και αυτοβοήθειας, στην αναζήτηση πληροφοριών σχετικά με την ψυχική υγεία, καθώς και σε πληροφορίες σχετικά με εναλλακτικές θεραπείες.

Αναφορικά με τις πληροφοριακές ανάγκες των πολιτών του δείγματος, χρησιμοποιώντας το Mann-Whitney U test και τον έλεγχο Kruskal-Wallis (πίνακας 3), διαπι-

Πίνακας 2. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις μεταβλητών της κλίμακας Ανάγκες πληροφόρησης του γενικού πληθυσμού.

Ανάγκες για πληροφόρηση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ενημέρωση άλλων για ζητήματα υγείας (έγκυρα n=150)	3,57	1,19
Πληροφορίες για συγκεκριμένη ασθένεια (έγκυρα n=150)	3,95	1,041
Πληροφορίες για διαγνωστικές εξετάσεις (έγκυρα n=150)	3,91	0,999
Πληροφορίες για θεραπεία (έγκυρα n=150)	3,98	1,08
Πληροφορίες για εναλλακτικές θεραπείες (έγκυρα n=150)	3,70	1,236
Πληροφορίες για συγκεκριμένο φάρμακο (έγκυρα n=150)	3,75	1,154
Πληροφορίες σχετικά με την ψυχική υγεία (έγκυρα n=150)	3,66	1,225
Πληροφορίες σχετικά με την άσκηση (έγκυρα n=150)	3,86	1,123
Πληροφορίες σχετικά με τη διατροφή (έγκυρα n=150)	3,92	1,059
Μη κατανόηση των απαντήσεων του ιατρού (έγκυρα n=148)	3,80	1,261
Μείωση του άγχους που δημιουργήθηκε από της απαντήσεις του ιατρού (έγκυρα n=149)	3,76	1,319
Ασυμφωνία ιατρών για ζητήματα υγείας (έγκυρα n=147)	3,87	1,229
Εύρεση ομάδων υποστήριξης και αυτοβοήθειας (έγκυρα n=150)	3,62	1,369
Εύρεση ιατρών (έγκυρα n=150)	3,91	1,13
Εύρεση επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών, λογοθεραπευτών, φυσικοθεραπευτών κ.λπ.) (έγκυρα n=150)	3,73	1,262

Πίνακας 3. Μέση τάξη μεγέθους στατιστικά σημαντικών παραγόντων της κλίμακας Ανάγκες πληροφόρησης σε σχέση με δημογραφικούς παράγοντες.

	Φύλο		z	Εκπαίδευση			Άθληση		
	Mean Rank	p-value		Mean Rank	p-value	χ ²	Mean Rank	p-value	χ ²
Ενημέρωση άλλων για ζητήματα υγείας (έγκυρα n=150)				Άτομα με ανώτερο επίπεδο τεχνολογικής εκπαίδευσης (76,82)	0,026	11,04			
Πληροφορίες για συγκεκριμένη ασθένεια (έγκυρα n=150)				Άτομα με ανώτατη εκπαίδευση (84,59)	0,010	13,16			
Πληροφορίες για διαγνωστικές εξετάσεις (έγκυρα n=150)				Άτομα με ανώτατη εκπαίδευση (81,86)	0,019	11,78			
Πληροφορίες για θεραπεία (έγκυρα n=150)				Άτομα με ανώτατη εκπαίδευση (86,59)	0,003	15,51			
Πληροφορίες σχετικά με την ψυχική υγεία (έγκυρα n=150)	Γυναίκες (80,55), Άνδρες (65,73)	0,030	-2,17						
Πληροφορίες σχετικά με την άσκηση (έγκυρα n=150)				Άτομα με ανώτατη εκπαίδευση (72,59)	0,038	10,13	>16 φορές/μήνα (99,04)	0,007	14,10
Πληροφορίες σχετικά με τη διατροφή (έγκυρα n=150)							>16 φορές/μήνα (101,34)	0,01	13,07
Μη κατανόηση των απαντήσεων του ιατρού (έγκυρα n=148)	Γυναίκες (79,28), Άνδρες (62,76)	0,014	-2,45						
Ασυμφωνία ιατρών για ζητήματα υγείας (έγκυρα n=147)	Γυναίκες (79,28), Άνδρες (63,44)	0,040	-2,05						
Εύρεση ομάδων υποστήριξης και αυτοβοήθειας (έγκυρα n=150)	Γυναίκες (78,33), Άνδρες (64,41)	0,039	-2,06						
Εύρεση επαγγελματιών υγείας (νοσηλευτών, λογοθεραπευτών, κ.λπ.) (έγκυρα n=150)	Γυναίκες (80,06), Άνδρες (61,64)	0,006	-2,75						
Εύρεση ιατρών (έγκυρα n=150)	Γυναίκες (80,28), Άνδρες (65,28)	0,025	-2,23						

στώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ανάγκες για πληροφόρηση και το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και τις αθλητικές δραστηριότητες του δείγματος.

Πηγές πληροφόρησης

Σύμφωνα με τον πίνακα 4, η αναζήτηση πληροφοριών σε ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας, σε μηχανές αναζήτησης που υπάρχουν στο διαδίκτυο (Google) καθώς και σε ιστοσελίδες που αναφέρονται σε ιατρικά θέματα ήταν οι σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης των πολιτών για θέματα που σχετίζονται με την υγεία τους. Επιπλέον, η αναζήτηση πληροφοριών σε επαγγελματίες υγείας εκτός ιατρών (νοσηλευτές κ.ά.), σε ηλεκτρονικά επιστημονικά περιοδικά αλλά και σε συζητήσεις με φίλους ή/και συναδέλφους, θεωρούνται επίσης σημαντικές πηγές πληροφοριών. Από την άλλη πλευρά, χαμηλότερα στις προτιμήσεις τους είναι η αναζήτηση πληροφοριών από έντυπες εγκυκλοπαίδειες, έντυπα φυλλάδια και έντυπα περιοδικά.

Η μελέτη των δημογραφικών χαρακτηριστικών των πολιτών του δείγματος σε σχέση με τις πηγές πληροφόρησής τους ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιώντας το Mann-Whitney U test και τον έλεγχο Kruskal-Wallis, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις πηγές πληροφόρη-

σης και την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και τις καπνιστικές συνήθειες του δείγματος (πίνακας 5).

Εμπόδια στη πληροφόρηση

Σύμφωνα με τον πίνακα 6, η έλλειψη εύκολης πρόσβασης σε ιατρό, η πολυπλοκότητα των πληροφοριών, η αδυναμία κατανόησής τους σε άλλη γλώσσα, η έλλειψη επαρκούς χρόνου με τον ιατρό κατά την επίσκεψη και ο μεγάλος όγκος της ανοργάνωτης πληροφορίας αποτελούσαν τα σημαντικότερα εμπόδια που συνάντησαν οι πολίτες του δείγματος στην προσπάθειά τους για αναζήτηση επιστημονικών πληροφοριών. Άλλα σημαντικά εμπόδια ήταν η μη έγκυρη πληροφόρηση και η έλλειψη οργανωμένων πηγών πληροφόρησης. Από την άλλη πλευρά, η ελλιπής εξοικείωση με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και το κόστος συνδρομών σε περιοδικά ή βάσεις ιατρικών δεδομένων ήταν λιγότερο σημαντικά εμπόδια στην πληροφόρηση των κατοίκων του δείγματος.

Η μελέτη των δημογραφικών χαρακτηριστικών των πολιτών του δείγματος σε σχέση με τα εμπόδια πληροφόρησής τους ανέδειξε επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιώντας το Mann-Whitney U test και τον έλεγχο Kruskal-Wallis, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα εμπόδια για πληροφόρηση και το φύλο, το επίπεδο εκ-

Πίνακας 4. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις μεταβλητών της κλίμακας Πηγές πληροφόρησης του γενικού πληθυσμού.

Πηγές πληροφόρησης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ιατρικό προσωπικό (έγκυρα n=148)	4,06	1,077
Επαγγελματίες υγείας εκτός ιατρών (νοσηλευτές κ.ά.) (έγκυρα n=149)	3,25	1,273
Έντυπα ιατρικά εγχειρίδια και βιβλία (έγκυρα n=147)	3,12	1,409
Έντυπες εγκυκλοπαίδειες (έγκυρα n=148)	2,56	1,356
Έντυπα περιοδικά (έγκυρα n=146)	2,66	1,367
Έντυπα φυλλάδια από υγειονομικές ή άλλες αρχές (έγκυρα n=146)	2,79	1,379
Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης (π.χ. τηλεόραση, ραδιόφωνο, τύπος) (έγκυρα n=146)	2,94	1,314
Συζητήσεις με την οικογένεια ή/και συγγενείς (έγκυρα n=148)	3,24	1,242
Συζητήσεις με φίλους ή/και συναδέλφους (έγκυρα n=147)	3,42	1,205
Διαδίκτυο-Μηχανές Αναζήτησης (π.χ. Google) (έγκυρα n=146)	3,81	1,261
Ηλεκτρονικά επιστημονικά περιοδικά (έγκυρα n=147)	3,27	1,469
Ιστοσελίδες στο διαδίκτυο (έγκυρα n=146)	3,71	1,270
Επιστημονικές Ιατρικές Ιστοσελίδες (Medhelp, Healthline, PubMed) (έγκυρα n=143)	3,52	1,373
Facebook, Twitter, Blogs (έγκυρα n=139)	2,61	1,506

Πίνακας 5. Μέση τάξη μεγέθους στατιστικά σημαντικών παραγόντων της κλίμακας Πηγές πληροφόρησης σε σχέση με δημογραφικούς παράγοντες.

	Ηλικία			Εκπαίδευση			Κάπνισμα		
	Mean Rank	p-value	χ^2	Mean Rank	p-value	χ^2	Mean Rank	p-value	χ^2
Ιατρικό προσωπικό (έγκυρα n=148)	Ηλικία 56-55 (90,54)	0,036	8,484						
Έντυπα ιατρικά εγχειρίδια και βιβλία (έγκυρα n=147)				Άτομα με ανώτατη εκπαίδευση (86,18)	<0,001	18,66	Όσοι καπνίζουν >20 τσιγάρα ημερησίως (107,5)	0,026	11,01
Έντυπες εγκυκλοπαίδειες (έγκυρα n=148)				Άτομα με ανώτατη εκπαίδευση (74,77)	0,032	10,51	Όσοι καπνίζουν >20 τσιγάρα ημερησίως (103,45)	0,014	12,40
Έντυπα περιοδικά (έγκυρα n=146)				Άτομα με ανώτατη εκπαίδευση (75,65)	0,046	9,65	Όσοι καπνίζουν >20 τσιγάρα ημερησίως (98,125)	0,015	12,29
Έντυπα φυλλάδια από υγειονομικές ή άλλες αρχές (έγκυρα n=146)				Άτομα με ανώτερη τεχνολογική εκπαίδευση (81,86)	0,037	10,17	Όσοι καπνίζουν >20 τσιγάρα ημερησίως (105,86)	0,03	10,67
Διαδίκτυο-Μηχανές Αναζήτησης (π.χ. Google) (έγκυρα n=146)							Οι μη καπνίζοντες (81,47)	0,004	15,02
Ηλεκτρονικά επιστημονικά περιοδικά (έγκυρα n=147)				Άτομα με ανώτατη εκπαίδευση (79,56)	0,001	16,92			
Επιστημονικές Ιατρικές Ιστοσελίδες (Medhelp, Healthline, PubMed) (έγκυρα n=143)				Άτομα με ανώτερη εκπαίδευση (74,22)	0,006	14,20			

παίδευσης και τις καπνιστικές συνήθειες του δείγματος (πίνακας 7).

Ποιότητα ζωής

Σύμφωνα με τον πίνακα 8, όσον αφορά στην κινητικότητα των συμμετεχόντων, ποσοστό 94,6% δήλωσε ότι δεν έχει κανένα πρόβλημα με το περπάτημα ενώ ποσοστό 5,4% δήλωσε ότι εμφανίζει κάποια αντίστοιχα προβλήματα. Επιπλέον, αναφορικά με τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης, ποσοστό 98% δήλωσε ότι δεν έχει

κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή του ενώ ποσοστό 2% ανέφερε ότι εμφανίζει κάποια σχετικά προβλήματα. Παράλληλα, σχετικά με τη δυνατότητα εκτέλεσης των καθημερινών δραστηριοτήτων του, ποσοστό 95,3% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι δεν εμφανίζει κάποιο πρόβλημα κατά την εκτέλεση των δραστηριοτήτων του ενώ ποσοστό 4,7% ανέφερε ότι αντιμετωπίζει κάποια προβλήματα κατά την εκτέλεση των δραστηριοτήτων του. Επιπρόσθετα, σχετικά με την έκταση του πόνου ή της δυσφορίας που μπορεί να νιώθει κάποιος

Πίνακας 6. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις μεταβλητών της κλίμακας Εμπόδια πληροφόρησης του γενικού πληθυσμού.

Εμπόδια πληροφόρησης	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ελλιπής εξοικείωση με Η/Υ (έγκυρα n=149)	2,93	1,638
Έλλειψη οργανωμένων πηγών πληροφόρησης (π.χ. Βιβλιοθήκης) (έγκυρα n=148)	3,22	1,407
Κόστος (συνδρομές σε περιοδικά ή βάσεις ιατρικής πληροφόρησης) (έγκυρα n=146)	3,14	1,408
Έλλειψη χρόνου με τον ιατρό κατά την επίσκεψη (έγκυρα n=146)	3,36	1,388
Έλλειψη εύκολης πρόσβασης σε ιατρό (έγκυρα n=148)	3,41	1,399
Αδυναμία κατανόησης πληροφοριών σε ξένη γλώσσα (έγκυρα n=149)	3,28	1,419
Οι πληροφορίες είναι συχνά περίπλοκες και δύσκολες να κατανοηθούν (έγκυρα n=147)	3,34	1,301
Μεγάλος όγκος ανοργάνωτης ηλεκτρονικής πληροφορίας (έγκυρα n=147)	3,44	1,255
Μη έγκυρη πληροφόρηση στο διαδίκτυο (έγκυρα n=147)	3,37	1,390

Πίνακας 7. Μέση τάξη μεγέθους στατιστικά σημαντικών παραγόντων της κλίμακας Εμπόδια πληροφόρησης σε σχέση με δημογραφικούς παράγοντες.

	Φύλο			Εκπαίδευση			Κάπνισμα		
	Mean Rank	p-value	z	Mean Rank	p-value	χ^2	Mean Rank	p-value	χ^2
Ελλιπής εξοικείωση με Η/Υ (έγκυρα n=149)				Άτομα που έχουν ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση (77,19)	0,028	10,84			
Έλλειψη οργανωμένων πηγών πληροφόρησης (π.χ. Βιβλιοθήκης) (έγκυρα n=148)				Άτομα που έχουν ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση (75,72)	0,024	11,21			
Έλλειψη χρόνου με τον ιατρό κατά την επίσκεψη (έγκυρα n=146)	Γυναίκες (80,81), Άνδρες (64,13)	0,015	-2,42						
Έλλειψη εύκολης πρόσβασης σε ιατρό (έγκυρα n=148)	Γυναίκες (80,54), Άνδρες (66,78)	0,047	-1,98				Όσοι καπνίζουν 11-20 τσιγάρα ημερησίως (91,53)	0,016	12,16
Αδυναμία κατανόησης πληροφοριών σε ξένη γλώσσα (έγκυρα n=149)				Άτομα με που έχουν ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση (76,82)	0,024	11,21	Όσοι καπνίζουν >20 τσιγάρα ημερησίως (98,20)	0,002	11,58
Οι πληροφορίες είναι συχνά περίπλοκες και δύσκολες να κατανοηθούν (έγκυρα n=147)				Άτομα με που έχουν ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση (77,13)	0,005	14,81	Όσοι καπνίζουν 11-20 τσιγάρα ημερησίως (90,33)	0,039	10,03
Μεγάλος όγκος ανοργάνωτης ηλεκτρονικής πληροφορίας (έγκυρα n=147)				Άτομα που έχουν ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση (75,80)	0,024	11,15			

Πίνακας 8. Αποτελέσματα ερωτηματολογίου EQ-5D σε σχέση με τις διαστάσεις της Ποιότητας ζωής.

Κινητικότητα	Ποσοστό (%)	Αυτοεξυπηρέτηση	Ποσοστό (%)
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	94,6	Δεν έχω πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή μου	98,0
Έχω πρόβλημα στο περπάτημα	5,4	Έχω κάποια προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι	2,0
Καθημερινές δραστηριότητες	Ποσοστό (%)		
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου	95,3		
Έχω κάποια προβλήματα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου	4,7		
Πόνος/Δυσφορία	Ποσοστό (%)	Άγχος/Κατάθλιψη	Ποσοστό (%)
Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο ή δυσφορία	74,7	Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη	59,1
Αισθάνομαι ελαφρύ πόνο ή δυσφορία	23,3	Αισθάνομαι μέτριο άγχος ή κατάθλιψη	36,2
Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο	2,0	Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη	4,7

στην καθημερινότητά του, ποσοστό 74,7% δήλωσε ότι δεν αισθάνεται καθόλου πόνο ή δυσφορία ενώ ποσοστό 23,3% και 2% δήλωσε ότι αισθάνεται μέτριο ή υπερβολικό πόνο/δυσφορία αντίστοιχα. Σε ό,τι αφορά στην τελευταία ερώτηση της μεταβλητής Ποιότητα Ζωής που σχετίζεται με την ένταση του άγχους ή της κατάθλιψης που μπορεί να νιώθει κάποιος στην καθημερινότητά του, ποσοστό 59,1% δήλωσε ότι δεν αισθάνεται καθόλου άγχος ή κατάθλιψη ενώ ποσοστό 36,2% και 4,7% δήλωσε ότι αισθάνεται μέτριο ή υπερβολικό άγχος/κατάθλιψη αντίστοιχα. Στον πίνακα 9, καταγράφονται οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις των διαστάσεων της Ποιότητας ζωής. Η μελέτη των δημογραφικών χαρακτηριστικών των πολιτών του δείγματος σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους, ανέδειξε επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιώντας

το Mann-Whitney U test και τον έλεγχο Kruskal-Wallis, διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στην Ποιότητα ζωής και την ηλικία και τις αθλητικές συνήθειες του δείγματος (πίνακας 10).

Στη συνέχεια, εφαρμόζοντας τον έλεγχο Kruskal-Wallis έγινε στατιστική ανάλυση για την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων μεταξύ των επιμέρους διαστάσεων της Ποιότητας ζωής των πολιτών του δείγματος και των μεταβλητών κάθε κλίμακας (ανάγκες, πηγές και εμπόδια πληροφόρησης) (πίνακες 11-13).

Συζήτηση

Οι σημαντικότεροι λόγοι που οδηγούν τα άτομα του δείγματος στην αναζήτηση πληροφοριών σχετιζόμενων με την υγεία μέσω του διαδικτύου, ήταν η εύρεση πληροφοριών για μία συγκεκριμένη ασθένεια, για θέματα που

Πίνακας 9. Πίνακας μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων Ποιότητας ζωής.

Δείκτες ποιότητας ζωής	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Κινητικότητα (έγκυρα n=149)	1,05	0,226
Αυτοεξυπηρέτηση (έγκυρα n=150)	1,02	0,14
Καθημερινές δραστηριότητες (έγκυρα n=150)	1,05	0,212
Πόνος/Δυσφορία (έγκυρα n=150)	1,27	0,49
Άγχος/Κατάθλιψη (έγκυρα n=149)	1,46	0,587

Πίνακας 10. Μέση τάξη μεγέθους στατιστικά σημαντικών παραγόντων των διαστάσεων της Ποιότητας Ζωής σε σχέση με δημογραφικούς παράγοντες.

	Ηλικία			Άθληση		
	Mean Rank	p-value	χ^2	Mean Rank	p-value	χ^2
Καθημερινές δραστηριότητες (έγκυρα n=150)				Αυτοί που ασκούνται 1 φορά τον μήνα (84,5)	0,035	10,30
Πόνος/Δυσφορία (έγκυρα n=150)	Η ηλικιακή ομάδα 56–65 ετών (84,076)	0,040	8,275			

Πίνακας 11. Μέση τάξη μεγέθους στατιστικά σημαντικών παραγόντων μεταξύ των διαστάσεων της Κινητικότητας και της Αυτοεξυπηρέτησης σε σχέση με τις μεταβλητές των άλλων κλιμάκων (ανάγκες, πηγές και εμπόδια πληροφόρησης).

	Κινητικότητα			Αυτοεξυπηρέτηση		
	Mean Rank	p-value	χ^2	Mean Rank	p-value	χ^2
Αναζήτηση πληροφοριών σε Διαδίκτυο – Μηχανές Αναζήτησης (π.χ. Google) (έγκυρα n=146)				Όσοι δεν είχαν κάποιο πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή τους (74,47)	0,043	4,05
Κινητικότητα (έγκυρα n=149)				Όσοι αντιμετώπιζαν ορισμένα προβλήματα στο να πλένονται και να ντύνονται (108,25)	0,004	7,89
Αυτοεξυπηρέτηση (έγκυρα n=150)	Όσοι είχαν ορισμένα προβλήματα στο περπάτημα (83,31)	0,004	7,89			
Καθημερινές δραστηριότητες (έγκυρα n=150)	Όσοι είχαν ορισμένα προβλήματα στο περπάτημα (99,43)	<0,00	20,1	Όσοι αντιμετώπιζαν ορισμένα προβλήματα στο να πλένονται και να ντύνονται (122)	<0,001	26,27
Πόνος/Δυσφορία (έγκυρα n=150)	Όσοι είχαν ορισμένα προβλήματα στο περπάτημα (104,43)	0,008	6,98	Όσοι αντιμετώπιζαν ορισμένα προβλήματα στο να πλένονται και να ντύνονται (136,33)	0,001	10,51

σχετίζονται με τη διατροφή, η εύρεση ιατρών καθώς και η αναζήτηση πληροφοριών για διαγνωστικές εξετάσεις, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τη διεθνή βιβλιογραφία. Εξίσου σημαντικές αιτίες αναζήτησης πληροφοριών αποτέλεσαν η μη κατανόηση των απαντήσεων του ιατρού, η ασυμφωνία μεταξύ ιατρών και ερωτήματα σχετικά με άσκηση. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η κυριότερη ανάγκη πληροφόρησης των γονέων σχετικά με τα παιδιά τους αφορά στις αιτίες και στα συμπτώματα μιας ασθένειας που έχει διαγνωσθεί.²⁵ Ειδικά στις περιπτώσεις που υπάρχει δυσκολία ερμηνείας των συμπτωμάτων από τον ιατρό και καθυστέρηση να τεθεί διάγνωση, πολλοί γονείς ωθούνται να χρησιμοποιήσουν μηχανή αναζήτη-

σης στο διαδίκτυο (π.χ. Google) για να διερευνήσουν την πιθανή διάγνωση με βάση τα συμπτώματα.²⁶ Παράλληλα, 8 στους 10 (78,5%) νέους μέχρι 35 ετών, συμβουλευόταν το διαδίκτυο για να βρουν πληροφορίες που θα τους βοηθήσουν να αποφασίσουν εάν θα πρέπει να επισκεφθούν έναν επαγγελματία υγείας, 7 στους 10 (66,7%) ψάχνουν πληροφορίες πριν από ένα ιατρικό ραντεβού, ενώ 6 στους 10 (62,1%) αναζητούν πληροφορίες μετά από μια επίσκεψη σε επαγγελματία υγείας, συνήθως για μια δεύτερη γνώμη. Αντίστοιχα ήταν τα ποσοστά για τον γενικό πληθυσμό (73,5%, 65,4% και 64,8%).²⁷ Οι πληροφορίες σχετικά με την υγιεινή διατροφή αποτελούν έναν ακόμη λόγο αναζήτησης πληροφοριών υγείας,²⁸ ενώ η

Πίνακας 12. Μέση τάξη μεγέθους στατιστικά σημαντικών παραγόντων μεταξύ των διαστάσεων της εκτέλεσης Καθημερινών δραστηριοτήτων και του Πόνου/δυσφορίας σε σχέση με τις μεταβλητές των άλλων κλιμάκων (ανάγκες, πηγές και εμπόδια πληροφόρησης).

	Καθημερινές δραστηριότητες			Πόνος/Δυσφορία		
	Mean Rank	p-value	χ^2	Mean Rank	p-value	χ^2
Αναζήτηση πληροφοριών σε έντυπα περιοδικά (έγκυρα n=146)				Ο παράγοντας Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο ή δυσφορία (79,22)	0,017	8,09
Αναζήτηση πληροφοριών σε έντυπα φυλλάδια από υγειονομικές ή άλλες αρχές (έγκυρα n=146)				Ο παράγοντας Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο ή δυσφορία (79,03)	0,021	7,73
Αναζήτηση πληροφοριών σε επιστημονικές Ιατρικές Ιστοσελίδες (Medhelp, Healthline, PubMed) (έγκυρα n=143)	Ο παράγοντας Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνήθειες δραστηριότητές μου (73,51)	0,018	5,57			
Μη έγκυρη πληροφόρηση στο διαδίκτυο (έγκυρα n=147)	Όσοι είχαν κάποια προβλήματα κατά την εκτέλεση των συνηθισμένων τους δραστηριοτήτων (108,5)	0,037	4,32			
Κινητικότητα (έγκυρα n=149)	Όσοι είχαν κάποια προβλήματα κατά την εκτέλεση των συνηθισμένων τους δραστηριοτήτων παρουσίασαν (102,92)	<0,001	20,18	Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο (95,83)	0,012	8,89
Αυτοεξυπηρέτηση (έγκυρα n=150)	Όσοι είχαν κάποια προβλήματα κατά την εκτέλεση των συνηθισμένων τους δραστηριοτήτων (95,42)	<0,001	26,274	Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο (99)	0,000	19,645
Καθημερινές δραστηριότητες (έγκυρα n=150)				Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο (122)	<0,001	29,015
Πόνος/Δυσφορία (έγκυρα n=150)	Όσοι είχαν κάποια προβλήματα κατά την εκτέλεση των συνηθισμένων τους δραστηριοτήτων (114,42)	0,001	10,324			
Άγχος/Κατάθλιψη (έγκυρα n=149)				Αισθάνομαι ελαφρύ πόνο ή δυσφορία (98,5)	<0,001	18,755

αναζήτηση πληροφοριών για διαγνωστικές εξετάσεις και διαδικασίες αλλά και για θέματα σχετικά με την άσκηση αποτελούν επίσης αντικείμενα αυξανόμενου ενδιαφέροντος από το ευρύ κοινό.²⁹

Η αναζήτηση πληροφοριών σε ιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας, σε μηχανές αναζήτησης που υπάρχουν στο διαδίκτυο (Google) καθώς και σε

ιστοσελίδες ιατρικού περιεχομένου αποτελούν τις σημαντικότερες πηγές πληροφόρησης των πολιτών του δείγματος. Εξίσου σημαντικές πηγές πληροφόρησης είναι τα ηλεκτρονικά επιστημονικά περιοδικά καθώς και οι συζητήσεις με φίλους ή/και συναδέλφους. Τα σχετικά αποτελέσματα συμπίπτουν με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας.

Πίνακας 13. Μέση τάξη μεγέθους στατιστικά σημαντικών παραγόντων μεταξύ της διάστασης του Άγχους/κατάθλιψης σε σχέση με τις μεταβλητές των άλλων κλιμάκων (ανάγκες, πηγές και εμπόδια πληροφόρησης).

		Άγχος/Κατάθλιψη		
		Mean Rank	p-value	x ²
Μη κατανόηση των απαντήσεων του ιατρού (έγκυρα n=148)	Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη (100,28)		0,019	7,93
Ασυμφωνία ιατρών για ζητήματα υγείας (έγκυρα n=147)	Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη (98,21)		0,046	6,17
Αναζήτηση πληροφοριών σε έντυπα περιοδικά (έγκυρα n=146)	Ο παράγοντας Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη (81,17)		0,017	8,16
Αναζήτηση πληροφοριών σε ηλεκτρονικά επιστημονικά περιοδικά (έγκυρα n=147)	Ο παράγοντας Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη (80,91)		0,031	6,97
Ελλιπής εξοικείωση με Η/Υ (έγκυρα n=149)	Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη (121,07)		0,010	9,25
Έλλειψη οργανωμένων πηγών πληροφόρησης (π.χ. Βιβλιοθήκης) (έγκυρα n=148)	Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη (111,21)		0,022	7,60
Έλλειψη χρόνου με τον ιατρό κατά την επίσκεψη (έγκυρα n=146)	Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη (110,5)		0,002	12,49
Έλλειψη εύκολης πρόσβασης σε ιατρό (έγκυρα n=148)	Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη (115,21)		0,005	10,60
Αδυναμία κατανόησης πληροφοριών σε ξένη γλώσσα (έγκυρα n=149)	Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη (110,51)		0,016	8,28
Μη έγκυρη πληροφόρηση στο διαδίκτυο (έγκυρα n=147)	Ο παράγοντας Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη (103,07)		0,022	7,63
Πόνος/Δυσφορία (έγκυρα n=150)	Ο παράγοντας Αισθάνομαι ελαφρύ πόνο ή κατάθλιψη (90,81)		0,000	21,55

Η χρήση του διαδικτύου και ειδικότερα της μηχανής αναζήτησης Google, αποτελεί εξαιρετικής σπουδαιότητας παράγοντα ικανοποίησης των πληροφοριακών αναγκών του γενικού πληθυσμού.²¹ Εξάλλου η χρήση του διαδικτύου έχει μία σχετικά μεγάλη και στατιστικά σημαντική επίδραση στην ατομική απαίτηση για υπηρεσίες υγείας. Η επίδραση αυτή είναι μεγαλύτερη στα άτομα που αναζητούν συχνότερα πληροφορίες υγείας και στα άτομα που έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Έτσι το διαδίκτυο λειτουργεί συμπληρωματικά στο σύστημα υγείας και όχι σαν υποκατάστατο των υπηρεσιών υγείας.³⁰ Είναι γεγονός ότι η αναζήτηση πληροφοριών υγείας αυξάνει την πιθανότητα επίσκεψης σε ιατρό καθώς και τη συχνότητα των επισκέψεων κατά μέσον όρο. Επιπλέον, οι καλά πληροφορημένοι χρήστες κάνουν λιγότερες επισκέψεις σε ΤΕΠ αναδεικνύοντας έτσι τη συνεισφορά της πληροφορίας στη βελτίωση της αποτελεσματικότητας του συστήματος υγείας.³¹ Επίσης, τα περισσότερα άτομα δείχνουν μια προτίμηση για τους επαγγελματίες υγείας, όταν αναζητούν ιατρική πληροφόρηση,^{29,32} ενώ πηγές πληροφόρησης υγείας για το κοινό εξακολουθούν

να αποτελούν τα άτυπα δίκτυα, όπως γονείς, φίλοι, δάσκαλοι, συνάδελφοι.²⁹ Παράλληλα, ακόμα και αν το κοινό βρίσκει διάφορες πληροφορίες στο διαδίκτυο οι περισσότεροι εξ αυτών επιθυμούν τη γνώμη του ιατρού για τις πληροφορίες αυτές,³³ ενώ οι ιστοσελίδες ιδιωτών ιατρών αλλά και ιατρικές ιστοσελίδες διαφόρων οργανισμών αποτελούν επίσης συνηθισμένη πηγή πληροφόρησης για τον γενικό πληθυσμό.³⁴

Η έλλειψη εύκολης πρόσβασης σε ιατρό, η πολυπλοκότητα των πληροφοριών, η αδυναμία κατανόησής τους σε άλλη γλώσσα, η έλλειψη επαρκούς χρόνου με τον ιατρό κατά τη διάρκεια της επίσκεψης και ο μεγάλος όγκος της ανοργάνωτης πληροφορίας αποτέλεσαν τα σημαντικότερα εμπόδια που αντιμετώπισαν οι πολίτες του δείγματος, στην προσπάθειά τους για αναζήτηση επιστημονικών πληροφοριών. Εξίσου σημαντικά εμπόδια στην πληροφόρηση των πολιτών ήταν η μη έγκυρη πληροφόρηση και η έλλειψη οργανωμένων πηγών πληροφόρησης. Άλλα εμπόδια αποτέλεσαν η ελλιπής εξοικείωση με τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές και το κόστος συνδρομών σε περιοδικά ή βάσεις ιατρικών δεδομένων. Τα παραπάνω

αποτελέσματα επιβεβαιώνονται επίσης από τη βιβλιογραφία. Αναφερόμενοι σε αυτό, οι Κωσταγιόλας & Αλεξιάς³ σημειώνουν, ότι εμπόδια στην ανάκτηση ιατρικής πληροφόρησης μέσω του διαδικτύου μπορούν να είναι η έλλειψη κατάλληλης πληροφοριακής εκπαίδευσης, η έλλειψη εξοικείωσης με τους τρόπους αναζήτησης της πληροφορίας, η μη ύπαρξη επιστημονικών πληροφοριών, η έλλειψη διαθεσιμότητας υπηρεσιών πληροφόρησης, οι γλωσσικοί περιορισμοί, τα κοινωνικά εμπόδια, ο όγκος των άσχετων πληροφοριών και η ύπαρξη χωρικών, οικονομικών και νομικών φραγμών.

Επιπρόσθετα, σημαντικό εμπόδιο για την αξιοποίηση των παρεχομένων πληροφοριών είναι και η αδυναμία του καταναλωτή των πηγών πληροφόρησης να φιλτράρει πολύ μεγάλο όγκο πληροφοριών και να ξεκαθαρίσει τις πληροφορίες που του είναι χρήσιμες, γεγονός το οποίο εμφανίζεται και στη δική μας έρευνα, καθώς πολλές φορές ανακλύπτον αντιφατικές πληροφορίες για το ίδιο θέμα.³⁵ Από την άλλη πλευρά, μεγάλο τμήμα της αξιόπιστης και χρήσιμης πληροφορίας δεν είναι προσβάσιμο στο ευρύ κοινό, καθώς δεν διατίθεται δωρεάν, αλλά μόνο σε πανεπιστήμια και επιστημονικές εταιρείες (π.χ. Scopus, ιατρικά επιστημονικά περιοδικά με συνδρομή).¹⁹ Επίσης, η αναζήτηση με όρους στο διαδίκτυο, όπως μια απλή χρήση λέξεων-κλειδιών σε μια μηχανή αναζήτησης (π.χ. Google) που χρησιμοποιείται από έναν αρχάριο ή μη απαιτητικό χρήστη, μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερο όγκο αποτελεσμάτων ενώ οι μη αρχάριοι και απαιτητικοί χρήστες, όπως οι επαγγελματίες υγείας, που θα προτιμήσουν μια σύνθετη αναζήτηση σε μια βάση δεδομένων (π.χ. PubMed), θα καταλήξουν σε καλύτερης ποιότητας πληροφορίες.¹⁹

Βασικό εμπόδιο που αποτελεί σημαντική τροχοπέδη σε πληθώρα χρηστών που αναζητούν πληροφορίες είναι η γλώσσα στην οποία αυτές δίνονται.³⁷ Οι περισσότερες πληροφορίες στο διαδίκτυο δίνονται συνήθως στην αγγλική γλώσσα. Ακόμη όμως και αν όλος ο πλανήτης χρησιμοποιούσε και κατανοούσε την ίδια γλώσσα οι διαφορές στην ιστορία, την κουλτούρα και την κοινωνική συμπεριφορά δεν θα επέτρεπαν εύκολα την πλήρη κατανόηση και εφαρμογή των πληροφοριών από όλους.³⁶

Πολύ σημαντικό εμπόδιο αποτελεί επίσης η μη δυνατότητα πρόσβασης στις νέες τεχνολογίες και στο διαδίκτυο και η δημιουργία συνεχώς αυξανόμενου κενού ανάμεσα σε αυτούς που έχουν πρόσβαση στις νέες τεχνολογίες και σε αυτούς που δεν έχουν (ψηφιακό χάσμα).^{3,38} Το εντυπωσιακό είναι ότι ενώ θα μειώνεται συνεχώς το κενό γνώσης ανάμεσα στον ιατρό και στους ασθενείς,

δημιουργώντας μια πιο ισότιμη σχέση μεταξύ τους, ο βαθμός γνώσης θα εξαρτάται πλέον από το επίπεδο του ασθενούς, ανεξάρτητα από το πόσο ανάγκη έχει την πληροφορία και θα ποικίλλει από ασθενή σε ασθενή.³⁷

Παράλληλα, στα μειονεκτήματα του διαδικτύου θα μπορούσαν να ενταχθούν, το μεγάλο πλήθος των αντιφατικών πληροφοριών³⁵ ενώ σύμφωνα με άλλους ερευνητές, ως μειονεκτήματα του διαδικτύου μπορούν να θεωρηθούν η δυσκολία αναγνώρισης της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας της παρεχόμενης πληροφορίας.³⁸ Αξίζει να επισημανθεί, ότι εμπόδιο στη χρήση του διαδικτύου μπορούν να αποδειχτούν επίσης, τόσο η δυσκολία και ο χρόνος που απαιτούνται για το ξεκαθάρισμα των αναδυόμενων πληροφοριών όσο και η εμφάνιση μέσω μηχανών αναζήτησης πολύ λίγων ή υπερβολικά πολλών ιστοσελίδων με συνέπεια να δημιουργείται σύγχυση στον χρήστη και επιφυλάξεις ως προς τη συνέπεια και την αξιοπιστία των πληροφοριών.¹⁸

Αναφορικά με την Ποιότητα ζωής, η ηλικία αλλά και η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες σχετίζονται άμεσα με την ποιότητα ζωής και πιο συγκεκριμένα με τις μεταβλητές του πόνου/δυσφορίας και τη δυνατότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων αντίστοιχα. Οι μεσήλικοι (56–65 ετών), αλλά και όσοι ασκούνται ελάχιστα (1 φορά τον μήνα), εμφανίζουν επιδείνωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας συμβαδίζουν σε σημαντικό βαθμό, με τα αντίστοιχα άλλων ερευνών, που έδειξαν ότι ένας αριθμός κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών παραγόντων και συνηθειών, όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η καπνιστική συνήθεια και η φυσική δραστηριότητα, αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, για τον γενικό πληθυσμό. Αναλυτικότερα, σε μελέτη που διεξήχθη σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού, η προχωρημένη ηλικία σχετίζεται άμεσα και αρνητικά με όλους τις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, παρουσιάζοντας σαφή επιδείνωση με το πέρασμα του χρόνου.³⁹ Σε παρόμοια αποτελέσματα καταλήγει και πανευρωπαϊκή μελέτη (που πραγματοποιήθηκε σε 15 χώρες) όπου με εξαίρεση τη διάσταση του άγχους/κατάθλιψης (η οποία αφορά και στις νεότερες ηλικιακές ομάδες), η επιδείνωση όλων των λοιπών διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής είναι εμφανής μετά την ηλικία των 50 και κυρίως μετά την ηλικία των 60 ετών.⁴⁰ Πρόσφατη διεθνής μελέτη σε 20 χώρες 41 αλλά και εθνικές μελέτες^{42,43} καταλήγουν στα ίδια αποτελέσματα, δηλαδή

στη διαρκή επιδείνωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, και ιδιαίτερα της διάστασης του πόνου/δυσφορίας,⁴³ με την αύξηση της ηλικίας.

Η μειωμένη φυσική δραστηριότητα σχετίζεται επίσης άμεσα με επιδείνωση όλων των διαστάσεων της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγουν αρκετές μελέτες, οι οποίες σχετίζουν άμεσα την αυξημένη φυσική δραστηριότητα με χαμηλότερη θνησιμότητα και καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία, ποιότητα ζωής σε ενήλικους, σε όλες τις διαστάσεις της.^{44,45}

Σε αυτό το πλαίσιο αναδεικνύεται η ανάγκη για πληροφόρηση σχετικά με θέματα υγείας, η οποία θα πρέπει να είναι δομημένη με τέτοιο τρόπο ώστε να μην παράγει ασάφεια ενώ για τους χρήστες υπηρεσιών υγείας, κριτήριο για την εγκυρότητα της πληροφόρησης είναι αυτή να μην προέρχεται από ιστοσελίδα φαρμακευτικής εταιρείας ή να μην είναι προϊόν προωθητικής ενέργειας.⁴⁶ Το ζήτημα της διασφάλισης της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας των παρεχόμενων πληροφοριών είναι πολύ σημαντικό, δεδομένου ότι η μη έγκυρη και πολλές φορές παραπλανητική πληροφόρηση μπορεί να δημιουργήσει αρνητικές και μη αναστρέψιμες συνέπειες στην υγεία. Όπως προέκυψε και από τα στοιχεία της έρευνας, η πληροφοριακή συμπεριφορά σχετίζεται τόσο με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ατόμου που αναζητά την πληροφορία όσο και με τον τρόπο και τα μέσα που διαθέτει για την ανάκτηση αυτής, δεδομένου ότι η πληροφοριακή συμπεριφορά διαφοροποιείται στον χώρο και τον χρόνο, διαφοροποιείται μεταξύ διαφορετικών ομάδων και επηρεάζεται από μεταβλητές σχετιζόμενες με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον, τα πολιτισμικά στοιχεία και τη γλώσσα.³

Περιορισμοί της μελέτης

Η γενίκευση των αποτελεσμάτων απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή κυρίως λόγω της γεωγραφικής και δειγματοληπτικής εστίασης της έρευνας, η οποία επικεντρώθηκε σε ένα δείγμα κατοίκων μίας και μόνο πόλης με συνολικό πληθυσμό που δεν ξεπερνά τους 10.000 κατοίκους, αλλά και εξ αιτίας του σχετικά μικρού αριθμού των απαντημένων ερωτηματολογίων (150 έγκυρα ερωτηματολόγια). Ωστόσο, το γεγονός ότι η παρούσα έρευνα είναι από τις πρώτες στην ελληνική βιβλιογραφία που προσπάθησε να προσεγγίσει και να εξετάσει τις επιδράσεις της πληροφοριακής συμπεριφοράς στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού, καθιστά χρήσιμα τα αποτελέσματα σε ένα ευρύτερο πλαίσιο. Είναι σημα-

ντικό ωστόσο, να εκπονηθούν έρευνες σε μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, σε όλη τη χώρα, με σκοπό την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων και ικανών να γενικευτούν στο σύνολο του ελληνικού πληθυσμού αλλά και διεθνώς.

Συμπεράσματα

Αξιολογώντας τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα του διαδικτύου ως προς τη χρήση του για θέματα που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών υγείας θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε ότι η διαδικτυακή αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών προσφέρει δυνατότητα για άμεση, γρήγορη και φθηνή πληροφόρηση και μετατρέπει το διαδίκτυο σε ένα δυναμικό στοιχείο για τη διάχυση της ιατρικής πληροφορίας. Βασικό και αδιαμφισβήτητο συμπέρασμα είναι ότι η επίδραση των ιστοσελίδων λειτουργεί καταλυτικά στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς τόσο των χρηστών, αφού η πρόσβαση σε αξιόπιστες πηγές πληροφόρησης τους προσφέρει καθησυχασμό, όσο και των επαγγελματιών υγείας που η πρόσβαση σε έγκυρες πηγές πληροφόρησης λειτουργεί ως μέσο ενίσχυσης των ικανοτήτων τους,⁴⁷ διαμορφώνοντας ένα νέο πρότυπο της σχέσης ιατρικής-κοινωνίας που μπορεί να οδηγήσει σε έναν «δικτυωμένο κόσμο της υγείας».⁴⁸

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τη θεωρητική προσέγγιση για την πληροφοριακή συμπεριφορά στην οποία στηρίχθηκε η έρευνα, η αναζήτηση της πληροφορίας σχετικής με θέματα υγείας λαμβάνει χώρα λόγω της προσπάθειας, εκ μέρους των πολιτών, για τη βελτίωση των γνώσεων και τη μείωση της αβεβαιότητας στη λήψη αποφάσεων σχετικών με την υγεία τους. Ως εκ τούτου, η ικανοποίηση των αναγκών πληροφόρησης των πολιτών σχετίζεται άμεσα με τη δυνατότητα βελτίωσης της υγείας τους αλλά και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους. Στην κατεύθυνση αυτή και μέσω της διερεύνησης, ανάλυσης και αξιολόγησης των ψηφιακών υπηρεσιών πληροφόρησης στις επιστήμες υγείας, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη για την ύπαρξη μίας τεκμηριωμένης πρακτικής για την αξιολόγηση της ιατρικής πληροφορίας.¹⁹ Κατά συνέπεια, για να υπάρξει καλύτερη διάχυση και πρόσβαση στην πληροφορία θα πρέπει να υιοθετηθεί μια σειρά από χρήσιμες τεχνολογίες αξιολόγησης οι οποίες θα εστιάζουν στην ποιότητα και την ασφάλεια του προσφερόμενου περιεχομένου και των υπηρεσιών και μέσω των οποίων θα είναι εφικτό να γεφυρωθεί το ψηφιακό χάσμα και να γίνει πλήρης αξιοποίηση της εφαρμογής των νέων τεχνολογιών στον χώρο των υπηρεσιών υγείας.⁴⁹

ABSTRACT

**Effects of Information Seeking Behavior to Health-related Quality of Life:
Case of Aghios Nikolaos in Crete Island of Greece**

Maria Simeaki,¹ Panagiotis Theodorou,² Petros Kostagiolas,³ Evangelia Lappas^{2,4}

¹Msc, School of Social Science, Hellenic Open University, Patras,

²Msc, PhD, Adjunct Academic Staff, School of Social Science, Hellenic Open University, Patras,

³Assistant Professor, Ionian University, Department of Archives, Library and Museology, Corfu,

⁴Msc, PhD, Deputy Administrator, G.H. Konstadopoulio-Patision, N. Ionias, Adjunct Academic Staff, School of Social Science, Hellenic Open University, Patras, Greece

Introduction: The information system and management of diffusion of information determine greatly the way of building relationships and the decision making procedure. As a result, management of medical information is an important socioeconomic parameter which affects the health status and health related quality of citizen's life. Aim: The aim of this study was the detection of relationships of information seeking behavior with health-related quality of life and informational population's needs. **Material and Method:** The sample population consisted of 257 persons, while 150 persons took part in the survey (response rate 58,36%). The persons were interviewed at the central square of Aghios Nikolaos town of Crete Island according to a specially formed and structured questionnaire through personal interview during April to May 2015. Health related quality of life was estimated according to EQ-5D-3L scales. The analysis of the total received replies was conducted with the statistical pack IBM SPSS Statistics 21. **Results:** According to the results of the study, the most important driving needs concerning seeking health related information in internet were related to diseases, the nutrition, seeking of doctors, information about diagnostic tests as well as the understanding of doctors' diagnosis, different diagnosis or remedies among doctors and physical exercise. Furthermore, doctors and the other health providers, Google and medical websites were the most important information resources. The major obstacles encountered during the study, was the complexity of informations, the foreign language of websites, the huge volume of unorganized information as well as the short durance of doctor appointments and the invalid information. The majority of the sample population didn't have problems with walking, self-service and daily routine. A percentage of 23,3% and 36,2% felt medium pain/discomfort and anxiety/depression respectively. A percentage of 2% and 4,7% felt intense pain/discomfort and anxiety/depression respectively. There were also found that there are statistically related significant relationships between quality of life and age ($p=0,040$) as well as the physical exercise habits of population ($p=0,035$). **Conclusions:** The information seeking behavior should be addressed as an integral part of the development of information systems for general population and it has tremendous potentials in the improvement of health related quality of citizen's life.

Key-words: Health-related quality of life, information seeking behavior, information needs, information sources, information obstacles.

✉ **Corresponding Author:** Panagiotis Theodorou, 16 Egnatias street, GR-121 37 Chrisoupoli, Peristeri, Athens, Greece, Tel: (+30) 6946 361 180, e-mail: panostheodor@yahoo.gr

Βιβλιογραφία

1. Σαρρής Μ. *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα ζωής*. Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση, 2001
2. Δημητρόπουλος Χ, Νταγάνου Μ, Αλεξιάς Γ. Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής. Από την Θεωρία στην Πράξη. *Info Respiratory and Internal Medicine* 2008, 49:31-41
3. Κωσταγιόλας Π, Αλεξιάς Γ. *Οι υπηρεσίες Πληροφόρησης στη διοίκηση μονάδων υγείας. Η κοινωνική διάσταση και ο εκδημοκρατισμός της ιατρικής πληροφορίας*. Αθήνα, Πεδίο, 2011
4. THE WHOQOL GROUP. What quality of life? *World Health Forum* 1996, 17:354-356
5. Υφαντόπουλος Γ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2007, 24(Συμπλ 1):6-18
6. Kiel GC, Layton RA. Dimensions of Consumer Information Seeking Behavior. *J Market Research* 1981, 18:233-239
7. Καλογεροπούλου Μ. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2011, 28:667-673

8. Wilson TD. Human information behavior. *Inform Sci* 2000, 3:49–55
9. Dutta-Bergman M. Trusted online sources of health information: Differences in demographics, health beliefs, and health-information orientation. *J Med Internet Research* 2003, 5:e21
10. Eysenbach G, Kohler C. What is the prevalence of health-related searches on the World Wide Web? Qualitative and quantitative analysis of search engine queries on the internet. *AMIA Ann Symp Proc* 2003, 225–229
11. Tang H, Kwoon Ng JH. Googling for a diagnosis – use of Google as a diagnostic aid: internet based study. *BMJ* 333, 2006:1143–1145
12. Kose T, Oymak C. E-health in Turkey: an analysis of consumer activities. *Health Technol* 2018:1–9
13. De Rosis S, Barsanti S. Patient satisfaction, e-health and the evolution of the patient-general practitioner relationship: Evidence from an Italian survey. *Health Policy* 2016, 120:1279–1292
14. Fox S. *E-Patients With a Disability or Chronic Disease*. Pew Internet & American Life Project. October 8, 2007
15. Bell RA, Hu X, Orrange SE et al. Lingering questions and doubts: online information-seeking of support forum members following their medical visits. *Pat Educ Couns* 2011, 85:525–528
16. Tustin N. The role of patient satisfaction in online health information seeking. *J Health Communicat* 2010, 15:3–17
17. Zhao S. Parental education and children's online health information seeking: Beyond the digital divide debate. *Soc Sci Med* 2009, 69:1501–1505
18. Skinner H, Biscope S, Poland B, Goldberg E. How adolescents use technology for health information: Implications for health professionals from focus group studies. *J Med Internet Research* 2003, 5:e32
19. Λάππα Ε. Αξιολόγηση των πηγών πληροφόρησης στις βιοϊατρικές επιστήμες PubMed, DIMDI. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2010, 27:847–855
20. Cline RJW, Haynes KM. Consumer health information seeking on the Internet: the state of the art. *Hlth Educat Research* 2001, 16: 671–692
21. Simou E. Health information on the Internet: The Case of Greece. *Intern J Hlth Sci Research* 2015, 8:446–455
22. D'Alessandro DM, Kreiter CD, Kinzer SL, Peterson MW. A randomized controlled trial of an information prescription for pediatric patient education on the Internet. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004, 158:857–862
23. Kostagiolas PA, Bairaktaris KD, Niakas D. An information behavior investigation of the community pharmacists in Greece for developing library and information services. *Hlth Informat Librar J* 2009, 27:46–56
24. Wainstein B, Sterling-Levis K, Baker SA, Taitz J, Brydon M. Use of the Internet by parents of paediatric patients. *J Paediatr Child Health* 2006, 42: 528–532
25. Sciberras E, Iyer S, Efron, D, Green J. Information needs of parents of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Pediatr* 2010, 49:150–157
26. Wacogne I, Scott-Jupp R. The role of Google in children's health. *Arch Disease Childhood* 2010, 95:576–577
27. Haig S. When the Patient Is a Googler, 2007. Available at: <http://content.time.com/time/health/article/0,8599,1681838,00.html>
28. Niedźwiedzka B, Mazzocchi MJ, Aschemann-Witzel J, Gennaro L, Verbeke W, Traill B. Determinants of information behaviour and information literacy related to healthy eating among Internet users in five European countries. *Informat Research* 2014, 19:3
29. Fox S, Jones S. The social life of health information, Pew internet & American Life Project 2009 [cited 29 March 2010]. Available from: <http://www.pewinternet.org/Reports/2009/8-The-Social-Life-of-Health-Information.aspx>
30. Suziedelyte A. How does searching for health information on the Internet affect individuals demand for health care services? *Soc Sci Med* 2012, 75:1828–1835
31. Dwyer DS, Liu H. The impact of consumer health information on the demand for health services. *Quarterly Rev Econ Finance* 2013, 53:1–11
32. Sillence E, Briggs P, Harris PR, Fishwick L. How do patients evaluate and make use of online health information? *Soc Sci Med* 2007, 64:1853–1862
33. Ρουμελιωτάκη Θ, Χρονάκη ΑΕ. Χρήση του διαδικτύου για θέματα υγείας. Θέσεις και απόψεις Ελλήνων 15–35 ετών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2009, 26:246–256
34. Hu Y, Sundar SS. Effects of online health sources on credibility and behavioural intentions. *Commun Research* 2010, 37:105–132
35. Maisonneuve H, Matillon Y, Bertrand D. Obstacles to health information for all. *The Lancet* 2004, 364:1755–1756
36. Lai CH, Mallory SB. Internet use among parents of patients of a pediatric dermatology clinic. *Pediatr Dermatol* 2000, 17:493–494
37. Eysenbach G. Consumer health informatics. *Br Med J* 2000, 320:1713–1716
38. Jadad AR, Gagliardi A. Rating health information on the Internet. Navigating to knowledge or to Babel? *JAMA* 1998, 279:611–614
39. Pappa E, Kontodimopoulos N, Papadopoulos A, Niakas D. Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *Int J Public Health* 2009, 54:241–249
40. Szende A, Williams A. *Measuring Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*. The Euro-

- QoL Group's International Task Force on Self-Reported Health. EuroQoL Group. 2004, ISBN 963 94 56 47 0
41. Janssen MF, Szende A, Cabases J, Ramos-Goni JM, Vilagut G, Konig HH. Populations norms for the EQ-5D-3L: a cross-country analysis of population surveys for the 20 countries. *Eur J Health Econ* 2018 Feb 14, doi: 10.1007/s10198-018-0955-5
42. Huber MB, Felix J, Vogelmann M, Leidl R. Health-Related Quality of Life of the General German Population in 2015: Results from the EQ-5D-5L. *Int J Environ Res Public Health* 2017, 14:E426. doi: 10.3390/ijerph14040426
43. Szende A, Nemeth R. Health-related quality of life of the Hungarian population. *Orvosi Hetilap* 2003, 144:1667–1674
44. Maciel NM, De Conti MHS, Simeao SFAP, Genebra CVDS, Corrente JE, De Vitta A. Sociodemographic factors, level of physical activity and health-related quality of life in adults from the north-east of São Paulo, Brazil: a cross-sectional population study. *BMJ Open* 2018, 8:e017804
45. Anokye NK, Trueman P, Green C et al. Physical activity and health-related quality of life. *BMC Public Health* 2012, 12:624
46. Kivits J. Everyday health and the internet: a mediated health perspective on health information seeking. *Sociol Health Illness* 2009, 31:673–687, ISSN 0141–9889
47. Ybarra ML, Suman M. Help seeking behavior and the Internet: a national survey. *Int J Med Inform* 2006, 75:29–41
48. Rothman D, Blumenthal D. *Medical Professionalism in the New Information Age*. Rutgers University Press, New Brunswick, NJ 2010
49. Kreps GL, Neuhauser L. New directions in eHealth communication: Opportunities and challenges. *Pat Educ Counsel* 2010, 78: 329–336