

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Υποκειμενική αντίληψη των πολιτών για τη χρήση υπηρεσιών υγείας

ΣΚΟΠΟΣ Διερεύνηση της υποκειμενικής αντίληψης των πολιτών για τη χρήση υπηρεσιών υγείας και εξέταση των παραγόντων που την επηρεάζουν. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Στο δείγμα της έρευνας συμμετείχαν 312 πολίτες της Περιφερειακής Ενότητας Γρεβενών, στους οποίους διανεμήθηκε ένα ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε: (α) Δημογραφικά στοιχεία, (β) ερωτήσεις επισκόπησης υγείας SF-36 scale, (γ) ερωτήσεις σχετικές με τη χρήση υπηρεσιών υγείας και (δ) ερωτήσεις αναφορικά με τις ανάγκες υγείας που δεν καλύφθηκαν. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 26.0. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Την πλειοψηφία του δείγματος αποτέλεσαν γυναίκες (165, ποσοστό 53%) και ηλικιακά το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων κατατάχθηκε στην ηλικιακή ομάδα των >64 ετών (31%, 96 άτομα). Στο νοσοκομείο εισήχθη το 9,9% των συμμετεχόντων, ενώ γενικό ιατρό το τελευταίο έτος επισκέφθηκε το 33,3%. Τους τελευταίους 12 μήνες το 29% των ερωτώμενων δεν μπόρεσε, λόγω οικονομικής επιβάρυνσης, να χρησιμοποιήσει φαρμακευτικές και οδοντιατρικές υπηρεσίες. Το φύλο συσχετίστηκε στατιστικά με τη μεταβλητή της κοινωνικής λειτουργικότητας. Παράλληλα, υπήρξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της ηλικίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου με μεταβλητές της SF-36. Η μεταβλητή της γενικής υγείας συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με ερωτήσεις αναφορικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας και ανικανοποίητων αναγκών υγείας. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η χρήση των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται τόσο από το αντιλαμβανόμενο επίπεδο υγείας του πληθυσμού όσο και από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν μεγαλύτερα δείγματα και να διερευνήσουν τον ρόλο άλλων κλιμάκων μέτρησης της υγείας και θεωριών, ενώ αντίστοιχη έρευνα θα μπορούσε να επεκταθεί και σε άλλες περιφέρειες.

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας αναφέρεται στην προσωπική και συχνά στην αυτοαναφερόμενη αξιολόγηση της συνολικής υγείας και ευημερίας ενός ατόμου. Λαμβάνει υπ' όψιν μια σειρά παραγόντων, περιλαμβανομένης της σωματικής, της ψυχικής, της συναισθηματικής και της κοινωνικής υγείας και βασίζεται στις εμπειρίες, στις πεποιθήσεις και στις αξίες ενός ατόμου. Είναι υποκειμενική γιατί διαφέρει από άτομο σε άτομο και μπορεί να επηρεαστεί από μια σειρά παραγόντων, όπως η ηλικία, το φύλο, η κουλτούρα, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι προσωπικές συνθήκες.¹ Η αξιολόγηση της αντίληψης για την υγεία συνιστά ένα χρήσιμο εργαλείο που χρησιμοποιείται στην υγειονομική φροντίδα, επειδή βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να αποκτήσουν γνώσεις για το πώς αντιλαμβάνονται τα άτομα τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευημερία, καθώς και τη συνολική ποιότητα ζωής τους. Μέσω αυτών

των δεδομένων οι ιατροί μπορούν να προσαρμόσουν τις παρεμβάσεις και τη θεραπευτική προσέγγιση στις ανάγκες των ασθενών για να επιτύχουν τον τελικό τους στόχο (τη βελτίωση της υγείας των ασθενών).²

Εκτός από την υποκειμενική αξιολόγηση της αντίληψης για την υγεία, η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ένα άλλο σημαντικό μέτρο για την αξιολόγηση της συνολικής υγείας ατόμων και πληθυσμών.³

Ως χρήση των υπηρεσιών υγείας ορίζεται η διαδικασία αναζήτησης από τον ασθενή επαγγελματικής υγειονομικής περίθαλψης και υποβολής του εαυτού του στην εφαρμογή τακτικών υπηρεσιών υγείας, με σκοπό την πρόληψη ή την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας.⁴ Παράλληλα, συνιστά το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, ενώ σε οικονομικούς όρους αντιστοιχεί

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2025, 42(2):203–212
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2025, 42(2):203–212

Β. Γκουλιαβέρας,¹
Β. Αλετράς,²
Δ. Νιάκας³

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών,
Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
²Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης
Επιχειρήσεων, Σχολή Επιστημών
Διοίκησης Επιχειρήσεων,
Πανεπιστήμιο Μακεδονίας,
Θεσσαλονίκη
³Ιατρική Σχολή, Εθνικό και
Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο
Αθηνών, Αθήνα

Subjective perception of citizens'
use of health services

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

SF-36 κλίμακα
Υποκειμενική αντίληψη
Χρήση υπηρεσιών υγείας

Υποβλήθηκε 13.11.2023
Εγκρίθηκε 10.2.2024

στην παροχή υπηρεσιών υγείας.⁵ Ειδικότερα, προκύπτει από την αλληλεπίδραση διαφόρων παραγόντων, όπως το πώς αντιλαμβάνονται οι χρήστες την κατάσταση της υγείας τους, τις ανάγκες τους, αλλά και σε ποιο βαθμό είναι διαθέσιμες οι υπηρεσίες, αντανακλώντας ταυτόχρονα τις υπάρχουσες ανισότητες και ευπάθειες της κοινωνίας.⁶ Αυτές οι ανισότητες ως προς τη ζήτηση υπηρεσιών συνιστούν παράγοντες κινδύνου για τις διαφορές στην έκβαση της υγείας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων.⁷ Βάσει των παραπάνω, προκύπτει σύνδεση της ζήτησης για τη χρήση υπηρεσιών υγείας με ένα σύνολο καθοριστικών παραγόντων.⁸ Συγχρόνως, συνιστά έναν από τους πλέον σημαντικούς καθοριστικούς παράγοντες της κατάστασης της υγείας,⁷ γεγονός που επιβεβαιώνεται και από μελέτες τόσο στον διεθνή όσο και στον ελληνικό χώρο.⁹⁻¹³

Για να εξηγηθεί η συμπεριφορά ως προς τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης από τον πληθυσμό χρησιμοποιείται ευρέως το κοινωνικο-συμπεριφορικό μοντέλο του Andersen.¹⁶ Το εν λόγω μοντέλο συσχετίζει τη χρήση της υπηρεσίας με παράγοντες προδιάθεσης (δημογραφικοί παράγοντες και κοινωνικής δομής), διευκόλυνσης (το εισόδημα, η εκπαίδευση, η ασφάλιση υγείας, η φτώχεια των νοικοκυριών, το καθεστώς απασχόλησης και γενικότερα οι κοινωνικές σχέσεις) και ανάγκης (αντιληπτές ανάγκες, όπως μετρούνται από τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τη δική τους γενική υγεία και λειτουργική κατάσταση). Αυτού του είδους οι παράγοντες αντανακλούν την παρουσιαζόμενη ασθένεια ή την εκδήλωση παραπόνων και συνήθως σχετίζονται άμεσα με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.¹⁵⁻¹⁷

Συνοψίζοντας, η αξιολόγηση της αντιληπτής κατάστασης της υγείας, καθώς και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι χρήσιμες για την ανίχνευση ομάδων με μεγαλύτερες ανάγκες και τον εντοπισμό ανισοτήτων στην υγεία ή και στη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.¹⁸ Στην εν λόγω βάση, αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει ότι η χρήση υπηρεσιών υγείας είναι ένας περίπλοκος τύπος συμπεριφοράς, ο οποίος προκύπτει από ένα σύνολο καθοριστικών παραγόντων. Σε αυτούς τους παράγοντες, που πιθανόν να οδηγήσουν σε μεγαλύτερη ή χαμηλότερη χρήση των υπηρεσιών, περιλαμβάνονται τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά δεδομένα, τα χαρακτηριστικά της υγείας,⁸ η επίγνωση για τις υπάρχουσες υπηρεσίες με την αντίληψη γι' αυτές, τα πολιτιστικά πρότυπα,¹⁹ η οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, το επιδημιολογικό προφίλ,⁸ καθώς και η γεωγραφική προσβασιμότητα και διαθεσιμότητα.⁶

Αξίζει να σημειωθεί ότι μετά την παγκόσμια ύφεση του 2008 η Ελλάδα εισήλθε σε μια παρατεταμένη οικονομική κρίση, η οποία οδήγησε σε μείωση των εισοδημάτων

των πολιτών, σε αύξηση της ανεργίας²⁰ και σε μείωση της χρηματοδότησης των δημόσιων υπηρεσιών.²¹ Συνέπεια της συγκεκριμένης κατάστασης ήταν η δημιουργία προβλημάτων στην πρόσβαση και στη χρήση υπηρεσιών από ευάλωτες κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού,²² αλλά και η εμφάνιση δυσμενών εκβάσεων στην υγεία των πολιτών (π.χ. αύξηση λοιμωδών νοσημάτων, ψυχικών διαταραχών και θνησιμότητας).²³

Στις αρχές του 2020, ενώ η χώρα έδειχνε να ανακάμπτει διορθώνοντας τις μακροοικονομικές και δημοσιονομικές ανισορροπίες που οδήγησαν στην κρίση, άρχισε η πανδημία της COVID-19.²⁴ Εκτός από τη δραματική επίδραση στη θνησιμότητα και τις άμεσες μακροπρόθεσμες επιπτώσεις στην υγεία όσων είχαν αναρρώσει, παρουσιάστηκαν επίσης έμμεσες επιπτώσεις, λόγω της ακύρωσης ή της αναβολής μη επείγουσας βοήθειας ή των παρεμβάσεων για την αποσυμφόρηση των επιβαρυνμένων εγκαταστάσεων φροντίδας υγείας και του προσωπικού.²⁵

Συνεπώς, η οικονομική κρίση και η πανδημία της COVID-19 επηρέασαν σε μεγάλο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας, αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα και τη σπουδαιότητα εξέτασης της χρήσης υπηρεσιών υγείας. Σε αυτή τη γραμμή, η βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας, όπως η αύξηση του προσδόκιμου ζωής, η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και η καλύτερη ποιότητα ζωής, συνιστούν θεμελιώδεις αρχές των συστημάτων υγείας.²⁶ Οστόσο, υπάρχει ένα ερευνητικό κενό όσον αφορά στην κατανόηση των επιπτώσεων της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας στον πληθυσμό.²⁷ Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας, της συνολικής ευημερίας και της χρήσης υπηρεσιών υγείας σε συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες. Επί πλέον, η υποκειμενική αντίληψη της υγείας αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως σημαντικός δείκτης της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας να λαμβάνουν υπό όψιν τις απόψεις των ασθενών και να τις ενσωματώνουν σε ολοκληρωμένες αξιολογήσεις της ποιότητας των υπηρεσιών τους.³⁷

Η παρούσα μελέτη εστίασε στη διερεύνηση της υποκειμενικής αντίληψης των πολιτών της Περιφερειακής Ενότητας Γρεβενών στη χρήση υπηρεσιών υγείας και στην εξέταση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Η εν λόγω ορεινή περιοχή²⁸ παρουσιάζει ερευνητικό ενδιαφέρον, καθώς διαθέτει λιγοστούς πόρους,²⁹ βρίσκεται σύμφωνα με τα δεδομένα απογραφής της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) σε έντονο βαθμό αντιμέτωπη με το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης,³⁰ ενώ δεν έχει υλοποιηθεί αντίστοιχη μελέτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην έρευνα επιλέχθηκε ως μέθοδος η συγχρονική μελέτη. Για τη συλλογή των δεδομένων κρίθηκε αναγκαία η ποσοτική ανάλυση με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Διανεμήθηκαν 312 ερωτηματολόγια σε αντίστοιχο αριθμό κατοίκων της Περιφερειακής Ενότητας Γρεβενών. Από το δείγμα της έρευνας αποκλείστηκαν άτομα ηλικίας <15 ετών, όσοι δεν μπορούσαν να κατανοήσουν το ερωτηματολόγιο και όσοι παρουσίασαν αδυναμία συμμετοχής λόγω επιβαρυνμένης κατάστασης της υγείας τους. Η επιλογή του δείγματος έγινε χωρίς πιθανότητα. Συγκεκριμένα, ο ερευνητής πήγαινε σε σπίτια και ρωτούσε τους πολίτες αν επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα, αφού πρώτα τους ενημέρωνε για τον σκοπό της μελέτης. Επομένως, πρόκειται για ένα δείγμα ευκολίας, με σκοπό την αμεσότητα στην πρόσβαση στον πληθυσμό της έρευνας. Η εν λόγω επιλογή αποφασίστηκε επίσης λόγω περιορισμένων οικονομικών πόρων.

Ερευνητικά εργαλεία

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρία θεματικά πεδία. Το πρώτο μέρος σχετίζεται με κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά (επίπεδο μόρφωσης, εισόδημα, υπηκοότητα, φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση).

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει την επισκόπηση της υγείας, για την οποία χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Short Form-36v2 (SF-36v2). Το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο παρουσιάζει αξιοπιστία και εγκυρότητα,³¹ αποτελεί ένα δημοφιλές εργαλείο για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής²⁷ και έχει εγκυροποιηθεί και μεταφραστεί στον ελληνικό πληθυσμό.³² Μέσω του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου πραγματοποιείται διεξοδική αξιολόγηση της κατάστασης υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς σε μεγάλους τομείς της σωματικής και της συναισθηματικής υγείας.³³ Ειδικότερα, αποτελείται από 36 ερωτήσεις που τις απαρτίζουν οκτώ κλίμακες, οι οποίες αντικατοπτρίζουν δύο συνοπτικά μέτρα: τη σωματική και την ψυχική υγεία.¹³

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις σχετικές με τη χρήση υπηρεσιών υγείας (16) και τις ανάγκες υγείας που δεν καλύφθηκαν (5), οι οποίες αντλήθηκαν από την ΕΛΣΤΑΤ (2019)³⁴ και εστίαζαν στα εξής: Στη νοσοκομειακή περίθαλψη (με διανυκτέρευση ή χωρίς ημερήσια νοσηλεία), στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη (παροχή υπηρεσιών υγείας από ιατρούς όλων των ειδικοτήτων, χειρουργούς, οδοντιάτρους και ορθοδοντικούς), στις υπηρεσίες αποκατάστασης (φυσικοθεραπευτές, κινησιοθεραπευτές, χειροπράκτες, οστεοπαθητικούς) και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, ψυχοθεραπευτές), καθώς και υπηρεσίες φροντίδας κατ'οίκον (νοσηλευτική ή άλλη φροντίδα ηλικιωμένων ή ασθενών στο σπίτι) και, τέλος, στις ανάγκες υγείας που δεν καλύφθηκαν (μεγάλος χρόνος αναμονής, προβλήματα πρόσβασης-μετακίνησης, οικονομικοί λόγοι).

Ηθική και δεοντολογία

Για την εκπόνηση της μελέτης τηρήθηκαν όλες οι αρχές και οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν την επιστημονική

έρευνα. Ειδικότερα, ζητήθηκε άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου SF-36. Ο στατιστικός πληθυσμός διαβεβαιώθηκε για την εθελοντική φύση της συμμετοχής του στην έρευνα, την εμπιστευτικότητα στις απαντήσεις, τη διατήρηση της ανωνυμίας τους, αλλά και για το δικαίωμα αποχώρησης από τη μελέτη σε οποιοδήποτε σημείο αυτής. Ακόμη, δεν απαιτήθηκε η λήψη σχετικής άδειας διεξαγωγής της ερευνητικής διαδικασίας από τη Διοίκηση του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών ή από οποιονδήποτε άλλο εμπλεκόμενο ή ενδιαφερόμενο φορέα, δεδομένου ότι η έρευνα διεξήχθη στην κοινότητα, χωρίς οποιαδήποτε πρότερη προσέγγιση των ασθενών-δείγματος σε οποιοδήποτε χώρο του Γενικού Νοσοκομείου Γρεβενών ή των κέντρων υγείας της περιοχής.

Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων αξιοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 26.0. Για όλες τις μεταβλητές, αλλά και τις συνολικές βαθμολογίες, υπολογίστηκαν διάφορα μέτρα περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, συχνότητα, ποσοστό). Παράλληλα, διενεργήθηκε έλεγχος στατιστικά σημαντικών σχέσεων και διαφορών μεταξύ των επί μέρους μεταβλητών με παραμετρικούς ελέγχους. Συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης και πολυμεταβλητή ανάλυση συνδιακύμανσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το σύνολο του δείγματος αποτέλεσαν 312 συμμετέχοντες, 147 (47%) άνδρες και 165 (53%) γυναίκες. Ηλικιακά, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων κατατάχθηκε στην ηλικιακή ομάδα των >64 ετών, καταλαμβάνοντας το 31%. Ακολουθούσαν οι ηλικιακές ομάδες των 45–54 ετών με 20%, των 35–44 ετών με 16%, των 15–24 ετών με 9% και των 25–34 ετών με 8%. Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, το 23% των ατόμων που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν άγαμοι και το 59% έγγαμοι. Το 93% ήταν Έλληνες και το 7% άλλης υπηκοότητας. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, το 31% ήταν απόφοιτοι υποχρεωτικής εκπαίδευσης και το 29,5% απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Αναλυτικότερα, στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Από τους 312 συμμετέχοντες στην έρευνα, το 9,9% εισήχθη στο νοσοκομείο της περιοχής τους τελευταίους 12 μήνες και το 5% εκτός της περιφερειακής ενότητας (πίν. 2). Το 33,3% επισκέφθηκε μία φορά τον γενικό ιατρό ή τον παθολόγο τις τελευταίες 4 εβδομάδες και το 7,7% επισκέφθηκε μία φορά ψυχίατρο ή ψυχοθεραπευτή(τρια) (πίν. 3). Το 29% ανέφερε ότι κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειάστηκε κάποια(ες) από τις παρακάτω υπηρεσίες υγείας (διαφόρων φαρμακευτικών-ιατροτεχνολογικών υπηρεσιών και οδοντιατρικών υπηρεσιών) και δεν τις κάλυψε λόγω οικονομικής επιβάρυνσης (πίν. 4).

Πίνακας 1. Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

	Πλήθος (n)	Ποσοστό (%)		Πλήθος (n)	Ποσοστό (%)
<i>Φύλο</i>			<i>Τύπος κατοικίας</i>		
Άνδρες	147	47	Αστικός	203	65
Γυναίκες	165	53	Αγροτικός	109	35
<i>Ηλικία (έτη)</i>			<i>Τρέχουσα εργασία</i>		
15–24	29	9	Εργαζόμενος(η)	165	53
25–34	26	8	Άνεργος(η)	16	5
35–44	49	16	Συνταξιούχος	89	29
45–54	61	20	Συνταξιούχος λόγω αναπηρίας	10	3
55–64	51	16	Μαθητής, φοιτητής, μετεκπαιδευόμενος, μαθητευόμενος χωρίς αμοιβή για απόκτηση εμπειρίας	19	6
65+	96	31			
<i>Οικογενειακή κατάσταση</i>			Οικιακά	13	4
Άγαμος(η)	72	23	Άλλη περίπτωση: π.χ. εισοδηματίας		
Έγγαμος(η)	184	59	<i>Ποιο είναι το συνολικό μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού σας; (€)</i>		
Διαζευγμένος(η)	14	5	1–500	55	18
Χήρος(α)	42	13	501–1.000	108	35
<i>Υπηκοότητα</i>			1.001–1.500	78	25
Ελληνική	289	93	1.501–2.000	35	11
Άλλη	23	7	2.001–3.000	19	6
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>			3.000 και άνω	17	5
ΥΕ	97	31			
ΔΕ	92	29,5			
ΤΕ	31	10			
ΠΕ	67	21,5			
Κάτοχος μεταπτυχιακού	23	7			
Κάτοχος διδακτορικού	2	1			

ΥΕ: Υποχρεωτική εκπαίδευση, ΔΕ: Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ΤΕ: Τεχνολογική εκπαίδευση, ΠΕ: Πανεπιστημιακή εκπαίδευση

Πίνακας 2. Κατανομή απαντήσεων χρήσης νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας.

Χρήση νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας	Ναι		Όχι	
	%	n	%	n
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο ως ασθενής;	9,9	31	90,1	281
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο εκτός της περιφερειακής ενότητας που κατοικείτε, ως ασθενής;	5,0	15	95,0	297

Στον πίνακα 5 παρουσιάζεται η περιγραφική στατιστική και η ανάλυση εσωτερικής συνοχής της επισκόπησης υγείας με το ερωτηματολόγιο SF-36, από την οποία προέκυψε ότι

το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ασθενών κυμάνθηκε μέσα στα όρια των «φυσιολογικών» τιμών σε όλες τις επί μέρους διαστάσεις υγείας του ερωτηματολογίου, γεγονός που χαρακτηρίστηκε ως αναμενόμενο, αφού η πλειοψηφία των συμμετεχόντων αποτελούσε υγιή πληθυσμό. Επί πλέον, στη «γενική υγεία», στη «ζωτικότητα», στην «ψυχική υγεία» και στην «κοινωνική λειτουργικότητα» διαπιστώθηκαν χαμηλότεροι μέσοι όροι συγκριτικά με τις υπόλοιπες διαστάσεις του SF-36. Οι τιμές του Cronbach's α ήταν ικανοποιητικές για όλες τις κλίμακες, ενώ όλες οι ερωτήσεις συνέβαλαν θετικά στην αξιοπιστία της κλίμακας.

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης για να εξεταστεί αν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του φύλου, της ηλικίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου με τις κλίμακες της SF-36. Από τα αποτελέσματα, όπως

Πίνακας 3. Κατανομή απαντήσεων χρήσης εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας.

Χρήση εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας	Καμία φορά		Μία φορά		2-5 φορές		Περισσότερες από 5 φορές	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων πόσες φορές επισκεφθήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό Γενικής Ιατρικής, παθολόγο;	59,0	184	33,3	104	5,8	18	1,9	6
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων πόσες φορές επισκεφθήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό για ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες;	72,4	226	23,4	73	4,2	13		
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών χρησιμοποιήσατε οποιαδήποτε υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας;	85,3	266	6,4	20	4,2	13	4,2	13
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών επισκεφθήκατε ψυχίατρο ή ψυχοθεραπευτή(τρια);	86,2	269	7,7	24	5,1	16	1,0	3

Πίνακας 4. Κατανομή απαντήσεων ανικανοποίητων αναγκών υγείας.

Ανικανοποίητες ανάγκες υγείας	Ναι		Όχι	
	%	n	%	n
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής;	7,0	22	93,0	290
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω μεγάλης απόστασης ή προβλημάτων στη μετακίνηση;	5,0	14	95,0	298
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω έλλειψης ή μη διαθεσιμότητας της σχετικής υπηρεσίας;	7,0	23	93,0	289
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω οικονομικής επιβάρυνσης;	10,0	31	90,0	281
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε ή δεν λάβατε κάποια(ες) από τις παρακάτω υπηρεσίες υγείας (διαφόρων φαρμακευτικών-ιατροτεχνολογικών υπηρεσιών και οδοντιατρικών υπηρεσιών) λόγω οικονομικής επιβάρυνσης;	29,0	89	72,0	223

Πίνακας 5. Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία και ανάλυση αξιοπιστίας των οκτώ κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36.

Διαστάσεις SF-36	Πλήθος (n)	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Συντελεστής εσωτερικής συνοχής*
Σωματική λειτουργικότητα	312	77,8686	26,66980	0,939
Σωματικός ρόλος	312	69,9519	39,85139	0,893
Σωματικός πόνος	312	73,1651	27,11953	0,901
Γενική υγεία	312	57,8365	14,09256	0,746
Ζωτικότητα	312	54,9152	9,51862	0,777
Κοινωνική λειτουργικότητα	312	52,2436	7,56632	0,764
Συναισθηματικός ρόλος	312	73,3291	38,55170	0,827
Ψυχική υγεία	312	57,9615	9,32988	0,778

* Εκφράζεται με τον συντελεστή Cronbach's α

φαίνεται και στον πίνακα 6, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Ειδικότερα, το φύλο συσχετίστηκε στατιστικά με τη μεταβλητή «κοινωνική λειτουργικότητα» ($p < 0,05$). Η ηλικία συσχετίστηκε στατιστικά με τις μεταβλητές «φυσική λειτουργικότητα», «σωματικό ρόλο», «συναισθηματικό ρόλο», «σωματικό πόνο» και «γενική υγεία» ($p < 0,05$). Το εκπαιδευτικό επίπεδο συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά

με τις μεταβλητές «σωματική λειτουργικότητα», «σωματικό ρόλο», «συναισθηματικό ρόλο», «σωματικό πόνο», «κοινωνική λειτουργικότητα» και «γενική υγεία» ($p < 0,05$).

Επιπρόσθετα, προέκυψαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της μεταβλητής της SF-36 με ερωτήσεις αναφορικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας ($p < 0,05$) (πίν. 7).

Πίνακας 6. Συσχετίσεις δημογραφικών χαρακτηριστικών και των κλιμάκων της SF-36.

		Άθροισμα τετραγώνων	df	Μέση τιμή τετραγώνων	F	Τιμή p
Φύλο						
<i>Κοινωνική λειτουργικότητα</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	4,352	1	4,352	4,196	0,041
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	321,568	310	1,037		
	Σύνολο	325,920	311			
Ηλικία						
<i>Σωματική λειτουργικότητα</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	3.649,800	5	729,960	42,968	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	5.198,504	306	16,989		
	Σύνολο	8.848,304	311			
<i>Σωματικός ρόλος</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	224,640	5	44,928	24,101	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	570,434	306	1,864		
	Σύνολο	795,074	311			
<i>Συναισθηματικός ρόλος</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	75,519	5	15,104	13,040	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	354,430	306	1,158		
	Σύνολο	429,949	311			
<i>Σωματικός πόνος</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	460,456	5	92,091	20,182	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	1.396,262	306	4,563		
	Σύνολο	1.856,718	311			
<i>Γενική υγεία</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	263,619	5	52,724	11,688	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	1.380,377	306	4,511		
	Σύνολο	1.643,997	311			
Εκπαιδευτικό επίπεδο						
<i>Σωματική λειτουργικότητα</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	1.823,676	5	364,735	15,888	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	7.024,629	306	22,956		
	Σύνολο	8.848,304	311			
<i>Σωματικός ρόλος</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	161,377	5	32,275	15,585	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	633,697	306	2,071		
	Σύνολο	795,074	311			
<i>Συναισθηματικός ρόλος</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	53,267	5	10,653	8,654	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	376,682	306	1,231		
	Σύνολο	429,949	311			
<i>Κοινωνική λειτουργικότητα</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	12,582	5	2,516	2,457	0,033
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	313,338	306	1,024		
	Σύνολο	325,920	311			
<i>Σωματικός πόνος</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	298,375	5	59,675	11,718	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	1.558,343	306	5,093		
	Σύνολο	1.856,718	311			
<i>Γενική υγεία</i>	Ανάμεσα στις ομάδες	93,542	5	18,708	3,692	0,003
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	1.550,455	306	5,067		
	Σύνολο	1.643,997	311			

Τέλος, διενεργήθηκε ανάλυση συνδιακύμανσης με σκοπό να εξεταστεί η σχέση της μεταβλητής «γενική υγεία» της SF-36 με τις ερωτήσεις αναγκών υγείας που δεν καλύ-

φθηκαν. Ειδικότερα, όπως παρουσιάζεται στον πίνακα 8, η γενική υγεία συσχετίστηκε στατιστικώς σημαντικά με την ερώτηση «Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε

Πίνακας 7. Συσχέτιση της μεταβλητής «γενική υγεία» με ερωτήσεις για τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

		Άθροισμα τετραγώνων	df	Μέση τιμή τετραγώνων	F	Τιμή p
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών κάνατε εισαγωγή σε νοσοκομείο ως ασθενής;	Ανάμεσα στις ομάδες	4,813	14	0,344	4,418	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	23,107	297	0,078		
	Σύνολο	27,920	311			
Πότε ήταν η τελευταία φορά κατά το τελευταίο έτος που επισκεφθήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό Γενικής Ιατρικής;	Ανάμεσα στις ομάδες	133,266	14	9,519	3,422	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	826,272	297	2,782		
	Σύνολο	959,538	311			
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων πόσες φορές επισκεφθήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό Γενικής Ιατρικής ή παθολόγο;	Ανάμεσα στις ομάδες	15,998	14	1,143	2,533	0,002
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	133,989	297	0,451		
	Σύνολο	149,987	311			
Πότε ήταν η τελευταία φορά που επισκεφθήκατε σε ιατρείο ιατρό άλλης ειδικότητας;	Ανάμεσα στις ομάδες	119,821	14	8,559	2,951	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	861,483	297	2,901		
	Σύνολο	981,304	311			
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων πόσες φορές επισκεφθήκατε ή συμβουλευτήκατε ιατρό για ειδικευμένες ιατρικές υπηρεσίες;	Ανάμεσα στις ομάδες	14,562	14	1,040	3,909	0,000
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	79,025	297	0,266		
	Σύνολο	93,587	311			
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών επισκεφθήκατε ψυχολόγο, ψυχίατρο ή ψυχοθεραπευτή(τρια);	Ανάμεσα στις ομάδες	7,913	14	0,565	1,795	0,039
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	93,545	297	0,315		
	Σύνολο	101,458	311			
Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 12 μηνών χρησιμοποίησατε οποιαδήποτε υπηρεσία κατ' οίκον φροντίδας υγείας;	Ανάμεσα στις ομάδες	12,955	14	0,925	1,798	0,038
	Μέσα στις ίδιες τις ομάδες	152,888	297	0,515		
	Σύνολο	165,843	311			

Πίνακας 8. Συσχέτιση της μεταβλητής «γενική υγεία» με ερωτήσεις ανικανοποίητων αναγκών υγείας.

	Άθροισμα τετραγώνων	df	Μέση τιμή τετραγώνων	F	Τιμή p
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω μεγάλου χρόνου αναμονής;	0,543	14	0,039	0,579	0,881
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω απόστασης ή προβλημάτων μετακίνησης;	1,391	14	0,099	2,463	0,003
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω έλλειψης ή μη διαθεσιμότητας της υπηρεσίας;	1,247	14	0,089	1,318	0,195
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω οικονομικής επιβάρυνσης;	1,988	14	0,142	1,627	0,071
Κατά τους τελευταίους 12 μήνες υπήρξε περίπτωση που χρειαστήκατε ή δεν λάβατε κάποια(ες) από τις παρακάτω υπηρεσίες υγείας (διαφόρων φαρμακευτικών-ιατροτεχνολογικών υπηρεσιών και οδοντιατρικών υπηρεσιών) λόγω οικονομικής επιβάρυνσης;	2,996	14	0,214	1,049	0,405

να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω μεγάλης απόστασης ή προβλημάτων στη μετακίνηση;» ($p < 0,05$).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο βασικός σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν η διερεύνηση της υποκειμενικής αντίληψης των πο-

λιτών για τη χρήση υπηρεσιών υγείας και η εξέταση των παραγόντων που την επηρεάζουν. Οι άνθρωποι κάνουν χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία ή τη βελτίωση ασθένειας ή τραυματισμού, για να βελτιώσουν ή να διατηρήσουν τη λειτουργική ικανότητά τους ή ακόμη και για να λάβουν πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας τους ή την πρόγνωση της ασθένειάς τους.³⁵ Συνεπώς, η χρήση των υπηρεσιών υγείας καθορίζεται από μια ανάγκη, όπως την αντιλαμβάνονται οι χρήστες, με βάση την κατάσταση της υγείας τους και την προηγούμενη εμπειρία ή τη γνώση της νόσου ή της πάθησης. Ακόμη, επηρεάζεται από κοινωνικοοικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες και από τον βαθμό διαθεσιμότητας και επάρκειας των υπηρεσιών.⁶

Το σύνολο των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην παρούσα έρευνα αποτελούσαν 312 πολίτες, με τη μεγαλύτερη πλειοψηφία να είναι γυναίκες, ηλικίας 65 ετών και άνω και μορφωτικού επιπέδου υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Το 9,9% του στατιστικού πληθυσμού εισήχθη στο νοσοκομείο για νοσηλεία, ενώ στην έρευνα υγείας της ΕΛΣΤΑΤ το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 8,4%.³⁶ Το 33,3% επισκέφθηκε γενικό ιατρό ή παθολόγο τους τελευταίους 12 μήνες, ενώ στην προαναφερόμενη έρευνα της ΕΛΣΤΑΤ το ποσοστό αυτό ανήλθε στο 57,9%.³⁶ Από τα παραπάνω προέκυψε ότι ο πληθυσμός της παρούσας έρευνας έκανε λιγότερη χρήση υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ).

Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του φύλου, της ηλικίας και του εκπαιδευτικού επιπέδου με τις μεταβλητές της SF-36. Το φύλο συσχετίστηκε στατιστικά με τη μεταβλητή της «κοινωνικής λειτουργικότητας», γεγονός που επιβεβαιώνεται και από έρευνα κατά την οποία το φύλο συσχετίζεται με τις μεταβλητές της SF-36 και ειδικότερα τις νοητικές υποκλίμακες (συναισθηματικός ρόλος, σωματικός πόνος, κοινωνική λειτουργικότητα).³⁷ Η ηλικία συσχετίστηκε στατιστικά με τις μεταβλητές της «σωματικής λειτουργικότητας», του «σωματικού ρόλου», του «συναισθηματικού ρόλου», του «σωματικού πόνου» και της «γενικής υγείας». Τα ευρήματα συμφωνούν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών, όπου οι μεσήλικες ηλικίας 45–64 ετών επισκέπτονταν τακτικότερα τον προσωπικό τους ιατρό και είχαν μάθει στρατηγικές αντιμετώπισης, με πλέον πιθανό σενάριο να είχαν προηγούμενη ασθένεια η οποία απαιτούσε ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισής της. Μια άλλη πιθανή εξήγηση είναι ότι οι μεσήλικες προβλέπουν τα προβλήματα υγείας σε μεγαλύτερο βαθμό και τα θεωρούν ως ένα φυσιολογικό μέρος της ζωής τους. Συνεπώς, έχουν έναν καλύτερο προγραμματισμό σ' ό,τι αφορά στη χρήση ή μη των υπηρεσιών υγείας.^{38,39}

Η μεταβλητή «γενική υγεία» συσχετίστηκε στατιστικά με ερωτήσεις για τη χρήση υπηρεσιών υγείας, γεγονός που

διαπιστώθηκε και σε σχετική έρευνα, όπου τα άτομα με πολύ καλή αυτοαξιολογούμενη κατάσταση υγείας βρέθηκαν να έχουν μικρότερη πιθανότητα εισαγωγής σε νοσοκομείο και επίσκεψης σε υπηρεσίες ΠΦΥ σε σύγκριση με άτομα με καλή, μέτρια και κακή υγεία.¹²

Επιπρόσθετα, η μεταβλητή «γενική υγεία» συσχετίστηκε στατιστικά με την ερώτηση «Κατά τους τελευταίους 12 μήνες καθυστερήσατε να λάβετε αναγκαία ιατρονοσηλευτική φροντίδα ή δεν τη λάβατε καθόλου λόγω μεγάλης απόστασης ή προβλημάτων μετακίνησης;». Το εν λόγω εύρημα πιθανόν οφείλεται σε υπηρεσίες υγείας που δεν καλύπτονταν στον νομό, ενώ βρίσκεται σε αντίθεση με άλλη έρευνα,¹¹ στην οποία διαπιστώθηκε ότι το πλέον κοινό εμπόδιο στην πρόσβαση και στη χρήση υπηρεσιών είχε προκύψει από τους χρόνους αναμονής.

Τα παραπάνω ευρήματα ήταν σύμφωνα με τα αντίστοιχα άλλων ερευνών, όπου οι ασθενείς ανέφεραν ότι η κατάθλιψη, η κόπωση και η κοινωνική υποστήριξη αποτελούσαν προγνωστικούς παράγοντες της υγείας για την ανάλογη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών.^{40,41} Παρομοίως, σε άλλη έρευνα εξήχθησαν στατιστικές σχέσεις για τη γενική υγεία των ατόμων και ειδικότερα με τη λήψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας.⁴²

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανάγκη συνιστά τον καθοριστικό παράγοντα της χρήσης υπηρεσιών υγείας, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από σχετική έρευνα.¹³ Η SF-36 λειτουργεί καλά ως εργαλείο μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.⁴² Οστόσο, περαιτέρω συγκρίσεις μεταξύ ειδικών και γενικών για τη χρήση υπηρεσιών υγείας μέτρων κατάστασης υγείας σε ασθενείς θα συνδράμουν στον καθορισμό του ρόλου της SF-36 και θα επιβεβαιώσουν τη σχετική επίδραση των ασθενειών στη συνολική κατάσταση της υγείας.⁴³

Περιορισμός της τρέχουσας έρευνας ήταν το σχετικά μέτριο μέγεθος του δείγματος, ενώ θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί η κλίμακα ποιότητας ζωής (Quality of Life Scale, QOLS) για τον προσδιορισμό του αντίκτυπου της υγειονομικής περίθαλψης σε περίπτωση που δεν είναι δυνατή η θεραπεία.⁴⁴ Αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της SF-36 θα ήταν επιθυμητή για τον προσδιορισμό της αξιοπιστίας δοκιμής-επανάληψης των υποκλιμάκων και για να προσδιοριστεί η σταθερότητα παραγόντων του οργάνου διεξοδικά. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν μεγαλύτερα δείγματα και να διερευνήσουν τον ρόλο άλλων κλιμάκων μέτρησης της υγείας και θεωριών. Η χρήση μεγαλύτερου συνόλου δεδομένων θα επιτρέψει τη χρήση καταλληλότερων στατιστικών τεχνικών εκτίμησης, ενώ θα μπορούσε η συγκεκριμένη έρευνα να επεκταθεί και σε άλλες περιφέρειες.

Τέλος, οι απαντήσεις σε όργανα, όπως η SF-36, ενδέχεται να χρησιμεύσουν ως δείκτες αναγκών βάσει κριτηρίων για κυβερνητικές και ερευνητικές υπηρεσίες. Η κλίμακα SF-36 χρησιμοποιείται συνήθως σε έρευνα και αξιολόγηση που σχετίζεται με την υγεία, επειδή παρέχει μια ολοκληρωμένη και τυποποιημένη μέτρηση της λειτουργικής κατάστασης υγείας ενός ατόμου. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα SF-36, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να αξιολογήσουν τη λει-

τουργία της σωματικής και της ψυχικής υγείας σε διάφορες διαστάσεις, επιτρέποντας μια ολοκληρωμένη κατανόηση της συνολικής ευημερίας ενός ατόμου και της ικανότητάς του να εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες. Ως εκ τούτου, η κλίμακα SF-36 είναι ένα πολύτιμο εργαλείο για την αξιολόγηση της επιρροής των χρόνιων καταστάσεων που σχετίζονται με την υγεία και την παροχή γνώσεων για τη συνολική κατάσταση της υγείας του ατόμου.²⁷

ABSTRACT

Subjective perception of citizens' use of health services

V. GKOULIAVERAS,¹ V. ALETRAS,² D. NIAKAS³

¹School of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, ²Department of Business Administration, University of Macedonia, Thessaloniki, ³Medical School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2025, 42(2):203–212

OBJECTIVE To investigate the subjective perception of citizens on the use of health services and to examine the factors that influence it. **METHOD** The research sample included 312 citizens of the Regional Unit of Grevena, to whom a questionnaire was distributed, which included: (a) Demographic data, (b) health survey questions SF-36 scale, (c) questions related to the use of health services and (d) questions related to unmet health needs. Statistical analysis was performed with the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 26.0. **RESULTS** The majority of the sample consisted of women, 165 (53%), whereas in terms of age, the largest percentage of participants was classified in the over 64 age group, occupying 31% (96 people). A total of 9.9% of participants were admitted to hospital and 33.3% had visited a general practitioner in the last year. In the last 12 months, 29% of respondents were unable to use pharmaceutical and dental services due to financial burden. Gender was statistically correlated with the variable of social functioning. In addition, there were statistically significant associations of age and educational level with SF-36 variables. The general health variable was also statistically significantly correlated with questions about health service use and unmet health needs. **CONCLUSIONS** The use of health services depends both on the perceived health level of the population and its demographic characteristics. Future research could use larger samples and investigate the role of other health measurement scales and theories, while similar research could be extended to other regions.

Key words: SF-36 scale, Subjective perception, Use of health services

Βιβλιογραφία

1. TEMANE QM, WISSING MP. The role of subjective perception of health in the dynamics of context and psychological well-being. *S Afr J Psychol* 2006, 36:564–581
2. SHABILA NP, AL-TAWIL NG, AL-HADITHI TS, SONDRP E. Using Q-methodology to explore people's health seeking behavior and perception of the quality of primary care services. *BMC Public Health* 2014, 14:2
3. WIENER R. Oral health perception in veterans with self-identified disabilities: National Survey of Veterans, 2010. *J Public Health Dent* 2015, 75:245–252
4. SCHEPPERS E, VAN DONGEN E, DEKKER J, GEERTZEN J, DEKKER J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Fam Pract* 2006, 23:325–348
5. DA SILVA RB, CONTANDRIOPOULOS AP, PINEAULT R, TOUSIGNANT P. A global approach to evaluation of health services utilization: Concepts and measures. *Healthc Policy* 2011, 6:e106–e117
6. STOPA SR, MALTA DC, MONTEIRO CN, SZWARCOWALD CL, GOLDBAUM M, CESAR CLG. Use of and access to health services in Brazil, 2013 National Health Survey. *Rev Saude Publica* 2017, 51(Suppl 1):3S
7. PAREDES KPP. Inequality in the use of maternal and child health services in the Philippines: Do pro-poor health policies result in more equitable use of services? *Int J Equity Health* 2016, 15:181
8. ESMILNASAB N, HASSANZADEH J, REZAEIAN S, BARKHORDARI M. Use of health care services and associated factors among women. *Iran J Public Health* 2014, 43:70–78
9. YANG L, WANG L, DI X, DAI X. Utilisation of community care services and self-rated health among elderly population in China: A survey-based analysis with propensity score matching

- method. *BMC Public Health* 2021, 21:1936
10. BOING AF, MATOS IB, ARRUDA MP, OLIVEIRA MC, NJAINE K. Prevalence of medical visits and associated factors: A population-based study in Southern Brazil. *Rev Assoc Med Bras (1992)* 2010, 56:41–46
 11. MORAN V, SUHRCKE M, RUIZ-CASTELL M, BARRÉ J, HUIART L. Investigating unmet need for healthcare using the European Health Interview Survey: A cross-sectional survey study of Luxembourg. *BMJ Open* 2021, 11:e048860
 12. GEITONA M, ZARVAS D, KYRIOPOULOS J. Determinants of health-care utilization in Greece: Implications for decision-making. *Eur J Gen Pract* 2007, 13:144–150
 13. PAPPAS E, NIAKAS D. Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: The case of the Athens area. *BMC Health Serv Res* 2006, 6:146
 14. EVASHWICK C, ROWE G, DIEHR P, BRANCH L. Factors explaining the use of health care services by the elderly. *Health Serv Res* 1984, 19:357–382
 15. VINGILIS E, WADE T, SEELEY J. Predictors of adolescent health care utilization. *J Adolesc* 2007, 30:773–800
 16. ANDERSEN RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav* 1995, 36:1–10
 17. ADAY LA, ANDERSEN R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974, 9:208–220
 18. BERRA S, BORRELL C, RAJMIL L, ESTRADA MD, RODRÍGUEZ M, RILEY ET AL. Perceived health status and use of healthcare services among children and adolescents. *Eur J Public Health* 2006, 16:405–414
 19. WESTGARD CM, ROGERS A, BELLO G, RIVADENEYRA N. Health service utilization, perspectives, and health-seeking behavior for maternal and child health services in the Amazon of Peru, a mixed-methods study. *Int J Equity Health* 2019, 18:155
 20. STYLIANIDIS S, SOULIOTIS K. The impact of the long-lasting socioeconomic crisis in Greece. *BJPsych Int* 2019, 16:16–18
 21. ΜΙΑΤΙΑΔΗΣ Χ, ΜΠΟΓΙΑΤΖΙΔΗΣ Π. Εξέλιξη των δαπανών υγείας και των μεταρρυθμίσεων την περίοδο 2009–2017. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2021, 38:108–116
 22. ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Χ, ΚΑΪΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΚΑΤΣΙΚΑΣ Δ, ΣΙΣΚΟΥ Ο. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα με επίκεντρο τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη* 2014, 9:99–115
 23. ΜΠΕΛΕΤΣΙΩΤΗ Χ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Η επίδραση της κρίσης στην υγεία και στη φροντίδα υγείας των κατοίκων της Ελλάδας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2018, 35:686–697
 24. KOUSIT, MITSILC, SIMOS J. The early stage of COVID-19 outbreak in Greece: A review of the national response and the socioeconomic impact. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18:322
 25. SCHEPISI MS, DI NAPOLI A, ASCIUTTO R, VECCHI S, MIRISOLA C, PETRELLI A. The 2008 financial crisis and changes in lifestyle-related behaviors in Italy, Greece, Spain, and Portugal: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2021, 18:8734
 26. KRUK ME, GAGE AD, ARSENAULT C, JORDAN K, LESLIE HH, RODER-DEWAN S ET AL. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *Lancet Glob Health* 2018, 6:e1196–e1252
 27. LINS L, CARVAIHO FM. SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Med* 2016, 4:2050312116671725
 28. ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΓΡΕΒΕΝΩΝ. Γεωγραφική θέση. Διαθέσιμο στο: <https://grevena.pdm.gov.gr/perifereiki-enotita-grevenon/chorika-oria/geografiki-thesi/>
 29. ΤΟΥΝΤΑΣ Γ. Το νέο ΕΣΥ: Η ανασυγκρότηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην εποχή της πανδημίας. ΔιαΝΕΟσις, Οργανισμός Έρευνας και Ανάλυσης, Αθήνα, 2020
 30. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Απογραφή πληθυσμού-κατοικιών 2011. Μόνιμος πληθυσμός κατά ομάδες ηλικιών και επίπεδο εκπαίδευσης – περιφερειακές ενότητες. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03/2011>
 31. WARE JE JR, GANDEK B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *J Clin Epidemiol* 1998, 51:903–912
 32. PAPPAS E, KONTODIMOPOULOS N, NIAKAS D. Validating and norming of the Greek SF-36 health survey. *Qual Life Res* 2005, 14:1433–1438
 33. BUNEVICIUS A. Reliability and validity of the SF-36 Health Survey Questionnaire in patients with brain tumors: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2017, 15:92
 34. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Έρευνα υγείας έτους 2019: Οδηγίες προς τους ερευνητές. ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς, 2019. Διαθέσιμο στο: <https://shorturl.at/jEKUV>
 35. NATIONAL ACADEMIES OF SCIENCES, ENGINEERING, AND MEDICINE; HEALTH AND MEDICINE DIVISION; BOARD ON HEALTH CARE SERVICES; COMMITTEE ON HEALTH CARE UTILIZATION AND ADULTS WITH DISABILITIES. Factors that affect health-care utilization. In: *Health-care utilization as a proxy in disability determination*. National Academies Press, Washington, DC, 2018. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500097/>
 36. ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΡΧΗ. Δελτίο τύπου – Έρευνα υγείας: Έτος 2019. ΕΛΣΤΑΤ, Πειραιάς, 2020. Διαθέσιμο στο: <https://www.statistics.gr/documents/20181/5856c8ff-59cd-aef0-2883-f90e4b265706>
 37. WOOLF SH, ROTHMICH SF, JOHNSON RE, MARSLAND DW. Is cigarette smoking associated with impaired physical and mental functional status? An office-based survey of primary care patients. *Am J Prev Med* 1999, 17:134–137
 38. ALMBORG AH, BERG S. Quality of life among Swedish patients after stroke: Psychometric evaluation of SF-36. *J Rehabil Med* 2009, 41:48–53
 39. HOBART JC, WILLIAMS LS, MORAN K, THOMPSON AJ. Quality of life measurement after stroke: Uses and abuses of the SF-36. *Stroke* 2002, 33:1348–1356
 40. NAESS H, WAJE-ANDREASSEN U, THOMASSEN L, NYLAND H, MYHR KM. Health-related quality of life among young adults with ischemic stroke on long-term follow-up. *Stroke* 2006, 37:1232–1236
 41. JARACZ K, KOZUBSKI W. Quality of life in stroke patients. *Acta Neurol Scand* 2003, 107:324–329
 42. WARE JE JR, SHERBOURNE CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992, 30:473–483
 43. LAAKSONEN M, RAHKONEN O, MARTIKAINEN P, KARVONEN S, LAHELMA E. Smoking and SF-36 health functioning. *Prev Med* 2006, 42:206–209
 44. BURCKHARDT CS, ANDERSON KL. The Quality of Life Scale (QOLS): Reliability, validity, and utilization. *Health Qual Life Outcomes* 2003, 1:60
- Corresponding author:*
- V. Gkouliaveras, 4 13th October street, 511 00 Grevena, Greece
e-mail: v.gouliaveras@gmail.com