

## Επισημάνσεις από μια έρευνα ερωτηματολογίου υγείας: Η έρευνα των Αρχανών

Ε.Α. Φιλαλήθης\*

### Εισαγωγή.

Η έρευνα της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας (health services research) αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια παράλληλα με την αύξηση της πολυπλοκότητας των υπηρεσιών υγείας και των δαπανών υγείας. Στόχος της είναι η βελτίωση της αποδοτικότητας (efficiency) και της αποτελεσματικότητας (effectiveness) των υπηρεσιών υγείας και η εξασφάλιση της ισοτιμίας (equity) στην υγεία αλλά και στην προσπέλαση προς τις υπηρεσίες περίθαλψης. Αντικείμενό της είναι η εκτίμηση των αναγκών, της ζήτησης και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας, η αξιολόγηση των υπηρεσιών και της ποιότητας της περίθαλψης, η οικονομία της υγείας και η οργάνωση, η διοίκηση και ο προγραμματισμός (Williams 1990). Το πεδίο της έρευνας της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας είναι κατ' εξοχήν διεπιστημονικό: Η ιατρική και ειδικά η κοινωνική ιατρική και η επιδημιολογία, η κοινωνιολογία, τα οικονομικά, η ανθρωπολογία και οι πολιτικές επιστήμες συνεργάζονται, συμβάλλοντας η κάθε μία με τις θεωρητικές βάσεις και τη μεθοδολογία της, για την ερμηνεία των παραμέτρων που συνα-

---

\* Αναπληρωτής Καθηγής Κοινωνικής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο Κρήτης. Η παρούσα έρευνα χρηματοδοτήθηκε από τη Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας και έγινε με τη συνεργασία των Ι. Βλαχονικολή (Επίκουρο Καθηγητή) και Σ. Κουκούλη-Γραβάνη (Κοινωνιολόγο).

ποτελούν τον τομέα της υγείας.

Ένα από τα βασικά θέματα που μελετά η έρευνα της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας είναι οι καθοριστικοί της υγείας παράγοντες (determinants of health) και ειδικότερα οι κοινωνικοί παράγοντες που, συνεπιδρώντας με τους βιολογικούς και φυσικούς παράγοντες, επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού, δηλαδή τις ανάγκες υγείας (health needs). Επίσης, η έρευνα της λειτουργίας των υπηρεσιών υγείας (demand for health services) και της εμφάνισης της χρήσης των υπηρεσιών υγείας (use of health services) (Pinsault και Daveluy, 1986, Wagetaff 1986). Η σχέση αυτή δεν είναι απλή και για την ερμηνεία της έχουν προταθεί διάφορα μοντέλα, άλλοτε απλά και άλλοτε σύνθετα (Hershey και συν. 1975, Andersen και Leake 1987, Kaplan και Anderson 1986, Joseph και Cloutier 1990). Στη σχέση αυτή υπεισέρχονται οι αξιολογικές κρίσεις (value judgements) και οι πολιτιστικές αντιλήψεις (cultural attitudes) για την υγεία, οι τυχόν διαφορές στη διαθέσιμη υποδομή των υπηρεσιών υγείας, κ.λπ.

Μία μέθοδος που έχει καθιερωθεί τα τελευταία χρόνια για τη διερεύνηση αυτών των παραμέτρων είναι η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας (health interview survey). Κατά την έρευνα ερωτηματολογίου υγείας τα μέλη ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος ενός μεγάλου πληθυσμού απαντάνε σε μια σειρά ερωτήσεων όπου αναφέρονται στα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους, στις ατομικές τους συνήθειες και στον τρόπο διαβίωσης (lifestyle), στην παρουσία χρόνιας και πρόσφατης ασθένειας, στη χρήση υπηρεσιών υγείας, στις γνώσεις, στάσεις και απόψεις και στις δαπάνες και την ασφάλιση υγείας (Mootz 1986, Hay 1988, Kars-Marshall και συν. 1988). Η έρευνα ερωματολογίου υγείας προσφέρεται ειδικά για τη μελέτη δεδομένων που μπορούν να συγκεντρωθούν σε ατομικά επίπεδα και που αφορούν είτε δείγμα μεγάλων πληθυσμών είτε όλα τα μέλη ενός ειδικού πληθυσμού. Παρέχει πληροφορίες για τον επιπολασμό χρόνιων ασθενειών με χαμηλή θνητότητα (π.χ., αρθροπάθειες και ψυχικές ασθένειες), για την αναπηρία, για τη χρήση φαρμάκων (Peach και Charlton 1986) κ.λπ. που δεν μπορούν να συγκεντρωθούν με άλλο τρόπο. Βέβαια, τα δεδομένα που συγκεντρώνονται με την έρευνα ερωτηματολογίου υγείας δεν διασταυρώνονται με εργαστηριακές εξετάσεις όπως στις έρευνες ιατρικής εξέτασης (health examination survey) (Mootz 1986). Όμως, ακριβώς για το λόγο αυτό, δηλαδή επειδή δεν απαιτείται κλινική εξέταση και εργαστηριακή υποδομή, η μέθοδος αυτή είναι λιγότερο δαπανηρή και συνεπώς μπορεί να καλύψει μεγαλύτερους πληθυσμούς. Επιπλέον, έχει

διαπιστωθεί ότι η υποκειμενική αντίληψη για την υγεία, εκφρασμένη ποικιλώνυμα στη βιβλιογραφία (self-evaluated health: Idler και συν. 1990, self-reported health: Lichtenstein και Thomas 1987, perceived health status: Goldstein και συν. 1984, Kutner 1987), βασίζεται σε αντικειμενικά δεδομένα και κυρίως στην ύπαρξη χρόνιας ασθένειας που επηρεάζει τον τρόπο ζωής π.χ. με την καθημερινή λήψη φαρμακευτικής αγωγής (Segonia και συν. 1987, Aase και Almas 1989) ή με τη χρήση υπηρεσιών υγείας (Blaxter 1985). Έχει υποστηριχθεί μάλιστα ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόγνωση της υγείας των ερωτηθέντων (Idler και συν. 1990). Σε ορισμένες χώρες, η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας επαναλαμβάνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα σε δείγμα του γενικού πληθυσμού με σκοπό την παρακολούθηση (monitoring) των εξελίξεων της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού και της χρήσης των υπηρεσιών υγείας (OPCS 1983, 1986, Kars-Marshall και συν. 1988). Η μέθοδος έχει χρησιμοποιηθεί και για τη σύγκριση της υγείας πληθυσμών από διαφορετικές χώρες (Cockerham και συν. 1988). Η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας δεν δίνει επαρκείς πληροφορίες για τον επιπολασμό ασθενειών με σύντομη διάρκεια, ανεξάρτητα αν η τελική τους έκβαση είναι η ίαση (π.χ. ιώσεις) ή ο θάνατος (π.χ. καρκίνος).

Στην Ελλάδα δεν έχουν διενεργηθεί παρά ελάχιστες έρευνες ερωτηματολογίου υγείας. Το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών δημοσίευσε το 1988 τα αποτελέσματα μιας έρευνας που έγινε το 1979 σε δείγμα 4083 ατόμων από όλη την Ελλάδα (Μαδιανός και συν. 1988). Επίσης έχουν δημοσιευθεί τα αποτελέσματα δύο ερευνών σε δείγμα 174 και 409 κατοίκων αντίστοιχα του Περάματος (Αλαμάνος και συν. 1986) και της Αργυρούπολης (Αλαμάνος και συν. 1990) και τα αποτελέσματα μιας έρευνας σε δείγμα 205 παιδιών του Δήμου Περάματος (Παναγιωτόπουλος 1991).

Η παρούσα εργασία παρουσιάζει τη μεθοδολογία, αντιπροσωπευτικά αποτελέσματα και τα κύρια συμπεράσματα από μια έρευνα ερωτηματολογίου υγείας που έγινε το 1989 στο Δήμο Αρχανών του Νομού Ηρακλείου. Τα πλήρη αποτελέσματα δημοσιεύθηκαν το 1990 (Φιλαλήθης και συν. 1990).

## Υλικό και μέθοδος

### Το ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε συντάχθηκε ειδικά για το σκοπό της υπό συζήτηση έρευνας (Φιλαλήθης 1990), μετά από μελέτη ερωτηματολογίων που έχουν χρησιμοποιηθεί στη Βρετανία (Betts 1983, OPCS 1983, 1986, Curtis 1985, Farrell 1986) καθώς και του ερωτηματολογίου του Περάματος και της Αργυρούπολης (Αλαμάνος και συν. 1986). Οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν με τρόπο που να είναι κατανοητές στο ευρύ κοινό και δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή στην προσαρμογή των ερωτήσεων που αφορούσαν τις υπηρεσίες υγείας στις συνθήκες της Ελλάδας και ιδιαίτερα του συγκεκριμένου Δήμου. Σημειώνεται ότι η διατύπωση των ερωτήσεων επηρεάζει σημαντικά τα αποτελέσματα (Leavey και Wilkin 1986). Σε πρώτη φάση έγινε δοκιμαστική εφαρμογή του ερωτηματολογίου (μελέτη πιλότος) σε δείγμα επισκεπτών ενός Αγροτικού Ιατρείου εκτός των Αρχανών με σκοπό να ελεγχθεί κατά πόσον οι ερωτήσεις είναι κατανοητές στο ευρύ κοινό. Η μελέτη πεδίου οδήγησε στη βελτίωση ορισμένων ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 4 μέρη: (α) Ένα γενικό, εισαγωγικό μέρος που αφορά την κατοικία και τα μέλη του νοικοκυριού, (β) ένα μέρος που απευθύνεται στους ενήλικες, (γ) ένα μέρος που απευθύνεται ειδικά στις γυναίκες και (δ) ένα μέρος που αφορά τα παιδιά.

Το γενικό μέρος του ερωτηματολογίου απαντήθηκε από έναν ενήλικα που διέμενε στην κατοικία. Το ερωτηματολόγιο των ενηλίκων απαντήθηκε από το ίδιο το άτομο στο οποίο αναφερόταν, εκτός από 8 περιπτώσεις που ο ίδιος δεν μπορούσε να απαντήσει αλλά ήταν παρών, οπότε ζητήθηκε η συνδρομή άλλου μέλους της οικογένειας. Επίσης το ερωτηματολόγιο των γυναικών απαντήθηκε από τις ίδιες. Το ερωτηματολόγιο των παιδιών απαντήθηκε από ένα γονέα, συνήθως τη μητέρα. Η διάρκεια της συνέντευξης ήταν 30-40 λεπτά της ώρας. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και το σημείο αυτό τονίσθηκε ιδιαίτερα στους ερωτηθέντες.

Το ερωτηματολόγιο των ενηλίκων περιλαμβάνει ερωτήσεις για την υποκειμενική εκτίμηση της υγείας, για τις χρόνιες και τις πρόσφατες ασθένειες, για τον περιορισμό των δραστηριοτήτων από την ασθένεια, για την ύπαρξη συμπτωμάτων και για άλλες πτυχές της υγείας. Περιλαμβάνει ερωτήσεις για τη χρήση υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης, για τις

επισκέψεις σε οδοντίατρο και για την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας. Περιλαμβάνει ερωτήσεις για τις ατομικές συνήθειες και για την ασφάλιση υγείας, την εκπαίδευση και το επάγγελμα των ερωτηθέντων. Τέλος περιλαμβάνει ερωτήσεις για τις αιτίες θανάτου των γονέων και των αδελφών των ερωτηθέντων.

Σημειώνεται ότι το ερωτηματολόγιο των παιδιών αφορά παιδιά ηλικίας μέχρι και 16 ετών, δηλαδή μέχρι το τέλος της υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Η διάταξη του ερωτηματολογίου των παιδιών επιτρέπει την ανάλυση είτε σε ατομική βάση, είτε σε οικογενειακή βάση.

Πριν τη διενέργεια της μελέτης πεδίου (field survey), πραγματοποιήθηκε ευρεία ενημέρωση των κατοίκων του Δήμου για τους σκοπούς της έρευνας. Η μελέτη πεδίου πραγματοποιήθηκε, μετά από εκπαίδευση, από 10 εθελοντές φοιτητές/τριες του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Κάθε φοιτητής/τρια επισκέφθηκε όλα τα σπίτια του τομέα του Δήμου που ανέλαβε. Οι επισκέψεις πραγματοποιήθηκαν τις απογευματινές ώρες και τις αργίες από το Μάρτιο μέχρι τον Ιούνιο 1989. Σε περίπτωση απουσίας κάποιου ή κάποιων μελών της οικογένειας, έγινε, μετά από συνεννόηση, επαναληπτική επίσκεψη στην κατοικία. Σε περίπτωση αδυναμίας πραγματοποίησης της συνέντευξης με όλα τα μέλη του νοικοκυριού, καταγράφηκαν μόνο τα δημογραφικά στοιχεία των απόντων μελών και δεν ζητήθηκε από τους παρόντες να απαντήσουν εκ μέρους τους, γιατί έχει υπολογισθεί ότι τα αποτελέσματα σ' αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι πλήρη όταν αναφέρονται λιγότερες επισκέψεις σε γιατρούς και σε νοσοκομεία από τις πραγματικές (Mosely και Wolinsky 1986) και λιγότερα συμπτώματα (Clarridge και Massagli 1989).

Εκτός από ελάχιστες περιπτώσεις, οι ερωτήσεις συνοδευόταν από προκαθορισμένες και προκωδικοποιημένες απαντήσεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις υπήρχε δυνατότητα συμπληρωματικής απάντησης και σε ορισμένες ερωτήσεις, όπως π.χ. για τη χρόνια και τη πρόσφατη ασθένεια, η απάντηση ήταν ανοιχτή. Ειδικά πρέπει να αναφερθεί στην παρούσα εργασία ότι για την ταξινόμηση των επαγγελματιών χρησιμοποιήθηκαν οι διψήφιοι κώδικες ατομικών επαγγελματιών της Ε.Σ.Υ.Ε. (Ε.Σ.Υ.Ε. 1981) και στην μέχρι τώρα επεξεργασία έχουν χρησιμοποιηθεί οι αντίστοιχοι μονοψήφιοι κώδικες μετά από συγχώνευση των κατηγοριών 0/1 και 2 λόγω του μικρού αριθμού των απαντήσεων στις δύο αυτές κατηγορίες.

## Ο πληθυσμός της έρευνας

Ο Δήμος των Αρχανών στην Κρήτη απέχει 14 χλμ. από το Ηράκλειο. Κατά τη μελέτη πεδίου έγιναν επισκέψεις σε 740 κατοικίες από τις οποίες οι 62 ήταν ακατοίκητες. Σε 57 περιπτώσεις οι κάτοικοι αρνήθηκαν να συνεργαστούν ή δήλωσαν ότι ήταν απασχολημένοι και σε 3 περιπτώσεις απουσίαζαν. Στις 618 κατοικίες των οποίων οι κάτοικοι απάντησαν το ερωτηματολόγιο, διέμεναν 637 νοικοκυριά, όπου χωριστό νοικοκυριό θεωρήθηκε κάθε οικογένεια όπου μπορούσε να εντοπιστεί με σαφήνεια αρχηγός του νοικοκυριού, με κριτήριο τον τρόπο διαβίωσης των ενοίκων και τις σχέσεις μεταξύ τους. Σύμφωνα με τη Γενική Απογραφή του Πληθυσμού του 1981, οι κατοικημένες κατοικίες στις Αρχάνες ήταν 1110 και τα νοικοκυριά 1150.

Στις 618 κατοικίες διέμεναν 2097 άτομα (εφ' εξής: μέλη των νοικοκυριών): 1004 άνδρες (47,9%), 1040 γυναίκες (49,6%) και 53 άτομα για τα οποία δεν καταγράφηκε το φύλο (2,5%) (πίν. 1). Οι περιπτώσεις κατά τις οποίες δεν καταγράφηκε το φύλο ήταν 47 παιδιά ηλικίας μέχρι 16 ετών και 6 ενήλικες που απουσίαζαν από την κατοικία κατά την επίσκεψη. Επίσης από τους 5 ενήλικες των οποίων δεν καταγράφηκε η ηλικία, οι 3 απουσίαζαν. Σύμφωνα με τη Γενική Απογραφή του Πληθυσμού του 1981, οι κάτοικοι των Αρχανών ήταν 3672: 1831 άνδρες (49,9%) και 1841 γυναίκες (50,1%).

Το ενεργό δείγμα (εφ' εξής: οι ερωτηθέντες) είναι 1963 άτομα: 607 άνδρες και 749 γυναίκες από 17 ετώ και πάνω που απάντησαν το ερωτηματολόγιο των ενηλίκων και 607 παιδιά μέχρι 16 ετών. 744 γυναίκες απάντησαν το ερωτηματολόγιο των γυναικών. Παρά τις επαναληπτικές επισκέψεις που πραγματοποιήθηκαν, απουσίαζαν από την κατοικία 134 ενήλικες (75,4% άνδρες, 20,1% γυναίκες και 4,5% άτομα των οποίων το φύλο δεν καταγράφηκε). Σημειώνεται ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των απόντων είναι ανάλογα με αυτά των απόντων σε έρευνα όπου σχεδιάστηκε ειδικό συμπληρωματικό πρωτόκολλο για την εξακρίβωση τους (Janzon και συν. 1986), δηλαδή ήταν κατά πλειοψηφία άνδρες και άγαμοι. Σημειώνεται επίσης πως ενώ υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των απόντων και του ενεργού δείγματος ως προς την ηλικία ( $p < 0.001$ ) και ως προς το φύλο ( $p < 0.001$ ), δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τις δύο αυτές παραμέτρους μεταξύ του συνόλου των μελών των νοικοκυριών και του ενεργού δείγματος. Ούτε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την οικογενειακή κατάσταση μεταξύ

των απόντων και του ενεργού δείγματος και μεταξύ του συνόλου των μελών των νοικοκυριών και του ενεργού δείγματος. Δηλαδή ο αριθμός των απόντων είναι αρκετά μικρός ώστε να μην είναι ικανός να μεταβάλλει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της έρευνας.

Το ποσοστό ανταπόκρισης (response rate) με βάση τις κατοικημένες κατοικίες στις οποίες έγιναν επισκέψεις είναι 91,2% και με βάση το ποσοστό του ενεργού δείγματος επί των μελών του νοικοκυριού είναι 93,6%. Τα ποσοστά που αναφέρονται από τη Mootz για τις μελέτες ερωτηματολογίου υγείας είναι 75-80% και από την Kars-Marshall 72-95%. Στην έρευνα με το ειδικό συμπληρωματικό πρωτόκολλο για τους απόντες, το αρχικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 80,2% (Janzon και συν. 1986). Πάντως, το ποσοστό ανταπόκρισης που αναφέρεται στις διάφορες έρευνες εξαρτάται από τον τρόπο υπολογισμού του, για τον οποίο δεν υπάρχει ενιαία μέθοδος.

Σε σύγκριση με τη Γενική Απογραφή του Πληθυσμού του 1981, το ποσοστό κάλυψης των κατοικημένων κατοικιών είναι 61,1%, όμως δεν γνωρίζουμε τα κριτήρια με τα οποία ορίστηκε η κατοικία στην Απογραφή για να είναι έγκυρη η σύγκριση. Το ποσοστό του ενεργού δείγματος επί του αριθμού των κατοίκων που αναφέρονται στη Γενική είναι 53,5%, ενώ το ποσοστό των μελών των νοικοκυριών είναι 57,1%. Η εγκυρότητα και αυτής της σύγκρισης είναι αμφίβολη γιατί μεσολαμβάνουν 8 χρόνια μεταξύ της Απογραφής και της έρευνας, διάστημα κατά το οποίο μπορεί να έχει αλλάξει η σύνθεση του πληθυσμού λόγω εσωτερικής μετανάστευσης και γιατί η ακρίβεια των στοιχείων που παρέχει η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος για το συγκεκριμένο Δήμο τίθεται σε αμφισβήτηση γιατί εμφανίζουν μια «έντονη τάση» να είναι στρογγυλά πολλαπλάσια του 10!

Από τη σύγκριση –κατά φύλο και ηλικία– της κατανομής των μελών των νοικοκυριών και του πληθυσμού σύμφωνα με τη Γενική Απογραφή, φαίνεται να έχει αλλάξει η ηλικιακή σύνθεση του πληθυσμού, κυρίως με τη μείωση της αναλογίας των παιδιών στο σύνολο του πληθυσμού. Η μείωση του ποσοστού των παιδιών συμβαδίζει με τη μείωση της γεννητικότητας που έχει παρατηρηθεί τα τελευταία χρόνια σε όλη την Ελλάδα. Η σύγκριση της οικογενειακής κατάστασης δείχνει επίσης ότι οι οικογενειακές σχέσεις του πληθυσμού έχουν αλλάξει: Σημειώνεται ότι κατά τη Γενική Απογραφή δεν υπήρχαν διαζευγμένοι στις Αρχάνες, ενώ κατά την έρευνα 6 ερωτηθέντες ήταν διαζευγμένοι.

Σύμφωνα με τα παραπάνω δεδομένα δεν είναι δυνατόν να

κριθεί η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος της έρευνας σε σχέση με το σημερινό πληθυσμό. Ούτως ή άλλως, το θέμα της αντιπροσωπευτικότητας μας απασχολεί μόνο στο μέτρο που θέλουμε να αναγάγουμε τα αποτελέσματα της έρευνας στο συνολικό πληθυσμό. Αυτό ισχύει, για παράδειγμα, στις περιπτώσεις που αφορούν το σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Αντίθετα δεν ισχύει στις περιπτώσεις που αναλύουμε τους δείκτες υγείας ή τη χρήση των υπηρεσιών υγείας γιατί οι δείκτες αυτοί ισχύουν για το συγκεκριμένο πληθυσμό.

## Μέθοδοι στατιστικής ανάλυσης

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με εφαρμογή των παρακάτω μεθόδων:

α) Διασταυρώσεις δύο διακριτών μεταβλητών σε δυοδιάστατους πίνακες συνάφειας (contingency tables) αναλύθηκαν με εφαρμογή του κριτηρίου  $\chi^2$ . Σε πίνακες  $2 \times 2$  εφαρμόστηκε ο διορθωτικός παράγοντας του Yates, ενώ σε πίνακες με πολύ μικρές συχνότητες σε κάποια κυψελίδα εφαρμόστηκε η μέθοδος του Fisher.

β) Διασταυρώσεις τριών ή περισσότερων μεταβλητών σε πολυδιάστατους πίνακες συνάφειας αναλύθηκαν με εφαρμογή του λογογραμμικού μοντέλου (loglinear model).

γ) Συνοπτικοί παραγοντικοί δείκτες υγείας εξάχθηκαν με εφαρμογή παραγοντικής ανάλυσης (factor analysis, principal components). Σε όλες τις περιπτώσεις έγιναν έλεγχοι αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

## Αποτελέσματα

### Κοινωνικοί δείκτες

Στον πίνακα 2 φαίνεται η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων: Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας άνω των 44 ετών έχουν παντρευτεί και οι διαζευγμένοι αποτελούν ένα ελάχιστο ποσοστό του δείγματος. Η διαφορά στα ποσοστά των χήρων μεταξύ ανδρών (1,6%) και γυναικών (10,5%) οφείλεται στη διαφορά θνησιμότητας των δύο φύλων.

Μόνο το 2,9% των ερωτηθέντων μένουν μόνοι τους. Περίπου το 1/3 των ερωτηθέντων κατοικεί σε σπίτι με 1-3 άτομα, το 1/3 σε σπίτι με 4 άτομα και το 1/3 σε σπίτι με 5-8 άτομα.



Σχετικά με τη δομή της οικογένειας στον υπό μελέτη πληθυσμό, εκτός από τα άτομα που ζουν μόνα τους, 13,4% των μελών των νοικοκυριών κατοικούν μαζί με το/την σύζυγο τους και 66,6% κατοικούν με το/την σύζυγο και τα παιδιά τους. Το 14,1% των ερωτηθέντων ανήκει σε νοικοκυριά στα οποία διαμένουν συγγενείς μαζί με την πυρηνική οικογένεια. Τα νοικοκυριά αυτά αποτελούν το 10,4% του συνόλου των νοικοκυριών. Στο ποσοστό αυτό ενδεχόμενα να έπρεπε να προστεθεί και μέρος των 37 νοικοκυριών που υπολογίστηκαν ως ξεχωριστά.

Σχετικά με τις βασικές συνθήκες άνεσης και υποδομής της κατοικίας διαπιστώνεται ότι περίπου όλες οι κατοικίες είναι ιδιόκτητες (92,7%), έχουν ψυγείο (98,2%) και σύνδεση με τον κεντρικό αγωγό ύδρευσης (98,2%). Ποσοστό περίπου 80% διαθέτει ηλεκτρική κουζίνα και πλυντήριο ρούχων και 62% τηλέφωνο και αυτοκίνητο. Περίπου το 37% των κατοικιών έχει ηλεκτρική ή κεντρική θέρμανση και περίπου οι μισές έχουν σόμπα με ξύλα ή σόμπα πετρελαίου. Στα 2/3 των κατοικιών το αποχωρητήριο είναι μέσα στο σπίτι αλλά το 72,5% αναφέρει ότι υπάρχει πρόβλημα παροχής νερού.

Το 1/3 περίπου του πληθυσμού της έρευνας διαμένει σε κατοικίες με 1-3 δωμάτια, το 1/3 σε κατοικίες με 4 δωμάτια και το 1/3 σε κατοικίες με 5-8 δωμάτια. Το 40% περίπου των ερωτηθέντων διαμένει σε κατοικίες όπου ο δείκτης δωματίων ανά άτομο είναι  $< 1$ , το 25% σε κατοικίες όπου ο δείκτης είναι 1 και το 35% σε κατοικίες όπου ο δείκτης είναι  $> 1$ .

Επίσης καταγράφηκαν και αναλύθηκαν: το ταμείο ασφάλισης υγείας, η εκπαίδευση, η μορφή απασχόλησης και το επάγγελμα των ερωτηθέντων. Υπήρχε στο ερωτηματολόγιο και ερώτηση για το εισόδημα αλλά τα αποτελέσματα δεν ήταν αξιολογήσιμα.

Τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων είναι ασφαλισμένοι στον Ο.Γ.Α., αποτέλεσμα που είναι αναμενόμενο σε ένα δήμο με μεγάλη γεωργική παραγωγή, όμως το ποσοστό των ασφαλισμένων στον Ο.Γ.Α. είναι μεγαλύτερο στις πιο μεγάλες ηλικίες και περισσότερες γυναίκες (72,9% έναντι 63,7% των ανδρών) είναι ασφαλισμένες στον Ο.Γ.Α. Στους άνδρες, μετά τον Ο.Γ.Α. αναφέρονται κατά σειρά το Ι.Κ.Α. (16,9%), το Τ.Ε.Β.Ε. (8,4%) και το Δημόσιο (6,5%) ενώ στις γυναίκες η σειρά είναι Ι.Κ.Α. (11,5%), Δημόσιο (7,2%) και Τ.Ε.Β.Ε. (4,0%). 43 από τους ερωτηθέντες ήταν ασφαλισμένοι σε 11 διαφορετικά ταμεία. Η διαφορά των ποσοστών είναι στατιστικά σημαντική ως προς την ηλικία ( $p < 0.001$ ) και ως προς το φύλο ( $p < 0.05$ ). Η αλληλεπίδραση του φύλου και της ηλικίας δεν είναι σημαντική.

Περίπου τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων είναι αναλφάβητοι ή έχουν τελειώσει μόνο το δημοτικό. Παρατηρείται όμως ότι στις μεγαλύτερες ηλικίες το ποσοστό αυτών που είναι αναλφάβητοι ή έχουν φθάσει μέχρι το δημοτικό είναι μεγαλύτερο στις γυναίκες, ενώ στις ηλικίες κάτω των 44 ετών το ποσοστό αυτών που έχουν συνεχίσει την εκπαίδευσή τους μετά το δημοτικό είναι μικρότερο στους άνδρες. Η διαφορά των ποσοστών είναι στατιστικά σημαντική ως προς την ηλικία στους άνδρες ( $p < 0.001$ ), στις γυναίκες ( $p < 0.001$ ) και μεταξύ των φύλων ( $p < 0.05$ ).

Ποσοστό 76,3% των ενήλικων ανδρών είναι εργαζόμενοι, 19,1% είναι συνταξιούχοι και 3,3% φοιτητές. Από τις γυναίκες, ποσοστό 48,0% είναι νοικοκυρές, 26,9% εργάζεται, το 17,3% είναι συνταξιούχοι και 4,3% φοιτήτριες. Παρατηρείται ότι υπάρχουν συνταξιούχοι ηλικίας 45-54 ετών και στα δύο φύλα (1,8% στους άνδρες, 2,8% στις γυναίκες). Οι άνεργοι και όσοι ζητάνε εργασία είναι κάτω των 44 ετών και λίγοι σε αριθμό (8 άνδρες και 26 γυναίκες). Η διαφορά των ποσοστών είναι στατιστικά σημαντική ως προς την ηλικία στους άνδρες ( $p < 0.001$ ), στις γυναίκες ( $p < 0.001$ ) και μεταξύ των φύλων ( $p < 0.001$ ).

Στον πίνακα 3 αναλύεται το επάγγελμα των εργαζόμενων σύμφωνα με την ταξινόμηση της Ε.Σ.Υ.Ε. Όσοι εργάζονται είναι στην πλειοψηφία τους γεωργοί, αλλά το ποσοστό είναι μικρότερο στις γυναίκες (48,3%) απ' ότι στους άνδρες (64,3%). Οι ερωτηθέντες άνω των 55 ετών απασχολούνται στη γεωργία σε μεγαλύτερα ποσοστά απ' ότι οι μικρότερες ηλικίες, όπου οι ποικιλία των επαγγελμάτων είναι μεγαλύτερη και στα δύο φύλα. Η διαφορά των ποσοστών είναι στατιστικά σημαντική ως προς την ηλικία στους άνδρες ( $p < 0.001$ ), στις γυναίκες ( $p < 0.001$ ) και μεταξύ των φύλων ( $p < 0.001$ ).

Από τους αντίστοιχους πίνακες για κάθε μια από τις ομάδες αυτές διαπιστώνεται ότι όσοι ζητάνε δουλειά ήτανε παλαιότερα εργάτες/τεχνίτες, υπάλληλοι γραφείου ή σε ασαφή επαγγέλματα. Τα δεδομένα του επαγγέλματος των συζύγων των νοικοκυρών και του επαγγέλματος των πατέρων των φοιτητών και των στρατευμένων είναι ανάλογα με τα δεδομένα του επαγγέλματος των ανδρών που εργάζονται. Οι συνταξιούχοι –όπως και οι εργαζόμενοι– ήταν πριν πάρουν σύνταξη στην πλειοψηφία τους γεωργοί.

Ο πίνακας 4 είναι αποτέλεσμα του αθροίσματος των δεδομένων των επιμέρους πινάκων. Συντάχθηκε για να αποτελέσει σημείο εκκίνησης της διερεύνησης της σχέσης του κλάδου απασχόλησης με την υγεία και, με μια ανακατάταξη των 10 κατηγοριών, του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου με την υγεία. Η δια-

φορά των ποσοστών είναι στατιστικά σημαντική ως προς την ηλικία στους άνδρες ( $p < 0.001$ ), στις γυναίκες ( $p < 0.001$ ) και μεταξύ των φύλων ( $p < 0.001$ ).

### Δείκτες υγείας

Η κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων εκτιμήθηκε με μια σειρά ερωτήσεων για τη χρόνια και την πρόσφατη ασθένεια. Ποσοστό 33,9% των ανδρών και 47,3% των γυναικών αναφέρει ότι πάσχει από χρόνια ασθένεια ενώ 9,2% των ανδρών και 17,5% αναφέρει ότι κατά τις τελευταίες εβδομάδες υποφέρει από κάποια ασθένεια ή έχει τραυματισθεί (πίν. 5). Και στις δύο περιπτώσεις τα ποσοστά αυξάνουν με την ηλικία. Η διαφορά των ποσοστών είναι σημαντική μεταξύ των φύλων ( $p < 0.001$ ) και ως προς την ηλικία ( $p < 0.001$ ) αλλά η διακύμανση κατά ηλικία στα δύο φύλα είναι παρόμοια. Σημειώνεται ότι εκτός από την αυθόρμητη αναφορά των χρόνιων ασθενειών υπήρχε και μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσαν συγκεκριμένες ασθένειες. Αξίζει να τονισθεί ότι σε όλες τις περιπτώσεις, το ποσοστό όσων απάντησαν θετικά όταν ρωτήθηκαν «πάσχετε από την τάδε νόσο» (π.χ. καρδιοπάθεια) ήταν μεγαλύτερο από το ποσοστό που ανέφερε την ίδια νόσο αυθόρμητα.

Επίσης ζητήθηκε από τους ερωτηθέντες να κατατάξουν την υγεία τους σε μία από τις κατηγορίες α) άριστη/πολύ καλή, β) καλή γ) μέτρια και δ) κακή/πολύ κακή και να κάνουν το ίδιο συγκρίνοντάς την όμως με την υγεία των συνομηλίκων τους. Διαπιστώθηκε ότι το 25,7% των ανδρών θεωρεί την υγεία του πολύ καλή και μόνο το 15,5% των γυναικών κάνει την ίδια εκτίμηση. Το ποσοστό μειώνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες. Αντίστοιχα το 28,9% των ανδρών θεωρεί την υγεία του πολύ καλή σε σύγκριση με τους συνομηλίκους και το 16,5% των γυναικών. Και πάλι το ποσοστό μειώνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική μεταξύ των φύλων ( $p < 0.001$ ) και των ηλικιών ( $p < 0.001$ ) και δεν υπάρχει αλληλεπίδραση φύλου και ηλικίας και στις δύο περιπτώσεις. Όμως, συγκρίνοντας τα δεδομένα των δύο ερωτήσεων, διαπιστώνεται ότι η απάντηση συμπίπτει σε ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 65,0% και 79,5%. Στις υπόλοιπες περιπτώσεις, κατά κανόνα, το ποσοστό που αξιολογεί την υγεία του ως καλύτερη σε σχέση με τους συνομηλίκους του είναι υψηλότερο από το ποσοστό που την αξιολογεί ως καλή χωρίς να την συγκρίνει.

Η διερεύνηση της υγείας συμπεριλαμβάνει την παρουσία και

τη συχνότητα 24 κοινών συμπτωμάτων. Στην παρούσα εργασία θα μνημονευθεί μόνο το γεγονός ότι τα συμπτώματα κατατάχθηκαν με τη μέθοδο της παραγοντικής ανάλυσης σε τέσσερα συμπλέγματα συμπτωμάτων: γενικά και καρδιολογικά, πεπτικά, ψυχικά και αναπνευστικά. Από τα τέσσερα συμπλέγματα, τα ψυχικά συμπτώματα σχετίζονται με όλους τους δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας που αναφέρονται παρακάτω. Επίσης σημειώνεται ότι οι δείκτες εκδήλωσης και συχνότητας όλων των συμπλεγμάτων εκτός της ομάδας των αναπνευστικών συμπτωμάτων ήταν υψηλότερος στις γυναίκες.

Σχετικά με τον περιορισμό των δραστηριοτήτων από την ασθένεια, επισημαίνεται ότι το 1/3 των ανδρών 55-64 ετών, οι μισοί άνδρες άνω των 65 ετών και οι μισές γυναίκες άνω των 55 ετών αναφέρουν περιορισμό των δραστηριοτήτων τους από τη χρόνια ασθένεια.

### Δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας

Η χρήση υπηρεσιών υγείας διερευνήθηκε με μια σειρά ερωτήσεων που αφορούσε τη νοσηλεία σε νοσοκομείο κατά τον τελευταίο χρόνο, τις επισκέψεις σε ιατρεία εξωνοσοκομειακής φροντίδας κατά τον τελευταίο χρόνο και κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες και τη λήψη φαρμάκων (πίν. 5). Τονίζεται ότι η δυνατότητα ανάκλησης στη μνήμη (recall) των λεπτομερειών σχετικά με επισκέψεις σε ιατρεία δεν είναι αρκετά αξιόπιστη όταν το υπό εξέταση διάστημα ξεπερνά τις 2 εβδομάδες (Andersen και Laake 1987). Για το λόγο αυτό οι επισκέψεις σε ιατρείο μελετήθηκαν ποιοτικά ως προς το τελευταίο έτος και ποιοτικά ως προς τις τελευταίες δύο εβδομάδες.

Διαπιστώνεται ότι το 7,1% των ανδρών και το 11,5% των γυναικών νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο κατά το τελευταίο έτος. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική ως προς την ηλικία ( $p < 0.01$ ) και μεταξύ των φύλων ( $p < 0.01$ ) αλλά δεν υπάρχει αλληλεπίδραση φύλου και ηλικίας. Από την αναγωγή του αριθμού των εισαγωγών που αναφέρθηκαν, αναλογούν 0,09 εισαγωγές κατ' άτομο κατ' έτος στους άνδρες και 0,13 στις γυναίκες.

Εντυπωσιακό είναι το ποσοστό που αναφέρει ότι επισκέφθηκε γιατρό κατά το τελευταίο έτος: 75% του συνόλου των ερωτηθέντων. Το ποσοστό είναι μεγάλο σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα και βεβαίως υψηλότερο στις γυναίκες ( $p < 0.001$ ) και στις μεγαλύτερες ηλικίες ( $p < 0.001$ ). Η διαφορά των ποσοστών δεν είναι σταθερή στα δύο φύλα ( $p < 0.05$ ). Ακόμη και στους άνδρες

ηλικίας 17-25 ετών το ποσοστό είναι 54,5%.

Το ποσοστό όσων επισκέφθηκε γιατρό κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες είναι 12,6% στους άνδρες και 20,6% στις γυναίκες. Η διαφορά και πάλι είναι στατιστικά σημαντική μεταξύ των φύλων ( $p < 0.001$ ) και των ηλικιών ( $p < 0.001$ ) αλλά δεν υπάρχει αλληλεπίδραση φύλου και ηλικίας. Από την αναγωγή του αριθμού των επισκέψεων που αναφέρθηκαν, αναλογούν 5,0 επισκέψεις κατ' άτομο κατ' έτος στους άνδρες και 7,8 στις γυναίκες.

Όσο για την κατανάλωση φαρμάκων, 37,2% των ανδρών και 57,0% των γυναικών αναφέρει ότι πήρε φάρμακα τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική μεταξύ των φύλων ( $p < 0.001$ ) και των ηλικιών ( $p < 0.001$ ) αλλά δεν υπάρχει αλληλεπίδραση φύλου και ηλικίας. Αξιοσημείωτο είναι ότι στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών το ποσοστό είναι 79,2% στους άνδρες και 88,3% στις γυναίκες.

## Συζήτηση

Η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας στις Αρχάνες παρέχει δεδομένα σχετικά με την υγεία των κατοίκων του Δήμου που καλύπτουν το σύνολο των παραμέτρων που μπορούν να αναλυθούν με τη μεθοδολογία αυτή, εκτός από τις γνώσεις, στάσεις και απόψεις για θέματα υγείας, δηλαδή ερωτήσεις της μορφής:

- Γνωρίζετε ότι το κάπνισμα βλάπτει την υγεία;
- Ποιές τροφές έχουν βλαπτική επίδραση στην καρδιά;

Η ένταξη ερωτήσεων αυτής της μορφής στο ερωτηματολόγιο θα φώτιζε ορισμένες πτυχές του θέματος αλλά θα απαιτούσε και πολλές ερωτήσεις για την πλήρη κάλυψη του θέματος.

Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου διαπιστώνεται από τη συνέπεια των ερωτήσεων σε παρόμοιες ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αυτής της μορφής δεν ήταν στο ίδιο σημείο του ερωτηματολογίου. Η εγκυρότητα διαπιστώνεται από τη σύγκριση με αντίστοιχες μελέτες και από το γεγονός ότι τα αποτελέσματα παρέχουν επιβεβαίωση παρατηρήσεων από την καθημερινή κλινική πρακτική. Τα υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης αποτελούν ένδειξη ότι το δείγμα είναι επαρκώς αντιπροσωπευτικό του συγκεκριμένου πληθυσμού. Βέβαια τα αποτελέσματα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διεξαγωγή ποσοτικών συμπερασμάτων για την υγεία και για τη χρήση υπηρεσιών υγείας στην Ελληνική κοινωνία, αλλά παρέχουν ορισμένες «ποιοτικές» ενδείξεις για τα υπό μελέτη φαινόμενα.

Στην παρούσα εργασία έγινε παρουσίαση ενός μέρους των αποτελεσμάτων. Ακολουθούν ο σχολιασμός των αποτελεσμάτων αυτών και ορισμένα ερωτήματα που προκύπτουν από την έρευνα που διεξήχθει. Αναπόφευκτα θα γίνει αναφορά και σε ορισμένα αποτελέσματα που δεν παρουσιάστηκαν στην παρούσα εργασία.

Κατ' αρχήν, τα αποτελέσματα της ανάλυσης των κοινωνικών παραμέτρων που μελετήθηκαν αντικατοπτρίζουν τις κοινωνικές συνθήκες ενός αγροτικού δήμου που βρίσκεται σε μικρή απόσταση από μια μεγάλη πόλη. Ένα στα δέκα νοικοκυριά ανήκει στην εκτεταμένη μορφή της οικογένειας, η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων ηλικίας άνω των 44 ετών έχουν παντρευτεί, οι διαζευγμένοι αποτελούν ελάχιστο ποσοστό του δείγματος, η χηρεύουσα μητέρα συγκατοικεί με τα παιδιά της σε υψηλό ποσοστό, οι συνθήκες της κατοικίας είναι μάλλον ευνοϊκές, η απασχόληση των ερωτηθέντων ανταποκρίνεται στις συνθήκες της οικονομίας του Δήμου, το επίπεδο εκπαίδευσης είναι υψηλότερο στις νεώτερες ηλικιακές ομάδες κ.λπ.

Η μελέτη των παραπάνω παραμέτρων, παρέχει την δυνατότητα διερεύνησης στο συγκεκριμένο πληθυσμό, της επίδρασης τους στην εκδήλωση της ασθένειας και στην απόφαση για χρήση των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, έχει διαπιστωθεί ότι οι οικογενειακές δομές επηρεάζουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας σε πληθυσμούς με διαφορετικές πολιτιστικές παραδόσεις (Habib και Vaughan 1986, Mwabu 1986, Hanson και Ostergen 1987, Anson 1988, Hay 1988). Μια ένδειξη ότι είναι σημαντικές στο συγκεκριμένο πληθυσμό παρέχεται από το γεγονός ότι, με μικρό ποσοστό εξαιρέσεων, η βοήθεια σε όσους έχουν δυσκολία αυτο-εξυπηρέτησης παρέχεται από τα άλλα μέλη της οικογένειας. Επίσης, υψηλό ποσοστό (33,7%) των ερωτηθέντων προστρέχει σε συγγενείς και φίλους για τη μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και ποσοστό 4,8% πήραν φάρμακο μετά από συμβουλή φίλου ή από μόνοι τους. Το ερώτημα που προκύπτει είναι κατά πόσον τα αποτελέσματα αυτά εκφράζουν το φαινόμενο της αυτο-φροντίδας (self-care) (Dean 1986, Bentzen και συν. 1989) ή οφείλονται σε ανεπάρκεια των υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας στη χώρα μας; Προφανώς η παραπέρα ανάλυση των δεδομένων της έρευνας θα απαντήσει σε κάποιο βαθμό σε ερωτήματα αυτής της μορφής, υπάρχει όμως η ανάγκη να διασταυρωθούν με δεδομένα από άλλες έρευνες, τόσο της ίδιας μορφής σε άλλους πληθυσμούς όσο και πιο εξειδικευμένες έρευνες των κοινωνικών και οικογενειακών συνθηκών στον Ελληνικό χώρο.

Άλλο παράδειγμα ενός θέματος που χρήζει περαιτέρω διε-

ρεύνηση είναι η σχέση του επαγγέλματος με την υγεία. Η ταξι-  
νόμηση των επαγγελματιών της Ε.Σ.Υ.Ε. που χρησιμοποιήθηκε  
στην παρούσα έρευνα παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες ως προς  
την ερμηνεία των αποτελεσμάτων σε σχέση με την υγεία γιατί  
βασίζεται στον κλάδο της οικονομίας στον οποίο εντάσσεται  
κάθε επάγγελμα και δεν βοηθά στη διερεύνηση των διαφορετι-  
κών κινδύνων για νόσηση που αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι σε  
εργασίες με διαφορετικές συνθήκες. Για παράδειγμα, η κατηγο-  
ρία παροχής υπηρεσιών περιέχει όλους όσους ασχολούνται με  
τον τουρισμό από διευθυντές ξενοδοχείων μέχρι σερβιτόρους  
και –μαζί– τους κουρείς, τους απασχολούμενους σε υπηρεσίες  
προστασίας και ασφάλειας κ.λπ. Επίσης η ίδια ταξινόμηση δεν  
μπορεί –ως έχει– να αποτελέσει τη βάση διαμόρφωσης ενός κοι-  
νωνικο-οικονομικού δείκτη κατάταξης των ερωτηθέντων. Στη με-  
λέτη του Ε.Κ.Κ.Ε. (Μαδιανός και συν. 1988) χρησιμοποιήθηκε το  
επάγγελμα σε συνδυασμό με την εκπαίδευση για να διαμορφωθεί  
ένας δείκτης αυτής της μορφής. Το ερώτημα που τίθεται είναι  
κατά πόσον αυτός ο συνδυασμός δύο μεταβλητών μπορεί πράγ-  
ματι να αποτελέσει τη βάση μιας κοινά αποδεκτής σύνθετης κοι-  
νωνικο-οικονομικής κλίμακας του πληθυσμού όπως αυτές που  
έχουν διαμορφωθεί σε άλλες χώρες (Liberatos και συν. 1988); Η  
έλλειψη της κλίμακας αυτής συχνά αντιμετωπίζεται με τη χρήση  
μόνο της εκπαίδευσης στη συγκεκριμένη ανάλυση (La Vecchia  
και συν. 1987, Zuryak και συν. 1987).

Οι δυσκολίες διαμόρφωσης μιας κλίμακας αυτής της μορφής  
προσκρούουν διεθνώς στη δυσκολία κατάταξης όσων δεν εργά-  
ζονται, δηλαδή των νοικοκυρών, των συνταξιούχων, των νέων  
που φοιτούν ή είναι στρατευμένοι, των ανέργων και όσων ζητάνε  
δουλειά. Μια κοινώς αποδεκτή προσέγγιση, αν όχι και λύση του  
προβλήματος είναι να κατατάσσονται οι νοικοκυρές στο επάγ-  
γελμα του συζύγου, οι νέοι σ' αυτό του εργαζόμενου γονέα, οι  
συνταξιούχοι στο επάγγελμα που εξασκούσαν πριν την συνταξιο-  
δότηση. Βέβαια και αυτή η προσέγγιση πρέπει να αντιμετωπιστεί  
με επιφυλάξεις γιατί η κάθε ομάδα μπορεί να έχει τα δικά της  
προβλήματα υγείας, όπως για παράδειγμα η σχέση της υγείας με  
τη συνταξιοδότηση. Βέβαια και αυτή η προσέγγιση πρέπει να  
αντιμετωπιστεί με επιφυλάξεις γιατί η κάθε ομάδα μπορεί να έχει  
τα δικά της προβλήματα υγείας, όπως για παράδειγμα η σχέση  
της υγείας με τη συνταξιοδότηση (Kremer 1985). Τα αποτελέ-  
σματα της κατάταξης αυτής της μορφής δίνονται στον πίνακα 4  
και εκκρεμεί η διερεύνηση του κατά πόσον αυτός ο δείκτης μπο-  
ρεί να χρησιμοποιηθεί ως μια μεταβλητή στην ανάλυση των δει-

κτών υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας (Cockerham και συν. 1986) σε διαφορετικές κοινωνικο-οικονομικές ομάδες στον πληθυσμό της έρευνας.

Η σημασία ανάλυσης των δεικτών υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας σε σχέση με τους κοινωνικούς δείκτες αλλά και με τους άλλους καθοριστικούς της υγείας παράγοντες που μελετήθηκαν, όπως είναι η διατροφή, κατανάλωση οιοπνεύματος, το κάπνισμα και η άσκηση, προκύπτει από το γεγονός ότι ορισμένοι από τους δείκτες αυτούς λειτουργούν άλλοτε συμπληρωματικά και άλλοτε σε αντίθετες κατευθύνσεις. Για παράδειγμα, η σωστή διατροφή μπορεί, στο συγκεκριμένο πληθυσμό, να σχετίζεται με την εκπαίδευση ή με κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, ενώ η άσκηση των αγροτών και άλλων επαγγελματιών κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, η οποία είναι ευεργετική για την υγεία, μπορεί να αντισταθμίζει την έλλειψη εκπαίδευσης αυτών των επαγγελματιών ομάδων.

Επίσης, η σημασία επέκτασης της έρευνας προς αυτήν την κατεύθυνση προκύπτει και από ορισμένα συμπεράσματα για τους ίδιους τους δείκτες υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας. Οι δείκτες νόσηρότητας που μελετήθηκαν (χρόνια και πρόσφατη ασθένεια, συμπτώματα) είναι κάπως υψηλότεροι στον πληθυσμό της έρευνας απ' ότι σε άλλες μελέτες (OPCS 1983, 1986, Αλαμάνος και συν. 1986, 1990, Μαδιανός 1988). Τα αποτελέσματα αυτά είναι σε αντίθεση με τα αναμενόμενα σε ένα αγροτικό πληθυσμό στην Κρήτη, όπου η θνησιμότητα είναι γνωστό ότι είναι χαμηλή και όπου, στον πληθυσμό της έρευνας οι καθοριστικοί της υγείας παράγοντες είναι, εκτός του καπνίσματος, μάλλον ευνοϊκοί για την υγεία. Η ερμηνεία του ευρήματος αυτού χρειάζεται παραπέρα διερεύνηση: Αποτελεί ειδικό εύρημα στο συγκεκριμένο πληθυσμό ή εκφράζει μια έντονη ενασχόληση με τα θέματα υγείας; Αποτελεί ένδειξη αυξημένης νοσηρότητας που οφείλεται σε ασθένειες ελαφριάς βαρύτητας;

Αντίστοιχα, οι δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας που αφορούν την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και τη χρήση φαρμάκων εμφανίζονται αυξημένοι, ενώ η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη είναι αντίστοιχη με αυτήν που έχει αναφερθεί σε άλλους πληθυσμούς (Andersen και Newman 1976, OPCS 1983, 1986, Facts και συν. 1985, Αλαμάνος και συν. 1986, 1990, Peach και Charlton 1986, Andersen και Laake 1987, Μαδιανός 1988). Και πάλι υπάρχουν διαφορετικές ερμηνείες για το εύρημα αυτό. Η πρώτη είναι ότι η νοσηρότητα από ασθένειες ελαφριάς βαρύτητας είναι αυξημένη. Αυτό όμως είναι αντίθετο με την κλασική θεωρία, ότι οι ασθέ-



νειες έχουν ένα συνεχές φάσμα από τις πιο ελαφριές μέχρι τις πιο σοβαρές. Η δεύτερη είναι, ότι η νοσοκομειακή περίθαλψη που παρέχεται δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών. Όμως, ο πληθυσμός της έρευνας προστρέχει σε αρκετά υψηλό ποσοστό (17%) στα νοσοκομεία της Αθήνας όποτε το χρειαστεί και συνεπώς δεν φαίνεται να υπάρχουν εμπόδια στην προσπέλαση προς τα νοσοκομεία αυτά. Η τρίτη ερμηνεία της υψηλής χρήσης υπηρεσιών εξωνοσοκομειακής φροντίδας είναι ότι αυτή οφείλεται στην αυξημένη προσφορά υπηρεσιών: Ο υγειονομικός σταθμός, το ΚΑΠΗ, τα ιατρεία του ΙΚΑ, τα ιδιωτικά ιατρεία και τα εξωτερικά ιατρεία του (τότε μόνον) νοσοκομείου, λειτουργώντας ανεξάρτητα το ένα από το άλλο και σε μικρή σχετικά απόσταση από το Δήμο Αρχανών «προκαλούν» από το γεγονός ότι προσφέρονται υπηρεσίες, αύξηση της ζήτησης. Η ερμηνεία αυτή, μπορεί να εξηγήσει και την υψηλή αναφορά της νοσηρότητας, δηλαδή ότι θρισκόμαστε προ ενός φαινομένου ιατρογενούς νοσηρότητας. Αν και η ερμηνεία αυτή υποστηρίζεται από αναλύσεις που έγιναν ανάλογα με το ταμείο ασφάλισης υγείας των ερωτηθέντων, πρέπει να διατυπωθεί με κάθε επιφύλαξη γιατί στηρίζεται στην ανάλυση ενός συγκεκριμένου πληθυσμού. Η επιβεβαίωσή της απαιτεί σύγκριση με άλλους πληθυσμούς.

Ένα εύρημα που αξίζει να συζητηθεί είναι οι διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο φύλων. Οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερους δείκτες ασθένειας, συμπτωμάτων και χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους άνδρες περίπου σε κάθε περίπτωση που αναλύθηκε. Βέβαια αυτό έχει απασχολήσει επανειλημμένα τη βιβλιογραφία και έχουν προταθεί πολλές ερμηνείες του φαινομένου. Όλες επιχειρούν να συνδυάσουν το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών με την υψηλή νοσηρότητα από ασθένειες χαμηλής θνητότητας, όπως είναι οι νευρώσεις, οι οποίες με τη σειρά τους αυξάνουν την αναφορά σωματικών συμπτωμάτων και τη χρήση υπηρεσιών υγείας (Meddion 1986). Άλλες αποδίδουν το φαινόμενο στον αναπαραγωγικό ρόλο της γυναίκας (Svarstad και συν. 1987, Verbrugge 1989) και άλλες στη κοινωνική θέση του γυναικείου φύλου (Briscoe 1987). Επιπλέον οι διαφορές στους δείκτες αυτούς στην παρούσα έρευνα συνδυάζονται με μια διαφαινόμενη τάση χρήσης υπηρεσιών διαφορετικής μορφής από τα δύο φύλα: Οι άνδρες νοσηλεύονται πιο συχνά στα νοσοκομεία της Αθήνας και επισκέπτονται πιο συχνά τα ιδιωτικά ιατρεία ενώ αναφέρουν λιγότερες επισκέψεις στο αγροτικό ιατρείο, ιδιαίτερα οι άνδρες ηλικίας 26-54 ετών.

Συμπερασματικά, η έρευνα ερωτηματολογίου υγείας στις Αρ-

χάνες παρέχει στοιχεία για την υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας, τα οποία αφενός μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάλυση της σχέσης κοινωνικές συνθήκες – οικογένεια – ασθένεια – περίθαλψη στο συγκεκριμένο πληθυσμό και αφετέρου, μπορούν να αποτελέσουν τη βάση για τη διενέργεια παρόμοιων μελετών σε άλλους πληθυσμούς με σκοπό τη σύγκριση και, μέσω αυτής, της διατύπωσης γενικότερων συμπερασμάτων για τη σχέση αυτή στη σύγχρονη Ελληνική κοινωνία.

## Βιβλιογραφία

- Aase A., Almas R., The diffusion of cardiovascular disease in the Norwegian farming community: A combination of morbidity and mortality data. *Soc. Sci. Med.* 1989, 29:1027-1033.
- Αλαμάνος Γ., Γκοριτσάς Κ., Κατσουγιάννη Κ. και συν. Μελέτη για την οργάνωση και λειτουργία ενός Κέντρου Υγείας στο Δήμο Περάματος, Αθήνα, Δακτυλογραφημένη Έκθεση, 1986.
- Αλαμάνος Γ., Τούντας Γ., Τσαμανδουράκη Κ., Μελέτη κοινωνικοοικονομικών παραγόντων υγείας στο Δήμο Αργυρούπολης: Έρευνα νοσηρότητας και χρήσης υπηρεσιών υγείας, Αθήνα, Δακτυλογραφημένη Έκθεση, 1990.
- Andersen As., Laake P., A model for physician utilization within 2 weeks. Analysis of Norwegian Data. *Med. Care* 1987, 25:300-310.
- Andersen, R., Newman Jf., Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Q.* 1973, 51:95-124.
- Anson O., Living arrangements and women's health. *Soc. Sci. Med.* 1988, 26:201-208.
- Bentzen N., Christiansen T., Moller Pedersen K., Self-care within a model for demand for medical care. *Soc. Sci. Med.* 1989, 29:185-193 Ward, Greenwich. Greenwich, Greenwich Resource Centre, 1983.
- Betts G., Health in Glymdon, Report of a survey on health in Clyclon.
- Blaxter M., Self-definition of health status and consulting rates in Primary Care. *Q. J. Soc. Affairs* 1985, 92:131-171.
- Briscoe Me., Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of G.P. consultation. *Soc. Sci. Med.* 1987, 25:507-513.
- Clarridge Br., Massagli Mp., The use of female spouse proxies in common symptom reporting. *Med. Care* 1989, 27:352-366.
- Cockerham Wc., Kunz G., Lueschen G., Psychological distress, perceived health status, and physician utilization in America and West Germany. *Soc. Sci. Med.* 1988, 26:829-838.
- Cockerham Wc., Lueschen G., Kunz G., Spaeth JI., Social stratification and self-management of health. *J. Health Soc. Behav.* 1986, 27:1-14.
- Curtis S., Community health survey of Victoria District: Final report, London, Health Research Group, Queen Mary College, 1985.

- Dean K., Lay care in illness. *Soc. Sci. Med.* 1986, 22:275-284.
- Ε.Σ.Υ.Ε., Στατιστική ταξινόμηση των επαγγελματιών, Αθήνα, Υπουργείο Συντονισμού, Ε.Σ.Υ.Ε. 1981.
- Farrell E., Marketing research for local health promotion, 1986, Bath, Health Education Council, Research Report No 7, 1986.
- Φιλαλήθης Αε., Η έρευνα των Αρχανών, Το ερωτηματολόγιο υγείας, Ηράκλειο, Εργαστήριο Προγραμματισμού Υγείας, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, 1990.
- Φιλαλήθης Αε., Βλαχονικολής Ι., Κουκούλη-Γραβάνη Σ., Μπένος Α., Η υγεία και η χρήση υπηρεσιών υγείας σε ένα Δήμο: Η έρευνα των Αρχανών, Ηράκλειο, Εργαστήριο Προγραμματισμού Υγείας, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ερευνητική Έκθεση, Αρ. 1, 1990.
- Foste M., Berghmans F., Janssens L., The primary health care project in Belgium: A survey in the utilization of health services. *Soc. Sci. Med.* 1985, 20:181-190.
- Goldstein Ms., Siegel Jm., Boyer R., *Predicting changes in perceived health status.* *Am J. Public Health* 1984, 74:61-614.
- Habib Os., Vaughan Jp., The determinants of health services utilization in Southern Iraq: A household interview survey. *Int J. Epid* 1986, 15:395-403.
- Hanson Bs., Ostergren Po., Different social network and social support characteristics, nervous problems and insomnia: Theoretical and methodological aspects on some results from the population study «Men born in 1914» Malmö, Sweden, *Soc. Sci. Med.* 1987, 25:849-859.
- Hay Di., Socio-economic status and health status: A study of males in the Canada health survey, *Soc. Sci. Med.* 1988, 27:1317-1325.
- Hershey Jc., Luft Hs., Gianaris Jm., Making sense out of utilization data, *Med. Care* 1975, 13:838-854.
- Idler Ei., Kasl Sv. Lemke Jh., Self-evaluated health and mortality among the elderly in New Haven, Connecticut, and Iowa and Washington counties, Iowa, 1982-1986. *Am J. Epidemiol* 1990, 131:91-103.
- Janzon L., Hanson Bs., Isacson So., Lindell Se., Steen B., Factors influencing participation in health surveys. Results from prospective population study «Men born in 1914» in Malmö, Sweden, *J. Epidemiol Community Health* 1986, 40:174-177.
- Joseph Ae., Cloutier Ds., A framework for modeling the consumption of health services by the rural elderly, *Soc. Sci. Med.* 1990, 30:45-52.
- Kaplan Rm., Anderson Jp., A General Health Policy Model: Update and applications. *Health Serv. Res.* 1988, 23:203-235.
- Kars-Marshall C., Spronk-Boon Yw., Pollemans Mc., National health Interview Surveys for health care policy. *Soc. Sci. Med.* 1988, 20:61-66.
- Kremer Y., The association between health and retirement: Self-health assessment of Israeli retirees, *Soc. Sci. Med.* 1985, 20:61-66.
- Kutner Ng., Social ties, social support, and perceived health status among chronically disabled people, *Soc. Sci. Med.* 1987, 25:29-34.
- La Vecchia C., Negri E., Pagano R., Decarli A., Education, prevalence of disease, and frequency of health care utilization, *J. Epidemiol Community Health*

- 1987, 41:161-165.
- Leavey R., Wilkin D., A comparison of two survey measures of health status, *Soc. Sci. Med.* 1988, 27:269-275.
- Liberatos P., Link Bg., Kelsey JI., The measurement of social class in Epidemiology, *Epidemiol Rev.* 1988, 10:87-121.
- Lichtenstein RI., Thomas Jw., A comparison of self-reported measures of perceived health and functional health in an elderly population, *J. Community Health* 1987, 12:213-230.
- Μαδιανός Μ., Ζαρνάρη Ο., Κατουσέλη Α., και συν. Υγεία και Ελληνική κοινωνία: Εμπειρική έρευνα, Αθήνα, Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, 1988.
- Meddin Jr., Sex differences in depression and satisfaction with self: Findings from a United States National Survey, *Soc. Sci. Med.* 1986, 22:807-812.
- Mootz M., Health Indicators, *Soc. Sci. Med.* 1986, 22:255-263.
- Mosely II. Rr., Wolinsky Fd., The use of proxies in health surveys. Substantive and policy implications, *Med. Care* 1986, 24:496-510.
- Mwabu Gm., Health care decisions at the household level: Results of a rural health survey in Kenya, *Soc. Sci. Med.* 1986, 22:315-319.
- O.P.C.S. (Office of Population Censuses & Surveys). General Household Survey: 1983, London, HMSO Series, GHS no 13. 1983.
- O.P.C.S. (Office of Population Censuses & Surveys). General Household Survey: Preliminary results for 1985. London, HMSO, GHS 86/1, 1986.
- Παναγιωτόπουλος Τ., Υγεία στην προσχολική ηλικία. Εικόνα νοσηρότητας και ανάγκες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Εμπειρική έρευνα, Αθήνα, Ίδρυμα Ερευνών για το Παιδί, 1991.
- Peach H., Charlton Jrh., Illness, disability, and drugs among 25 to 75 year olds living at home, *J. Epidemiol Community Health* 1986, 40:59-66.
- Segovia J., Bartlett Rf., Edwards Ac., An empirical analysis of the dimensions of health status measures, *Soc. Sci. Med.* 1989, 29:761-768.
- Svarstad Bl., Cleary Pd., Mechanic D., Robers Pa., Gender differences in the acquisition of prescribed drugs: An epidemiological study. *Med Care* 1987, 25:1089-1098.
- Verbrugge Lm. The Twain Meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality, *J. Health Soc. Behav.* 1989, 30:282-304.
- Wagstaff A., The demand for health: Theory and applications, *J. Epidem Community Health* 1986, 40:1-11.
- Williams Bt. The future of health services research: a strategic discussion. Report of an EC – WHO EURO Workshop, Lisbon 28 Feb. – 4 March 1990. Brussels, EC COMAC-HSR (Mimeo) 1990.
- Zurayk H., Halabi S., Deeb M. Measures of social class based on education for use in health studies in developing countries, *J. Epidemiol Community Health* 1987, 41:173-179.

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Ηλικία και φύλο μελών νοικοκυριών, ενεργού δείγματος και απόντων

Ηλικία	Μέλη νοικοκυριών:			Ενεργό δείγμα:			Απόντες:		
	A	Γ	Δ.Δ. ΣΥΝΟΛΟ	A	Γ	Δ.Δ. ΣΥΝΟΛΟ	A	Γ	Δ.Δ. ΣΥΝΟΛΟ
16	296	264	47	296	264	47	32	11	4
17-25	120	130	4	88	119		28	5	1
26-44	214	252	1	186	247		14	3	1
45-54	124	111	1	110	108		11	4	
55-64	110	115		99	111		13	4	
65	136	167		123	163		3		
Δ.Δ.	4	1	—	1	1	—	—	—	—
ΣΥΝΟΛΟ	1004 47.9%	1040 49.6%	53 2.5%	903 46.0%	1013 51.6%	47 2.4%	101 75.4%	27 20.1%	6 4.5%
			100.0%			100.0%			100.0%

Σημείωση: Δ.Δ. = Δεν δηλώθηκε

**ΠΙΝΑΚΑΣ 2**  
Οικογενειακή κατάσταση ενεργού δείγματος κατά φύλο και ηλικία

Οικογενειακή κατάσταση	Ηλικία					ΣΥΝΟΛΟ	Ηλικία					ΣΥΝΟΛΟ
	<16	17-25	26-44	45-54	55-64		>65	<16	17-25	26-44	45-54	
<b>ΑΝΔΡΕΣ:</b>						404						404
Άγαμοι	294	77	30	1	1	1	100.0%	87.5%	16.1%	0.9%	1.0%	0.8%
Έγγαμοι	0	11	156	108	95	110	0.0%	12.5%	83.9%	98.2%	96.0%	89.4%
Χήροι	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.9%	2.0%	9.8%
Διαζευγμένοι	0	0	0	0	1	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	1.0%	0.0%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	294	88	186	110	99	123	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ:</b>						362						362
Άγαμοι	261	77	11	2	3	8	100.0%	64.7%	4.5%	1.9%	2.7%	5.0%
Έγγαμοι	0	42	234	94	85	79	0.0%	35.3%	94.7%	87.0%	76.6%	49.1%
Χήροι	0	0	0	12	23	71	0.0%	0.0%	0.0%	11.1%	20.7%	44.1%
Διαζευγμένοι	0	0	2	0	0	3	0.0%	0.0%	0.8%	0.0%	0.0%	1.9%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	261	119	247	108	111	161	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

**ΠΙΝΑΚΑΣ 3**  
Επάγγελμα όσων εργάζονται

Επάγγελμα	Ηλικία					ΣΥΝΟΛΟ	Ηλικία					ΣΥΝΟΛΟ	
	17-25	26-44	45-54	55-64	>65		17-25	26-44	45-54	55-64	>65		
<b>ΑΝΔΡΕΣ:</b>													
Επιστήμονες, Ελεύθ. επαγγ.	1	13	4	1	0	19	1.7%	7.1%	3.7%	1.2%	0.0%	4.12%	
Υπάλληλοι γραφείου	5	27	7	3	0	42	8.3%	14.7%	6.5%	3.7%	0.0%	9.1%	
Έμποροι και πωλητές	3	5	4	4	0	12	3.3%	4.3%	0.9%	1.2%	0.0%	2.6%	
Παροχή υπηρεσιών	2	8	1	1	0	12	3.3%	4.3%	0.9%	1.2%	0.0%	2.6%	
Γεωργοί, Κτηνοτρόφοι	32	98	77	66	23	296	53.3%	53.3%	71.3%	81.5%	85.2%	64.3%	
Τεχνίτες, Εργάτες	17	33	15	6	4	75	28.3%	17.9%	13.9%	7.4%	14.8%	16.3%	
Ασαφές επάγγελμα	0	0	0	0	0	0	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>60</b>	<b>184</b>	<b>108</b>	<b>81</b>	<b>27</b>	<b>460</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	
<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ:</b>													
Επιστήμονες, Ελεύθ. επαγγ.	1	13	1	0	0	15	3.6%	11.5%	2.7%	0.0%	0.0%	7.5%	
Υπάλληλοι γραφείου	13	24	1	0	0	38	46.4%	21.2%	2.7%	0.0%	0.0%	7.0%	
Έμποροι και πωλητές	2	9	3	0	0	14	7.1%	8.0%	8.1%	0.0%	0.0%	10.0%	
Παροχή υπηρεσιών	5	10	4	1	0	20	17.9%	8.8%	10.8%	4.8%	0.0%	10.0%	
Γεωργοί, Κτηνοτρόφοι	5	48	25	17	2	97	17.9%	42.5%	67.6%	81.0%	100.0%	48.3%	
Τεχνίτες, Εργάτες	1	9	3	3	0	16	3.6%	8.0%	8.1%	14.3%	0.0%	8.0%	
Ασαφές επάγγελμα	1	0	0	0	0	1	3.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.5%	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>28</b>	<b>113</b>	<b>37</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>201</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	<b>100.0%</b>	

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4**  
Επαγγελματική κατάταξη των μελών του δείγματος

Επάγγελμα	Ηλικία					ΣΥΝΟΛΟ	Ηλικία					ΣΥΝΟΛΟ	
	17-25	26-44	45-54	55-64	>65		17-25	26-44	45-54	55-64	>65		
<b>ΑΝΔΡΕΣ:</b>													
Επιστήμονες, Ελεύθ. επαγγ.	1	13	4	2	2	22	1.2%	7.0%	3.6%	2.0%	1.6%	3.7%	
Υπάλληλοι γραφείου	8	27	7	5	0	47	9.8%	14.5%	6.4%	5.1%	0.0%	7.8%	
Έμποροι και πωλητές	5	5	4	4	0	26	6.1%	2.7%	3.6%	4.1%	6.5%	4.3%	
Παροχή υπηρεσιών	2	8	3	5	5	23	2.4%	4.3%	2.7%	5.1%	4.1%	3.8%	
Γεωργοί, Κτηνοτρόφοι	45	98	77	73	90	383	54.9%	52.7%	70.0%	74.5%	73.2%	63.9%	
Τεχνίτες, Εργάτες	19	35	15	8	16	93	23.2%	18.8%	13.6%	8.2%	13.0%	15.5%	
Ασαφές επάγγελμα	2	0	0	1	2	5	2.4%	0.0%	0.0%	1.0%	1.6%	0.8%	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	82	186	110	98	123	599	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	
<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ:</b>													
Επιστήμονες, Ελεύθ. επαγγ.	2	19	3	3	3	30	1.9%	7.8%	2.8%	2.7%	1.9%	4.1%	
Υπάλληλοι γραφείου	19	35	9	4	3	70	18.1%	14.4%	8.5%	3.6%	1.9%	9.7%	
Έμποροι και πωλητές	6	11	5	4	5	31	5.7%	4.5%	4.7%	3.6%	3.1%	4.3%	
Παροχή υπηρεσιών	6	22	6	3	7	44	5.7%	9.1%	5.7%	2.7%	4.3%	6.1%	
Γεωργοί, Κτηνοτρόφοι	48	123	70	79	111	431	45.7%	50.6%	66.0%	71.8%	68.9%	59.4%	
Τεχνίτες, Εργάτες	17	31	9	12	7	76	16.2%	12.8%	8.5%	10.9%	4.3%	10.5%	
Ασαφές επάγγελμα	7	2	4	5	25	43	6.7%	0.8%	3.8%	4.5%	15.5%	5.9%	
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	105	243	106	110	161	725	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	



## ΠΙΝΑΚΑΣ 5

Δείκτες υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας

Δείκτες υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας	Φύλο	Ηλικία			ΣΥΝΟΛΟ	Ηλικία			ΣΥΝΟΛΟ				
		17-25	26-44	45-54		55-64	>65	17-25		26-44	45-54	55-64	>65
Αναφορά χρόνιας ασθένειας	A	6	26	27	57	88	204	6.8%	14.1%	25.0%	58.2%	71.5%	33.9%
	Γ	14	79	53	79	129	354	11.8%	32.0%	49.1%	71.2%	79.1%	47.3%
Αναφορά πρόσφατης ασθένειας	A	3	15	9	9	19	55	3.5%	8.1%	8.5%	9.4%	15.4%	9.2%
	Γ	12	31	22	21	44	130	10.1%	12.7%	20.8%	18.9%	27.2%	17.5%
Δείκτης επισκέψεων σε υπηρεσίες υγείας τον τελευταίο χρόνο	A	48	97	73	77	111	406	54.5%	52.2%	66.4%	78.6%	90.2%	67.1%
	Γ	78	194	88	102	148	610	65.5%	78.5%	81.5%	91.9%	90.8%	81.6%
Επισκέψεις σε γιατρό τις 2 τελευταίες εβδομάδες	A	6	15	11	14	30	76	6.9%	8.1%	10.0%	14.1%	24.6%	12.6%
	Γ	14	44	23	29	44	154	11.9%	17.9%	21.3%	26.1%	27.0%	20.6%
Εισαγωγές σε νοσοκομείο τον τελευταίο χρόνο	A	2	7	1	11	22	43	2.3%	3.8%	0.9%	11.1%	18.0%	7.1%
	Γ	10	21	9	16	30	86	8.4%	8.5%	8.3%	14.4%	18.4%	11.5%
Χρήση φαρμάκων τις 2 τελευταίες εβδομάδες	A	6	34	30	56	95	221	7.1%	18.3%	27.8%	58.3%	79.2%	37.2%
	Γ	33	95	63	87	144	422	28.0%	39.1%	58.9%	79.1%	88.3%	57.0%

Σημείωση: Παρουσιάζεται μόνο ο αριθμός και τα ποσοστά των θετικών απαντήσεων