



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Πληροφοριακού Συστήματος με τη Χρήση  
της Τεχνολογίας των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων  
(GIS) για τη Διερεύνηση Κοινωνικο-Οικονομικών Δεικτών που  
επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας Ηλικιωμένων**

**ΖΑΧΑΡΙΑΣ ΔΕΡΜΑΤΗΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΤΡΙΠΟΛΗ**  
**ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2017**





**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Πληροφοριακού Συστήματος με τη Χρήση  
της Τεχνολογίας των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων  
(GIS) για τη Διερεύνηση Κοινωνικο-οικονομικών Δεικτών που  
επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας Ηλικιωμένων**

**ΖΑΧΑΡΙΑΣ ΔΕΡΜΑΤΗΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

Υπεβλήθη στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου  
ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση Διδακτορικού Διπλώματος.

Η εκπόνηση της διατριβής συνετελέσθη με την καθοδήγηση τριμελούς  
Συμβουλευτικής Επιτροπής υπό την Εποπτεία της Επικ. Καθηγήτριας Αθηνάς  
Λαζακίδου

ΤΡΙΠΟΛΗ, Δεκέμβριος 2017

Η Επιβλέπουσα,

**Επικ. Καθηγήτρια Αθηνά Λαζακίδου**



© Ζαχαρίας Δερμάτης

Τίτλος Διδακτορικής Διατριβής:

**Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Πληροφοριακού Συστήματος με τη Χρήση  
της Τεχνολογίας των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων  
(GIS) για τη Διερεύνηση Κοινωνικο-οικονομικών Δεικτών που  
επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας Ηλικιωμένων**



**Αφιερώνεται στην οικογένεια μου**





## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Σε μία πράξη ευγνωμοσύνης,

Θέλω να επισημάνω και συγχρόνως να αναφέρω ότι χωρίς την παρουσία, την επιστημονική, πνευματική και ηθική υποστήριξη της κα Αθηνάς Λαζακίδου Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών, δεν θα ήταν δυνατή η εκπόνηση της διδακτορικής μου διατριβής. Επίσης, θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για τις πολύτιμες συμβουλές της για την βελτίωση και ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής.

Επίσης, θέλω να εκφράσω θερμές ευχαριστίες για τα μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, κ. Παναγιώτη Λιαργκόβα, Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και κ. Αθανάσιο Βοζίκη, Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς για τις πολύτιμες και ουσιαστικές συμβουλές για την ολοκλήρωση της Διδακτορικής μου Διατριβής.

Με τιμή

*Ζαχαρίας Δερμάτης*

Υποψήφιος Διδάκτορας



## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	xvii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	xxi
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	xxv
ABSTRACT.....	xxix
ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ.....	5
1.1. Εισαγωγή.....	5
1.2. Ορισμός Δημογραφικής Γήρανσης.....	7
1.3. Αίτια Δημογραφικής Γήρανσης.....	8
1.3.1. Μεταβολές στη Γονιμότητα .....	9
1.3.2 Μεταβολές στη θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης .....	13
1.3.3. Μετανάστευση .....	15
1.4. Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα .....	17
1.4.1. Μειωμένη Θνησιμότητα – Αυξανόμενη Μετανάστευση.....	18
1.4.2. Συμπερασματικά.....	21
1.5. Δείκτες Δημογραφικής Ανάλυσης της Γήρανσης.....	23
1.5.1 Ποσοστό Ηλικιωμένων.....	23
1.5.2 Δείκτης Γήρανσης .....	24
1.5.3 Δείκτης Εξάρτησης Ηλικιωμένων.....	25
1.6. Επιπτώσεις της Δημογραφικής Γήρανσης.....	25
1.6.1. Επιπτώσεις της Γήρανσης του Πληθυσμού στα Δημόσια Οικονομικά και τα Συνταξιοδοτικά Συστήματα.....	26
1.6.2 Επιπτώσεις της Γήρανσης του Πληθυσμού στην Οικονομία, την Αγορά Εργασίας και την Ανάπτυξη.....	28
1.6.3. Επιπτώσεις της Γήρανσης του Πληθυσμού στις Δομές της Κοινωνίας και της Οικογένειας .....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	37
2.1. Εννοιολογικές Προσεγγίσεις Τρίτης Ηλικίας και Γήρανσης.....	37
2.2. Προβλήματα Ατόμων Τρίτης Ηλικίας .....	42
2.2.1. Προβλήματα Υγείας .....	42
2.2.2. Οικονομική Ανασφάλεια.....	45

2.2.3. Μοναξιά και Απομόνωση .....	46
2.2.4. Παραμέληση .....	48
2.2.5. Κακοποίηση .....	48
2.2.6. Άγχος και Φόβος.....	49
2.2.7. Πλήξη - Αδράνεια.....	50
2.2.8. Μειωμένη Αυτοεκτίμηση.....	50
2.2.9. Απώλεια Ελέγχου.....	52
2.2.10. Έλλειψη Ετοιμότητας για την Τρίτη Ηλικία .....	52
2.3. Δομές Παροχής Υπηρεσιών σε Ηλικιωμένα Άτομα .....	53
2.3.1. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).....	54
2.3.2. Μονάδες στο Σπίτι.....	57
2.3.3. Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας (Μ.Κ.Μ.) .....	63
2.3.4. Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η).....	65
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....</b>	<b>67</b>
3.1. Θεωρητική Προσέγγιση.....	67
3.2. Ορισμός της Ποιότητας Ζωής .....	69
3.3. Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.....	71
3.4. Επίπεδα και Είδη Ποιότητας Ζωής .....	74
3.4.1. Ατομική Ποιότητα της Ζωής.....	75
3.4.2. Κοινωνική Ποιότητα της Ζωής.....	78
3.5. Παράγοντες που επηρεάζουν την Υγεία και την Ποιότητα Ζωής .....	80
3.5.1. Περιβαλλοντολογικοί Παράγοντες .....	86
3.5.2. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες.....	92
3.6. Έννοια Υποκειμενικής Υγείας.....	96
3.7. Μέτρησης της Ποιότητας Ζωής.....	96
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ</b>	<b>105</b>
4.1. Δείκτες που Επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας .....	105
4.2. Καθοριστικοί Παράγοντες της Υγείας .....	113
4.2.1. Δημογραφικοί Παράγοντες που επηρεάζουν την Υγεία .....	117
4.2.2. Κοινωνικό-οικονομικοί Παράγοντες.....	123
4.3. Κοινωνικο-οικονομικοί Δείκτες στην Υγεία των Ηλικιωμένων .....	126
4.4. Δημογραφικοί, Κοινωνικοί και Οικονομικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες για Υγεία και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα.....	130
4.4.1. Ανάλυση του Τομέα της Υγείας με Χρήση Δεικτών .....	130

4.5. Συμπεράσματα.....	149
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ (GIS).....</b>	<b>151</b>
5.1. Ορισμός – Χαρακτηριστικά και Δυνατότητες.....	151
5.2 Διάρθρωση ενός Γεωγραφικού Πληροφοριακού Συστήματος.....	152
5.3. Κατηγορίες Δεδομένων .....	153
5.4. Δομή Δεδομένων .....	155
5.5. Εφαρμογές των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων .....	156
5.6. Εφαρμογές των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων στην Υγεία .....	157
5.7. Εφαρμογές των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων στην Ψυχική Υγεία .	168
5.8. Εφαρμογές των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων στη Διαχείριση Περιβάλλοντικών Επιπτώσεων στην Υγεία .....	170
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΑΣ .....</b>	<b>173</b>
6.1. Σχεδιασμός και Στόχοι της Έρευνας.....	173
6.1.1. Ερευνητικά Ερωτήματα.....	175
6.1.2. Σχεδιασμός Έρευνας .....	176
6.1.3. Περιγραφή Ερωτηματολογίου.....	178
6.2. Μεθοδολογία Έρευνας .....	181
6.2.1. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων .....	182
6.2.2. Επεξεργασία και Ανάλυση Δεδομένων.....	182
6.2.3. Ηθική και Δεοντολογία της Έρευνας.....	184
6.2.4. Περιορισμοί της Έρευνας .....	185
6.2.5. Πληθυσμός και Δείγμα της Έρευνας.....	185
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ .....</b>	<b>189</b>
7.1. Προφίλ των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα.....	189
7.1.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά .....	189
7.1.2. Χαρακτηριστικά Διαμονής .....	194
7.1.3. Κοινωνικο-οικονομικά Χαρακτηριστικά.....	198
7.2. Η Καθημερινότητα των Ηλικιωμένων στην Περίοδο της Οικονομικής Κρίσης .	202
7.2.1. Στοιχεία Εισοδήματος.....	202
7.2.2. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Ιατρικού Ιστορικού.....	206
7.2.3. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Ποιότητας Ζωής.....	213
7.3. Συσχετίσεις Μεταβλητών και Στατιστική Ανάλυση.....	216
7.3.1. Συσχέτιση Δημογραφικών Στοιχείων με Πτυχές Ποιότητας Ζωής .....	217
7.3.2. Συσχέτιση Κοινωνικών Χαρακτηριστικών με Πτυχές Ποιότητας Ζωής ....	219

7.3.3. Συσχέτιση Οικονομικών Χαρακτηριστικών με Πτυχές Ποιότητας Ζωής ..	221
7.3.4. Συσχέτιση Χαρακτηριστικών Υγείας με Πτυχές Ποιότητας Ζωής .....	222
7.3.5. Συσχέτιση Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με Ηλικία, Μορφωτικό Επίπεδο, Οικονομικά Χαρακτηριστικά και Υγεία .....	225
7.4. Γραφική Απεικόνιση με GIS.....	227
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>231</b>
8.1. Γενικά.....	231
8.2. Σημερινό Προφίλ Ηλικιωμένων .....	233
8.3. Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στους Ηλικιωμένους.....	236
8.4. Στατιστική Διερεύνηση Συσχέτισης Δημογραφικών, Κοινωνικών, Οικονομικών Χαρακτηριστικών και Υγείας με Πτυχές της Ποιότητας Ζωής .....	238
8.5. Τοπικές Ιδιαιτερότητες που Εντοπίσθηκαν από την Έρευνα.....	241
8.6. Συσχέτιση Αποτελεσμάτων με Θεωρητικές Προσεγγίσεις.....	242
8.7. Απεικόνιση με Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα .....	243
8.8. Διαπιστωθέντες Περιορισμοί της Έρευνας.....	248
8.9. Συζήτηση και Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα.....	248
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....</b>	<b>251</b>
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	251
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	280
ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ .....	283
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....</b>	<b>297</b>
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: .....	299
Ερωτηματολόγιο .....	299
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β:.....	307
Εφαρμογή Survey123 .....	307
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ:.....	313
Ηλεκτρονικό Ερωτηματολόγιο (Limesurvey) .....	313
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ:.....	319
Ηλεκτρονικό Ερωτηματολόγιο (Python) .....	319
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε:.....	325
Γραφική Απεικόνιση με GIS .....	325
Περιοχή Διαμονής Σήμερα.....	326
Περιοχή Διαμονής στο Παρελθόν.....	329
Τόπος Διαμονής (Κατοικία, Ιδιόκτητο-Ενοίκιο, Φιλοξενία).....	332

Υγεία και Δραστηριότητα.....	339
Αίσθηση Ξεκούρασης μετά από Ύπνο .....	342
Φυσική Ενέργεια .....	345
Πόνος και ευημερία .....	348
Κατάσταση Υγείας και Περιορισμός στο Σπίτι .....	351
Οικονομική Αυτοδυναμία .....	354
Ετήσιο Εισόδημα.....	357
Αρνητική Επίδραση Οικονομικής Κρίσης .....	360
Ποιότητα Ζωής.....	363
Απόλαυση Ζωής .....	366
Ευτυχία σε Μεγάλο Μέρος του Χρόνου.....	369
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ:</b> .....	<b>373</b>
Συσχέτιση Μεταβλητών κατά Spearman .....	373
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ:</b> .....	<b>413</b>
Συσχέτιση Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με Δημογραφικά Χαρακτηριστικά, Οικονομικά Χαρακτηριστικά και Υγεία .....	413
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Η:</b> .....	<b>431</b>
Χορήγηση Αδειών για Διεξαγωγή Έρευνας.....	431





## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1.1. Μορφές πληθυσμιακών πυραμίδων.....	8
Εικόνα 1.2. Δομή της οικογένειας.....	11
Εικόνα 1.3. Συνολική μεταβολή γονιμότητας στην Ευρώπη.....	12
Εικόνα 1.4. Προβολή δείκτη γονιμότητας 2007-2050 (τα 3 σενάρια).....	19
Εικόνα 1.5. Προβολή καθαρής μετανάστευσης 2007-2050 (τα 3 σενάρια).....	19
Εικόνα 1.6. Προβολή προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση – Άρρενες (τα 3 σενάρια).....	20
Εικόνα 1.7. Προβολή προσδοκώμενης ζωής κατά τη γέννηση - Θήλειες (τα 3 σενάρια).....	20
Εικόνα 1.8. Προβολές πληθυσμού ηλικιακή δομή πληθυσμού 2007-2050 (ενδιάμεσο σενάριο).....	21
Εικόνα 1.9. Προβολές πληθυσμού πυραμίδα ηλικιών για το 2030 και 2050 (ενδιάμεσο σενάριο).....	22
Εικόνα 1.10. Επισκόπηση δαπανών που σχετίζονται με την ηλικία.....	27
Εικόνα 1.11. Μείωση εργατικού δυναμικού.....	32
Εικόνα 2.1. Ποσοστά θνησιμότητας, ως συνάρτηση της ηλικίας για τον πληθυσμό των ΗΠΑ το 2002.....	38
Εικόνα 2.2. Εξέλιξη χρόνιων παθήσεων, ως συνάρτηση της ηλικίας του πληθυσμού των ΗΠΑ (2002-2003).....	41
Εικόνα 2.3. Θάνατοι από πολλαπλά αίτια, που εκφράζονται σε ποσοστά ανά 100.000 ανθρώπους, ως συνάρτηση της ηλικίας για τον πληθυσμό των ΗΠΑ ηλικίας 85 ετών και άνω.....	43
Εικόνα 2.4. Κατανομή Δομών «Βοήθεια στο Σπίτι» ανά Περιφέρεια της Ελλάδος.....	62
Εικόνα 2.5. Κατανομή των Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας στις περιφέρειες τις Ελλάδας.....	66
Εικόνα 3.1. Βασικά στοιχεία της Ποιότητας Ζωής.....	68
Εικόνα 3.2. Ομάδες παραγόντων που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής.....	82
Εικόνα 3.3. Ταξινόμηση των παραγόντων της Ποιότητας Ζωής.....	83
Εικόνα 3.4. Η ποσοτικοποίηση των επιπτώσεων στην υγεία από την έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση.....	89
Εικόνα 4.1. Διαστάσεις της υγείας και της ευημερίας.....	113
Εικόνα 4.2. Το μοντέλο καθοριστικών παραγόντων της υγείας.....	114
Εικόνα 4.3. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και Υγεία.....	125
Εικόνα 4.4. Υπόθεση σύγκλισης υγείας-ηλικίας και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης.....	129
Εικόνα 4.5. Υπόθεση απόκλισης υγείας-ηλικίας και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης.....	129

Εικόνα 4.6. Εξέλιξη κατά κεφαλήν ΑΕΠ και ανεργίας στην Ελλάδα.....	133
Εικόνα 4.7. Σύνθεση του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού.....	134
Εικόνα 4.8. Βρεφική θνησιμότητα στην Ελλάδα και την ΕΕ-28, 2000-2012.....	139
Εικόνα 4.9. Προσδόκιμο ζωής σε Ελλάδα και ΕΕ-28, 2004-2012.....	140
Διάγραμμα 4.10. Προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών σε Ελλάδα και ΕΕ-28, 2002-2012.....	141
Εικόνα 4.11. Ποσοστιαία αναλογία ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στην Ελλάδα και την ΕΕ-28, 2002-2013.....	142
Εικόνα 4.12. Δείκτης ανισότητας πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και την ΕΕ-27 2007-2013.....	143
Εικόνα 4.13. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας.....	146
Εικόνα 4.14. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ανά φορέα χρηματοδότησης.....	147
Εικόνα 4.15. Σύνολο δαπάνης υγείας.....	148
Εικόνα 5.1. Διαφορετικά επίπεδα πληροφοριών GIS σε στοίβα.....	152
Εικόνα 5.2. Παρουσίαση των αντικειμένων της εικόνας 1 (RealWorld) σε μορφή Κανάβου 2 (Raster Representation) και διανύσματος 3 (Vector Representation).....	155
Εικόνα 5.3. Συνολική θνησιμότητα του καρκίνου στις ΗΠΑ (2005 – 2007).....	158
Εικόνα 7.1. Κατανομή συμμετεχόντων ανά φύλο.....	190
Εικόνα 7.2. Ηλικιακή κατανομή συμμετεχόντων.....	191
Εικόνα 7.3. Ηλικιακή πυραμίδα πληθυσμού ανά φύλο.....	192
Εικόνα 7.4. Κατανομή οικογενειακής κατάστασης.....	193
Εικόνα 7.5. Πυραμίδα οικογενειακής κατάστασης ανά φύλο.....	193
Εικόνα 7.6. Τόπος Διαμονής και ποσοστά διαμονής σε ιδιόκτητη ή ενοικιαζόμενη κατοικία..	196
Εικόνα 7.7. Κατάσταση διαβίωσης.....	197
Εικόνα 7.8. Μορφωτικό επίπεδο.....	199
Εικόνα 7.9. Πυραμίδα μορφωτικού επιπέδου συμμετεχόντων.....	200
Εικόνα 7.10. Επάγγελμα.....	201
Εικόνα 7.11. Πυραμίδα του επαγγέλματος ανδρών και γυναικών.....	202
Εικόνα 7.12. Ετήσιο εισόδημα.....	204
Εικόνα 7.13. Οικονομική Αυτοδυναμία.....	205
Εικόνα 7.14. Αντιλαμβανόμενη υγεία.....	209
Εικόνα 7.15. Πυραμίδα διατροφής ανδρών και γυναικών για ζωικά προϊόντα.....	212
Εικόνα 7.16. Πυραμίδα διατροφής ανδρών και γυναικών για φυτικές ίνες.....	212

<b>Εικόνα 7.17. Ποιότητα Ζωής.....</b>	<b>214</b>
<b>Εικόνα 7.18. Πυραμίδα Ποιότητας Ζωής ανδρών και γυναικών.....</b>	<b>215</b>
<b>Εικόνα 7.19. Ποιότητα Ζωής και παράγοντες που την επηρεάζουν.....</b>	<b>215</b>
<b>Εικόνα 7.20. Χάρτης Περιοχής Διαμονής Σήμερα.....</b>	<b>228</b>
<b>Εικόνα 7.21. Χάρτης Υγείας και Δραστηριότητας.....</b>	<b>228</b>
<b>Εικόνα 7.22. Χάρτης Οικονομικής Αυτοδυναμίας.....</b>	<b>229</b>
<b>Εικόνα 7.23. Χάρτης Επίδρασης Οικονομικής Κρίσης.....</b>	<b>229</b>
<b>Εικόνα 7.24. Χάρτης Ποιότητας Ζωής.....</b>	<b>229</b>
<b>Εικόνα 7.25. Χάρτης Απόλαυσης Ζωής.....</b>	<b>229</b>



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1. Οι σημαντικότερες αιτίες θανάτου στους ηλικιωμένους.....	44
Πίνακας 2.2. Αριθμός προγραμμάτων «Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας (Μ.Κ.Μ.)» ανά Περιφέρεια.....	64
Πίνακας 3.1. Επίπεδα της Ποιότητας Ζωής.....	74
Πίνακας 3.2. Είδη ατομικής Ποιότητας Ζωής.....	75
Πίνακας 3.3. Είδη κοινωνικής Ποιότητας Ζωής.....	78
Πίνακας 3.4. Διαφορές και ομοιότητες μεταξύ των εννοιών της ατομικής Ποιότητας Ζωής και της κοινωνικής Ποιότητας Ζωής.....	79
Πίνακας 3.5. Βασικοί παράγοντες της Ποιότητας Ζωής.....	84
Πίνακας 3.6. Δείκτες κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής.....	94
Πίνακας 4.1. Κατάταξη των ευρωπαϊκών δεικτών υγείας σε πέντε τομείς.....	109
Πίνακας 4.2. Δείκτης κατανομής εισοδήματος στην Ελλάδα S80/S20 (2008 έως 2013).....	132
Πίνακας 4.3. Διαχρονική Πορεία του Κινδύνου Φτώχειας και Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα και την ΕΕ28.....	134
Πίνακας 4.4. Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού.....	135
Πίνακας 4.5. Πληθυσμός σε κίνδυνο φτώχειας.....	135
Πίνακας 4.6. Πληθυσμός ηλικίας 0-17 ετών σε κίνδυνο φτώχειας (παιδική φτώχεια).....	135
Πίνακας 4.7. Κίνδυνος φτώχειας (μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις) κατά φύλο και ομάδες ηλικιών (2013).....	136
Πίνακας 4.8. Βάθος της φτώχειας ή χάσμα φτώχειας (μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις), κατά ομάδες ηλικιών και φύλο (2013).....	138
Πίνακας 4.9. Ιατροί ανά 1.000 κατοίκους κατά κατηγορία ειδικοτήτων 2001-2011.....	144
Πίνακας 4.10. Θεραπευτήρια, κλίνες, κέντρα υγείας και φαρμακεία ανά 100.000 κατοίκους (2001-2010).....	145
Πίνακας 4.11. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας.....	146
Πίνακας 4.12. Συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας και ποσοστιαία συμμετοχή φορέα.....	147
Πίνακας 5.1. Βιβλιογραφική επισκόπηση μελετών χρήσης των GIS στον τομέα της υγείας...	163
Πίνακας 6.1. Πίνακας αξιολόγησης ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων LimeSurvey Survey123 python.....	178
Πίνακας 6.2. Στόχοι, ερευνητικά ερωτήματα, ερωτήσεις διαμορφωθέντος ερωτηματολογίου και χαρτογράφηση.....	179

Πίνακας 7.1. Κατανομή συμμετεχόντων ανά φύλο, ανά περιοχή.....	190
Πίνακας 7.2. Ηλικιακή κατανομή συμμετεχόντων ανά περιοχή.....	191
Πίνακας 7.3. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων ανά περιοχή.....	192
Πίνακας 7.4. Περιοχή διαμονής των συμμετεχόντων σήμερα και στο παρελθόν.....	194
Πίνακας 7.5. Περιοχή διαμονής των συμμετεχόντων σήμερα και στο παρελθόν, ανά ΚΑΠΗ..	195
Πίνακας 7.6. Τόπος διαμονής ανά περιοχή.....	196
Πίνακας 7.7. Κατάσταση Διαβίωσης.....	197
Πίνακας 7.8. Μορφωτικό επίπεδο.....	199
Πίνακας 7.9. Συσχετισμός επαγγέλματος και μορφωτικού επιπέδου συμμετεχόντων.....	201
Πίνακας 7.10. Κύρια πηγή εισοδήματος.....	203
Πίνακας 7.11. Ετήσιο εισόδημα.....	204
Πίνακας 7.12. Οικονομική αυτοδυναμία.....	205
Πίνακας 7.13. Εμφάνιση προβλημάτων υγείας ανά περιοχή έρευνας.....	207
Πίνακας 7.14. Εμφάνιση προβλημάτων υγείας σε σχέση με το φύλο.....	208
Πίνακας 7.15. Αντιλαμβανόμενη υγεία.....	209
Πίνακας 7.16. Κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ.....	210
Πίνακας 7.17. Διατροφικές συνήθειες.....	211
Πίνακας 7.18. Ποιότητα ύπνου.....	213
Πίνακας 7.19. Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων (ηλικίας και οικογενειακής κατάστασης) με πτυχές της ποιότητας ζωής μέσω συντελεστή Spearman.....	218
Πίνακας 7.20. Συσχέτιση κοινωνικών στοιχείων (τόπος διαμονής σήμερα, τόπος διαμονής στο παρελθόν και μορφωτικό επίπεδο) με πτυχές της ποιότητας ζωής μέσω συντελεστή Spearman.....	219
Πίνακας 7.21. Συσχέτιση οικονομικών στοιχείων (οικονομική αυτοδυναμία, ετήσιο εισόδημα και επίδραση οικονομικής κρίσης) με πτυχές της ποιότητας ζωής μέσω συντελεστή Spearman.....	221
Πίνακας 7.22. Συσχέτιση στοιχείων υγείας (υγιής με δυνατότητα δραστηριότητας, καλή φυσική υγεία, πόνος με επιπτώσεις και υγεία που περιορίζει στο σπίτι) με πτυχές της ποιότητας ζωής μέσω συντελεστή Spearman.....	223
Πίνακας 7.23. Συσχέτιση στοιχείων Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με Ηλικία, Μορφωτικό Επίπεδο, Οικονομικά Χαρακτηριστικά και Χαρακτηριστικά Υγείας μέσω γραμμικής παλινδρόμησης.....	226
Πίνακας 8.1. Συνοπτικά χαρακτηριστικά του σημερινού προφίλ των ηλικιωμένων.....	235
Πίνακας 8.2. Προβλήματα υγείας ανά περιοχή.....	242

Πίνακας 8.3. Σύγκριση θεωρητικών προσεγγίσεων με τα ευρήματα της έρευνας και ερμηνεία τους.....	244
--	-----





## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων, ενώ οι επιμέρους στόχοι είναι: i) Η καταγραφή του σημερινού προφίλ των ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ της χώρας, όπως διαμορφώνεται στην περίοδο της οικονομικής κρίσης. ii) Η διερεύνηση της αντίληψης των ηλικιωμένων για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας τους και στον τρόπο ζωής τους. iii) Η αξιολόγηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. iv) Η διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων της έρευνας. v) Η διερεύνηση της διαφοροποίησης του βαθμού συσχέτισης των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Δεδομένης της χρησιμότητας των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (GIS) και της εφαρμογής τους στους χώρους της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας, των υπηρεσιών υγείας και της γενικότερης διαχείρισης του περιβάλλοντος για την υγεία, τα αποτελέσματα της έρευνας αποτυπώνονται ως γραφήματα στις αντίστοιχες γεωγραφικές θέσεις στους χάρτες, παρέχοντας στον ενδιαφερόμενο πλήρη εικόνα της γεωγραφικής κατανομής των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων.

Για τη συλλογή των δεδομένων και την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων έγινε διανομή ερωτηματολογίων που απευθύνονταν στους ηλικιωμένους διάφορων ΚΑΠΗ. Συμπληρώθηκαν συνολικά 897 ερωτηματολόγια. Το χρονικό διάστημα πραγματοποίησης της έρευνας ήταν μεταξύ των μηνών Μαρτίου του 2015 και Ιουλίου του 2016. Εφαρμόστηκαν μέθοδοι Περιγραφικής Στατιστικής (υπολογισμός ποσοστών και κατανομών συχνοτήτων, δεικτών κεντρικής τάσης, διασποράς), προκειμένου να παρουσιαστούν τα δεδομένα της μελέτης και να εξαχθούν συμπεράσματα που αφορούν στον υπό έρευνηση πληθυσμό. Η εισαγωγή και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 23, όπου πραγματοποιήθηκε τόσο η γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων όσο και όλοι οι επαγωγικοί στατιστικοί έλεγχοι.

Σχετικά με την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων διαπιστώνεται ότι: α) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι ηλικίες κάτω των 70 ετών αντιλαμβάνονται και διαβιών καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τις ηλικίες 70 – 80 ετών, οι οποίες με τη σειρά τους διαβιών ποιοτικά καλύτερα από τις ηλικίες άνω από 80 ετών, β) δεν διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά αποδεκτή σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των πτυχών της ποιότητας ζωής.

Σχετικά με την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των κοινωνικών χαρακτηριστικών με τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων διαπιστώνεται ότι: α) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι διαμένοντες σήμερα σε αστικές περιοχές αντιλαμβάνονται και διαβιών καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με αυτούς που διαμένουν σε ημιαστικές περιοχές, οι οποίοι με τη σειρά τους διαβιών ποιοτικά καλύτερα από αυτούς που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές, β) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι διαμένοντες στο παρελθόν σε αστικές περιοχές αντιλαμβάνονται και διαβιών καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με αυτούς που διέμεναν σε ημιαστικές περιοχές, οι οποίοι με τη σειρά τους διαβιών ποιοτικά καλύτερα από αυτούς που διέμεναν σε αγροτικές περιοχές, γ) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι κάτοχοι τίτλων ανώτερης

βαθμίδας εκπαίδευσης αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με αυτούς που κατέχουν τίτλους χαμηλότερης βαθμίδας.

Σχετικά με την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των οικονομικών χαρακτηριστικών με τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων διαπιστώνεται ότι: α) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες οικονομική αυτοδυναμία διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν διαθέτουν οικονομική αυτοδυναμία, β) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες υψηλότερο ετήσιο εισόδημα αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με αυτούς που έχουν χαμηλότερο, γ) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι όσοι θεωρούν ότι η οικονομική κρίση δεν τους επηρεάζει, αντιλαμβάνονται καλύτερα την ποιότητα ζωής και έχουν την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή. Ωστόσο, δεν συσχετίζεται η αντίληψη για τη σημερινή οικονομική κρίση με την αίσθηση ευτυχίας κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου.

Σχετικά με την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών υγείας με τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων διαπιστώνεται ότι: α) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες υγεία που τους επιτρέπει τη δραστηριότητα, διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν διαθέτουν υγεία που να τους επιτρέπει δραστηριότητα, β) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες καλή φυσική κατάσταση διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν διαθέτουν καλή φυσική κατάσταση, γ) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι πάσχοντες από πόνο που τους επηρεάζει την ευημερία διαβιούν χειρότερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν πάσχουν από πόνο, δ) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες προβληματική υγεία που τους περιορίζει στο σπίτι διαβιούν χειρότερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν περιορίζονται στο σπίτι για λόγους υγείας.

Επιπρόσθετα, διερευνήθηκε η συσχέτιση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με την Ηλικία ως Δημογραφικό Χαρακτηριστικό, το Μορφωτικό Επίπεδο ως Κοινωνικό Χαρακτηριστικό, την Οικονομική Αυτοδυναμία και το Ετήσιο Εισόδημα ως Οικονομικά Χαρακτηριστικά και τη Φυσική Ενέργεια και την Αίσθηση Υγείας ως Χαρακτηριστικά Υγείας. Προς το σκοπό αυτό δημιουργήθηκε η εξαρτημένη ψευδομεταβλητή με όνομα Αίσθηση Ποιότητας Ζωής, που αποτελείται από το Μέσο Όρο των μεταβλητών Ποιότητα Ζωής, Απόλαυση Ζωής και Αίσθηση Ευτυχίας του ερωτηματολογίου. Η ψευδομεταβλητή συσχετίστηκε με τις ακόλουθες μεταβλητές και ομάδες μεταβλητών: Η πρώτη συσχέτιση έγινε με τη μεταβλητή Ηλικία. Η δεύτερη συσχέτιση έγινε με τη μεταβλητή Μορφωτικό Επίπεδο. Η τρίτη συσχέτιση έγινε με το ζεύγος των μεταβλητών για τα Οικονομικά Χαρακτηριστικά. Η τέταρτη συσχέτιση έγινε με το ζεύγος των μεταβλητών για τα Χαρακτηριστικά Υγείας.

Από την εφαρμογή της γραμμικής παλινδρόμησης είναι προφανές ότι υφίσταται εμφανώς εντονότερη αναλογική σχέση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με τα Χαρακτηριστικά Υγείας των ερωτώμενων, λιγότερο έντονη αναλογική σχέση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με τα Οικονομικά Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και ακόμη λιγότερο έντονη αναλογική σχέση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με την Ηλικία και το Μορφωτικό Επίπεδο, ως Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων αντίστοιχα. Σημειώνεται ότι τα ευρήματα των συσχετίσεων αυτών μέσω γραμμικής παλινδρόμησης συνάδουν πλήρως με τις προηγηθείσες συσχετίσεις.

Παρατηρείται η σχεδόν πλήρης σύμπτωση των ευρημάτων της έρευνας με τις θεωρητικές προσεγγίσεις της αναφερόμενης βιβλιογραφίας, με εξαίρεση στα στοιχεία της

οκογενειακής κατάστασης των ηλικιωμένων και την υπόθεσή ότι οι έγγαμοι, οι χήροι, οι διαζευγμένοι, αυτοί που είναι σε διάσταση και τέλος οι άγαμοι διαβιούν ποιοτικά καλύτερα με τη σειρά αυτή, που ωστόσο δεν διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά αποδεκτή σχέση, πιθανώς λόγω του είδους και του μεγέθους του δείγματος. Ακόμη, διαφαίνεται ότι η αίσθηση της ευτυχίας των ηλικιωμένων της έρευνας κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου δεν συνδέεται αποκλειστικά με τις επιπτώσεις από την οικονομική κρίση, πιθανόν λόγω του είδους και του μεγέθους του δείγματος.

Τα στοιχεία της έρευνας αποτυπώθηκαν ως γραφήματα στις αντίστοιχες γεωγραφικές θέσεις στους χάρτες, παρέχοντας στον ενδιαφερόμενο πλήρη εικόνα της γεωγραφικής κατανομής των οικονομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, και κυρίως, της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων ανά περιοχή. Έτσι, οι ενδιαφερόμενοι δημόσιοι φορείς και πάροχοι υπηρεσιών υγείας αποκτούν δυνατότητες αμεσότητας στη λήψη αποφάσεων σχετικών με τις απαιτούμενες εκ μέρους τους ενέργειες.



## ABSTRACT

The purpose of this doctoral thesis is to investigate the socio-economic indicators that affect the health level of the elderly, while the individual objectives of the thesis are: i) To record the current profile of the elderly in the country's Open Centres of Elderly Care, as it is in the period of the economic crisis. ii) To explore the perception of the elderly about the impact of the economic crisis on their health and lifestyle. (iii) To assess the factors that affect the quality of life of elderly. (iv) To investigate the degree of correlation between socio-economic indicators and the quality of life of older involved in that research. v) To explore the differentiation of the degree of correlation between socio-economic indicators and the quality of life of the elderly.

Given the usefulness of Geographic Information Systems (GIS) and their application in the fields of physical health, mental health, health services and general health management, the results of the survey are plotted in the corresponding geographical locations on the maps, giving the responsible persons a complete view of the geographical distribution of socio-economic indicators that affect the health level of the elderly.

For the collection of data and answers to the research questions, a number of questionnaires were distributed to the elderly in many Open Centres of Elderly Care in the country. A total of 897 questionnaires were filled in. The survey period was between March 2015 and July 2016. Methods of Descriptive Statistics (calculation of frequencies and frequency distributions, central trend indicators, dispersion) were applied in order to present the study data and to extract conclusions about the population under investigation. The data was imported and processed using the SPSS 23 statistical packet, where both the graphical representation of the results and all inductive statistical checks were performed.

Regarding the correlation between demographic characteristics and aspects of quality of life of the elderly, it is established that: a) for the ages of elderly under 70 years they have a better understanding by all aspects of the quality of life compared to the ages of 70 - 80 years of age, who in turn live better than those over the age of 80; (b) there is no statistically acceptable correlation between the marital status of elderly and the aspects of quality of life.

Regarding the correlation between social characteristics and aspects of quality of life of the elderly, it is established that: a) the elderly living in urban areas today perceive and better live all aspects of quality of life compared to those living in semi-urban areas which, in turn, live better than those living in rural areas; (b) those living in urban areas in the past perceive and better live all aspects of quality of life compared to those living in semi-urban areas in the past, which in turn live better than those living in rural areas; (c) holders of higher education qualifications perceive and better live all aspects of quality of life compared to those with lower education qualifications.

Regarding the existence of correlations between economic characteristics and aspects of the quality of life of the elderly, it is established that: a) elderly with economic autonomy better live all aspects of the quality of life compared to those with lack in economic autonomy; b) elderly with higher annual income better understand and live all aspects of quality of life compared to those that have a lower level of annual income; (c) elderly who feel that the economic crisis does not affect them, they better perceive the quality of life and they feel that they are enjoying life. However, the perception of the

current economic crisis is not statistically correlated with a sense of happiness for most of the time.

Regarding the existence of correlations between health characteristics and aspects of the quality of life of older people, it is established that: a) elderly with good health which allows them to have activity, live better all aspects of the quality of life compared to those who do not (b) elderly with a good physical condition live better all aspects of quality of life than those who do not have a good physical condition; (c) elderly suffering from pain affecting their well-being are experiencing worse all aspects of quality of life in comparison with those who do not suffer from pain; (d) elderly with health problems limiting their activation at home are experiencing worse all aspects of quality of life in comparison with those whose activities are not limited to home for health reasons.

Additionally, the relations of Life-Quality Feeling with Age as a Demographic Characteristic, Educational Level as a Social Characteristic, Economic Autonomy and Yearly Income as Economic Characteristics, and Natural Health and Health Feeling as Health Characteristics were investigated. A false dummy variable was created, called Life-Quality Feeling, consisting of the mean value of the variables Quality of Life, Enjoyment of Life, and Happiness included in the questionnaire. The false-variable was associated with the following variables and groups of variables: The first tested correlation was made with the variable Age. The second tested correlation was made with the Educational Level variable. The third tested correlation was made with the pair of variables for Economic Characteristics. The fourth tested correlation was made with the pair of variables for Health Characteristics.

From the application of linear regression, it is obvious that there is an apparently intensive proportional relationship of the Life-Quality Feeling with the Health Characteristics of the respondents, a less intensive proportional relationship of the Life Quality Sense with the Economic Characteristics of the respondents, and an even less intensive proportional relationship of the Quality of Life Sense with Age and Educational Level as Demographic and Social Characteristics of Respondents respectively. It is noted that the findings of these correlations by linear regression are fully consistent with the previously mentioned correlations.

It was also found that there is almost complete coincidence of research findings with the theoretical approaches of the reported literature, with the exception of the elements of the marital status of the elderly and the hypothesis that married, widowed, divorced, separated and unmarried have better quality of life in turn, but there is no statistically acceptable relationship, probably due to the type and size of the sample. It also appears that the feeling of happiness of elderly in most of the time is not solely related to the impact of the economic crisis, possibly due to the type and size of the sample.

Research results were mapped to the corresponding geographical locations on the maps, giving to all responsible persons a full picture of the geographical distribution of economic and social characteristics and, in particular, of the health status of the elderly by region. Thus, the public authorities and health service providers are given the opportunity to take prompt decisions concerning their actions.

## ΓΕΝΙΚΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού συνιστά ένα κοινωνικό φαινόμενο παγκόσμιας εμβέλειας και αναφέρεται στην αυξανόμενη αναλογία των ατόμων ηλικίας πάνω από 65 έτη ως προς το γενικότερο πληθυσμό. Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων, ενώ οι επιμέρους στόχοι είναι:

1. Καταγραφή του σημερινού προφίλ των ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ της χώρας, όπως διαμορφώνεται στην περίοδο της οικονομικής κρίσης.
2. Διερεύνηση της αντίληψης των ηλικιωμένων για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας τους και στον τρόπο ζωής τους.
3. Αξιολόγηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.
4. Διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων της έρευνας.
5. Διερεύνηση της διαφοροποίησης του βαθμού συσχέτισης των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Για τη συλλογή των δεδομένων και την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων έγινε διανομή ερωτηματολογίων που απευθύνονταν στους ηλικιωμένους διάφορων ΚΑΠΗ. Συμπληρώθηκαν συνολικά 897 ερωτηματολόγια. Το χρονικό διάστημα πραγματοποίησης της έρευνας ήταν μεταξύ των μηνών Μαρτίου του 2015 και Ιουλίου του 2016.

Η δομή της παρούσας διδακτορικής διατριβής, ώστε να εξυπηρετεί τους σκοπούς της έρευνας, έχει ως εξής:

Στο 1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο γίνεται αναφορά στη δημογραφική γήρανση, με δεδομένο ότι η γήρανση του πληθυσμού έχει πολλές σημαντικές κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις αλλά και καθοριστικές συνέπειες για την υγεία. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στα αίτια της δημογραφικής γήρανσης, στη δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα, στους δείκτες της δημογραφικής ανάλυσης της γήρανσης και στις επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης στα δημόσια οικονομικά, την οικονομία, την αγορά εργασίας, την ανάπτυξη και τις δομές της κοινωνία και της οικογένειας.

Στο 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο γίνονται εννοιολογικές προσεγγίσεις στην τρίτη ηλικία και τη γήρανση δεδομένου ότι η γήρανση συνιστά μία σύνθετη διαδικασία αποτελούμενη από πολύπλοκες βιολογικές διαδικασίες και διάφορα χαρακτηριστικά. Επίσης καταγράφονται και τα προβλήματα των ατόμων της τρίτης ηλικίας, όπως, προβλήματα υγείας, οικονομική ανασφάλεια, μοναξιά και απομόνωση, παραμέληση, κακοποίηση, άγχος και φόβος, πλήξη και αδράνεια, μειωμένη αυτοεκτίμηση και απώλεια ελέγχου. Στο ίδιο κεφάλαιο καταγράφονται και οι δομές παροχής υπηρεσιών σε ηλικιωμένα άτομα.

Στο 3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο γίνεται μία θεωρητική προσέγγιση της υγείας και της ποιότητας ζωής, λαμβάνοντας υπόψη σημασία τους για τον άνθρωπο. Συγκεκριμένα, ορίζεται η ποιότητα ζωής και γίνεται αναφορά στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ενώ καταγράφονται τα επίπεδα και τα είδη ποιότητας ζωής, οι παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την υγεία όσο και την ποιότητα ζωής, ο ορισμός της υποκειμενικής υγείας, οι μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας ζωής, καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας.

Στο 4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο γίνεται αναφορά στους δείκτες που επηρεάζουν το επίπεδο της υγείας, καθώς και στους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας των ηλικιωμένων, που



συνιστούν σύνολα δεδομένων τα οποία επιτρέπουν τόσο την παρακολούθηση όσο και τη σύγκριση, και συνιστούν βασικά δεδομένα για τη χάραξη πολιτικής. Συγκεκριμένα αναφέρονται οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες υγείας και η χρήση τους για την ανάλυση του τομέα υγείας, καθώς και οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα.

Στο 5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο περιγράφεται η χρήση των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (GIS) και η χρήση τους. Συγκεκριμένα, ορίζονται τα συστήματα αυτά και οι δυνατότητές τους. Περιγράφονται οι γενικές εφαρμογές τους, οι εφαρμογές τους στους χώρους της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας, των υπηρεσιών υγείας και της γενικότερης διαχείρισης του περιβάλλοντος για την υγεία.

Στο 6<sup>ο</sup> Κεφάλαιο γίνεται περιγραφή της ερευνητικής μεθοδολογίας, με αναφορές στο σκοπό, το σχεδιασμό, τους στόχους και τη σημαντικότητα της έρευνας για τη διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα γίνεται αναφορά στα ερευνητικά ερωτήματα και τη σκοπιμότητά τους, στο περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, στη διαδικασία συλλογής των δεδομένων, στην επεξεργασία και την ανάλυσή τους, στην ηθική δεοντολογία, στους υφιστάμενους περιορισμούς, καθώς και στον πληθυσμό και το δείγμα της έρευνας.

Στο 7<sup>ο</sup> Κεφάλαιο πραγματοποιείται μία περιγραφική ανάλυση των ερευνητικών ερωτημάτων, καταγράφεται το σημερινό προφίλ των ηλικιωμένων στην Ελλάδα με αναφορές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα χαρακτηριστικά διαμονής και τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων. Ακολούθως καταγράφονται τα στοιχεία της καθημερινότητας των ηλικιωμένων κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης, όπως είναι τα στοιχεία του εισοδήματός τους, τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του ιατρικού τους ιστορικού και τα περιγραφικά χαρακτηριστικά της ποιότητας ζωής

τους. Επίσης γίνεται γραφική απεικόνιση των στοιχείων της έρευνας με GIS. Ακολουθεί στατιστική ανάλυση και συσχετίσεις μεταβλητών. Συγκεκριμένα γίνεται συσχέτιση των διαφόρων πτυχών της ποιότητας ζωής με τα δημογραφικά στοιχεία, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά, τα οικονομικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά υγείας των ηλικιωμένων. Η συσχέτιση ολοκληρώνεται με εφαρμογή γραμμικής παλινδρόμησης για τη συσχέτιση της δημιουργούμενης ψευδομεταβλητής της αίσθησης ποιότητας ζωής με την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τα οικονομικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά υγείας των ηλικιωμένων.

Στο 8<sup>ο</sup> Κεφάλαιο καταγράφονται τα γενικά συμπεράσματα της έρευνας, σχετικά με το σημερινό προφίλ των ηλικιωμένων, τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, τη συσχέτιση των δημογραφικών, κοινωνικών, οικονομικών χαρακτηριστικών και χαρακτηριστικών υγείας των ηλικιωμένων με τις πτυχές της ποιότητας ζωής τους και τις τοπικές ιδιαιτερότητες της έρευνας. Τέλος, γίνεται συσχέτιση των αποτελεσμάτων της έρευνας με τις υπάρχουσες θεωρητικές προσεγγίσεις, καταγράφονται οι περιορισμοί της έρευνας και γίνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Η διδακτορική διατριβή πλαισιώνεται από ξενόγλωσση και ελληνική βιβλιογραφία, καθώς και πηγές του διαδικτύου, ενώ συμπληρώνεται από επτά παραρτήματα με το ερωτηματολόγιο, λεπτομέρειες, στοιχεία και αποτελέσματα της έρευνας.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΓΗΡΑΝΣΗ

## 1.1. Εισαγωγή

Η γήρανση του πληθυσμού συνιστά ένα κοινωνικό φαινόμενο παγκόσμιας εμβέλειας, το οποίο τόσο στον αναπτυγμένο όσο και στον αναπτυσσόμενο κόσμο παρουσιάζεται με την ίδια συχνότητα (Anderson & Hussey, 2000; Kalache & Keller, 2000).

Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης αναφέρεται στην αυξανόμενη αναλογία των ατόμων ηλικίας πάνω από 65 έτη προς το γενικότερο πληθυσμό και ταυτόχρονα τη μείωση της αναλογίας των παιδιών κάτω των 14 χρόνων και ενδεχομένως και της αναλογίας των ατόμων ηλικίας 15-64 που βρίσκονται στην παραγωγική φάση (Κοτζαμάνης, 1994). Η δημογραφική γήρανση αποτελεί ένα νέο επιδημιολογικό στοιχείο, το οποίο διαφοροποιεί το «επιδημιολογικό προφίλ» των νόσων σε παγκόσμιο επίπεδο, με αξιοσημείωτες επιπτώσεις τόσο στις διαδικασίες οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας όσο και στην κοινωνία γενικότερα (Μπαμπάτσικου, 2009). Όπως αναέρεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1998) η γήρανση του πληθυσμού συνιστά μία από τις σπουδαιότερες κοινωνικοοικονομικές προκλήσεις του 21ου αιώνα (Harper, 2000) με συνέπεια την αφιέρωση του έτους 1999 σε έτος διεθνές για την Τρίτη Ηλικία από τον ΟΗΕ (Kalache, 1999).

Η διαδικασία της γήρανσης του πληθυσμού είναι αποτέλεσμα της λεγόμενης δημογραφικής μετάβασης. Η δημογραφική μετάβαση ως έννοια αναπτύχθηκε μέχρι το 1950, για να εξηγήσει τη διαδικασία του μετασχηματισμού των κοινωνιών, δηλαδή τη μετάβαση της κοινωνίας από υψηλής θνησιμότητας και υψηλής γονιμότητας σε μια κοινωνία με ιδιαίτερα χαμηλή θνησιμότητα και συρρικνωμένη γονιμότητα. Η

δημογραφική μετάβαση χωρίζεται σε τέσσερα στάδια (Chesnais, 1986). Το πρώτο στάδιο χαρακτηρίζεται από υψηλή γονιμότητα, υψηλή θνησιμότητα και σταθερό μέγεθος του πληθυσμού. Το δεύτερο στάδιο χαρακτηρίζεται από μείωση των ποσοστών θνησιμότητας και αύξηση των ποσοστών αύξησης του πληθυσμού, επειδή η γονιμότητα είναι ακόμη πολύ υψηλή. Κατά τη διάρκεια του τρίτου σταδίου, η γονιμότητα μειώνεται, εξαιτίας πολιτιστικών και οικονομικών αιτιών, καθώς επίσης παρατηρείται και μείωση των ποσοστών αύξησης του πληθυσμού. Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο, τόσο η γονιμότητα όσο και η θνησιμότητα είναι χαμηλά. Η πλειοψηφία της γήρανσης του πληθυσμού λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια του τρίτου σταδίου, όπου μεγάλες γενιές που γεννήθηκαν κατά τη διάρκεια του δεύτερου σταδίου μεγαλώνουν και αντικαθίστανται από μικρότερες ομάδες που γεννιούνται κατά τη διάρκεια του τρίτου σταδίου (Kirk, 1996; Caldwell, 2006).

Μέχρι το 2050, 33 χώρες αναμένεται να φτάσουν τα 10 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, συμπεριλαμβανομένων πέντε χωρών με περισσότερα από 50 εκατομμύρια άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Από αυτές τις 33 χώρες, οι 22 χαρακτηρίζονται σήμερα ως αναπτυσσόμενες χώρες. Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω στατιστικά στοιχεία, ο πληθυσμός ηλικίας 60 ετών και άνω αυξάνεται με ταχύτερους ρυθμούς από αυτούς του συνολικού του πληθυσμού σε ολόκληρο σχεδόν τον κόσμο. Σε παγκόσμιο επίπεδο, ο πληθυσμός ηλικίας 80 ετών και άνω αυξάνεται ταχύτερα από οποιαδήποτε νεότερη ηλικιακή ομάδα του πληθυσμού των ηλικιωμένων. Ο πληθυσμός των ατόμων ηλικίας 100 χρόνων και άνω, αυξάνεται ταχύτερα (UNFPA, 2012).

## 1.2. Ορισμός Δημογραφικής Γήρανσης

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί έναν όρο που περιγράφει τις αλλαγές στην ηλικιακή κατανομή (π.χ. ηλικιακή διάρθρωση) του πληθυσμού προς τις μεγαλύτερες ηλικίες. Η γήρανση του πληθυσμού προχωρά ταχύτατα σε πολλές βιομηχανικές αλλά και αναπτυσσόμενες χώρες των οποίων η γονιμότητα άρχισε να μειώνεται σχετικά νωρίς και βιώνουν ταχεία αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων. Αυτό το δημογραφικό μοντέλο αναμένεται να συνεχιστεί και τις επόμενες δεκαετίες, και εν τέλει θα επηρεάζει ολόκληρο τον κόσμο. Η γήρανση του πληθυσμού έχει πολλές σημαντικές κοινωνικό-οικονομικές επιπτώσεις αλλά και καθοριστικές συνέπειες για την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της αύξησης του δείκτη εξάρτησης των ηλικιωμένων<sup>1</sup> (Gavrilov & Heuveline, 2003).

Η γήρανση του πληθυσμού συχνά ορίζεται ως το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων που βρίσκονται στην ηλικία συνταξιοδότησης. Ο ορισμός των ορίων ηλικίας συνταξιοδότησης ποικίλλει, αλλά μια τυπική ηλικία είναι τα 65 έτη, και στις μέρες μας μια κοινωνία θεωρείται σχετικά παλαιά, όταν το κλάσμα του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω υπερβαίνει το 8-10% (Gavrilov & Heuveline, 2003).

Επομένως ως δημογραφική γήρανση ορίζεται η διαρκής αύξηση της σχέσης των ηλικιωμένων ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών ως προς τον συνολικό πληθυσμό. Συνέπεια της συνεχιζόμενης αύξησης της αναλογίας των ηλικιωμένων είναι η μείωση της αναλογίας των παιδιών ηλικίας 0-14 ετών και ενδεχομένως και των ενδιάμεσων ηλικιών. Η δημογραφική ή πληθυσμιακή γήρανση σχετίζεται με τις δομικές μεταβολές των

---

<sup>1</sup> Ο δείκτης πληθυσμιακής εξάρτησης υπολογίζεται ως ο λόγος των ατόμων ηλικίας 0-14 και άνω των 65, προς τα άτομα ηλικίας 15-65. Ο λόγος αυτός απεικονίζει το ποσοστό των ατόμων που για αντικειμενικούς λόγους δεν αναμένεται να αποτελούν μέρος του εργατικού δυναμικού προς τα άτομα που σε μεγάλο βαθμό τα συντηρούν (ΕΕΔΕ, 2007).

πληθυσμών και ορίζεται ως η αύξηση του συνολικού αριθμού των ηλικιωμένων εφόσον δεν ανάγεται στην αύξηση του ειδικού βάρους τους στον πληθυσμό (Κοτζαμάνης, 1994). Δεν πρέπει να ταυτίζεται η δημογραφική γήρανση με την γήρανση του ατόμου (τα «γηρατειά»), η οποία συνοδεύεται από μια σειρά μορφολογικών και λειτουργικών μεταβολών του ατόμου (Clark & Spengler, 1980).

### 1.3. Αίτια Δημογραφικής Γήρανσης

Το μέλλον του μεγέθους του πληθυσμού, της δομής ηλικίας-φύλου κάθε χώρας και δημογραφικής γήρανσης εξαρτάται κυρίως από τρεις δημογραφικές συνιστώσες: **γονιμότητα, θνησιμότητα και μετανάστευση** (United Nations 2001). Σύμφωνα με τους Bourgeois-Pichat (1951) και Sauvy (1979), τα αίτια της γήρανσης του πληθυσμού εντοπίζονται κυρίως στη μείωση της γεννητικότητας/γονιμότητας και λιγότερο στην αύξηση του μέσου όρου ζωής, η οποία οφείλεται στη μείωση της θνησιμότητας. Επιπλέον, οι ρυθμοί δημογραφικής γήρανσης (Εικόνα 1.1.γ) μειώθηκαν με την ταυτόχρονη εμφάνιση των φαινομένων της μείωσης της παιδικής-εφηβικής θνησιμότητας και της αύξησης του μέσου όρου ζωής (Κοτζαμάνης, 1994).



Εικόνα 1.1. Μορφές Πληθυσμιακών Πυραμίδων.  
Πηγή: Κοτζαμάνης & Ανδρουλάκη, 2001.

Είναι εμφανές ότι η δημογραφική γήρανση που οφείλεται στη μείωση της γεννητικότητας/γονιμότητας και γενικότερα στη συρρίκνωση της βάσης των

πληθυσμιακών πυραμίδων οδήγησε σε ριζική αλλαγή των μορφών τους, δηλαδή από ισοσκελές τρίγωνο (Εικόνα 1.1.α) μετατράπηκε σε μορφή καμπάνας (Εικόνα 1.1.β) και τείνει να πάρει τη μορφή ενός σχήματος, όπου η βάση είναι στενή (λίγοι νέοι), η μέση και η κορυφή (πολλοί ηλικιωμένοι) διογκωμένη (Εικόνα 1.1.γ).

Πέρα από τη μείωση της γεννητικότητας /γονιμότητας, καθοριστικό ρόλο στη αύξηση της δημογραφικής γήρανσης παίζει και η θνησιμότητα, η οποία επιταχύνει πλέον τη γήρανση. Έτσι, ενώ παλαιότερα από την προσπάθεια αντιμετώπισης του θανάτου επωφελήθηκαν κυρίως οι μικρές ηλικίες (βρέφη, παιδιά), σήμερα επωφελούνται άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, χάρη βέβαια στις ιατρικές εξελίξεις (Dittgen & Legoux, 1990). Αυτό έχει ως συνέπεια τη μεγαλύτερη ακόμα αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων και ως εκ τούτου και του ειδικού βάρους τους στον συνολικό πληθυσμό.

Τέλος, ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που παίζει καθοριστικό ρόλο στη δημογραφική γήρανση των πληθυσμών είναι οι μετακινήσεις των πληθυσμών και ιδιαίτερα του εργατικού δυναμικού. Ο παράγοντας αυτός διαφοροποιείται από περιοχή σε περιοχή, χώρα σε χώρα και ήπειρο σε ήπειρο, όπου στις χωρικές ενότητες υποδοχής μεταναστών η γήρανση των πληθυσμών τους επιβραδύνεται, ενώ αντίστοιχα στις χωρικές ενότητες που παρατηρείται μετανάστευση των νεανικών πληθυσμών τους, η γήρανση των πληθυσμών του επιταχύνεται (Κοτζαμάνης, 1994).

### **1.3.1. Μεταβολές στη Γονιμότητα**

Η γονιμότητα συνιστά μία από τις τρεις δημογραφικές συνιστώσες που διαμορφώνουν τη δομή και τη δυναμική ενός πληθυσμού (Μπαλτάς, 2014). Ο όρος «γεννητικότητα» αναφέρεται συνήθως στη συχνότητα γεννήσεων, ενώ ο όρος «γονιμότητα» έχει διττή έννοια: τη βιολογική (αναπαραγωγική ικανότητα) και τη

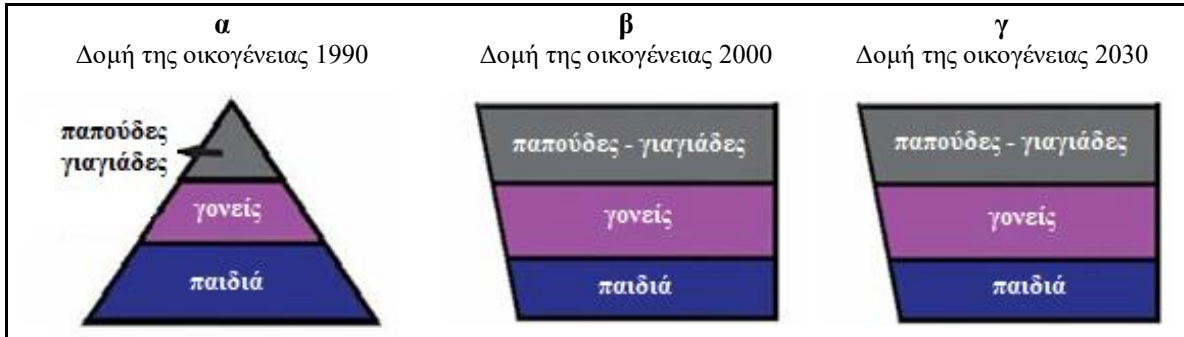
δημογραφική (αναπαραγωγική δραστηριότητα), καθώς και την αναπαραγωγική δραστηριότητα του γυναικείου πληθυσμού (Κοτζαμάνης, 2009).

Οι δείκτες γονιμότητας διακρίνονται σε δύο: τον αδρό δείκτη γεννητικότητας, ο οποίος εκφράζει το λόγο των γεννήσεων ενός έτους προς το μέσο πληθυσμό του ίδιου έτους και τον ολικό συντελεστή γονιμότητας, που εκφράζει το ποσοστό γονιμότητας που υπολογίζεται στο σύνολο της περιόδου αναπαραγωγής της γυναίκας, δηλαδή, ανάμεσα στα 15 και 50 έτη, δίνοντας έτσι τον αριθμό των γεννήσεων που αντιστοιχούν σε κάθε 1000 γυναίκες που βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία των 15-49 ετών (Κοτζαμάνης, 2009). Η ταχεία πτώση των δεικτών γεννητικότητας και γονιμότητας τα τελευταία χρόνια έχει εγείρει σημαντικούς προβληματισμούς και συζητήσεις τόσο σε πολιτικό όσο και σε επιστημονικό επίπεδο (Κοτζαμάνης & Σοφianoπούλου, 2009).

Τα χαμηλά ποσοστά γονιμότητας σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ορίου ζωής έχουν αλλάξει δραματικά τη δημογραφική ρύθμιση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Διάφορα σενάρια υπολογισμού έχουν δείξει ότι μέχρι το 2025, περίπου το ένα τρίτο του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης θα είναι ηλικίας 60 ετών και άνω. Εξαιτίας του χαμηλού ποσοστού γονιμότητας (2,1 παιδιά ανά γυναίκα), το οικογενειακό δέντρο έχει σαφώς αλλάξει το σχήμα του. Η διαδικασία αυτή συχνά αναφέρεται ως «οικογενειακή καθετοποίηση» και η δομή της οικογένειας αναφέρεται επίσης ως οικογενειακή «πυραμίδα» αντί ενός οικογενειακού δέντρου (Hoffman, 2012). Η οικογενειακή πυραμίδα είναι μια δομή όπου μια οικογένεια έχει περισσότερες γενιές εν ζωή, αλλά υπάρχουν λιγότεροι άνθρωποι σε κάθε γενιά (Dobriansky et al., 2011). Έχοντας λοιπόν υπόψη τις νέες τάσεις γήρανσης του πληθυσμού και το χαμηλό ποσοστό γονιμότητας, το οποίο θα γίνει εντονότερο στο

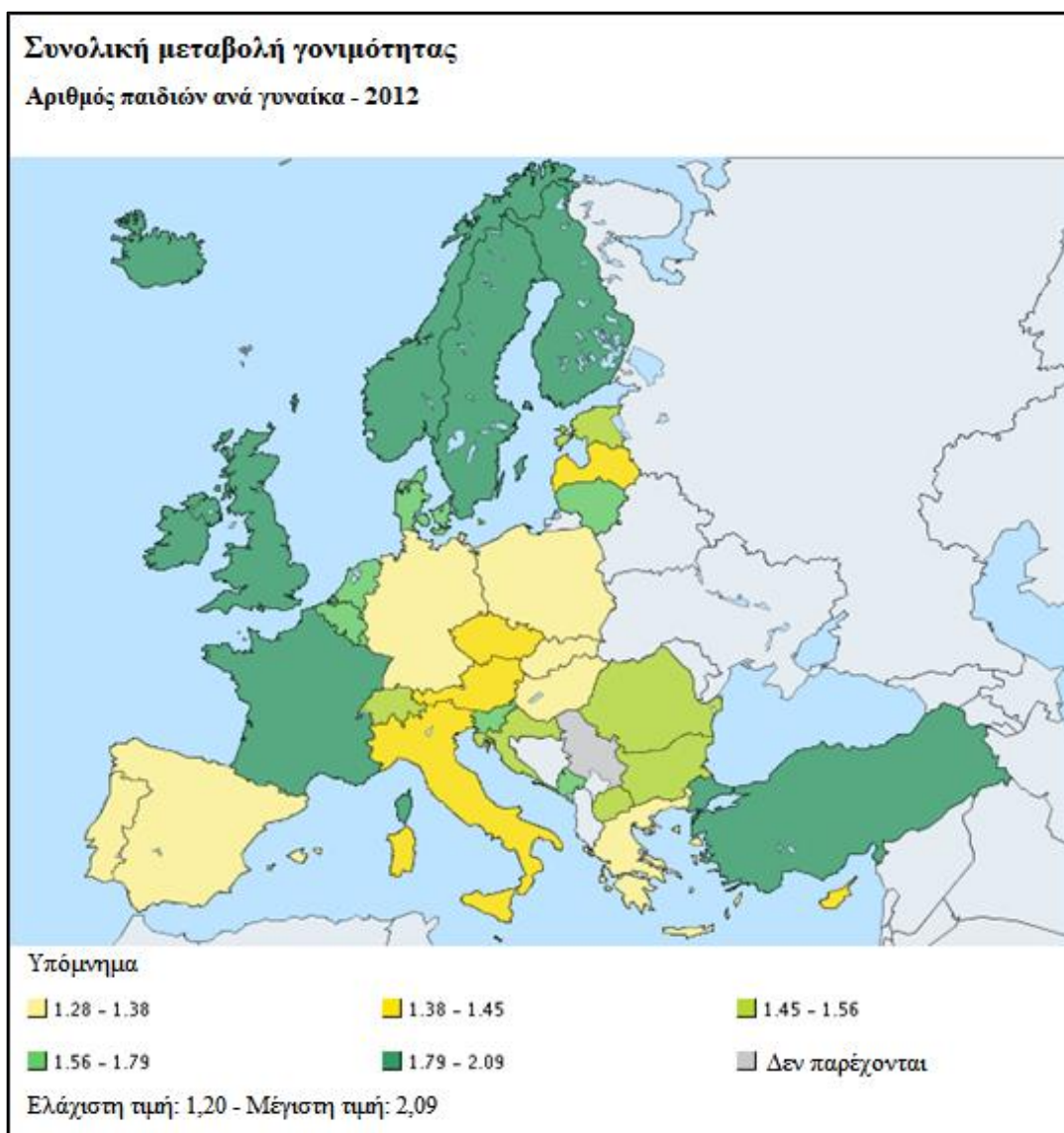


μέλλον, μπορούμε να περιμένουμε ένα νέο μοντέλο οικογένειας. Στα επόμενα 15 χρόνια, οι baby boomers θα γίνουν παππούδες και προπαππούδες. Έτσι, η δομή της οικογένειας θα μοιάζει με μια αντίστροφη πυραμίδα με ένα μεγάλο αριθμό από τους παππούδες και προπαππούδες στην κορυφή και με λιγότερους γονείς και παιδιά στο κάτω μέρος (Εικόνα 1.2.γ) (Gillen et al., 2003).



Εικόνα 1.2. Δομή της Οικογένειας.  
Πηγή: Gillen et al., 2003.

Το χαμηλό ποσοστό γονιμότητας συνιστά έναν από τους σημαντικότερους λόγους γήρανσης του πληθυσμού στην Ευρώπη. Ο τρέχων μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα είναι χαμηλός, στο 1,58 τέκνα για την ΕΕ-27 (Eurostat, 2012a) πολύ κάτω από το ποσοστό αναπλήρωσης του 2,1 που απαιτείται, προκειμένου να επιτευχθεί η σταθεροποίηση του μεγέθους του πληθυσμού, εφόσον βέβαια δεν σημειώνονται μεταναστευτικές εισροές. Ωστόσο, η τάση αυτή δεν επηρεάζει εξίσου όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες. Όπως φαίνεται στην Εικόνα 1.3, οι χώρες του Νότου, της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπη έχουν χαμηλότερο ποσοστό γονιμότητας, ενώ οι χώρες στο δυτικό και βόρειο τμήμα της Ευρώπης έχουν υψηλότερα ποσοστά γονιμότητας (Eurostat, 2012b). Σύμφωνα με τον παραπάνω χάρτη η Ελλάδα έχει ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα γονιμότητας (1,38-1,45) γεγονός που χρήζει άμεσης λήψης πολιτικών αποφάσεων προκειμένου να αυξηθεί το ποσοστό αυτό ή τουλάχιστον να σταθεροποιηθεί.



Εικόνα 1.3. Συνολική Μεταβολή Γονιμότητας στην Ευρώπη.  
 Πηγή: Eurostat, 2012b.

Ωστόσο, σε όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η γονιμότητα είναι κάτω από το επίπεδο αντικατάστασης του πληθυσμού. Αυτή είναι μια άμεση συνέπεια της γενιάς του baby-boom, όπου οι οικογένειες έχουν λιγότερα παιδιά από τις προηγούμενες γενιές, ως αποτέλεσμα διαφόρων παραγόντων, όπως οι δυσκολίες στην εύρεση εργασίας, η έλλειψη και το κόστος στέγασης, η μεγάλη ηλικία των γονέων κατά τη γέννηση του πρώτου παιδιού τους, όπως καθώς και διάφορα θέματα σπουδών, επαγγελματικής και οικογενειακής ζωής (European Commission, 2007).

Ένας αριθμός άλλων παραγόντων που επηρεάζουν τα επίπεδα γονιμότητας αναδείχθηκαν μέσα από εμπειρικές μελέτες (Angeles et al., 2004; Hakim, 2003; Klepinger et al., 1995; Mamdani et al., 1993; Zafar et al., 1995; Bulatao & Ross, 2003; Midhet et al., 1998). Ορισμένοι καθοριστικοί παράγοντες της μείωσης της γονιμότητας που αναδείχθηκαν μέσα από τις μελέτες αφορούσαν στη χρήση της αντισύλληψης, στις προτιμήσεις της γονιμότητας, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γυναικών, την κατάσταση των γυναικών και την ηλικιακή διάρθρωση της κοινωνίας.

### **1.3.2 Μεταβολές στη θνησιμότητα και το προσδόκιμο επιβίωσης**

Η θνησιμότητα αναφέρεται στη συχνότητα εμφάνισης του θανάτου σ' ένα σύνολο (Σιάμπος, 1981) και εκφράζει την αριθμητικά την ένδειξη της δύναμης του θανάτου προερχόμενου από οποιαδήποτε αιτία στο γενικό πληθυσμό (Δαρδαβέσης, 2003). Η θνησιμότητα συνιστά έναν από τους τρεις παράγοντες οι οποίοι αναδιαμορφώνουν τόσο το μέγεθος όσο και τη σύνθεση του πληθυσμού. Αποτελεί ένα σημαντικό δημογραφικό φαινόμενο που επηρεάζει τόσο την εξέλιξη όσο και τη μορφή του πληθυσμού.

Η προσέγγιση της θνησιμότητας ως δημογραφικό φαινόμενο είναι πιο εύκολη από τη γονιμότητα/γεννητικότητα δεδομένου ότι η εξέλιξη της θνησιμότητας επηρεάζεται από τους παράγοντες ενός περίπλοκου δικτύου βιολογικών, οικονομικών και πολιτισμικών παραγόντων (Preston, 1982) που επιδρούν την υγεία των ατόμων και κατ' επέκταση στο επίπεδο θνησιμότητας των πληθυσμών. Έτσι οι συνθήκες περιβάλλοντος, το είδος κατοικίας, το επίπεδο και η κατανομή του εισοδήματος, οι γενικότερες πολιτισμικές συνθήκες διαμορφώνουν τις συνθήκες «ανισότητας απέναντι στο θάνατο» (Κακλαμάνης & Κοτσυφάκης, 2009).

Οι προσδιοριστικοί παράγοντες της θνησιμότητας κατατάσσονται κυρίως σε δύο κύριες κατηγορίες: τους ενδογενείς και τους εξωγενείς παράγοντες, καθώς και τους παράγοντες βιολογικής υφής και περιβάλλοντος (Siegel, 2005; Κακλαμάνης & Κοτσυφάκης, 2009). Επιπλέον διακρίνονται σε τέσσερις κατηγορίες: τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, τους βιολογικούς και γενετικούς παράγοντες, τους θεσμικούς παράγοντες και τους παράγοντες ατομικής συμπεριφοράς, όπως αυτοί προκύπτουν από τις προσωπικές επιλογές του κάθε ατόμου, που είναι επιβλαβείς για την εξέλιξη της υγείας του (Preston, 1982).

Πλήθος μελετών έχουν αποδείξει ότι η θνησιμότητα διαφοροποιείται κατά **φύλο** (Travato & Lalu, 1998), **ηλικία** (Deaton & Lubotsky, 2001; Brown, 1988; Horiuchi & Wilmoth, 1998), καθώς και σε σχέση με πληθώρα άλλων βιολογικών, οικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων του πληθυσμού συμπεριλαμβανομένων: **της φυλής** (Williams & Collins, 1996; Hummer, 1996), **της θρησκείας** (Kark et al., 1996), **της κληρονομικότητας, της οικογενειακής κατάστασης** (Rogers, 1995; Attanasio & Emmerson, 2001; Sorlie et al., 1995), **του επαγγέλματος** (Sorlie et al., 1995; Lee, 1995), **του καπνίσματος** (Vaillant & Mukamal, 2001; Wald & Watt, 1997), **της παχυσαρκίας** (Vaillant & Mukamal, 2001; Allison et al., 1999; Wei et al., 1999), της διατροφής (Kark et al., 1996), **της κατανάλωσης αλκοόλ** (Valliant & Mukamal, 2001; Thun et al., 1997; Lantz et al., 1998), **των συνθηκών κατοικίας** (Valliant & Mukamal, 2001), **του μορφωτικού επιπέδου** (Valliant & Mukamal, 2001; Sorlie et al., 1995; Pappas et al., 1993; Deaton & Paxson, 1999), **του εισοδήματος** (Sorlie et al., 1995; Deaton & Paxson, 1999), **της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, των κλιματολογικών συνθηκών κ.α.** (Κωστάκη, 2003).

Η μέτρηση της θνησιμότητας είναι αναγκαία τόσο στις δημογραφικές έρευνες (ανάλυση θνησιμότητας, κατασκευή πινάκων επιβίωσης, ανάλυση γεννητικότητας, πληθυσμιακές προβολές κ.α.), στις διάφορες βιοστατιστικές και επιδημιολογικές έρευνες καθώς και στον δημόσιο τομέα (κρατικό σχεδιασμό, κοινωνική ασφάλιση) και στον ιδιωτικό τομέα (ασφαλιστικός κλάδος, φαρμακοβιομηχανία κ.α.) (Κωστάκη, 2003). Το καλύτερο μέσο για τη μέτρηση της θνησιμότητας είναι οι πίνακες επιβίωσης. Η μία από τις στήλες των πινάκων αυτών, η στήλη της προσδοκώμενης ζωής, αναπαριστά το επίπεδο της θνησιμότητας, με δεδομένο ότι όσο υψηλότερη είναι αυτή, τόσο μικρότερη είναι η προσδοκώμενη ζωή. Η τελευταία μένει ανεπηρέαστη από τις αλλαγές των ηλικιακών δομών, δίνοντας έμφαση στη νεανική θνησιμότητα κι όχι στον τυποποιημένο συντελεστή θνησιμότητας (Tickle, 1996).

### **1.3.3. Μετανάστευση**

Ο ορισμός της μετανάστευσης συνιστά ένα πολύπλοκο θέμα, δεδομένου ότι δέχεται επιρροές από διάφορους ιδεολογικό-πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες, όπως και από θεωρητικές προϋποθέσεις (Μπουναρτζής, 2013).

Η μετανάστευση ορίζεται ως η φυσική μετάβαση ατόμων και ομάδων από μία κοινωνία σε κάποια άλλη (Eisenstadt, 1953) ή ακόμη, η κάθε γεωγραφική μετακίνηση ενός μεγάλου αριθμού ατόμων (Sauvy, 1996) ή η μετακίνηση ανθρώπινου και εργατικού δυναμικού από μία περιοχή του κόσμου σε κάποια άλλη (Castles & Kosack, 1973).

Σύμφωνα με τους παραπάνω ορισμούς γίνεται φανερό ότι κύριο γνώρισμα της μετανάστευσης συνιστά η γεωγραφική κινητικότητα, αλλά η μετανάστευση ορίζεται κάθε φορά σύμφωνα με τις υφιστάμενες κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες. Σήμερα για παράδειγμα, η έννοια της μετανάστευσης αναφέρεται ως

οικονομική μετανάστευση, διαφοροποιώντας την από άλλες μορφές μετανάστευσης, όπως είναι η προσφυγική μετανάστευση ή ακόμη και η ανταλλαγή πληθυσμού.

Η μετανάστευση ορίζεται λοιπόν ως η μόνιμη ή προσωρινή μεταβολή της περιοχής εγκατάστασης ενός ατόμου ή μίας ομάδας ατόμων (ενός κοινωνικού συνόλου). Ως συνεχής ροή προσώπων από και προς έναν τόπο, η μετανάστευση αποτελεί μία από τις τρεις βασικές δημογραφικές διαδικασίες. Είναι η διαδικασία η οποία αναφέρεται στη μηχανική (ή τεχνητή) φθορά και ανανέωση ενός πληθυσμού, σε αντίθεση με τις άλλες δύο διαδικασίες, δηλαδή τη γεννητικότητα και τη θνησιμότητα, οι οποίες σχετίζονται με τη φυσική φθορά και ανανέωση ενός πληθυσμού (Ναζάκης & Χλέτσος, 2003).

Ο Borjas (2002) διακρίνει τη μετανάστευση σε δύο κατηγορίες: με βάση «παράγοντες προσέλκυσης» (pull) και με βάση παράγοντες «απόθησης» (push). Οι «παράγοντες προσέλκυσης» καθόριζαν τον μεταναστευτικό χαρακτήρα στο δεύτερο μισό του 20<sup>ου</sup> αιώνα, κατά τον οποίο οι μετανάστες αυτοεπιλέγονταν από την ίδια τη χώρα υποδοχής τους, ενώ με βάση τις ανάγκες της σε εργατικό δυναμικό η χώρα προέβαινε σε επιλογή διαμορφώνοντας έτσι μία πολιτική μετανάστευσης που στηριζόταν σε «συμβάσεις εργασίας» καθώς και σε διακρατικές συμφωνίες.

Οι παράγοντες που προκαλούν την μεταναστευτική κίνηση διακρίνονται σε πέντε κατηγορίες (Παραδεισιάνου, χ.χ.):

1. **Φυσικοί παράγοντες**, που έχουν να κάνουν με τις μεταβολές στο φυσικό περιβάλλον όπως η ξηρασία, οι πλημμύρες, οι σεισμοί κ.λπ., που καθιστούν δύσκολη την επιβίωση (El-Hinnawi, 1985).
2. **Οικονομικοί παράγοντες**, που αφορούν κυρίως στην έλλειψη δυνατοτήτων απασχόλησης, στην υποαπασχόληση, στο χαμηλό εισόδημα σε συνδυασμό πολλές

φορές με μία χρονικά μακρά εργασιακή απασχόληση, στην αναγκαστική μετακίνηση ως αναπόσπαστο στοιχείο για την άσκηση συγκεκριμένης επαγγελματικής δραστηριότητας.

3. **Πολιτικοί παράγοντες**, οι οποίοι αναφέρονται σε διώξεις λόγω διαφορετικότητας φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξης, πολιτικών ή άλλων πεποιθήσεων, καθώς και το ιδιαίτερο καθεστώς που εφαρμόζει μια χώρα ειδικής μεταχείρισης σε βάρος μεμονωμένων ατόμων ή συγκεκριμένων κατηγοριών ενός πληθυσμού.
4. **Κοινωνικοί παράγοντες**, που αναφέρονται στην σημασία της μετανάστευσης ως προϋπόθεση κοινωνικής ανέλιξης στον ιστό της συγκεκριμένης "εθνικής" κοινωνίας και τα αποκομιζόμενα οφέλη σε ατομικό επίπεδο και
5. **Ψυχολογικοί παράγοντες**, που αφορούν στη μετανάστευση των ανθρώπων, τυχοδιωκτισμό ή φιλαποδημία ή τέλος, μιμητικά, ακολουθώντας μία επικρατούσα τάση κατά τη διάρκεια μίας συγκεκριμένης χρονικής περιόδου και τους συγγενείς, ομοπάτριους, φίλους και γνωστούς που προηγήθηκαν.

#### **1.4. Δημογραφική Γήρανση στην Ελλάδα**

Η Ελλάδα, όπως και όλες οι ανεπτυγμένες χώρες της γης γηράσκουν, με συνέπεια η αναλογία των ηλικιωμένων επί του συνολικού πληθυσμού να αυξάνεται σταδιακά. Έτσι, το ποσοστό των άνω των 65 ετών αυξήθηκε από το 6,9% του συνόλου το 1951 (526 χιλιάδες ηλικιωμένοι) στο 17% το 2001 και στο 19,1% το 2011 (2.064.353 ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών). Επιπλέον εντός της ομάδας των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών, το ποσοστό των υπερήλικων αυξάνεται με ακόμη ταχύτερους ρυθμούς, καθώς οι ηλικιωμένοι άνω των 80 ετών που αποτελούσαν μόλις το 1% του πληθυσμού το 1951 (82 χιλιάδες ηλικιωμένοι) και το 3,1% το 2001 (340 χιλιάδες ηλικιωμένοι), φτάνουν το

5,39% το 2011 (583 χιλιάδες ηλικιωμένοι) (Ντυκέν & Κοτζαμάνης, 2012). Η γήρανση που παρατηρήθηκε την πρώτη περίοδο μεταξύ του 1951–2001 οφείλονταν στη μείωση της γεννητικότητας (γήρανση εκ της «βάσης» της πληθυσμιακής πυραμίδας). Η σταθεροποίηση κατά πάσα πιθανότητα των γεννήσεων τις δυο τελευταίες δεκαετίες (Κοτζαμάνης & Σοφianoπούλου, 2009) οφείλεται όλο και περισσότερο στην αύξηση του μέσου όρου ζωής (γήρανση εκ των «άνω») και ως εκ τούτου είναι μη αναστρέψιμη.

Παρακάτω γίνεται παρουσίαση και ανάλυση του φαινομένου της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού της Ελλάδας, και παρατίθενται σενάρια εξέλιξης του φαινομένου μέχρι το 2050. Τα αριθμητικά στοιχεία αντλήθηκαν από τις απογραφές πληθυσμού που πραγματοποιήθηκαν και δημοσιεύτηκαν από την Ελληνική Στατιστική Αρχή. Βασικοί λόγοι που συμβάλουν στη γήρανση του πληθυσμού της Ελλάδας σύμφωνα με τα στοιχεία που απορρέουν από τις απογραφές του πληθυσμού της Ελλάδας είναι η μείωση της γονιμότητας, η αύξηση της μετανάστευσης και η μείωση της θνησιμότητας (ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2008).

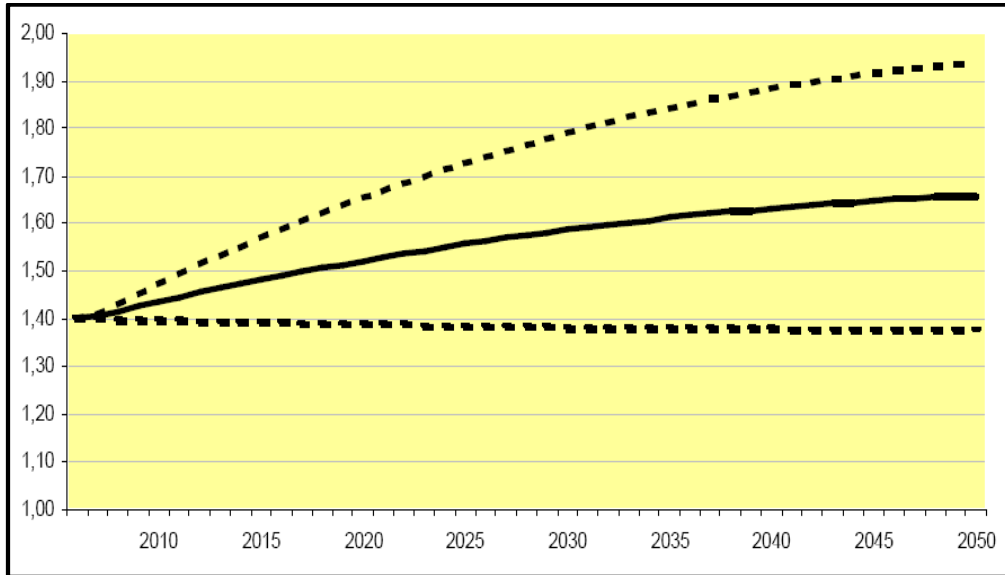
Οι προβολές πληθυσμού δημιουργήθηκαν με βάση τον εκτιμώμενο πληθυσμό της 1ης Ιανουαρίου 2007 σε 3 σενάρια (χαμηλό, υψηλό, ενδιάμεσο) για κάθε μία από τις δημογραφικές συνιστώσες (γονιμότητα, θνησιμότητα, μετανάστευση).

#### **1.4.1. Μειωμένη Θνησιμότητα – Αυξανόμενη Μετανάστευση**

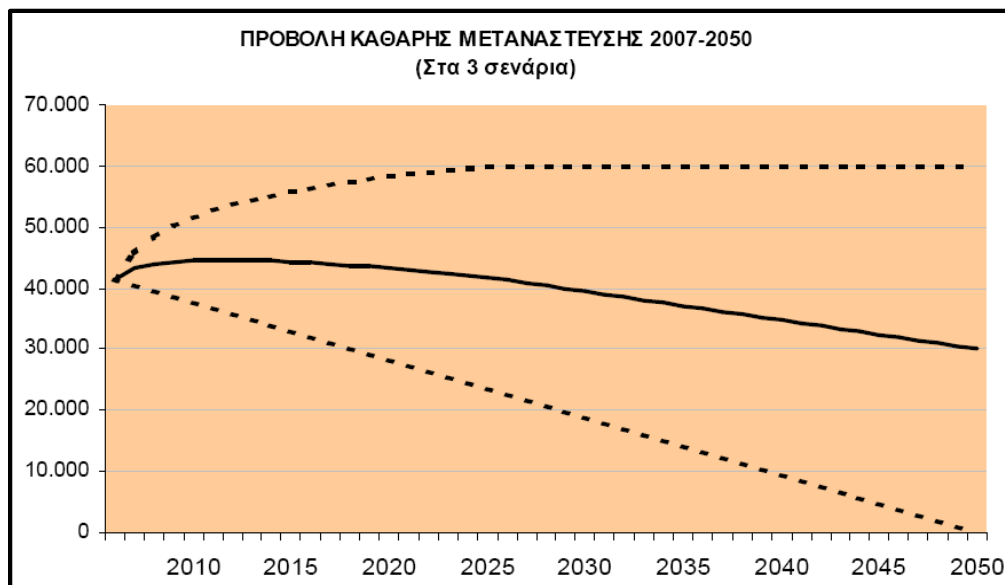
Η Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛ.ΣΤΑΤ) χρησιμοποιεί δύο σενάρια, ένα υψηλό και ένα χαμηλό, μέσω των οποίων δημιουργείται ένα ενδιάμεσο σενάριο, πλησιέστερο σε αντικειμενικότερες προβλέψεις για τη γήρανση του πληθυσμού. Συσχετίζει και αυτή τη γήρανση του πληθυσμού με: α) τη μείωση της γονιμότητας κυρίως στις μικρές ηλικίες (Εικόνα 1.4), παρότι, σύμφωνα με το ενδιάμεσο σενάριο προβλέπει για τις ηλικιακές



ομάδες 30-34 και 35-39 μια μικρή αύξηση και σύμφωνα με το οποίο ο συνολικός δείκτης γονιμότητας προβλέπεται να φτάσει στο 1,66 το 2050 και β) την αύξηση της μετανάστευσης προς την Ελλάδα, που στις μέρες μας είναι ιδιαίτερα υψηλή (Εικόνα 1.5) και σύμφωνα με το καλύτερο σενάριο ενδέχεται να είναι μηδενική το 2050 (Μώρος, 2012).

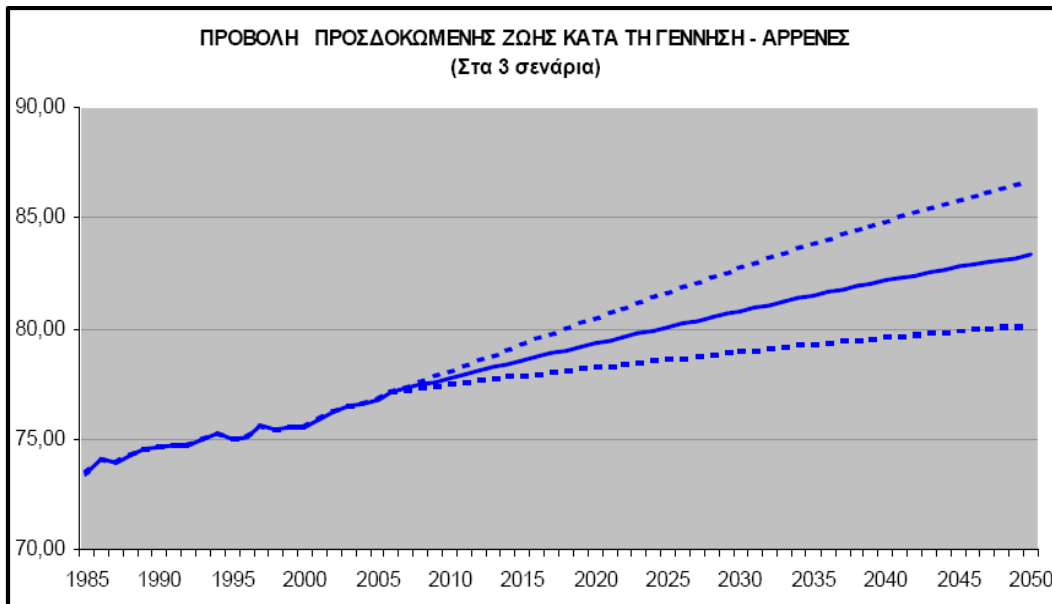


Εικόνα 1.4. Προβολή Δείκτη Γονιμότητας 2007-2050 (τα 3 σενάρια).  
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2008.

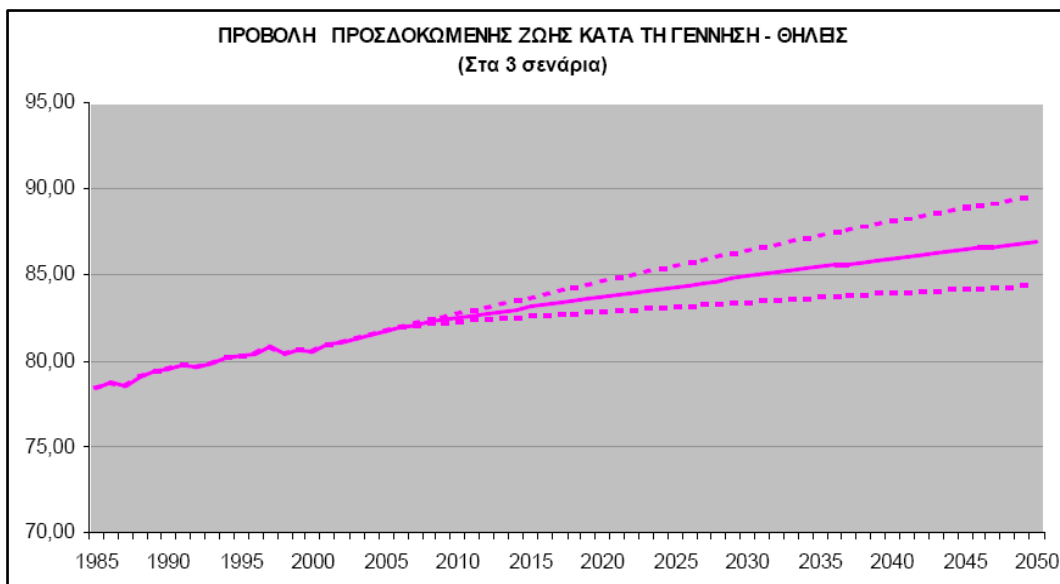


Εικόνα 1.5. Προβολή Καθαρής Μετανάστευσης 2007-2050 (τα 3 σενάρια).  
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2008.

Οι προβλέψεις της (ΕΛ.ΣΤΑΤ) έχουν ως βάση τον εκτιμώμενο πληθυσμό της 1ης Ιανουαρίου του 2007 και μέσω αυτών το προσδόκιμο επιβίωσης, το οποίο αυξήθηκε από 70,13 έτη το 1970 στα 77,09 έτη το 2006 για τους άντρες (Εικόνα 1.6) και από 73,64 έτη στα 81,97 έτη για τις γυναίκες αντίστοιχα (Εικόνα 1.7), προβλέπεται να αυξηθεί ακόμα

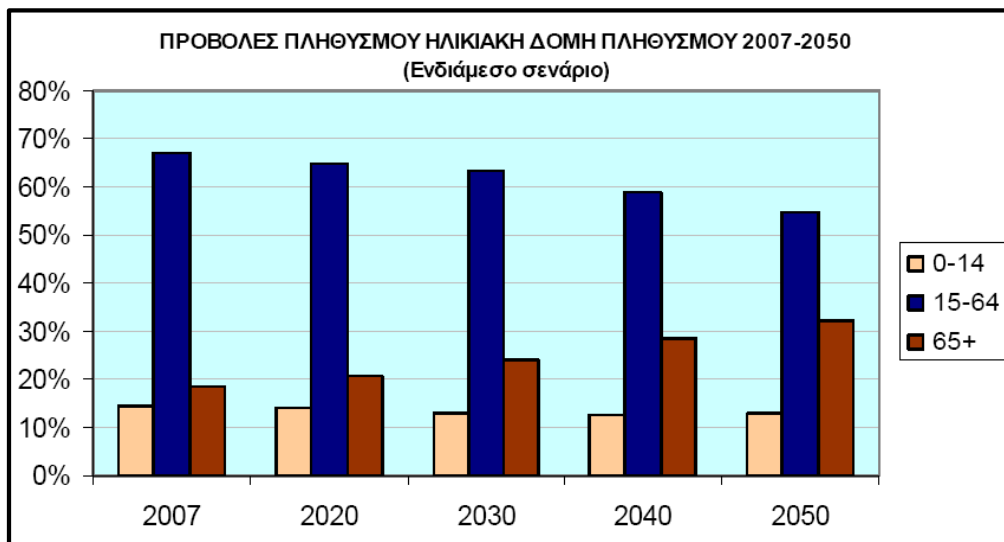


Εικόνα 1.6. Προβολή Προσδοκώμενης Ζωής κατά τη Γέννηση – Άρρενες (τα 3 σενάρια).  
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2008.



Εικόνα 1.7. Προβολή Προσδοκώμενης Ζωής κατά τη Γέννηση - Θήλειες (τα 3 σενάρια).  
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2008.

περισσότερο και με διαφορετικούς ρυθμούς έως το 2050, όποιο σενάριο και αν επικρατήσει. Σύμφωνα με το ενδιάμεσο σενάριο, η δομή του πληθυσμού θα διαφοροποιηθεί με βασικό χαρακτηριστικό του την υψηλή γήρανση (Εικόνα 1.8). Ο πληθυσμός που είχε ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών το 2007 και είχε ποσοστό 18,5%, θα αυξηθεί στο 32% το 2050 (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2008; Μώρος, 2012).



Εικόνα 1.8. Προβολές Πληθυσμού - Ηλικιακή Δομή Πληθυσμού 2007-2050 (ενδιάμεσο σενάριο).  
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2008.

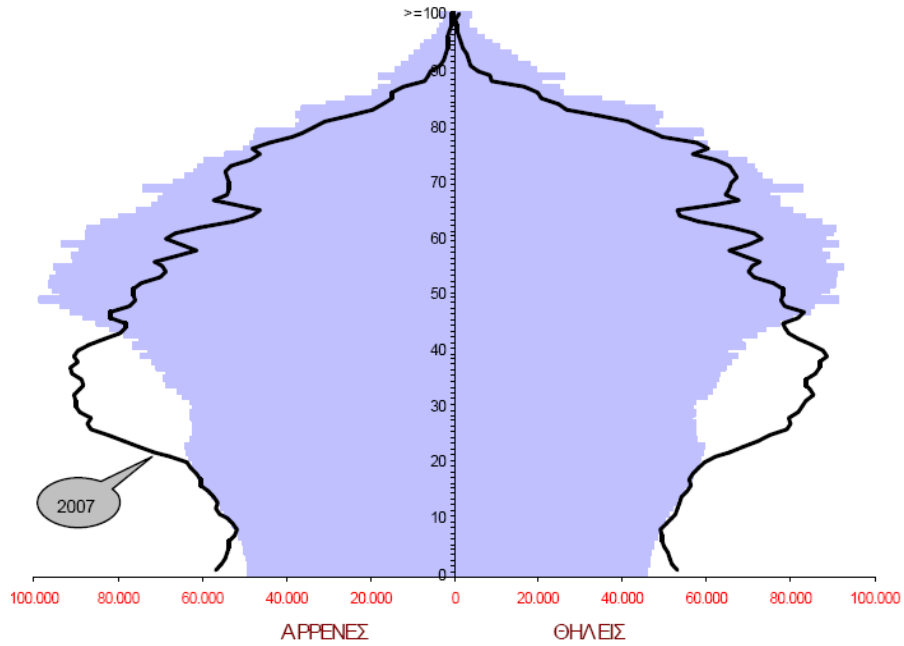
#### 1.4.2. Συμπερασματικά

Όπως έχει προαναφερθεί η γήρανση του πληθυσμού της Ελλάδας αποτελεί ένα φαινόμενο, το οποίο οφείλεται στη μείωση της γονιμότητας, στην αύξηση της μετανάστευσης και στη μείωση της θνησιμότητας με ταυτόχρονη αύξηση του προσδόκιμου ζωής.

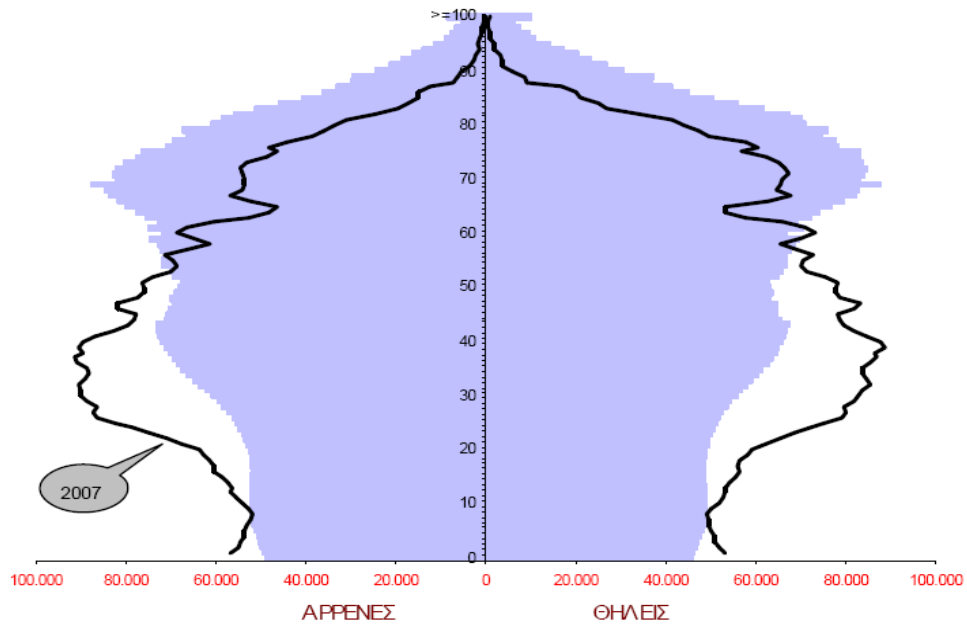
Ο πληθυσμός της Ελλάδος προβλέπεται να διαμορφωθεί σε 11.500.000 το 2050 σύμφωνα με το ενδιάμεσο σενάριο. Ωστόσο, η δομή του πληθυσμού σύμφωνα με αυτό το σενάριο, θα είναι διαφορετική με βασικό χαρακτηριστικό την υψηλή γήρανση. Ο πληθυσμός ηλικίας άνω των 65 ετών από τα επίπεδα του 18,5% την 1<sup>η</sup> Ιουλίου 2007 θα

φθάσει το 2050 τα επίπεδα του 32%, παρασύροντας παράλληλα και προς τα πάνω τους σχετικούς δείκτες γήρανσης. Οι αλλαγές που θα επέλθουν στη σύνθεση του πληθυσμού απεικονίζονται και στις πυραμίδες ηλικιών πληθυσμού (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2008) (Εικόνα 1.9).

ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ 2030 (Ενδιάμεσο σενάριο)



ΠΡΟΒΟΛΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ 2050 (Ενδιάμεσο σενάριο)



Εικόνα 1.9. Προβολές Πληθυσμού - Πυραμίδα Ηλικιών για το 2030 και 2050 (ενδιάμεσο σενάριο).  
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2008.

## 1.5. Δείκτες Δημογραφικής Ανάλυσης της Γήρανσης

Για τη μελέτη της γήρανσης του πληθυσμού και τον υπολογισμό των κοινωνικών βαρών χρησιμοποιούνται διάφοροι δείκτες. Συνήθως οι δείκτες αυτοί υπολογίζονται λαμβάνοντας υπόψη:

α) **τον παιδικό ή νεανικό πληθυσμό 0-14 ετών (ή 0-19 ετών)**, που επηρεάζει τις ανάγκες για περιγεννητική και παιδική φροντίδα καθώς και για την παιδεία,

β) **τον ώριμο ή παραγωγικό πληθυσμό 15-64 ετών (ή 15-59, 20-59, 19-64 ετών)**, από την παραγωγή του οποίου εξαρτάται η κατανάλωση των εργαζομένων ή μη, που πληρώνει φόρους και εισφορές κοινωνικής ασφάλισης και

γ) **τον γεροντικό πληθυσμό 65 και άνω (ή 60 ετών και άνω)**, ο οποίος επηρεάζει τις δαπάνες για συντάξεις και υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων (Κατσιούλης, 2008).

Στη σχετική βιβλιογραφία ως κυριότεροι δείκτες αναφέρονται ο «**Δείκτης Γήρανσης**», ο «**Δείκτης Εξάρτησης Ηλικιωμένων**» και το «**Ποσοστό ή η Αναλογία Ηλικιωμένων**» στον συνολικό πληθυσμό. Για τον υπολογισμό αυτών των δεικτών χρησιμοποιούνται στοιχεία που προέρχονται από τις απογραφές ή από τις ληξιαρχικές καταγραφές και αναφέρονται σε μία δεδομένη χρονική στιγμή, συνήθως σε ένα ημερολογιακό έτος (Gavrilov & Heuveline, 2003).

### 1.5.1 Ποσοστό Ηλικιωμένων

Το ποσοστό ηλικιωμένων ή η αναλογία ηλικιωμένων είναι ο λόγος του γεροντικού πληθυσμού (πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω) ενός έτους προς το σύνολο του πληθυσμού του έτους αυτού, επί 100 (βλ. Εξ. 1.1). Το ποσοστό ηλικιωμένων δείχνει

την αναλογία των ατόμων σε γεροντική ηλικία (συνήθως άνω των 65 ετών) σε πληθυσμό 100 ατόμων. Είναι άμεσα κατανοητό και χρήσιμο για τη διεξαγωγή των πρώτων συμπερασμάτων για τη δομή του πληθυσμού. Βέβαια, επειδή είναι απλώς ένα ποσοστό, δε δίνει μια πλήρη εικόνα περί της γήρανσης και την εξέλιξη του πληθυσμού, αλλά μια χρονολογική σειρά με ποσοστά γήρανσης, είναι ένα χρήσιμο εργαλείο σε συνδυασμό και με τους άλλους δείκτες οι οποίοι αναφέρονται στη γήρανση του πληθυσμού (Κοτζαμάνης, 2012; Κατσιούλης, 2008).

$$\text{Ποσοστό Ηλικιωμένων} = \frac{P_{(\geq 65),j}}{P_j} \times 100$$

Εξίσωση 1.1

Όπου:  $P_{(\geq 65)}$  ο πληθυσμός των αντίστοιχων ηλικιακών ομάδων και  $j$  το αντίστοιχο χωρικό επίπεδο (Χώρα, Περιφέρεια, Νομός κλπ).

### 1.5.2 Δείκτης Γήρανσης

Είναι ο λόγος του πληθυσμού των ατόμων 65+ ετών προς τον πληθυσμό των παιδιών ηλικίας 0-14 ετών (βλ. Εξ. 1.2). Επομένως, ο αριθμός ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω που αναλογεί στα 100 παιδιά. Ο λόγος αυτός εκφράζεται συνήθως επί τοις % (Κοτζαμάνης, 2012). Δείχνει την αναλογία των ηλικιωμένων ανά 100 άτομα ηλικίας 0-14 ετών κι επομένως, μπορεί να προσδιορίσει αδρά την έκταση με την οποία ο συγκεκριμένος πληθυσμός γερνάει. Η αύξηση του δείκτη γήρανσης μπορεί να προέλθει είτε εξ αιτίας της αύξησης του πληθυσμού των ηλικιωμένων είτε εξ αιτίας της μείωσης των γεννήσεων (Κατσιούλης, 2008).

$$\text{Δείκτης γήρανσης} = \frac{P_{(\geq 65),j}}{P_{(0-14),j}} \times 100$$

Εξίσωση 1.2

Όπου:  $P_{(0-14)}$  και  $P_{(\geq 65)}$  ο πληθυσμός των αντίστοιχων ηλικιακών ομάδων και  $j$  το αντίστοιχο χωρικό επίπεδο (Χώρα, Περιφέρεια, Νομός κλπ).

### 1.5.3 Δείκτης Εξάρτησης Ηλικιωμένων

Ο Δείκτης αυτός αναφέρεται στον αναλογούντα αριθμό των εξαρτημένων ατόμων (παιδιών και ηλικιωμένων) ανά 100 άτομα παραγωγικής ηλικίας (βλ. Εξ. 1.3). Συνήθως, ο λόγος (πηλίκο): α) του πληθυσμού των ατόμων ηλικίας 0-14 ετών και 65+ ετών προς τον πληθυσμό ατόμων παραγωγικής ηλικίας 15-64 ετών ή ακόμη β) του πληθυσμού των ατόμων ηλικίας 0-19 ετών και 65+ ετών προς τον πληθυσμό ατόμων ηλικίας 20-64 ετών (δυνητικά ενεργών ατόμων) (Κοτζαμάνης, 2012). Ουσιαστικά, δείχνει την αναλογία των κοινωνικών βαρών του παραγωγικού πληθυσμού, δηλαδή την επιβάρυνση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού, η οποία προέρχεται από το γεροντικό πληθυσμό (Κατσιούλης, 2008).

$$\text{Δείκτης Εξάρτησης} = \frac{P_{(\geq 65),j}}{P_{(15-64),j}} \times 100$$

Εξίσωση 1.3

Όπου:  $P_{(>65)}$  και  $P_{(15-64)}$  ο πληθυσμός των αντίστοιχων ηλικιακών ομάδων και  $j$  το αντίστοιχο χωρικό επίπεδο (Χώρα, Περιφέρεια, Νομός...)

## 1.6. Επιπτώσεις της Δημογραφικής Γήρανσης

Η συσσωρευτική επίδραση της τάσης γήρανσης του πληθυσμού αποτελεί πρόκληση πολλών από των πολιτικών και των θεσμών που δημιουργήθηκαν στα μέσα

του 20ου αιώνα, όταν η δημογραφική όψη ήταν αρκετά διαφορετική. Η δημογραφική γήρανση έχει συνέπειες στην κοινωνία και την οικονομία και έχει αντίκτυπο σε πολλούς από τους τομείς της ζωής, από τις αγορές εργασίας και τα συστήματα κοινωνικής ασφάλισης έως τις κοινωνικές δομές και τις υποδομές. Η αγορά εργασίας θα αντιμετωπίσει την αλλαγή των δομών της ηλικίας με αύξηση των ποσοστών της εξόδου του εργατικού δυναμικού, την πιθανή απώλεια σημαντικών γνώσεων και εμπειριών και τις πιθανές ελλείψεις σε δεξιότητες στην πρόσληψη νέων εργαζομένων, για να αντικαταστήσουν το παλαιό προσωπικό (Barabach et al., 2012).

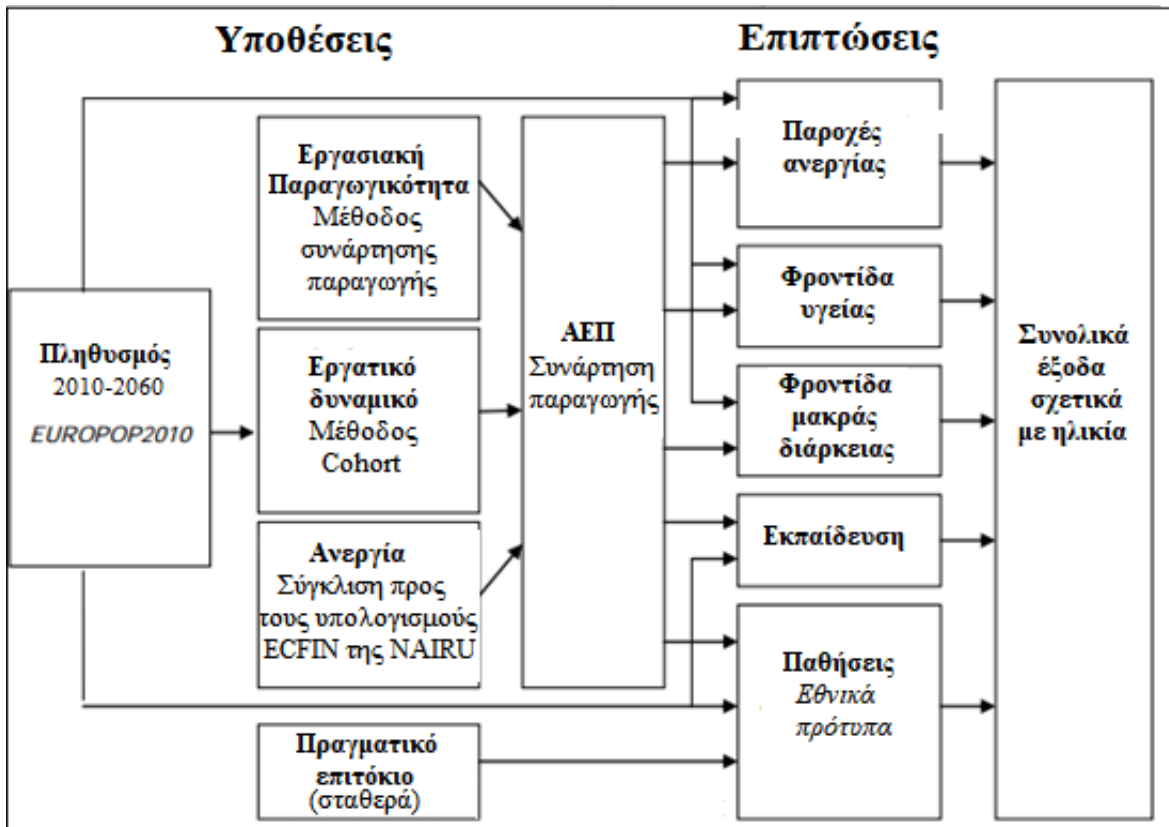
#### **1.6.1. Επιπτώσεις της Γήρανσης του Πληθυσμού στα Δημόσια Οικονομικά και τα Συνταξιοδοτικά Συστήματα**

Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) το 40-60% των δημοσίων δαπανών στις ανεπτυγμένες χώρες επηρεάζονται άμεσα από την ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού. Οι δαπάνες που σχετίζονται με την ηλικία περιλαμβάνουν την υγειονομική περίθαλψη, τα επιδόματα ανεργίας, την εκπαίδευση, τις συντάξεις και τη μακροχρόνια φροντίδα (Economic Policy Report, 2006) (Εικόνα 1.10). Υπολογίζεται ότι θα αυξηθεί σημαντικά κατά τα επόμενα 50 χρόνια, δεδομένου ότι ένας ηλικιωμένος πληθυσμός απαιτεί επιπλέον δαπάνες για τις δημόσιες συντάξεις και την υγειονομική περίθαλψη. Οι δαπάνες στον τομέα της υγείας είναι πιθανόν να αυξηθούν εντυπωσιακά, επειδή τα ηλικιωμένα άτομα τείνουν να χρησιμοποιούν πιο συχνά την υγειονομική περίθαλψη.

Τα συνταξιοδοτικά συστήματα έχουν αρχίσει να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη βιωσιμότητα τους, λόγω της αύξησης του αριθμού των χρηστών των συντάξεων και της παρατεταμένης περιόδου της χρήσης τους. Στο ίδιο χρονικό διάστημα, με λιγότερους



ανθρώπους να εργάζονται, λιγότερα χρήματα πηγαίνουν στα συστήματα κοινωνικής πρόνοιας και συνταξιοδότησης. Στο μέλλον, θα υπάρχει ακόμη μεγαλύτερη πίεση στα συνταξιοδοτικά συστήματα, λόγω της αυξανόμενης εξάρτησης της γήρανσης του πληθυσμού. Η σημερινή μέση ετήσια σχετιζόμενη με την ηλικία δημόσια συνταξιοδοτική δαπάνη είναι περίπου 7,5% του ΑΕΠ και αναμένεται να αυξηθεί κατά περίπου 4% για τα επόμενα 50 χρόνια σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες και σε κάποιες άλλες περισσότερο (OECD, 2001). Ωστόσο, η βιωσιμότητα των συντάξεων εξαρτάται περισσότερο από το λόγο της οικονομικής εξάρτησης και όχι από το δημογραφικό ποσοστό εξάρτησης των ηλικιωμένων. Αφορά το ποσοστό του οικονομικά ενεργού πληθυσμού σε σύγκριση με το ανενεργό, δίχως να λαμβάνεται υπόψη η ηλικία, αλλά το εάν οι άνθρωποι είναι οικονομικά ενεργοί ή όχι.



Εικόνα 1.10. Επισκόπηση Δαπανών που σχετίζονται με την Ηλικία.  
Πηγή: Economic Policy Report, 2006.

Υπάρχει μια αμφίδρομη σχέση μεταξύ των συστημάτων απασχόλησης και συνταξιοδότησης. Τα συνταξιοδοτικά συστήματα μπορούν να ενθαρρύνουν ή να αποθαρρύνουν την απασχόληση και ταυτόχρονα τα διαφορετικά ποσοστά απασχόλησης να έχουν τεράστιο αντίκτυπο στην οικονομική ισορροπία των συνταξιοδοτικών συστημάτων (Fotakis, 2000). Πρόσφατα έχει τονιστεί από το Ευρωπαϊκό Συμβούλιο, η ανάγκη της αύξησης της απασχόλησης, καθώς και του εκσυγχρονισμού της κοινωνικής προστασίας. Πολλές χώρες έχουν θέσει ως στόχο να ενισχύσουν και να κάνουν τα συνταξιοδοτικά τους συστήματα οικονομικά πιο βιώσιμα και λιγότερο ευαίσθητα στην τάση γήρανσης του πληθυσμού.

### **1.6.2 Επιπτώσεις της Γήρανσης του Πληθυσμού στην Οικονομία, την Αγορά Εργασίας και την Ανάπτυξη**

Η δημογραφική γήρανση έχει προκαλέσει μια κατάσταση, όπου ο πληθυσμός σε ηλικία εργασίας μειώνεται, ενώ ο αριθμός των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας συνεχίζει να αυξάνεται. Συνέπεια της δημογραφικής γήρανσης είναι να αυξάνεται ο μέσος όρος ηλικίας του εργατικού δυναμικού. Στην ΕΕ, από το 1995 ο μέσος όρος του εργατικού δυναμικού αυξάνεται με ρυθμό ενός έτους κάθε επτά χρόνια. Η ηλικιακή ομάδα άνω των 65 ετών θα αρχίσει να αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς τα επόμενα πέντε χρόνια, αυξάνοντας το ποσοστό της από 17% το 2010 σε 30% το 2060, καθώς επίσης και τα άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω αυξάνονται από 5% έως 12% σε σχέση με τα ίδια περίοδο. Κατά συνέπεια, το εργατικό δυναμικό θα μειωθεί αισθητά στην ΕΕ κατά τις επόμενες δεκαετίες, ιδιαίτερα μετά το 2015, όταν η γενιά του baby boom θα αρχίσει να συνταξιοδοτείται (Eurostat, 2011).

Τα σημερινά πρότυπα απασχόλησης των εργαζομένων μεγαλύτερης ηλικίας είναι διαφορετικά από εκείνα των νεότερων εργαζομένων. Για παράδειγμα, οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας είναι λιγότερο πιθανό να μείνουν άνεργοι, αλλά από τη στιγμή που είναι άνεργοι, θα χρειαστούν περισσότερο χρόνο για να αρχίσουν να εργάζονται και πάλι. Επίσης είναι πιο πιθανό να εγκαταλείψουν την αγορά εργασίας, να συμμετέχουν λιγότερο στην τυπική εκπαίδευση και κατάρτιση στον χώρο εργασίας, είναι πιθανό να αλλάξουν τους χώρους εργασίας λιγότερο συχνά και είναι λιγότερο γεωγραφικά κινητικοί από τους νεότερους σε ηλικία εργαζομένους (Dixon, 2003). Αυτά τα πρότυπα απασχόλησης μπορεί να μειώσουν το επίπεδο της ευελιξίας της αγοράς εργασίας στο μέλλον.

Η ταχεία αλλαγή της τεχνολογίας δημιουργεί νέες απαιτήσεις για δεξιότητες και ικανότητες στην πλειονότητα των κλάδων της οικονομίας. Οι νέοι που εισέρχονται στην αγορά εργασίας είναι πλήρως καταρτισμένοι στις νέες τεχνολογίες. Το ποσοστό απασχόλησης στον τομέα των υπηρεσιών θα αυξηθεί λόγω της γήρανσης του πληθυσμού και η αύξηση της ευημερίας θα επιταχύνει την ανάπτυξη νέων υπηρεσιών στο μέλλον (Fotakis, 2000).

Το ποσοστό απασχόλησης στους κλάδους των μεταλλείων και λατομείων, των κατασκευών, των μεταφορών, της αποθήκευσης και των επικοινωνιών θα μειωθεί καθώς το ποσοστό των ηλικιωμένων μεγαλώνει (Li, 2009). Ο τομέας των ταξιδιών και της φιλοξενίας συμπεριλαμβανομένων των εστιατορίων και των ξενοδοχείων, ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης και της φαρμακευτικής, ο τομέας της υποβοηθούμενης διαβίωσης και των χρηματοοικονομικών υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένων ασφαλιστικών, τραπεζικών και επενδυτικών υπηρεσιών, καθώς και κοινοτικών,

κοινωνικών και προσωπικών υπηρεσιών πρόκειται να κατέχουν το μεγαλύτερο μερίδιο στην οικονομία, λόγω της δημογραφικής γήρανσης. Θα μπορούσε λοιπόν να προβλεφθεί η στροφή από τους μεταποιητικούς κλάδους στον τομέα των υπηρεσιών (Boersch-Supan, 2001).

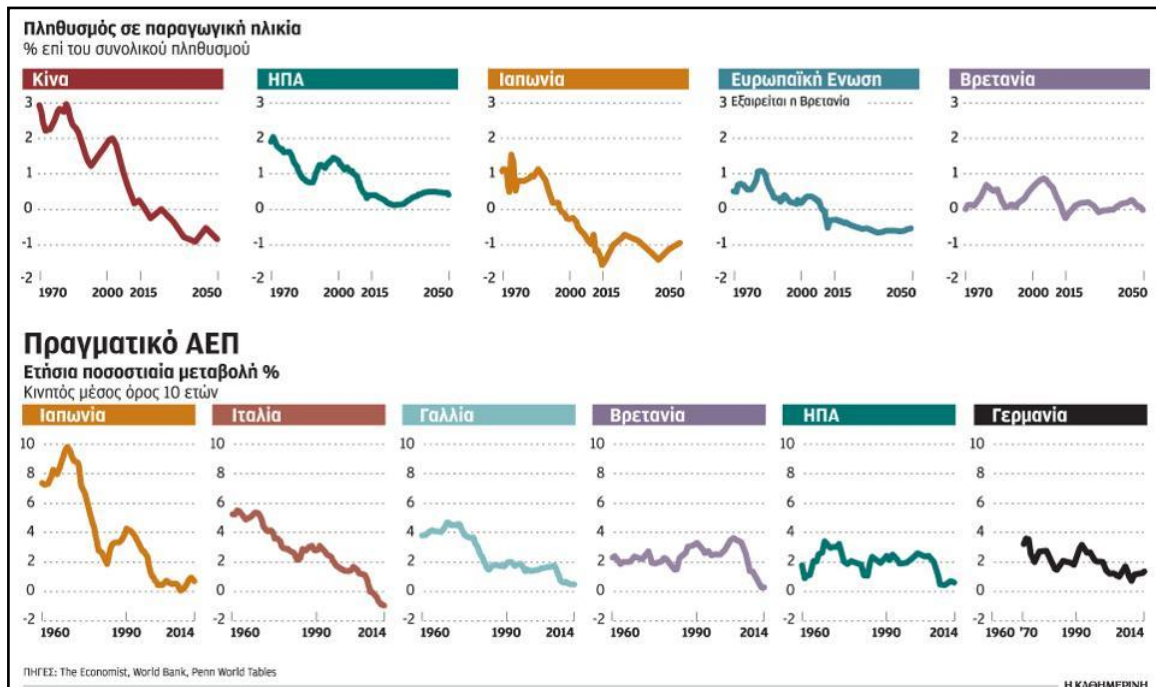
Ακόμα κι εάν προκύψουν νέες οικονομικές ευκαιρίες από τη δημογραφική γήρανση, υπάρχουν σοβαρές ανησυχίες ότι η οικονομική ανάπτυξη θα επηρεαστεί σημαντικά. Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) ο αριθμός των εργαζομένων που θα αποχωρούν κάθε χρόνο θα αυξηθεί σημαντικά και ενδεχομένως, θα υπερβαίνει τον αριθμό των νεοεισερχομένων στην αγορά εργασίας (OECD, 2006). Αυτό θα έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανάπτυξη, δεδομένου ότι η ανάπτυξη εξαρτάται από την άνοδο της απασχόλησης και την υψηλή παραγωγικότητα της εργασίας. Η υφιστάμενη οικονομική κρίση καθιστά επίσης τη πιθανότητα μείωσης της ανάπτυξης ακόμα πιο ισχυρή (Grathwohl, 2011).

Η ιδέα ότι η γήρανση του πληθυσμού δύναται να αποφέρει καταστροφικές συνέπειες στην οικονομία και να προκαλέσει μακροχρόνια στασιμότητα ή και επαναλαμβανόμενη ύφεση αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '30 από τους οικονομολόγους Maynard Keynes & Alvin Hansen (Klitgaard, 2010). Ο όρος «μόνιμη στασιμότητα» επανήλθε από τον Summers (2014), ο οποίος περιγράφει τα χρόνια οικονομικά προβλήματα του πλούσιου κόσμου. Μικρή ζήτηση και υπερβολική αποταμίευση καθιστούν αδύνατη την τόνωση της οικονομίας με το συνηθισμένο εργαλείο των χαμηλών βραχυπρόθεσμων επιτοκίων δανεισμού (Summers, 2014).

Η γήρανση του πληθυσμού διαδραματίζει σημαντικότερο ρόλο σήμερα απ' ό,τι το 1930, δεδομένου ότι δύναται να επιφέρει μείωση της ανάπτυξης και των επιτοκίων

δανεισμού με διαφόρους τρόπους. Ένας άμεσος τρόπος είναι μέσω της προσφοράς εργασίας. Η δυνητική παραγωγή μιας οικονομίας εξαρτάται τόσο από τον αριθμό του εργατικού δυναμικού όσο και από την παραγωγικότητά τους. Στη Γερμανία και στην Ιαπωνία ο πληθυσμός που βρίσκεται σε παραγωγική ηλικία μειώνεται εδώ και περισσότερο από μία δεκαετία και ο ρυθμός μείωσής του προβλέπεται ότι θα αυξηθεί τα επόμενα χρόνια. Το δυνητικό εργατικό δυναμικό της Βρετανίας προβλέπεται ότι θα σταματήσει να αυξάνεται τις επόμενες δεκαετίες. Στις ΗΠΑ το εργατικό δυναμικό θα αυξηθεί μόλις κατά το 1/3 του ρυθμού αύξησης 0,9% που καταγράφηκε την περίοδο 2000-2013. Σύμφωνα με διάφορες μελέτες, η μισή από τη μείωση του εργατικού δυναμικού στις ΗΠΑ από το 66% στο 63% αποδίδεται στην αύξηση των πρόωρων συνταξιοδοτήσεων. Κάτι παρόμοιο συνέβη και στην Ιαπωνία, η οποία μπήκε σε ύφεση και σε αποπληθωρισμό τη δεκαετία του 1990, την ίδια εποχή που άρχισε να συρρικνώνεται ο πληθυσμός της που βρισκόταν σε παραγωγική ηλικία (Εικόνα 1.11).

Το μέγεθος και η ηλικία του πληθυσμού δύναται να επηρεάσουν επίσης τον αριθμό των πελατών και των εργατών που βρίσκονται στις επιχειρήσεις, καθώς και τα κεφάλαια που θα επενδυθούν. Οι Keynes & Hansen (Klitgaard, 2010) ανησυχούσαν ότι ένας μειωμένος πληθυσμός θα χρειάζεται λιγότερα αμερικανικά προϊόντα. Σήμερα οι οικονομολόγοι θεωρούν ότι οι εταιρείες χρειάζονται συγκεκριμένο κεφαλαιακό απόθεμα ανά εργαζόμενο, εξοπλισμό, εγκαταστάσεις, γη και πνευματική ιδιοκτησία, ώστε να παραχθεί μια μονάδα προϊόντος. Αν υπάρχει λιγότερο διαθέσιμο εργατικό δυναμικό προς πρόσληψη, οι επιχειρήσεις χρειάζονται λιγότερα κεφάλαια (Sizemore, 2014).



Εικόνα 1.11. Μείωση Εργατικού Δυναμικού.  
Πηγή: The Economist.

Σε έρευνά τους οι Pinto & Tevlin (2014) αναφέρουν ότι οι καθαρές επενδύσεις βρίσκονται στο χαμηλότερο σημείο τους ως ποσοστό του συνολικού κεφαλαιακού αποθέματος από τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Η αύξηση του κεφαλαιακού αποθέματος μειώθηκε από το 3,1% τον χρόνο την περίοδο 1994-2003 σε 1,6% την επόμενη δεκαετία. Οι Pinto & Tevlin θεωρούν ότι η μείωση αυτή οφείλεται τόσο στη μειωμένη αύξηση του εργατικού δυναμικού όσο και στη μειωμένη καινοτομία, όπου οι επιχειρήσεις αγοράζουν λιγότερα μηχανήματα, διότι διαθέτουν λιγότερο εργατικό δυναμικό για να τα χρησιμοποιήσουν και λιγότερες τεχνολογικές καινοτομίες να εκμεταλλευτούν.

Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο η γήρανση του πληθυσμού, επηρεάζει την ανάπτυξη και τα επιτόκια δανεισμού είναι μέσω της αποταμίευσης. Οι άνθρωποι στην αρχή της ενήλικης ζωής τους δανείζονται μεγάλα χρηματικά ποσά προκειμένου να

αγοράσουν ένα σπίτι, να αναθρέψουν τα παιδιά τους κλπ. Όσο γερνάει ο πληθυσμός μιας χώρας, τόσο αυξάνεται η αποταμίευση. Η ταυτόχρονη αύξηση της αποταμίευσης σε συνδυασμό με τη μείωση των επενδύσεων, τη μείωση της ανάπτυξης, τη λιτότητα και την οικονομική ανισότητα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του ύψους των επιτοκίων δανεισμού (Cutler et al., 1990).

### **1.6.3. Επιπτώσεις της Γήρανσης του Πληθυσμού στις Δομές της Κοινωνίας και της Οικογένειας**

Η κοινωνία χρησιμοποιεί την ηλικία για να απονέμει ρόλους στους ανθρώπους, για να τους εντάξει μέσα και έξω από μια θέση εντός της κοινωνικής δομής, ως βάση για την κατανομή των πόρων και ως έναν τρόπο για την κατηγοριοποίηση των ατόμων (Morgan & Kunkel, 2011). Η ηλικία των 65 ετών και τα οπτικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων όπως τα γκρίζα μαλλιά και οι ρυτίδες, δεν επηρεάζουν τη φυσική λειτουργία ή τη γνωστική ικανότητα. Ωστόσο, τα χαρακτηριστικά αυτά έχουν τεράστια επιρροή στην κοινωνική αλληλεπίδραση και τις ευκαιρίες για τα άτομα.

Η γήρανση του πληθυσμού θα επιφέρει αλλαγές στις οικογενειακές δομές, εξαιτίας της παρατεταμένης διάρκειας ζωής και της μείωσης του αριθμού των παιδιών. Η δομή της οικογένειας πριν από ένα αιώνα έμοιαζε με μία πυραμίδα, δεδομένου ότι οι οικογένειες είχαν πολλά παιδιά και οι παππούδες γενικά πέθαιναν πριν τα εγγόνια τους γίνουν ενήλικες. Από την αρχή αυτού του αιώνα, η δομή της οικογένειας προσομοιάζει με ένα μονόπλευρο ορθογώνιο, διότι οι οικογένειες τείνουν να έχουν λιγότερα παιδιά και οι παππούδες και προπαππούδες συνήθως ζουν περισσότερο (Bengtson et al., 1990). Λόγω της μείωσης της γονιμότητας σε επίπεδα πολύ χαμηλά (2,1 παιδιά ανά γυναίκα), το οικογενειακό δέντρο έχει αλλάξει το σχήμα του. Δεδομένου λοιπόν ότι η τάση γήρανσης

του πληθυσμού και η μείωση της γονιμότητας θα συνεχιστούν και στο μέλλον δημιουργείται ένα νέο μοντέλο οικογένειας που μοιάζει με μια αντίστροφη πυραμίδα με ένα μεγάλο αριθμό παππούδων και προπαππούδων στην κορυφή και με λιγότερους γονείς και παιδιά στο κάτω μέρος (Gillen et al., 2003; Dobriansky et al., 2011).

Έχει μεγάλη σημασία να γίνουν κατανοητές οι συνέπειες αυτών των αλλαγών για την οικογένεια και την κοινωνία. Μετά τη σημερινή δημογραφική διάρθρωση, στο μέλλον οι ηλικιωμένοι θα είναι λιγότερο πιθανό να παντρευτούν ή να συζούν και περισσότεροι από αυτούς θα ζουν μόνοι τους. Επιπλέον οι ηλικιωμένοι άνω των 80 ετών θα χρειάζονται βοήθεια για τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Η αλλαγή στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση μπορεί επίσης να επηρεάσει αρνητικά τον τρόπο ζωής του ατόμου στη λεγόμενη τρίτη ηλικία. Η οικονομική συγκυρία η οποία μπορεί να οφείλεται στη μείωση των συντάξεων ή στην ανεργία μπορεί να οδηγήσει τους ηλικιωμένους στην οικονομική εξάρτηση από τα παιδιά ή τους συγγενείς και τελικά στη φτώχεια. Οι ηλικιωμένες γυναίκες βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο φτώχειας, λόγω των χαμηλότερων αποδοχών και της μεγαλύτερης διάρκειας ζωής τους. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με το αίσθημα της χαμηλής αυτοεκτίμησης, ως αποτέλεσμα της απώλειας της αποδοτικότητας, καθώς και της κοινωνικής αναγνώρισης (Lena et al., 2009).

Οι κοινωνικές αξίες και οι σχέσεις είναι σημαντικοί παράγοντες στην αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων. Οι σύγχρονες βιομηχανικές κοινωνίες ζουν σε έναν πολιτισμό που δίνει έμφαση στον ανταγωνισμό για τον οικονομικό πλούτο, που δίνει αξία στην οικονομική παραγωγικότητα έναντι της κοινωνικής και που γίνονται αποδεκτές οι ανισότητες με βάση την τάξη, το φύλο, τη



φυλή, ενώ την ίδια στιγμή, αυτά τα χαρακτηριστικά επηρεάζουν τις συνθήκες διαβίωσης του γερασμένου πληθυσμού (Restrepo & Rozental, 1994).



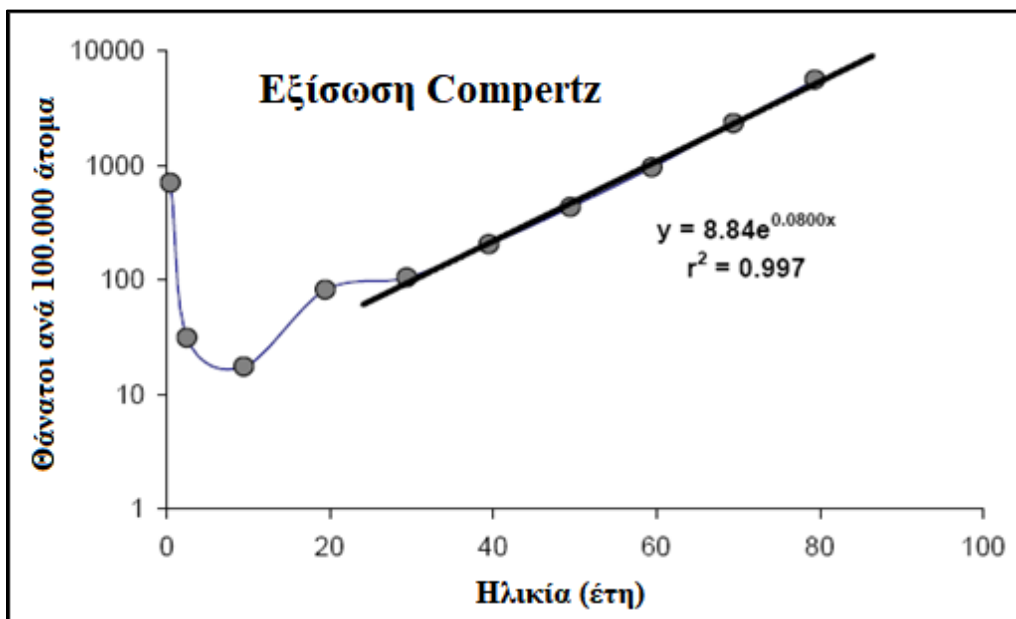
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

### 2.1. Εννοιολογικές Προσεγγίσεις Τρίτης Ηλικίας και Γήρανσης

Ο ορισμός της τρίτης ηλικίας δεν είναι τόσο απλός. Η τρίτη ηλικία μπορεί να αναφέρεται απλώς στη γήρανση που επέρχεται με την πάροδο του χρόνου και μπορεί να έχει ακόμη και μια θετική όψη, όπως η "παλαίωση του κρασιού." Από επιστημονικής όμως πλευράς, η τρίτη ηλικία αναφέρεται στη βιολογική διαδικασία της γήρανσης (Williams, 1957; Comfort, 1964; Finch, 1990). Η γήρανση συνιστά μία σύνθετη διαδικασία αποτελούμενη από πολύπλοκες βιολογικές διαδικασίες και διάφορα χαρακτηριστικά, όπως: 1) εκθετική αύξηση της θνησιμότητας σε σχέση με την ηλικία 2) φυσιολογικές αλλαγές που συνήθως οδηγούν στη μείωση της λειτουργικότητας σε μεγαλύτερη ηλικία 3) αυξημένη ευαισθησία σε ορισμένες ασθένειες με την πάροδο των ετών.

Από μαθηματική άποψη η γήρανση μπορεί να ποσοτικοποιηθεί από τις καμπύλες θνησιμότητας. Υπάρχουν διάφορες μαθηματικές συναρτήσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ποσοτικοποίηση της γήρανσης (Wilson, 1994; Strehler, 1999). Η απλούστερη, πιο ευρέως χρησιμοποιούμενη μέθοδος βασίζεται στην εξίσωση Gompertz (Finch, 1990; Strehler, 1999) όπου το ποσοστό θνησιμότητας  $m(t)$  είναι συνάρτηση του χρόνου ή της ηλικίας ( $t$ ). Δηλαδή  $m(t) = Ae^{Gt}$ , όπου  $A$  είναι η σταθερά από τη γέννηση ή την ωριμότητα και  $G$  ο εκθετικός (Gompertz) συντελεστής θνησιμότητας. Από την Εικόνα 2.1 είναι δυνατόν στη συνέχεια να εκτιμηθεί η εξίσωση Gompertz εκτελώντας μια απλή ανάλυση παλινδρόμησης μετά την ωρίμανση  $m(t) = 8.84e^{0.0800t}$ , όπου  $r^2 = 0.997$ . Από αυτή την εξίσωση μπορεί να εξαχθεί το **Αρχικό Ποσοστό Θνησιμότητας** (IMR - Initial Mortality Rate), το οποίο είναι το ποσοστό

θνησιμότητας ανεξάρτητα από τη γήρανση, το οποίο συχνά υπολογίζεται από το ποσοστό θνησιμότητας πριν την εκθετική αύξηση σε σχέση με την ηλικία. Στην περίπτωση αυτή το  $IMR = 0,0002 / \text{έτος}$  είναι το ποσοστό θνησιμότητας στις ηλικίες 10-20. Μια άλλη σημαντική μεταβλητή που προέρχεται από την εξίσωση Gompertz είναι ο **Χρόνος Διπλασιασμού του Ποσοστού Θνησιμότητας** (MRDT- Mortality Rate Doubling Time) και δίνεται από την εξίσωση:  $MRDT = 0,693 / G$  (Finch, 1990). Ο Χρόνος Διπλασιασμού του Ποσοστού Θνησιμότητας είναι  $MRDT = 0,693 / 0,0800 = 8,66$  χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι, οι ανθρωπίνοι πληθυσμοί τείνουν να έχουν έναν MRDT ίσο με περίπου 8 χρόνια, που σημαίνει ότι μετά από τη σεξουαλική αιχμή, σε ηλικία περίπου 30 ετών, οι πιθανότητες να πεθάνουν διπλασιάζονται περίπου κάθε 8 χρόνια.



Εικόνα 2.1. Ποσοστά Θνησιμότητας, ως Συνάρτηση της Ηλικίας για τον Πληθυσμό των ΗΠΑ το 2002. Πηγή: Finch, 1990 και Strehler, 1999.

Οι δημογραφικές μετρήσεις της γήρανσης του πληθυσμού, όπως είναι ο MRDT, μπορεί στη συνέχεια να χρησιμεύσει για την εκτίμηση του ρυθμού γήρανσης. Αλλαγές στην τιμή του MRDT αντικατοπτρίζουν αλλαγές στον ρυθμό της γήρανσης του πληθυσμού, αλλά δεν ισχύει το ίδιο και για τον δείκτη IMR (Finch, 1990; Finch & Pike,

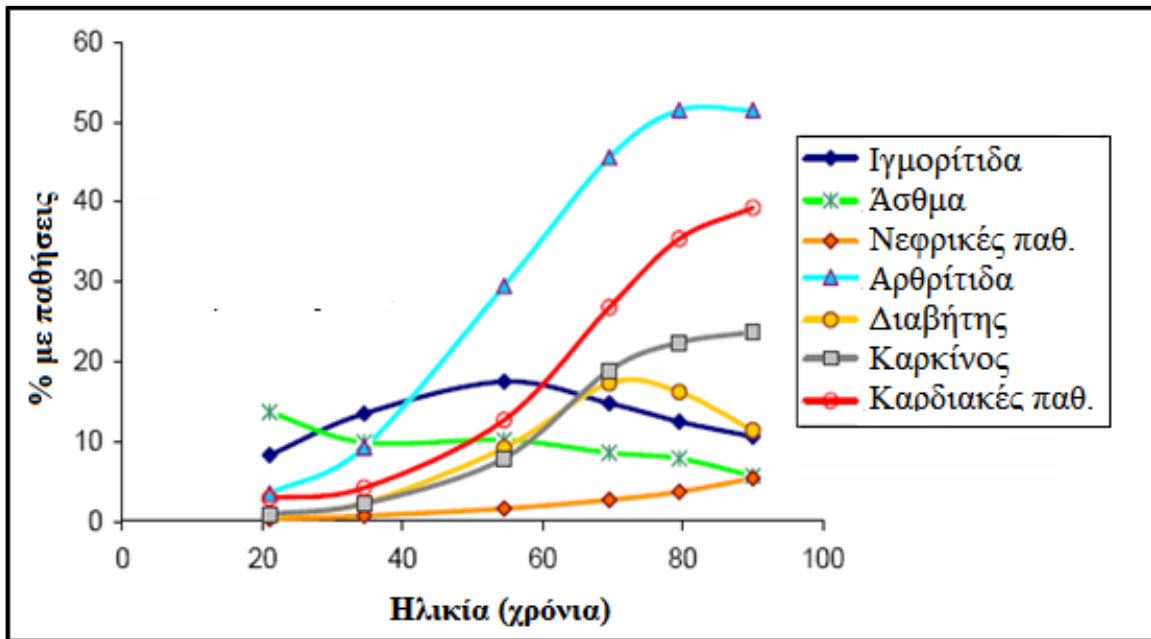
1996; De Magalhaes et al., 2005). Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση αυξήθηκε σημαντικά τα τελευταία 100 χρόνια. Στις ΗΠΑ, αυξήθηκε από 47,3 χρόνια το 1900 σε 77,3 χρόνια το 2002. Παρ' όλα αυτά, ο ρυθμός της γήρανσης του πληθυσμού και ο MRDT παραμένουν αναλλοίωτοι για χιλιάδες χρόνια (Finch, 1990; Hayflick, 1994). Αυτό που συνέβη τον περασμένο αιώνα ήταν ότι το Αρχικό Ποσοστό Θνησιμότητας IMR, το οποίο δεν επηρεάζεται από τον ρυθμό γήρανσης, μειώθηκε λόγω επιτευγμάτων σε διάφορους τομείς, όπως ο αγώνας ενάντια σε διάφορες μολυσματικές ασθένειες, μειώνοντας έτσι τα ποσοστά θνησιμότητας σε ολόκληρη τη διάρκεια ζωής και την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Επειδή η αύξηση του προσδόκιμου ζωής οφειλόταν σε αλλαγές στον IMR ανεξάρτητα από αλλαγές στα ποσοστά γήρανσης είναι επίσης ο λόγος για τον οποίο η μέση διάρκεια ζωής των ανθρώπων μπορεί να φθάσει μια σταθερά. Ο μόνος τρόπος για να αυξηθεί σημαντικά το προσδόκιμο ζωής των ανθρώπων στο μέλλον είναι να επιβραδύνει η ίδια η διαδικασία της γήρανσης (Olshansky et al, 1990; Butler et al., 2008). Τα ποσοστά θνησιμότητας του ανθρώπου αρχίζουν να ανεβαίνουν εκθετικά περίπου μετά από την ηλικία των 30. Αυτό το ποσοστό αύξησης της θνησιμότητας εξισορροπείται μετά την ηλικία των 65 ετών (Vaupel et al., 1998).

Η γήρανση μπορεί επίσης να οριστεί ως μια προοδευτική πτώση ή βαθμιαία επιδείνωση της φυσιολογικής λειτουργίας του οργανισμού με την ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της γονιμότητας (Partridge & Mangel, 1999; Lopez-Otin et al., 2013), ή την ενδογενή, αναπόφευκτη και μη αναστρέψιμη διαδικασία σχετιζόμενη με την ηλικία, την απώλεια της ενεργητικότητας και την αύξηση της ευπάθειας (Comfort, 1964). Σαφώς, η ανθρώπινη γήρανση συνδέεται με ένα ευρύ φάσμα φυσιολογικών μεταβολών που καθιστούν τους ανθρώπους όχι μόνο επιρρεπείς στο

θάνατο, αλλά περιορίζουν τις συνήθεις λειτουργίες και τους καθιστούν πιο επιρρεπείς σε μια σειρά από ασθένειες. Στους ανθρώπους, αν και για ορισμένες λειτουργίες, όπως η ακοή και η ευελιξία η επιδείνωση αρχίζει να διαφαίνεται από πολύ νωρίς στη ζωή (Bowen & Atwood, 2004), το μεγαλύτερο ποσοστό της έκπτωσης της λειτουργίας του σώματός του ξεκινάει μετά περίπου στην ηλικία των 19. Σε αντίθεση με τις μετρήσεις της δημογραφικής γήρανσης που δείχνουν τα ποσοστά θνησιμότητας να αυξάνονται εκθετικά, η έκπτωση της λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού είναι γραμμική. Συνοπτικά, η γήρανση χαρακτηρίζεται από αλλαγές στην εμφάνιση, όπως η σταδιακή μείωση του ύψους και η απώλεια βάρους που οφείλεται στην απώλεια της μυϊκής και οστικής μάζας. Επίσης η γήρανση χαρακτηρίζεται από τη μείωση του μεταβολικού ρυθμού, τη μείωση ορισμένων λειτουργικών της μνήμης, τη μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας και την εμμηνόπαυση στις γυναίκες, τη λειτουργική απώλεια της ακοής, της όσφρησης και της μνήμης, την έκπτωση της λειτουργίας των νεφρών, των πνευμόνων και του ανοσοποιητικού συστήματος, μείωση της απόδοσης στην άσκηση και πολλαπλές ενδοκρινικές αλλαγές (Craik & Salthouse, 1992; Hayflick, 1994; Spence, 1995). Αν και το ανοσοποιητικό σύστημα φθίνει με την ηλικία, που ονομάζεται «ανοσογήρανση», ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της γήρανσης είναι η αύξηση των επιπέδων της φλεγμονής, η οποία αντικατοπτρίζεται σε υψηλότερα επίπεδα των κυκλοφορούντων προφλεγμονωδών κυτοκινών. Επίσης, η αύξηση των επιπέδων φλεγμονής μπορεί να συμβάλει σε διάφορες διαταραχές σχετιζόμενες με την ηλικία, όπως η νόσος Alzheimer, η αθηροσκλήρωση και η αρθρίτιδα (Franceschi et al, 2000; Bruunsgaard et al, 2001). Ορισμένες αλλαγές σχετιζόμενες με την ηλικία, όπως η πρεσβυωπία και η εμμηνόπαυση, φαίνεται να είναι χαρακτηριστικά της ανθρώπινης γήρανσης (Finch, 1990; Hayflick, 1994).

Η συχνότητα εμφάνισης ενός αριθμού παθολογικών καταστάσεων αυξάνει με την ηλικία (Εικόνα 2.2), όπως ο διαβήτης τύπου 2, οι καρδιακές παθήσεις, ο καρκίνος, η αρθρίτιδα και η νεφρική νόσος. Η συχνότητα εμφάνισης ορισμένων παθήσεων, όπως η ιγμορίτιδα, παραμένει σχετικά σταθερή με την ηλικία, ενώ η συχνότητα των άλλων παθήσεων, όπως το άσθμα μπορεί ακόμα και να μειωθεί. Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η γήρανση δεν είναι απλώς μια συλλογή από ασθένειες. Με την ηλικία οι άνθρωποι γίνονται πιο επιρρεπείς σε ορισμένες ασθένειες, πιο ευαίσθητοι σε μια σειρά από φυσιολογικές αλλαγές που δεν είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσουν σε παθολογία, αλλά αυξάνονται οι πιθανότητες θανάτου.

Παρόλες τις φυσιολογικές και παθολογικές αλλαγές, εξακολουθεί να μην υπάρχει ακριβής τρόπος για να ποσοτικοποιηθεί η ηλικία των ανθρώπων. Παρά τις πολυάριθμες έρευνες, η πιο ακριβής μέθοδος για τον προσδιορισμό της βιολογικής ηλικίας ενός ανθρώπου είναι ακόμα η χρονολογική ηλικία (Balin, 1994).



Εικόνα 2.2. Εξέλιξη Χρόνιων Παθήσεων, ως Συνάρτηση της Ηλικίας του Πληθυσμού των ΗΠΑ (2002-2003).  
 Πηγή: Finch, 1990 και Strehler, 1999.

## **2.2. Προβλήματα Ατόμων Τρίτης Ηλικίας**

Η ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Οι ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με σωρεία προβλημάτων που έχουν να κάνουν τόσο με τις φυσικές απειλές για την υγεία όσο και με ψυχολογικά και βιολογικά προβλήματα. Μερικά από αυτά είναι η έκπτωση της υγείας τους, η οικονομική ανασφάλεια, η απομόνωση και η παραμέληση της φροντίδας τους, η κακομεταχείρισή τους από τον περίγυρο, τα αισθήματα φόβου και μοναξιάς, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και απώλεια σεβασμού, καθώς και η έλλειψη αποδοχής της τρίτης ηλικίας (Binny et al., 2011).

Οι ηλικιωμένοι βγαίνοντας από την παραγωγική διαδικασία καταβάλλονται από αισθήματα περιθωριοποίησης, ανασφάλειας, παραγκωνισμού και εγκατάλειψης. Επιπλέον η έκπτωση των σωματικών τους ικανοτήτων οδηγεί βαθμιαία σε αδυναμία αντιμετώπισης των ασθενειών ή σε ψυχολογική αποδιοργάνωση. Επιπρόσθετα η αντιμετώπιση οικονομικών δυσκολιών εξαιτίας ανεπαρκούς σύνταξης και μη αποτελεσματικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης δύναται να οδηγήσουν σε περαιτέρω απομόνωση και επιδείνωση της κατάστασης των ψυχοσωματικών προβλημάτων των ηλικιωμένων (Βαλάχα & Πλέντη, 2007).

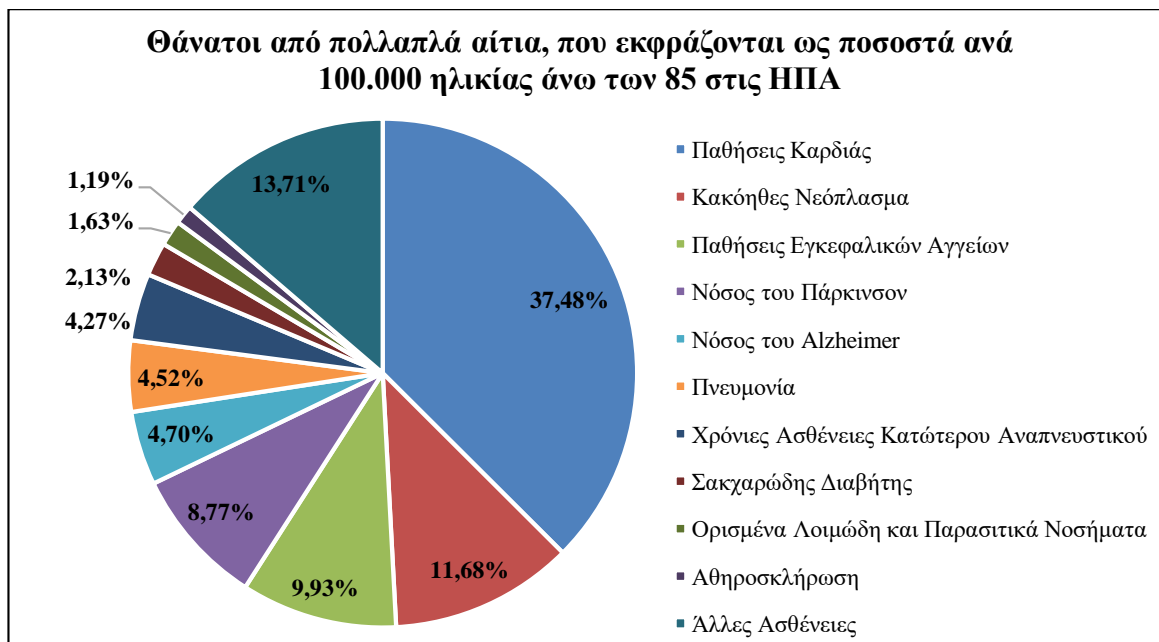
### **2.2.1. Προβλήματα Υγείας**

Η τρίτη ηλικία, συνιστά το εφελθτήριο μια επιταχυνόμενης διαδικασίας γήρανσης και η αφετηρία αρχομένων προβλημάτων υγείας (Καρδασάκης, 2007). Η τρίτη ηλικία συνοδεύεται πρωτίστως από μείωση των φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού, μερικές από τις οποίες εμφανίζονται με το πέρας της ηλικίας. Αυτές αναφέρονται στην απώλεια της μυϊκής μάζας σώματος, στην απώλεια οστικής μάζας, στην ελαττωμένη



κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, στη μειωμένη λειτουργία του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος, στην επιδείνωση της λειτουργίας των νεφρών και στην ελάττωση της ικανότητας του καρδιαγγειακού συστήματος (Κοντελέ, 2012).

Επιπλέον η τρίτη ηλικία συνοδεύεται και από διάφορα προβλήματα υγείας, πολλά από τα οποία οδηγούν στον θάνατο. Στην Εικόνα 2.3 φαίνονται οι πιο σημαντικές αιτίες θανάτου στους ηλικιωμένους. Σύμφωνα με το διάγραμμα οι καρδιοπάθειες είναι η πρώτη αιτία θανάτου σε άτομα ηλικίας 85 ετών και άνω, ακολουθεί ο καρκίνος, τα εγκεφαλικά νοσήματα, οι ασθένειες του Πάρκινσον και του Alzheimer, η πνευμονία και οι χρόνιες ασθένειες του κατώτερου αναπνευστικού. Ασθένειες, όπως ο καρκίνος και τα καρδιακά νοσήματα αποτελούν τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου σε όλες τις ηλικίες (Πίνακας 2.1). Άλλες ασθένειες, όπως η νόσος του Πάρκινσον και του Αλτσχάιμερ, αποτελούν σημαντικές αιτίες θανάτου μόνο σε μεγάλη ηλικία μόνο (Percival, 2009).



Εικόνα 2.3. Θάνατοι από Πολλαπλά Αίτια, που εκφράζονται σε Ποσοστά ανά 100.000 Ανθρώπους, ως Συνάρτηση της Ηλικίας για τον Πληθυσμό των ΗΠΑ Ηλικίας 85 ετών και άνω. Πηγή: Percival, 2009.

Πίνακας 2.1. Οι Σημαντικότερες Αιτίες Θανάτου στους Ηλικιωμένους.  
 Πηγή: Percival, 2009.

Αιτία Θανάτου	45-54 ετών		85 ετών και άνω	
	Συχνότητα	% των θανάτων	Συχνότητα	% των θανάτων
Παθήσεις Καρδιάς	92.8	21.66%	5607.5	37.48%
Κακήθες Νεόπλασμα	126.3	29.48%	1747	11.68%
Παθήσεις Εγκεφαλικών Αγγείων	15.1	3.52%	1485.2	9.93%
Νόσος του Πάρκινσον	0.1	0.02%	1312.8	8.77%
Νόσος του Alzheimer	0.2	0.05%	703.2	4.70%
Πνευμονία	4.6	1.07%	676.5	4.52%
Χρόνιες Ασθένειες Κατώτερου Αναπνευστικού	8.5	1.98%	638.2	4.27%
Σακχαρώδης Διαβήτης	13.6	3.17%	318.6	2.13%
Ορισμένα Λοιμώδη και Παρασιτικά Νοσήματα	22.9	5.35%	243.8	1.63%
Αθηροσκλήρωση	0.5	0.12%	177.3	1.19%
Άλλες Ασθένειες	143.8	33.57%	2050.9	13.71%

Τα προβλήματα υγείας, λόγω προχωρημένης ηλικίας, περιπλέκονται όλο και περισσότερο εξαιτίας της μη διαθεσιμότητας και της κακής ποιότητας των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, η κακή προσβασιμότητα στις μονάδες υγείας και η έλλειψη πληροφόρησης και γνώσης, καθώς και το υψηλό κόστος της αντιμετώπισης των ασθενειών, καθιστούν τη φροντίδα των ηλικιωμένων αναποτελεσματική και μη προσιτή, ιδιαίτερα για εκείνους που είναι φτωχοί και σε μειονεκτική θέση. Σύμφωνα με τους Rao et al., (2003) τα προβλήματα υγείας στους ηλικιωμένους τείνουν να αυξάνουν με την ηλικία και πολύ συχνά αυτά επιδεινώνονται, λόγω της αμέλειας των ηλικιωμένων, της κακής οικονομικής κατάστασης, της κοινωνικής απομόνωσης και των κακών διατροφικών συνηθειών. Στην έρευνα του ο Ketshukietuo (2005) αναφέρει ότι για την υγεία δεν απαιτείται μόνο βιολογική ή ιατρική φροντίδα, αλλά και σημαντική προσωπική

και κοινωνική μέριμνα. Σε γενικές γραμμές με την έκπτωση της υγείας, τα άτομα χάνουν την ανεξαρτησία τους, τους κοινωνικούς τους ρόλους, απομονώνονται, βιώνουν οικονομικές δυσπραγίες, στιγματίζονται, αλλάζει η αντίληψή τους για τον εαυτό τους και μερικοί απ' αυτούς ιδρυματοποιούνται.

### **2.2.2. Οικονομική Ανασφάλεια**

Το πρόβλημα της οικονομικής ανασφάλειας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι οφείλεται στο γεγονός ότι δεν είναι σε θέση να συντηρήσουν οικονομικά τους εαυτούς τους. Συνήθως οι άνθρωποι μεγάλης ηλικίας δεν έχουν την ευκαιρία ή την ικανότητα να είναι το ίδιο παραγωγικοί όσο ήταν στο παρελθόν. Η αύξηση του ανταγωνισμού από τους νεότερους ανθρώπους, οι ατομικές, οικογενειακές και κοινωνικές νοοτροπίες, ο χρόνιος υποσιτισμός και η επιβράδυνση των σωματικών και πνευματικών τους δυνάμεων, η περιορισμένη πρόσβαση σε πόρους και η έλλειψη επίγνωσης των δικαιωμάτων τους, παίζουν σημαντικό ρόλο στη μείωση της ικανότητας των ηλικιωμένων να παραμείνουν οικονομικά ενεργοί, και κατά συνέπεια, οικονομικά ανεξάρτητοι (HelpAge India, 2008).

Η συνταξιοδότηση συνεπάγεται πολλές φορές τη μείωση της οικονομικής δυνατότητας του ατόμου, με αποτέλεσμα τη δημιουργία συνεχών οικονομικών προβλημάτων. Επιπλέον η συνταξιοδότηση επηρεάζει και την κοινωνική ζωή του ηλικιωμένου, δεδομένου ότι αλλάζει ο κοινωνικός του ρόλος, δεν συνεισφέρει οικονομικά στο κοινωνικό σύνολο, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται και η ψυχολογία του. Πέραν της απώλειας του κοινωνικού του ρόλου δύναται να προκύψει και περιορισμός της κοινωνικής ζωής, καθώς πολλοί από τους ηλικιωμένους κοινωνικοποιούνται μέσω της εργασίας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη δυσκολία των συνταξιούχων εύρεσης κοινωνικών επαφών και προσέγγισης νέων προσώπων (Παναγιωτοπούλου, 2011).

Ένα από τα συμπεράσματα της έρευνας, που εκπόνησε το Ίδρυμα Προώθησης Έρευνας, σε συνεργασία με το Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών RUBSI του Πανεπιστημίου Λευκωσίας και της Παγκύπριας Ομοσπονδίας Συνδέσμων Ευημερίας Ηλικιωμένων, με τίτλο “Κοινωνικά Προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας στην Κύπρο”, είναι ότι το χαμηλό εισόδημα από τη σύνταξη, αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που λειτουργούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στην Κύπρο (RUBSI, 2010).

### **2.2.3. Μοναξιά και Απομόνωση**

Η μοναξιά σύμφωνα με τον Forbes αποτελεί «μια ανεπιθύμητη αίσθηση έλλειψης ή απώλειας της συντροφικότητας» (Forbes, 1996), που μπορεί να προέρχεται είτε από τις συνθήκες της ζωής, για παράδειγμα το πένθος, είτε να οφείλεται στον τύπο και την προσωπικότητα του ανθρώπου, όπως η εσωστρέφεια (Hall & Havens, 2001). Η απομόνωση ή η μοναξιά είναι κοινό συναίσθημα στους ηλικιωμένους και εάν δεν αντιμετωπιστεί, οδηγεί σε τραγική υποβάθμιση της ποιότητας της ζωής τους (HelpAge India, 2008).

Ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες, για τους οποίους τα άτομα της τρίτης ηλικίας νιώθουν μοναξιά και απομόνωση είναι λόγω της διαφορετικότητας των απόψεών τους με τους νεότερους σε ηλικία, γεγονός που οδηγεί σε διαφωνίες και δημιουργία χάσματος απόψεων. Επιπλέον το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων είναι τεχνολογικά αναλφάβητοι γεγονός που δεν τους επιτρέπει να συμμετέχουν ενεργά στην τεχνολογική εξέλιξη της εποχής. Τέλος τα διάφορα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν αποτελούν εμπόδιο στο να παραμείνουν κοινωνικά ενεργοί και πολλές φορές η απουσία της οικογένειας ή των φίλων μπορεί να επηρεάσει την υγεία των

ηλικιωμένων. Έρευνα που δημοσιεύθηκε από το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας το 2004, ανέδειξε ότι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, οι οικονομικοί πόροι, ο τόπος διαμονής των ηλικιωμένων, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και θέματα μεταφοράς των ηλικιωμένων προς τις κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής που διαμένουν συνιστούν τις συχνότερες αιτίες εμφάνισης μοναξιάς στους ηλικιωμένους (British Columbia Ministry of Health, 2004).

Αντίστοιχες έρευνες που έλαβαν χώρα στην Ιρλανδία (Jonathan et al., 2008) και στο Σικάγο (Cacioppo et al., 2006) έδειξαν μεγάλα ποσοστά μοναξιάς στους ηλικιωμένους με έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα (Cacioppo et al., 2006). Βρέθηκε ότι βασικοί παράγοντες για την κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων είναι η ηλικία, το φύλο, οι μειωμένες κοινωνικές και οικογενειακές επαφές, η ύπαρξη προβλημάτων υγείας, η οικονομική δυσπραγία και τα χαμηλά εισοδήματα, η εθνικότητα, το άγχος και η ύπαρξη κοινωνικών υποστηρικτικών συστημάτων (Cacioppo et al., 2006; Jonathan et al., 2008).

Ανάλογη έρευνα που έλαβε χώρα σε Κ.Α.Π.Η. της Αττικής, έδειξε ότι το 47.7% των ηλικιωμένων έχει αισθήματα μοναχικότητας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες για την κοινωνική απομόνωση είναι: α) το φύλο, όπου οι γυναίκες φαίνεται να βιώνουν εντονότερα το αίσθημα της μοναξιάς σε σχέση με τους άνδρες, β) η ηλικία, όπου τα άτομα που δηλώνουν ότι νιώθουν μοναξιά είναι κατά κανόνα μεγαλύτερης ηλικίας σε σχέση με τα άτομα που δεν αισθάνονται μοναξιά, γ) η οικογενειακή κατάσταση, όπου τα μεγαλύτερα ποσοστά μοναξιάς εμφανίζονται στους άγαμους ηλικιωμένους και δ) οι κοινωνικές επαφές (Νίκας κ.ά., 2009).

#### **2.2.4. Παραμέληση**

Το Εθνικό Κέντρο Κακοποίησης των Ηλικιωμένων (NCEA) ορίζει την παραμέληση ως «την άρνηση ή αδυναμία των υπευθύνων για την παροχή τροφίμων, στέγης, ιατρικής περίθαλψη ή προστασίας για τις ευπαθείς ομάδες των ηλικιωμένων» (NCEA, 2008).

Οι ηλικιωμένοι και ειδικότερα αυτοί που είναι αδύναμοι ή εξαρτώμενοι, απαιτούν σωματική, ψυχική και συναισθηματική φροντίδα και υποστήριξη. Όταν αυτό δεν τηρείται πάσχουν από αμέλεια, ένα πρόβλημα που εμφανίζεται όταν ένα άτομο έχει μείνει απροστάτευτος και συνδέεται συχνά με το αίσθημα της απομόνωσης. Η αλλαγή του τρόπου ζωής και των αξιών, οι απαιτητικές εργασίες, η τηλεόραση, η στροφή προς την πυρηνική μορφή της οικογένειας και ο επαναπροσδιορισμός των προτεραιοτήτων έχουν οδηγήσει σε αύξηση της παραμέλησης των ηλικιωμένων από τις οικογένειες και τους συγγενείς τους (HelpAge India, 2008).

#### **2.2.5. Κακοποίηση**

«Η κακοποίηση των ηλικιωμένων είναι μια μεμονωμένη ή επαναλαμβανόμενη πράξη ή απουσία κατάλληλης δράσης, που προκύπτει σε οποιαδήποτε σχέση, στην οποία υπάρχει εμπιστοσύνη, και η οποία προκαλεί βλάβη ή ενέχει κίνδυνο για ένα ηλικιωμένο άτομο» (Min, 2011).

Η κακοποίηση των ηλικιωμένων μπορεί να είναι είτε σωματική, είτε ψυχολογική (συμπεριλαμβανομένων της συναισθηματικής, διανοητικής και λεκτικής βίας), οικονομική ή υλική, σεξουαλική, αυτοπαραμέληση και διάκριση (Min, 2011; Krug et al., 2002). Ανεξάρτητα από το είδος της κακοποίησης είναι βέβαιο ότι θα οδηγήσει σε

περιττή ταλαιπωρία, τραυματισμό ή πόνο, απώλεια ή παραβίαση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, καθώς και μείωση της ποιότητας ζωής για το άτομο μεγαλύτερης ηλικίας.

Όντας σχετικά αδύναμοι, οι ηλικιωμένοι είναι ευάλωτοι σε σωματική κακοποίηση. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι μπορεί να υποφέρουν από συναισθηματική και ψυχική κακοποίηση, για διάφορους λόγους και με διαφορετικούς τρόπους (HelpAge India, 2008).

### **2.2.6. Άγχος και Φόβος**

Πολλοί ηλικιωμένοι πάσχουν από αισθήματα άγχους και φόβου. Το άγχος αποτελεί το σημαντικότερο σύμπτωμα των νευρολογικών διαταραχών και εμφανίζει τόσο ψυχολογικά όσο και σωματικά συμπτώματα. Τα ψυχολογικά συμπτώματα περιλαμβάνουν αίσθημα φόβου ή τρόμου, χωρίς κάποια συγκεκριμένη αιτία, ενώ τα φυσικά συμπτώματα σχετίζονται με τη δραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος και περιλαμβάνουν σφίξιμο των μυών, ταχυκαρδία και αυξημένη εφίδρωση. Ανάμεσα στις μη εμφανείς πηγές άγχους είναι και η αίσθηση έλλειψης συμπαράστασης (Σπίγγος, 2006).

Τα αισθήματα άγχους και φοβίας κατά τη διάρκεια της τρίτης ηλικίας, δύναται να αποτελούν κατάλοιπα προηγούμενων χρόνιων καταστάσεων ή συνιστούν νέα προβλήματα. Οι σωματικές διαταραχές της υγείας που παρουσιάζονται με το πέρας του χρόνου και ιδιαίτερα οι αλλαγές στο καρδιαγγειακό και το γαστρεντερικό σύστημα σχετίζονται πολύ συχνά με νευρώσεις, όπως επίσης σχετίζονται η μοναξιά και η δυσχέρεια αυτοεξυπηρέτησης (Σπίγγος, 2006).

### **2.2.7. Πλήξη - Αδράνεια**

Η αδράνεια και η έλλειψη σωματικής άσκησης μπορεί να θέσουν επίσης σοβαρά σε κίνδυνο την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που πάσχουν από άνοια (Mathews et al., 2012). Η αδράνεια είναι αποτέλεσμα της ύπαρξης ελάχιστων κινήτρων για να είναι κάποιος χρήσιμος ή παραγωγικός και λαμβάνει χώρα όταν ένα άτομο είναι απρόθυμο ή ανίκανο να κάνει κάτι ουσιαστικό αξιοποιώντας τον χρόνο του. Όταν ένα άτομο είναι αδρανές τείνει τόσο σωματικό όσο και ψυχικά στην αδράνεια και αυτό με τη σειρά του έχει αρνητικό συναισθηματικό αντίκτυπο (HelpAge India, 2008).

Το 2012 ανακηρύχθηκε ως το Ευρωπαϊκό έτος Ενεργού Γήρανης και Αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, αποσκοπώντας στην ευαισθητοποίηση του πληθυσμού σχετικά με την τρίτη ηλικία. Κύριος στόχος ήταν η ενίσχυση των σχετικών πολιτικών και πρωτοβουλιών σε όλη την Ευρώπη και η προώθηση των ευκαιριών οικονομικής μεγέθυνσης και δημιουργίας θέσεων απασχόλησης που προκύπτουν από την ανάπτυξη της «πολιάς οικονομίας» (EE L/2011/246/ 1 - EUR-Lex). Η ενεργός γήρανση θα πρέπει να επιτρέψει στους Ευρωπαίους ηλικιωμένους πολίτες, να παρατείνουν την συμμετοχή τους στην αγορά εργασίας, να εξακολουθήσουν να διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στην κοινωνία για μακρότερο χρονικό διάστημα, παραμένοντας υγιείς και ανεξάρτητοι (Σ.Ε.Ε., 2012).

### **2.2.8. Μειωμένη Αυτοεκτίμηση**

Ο όρος αυτοεκτίμηση αφορά στην εκτίμηση της αξίας και της σημαντικότητας ενός ατόμου, καθώς και στην ικανότητα κάποιου να είναι υπεύθυνος τόσο για τον εαυτό



του όσο και για τους άλλους. Ο ορισμός υιοθετήθηκε μετά από πολυάριθμες μελέτες, γιατί αλληλοσυνδέει την προσωπική με την κοινωνική ευθύνη (California Task Force to Promote Self-esteem and Personal and Social Responsibility, 1990).

Πρωτοπόρος της ψυχολογίας της αυτοεκτίμησης ήταν ο William James (1890), ο οποίος όρισε την αυτοεκτίμηση ως την απόσταση μεταξύ του ιδανικού εαυτού και του αντιληπτού εαυτού (Emler, 2001).

Η μειωμένη αυτοεκτίμηση που διακατέχει το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας οφείλεται σε πολλαπλές αιτίες συμπεριλαμβανομένων της απομόνωσης, της παραμέλησης, της μειωμένης δραστηριότητας, της βίας, της κακοποίησης και της απαξίωσης που εκλαμβάνουν από την κοινωνία, τον περίγυρο και την οικογένειά τους (HelpAge India, 2008).

Ένα βασικό χαρακτηριστικό των ατόμων που έχουν πέσει θύματα βίας είναι η χαμηλή αυτοεκτίμησή τους. Χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς τους είναι ότι υποτιμούν οτιδήποτε θετικό τους συμβαίνει, όπως για παράδειγμα κάποια επιτυχία τους και αμφιβάλουν για τις ικανότητές τους. Συμπεριφέρονται σαν άβουλα όντα και επηρεάζονται πολύ εύκολα από τη γνώμη των άλλων και θεωρούν τον εαυτό τους αποτυχημένο, όταν κάτι δεν γίνεται όπως το επιθυμούν. Επιπλέον η αυτοεκτίμηση συνδέεται στενά με τη σωματική βία και την κακοποίηση (Papadakaki et al., 2009).

Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να γίνουν ευκολότερα θύματα βίας σε σχέση με τα άτομα που έχουν υψηλή αυτοεκτίμηση. Ως εκ τούτου τα ηλικιωμένα άτομα, τα οποία εκτός των άλλων βρίσκονται σε κατάσταση εξάρτησης και χρειάζονται συχνή και σημαντική φροντίδα, έχουν ακόμα μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνουν θύματα βίας. Η κακοποίηση με τη σειρά της οδηγεί σε χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης με

αποτέλεσμα το άτομο να μην αισθάνεται ικανό να διαχειριστεί τη ζωή του (Lin & Giles, 2013).

### **2.2.9. Απώλεια Ελέγχου**

Τα προβλήματα των ηλικιωμένων έχουν πολλές όψεις. Ενώ η αυτοπραγμάτωση και η διαδικασία της γήρανσης είναι αποδεκτή από ορισμένους ηλικιωμένους, υπάρχουν και άλλοι, για τους οποίους η ζωή καθίσταται πλέον ανασφαλής, όταν αρχίζουν να χάνουν τον έλεγχο των πόρων τους π.χ. τη σωματική δύναμη, τα συστήματα του σώματος, τα οικονομικά (έσοδα), το κοινωνικό τους status και την ικανότητα τους να λαμβάνουν αποφάσεις εξουσίας (HelpAge India, 2008).

Η απώλεια του ελέγχου της ζωής συνιστά έναν από τους σημαντικότερους αγχογόνους παράγοντες για τους ηλικιωμένους (Beekman et al., 2000). Στη μελέτη των Beekman et al., 2000 βρέθηκε ότι τόσο στις αγχώδεις όσο και στις καταθλιπτικές διαταραχές ο κοινός παράγοντας που ήταν υπεύθυνος ήταν η απώλεια του ελέγχου της ζωής από τους ίδιους τους ηλικιωμένους.

Αντίστοιχη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα και συγκεκριμένα σε 70 άτομα ηλικίας 65-90 ετών που διέμεναν σε Μονάδα Φροντίδας Ηλικιωμένων επαρχιακού νομού βρέθηκε ότι η απώλεια ελέγχου της ζωής τους είναι το σημαντικότερο πρόβλημα για τους ηλικιωμένους (Μ.Τ.: 3,34) σε κλίμακα 1-4 (Γκέτσιος κ.ά., 2011).

### **2.2.10. Έλλειψη Ετοιμότητας για την Τρίτη Ηλικία**

Ένας μεγάλος αριθμός των ατόμων που εισέρχονται στα «γηρατειά» έχουν μικρή έως καθόλου επίγνωση του τι συνεπάγεται αυτό. Ενώ δημογραφικά, αναγνωρίζουμε ότι ένα άτομο θεωρείται ότι είναι ηλικιωμένο, όταν έχει συμπληρώσει την ηλικία των 60

χρόνων, δεν είναι τόσο ξεκάθαρο από το ίδιο το άτομο. Για κάθε άτομο, υπάρχει ένα σημείο καμπής, μετά το οποίο αισθάνεται σωματικά ή λειτουργικά «ηλικιωμένος». Το φαινόμενο αυτό θα μπορούσε να λάβει χώρα σε οποιαδήποτε ηλικία, πριν ή μετά την ηλικία των 60 (HelpAge India, 2008).

### **2.3. Δομές Παροχής Υπηρεσιών σε Ηλικιωμένα Άτομα**

Οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν διάφορες κοινωνικές υπηρεσίες στα πλαίσια ενίσχυσης τόσο της ψυχοσωματικής τους κατάστασης όσο και για λόγους ψυχαγωγίας. Στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας και υγειονομικής περίθαλψης των ηλικιωμένων και σύμφωνα με την πιο πρόσφατη καταγραφή της Ε.Ε.Τ.Α.Α., στους Ο.Τ.Α. της Ελλάδας λειτουργούν 2.231 δομές φιλοξενίας και περίθαλψης ηλικιωμένων, και συγκεκριμένα (ΚΕΔΕ, 2013):

1. 1110 Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)
2. 876 Μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι»
3. 183 Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας (Μ.Κ.Μ.)
4. 62 Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η)

Επιπλέον υπάρχουν διάφορες δομές, υπηρεσίες και προγράμματα στα πλαίσια της φροντίδας των ηλικιωμένων, όπως Λέσχες Φιλίας, Λέσχες Ηλικιωμένων κ.ά..

Το μεγαλύτερο μέρος των δομών αυτών βρίσκεται στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Θεσσαλονίκη και στις πρωτεύουσες των Νομών), ενώ ο συνολικός αριθμός των εργαζομένων στις δομές αυτές ανέρχεται σε 6.659 άτομα.

### **2.3.1. Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)**

Ο θεσμός των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) συνιστά έναν φορέα παροχής υπηρεσιών ανοικτής φροντίδας προς τους ηλικιωμένους, με στόχο τη μη περιθωριοποίησης ή ιδρυματοποίησης των ατόμων τρίτης ηλικίας και τη συνέχιση των κοινωνικών τους ενδιαφερόντων, με την ενεργοποίηση των ίδιων και την κινητοποίηση του ενδιαφέροντος της τοπικής κοινότητας για τα άτομα αυτά. Η σημασία, λοιπόν, της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων σχετίζεται άμεσα με την παραμονή τους μέσα στην κοινότητα, το οικείο περιβάλλον της οικογένειας, τη γειτονιά και τον φιλικό περίγυρο, καθώς και στην αποφυγή της περιθάλψής τους σε κλειστά ιδρύματα ή άλλες μορφές ασύλων.

Ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η. εμφανίστηκε αρχικώς το 1979 με πρωτοβουλία της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας υπό μορφή εθελοντικού φορέα. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ υιοθετήθηκε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία (αρ. 68 Ν. 1416/84) και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Η σύσταση των Κ.Α.Π.Η. διέπεται από το Ν.Δ. 162/1974, «Περί μέτρων προστασίας υπερηλικών και χρονίως πασχόντων ατόμων» (ΦΕΚ Α' / 227). Στο πρώτο άρθρο του Ν.Δ. αναγνωρίζεται η αρμοδιότητα του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών όσον αφορά στην προστασία των υπερηλικών. Για το σκοπό αυτό, μεταξύ άλλων μέτρων, στο άρθρο 3 του Ν.Δ. παρέχεται η δυνατότητα ίδρυσης Κέντρων Προστασίας Γήρατος, τα οποία θα παρέχουν εξω-ιδρυματική φροντίδα, ψυχαγωγία και απασχόληση σε υπερήλικα άτομα. Τα παραπάνω Κέντρα συνιστώνται με Προεδρικά Διατάγματα, ως Ν.Π.Δ.Δ., υπαγόμενα στην αρμοδιότητα και την άμεση εποπτεία του Υπουργού Κοινωνικών Υπηρεσιών. Με το Ν.Δ. 162/73, όπως συμπληρώθηκε από το Π.Δ. 631/74,

ρυθμίζονται η σύσταση, η λειτουργία, η διοίκηση, η στελέχωση και ο τρόπος παροχής των υπηρεσιών των Κ.Α.Π.Η.. Το πρώτο Κ.Α.Π.Η. λειτούργησε στην περιοχή του Νέου Κόσμου, ως μετεξέλιξη ενός προηγούμενου επιτυχημένου προγράμματος παροχής συσσιτίου που ονομαζόταν «Η γωνιά του παππού και της γιαγιάς» (Ε.Ε.Τ.Α.Α. & ΚΕΔΚΕ, 2010).

Ο Όμιλος Εθελοντών που είχε την ευθύνη του προγράμματος ανέλαβε τη λειτουργία του πρώτου αυτού πειραματικού Κ.Α.Π.Η., του οποίου η επιτυχία οδήγησε μέχρι το τέλος του 1981 στη σύσταση και άλλων επτά (7) παρόμοιων Κ.Α.Π.Η., τη λειτουργία των οποίων ανέλαβαν εθελοντικές οργανώσεις, ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός, η Χ.Ε.Ν., το Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας Παιδιού και ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας.

Από το 1982, ο αριθμός των Κ.Α.Π.Η. αυξήθηκε σε 260 πανελλαδικά, εκ των οποίων τα 80 στην περιοχή των Αθηνών. Τα Κ.Α.Π.Η. παράλληλα πέρασαν στη δικαιοδοσία της Τ.Α. ως Ν.Π.Δ.Δ., ενώ οι δαπάνες σύστασης και λειτουργίας τους εξακολούθησαν να καλύπτονται από τη Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (μισθοδοσία, λειτουργικά, ανέγερση κτιρίου με την προϋπόθεση ότι εφόσον ο Δήμος παρείχε το οικόπεδο). Μετά το 1989 και σταδιακά ως το 1999, η αρμοδιότητα αυτή παραχωρείται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση με την ανάληψη της μισθοδοσίας και τις λοιπές λειτουργικές δαπάνες και αργότερα τα κτιριακά και τον εξοπλισμό. Η εποπτεία των Κ.Α.Π.Η. (1991) πέρασε από το Υπουργείο Υγείας Πρόνοιας στο Υπουργείο Εσωτερικών. Οι οργανισμοί τοπικής αυτοδιοίκησης συνέβαλαν στην εξέλιξη του θεσμού, ο οποίος εξελίχθηκε σταδιακά, αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα με αποτέλεσμα σήμερα να λειτουργούν περισσότερα από 1100 κέντρα Κ.Α.Π.Η.

στους Δήμους της χώρας και θεωρούνται ως ένας ενισχυμένος θεσμός για την παροχή υπηρεσιών σε άτομα τρίτης ηλικίας (Ε.Ε.Τ.Α.Α. & ΚΕΔΚΕ, 2010).

Σκοπός των Κ.Α.Π.Η. είναι η ανοιχτή προστασία των ηλικιωμένων, με στόχο τη διατήρηση της παραμονής τους στην Κοινότητα και σε ότι άλλο εμπεριέχεται σε αυτήν (οικογενειακή περιβάλλον, γειτονικό περιβάλλον, φιλικό περιβάλλον) και η αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψής τους. Οι υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών που διαμένουν στην γύρω περιοχή όπου λειτουργούν, ανεξαρτήτως οικονομικής και κοινωνικής κατάστασης των ηλικιωμένων. Τα ενεργά μέλη ενός Κ.Α.Π.Η. δεν δύναται να είναι λιγότερα από 50 και περισσότερα από 300. Προκειμένου οι ηλικιωμένοι να γίνουν δεκτοί σε ένα Κ.Α.Π.Η. χρειάζεται η εγγραφή τους και η καταβολή μιας συμβολικής συνδρομής, ανάλογα με την οικονομική τους δυνατότητα. Ανάλογη είναι και η οικονομική συμμετοχή στις διάφορες εκδηλώσεις του Κ.Α.Π.Η.

Οι άξονες δράσης των Κ.Α.Π.Η. είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, με σκοπό αυτά να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη της κοινωνίας, η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων για τα προβλήματα και τις ανάγκες των της τρίτης ηλικίας, καθώς και η πρωτογενής (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων) και δευτερογενής πρόληψη (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση). Οι υπηρεσίες που παρέχονται στο πλαίσιο των Κ.Α.Π.Η. αποτελούν συνδυασμό των παραδοσιακών υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης με τις υπηρεσίες πρόνοιας ανοικτού τύπου. Πιο συγκεκριμένα, τα Κ.Α.Π.Η. παρέχουν με οργανωμένο τρόπο κυρίως υπηρεσίες ψυχαγωγίας και συμμετοχής των ηλικιωμένων σε

κοινωνικές δραστηριότητες που αποσκοπούν στην ενεργοποίηση και την ισότιμη συμμετοχή τους στην κοινότητα. Ακόμη, τα Κ.Α.Π.Η. παρέχουν υπηρεσίες κοινωνικής εργασίας, καθώς και υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής για έγκαιρης διάγνωσης, ώστε να αποφεύγεται η μακρόχρονη θεραπεία. Ωστόσο, όπως έχει διαπιστωθεί, τα Κ.Α.Π.Η., τα οποία διαθέτουν πλούσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων στο εσωτερικό τους ή σε συνεργασία με άλλους τοπικούς φορείς ή την κοινότητα γενικότερα, συνολικά είναι λίγα. Συχνά περιορίζονται σε δράσεις όπως, η βοήθεια κάποιων ηλικιωμένων στο σπίτι, εκδρομές, επισκέψεις σε μουσεία, παρακολούθηση ή διοργάνωση θεατρικών έργων, κλπ. Στα περισσότερα Κ.Α.Π.Η. έχουν επικρατήσει κυρίως τα προγράμματα ψυχαγωγικού χαρακτήρα.

Οι ειδικότητες των απασχολουμένων στα Κ.Α.Π.Η. είναι ανάλογες με το είδος των υπηρεσιών οι οποίες παρέχονται. Τα Κ.Α.Π.Η. στελεχώνονται κυρίως από ιατρούς φυσικής ιατρικής, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, επισκέπτες/τριες υγείας ή νοσηλευτές/τριες, καθώς και από οικογενειακούς βοηθούς.

### **2.3.2. Μονάδες στο Σπίτι**

Το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» αποτελεί μέρος μιας συνολικής προσπάθειας στα πλαίσια της Δράσης: «Εναρμόνιση οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής μέσω παροχής κατ' οίκον υπηρεσιών φροντίδας σε εξαρτώμενα μέλη των οικογενειών ανέργων και αναγνωρισμένα επαπειλούμενων με ανεργία εργαζομένων που ωφελούνται από ενεργητικές πολιτικές απασχόλησης» με στόχο την παροχή των απαραίτητων υπηρεσιών σε άτομα τρίτης ηλικίας, καθώς και σε άλλα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα. Αυτή η πράξη συγχρηματοδοτείται από το Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο (ΕΚΤ) στο πλαίσιο του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς

(ΕΣΠΑ), για την προγραμματική περίοδο 2007 – 2013, και ως δικαιούχος της πράξης αναφέρεται η Ελληνική Εταιρία Τοπικής Ανάπτυξης & Αυτοδιοίκησης (Ε.Ε.Τ.Α.Α.) Α.Ε. Αν και από τη δεκαετία του '80 είχαν ξεκινήσει πιλοτικές προσπάθειες για εφαρμογή των δομών αυτών στην Ελλάδα, στην ουσία το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» για ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες άρχισε να έχει ευρεία εφαρμογή με την αξιοποίηση των τριών Κοινοτικών Πλαισίων Στήριξης.

Σκοπός του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι η παροχή φροντίδας στους ηλικιωμένους που ζουν μόνοι τους μόνιμα ή κάποιες ώρες της ημέρας και δεν έχουν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης σε ικανοποιητικό βαθμό και σε Άτομα με Αναπηρίες (Α.ΜΕ.Α.), οι οποίοι ζουν μόνοι τους ή με την οικογένειά τους και αντιμετωπίζουν διάφορους κινδύνους, ανάμεσα στους οποίους και αυτούς της απομόνωσης, του αποκλεισμού, της επιβίωσης, της υπερβολικής επιβάρυνσης και κρίσης της οικογένειάς τους, ενώ κινδυνεύουν να καταφύγουν σε ιδρυματική φροντίδα. Απώτερος σκοπός είναι η παροχή οργανωμένης και συστηματικής πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας από ειδικούς επιστήμονες και καταρτισμένα στελέχη, καθώς και από εθελοντές και φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε μη αυτό-εξυπηρετούμενους πολίτες, άτομα τρίτης ηλικίας και άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σε αυτούς που ζουν μόνοι τους και έχουν περιορισμένο εισόδημα, που δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις αμναγκαίαιες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να γίνεται η καθημερινή ζωή ευκολότερη.

Το Πρόγραμμα για τη δημιουργία των μονάδων «Βοήθεια στο Σπίτι», ξεκίνησε στις αρχές του έτους 1994 με πρωτοβουλία του Υπουργείου Υγείας & Πρόνοιας (βλέπε ΥΠ. ΑΠΟΦΑΣΗ Π4β/οικ.2217/27-4-94, ΦΕΚ 382/τ.Β'/24-05-94) και τελεί υπό την άμεση εποπτεία του. Προηγήθηκε, η εφαρμογή πιλοτικών προγραμμάτων σε



μεμονωμένους Δήμους, για την εξυπηρέτηση των αναγκών των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Το χρονικό διάστημα από το 1994 έως το 1996, ξεκίνησαν να λειτουργούν δεκαοκτώ προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» και πέντε πιλοτικά προγράμματα στον Δήμο Περιστερίου, στην Αττική (Δανιηλίδης, 2010).

Η εξάπλωση του προγράμματος όμως, έγινε ουσιαστικά το 1997, με Κοινή Υπουργική Απόφαση των Υπουργών Υγείας & Πρόνοιας, ΕΣ.Δ.Δ.Α και Οικονομικών (Κ.Υ.Α. Π4β/5814/02-10-1997), με την οποία επεκτάθηκε σε 102 Δήμους (38 Νομούς) της χώρας. Προϋπόθεση για την εφαρμογή του προγράμματος ήταν η ύπαρξη Κ.Α.Π.Η. στον Ο.Τ.Α. Στη συνέχεια, με την Κ.Υ.Α. των Υπουργών ΕΣ.Δ.Δ.Α, Εργασίας & Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Υγείας & Πρόνοιας, με Αρ. Πρωτ. 4035/27-7-2001 (ΦΕΚ 1127/τ.Β/2001), το πρόγραμμα εντάσσεται στα Περιφερειακά Επιχειρησιακά προγράμματα (Π.Ε.Π.) που έχουν εγκριθεί στο πλαίσιο του Γ' Κ.Π.Σ. Σήμερα λειτουργούν στη χώρα μας 881 προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» για παροχή υπηρεσιών σε περίπου 100.000 ηλικιωμένους, στα οποία απασχολούνται 3.351 άτομα.

Οι μονάδες «Βοήθεια στο Σπίτι» αναπτύχθηκαν προκειμένου να παρέχεται περίθαλψη στους ηλικιωμένους που χρήζουν απαραίτητης βοήθειας, η οποία τους παρέχεται κατ' οίκον. Κατά τη διάρκεια της λειτουργίας των μονάδων αυτών, παρέχεται και φροντίδα σε μη ηλικιωμένα άτομα που χρήζουν κατ' οίκον βοήθεια (Α.ΜΕ.Α. κ.λπ.). Σημαντική προτεραιότητα των μονάδων αυτών αποτελεί η παραμονή των ηλικιωμένων και των Ατόμων με Αναπηρία, στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα θα διατηρείται η συνοχή της οικογένειάς τους. Σύμφωνα με τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» οι υπηρεσίες που παρέχουν είναι: «συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική υποστήριξη των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους,

παράλληλα με την εξασφάλιση υπηρεσιών, παροχών και μέτρων κοινωνικής προστασίας, έμπρακτη υπεράσπιση και προώθηση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων και ευαισθητοποίηση του άμεσου και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος, νοσηλευτική πρωτοβάθμια φροντίδα, οικογενειακή - οικιακή βοηθητική φροντίδα και ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης, φροντίδα της ατομικής υγιεινής και καθαριότητας, αγωγή υγείας και πρόληψης, προσαρμογή και βελτίωση της χρήσης και προσπέλαση των χώρων, καθώς και εξοπλισμού του σπιτιού και του εξωτερικού περιβάλλοντος, διασύνδεση με άλλους φορείς, δίκτυα, υπηρεσίες και προγράμματα για την αξιοποίηση των υπηρεσιών, μέσων και παροχών τους για την κάλυψη των αναγκών αξιοπρεπούς και υγιούς διαμονής, διαβίωσης, υγειονομικής περίθαλψης, σίτισης κλπ, διευκόλυνση των αναγκών μετακίνησης, ενημέρωσης και επικοινωνίας, διευκόλυνση της πολιτιστικής, θρησκευτικής και κοινωνικής συμμετοχής και δραστηριοποίησης».

Στους σκοπούς της δράσης για την κοινωνική φροντίδα περιλαμβάνονται (Ε.Ε.Τ.Α.Α. & ΚΕΔΚΕ, 2010):

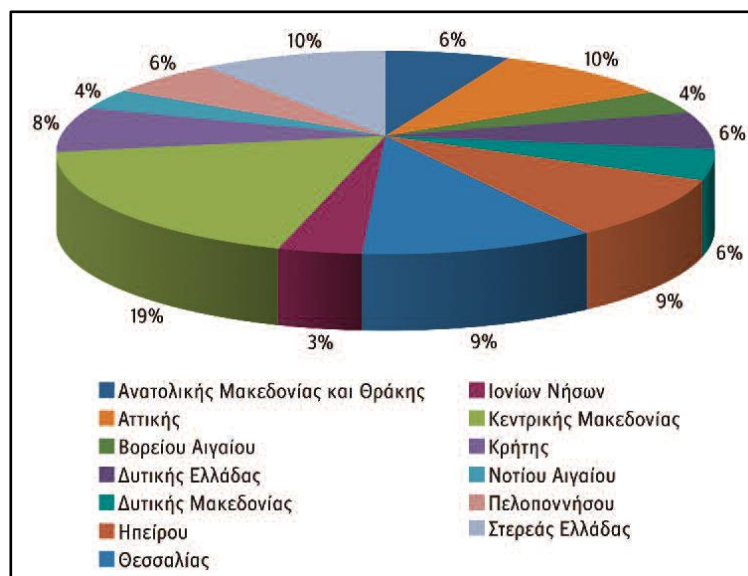
- Η ανίχνευση, διερεύνηση, καταγραφή και μελέτη των αναγκών κοινωνικής φροντίδας των ηλικιωμένων κατά προτεραιότητα στο σπίτι, στο άμεσο τοπικό επίπεδο και στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον τους.
- Η ενημέρωση των φορέων σχεδιασμού της κοινωνικής πολιτικής όπως και άλλων ενδιαφερομένων οργανισμών.
- Η δημιουργία προϋποθέσεων για την αξιοπρεπή και υγιή διαβίωση τους και την κοινωνική τους ευημερία.

- Η προάσπιση των ατομικών και κοινωνικών δικαιωμάτων τους και η προστασία τους από αρνητικές διακρίσεις και συμπεριφορές κοινωνικού στιγματισμού, εκμετάλλευσης, κακοποίησης και παραμέλησης.
- Η παραμονή τους στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον και αποφυγή της χρήσης ιδρυματικής περίθαλψης.
- Η εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής ανεξαρτησίας και αυτονομίας τους.
- Η διευκόλυνση της μετακίνησης, επικοινωνίας και κοινωνικής συμμετοχής τους.
- Η μελέτη και προώθηση των αναγκαίων αλλαγών στο εσωτερικό του σπιτιού, στον εξοπλισμό και στο περιβάλλοντα χώρο σύμφωνα με τους κανόνες εξασφάλισης της μέγιστης χρήσης και προσπέλασής τους.
- Η στήριξη και ανακούφιση της οικογένειάς τους και των προσώπων που έχουν ευθύνη φροντίδας τους, χωρίς να υποκατασταθούν από τις υπηρεσίες του προσωπικού του προγράμματος.
- Η εκπαίδευση των μελών της οικογένειας για συμμετοχή τους στην αντιμετώπιση των εξειδικευμένων αναγκών φροντίδας τους.
- Η ρύθμιση των νοσηλευτικών και υγειονομικών αναγκών τους που είναι εφικτό να καλύπτονται στο σπίτι.
- Η διασύνδεσή τους με τις υπηρεσίες που ικανοποιούν ανάγκες και δικαιώματά τους και ιδιαίτερα τη συνεργασία και τον συντονισμό με το δίκτυο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας υγείας και κοινωνικής προστασίας της περιοχής και τη συστηματοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η παραπομπή τους στις κατάλληλες υπηρεσίες για την κάλυψη εξειδικευμένων αναγκών, κυρίως για υπηρεσίες δευτεροβάθμιας υγείας και πρόνοιας και η

προετοιμασία της επιστροφής τους στο οικείο περιβάλλον, και η εξασφάλιση υπηρεσιών αποκατάστασης.

- ο Η ενίσχυση φιλικών δεσμών και κοινωνικών σχέσεων, όπως και συμπεριφορών κοινωνικού ενδιαφέροντος.

Η κατανομή των δομών «Βοήθεια στο Σπίτι» ανά περιφέρεια φαίνεται στην Εικόνα 2.4 όπου μεγαλύτερο ποσοστό δομών έχει η περιφέρεια Κεντρικής Μακεδονίας παρουσιάζει ενώ οι Περιφέρειες της Ηπείρου, της Θεσσαλίας και της Στερεάς Ελλάδας παρουσιάζουν σχετική ομοιομορφία, όπου τα ποσοστά του αριθμού των μονάδων είναι αρκετά υψηλά. Στις Περιφέρειες αυτές, η ανάγκη υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας είναι μεγαλύτερη, λόγω της έλλειψης υποδομών και δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Αντιθέτως η Αττική, η οποία παρουσιάζει μεγαλύτερη πληθυσμιακή συγκέντρωση έχει κατά αναλογικά πολύ λιγότερα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» (ποσοστό 9% του συνόλου), με δεδομένο ότι αξιοποιείται το πρόγραμμα κοινωνικής μέριμνας, αλλά και γενικότερα λόγω της λειτουργίας δομών και υπηρεσιών πρόνοιας και υγείας.



Εικόνα 2.4. Κατανομή Δομών «Βοήθεια στο Σπίτι» ανά Περιφέρεια της Ελλάδος.  
Πηγή: Σκολαρίκος κ.ά., 2014.

### **2.3.3. Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας (Μ.Κ.Μ.)**

Το πρόγραμμα των «Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας (Μ.Κ.Μ.)» εντάσσεται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας υπηρεσίας κοινωνικής φροντίδας. Σκοπός του προγράμματος είναι «η παραμονή των ηλικιωμένων στο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας του ηλικιωμένου, η αποφυγή της χρήσης ιδρυματικής φροντίδας και τέλος η βελτίωση και εξασφάλιση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων κατ' οίκον».

Οι δράσεις του προγράμματος για τη δημιουργία των «Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας» (Μ.Κ.Μ.)» έχουν ως στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής κοινωνικής φροντίδας από εξειδικευμένα άτομα σε συνδυασμό με φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ενεργοποίηση των κοινωνικών φορέων και στη συμμετοχή εθελοντών, των οποίων η αφιλοκερδής προσφορά βοήθειας είναι ιδιαίτερα σημαντική και ενδιαφέρει η αύξηση του αριθμού τους.

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε ηλικιωμένα άτομα που δεν αυτοεξυπηρετούνται (ηλικίας 60-65 χρονών και άνω) και ειδικότερα σε άτομα ανήμπορα από διάφορες παθήσεις και αναπηρίες, άπορα άτομα, που δεν μπορούν να καλύψουν με το εισόδημά τους τις βασικές τους ανάγκες, μοναχικά, κοινωνικά αποκλεισμένα άτομα, άτομα με οικογενειακά και ως εκ τούτου με κοινωνικά προβλήματα, καθώς και σε άτομα με διάφορες νευρώσεις και ψυχώσεις, που τους δημιουργούν δύσκολη τη συμβίωση στην κοινωνία.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται από το εξειδικευμένο προσωπικό, το οποίο αποτελείται από κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και οικογενειακούς βοηθούς, είναι: η καταγραφή των αναγκών του ατόμου, η ψυχολογική του υποστήριξη, η

νοσηλευτική φροντίδα με στόχο την πρόληψη, συνοδεία του ατόμου σε νοσοκομειακούς χώρους, παρακολούθηση της συνταγογραφίας των φαρμάκων του, φροντίδα για την ατομική του υγιεινή και βοήθεια στις οικιακές εργασίες και συντροφιά στους ηλικιωμένους. Οι ανωτέρω υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν, συστηματικά και οργανωμένα, βάσει εβδομαδιαίου προγράμματος συναντήσεων.

Το πρόγραμμα «Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας (Μ.Κ.Μ.)» αποφέρει πολλαπλό κοινωνικό έργο με σημαντικό προνοιακό αποτέλεσμα. Για την υλοποίησή του συμβάλλουν, συνεργάζονται και συζητούν όλοι οι κοινωνικοί φορείς που λειτουργούν σε τοπικό επίπεδο.

Σήμερα, στη χώρα μας λειτουργούν 183 Μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας (Μ.Κ.Μ.), η περιφερειακή κατανομή των οποίων παρουσιάζεται στον Πίνακα 2.2.

**Πίνακας 2.2. Αριθμός Προγραμμάτων «Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας (Μ.Κ.Μ.)» ανά Περιφέρεια.**  
 Πηγή: (Ε.Ε.Τ.Α.Α. & ΚΕΔΚΕ, 2010).

Περιφέρειες	Αριθμός Προγραμμάτων Μ.Κ.Μ.	Ποσοστό (%)
Αν. Μακεδονίας & Θράκης	14	7,7%
Αττικής	42	23,0%
Βορείου Αιγαίου	4	2,2%
Δυτικής Ελλάδας	1	0,5%
Δυτικής Μακεδονίας	2	1,1%
Ηπείρου	18	9,8%
Θεσσαλίας	10	5,5%
Ιονίων Νήσων	5	2,7%
Κεντρικής Μακεδονίας	53	29,0%
Κρήτης	24	13,1%
Νοτίου Αιγαίου	2	1,1%
Πελοποννήσου	5	2,7%
Στερεάς Ελλάδας	3	1,6%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>183</b>	<b>100,0%</b>

#### **2.3.4. Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η)**

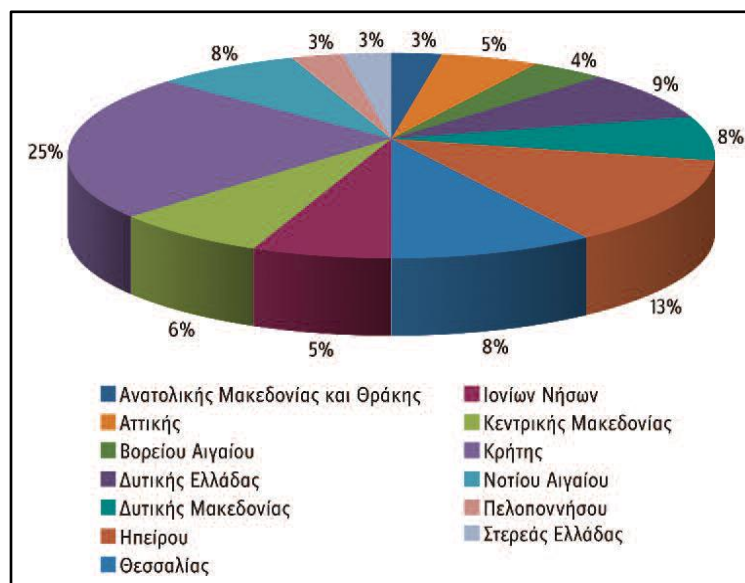
Τα Κ.Η.Φ.Η. αποτελούν σύγχρονες ανοικτές δομές ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων, οι οποίες απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, οι οποίοι δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν εξαιτίας κινητικών δυσκολιών, άνοιας κ.λπ., των οποίων το υποστηρικτικό περιβάλλον αδυνατεί να προβεί στην εξυπηρέτησή τους, επειδή εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα. Σκοπός των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας χωρίς την απομάκρυνσή τους από το φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον, καθώς και η μέριμνα για τα μέλη του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος, που ασχολείται με τη φροντίδα των ατόμων αυτών, ώστε να διατηρήσουν μία φυσιολογική κοινωνική και εργασιακή ζωή. Τα Κ.Η.Φ.Η. έρχονται να αναπληρώσουν το κενό αυτό, παρέχοντας υπηρεσίες που καλύπτουν βασικές καθημερινές ανάγκες, ψυχοσυναισθηματική στήριξη και νοσηλευτική φροντίδα. Τα Κέντρα λειτουργούν στα μεγάλα αστικά και ημιαστικά κέντρα, όπου οι ανάγκες είναι μεγαλύτερες, ενώ οι οικογενειακοί δεσμοί δεν είναι τόσο ισχυροί όσο στην περιφέρεια. Στο σύνολο της χώρας έχουν εγκριθεί και βρίσκονται σε στάδιο υλοποίησης 62 Κ.Η.Φ.Η., στα οποία απασχολούνται 273 άτομα.

Η ίδρυση των Κ.Η.Φ.Η. αποτελεί τη θετική ανταπόκριση της πολιτείας σε μια διαπιστωμένη ανάγκη. Είναι γεγονός ότι τα Κ.Η.Φ.Η. συνέβαλαν αποτελεσματικά στην καθημερινή φροντίδα των ηλικιωμένων, οι οποίοι πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα ή αναπηρία, ή δεν έχουν την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης ή ακόμα έχουν την ανάγκη επαφής και συντροφιάς. Παρόλα αυτά εξαιτίας πολλών προβλημάτων και δυσκολιών τα

Κ.Η.Φ.Η. δεν υιοθετήθηκαν ευρέως ως θεσμός από την τοπική αυτοδιοίκηση. Μερικές από τις δυσκολίες που παρουσιάζονται είναι:

1. Παρά το γεγονός ότι το θεσμικό πλαίσιο των Κ.Η.Φ.Η. προβλέπει τη δυνατότητα το ωράριο λειτουργίας τους να ρυθμίζεται σύμφωνα με τις ανάγκες του πληθυσμού-στόχου, στην πράξη τα Κ.Η.Φ.Η. λειτουργούσαν σε μόνο μια βάρδια, γεγονός που δεν επέτρεψε την ανταπόκρισή τους στις πραγματικές ανάγκες των άμεσα.
2. Παρά το γεγονός ότι το θεσμικό πλαίσιο των Κ.Η.Φ.Η. προβλέπει τη δυνατότητα σίτισης, στην πράξη δεν παρέχεται σίτιση.
3. Περιορισμένη είναι η δυνατότητα μετακίνησης των ηλικιωμένων με αυτοκίνητα, ενώ και στις περιπτώσεις που είναι εφικτό, πραγματοποιείται με συμβατικά αυτοκίνητα, γεγονός ιδιαίτερα προβληματικό για άτομα με κινητικά προβλήματα.
4. Δυσκολίες εξεύρεσης κτιρίου σύμφωνα με τις προδιαγραφές των Κ.Η.Φ.Η.

Στην Εικόνα 2.5 φαίνεται η κατανομή των Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας στις περιφέρειες της Ελλάδος.



Εικόνα 2.5. Κατανομή των Μονάδων Κοινωνικής Μέριμνας στις περιφέρειες της Ελλάδας.  
Πηγή: Σκολαρίκος κ.ά., 2014.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

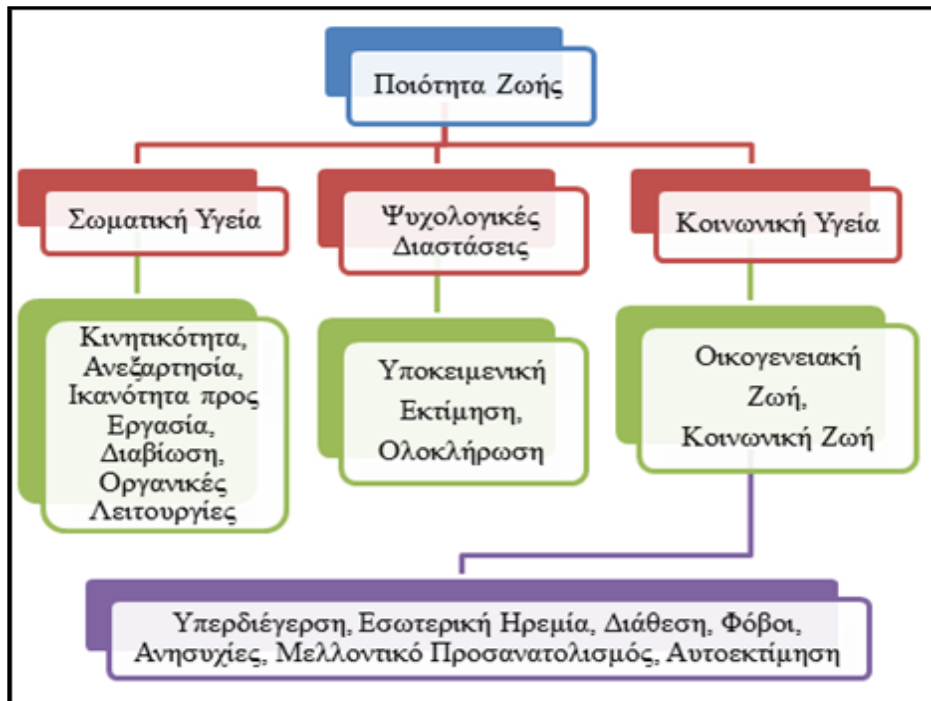
### 3.1. Θεωρητική Προσέγγιση

Σύμφωνα με τον Rokeach (1973) βασική προϋπόθεση για την ολοκλήρωση του ανθρώπου και για την επίτευξη υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής, συνιστά η ατομική υγεία, η οποία αποτελεί την πλέον επιθυμητή κατάσταση για την ύπαρξη. Επομένως είναι κατανοητό ότι βασικός προσδιορισμός της ποιότητας ζωής είναι η υγεία από την άποψη των ατομικών και κοινωνικών της διαστάσεων και των υποκειμενικών και αντικειμενικών της παραμέτρων.

Η αξία που έχει για τον άνθρωπο η ποιότητα ζωής, αναγνωρίζεται από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ), μέσα από διάφορες διακηρύξεις και συμβάσεις (Νάκου, 2001). Η διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ, το 1948, παρά το γεγονός ότι δεν περιλαμβάνει τον όρο «ποιότητα ζωής», αναφέρεται έμμεσα σ' αυτόν, στα άρθρα 3 και 25, που αφορούν αντίστοιχα τα θεμελιώδη δικαιώματα «ζωής, ελευθερίας, ασφάλειας» και «επίπεδο ζωής που εξασφαλίζει υγεία και ευεξία». Επιπλέον, στη Διακήρυξη του Ρίο για το Περιβάλλον και την Ανάπτυξη (UN, 1993), δηλώνεται στην Αρχή 1: «Οι άνθρωποι στο επίκεντρο των προβληματισμών για μια αειφόρο ανάπτυξη, δικαιούνται μια ζωή υγιεινή και παραγωγική στην αρμονία με τη φύση» και στην Αρχή 8 γίνεται αναφορά στον σκοπό της επίτευξης «...ανώτερης ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 1946, στο σύνταγμά του, ορίζει την υγεία ως «κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας» υιοθετώντας έτσι μια νέα θεωρητική προσέγγιση της υγείας, όπως αυτή περιγράφεται στο βιο-ψυχοκοινωνικό μοντέλο (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1995). Περιγράφεται δηλαδή

η ποιότητα ζωής ως ένας συνδυασμός παραμέτρων με τρεις διαστάσεις: τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία (Εικόνα 3.1).



Εικόνα 3.1. Βασικά Στοιχεία της Ποιότητας Ζωής.  
Πηγή: Υφαντόπουλος, 2001α,β,γ.

Η σωματική ευεξία σχετίζεται με την εκτίμηση της υγείας του ατόμου και αναφέρεται στη νοσηρότητα, τον πόνο και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας. Η ψυχική ευεξία σχετίζεται με την ψυχοσυναισθηματική προσαρμοστικότητα του ατόμου που αποτιμάται με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, την ευεξία, τη συνολική ικανοποίηση, αλλά και το άγχος, την κατάθλιψη και την ικανότητα προσαρμογής. Η κοινωνική ευεξία σχετίζεται με το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τη σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων και την κοινωνική στήριξη από το στενό του περιβάλλον (Βέμη κ.ά. 2007).

Ακολουθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), η εκστρατεία για «Υγεία για όλους» με τους εξής επιμέρους στόχους: α) δίδοντας υγεία στη Ζωή, β)

προσθήκη χρόνων στη ζωή, γ) ισότητα στην υγεία και προσθήκη ζωής στα χρόνια. Το 1991, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), στα πλαίσια του στόχου, «Υγεία για όλους» αναφέρεται συγκεκριμένα στην ποιότητα ζωής ως εξής: «όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά», διευρύνοντας έτσι τις διαστάσεις και εμπλουτίζοντας το περιεχόμενο του όρου «ποιότητα ζωής».

### **3.2. Ορισμός της Ποιότητας Ζωής**

Η Ποιότητα Ζωής υπήρξε αντικείμενο απασχόλησης των Ελλήνων φιλοσόφων. Ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του *Ηθικά Νικομάχεια* απέδιδε τους όρους Ποιότητα Ζωής (ευ ζην) και Ευημερία (ευ πράττειν) με τη λέξη «ευδαιμονία», δηλαδή «το τέλειο και αυτάρκες αγαθό», που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων των ανθρώπων (Τσαμπούκος, 2010). Πολύ αργότερα, ο Shaw προέβη σε διαχωρισμό της ευτυχίας από την Ποιότητα Ζωής, λέγοντας ότι η πρώτη μπορεί να θυσιαστεί προκειμένου η δεύτερη να γίνει περισσότερο ουσιαστική (Fayers & Machin, 2000). Ο McCall αργότερα υποστήριξε ότι η Ποιότητα Ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή (McCall, 1975).

Μετά το 1979, οι Zautra & Goodman και αργότερα ο Lehman (1997), υποστήριξαν ότι για τον ακριβή εννοιολογικό προσδιορισμό και την αποσαφήνιση της έννοιας Ποιότητα Ζωής, είναι απαραίτητος ο συνδυασμός αντικειμενικών αλλά και υποκειμενικών παραγόντων και δεικτών. Οι αντικειμενικοί παράγοντες αφορούν στις ικανότητες του ατόμου να δράσει και στη δυνατότητα πρόσβασης που έχει σε πόρους και ευκαιρίες, ώστε να μπορεί να τα χρησιμοποιήσει για την επίτευξη των ενδιαφερόντων

του. Οι υποκειμενικοί παράγοντες αφορούν στην αίσθηση ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο (Βεσκούκη κ.ά., 2011).

Ωστόσο, η σχετική με τον ορισμό και τους συντελεστές της Ποιότητα Ζωής συζήτηση συνεχίζεται μέχρι τις μέρες μας, ενώ εξακολουθεί να θίγεται και η διαφορά απόψεων μεταξύ επιστημόνων και απλών ανθρώπων. Επιπλέον, η οικονομολογική προσέγγιση εστιάζει στην κατανομή των οικονομικών πόρων, στη σύγκριση από οικονομικής άποψης των κρατών, στο Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (ΑΕΠ) και στη φτώχεια (Νάκου, 2001), ενώ τα πιο πρόσφατα πρότυπα της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας συνδυάζουν τόσο ψυχολογικούς όσο και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις εξωτερικές συνθήκες (οικονομία, εργασία, στέγη), τις διαπροσωπικές σχέσεις (οικογένεια, σχέση, σύντροφος) και την εσωτερική ισορροπία (αυτοεκτίμηση, διάθεση) (Υφαντοπούλου, 2001). Τα τελευταία χρόνια τονίζεται, επίσης, και η σημασία της Ποιότητα Ζωής στην παιδική ηλικία και η επίδρασή της στην ευεξία και την επιτυχία στην ενήλικη ζωή (Νάκου, 2001).

Με δεδομένη την απουσία ενός γενικά αποδεκτού ορισμού, πολλοί ερευνητές τα τελευταία χρόνια υποστήριξαν ότι οι περισσότεροι άνθρωποι, του δυτικού κυρίως κόσμου, αναγνωρίζουν καλά την σημασία της Ποιότητας Ζωής και ενστικτωδώς καταλαβαίνουν τί περιλαμβάνει αυτή η έννοια.

Ωστόσο, μία προσεκτική παρατήρηση της διαφορετικής σημασίας της Ποιότητας Ζωής, που αντιλαμβάνεται ο κάθε άνθρωπος ξεχωριστά, δείχνει ότι αυτή σημαίνει διαφορετικά πράγματα για τον καθένα γενικά, ενώ έχει και διαφορετική κάθε φορά σημασία, αναλόγως με το εκάστοτε αντικείμενο ενδιαφέροντός τους (Οικονόμου κ.ά., 2001).

Κλινικά η έννοια της ποιότητας ζωής έχει κάθε φορά διαφορετική υπόσταση, σε σχέση με την ιστορική εποχή, τα βιώματα, την ειδικότητα, το πολιτισμικό περιβάλλον ή τις κρατούσες συνθήκες. Γίνεται δηλαδή αντιληπτή ως φιλοσοφική έννοια που έχει σχέση με την υγεία (Βαλάσση-Αδάμ, 2001).

Η Ποιότητα Ζωής είναι το προϊόν συνδυασμού των φυσικών χαρισμάτων του ατόμου με τις συνέπειες της επίδρασης της οικογένειας και της κοινωνίας, ή αλλιώς η προσωπική έκφραση των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών, που προσδιορίζουν τη ζωή ενός ατόμου (Bowling, 1997). Επομένως, η Ποιότητα Ζωής, εκτός από ευρεία και γενική έννοια, είναι και ευμετάβλητη και υποκειμενική, με πολλές διαστάσεις και σύνθετα χαρακτηριστικά, που καθιστούν μάλλον αδύνατη την ποσοτικοποίηση και μέτρησή της με ακριβή τρόπο (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

### **3.3. Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής**

Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, (Health Related Quality of Life, HRQoL), διαχωρίζεται από την γενική έννοια ποιότητας ζωής στο ότι σχετίζεται αποκλειστικά με την υγεία. Έτσι, οι Kaplan & Bush, (1982), εισηγήθηκαν τον όρο της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, αποσκοπώντας στο διαχωρισμό από τον γενικό όρο της ποιότητας ζωής, και εστιάζοντας σε εκείνους τους τομείς που αφορούν στην υγεία του ατόμου. Ο όρος, Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, περιλαμβάνει τις ακόλουθες τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις: α) την υποκειμενική αποτίμηση της (σωματικής και ψυχικής) λειτουργίας του ατόμου, β) την επίδραση της κατάστασης της υγείας στη λειτουργικότητά του και γ) τον περιορισμό της λειτουργικότητάς του σε εκείνους τους τομείς που θεωρούνται απαραίτητοι, ώστε το άτομο να μπορεί να πραγματοποιεί τους επιδιωκόμενους στόχους της ζωής του (Δημητρόπουλος κ.ά., 2008).

Ο όρος της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής συνδέεται μ' ένα ειδικότερο πεδίο έρευνας το οποίο σχετίζεται με τους τομείς της ζωής του ατόμου που επηρεάζονται από την προσωπική του υγεία, καθώς και με τους παράγοντες της υγειονομικής περίθαλψης που στοχεύουν στην διατήρηση και βελτίωση της υγείας του. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί δηλαδή επιστημονικό δημιούργημα, που εστιάζεται αποκλειστικά στην υγεία, καθώς δεν αναφέρεται στην ευτυχία, στα πρότυπα ζωής, στην ικανοποίηση, στο κλίμα ή στο περιβάλλον, αλλά περιλαμβάνει αποκλειστικά τις πλευρές της ποιότητας της ζωής που αναφέρονται στην κοινωνική, σωματική και ψυχική υγεία (Υφαντόπουλος, 2007).

Ο όρος της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής παρουσιάζει ασάφειες και γι' αυτό το λόγο ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών του είναι δύσκολος. Γενικότερα η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία δύναται να αποτελείται από θέματα όπως η υγεία γενικά, τις σωματικές παθήσεις, τη συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, αλλά και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου (Οικονόμου κ.ά., 2001; Δημητρόπουλος κ.ά., 2008). Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής μπορεί, επίσης, να οριστεί ως η λειτουργικότητα στη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ζωής προσμετρώντας και την ευεξία, με τον τρόπο που αυτή εκτιμάται από τον κάθε άνθρωπο (Bullinger, 2003), ή ως αξία που αποδίδεται στο χρόνο επιβίωσης, όπως αυτή διαμορφώνεται από τις βλάβες, τις διάφορες καταστάσεις λειτουργικότητας, τις προσδοκίες και τις κοινωνικές ευκαιρίες (Υφαντόπουλος, 2007).

Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει κατά καιρούς να δώσουν έναν σαφή ορισμό για την έννοια της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής. Διαχρονικά λοιπόν οι σημαντικότεροι ορισμοί που δόθηκαν είναι:

- Οι Patrick και Erickson (1993), ορίζουν τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής ως την αξία που αφορά τη διάρκεια της ζωής, η οποία αποτελεί συνέπεια της λειτουργικής κατάστασης, των προσωπικών αντιλήψεων και των κοινωνικών ευκαιριών που επηρεάζονται από την ασθένεια, τον τραυματισμό, την θεραπεία και την πολιτική υγείας.
- Οι Wilson και Cleary (1995), ορίζουν τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, ως την ικανοποίηση ή ευτυχία ενός ατόμου από τους παράγοντες, δεδομένου ότι έχουν επιπτώσεις ή επηρεάζονται από την υγεία.
- Ο Υφαντόπουλος (2001), ορίζει τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής ως μια αποκλειστικά προσωπική αντίληψη και επίδραση που επιφέρει στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής ενός ατόμου η νόσος από την οποία υποφέρει, καθώς επίσης και τον βαθμό, στον οποίο το άτομο αισθάνεται ικανοποίηση με τις συνθήκες ζωής του.
- Οι Κάβουρα κ.ά. (2003), ορίζουν την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, ως τη διαδικασία εκείνη που διερευνά την επίδραση των θεραπευτικών διαδικασιών στην ολιστική προσέγγιση της ζωής.

Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής, αποτελεί συνεπώς μια δυναμική έννοια, που διαφοροποιείται ανάλογα με το επίπεδο υγείας, τις εμπειρίες, τις σχέσεις και τους ρόλους του ατόμου. Σημαντικό ρόλο στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής έχουν και οι προσδοκίες των ατόμων για τη βελτίωση της υγείας τους, οι κοινωνικές ευκαιρίες για τη βελτίωση της λειτουργικότητάς τους και οι ασκούμενες πολιτικές υγείας, που ενδεχομένως να επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τις συνθήκες διαβίωσής τους (Δημητρόπουλος κ.ά., 2008).

### 3.4. Επίπεδα και Είδη Ποιότητας Ζωής

Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής, ως μία ευρεία και πολυδιάστατη έννοια, είναι αναπόσπαστη από τα επίπεδα και τα είδη της ποιότητας ζωής, που προσδιορίζονται στην επιστημονική βιβλιογραφία. Εάν οι μελέτες της ποιότητας της ζωής διεξάγονταν χωρίς τον εντοπισμό των επιπέδων και των ειδών της, αυτό θα μείωνε το κύρος και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Στην επιστημονική βιβλιογραφία τα επίπεδα της ποιότητας της ζωής διαχωρίζονται σε: ατομικά, κοινωνικά, αντικειμενικά και υποκειμενικά (Πίνακας 3.1).

Πίνακας 3.1. Επίπεδα της Ποιότητας Ζωής.  
Πηγή: Delhey, Bohnke et al., 2002.

	Αντικειμενικά	Υποκειμενικά
Ατομικό Επίπεδο	Αντικειμενικές συνθήκες διαβίωσης (π.χ. εισόδημα)	Υποκειμενική ευημερία (π.χ. ικανοποίηση από το εισόδημα)
Κοινωνικό Επίπεδο	Ποιότητα/βιωσιμότητα της κοινωνίας (π.χ. των εισοδηματικών ανισοτήτων)	Βιωσιμότητα της κοινωνίας (αντιληπτή σημασία των ανισοτήτων)

Σε γενικές γραμμές, ο στόχος της ποιότητας της ζωής είναι η ποιότητα ζωής, όπως αξιολογήθηκε μέσω των αντικειμενικών κριτηρίων, κοινωνικών και οικονομικών δεικτών, χωρίς την προσωπική εμπειρία και τις αντιλήψεις του περιβάλλοντος. Η υποκειμενική ποιότητα της ζωής είναι η αντίληψη της ευημερίας και η αξιολόγηση της θέσης της ίδιας της ζωής με βάση την εμπειρία.

Ο κύριος σκοπός των μελετών της αντικειμενικής ποιότητας της ζωής είναι το εξωτερικό περιβάλλον της ποιότητας ζωής και η βιωσιμότητα του περιβάλλοντος. Αξιολογούνται με τη βοήθεια κοινωνικών και οικονομικών δεικτών, των συστημάτων τους και των σύνθετων ευρετηρίων. Από την άλλη πλευρά, οι μελέτες της υποκειμενικής



ποιότητας της ζωής επικεντρώνονται σε ατομικές εμπειρίες ποιότητας της ζωής, οι οποίες συχνά μετρούνται με τη βοήθεια ποιοτικών μεθόδων - διάφορα ερωτηματολόγια και κλίμακες (Diener & Suh, 1997). Προκειμένου να αποφευχθεί η παραγωγή ερευνητικών αποτελεσμάτων για την ποιότητα ζωής, αφηρημένου και κερδοσκοπικού χαρακτήρα, οι υποστηρικτές της ταξινομικής προσέγγισης (Delhey et al., 2002; Veenhoven, 2000, 2005, 2009) υπογραμμίζουν την ανάγκη να διαχωριστεί η ατομική ποιότητα της ζωής από την κοινωνική ποιότητα της ζωής, συνώνυμη με την ποιότητα της ζωής ενός έθνους. Αν και τα δύο αυτά επίπεδα είναι στενά συνυφασμένα (ζωή μιας κοινωνίας δεν μπορεί να είναι υψηλής ποιότητας, εάν οι ανθρώπινες ζωές δεν έχουν ποιότητα), ο Kenny (2005) τονίζει ότι η κοινωνική ποιότητα της ζωής δεν ισούται με το αριθμητικό άθροισμα των ποιοτήτων της ζωής των ατόμων.

### 3.4.1. Ατομική Ποιότητα της Ζωής

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι στο επίπεδο της ατομικής ποιότητας ζωής ο Veenhoven (2000, 2005, 2009) αναγνωρίζει τέσσερα είδη, τα οποία απεικονίζονται στον Πίνακα 3.2. Η νέα αυτή ταξινόμηση προκύπτει από την κατανομή των πτυχών της ζωής κατά μήκος δύο διαστάσεων: ευκαιρίες/αποτελέσματα και εξωτερική/εσωτερική.

Πίνακας 3.2. Είδη ατομικής Ποιότητας Ζωής.  
Πηγή: Veenhoven (2000, 2005, 2009).

	ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ
Ευκαιρίες	I Βιωσιμότητα του Περιβάλλοντος.	II Ικανότητα ζωής ενός ατόμου.
Αποτελέσματα	III Χρησιμότητα της ζωής.	IV Ικανοποίηση από τη ζωή.

Σύμφωνα με τον Dowrick (2007), ένα άτομο ζει σε συγκεκριμένο περιβάλλον, το σύστημα, το οποίο αντιπροσωπεύει την ατομική ποιότητα ζωής. Αυτό υποστηρίζει εν

μέρει και ο Veenhoven, ο οποίος τονίζει επίσης ότι το εξωτερικό περιβάλλον μπορεί να δημιουργήσει μόνο προϋποθέσεις για ένα άτομο να αναζητήσει καλύτερη ποιότητα ζωής. Το πρώτο είδος της ποιότητας της ζωής – **βιωσιμότητα του περιβάλλοντος** αντιμετωπίζεται από τους ερευνητές, ως τεκμήριο της ποιότητας της ζωής. Παρά την παρατήρηση από τον Veenhoven (2005) ότι η βιωσιμότητα του περιβάλλοντος αποτελεί μόνο μία προϋπόθεση για μια καλύτερη ατομική ζωή, παρ' όλα αυτά η βιωσιμότητα του περιβάλλοντος αποτελεί αντικείμενο πολλών ερευνητών σχετικά με τους δείκτες της ποιότητας της ζωής και τους κοινωνικούς δείκτες της ποιότητας της ζωής. Κατά τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής οι ερευνητές συναντούν συχνά ως συνώνυμο της βιωσιμότητας του περιβάλλοντος το πρώτο τεταρτημόριο της ποιότητας της ζωής (Πίνακας 3.2.), η οποία συχνά αποκαλείται από οικονομολόγους και κοινωνιολόγους βιοτικό επίπεδο ή απλά ευημερία (Frey & Stutzer, 2002; Raphael, 1996; Veenhoven, 2005, 2009). Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής σύμφωνα μόνο με τις εξωτερικές συνθήκες διαβίωσης και ο μη συνυπολογισμός άλλων επιπέδων της ποιότητας της ζωής μειώνουν το κύρος και την αξιοπιστία των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Υψηλοί δείκτες των φυσικών, πολιτικών, οικονομικών, και κοινωνικών περιβαλλόντων συχνά μπορεί να δείχνουν την υψηλή ποιότητα της ζωής σε μια χώρα, ενώ οι άνθρωποι μπορούν να είναι ικανοποιημένοι με τη ζωή ή με ορισμένα τμήματά της. Έτσι, το δεύτερο είδος της ποιότητας της ζωής, **η ικανότητα ζωής**, περιλαμβάνει εσωτερικές δυνατότητες ενός ατόμου να αξιοποιήσει το εξωτερικό περιβάλλον για την επίτευξη υψηλότερης σωματικής, υλικής και ατομικής ευημερίας. Αυτό το είδος της ποιότητας ζωής έχει αναλυθεί ευρέως στη βιβλιογραφία (Sen, 1993) και συχνά γίνεται αντικείμενο έρευνας των ιατρικών επιστημόνων (Farquhar, 1995; Haas, 1999). Η ικανότητα του ατόμου να

αντιμετωπίζει διάφορα προβλήματα, να αναζητά την ποιότητα ζωής μέσω των δικών του εσωτερικών χαρακτηριστικών και δεξιοτήτων αναλύεται από ψυχολόγους (Diener & Suh, 1997; Diener et al., 1999). Η ικανότητα ζωής ενός ανθρώπου περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία του ατόμου, η εκπαίδευση και οι πνευματικές του ικανότητες.

Ο Πίνακας 3.2 απεικονίζει επίσης το τρίτο είδος της ποιότητας ζωής – **τη χρησιμότητα της ζωής**. Η χρησιμότητα του ατόμου στη κοινωνία αντιμετωπίζεται διαφορετικά από τους εκπροσώπους των διαφόρων τομέων της επιστήμης. Οι φιλόσοφοι και οι ηθικολόγοι προσπαθούν να αποδείξουν τη σημασία της ειλικρινούς και ουσιαστικής ζωής, ενώ οι οικονομολόγοι τονίζουν τη σημασία του σταθερού ατομικού εισοδήματος για τη ατομική ποιότητα ζωής, καθώς και για την ποιότητα ζωής της κοινωνίας. Οι κοινωνιολόγοι εστιάζουν στις σχέσεις μεταξύ των κοινωνικών ομάδων, στην ανιδιοτελή ατομική φροντίδα για τους άλλους και στη θετική κοινωνική συμπεριφορά σε σχέση με την κοινωνία. Το τρίτο είδος της ποιότητας της ζωής του ατόμου περιλαμβάνει επίσης την κύρια αρχή της ωφελιμότητας, δηλαδή της μέγιστης ευτυχίας και της χρησιμότητας, που σημαίνει χρησιμότητα όχι για το ίδιο το άτομο, αλλά για όλους που συνδέονται με αυτό.

Το τέταρτο είδος ατομικής ποιότητα της ζωής – **ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή** συνδέεται στενά με την προσωπική εμπειρία και αντίληψη του περιβάλλοντος, που μετριέται με τη βοήθεια των δημοσκοπήσεων. Σύμφωνα με τον Veenhoven (2005, 2009), αυτό αντιπροσωπεύει τη φαινομενική ποιότητα της ζωής - ένα προϊόν της βιωσιμότητας του περιβάλλοντος και της ικανότητας του ατόμου να κάνει χρήση των δυνατοτήτων που του παρέχει το περιβάλλον, το οποία θα πρέπει να είναι το επίκεντρο της έρευνας για την ποιότητα της ζωής. Σύμφωνα με τους Veenhoven (2005, 2009) και

Rojas (2007), η μέτρηση της ποιότητας των ευκαιριών ζωής (είδη ποιότητας της ζωής I και II) και των αποτελεσμάτων (είδη ποιότητας της ζωής III και IV) καθιστούν δυνατή την ακριβέστερη μέτρηση της ποιότητας της ζωής σε μια χώρα.

### 3.4.2. Κοινωνική Ποιότητα της Ζωής

Αναγνωρίζονται τέσσερα είδη της κοινωνικής ποιότητας της ζωής, τα οποία φαίνονται στον ακόλουθο Πίνακα 3.3.

**Πίνακας 3.3. Είδη Κοινωνικής Ποιότητας Ζωής.**  
 Πηγή: Veenhoven (2000, 2005, 2009).

	ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ
Ευκαιρίες	I Οικολογική–Πολιτική Κατάσταση.	II Λειτουργία.
Αποτελέσματα	III Συμβολή στον πολιτισμό.	IV Ηθική Συνοχή.

Το πάνω αριστερό τεταρτημόριο του Πίνακα 3.3 δείχνει το πόσο ευνοϊκό είναι το περιβάλλον του έθνους. Αυτό έχει φυσική, πολιτική και κοινωνική διάσταση. Το δεύτερο είδος της κοινωνικής ποιότητας της ζωής υποδηλώνει την ικανότητα του κοινωνικού συστήματος να διατηρηθεί στο δεδομένο περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Veenhoven (2005, 2009), τόσο το δεξί όσο και το αριστερό επάνω τεταρτημόριο δηλώνουν την υποτιθέμενη ποιότητα της ζωής και τις ευκαιρίες ζωής. Οι ευκαιρίες ζωής δεν αναφέρονται στις ευκαιρίες που έχει μια κοινωνία για μια καλή ζωή. Η κάτω σειρά της κοινωνικής ποιότητας της ζωής (Πίνακας 3.3) συμβολίζει τα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής. Ο Veenhoven (2005, 2009) την αποκαλεί ως φαινομενική ποιότητα της ζωής. Σε αυτή την ποιότητα της ζωής, η έμφαση είναι στο πώς ευδοκιμεί η κοινωνία και όχι στο ποια είναι τα μέσα για την επίτευξη μιας καλής ζωής. Το κάτω αριστερό τεταρτημόριο του Πίνακα 3.3, δείχνει τα αποτελέσματα της κοινωνίας για το περιβάλλον

της. Αυτά τα αποτελέσματα μπορούν να αφορούν το κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Στην πρώτη περίπτωση η ποιότητα της ζωής μιας κοινωνίας κρίνεται από τις επιπτώσεις της στον ανθρώπινο πολιτισμό. Αυτό σημαίνει ότι η κοινωνική ποιότητα της ζωής είναι υψηλότερη αν παράγει σημαντικές καινοτομίες. Στη δεύτερη περίπτωση η ποιότητα της ζωής μιας κοινωνίας κρίνεται από τις επιπτώσεις της στο οικοσύστημα. Μία κοινωνία είναι πιο καλή όσο λιγότερες ζημιές προκαλεί. Τέλος, το κάτω δεξιά τεταρτημόριο δηλώνει την έννοια των εσωτερικών αποτελεσμάτων. Οι κοινωνίες δεν μπορούν να προβληματιστούν σχετικά με τον τρόπο που δρουν τα μεμονωμένα άτομα. Η κοινωνία είναι πολύ καλύτερη όσο μεγαλύτερη είναι η αστική ηθική.

Η ανάλυση των επιπέδων και των ειδών της ποιότητας της ζωής επιτρέπουν τη γενίκευση και τη σύγκριση των ατομικών και κοινωνικών αξιών της ζωής και τον εντοπισμό των ομοιοτήτων και των διαφορών των επιπέδων της ποιότητας της ζωής (Πίνακας 3.4).

**Πίνακας 3.4. Διαφορές και Ομοιότητες μεταξύ των Εννοιών της Ατομικής Ποιότητας Ζωής και της Κοινωνικής Ποιότητας Ζωής.**

	<b>Ατομική Ποιότητα της Ζωής</b>	<b>Κοινωνική Ποιότητα της Ζωής</b>
<b>Συνώνυμα</b>	<b>Ποιότητα ζωής στο έθνος</b>	<b>Ποιότητα ζωής του έθνους</b>
<b>Περιγραφική Έννοια</b>	Υποδηλώνει κατηγορηματικά το πόσο καλά ζουν τα άτομα, διαχωρίζει την ποιότητα της ζωής σε μια σειρά από τομείς. Συνήθως περιλαμβάνει τις ιδέες, την ικανοποίηση/δυσανεξικία ή την ευτυχία/δυστυχία του ατόμου.	Έμφαση. Επικεντρώνεται σε ένα μικρό αριθμό διαστάσεων της κοινωνικής ποιότητας της ζωής. Τονίζει τη σταθερότητα, την ιδανικότητα και την παραγωγικότητα της κοινωνίας.
<b>Μέτρηση</b>	Μέτρηση της βιωσιμότητας του περιβάλλοντος, της ικανότητας της ζωής ενός ατόμου και της ευτυχίας, της ικανοποίησης από τη ζωή. Μετρείται με ποσοτική, ποιοτική έρευνα, αντικειμενικά μέτρα και μέσα αυτοαξιολόγησης, δηλαδή ένα ερωτηματολόγιο).	Οι μετρήσεις της κοινωνικής ποιότητας της ζωής χρησιμοποιούνται για την κατασκευή ενός και μόνο δείκτη της ποιότητας ζωής της κοινωνίας. Περιλαμβάνει τις διαστάσεις της ελευθερίας, της ισότητας και της δικαιοσύνης.
<b>Επίπεδο</b>	Μακροοικονομικό και Μακροοικονομικό	Μακροοικονομικό

### **3.5. Παράγοντες που επηρεάζουν την Υγεία και την Ποιότητα Ζωής**

Η υγεία και η ποιότητα ζωής συνιστούν ένα πολυεπίπεδο κοινωνικό φαινόμενο, το οποίο λειτουργεί υπό τη σκέπη των αρχών της καθολικότητας, της εξατομίκευσης, της πραγματικότητας και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής σχετίζονται με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, καθώς και με τη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ανθρώπου. Καθοριστικής σημασίας θεωρείται η συσχέτιση των παραγόντων και παραμέτρων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, της συνολικής ικανοποίησης από τη ζωή, της αυτοεκτίμησης, της αυτοπραγμάτωσης και της ηθικής του κάθε ανθρώπου (Andrews, 1974, Campell et al., 1976), συνιστώσες που επιδρούν στην ολοκλήρωση της διαμόρφωσης της προσωπικότητας του ατόμου.

Η υγεία συνιστά έναν από τους σπουδαιότερους παράγοντες ευημερίας, η οποία συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση του επιπέδου κοινωνικής και οικονομικής διαβίωσης μίας χώρας, αλλά και στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής είναι το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του, η ποιότητα κατοικίας, η διατροφή, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο εκπαίδευσης, μόρφωσης και πολιτισμού, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης, οι συνθήκες εργασίας, οι κοινωνικές σχέσεις, οι κλιματολογικές συνθήκες, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας και η ποιότητα παρεχόμενης ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (Θεοδώρου κ.ά., 1997).

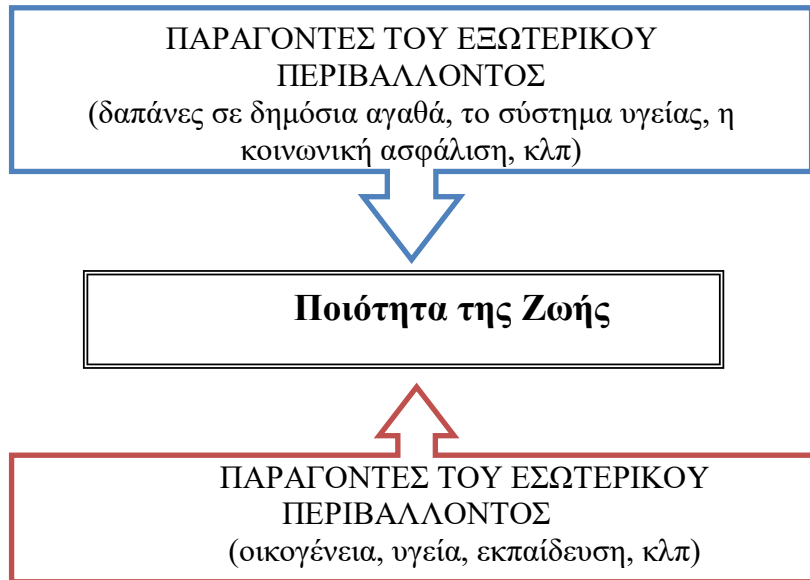
Πολλοί ερευνητές (Cummins, 1996; Felce & Perry, 1997; Haas, 1999; Hagertyetal., 2001; Susniene & Jurkauskas, 2009; Veenhoven, 2000; Veenhoven, 2005) προσπάθησαν να δώσουν έναν πιο σαφή ορισμό της ποιότητας της ζωής και

συμφώνησαν σχετικά με την πολυπλοκότητα της έννοιας της ποιότητας ζωής και την αναγκαιότητα της αξιολόγησής της μέσω των διαφόρων παραγόντων που την επηρεάζουν. Παρόλα αυτά δεν υπάρχει κοινώς αποδεκτή ταξινόμηση των παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα της ζωής και τη σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων. Η επιστημονική βιβλιογραφία εξετάζει μόνο υποθέσεις, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον εντοπισμό και τη συστηματοποίηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής και να αναλύσουν τη σχέση μεταξύ αυτών των παραγόντων.

Πολλοί ερευνητές στην προσπάθεια ανάλυσης της ποιότητας ζωής συμφωνούν ότι καθορίζεται από εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον (Cummins, 1996; Hagerty et al., 2001; Veenhoven, 2009). Το επίπεδο ανάπτυξης μιας χώρας, πολιτικό και κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον επιτρέπει στους ανθρώπους να ζουν καλά και να αναζητούν την ποιότητα της ζωής. Εάν τα άτομα είναι σε θέση να κάνουν χρήση του εσωτερικού περιβάλλοντος, να αναζητήσουν μεγαλύτερη σωματική και προσωπική ανάπτυξη, υλική και κοινωνική ευημερία, και αυτό καθορίζεται από το εσωτερικό περιβάλλον. Στην Εικόνα 3.2 παρουσιάζονται οι δύο κύριες ομάδες παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου.

Η πρώτη ομάδα των παραγόντων που περιλαμβάνουν τόσο τους παράγοντες, που δεν μπορούν ρυθμιστούν από μέτρα δημόσιας πολιτικής (κλιματικές συνθήκες και οι δείκτες τους, γεωγραφική θέση της χώρας), καθώς και τους παράγοντες που επηρεάζονται από τις πράξεις δημόσιας πολιτικής (πολιτική σταθερότητα, διαφθορά, οικονομική ανάπτυξη, κοινωνική ασφάλιση, κλπ). Η δεύτερη ομάδα παραγόντων αποτελείται από τα στοιχεία αυτά, τα οποία ελέγχονται σε σημαντικό βαθμό από το ίδιο

το άτομο (η κατάσταση της υγείας, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογένεια, ο ελεύθερος χρόνος κ.λπ.) (Schimmack, 2006).

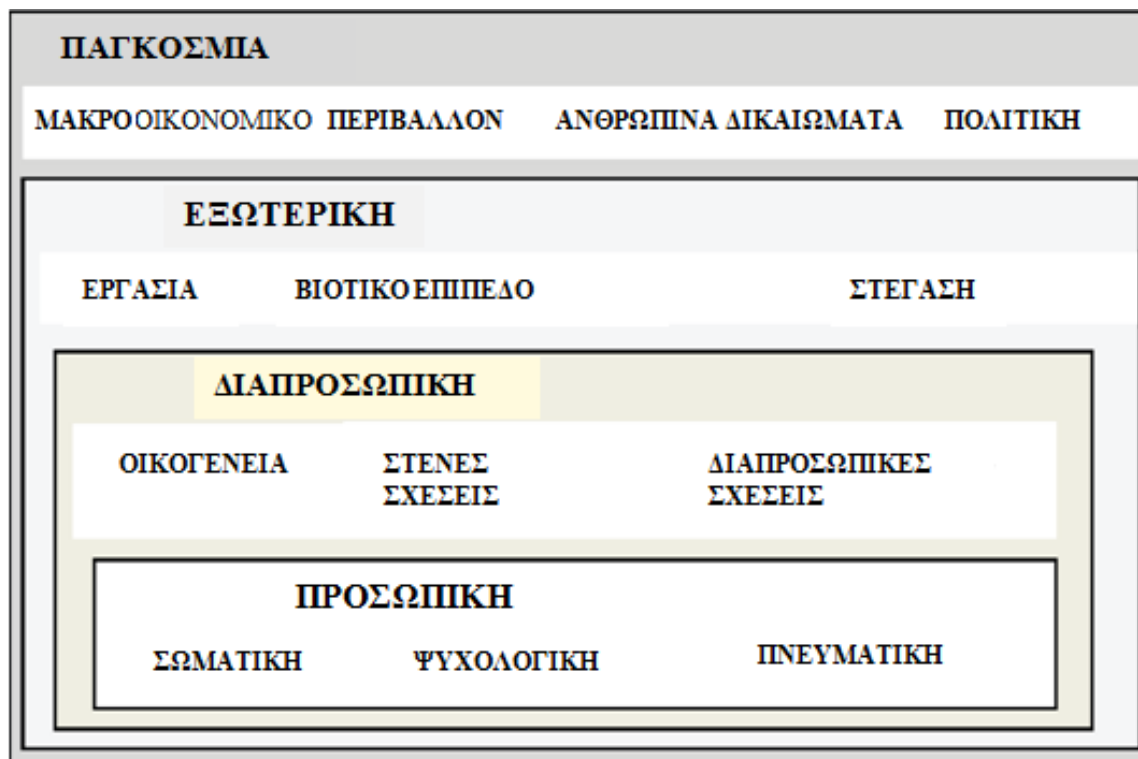


Εικόνα 3.2. Ομάδες Παραγόντων που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής.  
Πηγή: Schimmack, 2006.

Οι Lindstrom & Ericsson (1993) προτείνουν την ταξινόμηση των παραγόντων που καθορίζουν και επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε πιο συγκεκριμένες κατηγορίες, ανάλογα με το είδος που εκπροσωπεί: την παγκόσμια, εξωτερική, διαπροσωπική ή την προσωπική (Εικόνα 3.3).

Έχοντας κάποια ιεραρχική διάταξη (από την ποιότητα της ζωής στην πιο γενική έννοια - παγκόσμιο περιβάλλον - σε παράγοντες που σχετίζονται με τη διαπροσωπική και την προσωπική διάσταση - τις κοινωνικές σχέσεις, την οικογένεια, την υγεία, την ανάπτυξη της προσωπικότητας), οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής επιτρέπουν τη μέτρηση της ποιότητας ζωής.





Εικόνα 3.3. Ταξινόμηση των παραγόντων της Ποιότητας Ζωής.  
 Πηγή: Lindstrom, Ericsson, 1993.

Εξαιτίας του πολυδιάστατου χαρακτήρα της έννοιας της ποιότητας της ζωής, δεν είναι σε θέση ένας ή περισσότεροι παράγοντες να παράγουν μια πλήρη μελέτη των θεμάτων που σχετίζονται με τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής. Η επιστημονική βιβλιογραφία παρουσιάζει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα της ζωής.

Οι παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα της ζωής, όπως έχουν καθοριστεί από διάφορους ερευνητές (Sen, 1993; Cummins, 2000; Felce & Perry, 1997; Hagerty et al., 2001; Kenny, 2005) παρουσιάζονται συνοπτικά στον Πίνακα 3.5.

Πίνακας 3.5. Βασικοί Παράγοντες της Ποιότητας Ζωής.

	Sen (1993)	Cummins (2000)	Hagerty (2001)	Felce & Perry (1997)	Kenny (2005)
Μακροοικονομικό περιβάλλον	✓				✓
Υλική ευημερία		✓	✓	✓	
Πολιτική σταθερότητα					✓
Οι ελευθερίες των πολιτών				✓	✓
Κοινωνική ευημερία				✓	
Κλίμα					✓
Υγεία	✓	✓	✓	✓	✓
Εκπαίδευση	✓				
Προσωπική ασφάλεια		✓	✓		
Εργασία		✓	✓	✓	
Η ασφάλεια της εργασίας					✓
Κοινοτική ζωή		✓	✓		✓
Οικογένεια		✓	✓		✓
Ισότητα των φύλων					✓
Πνευματικότητα					✓
Συναισθηματική ευεξία		✓	✓	✓	

✓ → Περιλαμβάνεται

Διάφοροι ερευνητές παρουσιάζουν ιδιόμορφες απόψεις σχετικά με τους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα της ζωής και τους επεξεργάζονται με διαφορετικό τρόπο. Για παράδειγμα, οι Felce & Perry (1997) περιγράφουν την κοινωνική ευημερία ως ομάδα παραγόντων που ανήκει στο εσωτερικό περιβάλλον της ποιότητας της ζωής συμπεριλαμβανομένων και των παραγόντων των προσωπικών σχέσεων, της οικογένειας, των φίλων και της δημόσιας ζωής. Από την άλλη πλευρά, άλλοι ερευνητές χρησιμοποιώντας μια ομάδα κοινωνικών παραγόντων ευημερίας για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής θεωρούν αυτούς τους παράγοντες ότι ανήκουν στο εξωτερικό συμπεριλαμβανομένων και των παραγόντων των προσωπικών σχέσεων, της οικογένειας, των φίλων και της δημόσιας ζωής. Από την άλλη πλευρά, άλλοι ερευνητές

χρησιμοποιώντας μια ομάδα κοινωνικών παραγόντων ευημερίας για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής θεωρούν αυτούς τους παράγοντες ότι ανήκουν στο εξωτερικό περιβάλλον και η μέτρηση τους γίνεται χρησιμοποιώντας δείκτες κοινωνικής ασφάλισης.

Ο Σαρρής (2001) κατηγοριοποίησε τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε οκτώ ομάδες:

1. Παράγοντες κοινωνικό-οικονομικής δομής και λειτουργίας της κοινωνίας, που συνιστούν τον τρόπο και τις σχέσεις παραγωγής, τον καταμερισμό της εργασίας και την κοινωνική διαστρωμάτωση.
2. Οικονομικο-πολιτικοί παράγοντες, που αποτελούν το επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας και ανάπτυξης, τους τύπους διανομής εισοδήματος, τον προγραμματισμό, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας.
3. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που συνιστούν τον τρόπο ζωής, τα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, την αστική και αγροτική διάρθρωση και τις κοινωνικό-οικονομικές ανισότητες.
4. Ψυχο-κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, που αποτελούν τα επίπεδα αλφαριθμητισμού, την ποιότητα του εκπαιδευτικού συστήματος, τις συνήθειες, τα ήθη και τα έθιμα, τη νοοτροπία, τις τάσεις και στάσεις, την κοινωνική συμπεριφορά και την άσκηση κοινωνικών ρόλων.
5. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες, που αποτελούν κυρίως τα επίπεδα ρύπανσης του περιβάλλοντος και το βαθμό προστασίας των οικοσυστημάτων.

6. Γεωφυσικοί παράγοντες, που συνιστούν τις πρώτες ύλες, τον φυσικό πλούτο, την παραγωγικότητα γης και τις κλιματολογικές συνθήκες.
7. Δημογραφικοί παράγοντες, που προσδιορίζονται από το ρυθμό εξέλιξης του πληθυσμού, τη σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα, την αστική και αγροτική πυκνότητα, την εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, κλπ. και
8. Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες, που καθορίζουν το επίπεδο και εξέλιξη των υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών.

Παρακάτω περιγράφονται οι τρεις μεγαλύτερες ομάδες παραγόντων, που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής του ανθρώπου, όπως: περιβαλλοντικοί παράγοντες, κοινωνικοί παράγοντες και οικονομικοί παράγοντες.

### **3.5.1. Περιβαλλοντολογικοί Παράγοντες**

Η ποιότητα ζωής του ανθρώπου και ως εκ τούτου η υγεία του, σωματική, πνευματική, ψυχική και κοινωνική, συσχετίζεται άμεσα με το οικολογικό περιβάλλον, το επίπεδο μόλυνσης του και αντίστοιχα τον βαθμό προστασίας των οικοσυστημάτων (Θεοφίλου, 2010). Η προστασία του περιβάλλοντος συνεπάγεται προστασία της υγείας, αλλά και της ίδια της ζωής του ανθρώπου, στην οποία ασκείται σημαντική επίδραση από την περιβαλλοντική υποβάθμιση και τη μόλυνση του περιβάλλοντος (Μπαμπάτσικου, 2011).

Το σύνολο των ενεργειών του ανθρώπου ασκεί άμεση ή έμμεση επιρροή κατά κύριο λόγο στο φυσικό περιβάλλον. Η σύνδεση του περιβάλλοντος με την υγεία είναι στενή και πολύπλοκη. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) επισημαίνει ότι το 23% των θανάτων που λαμβάνουν χώρα παγκοσμίως, αποδίδονται κυρίως σε

περιβαλλοντικούς παράγοντες και ιδιαίτερα το ποσοστό των θανάτων παιδιών ηλικίας 0 - 14 ετών που οφείλονται στο περιβάλλον, ανέρχεται στο 34% (WHO, 2006).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) ορίζει το περιβάλλον που σχετίζεται με την υγεία, ως «όλους τους φυσικούς, χημικούς και βιολογικούς παράγοντες στους οποίους υποβάλλεται ο άνθρωπος καθώς και όλους τους σχετικούς παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές του». Η περιβαλλοντική υγεία περιλαμβάνει την πρόληψη ή τον έλεγχο των νοσημάτων, του τραυματισμού και της αναπηρίας που σχετίζονται με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων και του περιβάλλοντός τους (WHO, 2006).

Εξαιτίας της ραγδαίας οικονομικής και τεχνολογικής ανάπτυξης που λαμβάνει χώρα στις μέρες μας, παρατηρείται σημαντική αύξηση της υποβάθμισης του περιβάλλοντος. Αυτό έχει άμεση επίδραση στην υγεία του ανθρώπου με πρωτοφανείς κινδύνους και στην υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων ιδιαίτερα στα μεγάλα αστικά κέντρα. Η οικονομική ανάπτυξη που υφίσταται στις μέρες μας οφείλεται κυρίως στη βιομηχανοποίηση και στην αστικοποίηση. Η αστικοποίηση γενικότερα έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του πλούτου και στις πλείστες δυτικές κοινωνίες φανερώνει καλύτερους δείκτες υγείας στους ανθρώπους. Παρόλα αυτά, όταν οι μεγάλοι πληθυσμοί έρχονται να ζήσουν κοντά σε βιομηχανικές εγκαταστάσεις, εκτίθενται συχνά σε ποικίλους κινδύνους για την υγεία, με συνέπεια να βρίσκονται σε μειονοτική θέση ζώντας σε ένα ανθυγιεινό περιβάλλον που επιφέρει σημαντικά προβλήματα υγείας τόσο σε αυτούς όσο και στα παιδιά τους (WHO, 2006; Δημητροπούλου-Θεοδώρου, 2008).

Οι αιτίες της υποβάθμισης του περιβάλλοντος είναι ο υπερπληθυσμός, η αστυφιλία και η βιομηχανοποίηση, σε συνδυασμό με τις ελάχιστες ηθικές αναστολές για τη γη και οι ανεπαρκείς θεσμοί ή ίσως η πληθώρα θεσμών που αλληλοσυγκρούονται

(Λέκκας, 1999). Βασικές αιτίες σημαντικών καταστροφών του φυσικού περιβάλλοντος συνιστούν η άσκοπη κατανάλωση των πόρων, ο αυξανόμενος όγκος των αποβλήτων, η αύξηση της εκπομπής διοξειδίου του άνθρακα, η αυξανόμενη τάση κατανάλωσης συμβατικών μορφών ενέργειας, η ρύπανση και οι ηχητικές οχλήσεις (Δημητροπούλου-Θεοδώρου, 2008). Η πολύπλοκη, πολύχρονη και αθροιστική έκθεση σε φυσικούς, βιολογικούς, κοινωνικούς και χημικούς παράγοντες στο ατμοσφαιρικό περιβάλλον, το νερό, το έδαφος, τα απόβλητα, καθώς και τα διάφορα καταναλωτικά προϊόντα και τα κτίρια, δύναται να επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των ανθρώπων (ΕΕΤΑΑ. Α.Ε., 2011).

Η περιβαλλοντική ρύπανση και μόλυνση από βιολογικούς και χημικούς παράγοντες θα πρέπει να αντιμετωπισθεί άμεσα όχι μόνο για τη μείωση εμφάνισης διαφόρων νοσημάτων που σχετίζονται με αυτή, αλλά και για την αποτροπή πρόκλησης κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών συνεπειών (Farmer et al., 2010; Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης, 2010; Gardiner & Harrington, 2009). Τα αποτελέσματα επιδημιολογικών ερευνών, έδειξαν ότι από τις 102 μείζονες ασθένειες, ομάδες ασθενειών και τραυματισμούς που οι παράγοντες κινδύνου του περιβάλλοντος συνεισφέρουν στο νοσολογικό φορτίο οι 85 ήταν από αυτές τις κατηγορίες (WHO, 2006).

Σημαντικό παράγοντα φαίνεται να αποτελεί και η περιφερειακή/κοινωνική διάσταση της επίδρασης του περιβάλλοντος και του νοσολογικού φορτίου στην υγεία του πληθυσμού. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) παρατηρείται μεγαλύτερη έκθεση σε κινδύνους σε «φτωχές» περιοχές/περιφέρειες/κοινότητες και υπάρχουν λιγότερες δυνατότητες πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας (WHO, 2006).

Τα αποτελέσματα επιδημιολογικών ερευνών της τελευταίας δεκαετίας στην Ευρώπη και στην Βόρεια Αμερική έχουν τεκμηριώσει την ύπαρξη βραχυχρόνιων επιδράσεων των σημερινών επιπέδων αιωρούμενων σωματιδίων και όζοντος στην υγεία (WHO, 2000). Σ' αυτές συμπεριλαμβάνεται η πρόωμη θνησιμότητα, οι εισαγωγές σε νοσοκομεία, η προσέλευση στα εξωτερικά ιατρεία, οι επισκέψεις σε γιατρούς, ο περιορισμός δραστηριότητας, η χρήση φαρμάκων, η μειωμένη αναπνευστική ικανότητα, οι υποκλινικές επιπτώσεις και η μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης (Εικόνα 3.4).



Εικόνα 3.4. Η Ποσοτικοποίηση των Επιπτώσεων στην Υγεία από την Έκθεση στην Ατμοσφαιρική Ρύπανση. Πηγή: WHO, 2000.

Ζητήματα, όπως η καταστροφή της στιβάδας του όζοντος, η όξινη βροχή και η αύξηση της θερμοκρασίας αυξάνουν τα προβλήματα στην υγεία του πληθυσμού. Η καταστροφή της στιβάδας του όζοντος σχετίζεται με την παρουσία του χλωρίου και φθορίου στην στρατόσφαιρα, ενώ η όξινη βροχή μπορεί να καταστρέψει το φύλλωμα των δένδρων, να ελαττώσει τη γονιμότητα του εδάφους και να γίνει αιτία θανάτωσης των φυτικών και ζωικών οργανισμών των υδάτινων οικοσυστημάτων (Γκαλέας κ.ά., 2009).

Η παγκόσμια αύξηση της θερμοκρασίας θα επιφέρει επίσης σημαντικά ανεπιθύμητα αποτελέσματα στη γεωργία, με επακόλουθο την αύξηση των ήδη οξυμένων προβλημάτων διατροφής πολλών αναπτυσσόμενων χωρών προκαλώντας υποβάθμιση της υγείας του παγκόσμιου πληθυσμού (Farmer et al., 2010).

Τα προβλήματα υγείας που προέρχονται από τη χημική μόλυνση του νερού είναι πολυάριθμα. Η μόλυνση του νερού οφείλεται, κυρίως, στην εκροή αστικών και βιομηχανικών αποβλήτων, στα ποτάμια και στα ρέματα, καθώς επίσης και στη χρήση εντομοκτόνων και λιπασμάτων από τους αγρότες στις γεωργικές περιοχές. Η προστασία του νερού έχει επιτευχθεί μέσω της θέσπισης νομοθετικών ρυθμίσεων και κανονισμών που προλαμβάνουν τη μόλυνση του νερού (Farmer et al., 2010; Gardiner & Harrington, 2009).

Η παροχή μιας αποτελεσματικής αποχέτευσης μέσω ενός συστήματος απομάκρυνσης των αποβλήτων ήταν πιθανόν το πιο σημαντικό μέτρο υγιεινής που ελήφθη τον 19ο αιώνα. Αν και σήμερα θεωρείται δεδομένη, παραμένει κεντρική για την προστασία της τροφής και των παροχών του νερού, καθώς και για τη διατήρηση καθαρού και ασφαλούς περιβάλλοντος (Farmer et al., 2010). Όσον αφορά στην Ευρωπαϊκή Ένωση η συλλογή και επεξεργασία των λυμάτων έχει βελτιώσει ουσιαστικά την ποιότητα των



επιφανειακών υδάτων αλλά ορισμένοι ρύποι, συμπεριλαμβανομένων των φυτοφαρμάκων, των φαρμακευτικών προϊόντων και των καλλυντικών, δεν αφαιρούνται πλήρως. Ιδιαίτερη ανησυχία υπάρχει για τις ουσίες που προκαλούν ενδοκρινικές διαταραχές (EEA, 2013).

Όσον αφορά στην ιονίζουσα ακτινοβολία και στα προβλήματα υγείας που προκαλεί στους ανθρώπους, αυτά επισημάνθηκαν παρακολουθώντας τους πληθυσμούς που είχαν εκτεθεί στη Χιροσίμα, το Ναγκασάκι και το Τσέρνομπιλ. Τα άτομα μπορεί να εκτίθενται σε διαφορετικά επίπεδα ακτινοβολίας. Ορισμένοι άνθρωποι δεν μπορεί να εκτίθενται σε πολύ μεγαλύτερα ποσοστά ιονίζουσας ακτινοβολίας σε σχέση με τον γενικότερο πληθυσμό, εξαιτίας του επαγγέλματός τους, π.χ., οι εργάτες ορυχείων, οι εργαζόμενοι στην πυρηνική βιομηχανία, οι νοσηλευτές, οι ακτινολόγοι και οι ακτινοθεραπευτές. Τα άμεσα αποτελέσματα από την έκθεση σε υψηλά ποσοστά ιονίζουσας ακτινοβολίας είναι ανησυχητικά και περιλαμβάνουν την άμεση καταστροφή κυττάρων, οργάνων και συστημάτων και σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να επέλθει και θάνατος. Τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα από την έκθεση σε υψηλά ποσοστά ιονίζουσας ακτινοβολίας περιλαμβάνουν καρκίνο των πνευμόνων, των οστών, του θυρεοειδούς και του μαστού (Farmer et al., 2010; Gardiner & Harrington, 2009), βλάβες στο γενετικό υλικό του κυττάρου (Τριαντοπούλου & Τσαπάκη, 2008), λευχαιμία, λέμφωμα non-Hodgkin, και συγγενείς ανωμαλίες (Farmer et al., 2010; Gardiner & Harrington, 2009).

Γενικότερα οι υφιστάμενες περιβαλλοντικές συνθήκες και οι αλλαγές που υφίσταται το περιβάλλον εξαιτίας του φαινομένου του θερμοκηπίου, της βιομηχανοποίησης, των πιέσεων που προκύπτουν από την αστικοποίηση και την αύξηση

του πληθυσμού, επιφέρουν σημαντικά αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία του ανθρώπου. Μερικά από αυτά είναι καρδιολογικά (χρόνια στεφανιαία νόσος, αρρυθμίες, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, μυοκαρδιοπάθειες), αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ισχαιμικής αιτιολογίας, νοσήματα των πνευμόνων, νοσήματα του αίματος, νεοπλασματικά νοσήματα και λοιμώδη νοσήματα (Farmer et al., 2010; Γκαλέας κ.ά., 2009). Για το λόγο αυτό υπάρχει αυξημένη δημόσια ανησυχία για τις επιπτώσεις που έχουν αυτές οι περιβαλλοντικές αλλαγές αυτές στην υγεία του ανθρώπου (Farmer et al., 2010).

Με στόχο την αποφυγή της υποβάθμισης του περιβάλλοντος και την επίτευξη μιας ορθολογικής διαχείρισής του με επιμέρους στόχους την αποτροπή της ρύπανσής του, τη διατήρηση της οικολογικής ισορροπίας των φυσικών οικοσυστημάτων και τη βελτίωση ή αποκατάσταση του περιβάλλοντος, κρίνεται αναγκαία η λήψη απαραίτητων προληπτικών μέτρων και η καθιέρωση κατάλληλων στρατηγικών για την εκτέλεση των έργων αποκατάστασης ή προστασίας του (Δημητροπούλου-Θεοδώρου, 2008).

### **3.5.2. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες**

Οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες αποτελούν το κέντρο ενδιαφέροντος για διάφορες μελέτες σχετικά με την ποιότητα ζωής, με δεδομένο ότι αναδεικνύουν την ικανότητα του ατόμου να βελτιώνει την ποιότητα ζωής του. Μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών δεικτών, οι σημαντικότεροι είναι το εισόδημα, η στέγαση, η απασχόληση και η κατανάλωση (Liargovas & Fotopoulos, 2008).

Από αυτά, το εισόδημα αποτελεί σημαντικό παράγοντα ποιότητας ζωής, διότι επηρεάζει την προσωπική οικονομική κατάσταση. Στις μελέτες χρησιμοποιείται κατά κύριο λόγο το κατά κεφαλήν ΑΕΠ ως ποσοστό του μέσου όρου της χώρας, ως ο πιο

αντιπροσωπευτικό δείκτη εισοδήματος. Η στέγαση είναι επίσης μια άλλη σημαντική διάσταση της ποιότητας ζωής, η οποία συνήθως αποτιμάται με τη χρήση τριών δεικτών με βάση τον αριθμό των νέων κατοικιών ανά 1.000 κατοίκους, τον αριθμό των νέων δωματίων ανά 1.000 κατοίκους και τον όγκο σε χιλιάδες κυβικά μέτρα των νέων κατοικιών ανά 1.000 κατοίκους. Η απασχόληση προσφέρει το απαραίτητο εισόδημα και υποστηρίζει τις κοινωνικές δράσεις των ατόμων. Επιπλέον, η απασχόληση υποστηρίζει τα δημόσια έσοδα μέσω των φόρων και των εισφορών, τα οποία είναι σημαντικά για την ανάπτυξη μιας περιοχής. Η ανεργία αντιπροσωπεύει επιδείνωση της ποιότητας ζωής, ενώ τα υψηλά ποσοστά της δείχνουν πιθανές συγκρούσεις μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων σε μια περιοχή. Οι άνεργοι αντιμετωπίζουν οικονομικές απώλειες, οι οποίες οδηγούν στη μείωση των κοινωνικών επαφών, επιφέρουν ενδοοικογενειακές συγκρούσεις και πολλές φορές προκαλούν ψυχικά και σωματικά προβλήματα υγείας. Για να ληφθούν υπόψη όλα τα παραπάνω αποτελέσματα σε μια περιοχή, χρησιμοποιείται το ποσοστό των ανέργων ως προς το συνολικό εργατικό δυναμικό. Για τον προσδιορισμό των εξόδων κατανάλωσης, χρησιμοποιούνται συνήθως ως δείκτες η κατανάλωση ηλεκτρικής ενέργειας ανά 1.000 κατοίκους και ο αριθμός των ιδιωτικών αυτοκινήτων ανά 1.000 κατοίκους.

Μία πλήρης περιγραφή της χρήσης κοινωνικοοικονομικών δεικτών παρέχεται από τους Hope and Parker (1990; 1995), Hope et al. (1991; 1992), Giannias (1996; 1997; 1998), Giannias et al. (1999), Giannias & Liargovas (1998), Roback (1982; 1988), Blomquist et al. (1988), Gyourko & Tracy (1991) και Royuela & Surinach (2005). Στον Πίνακα 3.6 παρέχονται συνοπτικά οι περισσότερο χρησιμοποιούμενοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες για την αποτίμηση της ποιότητας ζωής των ατόμων.

Πίνακας 3.6. Δείκτες Κοινωνικο-οικονομικών Παραγόντων που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής.  
 Πηγή: Liargovas & Fotopoulos (2008).

Κατηγορία	Δείκτης	Περιγραφή
Εισόδημα	<ul style="list-style-type: none"> <li>Κατά κεφαλή ΑΕΠ ως ποσοστό του Μέσου όρου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Συγκρίνει το ατομικό εισόδημα ως ποσοστό του Μέσου όρου (του κράτους, της περιοχής κ.λπ.)</li> </ul>
Στέγαση	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αριθμός των νέων κατοικιών</li> <li>Αριθμός των νέων δωματίων</li> <li>Όγκος νέων κατοικιών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Αριθμός των νέων κατοικιών ανά 1.000 κατοίκους</li> <li>Αριθμός των νέων δωματίων ανά 1.000 κατοίκους</li> <li>Όγκος σε χιλιάδες κυβικά μέτρα των νέων κατοικιών ανά 1.000 κατοίκους</li> </ul>
Ανεργία	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ποσοστό ανεργίας</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ποσοστό των ανέργων σε σχέση με το εργατικό δυναμικό (του κράτους, της περιοχής κ.λπ.)</li> </ul>
Κατανάλωση	<ul style="list-style-type: none"> <li>Κατανάλωση ηλεκτρικής ενέργειας</li> <li>Αριθμός των ιδιωτικών αυτοκινήτων</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Συνολική κατανάλωση ηλεκτρικής ενέργειας ανά 1.000 κατοίκους</li> <li>Συνολικός αριθμός των ιδιωτικών αυτοκινήτων ανά 1.000 κατοίκους</li> </ul>

Ειδικότερα για το εισόδημα, χώρες όπως η Ιαπωνία και η Σουηδία, έχουν τους καλύτερους δείκτες υγείας, με δεδομένο ότι τα κράτη αυτά έχουν μία εύρωστη οικονομία με σχεδόν πλήρη απασχόληση. Ωστόσο, μόνο το εισόδημα φαίνεται ότι δεν αρκεί για να επιβεβαιώσει την ύπαρξη ποιότητας ζωής και υγείας. Ανάμεσα στις ανεπτυγμένες χώρες, η Ελλάδα, η Ισλανδία και η Ιταλία είχαν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από άλλες πλουσιότερες χώρες, όπως είναι οι ΗΠΑ και η Γερμανία. Για την περίπτωση της Ελλάδας, η οποία, έχει μικρότερο ΑΕΠ από άλλες αναπτυγμένες χώρες, ενώ οι κάτοικοί της έχουν πολύ καλύτερους δείκτες υγείας, δίδονται κατά καιρούς διάφορες ερμηνείες που σχετίζονται με τη μεσογειακή διατροφή, το κλίμα, τη ζωή στην ύπαιθρο, κ.λπ. (Τούντας, 2007).

Ωστόσο, ενώ οι δείκτες υγείας φαίνεται να μην παρουσιάζουν ισχυρή συσχέτιση με το ΑΕΠ των πλούσιων χωρών, συσχετίζονται σημαντικά με οικονομικές ανισότητες που υφίστανται στον πληθυσμό της ίδιας χώρας. Έτσι, σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπως η Γαλλία και η Ελλάδα, οι οποίες περιόρισαν το ποσοστό του πληθυσμού που διαβιούσε σε συνθήκες σχετικής φτώχειας, παρουσιάστηκε μεγαλύτερη αύξηση του προσδόκιμου ζωής απ' ό,τι σε χώρες, όπου η σχετική φτώχεια αυξήθηκε. Τόσο στις ΗΠΑ όσο και στο Ηνωμένο Βασίλειο, όταν διευρύνθηκαν οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες λόγω της νεοφιλελεύθερης πολιτικής των κυβερνήσεων Ρήγκαν και Θάτσερ κατά τη δεκαετία του 1980 αντίστοιχα, παρατηρήθηκε σημαντική επιβράδυνση στον ρυθμό αύξησης του προσδόκιμου ζωής (Τούντας 2007).

Με δεδομένο ότι για τη συσχέτιση οικονομικών ανισοτήτων και υγείας στην ίδια χώρα μελετάται η σχετική κατανομή του εισοδήματος στο σύνολο του πληθυσμού, χρησιμοποιούνται διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες, όπως είναι ο δείκτης Gini, όπου στις μηδενικές τιμές του όλοι έχουν το ίδιο εισόδημα, ενώ στις ανώτερες τιμές του όλο το εισόδημα αποκτάται από ένα μεμονωμένο άτομο. Έτσι, παλαιότερα, χώρες όπως η Σουηδία, η Ολλανδία και η Νορβηγία, οι οποίες παρουσίαζαν τις μικρότερες τιμές του δείκτη Gini, είχαν πολύ μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από χώρες με μεγάλο δείκτη Gini, όπως η Γερμανία, οι ΗΠΑ, η Γαλλία. Τα τελευταία 30 χρόνια και ειδικότερα στα τέλη της δεκαετίας του 1990, η Ιαπωνία παρουσιάζει το μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης στον κόσμο, γεγονός το οποίο σχετίζεται με τη διαπίστωση ότι η χώρα έχει περιορισμένες οικονομικοκοινωνικές ανισότητες. Ωστόσο, το ακριβές μέγεθος της θετικής αυτής επίδρασης δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί.

### **3.6. Έννοια Υποκειμενικής Υγείας**

Ο όρος Υποκειμενική Υγεία ή Υγεία επινοήθηκε για να περιγράψει μια πολυδιάστατη δομή, που καλύπτει τα σωματικά, συναισθηματικά, νοητικά, κοινωνικά και συμπεριφορικά συστατικά της ευημερίας (Ravens-Sieberer et al., 2009).

Ο δείκτης της Υποκειμενικής Υγείας φανερώνει το πώς κάποιος αντιλαμβάνεται και αξιολογεί την γενικότερη ποιότητα ζωής του σύμφωνα με τα δικά του δεδομένα. Ο καθένας μας αξιολογεί τη γενικότερη υγεία και ποιότητα ζωής του σύμφωνα με αντικειμενικούς παράγοντες, όπως το εισόδημα, η οικονομική του κατάσταση, το κοινωνικό του περιβάλλον, τη σωματική του κατάσταση, τις προσωπικές αντιλήψεις και εμπειρίες. Οι συνθήκες διαβίωσης της εκάστοτε χώρας, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η ποιότητα της κοινωνίας, στην οποία διαμένει το κάθε άτομο, καθορίζουν την άποψη που έχει ο καθένας για την γενικότερη υγεία και ποιότητα της ζωής του.

### **3.7. Μέτρησης της Ποιότητας Ζωής**

Το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη και τη χρήση εργαλείων αποτίμησης της ποιότητας ζωής έχει αρχίσει να απασχολεί τους ερευνητές τα τελευταία χρόνια. Στη δεκαετία του 1970 εμφανίστηκαν τα πρώτα ερωτηματολόγια για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και αποσκοπούσαν στην προσέγγιση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος με πολυδιάστατο τρόπο, συμπεριλαμβάνοντας μετρήσεις της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας. Στην ιατρική βιβλιογραφία, από το 1970 και μετά, έχει παρατηρηθεί ένας σταθερά αυξανόμενος αριθμός ερευνών, οι οποίες περιλαμβάνουν την έννοια της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία του ατόμου. Σήμερα, οι περισσότερες μελέτες για τα αποτελέσματα κλινικών παρεμβάσεων

περιλαμβάνουν κάποια μορφή μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος, 2007).

Οι κυριότεροι λόγοι που επιβάλλουν την αποτίμηση της υγείας ενός πληθυσμού (Δημητρόπουλος κ.ά., 2008) είναι:

- **επιδημιολογικοί** για την παρακολούθηση της φυσικής πορείας και εξέλιξης των νόσων,
- **ιατρικοί – δεοντολογικοί** για την αποτίμηση της διαχείρισης των νόσων και της αποτελεσματικότητας των εφαρμοζόμενων θεραπειών,
- **οικονομικοί** για την εκτίμηση και αξιολόγηση των αναγκών σε πόρους, την ορθολογική τους διάθεση και τον σχεδιασμό υγειονομικών παρεμβάσεων,
- **ερευνητικοί** για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας παλαιών ή νέων θεραπειών και
- **ακαδημαϊκοί** για την καταξίωση στο συγκεκριμένο πεδίο έρευνας των επαγγελματιών υγείας που ασχολούνται με την Ποιότητα Ζωής

Η μέτρηση της υγείας και οι υγειονομικές εκτιμήσεις για πληθυσμούς γίνονταν για πολλές δεκαετίες, μέσω δεικτών και βάσει του βιοϊατρικού προτύπου. Οι δείκτες αυτοί μετρούσαν συνήθως τις αρνητικές πλευρές της φυσικής κατάστασης και απαιτούσαν ηλικιακή διαστρωμάτωση ή εφαρμογή της μεθόδου προτύπωσης προκειμένου να συγκριθούν (Ιωαννίδη κ.ά. 1999):

#### **Δείκτες θνησιμότητας**

Αναφέρονται σε αναλογίες αποθανόντων από κάποια αιτία ή ανεξαρτήτως αιτίας, σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο, σε σχέση με κάποια μονάδα μεγέθους του πληθυσμού (π.χ. σε 1.000 άτομα). Περιλαμβάνουν τον μέσο όρο ζωής, την περιγεννητική

και νεογνική θνησιμότητα, τους δείκτες θνησιμότητας ανά ασθένεια ή κατηγορία ασθενών και το προσδόκιμο επιβίωσης.

### **Δείκτες θνητότητας**

Αναφέρονται σε ποσοστά αποθανόντων σε σχέση με τον πληθυσμό που πάσχει από κάποιο συγκεκριμένο νόσημα.

### **Νοσοκομειακοί δείκτες**

Πρόκειται για δείκτες διάθεσης και χρήσης υγειονομικών πόρων, που προκύπτουν από την καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (ετήσιες εισαγωγές ασθενών, αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων, ημέρες νοσηλείας κ.ά.).

### **Δείκτες νοσηρότητας**

Διακρίνονται στους δείκτες επιπολασμού (εκφράζουν τη συχνότητα εμφάνισης μιας νόσου σε μια ορισμένη χρονική στιγμή και είναι κατάλληλοι κυρίως για την καταγραφή και παρακολούθηση των χρόνιων παθήσεων) και επίπτωσης (αναφέρονται στην επέλευση μίας νόσου, δηλαδή τη συχνότητα εμφάνισης νέων περιστατικών μίας πάθησης σε μια ορισμένη χρονική περίοδο και είναι κατάλληλοι κυρίως για την εκτίμηση των αναγκών και την αντιμετώπιση λοιμωδών νοσημάτων βραχείας διάρκειας).

Οι κλασικοί δείκτες μπορεί να καταγράψουν τις επιπτώσεις και τη διάρκεια των ασθενειών στην κοινωνία, αλλά δεν αποδίδουν τον πραγματικό αντίκτυπο που έχουν στη ζωή των ασθενών τα νοσήματα και οι επιπλοκές τους, επειδή βασίζονται σε απολογιστικά στοιχεία των υγειονομικών μονάδων. Οι κλασικοί δείκτες δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της οπτικής γωνίας του ασθενούς, ούτε μπορούν να δώσουν αξιοποιήσιμα στοιχεία για την εκτίμηση των κοινωνικών αποτελεσμάτων μιας νόσου ή της θεραπευτικής της αγωγής.



Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτιμάται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων. Αυτά τα ερωτηματολόγια βασίζονται σε ένα κοινό θεωρητικό υπόβαθρο, σύμφωνα με το οποίο η μέτρηση της βιολογικής λειτουργικότητας είναι βασικός, αλλά όχι επαρκής δείκτης αξιολόγησης της υγείας. Εκτός όμως, από τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας των οργανικών συστημάτων, που αντιπροσωπεύει το παραδοσιακό βιοϊατρικό πρότυπο για την υγεία, κρίνεται σημαντική και η ανάγκη αξιολόγησης της γενικής ευεξίας και της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του (Υφαντόπουλος, 2007).

Ανάλογα με τη στρατηγική και τους στόχους της μέτρησης της Ποιότητας Ζωής χρησιμοποιείται κάποιο από το υφιστάμενα συστήματα ή «εργαλεία» μέτρησης που είναι διαθέσιμα στη διεθνή βιβλιογραφία. Οι πιο συνηθισμένοι τρόποι συλλογής πληροφοριών είναι το αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο. Η σύνταξη των ερωτηματολογίων αυτών εστιάζει κατά περίπτωση είτε στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου (γενικά ερωτηματολόγια) είτε σε επιπτώσεις συγκεκριμένων παραμέτρων στην Ποιότητα Ζωής (ειδικά ερωτηματολόγια). Τα ερωτηματολόγια αυτά βασίζονται σε κλινικές πρακτικές, σε ψυχομετρικές μεθόδους, σε μεθόδους εκτίμησης της χρησιμότητας που προέρχεται από την οικονομική επιστήμη και τη θεωρία των αποφάσεων, ή σε συνδυασμό αυτών των τεχνικών. Το κάθε ένα από τα ερωτηματολόγια αυτά μετράει σε κάποιο βαθμό το σύνολο ή τις επιμέρους διαστάσεις της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Τα πιο γνωστά ερωτηματολόγια είναι τα παρακάτω (Torrance, 1976; Kind, 2001; Kind et al., 1998; Δημητρόπουλος και συν., 2008):

- **Medical Outcomes Study - Short Form 36 (SF-36):** Ένα από τα κυριότερα όργανα μέτρησης της Ποιότητας Ζωής είναι το ερωτηματολόγιο SF-36 για το οποίο γίνεται αναφορά σε επόμενες σελίδες.
- **EuroQol (EQ-5D):** Μελετά τη φυσική, την κοινωνική και τη συναισθηματική – ψυχική διάσταση μέσα από πέντε τομείς (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, εκτέλεση συνήθων δραστηριοτήτων, πόνος - δυσφορία και άγχος – κατάθλιψη), οι οποίοι διαβαθμίζονται σε τρία επίπεδα (κανένα, μερικό και σημαντικό πρόβλημα).
- **EuroQol (EQ-15D):** Προσομοιάζει με τη φιλοσοφία του (EQ-5D), με τη διαφορά ότι αναφέρεται σε 15 διαστάσεις της ΠΖ (κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, εξάντληση, ζωτικότητα και σεξουαλική δραστηριότητα), που η κάθε μία αξιολογείται σε πέντε επίπεδα.
- **Nottingham Health Profile (NHP):** σκοπεύει στη σύντομη και περιεκτική περιγραφή των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών διαστάσεων της υγείας, μέσα από έξι διαστάσεις (ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματική αντίδραση, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και φυσική κινητικότητα) και επτά πεδία επιδόσεων που επηρεάζονται από την υγεία (φροντίδα οικίας, εργασία, κοινωνική, οικιακή και σεξουαλική ζωή, ενδιαφέροντα και αναψυχή).
- **Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire - GHQ):** Επιδεικνύει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ενδιαφέρεται κυρίως για τη σωματική και ψυχική υγεία, χωρίς να προσεγγίζει ιδιαίτερα άλλες διαστάσεις της ΠΖ.
- **Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας (Sickness Impact Profile - SIP):** Με 136 ερωτήσεις μελετώνται η σωματική και η ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα.

- **Δείκτης Ωφελιμότητας Υγείας (Health Utility Index - HUI):** Μετρά τη συνολική κατάσταση υγείας και τη ΣΥΠΖ ατόμων, πληθυσμών, αλλά και κλινικών ομάδων.
- **Γενικός Δείκτης Κατάταξης Υγείας (General Health Rating Index - GHRI).**
- **Medical Outcomes Study – Short Form 12 (SF-12):** Σκοπός του ερωτηματολογίου ήταν να χρησιμοποιηθεί σε πιο εκτεταμένες μελέτες, όταν το ενδιαφέρον επικεντρώνεται μόνο στις δύο συνοπτικές κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας. Το ερωτηματολόγιο SF-12 υπολογίζει 4 διαστάσεις με δυο στοιχεία (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) και 4 με ένα στοιχείο (σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα και κοινωνική λειτουργικότητα). Τα 12 αυτά στοιχεία χρησιμοποιούνται στον υπολογισμό της σωματικής και ψυχολογικής συνιστώσας της υγείας, μέσω ενός αλγόριθμου που προέκυψε εμπειρικά από τα γενικά πληθυσμιακά δεδομένα των ΗΠΑ. Το SF-12 χρησιμοποιείται ευρέως στη μελέτη της κατάστασης υγείας του γενικού πληθυσμού, αλλά και των νοσολογικών ομάδων. Είναι ένα ερωτηματολόγιο με αποδεδειγμένη αξιοπιστία και εγκυρότητα.
- **Κλίμακα Ποιότητας Ευεξίας (Quality of Well-Being Scale) 50:** Ερευνά συμπτώματα και τρεις διαστάσεις της ευεξίας: την κινητικότητα, τη φυσική και την κοινωνική δραστηριότητα. Συνοψίζει σε έναν δείκτη το σύνολο των συμπτωμάτων και το βαθμό ανικανότητας του ατόμου, που χρησιμοποιείται είτε ως δείκτης αποτελέσματος είτε ως μέτρο εκτίμησης της παρούσας ή και της μελλοντικής ανάγκης για φροντίδα.

- **Κλίμακα Πνευματικής Ευεξίας (The Spiritual Well-being Scale):** Ερευνά την ατομική, θρησκευτική και υπαρξιακή πνευματική ευεξία, μέσα από 22 στοιχεία. Χρησιμοποιείται για τη μελέτη κλινικών περιστατικών, αλλά και της γενικής υγείας.
- **Κλίμακα Γενικής Ευεξίας (General Well-Being Scale):** Περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις, οι απαντήσεις των οποίων βαθμολογούνται ανάλογα με τη σοβαρότητα. Μελετά τη γενική υγεία και τη διακρίνει σε επτά κατηγορίες. Αποτελεί έναν πολύ αδρό δείκτη μέτρησης της Ποιότητας Ζωής.
- **Ποιοτικά Προσαρμοσμένα Έτη Ζωής (Quality Adjusted Life Years – QALYs):** Αποτελούν δείκτη μέτρησης της Ποιότητας Ζωής και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο ανάλυσης κόστους – χρησιμότητας για την κοινωνικοοικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής.
- **Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (Karnofski Index):** Επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας, βασιζόμενος σε μία ποσοστιαία κλίμακα από το 0-100, με 10 επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας και ικανότητας. Η Ποιότητα Ζωής θεωρείται ανάλογη της ποσοστιαίας βαθμολογίας. Το όργανο αυτό, παρά την εκτεταμένη χρήση του, αποφέρει μια πολύ αδρή εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής.
- **Δείκτης Λειτουργικότητας του WHO (The WHO Performance Status):** Αποτελείται από πέντε βαθμίδες σωματικής λειτουργίας και ικανότητας.
- **Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living).**

Η Ποιότητα Ζωής διαμορφώνεται από τη φυσική κατάσταση και τη σωματική υγεία των ατόμων, την ψυχική τους κατάσταση, το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζουν,

καθώς και από τις σχέσεις που αναπτύσσουν. Η υγεία αναγνωρίζεται, σύμφωνα με νεότερες θεωρίες, ως ο βασικός παράγοντας που προσδιορίζει την Ποιότητα Ζωής (Σαρρής κ.ά., 2001). Πολλοί άλλοι παράγοντες μπορούν να προσδώσουν ποιοτικά χαρακτηριστικά στη ζωή των ατόμων όπως είναι το κλίμα και οι γεωφυσικές συνθήκες τόπου διαμονής, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, το οικιστικό περιβάλλον, οι διατροφικές συνήθειες, ο τρόπος ζωής και οι έξεις, η γενικότερη κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών, ο βαθμός εμπιστοσύνης στις κοινωνικές σχέσεις, τα χαρακτηριστικά κοινωνικών σχέσεων, το επάγγελμα και το περιβάλλον εργασίας (stress, ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης, οι παραγωγικές διαδικασίες), ο αποκλεισμός εργασίας, το εισόδημα και ο τρόπος διανομής – διαχείρισης, οι σωματικές αναπηρίες ή τα χρόνια νοσήματα, η προσαρμοστικότητα σε νέες συνθήκες, το πολιτιστικό μόρφωμα, οι θρησκευτικές πεποιθήσεις και οι δοξασίες, η εκπαίδευση και η επιμόρφωση, το επίπεδο κοινωνικοοικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, το άγχος για την ασθένεια ή το θάνατο, η ποιότητα διαθέσιμης ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης (Θεοφίλου, 2010; Θεοδώρου κ.ά., 1997). Οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας του πληθυσμού είναι: το προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, η γενική θνησιμότητα, η πρόωμη θνησιμότητα, ο δείκτης γήρανσης του πληθυσμού και τα μεταναστευτικά ρεύματα.

Στο επόμενο κεφάλαιο θα ακολουθήσει λεπτομερής περιγραφή των δεικτών υγείας και των καθοριστικών παραγόντων της υγείας στους ηλικιωμένους.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΑΘΟΡΙΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

### 4.1. Δείκτες που Επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας

Οι δείκτες υγείας συνιστούν τα σύνολα δεδομένων (πίνακες, γραφικές παραστάσεις, χάρτες) που αφορούν στην κατάσταση της υγείας, τους καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη των χωρών. Αυτοί επιτρέπουν την παρακολούθηση και τη σύγκριση, και συνιστούν τη βάση για τη χάραξη πολιτικής (ECHI, 2013).

Οι δείκτες αυτοί κατηγοριοποιούνται σε **θετικούς, αρνητικούς και οικονομικο-διοικητικούς** δείκτες. Οι **θετικοί δείκτες** είναι αυτοί που παρουσιάζουν μία πιο ολοκληρωμένη εικόνα της υγείας του πληθυσμού και είναι:

- ο δείκτης προσδόκιμου επιβίωσης (μέσος χρόνος ζωής του πληθυσμού),
- ο δείκτης γεννητικότητας (μέσο ποσοστό των γεννήσεων στον πληθυσμό) και
- ο δείκτης γονιμότητας (μέσος αριθμός παιδιών ανά γυναίκα).

Αντιθέτως, οι **αρνητικοί δείκτες** συνιστούν ένα μέτρο υπολογισμού του επιπέδου υγείας του πληθυσμού και είναι δείκτες εμφάνισης συχνότητας νοσημάτων και άλλων παθολογικών καταστάσεων. Αυτοί είναι:

- ο δείκτης νοσηρότητας (ποσοστό των νοσούντων από μία συγκεκριμένη ασθένεια σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στον πληθυσμό),
- ο δείκτης θνησιμότητας (αριθμός θανάτων από ένα συγκεκριμένο νόσημα σε μία συγκεκριμένη περίοδο στο σύνολο του πληθυσμού),
- ο δείκτης θνησιμότητας (γενικός-αδρός δείκτης θνησιμότητας ή δείκτης θνησιμότητας ανά φύλο, ηλικία και αιτία θανάτου),

- ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας (αριθμός των θανάτων παιδιών ηλικίας μικρότερης του ενός έτους σ' ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στο σύνολο των γεννηθέντων παιδιών στο ίδιο χρονικό διάστημα) και
- ο δείκτης θνητότητας (πιθανότητα θανάτου από ένα νόσημα ατόμων που έχουν προσβληθεί από αυτό).

Οι **οικονομικο-διοικητικοί δείκτες** παρουσιάζουν την οικονομική και διοικητική κατάσταση που επικρατεί στο σύστημα υπηρεσιών υγείας μίας χώρας. Οι δείκτες αυτοί είναι:

- οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ (το ποσοστό του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος που δαπανάται στο χώρο της υγείας),
- οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, ο αριθμός ιατρών ανά 100.000 κατοίκους,
- ο αριθμός νοσηλευτών ανά 100.000 κατοίκους,
- ο αριθμός νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους,
- ο αριθμός εισαγωγών ή εξαγωγών σ' ένα νοσοκομείο,
- η μέση διάρκεια νοσηλείας,
- ο αριθμός επισκέψεων στα εξωτερικά ιατρεία,
- ο αριθμός εργαστηριακών εξετάσεων,
- το μέσο ποσοστό κάλυψης των κλινών,
- ο δείκτης πολυπλοκότητας και σοβαρότητας περιστατικών Roemer (Χλέτσος, 2012).

Πέραν των προαναφερθέντων δεικτών υγείας, υπάρχουν και **γενικοί δείκτες** που αφορούν στο σύνολο του πληθυσμού, και όχι μόνο στον πληθυσμό που εμφανίζει κάποιο σύμπτωμα, επιτρέποντας έτσι την αξιολόγηση και σύγκριση του γενικού επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Αυτοί οι δείκτες είναι:



- ισοδύναμα υγιή χρόνια ζωής (χρόνια ζωής σε κατάσταση τέλειας υγείας),
- ποιοτικά σταθμισμένα χρόνια ζωής (χρόνια ζωής ενός ατόμου σταθμισμένα με την ποιότητα ζωής που τους αποδίδει το άτομο),
- δυνητικά χαμένα χρόνια ζωής (συνολικά χρόνια ζωής που χάνονται από αιτίες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν, π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ),
- υγιές προσδόκιμο ζωής (χρόνια τα οποία ένας πληθυσμός μπορεί να ζήσει χωρίς σοβαρή ανικανότητα ή βλάβης και χρόνια ζωής σταθμισμένα για ανικανότητα (συνολικά χρόνια με καλή υγεία κατά κύριες αιτίες ανικανότητας) (Χλέτσος, 2012).

Το Έργο της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για τους Δείκτες Υγείας (European Community Health Indicators Project – ECHI) ξεκίνησε με το πρόγραμμα παρακολούθησης της υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης το χρονικό διάστημα 1997-2000, το οποίο περιελάμβανε πολλά έργα σχετικά με τη δημιουργία δεικτών για την υγεία με στόχο την αντιμετώπιση της δυσκολίας να ληφθεί μια εναρμονισμένη εικόνα των Ευρωπαίων συνθηκών υγείας. Ο μεγάλος κατάλογος των 500 δεικτών που προέκυψαν από τα έργα αυτά, συλλέχθηκαν στην πρώτη πρωτοβουλία της (Kilpeläinen et al., 2008). Μια πρώτη βελτίωση και εκσυγχρονισμός του καταλόγου αυτού έγινε από ένα δεύτερο σχέδιο της Ευρωπαϊκής Κοινότητας για την υγεία (ECHI). Οι δείκτες πρέπει να είναι ειδικά σχεδιασμένοι με σκοπό να εξυπηρετήσουν τις ανάγκες των χρηστών στον τομέα της Δημόσιας Υγείας και την υποστήριξη τεκμηριωμένων πολιτικών, τόσο σε επίπεδο ΕΕ όσο και σε επίπεδο κρατών-μελών. Το 2007, η εφαρμογή του συστήματος ECHI έγινε ένας από τους άμεσους στόχους της στρατηγικής της ΕΕ για την υγεία και η πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής για την Υγεία (ECHI) υποστηρίχθηκε από τη δημιουργία του έργου "M-monitoring" για παρακολούθηση. Το 2008 η νέα πρωτοβουλία

του έργου ECHIM χρηματοδοτήθηκε ως κοινή δράση με άμεση συμμετοχή των κρατών μελών που υποστηρίζουν την πρόταση. Ιδρύματα δημόσιας υγείας από πέντε κράτη-μέλη (Φινλανδία, Γερμανία, Ιταλία, Λιθουανία, Κάτω Χώρες) πήραν το προβάδισμα στη κοινή δράση με τη συμμετοχή 36 συνολικά χωρών μεταξύ των κρατών-μελών, της Ευρωπαϊκής Ζώνης Ελεύθερων Συναλλαγών και των υποψήφιων χωρών, από τις οποίες οι 14 είναι μέρος της λεγόμενης βασικής ομάδας των συμμετεχόντων (ECHI, 2013).

Οι πρώτοι 80 δείκτες καθορίστηκαν αρχικά το 2005 από την ECHIM και αργότερα επεκτάθηκαν σε 88 για την κάλυψη των αναγκών της νέας πολιτικής για την υγεία. Ο κατάλογος ECHI καλύπτει το σύνολο του τομέα της δημόσιας υγείας, ακολουθώντας σε γενικές γραμμές το γνωστό μοντέλο της Lalonde (1974), που κατατάσσει τους ευρωπαϊκούς δείκτες σε 5 τομείς (Πίνακας 4.1). Οι δείκτες έχουν ταξινομηθεί περαιτέρω ως εξής (ECHI, 2013):

1. Δείκτες **δημογραφικής και κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης**, όπως οι δείκτες του πληθυσμού, του ποσοστού γεννητικότητας, της συνολικής ανεργίας κλπ.
2. Επιδημιολογικοί δείκτες σχετικά με την **κατάσταση της υγείας** (θνησιμότητα και νοσηρότητα, βρεφική θνησιμότητα, HIV/AIDS, τραυματισμοί από τροχαία).
3. Δείκτες σχετικά με τους **καθοριστικούς παράγοντες για την υγεία** (αριθμός καπνιστών, κατανάλωση/διαθεσιμότητα φρούτων).
4. Δείκτες σχετικά με τις επιδόσεις των συστημάτων υγείας (εμβολιασμός παιδιών, νοσοκομειακές κλίνες, δαπάνες για την υγεία).
5. Δείκτες σχετικά με το βαθμό εφαρμογής των πολιτικών για την υγεία στα πλαίσια της προαγωγής της υγείας.

Πίνακας 4.1. Κατάταξη των Ευρωπαϊκών Δεικτών Υγείας σε Πέντε Τομείς.  
Πηγή: ECHI, 2013.

		Υπηρεσίες υγείας και φροντίδα υγείας		Γήρανση και πληθυσμός			Καθοριστικοί παράγοντες υγείας		Ασθένειες και Ψυχική Υγεία			HIAP	
ECHI Κεφάλαια	ECHI Δείκτες	Βιώσιμο σύστημα φροντίδας υγείας	Απόδοση συστήματος υγείας. Ποιότητα φροντίδας. Απόδοση φροντίδας. ασφάλεια ασθενούς	Φροντίδα υγείας (σχεδιασμός) πόροι και κόστος φροντίδας	Υγιής γήρανση Γηρασκων πληθυσμός	Μητρική υγεία	Παιδική υγεία	Ανισότητες υγείας (συμπερ. πρόσβασης σε φροντίδα)	Αποτρέψιμοι κίνδυνοι υγείας και τρόποι υγιούς συμπεριφοράς (συμπερ. νέων ενήλικών)	Μη μεταδοτικές ασθένειες Χρόνιες ασθένειες	(Αποτρέψιμο) φορτίο ασθενειών και απειλές υγείας. μεταδοτικές ασθένειες	Ψυχική υγεία	Υγεία σε όλες τις πολιτικές (HIAP) συμπεριλ. επαγγελματικής και περιβαλλοντικής υγείας
		Δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση	1. Πληθυσμός ανά φύλο/ηλικία	x		x	x						
2. Ρυθμός γεννήσεων	x					x							
3. Κατανομή ηλικίας μητρότητας			x			x	x	x					
4. Συνολικό ποσοστό γονιμότητας	x					x							
5. Πληθυσμιακή προβολή	x			x	x								
6. Πληθυσμός ανά επ. μόρφωσης								x					x
7. Πληθυσμός ανά επάγγελμα								x					x
8. Συνολική ανεργία								x					x
9. Πληθυσμός κάτω από το όριο φτώχειας και εισοδ. ανισότητας								x	x				x
	10. Προσδόκιμη ζωή	x						x			x		
	11. Παιδική θνησιμότητα		x			x	x	x					
	12. Περιγεννητική θνησιμότητα		x			x	x	x					
	13. Θνησιμότητα ειδικών ασθενειών (Eurostat, 65 περιπτώσεις)		x						x	x	x	x	
	14. Θάνατοι από ναρκωτικά							x	x		x	x	
	15. Θάνατοι από κάπνισμα		x					x	x	x	x		
	16. Θάνατοι από αλκοόλ		x					x	x	x	x	x	
	17. Αύξηση θνησιμότητας από ακραίες θερμοκρασίες (προγενέστερα "κύμα καύσωνα")							x					x

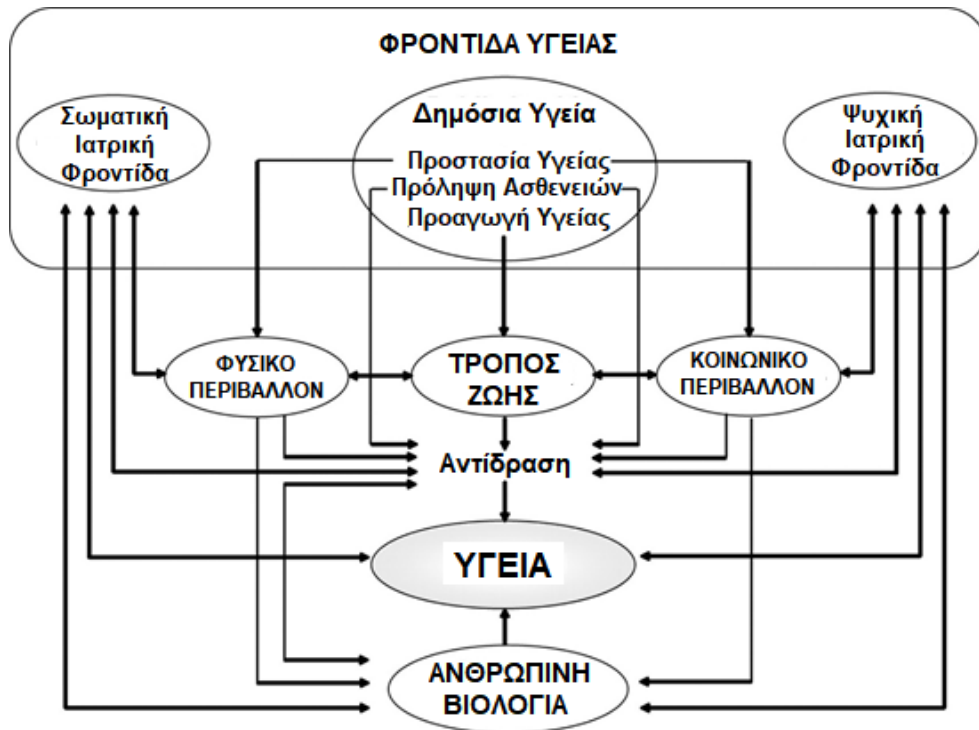
Κατάσταση Υγείας	18. Επιλεγμένες μεταδοτικές ασθένειες										X		
	19. HIV/AIDS						X	X			X		
	20. Περιπτώσεις καρκίνου	X	X	X	X					X	X		
	21. (A) Διαβήτης, δηλωμένη από τους ίδιους τους ασθενείς	X	X	X						X	X		
	21. (B) Διαβήτης, καταγραμμένος επίσημα												
	22. Άνοια/Alzheimer	X		X	X					X	X	X	
	23. (A) Κατάθλιψη, δηλωμένη από τους ίδιους τους ασθενείς			X						X	X	X	
	23. (B) Κατάθλιψη, καταγραμμένη επίσημα												
	24. AMI		X	X						X	X		
	25. Κτύπημα		X	X						X		X	
	26. (A) Άσθμα, δηλωμένο από τους ίδιους τους ασθενείς			X			X			X	X		X
	26. (B) Άσθμα, καταγραμμένο επίσημα												
	27. (A) COPD, δηλωμένο από τους ίδιους τους ασθενείς	X		X	X				X	X	X		
	27. (B) COPD, καταγραμμένο επίσημα												
	28. (Χαμηλό) βάρος γέννησης		X			X	X				X		
	29. (A) τραύματα: μη εργασιακά δηλωμένα από ασθενείς			X	X				X		X		
	29. (B) τραύματα: μη εργασιακά καταγραμμένα επίσημα												
	30. (A) τραύματα: οδών κυκλοφορίας δηλωμένα από ασθενείς			X					X		X		X
	30. (B) τραύματα: οδών κυκλοφορίας καταγραμμένα επίσημα												
	31. Τραύματα: χώρου εργασίας			X				X			X		X
	32. Απόπειρες αυτοκτονίας			X							X	X	
	33. Αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία			X	X			X			X	X	
	34. Αυτοδηλούμενη χρόνια νοσηρότητα			X	X			X			X	X	
	35. Όρια δραστηριότητας μακράς διάρκειας			X	X			X			X		
	36. Φυσικοί και αισθητηριακοί περιορισμοί λειτουργίας			X	X			X			X		

	37. Γενικός μυοσκελετικός πόνος												X		
	38. Ψυχολογική δυσφορία			X	X				X				X	X	
	39. Ψυχολογική ευδιαθεσία				X				X					X	
	40. Προσδόκιμο υγείας: Έτη Υγειούς Διαβίωσης (HLY)	X		X	X										
	41. Προσδόκιμο υγείας, λοιπά	X		X	X										
Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας	42. Δείκτης μάζας σώματος			X	X		X	X	X				X		
	43. Αρτηριακή πίεση			X	X				X	X			X		
	44. Κανονικοί καπνιστές			X			X	X	X				X		
	45. Έγκυες γυναίκες που καπνίζουν		X			X			X	X			X		
	46. Συνολική κατανάλωση αλκοόλ			X			X			X			X		
	47. Επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ			X			X		X	X			X		
	48. Χρήση παράν. ναρκωτικών						X		X	X			X	X	
	49. Κατανάλωση φρούτων								X	X			X		
	50. Κατανάλωση λαχανικών								X	X			X		
	51. Θηλασμός					X	X			X			X		
	52. Φυσική δραστηριότητα				X				X	X			X		
	53. Επαγγελματικοί κίνδυνοι υγείας								X	X			X		X
	54. Κοινωνική στήριξη				X				X	X			X	X	
	55. Έκθεση σε PM10 (αιωρούμενα σωματίδια)							X	X	X			X		X
		56. Κάλυψη με εμβόλια κατά την παιδική ηλικία		X				X	X					X	
57. Κάλυψη ηλικιωμένων με εμβόλια κατά της γρίπης			X		X								X		
58. Έλεγχος για καρκίνο μαστού			X	X	X							X	X		
59. Έλεγχος για καρκίνο αυχένα			X	X	X							X	X		
60. Έλεγχος για καρκίνο εντέρου			X	X	X							X	X		
61. Χρονοδιάγρ. για πρώτη προγεννητική επίσκεψη εγγύου			X	X		X	X	X					X		
62. Νοσοκομειακές κλίνες		X	X	X					X						
63. Εργαζόμενοι γιατροί		X	X	X					X						X
64. Εργαζόμενοι νοσηλευτές		X	X	X					X						X
65. Κινητικότητα επαγγελματιών		X		X					X						X

Παρεμβάσεις στον τομέα υγείας: Υπηρεσίες υγείας	66. Ιατρική τεχνολογία: μονάδες MRI και CT σαρωτές	x		x				x											
	67. Νοσοκομειακές εισαγωγές ασθενών, περιορ. διαγνώσεις		x	x															
	68. Νοσοκ. ημερ. εισαγωγές, περιορισμένες διαγνώσεις		x	x															
	69. Νοσοκομειακές ημερήσιες εισαγωγές ως ποσοστό του συνόλου (κανονικών και ημερήσιων εισαγωγών) επιλεγμένων διαγνώσεων	x	x	x															
	70. Μέση Διάρκεια διαμονής (ALOS), περιορ. διαγνώσεις	x	x	x															
	71. Απασχόληση ιατρών γενικής ιατρικής (GP)			x					x										
	72. Επιλεγμένες επισκέψεις εξωτερικών ασθενών			x					x										
	73. Χειρουργεία: PTCA, hip, καταράκτη		x	x					x										
	74. Χρήση φαρμάκων, επιλεγμένες ομάδες		x	x					x					x					
	75. Κινητικότητα ασθενών	x	x	x					x										
	76. Ασφαλιστική κάλυψη	x							x										
	77. Έξοδα υγείας	x	x	x															
	78. Ποσοστά επιβ. καρκινοπαθών		x						x										
	79. Περιπτώσεις 30 ημ. παραμ. σε νοσοκομείο - ατυχήματα		x						x										
	80. Ισότητα στην πρόσβαση σε υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας	x	x						x										x
	81. Χρόνος αναμονής για επιλεγμένα χειρουργεία		x	x					x										
	82. Φλεγμονές από χειρουργικές επεμβάσεις		x							x				x					
	83. Καθυστέρηση θερ. καρκίνου		x						x				x						
	84. Έλεγχος διαβητικών		x		x				x	x			x						
	Παρεμβάσεις στον τομέα υγείας: προώθηση υγείας	85. Πολιτικές για έκθεση σε ETS (Καπνός Τσιγάρου Περιβάλλοντος)													x				x
86. Πολιτικές για υγιεινή διατροφή								x	x	x				x					
87. Πολιτικές και πρακτικές για υγιεινό τρόπο ζωής								x	x	x				x					
88. Ολοκληρωμένα ρυθμιστικά προγράμματα για χώρους εργασίας, σχολεία, νοσοκομ.								x	x	x				x				x	

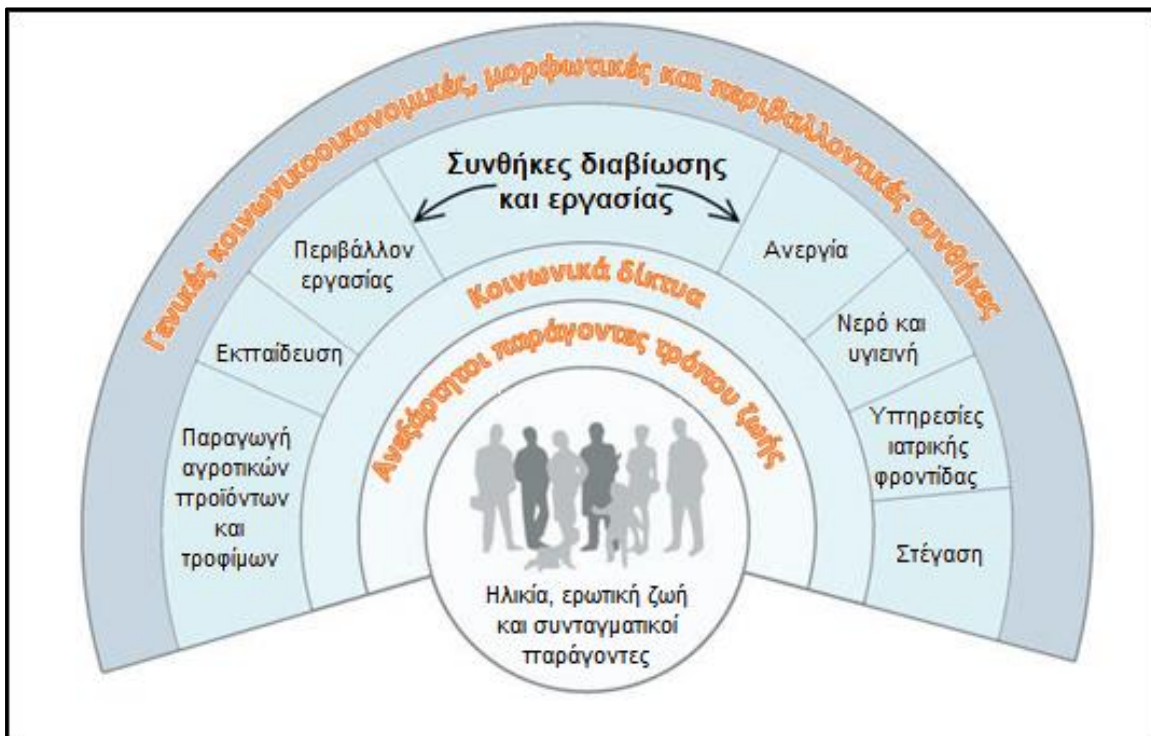
## 4.2. Καθοριστικοί Παράγοντες της Υγείας

Η κατανόηση των προσδιοριστικών παραγόντων της ανθρώπινης υγείας έχουν εξελιχθεί σημαντικά τα τελευταία 70 περίπου χρόνια, με αφετηρία το έτος 1947, όταν ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) όρισε την υγεία ως την πλήρη φυσική, ψυχική και κοινωνική ευημερία (WHO, 1948 - Πίνακας 4.1), η οποία πλαισιωνόταν από μια καινούργια ολιστική θεώρηση, η οποία είχε προκαλέσει έκπληξη σε ένα μεγάλο ποσοστό εργαζομένων στον κλάδο της ιατρικής και νοσηλευτικής (Peterson, 2011). Με την έκθεση Lalonde το έτος 1974 κατηγοριοποιήθηκαν οι παράγοντες που προσδιορίζουν την υγεία σύμφωνα με συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν ανάλογα με τον τρόπο ζωής και το περιβάλλον διαβίωσης και όχι απλά και μόνο με συσχετίσεις με την ανθρώπινη βιολογία και την οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης, όπως συνηθιζόταν μέχρι τότε (WHO, 2012 – Εικόνα 4.1).



Εικόνα 4.1. Διαστάσεις της Υγείας και της Ευημερίας.  
Πηγή: Lalonde, 1974.

Υπάρχουν πολλά και διαφορετικά μοντέλα που προσπαθούν να περιγράψουν τη σχέση μεταξύ των δεικτών και της υγείας. Το μοντέλο Dahlgren and Whitehead που χρησιμοποιείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας απεικονίζει τους δείκτες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας και ως εκ τούτου δημιουργούν ανισότητες, με τη μορφή «στρώσεων του ουράνιου τόξου». Οι μεταβολές των επιπέδων υγείας δεν συνιστούν τυχαίο γεγονός, αλλά απορρέουν από τις συστηματικές ανομοιότητες στην κατανομή των παραγόντων που τις επηρεάζουν (Dahlgren & Margaret, 2007). Στην Εικόνα 4.2 φαίνεται ένα ισχυρό μοντέλο των καθοριστικών παραγόντων της υγείας που δείχνει πώς οι διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την υγεία.



Εικόνα 4.2. Το Μοντέλο Καθοριστικών Παραγόντων της υγείας.  
Πηγή: Dahlgren & Whitehead, 1991.

Οι **συνθήκες διαβίωσης και εργασίας** ασκούν επίδραση στην υγεία διαμέσου άμεσων ή έμμεσων φυσικών και ψυχολογικών μηχανισμών. Ορισμένοι παράγοντες μπορεί να έχουν μακροχρόνια επίδραση στους ανθρώπους, όπως για παράδειγμα όταν



ένα άτομα που μεγαλώνει κάτω από φτωχές συνθήκες κατά τη διάρκεια της παιδικής του ηλικίας έχει αντίκτυπο και στη μεταγενέστερη κατάσταση της υγείας του. Η έκθεση ενός ατόμου σε παράγοντες που επιδρούν και επηρεάζουν την υγεία του διαφέρει ανάλογα με τις συνθήκες διαβίωσης του καθώς και την επαγγελματική του κατάσταση. Σχετικά με τη στέγαση, υπάρχουν άνθρωποι που δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε αγαθά και υπηρεσίες και κατά συνέπεια διαβιούν σε συνθήκες όπου δεν υπάρχει διαθέσιμο καθαρό νερό, υγιεινές συνθήκες διαβίωσης, οικονομικά διαθέσιμη ενέργεια, κεντρική θέρμανση και μόνωση. Τα επαγγέλματα που ανήκουν στα βαρέα και ανθυγιεινά μπορεί επίσης να επηρεάζουν αρνητικά την υγεία, όπως επίσης και τα χαμηλά επίπεδα ελέγχου της εργασίας, η μη αναγνώριση και επιβράβευση των προσπαθειών, καθώς και η έκθεση σε διάφορους μολυσματικούς παράγοντες στο χώρο εργασίας. Αντιθέτως, η ολοκληρωμένη και αποτελεσματική διαχείρισης, οι κατάλληλες εργασιακές συνθήκες και η έντονη κοινωνικοποίηση στο χώρο εργασίας συνιστούν θετικά στοιχεία που επιδρούν θετικά στην υγεία (Dahlgren & Margaret, 1991, 2007)

**Συμπεριφορές που συνδέονται με την υγεία**, όπως η διαίτα, τα επίπεδα φυσικής άσκησης, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η σεξουαλική συμπεριφορά επηρεάζονται από **κοινωνικο-οικονομικούς και πολιτιστικούς παράγοντες** (Roberts et al., 2013). Αυτό δύναται να δικαιολογήσει σε ένα ποσοστό τις διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται στην ποιότητα της υγείας μεταξύ κοινωνικών ομάδων, χωρών ή περιοχών. Στην πλειονότητά τους, οι πραγματοποιηθείσες μελέτες αποδεικνύουν ότι η ατομική συμπεριφορά είναι υπεύθυνη για το μεγαλύτερο ποσοστό των διαφοροποιήσεων στην υγεία των ανθρώπων. Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των χωρών και των κοινωνικοοικονομικών ομάδων όσον αφορά στην υγιεινή διατροφή, τον επιπολασμό του

καπνίσματος, την κατανάλωση αλκοόλ, τη σωματική άσκηση και των συνεπειών που προκαλούν αυτοί οι παράγοντες στην υγεία και την εμφάνιση των ανθρώπων (Pampel et al., 2010; Lantz et al., 2005; Lantz et al., 1998).

Οι **ψυχοκοινωνικοί παράγοντες** στους οποίους συγκαταλέγονται τα αρνητικά γεγονότα της ζωής, τα αισθήματα του αποκλεισμού και περιθωριοποίησης, της μειωμένης αυτοεκτίμησης και αυτονομίας, που χαρακτηρίζει κυρίως τα ηλικιωμένα άτομα, ο ελλιπής έλεγχος των γεγονότων της ζωής, καθώς και οι απαιτητικοί ρυθμοί της επαγγελματικής ζωής με τις επακόλουθες χαμηλές απολαβές δύναται να οδηγήσουν στην επιδείνωση της υγείας των ανθρώπων. Η ανεργία, επίσης, παράλληλα με τα παραπάνω αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει αρνητικά την υγεία και αλληλεπιδρώντας με τις οικονομικές δυσκολίες, την κακή διατροφή και τη σωματική υγεία μπορεί να επιδεινώσουν τα αισθήματα άγχους και κατάθλιψης προκαλώντας έτσι σοβαρά προβλήματα υγείας (Lynch et al., 1997; Myers et al., 2005).

Τέλος, η **κατάσταση της υγείας** επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από τα δημογραφικά, κοινωνικο-οικονομικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των ανθρώπων. Για παράδειγμα η κοινωνική υποστήριξη, η αμοιβαιότητα, η κοινωνική συνοχή και οι ευνοϊκές κοινωνικές σχέσεις μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της υγείας, δίνοντας στον άνθρωπο τις αναγκαίες συναισθηματικές πηγές. Αντιθέτως, η κοινωνική απομόνωση, ο αποκλεισμός και περιθωριοποίηση συσχετίζονται θετικά με την αύξηση των πρόωρων θανάτων και μείωση των πιθανοτήτων επιβίωσης ενός ατόμου μετά από κάποιο καρδιακό επεισόδιο. Το άτομο που βρίσκεται απομονωμένο τόσο συναισθηματικά όσο και κοινωνικά έχει έλλειψη ευεξίας, μεγάλα ποσοστά κατάθλιψης και υψηλότερα επίπεδα ανικανότητας λόγω χρόνιων παθήσεων. Τα υψηλά επίπεδα

κοινωνικής συνοχής σχετίζονται με χαμηλά ποσοστά στεφανιαίας νόσου και αντίστροφα (Huynenetal, 2005). Επιπλέον η κοινωνικο-οικονομική οικογενειακή κατάσταση μπορεί να έχει καθοριστικό ρόλο στο μορφωτικό επίπεδο, στις προοπτικές απασχόλησης, στο εισόδημα και την υγεία ενός ατόμου. Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι το υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σε νεαρή ηλικία μειώνει τον κίνδυνο εγκεφαλικών επεισοδίων και καρκίνου στομάχου στην ενήλικη ζωή (Osler et al., 2003; Galobardes et al., 2009). Επιπλέον, μέσα από μελέτες γίνεται φανερό ότι η κοινωνικο-οικονομική υστέρηση της μητέρας συσχετίζεται θετικά με τη γέννηση λιποβαρών και ως εκ τούτου επηρεάζεται η υγεία τους σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Το παραπάνω φαινόμενο παρουσιάζεται στην Αίγυπτο (Mansour et al., 2002), στη Λιθουανία (Dickute et al., 2004), στην Ινδία (Joshi & Subba, 2005; Anand & Garg, 2000), στη Σαουδική Αραβία (Madani et al., 1995) και στην Ταϊλάνδη (Tuntiseranee et al., 1999).

#### **4.2.1. Δημογραφικοί Παράγοντες που επηρεάζουν την Υγεία**

Οι δημογραφικοί δείκτες που επηρεάζουν πιο συχνά την υγεία είναι: η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα (Theodossiou, 1998), η οικογενειακή κατάσταση (π.χ. ελεύθερος, παντρεμένος, διαζευγμένος) (Smith & Kington, 1997), η επαγγελματική κατάσταση (Bosma et al., 1999), ο αριθμός των εξαρτώμενων παιδιών (Theodossiou, 1998), ο αριθμός και η υγεία των συγγενών τους (Smith & Kington, 1997), η περιοχή της κατοικίας με βάση την ευημερία της (Grundy & Holt, 2000) ή το επίπεδο της αστικοποίησης (Bosma et al., 1999; Blakely et al., 2002, Crossley & Kennedy, 2002, Metcalfe et al., 2003). Μια σειρά από εμπειρικές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 χρόνων και ένα μεγάλο μέρος εξ αυτών έχουν

πραγματοποιηθεί στην Ελλάδα (Tountas et al., 2011; Koletsi-Kounari et al., 2011; Petanidou et al., 2012)

#### **4.2.1.1. Ηλικία και Υγεία**

Είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης συνιστά παράγοντα μείωσης της οικονομίας αρκετών χωρών και αλλαγής των πολιτικών των επιχειρήσεων (Bloom et al., 2011). Η ηλικία των 40-45 ετών αποτελεί την πλέον συχνότερη ηλικία στην οποία το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων είναι επαγγελματικά ενεργό (Stoney & Roberts, 2003). Η δημογραφική γήρανση επηρεάζει, επίσης, το εργατικό δυναμικό με συνέπεια τη μείωση του ενεργού δυναμικού. Οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας θεωρούνται συχνά λιγότερο παραγωγικοί από τους νεότερους (Burtless, 2013). Παράλληλα, με τη μείωση του οικονομικά ενεργού πληθυσμού αυξάνεται και το ποσοστό των οικονομικά εξαρτημένων ατόμων με συνέπεια την αύξηση των δημόσιων μεταβιβαστικών πληρωμών προς αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες (Mathers et al., 2009).

Σύμφωνα με τον Fuchs (1998) τα δύο σημαντικότερα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι η μείωση των οικονομικών τους πόρων και η αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα με τις εκτιμήσεις του Fuchs, βρέθηκε ότι η κατά κεφαλή κατανάλωση υπηρεσιών υγείας από ηλικιωμένα άτομα (άνω των 65 ετών) θα αυξηθεί δραματικά έως το 2020 με συνέπεια τη σημαντική μείωση του διαθέσιμου εισοδήματος για άλλα αγαθά και υπηρεσίες. Επιπλέον, μέσα από τη μελέτη παρατηρείται σημαντική αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης στην ηλικία των 65 ετών, ενώ ο χρόνος εργασίας παραμένει στα ίδια επίπεδα με συνέπεια την αύξηση του χρόνου των αναμενόμενων ετών μη-εργασίας τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες.

Ο αυξανόμενος αριθμός και το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών, σε πολλές χώρες του κόσμου, παραλληλίζεται με αυξανόμενη ανησυχία για τις επιπτώσεις αυτής της τάσης στις δημόσιες δαπάνες και ιδιαίτερα στο κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας (Gray, 2005). Ο Wang (2009) εξετάζοντας τους καθοριστικούς παράγοντες των δαπανών για την υγεία, στις πολιτείες των ΗΠΑ διαπίστωσε ότι το ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 χρόνων, συνιστά έναν από τους τέσσερις βασικούς παράγοντες της αύξησης των κατά κεφαλήν δαπανών υγείας. Επιπλέον, η μελέτη των Magazzino & Mele (2012) κάνει φανερό ότι ο δείκτης γήρανσης επηρεάζει τις δαπάνες για την υγεία, όπου οι ηλικιωμένοι τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε σχέση με τον πληθυσμό σε ηλικία εργασίας.

Οι Mahal et al., 2002 αποδεικνύουν μέσα από μια βιβλιογραφική επισκόπηση ότι το μεγαλύτερο μέρος των μελετών υποστηρίζει ότι οι κατά κεφαλήν δαπάνες για παροχή υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερες για τους ηλικιωμένους, ηλικίας 65 ετών και άνω, σε σχέση με τους μη -ηλικιωμένους. Επιπλέον, γίνεται φανερό ότι ο ρυθμός αύξησης των σχετικών δαπανών είναι μεγαλύτερος για τα ηλικιωμένα μέλη του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών έναντι των αναπτυσσόμενων χωρών. Επιπλέον, μέσα από τη μελέτη παρουσιάζεται η σχέση μεταξύ του φαινομένου της γήρανσης και της αύξησης των κατά κεφαλήν δαπανών στους ηλικιωμένους, όπου η παρατηρούμενη γήρανση δεν ευθύνεται ή ευθύνεται δυσανάλογα για την αύξηση των δαπανών. Οι Mahal et al. (2002) δίνουν δύο εξηγήσεις: η πρώτη είναι ότι ανάμεσα στη σχέση της γήρανσης και των δαπανών υγείας μεσολαβούν πολλοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν τα επιμέρους αποτελέσματα. Για παράδειγμα, εάν η γήρανση αυξάνει τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, αλλά παράλληλα συνοδεύεται και από ευεργετικές επιδράσεις στην

υγεία ή στην ιατρική πρακτική, οι οποίες τείνουν να μειώσουν τις κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, τότε το καθαρό στατιστικό αποτέλεσμα θα είναι μηδέν. Η δεύτερη εξήγηση έγκειται στο γεγονός ότι οι οικονομετρικές προσεγγίσεις δεν δίνουν αξιόπιστα αποτελέσματα, εξαιτίας της ενδογενούς φύσεως της σχέσης μεταξύ γήρανσης και κατά κεφαλή δαπανών υγείας.

Το 1999 οι Polder et al. (2006) υπολόγισαν το κόστος παροχής υπηρεσιών υγείας σε άτομα κατά το τελευταίο έτος ζωής στην Ολλανδία. Βρέθηκε ότι το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης ανήλθε κατά μέσο όρο σε 1.100 ευρώ ανά άτομο, ενώ το κόστος για κάθε αποθανόντα ήταν 13,5 φορές υψηλότερο και κατά προσέγγιση 14.906 ευρώ κατά το τελευταίο έτος της ζωής. Οι περισσότερες δαπάνες σχετίζονται με τη νοσοκομειακή περίθαλψη (54%) και νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι (19%). Ανάμεσα στις κύριες αιτίες θανάτου, το κόστος ήταν το υψηλότερο για τον καρκίνο (19.000 ευρώ) και το χαμηλότερο για το έμφραγμα του μυοκαρδίου (8.068 ευρώ). Ακόμη, βρέθηκε ότι το κόστος μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας θανάτου (άνω των 70 ετών) εξαιτίας της μειωμένης παροχής νοσοκομειακής φροντίδας σε μεγαλύτερες ηλικίες θανάτου.

Η γήρανση του πληθυσμού, σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, προκαλεί ανησυχίες για τη βιωσιμότητα των σημερινών οικονομικών και κοινωνικών δομών. Μία από τις πλέον αποτελεσματικές πολιτικές για την αποφυγή της αύξησης του οικονομικού κόστους από το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης του πληθυσμού είναι η αύξηση της παραμονής των ηλικιωμένων στην εργασία (Cai & Kalb, 2005). Τα οικονομικά οφέλη που προκύπτουν από την πολιτική αυτή είναι μεγαλύτερα από τα οφέλη που προκύπτουν από τις πολιτικές που στοχεύουν στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Walker, 2004).

#### 4.2.1.2. Φύλο και Υγεία

Σύμφωνα με διάφορες μελέτες προκύπτει ότι τα δύο φύλα αντιλαμβάνονται σε διαφορετικό βαθμό την κατάσταση της υγείας τους. Οι άντρες (Bender & Theodossiou, 2003) έχουν υψηλότερα επίπεδα αυτό-εκτίμησης της υγείας τους σε σχέση με τις γυναίκες. Αντίστοιχα σε άλλη μελέτη διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της συναισθηματικής υγείας και της ανεργίας και βρέθηκε ότι οι άντρες έχουν μικρότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα κάποιας ψυχικής νόσου (Theodossiou, 1998).

Στη μελέτη των Duncan et al., (2002) φαίνεται ότι η υγεία των ανδρών και των γυναικών επηρεάζεται από διαφορετικούς παράγοντες της κοινωνικο-οικονομικής τους κατάστασης και σε διαφορετικό βαθμό. Οι άνδρες επηρεάζονται περισσότερο από την κατάσταση απασχόλησής τους, ενώ οι γυναίκες από δημογραφικούς κυρίως παράγοντες, όπως είναι η οικογενειακή τους κατάσταση. Ομοίως, σε άλλη μελέτη στην οποία διερευνήθηκαν οι προσδιοριστικοί παράγοντες των ανισοτήτων στη φυσική υγεία σε ένα δείγμα ατόμων 55-69 ετών, διαπιστώθηκε ότι οι άντρες επηρεάζονται περισσότερο από την επαγγελματική τους κατάσταση και τη περιοχή διαμονής τους όσον αφορά στην εμφάνιση προβλημάτων υγείας, ενώ οι γυναίκες φαίνεται να επηρεάζονται περισσότερο από παράγοντες που έχουν σχέση με την οικογένεια, καθώς και από βιολογικούς παράγοντες, όπως το ιστορικό γονιμότητας (Grundy & Holt, 2000).

Επιπλέον διαπιστώθηκε ότι τα ποσοστά θνησιμότητας των ανδρών επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα εισοδήματα και την επαγγελματική τους κατάσταση, ενώ αντιθέτως τα ποσοστά θνησιμότητας των γυναικών επηρεάζονται από κοινωνικούς παράγοντες, όπως η συχνότητα των κοινωνικών επαφών (Sacker et al., 2000, Van Rossum et al., 2000). Ένας άλλος παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά την

υγεία είναι η ανεργία η οποία όμως βρέθηκε να έχει θετική συσχέτιση μόνο στους άνδρες (Theodossiou, 1998, Metcalfe et al., 2003).

#### **4.2.1.3. Κοινωνικές Σχέσεις και Υγεία**

Μέσα από τις μελέτες των Robards et al. (2012) και Goldman et al. (1995) γίνεται φανερό ότι το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου και ο βαθμός κοινωνικοποίησης του, όπως για παράδειγμα η οικογενειακή του κατάσταση, η συχνότητα επαφών του με άτομα του στενού οικογενειακού και φιλικού κύκλου, καθώς και η συμμετοχή του στα κοινωνικά δρώμενα, επηρεάζουν θετικά και σε μεγάλο βαθμό την υγεία του διαμέσου των οδών που αφορούν στις κοινωνικές, περιβαλλοντικές και ψυχολογικές παραμέτρους οι οποίες επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά τη υγεία των ανθρώπων σε σχέση με το βαθμό της κοινωνικής τους ένταξης. Οι Goldman et al. (1995) διερεύνησαν τους παράγοντες που προσδιορίζουν τη θνησιμότητα δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην οικογενειακή κατάσταση του ατόμου. Κατέληξαν λοιπόν στο συμπέρασμα ότι οι δείκτες κοινωνικής ένταξης του ατόμου, όπως για παράδειγμα η συχνότητα των κοινωνικών επαφών, η παρουσία σε κοινωνικές εκδηλώσεις και η συντροφικότητα, επηρεάζουν θετικά στη μείωση της πιθανότητας θανάτου.

Οι Gardner & Oswald (2002) κλήθηκαν να διερευνήσουν εάν το εισόδημα ή ο έγγαμος βίος έχουν ισχυρότερο αντίκτυπο στο προσδόκιμο επιβίωσης. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η μακροζωία εξαρτάται από πλήθος κοινωνικοοικονομικών παραγόντων, ενώ ο έγγαμος βίος μπορεί να έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο στο προσδόκιμο επιβίωσης έναντι του εισοδήματος. Ομοίως και άλλες μελέτες στο πλαίσιο της δημογραφικής έρευνας κατέδειξαν ότι τα ποσοστά θνησιμότητας είναι μικρότερα και η ποιότητα υγείας μεγαλύτερη στους έγγαμους από ό, τι για τα άγαμα άτομα (Farr et al.,



1858; Hu & Goldman, 1990) και αυτό ισχύει ιδιαίτερα για τους άνδρες (Gove, 1973; Ben-Shlomo et al., 1993). Τα αποτελέσματα της έρευνας των Gardner & Oswald (2002) έδειξαν ότι ο έγγαμος βίος ασκεί ένα προστατευτικό ρόλο στην κατάσταση υγείας του εκάστοτε ατόμου εξαιτίας του αντι-αγχωτικού του ρόλου. Επιπλέον, ο έγγαμος βίος δύναται να αποτελέσει κίνητρο για τη δημιουργία κατάλληλων προϋποθέσεων, προκειμένου να υιοθετηθούν περισσότερο υγιεινοί τρόποι ζωής από άλλα άτομα, αλλά επίσης διευκολύνει και την παροχή ιατρικής φροντίδας σε περιόδους ασθένειας.

Οι Collins & Coltrane (1992) υποστηρίζουν ότι η οικογενειακή κατάσταση ενός ατόμου δύναται να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα προσδιορισμού της κατάστασης της υγείας και ιδιαίτερα εξαιτίας της στενής σχέσης της οικογενειακής κατάστασης με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του εκάστοτε ατόμου. Ομοίως οι Wickrama et al. (2006) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση των χωρισμένων γυναικών που μεγαλώνουν μόνες τους τα παιδιά τους και που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα με την πιθανότητα εμφάνισης νόσου.

Στο πλαίσιο των κοινωνικών αλλαγών σε μεγαλύτερες ηλικίες, η οικογενειακή κατάσταση και οι συνθήκες διαβίωσης είναι ζωτικής σημασίας σε σχέση με τις μετέπειτα μορφές παροχής άτυπης φροντίδας και την έκβαση της υγείας και της θνησιμότητας (Robards et al., 2012; Grundy, 2010; Moustgaard & Martikainen, 2009).

#### **4.2.2. Κοινωνικό-οικονομικοί Παράγοντες**

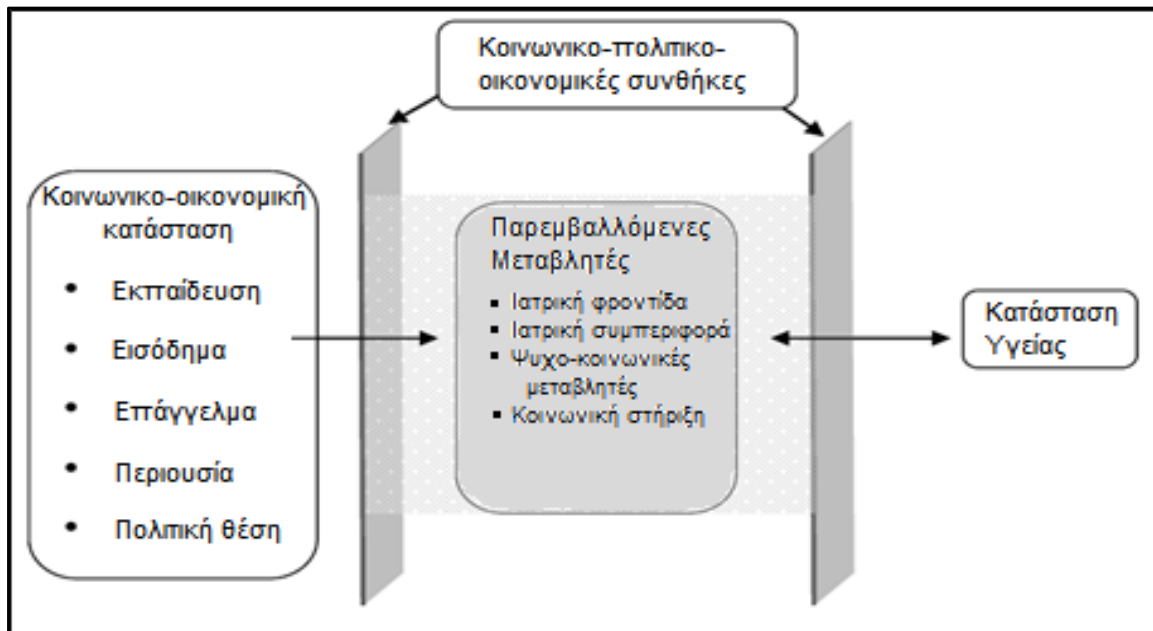
Υπάρχουν πολλές βιβλιογραφικές αναφορές που καταδεικνύουν την ισχυρή θετική συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης (SES) και της υγείας για πολλούς πληθυσμούς σε πολλούς κοινωνικούς τομείς (Adler & Ostrove, 1999; Feinstein 1993; Vondem Knesebecketal., 2006; Kitagawa & Hauser 1973; Marmot, et al.,

1997). Επιπλέον υπάρχει άφθονη βιβλιογραφική θεώρηση σχετικά με τους αιτιώδεις μηχανισμούς της σύνδεσης των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών διαστάσεων και της υγείας. Για παράδειγμα, η εκπαίδευση θεωρείται ότι προάγει την καλή υγεία, όχι μόνο με τη δημιουργία οικονομικών πόρων (εισόδημα και απασχόληση), αλλά και με την παροχή κοινωνικο-ψυχολογικών πόρων, δηλαδή υγιείς συμπεριφορές (Ross & Wu, 1995; Mirowsky & Ross, 1999), ικανότητα αντιμετώπισης άγχους (Lantz et al., 2005; Lin & Ensel, 1989), απόκτηση αισθήματος αυτοελέγχου (Mirowsky & Ross, 1998; Taylor & Seeman, 1999), και απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων με τις οποίες οι άνθρωποι είναι σε θέση να αυτο-διαχειρίζονται καλύτερα την ασθένεια και τη νόσο (Goldman & Smith, 2002).

Το εισόδημα έχει αποδειχθεί ότι προάγει την υγεία επηρεάζοντας τη διατροφή, την ποιότητα της στέγασης, την έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, το άγχος, και την πρόσβαση σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη (Cohen et al., 2003; Hayward et al., 1988; House et al., 1994; House, 2002; Lantz et al., 2005). Άτομα ή οικογένειες με χαμηλό εισόδημα είναι ιδιαίτερα ευάλωτες, διότι μπορεί να μην είναι σε θέση να έχουν καλή σωματική και ψυχική υγεία (Andrulis 1998), περιορισμό στην πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα (Darmon et al., 2002; Caraher et al., 1998), με συνέπεια να υποβάλλονται σε τοξικά περιβάλλοντα (Evans & Katrowitz, 2002) και ανθυγιεινές συνθήκες στέγασης που σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο ασθένειας (Rosenbaum, 2008). Επιπλέον έρευνες έχουν δείξει ότι το εισόδημα συνδέεται πιο έντονα με την εξέλιξη (και όχι έναρξη) της νόσου από ό,τι το επίπεδο μόρφωσης (Herd et al., 2007; Zimmer & House, 2003), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι οικονομικοί πόροι προάγουν την υγεία εν μέρει από την αύξηση της

ικανότητας του ατόμου να πληρώσει για ιατρική περίθαλψη και για μεταφορά του σε κατάλληλες μονάδες παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Σύμφωνα με πολλές μελέτες αναδεικνύονται οι αιτιολογικοί μηχανισμοί με τους οποίους η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση επηρεάζει την υγεία των ανθρώπων. Σύμφωνα με την Εικόνα 4.3 οι αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ της υγείας και της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης, σε κοινωνικο-πολιτικο-οικονομικές συνθήκες στο μέτρο που αυτές διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν τους μηχανισμούς, μέσω των οποίων η κοινωνικοοικονομική κατάσταση ενός ατόμου επηρεάζει την υγεία (Link & Phelan, 1995). Οι Link και Phelan (1995) υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την υγεία και ως εκ τούτου την εκδήλωση ασθενειών με ποικίλους μηχανισμούς.



Εικόνα 4.3. Κοινωνικο-οικονομικοί Παράγοντες και Υγεία.

Πηγή: Link & Phelan, 1995.

### 4.3. Κοινωνικο-οικονομικοί Δείκτες στην Υγεία των Ηλικιωμένων

Η σχέση μεταξύ κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και υγείας αποτελεί μια επαρκώς τεκμηριωμένη επιδημιολογική μελέτη. Μελέτες που διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες (Antonovsky, 1967; Kitagawa & Hauser, 1973; Palmore, 1982; Haan et al., 1987; Kaplan et al., 1987; Feldman et al., 1989; House et al., 1990; Makuc et al., 1990; Menchik, 1993; Pappas et al., 1993; Bucher & Ragland, 1995; Sorlie et al., 1995; Backlund et al., 1996; Smith et al., 1996; Smith et al., 1996; Elo & Preston, 1996; Kallan, 1997; Fried et al., 1998; Lantz et al., 1998), τον Καναδά (Wolfson et al., 1993; Hirdes & Forbes, 1992; Mustard et al., 1997), την Ευρώπη (Rose & Marmot, 1981; Marmot et al., 1984; Fox et al., 1985; Smith et al., 1990; Smith et al., 1991; Marmot & Shipley, 1996; Smith et al., 1998), την Ολλανδία (Duijkers et al., 1989), τη Σκανδιναβία (Salonen, 1982; Olausson, 1991; Martelin, 1994; Lynch et al., 1996), το Ισραήλ (Manor et al., 1999), τη Ρωσία (Shkolnikov et al., 1994), και τη Νέα Ζηλανδία (Pearce et al., 1983) επιβεβαιώνουν ότι τα κοινωνικο-οικονομικά μειονεκτούντα άτομα έχουν υψηλότερη θνησιμότητα από τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση, αυξημένο εισόδημα, ή καλή επαγγελματική κατάσταση.

Οι έρευνες λοιπόν στον τομέα της κοινωνικής επιδημιολογίας και της κοινωνιολογίας της υγείας έχουν δείξει επανειλημμένως ότι οι άνθρωποι που ανήκουν στις ομάδες χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και ζουν λιγότερο σε σχέση με τους ανθρώπους που ανήκουν στις ομάδες υψηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Mackenbach et al., 1997). Στα πλαίσια λοιπόν των εν λόγω διαφορών οι Huisman et al. (2004) διενήργησαν έρευνα σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω για να διερευνήσουν τη σχέση μεταξύ της κοινωνικο-οικονομικής τους

κατάστασης και της θνησιμότητας. Η έρευνα βασίστηκε σε δεδομένα από τα μητρώα θνησιμότητας των στοιχείων απογραφής του πληθυσμού 11 χωρών και των περιφερειών της Ευρώπης. Οι δείκτες της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης που μελετήθηκαν ήταν το μορφωτικό επίπεδο και η μόνιμη κατοικία. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι απόλυτες και σχετικές κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στη θνησιμότητα παραμένουν σε μεγαλύτερες ηλικίες μεταξύ των ανδρών και των γυναικών, και οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στη θνησιμότητα ήταν μεγαλύτερες μεταξύ των ηλικιωμένων και των μεσήλικων ανθρώπων σε ορισμένους πληθυσμούς, παρόλο που η σχετική ανισότητα με βάση την ηλικία παρουσίαζε διαφορές στους πληθυσμούς σύμφωνα με το φύλο. Επίσης, ήταν εμφανής η συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και της θνησιμότητας στην ηλικιακή ομάδα των 90+. Σύμφωνα λοιπόν με τα αποτελέσματα της έρευνας γίνεται φανερό ότι οι απόλυτες κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στη θνησιμότητα αυξάνονται με την ηλικία, ενώ οι σχετικές κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες στη θνησιμότητα μειώνονται σε σχέση με την ηλικία. Συνολικά, οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες σε σχέση με την κατοικία ήταν μικρότερες από αυτές με την εκπαίδευση στις δύο μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Οι συγγραφείς συμπεραίνουν ότι τέτοιες ανισότητες αποτελούν σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας στην Ευρώπη.

Το θέμα των κοινωνικο-οικονομικών ανισοτήτων στον τομέα της νοσηρότητας, καθώς και της θνησιμότητας, έχει προσελκύσει ένα μεγάλο αριθμό ερευνητών, αλλά συγκριτικά λίγες έχουν επικεντρωθεί σε ηλικιωμένους πληθυσμούς. Η μελέτη των Huisman et al. (2004) κάνει μια σημαντική συμβολή στη βιβλιογραφία σχετικά με τις ανισότητες και τη θνησιμότητα, και τονίζει τη σημασία της εξέτασης των ηλικιωμένων

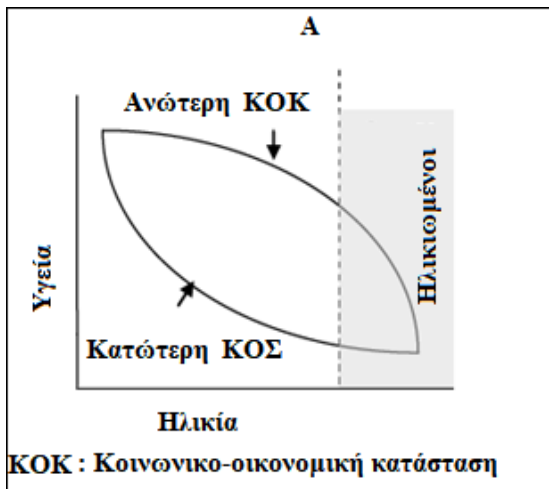
στην πολιτική και τις δράσεις για τη δημόσια υγεία. Πρόκειται για ένα θέμα αυξανόμενης σημασίας δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες και της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, και της κακής κατάστασης υγείας των ατόμων που πεθαίνουν σε ηλικία άνω των 60 ετών.

Στόχος της μελέτης των Grundy & Holt (2001) ήταν ο εντοπισμός των πιο συχνά χρησιμοποιούμενων δεικτών κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης (κοινωνική τάξη, μορφωτικό επίπεδο, εισόδημα, οικονομικοί πόροι των νοικοκυριών, δείκτες φτώχειας, κατοικία και κατοχή αυτοκινήτου). Πραγματοποιήθηκε συνέντευξη στο σπίτι σε 3.543 συμμετέχοντες ηλικίας 55-69 το χρονικό διάστημα 1988/9 και οι 2243 από αυτούς ερωτήθηκαν και πάλι το 1994. Όλοι οι δείκτες συσχετίστηκαν σε σημαντικό βαθμό με διαφορές στην αυτοαναφορά των ηλικιωμένων για την υγεία. Το καλύτερο ζεύγος μεταβλητών, σύμφωνα με τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν, ήταν το μορφωτικό επίπεδο ή η κοινωνική τάξη σε συνδυασμό με έναν δείκτη φτώχειας.

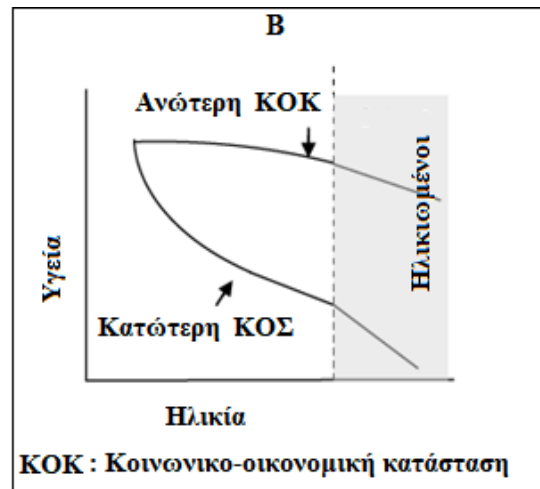
Σύμφωνα λοιπόν με πολυάριθμες μελέτες οι διαφορές στην υγεία από την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση είναι μικρότερες για τους νέους ενήλικες και αυξάνονται με την αύξηση της ηλικίας (House et al., 1990; 1994, Beckett, 2000). Η κύρια εξήγηση της ύπαρξης ανισοτήτων στην υγεία για τους ηλικιωμένους είναι οι μειώσεις των επιπέδων υγείας σε μεταγενέστερο στάδιο της ζωής τους, η οποία μπορεί να οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην κακή υγεία (House et al., 1994) όπως: (1) η έλλειψη κοινωνικών σχέσεων και κοινωνικής υποστήριξης, (2) αλλαγές στην ψυχολογική διάθεση των ηλικιωμένων όπως μείωση της αίσθησης της κυριαρχίας, της αισιοδοξίας, της αίσθησης του ελέγχου και της αυτοεκτίμησης ή αυξημένα επίπεδα του θυμού και εχθρότητας και (3) χρόνιο και οξύ άγχος στη ζωή και

την εργασία, συμπεριλαμβανομένων του άγχους της περιθωριοποίησης, του ταξισμού και άλλων φαινομένων που σχετίζονται με την κοινωνική κατανομή της εξουσίας και των πόρων (Lantz et al., 1998).

Μια άλλη εξήγηση των ανισοτήτων στην υγεία οφείλεται επίσης και στη φυσική φθορά του οργανισμού αυξανόμενου της ηλικίας (Hayflick, 1998), γεγονός που παίζει καθοριστικό ρόλο στον προσδιορισμό της τρίτης ηλικίας (House et al., 2005; Mirowsky & Ross 2008). Αυτή η εξήγηση δίνει την υπόθεση σύγκλισης (Εικόνα 4.4), ότι δηλαδή η γήρανση του πληθυσμού χρησιμεύει στη μείωση των ανισοτήτων υγείας. Μια σειρά από μελέτες θέτουν υπό αμφισβήτηση την παραπάνω υπόθεση, δείχνοντας ότι οι ανισότητες υγείας με βάση την κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνεχίζουν να διευρύνονται μεταξύ των ηλικιωμένων, δίνοντας έτσι την υπόθεση απόκλισης (Εικόνα 4.5).



Εικόνα 4.4. Υπόθεση Σύγκλισης Υγείας-Ηλικίας και Κοινωνικο-οικονομικής Κατάστασης.  
Πηγή: Lowry & Xie, 2009.



Εικόνα 4.5. Υπόθεση Απόκλισης Υγείας-Ηλικίας και Κοινωνικο-οικονομικής Κατάστασης.  
Πηγή: Lowry & Xie, 2009.

Η εκπαίδευση σχετίζεται με την αυξανόμενη απόκλιση ως προς την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων (Dupre, 2008; Mirowsky & Ross, 2008; Willson et al., 2007; Di Prete and Eirich 2006; O'Rand & Hamil-Luker, 2005; Mirowsky & Ross, 2005; Prus 2007, 2004; Ross and Wu, 1996).

Η μακροπρόθεσμη οικονομική δυσπραγία φαίνεται να έχει σωρευτικές επιπτώσεις στην υγεία των ανθρώπων σε μεγαλύτερες ηλικίες (McDonough & Berglund, 2003; Benzeval & Judge, 2001; Lynch et al., 1997).

#### **4.4. Δημογραφικοί, Κοινωνικοί και Οικονομικοί Προσδιοριστικοί Παράγοντες για Υγεία και Χρήση Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα**

##### **4.4.1. Ανάλυση του Τομέα της Υγείας με Χρήση Δεικτών**

##### **4.4.1.1. Οικονομική Κατάσταση – Ανεργία και Κίνδυνος Φτώχειας**

Η ελληνική οικονομία, έχοντας σημειώσει υψηλούς ρυθμούς ανάπτυξης έως το 2007, έδειξε σημεία ύφεσης το 2008, ως αποτέλεσμα της διεθνούς χρηματοπιστωτικής κρίσης, ενώ από το έτος 2009 ενώ ργότερα η ύφεση εντάθηκε σημαντικά λόγω υπαρκτών δημοσιονομικών ανισορροπιών. Για την έξοδο από την κρίση η χώρα στην εντάχθηκε σε τριμερή μηχανισμό οικονομικής στήριξης, αποτελούμενο από την ΕΕ, το ΔΝΤ και την ΕΚΤ. Ο δραστικός περιορισμός των δημοσίων δαπανών και η αυστηρή εισοδηματική πολιτική που ασκήθηκαν κατά τα τελευταία 5 έτη επηρέασαν αρνητικά την εξέλιξη του ΑΕΠ, όπως ήταν αναμενόμενο, με αποτέλεσμα το μέγεθός του να σημειώσει μείωση κατά 5,4% το 2010, κατά 8,9% το 2011, κατά 6,6% το 2012 και κατά 3,9% το 2013 (σταθερές τιμές έτους 2010). Κατά το 2014 η ελληνική οικονομία επέστρεψε σε θετικούς ρυθμούς ανάπτυξης της τάξης του 0,8%. Το δημόσιο έλλειμμα μειώθηκε από 15,3% το 2009 σε 11,1% το 2010, σε 10,2% το 2011 και σε 8,7% το 2012, αυξήθηκε σε 12,3% το 2013 αλλά μειώθηκε ξανά σημαντικά το 2014, φθάνοντας στο 3,5% του ΑΕΠ, ενώ κατά τα έτη 2013 και 2014 επετεύχθη πρωτογενές πλεόνασμα (Enterprise Greece, 2015; ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2015).



Παρότι τα χρήματα δεν οδηγούν στην ευτυχία, αποτελούν ωστόσο ένα σημαντικό μέσο για την επίτευξη υψηλότερων προτύπων διαβίωσης. Από το 2007 μειώθηκε το μέσο καθαρό προσαρμοσμένο διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών στην Ελλάδα, όπως και ο καθαρός χρηματοοικονομικός πλούτος των νοικοκυριών, ο οποίος βρίσκεται σε πολύ χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο του Οργανισμού Ευρωπαϊκής Οικονομικής Συνεργασίας (ΟΟΣΑ), το οποίο υπολογίστηκε σε 13.428 δολάρια ανά νοικοκυριό στην Ελλάδα, έναντι 40.516 δολαρίων του ΟΟΣΑ και παρατηρείται πτώση της αγοραστικής δύναμης των νοικοκυριών, αλλά και υποβάθμιση των άλλων μηχανισμών κοινωνικής προστασίας, τα οποία οδηγούν σε μείωση της χρήσης υγειονομικής περίθαλψης. Παράλληλα καταγράφεται και άνιση κατανομή εισοδήματος, η οποία εκφράζεται κυρίως, με τον δείκτη κατανομής εισοδήματος σε πεντημόρια (S80/S20) και τον δείκτη άνισης κατανομής εισοδήματος (συντελεστής Gini). Ο δείκτης S80/S20 το 2013 ανήλθε στο 6,6, δηλαδή το μερίδιο του εισοδήματος του πλουσιότερου 20% του πληθυσμού είναι 6,6 φορές μεγαλύτερο από το μερίδιο του εισοδήματος του φτωχότερου 20% του πληθυσμού. Ο συντελεστής Gini κυμάνθηκε το 2013 σε 34,4%. Αυτό σημαίνει ότι αν πάρουμε 2 τυχαία άτομα του πληθυσμού, τότε αναμένουμε ότι το εισόδημά τους θα διαφέρει κατά 34,4% του μέσου όρου. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί ότι η οικονομική ανισότητα μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω, για το έτος 2013 διαμορφώνεται στο 3,9 από 4,5 που ήταν το 2012, ενώ μεταξύ των ατόμων κάτω των 65 τοποθετείται στο 7,3 παραμένοντας στα ίδια περίπου επίπεδα σε σχέση με το 2012 που ήταν στο 7,4 (Γ.Γ.Ι.Φ., 2014, Eurostat).

Επομένως όσον αφορά στις ανισότητες στη διανομή του εισοδήματος, η Ελλάδα κατατάσσεται τόσο σήμερα, όσο και πριν την κρίση στις χώρες με τις υψηλότερες

ανισότητες (ο δείκτης κυμαίνεται από 3,3 στη Νορβηγία έως 6,6 στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία). Όπως φαίνεται στον ακόλουθο Πίνακα 4.2, στην Ελλάδα το 2013 το 20% του πληθυσμού με τα υψηλότερα εισοδήματα κέρδισε 6,6 φορές περισσότερα από το 20% του πληθυσμού με τα χαμηλότερα εισοδήματα. Σύμφωνα με έρευνα του Οργανισμού για την Οικονομική Συνεργασία και την Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ) στην Ελλάδα, σε κοινωνικό επίπεδο πολλές από μισθολογικές ανισότητες των πολιτών αμβλύνονται από τον ισχυρό θεσμό της οικογένειας - από γονείς και συγγενείς, δηλαδή, που ενισχύουν τους οικονομικά ασθενέστερους.

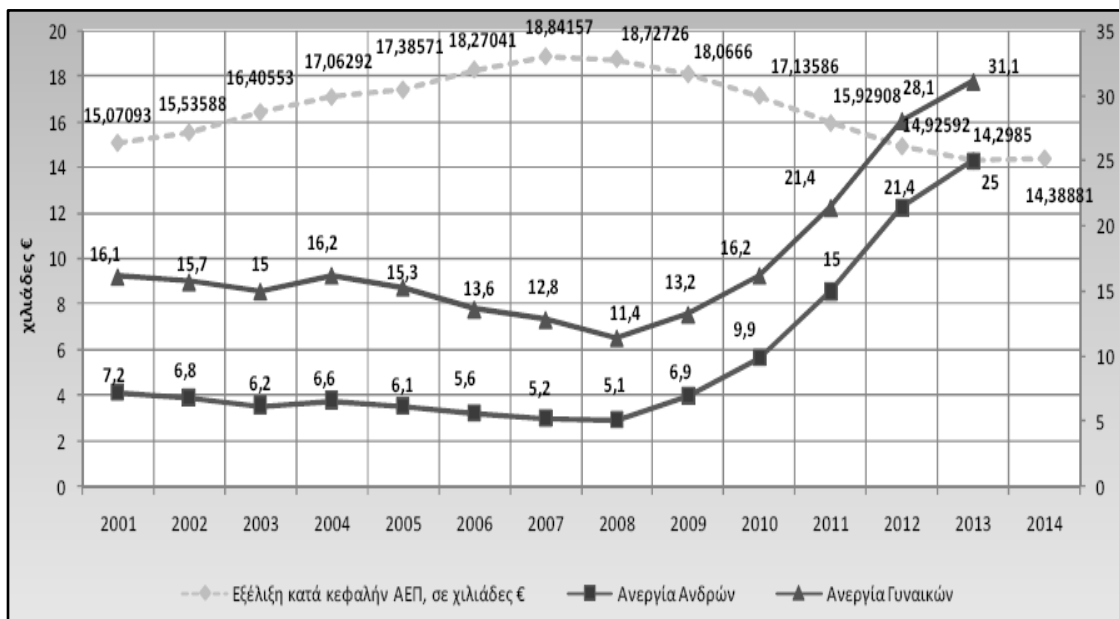
**Πίνακας 4.2. Δείκτης κατανομής εισοδήματος στην Ελλάδα S80/S20 (2008 έως 2013).**  
**Πηγή: Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2015.**

2008	2009	2010	2011	2012	2013
5,9	5,8	5,6	6,0	6,6	6,6

Το μεγαλύτερο αντίκτυπο της κρίσης στην ευημερία των ανθρώπων έχει προέλθει μέσω της μείωσης της απασχόλησης και της επιδείνωσης των συνθηκών στην αγορά εργασίας. Η έλλειψη απασχόλησης είχε σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής. Το ποσοστό ανεργίας έχει πλήξει την Ελλάδα κυρίως από το 2007 και έπειτα, με τις γυναίκες να πλήττονται περισσότερο (31,1%, έναντι 25% των ανδρών), ενώ το ποσοστό εκτοξεύεται στις ηλικίες κάτω των 25 ετών (55,3%). Επιπρόσθετα, οι γυναίκες, πλήττονται περισσότερο από τους άνδρες από τη μακροχρόνια ανεργία, αφού το 17,4% του ενεργού πληθυσμού των γυναικών είναι μακροχρόνια άνεργες, ποσοστό που αντιπροσωπεύει το 62% των άνεργων γυναικών (Εικόνα 4.6). Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες είναι 12,1% και 56,6% (Γ.Γ.Ι.Φ., 2014).

Από το 2007 έως το 2013, το ποσοστό των Ελλήνων που δηλώνουν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι με τη ζωή τους μειώθηκε από 59% σε 23%, το χαμηλότερο ποσοστό

στην περιοχή του ΟΟΣΑ. Πιο συγκεκριμένα το 51% των ατόμων ηλικίας 15 έως 64 ετών στην Ελλάδα έχουν μια αμειβόμενη εργασία, κάτω από το μέσο όρο απασχόλησης του ΟΟΣΑ που είναι 65% και αποκλίνει πολύ από το στόχο για την «Ευρώπη 2020». Το 61% των ανδρών βρίσκεται σε αμειβόμενη εργασία, σε σύγκριση με το 42% των γυναικών, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι γυναίκες αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην εξισορρόπηση της οικογενειακής και επαγγελματικής σταδιοδρομίας. Παρότι οι άνθρωποι στην Ελλάδα εργάζονται 2.034 ώρες ετησίως, περισσότερο από το μέσο όρο του ΟΟΣΑ, ο οποίος είναι 1.765 ώρες, νοιώθουν μεγαλύτερη επισφάλεια, όσον αφορά στη διατήρηση της θέσης εργασίας τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση του εργασιακού άγχους και τη μείωση της ποιότητας υγείας του εργατικού δυναμικού της χώρας.



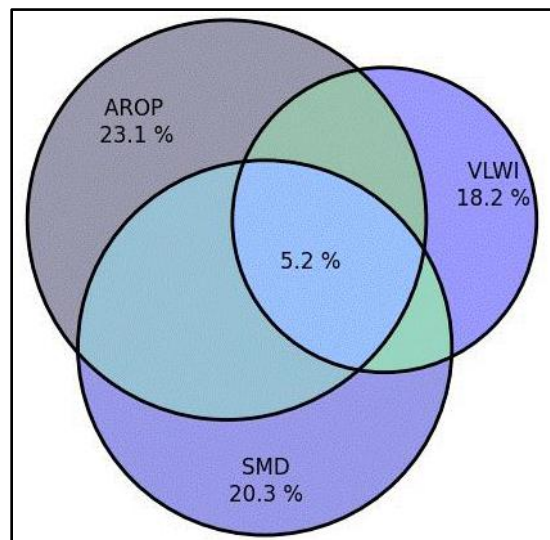
Εικόνα 4.6. Εξέλιξη κατά Κεφαλήν ΑΕΠ και Ανεργίας στην Ελλάδα.  
Πηγή: Γ.Γ.Ι.Φ., 2014.

Το ποσοστό των Ελλήνων που βρίσκονται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού σημειώνει συνεχή αύξηση, όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.3. Στην Εικόνα 4.7 παρουσιάζεται η σύνθεση του πληθυσμού που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή

κοινωνικού αποκλεισμού, όπου SMD είναι το ποσοστό που αντιμετωπίζει υλικές στερήσεις, AROP είναι το ποσοστό που βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας και VLWI είναι το ποσοστό που διαβιεί σε νοικοκυριά χωρίς εργαζόμενα μέλη, ή με χαμηλή ένταση εργασίας.

**Πίνακας 4.3. Διαχρονική Πορεία του Κινδύνου Φτώχειας και Κοινωνικού Αποκλεισμού στην Ελλάδα και την ΕΕ28.**  
 Πηγή: European Union, 2015.

Ελλάδα		2009	2010	2011	2012	2013	ΕΕ 28 2012	ΕΕ 28 2013
Κίνδυνος φτώχειας ή /και κοινωνικού αποκλεισμού	% του συνολικού πληθυσμού	27,6	27,7	31	34,6	35,7	24,8	24,5
	χιλιάδες άτομα	3.007	3.031	3.403	3.795	3.903	124,060	122,897
Κίνδυνος φτώχειας	% του συνολικού πληθυσμού	19,7	20,1	21,4	23,1	23,1	16,9	16,7
	χιλιάδες άτομα	2.149	2.205	2.349	2.536	2.529	84.877	83.462
Άτομα που ζουν σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας	% επί του συνολικού πληθυσμού	6,5	7,5	11,8	14,2	18,2	10,5	10,7
	χιλιάδες άτομα	539	619	979	1.158	1.466	39.644	40.189
Άτομα που βιώνουν σοβαρές υλικές στερήσεις	% του συνολικού πληθυσμού	11,0	11,6	15,2	19,5	20,3	9,9	9,6
	χιλιάδες άτομα	1.198	1.269	1.667	2.141	2.223	49.673	48.245



**Εικόνα 4.7. Σύνθεση του Πληθυσμού που βρίσκεται σε Κίνδυνο Φτώχειας ή Κοινωνικού Αποκλεισμού.**  
 Πηγή: European Union, 2015.

Σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) από τα αποτελέσματα της Έρευνας Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών έτους 2013, με περίοδο αναφοράς το έτος 2012, προκύπτει ότι το κατώφλι φτώχειας της φτώχειας ανέρχεται στο ποσό των 5.023 ευρώ ετησίως (5.708 το 2012) για ένα άτομο και σε 10.547 ευρώ ετησίως (11.968 το 2012) για νοικοκυριό με δύο ενήλικες και δύο εξαρτώμενα παιδιά μικρότερα των 14 ετών. Το 2013, το 23,1% του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας ήταν σε κίνδυνο φτώχειας, δεδομένου του ορίου φτώχειας που είναι 60% του διάμεσου συνολικού ισοδύναμου εισοδήματος του νοικοκυριού (Πίνακες 4.4, 4.5, 4.6, 4.7 & 4.8) (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2014).

**Πίνακας 4.4. Πληθυσμός σε Κίνδυνο Φτώχειας ή Κοινωνικού Αποκλεισμού.**  
**Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2014, Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων, 2015.**

Έτος	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό
2008	-	28.1%
2012	3.795.100	34,6 %
2013	3.903.800	35,7 %

**Πίνακας 4.5. Πληθυσμός σε Κίνδυνο Φτώχειας.**  
**Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2014, Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων, 2015.**

Έτος	Αριθμός νοικοκυριών	Αριθμός ατόμων	Ποσοστό
2008	-	-	20%
2012	914.873	2.535.700	23,1 %
2013	892.763	2.529.005	23,1 %

**Πίνακας 4.6. Πληθυσμός Ηλικίας 0-17 ετών σε Κίνδυνο Φτώχειας (Παιδική Φτώχεια).**  
**Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014, Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων, 2015.**

Έτος	Σύνολο	Αγόρια	Κορίτσια
2008	23%	-	-
2012	26,9 %	-	-
2013	28,8 %	23,4	24,8 %

Πίνακας 4.7. Κίνδυνος Φτώχειας (μετά τις κοινωνικές μεταβιβάσεις) κατά Φύλο και Ομάδες Ηλικιών (2013). Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014, Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων, 2015.

Ομάδες ηλικιών	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες
Σύνολο	23,1%	22,4%	23,8%
0-17	28,8%		
18-64	24,1 %	23,4%	24,8 %
65+	15,1%	13,7%	16,2%

Πίνακας 4.8. Βάθος Φτώχειας ή Χάσμα Φτώχειας (μετά τις Κοινωνικές Μεταβιβάσεις), κατά Ομάδες Ηλικιών και Φύλο (2013).

Πηγή: Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2014, Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων, 2015.

Ομάδες ηλικιών	Σύνολο	Ανδρες	Γυναίκες
Σύνολο	32,7%	32,9%	32,6%
0-17	39,0%		
18-64	33,6 %	33,6%	33,4 %
65+	13,7%	13,9%	13,7%
75+	12,5%	12,6%	12,5%

Όπως προκύπτει από τους παραπάνω πίνακες καταδεικνύεται η σοβαρή επιδείνωση της κοινωνικής κατάστασης στην Ελλάδα και γίνεται φανερή η τάση απόκλισης από την επίτευξη των στόχων για την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι θα πρέπει να γίνουν προσπάθειες για αναστροφή της κατάστασης, αλλά και ότι απαιτείται ενδεχομένως αναθεώρηση των στόχων.

Μέσα από την ανάλυση του εισοδήματος και των συνθηκών διαβίωσης η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία καταλήγει στα εξής συμπεράσματα (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2014):

1. Το ποσοστό του πληθυσμού που απειλείται από φτώχεια ως προς το σύνολο του πληθυσμού για κάθε μια από τις παρακάτω ομάδες για το έτος είναι: άνδρες άνεργοι: 50,7%, μονογονεϊκά νοικοκυριά με τουλάχιστον ένα εξαρτώμενο παιδί: 37,2%, λοιποί μη οικονομικά ενεργοί (εκτός συνταξιούχων): 30,3%, παιδιά ηλικίας 0-17 ετών: 37,2%, νοικοκυριά με έναν ενήλικα (ηλικίας κάτω των 65 ετών): 24,4% και μονοπρόσωπα νοικοκυριά με μέλος θήλυ: 22,9% (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2014).

2. Ο κίνδυνος φτώχειας είναι υψηλότερος στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες. Επιπλέον στην περίπτωση μονοπρόσωπου νοικοκυριού με μέλος θηλυκό, ο κίνδυνος φτώχειας του είναι επίσης υψηλότερος από τον αντίστοιχο ενός μονοπρόσωπου νοικοκυριού με μέλος άνδρα.
3. Τα μονογονεϊκά νοικοκυριά απειλούνται περισσότερο από τη φτώχεια: ο κίνδυνος φτώχειας για έναν γονέα με ένα τουλάχιστον εξαρτώμενο παιδί ανέρχεται σε 37,2%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό με δύο γονείς είναι 20,2%.
4. Ο κίνδυνος φτώχειας για παιδιά 0-17 ετών (παιδική φτώχεια) είναι κατά 5,7 ποσοστιαίες μονάδες μεγαλύτερος από το αντίστοιχο ποσοστό του συνολικού πληθυσμού. Ο κίνδυνος φτώχειας των ηλικιωμένων (άνω των 65 ετών) είναι μειωμένος κατά 2,1 ποσοστιαίες μονάδες σε σχέση με το 2012. Η μείωση αυτή οφείλεται κατά 12% στη μείωση του κατωφλίου φτώχειας σε σχέση με το 2011, χωρίς αντίστοιχη μείωση των χαμηλών συντάξεων. Η μεγάλη διαφορά ανάμεσα στον κίνδυνο φτώχειας των ατόμων άνω των 65 ετών (15,1%) και στον κίνδυνο φτώχειας των παιδιών έως 17 ετών (28,8%) δείχνει τη «μετατόπιση» της φτώχειας από τους ηλικιωμένους στα παιδιά.
5. Ο κίνδυνος φτώχειας πριν από όλες τις κοινωνικές μεταβιβάσεις (δηλαδή χωρίς τα κοινωνικά επιδόματα και τις συντάξεις στο συνολικό διαθέσιμο εισόδημα των νοικοκυριών) φτάνει στο 53,4%, ενώ με υπολογισμό των συντάξεων, αλλά όχι των κοινωνικών επιδομάτων, μειώνεται στο 28%. Μετά από όλες τις κοινωνικές μεταβιβάσεις πέφτει στο 23,1%. Άρα οι συντάξεις συμβάλλουν στη μείωση του ποσοστού της φτώχειας κατά 25,4%, τα κοινωνικά επιδόματα κατά 4,9% και το σύνολο των κοινωνικών μεταβιβάσεων κατά 30,3%.

6. Οι εργαζόμενοι κινδυνεύουν λιγότερο από τους άνεργους και τους μη ενεργούς οικονομικά (συνταξιούχους, νοικοκυρές κλπ). Τα αντίστοιχα ποσοστά του κινδύνου φτώχειας είναι: εργαζόμενοι 13,1%, άνεργοι 46,5%, λοιποί 30,2%. Οι άνδρες άνεργοι αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο φτώχειας 50,7% από τις άνεργες γυναίκες (41,1%). Οι εργαζόμενοι με πλήρη απασχόληση κινδυνεύουν λιγότερο (10,7%) από τους εργαζόμενους με μερική απασχόληση (27%). Ο κίνδυνος φτώχειας των ανέργων έχει αυξηθεί έντονα (από 38,1% το 2009 σε 44% το 2011 και 46,5% το 2013). Το ποσοστό του πληθυσμού που ζει σε νοικοκυριά με πολύ χαμηλή ένταση εργασίας αυξήθηκε δραματικά (από 6,5% το 2009, 7,5% το 2010, 11,8% το 2011, 16,1% το 2012 και 19,6% το 2013).
7. Το ποσοστό των ατόμων με σοβαρές υλικές στερήσεις έχει αυξηθεί πάρα πολύ (από 11,2% το 2008 σε 15,2% το 2011 και 19,5% το 2012). Επιπλέον πρέπει να σημειωθεί ότι οι υλικές στερήσεις δεν αφορούν μόνο τον πληθυσμό σε κίνδυνο φτώχειας, αλλά επίσης μέρος του μη φτωχού πληθυσμού. Ενδεικτικά αναφέρουμε ότι το 39,1% του μη φτωχού πληθυσμού έχει δυσκολίες στην αντιμετώπιση έκτακτων εξόδων ύψους 550 ευρώ περίπου (το αντίστοιχο ποσοστό του φτωχού πληθυσμού είναι 79,1%). Επίσης το 24,3% του μη φτωχού πληθυσμού δεν μπορεί να έχει επαρκή θέρμανση, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό του φτωχού πληθυσμού είναι 48,6%.

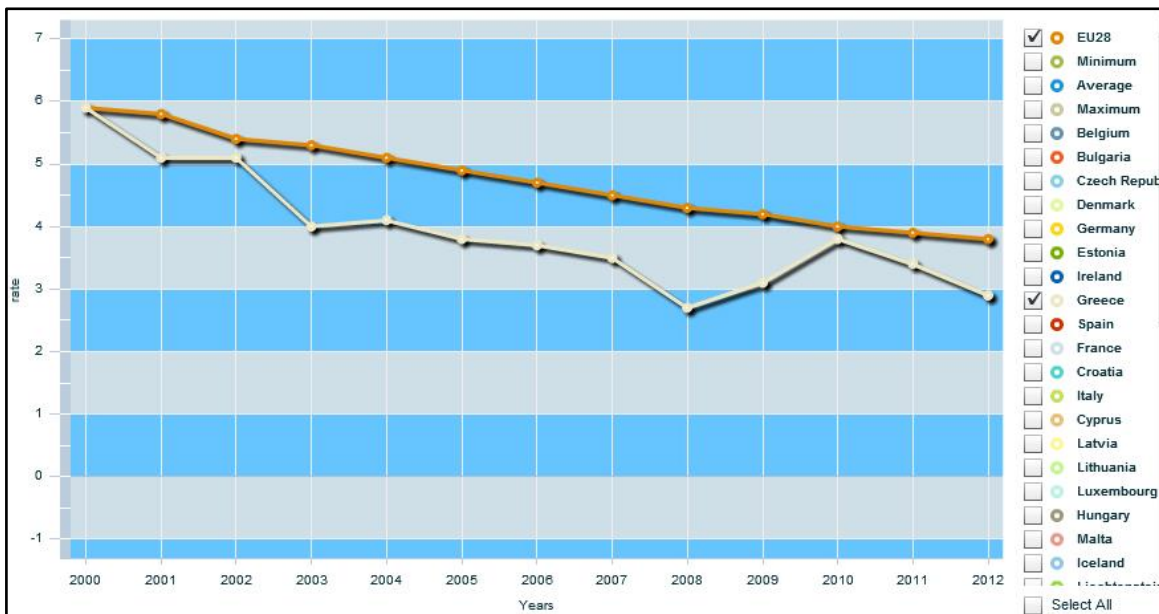
#### **4.4.1.2. Δημογραφικές Εξελίξεις – Γήρανση του Πληθυσμού**

Σύμφωνα με τους δείκτες European Community Health Indicators (ECHI), ο πληθυσμός της χώρας, το 2013 ανερχόταν στα 11.062.508 άτομα. Από αυτά, τα 5.413.290 ήταν άνδρες και τα 5.649.218 γυναίκες. Την τελευταία δεκαετία, επήλθε αύξηση του συνολικού πληθυσμού της χώρας κατά 3,7%. Αυτή όμως η αύξηση του



πληθυσμού είναι αποτέλεσμα κυρίως της μετανάστευσης, με δεδομένο ότι η αναπαραγωγικότητα του ελληνικού πληθυσμού βρίσκεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα.

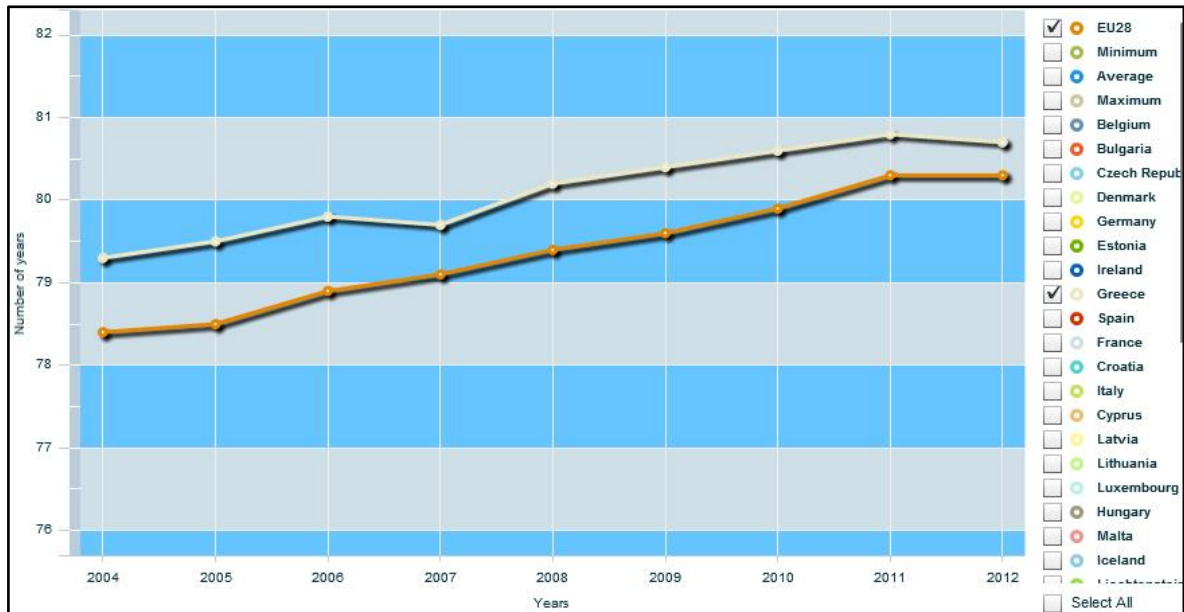
Κατά τη χρονική περίοδο 2000-2012, παρουσιάζεται σταδιακή πτώση της βρεφικής θνησιμότητας έως και το 2008, στη συνέχεια, κατά τα έτη 2009 και 2010, παρατηρείται μικρή αύξηση, και ακολούθως σημειώνεται συνεχής πτώση επιστρέφοντας σιγά-σιγά στα επίπεδα του 2008. Παρά την εξέλιξη αυτή ο δείκτης βρεφικής θνησιμότητας στην Ελλάδα κυμαίνεται καθόλη την διάρκεια της περιόδου αυτής σε χαμηλότερα επίπεδα από το μέσο όρο της ΕΕ των 28 κρατών-μελών (Εικόνα 4.8).



Εικόνα 4.8. Βρεφική Θνησιμότητα στην Ελλάδα και την ΕΕ-28, 2000-2012.  
Πηγή: ECHI.

Η χαμηλή βρεφική θνησιμότητα συνέβαλε στην αύξηση του μέσου χρόνου ζωής στην Ελλάδα, με συνέπεια, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση διαμορφώθηκε το 2012 για το σύνολο του πληθυσμού στα 80,7 έτη και συγκεκριμένα, για τους άνδρες στα 78 έτη και για τις γυναίκες στα 83,4 έτη, εμφανίζοντας μικρή αλλά σταθερή αυξητική τάση.

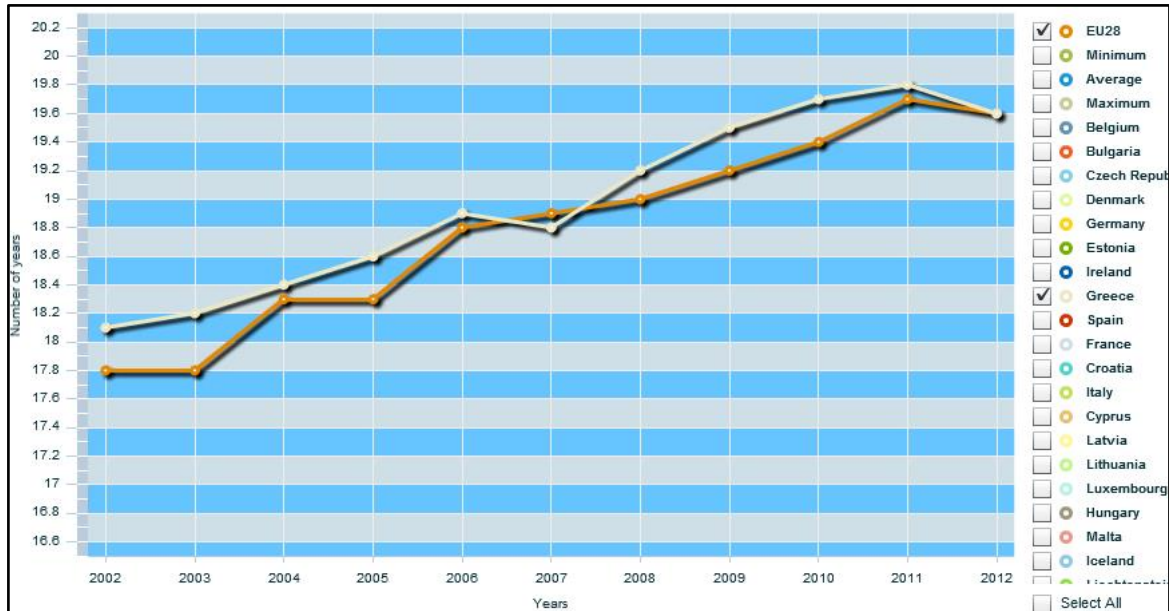
Επιπλέον το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα βρίσκεται σε υψηλότερα επίπεδα από αυτά του μέσου όρου της ΕΕ των 28 κρατών-μελών καθόλη τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας (Εικόνα 4.9).



Εικόνα 4.9. Προσδόκιμο Ζωής σε Ελλάδα και ΕΕ-28, 2004-2012.  
Πηγή: ECHI.

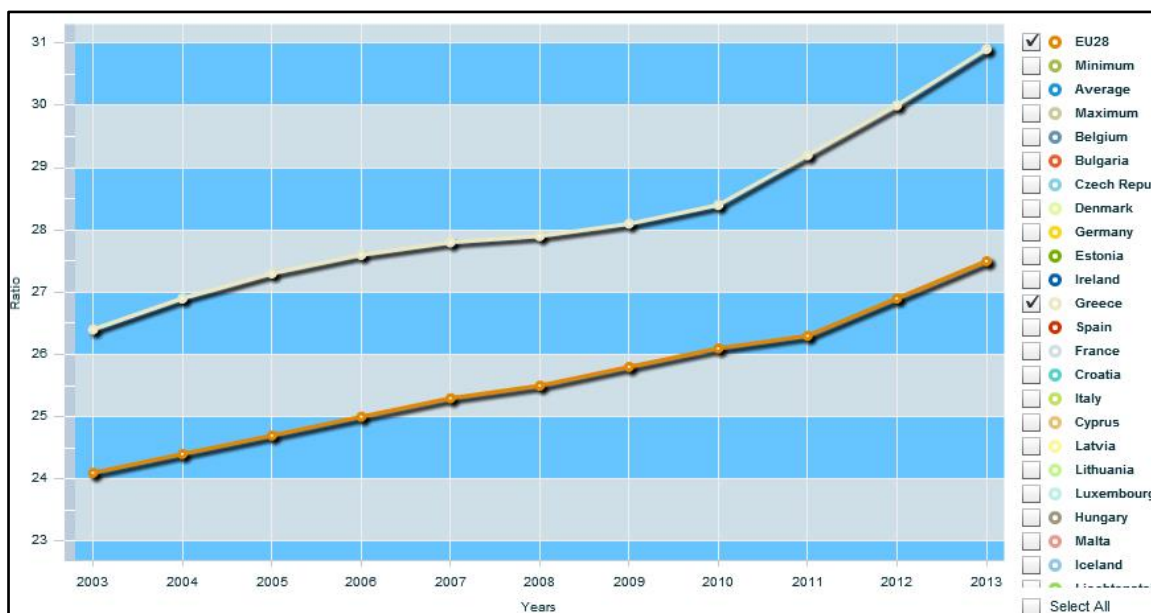
Ωστόσο, η αύξηση του προσδόκιμου ζωής κατά τη γέννηση δεν εξαρτάται μόνο από τη μείωση της βρεφικής θνησιμότητας. Η μείωση της θνησιμότητας και στις μεγαλύτερες ηλικίες φαίνεται και από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής για άτομα ηλικίας 65 ετών. Στην Ελλάδα, το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 65 ετών το 2012 είναι τα 19,6 έτη, αριθμός που βρίσκεται στα ίδια επίπεδα με τον μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης των 28 κρατών, ενώ το 2007 κυμαίνονταν σε χαμηλότερα επίπεδα (18,8 έναντι 18,9 της ΕΕ των 28 κρατών-μελών). Το 2002 το προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, στην ηλικία των 65 ετών ήταν 17,8 έτη και στην Ε.Ε. τα 18,1 έτη (Εικόνα 4.10).

Η συνέπεια της μείωσης της γεννητικότητας, σε συνδυασμό με την επιμήκυνση της διάρκειας ζωής, είναι η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού της Ελλάδας. Η δημογραφική γήρανση έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας καθώς στις μεγάλες ηλικίες παρατηρείται συσσώρευση προβλημάτων υγείας.



Διάγραμμα 4.10. Προσδόκιο Ζωής στην Ηλικία των 65 ετών σε Ελλάδα και ΕΕ-28, 2002-2012.  
Πηγή: ECHI.

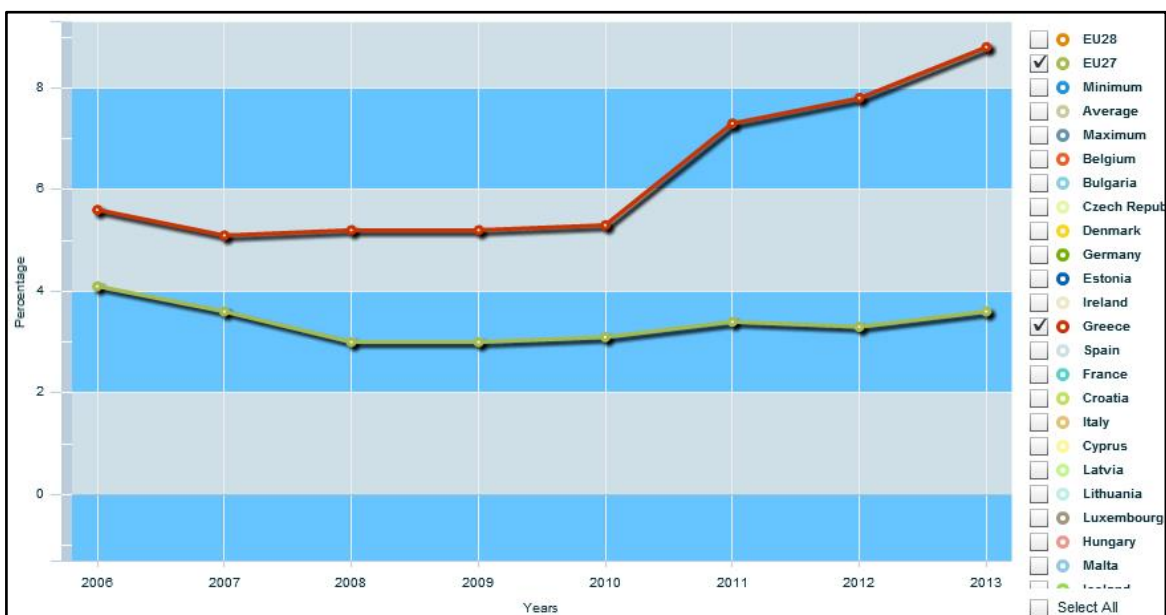
Σύμφωνα με τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία, ο αριθμός των ατόμων ηλικίας έως 14 ετών μειωνόταν σταθερά έως το 2006, ενώ άρχισε να παρουσιάζει σταδιακή αύξηση από το 2007 έως το 2010 και ακολούθως μείωση έως το 2013. Αντίθετα, το ποσοστό του πληθυσμού με ηλικία άνω των 65 παρουσιάζει βαθμιαία αύξηση καθ' όλη τη τελευταία δεκαετία. Το 2013 το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών στην Ελλάδα ήταν 30,9% και στην ΕΕ των 28 κρατών-μελών 37,5% (Εικόνα 4.11).



Εικόνα 4.11. Ποσοστιαία Αναλογία Ατόμων Ηλικίας 65 ετών και άνω στην Ελλάδα και την ΕΕ-28, 2002-2013. Πηγή: ECHI.

#### 4.4.1.3. Ισότητα στην Πρόσβαση στις Δημόσιες Υπηρεσίες Υγείας

Ο δείκτης της ισότητας στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης συμπεριλαμβάνεται σε ένα σύνολο δεικτών που επιβλέπουν την Ευρωπαϊκή Στρατηγική για την κοινωνική ενσωμάτωση και την κοινωνική προστασία. Συγκεκριμένα, ο δείκτης αυτός αναφέρεται στο ποσοστό των πολιτών με ανάγκες για ιατρικές εξετάσεις ή θεραπείες που δεν ικανοποιήθηκαν για λόγους που σχετίζονται με τις λίστες αναμονής, την οικονομική τους δυνατότητα, τη μεγάλη απόσταση μεταξύ του τόπου κατοικίας και του τόπου, όπου είναι διαθέσιμα διαγνωστικά κέντρα ή μονάδες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, την έλλειψη χρόνου, κλπ. Το 2013 το ποσοστό αυτό στην Ελλάδα, αυξήθηκε στο 8,8%, μετά από μια περίοδο σταθεροποίησης του, ενώ το αντίστοιχο στην Ε.Ε. πλησίασε το 3,6%. Γενικότερα, η Ε.Ε των 27 κρατών-μελών εμφάνισε σχετικά σταθερά ποσοστά ανισότητας (3 - 4%) μεταξύ 2006 και 2013, όπως και το αντίστοιχο στην Ελλάδα μέχρι το 2010 (5,5 - 6%) (Εικόνα 4.12).



Εικόνα 4.12. Δείκτης Ανισότητας Πρόσβασης στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα και την ΕΕ-27 2007-2013. Πηγή: ECHI.

Οι δείκτες που μετρούν την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης σε συνδυασμό με το μορφωτικό επίπεδο των πολιτών, δείχνουν την ύπαρξη άμεσης συσχέτισης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών. Το ποσοστό των πολιτών που έχει βιώσει κάποια ανισότητα σχετική με τις υγειονομικές υπηρεσίες, και το οποίο ανήκει στο χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (ISCED 0, 1, 2) ανήλθε σε 11,6% στην Ελλάδα με αντίστοιχο το 5,5% στην Ε.Ε το 2013. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους πολίτες που ανήκουν στο υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο (ISCED 3, 4, 5, 6) κυμάνθηκαν σε 13,1% στην Ελλάδα με αντίστοιχο 15,3% στην Ε.Ε. Γίνεται λοιπόν φανερό ότι το 2013 η Ελλάδα είχε μεγαλύτερη απόκλιση από το μέσο Ευρωπαϊκό όρο, παρουσιάζοντας σε όλους τους προαναφερθείς δείκτες υπερδιπλάσια ποσοστά.

Παρόμοια εικόνα παρουσιάζουν και οι δείκτες που μετρούν την ανισότητα στην πρόσβαση στις παροχές περίθαλψης σε συνδυασμό με το εισόδημα των πολιτών. Το ποσοστό των πολιτών της χαμηλότερης εισοδηματικής τάξης που έχουν βιώσει κάποια

ανισότητα, είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο της υψηλότερης. Ωστόσο Η ψαλίδα οι διαφορές μεταξύ των εισοδηματικών τάξεων φαίνεται να είναι μικρότερες από τις αντίστοιχες μεταξύ των μορφωτικών επιπέδων.

#### 4.4.2.4. Δεδομένα Παρόχων Υγείας

Η εξέλιξη του αριθμού των ιατρών όλων των ειδικοτήτων ανά 1.000 κατοίκους από το 2001 έως το 2011 στην Ελλάδα παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.9 που ακολουθεί, αναδεικνύοντας αύξηση των λοιπών ειδικοτήτων από το 2005 και μετά και σταθεροποίηση όλων των ειδικοτήτων από το 2006 και μετά (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2013).

Πίνακας 4.9. Ιατροί ανά 1.000 Κατοίκους κατά Κατηγορία Ειδικοτήτων 2001-2011.  
Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2013.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Σύνολο</b>	<b>4,4</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>	<b>4,9</b>	<b>5,0</b>	<b>5,3</b>	<b>5,6</b>	<b>6,0</b>	<b>6,1</b>	<b>6,1</b>	<b>6,2</b>
Γενική Ιατρική	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Παιδιατρική	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Μαιευτική-Γυναικολογία	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3
Ψυχιατρική	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Νοσοκομειακές ειδικότητες	1,5	1,5	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8
Χειρουργική	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0
Λοιπές ειδικότητες	1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	1,9	2,4	2,4	2,4	2,3
Οδοντίατροι	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3

Σε ότι αφορά τον αριθμό των Θεραπευτηρίων, Κέντρων Υγείας, Φαρμακείων και Κλινών από το 2001 έως το 2011 παρατηρείται η ακόλουθη τάση: ο αριθμός των Θεραπευτηρίων έχει μειωθεί σε σχέση με το 2004 (από 2,9 σε 2,7 ανά 100.000 κατοίκους), ενώ ο αριθμός των Κέντρων Υγείας έχει παραμείνει σταθερός. Αντίθετα ο αριθμός των φαρμακείων παρουσιάζει συνεχή αύξηση (95,2 το 2011 έναντι 92,5 το 2010 και 84,5 το 2007 ανά 100.000 κατοίκους) (Πίνακας 4.10).

**Πίνακας 4.10. Θεραπευτήρια, Κλίνες, Κέντρα Υγείας και Φαρμακεία ανά 100.000 Κατοίκους (2001-2010).**  
 Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2013.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
<b>Θεραπευτήρια</b>	3,1	3,0	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7
<b>Δημόσια</b>	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2
<b>Ιδιωτικά</b>	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,6	1,5	1,5
<b>Κλίνες</b>	476,6	470,5	468,8	468,0	472,0	480,7	480,6	476,5	483,9	476,2
<b>Κέντρα Υγείας</b>	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7
<b>Φαρμακεία</b>	:	:	:	83,0	83,8	86,0	84,5	91,2	92,5	95,2

: Μη διαθέσιμο

#### **4.4.1.5. Δαπάνες για την Υγεία**

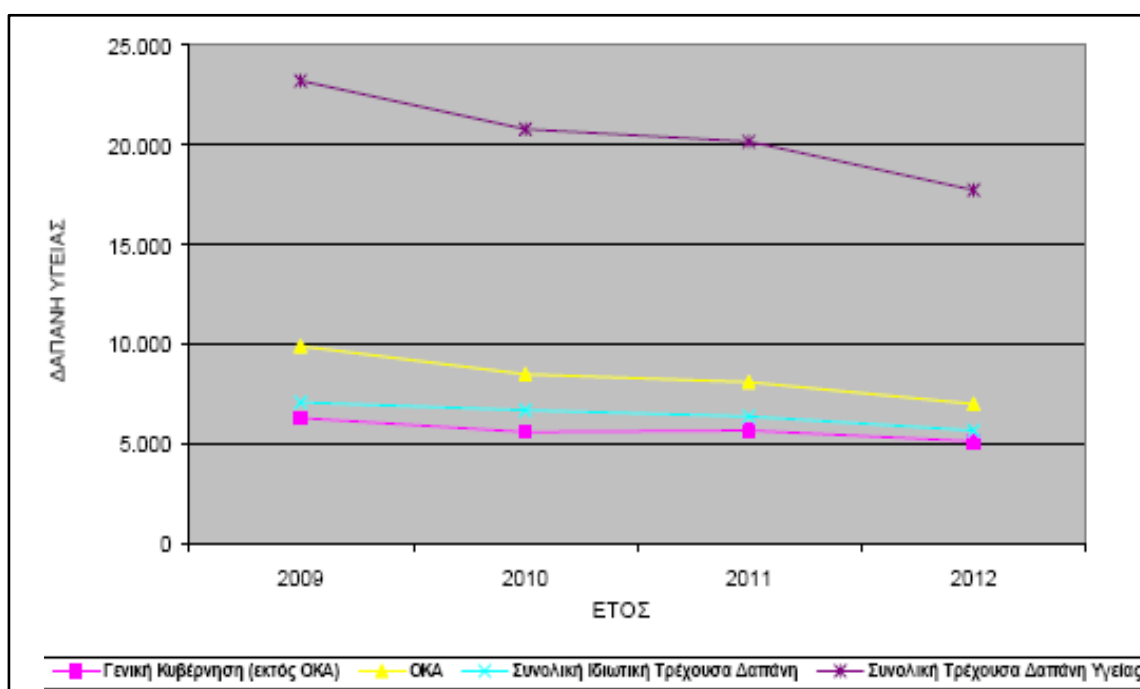
Η συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας ως προς το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) στην Ελλάδα, διαμορφώθηκε σε 10,03%, 9,34%, 9,67% και 9,16% του ΑΕΠ για τα έτη 2009, 2010, 2011 και 2012 αντίστοιχα.

Η συνολική τρέχουσα υγειονομική δαπάνη ανά χρηματοδοτικό φορέα (Γενική Κυβέρνηση εκτός Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης (ΟΚΑ)), Οργανισμούς Κοινωνικής Ασφάλισης, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, και λοιπές δαπάνες (από Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), Εκκλησία, κλπ) παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.11 και στις Εικόνες 4.13 και 4.14. Το έτος 2011 οι συνολικές δημόσιες τρέχουσες δαπάνες υγείας σημείωσαν μείωση κατά 2,0% έναντι του 2010 και μείωση κατά 12,6% το 2012 σε σχέση με τις δαπάνες του έτους 2011. Η συνολική ιδιωτική τρέχουσα δαπάνη το 2011 παρουσίασε μείωση κατά 4,4% έναντι του έτους 2010 και μείωση κατά 11,4% το έτος 2012 ως προς το έτος 2011.

Το ποσοστό συμμετοχής κάθε φορέα στη συνολική τρέχουσα δαπάνη υγείας παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.12 και στην Εικόνα 4.15. Παρατηρείται ακόμη μείωση από 69,5% το έτος 2009 σε 68,0% το έτος 2012, ως προς την συμβολή του δημόσιου τομέα στην συνολική τρέχουσα δαπάνη,.

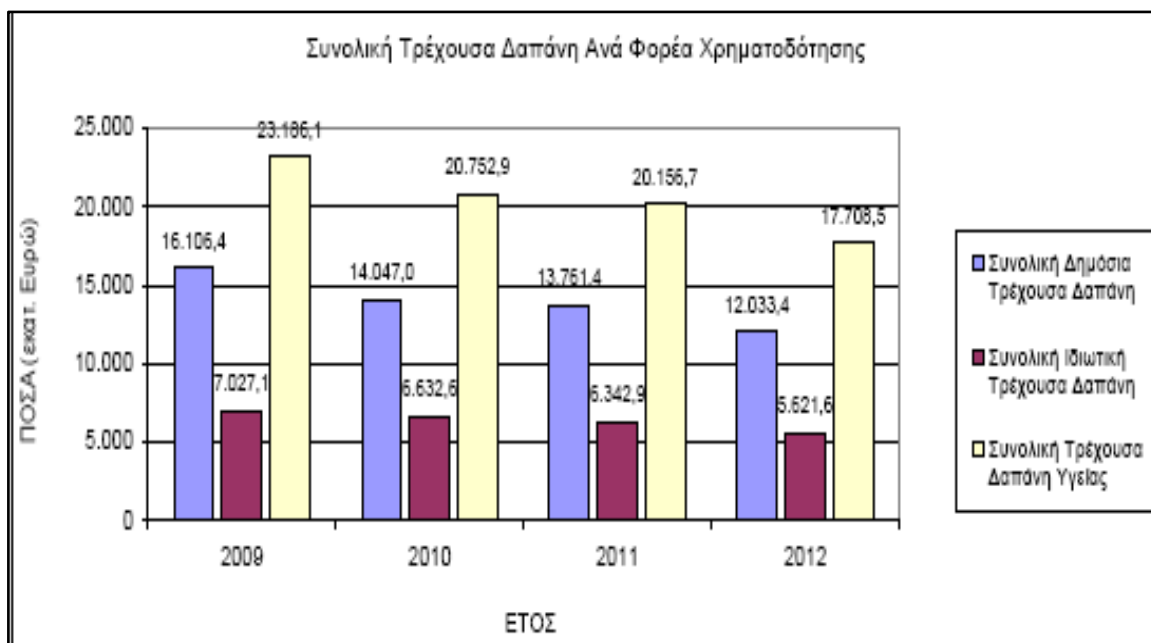
Πίνακας 4.11. Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας.  
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2012.

	2009	10/09%	2010	11/10%	2011	12/11%	2012
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.270,9	-11,5%	5.548,1	2,2%	5.672,7	-10,5%	5.076,6
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.835,5	-13,6%	8.498,9	-4,8%	8.088,7	-14,0%	6.956,8
Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1)+(2)	16.106,4	-12,8%	14.047,0	-2,0%	13.761,4	-12,6%	12.033,4
Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3)+(4)	7.027,1	-5,6%	6.632,7	-4,4%	6.342,9	-11,4%	5.621,6
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433,8	23,7%	536,6	-0,4%	534,2	-1,6%	525,7
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6.593,3	-7,5%	6.096,1	-4,7%	5.808,7	-12,3%	5.095,9
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)	52,6	39,2%	73,2	-28,4%	52,4	2,1%	53,5
<b>Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (5)</b>	<b>23.186,1</b>	<b>-10,5%</b>	<b>20.752,9</b>	<b>-2,9%</b>	<b>20.156,7</b>	<b>-12,1%</b>	<b>17.708,5</b>



Εικόνα 4.13. Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας.  
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2012.

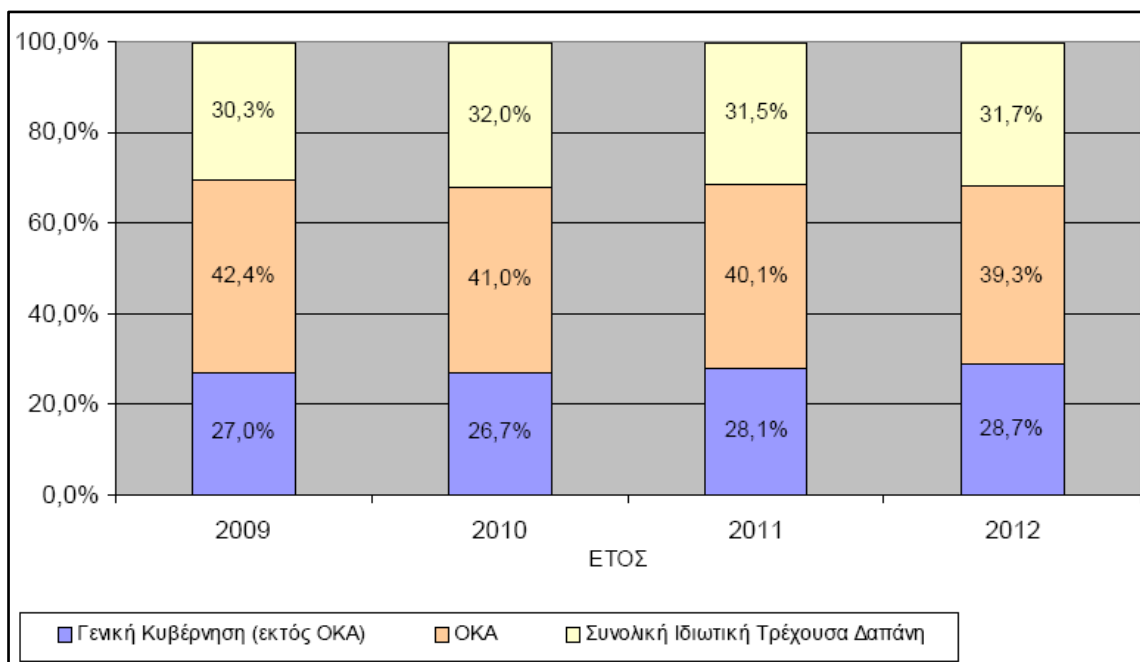




Εικόνα 4.14 Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας ανά Φορέα Χρηματοδότησης.  
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2012.

Πίνακας 4.12. Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας και Ποσοστιαία Συμμετοχή Φορέα.  
Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2012.

	2009	2010	2011	2012
Γενική Κυβέρνηση (εκτός ΟΚΑ) (HF.1.1) (1)	6.270,9	5.548,1	5.672,7	5.076,6
(% της συνολικής)	27,0%	26,7%	28,1%	28,7%
ΟΚΑ (HF.1.2) (2)	9.835,5	8.498,9	8.088,7	6.956,8
(% της συνολικής)	42,4%	41,0%	40,1%	39,3%
Συνολική Δημόσια Τρέχουσα Δαπάνη (1) + (2)	16.106,4	14.047,0	13.761,4	12.033,4
(% της συνολικής)	69,5%	67,7%	68,3%	68,0%
Συνολική Ιδιωτική Τρέχουσα Δαπάνη (3) + (4)	7.027,1	6.632,7	6.342,9	5.621,6
(% της συνολικής)	30,3%	32,0%	31,5%	31,7%
Ιδιωτική Ασφάλιση (HF.2.2) (3)	433,8	536,6	534,2	525,7
(% της συνολικής)	1,9%	2,6%	2,7%	3,0%
Ιδιωτικές Πληρωμές (HF.2.3) (4)	6.593,3	6.096,1	5.808,7	5.095,9
(% της συνολικής)	28,4%	29,4%	28,8%	28,8%
Λοιπές Δαπάνες (HF.2.4 έως HF.3) (5)	52,6	73,2	62,4	53,5
{% της συνολικής)	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%
Συνολική Τρέχουσα Δαπάνη Υγείας (HF) (1) έως (6)	23.186,1	20.762,9	20.156,7	17.708,6



Εικόνα 4.15. Σύνολο Δαπάνης Υγείας.  
 Πηγή: ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2012.

Τα στοιχεία δαπανών υγείας παρουσιάζονται σύμφωνα με τη δομή των πινάκων του Συστήματος Λογαριασμών Υγείας, και αφορούν στα εξής (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2012):

- Τη χρηματοδότηση των φορέων στους προμηθευτές αγαθών και υπηρεσιών υγείας. Παρουσιάζεται η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ, ΟΚΑ, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες, λοιπές δαπάνες (ΜΚΟ, Εκκλησία, κλπ)) προς τους προμηθευτές υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, ιατρούς, φαρμακεία, διαγνωστικά κέντρα, κλπ).
- Τη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας ανά χρηματοδοτικό φορέα. Παρουσιάζεται η χρηματοδότηση που κατέβαλαν οι φορείς της εγχώριας οικονομίας (Γενική Κυβέρνηση εκτός ΟΚΑ, ΟΚΑ, νοικοκυριά, ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρείες και λοιπές δαπάνες (ΜΚΟ, Εκκλησία, κλπ) ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες

- αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα, φαρμακευτικά και υγειονομικά προϊόντα, κλπ).
- Την κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας και ανά υγειονομική δραστηριότητα. Παρουσιάζεται η κατεύθυνση της υγειονομικής δαπάνης ανά προμηθευτή υγείας (νοσοκομεία, ιατροί, διαγνωστικά κέντρα κλπ) και ανά υγειονομική δραστηριότητα (ενδο-νοσοκομειακή θεραπεία, υπηρεσίες αποκατάστασης, μακροχρόνια φροντίδα κλπ).

#### **4.5. Συμπεράσματα**

Σύμφωνα με τις παραπάνω προσεγγίσεις και ταυτόχρονα με τους βιολογικούς παράγοντες, οι κοινωνικο-οικονομικοί, ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες ασκούν σημαντική επίδραση στην υγεία του γενικότερου πληθυσμού. Ειδικότερα οι δυσμενείς συνέπειες της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, όπως η αύξηση της ανεργίας, η αβέβαιη εργασία, η μείωση και η ανισοκατανομή του εισοδήματος, αναμένεται ότι θα επιδράσουν αρνητικά στους δείκτες υγείας, όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, τη νοσηρότητα, την ψυχική υγεία, τη θνησιμότητα, τις αυτοκτονίες, την ενδοοικογενειακή βία κ.α. Επιπρόσθετα, η οικονομική κρίση ενδυναμώνει τις κοινωνικές ανισότητες, τη φτώχεια και τον κοινωνικό αποκλεισμό, ενώ δημιουργούνται και σοβαρά προβλήματα στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας. Η μείωση της ιδιωτικής και δημόσιας δαπάνης επιδρά αρνητικά στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και παράλληλα, επιβαρύνεται η λειτουργία των δημόσιων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης (Patrick & Erickson, 1993). Στο μέλλον αναμένεται να δημιουργηθεί μεγαλύτερη εξάρτηση των ατόμων από τις κοινωνικές συντάξεις και τα δημόσια βοηθήματα, ως επακόλουθο της μεγάλης αύξησης των ποσοστών ανεργίας, γεγονός που

επίσης αναμένεται να επιδεινώσει τους δημοσιονομικούς δείκτες της Ελλάδας. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι οι τρέχουσες δημογραφικές εξελίξεις στην Ελλάδα προβλέπεται ότι θα οδηγήσουν σε αύξηση τόσο της ζήτησης όσο και της χρήσης υπηρεσιών υγείας, εξαιτίας της αύξησης των αναγκών των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα όσον αφορά στις ασθένειες φθοράς και στα χρόνια προβλήματα υγείας. Επιπρόσθετα, θα επιφέρει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις σε θέματα κοινωνικής προστασίας, όσο και στα δημόσια οικονομικά της Ελλάδας. Τέλος, ο γερασμένος πληθυσμός συνεπάγεται σχετική έλλειψη εργατικού δυναμικού, μειωμένους δείκτες παραγωγικότητας και μειωμένες αποδόσεις κεφαλαίων, οι οποίοι μειώνουν επίσης τις αξίες του ενεργητικού μιας χώρας.

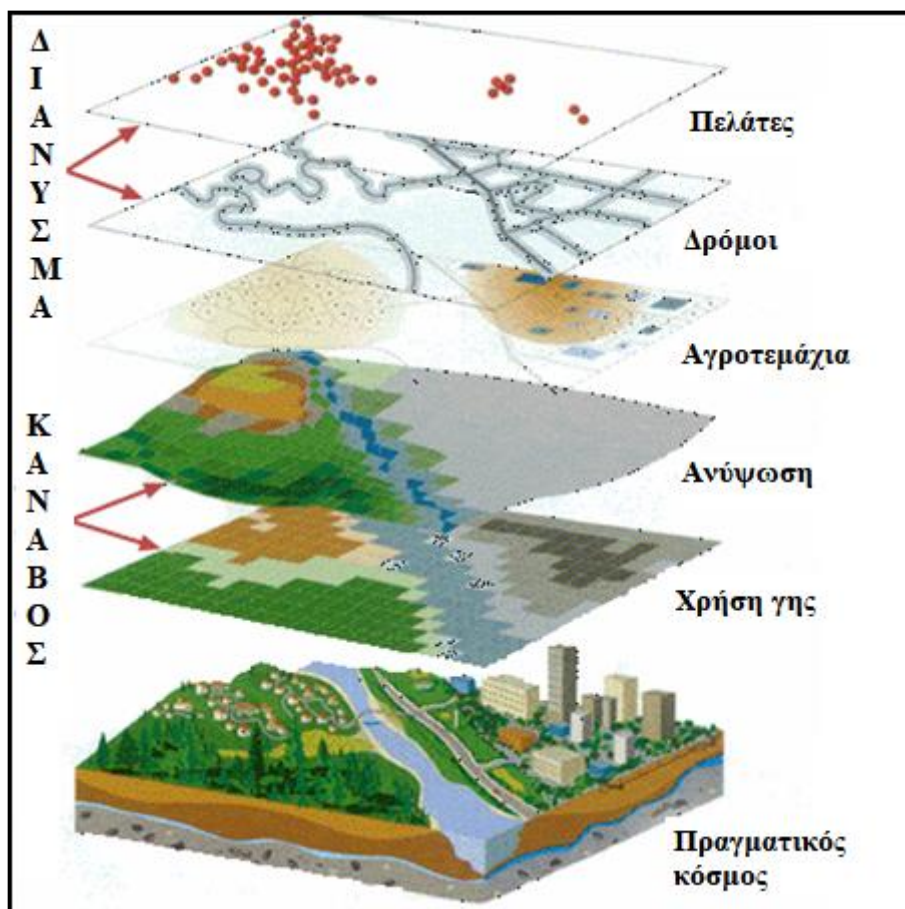
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ (GIS)

### 5.1. Ορισμός – Χαρακτηριστικά και Δυνατότητες

**Γεωγραφικό Πληροφοριακό Σύστημα (GIS)** είναι μια «οργανωμένη συλλογή μηχανικών υπολογιστικών συστημάτων (hardware), λογισμικών συστημάτων (software), χωρικών δεδομένων και ανθρώπινου δυναμικού με σκοπό τη συλλογή, καταχώρηση, ενημέρωση, διαχείριση, ανάλυση και απόδοση πληροφοριών που αφορούν στο περιβάλλον» (Κουτσόπουλος, 2005).

Τα Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα (GIS) στηρίζονται σε μια βάση δεδομένων (database), η οποία περιλαμβάνει ένα σύνολο επιπέδων πληροφορίας, που έχουν σχέση με την ίδια περιοχή μελέτης (Εικόνα 5.1). Κάθε επίπεδα περιλαμβάνει αφενός επεξεργασμένα δεδομένα, όπως είναι τα θεματικά επίπεδα της γεωλογίας, του είδους της βλάστησης, της κλίσης του τοπογραφικού αναγλύφου και αφετέρου μη επεξεργασμένα δεδομένα, όπως είναι τα τοπογραφικά, τα δορυφορικά κ.α.

Όλα τα είδη θεματικών επιπέδων, επεξεργασμένα ή μη, συνδέονται, μέσω ενός συστήματος συντεταγμένων, με μια συγκεκριμένη γεωγραφική τοποθεσία της επιφάνειας της γης. Ένα από τα συνηθέστερα συστήματα γεωγραφικών συντεταγμένων είναι αυτό του γεωγραφικού μήκους και γεωγραφικού πλάτους. Είναι ποροφανές ότι κάθε Γεωγραφικό Πληροφοριακό Σύστημα θα πρέπει να μπορεί να μετατρέπει τις παρεχόμενες συντεταγμένες των διαφόρων συστημάτων, για λόγους συμβατότητας. Σκοπός της συλλογής, μεταφοράς και αποθήκευσης των δεδομένων είναι η συσχέτιση των θεματικών επιπέδων (Αστάρης & Οικονομίδης, 2007).



Εικόνα 5.1. Διαφορετικά Επίπεδα Πληροφοριών GIS σε Στοιβα.

Πηγή: <http://www.seos-project.eu/modules/agriculture/agriculture-c03-s01.gr.html>.

## 5.2 Διάρθρωση ενός Γεωγραφικού Πληροφοριακού Συστήματος

Ένα Σύστημα Γεωγραφικών Συντεταγμένων αποτελείται από το υπολογιστικό σύστημα, το λογισμικό και τα δεδομένα: (Αστάρης & Οικονομίδης, 2007):

- **Υπολογιστικό Σύστημα:** Αποτελείται από ένα ολοκληρωμένο σύστημα Η/Υ, το οποίο περιλαμβάνει ψηφιοποιητές, σαρωτές, εκτυπωτές και σχεδιογράφους-plotters.
- **Λογισμικό:** Το πρόγραμμα που μπορεί να εισάγει, αποθηκεύει, διαχειρίζεται, αναλύει και απεικονίζει ψηφιακά δεδομένα σε ένα περιβάλλον φιλικό προς τον χρήστη.

- **Δεδομένα:** Το σύνολο των πατρεχόμενων πληροφοριών για μία γεωγραφική περιοχή ενδιαφέροντος.

### 5.3. Κατηγορίες Δεδομένων

Τα δεδομένα σύμφωνα με την **κατανομή τους στο χώρο** διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες (Αστάρας & Οικονομίδης, 2007):

- I. **Χωρικά δεδομένα** τα οποία χαρακτηρίζονται από τη θέση τους στο χώρο σε σχέση με κάποιο σύστημα συντεταγμένων και διακρίνονται στα
  - Σημειακά επίπεδα πληροφορίας (points, nodes) Π.χ. θέσεις γεωτρήσεων, τριγωνομετρικά σημεία.
  - Γραμμικά επίπεδα πληροφορίας (lines, arcs, edges) π.χ. ισοϋψείς καμπύλες, υδρογραφικό δίκτυο και ρήγματα.
  - Επιφανειακά επίπεδα πληροφορίας/πολύγωνα (polygon sorpatches), τα οποία αποτελούν μια κλειστή έκταση όπως διοικητικές, εδαφολογικές και λιθολογικές ενότητες.
  - Δεδομένα ανάγλυφου ή τρισδιάστατα (ογκομετρικά), που καταλαμβάνουν όχι μόνο κάποια επιφάνεια αλλά εκτείνονται και στις τρεις διαστάσεις τους χώρου, μήκος, έκταση και ύψος. Παράδειγμα αποτελεί ο χάρτης Ψηφιακού Μοντέλου Ανάγλυφου (Digital Elevation Model/DEM), το οποίο θα αναλυθεί εκτενώς παρακάτω.
- II. **Μη χωρικά ή ποιοτικά ή θεματικά ή περιγραφικά δεδομένα.** Παράδειγμα μη χωρικής πληροφορίας είναι ο χαρακτηρισμός μιας ισοϋψούς καμπύλης πάνω στον χάρτη προσδιορίζοντας το υψόμετρό της ή ο χαρακτηρισμός ενός κλάδου

υδρογραφικού δικτύου 1<sup>ης</sup>, 2<sup>ης</sup> τάξης κ.ο.κ., το βάθος μιας γεώτρησης και η διαπερατότητα των λιθολογικών σχηματισμών.

Τα δεδομένα μπορούν να ταξινομηθούν επίσης στις παρακάτω κλίμακες:

1. **Ονομαστική (nominal) κλίμακα**, η οποία είναι ποιοτική, μη αριθμητική, μη γραμμική κλίμακα (π.χ. η χρήση γης μπορεί να πάρει τιμές π.χ. αστική, αγροτική, δασική κ.α.).
2. **Τακτική (ordinal) κλίμακα**, η οποία είναι επίσης ονομαστική κλίμακα σε σειρά. Τα χαρακτηριστικά ταξινομούνται σύμφωνα με κάποια τακτική διάταξη (π.χ. η ιδιότητα «μέγεθος» μπορεί να πάρει τιμές μικρή, μεσαία, μεγάλη, χαμηλή, μέτρια, υψηλή κλπ)
3. **Κατά Διαστήματα (intervals) κλίμακα**, Η οποία είναι μια τακτική κλίμακα με αριθμούς Τα χαρακτηριστικά κατηγοριοποιούνται σύμφωνα με την απόκλιση τους από ένα αυθαίρετο μέγεθος μέτρησης (π.χ. το εμβαδόν παίρνει τιμές που μετρούνται σε τετραγωνικά μέτρα).
4. **Αναλογική (ratio) κλίμακα**, η οποία είναι μια κλίμακα με απόλυτο μηδενική εκκίνησης (π.χ. το υψόμετρο μετριέται από την απόστασή του από την επιφάνεια της θάλασσας).

Τα δεδομένα ταξινομούνται επίσης και ανάλογα με **τη φύση τους**. Διακρίνονται σε:

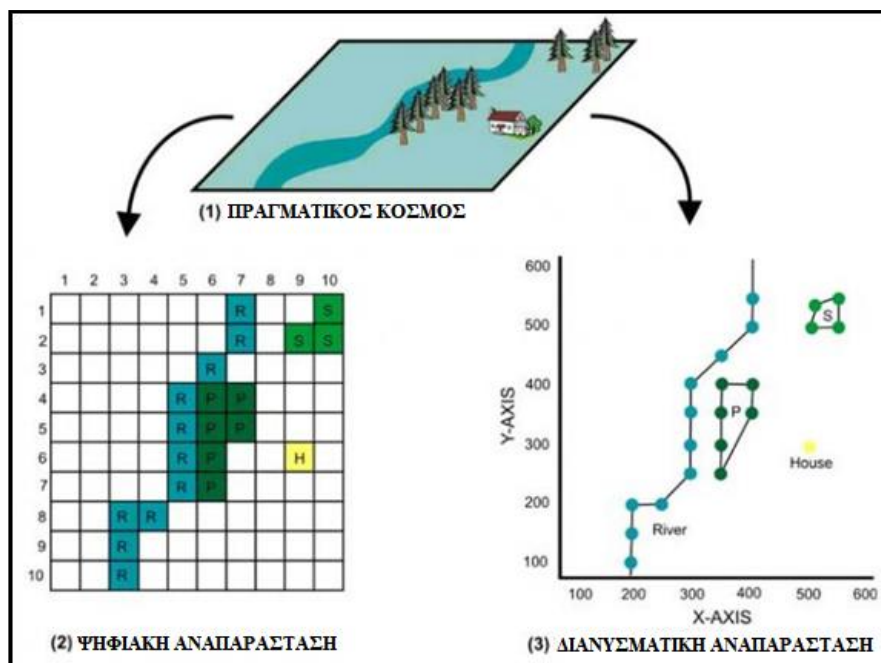
1. Διακριτά φαινόμενα ή ιδιότητες, π.χ. πληθυσμός, χρήση γης, όγκος αγροτικής παραγωγής κ.α.
2. Συνεχή, φαινόμενα ή ιδιότητες, π.χ. το υψόμετρο, η ατμοσφαιρική ρύπανση.



## 5.4. Δομή Δεδομένων

Προκειμένου τα χωρικά δεδομένα να χρησιμοποιηθούν από τα Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα θα πρέπει να μετατραπούν σε ψηφιακή μορφή. Η διαδικασία αυτή ονομάζεται «γεωκωδικοποίηση». Κατά τη διαδικασία αυτή διατηρούνται τα τοπολογικά χαρακτηριστικά των δεδομένων (Αστάρας & Οικονομίδης, 2007) και είναι δυνατή η σύνδεση ορισμένων θεματικών επιπέδων (Καρτέρης, 1994).

Τα ψηφιακά δεδομένα αναπαριστώνται με δυο τρόπους (Εικόνα 5.2), είτε σε μορφή κανάβου (raster) είτε σε μορφή διανύσματος ή πολυγώνου (vector). Τα Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα ταξινομούνται κατ' επέκταση σε μια από τις δύο κατηγορίες ανάλογα με τη μορφή των δεδομένων (Αστάρας & Οικονομίδης, 2007).



Εικόνα 5.2. Παρουσίαση των Αντικειμένων της Εικόνας 1 (RealWorld) σε μορφή Κανάβου 2 (Raster Representation) και Διανύσματος 3 (Vector Representation).

Πηγή: <http://www.cookbook.hlurb.gov.ph/book/export/html/203>.

## 5.5. Εφαρμογές των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων

Τα Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα ως εργαλείο λήψης αποφάσεων διοικητικής, οικονομικής, κοινωνικής αλλά και νομικής μορφής, και ως όργανο σχεδιασμού, ανάπτυξης, παρακολούθησης και προστασίας του περιβάλλοντος βρίσκει πολυάριθμες εφαρμογές σε διάφορους τομείς όπως:

- Υγεία
- Γεωργικές Εφαρμογές
- Δίκτυα Κοινής Ωφέλειας
- Στρατιωτικές Εφαρμογές
- Περιβαλλοντικές Εφαρμογές
- Διαχείριση Κινδύνων
- Χαρτογραφικές Εφαρμογές
- Δημογραφικές Αναλύσεις
- Πολεοδομικός-Χωροταξικός σχεδιασμός
- Αρχιτεκτονική Τοπίου
- Κλιματολογικά και Μετεωρολογικά Μοντέλα
- Εντομολογία
- Παρακολούθηση Επιχειρηματικής Δραστηριότητας
- Εφαρμογές Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- Δασοπονικές Εφαρμογές
- Ιατρικές Επιστήμες όπως Επιδημιολογία
- Εκπαίδευση
- Γεωλογία
- Βιολογία
- Εκτιμήσεις Ακινήτων
- Τηλεπικοινωνίες
- Συγκοινωνιακά Έργα
- Υδρολογία

- Αστυνομία
- Έρευνα

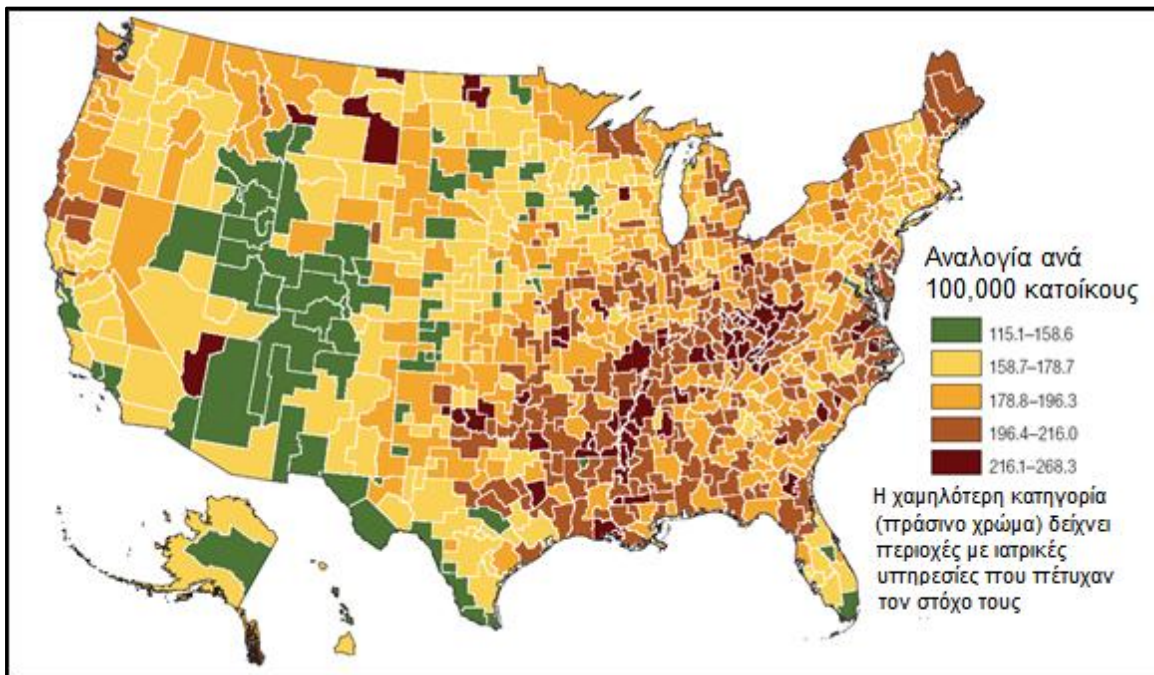
## **5.6. Εφαρμογές των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων στην Υγεία**

Σημαντικές δυνατότητες των GIS αναγνωρίζονται ολοένα και περισσότερο στη διαχείριση των δεδομένων υγείας, στη χαρτογράφηση των δεικτών υγείας και των επιπτώσεων μίας νόσου, στην ανάλυση των προτύπων και της κατανομής, στην εύρεση της θέσης των εγκαταστάσεων και σε μελέτες πρόσβασης και παροχής υπηρεσιών υγείας (Garner et al., 1993).

Ο τομέας της δημόσιας υγείας είναι πολύπλοκος και αμφιλεγόμενος τομέας. Τα τελευταία χρόνια το έργο των επαγγελματιών υγείας είναι συνεχώς όλο και πιο αποτελεσματικό, λόγω της χρήσης των υπηρεσιών Τεχνολογίας της Πληροφορίας και των Επικοινωνιών. Υπάρχουν περισσότερα προβλήματα και προκλήσεις σε σχέση με τον τομέα της δημόσιας υγείας από αυτά που αντιμετώπισε ο Dr. Snow το 1854, όταν εισήγαγε τη χαρτογράφηση στην ιατρική έρευνα. Πρόσφατα, η χρήση των GIS και η χωρική αναπαράσταση των διαφόρων θεμάτων υγείας βοηθούν τους επαγγελματίες υγείας να οδηγούνται σε καλύτερα συμπεράσματα στον τομέα της δημόσιας υγείας αλλά και να λαμβάνουν ορθότερες αποφάσεις (Fradelos et al., 2014).

Η χρήση των συστημάτων GIS έχουν ευρεία εφαρμογή στη δημόσια υγεία και πολλές μελέτες βασίζονται σε αυτά. Οι ερευνητές σήμερα προκειμένου να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα στον τομέα της υγείας χρησιμοποιούν τα σύγχρονα συστήματα GIS και άλλες εφαρμογές χαρτογράφησης στον ηλεκτρονικό υπολογιστή. Προβλέψεις καθώς και μοντέλα προσομοίωσης στηρίζονται σε αυτά τα

συστήματα. Επιπλέον, τα μοντέλα εκτίμησης κινδύνου σε σχέση με τη μόλυνση του πόσιμου νερού στο Λονδίνο βασίζονται σε αυτά (Taylore<sup>etal.</sup>, 2013). Ο χάρτης της Εικόνας 5.3 απεικονίζει τη συνολική θνησιμότητα του καρκίνου στις ΗΠΑ μεταξύ των ετών 2005-2007. Από τον χάρτη γίνεται φανερό ότι τα ποσοστά θνησιμότητας στην περίοδο αυτή ήταν χαμηλότερα στις δυτικές σε σύγκριση με τις μεσοδυτικές και ανατολικές πολιτείες των ΗΠΑ.



Εικόνα 5.3. Συνολική Θνησιμότητα του Καρκίνου στις ΗΠΑ (2005 – 2007).  
Πηγή: Healthy People 2010.

Η Πληροφορική της Δημόσιας Υγείας (Public Health Informatics – PHI) είναι μια αναδυόμενη ειδικότητα, η οποία επικεντρώνεται στην εφαρμογή της πληροφορικής και της τεχνολογίας στην πρακτική της Δημόσιας Υγείας και της Έρευνας (Hanchette, 2003). Ως μέρος αυτής της προσπάθειας, ένα σύστημα GIS ή γενικότερα ένα Χωρικό Σύστημα Υποστήριξης Αποφάσεων (Spatial Decision Support System - SDSS) προσφέρει βελτιωμένες τεχνικές γεωγραφικής απεικόνισης, με αποτέλεσμα την ταχύτερη και

ορθότερη καλύτερη λήψη αποφάσεων στον χώρο της Δημόσιας Υγείας (Yasnoff & Miller, 2003).

Ένα άλλο παράδειγμα εφαρμογής των GIS είναι αυτό που σχεδιάστηκε για να αναδείξει τη σχέση μεταξύ των συστάδων των περιπτώσεων που έχουν ηπατίτιδα C και των χρηστών ενδοφλέβιων ναρκωτικών στο Κονέκτικατ (Trooskin et al., 2005). Η αιτία είναι δύσκολο να αποδειχθεί με βεβαιότητα, αλλά η παρουσίαση σχέσεων μεταξύ δύο φαινομένων μπορεί να ενισχύσει την αποδοχή αυτών των σχέσεων, καθώς και να βοηθήσει να αποδειχτεί η χρησιμότητα και η αξιοπιστία των τεχνικών χρήσης των GIS. Οι τεχνικές GIS χρησιμοποιούνται για να δείξουν την έλλειψη συσχετισμού μεταξύ αιτιών και αποτελεσμάτων ή μεταξύ διαφορετικών αποτελεσμάτων. Στο παρελθόν έχουν μελετηθεί οι κατανομές δύο γενετικών ανωμαλιών και της βρεφικής θνησιμότητας στην Αϊόβα, και οι ερευνητές δεν έχουν βρει καμία σχέση αυτών των στοιχείων. Έτσι προέκυψε το συμπέρασμα ότι οι γενετικές ανωμαλίες και η παιδική θνησιμότητα είναι πιθανόν άσχετα γεγονότα και πιθανόν αυτό να οφείλεται σε διαφορετικές αιτίες και παράγοντες κινδύνου (Rushton et al., 1996).

Τα GIS μπορεί να συμβάλουν στη Δημόσια Υγεία με πολλούς τρόπους λόγω του ότι μπορούν να παρέχουν πληροφορίες για πολλά θέματα και να υποστηρίξουν σωστά τη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Μπορούν να παρέχουν πληροφορίες σχετικά με την κατανομή των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, τυχόν διαφορές που αυξάνονται συνεχώς θα μπορούσαν να καταργηθούν. Επίσης, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής μπορούν να βοηθηθούν και να λάβουν σωστές αποφάσεις. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να εντοπίζουν εύκολα τις δυσκολίες και τις ανισότητες όσον αφορά στην προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας και έτσι, να είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την τρέχουσα

κατάσταση (Foley, 2002). Για παράδειγμα, η εξάλειψη των ανισοτήτων στην υγεία αποτελεί έναν από τους δύο πρωταρχικούς στόχους του προγράμματος Healthy People 2010, που υπάρχει σήμερα στις ΗΠΑ. Η χρήση των GIS μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο σε αυτή την προσπάθεια, βοηθώντας τους επαγγελματίες της Δημόσιας Υγείας να εντοπίσουν τους τομείς των αδυναμιών και των ανισοτήτων, και βοηθώντας τους ιδανικά να εντοπίσουν και να αναπτύξουν λύσεις για την αντιμετώπιση των ελλείψεων αυτών. Τα GIS μπορούν επίσης να βοηθήσουν τους ερευνητές να εντάξουν ανόμοια στοιχεία από ένα ευρύ φάσμα πηγών, και μπορεί ακόμη να χρησιμοποιηθούν για την επιβολή μέτρων ελέγχου της ποιότητας των δεδομένων αυτών. Πολλά δεδομένα για τη Δημόσια Υγεία εξακολουθούν ακόμα να καταγράφονται με το χέρι και ως εκ τούτου υπόκεινται σε λάθη και εσφαλμένες κωδικοποιήσεις. Για παράδειγμα η γεωγραφική ανάλυση των δεδομένων υγειονομικής περίθαλψης από τη Βόρεια Καρολίνα έδειξε ότι μόλις πάνω από το 40% των εγγραφών περιέχουν κάποιο είδος λάθους στις γεωγραφικές πληροφορίες (πόλη, νομός, ή ταχυδρομικός κώδικας), λάθη που είχαν περάσει απαρατήρητα χωρίς την οπτική απεικόνιση τους στα GIS. Η διόρθωση των λαθών αυτών οδήγησε όχι μόνο σε πιο σωστή απεικόνιση σε GIS, αλλά βελτίωσε επίσης όλες τις αναλύσεις που χρησιμοποιούν τα εν λόγω δεδομένα (Hanchette, 2003).

Η χρήση των GIS, έχει αυξηθεί εκθετικά έτσι ώστε να επιλυθούν διάφορα ζητήματα δημόσιας υγείας. Τα συστήματα αυτά έχουν ζωτική σημασία για την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση των σχετικών προβλημάτων υγείας σε διάφορες περιοχές της γης (Foley, 2002).

Η Επιδημιολογία ήταν ένα από τα πεδία, στα οποία χρησιμοποιήθηκε αρχικά η χαρτογράφηση στην έρευνα για την υγεία. Με την πάροδο του χρόνου έχει γίνει ολοένα

και πιο εμφανές ότι η χαρτογράφηση και η γεωγραφική πληροφορία θα μπορούσαν να είναι πολύ χρήσιμες και ζωτικής σημασίας όχι μόνο για την έρευνα, αλλά και για την κατανόηση των διεργασιών των ασθενειών. Η μελέτη του Άγγλου ιατρού John Snow το 1854 αποτέλεσε ένα σημαντικό ορόσημο προς την κατεύθυνση αυτή. Αυτό οδήγησε στον εντοπισμό της πηγής της μόλυνσης από μια επιδημία χολέρας που ξέσπασε στο Λονδίνο. Έχοντας χαρτογραφήσει τις θέσεις των ατόμων που επλήγησαν, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το μολυσμένο νερό ήταν η αιτία της επιδημίας (McLeod, 2000). Ένα Γεωγραφικό Πληροφοριακό Σύστημα μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην επιτήρηση, διαχείριση και ανάλυση των ασθενειών. Φαίνεται να συνιστά σημαντικό εργαλείο για την ανάλυση και την απεικόνιση των επιδημιολογικών δεδομένων. Οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας, οι ασθένειες, καθώς και κάθε πληροφορία σχετικά με την υγεία μπορούν να απεικονιστούν σε έναν χάρτη και να συσχετιστούν με διάφορες πληροφορίες όπως τα περιβαλλοντικά δεδομένα, δεδομένα ανησυχίας για την υγεία και τα κοινωνικά δεδομένα.

Έτσι, δημιουργείται ένα μέσο παρακολούθησης και διαχείρισης των ασθενειών και των προγραμμάτων υγείας. Είναι απαραίτητο να κατανοηθεί, να παρακολουθηθεί και δοθεί έμφαση στους λόγους που μπορεί να συσχετίζονται με την ανάπτυξη μίας νόσου. Μερικοί από αυτούς τους παράγοντες θα μπορούσαν να είναι το περιβάλλον, η συμπεριφορά και το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο μιας περιοχής. Σε περίπτωση που η «πηγή» της νόσου είναι αναγνωρίσιμη και η ανάπτυξη και η μετάδοση της είναι γνωστή οι διαχειριστές της υγείας θα είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τις πανδημίες (Najafabadi, 2009; Ezatti et al., 2005). Ένα σύστημα GIS συνιστά ένα

εργαλείο με μεγάλη δυναμική που θα μπορούσε να συμβάλει στην αξιολόγηση των περιβαλλοντικών κινδύνων και την έκθεση των ανθρώπων σε αυτούς.

Ο σχεδιασμός της κατ' οίκον παροχής φροντίδας είναι μία από τις πιο ενεργές εφαρμογές των GIS. Ένα Γεωγραφικό Πληροφοριακό Σύστημα (GIS) μπορεί να βοηθήσει στην οργάνωση όλων των δρομολογίων, που πρέπει να ακολουθήσει ένας επαγγελματίας υγειονομικής περίθαλψης, λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψιν και άλλες παραμέτρους. Από την άλλη πλευρά, οι ιδιωτικές υπηρεσίες υγείας θα μπορούσαν να οργανώσουν ένα σχέδιο επέκτασης τους και να προωθήσουν τις υπηρεσίες τους. Μπορούν ακόμη και να κάνουν προβλέψεις για ορισμένες υπηρεσίες που είναι σε μεγάλη ζήτηση σε συγκεκριμένες περιοχές. Σε γενικές γραμμές, τα πεδία εφαρμογής των GIS θα μπορούσαν να εφαρμοστούν για τον στρατηγικό σχεδιασμό, την έρευνα και την αξιολόγηση, την ετοιμότητα για περιπτώσεις έκτασης ανάγκης και τη διαθεσιμότητα και τοποθεσία των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Smith et al., 2007). Τα Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα παρέχουν μια τεράστια ευκολία για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης όσον αφορά στην οργάνωση και στη διαχείριση των υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, η οργάνωση και ο συντονισμός των διαφόρων υπηρεσιών είναι πιο εύκολη και πιο αποτελεσματική. Ο πάροχος της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να κατευθύνει γρήγορα και αποτελεσματικά τον ασθενή σε κατάλληλες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης (Najafabadi, 2007). Τα Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα είναι σε θέση να παρέχουν την ακριβή τοποθεσία των ειδικών ιατρικών μηχανημάτων. Είναι σημαντικό ένας ασφαλιστικός οργανισμός να είναι σε θέση να γνωρίζει την πιο κοντινή τοποθεσία για την πρόσβαση σε έναν αξονικό τομογράφο, όταν αυτό ζητείται από τον ασφαλισμένο (Smith et al., 2007).



Κατά τη διάρκεια της περασμένης δεκαετίας, οι εφαρμογές των GIS είχαν επικεντρωθεί σε οκτώ μεγάλες κατηγορίες: στον γεωργικό τομέα (Millward & Mersey, 2001), στις επιπτώσεις του κλίματος (Sauchyn, 2001; Sauchynetal., 2003), στην ιατρική και παρασιτολογία (Odoi et al., 2004; Tinline et al., 2002; Tinline & MacInnes, 2004), στα φυτοφάρμακα (Levallois et al., 1998; Li et al., 2003), στη ρύπανση (Dennis et al., 2005; Leon et al., 2001; Leonetal., 2002; Li, 2001; MacLeod et al., 2001; Toose et al., 2004; Warren et al., 2005; Woodfine et al., 2002; Woodfine et al., 2001), στη διαχείριση των αποβλήτων (Chen et al., 2003; Lukasheh et al., 2001; Verter & Kara 2001), και στη διαχείριση της άγριας πανίδας (Meehan et al., 2004). Η εφαρμογή των GIS στο τομέα της υγείας περιλαμβάνει μεταξύ άλλων την ασφάλεια των μετακινήσεων (Aultman-Halletal, 1999), τις αποφάσεις της περιβαλλοντικής υγείας (Bedard et al., 2003), τους χάρτες δεδομένων υγείας (Buckeridge et al., 2002), τη χαρτογράφηση των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας (Fulcher & Kaukinen, 2005), την αύξηση του πληθυσμού (Hathout, 2002), την ταυτοποίηση συμπλέγματος νόσο (Koch & Denike, 2001), τη γεωγραφική πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Scott et al., 1998) και τη γεωγραφική επιδημιολογία (Yiannakoulias et al., 2003). Στον Πίνακα 5.1 παρουσιάζεται μια βιβλιογραφική επισκόπηση μελετών/ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σχετικά με την εφαρμογή των GIS στον τομέα της υγείας.

**Πίνακας 5.1. Βιβλιογραφικήεπισκόπηση μελετών χρήσης των GIS στον τομέα της υγείας.**

<b>Άσθμα</b>	
<b>Heinrich et al., 2005</b>	Ανάλυση των κινδύνων εκδήλωσης άσθματος σε σχέση με την ατμοσφαιρική ρύπανση που σχετίζεται με την κυκλοφορία των αυτοκινήτων.
<b>English et al., 1999 Gehring et al., 2002 Gordian et al., 2005</b>	Συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων κυκλοφοριακής συμφόρισης και της διάγνωσης του άσθματος στα παιδιά.
<b>Allacci, 2005</b>	Γενικοί παράγοντες περιβαλλοντικών κινδύνων για φροντίδα έκτακτης ανάγκης άσθματος.

Crabbe et al., 2004	Ειδική βάση δεδομένων του συστήματος περιβαλλοντικής διαχείρισης, σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα παρακολούθησης του άσθματος (φορητό σπειρόμετρο).
Hruba et al., 2001	Η σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων του παιδικού άσθματος, των εισαγωγών στο νοσοκομείο, και η μακροχρόνια έκθεση σε αιωρούμενα σωματίδια στο περιβάλλον των βιομηχανικών αστικών περιοχών.
Wellie et al., 2001	Γεωγραφική χαρτογράφηση των ασθματικών επιδημιολογικών δεδομένων σε ένα αστικό κέντρο.
Bernstein et al., 2005	Γεωγραφική ανάλυση διασποράς των χρόνιων φλεγμονωδών νόσων.
Oyana et al., 2004 Oyana & Rivers 2005	Γεωγραφική ανάλυση συστάδων των προτύπων νοσηλείας παιδιών και ενηλίκων που παρουσιάζουν επεισόδια άσθματος σε σχέση με την εγγύτητα σε πηγές ρύπανσης από αιωρούμενα σωματίδια.
Mo et al., 2003 Mo et al., 2004	Ανάλυση δεδομένων της έρευνας για την υγεία των πνευμόνων.
Manfreda et al., 2004	Η γεωγραφική διαφοροποίηση στην επικράτηση της βρογχικής ευαισθησίας.
McLean et al., 2003	Μελέτη ανοικτών φαρμακείων για το άσθμα.
Buckeridge et al., 2002	Ανάλυση συστάδων των εκπομπών των οχημάτων με κινητήρα στην υγεία του αναπνευστικού συστήματος.
Habbick et al., 1999	Γεωγραφικές διαφοροποιήσεις στη συχνότητα του άσθματος.

### Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

Buckeridge et al., 2002	Η σχέση μεταξύ των εκπομπών των οχημάτων με κινητήρα και του αναπνευστικού συστήματος υγείας, χρησιμοποιώντας ένα σύστημα γεωγραφικών πληροφοριών για την εκτίμηση της μέσης ημερήσιας έκθεσης σε αιωρούμενα σωματίδια PM(2.5).
Yang et al., 2005	Εκτίμηση κινδύνου του πληθυσμού σε βραχυπρόθεσμη έκθεση σε χαμηλά επίπεδα αέριων ρύπων στο αστικό περιβάλλον.
Estabrooks et al., 2005	Διαστρωματική ανάλυση του αντίκτυπου των χαρακτηριστικών της νοσηλευτικής σχετικά με τις τάσεις της θνησιμότητας στην οξεία νοσοκομειακή φροντίδα για τους ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια.
Sin et al., 2004	Σπειρομετρική ανάλυση εξασθενημένης πνευμονικής λειτουργίας σε ιθαγενή παιδιά.
Chen et al., 2004	Ανάλυση χρονοσειρών των ηλικιωμένων ανθρώπων που νοσηλεύονται με χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο που σχετίζεται με πρόσθετη έκθεση στην ατμοσφαιρική ρύπανση από αιωρούμενα σωματίδια.
Churg et al., 2003	Επιπτώσεις στην αναπνευστική λειτουργία εξαιτίας της χρόνιας έκθεσης σε υψηλά επίπεδα σωματιδιακής ρύπανσης
Lippmann et al., 2000	Σύνδεση των καθημερινών τάσεων νοσηρότητας-θνησιμότητας των αστικών πληθυσμών με συστατικά ξένων σωματιδίων.
Stieb et al., 1998 Stieb et al., 2000	Ανάλυση χρονοσειρών των παραπομπών στο τμήμα επειγόντων περιστατικών για καρδιοαναπνευστικά προβλήματα που σχετίζονται με υψηλά επίπεδα

	αεροαλλεργιογόνων και της ατμοσφαιρικής ρύπανσης.
<b>Έμφραγμα Μυοκαρδίου</b>	
O'Neill, 2003 Viik-Kajander et al., 2003	Μοντέλα αξιολόγησης του κινδύνου για την εκτίμηση των εξωνοσοκομειακών θανάτων από έμφραγμα του μυοκαρδίου που οφείλονται σε κακή γεωγραφική πρόσβαση στις εγκαταστάσεις του νοσοκομείου έκτακτης ανάγκης.
Auliciems & Frost 1989 Frost & Auliciems 1993 Persinger et al., 1993 Sheth et al., 1999 Vrbova et al., 2005	Ανάλυση εποχικού προτύπου εισαγωγών στο νοσοκομείο λόγω οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου.
Estabrooks et al., 2005	Επίδραση της νοσοκομειακής νοσηλευτικής φροντίδας σε σχέση με τις τάσεις της θνησιμότητας από έμφραγμα του μυοκαρδίου.
Davies et al., 2005	Η χρόνια έκθεση σε επίπεδα θορύβου στον χώρο εργασίας σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου για θνησιμότητα από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.
<b>Βρογχίτιδα</b>	
Bernstein et al., 2005	Γεωγραφική ανάλυση συστάδων των χρόνιων φλεγμονωδών νόσων που σχετίζονται με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.
Hutchison et al., 2003	Διαφορές στην ικανοποίηση των ασθενών και στην ποιότητα της περίθαλψης.
Buckeridge et al., 2002	Ανάλυση συστάδων των επιπτώσεων των εκπομπών των οχημάτων με κινητήρα στην υγεία του αναπνευστικού συστήματος.
Foggin & Aurillon 1989	Γεωγραφική ανάλυση συσχετισμού των δεικτών υγείας του αναπνευστικού συστήματος (οξεία και χρόνια βρογχίτιδα, πνευμονική λειτουργία) και των δεικτών εκπολιτισμού των ιθαγενών σε δείγμα του αμερικάνικου πληθυσμού.
Kozyrskyj et al., 2003	Αξιολόγηση των χαρακτηριστικών στοιχείων της υγειονομικής περίθαλψης για τον εντοπισμό συνδρόμων συριγμού στα παιδιά.
Levesque et al., 1998	Ανάλυση των κοινωνικών και υγειονομικών ερευνών για να εντοπιστεί η σχέση μεταξύ των χρόνιων αναπνευστικών ασθενειών και των καθοριστικών παραγόντων.
Masley et al., 2000	Διαστρωματικές έρευνες των αγροτικών νοικοκυριών σχετικά με τις επιπτώσεις της περιβαλλοντικής έκθεσης σε φυτοφάρμακα στην υγεία του αναπνευστικού συστήματος
Boadway et al., 1998	Επιπτώσεις στην υγεία εξαιτίας των επιπέδων όζοντος στην τροπόσφαιρα, οξέως αερολυμάτων και αιωρούμενων σωματιδίων.
Long et al., 1998	Έρευνες εντοπισμού αναπνευστικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με την καύση άχυρου.
Dockery et al., 1996	Συμπτώματα του αναπνευστικού συστήματος στα παιδιά που εκτίθενται σε οξέα αερολύματα.
Stern et al., 1994	Η αναπνευστική κατάσταση της υγείας των προεφηβικών μαθητών σε αγροτικές περιοχές.

## Πνευμονία

Andrade et al., 2004	Πρότυπα ανίχνευσης εξωνοσοκομειακής παιδικής πνευμονίας μέσω προοπτικών επιτήρησης.
Hruba et al., 2001	Μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της έκθεσης στην ατμοσφαιρική ρύπανση στα παιδιατρικά αναπνευστικά συμπτώματα και τα πρότυπα νοσηλείας.
Mikelova et al., 2003	Τάσεις θνησιμότητας κοκκύτη συνδυάζεται με μη θανατηφόρα κρούσματα από την ηλικία, την ημερομηνία και τη γεωγραφία.
Buckeridge et al., 2002	Ανάλυση συστάδων των επιπτώσεων των εκπομπών των οχημάτων με κινητήρα στην υγεία του αναπνευστικού συστήματος.
Diekema et al., 2001	Γεωγραφική έρευνα της εμφάνισης Staphylococcus και της αντιμικροβιακής ευαισθησίας
Veugelers et al., 1994	Γεωγραφική έρευνα σχετικά με τη χρήση μέτρων προφύλαξης κατά της πνευμονίας Pneumocystis carinii.
Evers & Rand 1982	Ανάλυση τάσης της παιδιατρική νοσηρότητας για τον εντοπισμό της πνευμονίας που προκαλείται από λοιμώξεις του αναπνευστικού στα παιδιά των ιθαγενών.

## Γρίπη

Viboud et al., 2005	Ανάλυση των τάσεων της θνησιμότητας της πανδημίας γρίπης
Uphoff et al., 2004	Εκτίμηση της πιθανότητας χαρτογράφησης με τη χρήση GIS των δεδομένων επιτήρησης της γρίπης.
Harcourt et al., 2004	Αξιολόγηση των στατιστικών τεχνικών GIS για να αναπτυχθούν ολοκληρωμένες στρατηγικές δειγματοληψίας πληθυσμού για την επιτήρηση των λοιμωδών νοσημάτων, κυρίως αυτών που προέρχονται από τα πτηνά.
Ehlers et al., 2003	Χωρική ανάλυση και διαχείριση της επιδημίας γρίπης των πτηνών χρησιμοποιώντας τα συστήματα GIS (VetGIS).
Viboud et al., 2005	Πολυεθνική εκτίμηση των επιπτώσεων της πανδημίας γρίπης
Moore, 2004	Σύστημα επιτήρησης στο τμήμα επειγόντων περιστατικών σε πραγματικό χρόνο για την ανίχνευση γεγονότων βιοτρομοκρατίας και των αναδυόμενων λοιμώξεων.
Sattenspiel & Herring 2003	Ιστορική γεωγραφική μοντελοποίηση της εξάπλωσης της επιδημίας της γρίπης του 1918-19 στον Καναδά, με ιδιαίτερη αναφορά στο κατά πόσο έχει επηρεάσει την ανθρώπινη απομόνωση.
Sattenspiel et al., 2000	Ιστορική γεωγραφική μοντελοποίησης της επίδρασης της μετανάστευσης των ιθαγενών σχετικά με την εξάπλωση της επιδημίας της γρίπης το 1918-1919.

## Σοβαρό Οξύ Αναπνευστικό Σύνδρομο

Boulos K., Nabih M. 2004	Δυνατότητες χρήσης των GIS στην πρόβλεψη της παγκόσμιας κατανομής των μολυσματικών ασθενειών.
Rogers et al., 2003	
Affonso et al., 2004	Χωρική ανάλυση της επιδημίας SARS.

## Ιοί του γένους «Hantavirus»

Fang et al., 2003	Χωρική ανάλυση κατανομής του αιμορραγικού πυρετού.
<b>Γρίπη των πτηνών</b>	
Boulos & Nabih, 2004	Ενσωμάτωση της τεχνολογίας GIS στο πλαίσιο των σχεδίων έκτακτης ανάγκης για μια πιθανή πανδημία γρίπης των πτηνών.
<b>Βιοτρομοκρατία</b>	
Boulos & Nabih, 2004 McLafferty, 2003 Ruiz & Remmert, 2004	Ενσωμάτωση της τεχνολογίας GIS στην καθημερινή ρουτίνα των τοπικών υπηρεσιών υγείας.
Zubieta et al., 2003	Εφαρμογή της τεχνολογίας GIS στην έρευνα της πιθανής έκθεσης σε άνθρακα.
<b>Μόλυνση του Αέρα</b>	
Gilbert et al., 2005	Γεωχωρική ανάλυση των ατμοσφαιρικών συγκεντρώσεων διοξειδίου του αζώτου, για να αξιολογηθούν οι επιδημιολογικοί κίνδυνοι της έκθεσης σε ατμοσφαιρική ρύπανση που σχετίζεται με την κυκλοφορία των αυτοκινήτων.
Oyana & Rivers 2005	Γεωγραφικές διαφοροποιήσεις των προτύπων παιδιατρικής νοσηλείας από άσθμα και της εγγύτητας με τις πηγές ρύπανσης του περιβάλλοντος.
Krewski et al., 2005	Εποχική ανάλυση διακύμανσης των οικιστικών συγκεντρώσεων ραδονίου.
Bartlett et al., 2004	Αξιολόγηση των αερομεταφερόμενων συγκεντρώσεων μυκήτων στα δημόσια σχολεία.
Oyana et al., 2004	Γεωχωρική ανάλυση της νοσηλείας ενηλίκων με άσθμα και της έκθεσης κατοικημένων περιοχών σε ρύπανση.
Brun et al., 2004	Γεωγραφική και χρονική κατανομή των πολυκυκλικών αρωματικών υδρογονανθράκων.
Hall et al., 2002	Έκθεση σε σκόνη από την υλοτομεία.
Scott et al., 2003	Ισοπληθείς κατανομή των συγκεντρώσεων του διοξειδίου του θείου από τις εγκαταστάσεις επεξεργασίας πετρελαίου.
Buckeridge et al., 2002	Αναπνευστική επίδραση στην υγεία των εκπομπών των οχημάτων με κινητήρα.
Duchaine et al., 2000	Εκπομπές σωματιδίων και βιοαεροζόλ από πριονιστήρια.
Stieb et al., 1996	Αποτελεσματικότητα του καναδικού συμβουλευτικού προγράμματος αιθαλομίχλης.
<b>Κλιματική Αλλαγή</b>	
Manfreda et al., 2001	Διακύμανση στον επιπολασμό των συμπτωμάτων του άσθματος, κρίσεις άσθματος και τη χρήση των φαρμάκων άσθματος μεταξύ του Καναδά και του διεθνούς επιπέδου που οφείλεται στις επιδράσεις του περιβάλλοντος.
Rainham, 2005	Εμφάνιση του ιού του Δυτικού Νείλου στον Καναδά που προκύπτει από την αλλαγή των διεργασιών των οικοσυστημάτων και των πιθανών επιπτώσεων στις στρατηγικές παρεμβάσεις για την υγεία του πληθυσμού.

### **5.7. Εφαρμογές των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων στην Ψυχική Υγεία**

Οι ψυχικές διαταραχές εξαπλώνεται σε όλες τις χώρες, τις κοινωνίες και τα έθνη, ανεξάρτητα από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο του πληθυσμού. Εκτιμάται ότι το 20-25% του πληθυσμού θα αντιμετωπίσει κάποια ψυχική ασθένεια κάποια στιγμή στη ζωή του (WHO, 2001). Στην Ελλάδα, οι ψυχικές διαταραχές είναι κοινές και σύμφωνα με επιδημιολογικές μελέτες, οι οποίες διεξάγονται σχετικά με το γενικό πληθυσμό έχει εντοπιστεί ότι το 14-16% των ατόμων πάσχει από κάποια ψυχική διαταραχή με το στρες να αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή (Statharou et al., 2011; Lionis, 2003). Οι ψυχικές διαταραχές αποτελούν μία από τις πιο κοινές αιτίες αναπηρίας μεταξύ όλων των ασθενειών. Επιπλέον, έχουν τεράστιες κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις. Τα τελευταία χρόνια φαίνεται να υπάρχουν νέες ψυχικές ασθένειες και ένα υψηλό ποσοστό τους εμφανίζεται συνήθως σε ειδικούς πληθυσμούς όπως οι ηλικιωμένοι. Μερικές από αυτές τις ψυχικές ασθένειες είναι αρκετά συνυφασμένες με τις περιβαλλοντικές αλλαγές και τις αλλαγές στις χρήσεις γης, όπως η αστικοποίηση (Albrecht et al., 2007). Είναι αναμενόμενο ότι η γεωγραφική αναπαράσταση αυτών των δεδομένων αποτελεί ένα πολύτιμο εργαλείο για τους επαγγελματίες της υγείας τόσο στη θεραπεία όσο και στην πρόληψη των ψυχικών ασθενειών. Η προσβασιμότητα σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς και σε υπηρεσίες γενικής υγείας είναι ένας από τους πιο κοινούς τύπους έρευνας που βασίζεται στα συστήματα GIS. Οι γεωγραφικοί παράγοντες, όπως η απόσταση μπορεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη χρήση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας,

καθώς η διαμονή ασθενών σε μεγάλες αποστάσεις από τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης μειώνει το ποσοστό επίσκεψης των ασθενών αυτών σε αυτά τα τμήματα. Τα συστήματα GIS μπορούν να αναλύσουν και να απεικονίσουν με ακρίβεια την κατανομή των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και να εξηγήσουν τους λόγους, για τους οποίους επηρεάζεται η δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Τις περισσότερες φορές οι άνθρωποι που πάσχουν από σοβαρή ψυχική ασθένεια αναγκάζονται να μεταγκατασταθούν σε περιοχές που είναι πιο προσιτές στην παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Από την άλλη πλευρά, οι αλλαγές αυτές έχουν μάλλον τεράστιο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία και την πορεία της νόσου. Ως εκ τούτου, η σωστή και ακριβής διευθέτηση των εν λόγω υπηρεσιών βοηθά στην εύκολη πρόσβαση στις συγκεκριμένες υπηρεσίες υγείας (López et al., 2012). Εκτός από τη γεωγραφική κατανομή, άλλες μελέτες σχετικά με την ψυχική υγεία έχουν επίσης χρησιμοποιήσει τα συστήματα GIS για τη συσχέτιση της ψυχικής υγείας και μιας γεωγραφικής μεταβλητής, όπως η κατοικία του ατόμου (Zhang et al., 2011). Οι ψυχικές ασθένειες, η εθνικότητα, η διαμονή και το μορφωτικό, οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο του πληθυσμού που χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες αυτές μπορούν να συχτισθούν και να απεικονισθούν με τη χρήση ενός συστήματος GIS. Έτσι, όλες οι πληροφορίες και όλα τα παραπάνω δεδομένα εμφανίζονται στον χάρτη (Foley & Platzner, 2007). Επομένως γίνεται αντιληπτό ότι τα Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα συμβάλουν στην κατανόηση των διαφόρων πτυχών της ψυχικής υγείας. Επιπλέον, βοηθούν στον σχεδιασμό των απαραίτητων δικτύων παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Τα δίκτυα αυτά πρέπει να είναι εξίσου προσιτά στο μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Είναι ζωτικής σημασίας όλα τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο να μειώσουν τις ανισότητες στην υγεία.

## **5.8. Εφαρμογές των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων στη Διαχείριση Περιβάλλοντικών Επιπτώσεων στην Υγεία**

Η χρήση των GIS σε περιβαλλοντικά θέματα είναι πολύ διαδεδομένη. Τα συστήματα αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο για μικρές και απλές εφαρμογές όπως για την ανάλυση ενός χάρτη όσο και ως εργαλεία λήψης αποφάσεων σε πιο περίπλοκα ζητήματα.

Οι περιβαλλοντικές επιπτώσεις στην ανθρώπινη υγεία είναι σημαντικές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι είναι υπεύθυνοι για το 25% περίπου της συνολικής επιβάρυνσης των ασθενειών σε παγκόσμιο επίπεδο και σχεδόν το 35% ισχύει για την Αφρική. Σύμφωνα με τον WHO θα είχαν αποφευχθεί 13.000.000 θάνατοι, εάν το περιβάλλον ήταν πιο καθαρό (I.D.R.C., 2009). Ορισμένα περιβαλλοντικά προβλήματα που επηρεάζουν την υγεία του ανθρώπου και για τα οποία θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν τα GIS είναι σε μελέτες, όπου τα καρδιαγγειακά προβλήματα υγείας, καθώς και τα καρδιακά και εγκεφαλικά επεισόδια θανάτων συνδέονται με τους αέριους ρύπους και ιδιαίτερα την ατμοσφαιρική ρύπανση. Τα GIS μπορεί να παρουσιάσουν τους αέριους τύπους και τα σωματίδια και την ομοιόμορφη διασπορά και τη μεταφορά τους (Lisabeth et al., 2008).

Το νερό, τα βαρέα μέταλλα και άλλες χημικές ουσίες μολύνουν το πόσιμο νερό σε όλο τον κόσμο. Έτσι, προκαλούνται σοβαρά προβλήματα υγείας λόγω του γεγονότος ότι το νερό μπορεί να μεταφέρει μεγάλο αριθμό μικροοργανισμών που θέτουν τη δημόσια υγεία σε κίνδυνο. Οι εφαρμογές των GIS μπορούν να απεικονίσουν το πόσιμο νερό από μια περιοχή. Επίσης, αυτές οι εφαρμογές θα μπορούσαν να παρέχουν πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την υφή του νερού (Fradelos et al., 2014).



Το έδαφος καθώς και η μόλυνση του εδάφους μπορεί επίσης να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα υγείας σε έναν πληθυσμό. Είναι πολύ σημαντικό η υφή του εδάφους και όλες οι πρόσθετες χημικές πληροφορίες να καταγράφονται. Αυτό είναι ένα άλλο πεδίο στο οποίο τα GIS εφαρμόζονται (Briggs, 2000; Fecht et al., 2014; Joseph et al., 2014)

Η χρήση των GIS βρίσκει πολλές εφαρμογές στον τομέα της υγείας. Οι εφαρμογές ποικίλουν από απλές δασικές απεικόνιση σε σύνθετες απεικονίσεις ποιότητας του αέρα και του νερού. Πολλοί οργανισμοί που εποπτεύουν το περιβάλλον, καθώς και οι περιβαλλοντικές αλλαγές και καταστροφές που έχουν επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού, χρησιμοποιούν κυρίως τα συστήματα GIS, έτσι ώστε να κατανοήσουν τις επιπτώσεις τους και να προάγουν την υγεία του πληθυσμού. Οι οργανισμοί αυτοί προωθούν τη χρήση των συστημάτων αυτών, ώστε να λειτουργούν αποτελεσματικά στην παρακολούθηση των πολιτικών, την αποκατάσταση και τον σχεδιασμό για την ανάπτυξη, ακόμη και την προστασία του περιβάλλοντος. Με την πάροδο των χρόνων έχουν διεξαχθεί πολλές περιβαλλοντικές έρευνες με τη χρήση GIS σε τομείς, όπως η χαρτογράφηση μίας νόσου ή για τη διερεύνηση των επιδημιών. Επίσης, μπορούν να διερευνηθούν οι μελέτες σχετικά με την προσβασιμότητα σε καθαρό πόσιμο νερό ή ακόμη και της θνησιμότητας ανά περιοχή (Glass et al., 1993; Bedarda et al., 2003; Glass et al., 1995; Vine et al., 1997; McLafferty, 2003).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 6.1. Σχεδιασμός και Στόχοι της Έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων. Επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι η καταγραφή του σημερινού προφίλ των ηλικιωμένων, η διερεύνηση της αντίληψης των ηλικιωμένων για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας τους και στον τρόπο ζωής τους, η αξιολόγηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, η διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων της έρευνας και η διερεύνηση της διαφοροποίησης του βαθμού συσχέτισης των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Δεδομένης της χρησιμότητας των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (GIS) και της εφαρμογής τους στους χώρους της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας, των υπηρεσιών υγείας και της γενικότερης διαχείρισης του περιβάλλοντος για την υγεία, τα αποτελέσματα της έρευνας αποτυπώνονται ως γραφήματα στις αντίστοιχες γεωγραφικές θέσεις στους χάρτες, παρέχοντας στον ενδιαφερόμενο πλήρη εικόνα της γεωγραφικής κατανομής των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων ανά περιοχή. Έτσι, οι ενδιαφερόμενοι δημόσιοι φορείς και πάροχοι υπηρεσιών υγείας αποκτούν δυνατότητες αμεσότητας στη λήψη αποφάσεων σχετικών με τις απαιτούμενες εκ μέρους τους ενέργειες.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίου το οποίο συντάχθηκε από τον γράφοντα, που είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη τεχνική σε δειγματοληπτικές έρευνες (Matei & Dinu, 2010).

Ο κάθε ερευνητής για την εκπλήρωση του σκοπού του μπορεί να χρησιμοποιήσει δύο είδη στοιχείων: τα δευτερογενή και τα πρωτογενή. Τα δευτερογενή είναι αυτά που έχουν συλλεχθεί ήδη για άλλους ερευνητικούς σκοπούς, ενώ τα πρωτογενή συλλέγονται για πρώτη φορά (Σταθακόπουλος, 2001). Για την παρούσα έρευνα συλλέχθηκαν πρωτογενή στοιχεία με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Στη βιβλιογραφία παρουσιάζονται δύο διαφορετικές προσεγγίσεις, η ποσοτική και η ποιοτική. Στην ποσοτική προσέγγιση οι ερευνητές επιλέγουν να συγκεντρώσουν πρωτογενή στοιχεία, συνήθως από μεγάλα δείγματα, τα οποία στη συνέχεια μετατρέπουν σε μετρήσιμα και τα αναλύουν. Αντίθετα, στις ποιοτικές ερευνητικές προσεγγίσεις, η λογική που ακολουθείται είναι διαφορετική, καθώς οι ερευνητές επιλέγουν να συγκεντρώσουν μεγάλο μεγέθους στοιχεία από μικρό δείγμα με στόχο να διερευνήσουν σε βάθος στάσεις και αντιλήψεις (Κυριαζόπουλος & Σαμαντά, 2010).

Για την παρούσα έρευνα ακολουθείται η ποσοτική προσέγγιση λόγω του μεγάλου πληθυσμού. Με την ποσοτική προσέγγιση επιτρέπεται τη διεξαγωγή της έρευνας σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού-στόχου και «επιτρέπει να μάθει ο ερευνητής “τι συμβαίνει” αλλά δεν δίνει ερμηνείες για να γίνει κατανοητή η εμπειρία». Επίσης ακολουθεί την αρχή της γενίκευσης ενός συμπεράσματος από το ειδικό υπό μελέτη δείγμα σε ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού (Cohen & Manion, 1994).

Αντίστοιχες έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί τόσο σε ευρωπαϊκό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο πραγματοποιείται διαχρονική έρευνα για την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση (SHARE, 2005 - Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe), τα πρώτα αποτελέσματα της οποίας δημοσιεύτηκαν το 2005 (Börsch-Supan & Jürges, 2005). Στην έρευνα ενώ αρχικά συμμετείχαν 11 χώρες από την

Σκανδιναβία έως τη Μεσόγειο, οι χώρες που τελικά συμμετέχουν έφτασαν τις 16 (μαζί με Ισραήλ, Τσεχία, Πολωνία, Ιρλανδία, Σλοβενία). Η συλλογή των στοιχείων εμπλουτίζεται συνεχώς με νέα δεδομένα, τα οποία συγκρίνονται με παλαιότερα, εξάγοντας έτσι κάθε φορά πιο επικαιροποιημένα και βελτιωμένα συμπεράσματα (Börsch-Supan et al., 2008).

Στην πραγματικότητα, η ανάπτυξη της SHARE ακολουθεί πιστά αντίστοιχες μελέτες της αμερικανικής έρευνας για την υγεία και την συνταξιοδότηση (Health and Retirement Study [HRS]) και της Αγγλικής διαχρονικής έρευνας για τη γήρανση (ELSA-Longitudinal Study of Ageing). Επιπλέον πολλές μελέτες για τη γήρανση έχουν πραγματοποιηθεί βασιζόμενες στην αμερικανική έρευνα για την υγεία και τη συνταξιοδότηση (HRS), καλύπτοντας περισσότερο ασιατικές χώρες, τη Ρωσία και χώρες της Αφρικής (Karney, 2008).

Σύμφωνα με τους Carone και Costello (2006) η σημαντικότητα τέτοιων μελετών έγκεινται στο γεγονός ότι μπορεί να συμβάλουν σημαντικά στην συστηματική αντιμετώπιση της αβεβαιότητας στις δημογραφικές και δημοσιονομικές προβλέψεις, καθώς και στις πολύπλοκες προκλήσεις της πολιτικής στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και της μακροχρόνιας φροντίδας από τις συντάξεις. Τέλος, οι μελέτες αυτές αποτελούν ένα πολύτιμο εργαλείο για τη διευκόλυνση της διεξαγωγής δύσκολων πολιτικών συζητήσεων σχετικά με θέματα που αφορούν στο επίπεδο ποιότητας της ζωής και της υγείας του πληθυσμού και το πως αυτή επηρεάζεται από κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες.

### **6.1.1. Ερευνητικά Ερωτήματα**

Η έρευνα αυτή θα προσπαθήσει να δώσει απαντήσεις στα ακόλουθα ερωτήματα:

1. Ποιο είναι το σημερινό προφίλ των ηλικιωμένων στην Ελλάδα;

2. Πώς επηρεάζεται η καθημερινότητα των ηλικιωμένων στην περίοδο της οικονομικής κρίσης;
3. Πώς χαρακτηρίζεται η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων σήμερα;
4. Πώς και σε ποιο βαθμό επηρεάζουν τα κοινωνικο-οικονομικά των ηλικιωμένων την κατάσταση υγείας και την ποιότητα ζωής τους;
5. Πώς και σε ποιο βαθμό διαφοροποιείται η παραπάνω συσχέτιση ανάμεσα στα διάφορα ΚΑΠΗ της Ελλάδας που συμμετείχαν στην έρευνα;

Τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία αποτελούν τους βασικούς ερευνητικούς άξονες της παρούσας εργασίας, απορρέουν από τους στόχους, όπως παρουσιάστηκαν στην προηγούμενη ενότητα.

#### **6.1.2. Σχεδιασμός Έρευνας**

Για την έρευνα επιλέχτηκε η ποσοτική μέθοδος δεδομένων, η οποία δίνει τη δυνατότητα συστηματικής συλλογής αντικειμενικών αριθμητικών δεδομένων και στη συνέχεια την απόδοση τους σε αριθμητική μορφή για σκοπούς στατιστικής ανάλυσης (Μαντζούκας, 2007), βάσει μιας τυπικής αλληλουχίας ερευνητικών σταδίων. Ο σχεδιασμός της ποσοτικής έρευνας είναι σταθερός και προσδιορίζεται εκ των προτέρων (Μπελλάλη & Παπάζογλου, 2004).

Για τη συλλογή των δεδομένων και την απάντηση των παραπάνω ερευνητικών ερωτημάτων έγινε διανομή ερωτηματολογίων που απευθύνονταν στους ηλικιωμένους διάφορων ΚΑΠΗ. Χρησιμοποιήθηκαν ειδικά σχεδιασμένα ερωτηματολόγια σε έντυπη (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α) και σε ψηφιακή μορφή (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ). Το ερωτηματολόγιο σε έντυπη μορφή απευθυνόταν στους συμμετέχοντες που δεν είχαν πρόσβαση στο διαδίκτυο ή σε διάφορα τεχνολογικά μέσα, ώστε να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ψηφιακά,

ενώ τα ψηφιακά ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες με τη βοήθεια ηλεκτρονικού υπολογιστή.

Δημιουργήθηκαν τρία ψηφιακά ερωτηματολόγια (Πίνακας 6.1) με τη χρήση του λογισμικού αξιολόγησης Survey 123<sup>2</sup> (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β), του λογισμικού ανοικτού κώδικα LimeSurvey<sup>3</sup> (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ) και σε python<sup>4</sup> (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ), προκειμένου να βρεθεί το καταλληλότερο για την έρευνα. Από τα τρία ηλεκτρονικά ερωτηματολόγια ως καταλληλότερο κρίθηκε το ψηφιακό ερωτηματολόγιο σε python, το σχεδιάστηκε στα πλαίσια της διδακτορικής διατριβής για τον σκοπό της έρευνας. Αντιθέτως στο survey 123 οι χρήστες που συλλέγουν τα δεδομένα θα πρέπει να εισάγουν το προσωπικό τους λογαριασμό χρήσης, προκειμένου να ενεργοποιηθεί το ερωτηματολόγιο ενώ στο limesurvey, που θεωρείται καλό εργαλείο, λόγω του ανοικτού κώδικα, τέθηκαν θέματα ασφάλειας.

Για τους παραπάνω λόγους καταλληλότερο κρίθηκε το ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε εξ' αρχής με τη χρήση της γλώσσας python, προκειμένου να εξασφαλιστεί η ευελιξία και οι ηλικιωμένοι να συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια χωρίς πίεση και με τη βοήθεια ενός άλλου ατόμου.

---

<sup>2</sup> Η εφαρμογή Survey123 for ArcGIS είναι μια απλή GIS εφαρμογή συλλογής δεδομένων βάσει φόρμας.

<sup>3</sup> Το LimeSurvey είναι ένα εργαλείο ανάπτυξης και σχεδιασμού ερωτήσεων, ώστε να τρέξει και να αξιολογήσει μια on-line έρευνα.

<sup>4</sup> Η Python είναι μια υψηλού επιπέδου γλώσσα προγραμματισμού η οποία δημιουργήθηκε από τον Ολλανδό Γκβίντο βαν Ρόσσουμ (Guido van Rossum) το 1990. Ο κύριος στόχος της είναι η αναγνωσιμότητα του κώδικά της και η ευκολία χρήσης της και το συντακτικό της επιτρέπει στους προγραμματιστές να εκφράσουν έννοιες σε λιγότερες γραμμές κώδικα απ' ότι θα ήταν δυνατόν σε γλώσσες όπως η C++ ή η Java.

Πίνακας 6.1. Πίνακας Αξιολόγησης Ηλεκτρονικών Ερωτηματολογίων.

	LimeSurvey	Survey123	python
Αριθμός τύπων ερωτήσεων	Υποστηρίζονται όλες οι βασικές ερωτήσεις	Υποστηρίζονται όλες οι βασικές ερωτήσεις	Υποστηρίζονται όλες οι βασικές ερωτήσεις
Δυνατότητα Ανάλυσης Δεδομένων	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Δυνατότητα διακλαδώσεων	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Υποβολή πολλαπλών απαντήσεων	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Αποθήκευση και συνέχιση αργότερα	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ
Συμπλήρωση και υποβολή μόνο από ερωτηθέντες	ΝΑΙ	Μόνο με την ενεργοποίηση του ερωτηματολογίου από τους χρήστες και όχι από τους ερωτηθέντες	ΝΑΙ
Εξαγωγή αρχείου CSV	ΝΑΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ

### 6.1.3. Περιγραφή Ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 Ενότητες και 27 ερωτήσεις.

1. Η **πρώτη ενότητα**, η οποία αποτελείται από 6 ερωτήσεις, αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού μελέτης (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση).
2. Η **δεύτερη ενότητα**, η οποία αποτελείται από 12 ερωτήσεις, αναφέρεται στα χαρακτηριστικά της διαμονής των ηλικιωμένων (περιοχή διαμονής σήμερα, περιοχή διαμονής στο παρελθόν, τύπος διαμονής, κατάσταση διαβίωσης και συνολικός αριθμός μελών της οικογένειας που ζει στο ίδιο σπίτι).



3. Η **τρίτη ενότητα**, η οποία αποτελείται από 6 ερωτήσεις, αφορά στα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων (μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, κύρια πηγή εισοδήματος, ύπαρξη οικονομικής αυτοδυναμίας, ετήσιο εισόδημα).
4. Η **τέταρτη ενότητα**, η οποία αποτελείται από 8 ερωτήσεις, αφορά στο ιατρικό ιστορικό των ηλικιωμένων (προβλήματα υγείας, φυσική ενέργεια, υγεία και περιορισμός στο σπίτι, υγεία και δραστηριότητα, κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή, ύπνος, αίσθημα κόρασης μετά από το ξύπνημα).
5. Η **πέμπτη ενότητα**, η οποία αποτελείται από 9 ερωτήσεις, αφορά στο πως αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής τους οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι. Ειδικότερα αναφέρεται στη συνολική ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, στο εάν απολαμβάνουν τη ζωή τους, στο εάν είναι ευτυχισμένοι το μεγαλύτερο διάστημα του χρόνου, στο εάν η σημερινή οικονομική κρίση τους επηρεάζει αρνητικά, στο εάν ο πόνος επηρεάζει αρνητικά την ευημερία τους και τέλος εάν η υγεία τους, τους περιορίζει στο σπίτι).

Με βάση τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα και σε συνδυασμό με τους καθορισμένους στόχους, σχεδιάστηκαν οι ερευνητικοί άξονες πάνω στους οποίους διαμορφώθηκαν οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (Πίνακας 6.2):

Πίνακας 6.2. Στόχοι, ερευνητικά ερωτήματα, ερωτήσεις ερωτηματολογίου και χαρτογράφηση.

Στόχοι	Ερευνητικά Ερωτήματα	Ερωτήσεις
Καταγραφή του σημερινού προφίλ των ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ της χώρας, όπως διαμορφώνεται στην περίοδο της οικονομικής κρίσης	Ποιο είναι το σημερινό προφίλ των ηλικιωμένων στην Ελλάδα;	Ερωτήσεις 4, 5, 6, 7,9 και 10 του Ερωτηματολογίου, τμήμα Β: Διαμονή και τμήμα Γ: Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση
Διερεύνηση του πώς	Πώς επηρεάζεται η	Ερωτήσεις 11 έως και 21 και 27

αντιλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας τους και στον τρόπο ζωής τους	καθημερινότητα των ηλικιωμένων στην περίοδο της οικονομικής κρίσης;	του Ερωτηματολογίου, τμήμα Γ: Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, τμήμα Δ: Ιατρικό ιστορικό και τμήμα Ε: Ποιότητα Ζωής
Αξιολόγηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων	Πως χαρακτηρίζεται η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων σήμερα;	Ερωτήσεις 22 έως και 26 του Ερωτηματολογίου, τμήμα Ε: Ποιότητα Ζωής
1. Διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης των κοινωνικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων της έρευνας 2. Διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης των οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων της έρευνας	Πως και σε ποιο βαθμό επηρεάζουν τα κοινωνικο-οικονομικά των ηλικιωμένων την κατάσταση υγείας και την ποιότητα ζωής τους;	Ερωτήσεις (κοινωνικοί δείκτες) 4, 5 & 6, 15, 20, 21, 26 & 27 και ερωτήσεις (οικονομικοί δείκτες) 11, 12, 13 & 25 του Ερωτηματολογίου σε σχέση με τις ερωτήσεις 22, 23 & 24 Ποιότητα Ζωής
1. Διερεύνηση της διαφοροποίησης του βαθμού συσχέτισης των κοινωνικο δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων της έρευνας, στα επιμέρους ΚΑΠΗ της Ελλάδας που έλαβαν μέρος στην έρευνα 2. Διερεύνηση της διαφοροποίησης του βαθμού συσχέτισης των οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των	Πως και σε ποιο βαθμό διαφοροποιείται η παραπάνω συσχέτιση ανάμεσα στα διάφορα ΚΑΠΗ της Ελλάδας που συμμετείχαν στην έρευνα;	Χαρτογράφηση αποτελεσμάτων συσχέτισης κοινωνικο-οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής στα επιμέρους ΚΑΠΗ της Ελλάδας που έλαβαν μέρος στην έρευνα

## 6.2. Μεθοδολογία Έρευνας

Το ερευνητικό σχέδιο, καθώς και το αντίστοιχο ερευνητικό εργαλείο που επιλέχθηκε για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας, εφαρμόστηκε σε ένα μικρό δείγμα 20 ηλικιωμένων. Το μικρό αυτό δείγμα συγκεντρώνει τα χαρακτηριστικά του τελικού δείγματος της έρευνας, δηλαδή του τελικού συνόλου ανθρώπων, στο οποίο αυτή απευθύνεται.

Η πιλοτική αυτή έρευνα αποβλέπει στην επισήμανση προβλημάτων, που μπορεί να προκληθούν κατά τη διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας. Έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις στις ερωτήσεις σύμφωνα με τα σχόλια των συμμετεχόντων, προκειμένου να επιτευχθούν τα εξής:

- Διασφάλιση αξιοπιστίας και εγκυρότητας της έρευνας.
- Σαφήνεια των ερωτήσεων.
- Χρόνος απάντησης των ερωτήσεων.
- Διάθεση απάντησης των ερωτώμενων.
- Πληρότητα των οδηγιών.
- Καλή εμφάνιση του ερωτηματολογίου.
- Προσθήκη επιπρόσθετων ερωτήσεων.

### **6.2.1. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων**

Η συλλογή των στοιχείων διεξήχθη στα ΚΑΠΗ. Το χρονικό διάστημα πραγματοποίησης της έρευνας ήταν μεταξύ των μηνών Μαρτίου του 2015 στο ΚΑΠΗ του Δήμου Πάτρας και ολοκληρώθηκαν στον Δήμο Ρόδου τον Ιούλιο του 2016. Οι δήμοι επελέγησαν με τρόπο που να καλύπτουν κατά το δυνατόν όλη την επικράτεια.

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων ήταν αρχικά η αποστολή μίας επιστολής στους αντίστοιχους Δήμους των ΚΑΠΗ που επιλέχθηκαν και ακολούθως η αναμονή της έγκρισης και της σχετικής άδειας διάθεσης των ερωτηματολογίων στα ΚΑΠΗ του κάθε Δήμου από τον προϊστάμενο του κάθε ΚΑΠΗ. Η έκδοση της άδειας πραγματοποιήθηκε κατά μέσο όρο σε χρονικό διάστημα 2 μηνών.

Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε χέρι με χέρι εκτός του ΚΑΠΗ της Ρόδου και του ΚΑΠΗ του Δήμου Γαλασίου, όπου η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε με τη βοήθεια Κοινωνικών Λειτουργών.

Όλα τα δεδομένα που συλλέχτηκαν ήταν σε κωδικοποιημένη μορφή, ώστε να διασφαλίζεται η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια εισήχθησαν στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων, για να γίνει στη συνέχεια η επεξεργασία και η ανάλυση τους.

### **6.2.2. Επεξεργασία και Ανάλυση Δεδομένων**

Αφού συλλέχτηκαν και απαριθμήθηκαν τα ερωτηματολόγια, εφαρμόστηκαν μέθοδοι Περιγραφικής Στατιστικής (υπολογισμός ποσοστών και κατανομών συχνοτήτων, δεικτών κεντρικής τάσης, διασποράς), προκειμένου να παρουσιαστούν τα δεδομένα της μελέτης και να εξαχθούν συμπεράσματα για τον υπό διερεύνηση πληθυσμό.

Στα πλαίσια της επαγωγικής στατιστικής χρησιμοποιήθηκαν κυρίως παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος chi-square test και ο στατιστικός έλεγχος T-test, ώστε να διερευνηθούν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Γενικά χρησιμοποιήθηκε το τεστ chi-square test για τη συσχέτιση των κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ τους και το Anova ή T-Test για τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ κατηγοριών και συνεχών μεταβλητών.

Το διάστημα εμπιστοσύνης (CI: Confidence Interval) μέσα στο οποίο πραγματοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι τέθηκε στο 95% ( $\alpha = 0,05$ ).

Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach Alpha, όπως μετρήθηκε σε δείγμα 30 συμμετεχόντων στην έρευνα, διαμορφώθηκε στην τιμή 0,85, γεγονός το οποίο επιβεβαιώνει την αξιοπιστία της έρευνας. Η **αξιοπιστία της έρευνας** τεκμηριώνεται με τα ακόλουθα:

- Χρήση του συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach Alpha (τιμή 0,85)
- Χρήση ερωτήσεων τύπου Likert.
- Διατύπωση των ερωτήσεων.
- Διεξαγωγή πιλοτικής έρευνας.
- Επαναληπτική συμπλήρωση ερωτηματολογίου.
- Παροχή οδηγιών συμπλήρωσης ερωτηματολογίου.

Η **εγκυρότητα της έρευνας** τεκμηριώνεται με τα εξής:

- Χρήση του ερωτηματολογίου ως ερευνητικού εργαλείου.
- Χρήση κλειστών ερωτήσεων.
- Σχεδιασμός του ερωτηματολογίου.
- Διατύπωση των πιθανών απαντήσεων.

- Εξασφάλιση ανωνυμίας.

Η εγκυρότητα απορρέει από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα, δηλαδή το κατά πόσο αυτές είναι αληθινές, ειλικρινείς και απαντούν με ακρίβεια στο ερώτημα. Εφόσον το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, αναμένεται μεγαλύτερη ανταπόκριση από τους συμμετέχοντες ως προς την απάντηση όλων των ερωτήσεων με ειλικρινή τρόπο. Πολύ σημαντική για τη διασφάλιση της εγκυρότητας είναι και η παρουσία του ερευνητή στον τόπο, όπου γίνεται η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Για να διασφαλιστεί η αξιοπιστία του αποτελέσματος της παρούσας έρευνας, εξασφαλίστηκε η σαφήνεια στη διατύπωση των ερωτήσεων που περιλαμβάνονται στο ερωτηματολόγιο, καθώς και επαρκής χρόνος προκειμένου να απαντηθούν όλα τα ερωτήματα.

Η εισαγωγή και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 23, όπου πραγματοποιήθηκε η γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων και όλοι οι επαγωγικοί στατιστικοί έλεγχοι.

### **6.2.3. Ηθική και Δεοντολογία της Έρευνας**

Αναγνωρίζοντας ότι η ηθική και η δεοντολογία αποτελούν σημαντικό μέρος μιας ερευνητικής διαδικασίας, εξασφαλίστηκε η συνειδητή συγκατάθεση των ερωτώμενων για τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε σε εθελοντική βάση από τους ηλικιωμένους. Το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από επιστολή, όπου αναφερόταν με σαφήνεια ο σκοπός της έρευνας. Επίσης έγινε γνωστό στους συμμετέχοντες πως η διαδικασία πραγματοποιήθηκε για ακαδημαϊκούς σκοπούς. Δεν υπήρξε καμία πιεστική παρότρυνση για συμμετοχή στην έρευνα ατόμων που δεν το επιθυμούσαν.

#### **6.2.4. Περιορισμοί της Έρευνας**

Οι περιορισμοί της έρευνας ήταν περισσότερο γραφειοκρατικού τύπου σχετικά με την έκδοση της κάθε άδειας. Ένας ακόμα περιορισμός θα μπορούσε να είναι και η δυσκολία συμπλήρωσης του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου σε σχέση με το έντυπο ερωτηματολόγιο, καθώς το δεύτερο θεωρείται πιο εύκολο στη συμπλήρωσή του, δεδομένου ότι απευθύνεται σε ηλικιωμένους, οι οποίοι δεν είναι τόσο εξοικειωμένοι με τις νέες τεχνολογίες και τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Επομένως το έντυπο ερωτηματολόγιο θεωρείται πιο άμεσο για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι αντιμετώπισαν τη διαδικασία της συλλογής των δεδομένων με πνεύμα συνεργασίας και ήθελαν να συζητήσουν πολλά θέματα που αφορούσαν την έρευνα. Τέλος η ποσοτική προσέγγιση της έρευνας συνεπάγεται προκαθορισμένες απαντήσεις με στόχο τη διευκόλυνση της στατιστικής ανάλυσης, γεγονός που ενδεχομένως μειώνει τον βαθμό ειλικρίνειας στις απαντήσεις.

#### **6.2.5. Πληθυσμός και Δείγμα της Έρευνας**

Για την άντληση έγκυρων και επιστημονικών αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε συλλογή ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του υπό μελέτη πληθυσμού (Μπελλάλη & Παπάζογλου, 2004), συνολικά 897 ερωτηματολόγια, ώστε τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που θα αντληθούν από αυτά και θα αφορούν τον πληθυσμό αυτό, να μπορούν να γενικευτούν. Το μέγεθος του δείγματος διαμορφώθηκε έτσι ώστε:

1. Να εξασφαλιστεί ένα ανεκτό δείγμα και από τα μικρού πλήθους στρώματα (Κυρίτσης και συν., 1995).

2. Να είναι μεγαλύτερος του 30 ο αριθμός του δείγματος, αριθμός που είναι ικανό σύνολο για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

Πιο συγκεκριμένα συμπληρώθηκαν 897 ερωτηματολόγια (εκ των οποίων τα 53 σε ηλεκτρονική μορφή) από 989 που διανεμήθηκαν, δηλαδή ποσοστό ανταπόκρισης 90,70%:

- 132 ερωτηματολόγια από τα ΚΑΠΗ Τριπόλεως (εκ των οποίων τα 7 σε ηλεκτρονική μορφή), από 142 που διανεμήθηκαν.
- 158 ερωτηματολόγια από τα ΚΑΠΗ Καλαμάτας (εκ των οποίων τα 9 σε ηλεκτρονική μορφή), από 164 που διανεμήθηκαν.
- 102 ερωτηματολόγια από τα ΚΑΠΗ Πάτρας (εκ των οποίων τα 5 σε ηλεκτρονική μορφή), από 113 που διανεμήθηκαν.
- 119 ερωτηματολόγια από τα ΚΑΠΗ Κομοτηνής (εκ των οποίων τα 7 σε ηλεκτρονική μορφή), από 125 που διανεμήθηκαν.
- 64 ερωτηματολόγια από τα ΚΑΠΗ Δραπετσώνας – Κερατσινίου (εκ των οποίων τα 4 σε ηλεκτρονική μορφή), από 81 που διανεμήθηκαν.
- 92 ερωτηματολόγια από τα ΚΑΠΗ Μεγαλόπολης (εκ των οποίων τα 6 σε ηλεκτρονική μορφή), από 98 που διανεμήθηκαν.
- 61 ερωτηματολόγια από τα ΚΑΠΗ Νέου Ηρακλείου Αττικής (εκ των οποίων τα 4 σε ηλεκτρονική μορφή), από 74 που διανεμήθηκαν.
- 116 ερωτηματολόγια από τα ΚΑΠΗ Γαλατσίου Αττικής (εκ των οποίων τα 8 σε ηλεκτρονική μορφή), από 132 που διανεμήθηκαν.
- 53 ερωτηματολόγια από τα ΚΑΠΗ Ρόδου (εκ των οποίων τα 3 σε ηλεκτρονική μορφή), από 60 που διανεμήθηκαν.



Από την παραπάνω κατάσταση προκύπτει ότι τα συμπληρωθέντα ερωτηματολόγια σε ηλεκτρονική μορφή αποτελούν ως ποσοστό το 5,91% των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων.



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΩΝ**

### **7.1. Προφίλ των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα**

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που εξετάστηκαν στην έρευνα είναι: το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση. Ακολούθως εξετάστηκαν τα χαρακτηριστικά διαμονής των ηλικιωμένων, όπως η περιοχή διαμονής σήμερα και η περιοχή διαμονής στο παρελθόν, ο τόπος διαμονής, η κατάσταση διαβίωσης και ο συνολικός αριθμός μελών της οικογένειας που ζει στο ίδιο σπίτι. Τέλος εξετάστηκαν τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων και συγκεκριμένα το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, η κύρια πηγή εισοδήματος, η ύπαρξη οικονομικής αυτοδυναμίας και το ετήσιο εισόδημα. Τα αποτελέσματα των χαρακτηριστικών του δείγματος παρουσιάζονται παρακάτω.

#### **7.1.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά**

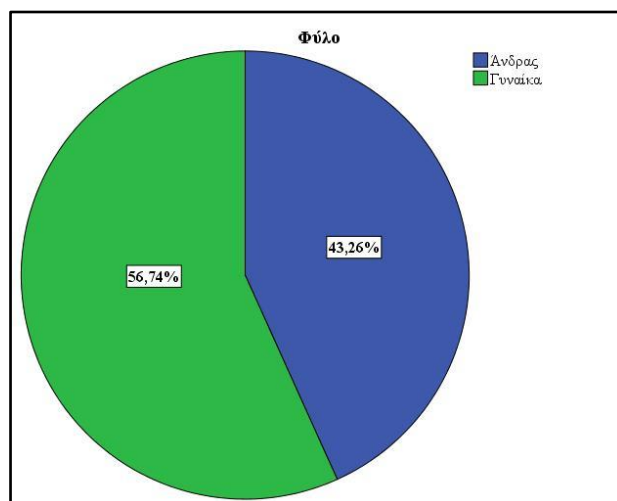
##### **7.1.1.1. Φύλο**

Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 897 ηλικιωμένοι, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής ήταν στα ΚΑΠΗ του Νομού Αττικής (Νέο Ηράκλειο, Γαλάτσι, Δραπετσώνα, 26,8%) και το μικρότερο ποσοστό (5,9%) παρατηρήθηκε στο νησί της Ρόδου.

Ως προς το φύλο από τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής παρατηρούμε ότι το 43,3% του συνολικού πληθυσμού των ερωτηθέντων (δηλαδή 388 άτομα) ήταν άνδρες και το 56,7% (δηλαδή 509 άτομα) ήταν γυναίκες (Πίνακας 7.1 και Εικόνα 7.1).

Πίνακας 7.1. Κατανομή Συμμετεχόντων ανά Φύλο, ανά Περιοχή.

Περιοχή ΚΑΠΗ	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Τρίπολη	74	58	132 (14,7%)
Καλαμάτα	87	71	158 (17,6%)
Μεγαλόπολη	50	42	92 (10,3%)
Πάτρα	31	71	102 (11,4%)
Κομοτηνή	30	89	119 (13,3%)
Ρόδος	25	28	53 (5,9%)
Νέο Ηράκλειο Αττικής	27	34	61 (6,8%)
Γαλάτσι Αττικής	36	80	116 (12,9%)
Δραπετσώνα	28	36	64 (7,1%)
ΣΥΝΟΛΑ	388	509	897 (100,0%)
ΠΟΣΟΣΤΑ	43,3%	56,7%	100,0%



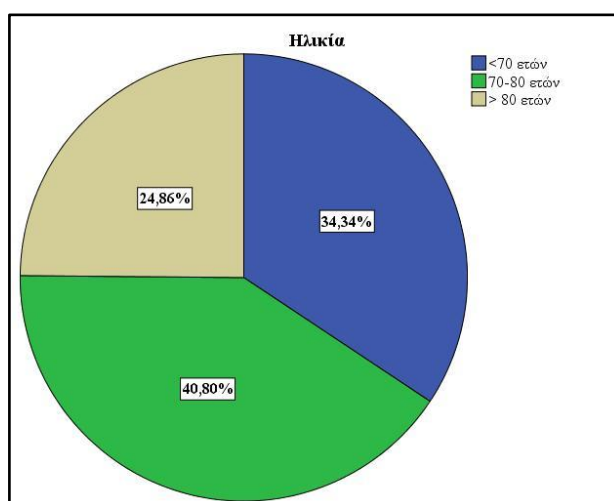
Εικόνα 7.1. Κατανομή Συμμετεχόντων ανά Φύλο.

#### 7.1.1.2. Ηλικία

Όσον αφορά στην ηλικία των ερωτηθέντων ηλικιωμένων το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών, περί τα 40,8%, έχουν ηλικία μεταξύ 70-80 ετών, ακολούθως σε ποσοστό 34,3% κάτω των 70 ετών και σε ποσοστό 24,9% πάνω από 80 ετών (Πίνακας 7.2 και Εικόνα 7.2).

Πίνακας 7.2. Ηλικιακή Κατανομή Συμμετεχόντων ανά Περιοχή.

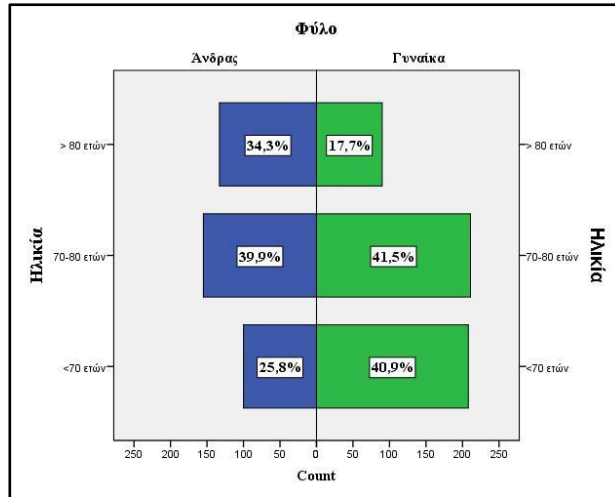
Περιοχή ΚΑΠΗ	< 70 ετών	70-80 ετών	>80 ετών	ΣΥΝΟΛΑ
Τρίπολη	49	39	44	132
Καλαμάτα	58	61	39	158
Μεγαλόπολη	12	38	42	92
Πάτρα	44	51	7	102
Κομοτηνή	55	47	17	119
Ρόδος	13	22	18	53
Νέο Ηράκλειο Αττικής	9	28	24	61
Γαλάτσι Αττικής	51	47	18	116
Δραπετσώνα	17	33	14	64
ΣΥΝΟΛΑ	308	366	223	897
ΠΟΣΟΣΤΑ	34,3%	40,8%	24,9%	100,0%



Εικόνα 7.2. Ηλικιακή Κατανομή Συμμετεχόντων.

Στο διάγραμμα της Εικόνας 7.3, φαίνεται η ηλικιακή πυραμίδα του πληθυσμού έρευνας όπου σύμφωνα με τα αποτελέσματα της επεξεργασίας των δεδομένων, γίνεται αντιληπτή η πληθυσμιακή υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 70-80 ετών και κάτω των 70 ετών, ήτοι 41,5% και 40,9% αντίστοιχα, ενώ στην ηλικιακή ομάδα πάνω των 80 ετών υπερέχουν οι άνδρες με ποσοστό 34,3% έναντι

των γυναικών με 17,7%. Συνολικά παρατηρείται μεγαλύτερη συγκέντρωση γύρω από τις ηλικίες 70-80 ετών όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως.



Εικόνα 7.3. Ηλικιακή Πυραμίδα Πληθυσμού ανά Φύλο.

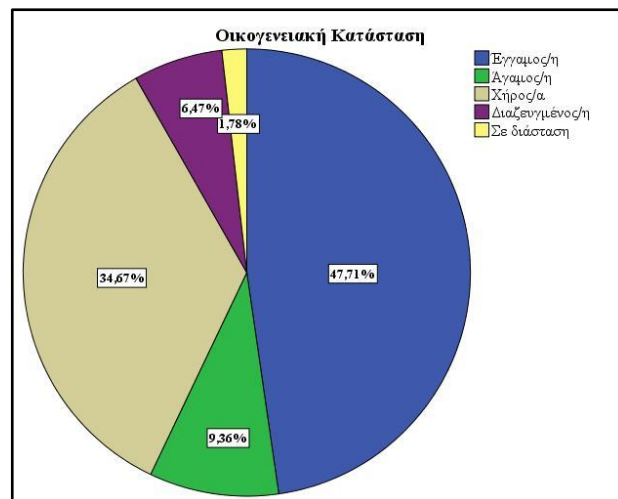
### 7.1.1.3. Οικογενειακή Κατάσταση

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι, δηλ. το 47,7%, ενώ το αμέσως επόμενο μεγαλύτερο ποσοστό 34,7% είναι χήροι. Μόλις το 9,4% είναι άγαμοι, το 6,5% διαζευγμένοι και το 1,8% είναι σε διάσταση (Πίνακας 7.3 και Εικόνα 7.4).

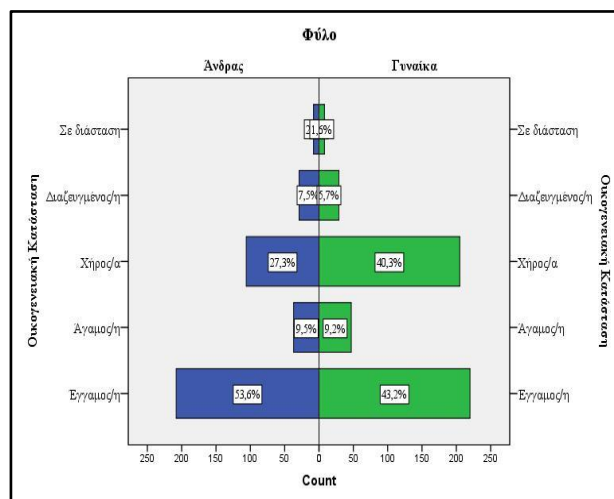
Πίνακας 7.3. Οικογενειακή Κατάσταση Συμμετεχόντων ανά Περιοχή.

Περιοχή ΚΑΠΗ	Έγγαμος/η	Άγαμος/η	Χήρος/α	Διαζ/μνος/η	Σε διάσταση	ΣΥΝΟΛΑ
Τρίπολη	65	15	39	8	5	132
Καλαμάτα	64	27	44	13	10	158
Μεγαλόπολη	37	11	41	3	0	92
Πάτρα	62	4	27	9	0	102
Κομοτηνή	62	10	43	4	0	119
Ρόδος	5	5	40	3	0	53
Νέο Ηράκλειο Αττικής	31	2	23	5	0	61
Γαλάτσι Αττικής	73	6	27	10	0	116
Δραπετσώνα	29	4	27	3	1	64
<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>	<b>428</b>	<b>84</b>	<b>311</b>	<b>58</b>	<b>16</b>	<b>897</b>
<b>ΠΟΣΟΣΤΑ</b>	<b>47,7%</b>	<b>9,4%</b>	<b>34,7%</b>	<b>6,5%</b>	<b>1,8%</b>	<b>100,0%</b>

Στο διάγραμμα της Εικόνας 7.5 φαίνεται η πυραμίδα της οικογενειακής κατάστασης ανά φύλο. Παρατηρείται ότι οι έγγαμοι άνδρες είναι περισσότεροι έναντι των έγγαμων γυναικών, ήτοι 53,6% και 43,2%, αντίστοιχα. Αντίθετα οι χήρες γυναίκες είναι περισσότερες έναντι των χήρων ανδρών, ήτοι 40,3% και 27,3%, αντίστοιχα. Όσον αφορά στους άγαμους, τα ποσοστά ανδρών και γυναικών είναι 9,5% και 9,2% αντίστοιχα, στους διαζευγμένους είναι 7,5% και 5,7% αντίστοιχα και στους σε διάσταση ηλικιωμένους είναι 2,5% και 0,5% αντίστοιχα.



Εικόνα 7.4. Κατανομή Οικογενειακής Κατάστασης.



Εικόνα 7.5. Πυραμίδα Οικογενειακής Κατάστασης ανά Φύλο.

## 7.1.2. Χαρακτηριστικά Διαμονής

### 7.1.2.1. Περιοχή Διαμονής

Στον Πίνακα 7.4 που ακολουθεί φαίνεται η σύγκριση της περιοχής διαμονής των συμμετεχόντων ηλικιωμένων στο παρελθόν και σήμερα. Παρατηρείται ότι αυξάνεται το ποσοστό των ηλικιωμένων που διαμένει σήμερα σε αστική περιοχή (72,9%) σε σχέση με το παρελθόν (59%), ενώ αντίστοιχα μειώνεται το ποσοστό των ηλικιωμένων που διαμένει σήμερα σε αστικές ή αγροτικές περιοχές σε σχέση με το παρελθόν. Ενώ στο παρελθόν το ποσοστό των συμμετεχόντων που διέμενε σε ημιαστική και αγροτική περιοχή ήταν 17,3% και 23,7% αντίστοιχα, σήμερα το ποσοστό αυτό μειώνεται στο 12,4% και 14,7%, αντίστοιχα για τις δυο περιοχές.

Συγκρίνοντας την περιοχή διαμονής στο παρελθόν με τη σημερινή περιοχή διαμονής, η έρευνα έδειξε τα αποτελέσματα που φαίνονται στον Πίνακα 7.5. Παρατηρείται ότι υπάρχει μεγάλη μετακίνηση του πληθυσμού από τις αγροτικές περιοχές στις αστικές περιοχές της τάξεως του 9,03% και από τις ημιαστικές περιοχές το ποσοστό μετακίνησης των ηλικιωμένων στις αστικές περιοχές διαμορφώνεται στο 4,9%. Το μεγαλύτερο ποσοστό διαμονής των ηλικιωμένων είναι στις αστικές περιοχές αγγίζοντας το 72,90% παρουσιάζοντας μία αύξηση 13,93% σε σχέση με το παρελθόν.

Πίνακας 7.4. Περιοχή Διαμονής των Συμμετεχόντων Σήμερα και στο Παρελθόν.

		Περιοχή Διαμονής Παρελθόν			Σύνολο
		Αστική > 10.000 κατοίκους	Ημιαστική 2.000-10.000 κατοίκους	Αγροτική <2.000 κατοίκους	
Περιοχή Διαμονής Σήμερα	Αστική > 10.000 κατοίκους	501 (55,9%)	62 (6,9%)	91 (10,1%)	654 (72,9%)
	Ημιαστική 2.000-10.000 κατοίκους	16 (1,8%)	86 (9,6%)	9 (1%)	111 (12,4%)
	Αγροτική <2.000 κατοίκους	12 (1,3%)	7 (0,8%)	113 (12,6%)	132 (14,7%)
ΣΥΝΟΛΟ		529 (59%)	155 (17,3)	213 (23,7%)	897 (100%)



Πίνακας 7.5. Περιοχή Διαμονής των Συμμετεχόντων Σήμερα και στο Παρελθόν, ανά ΚΑΠΗ.

Περιοχή ΚΑΠΗ	Αστική περιοχή >10.000 κατοίκων		Ημιαστική περιοχή 2.000 – 10.000 κατοίκους		Αγροτική περιοχή < 2.000 κατοίκων	
	Παρελθόν	Σήμερα	Παρελθόν	Σήμερα	Παρελθόν	Σήμερα
Τρίπολη	64	73	47	44	21	15
Καλαμάτα	82	107	46	27	30	24
Μεγαλόπολη	13	14	13	10	66	68
Πάτρα	77	89	12	11	13	2
Κομοτηνή	94	105	3	3	22	11
Ρόδος	34	50	6	0	13	3
Νέο Ηράκλειο Αττικής	25	60	5	1	31	0
Γαλάτσι Αττικής	96	99	14	13	6	4
Δραπετσώνα	44	57	9	2	11	5
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>529</b> (58,97%)	<b>654</b> (72,90%)	<b>155</b> (17,27%)	<b>111</b> (12,37%)	<b>213</b> (23,74%)	<b>132</b> (14,71%)

#### 7.1.2.2. Τόπος Διαμονής

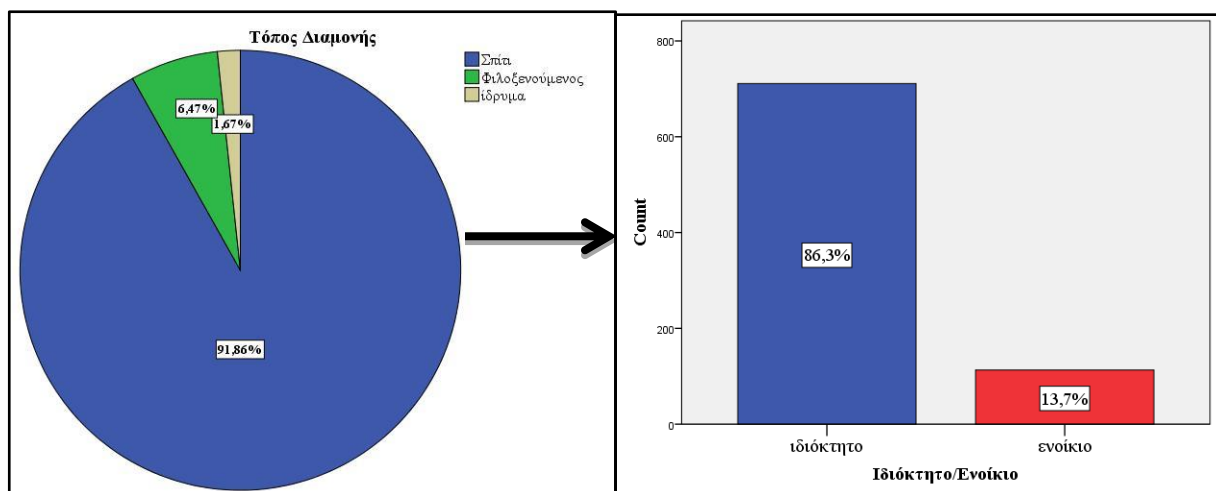
Στον ακόλουθο Πίνακα 7.6 και στο διάγραμμα της Εικόνας 7.6., παρουσιάζονται τα στατιστικά αποτελέσματα σχετικά με τον τόπο διαμονής των συμμετεχόντων. Το 91,6% των ηλικιωμένων διαμένει σε σπίτι εκ των οποίων το 79,3% διαμένει σε ιδιόκτητο σπίτι, ενώ το 12,6% σε σπίτι με ενοίκιο. Ακολούθως το 6,5% των συμμετεχόντων είναι φιλοξενούμενοι και το 1,7% διαμένει σε ίδρυμα.

Σχετικά με τα έτη διαμονής τους στο ίδρυμα κυμαίνονται από 1 έως 10 έτη με τη μεγαλύτερη συχνότητα να εμφανίζεται στα 5 και 10 έτη.

Σχετικά με τον τόπο διαμονής, η έρευνα έδειξε τα αποτελέσματα που φαίνονται στον Πίνακα 7.6.

Πίνακας 7.6. Τόπος Διαμονής ανά Περιοχή.

Περιοχή ΚΑΠΗ	Σπίτι		Φιλοξενούμενοι	Διαμονή σε ίδρυμα
	Ιδιόκτητο	Ενοίκιο		
Τρίπολη	100	19	8	5
Καλαμάτα	96	32	21	9
Μεγαλόπολη	78	1	13	0
Πάτρα	84	14	4	0
Κομοτηνή	109	5	5	0
Ρόδος	25	23	5	0
Νέο Ηράκλειο Αττικής	58	3	0	0
Γαλάτσι Αττικής	99	15	1	1
Δραπετσώνα	62	1	1	0
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>711</b> (79,26%)	<b>113</b> (12,59%)	<b>58</b> (6,4%)	<b>15</b> (1,67%)



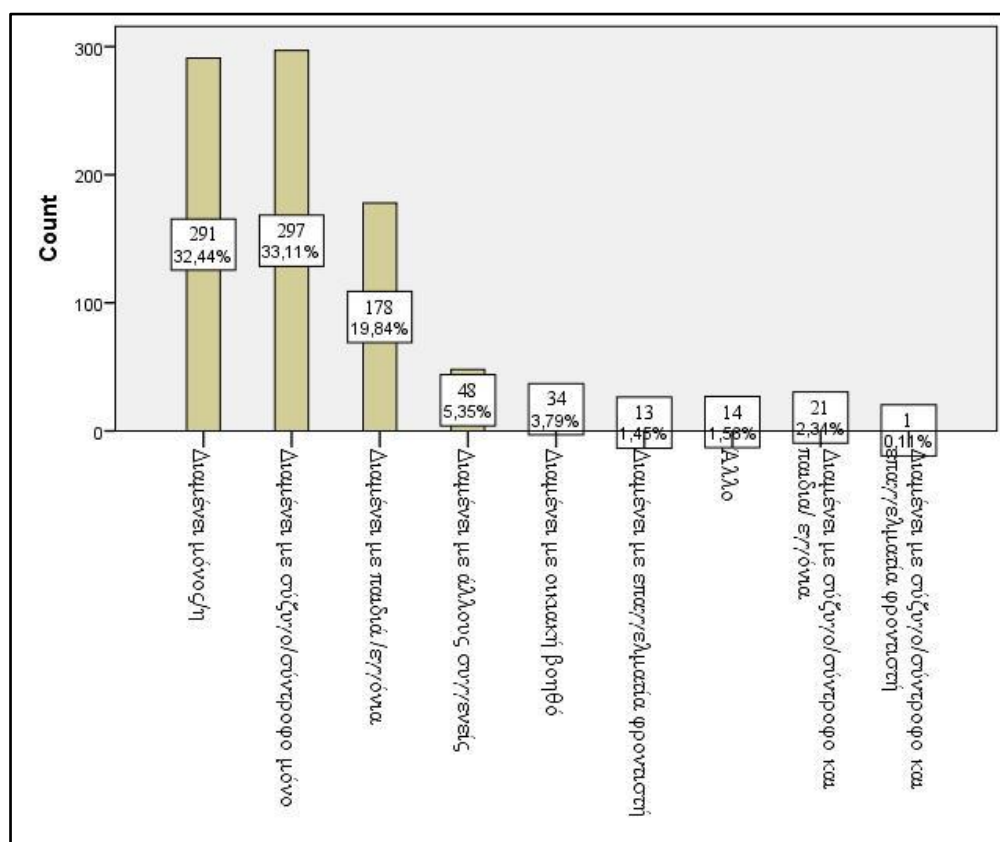
Εικόνα 7.6. Τόπος Διαμονής και Ποσοστά Διαμονής σε Ιδιόκτητη ή Ενοικιαζόμενη Κατοικία.

### 7.1.2.3. Κατάσταση Διαβίωσης

Στον Πίνακα 7.7 και το διάγραμμα της Εικόνας 7.7 φαίνονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής σχετικά με την κατάσταση διαβίωσης των ηλικιωμένων.

Πίνακας 7.7. Κατάσταση Διαβίωσης.

Κατάσταση διαβίωσης	Πλήθος	Ποσοστό (%)
Διαμένει μόνος/η	291	32,4
Διαμένει με σύζυγο/σύντροφο μόνο	297	33,1
Διαμένει με παιδιά /εγγόνια	178	19,8
Διαμένει με άλλους συγγενείς	48	5,4
Διαμένει με οικιακή βοηθό	34	3,8
Διαμένει με επαγγελματία φροντιστή	13	1,4
Άλλο	14	1,6
Διαμένει με σύζυγο/σύντροφο και παιδιά/εγγόνια	21	2,3
Διαμένει με σύζυγο/σύντροφο και επαγγελματία φροντιστή	1	0,1
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>897</b>	<b>100,0</b>



Εικόνα 7.7. Κατάσταση Διαβίωσης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων που συμμετέχουν στην έρευνα διαμένει με τη σύζυγο/σύντροφο μόνο ή μόνος, ήτοι 33,1% και 32,4% αντίστοιχα. Ένα αξιοσημείωτο ποσοστό περί το 19,8% των συμμετεχόντων αναφέρει ότι διαμένει με παιδιά/εγγόνια, ενώ σε μικρότερα ποσοστά περί το 5,4%, 3,8% και 1,4% αναφέρουν ότι διαμένουν με άλλους συγγενείς, με οικιακή βοηθό ή με επαγγελματία φροντιστή, αντίστοιχα. Ακόμη, 21 συμμετέχοντες αναφέρουν ότι διαμένουν με σύζυγο/σύντροφο και παιδιά/εγγόνια, ενώ μόλις ένας ηλικιωμένος αναφέρει ότι διαμένει με σύντροφο/σύζυγο και επαγγελματία φροντιστή.

### **7.1.3. Κοινωνικο-οικονομικά Χαρακτηριστικά**

#### **7.1.3.1. Μορφωτικό Επίπεδο**

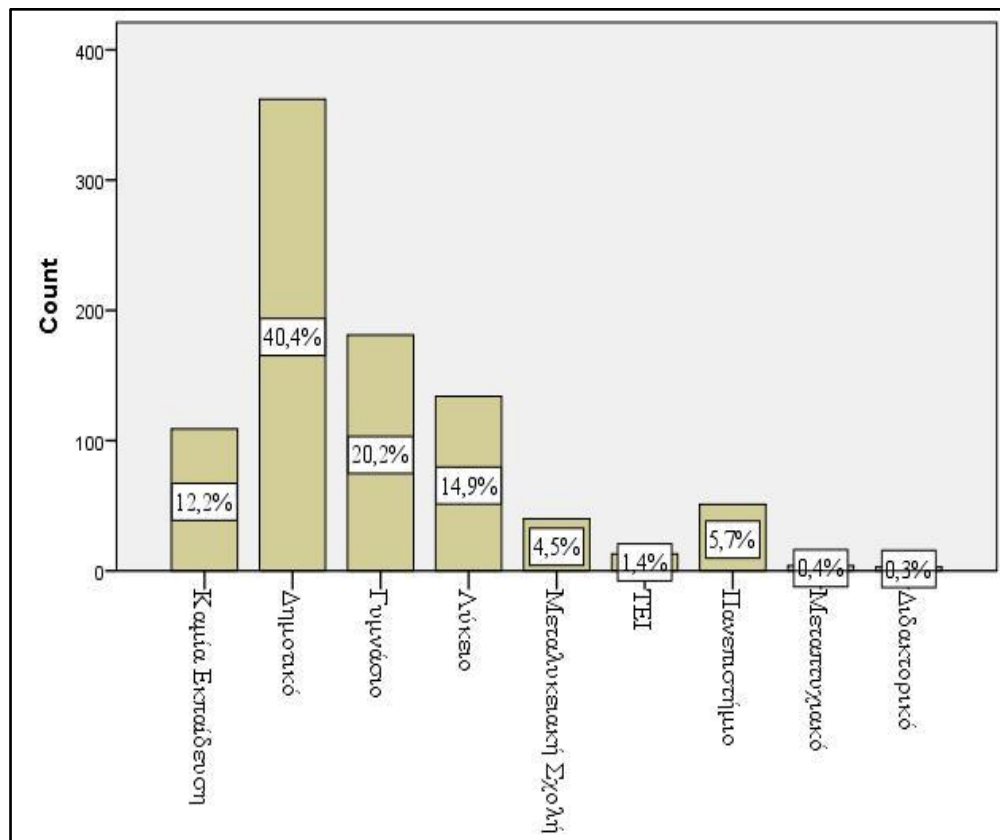
Στον Πίνακα 7.8 και στο διάγραμμα της Εικόνας 7.8 φαίνονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής του μορφωτικού επιπέδου των συμμετεχόντων. Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δηλ. το 40,4% των ηλικιωμένων είναι απόφοιτοι δημοτικού, ενώ σε ποσοστό 20,2% και 14,9% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου και Λυκείου αντίστοιχα. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 12,2% δεν έχει καμία εκπαίδευση. Σε μικρότερα ποσοστά δηλ. 5,7% είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου, το 4,5% απόφοιτοι μεταλυκειακής σχολής, το 1,4% απόφοιτοι ΤΕΙ και το 0,7% κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού τίτλου.

Στο διάγραμμα της Εικόνας 7.9 φαίνεται η πυραμίδα του εκπαιδευτικού επιπέδου ανδρών και γυναικών που συμμετέχουν στην έρευνα. Παρατηρείται ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες με καμία εκπαίδευση είναι περισσότερες σε σχέση με τους ηλικιωμένους άνδρες. Γενικότερα οι άνδρες ηλικιωμένοι έχουν καλύτερο μορφωτικό επίπεδο σε σχέση

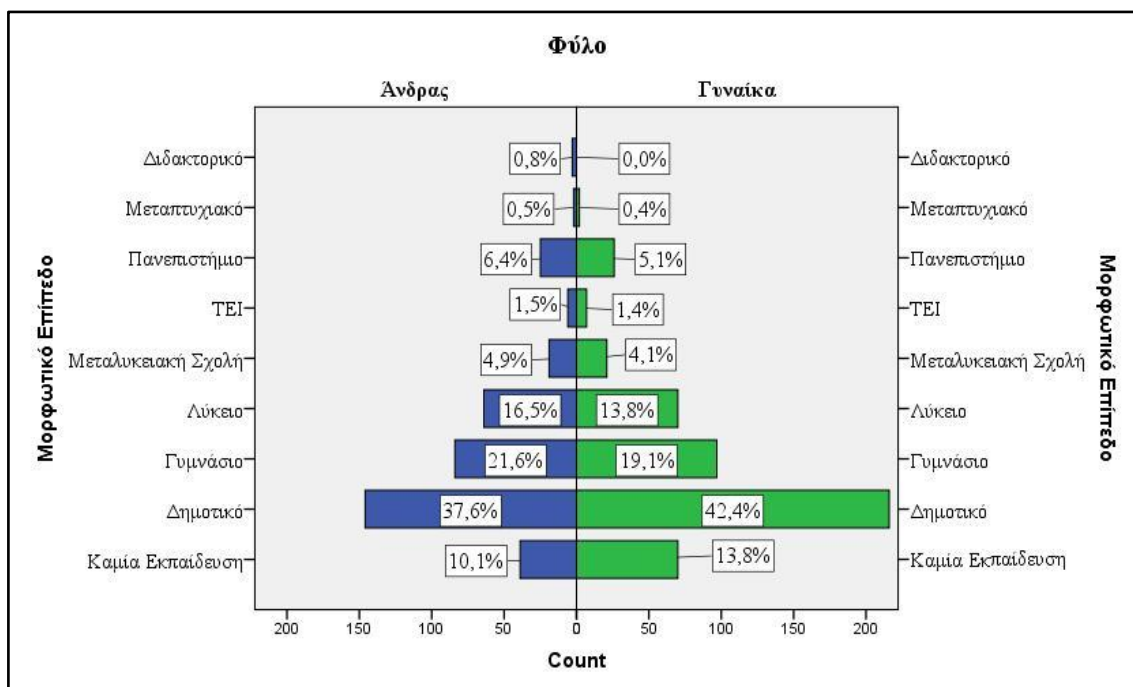
με τις γυναίκες, καθώς παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης πέραν της δημοτικής εκπαίδευσης, όπου οι γυναίκες ηλικιωμένες καλύπτουν το 42,4%.

Πίνακας 7.8. Μορφωτικό Επίπεδο.

Είδος Εκπαίδευσης	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Καμία Εκπαίδευση	109	12,2
Δημοτικό	362	40,4
Γυμνάσιο	181	20,2
Λύκειο	134	14,9
Μεταλυκειακή Σχολή	40	4,5
ΤΕΙ	13	1,4
Πανεπιστήμιο	51	5,7
Μεταπτυχιακό	4	0,4
Διδακτορικό	3	0,3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>897</b>	<b>100,0</b>



Εικόνα 7.8. Μορφωτικό Επίπεδο.



Εικόνα 7.9. Πυραμίδα Μορφωτικού Επιπέδου Συμμετεχόντων.

### 7.1.3.2. Επάγγελμα

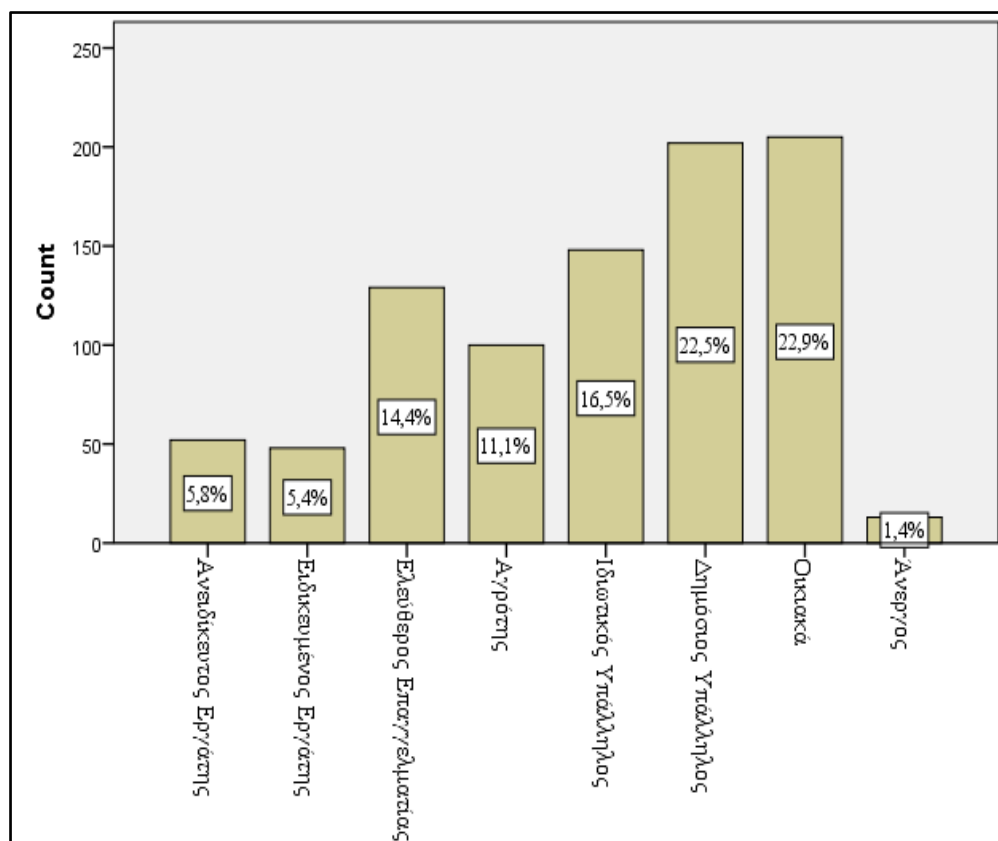
Σχετικά με το επάγγελμα των ερωτηθέντων παρατηρείται ότι σε παρόμοια ποσοστά, όπως 22,9% και 22,5%, αντίστοιχα είναι δημόσιοι υπάλληλοι και ασχολούνται με οικιακά, ενώ σε ποσοστό 16,5% και 14,4% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι και ελεύθεροι επαγγελματίες. Ακολούθως το 11,1% είναι αγρότες, το 5,8% είναι ανειδίκευτοι εργάτες και το 5,4% ειδικευμένοι εργάτες. Μόλις το 1,4% είναι άνεργοι (Πίνακας 7.9 και διάγραμμα της Εικόνας 7.10).

Στο διάγραμμα της Εικόνας 7.11 φαίνεται η πυραμίδα του επαγγέλματος μεταξύ ανδρών και γυναικών. Είναι ολοφάνερη η υπεροχή των γυναικών στα οικιακά και των ανδρών στους ελεύθερους επαγγελματίες και στους δημόσιους υπαλλήλους.

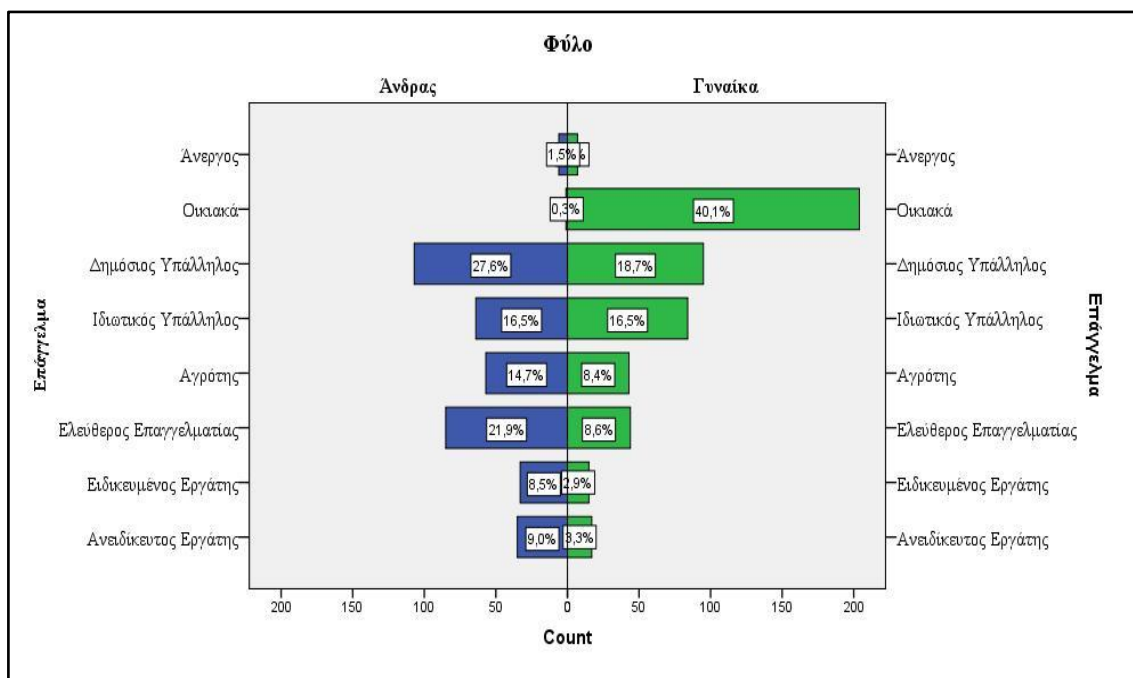
Όσον αφορά στο μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων σε σχέση με το επάγγελμα που ασκούσαν, η έρευνα έδειξε τα ακόλουθα (Πίνακας 7.9):

Πίνακας 7.9. Συσχετισμός Επαγγέλματος και Μορφωτικού Επιπέδου Συμμετεχόντων.

Μορφωτικό επίπεδο Επάγγελμα	Καμία εκπαίδευση	Α' θμια εκπαίδευση	Β' θμια εκπαίδευση	Μεταλυκειακή σχολή	Γ' θμια εκπαίδευση
Ανειδίκευτος εργάτης	20	25	7	0	0
Ειδικευμένος εργάτης	4	20	13	10	1
Ελεύθερος επαγγελματίας	4	63	52	2	8
Αγρότης	28	57	13	1	1
Ιδιωτικός υπάλληλος	4	51	65	12	16
Δημόσιος υπάλληλος	3	35	112	13	39
Οικιακά	44	109	48	2	2
Άνεργος	2	2	5	0	4
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>109</b>	<b>362</b>	<b>315</b>	<b>40</b>	<b>71</b>



Εικόνα 7.10. Επάγγελμα.



Εικόνα 7.11. Πυραμίδα του Επαγγέλματος Ανδρών και Γυναικών.

## 7.2. Η Καθημερινότητα των Ηλικιωμένων στην Περίοδο της Οικονομικής Κρίσης

Με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην καθημερινότητα των ηλικιωμένων καταγράφονται: α) τα στοιχεία εισοδήματος, δηλαδή, η κύρια πηγή εισοδήματος, το ετήσιο εισόδημα και η ύπαρξη οικονομικής αυτοδυναμίας, β) τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του ιατρικού ιστορικού, και συγκεκριμένα, τα προβλήματα υγείας τους, η κατάσταση γενικής υγείας τους, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ, οι διατροφικές τους συνήθειες, καθώς και η ποιότητα ύπνου τους.

### 7.2.1. Στοιχεία Εισοδήματος

#### 7.2.1.1. Κύρια Πηγή Εισοδήματος

Από τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας σχετικά με την κύρια πηγή εισοδήματος διαφαίνεται ότι περίπου τα 2/3 των ερωτηθέντων έχει κύρια πηγή



εισοδήματος τη σύνταξή τους, ενώ ένα αξιοσημείωτο ποσοστό εξ αυτών περί το 17,7% έχει ως κύρια πηγή εισοδήματος τη σύνταξη του/της συζύγου. Σε μικρότερα ποσοστά ήτοι 5,4% έχουν ως κύρια πηγή τη δική τους σύνταξη και του/της συζύγου και σε ποσοστό 3,3 τη δουλειά τους. Ακολουθεί με ποσοστά 2,1% η σύνταξη και περιουσιακά στοιχεία και σε μικρότερα ποσοστά η οικογένεια, η περιουσία τους, η δουλειά του/της συζύγου και συνδυασμών όλων των παραπάνω (Πίνακας 7.10).

Πίνακας 7.10. Κύρια Πηγή Εισοδήματος.

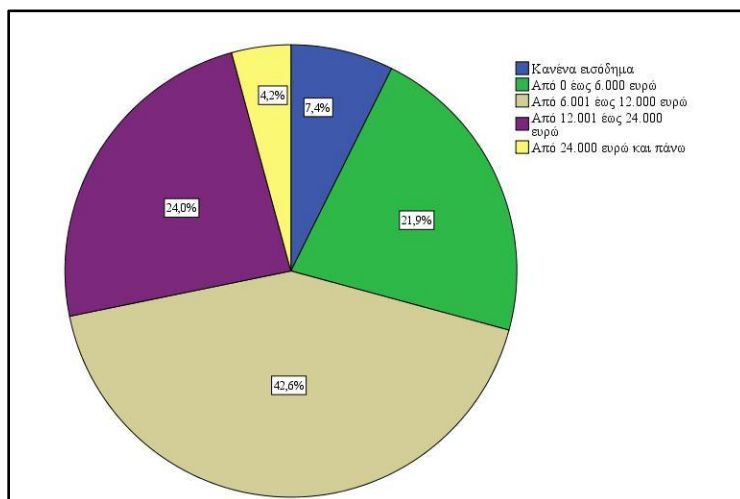
Πηγή Εισοδήματος	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Σύνταξη	573	63,9
Σύνταξη Συζύγου	159	17,7
Δουλειά	30	3,3
Δουλειά Συζύγου	2	,2
Οικογένεια	12	1,3
Περιουσία	15	1,7
Άλλο	21	2,3
Σύνταξη δική μου και συζύγου	48	5,4
Σύνταξη δική μου, συζύγου, οικογένεια και περιουσία	1	,1
Σύνταξη δική μου και περιουσία	19	2,1
Σύνταξη δική μου, συζύγου και περιουσία	1	,1
Σύνταξη συζύγου και περιουσία	5	,6
Σύνταξη δική μου, συζύγου και οικογένεια	1	,1
Σύνταξη δική μου και από αλλού	4	,4
Σύνταξη συζύγου και από αλλού	1	,1
Δουλειά δική μου και συζύγου	2	,2
Δουλειά δική μου και περιουσία	2	,2
Σύνταξη δική μου και οικογένεια	1	,1
<b>ΣΥΝΟΛΟΝ</b>	<b>897</b>	<b>100,0</b>

### 7.2.1.2. Ετήσιο Εισόδημα

Επίσης, διερευνήθηκε το ετήσιο εισόδημα του πληθυσμού έρευνας. Το 42,6% έχει μέσο ετήσιο εισόδημα από 6.001 έως 12.000 ευρώ, ενώ σε περίπου ίσα ποσοστά, ήτοι 24% και 21,9%, από 12.001 έως 24.000 ευρώ και 0 έως 6.000 ευρώ. Μόλις το 4,2% έχει ετήσιο εισόδημα από 24.000 ευρώ και πάνω ενώ το 7,4% δεν έχει κανένα εισόδημα (Πίνακας 7.11 και Εικόνα 7.12).

Πίνακας 7.11. Ετήσιο Εισόδημα.

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Κανένα εισόδημα	66	7,4
Από 0 έως 6.000 ευρώ	196	21,9
Από 6.001 έως 12.000 ευρώ	382	42,6
Από 12.001 έως 24.000 ευρώ	215	24,0
Από 24.000 ευρώ και πάνω	38	4,2
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>897</b>	<b>100,0</b>



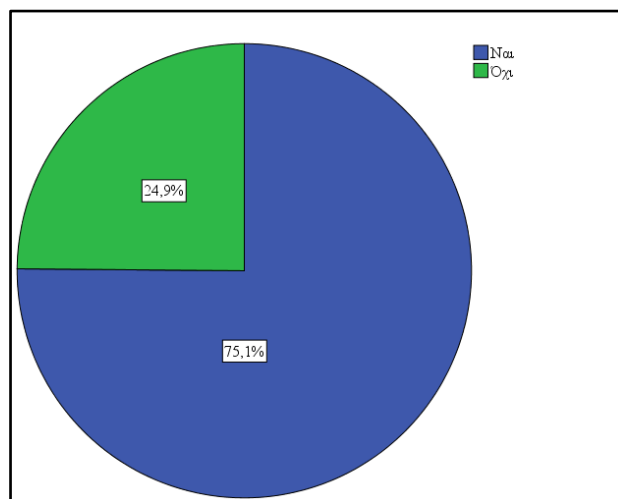
Εικόνα 7.12. Ετήσιο Εισόδημα.

### 7.2.1.3. Ύπαρξη Οικονομικής Αυτοδυναμίας

Σύμφωνα και πάλι με τα περιγραφικά χαρακτηριστικά, τα 3/4 του πληθυσμού της έρευνας δήλωσε ότι έχει οικονομική αυτοδυναμία, ήτοι το 75,1%. (Πίνακας 7.12 και Εικόνα 7.13).

Πίνακας 7.12. Οικονομική Αυτοδυναμία.

Οικονομική αυτοδυναμία	Ετήσιο Εισόδημα					ΣΥΝΟΛΟ
	Κανένα εισόδημα	Από 0 έως 6.000 ευρώ	Από 6.001 έως 12.000 ευρώ	Από 12.001 έως 24.000 ευρώ	Από 24.000 ευρώ και πάνω	
Ναι	19 (2,11%)	121 (13,48%)	295 (32,88%)	202 (22,51%)	37 (4,12%)	674 (75,13%)
Όχι	47 (5,23%)	75 (8,36%)	87 (9,69%)	13 (1,44%)	1 (0,11%)	223 (24,86%)
ΣΥΝΟΛΟ	66	196	382	215	38	897



Εικόνα 7.13. Οικονομική Αυτοδυναμία.

Η έρευνα έδειξε, όπως φαίνεται στον Πίνακας 7.12, ότι για εισοδήματα από 0 έως 6.000 € η οικονομική αυτοδυναμία διαμορφώνεται στο 15,59%, ενώ το 13,59 % δεν διαθέτει οικονομική αυτοδυναμία.

Για εισοδήματα από 6.001 € έως και 12.000 € η οικονομική αυτοδυναμία αυξάνεται φτάνοντας σε ποσοστό διπλάσιο ήτοι 32,88 %, ενώ το ποσοστό των ηλικιωμένων, οι οποίοι δεν διαθέτουν οικονομική αυτοδυναμία μειώθηκε κατά 4 περίπου ποσοστιαίες μονάδες φτάνοντας στο 9,69%.

Τέλος για εισοδήματα υψηλά άνω των 12.001 € το ποσοστό οικονομικής αυτοδυναμίας φτάνει στο 26,63% ενώ οι ηλικιωμένοι οι οποίοι δεν διαθέτουν οικονομική αυτοδυναμία αγγίζει μόλις το 1,55% του συνολικού δείγματος της έρευνας.

## **7.2.2. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Ιατρικού Ιστορικού**

### **7.2.2.1. Προβλήματα Υγείας**

Στον Πίνακα 7.13 φαίνονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι. Όσον αφορά στις απόλυτες και σχετικές συχνότητες επί των απαντήσεων παρατηρείται ότι δόθηκαν συνολικά 1864 θετικές απαντήσεις όπου τα πιο συχνά εμφανισθέντα προβλήματα υγείας είναι τα προβλήματα υπέρτασης και τα καρδιαγγειακά, με 298 και 239 θετικές απαντήσεις. Ακολούθως με 217 θετικές απαντήσεις καλύπτουν τα μυοσκελετικά/κινητικά προβλήματα, με 198 ο διαβήτης, με 195 θετικές απαντήσεις τα προβλήματα όρασης, με 157 θετικές απαντήσεις τα προβλήματα ακοής, με 120 θετικές απαντήσεις η κατάθλιψη, με 94 θετικές απαντήσεις τα νευρολογικά προβλήματα ενώ τα πιο σπάνια εμφανισθέντα προβλήματα είναι τα τραύματα – κακώσεις.

Στην τρίτη στήλη φαίνονται οι σχετικές συχνότητες επί των συμμετεχόντων. Όπως είδαμε κάθε άτομο μπορούσε να δώσει περισσότερες από μία θετικές απαντήσεις και αυτός είναι ο λόγος που οι σχετικές συχνότητες αθροίζουν 207,8% και όχι 100%. Αυτό μεταφράζεται ότι κατά μέσο όρο το κάθε άτομο είχε 2,07 θετικές απαντήσεις, δηλαδή 2 προβλήματα υγείας. Επομένως σύμφωνα με το πίνακα το 33,2% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι πάσχουν από υπέρταση, το 26,6% ότι πάσχουν από καρδιαγγειακά προβλήματα υγείας, το 24,2% από μυοσκελετικά /κινητικά προβλήματα, ενώ σε μικρότερα ποσοστά 22,1% και 21,7% ότι πάσχουν από διαβήτη και προβλήματα όρασης, αντίστοιχα.

Πίνακας 7.13. Εμφάνιση Προβλημάτων Υγείας ανά Περιοχή Έρευνας.

	Περιοχή									ΣΥΝΟΛΟ	%
	Τρίπολη	Καλαμιάτα	Μεγαλόπολη	Πάτρα	Κομοτηνή	Ρόδος	Νέο Ηράκλειο Αττικής	Γαλάτσι Αττικής	Δραπετσώνα		
Τραύματα-Κακώσεις	15	6	11	2	4	8	14	15	5	80	8,90
Υπέρταση	35	34	52	23	60	15	28	36	15	298	33,22
Διαβήτης	24	27	18	12	38	14	30	23	12	198	22,07
Μυοσκελετικά/ Κινητικά	34	32	36	18	31	14	16	28	8	217	24,19
Νευρολογικά	17	21	12	8	10	2	13	4	7	94	10,48
Ψυχιατρικά (π.χ. Κατάθλιψη)	14	38	23	11	7	2	6	9	10	120	13,38
Καρδιαγγειακά	47	33	36	20	31	5	17	32	18	239	26,64
Προβλήματα όρασης	49	20	16	14	20	9	21	30	16	195	21,74
Προβλήματα ακοής	26	22	8	6	41	8	9	24	13	157	17,50
Άλλα προβλήματα υγείας	24	19	18	35	9	3	3	46	9	166	18,51
Κανένα πρόβλημα υγείας	6	25	6	15	16	5	4	16	7	100	11,15
Σύνολο	291	277	236	164	267	85	161	263	120	1864	207,78
Συμμετέχοντες ανά περιοχή	132	158	92	102	119	53	61	116	64	897	
Θετικές (%) απαντήσεις ανά συμμετέχοντα	2,20	1,75	2,57	1,61	2,24	1,60	2,64	2,27	1,88		

Στον Πίνακα 7.14 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα προβλήματα υγείας των συμμετεχόντων ανά φύλο. Σύμφωνα με τις συχνότητες επί των απαντήσεων των ερωτηθέντων, παρατηρείται ότι οι γυναίκες γενικά έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας, γεγονός που επαληθεύεται από τις 509 θετικές απαντήσεις έναντι των 388 θετικών απαντήσεων των ανδρών. Οι γυναίκες καλύπτουν τις περισσότερες θετικές απαντήσεις σε όλα τα προβλήματα υγείας που αναφέρονται εκτός από τα καρδιαγγειακά προβλήματα, όπου οι θετικές απαντήσεις είναι ισάριθμες, 120 για τους άνδρες και 119 για τις γυναίκες.

**Πίνακας 7.14. Εμφάνιση Προβλημάτων Υγείας σε Σχέση με το Φύλο.**

Προβλήματα Υγείας	Φύλο		Σύνολο
	Άνδρας	Γυναίκα	
Τραύματα-Κακώσεις	24	56	80
Υπέρταση	115	183	298
Διαβήτης	85	113	198
Μυοσκελετικά/Κινητικά	73	144	217
Νευρολογικά	40	54	94
Ψυχιατρικά (π.χ. Κατάθλιψη)	42	78	120
Καρδιαγγειακά	120	119	239
Προβλήματα όρασης	88	107	195
Προβλήματα ακοής	71	86	157
Άλλα προβλήματα υγείας	71	95	166
Κανένα πρόβλημα υγείας	43	57	100
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>388</b>	<b>509</b>	<b>897</b>

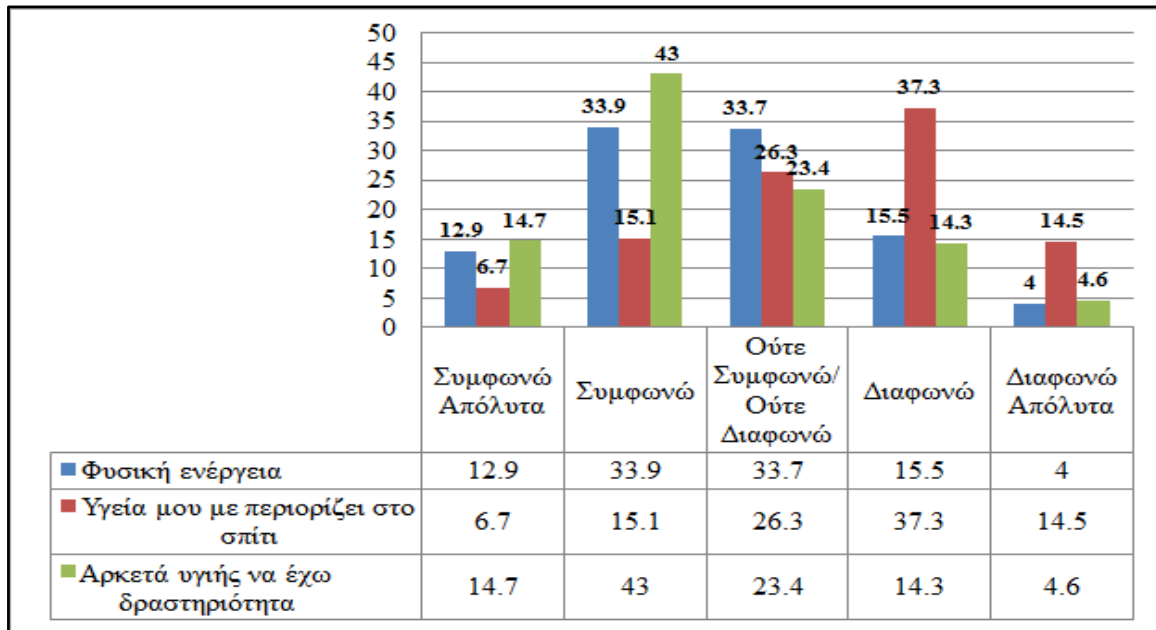
### 7.2.2.2. Κατάσταση Γενικής Υγείας

Στον Πίνακα 7.15 και στο διάγραμμα της Εικόνας 7.14 που ακολουθούν παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της περιγραφικής στατιστικής σχετικά με την αντιλαμβανόμενη γενικότερη υγεία των συμμετεχόντων και ειδικότερα για την ύπαρξη

φυσικής ενέργειας, το κατά πόσο η γενικότερη υγεία τους περιορίζει στο σπίτι και εάν θεωρούν τον εαυτό τους αρκετά υγιή για να έχουν κάποιου είδους δραστηριότητα.

Πίνακας 7.15. Αντιλαμβανόμενη Υγεία.

		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/ Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
Φυσική ενέργεια	Αριθμός	116	304	302	139	36
	Ποσοστό	12,9%	33,9%	33,7%	15,5%	4,0%
Υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι	Αριθμός	60	135	236	336	130
	Ποσοστό	6,7%	15,1%	26,3%	37,5%	14,5%
Αρκετά υγιής να έχω δραστηριότητα	Αριθμός	132	386	210	128	41
	Ποσοστό	14,7%	43,0%	23,4%	14,3%	4,6%



Εικόνα 7.14. Αντιλαμβανόμενη Υγεία.

Όπως παρατηρείται από τα παραπάνω οι συμμετέχοντες αισθάνονται καλά με την υγεία τους δεδομένου ότι το 1/3 θεωρεί ότι έχει φυσική ενέργεια, το 37,3% διαφωνεί με την άποψη ότι η υγεία τους, τους περιορίζει στο σπίτι καθώς επίσης και σε ποσοστό 43% συμφωνεί ότι είναι αρκετά υγιείς προκειμένου να έχει κάποιου είδους δραστηριότητα.

### 7.2.2.3. Κάπνισμα και Κατανάλωση Αλκοόλ

Όσον αφορά στο κάπνισμα παρατηρείται ότι τα 3/4 των συμμετεχόντων ηλικιωμένων δεν καπνίζει και δεν κάπνιζε ποτέ, ήτοι το 73,4%, αντίθετα το 20,6% καπνίζει ενώ το 6% κάπνιζε παλαιότερα και το διέκοψε. Όσον αφορά στους συμμετέχοντες που καπνίζουν η διάρκεια καπνίσματος κυμαίνεται από 2 έως 68 έτη, με μέσο όρο τα 33,03 έτη ενώ ο αριθμός των τσιγάρων ανά ημέρα κυμαίνεται από 2 έως 60, με μέσο όρο τα 20,72 τσιγάρα/ ημέρα. Σχετικά με τους 54 συμμετέχοντες που κάπνιζαν αλλά το διέκοψαν, τα έτη διακοπής του καπνίσματος κυμαίνονται από 1 έως 55, με μέσο όρο τα 17,91 έτη (Πίνακας 7.16).

Πίνακας 7.16. Κάπνισμα και Κατανάλωση Αλκοόλ

Περιοχή ΚΑΠΗ	Κάπνισμα			Υπερκατανάλωση Αλκοόλ	
	ΝΑΙ <sup>(1)(2)</sup>	Έχω <sup>(3)</sup> διακόψει το κάπνισμα	ΟΧΙ	ΟΧΙ	Έχω <sup>(4)</sup> διακόψει την υπερκατανάλωση
Τρίπολη	38	9	85	111	21
Καλαμάτα	30	12	116	113	45
Μεγαλόπολη	11	8	73	83	9
Πάτρα	14	6	82	99	3
Κομοτηνή	14	10	95	110	9
Ρόδος	13	0	40	42	11
Νέο Ηράκλειο Αττικής	32	0	29	61	0
Γαλάτσι Αττικής	10	9	97	107	9
Δραπετσώνα	23	0	41	61	3
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>185</b> <b>(20,62%)</b>	<b>54</b> <b>(6,02%)</b>	<b>658</b> <b>(73,36%)</b>	<b>787</b> <b>(87,74%)</b>	<b>110</b> <b>(12,26%)</b>
(1) Ελάχιστος χρόνος καπνίσματος: 2 έτη		Μέγιστος χρόνος καπνίσματος: 68 έτη		Μ.Ο.:33,03 έτη	
(2) Ελάχιστος αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα: 2		Μέγιστος αριθμός τσιγάρων ανά ημέρα: 60		Μ.Ο.:20,72	
(3) Ελάχιστος χρόνος διακοπής: 1 έτος		Μέγιστος χρόνος διακοπής: 55 έτη		Μ.Ο.:17,91 έτη	
(4) Ελάχιστος χρόνος διακοπής: 0 έτη		Μέγιστος χρόνος διακοπής: 30 έτη		Μ.Ο.: 8,52 έτη	



Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ το 87,7% των συμμετεχόντων δεν έκανε ποτέ υπερκατανάλωση αλκοόλ ενώ μόλις το 12,3% διέκοψε τη χρήση του αλκοόλ. Τα έτη διακοπής της χρήσης αλκοόλ κυμαίνονται από πριν μερικούς μήνες έως και 30 έτη, με μέσο όρο τα 8,52 έτη (Πίνακας 7.16).

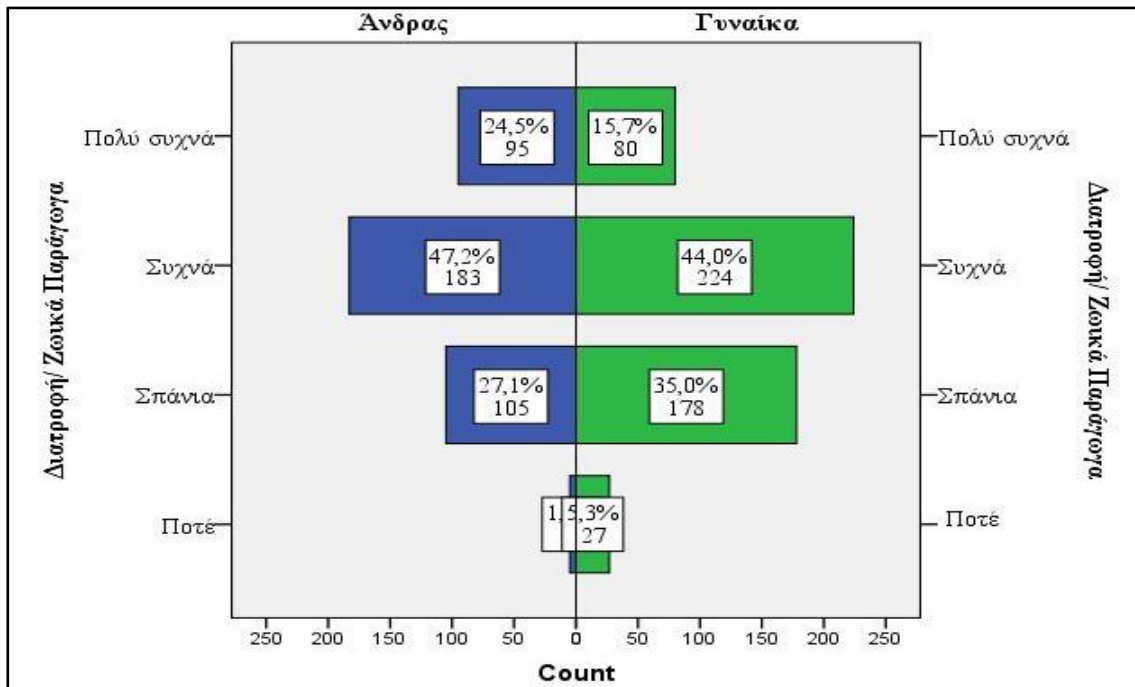
#### 7.2.2.4. Διατροφικές Συνήθειες

Όσον αφορά στη διατροφή των συμμετεχόντων ηλικιωμένων το μεγαλύτερο ποσοστό, ήτοι το 83,5% και 64,9% καταναλώνει συχνά έως πολύ συχνά φυτικές ίνες και ζωικά παράγωγα, αντίστοιχα. Το 31,5% των συμμετεχόντων σπάνια καταναλώνει ζωικά παράγωγα ενώ μόλις το 3,6% δεν καταναλώνει ποτέ. Αντίστοιχα το 15,1% καταναλώνει σπάνια φυτικές ίνες ενώ μόλις το 1,4 δεν καταναλώνει ποτέ (Πίνακας 7.17).

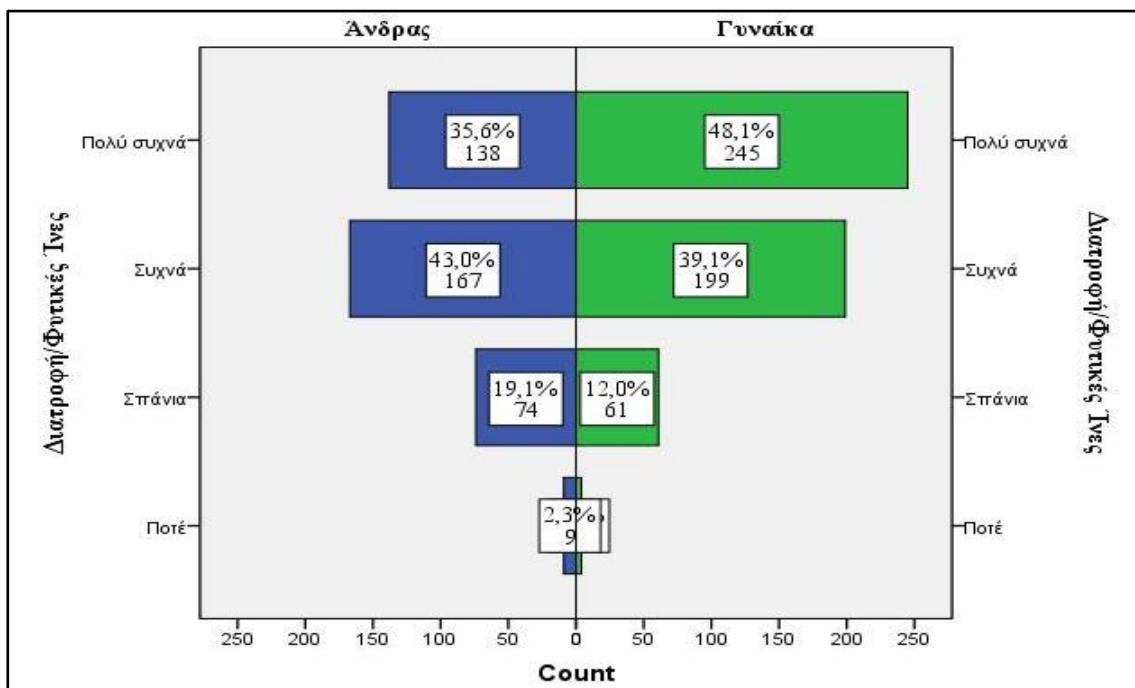
Πιο κάτω παρουσιάζεται η πυραμίδα της διατροφής ανδρών και γυναικών όσον αφορά στην κατανάλωση ζωικών παραγώγων και φυτικών ινών (διαγράμματα Εικόνων 7.15 και 7.16). Παρατηρείται ότι οι γυναίκες καταναλώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό τόσο ζωικά παράγωγα όσο και φυτικές ίνες, σε σχέση με τους άνδρες.

Πίνακας 7.17. Διατροφικές Συνήθειες

	Ζωικά Παράγωγα		Φυτικές ίνες	
	Πλήθος	Ποσοστό (%)	Πλήθος	Ποσοστό (%)
<b>Ποτέ</b>	<b>32</b>	<b>3,6</b>	<b>13</b>	<b>1,4</b>
<b>Σπάνια</b>	<b>283</b>	<b>31,5</b>	<b>135</b>	<b>15,1</b>
<b>Συχνά</b>	<b>407</b>	<b>45,4</b>	<b>366</b>	<b>40,8</b>
<b>Πολύ συχνά</b>	<b>175</b>	<b>19,5</b>	<b>383</b>	<b>42,7</b>



Εικόνα 7.15. Πυραμίδα Διατροφής Ανδρών και Γυναικών για Ζωικά Προϊόντα.



Εικόνα 7.16. Πυραμίδα Διατροφής Ανδρών και Γυναικών για Φυτικές Ύλες.

### 7.2.2.5. Ποιότητα Ύπνου

Ακολούθως διερευνήθηκε η ποιότητα του ύπνου στους συμμετέχοντες ηλικιωμένους όπου το 62,5% δήλωσε ότι έχει καλή ποιότητα ύπνου δεδομένου ότι κοιμάται εύκολα ενώ το 37,5% αυτών δήλωσε ότι δεν κοιμάται εύκολα. Στην ερώτηση που αφορούσε τους συμμετέχοντες που δεν έχουν καλή ποιότητα ύπνου για το εάν λαμβάνουν κάποιο φάρμακο για τη διευκόλυνση του ύπνου τους, το 55,2% δήλωσε ότι λαμβάνει ενώ το 44,8% ότι δεν λαμβάνει. Τέλος το 41,8% του συνόλου των συμμετεχόντων δήλωσε ότι μερικές φορές έχει αίσθημα κούρασης μετά το ύπνο, το 28% ότι δεν έχει και το 23% ότι έχει πάντα αίσθημα κούρασης (Πίνακας 7.18).

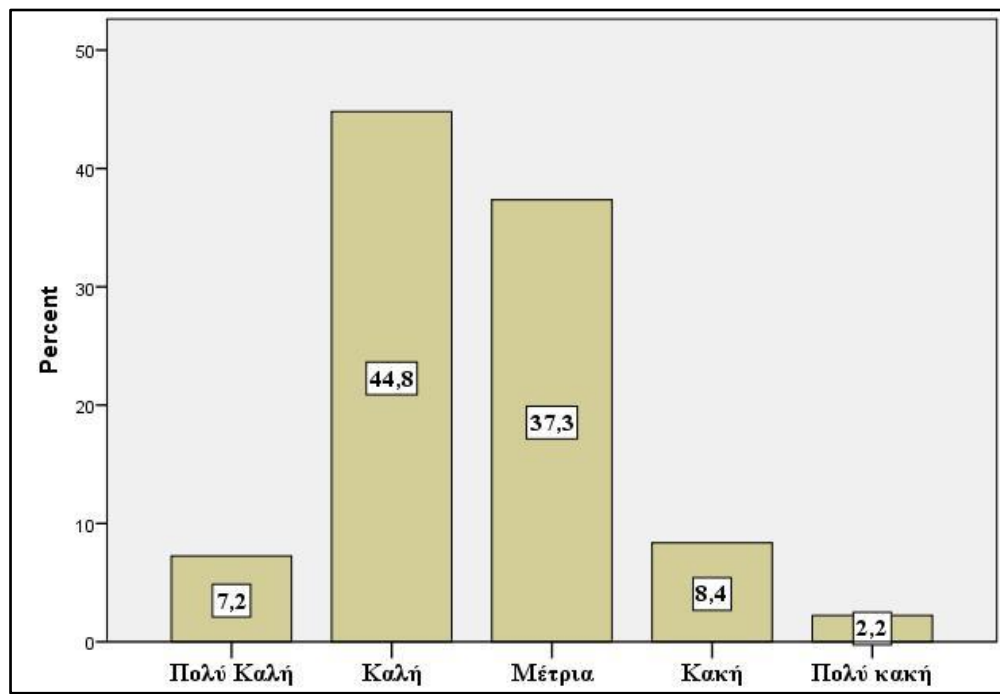
Πίνακας 7.18. Ποιότητα Ύπνου.

Ερώτηση/Απάντηση		Πλήθος	Ποσοστό (%)
Ποιότητα Ύπνου	Ναι (κοιμάμαι εύκολα)	561	62,5
	Όχι (κοιμάμαι δύσκολα)	336	37,5
Φάρμακο για Ύπνο	Ναι παίρνω φάρμακο	185	20,6
	Όχι δεν παίρνω φάρμακο	151	16,8
Αίσθηση ξεκούρασης μετά τον Ύπνο	Ναι	206	23,0
	Όχι	251	28,0
	Μερικές φορές	375	41,8
	Δεν ξέρω	65	7,2

### 7.2.3. Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Ποιότητας Ζωής

Στην ερώτηση σχετικά με την Ποιότητα Ζωής τους οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι απάντησαν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους 44,8% ότι είναι καλή και σε ποσοστό 7,2% πολύ καλή. Το 37,3% των συμμετεχόντων απάντησε ότι είναι μέτρια ενώ μόλις το 8,4% και 2,2% απάντησε κακή και πολύ κακή, αντίστοιχα (Εικόνα 7.17). Στο διάγραμμα της

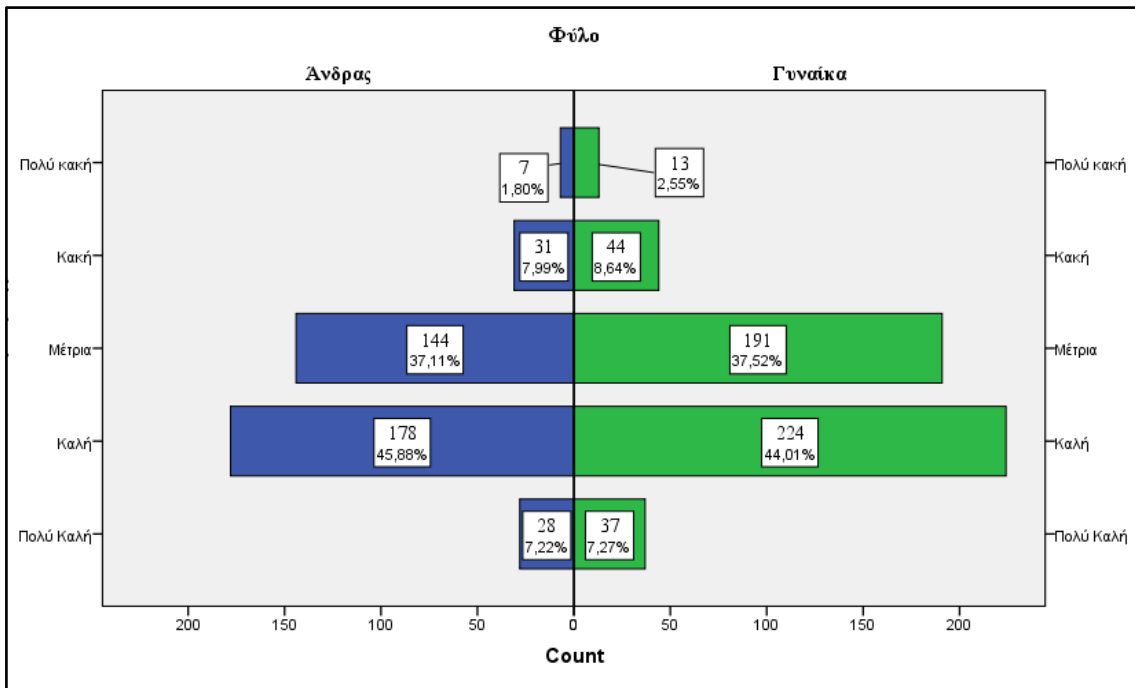
Εικόνας 7.18 φαίνεται η δηλωθείσα Ποιότητα Ζωής των ανδρών και γυναικών. Παρατηρείται λοιπόν ότι οι γυναίκες δηλώνουν καλύτερη Ποιότητα Ζωής σε σχέση με τους άνδρες δεδομένου ότι 261 γυναίκες δηλώνουν καλή έως πολύ καλή Ποιότητα Ζωής έναντι 206 ανδρών. Το 37,1% των ανδρών και το 37,5% των γυναικών δηλώνουν μέτρια Ποιότητα Ζωής ενώ κακή έως πολύ κακή το 11,19% των γυναικών και το 9,79% των ανδρών.



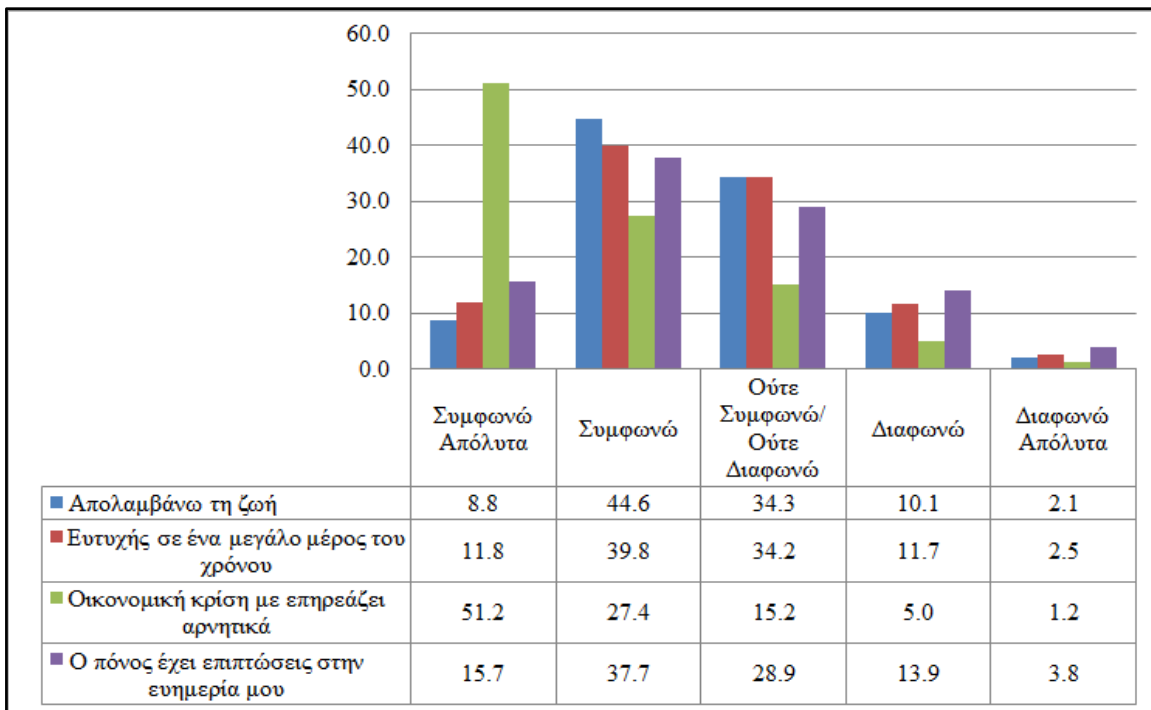
Εικόνα 7.17. Ποιότητα Ζωής.

Στο διάγραμμα της Εικόνας 7.19 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα συνολικά περιγραφικά αποτελέσματα των ερωτήσεων που αφορούν στην Ποιότητα Ζωής των συμμετεχόντων. Παρατηρείται ότι το 53,4% συμφωνεί έως απόλυτα ότι απολαμβάνει τη ζωή, ενώ το 12,2% διαφωνεί. Ακόμη, το 51,6% συμφωνεί έως απόλυτα ότι αισθάνεται ευτυχής σε ένα μεγάλο μέρος του χρόνου, ενώ το 14,2% διαφωνεί.. Επίσης, το 78,6% συμφωνεί έως απόλυτα ότι η οικονομική κρίση τον επηρεάζει αρνητικά, ενώ το 6,2% διαφωνεί. Τέλος, το 53,4% συμφωνεί έως απόλυτα ότι ο πόνος έχει επιπτώσεις στην

ευημερία του, ενώ το 17,7% διαφωνεί. Ένα μεγάλο μέρος των συμμετεχόντων παρέμειναν ουδέτεροι στις ερωτήσεις.



Εικόνα 7.18. Πυραμίδα Ποιότητας Ζωής Ανδρών και Γυναικών.



Εικόνα 7.19. Ποιότητα Ζωής και Παράγοντες που την επηρεάζουν.

### 7.3. Συσχετίσεις Μεταβλητών και Στατιστική Ανάλυση

Στο τμήμα αυτό θα αναφερθούμε στη συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών της υγείας τους. Η συσχέτιση μετρά το βαθμό συνάφειας – αλληλεπίδρασης ανάμεσα σε δύο ή περισσότερες μεταβλητές. Αυτό σημαίνει πρακτικά, ότι από την τιμή ενός δείκτη (συντελεστή συσχέτισης) συμπεραίνουμε πόσο έντονη ή χαλαρή είναι η συσχέτιση δύο μεταβλητών. Η συσχέτιση μπορεί να υφίσταται όχι μόνο σε ποσοτικές μεταβλητές αλλά και σε ποιοτικές ή κατηγορικές μεταβλητές. Ωστόσο, η ύπαρξη ή μη έντονης συνάφειας – συσχέτισης ανάμεσα σε δύο μεταβλητές, δεν συνεπάγεται απαραίτητα και την ύπαρξη μίας συναρτησιακής σχέσης μεταξύ τους.

Ο συντελεστής συσχέτισης Spearman χρησιμοποιείται σε ποιοτικές μεταβλητές και κατηγορικές μεταβλητές (δηλαδή μεταβλητές των οποίων οι τιμές δεν επιδέχονται ιεράρχηση). Με δεδομένο ότι στην περίπτωσή μας οι μεταβλητές είναι κυρίως ποιοτικές, θα γίνει χρήση του συγκεκριμένου συντελεστή συσχέτισης.

Τα δεδομένα μετατρέπονται σε “σειρές” (πρώτος, δεύτερος, τρίτος, κλπ.). Αυτό βέβαια έχει ως αποτέλεσμα οι αποστάσεις μεταξύ τους να παύουν να έχουν σημασία και να αξιολογείται η σειρά των συμμετεχόντων στην πρώτη μεταβλητή σε σχέση με τη σειρά που αυτοί έχουν στην δεύτερη μεταβλητή, κ.ό.κ. Το μέγεθος της συμφωνίας ή όχι της σειράς στις δύο μεταβλητές εκφράζει και το πρόσημο αλλά και το μέγεθος της υπολογίζεται με βάση την ακόλουθη σχέση:

$$r = \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

Εξίσωση 7.1

Όπου  $N$  είναι ο αριθμός των ζευγαριών και  $D$  είναι η διαφορά στη σειρά μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης (ζεύγη μετρήσεων).

Οι τιμές που μπορεί να πάρει ο συντελεστής συσχέτισης Spearman είναι από  $-1$  έως  $+1$ . Οι αρνητικές τιμές του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης δύο μεταβλητών σημαίνουν την ύπαρξη αρνητικής γραμμικής συσχέτισης. Δηλαδή, οι μεγαλύτερες τιμές της μίας μεταβλητής τείνουν να αντιστοιχούν στις μικρότερες τιμές της άλλης μεταβλητής. Οι θετικές τιμές του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης σημαίνουν την ύπαρξη αρνητικής γραμμικής συσχέτισης. Δηλαδή, οι μεγαλύτερες τιμές της μίας μεταβλητής τείνουν να αντιστοιχούν στις μεγαλύτερες τιμές της άλλης μεταβλητής. Τιμές κοντά στο μηδέν αποτελούν ένδειξη ότι υπάρχει χαμηλή γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών. Μεγαλύτερες τιμές του συντελεστή, που πλησιάζουν τη μονάδα (σε απόλυτη τιμή), δείχνουν ισχυρότερη γραμμική συσχέτιση.

Η μηδενική και η εναλλακτική υπόθεση εδώ είναι οι εξής:

$H_0$ :  $p\text{-value}=0$  ή δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών

$H_1$ :  $p\text{-value} \neq 0$  ή υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών

Για να διερευνήσουμε την σχέση μεταξύ των μεταβλητών κάναμε χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman δεδομένου ότι οι μεταβλητές ήταν ποιοτικές.

### **7.3.1. Συσχέτιση Δημογραφικών Στοιχείων με Πτυχές Ποιότητας Ζωής**

Ο Πίνακας 7.19 δείχνει την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα προέκυψαν από τη χρήση του προγράμματος SPSS (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ').

Πίνακας 7.19. Συσχέτιση Δημογραφικών Στοιχείων (Ηλικίας και Οικογενειακής Κατάστασης) με Πτυχές της Ποιότητας Ζωής μέσω συντελεστή Spearman.

Αριθμός ερώτησης	Μεταβλητή 1 <sup>η</sup>	Αριθμός ερώτησης	Μεταβλητή 2 <sup>η</sup>	Τιμή Συσχέτισης Spearman
2	Ηλικία	22	Ποιότητα ζωής	<b>0,202</b> (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	<b>0,180</b> (p=0,000)
		24	Ευτυχής	<b>0,161</b> (p=0,000)
3	Οικογενειακή κατάσταση	22	Ποιότητα ζωής	<b>0,033</b> (p=0,318)
		23	Απόλαυση ζωής	<b>0,043</b> (p=0,194)
		24	Ευτυχής	<b>0,055</b> (p=0,098)

Χρωματικές διευκρινίσεις  
**p<0.05**    Αποδεκτή    **p≥0.05**    Μη αποδεκτή

Διαπιστώνεται ότι η ηλικία συσχετίζεται ελαφρώς γραμμικά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής ( $r=0,202$ ,  $p<0.05$ ), την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=0,180$ ,  $p<0.05$ ) και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου ( $r=0,161$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι ηλικίες κάτω των 70 ετών αντιλαμβάνονται και διαβιών καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με τις ηλικίες 70 – 80 ετών, οι οποίες με τη σειρά τους διαβιών ποιοτικά καλύτερα από τις ηλικίες πάνω από 80 ετών.

Ωστόσο, παρά τη διαφαινόμενη ελαφρώς θετική γραμμική σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των πτυχών της ποιότητας ζωής, δηλαδή ότι κατά σειρά, σύμφωνα με την υπόθεσή μας, οι έγγαμοι, οι χήροι, οι διαζευγμένοι, οι σε διάσταση και τέλος οι άγαμοι διαβιών ποιοτικά καλύτερα με τη σειρά αυτή, δεν διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά αποδεκτή σχέση, με δεδομένο ότι  $p>0,05$ .



### 7.3.2. Συσχέτιση Κοινωνικών Χαρακτηριστικών με Πτυχές Ποιότητας Ζωής

Ο Πίνακας 7.20 δείχνει την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των κοινωνικών χαρακτηριστικών με τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα προέκυψαν από τη χρήση του προγράμματος SPSS (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ΄).

Πίνακας 7.20. Συσχέτιση Κοινωνικών Στοιχείων (Τόπος Διαμονής Σήμερα, Τόπος Διαμονής στο Παρελθόν και Μορφωτικό Επίπεδο) με Πτυχές της Ποιότητας Ζωής μέσω Συντελεστή Spearman.

Αριθμός ερώτησης	Μεταβλητή 1 <sup>η</sup>	Αριθμός ερώτησης	Μεταβλητή 2 <sup>η</sup>	Τιμή Συσχέτισης Spearman
4	Τόπος διαμονής σήμερα	22	Ποιότητα ζωής	<b>0,230</b> (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	<b>0,186</b> (p=0,000)
		24	Ευτυχία	<b>0,223</b> (p=0,000)
5	Τόπος διαμονής στο παρελθόν	22	Ποιότητα ζωής	<b>0,153</b> (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	<b>0,126</b> (p=0,000)
		24	Ευτυχία	<b>0,167</b> (p=0,000)
9	Μορφωτικό επίπεδο	22	Ποιότητα ζωής	<b>0,169</b> (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	<b>0,177</b> (p=0,000)
		24	Ευτυχία	<b>0,168</b> (p=0,000)

Χρωματικές διευκρινίσεις

**p<0.05**

Αποδεκτή

**p≥0.05**

Μη αποδεκτή

Διαπιστώνεται ότι ο τόπος διαμονής σήμερα συσχετίζεται ελαφρώς γραμμικά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής ( $r=0,230$ ,  $p<0.05$ ), την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=0,186$ ,  $p<0.05$ ) και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου ( $r=0,223$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι διαμένοντες σήμερα σε αστικές περιοχές αντιλαμβάνονται και διαβιών καλύτερα όλες τις

πτυχές της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με αυτούς που διαμένουν σε ημιαστικές περιοχές, οι οποίες με τη σειρά τους διαβιούν ποιοτικά καλύτερα από αυτούς που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές.

Διαπιστώνεται ακόμη ότι ο τόπος διαμονής στο παρελθόν συσχετίζεται ελαφρώς γραμμικά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής ( $r=0,153$ ,  $p<0.05$ ), την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=0,126$ ,  $p<0.05$ ) και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου ( $r=0,167$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι διαμένοντες στο παρελθόν σε αστικές περιοχές αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με αυτούς που διέμεναν σε ημιαστικές περιοχές, οι οποίες με τη σειρά τους διαβιούν ποιοτικά καλύτερα από αυτούς που διέμεναν σε αγροτικές περιοχές.

Τέλος διαπιστώνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται ελαφρώς γραμμικά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής ( $r=0,169$ ,  $p<0.05$ ), την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=0,177$ ,  $p<0.05$ ) και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου ( $r=0,168$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι διαμένοντες οι κάτοχοι τίτλων ανώτερης βαθμίδας εκπαίδευσης αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με αυτούς που κατέχουν τίτλους χαμηλότερης βαθμίδας εκπαίδευσης, ακολουθώντας τη σειρά διδακτορικός τίτλος, μεταπτυχιακός τίτλος, πανεπιστημιακός τίτλος, τίτλος ΤΕΙ, μεταλυκειακός τίτλος, απολυτήριο λυκείου, απολυτήριο γυμνασίου, απολυτήριο δημοτικού και καμμία εκπαίδευση.

### 7.3.3. Συσχέτιση Οικονομικών Χαρακτηριστικών με Πτυχές Ποιότητας Ζωής

Ο Πίνακας 7.21 δείχνει την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των οικονομικών χαρακτηριστικών με τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα προέκυψαν από τη χρήση του προγράμματος SPSS (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ΄).

Πίνακας 7.21. Συσχέτιση Οικονομικών Στοιχείων (Οικονομική Αυτοδυναμία, Ετήσιο Εισόδημα και Επίδραση Οικονομικής Κρίσης) με Πτυχές της Ποιότητας Ζωής μέσω Συντελεστή Spearman.

Αριθμός ερώτησης	Μεταβλητή 1 <sup>η</sup>	Αριθμός ερώτησης	Μεταβλητή 2 <sup>η</sup>	Τιμή Συσχέτισης Spearman
12	Οικονομική αυτοδυναμία	22	Ποιότητα ζωής	0,226 (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	0,171 (p=0,000)
		24	Ευτυχία	0,184 (p=0,000)
13	Ετήσιο εισόδημα	22	Ποιότητα ζωής	0,244 (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	0,211 (p=0,000)
		24	Ευτυχία	0,246 (p=0,000)
25	Επίδραση οικονομικής κρίσης	22	Ποιότητα ζωής	0,145 (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	0,096 (p=0,004)
		24	Ευτυχία	0,039 (p=0,242)

Χρωματικές διευκρινίσεις  
**p<0.05**    Αποδεκτή

**p≥0.05**    Μη αποδεκτή

Διαπιστώνεται ότι η οικονομική αυτοδυναμία συσχετίζεται ελαφρώς γραμμικά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής ( $r=0,226$ ,  $p<0.05$ ), την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=0,171$ ,  $p<0.05$ ) και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου ( $r=0,184$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι

έχοντες οικονομική αυτοδυναμία διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με αυτούς που δεν διαθέτουν οικονομική αυτοδυναμία.

Διαπιστώνεται ακόμη ότι το ετήσιο εισόδημα συσχετίζεται ελαφρώς γραμμικά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής ( $r=0,244$ ,  $p<0.05$ ), την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=0,211$ ,  $p<0.05$ ) και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου ( $r=0,246$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες υψηλότερο ετήσιο εισόδημα αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με αυτούς που έχουν χαμηλότερο, ακολουθώντας τη σειρά εισόδημα μεγαλύτερο από 24.000 €, μεταξύ 12.000 – 24.000 €, μεταξύ 6.000 – 12.000 €, μεταξύ 0 – 6.000 € και τέλος, κανένα εισόδημα.

Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει χαμηλή θετική γραμμική συσχέτιση μεταξύ της αντίληψης για την οικονομική κρίση και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής ( $r=0,145$ ,  $p<0.05$ ) και της άποψης ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=-0,096$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα, επαληθεύεται η υπόθεση ότι όσοι θεωρούν ότι η οικονομική κρίση δεν τους επηρεάζει, αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα αναφορικά με τις δύο αυτές πτυχές της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, παρά τη διαφαινόμενη πολύ χαμηλή θετική γραμμική συσχέτιση, στατιστικά δε συσχετίζεται η αντίληψη για τη σημερινή οικονομική κρίση με την αίσθηση ευτυχίας κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου, με δεδομένο ότι κατά τον διεξαχθέντα στατιστικό έλεγχο προκύπτει  $p > 0,05$ .

#### **7.3.4. Συσχέτιση Χαρακτηριστικών Υγείας με Πτυχές Ποιότητας Ζωής**

Ο Πίνακας 7.22 δείχνει τις συσχετίσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών υγείας με τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα προέκυψαν από τη χρήση του προγράμματος SPSS (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ').

Πίνακας 7.22. Συσχέτιση Στοιχείων Υγείας (Υγιής με Δυνατότητα Δραστηριότητας, Καλή Φυσική Υγεία, Πόνος με Επιπτώσεις και Υγεία που περιορίζει στο Σπίτι) με Πτυχές της Ποιότητας Ζωής μέσω Συντελεστή Spearman.

Αριθμός ερώτησης	Μεταβλητή 1 <sup>η</sup>	Αριθμός ερώτησης	Μεταβλητή 2 <sup>η</sup>	Τιμή Συσχέτισης Spearman
15	Είμαι αρκετά υγιής για να έχω δραστηριότητα	22	Ποιότητα ζωής	<b>0,476</b> (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	<b>0,541</b> (p=0,000)
		24	Ευτυχία	<b>0,459</b> (p=0,000)
21	Έχω πολύ καλή φυσική ενέργεια	22	Ποιότητα ζωής	<b>0,567</b> (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	<b>0,603</b> (p=0,000)
		24	Ευτυχία	<b>0,530</b> (p=0,000)
26	Ο πόνος έχει επιπτώσεις στην ευημερία μου	22	Ποιότητα ζωής	<b>-0,301</b> (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	<b>-0,260</b> (p=0,000)
		24	Ευτυχία	<b>-0,235</b> (p=0,000)
27	Η υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι	22	Ποιότητα ζωής	<b>-0,303</b> (p=0,000)
		23	Απόλαυση ζωής	<b>-0,315</b> (p=0,000)
		24	Ευτυχία	<b>-0,256</b> (p=0,000)

Χρωματικές διευκρινίσεις  
**p<0.05** Αποδεκτή **p≥0.05** Μη αποδεκτή

Διαπιστώνεται ότι η υγεία που επιτρέπει τη δραστηριότητα, συσχετίζεται έντονα γραμμικά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής ( $r=0,476$ ,  $p<0.05$ ), την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=0,541$ ,  $p<0.05$ ) και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου ( $r=0,459$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες υγεία που τους επιτρέπει τη δραστηριότητα διαβιών καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με αυτούς που δεν διαθέτουν υγεία που να τους επιτρέπει δραστηριότητα.

Διαπιστώνεται ακόμη ότι η ύπαρξη καλής φυσικής ενέργειας, συσχετίζεται έντονα γραμμικά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής ( $r=0,567$ ,  $p<0.05$ ), την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=0,603$ ,  $p<0.05$ ) και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου ( $r=0,530$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες καλή φυσική κατάσταση διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με αυτούς που δεν διαθέτουν καλή φυσική κατάσταση.

Διαπιστώνεται επίσης η αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των επιπτώσεων του πόνου στην ευημερία και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής ( $r=-0,301$ ,  $p<0.05$ ), της άποψης ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=-0,260$ ,  $p<0.05$ ) και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου ( $r=-0,235$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι πάσχοντες από πόνο που τους επηρεάζει την ευημερία διαβιούν χειρότερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με αυτούς που δεν πάσχουν από πόνο.

Τέλος διαπιστώνεται η αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ των επιπτώσεων της υγείας που περιορίζει τους ηλικιωμένους στο σπίτι, και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής ( $r=-0,303$ ,  $p<0.05$ ), της άποψης ότι απολαμβάνουν τη ζωή ( $r=-0,315$ ,  $p<0.05$ ) και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου ( $r=-0,256$ ,  $p<0.05$ ). Συγκεκριμένα επαληθεύεται η υπόθεση ότι οι έχοντες προβληματική υγεία που τους περιορίζει στο σπίτι διαβιούν χειρότερα όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με αυτούς που δεν περιορίζονται στο σπίτι για λόγους υγείας.

### 7.3.5. Συσχέτιση Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με Ηλικία, Μορφωτικό Επίπεδο, Οικονομικά Χαρακτηριστικά και Υγεία

Με σκοπό τη διερεύνηση της συσχέτισης της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με ορισμένα Δημογραφικά Χαρακτηριστικά, Κοινωνικά Χαρακτηριστικά, Οικονομικά Χαρακτηριστικά και Χαρακτηριστικά Υγείας, δημιουργήθηκε η εξαρτημένη ψευδομεταβλητή με όνομα **Αίσθηση Ποιότητας Ζωής**, που αποτελείται από το Μέσο Όρο των μεταβλητών **Ποιότητα Ζωής**, **Απόλαυση Ζωής** και **Αίσθηση Ευτυχίας**, που προαναφέρθηκαν. Η ψευδομεταβλητή συσχετίστηκε με τις ακόλουθες μεταβλητές και ομάδες μεταβλητών: Η πρώτη συσχέτιση γίνεται με τη μεταβλητή **Ηλικία** ως Δημογραφικό Χαρακτηριστικό. Η δεύτερη συσχέτιση γίνεται με τη μεταβλητή **Μορφωτικό Επίπεδο** ως Κοινωνικό Χαρακτηριστικό. Η τρίτη συσχέτιση γίνεται με την ομάδα που αποτελείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές **Οικονομική Αυτοδυναμία** και **Ετήσιο Εισόδημα** ως Οικονομικά Χαρακτηριστικά. Η τέταρτη συσχέτιση γίνεται με την ομάδα που αποτελείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές **Φυσική Ενέργεια** και **Αίσθηση Υγείας** ως Χαρακτηριστικά Υγείας. Τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης που προέκυψαν από τη χρήση του προγράμματος SPSS (βλ. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ'), παρουσιάζονται στον Πίνακα 7.23, ο οποίος δείχνει τις συσχετίσεις που προέκυψαν.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η Αίσθηση Ποιότητας Ζωής (Α.Π.Ζ. – τιμές 1 έως 5), που δημιουργήθηκε ως ψευδομεταβλητή από το μέσο όρο των μεταβλητών Ποιότητα Ζωής, Απόλαυση Ζωής και Αίσθηση Ευτυχίας, σχετίζεται με την Ηλικία (ακαίρεες τιμές 1 έως 3), ως μεταβλητή των Δημογραφικών Χαρακτηριστικών, ως εξής:

$$\text{Α.Π.Ζ.} = 0,191 (\text{Ηλικία}) + 2,165$$

Εξίσωση 7.2

Πίνακας 7.23. Συσχέτιση Στοιχείων Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με Ηλικία, Μορφωτικό Επίπεδο, Οικονομικά Χαρακτηριστικά και Χαρακτηριστικά Υγείας μέσω Γραμμικής Παλινδρόμησης.

Αριθμός ερώτησης	Μεταβλητές	Εξαρτημένη Ψευδομεταβλητή	Αριθμός ερώτησης	Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Συντελεστής Γραμμικής Παλινδρόμησης	Σταθερά Γραμμικής Παλινδρόμησης
22	Ποιότητα ζωής	Αίσθηση Ποιότητας Ζωής	Δημογραφικά Χαρακτηριστικά			
23	Απόλαυση ζωής		2	Ηλικία	0,191 (p=0,000)	2,165 (p=0,000)
24	Ευτυχής					
22	Ποιότητα ζωής	Αίσθηση Ποιότητας Ζωής	Κοινωνικά Χαρακτηριστικά			
23	Απόλαυση ζωής		9	Μορφωτικό επίπεδο	0,103 (p=0,000)	1,796 (p=0,000)
24	Ευτυχής					
22	Ποιότητα ζωής	Αίσθηση Ποιότητας Ζωής	Οικονομικά Χαρακτηριστικά			
23	Απόλαυση ζωής		12	Οικονομική αυτοδυναμία	0,264 (p=0,000)	1,663 (p=0,000)
24	Ευτυχής					
22	Ποιότητα ζωής	Αίσθηση Ποιότητας Ζωής	Χαρακτηριστικά Υγείας			
23	Απόλαυση ζωής		21	Έχω πολύ καλή φυσική ενέργεια	0,387 (p=0,000)	1,047 (p=0,000)
24	Ευτυχής					

**p≤0.05** Αποδεκτό στατιστικά

Επίσης, προκύπτει ότι η Α.Π.Ζ. (τιμές 1 έως 5) σχετίζεται με το Μορφωτικό Επίπεδο (ακέραιες τιμές 1 έως 9), ως μεταβλητή των Κοινωνικών Χαρακτηριστικών, με την ακόλουθη σχέση:

$$\text{Α.Π.Ζ.} = 0,193 (\text{Μορφωτικό Επίπεδο}) + 1,796$$

Εξίσωση 7.3



Ακόμη, προκύπτει ότι η Α.Π.Ζ. (τιμές 1 έως 5) σχετίζεται με την Οικονομική Αυτοδυναμία (ακαίρεες τιμές 1 έως 2) και το Ετήσιο Εισόδημα (ακέραιες τιμές 1 έως 5), ως μεταβλητές των Οικονομικών Χαρακτηριστικών, με την ακόλουθη σχέση:

$$\mathbf{A.Π.Ζ. = 0,264 (Οικονομική Αυτοδυναμία) + 0,176 (Ετήσιο Εισόδημα) + 1,663}$$

Εξίσωση 7.4

Τέλος, προκύπτει ότι η Α.Π.Ζ. (τιμές 1 έως 5) σχετίζεται με τη Φυσική Ενέργεια (ακαίρεες τιμές 1 έως 5) και την Αίσθηση Υγείας (ακαίρεες τιμές 1 έως 5), ως μεταβλητές των Χαρακτηριστικών Υγείας, με την ακόλουθη σχέση:

$$\mathbf{A.Π.Ζ. = 0,387 (Φυσική Ενέργεια) + 0,186 (Αίσθηση Υγείας) + 1,047}$$

Εξίσωση 7.5

Από τα παραπάνω είναι εμφανώς εντονότερη η αναλογική σχέση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με τα Χαρακτηριστικά Υγείας των ερωτώμενων, λιγότερο έντονη η αναλογική σχέση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με τα Οικονομικά Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και ακόμη λιγότερο έντονη η αναλογική σχέση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με την Ηλικία και το Μορφωτικό επίπεδο, ως Δημογραφικά και Κοινωνικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων αντίστοιχα.

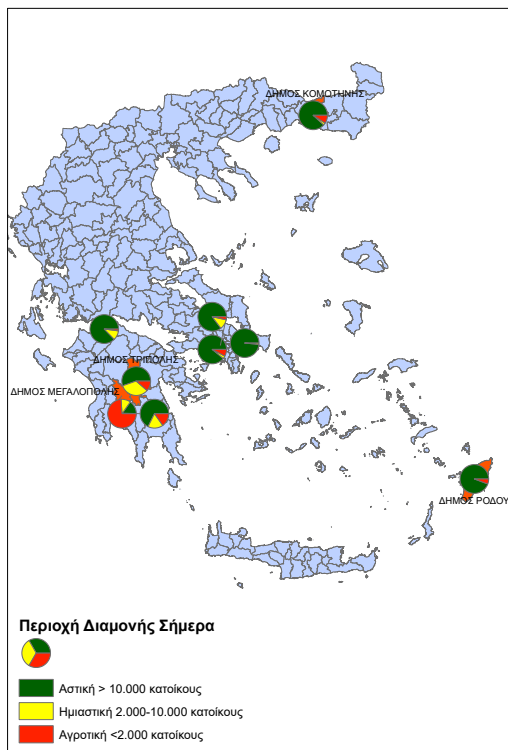
Σημειώνεται ότι τα ευρήματα των συσχετίσεων αυτών μέσω γραμμικής παλινδρόμησης συνάδουν πλήρως με τις προηγηθείσες συσχετίσεις Spearman.

#### **7.4. Γραφική Απεικόνιση με GIS**

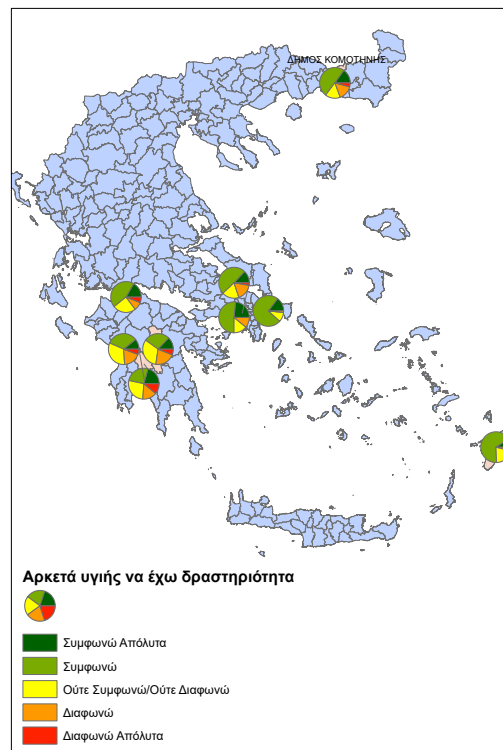
Η απεικόνιση των οικονομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, καθώς και η κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων ανάμεσα στα διάφορα ΚΑΠΗ της Ελλάδας επιτυγχάνεται με τη χρήση προγράμματος ArcMap, στο οποίο εισάγονται τα δεδομένα με

μορφή πίνακα. Τα στοιχεία αποτυπώνονται ως γραφήματα στις αντίστοιχες γεωγραφικές θέσεις στους χάρτες, παρέχοντας στον ενδιαφερόμενο πλήρη εικόνα της γεωγραφικής κατανομής των οικονομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, και κυρίως, της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων ανά περιοχή. Έτσι, οι ενδιαφερόμενοι δημόσιοι φορείς και πάροχοι υπηρεσιών υγείας αποκτούν δυνατότητες αμεσότητας στη λήψη αποφάσεων σχετικών με τις απαιτούμενες εκ μέρους τους ενέργειες.

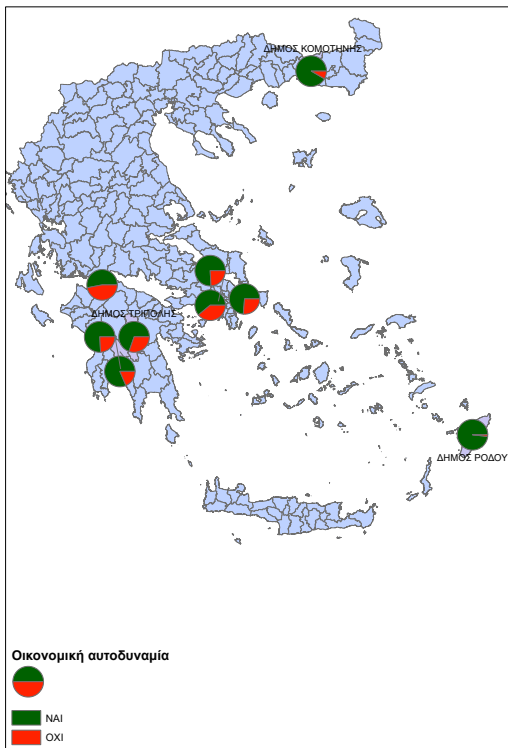
Ορισμένα δείγματα του τρόπου απεικόνισης των οικονομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, καθώς και της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων ανάμεσα στα διάφορα ΚΑΠΗ της Ελλάδας παρατίθενται στις ακόλουθες Εικόνες 7.20, 7.21, 7.22, 7.23, 7.24 και 7.25, ενώ το μεγαλύτερο μέρος των αποτυπώσεων λεπτομερέστερα, παρατίθεται στο ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε΄.



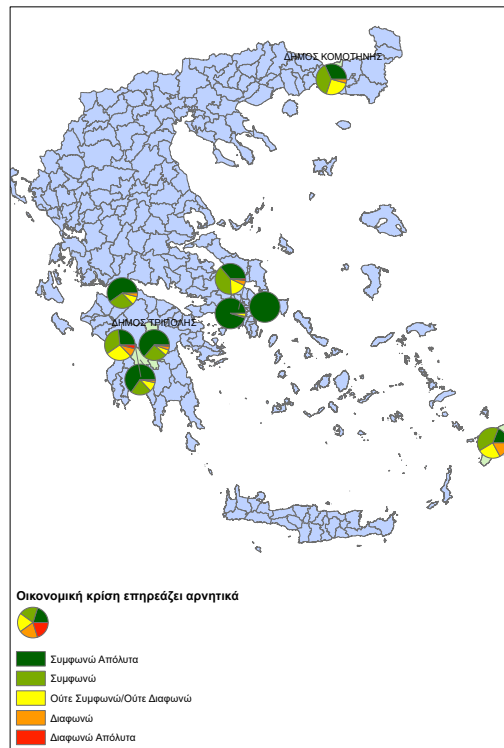
Εικόνα 7.20. Χάρτης Περιοχής Διαμονής Σήμερα.



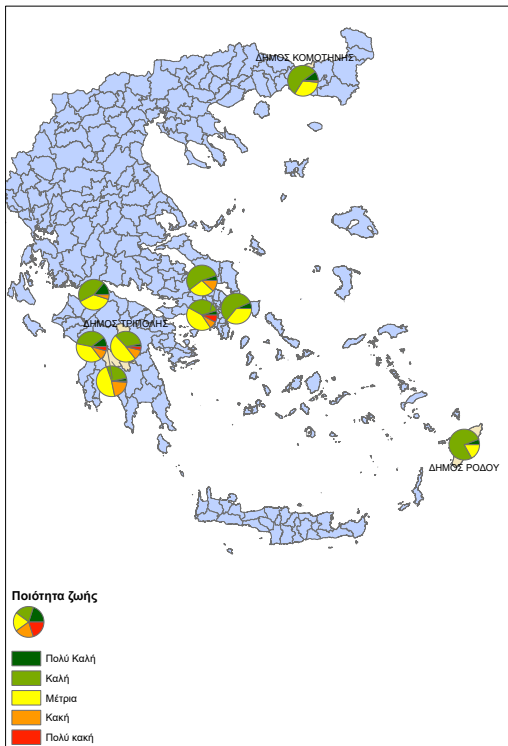
Εικόνα 7.21. Χάρτης Υγείας και Δραστηριότητας.



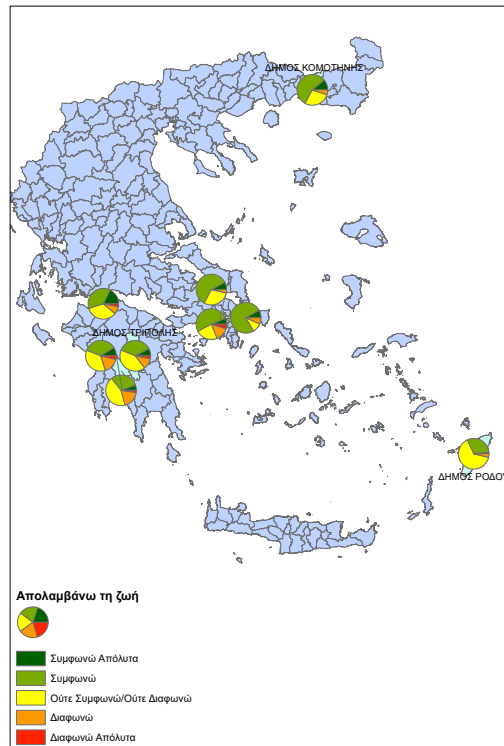
Εικόνα 7.22. Χάρτης Οικονομικής Αυτοδυναμίας.



Εικόνα 7.23. Χάρτης Επίδρασης Οικονομικής Κρίσης.



Εικόνα 7.24. Χάρτης Ποιότητας Ζωής.



Εικόνα 7.25. Χάρτης Απόλαυσης Ζωής.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 8.1. Γενικά

Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων με τη χρήση ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου. Για την έρευνα επιλέχτηκε η ποσοτική μέθοδος δεδομένων, η οποία δίνει τη δυνατότητα συστηματικής συλλογής αντικειμενικών αριθμητικών δεδομένων και στη συνέχεια την απόδοση τους σε αριθμητική μορφή για σκοπούς στατιστικής ανάλυσης. Πιο συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο σε έντυπη και σε ηλεκτρονική μορφή. Για τον σχεδιασμό της ηλεκτρονικής έκδοσης του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν α) λογισμικό αξιολόγησης Survey 123, β) λογισμικό ανοικτού κώδικα LimeSurvey και γ) η γλώσσα python. Από αυτά καταλληλότερο κρίθηκε το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο στη γλώσσα python. Αντιθέτως στο survey 123 οι χρήστες που συλλέγουν τα δεδομένα θα πρέπει να εισάγουν τον προσωπικό τους λογαριασμό χρήσης, προκειμένου να ενεργοποιηθεί το ερωτηματολόγιο, ενώ στο λογισμικό ανοικτού κώδικα LimeSurvey τέθηκαν θέματα ασφάλειας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 5 ενότητες και 27 ερωτήσεις.

1. Καταγραφή του σημερινού προφίλ των ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ της χώρας όπως διαμορφώνεται στην περίοδο της οικονομικής κρίσης (6 ερωτήσεις).
2. Διερεύνηση του πώς αντιλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας τους και στον τρόπο ζωής τους (12 ερωτήσεις).
3. Αξιολόγηση των παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (6 ερωτήσεις).

4. Διερεύνηση του βαθμού συσχέτισης των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων της έρευνας (8 ερωτήσεις).
5. Διερεύνηση της διαφοροποίησης του βαθμού συσχέτισης των κοινωνικο-οικονομικών δεικτών με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων της έρευνας, στα επιμέρους ΚΑΠΗ της Ελλάδας που έλαβαν μέρος στην έρευνα (9 ερωτήσεις).

Για την άντληση έγκυρων και επιστημονικών αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε συλλογή ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος του υπό μελέτη πληθυσμού, ήτοι 897 ερωτηματολόγια, ώστε τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που αντλούνται από αυτά και θα αφορούν τον συγκεκριμένο πληθυσμό να μπορούν να γενικευτούν. Πιο συγκεκριμένα η διανομή των ερωτηματολογίων στα ΚΑΠΗ της χώρας έγινε ως εξής:

- 132 ερωτηματολόγια στο ΚΑΠΗ Τριπόλεως
- 158 ερωτηματολόγια στο ΚΑΠΗ Καλαμάτας
- 102 ερωτηματολόγια στο ΚΑΠΗ Πάτρας
- 119 ερωτηματολόγια στο ΚΑΠΗ Κομοτηνής
- 64 ερωτηματολόγια στο ΚΑΠΗ Δραπετσώνας
- 92 ερωτηματολόγια στο ΚΑΠΗ Μεγαλόπολης
- 61 ερωτηματολόγια στο ΚΑΠΗ Νέου Ηρακλείου Αττικής
- 116 ερωτηματολόγια στο ΚΑΠΗ Γαλασίου Αττικής
- 53 ερωτηματολόγια στο ΚΑΠΗ Ρόδου

Εφαρμόστηκαν μέθοδοι Περιγραφικής Στατιστικής (υπολογισμός ποσοστών και κατανομών συχνοτήτων, δεικτών κεντρικής τάσης, διασποράς), προκειμένου να παρουσιαστούν τα δεδομένα της μελέτης και να εξαχθούν συμπεράσματα που αφορούν στον υπό έρευνηση πληθυσμό.

Η εισαγωγή και η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 23, όπου πραγματοποιήθηκε τόσο η γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων όσο και όλοι οι επαγωγικοί στατιστικοί έλεγχοι.

## **8.2. Σημερινό Προφίλ Ηλικιωμένων**

Για τη διερεύνηση του σημερινού προφίλ των ηλικιωμένων διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα (βλ. Πίνακα 8.1):

Ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και σε σχέση με το φύλο το 43,3% του συνολικού πληθυσμού των ερωτηθέντων (δηλαδή 388 άτομα) ήταν άνδρες και το 56,7% (δηλαδή 509 άτομα) ήταν γυναίκες. Το 40,8% του συνόλου έχουν ηλικία μεταξύ 70-80 ετών, το 34,3% κάτω των 70 ετών και το 24,9% πάνω από 80 ετών. Οι γυναίκες υπερέχουν στην κατηγορία των 70-80 ετών και κάτω των 70 ετών, ενώ οι άνδρες υπερέχουν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 80 ετών.

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση το 47,7% των ερωτηθέντων είναι έγγαμοι, ενώ το 34,7% είναι χήροι και μόλις το 9,4% είναι άγαμοι. Το 6,5% διαζευγμένοι και το 1,8% σε διάσταση. Οι έγγαμοι άνδρες αποτελούν το 53,6% του συνόλου του φύλου, ενώ οι έγγαμες γυναίκες αποτελούν το 43,2% του φύλου τους. Οι χήρες γυναίκες αποτελούν το 40,3% του φύλου τους, ενώ οι αντίστοιχοι άνδρες αποτελούν το 27,3%. Όσον αφορά στους άγαμους, τα ποσοστά ανδρών και γυναικών είναι 9,5% και 9,2% αντίστοιχα, στους διαζευγμένους είναι 7,5% και 5,7% αντίστοιχα και στους σε διάσταση ηλικιωμένους είναι 2,5% και 0,5% αντίστοιχα.

Ως προς τη διαμονή των ηλικιωμένων τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για τον τόπο διαμονής παρατηρείται αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων που διαμένει σήμερα σε αστική περιοχή (72,9%) σε σχέση με το παρελθόν (59%), ενώ αντίστοιχα μειώνεται το

ποσοστό των ηλικιωμένων που διαμένει σήμερα σε ημιαστικές (12,4%) ή αγροτικές περιοχές (14,7%) σε σχέση με το παρελθόν (17,3% και 23,7%, αντίστοιχα). Παρατηρείται ότι υπάρχει μεγάλη μετακίνηση από τις αγροτικές περιοχές στις αστικές περιοχές της τάξης του 9,03% και από τις ημιαστικές περιοχές στις αστικές περιοχές της τάξης του 4,9%. Το 91,6% των ηλικιωμένων διαμένει σε σπίτι, από τους οποίους το 79,3% διαμένει σε ιδιόκτητο σπίτι, ενώ το 12,6% σε σπίτι με ενοίκιο. Το 6,5% των συμμετεχόντων είναι φιλοξενούμενοι και το 1,7% διαμένει σε ίδρυμα.

Ως προς τη συγκατοίκηση το 33,1% των ηλικιωμένων διαμένει με τη σύζυγο/σύντροφο του, το 32,4%, μόνος/η, το 19,8% με παιδιά/εγγόνια, το 5,4% με άλλους συγγενείς, το 3,8% με οικιακή βοηθό, το 1,4% με επαγγελματία φροντιστή, το 1,6% με άλλον, 2,3% με σύζυγο/σύντροφο και παιδιά/εγγόνια και μόλις το 0,1% με σύντροφο/σύζυγο και επαγγελματία φροντιστή.

Σχετικά με τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά και πιο συγκεκριμένα για το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων, αποτυπώνεται ότι το 40,4% είναι απόφοιτοι Δημοτικού, το 20,2% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, το 14,9% είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 12,2% δεν έχουν καμία εκπαίδευση, το 5,7% είναι απόφοιτοι Πανεπιστημίου, το 4,5% είναι απόφοιτοι Μεταλυκειακής Σχολής, το 1,4% απόφοιτοι ΤΕΙ και το 0,7% κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού τίτλου.

Σχετικά με το επάγγελμα των ερωτηθέντων ηλικιωμένων παρατηρείται ότι το 22,9% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 22,5% ασχολούνται με οικιακά, το 16,5% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 14,4% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 11,1% είναι αγρότες, το 5,8% είναι ανειδίκευτοι εργάτες, το 5,4% είναι ειδικευμένοι εργάτες, ενώ το 1,4% είναι άνεργοι.



Πίνακας 8.1. Συνοπτικά Χαρακτηριστικά του Σημερινού Προφίλ των Ηλικιωμένων.

Φύλο	%
Ανδρας	43,3
Γυναίκα	56,7

Ηλικιακές ομάδες	%
<70 έτη	34,3
70-80 έτη	40,8
> 80 έτη	24,9
Οικογενειακή κατάσταση	%
Έγγαμος/η	47,7
Άγαμος/η	9,4
Χήρος/α	34,7
Διαζευγμένος/η	6,5
Σε διάσταση	1,8
Κατάσταση διαμονής	%
Μόνος/η	32,4
Με σύζυγο ή άλλο άτομο	33,1
Με παιδιά και εγγόνια	19,8
Με άλλους συγγενείς	5,4
Με οικιακή βοηθό	3,8
Με επαγγελματία φροντιστή	1,4
Με άλλο	1,6
Με σύζυγο ή άλλο άτομο και παιδιά/εγγόνια	2,3
Με σύζυγο ή άλλο άτομο, παιδιά/εγγόνια και επαγγ. φροντ.	0,1
Τόπος διαμονής	%
Κατοικία	91,9
Ιδιοκτήτης	79,3
Ενοικιαστής	12,6
Φιλοξενούμενος	6,5
Ίδρυμα	1,7

Μορφωτικό επίπεδο	%
Χωρίς εκπαίδευση	12,2
Δημοτικό	40,4
Γυμνάσιο	20,2
Λύκειο	14,9
Μεταλυκειακό	4,5
Τεχνολογικό Ίδρυμα	1,4
Πανεπιστήμιο	5,7
Μεταπτυχιακό	0,4
Διδακτορικό	0,3
Επάγγελμα	%
Ανειδίκευτος εργάτης	5,8
Ειδικευμένος εργάτης	5,4
Ελεύθερος επαγγελματίας	14,4
Αγρότης	11,1
Ιδιωτικός υπάλληλος	16,5
Δημόσιος υπάλληλος	22,5
Οικιακά	22,9
Άνεργος	1,4
Οικονομική ανεξαρτησία	%
Ναι	75,1
Όχι	24,9
Ετήσιο εισόδημα	%
Χωρίς εισόδημα	7,4
0 - 6.000 €	21,9
6.001 - 12.000 €	42,6
12.001 - 24.000 €	24,0
Μεγαλύτερο από 24.000 €	4,2

Ως προς τα στοιχεία εισοδήματος, το 63,9% έχει ως κύρια πηγή εισοδήματος τη σύνταξή τους, το 17,7% τη σύνταξη του/της συζύγου, το 5,4% τη δική τους σύνταξη και του/της συζύγου, το 3,3 την εργασία τους, το 2,1% τη σύνταξη και περιουσιακά τους στοιχεία και σε μικρότερα ποσοστά την οικογένειά τους, την περιουσία τους, την εργασία του/της συζύγου και συνδυασμούς όλων των παραπάνω.

Ως προς το ετήσιο εισόδημα του πληθυσμού έρευνας, το 42,6% έχει μέσο ετήσιο εισόδημα από 6.001 έως 12.000 ευρώ, το 24% από 12.001 έως 24.000 ευρώ, το 21,9%, από 0 έως 6.000 ευρώ, το 4,2% από 24.000 ευρώ και πάνω και το 7,4% δεν έχει κανένα εισόδημα. Το 75,1% πληθυσμού της έρευνας δήλωσε ότι έχει οικονομική αυτοδυναμία.

### **8.3. Επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στους Ηλικιωμένους**

Για τη διερεύνηση του πώς αντιλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην κατάσταση υγείας τους και στον τρόπο ζωής τους διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

Ως προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά ιατρικού ιστορικού και σχετικά με τα προβλήματα υγείας το 33,2% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι πάσχουν από υπέρταση, το 26,6% ότι πάσχουν από καρδιαγγειακά προβλήματα υγείας, το 24,2% από μυοσκελετικά/κινητικά προβλήματα, το 22,1% πάσχουν από διαβήτη και το 21,7% έχουν προβλήματα όρασης.

Σχετικά με την κατάσταση γενικής υγείας το 56,8% θεωρεί ότι έχει σε κάποιο βαθμό φυσική ενέργεια, ενώ το 19,5% διαφωνεί με την άποψη αυτή, το 21,8% θεωρεί ότι η κατάσταση της υγείας τους περιορίζει σε κάποιο βαθμό στο σπίτι, ενώ το 52,0% διαφωνεί με την άποψη αυτή και τέλος, το 57,7% θεωρεί ότι είναι υγιείς σε κάποιο βαθμό προκειμένου να έχουν κάποιου είδους δραστηριότητα, ενώ το 18,9% διαφωνεί με την άποψη αυτή.

Όσον αφορά στο κάπνισμα παρατηρείται ότι το 73,4% δεν καπνίζει και δεν κάπνιζε ποτέ, το 20,6% καπνίζει, ενώ το 6% κάπνιζε παλαιότερα και το διέκοψε. Σχετικά με την υπερκατανάλωση αλκοόλ, σύμφωνα με τις δηλώσεις τους, το 87,7% δεν έκανε ποτέ υπερκατανάλωση αλκοόλ, ενώ το 12,3% διέκοψε τη χρήση του αλκοόλ.

Ως προς τις διατροφικές συνήθειες το 83,5% καταναλώνει συχνά έως πολύ συχνά φυτικές ίνες, το 64,9% συχνά έως πολύ συχνά ζωικά παράγωγα. Το 31,5% σπάνια καταναλώνει ζωικά παράγωγα ενώ μόλις το 3,6% δεν καταναλώνει ποτέ. Αντίστοιχα το 15,1% σπάνια καταναλώνει φυτικές ίνες, ενώ μόλις το 1,4 δεν καταναλώνει ποτέ φυτικές ίνες.

Ως προς την ποιότητα ύπνου, το 62,5% δήλωσε ότι έχει καλή ποιότητα ύπνου ενώ το 37,5% δήλωσε ότι δεν κοιμάται εύκολα. Από αυτούς που έχουν προβλήματα ύπνου το 55,2% δήλωσε ότι λαμβάνει κάποιο φάρμακο, ενώ το 44,8% ότι δεν λαμβάνει. Τέλος το 41,8% του συνόλου των συμμετεχόντων δήλωσε ότι μερικές φορές έχει αίσθημα κούρασης μετά τον ύπνο, το 28% ότι δεν έχει και το 23% ότι έχει πάντα αίσθημα κούρασης.

Ως προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά Ποιότητας Ζωής στην ερώτηση σχετικά με την ποιότητα ζωής τους οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι απάντησαν σε ποσοστό 7,2% ότι είναι πολύ καλή η ποιότητα ζωής τους, το 44,8% καλή, το 37,3% μέτρια, το 8,4% κακή και το 2,2% πολύ κακή. Ως προς το φύλο το 37,1% των ανδρών και το 37,5% των γυναικών δηλώνουν μέτρια ποιότητα ζωής, ενώ κακή έως πολύ κακή δηλώνουν το 11,19% των γυναικών και το 9,79% των ανδρών.

Επίσης παρατηρείται ότι το 53,4% συμφωνεί έως απόλυτα ότι απολαμβάνει τη ζωή, ενώ το 12,2% διαφωνεί. Το 51,6% συμφωνεί έως απόλυτα ότι αισθάνεται ευτυχής σε ένα μεγάλο μέρος του χρόνου, ενώ το 14,2% διαφωνεί.. Επίσης, το 78,6% συμφωνεί έως απόλυτα ότι η οικονομική κρίση τον επηρεάζει αρνητικά, ενώ το 6,2% διαφωνεί. Τέλος, το 53,4% συμφωνεί έως απόλυτα ότι ο πόνος έχει επιπτώσεις στην ευημερία του, ενώ το 17,7% διαφωνεί.

#### **8.4. Στατιστική Διερεύνηση Συσχέτισης Δημογραφικών, Κοινωνικών, Οικονομικών Χαρακτηριστικών και Υγείας με Πτυχές της Ποιότητας Ζωής**

Στη στατιστική διερεύνηση που ακολούθησε έγιναν οι ακόλουθες διαπιστώσεις σχετικές με τη συσχέτιση δημογραφικών, κοινωνικών, οικονομικών χαρακτηριστικών, καθώς και χαρακτηριστικών υγείας με πτυχές της Ποιότητας Ζωής, χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία της γραμμικής συσχέτιση Spearman που προαναφέρθηκε, με δεδομένο ότι όλες οι συσχετιζόμενες μεταβλητές της έρευνας ήταν κυρίως ποιοτικές:

Σχετικά με την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων διαπιστώνεται ότι: α) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι ηλικίες κάτω των 70 ετών αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής σε σύγκριση με τις ηλικίες 70 – 80 ετών, οι οποίες με τη σειρά τους διαβιούν ποιοτικά καλύτερα από τις ηλικίες άνω από 80 ετών, β) δεν διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά αποδεκτή σχέση μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και των πτυχών της Ποιότητας Ζωής.

Σχετικά με την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των κοινωνικών χαρακτηριστικών με τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων διαπιστώνεται ότι: α) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι διαμένοντες σήμερα σε αστικές περιοχές αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής σε σύγκριση με αυτούς που διαμένουν σε ημιαστικές περιοχές, οι οποίοι με τη σειρά τους διαβιούν ποιοτικά καλύτερα από αυτούς που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές, β) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι διαμένοντες στο παρελθόν σε αστικές περιοχές αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής σε σύγκριση με αυτούς που διέμεναν σε ημιαστικές περιοχές, οι οποίοι με τη σειρά τους διαβιούν ποιοτικά καλύτερα από αυτούς που

διέμεναν σε αγροτικές περιοχές, γ) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι κάτοχοι τίτλων ανώτερης βαθμίδας εκπαίδευσης αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής σε σύγκριση με αυτούς που κατέχουν τίτλους χαμηλότερης βαθμίδας εκπαίδευσης.

Σχετικά με την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των οικονομικών χαρακτηριστικών με τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων διαπιστώνεται ότι: α) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες οικονομική αυτοδυναμία διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν διαθέτουν οικονομική αυτοδυναμία, β) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες υψηλότερο ετήσιο εισόδημα αντιλαμβάνονται και διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής σε σύγκριση με αυτούς που έχουν χαμηλότερο, γ) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι όσοι θεωρούν ότι η οικονομική κρίση δεν τους επηρεάζει, αντιλαμβάνονται καλύτερα την Ποιότητα Ζωής και έχουν την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή. Ωστόσο, δεν συσχετίζεται στατιστικά η αντίληψη για τη σημερινή οικονομική κρίση με την αίσθηση ευτυχίας κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου.

Σχετικά με την ύπαρξη συσχετίσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών υγείας με τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων διαπιστώνεται ότι: α) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες υγεία που τους επιτρέπει τη δραστηριότητα, διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν διαθέτουν υγεία που να τους επιτρέπει δραστηριότητα, β) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες καλή φυσική κατάσταση διαβιούν καλύτερα όλες τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν διαθέτουν καλή φυσική κατάσταση, γ) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι πάσχοντες από πόνο που τους επηρεάζει την ευημερία διαβιούν χειρότερα όλες τις πτυχές

της Ποιότητας Ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν πάσχουν από πόνο, δ) επαληθεύεται η υπόθεση, ότι οι έχοντες προβληματική υγεία που τους περιορίζει στο σπίτι διαβιούν χειρότερα όλες τις πτυχές της Ποιότητας Ζωής σε σύγκριση με αυτούς που δεν περιορίζονται στο σπίτι για λόγους υγείας.

Επιπρόσθετα, διερευνήθηκε η συσχέτιση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με την Ηλικία ως Δημογραφικό Χαρακτηριστικό, το Μορφωτικό Επίπεδο ως Κοινωνικό Χαρακτηριστικό, την Οικονομική Αυτοδυναμία και το Ετήσιο Εισόδημα ως Οικονομικά Χαρακτηριστικά και τη Φυσική Ενέργεια και την Αίσθηση Υγείας ως Χαρακτηριστικά Υγείας. Προς το σκοπό αυτό δημιουργήθηκε η εξαρτημένη ψευδομεταβλητή με όνομα Αίσθηση Ποιότητας Ζωής, που αποτελείται από το Μέσο Όρο των μεταβλητών Ποιότητα Ζωής, Απόλαυση Ζωής και Αίσθηση Ευτυχίας του ερωτηματολογίου. Η ψευδομεταβλητή συσχετίστηκε με τις ακόλουθες μεταβλητές και ομάδες μεταβλητών: Η πρώτη συσχέτιση έγινε με τη μεταβλητή Ηλικία. Η δεύτερη συσχέτιση έγινε με τη μεταβλητή Μορφωτικό Επίπεδο. Η τρίτη συσχέτιση έγινε με το ζεύγος των μεταβλητών για τα Οικονομικά Χαρακτηριστικά. Η τέταρτη συσχέτιση έγινε με το ζεύγος των μεταβλητών για τα Χαρακτηριστικά Υγείας.

Από την εφαρμογή της γραμμικής παλινδρόμησης είναι προφανές ότι υφίσταται εμφανώς εντονότερη αναλογική σχέση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με τα Χαρακτηριστικά Υγείας των ερωτώμενων, λιγότερο έντονη αναλογική σχέση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με τα Οικονομικά Χαρακτηριστικά των ερωτώμενων και ακόμη λιγότερο έντονη αναλογική σχέση της Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με την Ηλικία και το Μορφωτικό Επίπεδο, ως Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά των

ερωτώμενων αντίστοιχα. Σημειώνεται ότι τα ευρήματα των συσχετίσεων αυτών μέσω γραμμικής παλινδρόμησης συνάδουν πλήρως με τις προηγηθείσες συσχετίσεις Spearman.

### **8.5. Τοπικές Ιδιαιτερότητες που Εντοπίστηκαν από την Έρευνα**

Ως προς τις ιδιαιτερότητες των προβλημάτων που εντοπίστηκαν από την έρευνα, παρατηρούνται τα ακόλουθα:

1. Στην Τρίπολη, τα κυριότερα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων είναι προβλήματα όρασης και καρδιαγγειακά.
2. Στην Καλαμάτα κυριαρχούν τα ψυχιατρικά (κατάθλιψη), η υπέρταση, τα καρδιαγγειακά και τα μυοσκελετικά.
3. Στη Μεγαλόπολη κυριαρχούν η υπέρταση, τα μυοσκελετικά και τα καρδιαγγειακά προβλήματα.
4. Στην Πάτρα κυριαρχούν άλλα προβλήματα υγείας εκτός των γνωστών διατυπωμένων στο ερωτηματολόγιο, καθώς και η υπέρταση.
5. Στην Κομοτηνή την πρώτη θέση κατέχει η υπέρταση και ακολουθούν με διαφορά τα προβλήματα ακοής και ο διαβήτης.
6. Στη Ρόδο κυριαρχούν κυρίως η υπέρταση, ο διαβήτης και τα μυοσκελετικά προβλήματα.
7. Στο Ν. Ηράκλειο Αττικής τα προβλήματα που κυριαρχούν είναι ο διαβήτης και η υπέρταση.
8. Στο Γαλάτσι Αττικής κυριαρχούν άλλα προβλήματα υγείας εκτός των γνωστών διατυπωμένων στο ερωτηματολόγιο, καθώς και η υπέρταση και τα καρδιαγγειακά.
9. Στη Δραπετσώνα τα κυριότερα προβλήματα των ηλικιωμένων είναι τα καρδιαγγειακά, τα προβλήματα όρασης και η υπέρταση.

Πίνακας 8.2. Προβλήματα Υγείας ανά Περιοχή.

ΠΕΡΙΟΧΗ	ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ
Τρίπολη	Όρασης, καρδιαγγειακά
Καλαμάτα	Ψυχιατρικά (κατάθλιψη), υπέρταση, καρδιαγγειακά, μυοσκελετικά
Μεγαλόπολη	Υπέρταση, μυοσκελετικά καρδιαγγειακά
Πάτρα	Λοιπά προβλήματα, καρδιαγγειακά
Κομοτηνή	Υπέρταση, προβλήματα ακοής, διαβήτης
Ρόδος	Υπέρταση, διαβήτης, μυοσκελετικά
Ν. Ηράκλειο Αττικής	Διαβήτης, υπέρταση
Γαλάτσι Αττικής	Λοιπά προβλήματα, υπέρταση, καρδιαγγειακά
Δραπετσώνα	Καρδιαγγειακά, προβλήματα όρασης, υπέρταση

Επιπρόσθετα διαπιτώνονται ορισμένες τοπικές ιδιαιτερότητες οι οποίες δεν συνάδουν με τα γενικά στατιστικά συμπεράσματα, χωρίς ωστόσο να μπορεί να δοθεί σ' αυτά κάποια ερμηνεία:

1. Στη Μεγαλόπολη, παρότι διαπιστώνεται οικονομική αυτοδυναμία, οι συμμετέχοντες δηλώνουν χαμηλά εισοδήματα και παράλληλα χαμηλότετρα συγκριτικά με άλλες περιοχές επίπεδα φυσικής κατάστασης και υγείας, καθώς επίσης χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, απόλαυσης ζωής και ευτυχίας σε βάθος χρόνου.
2. Στην Κομοτηνή δηλώνεται αυξημένη δραστηριότητα και συμμετοχή του γυναικείου φύλου στα ΚΑΠΗ έναντι των ανδρών και σε σύγκριση με άλλες περιοχές.
3. Στην Καλαμάτα παρατηρείται αυξημένο ποσοστό ατόμων που δηλώνουν ότι διέκοψαν την υπερκατανάλωση αλκοόλ σε σύγκριση με τα ποσοστά που δηλώνονται σε άλλες περιοχές της χώρας.

## 8.6. Συσχέτιση Αποτελεσμάτων με Θεωρητικές Προσεγγίσεις

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα διαπιστώνεται ότι οι δημογραφικοί και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη σωματική και ψυχική υγεία και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Για τη σύγκριση



των θεωρητικών προσεγγίσεων με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, δημιουργήθηκε ο ακόλουθος Πίνακας 8.3, όπου επιχειρείται η ερμηνεία των ευρημάτων σε συνάρτηση με τις αρχικές υποθέσεις της έρευνας.

Παρατηρείται η σχεδόν πλήρης σύμπτωση των ευρημάτων της έρευνας και της στατιστικής ανάλυσής τους με τις θεωρητικές προσεγγίσεις της αναφερόμενης βιβλιογραφίας, με εξαίρεση στα στοιχεία της οικογενειακής κατάστασης των ηλικιωμένων και την υπόθεσή ότι οι έγγαμοι, οι χήροι, οι διαζευγμένοι, αυτοί που είναι σε διάσταση και τέλος οι άγαμοι διαβιούν ποιοτικά καλύτερα με τη σειρά αυτή, που ωστόσο δεν διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά αποδεκτή σχέση, πιθανώς λόγω του είδους και του μεγέθους του δείγματος. Ακόμη, διαφαίνεται ότι η αίσθηση της ευτυχίας των ηλικιωμένων της έρευνας κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου δεν συνδέεται αποκλειστικά με τις επιπτώσεις από την οικονομική κρίση, πιθανόν λόγω του είδους και του μεγέθους του δείγματος.

### **8.7. Απεικόνιση με Γεωγραφικά Πληροφοριακά Συστήματα**

Δεδομένης της χρησιμότητας των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (GIS) και της εφαρμογής τους στους χώρους της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας, των υπηρεσιών υγείας και της γενικότερης διαχείρισης του περιβάλλοντος για την υγεία, τα αποτελέσματα της έρευνας αποτυπώθηκαν ως γραφήματα στις αντίστοιχες γεωγραφικές θέσεις στους χάρτες, παρέχοντας στον ενδιαφερόμενο πλήρη εικόνα της γεωγραφικής κατανομής των οικονομικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών, και κυρίως, της κατάστασης υγείας των ηλικιωμένων ανά περιοχή. Έτσι, οι ενδιαφερόμενοι δημόσιοι φορείς και πάροχοι υπηρεσιών υγείας αποκτούν δυνατότητες αμεσότητας στη λήψη αποφάσεων σχετικών με τις απαιτούμενες εκ μέρους τους ενέργειες.

Πίνακας 8.3. Σύγκριση Θεωρητικών Προσεγγίσεων με τα Ευρήματα της Έρευνας και Ερμηνεία τους

Δημοσιεύσεις	Ευρήματα άλλων ερευνών	Ευρήματα της παρούσας έρευνας	Ερμηνεία
Καρδασάκης, 2007 Κοντελέ, 2012	Η τρίτη ηλικία, συνιστά το εφελτήριο μια επιταχυνόμενης διαδικασίας γήρανσης και η αφητηρία αρχόμενων προβλημάτων υγείας (Καρδασάκης, 2007). Η τρίτη ηλικία συνοδεύεται πρωτίστως από μείωση των φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού, μερικές από τις οποίες εμφανίζονται με το πέρασ της ηλικίας. Αυτές αναφέρονται στην απώλεια της μυϊκής μάζας σώματος, στην απώλεια οστικής μάζας, στην ελαττωμένη κινητικότητα του γαστρεντερικού συστήματος, στη μειωμένη λειτουργία του εγκεφάλου και του νευρικού συστήματος, στην επιδείνωση της λειτουργίας των νεφρών και στην ελάττωση της ικανότητας του καρδιαγγειακού συστήματος (Κοντελέ, 2012).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η ηλικία των ηλικιωμένων συσχετίζεται γραμμικά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου. Συγκεκριμένα, οι νεώτερες ηλικίες των ηλικιωμένων έχουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής.</li> </ul>	Τα προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας αυξάνουν με την ηλικία περιορίζοντας όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.
Forbes, 1996 Hall & Havens, 2001 Νίκας και συν., 2009	Η μοναξιά αποτελεί «μια ανεπιθύμητη αίσθηση έλλειψης ή απώλειας της συντροφικότητας» (Forbes, 1996), που μπορεί να προέρχεται είτε από τις συνθήκες της ζωής, για παράδειγμα το πένθος, είτε να οφείλεται στον τύπο και την προσωπικότητα του ανθρώπου, όπως η εσωστρέφεια (Hall & Havens, 2001). Από τους σημαντικότερους παράγοντες που βρέθηκαν να είναι υπεύθυνοι για την κοινωνική απομόνωση είναι και η οικογενειακή κατάσταση, όπου τα μεγαλύτερα ποσοστά μοναξιάς εμφανίζονται στους άγαμους ηλικιωμένους (Νίκας και συν., 2009)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η οικογενειακή κατάσταση δεν συσχετίζεται στατιστικά με τις πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα δεν διαπιστώνεται στατιστικά η ύπαρξη θετικής συσχέτισης της οικογενειακής κατάστασης με φθίνουσα σειρά: έγγαμος, χήρος, διαζευγμένος, σε διάσταση, άγαμος, με τις πτυχές της ποιότητας ζωής με σειρά: πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή, πολύ κακή.</li> </ul>	Οι έγγαμοι, οι χήροι, οι διαζευγμένοι, οι σε διάσταση και τέλος οι άγαμοι διαβιούν ποιοτικά καλύτερα με τη σειρά αυτή, ωστόσο, δεν διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά αποδεκτή σχέση, πιθανώς λόγω του είδους του δείγματος.
Rosenbaum, 2008	Οι ανθυγιεινές συνθήκες στέγασης	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ο τόπος διαμονής τώρα και</li> </ul>	Η ζωή σε μία αστική περιοχή παρέχει

	σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο ασθένειας και νόσησης (Rosenbaum, 2008).	κατά το παρελθόν συσχετίζεται γραμμικά και θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου. Συγκεκριμένα, όσοι ζούν σε αστικές περιοχές έχουν ποιοτικά μία καλύτερη ζωή από αυτούς που ζουν σε ημιαστικές και αγροτικές.	εκείνες τις υλικές και κοινωνικές προϋπθέσεις που καθιστούν τη διαβίωση των ηλικιωμένων σ' αυτήν πολύ καλύτερη.
Ross & Wu, 1995 Mirowsky & Ross, 1999  Lantz et al., 2005 Lin & Ensel, 1989 Mirowsky & Ross, 1998 Taylor & Seeman, 1999 Goldman & Smith, 2002  Dupre 2008 Mirowsky & Ross 2008 Willson et al. 2007 Di Preteand Eirich 2006 O'Rand & Hamil-Luker 2005 Mirowsky & Ross 2005 Prus 2007, 2004 Ross and Wu 1996	Η εκπαίδευση θεωρείται ότι προάγει την καλή υγεία, όχι μόνο με τη δημιουργία οικονομικών πόρων (εισόδημα και απασχόληση), αλλά και με την παροχή κοινωνικό-ψυχολογικών πόρων, δηλαδή υγιείς συμπεριφορές (Ross & Wu, 1995; Mirowsky & Ross, 1999), ικανότητα να αντιμετωπίζουν το άγχος (Lantz et al., 2005; Lin & Ensel, 1989), απόκτηση αισθήματος αυτοελέγχου (Mirowsky & Ross, 1998; Taylor & Seeman, 1999), και απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων με τις οποίες οι άνθρωποι είναι σε θέση να αυτό-διαχειρίζονται καλύτερα την ασθένεια και την νόσο (Goldman & Smith, 2002). Η εκπαίδευση φαίνεται να σχετίζεται με την αυξανόμενη απόκλιση ως προς την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων (Dupre 2008; Mirowsky & Ross 2008; Willson et al. 2007; Di Preteand Eirich 2006; O'Rand & Hamil-Luker 2005; Mirowsky & Ross 2005; Prus 2007, 2004; Ross and Wu 1996).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων έχει θετική γραμμική συσχέτιση με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου. Συγκεκριμένα, οι κάτοχοι ανώτερων τίτλων εκπαίδευσης ζουν μία ποιοτικά καλύτερη ζωή από αυτούς που κατέχουν κατώτερους τίτλους εκπαίδευσης ή καθόλου.</li> </ul>	Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, η εκπαίδευση θεωρείται ότι προάγει την καλή υγεία με τη δημιουργία οικονομικών πόρων και με την παροχή κοινωνικό-ψυχολογικών πόρων, ενώ συμβάλλει στην απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων με τις οποίες οι άνθρωποι είναι σε θέση να αυτό-διαχειρίζονται καλύτερα τις δυσκολίες και συνεπώς να ζουν καλύτερα.
Cohen et al., 2003 Hayward et al., 1988	Το εισόδημα έχει αποδειχθεί ότι προάγει την υγεία επηρεάζοντας τη διατροφή, την	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η οικονομική αυτοδυναμία, συσχετίζεται γραμμικά και</li> </ul>	Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, οι έχοντες οικονομική αυτοδυναμία και

<p>House et al., 1994 House, 2002 Lantz et al., 2005</p> <p>Andrulis 1998</p> <p>Darmon et al., 2002 Caraher et al., 1998 Evans &amp; Katrowitz, 2002</p> <p>Rosenbaum 2008</p> <p>Herd et al., 2007 Zimmer &amp; House 2003</p>	<p>ποιότητα της στέγασης, την έκθεση σε περιβαλλοντικούς κινδύνους, το άγχος, και την πρόσβαση σε επαρκή υγειονομική περίθαλψη (Cohen et al., 2003; Hayward et al., 1988; House et al., 1994; House, 2002; Lantz et al., 2005). Άτομα ή οικογένειες με χαμηλό εισόδημα είναι ιδιαίτερα ευάλωτες, διότι μπορεί να μην είναι σε θέση να έχουν καλή σωματική και ψυχική υγεία (Andrulis 1998), περιορισμό στην πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα (Darmon et al., 2002; Caraher et al., 1998) με συνέπεια να υποβάλλονται σε τοξικά περιβάλλοντα (Evans &amp; Katrowitz, 2002) και ανθυγιεινές συνθήκες στέγασης που σχετίζονται με υψηλό κίνδυνο ασθένειας και νόσησης (Rosenbaum 2008). Επιπλέον έρευνες έχουν δείξει ότι το εισόδημα συνδέεται πιο έντονα με την εξέλιξη (και όχι έναρξη) της νόσου από ό,τι το επίπεδο μόρφωσης (Herd et al., 2007; Zimmer &amp; House 2003).</p>	<p>θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή και το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου. Έτσι οι έχοντες οικονομική αυτοδυναμία έχουν ποιοτικά μία καλύτερη ζωή.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Το ετήσιο εισόδημα των ηλικιωμένων έχει θετική γραμμική συσχέτιση με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή και το ότι είναι ευτυχείς το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου. Έτσι, οι έχοντες υψηλότερο εισόδημα, έχουν ποιοτικά μία καλύτερη ζωή.</li> </ul>	<p>αυξημένο ετήσιο εισόδημα ηλικιωμένοι έχουν μία καλύτερη ποιότητα ζωής, αφού τους παρέχεται η δυνατότητα να έχουν καλύτερη ποιότητα διατροφής, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, υγειονομικής φροντίδας και διαμονής</p>
<p>McDonough &amp; Berglund 2003 Benzeval &amp; Judge 2001 Lynch et al. 1997</p>	<p>Η μακροπρόθεσμη οικονομική δυσπραγία φαίνεται, επίσης, να έχει σωρευτικές επιπτώσεις στην υγεία σε μεγαλύτερες ηλικίες (McDonough &amp; Berglund 2003; Benzeval &amp; Judge 2001; Lynch et al. 1997).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η αντίληψη ότι η οικονομική κρίση δεν επηρεάζει τις πτωχές της ποιότητας ζωής έχει θετική γραμμική συσχέτιση με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής και την άποψη ότι απολαμβάνουν τη ζωή, με εξαίρεση το ότι είναι ευτυχείς κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου, όπου δεν επιβεβαιώνεται μία στατιστικά αποδεκτή συσχέτιση. Συγκεκριμένα, όσοι δεν αισθάνονται τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης σημαίνει ότι έχουν ποιοτικά μία</li> </ul>	<p>Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, όσοι δεν επηρεάζονται από τη μακροχρόνια οικονομική κρίση έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής, λόγω εισοδήματος ή/και οικονομικής αυτοδυναμίας. Ωστόσο, φαίνεται ότι η αίσθηση της ευτυχίας κατά το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου δεν συνδέεται αποκλειστικά με την οικονομική κρίση.</p>

		καλύτερη ζωή, προφανώς λόγω οικονομικής αυτοδυναμίας ή/και αυξημένου εισοδήματος.	
Ketshukietuo, 2005	Σε γενικές γραμμές με τη έκπτωση της υγείας, τα άτομα μπορεί να χάσουν την ανεξαρτησία τους, τους κοινωνικούς τους ρόλους, απομονώνονται, βιώνουν οικονομικές δυσπραγίες, στιγματίζονται, αλλάζει η αντίληψή τους για τον εαυτό τους και μερικοί απ' αυτούς μπορεί ακόμη και να μπου σε ιδρύματα (Ketshukietuo, 2005).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η καλή φυσική κατάσταση και η καλή υγεία που επιτρέπει τη δραστηριότητα έχει θετική γραμμική συσχέτιση με όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, και συνεπώς οι ηλικιωμένοι που έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν μία καλύτερη ποιοτικά ζωή.</li> <li>• Ο πόνος που επηρεάζει την ευημερία και η προβληματική υγεία που περιορίζει στο σπίτι έχει αρνητική γραμμική συσχέτιση με όλες τις πτυχές της ποιότητας ζωής, και συνεπώς οι ηλικιωμένοι που έχουν αυτά τα χαρακτηριστικά έχουν μία χειρότερη ποιοτικά ζωή.</li> </ul>	Σύμφωνα με την υπόθεσή μας, οι ηλικιωμένοι που έχουν καλή φυσική κατάσταση και έχουν καλή υγεία που τους επιτρέπει τη δραστηριότητα, προφανώς έχουν μία καλύτερη ποιοτικά ζωή. Αντίθετα, και σύμφωνα με την υπόθεσή μας, οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από πόνο και έχουν προβληματική υγεία που τους περιορίζει στο σπίτι,, προφανώς έχουν μία χειρότερη ποιοτικά ζωή.

## **8.8. Διαπιστωθέντες Περιορισμοί της Έρευνας**

Όπως προαναφέρθηκε στη Μεθοδολογία της Έρευνας, οι περιορισμοί της έρευνας ήταν περισσότερο γραφειοκρατικού τύπου σχετικά με την έκδοση της κάθε άδειας. Ένας ακόμα περιορισμός υπήρξε η δυσκολία συμπλήρωσης του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου σε σχέση με το έντυπο ερωτηματολόγιο, δεδομένου ότι απευθύνεται σε ηλικιωμένους, οι οποίοι δεν είναι τόσο εξοικειωμένοι με τις νέες τεχνολογίες και τους ηλεκτρονικούς υπολογιστές. Έτσι, το ποσοστό των συμπληρωμένων ηλεκτρονικά ερωτηματολογίων υπήρξε μόλις 5,91% ως προς το σύνολο των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων..

Ένα ακόμη πρόβλημα υπήρξε η σχετική δυσκολία κατανόησης ορισμένων ερωτήσεων του ερωτηματολογίου από ορισμένους ηλικιωμένους, κυρίως λόγω της ηλικίας τους. Το γεγονός αυτό δημιουργεί την αίσθηση ότι σε ορισμένες περιπτώσεις, οι απαντήσεις αυτών των ηλικιωμένων πιθανόν να είναι ανάλογες του επιπέδου κατανόησης της ερώτησης, παρότι καταβλήθηκε προσπάθεια για την ύπαρξη επαρκούς ενημέρωσής τους και λεπτομερούς επεξήγησης των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.

## **8.9. Συζήτηση και Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα**

Η ποιότητα και η ακρίβεια της έρευνας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ειλικρίνεια των ερωτώμενων και το μέγεθός της. Ειδικότερα για το μέγεθος της έρευνας θα πρέπει να επισημανθεί ότι απαιτείται χρηματοδότηση, ώστε να καταστεί δυνατή η διεύρυνση του δείγματος της έρευνας και η συμμετοχή ενός ικανοποιητικού αριθμού ερευνητών. Επιπλέον, είναι απαραίτητη η παροχή δυνατότητας σε δημόσιους

λειτουργούς να έχουν πρόσβαση στα στοιχεία των ερευνών αυτών, ώστε να καθίστανται χρήσιμα για την εξεύρεση άμεσων λύσεων όποτε χρειάζεται.

Με δεδομένη τη χρησιμότητα της έρευνας στον τομέα της υγείας και ειδικότερα στην αποτύπωση των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων προτείνεται:

- Η διεύρυνση της έρευνας σε άλλες χώρες, κυρίως της Ευρωπαϊκής Ένωσης, με σκοπό την ευρύτερη συλλογή και αποτίμηση στοιχείων και τη συγκριτική παράθεση στοιχείων και ερευνών των κρατών-μελών της Ένωσης.
- Η επέκταση της έρευνας για ηλικιωμένους σε χώρους εκτός ΚΑΠΗ, όπως είναι οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε γηροκομεία ή νοσηλεύονται κατ' οίκον.
- Η επέκταση της έρευνας και σε διάφορες άλλες ηλικιακές και κοινωνικές ομάδες, όπως είναι οι έφηβοι, οι νέοι, οι ομάδες μεταναστών, οι μειονότητες, τα ΑΜΕΑ.
- Η μελέτη άλλων δεικτών, ανάλογα του είδους της ομάδας που ερευνάται, όπως είναι οι δείκτες ανεργίας, απασχόλησης ή τόπου διαμονής για ομάδες μεταναστών, παχυσαρκίας, διατροφής ή χρήσης ουσιών για ομάδες νέων, προσβασιμότητας σε κοινόχρηστους χώρους, αποδοχής από το κοινωνικό σύνολο ή απασχόλησης για ΑΜΕΑ, καθώς και η χρήση της τεχνολογίας για την εξόρυξη αυτών των δεικτών, ώστε να εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, για την καλύτερη κατά το δυνατόν αντιμετώπισή τους.





## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adler, N., Ostrove, J. (1999). "Socioeconomic Status and Health: What We Know and What We Don't", *Annals of the New York Academy of Sciences* 896:3-15.
- Affonso, D.D., Andrews, G.J., Jeffs, L. (2004). "The urban geography of SARS: paradoxes and dilemmas in Toronto's health care", *Journal of Advanced Nursing* 45(6):568-578.
- Albrecht G., Sartore G., Connor, L., Higginbotham, N., Freeman, S., Kelly, B., Stain, H., Pollard, G., (2007). "Solastalgia: the distress caused by environmental change", *Australasian Psychiatry* 15(1):95-98.
- Allacci, M.S. (2005). "Identifying environmental risk factors for asthma emergency care: a multilevel approach for ecological study", *Journal of Ambulatory Care Management* 28(1):2-15.
- Anand, K, Garg, BS, (2000). "A study of factors affecting low birth weight", *Indian Journal of Community Medicine* 25(2)
- Andrade, A.L., Silva, S.A., Martelli, C.M., Oliveira, R.M., Morais Neto, O.L., Siqueira Junior, J.B., Melo, L.K., Di Fabio, J.L. (2004). "Population-based surveillance of pediatric pneumonia: use of spatial analysis in an urban area of central Brazil", *Cadernos de Saude Publica* 20(2):411-421.
- Andrulis, D.P. (1998). "Access to Care Is the Centerpiece in the Elimination of Socioeconomic Disparities in Health", *Annals of Internal Medicine* 129:412-416.
- Antonovsky, A. (1967). "Social class, life expectancy, and overall mortality", *Milbank Memorial Fund Q* 1967;45:31-73, CrossRefWeb of Science
- Auliciems, A., Frost, D. (1989). "Temperature and cardiovascular deaths in Montreal", *International Journal of Biometeorology* 33(3):151-156.
- Aultman-Hall, L., Kaltenecker, M.G. (1999). "Toronto bicycle commuter safety rates", *Accident: Analysis and Prevention* 31(6):675-686.
- Backlund, E, Sorlie PD, Johnson NJ. (1996). "The shape of the relationship between income and mortality in the United States", *Ann Epidemiol* 6:12-20, CrossRefMedlineWeb of Science
- Balin, A. K. E. (1994). *Practical Handbook of Biologic Age Determination*, CRC Press, Boca Raton, FL

- Barabasch, A., Dehmel, A., Van Loo, J. (2012). “The value of investing in an ageing workforce”, in Publications Office of the European Union (2012). *Working and ageing: The benefits of investing in an ageing workforce*, Luxembourg. p. 9-35.
- Bartlett, K.H., Kennedy, S.M., Brauer, M., Van Netten, C., Dill, B. (2004). “Evaluation and a predictive model of airborne fungal concentrations in school classrooms”, *Annals of Occupational Hygiene* 48(6):547-554.
- Beckett, M. (2000). “Health Inequalities in Later Life: An Artifact of Mortality Selection?”, *Journal of Health and Social Behavior* 41:106 -119.
- Bedard, Y., Gosselin, P., Rivest, S., Proulx, M.J., Nadeau, M., Lebel, G., Gagnon, M.F. (2003). “Integrating GIS components with knowledge discovery technology for environmental health decision support”, *International Journal of Medical Informatics* 70(1):79-94.
- Beekman, A.T., de Beurs, E., van Balkom, A.J., Deeg, D.J., van Dyck, R., van Tilburg, W. (2000). “Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors”, *Am J Psychiatry* 157(1):89-95.
- Bender, K.A., Theodossiou, I. (2003). *The Effects of Socioeconomic Conditions on the Health of the Elderly*, American Economic Association, Washington D.C.
- Bengtson, V.L., Rosenthal, C.J., Burton, L.M. (1990). “Families and ageing: Diversity and heterogeneity” in: Binstock, R.H., and George, L.K. (eds.), *Handbook of aging and the social sciences*, New York: Academic Press. pp. 263-287.
- Ben-Shlomo, Y., Smith G.D., Shipley, M., Marmot, M.G. (1993). “Magnitude and causes of mortality differences between married and unmarried men”, *Journal of Epidemiology and Community Health* 47(3):200–205.
- Benzeval, M., Judge, K. (2001). “Income and Health: The Time Dimension.” *Social Science and Medicine* 52:1371-90.
- Bernstein, C.N., Wajda, A., Blanchard, J.F. (2005). “The clustering of other chronic inflammatory diseases in inflammatory bowel disease: a population-based study”, *Gastroenterology* 129(3):827-836.
- Bird, M., Hammersley M., Gomm, R., Woods, P. (1999). *Εκπαιδευτική έρευνα στην πράξη. Εγχειρίδιο Μελέτης*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Blakely, T.A., Lochner, K., Kawachi I. (2002). “Metropolitan area income inequality and self-rated health-A multi level study”, *Social Science & Medicine*, 54: 65-77.
- Blomquist, G.C., Berger, M.C., Hoehn, J. P. (1988). “New estimates of quality of life in urban areas”, *The American Economic Review*, 78(1), 89–107.

- Bloom, D., Boersch-Supan, A., McGee, P., Seike, A. (2011). "Population Aging: Facts, Challenges, and Responses", *Working Paper Series* PGDA Working Paper No. 71. Program on the Global Demography of Aging.
- Boadway, B.T., MacPhail, J., Jacobson, C. (1998). "Ontario Medical Association position paper on health effects of ground-level ozone, acid aerosols and particulate matter", *Canadian Respiratory Journal: Journal of the Canadian Thoracic Society* 5(5):367-384.
- Bosma, H., van de Mheen, H.D., Mackenbach, J.P. (1999). "Social class in childhood and general health in adulthood: Questionnaire study of contribution of psychological impact", *British Medical Journal*, 318: 18-22.
- Börsch-Supan, A., Jürges, H. (2005). *The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe. Methodology*. Mannheim, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Boulos, K., Nabih, M. (2004). "Towards evidence-based, GIS-driven national spatial health information infrastructure and surveillance services in the United Kingdom", *International Journal of Health Geographics* 3(1):1.
- Bowen, R. L., Atwood, C. S. (2004). "Living and dying for sex. A theory of aging based on the modulation of cell cycle signaling by reproductive hormones." *Gerontology* 50(5):265-290. PubMed
- Bowling, A. (2001). *A Review Of Disease-Specific Quality Of Life Measurement Scales Measuring Disease*, Second Edition, Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Briggs, D. (2000). *Environmental Health Hazard Mapping for Africa* Commissioned by WHO-AFRO, Harare, Zimbabwe.
- Brun, G.L., Vaidya, O.C., Leger, M.G. (2004). "Atmospheric deposition of polycyclic aromatic hydrocarbons to Atlantic Canada: geographic and temporal distributions and trends 1980-2001", *Environmental Science & Technology* 38(7):1941-1948.
- Brunsgaard, H., Pedersen, M., Pedersen, B.K. (2001). "Aging and proinflammatory cytokines." *Curr Opin Hematol* 8(3):131-136. PubMed.
- Bucher, H.C., Ragland, D.R. (1995). „Socioeconomic indicators and mortality from coronary heart disease and cancer: a 22-year follow-up of middle-aged men”, *Am J Public Health* 1995;85:1231–6. MedlineWeb of Science
- Buckeridge, D.L., Glazier, R., Harvey, B.J., Escobar, M., Amrhein, C., Frank, J. (2002) "Effect of motor vehicle emissions on respiratory health in an urban area", *Environmental Health Perspectives* 110(3):293-300.

- Buckeridge, D.L., Mason, R., Robertson, A., Frank, J., Glazier, R., Purdon, L., Amrhein, C.G., Chaudhuri, N., Fuller-Thomson, E., Gozdyra, P., Hulchanski, D., Moldofsky, B., Thompson, M., Wright, R. (2002b). "Making health data maps: a case study of a community/university research collaboration", *Social Science & Medicine* 55(7):1189-1206.
- Bullinger, M. (2003). "International compatibility of health interview surveys: An overview of methods and approaches" In: Noskov, A., Gudex, C. (eds). *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press
- Burrough, P.A., McDonnell, R.A. (1998). *Principles of Geographical Information Systems*, Oxford University Press
- Burtless, G. (2013). "The Impact Of Population Aging And Delayed Retirement On Workforce Productivity", *CRR Working Paper* 2013-11.
- Butler, R.N., Miller, R.A., Perry, D., Carnes, B.A., Williams, T.F., Cassel, C., Brody, J., Bernard, M.A., Partridge, L., Kirkwood, T. (2008). "New model of health promotion and disease prevention for the 21st century", *Bmj* 337:a399. PubMed.
- Cai, L., Kalb, G. (2005). "Health status and labour force status of older working age Australian men", *Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research, Working Paper* No 9/05, Australia
- Caldwell, J.C. (2006). *Demographic Transition Theory*, Springer, Dordrecht.
- California Task Force to Promote Self-esteem and Personal and Social Responsibility (1990). *Toward a State of Self-esteem*. Sacramento, CA: California State Department of Education.
- Campbell A., Converse, P.E., Rodgers W.L. (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations and Satisfactions*, New York: Russell Sage Foundation
- Caraher, M., Dixon, P., Lang, T., Carr-Hill, R. (1998). "Access to Healthy Foods: Part I. Barriers to Accessing Healthy Foods: Differentials by Gender, Social Class, Income and Mode of Transport", *Health Education Journal* 57:191-201
- Carone, G., Costello, D. (2006). "Can Europe afford to grow old?", *Finance and Development*, vol. 43, no. 3, pp. 1-9.
- Castles, S., Kosack, G. (1973). "The function of labour immigration in Western European capitalism", *New Left Review*, 73. (1), 3
- Chen, Y. Yang, Q., Krewski, D., Shi, Y., Burnett, R.T., McGrail, K. (2004). "Influence of relatively low level of particulate air pollution on hospitalization for COPD in elderly people", *Inhalation Toxicology* 16(1):21-25.

- Chen, Z., Huang, G.H., Li, J.B. (2003). "A GIS-based modeling system for petroleum waste management. Water Science and Technology", *Journal of the International Association on Water Pollution Research* 47(1):309-317.
- Churg, A., Brauer, M., del Carmen Avila-Casado, M., Fortoul, T.I., Wright, J.L. (2003) "Chronic exposure to high levels of particulate air pollution and small airway remodeling", *Environmental Health Perspectives* 111(5):714-718.
- Cohen, D.A., Thomas A.F., Karen, M. (2003). "Why Is Poverty Unhealthy? Social and Physical Mediators", *Source Social Science & Medicine* 57:1631-1641.
- Collins, R., Coltrane, S. (1992). *Sociology of Marriage and the Family: Gender, Love and Property*, 3rd ed. Nelson Hall, Chicago
- Comfort, A. (1964). *Ageing: The Biology of Senescence*, Routledge & Kegan Paul, London.
- Crabbe, H., Barber, A., Bayford, R., Hamilton, R., Jarrett, D., Machin, N. (2004). "The use of a European telemedicine system to examine the effects of pollutants and allergens on asthmatic respiratory health", *The Science of the Total Environment* 334/335(Dec 1):417-426.
- Craik, F.I.M., Salthouse, T.A. (1992). *Handbook of Aging and Cognition*, Erlbaum, Hillsdale.
- Crossley, T.F., Kennedy, S. (2002). "The reliability of self-assessed health status", *Journal of Health Economics*, 21(4): 643-658.
- Dahlgren, G., Margaret, W. (2007). "Policies and strategies to promote social equity in health Background document to WHO", *Strategy paper for Europe*, Arbetsrapport/Institutet för Framtidsstudier; 2007:14.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Darmon, N., Ferguson, E.L., Briend, A. (2002). "A Cost Constraint Alone Has Adverse Effects on Food Selection and Nutrient Density: An Analysis of Human Diets by Linear Programming", *The Journal of Nutrition* 132:3764-3771.
- Davies, H.W., Teschke, K., Kennedy, S.M., Hodgson, M.R., Hertzman, C., Demers, P.A. (2005). "Occupational exposure to noise and mortality from acute myocardial infarction", *Epidemiology* 16(1):25-32.
- de Magalhaes, J.P., Cabral, J.A., Magalhaes, D. (2005). "The influence of genes on the aging process of mice: a statistical assessment of the genetics of aging", *Genetics* 169(1):265-274, PubMed.

- Dennis, I.F., Clair, T.A., Driscoll, C.T., Kamman, N., Chalmers, A., Shanley, J., Norton, S.A., Kahl, S. (2005). "Distribution patterns of mercury in lakes and rivers of northeastern North America", *Ecotoxicology* 14(1-2):113-123.
- Dickute, J., Padaiaga, Z., Grabauskas, V., Nadisauskiene, R.J., Basys, V., Gaizauskiene, A. (2004). "Maternal socioeconomic factors and the risk of low birth weight in Lithuania", *Medicina (Kaunas)*,40(5).
- Diekema, D.J., Pfaller, M.A., Schmitz, F.J., Smayevsky, J., Bell, J., Jones, R.N., Beach, M. (2001). "Survey of infections due to Staphylococcus species: frequency of occurrence and antimicrobial susceptibility of isolates collected in the United States, Canada, Latin America, Europe, and the Western Pacific region for the SENTRY Antimicrobial Surveillance Program, 1997-1999", *Clinical Infectious Diseases: Official Publication of the Infectious Diseases Society of America* 32(Suppl 2):114-132.
- DiPrete, T.A., Eirich, G.M. (2006). "Cumulative Advantage as a Mechanism for Inequality: A Review of Theoretical and Empirical Developments," *Annual Review of Sociology* 32:271-297.
- Dittgen, A., Legoux, L. (1990). «Vieillissement par le haut et par le bas: l'exemple de la France» in *Populations âgées et révolution grise*, CIACO.
- Dockery, D.W., Cunningham, J., Damokosh, A.I., Neas, L.M., Spengler, J.D., Koutrakis, P., Ware, J.H., Raizenne, M., Speizer, F.E. (1996). « Health effects of acid aerosols on North American children: respiratory symptoms», *Environmental Health Perspectives* 104(5):500-505.
- Duchaine, C., Meriaux, A., Meriaux, P.S., Cormier, Y. (2000). « Assessment of particulates and bioaerosols in eastern Canadian sawmills», *AIHAJ: Journal for the Science of Occupational and Environmental Health and Safety* 61(5):727-732.
- Duijkers, T.J., Kromhout, D., Spruit, I.P. (1989). "Inter-mediating risk factors in the relation between socioeconomic status and 25-year mortality (the Zutphen Study).", *Int J Epidemiol* 18:658–62.
- Duncan, G.J., Daly, M.C., McDonough, P., Williams, D.R. (2002). "Optimal Indicators of Socioeconomic Status for Health Research", *American Journal of Public Health*, 92(7): 1151-1157.
- Dupre, M.E. (2008). "Educational Differences in Health Risks and Illness over the Life Course: A Test of Cumulative Disadvantage Theory", *SocialScienceResearch* 37:1253-1266.
- European Environment Agency (2013). *European Union. Environment and human health*, Joint EEA-JRC report.

- Ehlers, M., Moller, M., Marangon, S., Ferre, N. (2003). "The use of Geographic Information System (GIS) in the frame of the contingency plan implemented during the 1999-2001 avian influenza (AI) epidemic in Italy", *Avian Diseases* 47(3 Suppl):1010-1014.
- Eisenstadt, S.N. (1953). "Analysis of patterns of immigration and absorption of immigrants", *Population Studies: A Journal of Demography* 7 (2), 167-180
- El-Hinnawi, E. (1985). *Environmental Refugees*, United Nations Environment Programme, Nairobi.
- Elo, I.T., Preston, S.H. (1996). "Educational differentials in mortality: United States, 1979-85", *Soc Sci Med* 42:47-57.
- Emler, N. (2001). *Self-esteem: The costs and causes of low self-worth*, York Publishing Services Ltd.
- English, P., Neutra, R., Scalf, R., Sullivan, M., Waller, L., Zhu, L. (1999). "Examining associations between childhood asthma and traffic flow using a geographic information system", *Environmental Health Perspectives* 107(9):761-767.
- Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L., Giovannetti, P. (2005) "The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality", *Nursing Research* 54(2):74-84.
- European Union (2015). "Social Europe Aiming for inclusive growth", *Annual report of the Social Protection Committee on the social situation in the European Union*.
- Evans, G.W., Katrowitz, E. (2002). "Socioeconomic Status and Health: the Potential Role of Environmental Risk Exposure", *Annual Review of Public Health* 23:303-331
- Evers, S.E., Rand, C.G. (1982). "Morbidity in Canadian Indian and non-Indian children in the first year of life", *Canadian Medical Association Journal* 126(3):249-252.
- Ezatti, M., Utzinger J., Cairncross, S., Cohen, A.J., Singer B.H. (2005). "Environmental risks in the developing world: exposure indicators for evaluating interventions, programmes and policies", *Journal of Epidemiology and Community Health*, (59):15-22.
- Fang, L.Q., Cao, W.C., Chen, H.X., Wang, B.G., Wu, X.M., Yang, H., Zhang, X.T. (2003). "Study on the application of geographic information system in spatial distribution of hemorrhage fever with renal syndrome in China" [in Chinese]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi* 24(4):265-268.
- Farmer, R, Lawrenson, R, Miller, D. (2010). "Επιδημιολογία & Δημόσια Υγεία", *Lecture Notes* 5<sup>th</sup>.

- Farr W. Savill and Edwards (1858). *Influence of marriage on the mortality of the French people*, London.
- Fecht, D., Beale, L., Briggs, D. (2014). "A GIS-based urban simulation model for environmental health analysis", *Environmental Modeling & Software*, 58:1-11.
- Feinstein, J.S. (1993). "The Relationship Between Socioeconomic Status and Health." *Milbank Quarterly* 71:279-322.
- Felce, D., Perry, J. (1997). "Quality of life: The Scope of the Term and its Breadth of Measurement", in Koot, H., Wallander, J. (2013). *Quality of Life in Child and Adolescent Illness: Concepts, Methods and Findings*.
- Feldman, J.J., Makuc, D, Kleinman, J.C., et al. (1989). "National trends in educational differentials in mortality", *Am J Epidemiol* 1989;129:919–33.
- Finch, C.E. (1990). *Longevity, Senescence, and the Genome*, The University of Chicago Press, Chicago and London.
- Finch, C.E., Pike, M.C. (1996). "Maximum life span predictions from the Gompertz mortality model", *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 51(3):B183-194, PubMed.
- Foggin, P.M., Aurillon, N. (1989). "Respiratory health indicators and acculturation among the Inuit and Cree of northern Quebec: a regional approach using geographic seriation analysis", *Social Science & Medicine* 29(5):617-626.
- Foley, R. (2002). "Assessing the applicability of GIS in a health and social care setting: planning services for informal carers in East Sussex, England", *Social Science & Medicine*, 55:79–96.
- Foley, R., Platzer, H. (2007). "Place and provision: Mapping mental health advocacy services in London", *Social Science & Medicine*, 64:617–632.
- Fox, A.J., Goldblatt, P.O., Jones, D.R. (1985). "Social class mortality differentials: artefact, selection or life circumstances?", *J Epidemiol Community Health*, 39:1–8.
- Fradelos, E., Papathanasiou, I., Mitsi, D., Tsaras, K., Kleisiaris, Ch., Kourkouta, L. (2014). "Health Based Geographic Information Systems (GIS) and their Applications", *Acta Inform Med*. Dec 22(6): 402-405.
- Franceschi, C., Bonafe, M., Valensin, S., Olivieri, F., De Luca, M., Ottaviani, E., De Benedictis, G. (2000). "Inflamm-aging. An evolutionary perspective on immunosenescence", *Ann N Y Acad Sci* 908:244-254. PubMed.



- Fried, L.P., Kronmal, R.A., Newman, A.B., et al. (1998). "Risk factors for 5-year mortality in older adults: The Cardiovascular Health Study", *JAMA*, 279:585–92. CrossRefMedlineWeb of Science.
- Frost, D.B., Auliciems, A. (1993). "Myocardial infarct death, the population at risk, and temperature habituation", *International Journal of Biometeorology* 37(1):46-51.
- Fuchs, V.R. (1998). "Provisé, Provide: The Economics of Aging", *NBER Working Paper* No 6642, Massachusetts, USA.
- Fulcher, C., Kaukinen, C. (2005). Mapping and visualizing the location HIV service providers: an exploratory spatial analysis of Toronto neighborhoods. *AIDS Care* 17(3):386-396.
- Galobardes, B., Smith, G.D., Lynch, J. (2009). *The association between early life socioeconomic position and adult health, from preclinical disease to mortality. What do we know?*.
- Gardiner, K., Harrington, M. (2009). *Occupational Hygiene*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης Χαρίλαος Κουτής, Φωτούλα Π. Μπαμπάτσικου. Υγιεινή της Εργασίας. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος Α.Ε.
- Gardner, J., Oswald, A. (2002). "Is it money or marriage that keeps people alive?", *Royal Economic Society Annual Conference 2003, Working Paper Series* No 155.
- Garner, B., Zhou, Q., Parolin, B. (1993). « The Application of GIS in the Health Sector: Problems and Prospects», *Proceedings of the 4th European Conference on Geographical Information Systems*, 29 March - 1 April 1993, Genoa, Italy, pp 1350-1357.
- Gehring, U., Cyrus, J., Sedlmeir, G., Brunekreef, B., Bellander, T., Fischer, P., Bauer, C.P., Reinhardt, D., Wichmann, H.E., Heinrich, J. (2002). "Traffic-related air pollution and respiratory health during the first 2 yrs of life", *The European Respiratory Journal: Official Journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology* 19(4):690-698.
- Giannias, D. (1996). "Quality of life in southern Ontario", *The Canadian Journal of Regional Science*, 19(2), 213–223.
- Giannias, D. (1997). "Quality of life structural analysis", *Journal of Environmental Management*, 49, 157– 166.
- Giannias, D. (1998). "A quality of life based ranking of Canadian cities", *Urban Studies* (Edinburgh, Scotland), 35(12), 2241–2251.

- Giannias, D., Liargovas, P. (1998). "Focusing regional and environmental policies in the EU through the development of environmental quality indices", *European Environment*, 8(3), 86–93.
- Giannias, D., Liargovas, P., Manolas, G. (1999). "Quality of life indices for analyzing convergence in the EU", *Regional Studies*, 33(1), 27–35.
- Gilbert, N.L., Goldberg, M.S., Beckerman, B., Brook, J.R., Jerrett, M. (2005). "Assessing spatial variability of ambient nitrogen dioxide in Montreal, Canada, with a land-use regression model:", *Journal of the Air & Waste Management Association* 55(8):1059-1063.
- Glass, G., Aron, J., Ellis, H., Yoon, S. (1993). *Applications of GIS Technology to Disease Control*, The Johns Hopkins University. Baltimore.
- Glass, G., Schwartiz, B., Moigan, J., Johnson, D. (1995). "Environmental Risk Factors for Lyme Disease Identified with Geographic Information Systems", *American Journal of Public Health*, 85(7):944-948.
- Goldman, D., Smith, J.P. (2002). "Can Patient Self-Management Help Explain the SES Health Gradient?", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America* 99: 109-129.
- Goldman, N., Korenman, S., Weinstein, R. (1995). "Marital status and health among the elderly", *Social Science & Medicine*, 40: 1717-1730
- Gordian, M.E., Haneuse, S., Wakefield, J. (2005). "An investigation of the association between traffic exposure and the diagnosis of asthma in children", *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology* (Jun 29).
- Gove, W.R. (1973). "Sex, marital status, and mortality", *American Journal of Sociology*, 79(1):45–67.
- Gray, A. (2005). "Population Ageing and Health Care Expenditure", *AGEING HORIZONS*, Issue No. 2, 15–20. University of Oxford.
- Grundy, E, Holt, G. (2001). "The socioeconomic status of older adults: How should we measure it in studies of health inequalities?", *J Epidemiol Community Health*, 55:895–904.
- Grundy, E. (2010). "Household transitions and subsequent mortality among older people in England and Wales: trends over three decades", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65(4):353–359.
- Grundy, E., Holt, G. (2000). "Adult life experiences and health in early old age in Great Britain", *Social Science & Medicine*, 51: 1061-1074.

- Gyourko, J., Tracy, J. (1991). "The structure of local public finance and the quality of life", *The Journal of Political Economy*, 99, 774–805.
- Haan, M., Kaplan, G.A., Camacho, T. (1987). "Poverty and health: prospective evidence from the Alameda County Study", *Am J Epidemiol* 1987;125:989–98.
- Habbick, B.F., Pizzichini, M.M., Taylor, B., Rennie, D., Senthilselvan, A., Sears, M.R. (1999). "Prevalence of asthma, rhinitis and eczema among children in 2 Canadian cities: the International Study of Asthma and Allergies in Childhood", *Canadian Medical Association Journal*, 160(13):1824-1828.
- Hall, A.H., Teschke, K., Davies, H., Demers, P., Marion, S. (2002). "Exposure levels and determinants of softwood dust exposures in BC lumber mills, 1981-1997", *AIHA Journal: Journal for the Science of Occupational and Environmental Health and Safety* (Fairfax, Va). 63(6):709-714.
- Hanchette, C.L. (2003). "Geographic Information Systems", in O'Carroll, P.W., Yasnoff, Y.A., Ward, M.E., Ripp, L.H., Martin, E.L. (Ed.), *Public Health Informatics* (pp. 431–466). New York, NY: Springer.
- Harcourt, S.E., Edwards, D.E., Fleming, D.M., Smith, R.L., Smith, G.E. (2004). "How representative is the population covered by the RCGP spotter practice scheme? Using Geographical Information Systems to assess", *Journal of Public Health* (Oxford, England). 26(1):88-94.
- Hathout, S. (2002). "The use of GIS for monitoring and predicting urban growth in east and west St Paul, Winnipeg, Manitoba, Canada", *Journal of Environmental Management* 66(3):229-238.
- Hayflick, L. (1994). *How and Why We Age*. Ballantine Books, New York.
- Hayflick, L. (1998). "How and Why We Age", *Experimental Gerontology* 33:639-653.
- Hayward, R.A., Shapiro, M.F., Freeman, H.E., Corey, Ch.R. (1988). "Who Gets Screened for Cervical and Breast Cancer? Results from a New National Survey", *Archives of Internal Medicine* 148:1177-1181.
- Healthy People (2010). *Final Review: Progress Charts presents a quick-reference tool for the quantitative assessment of progress toward achieving the Healthy People 2010 objectives over the course of the decade*.
- Heinrich, J., Gehring, U., Cyrus, J., Brauer, M., Hoek, G., Fischer, P., Bellander, T., Brunekreef, B. (2005). "Exposure to traffic related air pollutants: self reported traffic intensity versus GIS modelled exposure", *Occupational and Environmental Medicine* 62(8):517-523.

- HelpAge India (2008). "Fighting isolation, poverty and, neglect. Help Age India. Programmes Division – Strategic Planning", *Programme Vision 2009-2013-Strategic Plan*.
- Herd, P., Goesling, B., House, J.S. (2007). "Socioeconomic Position and Health: The Differential Effects of Education versus Income on the Onset versus Progression of Health Problems", *Journal of Health and Social Behavior* 48:223-238.
- Hirdes, J.P., Forbes, W.F. (1992). "The importance of social relationships, socioeconomic status and health practices with respect to mortality among healthy Ontario males", *J Clin Epidemiol* 45:175–82. CrossRefMedlineWeb of Science.
- HNSR (2012). *Social Security and Welfare*, Hellenic National Social Report, Ministry of Labour Athens.
- Hoffman, J. (2012). "Giants of the 21st Century: Population Ageing and Intergenerational Justice", *Population Ageing* 5:147–150
- Hope, C., Parker, J. (1990). "Environmental information for all—the need for a monthly index", *Energy Policy*, 18(4), 312–319.
- Hope, C., Parker, J. (1995). "Environmental indices for France, Italy and the UK", *European Environment*, 5(1), 13–19.
- Hope, C., Parker, J., Peake, S. (1991). "A pilot index for the UK results of the last decade", *Statistical Journal of the United Nations Economic Commission for Europe*, 8(1), 85–107.
- Hope, C., Parker, J., Peake, S. (1992). "A pilot environmental index for the UK in the 80s", *Energy Policy*, 20(4), 335–343.
- House, J.S. (2002). "Understanding Social Factors and Inequalities in Health: 20th Century Progress and 21st Century Prospects", *Journal of Health and Social Behavior* 43:125-142.
- House, J.S., Lepkowski, J.M., Kinney, A.M., Mero, R.P., Kessler, R.C., Herzog, A.R. (1994). "The Social Stratification of Aging and Health", *Journal of Health and Social Behavior* 35:213-234.
- House, J.S., Lantz, P.M., Herd, P. (2005). "Continuity and Change in the Social Stratification of Aging and Health over the Life Course: Evidence from a Nationally Representative Longitudinal Study from 1986 to 2001/2002 (Americans' Changing Lives Study)", *Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 60:15-26.

- House, J.S., Kessler, R.C., Herzog, A.R., Mero, R.P., Kinney, A.M., Breslow, M.J. (1990). "Age, Socioeconomic Status, and Health." *The Milbank Quarterly* 68:383-411.
- Hruba, F., Fabianova, E., Koppova, K., Vandenberg, J.J. (2001). "Childhood respiratory symptoms, hospital admissions, and long-term exposure to airborne particulate matter", *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology* 11(1):33-40.
- Hu Y.R., Goldman, N. (1990). "Mortality differentials by marital-status – an international comparison", *Demography*, 27(2):233–250.
- Huisman, M., Kunst, A.E, Andersen, O., et al. (2004). "Socioeconomic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations", *J Epidemiol Community Health*, 58:468–75.
- Hutchison, B., Ostbye, T., Barnsley, J., Stewart, M., Mathews, M., Campbell, M.K., Vayda, E., Harris, S.B., Torrance-Rynard, V., Tyrrell, C. (2003). "Patient satisfaction and quality of care in walk-in clinics, family practices and emergency departments: the Ontario Walk-In Clinic Study", *Canadian Medical Association Journal* 168(8):977-983.
- I.D.R.C. (2009). *Innovating for Development Strategic Framework 2010–2015*, International Development Research Centre. Ottawa, Canada
- Joseph, M., Wang, F., Wang, L. (2014). "GIS-based assessment of urban environmental quality in Port-au-Prince, Haiti", *Habitat International*, 41:33-40.
- Joshi, H.S., Subba, S.H. (2005). "Risk factors associated with low birth weight in new borns", *Indian Journal of Community Medicine*, 30(4)
- Kallan, J. (1997). "Effects of sociodemographic variables on adult mortality in the United States: comparisons by sex, age, and cause of death", *Soc Biol*, 44:136–47. MedlineWeb of Science.
- Kaplan, G.A., Seeman, T.E., Cohen, R.D., et al. (1987). "Mortality among the elderly in the Alameda County Study: behavioral and demographic risk factors", *Am J Public Health*, 77:307–12. CrossRefMedlineWeb of Science.
- Kapteyn, A. (2008). "Comparison Between SHARE, ELSA, and HRS", in: Börsch-Supan, A., Brüglavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Guglielmo, W. (2008). *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension*.

- Kark, J.D., Shemo, G., Friedlander, Y., Martin, O., Manor, O., Blondheim, S.H. (1996). "Does religious observance promote health? Mortality in secular vs religious kibbutzim in Israel", *American Journal of Public Health*, 86(3):341-346.
- Ke, X., Saksena, P., Holly, A. (2011). "The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis", *A Working Paper of the Results for Development Institute (R4D)*.
- Ketshukietue, D. (2005), "Health Problems of the Aged among the Angaminagas", *Journal of Health Ecology*, Vol. 17, No. 2.
- Kilpeläinen, K., Aromaa, A. (2008). "European health indicators: development and initial implementation", *Final report of the ECHIM project*.
- Kind, P., Dolan, P., Gudex, C., Williams, A. (1998). "Variations in population health status: Results from a United Kingdom national questionnaire survey", *Br Med J* 316:736–741.
- Kind, P. (2001). "Measuring quality of life in evaluating clinical interventions: An overview", *Ann Med*, 33:323–327.
- Kitagawa, E.M., Hauser, P.M. (1973). *Differential mortality in the United States: a study in socioeconomic epidemiology*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Klepinger, D., Lundberg, S., Plotnick, R. (1995). "Adolescent fertility and the educational attainment of young women", *Family Planning Perspectives*, 27, 23-28.
- Koch, T., Denike, K. (2001). "GIS approaches to the problem of disease clusters: a brief commentary", *Social Science & Medicine* 52(11):1751-1754.
- Koletsis-Kounari, H., Tzavara, C., Tountas, Y. (2011). "Health-related lifestyle behaviours, socio-demographic characteristics and use of dental health services in Greek adults", *Community Dent Health*, Mar;28(1):47-52.
- Kozyrskyj, A.L. Mustard, C.A., Becker, A.B. (2003). "Childhood wheezing syndromes and healthcare data", *Pediatric Pulmonology Supplement* 36(2):131-136.
- Krewski, D., Mallick, R., Zielinski, J.M., Letourneau, E.G. (2005). "Modeling seasonal variation in indoor radon concentrations", *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology* 15(3):234-243.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R. (2002). "Abuse of the elderly", *World report on violence and health*, Chapter 5. WHO. Geneva.

- Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, Ottawa.
- Lantz, P.M., House, J.S., Lepkowski, J.M., Williams, D.R., Mero, R.P., Chen, J. (1998). “Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: results from a nationally representative prospective study of U.S. adults”, *JAMA.*, 279:1703–1708.
- Lantz, P.M., House, J.S., Mero, R.P., Williams, D.R. (2005). “Stress, life events, and socioeconomic disparities in health: results from the Americans’ Changing Lives Study”, *J. Health Soc. Behav.*, 46:274–288.
- Leon, L.F., Soulis, E.D., Kouwen, N., Farquhar, G.J. (2001). “Nonpoint source pollution: a distributed water quality modeling approach”, *Water Research* 35(4):997-1007.
- Leon, L.F., Soulis, E.D., Kouwen, N., Farquhar, G.J. (2002). “Modeling diffuse pollution with a distributed approach”, *Water Science and Technology: Journal of the International Association on Water Pollution Research* 45(9):149-156.
- Levallois, P., Theriault, M., Rouffignat, J., Tessier, S., Landry, R., Ayotte, P., Girard, M., Gingras, S., Gauvin, D., Chiasson, C. (1998). “Groundwater contamination by nitrates associated with intensive potato culture in Quebec”, *Science of the Total Environment*, 217(1-2):91-101.
- Levesque, B., Lajoie, P., Rhainds, M., Kosatsky, T., Grenier, A.M., Ernst, P., Audet, N. (1998). “Quebec Social and Health Survey: determinants of chronic respiratory diseases”, [in French], *Canadian Journal of Public Health* 92(3):228-232.
- Liargovas, P. Fotopoulos, G. (2008). *Socioeconomic Indicators for Analyzing Convergence: The Case of Greece: 1960–2004*, Springer Soc Indic Res.
- Li, J. (2001). “A GIS planning model for urban oil spill management”, *Water Science and Technology: Journal of the International Association on Water Pollution Research* 43(5):239-244.
- Li, Y.R., Huang, G.H., Li, Y.F., Struger, J., Fischer, J.D. (2003). “A pesticide runoff model for simulating runoff losses of pesticides from agricultural lands”, *Water Science and Technology: Journal of the International Association on Water Pollution Research* 47(1):33-40.
- Lin, M.C., Giles, H. (2013). *The dark side of family communication: a communication model of elder abuse and neglect*, School of Communication Studies, Kent State University. 1-16.
- Lin, N., Ensel. W.M., (1989). “Life Stress and Health: Stressors and Resources.” *American Sociological Review* 54:382-399

- Link, B.G., Phelan, J. (1995). "Social Conditions as Fundamental Causes of Disease", *Journal of Health and Social Behavior* 35:80–94.
- Lionis, Ch. (2003). "Prevalence of mental disorders in primary health care and the Role of the General and Family Doctor: Experiences from Greece", *Psychiatry*, 1:20-23, NIV.
- Lippmann, M., Ito, K., Nadas, A., Burnett, R.T. (2000). "Association of particulate matter components with daily mortality and morbidity in urban populations. Research Report", *Health Effects Institute*, 95(Aug):5-82.
- Lisabeth, L.D., Escobar, J.D., Dvonch, J.T., Sanchez, B.N., Majersik, J.J., Brown, D.L., Smith, M.A., Morgenstern, L.B. (2008). "Ambient air pollution and risk of ischemic stroke and TIA", *Ann Neurol*, July, 64(1): 53–59.
- Long, W., Tate, R.B., Neuman, M., Manfreda, J., Becker, A.B., Anthonisen, N.R. (1998). "Respiratory symptoms in a susceptible population due to burning of agricultural residue", *Chest* 113(2):351-357.
- López, L., Cumbreira, M., Díaz-Cuevas, M.P. (2012). "Improving territorial accessibility of mental health services: The case of Spain", *Eur. J. Psychiat*, 26(4): 227-235.
- Lopez-Otin, C., Blasco, M.A., Partridge, L., Serrano, M., Kroemer, G. (2013). "The hallmarks of aging." *Cell* 153(6):1194-1217. PubMed.
- Lowry, D., Xie Y. (2009). "Socioeconomic Status and Health Differentials in China: Convergence Or Divergence at Older Ages?", *Population Studies Center Research Report* 09-690. October 2009.
- Lukasheh, A.F., Droste, R.L., Warith, M.A. (2001). "Review of expert system (ES), geographic information system (GIS), decision support system (DSS), and their applications in landfill design and management", *Waste Management & Research : Journal of the International Solid Wastes and Public Cleansing Association*, ISWA. 19(2):177-185.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Cohen, R.D., et al. (1996). "Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial infarction?", *Am J Epidemiol* 144:934–42.
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Salonen, J.T. (1997). "Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse", *Soc. Sci. Med.* 1997; 44:809–819.



- Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Shema, S.J. (1997). "Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning", *New England Journal of Medicine* 337:1889-1895.
- Machenbach, J.P., Kunst, A.E., Cavelaars, A.E., et al. (1997). "Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe", *The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet*, 349:1655–9.
- MacLeod, M., Woodfine, D.G., Mackay, D., McKone, T., Bennett, D., Maddalena, R. (2001). "BETR North America: a regionally segmented multimedia contaminant fate model for North America", *Environmental Science and Pollution Research International* 8(3):156-163.
- Madani, K.A., Nasrat, H.A., Al-Nowaisser, A.A., Kashoggi, R.H., Abalkhail, B.A. (1995). "Low birth weight in Taif region, Saudi Arabia", *Eastern Mediterranean Health Journal*, 1(1): 47-54
- Magazzino, C., Mele, M. (2012). "The Determinants of Health Expenditure in Italian Regions", *International Journal of Economics and Finance* Vol. 4, No. 3; March 2012
- Mahal, A., Berman, P., Kumar, N. (2002). "Health expenditures and the elderly: a survey of issues in forecasting, methods used, and relevance for developing countries", *National Institute on Aging, Research paper No. 01.23, US.*
- Makuc, D., Feldman, J.J., Kleinman, J.C., et al. (1990). "Sociodemographic differentials in mortality" in: Cornoni-Huntley, J.C., Huntley, R.R., Feldman, J.J., eds. *Health status and well-being of the elderly: National Health and Nutrition Examination Survey-I Epidemiologic Follow-up Study*, New York, NY: Oxford University Press, 155–71.
- Mamdani, M., Garner, P., Harpham, T. (1993). "Fertility and contraceptive use in poor urban areas of developing countries", *Health Policy and Planning*, 8, 1-18.
- Manfreda, J., Becklake, M.R., Sears, M.R., Chan-Yeung, M., Dimich-Ward, H., Siersted, H.C., Ernst, P., Sweet, L., van Til, L., Bowie, D.M., Anthonisen, N.R., Tate, R.B. (2001). "Prevalence of asthma symptoms among adults aged 20-44 years in Canada", *Canadian Medical Association Journal* 164(7):995-1001.
- Manfreda, J., Sears, M.R., Becklake, M.R., Chan-Yeung, M., Dimich-Ward, H., Siersted, H.C., Ernst, P., Sweet, L., van Til, L., Bowie, D.M., Anthonisen, N.R. (2004). "Geographic and gender variability in the prevalence of bronchial responsiveness in Canada", *Chest* 125(5):1657-1664.
- Manor, O., Eisenbach, Z., Peritz, E., et al. (1999). "Mortality differentials among Israeli men", *Am J Public Health*, 89:1807–13.

- Mansour, E, Eissa, E.N., Nofal, L.M., Kharboush, I., Wagida, A., Sallam, I. (2002). “Incidence and factors leading to low birth weight in Egypt”, *International Pediatrics*, 17(4).
- Marmot, M.G., Shipley, M.J., Rose, G. (1984). “Inequalities in death—specific explanations of a general pattern”, *Lancet*, 1:1003–6. CrossRefMedlineWeb of Science.
- Marmot, M.G., Shipley, M.J. (1996). “Do socioeconomic differences in mortality persist after retirement? 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study”, *BMJ*, 313:1177–80.
- Marmot, M., Ryff, C.D., Bumpass, L.L., Shipley, M., Marks, N.F. (1997). “Social Inequalities in Health: Next Questions and Converging Evidence”, *Social Science and Medicine* 44:901-910.
- Martelin, T. (1994). “Mortality by indicators of socioeconomic status among the Finnish elderly”, *Soc Sci Med*, 38:1257–78.
- Masley, M.L., Semchuk, K.M., Senthilselvan, A., McDuffie, H.H., Hanke, P., Dosman, J.A., Cessna, A.J., Crossley, M.F., Irvine, D.G., Rosenberg, A.M., Hagel, L.M. (2000). “Health and environment of rural families: results of a Community Canvass survey in the Prairie Ecosystem Study (PECOS)”, *Journal of Agricultural Safety and Health* 6(2):103-115.
- Matei, L., Dinu, T. (2010). “Regulation and Best Practices in Public and Nonprofit Marketing. 9th International Congress of the International Association on Public and Nonprofit Marketing”, *IAPNM 2010*, Bucharest, Romania 10 – 11 June 2010.
- Mathers, J., Stanner, S., Thompson, R., Buttriss, J. (2009). “Healthy Ageing: The Role of Nutrition and Lifestyle”, *British Nutrition Foundation*.
- McCall, S. (1975). “Quality of life”, *Social Indicators Research*, 2:229-248.
- McDonough, P., Berglund, P. (2003). “Histories of Poverty and Self-Rated Health Trajectories.” *Journal of Health and Social Behavior* 44:198-214
- McLafferty, S.L. (2003). “GIS and health care”, *Annual Review of Public Health* 24:25-42.
- McLean, W., Gillis, J., Waller, R. (2003). “The BC Community Pharmacy Asthma Study: a study of clinical, economic and holistic outcomes influenced by an asthma care protocol provided by specially trained community pharmacists in British Columbia”, *Canadian Respiratory Journal: Journal of the Canadian Thoracic Society* 10(4):195-202.

- McLeod, K.S. (2000). "Our sense of Snow: the myth of John Snow in medical geography", *Social Science & Medicine* 50: 923-935.
- Medawar, P. B. (1952). *An Unsolved Problem of Biology*. H. K. Lewis, London.
- Meehan, T., Giermakowski, J.T., Cryan, P. (2004). "GIS-based model of stable hydrogen isotope ratios in North American growing-season precipitation for use in animal movement studies", *Isotopes in Environmental and Health Studies* 40(4):291-300.
- Menchik, P.L. (1993). "Economic status as a determinant of mortality among black and white older men: does poverty kill?", *Pop Stud* 47:427-36, CrossRef
- Metcalf, C., Davey Smith, G., Sterne, J.A.C., Heslop, P., Macleod, J., Hart, C. (2003). "Frequent job change and associated health", *Social Science & Medicine*, 56: 1-15.
- Mikelova, L.K., Halperin, S.A., Scheifele, D., Smith, B., Ford-Jones, E., Vaudry, W., Jadavji, T., Law, B., Moore, D. (2003). "Predictors of death in infants hospitalized with pertussis: a case-control study of 16 pertussis deaths in Canada", *Journal of Pediatrics* 143(5):576-581.
- Millward, A.A., Mersey, J.E. (2001). "Conservation strategies for effective land management of protected areas using an erosion prediction information system (EPIS)", *Journal of Environmental Management* 61(4):329-343.
- Mirowsky, J., Ross, C.E. (1998). "Education, Personal Control, Lifestyle and Health: A Human Capital Hypothesis", *Research on Aging* 20:415-449
- Mirowsky, J., Ross, C.E. (1999). "Economic Hardship across the Life Course", *American Sociological Review* 64:548-569
- Mirowsky, J., Ross, C.E. (2008). "Education and Self-Rated Health: Cumulative Advantage and Its Rising Importance", *Research on Aging* 30:93-122.
- Mirowsky, J., Ross, C.E. (2005). "Education, Cumulative Advantage and Health." *Aging International* 30(1):27-62
- Mo, F., Robinson, C., Choi, B.C., Li, F.C. (2003). "Analysis of prevalence, triggers, risk factors and the related socio-economic effects of childhood asthma in the Student Lung Health Survey (SLHS) database, Canada 1996", *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 15(4):349-358.
- Mo, F., Robinson, C., Choi, B.C., Li, F.C. (2004). "Childhood asthma management and control", *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 16(1):29-40.
- Moore, K. (2004). "Real-time syndrome surveillance in Ontario, Canada: the potential use of emergency departments and Telehealth", *European Journal of Emergency*

*Medicine: Official Journal of the European Society for Emergency Medicine*  
Feb;11(1):3-11.

Morgan, L.A., Kunkel, S. (2011). *Aging, society and the life course* (4th ed.), Springer, New York.

Moustgaard, H., Martikainen, P. (2009). “Nonmarital cohabitation among older Finnish men and women: socioeconomic characteristics and forms of union dissolution”, *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64(4):507–516.

Mustard, C.A., Derksen, S, Berthelot, J.M., et al. (1997). “Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province”, *Soc Sci Med* 45:383–97.

Myers, F., McCollam, A., Woodhouse, A. (2005). *National Programme for Improving Mental Health and Well-Being. Addressing Mental Health Inequalities in Scotland: equal minds*, Scottish Development Centre for Mental Health.

Najafabadi, AT. (2009). “Applications of GIS in Health Sciences”, *Shiraz E-Medical Journal*; 10(4):221-230.

NATIONS UNIES (1956). “Les vieillissement des population et ses conséquences économiques et sociales”, *Etudes Démographiques*, no.26, New York, NU.

NATIONS UNIES (1988). “Economic and social implications of population ageing”, *Proceedings of the International Symposium on Population Structure and Development* (Tokyo, Sept. 1987), New York, NU.

Odoi, A., Martin, S.W., Michel, P., Middleton, D., Holt, J., Wilson, J. (2004). “Investigation of clusters of giardiasis using GIS and a spatial scan statistic”, *International Journal of Health Geographics* 3(1):11.

OECD (1991). *Organisation for Economic Cooperation and Development*.

Olausson, P.O. (1993). “Mortality among the elderly in Sweden by social class”, *Soc Sci Med*; 32:437–40.

Olshansky, S.J., Carnes, B.A., Cassel, C. (1990). “In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity”, *Science* 250(4981):634-640. PubMed.

O'Neill, L. (2003). “Estimating out-of-hospital mortality due to myocardial infarction”, *Health Care Management Science* 6(3):147-154.

O'Rand, A.M., Hamil-Luker, J. (2005). “Processes of Cumulative Adversity: Childhood Disadvantage and Increased Risk of Heart Attack across the Life Course”, *Journals*

*of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 60B:S117-S124.

- Osler, M., Andersen, A.-M.N., Due, P., Lund, R., Damsgaard, M.T, Holstein, B.E. (2003). “Socioeconomic position in early life, birth weight childhood cognitive function, and adult mortality. A longitudinal study of Danish men born in 1953”, *J Epidemiol Community Health* 2003;57:681–686
- Oyana, T.J., Rivers, P.A. (2005). “Geographic variations of childhood asthma hospitalization and outpatient visits and proximity to ambient pollution sources at a U.S.-Canada border crossing”, *International Journal of Health Geographics* 4(Jun 8):14.
- Oyana, T.J., Rogerson, P., Lwebuga-Mukasa, J.S. (2004). “Geographic clustering of adult asthma hospitalization and residential exposure to pollution at a United States-Canada border crossing”, *American Journal of Public Health* 94(7):1250-1257.
- Palmore, E.B. (1982). “Predictors of the longevity difference: a 25-year follow-up”, *Gerontologist* 1982;22:513–18.
- Pampel, F., Krueger, P., Denney, J. (2010). “Socioeconomic Disparities in Health Behaviors”, *Annu Rev Sociol.* 2010 August ; 36: 349–370.
- Papadakaki, M, Tzamalouka, G.S., Chatzifotou, S, Chliaoutakis, J. (2009). “Seeking for risk factors of Intimate Partner Violence (IPV) in a Greek national sample: the role of self-esteem”, *Technological Educational Institute of Crete*, 24(5):732-50.
- Pappas, G, Queen, S, Hadden, W, et al. (1960). “The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986”, *N Engl J Med*; 329:103–9. CrossRefMedlineWeb of Science
- Partridge, L., Mangel, M. (1999). “Messages from mortality: the evolution of death rates in the old”, *Trends in Ecology and Evolution* 14(11):438-442. PubMed
- Patrick, D., Erickson, P. (1993). *Health Status and Health Policy. Quality of life in health care evaluation and resource allocation*, Oxford University Press, Oxford
- Patrick, B., Erickson, B.D. (1993). *Health status and health policy. Allocating Resources to Health Care*, Oxford University Press, Oxford.
- Pearce, N.E., Davis, P.B., Smith, A.H., et al. (1983). “Mortality and social class in New Zealand I: overall male mortality”, *N Z Med J*; 96:281–5.
- Percival, S. (2009). “Microbiology and Aging”, *Clinical Manifestations*, pp.8.

- Persinger, M.A., Balance, S.E., Moland, M. (1993) "Snow fall and heart attacks", *Journal of Psychology* 127(2):243-252.
- Petanidou, D., Giannakopoulos, G., Tzavara, G., Dimitrakaki, Ch., Ravens-Sieberer, U., Kolaitis, G., Tountas, Y. (2012). "Identifying the sociodemographic determinants of subjective health complaints in a cross-sectional study of Greek adolescents", *Annals of General Psychiatry*, 11:17
- Polder, J.J., Barendregt, J.J., Van Oers, H. (2006). "Health care costs in the last year of life – The Dutch experience", *Social Science and Medicine*, 63(7): 1720-31.
- Preston, S. (1982). *Biological and Social Aspects of mortality and the length of life*, Ordina
- Prus, S.G. (2007). "Age, SES, and Health: A Population Level Analysis of Health Inequalities over the Life Course", *Sociology of Health and Illness* 29:275-296
- Rainham, D.G.C. (2005). "Ecological complexity and West Nile virus: perspectives on improving public health response", *Canadian Journal of Public Health* 96(1):37-40.
- Rao, et al., (2003). "Health Status of the Rural Aged in Andhra Pradesh; A Sociological Perspective in Help Age India", *Research & Development Journal*, Vol.9, No. 2.
- Raphael, D. (1996). "Defining Quality of Life: Eleven Debates Concerning Its Measurement", In: Scottish Executive Social Research (2005). *Well-Being and Quality of Life: Measuring. The Benefits of Culture and Sport: A Literature Review and Thinkpiece*.
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M., Välimaa, R., Ottova, V., Erhart, M. & HBSC Positive Health Focus Group. (2009). "Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe", *Int J Public Health* 54 (2009) S151–S159.
- Roback, J. (1982). "Wages, rents and the quality of life", *The Journal of Political Economy*, 90(6), 1257–1278.
- Roback, J. (1988). "Wages, rents and amenities: Differences among workers and regions", *Economic Inquiry*, 26(1), 23–41.
- Robards, J., Evandrou, M., Falkingham, J., Vlachantoni, A. (2012). "Marital status, health and mortality", *Maturitas*, 2012 Dec; 73(4): 295–299.
- Roberts, K., Cavill, N., Hancock, C., Rutter, H. (2013). "Social and economic inequalities in diet and physical activity", *Public Health England*.

- Rogers, D.J., Randolph, S.E. (2003). "Studying the global distribution of infectious diseases using GIS and RS", *Nature Reviews: Microbiology* 1(3):231-237.
- Rojas, M. (2007). "The Complexity of Well-Being: A Life-Satisfaction Conception and a Domains-of-Life Approach" in Gough, I., McGregor, A. (Ed.), *Researching Well-Being in Developing Countries: From Theory to Research*, 259-280. Cambridge University Press.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*, New York: Free Press.
- Rose, G, Marmot, M.G. (1981). «Social class and coronary heart disease», *Br Heart J* 1981;45:13–19.
- Rosenbaum, E. (2008). "Racial/Ethnic Differences in Asthma Prevalence: The Role of Housing and Neighborhood Environment", *Journal of Health and Social Behavior* 49:131-145.
- Ross, C.E., Chia-Ling Wu. (1995). "The Link Between Education and Health", *American Sociological Review* 60, 719–745.
- Ross, C.E., Chia-Ling Wu. (1996). "Education, Age, and the Cumulative Advantage in Health", *Journal of Health and Social Behavior* 37:104-120.
- Royuela, V., Surinch, J. (2005). "Constituents of quality of life and urban size", *Social Indicators Research*, 74, 549–572.
- Ruiz, M.O., Remmert, D. (2004). "A local department of public health and the geospatial data infrastructure", *Journal of Medical Systems* 28(4):385-395.
- Rushton, G., Krishnamurthy, R., Krishnamurti, D., Lolonis, P., Song, H. (1996). "The spatial relationship between infant mortality and birth defects rates in a US city", *Statistics in Medicine*, 15, Retrieved from Academic Search Premier database.1907–19.
- Sacker, A., Firth, D., Fitzpatrick, R., Lynch, K., Bartley, M. (2000). "Comparing health inequalities in men and women: Prospective study of mortality 1986- 96", *British Medical Journal*, 320: 1303-1307.
- Salonen, J.T. (1982). "Socioeconomic status and risk of cancer, cerebral stroke, and death due to coronary heart disease and any disease: a longitudinal study in eastern Finland", *J Epidemiol Community Health*; 36:294–7.
- Sattenspiel, L., Mobarry, A., Herring, D.A. (2000). "Modeling the influence of settlement structure on the spread of influenza among communities", *American Journal of Human Biology: Official Journal of the Human Biology Council* 12(6):736-748.

- Sattenspiel, L., Herring, D.A. (2003). "Simulating the effect of quarantine on the spread of the 1918-19 flu in central Canada", *Bulletin of Mathematical Biology* 65(1):1-26.
- Sauchyn, D.J. (2001). "Modeling the hydroclimatic disturbance of soil landscapes in the southern Canadian Plains: the problems of scale and place", *Environmental Monitoring and Assessment* 67(1-2):277-291.
- Sauchyn, D.J., Joss, B.N., Nyirfa, W.N. (2003). "Sharing the geo-referenced results of climate change impact research", *Environmental Monitoring and Assessment* 88(1-3):389-397.
- Sauvy, A. (1948). "Some aspects of the International Migration Problem" in Steigenga, W. (1995). *Industrialization Emigration: The Consequences of the Demographic Development in the Netherland.*, Publications of the Research Group for European Migration Problems, The Hague Martinus Nijhoff.
- Schimmack, U. (2006). "Internal and external determinants of subjective well-being: Review and policy implications", in Kwang Y. Ng, Sang, L. Ho (Eds.) *Happiness and public policy: Theory, case studies, and implications* (pp. 67-88). Houndmills, Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Scott, H.M., Soskolne, C.L., Martin, S.W., Ellehoj, E.A., Coppock, R.W., Guidotti, T.L., Lissemore, K.D. (2003). "Comparison of two atmospheric-dispersion models to assess farm-site exposure to sour-gas processing-plant emissions", *Preventive Veterinary Medicine* 57(1-2):15-34.
- Scott, Ph.A., Temovsky, C.J., Lawrence, K., Gudaitis, E., Lowell, M.J. (1998). "Analysis of Canadian population with potential geographic access to intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke", *Stroke* 29(11):2304-2310.
- Sen, A. (1993). "Capability and Well-Being", In Nussbaum, M., Sen, A. (Ed.), *The Quality of Life*, Oxford: Clarendon Press.
- SHARE (2005). *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Health, ageing and retirement in Europe: first results from the survey of health, ageing and retirement in Europe*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), Mannheim.
- Sheth, T., Nair, C., Muller, J., Yusuf, S. (1999). "Increased winter mortality from acute myocardial infarction and stroke: the effect of age", *Journal of the American College of Cardiology* 33(7):1916-1919.
- Shkolnikov, V.M, Leon, D.A, Adamets, S., et al. (1998). "Educational level and adult mortality in Russia: an analysis of routine data 1979 to 1994", *Soc Sci Med*; 47:357-69.



- Sin, D.D., Sharpe, H.M., Cowie, R.L., Man. S.F. (2004). "Spirometric findings among school-aged First Nations children on a reserve: a pilot study", *Canadian Respiratory Journal: Journal of the Canadian Thoracic Society* 11(1):45-48.
- Singh, C.P. (2005). "Socio-economic Status and Health Conditions of Landless Rural Aged in Haryana in Help Age India", *Research & Development Journal*, Vol.11, No. 1.
- Smith, G.D., Hart, C, Hole D, et al. (1998). "Education and occupational social class: which is the more important indicator of mortality risk?" *J Epidemiol Community Health*; 52:153–60.
- Smith, G.D., Leon, D., Shipley, M.J., et al. (1991). "Socioeconomic differentials in cancer among men", *Int J Epidemiol*; 20:339–45.
- Smith, G.D., Neaton, J.D., Wentworth, D., et al. (1996). "Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: I. White men", *Am J Public Health*; 86:486–96. CrossRefMedlineWeb of Science
- Smith, G.D., Shipley, M.J., Rose, G. (1990). "Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall Study", *J Epidemiol Community Health*; 44:265–70.
- Smith, G.D., Wentworth, D., Neaton, J.D., et al. (1996). "Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial: II. Black men", *Am J Public Health*; 86:497–504. MedlineWeb of Science
- Smith, J.P., Kington, R. (1997). "Demographic and economic correlates of health in old age", *Demography*, 34: 159-170.
- Sorlie, P.D., Backlund, E., Keller, J.B. (1995). "US mortality by economic, demographic, and social characteristics: The National Longitudinal Mortality Study", *Am J Public Health*; 85:949–56. CrossRefMedlineWeb of Science
- Spence, A.P. (1995). *Biology of Human Aging*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Statharou, A., Papathanasiou, I., Gouva, M., Masdrakis, B., Burke A., NtaraGiannis, D., Kotrotsiou, E. (2011). "Investigation of burden in caregivers of the mentally ill", *Interdisciplinary Health Care*; 3 (2): 59-69.
- Stern, B.R., Raizenne, M.E., Burnett, R.T., Jones, L., Kearney, J., Franklin, C.A. (1994). "Air pollution and childhood respiratory health: exposure to sulfate and ozone in 10 Canadian rural communities", *Environmental Research* 66(2):125-142.

- Stieb, D.M., Paola, J., Neuman, K. (1996). "Do smog advisories work? Results of an evaluation of the Canadian Smog Advisory Program", *Canadian Journal of Public Health* 87(3):166-169.
- Stieb, D.M., Beveridge, R.C., Rowe, B.H., Walter, S.D., Judek, S. (1998). "Assessing diagnostic classification in an emergency department: implications for daily time series studies of air pollution", *American Journal of Epidemiology* 148(7):666-670.
- Stieb, D.M., Beveridge, R.C., Brook, J.R., Smith-Doiron, M., Burnett, R.T., Dales, R.E., Beaulieu, S., Judek, S., Mamedov, A. (2000). "Air pollution, aeroallergens and cardiorespiratory emergency department visits in Saint John, Canada", *Journal of Exposure Analysis and Environmental Epidemiology* 10(5):461-477.
- Stoney, C., Roberts, M. (2003). "The case for older workers at Tesco: An examination of attitudes, assumptions and attributes", *Working Paper No. 53*, Carleton University School of Public Policy and Administration
- Strehler, B. L. (1999). *Time, Cells, and Aging*. Demetriades Brothers, Larnaca.
- Taylor, J., Biddulph, P., Davies, M., Lai, K. (2013). "Predicting the microbial exposure risks in urban floods using GIS, building simulation and microbial models", *Environment International*; 51:182–195.
- Taylor, Sh.E., Seeman, T.E. (1999). "Psychosocial Resources and the SES-Health Relationship", *Annals of the New York Academy of Sciences* 896:210-225.
- Theodossiou, I. (1998). "The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being: A logistic regression approach", *Journal of Health Economics*, 17: 85-104.
- Tickle, L., (1996). "Recent Trends in Mortality in the United Kingdom. Actuarial studies and Demography", *Research Paper No. 010/96* ISBN No. 1 86408 255 0 August 1996, School of Economic and Financial Studies, Macquarie University Sydney, Australia.
- Tinline, R., Rosatte, R., MacInnes, C.D. (2002). "Estimating the incubation period of raccoon rabies: a time-space clustering approach", *Preventive Veterinary Medicine* 56(1):89-103.
- Tinline, R.R., MacInnes, C.D. (2004). "Ecogeographic patterns of rabies in southern Ontario based on time series analysis", *Journal of Wildlife Diseases* 40(2):212-221.
- Toose, L., Woodfine, D.G., MacLeod, M., Mackay, D., Gouin, J. (2004). "BETR-World: a geographically explicit model of chemical fate: application to transport of alpha-HCH to the Arctic", *Environmental Pollution*, (Barking, Essex). 128(1-2):223-240.

- Torrance, G. (1976). "Social preferences for health states: An empirical evaluation of three measurement techniques", *Socioeconomic Planning Sciences*, 10:129–136
- Tountas, Y., Oikonomou, N., Pallikarona, G., Dimitrakaki, C., Tzavara, C., Souliotis, K., Mariolis, A., Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Niakas, D. (2011). "Sociodemographic and socioeconomic determinants of health services utilization in Greece: the Hellas Health I study", *Health Serv Manage Res*. 2011 Feb;24(1):8-18.
- Trooskin, S., Hadler, J., St. Louis, T., Navarro, V. (2005). "Geospatial analysis of hepatitis C in Connecticut: a novel application of a public health tool", *Public Health*, 119(11), 1042–7. Retrieved from Academic Search Premier database.
- Tuntiseranee, P., Olsen, J., Chongsuvivatwong, V., Limbutara, S. (1999). "Socioeconomic and work related determinants of pregnancy outcome in southern Thailand", *J epidemiol. Community health*, 53: 624-629.
- UNFPA (2012). *Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge. United Nations Population Fund. New York, and HelpAge International, London.* Chapter 1.
- Uphoff, H., Stalleicken, I., Bartelds, A., Phiesel, B., Kistemann, B.T. (2004). "Are influenza surveillance data useful for mapping presentations?", *Virus Research* 103(1-2):35-46.
- Van Rossum, C.T.M., van de Mheen, H., Mackenbach, J.P., Grobbee, D.E. (2000). "Socioeconomic status and mortality in Dutch elderly people-The Rotterdam study", *European Journal of Public Health*, 10: 255-261.
- Vaupel, J.W., Carey, J.R., Christensen, K., Johnson, T.E., Yashin, A.I., Holm, N.V., Iachine, I.A., Kannisto, V., Khazaeli, A.A., Liedo, P., et al. (1998). "Biodemographic trajectories of longevity", *Science* 280(5365):855-860. PubMed
- Verter, V., Kara, B.Y. (2001). "A GIS-based framework for hazardous materials transport risk assessment", *Risk Analysis: An Official Publication of the Society for Risk Analysis* 21(6):1109-1120.
- Veugeliers, P.J., Page, K.A., Tindall, B., Schechter, M.T., Moss, A.R., Winkelstein, W.W., Cooper, D.A., Craib, K.J., Charlebois, E., Coutinho, R.A., et al. (1994). "Determinants of HIV disease progression among homosexual men registered in the Tricontinental Seroconverter Study", *American Journal of Epidemiology* 140(8):747-758.
- Viboud, C., Grais, R.F., Lafont, B.A., Miller, M.A., Simonsen, L. (2005). "Multinational impact of the 1968 Hong Kong influenza pandemic: evidence for a smoldering pandemic", *Journal of Infectious Diseases* 192(2):233-248.

- Viik-Kajander, M., Moltchanova, E., Salomaa, V., Tuomilehto, J., Ketonen, M., Palomaki, P., Miettinen, H., Pyorala, K., Karvonen, M. (2003). "Geographical variation in the incidence of acute myocardial infarction in eastern Finland - a Bayesian perspective", *Annals of Medicine* 35(1):43-50.
- Vine, M., Degnan, D., Hanchette, C. (1997). "Geographic Information Systems: Their Use in Environmental Epidemiologic Research", *Environmental Health Perspectives* 105(6):598-605.
- von dem Knesebeck, O., Verde, P.E., Dragano, N. (2006). "Education and Health in 22 European Countries", *Social Science & Medicine* 63:1344-1351.
- Vrbova, L., Crighton, E.J., Mamdani, M., Moineddin, R., Upshur, R.E. (2005). "Temporal analysis of acute myocardial infarction in Ontario, Canada", *Canadian Journal of Cardiology* 21(10):841-845.
- Walker, A. (2004). "Impact of Health on the Ability of Older Australians to Stay in the Workforce-with Possible Contributions to Economic Sustainability", *Proceedings A Future that Works Economics, Employment and the Environment*, University of Newcastle, Australia.
- Wang, Z. (2009). "The determinants of health expenditures: evidence from US state-level data", *Applied Economics*, 41(4). 429-435
- Warren, C., Mackay, D., Whelan, M., Fox, K. (2005). "Mass balance modelling of contaminants in river basins: a flexible matrix approach", *Chemosphere* (Jul 19; Epub ahead of print).
- Wellie, O., Duhme, H., Streit, U., von Mutius, E., Keil, U., Weiland, S.K. (2000). "Application of geographical information systems in epidemiological studies exemplified by the ISAAC study in Munich [in German]", *Gesundheitswesen* 62(8-9):423-430.
- WHO (2006). *Preventing Disease through Healthy Environments – Towards an estimate of the environmental burden of disease*. Geneva.
- Wickrama, K.A.S., Lorenz, F.O. , Conger, R.D., Elder, G., (2006). "Married and Recently Divorced Mothers-Changes in Family Financial Strain and Physical Health: An Investigation of Trajectories During the Middle Years", *Social Science and Medicine*, 63: 123-136.
- Williams, D.R., Collins C. (1996). "U.S. socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations", *Annual Review of Sociology*, 21:349- 386.
- Williams, G.C. (1957). "Pleiotropy, natural selection, and the evolution of senescence", *Evolution* 11:398-411.

- Willson, A.E., Shuey, K.M., Elder, G.H. (2007). "Cumulative Advantage Processes as Mechanisms of Inequality in Life Course Health", *American Journal of Sociology* 112:1886-1924
- Wilson, D.L. (1994). "The analysis of survival (mortality) data: fitting Gompertz, Weibull, and logistic functions", *Mech Ageing Dev* 74(1-2):15-33. PubMed
- Wilson, I.B., Cleary, P.D. (1995). "Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes", *JAMA*, vol.273, p.59-65.
- Wolfson, M, Rowe, G, Gentleman, J.F., et al. (1993). "Career earnings and death: a longitudinal analysis of older Canadian men", *J Gerontol* 48(suppl):S167-79.
- Woodfine, D.G., MacLeod, M., Mackay, D. (2002). "A regionally segmented national scale multimedia contaminant fate model for Canada with GIS data input and display", *Environmental Pollution*, (Barking, Essex). 119(3):341-355.
- Woodfine, D.G., MacLeod, M., Mackay, D., Brimacombe, J.R. (2001). "Development of continental scale multimedia contaminant fate models: integrating GIS", *Environmental Science and Pollution Research International* 8(3):164-172.
- World Health Organization (1948). *Chronicle of the World Health Organization: Development and constitution of the W.H.O.: Volume 1*. WHO, Geneva.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, WHO, Geneva.
- Yang, Q., Chen, Y., Krewski, D., Burnett, R.T., Shi, Y., McGrail, K.M. (2005). "Effect of short-term exposure to low levels of gaseous pollutants on chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations", *Environmental Research* 99(1):99-105.
- Yasnoff, W.A., Miller, P.L. (2003). "Decision Support and Expert Systems in Public Health", in O'Carroll, P.W., Yasnoff, Y.A., Ward, M.E., Ripp, L.H., Martin, E.L. (Ed.), *Public Health Informatics* (pp. 494-512). New York, NY: Springer.
- Yfantopoulos, J. (2001b). "Quality of Life and QALYs in the measurement of health", *Archives of Hellenic Medicine*: 18: 114-130.
- Yfantopoulos, J. (2001c). "Health-Related Quality of Life", *Archives of Hellenic Medicine*: 19: 131-146.
- Yiannakoulias, N., Rowe, B.H., Svenson, L.W., Schopflocher, D.P., Kelly, K., Voaklander, D.C. (2003). "Zones of prevention: the geography of fall injuries in the elderly", *Social Science & Medicine* 57(11):2065-2073.

Zautra, A, Goodhart, D. (1979). "Quality of life indicators: A Review of the literature", *Commun Mental Health Rev*; 4:1-10.

Zhang, W., Chen, Q., McCubbin, H., McCubbin, L., Foley, S. (2011). "Predictors of mental and physical health: Individual and neighborhood levels of education, social well-being, and ethnicity", *Health &Place*; 17:238–247.

Zimmer, Z., House, J.S. (2003). "Education, Income, and Functional Limitation Transitions among American Adults: Contrasting Onset and Progression" *International Journal of Epidemiology* 32:1089-1097.

Zubieta, J.C., Skinner, R., Dean, A.G. (2003). "Initiating informatics and GIS support for a field investigation of bioterrorism: the New Jersey anthrax experience", *International Journal of Health Geographics* 2(1):8.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Βαλάχα, Α., Πλέντη, Ε. (2007). *Ψυχοκοινωνικά προβλήματα ηλικιωμένων: νοσηλευτικές παρεμβάσεις*. Πτυχιακή Εργασία, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας -- Τμήμα Νοσηλευτικής.

Γκαλέας, Θ.Κ., Ζήσης, Χ., Πρωτόπαπας, Ν. (2009). "Περιβαλλοντικές αλλαγές και αναδύομενες ασθένειες. Επιπτώσεις στην υγεία", *Ιατρικά Χρονικά* Τόμος ΚΒ', Τεύχος 3, Σελ. 145-150.

Γκέτσιος, Ι., Κορομπίλη, Ι., Κωστοπούλου, Χ., Αρμάγος, Π., Υφαντή, Ε., Γκεσούλη, Ε. (2011). "Συχνότητα αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένους που διαμένουν σε Μονάδα Κοινωνικής Φροντίδας", *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. Τόμος 3, Τεύχος 2, 52-58.

Δανηλίδης, Σ. (2010). *Δομές Κοινωνικής Υποστήριξης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, στην Ελλάδα*, ΚΕΔΚΕ, Αθήνα.

Δαρδαβέσης, Θ. (2003). *Στοιχεία επιδημιολογίας*, ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Θεσσαλονίκης τμήμα νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη.

Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ., Αλεξιάς, Γ. (2008). *Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής: Από τη Θεωρία στην Πράξη*.

Δημητροπούλου-Θεοδώρου, Ε. (2008). *Στοιχεία Δικαίου-Δημόσιας Υγιεινής*, Εκδόσεις Σάκκουλα. Αθήνα

ΕΕΤΑΑ & ΚΕΔΚΕ (2010). "Κοινωνική Πολιτική, Συνοπτική Αποτύπωση Υπάρχουσας Κατάστασης Κοινωνικών Δομών για παιδιά και ηλικιωμένους", *Ετήσιο Τακτικό Συνέδριο*, Αθήνα 18, 19, 20 Ιανουαρίου 2010,

- ΕΕΤΑΑ Α.Ε. (2011). *Επιχειρησιακό Πρόγραμμα Περιφέρειας Αττικής 2012-2014. Ενότητα 1: Στρατηγικός Σχεδιασμός*, Αθήνα, Σεπτέμβριος 2011.
- Συμβούλιο Οικονομικών Εμπειρογνομόνων Υπουργείου Οικονομικών (2015). *Εθνικό Πρόγραμμα Μεταρρυθμίσεων 2015*.
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2012). *Δαπάνες Υγείας - Σύστημα Λογαριασμών Υγείας 2009-2012*.
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2013). *Συνθήκες Διαβίωσης στην Ελλάδα*.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (2011). *Η μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση Ευρωπαϊκή Επιτροπή, Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης, Κοινωνικών Υποθέσεων και Ισότητας Ευκαιριών & Γενική Διεύθυνση Υγείας και Καταναλωτών*. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Ζαχαροπούλου, Χ. (1993). *Στατιστική*. Εκδόσεις Ζυγός, Θεσσαλονίκη.
- Θεοδώρου, Μ, Σαρρής, Μ, Σούλης, Σ. (1997). “Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα” Στο: Θεοφίλου Π. (2010). *Ποιότητα Ζωής στο Χώρο της Υγείας: Έννοια και Αξιολόγηση, e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, τεύχος: 4, τόμος: 5, σελ. 43-53.
- Θεοφίλου, Π. (2010). *Ποιότητα Ζωής στο Χώρο της Υγείας: Έννοια και Αξιολόγηση, e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, τεύχος: 4, τόμος: 5, σελ. 43-53.
- Ιωαννίδη, Ε, Λοπαταζίδης, Α, Μάντη, Π. (1999). *Δημόσια υγεία - επιδημιολογία*. Στο: *Εκδόσεις ΕΑΠ. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο Ιδιοκτησίας και Προκλήσεις, Τόμος Α, Υγεία: Οριοθετήσεις και Προοπτικές*, Πάτρα, 1999: 59-134.
- Κάβουρα, Μ., Γείτονα, Μ., Βανδώρου, Χ., Κυριόπουλος, Γ., (2003). *Ποιότητα ζωής*. Ιατρικό τμήμα Janssen-Cilag, Αθήνα.
- Κατσιούλης, Α. (2008). *Η γήρανση του πληθυσμού της Ελλάδος σε επίπεδο νομού κατά την περίοδο 1971-2001*, Μεταπτυχιακή Εργασία, Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης. Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
- ΚΕΔΕ (2013). *Πρακτικά Τακτικού Συνεδρίου*. Ιωάννινα, 30-31 Μαΐου. 1η Μέρα.
- Κοτσαμάνης, Β., Ανδρουλάκη, Ε. (2001). *Στοιχεία Δημογραφίας*, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Τμήμα Χωροταξίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης.
- Κουτσόπουλος, Κ. (2005). *Γεωγραφικά συστήματα πληροφοριών & ανάλυση χώρου*, Παπασωτηρίου, Αθήνα.
- Κυριαζόπουλος, Π., Σαμαντά Ε. (2010). *Μεθοδολογία έρευνας εκπόνησης διπλωματικών εργασιών*, Σύγχρονη Εκδοτική, Αθήνα.

- Λέκκας, Ε. (1999). *Γεωλογία και Περιβάλλον*, 7<sup>η</sup> Έκδοση, Έκδοση Access.
- Μαντζούκας, Σ. (2007). Ποιοτική έρευνα σε 6 εύκολα βήματα: Η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *Νοσηλευτική*, 46(1), 236-246.
- MinM. (2011). “Πρόληψη της Κακοποίησης των Ηλικιωμένων”, *Ευρωπαϊκό πλαίσιο αναφοράς Για την πρόληψη της κακοποίησης και παραμέλησης των ηλικιωμένων. Ιστορικό, Βέλτιστες Πρακτικές και Προτάσεις*.
- Μπαμπάτσικου, Φ. (2009). “Διαχρονική δημογραφική εξέλιξη του ελληνικού πληθυσμού”, *Το βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8ος, Τεύχος 4ο, Οκτώβριος – Δεκέμβριος.
- Μπελλάλη, Θ., Παπάζογλου, Ε. (2004). “Η Ποιοτική Μεθοδολογία στη νοσηλευτική έρευνα”, *Νοσηλευτική* 43: 261-270.
- Ναζάκης, Χ., Χλέτσος, Μ. (2003). *Μετανάστες και μετανάστευση: Οικονομικές, Πολιτικές και Κοινωνικές Πτυχές*. εκδ. Πατάκη.
- Νίκας, Μ., Σωτηροπούλου, Π., Μακρυνίκα, Ε., Παραλίκας, Θ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Πράπα, Ε., Κουλούρη, Α., Ρούπα, Ζ. (2009). “Η Κοινωνικότητα Και Το Αίσθημα Μοναχικότητας Σε Ηλικιωμένους Των Δήμων Του Λεκανοπεδίου Αττικής”, *Interscientific Health Care* 1, 34-42
- Ντυκέν, Μ.Ν., Κοτζαμάνης, Β. (2012). “Οι δημογραφικές δομές και ο δημογραφικός δυναμισμός των ελληνικών δήμων (1999-2009)”, *Δημογραφικά Νέα. ΕΔΚΑ*, Μάρτιος-Απρίλιος 2012. Τεύχος 18<sup>ο</sup>.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, Κεφ.1 σελ.11-18.
- Σαρρής, Μ. (2001). «Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής» Στο: Θεοφίλου, Π. (2010). *Ποιότητα Ζωής στο Χώρο της Υγείας: Έννοια και Αξιολόγηση*, e-Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας. τεύχος: 4, τόμος: 5, σελ. 43-53
- Σιάμπος, Γ. (1981). *Δημογραφία*, Εκδόσεις Σμπίλιας, Αθήνα σελ 56.
- Σκολαρίκος, Μ., Γκέκας, Ρ., Γούπιος, Γ., Γεωργίου, Α., Πετρόπουλος, Χρ. Χρυσοστομίδης, Α., Μήτσου, Κ. (2014). *Οι Δήμοι σε αριθμούς*.
- Σπίγγος, Κ. (2006). “Ψυχιατρικές και λειτουργικές διαταραχές στην τρίτη ηλικία”. *Δημοσίευση στο περιοδικό PopularMedicine*
- Σταθακόπουλος, Β. (2001). *Μέθοδοι έρευνας αγοράς*, Αθήνα, Εκδόσεις: Σταμούλης



- Τριαντοπούλου, Χ., Τσαπάκη, Β. (2008). “Κίνδυνοι από την έκθεση σε ακτινοβολία κατά την άσκηση του επαγγέλματος”, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 7ος, Τεύχος 2ο, Απρίλιος – Ιούνιος.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για την Αντιμετώπιση των Περιβαλλοντικών Κινδύνων που Απειλούν την Υγεία 2008 – 2012*, Αθήνα.
- Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2008). *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008 – 2012*, Αθήνα.
- Χαλκιάς, Χ. (2007). *Συμπληρωματικές Σημειώσεις Συστήματα Γεωγραφικών Πληροφοριών*, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, τμήμα Γεωγραφίας, Καλλιθέα.
- Χλέτσος, Μ. (2012). “Τι είναι υγεία και υπηρεσίες υγείας”, *Κύκλος Διαλέξεων «Οικονομία και Κοινωνία»*, Εργαστήριο Εφαρμοσμένης Οικονομικής και Κοινωνικής Πολιτικής.

## ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- Allison, D.B., Fontaine, K.R., Manson, J.E., Stevens, J., VanItallie, T.B. (1999). “Annual deaths attributable to obesity in the United States”, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, October 27, 1999, 282(16). <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleID=192032>
- Anderson, G.F, Hussey, PS. (2000). “Population Aging: A comparison among Industrialized Countries”, *Health Affairs* (Millwood); 19:191-203. <http://content.healthaffairs.org/content/19/3/191.full.pdf>
- Andrews, F. (1974). “Social Indicators of Perceived Life Quality”, *Social Indicators Research* v.1 (1974) 279-299. [http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/43678/11205\\_2004\\_Article\\_BF00303860.pdf;jse](http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/43678/11205_2004_Article_BF00303860.pdf;jse)
- Angeles, G., Guilkey, D.K., Mroz, T.A. (2004). “The effects of education and family planning programs on fertility in Indonesia” *Carolina Population Center*. [http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/wp-03-73/at\\_download/document](http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/wp-03-73/at_download/document)
- Attanasio, O.P., Emmerson, C. (2001). “Differential mortality in the UK.National Bureau of Economic Research”, *Working Paper* 8241. <http://www.nber.org/papers/w8241.pdf>
- Beard, J.R., Biggs, S., Bloom, D.E., Fried, L.P., Hogan, P., Kalache, A., Olshansky, S.J. (2012). “Global Population Ageing: Peril or Promise”, *World Economic Forum*,

[http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_GAC\\_GlobalPopulationAgeing\\_Report\\_2012.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf)

Binny, A., Sunaram, P., Lakshmi, P. (2011). “Fighting isolation, poverty and, neglect”, *Help Age India*.  
[https://16420798677665698069.googlegroups.com/attach/4a5f46ae68588ae3/Help%20Age%20India%20final%20ppt.pptx?part=4&vt=ANaJVrFw-KRRosLiST6afxosxJ4y0WQe2TjFVYzDikiipJDBO6Z1\\_GFTU3I53Q9QnSo27uGk9B\\_Z6q8Qu1ufTaXhTBhPevKgH\\_oJVKU\\_XbenKfw-o8zliw8](https://16420798677665698069.googlegroups.com/attach/4a5f46ae68588ae3/Help%20Age%20India%20final%20ppt.pptx?part=4&vt=ANaJVrFw-KRRosLiST6afxosxJ4y0WQe2TjFVYzDikiipJDBO6Z1_GFTU3I53Q9QnSo27uGk9B_Z6q8Qu1ufTaXhTBhPevKgH_oJVKU_XbenKfw-o8zliw8)

Boersch-Supan. A.H. (2001). “The impact of demographic change on U.S. Labor markets: Discussion”, *Institute of Economics and Statistics*, University of Mannheim. <https://www.bostonfed.org/economic/conf/conf46/conf46e2.pdf>

Borjas, G.J. (1989). “Economic Theory and International Migration”, *International Migration Review*, XXIII(3): 457-485.  
[http://www.dipecodir.it/upload/file/Giannetti/Docs/Economic%20Theory%20and%20International%20Migration\\_%20Borjas.pdf](http://www.dipecodir.it/upload/file/Giannetti/Docs/Economic%20Theory%20and%20International%20Migration_%20Borjas.pdf)

Bourgeois-Pichat, J. (1985). “Evolution générale de la population française”, *Population*, no.4. [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop\\_0032-4663\\_1951\\_num\\_6\\_4\\_2611](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_0032-4663_1951_num_6_4_2611)

Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jürges, H., Kapteyn, A., Mackenbach, J., Siegrist, J., Guglielmo, W. (2008). *First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension*, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), [http://www.share-project.org/t3/share/uploads/tx\\_sharepublications/BuchSHAREganz250808.pdf](http://www.share-project.org/t3/share/uploads/tx_sharepublications/BuchSHAREganz250808.pdf)

British Columbia Ministry of Health (2004). *Social isolation among seniors: an emerging issue*, An Investigation by the Children’s, Women’s and Senior Health Branch: Great Britain, March 2004, p.3-45.  
[http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/Social\\_Isolation\\_Among\\_Seniors.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2004/Social_Isolation_Among_Seniors.pdf)

Brown, R.L. (1988). “Theories of mortality”, *Education and Examination Committee of the Society of Actuaries, Course 161 Study Note* 161-202-88.  
<https://www.soa.org/research/research-projects/pension/research-factors-affecting-retirement-mortality-farm-abstract.aspx>

Bulatao, R.A., Ross, J.A. (2003). “Which health services reduce maternal mortality? Evidence from ratings of maternal health services”, *Tropical Medicine & International Health*, 8, 710-721. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12869092>

- Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C., Thisted, R.A. (2006). "Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses", *Psychol.Aging*, Mar.,21(1):140-51. <http://psychology.uchicago.edu/people/faculty/cacioppo/jtcreprints/chwht06.pdf>
- Caldwell, J.C. (1998). "The Global Fertility Transition and Nepal", *Contribution to Nepalese Studies*, Volume 25. pp. 1-7. [http://himalaya.socanth.cam.ac.uk/collections/journals/contributions/pdf/CNAS\\_25\\_sp\\_01.pdf](http://himalaya.socanth.cam.ac.uk/collections/journals/contributions/pdf/CNAS_25_sp_01.pdf)
- Chesnais, J.C. (1986). "La transition démographique: étapes, formes, implications économiques, *Etude de séries temporelles (1720-1984) relatives à 67 pays*. Présentation d'un Cahier de l'INED", *Population*, numero 6. [http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop\\_0032-4663\\_1986\\_num\\_41\\_6\\_17679](http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/pop_0032-4663_1986_num_41_6_17679)
- Clark, R.L., Spengler, H.J. (1980). *The economics of Individual and Population Ageing*, Cambridge University Press. [https://books.google.gr/books?id=LkE5AAAAIAAJ&dq=The+Economics+of+Individual+and+Population+Aging&hl=el&source=gbs\\_navlinks\\_s](https://books.google.gr/books?id=LkE5AAAAIAAJ&dq=The+Economics+of+Individual+and+Population+Aging&hl=el&source=gbs_navlinks_s)
- Cummins, R.A. (1996). "The Domains of Life Satisfaction: an Attempt to Order Chaos", *Social Indicators Research*, 38 (1), 303-332. <http://link.springer.com/article/10.1007%2FBF00292050#page-1>
- Cummins, R.A. (2000). "Objective and Subjective Quality of Life: an Interactive Model", *Social Indicators Research*, 52 (1), 55-72. <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1007027822521>
- Cutler, D., Poterba, J., Sheiner, L. Summers, L. (1990). *An Aging Society: Opportunity or Challenge?* Harvard University. [http://www.brookings.edu/~media/Projects/BPEA/1990-1/1990a\\_bpea\\_cutler\\_poterba\\_sheiner\\_summers\\_akerlof.PDF](http://www.brookings.edu/~media/Projects/BPEA/1990-1/1990a_bpea_cutler_poterba_sheiner_summers_akerlof.PDF)
- Deaton, A., Lubotsky, D. (2001). "Mortality, inequality and race in American cities and states", *Working Paper* 8370, National Bureau of Economic Research. [http://www.princeton.edu/rpds/papers/pdfs/deaton\\_lubotsky\\_mortality\\_inequality\\_paper.pdf](http://www.princeton.edu/rpds/papers/pdfs/deaton_lubotsky_mortality_inequality_paper.pdf)
- Deaton, A. Paxson, C. (1999). "Mortality, education, income, and inequality among American cohorts", *Working Paper* 7140, National Bureau of Economic Research. [http://www.princeton.edu/rpds/papers/pdfs/deaton\\_paxson\\_mortality\\_cohorts.pdf](http://www.princeton.edu/rpds/papers/pdfs/deaton_paxson_mortality_cohorts.pdf)
- Delhey, J., Bohnke, P., Habich, R., Zapf, W. (2002). "Quality of life in a European Perspective: The EUROMODULE as a New Instrument for Comparative Welfare

Research”, *Social Indicators Research*, 58(1), 161-175.  
[http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F0-306-47513-8\\_8](http://link.springer.com/chapter/10.1007%2F0-306-47513-8_8)

Diener, E., Suh, E.M. (1997). “Measuring Quality of Life: Economic, Social, and Subjective indicators”, *Social Indicators Research*, 40, 189-216.  
<http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1006859511756>

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., Smith, H.L. (1999). “Subjective Well-Being: Three Decades of Progress”, *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.  
<http://cinik.free.fr/chlo/doc%20dans%20biblio,%20non%20imprim%C3%A9s/subjective%20well%20being.pdf>

Dixon, S. (2003). “Implications of population ageing for the labour market”, *Labour Market Trends*, Office for National Statistics, London. pp. 67-76  
<http://www.re-integrate.eu/resources/webre--implications-of-population-ageing-for-the-labourmarket.pdf>

Dobriansky, P.J., Suzman, R.M., Hodes, R.,J. (2011). *Why Population Aging Matters: A Global Perspective*. U.S., National Institute on Aging National Institutes of Health.  
<http://www.nia.nih.gov/health/publication/why-population-aging-matters-global-perspective/trend-6-changing-family-structure>

Dowrick, S. (2007). “Income-Based Measures of Average Well-being”, in. McGillivray, M. (Ed.), *Human Well-Being: Concept and Measurement*, Palgrave MacMillan, Basingstoke.  
<http://archive.unu.edu/unupress/sample-chapters/1130-UnderstandingHumanWell-Being.pdf>

European Commission (2013). “European Core Health Indicators ECHI”,  
[http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm)

European Commission (2006). *The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050)*, Economic Policy Report  
[http://ec.europa.eu/economy\\_finance/publications/publication6654\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication6654_en.pdf)

European Commission (2017). “The European Semester”, *Policies Information and Services*,  
[http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-your-country/ellada/progress-towards-2020-targets/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-your-country/ellada/progress-towards-2020-targets/index_en.htm)

European Commission. (2007). *Europe’s demographic future: Facts and figures on challenges and opportunities*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.  
[http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/csgr/green/foresight/demography/2007\\_ec\\_europes\\_demographic\\_future\\_facts\\_and\\_figures\\_on\\_challenges\\_and\\_opportunities.pdf](http://www2.warwick.ac.uk/fac/soc/csgr/green/foresight/demography/2007_ec_europes_demographic_future_facts_and_figures_on_challenges_and_opportunities.pdf)

- Eurostat (2011). “Archive: Population projections”, *Statistics explained*.  
[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Population\\_projections](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Archive:Population_projections)
- Eurostat (2012a). “Fertility Statistics”, *Statistics explained*.  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics\\_explained/index.php/Fertility\\_statistics](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Fertility_statistics)
- Eurostat. (2012b). “Fertility rate by regions”, *Total Fertility Rate*,  
<http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/mapToolClosed.do?tab=map&init=1&plugin=1&language=en&pcode=tsdde220&toolbox=layers>
- Farquhar, M. (1995). “Definitions of Quality of Life: a Taxonomy”, *Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 502-508. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7499618>
- Fayers, P.M., Machin, D. (2000). *Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation*, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 3-5.  
[http://issuu.com/regaland/docs/quality\\_of\\_life\\_assessment\\_\\_analysis\\_\\_and\\_interpre](http://issuu.com/regaland/docs/quality_of_life_assessment__analysis__and_interpre)
- Forbes, A. (1996). “Caring for Older People: Loneliness”, *British Medical Journals*, August, Vol.313, p.352-354.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2351757/pdf/bmj00554-0046.pdf>
- Fotakis, C. (2000). “Demographic ageing, employment growth and pensions sustainability in the EU: The option of migration”, *Expert group meeting on policy responses to population ageing and population decline*, Population Division. UN Secretariat. New York.  
<http://www.un.org/esa/population/publications/popdecline/fotakis.pdf>
- Frey, B.S. Stutzer, A. (2002). “What Can Economists Learn from Happiness Research?” *Journal of Economic Literature*, 40(2), 402-435.  
<http://people.ucsc.edu/~jhgonzal/100a/files/0-150.pdf>
- Gavrilov, L.A. Heuveline, P. (2003). “Aging of Population”, in: Demeny, P., McNicoll, G. (Eds.) *The Encyclopedia of Population*, Macmillan Reference, New York.  
<http://www.galegroup.com/servlet/ItemDetailServlet?region=9&imprint=000&titleCode=M333&type=4&id=174029>
- Gillen, M., Mills, T. Jump, J. (2003). “Family Relationships in an Aging Society”, *Aging in the 21st Century*, University of Florida Publ.  
<http://edis.ifas.ufl.edu/pdffiles/FY/FY62500.pdf>
- Grathwohl, D. (2011). “Europe faces the challenge of a shrinking, aging population”, *Europe*, DW. <http://www.dw.de/europe-faces-the-challenge-of-a-shrinking-aging-population/a-15486579>

- Haas, B.K. (1999). "A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life", *Western Journal of Nursing Research*, 21(6), 728-742.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11512210>
- Hagerty, M.R., Cummins, R.A., Ferriss, A.L., Michalos, A.C., Peterson, M., Sharpe, A., Sirgy, M.J., Vogel, J. (2001). "Quality of Life Indexes for National Policy: Review and Agenda for Research", *Social Indicators Research*, 55(1), 1-96 .  
<http://lin.ca/sites/default/files/attachments/Hagerty.pdf>
- Hakim, C. (2003). "A new approach to explaining fertility patterns: preference theory", *Population and Development Review*, 29, 349.  
<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.467.811&rep=rep1&type=pdf>
- Hall, M., Havens, B. (2001). "The effect of social isolation and loneliness on the health of older women", *Centres of excellence for women's health*, Fall, Vol.2, Nr 2, p.1-20. <http://www.pwhce.ca/effectSocialIsolation>
- Harper, S. (2000). "Ageing update. Ageing 2000. Questions for the 21st century", *Ageing and Society* 2000; 20:111-122.  
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=33287&fileId=S0144686X99009265>
- Horiuchi, S., Wilmoth, J. (1998). "Deceleration in the age pattern of mortality at older ages:", *Demography*, 35(4):391-412.  
<http://demog.berkeley.edu/~jrw/Eprints/horiuchi.wilmoth.1998.Decell1.c1.pdf>
- Hummer, R.A. (1996). "Black-White differences in health and mortality: a review and conceptual model", *The Sociological Quarterly*, 37(1):105-125.  
<http://www.jstor.org/discover/10.2307/4121305?sid=21105673571241&uid=3738128&uid=70&uid=4&uid=2&uid=2129>
- Drennan, J., Treacy, M., Butler, M., Byrne, A., Fealy, G., Frazer, K., Irving, K. (2008). "The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland", *Ageing and Society*, Cambridge University Press, 28:1113-1132.  
<http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=1&fid=2345892&jid=ASO&volumeId=28&issueId=08&aid=2345884>
- Kalache, A., Keller, I. (2000). "The Greying World: A Challenge for the Twenty-First Century", *Science Progress*, 83:33-54.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10800373>
- Kalache, A. (1999). "Active ageing makes the difference", *Bull World Health Organ*; 77(4): 299.  
<https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/10665/56468/1/activeageing.pdf>

- Kaplan, R.M., Bush, J.W. (1982). "Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis", *Health Psychology* 1982; 1:61-80. [http://rmkaplan.bol.ucla.edu/Robert\\_M.\\_Kaplan/1982\\_Publications\\_files/0066.pdf](http://rmkaplan.bol.ucla.edu/Robert_M._Kaplan/1982_Publications_files/0066.pdf)
- Kenny, M. (2005). "The Economist Intelligence Unit's Quality-of-life Index", *The world in 2005*. [http://www.economist.com/media/pdf/QUALITY\\_OF\\_LIFE.pdf](http://www.economist.com/media/pdf/QUALITY_OF_LIFE.pdf)
- Kirkt, D. (1996). "Demographic Transition Theory", *Population Studies*, 50 (1996), 361-387. [http://shrinking.ums-riate.fr/Ressources/Chap\\_01/KIR\\_96.pdf](http://shrinking.ums-riate.fr/Ressources/Chap_01/KIR_96.pdf)
- Klitgaard, K. (2010). "Secular Stagnation and the Failed Growth Economy. Conference proceedings", *Second International Conference on Economic Degrowth for Ecological Sustainability and Social Equity*, March 26 – 29. <http://www.barcelona.degrowth.org/fileadmin/content/documents/Proceedings/Kritgaard.pdf>
- Lantz, P.M., House, J.S., Lepkowski, J.M., Williams, D.R., Mero, R.P., Chen, J. (1998). "Socioeconomic factors, health behaviors and mortality", *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 279:1703-1708. [https://sph.umich.edu/sep/downloads/Lantz\\_Socioeconomic\\_Factors\\_Health\\_Behaviors\\_Mortality.pdf](https://sph.umich.edu/sep/downloads/Lantz_Socioeconomic_Factors_Health_Behaviors_Mortality.pdf)
- Lee, P. (1995). "Measuring social inequalities in health: introduction", *Public Health Reports*, 110:302-305. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1382124/pdf/pubhealthrep00054-0072.pdf>
- Lehman, F. (1997). "Instruments for measuring quality of life in mental illness", in: Katsching, H, Freeman H, Santorius, N (eds). *Quality of life in Mental Disorders*, John Wiley & Sons Ltd, West Sussex England, 1997:79-80. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1636133/>
- Lena, A., Ashok, K, Padma, M, Kamath, V., Kamath, A. (2009). "Health and Social Problems of the Elderly: A Cross-Sectional Study", *Indian journal of Community Medicine* pp. 131-134. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmid/19966960/>
- Li, J. (2009). "The effect of aging on industrial employment share. Evidence from the European Union", *Network for Studies on Pensions, Aging and Retirement*, <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=114003>
- Lindstrom, B., Ericsson, B. (1993). "Quality of Life Among Children in the Nordic Countries", *Quality of Life Research* (2), 23-32. <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00642886>

- Mathews, M., Clair, A., Kosloski, K. (2012). "Keeping the beat: Use of rhythmic music during exercise activities for the elderly with dementia. <http://www.alzheimer-hellas.gr/seminaria/mouzakidis1.pdf>
- Midhet, F., Becker, S., Berendes, H.W. (1998). "Contextual determinants of maternal mortality in rural Pakistan", *Social Science & Medicine*, 46, 1587-1598. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795369710137X>
- NCEA (2008). "Frequently Asked Questions", *National Centre on Elder Abuse*. [http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main\\_Site/FAQ/Questions.aspx](http://www.ncea.aoa.gov/NCEARoot/Main_Site/FAQ/Questions.aspx)
- OECD (2001). "Fiscal implications of ageing: projections of age-related spending", *OECD Economic Outlook*, 69, pp. 145-167. <http://www.oecd.org/eco/outlook/2085481.pdf>
- OECD. (2006). "Executive Summary", *Live longer, work longer*. <http://www.oecd.org/employment/emp/36218997.pdf>
- Pappas, G., Queen, S., Hadden, W., Fisher, G. (1993). "The increasing disparity in mortality between socioeconomic groups in the United States, 1960 and 1986" *New England Journal of Medicine*, 329(2):103-109. [http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199307083290207?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM199307083290207?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dwww.ncbi.nlm.nih.gov)
- Peterson, T. (2011). *Positive Health Promotion: Orienting Health Promotion within a Wellness Framework to Improve Public Health Quality*, A Master's Paper, Chapel Hill. <https://cdr.lib.unc.edu/indexablecontent/uuid:d4b04f2b-f685-4e62-a6c6-8b142cd626c4>
- Pinto, E., Tevlin, S. (2014). "Perspectives on the Recent Weakness in Investment", *Feds Notes*, Board of Governors of the Federal Reserve System, May 21. <http://www.federalreserve.gov/econresdata/notes/feds-notes/2014/perspectives-on-the-recent-weakness-in-investments-20140521.html>
- Restrepo, H, Rozental, M. (1994). "The social impact of aging populations: some major issues", *Social Science and Medicine Journal*. pp. 23-38. [http://www.researchgate.net/publication/15398376\\_The\\_social\\_impact\\_of\\_aging\\_populations\\_some\\_major\\_issues](http://www.researchgate.net/publication/15398376_The_social_impact_of_aging_populations_some_major_issues)
- Rogers, R.G. (1995). "Marriage, sex, and mortality", *Journal of Marriage and Family* 57:515-526. <http://www.jstor.org/discover/10.2307/353703?sid=21105673515121&uid=2129&uid=70&uid=4&uid=3738128&uid=2>



- Sauvy, A. (1979). "Les conséquences sociales et morales du vieillissement de la population", *Canadian Studies in Population*, Vol:6. pp. 1-7. <http://www.canpopsoc.ca/CanPopSoc/assets/File/publications/journal/CSPv6p1.pdf>
- Siegel, J.S. (2005). "The Great Debate on the Outlook for Human Longevity: Exposition and Evaluation of Two Divergent Views", Presented at the *Living to 100 and Beyond Symposium* Sponsored by the Society of Actuaries. Orlando, Fla. January 12-14. <https://www.soa.org/library/monographs/retirement-systems/living-to-100-and-beyond/2005/january/m-li05-1-xv.pdf>.
- Size More, Capital (2014). "Want an Explanation for Secular Stagnation? Try Demographics", *Size More Capital*. <http://sizemorecapital.com/want-an-explanation-for-secular-stagnation-try-demographics/>
- Smith, M.J., Goodchild, M.F., Longley, P.A. (2007). "Geospatial Analysis – The comprehensive guide to principles, techniques and software tools", *Webversion* (Oct. 2007). <http://www.spatialanalysisonline.com>
- Sorlie, P.D., Backlund, E., Keller, J.B. (1995). "U.S. mortality by economic, demographic, and social characteristics: the National Longitudinal Mortality Study", *American Journal of Public Health*, 85(7):949-956. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1615544/>
- Summers, L.H. (2012). "Breaking the negative feedback loop", *Reuters*. <http://blogs.reuters.com/lawrencesummers/2012/06/03/breaking-the-negative-feedback-loop/>
- Summers, L.H. (2014). "U.S. Economic Prospects: Secular Stagnation, Hysteresis, and the Zero Lower Bound", *Business Economics* Vol. 49, No. 2. National Association for Business Economics. <http://larrysummers.com/wp-content/uploads/2014/06/NABE-speech-Lawrence-H.-Summers1.pdf>
- Susniene, D., Jurkauskas, A. (2009). "The Concepts of Quality of Life and Happiness - Correlation and Differences", *Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics* (3), 58-66. <http://www.ktu.lt/lt/mokslas/zurnalai/inzeko/63/1392-2758-2009-3-63-58.pdf>
- Thun, M.J., Peto, R., Lopez, A.D., Monaco, J.H., Henley, S.J., Heath, C.W., Doll R., (1997). "Alcohol consumption and mortality among middle-aged and elderly U.S. adults", *The New England Journal of Medicine*, 337(24):1705-1712. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM199712113372401>
- Travato, F., Lalu, N.K. (1998). "Contribution of cause-specific mortality to changing sex differences in life expectancy: seven nations case study", *Social Biology*, 45:1-20. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9584575>

- United Nations (2001). *Replacement Migration: Is It a Solution to Declining and Ageing Populations ?*”, United Nations Population Division., <http://www.un.org/esa/population/publications/ReplMigED/chap2-Litrev.pdf>
- Valliant, G.E., Mukamal K. (2001). ”Successful Aging”, *Journal of Psychiatry*, 158(6):839-847. <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.158.6.839>
- Veenhoven, R. (2000). “The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life”, *Journal of Happiness Studies* (1), 1-39. <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2006f-full.pdf>
- Veenhoven, R. (2005). “Apparent Quality of Life in Nations. How Long and Happy People Live”, *Social Indicators Research* (71), 61-68. <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2005j-full.pdf>
- Veenhoven, R. (2009). “Well-Being in Nations and Well-Being of Nations. Is There a Conflict Between Individual and Society?”, *Social Indicators Research* (91), 5-21. <http://www2.eur.nl/fsw/research/veenhoven/Pub2000s/2009d-full.pdf>
- Wald, N.J., Watt, H.C. (1997). “Prospective study of effect of switching from cigarettes to pipes or cigars on mortality from three smoking related diseases”, *British Medical Journal*, 314:1860-1863. <http://www.bmj.com/cgi/pmidlookup?view=long&pmid=9224127>
- Wei, M., Kampert, J.B., Barlow, C.E., Nichaman, M.Z., Gibbons, L.W., Paffenbarger, R, Blair, S.N. (1999). “Relationship between low cardiorespiratory fitness and mortality in normal-weight, overweight and obese men”, *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 282(16):1547. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?volume=282&page=1547>
- WHO (2000). *Quantification of the Health effects of exposure to air pollution, Report of a WHO Working Group*, WHO, Bilthoven, Netherlands. 20-22 November. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/112160/E74256.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/112160/E74256.pdf)
- WHO (1998). “World Atlas of Ageing” Japan 1998: 5, WHO. [http://whqlibdoc.who.int/wkc/1998/WHO\\_WKC\\_Tech.Ser.\\_98.1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/wkc/1998/WHO_WKC_Tech.Ser._98.1.pdf)
- WHO (2012). *Regional Office for the Eastern Mediterranean Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies: a foundation document to guide capacity development of health educators*, WHO. [http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB\\_2012\\_EN\\_1362.pdf](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf)
- Yfantopoulos, J. (2001a). “The ‘Social’ Quality of Life”, *Archives of Hellenic Medicine*: 18: 108-113. <http://www.mednet.gr/archives/2001-2/pdf/108.pdf>

- Zafar, F., Ford, N., Ankomah, A. (1995). "Significance of beliefs and values in predicting fertility and contraceptive behaviour in Pakistan", *Journal of Biosocial Science*, 27, 301-318. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7650047>
- Αστάρας, Θ., Οικονομίδης, Δ. (2007). *Γεωγραφικά Συστήματα Πληροφοριών – Σημειώσεις στο Μάθημα: «Ψηφιακή Χαρτογραφία & Γεωγραφικά Συστήματα Πληροφοριών»* - Ηλεκτρονική έκδοση - Τμήμα Γεωλογίας – ΑΠΘ. <http://www.geo.auth.gr/courses/gge/gge656e/>
- Βαϊόπουλος, Δ., Νικολακόπουλος, Κ., Σκιάνης, Γ. (2002). "Δημιουργία ψηφιακών μοντέλων ανάγλυφου με ψηφιοποίηση ισοϋψών από τοπογραφικούς χάρτες και στατιστική ποσοτικοποίηση του σφάλματος που υπεισέρχεται κατά την κατασκευή τους", *Πανελλήνια Γεωγραφικά Συνέδρια, Συλλογή Πρακτικών, 6ο Πανελλήνιο Γεωγραφικό Συνέδριο (Τόμος Β)*. <http://geolib.geo.auth.gr/ojs-2.2.2/index.php/pgc/article/view/9310/9061>
- Βαλάσση-Αδάμ, Ε. (2001). "Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής", *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2001; 18(3):216-217. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/216.pdf>
- Βέμη, Ν., Αναγνωστόπουλος, Φ., Νιάκας, Δ. (2007). "Σωματική και ψυχολογική λειτουργικότητα των Ελλήνων αστυνομικών", *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 2007, 24 (Συμπληρωματικό τεύχος 1) :43-50. <http://www.mednet.gr/archives/2007-sup/pdf/43.pdf>
- Βεσκούκη, Γ., Ρίζου, Ι., Γαλλιού, Γ. (2011). "Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Καρδιαγγειακά Νοσήματα", *Πιλοτική Έρευνα*. <http://www.tzaneio.gr/epistimoniko/p11-2-5.pdf>
- Γ.Γ.Ι.Φ. (2014). *Η Υγεία των ανδρών και γυναικών στην Ελλάδα: Κατάσταση Υγείας, Χρήση Υπηρεσιών Υγείας και Προσδιοριστικοί Παράγοντες*, Γενική Γραμματεία Ισότητας των Φύλων <http://www.isotita.gr/in dex.php/statistics/c199/>
- Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ., Αλεξιάς, Γ. (2002). "Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής. Από τη Θεωρία στην Πράξη", *INFORESPIRATORY*. Τεύχος 49 - ΜΑΪΟΣ – ΙΟΥΛΙΟΣ. [http://www.iatrikionline.gr/Respiratory\\_49/5.pdf](http://www.iatrikionline.gr/Respiratory_49/5.pdf)
- ΕΕΔΕ (2007). "Κοινοτική Πρωτοβουλία EQUAL, Αναπτυξιακή Σύμπραξη «ΕΜΠΕΙΡΙΑ». «Καινοτόμες προσεγγίσεις εφαρμογών Κοινωνικού Διαλόγου. Η περίπτωση της διαχείρισης της ενεργού γήρανσης»", *Σεμινάριο Επιμόρφωσης Στελεχών «Σύγχρονες πολιτικές αποτελεσματικής διαχείρισης της ενεργού γήρανσης του εργατικού δυναμικού»*, Μάιος. [http://www.oke.gr/empeiria/stud/11\\_1el.pdf](http://www.oke.gr/empeiria/stud/11_1el.pdf)
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. (2008). *Προβολές πληθυσμού της Ελλάδος - Σημείωμα (Ετών 2007 – 2050)*. [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1605/Other/A1605\\_S PO18\\_MT\\_AN\\_00\\_2007\\_00\\_2050\\_10\\_F\\_GR.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A1605/Other/A1605_S PO18_MT_AN_00_2007_00_2050_10_F_GR.pdf)

- ΕΛ.ΣΤΑΤ., (2014). *Έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών 2013*. [http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802\\_SFA10\\_DT\\_AN\\_00\\_2013\\_01\\_F\\_EN.pdf](http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/BUCKET/A0802/PressReleases/A0802_SFA10_DT_AN_00_2013_01_F_EN.pdf)
- Enterprise Greece (2015). “Η Ελλάδα σήμερα: η ελληνική οικονομία”, INVEST in GREECE agency. <http://www.investgreece.gov.gr/default.asp?pid=16&la=2>
- Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και Συμβούλιο (2012). *Απόφαση αριθ. 940/2011/EK του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 14ης Σεπτεμβρίου 2011, σχετικά με το Ευρωπαϊκό Έτος Ενεργού Γήρανσης και Αλληλεγγύης μεταξύ των Γενεών (2012)*. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:246:0005:0010:EL:PDF>
- Κακλαμάνης, Στ., Κοτσυφάκης, Γ. (2009). “Η θνησιμότητα στην Ελλάδα 1960-2001”, στο: Κοτζαμάνης, Β. (επιμ.), *Η δημογραφική πρόκληση, γεγονότα και διακυβεύματα*, Βόλος, ΕΔΚΑ,-Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, 2009 σσ. 173-208. [http://www.demography-lab.prd.uth.gr/Papers/7\\_KAKLAMANI-KOTSIFAKIS\\_THISSIMOTITA\\_2009.pdf](http://www.demography-lab.prd.uth.gr/Papers/7_KAKLAMANI-KOTSIFAKIS_THISSIMOTITA_2009.pdf)
- Καρδασάκης, Ι., (2007). *Παραγοντική ανάλυση διατροφικών συνηθειών ηλικιωμένων & συσχέτιση αυτών με κλινικά & παρακλινικά χαρακτηριστικά τους* (Μελέτη Αττική). <http://estia.hua.gr:8080/dspace/handle/123456789/36>
- Καρτέρης, Μ., (1994). “Τηλεπισκόπηση Φυσικών Πόρων και Γεωγραφικά Συστήματα Πληροφοριών” στο Αστάρης Θ. Οικονομίδης Δ. (2007). *Γεωγραφικά Συστήματα Πληροφοριών. Σημειώσεις στο Μάθημα: «Ψηφιακή Χαρτογραφία & Γεωγραφικά Συστήματα Πληροφοριών»* - Ηλεκτρονική έκδοση - Τμήμα Γεωλογίας - Α.Π.Θ., Διαθέσιμο στο: <http://www.geo.auth.gr/courses/gge/gge656e/>
- Κοντελής, Ι. (2012). *Προβλήματα υγείας και διατροφής στη τρίτη ηλικία*. <http://www.diatrofi.gr/index.php/bri-i/third-age/item/1061>
- Κοτζαμάνης, Β., Σοφianoπούλου, Κ. (2009). “Γονιμότητα και αναπαραγωγή στη μεταπολεμική Ελλάδα, συγχρονική και διαγενεακή προσέγγιση”, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, τευχ. 128Α, σσ. 3-38. [http://www.demography-lab.prd.uth.gr/Papers/ANAPARGOGI\\_EKE%202009.pdf](http://www.demography-lab.prd.uth.gr/Papers/ANAPARGOGI_EKE%202009.pdf)
- Κοτζαμάνης, Β. (1994). “Δημογραφική γήρανση στη μεταπολεμική Ελλάδα”, *Κοινωνική Εργασία*, (32), σελ. 225-249. <http://www.demography-lab.prd.uth.gr/ddaog/edu/tutor/3-4.pdf>
- Κοτζαμάνης, Β. (2009). *Γεννητικότητα - Γονιμότητα*. [http://www.demography-lab.prd.uth.gr/GENNITIKOTITA\\_GONIMOTITA.pdf](http://www.demography-lab.prd.uth.gr/GENNITIKOTITA_GONIMOTITA.pdf)
- Κοτζαμάνης, Β. (2012). *Λεξικό Δημογραφικών Όρων*. [http://www.demography-lab.prd.uth.gr/DDAoG/edu/Lexiko/LEXIKO\\_GR.pdf](http://www.demography-lab.prd.uth.gr/DDAoG/edu/Lexiko/LEXIKO_GR.pdf)

- Κωνσταντινίδης, Α. (2011). *Ψηφιακά Μοντέλα Εδάφους και Εφαρμογές των Γεωγραφικών Συστημάτων Πληροφοριών – Σημειώσεις στο Μάθημα Εφαρμογές Γεωγραφικών Συστημάτων Πληροφοριών*, ΤΕΙ Σερρών, Τμήμα Γεωπληροφορικής και Τοπογραφίας. [http://www.teiser.gr/repository/repository/sygentrwhsh\\_ylikou/didaktiko%20yliko%20gia%20pylh/Tmhma\\_Geoplhroforikhs/Kwnstantinidis/efarmoges\\_GIS/\\_GIS.pdf](http://www.teiser.gr/repository/repository/sygentrwhsh_ylikou/didaktiko%20yliko%20gia%20pylh/Tmhma_Geoplhroforikhs/Kwnstantinidis/efarmoges_GIS/_GIS.pdf)
- Κωστάκη, Α. (2003). *Τεχνικές Δημογραφικής Ανάλυσης*. <http://statathens.aueb.gr/~akostaki/gr/courses/kefalaiο2.pdf>
- Μπαλτάς, Π. (2014). “Αναβολή, αναπλήρωση και τελική ατεκνία, τρία αναδυόμενα φαινόμενα στην εξέλιξη της -προ της κρίσης- γονιμότητας στην Ελλάδα: μια πρώτη προσέγγιση”, *Σειρά ερευνητικών Εργασιών*, 10, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας-ΤΜΧΠΠΑ ΕΔΚΑ, Βόλος, 42 σελ. [http://www.demography-lab.prd.uth.gr/abstract/FINAL\\_WP%20EDKA%20BALTAS%20KOTZAMANIS\\_10.pdf](http://www.demography-lab.prd.uth.gr/abstract/FINAL_WP%20EDKA%20BALTAS%20KOTZAMANIS_10.pdf)
- Μπαμπάτσικου, Φ. (2011). “Περιβαλλοντική Υγεία”, *Το Βήμα του Ασκληπιού*. Τόμος 10, Τεύχος 2. [http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2002\\_11/VA\\_ED\\_10\\_02\\_11.pdf](http://www.vimaasklipiou.gr/volumes/2011/VOLUME%2002_11/VA_ED_10_02_11.pdf)
- Μπουναρτζής, Β. (2013). “Η μετανάστευση στην Ελλάδα”, *School Time*. <http://www.schooltime.gr/2013/10/20/i-metanasteusi-stin-ellada/#.VQgBn2ccTIU>
- Μώρος, Γ. (2012). *Η γήρανση του πληθυσμού στην Ελλάδα και τα εφαρμοζόμενα σχέδια δράσης – Προτεινόμενες δράσεις υποστήριξης και φροντίδας ηλικιωμένων*. [http://physiotherapy.com.gr/physio\\_files/oldageGreece.pdf](http://physiotherapy.com.gr/physio_files/oldageGreece.pdf)
- Νάκου, Σ. (2001). “Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 254-266. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/254.pdf>
- Οικονόμου, Μ, Κοκκώση, Μ, Τριανταφύλλου, Ε, και συν. (2001). “Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3): 239-253. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/239.pdf>
- Παναγιωτοπούλου, Α. (2011). *Άγχος και Κατάθλιψη στην 3η Ηλικία*. [http://www.dromostherapeia.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2189:-3-&catid=80:psygeneral&Itemid=81](http://www.dromostherapeia.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=2189:-3-&catid=80:psygeneral&Itemid=81)
- Παραδεϊσάνου, Α. (χ.χ.). “Το Φαινόμενο της Μετανάστευσης”, *Ελληνική Αστυνομία*. [http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo\\_content&perform=view&id=1852&..](http://www.astynomia.gr/index.php?option=ozo_content&perform=view&id=1852&..)
- RUBSI (2010). “Τα Κοινωνικά Προβλήματα της Τρίτης Ηλικίας στην Κύπρο”, *ΙΠΕ: ΚΟΙΝΩ/0506/11*.

[http://www2.parliament.cy/parliamentgr/010/Documents/Ekthesi%20Vouli%20ton%20Geronton-6%2011%2010-emx%20\(3\).doc](http://www2.parliament.cy/parliamentgr/010/Documents/Ekthesi%20Vouli%20ton%20Geronton-6%2011%2010-emx%20(3).doc)

Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (2012). *Ανταπόκριση στις δημογραφικές προκλήσεις μέσω της ενισχυμένης συμμετοχής όλων στην αγορά εργασίας και στην κοινωνία*, Συμπεράσματα του Συμβουλίου Βρυξέλλες, 22 Ιουνίου (27.06), Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 11639/12, SOC 594. <http://register.consilium.europa.eu/pdf/el/12/st11/st11639.el12.pdf>

Τσαμπούκος, Ν., (2010). “Η Ευδαιμονία στην Αριστοτελική Ηθική (Ηθικά Νικομάχεια 1176a30-1179a32)”, *2η Εργασία για τη Θεματική Ενότητα Ελληνική Φιλοσοφία και Επιστήμη: Από την Αρχαιότητα έως τον 20ο Αιώνα*. ΕΑΠ, ΕΛΠ22. [http://eapologies.pblogs.gr/files/302161-TsampoukosNi02\\_ELP22.pdf](http://eapologies.pblogs.gr/files/302161-TsampoukosNi02_ELP22.pdf)

Τούντας, Γ. (2014). *Κοινωνικοοικονομική κατάσταση και υγεία, Υγεία – Περιβάλλον & Υγεία - Οικονομία και υγεία - Κοινωνικοοικονομική κατάσταση και υγεία*, <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=804>

Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ. (2001). “Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3):218-229. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/218.pdf>

Υφαντόπουλος, Γ., (2007). “Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο”, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 24 (Συμπλ 1):6-18. <http://www.mednet.gr/archives/2007-sup/pdf/6.pdf>

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ





**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α:**  
**Ερωτηματολόγιο**

## **Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Πληροφοριακού Συστήματος με τη Χρήση της Τεχνολογίας των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (GIS) για τη Διερεύνηση Κοινωνικο-οικονομικών Δεικτών που επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας Ηλικιωμένων**

*Παρακαλώ να συμπληρώσετε προσεκτικά το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Στόχος του ερωτηματολογίου είναι να διαπιστωθεί κατά πόσον οι κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων.*

*Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και κανένα προσωπικό στοιχείο δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθεί.*

*Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική και θα χρειαστείτε μόλις 5 λεπτά από το χρόνο σας για να συμπληρώσετε την φόρμα του ερωτηματολογίου παρακάτω.*

*Με εκτίμηση,*

*Z. Δερμάτης*

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΑΙ ΑΔΕΙΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ημερομηνία: ____/____/____		
Νομός / Πόλη: _____		
ΚΑΠΗ: _____		
<b>A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>		
1. Φύλο	1. Άνδρας <input type="checkbox"/> 2. Γυναίκα <input type="checkbox"/>	
2. Ηλικία	1. <70 <input type="checkbox"/> 2. 70-80 <input type="checkbox"/> 3. >80 <input type="checkbox"/>	
3. Οικογενειακή Κατάσταση	1. Έγγαμος <input type="checkbox"/> 2. Άγαμος <input type="checkbox"/> 3. Χήρος/α <input type="checkbox"/> 4. Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> 5. Σε διάσταση <input type="checkbox"/>	
<b>B. ΔΙΑΜΟΝΗ</b>		
4. Περιοχή Διαμονής σήμερα	1. Αστική > 10.000 <input type="checkbox"/> 2. Ημιαστική 2.000 – 10.000 <input type="checkbox"/> 3. Αγροτική < 2.000 <input type="checkbox"/>	
5. Περιοχή Διαμονής στο παρελθόν	1. Αστική > 10.000 <input type="checkbox"/> 2. Ημιαστική 2.000 – 10.000 <input type="checkbox"/> 3. Αγροτική < 2.000 <input type="checkbox"/>	
6. Τόπος διαμονής	1. Σπίτι α. ιδιόκτητο <input type="checkbox"/> β. ενοίκιο <input type="checkbox"/> 2. Φιλοξενούμενος <input type="checkbox"/> 3. Ίδρυμα <input type="checkbox"/> (αν ναι, προσδιορίστε το διάστημα σε έτη) <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	

7. Κατάσταση διαβίωσης	1. Διαμένει μόνος/η <input type="checkbox"/> 2. Διαμένει με σύζυγο/σύντροφο μόνο <input type="checkbox"/> 3. Διαμένει με παιδιά / εγγόνια <input type="checkbox"/> 4. Διαμένει με άλλους συγγενείς <input type="checkbox"/> 5. Διαμένει με οικιακή βοηθό <input type="checkbox"/> 6. Διαμένει με επαγγελματία φροντιστή <input type="checkbox"/> 7. Άλλο <input type="checkbox"/>
8. Συνολικός αριθμός μελών της οικογένειας που ζει στο ίδιο σπίτι	<input type="text"/> άτομα
<b>Γ. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ</b>	
9. Μορφωτικό Επίπεδο (Εκπαίδευση)	1. Καμία Εκπαίδευση <input type="checkbox"/> 2. Δημοτικό <input type="checkbox"/> 3. Γυμνάσιο <input type="checkbox"/> 4. Λύκειο <input type="checkbox"/> 5. Μεταλυκειακή Σχολή <input type="checkbox"/> 6. ΤΕΙ <input type="checkbox"/> 7. Πανεπιστήμιο <input type="checkbox"/> 8. Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/> 9. Διδακτορικό <input type="checkbox"/>
10. Επάγγελμα (παρόν, ή σε περίπτωση συνταξιούχου, προηγούμενο επάγγελμα)	1. Ανεπίδητος εργάτης <input type="checkbox"/> 2. Ειδικευμένος εργάτης <input type="checkbox"/> 3. Ελεύθερος επαγγελματίας <input type="checkbox"/> 4. Αγρότης <input type="checkbox"/> 5. Ιδιωτικός υπάλληλος <input type="checkbox"/> 6. Δημόσιος υπάλληλος <input type="checkbox"/> 7. Οικιακά <input type="checkbox"/> 8. Άνεργος <input type="checkbox"/>
11. Ποια είναι η κύρια πηγή του εισοδήματός σας;	1. Σύνταξη <input type="checkbox"/> 2. Σύνταξη συζύγου <input type="checkbox"/> 3. Δουλειά <input type="checkbox"/> 4. Δουλειά συζύγου <input type="checkbox"/> 5. Οικογένεια <input type="checkbox"/> 6. Περιουσία <input type="checkbox"/> 7. Άλλο <input type="checkbox"/>
12. Έχετε οικονομική	1. Ναι <input type="checkbox"/>

αυτοδυναμία; (Ζείτε από τους δικούς σας πόρους χωρίς τη βοήθεια παιδιών ή άλλων;)	2. Όχι <input type="checkbox"/>
13. Ετήσιο Εισόδημα από μισθούς/συντάξεις	1. Κανένα εισόδημα <input type="checkbox"/> 2. Από 0 έως 6.000 <input type="checkbox"/> 3. Από 6.001 έως 12.000 ευρώ <input type="checkbox"/> 4. Από 12.001 έως 24.000 ευρώ <input type="checkbox"/> 5. Από 24.001 και πάνω <input type="checkbox"/>

#### Δ. ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

14. Προβλήματα Υγείας	1. Τραύματα-Κακώσεις <input type="checkbox"/> 2. Υπέρταση <input type="checkbox"/> 3. Διαβήτης <input type="checkbox"/> 4. Μυοσκελετικά / Κινητικά <input type="checkbox"/> 5. Νευρολογικά <input type="checkbox"/> 6. Ψυχιατρικά (π.χ. Κατάθλιψη) <input type="checkbox"/> 7. Καρδιαγγειακά <input type="checkbox"/> 8. Προβλήματα όρασης <input type="checkbox"/> 9. Προβλήματα ακοής <input type="checkbox"/> 10. Περιοδοντίτιδα <input type="checkbox"/> 11. Άνοια <input type="checkbox"/>															
15. Είμαι αρκετά υγιής να βγω και να έχω δραστηριότητα	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%; text-align: center;">Συμφωνώ απόλυτα</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Συμφωνώ</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Διαφωνώ</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Διαφωνώ Απόλυτα</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">(1)</th> <th style="text-align: center;">(2)</th> <th style="text-align: center;">(3)</th> <th style="text-align: center;">(4)</th> <th style="text-align: center;">(5)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table>	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)					
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα												
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)												
16. Κάπνισμα	1. Ναι <input type="checkbox"/> Αν απαντήσατε ΝΑΙ παρακαλώ προσδιορίστε: ..... τσιγάρα / ημέρα επί .....χρόνια  2. Όχι <input type="checkbox"/> Σε περίπτωση που καπνίζατε στο παρελθόν και το έχετε διακόψει, παρακαλώ προσδιορίστε: «δεν καπνίζω εδώ και .....χρόνια (αριθμός ετών αποχής από το κάπνισμα)»															
17. Κατανάλωση Αλκοόλ (σημερινή κατάσταση)	1. Δεν έκανα ποτέ χρήση αλκοόλ <input type="checkbox"/> 2. Διέκοψα την χρήση αλκοόλ πριν από ..... χρόνια, (αριθμός ετών αποχής από το αλκοόλ)															

18. Διατροφή	<p>1. Ζωικά παράγωγα:</p> <p>1. ποτέ <input type="checkbox"/></p> <p>2. σπάνια <input type="checkbox"/></p> <p>3. συχνά <input type="checkbox"/></p> <p>4. πολύ συχνά <input type="checkbox"/></p> <p>2. Φυτικές ίνες:</p> <p>1. ποτέ <input type="checkbox"/></p> <p>2. σπάνια <input type="checkbox"/></p> <p>3. συχνά <input type="checkbox"/></p> <p>4. πολύ συχνά <input type="checkbox"/></p>															
19. Ύπνος (ποιότητα ύπνου)	<p>1. Ναι (κοιμάμαι εύκολα) <input type="checkbox"/></p> <p>2. Όχι (κοιμάμαι δύσκολα) <input type="checkbox"/></p> <p>Αν απαντήσατε ΟΧΙ παρακαλώ προσδιορίστε αν λαμβάνετε κάποιο φάρμακο για τη διευκόλυνση του ύπνου</p> <p>Ναι <input type="checkbox"/></p> <p>Όχι <input type="checkbox"/></p>															
20. Νιώθετε ότι δεν έχετε ξεκουραστεί όταν σηκώνεστε από το κρεβάτι;	<p>1. Ναι <input type="checkbox"/></p> <p>2. Όχι <input type="checkbox"/></p> <p>3. Μερικές φορές <input type="checkbox"/></p> <p>4. Δεν ξέρω <input type="checkbox"/></p>															
21. Έχω πολύ καλή φυσική ενέργεια	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Συμφωνώ απόλυτα</th> <th>Συμφωνώ</th> <th>Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ</th> <th>Διαφωνώ</th> <th>Διαφωνώ Απόλυτα</th> </tr> <tr> <th>(1)</th> <th>(2)</th> <th>(3)</th> <th>(4)</th> <th>(5)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα												
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
<b>Ε. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ</b>																
22. Η ποιότητα ζωής σας συνολικά είναι:	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Πολύ καλή</th> <th>Καλή</th> <th>Μέτρια</th> <th>Κακή</th> <th>Πολύ Κακή</th> </tr> <tr> <th>(1)</th> <th>(2)</th> <th>(3)</th> <th>(4)</th> <th>(5)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ Κακή	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ Κακή												
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)												
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												

23. Απολαμβάνω τη ζωή μου συνολικά	Συμφωνώ απόλυτα  (1)	Συμφωνώ  (2)	Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ  (3)	Διαφωνώ  (4)	Διαφωνώ Απόλυτα  (5)
24. Είμαι ευτυχής σε ένα μεγάλο μέρος του χρόνου	Συμφωνώ απόλυτα  (1)	Συμφωνώ  (2)	Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ  (3)	Διαφωνώ  (4)	Διαφωνώ Απόλυτα  (5)
25. Η σημερινή οικονομική κρίση με επηρεάζει αρνητικά	Συμφωνώ απόλυτα  (1)	Συμφωνώ  (2)	Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ  (3)	Διαφωνώ  (4)	Διαφωνώ Απόλυτα  (5)
26. Ο πόνος έχει επιπτώσεις στην ευημερία μου	Συμφωνώ απόλυτα  (1)	Συμφωνώ  (2)	Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ  (3)	Διαφωνώ  (4)	Διαφωνώ Απόλυτα  (5)
27. Η υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι	Συμφωνώ απόλυτα  (1)	Συμφωνώ  (2)	Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ  (3)	Διαφωνώ  (4)	Διαφωνώ Απόλυτα  (5)





**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β:**  
**Εφαρμογή Survey123**

My Survey

Ημερομηνία  
Σάββατο, 4 Ιουνίου 2016

Νομός / Πόλη  
*GPS coordinates can only be collected when outside.*

37°31'N 22°24'E ± 10 μ.

Καπή  
Τρίπολη

Φύλο  
 Άνδρας  
 Γυναίκα

1

My Survey

Επάγγελμα (παρόν, ή σε περίπτωση συνταξιούχου, προηγούμενο επάγγελμα)

Ανείδικετος εργάτης  
 Ειδικευμένος εργάτης  
 Ελεύθερος επαγγελματίας  
 Αγρότης  
 Ιδιωτικός υπάλληλος  
 Δημόσιος υπάλληλος  
 Οικιακά  
 Άνεργος

Ποια είναι η κύρια πηγή του εισοδήματός σας;

Σύνταξη  
 Σύνταξη συζύγου  
 Δουλειά  
 Δουλειά συζύγου  
 Οικογένεια  
 Περιουσία  
 Other

2

My Survey

Προβλήματα Υγείας

Τραύματα-Κακώσεις  
 Υπέρταση  
 Διαβήτης  
 Μυοσκελετικά / Κινητικά  
 Νευρολογικά  
 Ψυχιατρικά (π.χ. Κατάθλιψη)  
 Καρδιαγγειακά  
 Προβλήματα όρασης  
 Προβλήματα ακοής  
 Περιοδοντίτιδα  
 Άνοια  
 Κανένα πρόβλημα υγείας  
 Other

Είμαι αρκετά υγιής να βγω και να έχω δραστηριότητα

Συμφωνώ απόλυτα  
 Συμφωνώ  
 Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ  
 Διαφωνώ

3

My Survey

Ημερομηνία  
Date

Νομός / Πόλη  
*GPS coordinates can only be collected when outside.*

37°31'N 22°23'E ± 3000 μ.

*Η προεπισκόπηση του χάρτη εκτός σύνδεσης δεν είναι διαθέσιμη*

Καπή

Φύλο  
 Άνδρας  
 Γυναίκα

Ηλικία

4

My Survey

<70  
 70-80  
 >80

Οικογενειακή Κατάσταση

Έγγαμος  
 Άγαμος  
 Χήρος/α  
 Διαζευγμένος/η  
 Σε διάσταση

Περιοχή Διαμονής σήμερα

Αστική > 10.000  
 Ημιαστική 2.000 – 10.000  
 Αγροτική < 2.000

Περιοχή Διαμονής στο παρελθόν

Αστική > 10.000  
 Ημιαστική 2.000 – 10.000  
 Αγροτική < 2.000

5

My Survey

Περιοχή Διαμονής στο παρελθόν

Αστική > 10.000  
 Ημιαστική 2.000 – 10.000  
 Αγροτική < 2.000

Τόπος διαμονής

Σπίτι  
 Φιλοξενούμενος  
 Ίδρυμα

Κατάσταση διαβίωσης

Διαμένει μόνος/η  
 Διαμένει με σύζυγο/σύντροφο μόνο  
 Διαμένει με παιδιά / εγγόνια  
 Διαμένει με άλλους συγγενείς  
 Διαμένει με οικιακή βοηθό  
 Διαμένει με επαγγελματία φροντιστή  
 Other

Συνολικός αριθμός μελών της οικογένειας

6

My Survey

Συνολικός αριθμός μελών της οικογένειας που ζει στο ίδιο σπίτι

Μορφωτικό Επίπεδο (Εκπαίδευση)

Καμία Εκπαίδευση  
 Δημοτικό  
 Γυμνάσιο  
 Λύκειο  
 Μεταλυκειακή Σχολή  
 ΤΕΙ  
 Πανεπιστήμιο  
 Μεταπτυχιακό  
 Διδακτορικό

Επάγγελμα (παρόν, ή σε περίπτωση συνταξιούχου, προηγούμενο επάγγελμα)

Ανείδικετος εργάτης  
 Ειδικευμένος εργάτης  
 Ελεύθερος επαγγελματίας  
 Αγρότης  
 Ιδιωτικός υπάλληλος  
 Δημόσιος υπάλληλος  
 Οικιακά  
 Άνεργος

7

My Survey

Επάγγελμα (παρόν, ή σε περίπτωση συνταξιούχου, προηγούμενο επάγγελμα)

Ανείδικετος εργάτης  
 Ειδικευμένος εργάτης  
 Ελεύθερος επαγγελματίας  
 Αγρότης  
 Ιδιωτικός υπάλληλος  
 Δημόσιος υπάλληλος  
 Οικιακά  
 Άνεργος

Ποια είναι η κύρια πηγή του εισοδήματός σας;

Σύνταξη  
 Σύνταξη συζύγου  
 Δουλειά  
 Δουλειά συζύγου  
 Οικογένεια  
 Περιουσία  
 Other

8

My Survey

Εχετε οικονομική αυτοδυναμία; (Ζείτε από τους δικούς σας πόρους χωρίς τη βοήθεια παιδιών ή άλλων;)

ΝΑΙ  
 ΟΧΙ  
 ΝΑΙ  
 ΟΧΙ

Ετήσιο Εισόδημα από μισθούς/συντάξεις

Κανένα εισόδημα  
 Από 0 έως 6.000  
 Από 6.001 έως 12.000 ευρώ  
 Από 12.001 έως 24.001 ευρώ  
 Από 24.001 και πάνω

Προβλήματα Υγείας

Τραύματα-Κακώσεις  
 Υπέρταση  
 Διαβήτης  
 Μυοσκελετικά / Κινητικά  
 Νευρολογικά  
 Ψυχιατρικά (π.χ. Κατάθλιψη)

✔ 9

My Survey

Προβλήματα Υγείας

Τραύματα-Κακώσεις  
 Υπέρταση  
 Διαβήτης  
 Μυοσκελετικά / Κινητικά  
 Νευρολογικά  
 Ψυχιατρικά (π.χ. Κατάθλιψη)  
 Καρδιαγγειακά  
 Προβλήματα όρασης  
 Προβλήματα ακοής  
 Περιοδοντίτιδα  
 Άνοια  
 Κανένα πρόβλημα υγείας  
 Other

Είμαι αρκετά υγιής να βγω και να έχω δραστηριότητα

Συμφωνώ απόλυτα  
 Συμφωνώ  
 Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ  
 Διαφωνώ  
 Διαφωνώ Απόλυτα

✔ 10

My Survey

Είμαι αρκετά υγιής να βγω και να έχω δραστηριότητα

Συμφωνώ απόλυτα  
 Συμφωνώ  
 Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ  
 Διαφωνώ  
 Διαφωνώ Απόλυτα

Κάπνισμα

ΝΑΙ  
 ΟΧΙ

Κατανάλωση Αλκοόλ (σημερινή κατάσταση)

Δεν έκανα ποτέ χρήση αλκοόλ  
 Διέκοψα την χρήση αλκοόλ

Διατροφή Ζωικά Παράγωγα

Ποτέ  
 Σπάνια  
 Συχνά  
 Πολύ Συχνά

✔ 11

My Survey

Διατροφή ζωικά παραγωγα

Ποτέ  
 Σπάνια  
 Συχνά  
 Πολύ Συχνά

Διατροφή Φυτικές Ίνες

Ποτέ  
 Σπάνια  
 Συχνά  
 Πολύ Συχνά

Ύπνος (ποιότητα ύπνου)

Ναι (κοιμάμαι εύκολα)  
 Όχι (κοιμάμαι δύσκολα)

Νιώθετε ότι δεν έχετε ξεκουραστεί όταν σηκώνεστε από το κρεβάτι;

Ναι  
 Όχι  
 Μερικές φορές

✔ 12

My Survey

Διατροφή Ζωικά Παράγωγα

Ποτέ

Σπάνια

Συχνά

Πολύ Συχνά

Διατροφή Φυτικές Ίνες

Ποτέ

Σπάνια

Συχνά

Πολύ Συχνά

Ύπνος (ποιότητα ύπνου)

Ναι (κοιμάμαι εύκολα)

Όχι (κοιμάμαι δύσκολα)

Νιώθετε ότι δεν έχετε ξεκουραστεί όταν σηκώνεστε από το κρεβάτι;

Ναι

Όχι

Μερικές φορές

Δεν ξέρω

13

My Survey

Νιώθετε ότι δεν έχετε ξεκουραστεί όταν σηκώνεστε από το κρεβάτι;

Ναι

Όχι

Μερικές φορές

Δεν ξέρω

Έχω πολύ καλή φυσική ενέργεια

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ Απόλυτα

Η ποιότητα ζωής σας συνολικά είναι

Πολύ καλή

Καλή

Μέτρια

Κακή

Πολύ Κακή

14

My Survey

Απολαμβάνω τη ζωή μου συνολικά

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ Απόλυτα

Είμαι ευτυχής σε ένα μεγάλο μέρος του χρόνου

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ Απόλυτα

Η σημερινή οικονομική κρίση με επηρεάζει αρνητικά

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ Απόλυτα

15

My Survey

Η σημερινή οικονομική κρίση με επηρεάζει αρνητικά

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ Απόλυτα

Ο πόνος έχει επιπτώσεις στην ευημερία μου

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ Απόλυτα

Η υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι

Συμφωνώ απόλυτα

Συμφωνώ

Ούτε Συμφωνώ/ Διαφωνώ

Διαφωνώ

Διαφωνώ Απόλυτα

16

My Survey

Τόπος διαμονής

Σπίτι

Φιλοξενούμενος

Ίδρυμα

Κατάσταση διαβίωσης

Διαμένει μόνος/η

Διαμένει με σύζυγο/σύντροφο μόνο

Διαμένει με παιδιά / εγγόνια

Διαμένει με άλλους συγγενείς

Διαμένει με οικιακή βοηθό

Διαμένει με επαγγελματία φροντιστή

Other

Συνολικός αριθμός μελών της οικογένειας που ζει στο ίδιο σπίτι

Μορφωτικό Επίπεδο (Εκπαίδευση)

Καμία Εκπαίδευση

✓ 17

My Survey

Τόπος διαμονής

Σπίτι

Φιλοξενούμενος

Ίδρυμα

Σπίτι

Ιδιόκτητο

Ενοίκιο

Κατάσταση διαβίωσης

Διαμένει μόνος/η

Διαμένει με σύζυγο/σύντροφο μόνο

Διαμένει με παιδιά / εγγόνια

Διαμένει με άλλους συγγενείς

Διαμένει με οικιακή βοηθό

Διαμένει με επαγγελματία φροντιστή

Other

Συνολικός αριθμός μελών της οικογένειας που ζει στο ίδιο σπίτι

✓ 18

My Survey

Κάπνισμα

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Κατανάλωση Αλκοόλ (σημερινή κατάσταση)

Δεν έκανα ποτέ χρήση αλκοόλ

Διέκοψα την χρήση αλκοόλ

Διατροφή Ζωικά Παράγωγα

Ποτέ

Σπάνια

Συχνά

Πολύ Συχνά

Διατροφή Φυτικές Ύψεις

Ποτέ

Σπάνια

Συχνά

Πολύ Συχνά

✓ 19

My Survey

Κάπνισμα

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Παρακαλώ προσδιορίστε:..... τσιγάρα / ημέρα

Παρακαλώ προσδιορίστε: επί .....χρόνια

Κατανάλωση Αλκοόλ (σημερινή κατάσταση)

Δεν έκανα ποτέ χρήση αλκοόλ

Διέκοψα την χρήση αλκοόλ

Διατροφή Ζωικά Παράγωγα

Ποτέ

Σπάνια

Συχνά

✓ 20

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ:**  
**Ηλεκτρονικό Ερωτηματολόγιο (Limesurvey)**

# Limesurvey

**Διερεύνηση Κοινωνικο-Οικονομικών Δεικτών που επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας των Ηλικιωμένων**

Στα πλαίσια της εκπόνησης της Διδακτορικής μου Διατριβής στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου σας παρακαλώ να συμπληρώσετε προσεκτικά το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Στόχος του ερωτηματολογίου είναι να διαπιστωθεί κατά πόσον οι κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και κανένα προσωπικό στοιχείο δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθεί.

Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική και θα χρειαστείτε μόλις 5 λεπτά από το χρόνο σας για να συμπληρώσετε την φόρμα του ερωτηματολογίου παρακάτω.

Με εκτίμηση,  
Ζαχαρίας Δερμιάτης

Καλωσήρθατε στη πλατφόρμα ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου

Υπάρχουν 30 ερωτήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο

**Σημείωση σχετικά με το προσωπικό απόγευμα**  
Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι ανώνυμο.  
Οι απαντήσεις των ερωτήσεων που δίνονται στις ερωτήσεις δεν παράγουν καμία πληροφορία ταυτοποίησης για εσάς, καθώς και αν μια συγκεκριμένη ερώτηση απαιτεί μετά-θέση κάποιου πληροφοριών. Εάν χρησιμοποιήσετε έναν κωδικό/κωδικό ταυτοποίησης για να απαντήσετε ερωτήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο, παρακαλώ μόνον να μην α-κωδικοποιήσετε αυτές, αλλά να απαντήσετε μόνο με τις απαντήσεις σας. Η Διαχείριση του γίνεται σε ξεχωριστή βάση δεδομένων και θα συμπεριληφθεί μόνον για να δείτε εάν συμπληρώσατε ή όχι αυτό το ερωτηματολόγιο. Δεν υπάρχει καμία περίπτωση αντιστοίχισης κωδικοποιημένων ταυτοποίησης και απαντήσεων σε ένα ερωτηματολόγιο.

Επίσημη ημεμελούς ερωτηματολογίου... [Επόμενη >](#) [Έξοδος και καθαρισμός ερωτηματολογίου](#)



1

**Διερεύνηση Κοινωνικο-Οικονομικών Δεικτών που επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας των Ηλικιωμένων**

Στα πλαίσια της εκπόνησης της Διδακτορικής μου Διατριβής στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου σας παρακαλώ να συμπληρώσετε προσεκτικά το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Στόχος του ερωτηματολογίου είναι να διαπιστωθεί κατά πόσον οι κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και κανένα προσωπικό στοιχείο δεν πρόκειται να δημοσιοποιηθεί.

Η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική και θα χρειαστείτε μόλις 5 λεπτά από το χρόνο σας για να συμπληρώσετε την φόρμα του ερωτηματολογίου παρακάτω.

Με εκτίμηση,  
Ζαχαρίας Δερμιάτης

0%  100%

**A1**

**Παρατήρηση**  
Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις

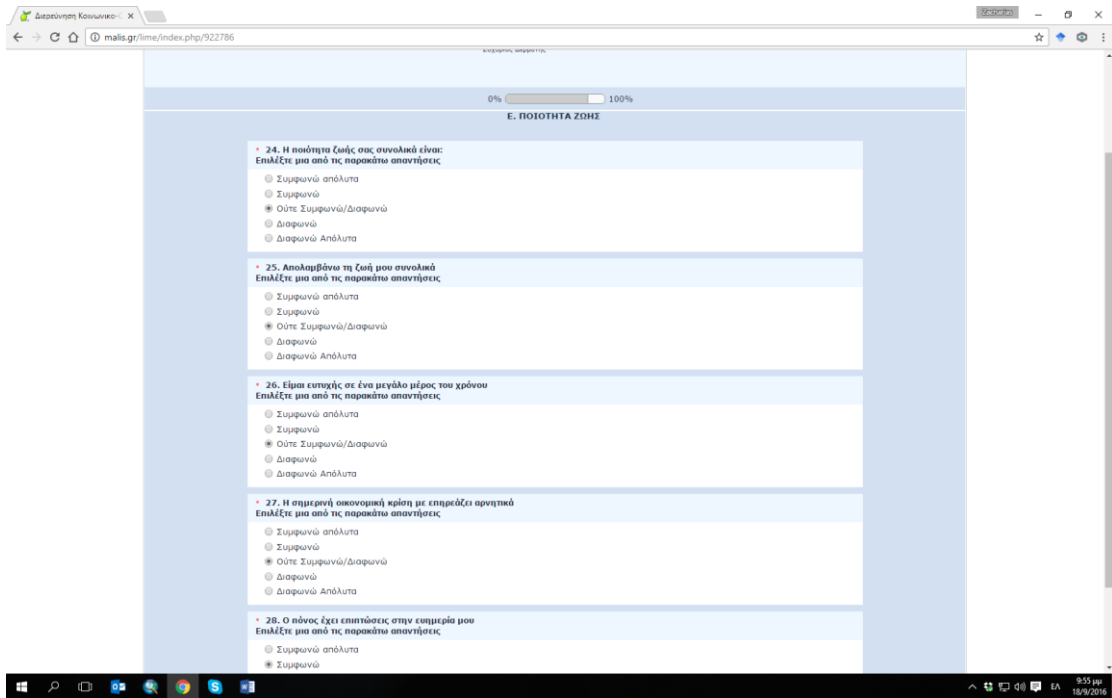
Παρακαλώ επιλέξτε...

[Επιστροφή σχετικά](#) [Προηγούμενη](#) [Επόμενη >](#) [Έξοδος και καθαρισμός ερωτηματολογίου](#)

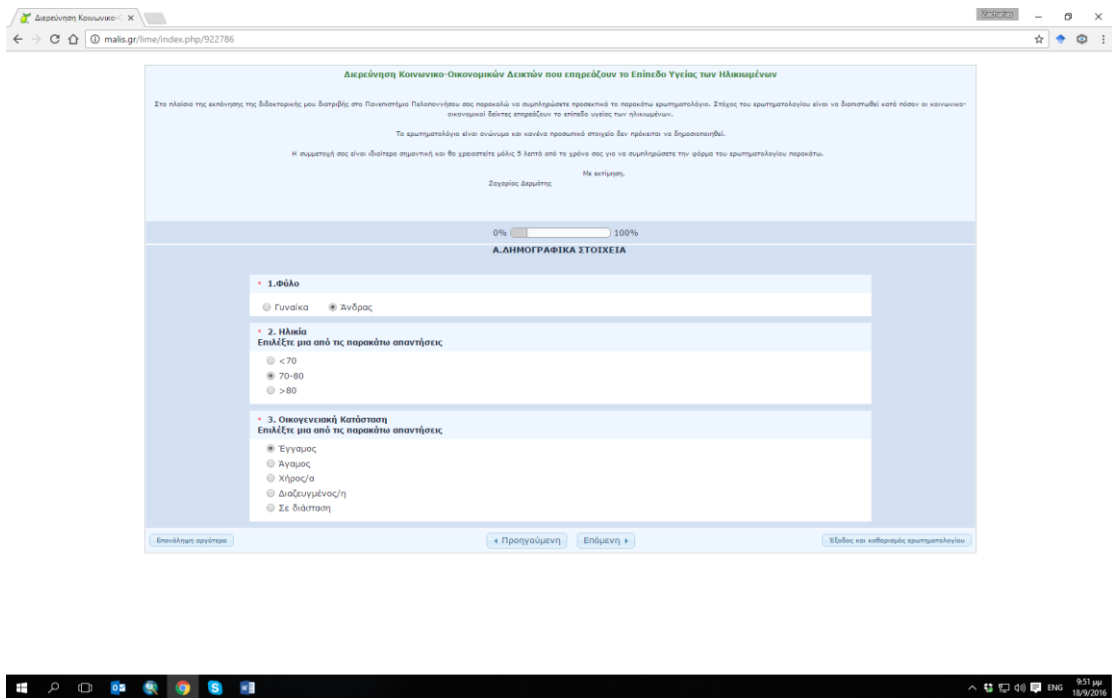


2  
314

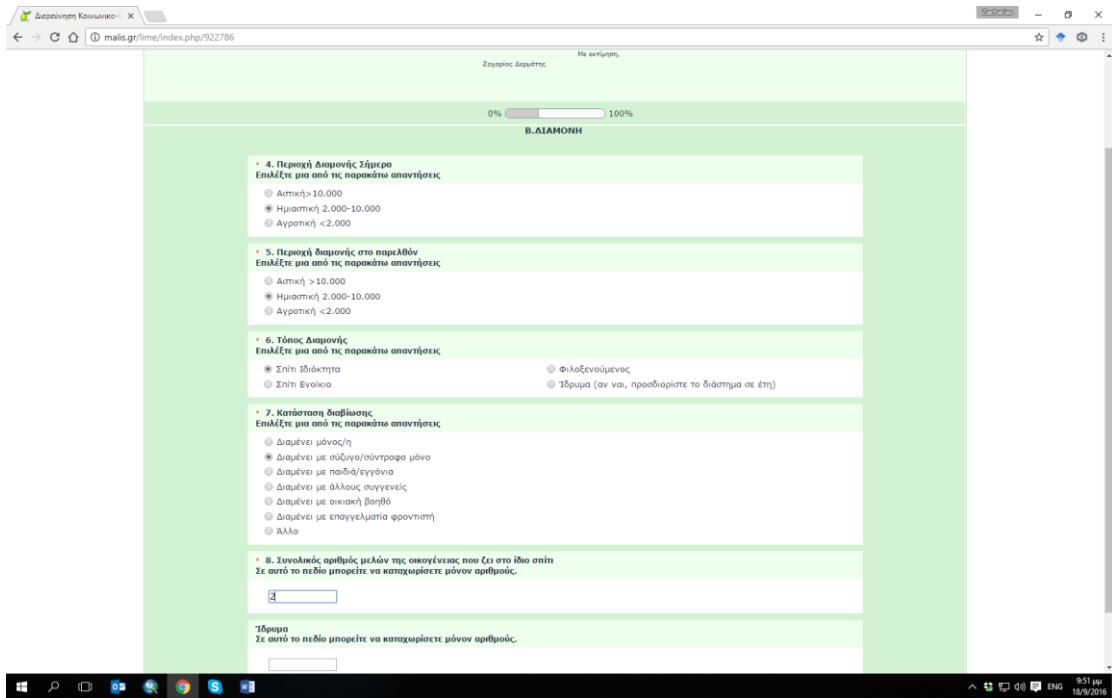




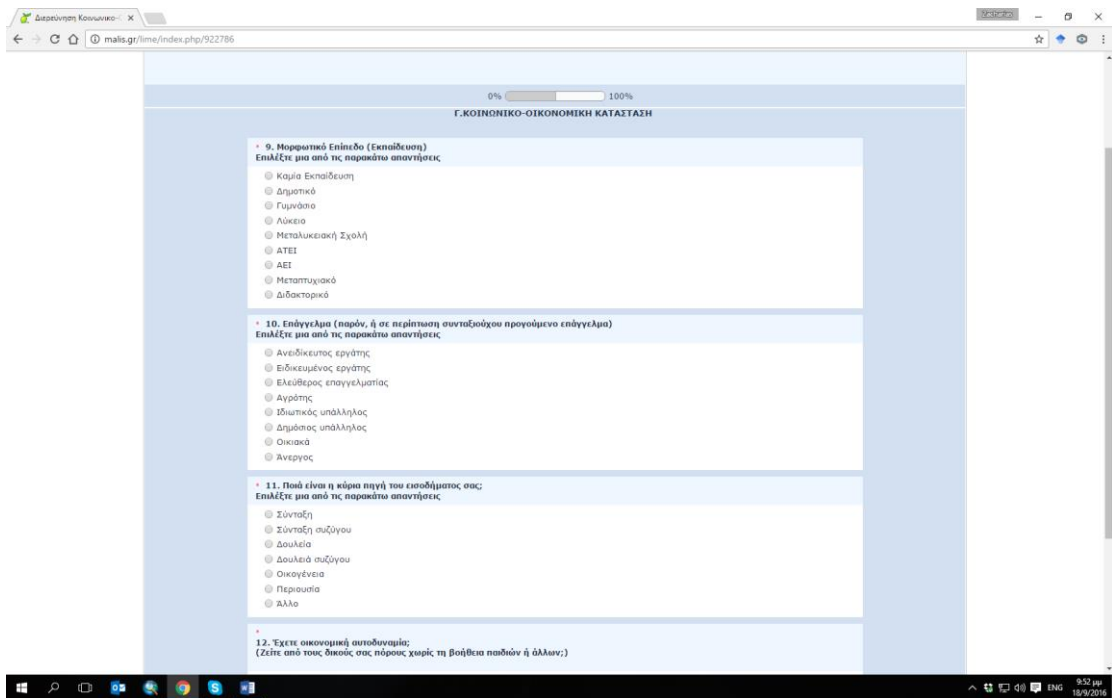
3



4



5



6

Δαπάνη Κοινωνικό - X

malls.gr/time/index.php/922786

ΆΤΕΙ  
 ΑΕΙ  
 Μεταπτυχιακό  
 Διδακτορικό

**10. Επάγγελμα (παρόν, ή σε περίπτωση συνταξοδότηου προηγούμενο επάγγελμα)**  
**Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις**

Ανεπίκευτος εργάτης  
 Επικρατέστερος εργάτης  
 Εκπαιδευμένος επαγγελματίας  
 Αγρότης  
 Ιδιωτικός υπάλληλος  
 Δημόσιος υπάλληλος  
 Οικιακός  
 Άνεργος

**11. Ποιά είναι η κύρια πηγή του εισοδήματός σας;**  
**Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις**

Σύνταξη  
 Σύνταξη συζύγου  
 Δουλειά  
 Δουλειά συζύγου  
 Οικονομία  
 Περουσία  
 Άλλο

**12. Έχετε οικονομική αυτονομία;**  
**(Ζητεί από τους θεσμούς σας πόρους χωρίς τη βοήθεια παιδιών ή άλλων;)**

Ναι  Όχι

**13. Ετήσιο εισόδημα από μισθούς/συντάξεις**  
**Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις**

Κανένα εισόδημα  
 Από 0€ έως 6.000€  
 Από 6.001€ έως 12.000€  
 Από 12.001€ έως 24.001€  
 Από 24.001€ και άνω

Επιστροφή αρχήματα

9:55 pm 16/9/2016

7

Δαπάνη Κοινωνικό - X

malls.gr/time/index.php/922786

0%  100%

**Δ.ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ**

**• Προβλήματα Υγείας**  
**Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις**

Τράυματα - Κακώσεις  
 Υπέρταση  
 Διαιτητική  
 Μυοσκελετικά / Κινητικά  
 Νευρολογικά  
 Κατάθλιψη  
 Καρδιαγγειακά  
 Προβλήματα ακοής  
 Άλλα προβλήματα υγείας  
 Κανένα πρόβλημα υγείας

**• Έχει πολύ καλή φυσική ενέργεια**

Συμφωνά απόλυτα	Συμφωνά	Όχι Συμφωνά/ Διαφωνά	Διαφωνά	Διαφωνά Απόλυτα
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**• Η υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι μου**

Συμφωνά απόλυτα	Συμφωνά	Όχι Συμφωνά/ Διαφωνά	Διαφωνά	Διαφωνά Απόλυτα
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**• Έχω αρκετά υγιές να βγω και να έχω δραστηριότητα**

Συμφωνά απόλυτα	Συμφωνά	Όχι Συμφωνά/ Διαφωνά	Διαφωνά	Διαφωνά Απόλυτα
<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**• Κάνισμα**  
**Μόνο αρθροί μπορούν να καταχωρηθούν σε αυτό το πεδίο.**

ΝΑΙ (Αν απαντήσετε ΝΑΙ παρακαλώ προσδιορίστε : .....τογάρω/μήρα επί.....χρόνια   
 ΟΧΙ   
 Αριθμός ετών αποχής από το κάπνισμα

9:54 pm 16/9/2016

8

Δαπέυση Κοινωνία - X

mail5.gr/time/index.php/922786

Συμφωνά απόλυτα Συμφωνά Διαφωνά Διαφωνά Διαφωνά Απόλυτα

**\* Κάπνισμα**  
**Μόνο αριθμοί μπορούν να καταχωρηθούν σε αυτά τα πεδία.**

ΝΑΙ (Αν απαντήσατε ΝΑΙ παρακαλώ προσδιορίστε : .....τογάρη/ημέρα επί.....χρόνια)   
 ΟΧΙ   
 Αριθμός ετών αποχής από το κάπνισμα

**\* Κατανάλωση Αλκοόλ (σημερινή κατάσταση)**  
**Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις**

Δεν έχανα ποτέ χρήση αλκοόλ   
 Διάκοψα την χρήση αλκοόλ πριν από .....χρόνια, (αριθμός ετών αποχής από το αλκοόλ)

**\* Διατροφή (1 ποτε, 2 σπάνια, 3 συχνά, 4 πολύ συχνά)**  
**Μόνο αριθμοί μπορούν να καταχωρηθούν σε αυτά τα πεδία.**

Συνικό παράγωγα   
 Φυτικές ίνες

**\* Ίνγκες ( ΝΑΙ κοιλίαι εύκολα, ΟΧΙ κοιλίαι δύσκολα)**  
**Αν απαντήσατε ΟΧΙ παρακαλώ προσδιορίστε αν λαμβάνετε κάποιο φάρμακο για την διευκόλυνση του ύπνου**

Ναι  Όχι

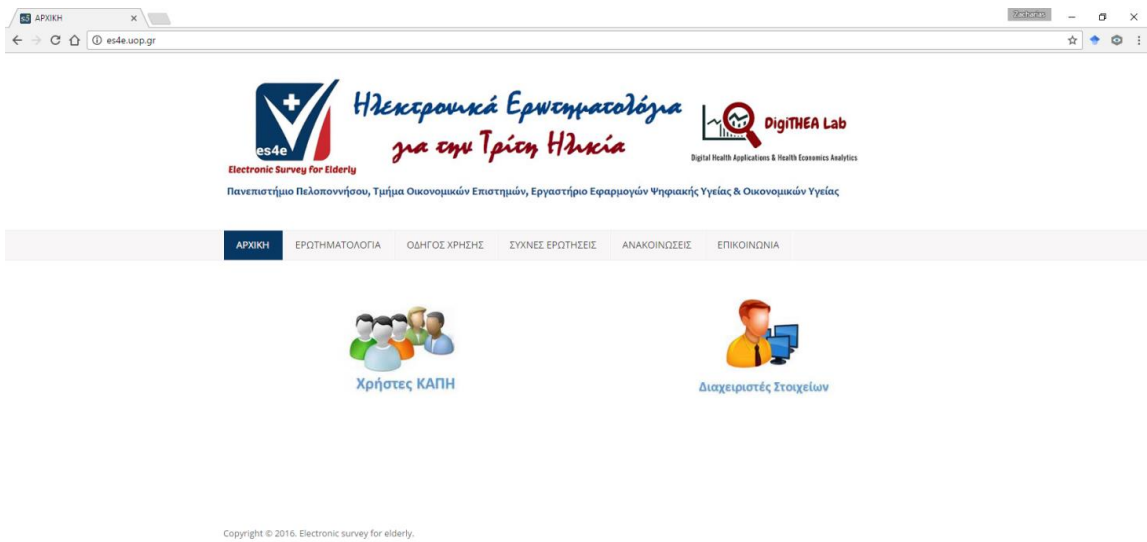
Ναι  Όχι  Καμία απάντηση

**\* Νιώθετε ότι δεν έχετε ξεκουραστεί όταν σηκώνεστε από το κρεβάτι;**  
**Επιλέξτε μια από τις παρακάτω απαντήσεις**

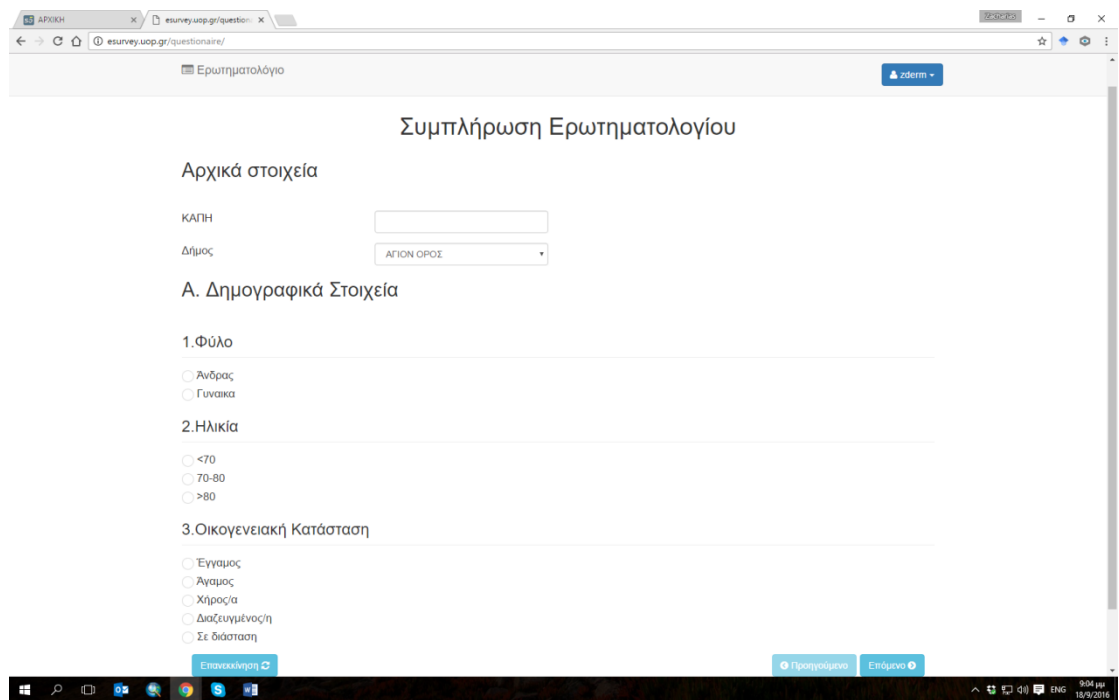
ΝΑΙ  
 ΟΧΙ  
 Μερικές φορές  
 Δεν ξέρω

Επιλογή αγόραση Προηγούμενη Επόμενη Είδηλα και καθαρισμός κρηταματόλινου

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ:**  
**Ηλεκτρονικό Ερωτηματολόγιο (Python)**



1



2

Ερωτηματολόγιο

**B. Διαμονή**

4. Περιοχή Διαμονής Σήμερα

Αστική (>10.000)  
 Ημιαστική (2.000-10.000)  
 Αγροτική (<2.000)

5. Περιοχή Διαμονής στο Παρελθόν

Αστική (>10.000)  
 Ημιαστική (2.000-10.000)  
 Αγροτική (<2.000)

6. Τόπος Διαμονής

Σπίτι (Ιδιόκτητο)  
 Σπίτι (Ενοίκιο)  
 Φιλοξενούμενος  
 Ώρυμα

7. Κατάσταση Διαμονής

Άνδρας  
 Γυναίκα

8. Συνολικός Αριθμός μελών της ίδιας οικογένειας που ζει στο ίδιο σπίτι

[Επιστροφή](#) [Προηγούμενο](#) [Επόμενο](#)

3

Ερωτηματολόγιο

**Συμπλήρωση Ερωτηματολογίου**

**Γ. Κοινωνικό-Οικονομική κατάσταση**

9. Μορφωτικό επίπεδο (Εκπαίδευση)

Καμία εκπαίδευση  
 Δημοτικό  
 Γυμνάσιο  
 Λύκειο  
 Μεταλυκειακή Σχολή  
 ΤΕΙ  
 Πανεπιστήμιο  
 Μεταπτυχιακό  
 Δοδακτορικό

10. Επάγγελμα (παρόν, η σε περίπτωση συνταξιούχου προηγούμενο επάγγελμα)

Ανεπίσημος Εργάτης  
 Ειδικευμένος Εργάτης  
 Ελεύθερος Επαγγελματίας  
 Αγρότης  
 Ιδιωτικός υπάλληλος  
 Δημόσιος Υπάλληλος  
 Οικιακά  
 Άνεργος

11. Κύρια πηγή εισοδήματος

4

Ερωτηματολόγιο

Ιατρικός υπαλληλός  
 Δημόσιος Υπάλληλος  
 Οικιακά  
 Άνεργος

11. Κύρια πηγή εισοδήματος

Σύνταξη  
 Σύνταξη συζύγου  
 Δουλειά  
 Δουλειά συζύγου  
 Οικογένεια  
 Περιουσία  
 Άλλο

12. Έχετε οικονομική αυτοδυναμία; (Ζείτε από τους δικούς σας πόρους χωρίς την βοήθεια παιδιών ή άλλων;)

Ναι  
 Όχι

13. Ετήσιο εισόδημα από μισθούς / συντάξεις

Κανένα εισόδημα  
 Από 0 έως 6.000 ευρώ  
 Από 6.001 έως 12.000 ευρώ  
 Από 12.001 έως 24.000 ευρώ  
 Από 24.001 και πάνω

Επιστροφή

Προηγούμενο

Επόμενο

5

Ερωτηματολόγιο

Συμπλήρωση Ερωτηματολογίου

Δ. Ιατρικό Ιστορικό

14. Προβλήματα Υγείας

Τραύματα-Κακώσεις  
 Υπέρταση  
 Διαβήτης  
 Μυοσκελετικά - Κινητικά  
 Νευρολογικά  
 Κατάθλιξη  
 Καρδιαγγειακά  
 Προβλήματα Όρασης  
 Προβλήματα Ακοής  
 Άλλα προβλήματα υγείας  
 Κανένα πρόβλημα υγείας

15. Έχω πολύ καλή φυσική ενέργεια

Συμφωνώ απόλυτα  
 Συμφωνώ  
 Ούτε Συμφωνώ / Διαφωνώ  
 Διαφωνώ  
 Διαφωνώ Απόλυτα

16. Η υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι

Συμφωνώ απόλυτα

6



Ερωτηματολόγιο

19. Κατανάλωση αλκοόλ

Δεν έχανα ποτέ χρήση αλκοόλ  
 Δίεκομα την χρήση αλκοόλ πριν από (χρόνια):

20. Διατροφή

1. Ζωικά Παράγωγα

Ποτέ  
 Σπάνια  
 Συχνά  
 Πολύ Συχνά

2. Φυτικά Παράγωγα

Ποτέ  
 Σπάνια  
 Συχνά  
 Πολύ Συχνά

21. Υπνος (ποιότητα ύπνου)

Ναι (κοιμάμαι εύκολα)  
 Όχι (κοιμάμαι δύσκολα)

22. Νιώθετε ότι δεν έχετε ξεκουραστεί όταν σηκώνεστε από το κρεβάτι;

Ποτέ  
 Σπάνια  
 Συχνά  
 Πολύ Συχνά

Επισκέλευση Προηγούμενο Επόμενο

7

Ερωτηματολόγιο

Συμπλήρωση Ερωτηματολογίου

Ε. Ποιότητα ζωής

24. Η ποιότητα ζωής σας συνολικά είναι

Πολύ καλή  
 Καλή  
 Μέτρια  
 Κακή  
 Πολύ κακή

25. Απολαμβάνω την ζωή μου συνολικά

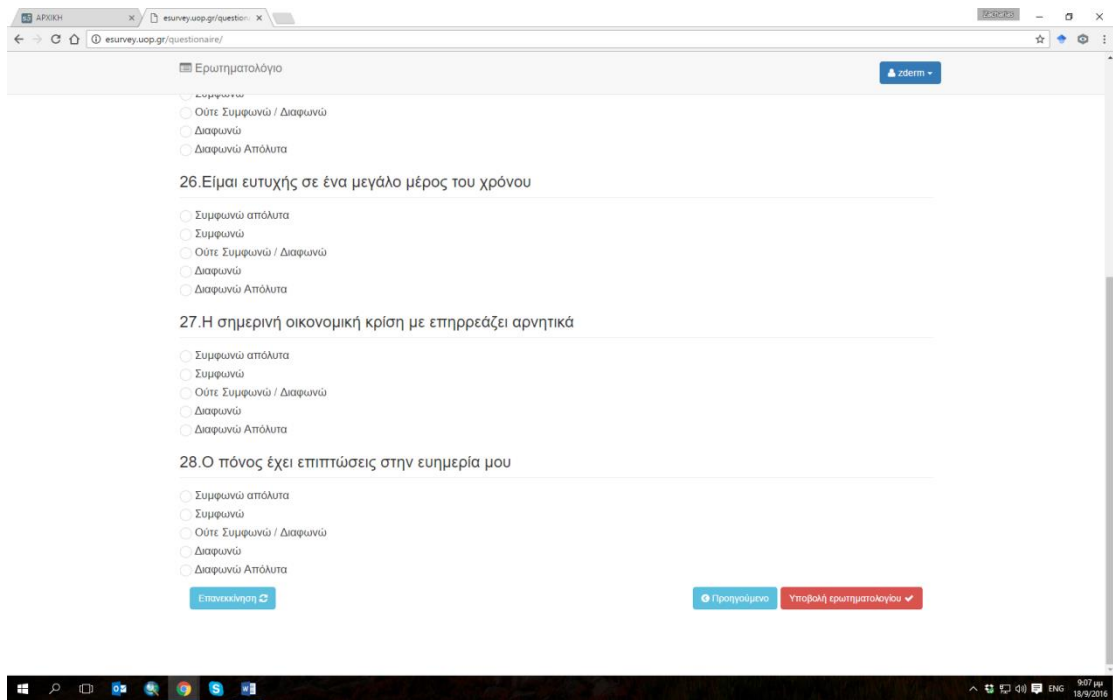
Συμφωνώ απόλυτα  
 Συμφωνώ  
 Ούτε Συμφωνώ / Διαφωνώ  
 Διαφωνώ  
 Διαφωνώ Απόλυτα

26. Είμαι ευτυχής σε ένα μεγάλο μέρος του χρόνου

Συμφωνώ απόλυτα  
 Συμφωνώ  
 Ούτε Συμφωνώ / Διαφωνώ  
 Διαφωνώ  
 Διαφωνώ Απόλυτα

27. Η σημερινή οικονομική κρίση με επηρεάζει αρνητικά

8

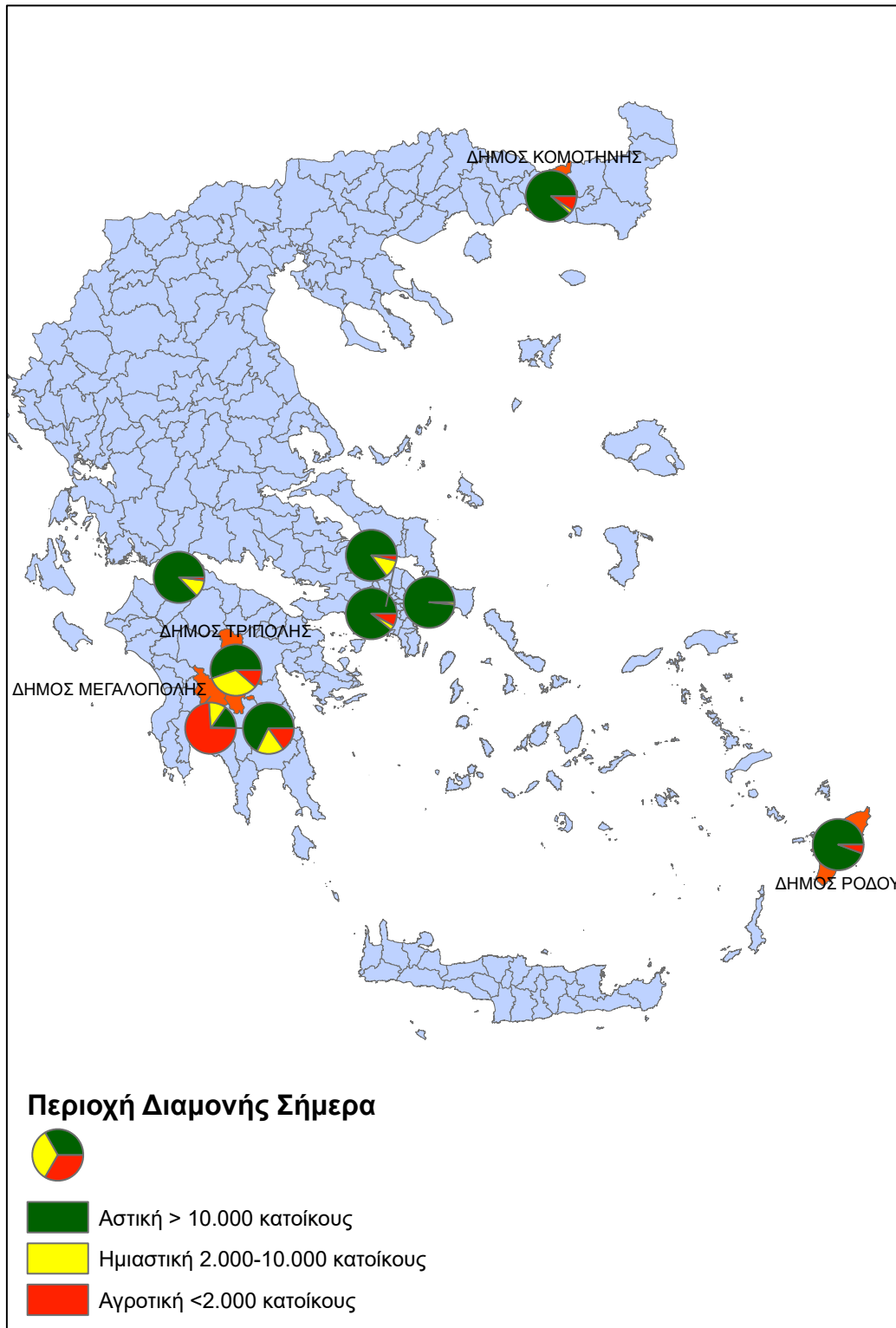


**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε:**  
**Γραφική Απεικόνιση με GIS**

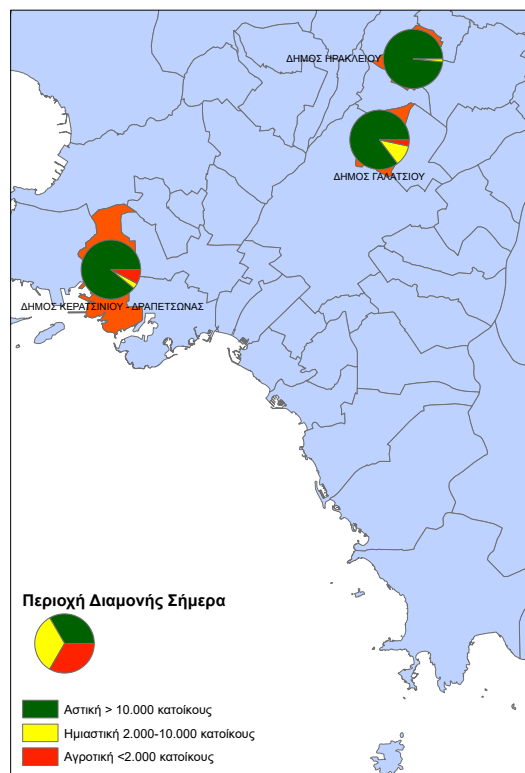
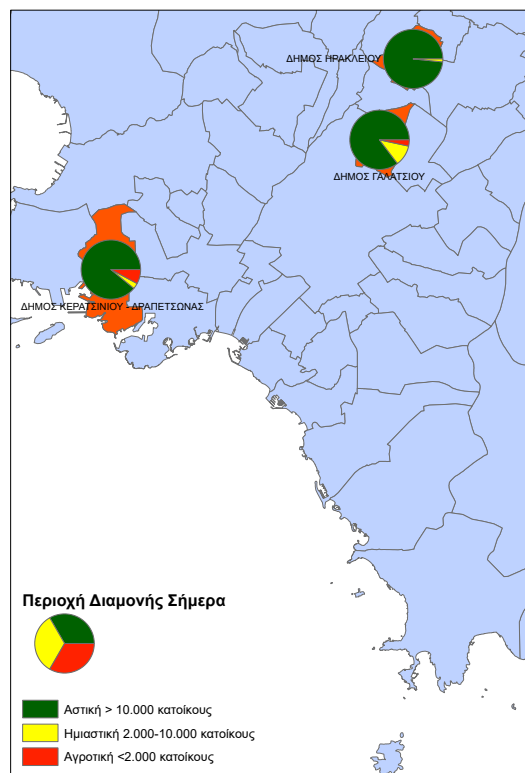
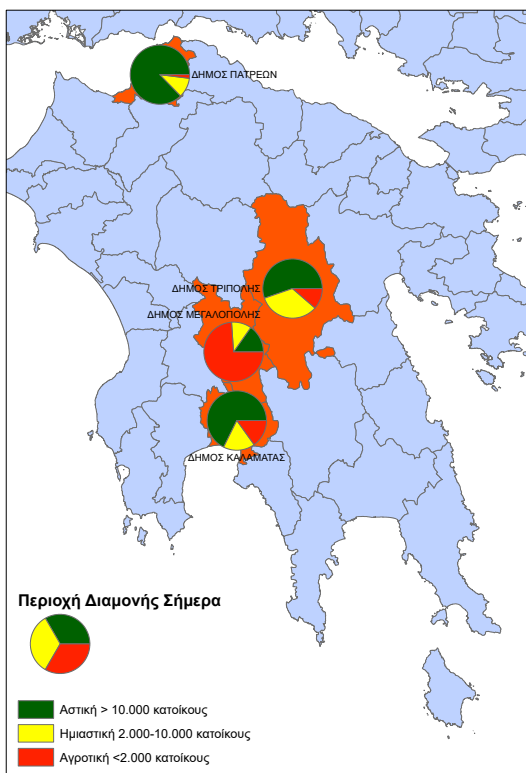
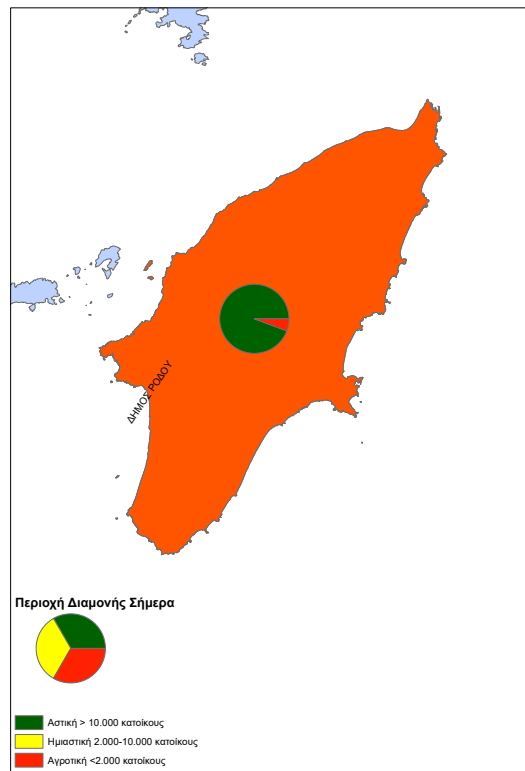
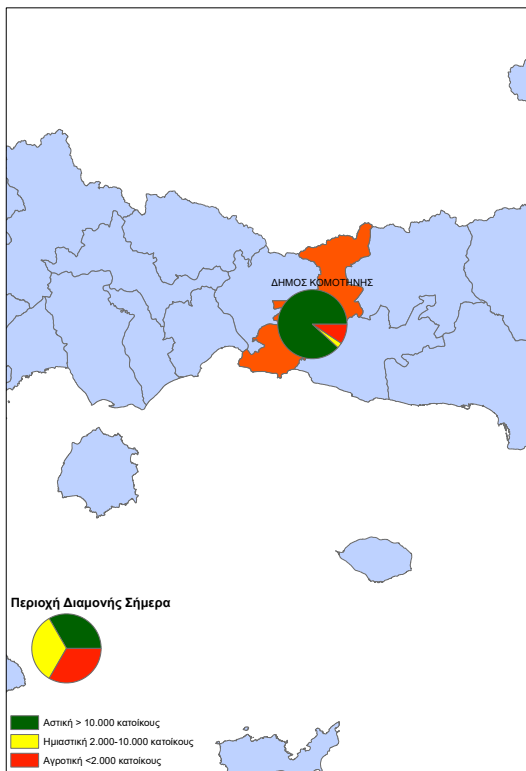
## Περιοχή Διαμονής Σήμερα

Πίνακας ΠΕ.1. Περιοχή Διαμονής Σήμερα.

		Περιοχή Διαμονής Σήμερα			Σύνολο
		Αστική > 10.000 κατοίκους	Ημιαστική 2.000-10.000 κατοίκους	Αγροτική <2.000 κατοίκους	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	73	44	15	132
	Καλαμάτα	107	27	24	158
	Πάτρα	89	11	2	102
	Κομοτηνή	105	3	11	119
	Δραπετσώνα	57	2	5	64
	Μεγαλόπολη	14	10	68	92
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	60	1	0	61
	Γαλάτσι Αττικής	99	13	4	116
	Ρόδος	50	0	3	53
Σύνολο		654	111	132	897



Χάρτης ΠΕ.1.α. Περιοχή Διαμονής Σήμερα.

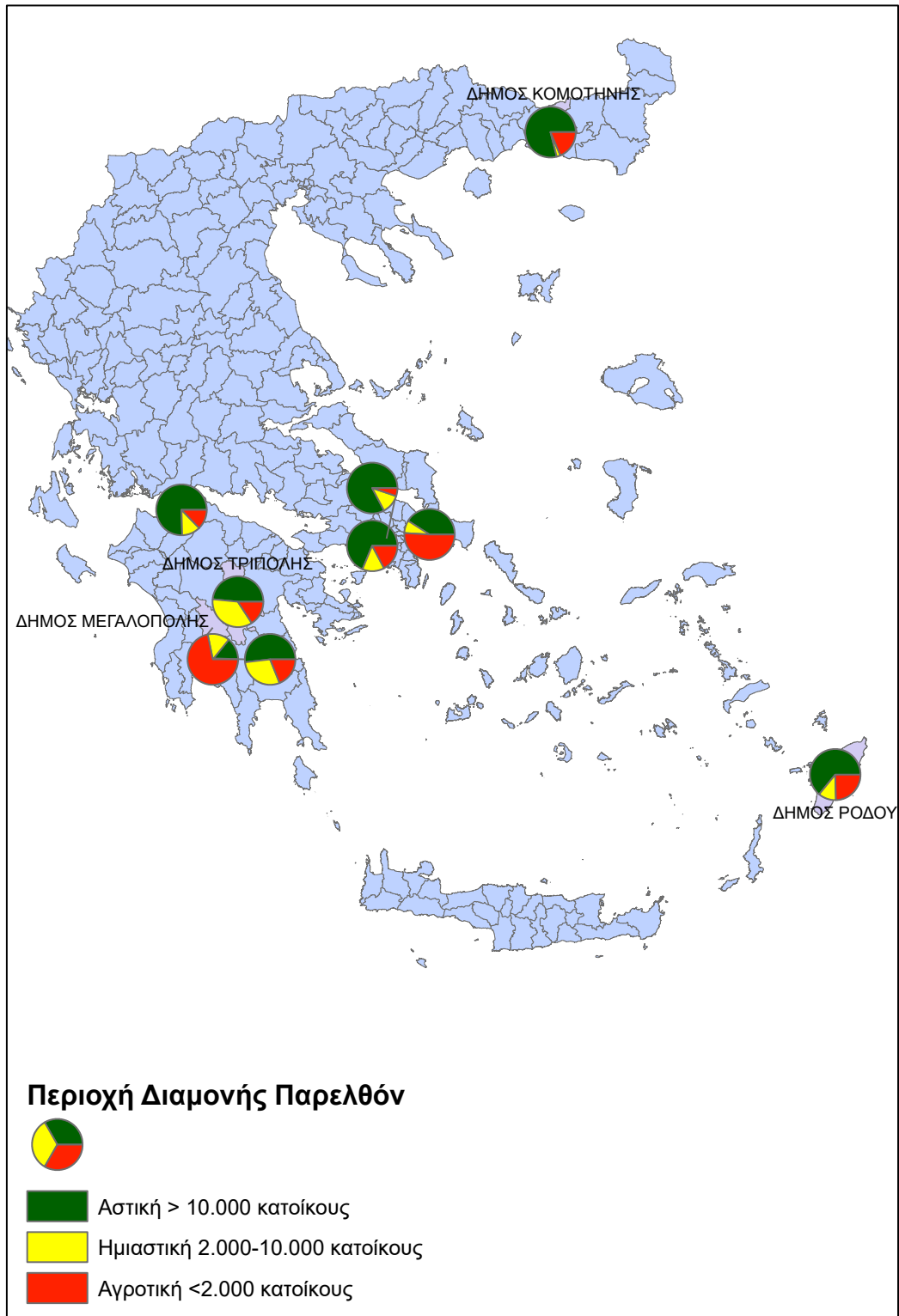


Χάρτες ΠΕ.1.β. Περιοχή Διαμονής Σήμερα.

## Περιοχή Διαμονής στο Παρελθόν

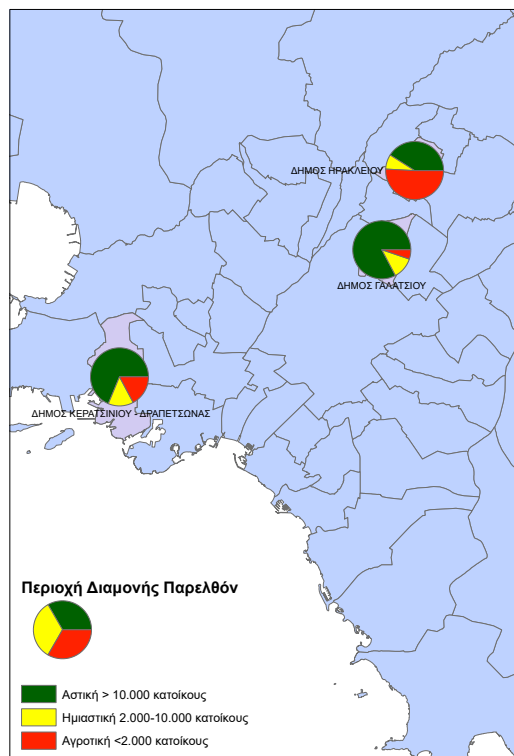
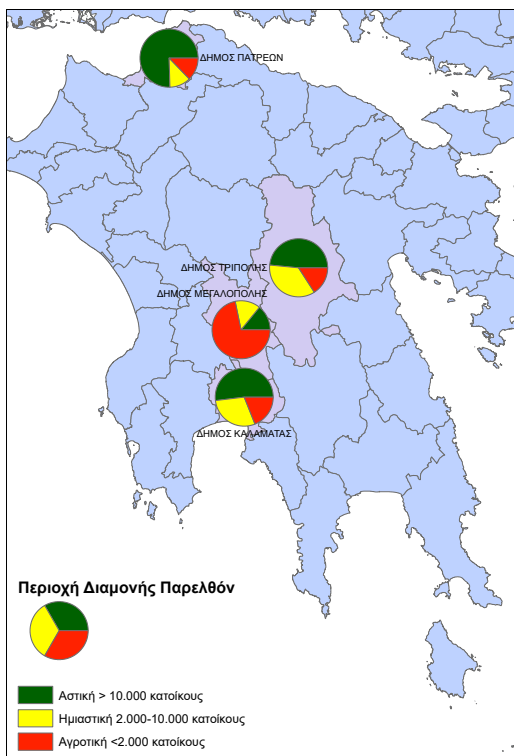
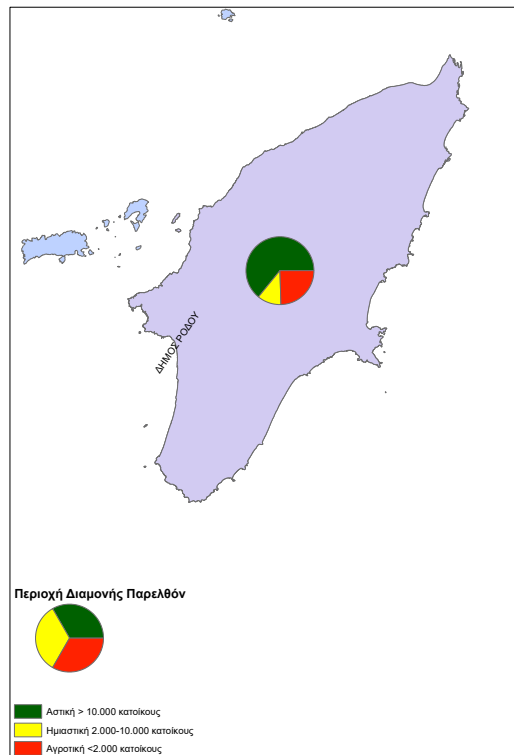
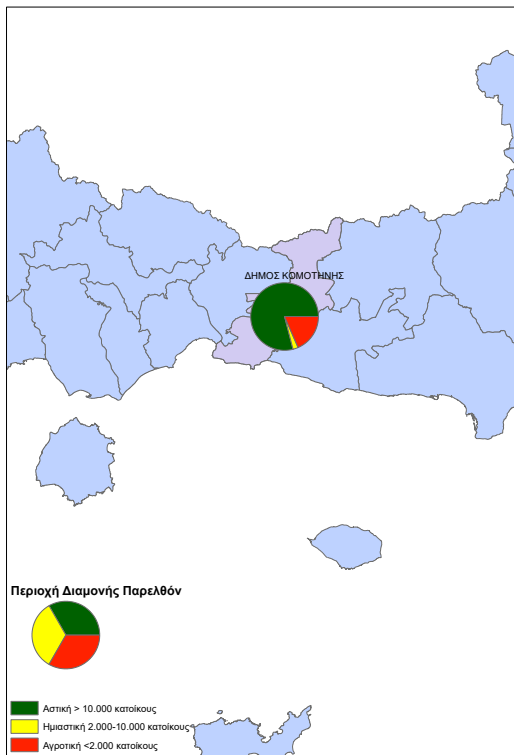
Πίνακας ΠΕ.2. Περιοχή Διαμονής στο Παρελθόν.

		Περιοχή Διαμονής Παρελθόν			Σύνολο
		Αστική > 10.000 κατοίκους	Ημιαστική 2.000-10.000 κατοίκους	Αγροτική <2.000 κατοίκους	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	64	47	21	132
	Καλαμάτα	82	46	30	158
	Πάτρα	77	12	13	102
	Κομοτηνή	94	3	22	119
	Δραπετσώνα	44	9	11	64
	Μεγαλόπολη	13	13	66	92
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	25	5	31	61
	Γαλάτσι Αττικής	96	14	6	116
	Ρόδος	34	6	13	53
Σύνολο		529	155	213	897



Χάρτης ΠΕ.2.α. Περιοχή Διαμονής στο Παρελθόν.





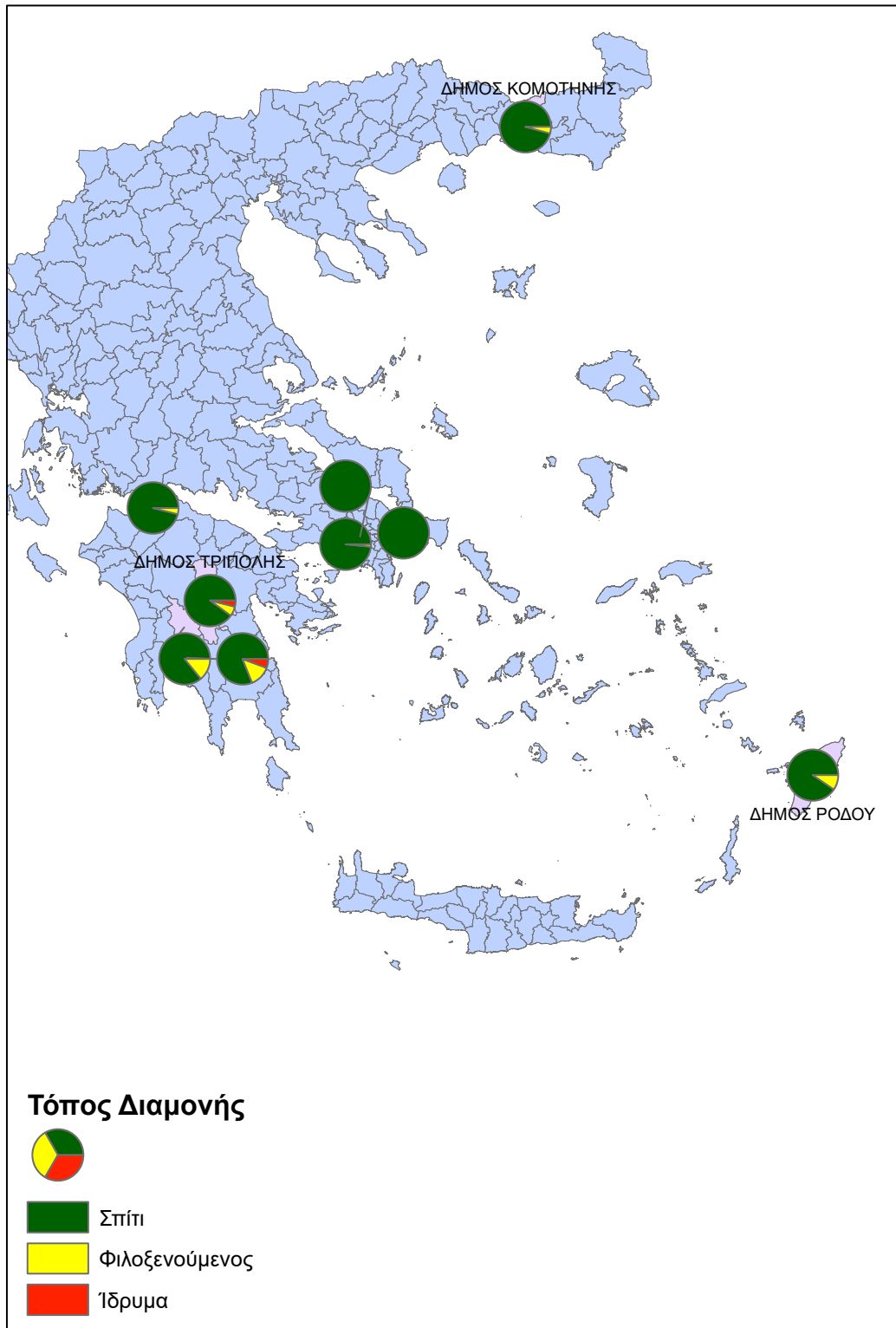
Χάρτες ΠΕ.2.β. Περιοχή Διαμονής στο Παρελθόν.

## Τόπος Διαμονής (Κατοικία, Ιδιόκτητο-Ενοίκιο, Φιλοξενία)

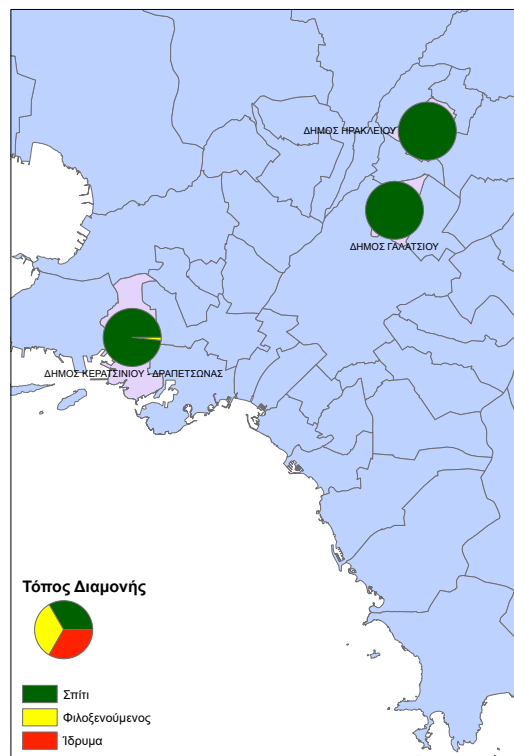
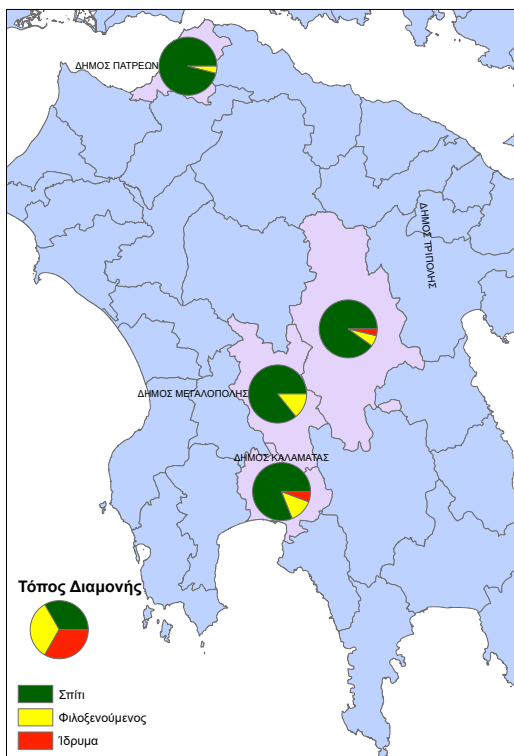
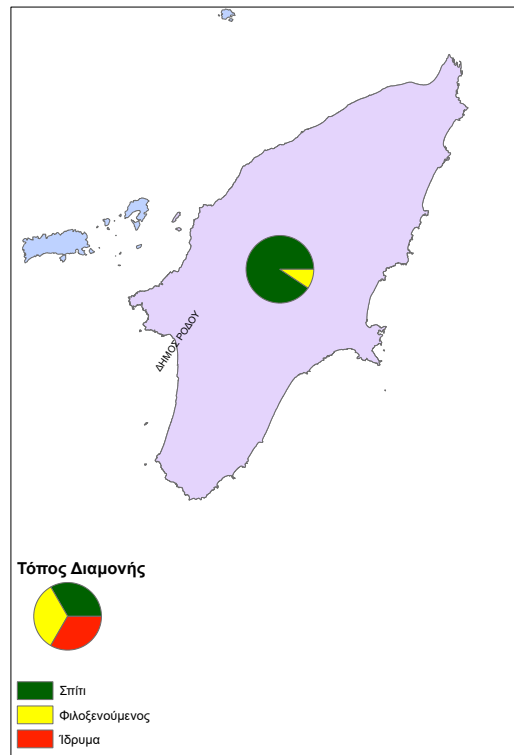
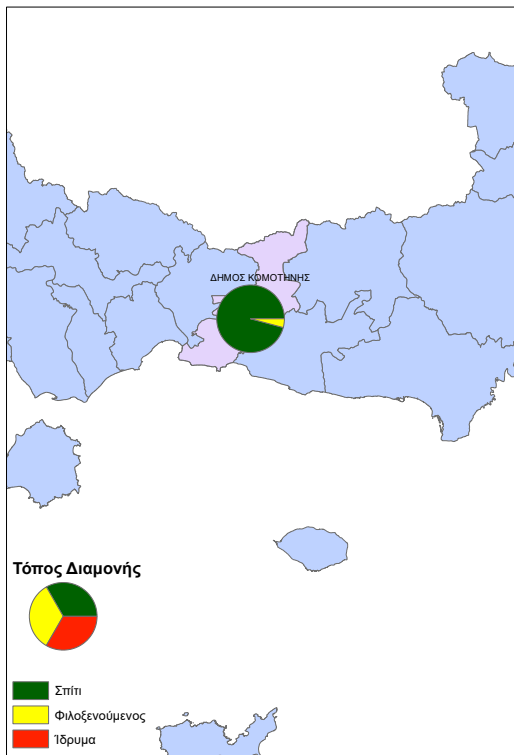
Τόπος διαμονής – Σπίτι – Φιλοξενούμενος - Ίδρυμα

Πίνακας ΠΕ.3.1. Τόπος Διαμονής (Σπίτι – Φιλοξενία – Ίδρυμα).

		Τόπος Διαμονής			Σύνολο
		Σπίτι	Φιλοξενούμενος	Ίδρυμα	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	119	8	5	<b>132</b>
	Καλαμάτα	128	21	9	<b>158</b>
	Πάτρα	98	4	0	<b>102</b>
	Κομοτηνή	114	5	0	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	63	1	0	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	79	13	0	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	61	0	0	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	114	1	1	<b>116</b>
	Ρόδος	48	5	0	<b>53</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>824</b>	<b>58</b>	<b>15</b>	<b>897</b>



Χάρτης ΠΕ.3.1.α. Τόπος Διαμονής.

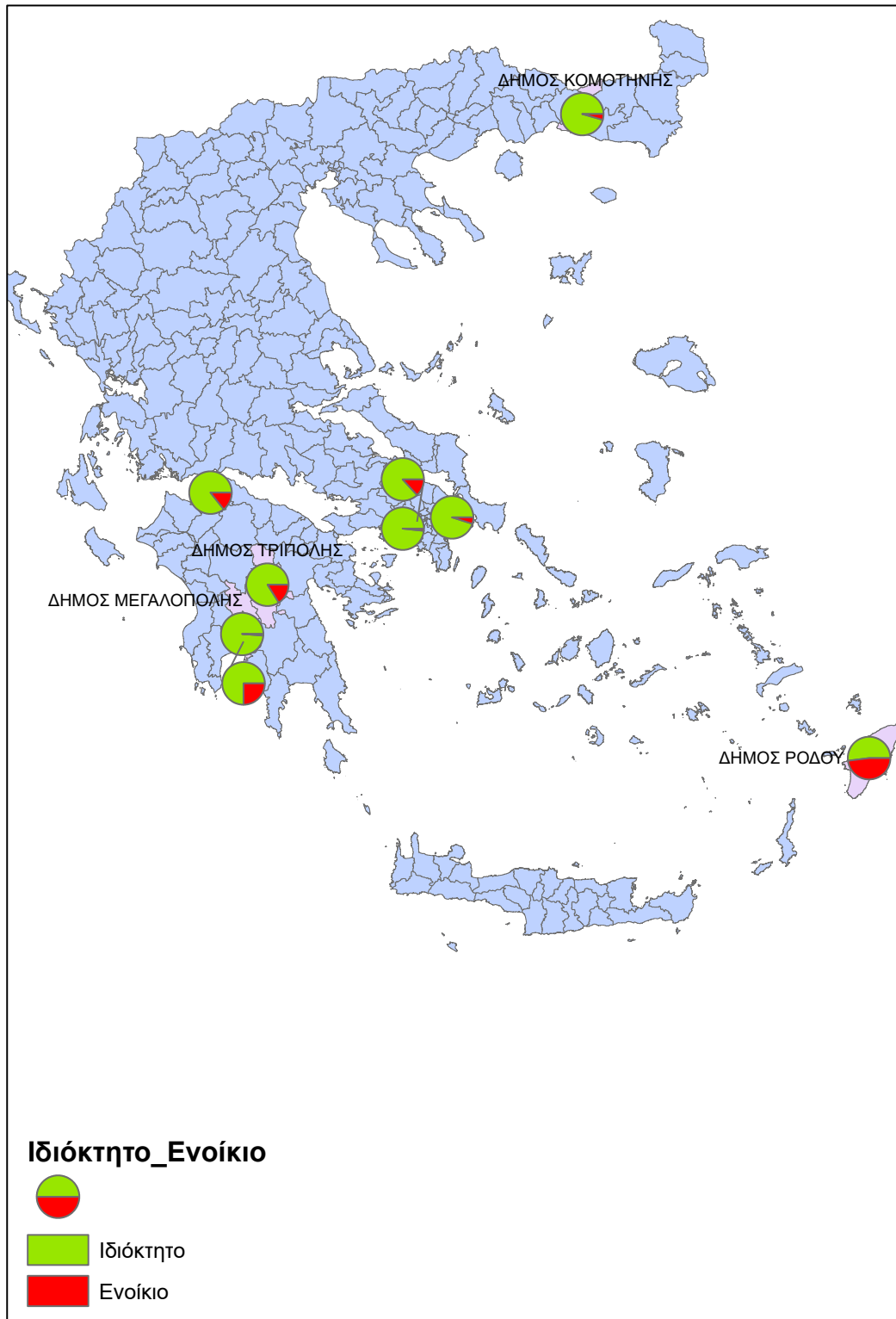


Χάρτες ΠΕ.3.1.β. Τόπος Διαμονής.

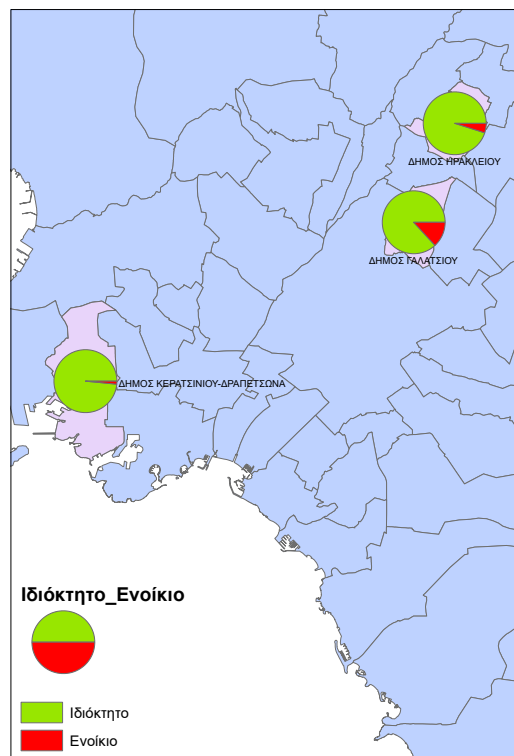
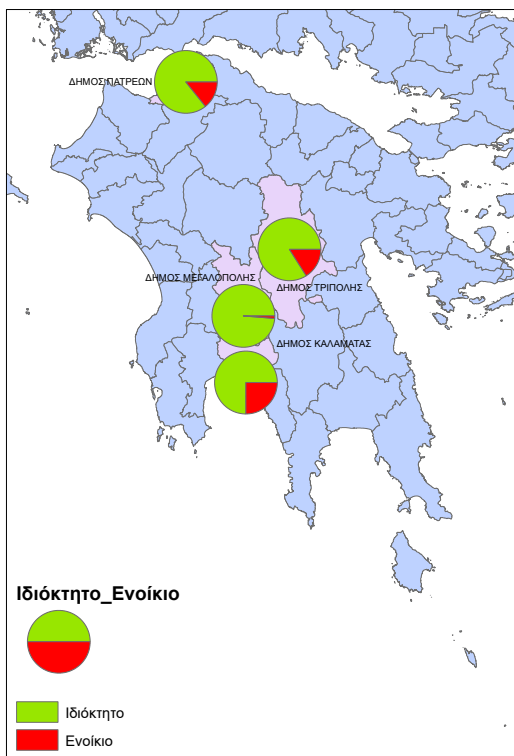
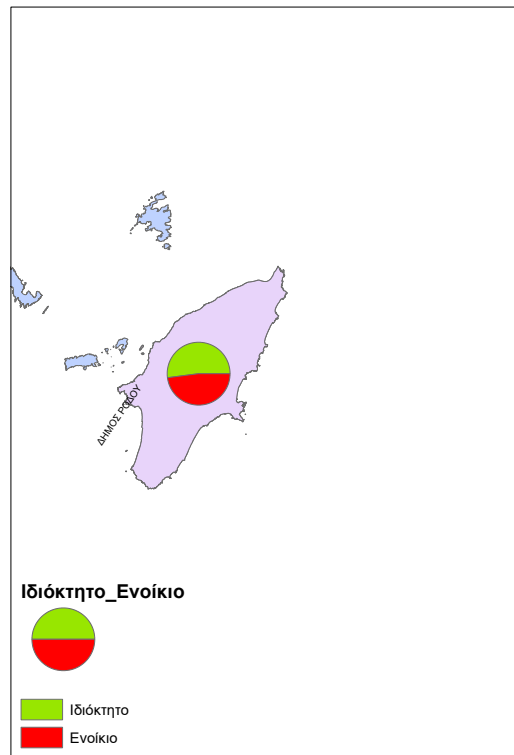
Τόπος διαμονής – Ιδιοκτησία – Ενοίκιο

**Πίνακας ΠΕ.3.2. Τόπος Διαμονής (Ιδιοκτησία – Ενοίκιο).**

		Τόπος Διαμονής (Σπίτι)		<b>Σύνολο</b>
		Ιδιόκτητο	Ενοίκιο	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	100	19	<b>119</b>
	Καλαμάτα	96	32	<b>128</b>
	Πάτρα	84	14	<b>98</b>
	Κομοτηνή	109	5	<b>114</b>
	Δραπετσώνα	62	1	<b>63</b>
	Μεγαλόπολη	78	1	<b>79</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	58	3	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	99	15	<b>114</b>
	Ρόδος	25	23	<b>48</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>711</b>	<b>113</b>	<b>824</b>



Χάρτης ΠΕ.3.2.α. Τόπος Διαμονής (Ιδιοκτησία – Ενοίκιο).

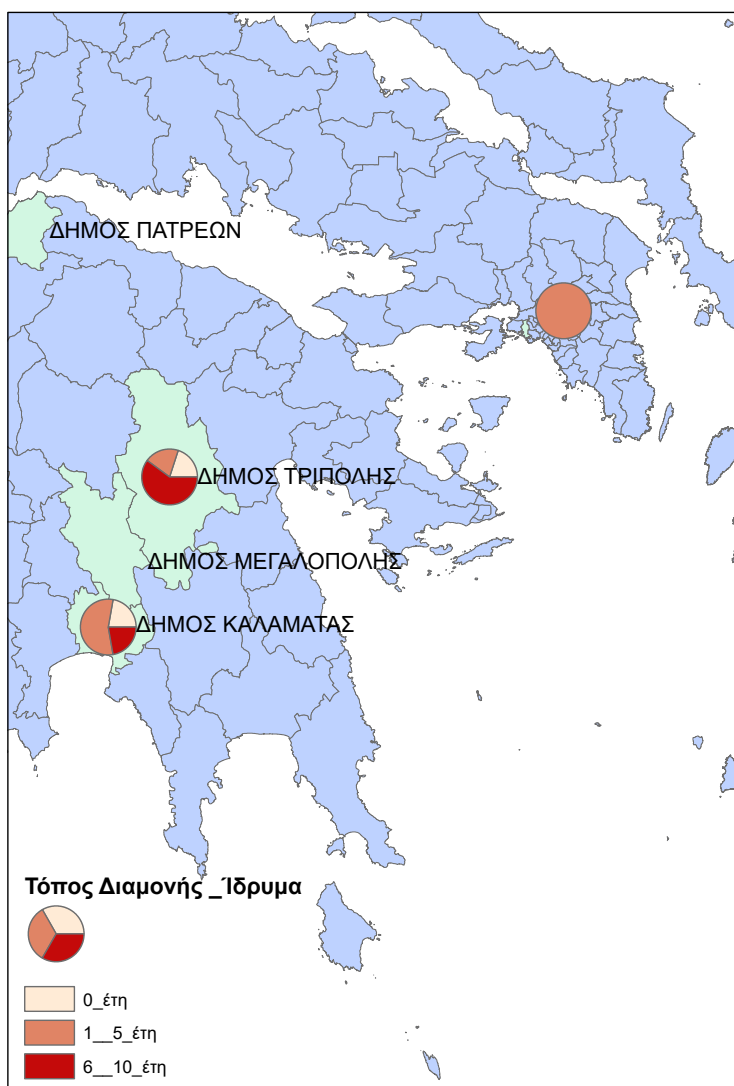


Χάρτες ΠΕ.3.2.β. Τόπος Διαμονής (Ιδιοκτησία – Ενοίκιο).

## Τόπος Διαμονής – Ίδρυμα

**Πίνακας ΠΕ.3.3. Τόπος Διαμονής (Ετη σε Ίδρυμα).**

		Τόπος Διαμονής /Ίδρυμα (έτη)			Σύνολο
		0 έτη	1 - 5 έτη	6 - 10 έτη	
Περιοχή	Τρίπολη	1	1	3	5
	Καλαμάτα	2	5	2	9
	Γαλάτσι Αττικής	0	1	0	1
<b>Σύνολο</b>		<b>3</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>15</b>



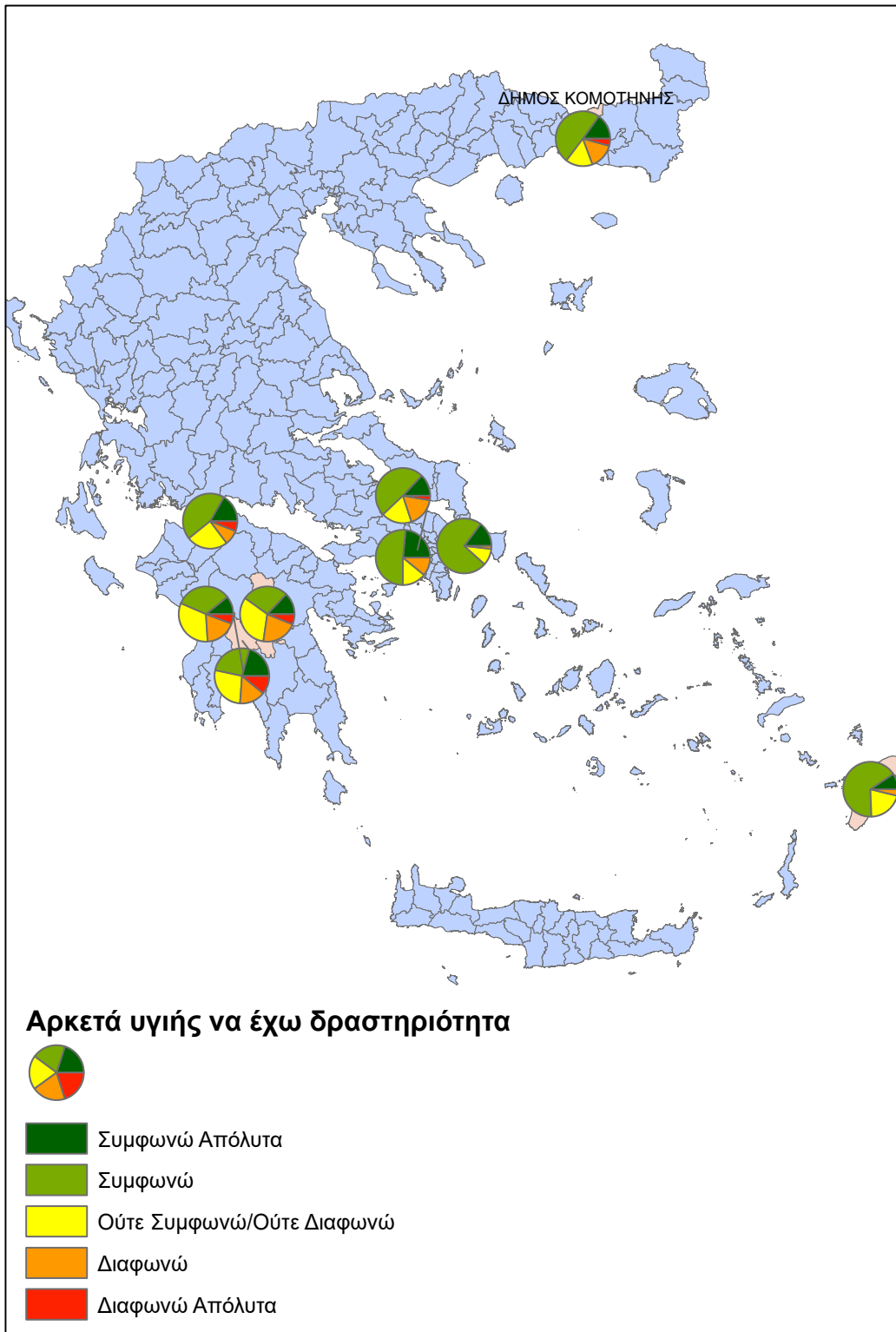
**Χάρτης ΠΕ.3.3. Τόπος Διαμονής (Ετη σε Ίδρυμα).**



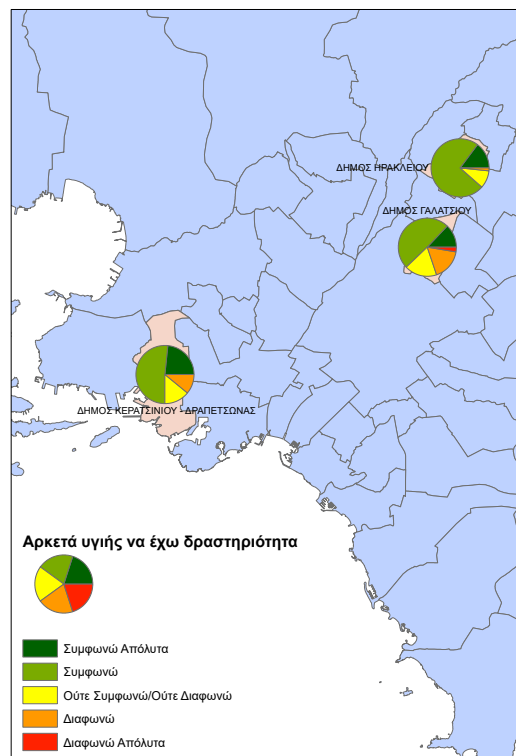
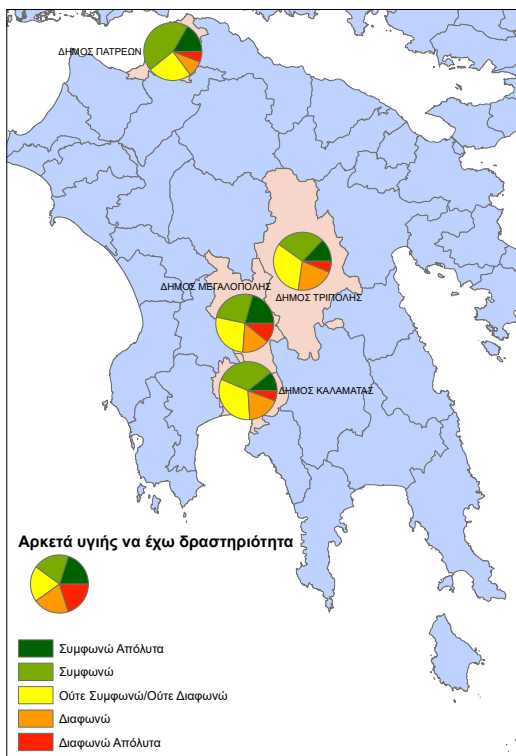
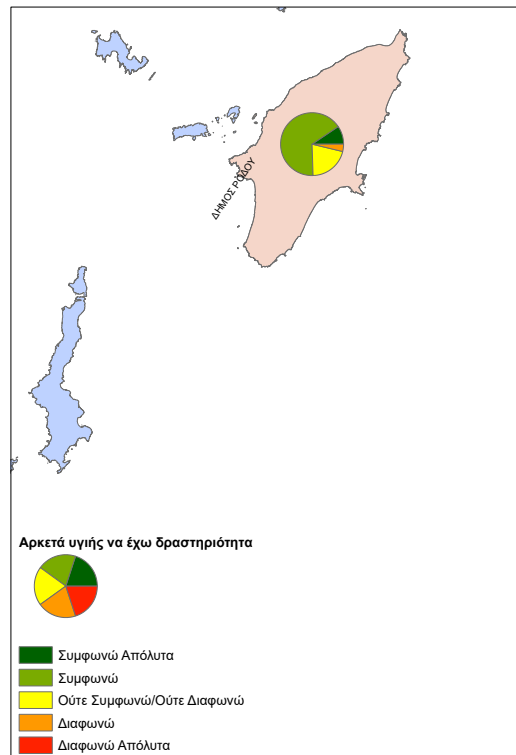
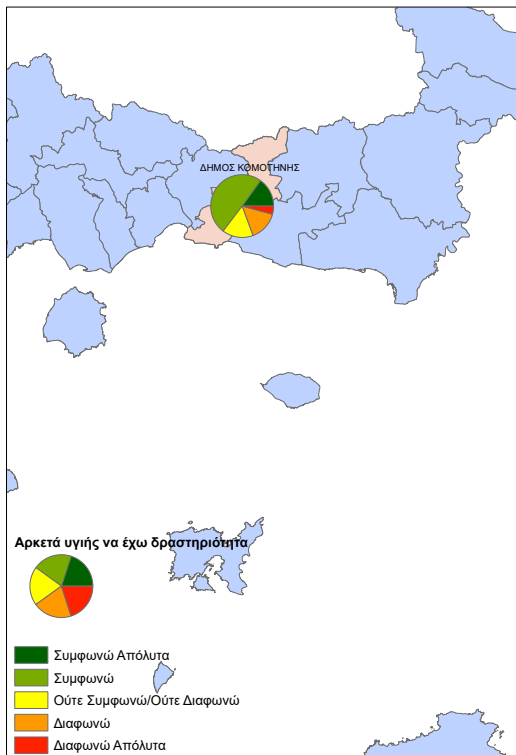
## Υγεία και Δραστηριότητα

Πίνακας ΠΕ.4. Υγεία και Δραστηριότητα.

		Αρκετά υγιής ώστε να έχω δραστηριότητα					Σύνολο
		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	
Περιοχή	Τρίπολη	17	36	43	28	8	<b>132</b>
	Καλαμάτα	17	52	51	29	9	<b>158</b>
	Πάτρα	17	45	25	9	6	<b>102</b>
	Κομοτηνή	18	59	19	18	5	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	15	33	9	7	0	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	19	24	25	14	10	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	9	45	6	1	0	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	15	57	21	20	3	<b>116</b>
	Ρόδος	5	35	11	2	0	<b>53</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>132</b>	<b>386</b>	<b>210</b>	<b>128</b>	<b>41</b>	<b>897</b>	



Χάρτης ΠΕ.4.α. Υγεία και Δραστηριότητα.

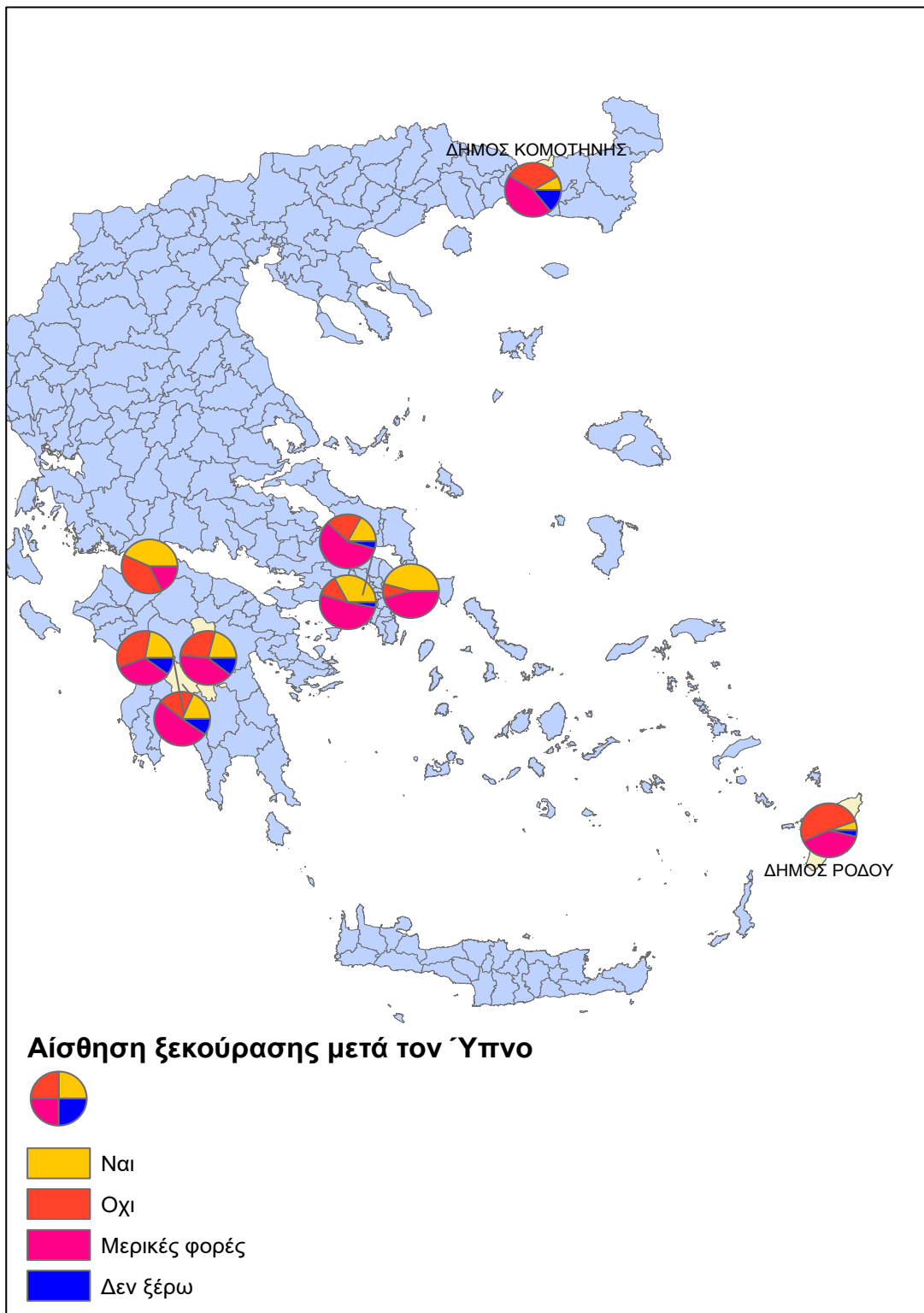


Χάρτες ΠΕ.4.β. Υγεία και Δραστηριότητα.

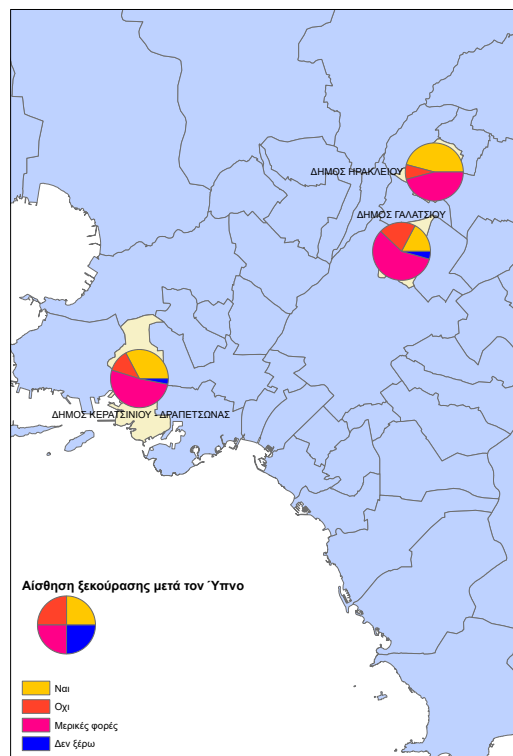
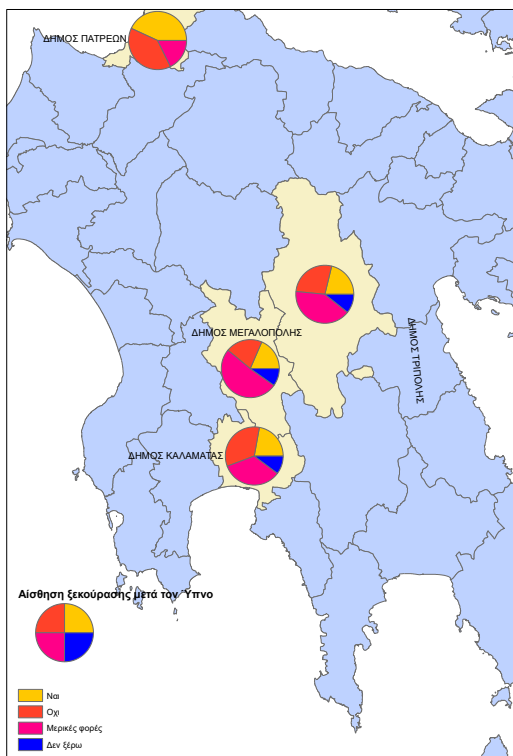
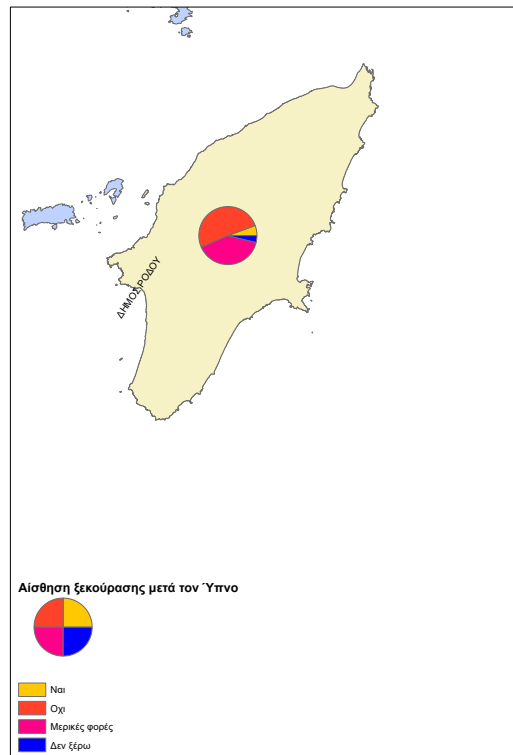
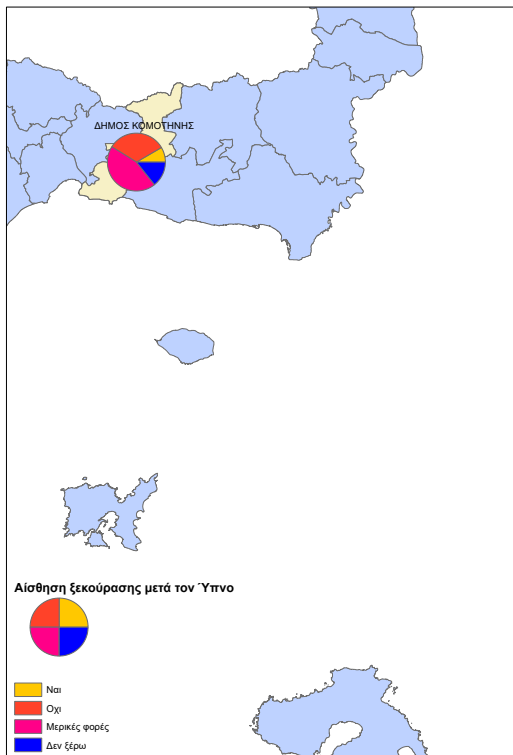
## Αίσθηση Ξεκούρασης μετά από Ύπνο

Πίνακας ΠΕ.5. Αίσθηση Ξεκούρασης μετά από Ύπνο.

		Αίσθηση Ξεκούρασης μετά τον Ύπνο				Σύνολο
		Ναι	Όχι	Μερικές φορές	Δεν ξέρω	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	28	36	54	14	132
	Καλαμάτα	35	53	54	16	158
	Πάτρα	44	40	18	0	102
	Κομοτηνή	10	39	53	17	119
	Δραπετσώνα	21	8	33	2	64
	Μεγαλόπολη	17	19	47	9	92
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	28	5	28	0	61
	Γαλάτσι Αττικής	20	24	67	5	116
	Ρόδος	3	27	21	2	53
Σύνολο		206	251	375	65	897



Χάρτης ΠΕ.5.α. Αίσθηση Ξεκούρασης μετά τον Ύπνο.

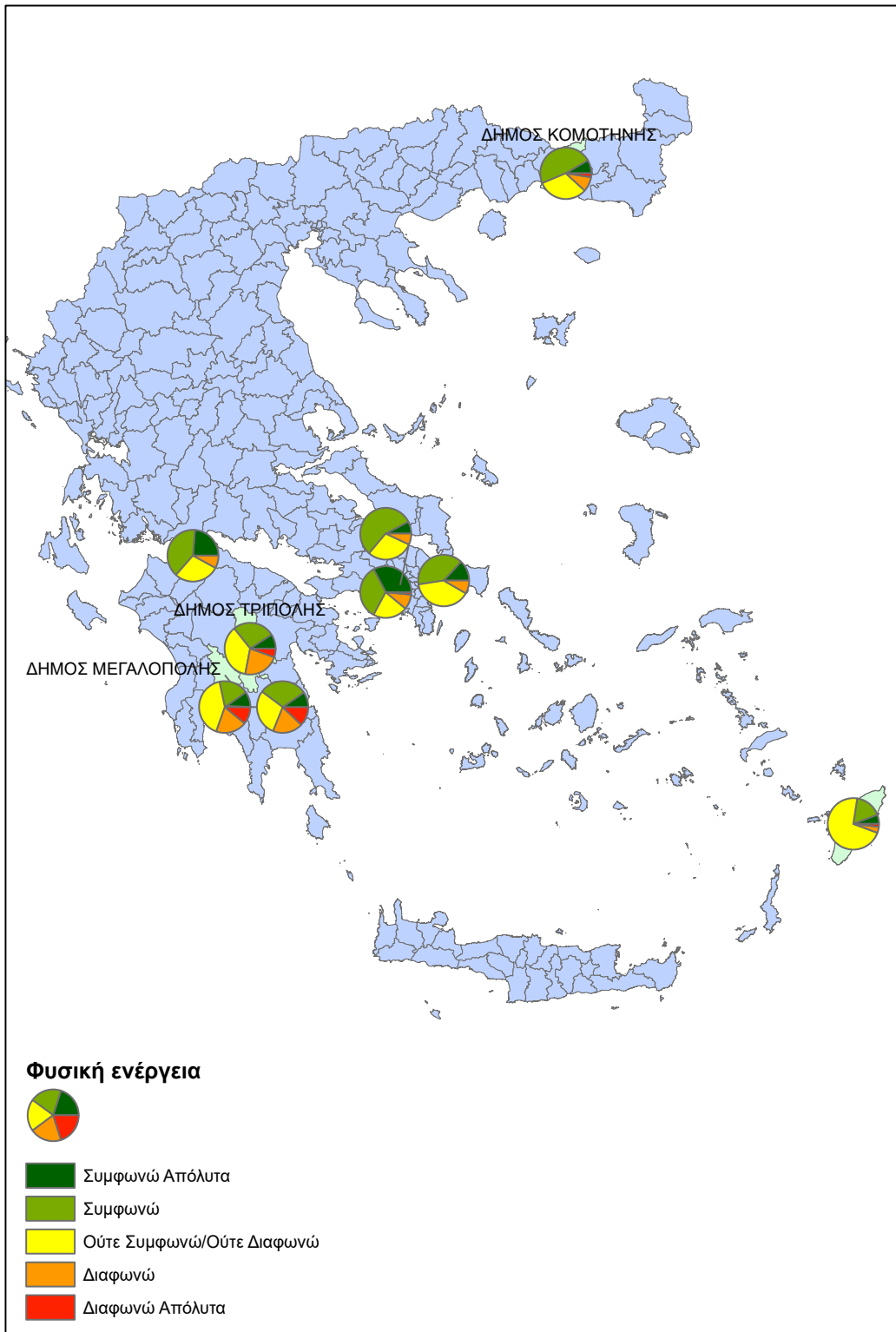


Χάρτες ΠΕ.5.β. Αίσθηση Ξεκούρασης μετά τον Ύπνο.

## Φυσική Ενέργεια

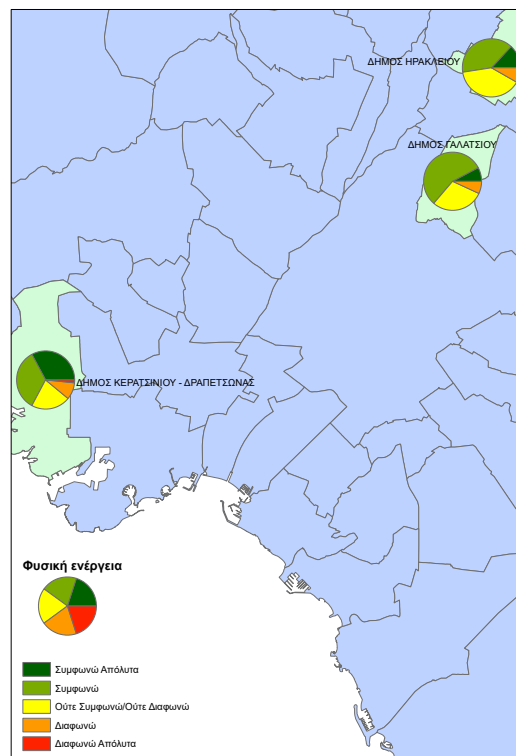
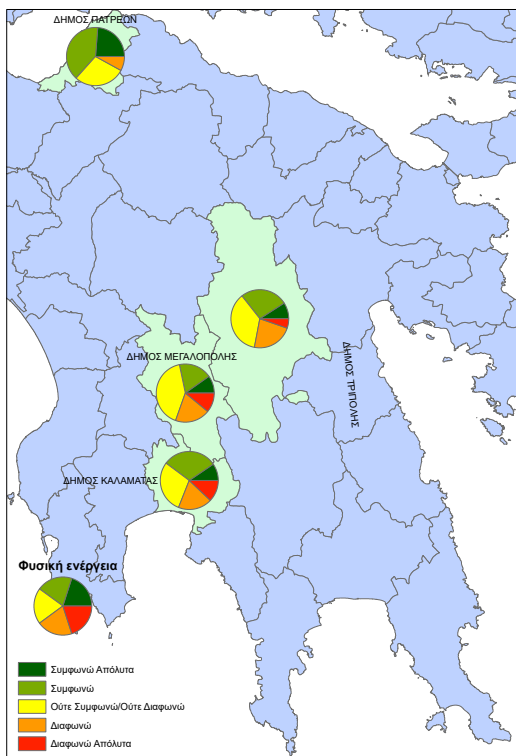
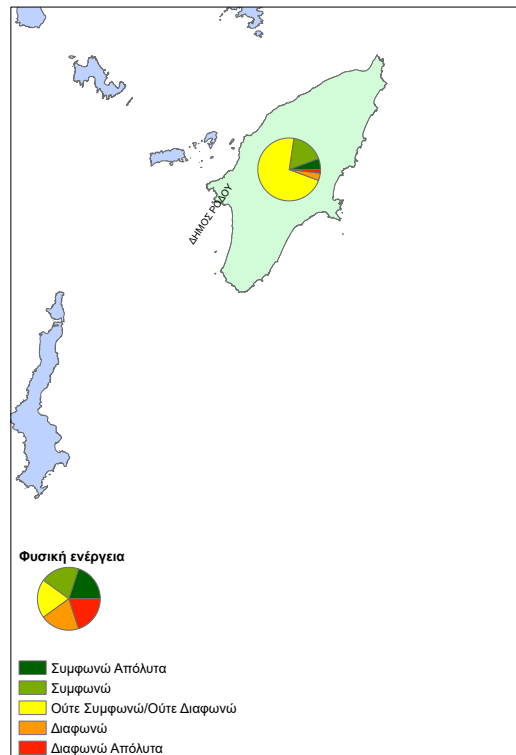
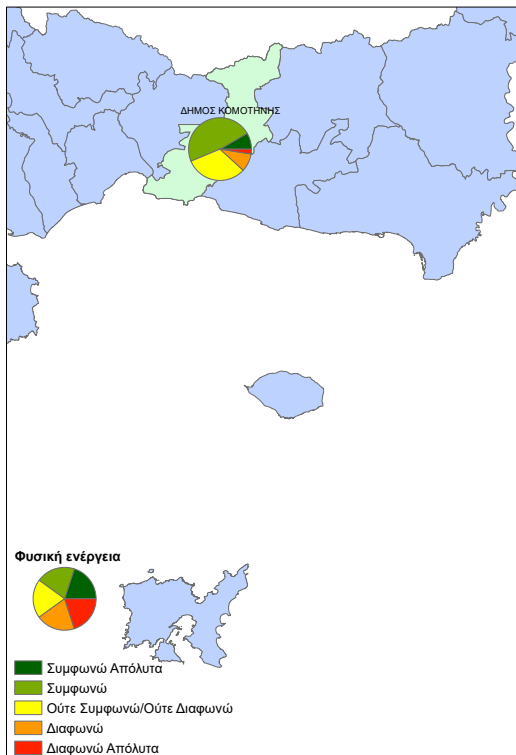
Πίνακας ΠΕ.6. Φυσική Ενέργεια.

		Φυσική Ενέργεια					Σύνολο
		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	12	35	48	30	7	<b>132</b>
	Καλαμάτα	15	48	46	30	19	<b>158</b>
	Πάτρα	24	40	29	8	1	<b>102</b>
	Κομοτηνή	10	57	38	11	3	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	21	22	14	6	1	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	9	17	38	18	10	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	8	24	24	5	0	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	9	65	34	8	0	<b>116</b>
	Ρόδος	3	9	38	2	1	<b>53</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>111</b>	<b>317</b>	<b>309</b>	<b>118</b>	<b>42</b>	<b>897</b>



Χάρτης ΠΕ.6.α. Φυσική Ενέργεια.



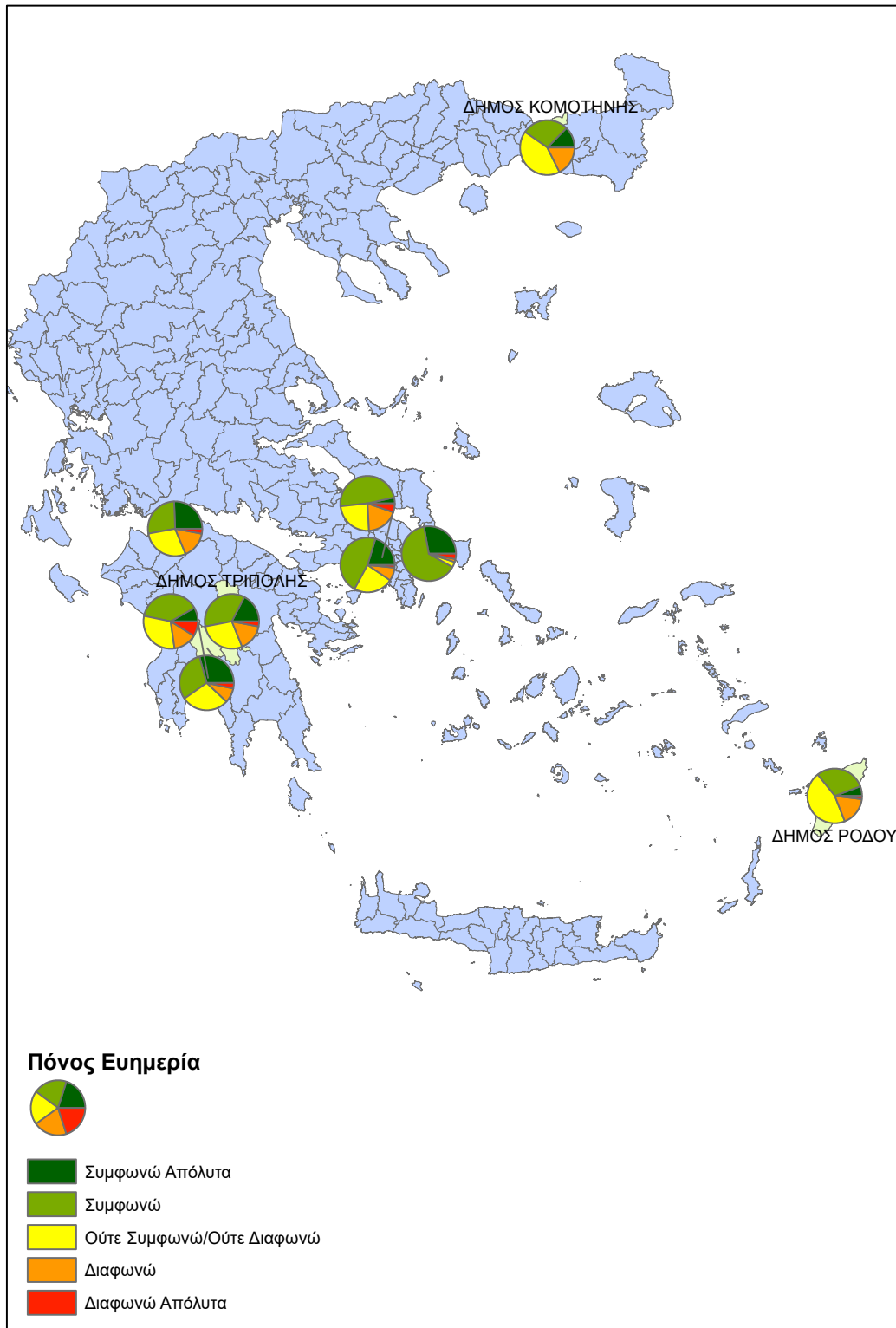


Χάρτες ΠΕ.6.β. Φυσική Ενέργεια.

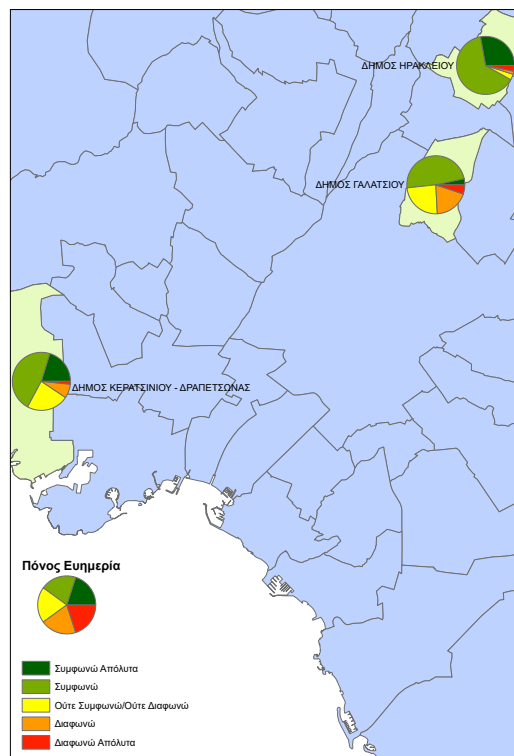
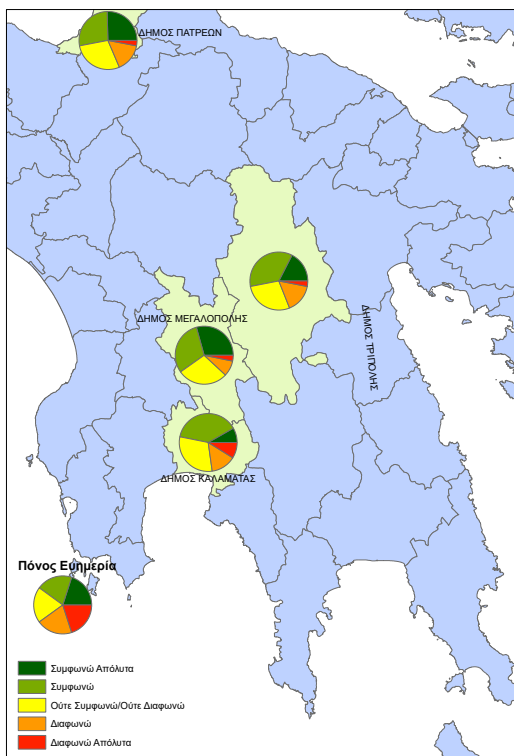
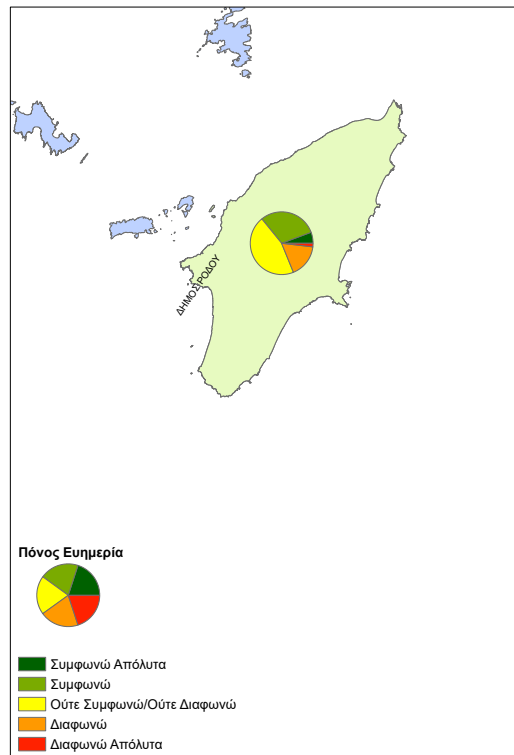
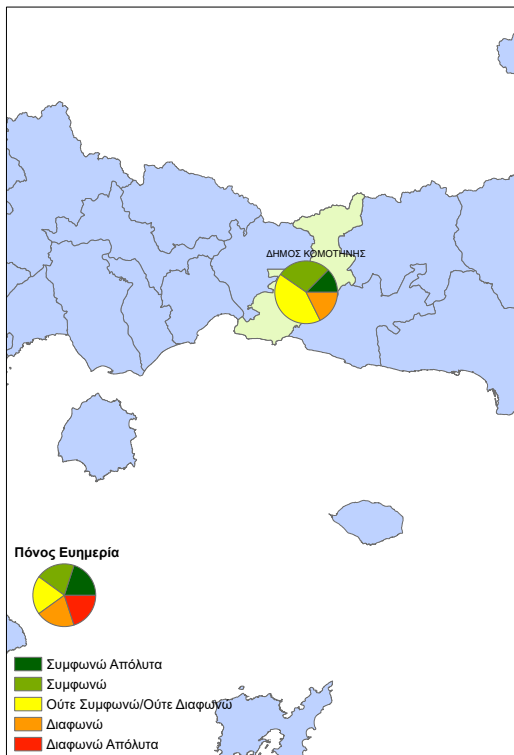
## Πόνος και ευημερία

Πίνακας ΠΕ.7. Πόνος και Ευημερία.

		Πόνος και Ευημερία					Σύνολο
		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	
Αρχή- Περιοχή	Τρίπολη	23	47	37	21	4	<b>132</b>
	Καλαμάτα	13	61	48	22	14	<b>158</b>
	Πάτρα	26	28	29	16	3	<b>102</b>
	Κομοτηνή	15	33	50	21	0	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	13	30	15	5	1	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	27	28	26	8	3	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	17	39	2	1	2	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	4	56	28	22	6	<b>116</b>
	Ρόδος	3	16	24	9	1	<b>53</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>141</b>	<b>338</b>	<b>259</b>	<b>125</b>	<b>34</b>	<b>897</b>



Χάρτης ΠΕ.7.α. Πόνος και Ευημερία.

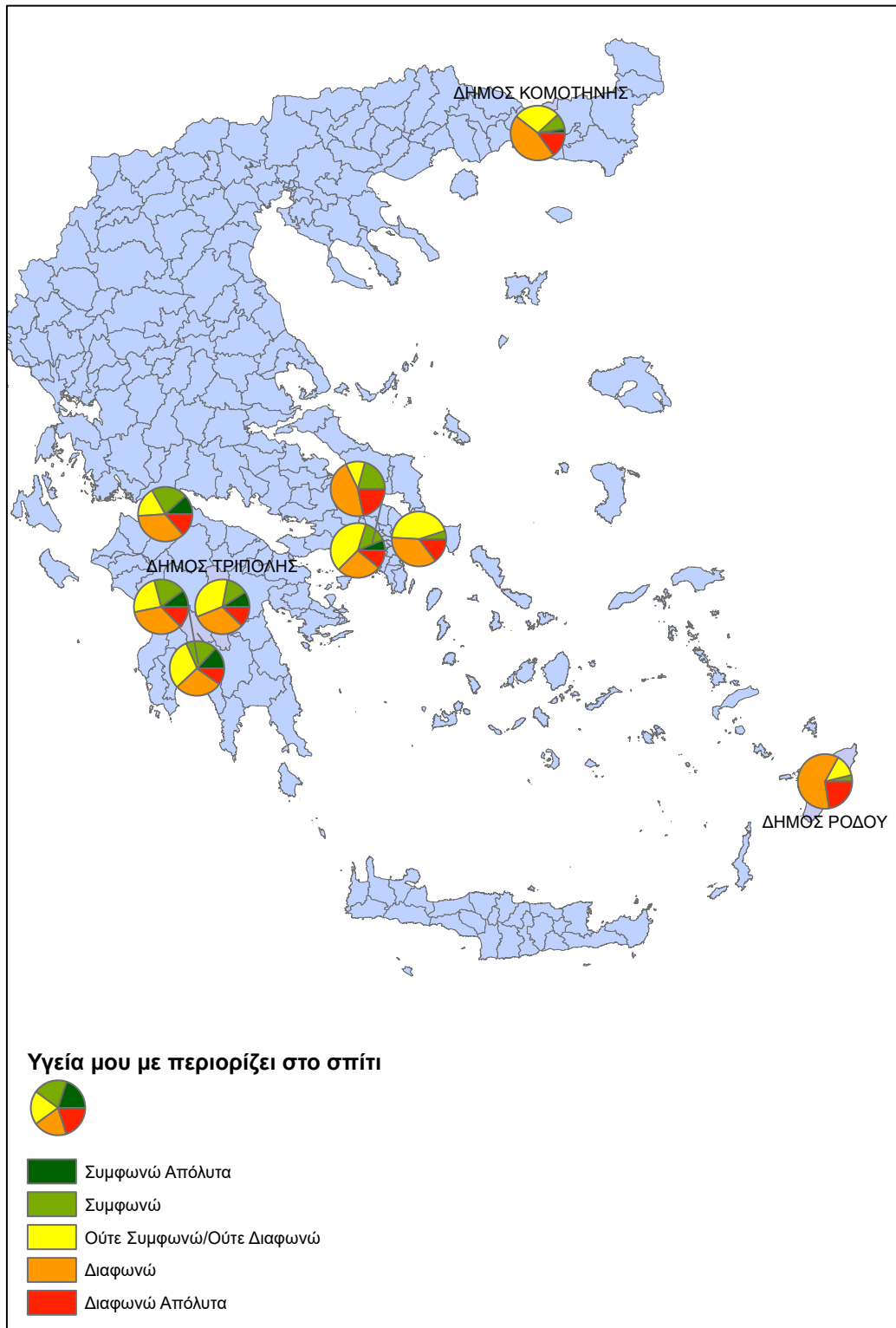


Χάρτες ΠΕ.7.β. Πόνος και Ευημερία.

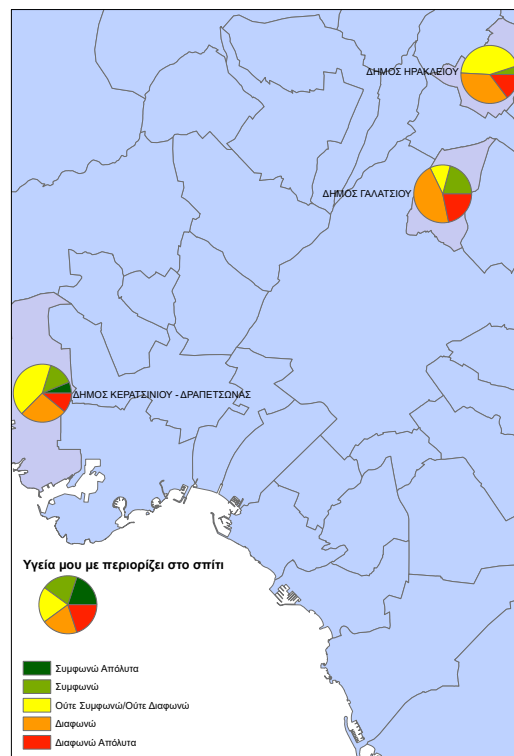
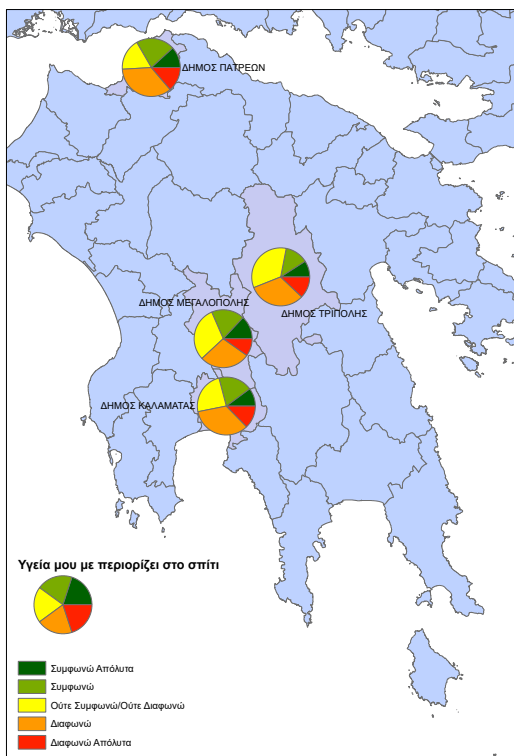
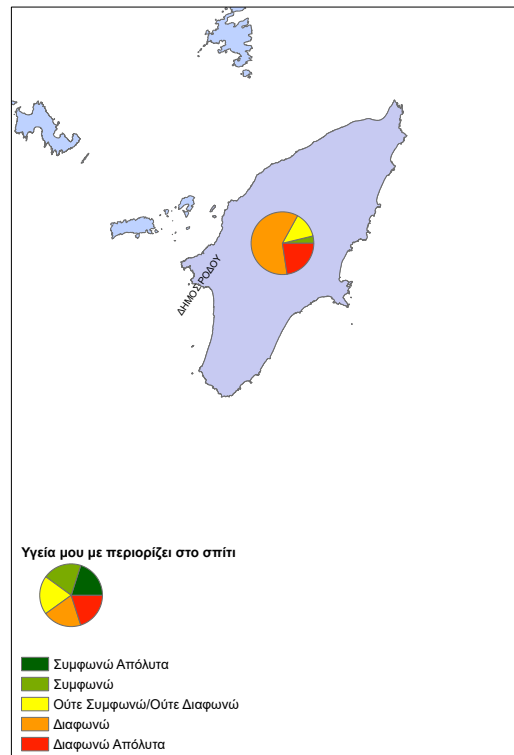
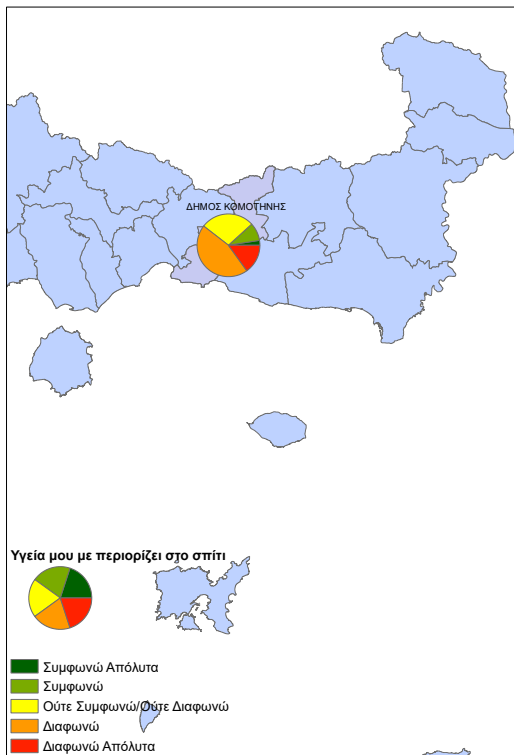
## Κατάσταση Υγείας και Περιορισμός στο Σπίτι

Πίνακας ΠΕ.8. Κατάσταση Υγείας και Περιορισμός στο Σπίτι.

		Υγεία μου με Περιορίζει στο Σπίτι					Σύνολο
		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	
Αρχή- Περιοχή	Τρίπολη	12	17	45	42	16	<b>132</b>
	Καλαμάτα	16	30	38	54	20	<b>158</b>
	Πάτρα	12	22	18	36	14	<b>102</b>
	Κομοτηνή	3	11	33	54	18	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	4	9	27	17	7	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	12	17	28	26	9	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	0	3	27	22	9	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	1	24	13	53	25	<b>116</b>
	Ρόδος	0	2	7	32	12	<b>53</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>60</b>	<b>135</b>	<b>236</b>	<b>336</b>	<b>130</b>	<b>897</b>	



Χάρτης ΠΕ.8.α. Κατάσταση Υγείας και Περιορισμός στο Σπίτι.



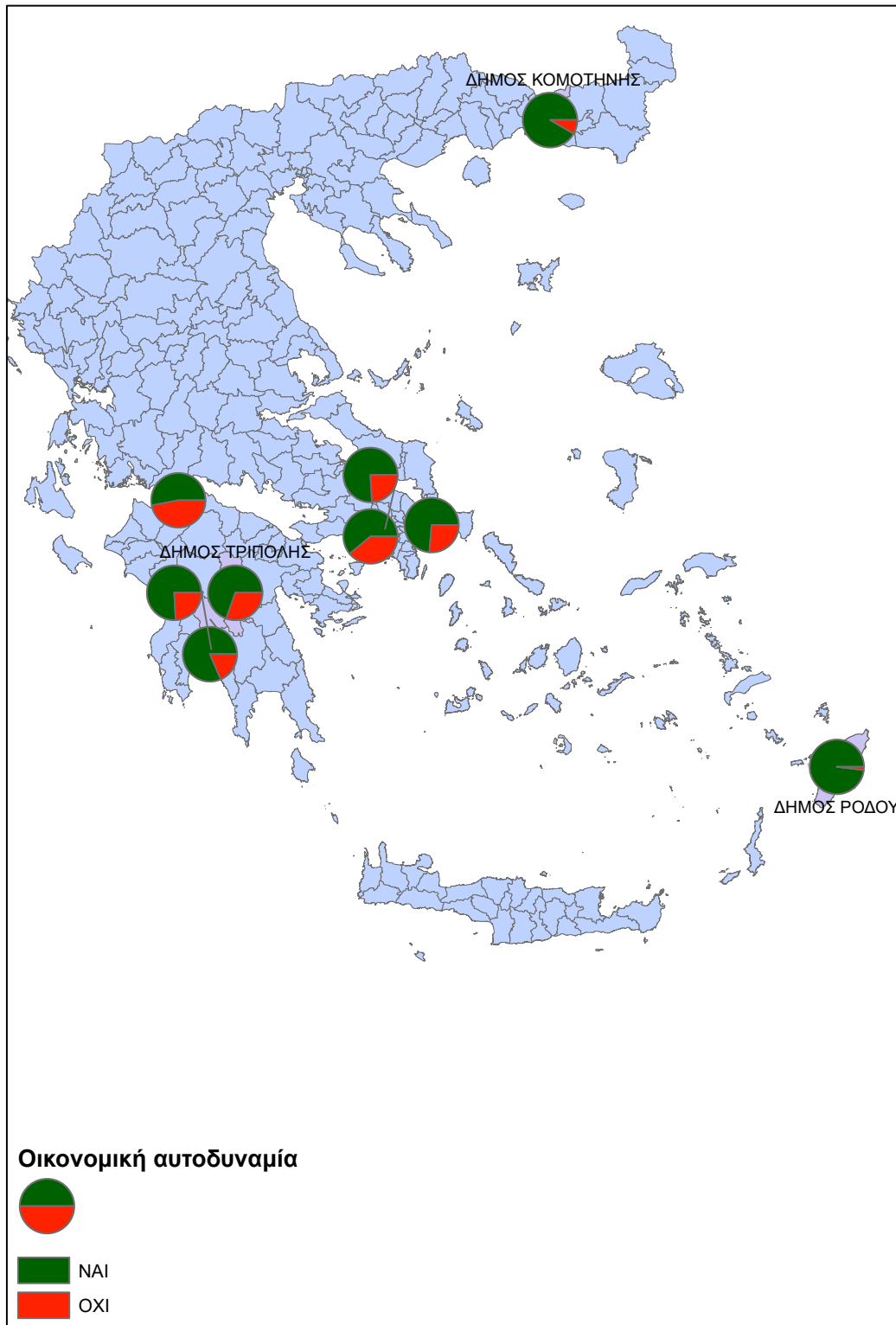
Χάρτες ΠΕ.8.β. Κατάσταση Υγείας και Περιορισμός στο Σπίτι.

## Οικονομική Αυτοδυναμία

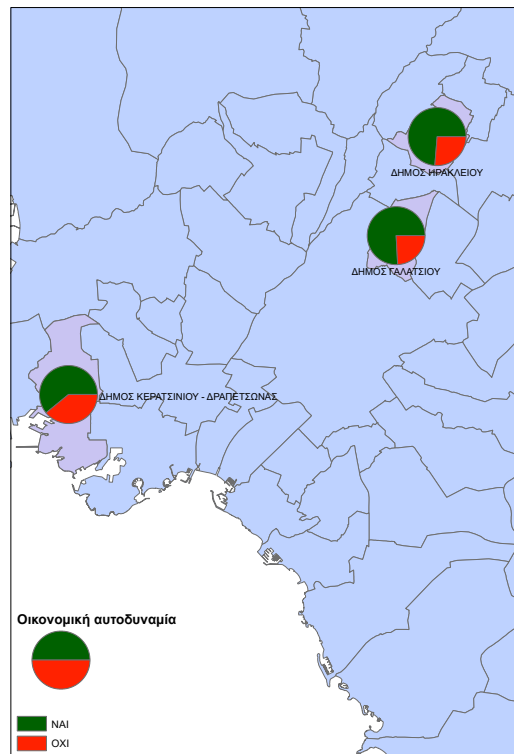
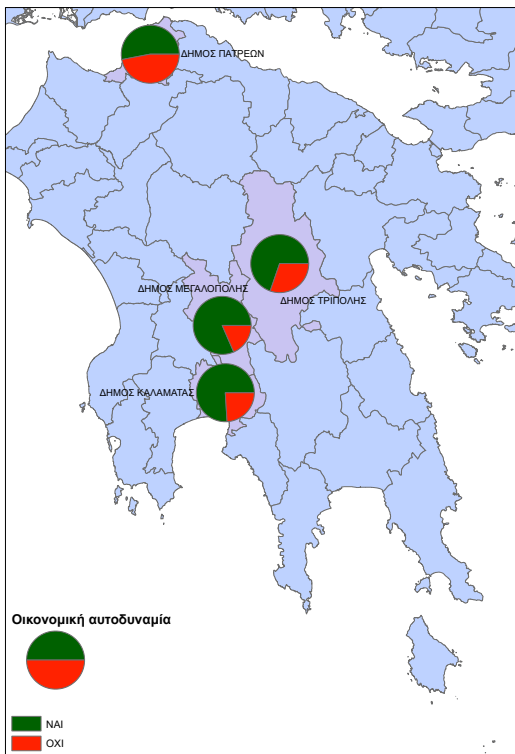
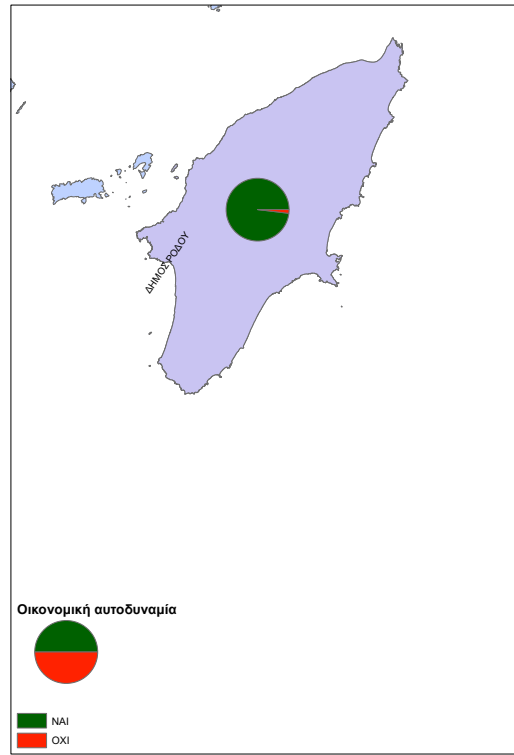
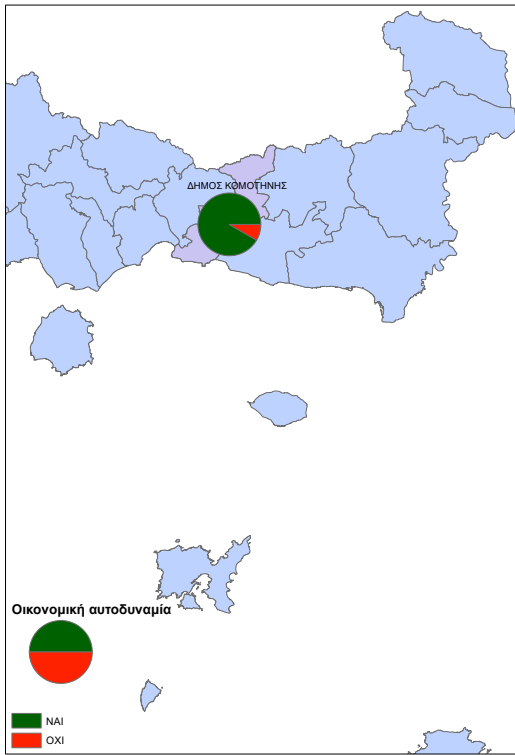
Πίνακας ΠΕ.9. Οικονομική Αυτοδυναμία.

		Οικονομική Αυτοδυναμία		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	92	40	<b>132</b>
	Καλαμάτα	120	38	<b>158</b>
	Πάτρα	54	48	<b>102</b>
	Κομοτηνή	109	10	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	39	25	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	75	17	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	45	16	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	88	28	<b>116</b>
	Ρόδος	52	1	<b>53</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>674</b>	<b>223</b>	<b>897</b>	





Χάρτης ΠΕ.9.α. Οικονομική Αυτοδυναμία.

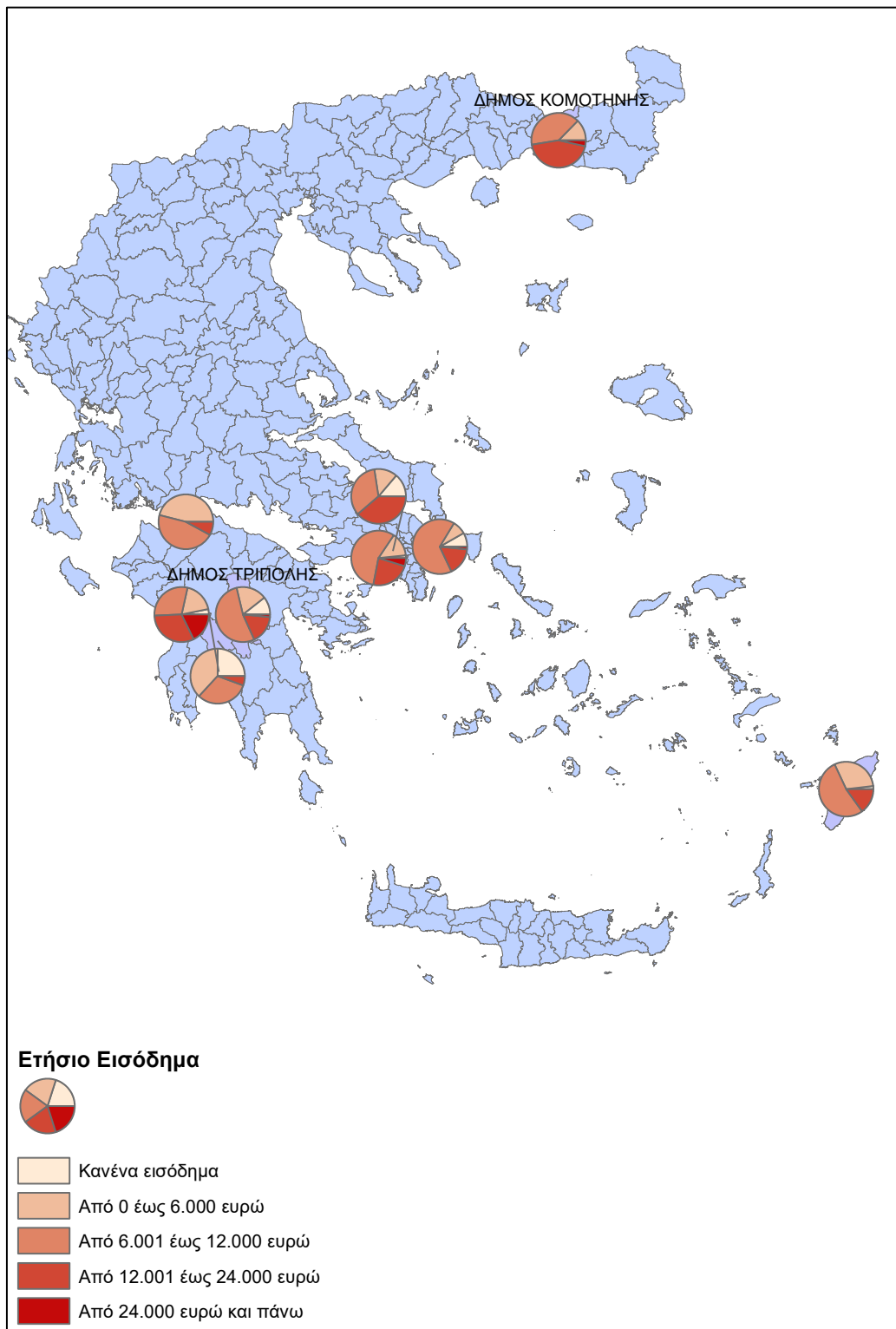


Χάρτες ΠΕ.9.β. Οικονομική Αυτονομία.

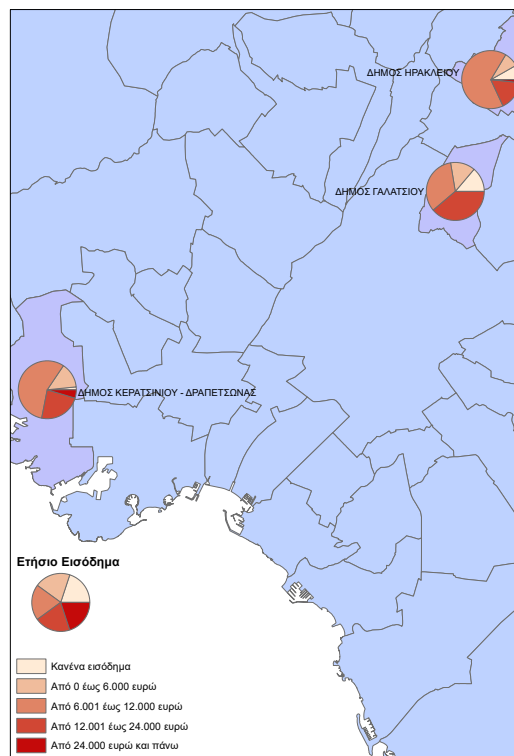
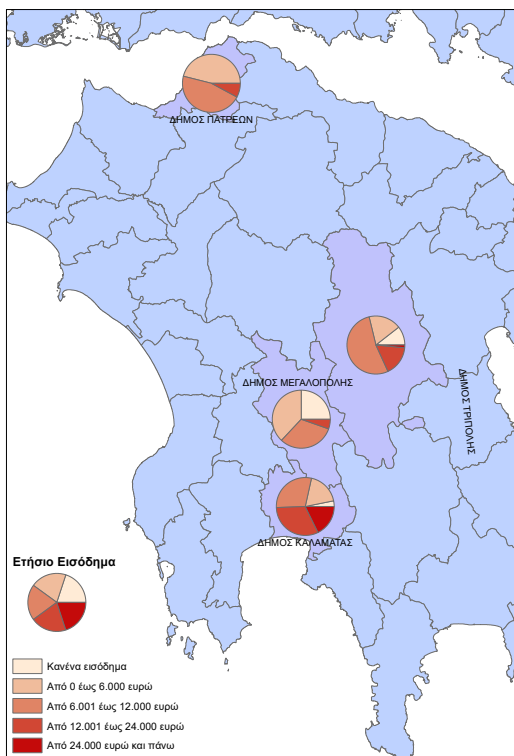
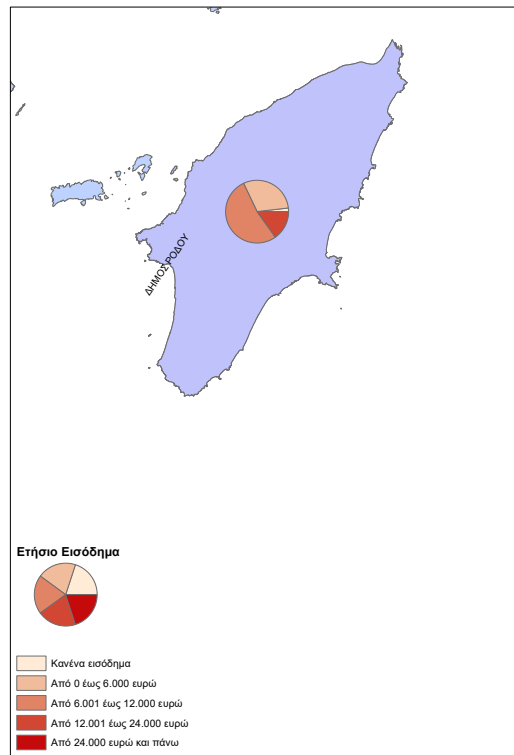
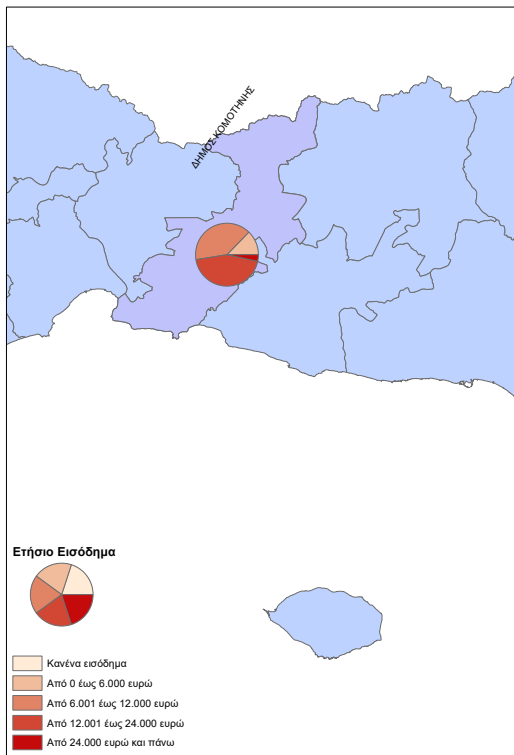
## Ετήσιο Εισόδημα

Πίνακας ΠΕ.10. Ετήσιο Εισόδημα.

		Ετήσιο Εισόδημα					Σύνολο
		Κανένα εισόδημα	Από 0 έως 6.000 ευρώ	Από 6.001 έως 12.000 ευρώ	Από 12.001 έως 24.000 ευρώ	Από 24.000 ευρώ και πάνω	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	14	24	70	22	2	<b>132</b>
	Καλαμάτα	5	29	46	50	28	<b>158</b>
	Πάτρα	0	47	47	8	0	<b>102</b>
	Κομοτηνή	1	15	47	52	4	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	1	9	36	15	3	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	23	35	29	5	0	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	5	5	40	10	1	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	16	16	39	45	0	<b>116</b>
	Ρόδος	1	16	28	8	0	<b>53</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>66</b>	<b>196</b>	<b>382</b>	<b>215</b>	<b>38</b>	<b>897</b>



Χάρτης ΠΕ.10.α. Ετήσιο Εισόδημα.

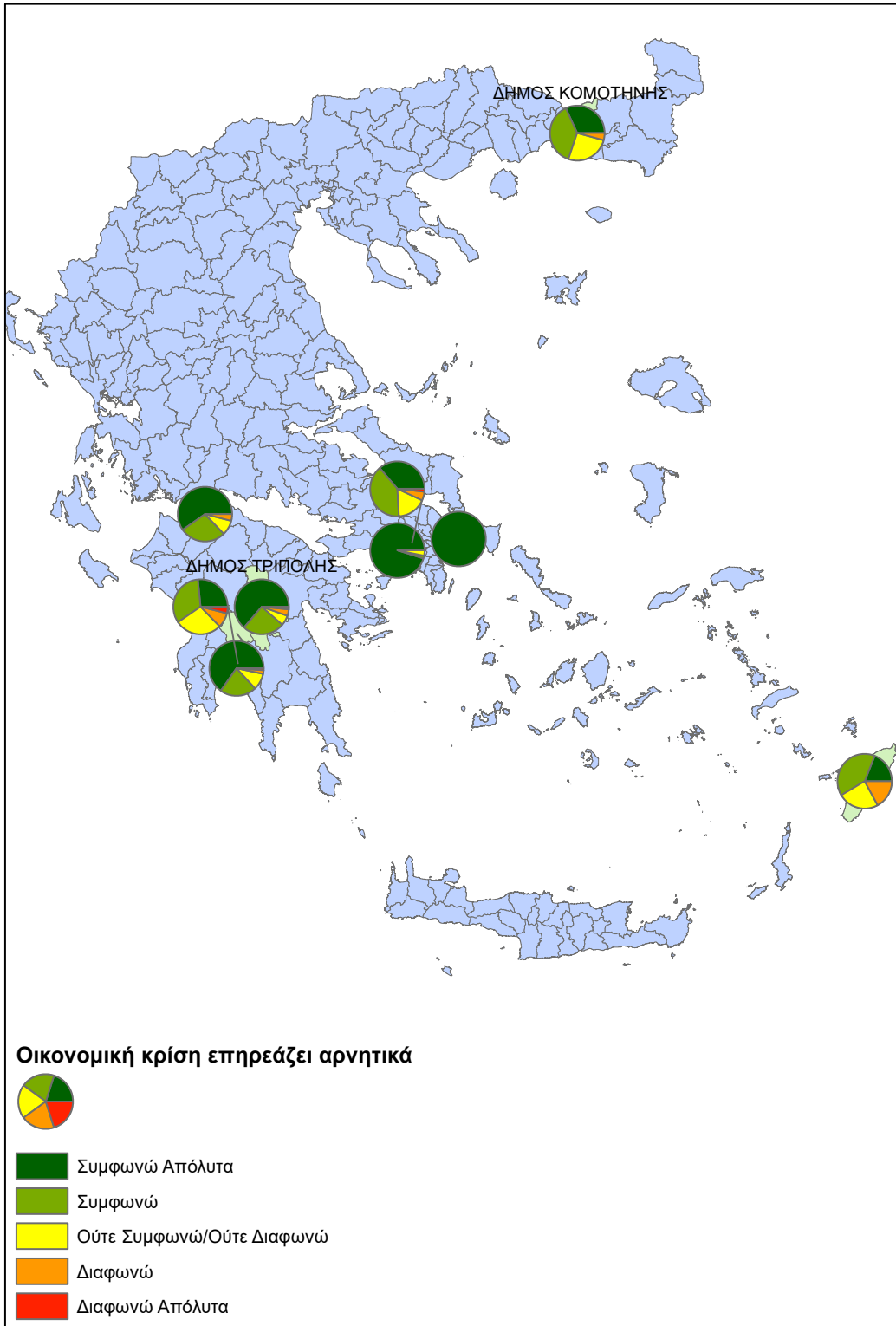


Χάρτες ΠΕ.10.β. Ετήσιο Εισόδημα.

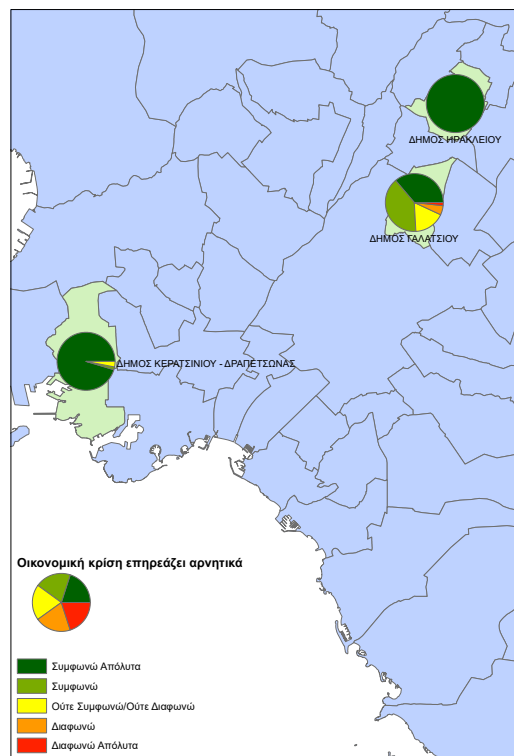
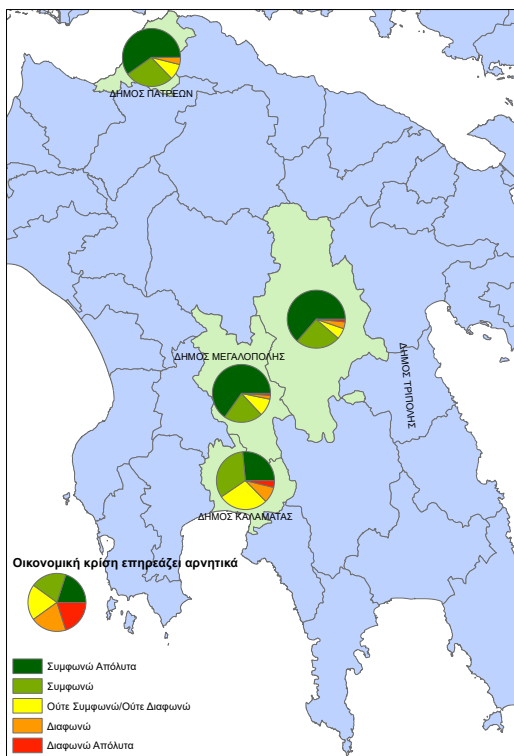
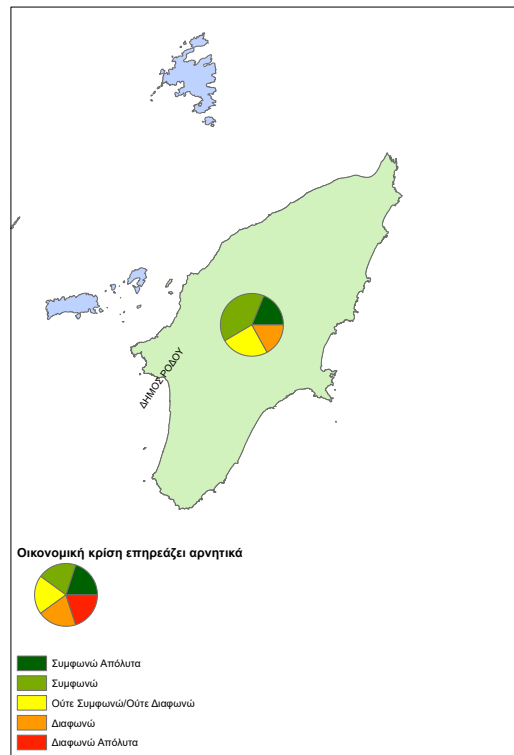
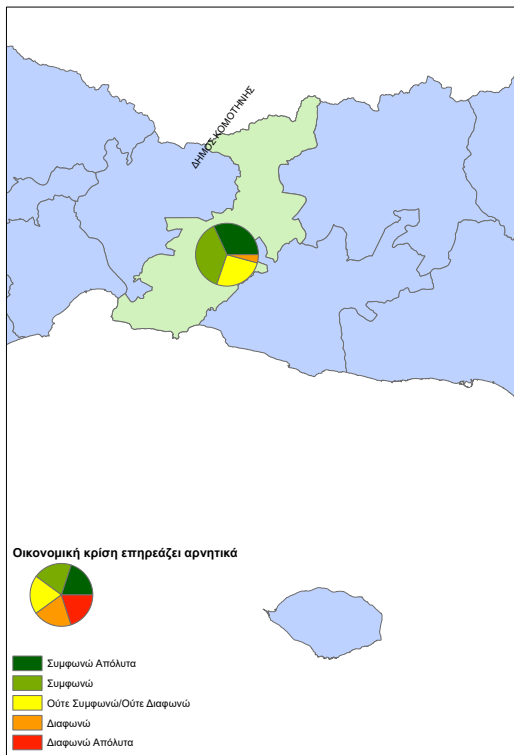
## Αρνητική Επίδραση Οικονομικής Κρίσης

Πίνακας ΠΕ.11. Αρνητική Επίδραση Οικονομικής Κρίσης.

		Οικονομική Κρίση Επηρεάζει Αρνητικά					Σύνολο
		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	84	33	8	5	2	<b>132</b>
	Καλαμάτα	42	52	44	14	6	<b>158</b>
	Πάτρα	61	28	9	4	0	<b>102</b>
	Κομοτηνή	38	45	31	5	0	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	61	1	2	0	0	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	60	20	9	2	1	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	61	0	0	0	0	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	42	46	20	6	2	<b>116</b>
	Ρόδος	10	21	13	9	0	<b>53</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>459</b>	<b>246</b>	<b>136</b>	<b>45</b>	<b>11</b>	<b>897</b>



Χάρτης ΠΕ.11.α. Αρνητική Επίδραση Οικονομικής Κρίσης.



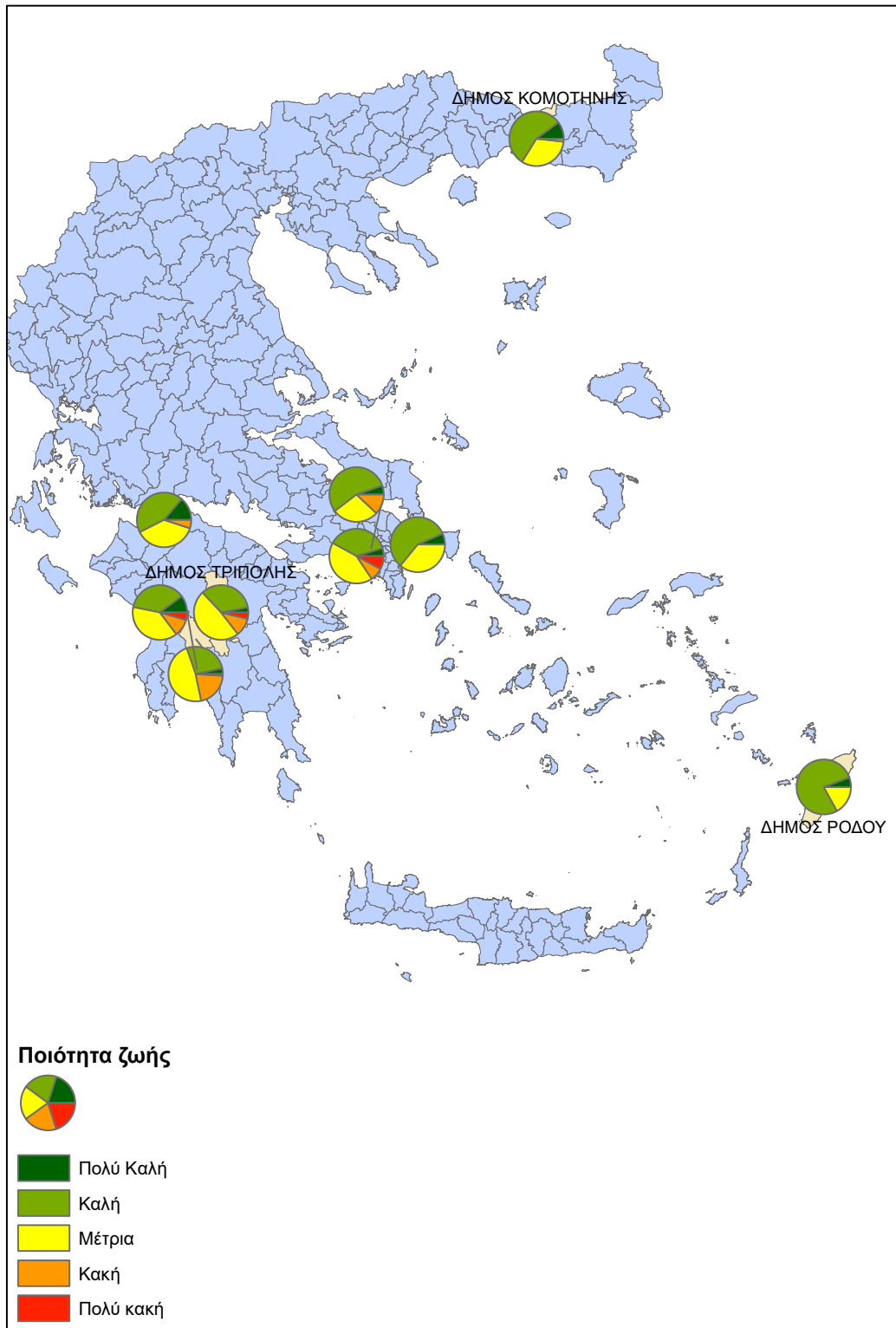
Χάρτες ΠΕ.11.β. Αρνητική Επίδραση Οικονομικής Κρίσης.



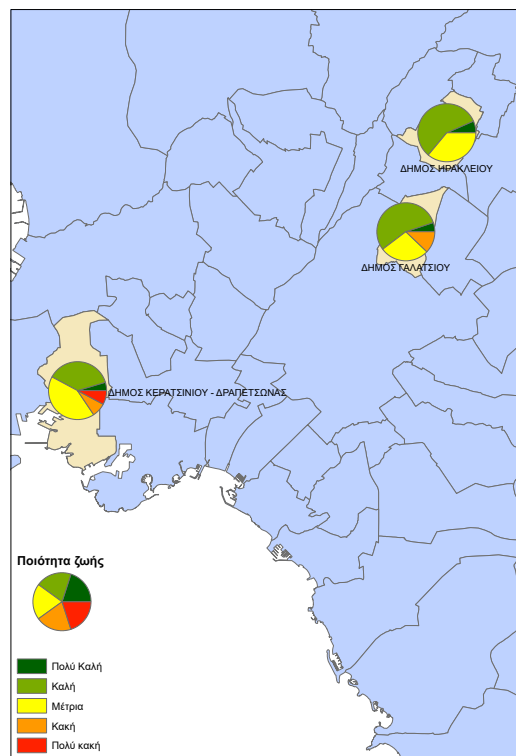
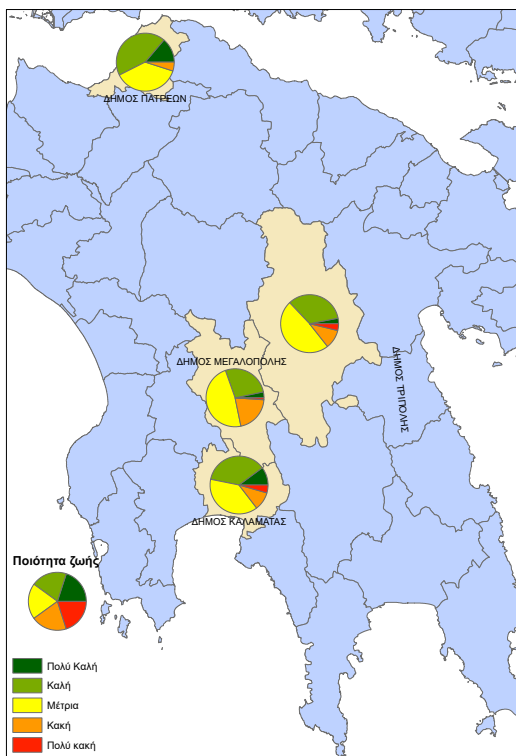
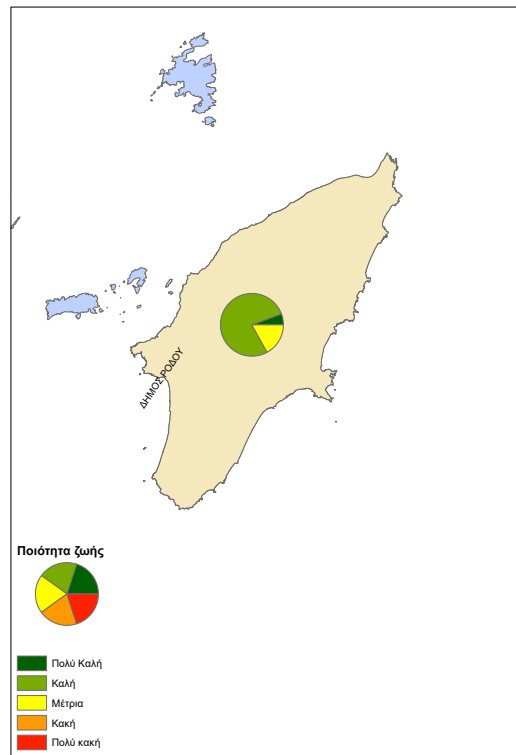
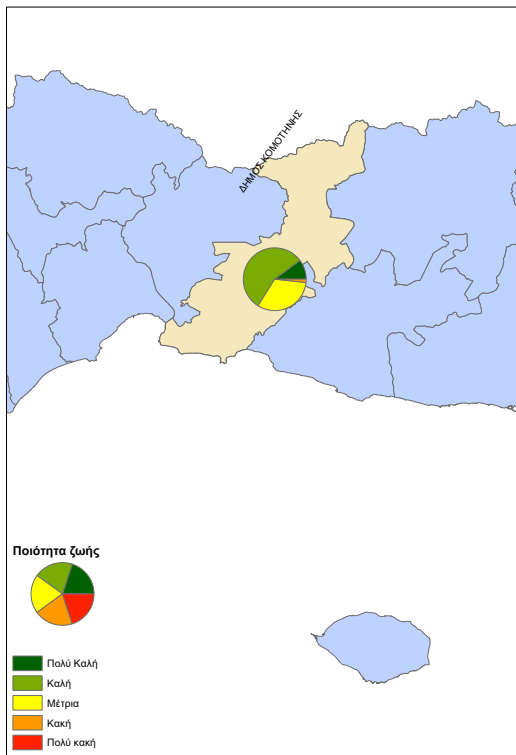
## Ποιότητα Ζωής

Πίνακας ΠΕ.12. Ποιότητα Ζωής.

		Ποιότητα Ζωής					Σύνολο
		Πολύ Καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	4	45	64	14	5	<b>132</b>
	Καλαμάτα	16	58	61	16	7	<b>158</b>
	Πάτρα	14	44	38	5	1	<b>102</b>
	Κομοτηνή	12	66	38	2	1	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	3	24	27	5	5	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	3	25	44	19	1	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	4	35	22	0	0	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	6	64	32	14	0	<b>116</b>
	Ρόδος	3	41	9	0	0	<b>53</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>65</b>	<b>402</b>	<b>335</b>	<b>75</b>	<b>20</b>	<b>897</b>



Χάρτης ΠΕ.12.α. Ποιότητα Ζωής.

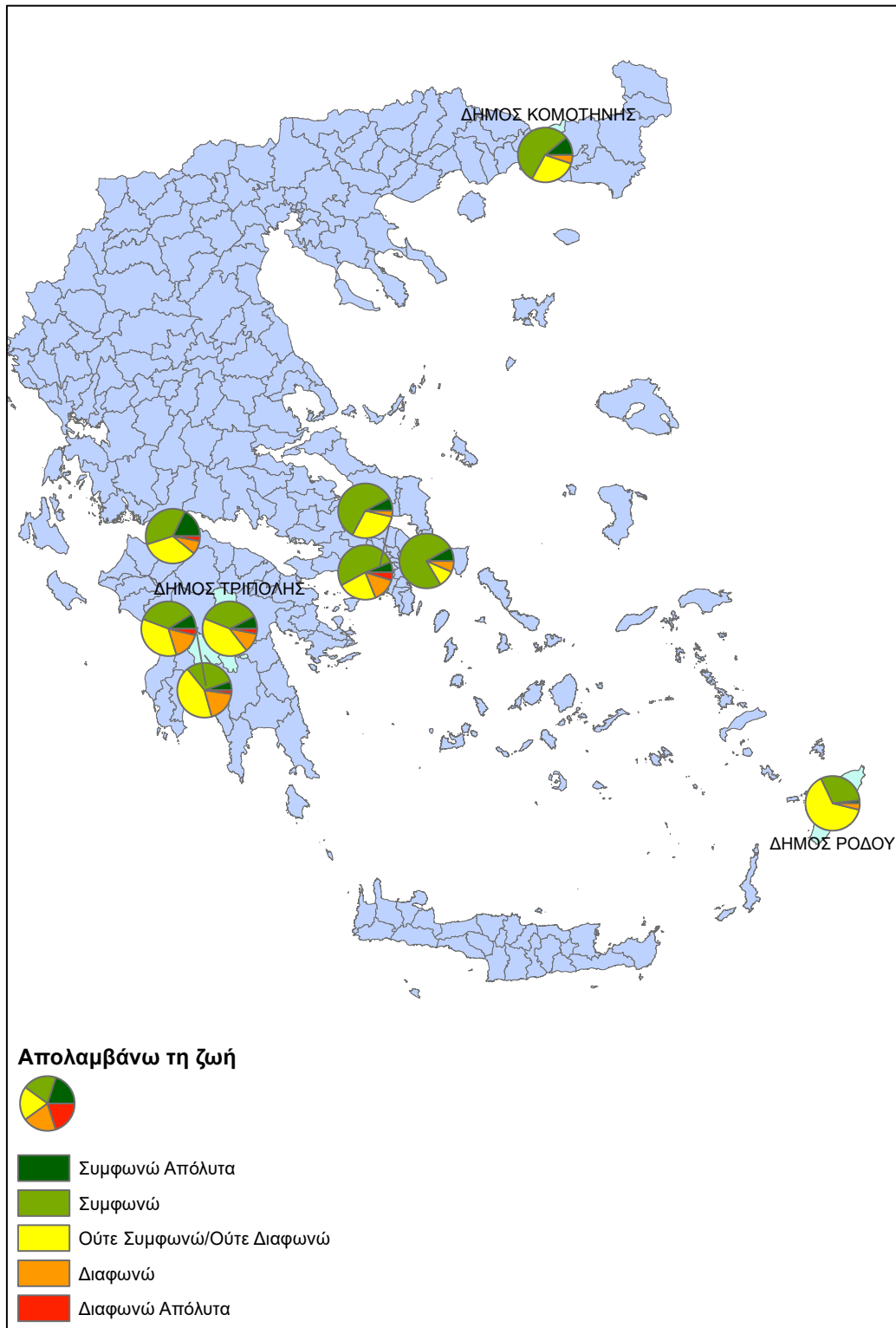


Χάρτες ΠΕ.12.β. Ποιότητα Ζωής.

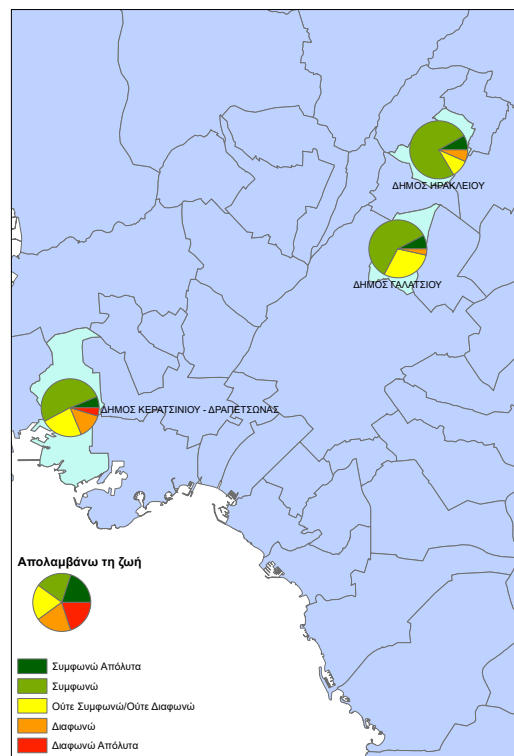
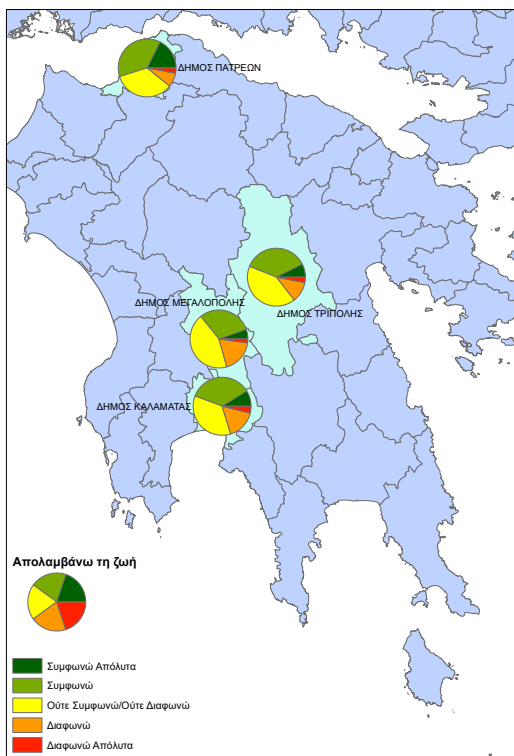
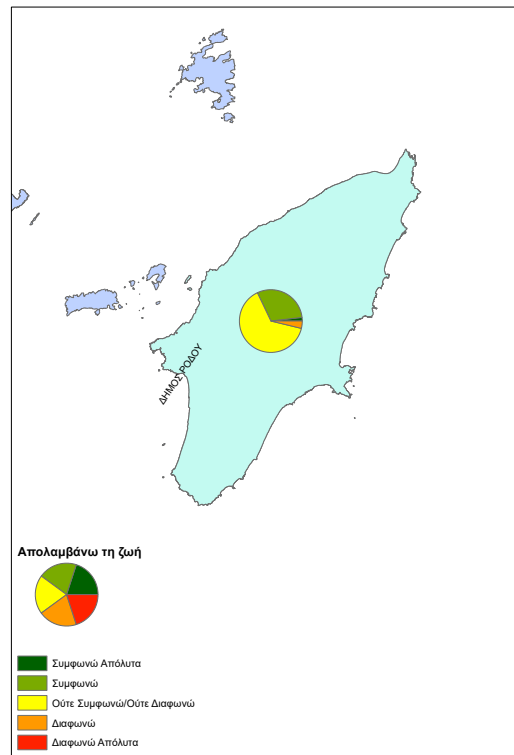
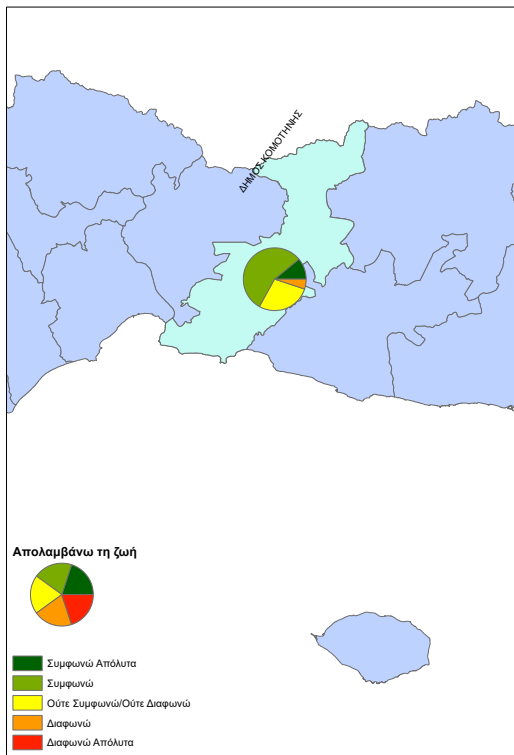
## Απόλαυση Ζωής

Πίνακας ΠΕ.13. Απόλαυση Ζωής.

		Απολαμβάνω τη Ζωή					Σύνολο
		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	10	48	55	15	4	<b>132</b>
	Καλαμάτα	14	56	56	26	6	<b>158</b>
	Πάτρα	18	38	35	8	3	<b>102</b>
	Κομοτηνή	13	66	33	6	1	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	4	33	15	9	3	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	5	28	40	17	2	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	5	46	6	4	0	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	9	69	34	4	0	<b>116</b>
Ρόδος	1	16	34	2	0	<b>53</b>	
<b>Σύνολο</b>		<b>79</b>	<b>400</b>	<b>308</b>	<b>91</b>	<b>19</b>	<b>897</b>



Χάρτης ΠΕ.13.α. Απόλαυση Ζωής.

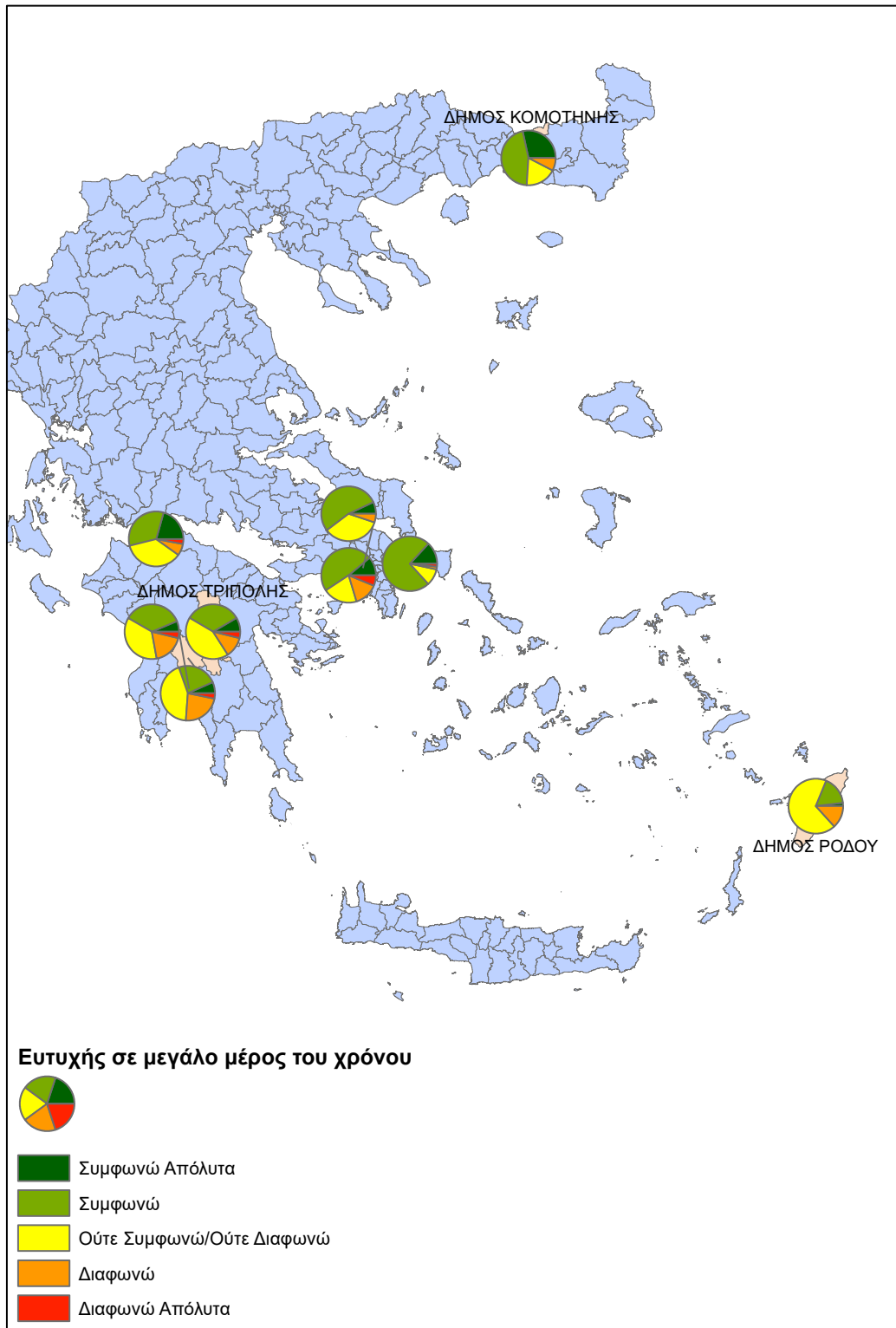


Χάρτες ΠΕ.13.β. Ποιότητα Ζωής.

## Ευτυχία σε Μεγάλο Μέρος του Χρόνου

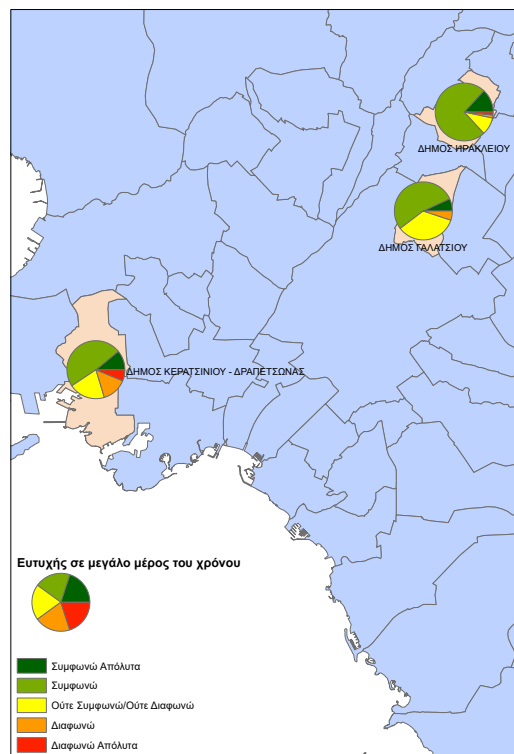
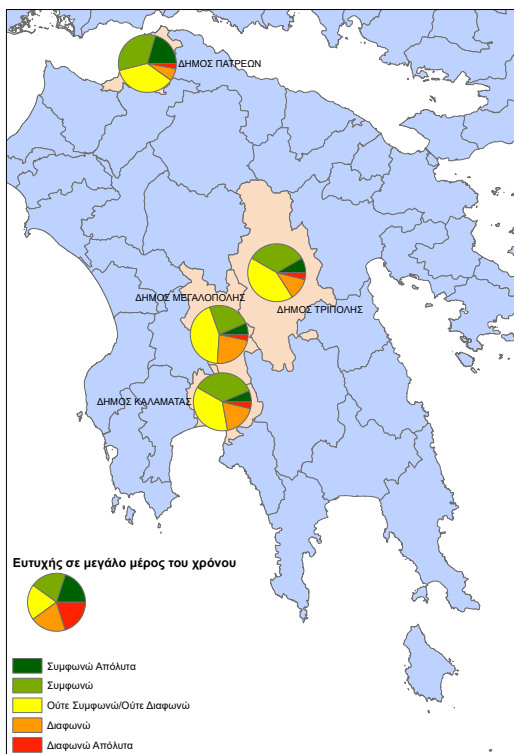
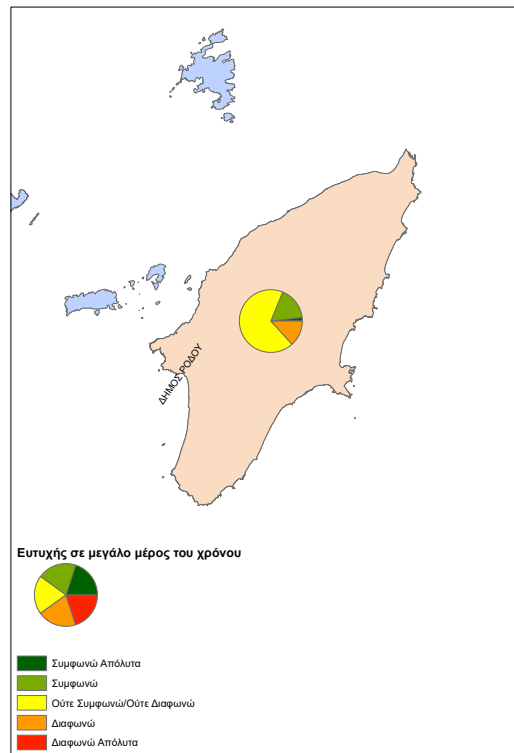
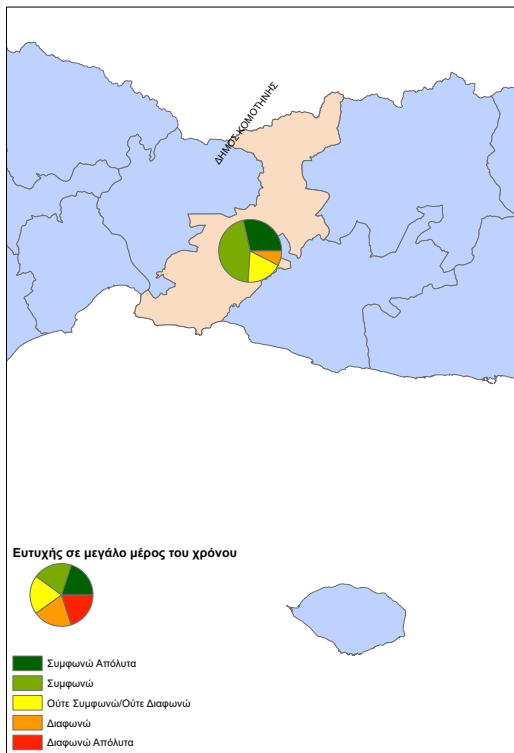
Πίνακας ΠΕ.14. Ευτυχία σε Μεγάλο Μέρος του Χρόνου.

		Ευτυχής σε Μεγάλο Μέρος του Χρόνου					Σύνολο
		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Ούτε Συμφωνώ/Ούτε Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	
Αρχή. Περιοχή	Τρίπολη	11	44	56	16	5	<b>132</b>
	Καλαμάτα	10	56	57	29	6	<b>158</b>
	Πάτρα	21	34	37	7	3	<b>102</b>
	Κομοτηνή	34	54	22	9	0	<b>119</b>
	Δραπετσώνα	7	31	13	9	4	<b>64</b>
	Μεγαλόπολη	6	22	40	21	3	<b>92</b>
	Νέο Ηράκλειο Αττικής	8	45	6	1	1	<b>61</b>
	Γαλάτσι Αττικής	8	62	40	6	0	<b>116</b>
	Ρόδος	1	9	36	7	0	<b>53</b>
<b>Σύνολο</b>		<b>106</b>	<b>357</b>	<b>307</b>	<b>105</b>	<b>22</b>	<b>897</b>



Χάρτης ΠΕ.14.α. Ευτυχία σε Μεγάλο Μέρος του Χρόνου.

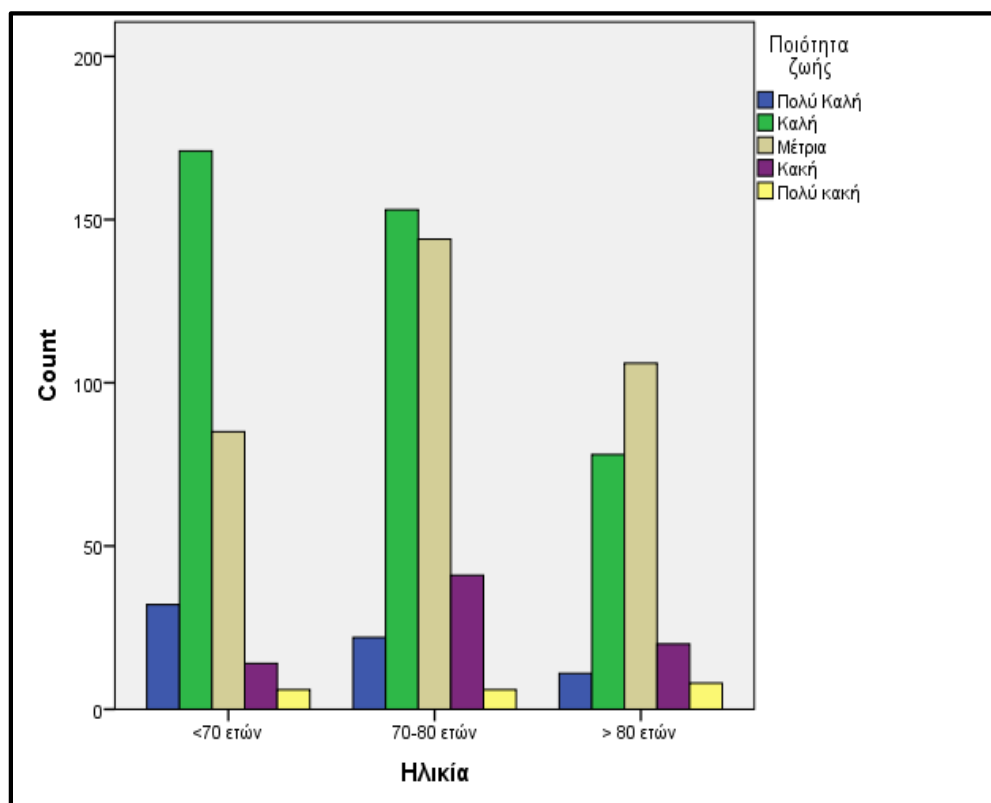




Χάρτες ΠΕ.14.β. Ευτυχία σε Μεγάλο Μέρος του Χρόνου.



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ:**  
**Συσχέτιση Μεταβλητών κατά Spearman**



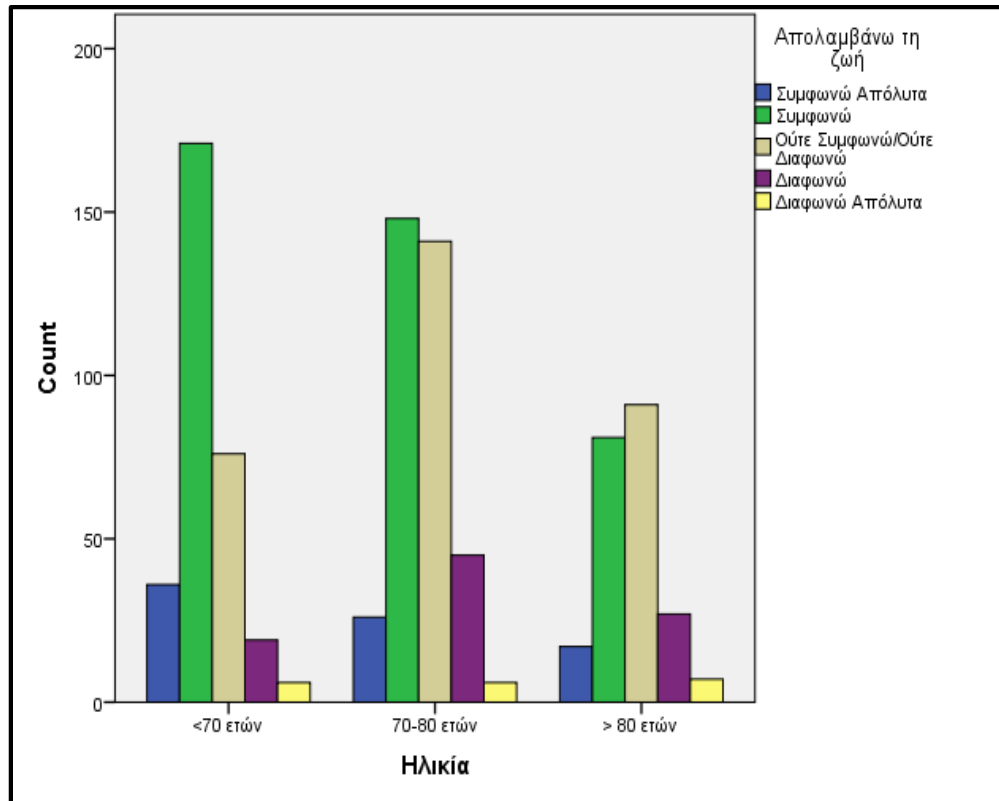
Εικόνα ΠΣΤ.1. Ιστογράμμο Ηλικίας και Ποιότητας Ζωής.

#### Correlations

			A2. Ηλικία	E22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	A2. Ηλικία	Correlation Coefficient	1,000	,202**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	897	897
	E22. Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	,202**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.1. Αποτελέσματα Συσχετισμού Ηλικίας και Ποιότητας Ζωής.



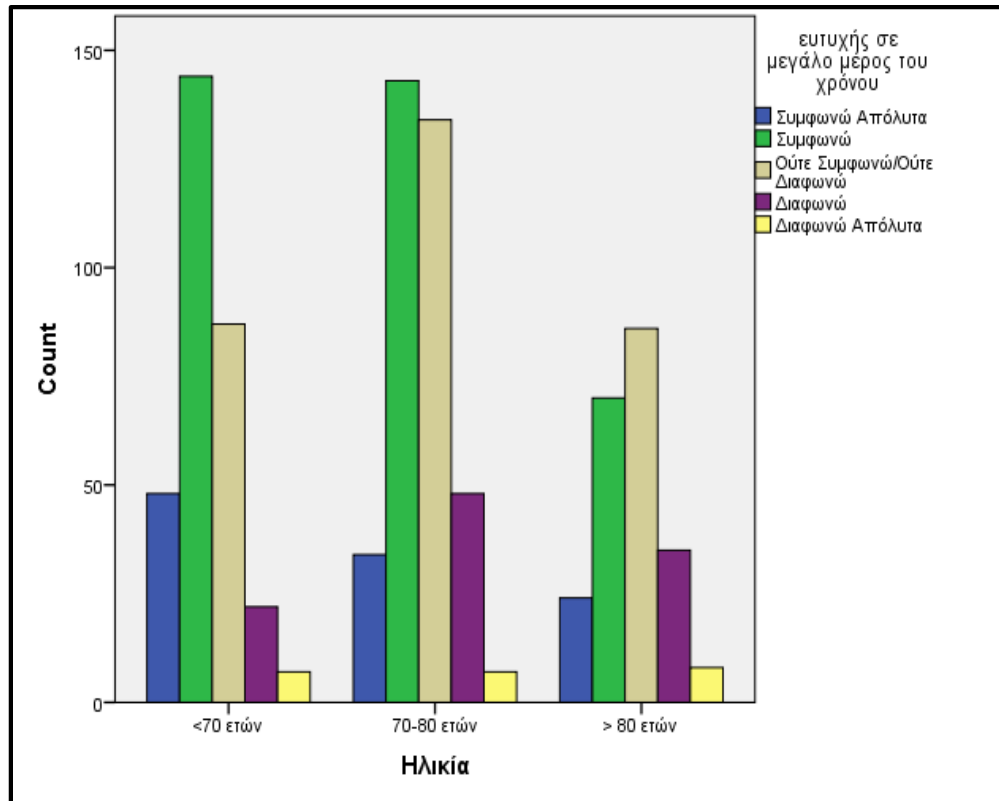
Εικόνα ΠΣΤ.2. Ιστογράμμο Ηλικίας και Απόλασης Ζωής.

#### Correlations

			A2. Ηλικία	E23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	A2. Ηλικία	Correlation Coefficient	1,000	,180**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	897	897
	E23. Απολαμβάνω τη ζωή	Correlation Coefficient	,180**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.2. Αποτελέσματα Συσχετισμού Ηλικίας και Απόλασης Ζωής.



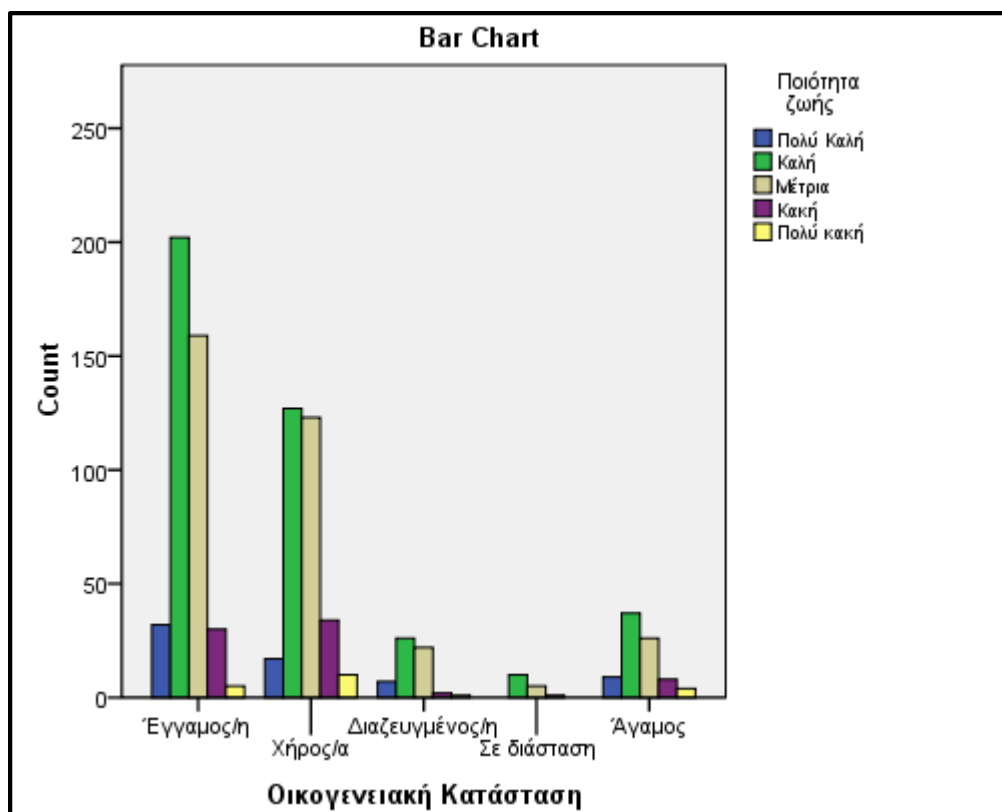
Εικόνα ΠΣΤ.3. Ιστογράμμο Ηλικίας και Αίσθησης Ευτυχίας.

#### Correlations

			A2. Ηλικία	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	A2. Ηλικία	Correlation Coefficient	1,000	,161**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	897	897
	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Correlation Coefficient	,161**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.3. Αποτελέσματα Συσχετισμού Ηλικίας και Αίσθησης Ευτυχίας.



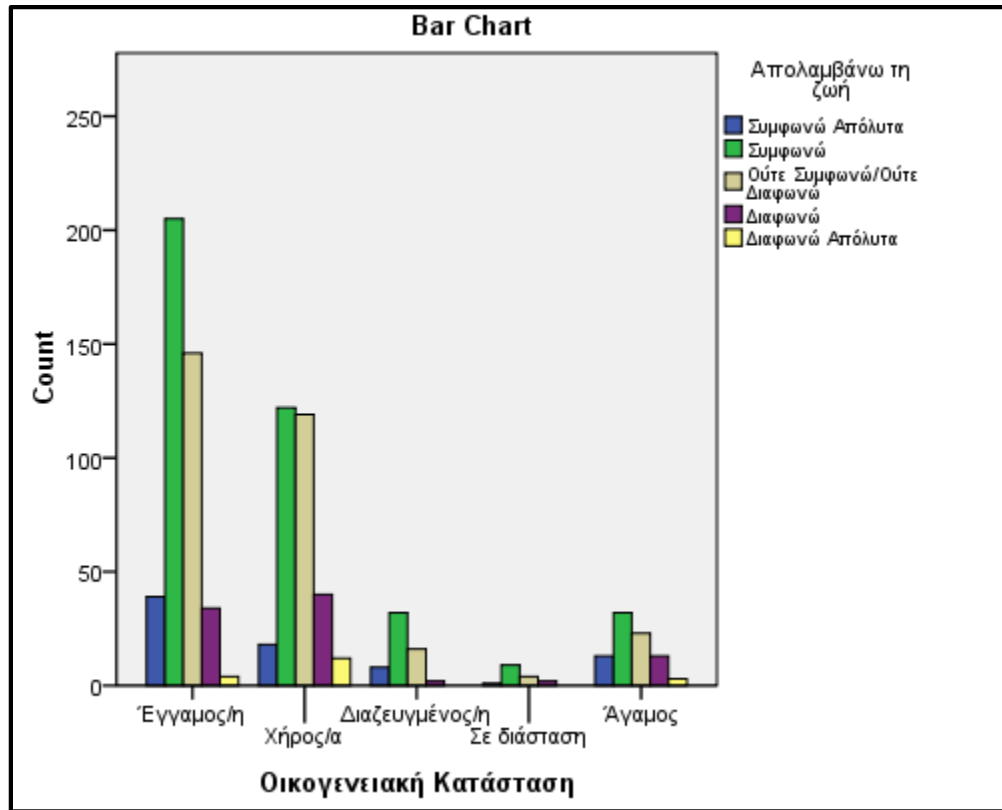
Εικόνα ΠΣΤ.4. Ιστόγραμμα Οικογενειακής Κατάστασης και Ποιότητας Ζωής.

#### Correlations

			A3. Οικογενειακή Κατάσταση	E22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	A3. Οικογενειακή Κατάσταση	Correlation Coefficient	1,000	,033
		Sig. (2-tailed)	.	,318
		N	897	897
	E22. Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	,033	1,000
		Sig. (2-tailed)	,318	.
		N	897	897

No significance

Πίνακας ΠΣΤ.4. Αποτελέσματα Συσχετισμού Οικογενειακής Κατάστασης και Ποιότητας Ζωής.



Εικόνα ΠΣΤ.5. Ιστόγραμμα Οικογενειακής Κατάστασης και Απόλαυσης Ζωής.

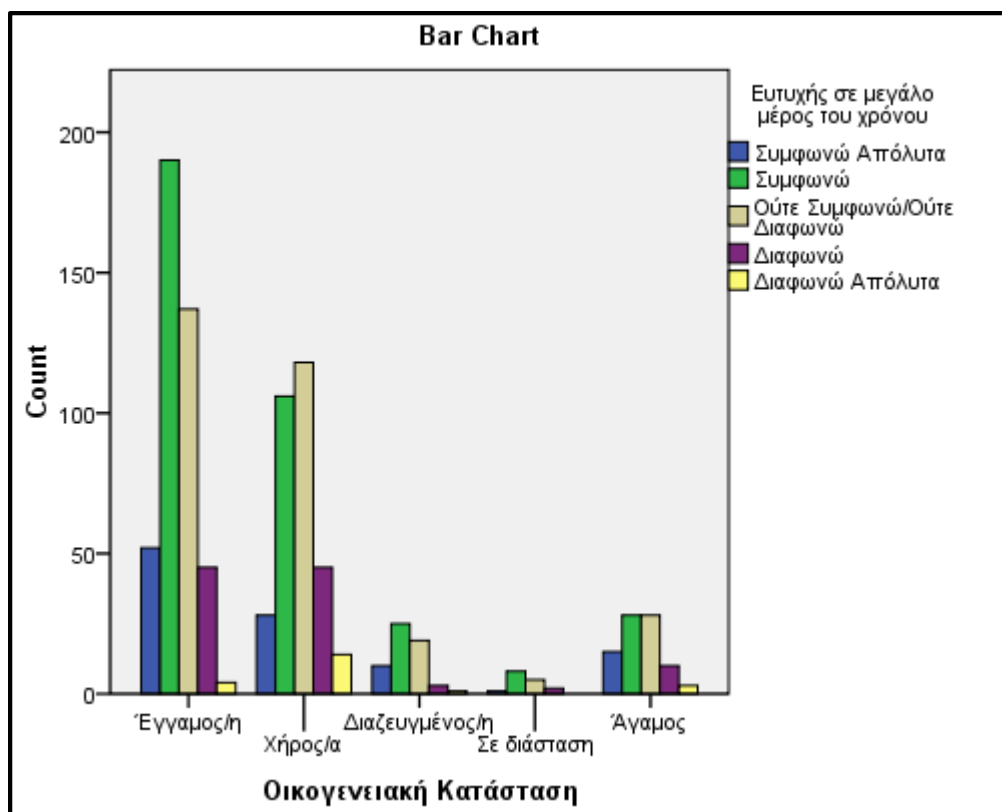
#### Correlations

		A3. Οικογενειακή Κατάσταση	E23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	A3. Οικογενειακή Κατάσταση	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,043
		N	897
E23. Απολαμβάνω τη ζωή	E23. Απολαμβάνω τη ζωή	Correlation Coefficient	,043
		Sig. (2-tailed)	,194
		N	897

No significance

Πίνακας ΠΣΤ.5. Αποτελέσματα Συσχετισμού Οικογενειακής Κατάστασης και Απόλαυσης Ζωής.





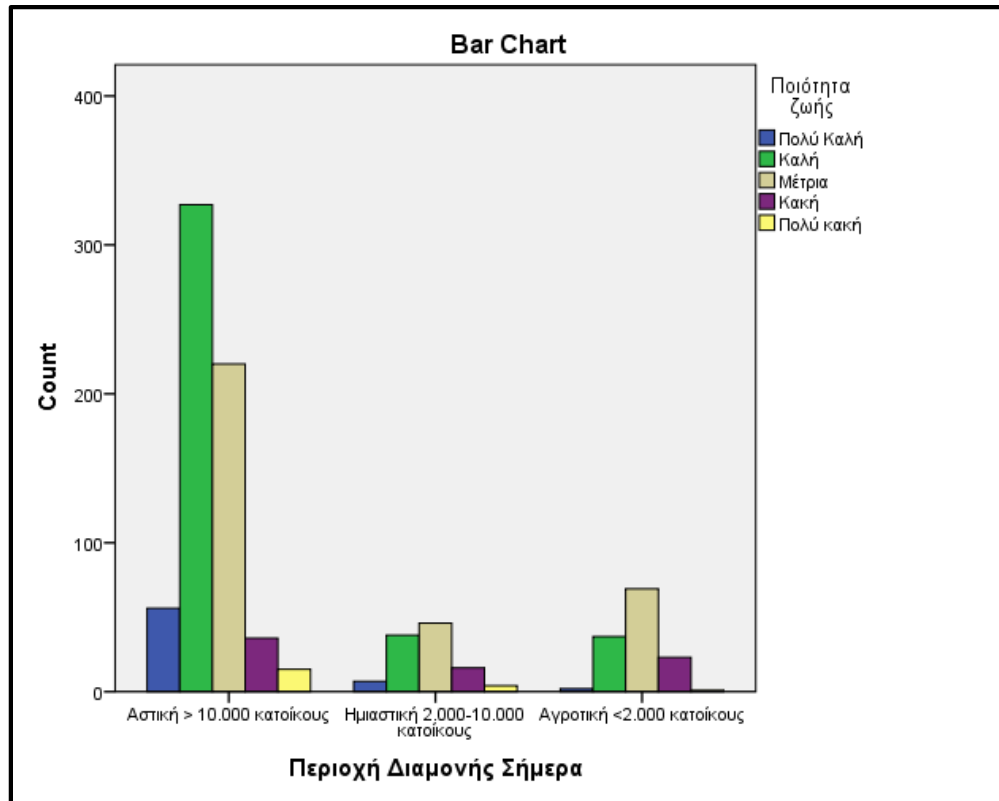
Εικόνα ΠΣΤ.6. Ιστόγραμμα Οικογενειακής Κατάστασης και Αίσθησης Ευτυχίας.

#### Correlations

		A3. Οικογενειακή Κατάσταση	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	A3. Οικογενειακή Κατάσταση	1,000	,055
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		,098
	N	897	897
E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	,055	1,000
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	,098	
	N	897	897

No significance

Πίνακας ΠΣΤ.6. Αποτελέσματα Συσχετισμού Οικογενειακής Κατάστασης και Αίσθησης Ευτυχίας.



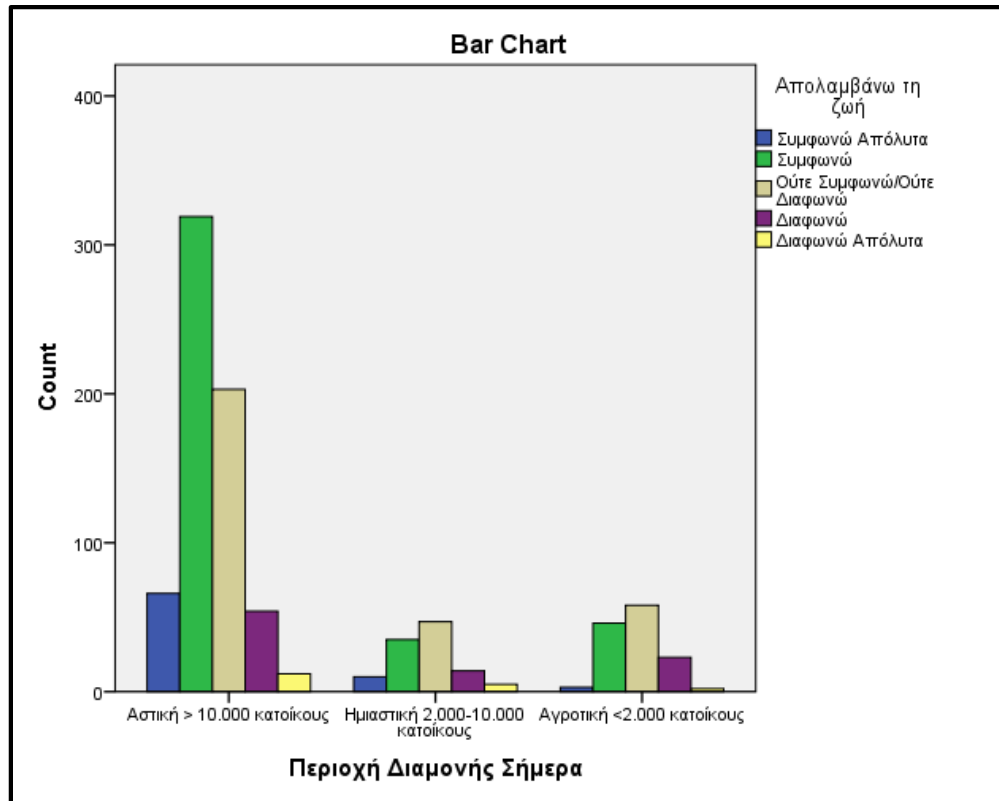
Εικόνα ΠΣΤ.7. Ιστόγραμμα Περιοχής Διαμονής Σήμερα και Ποιότητας Ζωής.

**Correlations**

		B4.Περιοχή Διαμονής Σήμερα	E22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	B4.Περιοχή Διαμονής Σήμερα	1,000	,230**
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	897	897
E22. Ποιότητα ζωής	E22. Ποιότητα ζωής	,230**	1,000
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.7. Αποτελέσματα Συσχετισμού Περιοχής Διαμονής Σήμερα και Ποιότητας Ζωής.



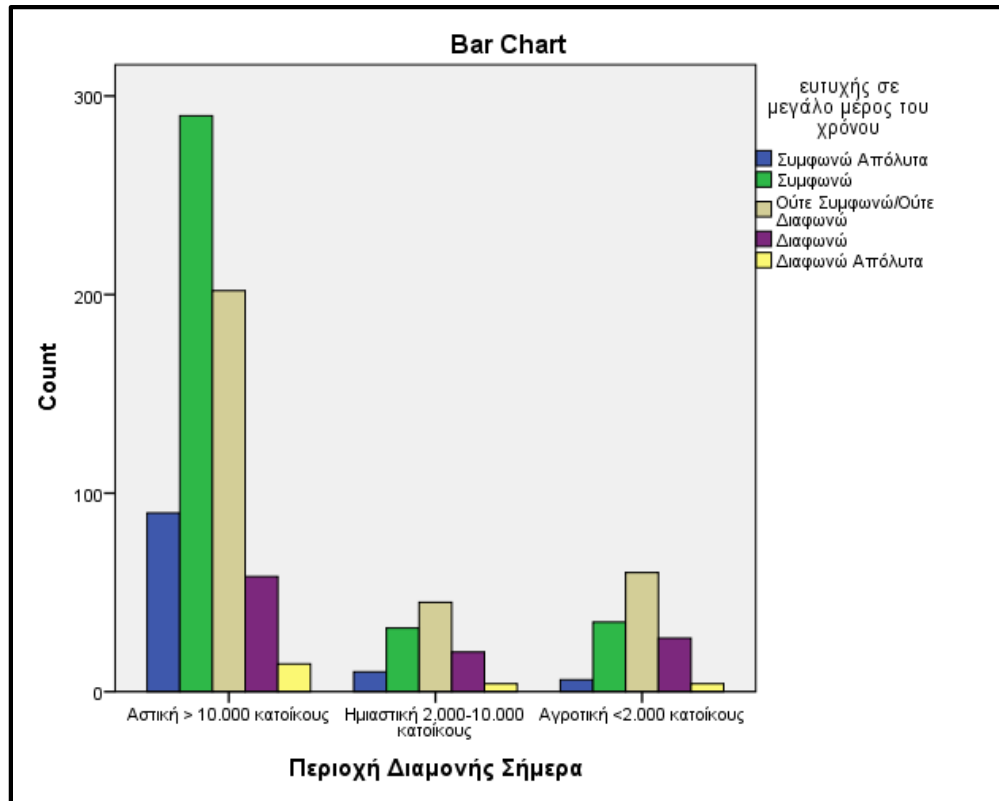
Εικόνα ΠΣΤ.8. Ιστόγραμμα Περιοχής Διαμονής Σήμερα και Απόλαυσης Ζωής.

**Correlations**

		B4.Περιοχή Διαμονής Σήμερα	E23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	B4.Περιοχή Διαμονής Σήμερα Correlation Coefficient	1,000	,186**
	Sig. (2-tailed)	.	,000
	N	897	897
E23. Απολαμβάνω τη ζωή	Correlation Coefficient	,186**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	.
	N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.8. Αποτελέσματα Συσχετισμού Περιοχής Διαμονής Σήμερα και Απόλαυσης Ζωής.



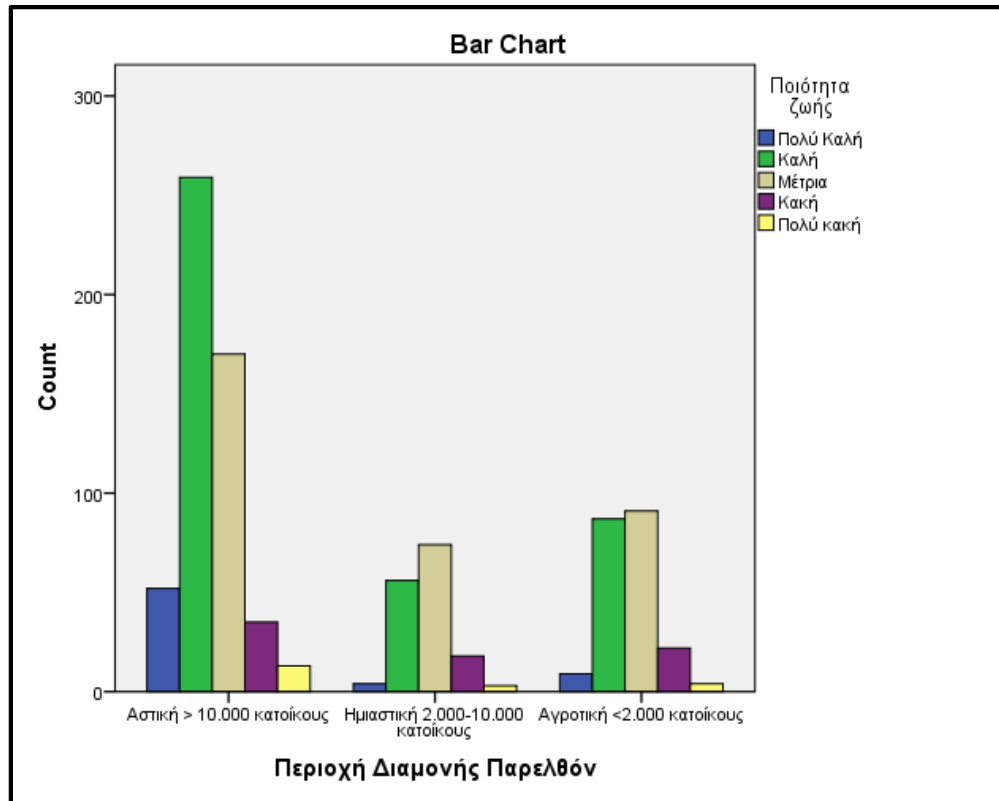
Εικόνα ΠΣΤ.9. Ιστόγραμμα Περιοχής Διαμονής Αήμερα και Αίσθησης Ευτυχίας.

**Correlations**

		B4.Περιοχή Διαμονής Σήμερα	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	B4.Περιοχή Διαμονής Σήμερα	1,000	,223**
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	897	897
E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Correlation Coefficient	,223**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.9. Αποτελέσματα Συσχετισμού Περιοχής Διαμονής Σήμερα και Αίσθησης Ευτυχίας.



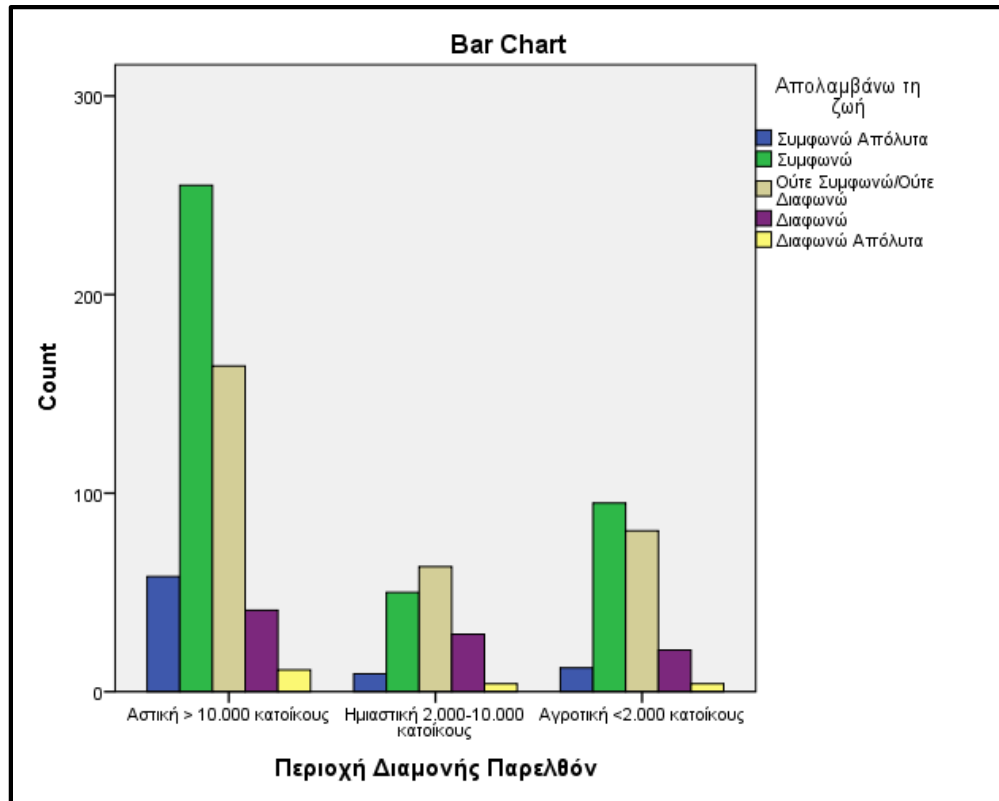
Εικόνα ΠΣΤ.10. Ιστογράμμο Περιόχης Διαμονής στο Παρελθόν και Ποιότητας Ζωής.

**Correlations**

		B5. Περιοχή Διαμονής Παρελθόν	E22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	B5. Περιοχή Διαμονής Παρελθόν	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 ,153** ,000 897
	E22. Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,153** ,000 897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.10. Αποτελέσματα Συσχετισμού Περιόχης Διαμονής στο Παρελθόν και Ποιότητας Ζωής.



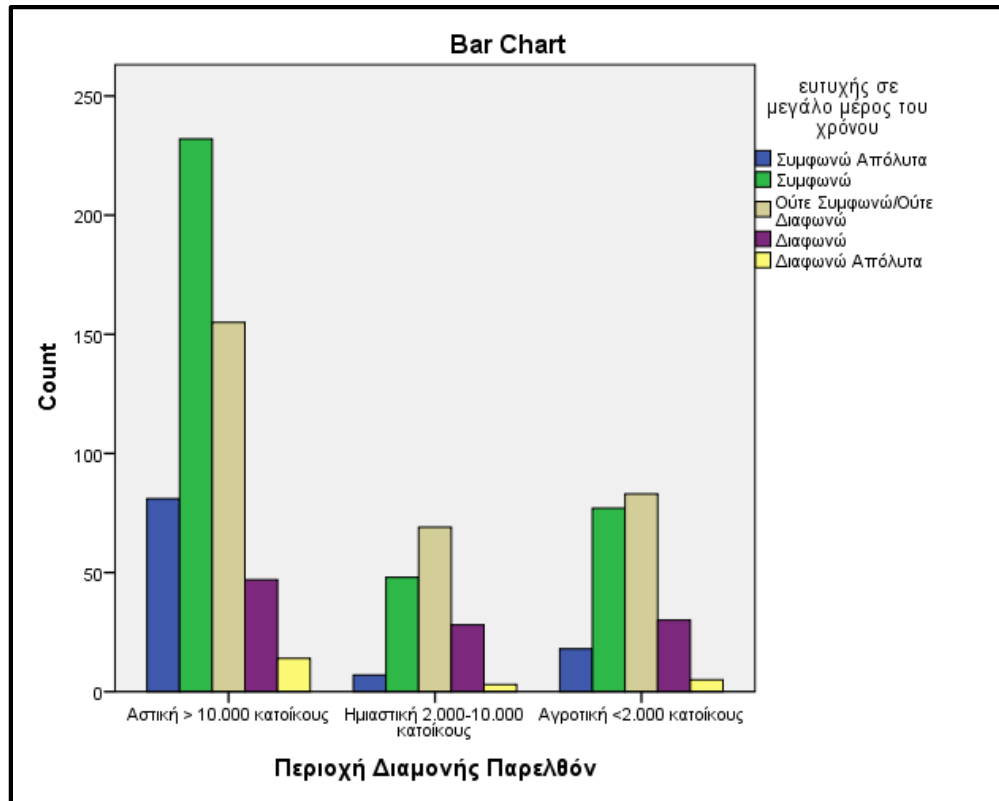
Εικόνα ΠΣΤ.11. Ιστογράμμο Περιόχης Διαμονής στο Παρελθόν και Απόλαυσης Ζωής.

**Correlations**

		B5. Περιοχή Διαμονής Παρελθόν	E23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	B5. Περιοχή Διαμονής Παρελθόν	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,126**
		N	,000
E23. Απολαμβάνω τη ζωή	E23. Απολαμβάνω τη ζωή	Correlation Coefficient	,126**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	,000
		N	897
			897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.11. Αποτελέσματα Συσχετισμού Περιόχης Διαμονής στο Παρελθόν και Απόλαυσης Ζωής.



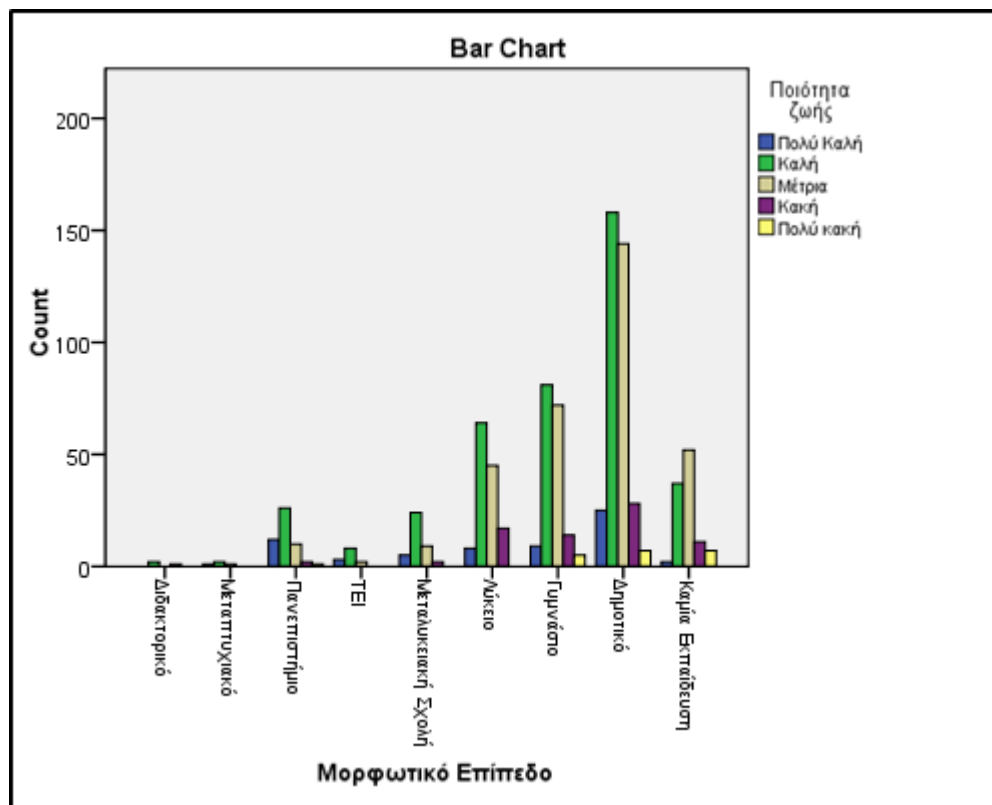
Εικόνα ΠΣΤ.12. Ιστόγραμμα Περιοχής Διαμονής στο Παρελθόν και Αίσθησης Ευτυχίας.

**Correlations**

		B5. Περιοχή Διαμονής Παρελθόν	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	B5. Περιοχή Διαμονής Παρελθόν	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,167**
		N	897
	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Correlation Coefficient	,167**
		Sig. (2-tailed)	,000
		N	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.12. Αποτελέσματα Συνσχετισμού Περιοχής Διαμονής στο Παρελθόν και Αίσθησης Ευτυχίας.



Εικόνα ΠΣΤ.13. Ιστόγραμμα Μορφωτικού Επιπέδου και Ποιότητας Ζωής.

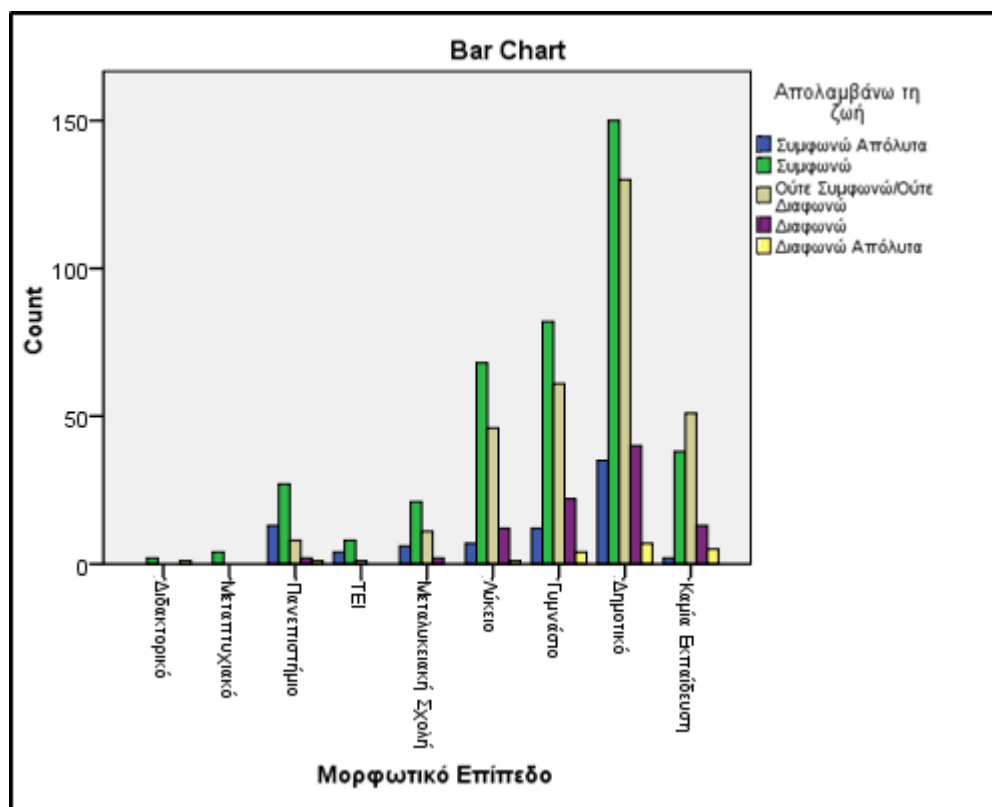
#### Correlations

			Γ9. Μορφωτικό Επίπεδο	Ε22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	Γ9. Μορφωτικό Επίπεδο	Correlation Coefficient	1,000	,169**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	897	897
	Ε22. Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	,169**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.13. Αποτελέσματα Συσχετισμού Μορφωτικού Επιπέδου και Ποιότητας Ζωής.





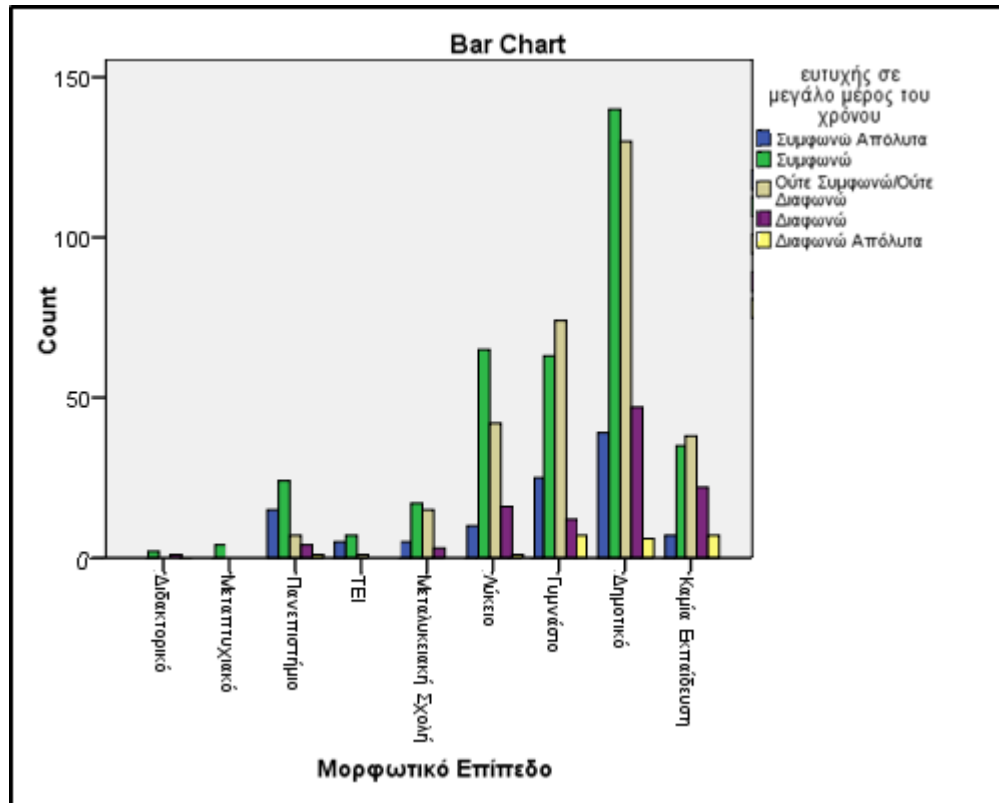
Εικόνα ΠΣΤ.14. Ιστόγραμμα Μορφωτικού Επιπέδου και Απόλαυσης Ζωής.

#### Correlations

		Γ9. Μορφωτικό Επίπεδο	Ε23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	Γ9. Μορφωτικό Επίπεδο	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,177**
		N	,000
E23. Απολαμβάνω τη ζωή	Γ9. Μορφωτικό Επίπεδο	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,177**
		N	,000
		897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.14. Αποτελέσματα Συσχετισμού Μορφωτικού Επιπέδου και Απόλαυσης Ζωής.



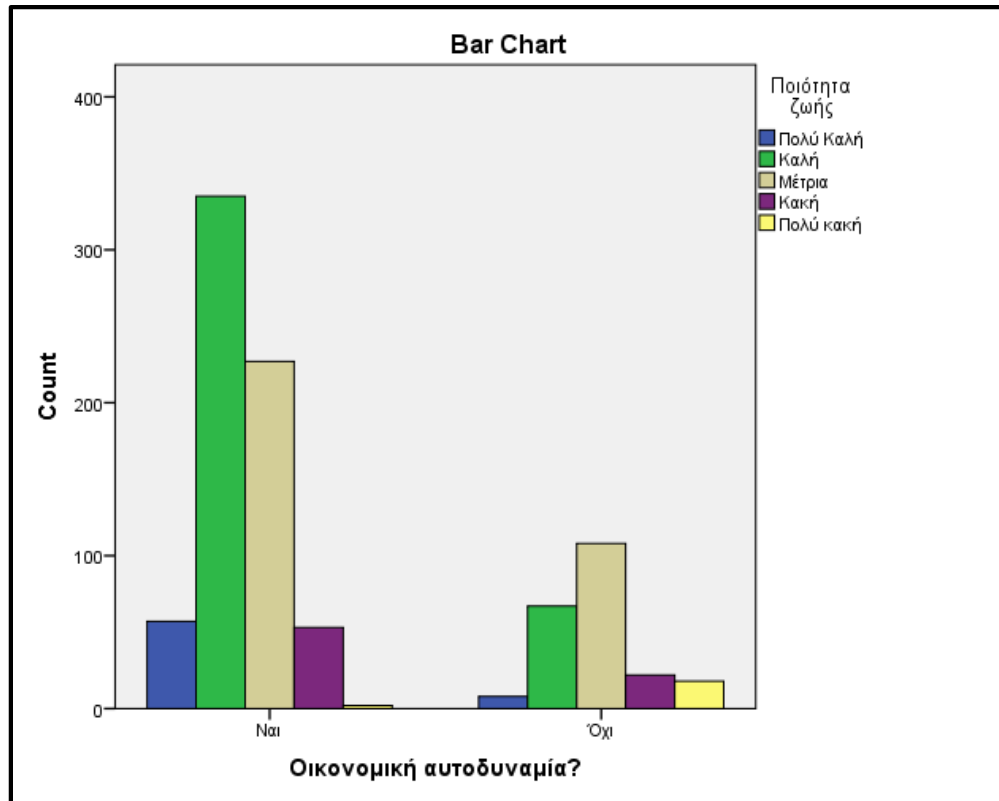
Εικόνα ΠΣΤ.15. Ιστογράμμο Μορφωτικού Επιπέδου και Αίσθησης Ευτυχίας.

#### Correlations

		Γ9. Μορφωτικό Επίπεδο	Ε24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	Γ9. Μορφωτικό Επίπεδο	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,168**
		N	897
Ε24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Ε24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Correlation Coefficient	,168**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.15. Αποτελέσματα Συσχετισμού Μορφωτικού Επιπέδου και Αίσθησης Ευτυχίας.

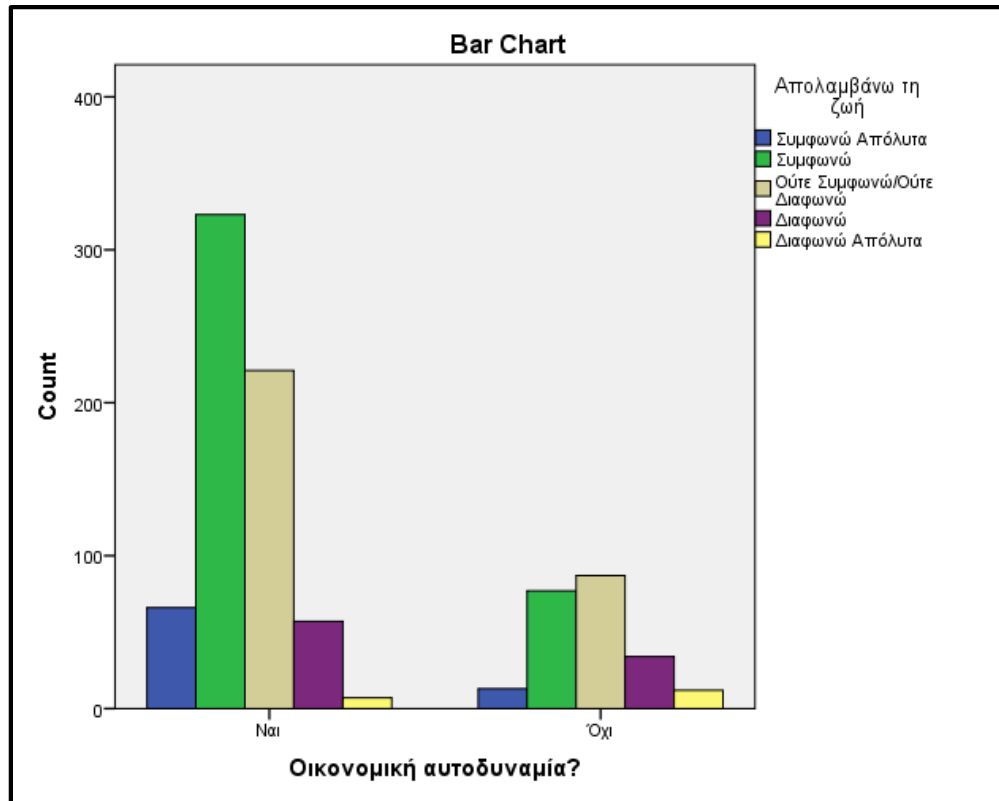


Εικόνα ΠΣΤ.16. Ιστόγραμμα Οικονομικής Αυτοδυναμίας και Ποιότητας Ζωής.

		Γ12. Οικονομική αυτοδυναμία	E22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	Γ12. Οικονομική αυτοδυναμία	1,000	,226**
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	897	897
E22. Ποιότητα ζωής	E22. Ποιότητα ζωής	,226**	1,000
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.16. Αποτελέσματα Συσχετισμού Οικονομικής Αυτοδυναμίας και Ποιότητας Ζωής.



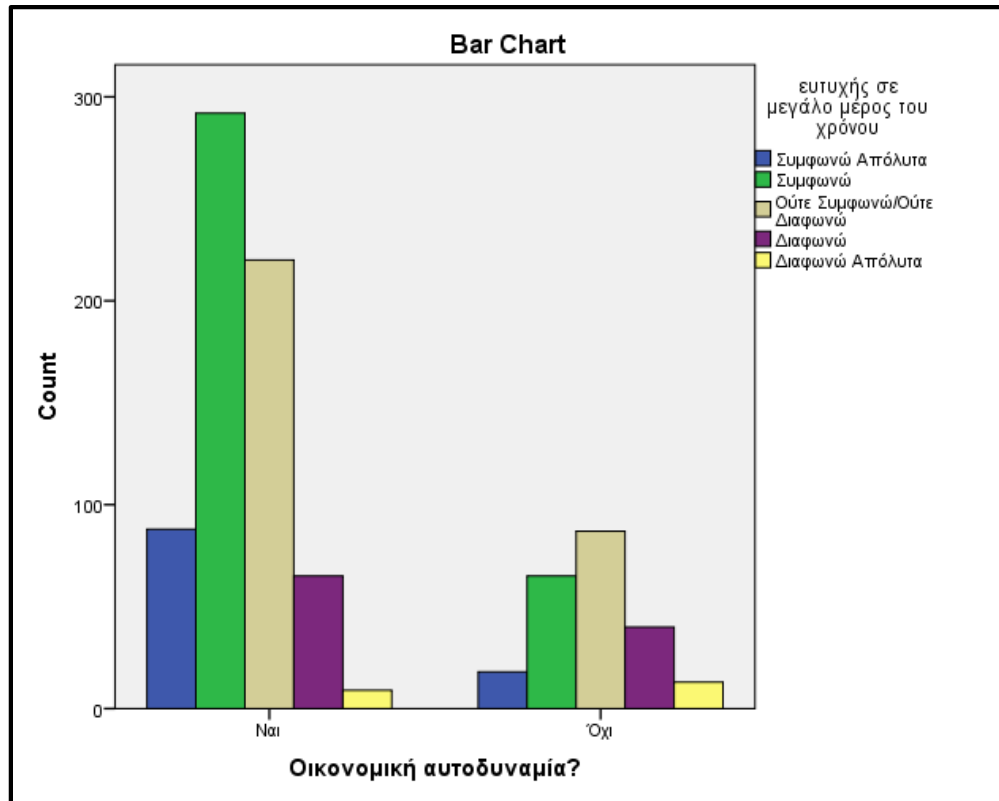
Εικόνα ΠΣΤ.17. Ιστόγραμμα Οικονομικής Αυτοδυναμίας και Απόλαυσης Ζωής.

**Correlations**

		Γ12. Οικονομική αυτοδυναμία	E23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	Γ12. Οικονομική αυτοδυναμία	1,000	,171**
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	897	897
E23. Απολαμβάνω τη ζωή	E23. Απολαμβάνω τη ζωή	,171**	1,000
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.17. Αποτελέσματα Συσχετισμού Οικονομικής Αυτοδυναμίας και Απόλαυσης Ζωής.



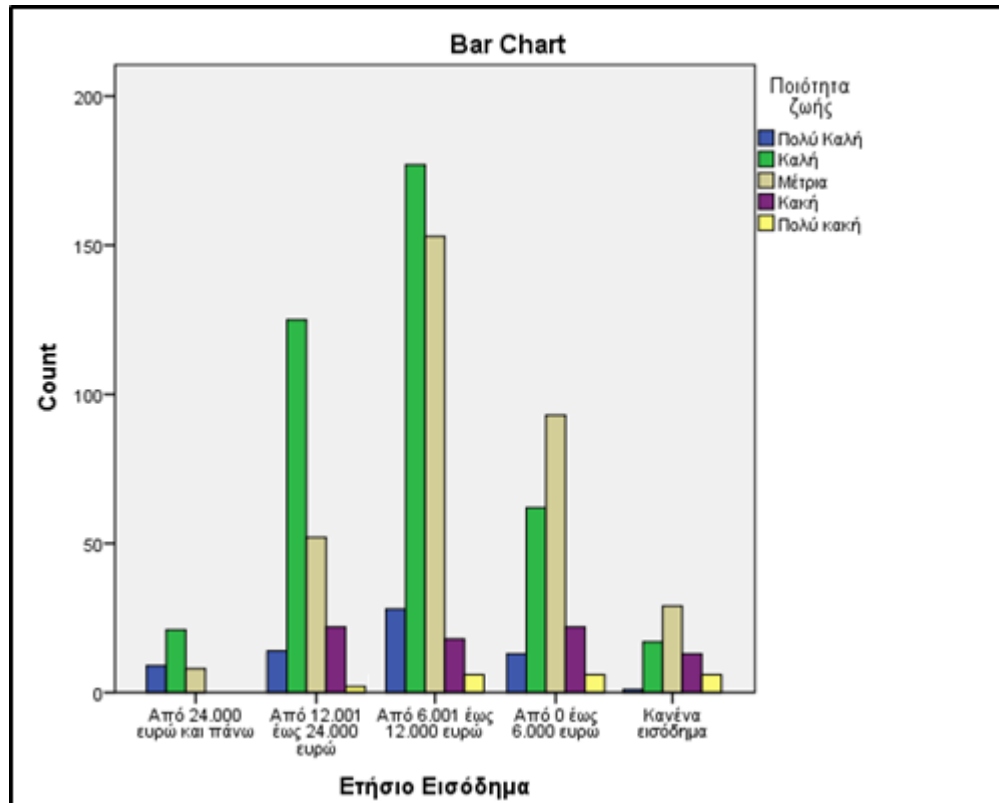
Εικόνα ΠΣΤ.18. Ιστόγραμμα Οικονομικής Αυτοδυναμίας και Αίσθησης Ευτυχίας.

**Correlations**

		Γ12. Οικονομική αυτοδυναμία	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	Γ12. Οικονομική αυτοδυναμία	1,000	,184**
	Correlation Coefficient		
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	897	897
E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Correlation Coefficient	,184**	1,000
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.18. Αποτελέσματα Συσχετισμού Οικονομικής Αυτοδυναμίας και Αίσθησης Ευτυχίας.



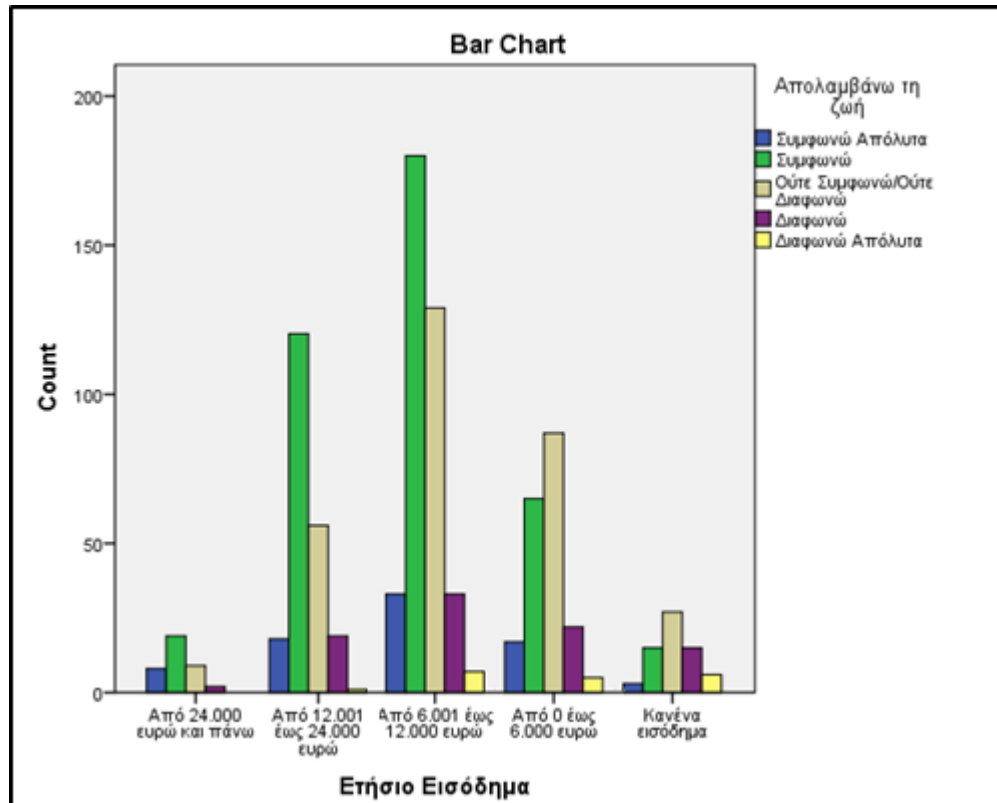
Εικόνα ΠΣΤ.19. Ιστόγραμμα Ετήσιου Εισοδήματος και Ποιότητας Ζωής.

**Correlations**

			Γ13. Ετήσιο Εισόδημα	Ε22. Ποιότητα Ζωής
Spearman's rho	Γ13. Ετήσιο Εισόδημα	Correlation Coefficient	1,000	,244**
		Sig. (2-tailed)		,000
		N	897	897
	Ε22. Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	,244**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.19. Αποτελέσματα Συσχετισμού Ετήσιου Εισοδήματος και Ποιότητας Ζωής.



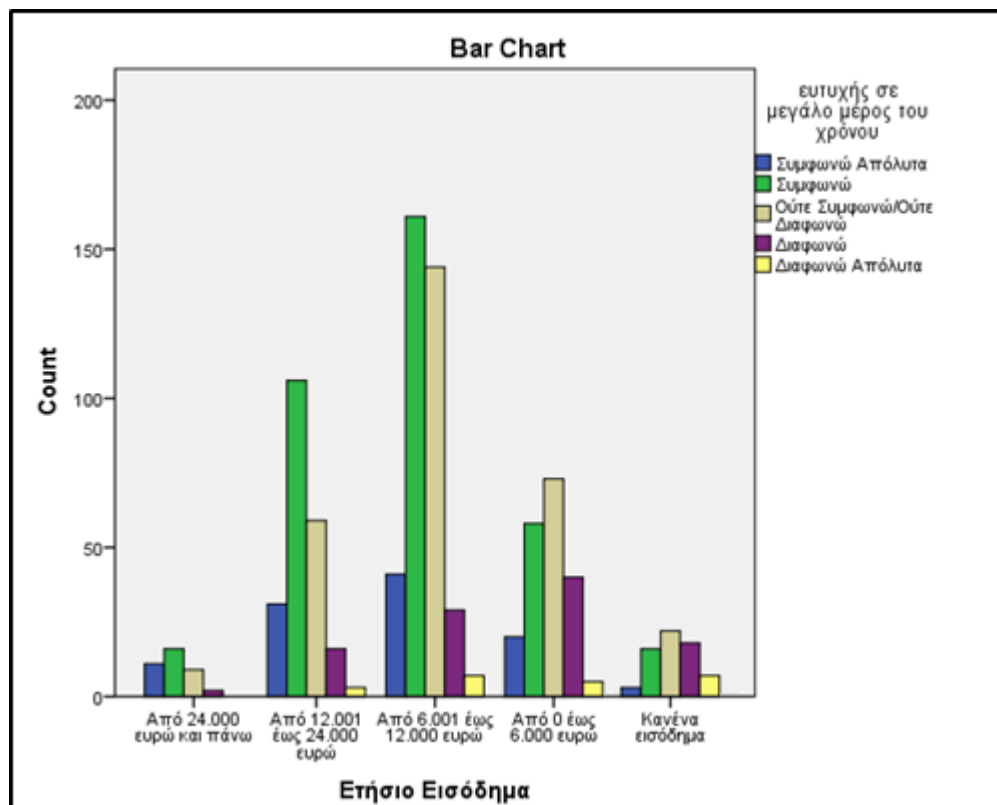
Εικόνα ΠΣΤ.20. Ιστογράμμο Ετήσιου Εισοδήματος και Απόλαυσης Ζωής.

#### Correlations

			Γ13. Ετήσιο Εισόδημα	Ε23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	Γ13. Ετήσιο Εισόδημα	Correlation Coefficient	1,000	,211**
		Sig. (2-tailed)		,000
		N	897	897
	Ε23. Απολαμβάνω τη ζωή	Correlation Coefficient	,211**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.20. Αποτελέσματα Συσχετισμού Ετήσιου Εισοδήματος και Απόλαυσης Ζωής.



Εικόνα ΠΣΤ.21. Ιστόγραμμα Ετήσιου Εισοδήματος και Αίσθησης Ευτυχίας.

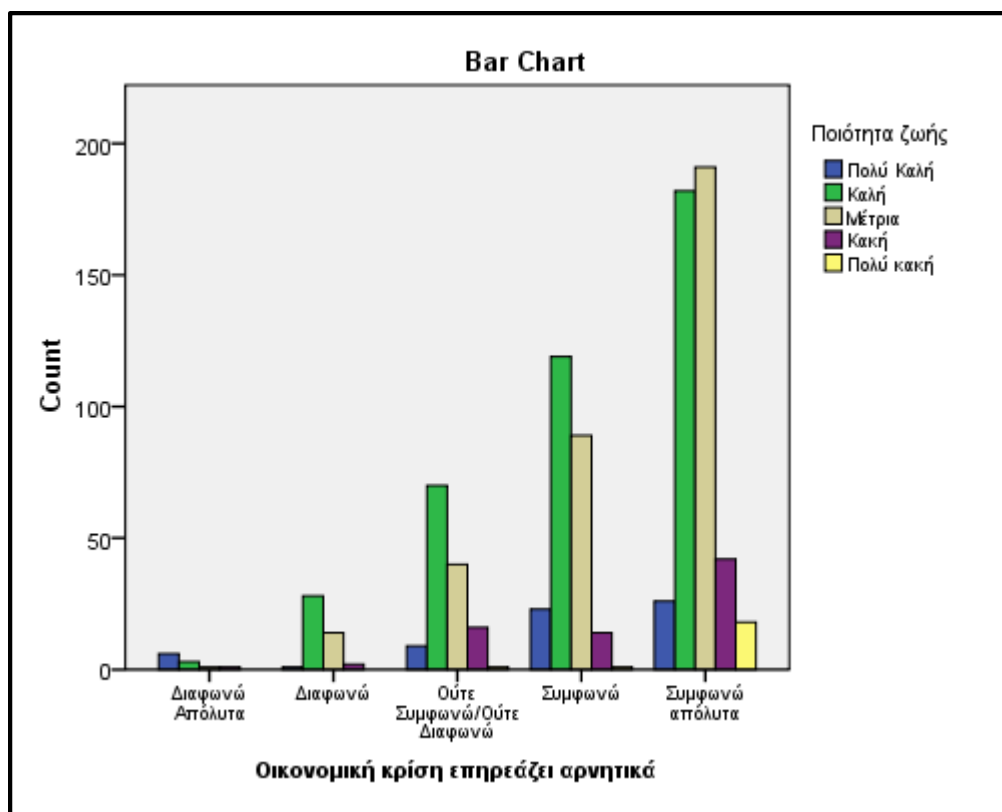
**Correlations**

		Γ13. Ετήσιο Εισόδημα	Ε24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	Γ13. Ετήσιο Εισόδημα	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,246**
		N	897
Ε24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Ε24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Correlation Coefficient	,246**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.21. Αποτελέσματα Συσχετισμού Ετήσιου Εισοδήματος και Αίσθησης Ευτυχίας.





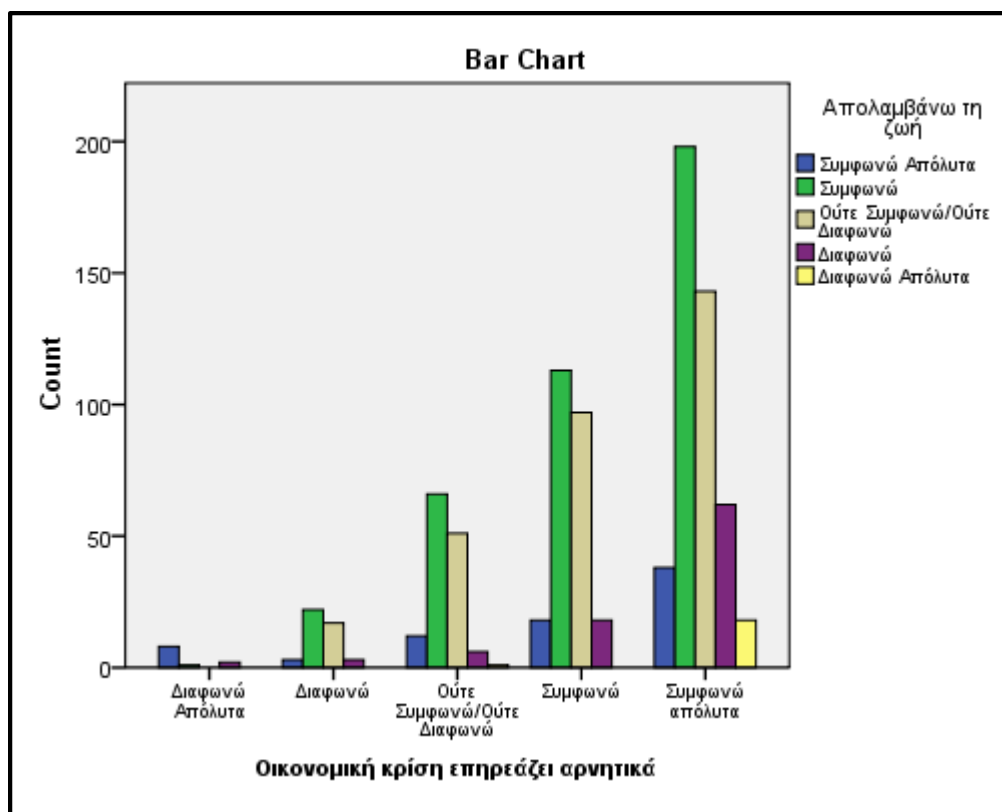
Εικόνα ΠΣΤ.22. Ιστόγραμμα Επίδρασης Οικονομικής Κρίσης και Ποιότητας Ζωής.

**Correlations**

		E25. Οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά	E22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	E25. Οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,145**
		N	,000
			897
	E22. Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	,145**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	,000
			897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.22. Αποτελέσματα Συσχετισμού Επίδρασης Οικονομικής Κρίσης και Ποιότητας Ζωής.



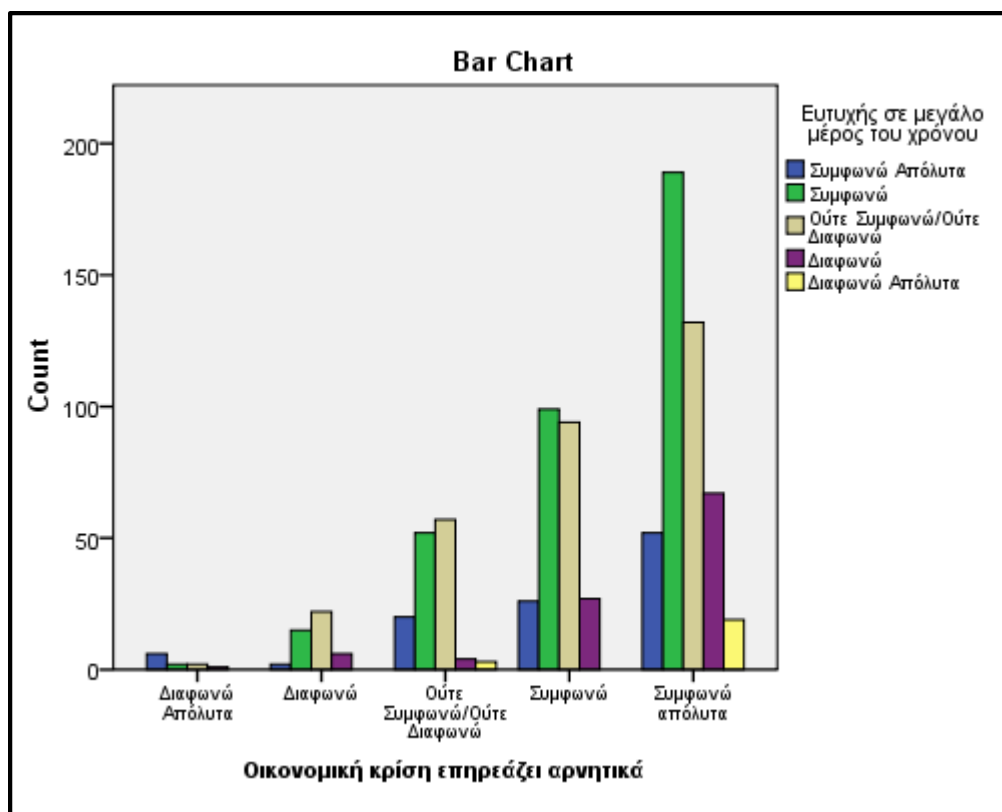
Εικόνα ΠΣΤ.23. Ιστόγραμμα Επίδρασης Οικονομικής Κρίσης και Απόλαυσης Ζωής.

**Correlations**

		E25. Οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά	E23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	E25. Οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,096**
		N	,004
			897
	E23. Απολαμβάνω τη ζωή	Correlation Coefficient	,096**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	,004
			897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.23. Αποτελέσματα Συσχετισμού Επίδρασης Οικονομικής Κρίσης και Απόλαυσης Ζωής.



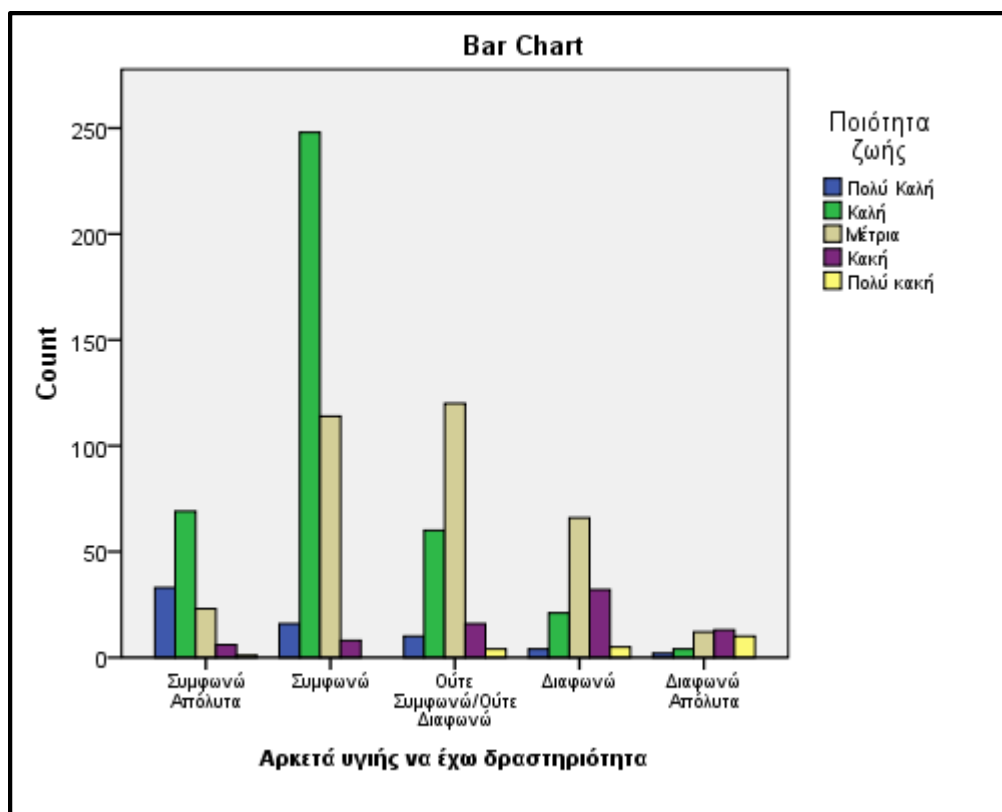
Εικόνα ΠΣΤ.24. Ιστόγραμμα Επίδρασης Οικονομικής Κρίσης και Αίσθησης Ευτυχίας.

**Correlations**

			E25. Οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	E25. Οικονομική κρίση επηρεάζει αρνητικά	Correlation Coefficient	1,000	,039
		Sig. (2-tailed)	.	,242
		N	897	897
	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Correlation Coefficient	,039	1,000
		Sig. (2-tailed)	,242	.
		N	897	897

No significance

Πίνακας ΠΣΤ.24. Αποτελέσματα Συσχετισμού Επίδρασης Οικονομικής Κρίσης και Αίσθησης Ευτυχίας.



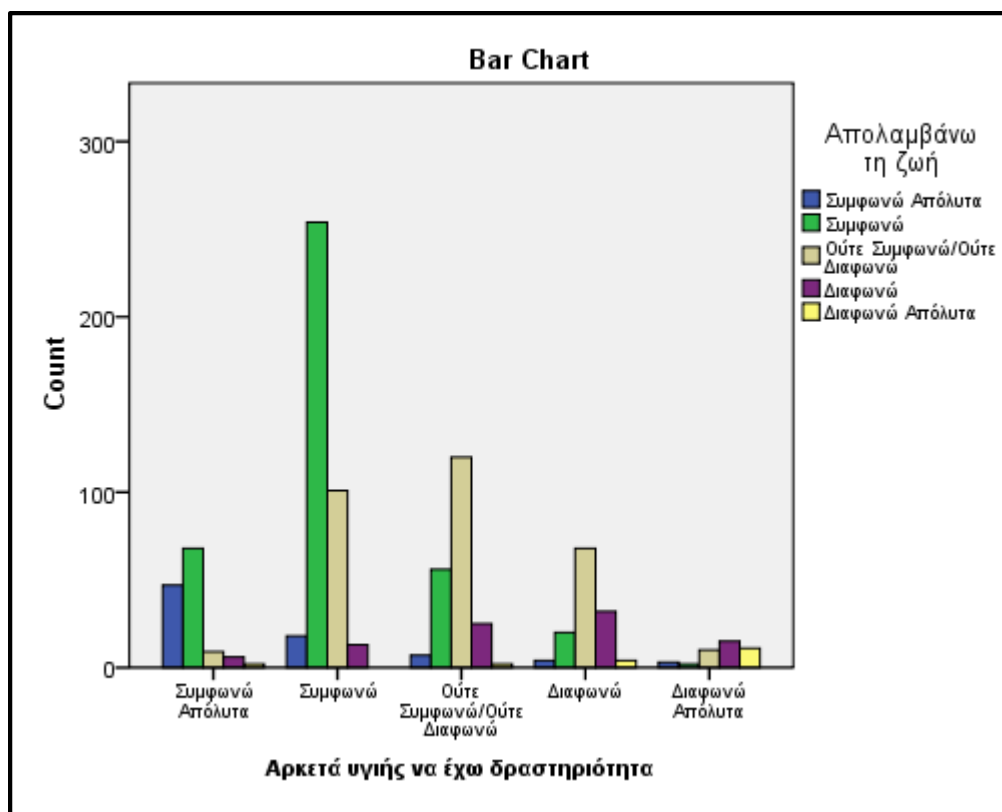
Εικόνα ΠΣΤ.25. Ιστόγραμμα Υγιούς Δραστηριότητας και Ποιότητας Ζωής.

**Correlations**

			Δ15. Αρκετά υγιής να έχω δραστηριότητα	E22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	Δ15. Αρκετά υγιής να έχω δραστηριότητα	Correlation Coefficient	1,000	,476**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	897	897
	E22. Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	,476**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.25. Αποτελέσματα Συσχετισμού Υγιούς Δραστηριότητας και Ποιότητας Ζωής.



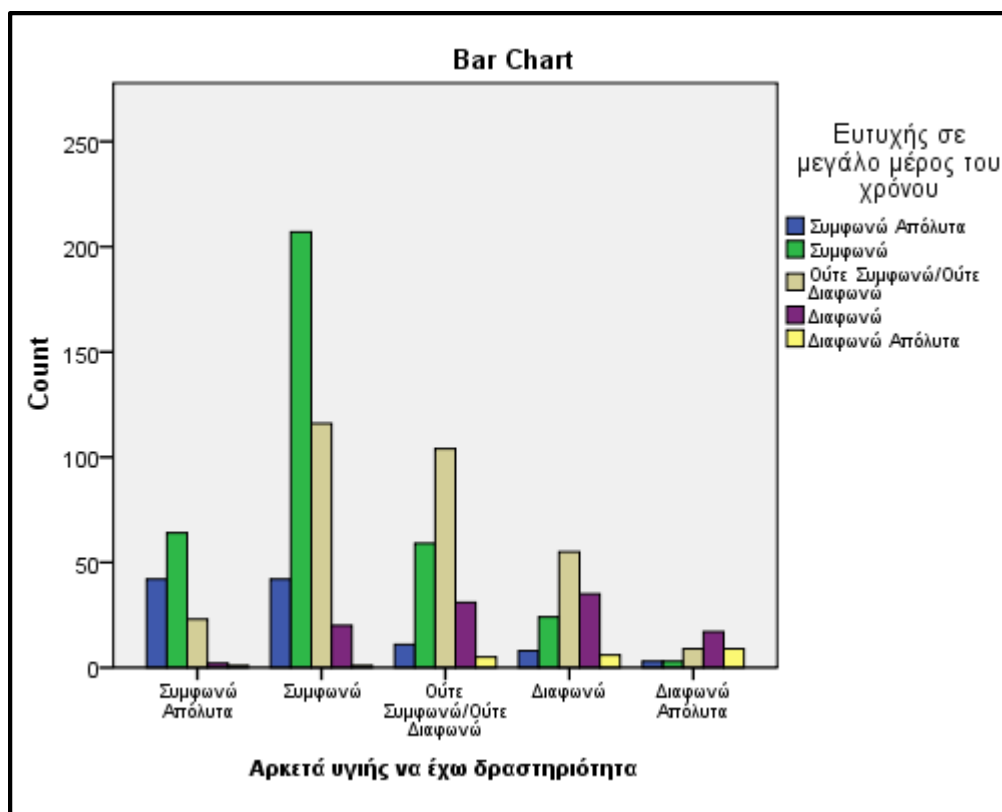
Εικόνα ΠΣΤ.26. Ιστογράμμα Υγιούς Δραστηριότητας και Απόλαυσης Ζωής.

**Correlations**

			Δ15. Αρκετά υγιής να έχω δραστηριότητα	E23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	Δ15. Αρκετά υγιής να έχω δραστηριότητα	Correlation Coefficient	1,000	,541**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	897	897
	E23. Απολαμβάνω τη ζωή	Correlation Coefficient	,541**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.26. Αποτελέσματα Συσχετισμού Υγιούς Δραστηριότητας και Απόλαυσης Ζωής.



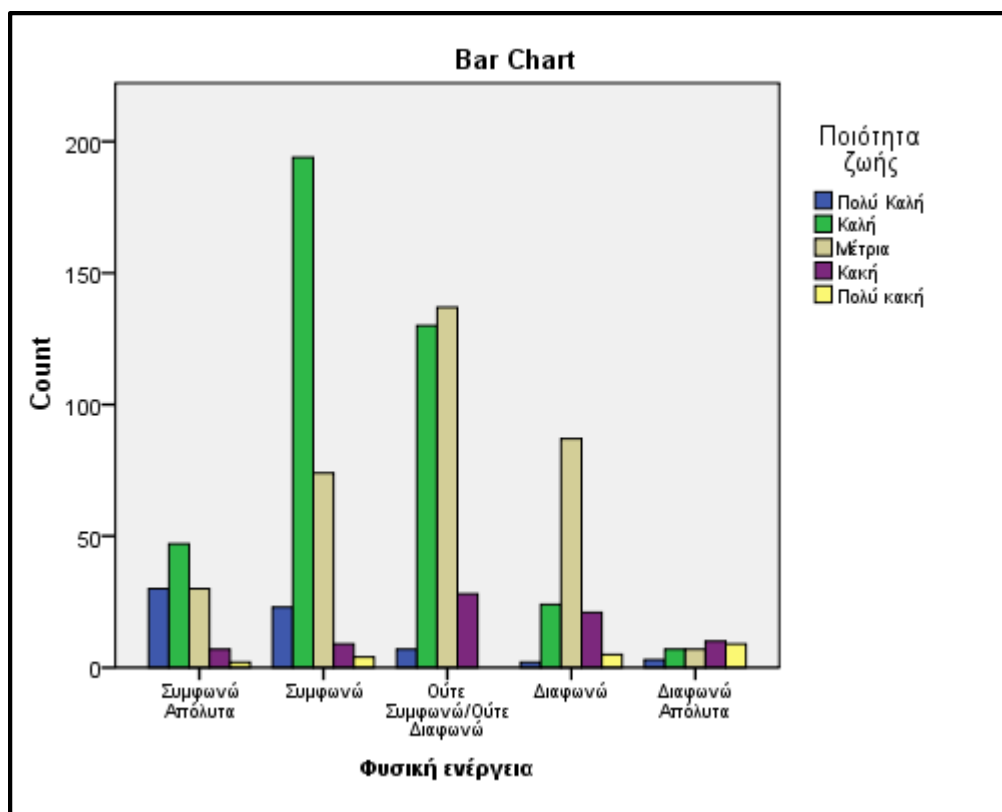
Εικόνα ΠΣΤ.27. Ιστόγραμμα Υγιούς Δραστηριότητας και Αίσθησης Ευτυχίας.

**Correlations**

			Δ15. Αρκετά υγιής να έχω δραστηριότητα	Ε24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	Δ15. Αρκετά υγιής να έχω δραστηριότητα	Correlation Coefficient	1,000	,459**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	897	897
	Ε24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Correlation Coefficient	,459**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.27. Αποτελέσματα Συσχετισμού Υγιούς Δραστηριότητας και Αίσθησης Ευτυχίας.



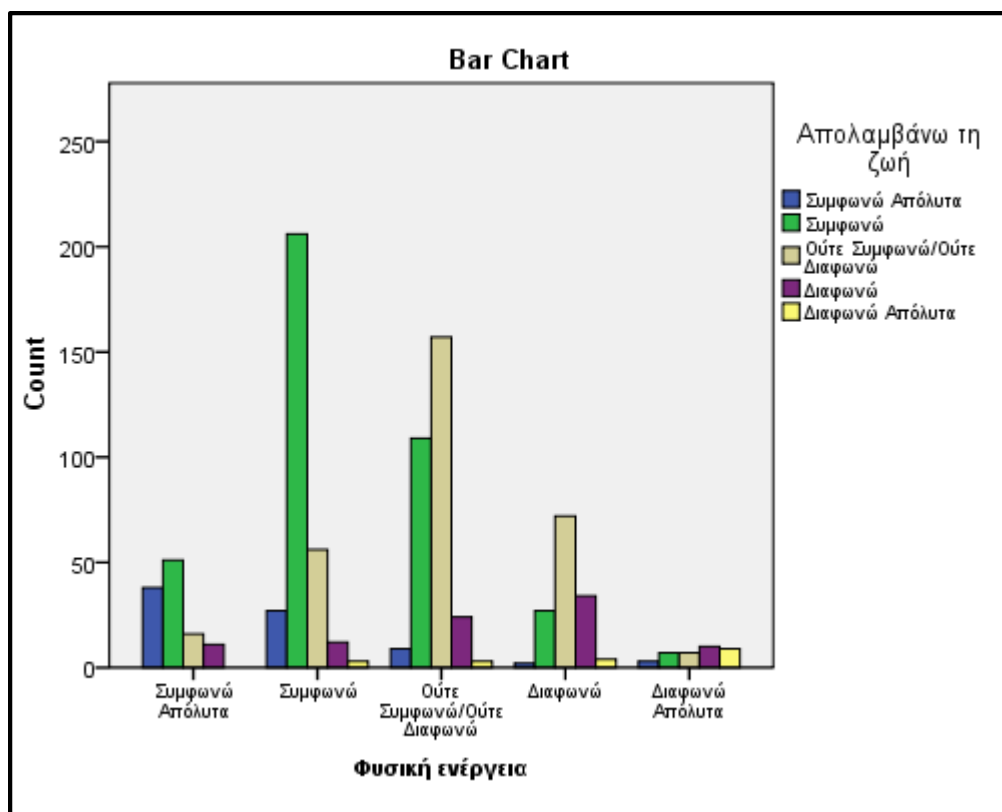
Εικόνα ΠΣΤ.28. Ιστόγραμμα Φυσικής Ενέργειας και Ποιότητας Ζωής.

**Correlations**

			Δ21. Φυσική ενέργεια	Ε22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	Φυσική ενέργεια	Correlation Coefficient	1,000	,567**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	897	897
	Ε22. Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	,567**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.28. Αποτελέσματα Συσχετισμού Φυσικής Ενέργειας και Ποιότητας Ζωής.



Εικόνα ΠΣΤ.29. Ιστόγραμμα Φυσικής Ενέργειας και Απόλαυσης Ζωής.

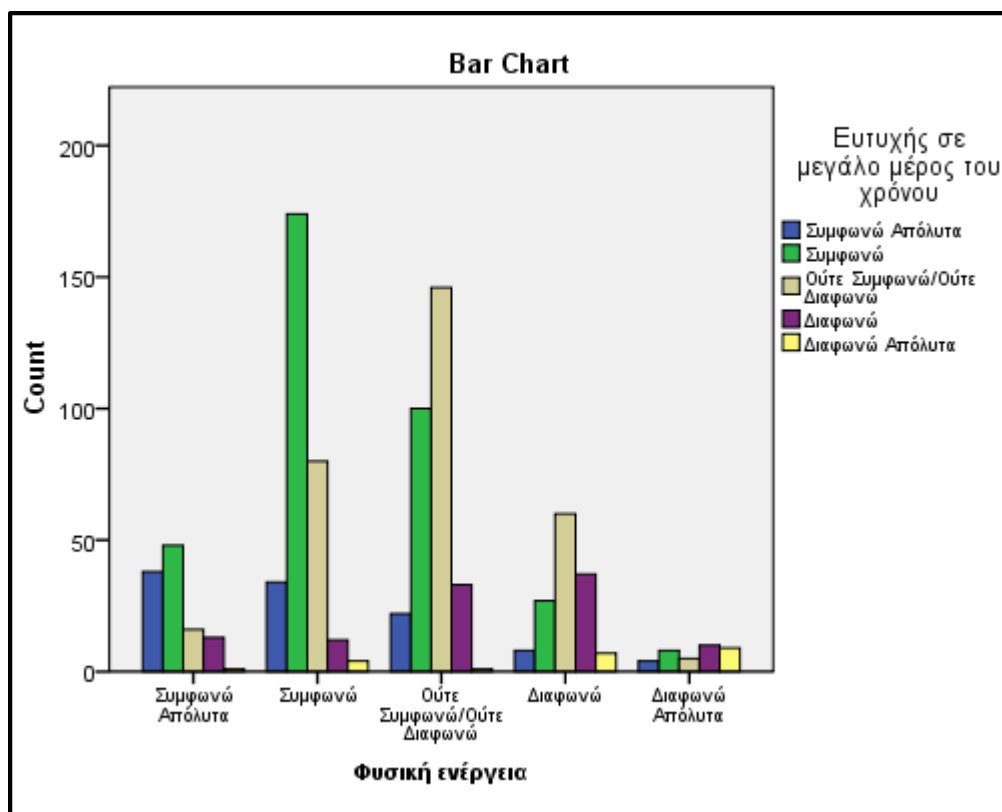
**Correlations**

			Δ21. Φυσική ενέργεια	Ε23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	Φυσική ενέργεια	Correlation Coefficient	1,000	,603**
		Sig. (2-tailed)		,000
		N	897	897
	Ε23. Απολαμβάνω τη ζωή	Correlation Coefficient	,603**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.29. Αποτελέσματα Συσχετισμού Φυσικής Ενέργειας και Απόλαυσης Ζωής.





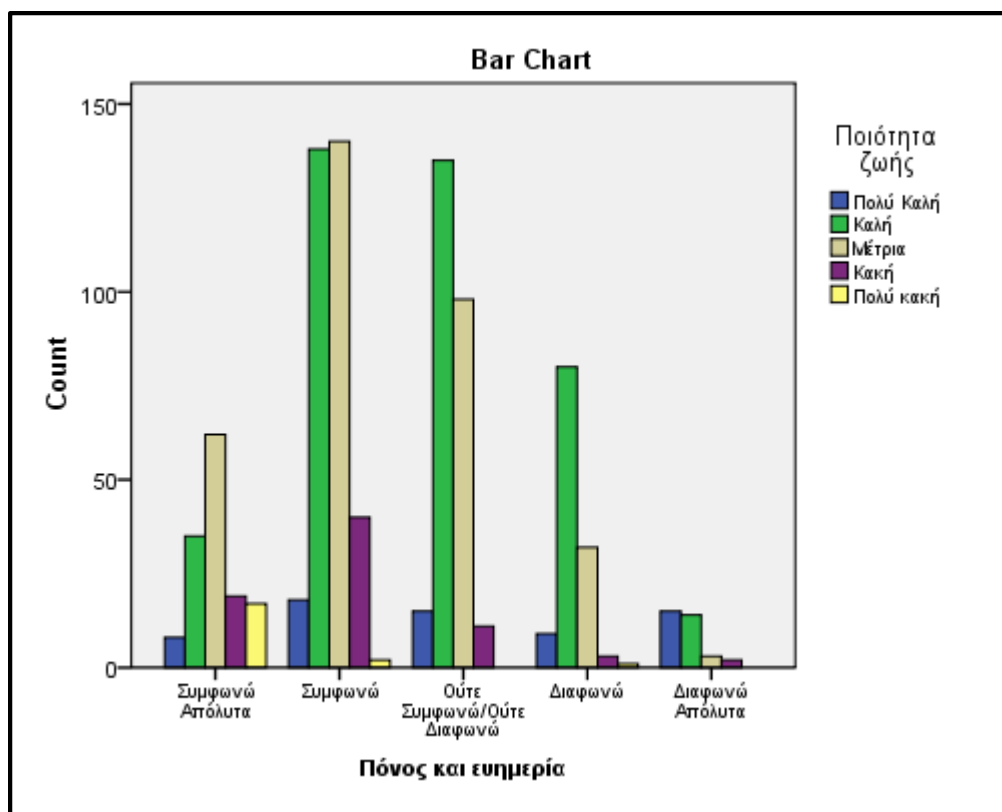
Εικόνα ΠΣΤ.30. Ιστογράμμα Φυσικής Ενέργειας και Αίσθησης Ευτυχίας.

**Correlations**

		Δ21. Φυσική ενέργεια	Ε24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	Φυσική ενέργεια	Correlation Coefficient	1,000
		Sig. (2-tailed)	,530**
		N	897
Ε24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου		Correlation Coefficient	,530**
		Sig. (2-tailed)	1,000
		N	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.30. Αποτελέσματα Συσχετισμού Φυσικής Ενέργειας και Αίσθησης Ευτυχίας.

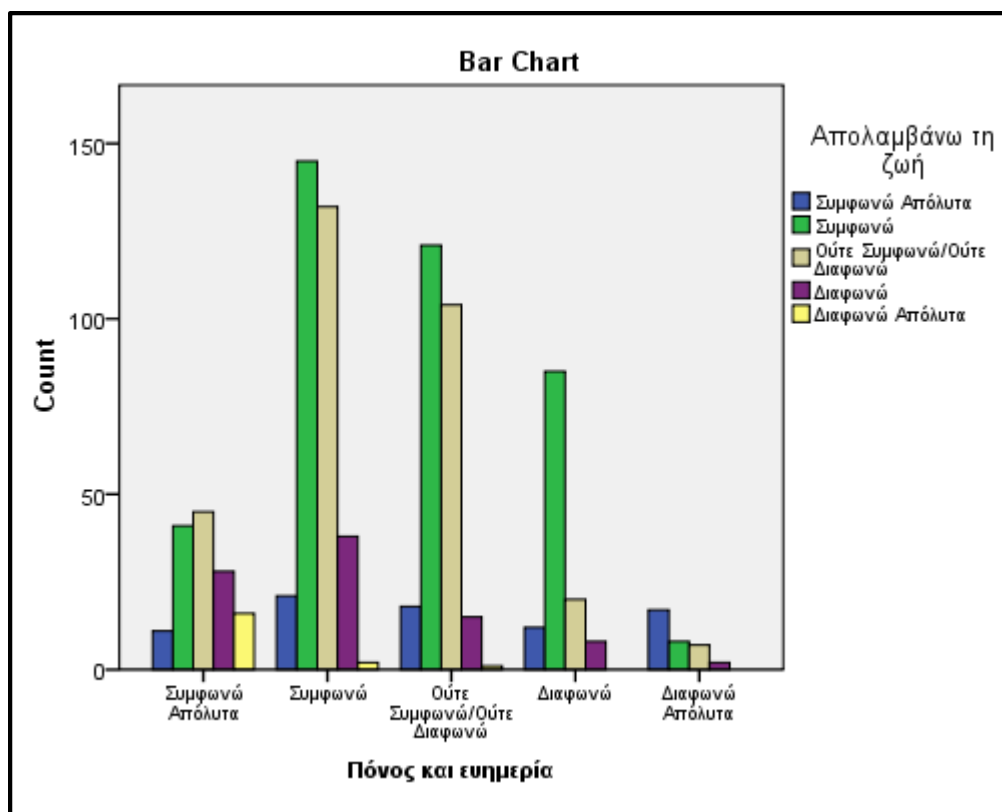


Εικόνα ΠΣΤ.31. Ιστόγραμμα Επίδρασης Πόνου στην Ευημερία και Ποιότητας Ζωής.

Correlations			E26. πόνος ευημερία	E22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	E26. πόνος ευημερία	Correlation Coefficient	1,000	-,301**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	897	897
	E22. Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient	-,301**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.31. Αποτελέσματα Συσχετισμού Επίδρασης Πόνου στην Ευημερία και Ποιότητας Ζωής.



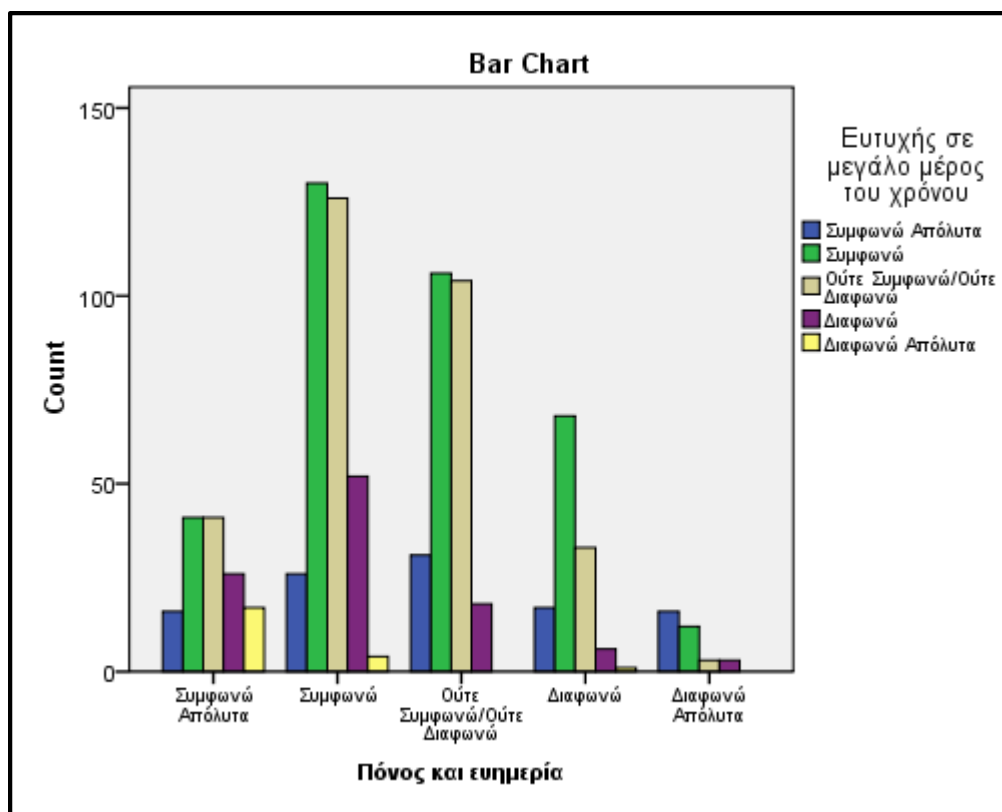
Εικόνα ΠΣΤ.32. Ιστόγραμμα Επίδρασης πόνου στην Ευημερία και Απόλαυσης Ζωής.

#### Correlations

			E26. πόνος ευημερία	E23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	E26. πόνος ευημερία	Correlation Coefficient	1,000	-,260**
		Sig. (2-tailed)		,000
		N	897	897
	E23. Απολαμβάνω τη ζωή	Correlation Coefficient	-,260**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.32. Αποτελέσματα Συσχετισμού Επίδρασης Πόνου στην Ευημερία και Απόλαυσης Ζωής.



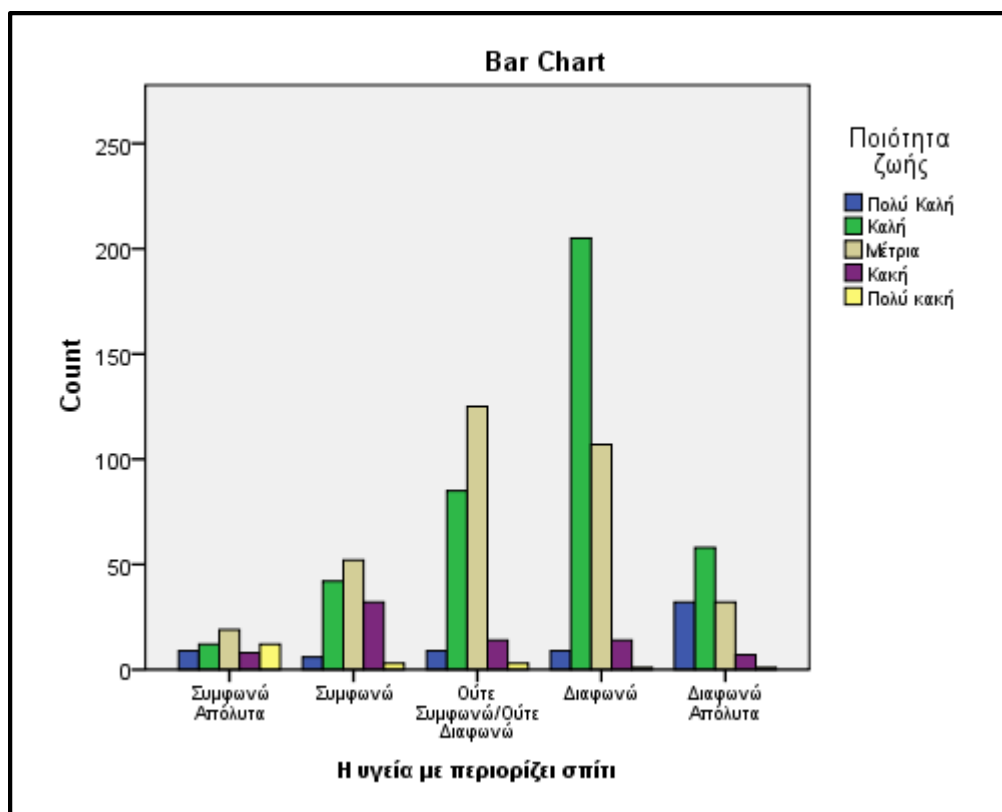
Εικόνα ΠΣΤ.33. Ιστόγραμμα Επίδρασης Πόνου στην Ευημερία και Αίσθησης Ευτυχίας.

#### Correlations

			E26. πόνος ευημερία	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	E26. πόνος ευημερία	Correlation Coefficient	1,000	-,235**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	897	897
	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Correlation Coefficient	-,235**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.33. Αποτελέσματα Συσχετισμού Επίδρασης Πόνου στην Ευημερία και Αίσθησης Ευτυχίας.



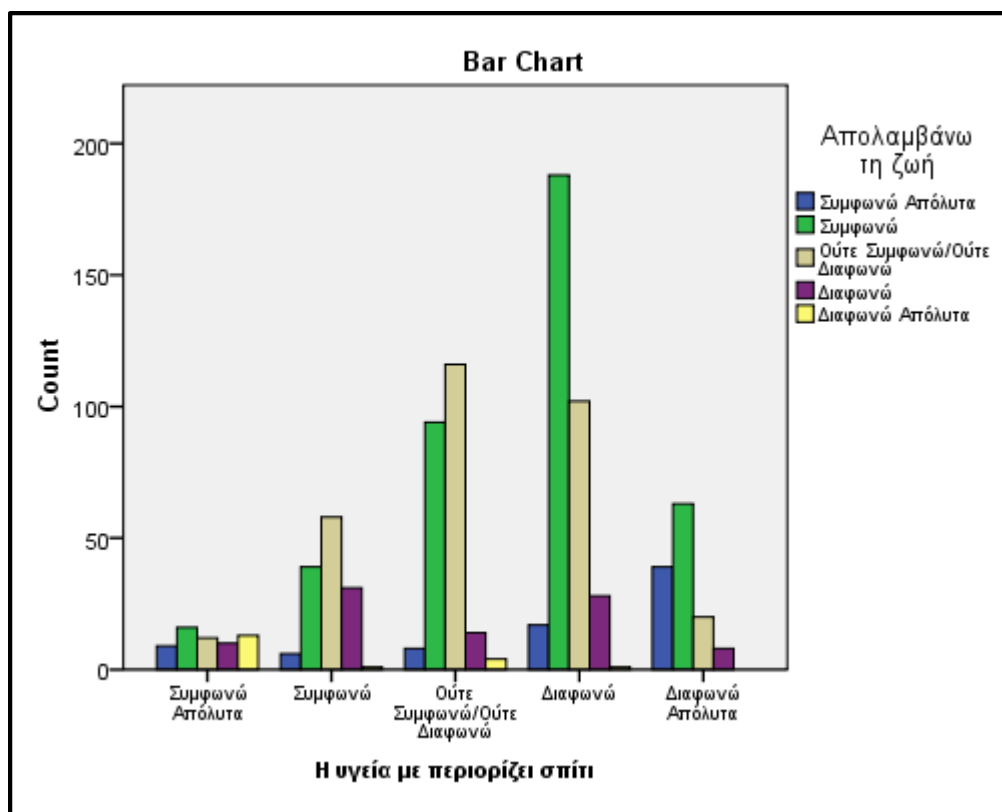
Εικόνα ΠΣΤ.34. Ιστόγραμμα Περιορισμού στο Σπίτι Λόγω Υγείας και Ποιότητας Ζωής.

**Correlations**

		E27. Υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι	E22. Ποιότητα ζωής
Spearman's rho	E27. Υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι	Correlation Coefficient 1,000	-,303**
		Sig. (2-tailed) .	,000
		N 897	897
	E22. Ποιότητα ζωής	Correlation Coefficient -,303**	1,000
		Sig. (2-tailed) ,000	.
		N 897	897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.34. Αποτελέσματα Συσχετισμού Περιορισμού στο Σπίτι Λόγω Υγείας και Ποιότητας ζωής.



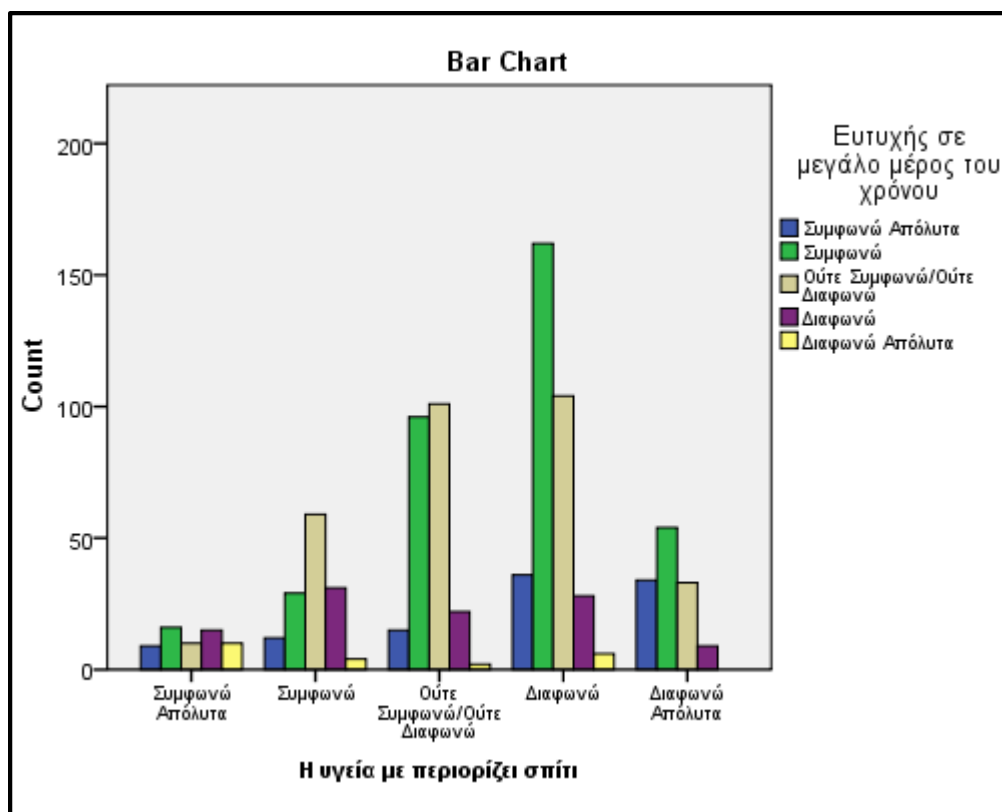
Εικόνα ΠΣΤ.35. Ιστόγραμμα Περιορισμού στο Σπίτι Λόγω Υγείας και Απόλαυσης Ζωής.

**Correlations**

		E27. Υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι	E23. Απολαμβάνω τη ζωή
Spearman's rho	E27. Υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι	Correlation Coefficient 1,000	Correlation Coefficient -,315**
		Sig. (2-tailed) ,000	Sig. (2-tailed) ,000
		N 897	N 897
	E23. Απολαμβάνω τη ζωή	Correlation Coefficient -,315**	Correlation Coefficient 1,000
		Sig. (2-tailed) ,000	Sig. (2-tailed) ,000
		N 897	N 897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.35. Αποτελέσματα Συσχετισμού Περιορισμού στο Σπίτι Λόγω Υγείας και Απόλαυσης Ζωής.



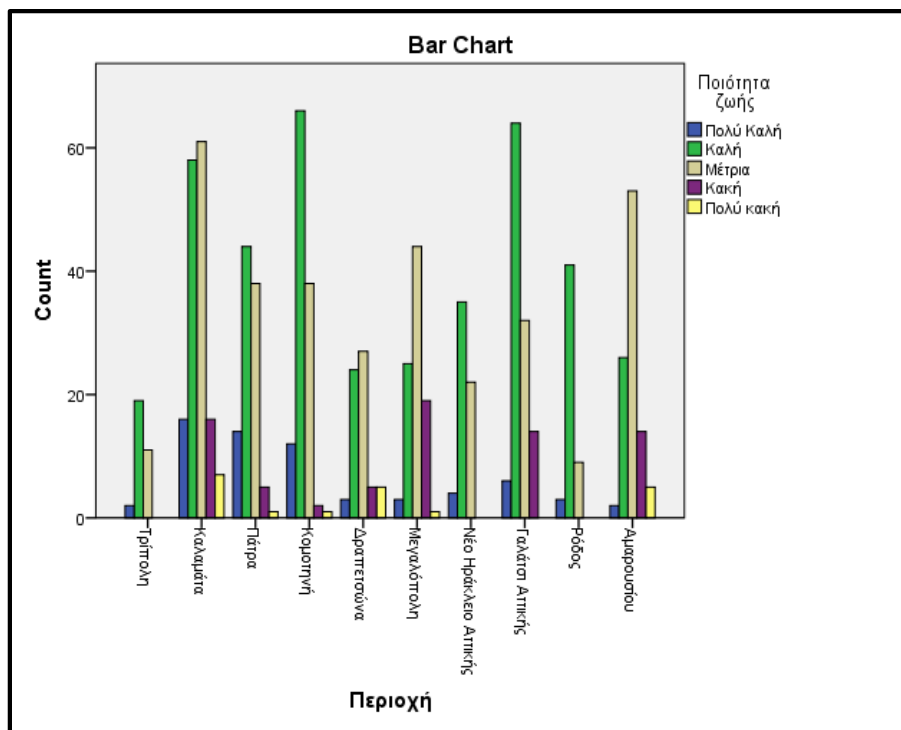
Εικόνα ΠΣΤ.36. Ιστόγραμμα Περιορισμού στο Σπίτι Λόγω Υγείας και Αίσθησης Ευτυχίας.

**Correlations**

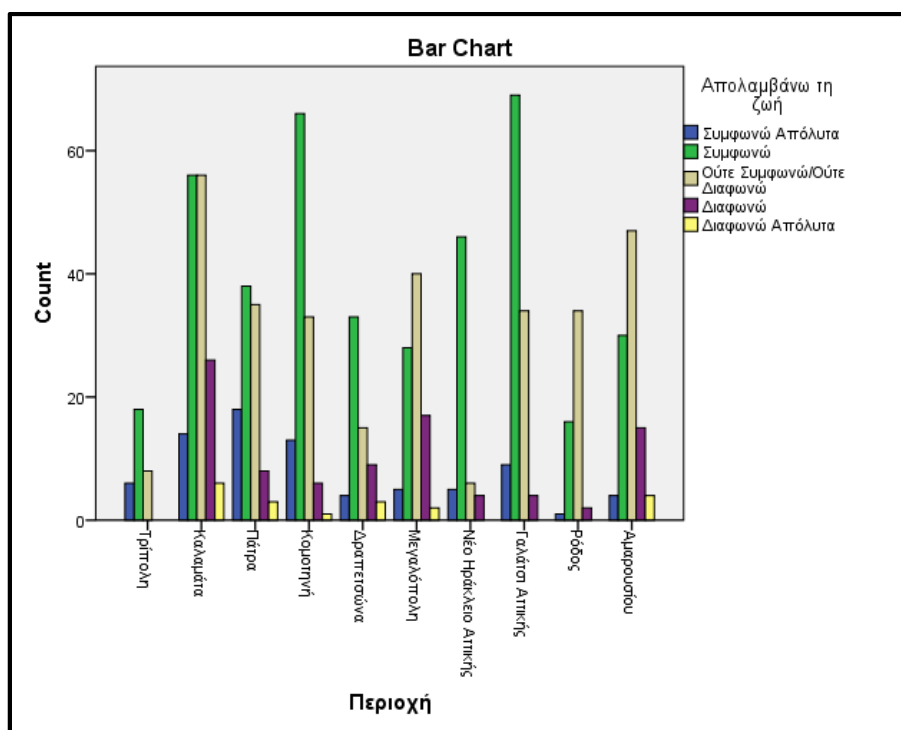
		E27. Υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου
Spearman's rho	E27. Υγεία μου με περιορίζει στο σπίτι	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	1,000 -,256** 897
	E24. Ευτυχής σε μεγάλο μέρος του χρόνου	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,256** 1,000 897

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας ΠΣΤ.36. Αποτελέσματα Συσχετισμού Περιορισμού στο Σπίτι Λόγω Υγείας και Αίσθησης Ευτυχίας.

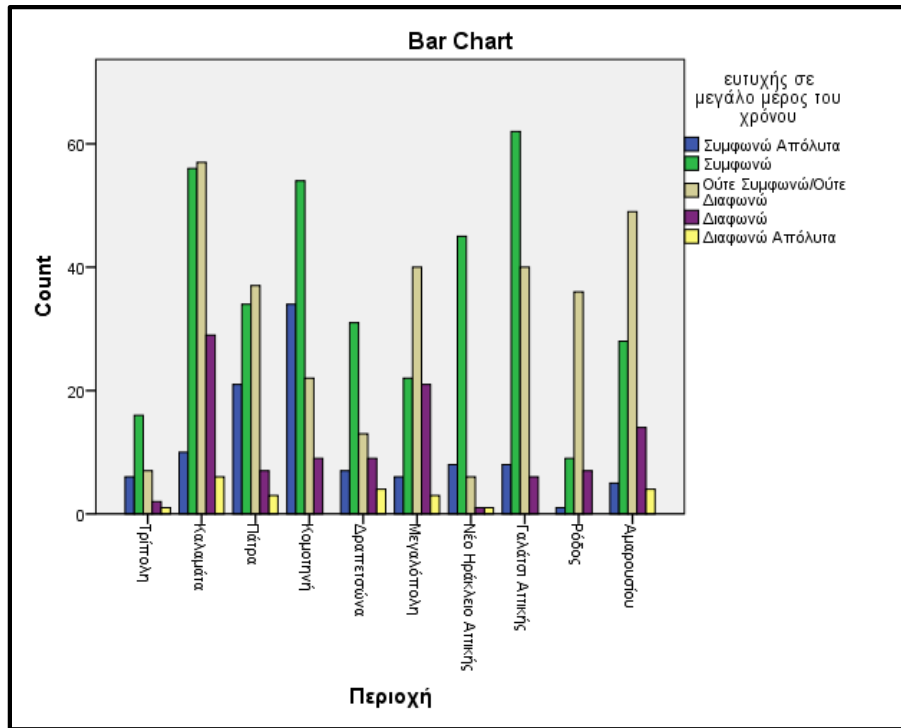


Εικόνα ΠΣΤ.37. Ιστόγραμμα Περιοχής και Ποιότητας Ζωής.



Εικόνα ΠΣΤ.38. Ιστόγραμμα Περιοχής και Απόλαυσης Ζωής.





Εικόνα ΠΣΤ.39. Ιστόγραμμα Περιοχής και Αίσθησης Ευτυχίας.



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ:**  
**Συσχέτιση Αίσθησης Ποιότητας Ζωής με Δημογραφικά Χαρακτηριστικά,  
Οικονομικά Χαρακτηριστικά και Υγεία**

## Regression

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Ηλικία <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,185 <sup>a</sup>	,034	,033	,77463

a. Predictors: (Constant), Ηλικία

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	19,137	1	19,137	31,892	,000 <sup>a</sup>
	Residual	537,046	895	,600		
	Total	556,184	896			

a. Predictors: (Constant), Ηλικία

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**Coefficients<sup>a</sup>**

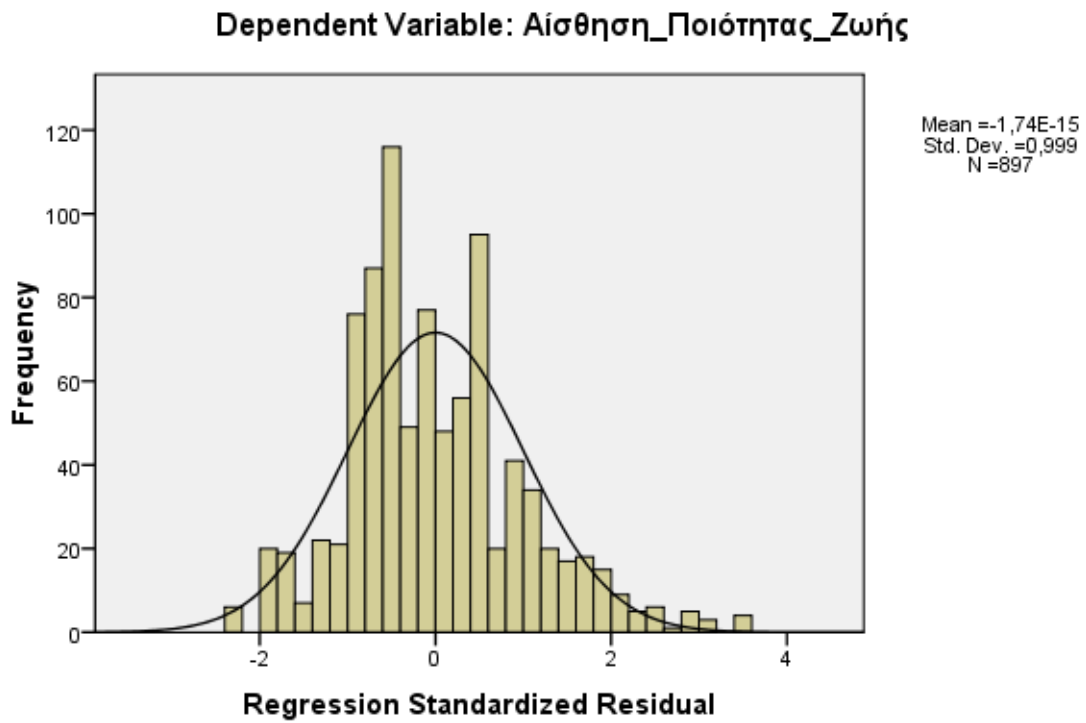
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	2,165	,070		31,139	,000
	Ηλικία	,191	,034	,185	5,647	,000

a. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**Πίνακας ΠΖ1. Γραμμική Παλινδρόμηση για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Ηλικία.**

## Charts

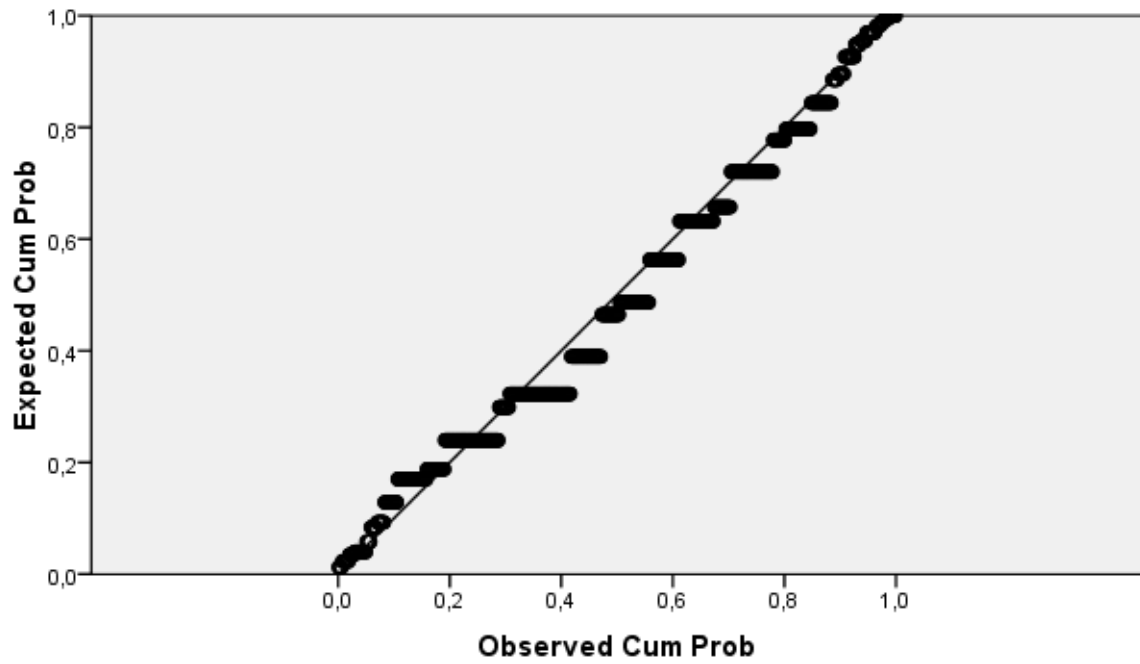
### Histogram



Εικόνα ΠΖ1. Ιστόγραμμα Αίσθησης Ποιότητας Ζωής – Ηλικίας.

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής



Εικόνα ΠΖ2. Normal P-P Plot για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Ηλικία.

## Regression

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Μορφωτικό_Επίπεδο <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,207 <sup>a</sup>	,043	,042	,77128

a. Predictors: (Constant), Μορφωτικό\_Επίπεδο

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	23,768	1	23,768	39,954	,000 <sup>a</sup>
	Residual	532,416	895	,595		
	Total	556,184	896			

a. Predictors: (Constant), Μορφωτικό\_Επίπεδο

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**Coefficients<sup>a</sup>**

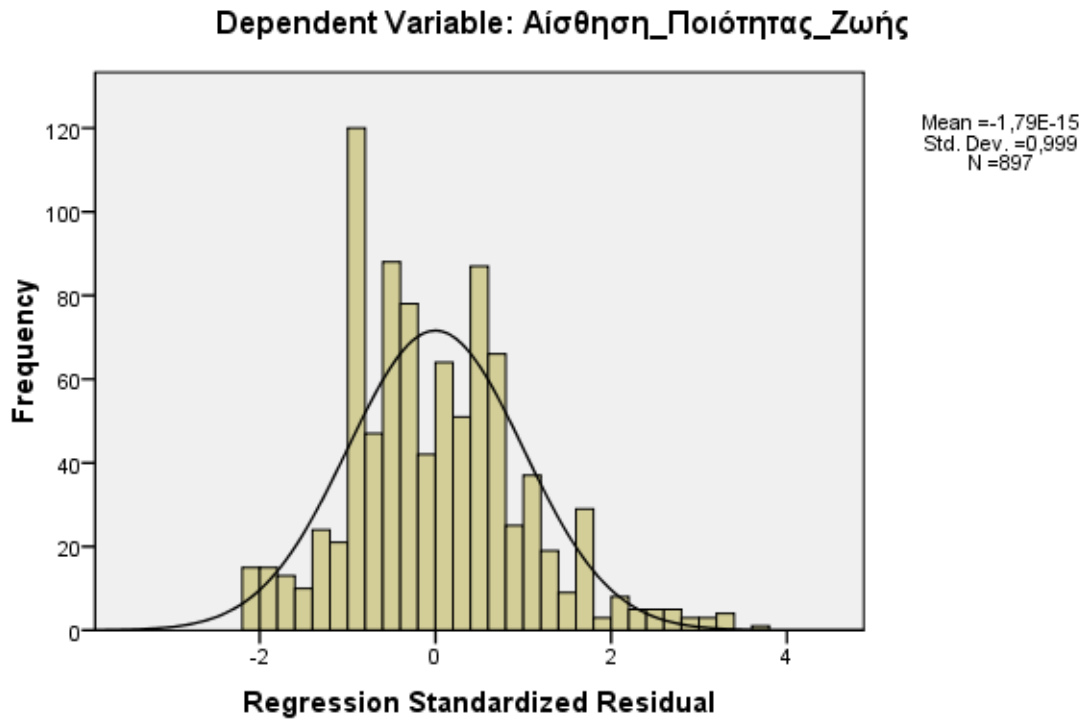
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,796	,119		15,116	,000
	Μορφωτικό_Επίπεδο	,103	,016	,207	6,321	,000

a. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**Πίνακας ΠΖ2. Γραμμική παλινδρόμηση για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Μορφωτικό Επίπεδο.**

## Charts

### Histogram

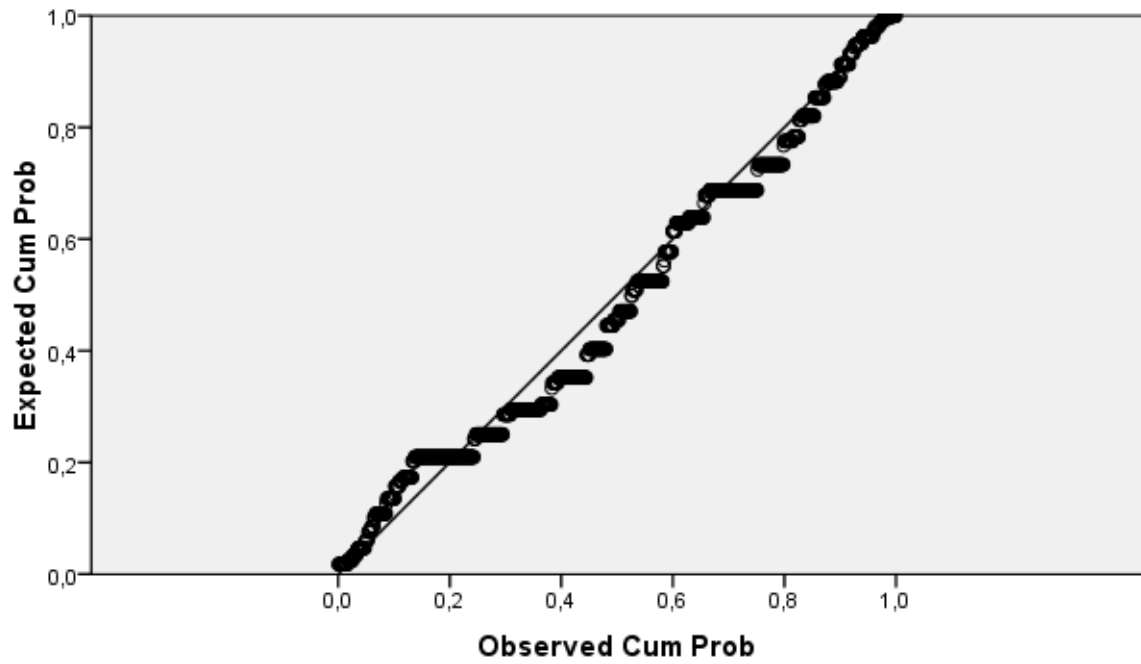


Εικόνα ΠΖ3. Ιστόγραμμα Αίσθησης Ποιότητας Ζωής – Μορφωτικού Επιπέδου.



Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής



Εικόνα ΠΖ4. Normal P-P Plot για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Μορφωτικό Επίπεδο.

## Regression

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Ετήσιο_Εισόδημα, Οικονομική_Αυτοδυναμία <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,303 <sup>a</sup>	,092	,090	,75176

a. Predictors: (Constant), Ετήσιο\_Εισόδημα, Οικονομική\_Αυτοδυναμία

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	50,942	2	25,471	45,070	,000 <sup>a</sup>
	Residual	505,242	894	,565		
	Total	556,184	896			

a. Predictors: (Constant), Ετήσιο\_Εισόδημα, Οικονομική\_Αυτοδυναμία

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**Coefficients<sup>a</sup>**

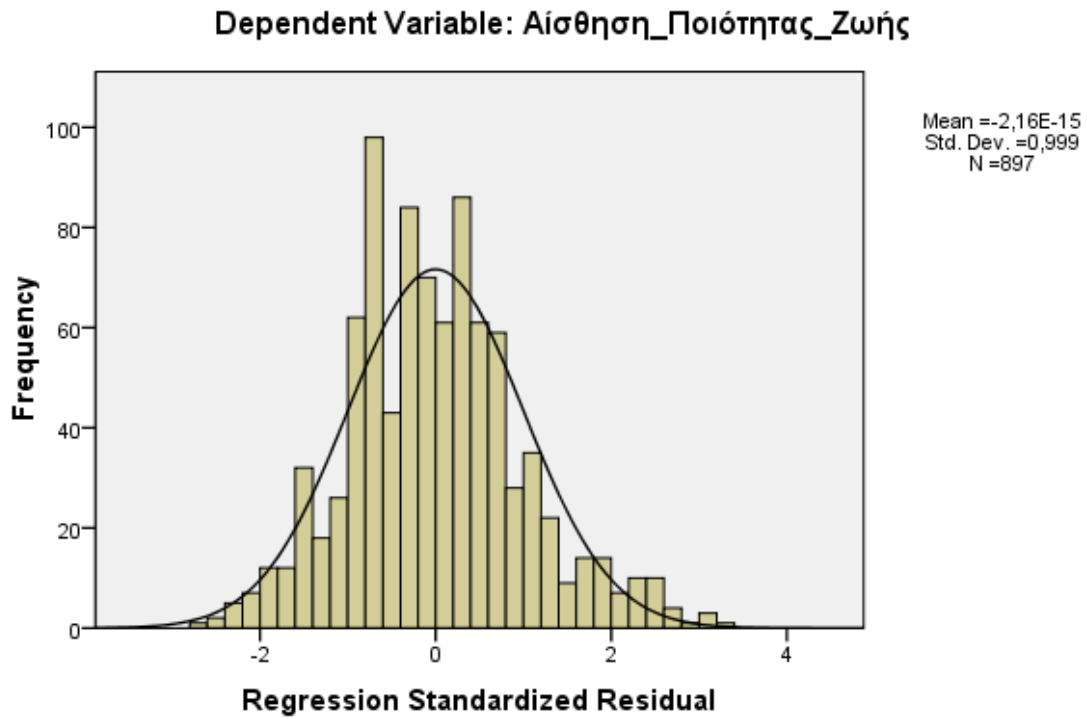
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,663	,095		17,530	,000
	Οικονομική_Αυτοδυναμία	,264	,063	,145	4,193	,000
	Ετήσιο_Εισόδημα	,176	,028	,215	6,213	,000

a. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**Πίνακας ΠΖ3. Γραμμική Παλινδρόμηση για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Οικονομικά Χαρακτηριστικά.**

## Charts

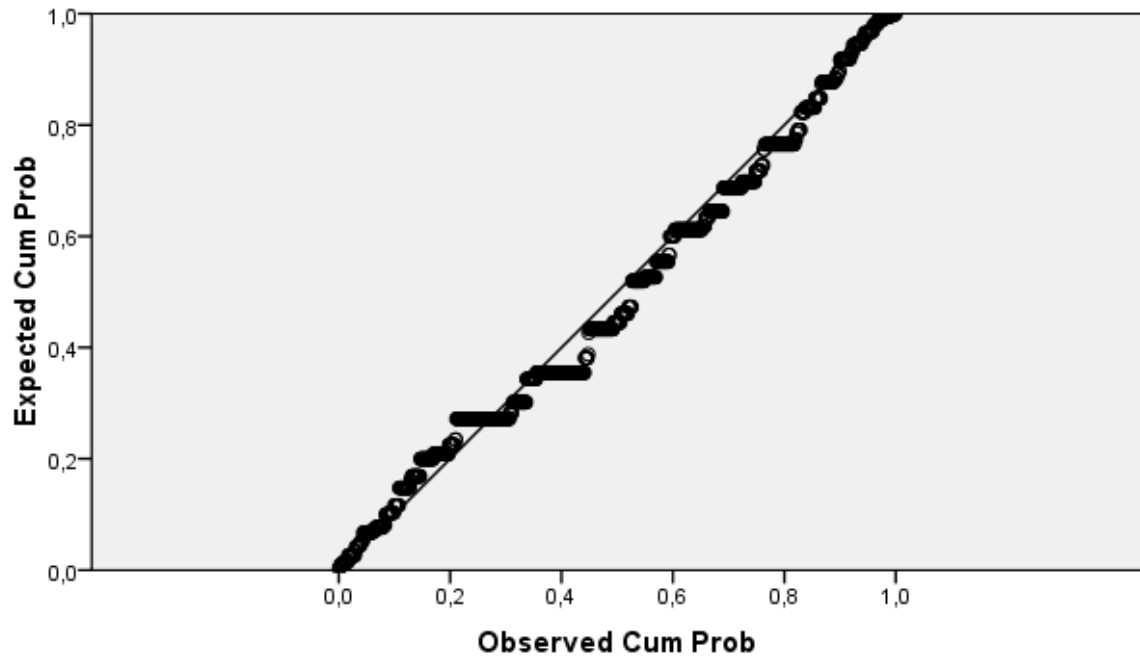
### Histogram



Εικόνα ΠΖ5. Ιστόγραμμα Αίσθησης Ποιότητας Ζωής – Οικονομικών Χαρακτηριστικών.

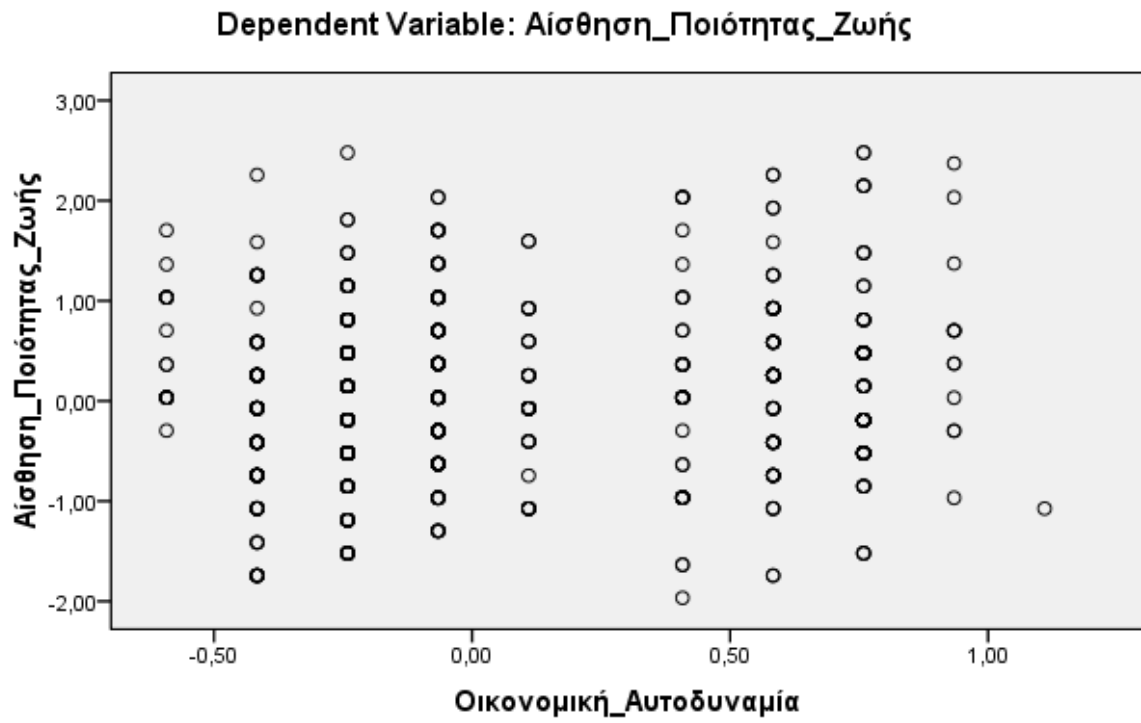
### Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής



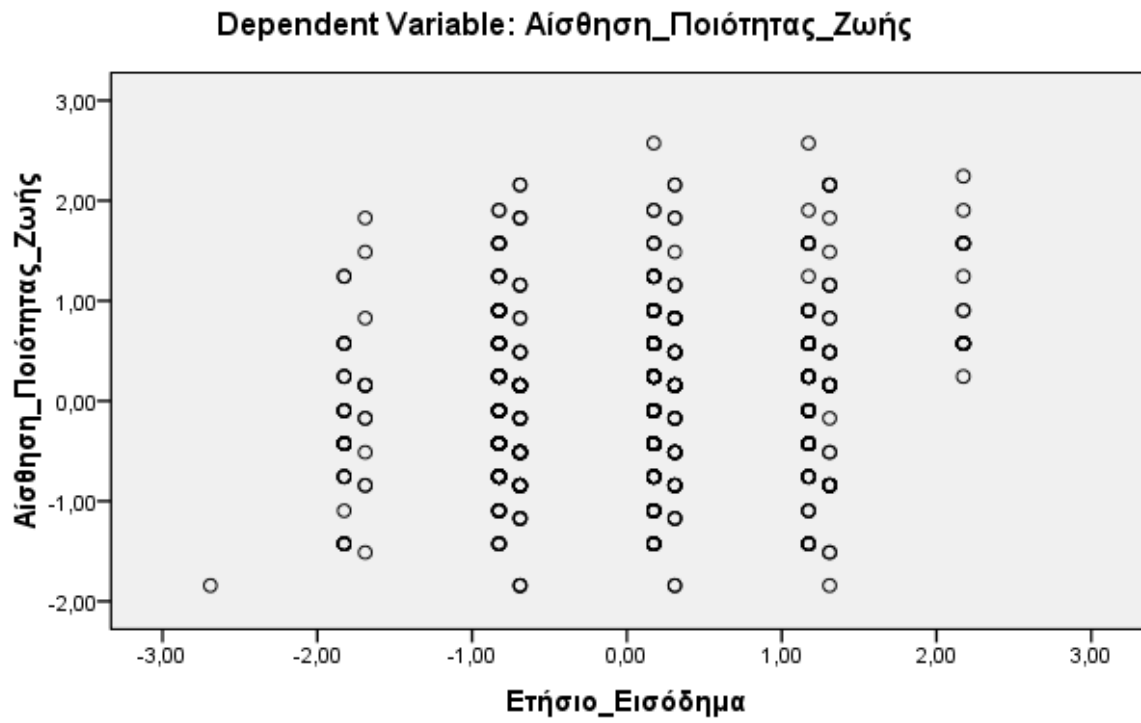
Εικόνα ΠΖ6. Normal P-P Plot για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Οικονομικά Χαρακτηριστικά.

### Partial Regression Plot



Εικόνα ΠΖ7. Partial Regression Plot για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Οικονομική Αυτοδυναμία.

### Partial Regression Plot



Εικόνα ΠΖ8. Partial Regression Plot για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Ετήσιο Εισόδημα.

## Regression

**Variables Entered/Removed<sup>b</sup>**

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Αρκετά_Υγιής, Φυσική_Ενέργεια <sup>a</sup>	.	Enter

a. All requested variables entered.

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**Model Summary<sup>b</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,679 <sup>a</sup>	,462	,460	,57873

a. Predictors: (Constant), Αρκετά\_Υγιής, Φυσική\_Ενέργεια

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

**ANOVA<sup>b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	256,754	2	128,377	383,293	,000 <sup>a</sup>
	Residual	299,429	894	,335		
	Total	556,184	896			

a. Predictors: (Constant), Αρκετά\_Υγιής, Φυσική\_Ενέργεια

b. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

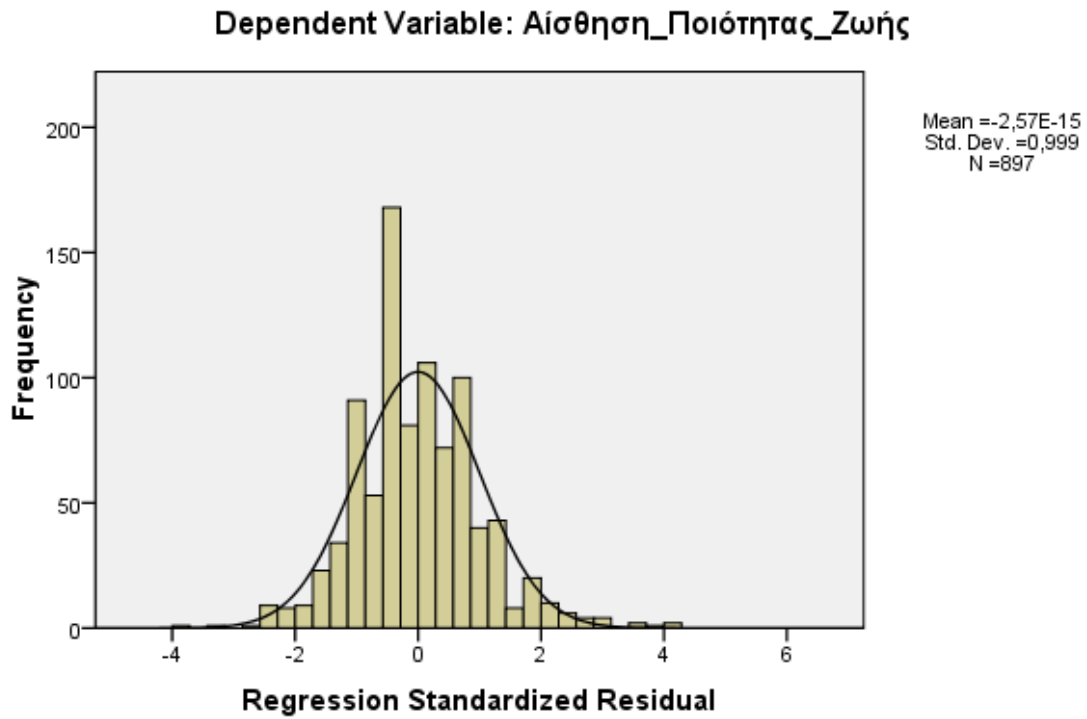
**Coefficients<sup>a</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	1,047	,057		18,342	,000
	Φυσική_Ενέργεια	,387	,024	,498	15,986	,000
	Αρκετά_Υγιής	,186	,023	,248	7,974	,000

a. Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής

## Charts

### Histogram

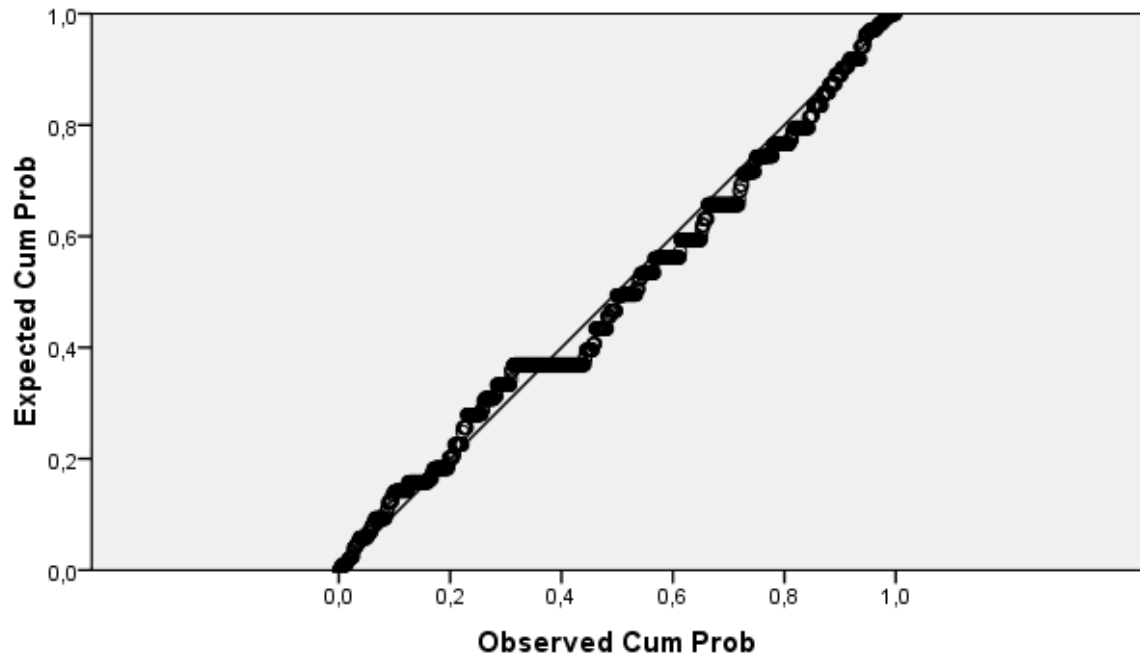


Εικόνα ΠΖ9. Ιστόγραμμα Αίσθησης Ποιότητας Ζωής – Χαρακτηριστικών Υγείας.



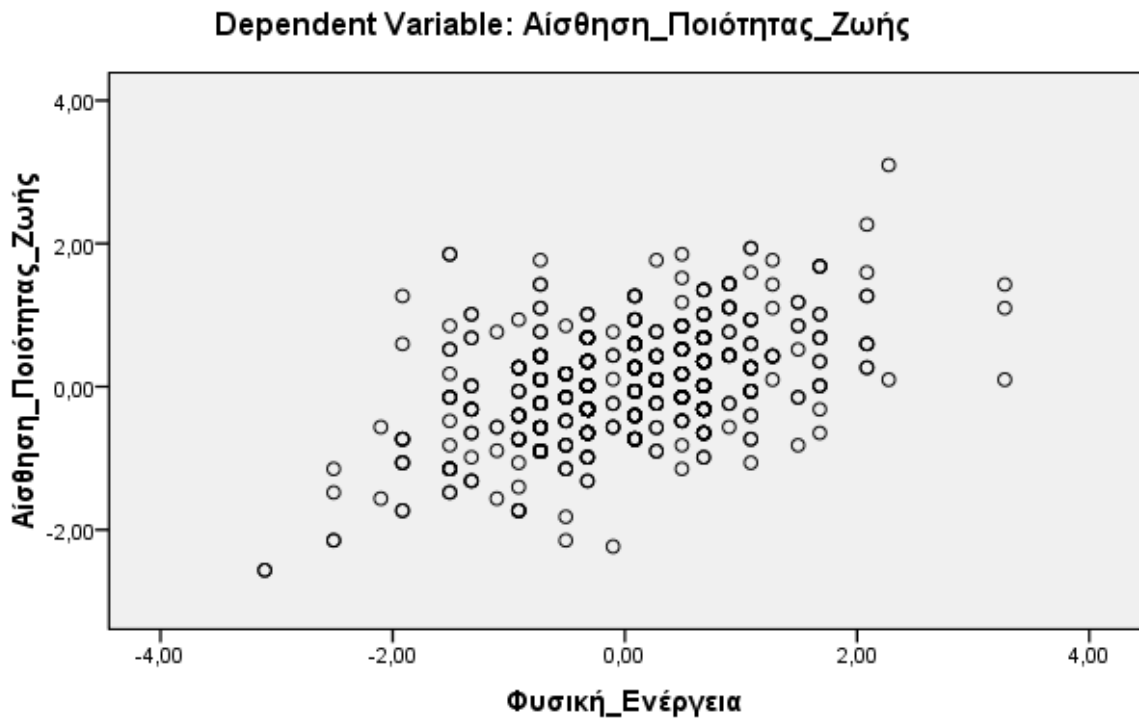
### Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

Dependent Variable: Αίσθηση\_Ποιότητας\_Ζωής



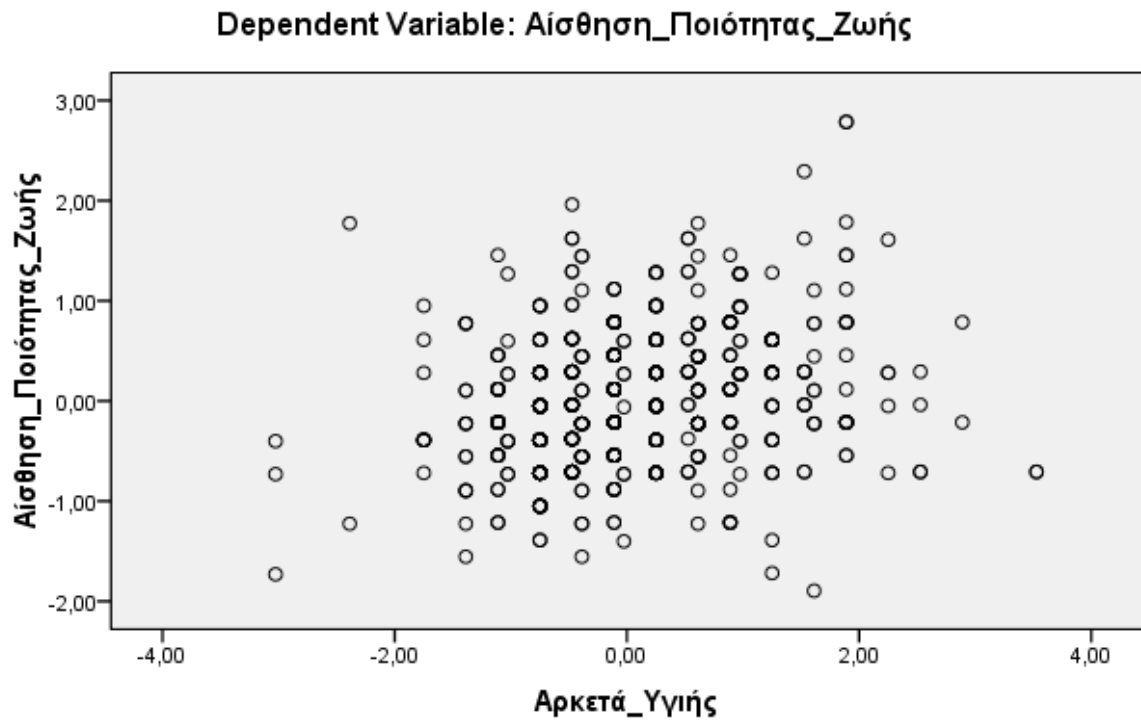
Εικόνα ΠΖ10. Normal P-P Plot για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Χαρακτηριστικά Υγείας.

### Partial Regression Plot



Εικόνα ΠΖ11. Partial Regression Plot για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Φυσική Ενέργεια.

### Partial Regression Plot



Εικόνα ΠΖ12. Partial Regression Plot για Αίσθηση Ποιότητας Ζωής – Αρκετά Υγιής.



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Η:**  
**Χορήγηση Αδειών για Διεξαγωγή Έρευνας**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
**ΔΗΜΟΣ ΚΕΡΑΤΣΙΝΙΟΥ - ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑΣ**  
**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ**  
**ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ**  
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ  
ΤΑΧ.ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΑΦΑΡΑ 101 & ΑΝΑΛΗΨΕΩΣ 17  
ΔΡΑΠΕΤΣΩΝΑ 186 48  
ΤΗΛ: 210 4630145 - 210 4615337  
ΠΛΗΡ. ΑΜΑΝΑΤΙΔΟΥ ΔΕΣΠΟΙΝΑ  
E-mail: merimna@keratsini.gr

Ημερ: 12-7-16  
Α.Π 37956

Προς: κο Ζ.Δερμάτη Παν.  
Πελοποννήσου – Τμήμα  
Νοσηλευτικής

**Θέμα: « Απάντηση αιτήματος για διεξαγωγής έρευνας στο χώρο των ΚΑΠΗ του Δήμου μας»**

Θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε ότι το αίτημα σας, για τη διανομή ανωνύμων ερωτηματολογίων στα μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου μας, στο πλαίσιο της εκπόνησης της διδακτορική σας διατριβή με θέμα «Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Πληροφοριακού Συστήματος με τη χρήση της τεχνολογίας των γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (GIS) για τη Διερεύνηση Κοινωνικο- οικονομικών Δεικτών που επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας των Ηλικιωμένων» έχει γίνει δεκτό. Η διαμοίραση των ερωτηματολογίων θα πραγματοποιηθεί κατόπιν συνεννόησης με το τμήμα μας, προκειμένου για τη εύρυθμη λειτουργία του.

Η Προϊσταμένη του Τμήματος

Αμανατίδου Δεσποίνα

Ακριβές αντίγραφο

Η Προϊσταμένη Γραμματείας



Ο Αντιδήμαρχος Κοινωνικών Δομών

Αλεξίου Κώστας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΔΩΔΕΚΑΝΗΣΟΥ  
ΔΗΜΟΣ ΡΟΔΟΥ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ  
Κ.Α.Π.Η.

Ρόδος, 28/6/2016  
ΑΠ: 14/52284

ΠΡΟΣ: κο Ζαχαρία Δερμάτη του  
Αναστασίου.

Ταχ Διεύθυνση : Αγ. Ιωάννου 54  
Ταχ. Κώδικας : 85100  
Πληροφορίες : ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΝΙΚΟΛΑΚΗΣ

Τηλ. & Φαξ :2241035979  
Ηλεκτ. Ταχυδρ. :kapirod@rhodes.gr

**ΘΕΜΑ: ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΑΠΟ ΤΑ ΜΕΛΗ ΤΟΥ Κ.Α.Π.Η.**

Σε απάντηση του με ημερομηνία 16/3/2016 εγγράφου σας, με το οποίο ζητάτε άδεια για συμπλήρωση ερωτηματολογίου από τα μέλη του Κ.Α.Π.Η. Ρόδου, με θέμα:  
«Διερεύνηση κοινωνικών-οικονομικών δεικτών που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων », σας γνωρίζουμε την αποδοχή του αιτήματός σας.



Ο αναπληρωτής Διευθυντής Διεύθυνσης  
Κοινωνικής Πολιτικής και Υγείας

Ηλίας Καραμπίης.

Ο Προϊστάμενος Τμήματος

Κωνσταντίνος Νικολάκης.



ΒΑΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ  
Γαλάτσι 22 /06/2016  
Αριθ. Πρωτ.: 1573

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
**«ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ  
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ & ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΔΗΜΟΥ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ»**

Ταχ. Δ/ση : Αρχιμήδους 2& Ιπποκράτους  
ΤΑΧ. ΚΩΔ : 11146 Γαλάτσι  
Πληροφορίες : Σαμούρη Σπυριδούλα  
Τηλέφωνο : 2132055386  
Email : dps@galatsi.gr

ΠΡΟΣ:

κ. Ζαχαρία Δερμάτη  
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου  
Υπ. Διδάκτωρ  
Τμήματος Οικονομικών Επιστημών

**ΘΕΜΑ: «Άδεια διεξαγωγής έρευνας στα Κ.Α.Π.Η. του ΔΗΜΟΥ ΓΑΛΑΤΣΙΟΥ»**

Δια της παρούσης σας ενημερώνουμε ότι έγινε δεκτό το αίτημά σας, προκειμένου να σας δοθεί άδεια για να διανεμηθούν και να συμπληρωθούν τα ερωτηματολόγια σας από τα μέλη μας, στη προσπάθειά μας να συμβάλλουμε και να σας βοηθήσουμε στο πλαίσιο της εκπόνησης της διδακτορικής σας διατριβής με θέμα: *«Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Πληροφοριακού Συστήματος με τη Χρήση της Τεχνολογίας των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (GIS) για τη Διερεύνηση Κοινωνικο-οικονομικών Δεικτών που επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας Ηλικιωμένων».*

Είμαστε πάντα στη διάθεση σας για κάθε περαιτέρω συνεργασία.



ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ - ΧΡΥΣΑΓΗ ΚΩΝ/ΝΑ





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ  
ΔΗΜΟΣ ΜΕΓΑΛΟΠΟΛΗΣ  
Ν.Π.Δ.Δ. «ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ  
& ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗ»

Παπαναστασίου 30  
22200 – Μεγαλόπολη  
e-mail: kra@megalopoli.gr  
Πληροφορίες: Τσίρη Χριστίνα  
Τηλ : 2791360310  
Fax : 2791360311

Μεγαλόπολη 30/11/2015

Αρ. Πρωτ.: 1089

Προς: **κο Δερμάτη Ζαχαρία**  
**Υπ. Διδάκτορα Τμ. Νοσηλευτικής**  
**Τρίπολη**

**ΘΕΜΑ: Παροχή άδειας διανομής ερωτηματολογίου.**

Σας γνωρίζουμε ότι κάνουμε δεκτό το, από 18/11/2015, αίτημά σας με θέμα: « διεξαγωγή έρευνας και χρησιμοποίησης των ΚΑΠΗ» και σας παρέχουμε την άδεια να διανείμετε, στο πλαίσιο της εκπόνησης της διδακτορικής σας διατριβής με θέμα: «Σχεδιασμός και ανάπτυξη πληροφοριακού συστήματος με τη χρήση της τεχνολογίας των γεωγραφικών πληροφοριακών συστημάτων(GIS) για την διερεύνηση κοινωνικοοικονομικών δεικτών που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων», σχετικό ερωτηματολόγιο στα μέλη της δομής ΚΑΠΗ του φορέα μας.





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ  
ΔΗΜΟΣ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ: Εποπτείας Ελέγχου  
& Ισότητας



ΚΑΛΑΜΑΤΑ : 21  
European Capital of Culture  
Candidate City



ΚΑΛΑΜΑΤΑ 27-5-15

Αρ. Πρωτ: 93866

ΠΡΟΣ: κ. Δερμάτη Ζαχαρία  
Αγ. Κωνσταντίνου Τρίπολη  
Κοιν/ση: ΚΑΠΗ Δήμου

**Ταχ. Δ/ση:** Ψαρρών 15  
**Πληροφορίες:** ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ  
**Τηλέφωνο:** 2721361861  
**Φαξ:**  
**Email:** s.stefanopoulos@kalamata.gr

ΘΕΜΑ: Σχετικά με συλλογή δεδομένων  
ΣΧΕΤ: Η από 20-5-15 αίτησή σας

Σε συνέχεια της ως άνω αίτησης, σας πληροφορούμε ότι επιτρέπουμε την συλλογή στοιχείων (δεδομένων) από τους ωφελούμενους των ΚΑΠΗ του Δήμου μας. Η συλλογή στοιχείων πρέπει να γίνει με την συγκατάθεση των ωφελουμένων και ανώνυμα. Για την διευκόλυνσή σας παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τις υπεύθυνες λειτουργίες των ΚΑΠΗ στα τηλέφωνα: 2721095655 κ. Αντωνία Κάντζα και 2721021426 κ. Παπαδοπούλου Όλγα αντίστοιχα.

Ο ΔΗΜΑΡΧΟΣ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
«ΜΕ ΕΝΤΟΛΗ»

Ο Δ/ΝΤΗΣ Δ/ΝΣΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ

Καλαμάτα, 27.5.2015  
Ο ΠΡΟΣΤΑΒΕΝΟΣ ΔΙΕΚΠΕΡΑΙΩΤΗΣ

Δ/κός ΤΚΕ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΧΑΪΑΣ  
ΝΠΔΔ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ  
ΔΗΜΟΥ ΠΑΤΡΕΩΝ  
ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΕΔΡΟΥ

ΠΑΤΡΑ 30/06/2015  
Αρ. Πρωτ.: 2678

Πληρ.: Θεοδοροπούλου Β.  
Δ/ση: Γούναρη 76  
Τ.Κ.: 26224  
Τηλ.: 2610390963  
Fax: 2610390978

Προς: κ. Ζαχαρία Δερμάτη  
Υποψήφιο Διδάκτορα  
Τμήματος Νοσηλευτικής  
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

**Θέμα: Απάντηση σε αίτημα διεξαγωγής έρευνας**

Σε απάντηση του από 3/03/2015 έγγραφου αιτήματος σας, για διεξαγωγή έρευνας στα μέλη των 3 ΚΑΠΗ του Τμήματος Τρίτης Ηλικίας του Κοινωνικού Οργανισμού του Δήμου Πατρέων, σας ενημερώνουμε ότι μπορείτε να πραγματοποιήσετε την διανομή και συλλογή ερωτηματολογίων στα μέλη σε ώρα λειτουργίας των Δομών. Σκόπιμο κρίνεται να υπάρξει συνεννόηση και συνεργασία με τον Προϊστάμενο του Τμήματος Τρίτης Ηλικίας κ. Κολοκυθά Γεώργιο.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ

ΤΟΥΛΓΑΡΙΑΝΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ





**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Π.Ε. ΡΟΔΟΠΗΣ  
ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΡΙΜΝΑΣ ΚΑΙ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ  
ΔΗΜΟΥ ΚΟΜΟΤΗΝΗΣ**

Ταχ. Δ/ση: ΓΡ. ΜΑΡΑΣΛΗ 1  
Ταχ. Κωδ.: 69100 ΚΟΜΟΤΗΝΗ  
Πληροφορίες: Μ. Μερέτη  
Τηλ.: 2531-023175  
FAX: 2531-081983

Κομοτηνή 05/05/2015  
Αριθμ. Πρωτ: 1154

**Προς:**

κ. Ζαχαρία Δερμάτη  
Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου  
Υπ. Διδάκτωρ Τμήματος Νοσηλευτικής

**Θέμα: Απάντηση σε αίτημα διεξαγωγής έρευνας και χρησιμοποίησης των ΚΑΠΗ**

Σας γνωρίζουμε ότι το αίτημά σας για διεξαγωγή έρευνας στα μέλη των δύο (2) ΚΑΠΗ του ΝΠΔΔ «Κέντρο Μέριμνας και Αλληλεγγύης Δήμου Κομοτηνής» στο πλαίσιο της εκπόνησης της διδακτορικής σας διατριβής, γίνεται αποδεκτό.

Όπως βέβαια γνωρίζετε, η συμμετοχή των μελών των δύο (2) ΚΑΠΗ στην έρευνα εξαρτάται αποκλειστικά από τη δική τους επιθυμία και είναι εθελοντική.

  
**Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.**  
**ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΣΩΤΗΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΡΚΑΔΙΑΣ  
Ν.Π.Δ.Δ. ΔΗΜΟΥ ΤΡΙΠΟΛΗΣ

Τρίπολη, 26-6-2015  
Αριθμ. πρ. : 1701

Προς: κ. Δερμάτη Ζαχαρία

### **ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Ο Πρόεδρος του Ν.Π.Δ.Δ. Δήμου Τρίπολης, Θεόδωρος Καραλής βεβαιώνει ότι κάνω δεκτό το αίτημα του κ. Δερμάτη Ζαχαρία προκειμένου να πραγματοποιήσει έρευνα στο ΚΑΠΗ (Ν.Π.Δ.Δ. Δήμου Τρίπολης) στα πλαίσια εκπόνησης της διδακτορικής του διατριβής με θέμα : «Σχεδιασμός και Ανάπτυξη Πληροφοριακού Συστήματος με τη Χρήση της Τεχνολογίας των Γεωγραφικών Πληροφοριακών Συστημάτων (GIS) για τη Διερεύνηση Κοινωνικο-οικονομικών Δεικτών που επηρεάζουν το Επίπεδο Υγείας Ηλικιωμένων».

Κατά τη διάρκεια της έρευνας θα μοιραστούν ερωτηματολόγια στα μέλη του ΚΑΠΗ, των οποίων η συμπλήρωση θα είναι προαιρετική και ανώνυμη.

Ο Πρόεδρος του Ν.Π.Δ.Δ.  
Δήμου Τρίπολης  
Θεόδωρος Καραλής





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ  
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΜΕΡΙΜΝΑΣ  
ΔΗΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ  
Ν.Π.Δ.Δ.

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
Αριθμ. Πρωτ.: 425 / 01-03-2016  
Ημερομηνία επίδοσης της  
υπ' αριθμ.: 3 πρόσκλησης,  
η 24/02/2016

**Α Π Ο Σ Π Α Σ Μ Α**  
Από το 3<sup>ο</sup> Πρακτικό  
Συνεδρίαση της 29/02/2016  
Αριθμός Απόφασης: 20<sup>η</sup>  
Αριθμός Θέματος: 10<sup>ο</sup>

**ΠΑΡΟΝΤΑ ΜΕΛΗ**  
ΤΣΕΚΟΥΡΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ (Πρόεδρος)  
ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ (Αντιπρόεδρος)  
ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΣΗΜΙΝΑ  
ΑΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ  
ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ  
ΜΟΣΧΟΝΑΣ ΗΛΙΑΣ (αναπληρωτής του ΠΕΤΣΑ Κ.)  
ΚΑΛΗ ΕΥΘΥΜΙΑ  
ΚΑΛΑΜΠΟΚΗ ΕΛΕΝΗ

**ΑΠΟΝΤΑ ΜΕΛΗ**  
ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ  
ΚΟΥΤΡΟΥΛΗΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ  
ΚΑΜΠΟΥΡΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ  
ΣΤΑΜΑΤΑΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ  
ΚΟΚΚΙΝΙΔΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ  
ΛΥΚΟΥΡΕΣΗ ΑΘΗΝΑ  
ΓΙΑΝΝΟΥΛΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

Περίληψη Αντικειμένου Συνεδρίασης

ΘΕΜΑ 10<sup>ο</sup> : Αίτημα του κ. Ζ. Δερμάτη –τμ. Οικον. Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για διεξαγωγή έρευνας στα ΚΑΠΗ του Ν.Π.

Μετά την εκφώνηση του θέματος, το λόγο πήρε ο Πρόεδρος και είπε τα εξής:

Θέτουμε υπόψη σας την με αρ. πρωτ. 330/16-02-2016 αίτηση του κ. Ζ. Δερμάτη –τμ. Οικον. Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την διεξαγωγή έρευνας στα ΚΑΠΗ του Νομικού μας Προσώπου και παρακαλούμε για την δική σας απόφαση.

ΤΟ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Αφού άκουσε την εισήγηση του Προέδρου και την βρήκε σωστή και νόμιμη, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις

**ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ**

Εγκρίνει ομόφωνα και σύμφωνα με την ανωτέρω εισήγηση του προέδρου, την με αρ. πρωτ. 330/16-02-2016 αίτηση του κ. Ζ. Δερμάτη του τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την διεξαγωγή έρευνας στα ΚΑΠΗ του Νομικού Προσώπου.

**ΣΥΝΤΑΧΘΗΚΕ ΚΑΙ ΥΠΟΓΡΑΦΕΤΑΙ**



**ΤΑ ΜΕΛΗ**  
**ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΧΡΥΣΟΥΛΑ**  
**ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΣΗΜΙΝΑ**  
**ΑΡΩΝΗ ΜΑΡΙΑ**  
**ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΑΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ**  
**ΜΟΣΧΟΝΑΣ ΗΛΙΑΣ**  
**ΚΑΛΗ ΕΥΘΥΜΙΑ**  
**ΚΑΛΑΜΠΟΚΗ ΕΛΕΝΗ**

