

---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ -  
ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΣΗ SHARE 50+**

**ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ ΠΑΝΟΥ**

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019



---

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ  
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

---

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ -  
ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΣΗ SHARE 50+**

**ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ ΠΑΝΟΥ, Α.Μ.: ΟΔΥ/1520**

Επιβλέπων: Αθανάσιος Βοζίκης, Αναπληρωτής Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης  
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019



---

**UNIVERSITY of PIRAEUS**



**DEPARTMENT of  
ECONOMICS**

---

**M.Sc. in Health Economics and Management**

**CHRONIC DISEASES AND SOCIOECONOMIC  
FACTORS – DATA FROM SHARE 50+ DATABASE**

**NIKOLETTA PANOU, R.N.: ΟΔΥ/1520**

Supervisor: Athanasios Vozikis, Associate Professor, Piraeus University

Master Thesis submitted to the Department of Economics  
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements  
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2019



*Στην οικογένεια μου,*





## **Ευχαριστίες**

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Αθανάσιο Βοζίκη, για την αμέριστη υποστήριξή του, την υπομονή, την παροχή βοήθειας, συμβουλών και υποδείξεων καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τους καθηγητές του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας για τις πολύτιμες γνώσεις που μου μετέδωσαν κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

Τέλος ευχαριστώ τους γονείς μου και την οικογένεια μου για την ενθάρρυνση και την ψυχολογική υποστήριξη που μου προσέφεραν.



# **Χρόνια νοσήματα και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες - Δεδομένα από τη βάση SHARE 50+**

**Σημαντικοί Όροι:** Χρόνια νοσήματα, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, παράγοντες κινδύνου, Ελλάδα, SHARE 50+

## **Περίληψη**

Στην σύγχρονη εποχή η ανάπτυξη της τεχνολογίας και της ιατρικής επιστήμης έχει συμβάλλει στην άνευ προηγουμένου εξάπλωση των χρόνιων νοσημάτων, τα οποία βρίσκονται πλέον στην κορυφή των αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας. Η εμφάνιση χρόνιας πάθησης σχετίζεται σε μικρό ή μεγάλο βαθμό με κάποιους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον και τον τρόπο ζωής.

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως στόχο την μελέτη της επίδρασης αυτών των παραγόντων στην παρουσία χρόνιων νοσημάτων στον ελληνικό πληθυσμό. Γι' αυτόν το σκοπό χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την ευρωπαϊκή βάση δεδομένων SHARE 50+. Πραγματοποιήθηκε στατιστική επεξεργασία, χρησιμοποιώντας το πακέτο spss, δεδομένων από την έκδοση της βάσης easySHARE v. 6.1.1. (κύμα 6) που αφορούν δείγμα 3584 ατόμων του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 50 – 75 ετών και μελετήθηκε η διάδοση των χρόνιων νοσημάτων, η επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής και στην αυτοεκτίμηση της υγείας, η επίδραση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων όπως το φύλο, το εισόδημα, το επίπεδο μόρφωσης και η οικογενειακή κατάσταση, καθώς και ο ρόλος που παίζουν παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, ο δείκτης μάζας σώματος και η σωματική δραστηριότητα και η συσχέτιση αυτών των παραγόντων με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Βρέθηκε ότι το 60,1% του δείγματος εμφανίζει κάποιο χρόνια νόσημα και παρατηρείται μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης σε άτομα με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης. Τα άτομα με χρόνια πάθηση έχουν χειρότερη αυτοεκτίμηση της υγείας και ποιότητα ζωής και η κατώτερη κοινωνικοοικονομική θέση και το φύλο επηρεάζουν επίσης αυτές τις δύο μεταβλητές. Όσοι ζουν μαζί με τον σύζυγο τους έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για καλή υγεία. Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με συμπεριφορές συμβάλλουν στην εμφάνιση χρόνιας πάθησης και αυτοί

με τη σειρά τους συνδέονται με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Ειδικότερα το επίπεδο μόρφωσης συνδέεται αντιστρόφως ανάλογα με την παχυσαρκία και η έλλειψη άσκησης και το κάπνισμα παρατηρούνται πιο συχνά σε χαμηλότερα εισοδήματα, ενώ οι άντρες καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες.

# **Chronic diseases and socioeconomic factors - Data from SHARE 50+ database**

**Keywords:** chronic diseases, socioeconomic factors, behavioral risk factors, Greece, SHARE 50+

## **Abstract**

The advances in technology and medicine have led to an unprecedented increase in the prevalence of chronic diseases which are the leading causes of morbidity and death. There are socioeconomic and behavioral risk factors that can lead to chronic diseases.

This dissertation aims to study the relation between these factors and chronic diseases among the Greek population. For this purpose data from the SHARE 50+ database, specifically from the easySHARE 6.1.1 version (wave 6), were analysed using spss. The sample contained 3584 Greek people aged 50-75 years. The variables this paper examined include the prevalence of chronic diseases, their effect on self-perceived health and the quality of life, the effect of socioeconomic factors such as gender, income, education and marital status on chronic diseases, the association between behavioral risk factors such as smoking, body mass index and physical exercise and chronic diseases, as well as the correlation between socioeconomic and behavioral risk factors.

The results indicate that 60,1% of the people interviewed have at least one chronic condition. Low education level leads to greater prevalence of chronic diseases, but for couples the chances of chronic disease are lower. Chronic diseases lead to worse self-perceived health and quality of life, which is made even worse by lower socioeconomic status. Also chronic diseases are associated with behavioral risk factors and there is a greater prevalence of these factors among people of lower socioeconomic status. People with low income exercise less and more often smoke, men smoke more than women and lower education leads to higher BMI.



## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	XI
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ .....	XV
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΩΝ .....	XVIII
ΕΙΚΟΝΕΣ .....	XVIII
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	XIX
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....	1
ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥΣ.....	1
1.1 Χρόνια νοσήματα.....	1
1.2 Βάρος των χρόνιων νοσημάτων στη υγεία .....	3
1.3 Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία .....	4
1.4 Βιβλιογραφική επισκόπηση ερευνών για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία.....	7
1.5 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής.....	8
1.5.1 Αλκοόλ.....	9
1.5.2 Κάπνισμα .....	12
1.5.3 Σωματική δραστηριότητα .....	15
1.5.4 Διατροφή – παχυσαρκία .....	16
1.6 Δεδομένα υγείας για την Ελλάδα.....	20
1.7 Παράγοντες κινδύνου για την υγεία στην Ελλάδα .....	22

1.8 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία στην Ελλάδα ....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....	27
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	27
2.1 Ερευνητικός στόχος και ερευνητικά ερωτήματα .....	27
2.2 Τα δεδομένα της έρευνας.....	28
2.3 Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης.....	30
2.4 Το δείγμα της έρευνας .....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....	37
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	37
3.1 Ερευνητικό ερώτημα 1: Ποιά είναι η συχνότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων; 37	
3.2 Ερευνητικό ερώτημα 2: Σε τι ποσοστό εμφανίζεται ένα μόνο νόσημα, δύο, τρία κλπ. 38	
3.3 Ερευνητικό ερώτημα 3: Πόσο συχνότερη είναι η επίσκεψη στο νοσοκομείο για τους ασθενείς του δείγματος;.....	39
3.4 Ερευνητικό ερώτημα 4: Επιδρά η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος στην πρόωρη συνταξιοδότηση; .....	41
3.5 Ερευνητικό ερώτημα 5: Σχετίζονται οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων;.....	43
3.5.1 Επίδραση του εισοδήματος.....	43
3.5.2 Επίδραση της ικανότητας να ικανοποιούν τις ανάγκες του νοικοκυριού ....	47
3.5.3 Επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης.....	50



3.6	Ερευνητικό ερώτημα 6: Πώς αυτοεκτιμούν την υγεία τους οι πάσχοντες απο χρόνια νοσήματα και πως επιδρούν στην αυτοεκτίμηση της υγείας τους οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες; .....	52
3.6.1	Αυτοεκτίμηση της υγείας.....	52
3.6.2	Επίδραση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην αυτοεκτίμηση της υγείας	54
3.7	Ερευνητικό ερώτημα 7: : Πως αξιολογείται η ποιότητα ζωής στους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και πως επιδρούν στην αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής τους οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες; .....	56
3.7.1	Ποιότητα ζωής ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα .....	56
3.7.2	Επίδραση εισοδήματος στην ποιότητα ζωής .....	57
3.8	Ερευνητικό ερώτημα 8: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του φύλου στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, στην αυτοεκτίμηση της υγείας και στην ποιότητα ζωής; .....	58
3.8.1	Φύλο και εκδήλωση χρόνιου νοσήματος.....	58
3.8.2	Φύλο και αυτοεκτίμηση υγείας.....	60
3.8.3	Φύλο και ποιότητα ζωής .....	61
3.9	Ερευνητικό ερώτημα 9: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων; .....	63
3.10	Ερευνητικό ερώτημα 10: Συνδέεται η εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων με παράγοντες κινδύνου που έχουν να κάνουν με συνήθειες (δείκτης μάζας σώματος, κάπνισμα στο παρόν, κάπνισμα στο παρελθόν, σωματική άσκηση); .....	65
3.11	Ερευνητικό ερώτημα 11: Υπάρχει συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (εισόδημα, εκπαίδευση και φύλο) με τους παράγοντες κινδύνου (bmi, κάπνισμα, άσκηση); .....	68
3.11.1	Εισόδημα.....	68
3.11.2	Εκπαίδευση .....	69
3.11.3	Φύλο.....	71
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....	73

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	73
--------------------	----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	79
--------------------	----

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΩΝ

### Εικόνες

Εικόνα 1: Κατανομή των θανάτων στην Ελλάδα ανάλογα με την αιτία το 2016. Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας .....	21
Εικόνα 2: Συχνότητα καπνίσματος. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω για κάθε ομάδα ηλικιών. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2014 .....	23
Εικόνα 3: Ραβδόγραμμα κατανομής των δύο φύλλων στο δείγμα για το σύνολο ασθενών και μαρτύρων. ....	32
Εικόνα 4: ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για τον τόπο διαμονής των ατόμων του δείγματος. ....	33
Εικόνα 5: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης του δείγματος, με βάση την ταξινόμηση ISCED-97.....	35
Εικόνα 6: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για την κατανομή της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος.....	36
Εικόνα 7: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων στο δείγμα.....	38
Εικόνα 8: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για την κατανομή της εμφάνισης του πλήθους των χρόνιων νοσημάτων ανά άτομο.....	39
Εικόνα 9: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της νοσηλείας σε νοσοκομείο κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους. ....	41
Εικόνα 10: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της πρόωρης συνταξιοδότησης. ....	43
Εικόνα 11: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του εισοδήματος. ....	45
Εικόνα 12: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα (boxplot) μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του εισοδήματος.....	46

Εικόνα 13: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του οικογενειακού εισοδήματος.....	47
Εικόνα 14: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ικανότητας του νοικοκυριού να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του.....	49
Εικόνα 15: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα από την δοκιμασία t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης του επιπέδου εκπαίδευσης με την παρουσία χρόνιου νοσήματος. ....	51
Εικόνα 16: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της αυτοεκτίμησης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version.....	53
Εικόνα 17: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα από τον έλεγχο X <sup>2</sup> για τον έλεγχο ανεξαρτησίας του φύλου με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων .....	60
Εικόνα 18: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας. ....	61
Εικόνα 19: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την ποιότητα ζωής.....	63
Εικόνα 20: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα από τον έλεγχο X <sup>2</sup> για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της οικογενειακής κατάστασης..	64
Εικόνα 21: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα για την επίδραση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. ....	67
Εικόνα 22: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα για την επίδραση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων.....	67

## Πίνακες

Πίνακας 1: κατανομή των δύο φύλων στο δείγμα για το σύνολο του δείγματος-----	32
Πίνακας 2: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για την κατανομή του δείγματος σε σχέση με τον τόπο διαμονής, με βάση την τοποθεσία λήψης της συνέντευξης.-----	33
Πίνακας 3: Κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης του δείγματος, με βάση την ταξινόμηση ISCED-97 -----	34
Πίνακας 4: Στατιστικοί περιγραφικοί δείκτες για την διάρκεια σπουδών του δείγματος εκφρασμένης σε έτη σπουδών -----	34
Πίνακας 5: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για την κατανομή της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος -----	35

Πίνακας 6: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων στο δείγμα.-----	37
Πίνακας 7: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για την κατανομή της εμφάνισης του πλήθους των χρόνιων νοσημάτων ανά άτομο.-----	39
Πίνακας 8: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της νοσηλείας σε νοσοκομείο κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους. -----	40
Πίνακας 9: Αποτελέσματα του ελέγχου X <sup>2</sup> για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της νοσηλείας σε νοσοκομείο κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους. -----	40
Πίνακας 10: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της πρόωρης συνταξιοδότησης. -----	42
Πίνακας 11: Αποτελέσματα του ελέγχου X <sup>2</sup> για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της πρόωρης συνταξιοδότησης. -----	42
Πίνακας 12: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του εισοδήματος -----	45
Πίνακας 13: Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του εισοδήματος -----	45
Πίνακας 14: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του οικογενειακού εισοδήματος-----	46
Πίνακας 15: Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του οικογενειακού εισοδήματος-----	47
Πίνακας 16: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ικανότητας του νοικοκυριού να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του-----	48
Πίνακας 17: Αποτελέσματα του ελέγχου X <sup>2</sup> για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ικανότητας του νοικοκυριού να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του -----	48
Πίνακας 18: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ικανότητας του νοικοκυριού να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του -----	49
Πίνακας 19: Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ικανότητας του νοικοκυριού να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του -----	49

Πίνακας 20 : Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες από την δοκιμασία t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης του επιπέδου εκπαίδευσης με την παρουσία χρόνιου νοσήματος.-----	50
Πίνακας 21: Αποτελέσματα από την δοκιμασία t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης του επιπέδου εκπαίδευσης με την παρουσία χρόνιου νοσήματος.-----	51
Πίνακας 22: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της αυτοεκτίμησης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version-----	52
Πίνακας 23: Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της αυτοεκτίμησης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version-----	53
Πίνακας 24: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης της αυτοαναφερόμενης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version και της ικανότητας του νοικοκυριού να ανταπεξέρχεται στις ανάγκες του-----	54
Πίνακας 25: Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης της αυτοεκτίμησης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version και της ικανότητας του νοικοκυριού να ανταπεξέρχεται στις ανάγκες του-----	55
Πίνακας 26: Τιμές του συντελεστή συσχέτισης για τον έλεγχο της συσχέτισης της αυτοεκτίμησης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version και του εισοδήματος. -----	56
Πίνακας 27: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ποιότητας ζωής του ατόμου-----	57
Πίνακας 28: Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ποιότητας ζωής του ατόμου -----	57
Πίνακας 29: Τιμές του συντελεστή συσχέτισης για τον έλεγχο της συσχέτισης της ποιότητας ζωής του ατόμου με βάση την κλίμακα CASP-12 και του εισοδήματος. -	58
Πίνακας 30: Πίνακας διπλής εισόδου από τον έλεγχο X2 για τον έλεγχο ανεξαρτησίας του φύλου με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων-----	59
Πίνακας 31: Αποτελέσματα από τον έλεγχο X2 για τον έλεγχο ανεξαρτησίας του φύλου με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων-----	59
Πίνακας 32: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας.-----	60

Πίνακας 33: Αποτελέσματα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας. -----	61
Πίνακας 34: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την ποιότητα ζωής. -----	62
Πίνακας 35: Αποτελέσματα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την αυτοαναφερόμενη ποιότητα ζωής. -----	62
Πίνακας 36: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της οικογενειακής κατάστασης -----	64
Πίνακας 37: Αποτελέσματα από τον έλεγχο $\chi^2$ για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της οικογενειακής κατάστασης -----	64
Πίνακας 38: Στατιστικά καλής προσαρμογής του μοντέλου για την λογαριθμιστική ανάλυση παλινδρόμησης για τον έλεγχο της επίδρασης των ατομικών χαρακτηριστικών στην πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων -----	66
Πίνακας 39: Συντελεστές προσδιορισμού από την λογαριθμιστική ανάλυση παλινδρόμησης για τον έλεγχο της επίδρασης των ατομικών χαρακτηριστικών στην πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων -----	66
Πίνακας 40: Αποτελέσματα (συντελεστές προσδιορισμού στατιστικά καλής προσαρμογής) από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για τον έλεγχο συσχέτισης των παραγόντων κινδύνου με το εισόδημα.-----	69
Πίνακας 41: Αποτελέσματα (συντελεστές προσδιορισμού στατιστικά καλής προσαρμογής) από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για τον έλεγχο συσχέτισης των παραγόντων κινδύνου με την εκπαίδευση. -----	70
Πίνακας 42: Αποτελέσματα (συντελεστές προσδιορισμού στατιστικά καλής προσαρμογής) από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για τον έλεγχο συσχέτισης των παραγόντων κινδύνου με το φύλο.-----	71

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται βιβλιογραφική ανασκόπηση των χρόνιων νοσημάτων και της επιδημιολογίας τους, καθώς και των παραγόντων κινδύνου, κοινωνικοοικονομικών και συμπεριφοράς, που οδηγούν σε αυτά, σε παγκόσμιο επίπεδο και στην Ελλάδα.

### 1.1 Χρόνια νοσήματα

Στην σύγχρονη εποχή παρατηρείται μια άνευ προηγουμένου αύξηση χρόνιων νοσημάτων που έχει πάρει τη μορφή πανδημίας. Σε αυτό συνέβαλλαν διάφοροι παράγοντες όπως το γήρας του πληθυσμού, οι αλλαγές στον τρόπο ζωής λόγω ανάπτυξης της τεχνολογίας και οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, η εξέλιξη των συνθηκών υγιεινής και της ιατρικής επιστήμης που έφεραν θεαματική μείωση στην παιδική θνησιμότητα και τους θανάτους από λοιμώδεις ασθένειες και οι κλιματικές και περιβαλλοντικές αλλαγές.

Οι χρόνιες ασθένειες αποτελούν πρωταρχική αιτία θανάτου και νοσηρότητας σε παγκόσμιο επίπεδο και τα ευρήματα δείχνουν ότι πολύπλοκες παθήσεις όπως ο διαβήτης και η κατάθλιψη θα αποτελέσουν ακόμα μεγαλύτερο βάρος στο μέλλον. Εμφανίζονται σε ηλικιωμένους, αλλά και σε νεαρότερες ηλικίες από όλα τα κοινωνικά στρώματα, κάτι που έχει σοβαρές οικονομικές προεκτάσεις. Καταναλώνουν μέρος του εισοδήματος των ατόμων που πάσχουν, πόρων του εργατικού δυναμικού, της παραγωγικότητας και μπορεί να οδηγήσουν σε πρόωρη σύνταξη ή αναπηρία επιβαρύνοντας όχι μόνο το ατομικό εισόδημα, αλλά και το ασφαλιστικό σύστημα της κάθε χώρας.

Χρόνιες ασθένειες παραδοσιακά θεωρούνται τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο διαβήτης, το άσθμα ή η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, αλλά καθώς εμφανίζονται νέες θεραπείες και αυξάνεται το ποσοστό επιβίωσης, χρόνια νοσήματα αποτελούν επίσης κάποιες μορφές καρκίνου, χρόνια νεφροπάθεια, αρθρίτιδες και ψυχιατρικές παθήσεις όπως κατάθλιψη, άνοια ή σχιζοφρένεια.

Στην διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει μεγάλη διακύμανση τόσο στον αριθμό και το είδος των παθήσεων που χαρακτηρίζονται ως χρόνια νοσήματα, όσο και στο ποια πρέπει να είναι η χρονική διάρκεια μιας κατάστασης ή νόσου ώστε αυτή να μπορεί να θεωρηθεί χρόνια. Ακόμη και μέσα στην ιατρική κοινότητα υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση στην χρήση του όρου “χρόνιο νόσημα”. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει μόνο ασθένειες όπως καρδιαγγειακή νόσος, εγκεφαλικό, καρκίνο, διαβήτη τύπου 2, παχυσαρκία και αρθρίτιδα (όπως ορίζεται για παράδειγμα από το Αμερικάνικο Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών-CDC). Άλλοι φορείς όμως συμπεριλαμβάνουν στα χρόνια νοσήματα ασθένειες όπως το Αλτσχάιμερ, τη κατάθλιψη, τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας, τις χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού κ.α. (Bernell *et al.*, 2016).

Αυτές οι διαφοροποιήσεις μπορούν δυνητικά να προκαλέσουν σύγχυση και παρεξηγήσεις όταν μιλάμε γενικά για την επίδραση, το κόστος και τις μεθόδους αντιμετώπισης και ελαχιστοποίησης των χρόνιων νοσημάτων. Στην βιβλιογραφία πολλές φορές η χρήση του όρου εξαρτάται από τα δεδομένα που χρησιμοποιούνται στην εκάστοτε έρευνα και την ιδιότητα των ερευνητών (π.χ. αν είναι επιστήμονες υγείας ή κοινωνικών επιστημών). Μπορεί να κατονομάζονται συγκεκριμένες ασθένειες όπως αυτές που αναφέρθηκαν παραπάνω ή όπως για παράδειγμα στην μελέτη του G. Warshaw για τη φροντίδα ηλικιωμένων με χρόνια ασθένεια, αυτή ορίζεται ως “κατάσταση που διαρκεί ένα έτος ή περισσότερο και χρειάζεται συνεχή φαρμακευτική αγωγή ή/και περιορίζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής”.

Η Wikipedia, μια δημοφιλή πηγή πληροφοριών για το ευρύ κοινό περιγράφει μία χρόνια πάθηση ως “μια ανθρώπινη κατάσταση υγείας ή ασθένεια που επιμένει με το χρόνο ή έχει μακροχρόνιες επιδράσεις στην υγεία, ή είναι μια ασθένεια που έρχεται με το χρόνο, έχει διάρκεια μεγαλύτερη από 3 μήνες και συχνές χρόνιες νόσοι είναι το άσθμα, η αρθρίτιδα, ο καρκίνος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο διαβήτης και ασθένειες που προκαλούνται από ιούς όπως η ηπατίτιδα C και το HIV/AIDS”. Άλλες πηγές όπως το webmd προσθέτουν ότι είναι παθήσεις που ελέγχονται για μήνες με φαρμακευτική αγωγή αλλά δεν θεραπεύονται παντελώς, απλά οι πάσχοντες ζουν με αυτές και διαχειρίζονται τα συμπτώματά τους. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι χρόνιες ασθένειες “δεν μεταδίδονται από άνθρωπο σε άνθρωπο. Έχουν μεγάλη διάρκεια και αργή πρόοδο. Οι τέσσερις κύριοι τύποι είναι καρδιαγγειακές νόσοι, καρκίνοι, χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού και διαβήτης”. Παρατηρούμε ότι ο τελευταίος ορισμός δεν περιλαμβάνει μεταδιδόμενες ασθένειες όπως το AIDS.



## 1.2 Βάρος των χρόνιων νοσημάτων στη υγεία

Τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Global Status Report on noncommunicable diseases 2014) δείχνουν ότι οι χρόνιες ασθένειες ευθύνονταν για περίπου το 68% των θανάτων παγκοσμίως το 2012 (38 εκατομμύρια θάνατοι). Άνω του 40% εξ αυτών ήταν πρόωροι θάνατοι κάτω της ηλικίας των 70 ετών. Περίπου τα τρία τέταρτα των συνολικών θανάτων και το 82% των ανθρώπων που πέθαναν πρόωρα ή πριν την ηλικία των 70 ετών συνέβησαν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο ετήσιο εισόδημα. Νεότερα στοιχεία για το 2016 από τον ΠΟΥ (Noncommunicable diseases Country profiles 2018) δείχνουν ακόμα μεγαλύτερη εδραίωση των χρόνιων νοσημάτων ως πρωταρχική αιτία θανάτου. Από τους 57 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως τα 41 εκατομμύρια (71%) οφείλονταν σε μη μεταδιδόμενες ασθένειες και τα χρόνια νοσήματα ευθύνονταν επίσης για το 75% των πρόωρων θανάτων σε ηλικίες 30-69 ετών. Οι περισσότεροι από τους θανάτους λόγω χρόνιων ασθενειών οφείλονται σε τέσσερις μείζονες ασθένειες: τα καρδιαγγειακά νοσήματα (44%), τον καρκίνο (22%), τις χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού (9%) και τον διαβήτη (4%).

Στις χρόνιες ασθένειες αποδίδεται επίσης περίπου το 43% του παγκόσμιου βάρους ασθένειας και αναμένεται ότι μέχρι το 2020 η θνησιμότητα λόγω χρόνιων νοσημάτων να φτάσει το 73% και ότι θα τους αναλογεί το 60% του βάρους ασθένειας. Για την περίοδο 2011 – 2015, σύμφωνα με τα μέχρι έως τώρα δεδομένα για τις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος το οικονομικό κόστος εξαιτίας των χρόνιων μη μεταδιδόμενων νοσημάτων ανερχόταν σε 7 τρισεκατομμύρια δολάρια, ποσό που ξεπερνά κατά πολύ το προβλεπόμενο κόστος εφαρμογής προγραμμάτων πρόληψης.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των χρόνιων ασθενειών οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε παράγοντες που μπορούν να αποφευχθούν. Ένα χρόνο νόσημα εμφανίζεται πολύ πριν το θάνατο από αυτό, πράγμα που σημαίνει ότι πολλοί άνθρωποι περνούν πολλά χρόνια σε κατάσταση κακής υγείας. Τα αυξανόμενα περιστατικά χρόνιων ασθενειών οδηγούν σε αυξημένα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας και η επικράτηση αυτών των παθήσεων αναμένεται να αυξηθεί λόγω του γήρατος του πληθυσμού και την αύξηση παραγόντων κινδύνου όπως η παχυσαρκία. Έχει υπολογιστεί ότι το 80% των περιπτώσεων καρδιοπάθειας, εγκεφαλικών και διαβήτη, καθώς και το ένα τρίτο των καρκίνων θα μπορούσαν να αποφευχθούν.

Φαίνεται όμως ότι υπάρχουν διαφορές στην πιθανότητα εμφάνισης κάποιου χρόνιου νοσήματος τόσο από χώρα σε χώρα, όσο και σε επίπεδο ενός κράτους, καθώς άτομα χαμηλότερης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά χρόνιων παθήσεων. Το 20% των δαπανών για την υγεία στην Ευρωπαϊκή Ένωση οφείλεται σε κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Αυτές οι ανισότητες στην υγεία αναμένονται να διευρυνθούν λόγω της οικονομικής κρίσης στην Ευρώπη και αποτελούν πρόκληση για τα συστήματα Υγείας. (Divajeva *et al.*, 2014)

### **1.3 Κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία**

Με τον όρο κοινωνικοί παράγοντες ρίσκου εννοούνται συμπεριφορές και συνθήκες που έχουν να κάνουν με το κοινωνικό περιβάλλον όπως ο τρόπος ζωής, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, οι συναναστροφές και το στρες. Οικονομικοί παράγοντες που μπορεί να έχουν επίδραση στην υγεία είναι το εισόδημα, το επίπεδο μόρφωσης, το επάγγελμα ή η ανεργία και το αν υπάρχει κάποιου είδους ασφαλιστική κάλυψη.

Ενώ παλαιότερα όλοι αυτοί οι παράγοντες ή αγνοούνταν ή θεωρούνταν δευτερεύουσας σημασίας, σήμερα αναγνωρίζονται ως σημαντικές αιτίες στην εκδήλωση προβλημάτων υγείας, καθώς παθολογικά και βιολογικά ευρήματα δεν επαρκούσαν ώστε να εξηγήσουν την εμφάνιση και την πρόοδο μίας νόσου. Έχει βρεθεί ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορούν να πυροδοτήσουν την έναρξη μίας πάθησης και να καθορίσουν τη μετέπειτα εξέλιξη της. Έρευνες έχουν δείξει ότι ο τρόπος ζωής ενός ατόμου καθορίζει τον κίνδυνο έκθεσης, την ευαισθησία, την πορεία και την κατάληξη μιας ασθένειας.

Γενικά έχει παρατηρηθεί ότι οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την υγεία είναι το εισόδημα, η περιουσιακή κατάσταση, η μόρφωση, τα χαρακτηριστικά του επαγγέλματος, το κοινωνικό περιβάλλον και οι πιθανές ρατσιστικές διακρίσεις. Αυτές οι παράμετροι έχουν επίδραση σε υγιή και μη τρόπο ζωής, συμπεριφορές, συνθήκες διαβίωσης, ποιότητα τροφής, επίπεδα άγχους, άνιση αντιμετώπιση και έκθεση σε βλαβερούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, που μπορεί να πυροδοτήσουν βιολογικές διεργασίες όπως η γονιδιακή έκφραση και άλλες λειτουργίες συνδεδεμένες με χρόνια νοσήματα. (Cockerham *et al.*, 2017)

Ακόμα και στις πιο ανεπτυγμένες χώρες τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα και γενικά κατώτερων κοινωνικών στρωμάτων έχουν σημαντικά μικρότερο προσδόκιμο ζωής και περισσότερες ασθένειες από τους πιο πλούσιους. Είναι σημαντικό να εντοπιστούν ακριβώς οι παράγοντες που οδηγούν σε ανισότητες στη υγεία είτε αυτοί είναι κοινωνικοί και οικονομικοί, είτε σχετίζονται με συνήθειες και συμπεριφορές, ώστε να ληφθούν υπόψη στον σχεδιασμό της κοινωνικής πολιτικής και του συστήματος υγείας κάθε κράτους.

Δεν αρκεί πλέον, όταν πρόκειται για την αντιμετώπιση μιας νόσου να λαμβάνονται μόνο μέτρα θεραπείας και να υπολογίζεται απλά η δαπάνη της ιατρικής περίθαλψης, αλλά πρέπει να υπάρξει φροντίδα για την πρόληψη για να επιτευχθεί μεγαλύτερη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα του συστήματος. Για να γίνει δηλαδή σωστός σχεδιασμός ενός αποδοτικού συστήματος υγείας πρέπει πρώτα να έχουν μελετηθεί όλοι οι παράγοντες που οδηγούν στη νοσηρότητα, τόσο για την πρόληψη όσο και για την καλύτερη πρόγνωση της πορείας μιας πάθησης.

Σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και σχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον και τη διάρθρωση της κοινωνίας είναι οι συνθήκες κατά την παιδική ηλικία, η φτώχεια, το επίπεδο μόρφωσης, οι συνθήκες εργασίας, η ανεργία, ο κύκλος επαφών μέσα στο άμεσο κοινωνικό περιβάλλον και η υποστήριξη τους και ένα καλό δίκτυο μεταφοράς. Εκτός από αυτές τις συνθήκες που ένα δυνατό κοινωνικό κράτος οφείλει να διασφαλίσει, σημαντικό ρόλο παίζουν και διάφορες επικίνδυνες για την υγεία συνήθειες όπως η έλλειψη άσκησης και η κακή διατροφή, το κάπνισμα και οι καταχρήσεις όπως η εξάρτηση από τα ναρκωτικά και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ.

Προηγούμενες έρευνες σε διάφορες χώρες έχουν δείξει ότι άτομα που ανήκουν σε κατώτερα κοινωνικά στρώματα έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες σοβαρής ασθένειας και πρόωρου θανάτου από εκείνους που βρίσκονται στην κορυφή. Αυτό οφείλεται σε λόγους υλικούς και ψυχολογικούς που έχουν να κάνουν με χαμηλό εισόδημα, αβεβαιότητα στο εργασιακό περιβάλλον και ελλιπή μόρφωση που δεν τους δίνει τη δυνατότητα ανέλιξης. Όλα τα παραπάνω αυξάνουν το καθημερινό άγχος και ενισχύουν τις ανασφάλειες, τη χαμηλή αυτοπεποίθηση και την κοινωνική απομόνωση με τελικό αποτέλεσμα την κακή ψυχική και σωματική υγεία και τον πρόωρο θάνατο.

Άτομα που αντιμετωπίζουν αβεβαιότητα και έλλειψη ελέγχου στο περιβάλλον εργασίας τους και σχετικά με την εργασιακή τους κατάσταση έχουν σχεδόν 2,5 φορές

μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν καρδιαγγειακή νόσο. Μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρου θανάτου διατρέχουν και οι άνεργοι.

Σημαντικό για την διατήρηση καλής υγείας είναι επίσης το να υπάρχει ένα καλό κοινωνικό δίκτυο και υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο ενός ατόμου. Ο κοινωνικός περίγυρος μπορεί να συμβάλλει και ευεργετικά στην υγεία, ειδικά στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων, μέσω διαφόρων δράσεων όπως παροχή υποστήριξης και βοήθειας και ενθάρρυνσης προς ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Για παράδειγμα υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος πρόωρου θανάτου και μικρότερες πιθανότητες επιβίωσης μετά από καρδιακό επεισόδιο σε άτομα που βιώνουν κοινωνικό αποκλεισμό. Επίσης επηρεάζεται η ψυχική τους υγεία, αλλά και έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες αναπηρίας από χρόνιες ασθένειες. Το κοινωνικό περιβάλλον επιδρά επίσης και σε άλλους παράγοντες όπως η μόρφωση και η επαγγελματική αποκατάσταση και βοηθάει στην αντιμετώπιση στρεσογόνων καταστάσεων. Υπάρχουν έρευνες που έχουν δείξει ότι το κοινωνικό περιβάλλον συμβάλλει στην πιο σωστή διαχείριση παθήσεων όπως το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο διαβήτης κ.α.. Η στήριξη της κοινότητας έχει επίδραση και στην αυτοεκτίμηση της υγείας ενός ατόμου, καθώς πολλές φορές βοηθά τα μέλη της να αισθάνονται καλύτερα στην υγεία τους.

Από την άλλη πλευρά το κοινωνικό περιβάλλον παίζει ρόλο και στη στροφή των ανθρώπων προς τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών όπως τα ναρκωτικά, το αλκοόλ και το τσιγάρο. Τα ναρκωτικά προσφέρουν μια απατηλή απόδραση από την δύσκολη καθημερινότητα, αλλά στην πραγματικότητα καταστρέφουν την υγεία. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με κοινωνικά και οικονομικά μειονεκτήματα. Η Ανατολική Ευρώπη αποτελεί παράδειγμα του πως η κοινωνική και πολιτική αναταραχή οδηγεί σε αύξηση των θανάτων που σχετίζονται άμεσα ή έμμεσα με το αλκοόλ. Το κάπνισμα επίσης είναι πιο διαδεδομένο μεταξύ ατόμων χαμηλότερων κοινωνικών στρωμάτων, των απόρων, των ανέργων, και των άστεγων. Αποτελεί ένα ακόμα βάρος στο εισόδημα και η διακοπή του είναι πολύ πιο δύσκολη.

Τέλος η ισορροπημένη και καλή διατροφή είναι γνωστό πως συνδράμει στην καλή υγεία. Η δυνατότητα πρόσβασης σε οικονομικό ποιοτικό φαγητό έχει μεγαλύτερη αξία από την επιμόρφωση σχετικά με την υγιεινή διατροφή. Η οικονομική ανάπτυξη σε συνδυασμό με τις καλύτερες συνθήκες υγιεινής έχουν προκαλέσει τη μετάβαση επιδημιολογικά από μολυσματικές ασθένειες σε χρόνιες μη μεταδιδόμενες όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος κ.α.. Αυτή η αλλαγή συνοδεύεται και από αλλαγές στην διατροφή κυρίως στη Δύση που έχουν να κάνουν με υπερκατανάλωση

τροφών πλούσιων σε λιπαρά και σάκχαρα που οδηγούν σε παχυσαρκία. Επίσης έχει παρατηρηθεί ότι σε πολλές χώρες οι φτωχοί αντικαθιστούν φρέσκες ωφέλιμες τροφές με πιο φτηνά επεξεργασμένα τρόφιμα με δυσμενείς συνέπειες για την υγεία. (Wilkinson, Marmot, 2003)

#### **1.4 Βιβλιογραφική επισκόπηση ερευνών για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία**

Μέχρι τώρα έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες με βάση δημογραφικά δεδομένα στην Ευρώπη και τον κόσμο για να εξετάσουν τη σύνδεση μεταξύ υγείας και ποιότητα ζωής βάσει υγείας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, αλλά λίγες από αυτές επικεντρώνονται σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Σε έρευνα που έγινε σε 22 ευρωπαϊκές χώρες διαπιστώθηκαν ανισότητες μεταξύ ομάδων διαφορετικού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, το οποίο συνήθως καθορίζεται από τις παραμέτρους: μόρφωση, επάγγελμα και εισόδημα. Αυτές οι ανισότητες διαφέρουν από χώρα σε χώρα και είναι μεγαλύτερες σε χώρες της ανατολικής Ευρώπης. Η διαφορά φαίνεται να οφείλεται σε αιτίες θανάτου όπως το κάπνισμα και το αλκοόλ, αλλά και σε παθήσεις που αλλού θα ήταν αντιμετωπίσιμες. (Mackenbach *et al.*, 2008)

Σε μελέτη ομάδων ηλικίας μεταξύ 50 και 75 ετών στην Αγγλία, τη Φινλανδία, τη Γαλλία και τη Σουηδία, επίσης διαπιστώθηκαν σημαντικές κοινωνικοοικονομικές διαφορές και ανισότητες όχι μόνο στο προσδόκιμο ζωής, αλλά και στο προσδόκιμο υγιούς και χωρίς ασθένειες ζωής. Οι ερευνητές εξέτασαν τους συμμετέχοντες ως προς την κατάσταση της υγείας τους (χρόνια νοσήματα και αυτοαξιολόγηση) σε σχέση με την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (βάσει επαγγελματικής κατάστασης). Άτομα υψηλότερης επαγγελματικής θέσης αναμένονται να έχουν 10-25% περισσότερα υγιή, χωρίς χρόνιες παθήσεις, έτη προσδόκιμου ζωής ανάλογα με την χώρα, ανεξαρτήτως φύλου. Η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας σε συνδυασμό με όχι τόσο καλή θέση εργασίας οδηγεί σε μεγαλύτερη θνησιμότητα και αυτοεκτίμηση κακής υγείας (Head *et al.*, 2018).

Στην Ευρώπη παρουσιάζονται κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στην παρουσία χρόνιων ασθενειών όπως εγκεφαλικά, διαβήτης, νευροπάθειες και αρθρίτιδες. Συχνά οι γυναίκες χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου βρίσκονται σε χειρότερη κατάσταση όσον αφορά ασθένειες όπως ο διαβήτης, η υπέρταση και η καρδιακή ανεπάρκεια. Όσο

μικρότερη είναι η ηλικία, δηλαδή άτομα κάτω του ορίου συνταξιοδότησης τόσο πιο έντονες είναι οι ανισότητες. Σε περίπτωση αναπνευστικής νόσου το μέγεθος των ανισοτήτων ποικίλει από χώρα σε χώρα, στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης είναι μεγαλύτερες από της Νότιας. Άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου πλήττονται περισσότερο από ασθένειες όπως υπέρταση, διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα, εγκεφαλικά και χρόνια βρογχίτιδα και πνευμονοπάθεια και συχνά οι γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες (Dalstra *et al.*, 2005).

Όσον αφορά το εισόδημα, είναι πιθανό άτομα χαμηλότερου εισοδήματος να εμφανίζουν πιο συχνά χρόνια νοσήματα ή η πάθηση που έχουν να μην είναι καλά ελεγχόμενη. (Kim *et al.*, 2016, Campbell *et al.*, 2017)

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως και η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία όταν αυτή μετριέται με διεθνείς δείκτες όπως π.χ. EuroQol-5D- 3L. Έρευνες δείχνουν ότι σε άτομα με χρόνια πάθηση πιο σοβαρά προβλήματα καταγράφηκαν σε ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και χαμηλότερο εισόδημα και γενικότερα άνθρωποι χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ανέφεραν πιο επιβαρυμένη κατάσταση υγείας ή χαμηλότερο βαθμό ποιότητας ζωής σε περίπτωση χρόνιας πάθησης (Mielck *et al.*, 2014, Kim *et al.*, 2015). Το φύλο φάνηκε επίσης να παίζει κάποιο ρόλο, με το επίπεδο μόρφωσης να διαφοροποιεί περισσότερο τα αποτελέσματα σε άνδρες, ενώ η οικονομική κατάσταση επηρέασε περισσότερο τα αποτελέσματα στις γυναίκες, η οικογενειακή και η επαγγελματική κατάσταση δεν φάνηκαν να επηρεάζουν σημαντικά τα αποτελέσματα (Mielck *et al.*, 2014).

### **1.5 Παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής**

Πολλές από τις περιπτώσεις χρόνιων νοσημάτων όπως ο διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο καρκίνος οφείλονται σε παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής όπως το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ, η παχυσαρκία και η άσκηση, χωρίς αυτό να σημαίνει πως δεν υπάρχει και η γενετική προδιάθεση που επίσης παίζει ρόλο. Αρκετοί από αυτούς τους παράγοντες μπορούν να αποφευχθούν, καθώς ένα χρόνιο νόσημα συνήθως εμφανίζεται μετά από μακροχρόνια έκθεση και όπως προδίδει η ονομασία ένα άτομο μπορεί να

πάσχει από αυτό για μεγάλο χρονικό διάστημα, ακόμα και δεκαετίες πριν επέλθει ο θάνατος.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) η άνοδος στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων συνδέεται με κάποιους κοινούς κύριους παράγοντες όπως το κάπνισμα, η καθιστική ζωή χωρίς επαρκή φυσική άσκηση, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η κακή διατροφή και η παχυσαρκία που οδηγούν σε αυξημένη γλυκόζη στο αίμα, αυξημένη αρτηριακή πίεση και αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης. Αυτοί οι παράγοντες θα μπορούσαν εύκολα να αποφευχθούν. Μάλιστα σύμφωνα με εκτιμήσεις του ΠΟΥ το 80% των πρόωρων συμβάντων καρδιαγγειακών παθήσεων, εγκεφαλικών και διαβήτη μπορούν να αποφευχθούν.

Είναι σημαντικό να εντοπιστούν αυτοί οι παράγοντες, οι οποίοι συνδέονται με τον σύγχρονο τρόπο ζωής για να επιτευχθεί πρόοδος στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων, τα οποία ελαττώνουν όχι μόνο την ποιότητα και το προσδόκιμο ζωής, αλλά αποτελούν βάρος και για τα συστήματα υγείας, την οικονομία και την κοινωνία συνολικά. Η δαπάνη υγείας που σχετίζεται με χρόνιες ασθένειες αποτελεί το 70-80% του προϋπολογισμού υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης (περίπου 700 δις ευρώ). Έχει παρατηρηθεί ότι είναι πιο αποδοτικό από άποψη κόστους να επενδύσει μια χώρα σε προγράμματα πρόληψης, γι αυτό κάνει εντύπωση ότι οι χώρες του ΟΟΣΑ αφιερώνουν μόνο το 3% του προϋπολογισμού υγείας στην πρόληψη, ενώ το 7% του προϋπολογισμού δαπανάται για παράδειγμα στην αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων που συνδέονται με την παχυσαρκία.

### 1.5.1 Αλκοόλ

Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ συνδέεται με πολλά καρδιαγγειακά νοσήματα και αυξάνει τον κίνδυνο υπέρτασης, αρρυθμίας, εγκεφαλικών επεισοδίων και καρδιακής ανεπάρκειας. Το ποτό συνδέεται επίσης με διάφορους τύπους καρκίνου όπως του φάρυγγα, του λάρυγγα, του οισοφάγου, του ήπατος, του παχέος εντέρου και του στήθους. Ο κίνδυνος για τον καρκίνο του στήθους είναι μεγαλύτερος για τις γυναίκες. Μπορεί να προκαλέσει ηπατίτιδα και κίρρωση του ήπατος που σε προχωρημένο στάδιο έχει προσδόκιμο 1-2 έτη ζωής.

Το 2012 υπολογίζεται ότι το 5,9% των θανάτων παγκοσμίως προκλήθηκαν από κατάχρηση αλκοόλ και περισσότεροι από τους μισούς από αυτούς οφείλονταν σε

χρόνιο νόσημα. Το 2016 η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ οδήγησε σε 3 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως (5,3% των συνολικών, ποσοστό ελαφρώς μειωμένο) και 132,6 εκατομμύρια DALYs (Disability adjusted life years ή Έτη ζωής συνυπολογισμένου του βάρους αναπηρίας) (5,1% των συνολικών γι' αυτή τη χρονιά), 2,3 εκατομμύρια θάνατοι και 106,5 εκατομμύρια DALYs ήταν ανδρών και 0,7 εκατομμύρια θάνατοι και 26,1 εκατομμύρια DALYs γυναικών. Από τους θανάτους που σχετίζονταν με κατανάλωση αλκοόλ το 28,7% προκλήθηκε από τραυματισμό, το 21,3% από παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος, το 19% λόγω καρδιαγγειακών παθήσεων, το 12,9% από μεταδοτικές ασθένειες και το 12,6% από καρκίνο. Το 40% των DALYs οφειλόταν σε μη μεταδιδόμενα χρόνια νοσήματα και το 49% σε τραυματισμούς. Στο ποτό οφείλεται το 7,2% των πρόωρων θανάτων (κάτω από 69 ετών), 1,7 εκατομμύρια θάνατοι προκλήθηκαν από μη μεταδιδόμενες ασθένειες που συνδέονταν με κατανάλωση αλκοόλ, τα 1,2 εκατομμύρια από παθήσεις του γαστρεντερικού και καρδιαγγειακά νοσήματα και 0,7 εκατομμύρια από καρκίνο. Στους άνδρες οι κύριες αιτίες θανάτου που συνδέονται με το αλκοόλ είναι οι τραυματισμοί, παθήσεις του γαστρεντερικού και παθήσεις που οφείλονται αποκλειστικά στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Για τις γυναίκες αντίστοιχα οι κύριες αιτίες θανάτου είναι καρδιαγγειακά νοσήματα, παθήσεις του γαστρεντερικού και μετά τραυματισμοί.

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές ανάλογα με το φύλο στην εμφάνιση πάθησης οφειλόμενης στο αλκοόλ μέσα στους προηγούμενους 12 μήνες. Πάσχουν περίπου 237 εκατομμύρια άνδρες και 46 εκατομμύρια γυναίκες παγκοσμίως. Τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφανίζονται στην Ευρώπη ( 14,8% ανδρών και 3,5% γυναικών) και την Αμερική (11,5% ανδρών και 5,1% γυναικών) όπου εμφανίζονται επίσης και τα μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ και σε αυτό συμβάλλει το γεγονός ότι παρατηρείται μεγάλος αριθμός περιοδικών επεισοδίων υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Η θνησιμότητα που συνδέεται με το αλκοόλ είναι μεγαλύτερη από αυτή που οφείλεται σε ασθένειες όπως η φυματίωση, ο διαβήτης και το AIDS.

Το βάρος ασθένειας που αποδίδεται στο αλκοόλ είναι μεγαλύτερο σε χώρες χαμηλού εισοδήματος. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ τα στοιχεία δείχνουν ότι σε γενικές γραμμές τόσο σε ατομικό όσο και σε πληθυσμιακό επίπεδο, υψηλότερο εισόδημα συνδέεται με μεγαλύτερη κατανάλωση οινοπνεύματος. Ειδικά όταν το ΑΕΠ είναι μικρότερο από \$20000 η αποχή από το αλκοόλ είναι πολύ μεγαλύτερη που σημαίνει ότι είναι αγαθό που απαιτεί σημαντικές δαπάνες σε χρήμα. Σε πολλές κοινωνίες η δυνατότητα απόκτησης αλκοολούχων ποτών αποτελεί ένδειξη προνομιάς



κοινωνικής θέσης. Γενικά οι άνδρες πίνουν περισσότερο από τις γυναίκες και αυτή η διαφορά είναι μεγαλύτερη στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα. Σε χώρες υψηλού εισοδήματος τα επίπεδα κατανάλωσης είναι περίπου ίδια για τους άνδρες όλων των κοινωνικών στρωμάτων, αλλά άτομα χαμηλότερου εισοδήματος αναφέρουν πιο συχνά επεισοδιακά περιστατικά επικίνδυνα υπερβολικής κατανάλωσης. Γυναίκες με καλύτερη μόρφωση, υψηλότερο εισόδημα, και ανώτερη ιεραρχικά θέση εργασίας φαίνεται ότι καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες οινοπνεύματος.

Όσο αναπτύσσεται οικονομικά μια χώρα παρατηρείται και αύξηση στην παραγωγή και την κατανάλωση αλκοόλ με εξαίρεση τις μουσουλμανικές χώρες όπου οι άνθρωποι απέχουν λόγω θρησκείας. Ενώ η οικονομική ανάπτυξη σημαίνει ότι μειώνεται η σύνδεση με κάποιες από τις πιο άμεσες αρνητικές συνέπειες του ποτού, μακροπρόθεσμα οι αρνητικές συνέπειες για την υγεία αυξάνονται (χρόνια νοσήματα). Φαίνεται ότι η σχέση μεταξύ οικονομικής άνεσης και αρνητικών επιπτώσεων στην υγεία είναι αντιστρόφως ανάλογη. Οι πιο ευκατάστατοι παρουσιάζουν συμπεριφορά που δείχνει ότι δεν υπολογίζουν τόσο τους κινδύνους, αλλά έχουν πρόσβαση σε υψηλότερου επιπέδου υπηρεσίες υγείας. Τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα βιώνουν πολύ περισσότερο τις αρνητικές συνέπειες και υπάρχει μεγαλύτερη σύνδεση με θανάτους από αλκοόλ. Η βλάβη στην υγεία ανά λίτρο αιθανόλης είναι πολύ μεγαλύτερη για τους φτωχούς. Σε χώρες υψηλού εισοδήματος οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στους θανάτους εξαιτίας του ποτού είναι μέχρι 2 φορές μεγαλύτερες από τις ανισότητες στο σύνολο των θανάτων. Ρόλο σε αυτή την ανισότητα παίζει η δυνατότητα πρόσβασης και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και το γεγονός ότι οι φτωχοί μπορεί να έχουν κι άλλες ασθένειες και επικίνδυνες συμπεριφορές (πχ κάπνισμα). Επίσης υπάρχει μεγαλύτερος στιγματισμός στους αλκοολικούς όταν προέρχονται από κατώτερα κοινωνικά στρώματα.

Ο ΠΟΥ προωθεί προγράμματα που στοχεύουν στη μείωση της κατάχρησης του αλκοόλ όπως πολιτικές τιμολόγησης, φορολογία, έλεγχος της διάθεσης, θέσπιση ορίου ηλικίας στην προμήθεια και την κατανάλωση, περιορισμοί στις διαφημίσεις, καλύτερη ανταπόκριση των υπηρεσιών υγείας και πολιτικές κατά της οδήγησης υπό την επήρεια αλκοόλ. Περίπου 80 χώρες έχουν αναφέρει στον ΠΟΥ ότι έχουν εφαρμόσει κάποιου είδους νομοθετική ρύθμιση ή πολιτική σχετικά με το αλκοόλ, ενώ άλλες 11 το έχουν απαγορέψει ολοκληρωτικά. Η παρουσία τέτοιων νόμων είναι πιο συχνή σε χώρες υψηλού εισοδήματος. Εντοπίζεται επίσης διαφορετικός βαθμός ασφαλιστικής κάλυψης για προγράμματα απεξάρτησης και αυτό φέρνει τους φτωχούς σε ακόμα πιο δυσχερή

θέση. Σε χώρες χαμηλού εισοδήματος η κάλυψη είναι μηδαμινή, ενώ σε χώρες υψηλού εισοδήματος μπορεί να φτάσει το 40%. Παρόλα αυτά δεν έχει σημειωθεί σημαντική μείωση στην κατανάλωση και τις αντίστοιχες αρνητικές συνέπειες για την υγεία. Πολλές χώρες συλλέγουν δεδομένα για την κατανάλωση και την υγεία χωρίς να δίνουν σημασία στις αντίστοιχες κοινωνικές προεκτάσεις. (Global status report on alcohol and health 2018)

### 1.5.2 Κάπνισμα

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας υπολογίζεται ότι στις μέρες μας περίπου 7 εκατομμύρια άτομα τον χρόνο πεθαίνουν εξαιτίας του καπνίσματος, ενώ γύρω στις 890.000 χιλιάδες θάνατοι οφείλονται σε παθητικό κάπνισμα. Το κάπνισμα σκοτώνει σχεδόν τους μισούς καπνιστές. Από τα 1,1 δις καπνιστών στον πλανήτη περίπου το 80% προέρχεται από χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, παρόλο που σε χώρες υψηλού εισοδήματος παρατηρούνται μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών αναλογικά με τον συνολικό πληθυσμό. Το 2016 το κάπνισμα ήταν ο πρωταρχικός παράγοντας κινδύνου για την υγεία για τους άνδρες, καθώς ήταν υπεύθυνο για 124,1 εκατομμύρια DALYs και βρίσκεται στους 5 πρώτους παράγοντες κινδύνου για την υγεία σε 109 χώρες. Το 2015 το 11,5% των θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο συνδέονταν με το κάπνισμα. Το ίδιο έτος το 34% των ανδρών και το 6% των γυναικών παγκοσμίως ήταν καπνιστές. Επίσης καπνιστές ήταν 24 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας 13-15 ετών.

Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, διάφορες μορφές καρκίνου και χρόνιες παθήσεις του αναπνευστικού. Εκτός από τις αρνητικές συνέπειες για την υγεία, έχει αρνητικές κοινωνικές, οικονομικές και περιβαλλοντικές επιπτώσεις. Παρόλο που τα ποσοστά του καπνίσματος έχουν μειωθεί (6,7% μείωση από το 2000) αυτή η μείωση δεν επαρκεί για την προστασία της παγκόσμιας υγείας και ο συνολικός πληθυσμός καπνιστών παραμένει σταθερός, ο λόγος που παρατηρείται μείωση στα ποσοστά επικράτησης είναι η αύξηση του συνολικού πληθυσμού. Η χρήση καπνού και το παθητικό κάπνισμα είναι κύριες αιτίες πρόκλησης καρδιακών και εγκεφαλικών επεισοδίων, συμβάλλοντας σε 3 εκατομμύρια θανάτους το χρόνο.

Το κάπνισμα αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα εμφάνισης καρκίνου, προκαλεί έναν στους πέντε θανάτους από καρκίνο και είναι αυτός που θα μπορούσε πιο εύκολα

να αποφευχθεί. Τουλάχιστον 15 τύποι καρκίνου συνδέονται άμεσα με το κάπνισμα σύμφωνα με τη Διεθνή Εταιρεία Έρευνας για τον Καρκίνο (IARC): στα ιγμόρεια και τη ρινική κοιλότητα, καρκίνος της στοματικής κοιλότητας, του λάρυγγα, του φάρυγγα, του οισοφάγου, του πνεύμονα, του ήπατος, του παγκρέατος, των νεφρών, της ουροδόχου κύστης και της ουρήθρας, των ωοθηκών και της μήτρας, ενώ υπάρχουν στοιχεία ότι μπορεί να συνδέεται και με τον καρκίνο το στήθους, του προστάτη, των γεννητικών οργάνων και το λέμφωμα Hodgkin. Όσον αφορά το καρκίνο του πνεύμονα ο οποίος είναι ο πιο συχνά εμφανιζόμενος παγκοσμίως και ακόμα έχει σχετικά κακή πρόγνωση, το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία εμφάνισης του. Οι καπνιστές έχουν 15 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα θανάτου από τους μη καπνιστές και αν κάποιος ξεκινήσει το κάπνισμα σε νεαρή ηλικία έχει μία στις δύο πιθανότητες να εμφανίσει καρκίνο του πνεύμονα. Το τσιγάρο είναι επίσης ο πιο σημαντικός παράγοντας που οδηγεί σε εμφάνιση χρόνιων αναπνευστικών παθήσεων όπως χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, άσθμα, φυματίωση και καρκίνο του πνεύμονα, οι οποίες επηρεάζουν περισσότερους από 200 εκατομμύρια ανθρώπους στον κόσμο και αποτελούν την τέταρτη μεγαλύτερη αιτία θανάτου. ([www.ash.org.uk](http://www.ash.org.uk))

Έρευνα μέτρησης του οικονομικού βάρους ασθένειας εξαιτίας του καπνίσματος (Goodchild *et al.*, 2017) στην οποία επεξεργάστηκαν δεδομένα από 152 χώρες, που καλύπτουν το 97% των καπνιστών παγκοσμίως, έδειξε ότι οι δαπάνες υγείας λόγω ασθενειών συνδεδεμένων με το κάπνισμα το 2012 έφτασαν τα \$467 δις υπολογισμένα σε αξία σε μονάδες αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Parity, PPP) που αντιστοιχούν σε \$422 δισεκατομμύρια. Το ποσό αυτό αποτελεί το 5,7% της παγκόσμιας δαπάνης υγείας. Το ολικό κόστος του καπνίσματος (δαπάνες υγείας και απώλεια παραγωγικότητας υπολογίστηκε σε PPP \$1852 δις (\$1436 δις) που αντιστοιχεί στο 1,8 του παγκόσμιου ΑΕΠ. Περίπου το 40% του κόστους προέρχεται από αναπτυσσόμενες χώρες.

Το κάπνισμα σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική τάξη και εμφανίζεται πιο συχνά στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα, ενώ στα ανώτερα παρατηρείται μια αυξανόμενη τάση διακοπής του καπνίσματος, ειδικά στις ανεπτυγμένες χώρες της Δύσης. Παράμετροι που καθορίζουν την κοινωνικοοικονομική θέση και σχετίζονται με το κάπνισμα είναι το εισόδημα, το επίπεδο φτώχειας, η επαγγελματική κατάσταση και η μόρφωση (Martinez *et al*, 2018). Τα παιδιά φτωχών οικογενειών έχουν περισσότερες πιθανότητες να ξεκινήσουν να καπνίζουν επειδή συνήθως μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον καπνιστών. Οι έφηβοι έχουν επίσης περισσότερες πιθανότητες να

ξεκινήσουν το κάπνισμα όταν οι γονείς είναι καπνιστές, αλλά το οικογενειακό περιβάλλον δεν επηρεάζει σημαντικά τη διακοπή του καπνίσματος και όσο αυξάνεται το μορφωτικό τους επίπεδο αυξάνονται και οι πιθανότητες τους να κόψουν το τσιγάρο. Το εισόδημα και η εκπαίδευση επηρεάζουν όχι μόνο τα επίπεδα εξάπλωσης του καπνίσματος σε διάφορες ομάδες του πληθυσμού, αλλά και την ανταπόκριση σε αντικαπνιστικές εκστρατείες και πολιτικές. Για παράδειγμα στη Γαλλία από το 2000 έως το 2007 υψηλόβαθμα στελέχη επιχειρήσεων και επαγγελματίες μείωσαν το κάπνισμα κατά 22%, ενώ οι ανειδίκευτοι εργάτες μόνο κατά 11% (Peretti-Watel *et al.*, 2009).

Πολλές φορές παρόλη την επίγνωση των κινδύνων και την απουσία εξάρτησης τα άτομα επηρεάζονται από τον κοινωνικό τους περίγυρο, την παρέα και τις συναναστροφές και θεωρούν το να καπνίζουν ως τρόπο ζωής (lifestyle) μέχρι να γίνει αυτό συνήθεια και εξάρτηση. Άτομα χαμηλότερου εισοδήματος και πιο περιθωριοποιημένα έχουν περισσότερες πιθανότητες να στραφούν στο κάπνισμα ή άλλες εξαρτησιογόνες ουσίες σαν μια μορφή άμεσης ανακούφισης από τα προβλήματα της καθημερινότητας, χωρίς να δίνουν μεγάλη σημασία στις αρνητικές συνέπειες στο μακρινό, με αβέβαιες προοπτικές μέλλον. Η χαμηλή ποιότητα ζωής και η κατάθλιψη οδηγούν στο κάπνισμα και η βελτίωση της ποιότητας ζωής μπορεί να οδηγήσει στην ελάττωση του. Υπάρχουν στοιχεία ότι οι μη καπνιστές μπορεί να ζήσουν έως και 10 χρόνια παραπάνω από τους καπνιστές και με καλή ποιότητα ζωής για αυτά τα επιπλέον χρόνια. Καθώς άτομα χαμηλότερου εισοδήματος είναι πιο ευάλωτα στην έναρξη του καπνίσματος, αυτό έχει αρνητικό αντίκτυπο στην οικονομική τους κατάσταση επειδή ξοδεύουν χρήματα για καπνό και τσιγάρα που είναι απαραίτητα για να καλύψουν άλλες βασικές ανάγκες. Για παράδειγμα οι φτωχοί ξοδεύουν 10 φορές περισσότερο για προϊόντα καπνού από ότι για την εκπαίδευση και τα ιατρικά κόστη από τα επακόλουθα προβλήματα υγείας έχει οδηγήσει πολλούς ανθρώπους στην χρεοκοπία. (J. Joshua, 2017)

Περίπου τα 2/3 των κρατών του κόσμου, που αντιστοιχούν στο 63% του παγκόσμιου πληθυσμού έχουν εφαρμόσει κάποια μέθοδο ελέγχου που αφορά το κάπνισμα. Μέτρα κατά του καπνίσματος περιλαμβάνουν απαγόρευση σε δημόσιους χώρους, προγράμματα βοήθειας για τη διακοπή του καπνίσματος, περιορισμοί στη διάθεση, περιορισμός ή απαγόρευση των διαφημίσεων, αναγραφή προειδοποιητικών μηνυμάτων στις συσκευασίες, ενημέρωση για τους κινδύνους, αύξηση της τιμής και υψηλή φορολογία. Έχει σημειωθεί αρκετά μεγάλη πρόοδος στον έλεγχο των προϊόντων

καπνού σε παγκόσμιο επίπεδο τα τελευταία χρόνια. Το 2013 95 χώρες είχαν εφαρμόσει μέτρα με πολύ θετική σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας και πολλές από αυτές τις χώρες είναι στην κατηγορία των μεσαίων και χαμηλών εισοδημάτων. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν χρειάζεται ακόμα προσπάθεια για τη μείωση της ζήτησης του τσιγάρου και διατήρηση, ενίσχυση και επέκταση των αντικαπνιστικών εκστρατειών σε όλες τις χώρες ανεξαρτήτως εισοδήματος και ανάπτυξης. ( WHO Report on the global tobacco epidemic 2017)

### 1.5.3 Σωματική δραστηριότητα

Όσον αφορά την άσκηση και την καλή φυσική κατάσταση, η ανεπάρκειά τους θεωρείται υπεύθυνη για το 5% των θανάτων και το 3.4 % των ετών επιβίωσης με συνεκτίμηση ανικανότητας (DALYs). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ υπολογίζεται ότι η έλλειψη άσκησης συνέβαλλε σε περίπου 3.2 εκατομμύρια θανάτους και 69.3 εκατομμύρια DALYs. Ενήλικες που δεν ασκούνται επαρκώς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου από νοσηρότητα σε σύγκριση με αυτούς που κάνουν κάποιο είδος άσκησης τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα όπως προτείνει ο ΠΟΥ. Η τακτική φυσική άσκηση μειώνει τον κίνδυνο ισχαιμικού καρδιακού επεισοδίου, εγκεφαλικού, διαβήτη και καρκίνου του στήθους και του παχέος εντέρου. Το 2010 το 23% των ενηλίκων ατόμων δεν έκαναν επαρκή άσκηση, οι γυναίκες γυμνάζονταν λιγότερο από τους άντρες και οι ηλικιωμένοι λιγότερο από τους νεώτερους, ενώ από τους εφήβους το 81% δεν ασκείται τακτικά 60 λεπτά την ημέρα που θα ήταν επιθυμητό κατά τον ΠΟΥ.

Νεώτερα στοιχεία δείχνουν ότι υπάρχει βελτίωση σε χώρες υψηλού εισοδήματος μετά την υλοποίηση προγραμμάτων προώθησης της σωματικής δραστηριότητας και άσκησης, ενώ στις χώρες με χαμηλότερα εισοδήματα η εφαρμογή αντίστοιχων προγραμμάτων αν και έχει ξεκινήσει, χρειάζεται συντονισμό πολλών παραγόντων όπως κατάλληλοι χώροι, μέσα μεταφοράς και εκπαίδευση, ώστε να δημιουργηθεί ένα ασφαλές περιβάλλον για δραστηριότητες.

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση παίζει κάποιο ρόλο στον βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι αθλούνται ή έχουν την πρόθεση να κάνουν κάποια δραστηριότητα με στόχο την άσκηση, με τα άτομα ανώτερων στρωμάτων να ασκούνται σε μεγαλύτερο βαθμό. (Murrey *et al.*, 2012). Ειδικότερα, άτομα με υψηλότερο εισόδημα πιο συχνά καταφέρνουν να φτάσουν και να ξεπεράσουν το συνιστώμενο χρόνο άθλησης (Shuval

*et al.*, 2017). Αυτά τα στοιχεία αφορούν άσκηση τον ελεύθερο χρόνο και ίσως γι' αυτό έχουνε αυτά τα αποτελέσματα, επειδή οι λιγότερο προνομιούχοι δεν έχουν αρκετό χρόνο και κίνητρα. (Cerin *et al.*, 2007)

Είναι δύσκολο να υπολογίσουμε το ακριβές οικονομικό κόστος της έλλειψης άσκησης και της κακής διατροφής λόγω του πολύπλοκου μηχανισμού που συνδέονται με ασθένειες, αλλά πιστεύεται ότι προγράμματα για την αντιμετώπισή τους θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε οικονομικό όφελος, καθώς μελέτες δείχνουν ότι αντίστοιχες ενέργειες έχουν βελτιώσει για παράδειγμα την εξέλιξη και την πρόγνωση καρδιακών επεισοδίων. Διαφορετικές μελέτες σε διάφορες χώρες έχουν δείξει ένα μεγάλο εύρος αποτελεσμάτων σχετικά με το κόστος της έλλειψης άσκησης. Μία πρόσφατη έρευνα απέδωσε στην έλλειψη άσκησης το 0.6% της συνολικής δαπάνης υγείας του 2013 για τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. (Candari *et al.*, 2017)

#### 1.5.4 Διατροφή – παχυσαρκία

Τα προβλήματα που συνδέονται με το σύγχρονο τρόπο ζωής αποτελούν πλέον μια παγκόσμια πρόκληση. Η ανθυγιεινή διατροφή, όπως και η έλλειψη άσκησης, αποτελεί παράγοντα κινδύνου σε διάφορα χρόνια νοσήματα όπως ο διαβήτης, ο καρκίνος, και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Αποτελούν ένα βάρος όχι μόνο σε επίπεδο υγείας και μακροζωίας του πληθυσμού, αλλά και σε επίπεδο παραγωγικότητας και οικονομίας της χώρας. Το 2015 δάιτες φτωχές σε φρούτα και λαχανικά και πλούσιες σε ζάχαρη, αλάτι, λιπαρά και επεξεργασμένα τρόφιμα θεωρούνται υπεύθυνες για το 37% των θανάτων παγκοσμίως και περισσότερο από το ένα τέταρτο της συνολικής επιβάρυνσης στη υγεία λόγω ασθένειας ( μετρούμενη σε DALYs).

Η υπέρταση υπολογίζεται ότι έχει προκαλέσει 9,4 εκατομμύρια θανάτους και το 7% του φορτίου ασθένειας υπολογισμένο σε DALYs το 2010. Αν αφεθεί ανεξέλεγκτη μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικό, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια, άνοια και τύφλωση. Το 2014 το 22% του πληθυσμού είχε ανεβασμένη αρτηριακή πίεση ( ορισμένη ως συστολική/διαστολική πίεση ίση ή μεγαλύτερη από 140/90 mm Hg). Η διατροφή είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην υπέρταση.

Φαγητά με υψηλή περιεκτικότητα σε αλάτι και ζάχαρη, δίαιτα φτωχή σε φρούτα και λαχανικά, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ σε συνδυασμό με έλλειψη άσκησης και

άγχος μπορεί να οδηγήσουν σε παχυσαρκία, διαβήτη και υπέρταση. Η κατάσταση επιβαρύνεται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και ανεπαρκή δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας, καθώς και από αδυναμίες της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η παχυσαρκία αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη, στεφανιαίας νόσου, καρδιακού επεισοδίου, εγκεφαλικού και διαφόρων μορφών καρκίνου. Συνδέεται επίσης με παθήσεις όπως άνοια, μυοσκελετικές, διάφορες φλεγμονώδεις νόσους και αρθρίτιδες, άπνοια και γενικά δυσκολία στην αναπνοή, διαταραχές στη εμμηνόρροια, διαταραχές του ήπατος, των νεφρών και του ουροποιητικού συστήματος. Πολλές φορές αποτελεί ένδειξη ή αιτία κατάθλιψης και συνδέεται με έλλειψη αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης. Παχύσαρκα άτομα μπορεί να έρθουν αντιμέτωπα με διακρίσεις π.χ. στο εργασιακό περιβάλλον.

Τα ποσοστά παχυσαρκίας παγκοσμίως έχουν διπλασιαστεί από το 1980 και το κόστος αντιμετώπισης ανέρχεται στο 2,8% του παγκόσμιου ΑΕΠ. Το 2014 το 11% των ανδρών και το 15% των γυναικών ηλικίας 18 ετών και άνω ήταν υπέρβαροι.. Περισσότερα από 42 εκατομμύρια παιδιά ήταν υπέρβαρα το 2013. Στη Ευρώπη υπολογίζεται ότι ο μισός ενήλικος πληθυσμός ανήκει στην κατηγορία των υπέρβαρων ή παχύσαρκων και τα δεδομένα για τα παιδιά είναι επίσης ανησυχητικά (1 στα 3). Ταυτόχρονα υπολογίζεται ότι το 9% του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από διαβήτη, ο οποίος πολλές φορές αποτελεί επακόλουθο της παχυσαρκίας. Δεδομένα του 2015 από πέντε μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες (Γερμανία, Ηνωμένο Βασίλειο, Ιταλία, Ισπανία και Γαλλία) έδειξαν ότι το κόστος αντιμετώπισης του διαβήτη τύπου 2 που συνδέεται με κακή διατροφή και καθιστική ζωή ανέρχονται σε 883 εκατομμύρια ευρώ. Με βάση αυτά τα δεδομένα μπορεί κανείς να προβλέψει κόστος 1,3 δις ευρώ για όλη την Ευρωπαϊκή Ένωση, ένα σημαντικό νούμερο αν και μικρό σε σχέση με τη συνολική δαπάνη υγείας, το οποίο όμως δεν λαμβάνει υπόψη την μείωση της παραγωγικότητας, το βάρος της ασθένειας στη κοινωνία και τη μείωση του προσδόκιμου ζωής. (Candari et al, 2017)

Η παχυσαρκία συνήθως μετριέται με ένα δείκτη, τον λεγόμενο Δείκτη Μάζας Σώματος ή ΔΜΣ (Body Mass Index – BMI), ο οποίος υπολογίζεται διαιρώντας το βάρος ενός ατόμου σε κιλά με το ύψος σε μέτρα στο τετράγωνο. Είναι ένα απλό και σχετικά αξιόπιστο εργαλείο υπολογισμού της παχυσαρκίας, αν και έχει κάποιες αδυναμίες όπως το γεγονός ότι δεν μπορεί να διακρίνει μεταξύ μυικής και λιπώδους μάζας με αποτέλεσμα να υπάρχει περίπτωση να δώσει εσφαλμένα αποτελέσματα ειδικά

σε περιπτώσεις ηλικιωμένων που έχουν απώλεια μυϊκής μάζας και αθλητών που έχουν αυξημένη. Όσο μεγαλύτερος είναι ο ΔΜΣ τόσο πιο παχύς θεωρείται κάποιος. Όταν ο ΔΜΣ είναι ίσος ή μεγαλύτερος από  $25\text{kg/m}^2$  ένα άτομο θεωρείται υπέρβαρο και όταν είναι μεγαλύτερος ή ίσος από  $30\text{kg/m}^2$  ένα άτομο θεωρείται παχύσαρκο. Περίπου 1,9 δις άτομα παγκοσμίως έχουν ΔΜΣ μεγαλύτερο του 25 και 600 εκατομμύρια μεγαλύτερο από 30.

Η αύξηση της παχυσαρκίας έχει πάρει τη μορφή πανδημίας και γίνονται προσπάθειες να δοθούν εξηγήσεις για αυτό το φαινόμενο ώστε να βρεθούν λύσεις. Καταρχήν έχει παρατηρηθεί ότι τα ήδη υπέρβαρα άτομα είναι εκείνα που παίρνουν πιο εύκολα κι άλλο βάρος και συμβάλλουν πιο πολύ στην αύξηση της παχυσαρκίας από ότι τα άτομα με χαμηλό ΔΜΣ. Στα παχύσαρκα άτομα παρατηρείται πιο γρήγορη αύξηση των δαπανών υγείας και γρηγορότερη μείωση της ποιότητας ζωής.

Τα ποσοστά παχυσαρκίας διαφέρουν σημαντικά μεταξύ διαφορετικών κοινωνικών ομάδων, με την παχυσαρκία να συμβάλλει σημαντικά σε κοινωνικές ανισότητες στην ποιότητα ζωής και να παρατηρείται πιο συχνά στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα στις ανεπτυγμένες χώρες. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής παίζει επίσης σημαντικό ρόλο καθώς η επανάσταση της τεχνολογίας έχει οδηγήσει σε ένα πιο καθιστικό τρόπο ζωής και οι άνθρωποι ξοδεύουν λιγότερη ενέργεια (υπολογιστές, μέσα μεταφοράς, αυτοματοποίηση και μηχανοποίηση πολλών εργασιών, αύξηση του τομέα παροχής υπηρεσιών και στροφή των ανθρώπων προς τα αστικά κέντρα). Το περιβάλλον έχει επίσης σημασία π.χ. τα παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο όταν οι γονείς είναι επίσης παχύσαρκοι αφού τους έχουν ως πρότυπο, αλλά και είναι υπεύθυνοι για το φαγητό στο σπίτι. Καθώς η παχυσαρκία συναντάται όλο και πιο συχνά οι άνθρωποι αρχίζουν να την αντιλαμβάνονται σαν κάτι κανονικό, αλλάζει δηλαδή η αντίληψη για το ποιο είναι το φυσιολογικό βάρος και αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε περεταίρω αύξηση της παχυσαρκίας. Το κοινωνικό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στο πως βλέπουμε τον εαυτό μας επειδή αυτόματα συγκρινόμαστε με τους γύρω μας και κρίνουμε τη σωματική μας διάπλαση βάσει αυτών. Πολλές φορές γονείς, φίλοι, ερεθίσματα και μόδα υπερέχουν ακόμα και της μόρφωσης και της γνώσης των αρνητικών συνεπειών.

Οι άνθρωποι με χαμηλό εισόδημα είναι πιο πιθανό να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Στις περισσότερες περιπτώσεις υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης σημαίνει χαμηλότερα επίπεδα παχυσαρκίας. Συνήθως καλύτερη μόρφωση σημαίνει καλύτερη θέση εργασίας και υψηλότερο εισόδημα όποτε δεν υπάρχει ο φόβος της πείνας και



καλύτερες συνθήκες διαμονής που παίζουν ρόλο στη δυνατότητα άσκησης και κατά συνέπεια στην παχυσαρκία. Στις ανεπτυγμένες χώρες συνήθως παρατηρείται αντίστροφη σχέση κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και παχυσαρκίας. Ειδικά οι γυναίκες ανώτερων κοινωνικών στρωμάτων προσέχουν πολύ να μην πάρουν παραπάνω κιλά γιατί αυτό έχει αρνητικό αντίκτυπο στην εικόνα τους. Αντίθετα έρευνες σε αναπτυσσόμενες χώρες δείχνουν ότι συμβαίνει το αντίθετο καθώς η παχυσαρκία αυξάνεται με την κοινωνική ανέλιξη, ίσως γιατί είναι ένδειξη ευμάρειας. Όταν το εισόδημα αυξάνεται και οι άνθρωποι ξεφεύγουν από τη φτώχεια έχουν για πρώτη φορά τη δυνατότητα να καταναλώνουν πιο πλούσιο φαγητό και σε μεγαλύτερη ποσότητα με επακόλουθη αύξηση των κιλών. Αυτό επηρεάζει όχι μόνο γυναίκες, αλλά και άνδρες. Στις ανεπτυγμένες χώρες η κατανάλωση πρωτεϊνών και λιπαρών είναι μικρότερη στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα, πάλι λόγω εικόνας, ενώ στις αναπτυσσόμενες η παρουσία κρέατος στο τραπέζι δείχνει οικονομική άνεση. Βέβαια τα παραπάνω δεν είναι απόλυτα σίγουρα επειδή για παράδειγμα η καλύτερη επαγγελματική κατάσταση συχνά σημαίνει ασφαλιστική κάλυψη υγείας με αποτέλεσμα τα άτομα να μην υπολογίζουν πολύ τις αρνητικές συνέπειες της παχυσαρκίας.

Καθώς ένα κράτος βιώνει ανάπτυξη η παχυσαρκία αυξάνεται μέχρι το κατά κεφαλή εισόδημα να φτάσει ένα συγκεκριμένο όριο. Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας το κατά κεφαλή εισόδημα αυξάνεται με γρηγορότερους ρυθμούς από την τιμή επεξεργασμένων τροφίμων πλούσιων σε ζάχαρη, αλάτι και λιπαρά, με αποτέλεσμα στις ανεπτυγμένες χώρες οι φτωχοί να στρέφονται προς αυτά επειδή κοστίζουν λιγότερο και έχουν μεγαλύτερη θερμιδική αξία. Οι πλούσιοι από την άλλη πλευρά έχουν περισσότερες γνώσεις και απαιτήσεις σχετικά με την καλή υγεία και μπορούν να διαθέσουν χρήματα σε καθημερινή βάση για πιο ποιοτικά, φρέσκα τρόφιμα που κοστίζουν περισσότερο. Ένας ακόμα λόγος που οι φτωχοί είναι πιο συχνά υπέρβαροι είναι ότι αντιμετωπίζουν μεγαλύτερη αβεβαιότητα στη ζωή και το μέλλον τους και τείνουν να μη σκέπτονται τόσο το μέλλον όσο την άμεση αν και προσωρινή ευχαρίστηση.

Γενικά από μικρή ηλικία τροφές πλούσιες σε ζάχαρη και λιπαρά όπως τα γλυκά συνδέονται με αίσθημα ευχαρίστησης και επιβράβευσης και όχι με την πείνα και συχνά αισθήματα λύπης, άγχους και ανασφάλειας συνδέονται με κατανάλωση τροφής σε μια προσπάθεια να νιώσουμε πιο όμορφα, με αρνητικές συνέπειες για την εξάπλωση της παχυσαρκίας. (Joshua, 2017)

Παρόλο που έχει αναγνωρισθεί το πρόβλημα που αποτελεί η παχυσαρκία για τη δημόσια υγεία δεν υπάρχουν συντονισμένες ή νομοθετημένες δράσεις αντιμετώπισης. Μερικά μέτρα που θα βοηθούσαν είναι η ενίσχυση της κοινωνικής ευθύνης της βιομηχανίας τροφίμων που όμως πρόκειται για έναν συνεχώς αναπτυσσόμενο κολοσσό με τεράστιο τζίρο και κέρδη και μεγάλη πολιτική επιρροή, περιορισμός των διαφημίσεων, διατροφικές πληροφορίες στις συσκευασίες και περιορισμός πρόσθετων ουσιών σε επεξεργασμένα συσκευασμένα τρόφιμα που είναι γνωστό ότι έχουν εξαρτησιογόνο δράση.

## **1.6 Δεδομένα υγείας για την Ελλάδα**

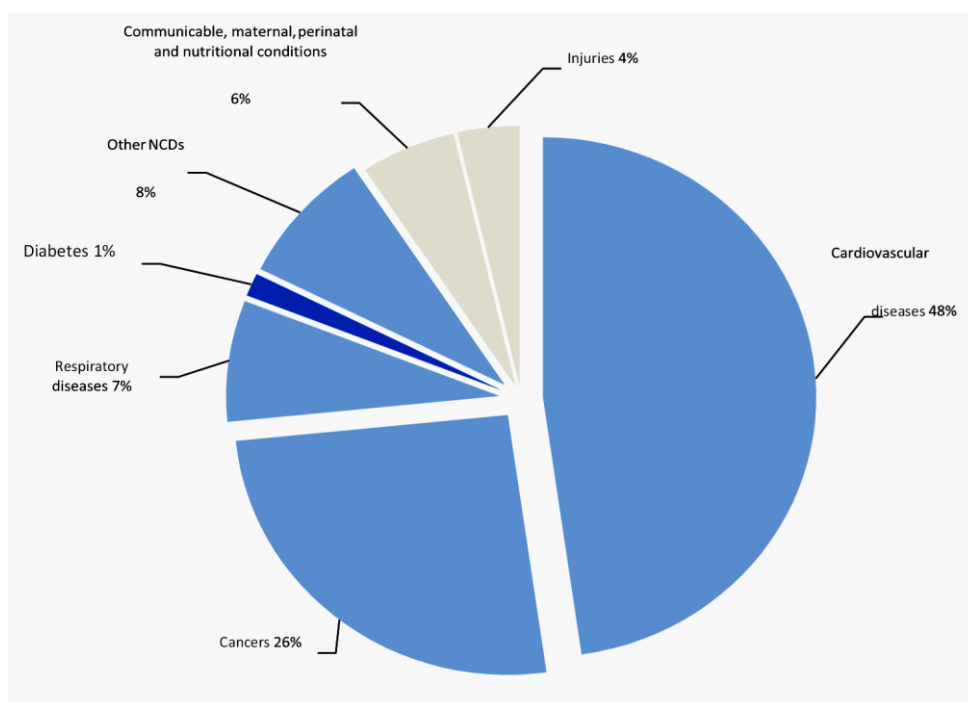
Η Ελληνική Στατιστική Αρχή διεξάγει έρευνα σχετικά με την υγεία στην Ελλάδα κάθε 5 έτη. Η έρευνα περιέχει στοιχεία για την κατάσταση υγείας του πληθυσμού άνω των 15 ετών και το πώς σχετίζεται με δημογραφικά δεδομένα (φύλο, ηλικία) και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (μόρφωση, επαγγελματική κατάσταση), καθώς και παράγοντες κινδύνου για την υγεία (διατροφή, άσκηση, κάπνισμα, αλκοόλ, στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον. Η τελευταία έρευνα έγινε το 2014. Ο μισός περίπου πληθυσμός δήλωσε ότι πάσχει από ένα τουλάχιστον χρόνια νόσημα ( 49,7%), αλλά παρόλα αυτά η συντριπτική πλειοψηφία θεωρεί ότι έχει καλή υγεία (74,8%). Στο πλαίσιο αυτής της μελέτης χρόνιες παθήσεις θεωρούνται αυτές που αναμένονται να διαρκέσουν πάνω από 6 μήνες με ή χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Το ποσοστό αυτών που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα έχει αυξηθεί κατά περίπου 25% από την προηγούμενη έρευνα του 2009.

Περίπου 65% των ατόμων ηλικίας άνω των 55 ετών παρουσιάζουν κάποια χρόνια πάθηση, ενώ για τους άνω των 65 ετών το ποσοστό αυτό ξεπερνά το 80% του συνολικού πληθυσμού και για τους άνω των 75 ετών φτάνει το 90%.. Όσον αφορά συγκεκριμένα χρόνια νοσήματα, το 4,4% του πληθυσμού πάσχει από άσθμα , το 2,1% του πληθυσμού έχει υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου ( σε ηλικίες 55-75 ετών αυτό το ποσοστό είναι γύρω στο 3,6%), ένας στους 5 πάσχει από υπέρταση (στις ηλικίες 65-74 ετών η αναλογία είναι ένας στους 2), περίπου το 3,5% ατόμων μεταξύ 55 και 75 ετών έχουν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, το 9,2% πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη ( μεταξύ 55 και 75 ετών το ποσοστό ξεπερνά το 15%) και το 15,4% του πληθυσμού ανέφερε

υψηλά επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα. Τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα για τις γυναίκες όσον αφορά το άσθμα, την υπέρταση, τα εγκεφαλικά επεισόδια, τον σακχαρώδη διαβήτη και την υπερχοληστερολαιμία.

Όσον αφορά τη νοσοκομειακή περίθαλψη το 9,7% του πληθυσμού άνω των 15 ετών εισήχθει σε νοσοκομείο στο διάστημα των τελευταίων 12 μηνών, 49,9% από αυτούς νοσηλεύθηκαν για 1-3 μέρες και το 35,3% από 3 μέχρι 10 μέρες. Το 14,1% νοσηλεύθηκε σε νοσοκομείο για μία μέρα χωρίς διανυκτέρευση. Άτομα ηλικίας άνω των 65 που έλαβαν κάποιου είδους φαρμακευτικής αγωγής με συνταγή γιατρού τις προηγούμενες 2 εβδομάδες έφτασαν το 90%.

Στο διάγραμμα φαίνεται η κατανομή των θανάτων στην Ελλάδα ανάλογα με την αιτία το 2016 σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Παρατηρούμε ότι περίπου το 90% των θανάτων οφείλεται σε χρόνια νοσήματα με τους μισούς σχεδόν θανάτους να οφείλονται σε καρδιαγγειακές παθήσεις.



Εικόνα 1: Κατανομή των θανάτων στην Ελλάδα ανάλογα με την αιτία το 2016. Πηγή: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

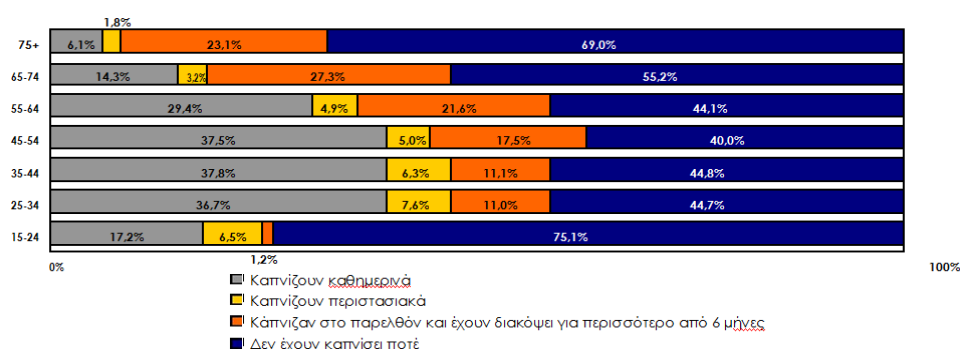
## 1.7 Παράγοντες κινδύνου για την υγεία στην Ελλάδα

Σε προηγούμενα κεφάλαια έχουν αναφερθεί οι παράγοντες κινδύνου για την υγεία. Στην έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής περιλαμβάνονται δεδομένα για την παχυσαρκία στην Ελλάδα. Ως δείκτης μέτρησης χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος. Φάνηκε ότι το 2,2% του πληθυσμού είναι ελλειποβαρείς ( $\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,5$ ), 41,5% έχουν φυσιολογικό βάρος ( $\Delta\text{Μ}\Sigma: 18,5-24,9$ ), 39,4% είναι υπέρβαροι ( $\Delta\text{Μ}\Sigma: 25-29,9$ ) και 16,9% είναι παχύσαρκοι ( $\Delta\text{Μ}\Sigma: 30$  και άνω). Οι άνδρες είναι περισσότερο υπέρβαροι ή παχύσαρκοι από τις γυναίκες. Ένας στους δύο άνδρες είναι υπέρβαρος και μία στις τρεις γυναίκες. Το ποσοστό παχυσαρκίας για τις γυναίκες είναι 15,9%, ενώ για τους άνδρες 18%. Περισσότεροι από τους μισούς Έλληνες άνω των 15 ετών είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, το οποίο θεωρείται από τα μεγαλύτερα ποσοστά στη Ευρώπη.

Τα δεδομένα της έρευνας σχετικά με τη σωματική δραστηριότητα των Ελλήνων έδειξαν ότι το 28,1% του πληθυσμού άνω των 15 ετών, δηλαδή σχεδόν το ένα τρίτο του πληθυσμού, έχουν καθιστική ζωή και επάγγελμα και ασκούνται ελάχιστα. Η έλλειψη άσκησης ή κάποιου είδους σωματικής δραστηριότητας συμβάλλει στα μεγάλα ποσοστά παχυσαρκίας και τις αντίστοιχες αρνητικές συνέπειες στην υγεία. Με τον όρο σωματική δραστηριότητα εννοούνται διάφορες δραστηριότητες ενός ατόμου στο σπίτι ή στην εργασία, κατά τη διάρκεια ελεύθερου χρόνου ή όταν έχει ελεύθερες ώρες αναψυχής, ο τρόπος μετακίνησης ή η ενασχόληση με κάποιο άθλημα. Οι μισοί περίπου Έλληνες έχουν το περπάτημα ως ένα τρόπο άσκησης ή η εργασία τους περιλαμβάνει κάποια ελαφριά σωματική δραστηριότητα (πχ οικιακά, επισκευές, delivery). Το περπάτημα θεωρείται ότι ευνοεί την καλή υγεία και το συστήνουν οι γιατροί σε περιπτώσεις ασθενειών όπως διαβήτης, υψηλή αρτηριακή πίεση, καρδιοπάθεια, εγκεφαλικό. Περισσότεροι από 4 στους 10 Έλληνες περπατούν τουλάχιστον 10 λεπτά συνεχόμενα σε καθημερινή βάση και αυτό ισχύει για όλες τις ηλικίες, ενώ οι κάτω των 75 ετών συνήθως περπατούν παραπάνω. Μόνο ένας στους δέκα κάνει έντονη άσκηση ή καταβάλλει έντονη σωματική προσπάθεια, ενώ το 8,7% του πληθυσμού δεν ασκείται καθόλου σε πολλές περιπτώσεις λόγω αναπηρίας. Όταν πρόκειται για άσκηση για ψυχαγωγία και όχι ανάγκη (π.χ. μετακίνησης) μόνο το ένα πέμπτο του πληθυσμού ασχολείται με γυμναστική ή αθλητισμό. Σε ηλικίες άνω των 55 ετών η αναλογία των αθλούμενων είναι 1 στους 10 περίπου και με την αύξηση της ηλικίας όλο και μειώνεται. Δυστυχώς το 82,6% των υπέρβαρων και παχύσαρκων δεν κάνουν καθόλου γυμναστική.

Η υγιεινή διατροφή επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία και την πρόληψη αρκετών χρόνιων παθήσεων. Στην Ελλάδα το 54,6% του πληθυσμού άνω των 15 ετών καταναλώνει καθημερινά φρούτα, ενώ 1,2% δεν καταναλώνει καθόλου. Η κατανάλωση φρούτων είναι μεγαλύτερη για τις γυναίκες. Όσον αφορά το λαχανικά το 62% του πληθυσμού καταναλώνει καθημερινά λαχανικά ή σαλάτες και στις γυναίκες το ποσοστό είναι ελαφρώς μεγαλύτερο από ότι στους άνδρες. Επίσης 8 στους 10 Έλληνες άνω των 15 καταναλώνουν κόκκινο κρέας τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα.

Ένας ακόμα πολύ σημαντικός παράγοντας που επιβαρύνει την υγεία είναι το κάπνισμα. Βρέθηκε ότι το 2014 το 32,5% των Ελλήνων άνω των 15 ετών ήταν καπνιστές, με το 27,3% αυτών να καπνίζουν σε καθημερινή βάση, ενώ το 5,2% περιστασιακά. Το 67,5% του πληθυσμού δεν καπνίζουν, αλλά από αυτούς το 15,8% κάπνιζε στο παρελθόν και το έχουν διακόψει για περισσότερο από 6 μήνες. Τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών συναντώνται στις ηλικίες 25-55 ετών και άνω των 65 ετών είναι μεγαλύτερα τα ποσοστά αυτών που κάπνιζαν στο παρελθόν, αλλά το σταμάτησαν.



Εικόνα 2: Συχνότητα καπνίσματος. Ποσοστιαία κατανομή πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω για κάθε ομάδα ηλικιών. Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ 2014

Οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες (39% των ανδρών έναντι 26,5% των γυναικών). Τα προϊόντα καπνού που καταναλώνονται είναι κυρίως τσιγάρα (πακέτα ή στριφτά) και το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών καπνίζουν 11-20 τσιγάρα την ημέρα (48,6%). Οι περισσότεροι ξεκίνησαν το κάπνισμα σε ηλικία κάτω των 18 ετών (42,5%). Επίσης παρατηρούνται μεγάλα ποσοστά έκθεσης σε καπνό τσιγάρου (παθητικοί καπνιστές) στο σπίτι (28%), στην εργασία (37,7%) ή σε άλλους κλειστούς χώρους όπως μπαρ και εστιατόρια (55,4%).

Σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα το 67,7% του πληθυσμού άνω των 15 καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά σε ποικίλη ποσότητα και συχνότητα, ενώ το 32,3% απέχουν είτε σε όλη τη ζωή τους ή το έχουν κόψει τους τελευταίους 12 μήνες. Το 6,9% πίνει σε καθημερινή βάση, ενώ οι περισσότεροι από αυτούς που καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά (15,4%) το κάνουν 1-2 φορές το μήνα.

Τέλος τα στοιχεία δείχνουν ότι στη Ελλάδα είναι εδραιωμένη η στήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο και η κοινωνική αλληλεγγύη καθώς το 95,2% έχει κάποιο άτομο στο οποίο μπορεί να στραφεί για βοήθεια σε περίπτωση ανάγκης.

## **1.8 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα όπως και σε άλλες χώρες παρατηρούνται ανισότητες στην υγεία ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική θέση ενός ατόμου. Χαμηλότερο εισόδημα, μόρφωση και ανεργία σημαίνουν συνήθως αυξημένη νοσηρότητα και συχνότερη εμφάνιση χρόνιων ασθενειών. Η οικονομική κρίση έχει επιπλέον αρνητική επίδραση στην υγεία και αυξάνει αυτές τις ανισότητες εξαιτίας δύο κύριων παραμέτρων: της μείωσης του εισοδήματος και τη μείωση των δαπανών υγείας από την πλευρά της κυβέρνησης. Μειωμένο εισόδημα σημαίνει μικρότερη δυνατότητα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και μείωση των δαπανών σημαίνει υποβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα παρατηρείται στροφή προς επικίνδυνες συμπεριφορές όπως αύξηση των καταχρήσεων (κάπνισμα, αλκοόλ, εξαρτησιογόνες ουσίες) και αύξηση της κατανάλωσης φθηνότερου επεξεργασμένου φαγητού που είναι φτωχό σε θρεπτική αξία και πλούσιο σε λιπαρά. (Zavras et al., 2013).

Η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση, δηλαδή μειωμένο εισόδημα, χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης, η ανεργία και η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης οδηγούν σε ανάγκες περίθαλψης που δεν μπορούν να καλυφθούν. Ασθενείς με προβλήματα υγείας δεν έχουν την οικονομική δυνατότητα να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας που χρειάζονται. (D. Zavras et al., 2016). Γενικά στην Ελλάδα το εισόδημα και το επίπεδο μόρφωσης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για να έχει κάποιος πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Άτομα υψηλού εισοδήματος μπορούν να ξεπεράσουν τα οικονομικά εμπόδια και να αναζητήσουν υψηλότερου επιπέδου υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα. Όπως αναφέρθηκε και πριν, παρατηρείται

μεγαλύτερη επέκταση χρόνιων ασθενειών σε άτομα χαμηλού επιπέδου μόρφωσης και άτομα με περισσότερη εκπαίδευση έχουν λιγότερες πιθανότητες να εμφανίσουν χρόνια νόσημα. Αυτό εξηγείται με την προϋπόθεση ότι η μόρφωση οδηγεί σε καλύτερη θέση εργασίας. Επίσης υψηλότερο εισόδημα συνήθως σημαίνει λιγότερα γεωγραφικά εμπόδια στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, αλλά δεν βρέθηκε αντίστοιχη συσχέτιση με το επίπεδο μόρφωσης. Από την άλλη πλευρά καλύτερη μόρφωση σημαίνει καλύτερη πληροφόρηση και κατανόηση της ασθένειας, ώστε να μπορεί κάποιος να λάβει τα κατάλληλα μέτρα για την βέλτιστη πρόληψη, πρόγνωση και εξέλιξη μίας νόσου. Εκτός από αυτό καλύτερο επίπεδο εκπαίδευσης πολλές φορές συνεπάγεται περισσότερες κοινωνικές επαφές που μπορεί να οδηγήσουν σε καλύτερη περίθαλψη. Οι άνεργοι που πάσχουν από χρόνια νοσήματα επίσης αντιμετωπίζουν εμπόδια στην περίθαλψη.

Όλες αυτές οι ανισότητες στην περίθαλψη συμβάλλουν στην εξάπλωση χρόνιων ασθενειών στα κατώτερα κοινωνικά στρώματα και οδηγούν σε μεγαλύτερο βάρος ασθένειας. Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες με την επίδραση που έχουν στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, ίσως επηρεάζουν την καλή υγεία περισσότερο και από τον τρόπο ζωής και τις επικίνδυνες συμπεριφορές. Τα μέτρα από την πλευρά της κυβέρνησης για την αντιμετώπιση των ανισοτήτων είναι ακόμα πιο σημαντικά σε περίοδο κρίσης. (I. Kygiopoulos *et al.*, 2014)

Η κοινωνικοοικονομική θέση επηρεάζει επίσης την αυτοεκτίμηση της υγείας των Ελλήνων. Οι άσχημες οικονομικές συνθήκες που βιώνει αυτή την εποχή η Ελλάδα έχουν επηρεάσει την κατάσταση της υγείας και τη περίθαλψη και αυτό έχει αρνητικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση της υγείας.

Οι άνθρωποι με υψηλό εισόδημα και μόρφωση εκτιμούν ότι έχουν καλή υγεία σε μεγαλύτερο βαθμό, ενώ η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας, η ανεργία και η ηλικία συμβάλλουν στο να θεωρούν οι άνθρωποι ότι έχουν κακή υγεία. Οι άνδρες συνήθως εκτιμούν ότι έχουν καλή υγεία πιο συχνά από τις γυναίκες, ειδικά τις νοικοκυρές. Οι συνταξιούχοι πιο συχνά θεωρούν ότι έχουν κακή υγεία. (Zavras *et al.*, 2013). Γενικά οι ηλικιωμένοι εκτιμούν ότι οι υγεία τους δεν είναι καλή. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι πιο συχνά πάσχουν από μία ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες. Η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας, αλλά και το είδος αυτής επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην αυτοεκτίμηση της υγείας.

Εκτός από το εισόδημα και τη μόρφωση η προσωπική αντίληψη που έχει ένα άτομο για την κοινωνική του θέση επηρεάζει και το πώς κρίνει την κατάσταση της υγείας του. Ένας άνθρωπος που αισθάνεται ότι βρίσκεται υψηλότερα στην κοινωνική

ιεραρχία, αισθάνεται επίσης ότι η υγεία του είναι καλύτερη. Ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που παίζει ρόλο την αυτοεκτίμηση της υγείας είναι ο κοινωνικός περίγυρος και οι συναναστροφές. Συνήθως ανεπτυγμένο κοινωνικό περιβάλλον σημαίνει ότι τα άτομα που συμπεριλαμβάνονται σε αυτό αισθάνονται καλύτερα στην υγεία τους. Σε αυτό συμβάλλει η επιρροή των άλλων σχετικά με παράγοντες που είναι γνωστό ότι βλάπτουν την υγεία όπως κάπνισμα, άσκηση και κατανάλωση αλκοόλ και η ύπαρξη βοήθειας. Πέρα από την ψυχολογική υποστήριξη το κοινωνικό δίκτυο επηρεάζει και την εξέλιξη χρόνιων νόσων όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Charonis *et al.*, 2017).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό, της ερευνητικής μεθοδολογίας, περιγράφονται τα βασικά μεθοδολογικά στοιχεία της έρευνας η οποία διεξάχθηκε για την εργασία αυτή. Ειδικότερα δίνεται ο ερευνητικός στόχος, τα ερευνητικά ερωτήματα, η ερευνητική προσέγγιση η οποία ακολουθήθηκε προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, το εργαλείο της έρευνας δηλαδή τα δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν, με τις κλίμακες και τα υπόλοιπα στοιχεία που περιέχονται, η μεθοδολογία της στατιστικής ανάλυσης, ο τρόπος με τον οποίο επιλέχθηκε, συγκροτήθηκε το δείγμα και τα χαρακτηριστικά του δείγματος κλπ.

#### **2.1 Ερευνητικός στόχος και ερευνητικά ερωτήματα**

Ο ερευνητικός στόχος της έρευνας αυτής είναι η επιδημιολογική μελέτη συγκεκριμένων χρόνιων νοσημάτων σε δείγμα του ελληνικού πληθυσμού ηλικίας 50-75 ετών και η μελέτη της συσχέτισης της εμφάνισης των νοσημάτων αυτών σε συνάρτηση με διάφορους ατομικούς ή ευρύτερους παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και το κοινωνικοοικονομικό υπόστρωμα.

Τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας, τα οποία πηγάζουν και εξειδικεύουν τον παραπάνω ερευνητικό στόχο, είναι τα εξής:

- Ερευνητικό ερώτημα 1: Ποιά είναι η Συχνότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων;
- Ερευνητικό ερώτημα 2: Σε τι ποσοστό εμφανίζεται ένα μόνο νόσημα, δύο, τρία κλπ.
- Ερευνητικό ερώτημα 3: Πόσο πρόσφατη είναι η επίσκεψη στο νοσοκομείο για τους ασθενείς του δείγματος;
- Ερευνητικό ερώτημα 4: Επιδρά η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος στην πρόωρη συνταξιοδότηση;
- Ερευνητικό ερώτημα 5: Σχετίζονται οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων; (Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιούνται ως

παράμετροι που υποδηλώνουν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση το εισόδημα και το επίπεδο μόρφωσης.)

- Ερευνητικό ερώτημα 6: Πως αυτοεκτιμούν την υγεία τους οι πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και πως επιδρούν στην αυτοεκτίμηση της υγείας τους οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες;
- Ερευνητικό ερώτημα 7: : Πως αξιολογείται η ποιότητα της ζωής στους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και πως επιδρούν στην αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής τους οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες;
- Ερευνητικό ερώτημα 8: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του φύλου στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων και στην ποιότητα ζωής και υγείας;
- Ερευνητικό ερώτημα 9: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων στην αυτοεκτίμηση της υγείας και στην ποιότητα ζωής;
- Ερευνητικό ερώτημα 10: Συνδέονται τα χρόνια νοσήματα με παράγοντες κινδύνου που έχουν να κάνουν με συνήθειες ( δείκτης μάζας σώματος, κάπνισμα στο παρόν, κάπνισμα στο παρελθόν, σωματική άσκηση);
- Ερευνητικό ερώτημα 11: Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικών παραγόντων ( φύλο, εισόδημα, μόρφωση) με τους παράγοντες κινδύνου (BMI, κάπνισμα, άσκηση);

## 2.2 Τα δεδομένα της έρευνας

Τα δεδομένα της έρευνας προέρχονται από την βάση δεδομένων SHARE 50+ (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). ([www.share-eric.eu](http://www.share-eric.eu)) Από το 2011 η SHARE αποτελεί τον πρώτο Ευρωπαϊκό Όμιλο Ερευνητικής Υποδομής (European Research Infrastructure Consortium – ERIC) που της δίνει δικαιώματα νομικού πρόσωπου και εδρεύει στο Μόναχο. Η βάση SHARE 50+ συγκεντρώνει δεδομένα σχετικά με την υγεία για ανθρώπους άνω των 50 ετών από 27 ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ. Περιλαμβάνει επίσης δημογραφικά στοιχεία, κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και πληροφορίες σχετικά με τον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο κάθε ατόμου.

Ο τρόπος συλλογής δεδομένων γίνεται με ειδικά σχεδιασμένα ερωτηματολόγια, τα οποία απαντούν οι ερωτηθέντες κατά τη διάρκεια προσωπικής συνέντευξης υποβοηθούμενης από ηλεκτρονικό υπολογιστή (Computer Assisted Personal Interviews – CAPI), ενώ επιπλέον πληροφορίες μπορεί να συμπληρωθούν χειρόγραφα. Ο πληθυσμός στόχος της βάσης SHARE 50+ αποτελείται από όλα τα άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω της κάθε χώρας την στιγμή που έγινε η δειγματοληψία. Εξαιρούνται μόνο όσοι έχουν καταδικαστεί σε φυλάκιση, νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ή λείπουν στο εξωτερικό κατά τη διάρκεια της έρευνας, δεν γνωρίζουν την γλώσσα ή έχουν μετακομίσει σε άγνωστη διεύθυνση.

Μέχρι τώρα έχουν πραγματοποιηθεί 7 κύματα ( waves) της έρευνας ξεκινώντας από το 2004, ενώ τα δεδομένα του κύματος 7 θα είναι διαθέσιμα από την άνοιξη του 2019. Στα φύλλα δεδομένων κάθε κύματος συμπεριλαμβάνονται οι αναγνωριστικοί κωδικοί-ταυτότητες ατόμων που συμμετείχαν στα προηγούμενα κύματα της έρευνας, δηλαδή παρακολουθείται το αρχικό δείγμα πληθυσμού από το πρώτο κύμα της έρευνας σε όλα τα επακόλουθα κύματα, οι συνεντεύξεις επαναλαμβάνονται σε κάθε κύμα και καταγράφονται τα άτομα που αποχωρούν λόγω θανάτου, ενώ ταυτόχρονα εισέρχονται νέα.

Στην συγκεκριμένη εργασία χρησιμοποιούνται δεδομένα από το κύμα 6 (2015) που αφορούν την Ελλάδα. Η Ελλάδα συμμετείχε από την αρχή στα πρώτα 3 κύματα της έρευνας, αλλά δεν έλαβε μέρος στα κύματα 4 και 5 (2011 και 2013 αντίστοιχα). Χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα από την έκδοση easySHARE 6.1.1 κωδικοποιημένα σε μορφή αρχείου spss. Το easySHARE είναι μια πιο απλοποιημένη μορφή της βάσης στην οποία τα δεδομένα είναι κωδικοποιημένα σε ένα φύλλο εργασίας, έχει ελαττωθεί η πολυπλοκότητα των μεταβλητών και έχουν συνδυαστεί και συμπυκνωθεί κάποιες μεταβλητές.

Οι μεταβλητές που επεξεργάζεται η έρευνα είναι περίπου 20 στο σύνολό τους (δευτερογενείς μεταβλητές, γιατί αν συμπεριλάβουμε και τις μεταβλητές items από τις οποίες εκτιμήθηκε η ποιότητα υγείας και ζωής και τα χρόνια νοσήματα τότε αναγόμεστε σε ένα πολύ μεγαλύτερο πλήθος που αγγίζει την εκατοντάδα ίσως), ορισμένες εκ των οποίων είναι ποσοτικές, άλλες κατηγορικές, διατάξιμες και ονομαστικές. Οι μεταβλητές που επεξεργάζεται η έρευνα είναι η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος (chronic disease existence), ο αριθμός χρόνιων νοσημάτων (number of chronic diseases), το φύλο (gender), ο τόπος κατοικίας (area of location), η μόρφωση (education in ISCED-97 coding και years of education), η οικογενειακή κατάσταση

(marital status), η πρόωρη συνταξιοδότηση (early retirement), το εισόδημα του νοικοκυριού ως αθροιστικό εκατοστημόριο (household income percentile) και ως αριθμητική μεταβλητή (household income), η ικανότητα του νοικοκυριού να τα βγάξει πέρα (household make ends meet), η αυτοεκτίμηση της υγείας (self-perceived health), η ποιότητα ζωής (casp-12), ο δείκτης μάζας σώματος (bmi), το κάπνισμα(smoking), το κάπνισμα στο παρελθόν (ever smoked) και η σωματική δραστηριότητα (ως br015 είναι καταχωρημένη).

### 2.3 Μεθοδολογία στατιστικής ανάλυσης

Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχτηκαν με χρήση ερωτηματολογίου καταγραφής απαντήσεων. Μετά την ολοκλήρωση της έρευνας τα δεδομένα που είχαν συγκεντρωθεί κωδικοποιήθηκαν κατάλληλα στη βάση SHARE 50+ ώστε να μπορούν να εισαχθούν σε λογισμικό στατιστικής επεξεργασίας δεδομένων. Το λογισμικό το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δεδομένων είναι το στατιστικό πακέτο SPSS v.20. Μετά την καταχώρηση των δεδομένων, ξεκίνησε η στατιστική ανάλυση των δεδομένων η οποία περιελάμβανε τις στατιστικές τεχνικές ή διαδικασίες οι οποίες αναφέρονται παρακάτω:

- Κωδικοποίηση και ονοματοθεσία των κατηγοριών των κατηγορικών μεταβλητών, έλεγχος ύπαρξης ικανού δείγματος για κάθε κατηγορία των κατηγορικών μεταβλητών.
- Κατασκευή των συνολικών σκορ για τις κλίμακες ποιότητας ζωής και υγείας.
- Εξαγωγή των βασικών περιγραφικών στατιστικών μέτρων (μέση τιμή, τυπική απόκλιση, ελάχιστη/μέγιστη τιμή, πίνακες συχνοτήτων) και κατασκευή γραφημάτων τόσο για τις δημογραφικές μεταβλητές όσο και για τις κλίμακες.
- Υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης Pearson, , μεταξύ συνεχών μεταβλητών, όπως είναι η ηλικία και οι κλίμακες υγείας και ποιότητας ζωής και το εισόδημα.
- Εκτελέστηκαν οι παραμετρικοί στατιστικοί έλεγχοι μέσω των t-test (για δύο δείγματα) και ANOVA (για περισσότερα από δύο δείγματα), όπως για παράδειγμα για την σύγκριση των μέσων τιμών σκορ ποιότητας ζωής μεταξύ των δύο φύλων και των ομάδων αντίστοιχα.

- Εκτελέστηκε η λογαριθμιστική παλινδρόμηση (logistic regression) για την εκτίμηση της ταυτόχρονης επίδρασης διαφόρων ποσοτικών και κατηγορικών παραγόντων στην πιθανότητα εμφάνισης χρόνιου νοσήματος.

Για όλους τους στατιστικούς ελέγχους, η στατιστική σημαντικότητα (p-value) τέθηκε στο 95% ( $\alpha=5\%=0.05$ ).

## 2.4 Το δείγμα της έρευνας

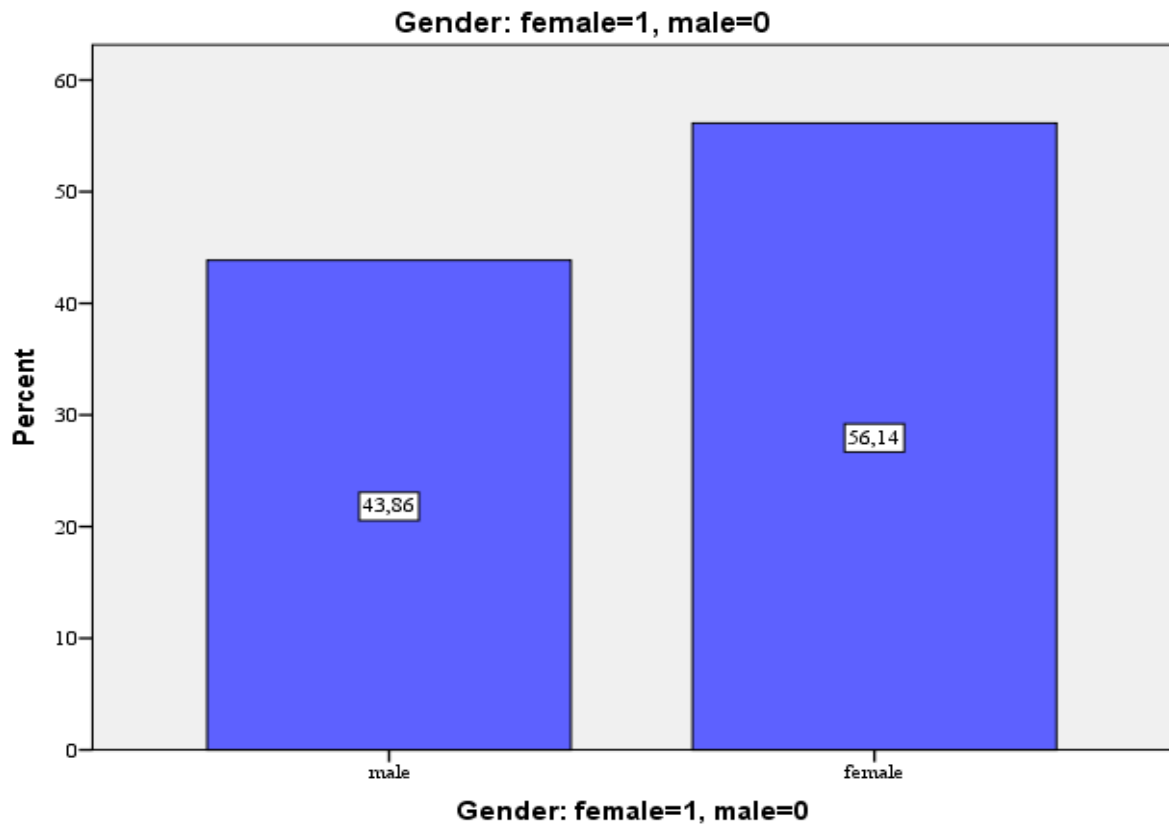
Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 3.584 άτομα, εκ των οποίων τα 1.572, δηλαδή ποσοστό 44% είναι άνδρες και τα 2012, δηλαδή ποσοστό 56% είναι γυναίκες. Όσον αφορά την προέλευση και τον τόπο διαμονής των ατόμων του δείγματος, το 39% μένει σε μεγάλη πόλη, το 11% μένει στα προάστια μιας μεγάλης πόλης, το 23,6% μένει σε αστικά κέντρα, το 7,8% μένει σε μικρότερες πόλεις, ενώ το 16,5% μένει σε αγροτικές περιοχές ή μικρά χωριά.

Όσον αφορά την κατανομή των επιπέδου εκπαίδευσης του δείγματος, ακολουθείται η ταξινόμηση ISCD με βάση την οποία χωρίζονται σε έξι επίπεδα, τα οποία αντιστοιχούν στα επίπεδα εκπαίδευσης του εθνικού και του ευρωπαϊκού πλαισίου προσόντων. Με βάση αυτή την ταξινόμηση, το 30,6% έχει λάβει το επίπεδο 1 το οποίο αντιστοιχεί σε δημοτικό, το 10,7% έχει λάβει το επίπεδο 2 που αντιστοιχεί στο γυμνάσιο, το 28,5% έχει λάβει το επίπεδο 3 που αντιστοιχεί στο λύκειο, το 2,9% έχει το επίπεδο 4 που αντιστοιχεί σε σχολές επαγγελματικής εξειδίκευσης, το 23,4% έχει λάβει το επίπεδο 5 που το οποίο αντιστοιχεί σε βασικό επίπεδο σπουδών πανεπιστημιακού τίτλου, το 0,4% έχει λάβει το επίπεδο 6 το οποίο αντιστοιχεί σε μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και λοιπά πτυχία τα οποία αφορούν επίπεδα πάνω από το 6, που έχουν να κάνουν με διδακτορικά, μεταδιδακτορικά κλπ. Όσον αφορά τα στατιστικά της εκπαίδευσης εκφρασμένης σε έτη σπουδών, η μέση διάρκεια σπουδών του δείγματος είναι 9,44 χρόνια με τυπική απόκλιση 6,32.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, το 77,8% του δείγματος είναι παντρεμένοι και ζουν μαζί με το ταίρι τους, το 0,9% του δείγματος συζούνε, το 1,6% είναι μεν παντρεμένοι αλλά είναι σε διάσταση και το 4,9% δεν είναι παντρεμένοι, το 6,1% έχουν λάβει διαζύγιο και το 8,5% δηλώνουν σε κατάσταση χηρείας.

Πίνακας 1: κατανομή των δύο φύλων στο δείγμα για το σύνολο του δείγματος

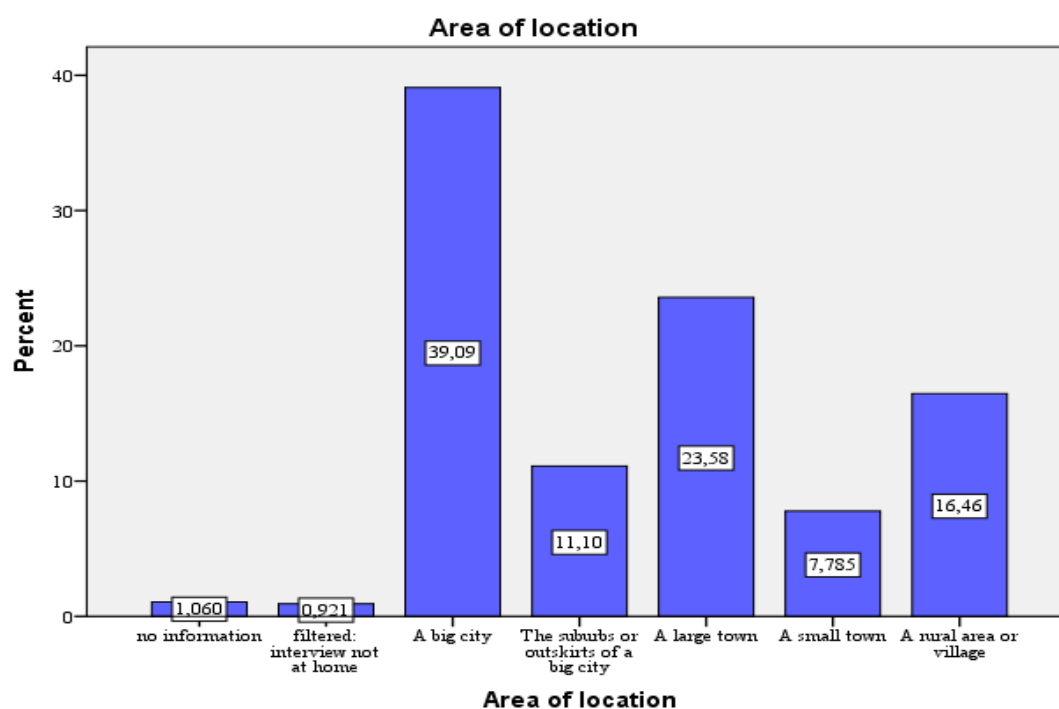
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	male	1572	43,9	43,9	43,9
	female	2012	56,1	56,1	100,0
Total		3584	100,0	100,0	



Εικόνα 3: Ραβδόγραμμα κατανομής των δύο φύλων στο δείγμα για το σύνολο ασθενών και μαρτύρων.

**Πίνακας 2: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για την κατανομή του δείγματος σε σχέση με τον τόπο διαμονής, με βάση την τοποθεσία λήψης της συνέντευξης.**

Area of location		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no information	38	1,1	1,1	1,1
	filtered: interview not at home	33	,9	,9	2,0
	A big city	1401	39,1	39,1	41,1
	The suburbs or outskirts of a big city	398	11,1	11,1	52,2
	A large town	845	23,6	23,6	75,8
	A small town	279	7,8	7,8	83,5
	A rural area or village	590	16,5	16,5	100,0
	Total	3584	100,0	100,0	



**Εικόνα 4: ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για τον τόπο διαμονής των ατόμων του δείγματος.**

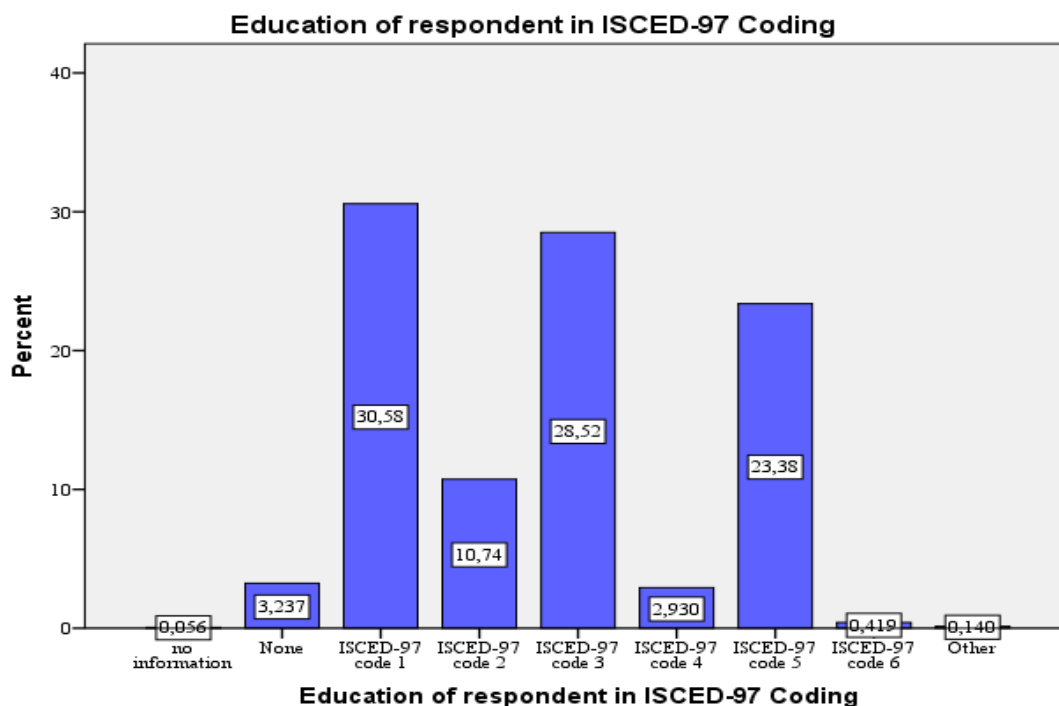
**Πίνακας 3: Κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης του δείγματος, με βάση την ταξινόμηση ISCED-97**

<b>Education of respondent in ISCED-97 Coding</b>		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no information	2	,1	,1	,1
	None	116	3,2	3,2	3,3
	ISCED-97 code 1	1096	30,6	30,6	33,9
	ISCED-97 code 2	385	10,7	10,7	44,6
	ISCED-97 code 3	1022	28,5	28,5	73,1
	ISCED-97 code 4	105	2,9	2,9	76,1
	ISCED-97 code 5	838	23,4	23,4	99,4
	ISCED-97 code 6	15	,4	,4	99,9
	Other	5	,1	,1	100,0
	Total	3584	100,0	100,0	

**Πίνακας 4: Στατιστικοί περιγραφικοί δείκτες για την διάρκεια σπουδών του δείγματος εκφρασμένης σε έτη σπουδών**

<b>Statistics</b>		
Years of education		
N	Valid	3584
	Missing	0
Mean		9,44
Median		11,50
Std. Deviation		6,322
Minimum		-15
Maximum		25

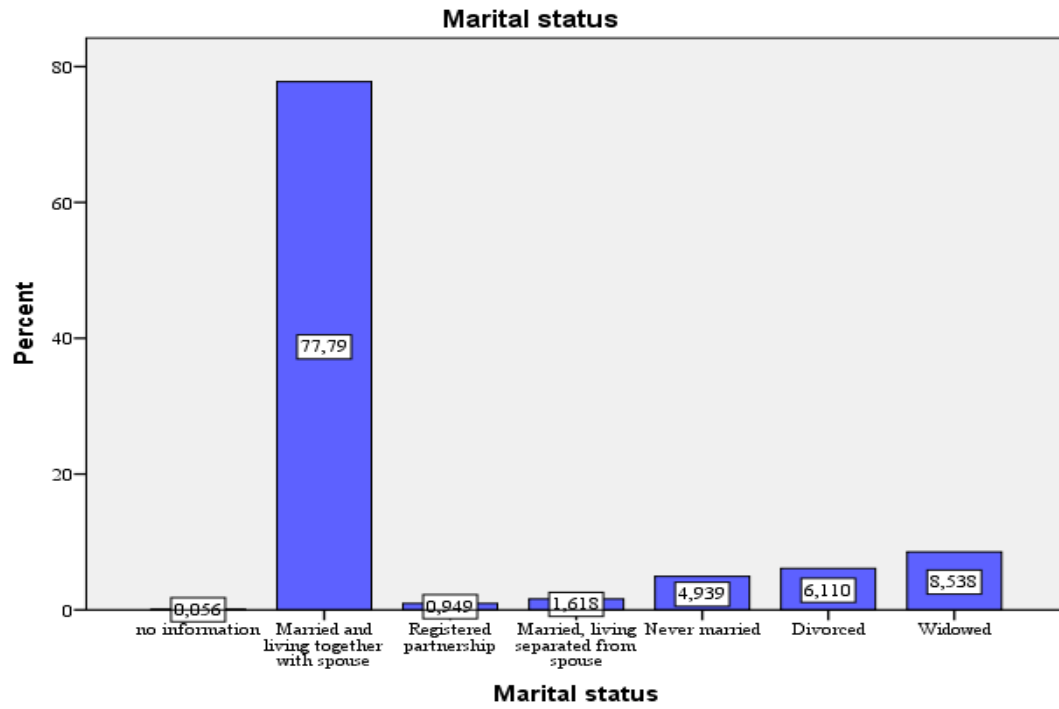




**Εικόνα 5: Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την κατανομή του επιπέδου εκπαίδευσης του δείγματος, με βάση την ταξινόμηση ISCED-97**

**Πίνακας 5: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για την κατανομή της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος**

<b>Marital status</b>		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no information	2	,1	,1	,1
	Married and living together with spouse	2788	77,8	77,8	77,8
	Registered partnership	34	,9	,9	78,8
	Married, living separated from spouse	58	1,6	1,6	80,4
	Never married	177	4,9	4,9	85,4
	Divorced	219	6,1	6,1	91,5
	Widowed	306	8,5	8,5	100,0
	Total	3584	100,0	100,0	



Εικόνα 6: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για την κατανομή της οικογενειακής κατάστασης του δείγματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

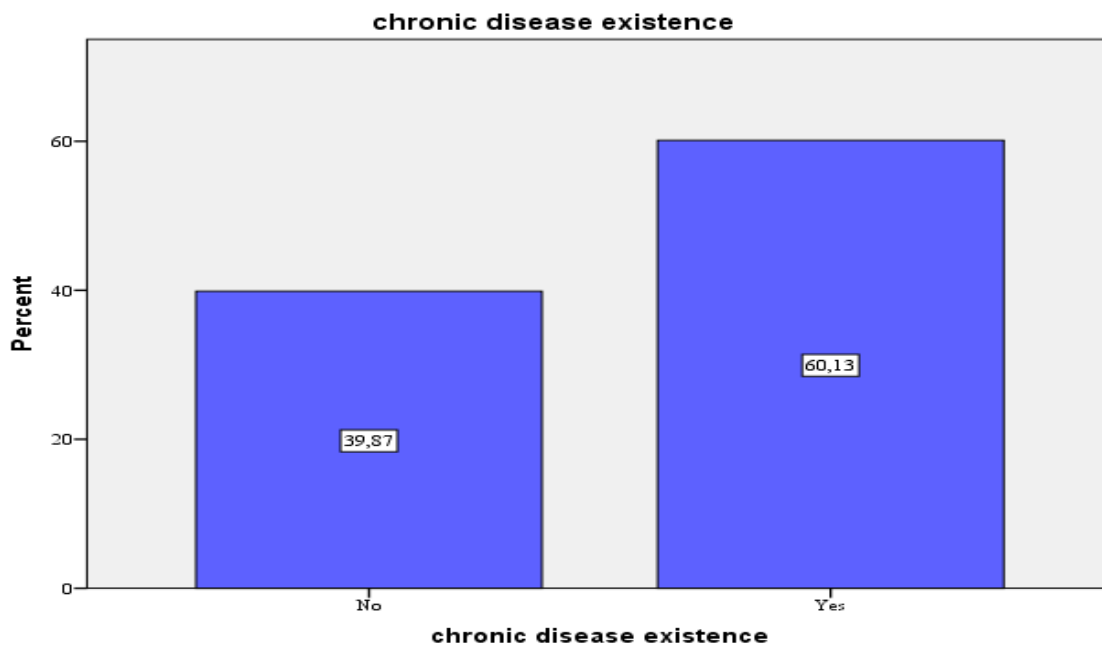
### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 3.1 Ερευνητικό ερώτημα 1: Ποιά είναι η συχνότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων;

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα έχει στόχο να διαπιστώσει ποια είναι η συχνότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων στον υπό μελέτη πληθυσμό, μέσα από την εξέταση του δείγματος. Η μεταβλητή «χρόνια νοσήματα» στη συγκεκριμένη έρευνα περιλαμβάνει το καρδιακό επεισόδιο, την υπέρταση, την υπερχοληστερολαιμία, το εγκεφαλικό, τον διαβήτη, τη χρόνια πνευμονοπάθεια, τον καρκίνο, το έλκος του πεπτικού, τον καταρράκτη, τη νόσο του Πάρκινσον και το κάταγμα του ισχίου, καθώς έτσι έχει διαμορφωθεί στη βάση easySHARE v. 6.1.1. Όπως φαίνεται στον πίνακα 6 και το σχετικό γράφημα η κατανομή της εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων στο δείγμα το οποίο έχει συλλεχτεί δείχνει ότι το 60,1% του δείγματος εμφανίζει κάποιο από τα ανωτέρω αναφερόμενα χρόνια νοσήματα, ενώ το 39,9% δεν εμφανίζει κάποιο από τα ανωτέρω χρόνια νοσήματα. Σημειώνεται ότι δεν καταγράφεται εδώ η περίπτωση πολλαπλών χρόνιων νοσημάτων, απλώς καταγράφεται η ύπαρξη έστω ενός χρόνιου νοσήματος.

Πίνακας 6: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων στο δείγμα.

<b>chronic disease existence</b>		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	1429	39,9	39,9	39,9
	Yes	2155	60,1	60,1	100,0
Total		3584	100,0	100,0	



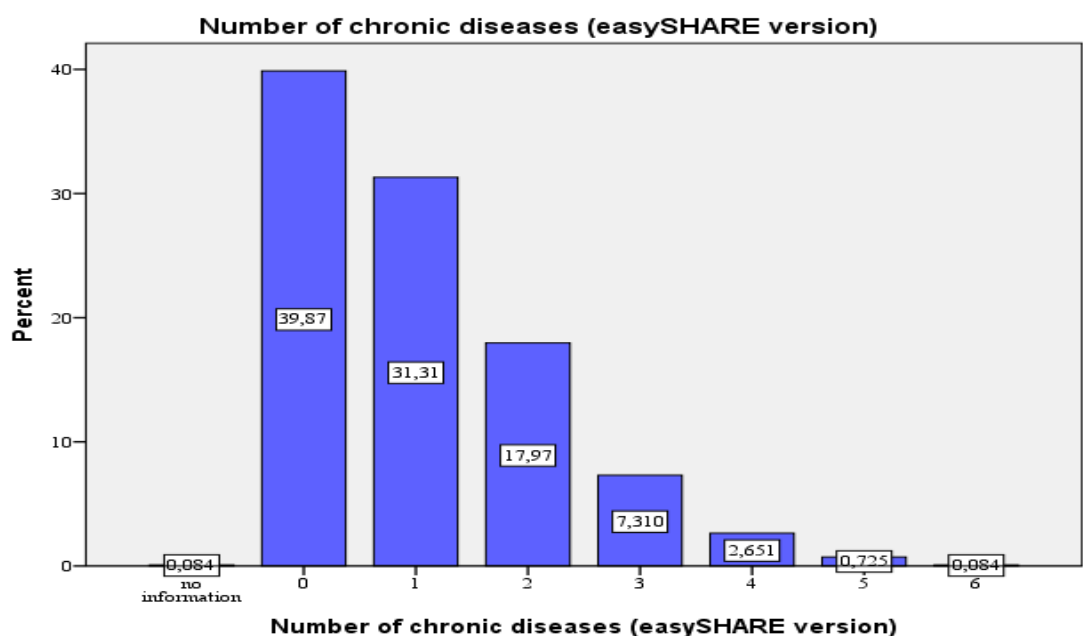
Εικόνα 7: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων στο δείγμα

### 3.2 Ερευνητικό ερώτημα 2: Σε τι ποσοστό εμφανίζεται ένα μόνο νόσημα, δύο, τρία κλπ.

Προκειμένου να διερευνηθεί σε τι ποσοστό απλότητας ή πολλαπλότητας εμφανίζονται τα χρόνια νοσήματα στους πάσχοντες, δίνονται ο παρακάτω πίνακας και το γράφημα. Από την επισκόπηση των αποτελεσμάτων του πίνακα και του γραφήματος προκύπτει ότι η συχνότερη κατάσταση των πασχόντων από χρόνια νόσημα είναι να έχουν ένα μόνο χρόνια νόσημα, κατάσταση η οποία συναντάται σε ποσοστό 31,3% του πληθυσμού, δηλαδή περίπου ένας στους τρεις Έλληνες του δείγματος ηλικίας 50-75 ετών πάσχει από ένα χρόνια νόσημα. Πολλαπλότητες χρόνιων νοσημάτων συναντούνται ως εξής: δύο χρόνια νοσήματα σε ποσοστό 18%, τρία χρόνια νοσήματα σε ποσοστό 7,3%, τέσσερα χρόνια νοσήματα σε ποσοστό 2,7% ενώ από πέντε και άνω χρόνια νοσήματα σε ποσοστό 0,8% αθροιστικά. Σχεδόν ένας στους πέντε έλληνες ηλικίας 50-75 εμφανίζει τουλάχιστο δύο χρόνια νοσήματα.

**Πίνακας 7: Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για την κατανομή της εμφάνισης του πλήθους των χρόνιων νοσημάτων ανά άτομο.**

<b>Number of chronic diseases (easySHARE version)</b>		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	no information	3	,1	,1	,1
	0	1429	39,9	39,9	40,0
	1	1122	31,3	31,3	71,3
	2	644	18,0	18,0	89,2
	3	262	7,3	7,3	96,5
	4	95	2,7	2,7	99,2
	5	26	,7	,7	99,9
	6	3	,1	,1	100,0
	Total	3584	100,0	100,0	



**Εικόνα 8: Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για την κατανομή της εμφάνισης του πλήθους των χρόνιων νοσημάτων ανά άτομο.**

### **3.3 Ερευνητικό ερώτημα 3: Πόσο συχνότερη είναι η επίσκεψη στο νοσοκομείο για τους ασθενείς του δείγματος;**

Προκειμένου να εξεταστεί η διαφορά στη συχνότητα επίσκεψης στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, μεταξύ των ασθενών και των μη ασθενών του δείγματος, εκτελέστηκε ο έλεγχος  $\chi^2$ . Τα αποτελέσματα του ελέγχου δίνονται στους

πίνακες και το γράφημα που ακολουθεί. Όπως προκύπτει, υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση στη συχνότητα επίσκεψης στο νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους, μεταξύ των ασθενών και των υγιών ατόμων του δείγματος. Ειδικότερα, 37 από τα 1.429 άτομα τα οποία δεν έχουν χρόνια νοσήματα επισκέφτηκαν το νοσοκομείο κατά τη διάρκεια του τελευταίου έτους (2,6%), ενώ 174 από τα 2.152 άτομα του δείγματος που έχουν χρόνια νόσημα επισκέφθηκαν το νοσοκομείο το τελευταίο έτος (8%). Αυτό που φαίνεται δηλαδή, είναι ότι είναι σχεδόν τέσσερις φορές μεγαλύτερη η συχνότητα επίσκεψης των ατόμων που έχουν κάποιο χρόνια νόσημα στο νοσοκομείο και αυτό αξιολογείται ως στατιστικώς σημαντικό.

**Πίνακας 8: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της νοσηλείας σε νοσοκομείο κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους.**

**chronic disease existence \* Stayed over night in hospital last 12 months Crosstabulation**

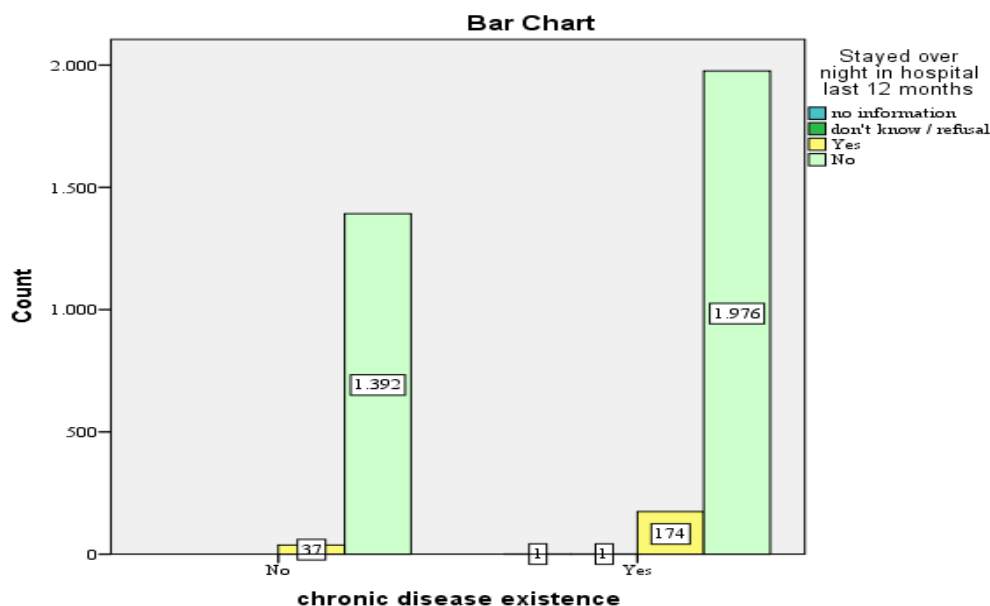
Count		Stayed over night in hospital last 12 months				Total
		no information	don't know / refusal	Yes	No	
chronic disease existence	No	0	0	37	1392	1429
	Yes	1	1	174	1976	2152
Total		1	1	211	3368	3581

**Πίνακας 9: Αποτελέσματα του ελέγχου Χ<sup>2</sup> για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της νοσηλείας σε νοσοκομείο κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	48,208 <sup>a</sup>	3	,000
Likelihood Ratio	54,152	3	,000
Linear-by-Linear Association	44,890	1	,000
N of Valid Cases	3581		

a. 4 cells (50,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,40.



Εικόνα 9: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της νοσηλείας σε νοσοκομείο κατά την διάρκεια του τελευταίου έτους.

### 3.4 Ερευνητικό ερώτημα 4: Επιδρά η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος στην πρόωρη συνταξιοδότηση;

Προκειμένου να διερευνηθεί εάν υπάρχει στατιστικώς σημαντική επίδραση και συσχέτιση της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος με τη διαδικασία της πρόωρης συνταξιοδότησης, εκτελέστηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  του Pearson. Τα αποτελέσματα του ελέγχου δίνονται στους πίνακες και το γράφημα το οποίο ακολουθεί. Όπως προκύπτει από τον πίνακα, για τους μη πάσχοντες από χρόνια νόσημα, δηλαδή για τους υγιείς, 300 άτομα από τα 1.429 οδηγήθηκαν σε πρόωρη συνταξιοδότηση, ενώ για τους πάσχοντες από χρόνια νόσημα, 310 από τα 2.152 οδηγήθηκαν σε πρόωρη συνταξιοδότηση. Η παραπάνω διαφορά εντοπίζεται ως στατιστικώς σημαντική. Ωστόσο, παρατηρείται ότι η συχνότητα πρόωρης συνταξιοδότησης είναι μεγαλύτερη στα άτομα τα οποία δεν έχουν χρόνια νόσημα. Αυτό ενδεχομένως να ερμηνεύεται με τις συνθήκες εργασίας περισσότερο, δηλαδή με το αν τελικά εργάζονται ή όχι, ή αν λαμβάνουν ήδη κάποια σύνταξη ή βρίσκονται σε μία διαφορετική εργασιακή κατάσταση εξ' αιτίας του χρόνιου νοσήματος, έτσι ώστε τελικά να μην υφίσταται η επιλογή της συνταξιοδότησης ή της πρόωρης συνταξιοδότησης. Ίσως επίσης παίζουν ρόλο οι παρούσες οικονομικές συνθήκες στην Ελλάδα, ειδικά όσον αφορά την κατακόρυφη μείωση των συντάξεων

και την αύξηση του ορίου ηλικίας που μπορεί κάποιος να συνταξιοδοτηθεί υπό ικανοποιητικούς όρους, οπότε οι άνθρωποι, ειδικά αυτοί που έχουν αυξημένες δαπάνες υγείας, επιλέγουν να συνεχίσουν να δουλεύουν όσο μπορούν και όσο το επιτρέπει η υγεία τους.

**Πίνακας 10: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της πρόωρης συνταξιοδότησης.**

**chronic disease existence \* Look for early retirement in (main) job Crosstabulation**

Count		Look for early retirement in (main) job					Total
		no information	don't know / refusal	filtered: not worked	yes	no	
chronic disease existence	No	4	4	865	301	255	1429
	Yes	2	3	1699	310	138	2152
Total		6	7	2564	611	393	3581

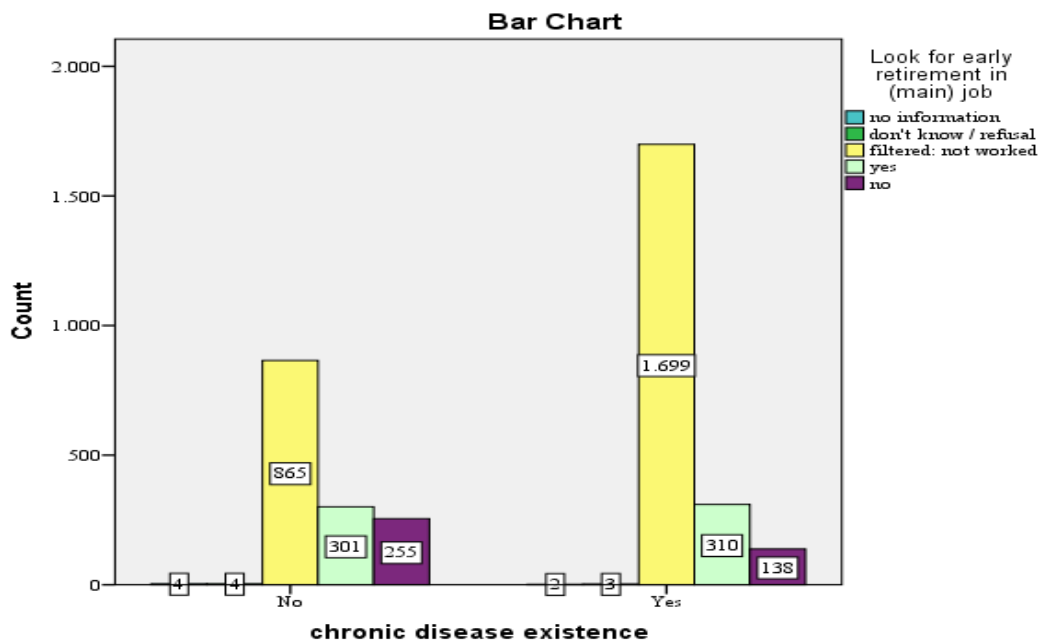
**Πίνακας 11: Αποτελέσματα του ελέγχου X<sup>2</sup> για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της πρόωρης συνταξιοδότησης.**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	167,924 <sup>a</sup>	4	,000
Likelihood Ratio	165,616	4	,000
Linear-by-Linear Association	154,035	1	,000
N of Valid Cases	3581		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,39.





Εικόνα 10: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και της πρόωρης συνταξιοδότησης.

### 3.5 Ερευνητικό ερώτημα 5: Σχετίζονται οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων;

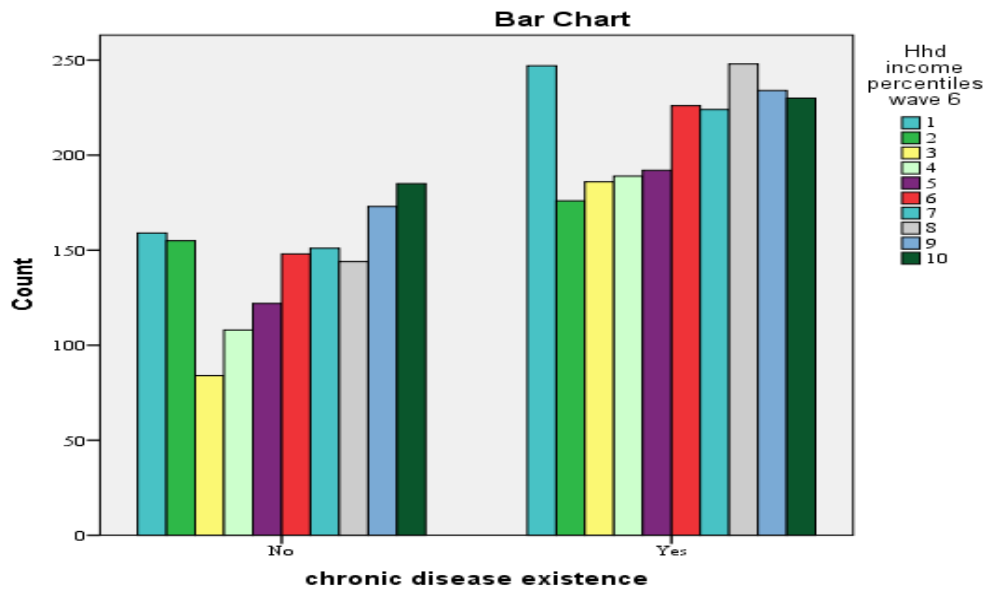
#### 3.5.1 Επίδραση του εισοδήματος

Προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του εισοδήματος με την εμφάνιση ή όχι χρόνιων νοσημάτων, εκτελέστηκε αρχικά ο έλεγχος  $\chi^2$ . Η μεταβλητή του εισοδήματος σε αυτόν τον έλεγχο εκφράζεται σε αθροιστικά εκατοστημόρια που βρίσκονται σε αύξουσα σειρά από 1 έως 10 όσο αυξάνεται το εισόδημα (επισημαίνεται ότι η μεταβλητή του εισοδήματος αναφέρεται στο εισόδημα του νοικοκυριού δηλαδή του συσσωρευτικού αποτελέσματος του ατόμου που ενδεχομένως πάσχει από χρόνια νόσημα και του συζύγου ή της συζύγου και άλλων μελών της οικογένειας που συνεισφέρουν οικονομικά). Τα αποτελέσματα του ελέγχου, ο πίνακας και το ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα (εικόνα 11) δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί. Από τον έλεγχο  $\chi^2$  προκύπτει μια στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ασθενών και των υγιών ατόμων, η οποία εντοπίζεται κυρίως στα χαμηλά εισοδήματα, που ειδικότερα φαίνεται ότι τα άτομα τα οποία δεν εμφανίζουν χρόνια

νοσήματα έχουν μειωμένες τις συχνότητες εμφάνισης των χαμηλών εισοδημάτων σε κάποια απ' αυτά τα χαμηλά εισοδήματα. Πέραν τούτου δεν υπάρχει κάποια άλλη εντοπιζόμενη σημαντική διαφορά.

Εκτελώντας τον έλεγχο αυτό ταυτόχρονα με την διαδικασία του ελέγχου t-test, η παραπάνω εμφανιζόμενη διαφορά εξαλείφεται και δεν αξιολογείται ως στατιστικά σημαντική. Ειδικότερα, όπως φαίνεται από τον πίνακα του ελέγχου t-test (πίνακας 13) αλλά και από τα θηκογράμματα (εικόνα 12) τα οποία ακολουθούν, δεν εντοπίζεται στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση στο επίπεδο εισοδήματος μεταξύ των ατόμων τα οποία εμφανίζουν και των ατόμων που δεν εμφανίζουν χρόνια νοσήματα, αν και με μια πρώτη ματιά στο ομαδοποιημένο θηκόγραμμα παρατηρείται μεγαλύτερη συγκέντρωση των περιπτώσεων χρόνιων νοσημάτων στα χαμηλότερα εκατοστημόρια εισοδήματος.

Τα άτομα τα οποία δεν εμφανίζουν χρόνια νοσήματα σημειώνουν μέση τιμή εκατοστιαίου εισοδήματος 5,79, ενώ τα άτομα που εμφανίζουν χρόνια νοσήματα σημειώνουν μέση τιμή εκατοστιαίου εισοδήματος 5,66 και όπως φαίνεται αυτό δεν αξιολογείται ως στατιστικώς σημαντικό. Επομένως, μπορούμε να δεχτούμε ότι η κατανομή του εισοδήματος δεν σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιου νοσήματος ή όχι. Αυτό φυσικά δεν αποκλείει την πιθανότητα η εισοδηματική κατάσταση μακρά πίσω στο παρελθόν να συνετέλεσε ή να συσχετίστηκε με την εμφάνιση χρόνιου νοσήματος, εάν υποθέσουμε ότι υπήρχαν συσσωρευτικοί παράγοντες που το δημιούργησαν και στην πορεία των ετών, είτε με την πιθανή απουσία από την εργασία, είτε με την βοήθεια από διάφορους φορείς άτυπους ή θεσμικούς όπως είναι το κράτος, η οικογένεια κλπ, να υπάρχει μία τροποποίηση στα εισοδήματα, είτε προς τα κάτω, είτε προς τα πάνω και να μην εντοπίζεται κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά.



Εικόνα 11: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του εισοδήματος.

Πίνακας 12: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του εισοδήματος

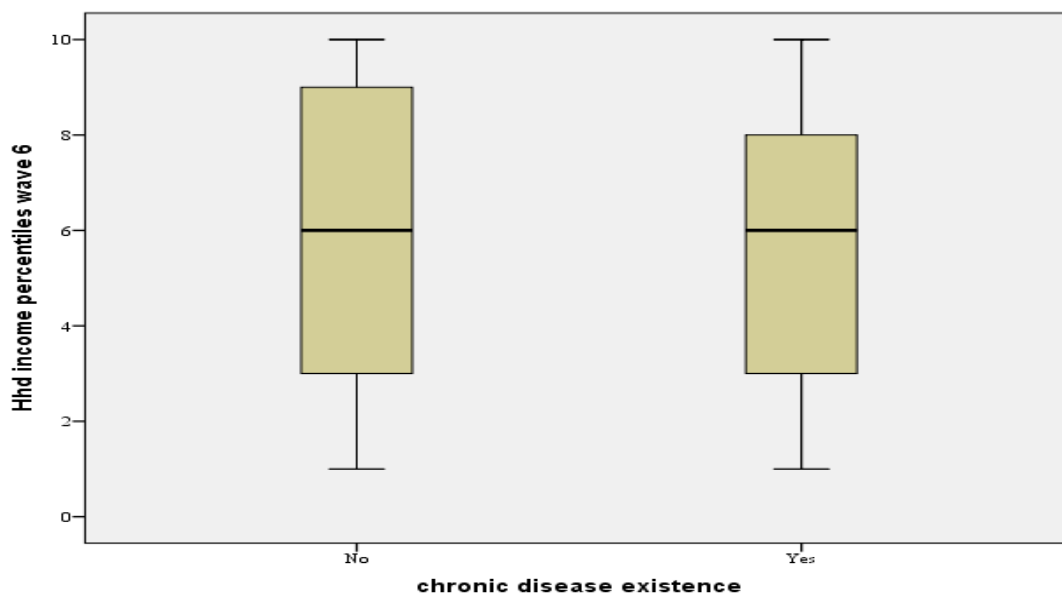
**Group Statistics**

	chronic disease existence	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Hhd income percentiles wave 6	No	1429	5,79	3,011	,080
	Yes	2152	5,66	2,922	,063

Πίνακας 13: Αποτελέσματα του έλεγχου t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του εισοδήματος

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig.	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Hhd income percentiles wave 6	Equal variances assumed	2,382	,123	1,209	3579	,227	,122	,101	-,076	,320
	Equal variances not assumed			1,202	2995,510	,229	,122	,102	-,077	,321



Εικόνα 12: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα (boxplot) μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του εισοδήματος

Μελετήθηκε επίσης και η επίδραση του εισοδήματος του νοικοκυριού όταν εκφράζεται ως αριθμητική μεταβλητή (numeric) βλέπουμε στον πίνακα 14 ότι σε περίπτωση χρόνιου νοσήματος το ετήσιο εισόδημα είναι κατά μέσο όρο 14612,64 ευρώ, ενώ για τους μη πάσχοντες 15167,61 ευρώ. Πάλι όπως φαίνεται από τον έλεγχο t-test (πίνακας 15), δεν εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση. Δηλαδή δεν προκύπτει ότι υπάρχει επίδραση του οικογενειακού εισοδήματος στο χρόνιο νόσημα ή ερμηνεύεται και ανάποδα, δεν υπάρχει επίδραση της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος στο οικογενειακό εισόδημα.

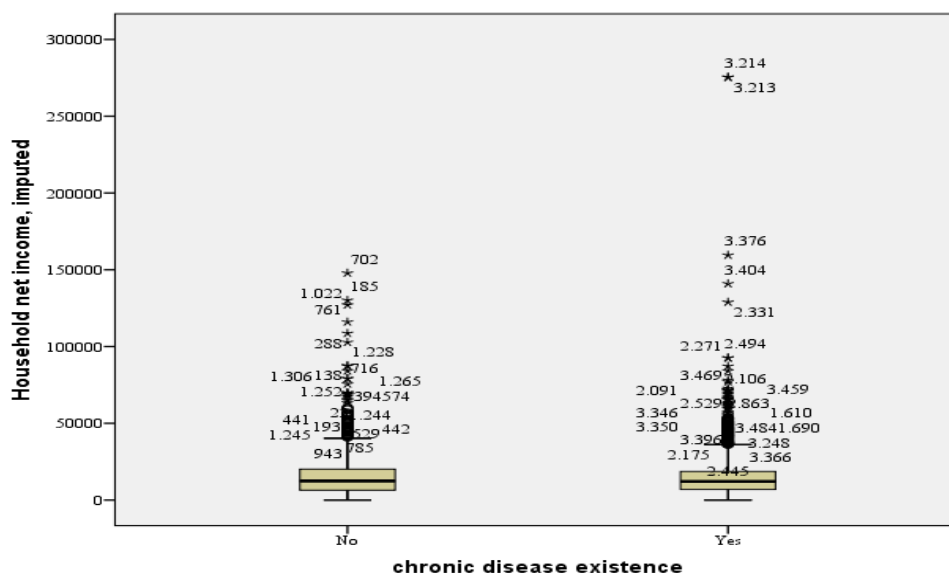
Πίνακας 14: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του οικογενειακού εισοδήματος

**Group Statistics**

	chronic disease existence	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Household net income, imputed	No	1429	15167,61	14571,983	385,481
	Yes	2152	14612,64	15377,227	331,480

**Πίνακας 15: Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του οικογενειακού εισοδήματος**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Household net income, imputed	variances equal	2,532	,112	1,080	3579	,280	554,979	513,951	-452,687	1562,645
	variances not assumed			1,092	3169,980	,275	554,979	508,403	-441,854	1551,812



**Εικόνα 13: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα για τον έλεγχο της συσχέτισης της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος και του οικογενειακού εισοδήματος**

### 3.5.2 Επίδραση της ικανότητας να ικανοποιούν τις ανάγκες του νοικοκυριού

Επίδραση της ικανότητας να ικανοποιούν τις ανάγκες του νοικοκυριού στην εμφάνιση χρόνιου νοσήματος ή όχι. Προκειμένου να διερευνηθεί αν η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος επιβαρύνει την ικανότητα του νοικοκυριού να αντιμετωπίσει τις καθημερινές του ανάγκες, εκτελέστηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  (πίνακας 17), του οποίου τα αποτελέσματα, πίνακες και γραφήματα δίνονται ακολούθως. Όπως προκύπτει δεν εμφανίζεται στατιστικώς

σημαντική διαφοροποίηση όσον αφορά την ικανότητα να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες τους τόσο τα νοικοκυριά που έχουν κάποιο πάσχοντα με χρόνια νόσημα, όσο και αυτά τα οποία δεν έχουν. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη διαδικασία του t-test (πίνακας 19).

**Πίνακας 16: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ικανότητας του νοικοκυριού να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του**

**chronic disease existence \* Is household able to make ends meet Crosstabulation**

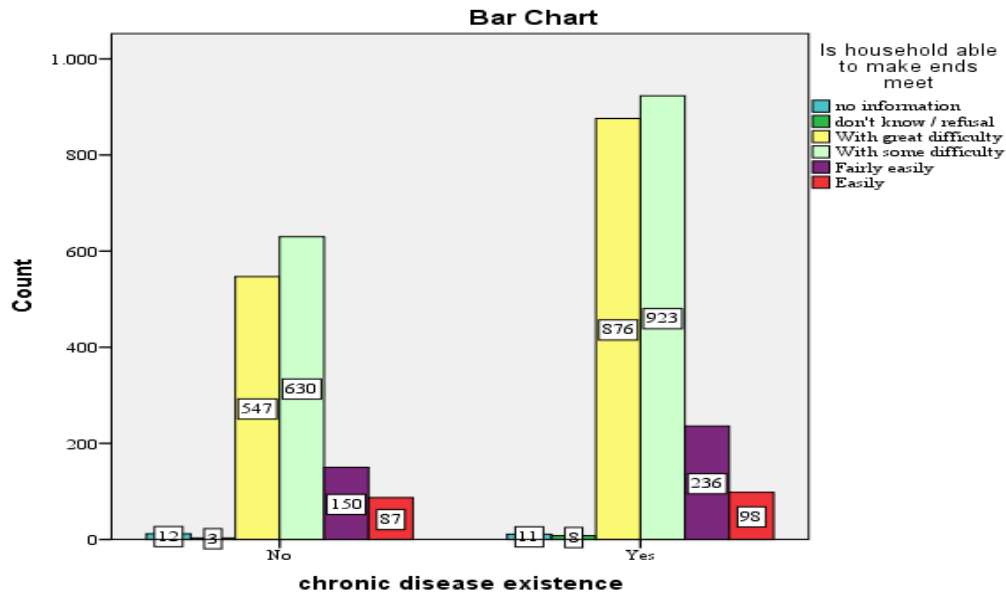
Count		Is household able to make ends meet						Total
		no information	don't know / refusal	With great difficulty	With some difficulty	Fairly easily	Easily	
chronic disease existence	No	12	3	547	630	150	87	1429
	Yes	11	8	876	923	236	98	2152
Total		23	11	1423	1553	386	185	3581

**Πίνακας 17: Αποτελέσματα του έλεγχου Χ<sup>2</sup> για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ικανότητας του νοικοκυριού να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,822 <sup>a</sup>	5	,166
Likelihood Ratio	7,768	5	,170
Linear-by-Linear Association	,082	1	,775
N of Valid Cases	3581		

a. 1 cells (8,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,39.



**Εικόνα 14:** Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ικανότητας του νοικοκυριού να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του

**Πίνακας 18:** Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ικανότητας του νοικοκυριού να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του

**Group Statistics**

		chronic disease existence	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Is household able to make ends meet	No		1429	1,67	1,861	,049
	Yes		2152	1,65	1,669	,036

**Πίνακας 19:** Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ικανότητας του νοικοκυριού να αντιμετωπίζει τις ανάγκες του

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Is household able to make ends meet	Equal variances assumed	,794	,373	,286	3579	,775	,017	,060	-,100	,134
	Equal variances not assumed			,280	2825,771	,780	,017	,061	-,103	,137

### 3.5.3 Επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στη συχνότητα χρόνιων νοσημάτων, εκτελέστηκε ο έλεγχος t-test (πίνακας 21) με έναν παράγοντα. Τα αποτελέσματα του ελέγχου δίνονται στους πίνακες που ακολουθούν, καθώς και ομαδοποιημένο θηκόγραμμα (εικόνα 15). Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση του επιπέδου εκπαίδευσης μεταξύ των ασθενών και των υγιών. Ειδικότερα προκύπτει ότι τα άτομα τα οποία δεν πάσχουν από χρόνια νοσήματα έχουν κατά μέση τιμή υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, (3,04) από τα άτομα τα οποία πάσχουν από χρόνια νόσημα, τα οποία σημειώνουν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (2,61). Η διαφοροποίηση αυτή εντοπίζεται ως στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 99%.

**Πίνακας 20 : Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες από την δοκιμασία t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης του επιπέδου εκπαίδευσης με την παρουσία χρόνιου νοσήματος.**

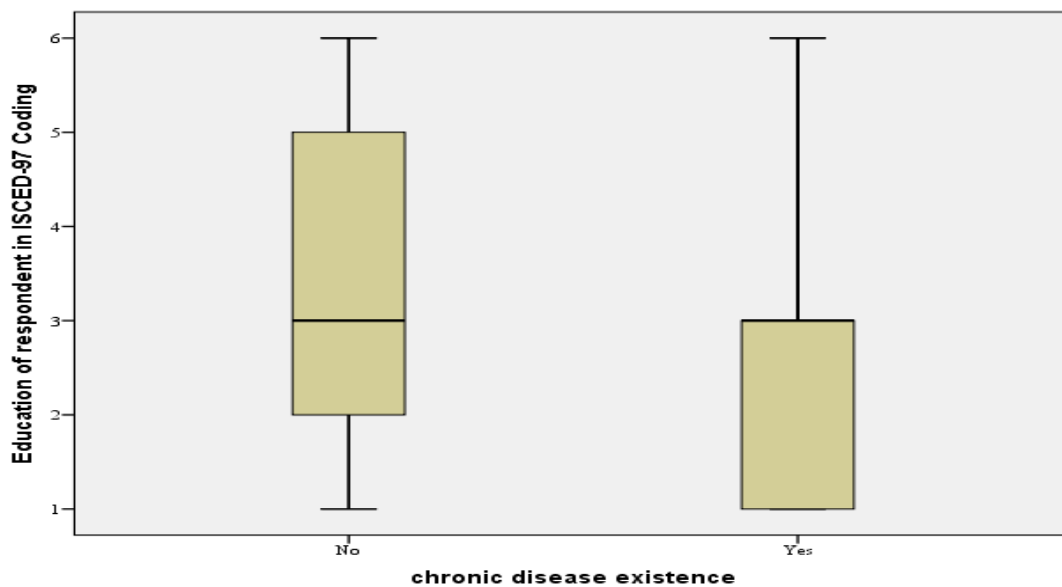
Group Statistics					
	chronic disease existence	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Education of respondent in ISCED-97 Coding	No	1393	3,04	1,519	,041
	Yes	2066	2,61	1,529	,034



**Πίνακας 21: Αποτελέσματα από την δοκιμασία t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης του επιπέδου εκπαίδευσης με την παρουσία χρόνιου νοσήματος.**

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Education of respondent in ISCED-97 Coding	Equal variances assumed	10,450	,001	8,176	3457	,000	,432	,053	,329	,536
	Equal variances not assumed			8,186	2999,924	,000	,432	,053	,329	,536



**Εικόνα 15: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα από την δοκιμασία t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης του επιπέδου εκπαίδευσης με την παρουσία χρόνιου νοσήματος.**

### 3.6 Ερευνητικό ερώτημα 6: Πώς αυτοεκτιμούν την υγεία τους οι πάσχοντες απο χρόνια νοσήματα και πως επιδρούν στην αυτοεκτίμηση της υγείας τους οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες;

#### 3.6.1 Αυτοεκτίμηση της υγείας

Όσον αφορά την αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας, αυτή γίνεται με το δείκτη Self-perceived health US version ο οποίος παίρνει τις τιμές 1: εξαιρετική υγεία, 2: πολύ καλή, 3: καλή, 4: μέτρια και 5: κακή. Υλοποιήθηκε ο έλεγχος t-test (πίνακας 23) προκειμένου να εντοπιστεί εάν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση στην αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας μεταξύ των ατόμων τα οποία εμφανίζουν χρόνια νόσημα και αυτών των οποίων δεν έχουν εμφανίσει χρόνια νόσημα. Από τον πίνακα των ομαδοποιημένων στατιστικών φαίνεται ότι τα άτομα τα οποία εμφανίζουν χρόνια νόσημα αναφέρουν μεγαλύτερες τιμές, δηλαδή χειρότερες τιμές της αυτοαναφερόμενης κατάστασης υγείας σε σχέση με τα άτομα τα οποία δεν έχουν χρόνια νόσημα. Μάλιστα η συγκεκριμένη διαφορά εντοπίζεται ως στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 99%. Τα άτομα δηλαδή που πάσχουν από χρόνια νόσημα θεωρούν ότι η κατάσταση της υγείας τους δεν είναι το ίδιο καλή με τον υπόλοιπο πληθυσμό, αν και κατά μέσο όρο θεωρούν ότι η υγεία τους είναι καλή.

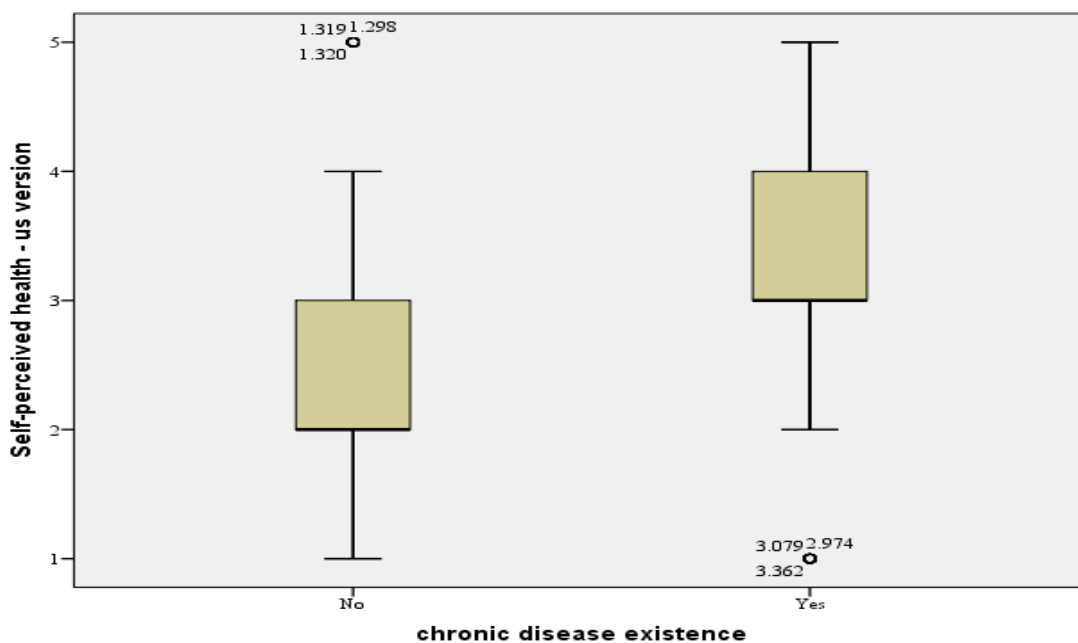
**Πίνακας 22: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της αυτοεκτίμησης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version**

Group Statistics					
	chronic disease existence	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Self-perceived health - us version	No	1429	2,23	,853	,023
	Yes	2152	3,14	,903	,019

**Πίνακας 23: Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της αυτοεκτίμησης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version**

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Self-perceived health - us version	Equal variances assumed	2,948	,086	-	3579	,000	-,909	,030	-,968	-,850
	Equal variances not assumed			-	3175,902	,000	-,909	,030	-,967	-,850



**Εικόνα 16: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της αυτοεκτίμησης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version**

### 3.6.2 Επίδραση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην αυτοεκτίμηση της υγείας

#### 3.6.2.1 Επίδραση της ικανότητας του νοικοκυριού να τα βγάλει πέρα στην αυτοεκτίμηση της υγείας

Όσον αφορά την επίδραση παραγόντων όπως είναι το εισόδημα του νοικοκυριού και η ικανότητα του νοικοκυριού να ανταπεξέρχεται στις υποχρεώσεις του, δίνονται τα αποτελέσματα ως ακολούθως. Όσον αφορά την ικανότητα των νοικοκυριών να τα βγάλουν πέρα, δηλαδή να ανταπεξέρχεται στις υποχρεώσεις τους, φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων, δηλαδή των νοικοκυριών που έχουν τουλάχιστον ένα άτομο, το οποίο έχει χρόνια νόσημα και των νοικοκυριών που δεν έχουν κάποιο άτομο με χρόνια νόσημα. Στην περίπτωση αυτή και μένοντας μόνο στην ομάδα των νοικοκυριών τα οποία έχουν κάποιο χρόνια νόσημα, εντοπίζεται μεγάλη διαφορά στην αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας μεταξύ των δύο. Βάσει της μεταβλητής η οποία μετράει την ικανότητα του νοικοκυριού να ανταπεξέρχεται στην κατάσταση του, φαίνεται ότι τα νοικοκυριά τα οποία αναφέρουν ότι ανταπεξέρχονται με μεγάλη δυσκολία στα προβλήματα τα οποία επιβάλλει η καθημερινότητα με οικονομικούς όρους, αναφέρουν χειρότερη κατάσταση υγείας από τα νοικοκυριά τα οποία δηλώνουν ότι εύκολα ανταπεξέρχονται στα καθημερινά οικονομικά προβλήματα. Η διαφοροποίηση αυτή αξιολογείται από τη διαδικασία του t-test ως στατιστικώς σημαντική.

**Πίνακας 24:** Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης της αυτοαναφερόμενης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version και της ικανότητας του νοικοκυριού να ανταπεξέρχεται στις ανάγκες του

Group Statistics <sup>a</sup>					
	Is household able to make ends meet	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Self-perceived health - us version	With great difficulty	876	3,33	,946	,032
	Easily	98	2,86	,885	,089

a. chronic disease existence = Yes

**Πίνακας 25: Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης της αυτοεκτίμησης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version και της ικανότητας του νοικοκυριού να ανταπεξέρχεται στις ανάγκες του**

		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Self-perceived health - us version	Equal variances assumed	4,456	,035	4,699	972	,000	,470	,100	,274	,667
	Equal variances not assumed			4,955	123,147	,000	,470	,095	,283	,658

a. chronic disease existence = Yes

### 3.6.2.2 Επίδραση εισοδήματος στην αυτοεκτίμηση της υγείας

Όσον αφορά το οικογενειακό εισόδημα και την επίδρασή του στην αυτοεκτίμηση της κατάστασης της υγείας, εντοπίζεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του εισοδήματος με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας, ωστόσο αυτή είναι αρκετά ασθενής. Ειδικότερα, η εκατοστιαία κατανομή του εισοδήματος, εμφανίζει δείκτη συσχέτισης  $-0,076$  με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας, ενώ ο αντίστοιχος συντελεστής για το καθαρό οικογενειακό εισόδημα είναι  $-0,45$ . Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει η αμυδρή τάση όσο βελτιώνεται το εισόδημα να αναφέρονται χαμηλότερες τιμές αυτοεκτίμησης της υγείας, που σύμφωνα με τον συγκεκριμένο δείκτη ( self-perceived health US version) σημαίνει βελτίωση της υγείας.

**Πίνακας 26: Τιμές του συντελεστή συσχέτισης για τον έλεγχο της συσχέτισης της αυτοεκτίμησης κατάστασης της υγείας του ατόμου με βάση την κλίμακα Self-Perceived Health - Us Version και του εισοδήματος.**

<b>Correlations<sup>a</sup></b>		Self-perceived health - us version	Hhd income percentiles wave 6	Household net income, imputed
Self-perceived health - us version	Pearson Correlation	1	<b>-,076**</b>	<b>-,045*</b>
	Sig. (2-tailed)		,000	,036
	N	2152	2152	2152
Hhd income percentiles wave 6	Pearson Correlation	-,076**	1	,715**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	2152	2152	2152
Household net income, imputed	Pearson Correlation	-,045*	,715**	1
	Sig. (2-tailed)	,036	,000	
	N	2152	2152	2152

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

a. chronic disease existence = Yes

### **3.7 Ερευνητικό ερώτημα 7: : Πώς αξιολογείται η ποιότητα ζωής στους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα και πως επιδρούν στην αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής τους οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες;**

#### **3.7.1 Ποιότητα ζωής ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα**

Προκειμένου να εντοπιστεί αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση της ποιότητας της ζωής μεταξύ των πασχόντων από χρόνια νοσήματα και των μη πασχόντων, των υγιών ατόμων δηλαδή του δείγματος, εκτελέστηκε ο έλεγχος t-test με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή την ύπαρξη ή όχι χρόνιου νοσήματος. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης CASP-12, ο οποίος βασίζεται σε ερωτηματολόγιο σχετικά με το πόσο συχνά νιώθουν οι ερωτηθέντες συγκεκριμένα συναισθήματα ή πόσο συχνά βρίσκονται σε συγκεκριμένες καταστάσεις (αξιολογείται η ικανότητα ελέγχου, η αυτονομία, η ευχαρίστηση και η αυτογνωσία). Οι απαντήσεις καταγράφονται σε κλίμακα από 1 έως 4 (ποτέ έως συχνά). Ο δείκτης παίρνει τιμές από 12 έως 48, με τις μεγαλύτερες τιμές να δείχνουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα του t-test δίνονται στον πίνακα

που ακολουθεί από όπου προκύπτει ότι τα άτομα τα οποία έχουν χρόνια νόσημα έχουν μία κατά μέση τιμή χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τα άτομα τα οποία δεν έχουν χρόνια νόσημα. Η διαφορά αυτή αξιολογείται ως στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο 99%.

**Πίνακας 27: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ποιότητας ζωής του ατόμου**

Group Statistics					
	chronic disease existence	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CASP: quality of life and well-being index	No	1429	33,69	6,966	,184
	Yes	2152	30,47	9,006	,194

**Πίνακας 28: Αποτελέσματα του ελέγχου t-test για τον έλεγχο της συσχέτισης της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ποιότητας ζωής του ατόμου**

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances			t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
CASP: quality of life and well-being index	Equal variances assumed	10,654	,001	11,420	3579	,000	3,216	,282	2,664	3,768
	Equal variances not assumed			12,016	3497,122	,000	3,216	,268	2,691	3,741

### 3.7.2 Επίδραση εισοδήματος στην ποιότητα ζωής

Όσον αφορά την επίδραση του εισοδήματος στην ποιότητα ζωής, προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση εξαιρετικά ασθενής όμως μεταξύ του εισοδήματος (είτε αυτό εκφράζεται σε εκατοστημόρια ή ως αριθμητική μεταβλητή) και της ποιότητας ζωής. Ειδικότερα και στις δύο περιπτώσεις εντοπίζεται συντελεστής σημαντικότητας 0,94 ο οποίος θεωρείται ως εξαιρετικά χαμηλός, υποδηλώνοντας ότι

υπάρχει η αμυδρή τάση όσο αυξάνεται το εισόδημα να αναφέρεται μία αμυδρή βελτίωση της ποιότητας ζωής με κριτήριο πάντα το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής. (πίνακας 29)

**Πίνακας 29: Τιμές του συντελεστή συσχέτισης για τον έλεγχο της συσχέτισης της ποιότητας ζωής του ατόμου με βάση την κλίμακα CASP-12 και εισοδήματος.**

<b>Correlations<sup>a</sup></b>		CASP: quality of life and well-being index	Hhd income percentiles wave 6	Household net income, imputed
CASP: quality of life and well- being index	Pearson Correlation	1	<b>,094**</b>	<b>,093**</b>
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	2152	2152	2152
Hhd income percentiles wave 6	Pearson Correlation	,094**	1	<b>,715**</b>
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	2152	2152	2152
Household net income, imputed	Pearson Correlation	,093**	<b>,715**</b>	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	2152	2152	2152

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

a. chronic disease existence = Yes

### **3.8 Ερευνητικό ερώτημα 8: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του φύλου στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, στην αυτοεκτίμηση της υγείας και στην ποιότητα ζωής;**

#### **3.8.1 Φύλο και εκδήλωση χρόνιου νοσήματος**

Προκειμένου να διαπιστωθεί αν υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση του φύλλου στην εκδήλωση χρόνιου νοσήματος ή αν τα χρόνια νοσήματα κατανέμονται με διαφορετικό τρόπο στα δύο φύλα όσον αφορά την πιθανότητα εμφάνισης τους εκτελέστηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  τετράγωνο του Pearson. Από τα αποτελέσματα του ελέγχου η διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων νοσημάτων μεταξύ των δύο φύλων εντοπίζεται ως στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 97%. Ειδικότερα, προκύπτει ότι τα ποσοστά των



ανδρών στην ύπαρξη των χρόνιων νοσημάτων είναι σημαντικά μεγαλύτερα από τα ποσοστά των γυναικών στην ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, δηλαδή οι άνδρες σημειώνουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων απ' ότι οι γυναίκες. Αυτό φαίνεται από το γεγονός ότι 988 από τους 1571 άνδρες του δείγματος (62,9%) εμφανίζουν χρόνια νόσημα σε σχέση με τις 1164 γυναίκες από τις 2010 συνολικά του δείγματος (57,9%). Το φύλο δηλαδή ασκεί μία στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση στη συχνότητα εμφάνισης, με τους άντρες να σημειώνουν μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων απ' ότι οι γυναίκες. Αυτό απεικονίζεται και στο ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα το οποίο ακολουθεί. (εικόνα 17)

**Πίνακας 30: Πίνακας διπλής εισόδου από τον έλεγχο X2 για τον έλεγχο ανεξαρτησίας του φύλου με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων**

**chronic disease existence \* Gender: female=1, male=0 Crosstabulation**

Count		Gender: female=1, male=0		Total
		male	female	
chronic disease existence	No	583	846	1429
	Yes	988	1164	2152
Total		1571	2010	3581

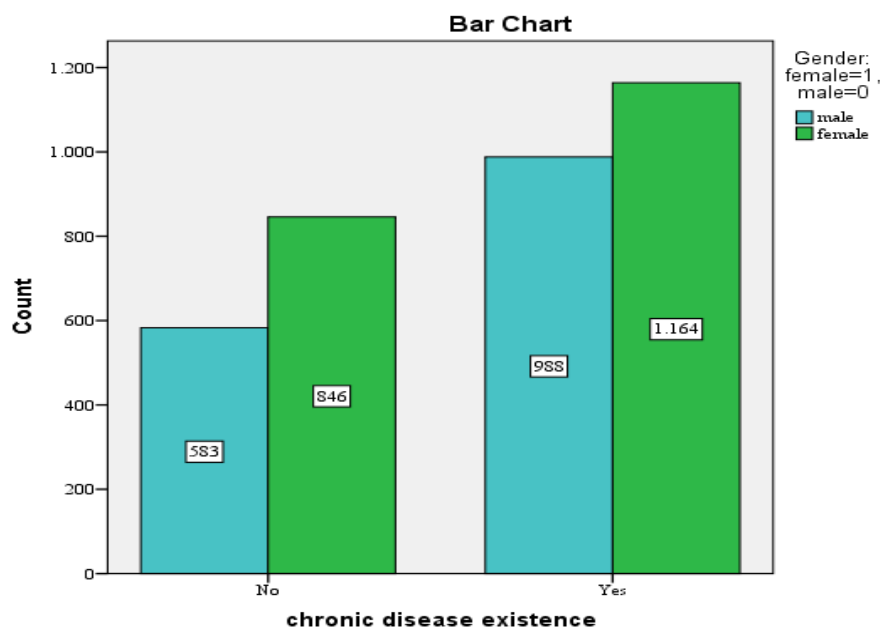
**Πίνακας 31: Αποτελέσματα από τον έλεγχο X2 για τον έλεγχο ανεξαρτησίας του φύλου με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,117 <sup>a</sup>	1	,003		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8,911	1	,003		
Likelihood Ratio	9,138	1	,003		
Fisher's Exact Test				,003	,001
Linear-by-Linear Association	9,115	1	,003		
N of Valid Cases	3581				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 626,91.

b. Computed only for a 2x2 table



Εικόνα 17: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα από τον έλεγχο Χ2 για τον έλεγχο ανεξαρτησίας του φύλου με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων

### 3.8.2 Φύλο και αυτοεκτίμηση υγείας

Όσον αφορά την διαφοροποιητική επίδραση του φύλου στην αυτοεκτίμηση της κατάστασης υγείας, υλοποιήθηκε ο έλεγχος t-test με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας και ανεξάρτητη μεταβλητή το φύλο. Οι διαφοροποιήσεις οι οποίες εντοπίστηκαν αξιολογούνται ως στατιστικά σημαντικές και δείχνουν ότι οι γυναίκες αναφέρουν μεγαλύτερες τιμές αυτοεκτίμησης υγείας δηλαδή χειρότερα επίπεδα κατάστασης υγείας βάσει του συγκεκριμένου συντελεστή. Δηλαδή αξιολογούν την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας πιο αρνητικά απ' ότι οι άντρες (μέση τιμή 2,83 έναντι 2,71).

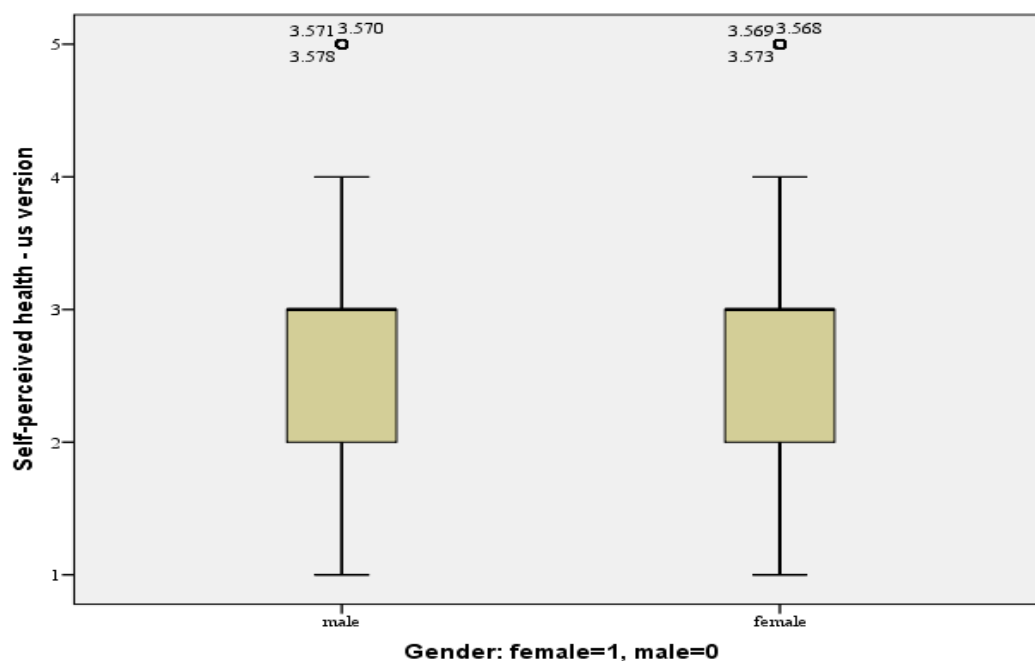
Πίνακας 32: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας.

Group Statistics					
	Gender: female=1, male=0	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Self-perceived health -	male	1571	2,71	1,006	,025
us version	female	2010	2,83	,972	,022

**Πίνακας 33: Αποτελέσματα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας.**

**Independent Samples Test**

	Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
Self-perceived health - us version	Equal variances assumed	7,033	,008	-	3579	,000	-,127	,033	-,192	-,062
	Equal variances not assumed			-	3317,425	,000	-,127	,033	-,192	-,062



**Εικόνα 18: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας.**

**3.8.3 Φύλο και ποιότητα ζωής**

Όσον αφορά την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών με χρόνια νόσημα, απ' τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test ο οποίος υλοποιήθηκε (πίνακας 35), προκύπτει επίσης στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και

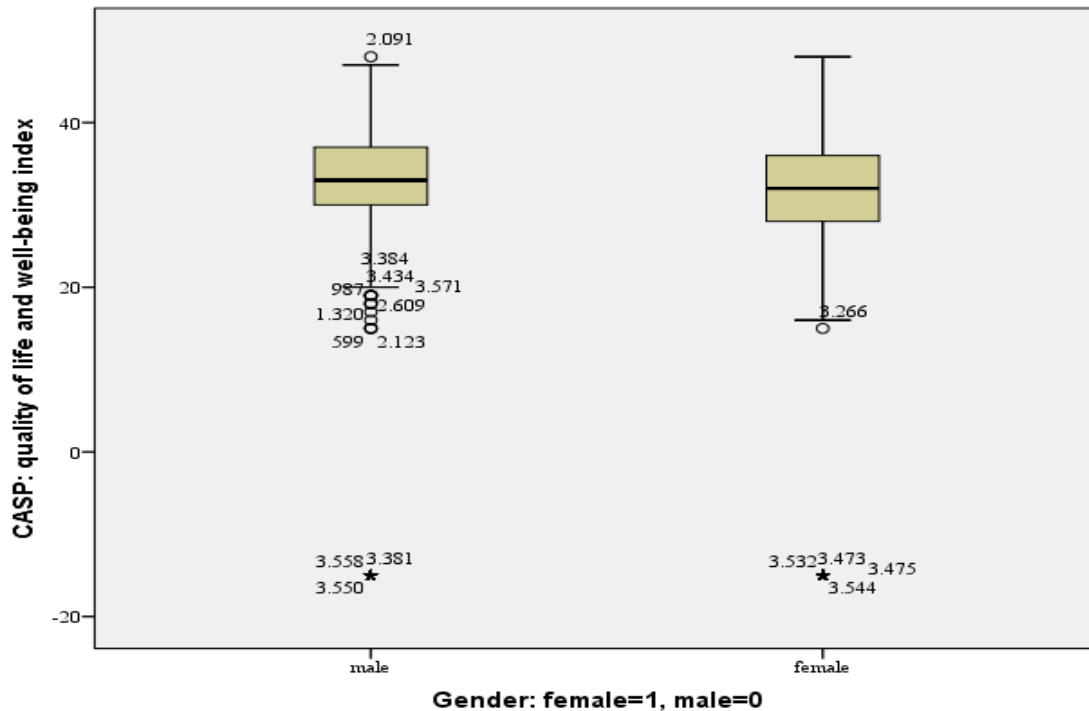
γυναικών, με τους άντρες να σημειώνουν ελαφρώς υψηλότερη μέση τιμή αναφερόμενης ποιότητας ζωής σε σχέση με τις γυναίκες. Δηλαδή μέση τιμή 32,28 οι άντρες, έναντι 31,34 οι γυναίκες. Ωστόσο αν και φαινομενικά αυτή η διαφορά είναι μικρή λαμβάνοντας υπόψη την διακύμανση των κατανομών, αξιολογείται ως στατιστικώς σημαντικά διαφορετική.

**Πίνακας 34: Περιγραφικά στατιστικά μέτρα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την ποιότητα ζωής.**

<b>Group Statistics</b>					
	Gender: female=1, male=0	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
CASP: quality of life	male	1571	32,28	8,765	,221
and well-being index	female	2010	31,34	8,083	,180

**Πίνακας 35: Αποτελέσματα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την ποιότητα ζωής.**

<b>Independent Samples Test</b>											
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper		
CASP: quality of life and well-being index	Equal variances assumed	,823	,364	3,312	3579	,001	,936	,283	,382	1,489	
	Equal variances not assumed			3,279	3233,964	,001	,936	,285	,376	1,495	



Εικόνα 19: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα της δοκιμασίας t-test για τον έλεγχο συσχέτισης του φύλου με την ποιότητα ζωής.

### 3.9 Ερευνητικό ερώτημα 9: Υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων;

Η οικογενειακή κατάσταση αποτελεί μία παράμετρο του κοινωνικού περιβάλλοντος ενός ατόμου. Προκειμένου να εντοπιστεί αν υπάρχει διαφοροποιητική επίδραση της εμφάνισης χρόνιου νοσήματος ή όχι από την οικογενειακή κατάσταση, υλοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  του οποίου ο πίνακας κατανομής και ο πίνακας με τα στατιστικά δίνονται ως ακολούθως (πίνακες 36, 37). Από τα αποτελέσματα του ελέγχου προκύπτει στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση, δηλαδή η εμφάνιση χρόνιου νοσήματος και η οικογενειακή κατάσταση δεν είναι δύο άσχετα γεγονότα. Ωστόσο, από τον πίνακα διπλής εισόδου, δεν προκύπτει καθαρά πώς θα μπορούσε να αξιολογηθεί η διαφορά αυτή. Φαίνεται όμως ότι υπάρχει μία αμυδρή μείωση της πιθανότητας εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων στα ζευγάρια που είτε συμβιώνουν είτε είναι παντρεμένα και μένουν μαζί, με πιθανότητα η οποία πέφτει κάτω από ένα στα 2, δηλαδή κάτω από 0,5 έναντι όλων των υπολοίπων μορφών οικογενειακή κατάσταση.

**Πίνακας 36: Πίνακας διπλής εισόδου για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της οικογενειακής κατάστασης**

**chronic disease existence \* Marital status Crosstabulation**

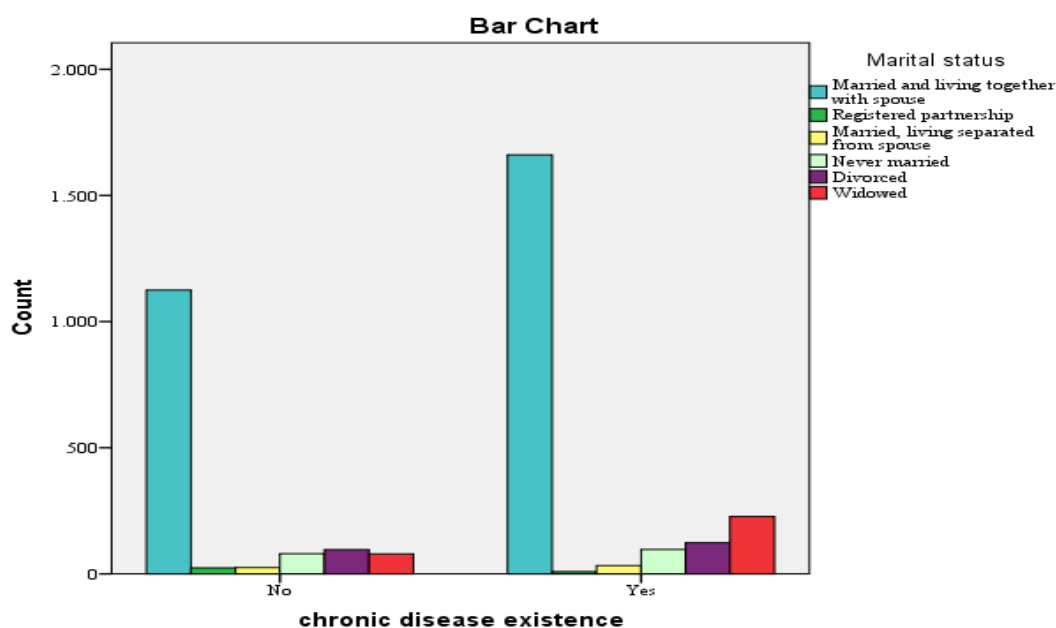
		Marital status						Total
		Married and living together with spouse	Registered partnership	Married, living separated from spouse	Never married	Divorced	Widowed	
chronic disease existence	No	1125	24	25	80	96	79	1429
	Yes	1661	9	33	97	123	227	2150
Total		2786	33	58	177	219	306	3579

**Πίνακας 37: Αποτελέσματα από τον έλεγχο Χ2 για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της οικογενειακής κατάστασης**

**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	44,130 <sup>a</sup>	5	,000
Likelihood Ratio	45,347	5	,000
Linear-by-Linear Association	7,798	1	,005
N of Valid Cases	3579		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,18.



**Εικόνα 20: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα από τον έλεγχο Χ2 για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της οικογενειακής κατάστασης**

### **3.10 Ερευνητικό ερώτημα 10: Συνδέεται η εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων με παράγοντες κινδύνου που έχουν να κάνουν με συνήθειες (δείκτης μάζας σώματος, κάπνισμα στο παρόν, κάπνισμα στο παρελθόν, σωματική άσκηση);**

Προκειμένου να διερευνηθεί αν συνδέεται η εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων με παράγοντες κινδύνου που έχουν να κάνουν με συνήθειες όπως η παχυσαρκία μετρούμενη με το δείκτη μάζας σώματος (BMI), το κάπνισμα στο παρόν, το κάπνισμα στο παρελθόν και η σωματική άσκηση, εκτελέστηκε η διαδικασία της λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την εμφάνιση ή όχι χρόνιων νοσημάτων και όλες τις υπόλοιπες μεταβλητές που απεικονίζουν τις συνήθειες ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 38) δίνονται τα στατιστικά του μοντέλου ενώ στον παρακάτω πίνακα δίνονται τα αποτελέσματα της λογαριθμιστικής παλινδρόμησης.

Από τα στατιστικά καλής προσαρμογής του μοντέλου, προκύπτει ότι ο συντελεστής R<sup>2</sup> είναι της τάξης 0,088% το οποίο δηλώνει ότι συνολικά παρόλο που βρέθηκαν αρκετές στατιστικώς σημαντικές επιδράσεις η ερμηνευτική ικανότητα του μοντέλου στην εμφάνιση ή όχι χρόνιων νοσημάτων παραμένει χαμηλή. Υποδηλώνεται δηλαδή με τον τρόπο αυτό ότι η συνολική ερμηνευτική ικανότητα των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται παρακάτω αγγίζει το 8,8%, ενώ το υπόλοιπο περίπου 90% αφορά τυχαίους παράγοντες ή συστηματικούς παράγοντες οι οποίοι δεν έχουν εισαχθεί ως ανεξάρτητες μεταβλητές στην λογαριθμιστική παλινδρόμηση. Από τον πίνακα των συντελεστών της παλινδρόμησης (πίνακας 39), προκύπτει ότι σχεδόν όλες οι μεταβλητές οι οποίες εισήχθησαν είναι προβλεπτικοί παράγοντες σε μικρό ή μεγάλο βαθμό της εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων ή όχι.

Από τον πίνακα αυτό προκύπτει ότι τόσο ο δείκτης μάζας σώματος όσο το κάπνισμα την τρέχουσα περίοδο, το κάπνισμα σε προηγούμενες περιόδους, αλλά και η συστηματική άθληση, επιδρούν με στατιστικώς σημαντικό τρόπο στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Ειδικότερα, φαίνεται ότι η ελάττωση της συστηματικής άθλησης, προκαλεί αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, ότι το κάπνισμα στο παρελθόν συντελεί και αυτό θετικά στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, το κάπνισμα την τρέχουσα περίοδο επίσης σχετίζεται με αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων και αυτό συμβαίνει επίσης με το δείκτη μάζας σώματος ο οποίος επίσης συντελεί στην αύξηση της πιθανότητας εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων με την έννοια

ότι τα άτομα τα οποία έχουν χρόνια νόσημα, έχουν αυξημένο BMI σε σχέση με τα άτομα τα οποία δεν έχουν χρόνια νόσημα.

**Πίνακας 38:** Στατιστικά καλής προσαρμογής του μοντέλου για την λογαριθμική ανάλυση παλινδρόμησης για τον έλεγχο της επίδρασης των ατομικών χαρακτηριστικών στην πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων

**Model Summary**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	4577,682 <sup>a</sup>	,065	<b>,088</b>

a. Estimation terminated at iteration number 20 because maximum iterations has been reached. Final solution cannot be found.

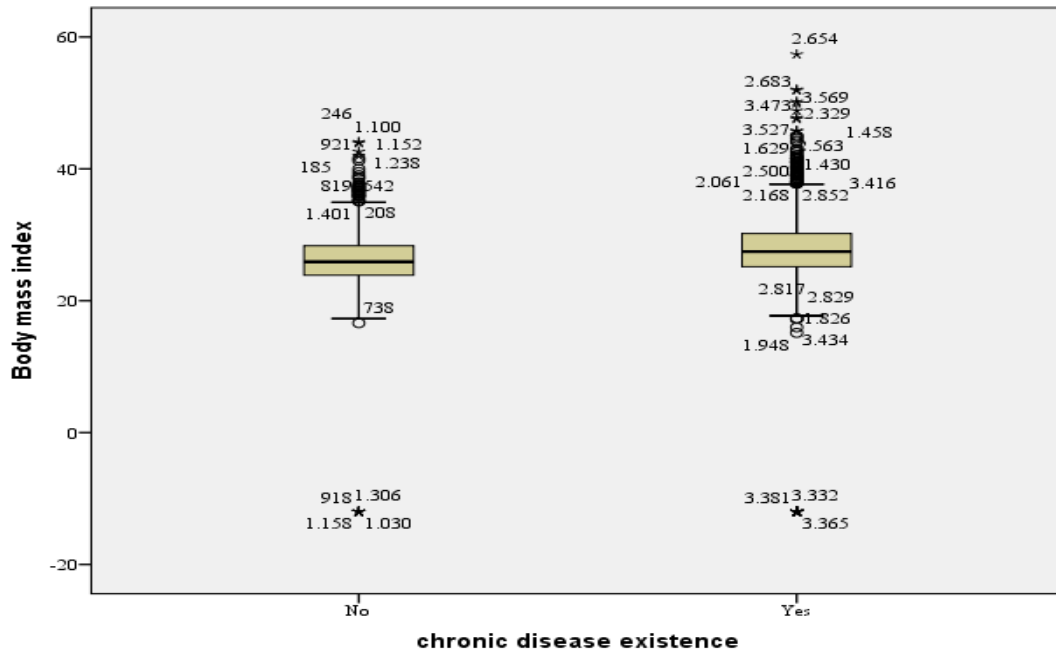
**Πίνακας 39:** Συντελεστές προσδιορισμού από την λογαριθμική ανάλυση παλινδρόμησης για τον έλεγχο της επίδρασης των ατομικών χαρακτηριστικών στην πιθανότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων

**Variables in the Equation**

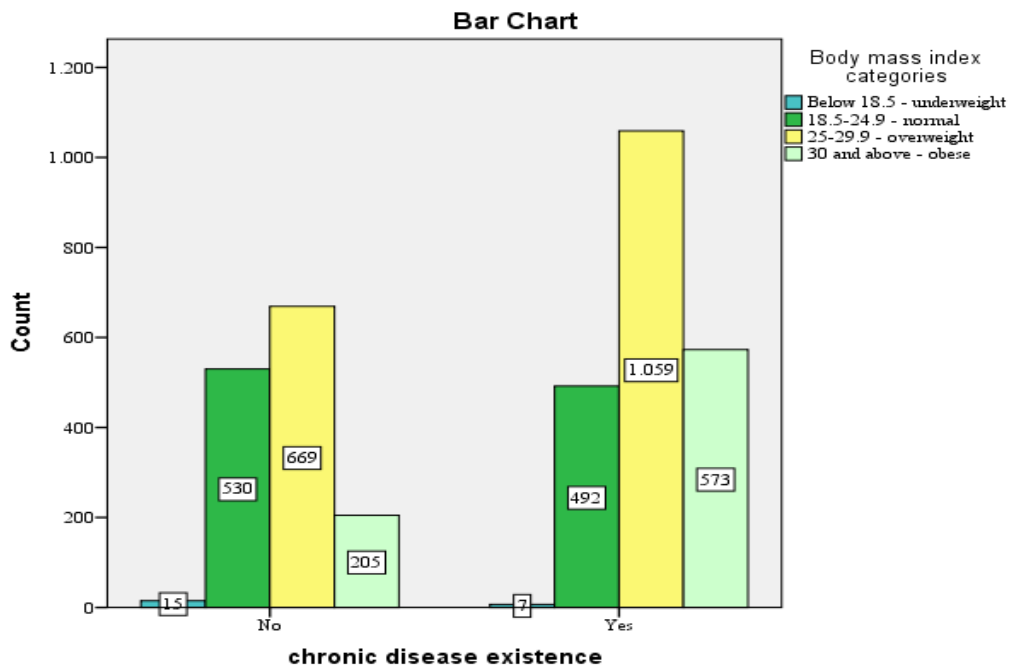
		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
								Lower	Upper
Step 1 <sup>a</sup>	bmi	,053	,007	56,991	1	<b>,000</b>	1,055	1,040	1,070
	smoking			55,143	2	<b>,000</b>			
	smoking(1)	,409	,082	24,784	1	<b>,000</b>	1,505	1,281	1,767
	smoking(2)	-,294	,114	6,674	1	<b>,010</b>	,745	,597	,932
	ever_smoked			9,209	2	<b>,010</b>			
	ever_smoked(1)	20,372	28186,068	,000	1	,999	703689249,960	,000	.
	ever_smoked(2)	,252	,083	9,209	1	<b>,002</b>	1,286	1,093	1,514
	br015_			99,540	3	<b>,000</b>			
	br015_(1)	-1,025	,103	98,305	1	<b>,000</b>	,359	,293	,439
	br015_(2)	-,592	,109	29,551	1	<b>,000</b>	,553	,447	,685
	br015_(3)	-,535	,107	25,179	1	<b>,000</b>	,586	,476	,722
	Constant	-,695	,217	10,273	1	<b>,001</b>	,499		

a. Variable(s) entered on step 1: bmi, smoking, ever\_smoked, br015\_.





Εικόνα 21: Ομαδοποιημένο θηκόγραμμα για την επίδραση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων.



Εικόνα 22: Ομαδοποιημένο ραβδόγραμμα για την επίδραση του δείκτη μάζας σώματος (BMI) στην εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων

Στο παραπάνω ραβδόγραμμα φαίνεται πόσο μεγαλύτερη είναι η αναλογία παχυσαρκίας μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νόσημα. Βλέπουμε ότι περίπου 2 στους 4 ασθενείς είναι υπέρβαροι (49,7%) και 1 στους 4 παχύσαρκοι (26,9%), ενώ από αυτούς που δεν έχουν χρόνια νόσημα μόνο το 14,4% είναι παχύσαρκοι.

### **3.11 Ερευνητικό ερώτημα 11: Υπάρχει συσχέτιση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (εισόδημα, εκπαίδευση και φύλο) με τους παράγοντες κινδύνου (bmi, κάπνισμα, άσκηση);**

Στο ερευνητικό ερώτημα αυτό επιχειρείται να εντοπιστεί αν υπάρχει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με συμπεριφορές. Ως κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες εντοπίζουμε το εισόδημα, την εκπαίδευση και το φύλο και ως παράγοντες κινδύνου εντοπίζουμε τον δείκτη μάζας σώματος, την άσκηση και το κάπνισμα. Προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση αυτή, εκτελείται η μεθοδολογία της γραμμικής παλινδρόμησης ή της λογιστικής παλινδρόμησης για την περίπτωση του φύλου. Επιλέγονται ως εξαρτημένες μεταβλητές οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, χωρίς αυτό να αφορά τον εντοπισμό μιας ουσιώδους σχέσης στην πραγματικότητα, απλώς για τεχνικούς λόγους για την διεξαγωγή της ανάλυσης παλινδρόμησης πρέπει να εντοπιστεί μία εξαρτημένη μεταβλητή. Εάν εντοπίζεται από την διαδικασία της παλινδρόμησης επίδραση των ανεξάρτητων στις εξαρτημένες, θεωρείται βέβαιο ότι και η αντίστροφη σχέση της διαδικασίας της παλινδρόμησης θα εντοπιζόταν ανάλογα. Επομένως, ο διαχωρισμός σε εξαρτημένες και ανεξάρτητες δεν έχει να κάνει τόσο με την αιτιοκρατική σχέση στην πραγματικότητα, όσο με μία τεχνική επιλογή για την διαδικασία εκτέλεσης του αλγόριθμου της παλινδρόμησης.

#### 3.11.1 Εισόδημα

Όσον αφορά την αλληλεπίδραση των παραγόντων κινδύνου με το οικογενειακό εισόδημα, από την ανάλυση της παλινδρόμησης προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική επίδραση όλων των εξεταζόμενων μεταβλητών πλην το Body Mass Index, δηλαδή του δείκτη BMI. Ειδικότερα, προκύπτει στατιστικώς σημαντική επίδραση μεταξύ του φύλου, της συστηματικής άσκησης και του καπνίσματος και του εισοδήματος. Αναλυτικότερα, οι άντρες σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα εισοδημάτων από τις γυναίκες. Η μεταβλητή που υποδεικνύει την άσκηση παίρνει τιμές από 1: πάνω από 1 φορά την εβδομάδα έως 4: καθόλου, άρα το αρνητικό πρόσημο που εμφανίζεται στον πίνακα 40 δείχνει ότι όσο αυξάνεται το εισόδημα η μεταβλητή παίρνει

χαμηλότερες τιμές, δηλαδή οι αθλούμενοι και γενικότερα αυτοί που κάνουν κάποια σωματική δραστηριότητα σημειώνουν υψηλότερα επίπεδα εισοδημάτων από τους μη συστηματικά αθλούμενους. Η μεταβλητή για το κάπνισμα παίρνει τιμές 1: ναι και 5: όχι, άρα οι καπνιστές σημειώνουν χαμηλότερα επίπεδα εισοδήματος από τους μη καπνιστές. Όλα αυτά εντοπισμένα αποκλειστικά και μόνο για την ομάδα των χρονίως πασχόντων.

**Πίνακας 40: Αποτελέσματα (συντελεστές προσδιορισμού στατιστικά καλής προσαρμογής) από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για τον έλεγχο συσχέτισης των παραγόντων κινδύνου με το εισόδημα.**

<b>Coefficients<sup>a,b</sup></b>		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
Model		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	6,358	,338		18,820	<b>,000</b>
	Gender: female=1, male=0	-,596	,125	-,102	-4,764	<b>,000</b>
	Body mass index	,004	,011	,008	,368	,713
	Sports or activities that are vigorous	-,124	,056	-,047	-2,212	<b>,027</b>
	Smoke at the present time	,031	,007	,099	4,612	<b>,000</b>

a. chronic disease existence = Yes

b. Dependent Variable: Hhd income percentiles wave 6

**Model Summary**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,149 <sup>b</sup>	,022	,020	2,892

a. chronic disease existence = Yes

b. Predictors: (Constant), Smoke at the present time, Gender: female=1, male=0, Sports or activities that are vigorous, Body mass index

### 3.11.2 Εκπαίδευση

Όσον αφορά τη συσχέτιση του επιπέδου εκπαίδευσης με τους παράγοντες κινδύνου, εκτελέστηκε η διαδικασία της ανάλυσης παλινδρόμησης (πίνακας 41) από την οποία προκύπτει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της εκπαίδευσης με το φύλο και με τον δείκτη BMI, ενώ οριακά και ενδεικτικά απορρίπτεται η περίπτωση των αθλητικών δραστηριοτήτων. Αναλυτικότερα, προκύπτει ότι κατά μέσο όρο οι άνδρες λαμβάνουν

καλύτερη εκπαίδευση από τις γυναίκες, ότι υπάρχει μία αμυδρή αρνητική σχέση μεταξύ του δείκτη BMI και της εκπαίδευσης. Δηλαδή καθώς μεγαλώνει το επίπεδο εκπαίδευσης μειώνεται ο δείκτης BMI και οριακά όσον αφορά τη στατιστική σημαντικότητα, φαίνεται ότι υπάρχει μία μείωση του επιπέδου αθλητικής δραστηριότητας όσο αυξάνεται η εκπαίδευση.

**Πίνακας 41: Αποτελέσματα (συντελεστές προσδιορισμού στατιστικά καλής προσαρμογής) από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για τον έλεγχο συσχέτισης των παραγόντων κινδύνου με την εκπαίδευση.**

**Coefficients<sup>a,b</sup>**

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized	t	Sig.
		B	Std. Error	Coefficients Beta		
1	(Constant)	3,290	,181		18,216	<b>,000</b>
	Gender: female=1, male=0	-,465	,066	-,152	-6,994	<b>,000</b>
	Body mass index	-,020	,006	-,077	-3,542	<b>,000</b>
	Sports or activities that are vigorous	,057	,030	,041	1,901	,057
	Smoke at the present time	,005	,004	,030	1,358	,175

a. chronic disease existence = Yes

b. Dependent Variable: Education of respondent in ISCED-97 Coding

**Model Summary<sup>a</sup>**

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,176 <sup>b</sup>	,031	,029	1,506

a. chronic disease existence = Yes

b. Predictors: (Constant), Smoke at the present time, Gender: female=1, male=0, Sports or activities that are vigorous, Body mass index

**ANOVA<sup>a,b</sup>**

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	150,343	4	37,586	16,561	,000 <sup>c</sup>
	Residual	4677,434	2061	2,269		
	Total	4827,778	2065			

a. chronic disease existence = Yes

b. Dependent Variable: Education of respondent in ISCED-97 Coding

c. Predictors: (Constant), Smoke at the present time, Gender: female=1, male=0, Sports or activities that are vigorous, Body mass index

### 3.11.3 Φύλο

Όσον αφορά την συσχέτιση του φύλου με τους παράγοντες κινδύνου, εκτελέστηκε η ανάλυση λογαριθμιστικής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το φύλο και ανεξάρτητες μεταβλητές την άσκηση, το κάπνισμα και τον δείκτη BMI. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης παλινδρόμησης προκύπτει στατιστικώς σημαντική συσχέτιση του φύλου μόνο με το κάπνισμα. Ειδικότερα, προκύπτει ότι κατά μέσο όρο το κάπνισμα εμφανίζεται με μεγαλύτερη πιθανότητα στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες. Για τις υπόλοιπες μεταβλητές, δηλαδή για την φυσική δραστηριότητα μέσω της άσκησης και για το δείκτη μάζας σώματος δεν εντοπίζεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση τους με το φύλο.

**Πίνακας 42: Αποτελέσματα (συντελεστές προσδιορισμού στατιστικά καλής προσαρμογής) από την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση για τον έλεγχο συσχέτισης των παραγόντων κινδύνου με το φύλο.**

<b>Variables in the Equation<sup>a</sup></b>		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 <sup>b</sup>	br015_			1,930	3	,587	
	br015_(1)	,023	,124	,035	1	,852	1,023
	br015_(2)	,153	,123	1,535	1	,215	1,165
	br015_(3)	,105	,119	,773	1	,379	1,111
	smoking			8,148	2	<b>,017</b>	
	smoking(1)	-,089	,098	,815	1	,367	,915
	smoking(2)	-,362	,128	8,029	1	<b>,005</b>	,696
	bmi	,000	,007	,001	1	,976	1,000
	Constant	,192	,233	,683	1	,409	1,212

a. chronic disease existence = Yes

b. Variable(s) entered on step 1: br015\_, smoking, bmi.

#### **Model Summary<sup>a</sup>**

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	2958,625 <sup>b</sup>	,005	,006

a. chronic disease existence = Yes

b. Estimation terminated at iteration number 3 because parameter estimates changed by less than ,001.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να παρουσιάσει την επιδημιολογία των χρόνιων νοσημάτων σε πληθυσμό ηλικίας 50-75 ετών στην Ελλάδα, να εξετάσει την επίδραση που έχουν στη ζωή των ασθενών (πρόσφατη επίσκεψη σε νοσοκομείο, πρόωρη συνταξιοδότηση, ποιότητα ζωής, αυτοεκτίμηση της υγείας) και να διερευνήσει αν σχετίζονται κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως το φύλο, η μόρφωση, το εισόδημα και η οικογενειακή κατάσταση με την εμφάνιση αυτών των νοσημάτων και την επίδρασή τους. Επίσης εξετάζεται η επίδραση παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής όπως δείκτης μάζας σώματος, κάπνισμα και άσκηση και το αν αυτοί εξαρτώνται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Τα δεδομένα προέρχονται από την ευρωπαϊκή βάση δεδομένων υγείας για ηλικίες άνω των 50 ετών SHARE 50+ και η επεξεργασία τους έγινε με το στατιστικό πακέτο spss. Η επιλογή της συγκεκριμένης ομάδας ηλικιών έγινε για να εξεταστεί η πιο πρόωρη εμφάνιση χρόνιας νόσου σε ηλικία που τα άτομα είναι πιο ενεργά και οι παράγοντες που συνεισφέρουν σε αυτό, καθώς στους άνω των 75 ετών το ποσοστό εμφάνισης νόσου είναι περίπου 90% (προκύπτει από δεδομένα της Στατιστικής Αρχής και από ανάλυση του δείγματος της βάσης SHARE που αφορά την Ελλάδα) και η ηλικία είναι πλέον ο πιο σημαντικός παράγοντας.

Το 60,1% του δείγματος εμφανίζει χρόνια νόσημα, 1 στους 3 Έλληνες ηλικίας 50-75 ετών του δείγματος εμφανίζουν ένα μόνο χρόνια νόσημα, ενώ σχεδόν 2 στους 5 πάσχουν από δύο χρόνια νοσήματα και οι αναλογίες για εμφάνιση πάνω από δύο νοσημάτων είναι μικρότερες από 1 στους 10. Η συχνότητα επίσκεψης στο νοσοκομείο το τελευταίο έτος για τους πάσχοντες είναι σχεδόν 4 φορές μεγαλύτερη, κάτι που έχει σοβαρές προεκτάσεις στις δαπάνες υγείας και το ασφαλιστικό σύστημα. Η εμφάνιση χρόνιου νοσήματος δεν παίζει ρόλο στην πρόωρη συνταξιοδότηση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης βρέθηκε ελαφρώς μεγαλύτερη εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων σε άτομα χαμηλότερου εισοδήματος, χωρίς όμως αυτή η διαφοροποίηση να κρίνεται στατιστικώς σημαντική, αντίθετα με έρευνες σε άλλες χώρες (Kim *et al.*, 2016, Cambell *et al.*, 2017) , αλλά και προηγούμενη μελέτη για την Ελλάδα (Zavras *et al.*, 2013) που δείχνουν ότι πιο χαμηλό εισόδημα σημαίνει πιο εκτεταμένη εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Αξίζει βέβαια να επισημανθεί ότι

προηγούμενες έρευνες σχετικά με την Ελλάδα επικεντρώνονται κυρίως σε πιθανές ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Από το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης έρευνας μπορεί κανείς να υποθέσει ότι παρά την οικονομική κρίση υπάρχει ακόμα δυνατό κοινωνικό κράτος, το οποίο καλύπτει σε μεγάλο βαθμό τους λιγότερο προνομιούχους.

Εξετάστηκε επίσης και η δυνατότητα του νοικοκυριού να ανταποκρίνεται στις οικονομικές ανάγκες του, αλλά και πάλι δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την παρουσία ατόμου με χρόνιο νόσημα στην οικογένεια, αν και στον πίνακα 16 και το διάγραμμα της εικόνας 14 φαίνεται πως ο μεγαλύτερος αριθμός περιστατικών χρόνιας πάθησης εμφανίζεται σε νοικοκυριά που τα βγάζουν πέρα με δυσκολία, μικρή ή μεγάλη.

Όσον αφορά το επίπεδο μόρφωσης διαπιστώθηκε ότι σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων και μάλιστα είναι πιο έντονη η παρουσία χρόνιων νοσημάτων σε άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα έχει εκπαίδευση επιπέδου λυκείου ή χαμηλότερη, ενώ από τα άτομα που δεν πάσχουν μεγαλύτερος αριθμός έχει τριτοβάθμια ή και ανώτερη μόρφωση. Αυτά τα αποτελέσματα συμβαδίζουν με έρευνες σε άλλα κράτη (Mackenbach *et al.*, 2008, Dalstra *et al.*, 2005).

Στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι άνθρωποι 50-75 ετών με χρόνιο νόσημα σε μεγάλο βαθμό θεωρούν ότι έχουν χειρότερο επίπεδο υγείας σε σχέση με αυτούς που δεν πάσχουν. Το ίδιο ισχύει και όταν ο ασθενής έχει χαμηλότερο οικογενειακό εισόδημα ή προέρχεται από οικογένεια που εκτιμά ότι αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες στο να ανταπεξέλθει στις καθημερινές υποχρεώσεις. Αυτά τα αποτελέσματα για την αυτοεκτίμηση της υγείας συμβαδίζουν με άλλες αντίστοιχες έρευνες (Head *et al.*, 2018, Zavras *et al.*, 2013) , αλλά και με αυτό που θα έλεγε η λογική. Βέβαια τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούν ότι έχουν γενικά καλή υγεία, πράγμα που συμβαδίζει με προηγούμενα δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (Έρευνα Υγείας 2014) σύμφωνα με τα οποία τα τρία τέταρτα του πληθυσμού δήλωσαν ότι αισθάνονται καλά στην υγεία τους, ενώ ο μισός πληθυσμός έπασχε από χρόνιο νόσημα. Μία εξήγηση γι' αυτό είναι ίσως το γεγονός ότι παθήσεις όπως η υπέρταση ή η υπερχοληστερολαιμία δεν θεωρούνται τόσο πρόβλημα υγείας από τους πάσχοντες, όσο φυσιολογικό κομμάτι της καθημερινότητας που αντιμετωπίζεται με φαρμακευτική αγωγή.



Όταν μελετήθηκε η ποιότητα ζωής σχετική με την υγεία ατόμων 50-75 ετών με χρόνια νοσήματα βάσει τον δείκτη CASP-12 που είναι λιγότερο υποκειμενικός και θεωρείται καλός για ηλικίες άνω των 50 ετών (Borrat-Besson *et al.*, 2015) βρέθηκε ότι οι άνθρωποι με χρόνια πάθηση έχουν χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής από τους μη πάσχοντες και ότι το κοινωνικοοικονομικό υπόστρωμα έχει επίδραση στα αποτελέσματα. Η χειρότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση επηρεάζει ακόμη πιο αρνητικά την σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής, όπως έχουν δείξει και άλλες αντίστοιχες έρευνες (Kim *et al.*, 2015, Mielck *et al.*, 2014).

Το φύλο αποδείχτηκε ότι είναι ένας παράγοντας που παίζει διαφοροποιητικό ρόλο τόσο στην εμφάνιση χρόνιου νοσήματος όσο και την αυτοεκτίμηση της υγείας και την ποιότητα ζωής. Οι άντρες ηλικίας 50-75 ετών στην παρούσα έρευνα εμφάνισαν μεγαλύτερο ποσοστό χρόνιων νοσημάτων αλλά θεωρούν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι πιο καλή σε σχέση με τις γυναίκες, όπως δείχνουν και άλλες έρευνες (Zavras *et al.*, 2013) που διαπίστωσαν ότι οι άνδρες εκτιμούν ότι έχουν καλύτερη υγεία. Φαίνεται επίσης ότι έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις γυναίκες. Προηγούμενες έρευνες δείχνουν ότι το φύλο δεν παίζει πάντα ρόλο στα χρόνια νοσήματα (Head *et al.*, 2018), αλλά υπάρχουν και στοιχεία ότι οι γυναίκες βρίσκονται σε δυσμενέστερη θέση, αν και αυτό εξαρτάται από συγκεκριμένες παθήσεις. Για παράδειγμα σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης άσθματος, υπέρτασης, εγκεφαλικού, διαβήτη και υψηλής χοληστερόλης στο αίμα. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής σε άνδρες και γυναίκες η συνεπίδραση άλλων παραγόντων μπορεί να διαφοροποιήσει ακόμα περισσότερο τα αποτελέσματα (Mielck *et al.*, 2014) και αυτό θα μπορούσε να αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω μελέτης.

Έχει παρατηρηθεί ότι το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί με διάφορους μηχανισμούς να επηρεάσει την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων και γενικά την υγεία (Cockerham *et al.*, 2017). Ανάλογα την περίπτωση, η επίδραση μπορεί να είναι θετική ή αρνητική, δηλαδή το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να προσφέρει υποστήριξη, αλλά και να οδηγήσει σε επικίνδυνες συνήθειες (Wilkinson and Marmot, 2003). Στη συγκεκριμένη εργασία εξετάστηκε μία μόνο παράμετρος του κοινωνικού περιβάλλοντος, η οικογενειακή κατάσταση (marital status), η οποία φάνηκε να σχετίζεται ελαφρώς με την κατάσταση της υγείας καθώς οι παντρεμένοι και αυτοί που συζούν με τον/την σύντροφό τους έχουν μικρότερη πιθανότητα να πάσχουν από χρόνια νόσημα. Αυτό πιθανώς σχετίζεται με την υποστήριξη που είναι σε θέση να προσφέρει

ο/η σύζυγος ή σύντροφος, τόσο ψυχολογική όσο και σωματική ή αποτελεί κίνητρο να προσέχει κάποιος περισσότερο την υγεία του εφόσον έχει να υπολογίσει όχι μόνο τον εαυτό του αλλά και τον σύντροφό του.

Στην συγκεκριμένη έρευνα εξετάστηκαν επίσης διάφοροι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με συμπεριφορές και συνήθειες και συγκεκριμένα το κάπνισμα η παχυσαρκία και η έλλειψη άσκησης και τα αποτελέσματα επιβεβαίωσαν ότι πράγματι συνδέονται και μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων όπως αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία και από τα δεδομένα του ΠΟΥ και της ΕΛΣΤΑΤ. Μελετήθηκε επίσης η επίδραση που έχουν οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες σε αυτούς τους παράγοντες κινδύνου σε άτομα με χρόνια νόσημα ηλικίας 50-75 ετών.

Όσον αφορά το δείκτη μάζας σώματος (BMI), αυτός σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης και η σχέση τους είναι αντιστρόφως ανάλογη, δηλαδή άτομα με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης τείνουν να έχουν μικρότερο BMI και να απομακρύνονται από την παχυσαρκία, κάτι που αναφέρεται και στην βιβλιογραφία (Joshua, 2017). Δεν βρέθηκε κάποια στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με το φύλο (αντίθετα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ σύμφωνα με τα οποία οι άντρες είναι περισσότερο υπέρβαροι ή παχύσαρκοι από τις γυναίκες) και το εισόδημα, αντίθετα με την βιβλιογραφία (Joshua, 2017) που υποστηρίζει πως χαμηλότερο εισόδημα σημαίνει αύξηση στα ποσοστά παχυσαρκίας

Η άσκηση επίσης δεν βρέθηκε να συνδέεται με το φύλο σε στατιστικά σημαντικό βαθμό και συνδέεται ελάχιστα και αντιστρόφως ανάλογα με το επίπεδο μόρφωσης, αλλά άτομα με υψηλότερο εισόδημα κάνουν σε μεγαλύτερο βαθμό κάποια σωματική δραστηριότητα όπως έχουν δείξει και προηγούμενες έρευνες (Shuval *et al.*, 2017).

Το φύλο είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας διαφοροποίησης που επηρεάζει το κάπνισμα, με τους άνδρες να καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες όπως άλλωστε δείχνουν και προηγούμενα στοιχεία από την Ελλάδα και τον κόσμο (ΕΛΣΤΑΤ και ΠΟΥ). Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν φάνηκε συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και του επιπέδου μόρφωσης αν και υπάρχουν μελέτες που υποστηρίζουν ότι συνδέονται και ότι υψηλότερη εκπαίδευση οδηγεί σε μείωση του καπνίσματος όπως συμβαίνει και με το εισόδημα, δηλαδή μεγαλύτερο εισόδημα οδηγεί σε μείωση του καπνίσματος (Martinez *et al.*, 2018, Perreti-Watel *et al.*, 2009), πράγμα με το οποίο συμβαδίζουν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας που έδειξαν ότι υφίσταται σχέση μεταξύ

καπνίσματος και εισοδήματος στη Ελλάδα, δηλαδή οι καπνιστές σημειώνουν χαμηλότερα επίπεδα εισοδήματος.

Η μελέτη της εξάπλωσης των χρόνιων νοσημάτων στις διάφορες κοινωνικές ομάδες και των παραγόντων κινδύνου που μπορεί να οδηγήσουν σε αυτά είναι καθοριστικής σημασίας για την αντιμετώπιση τους. Επιτρέπει την ταυτοποίηση των πιο ευάλωτων ομάδων και ατόμων του πληθυσμού ώστε να γνωρίζουμε που θα πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή και να μπορούν να κινητοποιηθούν οι αρμόδιοι φορείς και ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα από την πολιτεία. Βοηθά στον καλύτερο σχεδιασμό του συστήματος υγείας σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών υγείας και ασφαλιστικής κάλυψης, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες με τη μέγιστη αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητα και ελαχιστοποίηση των δαπανών που προκαλούνται από την αυξημένη νοσηρότητα και εντείνονται από τις κοινωνικές ανισότητες. Μπορούν επίσης να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν τα κατάλληλα μέτρα για την πρόληψη, με ευεργετικό όφελος για την κοινωνία τόσο οικονομικό όσο και αναφορικά με το βάρος ασθένειας και τις αρνητικές συνέπειες που έχει στην παραγωγικότητα και την ψυχολογία.

Η συχνή και συστηματική συλλογή και καταγραφή των δημογραφικών και λοιπών στοιχείων για τα χρόνια νοσήματα επιτρέπουν την συστηματική παρακολούθησή τους και είναι υψίστης σημασίας για την θέσπιση στόχων με απώτερο σκοπό την αντιμετώπισή τους, όπως για παράδειγμα το πλάνο δράσης που προτείνει ο ΠΟΥ που περιλαμβάνει συγκεκριμένους στόχους όχι μόνο για την μείωση της εξάπλωσης των χρόνιων νοσημάτων αλλά και των παραγόντων κινδύνου και μεριμνά επίσης για την βαθμό διαθεσιμότητας της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής. Γίνεται δυνατή και η παρακολούθηση της υλοποίησης αυτών των στόχων, σε ποιο βαθμό έχουν επιτευχθεί, αν υπάρχει θετικό αποτέλεσμα ή πρέπει να ξαναγίνει επαναπροσδιορισμός της στρατηγικής.

### **Περιορισμοί της έρευνας**

Σε σχέση με την συγκρότηση του δείγματος, εφίσταται ένας αντικειμενικός περιορισμός ότι η παρούσα έρευνα, εν έτη 2019, στηρίζεται σε δεδομένα του 2015 (wave 6), καθόσον τα δεδομένα του wave 7, αν και έχουν συλλεχθεί, δεν έχουν ακόμα αποδεσμευτεί για να γίνουν προσβάσιμα. Επιπλέον, στο τρέχον κύμα, δεν υπάρχει καταγραφή του επιπέδου κατανάλωσης αλκοόλ, το οποίο επίσης θεωρείται παράγοντας

κινδύνου για την υγεία σύμφωνα με την βιβλιογραφία. Επίσης δεν υπήρχε κάποια μεταβλητή που να περιγράφει επαρκώς την επαγγελματική θέση που θεωρείται σημαντικός κοινωνικοοικονομικός παράγοντας για τα χρόνια νοσήματα.

### **Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Θα μπορούσε να γίνει εισαγωγή στην ανάλυση και μεταβλητών που περιγράφουν πληρέστερα το κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων, όπως η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου πέρα από τον σύζυγο κλπ., καθώς και θα μπορούσε να μελετηθεί και η ψυχική υγεία και όλες οι σχετικές αλληλεπιδράσεις. Επίσης στον δείκτη της ποιότητας ζωής, θα μπορούσαν να εισαχθούν περισσότερες επεξηγηματικές μεταβλητές περισσότερες. Επίσης προτείνεται διαχρονική παρακολούθηση και ανάλυση στον χρόνο των αποτελεσμάτων, επίδραση της κρίσης στο κοινωνικό κράτος και επίδραση στην φροντίδα των ατόμων αυτών κλπ.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016) Έρευνα Υγείας: Έτος 2014
- Ελληνική Στατιστική Αρχή (2016) Έρευνα Υγείας: Έτος 2014 – Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία
- Bernell, S., & Howard, S. W. (2016). Use Your Words Carefully: What Is a Chronic Disease?. *Frontiers in public health*, 4, 159.
- Borrat-Besson, C., Ryser, V.-A., & Gonçalves, J. (2015). An evaluation of the CASP-12 scale used in the Survey of Ageing and Retirement in Europe (SHARE) to measure Quality of Life among people aged 50+. *FORS Working Paper Series*, paper 2015-4. Lausanne: FORS.
- Börsch-Supan, A. (2018). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 6.1.1. SHARE-ERIC. Data set.
- Campbell D.J., Manns B.J., Weaver R.G., Hemmelgarn B.R., King-Shier K.M., Sanmartin C. (2017) Financial barriers and adverse clinical outcomes among patients with cardiovascular-related chronic diseases: a cohort study. *BMC Med.* 2017;15(1):33.
- Candari CJ, Cylus J, Nolte E. (2017) Assessing the economic costs of unhealthy diets and low physical activity: An evidence review and proposed framework. *World health observatory* 2017
- Cerin E., Leslie E. (2007) Socioeconomic status and perceived barriers to physical activity
- Charonis A., Kyriopoulos I.I., Spanakis M., Zavras D., Athanasakis K., Pavi E., Kyriopoulos J. (2017) Subjective social status, social network and health disparities: empirical evidence from Greece. *International Journal for Equity in Health*
- Cockerham WC, Hamby B.W., Oates G.R. (2017) The Social Determinants of Chronic Disease *Am J Prev Med.* 52(1S1):S5-S12.
- Dalstra J.A.A., Kunst A.E., Borrell C., Breeze E., Cambois E., Costa G., Geurts J.J.M., Lahelma E., Van Oyen H., Rasmussen N.K., Regidor E., Spadea T., Mackenbach J.P. (2005) Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: an

overview of eight European countries, *International Journal of Epidemiology*, Volume 34, Issue 2, Pages 316–326.

Divajeva D., Marsh T., Logstrup S., et al. (2014) Economics of chronic diseases protocol: cost-effectiveness modelling and the future burden of non-communicable disease in Europe. *BMC Public Health* 14:456.

GBD 2016 Risk Factors Collaborators (2017). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* (London, England), 390(10100), 1345-1422.

Goodchild, M., Nargis, N., & Tursan d'Espaignet, E. (2017). Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tobacco control*, 27(1), 58-64.

Head J., Chungkham H.S., Hyde M., Zaninotto P., Alexanderson K., Stenholm S., Salo P., Kivimäki M., Goldberg M., Zins M., Vahtera J., Westerlund H. Socioeconomic differences in healthy and disease-free life expectancy between ages 50 and 75: a multi-cohort study (2018) *European Journal of Public Health*, , cky215.

Joshua J. (2017) *The economics of addictive behaviors vol. II: The private and social costs of addictive behaviours and their remedies*

Joshua J. (2017) *The economics of addictive behaviours vol. I: The private and social costs of smoking and their remedies*

Joshua J. (2017) *The economics of addictive behaviours volume IV: The private and social costs of overeating and their remedies*

Kim J.H., Park E.C. (2015) Impact of socioeconomic status and subjective social class on overall and health-related quality of life. *BMC Public Health*. 2015;15:783.

Kim S., Lee B., Park M., Oh S., Chin H.J., Koo H. (2016) Prevalence of chronic disease and its controlled status according to income level. *Medicine (Baltimore)*. 95(44):e5286.

Kyriopoulos, I. I., Zavras, D., Skroumpelos, A., Mylona, K., Athanasakis, K., & Kyriopoulos, J. (2014) Barriers in access to healthcare services for chronic patients in times of austerity: an empirical approach in Greece. *International journal for equity in health*, 13, 54.

Mackenbach J.P., Stirbu I., Roskam A.J., Schaap M.M., Menvielle G., Leinsalu M., Kunst A.E. (2008) European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of medicine*

Martinez, S.A., Beebe, L.A., Thompson, D.M., Wagener, T.L., Terrell, D.R., & Campbell, J.E. (2018) A structural equation modeling approach to understanding pathways that connect socioeconomic status and smoking. *PloS one*, 13(2), e0192451.

Mielck A., Vogelmann M., Leidl R. (2014) Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:58.

Murray, T.C., Rodgers W.M., Fraser, S.N. (2012) Exploring the relationship between socioeconomic status, control beliefs and exercise behavior: a multiple mediator model *J Behav Med* 35: 63.

Peretti-Watel, P. , Constance J. , Seror V. and Beck F. (2009), Cigarettes and social differentiation in France: is tobacco use increasingly concentrated among the poor?. *Addiction*, 104: 1718-1728.

Shuval K., Li Q., Gabriel K.P., Tchernis R. (2017) Income, physical activity, sedentary behavior, and the 'weekend warrior' among U.S. adults. *Prev Med*. 103:91-97. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.07.033.

Warshaw G. (2006) Introduction: advances and challenges in care of older people with chronic illness. *Generations* 30(3):5–10.

Wilkinson R.G., Marmot M. (2003) *Social determinants of health: The solid facts*, second edition WHO Healthy Cities Project

World Health Organization (2013) *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*

World Health Organization (2010) *Global status report on noncommunicable diseases 2010*

World Health Organization (2014) *Global status report on noncommunicable diseases 2014*

World Health Organization (2017) *Report on the global tobacco epidemic 2017*

World Health Organization (2018) Noncommunicable diseases country profiles 2018

World Health Organization (2018) Global status report on alcohol and health 2018

World Health Organization (2018) World health statistics 2018 Monitoring health for the SDGs

Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. (2013) Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece, *European Journal of Public Health*, Volume 23, Issue 2, Pages 206–210,

Zavras D, Zavras AI, Kyriopoulos II, Kyriopoulos J. (2016) Economic crisis, austerity and unmet healthcare needs: the case of Greece. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:309. Published 2016 Jul 27.

#### **Πηγές διαδικτύου:**

[https://en.wikipedia.org/wiki/Chronic\\_condition](https://en.wikipedia.org/wiki/Chronic_condition)

<https://www.iefimerida.gr/news/73390/>

<https://www.webmd.com/cancer/qa/what-is-a-chronic-disease>

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

<https://www.who.int/gho/ncd/en/>

[https://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/ncd\\_total/en/](https://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total/en/)

<https://www.who.int/news-room/detail/31-05-2018-world-no-tobacco-day-tobacco-and-heart-disease>

[http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/)

[www.ash.org.uk](http://www.ash.org.uk)

[www.share-eric.eu](http://www.share-eric.eu)