

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
ΑΝΑΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ
ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ
ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΤΟ 2015

Ελένη Α. Λευκοπούλου
ΜΑΕ 16025

Διπλωματική εργασία

Που υποβλήθηκε στο Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Αναλογιστική Επιστήμη και Διοικητική Κινδύνου.

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εγκρίθηκε ομόφωνα από την Τριμελή Εξεταστική Επιτροπή που ορίστηκε από τη ΓΣΕΣ του τμήματος του Πανεπιστημίου Πειραιώς στην υπ' αριθμόν συνεδρίασή του σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Αναλογιστική Επιστήμη και Διοικητική Κινδύνου.

Τα μέλη της Επιτροπής ήταν :

- Γ. Βερροπούλου, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια (Επιβλέπουσα)
- Κ. Τσίμπος, Καθηγητής
- Γ. Τζαβελάς, Επίκουρος Καθηγητής

Η έγκριση της διπλωματικής Εργασίας από το τμήμα Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

UNIVERSITY OF PIRAEUS



DEPARTMENT OF STATISTICS
AND INSURANCE SCIENCE

POSTGRADUATE PROGRAM IN
ACTUARIAL SCIENCE AND RISK MANAGEMENT

**MENTAL WELLBEING AND MORTALITY
IN EUROPE IN 2015**

**By Eleni A. Lefkopoulou
MAE 16025**

submitted to the Department of Statistics and Insurance
Science of the University of Piraeus in partial fulfilment of
the requirements for the degree of Master of Science in
Actuarial and Risk Management.

Στους γονείς μου,
Τάσο και Σταυρούλα

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κ. Γεωργία Βερροπούλου για την πολύτιμη βοήθειά της και την άψογη καθοδήγησή της, η οποία ήταν καθοριστική για την εκπόνηση της διπλωματικής μου εργασίας.

Επιπλέον, θέλω να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους γονείς μου για την στήριξή τους και την απόλυτη εμπιστοσύνη τους σε κάθε μου βήμα.

Περίληψη

Τα ψυχικά νοσήματα αποτελούν μια κατηγορία νοσημάτων τα οποία πλήττουν τους κατοίκους της σύγχρονης Ευρώπης. Η παρούσα διπλωματική εργασία βασίζεται στο έκτο και στο δεύτερο κύμα της έρευνας SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) και έχει σκοπό την εξέταση και την διερεύνηση της συσχέτισης ανάμεσα στην θνησιμότητα και τις ψυχικές ασθένειες στην Ευρώπη το έτος 2015. Για την επίτευξη του συγκεκριμένου σκοπού της εργασίας χρησιμοποιήθηκε ως μέθοδος ανάλυσης η λογιστική παλινδρόμηση.

Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται βασικές έννοιες που σχετίζονται με ψυχικές ασθένειες και το πώς αυτές σχετίζονται με την θνησιμότητα βάσει βιβλιογραφίας. Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται πληροφορίες σχετικά με τη δομή και τα χαρακτηριστικά του SHARE και παρουσιάζονται αναλυτικά οι μεταβλητές ενδιαφέροντος που αφορούν το δείγμα μας.

Παράλληλα, πραγματοποιείται περιγραφική στατιστική ανάλυση του δείγματος για τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων των επιπέδων θνησιμότητας σε σχέση με δημογραφικά

και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά καθώς και με σχετικές ασθένειες και τα επίπεδα νοσηρότητας εν γένει. Στη συνέχεια, στο τρίτο κεφάλαιο ερευνάται η πιθανή συσχέτιση μεταξύ της εξαρτημένης μεταβλητής (θνησιμότητας) και των άλλων ανεξάρτητων μεταβλητών με τη δημιουργία πινάκων συνάφειας, με έλεγχο ανεξαρτησίας ή και με κάποιους συντελεστές συσχέτισης. Επιπρόσθετα, στο τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνεται η ανάπτυξη μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης και τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται τα κύρια συμπεράσματα της εργασίας που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση.

Abstract

Mental illnesses are a category of diseases affecting the inhabitants of modern Europe. This MSc thesis is based on the sixth and the second wave of the SHARE study (Survey of Health, Ageing and Retirement) and aims to investigate associations between mortality and various mental conditions concerning people aged 50 years and over, across Europe. To attain the dissertation's objectives, Logistic Regression has been used as the main method of analysis. In particular, an introduction referring to the characteristics of various mental diseases and mortality, based on past research, is presented in the first chapter. The second chapter reports information about SHARE and variables related to our analysis. At the same time, a descriptive statistical analysis of the sample is carried out, to investigate variations in mortality according to demographic, socioeconomic, health and morbidity characteristics. Subsequently, the third chapter explores possible correlations between the dependent variable - mortality- and the other independent variables, using contingency tables, Chi-Square

Tests or correlation coefficients in some cases. Additionally, the fourth chapter includes exploration of these associations using logistic regression models and finally, the fifth chapter presents the main conclusions of the study derived from the statistical analysis.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1. Ψυχική Υγεία

1.2. Ψυχική Ασθένεια

1.2.1. Ορισμός

1.2.2. Γενικά Στατιστικά

1.2.3. Ανάλυση ψυχικών ασθενειών

1.3. Κατάθλιψη/ Ψυχική Υγεία και θνησιμότητα

1.4. Κατάθλιψη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη – επίπεδα

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 η Έρευνα SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)

2.2. Μεταβλητές ενδιαφέροντος

2.3. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση- Δημογραφικές μεταβλητές

2.4. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση- Κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές

2.5. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση- Ψυχική υγεία και νοσηρότητα

2.6. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση- Μεταβλητές Θανάτου

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών, πίνακες συνάφειας, στατιστικοί έλεγχοι ανεξαρτησίας

3.2. Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην θνησιμότητα και τις δημογραφικές μεταβλητές

3.2.1. Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και gender

3.2.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και country

3.3 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην θνησιμότητα και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά

3.3.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και fdstress

3.4 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην θνησιμότητα και τη νοσηρότητα.

3.4.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και chronic2w2

3.4.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των deadw2w6 και euro1

3.4.3 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και euro3

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Λογιστική Παλινδρόμηση

4.2 Έλεγχοι μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης.

4.2.1 Hosmer and Lemeshow Test (Έλεγχος Καλής Προσαρμογής)

4.2.2 Δείκτης Nagelkerke R Square

4.2.3 Πίνακας ταξινόμησης – Classification Table

4.3 Μοντέλα Λογιστικής Παλινδρόμησης

4.3.1 Διερεύνηση επίδρασης δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και μεταβλητών επικινδυνότητας στην μεταβλητή deadw2w6 – Πρώτο Μοντέλο

4.3.2 Διερεύνηση επίδρασης δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών και στην εμφάνιση - Δεύτερο Μοντέλο

4.3.3 Διερεύνηση επίδρασης Δημογραφικών, Κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών και μεταβλητών Υγείας και Νοσηρότητας- Τρίτο Μοντέλο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Συμπεράσματα

Βιβλιογραφία

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.1 Θάνατοι που οφείλονται σε ψυχικές ασθένειες και διαταραχές συμπεριφοράς στην Ευρώπη το 2015

Πίνακας 1.2 Τυποποιημένοι Δείκτες Θνησιμότητας για ψυχικές ασθένειες, διαταραχές συμπεριφοράς, άνοια, αλκοολισμό και εξάρτηση από ουσίες στην Ευρώπη το 2015.

Πίνακας 1.3 Standardised death rates- intentional self-harm, residents 2015

Πίνακας 2.3.1 Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής gender.

Πίνακας 2.3.2 Περιγραφικά στοιχεία για την μεταβλητή age.

Πίνακας 2.3.3 Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής country.

Πίνακας 2.4.1 Περιγραφικά στοιχεία για τη μεταβλητή yedu

Πίνακας 2.4.2 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή fdstress.

Πίνακας 2.5.1 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή chronic2w2.

Πίνακας 2.5.2 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή eurocat.

Πίνακας 2.5.3 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή gali

Πίνακας 2.5.4 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή adl

Πίνακας 2.5.5 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή adl2

Πίνακας 2.5.6 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphus

Πίνακας 2.5.7 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphus2

Πίνακας 2.5.8 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή phinact

Πίνακας 2.6.1 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή xt010_

Πίνακας 2.6.2 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή xt011_

Πίνακας 2.6.3 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή dead2w6

Πίνακας 3.2.1.1 Πίνακας X^2 ελέγχου για τις μεταβλητές dead2w6 και gender

Πίνακας 3.2.1.2 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές deadw2w6 και gender

Πίνακας 3.2.1.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές deadw2w6 και gender

Πίνακας 3.2.2.1 Πίνακας X^2 ελέγχου για τις μεταβλητές dead2w6 και country

Πίνακας 3.2.2.2 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές dead2w6 και country

Πίνακας 3.2.2.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές dead2w6 και country

Πίνακας 3.3.1.1 Πίνακας X^2 ελέγχου για τις μεταβλητές dead2w6 και fdstress.

Πίνακας 3.3.1.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές dead2w6 και fdstress.

Πίνακας 3.4.1.1 Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές dead2w6 και chronic.

Πίνακας 3.4.1.2 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές dead2w6 και chronic.

Πίνακας 3.4.1.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές dead2w6 και chronic.

Πίνακας 3.4.2.1 Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές dead2w6 και euro1.

Πίνακας 3.4.2.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές dead2w6 και euro1.

Πίνακας 3.4.2.2 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές dead2w6 και euro1.

Πίνακας 3.4.3.1 Πίνακας X^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές dead2w6 και euro3.

Πίνακας 3.4.3.2 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές dead2w6 και euro3.

Πίνακας 3.4.3.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές dead2w6 και euro3.

Πίνακας 4.3.1.1 Model Summary για το μοντέλο

Πίνακας 4.3.1.2 Έλεγχος καλής προσαρμογής του μοντέλου

Πίνακας 4.3.1.3 Πίνακας ταξινόμησης του μοντέλου

Πίνακας 4.3.1.4 Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών για το μοντέλο

Πίνακας 4.3.2.1 Model Summary για το μοντέλο

Πίνακας 4.3.2.2 Έλεγχος καλής προσαρμογής του μοντέλου

Πίνακας 4.3.2.3 Πίνακας ταξινόμησης του μοντέλου

Πίνακας 4.3.2.4 Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών για το μοντέλο

Πίνακας 4.3.3.1 Model Summary για το μοντέλο

Πίνακας 4.3.3.2 Έλεγχος καλής προσαρμογής του μοντέλου

Πίνακας 4.3.3.3 Πίνακας ταξινόμησης του μοντέλου

Πίνακας 4.3.3.4 Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών για το μοντέλο

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1.1 : Ποσοστά ανδρών και γυναικών με χρόνια κατάθλιψη στην Ευρώπη, 2014

Διάγραμμα 1.2 : Χρόνια κατάθλιψη στις χώρες της Ευρώπης το 2014, ανάλογα με το βαθμό αστικοποίησης

Διάγραμμα 2.3.3 Τομεόγραμμα ποσοστιαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή country.

Διάγραμμα 2.4.2 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή fdstress.

Διάγραμμα 2.5.1.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την μεταβλητή chronic2w2.

Διάγραμμα 2.5.1.2 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για τη μεταβλητή chronic2w2.

Διάγραμμα 2.5.2 Τομεόγραμμα ποσοστιαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή eurocat.

Διάγραμμα 2.5.3 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την μεταβλητή gali.

Διάγραμμα 2.5.6 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων της μεταβλητής sphus.

Διάγραμμα 2.5.7 Τομεόγραμμα συχνοτήτων για την μεταβλητή sphus2.

Διάγραμμα 2.5.8 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή rhinact.

Διάγραμμα 3.2.1.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές deadw2w6 και gender.

Διάγραμμα 3.4.3.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές deadw2w6 και euro3.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 Ψυχική υγεία

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ψυχική υγεία δεν προϋποθέτει μόνο την απουσία κάποιας ψυχικής διαταραχής αλλά ορίζεται ως κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας, όπου το άτομο μπορεί να ζει και να εργάζεται με άνεση μέσα στην κοινότητα και να ικανοποιείται από τα προσωπικά του χαρακτηριστικά επιτεύγματα.

Το άτομο αντιλαμβάνεται τις ικανότητες και τις δυνατότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος της καθημερινότητας, να εργαστεί παραγωγικά και δημιουργικά και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην ευρύτερη ομάδα στην οποία ανήκει. Δίνεται έμφαση δηλαδή στη λειτουργικότητα του ατόμου στο ευρύτερο κοινωνικό του περιβάλλον, μέσα από την συμβίωση και την αλληλεπίδραση με άλλα άτομα, καθώς η ψυχική του υγεία εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τον τρόπο που σχετίζεται με τους άλλους ανθρώπους.

Είναι πολύ σημαντικό λοιπόν να καταλάβουμε ότι η ικανότητά μας να αντλήσουμε ευχαρίστηση και ικανοποίηση από το περιβάλλον, μας βοηθά να διατηρήσουμε τόσο την ψυχική μας ισορροπία, όσο και τη σωματική μας υγεία, δύο από τα απαραίτητα συστατικά για να έχουμε μία καλή ποιότητα ζωής. Άλλωστε δεν εμπεριέχεται τυχαία στον **ορισμό της υγείας** που δίνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, όπου:

"Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας."

1.2 Ψυχική Ασθένεια

1.2.1 Ορισμός

Η **ψυχική ασθένεια** είναι ένα μοτίβο σκέψης ή συμπεριφοράς, ή μια ανωμαλία η οποία προκαλεί πόνο ή και ανικανότητα, και η οποία δεν είναι αναπτυξιακά ή κοινωνικά καθορισμένη. (Βικιπαίδεια, 2019). Η ψυχική ασθένεια καθορίζεται γενικά από ένα συνδυασμό του πώς ένα άτομο αισθάνεται, ενεργεί, σκέπτεται ή αντιλαμβάνεται. Είναι δυνατόν να σχετίζεται με συγκεκριμένες περιοχές ή λειτουργίες του εγκεφάλου ή και του υπόλοιπου νευρικού συστήματος, συχνά σε ένα κοινωνικό πλαίσιο. Η αναγνώριση και η κατανόηση των ψυχικών διαταραχών έχει τροποποιηθεί με το πέρασμα των χρόνων και ανά τον κόσμο και υπάρχουν ακόμη ποικίλοι ορισμοί, αποτιμήσεις και ταξινομήσεις, αν και καθορισμένα καθοδηγητικά κριτήρια χρησιμοποιούνται ευρέως. Σε πολλές περιπτώσεις, παρουσιάζεται μια

συνέχεια μεταξύ ψυχικής υγείας και ψυχικής ασθένειας, πράγμα που κάνει τη διάγνωση δύσκολη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), πάνω από το ένα τρίτο των ανθρώπων στις περισσότερες χώρες αναφέρουν προβλήματα σε κάποιο σημείο της ζωής τους τα οποία ταιριάζουν στα κριτήρια διάγνωσης ενός ή περισσότερων από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές.

1.2.2 Στατιστικά Στοιχεία

Πάνω από το ένα τρίτο των ανθρώπων στις περισσότερες χώρες, αναφέρουν προβλήματα που ταιριάζουν στα κριτήρια διάγνωσης τουλάχιστον μιας από τις πιο συχνές ψυχικές διαταραχές σε κάποια φάση της ζωής τους .

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., οι ψυχικές διαταραχές παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά σε όλο τον κόσμο.

- Πάνω από 450 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως πάσχουν από ψυχικές διαταραχές
- Κάθε χρόνο, περίπου 165 εκατομμύρια Ευρωπαίοι (38,2%) εμφανίζουν κάποιο είδος ψυχικής διαταραχής.
- Οι ψυχικές διαταραχές στο 60% ξεκινούν στην εφηβεία, όπου ή δεν δίνεται η κατάλληλη σημασία και αγνοούνται ή παρουσιάζεται άρνηση του προβλήματος. Έτσι η νόσος γίνεται χρόνια και ο πάσχων να έχει ήδη περιθωριοποιηθεί, όταν η νόσος χειροτερέψει και φτάσει στα χέρια των ειδικών μετά από 10-15 χρόνια.
- Η κατάθλιψη εμφανίζεται σε παγκόσμια κλίμακα περίπου σε 154 εκατομμύρια άτομα, ενώ μέχρι το 2020 θα είναι η 2η αιτία θανάτου σε όλο τον κόσμο.
- 1 στους 10 ανθρώπους πάσχει από κατάθλιψη και 1 στους 5 θα βιώσει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής του
- Η σχιζοφρένεια συναντάται σε πάνω από 25 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως.
- Οι διαταραχές που σχετίζονται με κατάχρηση αλκοόλ φτάνουν τα 95 εκατομμύρια κρούσματα.
- Η σχιζοφρένεια είναι μια από τις 10 συχνότερες αιτίες αναπηρίας στον κόσμο και οι πάσχοντες είναι συχνά θύματα δολοφονίας.
- Αν και η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ασθένεια που επηρεάζει 26 εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο (αν προσθέσουμε την οικογένεια και τους φροντιστές επηρεάζει πολλά περισσότερα εκατομμύρια ανθρώπους), περίπου το 50% θα έχει ένα καλό αποτέλεσμα αν είναι διαθέσιμες από την αρχή πηγές στήριξης όπως οι κατάλληλες ψυχικές υπηρεσίες υγείας στις κοινωνικό - οικονομικές πτυχές της καθημερινής ζωής, μέσα από την πρόσβαση στη στέγαση, στην εκπαίδευση, στην αναψυχή, στην απασχόληση, στην πνευματικότητα και στις κοινωνικές σχέσεις. Μάλιστα το 90 % των ατόμων με σχιζοφρένεια ζουν χωρίς θεραπεία στον αναπτυσσόμενο κόσμο.

- Οι πάσχοντες πεθαίνουν 15 έως 20 χρόνια πιο νωρίς από τους μη πάσχοντες, έχουν 6-7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι άνεργοι σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, ενώ είναι πολύ συχνά άστεγοι. 50% εξ' αυτών επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και 5-10% αυτοκτονούν.
- Οι συγγενείς των ασθενών (που κυρίως είναι οι γονείς τους στο 68%) παρουσιάζουν έντονα προβλήματα στη σωματική τους υγεία, καθώς υποφέρουν από στρες και δεν φροντίζουν τον εαυτό τους επειδή δεν έχουν τον χρόνο για τη δική τους φροντίδα καθώς η έννοια τους είναι ο γιος ή η κόρη που συνήθως απορροφά όλη τους την ενέργεια. Η βασική τους έγνοια είναι το τι θα γίνει το παιδί τους όταν οι ίδιοι φύγουν από τη ζωή.

Οι περισσότεροι άνθρωποι που πάσχουν από σχιζοφρένεια ανταποκρίνονται καλά στη θεραπεία. Η πρόληψη μελλοντικών υποτροπών αποτελεί κρίσιμο στόχο της θεραπείας (Askitis, 2018).

1.2.3 Κάποιες ψυχικές ασθένειες - συμπτώματα

Παρακάτω θα αναλύσουμε ψυχικές ασθένειες οι οποίες συναντώνται συχνότερα ανά τον κόσμο. Η ανάλυση αυτή θα μας βοηθήσει να συνδέσουμε τις ψυχικές ασθένειες με τα επίπεδα θνησιμότητας. Καθώς βλέπουμε τον ιατρικό ορισμό κάθε ασθένειας ,προσεγγίζουμε περιληπτικά τα συμπτώματά τους και κατανοούμε πόσο επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του πάσχοντα.

Διερευνώντας τα επίπεδα θνησιμότητας λόγω ψυχικής ασθένειας θα δούμε πως η ψυχική ασθένεια πολλές φορές δεν είναι αυτή καθ' αυτή υπεύθυνη για τον θάνατο. Μια ψυχική ασθένεια μπορεί ακόμα να προκαλέσει άλλα οργανικά αλλά και κοινωνικά προβλήματα τα οποία μειώνουν το επίπεδο διαβίωσης και κατά συνέπεια το προσδόκιμο επιβίωσης.

Επίσης θα δούμε περιληπτικά κάποια στατιστικά θνησιμότητας ανά ψυχική ασθένεια.

Οι σημαντικότερες και πιο συνηθισμένες ψυχικές ασθένειες και ψυχολογικές διαταραχές είναι οι εξής :

- Σχιζοφρένεια
- Κατάθλιψη
- Διπολική Διαταραχή
- Νεύρωση
- Αγχώδεις διαταραχές
- Μανία

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Η **σχιζοφρένεια** (ορθότερα *σχιζοφρενία*) αποτελεί νευροψυχιατρική νόσο που ανήκει στην ομάδα των ψυχώσεων που παρατηρείται κυρίως σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Τον όρο εισήγαγε ο Ελβετός ψυχολόγος Eugen Bleuler.

Πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από διαταραχές της αντίληψης της πραγματικότητας. Βέβαια έχει αποκλειστεί προηγουμένως οποιαδήποτε οργανική βλάβη του νευρικού συστήματος σε κάθε νέο ασθενή, πλην όμως όλες οι επιστημονικές εργασίες επί του αντικειμένου αφήνουν να εννοηθεί την ύπαρξη μιας λεπτής νευροφυσιολογικής και χημικής δυσλειτουργίας μάλλον άγνωστης μέχρι σήμερα. Μάλιστα με τον όρο σχιζοφρένεια καλύπτεται ένα σύνολο νόσων με διαφορετικούς μηχανισμούς. Για παράδειγμα υφίστανται τέτοιες χρόνιες ψυχώσεις που δεν μπορούν να χαρακτηριστούν ειδικότερα ούτε ως σχιζοφρένεια αλλά και ούτε ως χρόνια παραληρήματα.

Συνήθως τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις, λιγότερο συχνά οπτικές ψευδαισθήσεις, παρανοϊκές ιδέες και αποδιοργανωμένη ομιλία και σκέψη («φυγή ιδεών»), γεγονός που τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση.

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας συνήθως εμφανίζονται κατά τη νεαρή ηλικία και επηρεάζουν περίπου 0,4%-0,6% του πληθυσμού. Ακόμα, τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν έντονη εσωστρέφεια και γενική αποδιοργάνωση του Εγώ. Η έναρξη των συμπτωμάτων συμβαίνει συνήθως στη νεαρή ενήλικη ζωή, με επιπολασμό ζωής της τάξης του 0,3-0,7%.

Η σχιζοφρένεια έχει μεγάλες επιπτώσεις τόσο στον άνθρωπο όσο και στην οικονομία. Οδηγεί σε μείωση του προσδόκιμου ζωής του ανθρώπου κατά 10-25 χρόνια, κυρίως λόγω της συσχέτισης της ασθένειας με την παχυσαρκία, τον στατικό τρόπο ζωής, το κάπνισμα και σε μικρότερο βαθμό, το αυξανόμενο ποσοστό αυτοκτονίας. Η μείωση του χρόνου ζωής ανατράπηκε σε ένα βαθμό μεταξύ της δεκαετίας του '70 και της δεκαετίας του '90 και μεταξύ της δεκαετίας του '90 και της πρώτης δεκαετίας του 21ου αιώνα διατηρήθηκε σταθερή. Αυτό οφείλεται στη δημιουργία συστήματος περίθαλψης που είναι προσβάσιμο σε όλους(Φινλανδία).

Η σχιζοφρένεια είναι μια σημαντική αιτία αναπηρίας, που θεωρείται ως η τρίτη χειρότερη κατάσταση μετά από την τετραπληγία και την άνοια, ενώ βρίσκεται σε υψηλότερη θέση από την παραπληγία και την τύφλωση. Περίπου τα τρία τέταρτα των ανθρώπων με σχιζοφρένεια έχουν ήδη αναπηρία που υποτροπιάζει. Μερικοί απ' αυτούς αναρρώνουν εντελώς και άλλοι καταφέρνουν να γίνουν ενεργά μέλη στην κοινωνία. Οι περισσότεροι άνθρωποι με σχιζοφρένεια ζουν ανεξάρτητα, με μια μικρή βοήθεια από τους κοντινούς τους ανθρώπους. Στους πάσχοντες που βιώνουν ένα πρώτο επεισόδιο ψύχωσης, οι πιθανότητες για μια αισιόδοξη έκβαση της ασθένειας είναι γύρω στο 42%, για μια ενδιάμεση έκβαση στο 35% και για μια δυσάρεστη έκβαση στο 27%. Οι προοπτικές της ασθένειας παρουσιάζονται καλύτερες στις αναπτυσσόμενες χώρες παρά στον αναπτυγμένο κόσμο. Αυτά τα συμπεράσματα, εντούτοις, έχουν αμφισβητηθεί από πολλούς.

Επικρατεί ένα υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονίας σε όσους πάσχουν από σχιζοφρένεια συγκριτικά με τον μέσο όρο. Η διαφορά αυτή είναι γύρω στο 10%, αλλά πιο

πρόσφατες μελέτες και στατιστικές εκτιμούν το ποσοστό αυτό γύρω στο 4.9% και πιο συχνά η τάση για αυτοκτονία εμφανίζεται στην περίοδο μετά την έναρξη της ασθένειας ή μετά από την πρώτη εισαγωγή στο νοσοκομείο. Πολλές φορές (20-40%) οι σχιζοφρενείς επιχειρούν να αυτοκτονήσουν και περισσότερες από μία φορές. Υπάρχουν ποικίλοι παράγοντες που ενισχύουν τον κίνδυνο αυτό, όπως η κατάθλιψη, το συχνά υψηλό επίπεδο νοημοσύνης, ακόμη και το φύλο.

ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η **διπολική διαταραχή** (γνωστή και ως *διπολική συναισθηματική διαταραχή, μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ή απλώς μανιοκατάθλιψη*), είναι μια ψυχική νόσος. Τα άτομα με διπολική διαταραχή βιώνουν επεισόδια ανεβασμένης ή ευερέθιστης διάθεσης γνωστά ως *μανία* εναλλασσόμενα με επεισόδια κατάθλιψης. Αυτά τα επεισόδια μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στην ικανότητα του ανθρώπου να λειτουργήσει φυσιολογικά στην καθημερινότητα του. Σχεδόν το 4% των ανθρώπων παγκοσμίως έχουν διπολική διαταραχή, είναι το ίδιο συχνή σε άνδρες και γυναίκες και εμφανίζεται συνήθως σε νεαρή ηλικία. Η αιτία που προκαλεί την διαταραχή δεν είναι ξεκάθαρη αλλά οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες θεωρείται πως παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της διαταραχής. (Βικιπαιδεία,2019)

Η διπολική διαταραχή μπορεί να είναι μια σοβαρή ιατρική κατάσταση. Ωστόσο τα άτομα με διπολική διαταραχή μπορεί να ζήσουν μια ολοκληρωμένη και ικανοποιητική ζωή. Αρκετά συχνά, η φαρμακευτική αγωγή είναι απαραίτητη για την επίτευξη του στόχου αυτού. Τα άτομα με διπολική διαταραχή μπορεί να έχουν περιόδους φυσιολογικής ή σχεδόν φυσιολογικής λειτουργίας μεταξύ των επεισοδίων (νορμοθυμία).

Η λειτουργικότητα του ατόμου στη διπολική διαταραχή I και II μεταβάλλεται με το χρόνο κατά μήκος ενός φάσματος από καλή ως μέτρια έως κακή. Κατά τη διάρκεια των περιόδων της μείζονος κατάθλιψης ή μανίας, η λειτουργικότητα είναι συνήθως κακή, με την κατάθλιψη να συνδέεται περισσότερο με την δυσλειτουργία από τη μανία. Η λειτουργικότητα του ατόμου μεταξύ των επεισοδίων είναι κατά μέσο όρο καλή. Ωστόσο τα συμπτώματα της υπομανίας συνδέονται περισσότερο με την βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου.

Μια άλλη μελέτη επιβεβαίωσε τη σοβαρότητα της διαταραχής λέγοντας πως «το ποσοστό της θνησιμότητας από κάθε αίτιο σε ασθενείς με διπολική διαταραχή έχει αυξηθεί περίπου δύο φορές». Η διαταραχή συνδέεται με ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό αυτοκτονίας, ειδικά στα καταθλιπτικά επεισόδια.

Η διπολική διαταραχή μπορεί να προκαλέσει αυτοκτονικό ιδεασμό που οδηγεί σε απόπειρες αυτοκτονίας. Ένα στα τρία άτομα με διπολική διαταραχή έχουν κάνει απόπειρες αυτοκτονίας στο παρελθόν ή έχουν αυτοκτονήσει. Το ποσοστό θνησιμότητας από αυτοκτονία στη διπολική διαταραχή είναι μεταξύ 18 και 25.

1.3 Ψυχική υγεία και θνησιμότητα

Δέκα έως είκοσι χρόνια ζωής, περισσότερα από ό,τι το συχνό κάπνισμα, κόβουν οι σοβαρές ψυχικές παθήσεις, όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η κατάθλιψη, σύμφωνα με μια νέα βρετανική ψυχιατρική έρευνα που δημοσιεύεται στο περιοδικό «World Psychiatry».

Οι ερευνητές του Τμήματος Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου της Οξφόρδης, με επικεφαλής το δρ Σίνα Φέιζελ, αξιολόγησαν 20 δημοσιευμένες κλινικές μελέτες που αφορούν πάνω από 1,7 εκατ. άτομα και οι οποίες συσχετίζουν τον κίνδυνο θνησιμότητας με διάφορους παράγοντες, όπως τα ψυχικά προβλήματα, η κατάχρηση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών, η άνοια, ο αυτισμός, οι μαθησιακές δυσκολίες και οι διαταραχές της παιδικής συμπεριφοράς.

Αναλυτικά, όπως προέκυψε, η μέση μείωση στο προσδόκιμο ζωής για τους ανθρώπους με διπολική διαταραχή είναι εννέα έως είκοσι χρόνια, για τη σχιζοφρένεια δέκα έως είκοσι χρόνια, για τη σοβαρή κατάθλιψη επτά έως ένδεκα χρόνια και για την κατάχρηση ουσιών εννέα έως 24 χρόνια.

Εκτιμάται ότι περίπου ένας στους τέσσερις ανθρώπους θα εμφανίσει κάποια ψυχική διαταραχή μέσα στο χρόνο, ενώ αρκετοί από τους πρόωρους θανάτους οφείλονται σε αυτοκτονία. Οι ερευνητές τονίζουν ότι, ενώ οι κίνδυνοι του καπνίσματος έχουν παγκοσμίως τραβήξει την προσοχή των αρμοδίων Αρχών και του κοινού, δεν έχει συμβεί το ίδιο με τις ψυχικές παθήσεις, παρόλο που το «τίμημά» τους είναι ακόμη μεγαλύτερο.

Όπως είπε ο Φέιζελ, μια αιτία γι' αυτό είναι ότι εξακολουθεί να υπάρχει μια τάση που διαχωρίζει τις σωματικές παθήσεις από τις ψυχικές, ενώ οι τελευταίες συχνά φέρουν ένα κοινωνικό «στίγμα».

Οι επιστήμονες καλούν τις κυβερνήσεις να δώσουν προτεραιότητα στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών, προκειμένου να αυξήσουν το προσδόκιμο ζωής τους. (onmed,2018)

Σύμφωνα με στοιχεία του Οργανισμού, οι ασθενείς με σοβαρά ψυχικά νοσήματα, όπως η σχιζοφρένεια, η διπολική διαταραχή και η βαριά κατάθλιψη, εμφανίζουν πρόωρη θνητότητα εξαιτίας σωματικών προβλημάτων υγείας τα οποία μπορούν να προληφθούν.

Οι ειδικοί επισημαίνουν πως αυτοί οι ασθενείς έχουν προσδόκιμο ζωής 10 με 20 χρόνια λιγότερο από το γενικό πληθυσμό. Αυτό γιατί συχνά η σωματική υγεία των ασθενών με ψυχικές παθήσεις παραμελείται τόσο από τους ίδιους όσο και από το περιβάλλον τους, με αποτέλεσμα προβλήματα που θα μπορούσαν να προληφθούν ή να θεραπευτούν έγκαιρα να προκαλούν μη αναστρέψιμες βλάβες οι οποίες οδηγούν στον πρόωρο θάνατο.

Τα στοιχεία του ΠΟΥ δείχνουν πως οι ψυχικά πάσχοντες παραμελούνται ακόμη και από τις υπηρεσίες υγείας, που δίνουν έμφαση στην αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου, αφήνοντας συχνά αδιάγνωστα τα σωματικά προβλήματα. Σε άλλες περιπτώσεις, είναι περιορισμένη ακόμη και η πρόσβαση των ψυχικά πασχόντων σε υγειονομικές υπηρεσίες που επικεντρώνονται στη σωματική υγεία.

Επιπλέον, οι ψυχικές παθήσεις μπορεί να γίνονται εμπόδιο στη σωστή αναγνώριση συμπτωμάτων και άλλων ενδείξεων για παθολογικά προβλήματα.

Με αυτά τα δεδομένα, οι νέες διεθνείς κατευθυντήριες γραμμές στοχεύουν στην καλύτερη ενημέρωση των επαγγελματιών Υγείας, ώστε να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν έγκαιρα τα σωματικά προβλήματα των ψυχικά ασθενών.

Ο Οργανισμός διατυπώνει και προτάσεις προς τα κέντρα λήψης αποφάσεων, ώστε να διασφαλιστεί η ισότιμη πρόσβαση αυτών των ασθενών στα συστήματα Υγείας.

Σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο κολπικής μαρμαρυγής, της συνηθέστερης διαταραχής του καρδιακού ρυθμού, διατρέχουν όσοι άνθρωποι πάσχουν από κατάθλιψη.

Σύμφωνα με νέα δεδομένα που παρουσιάστηκαν στις επιστημονικές συνεδρίες της Αμερικανικής Καρδιολογικής Ένωσης (AHA) 2018, που πραγματοποιήθηκαν τον Μάρτιο στη Νέα Ορλεάνη, όσοι πάσχουν από την ψυχική νόσο, ακόμα κι αν ακολουθούν αγωγή για την αντιμετώπισή της, έχουν **30% περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν τη συγκεκριμένη μορφή αρρυθμίας.**

«Η κολπική μαρμαρυγή αφορά τη γρήγορη και ανώμαλη ηλεκτρική δραστηριότητα στους κόλπους της καρδιάς, δηλαδή στους δύο άνω θαλάμους της, και την έλλειψη συντονισμού τους με τους δύο κάτω θαλάμους της, τις κοιλίες, με συνέπεια να εμποδίζεται η αποτελεσματική μεταφορά του αίματος από τους κόλπους στις κοιλίες. Η παραμονή του αίματος στους κόλπους ενέχει τον κίνδυνο καρδιακής ανεπάρκειας και δημιουργίας θρόμβων, που ενδεχομένως να προκαλέσουν εγκεφαλικό επεισόδιο ή εμβολή σε άλλα όργανα. Τα συμπτώματα της κολπικής μαρμαρυγής συχνά περιλαμβάνουν αίσθημα άρρυθμων καρδιακών παλμών, ταχυπαλμία (οι παλμοί μπορεί να ξεπεράσουν τους 200, είτε αυτό γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή είτε όχι), αίσθημα φτερουγίσματος στον θώρακα, δύσπνοια, ζάλη και αδυναμία» μας εξηγεί ο κ. Φώτιος Ν. Πατσουράκος, Καρδιολόγος-Αρχίατρος ε.α. «Ο ασθενής μπορεί να υποστεί μεμονωμένα περιστατικά που σταματούν χωρίς παρέμβαση, επεισόδια που απαιτούν χορήγηση φαρμάκων ή ηλεκτρική ανάταξη ή να έχει χρόνια κολπική μαρμαρυγή, δηλαδή κάθε παρέμβαση για την ομαλοποίηση του ρυθμού της καρδιάς να έχει αποτύχει. Παρόλο που η ίδια η κολπική μαρμαρυγή δεν είναι συνήθως απειλητική για τη ζωή, είναι μια σοβαρή κατάσταση που μερικές φορές απαιτεί επείγουσα θεραπεία» συμπληρώνει.

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία, **το 1-3% του πληθυσμού της Ευρώπης πάσχει από κολπική μαρμαρυγή.** Η παγκόσμια γήρανση αναμένεται να οδηγήσει σε διπλασιασμό του ποσοστού μέχρι το 2060, με συνέπεια τη σημαντική επιβάρυνση των ίδιων των ασθενών, των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και των

γιατρών. Μια συνολική προσέγγιση που θα προάγει τη διαχείριση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου θα μπορούσε να την περιορίσει.

Στους παράγοντες κινδύνου της κολπικής μαρμαρυγής –που είναι η ηλικία, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και άλλες χρόνιες παθήσεις (π.χ. διαβήτη, μεταβολικό σύνδρομο, προβλήματα στον θυρεοειδή), η υπέρταση, η παχυσαρκία, η κατανάλωση αλκοόλ– η συγκεκριμένη μελέτη προσθέτει έναν ακόμη τροποποιήσιμο παράγοντα, την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο οργανισμό Υγείας, αυτή η ψυχική νόσος επηρεάζει περί τα 300 εκ. άτομα παγκοσμίως. Έτσι, ένα αξιοσημείωτο ποσοστό επεισοδίων κολπικής μαρμαρυγής θα μπορούσε να αποφευχθεί εάν εξαλείφονταν οι αιτίες που μπορούν να τα πυροδοτήσουν.

Στην πρόσφατη μελέτη, ερευνητές από τη Σχολή Ιατρικής του Keck του Πανεπιστημίου της Νότιας Καλιφόρνια στο Λος Άντζελες ανέλυσαν στοιχεία από το πρόγραμμα Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). Σ' αυτό έλαβαν μέρος περισσότεροι από 6.600 Αμερικανοί διαφόρων εθνικοτήτων, μέσης ηλικίας 62 ετών, χωρίς καρδιακή νόσο κατά την έναρξη της μελέτης, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν επί 13 χρόνια. Αφού υποβλήθηκαν σε ένα κλινικό τεστ για την κατάθλιψη, οι ερευνητές, αναλύοντας τα αποτελέσματα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι εκείνοι που είχαν πετύχει υψηλότερη βαθμολογία και εκείνοι που είχαν λάβει αντικαταθλιπτικά φάρμακα αντιμετώπιζαν πάνω από 30% υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης κολπικής μαρμαρυγής, συγκριτικά με τα άτομα που είχαν πετύχει κανονικές βαθμολογίες και εκείνους που δεν είχαν λάβει φάρμακα για την κατάθλιψη.

Όπως δήλωσε ο ερευνητής Parveen Garg, MD, MPH, επίκουρος καθηγητής κλινικής ιατρικής στο Keck School of Medicine του Πανεπιστημίου της Νότιας Καλιφόρνια, εάν τα συμπεράσματα επιβεβαιωθούν από μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να σχεδιαστούν **πιο στοχοποιημένες προσπάθειες για την πρόληψη της αρρυθμίας αυτής.**

Οι ερευνητές δεν ανακάλυψαν ακόμα τον τρόπο που η κατάθλιψη διαταράσσει την καρδιακή λειτουργία. Ενδεχομένως, όμως, να οφείλεται στα αυξημένα επίπεδα φλεγμονής ή στα αυξημένα επίπεδα ορισμένων ορμονών που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα τη διατήρηση του φυσιολογικού καρδιακού ρυθμού. Τα συμπεράσματά τους πάντως ενισχύουν εκείνα προηγούμενων μελετών που έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα κινδύνου γενικά για καρδιακή νόσο.

«Η διάγνωση της κολπικής μαρμαρυγής γίνεται με κλινική εξέταση και τη διενέργεια ηλεκτροκαρδιογραφήματος. Επικουρικά μπορεί να ζητηθεί triplex καρδιάς και holter για την 24ωρη καταγραφή του καρδιακού ρυθμού. Τεστ κοπώσεως, αιματολογικές εξετάσεις και ακτινογραφίες ενδεχομένως να εντοπίσουν τις αιτίες πρόκλησης του επεισοδίου. Η θεραπεία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες και είναι φαρμακευτική ή επεμβατική. Σε κάθε, όμως, περίπτωση στοχεύει στην επαναφορά του φυσιολογικού ρυθμού, στην πρόληψη ενδεχόμενης θρόμβωσης και στη θεραπεία της αιτίας που προκαλεί την κολπική μαρμαρυγή. Στην περίπτωση δε που ο ασθενής δεν ακολουθήσει καμία αγωγή, τότε αντιμετωπίζει διπλάσιο κίνδυνο θανάτου από καρδιακές αιτίες και πενταπλάσιο από εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η απόκτηση συνηθειών όπως η διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους, μέσω καλής διατροφής και άσκησης, ο περιορισμός του καπνίσματος και του αλκοόλ, ο έλεγχος

του στρες και η θεραπεία της κατάθλιψης, εάν επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης, θα μπορούσαν να προστατεύουν από την εμφάνιση της νόσου» καταλήγει ο κ. Φ. Πατσουράκος. (onmed,2015)

Η επιδείνωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους αυξάνει τον κίνδυνο πτώσεων σύμφωνα με μελέτη του Hoffman et al. (2017).

Για να εξετάσουν τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και κινδύνου πτώσεων οι ερευνητές μελέτησαν πάνω από 7.200 ανθρώπους, ηλικίας 65 ετών και άνω το διάστημα 2006 έως 2010.

Οι επιστήμονες διαπίστωσαν ότι η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο πτώσεων στους ηλικιωμένους, αλλά η κατάλληλη δόση ψυχοφαρμάκων πιθανώς να εξουδετερώνει τον κίνδυνο.

Ειδικότερα, η μέτρια αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ηλικιωμένους συνδέθηκε με 30% αύξηση των πτώσεων εντός δύο ετών.

Όταν οι ερευνητές πρόσθεσαν τη φαρμακευτική αγωγή, η ισχύς της σχέσης μεταξύ συμπτωμάτων κατάθλιψης και πτώσεων μειώθηκε σε ασήμαντα επίπεδα.

Σύμφωνα με τον επικεφαλής της έρευνας Geoffrey Hoffman, γιατροί και ηλικιωμένοι ασθενείς θα πρέπει να ζυγίζουν τους κινδύνους και τα οφέλη των ψυχοφαρμάκων.

Οι γιατροί θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεχτικοί όταν συνταγογραφούν ορισμένα φάρμακα, όπως τα ηρεμιστικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα αγχολυτικά σε ηλικιωμένους ασθενείς.

Τα ευρήματα δημοσιεύτηκαν στο επιστημονικό έντυπο Social Science & Medicine.

1.4 Κατάθλιψη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη - επίπεδα

[Number of psychiatrists, 2016](#)

DEFISEELFRNLLTLUATEEUKIEDKITBEHRLVSIPTCYROESMTPLBGCHLIIS
NORMEMKTR(per 100 000 inhabitants)0510152025303540455055

Το άρθρο παρουσιάζει μια στατιστική έρευνα του European Union (EU) statistics σχετικά με τις πνευματικές διαταραχές και τις διαταραχές συμπεριφοράς, την νόσο Alzheimer η οποία είναι ασθένεια του νευρικού συστήματος) και την εσκεμμένη αυτοτραυματική ασθένεια (η

οποία είναι μια εξωτερική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας) . Εστιάζει σε τέσσερις πτυχές :

- Θανάτους από πνευματικές διαταραχές και διαταραχές της γνωστικής λειτουργίας, την νόσο Alzheimer και την εσκεμμένη αυτοτραυματική ασθένεια.
- την έκταση των καταθλιπτικών διαταραχών
- τη διαθεσιμότητα εξειδικευμένων πόρων υγειονομικής περίθαλψης (κλινών και προσωπικού).
- υγειονομική περίθαλψη για ψυχικές διαταραχές, διαταραχές συμπεριφοράς και ασθένεια Alzheimer και τη διαθεσιμότητα παροχής εξειδικευμένης ιατρικής περίθαλψης (προσωπικό και κλίνες).

Οι ψυχικές διαταραχές και οι διαταραχές της συμπεριφοράς περιλαμβάνουν, για παράδειγμα, άνοια (χρόνιες ή επίμονες ψυχικές διαταραχές που χαρακτηρίζονται από διαταραχή μνήμης, αλλαγή προσωπικότητας και μειωμένη αιτιολογία), σχιζοφρένεια και διαταραχές που επηρεάζονται από τον τρόπο ζωής (όπως χρήση αλκοόλ ή εξάρτηση από τα ναρκωτικά).

Σημειώστε ότι το άρθρο αυτό γενικά δεν καλύπτει ασθένειες του νευρικού συστήματος, αλλά επειδή η νόσος του Alzheimer μπορεί να συνδέεται με ψυχικές διαταραχές, η συγκεκριμένη ασθένεια συνδυάζεται με τα δεδομένα της άνοιας στους Πίνακες 2 και 5 σχετικά με τις αιτίες θανάτου και το μέσο χρόνο παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο. Όπως η άνοια, η νόσος του Alzheimer είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου. Μπορεί να είναι δύσκολη η διάκριση αυτών των δύο διαταραχών καθώς τα συμπτώματά τους είναι συχνά αρκετά παρόμοια. Η αιτιοπαθολογική διαφορά μεταξύ της αγγειακής άνοιας (όταν εμφανίζονται συμπτώματα άνοιας εξαιτίας προβλημάτων με την παροχή αίματος στον εγκέφαλο, για παράδειγμα μέσω εγκεφαλικού επεισοδίου) και των εγκεφαλικών διαταραχών που προκαλούνται από τη νόσο του Αλτσχάιμερ μπορεί να καταγραφεί μετά από νεκροψία.

Το άρθρο αυτό αποτελεί ένα σύνολο στατιστικών άρθρων σχετικά με την κατάσταση της υγείας στην ΕΕ, το οποίο αποτελεί μέρος μιας ηλεκτρονικής δημοσίευσης για τις στατιστικές για την υγεία.

Ας δούμε αναλυτικά τα ποσοστά θνησιμότητας στην Ευρώπη για το 2015.

Το 2015, υπήρξαν 214.000 θάνατοι στην ΕΕ-28 που οφείλονταν σε διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές και ισοδυναμούν με το 4,1% του συνόλου των θανάτων. Ο πίνακας 1 δείχνει ότι το ποσοστό θανάτων στο Ηνωμένο Βασίλειο (9,0%) από διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές ήταν τουλάχιστον διπλάσιο από το μέσο όρο της ΕΕ-28, ενώ οι ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές αντιστοιχούσαν σε τουλάχιστον 1 στους 20 θανάτους στις Σουηδία, Δανία, Λουξεμβούργο, Ιρλανδία και Ισπανία. Περίπου το 8,1% των θανάτων στην Ελβετία αποδόθηκε επίσης σε ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές, όπως και το 6,6% στη Νορβηγία. Αντίθετα, λιγότερο από το 1,0% όλων των θανάτων προέρχονταν από ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς σε πέντε από τα κράτη μέλη της ΕΕ, ενώ το ποσοστό αυτό ήταν μόλις 0,1% στη Ρουμανία και τη Βουλγαρία.

Πίνακας 1.1 : Θάνατοι που οφείλονται σε ψυχικές ασθένειες και διαταραχές συμπεριφοράς στην Ευρώπη το 2015

Causes of death — mental and behavioural disorders, residents, 2015

	Number of deaths (number)	Share of all deaths			Standardised death rates				
		Total	Males	Females	Total	Males	Females	Persons aged < 65 years	Persons aged 65 and over
		(%)			(per 100 000 inhabitants)				
EU-28	214 377	4.1	3.1	5.1	43.4	44.4	41.3	3.7	207.6
Belgium	5 367	4.9	3.8	5.9	48.5	49.4	46.5	4.9	228.8
Bulgaria	95	0.1	0.1	0.1	1.3	1.5	1.0	0.8	3.3
Czechia	1 494	1.3	1.1	1.6	19.1	21.2	17.5	1.7	91.0
Denmark	3 436	6.6	5.8	7.3	70.0	76.2	62.8	11.1	312.9
Germany	44 608	4.8	3.8	5.7	52.6	55.0	48.4	7.0	241.0
Estonia	106	0.7	1.0	0.4	8.3	13.8	4.3	4.8	22.9
Ireland	1 561	5.2	3.7	6.7	56.8	53.2	58.3	1.0	286.9
Greece	1 158	1.0	0.7	1.2	9.1	8.5	9.4	1.2	41.6
Spain	21 329	5.1	3.4	6.8	42.8	41.1	42.6	1.0	215.1
France	25 450	4.3	3.5	5.1	35.4	40.5	30.9	5.4	159.3
Croatia	1 344	2.5	2.0	2.9	38.0	41.2	34.8	4.9	174.6
Italy	21 354	3.3	2.3	4.3	29.1	27.4	29.2	1.4	143.4
Cyprus	150	2.5	1.6	3.6	29.9	22.5	34.5	0.5	151.4
Latvia	411	1.5	1.5	1.4	22.6	26.7	17.2	9.2	77.8
Lithuania	123	0.3	0.3	0.3	4.5	5.6	3.6	1.2	18.1
Luxembourg	232	5.9	4.9	6.8	56.7	67.3	50.8	5.0	270.0
Hungary	3 560	2.7	2.1	3.3	43.6	46.3	40.7	5.1	202.7
Malta	139	4.0	2.4	5.7	43.4	33.5	47.7	0.0	222.8
Netherlands	11 416	7.8	5.5	10.0	82.5	77.1	83.5	3.8	407.4
Austria	1 773	2.2	2.2	2.2	21.5	25.9	17.4	5.3	88.5
Poland	2 246	0.6	0.9	0.2	6.1	10.4	2.2	5.0	10.6
Portugal	3 265	3.0	2.3	3.7	30.9	34.1	28.8	1.2	153.5
Romania	323	0.1	0.2	0.1	1.7	2.8	0.8	1.0	4.6
Slovenia	277	1.4	2.3	0.5	13.3	23.3	4.6	8.2	34.0
Slovakia	699	1.3	1.1	1.5	20.7	22.6	18.6	2.6	95.1
Finland	2 353	4.5	3.3	5.7	46.7	47.0	43.7	3.8	223.8
Sweden	6 230	6.9	4.9	8.8	63.2	59.7	63.8	2.1	315.5
United Kingdom	53 878	9.0	6.3	11.5	90.6	84.0	92.8	2.1	455.8
Iceland	78	3.6	3.0	4.2	34.2	32.8	34.5	2.8	164.1
Liechtenstein	4	1.6	2.6	0.8	11.6	13.9	6.0	8.6	24.2
Norway	2 627	6.6	4.3	8.7	59.8	52.3	62.7	3.1	293.8
Switzerland	5 484	8.1	5.6	10.5	71.0	66.5	72.1	3.9	347.9
Serbia	1 464	1.4	1.3	1.6	27.0	26.8	26.0	4.0	122.1
Turkey	568	0.1	0.1	0.2	2.0	2.4	1.7	0.2	9.4

Source: Eurostat (online data codes: hlth_cd_aro and hlth_cd_asdr2)



Ένα υψηλότερο ποσοστό γυναικών (σε σχέση με τους άνδρες) στην ΕΕ-28 πέθανε από ψυχικές διαταραχές και διαταραχές συμπεριφοράς (5,1% των θανάτων στις γυναίκες σε σύγκριση με 3,1% στους άνδρες). Το μοτίβο αυτό επαναλήφθηκε στα

περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ και ήταν πιο έντονο στην Ολλανδία και το Ηνωμένο Βασίλειο, όπου οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ήταν 4,5 και 5,2 ποσοστιαίες μονάδες αντίστοιχα. Αντίθετα, μεγαλύτερο ποσοστό του συνολικού αριθμού θανάτων μεταξύ ανδρών (και όχι γυναικών) αποδόθηκε σε διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές στη Σλοβενία, την Πολωνία, την Εσθονία, τη Ρουμανία και τη Λετονία. Το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας για ψυχικές και συμπεριφορικές διαταραχές της ΕΕ-28 ήταν 43,4 θανάτους ανά 100 000 κατοίκους το 2015. Το ποσοστό θνησιμότητας για τους άνδρες ήταν μόνο ελαφρώς υψηλότερο από αυτό των γυναικών (Πίνακας 1.1). Αυτό το μοτίβο επαναλήφθηκε στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ, με τις μεγαλύτερες διαφορές στη Σλοβενία, το Λουξεμβούργο και τη Δανία, όπου το χάσμα μεταξύ των φύλων κυμάνθηκε από 13,3 έως 18,7 περισσότερους θανάτους ανά 100 000 κατοίκους για τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Τα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας για διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές ήταν υψηλότερα για τις γυναίκες (σε σχέση με τους άνδρες) στην Ελλάδα, την Ισπανία, την Ιταλία, τη Σουηδία, την Ιρλανδία, την Ολλανδία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Κύπρο και τη Μάλτα: η διαφορά στα ποσοστά ήταν 12,0 περισσότεροι θάνατοι ανά 100.000 κατοίκους για τις γυναίκες από ό, τι για τους άνδρες στην Κύπρο και 14,2 περισσότερο στη Μάλτα.

Οι θάνατοι σε νεώτερες ηλικίες μπορούν να θεωρηθούν πρόωροι. Πράγματι, ο Πίνακας 1 δείχνει επίσης σαφώς ότι οι διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές ήταν μια ιδιαίτερα κοινή αιτία θανάτου σε προχωρημένες ηλικίες. Το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας από τις ψυχικές διαταραχές και τις διαταραχές της συμπεριφοράς για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ήταν 57 φορές υψηλότερο από το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας για άτομα ηλικίας κάτω των 65 ετών το 2015. Αυτό μπορεί να συγκριθεί με την ίδια αναλογία για όλες τις αιτίες θανάτου, όπου το ποσοστό θνησιμότητας για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ήταν 21 φορές υψηλότερο.

Μεταξύ των ψυχικών και συμπεριφορικών διαταραχών, η άνοια (συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων για τη νόσο του Αλτσχάιμερ) ήταν η συνηθέστερη αιτία θανάτου στην ΕΕ των 28, αν και μεταξύ των ανδρών στη Σλοβενία, τη Λετονία, την Πολωνία και την Εσθονία οι θάνατοι λόγω της χρήσης οινοπνεύματος ήταν πιο συχνές.

Μια πιο λεπτομερής ανάλυση των αιτιών θανάτου παρουσιάζεται στον Πίνακα 2 για μια επιλογή διανοητικών και συμπεριφορικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων των δεδομένων για τη νόσο του Αλτσχάιμερ στα δεδομένα της άνοιας. Όπως μπορεί να φανεί, οι κύριες αιτίες θανάτου από διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές τόσο μεταξύ ανδρών όσο και γυναικών ήταν η άνοια και η νόσος του Αλτσχάιμερ (Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση των Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD), κωδικοί F00-03 και G30). Παρόλα αυτά, το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας για διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές που οφείλεται στη χρήση αλκοόλ (κωδικός F10) ήταν επίσης σχετικά υψηλό το 2015 σε ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ, ιδίως μεταξύ των ανδρών στη Σλοβενία, τη Δανία, τη Λετονία, την Αυστρία, τη Γερμανία, και την Πολωνία. Στην πραγματικότητα, μεταξύ των ανδρών, το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας για διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές λόγω της χρήσης αλκοόλ ήταν υψηλότερο από ό, τι για την άνοια και τη νόσο του Alzheimer στη Σλοβενία (οι τιμές περιλαμβάνουν μόνο τη νόσο του Αλτσχάιμερ), τη Λετονία, την Πολωνία και την Εσθονία.

Πίνακας 1.2 : Τυποποιημένοι Δείκτες Θνησιμότητας για ψυχικές ασθένειες, διαταραχές συμπεριφοράς, άνοια, αλκοολισμό και εξάρτηση από ουσίες στην Ευρώπη το 2015.

Standardised death rates — selected mental and behavioural disorders and Alzheimer's disease, residents, 2015

(per 100 000 male / female inhabitants)

	Dementia and Alzheimer's disease		Mental and behavioural disorders due to use of alcohol		Drug dependence, toxicomania		Other mental and behavioural disorders	
	Males	Females	Males	Females	Males	Females	Males	Females
EU-28	53.7	59.2	5.2	1.2	0.5	0.1	2.3	1.9
Belgium	60.4	65.1	5.6	2.1	0.4	0.2	4.3	3.7
Bulgaria (*)	2.2	2.9	0.7	0.1	0.0	0.1	0.6	0.5
Czechia	35.4	35.9	2.1	0.5	0.1	0.0	1.0	0.6
Denmark	74.2	77.8	19.8	5.2	0.8	0.3	3.5	3.4
Germany	48.4	51.6	10.0	2.7	1.7	0.4	2.2	1.6
Estonia	7.0	9.2	9.8	1.0	0.3	:	1.6	1.1
Ireland	67.8	82.6	1.1	0.3	0.1	:	1.4	0.9
Greece	10.2	13.9	0.6	0.1	0.0	:	1.1	0.9
Spain	63.2	75.0	1.2	0.1	0.1	0.0	1.4	1.1
France	50.6	55.5	6.9	1.5	0.5	0.0	5.6	4.3
Croatia (*)	23.0	27.8	10.0	1.3	0.4	0.1	15.1	14.1
Italy	38.5	44.1	0.6	0.1	0.3	0.1	2.3	1.9
Cyprus	40.9	57.2	0.9	0.4	:	:	0.5	0.6
Latvia	9.9	15.4	16.6	3.5	0.3	0.1	2.3	0.9
Lithuania	10.9	9.4	1.3	0.1	0.2	:	1.0	0.4
Luxembourg	71.5	58.7	6.3	3.6	0.9	0.7	3.5	3.5
Hungary	43.0	43.2	6.3	0.9	0.1	0.0	3.2	2.2
Malta (*)	33.8	51.2	0.6	0.4	:	:	0.4	1.2
Netherlands	90.3	105.3	4.4	1.5	0.4	0.1	3.1	3.8
Austria	24.5	27.9	10.8	2.1	1.9	1.0	0.1	0.3
Poland	6.6	8.0	9.8	1.3	0.0	0.0	0.1	0.1
Portugal	46.6	44.0	1.5	0.2	0.2	0.0	1.0	0.8
Romania (*)	11.2	13.3	2.2	0.3	0.0	0.0	0.6	0.5
Slovenia (*)	7.7	9.4	22.9	4.2	0.4	0.1	0.4	0.4
Slovakia (*)	31.2	35.3	4.8	0.6	0.0	0.0	0.2	0.2
Finland	162.2	165.1	6.6	1.2	0.5	0.2	2.9	2.9
Sweden	77.1	87.8	3.7	0.9	0.4	0.1	2.1	2.8
United Kingdom	104.0	121.3	2.0	0.7	0.5	0.2	0.7	0.8
Iceland (*)	81.1	101.6	5.4	1.0	0.7	0.8	0.5	2.4
Liechtenstein (*)	41.2	85.3	7.1	:	4.4	:	9.5	6.0
Norway	61.6	79.5	5.1	1.1	0.8	0.5	2.5	3.0
Switzerland	74.0	86.0	4.1	1.4	0.8	0.6	6.2	6.1
Serbia (*)	28.1	34.3	6.7	0.5	0.4	0.1	5.0	7.0
Turkey (*)	51.8	48.0	0.1	0.0	0.0	0.0	1.0	0.9

(*) Drug dependence, toxicomania, females: 2013.

(*) Drug dependence, toxicomania, females: 2014.

(*) Mental and behavioural disorders due to use of alcohol, females: 2014.

(*) Dementia and Alzheimer's disease: excluding dementia.

(*) Dementia and Alzheimer's disease, males: excluding dementia.

(*) Drug dependence, toxicomania: 2013.

(*) Drug dependence, toxicomania, females: 2012.

(*) Mental and behavioural disorders due to use of alcohol, males: 2013.

Source: Eurostat (online data codes: hlth_cd_asdr2)

Τα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας για άλλες διανοητικές και συμπεριφορικές διαταραχές (κωδικοί F04-09, F17 και F20-99) ήταν σχετικά χαμηλά για άνδρες και γυναίκες, κάτω από 6,0 ανά 100 000 κατοίκους για τους άνδρες και 5,0 ανά 100 000 κατοίκους για τις γυναίκες το 2015 σε όλα εκτός από ένα από τα κράτη μέλη της ΕΕ. Η εξαίρεση σε αυτό το μοντέλο ήταν η Κροατία, όπου το ποσοστό για τους άνδρες ανερχόταν σε 15,1 ανά 100 000 κατοίκους και στις γυναίκες σε 14,1 ανά 100 000 κατοίκους. Τα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας για την εξάρτηση από τα ναρκωτικά και την τοξικομανία ήταν ακόμη χαμηλότερα, κάτω από 1,0 ανά 100 000 κατοίκους στα περισσότερα κράτη μέλη της ΕΕ ήταν το 2015. Οι μοναδικές εξαιρέσεις από αυτό το μοντέλο καταγράφηκαν στην Αυστρία και τη Γερμανία για τους άνδρες και την Αυστρία για τις γυναίκες. Οι άνδρες είναι 3,7 φορές πιο πιθανό να πεθάνουν ε σχέση με τις γυναίκες από εσκεμμένο αυτοτραυματισμό Το 2015, το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας για εσκεμμένο αυτοτραυματισμό (κωδικοί X60-84 και Y87.0) ήταν 10,9 ανά 100 000 κατοίκους για την ΕΕ των 28, με ποσοστό για τους άνδρες 3,7 φορές υψηλότερο από αυτό για τις γυναίκες (βλ. 3). Πρέπει να σημειωθεί ότι η συγκρισιμότητα των δεδομένων σχετικά με εσκεμμένη αυτοτραυματισμό θεωρείται ότι είναι περιορισμένη εξαιτίας της ελλιπούς καταγραφής αυτοκτονιών σε ορισμένα κράτη μέλη της ΕΕ (ενδεχομένως λόγω κοινωνικού στιγματισμού και άλλων λόγων).

Πίνακας 1.3 : Standardised death rates- intentional self-harm, residents 2015

Standardised death rates — intentional self-harm, residents, 2015

(per 100 000 inhabitants)

	Total	Males	Females	Persons aged < 65			Persons aged 65 and over		
				Total	Males	Females	Total	Males	Females
EU-28	10.9	17.9	4.9	9.5	14.9	4.2	16.6	29.9	7.6
Belgium	16.9	24.7	9.7	15.6	22.1	9.0	21.9	35.3	12.4
Bulgaria	9.3	15.7	4.0	7.1	11.4	2.8	18.5	33.5	9.1
Czechia	13.2	23.1	4.8	11.5	18.7	4.2	20.3	41.3	7.0
Denmark	10.2	14.6	6.1	8.7	12.3	5.0	16.5	24.2	10.5
Germany	11.7	18.6	5.9	9.3	13.7	4.8	21.7	39.1	10.7
Estonia	15.9	29.9	5.1	14.1	24.0	4.4	23.2	54.1	7.8
Ireland	9.6	15.4	4.0	10.1	15.9	4.3	7.7	13.3	2.7
Greece	4.7	7.9	1.8	4.2	6.8	1.8	6.6	12.2	2.1
Spain	7.5	11.9	3.7	6.1	9.1	3.2	13.2	23.7	6.0
France	14.1	23.4	6.3	12.1	19.1	5.4	22.4	41.3	9.9
Croatia	17.3	29.0	8.3	13.1	20.2	6.1	34.8	65.6	17.4
Italy	6.1	10.2	2.6	5.0	7.9	2.2	10.3	19.3	4.1
Cyprus	4.5	7.1	2.0	4.9	7.7	2.2	2.8	4.5	1.3
Latvia	19.3	35.5	7.0	18.0	31.4	5.5	24.8	52.5	13.1
Lithuania	30.3	56.3	10.1	28.5	50.3	8.6	37.6	81.0	16.4
Luxembourg	13.9	20.7	8.4	10.6	15.9	5.2	27.4	40.4	21.9
Hungary	19.0	32.6	8.8	15.1	24.0	6.5	35.3	67.9	18.1
Malta	7.6	11.9	3.3	8.8	13.4	4.1	2.7	5.7	0.0
Netherlands	11.3	16.0	6.9	10.7	14.7	6.6	13.7	21.4	8.2
Austria	14.5	24.2	6.3	10.8	16.7	5.0	29.5	55.4	11.7
Poland	14.2	26.2	3.7	14.2	24.9	3.6	14.5	31.6	4.2
Portugal	10.4	16.8	5.5	7.3	10.8	4.1	23.2	41.4	11.6
Romania	11.4	20.6	3.3	10.3	18.1	2.6	16.1	30.8	6.5
Slovenia	20.7	36.2	8.4	16.0	25.4	6.1	40.3	80.5	17.9
Slovakia	9.2	16.7	3.0	8.6	14.5	2.8	11.6	25.7	3.8
Finland	13.5	21.3	6.2	13.3	20.3	6.0	14.2	25.1	6.9
Sweden	12.3	18.2	6.9	11.4	16.1	6.5	16.4	26.5	8.5
United Kingdom	7.4	11.5	3.4	7.6	11.8	3.5	6.3	10.5	3.0
Iceland	13.1	18.2	7.5	13.7	20.8	6.4	10.3	7.5	12.1
Liechtenstein (*)	2.5	5.1	9.2	3.1	6.3	11.5	0.0	0.0	0.0
Norway	11.7	16.0	7.5	11.2	15.1	7.1	13.7	19.5	9.4
Switzerland	13.0	20.3	6.5	10.6	15.4	5.7	22.8	40.7	10.2
Serbia	15.0	24.8	7.1	10.5	16.5	4.6	33.8	58.7	17.3
Turkey	2.2	3.5	1.0	2.0	3.0	1.0	2.9	5.3	1.3

(*) Females: 2012.

Source: Eurostat (online data code: hlth_cd_asdr2)

eurostat 

Το υψηλότερο τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας για εσκεμμένο αυτοτραυματισμό το 2015 μεταξύ των κρατών μελών της ΕΕ καταγράφηκε για τη Λιθουανία (30,3 ανά 100 000 κατοίκους), ακολουθούμενο σε κάποια απόσταση από τη Σλοβενία, τη Λετονία και την Ουγγαρία, όπου τα σχετικά ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 19,0-20,7 ανά 100 000 κατοίκους. Για τα περισσότερα από τα άλλα κράτη μέλη της ΕΕ καταγράφηκαν ποσοστά μεταξύ 7,4 και 17,3 ανά 100 000 κατοίκους, με την Ιταλία (6,1 ανά 100 000 κατοίκους), την Ελλάδα (4,7 ανά 100 000 κατοίκους) και την Κύπρο (4,5 ανά 100 000 κατοίκους) .

Σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, τα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας για εσκεμμένο αυτοτραυματισμό για τους άνδρες ήταν υψηλότερα από εκείνα για τις γυναίκες το 2015. Η διαφοροποίηση κυμαινόταν από 2,3 φορές υψηλότερα στις Κάτω Χώρες έως 7,1 φορές υψηλότερα στην Πολωνία, με τη μεγαλύτερη απόλυτη διαφορά να παρατηρείται στη Λιθουανία όπου το ποσοστό για τις γυναίκες ήταν 10,1 ανά 100 000 κατοίκους και το ποσοστό για τους άνδρες ήταν 56,3 ανά 100 000 κατοίκους.

Το τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας για εσκεμμένη αυτοτραυματισμό στην ΕΕ των 28 ήταν υψηλότερο για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (16,6 ανά 100 000 κατοίκους) από ό, τι για τους νέους (9,5 ανά 100 000 κατοίκους). Αυτή η κατάσταση, δηλαδή υψηλότερο τυποποιημένο ποσοστό θνησιμότητας για τους ηλικιωμένους, παρατηρήθηκε το 2015 σε όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ εκτός από το Ηνωμένο Βασίλειο, την Κύπρο, την Ιρλανδία και τη Μάλτα, όπου τα ποσοστά για τους νέους ήταν υψηλότερα από εκείνα των ηλικιωμένων. Και για τις δύο ηλικιακές ομάδες που παρουσιάζονται στον Πίνακα 1.3, όλα τα κράτη μέλη ανέφεραν υψηλότερα τυποποιημένα ποσοστά θνησιμότητας για εσκεμμένη αυτοτραυματισμό για τους άνδρες (σε σύγκριση με τις γυναίκες).

Έκταση καταθλιπτικών διαταραχών

Οι γυναίκες ανέφεραν καταθλιπτικές διαταραχές πιο συχνά από τους άνδρες

Οι καταθλιπτικές διαταραχές καλύπτουν μεμονωμένα καταθλιπτικά επεισόδια και υποτροπιάζουσες καταθλιπτικές διαταραχές (κωδικοί F32-33). Σε τυπικά καταθλιπτικά επεισόδια ο ασθενής πάσχει από μείωση της διάθεσης, μείωση της ενέργειας και μείωση της δραστηριότητας. Η ικανότητα του ασθενούς για απόλαυση, ενδιαφέρον και συγκέντρωση μειώνεται και η έντονη κόπωση μετά από ακόμη και ελάχιστη προσπάθεια είναι κοινή. Ο ύπνος συνήθως διαταράσσεται και η όρεξη μειώνεται. Η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση σχεδόν πάντα μειώνονται και, ακόμη και σε μια ήπια μορφή, υπάρχει συχνά αίσθημα ενοχής ή χαμηλή αυτοεκτίμηση.

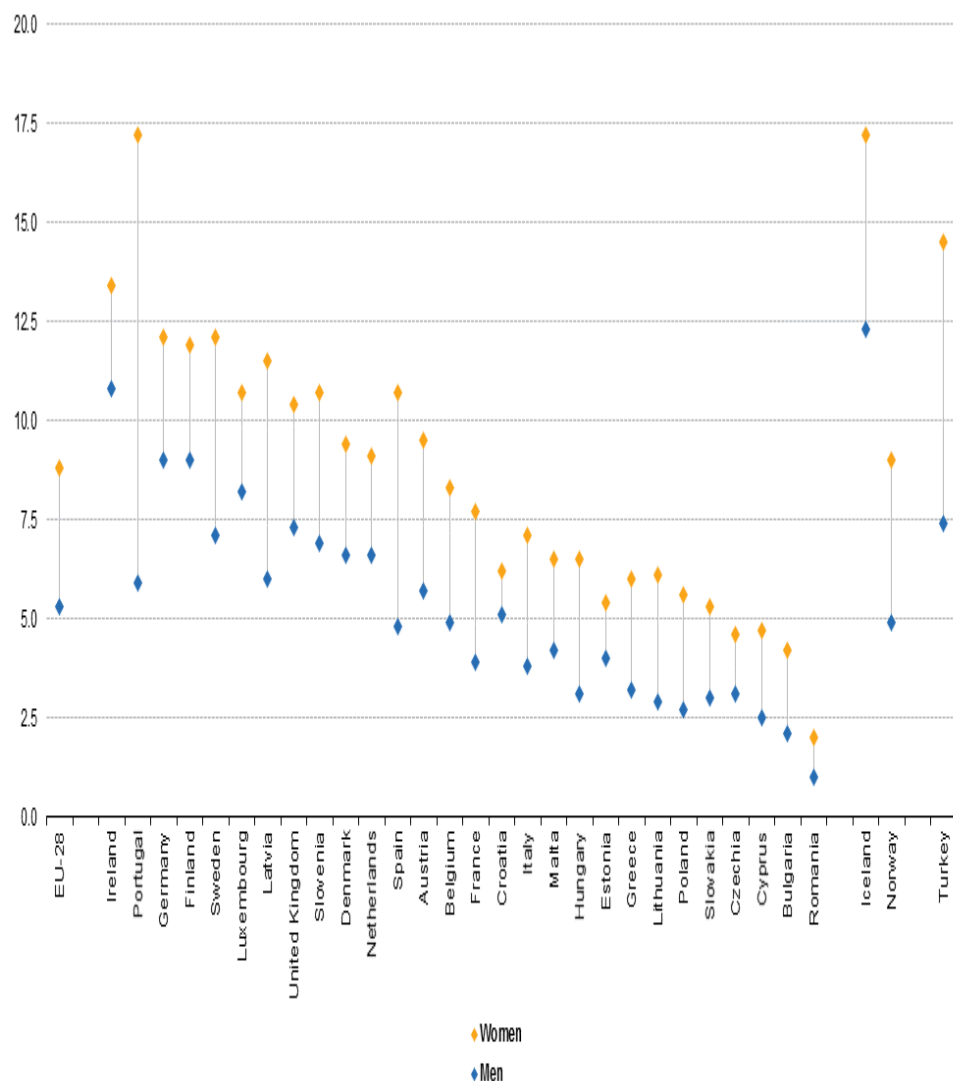
Το δεύτερο κύμα της ευρωπαϊκής έρευνας συνεντεύξεων για την υγεία (EHIS) πραγματοποιήθηκε μεταξύ 2013 και 2015 και καλύπτει άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω. Η έρευνα περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την αυτοαξιολόγηση της υγείας ενός ατόμου και στοιχεία για χρόνιες παθήσεις που διαγνώστηκαν από ιατρό και οι οποίες εμφανίστηκαν κατά τους τελευταίους 12 μήνες πριν από την συνέντευξη. Αυτά τα στοιχεία είναι διαθέσιμα για όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ, την Ισλανδία, τη Νορβηγία και την Τουρκία. Το επόμενο κύμα της έρευνας θα διεξαχθεί το 2019 και θα διεξάγεται σε τακτά πενταετή διαστήματα στη συνέχεια.

Το 2014, το 7,1% του πληθυσμού της ΕΕ-28 ανέφερε ότι πάσχει από χρόνια κατάθλιψη. Με ποσοστό 12,1%, η Ιρλανδία κατατάχθηκε πρώτη, ενώ διψήφια ποσοστά καταγράφηκαν επίσης στην Πορτογαλία, τη Γερμανία και τη Φινλανδία. Το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν κατάθλιψη ήταν μικρότερο από 4,0% στην Τσεχία, την Κύπρο, τη Βουλγαρία και τη Ρουμανία.

Διάγραμμα 1.1 : Ποσοστά ανδρών και γυναικών με χρόνια κατάθλιψη στην Ευρώπη, 2014

Share of the population reporting that they had chronic depression, 2014

(%)



Note: ranked on the share of the total population (both sexes combined) reporting that they had chronic depression.

Source: Eurostat (online data code: hlth_ehis_cd1e)

eurostat 

Το ποσοστό των ατόμων που είχαν καταθλιπτικές διαταραχές ήταν υψηλότερο για τις γυναίκες από ό, τι για τους άνδρες σε κάθε κράτος μέλος της ΕΕ. Αυτό επίσης παρατηρήθηκε στην Ισλανδία, τη Νορβηγία και την Τουρκία. Το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν χρόνια κατάθλιψη έφθασε στο ανώτατο όριο στην Πορτογαλία (17,2%) , γεγονός που συνέβαλε στην καταγραφή της μεγαλύτερης απόστασης μεταξύ των δύο φύλων στην Πορτογαλία: το ποσοστό των γυναικών που ανέφεραν χρόνια κατάθλιψη ήταν 11,3 ποσοστιαίες μονάδες υψηλότερο από το

αντίστοιχο των Πορτογάλων ανδρών. Στην Ισπανία, τη Λετονία και τη Σουηδία σημειώθηκαν επίσης διαφορές τουλάχιστον κατά 5,0 ποσοστιαίων μονάδων. Αυτό επίσης παρατηρήθηκε και στην Τουρκία.

Όσον αφορά διαφοροποιήσεις κατά ηλικία (Πίνακας 1.4), το ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν την κατάθλιψη παρουσιάζει αυξητικές τάσεις καθώς αυξάνεται η ηλικία. Υπήρξε σχετικά χαμηλή επικράτηση της χρόνιας κατάθλιψης στους νέους (σε σύγκριση με τις περισσότερες άλλες ασθένειες). Η μόνη εξαίρεση από το πρότυπο της αυξανόμενης επικράτησης με την ηλικία ήταν για την τάξη που κάλυπτε τα άτομα ηλικίας 65-74 ετών, όπου ο επιπολασμός της κατάθλιψης ήταν χαμηλότερος από ό, τι για τους ανθρώπους ηλικίας 45-54 και 55-64 ετών.

Share of the population reporting that they had chronic depression, 2015

(%)

	Total	of which, by age class in years						
		15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75 and over
EU-28	7.1	4.0	5.3	5.9	8.3	9.3	7.7	10.0
Belgium	6.7	1.0	3.4	6.8	8.8	10.0	7.3	9.9
Bulgaria	3.2	1.1	1.5	3.4	2.3	3.4	4.7	6.9
Czechia	3.9	1.0	1.6	3.3	4.3	6.8	4.5	6.5
Denmark	8.0	8.3	8.6	9.8	7.4	8.1	5.8	7.2
Germany	10.6	8.7	9.9	10.0	12.5	13.7	8.1	9.1
Estonia	4.8	4.3	3.6	4.0	7.3	5.7	4.6	3.5
Ireland	12.1	12.4	10.1	11.0	12.5	17.0	12.3	9.6
Greece	4.7	1.5	2.1	3.7	3.7	5.0	7.6	10.0
Spain	7.8	1.7	3.6	5.2	8.3	11.8	12.5	15.1
France	5.9	2.7	4.2	5.9	7.1	7.7	4.8	8.7
Croatia	5.7	1.0	2.6	4.3	5.5	8.1	8.5	11.7
Italy	5.5	0.6	1.2	2.8	4.6	6.8	9.1	13.9
Cyprus	3.6	0.7	2.3	2.6	3.4	6.1	7.6	9.4
Latvia	9.1	7.0	6.2	7.2	9.9	11.8	10.9	11.6
Lithuania	4.7	1.8	1.8	2.4	5.0	5.7	7.9	10.6
Luxembourg	9.5	6.6	8.4	9.4	12.4	11.7	6.6	11.1
Hungary	4.9	1.1	2.1	2.6	6.1	8.1	6.9	9.8
Malta	5.4	2.1	1.8	3.5	6.6	9.8	6.9	9.2
Netherlands	7.9	6.1	8.0	8.5	10.0	8.2	5.7	7.0
Austria	7.7	2.1	5.2	6.8	9.5	9.1	9.6	13.1
Poland	4.2	1.2	2.2	3.0	4.9	6.3	5.7	8.8
Portugal	11.9	2.3	6.3	7.6	12.8	18.0	20.7	17.1
Romania	1.5	0.4	1.2	0.6	1.7	2.2	2.4	3.1
Slovenia	8.8	8.2	6.8	5.6	10.6	10.5	8.3	13.4
Slovakia	4.2	1.1	2.2	3.4	5.2	6.3	5.5	9.4
Finland (*)	10.5	10.8	13.5	9.9	9.3	10.1	6.5	13.8
Sweden	9.6	10.3	13.1	10.0	11.4	9.7	5.2	5.6
United Kingdom	8.9	6.7	8.3	8.5	11.3	11.6	7.6	6.9
Iceland	14.8	21.7	18.7	13.8	13.0	11.5	7.9	10.0
Norway	6.9	5.6	7.5	8.3	6.1	8.7	5.4	6.5
Turkey	11.0	6.6	9.5	12.1	15.2	13.2	12.7	10.7

(*) 65-74 years and 75 years and over: low reliability.

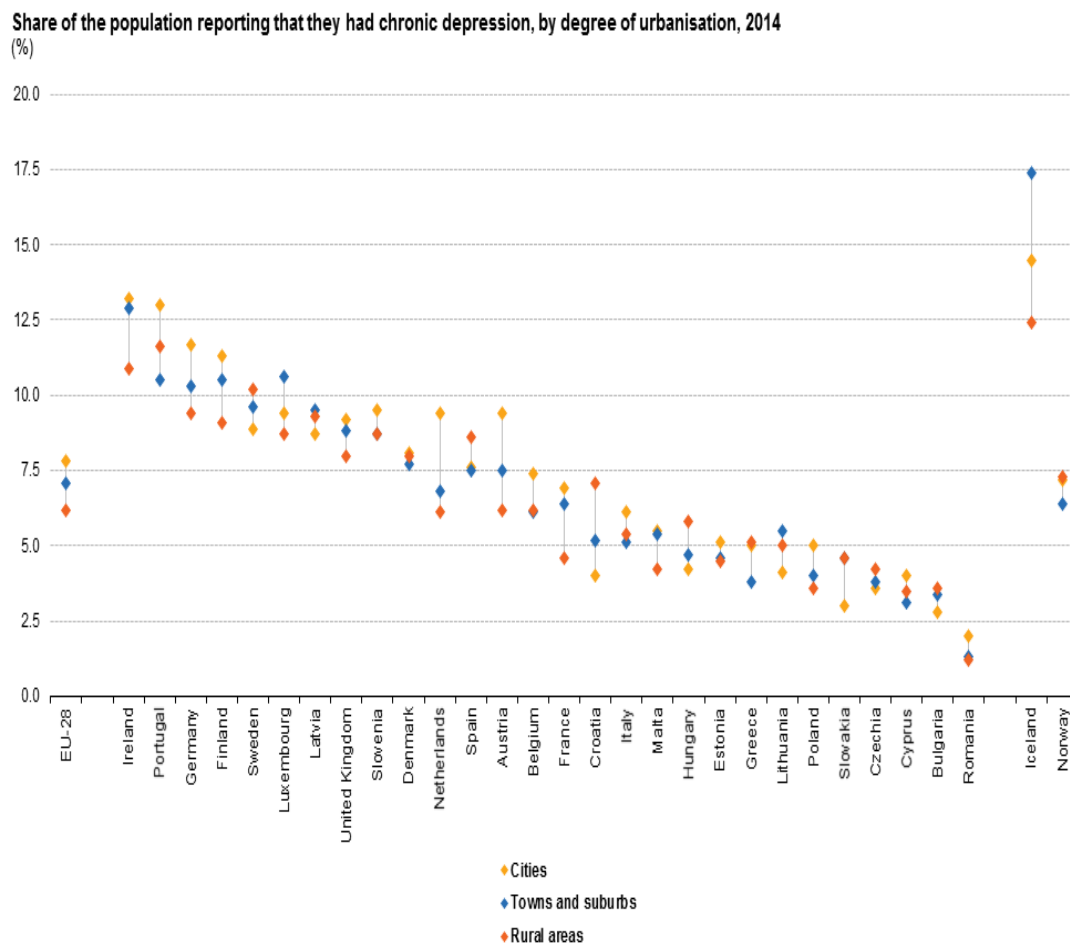
Source: Eurostat (online data code: hlth_ehis_cd1e)

Σε 15 από τα κράτη μέλη της ΕΕ, η χρόνια κατάθλιψη έφτασε στα υψηλότερα επίπεδα για άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω αν και σε άλλα επτά κράτη μέλη ήταν υψηλότερη μεταξύ των ατόμων ηλικίας 55-64 ετών. Στην Πορτογαλία, περισσότεροι από έναν στους πέντε ανθρώπους μεταξύ των ηλικιών 65 και 74 ετών ανέφεραν ότι είχαν χρόνια κατάθλιψη. Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που ανέφεραν χρόνια κατάθλιψη στη Σουηδία ήταν μεταξύ των ατόμων ηλικίας 25-34 ετών (13,1%), ενώ στη Δανία ήταν μεταξύ των ατόμων ηλικίας 35-44 ετών (9,8%). Το μοντέλο στην Ισλανδία ήταν σχεδόν το αντίστροφο των γενικών εξελίξεων που παρατηρήθηκαν για ολόκληρη την ΕΕ-28, καθώς το υψηλότερο ποσοστό του πληθυσμού που ανέφερε χρόνια κατάθλιψη καταγράφηκε μεταξύ των ατόμων ηλικίας 15-24 ετών (21,7%), με ποσοστό 7,9% μεταξύ των ατόμων ηλικίας 65-74 ετών, πριν και 10,0% για άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω.

Οι άνθρωποι που ζουν σε πόλεις της ΕΕ είναι πιο πιθανό να αναφέρουν χρόνιες διαταραχές κατάθλιψης

Εκτός από τους δημογραφικούς παράγοντες που αναλύθηκαν μέχρι στιγμής, ο επιπολασμός της χρόνιας κατάθλιψης επηρεάζεται επίσης από τον βαθμό αστικοποίησης. Το διάγραμμα 1.2 αποκαλύπτει ότι οι άνθρωποι που ζουν σε πόλεις είναι πιο πιθανό να υποφέρουν από χρόνια κατάθλιψη. Το 2014, το 7,8% των ατόμων που ζούσαν σε πόλεις της ΕΕ-28 ανέφεραν κατάθλιψη. Το μερίδιο αυτό ήταν υψηλότερο από τα μερίδια των ανθρώπων που ζούσαν σε μικρές πόλεις και προάστια (7,1%) ή σε αγροτικές περιοχές (6,2%).

Διάγραμμα 1.2 : Χρόνια κατάθλιψη στις χώρες της Ευρώπης το 2014, ανάλογα με το βαθμό αστικοποίησης.



Note: the figure is ranked on the share of the total population reporting that they had chronic depression.
Source: Eurostat (online data code: hlth_ehis_cd1u)

eurostat

Όσον αφορά τις επιπτώσεις της αστικοποίησης, η πλειοψηφία των κρατών μελών της ΕΕ μπορεί να ταξινομηθεί σε δύο ξεχωριστές ομάδες, ακολουθώντας αντίθετα πρότυπα: εκείνα στα οποία το ποσοστό χρόνιας κατάθλιψης ήταν υψηλότερο μεταξύ των κατοίκων των πόλεων και αυτών στα οποία οι αγροτικές περιοχές αντιπροσώπευαν τα υψηλότερα ποσοστά χρόνιων κατάθλιψη. Στην πρώτη ομάδα, τα υψηλότερα ποσοστά καταγράφηκαν στην Ιρλανδία (13,2%), στην Πορτογαλία (13,0%), στη Γερμανία (11,7%) και στη Φινλανδία (11,3%). Μεταξύ των οκτώ κρατών μελών που απαρτίζουν τη δεύτερη ομάδα, η Σουηδία (10,2%) και η Ισπανία (8,6%) κατέγραψαν τα υψηλότερα ποσοστά. Μόνο στο Λουξεμβούργο, τη Λετονία και τη Λιθουανία (καθώς και στην Ισλανδία μεταξύ τρίτων χωρών), ήταν τα ποσοστά χρόνιας κατάθλιψης υψηλότερα για τους ανθρώπους που ζούσαν σε πόλεις και προάστια. Αυτά κυμάνθηκαν από 5,5% στη Λιθουανία έως 10,6% στο Λουξεμβούργο, ενώ το ποσοστό στην Ισλανδία ήταν ακόμα υψηλότερο (17,4%).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 Η έρευνα SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)

Το ερευνητικό πρόγραμμα SHARE αποτελεί μια καινοτόμο διεπιστημονική και διακρατική βάση δεδομένων σχετικά με την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη για περισσότερα από 120.000 άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών (πάνω από 297 συνεντεύξεις) από 27 Ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ.

Το ερευνητικό πρόγραμμα SHARE έχει διεξαχθεί σε 7 κύματα και η χρηματοδότηση αυτών γίνεται κυρίως από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, το Εθνικό Ινστιτούτο των ΗΠΑ για τη γήρανση και το Γερμανικό Ομοσπονδιακό Υπουργείο Υγείας και έρευνας. Τα δεδομένα SHARE είναι διαθέσιμα στο Κέντρο δεδομένων έρευνας SHARE για ολόκληρη την ερευνητική κοινότητα δωρεάν .

Το πρώτο κύμα του ερευνητικού προγράμματος πραγματοποιήθηκε το 2004-2005 , με την συμμετοχή 11 Ευρωπαϊκών χωρών. Συγκεκριμένα, αποτέλεσε μια ισορροπημένη εκπροσώπηση της Ευρώπης από την Σκανδιναβία (Δανία, Σουηδία) και την κεντρική Ευρώπη(Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο, Ολλανδία) ως την Μεσόγειο (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα).Στα τέλη του 2004 εντάχθηκε στο SHARE το Ισραήλ που ήταν η πρώτη χώρα στη Μέση Ανατολή και ξεκίνησε μια συστηματική μελέτη στη γήρανση του πληθυσμού. Το βασικό ερωτηματολόγιο του πρώτου κύματος περιλάμβανε 20 θεματικές ενότητες που αφορούσαν την υγεία , την οικονομική κατάσταση και την κοινωνική δικτύωση του ατόμου. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων, με τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή και παράλληλα με τη συμπλήρωση ενός έντυπου ερωτηματολογίου.

Το δεύτερο κύμα διεξήχθη το 2006-2007, όπου συμμετείχαν όλες οι χώρες του πρώτου κύματος και επιπλέον τρεις χώρες : η Τσεχία , η Πολωνία και η Ιρλανδία. Το 2009-2010 συμμετείχε στην έρευνα και το Ισραήλ. Εξαιτίας της μη ανταπόκρισης των ερωτώμενων και των διαφυγών επιλέχθηκε και ένα <<ανανεωτικό>> δείγμα για όλες τις χώρες που πήραν μέρος στο πρώτο κύμα εκτός από την Αυστρία και το Φλαμανδικό τμήμα του Βελγίου. Το βασικό ερωτηματολόγιο αποτελούνταν από 22 θεματικές ενότητες, ενώ πραγματοποιήθηκε συνέντευξη για το τέλος της ζωής για τους θανόντες του πρώτου κύματος. Σε σχέση με το πρώτο κύμα επίσης, χρησιμοποιήθηκαν οι ίδιες μέθοδοι δειγματοληψίας και συλλογής δεδομένων.

Το τρίτο κύμα έλαβε χώρα το 2008-2009 είχε τίτλο SHARLIFE και αναφέρεται στη συλλογή αναδρομικών δεδομένων για το ιστορικό της ζωής 30.000 ερωτώμενων. Στο κύμα αυτό εντάχθηκαν συνολικά 13 ευρωπαϊκές χώρες, όλες οι χώρες του

προηγούμενου κύματος με εξαίρεση το Ισραήλ και την Ιρλανδία. Το σύνολο δεδομένων του SHARELIFE είναι ιδανικό για έρευνα στους τομείς που αφορούν την κοινωνιολογία, την οικονομία, την γεροντολογία και την δημογραφία.

Το τέταρτο κύμα πραγματοποιήθηκε το 2010- 2011, με την ένταξη της Εσθονίας, της Ουγγαρίας, της Πορτογαλίας και της Σλοβενίας. (Η Ελλάδα και η Ιρλανδία δε συμμετείχαν σε αυτό). Σε σχέση με τα προηγούμενα κύματα συλλογής διαχρονικών δεδομένων εισήχθησαν διάφορες νέες τεχνολογίες και μέθοδοι. Πιο συγκεκριμένα, στις θεματικές ενότητες συμπεριλήφθηκε μια πρωτοποριακή ενότητα της κοινωνικής δικτύωσης με αποτέλεσμα το ερευνητικό πρόγραμμα SHARE να είναι η πρώτη διεθνής έρευνα που παρέχει πιο λεπτομερή στοιχεία και με μεγαλύτερες δυνατότητες σύγκρισης.

Το πέμπτο κύμα διεξήχθη το 2013 και συμμετείχαν συνολικά 15 Ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ. Με το κύμα αυτό εισάγονται νέες θεματικές ενότητες που σχετίζονται με τον κοινωνικό αποκλεισμό, τις παθήσεις κατά την παιδική ηλικία και τη χρήση του ηλεκτρονικού υπολογιστή στην εργασία.

Το έκτο κύμα ολοκληρώθηκε το 2015 και συμμετείχαν η Αυστρία, το Βέλγιο, η Κροατία η οποία εντάχθηκε για πρώτη φορά στην έρευνα, η Τσεχία, η Δανία, η Εσθονία, η Γαλλία, η Γερμανία, η Ελλάδα, το Ισραήλ, η Ιταλία, το Λουξεμβούργο, η Πολωνία, η Πορτογαλία, η Ισπανία, η Σουηδία, η Ελβετία και η Σλοβενία. Για δεύτερη φορά, μετά το τέταρτο κύμα, οι θεματικές ενότητες περιείχαν στοιχεία σχετικά με την κοινωνική δικτύωση των ερωτώμενων.

Τέλος το έβδομο κύμα έχει ξεκινήσει από το 2017 και συνέλεξε στοιχεία από 28 χώρες. Στην έρευνα συμπεριλαμβάνονταν οκτώ νέες χώρες: Φιλανδία, Λιθουανία, Λετονία, Σλοβακία, Ρουμανία, Βουλγαρία, Μάλτα και Κύπρος. Το κύμα αυτό, περιέχει μια ενότητα SHARELIFE για όλους τους ερωτώμενους που δεν έλαβαν μέρος στο τρίτο κύμα καθώς και μια τυποποιημένη ενότητα για αυτούς που είχαν απαντήσει ήδη στην πρώτη συνέντευξη SHARELIFE (τρίτο κύμα).

2.2 Μεταβλητές ενδιαφέροντος

Οι μεταβλητές της εργασίας, εκτός των μεταβλητών θανάτου (xt) αναφέρονται σε άτομα που συμμετείχαν στο 2^ο κύμα της έρευνας SHARE (2006-2007).

Δημογραφικές Μεταβλητές

Gender : Δίτιμη μεταβλητή που αναφέρεται στο γένος και παίρνει τιμή 1 αν ο ερωτώμενος είναι άνδρας (male) ή 2 αν είναι γυναίκα (female) .

Age : Διακριτή αριθμητική μεταβλητή που δηλώνει την ηλικία των ερωτώμενων σε έτη.

Country : Είναι κατηγορική , μη διατάξιμη μεταβλητή που περιλαμβάνει τις 18 χώρες που συμμετέχουν στην έρευνα κατά το 6^ο κύμα, δηλαδή την Τσεχία, τη Δανία , την Εσθονία, τη Γαλλία, τη Γερμανία, την Ελλάδα, το Ισραήλ, την Ιταλία, το Λουξεμβούργο, την Πολωνία, την Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Σουηδία, την Ελβετία και τη Σλοβενία.

Κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές

Yedu: αριθμητική μεταβλητή που δηλώνει τα έτη εκπαίδευσης του ερωτώμενου.

Fdstress: διατάξιμη μεταβλητή που εκφράζει αν ένα νοικοκυριό μπορεί να ανταπεξέλθει οικονομικά στις υποχρεώσεις του το έτος πριν από την διεξαγωγή της έρευνας.

Μεταβλητές υγείας

Chronic : είναι διακριτή μεταβλητή και δηλώνει τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων από τις οποίες ενδέχεται να πάσχουν οι ερωτώμενοι.

Mergeid : αποτελεί μοναδικό γνώρισμα για κάθε άτομο που συμμετέχει στην έρευνα και χρησιμοποιείται για τη δημιουργία συνόλου δεδομένων για μετέπειτα στατιστική ανάλυση διότι δεν μεταβάλλεται από κύμα σε κύμα. Επιπλέον, έχει τη μορφή << CC-HHHHHH-RR>>, όπου το <<CC>>αναφέρεται στο σύντομο κωδικό χώρας , το <<hhhhhh>> είναι γνώρισμα του νοικοκυριού και το ,<<rr>> προσδιορίζει στοιχεία για τον ερωτώμενο σε κάθε νοικοκυριό.

Euro-d : ποσοτική, διακριτή μεταβλητή που προκύπτει από δώδεκα ερωτήσεις που αντιπροσωπεύουν συμπτώματα κατάθλιψης στον τομέα «Ψυχική Υγεία» του CAPI ερωτηματολογίου

Eurodcat : Δίτιμη μεταβλητή που βασίζεται στην Euro-d και κωδικοποιείται με 1 «τουλάχιστον 4 συμπτώματα» και 0 «λιγότερο από 4 συμπτώματα»

Gali: Κατηγορική μη διατάξιμη μεταβλητή που σχετίζεται με τον περιορισμό σε δραστηριότητες του ερωτώμενου λόγω προβλήματος υγείας και κινητικότητας και κωδικοποιείται με 1«περιορισμός σε δραστηριότητες» και 0 «μη περιορισμένος» .

Adl: Ποσοτική μεταβλητή που μας πληροφορεί για τους περιορισμούς των ατόμων σε σχέση με 6 βασικές καθημερινές δραστηριότητες.

Sphus: Κατηγορική, διατάξιμη μεταβλητή που αντανακλά την αυτό-αναφερόμενη υγεία του ανθρώπου (1=άριστη έως 5=κακή).

Άλλες μεταβλητές

Phinact: Διατάξιμη, δίτιμη μεταβλητή που περιλαμβάνει πληροφορίες για το εάν ο ερωτώμενος ασκεί κάποια φυσική δραστηριότητα (από έντονη έως ήπια)

Orienti: Ποσοτική, διακριτή μεταβλητή που αφορά την γνωστική λειτουργία του ερωτώμενου (1=κακή έως 4=καλή).

2.3 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση- Δημογραφικές μεταβλητές

Θα χρησιμοποιήσουμε μεθόδους της Περιγραφικής Στατιστικής έτσι ώστε να αναλύσουμε τα χαρακτηριστικά του δείγματος με βάση τις μεταβλητές μας.

Δημογραφικές Μεταβλητές

Gender

Πίνακας 2.3.1 Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής gender

Gender

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Male	14726	44,0	44,0	44,0
Female	18730	56,0	56,0	100,0
Total	33456	100,0	100,0	

Ο παραπάνω πίνακας είναι πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής gender.

Παρατηρούμε πως στην έρευνα SHARE στο κύμα συμμετέχουν 14726 άντρες και 18730 γυναίκες. Ελέγχοντας τα ποσοστά, το ποσοστό συμμετοχής των ανδρών είναι 44% ενώ των γυναικών 56%.

Age

Η μεταβλητή age είναι μια σημαντική μεταβλητή. Επομένως η ανάλυση των περιγραφικών της στοιχείων είναι απαραίτητη.

Πίνακας 2.3.2 Περιγραφικά στοιχεία για την μεταβλητή age

Report

Age

Mean	N	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Median
65,26	33456	10,452	15	104	64,00

Σύμφωνα με τον πίνακα :

-Ο μέσος όρος ηλικίας των ερωτώμενων (Mean) είναι τα 64 έτη.

-Η τυπική απόκλιση (Std. Deviation) των παρατηρήσεων γύρω από τον μέσο όρο είναι 10,452.

-Η μέγιστη ηλικία που συναντάμε είναι τα 104 έτη.

-Η ελάχιστη ηλικία που συναντάμε είναι τα 15 έτη.

-Η διάμεση ηλικία του δείγματος είναι τα 64 έτη.

Country

Πίνακας 2.3.3 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή country.

Country identifier

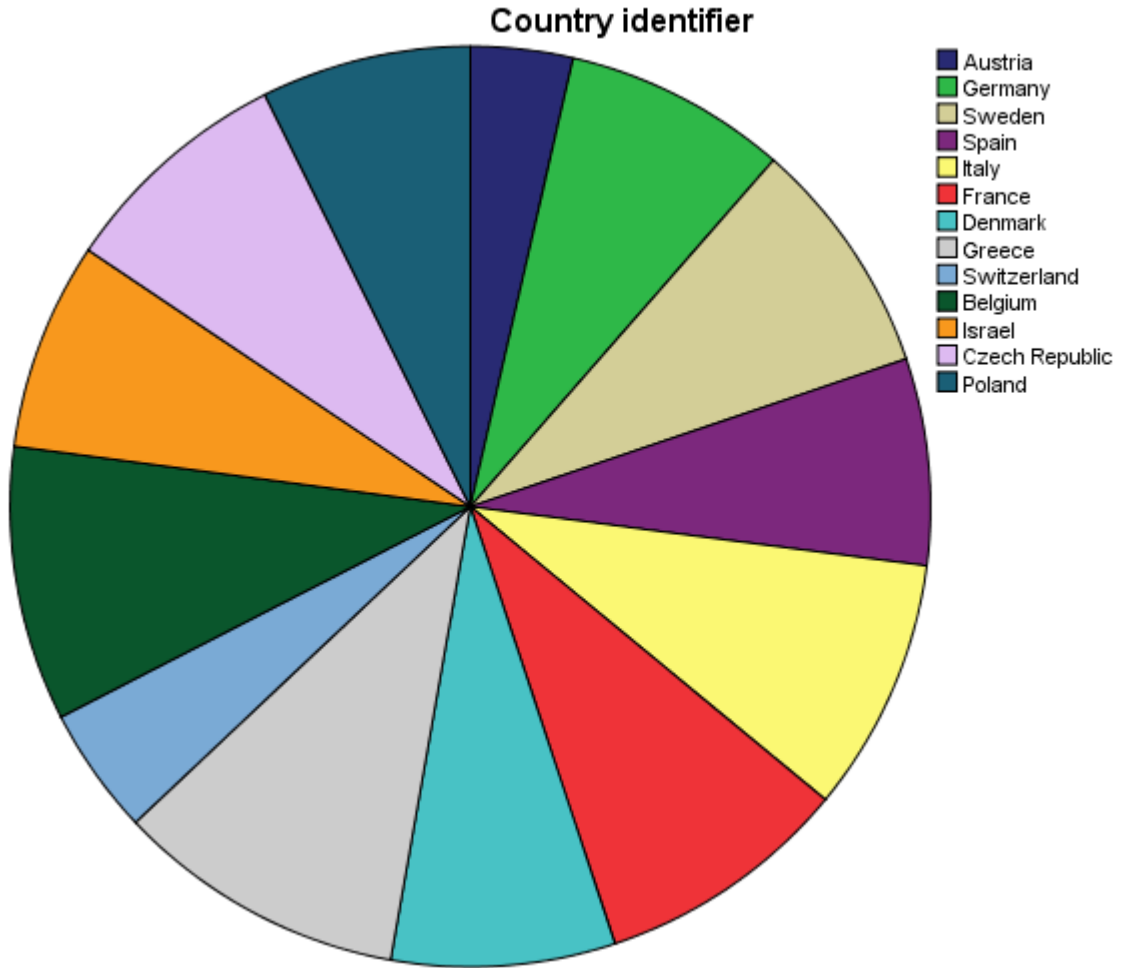
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Austria	1200	3,6	3,6	3,6
Germany	2628	7,9	7,9	11,4
Sweden	2796	8,4	8,4	19,8
Spain	2427	7,3	7,3	27,1
Italy	2986	8,9	8,9	36,0
France	2989	8,9	8,9	44,9
Denmark	2630	7,9	7,9	52,8
Greece	3412	10,2	10,2	63,0
Switzerland	1498	4,5	4,5	67,4
Belgium	3227	9,6	9,6	77,1
Israel	2447	7,3	7,3	84,4
Czech Republic	2750	8,2	8,2	92,6
Poland	2466	7,4	7,4	100,0
Total	33456	100,0	100,0	

Ο παραπάνω πίνακας δείχνει τον αριθμό των ατόμων από κάθε χώρα που συμμετείχαν στην έρευνα SHARE στο κύμα. Επίσης βλέπουμε και ποσοστιαία την συμμετοχή της κάθε χώρας στην έρευνα.

Η Ελλάδα με ποσοστό 10,2 % είχε ους περισσότερους συμμετέχοντες με το Βέλγιο να ακολουθεί με 9,6 % και στην τρίτη θέση την Ιταλία και την Γαλλία με ποσοστό 8,9 %.

Χαμηλότερο ποσοστό συμμετοχής σε αυτό το κύμα έχει η Αυστρία με 3,6 % .

Διάγραμμα 2.3.3 Τομεόγραμμα ποσοστιαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή country.



Στοιχεία για την μεταβλητή country βλέπουμε και παραπάνω.

2.4 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση- Κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές

Κοινωνικοοικονομικές Μεταβλητές

Θα δούμε αναλυτικά τα έτη εκπαίδευσης καθώς η πνευματική καλλιέργεια πολλές φορές συμβάλει στην αύξηση/μείωση των συμπτωμάτων μια ψυχικής ασθένειας και κατά συνέπεια πιθανόν να συμβάλλει στην άνοδο/κάθοδο των τιμών της θνησιμότητας λόγω ψυχικών ασθενειών .

Πίνακας 2.4.1 Περιγραφικά στοιχεία για τη μεταβλητή yedu

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Years of education	33456	,00	25,00	10,4889	4,39333
Valid N (listwise)	33456				

Σύμφωνα με τον πίνακα ο μέσος όρος ετών εκπαίδευσης είναι τα 10,49 δηλαδή, κατά μέσο όρο τα άτομα που συμμετέχουν στην έρευνα έχουν εκπαιδευτεί 10 χρόνια. Ο μέγιστος αριθμός είναι τα 25 χρόνια εκπαίδευσης και ο ελάχιστος το 0. Δηλαδή κανένα έτος εκπαίδευσης.

Fdistress

Η μεταβλητή fdistress (household able to make ends meet), περιγράφει αν το νοικοκυριό που συμμετέχει στην έρευνα μπορεί να ανταπεξέλθει οικονομικά στις υποχρεώσεις του. Χωρίζεται σε 4 κατηγορίες :

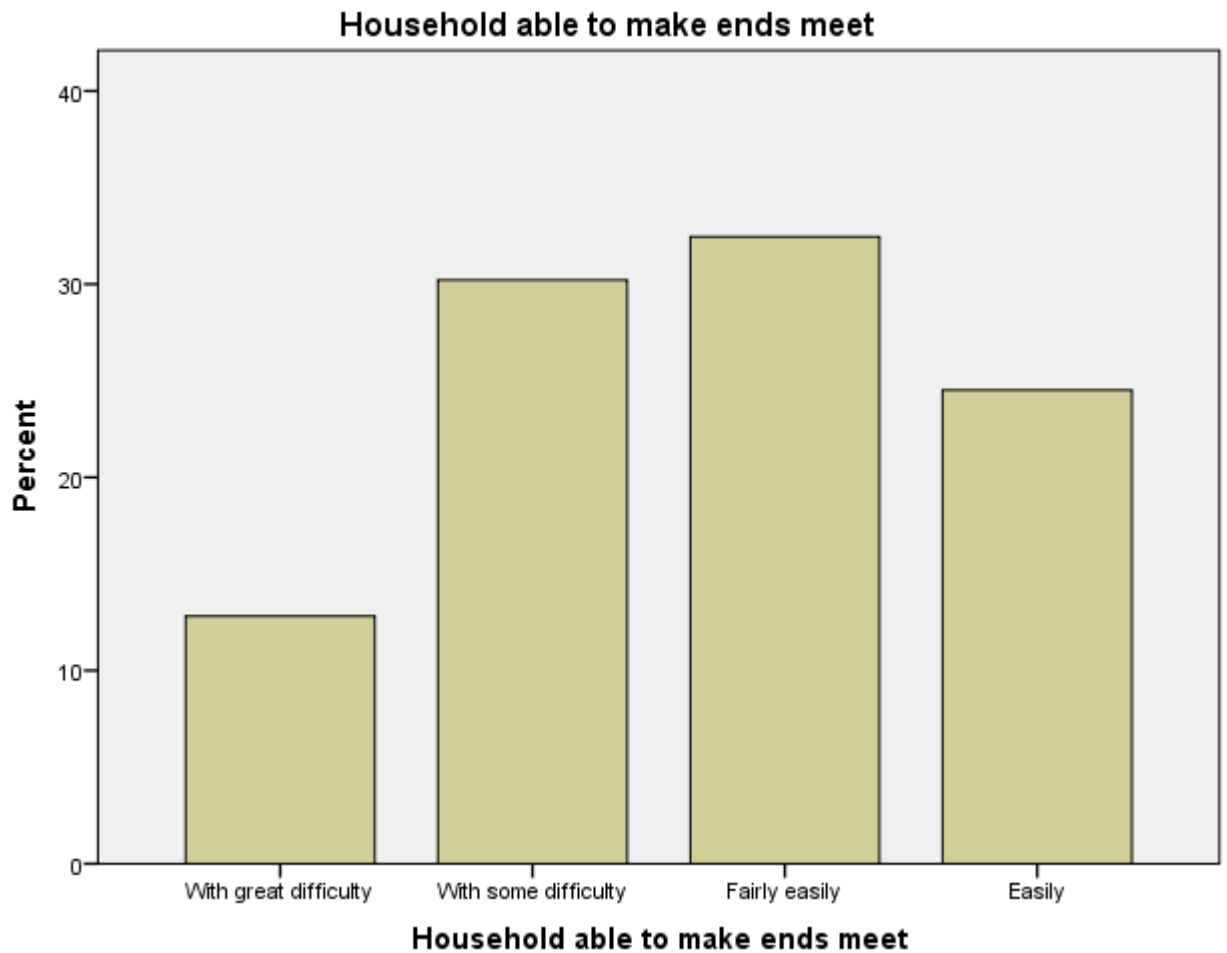
- « with great difficulty» : Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα νοικοκυριά τα οποία αντιμετωπίζουν μεγάλη δυσκολία στο να ανταπεξέλθουν οικονομικά.
- « with some difficulty» : Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα νοικοκυριά τα οποία αντιμετωπίζουν κάποια δυσκολία στην καθημερινότητα.
- « Fairly easily» : Οι οικογένειες αυτής της κατηγορίας μπορούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά σχετικά εύκολα.
- « Easily» : Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν τα νοικοκυριά τα οποία είναι “άνετα” οικονομικά.

Πίνακας 2.4.2 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή fdstress.

Household able to make ends meet

			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	With great difficulty	great	4262	12,7	12,8	12,8
	With some difficulty	some	10044	30,0	30,2	43,0
	Fairly easily		10788	32,2	32,5	75,5
	Easily		8150	24,4	24,5	100,0
	Total		33244	99,4	100,0	
Missing	System		212	,6		
Total			33456	100,0		

Διάγραμμα 2.4.2 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή fdstress.



Το υψηλότερο ποσοστό το έχουν τα νοικοκυριά τα οποία βρίσκονται σε μια καλή οικονομική κατάσταση με 32,2%.

Ακολουθούν τα νοικοκυριά τα οποία αντιμετωπίζουν κάποιες δυσκολίες στα οικονομικά τους με ποσοστό 30%. Στην τρίτη θέση έρχονται τα νοικοκυριά τα οποία τα βγάζουν πέρα με ευκολία με ποσοστό 24,4% και τέλος, με ποσοστό 12,7% ακολουθούν τα νοικοκυριά τα οποία αντιμετωπίζουν πολύ μεγάλη δυσκολία στην διαβίωση.

2.5 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση- Ψυχική υγεία και νοσηρότητα

Παρακάτω θα αναλύσουμε τις μεταβλητές που έχουν να κάνουν με την ψυχική υγεία και την νοσηρότητα των συμμετεχόντων του 2^{ου} κύματος του ερευνητικού προγράμματος.

Chronic

Η μεταβλητή αυτή ορίζει το πλήθος των χρόνιων παθήσεων του ερωτώμενου. Ωστόσο επειδή η μεταβλητή αυτή είναι διακριτή και ποσοτική, έχουμε δημιουργήσει την μεταβλητή chronic2w2.

Chronic2w2

Η μεταβλητή αυτή αποτελεί την κωδικοποίηση της μεταβλητής chronic. Είναι δίτιμη και μέσω αυτής ξεχωρίζουμε αν ο συμμετέχοντας στην έρευνα πάσχει από περισσότερα ή λιγότερα από δύο συμπτώματα.

Περιλαμβάνει 2 κατηγορίες :

0 : ο ερωτώμενος αναφέρει «λιγότερες από 2 ασθένειες»

1 : ο ερωτώμενος αναφέρει «περισσότερες από 2 ασθένειες»

Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τα ποσοστά των δύο κατηγοριών. Το 54% των ερωτώμενων αναφέρουν πως πάσχουν από λιγότερες από 2 ασθένειες/συμπτώματα, το 45,6% αναφέρουν πως έχουν παραπάνω από 2 ασθένειες ενώ, το 0,5% δεν έχει απαντήσει. Η διαφορά των δύο ποσοστών κυμαίνεται κοντά στο 10% και βλέπουμε

πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες της έρευνας πάσχουν από λιγότερες από 2 ασθένειες, δηλαδή από μία ή και καμία.

Πίνακας 2.5.1 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή chronic2w2.

2+ chronic diseases (w2 version)

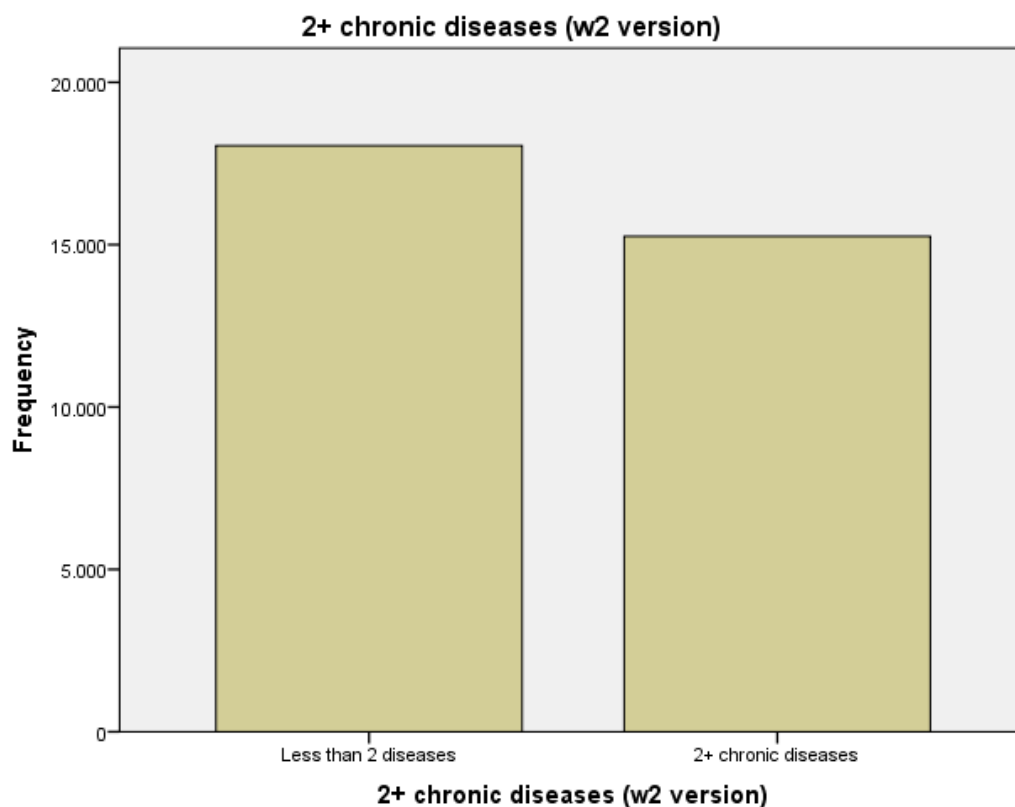
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Less than 2 diseases	18050	54,0	54,2	54,2
	2+ chronic diseases	15255	45,6	45,8	100,0
	Total	33305	99,5	100,0	
Missing	System	151	,5		
Total		33456	100,0		

Επίσης παρακάτω έχουμε δύο ραβδογράμματα που δείχνουν :

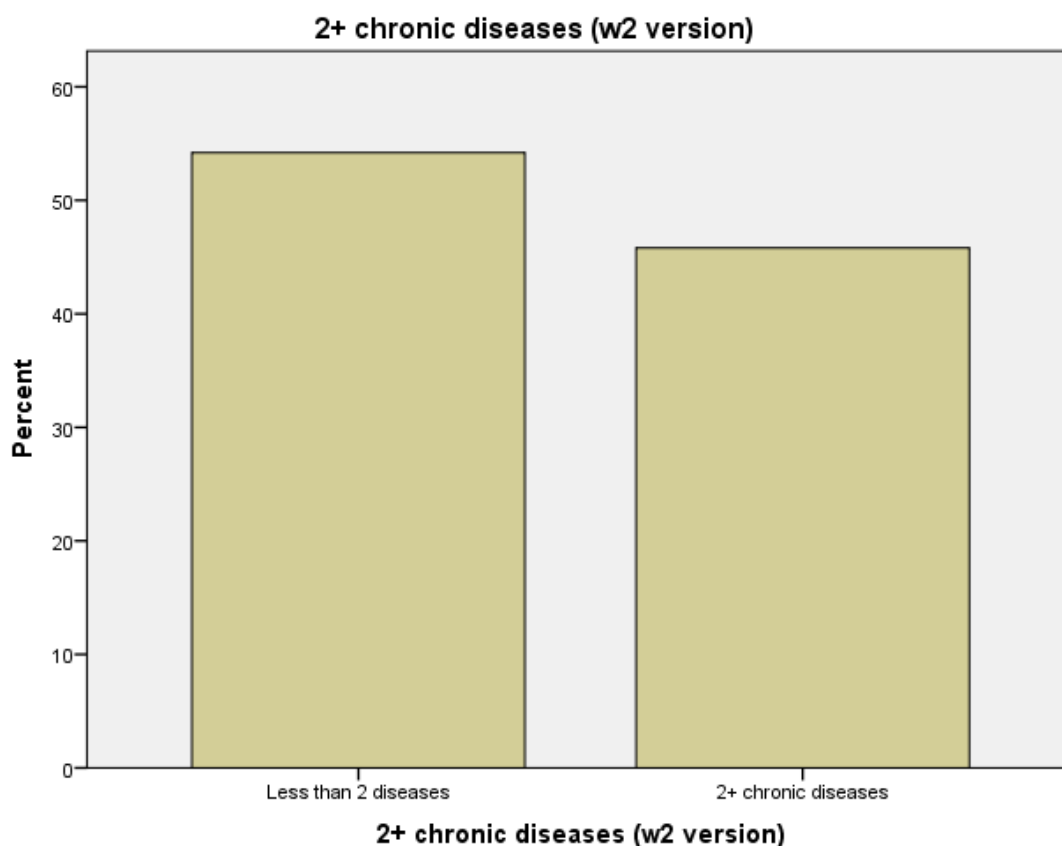
Το πρώτο το πλήθος των απαντήσεων σε χιλιάδες ατόμων.

Το δεύτερο το πλήθος των απαντήσεων σε ποσοστά.

Διάγραμμα 2.5.1.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την μεταβλητή chronic2w2.



Διάγραμμα 2.5.1.2 Ραβδόγραμμα σχετικών συχνοτήτων για τη μεταβλητή chronic2w2.



Euro-D

Η μεταβλητή αυτή αποτελεί ουσιαστικά μια κλίμακα μέτρησης του της κατάθλιψης. Προκύπτει από ερωτήσεις της ενότητας «Ψυχική Υγεία» του CAPI ερωτηματολογίου του ερευνητικού προγράμματος SHARE.

Το ερωτηματολόγιο αυτό ασχολείται με την συναισθηματική υγεία των ερωτώμενων. Οι συμμετέχοντες απαντούν στο ερωτηματολόγιο και ουσιαστικά δίνουν απαντήσεις σχετικά με την ψυχική τους υγεία αναφέροντας συμπτώματα που δείχνουν την ύπαρξη ή όχι ψυχικών παθήσεων.

Θέλοντας λοιπόν μέσω της μεταβλητής Euro-D να έχουμε ένα μέτρο του επιπέδου της καταθλιπτικής διάθεσης, χρησιμοποιούμε τις μεταβλητές- ερωτήσεις οι οποίες αποτελούν υποκατηγορίες της Euro-d. Ο κάθε δείκτης είναι ένα σύμπτωμα κατάθλιψης. Στη συνέχεια οι δείκτες αυτοί αθροίζονται.

Παρακάτω βλέπουμε τι συμβολίζει ο κάθε δείκτης της euro-d :

Euro1 : κατάθλιψη

Euro2 : απαισιοδοξία

- Euro3** : τάσεις αυτοκτονίας
- Euro4** : ενοχή
- Euro5** : προβλήματα ύπνου
- Euro6** : απώλεια ενδιαφέροντος
- Euro7** : ευερεθιστότητα
- Euro8** : μειωμένη όρεξη για φαγητό
- Euro9** : κόπωση
- Euro10** : δυσκολία συγκέντρωσης
- Euro11** : δυσκολία ευχαρίστησης
- Euro12** : ξέσπασμα σε κλάματα

Χρησιμοποιώντας τους δείκτες δείχνουμε το μέγεθος των καταθλιπτικών τάσεων. Δηλαδή η μεταβλητή euro-D παίρνει τιμές από το 0 ως το 12 , με το 0 να δείχνει πως ο ερωτώμενος δεν παρουσιάζει κανένα σύμπτωμα κατάθλιψης και το 12 να δείχνει πως παρουσιάζει και τα 12 συμπτώματα. Όταν δεν υπάρχει κανένα σύμπτωμα ο ερωτώμενος δεν έχει κατάθλιψη ενώ όταν παρουσιάζει και τα 12 ο ερωτώμενος πάσχει από έντονη καταθλιπτική διαταραχή.

Eurodcat

Χρησιμοποιώντας την μεταβλητή euro-d και κατά συνέπεια τους 12 παραπάνω δείκτες της καταλήγουμε στο συμπέρασμα ύπαρξης κατάθλιψης.

Στο ερώτημα λοιπόν αν υπάρχει ή όχι κατάθλιψη έρχεται να μας βοηθήσει η μεταβλητή eurodcat η οποία είναι δίτιμη και , χρησιμοποιώντας τους παραπάνω δείκτες, χωρίζει το δείγμα στις εξής δύο κατηγορίες :

0 : οι ερωτώμενοι ότι είχαν το πολύ 3 συμπτώματα της κλίμακας eurod, περίπτωση «μη κατάθλιψης» .

1 : οι ερωτώμενοι ανέφεραν ότι είχαν πάνω από 4 συμπτώματα της κλίμακας eurod , «περίπτωση κατάθλιψης» .

Πίνακας 2.5.2 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή eurodcat.

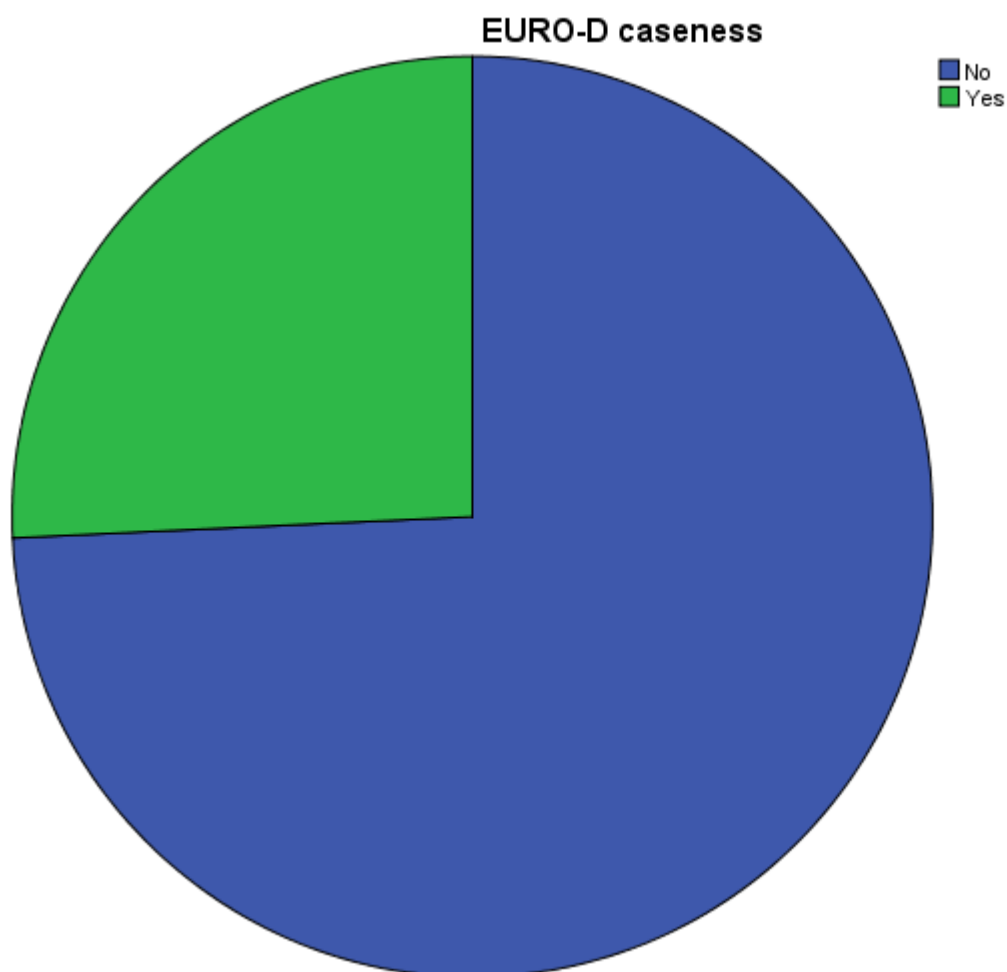
EURO-D caseness

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	24029	71,8	74,3	74,3
	Yes	8329	24,9	25,7	100,0
	Total	32358	96,7	100,0	
Missing	System	1098	3,3		
Total		33456	100,0		

Τα αποτελέσματα του πίνακα δείχνουν πως με βάση τους δείκτες της eurod , το 71,8% δεν πάσχει από κατάθλιψη. Ποσοστό το οποίο είναι πολύ μεγάλο.

Την συντριπτική αυτή πλειοψηφία των ατόμων που δεν πάσχουν από κατάθλιψη την βλέπουμε ακόμα πιο ξεκάθαρα στο παρακάτω τομεόγραμμα ποσοσטיαίων συχνοτήτων.

Διάγραμμα 2.5.2 Τομεόγραμμα ποσοσטיαίων συχνοτήτων για τη μεταβλητή eurodcat.



Gali

Η μεταβλητή αυτή αναφέρεται στον περιορισμό των δραστηριοτήτων του ερωτώμενου. Είναι δίτιμη και χωρίζει το δείγμα των ερωτώμενων σε δύο κατηγορίες :

- 0: ο ερωτώμενος έχει περιορίσει τις δραστηριότητές του λόγω προβλήματος υγείας.
- 1 : ο ερωτώμενος δεν έχει περιορίσει τις δραστηριότητές του λόγω προβλήματος υγείας.

Το σύνολο των ερωτώμενων είναι 33456 άτομα. Από αυτούς οι 19016 δεν έχουν μειώσει τις δραστηριότητές τους λόγω προβλήματος υγείας, οι 14331 τις έχουν μειώσει λόγω προβλήματος υγείας , ενώ 109 άτομα δεν έχουν απαντήσει.

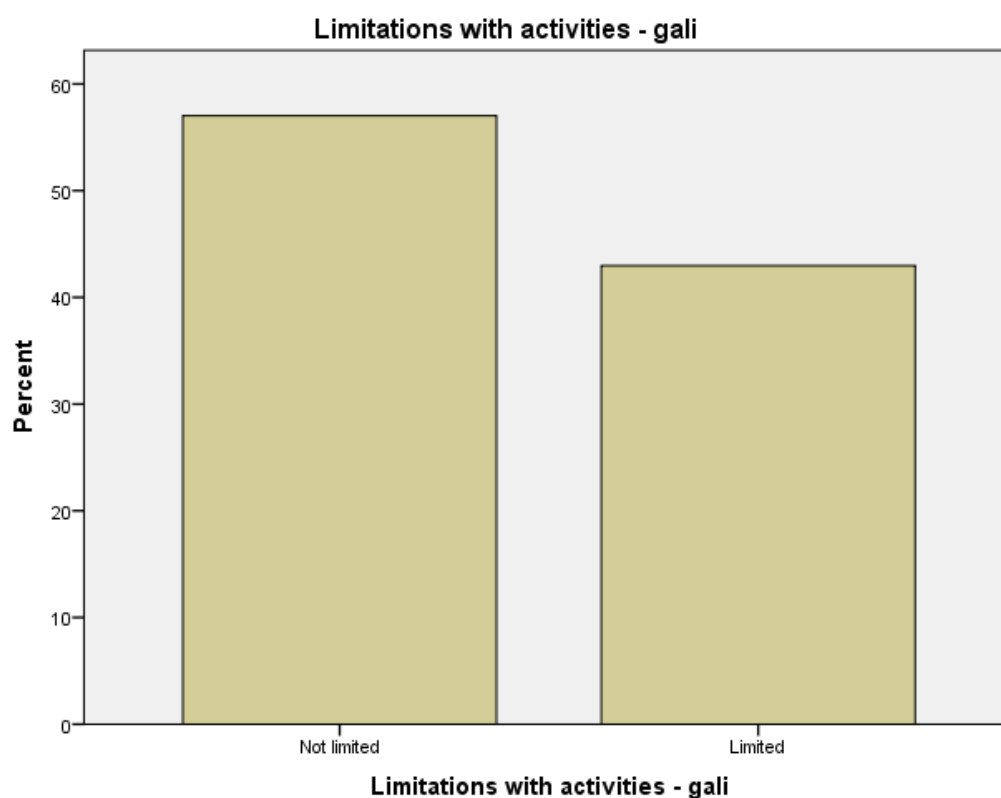
Πίνακας 2.5.3 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή gali

Limitations with activities - gali

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not limited	19016	56,8	57,0	57,0
	Limited	14331	42,8	43,0	100,0
	Total	33347	99,7	100,0	
Missing	System	109	,3		
Total		33456	100,0		

Παρακάτω βλέπουμε τις δύο κατηγορίες της μεταβλητής gali σε ποσοστά.

Διάγραμμα 2.5.3 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για την μεταβλητή gali.



ADL

Η μεταβλητή adl αφορά τους περιορισμούς στις καθημερινές βασικές δραστηριότητες των ερωτώμενων λόγω προβλημάτων υγείας. Παρακάτω βλέπουμε το πλήθος των ερωτώμενων ανά περιορισμό σε ποσοστά αλλά και σε αριθμό ατόμων.

Πίνακας 2.5.4 Πίνακας συχνοτήτων της μεταβλητής adl

Limitations with activities of daily living

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	29747	88,9	88,9	88,9
1	1778	5,3	5,3	94,2
2	759	2,3	2,3	96,5
3	399	1,2	1,2	97,7
4	234	,7	,7	98,4
5	253	,8	,8	99,1
6	286	,9	,9	100,0
Total	33456	100,0	100,0	

Adl2

Παίρνοντας την μεταβλητή adl , δημιουργούμε την μεταβλητή adl2 η οποία χωρίζει τους ερωτώμενους σε δύο κατηγορίες με βάση το πλήθος των περιορισμών των ερωτώμενων στη καθημερινότητά τους.

Δηλαδή χρησιμοποιώντας την adl βλέπουμε πόσους περιορισμούς έχει ο ερωτώμενος και φτιάχνουμε την adl2 η οποία είναι δίτιμη.

Οι κατηγορίες στις οποίες χωρίζεται η adl2 δημιουργούνται μέσω της εξής κωδικοποίησης :

- 0- τα άτομα που δεν αντιμετωπίζουν κανέναν περιορισμό στις δραστηριότητες της καθημερινότητάς τους.
- 1- Τα άτομα που αντιμετωπίζουν τουλάχιστον έναν περιορισμούς στις δραστηριότητές τους.

Πίνακας 2.5.5 Πίνακας συχνότητων για τη μεταβλητή adl2

1+ adl limitations

			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No limitations	adl	29627	88,6	88,9	88,9
	1+ limitations	adl	3691	11,0	11,1	100,0
	Total		33318	99,6	100,0	
Missing	System		138	,4		
Total			33456	100,0		

Sphus

Η μεταβλητή sphus είναι διατάξιμη μεταβλητή και δηλώνει την προσωπική άποψη του ερωτώμενου για την κατάσταση της υγείας του.

Έτσι η μεταβλητή αυτή χωρίζει το δείγμα των ερωτώμενων στις εξής κατηγορίες, οι οποίες κατηγοριοποιούνται με αριθμούς, οι οποίοι αναφέρονται παρακάτω :

- 1-Άριστο επίπεδο υγείας με βάση την άποψη του ερωτώμενου.

- 2- Πολύ καλή υγεία με βάση την άποψη του ερωτώμενου.
- 3- Η υγεία του ερωτώμενου βρίσκεται σε καλό επίπεδο με βάση τους ισχυρισμούς του.
- 4- Η υγεία του ερωτώμενου είναι μέτρια με βάση την άποψή του.
- 5- Ο ερωτώμενος κρίνει πως υγεία του βρίσκεται σε κακό επίπεδο.

Ο παρακάτω πίνακας μας δείχνει το πλήθος των ατόμων της κάθε κατηγορίας της μεταβλητής sphus.

Πίνακας 2.5.6 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphus

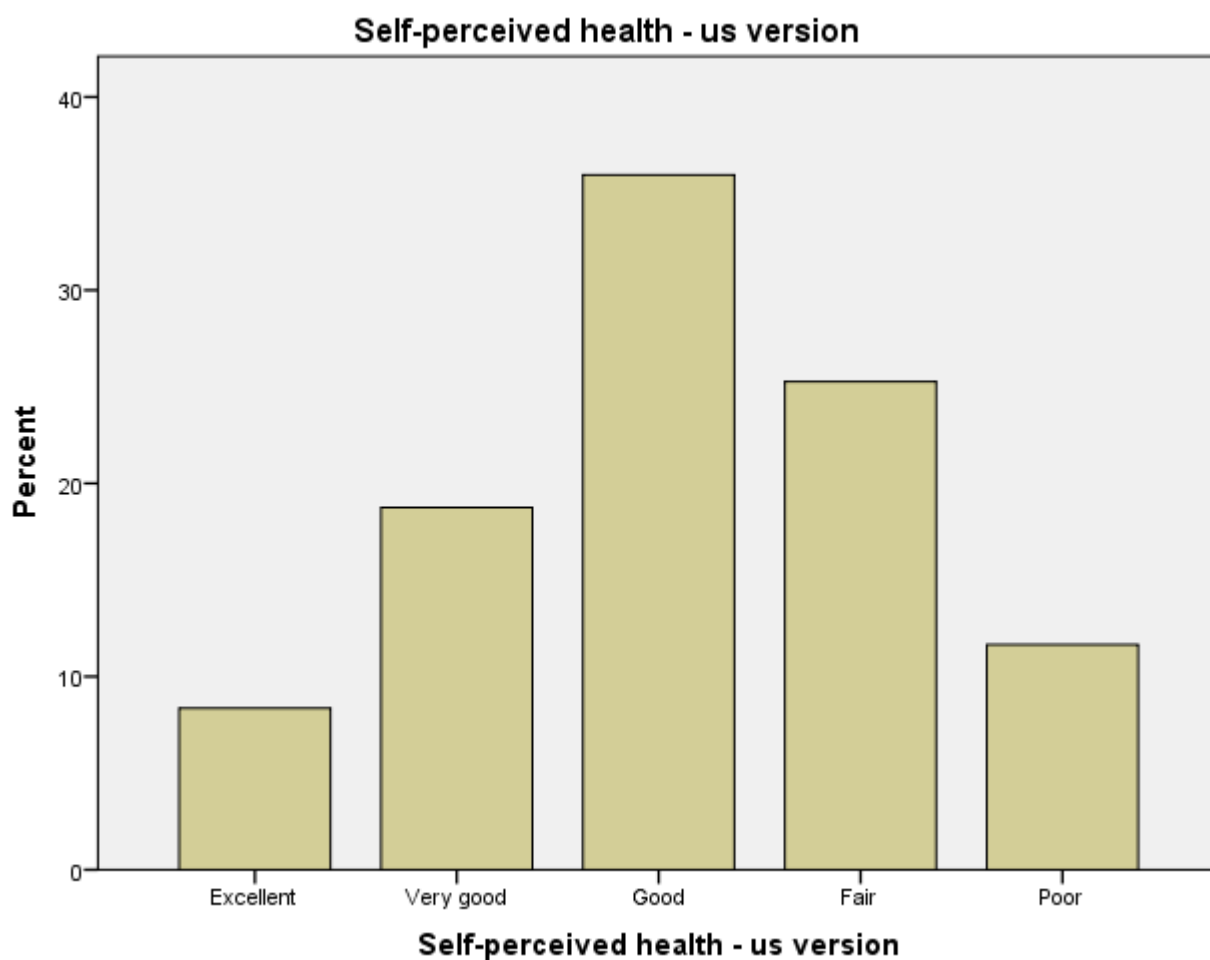
Self-perceived health - us version

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excellent	2789	8,3	8,4	8,4
	Very good	6252	18,7	18,8	27,1
	Good	11987	35,8	36,0	63,1
	Fair	8422	25,2	25,3	88,3
	Poor	3884	11,6	11,7	100,0
	Total	33334	99,6	100,0	
Missing	System	122	,4		
Total		33456	100,0		

Στον πίνακα βλέπουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό (35,8%) κρίνει πως η υγεία του βρίσκεται σε ένα καλό επίπεδο . Ακολουθούν αυτοί που θεωρούν πως έχουν μέτριο επίπεδο υγείας με ποσοστό 25,2% . Στη συνέχεια οι ερωτώμενοι οι οποίοι ισχυρίζονται πως έχουν πολύ καλό επίπεδο υγείας με ποσοστό 18,7% , οι ερωτώμενοι με ,κατά την άποψή τους , κακή υγεία (11,6%) και τέλος αυτοί που πιστεύουν πως η υγεία τους βρίσκεται σε άριστο επίπεδο με ποσοστό 8,3 % .

Τα αποτελέσματα του πίνακα φαίνονται και στο παρακάτω ραβδόγραμμα.

Διάγραμμα 2.5.6 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων της μεταβλητής sphus.



Sphus2

Μέσω της μεταβλητής sphus2 κωδικοποιούμε την sphus και έτσι χωρίζουμε τους ερωτώμενους σε δύο κατηγορίες με βάση την προσωπική κρίση σχετικά με το επίπεδο της υγείας τους :

-Πολύ καλή/ εξαιρετική.

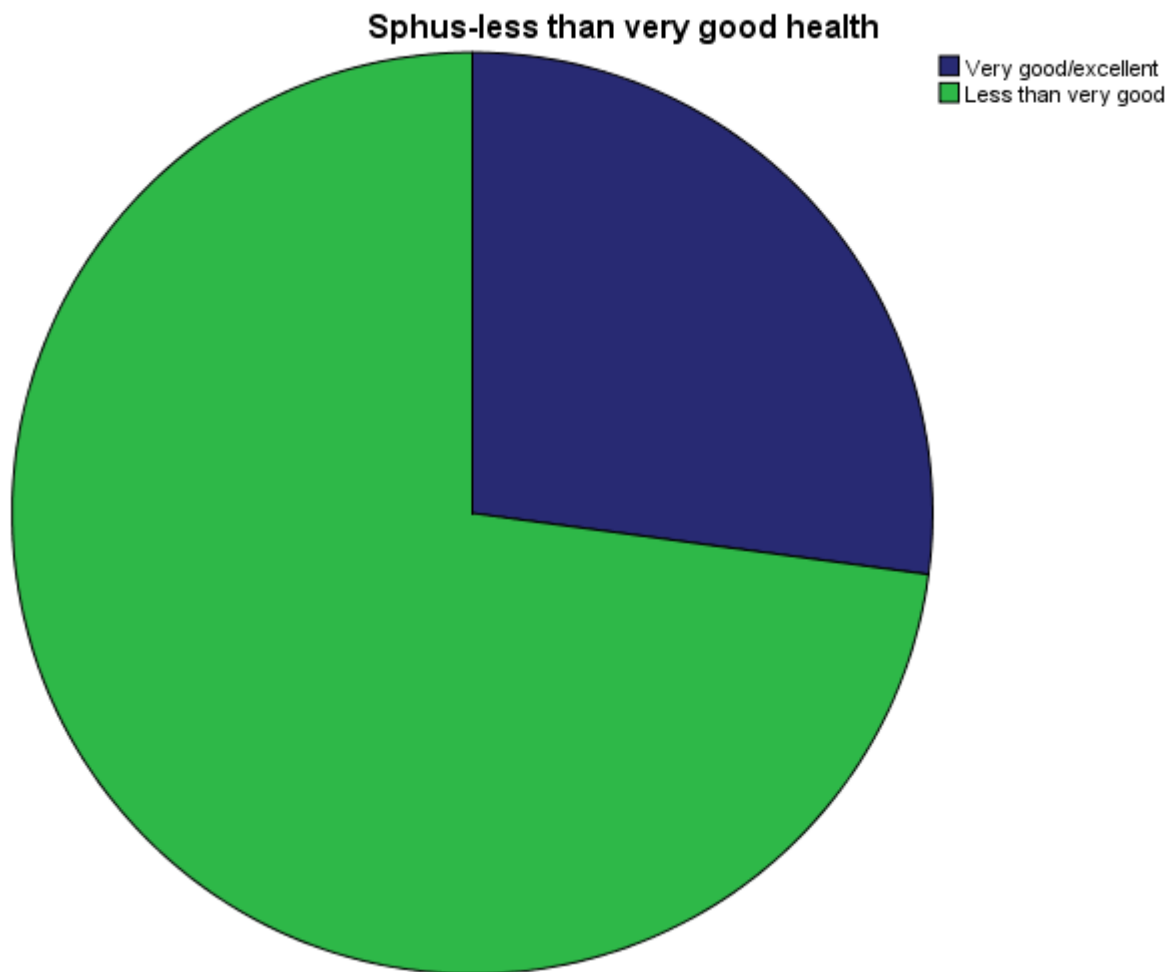
-Λιγότερο από πολύ καλή.

Πίνακας 2.5.7 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphus2

Sphus-less than very good health

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Very good/excellent	9041	27,0	27,1	27,1
	Less than very good	24293	72,6	72,9	100,0
	Total	33334	99,6	100,0	
Missing	System	122	,4		
Total		33456	100,0		

Διάγραμμα 2.5.7 Τομεόγραμμα συχνοτήτων για την μεταβλητή sphus2.



Άλλες μεταβλητές

Phinact

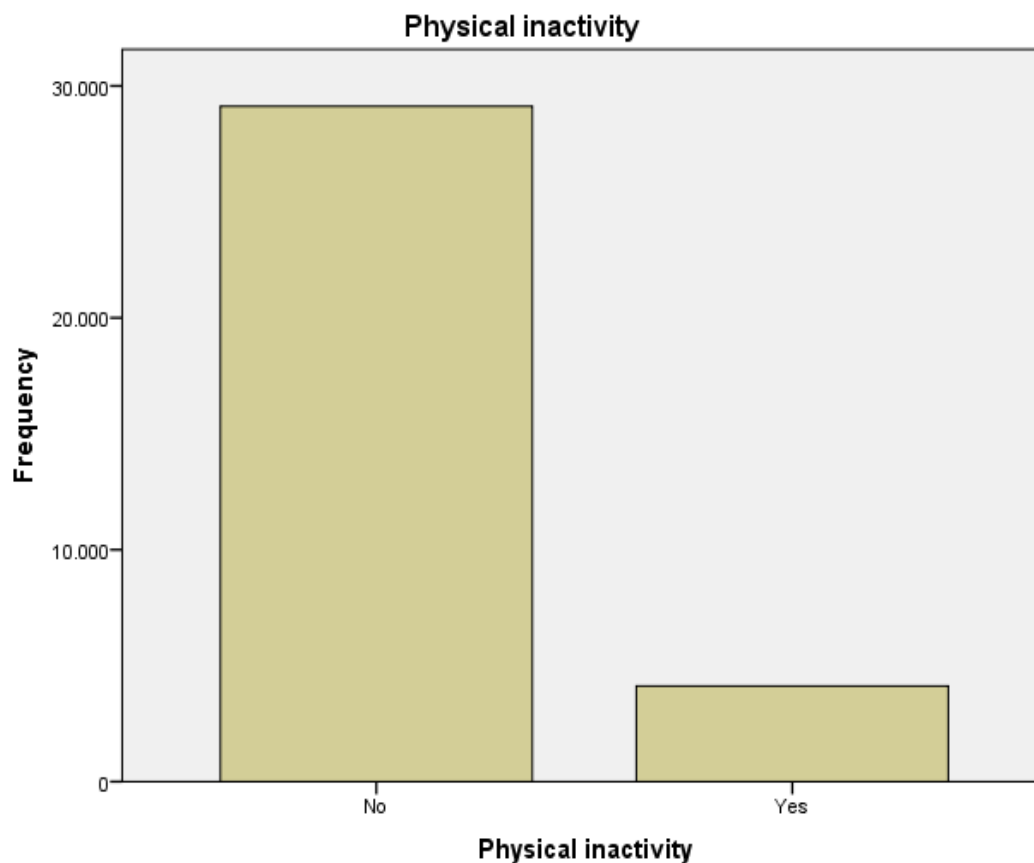
Η μεταβλητή αυτή αναφέρεται στην δυνατότητα των ερωτώμενων να ασκούν ή όχι κάποιο είδος φυσικής δραστηριότητας, έντονη έως ήπια. Από τον πίνακα και το διάγραμμα προκύπτει ότι το 12,4% των ερωτώμενων δεν κάνουν κάποιο είδος φυσικής δραστηριότητας.

Πίνακας 2.5.8 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή phinact.

Physical inactivity

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid No	29123	87,0	87,6	87,6
Yes	4121	12,3	12,4	100,0
Total	33244	99,4	100,0	
Missing System	212	,6		
Total	33456	100,0		

Διάγραμμα 2.5.8 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή phinact.



2.6 Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση-Μεταβλητές που αναφέρονται στους εκλιπόντες.

Μεταβλητές που αναφέρονται στους εκλιπόντες

Οι μεταβλητές θανάτου αναφέρονται μόνο στους ερωτώμενους οι οποίοι απεβίωσαν μέχρι την διεξαγωγή του 6^{ου} κύματος του ερευνητικού προγράμματος SHARE .

Xt010_

Η μεταβλητή αυτή καθορίζει την ηλικία την στιγμή του θανάτου του ερωτώμενου.

Πίνακας 2.6.1 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή **Xt010_**

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Age at the moment of decease	1419	49	104	81,45	9,485
Valid N (listwise)	1419				

Βλέπουμε πως η μέση ηλικία θανάτου είναι τα 81 χρόνια, η μικρότερη ηλικία είναι τα 49 έτη και η μεγαλύτερη τα 104 έτη.

Xt011_

Η μεταβλητή αυτή αναφέρεται στην κύρια αιτία θανάτου των συμμετεχόντων της έρευνας.

Πίνακας 2.6.2 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή xt011_

Main cause of death

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Cancer	363	1,1	25,6	25,6
A heart attack	217	,6	15,3	41,0
A stroke	192	,6	13,6	54,5
Other cardiovascular related illness	178	,5	12,6	67,1
Respiratory disease	104	,3	7,3	74,4
Disease of the digestive system	30	,1	2,1	76,6
Severe infectious disease	73	,2	5,2	81,7
Accident	35	,1	2,5	84,2
Other	224	,7	15,8	100,0
Total	1416	4,2	100,0	
Missing System	32040	95,8		
Total	33456	100,0		

Ο πίνακας δείχνει ότι από τους συμμετέχοντες στο 2^ο κύμα της έρευνας (2007) έχουν πεθάνει μέχρι το 6^ο κύμα (2015), δηλαδή μέσα σε μια οκταετία, το 4,2%.

Από τον πίνακα αυτό παίρνουμε τα εξής ποσοστά σε κάθε αιτία θανάτου :

- Καρκίνος 25,6%
- Έμφραγμα 15,3%
- Ανακοπή 13,6%
- Άλλο καρδιαγγειακό νόσημα 12,6%
- Αναπνευστικά προβλήματα 7,3%
- Ασθένειες του πεπτικού συστήματος 2,1%
- Σοβαρές μολυσματικές ασθένειες 5,2%
- Ατυχήματα 2,5%
- Άλλες αιτίες 15,8% .

Deadw2w6

Η μεταβλητή αυτή αναφέρεται στο αν ο ερωτώμενος του 2^{ου} κύματος της έρευνας έχει πεθάνει ή όχι μέχρι το 6^ο κύμα της έρευνας SHARE .Είναι μια δίτιμη μεταβλητή η οποία κωδικοποιείται ως εξής :

0 – αν ο ερωτώμενος είναι εν ζωή μέχρι το 6^ο κύμα της έρευνας.

1 – αν ο ερωτώμενος έχει πεθάνει μέχρι το 6^ο κύμα της έρευνας.

Είναι η μεταβλητή η οποία θα μας απασχολήσει περισσότερο καθώς η έρευνά μας ασχολείται με την θνησιμότητα του δείγματος.

Πίνακας 2.6.3 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή dead2w6

deadw2w6

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	32001	95,7	95,7	95,7
	1	1455	4,3	4,3	100,0
	Total	33456	100,0	100,0	

Ο πίνακας μας δείχνει πως μόνο το 4% των ερωτώμενων έχουν φύγει από τη ζωή μέχρι την διεξαγωγή του 6^{ου} κύματος της έρευνας, δηλαδή την περίοδο 2007-2015.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 Συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών, πίνακες συνάφειας, στατιστικοί έλεγχοι ανεξαρτησίας.

Στο κεφάλαιο αυτό θα κάνουμε μια διερευνητική ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Η διερεύνηση αυτή είναι απαραίτητη για την κατανόηση της εξάρτησης της θνησιμότητας από άλλους παράγοντες.

Οι παράγοντες αυτοί εκφράζονται μέσω των μεταβλητών που έχουμε ήδη αναλύσει.

Οι τρόποι έρευνας της πιθανής συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών είναι η κατασκευή πινάκων συνάφειας, ο έλεγχος ανεξαρτησίας X^2 ή χρησιμοποιώντας κάποιους συντελεστές συσχέτισης.

Έλεγχος ανεξαρτησίας X^2

Ο έλεγχος αυτός χρησιμοποιείται για να εκτιμήσουμε αν δύο ποιοτικές μεταβλητές είναι ανεξάρτητες. Δηλαδή, ο έλεγχος αυτός εφαρμόζεται κυρίως για την ανάλυση πινάκων συνάφειας με βάση δύο κατηγορικές μεταβλητές.

Η μηδενική υπόθεση σε ένα πίνακα συνάφειας με r γραμμές και c στήλες είναι ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της μεταβλητής <<γραμμή>> και της μεταβλητής <<στήλη>>. Για να το ελέγξουμε αυτό συγκρίνουμε τις παρατηρούμενες συχνότητες (Π) κάθε κελιού με τις αναμενόμενες συχνότητες (A) που υπολογίζονται υπό τη μηδενική υπόθεση. Για να ελέγξουμε τη μηδενική υπόθεση, υπολογίζουμε την τιμή της στατιστικής συνάρτησης X^2 που συγκρίνει το σύνολο των παρατηρηθέντων συχνοτήτων, ως εξής :

$$X^2 = \sum (\Pi - A)^2 / A$$

Με την άθροιση να γίνεται για όλα τα κελιά $r \cdot c$. Ο αριθμός των βαθμών ελευθερίας δίνεται από τον τύπο $df = (r-1) \cdot (c-1)$.

Συντελεστές Συσχέτισης

Συντελεστής Phi and Cramer's V

Ο συντελεστής συνάφειας ϕ είναι ένα μέτρο που βασίζεται στο X^2 του Pearson και προκύπτει από τη ρίζα του πηλίκου του X^2 με το μέγεθος του δείγματος .

$\Phi = \sqrt{\chi^2 / n}$

Για πίνακες 2×2 ο συντελεστής ϕ λαμβάνει τιμές στο διάστημα $-1,1$ χωρίς όμως αυτό να είναι απόλυτο.

Ο συντελεστής V είναι μια επέκταση του συντελεστή ϕ για $I \times J$ πίνακες συνάφειας με $I, J > 2$ που προκύπτει από τη σχέση :

$V = \sqrt{\phi^2 / (q-1)}$

Όπου $q = \min\{I, J\}$

Gamma

Ο συντελεστής γ είναι ένα μέτρο διατακτικής συνάφειας, που βασίζεται στη διαφορά <<συμφωνιών>> και <<ασυμφωνιών>>. Λαμβάνει τιμές στο διάστημα $[-1,1]$ με $\gamma=1$ ή $\gamma=-1$ να υποδεικνύει ισχυρή θετική ή αρνητική συσχέτιση ενώ για $\gamma=0$ μικρή ή καμία συσχέτιση.

Kendall's tau-b

Ο συντελεστής τ_b είναι ένα διατακτικό μέτρο συνάφειας. Ο συντελεστής τ_b λαμβάνει υπόψη τις περιπτώσεις ισοβαθμιών. Παίρνει τιμές από -1 έως 1 , με το πρόσημο να καθορίζει την κατεύθυνση της σχέσης.

Kendall's tau-c

Ο συντελεστής τ_c με δείκτη τ_b , αγνοεί τις περιπτώσεις ισοβαθμιών. Λαμβάνει τιμές μεταξύ $-1,1$ με το πρόσημο να δηλώνει την κατεύθυνση της σχέσης όπως και με τον προηγούμενο συντελεστή.

Συντελεστής Yule's Q

Ο συντελεστής Yule's Q είναι ένα συμμετρικό μέτρο συνάφειας που κυμαίνεται στο διάστημα $[-1,1]$ με $Q = 0$ να εκφράζει την ανεξαρτησία των μεταβλητών. Χρησιμοποιείται για 2×2 πίνακες συνάφειας, δηλαδή εξετάζει τη συνάφεια δίτιμων μεταβλητών.

3.2 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην θνησιμότητα και τις δημογραφικές μεταβλητές.

Στην ενότητα αυτή εξετάζουμε αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της μεταβλητής deadw2w6 και των δημογραφικών μεταβλητών.

3.2.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και gender.

Πριν την εφαρμογή του ελέγχου χ^2 θα πρέπει να διαπιστώσουμε τον έλεγχο υποθέσεων. Ο έλεγχος υποθέσεων για τις μεταβλητές deadw2w6 και gender είναι ο εξής :

H_0 : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες

H_1 : Οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες

Σύμφωνα με τους πίνακες διαπιστώνουμε ότι οι μεταβλητές deadw2w6 και gender έχουν κάποια σχέση, αφού $p\text{-value}=0.000 < 0.05=\alpha$, με αποτέλεσμα να απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση, ότι δηλαδή οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες. Άρα η θνησιμότητα του δείγματος επηρεάζεται από το φύλο.

Πίνακας 3.2.1.1 Πίνακας χ^2 ελέγχου για τις μεταβλητές dead2w6 και gender

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	19,879 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	19,639	1	,000		
Likelihood Ratio	19,747	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	19,878	1	,000		
N of Valid Cases	33456				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 640,43.

b. Computed only for a 2x2 table

Στον παρακάτω πίνακα παρατηρούμε ότι η ποσοστιαία διαφορά ανάμεσα στους θανόντες είναι 1% με τους άντρες να έχουν ποσοστό θνησιμότητας 4,9% και τις γυναίκες 3,9% . Η διαφορά αυτή μπορεί να είναι μικρή ωστόσο είναι αρκετή για να μας αποδείξει την εξάρτηση της θνησιμότητας από το φύλο του ερωτώμενου.

Πίνακας 3.2.1.2 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές deadw2w6 και gender

Gender * deadw2w6 Crosstabulation

			deadw2w6		Total
			0	1	
Gender	Male	Count	14003	723	14726
		% within Gender	95,1%	4,9%	100,0%
	Female	Count	17998	732	18730
		% within Gender	96,1%	3,9%	100,0%
Total		Count	32001	1455	33456
		% within Gender	95,7%	4,3%	100,0%

Στη συνέχεια χρησιμοποιούμε τον συντελεστή συνάφειας Phi για να δούμε την ένταση και τη φύση της σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Ο συντελεστής συνάφειας Phi είναι κατάλληλος όταν έχουμε δύο μεταβλητές από τις οποίες η μία είναι ονομαστική και η άλλη κατηγορική και αποτελούνται από ίσο αριθμό κατηγοριών.

Εδώ βλέπουμε πως οι δύο μεταβλητές έχουν στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση αλλά πολύ ασθενή όσον αφορά το μέγεθος αυτής. Αυτό το αποτέλεσμα προκύπτει από την ελάχιστη διαφορά στα ποσοστά θνησιμότητας ανάμεσα στους άντρες και τις γυναίκες.

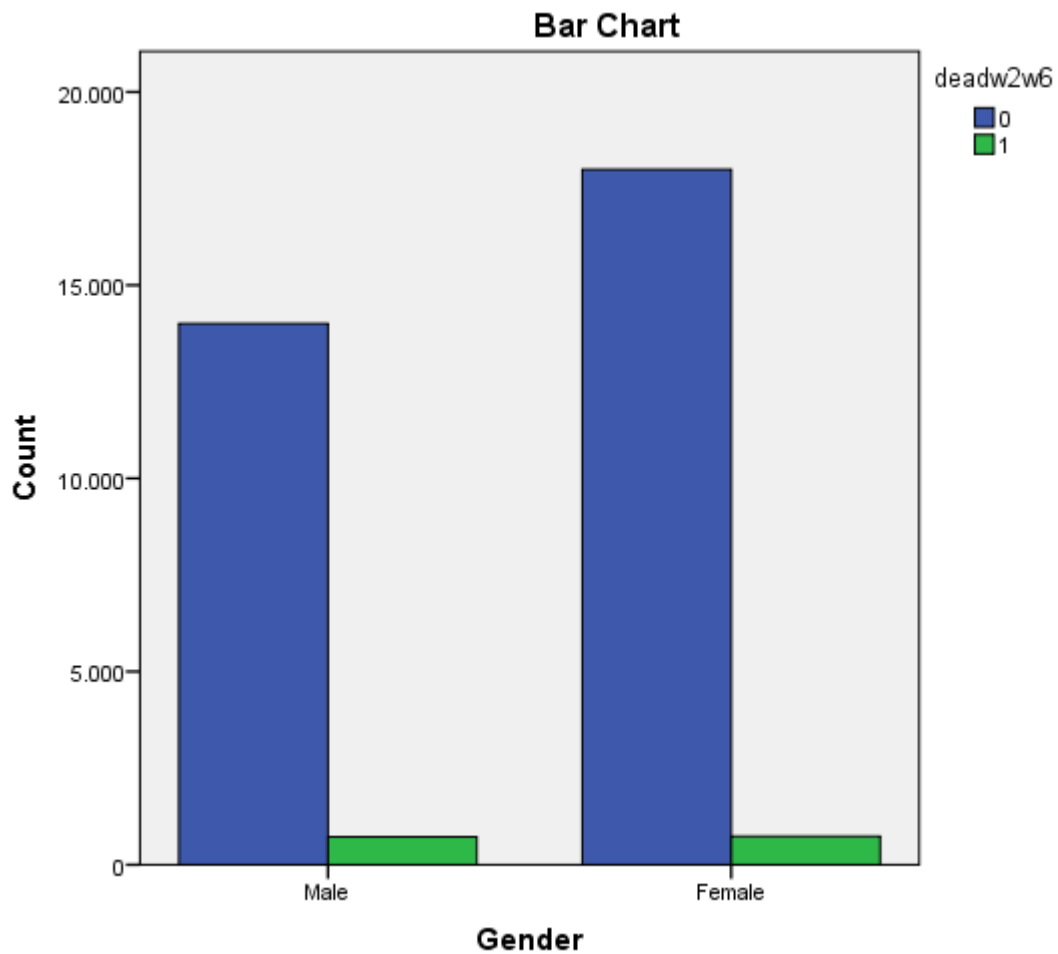
Παρόλο λοιπόν που δείξαμε πως υπάρχει εξάρτηση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, ο συντελεστής Phi μας δείχνει πως οι μεταβλητές είναι οριακά συσχετισμένες.

Πίνακας 3.2.1.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές deadw2w6 και gender

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,024	,000
	Cramer's V	,024	,000
N of Valid Cases		33456	

Διάγραμμα 3.2.1.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές deadw2w6 και gender.



3.2.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και country

Εδώ θα διερευνήσουμε αν υπάρχει ή όχι κάποια εξάρτηση μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και country

H_0 : Οι μεταβλητές είναι ανεξάρτητες

H_1 : Οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες

Από τον πίνακα μπορούμε να διαπιστώσουμε πως οι μεταβλητές deadw2w6 και country έχουν κάποια σχέση καθώς η τιμή p-value του ελέγχου ανεξαρτησίας είναι $0,000 < 0,05 = \alpha$. Άρα απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση. Επομένως η χώρα διαμονής επηρεάζει τα επίπεδα θνησιμότητας.

Πίνακας 3.2.2.1 Πίνακας χ^2 ελέγχου για τις μεταβλητές dead2w6 και country

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	426,550 ^a	12	,000
Likelihood Ratio	428,474	12	,000
Linear-by-Linear Association	28,020	1	,000
N of Valid Cases	33456		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 52,19.

Παρακάτω βλέπουμε τον πίνακα συνάφειας ο οποίος μας δείχνει τα ποσοστά θνησιμότητας ανά χώρα.

Πίνακας 3.2.2.2 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές dead2w6 και country

Country identifier * deadw2w6 Crosstabulation

Count

		deadw2w6		Total
		0	1	
Country identifier	Austria	1165	35	1200
	Germany	2604	24	2628
	Sweden	2691	105	2796
	Spain	2273	154	2427
	Italy	2847	139	2986
	France	2937	52	2989
	Denmark	2515	115	2630
	Greece	3102	310	3412
	Switzerland	1458	40	1498
	Belgium	3134	93	3227
	Israel	2317	130	2447
	Czech Republic	2666	84	2750
	Poland	2292	174	2466
Total		32001	1455	33456

Για να εξετάσουμε την ένταση και την φύση της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και country εφαρμόζουμε το συντελεστή συνάφειας Cramer's V .

Ο συντελεστής συνάφειας Cramer's V χρησιμοποιείται διότι δεν έχουμε ίδιο αριθμό κατηγοριών στις μεταβλητές καθώς η μεταβλητή country αποτελείται από 11 κατηγορίες ενώ η μεταβλητή deadw2w6 χωρίζεται σε δύο κατηγορίες.

Όπως φαίνεται στον πίνακα η σχέση των δύο μεταβλητών είναι θετική αλλά ασθενής. Επομένως η χώρα διαμονής του ερωτώμενου επηρεάζει την πιθανότητα θανάτου.

Πίνακας 3.2.2.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές dead2w6 και country

Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,113	,000
	Cramer's V	,113	,000
N of Valid Cases		33456	

3.3 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην θνησιμότητα και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά

Στη συνέχεια θα διερευνήσουμε εάν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ερωτώμενων επηρεάζει τα ποσοστά θνησιμότητας.

3.3.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και fdstress

Οι υποθέσεις του ελέγχου στον οποίο ακολουθεί είναι οι εξής :

H_0 : Οι μεταβλητές deadw2w6 και fdstress είναι ανεξάρτητες

H_1 : Οι μεταβλητές deadw2w6 και fdstress δεν είναι ανεξάρτητες

Από τον στατιστικό έλεγχο ανεξαρτησίας παρατηρούμε ότι η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5% διότι $p\text{-value}=0,000 < 0,005 = \alpha$. Συνεπώς, οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες.

Πίνακας 3.3.1.1 Πίνακας χ^2 ελέγχου για τις μεταβλητές dead2w6 και fdstress.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	82,930 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	82,517	3	,000
Linear-by-Linear Association	82,045	1	,000
N of Valid Cases	33244		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 184,61.

Από τον πίνακα προκύπτει ότι τα νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν μεγάλη οικονομική δυσκολία σχετικά με τις υποχρεώσεις τους, παρουσιάζουν το υψηλότερο ποσοστό θνησιμότητας το οποίο είναι . Ενώ, οι οικογένειες που ανταπεξέρχονται με ευκολία αναφορικά με τα οικονομικά τους ζητήματα εμφανίζουν το χαμηλότερο ποσοστό θνησιμότητας το οποίο είναι . Επιπρόσθετα, βάσει του πίνακα υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ της θνησιμότητας και των κοινωνικοοικονομικών ζητημάτων.

Πίνακας 3.3.1.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές dead2w6 και fdstress.

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-,046	,005	-8,971	,000
	Kendall's tau-c	-,022	,002	-8,971	,000
	Gamma	-,185	,020	-8,971	,000
N of Valid Cases		33244			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

3.4 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην θνησιμότητα και τη νοσηρότητα.

3.4.1 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και chronic2w2

Παρακάτω διατυπώνεται ο έλεγχος υποθέσεων με σκοπό να ελεγχθεί εάν η νοσηρότητα συμβάλει ή όχι στην θνησιμότητα.

H_0 : Οι μεταβλητές deadw2w6 και chronic είναι ανεξάρτητες

H_1 : Οι μεταβλητές deadw2w6 και chronic δεν είναι ανεξάρτητες.

Δεδομένου ότι το p-value παίρνει τιμή μικρότερη από το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας α που είναι 5%, μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση και ν ισχυριστούμε ότι οι μεταβλητές συσχετίζονται

Πίνακας 3.4.1.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές dead2w6 και chronic.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	226,738 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	225,927	1	,000		
Likelihood Ratio	227,504	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	226,731	1	,000		
N of Valid Cases	33305				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 663,70.

b. Computed only for a 2x2 table

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι οι ερωτώμενοι που παρουσιάζουν από δύο και άνω χρόνιες ασθένειες αντιμετωπίζουν σχεδόν το διπλάσιο ποσοστό θνησιμότητας σε σχέση με εκείνους που αναφέρουν λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις.

Πίνακας 3.4.1.2 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές dead2w6 και chronic.

Symmetric Measures

		Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	,083	,005	14,657	,000
	Kendall's tau-c	,034	,002	14,657	,000
	Gamma	,391	,024	14,657	,000
N of Valid Cases		33305			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

3.4.2 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των deadw2w6 και euro1.

H_0 : Οι μεταβλητές deadw2w6 και euro1 είναι ανεξάρτητες

H_1 : Οι μεταβλητές deadw2w6 και euro1 δεν είναι ανεξάρτητες

Από τον έλεγχο χ^2 της ανεξαρτησίας βλέπουμε ότι το p-value είναι $0,000 < 0,005 = \alpha$. Με τον τρόπο αυτό απορρίπτουμε την H_0 . Άρα οι δύο μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες. Από την απόρριψη της υπόθεσης ανεξαρτησίας καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η θνησιμότητα εξαρτάται από την ύπαρξη κατάθλιψης.

Πίνακας 3.4.2.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές dead2w6 και euro1.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	22,520 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	22,253	1	,000		
Likelihood Ratio	22,115	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	22,519	1	,000		
N of Valid Cases	32905				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 525,62.

b. Computed only for a 2x2 table

Πίνακας 3.4.2.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές dead2w6 και euro1.

Symmetric Measures

	Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance	
Ordinal by Ordinal					
	Kendall's tau-b	,026	,006	4,605	,000
	Kendall's tau-c	,010	,002	4,605	,000
	Gamma	,129	,027	4,605	,000
N of Valid Cases	32905				

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

Πίνακας 3.4.2.2 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές deadw2w6 και euro1.

Depression(part of EURO-D) * deadw2w6 Crosstabulation

			deadw2w6		Total
			0	1	
Depression(part of EURO-D)	Not selected	Count	19877	805	20682
		% within Depression(part of EURO-D)	96,1%	3,9%	100,0%
		% within deadw2w6	63,1%	56,9%	62,9%
		% of Total	60,4%	2,4%	62,9%
	Selected	Count	11613	610	12223
		% within Depression(part of EURO-D)	95,0%	5,0%	100,0%
		% within deadw2w6	36,9%	43,1%	37,1%
		% of Total	35,3%	1,9%	37,1%
Total	Count	31490	1415	32905	
	% within Depression(part of EURO-D)	95,7%	4,3%	100,0%	
	% within deadw2w6	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	95,7%	4,3%	100,0%	

3.4.3 Έλεγχος ανεξαρτησίας μεταξύ των μεταβλητών deadw2w6 και euro3.

Παρακάτω ελέγχουμε αν υπάρχει ανεξαρτησία ανάμεσα στην θνησιμότητα και στις τάσεις αυτοκτονίας.

Έχουμε τον εξής έλεγχο υποθέσεων :

H_0 : Οι μεταβλητές deadw2w6 και euro3 είναι ανεξάρτητες

H_1 : Οι μεταβλητές deadw2w6 και euro3 δεν είναι ανεξάρτητες

Πίνακας 3.4.3.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές dead2w6 και euro3.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymptotic Significance (2- sided)	Exact Sig. (2- sided)	Exact Sig. (1- sided)
Pearson Chi-Square	43,835 ^a	1	,000		
Continuity Correction ^b	43,132	1	,000		
Likelihood Ratio	37,612	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	43,834	1	,000		
N of Valid Cases	32804				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 98,89.

b. Computed only for a 2x2 table

Σύμφωνα με τον πίνακα του στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 , οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες καθώς το p-value (0.000) είναι μικρότερο από το $\alpha=0.005$.

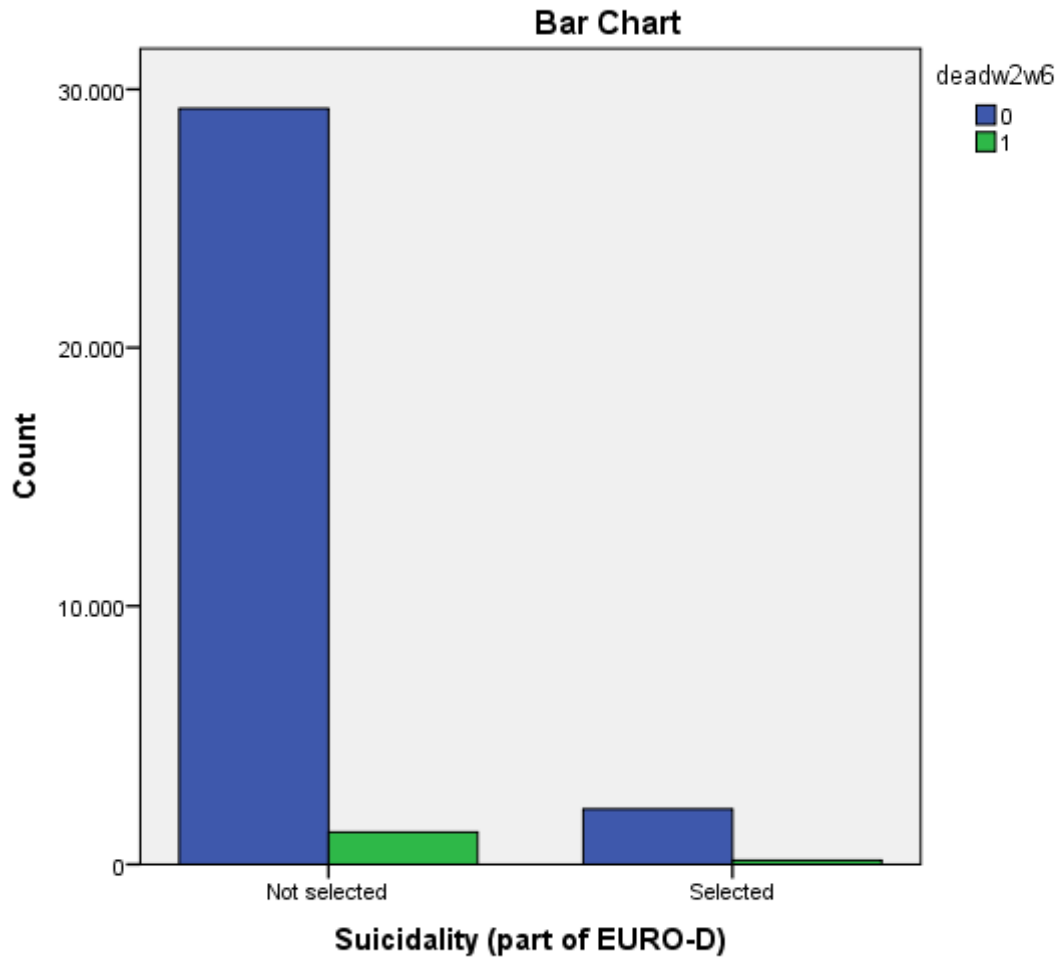
Από τον πίνακα συνάφειας των μεταβλητών deadw2w6 και euro3 συμπεραίνουμε ότι από τα άτομα που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα τάσεων αυτοκτονίας περίπου τα 2/3 είχαν πεθάνει μέχρι το 2015.

Πίνακας 3.4.3.2 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές dead2w6 και euro3.

Suicidality (part of EURO-D) * deadw2w6 Crosstabulation

			deadw2w6		Total
			0	1	
Suicidality (part of EURO-D)	Not selected	Count	29253	1247	30500
		% within Suicidality (part of EURO-D)	95,9%	4,1%	100,0%
		% within deadw2w6	93,2%	88,6%	93,0%
		% of Total	89,2%	3,8%	93,0%
Suicidality (part of EURO-D)	Selected	Count	2143	161	2304
		% within Suicidality (part of EURO-D)	93,0%	7,0%	100,0%
		% within deadw2w6	6,8%	11,4%	7,0%
		% of Total	6,5%	0,5%	7,0%
Total		Count	31396	1408	32804
		% within Suicidality (part of EURO-D)	95,7%	4,3%	100,0%
		% within deadw2w6	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	95,7%	4,3%	100,0%

Διάγραμμα 3.4.3.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τις μεταβλητές deadw2w6 και euro3.



Πίνακας 3.4.3.3 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές deadw2w6 και euro3.

Symmetric Measures

	Value	Asymptotic Standardized Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Kendall's tau-c	,008	,001	5,312	,000
Gamma	,276	,040	5,312	,000
N of Valid Cases	32804			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

4.1 Λογιστική Παλινδρόμηση

Η Λογιστική Παλινδρόμηση και συγκεκριμένα η δίτιμη/δυναδική παλινδρόμηση Binary Logistic Regression εφαρμόζεται σε καταστάσεις στις οποίες επιθυμούμε την πρόβλεψη της ύπαρξης ή απουσίας ενός χαρακτηριστικού ή ενός συμβάντος. Σε αυτή την περίπτωση, η εξαρτημένη μεταβλητή είναι κατηγορική και δίτιμη, η οποία παίρνει τιμή 0 για να δηλώσει την έλλειψη του χαρακτηριστικού ή συμβάντος και την τιμή 1 για να δηλώσει την ύπαρξη του χαρακτηριστικού ή συμβάντος που εξετάζουμε.

Για να γίνει η πρόβλεψη θα πρέπει να κατασκευαστεί ένα μοντέλο. Συγκεκριμένα, να πραγματοποιηθεί ο προσδιορισμός των τιμών που λαμβάνουν οι συντελεστές ενός συνόλου ανεξάρτητων μεταβλητών που χρησιμοποιούνται και ως μεταβλητές απόκρισης.

Το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης δίνει την δυνατότητα να εκτιμηθεί η επίδραση κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στη διαμόρφωση των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι :

-Ποσοτικές (συνεχείς και διακριτές)

-Ποιοτικές (κατηγορικές και διατεταγμένες).

Συμπληρωματικά, για την ορθή εφαρμογή της Λογιστικής Παλινδρόμησης και την αξιοπιστία του αποτελέσματός της απαιτείται μεγάλο δείγμα δεδομένων.

Η εξίσωση της Λογιστικής Παλινδρόμησης έχει την εξής μορφή :

$$\log(\text{odds}) = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_k x_k$$

Πιο αναλυτικά το δεξί μέρος της εξίσωσης δημιουργείται από ένα γραμμικό συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών που συμμετέχουν στο μοντέλο παλινδρόμησης. Το αριστερό μέρος περιέχει τις τιμές της ανεξάρτητης μεταβλητής με την μορφή του φυσικού λογάριθμου των odds.

Το odds εναλλακτικά ονομάζεται logit. Η συνάρτηση logit αναφέρεται τον λογάριθμο της σχετικής πιθανότητας του ενδεχόμενου που μας ενδιαφέρει. Επομένως, η συνάρτηση logit είναι σαν μία συνάρτηση που συνδέει την πιθανότητα επιτυχίας με την τιμή της ερμηνευτικής μεταβλητής.

Η Λογιστική Παλινδρόμηση έναντι της Γραμμικής Παλινδρόμησης.

Οι συντελεστές των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξίσωση λογιστικής παλινδρόμησης εκτιμώνται με βάση τη μέθοδο της Μέγιστης Πιθανοφάνειας και όχι σύμφωνα με την μέθοδο των ελάχιστων τετραγώνων (Least Squares Estimators) που χρησιμοποιείται στην γραμμική παλινδρόμηση. Η λογιστική παλινδρόμηση δεν έχει αυστηρές προϋποθέσεις στην εφαρμογή της σε σύγκριση με την γραμμική, καθώς και η σχέση μεταξύ εξαρτημένης και ανεξάρτητων μεταβλητών δεν είναι απαραίτητο να είναι γραμμική. Επιπλέον στη λογιστική παλινδρόμηση δεν χρειάζεται να ισχύουν οι υποθέσεις κανονικότητας και ομοσκεδαστικότητας των επεξηγηματικών μεταβλητών, όπως στη γραμμική παλινδρόμηση. Τέλος, η Λογιστική Παλινδρόμησης εφαρμόζεται και την εκτίμηση της επίδρασης κάθε επεξηγηματικής μεταβλητής στη διαμόρφωση των τιμών της μεταβλητής απόκρισης.

4.2 Έλεγχοι μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης.

4.2.1 Hosmer and Lemeshow Test (Έλεγχος Καλής Προσαρμογής)

Ο έλεγχος καλής προσαρμογής Hosmer and Lemeshow Test, υπολογίζει ένα δείκτη για τη συνολική προσαρμογή του μοντέλου. Ελέγχει, δηλαδή, την υπόθεση ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στις εκτιμώμενες και τις παρατηρούμενες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής. Για να έχουμε καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα θα πρέπει η σημαντικότητα του ελέγχου να εμφανίζει μεγαλύτερη τιμή από 0,05 ώστε να μην απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση.

4.2.2 Δείκτης Nagelkerke R Square

Ο δείκτης Nagelkerke R Square μας δίνει μια ένδειξη για το μέγεθος της μεταβλητότητας του δείγματος που ερμηνεύεται από την παλινδρόμηση. Η μέγιστη τιμή που μπορεί να πάρει είναι ίση με 1. Όσο αυξάνεται η τιμή του δείκτη είναι ένδειξη ότι κάθε μεταβλητή που εισάγεται στο μοντέλο, προσθέτει πληροφορία στο μοντέλο.

4.2.3 Πίνακας ταξινόμησης – Classification Table

Ο πίνακας ταξινόμησης δείχνει το ποσοστό των περιπτώσεων της εξαρτημένης μεταβλητής που προβλέπονται σωστά με βάση το μοντέλο. Επομένως όσο μεγαλύτερη είναι η τιμή που εμφανίζει το ποσοστό, τόσο καλύτερη είναι η προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα της μεταβλητής.

4.3 Μοντέλα Λογιστικής Παλινδρόμησης

4.3.1 Διερεύνηση επίδρασης δημογραφικών, κοινωνικοοικονομικών και μεταβλητών επικινδυνότητας στην μεταβλητή deadw2w6 – Πρώτο Μοντέλο

Στο πρώτο μοντέλο διερευνούμε πως επιδρούν οι δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, χώρα διαμονής), οι κοινωνικοοικονομικές (έτη εκπαίδευσης και αποχή από φυσικές δραστηριότητες και οι μεταβλητές επικινδυνότητας(κάπνισμα, δείκτης μάζας σώματος, άσκηση) στην θνησιμότητα του δείγματος.

Βάσει του παρακάτω πίνακα ο δείκτης Nagelkerke R^2 έχει την τιμή 0,189. Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο επεξηγεί κατά προσέγγιση το 18,9% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής θνησιμότητας (deadw2w6). Επιπρόσθετα, ο έλεγχος Hosmer and Lemeshow δίνει τιμή για το p-value 0,859 που είναι πολύ μεγαλύτερο από το p-value=0,05 με αποτέλεσμα να μην απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση. Αυτό σημαίνει πως το μοντέλο προσαρμόζεται σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό στα δεδομένα μας. Επίσης, από τον πίνακα ταξινόμησης προκύπτει ότι το ποσοστό ορθής ταξινόμησης του μοντέλου αγγίζει το 95,7%. Αυτό το ποσοστό είναι πολύ μεγάλο και μπορούμε να προχωρήσουμε στην ανάλυσή μας.

Πίνακας 4.3.1.1 Model Summary για το μοντέλο

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	9531,918 ^a	,056	,189

a. Estimation terminated at iteration number 8 because parameter estimates changed by less than ,001.

Πίνακας 4.3.1.2 Έλεγχος καλής προσαρμογής του μοντέλου

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	3,982	8	,859

Πίνακας 4.3.1.3 Πίνακας ταξινόμησης του μοντέλου

Classification Table^a

	Observed	Predicted		Percentage Correct
		0	1	
Step 1	deadw2w6 0	30666	15	100,0
	1	1363	19	1,4
Overall Percentage				95,7

a. The cut value is ,500

Πίνακας 4.3.1.4 Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών για το μοντέλο

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a			277,800	12	,000	
country						
country(1)	-1,112	,202	30,447	1	,000	,329
country(2)	-2,017	,231	76,291	1	,000	,133
country(3)	-,762	,141	29,034	1	,000	,467
country(4)	-,419	,128	10,743	1	,001	,658
country(5)	-,558	,124	20,155	1	,000	,572
country(6)	-1,468	,169	75,080	1	,000	,230
country(7)	-,367	,142	6,677	1	,010	,693
country(8)	,254	,108	5,590	1	,018	1,290
country(9)	-,982	,193	25,917	1	,000	,374
country(10)	-1,029	,147	48,964	1	,000	,357
country(11)	-,476	,135	12,438	1	,000	,621
country(12)	-,716	,145	24,421	1	,000	,489
age	,099	,003	937,142	1	,000	1,104
yedu	-,025	,008	9,554	1	,002	,976
gender(1)	,214	,064	11,218	1	,001	1,239
fdistress			2,780	3	,427	
fdistress(1)	,166	,110	2,251	1	,134	1,180
fdistress(2)	,142	,094	2,306	1	,129	1,153
fdistress(3)	,110	,089	1,544	1	,214	1,117
esmoked(1)	-,257	,065	15,662	1	,000	,773
bmi2			2,541	3	,468	
bmi2(1)	-,042	,223	,035	1	,851	,959
bmi2(2)	-,051	,082	,392	1	,531	,950
bmi2(3)	-,120	,079	2,269	1	,132	,887
phinact(1)	-,074	,075	,969	1	,325	,929
Constant	-9,136	,300	925,047	1	,000	,000

a. Variable(s) entered on step 1: country, age, yedu, gender, fdistress, esmoked, bmi2, phinact.

Από τον πίνακα προκύπτουν οι παρακάτω παρατηρήσεις αναφορικά με τις δημογραφικές μεταβλητές :

- **Φύλο** : Οι άντρες έχουν 23,9% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα θνησιμότητας σε σύγκριση με τις γυναίκες.
- **Ηλικία** : Θνησιμότητα και ηλικία αναπτύσσονται ανάλογα καθώς για κάθε επιπλέον έτος η πιθανότητα θνησιμότητας αυξάνεται κατά 10,4%

- **Χώρα διαμονής :** Ως κατηγορία αναφοράς έχουμε ορίσει την Πολωνία. Να σημειωθεί ότι όλες οι χώρες διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά σε σχέση με την Πολωνία σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

-Τα άτομα που διαμένουν στη Γερμανία και στη Γαλλία έχουν κατά 86,7% και 77% αντίστοιχα μικρότερες σχετικές πιθανότητες θνησιμότητας σε σχέση με τους κατοίκους της Πολωνίας. Οι δύο αυτές χώρες εμφανίζουν την μεγαλύτερη απόκλιση σε σχέση με την Πολωνία.

-Οι κάτοικοι της Δανίας εμφανίζουν την μικρότερη σχετική πιθανότητα κατά 30,7% να πεθάνουν λόγω κάποιας ασθένειας σε σχέση με τα άτομα που διαμένουν στην Πολωνία.

-Τα άτομα που διαμένουν στην Ελλάδα έχουν κατά 29% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να πεθάνουν λόγω κάποιας ασθένειας σε σχέση με αυτούς που διαμένουν στην Πολωνία.

Αναφορικά με τις κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες :

- **Έτη εκπαίδευσης :**

Παρατηρούμε πως όσο αυξάνονται τα έτη εκπαίδευσης μειώνονται οι πιθανότητες θνησιμότητας. Πιο συγκεκριμένα, για κάθε επιπλέον έτος εκπαίδευσης η πιθανότητα θνησιμότητας μειώνεται κατά 2,4%.

- **Δυνατότητα ανταπόκρισης σε οικονομικά ζητήματα :**

Παρατηρούμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση όσον αφορά το επίπεδο ανταπόκρισης στα οικονομικά ζητήματα καθώς το p-value είναι μεγαλύτερο από 0,05.

Αναφορικά με τις μεταβλητές επικινδυνότητας :

- **Κάπνισμα :**

Οι ερωτώμενοι που δεν καπνίζουν έχουν 22,7% μικρότερη πιθανότητα να πεθάνουν σε σχέση με τους καπνίζοντες.

- **Αποχή από φυσικές δραστηριότητες :**

Οι ερωτώμενοι που ασκούν φυσικές δραστηριότητες, δηλαδή που δεν είναι φυσικά ανενεργοί, εμφανίζουν μικρότερη πιθανότητα θανάτου κατά 7,1% σε σύγκριση με αυτούς που ασκούν από ήπια έως έντονη φυσική δραστηριότητα.

- **Δείκτης Μάζας σώματος :**

Εδώ βλέπουμε πως οι κατηγορίες της μεταβλητής που εκφράζει τον δείκτη μάζας σώματος, δεν διαφοροποιούνται σημαντικά από την κατηγορία αναφοράς, διότι η τιμή p-value είναι μεγαλύτερη από το επίπεδο σημαντικότητας 5%. Επομένως δεν θα προχωρήσουμε στην ανάλυση αυτών.

4.3.2 Διερεύνηση επίδρασης δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών και στην εμφάνιση - Δεύτερο Μοντέλο

Το δεύτερο μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης αποτελείται από τους παράγοντες σχετικά με την εμφάνιση ή όχι θνησιμότητας, που αφορούν το φύλο, ηλικία, την χώρα διαμονής και την οικογενειακή κατάσταση, κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες όπως είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο και η δυνατότητα ανταπόκρισης σε οικονομικά

ζητήματα. Επίσης αποτελείται από κάποιες μεταβλητές υγείας όπως την κατάθλιψη, τις τάσεις αυτοκτονίας και τις μεταβλητές που δείχνουν την ευτυχία ζωής και την άποψη που έχουν οι ερωτώμενοι για την ζωή τους.

Ο δείκτης Nagelkerke R^2 έχει τιμή ίση με 0,189 . Το μοντέλο δηλαδή επεξηγεί προσεγγιστικά το 18,9% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής θανάτου (deadw2w6) .

Πίνακας 4.3.2.1 Model Summary για το μοντέλο

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	9611,697 ^a	,056	,189

a. Estimation terminated at iteration number 8 because parameter estimates changed by less than ,001.

Επιπλέον βάσει του πίνακα και του ελέγχου Hosmer and Lemeshow, το μοντέλο προσαρμόζεται ικανοποιητικά στα δεδομένα, καθώς δίνει $p\text{-value} = 0,116 > 0,05$.

Πίνακας 4.3.2.2 Έλεγχος καλής προσαρμογής του μοντέλου

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	12,884	8	,116

Ακολουθεί ο πίνακας που μας πληροφορεί για το ποσοστό ορθής ταξινόμησης που είναι ίσο με 95,8%. Αυτό δείχνει ότι είναι ικανοποιητικό και μας επιτρέπει να προχωρήσουμε στην ανάλυσή μας.

Πίνακας 4.3.2.3 Πίνακας ταξινόμησης του μοντέλου

Classification Table^a

		Predicted		
		deadw2w6		Percentage Correct
Observed		0	1	
Step 1	deadw2w6 = 0	31170	12	100,0
	1	1371	20	1,4
Overall Percentage				95,8

a. The cut value is ,500

Από τον πίνακα λαμβάνουμε τις παρακάτω πληροφορίες αναφορικά με τους δημογραφικούς παράγοντες :

- **Φύλο :** Οι άντρες έχουν 39,3% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να πεθάνουν σε σύγκριση με τις γυναίκες.
- **Ηλικία :** Όσο αυξάνεται η ηλικία του ερωτώμενου , αυξάνεται και η πιθανότητα θνησιμότητας κατά 10%.
- **Χώρα διαμονής :** Σε σχέση με το πρώτο μοντέλο στο οποίο όλες οι χώρες ήταν στατιστικά σημαντικές, εδώ έχουμε μία χώρα η οποία είναι μη στατιστικά σημαντική. Αυτή είναι η Δανία με Sig.>5%.

-Οι κάτοικοι της Γερμανίας, της Γαλλίας και της Αυστρίας, έχουν τις μικρότερες σχετικές πιθανότητες θνησιμότητας σε σχέση με τους κατοίκους της Πολωνίας.

-Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα η οποία έχει μεγαλύτερη σχετική συχνότητα θνησιμότητας σε σχέση με την Πολωνία το οποίο αγγίζει το 41,2% .

Αναφορικά με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες :

- **Έτη εκπαίδευσης :**

Παρατηρούμε πως όσο αυξάνονται τα έτη εκπαίδευσης μειώνεται η πιθανότητα θνησιμότητας κατά 2%.

- **Δυνατότητα ανταπόκρισης σε οικονομικά ζητήματα :**

Παρατηρούμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση όσον αφορά το επίπεδο ανταπόκρισης στα οικονομικά ζητήματα καθώς το p-value είναι μεγαλύτερο από 0,05.

Αναφορικά με τους παράγοντες υγείας :

- **Κατάθλιψη :**

Τα άτομα που δεν πάσχουν από κατάθλιψη έχουν μικρότερη σχετική πιθανότητα θνησιμότητας σε σχέση με τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα η πιθανότητα θνησιμότητας αυτών που δεν πάσχουν από κατάθλιψη είναι μικρότερη κατά 13,2%.

- **Τάσεις Αυτοκτονίας :**

Τα άτομα που δεν έχουν τάσεις αυτοκτονίας έχουν 7,3% μικρότερη πιθανότητα να πεθάνουν από τα άτομα που έχουν, αν και αυτό το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

- **Αίσθημα ευτυχίας κατά την διάρκεια της ζωής :**

Παρατηρούμε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση όσον αφορά το αίσθημα ευτυχίας κατά τη διάρκεια της ζωής καθώς το p-value είναι μεγαλύτερο από 0,05.

- **Προσωπική άποψη για την ζωή :**

Οι ερωτώμενοι που θεωρούν πως ζουν μία καλή ή εξαιρετική ζωή έχουν μικρότερη σχετική πιθανότητα θανάτου σε σχέση με τους ερωτώμενους που θεωρούν πως έχουν κακή άποψη για τη ζωή τους. Η πιθανότητα θανάτου των ανθρώπων που νιώθουν ευχαριστημένοι με τη ζωή τους είναι 31,7% μικρότερη από αυτούς που δεν νιώθουν. Καταλαβαίνουμε πως η διαφορά αυτή είναι αρκετά μεγάλη.

Πίνακας 4.3.2.4 Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών για το μοντέλο

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a			293,034	12	,000	
country						
country(1)	-1,064	,202	27,882	1	,000	,345
country(2)	-1,973	,227	75,861	1	,000	,139
country(3)	-,642	,142	20,520	1	,000	,526
country(4)	-,420	,124	11,403	1	,001	,657
country(5)	-,554	,125	19,692	1	,000	,575
country(6)	-1,457	,170	73,066	1	,000	,233
country(7)	-,177	,143	1,534	1	,215	,838
country(8)	,345	,109	10,015	1	,002	1,412
country(9)	-,853	,191	19,940	1	,000	,426
country(10)	-,922	,145	40,392	1	,000	,398
country(11)	-,509	,134	14,379	1	,000	,601
country(12)	-,762	,146	27,098	1	,000	,467
euro1(1)	-,141	,064	4,915	1	,027	,868
euro3(1)	-,076	,099	,590	1	,442	,927
age	,095	,003	969,144	1	,000	1,100
yedu	-,020	,008	6,648	1	,010	,980
gender(1)	,332	,059	31,485	1	,000	1,393
fdistress			2,625	3	,453	
fdistress(1)	,132	,111	1,410	1	,235	1,141
fdistress(2)	,144	,094	2,349	1	,125	1,155
fdistress(3)	,125	,089	1,977	1	,160	1,133
lifehap			6,883	3	,076	
lifehap(1)	-,213	,162	1,743	1	,187	,808
lifehap(2)	-,235	,162	2,112	1	,146	,790
lifehap(3)	-,015	,174	,007	1	,933	,986
sphus2(1)	-,382	,087	19,244	1	,000	,683
Constant	-8,900	,328	735,986	1	,000	,000

a. Variable(s) entered on step 1: country, euro1, euro3, age, yedu, gender, fdistress, lifehap, sphus2.

4.3.3 Διερεύνηση επίδρασης Δημογραφικών, Κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών και μεταβλητών Υγείας και Νοσηρότητας- Τρίτο Μοντέλο

Στο μοντέλο αυτό εμπεριέχονται οι δημογραφικοί και οι κοινωνικοί παράγοντες καθώς και οι μεταβλητές υγείας και νοσηρότητας που επιδρούν στην θνησιμότητα.

Η τιμή του δείκτη Nagelkerke R^2 είναι ίση με 0,187 . Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο επεξηγεί προσεγγιστικά το 18,7% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής deadw2w6.

Το αποτέλεσμα από τον έλεγχο Hosmer and Lemeshow δίνει τιμή p-value 0,230, μεγαλύτερη από το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το οποίο είναι 0.05 . Αυτό σημαίνει ότι το μοντέλο προσαρμόζεται ικανοποιητικά στα δεδομένα. Παρατηρούμε μάλιστα πως το ποσοστό ορθής ταξινόμησης που προκύπτει βάση του πίνακα είναι πολύ ικανοποιητικό καθώς αγγίζει το 95,8 %.

Πίνακας 4.3.3.1 Model Summary για το μοντέλο

Model Summary

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	9408,788 ^a	.055	.187

a. Estimation terminated at iteration number 8 because parameter estimates changed by less than ,001.

Πίνακας 4.3.3.2 Έλεγχος καλής προσαρμογής του μοντέλου

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	10,527	8	,230

Πίνακας 4.3.3.3 Πίνακας ταξινόμησης του μοντέλου

Classification Table^a

	Observed	Predicted			
		deadw2w6		Percentage Correct	
		0	1		
Step 1	deadw2w6	0	30770	16	99,9
		1	1338	17	1,3
	Overall Percentage				95,8

a. The cut value is ,500

Πίνακας 4.3.3.4 Εκτιμήσεις των συντελεστών των μεταβλητών για το μοντέλο

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1 ^a			265,643	12	,000	
country						
country(1)	-,101	,202	29,738	1	,000	,333
country(2)	-,004	,231	75,205	1	,000	,135
country(3)	-,729	,143	25,971	1	,000	,483
country(4)	-,400	,126	10,140	1	,001	,670
country(5)	-,552	,125	19,564	1	,000	,576
country(6)	-,444	,172	70,546	1	,000	,236
country(7)	-,292	,142	4,195	1	,041	,747
country(8)	,265	,110	5,798	1	,016	1,303
country(9)	-,869	,191	20,624	1	,000	,419
country(10)	-,953	,145	43,152	1	,000	,385
country(11)	-,571	,136	17,651	1	,000	,565
country(12)	-,762	,147	27,027	1	,000	,467
chronic2w2(1)	-,149	,068	4,816	1	,028	,862
age	,094	,003	901,009	1	,000	1,099
gender(1)	,341	,060	32,377	1	,000	1,406
yedu	-,022	,008	7,457	1	,006	,978
fdistress			3,142	3	,370	
fdistress(1)	,161	,112	2,051	1	,152	1,174
fdistress(2)	,132	,095	1,915	1	,166	1,141
fdistress(3)	,150	,090	2,810	1	,094	1,162
symptoms2w2(1)	-,196	,070	7,986	1	,005	,822
eurodcat(1)	-,146	,068	4,583	1	,032	,864
Constant	-8,953	,291	945,384	1	,000	,000

a. Variable(s) entered on step 1: country, chronic2w2, age, gender, yedu, fdistress, symptoms2w2, eurodcat.

Ακολουθεί η ερμηνεία των συντελεστών του τρίτου μοντέλου σύμφωνα με τον πίνακα :

Για τις δημογραφικές μεταβλητές :

- **Φύλο** : Οι άντρες έχουν 40,6% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα θανάτου σε σύγκριση με τις γυναίκες.
- **Ηλικία** : Για κάθε έτος που προστίθεται στην ηλικία η πιθανότητα θνησιμότητας μεγαλώνει κατά 9,9%.

- **Χώρα Διαμονής :**

-Οι κάτοικοι της Γερμανίας, της Αυστρίας και της Γαλλίας εμφανίζουν κατά 86,5%, 66,6% και 66,4% αντίστοιχα μικρότερη σχετική πιθανότητα θνησιμότητας σε σύγκριση με την Πολωνία.

-Η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα η οποία εμφανίζει μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα θανάτου σε σύγκριση με την Πολωνία. Οι κάτοικοι της Ελλάδας έχουν , συγκεκριμένα, 30,3% μεγαλύτερη πιθανότητα θνησιμότητας σε σύγκριση με τους κατοίκους της Πολωνίας.

Για τις κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές :

- **Έτη εκπαίδευσης :**

Όσο αυξάνονται τα έτη εκπαίδευση μειώνεται η πιθανότητα θνησιμότητας κατά 2,2%.

- **Δυνατότητα ανταπόκρισης στα οικονομικά ζητήματα :**

Όπως στα προηγούμενα δύο μοντέλα, έτσι και στο τρίτο μοντέλο, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση όσον αφορά το επίπεδο ανταπόκρισης στα οικονομικά ζητήματα καθώς το p-value είναι μεγαλύτερο από 0,05.

Για τις μεταβλητές υγείας :

- **Πλήθος χρόνιων παθήσεων :**

Οι ερωτώμενοι που έχουν λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις εμφανίζουν 13,8% λιγότερες πιθανότητες θανάτου σε σύγκριση με αυτούς που έχουν περισσότερες από 2.

- **Πλήθος συμπτωμάτων :**

Οι ερωτώμενοι που έχουν λιγότερα από δύο συμπτώματα εμφανίζουν 17,8% λιγότερες πιθανότητες θανάτου σε σύγκριση με αυτούς που έχουν περισσότερα από 2.

- **Συμπτώματα ψυχικής ασθένειας :**

Οι ερωτώμενοι που εμφανίζουν λιγότερα από 4 συμπτώματα ψυχικής ασθένειας παρουσιάζουν 13,6% λιγότερες πιθανότητες θνησιμότητας σε σύγκριση με τους ερωτώμενους που έχουν δηλώσει πως πάσχουν από περισσότερα συμπτώματα ψυχικής ασθένειας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

5.1 Συμπεράσματα

Στο κεφάλαιο αυτό συνοψίζονται τα κυριότερα χαρακτηριστικά και συμπεράσματα της μελέτης που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της διπλωματικής εργασίας.

Η μελέτη αυτή επικεντρώθηκε στους παράγοντες που σχετίζονται με την θνησιμότητα(δημογραφικοί, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και παράγοντες υγείας) μέσω κάποιων μεθόδων ανάλυσης όπως είναι η Λογιστική Παλινδρόμηση.

Το δείγμα της εργασίας αυτής προέρχεται από την έρευνα SHARE.

Τα σημαντικότερα συμπεράσματα που προκύπτουν από την ανάλυση των προηγούμενων κεφαλαίων είναι τα εξής :

Θνησιμότητα- Δημογραφικοί παράγοντες :

Η θνησιμότητα διαφοροποιείται ως προς το φύλο. Συγκεκριμένα, οι άντρες παρουσιάζουν μεγαλύτερο ποσοστό πιθανότητας θανάτου σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Η ηλικία ,επίσης, αποτελεί μια παράμετρο που επηρεάζει την εμφάνιση θανάτου στο δείγμα. Η αύξηση της ηλικίας συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα θανάτου ακόμα και όταν ληφθούν υπ' όψιν ασθένειες οι οποίες επιδρούν στην ψυχική και σωματική υγεία.

Θνησιμότητα- Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες :

Παρατηρήσαμε πως η οικονομική κατάσταση και κατά συνέπεια η δυσκολία ανταπόκρισης στα οικονομικά ζητήματα δεν επηρεάζει την εμφάνιση θνησιμότητας.

Ωστόσο, η αύξηση των ετών εκπαίδευσης αναμένεται να μειώσει τη σχετική πιθανότητα θανάτου.

Θνησιμότητα- Παράγοντες επικινδυνότητας

Το κάπνισμα επηρεάζει τα ποσοστά θνησιμότητας καθώς οι καπνίζοντες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου από τους μη καπνίζοντες.

Επίσης παρατηρούμε πως η ύπαρξη φυσικής δραστηριότητας επηρεάζει την θνησιμότητα του δείγματος καθώς οι φυσικά ανενεργοί έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες θανάτου σε σύγκριση με τα άτομα που ασκούν ήπια έως έντονη δραστηριότητα.

Τέλος βλέπουμε πως ο δείκτης μάζας σώματος δεν επηρεάζει την θνησιμότητα.

Θνησιμότητα- Παράγοντες Υγείας/Νοσηρότητας :

Οι χρόνιες παθήσεις είναι ένας παράγοντας που επηρεάζει μεν την εμφάνιση θανάτου αλλά η επιρροή δεν είναι μεγάλη ποσοτικά. Τα ποσοστά θανάτου των ατόμων που εμφανίζουν περισσότερα από 2 χρόνιες παθήσεις είναι μεν μεγαλύτερα από αυτά των ατόμων που εμφανίζουν λιγότερα αλλά το ποσοστό της διαφορά τους είναι μικρό.

Τα άτομα που έχουν λιγότερα από τέσσερα συμπτώματα κατάθλιψης έχουν μικρότερη πιθανότητα θνησιμότητας από αυτά που έχουν περισσότερα από δύο συμπτώματα.

Οι πάσχοντες από κατάθλιψη και τάσεις αυτοκτονίας έχουν περισσότερες πιθανότητες θανάτου.

Τέλος η προσωπική εκτίμηση του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του φαίνεται να επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τα επίπεδα θνησιμότητας καθώς παρατηρούμε πως όσο καλύτερο είναι το εκτιμώμενο επίπεδο υγείας του ερωτώμενου τόσο μικρότερο είναι το ποσοστό της πιθανότητας θανάτου του ερωτώμενου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ, Ορισμός ψυχικής ασθένειας. Accessed 2/2019.

Online Available :

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%A8%CF%85%CF%87%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CF%85%CE%B3%CE%B5%CE%AF%CE%B1

ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ, Ορισμός διπολικής διαταραχής. Accessed 2/2019.

Online Available :

https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B9%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%B9%CE%BA%CE%AE_%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CE%B1%CF%81%CE%B1%CF%87%CE%AE

Askitis,.Τι είναι Ψυχική Υγεία. Accessed 2/2019. Online Available:

https://www.askitis.gr/psychichealth/view/psychiki_igeia_ti_einai

Onmed. (2014). Οι ψυχικές ασθένειες μειώνουν το Προσδόκιμο ζωής.

Online Available :

<https://www.onmed.gr/ygeia-psyhikh/story/313566/oi-psyhikes-pathiseis-meionoun-to-prosdokimo-zois>

Onmed. (2018). Έως και 20 χρόνια λιγότερο ζουν οι πάσχοντες από ψυχική νόσο.

Online Available:

<https://www.onmed.gr/ygeia-eidhseis/story/371719/os-kai-20-xronia-ligotero-zoyn-oi-pasxontes-apo-psyhiki-noso>

Onmed, (2018). Κολπική μαρμαρυγή :Παράγοντας κινδύνου και η κατάθλιψη?

Online Available :

<https://www.onmed.gr/ygeia/story/366172/kolpiki-marmarygi-paragontas-kindynoy-kai-i-katathlipsi>

Ξενόγλωσση

Hoffman,G. J., Hays, R. D., Wallace, S.P., Shapiro, M. F., & Ettner, S.L.(2017).

Depressive symptomatology and fall risk among community- dwelling older adults. Social Science & Medicine, 178, 206-213.