

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**Εκτίμηση των παραγόντων που προσδιορίζουν τα επίπεδα και πρότυπα νοσηρότητας σε ευπαθείς πληθυσμιακές ομάδες στην Ελλάδα και σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες με έμφαση στην ψυχική υγεία**

**Ελένη Π. Σεραφετινίδου**

Υποβλήθηκε στο Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του  
Πανεπιστημίου Πειραιώς

Πειραιάς,  
Φεβρουάριος 2020



Στη μανούλα μου, Αικατερίνη

Στον πατέρα μου, Παναγιώτη (†)

Στη Μαρία Ζ., που έφυγε νωρίς .....



## Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο ολοκληρώνεται η παρούσα διδακτορική διατριβή. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, Αναπληρώτρια καθηγήτρια κ. Γεωργία Βερροπούλου που με την καθοδήγηση της, τις συμβουλές της και την υποστήριξη της έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην ολοκλήρωση της προσπάθειάς. Την ευχαριστώ για τον χρόνο που μου αφιέρωσε και, συνδυάζοντας τις άριστες γνώσεις που έχει πάνω σε μαθηματικά μοντέλα και τον τομέα της δημογραφίας, με βοήθησε να μπορώ να ερμηνεύω πραγματικά φαινόμενα. Πιο πολύ όμως την ευχαριστώ για τον γεμάτο καλοσύνη χαρακτήρα της, την ψυχική ηρεμία που εκπέμπει, την υπομονή της, τις συζητήσεις μας, την προθυμία της να με βοηθήσει σε όλα τα στάδια της διδακτορικής εργασίας, από την προσέγγιση του θέματος μέχρι την υλοποίηση της διατριβής. Όλα αυτά τα χρόνια η συνεργασία μαζί της υπήρξε άριστη.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τα άλλα δύο μέλη της επιτροπής, κ. Μάρκο Κούτρα και κ. Κλέωνα Τσίμπο για τις πολύτιμες συμβουλές τους σε θέματα που σχετίζονταν με τις ερευνητικές εργασίες, τα περιοδικά και το κείμενο της διδακτορικής διατριβής καθώς και τα υπόλοιπα μέλη της επιτροπής που εξέτασαν και αξιολόγησαν την ερευνητική εργασία, και συγκεκριμένα τους καθηγητές κ. Γεώργιο Τζαβελά, κ. Αγλαΐα Καλαματιανού, κ. Αικατερίνη Μιχαλοπούλου και κ. Αναστασία Κωστάκη. Ιδιαίτερα, ευχαριστώ την κ. Βερροπούλου και τον κ. Τσίμπο που μου εμπιστεύθηκαν την διδασκαλία των εργαστηρίων στα μεταπτυχιακά μαθήματα «Ποσοτικές Μέθοδοι στην Δημογραφία» για τα ακαδημαϊκά έτη 2015-2016 και 2017-2018 και «Στατιστικές Μέθοδοι στις Κοινωνικές Επιστήμες» για το ακαδημαϊκό έτος 2016-2017.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά την μητέρα μου για την στήριξη που μου παρείχε όλα αυτά τα χρόνια, από τις προπτυχιακές και μεταπτυχιακές μου σπουδές μέχρι και την περάτωση του διδακτορικού προγράμματος. Παρόλο που ο δρόμος σε πολλά σημεία ήταν δύσβατος και ανηφορικός, με την αγάπη και την υπομονή της με ενθάρρυνε να συνεχίσω και να κάνω όλα μου τα όνειρα πραγματικότητα. Δικαίως, η τιμή και ο έπαινος για τα επιτεύγματα όλων αυτών των χρόνων θα πρέπει να αποδοθούν σε εκείνη. Επιπλέον, ευχαριστώ και τον πατέρα μου για όσα με δίδαξε με την παρουσία του όλα αυτά τα χρόνια.

Τέλος, θερμές ευχαριστίες από καρδιάς αναπέμπονται στον πνευματικό μου πατέρα, π. Απόστολο Τσολάκη που με την αδιάλειπτη προσευχή του στον Θεό για μένα μου έδινε

δύναμη, φωτισμό και υπομονή να συνεχίσω. Δίχως την Χάρη του Θεού, τίποτα δεν μπορεί να επιτύχει ο άνθρωπος.....

Η παρούσα εργασία χρηματοδοτήθηκε από το Ελληνικό Ίδρυμα Έρευνας και Καινοτομίας (ΕΛΙΔΕΚ) και την Γενική Γραμματεία Έρευνας και Τεχνολογίας (ΓΓΕΤ) μέσω του προγράμματος χορήγησης υποτροφιών σε υποψήφιους διδάκτορες (αριθμός υποτροφίας: 991). Θερμές ευχαριστίες αποδίδονται και στους δύο φορείς που ενίσχυσαν οικονομικά την εν λόγω διατριβή και με βοήθησαν να αφοσιωθώ πλήρως στο έργο της συμβάλλοντας στην ομαλή εξέλιξη και περάτωση αυτής.



**ΕΛΙΔΕΚ.**  
Ελληνικό Ίδρυμα Έρευνας & Καινοτομίας

## Περίληψη

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική ασθένεια που μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα στους ίδιους τους πάσχοντες και στις οικογένειες τους καθώς και στην κοινωνία. Μέχρι το 2020 η κατάθλιψη προβλέπεται να εξελιχθεί στην δεύτερη πιο διαδεδομένη ασθένεια παγκοσμίως, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) την κατατάσσει ως την τέταρτη κατά σειρά νόσο και προβλέπει ότι μέχρι το έτος 2030 θα αποτελεί την σημαντικότερη ασθένεια. Έχει αποδειχθεί ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται έντονα με την νοσηρότητα, την χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης καθώς και με αύξηση της θνησιμότητας, ενώ άλλες έρευνες την συνδέουν με μία έκπτωση στην ευημερία και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Συνεπώς, η μελέτη του φαινομένου της κατάθλιψης και των παραγόντων που την καθορίζουν αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον και προσελκύει ερευνητές από πολλούς επιστημονικούς κλάδους, όχι μόνο από τον ιατρικό χώρο αλλά και από τον χώρο της ψυχολογίας, των κοινωνικών επιστημών κτλ.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή προσεγγίζει το φαινόμενο της κατάθλιψης με την χρήση μαθηματικών εργαλείων και πληροφοριών που αντλούνται από την Έρευνα SHARE (Survey of Health Ageing and Retirement in Europe), η οποία αναφέρεται σε ερωτώμενους ηλικίας άνω των 50 ετών που διαμένουν σε χώρες της Ευρώπης. Η μέτρηση της κατάθλιψης επιτυγχάνεται μέσω της καθιερωμένης κλίμακας EURO-D, που απαρτίζεται από 12 συμπτώματα, και με χρήση της δίτιμης μεταβλητής EURODCAT, που διαχωρίζει τα άτομα που υποφέρουν από 0 έως 3 συμπτώματα (μη-πάσχοντες) από τα άτομα που υποφέρουν από 4 και άνω συμπτώματα (πάσχοντες).

Αρχικά, αξιολογείται η συμβολή των παραγόντων από την παιδική ηλικία καθώς και από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή στην εμφάνιση κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή. Οι παράγοντες αυτοί καλύπτουν μεταβλητές υγείας και κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, δυσμενείς εμπειρίες και δημογραφικά χαρακτηριστικά. Στην συνέχεια εξετάζεται η άμεση και η έμμεση επίδραση αυτών των παραγόντων στην κατάθλιψη, καθώς και στις δύο υποκλίμακες που την απαρτίζουν, affective suffering και motivational symptoms. Η ανάλυση επικεντρώνεται σε μηχανισμούς και σε ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές που καθορίζουν την έμμεση επίδραση της παιδικής ηλικίας.

Σε επόμενο στάδιο, βάσει της θεωρίας του σωρευτικού μειονεκτήματος, εξετάζεται η αθροιστική επίδραση της υγείας, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και των δυσμενών εμπειριών στην εμφάνιση κατάθλιψης, σε ένα μοντέλο που περιλαμβάνει τις κύριες επιδράσεις αυτών καθώς και τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις. Τέλος, διερευνώνται παράγοντες που συμβάλλουν στην μεταβολή των επιπέδων της νόσου, μετά την οικονομική κρίση που ξέσπασε το 2008. Η μελέτη του φαινομένου ολοκληρώνεται με την ανάλυση των παραγόντων από την σύγχρονη ζωή, συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης, που καθορίζουν τα δομικά χαρακτηριστικά της κλίμακας της μοναξιάς, όπως αυτά ορίζονται στην έρευνα του SHARE.

Τα αποτελέσματα από τις παραπάνω αναλύσεις δείχνουν ότι οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη σε διπλάσια ποσοστά από τους άνδρες. Επιπλέον, αναδεικνύεται η προβλεπτική ικανότητα των παραγόντων από την παιδική ηλικία, που παραμένει ισχυρή ακόμα και όταν στα μοντέλα προστεθούν παράγοντες από όλο το φάσμα της ενήλικης ζωής των ερωτώμενων, ενώ συζητώνται οι σχετικοί μηχανισμοί. Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν τις υποκλίμακες affective suffering και motivational symptoms διαφοροποιούνται.

Όσον αφορά στα σωρευτικά μειονεκτήματα, η υγεία φαίνεται να έχει την μεγαλύτερη σχετική επίδραση τόσο σε άνδρες και γυναίκες, όσο και για τους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι η βελτίωση της υγείας καθώς και το αίσθημα της ικανοποίησης από τη ζωή συνεισφέρουν θετικά στην μείωση των επιπέδων κατάθλιψης, ενώ η χειροτέρευση της υγείας και της γνωστικής λειτουργίας καθώς και τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την ζωή αυξάνουν τα επίπεδα. Τέλος, όσον αφορά στα στοιχεία που απαρτίζουν την κλίμακα της μοναξιάς, οι χρόνιες ασθένειες συμβάλλουν στην έλλειψη συντροφικότητας καθώς και στην αίσθηση μοναχικότητας. Καλύτερη οικονομική κατάσταση συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα απομόνωσης ενώ η ύπαρξη παιδιών συνδυάζεται με χαμηλότερα επίπεδα απομόνωσης και μοναχικότητας. Η ικανοποίηση από τη ζωή συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα έλλειψης συντροφικότητας και μοναχικότητας.



# Abstract

Depression is a mental illness that can cause many problems to the individuals suffering from it, to their families and the society. By 2020 depression is projected to become the second most prevalent disease in the world, with the World Health Organization (WHO) ranking it as the fourth most prevalent disease and predicting that by 2030 it will be the most important one. Depression has been shown to be strongly correlated with morbidity, use of health care services, and increased mortality, while it has also been linked to a decline in patients' well-being and quality of life. Therefore, the study of depression and the factors that determine it is of particular interest and attracts researchers from many disciplines, not only from the medical field but also from the field of psychology, social sciences, etc.

This doctoral thesis addresses the phenomenon of depression using mathematical tools and information derived from the SHARE study (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) which refers to respondents over 50 years old, residing in European countries. Depression is measured using the standard EURO-D scale, consisting of 12 symptoms, and a binary variable (EURODCAT) which separates those suffering from 0 to 3 symptoms (non-sufferers) from those suffering from 4 and above symptoms (sufferers).

Initially, the contribution of childhood factors as well as early, middle and later adulthood to depression in later life is assessed. These factors cover health and socioeconomic variables, adverse experiences and demographic characteristics. The direct and indirect effects of these factors on depression, as well as on its two sub-scales, affective suffering and motivational symptoms are examined. The analysis focuses on mechanisms and mediators explaining the indirect impact of childhood factors. Next, based on cumulative disadvantage theory, the cumulative effect of health, socioeconomic status, and adverse experiences on depression are examined in a model that includes their main effects as well as their interactions. Finally, factors contributing to changes in depression levels following the financial crisis of 2008 are being investigated. The study of the phenomenon concludes with an analysis of factors from concurrent life, including depression, that determine the structural components of the scale of loneliness as defined in the SHARE study.

The results of the above analyses show that women suffer from depression at twice the rate of men. In addition, the predictive power of childhood factors is highlighted, which remains

strong even when factors from across the adult life of respondents are added to the models. Moreover, it is found that factors affecting the subscales of affective suffering and motivational symptoms differentiate.

Concerning cumulative disadvantages, health appears to have the greatest relative impact for both men and women, as well as for European populations. In addition, improved health as well as a sense of satisfaction with life contribute positively to decreasing depression levels, while deteriorating health and cognitive function as well as lower levels of life satisfaction increase depression levels. Finally, in terms of the components of the scale of loneliness, chronic illnesses contribute to a lack of companionship and to loneliness. Better financial status is associated with lower levels of isolation while having children is associated with lower levels of both isolation and loneliness. Life satisfaction is associated with lower levels of a lack of companionship and loneliness.

## Περιεχόμενα

<b>Κατάλογος διαγραμμάτων.....</b>	<b>v</b>
<b>Κατάλογος πινάκων.....</b>	<b>ix</b>
<b>Κεφάλαιο 1.....</b>	<b>1</b>
<b>Προσέγγιση των εννοιών της ψυχικής υγείας και της κατάθλιψης.....</b>	<b>1</b>
1.1 Ψυχική υγεία .....	1
1.1.1 Έννοια της ψυχικής υγείας.....	1
1.1.2 Διεθνή και ευρωπαϊκά στατιστικά στοιχεία .....	2
1.1.3 Αντιμετώπιση και κόστος ψυχικών ασθενειών .....	2
1.1.4 Σύντομη ιστορική αναδρομή.....	4
1.1.5 Παράγοντες κινδύνου για τις ψυχικές διαταραχές .....	5
1.1.6 Αλληλεπίδραση σωματικών και ψυχικών διαταραχών .....	7
1.1.7 Τρόποι θεραπείας των ψυχικών διαταραχών .....	8
1.2 Κατάθλιψη.....	9
1.2.1 Αίτια της κατάθλιψης.....	10
1.2.2 Συμπτώματα της κατάθλιψης .....	11
1.2.3 Αντιμετώπιση της κατάθλιψης.....	11
1.2.4 Η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία .....	12
1.2.5 Η κατάθλιψη στους ενήλικες .....	13
1.2.6 Η κατάθλιψη στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας.....	14
1.2.7 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων .....	16
1.3 Αντικείμενο και δομή της διδακτορικής διατριβής.....	17
<b>Κεφάλαιο 2.....</b>	<b>21</b>
<b>Εκτίμηση των παραγόντων που προκαλούν κατάθλιψη σε άτομα ηλικίας 50 και άνω –</b>	
<b>Ανάλυση κατά φύλο .....</b>	<b>21</b>
2.1 Εισαγωγή.....	21
2.2 Στόχοι της έρευνας .....	23
2.3 Παρουσίαση των δεδομένων και των μεταβλητών ενδιαφέροντος .....	25
2.4 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών ενδιαφέροντος .....	31
2.5 Διαγραμματική απεικόνιση των μεταβλητών ενδιαφέροντος.....	34
2.6 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων .....	37
2.7 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία.....	45

2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο .....	48
2.9 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης κατά φύλο και ερμηνεία των αποτελεσμάτων .....	57
2.10 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία.....	65
<b>Κεφάλαιο 3.....</b>	<b>73</b>
<b>Εκτίμηση των παραγόντων που προκαλούν κατάθλιψη σε άτομα ηλικίας 50 και άνω – Ανάλυση με βάση τις ευρωπαϊκές χώρες.....</b>	<b>73</b>
3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό .....	73
3.1.2 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων για το σύνολο του δείγματος.....	75
3.1.3 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών .....	75
3.1.4 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων .....	88
3.1.5 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση την διεθνή βιβλιογραφία.....	97
3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα .....	100
3.2.1 Εισαγωγή.....	100
3.2.2 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών .....	101
3.2.3 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων .....	120
<b>Κεφάλαιο 4.....</b>	<b>127</b>
<b>Παράγοντες που προβλέπουν τις υποκλίμακες Affective Suffering και Motivational Symptoms σε άτομα ηλικίας 50 και άνω .....</b>	<b>127</b>
4.1 Εισαγωγή.....	127
4.1.1 Ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας.....	129
4.1.2 Στόχοι της μελέτης.....	130
4.2 Δεδομένα και Μέθοδοι.....	131
4.2.1 Περιγραφή των ανεξάρτητων μεταβλητών .....	132
4.2.2 Στατιστική ανάλυση .....	133
4.3 Αποτελέσματα.....	139
4.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης.....	148
4.4.2 Διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας.....	151
4.4.3 Περιορισμοί.....	152
4.4.4 Επιπτώσεις και συμπεράσματα .....	153
<b>Κεφάλαιο 5.....</b>	<b>155</b>

<b>Διερεύνηση των συνεπειών δυσμενών συνθηκών της παιδικής ζωής στην κατάθλιψη σε άτομα ηλικίας 50 και άνω - Ανάλυση κατά φύλο .....</b>	<b>155</b>
5.1 Εισαγωγή.....	155
5.1.1 Εννοιολογικό πλαίσιο και μηχανισμοί.....	156
5.1.2 Διαφοροποιήσεις κατά φύλο .....	158
5.1.3 Στόχοι της μελέτης.....	159
5.2 Δεδομένα και Μέθοδοι.....	160
5.2.1 Περιγραφή των μεταβλητών .....	161
5.2.2 Στατιστική ανάλυση.....	163
5.3 Αποτελέσματα.....	164
5.4 Συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας.....	179
5.5 Συμπεράσματα.....	183
<b>Κεφάλαιο 6.....</b>	<b>185</b>
<b>Σωρευτικά μειονεκτήματα κατά την διάρκεια της ζωής και κατάθλιψη σε μεγάλες ηλικίες: μια διακρατική προοπτική.....</b>	<b>185</b>
6.1 Εισαγωγή.....	185
6.1.1 Θεωρία σωρευτικού μειονεκτήματος (Cumulative disadvantage theory) .....	186
6.1.2 Στόχοι της έρευνας.....	187
6.2 Δεδομένα και Μέθοδοι.....	187
6.2.1 Περιγραφή των ανεξάρτητων μεταβλητών .....	188
6.2.2 Στατιστική ανάλυση.....	190
6.3 Αποτελέσματα.....	190
6.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης.....	196
6.5 Συμπεράσματα.....	198
<b>Κεφάλαιο 7.....</b>	<b>199</b>
<b>Μεταβολές των επιπέδων κατάθλιψης πριν και μετά την οικονομική κρίση του 2008 σε χώρες της Ευρώπης: διαφοροποιήσεις κατά φύλο.....</b>	<b>199</b>
7.1 Εισαγωγή.....	199
7.1.1 Στόχοι της μελέτης.....	201
7.2 Δεδομένα και Μέθοδοι.....	202
7.2.1 Περιγραφή των μεταβλητών .....	202
7.2.2 Στατιστική ανάλυση.....	204
7.3 Αποτελέσματα.....	204
7.3.1 Περιγραφικά ευρήματα .....	204

7.3.2 Μη συμμετέχοντες συγκριτικά με τους ερωτώμενους.....	206
7.3.3 Περιγραφικά ευρήματα – Ανάλυση κατά φύλο .....	208
7.3.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση των επιπέδων κατάθλιψης.....	210
7.3.5 Παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης.....	213
7.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης.....	215
<b>Κεφάλαιο 8.....</b>	<b>219</b>
<b>Παράγοντες που σχετίζονται με τα δομικά στοιχεία της κλίμακας για την μοναξιά σε ευρωπαϊκές χώρες .....</b>	<b>219</b>
8.1 Εισαγωγή.....	219
8.2 Δεδομένα και Μέθοδοι.....	221
8.2.1 Περιγραφή των μεταβλητών .....	222
8.2.2 Στατιστική ανάλυση .....	223
8.3 Αποτελέσματα .....	224
8.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης.....	234
<b>Κεφάλαιο 9.....</b>	<b>239</b>
<b>Γενικά Συμπεράσματα .....</b>	<b>239</b>
<b>Βιβλιογραφία .....</b>	<b>247</b>

## Κατάλογος διαγραμμάτων

2.1 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και είχαν αλκοολικούς γονείς.....	35
2.2 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο.....	35
2.3 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και υποφέρουν από τουλάχιστον 2 σωματικά συμπτώματα στην όψιμη ενήλικη ζωή τους.....	36
2.4 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και του τρόπου με τον οποίο ανταποκρίνονται στις οικονομικές απαιτήσεις.....	36
2.5(α) Απεικόνιση των ανδρών που πάσχουν από κατάθλιψη και είχαν αλκοολικούς γονείς.....	53
2.5(β) Απεικόνιση των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη και είχαν αλκοολικούς γονείς.....	53
2.6(α) Απεικόνιση των ανδρών που πάσχουν από κατάθλιψη σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο.....	54
2.6(β) Απεικόνιση των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο.....	54
2.7(α) Απεικόνιση των ανδρών που πάσχουν από κατάθλιψη και από τουλάχιστον δύο σωματικά συμπτώματα.....	55
2.7(β) Απεικόνιση των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη και από τουλάχιστον δύο σωματικά συμπτώματα.....	55
2.8(α) Απεικόνιση των ανδρών που πάσχουν από κατάθλιψη και του τρόπου με τον οποίο ανταποκρίνονται στις οικονομικές απαιτήσεις.....	56
2.8(β) Απεικόνιση των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη και του τρόπου με τον οποίο ανταποκρίνονται στις οικονομικές απαιτήσεις.....	56
3.1 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη με βάση το φύλο.....	85

3.2 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη με βάση την κατάσταση υγείας που είχαν στην παιδική ηλικία.....	85
3.3 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και βίωσαν στρες στην πρώιμη – μέση ενήλικη ζωή τους.....	86
3.4 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και υποφέρουν από τουλάχιστον δύο χρόνιες ασθένειες.....	86
3.5 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και παρουσιάζουν τουλάχιστον τρεις κινητικές δυσκολίες.....	87
3.6 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και έχουν τουλάχιστον έναν περιορισμό σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.....	87
3.7 Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και του δείκτη μάζας σώματος (bmi).....	88
3.8 Διάμεσες ηλικίες των ατόμων για τις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.....	103
3.9 Απεικόνιση με την ποσοστιαία κατανομή των φύλων για κάθε χώρα.....	103
3.10(α) Απεικόνιση με τα ποσοστά υγείας των ατόμων στην παιδική ηλικία για τις ευρωπαϊκές χώρες.....	104
3.10(β) Απεικόνιση με τα ποσοστά υγείας των ατόμων στην παιδική ηλικία για τις ευρωπαϊκές χώρες.....	104
3.11 Απεικόνιση με τις διάμεσες τιμές για το πλήθος των βιβλίων που είχαν οι ερωτώμενοι στην ηλικία των 10 ετών για κάθε χώρα.....	105
3.12(α) Απεικόνιση των ερωτώμενων με αλκοολικούς γονείς για κάθε χώρα.....	106
3.12(β) Απεικόνιση των ερωτώμενων με αλκοολικούς γονείς για κάθε χώρα.....	106
3.13(α) Απεικόνιση με το είδος των επαγγελμάτων των γονέων για κάθε χώρα.....	107



3.13(β) Απεικόνιση με το είδος των επαγγελμάτων των γονέων για κάθε χώρα.....	107
3.14(α) Ποσοστιαία κατανομή των ατόμων που βίωσαν διάφορες εμπειρίες κατά την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	109
3.14(β) Ποσοστιαία κατανομή των ατόμων που βίωσαν διάφορες εμπειρίες κατά την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	110
3.15 Ποσοστιαία κατανομή των ατόμων που βελτίωσαν την φυσική τους κατάσταση για κάθε ευρωπαϊκή χώρα.....	111
3.16 Ποσοστιαία κατανομή των ατόμων που υποφέρουν από προβλήματα υγείας στην όψιμη ενήλικη ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	112
3.17(α) Απεικόνιση για την αυτοαναφερόμενη υγεία των ατόμων στην όψιμη ενήλικη ζωή τους για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	113
3.17(β) Απεικόνιση για την αυτοαναφερόμενη υγεία των ατόμων στην όψιμη ενήλικη ζωή τους για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	114
3.18 Απεικόνιση για τον δείκτη μάζας του σώματος των ατόμων για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	115
3.19 Απεικόνιση για τις διάμεσες τιμές σχετικά με τον βαθμό εμπιστοσύνης που επιδεικνύουν οι ερωτώμενοι για κάθε χώρα.....	116
3.20 Απεικόνιση για τις διάμεσες τιμές σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης των ατόμων από την ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	116
3.21 Απεικόνιση με την ποσοστιαία κατανομή των ατόμων που νιώθουν ευτυχία στην ζωή τους για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	117
3.22 Απεικόνιση αναφορικά με την δυνατότητα των ερωτώμενων να ανταποκρίνονται οικονομικά στις απαιτήσεις του νοικοκυριού για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	118
3.23 Απεικόνιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτώμενων για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	119
3.24 Ποσοστιαία κατανομή των ερωτώμενων που διαμένουν με τον σύντροφό τους για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	120

4.1 Καμπύλες ROC για τις υποκλίμακες AS (πρώτο γράφημα) και MS (δεύτερο γράφημα) για όλο το δείγμα.....	136
4.2 Καμπύλες ROC για τις υποκλίμακες AS (πρώτο γράφημα) και MS (δεύτερο γράφημα) για το Βόρειο σύστημα κοινωνικής προνοίας.....	137
4.3 Καμπύλες ROC για τις υποκλίμακες AS (πρώτο γράφημα) και MS (δεύτερο γράφημα) για το Ηπειρωτικό σύστημα κοινωνικής προνοίας.....	137
4.4 Καμπύλες ROC για τις υποκλίμακες AS (πρώτο γράφημα) και MS (δεύτερο γράφημα) για το Νότιο σύστημα κοινωνικής προνοίας.....	137
4.5 Καμπύλες ROC για τις υποκλίμακες AS (πρώτο γράφημα) και MS (δεύτερο γράφημα) για το Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα κοινωνικής προνοίας.....	138
5.1 Ποσοστιαία συνεισφορά των mediators από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή πάνω στο indirect effect για την «παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία» για άνδρες και γυναίκες, με και χωρίς την αυτοαναφερόμενη υγεία (SPH) στην όψιμη ενήλικη ζωή σαν mediator.....	176
5.2 Ποσοστιαία συνεισφορά των mediators από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή πάνω στο indirect effect για την «σχετική θέση στα Μαθηματικά με τους άλλους συμμαθητές στην ηλικία των 10 χρόνων» για γυναίκες, με και χωρίς την αυτοαναφερόμενη υγεία (SPH) στην όψιμη ενήλικη ζωή σαν mediator.....	177
5.3 Ποσοστιαία συνεισφορά των mediators από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή πάνω στο indirect effect για την «υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς των ερωτώμενων» για άνδρες και γυναίκες, με και χωρίς την αυτοαναφερόμενη υγεία (SPH) στην όψιμη ενήλικη ζωή σαν mediator.....	178
5.4 Ποσοστιαία συνεισφορά των mediators από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή πάνω στο indirect effect για την «κακή ψυχική υγεία των γονέων των ερωτώμενων» για άνδρες και γυναίκες, με και χωρίς την αυτοαναφερόμενη υγεία (SPH) στην όψιμη ενήλικη ζωή σαν mediator.....	179

## Κατάλογος πινάκων

2.1 Κωδικοποίηση των στοιχείων της κλίμακας EURO-D.....	26
2.2 Μεταβολές της τιμής alpha του Cronbach αν εξαιρεθεί το εκάστοτε στοιχείο της κλίμακας.....	26
2.3 Πλήθος ερωτώμενων και ποσοστά κατάθλιψης κατά χώρα.....	31
2.4 Ποσοστά και διάμεσες τιμές ( <sup>d</sup> ) για τις μεταβλητές της παιδικής ηλικίας.....	32
2.5 Ποσοστά για τις μεταβλητές της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής.....	32
2.6 Ποσοστά και διάμεσες τιμές ( <sup>d</sup> ) για τις μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή.....	33
2.7 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τις δημογραφικές μεταβλητές: σύνολο δείγματος (N=23288).....	38
2.8 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην παιδική ηλικία (N=23288).....	39
2.9 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (N=23288) .....	41
2.10 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή (N=23288).....	43
2.11 Pseudo-R <sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για όλο το δείγμα για τα μοντέλα 1, 2 και 3.....	45
2.12 Πλήθος ερωτώμενων ανδρών (N=10264) και αντίστοιχα ποσοστά κατάθλιψης για κάθε χώρα.....	48
2.13 Πλήθος ερωτώμενων γυναικών (N=13024) και αντίστοιχα ποσοστά κατάθλιψης για κάθε χώρα.....	49
2.14 Ποσοστιαία κατανομή και διάμεσες τιμές ( <sup>d</sup> ) για τις μεταβλητές της παιδικής ηλικίας για άνδρες – γυναίκες.....	50
2.15 Ποσοστιαία κατανομή των μεταβλητών που αναφέρονται στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή για άνδρες – γυναίκες.....	50
2.16 Ποσοστιαία κατανομή και διάμεση τιμή ( <sup>d</sup> ) για τις μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή για άνδρες – γυναίκες.....	51

2.17 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τις δημογραφικές μεταβλητές για τους άνδρες (N=10264).....	57
2.18 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τις δημογραφικές μεταβλητές για τις γυναίκες (N=13024).....	58
2.19 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τους άνδρες: Παράγοντες στην παιδική ηλικία (N=10264).....	59
2.20 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τις γυναίκες: Παράγοντες στην παιδική ηλικία (N=13024).....	60
2.21 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τους άνδρες: Παράγοντες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (N=10264).....	61
2.22 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τις γυναίκες: Παράγοντες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (N=13024).....	62
2.23 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τους άνδρες: Παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή (N=10264).....	63
2.24 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τις γυναίκες: Παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή (N=13024).....	63
2.25 Pseudo-R <sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για τους άνδρες του δείγματος για τα μοντέλα 1, 2 και 3...65	
2.26 Pseudo-R <sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για τις γυναίκες του δείγματος για τα μοντέλα 1, 2 και 3...65	
3.1 Πλήθος ερωτώμενων και αντίστοιχα ποσοστά κατάθλιψης για κάθε χώρα.....	80
3.2 Ποσοστιαία κατανομή και διάμεσες τιμές ( <sup>d</sup> ) για τις μεταβλητές της παιδικής ηλικίας.....	80
3.3 Ποσοστιαία κατανομή για τις μεταβλητές στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή.....	82
3.4 Ποσοστιαία κατανομή και διάμεσες τιμές ( <sup>d</sup> ) για τις μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή.....	83
3.5 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τις μεταβλητές ηλικία, χώρα και φύλο των ερωτώμενων (N=22785) .....	89

3.6 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην παιδική ηλικία (N=22785) .....	90
3.7 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (N=22785) .....	92
3.8 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης σε παρενθέσεις για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή (N=22785).....	94
3.9 Pseudo-R <sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για όλο το δείγμα για τα μοντέλα 1, 2 και 3.....	97
3.10(α) Περιγραφικά στοιχεία για διάφορες εμπειρίες των ερωτώμενων από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	108
3.10(β) Περιγραφικά στοιχεία για διάφορες εμπειρίες των ερωτώμενων από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.....	109
3.11 Δημογραφικοί παράγοντες που είναι στατιστικά σημαντικοί στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (επίπεδο σημαντικότητας 5%).....	121
3.12 Παράγοντες από την παιδική ηλικία που είναι στατιστικά σημαντικοί στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (επίπεδο σημαντικότητας 5%).....	122
3.13 Παράγοντες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή που είναι στατιστικά σημαντικοί στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (επίπεδο σημαντικότητας 5%).....	123
3.14 Παράγοντες από την όψιμη ενήλικη ζωή που είναι στατιστικά σημαντικοί στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (επίπεδο σημαντικότητας 5%).....	124
3.15(α) Pseudo-R <sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για όλες τις χώρες για το μοντέλο 3.....	126
3.15(β) Pseudo-R <sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για όλες τις χώρες για το μοντέλο 3.....	126
4.1 Φορτία παραγόντων (factor loadings) για τα δίτιμα στοιχεία της κλίμακας EUROD, βασισμένα στην factor analysis (method: principal components analysis, Varimax rotation) .....	134
4.2 Ποσοστά ατόμων που παρουσιάζουν συμπτώματα από τις υποκλίμακες affective suffering, motivational symptoms καθώς και κατάθλιψη (βασισμένη στην κλίμακα	

EUROD), για κάθε σύστημα κοινωνικής προνοίας (στις παρενθέσεις αναφέρεται το πλήθος των παρατηρήσεων) .....	140
4.3 Ποσοστά και μέσες τιμές ( <sup>m</sup> ) των παραγόντων από την παιδική ηλικία και την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση.....	141
4.4 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για την υποκλίμακα affective suffering: Αποτελέσματα ανά σύστημα κοινωνικής προνοίας.....	143
4.5 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για την υποκλίμακα motivational symptoms: Αποτελέσματα ανά σύστημα κοινωνικής προνοίας.....	145
4.6 Έμμεσες επιδράσεις και total confounding percentages <sup>2</sup> για τους παράγοντες στην παιδική ηλικία που επεξηγούνται από γεγονότα στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, ανά σύστημα κοινωνικής προνοίας: υποκλίμακα Affective Suffering <sup>1</sup> .....	147
4.7 Έμμεσες επιδράσεις και total confounding percentages <sup>2</sup> για τους παράγοντες στην παιδική ηλικία που επεξηγούνται από γεγονότα στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, ανά σύστημα κοινωνικής προνοίας: υποκλίμακα Motivational Symptoms <sup>1</sup> .....	148
5.1 Ποσοστά και μέσες τιμές ( <sup>m</sup> ) από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και την όψιμη ενήλικη ζωή για το συνολικό δείγμα και ανά φύλο.....	165
5.2 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τους παράγοντες από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και την όψιμη ενήλικη ζωή για τους άνδρες (N=10489) .....	168
5.3 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τους παράγοντες από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και την όψιμη ενήλικη ζωή για τις γυναίκες (N=13279) .....	170
5.4(α) Συντελεστές για τα total, direct και indirect effects, total confounding ποσοστά και ποσοστά συνεισφοράς των mediators ανά φύλο, βασισμένα στην τεχνική mediation για τις μεταβλητές childhood self-perceived health (CSPH) και relative position with others in Mathematics at age ten.....	174
5.4(β) Συντελεστές για τα total, direct και indirect effects, total confounding ποσοστά και ποσοστά συνεισφοράς των mediators ανά φύλο, βασισμένα στην τεχνική mediation για τις μεταβλητές parents drank heavily και parents had mental health problems.....	175

6.1 Περιγραφικά στατιστικά για το συνολικό δείγμα, τους άνδρες, τις γυναίκες και την χώρα διαμονής.....	191
6.2 Μέσες τιμές για τις μεταβλητές σωρευτικού μειονεκτήματος για το συνολικό δείγμα, τους άνδρες, τις γυναίκες και την χώρα διαμονής.....	192
6.3 Odds ratios, 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα σωρευτικά μειονεκτήματα (κύριες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις) και ποσοστά ταξινόμησης: άντρες, γυναίκες και χώρα διαμονής.....	194
7.1 Περιγραφικά στοιχεία (ποσοστά και μέσες τιμές ( $m$ )) για το συνολικό δείγμα των ατόμων στην ανάλυση και ξεχωριστά, για συμμετέχοντες και μη συμμετέχοντες.....	205
7.2 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) αναφορικά με το συνολικό δείγμα των συμμετεχόντων και μη συμμετεχόντων στην ανάλυση <sup>a</sup> .....	207
7.3 Περιγραφικά στατιστικά (ποσοστά και μέσες τιμές ( $m$ )) για τους παράγοντες του μοντέλου για το συνολικό δείγμα και ανά φύλο.....	209
7.4 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τους παράγοντες που σχετίζονται με την μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης μετά την οικονομική κρίση στο συνολικό μοντέλο (N=14903) και ανά φύλο (N=6384 για τους άνδρες και N=8519 για τις γυναίκες) <sup>a</sup> .....	212
7.5 Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τους παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των επιπέδων της κατάθλιψης μετά την οικονομική κρίση στο συνολικό μοντέλο (N=14903) και ανά φύλο (N=6384 για τους άνδρες και N=8519 για τις γυναίκες) <sup>a</sup> .....	214
8.1 P-values σχετικά με τις μεταβλητές που ικανοποιούν την υπόθεση παράλληλων ευθειών για το άμεσο και έμμεσο χαρακτηριστικά της κλίμακας της μοναξιάς (επιλεγμένες χώρες υπόκεινται σε περιορισμούς) .....	226
8.2 Συντελεστές και τυπικές αποκλίσεις (σε παρενθέσεις) για τα χαρακτηριστικά της κλίμακας της μοναξιάς (έμμεσα και άμεσο) για την εξίσωση «Συχνά» .....	231
8.3 Συντελεστές και τυπικές αποκλίσεις (σε παρενθέσεις) για τα χαρακτηριστικά της κλίμακας της μοναξιάς (έμμεσα και άμεσο) για την εξίσωση «Μερικές φορές».....	233





## Κεφάλαιο 1

# Προσέγγιση των εννοιών της ψυχικής υγείας και της κατάθλιψης

## 1.1 Ψυχική υγεία

Στις μέρες μας και σε όλες τις κοινωνίες είναι έκδηλη η παρουσία ψυχικών διαταραχών σε αρκετά μεγάλη μερίδα του πληθυσμού. Με τον όρο ψυχικές διαταραχές εννοούμε την κατάθλιψη, την σχιζοφρένεια, τις διαταραχές που σχετίζονται με το αλκοόλ και τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών κ.α. Οι εν λόγω ασθένειες προκαλούν επιβαρύνσεις στην υγεία των ατόμων που πάσχουν, την οικογένεια, το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο καθώς και τους κρατικούς προϋπολογισμούς των αντίστοιχων κρατών.

### 1.1.1 Έννοια της ψυχικής υγείας

Η ψυχική υγεία ορίζεται ως η αναζήτηση της ισορροπίας όλων των πτυχών της ανθρώπινης ζωής, είτε πρόκειται για την σωματική, τη διανοητική και την συναισθηματική, είτε για την πνευματική πτυχή του ανθρώπινου βίου (Ballon, 2003). Είναι ένας όρος που εκφράζει συμπτώματα και εμπειρίες που επηρεάζουν και προκαλούν προβλήματα στην σκέψη, το συναίσθημα και την συμπεριφορά του ανθρώπου αλλά και την επικοινωνία του με τον συνάνθρωπο (Οικονόμου – Λαλιώτη, 2010). Είναι η ικανότητα να χαιρόμαστε την ζωή και να αντιμετωπίζουμε με άνεση τις δυσκολίες που θα παρουσιαστούν, γεγονός που προϋποθέτει την λήψη σωστών αποφάσεων και κατάλληλων επιλογών.

Οι ειδικοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι πολλές από τις σοβαρές διαταραχές της ψυχικής υγείας οφείλονται σε βιοχημικές διαταραχές του εγκεφάλου που μπορούν να προσβάλουν άτομα κάθε ηλικίας όπως παιδιά, εφήβους, ενήλικες αλλά και ηλικιωμένους. Επιπρόσθετα, οι σωματικές, νοητικές, συναισθηματικές και πνευματικές πτυχές των ανθρώπων έχουν επίδραση στην ψυχική υγεία.

Ανασταλτικός παράγοντας στην προσπάθεια διασφάλισης του ευ ζην και της ισορροπίας στην ζωή είναι το στρες που αποτελεί ειδική περίπτωση ψυχικών διαταραχών. Υπάρχουν διάφορες κλίμακες ψυχικών διαταραχών όπως κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές ή και φοβίες μέχρι και πιο σοβαρές παθήσεις όπως η σχιζοφρένεια (Οικονόμου – Λαλιώτη, 2010). Πιο συγκεκριμένα, το στρες μπορεί να μας δυσκολέψει αρκετά στον τρόπο με τον οποίο

αντιδρούμε και χειριζόμαστε τις καταστάσεις στην καθημερινή μας ζωή. Στρες μπορεί να προκληθεί από ένα διαζύγιο, την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου αλλά και από σωματικά προβλήματα και παθήσεις. Επίσης, δυσμενείς οικονομικοί παράγοντες που είναι ιδιαίτερα επίκαιροι στις μέρες μας όπως το χαμηλό εισόδημα ή η έλλειψη μόνιμης στέγης μπορεί να προκαλέσουν αγχωτικό σύνδρομο. Σημαντικό ρόλο κατέχει επίσης και ο ρατσισμός που μπορεί να έχει υποστεί κάποιος για τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις, τον σεξουαλικό του προσανατολισμό ή την κοινωνική του τάξη καθώς και τραυματικές εμπειρίες που ενδεχομένως βίωσε όπως βία, κακοποίηση κτλ. Τέλος, ένα επιβαρυνόμενο οικογενειακό ιστορικό διαταραχών ψυχικής υγείας είναι ισχυρός παράγοντας εμφάνισης στρες. Η ψυχική υγεία είναι συνάρτηση της αγάπης, της αποδοχής και της υποστήριξης που έχει το άτομο από την οικογένεια του, τους φίλους του και την κοινωνία.

### 1.1.2 Διεθνή και ευρωπαϊκά στατιστικά στοιχεία

Μελέτες έχουν δείξει ότι η επιβάρυνση της υγείας από νόσους ψυχικών διαταραχών ανέρχεται παγκοσμίως στο 12% ενώ μέχρι το 2020 οι απώλειες ανθρώπινων ζωών από ψυχικές διαταραχές θα φθάσουν στο 15%. Πρόσφατα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ανακοίνωσε ότι πάνω από το 4% του παγκόσμιου πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη με υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης στις γυναίκες, τους νέους και τους ηλικιωμένους. Έχει υπολογιστεί ότι οι πάσχοντες από καταθλιπτικές διαταραχές το 2015 ανήλθαν στα 322 εκατομμύρια, γεγονός που συνιστά μία αύξηση της τάξης του 18.4% την τελευταία δεκαετία. Επιπρόσθετα, 250 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από διαταραχές στρες, εκδηλώνοντας κρίσεις πανικού και φοβίες (www.onmed.gr, 2017). Άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι σε παγκόσμιο επίπεδο 121 εκατομμύρια άνθρωποι υποφέρουν από κατάθλιψη, 70 εκατομμύρια από προβλήματα σχετιζόμενα με αλκοολισμό, 24 εκατομμύρια από σχιζοφρένεια και 37 εκατομμύρια από άνοια. Ιδιαίτερως επιβαρύνονται ενήλικα άτομα νεαρών ηλικιών προκαλώντας μεγάλο πλήγμα στο παραγωγικό τμήμα του πληθυσμού. Αναφορικά με την Ευρώπη σε σύνολο 466 εκατομμυρίων ανθρώπων, τουλάχιστον 21 εκατομμύρια υποφέρουν από κατάθλιψη (Sobocki et al., 2006).

### 1.1.3 Αντιμετώπιση και κόστος ψυχικών ασθενειών

Οι πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές στις περισσότερες περιπτώσεις αντιμετωπίζονται με στίγμα και διακρίσεις και οι οικογένειές τους υφίστανται τόσο το οικονομικό όσο και το κοινωνικό κόστος με αποτέλεσμα τον κοινωνικό αποκλεισμό και την έκπτωση της ποιότητας

ζωής τους. Ο ΠΟΥ (2003) αναφέρει ότι το οικονομικό κόστος της κατάθλιψης ανέρχεται ετησίως στο ένα τρισεκατομμύριο δολάρια. Σύμφωνα με έρευνα που έγινε στην Ευρώπη μόνο το άμεσο κόστος ανήλθε σε 42 δισεκατομμύρια δολάρια και περιλάμβανε περίθαλψη εξωτερικών ασθενών (22 δισ. Ευρώ), κόστος φαρμάκων (9 δισ. Ευρώ) και νοσηλεία (10 δισ. Ευρώ). Το έμμεσο κόστος λόγω νοσηρότητας και θνησιμότητας εκτιμήθηκε σε 76 δισ. Ευρώ. Αυτό κάνει την κατάθλιψη να θεωρείται ως η πιο δαπανηρή ψυχική διαταραχή στην Ευρώπη (Sobocki et al., 2006). Από άλλες μελέτες που έχουν διεξαχθεί στο παρελθόν είχε υπολογιστεί ότι το κόστος θεραπείας που αφορά στην σχιζοφρένεια είναι 16 δισεκατομμύρια δολάρια στις ΗΠΑ (Rice and Miller, 1996), 1,4 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας στο Ηνωμένο Βασίλειο (Knapp, 1997) και 1,1 δισεκατομμύρια δολάρια Καναδά στον Καναδά (Goeree et al., 1999). Επιπλέον, το έμμεσο κόστος από την μη αντιμετώπιση των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων εκπεφρασμένο σε απουσίες από την εργασία και μείωση των επιπέδων παραγωγικότητας φαίνεται να έχει μεγαλύτερη αναλογία στην συνολική οικονομική επιβάρυνση που επιφέρουν οι ψυχικές διαταραχές.

Παρά την σημαντικότητα που έχουν οι ψυχικές διαταραχές για την υγεία, παρέχεται συνήθως περιορισμένη χρηματοδότηση στις αναπτυσσόμενες χώρες, η οποία πολλές φορές είναι δυσανάλογα μικρότερη σε σχέση με την επιβάρυνση που επιφέρουν. Συνεπώς θα πρέπει να υπάρξουν δυνατότητες αναβάθμισης της παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας μέσα από ευκαιρίες που θα εντάξουν τις εν λόγω υπηρεσίες στο συνολικό σύστημα γενικής υγείας, καθώς και μέσα από την ενίσχυση και αύξηση των πόρων που διατίθενται σε βαθμό ανάλογο με την επιβάρυνση που προκαλούν. Οι εν λόγω πρακτικές θα συμβάλλουν στη μείωση του χάσματος ανάμεσα στο κόστος που προκαλούν οι ψυχικές διαταραχές και στους πόρους που διατίθενται προς αντιμετώπιση τους, και θα είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τους νοσούντες που δεν έχουν δικούς τους πόρους και στηρίζονται αποκλειστικά σε τρίτους που τους φροντίζουν ή σε άτομα από το οικογενειακό τους περιβάλλον που έχουν αναλάβει πλήρως την κάλυψη των εξόδων τους. Τέλος, είναι πολύ σημαντικό και το κοινωνικό κόστος που υφίστανται τα ψυχικά διαταραγμένα άτομα με την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής που έχουν οι ίδιοι αλλά και οι οικείοι – φίλοι τους που τους συμπαρίστανται μαζί με την ενδεχόμενη αλλοτρίωση και αυξημένη εγκληματικότητα - κυρίως μεταξύ των νέων ατόμων - καθώς και τη δυσμενή νοητική ανάπτυξη των παιδιών που έχουν γονείς με ψυχικές διαταραχές (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003).

### 1.1.4 Σύντομη ιστορική αναδρομή

Επί αιώνες η ιστορία έχει αποδείξει ότι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές αντιμετωπίζονταν σύμφωνα με τις επικρατούσες θρησκευτικές δοξασίες. Ενδεικτικά, κατά τον Μεσαίωνα οι άνθρωποι στις ευρωπαϊκές χώρες θεωρούσαν ότι τα ψυχικά προβλήματα είχαν την απαρχή τους σε υπερφυσικά αίτια, ενδεχόμενες δαιμονικές ή θεϊκές δυνάμεις που κυρίευαν την ψυχή. Ανάμεσα στα 1600 με 1700 οι περισσότεροι άποροι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές διέμεναν σε φυλακές, πτωχοκομεία, γενικά νοσοκομεία και άσυλα, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Βόρεια Αμερική (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2003; Goodwin, 1997; Busfield, 1996; Jones, 1996).

Εκείνη την εποχή οι ευθύνες για την ψυχική έκβαση των ατόμων αποδίδονταν στα ίδια τα άτομα και στα ανεξέλεγκτα πάθη τους, συνεπώς κατά κάποιο τρόπο ήταν άξια τιμωρίας. Ειδικότερα στις αρχές του 18<sup>ου</sup> αιώνα οι άνθρωποι με ψυχικές διαταραχές θεωρούνταν υπάνθρωποι δίχως καμία ελπίδα ίασης και με αυτό το επιχείρημα δικαιολογούνταν οι κακής ποιότητας συνθήκες ζωής τους καθώς και η χρήση σωματικής βίας εκεί όπου διέμεναν (Jones, 1996). Σαν αντιστάθμισμα σε αυτήν την απάνθρωπη προσέγγιση και κάνοντας στροφή σε πιο ανθρωπιστικές προσπάθειες εκείνο τον καιρό εισήχθησαν προγράμματα «ηθικής θεραπείας» των ασθενών (Breakey, 1996a) που είχαν σαν αποτέλεσμα την σύσταση πολλών ασύλων σε Ευρώπη και Αμερική. Ωστόσο, η έλλειψη οικονομικών πόρων και το πλήθος των ασθενών που συνέρρεαν αλλοίωσαν την εικόνα αυτών των ιδρυμάτων και τα μετέτρεψαν σε κρατικά ψυχιατρεία που είχαν τον χαρακτήρα εγκλεισμού των ασθενών.

Με την έλευση του 20<sup>ου</sup> αιώνα δόθηκε έμφαση στην φροντίδα και την θεραπευτική αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές παθήσεις, με αποτέλεσμα τη μείωση των χρόνιων ασθενών στα κρατικά ψυχιατρεία, την συρρίκνωση ή και το κλείσιμο ακόμα αυτών των φορέων καθώς και την ανάπτυξη υπηρεσιών ψυχικής υγείας σε κοινοτικό επίπεδο, προσπάθεια που είναι γνωστή με την ονομασία αποϊδρυματισμός. Στον 21<sup>ο</sup> αιώνα η αντιμετώπιση των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι αποτελεσματικότερη και ουσιαστικότερη με εμφανώς βελτιωμένες πρακτικές. Η πρόοδος των κοινωνικών επιστημών συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση κοινών ψυχικών διαταραχών και των αιτίων τους όπως είναι το στρες και η κατάθλιψη, με ιδιαίτερη έμφαση να δίδεται στις δυσκολίες που μπορεί να παρουσιαστούν στην παιδική ηλικία αλλά και στην μελέτη χρόνιων παθήσεων όπως είναι η διπολική καταθλιπτική διαταραχή και η σχιζοφρένεια.

### 1.1.5 Παράγοντες κινδύνου για τις ψυχικές διαταραχές

Μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης ψυχικών διαταραχών είναι η φτώχεια, η αστικοποίηση, οι συγκρούσεις, οι καταστροφές και μακροοικονομικές αλλαγές. Ειδικότερα, η φτώχεια επηρεάζει έντονα την ψυχική υγεία κάνοντας τους φτωχούς επιρρεπείς σε ψυχικά προβλήματα (Patel, 2001) ιδιαίτερα δε αυτούς που έχουν χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης (Patel and Kleinman, 2003) συμβάλλοντας στην ανθρώπινη δυστυχία και στην αδυναμία πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας εξαιτίας οικονομικών δυσκολιών.

Περαιτέρω, άτομα με ψυχικές διαταραχές τείνουν να παραμένουν άστεγα και άνεργα αφού αποκλείονται από την δυνατότητα εύρεσης εργασίας, γεγονός που ισχυροποιεί την κατάσταση της φτώχειας. Αντίστροφα, η ανεργία μπορεί να καταστρέψει άτομα που βρίσκονται σε ώριμες και παραγωγικές ηλικίες καθώς θα αντιμετωπίσουν πολλές δυσκολίες σχετικά με την επανένταξη τους στην αγορά εργασίας. Ιδιαίτερα επιρρεπείς σε ψυχικά προβλήματα είναι οι άνδρες που μένουν άνεργοι συγκριτικά με τις γυναίκες (Artazcoz et al., 2004). Οι κίνδυνοι που ελλοχεύουν για τους άνεργους είναι να πάθουν κατάθλιψη, να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας και να εκδηλώσουν αυτοκαταστροφική συμπεριφορά (Paul and Moser, 2009; Krosowa, 2001; Gunell et al., 1999; Preti and Miotto, 1999; Platt, 1984). Αντίθετα, η απασχόληση σε συνδυασμό με καλές συνθήκες εργασίας προάγουν και διατηρούν την ψυχική υγεία των εργαζομένων σε υψηλά επίπεδα. Επιπλέον, η απασχόληση παρέχει διεξόδους σε άτομα που ήδη ασθενούν ψυχικά δίνοντας τους προοπτικές βελτίωσης της κατάστασης υγείας τους (Vuori and Silvonon, 2005).

Η αστικοποίηση συνεπάγεται αυξημένη έλλειψη στέγης, φτώχεια, διάλυση οικογενειών και απώλεια στήριξης από την κοινωνία (Srivastava, 2009; Desjarlais et al., 1995). Επιπρόσθετα, η έκθεση σε μορφές ενδοοικογενειακής βίας αυξάνει τις πιθανότητες τα άτομα να υποφέρουν από ψυχικές διαταραχές (Coker et al., 2004) όπως για παράδειγμα στρες μετά από κάποια ψυχοτραυματική εμπειρία και κατάθλιψη που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάχρηση αλκοόλ και άλλων ουσιών καθώς και σε αυξημένο ποσοστό αυτοκτονιών (Εκθεση για την Παγκόσμια Υγεία, 2001). Οι καταγραφές έχουν αποδείξει ότι κακοποιημένες γυναίκες από τους συντρόφους τους σε αντίθεση με τις μη κακοποιημένες τείνουν να παρουσιάζουν συμπτώματα συναισθηματικής δυσφορίας συνοδευόμενα από σκέψεις αυτοκτονίας που μπορεί να υλοποιηθούν και ως απόπειρες αυτοκτονίας (Ellsberg et al., 2008).

## 1.1 Ψυχική υγεία

Επιπρόσθετα, άτομα που έχουν ζήσει κάτω από συνθήκες χαμηλού βιοτικού επιπέδου που αγγίζουν τα όρια της φτώχειας και ενδεχομένως έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες από πολέμους ή συγκρούσεις, που είναι μετανάστες ή περιθωριοποιημένοι καθώς και παιδιά ή έφηβοι που έχουν στερηθεί την τρυφερότητα και την φροντίδα στην παιδική τους ηλικία ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες με αυξημένο κίνδυνο ψυχικών διαταραχών (de Jong, 2006; George and Solomon, 1996).

Ιδιαίτερη μνεία πρέπει να γίνει και σε προστατευτικούς παράγοντες για την ψυχική υγεία των ατόμων, όπως το προσωπικό εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης. Η στέρηση του εισοδήματος παίζει καθοριστικό ρόλο στην δυσμενή εξέλιξη της ψυχικής υγείας (Fone et al., 2007) ενώ όσο πιο υψηλό είναι το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο πιο πολύ ενισχύεται η δυνατότητα ίασης από ψυχικές διαταραχές. Σε μελέτη τους ερευνητές έδειξαν ότι για κάθε επιπρόσθετο επίπεδο εκπαίδευσης, τα άτομα ήταν 15% πιθανότερο να βλέπουν έναν ψυχίατρο, 12% πιθανότερο να βλέπουν έναν οικογενειακό γιατρό, 16% πιθανότερο να βλέπουν έναν ψυχολόγο και 16% πιο πιθανό να δουν έναν κοινωνικό λειτουργό (Steele et al., 2007).

Είναι επιτακτική ανάγκη να παρέχεται σωστή εκπαίδευση στα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές από νεαρές κιόλας ηλικίες ξεκινώντας από το σχολείο στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Ο ρόλος των εκπαιδευτικών είναι σημαντικός καθώς καλούνται να εντοπίσουν τυχόν προβλήματα στην συμπεριφορά των παιδιών – εφήβων και στην εξωτερική τους συναισθημάτων τους πριν παρουσιαστούν ψυχικές δυσαρμονίες και σε κάθε περίπτωση κρίνεται αναγκαίο να λαμβάνονται τα αντίστοιχα μέτρα πρόληψης τέτοιων δυσάρεστων εξελίξεων. Σε κρατικό επίπεδο οι αρμόδιοι φορείς θα πρέπει να εκτιμήσουν τις ανάγκες που εμφανίζει ο πληθυσμός στην ψυχική υγεία στηριζόμενοι σε στοιχεία που έχουν συλλέξει για τα περιστατικά που παρουσιάστηκαν. Ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η ανταλλαγή πληροφόρησης με άλλες χώρες προκειμένου να γίνουν συγκρίσεις στις πολιτικές υγείας που εφαρμόζονται. Σπουδαίο ρόλο κατέχει και η οικονομική κατάσταση στην οποία βρίσκεται η εκάστοτε χώρα. Έρευνες έδειξαν ότι η πρόοδος στην ανάπτυξη των υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι αργή στις περισσότερες χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (Saraceno et al., 2007). Η θέσπιση κοινών στόχων για την ψυχική υγεία με όραμα, σεβασμό στον άνθρωπο και αξίες, με διακριτούς ρόλους και σαφές πεδίο δράσης θα συμβάλει στην ορθότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση και θεραπεία των ψυχικών διαταραχών.

### 1.1.6 Αλληλεπίδραση σωματικών και ψυχικών διαταραχών

Είναι ευρέως αποδεκτό από ιατρικούς και άλλους επιστήμονες ότι υπάρχει άρρηκτη σχέση ανάμεσα στις ψυχικές και σωματικές ασθένειες, η οποία είναι σύνθετη και αμφίδρομη. Ψυχικές διαταραχές που δεν αντιμετωπίζονται θεραπευτικά μπορούν να οδηγήσουν στην παρουσία διαφόρων σωματικών ασθενειών εξαιτίας της περιορισμένης λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, δυσλειτουργικής υγιεινής συμπεριφοράς και μη συμμόρφωσης με την φαρμακευτική αγωγή ως προς την ίαση σωματικών διαταραχών. Επίσης, άτομα με ψυχικές διαταραχές παρουσιάζονται πιο ευάλωτα στην εμφάνιση σωματικών δυσαρμονιών. Κατά αντιστοιχία, άτομα με χρόνιες σωματικές ασθένειες έχουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη. Πιο βαριάς μορφής περιστατικά ατόμων με σωματικές ασθένειες και κυρίως ηλικιωμένων μπορεί να οδηγήσουν στην αυτοκτονία. Για νεότερα άτομα, η αυξημένη ευπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε σωματική ανικανότητα με άμεσο αποτέλεσμα τον περιορισμό των ευκαιριών για εύρεση εργασίας καθώς και την έκπτωση της ποιότητας της κοινωνικής και οικογενειακής ζωής που το άτομο θα μπορούσε να αναπτύξει.

Η χορήγηση φαρμάκων για την ίαση των σωματικών ασθενειών δύναται να προκαλέσει παρενέργειες στα άτομα με άμεσες δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία όπως κατάθλιψη και στρες σε αρχικό στάδιο. Πληθώρα από μελέτες έχουν αποδείξει ότι η παρουσία ψυχικών διαταραχών επιβαρύνει ιδιαίτερα ασθενείς με συννοσηρότητα που δύναται να οδηγήσει σε αυξημένη θνησιμότητα όπως στην περίπτωση του καρκίνου (Pinquart and Duberstein, 2010; Bottino SMB et al., 2009; Spiegel et al., 1989), των καρδιακών παθήσεων (Lichtman et al., 2008; Jiang et al., 2002; Ziegelstein et al., 2000), του διαβήτη (Katon et al., 2010; de Groot et al., 2001; Ciechanowski et al., 2000) και του AIDS (Reed et al., 1994). Αμφίδρομα, η παρουσία του διαβήτη και του AIDS δύναται να προκαλέσουν κατάθλιψη στους ασθενείς (Anderson et al., 2001; Sherr et al., 1999).

Άλλα αποτελέσματα ερευνών αποδεικνύουν ότι ασθενείς με κατάθλιψη έχουν τρεις φορές υψηλότερες πιθανότητες να μην ακολουθούν την φαρμακευτική αγωγή που τους συστήνεται συγκριτικά με μη καταθλιπτικούς ασθενείς (DiMatteo et al., 2000), καθώς και ότι η κατάθλιψη προαναγγέλλει την εμφάνιση καρδιακών παθήσεων (Ferketich et al., 2000) και επηρεάζει την ανοσοποιητική λειτουργία του οργανισμού που μπορεί με την σειρά της να επηρεάσει την παρακολούθηση του καρκίνου (Spiegel and Giese-Davis, 2003). Τέλος, η ανικανότητα σχετίζεται στενά με την κατάθλιψη σε μεγαλύτερες ηλικίες. Επιπρόσθετα,

σωματικές ασθένειες που σχετίζονται με την ανικανότητα επιφέρουν κατάθλιψη σε άτομα άνω των 60 ετών (Verhaak et al., 2014).

### 1.1.7 Τρόποι θεραπείας των ψυχικών διαταραχών

Οι πάσχοντες από ψυχικές διαταραχές θα πρέπει να αναζητούν και να λαμβάνουν την αντίστοιχη θεραπεία που είναι κατάλληλη στην δική τους περίπτωση. Έρευνες έδειξαν ότι λίγοι από αυτούς που πάσχουν λαμβάνουν θεραπεία ενώ οι περισσότεροι παραμελούνται (Wang et al., 2007). Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα της SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) που διεξήχθη το 2013 οι πάσχοντες πολλές φορές δεν αναζητούν οι ίδιοι τρόπο ίασης και αυτό οφείλεται είτε σε οικονομικούς λόγους (41.5%), είτε επειδή δεν είχαν χρόνο να ασχοληθούν (17.1%) και δεν ήξεραν και που να απευθυνθούν (16%), είτε επειδή επηρεάζονται από το στίγμα που θα τους ακολουθεί μόνιμα για την υπόλοιπη ζωή τους (83.5%). Μία άλλη μελέτη κατέδειξε ότι ενήλικες πάσχοντες θεωρούν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από προσωπική αδυναμία και για αυτό προτιμούν να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις προκειμένου να αντιμετωπίσουν την νόσο και να μην ζητούν βοήθεια από ειδικούς. Αυτό συνδέεται με λιγότερο θετικές απόψεις που έχουν για τους επαγγελματίες της ψυχικής υγείας καθώς και με την χρήση ουσιών ως ενδεδειγμένες για την ίαση της ασθένειας. Στην περίπτωση των εφήβων, όταν ρωτήθηκαν έδειξαν σαφή προτίμηση στην βοήθεια που μπορεί να παρασχεθεί από ανθρώπους της Εκκλησίας και φαρμακοποιούς (Jorm et al., 2006).

Αποτελεσματικές μέθοδοι για την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών είναι η χορήγηση φαρμάκων καθώς και η ψυχοθεραπεία. Η κατάθλιψη, σε όποιο στάδιο και αν βρίσκεται, αντιμετωπίζεται με αντικαταθλιπτικά φάρμακα ενώ η ψυχοθεραπεία ή συμβουλευτική με την βοήθεια ειδικών - επαγγελματιών ενδείκνυνται σε περιπτώσεις ήπιας μορφής εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Σε αυτό το σημείο ο ασθενής θα πρέπει να ξεπεράσει τους όποιους φόβους έχει αναφορικά με το «στιγματισμό» από τους άλλους. Το στίγμα συνδέεται με τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις. Σύμφωνα με την Οικονόμου – Λαλιώτη (2010), τα στερεότυπα είναι υπεραπλουστευμένες πεποιθήσεις που γίνονται αποδεκτές συνολικά και οδηγούν σε γενικεύσεις για άτομα και ομάδες, συχνά όμως αυτές οι πεποιθήσεις είναι παραπλανητικές και παρερμηνευμένες.

Οι προκαταλήψεις είναι συναισθηματικές αντιδράσεις που δείχνουν αν ένα άτομο είναι έτοιμο να αντιδράσει θετικά ή αρνητικά απέναντι σε αυτό στο οποίο αναφέρεται η



προκατάληψη. Οι διακρίσεις είναι προκατειλημμένες συμπεριφορές και είναι αρνητικές συνέπειες του στίγματος και των διακρίσεων. Άτομα ή ομάδες σε μία κοινωνία αντιδρούν σε βάρος των ψυχικά διαταραγμένων ατόμων αποστερώντας τους τα δικαιώματα που έχουν ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας. Σε κάθε περίπτωση ο στιγματισμός ενός ατόμου επιφέρει καταστροφή της ταυτότητάς του και απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης και υπόληψης. Το στίγμα είναι μια κοινωνική κατασκευή, είναι η αντανάκλαση του ίδιου του πολιτισμού μιας κοινωνίας και όχι μια ιδιότητα των ατόμων (Goffman, 1963).

Κάτω από αυτές τις συνθήκες το άτομο νιώθει ότι μειώνεται, ότι υποβιβάζεται και χάνει το δικαίωμα αποδοχής του από τα άλλα μέλη του περιβάλλοντός του. Χαρακτηριστική είναι η μαρτυρία ενός πάσχοντος, «Για μένα στίγμα είναι ο φόβος που βλέπω στο βλέμμα των άλλων, το γύρισμα της πλάτης, ο ήχος της πόρτας που κλείνει» (Μ., 31 ετών).

Μπροστά σε όλους αυτούς τους κινδύνους είναι απαραίτητο να γίνουν αλλαγές με στόχο την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση της κοινής γνώμης και την αναθεώρηση των αντιλήψεων και των στάσεων που έχουν οι ασθενείς. Θα πρέπει να εφαρμοστούν δράσεις και πρακτικές που θα μειώσουν τις προκαταλήψεις και τις διακρίσεις που υφίστανται και θα κάνουν τα μέλη της κοινωνίας να δουν τις ασθένειες κάτω από ευρύ πρίσμα και όχι στενά και με παρωπίδες. Απαραίτητη προϋπόθεση για όλες αυτές τις αλλαγές είναι να υπάρχει η κατάλληλη εκπαίδευση και ενημέρωση που θα αποβάλλει το στίγμα και θα αγκαλιάσει τον άνθρωπο.

## 1.2 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μία διαταραχή της διάθεσης, της σκέψης και του σώματος που χαρακτηρίζεται από διαφορετικούς βαθμούς θλίψης, απογοήτευσης, μοναξιάς, απελπισίας, αυτοαμφιβολίας και ενοχής (Glanz et al., 2008). Ο Δρ. Dan Chisholm από το Τμήμα Ψυχικής Υγείας και Κατάχρησης Ουσιών του ΠΟΥ σημειώνει ότι «Η κατάθλιψη αποτελεί μεμονωμένα τον κατ' εξοχήν παράγοντα που συμβάλλει στο να ζει κάποιος με αναπηρία, επομένως θεωρείται η κυριότερη αιτία αναπηρίας στον κόσμο σήμερα».

Η αναπηρία με βάση τον ΠΟΥ ορίζεται ως ένα σύνολο «βλαβών, περιορισμών δραστηριότητας και δυσκολιών συμμετοχής», δηλαδή είναι ένα σύνθετο φαινόμενο και όχι απλώς ένα πρόβλημα υγείας. Το άτομο σταδιακά χάνει το ενδιαφέρον του ή την ευχαρίστηση που ένιωθε όταν έκανε διάφορες δραστηριότητες, γίνεται πιο νευρικό, αισθάνεται ότι πλέον

δεν έχει πολλή ενέργεια και τον καταβάλλει κόπωση, νιώθει ενοχές και για απροσδιόριστες αιτίες μπορεί να βάλει και τα κλάματα, παρουσιάζει διαταραχές στον ύπνο του ή/και στην διάθεση για φαγητό είτε υπερκαταναλώνοντας τροφές είτε χάνοντας την όρεξη του και δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί (Οικονόμου et al., 2012).

Άλλοι επιστήμονες περιγράφουν την κατάθλιψη ως μία διαταραχή σύμφωνα με την οποία το άτομο έχει αρνητική οπτική για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον (www.amanatidou.gr, 2016). Νιώθει ότι είναι ανάξιο, άχρηστο και ανεπαρκές και ότι οι άνθρωποι γύρω του τον απορρίπτουν. Μπροστά του ανοίγεται το μέλλον του που διαγράφεται ζοφερό και το ίδιο το άτομο κυριεύεται από λύπη, φόβο και απελπισία που μπορεί να τον οδηγήσουν σε απώλεια της ερωτικής επιθυμίας, λήθαργο, διατροφικές ή άλλες διαταραχές. Ενδεχομένως μαζί με την κατάθλιψη ο ασθενής να εμφανίζει συμπτώματα στρες που μπορεί να πλήξουν το ίδιο το άτομο προκαλώντας προβλήματα «ελαφριάς» μορφής αλλά και χρόνιες διαταραχές πιο «βαριάς» μορφής που μπορεί να οδηγήσουν ακόμα και στην αυτοκτονία. Η μελαγχολία είναι το είδος της κατάθλιψης με την μικρότερη ένταση και την μικρότερη διάρκεια. Επιδρά ελάχιστα στην ζωή των ατόμων καθώς και στις δραστηριότητες που αναπτύσσουν καθημερινά. Το επόμενο είδος κατάθλιψης καλείται «ήπια» κατάθλιψη και τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι πιο έντονα και μεγαλύτερης διάρκειας. Εδώ τα άτομα αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στις καθημερινές τους ασχολίες αλλά ακόμα μπορούν να ανταπεξέλθουν. Η κατάθλιψη «σοβαρής» μορφής χαρακτηρίζεται από ακραίες διακυμάνσεις στην συμπεριφορά ή στην διάθεση και πλήρη αποχή από τις καθημερινές δραστηριότητες ή και τον έξω κόσμο. Σε αυτήν την περίπτωση τα άτομα κυριεύονται από απελπισία που μπορεί να τους οδηγήσει ακόμα και στην αυτοκτονία ως την μόνη δυνατή λύση. Με βάση τα παραπάνω, η κατάθλιψη πρέπει να διαγνωστεί από ειδικούς και να αντιμετωπιστεί έγκαιρα με χρήση κατάλληλης θεραπείας, διαφορετικά μπορεί να κρατήσει μήνες ή και χρόνια (Glanz et al., 2008).

### 1.2.1 Αίτια της κατάθλιψης

Πιθανά αίτια της κατάθλιψης είναι αρχικά η κληρονομικότητα. Η παρουσία γονιδίων παίζει σημαντικό ρόλο και προδιαθέτει το άτομο να ασθενήσει (γενετικά αίτια). Μπορεί ωστόσο τα αίτια της κατάθλιψης να είναι και βιολογικά μέσω κάποιας ασθένειας που το άτομο καλείται να αντιμετωπίσει, για παράδειγμα η νόσος του Πάρκινσον, η σκλήρυνση κατά πλάκας, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Παράλληλα, η λήψη φαρμάκων όπως η κορτιζόνη και η χρήση ουσιών όπως το χασίς και το αλκοόλ συνδέονται άμεσα με την εμφάνιση

συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Επιπλέον, αρνητικά συμβάντα και εμπειρίες στην ζωή του ατόμου όπως ένα διαζύγιο, ένας θάνατος ή η απώλυση από την εργασία είναι βασικοί λόγοι για να ασθενήσει.

### 1.2.2 Συμπτώματα της κατάθλιψης

Τα συμπτώματα που παρουσιάζει κάποιος όταν βρίσκεται στο πρώτο στάδιο εμφάνισης της κατάθλιψης είναι, αρχικά να έχει πεσμένη διάθεση και στρες ότι δεν πρόκειται να τα καταφέρει. Πλέον δεν νιώθει ικανοποίηση και ευχαρίστηση όπως άλλοτε σε δραστηριότητες που συνήθιζε να κάνει και αισθάνεται να κουράζεται συχνότερα σε σχέση με πριν. Η σεξουαλική του διάθεση μειώνεται όλο και περισσότερο και παρουσιάζει διαταραχές στον ύπνο και την διατροφή του. Έχει πονοκεφάλους ή πόνους στο στήθος, δυσκολεύεται στην αναπνοή του και διάθεση για εμετό. Μάλιστα, δεν είναι λίγες οι φορές που το άτομο κάνει ακόμα και σκέψεις αυτοκτονίας (www.amanatidou.gr, 2016).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, τα στατιστικά στοιχεία κατατάσσουν την κατάθλιψη ως την δεύτερη κύρια ασθένεια ως το 2020 μετά από την ισχαιμική καρδιακή νόσο (Meader et al., 2011; WHO, 2009). Σε ό,τι αφορά στην Ελλάδα, μελέτη από την ερευνητική ομάδα του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κατέδειξε ότι οι ηλικίες 50-70 σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τις νεότερες ηλικίες (Skaripnakis et al., 2013). Είναι απαραίτητο να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα αντιμετώπισης αυτής της διαταραχής ώστε να περιοριστεί η εξάπλωσή της στο μικρότερο δυνατό βαθμό.

### 1.2.3 Αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Οι τρόποι αντιμετώπισης της κατάθλιψης περιλαμβάνουν την βοήθεια από το εγγύς οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, ενδεχομένως την χρήση ειδικού ψυχολόγου ή ψυχιάτρου με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή καθώς και την βοήθεια που το ίδιο το άτομο καλείται να δώσει στον εαυτό του. Θα πρέπει να επιβραβεύει τον εαυτό του για ό,τι μπορεί να καταφέρει ενισχύοντας την αυτοεκτίμηση του και να ασχολείται με δραστηριότητες που τον κάνουν να νιώθει ευχάριστα χωρίς να αναλαμβάνει περισσότερα καθήκοντα από όσα αντέχει. Σταδιακά, με όλη αυτήν την προεργασία το άτομο θα αποκτήσει καλύτερη εικόνα για τον εαυτό του, τους άλλους και το μέλλον.

### 1.2.4 Η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία

Η κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα και σοβαρότερα προβλήματα ψυχικής υγείας στις νεαρές ηλικίες τα τελευταία 20 χρόνια που μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενείς επιπτώσεις στην μετέπειτα ζωή τους (Kirchner et al., 2000). Ειδικοί επιστήμονες συσχετίζουν την κατάθλιψη σε πρώιμες ηλικίες με διάφορα αρνητικά φαινόμενα όπως κοινωνική απομόνωση, σχολική αποτυχία και έλλειψη ικανότητας για ευχαρίστηση.

Στη σημερινή εποχή η παιδική κατάθλιψη αναγνωρίζεται επίσημα ως κλινική διαταραχή. Επιστημονικές ανακαλύψεις έχουν δείξει ότι η εμφάνιση της μπορεί να γίνει ακόμα και από την προσχολική ηλικία και σε περίπτωση που διαρκέσει μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη και σε μεγαλύτερες παιδικές ηλικίες (Luby, 2010; Luby, Belden and Spitznagel, 2006; Stalets and Luby, 2006; Luby et al., 2004). Η κατάθλιψη στα παιδικά χρόνια συνδέεται με αισθήματα αδυναμίας και έντονη την αίσθηση αποτυχίας που μπορεί να έχει ο μαθητής. Με δεδομένο ότι η ψυχοπαθολογία των παιδιών προσχολικής ηλικίας μοιάζει με αυτή των παιδιών σε μεγαλύτερες ηλικίες υποστηρίζεται ότι η μελέτη των παραγόντων κινδύνου αρχίζει από την προσχολική ηλικία (Angold and Egger, 2007).

Καταθλιπτική διάθεση μπορεί να προκαλέσει στο παιδί η απώλεια αγαπημένων προσώπων όπως όταν χρειαστεί να αλλάξει σχολείο και χάσει τους φίλους του. Ιδιαίτερο ρόλο παίζει και η ιδιοσυγκρασία του παιδιού καθώς και τα χαρακτηριστικά της θετικής και αρνητικής συναισθηματικότητας που εμπλέκονται στα συμπτώματα της κατάθλιψης (Compas et al., 2010). Επιπρόσθετα, η κάθε είδους κακοποίηση και παραμέληση των παιδιών από το γονεϊκό περιβάλλον συμβάλλει στην εμφάνιση της παιδικής κατάθλιψης (Πήττα, 2016).

Ο τρόπος που εκδηλώνεται η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με την κατάθλιψη στους ενήλικες όπως λύπη, μελαγχολική διάθεση, έλλειψη ευχαρίστησης σε δραστηριότητες, αλλαγή στην όρεξη, στο βάρος και στις συνήθειες ύπνου. Επιπλέον, η εν λόγω διαταραχή στην παιδική ηλικία επηρεάζει το άτομο τόσο στα παιδικά του χρόνια όσο και στην ενηλικίωση του. Για παράδειγμα, έφηβοι με κατάθλιψη διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση και παραμονή της παχυσαρκίας στην εφηβεία (Goodman and Whitaker, 2002). Επίσης η κατάθλιψη κατά την διάρκεια των παιδικών χρόνων σχετίζεται θετικά με τον δείκτη μάζας σώματος στην ενηλικίωση (Pine et. al, 2001). Τέλος, ερευνητές έδειξαν ότι αρνητικά βιώματα στην παιδική ηλικία συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο καταθλιπτικών διαταραχών μέχρι και δεκαετίες αργότερα (Chapman et al., 2003).

Τα τελευταία χρόνια το φαινόμενο της παιδικής κατάθλιψης παρουσιάζει αυξητικές τάσεις με τα παιδιά να την εμφανίζουν σε όλο και μικρότερες ηλικίες (Auger, 2005). Οι στατιστικές δείχνουν ότι η κατάθλιψη στα παιδιά έχει συχνότητα εμφάνισης 2.5% και στους εφήβους 8.3%. Επίσης, μέχρι τα 18 του χρόνια 1 στους 4 εφήβους έχει αντιμετωπίσει ένα κατ' ελάχιστο καταθλιπτικό επεισόδιο ενώ οι περισσότεροι ενήλικες με κατάθλιψη παρουσίασαν στην εφηβεία τα πρώτα επεισόδια (Cuijpers et al., 2006). Αντίστοιχη είναι και η εικόνα της παιδικής κατάθλιψης που παρουσιάζεται στην Ελλάδα. Περίπου το 30% των μαθητών 5<sup>ης</sup> -6<sup>ης</sup> τάξης δημοτικού εμφάνισαν ήπια έως σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα (Kleftaras and Didaskalou, 2006) ενώ τα ποσοστά για την αναφορά της κατάθλιψης από παιδιά ηλικίας 8 - 12 χρόνων κυμάνθηκαν από 4.2% έως 14.96% (www.boro.gr, 2016; Giannakopoulos et al., 2009).

### 1.2.5 Η κατάθλιψη στους ενήλικες

Στις μέρες μας η κατάθλιψη συνιστά μία συναισθηματική διαταραχή που πλήττει πολλούς ενήλικες. Μπορεί να επηρεάσει την σκέψη, την διάθεση αλλά και τον τρόπο που λειτουργεί το άτομο στην καθημερινότητα του. Μερικές από τις ενδείξεις που οδηγούν στο συμπέρασμα ότι το άτομο έχει προσβληθεί από κατάθλιψη, όπως έχουν περιγραφεί παραπάνω, είναι η κακή διάθεση, η ανηδονία καθώς και το αίσθημα της απόγνωσης που μπορεί να το κυριεύσει σε συνδυασμό με την ιδέα ότι δεν υπάρχει κανείς για να το βοηθήσει. Επιπλέον, οι διαφοροποιήσεις στις συνήθειες του ύπνου όπως η υπερυπνία ή η αϋπνία, οι διαταραχές στις διατροφικές συνήθειες όπως η ανορεξία ή η αυξημένη όρεξη, η μειωμένη σεξουαλική διάθεση καθώς και το αίσθημα της κόπωσης και της εξάντλησης αποτελούν συμπτώματα της κατάθλιψης. Τέλος, η δυσκολία συγκέντρωσης, η απώλεια μνήμης, η αναποφασιστικότητα, τα αισθήματα ενοχής, αναξιότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης αποτελούν τις κύριες ενδείξεις της κατάθλιψης σε ενήλικα άτομα (<http://ioanninapsychology.gr>, 2012).

Οι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν τους ενήλικες στην ψυχοσθένεια της κατάθλιψης είναι τα οικονομικά προβλήματα και η πίεση από τις οικονομικές υποχρεώσεις που ανακύπτουν σε συνδυασμό με την σωματική εξάντληση που επιφέρουν, κυρίως για τους άνδρες (Zimmerman and Katon, 2005; Everson et al., 2002). Οι γυναίκες πιο πολύ κινδυνεύουν να πληγούν εξαιτίας του πολύπλευρου ρόλου που έχουν στην ζωή ως εργαζόμενες, σύζυγοι και μητέρες. Ιδιαίτερα οι διαζευγμένες γυναίκες ή οι μητέρες που αναθρέφουν και μεγαλώνουν μόνες τους παιδιά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη (Turner, 2006) με δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία των παιδιών

(Eamon and Zuehl, 2001). Διεθνή στοιχεία αποδεικνύουν ότι μία στις πέντε γυναίκες και ένας στους οχτώ άνδρες αναπτύσσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή στην ζωή τους.

### 1.2.6 Η κατάθλιψη στους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας

Η κατάθλιψη είναι μία πολυσύνθετη ψυχική νόσος που επιβαρύνει τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Τα κληρονομικά χαρακτηριστικά και τα στοιχεία της προσωπικότητας που έχουν τα άτομα σε συνδυασμό με εξωτερικούς παράγοντες μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης, ακόμα και σε άτομα άνω των 65 ετών. Παρά το γεγονός ότι οι παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της κατάθλιψης είναι κοινοί για τις περισσότερες ηλικίες, ωστόσο υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν πιο έντονα κάποιες ηλικιακές ομάδες συγκριτικά με τις υπόλοιπες.

Σύμφωνα με την επιστημονική μελέτη Ολλανδών ερευνητών που δημοσιεύτηκε στην επιθεώρηση *The American Journal of Geriatric Psychiatry* οι περισσότεροι παράγοντες όπως το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ένα πρόσφατο δυσάρεστο συμβάν, συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η περιορισμένη κοινωνική λειτουργικότητα, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής και η κακή σωματική υγεία επηρεάζουν άτομα κάθε ηλικίας αναφορικά με την κατάθλιψη ενώ τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι πέντε παράγοντες κινδύνου εντοπίζονται σε συγκεκριμένες ηλικιακές ομάδες. Ειδικότερα, για άτομα ηλικίας 18 έως 39 ετών το υπερβολικό βάρος, ο πόνος, η κακοποίηση στην παιδική ηλικία και οι χρόνιες παθήσεις φαίνονται παράγοντες αυξημένης βαρύτητας για την κατάθλιψη ενώ για άτομα άνω των 60 ετών το χαμηλό εισόδημα εξαιτίας της συνταξιοδότησης φαίνεται παράγοντας που πολλαπλασιάζει τα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με άτομα άλλων ηλικιών ([www.onmed.gr](http://www.onmed.gr), 2017).

Σύμφωνα με έρευνες που έχουν γίνει έχει βρεθεί ότι η κατάθλιψη είναι η συνηθέστερη μορφή ψυχικής διαταραχής που πλήττει τους ηλικιωμένους, αλλοιώνει την ποιότητα της ζωής τους και αυξάνει τις οικονομικές δαπάνες για τις υπηρεσίες υγείας που χρειάζεται να τους παρασχεθούν (Στυλιανοπούλου et al., 2010). Μελέτες έχουν δείξει ότι 1 στους 7 ανθρώπους άνω των 65 ετών στην Ευρώπη και τον υπόλοιπο κόσμο υποφέρει από κατάθλιψη. Ιδιαίτερα επιρρεπείς είναι οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες καθώς επίσης και άτομα που ζουν απομονωμένα από τους άλλους ή ζουν μόνα τους.

## 1.2 Κατάθλιψη

Η εμφάνιση της νόσου της κατάθλιψης σε άτομα της τρίτης ηλικίας συνδέεται κυρίως με τον θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου ή συντρόφου (Golden et al., 2009) όπως και με την έξοδο από την αγορά εργασίας λόγω απόλυσης ή συνταξιοδότησης (Gomez, 1993). Άλλες αντιξοότητες, όπως η μετεγκατάσταση και η έλλειψη φροντίδας, αυξάνουν την ευαισθησία των ατόμων στην κατάθλιψη. Επιπρόσθετα, οι χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες, η αναπηρία και οι γνωστικές διαταραχές καλλιεργούν το έδαφος για την εμφάνιση της νόσου (Taylor, 2014; Wu et al., 2012) ενώ δεν θα πρέπει να παραλείψουμε και την παρουσία γενετικών παραγόντων και ιστορικού κατάθλιψης που μπορεί να επηρεάζει δυσμενώς την υγεία του ατόμου (Alexopoulos, 2005).

Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή ώστε αυτή η περίοδος της θλίψης να μην εξελιχθεί σε μία παρατεταμένη ασθένεια που χρήζει ιατρικής φροντίδας. Δεν είναι λίγες οι φορές που η εν λόγω νόσος μπορεί να συνοδεύεται από διαταραχές στρες, χρήση ουσιών και αλκοόλ (Γαρύφαλλος, 2008; O' Neil, 2007).

Στην Ελλάδα, το ποσοστό της κατάθλιψης στα ηλικιωμένα άτομα ανέρχεται στο 15% (Παράσχος, 1998) ενώ άλλοι ερευνητές το κατατάσσουν στο 20% (Ρούπα et al., 2009). Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία συνοδεύεται από πληθώρα αρνητικών συναισθημάτων όπως έλλειψη ευχαρίστησης, θέλησης για ζωή, χαράς και ελπίδας. Η παρατεταμένη διάρκειά της μπορεί να οδηγήσει στον εγκλεισμό των ατόμων σε ιδρύματα χωρίς να υπάρχει ανάγκη ή βεβαιότητα νοσηλείας. Μία ενδεχομένως εσφαλμένη αντιμετώπιση της κατάθλιψης μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στην ίαση άλλων σωματικών ασθενειών που έχει το άτομο ή ακόμα και στην εμφάνιση σοβαρών προβλημάτων υγείας που δεν είχε πριν όπως καρδιοπάθεια και άλλες λοιμώξεις (Blazer, 2003) για αυτό και η θεραπεία της κατάθλιψης θα πρέπει να γίνεται με προσοχή για κάθε άνθρωπο. Συνέπεια των παραπάνω είναι το άτομο να ταλαιπωρείται, να αναστατώνεται το οικογενειακό του περιβάλλον ενώ ενδέχεται να επιδεινωθεί η κατάσταση του σε τέτοια κλίμακα που να οδηγήσει ακόμα και στον θάνατο.

Η χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων είναι σε μεγάλο βαθμό ανεκτή από τους ηλικιωμένους και έχει αποδειχθεί αποτελεσματική τόσο σε άτομα της τρίτης ηλικίας όσο και σε ενήλικες (Alexopoulos, 2005). Σε κάθε περίπτωση, ωστόσο, ο συνδυασμός της φαρμακευτικής αγωγής με την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας μειώνει αισθητά την εξέλιξη της νόσου (Palmer, 2005).

### 1.2.7 Διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων

Η ανάλυση των διαφοροποιήσεων στην παρουσία της κατάθλιψης ανάμεσα στα φύλα είναι σημαντικού ενδιαφέροντος. Μελέτες που εξετάζουν διαφυλικά πρότυπα για τις καταθλιπτικές διαταραχές είναι λίγες, ωστόσο τα αποτελέσματα ερευνών συγκλίνουν στο ότι η κατάθλιψη είναι περισσότερο εμφανής στα κορίτσια σε σχέση με τα αγόρια ενώ αυτό το συμπέρασμα γενικεύεται και σε μεταγενέστερη ηλικία μεταξύ ανδρών και γυναικών στην μετέπειτα ενήλικη ζωή τους (Van de Velde et al., 2010; Hankin, 2002). Στις περισσότερες περιπτώσεις αυτό οφείλεται σε ορμονικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και εν μέρει εξαιτίας του τρόπου με τον οποίο άντρες και γυναίκες αντιμετωπίζουν συναισθηματικά διάφορα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής όπως ένα διαζύγιο ή την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου.

Αναφορικά με την παιδική ηλικία τα αποτελέσματα καταδεικνύουν ότι η συναισθηματική ιδιοσυγκρασία σχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης και στα δύο φύλα ενώ τα αρνητικά γεγονότα της ζωής που συνδέονται με καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται μόνο στα κορίτσια (St Clair et al., 2015). Επιπλέον, τα κορίτσια βιώνουν περισσότερο στρεσογόνα γεγονότα και αγωνίες στην παιδική ηλικία από ότι τα αγόρια. Σε μεγαλύτερη ηλικία, οι γυναίκες δείχνουν μία πιο αρνητική άποψη για διάφορα συμβάντα ενώ τείνουν να ερμηνεύουν τις αιτίες των στρεσογόνων γεγονότων με έναν πιο αρνητικό τρόπο συγκριτικά με τους άνδρες (Hankin, 2002). Η διαχείριση του στρες σε πρώιμο στάδιο εμφάνισης είναι βασική γιατί μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη της κατάθλιψης (Goodwin, 2002).

Η κατάθλιψη στους ενήλικες αλλά και στην μετέπειτα ζωή και κυρίως στις γυναίκες συνήθως συνυπάρχει με άλλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές όπως ανορεξία, βουλιμία, διαταραχές στρες, σκλήρυνση κατά πλάκας και παχυσαρκία. Οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι οι παχύσαρκες γυναίκες είναι σχεδόν 4 φορές πιο πιθανόν να υποφέρουν από κατάθλιψη σε σχέση με γυναίκες που έχουν κανονικό βάρος. Ωστόσο, ανάλογο συμπέρασμα δεν φαίνεται να επιβεβαιώνεται για τους παχύσαρκους άνδρες. Τέλος, η κατάθλιψη συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και αιφνίδιου καρδιακού θανάτου στις γυναίκες. Όσον αφορά στους άνδρες, όταν παρουσιάζουν συμπτώματα κατάθλιψης τείνουν να είναι πιο επιθετικοί ή να στρέφονται στο αλκοόλ ή σε παράνομα ναρκωτικά. Επίσης, παρουσιάζουν μειωμένο ενδιαφέρον για την ζωή, κόπωση και χαμηλή αυτοεκτίμηση (<https://universityhealthnews.com>, 2017; Silverstein and Lynch, 1998).



### 1.3 Αντικείμενο και δομή της διδακτορικής διατριβής

Η κακή υγεία στην παιδική ηλικία και αντίστοιχα στην μετέπειτα ζωή έχει ισχυρή συσχέτιση με την επικράτηση της κατάθλιψης και για τα δύο φύλα (Kamiya et al., 2012). Δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες όπως η συμβίωση με έναν σύζυγο ή σύντροφο καθώς επίσης και το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης και στους άνδρες και στις γυναίκες (Van de Velde et al., 2010). Η επίδραση της εκπαίδευσης έχει προστατευτική επίδραση που είναι πιο έντονη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Buber and Engelhardt, 2011). Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι κάθε επιπλέον χρόνος εκπαίδευσης μειώνει την πιθανότητα να υποφέρει κάποιος από κατάθλιψη κατά 6.5 ποσοστιαίες μονάδες (Crespo et al., 2014).

### 1.3 Αντικείμενο και δομή της διδακτορικής διατριβής

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εστιάζει σε θέματα που αφορούν στην ψυχική υγεία των ερωτώμενων και συγκεκριμένα στην κατάθλιψη όπως αυτή ορίζεται μέσα από την κλίμακα EURO-D η οποία βασίζεται σε 12 συμπτώματα (Prince et al., 1999a; b). Το δείγμα των ατόμων που χρησιμοποιήθηκε προέρχεται από την Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (Survey of Health, Aging and Retirement in Europe-SHARE) και αναφέρεται σε ερωτώμενους ηλικίας 50 ετών και άνω που διαμένουν στην Ευρώπη. Το μέγεθος του δείγματος διαφοροποιείται κάθε φορά ανάλογα με την επιλογή των μεταβλητών και τους στόχους. Στα περισσότερα κεφάλαια τα δεδομένα καλύπτουν διαφορετικές χρονικές περιόδους ενώ συνδυάζονται στοιχεία από δύο διαφορετικά κύματα που παρέχει η βάση. Πιο συγκεκριμένα, η δομή των κεφαλαίων περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

Στο κεφάλαιο 2 μελετάται με ποιον τρόπο παράγοντες από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή αλλά και την όψιμη ενήλικη ζωή συσχετίζονται και δύνανται να προβλέψουν την κατάθλιψη σε ηλικίες άνω των 50 ετών. Οι παράγοντες καλύπτουν μεταβλητές υγείας, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, γνωστικής λειτουργίας, δυσμενών εμπειριών καθώς και δημογραφικές μεταβλητές. Η ανάλυση πραγματοποιείται ξεχωριστά κατά φύλο, επιτρέποντας συγκρίσεις.

Στο κεφάλαιο 3 συμπεριλαμβάνονται στα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης περισσότεροι προγνωστικοί παράγοντες βάσει της διεθνούς βιβλιογραφίας, ενώ η ανάλυση πραγματοποιείται ξεχωριστά για το συνολικό δείγμα αλλά και για τις ευρωπαϊκές χώρες.

### 1.3 Αντικείμενο και δομή της διδακτορικής διατριβής

Στο κεφάλαιο 4 επιτυγχάνεται η διάσπαση της κλίμακας EURO-D σε δύο υποκλίμακες, τις affective suffering και motivational symptoms. Κάθε υποκλίμακα διέπεται από διαφορετικά χαρακτηριστικά της κλίμακας κατάθλιψης. Στη συνέχεια εξετάζεται ποιοι παράγοντες από την παιδική ηλικία και την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή εκτιμούν τις υποκλίμακες, δίδοντας έμφαση στα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας, Βόρειο ή Σκανδιναβικό (Nordic), Ηπειρωτικό (Continental), Νότιο (Southern) και Κεντρικό/Ανατολικό (Central/Eastern). Έπειτα εφαρμόστηκε η τεχνική διαμεσολάβησης (mediation) ώστε να εκτιμηθούν η άμεση και η έμμεση επίδραση των παραγόντων από την παιδική ηλικία στις υποκλίμακες καθώς και η συμβολή επιλεγμένων παραγόντων από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή ως διαμεσολαβητές (mediators). Τα συμπεράσματα περιγράφονται και πάλι ξεχωριστά για κάθε ευρωπαϊκό σύστημα κοινωνικής προνοίας.

Στο κεφάλαιο 5 λαμβάνονται υπόψη παράγοντες από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή καθώς και την όψιμη ενήλικη ζωή και εκτιμάται η επίδραση που έχουν στην κατάθλιψη στις ηλικίες άνω των 50 ετών, ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες. Σε επόμενο στάδιο εφαρμόζεται και πάλι η τεχνική mediation ώστε να αποτιμηθεί η άμεση και έμμεση επίδραση των παραγόντων από την παιδική ηλικία όταν ορίζονται σαν ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές άλλες μεταβλητές από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή. Τα αποτελέσματα αναλύονται και συγκρίνονται με βάση το μοντέλο κριτικής περιόδου (critical period model), το μοντέλο διαδοχικών βημάτων (pathway model), το μοντέλο συσσωρευμένων μειονεκτημάτων (accumulation of disadvantage model) και το μοντέλο κοινωνικής κινητικότητας (social mobility model). Επιπλέον, οι μηχανισμοί αυτοί διακρίνονται σε λανθάνοντες μηχανισμούς ή άμεσες επιδράσεις (latent mechanisms or direct effects) και σε μηχανισμούς διαδοχικών βημάτων ή έμμεσες επιδράσεις (pathway mechanisms or indirect effects), ικανούς να περιγράψουν την άμεση και έμμεση επίδραση μιας μεταβλητής.

Στο κεφάλαιο 6 αναπτύσσεται η θεωρία σωρευτικού μειονεκτήματος (Cumulative Disadvantage Theory) σύμφωνα με την οποία οι αντιξοότητες συσσωρεύονται κατά την διάρκεια του βίου και οι ανισότητες στην πρώιμη ζωή τείνουν να διευρυνθούν αργότερα. Σε αυτήν την ενότητα ο στόχος είναι να εξεταστεί το σωρευτικό μειονέκτημα για την υγεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τις δυσμενείς εμπειρίες μέσα από ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης κύριων επιδράσεων και αλληλεπιδράσεων. Ειδικότερα, εξετάζονται διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς και τα φύλα.

### 1.3 Αντικείμενο και δομή της διδακτορικής διατριβής

Το κεφάλαιο 7 πραγματεύεται μία σύγκριση στα επίπεδα της κατάθλιψης πριν και μετά την οικονομική κρίση που εμφανίστηκε γύρω στο 2008 σε ευρωπαϊκούς πληθυσμούς και, σε κάποιες περιπτώσεις, διαρκεί μέχρι σήμερα. Για τους σκοπούς της ανάλυσης θεωρήσαμε τις μεταβολές των μεταβλητών μεταξύ δύο χρονικών σημείων, της περιόδου 2006-2007 (πριν την οικονομική ύφεση) και του 2015 (μετά την οικονομική ύφεση). Εφαρμόστηκαν μοντέλα πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης και εστίασαμε σε διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων.

Το κεφάλαιο 8 εστιάζει στα χαρακτηριστικά των δύο συνιστωσών της μοναξιάς, την άμεση και την έμμεση, όπως αυτή μετριέται στην Έρευνα του SHARE βάσει της κλίμακας του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας (University of California, Los Angeles - UCLA). Με εφαρμογή του γενικευμένου μοντέλου διατεταγμένης λογιστικής παλινδρόμησης γίνεται διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τα χαρακτηριστικά αυτών από ένα σύνολο μεταβλητών που καλύπτουν την υγεία, την γνωστική λειτουργία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και δημογραφικά στοιχεία της ζωής των ερωτώμενων.

Στο κεφάλαιο 9 συνοψίζουμε τα γενικά συμπεράσματα αυτής της διατριβής και συζητάμε προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.

### **1.3 Αντικείμενο και δομή της διδακτορικής διατριβής**

## Κεφάλαιο 2

### Εκτίμηση των παραγόντων που προκαλούν κατάθλιψη σε άτομα ηλικίας 50 και άνω – Ανάλυση κατά φύλο

#### 2.1 Εισαγωγή

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική ασθένεια που μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα στα άτομα μεμονωμένα, τις οικογένειες και την κοινωνία (WHO, 2002; Rockville, 1999). Αποδεικνύεται ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται έντονα με την νοσηρότητα από σωματικές ασθένειες καθώς και με την επικείμενη θνησιμότητα (Farrokhi et al., 2014; Nuyen et al., 2005; Ramasubbu et al., 2003; Sartorius et al., 1996) ενώ άλλα αποτελέσματα δείχνουν ότι συνδέεται με μία έκπτωση στην ποιότητα ζωής (D'Alisa et al., 2006; Fruhwald, 2001).

Έχουν πραγματοποιηθεί πολλές μελέτες για την εμφάνιση διαταραχών κατάθλιψης που εξερευνούν μονοπάτια ανάμεσα στις παιδικές συγκυρίες και σε συνθήκες στην όψιμη ενήλικη ζωή (Pakrahan et al., 2017a; Brandt et al., 2011; Colman and Ataullahjan, 2010). Υποστηρίζεται ότι οι συνθήκες στην παιδική ηλικία όπως η υγεία στην φάση ανάπτυξης του παιδιού και η γνωστική λειτουργία διαδραματίζουν κυρίαρχο ρόλο στην ανάπτυξη της ψυχικής υγείας στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (Pakrahan, 2017a). Η φτωχότερη γνωστική ικανότητα στη νεολαία είναι ένας παράγοντας κινδύνου για προβλήματα ψυχικής υγείας στην όψιμη ενήλικη ζωή (Gale et al., 2012). Επιπλέον, πρόωρα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να προβλέψουν την μελλοντική υγεία (Currie et al., 2010). Για παράδειγμα, η σωματική κακοποίηση σε νεαρές ηλικίες είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας ψυχικών διαταραχών στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (Goodwin et al., 2003).

Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι η χαμηλή αυτο-εκτίμηση συνδέεται με συμπτώματα κατάθλιψης ακόμα και σε παιδιά σχολικής ηλικίας (AlGhamdi et al., 2011). Τέλος, είναι ιδιαίτερου ενδιαφέροντος μελέτες που έχουν γίνει για δυσάρεστες εμπειρίες-βιώματα στην παιδική ηλικία με στόχο τον εντοπισμό της προέλευσης της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή (Anda et al., 2002). Ειδικότερα, η διαμονή με έναν γονέα που κάνει κατάχρηση αλκοόλ σχετίζεται αρνητικά με την παιδική υγεία (Angelini and Mierau, 2012).

Η κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην παιδική ηλικία φαίνεται ότι συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καταθλιπτικής διαταραχής στην ενήλικη ζωή (Stansfeld et al., 2011). Στην

## 2.1 Εισαγωγή

παρούσα ανάλυση, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση προσδιορίζεται από τον αριθμό των βιβλίων που είχε πρόσβαση ο ερωτώμενος στην ηλικία των 10 ετών και το επάγγελμα του κυρίου μέλους της οικογένειας. Μεγαλύτερος αριθμός βιβλίων υποδηλώνει υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και καλύτερη οικονομική κατάσταση των γονέων. Χαμηλά επίπεδα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην παιδική ηλικία επιφέρουν μακροπρόθεσμη επίδραση στην εμφάνιση κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή (Angelini et al., 2016; Tani et al., 2016).

Σύμφωνα με βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι αρνητικές εμπειρίες και τα δυσάρεστα συμβάντα που μπορεί να έχει βιώσει ένα άτομο κατά την διάρκεια της ζωής του δύνανται να αυξήσουν τα επίπεδα κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή (Semeijn et al., 2015). Βιώνοντας μία περίοδο οικονομικής δυσκολίας, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να συνδέεται με ανεργία ή υποαπασχόληση, δείχνει να είναι υπεύθυνη για ψυχικές διαταραχές στην όψιμη ενήλικη ζωή συγκριτικά με άτομα που μετέχουν στην αγορά εργασίας (Crowe et al., 2016).

Επιπλέον, αποτελέσματα ερευνών έδειξαν ότι οι τρέχουσες οικονομικές δυσκολίες σχετίζονται έντονα με την κατάθλιψη (Gallagher et al., 2013; Butterworth et al., 2009). Πιο συγκεκριμένα, οι οικονομικές δυσκολίες μπορούν να συνδεθούν με το αρνητικό βίωμα της πείνας στην πρώιμη – μέση ενήλικη ζωή, το οποίο επηρεάζει άμεσα την ψυχική υγεία των ατόμων στην όψιμη ενήλικη ζωή (Halmdienst and Winter-Ebmer, 2014). Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι υπάρχουν διάφοροι κοινωνικοί, φυσικοί ή ψυχολογικοί λόγοι που δύνανται να επηρεάσουν την πρόσληψη τροφής, και μέσω αυτής να καθορίσουν την εμφάνιση κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα (Bulut, 2009).

Η συσχέτιση των παραπάνω χαρακτηριστικών μπορεί να επεξηγήσει την κακή υγεία που οι ερωτηθέντες ενδεχομένως βίωσαν στην ζωή τους. Η κακή υγεία μπορεί να περιλαμβάνει σωματικά προβλήματα υγείας ή μειωμένη ψυχολογική ευεξία που επηρεάζει την επιβίωση σε μεγαλύτερες ηλικίες. Σε ασθενείς που πάσχουν από στεφανιαία καρδιακή νόσο, αρθρίτιδα και χρόνιες πνευμονοπάθειες μπορεί να αυξηθούν τα επίπεδα της καταθλιπτικής διάθεσης σε μεγαλύτερες ηλικίες και αυτό είναι αμφίδρομο με την υποκειμενική ευεξία και πιθανά στρεσογόνα γεγονότα που έχουν βιώσει (Steptoe et al., 2015; Fiske et al., 2009; Jeon and Dunkle, 2009; Blazer and Hybels, 2005).

Το ενδεχόμενο αρνητικό αποτέλεσμα των παραπάνω παραγόντων πρόγνωσης μπορεί να μετριαστεί από κοινωνικο-δημογραφικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες που

## 2.2 Στόχοι της έρευνας

διαδραματίζουν έναν σημαντικό και προστατευτικό ρόλο ενάντια στις καταθλιπτικές διαταραχές στην μετέπειτα ζωή. Οι εν λόγω παράγοντες περιλαμβάνουν την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση καθώς και αν το νοικοκυριό είναι σε θέση να τα βγάλει πέρα. Υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης, καλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και παραμονή σε έγγαμη κατάσταση συνδέονται με μειωμένα επίπεδα κακής ψυχικής υγείας στην όψιμη ενήλικη ζωή (Buber and Engelhardt, 2011; Fiske et al., 2009; Buber and Engelhardt, 2008).

Ο τρόπος με τον οποίο η κατάθλιψη επηρεάζει άνδρες και γυναίκες, καθώς και το που μπορεί να οφείλονται οι διαφοροποιήσεις, έχει αναπτυχθεί στην ενότητα 1.2.7 του προηγούμενου κεφαλαίου.

## 2.2 Στόχοι της έρευνας

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην διερεύνηση προγνωστικών παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή. Οι κύριοι στόχοι της έρευνας είναι: α) η διερεύνηση της σημαντικότητας των συνθηκών της παιδικής ηλικίας, συμπεριλαμβανομένης της υγείας, των δυσμενών εμπειριών και των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων β) η αξιολόγηση σε ενδιάμεσο στάδιο των δυσμενών εμπειριών στην πορεία της ζωής, συμπεριλαμβανομένων των οικονομικών πιέσεων, των στρεσογόνων γεγονότων και της κακής υγείας γ) ο εντοπισμός των θετικών ή αρνητικών συσχετίσεων με παράγοντες της όψιμης ενήλικης ζωής, συμπεριλαμβανομένης της υγείας και οικονομικών στοιχείων και δ) η μελέτη των διαφορών μεταξύ των φύλων σύμφωνα με τους προηγούμενους στόχους.

Για να επιτευχθούν οι στόχοι της ανάλυσης εφαρμόστηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης που περιλαμβάνουν διαδοχικά μεταβλητές που αναφέρονται πρώτα στην παιδική ηλικία, έπειτα στην παιδική ηλικία καθώς και πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και τέλος στην παιδική ηλικία, την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή. Το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης έχει την μορφή:

$$\log\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \log(odds) = b_0 + b_1 X_{i1} + \dots + b_k X_{ik}, i = 1, 2, \dots, N$$

όπου  $X_{ij} j=1,2,\dots,k$  είναι οι μεταβλητές που περιέχονται στο μοντέλο,  $N$  είναι το μέγεθος του δείγματος και  $p_i$  είναι η πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή η οποία δίδεται από τον τύπο

$$p_i = \frac{\exp(b_0 + b_1 X_{i1} + \dots + b_k X_{ik})}{1 + \exp(b_0 + b_1 X_{i1} + \dots + b_k X_{ik})}$$

## 2.2 Στόχοι της έρευνας

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν διαστρωματικά (cross-sectional) και αναδρομικά (longitudinal) δεδομένα από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων για την Έρευνα σχετικά με την Υγεία, την Γήρανση και την Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE: Survey of Health, Aging and Retirement in Europe).

Η SHARE είναι μια διεπιστημονική και διακρατική βάση δεδομένων (cross-national panel database) με στοιχεία σε ατομικό επίπεδο (micro data) για την υγεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα για πάνω από 120.000 ερωτώμενους (περίπου 297.000 συνεντεύξεις) ηλικίας 50 ετών και άνω από 27 ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ. Στα δεδομένα υπάρχει ελεύθερη πρόσβαση για ολόκληρη την ερευνητική κοινότητα ([www.share-project.org](http://www.share-project.org)).

Η συλλογή δεδομένων SHARE βασίζεται σε προσωπικές συνεντεύξεις με τη βοήθεια υπολογιστή (CAPI: Computer Assisted Personal Interviewing). Εξαίρεση αποτελούν τα ερωτηματολόγια drop off και vignettes που διεξάγονται με χαρτί και μολύβι καθώς και οι συνεντεύξεις στο τέλος του κύκλου ζωής (end-of-life interviews) που περιέχουν πληροφορίες για παλαιότερους νεκρούς ερωτώμενους, έτσι όπως έχουν απαντηθεί από αντιπροσώπους τους (proxies), οι οποίες μπορούν να πραγματοποιηθούν και μέσω CATI (τηλεφωνική συνέντευξη με υπολογιστή). Για περισσότερες λεπτομέρειες σχετικά με τον τρόπο συλλογής των δεδομένων ο αναγνώστης μπορεί να δει την μεθοδολογία των Börsch-Supan, A. και H. Jürges (2005).

Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιείται περίπου ανά δύο έτη, σε κύματα (waves). Μέχρι στιγμής έχουν πραγματοποιηθεί 7 κύματα. Το πρώτο κύμα (wave 1) διεξήχθη το 2004 και έλαβαν μέρος ερωτώμενοι από την Σκανδιναβία (Δανία και Σουηδία) μέχρι την Κεντρική Ευρώπη (Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο και Κάτω Χώρες) και την Μεσόγειο (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα). Το Ισραήλ, ως χώρα της Μέσης Ανατολής συμμετείχε στην έρευνα SHARE στο τέλος του 2004.

Το δεύτερο κύμα (wave 2) πραγματοποιήθηκε το 2006 και εκτός από τις προηγούμενες χώρες προστέθηκαν επιπλέον δύο κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η Τσεχία και η Πολωνία καθώς και η Ιρλανδία.

Το τρίτο κύμα (wave 3) ή αλλιώς SHARELIFE έλαβε χώρα το 2008 και έχει διαφορετικό προσανατολισμό από τα άλλα κύματα. Περιέχει σημαντικές πτυχές από τις ιστορίες ζωής των



## 2.3 Παρουσίαση των δεδομένων και των μεταβλητών ενδιαφέροντος

ερωτηθέντων που καλύπτουν συνθήκες από την παιδική τους ηλικία, την ζωή με τους συντρόφους τους και τα παιδιά που απέκτησαν καθώς και δεδομένα από την οικονομική τους κατάσταση και το ιστορικό απασχόλησης. Επίσης, περιέχονται λεπτομερείς ερωτήσεις για την υγεία τους και την υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνουν. Σε αυτό το κύμα η μεροληψία (bias) από την ανάκληση των γεγονότων της ζωής μειώθηκε με την χρήση του ημερολογίου ζωής (Life History Calendar) για την συλλογή των σχετικών πληροφοριών. Ταυτόχρονα, το ερωτηματολόγιο ήταν πολύ καλά δομημένο. Ερευνητές που εξέτασαν τα δεδομένα του τρίτου κύματος για την εσωτερική τους συνοχή βρήκαν ότι είναι απολύτως συνεπή (Garrouste and Paccagnella, 2011).

Το τέταρτο κύμα (wave 4) διεξήχθη το 2011 και εντάχθηκαν επιπλέον στην Έρευνα και οι χώρες της Εσθονίας, Ουγγαρίας, Πορτογαλίας και Σλοβενίας. Κάποιες χώρες όμως που συμμετείχαν σε παλαιότερα κύματα (π.χ. Ελλάδα) δεν έλαβαν μέρος σε αυτό το κύμα.

Ακολούθησε το κύμα 5 (wave 5) που ολοκληρώθηκε στο τέλος του 2013 με την συμμετοχή και του Λουξεμβούργου.

Το έκτο κύμα (wave 6) ολοκληρώθηκε τον Νοέμβριο του 2015 και η Κροατία συμμετείχε σε αυτό για πρώτη φορά.

Τέλος, το 7<sup>ο</sup> κύμα το οποίο ολοκληρώθηκε το 2017 περιλαμβάνει όλες τις χώρες της ευρωπαϊκής επικράτειας μαζί με τις: Φινλανδία, Λιθουανία, Λάτβια, Σλοβακία, Ρουμανία, Βουλγαρία, Μάλτα και Κύπρο και περιέχει ένα ερωτηματολόγιο SHARELIFE για όλους τους ερωτώμενους που δεν συμμετείχαν στο τρίτο κύμα της Έρευνας.

## 2.3 Παρουσίαση των δεδομένων και των μεταβλητών ενδιαφέροντος

Το δείγμα που διαθέτουμε περιλαμβάνει 23288 ερωτώμενους ηλικίας 50 ετών και άνω από τα κύματα 2 και 3 της Έρευνας SHARE. Οι ερωτώμενοι προέρχονται από 14 ευρωπαϊκές χώρες και συγκεκριμένα τις, Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Αυστρία, Ελβετία, Βέλγιο, Τσεχία, Πολωνία και Ιρλανδία.

Οι μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση και βρίσκονται στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων του SHARE είναι οι εξής:

### 2.3 Παρουσίαση των δεδομένων και των μεταβλητών ενδιαφέροντος

• Ως εξαρτημένη ορίζεται η μεταβλητή EURODCAT. Είναι κατηγορική, δίτιμη και αποτελεί σύμπτυξη της μεταβλητής EURO-D η οποία είναι ποσοτική και λαμβάνει τιμές από 1 έως 12 ανάλογα με το πλήθος των συμπτωμάτων κατάθλιψης που παρουσιάζει ο ερωτώμενος εντός περιόδου 30 ημερών. Τα εν λόγω συμπτώματα κωδικοποιούνται από την βάση δεδομένων ως εξής:

**Πίνακας 2.1** Κωδικοποίηση των στοιχείων της κλίμακας EURO-D.

<b>Μεταβλητές κλίμακας EURO-D</b>	<b>Συμπτώματα</b>
euro1	Θλίψη
euro2	Απαισιόδοξη διάθεση
euro3	Τάσεις αυτοκτονίας
euro4	Ενοχές
euro5	Προβλήματα ύπνου
euro6	Έλλειψη ενδιαφέροντος
euro7	Ευερεθιστότητα
euro8	Απώλεια όρεξης
euro9	Κόπωση
euro10	Έλλειψη συγκέντρωσης
euro11	Έλλειψη διάθεσης για διασκέδαση
euro12	Δακρύρροια

Οι μεταβλητές euro1 μέχρι και euro12 αποτελούν τα στοιχεία της κλίμακας EURO-D που είναι η ευρωπαϊκή ψυχομετρική κλίμακα της κατάθλιψης. Η εσωτερική της συνοχή μπορεί να εξεταστεί με βάση την τιμή alpha του Cronbach η οποία ισούται με 0.709 και αποτελεί μία αποδεκτή τιμή συνοχής, άρα η κλίμακα μπορεί να θεωρηθεί αξιόπιστη.

Στην συνέχεια παρατηρούμε πώς μεταβάλλεται ο μέσος, η διακύμανση αλλά και ο δείκτης του Cronbach αν εξαιρέσουμε την εκάστοτε μεταβλητή της κλίμακας.

**Πίνακας 2.2** Μεταβολές της τιμής alpha του Cronbach αν εξαιρεθεί το εκάστοτε στοιχείο της κλίμακας.

<b>Item-Total Statistics</b>	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Depression (part of euro-d)	1.85	3.622	0.511	0.305	0.661
pessimism (part of euro-d)	2.08	4.284	0.271	0.112	0.700

### 2.3 Παρουσίαση των δεδομένων και των μεταβλητών ενδιαφέροντος

suicidality (part of euro-d)	2.16	4.370	0.365	0.144	0.692
guilt (part of euro-d)	2.14	4.461	0.231	0.066	0.704
Sleep (part of euro-d)	1.90	3.875	0.382	0.157	0.685
interest (part of euro-d)	2.14	4.316	0.351	0.142	0.692
irritability (part of euro-d)	1.96	3.991	0.350	0.139	0.690
Appetite (part of euro-d)	2.14	4.390	0.298	0.100	0.697
Fatigue (part of euro-d)	1.90	3.799	0.425	0.192	0.678
concentration (part of euro-d)	2.04	4.131	0.326	0.120	0.693
enjoyment (part of euro-d)	2.10	4.342	0.251	0.100	0.702
tearfulness (part of euro-d)	1.97	3.963	0.371	0.194	0.687

Η κλίμακα EURO-D εισήχθη από τους Prince et al., (1999a; 1999b) οι οποίοι έδειξαν ότι αποτελεί έγκυρη κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης. Έτσι έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από ερευνητές σε διάφορες χώρες ως δείκτης των επιπέδων κατάθλιψης (Börch-Supan et al., 2005; Beekman et al., 1999).

Η μεταβλητή EURODCAT προκύπτει από την EURO-D ως εξής: αν κάποιος ερωτώμενος έχει δηλώσει από 0 έως 3 συμπτώματα κατάθλιψης θεωρείται ότι δεν πάσχει από κατάθλιψη και κωδικοποιείται με 0 ενώ αν κάποιος έχει δηλώσει τουλάχιστον 4 συμπτώματα θεωρείται ότι υποφέρει από κατάθλιψη και κωδικοποιείται με 1. Αυτό το σημείο αποκοπής (κατώφλι) των τεσσάρων συμπτωμάτων έχει παρασχεθεί από την επιστημονική ομάδα του SHARE και έχει επικυρωθεί ψυχομετρικά από διάφορους σχετικούς κλινικούς δείκτες στην μελέτη

### 2.3 Παρουσίαση των δεδομένων και των μεταβλητών ενδιαφέροντος

EURODEP ενώ πολλές αναλύσεις έχουν δείξει επίσης ότι είναι κατάλληλο μέτρο για την εκτίμηση της κατάθλιψης (Castro-Costa et al., 2008, 2007; Dewey and Prince, 2005; Prince et al., 1999a, b).

Παρά το γεγονός ότι η διχοτόμηση της EURODCAT με αυτόν τον τρόπο υποστηρίζεται από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων του SHARE, ωστόσο, η εφαρμογή των μοντέλων έχει πραγματοποιηθεί και στην περίπτωση που το cut-off σημείο είναι +1/-1. Αναλυτικότερα, η εφαρμογή των μοντέλων πραγματοποιήθηκε στην περίπτωση που από 0 έως 4 συμπτώματα θεωρείται ότι κάποιος δεν υποφέρει από κατάθλιψη ενώ από 5 και άνω πάσχει και, αντίστοιχα, στην περίπτωση που οι ερωτώμενοι έχουν από 0 έως 2 συμπτώματα και άρα δεν πάσχουν από την νόσο ενώ από 3 και πάνω θεωρείται ότι έχουν προσβληθεί από αυτήν. Τα αποτελέσματα δεν είχαν σημαντικές διαφοροποιήσεις, γεγονός που ενίσχυσε την ευρωστία των συμπερασμάτων μας (robust estimates).

Οι ανεξάρτητες ή επεξηγηματικές μεταβλητές του μοντέλου διακρίνονται σε μεταβλητές της παιδικής ηλικίας (0-15 έτη ζωής), της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής (16-49 έτη ζωής) και της όψιμης ενήλικης ζωής (50 και άνω έτη ζωής). Αναλυτικότερα, οι μεταβλητές στην παιδική ηλικία είναι οι:

- *sl\_hs003\_new*, η οποία περιγράφει την κατάσταση της υγείας που θεωρεί ο ερωτώμενος ότι είχε στην παιδική του ηλικία. Είναι κατηγορική μεταβλητή και λαμβάνει τέσσερις τιμές (1: άριστη υγεία, 2: πολύ καλή και καλή υγεία, 3: μέτρια υγεία και 4: κακή υγεία ή πολύ διαφορετική υγεία από αυτή που θεωρούσε ο ερωτώμενος ότι θα έπρεπε να έχει). Αποτελεί σύμπτωση της μεταβλητής *sl\_hs003* (childhood health status) που έχει 6 κατηγορίες.

- *sl\_cs010\_new* η οποία είναι μεταβλητή που αντικατοπτρίζει τη γνωστική λειτουργία του ερωτώμενου στα Μαθηματικά στην ηλικία των 10 ετών συγκριτικά με τους συμμαθητές του. Είναι κατηγορική και λαμβάνει τέσσερις τιμές (1: πολύ καλύτερη, 2: καλύτερη, 3: περίπου η ίδια και 4: χειρότερα, πολύ χειρότερα και μη συγκρίσιμα). Αποτελεί σύμπτωση της μεταβλητής *sl\_cs010\_* (relative position to others when ten: mathematically) που έχει 6 κατηγορίες. Η συγχώνευση των κατηγοριών των μεταβλητών πραγματοποιείται επειδή σε κάποιες κατηγορίες υπάρχουν μικρές συχνότητες (De Vaus, 2002). Σαν αποτέλεσμα, αυτή η διαδικασία συχνά αυξάνει την αξιοπιστία της ανάλυσης (Linacre, 2002; Stone and Wright, 1994).

## 2.3 Παρουσίαση των δεδομένων και των μεταβλητών ενδιαφέροντος

- `sl_cs008_` (number of books at ten) η οποία είναι κοινωνικοοικονομική μεταβλητή και περιγράφει το πλήθος των βιβλίων που είχε ο ερωτώμενος στο σπίτι του όταν ήταν 10 χρόνων. Σύμφωνα με την βάση δεδομένων ορίζεται ως κατηγορική μεταβλητή με 5 κατηγορίες (1: καθόλου ή πολύ λίγα βιβλία, 2: ικανά να γεμίσουν ένα ράφι, δηλαδή 11-25 βιβλία, 3: αρκετά για να γεμίσουν μία βιβλιοθήκη, δηλαδή 26-100 βιβλία, 4: αρκετά για να γεμίσουν δύο βιβλιοθήκες, δηλαδή 101-200 βιβλία και 5: αρκετά για να γεμίσουν περισσότερες από δύο βιβλιοθήκες, δηλαδή περισσότερα από 200 βιβλία) και στα μοντέλα που εφαρμόστηκαν εισάγεται ως διακριτή μεταβλητή δεδομένου ότι είναι διατεταγμένη. Αποτελεί ένα μέτρο κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης των γονέων καθώς όσο αυξάνεται ο αριθμός των βιβλίων που έχει ο ερωτώμενος στο σπίτι του τόσο αυτό είναι ένδειξη υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης και φιλομάθειας των γονέων όπως και καλύτερης οικονομικής κατάστασης.

- `sl_hs045d2` (did parents drink heavily) η οποία είναι μεταβλητή που αναφέρεται σε δυσμενείς εμπειρίες – βιώματα που είχε το άτομο στα παιδικά του χρόνια. Είναι κατηγορική και δίτιμη (0: δεν επιλέχθη και 1: επιλέχθη).

- `sl_cs009_new_1` (occupation of main breadwinner) είναι κοινωνικοοικονομική μεταβλητή και περιγράφει το επάγγελμα του κυρίου μέλους που είχε αναλάβει την συντήρηση της οικογένειας όταν ο ερωτώμενος ήταν 10 ετών. Είναι κατηγορική μεταβλητή, δίτιμη και λαμβάνει τις τιμές 1: μη χειρωνακτικά επαγγέλματα και 2: χειρωνακτικά επαγγέλματα. Αποτελεί σύμπτυξη της μεταβλητής `sl_cs009_new` που είναι κατηγορική και λαμβάνει τέσσερις τιμές (1: ανώτερα επαγγέλματα, 2: υπάλληλοι υπηρεσιών και καταστημάτων, 3: εργάτες στην γεωργία ή αλιεία και 4: εργάτες, χειριστές μηχανών και κατώτερα επαγγέλματα) η οποία με την σειρά της είναι σύμπτυξη της μεταβλητής `sl_cs009` που λαμβάνει 11 τιμές (1: νομοθέτης, ανώτερος υπάλληλος ή διευθυντής, 2: επαγγελματίας, 3: τεχνικός ή βοηθός επαγγελματία, 4: υπάλληλος, 5: υπάλληλος σε υπηρεσία, κατάστημα ή υπάλληλος στην αγορά, 6: έμπειρος εργάτης στην γεωργία ή την αλιεία, 7: εργάτης στην βιοτεχνία ή σε συναφές εμπορικό επάγγελμα, 8: χειριστής εργοστασίου, μηχανής ή συναρμολογητής, 9: κατώτερα επαγγέλματα και 10: ένοπλες δυνάμεις).

Οι μεταβλητές που αναφέρονται στην πρόμη και μέση ενήλικη ζωή είναι οι παρακάτω:

### 2.3 Παρουσίαση των δεδομένων και των μεταβλητών ενδιαφέροντος

- sl\_gl005 (period of stress) η οποία αναφέρεται στην δυσμενή εμπειρία που έζησε μία περίοδο ο ερωτώμενος στην ενήλικη ζωή του να βιώσει στρες. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη (1: ναι και 5: όχι).

- sl\_gl008 (period of poor health) η οποία αναφέρεται στην δυσμενή εμπειρία που έζησε μία περίοδο ο ερωτώμενος στην ενήλικη ζωή του βιώνοντας κακή υγεία. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη (1: ναι και 5: όχι).

- sl\_gl011 (period of financial hardship) η οποία αναφέρεται στην δυσμενή εμπειρία που έζησε μία περίοδο ο ερωτώμενος στην ενήλικη ζωή του βιώνοντας οικονομική δυσχέρεια. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη (1: ναι και 5: όχι).

- sl\_gl014 (period of hunger) η οποία αναφέρεται στην δυσμενή εμπειρία που έζησε μία περίοδο ο ερωτώμενος στην ενήλικη ζωή του βιώνοντας πείνα. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη (1: ναι και 5: όχι).

- yedu\_new (educational attainment) η οποία αναφέρεται στα έτη εκπαίδευσης που έχει ολοκληρώσει ο ερωτώμενος. Είναι κατηγορική μεταβλητή και λαμβάνει τις τιμές 1: 0-6 χρόνια εκπαίδευσης δηλαδή καλύπτει την βασική εκπαίδευση, 2: 7-12 έτη εκπαίδευσης δηλαδή καλύπτει την μέση εκπαίδευση και 3: 13+ χρόνια εκπαίδευσης δηλαδή καλύπτει την ανώτερη και ανώτατη εκπαίδευση.

Οι μεταβλητές που αναφέρονται στην όψιμη ενήλικη ζωή είναι οι ακόλουθες:

- symptoms (2+ symptoms-w2 version) είναι μεταβλητή υγείας και αναφέρεται στον αριθμό των συμπτωμάτων που βιώνει ο ερωτώμενος τους τελευταίους 6 μήνες, συμπεριλαμβανομένου πόνου στη μέση ή τα γόνατα, καρδιακά προβλήματα, δύσπνοια, επίμονο βήχα, πρησμένα πόδια, προβλήματα ύπνου, πτώσεις, ζάλη, ακράτεια και κόπωση. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη (0: ο ερωτώμενος έχει λιγότερα από δύο από τα προαναφερθέντα συμπτώματα για τους τελευταίους 6 μήνες και 1: ο ερωτώμενος έχει 2 ή περισσότερα από τα προαναφερθέντα συμπτώματα για τους τελευταίους 6 μήνες).

- sphus (self-perceived health-us version) είναι μεταβλητή υγείας και περιγράφει την αυτοαναφερόμενη υγεία. Είναι κατηγορική μεταβλητή και λαμβάνει 5 τιμές (1: άριστη, 2: πολύ καλή, 3: καλή, 4: μέτρια και 5: κακή).

## 2.4 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών ενδιαφέροντος

- orienti (orientation to date, month, year and day of week) είναι μεταβλητή γνωστικής λειτουργίας και αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να προσδιορίζει την ημερομηνία, τον μήνα, το έτος και την ημέρα της εβδομάδας. Είναι διακριτή μεταβλητή με τιμές από 0: κακός προσανατολισμός έως 4: πολύ καλός προσανατολισμός.

- fdistress (household able to make ends meet) είναι οικονομική μεταβλητή που περιγράφει αν το νοικοκυριό στο οποίο ανήκει ο ερωτώμενος καταφέρνει να ανταποκριθεί στις οικονομικές απαιτήσεις της ζωής. Είναι κατηγορική μεταβλητή και λαμβάνει 4 τιμές (1: με μεγάλη δυσκολία, 2: με κάποια δυσκολία, 3: αρκετά εύκολα, 4: εύκολα).

- partnerinhh (partner in household) είναι δημογραφική μεταβλητή και περιγράφει αν ο ερωτώμενος ζει με τον/την σύντροφο του ή μόνος του. Είναι κατηγορική και δίτιμη μεταβλητή (1: ζει με τον/την σύντροφο και 3: ζει μόνος).

Οι δύο επόμενες μεταβλητές είναι δημογραφικές και συγκεκριμένα οι

- age\_int (age of respondent at the time of interview) που αναφέρεται στην ηλικία των ερωτώμενων την στιγμή της συνέντευξης. Είναι διακριτή μεταβλητή με τιμές από 50 μέχρι 100.

- country\_new που αναφέρεται στην χώρα προέλευσης του ερωτώμενου και η Ελλάδα έχει οριστεί ως κατηγορία αναφοράς. Είναι κατηγορική μεταβλητή και λαμβάνει 14 τιμές.

## 2.4 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών ενδιαφέροντος

Στους πίνακες που ακολουθούν φαίνονται οι σχετικές συχνότητες για τις κατηγορικές μεταβλητές και οι τιμές της διαμέσου για τις διακριτές μεταβλητές.

**Πίνακας 2.3** Πλήθος ερωτώμενων και ποσοστά κατάθλιψης κατά χώρα.

Country	Frequencies	Percent	eurodcat (yes)
Greece	2560	11.0%	16.8%
Germany	1633	7.0%	17.3%
Sweden	1547	6.6%	14.5%
Netherlands	1755	7.5%	16.9%
Spain	1661	7.1%	32.3%
Italy	2232	9.6%	32.2%
France	1857	8.0%	29.9%
Denmark	1870	8.0%	15.6%
Austria	752	3.2%	18.0%

## 2.4 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών ενδιαφέροντος

Switzerland	1168	5.0%	15.4%
Belgium	2418	10.4%	24.9%
Czech Republic	1635	7.0%	20.1%
Poland	1579	6.8%	48.3%
Ireland	621	2.7%	18.5%
<b>Total</b>	<b>23288</b>	<b>100.0%</b>	<b>23.4%</b>

Πίνακας 2.4 Ποσοστά και διάμεσες τιμές (<sup>d</sup>) για τις μεταβλητές της παιδικής ηλικίας.

Μεταβλητές στην παιδική ηλικία	Percent
Age_int	65.0 <sup>d</sup>
Childhood health status (sl_hs003_new)	
Excellent	36.3%
Very Good and Good	<b>55.6%</b>
Fair	5.6%
Poor and Health varied a great deal	2.5%
Relative position in Maths (sl_cs010_new)	
Much better	10.3%
Better	23.9%
About the same	<b>49.5%</b>
Worse, much worse and non applicable	16.4%
Number of books at ten (sl_cs008_)	<b>2.0<sup>d</sup></b>
Did parents: drink heavily (sl_hs045d2)	
No	91.6%
Yes	<b>8.4%</b>
Occupation of the main breadwinner (sl_cs009_new_1)	
Manual occupations	<b>72.5%</b>
Non manual occupations	27.5%

Πίνακας 2.5 Ποσοστά για τις μεταβλητές της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής.

Μεταβλητές στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή	Percent
Period of stress (sl_gl005_)	
No	48.9%
Yes	<b>51.1%</b>
Period of poor health (sl_gl008_)	
No	58.9%
Yes	<b>41.1%</b>
Period of financial hardship (sl_gl011_)	
No	67.2%
Yes	<b>32.8%</b>
Period of hunger (sl_gl014_)	
No	92.3%
Yes	<b>7.7%</b>
Educational attainment (yedu_new)	
13+years	<b>30.7%</b>
0-6 years	18.6%
7-12 years	<b>50.7%</b>



## 2.4 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών ενδιαφέροντος

**Πίνακας 2.6** Ποσοστά και διάμεσες τιμές (<sup>d</sup>) για τις μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή.

Μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή	Percent
Symptoms	
Less than two symptoms	58.5%
2+ symptoms	<b>41.5%</b>
Self-perceived health <b>(sphus)</b>	
Excellent	9.7%
Very Good	<b>19.7%</b>
Good	<b>38.2%</b>
Fair	24.0%
Poor	8.4%
Orientation to date, month, year and day of week <b>(orienti)</b>	<b>4.0<sup>d</sup></b>
Household able to make ends meet <b>(fdistress)</b>	
Easily	<b>27.3%</b>
With great difficulty	<b>11.5%</b>
With some difficulty	28.0%
Fairly easily	<b>33.2%</b>
Partner in household <b>(partnerinh)</b>	
Living with a partner	<b>73.5%</b>
Living as as single	<b>26.5%</b>

Από τον Πίνακα 2.3 φαίνεται ότι το 23.4% των ερωτώμενων πάσχει από κατάθλιψη ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό εντοπίζεται στην Πολωνία (48.3%) και με μεγάλη διαφορά από τις άλλες χώρες. Υψηλά είναι τα ποσοστά κατάθλιψης για την Ισπανία, την Ιταλία και την Γαλλία (32.3%, 32.2% και 29.9%). Οι χώρες της Ιρλανδίας και της Αυστρίας έχουν μέτρια ποσοστά αναφορικά με την καταθλιπτική διαταραχή (18.5% και 18.0%) αν και ωστόσο έχουν και τα μικρότερα δείγματα (621 και 752 ερωτώμενοι αντίστοιχα). Στην Ελλάδα το 16.8% των ατόμων υποφέρουν από την νόσο ενώ η Σουηδία είναι η χώρα με το μικρότερο ποσοστό κατάθλιψης, ίσο με 14.5%. Συνολικά, από τους 23288 ερωτώμενους του δείγματος οι μισοί είναι κάτω των 65 ετών και οι υπόλοιποι άνω των 65 ετών. Επιπρόσθετα, η μέση ηλικία κατάθλιψης για τους ερωτώμενους είναι η ηλικία των 67 ετών.

Σχετικά με τις μεταβλητές στην παιδική ηλικία (Πίνακας 2.4), το 55.6% δηλώνει ότι σαν παιδιά είχαν πολύ καλή και καλή υγεία καθώς και ότι οι επιδόσεις τους στα Μαθηματικά ήταν περίπου ίδιες με τους άλλους συμμαθητές τους. Το πλήθος των βιβλίων που είχαν στην ηλικία των 10 για τον μισό πληθυσμό του δείγματος αντιστοιχεί στην κατηγορία 2, συνεπώς οι 11644 ερωτώμενοι είχαν 11-25 βιβλία, ικανά για να γεμίσουν ένα ράφι. Σχετικά με τις δυσμενείς εμπειρίες των ατόμων στην παιδική ηλικία μόνο το 8.4% δήλωσαν ότι οι γονείς τους έπιναν πολύ ενώ όσον αφορά στο επάγγελμα των γονέων τους το 72.5% ισχυρίστηκε ότι οι γονείς τους απασχολούνταν σε χειρωνακτικά επαγγέλματα.

## 2.5 Διαγραμματική απεικόνιση των μεταβλητών ενδιαφέροντος

Αναφορικά με τις μεταβλητές στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (Πίνακας 2.5), ιδιαίτερα υψηλά είναι τα ποσοστά των ατόμων που βίωσαν στρες στην ζωή τους καθώς και κακή υγεία, ίσα με 51.1% και 41.1% αντίστοιχα. Παρόλα αυτά δεν είναι μικρό και το ποσοστό των ερωτώμενων που αντιμετώπισαν μία περίοδο έντονων οικονομικών δυσκολιών (32.8%). Το μόνο ποσοστό που κάνει την ανατροπή και έχει χαμηλή τιμή αναφέρεται στα άτομα που βίωσαν πείνα στην ζωή τους και ισούται με 7.7%. Συγκριτικά με τα έτη εκπαίδευσης, οι μισοί ερωτώμενοι (ποσοστό ίσο με 50.7%) έχουν 7-12 έτη εκπαίδευσης, δηλαδή την μέση εκπαίδευση, ενώ δεν είναι ιδιαίτερα μικρό και το ποσοστό των ατόμων που έχουν ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση με 13 και επιπλέον χρόνια (ποσοστό ίσο με 30.7%).

Ολοκληρώνοντας την περιγραφική ανάλυση με τις μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή (Πίνακας 2.7), το 41.5% του πληθυσμού παρουσιάζει τους τελευταίους 6 μήνες τουλάχιστον δύο από τα προαναφερθέντα συμπτώματα (symptoms). Πολύ καλή και καλή υγεία την τρέχουσα περίοδο έχουν το 19.7% και το 38.2% του δείγματος αντίστοιχα καθώς και πολύ καλό προσανατολισμό στο χρόνο βάσει της γνωστικής μεταβλητής orienti έχει το μισό δείγμα (διάμεση τιμή 4). Από οικονομικής άποψης, καλά και αρκετά καλά τα καταφέρνει το 27.3% και το 33.2% του πληθυσμού αντίστοιχα ενώ το 11.5% συναντάει μεγάλες δυσκολίες. Τέλος, το 73.5% των ερωτώμενων διαμένουν με τον σύντροφο-σύζυγο τους ενώ το υπόλοιπο 26.5% μένουν μόνοι.

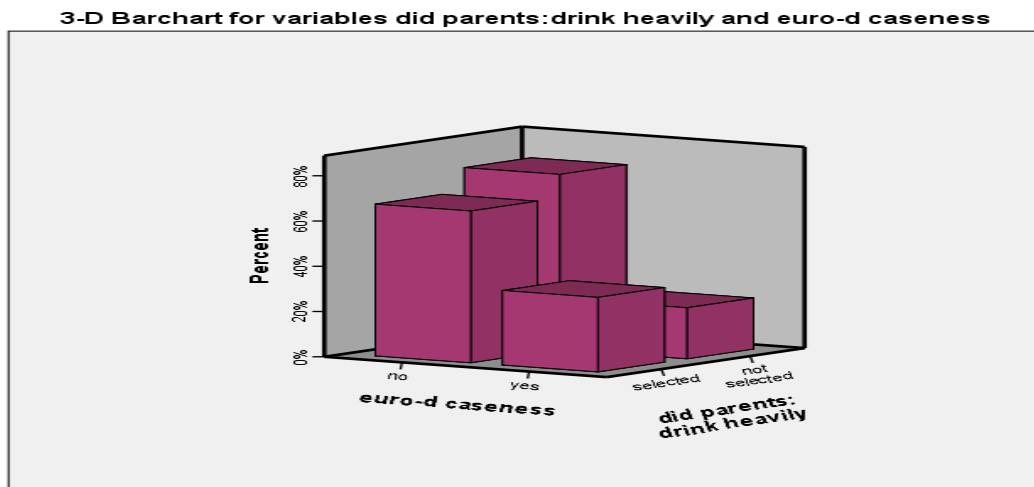
## 2.5 Διαγραμματική απεικόνιση των μεταβλητών ενδιαφέροντος

Στην συνέχεια φαίνεται με την χρήση ραβδογραμμάτων η διαγραμματική απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη με κάποιες βασικές μεταβλητές όπως αν οι γονείς των ερωτώμενων ήταν αλκοολικοί, τα έτη εκπαίδευσης των ερωτώμενων, αν πάσχουν από 2 ή παραπάνω σωματικά συμπτώματα και αν το νοικοκυριό καταφέρνει να τα φέρει σε πέρας.

Όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε κοιτώντας το τρισδιάστατο ραβδόγραμμα (Διάγραμμα 2.1), είναι εμφανές ότι όσοι ερωτώμενοι από το δείγμα είχαν γονείς που ήταν αλκοολικοί παρουσίασαν αυξημένη κατάθλιψη συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

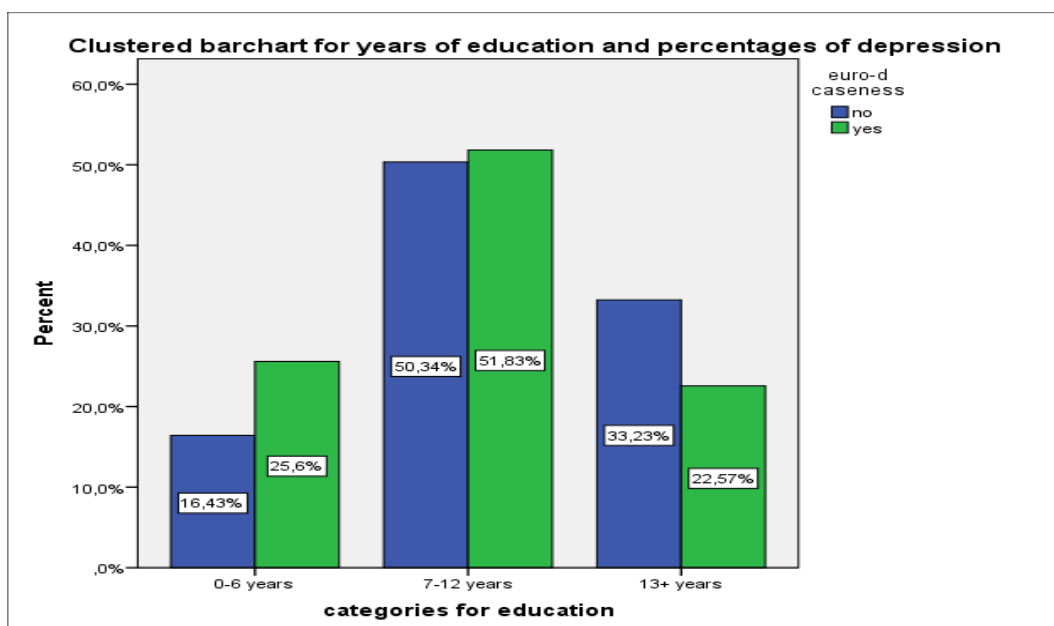
## 2.5 Διαγραμματική απεικόνιση των μεταβλητών ενδιαφέροντος

**Διάγραμμα 2.1** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και είχαν αλκοολικούς γονείς.



Τα έτη εκπαίδευσης των ατόμων είναι δηλωτικά της καλύτερης ψυχικής υγείας που έχουν. Σε άτομα με 0-6 έτη εκπαίδευσης που παρουσιάζουν χαμηλή παιδεία το ποσοστό των ατόμων με κατάθλιψη είναι εμφανώς μεγαλύτερο ενώ για όσους έχουν 7-12 έτη εκπαίδευσης τα ποσοστά των ερωτώμενων με κακή και καλή ψυχική υγεία είναι σχεδόν ίδια. Όσοι έχουν 13+ έτη εκπαίδευσης, συνεπώς και υψηλή παιδεία παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Το αντίστοιχο διάγραμμα φαίνεται παρακάτω.

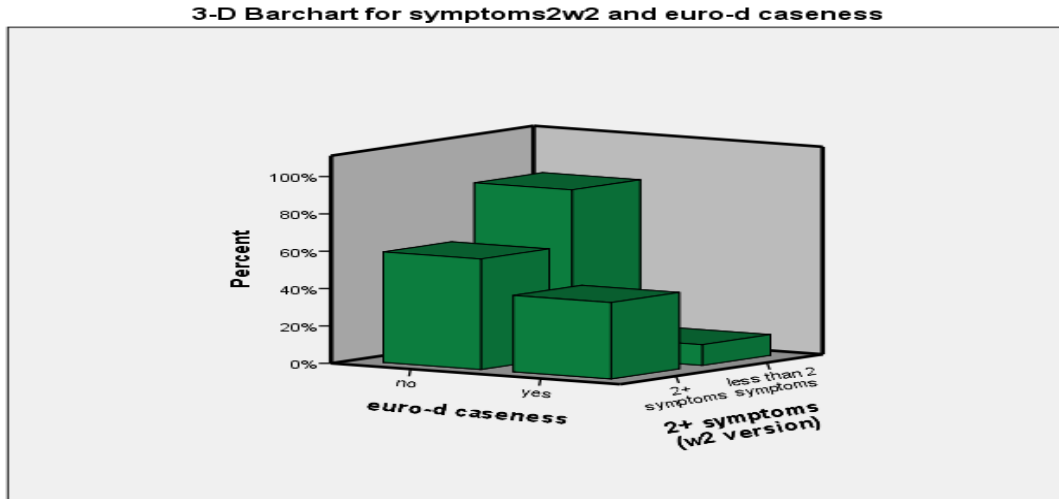
**Διάγραμμα 2.2** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη με βάση το μορφωτικό τους επίπεδο.



## 2.5 Διαγραμματική απεικόνιση των μεταβλητών ενδιαφέροντος

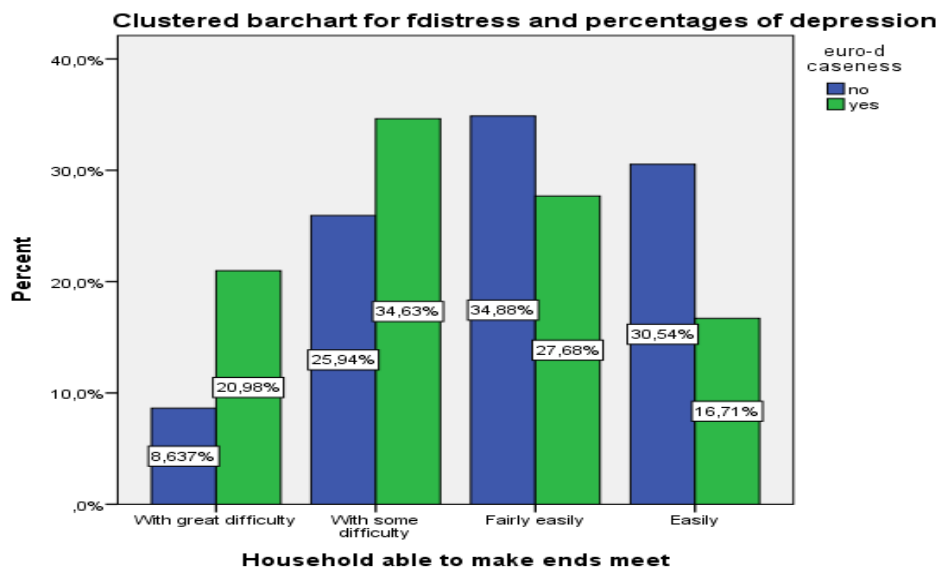
Ο αυξημένος αριθμός των σωματικών συμπτωμάτων επιφέρει κακή ψυχική υγεία στα άτομα όπως μπορούμε να δούμε στην συνέχεια.

**Διάγραμμα 2.3** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και υποφέρουν από τουλάχιστον 2 σωματικά συμπτώματα στην όψιμη ενήλικη ζωή τους.



Τέλος, από το διάγραμμα που ακολουθεί είναι εμφανές ότι οι ερωτώμενοι που ανήκουν σε νοικοκυριά που αντιμετωπίζουν πολλές οικονομικές δυσκολίες έχουν και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ενώ όταν το νοικοκυριό τα βγάζει πέρα εύκολα ή αρκετά εύκολα τα αντίστοιχα ποσοστά μειώνονται αισθητά.

**Διάγραμμα 2.4** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και του τρόπου με τον οποίο ανταποκρίνονται στις οικονομικές απαιτήσεις.



## 2.6 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

### 2.6 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Μας ενδιαφέρει να εκτιμήσουμε την επίδραση των παραπάνω μεταβλητών στην μεταβλητή EURODCAT μέσα από το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης. Ουσιαστικά, θέλουμε να υπολογίσουμε τις πιθανότητες που μας δίνει κάθε επεξηγηματικός παράγοντας να υπάρχει το χαρακτηριστικό της κατάθλιψης στον πληθυσμό που μελετάμε. Εφαρμόστηκε το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης σε τρία διαδοχικά στάδια εισαγωγής μεταβλητών χρησιμοποιώντας τη μέθοδο enter (και όχι κάποια stepwise μέθοδο), ώστε να παραμείνουν μέσα στο μοντέλο και οι στατιστικά μη σημαντικές μεταβλητές, οι οποίες είναι βασικές σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει τους παράγοντες που αναφέρονται στην παιδική ηλικία και μπορούν να επιφέρουν κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή καθώς και τους δημογραφικούς παράγοντες της ηλικίας και της χώρας προέλευσης. Στο δεύτερο στάδιο εισάγονται επιπρόσθετα δυσμενείς εμπειρίες – βιώματα από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή καθώς και το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων που μπορούν να επηρεάσουν την κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή ή μπορεί να μετριάσουν την συσχέτιση ανάμεσα στους παράγοντες της παιδικής ηλικίας και της κατάθλιψης. Το τρίτο στάδιο περιλαμβάνει επιπλέον παράγοντες υγείας, γνωστικής λειτουργίας καθώς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που αναφέρονται στην όψιμη ενήλικη ζωή και που μπορεί να σχετίζονται με την κατάθλιψη.

Ειδικότερα, στο τρίτο στάδιο φαίνεται ποιοι παράγοντες παραμένουν σημαντικοί στον προσδιορισμό της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή από την παιδική ηλικία μέχρι σήμερα. Το κριτήριο εισαγωγής των μεταβλητών στα μοντέλα είναι ο χρόνος που εμφανίζονται στην ζωή των ερωτώμενων και συνιστούν μια χρονική διαμέριση των γεγονότων της ζωής τους.

Οι υπολογισμοί έχουν γίνει με το πρόγραμμα SPSS, έκδοση 20. Η καλή προσαρμογή των μοντέλων ελέγχθηκε με βάση τους πίνακες ταξινόμησης που δείχνουν το ποσοστό των περιπτώσεων της εξαρτημένης μεταβλητής που προβλέφθηκαν σωστά από το μοντέλο (Agresti, 1996). Επιπλέον, παρατίθενται αποτελέσματα από το  $R^2$  του Nagelkerke και τιμές από το Hosmer and Lemeshow τεστ. Για όλα τα μοντέλα η στατιστική ανάλυση έδειξε καλή προσαρμογή.

## 2.6 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Στους Πίνακες 2.7, 2.8, 2.9 και 2.10 φαίνονται οι λόγοι σχετικών πιθανοτήτων (odds ratios) και τα διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μεταβλητές στα τρία στάδια εισαγωγής (μοντέλα 1,2 και 3 αντίστοιχα). Η απόφαση για την σημαντικότητα των μεταβλητών ελέγχεται κατόπιν σύγκρισης της p-τιμής (p-value) κάθε μεταβλητής με το επιλεγμένο επίπεδο σημαντικότητας που μπορεί να ισούται με 1%, 5% ή και 10%. Ειδικότερα, στις κατηγορικές μεταβλητές δηλώνεται ποιο επίπεδο της μεταβλητής έχει επιλεγεί ως κατηγορία αναφοράς.

**Πίνακας 2.7** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τις δημογραφικές μεταβλητές: σύνολο δείγματος (N=23288).

Demographic Variables	Model 1	Model 2	Model 3
age_int	1.014*** (1.011 1.017)	1.011*** (1.007 1.014)	0.987*** (0.983 0.992)
Country			
Greece (ref. cat.)	1	1	1
Germany	1.035 (0.872 1.229)	0.977 (0.813 1.174)	0.927 (0.759 1.132)
Sweden	0.943 (0.786 1.131)	0.928 (0.766 1.124)	1.081 (0.877 1.332)
Netherlands	1.064 (0.899 1.258)	1.096 (0.917 1.309)	1.246** (1.024 1.515)
Spain	1.975*** (1.699 2.295)	1.884*** (1.614 2.199)	1.701*** (1.436 2.015)
Italy	2.254*** (1.962 2.589)	2.054*** (1.781 2.370)	1.79*** (1.532 2.090)
France	1.994*** (1.719 2.312)	1.824*** (1.553 2.141)	1.823*** (1.530 2.171)
Denmark	1.063 (0.897 1.259)	1.145 (0.954 1.374)	1.249** (1.021 1.528)
Austria	1.004 (0.807 1.248)	0.892 (0.712 1.117)	0.932 (0.731 1.189)
Switzerland	0.912 (0.749 1.109)	0.876 (0.715 1.074)	1.241 (0.995 1.547)
Belgium	1.687*** (1.462 1.947)	1.669*** (1.429 1.950)	1.635*** (1.379 1.938)
Czech Republic	1.334*** (1.130 1.574)	1.552*** (1.301 1.851)	0.929 (0.767 1.125)
Poland	4.701*** (4.057 5.448)	4.674*** (3.990 5.475)	2.375*** (1.995 2.826)
Ireland	1.195 (0.948 1.507)	1.354** (1.063 1.726)	1.489*** (1.141 1.944)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Ο παράγοντας της ηλικίας αν και είναι σημαντική μεταβλητή προσδίδει ανεπαίσθητη αύξηση ή μείωση στα επίπεδα της κατάθλιψης των ερωτώμενων. Για την μεταβλητή που

## 2.6 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

αντιπροσωπεύει τις χώρες έχει επιλεγεί η Ελλάδα ως κατηγορία αναφοράς, συνεπώς όλες οι χώρες θα συγκριθούν με την Ελλάδα ως προς τα επίπεδα κατάθλιψης που παρουσιάζουν. Η Γερμανία, η Σουηδία, η Αυστρία και η Ελβετία παρουσιάζουν ίδια συμπεριφορά με την Ελλάδα στο κομμάτι της κατάθλιψης και στα τρία μοντέλα (παιδικής ηλικίας – πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής – όψιμης ενήλικης ζωής). Η Ολλανδία και η Δανία παρουσιάζουν ίδια συμπεριφορά με την Ελλάδα μόνο στα μοντέλα της παιδικής ηλικίας και της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής ενώ με βάση το μοντέλο της όψιμης ενήλικης ζωής οι εν λόγω χώρες έχουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης σχεδόν κατά 25% σε σχέση με την Ελλάδα. Η Πολωνία έχει σχεδόν πενταπλάσιες σχετικές πιθανότητες (odds) εμφάνισης κατάθλιψης στα μοντέλα 1 και 2 συγκριτικά με την Ελλάδα και μεγαλύτερο odds ratio κατά 1.375 στο μοντέλο 3. Αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης στην παιδική ηλικία παρουσιάζουν επίσης η Ιταλία, η Ισπανία και η Γαλλία συγκρινόμενες με την Ελλάδα. Παρόμοια είναι η εικόνα και στα μοντέλα 2 και 3.

**Πίνακας 2.8** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην παιδική ηλικία (N=23288).

Total Sample	Model 1	Model 2	Model 3
Childhood health status (sl_hs003_new)			
Excellent (ref. cat.)	1	1	1
Very Good and Good	1.250*** (1.164 1.342)	1.202*** (1.117 1.292)	1.094** (1.011 1.184)
Fair	2.060*** (1.802 2.355)	1.724*** (1.503 1.977)	1.35*** (1.163 1.567)
Poor and Health varied a great deal	1.976*** (1.638 2.384)	1.54*** (1.271 1.865)	1.135 (0.918 1.402)
Relative position in Maths (sl_cs010_new)			
Much better (ref. cat.)	1	1	1
Better	1.185*** (1.040 1.349)	1.213*** (1.063 1.385)	1.208*** (1.048 1.393)
About the same	1.390*** (1.232 1.567)	1.410*** (1.247 1.595)	1.345*** (1.178 1.536)
Worse, much worse and non applicable	2.074*** (1.814 2.370)	1.919*** (1.671 2.203)	1.635*** (1.408 1.898)
Number of books at ten (sl_cs008_)	0.927*** (0.897 0.958)	0.933*** (0.901 0.966)	0.967 (0.932 1.004)
Did parents: drink heavily (sl_hs045d2)			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	1.582*** (1.424 1.756)	1.406*** (1.263 1.566)	1.301*** (1.158 1.463)
Occupation of main breadwinner (sl_cs009_new_1)			

## 2.6 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Manual occupations (ref. cat.)	1	1	1
Non manual occupations	0.985	1.012	1.063
	(0.909 1.067)	(0.932 1.100)	(0.972 1.162)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Η εφαρμογή του μοντέλου 1 (Πίνακας 2.8) δείχνει ότι όλοι οι παράγοντες στην παιδική ηλικία είναι στατιστικά σημαντικοί σε επίπεδο 1%. Οι ερωτώμενοι που έχουν δηλώσει ότι στα παιδικά τους χρόνια είχαν πολύ καλή ή καλή υγεία έχουν 25% περισσότερες σχετικές πιθανότητες να αποκτήσουν κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή τους σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν ότι είχαν άριστη υγεία σαν παιδιά. Οι πιθανότητες αυξάνονται ιδιαίτερα όταν κάποιος ερωτώμενος έχει δηλώσει μέτρια ή κακή υγεία. Το odds αυτών των ατόμων να υποφέρουν από κατάθλιψη στο απώτερο μέλλον είναι σχεδόν διπλάσιο συγκριτικά με τους ερωτώμενους που είχαν εξαιρετική υγεία σαν παιδιά.

Η σχετική ικανότητα στα Μαθηματικά αποδεικνύει την ευστροφία και την συνδυαστική ικανότητα των παιδιών. Ένας ερωτώμενος που είχε καλύτερες επιδόσεις από τους άλλους συμμαθητές του στα Μαθηματικά έχει 18.5% περισσότερες σχετικές πιθανότητες να νοσήσει από κατάθλιψη στην οψιμη ενήλικη ζωή συγκριτικά με κάποιον που έχει πολύ καλύτερες επιδόσεις. Και σε αυτήν την μεταβλητή το odds ratio αυξάνεται κατά πολύ σε άτομα με χειρότερες ή πολύ χειρότερες επιδόσεις. Ο αριθμός των βιβλίων που είχε ο ερωτώμενος στην βιβλιοθήκη της οικείας του στην ηλικία των 10 ετών επιδεικνύει προστατευτικό ρόλο καθώς θεωρείται παράγοντας καλύτερης οικονομικής κατάστασης των γονέων και αυξημένου μορφωτικού επιπέδου. Παρατηρούμε ότι το αντίστοιχο odds ratio ισούται με 0.927, συνεπώς η αύξηση του πλήθους των βιβλίων συνδέεται με  $1-0.927=0.073=7.3\%$  λιγότερες σχετικές πιθανότητες να αποκτήσει κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή του.

Παράγοντες που αφορούν στις συνθήκες του οικογενειακού περιβάλλοντος των ερωτώμενων, όπως το αν οι γονείς τους έπιναν πολύ, δείχνουν να επηρεάζουν αρκετά το ενδεχόμενο της κατάθλιψης σε πολύ μεγάλες ηλικίες με μία αύξηση της τάξης του 58.2% των σχετικών πιθανοτήτων. Τέλος, το επάγγελμα των γονέων των ερωτώμενων δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντικό για το μοντέλο 1. Συνεπώς αν οι γονείς ασκούσαν κάποιο χειρωνακτικό ή μη χειρωνακτικό επάγγελμα δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα αύξησης ή μείωσης των επιπέδων της κατάθλιψης σε μελλοντική ηλικία.

Η εισαγωγή των μεταβλητών στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή στο μοντέλο 2 (Πίνακας 2.9) δεν επηρεάζει την σημαντικότητα των μεταβλητών της παιδικής ηλικίας, ωστόσο, για



## 2.6 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

ορισμένες από αυτές το σχετικό μέγεθος της επίδρασης μειώνεται. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι οι κατηγορίες που αναφέρονται στην υγεία της παιδικής ηλικίας. Εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι κάποιος με μέτρια υγεία σαν παιδί έχει 72.4% περισσότερες σχετικές πιθανότητες να εκδηλώσει κατάθλιψη στην ύστερη ζωή του ενώ κάποιος με κακή υγεία έχει 54% αυξημένες σχετικές πιθανότητες σε σχέση με τους ερωτώμενους που είχαν άριστη υγεία σαν παιδιά. Επίσης, μία μείωση στο odds ratio έχει υποστεί και η μεταβλητή που δηλώνει αν οι γονείς έπιναν πολύ (odds ratio=1.406). Τα επιμέρους odds ratios για τις μεταβλητές της σχετικής επίδοσης των ερωτώμενων στα Μαθηματικά και για τον αριθμό των βιβλίων των ερωτώμενων στην ηλικία των 10 παραμένουν στα ίδια επίπεδα συγκριτικά με το πρώτο μοντέλο, χωρίς αξιόλογη μεταβολή, ενώ ίδιο είναι και το συμπέρασμα για το επάγγελμα των γονέων των ερωτώμενων, που παραμένει στατιστικά μη σημαντικό αφήνοντας ανέπαφη την επίδραση της μεταβλητής πάνω στη κατάθλιψη σε μελλοντική ηλικία.

Η εισαγωγή των μεταβλητών που αναφέρονται στην όψιμη ενήλικη ζωή με βάση το μοντέλο 3 (Πίνακας 2.10) αποσαφηνίζει την εικόνα για τους παράγοντες στην παιδική ηλικία. Η μεταβλητή της υγείας που έχει δηλώσει ο ερωτώμενος σαν παιδί έχει αποδυναμωθεί αρκετά (odds ratio=1.35 μόνο για την κατηγορία της μέτριας υγείας) και επίσης, εκτός από το επάγγελμα των γονέων τώρα και ο αριθμός των βιβλίων στην ηλικία των 10 ετών αποδεικνύεται στατιστικά μη σημαντική μεταβλητή. Οι μεταβλητές που διατηρούν την σημαντικότητα τους σε επίπεδο 1% είναι αυτές που αναφέρονται στις σχετικές επιδόσεις των ερωτώμενων στα Μαθηματικά καθώς και στο αν οι γονείς έπιναν πολύ. Όπως φαίνεται από το μοντέλο 3, οι τιμές των odds ratios για αυτούς τους δύο παράγοντες είναι υψηλότερες συγκριτικά με την πλειοψηφία των παραγόντων που καλύπτουν την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή.

**Πίνακας 2.9** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (N=23288).

Total Sample			
	Model 1	Model 2	Model 3
Period of stress (sl_g1005_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.555***	1.550***
		(1.449 1.668)	(1.436 1.673)
Period of poor health (sl_g1008_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.805***	1.115***

## 2.6 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

		(1.688 1.930)	(1.034 1.202)
Period of finan. hard. (sl_gl011_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.321***	1.137***
		(1.232 1.416)	(1.053 1.228)
Period of hunger (sl_gl014_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.196***	1.114
		(1.066 1.342)	(0.983 1.263)
Educational attainment (yedu_new)			
13+years (ref. cat.)		1	1
0-6 years		1.606***	1.134
		(1.423 1.812)	(0.993 1.295)
7-12 years		1.170***	0.949
		(1.073 1.274)	(0.865 1.041)

\*\*\* p-value<0.01

Οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο μοντέλο 2 αποδεικνύονται όλες στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 1%. Από τις δυσμενείς εμπειρίες που είχαν οι ερωτώμενοι στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή τους υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σχετίζονται με το στρες και την κακή υγεία. Ερωτώμενοι που έχουν βιώσει μία περίοδο στρες έχουν 55.5% περισσότερες σχετικές πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή τους ενώ όσοι έχουν βιώσει μία περίοδο όπου η υγεία τους στην παρελθούσα ενήλικη ζωή τους ήταν κακή παρουσιάζουν 80.5% αυξημένες σχετικές πιθανότητες να αποκτήσουν κατάθλιψη.

Η δυσμενής περίοδος των οικονομικών δυσκολιών κάποια στιγμή στην ζωή των ατόμων αυξάνει το ενδεχόμενο μελλοντικής κατάθλιψης σε μέτριο βαθμό, σχεδόν κατά 32% ενώ το βίωμα της πείνας το αυξάνει σχεδόν κατά 20%. Η εκπαίδευση λειτουργεί σαν ανασταλτικός παράγοντας της κατάθλιψης με μεγάλες διαφορές ανάμεσα στα επίπεδα εκπαίδευσης. Ερωτώμενοι με 0-6 χρόνια εκπαίδευσης έχουν 60.6% περισσότερες σχετικές πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης σε σχέση με άτομα που έχουν 13 και περισσότερα έτη εκπαίδευσης ενώ όσοι έχουν 7-12 χρόνια εκπαίδευσης μειώνουν τις συγκεκριμένες πιθανότητες στο 17%.

Η εισαγωγή των μεταβλητών της όψιμης ενήλικης ζωής στο μοντέλο 3 δείχνει ότι μόνο τα βιώματα του στρες, της κακής υγείας και των οικονομικών δυσκολιών είναι στατιστικά σημαντικά για την εμφάνιση κατάθλιψης. Η εμπειρία του στρες δίνει ακριβώς το ίδιο αριθμητικό αποτέλεσμα με το μοντέλο 2 (odds ratio=1.55) ενώ οι επιδράσεις της κακής υγείας και των οικονομικών δυσκολιών έχουν μειωθεί αισθητά κοιτώντας τους συντελεστές του μοντέλου 2 καθώς οι αντίστοιχες αυξήσεις στις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της

## 2.6 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

κατάθλιψης ανέρχονται μόνο στο 11.5% και 13.7%. Το βίωμα της πείνας φαίνεται να μην επηρεάζει πλέον τους ερωτώμενους στο μοντέλο 3 και προκύπτει στατιστικά μη σημαντικό. Ίδιο είναι και το συμπέρασμα για τα επίπεδα εκπαίδευσης, γεγονός που προκαλεί κάποια έκπληξη, καθώς τα αποτελέσματα δείχνουν ότι άτομα με 0-6 και 7-12 αντίστοιχα έτη εκπαίδευσης, δηλαδή κατώτερη και μέτρια εκπαίδευση, δεν έχουν σημαντική διαφορά σε σχέση με τα άτομα με 13 και πλέον χρόνια εκπαίδευσης.

**Πίνακας 2.10** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή (N=23288).

Total Sample	Model 1	Model 2	Model 3
Symptoms			
Less than two symptoms (ref. cat.)			1
2+ symptoms			3.026*** (2.801 3.269)
Self-perceived health ( <b>sphus</b> )			
Excellent (ref. cat.)			1
Very Good			1.329*** (1.087 1.625)
Good			1.91*** (1.585 2.303)
Fair			3.466*** (2.857 4.203)
Poor			8.173*** (6.592 10.133)
Orientation to date, month, year and day of week ( <b>orienti</b> )			0.762*** (0.711 0.817)
Household able to make ends meet ( <b>fdistress</b> )			
Easily (ref. cat.)			1
With great difficulty			1.881*** (1.646 2.150)
With some difficulty			1.416*** (1.269 1.579)
Fairly easily			1.165*** (1.052 1.290)
Partner in household ( <b>partnerinhh</b> )			
Living with a spouse (ref. cat.)			1
Living as as single			1.394*** (1.287 1.509)

\*\*\* p-value<0.01

## 2.6 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Οι μεταβλητές που εισάγονται στο μοντέλο 3 δείχνουν ότι όλοι οι παράγοντες της όψιμης ενήλικης ζωής των ερωτώμενων παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την κατάθλιψη σε επίπεδο 1%. Πολύ υψηλό είναι το odds ratio για την μεταβλητή που συνδέεται με τα συμπτώματα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ερωτώμενοι που έχουν 2 κατ' ελάχιστο από τα συμπτώματα που περιγράψαμε στην αρχή του κεφαλαίου έχουν 2.026 φορές μεγαλύτερο odds να έχουν κατάθλιψη σε μεταγενέστερη ηλικία σε σχέση με άτομα με 0 ή 1 συμπτώματα. Ιδιαίτερα αυξημένα είναι και τα odds ratios για την μεταβλητή της αυτοαναφερόμενης υγείας. Όσοι δηλώνουν μέτρια ή κακή υγεία έχουν κατά 2.466 και 7.173 φορές μεγαλύτερα odds να έχουν κατάθλιψη συγκριτικά με αυτούς που δήλωσαν ότι έχουν άριστη υγεία. Ο παράγοντας του προσδιορισμού του χρόνου είναι παράγοντας καλής γνωστικής λειτουργίας των ατόμων και μειώνει τις σχετικές πιθανότητες κατάθλιψης κατά  $1 - 0.762 = 0.238 = 23.8\%$ .

Η δυνατότητα που έχει το νοικοκυριό να ανταποκρίνεται στις οικονομικές του υποχρεώσεις καθορίζει και τα σχετικά επίπεδα κατάθλιψης που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα μέλη του πληθυσμού που εξετάζουμε. Οι ερωτώμενοι που τα φέρνουν σε πέρας με μεγάλη δυσκολία έχουν 88% αυξημένες σχετικές πιθανότητες να νοσούν από κατάθλιψη σε σχέση με αυτούς που ανταποκρίνονται με ευκολία στις υποχρεώσεις τους. Το odds ratio μειώνεται αισθητά για τα άτομα που ανήκουν σε νοικοκυριό που αντιμετωπίζει μερικές μόνο δυσκολίες και ισούται με 1.416 και ακόμα περισσότερο στην περίπτωση των ατόμων που χειρίζονται τα οικονομικά προβλήματα σχεδόν εύκολα (odds ratio=1.165) συγκριτικά με την κατηγορία των ατόμων που τα φέρνουν σε πέρας εύκολα. Τέλος, το να ζει κανείς χωρίς σύντροφο σχετίζεται με σημαντικά αυξημένες σχετικές πιθανότητες κατάθλιψης, σχεδόν κατά 40%, σε σχέση με το να ζει με τον/την σύζυγο ή τον/την σύντροφο του.

Η αξιοπιστία των μοντέλων μπορεί να υποστηριχθεί και από τεχνικής πλευράς σύμφωνα με τα κατάλληλα θεωρητικά κριτήρια. Η τιμή του pseudo-R<sup>2</sup> του Nagelkerke αυξάνεται καθώς μεταβαίνουμε από το μοντέλο 1 στα μοντέλα 2 και 3. Επίσης, οι τιμές για το Hosmer and Lemeshow test, το οποίο είναι ένα τεστ καλής προσαρμογής του μοντέλου στηριζόμενο σε δεκατημόρια κινδύνου και βασίζεται στην σύγκριση της παρατήρησης με την εκτιμώμενη πιθανότητα σε κάθε δεκατημόριο, δεν είναι πάντα ενδεδειγμένες για αυτό θα πρέπει να μην εξετάζεται μεμονωμένα αλλά να συνεκτιμάται και με τα υπόλοιπα στατιστικά εργαλεία. Το ποσοστό σωστής ταξινόμησης των παρατηρήσεων για όλο το δείγμα με βάση το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης είναι πολύ καλό και ισούται με 76.8% για το μοντέλο 1 και 77.7%

## 2.7 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

και 80.5% για τα μοντέλα 2 και 3, αντίστοιχα. Ερμηνεύοντας διαφορετικά την έννοια του ποσοστού ταξινόμησης, η συνολική ακρίβεια του μοντέλου 3 να προβλέψει αν ένα άτομο θα πάθει κατάθλιψη ή όχι είναι 80.5%. Τα αποτελέσματα που συζητήσαμε φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

**Πίνακας 2.11** Pseudo-R<sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για όλο το δείγμα για τα μοντέλα 1, 2 και 3.

Total Sample			
	Model 1	Model 2	Model 3
Pseudo-R <sup>2</sup> Nagelkerke	0.101	0.150	0.310
Hosmer and Lemeshow Test	0.498	0.506	0.000
Classification Percent	76.8%	77.7%	80.5%

## 2.7 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

Η παραπάνω μελέτη είχε σαν στόχο την διερεύνηση παραγόντων της παιδικής ηλικίας, της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής και της όψιμης ενήλικης ζωής που μπορούν να προσδιορίσουν επίπεδα κατάθλιψης στις ηλικίες 50 ετών και άνω. Η διερεύνηση έγινε σε τρία στάδια και λαμβάνονται υπόψη διάφορες κατηγορίες μεταβλητών όπως δημογραφικές, κοινωνικοοικονομικές, δυσμενείς εμπειρίες και μεταβλητές υγείας. Οι κύριοι ερευνητικοί στόχοι αφορούσαν στην εκτίμηση της σημαντικότητας των παραγόντων της παιδικής ηλικίας ενώ ταυτόχρονα εξετάστηκε και ο ενδιάμεσος ρόλος των δυσμενών εμπειριών που μπορεί να έχουν ζήσει οι ερωτώμενοι στην διάρκεια της ζωής τους. Για την επίτευξη των στόχων χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονα και αναδρομικά δεδομένα (cross-sectional and retrospective data) από τα κύματα 2 και 3 (waves 2 and 3) της Έρευνας SHARE.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων κατέδειξε ότι οι παράγοντες της υγείας στην παιδική ηλικία όπως προσδιορίζεται από τους ερωτώμενους, των σχετικών τους επιδόσεων στα Μαθηματικά συγκριτικά με τους συμμαθητές τους καθώς και η δυσμενής εμπειρία που είχαν στα παιδικά τους χρόνια αναφορικά με την κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ από τους γονείς τους είναι στατιστικά σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης σε πολύ μελλοντική ηλικία. Μάλιστα, συμβάλλουν περισσότερο στην εμφάνιση της νόσου συγκριτικά με τους παράγοντες από το μοντέλο 2 αν και, ενδεχομένως κανείς να περίμενε να συμβεί το αντίθετο καθώς οι παράγοντες του μοντέλου 2 έχουν χρονικά μεταγενέστερη εμφάνιση στην ζωή των ερωτώμενων από αυτούς της παιδικής ηλικίας και θα ήταν αναμενόμενο να έχουν

## 2.7 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

μεγαλύτερη συνεισφορά στην νόσο που εμφανίζεται σε πολύ μεγάλες ηλικίες. Τα αποτελέσματα είναι συγκρίσιμα με συμπεράσματα από την διεθνή βιβλιογραφία όχι όμως πάντα και συνεπή.

Η υγεία στην παιδική ηλικία είναι καθοριστικός παράγοντας για την ψυχική υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή (Haas, 2008; Luo and Waite, 2005; Case et al., 2005; Gilman et al., 2002) μολονότι κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αυτοαναφερόμενη υγεία στα παιδικά χρόνια καθίσταται μη σημαντικός παράγοντας όταν ληφθεί υπόψη η πληροφορία για την υγεία των ερωτώμενων με τα τρέχοντα δεδομένα στα επόμενα μοντέλα (Alvarado et al., 2007). Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι ιδιαίτερα αρνητική είναι η πρόγνωση για άτομα που έχουν γονείς με επιβαρυσμένο ιστορικό ψυχικής υγείας (Angelini et al., 2016; Goosby, 2013; Cole and Dendukuri, 2003) και ότι η κακή ψυχική υγεία των γονέων έχει άμεση επίδραση στην κακή υγεία του παιδιού (England and Sim, 2009). Παρόλα αυτά η παρούσα έρευνα δεν εξετάζει παράγοντες κληρονομικής επιβάρυνσης. Παράλληλα έχει αποδειχθεί ότι, η κακή σωματική υγεία στα παιδικά χρόνια, ιδιαίτερα όταν προκαλείται από κακοποίηση εκ μέρους των γονέων, είναι πρόξενος κακής ψυχικής υγείας σε όλα τα στάδια ζωής του ατόμου (Springer et al., 2007; Masi G et al., 2000; Cohen et al., 1998).

Οι επιδόσεις στα Μαθηματικά, κυρίως στην περίπτωση που είναι χαμηλές μπορεί να είναι παράγοντας εμφάνισης διαταραχών στρες σε πρώιμο στάδιο της ανάπτυξης των παιδιών (Lundy et al., 2010) και συνδέονται με χαμηλή αυτοεκτίμηση των μαθητών (Alesi et al., 2014). Παρόλα αυτά, η διεθνής βιβλιογραφία δεν υποστηρίζει την σύνδεση ανάμεσα στις χαμηλές επιδόσεις στα Μαθηματικά και την κατάθλιψη σε μεγάλες ηλικίες. Οι δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία λόγω γονέων με προβλήματα αλκοολισμού είναι πρόξενος κατάθλιψης στην πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή (Brook et al., 2010; Anda et al., 2002). Ερευνητές υποστηρίζουν ότι παιδιά που έχουν μεγαλώσει σε νοικοκυριά που οι γονείς καταναλώναν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ έχουν υποστεί κακοποίηση και εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο κατάθλιψης που μπορεί να ξεκινήσει ακόμα και κατά την διάρκεια των παιδικών χρόνων (Springer et al., 2007; Gilman et al., 2003; Anda et al., 2002).

Σχετικά με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των νοικοκυριών στην παιδική ηλικία η παρούσα έρευνα δείχνει ότι το επάγγελμα του γονέα καθώς και το πλήθος των βιβλίων που είχε ο ερωτώμενος στο σπίτι του σαν παιδί δεν φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση της κατάθλιψης σε πολύ μεγάλες ηλικίες. Αυτό το συμπέρασμα δεν φαίνεται να είναι συνεπές με αποτελέσματα άλλων μελετών που θεωρούν τους δύο παραπάνω παράγοντες

## 2.7 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

σημαντικούς (Verropoulou and Zakyntinou, 2016; Cavapozzi et al. 2011; Melchior et al. 2007; Gilman et al. 2002) και υποστηρίζουν ότι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην παιδική ηλικία και οι συνθήκες φτώχειας συνδέονται με αυξημένες σχετικές πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή (Kuo et al., 2015; McKenzie et al., 2010; Newacheck et al., 2003).

Αναφορικά με την πρόιμη και μέση ενήλικη ζωή οι δυσμενείς περίοδοι του στρες, της κακής υγείας και των οικονομικών δυσκολιών συσχετίζονται με την παρουσία κατάθλιψης σε μεγάλες ηλικίες. Τα αποτελέσματα συμπίπτουν με άλλες μελέτες που έχουν δείξει ότι διάφορα στρεσογόνα συμβάντα της ζωής μπορεί να επηρεάσουν την ευαισθησία των ατόμων οδηγώντας τα σε καταθλιπτικές διαταραχές (Zavos et al., 2012; Slopen et al., 2011). Αντίστοιχα, το ενδιαφέρον άλλων ερευνητών έχει στραφεί σε μεταβολές σε θετικά συμβάντα της ζωής των ατόμων που οδηγούν σε μείωση των επιπέδων κατάθλιψης σε πολύ μεγάλες ηλικίες άνω των 85 ετών (Jeon and Dunkle, 2009). Επιπρόσθετα, η κακή υγεία των ατόμων μπορεί να οδηγήσει πολλές φορές σε κοινωνική απομόνωση και καταθλιπτικές διαταραχές στην όψιμη ενήλικη ζωή (Burhol and Scharf, 2014) ενώ εκτεθειμένα σε καταθλιπτικά σύνδρομα είναι και τα άτομα που αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες (Butterworth et al., 2012; Butterworth et al., 2009).

Η περίοδος πείνας σύμφωνα με την συγκεκριμένη έρευνα καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτώμενων δεν αποδεικνύονται στατιστικά σημαντικοί παράγοντες για την κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή. Αυτά τα συμπεράσματα έρχονται σε αντίφαση με αποτελέσματα άλλων ερευνητών που υποστήριξαν ότι τόσο η περίοδος της πείνας από την παιδική ηλικία ακόμα (Stickley and Leinsalu, 2017) όσο και ο αναλφαβητισμός ή η έλλειψη εκπαίδευσης σχετίζονται άμεσα με την κατάθλιψη τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες στην ενήλικη ζωή (Alvarado et al., 2007). Ειδικότερα, όσο πιο υψηλό είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων τόσο πιο προστατευτική επίδραση έχει έναντι του στρες και της κατάθλιψης που συσσωρεύεται καθ' όλη την διάρκεια της ζωής (Bjelland et al., 2008).

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης ή τον περιορισμό της στην όψιμη ενήλικη ζωή, σύμφωνα με την ανάλυση, είναι η υγεία όπως προσδιορίζεται από τα άτομα, η ικανότητα για καλή γνωστική λειτουργία, η καλή οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού και η συμβίωση με τον σύντροφο – σύζυγο. Ευρήματα άλλων ερευνητών επιβεβαιώνουν ότι η χαμηλή ή μέτρια αυτοαναφερόμενη υγεία συνδέεται με μεγαλύτερα odds εμφάνισης χρόνιων ασθενειών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Ambresin et al., 2014; Kim,

## 2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο

2010). Αντίστοιχα, σε υγιή άτομα μεγάλης ηλικίας, αν παρουσιαστούν γνωστικές δυσλειτουργίες μπορούν να οδηγήσουν σε καταθλιπτικά συμπτώματα και ακόμα και σε άνοια στην περίπτωση που δεν αντιμετωπιστούν επιτυχώς μετά από κατάλληλη αγωγή (Dzierzewski et al., 2015; Wilkins et al., 2009). Η οικονομική εξασφάλιση των νοικοκυριών δίνει έναν αντισταθμιστικό παράγοντα καλύτερης ψυχικής υγείας και ευημερίας στην όψιμη ενήλικη ζωή. Αντίστροφα, χαμηλά επίπεδα οικογενειακού εισοδήματος σχετίζονται άμεσα με αυξημένο κίνδυνο ψυχικών διαταραχών (Sareen et al., 2011). Το συμπέρασμα αυτό ενισχύεται και από Βρετανικές μελέτες, αλλά σε κάθε περίπτωση οι σχέσεις θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή (Araya et al., 2003). Τέλος, η συζυγική σχέση στην ζωή των ατόμων συνιστά έναν σημαντικό παράγοντα μείωσης των επιπέδων της κατάθλιψης και καλύτερης ψυχολογικής υγείας συγκριτικά με την προσωπική σχέση και συμβίωση εκτός γάμου (Hyoun, 2002).

## 2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο

Η μελέτη του δείγματος με βάση το φύλο έχει ξεχωριστό ενδιαφέρον καθώς υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες που στηρίζονται τόσο στην ιδιοσυγκρασία τους όσο και στους παράγοντες που τους επηρεάζουν και διαμορφώνουν ξεχωριστά πρότυπα αντιμετώπισης ψυχικών διαταραχών.

Παρακάτω (Πίνακες 2.12 και 2.13) μπορούμε να έχουμε μία εικόνα για τους άνδρες και τις γυναίκες που συμμετέχουν στην ανάλυση και τα ποσοστά κατάθλιψης που παρουσιάζουν ανά χώρα.

**Πίνακας 2.12** Πλήθος ερωτώμενων ανδρών (N=10264) και αντίστοιχα ποσοστά κατάθλιψης για κάθε χώρα.

Country	Males - Frequencies	Percent	eurodcat (yes)
Greece	1120	43.8%	9.3%
Germany	756	46.3%	11.6%
Sweden	686	44.3%	7.1%
Netherlands	794	45.2%	11.3%
Spain	735	44.3%	18.0%
Italy	1016	45.5%	20.5%
France	791	42.6%	17.7%
Denmark	849	45.4%	10.5%
Austria	295	39.2%	12.5%
Switzerland	499	42.7%	10.0%
Belgium	1102	45.6%	16.7%



## 2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο

Czech Republic	679	41.5%	11.3%
Poland	675	42.7%	35.4%
Ireland	267	43.0%	14.2%
<b>Total</b>	<b>10264</b>		<b>14.9%</b>

**Πίνακας 2.13** Πλήθος ερωτώμενων γυναικών (N=13024) και αντίστοιχα ποσοστά κατάθλιψης για κάθε χώρα.

Country	Females - Frequencies	Percent	eurocat (yes)
Greece	1440	56.3%	22.6%
Germany	877	53.7%	22.1%
Sweden	861	55.7%	20.4%
Netherlands	961	54.8%	21.5%
Spain	926	55.7%	43.6%
Italy	1216	54.5%	42.0%
France	1066	57.4%	38.9%
Denmark	1021	54.6%	19.9%
Austria	457	60.8%	21.4%
Switzerland	669	57.3%	19.4%
Belgium	1316	54.4%	31.7%
Czech Republic	956	58.5%	26.4%
Poland	904	57.3%	58.0%
Ireland	354	57.0%	21.8%
<b>Total</b>	<b>13024</b>		<b>30.2%</b>

Παρατηρούμε ότι το δείγμα αποτελείται από 10264 άνδρες και 13024 γυναίκες. Σε όλες τις χώρες τα ποσοστά συμμετοχής των γυναικών είναι μεγαλύτερα από αυτά των ανδρών. Το αντίθετο συμβαίνει με τα ποσοστά κατάθλιψης. Μόνο το 14.9% όλων των ανδρών που συμμετέχουν πάσχουν από κατάθλιψη ενώ διπλάσιο είναι το ποσοστό για τις γυναίκες, ίσο με 30.2%. Το συμπέρασμα είναι συνεπές με την διεθνή βιβλιογραφία. Η κατάθλιψη είναι νόσος που ταλανίζει κυρίως τις γυναίκες. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τα ποσοστά κατάθλιψης ανδρών – γυναικών με βάση την χώρα προέλευσης. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα αντίστοιχα ποσοστά έχουν υπολογιστεί με βάση τον πληθυσμό κάθε χώρας ξεχωριστά, είναι εμφανές ότι η Πολωνία έχει τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τις άλλες χώρες και μάλιστα με μεγάλη διαφορά (άνδρες 35.4% και γυναίκες 58.0%).

Στη συνέχεια, όσον αφορά στους άνδρες, υψηλά επίπεδα κατάθλιψης εμφανίζουν η Ιταλία (20.5%), η Ισπανία (18.0%) και η Γαλλία (17.7%). Η Ελλάδα και η Σουηδία ανήκουν στις χώρες με πολύ μικρά αντρικά ποσοστά κατάθλιψης (9.3% και 7.1% αντίστοιχα). Παρόμοια είναι και η εικόνα σχετικά με τις γυναίκες μόνο που τα ποσοστά είναι κατά πολύ υψηλότερα συγκριτικά με τους άνδρες. Συγκεκριμένα, το ποσοστό των γυναικών με κατάθλιψη για την

## 2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο

Ιταλία ανέρχεται στο 42.0%, για την Ισπανία στο 43.6% και για την Γαλλία στο 38.9% και όπως βλέπουμε υπερβαίνουν κατά πολύ τα αντίστοιχα των ανδρών. Τα χαμηλότερα γυναικεία καταθλιπτικά ποσοστά έχουν η Ελβετία και η Δανία με 19.4% και 19.9% ενώ η Ελλάδα έχει 22.6% και παρουσιάζει ίδια ποσοστά κατάθλιψης με την Γερμανία που φτάνει το 22.1%. Οι επόμενοι πίνακες (2.14–2.16) μας δείχνουν μία περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών του δείγματος για κάθε φύλο ξεχωριστά.

**Πίνακας 2.14** Ποσοστιαία κατανομή και διάμεσες τιμές (<sup>d</sup>) για τις μεταβλητές της παιδικής ηλικίας για άνδρες – γυναίκες.

Μεταβλητές στην παιδική ηλικία	Percent	Percent
	Males	Females
Age_int	65.0 <sup>d</sup>	64.0 <sup>d</sup>
Childhood health status (sl_hs003_new)		
Excellent	39.2%	34.1%
Very Good and Good	53.7%	57.1%
Fair	5.0%	6.0%
Poor and Health varied a great deal	2.2%	2.7%
Relative position in Maths (sl_cs010_new)		
Much better	12.0%	8.9%
Better	26.6%	21.7%
About the same	47.4%	51.2%
Worse, much worse and non applicable	14.0%	18.2%
Number of books at ten (sl_cs008_)	2.0 <sup>d</sup>	2.0 <sup>d</sup>
Did parents: drink heavily (sl_hs045d2)		
No	91.6%	91.6%
Yes	8.4%	8.4%
Occupation of the main breadwinner (sl_cs009_new_1)		
Manual occupations	72.6%	72.4%
Non manual occupations	27.4%	27.6%

**Πίνακας 2.15** Ποσοστιαία κατανομή των μεταβλητών που αναφέρονται στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή για άνδρες – γυναίκες.

Μεταβλητές στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή	Percent	Percent
	Males	Females
Period of stress (sl_gl005_)		
No	53.1%	45.5%
Yes	46.9%	54.5%
Period of poor health (sl_gl008_)		
No	60.7%	57.5%
Yes	39.3%	42.5%
Period of financial hardship (sl_gl011_)		
No	69.3%	65.5%

## 2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο

Yes	<b>30.7%</b>	34.5%
Period of hunger (sl_gl014_)		
No	91.2%	93.2%
Yes	8.8%	<b>6.8%</b>
Educational attainment (yedu_new)		
13+years	<b>35.4%</b>	<b>27.1%</b>
0-6 years	<b>17.1%</b>	<b>19.7%</b>
7-12 years	<b>47.5%</b>	<b>53.2%</b>

**Πίνακας 2.16** Ποσοστιαία κατανομή και διάμεση τιμή (<sup>d</sup>) για τις μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή για άνδρες – γυναίκες.

Μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή	Percent	Percent
	Males	Females
Symptoms		
Less than two symptoms	66.8%	52.1%
2+ symptoms	<b>33.2%</b>	<b>47.9%</b>
Self-perceived health (sphus)		
Excellent	<b>10.8%</b>	<b>8.8%</b>
Very Good	<b>20.7%</b>	<b>18.9%</b>
Good	<b>39.0%</b>	<b>37.5%</b>
Fair	<b>22.0%</b>	<b>25.5%</b>
Poor	<b>7.4%</b>	<b>9.2%</b>
Orientation to date, month, year and day of week (orienti)	<b>4.0<sup>d</sup></b>	<b>4.0<sup>d</sup></b>
Household able to make ends meet (fdistress)		
Easily	<b>29.4%</b>	<b>25.7%</b>
With great difficulty	10.2%	<b>12.6%</b>
With some difficulty	26.5%	29.1%
Fairly easily	33.9%	32.6%
Partner in household (partnerinh)		
Living with a spouse	<b>83.4%</b>	65.7%
Living as as single	16.6%	<b>34.3%</b>

Παρατηρούμε ότι το 50% των ανδρών και των γυναικών που συμμετέχουν στην έρευνα είναι αντίστοιχα από 65 και 64 ετών και άνω με βάση τις διάμεσες τιμές του πίνακα. Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων και για τα δύο φύλα δήλωσε ότι στην παιδική ηλικία είχε πολύ καλή και καλή υγεία (53.7% για τους άνδρες και 57.1% για τις γυναίκες) ενώ μόνο το 2.2% και 2.7% των ανδρών και γυναικών είχαν κακή υγεία σαν παιδιά. Σχετικά με την θέση που κατείχαν στα Μαθηματικά συγκριτικά με τους άλλους συμμαθητές τους τα αποτελέσματα ευνοούν τους άνδρες σε όλες τις κατηγορίες. Ενδεικτικά, πολύ καλύτερη θέση είχε το 12.0% των ανδρών σε σχέση με το 8.9% των γυναικών και πολύ χειρότερη θέση είχε το 14.0% των ανδρών σε σχέση με το 18.2% των γυναικών.

## 2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο

Ιδιαίτερη εντύπωση προκαλεί η ταύτιση των αποτελεσμάτων στις επόμενες τρεις μεταβλητές της παιδικής ηλικίας και για τα δύο φύλα. Οι μισοί άνδρες και οι μισές γυναίκες του δείγματος είχαν το ίδιο πλήθος βιβλίων στην παιδική τους ηλικία, γύρω στα 11-25, ικανά να γεμίσουν ένα ράφι. Το 8.4% των ανδρών και των γυναικών δήλωσε ότι είχαν γονείς που έπιναν πολύ ενώ επίσης ήταν ίδια και η σύνθεση των επαγγελμάτων των γονέων τους με ελάχιστες εξαιρέσεις. Για τους άνδρες, το 72.6% των γονέων τους ασχολούνταν με χειρωνακτικά επαγγέλματα ενώ για τις γυναίκες το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 72.4%.

Σχετικά με τις μεταβλητές στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή οι άνδρες είχαν μικρότερα ποσοστά έναντι των γυναικών σε δυσμενή βιώματα σχετικά με περιόδους στρες (46.9%), κακής υγείας (39.3%) και οικονομικών δυσκολιών (30.7%) ενώ οι γυναίκες είχαν μικρότερα ποσοστά στην δυσμενή εμπειρία του βιώματος της πείνας μια περίοδο στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή τους (6.8%). Η εκπαιδευτική σύνθεση των ανδρών στις ακραίες κατηγορίες είναι πολύ καλύτερη από αυτή των γυναικών. Ειδικότερα, το 35.4% των ανδρών έχουν ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση έναντι του 27.1% των γυναικών και το 17.1% των ανδρών έχουν πολύ χαμηλή εκπαίδευση έναντι του 19.7% των γυναικών. Στην ενδιάμεση κατηγορία με την μέση εκπαίδευση που αντιστοιχεί σε 7-12 χρόνια υπερέχουν οι γυναίκες με ποσοστό 53.2% έναντι του 47.5% των ανδρών.

Αναφορικά με τις μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή οι άνδρες του δείγματος έχουν πολύ καλύτερη υγεία από τις γυναίκες. Το 33.2% των ανδρών υποφέρει από 2 και πλέον σωματικά συμπτώματα σε σχέση με το αρκετά μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών που είναι της τάξης του 47.9%. Επιπρόσθετα, σε όλα τα επίπεδα αυτοαναφερόμενης υγείας οι άνδρες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά στις κατηγορίες καλής υγείας και μικρότερα ποσοστά στις κατηγορίες κακής υγείας συγκριτικά με τις γυναίκες. Ο μισός πληθυσμός του δείγματος και για τα δύο φύλα προσδιορίζει με ακρίβεια τον χρόνο, άρα έχει πολύ καλή γνωστική λειτουργία. Επίσης, ο αντρικός πληθυσμός καταφέρνει πιο εύκολα να τα βγάλει πέρα στις απαιτήσεις του νοικοκυριού (29.4%) σε σχέση με τον γυναικείο (25.7%) ενώ ιδιαίτερα αυξημένες δυσκολίες αντιμετωπίζουν πιο πολύ οι γυναίκες (12.6%). Τέλος, η μεγαλύτερη μερίδα των γυναικών ζει μόνη της (34.3%) ενώ οι περισσότεροι άνδρες διαμένουν με την σύντροφο-σύζυγο τους (83.4%).

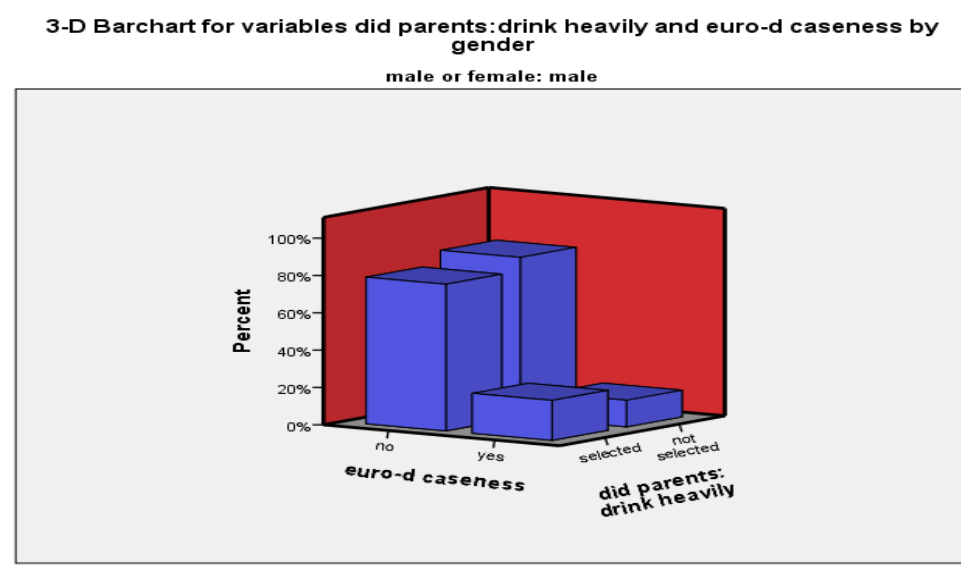
Στην συνέχεια απεικονίζονται ανά φύλο με την χρήση ραβδογραμμάτων τα ποσοστά των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη σε σχέση με κάποιες βασικές μεταβλητές όπως αν οι γονείς των ερωτώμενων ήταν αλκοολικοί, τα έτη εκπαίδευσης των ερωτώμενων, αν

## 2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο

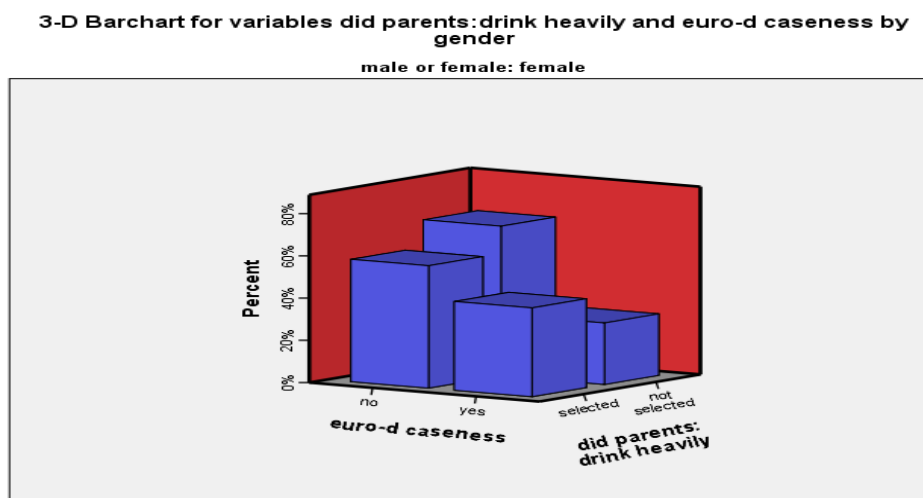
υποφέρουν από 2 ή περισσότερα σωματικά συμπτώματα και αν το νοικοκυριό καταφέρνει να τα φέρει σε πέρας (Διαγράμματα 2.5(α)-2.8(β)).

Παρατηρούμε ότι τα ποσοστά για τις γυναίκες του δείγματος που πάσχουν από κατάθλιψη και στην παιδική τους ηλικία είχαν γονείς που έπιναν πολύ είναι σχεδόν διπλάσια από αυτά των ανδρών. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το βίωμα των αλκοολικών γονέων επιβαρύνει τη νόσο εν γένει αλλά περισσότερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες.

**Διάγραμμα 2.5(α)** Απεικόνιση των ανδρών που πάσχουν από κατάθλιψη και είχαν αλκοολικούς γονείς.



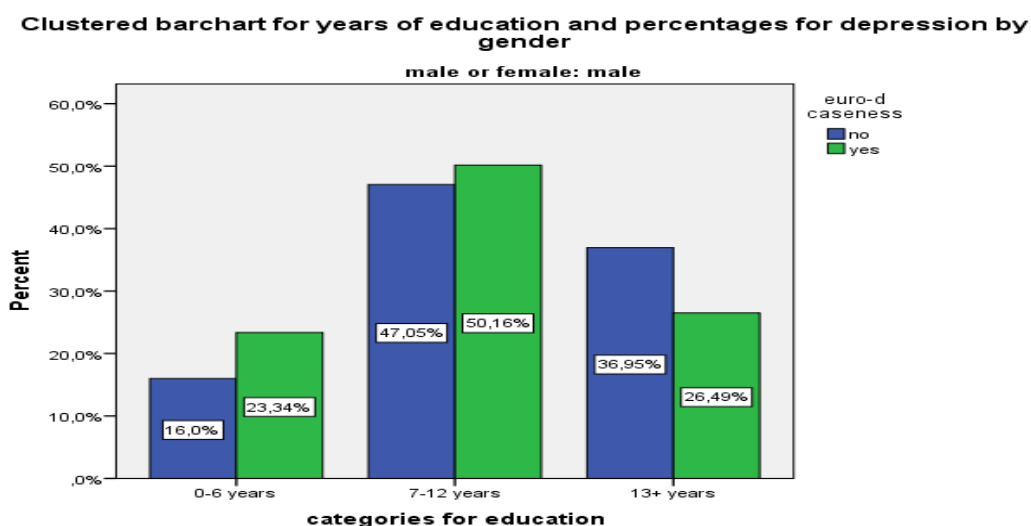
**Διάγραμμα 2.5(β)** Απεικόνιση των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη και είχαν αλκοολικούς γονείς.



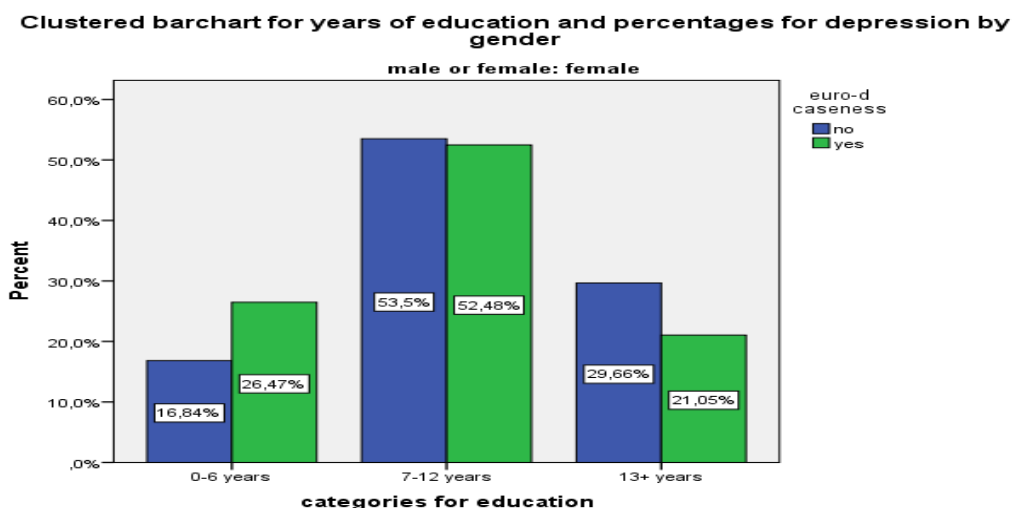
## 2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο

Η σύνθεση των ερωτώμενων ανά φύλο με βάση τα έτη εκπαίδευσης και το χαρακτηριστικό της κατάθλιψης φαίνεται παρακάτω. Παρατηρούμε ότι και για τους άνδρες αλλά και για τις γυναίκες είναι υψηλότερα τα ποσοστά όσων πάσχουν από κατάθλιψη και έχουν μέση εκπαίδευση. Επιπρόσθετα, στον πληθυσμό των γυναικών είναι υψηλότερο των ποσοστό αυτών που νοσούν από κατάθλιψη και έχουν χαμηλή εκπαίδευση σε σχέση με τις γυναίκες που νοσούν αλλά έχουν ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση ενώ στους άνδρες ισχύει το αντίθετο συμπέρασμα.

**Διάγραμμα 2.6(α)** Απεικόνιση των ανδρών που πάσχουν από κατάθλιψη σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο.



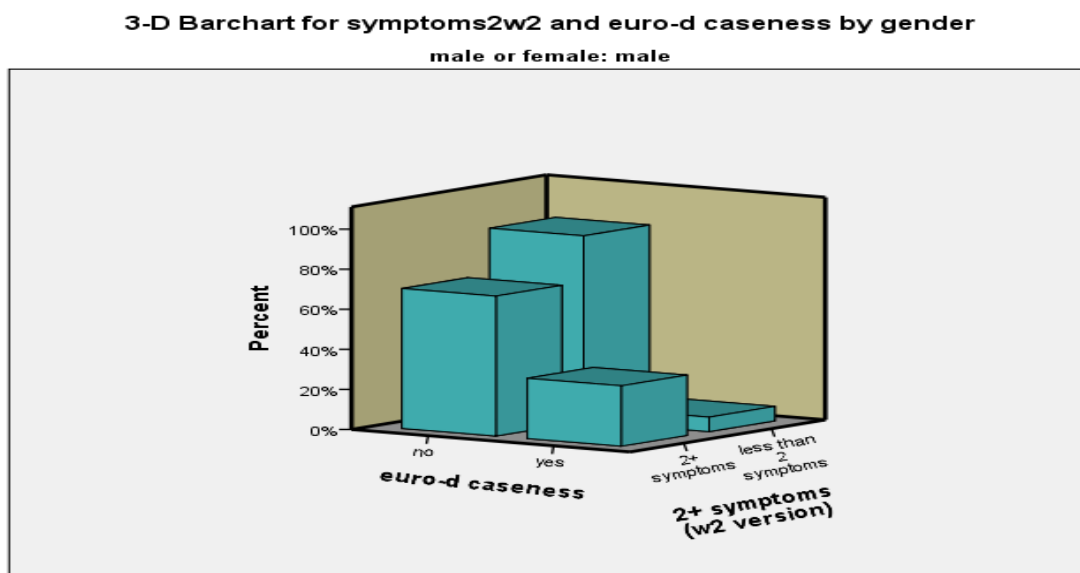
**Διάγραμμα 2.6(β)** Απεικόνιση των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη σύμφωνα με το μορφωτικό επίπεδο.



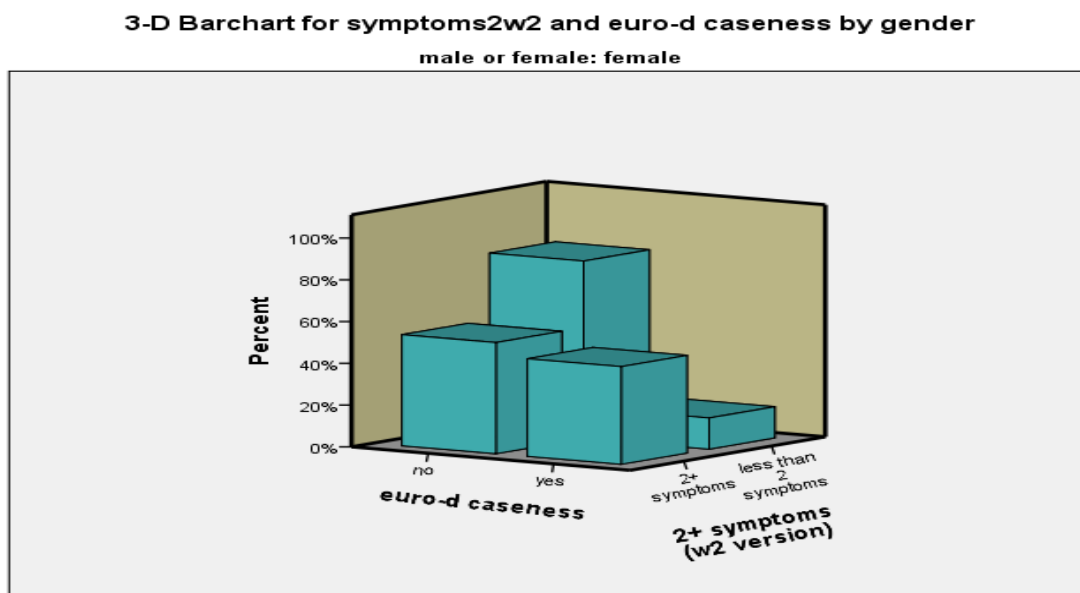
## 2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο

Η παρουσία δύο και πλέον συμπτωμάτων σε συνδυασμό με την κατάθλιψη επιβαρύνει πιο πολύ τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες με αρκετή διαφορά, πάνω από 20% για τους άνδρες και σχεδόν 40% για τις γυναίκες όπως δείχνουν τα επόμενα διαγράμματα.

**Διάγραμμα 2.7(α)** Απεικόνιση των ανδρών που πάσχουν από κατάθλιψη και από τουλάχιστον δύο σωματικά συμπτώματα.



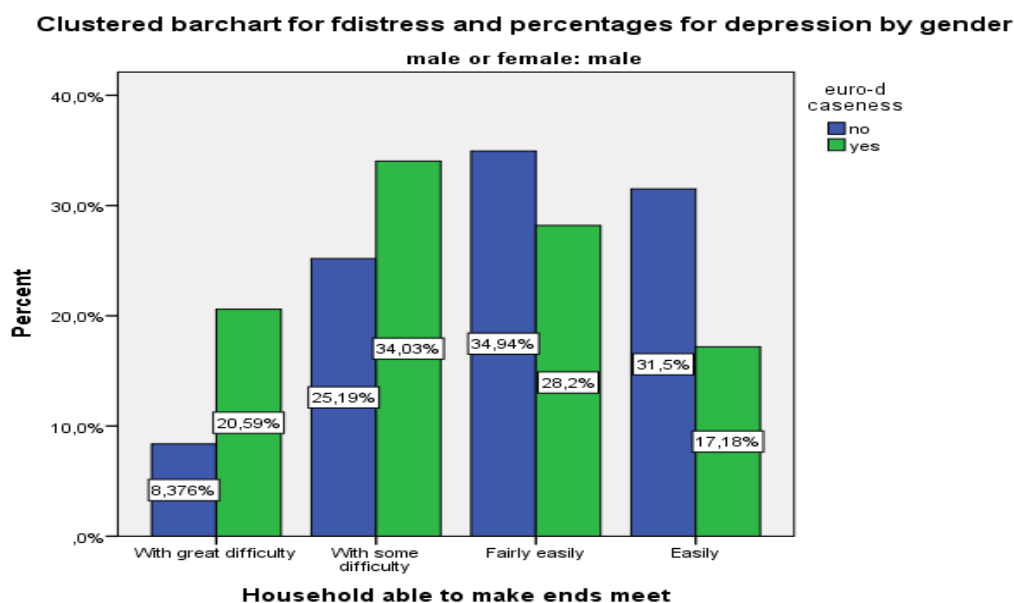
**Διάγραμμα 2.7(β)** Απεικόνιση των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη και από τουλάχιστον δύο σωματικά συμπτώματα.



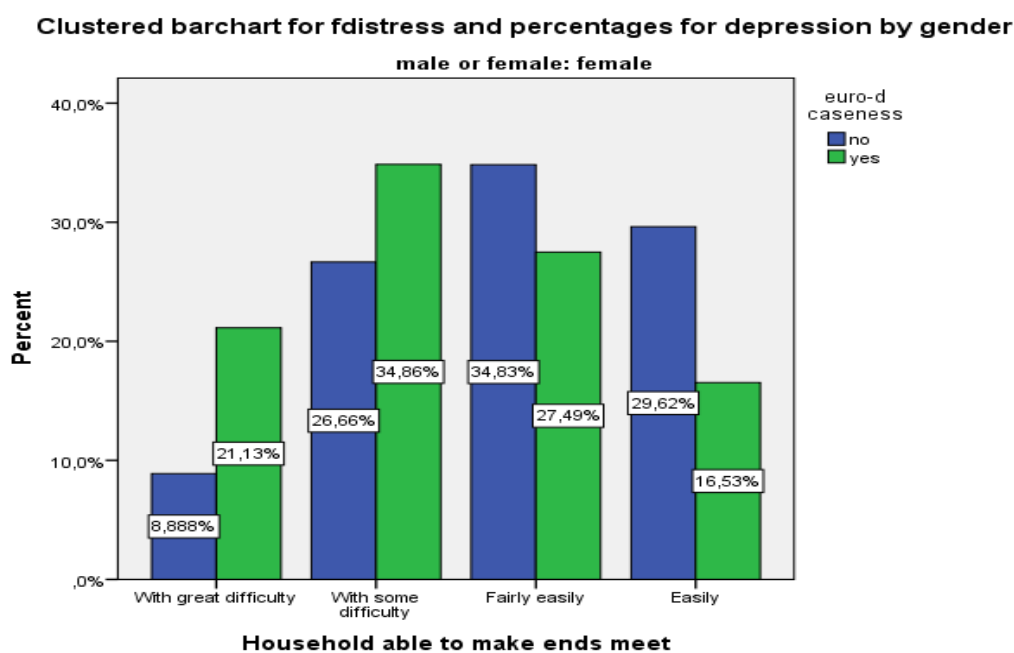
## 2.8 Ανάλυση των δεδομένων κατά φύλο

Η οικονομική μεταβλητή της δυνατότητας που έχει το νοικοκυριό να τα φέρει σε πέρας δεν φαίνεται να έχει μεγάλες διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη και για τις τέσσερις κατηγορίες.

**Διάγραμμα 2.8(α)** Απεικόνιση των ανδρών που πάσχουν από κατάθλιψη και του τρόπου με τον οποίο ανταποκρίνονται στις οικονομικές απαιτήσεις.



**Διάγραμμα 2.8(β)** Απεικόνιση των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη και του τρόπου με τον οποίο ανταποκρίνονται στις οικονομικές απαιτήσεις.





## 2.9 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης κατά φύλο και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

### 2.9 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης κατά φύλο και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Το μοντέλο της λογιστικής παλινδρόμησης εφαρμόστηκε για τους άνδρες και τις γυναίκες ξεχωριστά ώστε να εντοπιστούν οι προγνωστικοί παράγοντες που προσαυξάνουν ή μειώνουν τα επίπεδα της κατάθλιψης στον υπό μελέτη πληθυσμό. Τα αποτελέσματα φαίνονται στους επόμενους Πίνακες (2.17-2.26).

**Πίνακας 2.17** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τις δημογραφικές μεταβλητές για τους άνδρες (N=10264).

Demographic Variables - Males	Model 1	Model 2	Model 3
age_int	1.020*** (1.014 1.026)	1.015*** (1.008 1.022)	1.000 (0.992 1.007)
Country			
Greece	1	1	1
Germany	1.331 (0.977 1.815)	1.166 (0.839 1.620)	0.941 (0.660 1.341)
Sweden	0.842 (0.585 1.210)	0.837 (0.575 1.218)	0.985 (0.658 1.473)
Netherlands	1.334 (0.981 1.813)	1.335 (0.968 1.841)	1.386 (0.977 1.966)
Spain	1.774*** (1.337 2.353)	1.659*** (1.242 2.215)	1.469** (1.077 2.005)
Italy	2.384*** (1.847 3.079)	2.158*** (1.660 2.805)	1.763*** (1.332 2.333)
France	2.083*** (1.576 2.752)	1.821*** (1.354 2.450)	1.728*** (1.255 2.380)
Denmark	1.385** (1.018 1.886)	1.435** (1.033 1.994)	1.456** (1.017 2.086)
Austria	1.317 (0.878 1.977)	1.090 (0.719 1.652)	1.099 (0.700 1.723)
Switzerland	1.152 (0.800 1.657)	1.110 (0.763 1.615)	1.448 (0.968 2.167)
Belgium	2.044*** (1.572 2.658)	1.991*** (1.503 2.636)	1.826*** (1.346 2.477)
Czech Republic	1.321 (0.959 1.820)	1.528*** (1.092 2.138)	0.832 (0.580 1.195)
Poland	5.386*** (4.144 7)	5.303*** (4.012 7.009)	2.245*** (1.656 3.043)
Ireland	1.761*** (1.175 2.638)	1.920*** (1.261 2.922)	2.088*** (1.327 3.285)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

## 2.9 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης κατά φύλο και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

**Πίνακας 2.18** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τις δημογραφικές μεταβλητές για τις γυναίκες (N=13024).

Demographic Variables-Females	Model 1	Model 2	Model 3
age_int	1.014*** (1.010 1.018)	1.011*** (1.007 1.016)	0.987*** (0.982 0.992)
Country			
Greece	1	1	1
Germany	0.980 (0.794 1.209)	0.922 (0.735 1.157)	0.935 (0.730 1.196)
Sweden	0.983 (0.792 1.221)	0.957 (0.760 1.204)	1.096 (0.852 1.409)
Netherlands	1.003 (0.817 1.231)	1.051 (0.845 1.308)	1.223 (0.963 1.554)
Spain	2.293*** (1.907 2.758)	2.193*** (1.812 2.654)	1.874*** (1.520 2.309)
Italy	2.365*** (1.993 2.806)	2.170*** (1.819 2.588)	1.853*** (1.529 2.244)
France	2.031*** (1.696 2.433)	1.887*** (1.549 2.299)	1.933*** (1.560 2.397)
Denmark	0.964 (0.784 1.185)	1.016 (0.812 1.271)	1.191 (0.930 1.526)
Austria	0.870 (0.670 1.130)	0.816 (0.621 1.071)	0.899 (0.671 1.204)
Switzerland	0.827 (0.653 1.048)	0.797 (0.623 1.021)	1.196 (0.916 1.562)
Belgium	1.619*** (1.358 1.930)	1.601*** (1.321 1.940)	1.636*** (1.326 2.019)
Czech Republic	1.36*** (1.114 1.660)	1.566*** (1.265 1.939)	0.992 (0.787 1.250)
Poland	4.903*** (4.067 5.910)	4.848*** (3.966 5.926)	2.689*** (2.159 3.350)
Ireland	0.910 (0.784 1.055)	1.130 (0.836 1.528)	1.263 (0.906 1.760)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Σχετικά με τις δημογραφικές μεταβλητές (Πίνακες 2.17 και 2.18), η ηλικία είναι σημαντικός παράγοντας για τους άνδρες στα μοντέλα 1 και 2 και για τις γυναίκες είναι σημαντικός και στα τρία μοντέλα. Οι πληθυσμοί της Γερμανίας, της Σουηδίας, της Ολλανδίας, της Αυστρίας και της Ελβετίας τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες παρουσιάζουν ίδια συμπεριφορά στα επίπεδα κατάθλιψης αντίστοιχα με τον ανδρικό και τον γυναικείο ελληνικό πληθυσμό. Οι Δανοί δείχνουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους Έλληνες ενώ οι γυναίκες από την Δανία δεν παρουσιάζουν διαφορές σε σχέση με τις γυναίκες από την Ελλάδα. Οι Ισπανοί έχουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους Έλληνες αλλά οι Ισπανίδες ξεπερνούν αυτά των ανδρών σε σχέση με τις Ελληνίδες.

## 2.9 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης κατά φύλο και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Οι αντρικοί πληθυσμοί της Πολωνίας και της Ιρλανδίας εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης συγκριτικά με τους Έλληνες με βάση το μοντέλο 3 (odds ratios ίσα με 2.245 και 2.088 αντίστοιχα) ενώ υψηλά είναι και τα ποσοστά για τους Βέλγους, τους Ιταλούς και τους Γάλλους. Αντίθετα, οι γυναίκες από την Ιρλανδία δεν διαφοροποιούνται από τις Ελληνίδες ως προς το αποτέλεσμα της κατάθλιψης. Ιδιαίτερα αυξημένα είναι τα ποσοστά της κατάθλιψης για τον γυναικείο πληθυσμό της Πολωνίας που ξεχωρίζει (odds ratio ίσο με 2.689 στο μοντέλο 3) καθώς επίσης σε υψηλά και κοντινά επίπεδα μεταξύ τους βρίσκονται τα επίπεδα κατάθλιψης των γυναικείων πληθυσμών από την Ισπανία, την Ιταλία και την Γαλλία σε σχέση με τον γυναικείο πληθυσμό της Ελλάδας.

**Πίνακας 2.19** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τους άνδρες: Παράγοντες στην παιδική ηλικία (N=10264).

<b>Males</b>			
	<b>Model 1</b>	<b>Model 2</b>	<b>Model 3</b>
<b>Childhood health status (sl_hs003_new)</b>			
Excellent (ref. cat.)	1	1	1
Very Good and Good	1.245*** (1.099 1.410)	1.211*** (1.066 1.375)	1.147** (1 1.315)
Fair	1.959*** (1.540 2.491)	1.643*** (1.285 2.101)	1.410** (1.081 1.838)
Poor and Health varied a great deal	1.429** (0.992 2.059)	1.122 (0.776 1.624)	0.900 (0.600 1.351)
<b>Relative position in Maths (sl_cs010_new)</b>			
Much better (ref. cat.)	1	1	1
Better	1.085 (0.874 1.347)	1.088 (0.874 1.356)	1.051 (0.832 1.329)
About the same	1.270** (1.039 1.553)	1.249** (1.017 1.534)	1.132 (0.909 1.410)
Worse, much worse and non applicable	1.740*** (1.382 2.190)	1.572*** (1.239 1.995)	1.312** (1.016 1.695)
Number of books at ten (sl_cs008_)	0.907*** (0.854 0.964)	0.903*** (0.848 0.961)	0.949 (0.888 1.015)
<b>Did parents: drink heavily (sl_hs045d2)</b>			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	1.513*** (1.264 1.811)	1.341*** (1.116 1.613)	1.213 (0.994 1.481)
<b>Occupation of the main breadwinner (sl_cs009_new_1)</b>			
Manual occupations (ref. cat.)	1	1	1
Non manual occupations	0.910 (0.784 1.055)	0.932 (0.800 1.086)	0.952 (0.808 1.121)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

## 2.9 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης κατά φύλο και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

**Πίνακας 2.20** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τις γυναίκες: Παράγοντες στην παιδική ηλικία (N=13024).

Females			
	Model 1	Model 2	Model 3
Childhood health status ( <b>sl_hs003_new</b> )			
Excellent (ref. cat.)	1	1	1
Very Good and Good	1.179***	1.130***	1.012
	(1.079 1.289)	(1.031 1.237)	(0.917 1.117)
Fair	1.968***	1.646***	1.248***
	(1.665 2.325)	(1.387 1.953)	(1.037 1.502)
Poor and Health varied a great deal	2.076***	1.609***	1.137
	(1.647 2.617)	(1.270 2.039)	(0.878 1.472)
Relative position in Maths ( <b>sl_cs010_new</b> )			
Much better (ref. cat.)	1	1	1
Better	1.234**	1.288***	1.307***
	(1.044 1.459)	(1.086 1.527)	(1.089 1.570)
About the same	1.330***	1.411***	1.395***
	(1.140 1.552)	(1.205 1.653)	(1.177 1.654)
Worse, much worse and non applicable	1.967***	1.907***	1.681***
	(1.659 2.332)	(1.601 2.272)	(1.391 2.031)
Number of books at ten ( <b>sl_cs008_</b> )	0.919***	0.923***	0.954**
	(0.882 0.957)	(0.884 0.963)	(0.911 0.999)
Did parents: drink heavily ( <b>sl_hs045d2</b> )			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	1.722***	1.537***	1.443***
	(1.506 1.970)	(1.340 1.763)	(1.243 1.675)
Occupation of the main breadwinner ( <b>sl_cs009_new_1</b> )			
Manual occupations (ref. cat.)	1	1	1
Non manual occupations	1.019	1.031	1.105
	(0.924 1.125)	(0.932 1.140)	(0.992 1.232)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Οι μεταβλητές της παιδικής ηλικίας είναι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης για τους άνδρες μόνο στο μοντέλο 1 με εξαίρεση το επάγγελμα των γονέων στην παιδική ηλικία των ερωτώμενων (Πίνακας 2.19). Η προσθήκη των μεταβλητών στο μοντέλο 2 αποδυναμώνει κάποιες κατηγορίες – επίπεδα μεταβλητών του μοντέλου 1 και στο τελικό μοντέλο που περιλαμβάνει τις μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή καθιστά επιπλέον μεταβλητές ως μη σημαντικές με αποτέλεσμα μόνο η υγεία στην παιδική ηλικία και η πολύ χειρότερη θέση στις Μαθηματικές επιδόσεις σε σχέση με τους άλλους συμμαθητές να είναι οι σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης για τους άνδρες σε μεγάλες ηλικίες.

## 2.9 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης κατά φύλο και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Για τις γυναίκες (Πίνακας 2.20) το μόνο κοινό στοιχείο με τους άνδρες είναι ότι το επάγγελμα των γονέων δεν προσδιορίζει την μελλοντική κατάθλιψη. Η εικόνα που λαμβάνουμε για τις γυναίκες διαφέρει από αυτήν των ανδρών. Όλοι οι υπόλοιποι παράγοντες από την παιδική ηλικία διατηρούν την σημαντικότητα τους στα μοντέλα 1 και 2 και μόνο στο μοντέλο 3 παύει να είναι σημαντική η υγεία που είχαν δηλώσει οι γυναίκες στα παιδικά τους χρόνια. Ειδικότερα, με βάση το τελικό μοντέλο, τα επίπεδα κατάθλιψης των γυναικών στην όψιμη ενήλικη ζωή αυξάνουν όταν οι γονείς τους καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και όταν οι ίδιες έχουν χειρότερη θέση στις μαθηματικές επιδόσεις συγκριτικά με τα άλλα παιδιά. Αντίστροφα, για γυναίκες που διέθεταν μεγάλο πλήθος βιβλίων στην βιβλιοθήκη της οικείας τους στην παιδική ηλικία, αυτό βοηθάει στην μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης σε ένα μικρό ποσοστό κοντά στο 5%.

**Πίνακας 2.21** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τους άνδρες: Παράγοντες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (N=10264).

Males			
	Model 1	Model 2	Model 3
Period of stress (sl_g1005_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.375***	1.401***
		(1.216 1.555)	(1.227 1.600)
Period of poor health (sl_g1008_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		2.001***	1.142**
		(1.777 2.253)	(0.999 1.305)
Period of financial hardship (sl_g1011_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.421***	1.278***
		(1.258 1.606)	(1.117 1.461)
Period of hunger (sl_g1014_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.293***	1.174
		(1.077 1.553)	(0.963 1.432)
Educational attainment (yedu_new)			
13+years (ref. cat.)		1	1
0-6 years		1.386***	0.939
		(1.122 1.712)	(0.745 1.183)
7-12 years		1.082	0.864
		(0.932 1.257)	(0.736 1.015)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

## 2.9 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης κατά φύλο και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

**Πίνακας 2.22** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τις γυναίκες: Παράγοντες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (N=13024).

Females			
	Model 1	Model 2	Model 3
Period of stress ( <b>sl_gl005_</b> )			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.498***	1.529***
		(1.371 1.636)	(1.389 1.683)
Period of poor health ( <b>sl_gl008_</b> )			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.746***	1.123**
		(1.605 1.898)	(1.023 1.233)
Period of financial hardship ( <b>sl_gl011_</b> )			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.260***	1.077
		(1.155 1.375)	(0.979 1.186)
Period of hunger ( <b>sl_gl014_</b> )			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.330***	1.230**
		(1.139 1.554)	(1.039 1.457)
Educational attainment ( <b>yedu_new</b> )			
13+years (ref. cat.)		1	1
0-6 years		1.461***	1.069
		(1.253 1.705)	(0.903 1.265)
7-12 years		1.068	0.893
		(0.959 1.191)	(0.795 1.004)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την εισαγωγή των μεταβλητών στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (Πίνακες 2.21 και 2.22) είναι ίδια για τους άνδρες και τις γυναίκες στο μοντέλο 2 και διαφοροποιούνται λίγο στο μοντέλο 3. Ιδιαίτερη έκπληξη προκαλεί η ομοιότητα στους δύο πληθυσμούς σχετικά με τον παράγοντα της εκπαίδευσης που διαθέτουν οι ερωτώμενοι καθώς δεν είναι σημαντικός προβλεπτικός παράγοντας της κατάθλιψης. Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα, αν οι άνδρες είχαν χαμηλή, μέση ή ανώτερη εκπαίδευση δεν αποτελεί σημαντική μεταβλητή για να προκαλέσει βελτίωση ή χειροτέρευση της ψυχικής υγείας και το ίδιο ισχύει και για τις γυναίκες. Πέραν από αυτό, οι παράγοντες του στρες, της κακής υγείας και των οικονομικών δυσκολιών αυξάνουν τα ποσοστά κατάθλιψης για τους

## 2.9 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης κατά φύλο και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

άνδρες ενώ οι παράγοντες του στρες, της κακής υγείας και του βιώματος της πείνας αντίστοιχα, για τις γυναίκες.

**Πίνακας 2.23** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τους άνδρες: Παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή (N=10264).

\*\*\* p-value<0.01

Males			
	Model 1	Model 2	Model 3
Symptoms			
Less than two symptoms (ref. cat.)			1
2+ symptoms			2.673*** (2.333 3.062)
Self-perceived health ( <b>sphus</b> )			
Excellent (ref. cat.)			1
Very Good			1.379 (0.944 2.013)
Good			2.021*** (1.428 2.861)
Fair			4.062*** (2.845 5.799)
Poor			10.198*** (6.948 14.967)
Orientation to date, month, year and day of week ( <b>orienti</b> )			0.795***
Household able to make ends meet ( <b>fdistress</b> )			
Easily (ref. cat.)			1
With great difficulty			2.146*** (1.697 2.713)
With some difficulty			1.574*** (1.297 1.909)
Fairly easily			1.281*** (1.070 1.533)
Partner in household ( <b>partnerinhh</b> )			
Living with a spouse (ref. cat.)			1
Living as as single			1.281*** (1.098 1.495)

**Πίνακας 2.24** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3 για τις γυναίκες: Παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή (N=13024).

Females			
	Model 1	Model 2	Model 3
Symptoms			
Less than two symptoms (ref. cat.)			1
2+ symptoms			2.836***

## 2.9 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης κατά φύλο και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

			(2.575 3.123)
Self-perceived health ( <b>sphus</b> )			
Excellent (ref. cat.)			1
Very Good			1.279**
			(1.006 1.626)
Good			1.897***
			(1.515 2.375)
Fair			3.342***
			(2.647 4.220)
Poor			8.079***
			(6.185 10.554)
Orientation to date, month, year and day of week ( <b>orienti</b> )			0.712***
			(0.649 0.780)
Household able to make ends meet ( <b>fdistress</b> )			
Easily (ref. cat.)			1
With great difficulty			1.832***
			(1.551 2.164)
With some difficulty			1.354***
			(1.183 1.550)
Fairly easily			1.119
			(0.987 1.268)
Partner in household ( <b>partnerinhh</b> )			
Living with a spouse (ref. cat.)			1
Living as as single			1.171***
			(1.060 1.293)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Οι παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή που συμπεριελήφθησαν στο μοντέλο 3 παραμένουν σημαντικοί και για τα δύο φύλα (Πίνακες 2.23 και 2.24). Η μεταβλητή που περιγράφει τα σωματικά συμπτώματα παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση με την κατάθλιψη και για τα δύο φύλα και πιο πολύ για τις γυναίκες (odds ratio ίσο με 2.836). Η κακή αυτοαναφερόμενη υγεία στους άνδρες δεκαπλασιάζει τα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες που δήλωσαν άριστη υγεία ενώ για τις γυναίκες τα οχταπλασιάζει. Λιγότερες σχετικές πιθανότητες κατάθλιψης έχουν οι γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες ανάλογα με τον καλύτερο προσδιορισμό του χρόνου, γεγονός που υποδηλώνει βελτιωμένη γνωστική λειτουργία. Οι οικονομικές δυσκολίες που παρουσιάζει το νοικοκυριό επηρεάζει πιο πολύ τους άνδρες αν και στα δύο φύλα η συσχέτιση του παράγοντα με την κατάθλιψη είναι υψηλή. Τέλος, το να είναι κανείς μόνος του, χωρίς σύντροφο ή σύζυγο αυξάνει τις σχετικές πιθανότητες κατάθλιψης και στα δύο φύλα, κυρίως όμως η αύξηση είναι μεγαλύτερη στους άνδρες. Οι πίνακες 2.25 και 2.26 που ακολουθούν μας δίνουν μερικά στατιστικά αποτελέσματα από τα μοντέλα που εφαρμόστηκαν.



## 2.10 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

**Πίνακας 2.25** Pseudo-R<sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για τους άνδρες του δείγματος για τα μοντέλα 1, 2 και 3.

<b>Males</b>			
	<b>Model 1</b>	<b>Model 2</b>	<b>Model 3</b>
Pseudo-R <sup>2</sup> του Nagelkerke	0.084	0.131	0.280
Hosmer and Lemeshow Test	0.259	0.364	0.000
Classification Percent	85.1%	85.3%	86.3%

**Πίνακας 2.26** Pseudo-R<sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για τις γυναίκες του δείγματος για τα μοντέλα 1, 2 και 3.

<b>Females</b>			
	<b>Model 1</b>	<b>Model 2</b>	<b>Model 3</b>
Pseudo-R <sup>2</sup> του Nagelkerke	0.118	0.164	0.316
Hosmer and Lemeshow Test	0.874	0.382	0.131
Classification Percent	71.5%	72.6%	76.9%

Η τιμή του ψευδο – R<sup>2</sup> αυξάνεται σταδιακά με την μετάβαση από το μοντέλο 1 στα μοντέλα 2 και 3 και έχει υψηλότερες τιμές στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Πολύ καλύτερες είναι και οι τιμές για το Hosmer and Lemeshow Test για τις γυναίκες ενώ το ποσοστό ταξινόμησης των παρατηρήσεων είναι πολύ αυξημένο για τους άνδρες και για τα τρία μοντέλα που εφαρμόστηκαν.

## 2.10 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

Η παραπάνω ανάλυση έχει σαν στόχο να φωτίσει τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς την εμφάνιση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή ξεκινώντας από συγκεκριμένους παράγοντες στην παιδική ηλικία και εστιάζοντας σε δυσμενή βιώματα στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή.

Αναφορικά με τους άνδρες η υγεία που έχουν στην παιδική τους ηλικία καθώς και η πολύ χειρότερη θέση στις μαθηματικές επιδόσεις σε σχέση με άλλους είναι ικανοί παράγοντες να διαμορφώσουν επίπεδα κατάθλιψης σε μεγάλες ηλικίες. Το πλήθος των βιβλίων που διαθέτει ο ερωτώμενος στην ηλικία των 10 ετών δεν φαίνεται να είναι συμβατός παράγοντας με την εμφάνιση μελλοντικής κατάθλιψης ενώ στο μεταίχμιο βρίσκεται το δυσμενές βίωμα των

## 2.10 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

αλκοολικών γονέων. Αν και το μοντέλο έχει δείξει οριακά στατιστικά μη σημαντική την συγκεκριμένη μεταβλητή ( $p$ -value = 0.057), ωστόσο είναι βασική με βάση τα πρότυπα της βιβλιογραφίας. Αντίθετα, καθόλου σημαντικός παράγοντας δεν είναι το επάγγελμα των γονέων των ερωτώμενων. Η εικόνα που σχηματίζουμε εξετάζοντας τους αντίστοιχους παράγοντες στις γυναίκες είναι κάπως διαφορετική.

Στις γυναίκες η υγεία στην παιδική ηλικία δεν δείχνει να καθορίζει την μελλοντική ψυχική υγεία που θα διαμορφώσουν. Ομοίως και το επάγγελμα των γονέων τους δεν είναι σημαντικό στην πρόβλεψη του χαρακτηριστικού της κατάθλιψης σε μεγάλες ηλικίες. Από την άλλη πλευρά όμως, το πλήθος των βιβλίων που είχαν στην παιδική τους ηλικία δείχνει να επηρεάζει την ψυχική υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή ρίχνοντας τα επίπεδα της κατάθλιψης. Οι μαθηματικές επιδόσεις των γυναικών στα παιδικά τους χρόνια συνδέονται με επίπεδα κατάθλιψης που σταδιακά αυξάνονται καθώς μεταβαίνουμε σε χειρότερο επίπεδο επιδόσεων. Παράλληλα, τα επίπεδα κατάθλιψης των γυναικών αυξάνονται στην περίπτωση που είχαν γονείς που κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ.

Η διεθνής βιβλιογραφία άλλοτε υποστηρίζει τα παραπάνω συμπεράσματα και άλλοτε διαφοροποιείται. Η κακή ψυχική υγεία στην παιδική ηλικία εκπεφρασμένη με δυσλειτουργίες ή άλλες αναπηρίες στην ζωή των παιδιών προκαλεί μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης στην ύστερη ζωή και για τα δύο φύλα (Latham, 2014). Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι το οικογενειακό ιστορικό της κατάθλιψης και η έκθεση σε στρεσογόνα συμβάντα της ζωής είναι οι πιο ισχυροί παράγοντες πρόβλεψης της κατάθλιψης σε μεταγενέστερες ηλικίες. Ειδικότερα η εφηβική κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε καταστάσεις αυτοκτονίας, σε δυσκολίες προσαρμογής στο κοινωνικό περιβάλλον και σε κακή ψυχική υγεία σε μελλοντικές ηλικίες, κυρίως για τις γυναίκες (Maughan et al., 2013).

Η παρουσία γονέων με προβλήματα κατανάλωσης αλκοόλ δημιουργεί πολλές επιπλοκές στην συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών ανεξαρτήτως φύλου και τα καθιστά ευάλωτα στην εμφάνιση της κατάθλιψης τόσο από την πρώιμη ενηλικίωση (Schilling et al., 2007) όσο και αργότερα, κατά την όψιμη ενηλικίωση (Von Cheong et al., 2017), καθώς και στην χρήση ανάλογων ουσιών από μικρές ακόμα ηλικίες (Solis et al., 2012). Ιδιαίτερα στα αγόρια οι δυσμενείς αυτές εμπειρίες συνδέονται και με αντικοινωνική συμπεριφορά κατά την ενηλικίωση τους. Γενικότερα, οι δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία όπως οι κακές σχέσεις μεταξύ των γονέων, η ενδοοικογενειακή βία, η σωματική τιμωρία και η κατάχρηση

## 2.10 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

αλκοόλ από τους γονείς μπορεί να έχουν μακροχρόνια δυσάρεστες επιπτώσεις με την αύξηση του κινδύνου της απελπισίας ιδίως στις γυναίκες (Haatainen et al., 2003).

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ερωτώμενων στην παιδική ηλικία που εδώ εκφράζεται με το πλήθος των βιβλίων που διέθεταν στην ηλικία των 10 ετών και το επάγγελμα των γονέων τους διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κατάθλιψη σε μεγάλες ηλικίες σύμφωνα με διεθνή συμπεράσματα πλην όμως δεν διασαφηνίζει ξεχωριστές επιδράσεις για τους άνδρες και τις γυναίκες, δηλαδή η βαρύτητα της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στα παιδικά χρόνια είναι σημαίνουσα για τα δύο φύλα κατά τον ίδιο τρόπο (Gilman et al., 2002). Το συμπέρασμα αυτό ενισχύεται και από πιο πρόσφατες έρευνες σύμφωνα με τις οποίες 1) οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες στην παιδική ηλικία σχετίζονται με την υγεία των ηλικιωμένων ατόμων αν και υπάρχουν οι διαμεσολαβητικοί παράγοντες της εκπαίδευσης και των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών στην ενήλικη ζωή (Pakraban et al., 2017a) καθώς και, 2) η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται θετικά με την έναρξη της νόσου της κατάθλιψης σε πολύ μεγάλες ηλικίες (Tani et al., 2016).

Η μετάβαση από την παιδική ηλικία στο μοντέλο με τις μεταβλητές της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής διασαφηνίζει την εικόνα των παραγόντων που προδιαθέτουν θετικά ή αρνητικά στην εμφάνιση του χαρακτηριστικού. Όπως είδαμε και παραπάνω, για τους άνδρες τα βιώματα στρες, κακής υγείας και οικονομικών δυσκολιών παραμένουν σημαντικά στην πρόβλεψη της νόσου. Αξίζει να σχολιαστεί το γεγονός ότι η δυσμενής εμπειρία του στρες σε κάποια περίοδο της ενήλικης ζωής έχει αυξημένο odds ratio στο μοντέλο 2, ίσο με 1.375, ενώ στο μοντέλο 3 ενισχύεται φθάνοντας την τιμή 1.401. Το odds ratio που αφορά στην εμπειρία κακής υγείας πέφτει αισθητά από 2.001 στο 1.142 όταν εισαχθούν οι μεταβλητές στην επόμενη φάση ενώ για το βίωμα των οικονομικών δυσκολιών μειώνεται από 1.421 στο 1.278. Η εμπειρία της πείνας σε κάποια περίοδο της ενήλικης ζωής δεν φαίνεται ικανή να προκαλέσει μελλοντικά κατάθλιψη στους άνδρες και το αυτό ισχύει για το επίπεδο εκπαίδευσης.

Για τις γυναίκες ισχύουν σχεδόν τα ίδια συμπεράσματα με κάποια παραλλαγή. Και εδώ το στρες αυξάνει κατά πολύ τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης, σχεδόν κατά 50% με βάση το μοντέλο 2 και σχεδόν κατά 53% με βάση το μοντέλο 3. Με αυτόν τον τρόπο επιβεβαιώνεται ότι, στις γυναίκες το στρες παρουσιάζεται πιο σημαντικό από ότι στους άνδρες. Η επίδραση της κακής υγείας όπως αποδεικνύεται δεν είναι πολύ μεγάλη στην μελλοντική πρόβλεψη της κατάθλιψης ενώ οι οικονομικές δυσκολίες δεν απασχολούν τις

## 2.10 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

γυναίκες σε τέτοιο επίπεδο που να προκαλέσουν βλάβη στην ψυχική τους υγεία. Απεναντίας, οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην νόσο αν έχουν βιώσει πείνα στο παρελθόν. Όπως αναφέραμε και προηγούμενα για τους άνδρες, η εκπαίδευση και στην περίπτωση των γυναικών δεν καθορίζει κάποια αύξηση ή μείωση των σχετικών πιθανοτήτων κατάθλιψης σε μεγάλες ηλικίες αλλά παραμένει στατιστικά μη σημαντική μεταβλητή για τον πληθυσμό που μελετάμε.

Τα παραπάνω αποτελέσματα συγκρίνονται με αποτελέσματα άλλων ερευνών και προκύπτει ότι το στρες σε σοβαρή μορφή διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στην παρουσία κατάθλιψης κυρίως στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες (Harkness et al., 2010). Το συμπέρασμα αυτό έρχεται σε αντίφαση με άλλες έρευνες που υποστήριξαν την αλληλεπίδραση ανάμεσα στις δυσμενείς στρεσογόνες εμπειρίες και την παρουσία κατάθλιψης μετά από πολλά χρόνια με ισχυρή πρόγνωση για τους άνδρες και όχι τόσο για τις γυναίκες (Assari and Lankarani, 2016). Οι ειδικοί συνιστούν να εξετάζονται ξεχωριστά οι ψυχολογικοί και βιολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην αντίδραση των φύλων στο στρες καθώς η επικράτηση της νόσου μπορεί να είναι αποτέλεσμα νευροβιολογικών διαφορών που πρέπει να μελετηθούν. Εξίσου σημαντική θεωρείται και η συνεισφορά από το περιβάλλον και τα αντίστοιχα ερεθίσματα που δέχονται τα φύλα στην επίδραση του στρες (Verma et al., 2011).

Η εμπειρία της κακής υγείας κάποια περίοδο της ενήλικης ζωής συνδέεται όχι μόνο με σωματικά προβλήματα που οδηγούν άμεσα σε αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης σε μεγάλες ηλικίες αλλά και με την έννοια της ευημερίας που μεταφράζεται σαν τον βαθμό ικανοποίησης από την ζωή, την βίωση ευτυχίας ή αντίστοιχα θλίψης, την αίσθηση του σκοπού και της σημασίας που πρέπει να έχει η ζωή. Ερευνητές υποστηρίζουν ότι η ευημερία λειτουργεί προστατευτικά για την υγεία διασφαλίζοντας μακροβιότητα (Steptoe et al., 2015). Τα ευρήματα για την περίοδο των οικονομικών δυσκολιών δεν βρίσκονται σε απόλυτη εναρμόνιση με τα τρέχοντα αποτελέσματα. Σύμφωνα με ερευνητές, οι οικονομικές δυσκολίες έχουν δυσάρεστες επιπτώσεις στην υγεία, κυρίως για τις γυναίκες, και συνδέονται όχι μόνο με κακή ψυχική υγεία αλλά και με κακή σωματική υγεία, μακροχρόνιες ασθένειες, ακόμα και τον κίνδυνο του θανάτου (Ahnquist et al., 2007). Τα αποτελέσματα επιπλέον έδειξαν ότι οι οικονομικές δυσχέρειες αποδεικνύονται πιο ισχυρός παράγοντας δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία μελλοντικά από ότι το χαμηλό εισόδημα.

Επιπρόσθετα, άλλος δυσμενής παράγοντας όπως αυτός της πείνας έχει αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία των ατόμων σε μεγαλύτερες ηλικίες και για τα δύο φύλα. Το βίωμα

## 2.10 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

της πείνας οι ερευνητές το συσχετίζουν με τον πόλεμο και τις καταστάσεις που προκαλεί τόσο στον οικονομικό τομέα όσο και στον τομέα της υγείας (Kesternich et al., 2013). Άλλα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι η πείνα καθώς και η έλλειψη εκπαίδευσης από την παιδική ακόμα ηλικία μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη και στα δύο φύλα κατά την διάρκεια της ζωής τους (Alvarado et al., 2007). Το υψηλότερο επίπεδο της εκπαίδευσης που χαρακτηρίζει το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των ατόμων είναι δηλωτικό χαμηλότερων επιπέδων κατάθλιψης και για τα δύο φύλα (Feinstein et al., 2006) αλλά κυρίως για τις γυναίκες (Back and Lee, 2011).

Η προσθήκη μεταβλητών στο μοντέλο 3 διασαφηνίζει την σημαντικότητα όλων των παραγόντων τροποποιώντας τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης συγκριτικά με τα προηγούμενα μοντέλα. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με σωματικές δυσλειτουργίες, τα επίπεδα της αυτοαναφερόμενης υγείας, οι γνωστικές ικανότητες, η δυνατότητα ανταπόκρισης στις οικονομικές απαιτήσεις και η συμβίωση με τον σύντροφο-σύζυγο καθορίζουν το πλέγμα των μεταβλητών που σχετίζονται με την κατάθλιψη σε μεγάλες ηλικίες και για τα δύο φύλα με κάποια απόκλιση μόνο στην τιμή των odds ratios των μεταβλητών. Τα συμπεράσματα της έρευνας είναι συνεπή με την βιβλιογραφία. Διεθνείς αναφορές υποστηρίζουν ότι τα σωματικά συμπτώματα και ειδικότερα αυτά που έχουν χρόνια χαρακτήρα υποστηρίζουν τις καταθλιπτικές διαθέσεις των ατόμων και τις ενισχύουν ακόμα και μέχρι το στάδιο της αυτοκτονίας ή του θανάτου (Karpfhammer, 2006).

Ο συνδυασμός του στρες, της κατάθλιψης και των σωματικών συμπτωμάτων είναι το ίδιο σημαντικός σε άνδρες και γυναίκες παρόλο που οι γυναίκες μπορεί να αναφέρουν ότι υποφέρουν από περισσότερα σωματικά συμπτώματα σε σχέση με τους άνδρες (Hauq et al., 2004). Παράλληλα, η κακή αυτοαξιολόγηση της υγείας έχει άμεση συσχέτιση με τον παράγοντα της κατάθλιψης (Hays R.N. et al., 1996). Επιπλέον, προκύπτουν αντιφατικά αποτελέσματα καθώς η χαμηλή αυτοαναφερόμενη υγεία συμβάλλει στην αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας σε σύντομο χρονικό διάστημα για τους ηλικιωμένους άνδρες συγκριτικά με τις ηλικιωμένες γυναίκες (Assari, 2016) την στιγμή που άλλες έρευνες για άτομα άνω των 60 ετών υποστηρίζουν το αντίθετο συμπέρασμα (Moreno et al., 2017). Ταυτόχρονα, η χαμηλή αυτοαναφερόμενη υγεία θεωρείται ότι είναι η κύρια αιτία εμφάνισης πολλών ασθενειών, μεταξύ άλλων και των ψυχικών ασθενειών συμβάλλοντας στην αύξηση του επιπολασμού (Wu et al., 2013).

## 2.10 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

Η βελτιωμένη γνωστική λειτουργία συνδέεται αρνητικά με την εμφάνιση της κατάθλιψης στις γυναίκες και ειδικά σε αυτές που πάσχουν από άνοια (Salary and Moghadam, 2013) αλλά ισχύει και ο αντίθετος ισχυρισμός, δηλαδή στις γυναίκες τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να είναι το αποτέλεσμα δυσμενούς γνωστικής λειτουργίας, κυρίως σε πρωταρχικό στάδιο άνοιας, σε μεγάλες ηλικίες (Goldman et al., 2013). Ωστόσο, υπήρξαν ευρήματα που ενίσχυσαν το συμπέρασμα ότι η αντίστροφη συσχέτιση ανάμεσα στα καταθλιπτικά συμπτώματα και την γνωστική λειτουργία επηρεάζουν περισσότερο τους άνδρες ανάμεσα στις ηλικίες των 72-74 ετών σε σχέση με τις γυναίκες (Biringer et al., 2005).

Η δυνατότητα που έχει το νοικοκυριό να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του συμβάλλει με την σειρά του στην αύξηση ή μείωση των σχετικών πιθανοτήτων για την κατάθλιψη σε μεγαλύτερες ηλικίες. Είναι γενικά παραδεκτό ότι η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση ενισχύει την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών (Lorant et al., 2007) και οι οικονομικές δυσκολίες επιβαρύνουν με κακή ψυχική υγεία και τα δύο φύλα (Molarius et al., 2009). Προηγούμενες αναφορές έδειξαν ότι οι οικονομικοί περιορισμοί, όταν αυτοί συνδυαστούν με άλλους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, οδηγούν στην μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων για τις γυναίκες με την αύξηση της ηλικίας και στην εξάλειψη αυτής της σχέσης για τους άνδρες (Buber and Engelhardt, 2011).

Ολοκληρώνοντας την συζήτηση για τις μεταβλητές του μοντέλου που αναφέρεται στην όψιμη ενήλικη ζωή, η παρουσία συντρόφου είναι σημαντική στην πρόγνωση καταθλιπτικών διαταραχών. Συμπεράσματα από την ευρύτερη βιβλιογραφία υποστηρίζουν ότι σε μεγάλες ηλικίες οι γυναίκες και οι άντρες χωρίς σύζυγο είχαν μεγαλύτερη τάση στα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τους δεσμευμένους ανθρώπους (Grundy et al., 2017). Επιπρόσθετα, όταν η μοναξιά συνδέεται με απώλεια συντρόφου επιφέρει μείωση της ικανοποίησης από την ζωή και για τα δύο φύλα που είναι πιο ισχυρή για τους άνδρες (Chipperfield and Havens, 2001).

Με βάση τα παραπάνω αποδεικνύεται ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν πιο πολλά συμπτώματα κατάθλιψης από ότι οι άνδρες. Ιατρικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες, λόγω βιολογικής κατασκευής, πλήττονται από συγκεκριμένες ασθένειες που σχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση της κατάθλιψης όπως είναι η προεμμηνορροϊκή δυσφορική διαταραχή, η κατάθλιψη μετά τον τοκετό, η μετεμμηνοπαυσιακή κατάθλιψη και το στρες που σχετίζονται με ορμονικές μεταβολές, για αυτό και έχουν ένα προβάδισμα στην εμφάνιση της νόσου (επιπολασμός) συγκριτικά με τους άνδρες (Albert, 2015). Άλλες δυσάρεστες

## 2.10 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία

καταστάσεις όπως η χηρεία και τα χρόνια προβλήματα υγείας που οδηγούν σε αναπηρία ή άλλες σωματικές δυσλειτουργίες, οι δυσάρεστες οικονομικές καταστάσεις καθώς και η έλλειψη παιδιών επισκιάζουν την ψυχική υγεία των γυναικών στις μεγάλες ηλικίες και τις καθιστούν ευπαθείς στις καταθλιπτικές διαταραχές (Lei et al., 2014).

Σαν αντιστάθμισμα των παραπάνω, παράγοντες που προστατεύουν τις γυναίκες από την εμφάνιση της νόσου είναι δραστηριότητες όπως η συμμετοχή σε εκδρομές και η συναναστροφή και φροντίδα για τα εγγόνια, ενώ και για τα δύο φύλα αποδείχθηκαν σημαντικές οι συναντήσεις με φίλους (Carayanni et al., 2012). Το θέμα της κατάθλιψης είναι μείζονος σημασίας για τους ανθρώπους και οι μελέτες που εξετάζουν τους προγνωστικούς παράγοντες της νόσου ρίχνουν φως στον τρόπο αντιμετώπισης της διαταραχής. Ιδιαίτερα σημαντικές είναι και οι έρευνες που εστιάζουν στις διαφορές μεταξύ των φύλων εξαιτίας αλλότριας προσωπικότητας, ιδιοσυγκρασίας και συμπεριφοράς.

## **2.10 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία**



## Κεφάλαιο 3

### Εκτίμηση των παραγόντων που προκαλούν κατάθλιψη σε άτομα ηλικίας 50 και άνω – Ανάλυση με βάση τις ευρωπαϊκές χώρες

#### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

##### 3.1.1 Εισαγωγή

Η κατάθλιψη είναι μία διαδεδομένη διαταραχή της ψυχικής υγείας στην όψιμη ενήλικη ζωή (Reynolds et al., 2015; Blazer, 2003; Rossen and Buschmann, 1995; Blazer, 1989). Προβλέπεται να εξελιχθεί στην δεύτερη πιο διαδεδομένη κατάσταση υγείας παγκοσμίως μέχρι το 2020 (Murray and Lopez, 1997) ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την κατατάσσει στην τέταρτη κορυφαία κατά σειρά νόσο (Reddy, 2010) και προβλέπει ότι το έτος 2030 η κατάθλιψη θα αποτελεί την κύρια αιτία ασθενείας (Lepine and Briley, 2011). Έρευνες την συνδέουν με την μείωση της ευημερίας (Ismail et al, 2013; Gurland, 1992; Wells et al., 1989), την αύξηση της θνησιμότητας καθώς και τη χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Luo et al., 2015; Fauth et al., 2012; Turvey et al., 2009; Schultz et al., 2000; Beekman et al., 1999).

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες που δείχνουν ότι οι εμπειρίες και οι περιστάσεις της παιδικής ηλικίας έχουν σημαντική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι η οικογενειακή αναστάτωση και η αστάθεια ως προς την κατοικία που συνεπάγονται συχνές μετακομίσεις ευθύνονται για την κατάθλιψη στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή (Alegria et al., 2015; Gilman et al., 2003). Επίσης, οι δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της παρουσίας γονέων που έπιναν πολύ ή έκαναν καταχρήσεις προδιαθέτουν την εμφάνιση της κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή (Norman et al., 2012; Gruber and Taylor, 2006; Anda et al., 2002).

Άλλες μελέτες διαπίστωσαν μια ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στην παιδική σωματική κακοποίηση και την κακή σωματική και ψυχική υγεία στην μέση ηλικία που διατηρούνται ακόμα και όταν είναι δεδομένα το οικογενειακό ιστορικό και άλλες δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία (McCarthy-Jones and McCarthy-Jones, 2014; Lamont, 2010; Ramiro et al., 2010; Springer et al., 2007). Παρόμοια, άλλοι ερευνητές βρήκαν ότι τα κακοποιημένα παιδιά ήταν επιρρεπή σε επικίνδυνες συμπεριφορές, είχαν χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία σαν

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

ενήλικες και έγιναν συχνοί χρήστες υπηρεσιών έκτακτης ιατρικής περίθαλψης (Gal and Basford, 2014; Arnou, 2004).

Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην παιδική ηλικία που περιλαμβάνει την εκπαίδευση των γονέων, το επάγγελμα τους, την κοινωνική τάξη στην οποία ανήκουν και την οικονομική κατάσταση που έχουν επηρεάζουν έντονα τις πιθανότητες κακής υγείας στην όψιμη ενήλικη ζωή, άμεσα και έμμεσα (Montez et al., 2014; Case et al., 2005; Luo and Waite 2005). Έχουν «κατασκευασθεί» μονοπάτια που οδηγούν από την χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην παιδική ηλικία σε χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και κακή υγεία στην πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή. Επιπρόσθετα, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται επίσης με την κακή υγεία στην παιδική ηλικία η οποία σχετίζεται άμεσα και έμμεσα με κακής ποιότητας υγεία στην ενηλικίωση. Έμμεσα, λειτουργεί μέσα από την κακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην ενήλικη ζωή (Font and Maguire, 2016; Currie and Rossin, 2015; Luo and Waite, 2005). Σαν αποτέλεσμα, η παιδική υγεία επηρεάζει την κατάσταση της υγείας κατά την ενηλικίωση και τα πρόωρα προβλήματα ψυχικής υγείας μπορούν να προβλέψουν την μελλοντική υγεία (WHO, 2014; Currie et al., 2010). Επιπρόσθετα, το μορφωτικό επίπεδο τόσο στα παιδικά χρόνια όσο και στην ενήλικη ζωή είναι σημαντικοί προστατευτικοί παράγοντες από μόνοι τους (Ladin, 2008 ; Koster et al., 2006). Το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο αυξάνει την δημιουργικότητα και την παραγωγικότητα της εργασίας, ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή (Ross and Mirowsky, 2006).

Τέλος, πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η φυσική υγεία και η αναπηρία κατά την διάρκεια της ζωής είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ο καρκίνος και άλλες χρόνιες παθήσεις, οι κινητικές δυσκολίες και οι περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες συνδέονται στενά με τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης των ηλικιωμένων ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους (Mitchell et al., 2017; Weiss Wiesel, 2015; Boing et al., 2012; Blay et al., 2007; Bisschop et al., 2004; Black et al., 1998; Palinkas et al., 1990). Ειδικότερα, άλλα ευρήματα έδειξαν ότι ο αριθμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων εξαρτάται από την ηλικία που ξεκινάει η χρόνια πάθηση ή αναπηρία. Όσο πιο νωρίς εμφανίζεται τόσο πιο υψηλά επίπεδα κατάθλιψης επίκειται (Voinov et al., 2013; Schnittker, 2005). Επιπλέον, η χειρότερη γνωστική λειτουργία συνδέεται με μεγαλύτερο αριθμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων (O'Shea et al., 2015; Verropoulou and Tsimbos, 2007) όπως

### **3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό**

είναι οι παράγοντες επικίνδυνης συμπεριφοράς και ιδιαίτερα η φυσική αδράνεια (Blay et al., 2007; Lampinen and Heikkinen, 2003).

Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να επιτευχθεί μία συνολική εικόνα των παραγόντων που μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη από την παιδική ηλικία μέχρι την όψιμη ενήλικη ζωή. Οι επιμέρους στόχοι που τίθενται είναι: α) η διερεύνηση της σπουδαιότητας ορισμένων βασικών παραμέτρων της παιδικής ηλικίας στην πρόβλεψη των συμπτωμάτων κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής υγείας, των δυσμενών εμπειριών, της εκπαίδευσης / γνωστικής λειτουργίας και της γονικής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, β) η διερεύνηση του ρόλου των ανεπιθύμητων εμπειριών των ενηλίκων, της υγείας και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και γ) η αξιολόγηση του τρόπου παρεμβολής των γεγονότων κατά τη διάρκεια της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής. Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, χρησιμοποιήθηκαν σύγχρονα (cross-sectional) και αναδρομικά (retrospective) δεδομένα από την Έρευνα SHARE στην Ευρώπη.

#### **3.1.2 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων για το σύνολο του δείγματος**

Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει αποτελέσματα που δείχνουν συσχετίσεις πολλών μεταβλητών μεταξύ τους με το ενδεχόμενο επικράτησης της κατάθλιψης σε μεγάλες ηλικίες. Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που μπορούν να συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης από διάφορες περιόδους της ζωής των ατόμων. Στόχος αυτού του κεφαλαίου είναι να χρησιμοποιήσει μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης ως μαθηματικά εργαλεία για να εξακριβώσει την σημαντικότητα παραγόντων καθόλη την διάρκεια του βίου των ερωτώμενων που μπορούν να προδιαγράψουν συμπτώματα της νόσου στην όψιμη ενήλικη ζωή.

Το δείγμα που θα μελετήσουμε περιλαμβάνει 22785 άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω από τα κύματα 2 και 3 της βάσης δεδομένων του SHARE. Οι ερωτώμενοι προέρχονται από τις ίδιες ευρωπαϊκές χώρες που εξετάσαμε και στο προηγούμενο κεφάλαιο, δηλαδή την Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Αυστρία, Ελβετία, Βέλγιο, Τσεχία, Πολωνία και Ιρλανδία.

#### **3.1.3 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών**

Στα πλαίσια της ανάλυσης του δείγματος η εξαρτημένη μεταβλητή είναι η EURODCAT που έχει περιγραφεί διεξοδικά στο προηγούμενο κεφάλαιο και οι επεξηγηματικές μεταβλητές

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

διακρίνονται σε μεταβλητές από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή καθώς και την όψιμη ενήλικη ζωή. Οι χρησιμοποιούμενες μεταβλητές από την παιδική ηλικία είναι οι ακόλουθες:

- sl\_ch\_il\_2\_h\_ep\_em1 (severe headaches or epilepsy or emotional problems) η οποία είναι μεταβλητή υγείας και περιγράφει αν ο ερωτώμενος στα παιδικά του χρόνια έπασχε από έντονους πονοκεφάλους ή επιληψία ή ψυχολογικά προβλήματα. Είναι κατηγορική μεταβλητή, δίτιμη και προκύπτει από τις μεταβλητές sl\_hs009d1 (childhood illness 2: severe headaches or migraines), sl\_hs009d2 (childhood illness 2: epilepsy, fits or seizures) και sl\_hs009d3 (childhood illness 2: emotional, nervous, or psychiatric problem) μετά από εφαρμογή μετασχηματισμού με την συνθήκη or.

- sl\_ch\_il\_2\_d\_h\_l\_mt1 (childhood diabetes or heart trouble or leukaemia or malignant tumour) η οποία είναι μεταβλητή υγείας και περιγράφει αν ο ερωτώμενος έπασχε από διαβήτη, είχε προβλήματα με την καρδιά του, έπασχε από λευχαιμία ή κακοήγη όγκο όταν ήταν παιδί. Είναι κατηγορική μεταβλητή, δίτιμη και προκύπτει από τις μεταβλητές sl\_hs009d6 (childhood illness 2: childhood diabetes or high blood sugar), sl\_hs009d7 (childhood illness 2: heart trouble), sl\_hs009d8 (childhood illness 2: leukaemia or lymphoma) και sl\_hs009d9 (childhood illness 2: cancer or malignant tumour (excluding minor skin cancers)) μετά από εφαρμογή μετασχηματισμού με την συνθήκη or.

- sl\_hs003\_new η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

- sl\_hs035\_ (did psychiatric problems last for a year or longer) η οποία είναι μεταβλητή υγείας, κατηγορική, δίτιμη και περιγράφει αν ο ερωτώμενος στην παιδική του ηλικία είχε ψυχιατρικά προβλήματα που διήρκεσαν έναν χρόνο ή περισσότερο.

- sl\_cs010\_new η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

- sl\_cs008\_ η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

- sl\_cs004d\_b (living in hh when ten with adoptive/step/foster relatives) η οποία είναι μεταβλητή που αναφέρεται σε δυσάρεστες εμπειρίες που είχε ο ερωτώμενος σαν παιδί και περιγράφει αν το άτομο ζούσε με υιοθετημένους ή θετούς γονείς. Είναι κατηγορική και δίτιμη.

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

- sl\_hs045d2 η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.
- sl\_cs009\_new\_1 η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Οι μεταβλητές που αναφέρονται στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή είναι οι εξής:

- sl\_ac002d\_b (events: lived in prison or in labor camp or in concentration camp) η οποία είναι μεταβλητή που αναφέρεται σε δυσμενείς εμπειρίες που είχε ο ερωτώμενος και συγκεκριμένα αν έζησε στην φυλακή, σε στρατόπεδο εργασίας ή σε στρατόπεδο συγκέντρωσης. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

- sl\_ac002d\_c (events: inpatient in tube institution or stayed in psychiatric hospital) η οποία είναι μεταβλητή που αναφέρεται σε δυσμενείς εμπειρίες που είχε ο ερωτώμενος και συγκεκριμένα αν νοσηλεύτηκε στο νοσοκομείο ή σε κάποιο ψυχιατρικό ίδρυμα. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

- sl\_ac002d10 (events in accomodation: homeless for 1 month +) η οποία είναι μεταβλητή που αναφέρεται σε δυσμενείς εμπειρίες που είχε ο ερωτώμενος και συγκεκριμένα αν έζησε σαν άστεγος για έναν μήνα και παραπάνω. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

- sl\_gl005 η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

- sl\_gl008 η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

- sl\_gl011 η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

- sl\_gl014 η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

- sl\_hs052\_ (ever had physical injury to disability) είναι μεταβλητή που αναφέρεται σε δυσμενή βιώματα που είχε ο ερωτώμενος και συγκεκριμένα αν ποτέ είχε σωματική βλάβη που οδήγησε σε αναπηρία. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

- yedu\_new η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Οι μεταβλητές που αναφέρονται στην όψιμη ενήλικη ζωή είναι οι ακόλουθες:

- chronic2w2 η οποία είναι μεταβλητή υγείας και περιγράφει αν το άτομο πάσχει από λιγότερες ή περισσότερες από 2 χρόνιες ασθένειες. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

• ADL2 η οποία είναι μεταβλητή υγείας και περιγράφει τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει ο ερωτώμενος σε ποικίλες δραστηριότητες της καθημερινότητας για περισσότερους από τρεις μήνες εξαιτίας ενός προβλήματος υγείας ή σωματικού προβλήματος. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- 1) Ντύσιμο, συμπεριλαμβανομένου του να βάζει παπούτσια και κάλτσες
- 2) Περπάτημα σε ένα δωμάτιο
- 3) Να κάνει μπάνιο ή ντουζ
- 4) Να τρώει, όπως το να κόβει το φαγητό
- 5) Να ξαπλώνει και να σηκώνεται από το κρεβάτι
- 6) Να χρησιμοποιεί την τουαλέτα, συμπεριλαμβανομένου του να σηκώνεται και να κάθεται

Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη (0: ο ερωτώμενος δεν αντιμετωπίζει κανέναν περιορισμό καθημερινά και 1: ο ερωτώμενος αντιμετωπίζει έναν κατ' ελάχιστο περιορισμό καθημερινά).

• IADL2 η οποία είναι μεταβλητή υγείας και περιγράφει τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει ο ερωτώμενος σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής για περισσότερους από τρεις μήνες εξαιτίας ενός προβλήματος υγείας σωματικού, ψυχικού, συναισθηματικού ή προβλήματος μνήμης. Πιο συγκεκριμένα περιλαμβάνει τα ακόλουθα:

- 1) Να χρησιμοποιεί έναν χάρτη για να προσανατολιστεί σε ένα άγνωστο μέρος
- 2) Να ετοιμάζει ένα ζεστό γεύμα
- 3) Να ψωνίζει από ένα μπακάλικο
- 4) Να τηλεφωνεί
- 5) Να παίρνει φάρμακα
- 6) Να κάνει δουλειές στο σπίτι ή στον κήπο

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

7) Να χειρίζεται χρήματα όπως το να πληρώνει λογαριασμούς και να κρατάει σημειώσεις με τους λογαριασμούς δαπανών

Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη (0: ο ερωτώμενος δεν αντιμετωπίζει κανέναν θεμελιώδη περιορισμό καθημερινά και 1: ο ερωτώμενος αντιμετωπίζει έναν κατ' ελάχιστο θεμελιώδη περιορισμό καθημερινά).

• *mobil3* η οποία είναι μεταβλητή υγείας και περιγράφει τις κινητικές δυσκολίες που είχε το άτομο για τρεις το λιγότερο μήνες συμπεριλαμβανομένης της λειτουργίας του βραχίονα και άλλων κινητικών προβλημάτων. Είναι κατηγορική δίτιμη μεταβλητή (0: ο ερωτώμενος αντιμετωπίζει 0-2 περιορισμούς και 1: ο ερωτώμενος αντιμετωπίζει 3 και επιπλέον κινητικούς περιορισμούς).

• *symptoms* η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

• *sphus* η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

• *bmi2\_new* (less categories for bmi) η οποία είναι μεταβλητή υγείας και αναφέρεται στον δείκτη μάζας του σώματος των ατόμων. Είναι κατηγορική μεταβλητή με τρία επίπεδα 1: *implausible, underweight and normal*, 2: *overweight* και 3: *obese* και έχει προκύψει από την μεταβλητή *bmi2* που έχει τέσσερα επίπεδα 1: *below 18.5 – underweight*, 2: *18.5 – 24.9 – normal*, 3: *25 – 29.9 – overweight* και 4: *30 and above – obese* μετά από κατάλληλο μετασχηματισμό.

• *numeracy* (*numeracy score: mathematical performance*) η οποία είναι μεταβλητή γνωστικής λειτουργίας και περιγράφει την επίδοση που είχε ο ερωτώμενος στα Μαθηματικά. Είναι κατηγορική μεταβλητή με τιμές που κυμαίνονται από 1: *bad* μέχρι 5: *good*.

• *orienti* η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

• *rhinact* (*physical inactivity*) η οποία είναι μεταβλητή υγείας και περιγράφει αν το άτομο κάνει κάποιου είδους φυσική δραστηριότητα, είτε έντονη (π.χ. γυμναστήριο) είτε πιο ελαφριά (π.χ. πλύσιμο αυτοκινήτου, ενασχόληση με τον κήπο κλπ) . Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

• *fdistress* η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

- partnerinhh η οποία έχει περιγραφεί στο προηγούμενο κεφάλαιο.

Οι μεταβλητές age\_int, country\_new και gender αναφέρονται στην ηλικία των ερωτώμενων την στιγμή της έρευνας, την χώρα προέλευσης και το φύλο τους.

Παρακάτω (Πίνακας 3.1) βλέπουμε την πληθυσμιακή κατανομή των ερωτώμενων καθώς και τα ποσοστά κατάθλιψης που αντιστοιχούν σε κάθε χώρα. Η Ελλάδα, το Βέλγιο και η Ιταλία έχουν τα υψηλότερα ποσοστά συμμετοχής των ατόμων στην έρευνα ενώ η Πολωνία, η Ιταλία και η Ισπανία παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τις άλλες χώρες.

**Πίνακας 3.1** Πλήθος ερωτώμενων και αντίστοιχα ποσοστά κατάθλιψης για κάθε χώρα.

Country	Frequencies	Percent	eurocat (yes)
Greece	2528	11.1%	16.5%
Germany	1604	7.0%	17.2%
Sweden	1513	6.6%	14.6%
Netherlands	1716	7.5%	16.9%
Spain	1489	6.5%	31.6%
Italy	2204	9.7%	32.0%
France	1819	8.0%	29.7%
Denmark	1844	8.1%	15.8%
Austria	740	3.2%	18.1%
Switzerland	1155	5.1%	15.4%
Belgium	2380	10.4%	24.7%
Czech Republic	1614	7.1%	20.1%
Poland	1566	6.9%	48.3%
Ireland	613	2.7%	18.3%
<b>Total</b>	<b>22785</b>	<b>100.0%</b>	<b>23.0%</b>

Στην συνέχεια ακολουθούν οι πίνακες με τα περιγραφικά στοιχεία των μεταβλητών (συχνότητες και διάμεσες τιμές) από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και την όψιμη ενήλικη ζωή.

**Πίνακας 3.2** Ποσοστιαία κατανομή και διάμεσες τιμές (<sup>d</sup>) για τις μεταβλητές της παιδικής ηλικίας.

Μεταβλητές στην παιδική ηλικία	Percent
Age_int	65.0 <sup>d</sup>
Gender	
female	55.7%
male	44.3%



### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

Severe headaches or epilepsy or emotional problems (sl_ch_il_2_h_ep_em1)	
No	94.9%
Yes	<b>5.1%</b>
Childhood diabetes or heart trouble or leukemia or malignant tumour (sl_ch_il_2_d_h_1_mt1)	
No (ref. cat.)	99.1%
Yes	<b>0.9%</b>
Childhood health status (sl_hs003_new)	
Excellent (ref. cat.)	<b>36.4%</b>
Very Good and Good	<b>55.6%</b>
Fair	5.5%
Poor and Health varied a great deal	2.5%
Did psychiatric problems last for a year or longer (sl_hs035_)	
No (ref. cat.)	99.2%
Yes	<b>0.8%</b>
Relative position in Maths (sl_cs010_new)	
Much better (ref. cat.)	10.4%
Better	24.0%
About the same	49.5%
Worse, much worse and non applicable	<b>16.2%</b>
Number of books at ten (sl_cs008_)	<b>2.0<sup>d</sup> (11-25 books)</b>
Living in hh when ten with adoptive or step or foster relatives (sl_cs004d_b)	
No (ref. cat.)	95.4%
Yes	<b>4.6%</b>
Did parents: drink heavily (sl_hs045d2)	
No (ref. cat.)	91.6%
Yes	<b>8.4%</b>
Occupation of the main breadwinner (sl_cs009_new_1)	
Manual occupations (ref. cat.)	<b>72.3%</b>
Non manual occupations	27.7%

Ο πληθυσμός που μελετάμε έχει σαν διάμεση ηλικία τα 65 έτη και αποτελείται κατά πλειοψηφία από γυναίκες (55.7%). Από τις παιδικές ασθένειες, οι έντονοι πονοκέφαλοι και τα προβλήματα συναισθηματικής φύσης είναι είναι πιο συνηθισμένα (5.1%) ενώ η λευχαιμία, τα προβλήματα καρδιάς και οι κακοήθεις όγκοι έχουν πολύ χαμηλή συχνότητα εμφάνισης (0.9%). Η υγεία των ερωτώμενων στην παιδική τους ηλικία δηλώνεται ως άριστη και πολύ καλή από την πλειοψηφία των ατόμων καλύπτοντας σχεδόν όλο το δείγμα, αθροιστικά το 92.0% ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό των ατόμων, μόλις το 0.8% πάσχει από ψυχιατρικά προβλήματα που κράτησαν για έναν χρόνο ή περισσότερο.

Ο μισός πληθυσμός δήλωσε ότι είχε ίδιες επιδόσεις στα Μαθηματικά σε σχέση με άλλους ενώ το 16.2% του πληθυσμού δήλωσε χειρότερες και πολύ χειρότερες επιδόσεις. Επιπλέον, το 50% των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα ανέφερε ότι ο αριθμός των βιβλίων που διάβαζαν στην ηλικία των 10 ετών ήταν από 11 και πάνω. Αναφορικά με τις δυσάρεστες εμπειρίες στα παιδικά χρόνια, το 4.6% ισχυρίστηκε ότι στα 10 τους χρόνια ζούσε με θετούς

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

γονείς ενώ το διπλάσιο ποσοστό, δηλαδή το 8.4% είχε γονείς που έπιναν πολύ. Σχετικά με το γονικό επάγγελμα, το 72.3% των ερωτώμενων δήλωσαν ότι οι γονείς τους απασχολούνταν σε κάποια χειρωνακτική εργασία.

**Πίνακας 3.3** Ποσοστιαία κατανομή για τις μεταβλητές στην πρόωμη και μέση ενήλικη ζωή.

<b>Μεταβλητές στην πρόωμη και μέση ζωή</b>	<b>Percent</b>
Events: lived in prison or in labor camp or in concentration camp (sl_ac002d_b)	
No	99.1%
Yes	<b>0.9%</b>
Events: inpatient in tube institution or stayed in psychiatric hospital (sl_ac002d_c)	
No	98.8%
Yes	<b>1.2%</b>
Homeless for 1month+ (sl_ac002d10)	
No	99.7%
Yes	<b>0.3%</b>
Period of stress (sl_gl005_)	
No	48.7%
Yes	<b>51.3%</b>
Period of poor health (sl_gl008_)	
No	59.0%
Yes	<b>41.0%</b>
Period of financial hardship (sl_gl011_)	
No	67.2%
Yes	<b>32.8%</b>
Period of hunger (sl_gl014_)	
No	92.4%
Yes	<b>7.6%</b>
Ever had physical injury to disability (sl_hs052_)	
No	87.7%
Yes	<b>12.3%</b>
Educational attainment (yedu_new)	
13+years	<b>31.0%</b>
0-6 years	18.2%
7-12 years	<b>50.8%</b>

Κατά την διάρκεια της ζωής τους (Πίνακας 3.3) πολύ λίγοι ερωτώμενοι έζησαν στην φυλακή ή σε στρατόπεδο συγκέντρωσης (0.9%) ή χρειάστηκε να νοσηλευτούν σε ψυχιατρικό ίδρυμα (1.2%). Αντίστοιχα, μόνο το 0.3% δηλαδή 68 άτομα δήλωσαν ότι παρέμειναν άστεγοι για περισσότερο από έναν μήνα. Το 51.3% παραδέχθηκαν ότι έχουν βιώσει στρες στην ζωή τους κάποια περίοδο και το 41.0% κακή υγεία. Ένα σχετικά υψηλό ποσοστό, 32.8%, αντιμετώπισε οικονομικές δυσκολίες και το 7.6% βίωσε την δυσμενή εμπειρία της πείνας. Επίσης, το 12.3% είχαν κάποιο τραυματισμό που οδήγησε σε αναπηρία. Ο πληθυσμός με βάση τα χρόνια εκπαίδευσης αποτελείται από ερωτώμενους που είχαν καλή κατάρτιση καθώς

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

το 31% των ατόμων είχαν περισσότερα από 13 χρόνια και η πλειοψηφία των ατόμων, το 50.8%, είχαν 7-12 χρόνια εκπαίδευσης.

**Πίνακας 3.4** Ποσοστιαία κατανομή και διάμεσες τιμές (<sup>d</sup>) για τις μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή.

<b>Μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή</b>	<b>Percent</b>
Chronic conditions	
Less than two diseases	56.7%
2+ chronic diseases	<b>43.3%</b>
Activities of daily living <b>(ADL2)</b>	
No ADL limitations	91.8%
1+ ADL limitations	<b>8.2%</b>
Instrumental activities of daily living <b>(IADL2)</b>	
No IADL limitations	86.3%
1+ IADL limitations	<b>13.7%</b>
3+ mobility, arm function and fine motor limitations <b>(mobilit3)</b>	
0-2 limitations	<b>78.8%</b>
3+ limitations	21.2%
Symptoms	
Less than two symptoms	58.6%
2+ symptoms	<b>41.4%</b>
Self-perceived health <b>(sphus)</b>	
Excellent	9.8%
Very Good	19.8%
Good	38.2%
Fair	23.8%
Poor	<b>8.3%</b>
Bmi2_new	
Obese	<b>19.2%</b>
Implausible, underweight and normal	<b>37.9%</b>
Overweight	<b>42.9%</b>
Numeracy score <b>(numeracy)</b>	<b>4.0<sup>d</sup></b>
Orientation to date, month, year and day of week <b>(orienti)</b>	<b>5.0<sup>d</sup></b>
Physical inactivity <b>(phinact)</b>	
No	91.3%
Yes	<b>8.7%</b>
Household able to make ends meet <b>(fdistress)</b>	
Easily	<b>27.5%</b>
With great difficulty	11.5%
With some difficulty	<b>27.8%</b>
Fairly easily	33.2%
Partner in household <b>(partnerinhh)</b>	
Living with a spouse	73.7%
Living as a single	<b>26.3%</b>

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

Τα άτομα του πληθυσμού παρουσιάζουν έναν κατ' ελάχιστο περιορισμό στις καθημερινές δραστηριότητες σε ποσοστό 8.2% και έναν κατ' ελάχιστο περιορισμό στις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε ποσοστό 13.7% (Πίνακας 3.4). Μεγάλο τμήμα του πληθυσμού υποφέρει από δύο τουλάχιστον χρόνιες ασθένειες (43.3%) και ακόμα μεγαλύτερο αντιμετωπίζει μέχρι δύο το πολύ κινητικά προβλήματα (78.8%).

Επίσης, υψηλό είναι και το ποσοστό των ερωτώμενων που πάσχουν από δύο και πλέον σωματικά συμπτώματα (41.4%) αν και μόνο το 8.3% αυτών δηλώνουν ότι στην παρούσα φάση έχουν κακή υγεία. Σχετικά με την φυσική τους κατάσταση οι ερωτώμενοι είναι υπέρβαροι ή έχουν κανονικό βάρος περίπου στην ίδια αναλογία, 42.9% και 37.9% αντίστοιχα, καθώς και οι παχύσαρκοι κατέχουν επίσης μεγάλο τμήμα του πληθυσμού (19.2%) ενώ το 8.7% αυτών δεν συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες.

Οι επιδόσεις των ατόμων στα Μαθηματικά και ο προσανατολισμός τους στο χρόνο είναι σε πολύ καλά επίπεδα αφού για τον μισό πληθυσμό οι μεταβλητές λαμβάνουν τιμές άνω του 4 και 5 αντίστοιχα (διάμεσες τιμές) που είναι οι καλύτερες επιδόσεις.

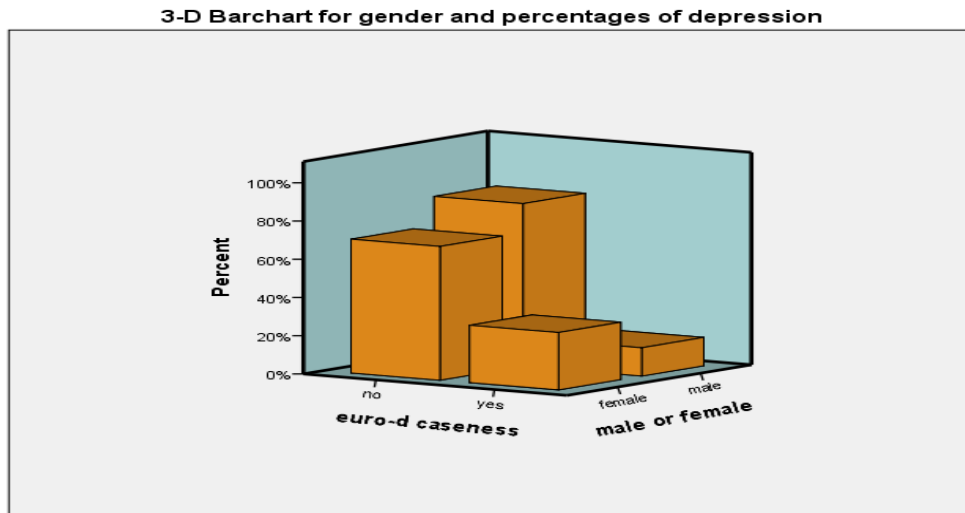
Αναφορικά με τις οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν, ίδιο ποσοστό ατόμων καταφέρνουν να ανταπεξέλθουν με ευκολία (27.5%) αλλά και με κάποιο βαθμό δυσκολίας (27.8%). Τέλος, η εικόνα που σχηματίζεται από την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων δείχνει ότι το 26.3% αυτών ζουν μόνοι τους, χωρίς σύντροφο.

Στα επόμενα ραβδογράμματα (Διαγράμματα 3.1-3.7) μπορούμε να δούμε πώς συνδέεται η εξαρτημένη μεταβλητή EURODCAT με το φύλο καθώς και με επιλεγμένες μεταβλητές από την παιδική ηλικία μέχρι την όψιμη ενήλικη ζωή, όπως είναι η κατάσταση της υγείας τα παιδικά χρόνια, το στρες, οι χρόνιες ασθένειες, οι κινητικές δυσκολίες, οι θεμελιώδεις περιορισμοί στην καθημερινή ζωή και το επίπεδο φυσικής κατάστασης ανάλογα με τον δείκτη μάζας του σώματος.

Όπως μπορούμε να διαπιστώσουμε οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης σε μεγάλες ηλικίες σε σχέση με τους άνδρες.

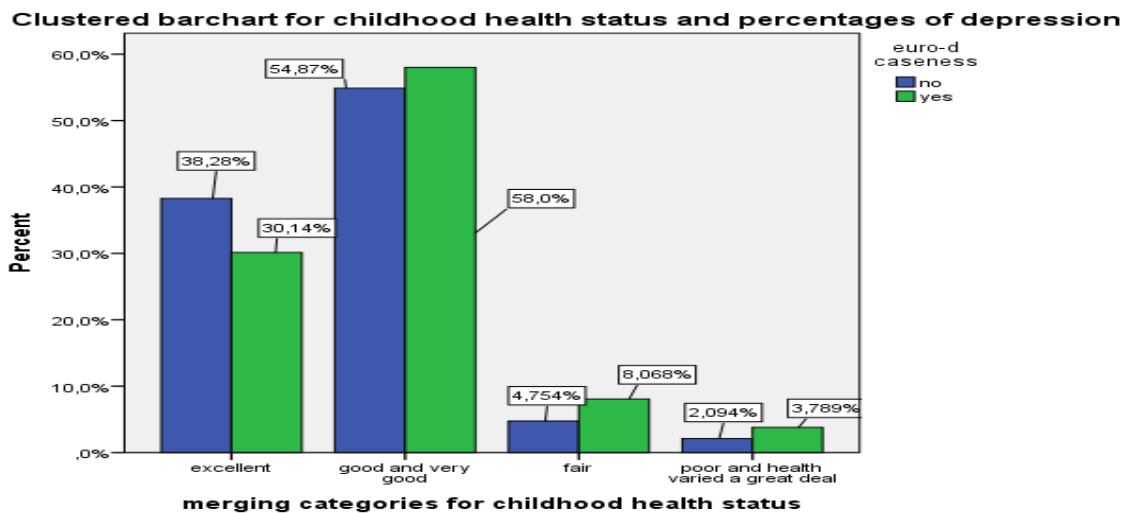
### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

**Διάγραμμα 3.1** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη με βάση το φύλο.



Επίσης, σύμφωνα με το ραβδόγραμμα που ακολουθεί είναι υψηλά τα ποσοστά των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και στην παιδική τους ηλικία είχαν άριστη ή καλή ή πολύ καλή υγεία συγκριτικά με τους ερωτώμενους που στα παιδικά τους χρόνια είχαν επαρκή ή κακή υγεία.

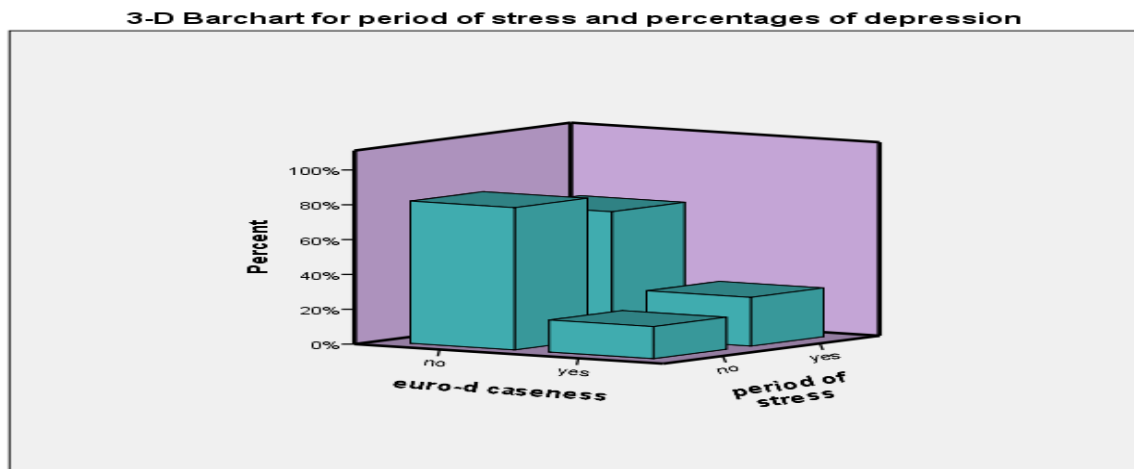
**Διάγραμμα 3.2** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη με βάση την κατάσταση υγείας που είχαν στην παιδική ηλικία.



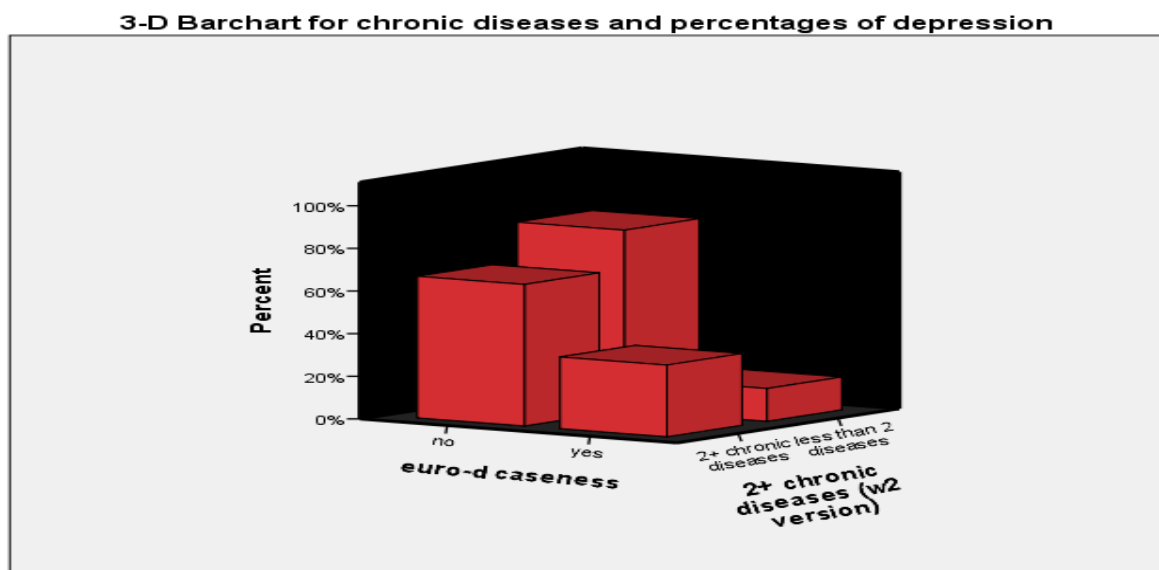
Υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζουν άτομα που έχουν βιώσει στρες στην πρώιμη ή ενήλικη ζωή τους ή υποφέρουν από δύο τουλάχιστον χρόνιες ασθένειες, όπως φαίνεται στα επόμενα διαγράμματα.

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

**Διάγραμμα 3.3** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και βίωσαν στρες στην πρόωμη – μέση ενήλικη ζωή τους.



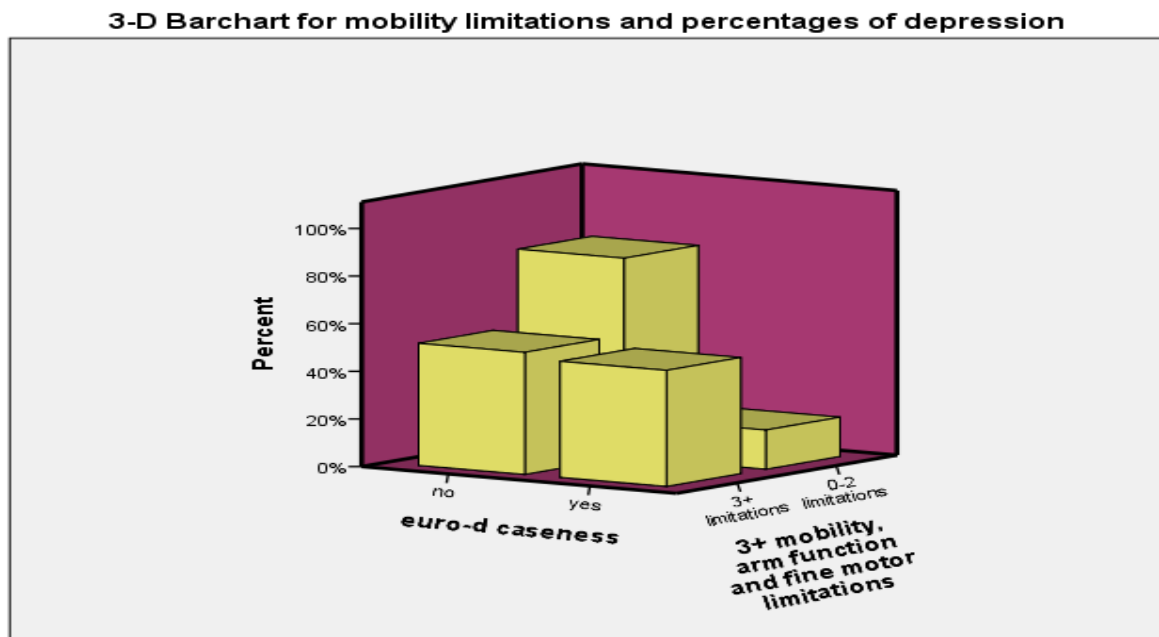
**Διάγραμμα 3.4** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και υποφέρουν από τουλάχιστον δύο χρόνια ασθένειες.



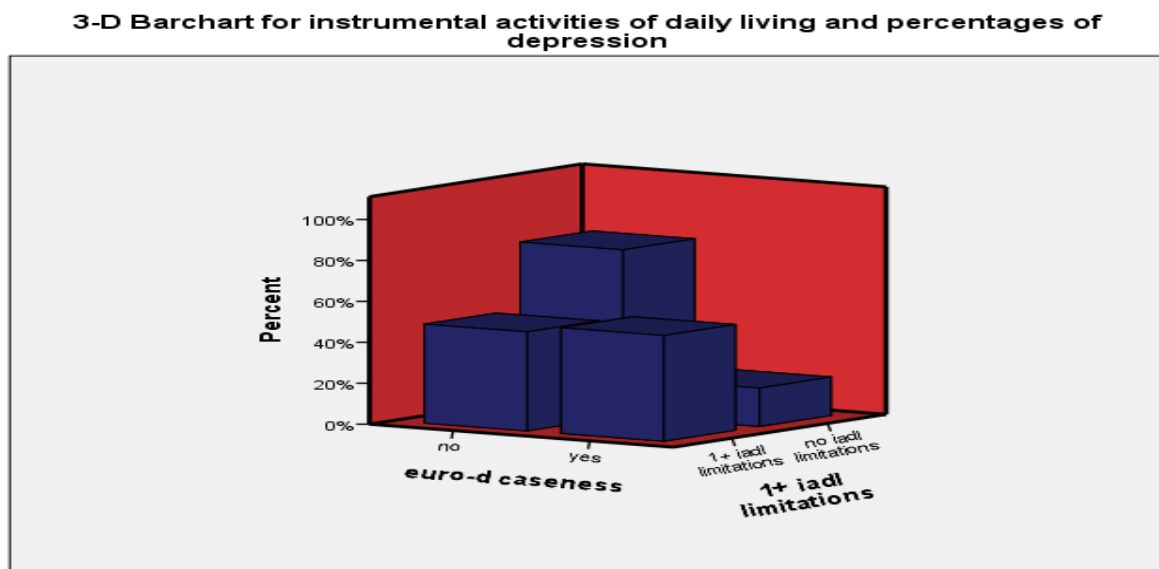
Όπως είναι αναμενόμενο η παρουσία τουλάχιστον τριών κινητικών δυσκολιών και περισσότερων από έναν περιορισμών θεμελιώδους δραστηριότητας στην καθημερινή ζωή σχετίζεται με μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης.

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

**Διάγραμμα 3.5** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και παρουσιάζουν τουλάχιστον τρεις κινητικές δυσκολίες.



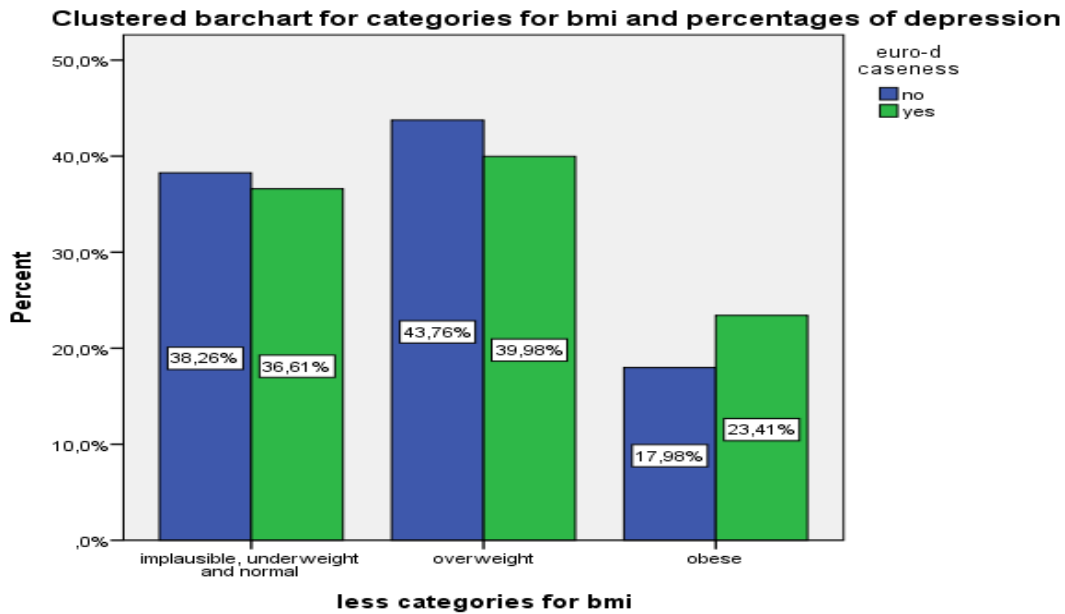
**Διάγραμμα 3.6** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και έχουν τουλάχιστον έναν περιορισμό σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.



Τέλος, άτομα που είναι υπέρβαρα και υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα είναι σε πολύ κοντινές αναλογίες με αυτά που είναι με κανονικό βάρος και πάσχουν από κατάθλιψη (αντίστοιχα ποσοστά ίσα με 39.98% και 36.61%) ενώ αρκετά υψηλό αλλά σε χαμηλότερη τιμή είναι και το ποσοστό των παχύσαρκων ατόμων που είναι καταθλιπτικά.

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

**Διάγραμμα 3.7** Απεικόνιση των ερωτώμενων που πάσχουν από κατάθλιψη και του δείκτη μάζας σώματος (bmi).



#### 3.1.4 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Στην παρούσα παράγραφο εφαρμόσαμε το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης με διαδοχική εισαγωγή των μεταβλητών σε τρία στάδια που περιλαμβάνουν τις περιόδους της παιδικής ηλικίας, της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής καθώς και της όψιμης ενήλικης ζωής όπως περιγράψαμε στο προηγούμενο κεφάλαιο για να δούμε ποιοι παράγοντες συμβάλλουν θετικά στην παρουσία του χαρακτηριστικού της κατάθλιψης και ποιοι αρνητικά. Οι υπολογισμοί έγιναν και πάλι στο SPSS, έκδοση 20.

Οι επόμενοι πίνακες (Πίνακες 3.5-3.8) δείχνουν τις τιμές των odds ratios και τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης για τις μεταβλητές στα τρία στάδια ζωής. Επίσης παρατίθενται τιμές από τα στατιστικά εργαλεία που εφαρμόστηκαν όπως pseudo-R<sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow τεστ και classification percent για όλα τα μοντέλα (Πίνακας 3.9).



### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

**Πίνακας 3.5** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τις μεταβλητές ηλικία, χώρα και φύλο των ερωτώμενων (N=22785).

Variables	Model 1	Model 2	Model 3
age_int	1.016*** (1.012 1.019)	1.012*** (1.008 1.016)	0.982*** (0.977 0.986)
Gender			
female (ref. cat)	1	1	1
male	0.397*** (0.370 0.426)	0.397*** (0.369 0.427)	0.502*** (0.463 0.545)
Country_new			
Greece (ref. cat.)	1	1	1
Germany	1.046 (0.877 1.248)	0.930 (0.769 1.124)	0.933 (0.759 1.148)
Sweden	0.922 (0.764 1.112)	0.824 (0.675 1.005)	1.061 (0.853 1.320)
Netherlands	1.085 (0.913 1.290)	1.062 (0.884 1.276)	1.228** (1.002 1.505)
Spain	2.080*** (1.775 2.438)	1.863*** (1.581 2.195)	1.637*** (1.363 1.967)
Italy	2.372*** (2.057 2.736)	2.082*** (1.797 2.413)	1.749*** (1.487 2.058)
France	1.962*** (1.683 2.287)	1.730*** (1.465 2.043)	1.725*** (1.435 2.073)
Denmark	1.058 (0.889 1.259)	1.012 (0.838 1.222)	1.201 (0.974 1.482)
Austria	0.963 (0.771 1.205)	0.858 (0.681 1.081)	0.931 (0.723 1.198)
Switzerland	0.905 (0.741 1.107)	0.836 (0.679 1.031)	1.270** (1.011 1.595)
Belgium	1.712*** (1.477 1.985)	1.559*** (1.326 1.831)	1.547*** (1.294 1.850)
Czech Republic	1.354*** (1.142 1.605)	1.498*** (1.249 1.795)	0.946 (0.776 1.155)
Poland	4.987*** (4.282 5.807)	4.764*** (4.045 5.610)	2.283*** (1.902 2.739)
Ireland	1.170 (0.922 1.485)	1.254 (0.976 1.610)	1.336** (1.012 1.764)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Τα αποτελέσματα (Πίνακας 3.5) δείχνουν ότι η ηλικία των ερωτώμενων και το φύλο είναι στατιστικά σημαντικές μεταβλητές και συσχετίζονται με την κατάθλιψη. Πιο συγκεκριμένα, οι άνδρες έχουν μικρότερες πιθανότητες εμφάνισης της νόσου και για τα τρία μοντέλα. Σχετικά με την χώρα προέλευσης των ατόμων, οι Γερμανοί, οι Σουηδοί, οι Ολλανδοί, οι Δανοί, οι Αυστριακοί, οι Ελβετοί και οι Ιρλανδοί έχουν παρόμοιες σχετικές πιθανότητες

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

κατάθλιψης με τους Έλληνες για τα μοντέλα 1 και 2 ενώ τα άτομα από τις άλλες εθνικότητες έχουν αυξημένες σχετικές πιθανότητες εμφάνισης του χαρακτηριστικού της νόσου συγκριτικά με τους Έλληνες και για τα δύο μοντέλα. Σε σχέση με την Ελλάδα, τα μεγαλύτερα odds ratios κατάθλιψης επικρατούν στην Πολωνία (4.987 και 4.764) και την Ιταλία (2.372 και 2.082).

Η εικόνα ανατρέπεται λίγο στο μοντέλο 3. Εδώ οι Γερμανοί, οι Σουηδοί, οι Δανοί, οι Αυστριακοί και οι Τσέχοι δείχνουν ίδια χαρακτηριστικά εμφάνισης της κατάθλιψης με τους Έλληνες. Από τις χώρες που απομένουν, οι Ολλανδοί και οι Ελβετοί έχουν τα μικρότερα αυξητικά επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους Έλληνες, σχεδόν 23% και 27% αντίστοιχα, ενώ οι Πολωνοί, οι Ιταλοί και οι Γάλλοι έχουν τα μεγαλύτερα αυξητικά επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους Έλληνες, σχεδόν 1.3 φορές μεγαλύτερο odds και σχεδόν 75% και 73% αυξημένες σχετικές πιθανότητες αντίστοιχα.

**Πίνακας 3.6** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην παιδική ηλικία (N=22785).

Μεταβλητές στην παιδική ηλικία			
	Model 1	Model 2	Model 3
Severe head. or epil. or emot. problems ( <a href="#">sl_ch_il_2_h_ep_em1</a> )			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	1.404*** (1.206 1.635)	1.294*** (1.109 1.511)	1.185** (1 1.403)
Childh. diab. or heart tr. or leuk. or mal. tum. ( <a href="#">sl_ch_il_2_d_h_1_mt1</a> )			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	1.548*** (1.124 2.132)	1.411** (1.020 1.952)	1.160 (0.817 1.648)
Childhood health status ( <a href="#">sl_hs003_new</a> )			
Excellent (ref. cat.)	1	1	1
Very Good and Good	1.194*** (1.109 1.285)	1.143*** (1.060 1.232)	1.070 (0.986 1.161)
Fair	1.819*** (1.580 2.094)	1.500*** (1.299 1.733)	1.211** (1.034 1.418)
Poor and Health varied a great deal	1.644*** (1.346 2.008)	1.246** (1.015 1.529)	0.954 (0.759 1.199)
Did psychiatric problems last for a year or longer ( <a href="#">sl_hs035_</a> )			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	2.688*** (1.912 3.778)	2.143*** (1.517 3.027)	2.166*** (1.489 3.149)
Relative position in Maths ( <a href="#">sl_cs010_new</a> )			
Much better (ref. cat.)	1	1	1

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

Better	1.179**	1.224***	1.190**
	(1.031 1.348)	(1.067 1.403)	(1.027 1.379)
About the same	1.314***	1.371***	1.226***
	(1.161 1.487)	(1.207 1.557)	(1.068 1.407)
Worse, much worse and non applicable	1.876***	1.798***	1.361***
	(1.634 2.154)	(1.558 2.074)	(1.162 1.592)
Number of books at ten (sl_cs008_)	0.914***	0.915***	0.961**
	(0.883 0.946)	(0.883 0.948)	(0.925 0.999)
Living in hh when ten with ad. or step or foster rel. (sl_cs004d_b)			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	1.275***	1.196**	1.122
	(1.101 1.476)	(1.030 1.390)	(0.953 1.320)
Did parents: drink heavily (sl_hs045d2)			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	1.601***	1.413***	1.32***
	(1.436 1.785)	(1.263 1.580)	(1.169 1.492)
Occupation of the main breadwinner (sl_cs009_new_1)			
Manual occupations (ref. cat.)	1	1	1
Non manual occupations	1.038	1.020	0.958
	(0.955 1.128)	(0.937 1.111)	(0.873 1.050)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Η εφαρμογή του μοντέλου 1 (Πίνακας 3.6) δείχνει ότι όλοι οι παράγοντες στην παιδική ηλικία είναι σημαντικοί για την πρόβλεψη της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή με εξαίρεση το επάγγελμα των γονέων των ερωτώμενων. Από αυτές, οι πιο βασικές είναι οι ασθένειες. Όπως παρατηρείται, τα ψυχολογικά προβλήματα αυξάνουν τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης κατά 40.0% ενώ τα προβλήματα καρδιάς και οι κακοήθεις όγκοι κατά 55.0% περίπου. Ιδιαίτερα αυξημένο είναι το odds ratio για τον παράγοντα που σχετίζεται με ενδεχόμενα ψυχιατρικά προβλήματα που είχε ο ερωτώμενος στην παιδική του ηλικία και κράτησαν πάνω από ένα χρόνο (ίσο με 2.688). Εδώ βλέπουμε ότι παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με το χαρακτηριστικό που μελετάμε επιφέρουν μεγαλύτερο επιπολασμό της νόσου στο μέλλον. Επιπλέον, δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία επηρεάζουν τους ερωτώμενους στην όψιμη ενήλικη ζωή, ειδικότερα αν κάποιος είχε γονείς που κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ - προσδίδοντας μία αύξηση κατά 60.0% - και αν κάποιος έμενε με θετούς γονείς, προσδίδοντας μία αύξηση κατά 28.0% στο αποτέλεσμα της νόσου.

Η εφαρμογή του μοντέλου 2 με μεταβλητές από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή δεν έδειξε να αλλοιώνεται η εικόνα των μεταβλητών από την παιδική ηλικία οι οποίες παραμένουν στατιστικά σημαντικές. Παρόλα αυτά, οι συντελεστές των odds ratios φαίνονται

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

μειωμένοι σε σχέση με το μοντέλο 1 υποδηλώνοντας μικρότερη αύξηση των σχετικών πιθανοτήτων του φαινομένου της κατάθλιψης.

Τα συμπεράσματα διαφοροποιούνται αρκετά με την εφαρμογή του μοντέλου 3 που περιέχει μεταβλητές από την παρούσα ζωή των ερωτώμενων. Σε αυτό το μοντέλο διαφαίνονται ποιοι παράγοντες από την παιδική ηλικία παίζουν πραγματικά ρόλο στην εμφάνιση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή. Οι ασθένειες που σχετίζονται με διαβήτη, προβλήματα καρδιάς κτλ, η υγεία που δηλώνει ο ερωτώμενος στην παιδική του ηλικία, το αν ζούσε με θετούς γονείς καθώς και το επάγγελμα των γονέων του δεν φαίνονται ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες της νόσου στο απώτερο μέλλον. Αντιθέτως, οι υπόλοιποι παράγοντες από αυτούς που περιγράψαμε παραπάνω είναι σημαντικοί και καθορίζουν την μελλοντική ψυχική υγεία των ερωτώμενων. Τα συμπεράσματα για την γνωστική μεταβλητή που αναφέρεται στις επιδόσεις των ατόμων στα Μαθηματικά συγκριτικά με τους άλλους καθώς και το πλήθος των βιβλίων που οι ερωτώμενοι είχαν στην βιβλιοθήκη τους στην ηλικία των 10 ετών βρίσκονται σε συνέπεια με τα συμπεράσματα που αναπτύχθηκαν στο κεφάλαιο 2.

**Πίνακας 3.7** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (N=22785).

Μεταβλητές στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή	Model 1	Model 2	Model 3
Events: lived in prison or in lab. camp or in conc. camp (sl_ac002d_b)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.422** (1.029 1.966)	1.156 (1.400 1.642)
Events: inpatient in tube instit. or stayed in psych. hosp. (sl_ac002d_c)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.780*** (1.361 2.328)	1.381** (1.026 1.859)
Homeless for 1month+ (sl_ac002d10)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.720** (1.024 2.889)	1.211 (0.677 2.165)
Period of stress (sl_gl005_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.434*** (1.333 1.542)	1.516*** (1.400 1.642)
Period of poor health (sl_gl008_)			
No (ref. cat.)		1	1

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

Yes		1.727***	1.090**
		(1.610 1.853)	(1.007 1.180)
Period of financial hardship (sl_gl011_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.296***	1.143***
		(1.206 1.393)	(1.055 1.238)
Period of hunger (sl_gl014_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.269***	1.184**
		(1.125 1.432)	(1.036 1.352)
Ever had physical injury to disability (sl_hs052_)			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.434***	0.955
		(1.301 1.580)	(0.858 1.064)
Educational attainment (yedu_new)			
13+years (ref. cat.)		1	1
0-6 years		1.397***	0.924
		(1.231 1.585)	(0.802 1.064)
7-12 years		1.054	0.851***
		(0.964 1.152)	(0.772 0.937)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Οι μεταβλητές από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή στο μοντέλο 2 (Πίνακας 3.7) ήταν όλες στατιστικά σημαντικές και οι τιμές των odds ratios ήταν αρκετά υψηλές για όλους τους παράγοντες. Τις χαμηλότερες τιμές στα odds ratios διακρίνουμε στις δυσμενείς εμπειρίες των οικονομικών δυσκολιών και της πείνας που ενδεχομένως βίωσαν οι ερωτώμενοι κάποια περίοδο της ζωής τους ανάμεσα στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, ίση με 1.269 και στους δύο παράγοντες. Αν έζησαν στην φυλακή, βίωσαν στρες ή είχαν ποτέ κάποια σωματική βλάβη που οδήγησε σε ανικανότητα αυξάνει τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης μελλοντικά κατά 42.2% και 43.4%. Επιπλέον, το αν νοσηλεύτηκαν σε ψυχιατρικό ίδρυμα, παρέμειναν άστεγοι για πάνω από έναν μήνα ή διένυσαν μία περίοδο κακής υγείας στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή τους έδειξαν τις μεγαλύτερες αυξήσεις στις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της νόσου, ίσες με 78.0%, 72.0% και 72.7% αντίστοιχα.

Ο παράγοντας της εκπαίδευσης δεν δείχνει να είναι στατιστικά σημαντικός για την παρουσία της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή αναφορικά με άτομα που έχουν κατ' ελάχιστο 7 έτη εκπαίδευσης σε σχέση με αυτά που έχουν περισσότερα από 13, παρά μόνο για όσους έχουν πολύ λίγα χρόνια εκπαίδευσης, από 0-6 δυσχεραίνοντας αρκετά την ψυχική υγεία των τελευταίων αφού αυξάνει σχεδόν κατά 40% τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης του χαρακτηριστικού που εξετάζουμε.

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

Η εισαγωγή των μεταβλητών που αναφέρονται στην όψιμη ενήλικη ζωή στο μοντέλο 3 ξεκαθαρίζει την εικόνα για τις μεταβλητές από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή που συμμετέχουν στο τελικό μοντέλο καθώς και την συνεισφορά τους στην επικράτηση της κατάθλιψης σε μελλοντικές ηλικίες. Έτσι, οι παράγοντες που εξακολουθούν να είναι σημαντικοί όταν προστεθεί και η ομάδα με τις μεταβλητές του τρίτου μοντέλου είναι το αν ο ερωτώμενος νοσηλεύτηκε σε ψυχιατρικό ίδρυμα και αν βίωσε κάποια περίοδο της ζωής του από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή στρες ή κακή υγεία, οικονομικές δυσκολίες ή πείνα. Χαρακτηριστική είναι η μείωση των odds ratios στους παράγοντες ψυχιατρικής νοσηλείας και κακής υγείας, ισοδύναμα από 1.780 σε 1.381 και από 1.727 στο 1.090. Επιπλέον, ο παράγοντας που αναφέρεται στο στρες είναι ο μοναδικός που παρουσίασε αύξηση των σχετικών πιθανοτήτων κατάθλιψης, από 43.4% στο μοντέλο 2 σε 51.6% στο μοντέλο 3. Αξιοσημείωτη είναι και η αλλαγή που παρατηρείται στον παράγοντα της εκπαίδευσης. Το μοντέλο 3 ανέδειξε την σημαντικότητα του πρώτου επιπέδου εκπαίδευσης καλύπτοντας λίγα χρόνια, από 0-6, ενώ το άλλο επίπεδο καλύπτοντας 7-12 έτη δεν παρουσιάζει διαφορές σε σχέση με το επίπεδο των 13 ετών και άνω.

Τα ευρήματα που είχαμε συγκρίνονται με αυτά του προηγούμενου κεφαλαίου και παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες αλλά και κάποιες διαφορές που εστιάζουν στην ψυχιατρική νοσηλεία, το βίωμα της πείνας και το επίπεδο εκπαίδευσης ως επιπρόσθετων παραγόντων εμφάνισης της κατάθλιψης σε μεγάλες ηλικίες.

**Πίνακας 3.8** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης σε παρενθέσεις για τα μοντέλα 1, 2 και 3: Παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή (N=22785).

Μεταβλητές στην όψιμη ενήλικη ζωή			
	Model 1	Model 2	Model 3
Chronic conditions			
Less than two diseases (ref. cat.)			1
2+ chronic diseases			1.010 (0.928 1.099)
Activities of daily living <b>(ADL2)</b>			
No ADL limitations (ref. cat.)			1
1+ ADL limitations			1.366*** (1.200 1.555)
Instrumental activities of daily living <b>(IADL2)</b>			
No IADL limitations (ref. cat.)			1
1+ IADL limitations			1.475*** (1.325 1.643)
3+ mobility, arm function and fine motor limitations <b>(mobilit3)</b>			

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

0-2 limitations (ref. cat.)			1
3+ limitations			1.231***
			(1.115 1.361)
Symptoms			
Less than two symptoms (ref. cat.)			1
2+ symptoms			2.492***
			(2.289 2.712)
Self-perceived health <b>(sphus)</b>			
Excellent (ref. cat.)			1
Very Good			1.338***
			(1.092 1.640)
Good			1.938***
			(1.603 2.344)
Fair			3.177***
			(2.603 3.877)
Poor			6.235***
			(4.967 7.826)
Bmi2_new			
Obese (ref. cat.)			1
Implausible, underweight and normal			1.245***
			(1.124 1.378)
Overweight			1.092
			(0.990 1.204)
Numeracy score <b>(numeracy)</b>			0.856***
			(0.822 0.890)
Orientation to date, month, year and day of week <b>(orienti)</b>			0.828***
			(0.768 0.892)
Physical inactivity <b>(phinact)</b>			
No (ref. cat.)			1
Yes			1.297***
			(1.146 1.468)
Household able to make ends meet <b>(fdistress)</b>			
Easily (ref. cat.)			1
With great difficulty			1.723***
			(1.499 1.981)
With some difficulty			1.371***
			(1.224 1.535)
Fairly easily			1.153***
			(1.038 1.281)
Partner in household <b>(partnerinhh)</b>			
Living with a spouse (ref. cat.)			1
Living as a single			1.132***
			(1.040 1.232)

\*\*\* p-value<0.01

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

Οι μεταβλητές που εισάγονται στο μοντέλο 3 (Πίνακας 3.8) και αναφέρονται στην όψιμη ενήλικη ζωή διασαφηνίζουν την εικόνα των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Εντυπωσιακό είναι το γεγονός της μη σημαντικότητας των χρόνιων παθήσεων. Το μοντέλο που εφαρμόστηκε διέκρινε αδυναμία αυτού του παράγοντα να σχετίζεται με την νόσο. Ανάμεσα στους περιορισμούς σε καθημερινές δραστηριότητες και στους θεμελιώδεις περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες πιο αυξημένες είναι οι σχετικές πιθανότητες για την εμφάνιση της κατάθλιψης σε άτομα που παρουσιάζουν τουλάχιστον έναν θεμελιώδη περιορισμό και ισούνται με 47.5%. Όσοι ερωτώμενοι έχουν τρεις κατ' ελάχιστο κινητικές δυσκολίες έχουν 23% περισσότερες σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης. Ωστόσο, η παρουσία των σωματικών συμπτωμάτων είναι ο παράγοντας που εκτινάσσει την τιμή του odds ratio στο 2.492 για όσους έχουν δύο τουλάχιστον συμπτώματα αποδεικνύοντας την άρρηκτη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις σωματικές βλάβες και την κατάσταση της ψυχικής υγείας των ατόμων και πώς τελικά αυτή σχετίζεται με την επικράτηση της κατάθλιψης.

Η αυτοαναφερόμενη υγεία είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας συσχέτισης της κατάθλιψης. Οι ερωτώμενοι που έχουν μέτρια και κακή υγεία έχουν τριπλάσιο και εξαπλάσιο odds εμφάνισης της νόσου σε σχέση με αυτούς που δηλώνουν άριστη κατάσταση υγείας. Ο δείκτης μάζας σώματος δείχνει παρόμοια συμπεριφορά για τους παχύσαρκους και τους υπέρβαρους ενώ για αυτούς που έχουν κανονικό βάρος ή είναι λιπόβαροι τα αποτελέσματα έδειξαν μία αύξηση των σχετικών πιθανοτήτων κατάθλιψης κατά 24.5%. Οι αριθμητικές επιδόσεις και ο σωστός προσανατολισμός του χρόνου λειτουργούν ως προστατευτικοί παράγοντες για την εμφάνιση της κατάθλιψης καθώς μειώνουν τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της νόσου σχεδόν κατά 15% και 18%. Ταυτόχρονα, όσοι παρουσιάζουν φυσική αδράνεια έχουν 0.297 φορές μεγαλύτερο odds εμφάνισης του χαρακτηριστικού σε σχέση με αυτούς που δεν παρουσιάζουν φυσική αδράνεια. Οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετωπίζει το νοικοκυριό να τα φέρει σε πέρας προκαλεί μεγαλύτερη επιβάρυνση ως προς την παρουσία της κατάθλιψης σε αυτούς που έχουν αρκετές δυσκολίες (odds ratio=1.723) σε σχέση με αυτούς που τα καταφέρνουν με ευκολία. Τέλος, η διαμονή χωρίς τον σύντροφο ή τον σύζυγο πραγματοποιεί αύξηση των σχετικών πιθανοτήτων κατάθλιψης κατά 13.2% συγκριτικά με τους ερωτώμενους που δεν ζουν μόνοι τους.

Ο τελευταίος πίνακας (Πίνακας 3.9) περιέχει στατιστικά αποτελέσματα για την αξιοπιστία των μοντέλων που εφαρμόστηκαν. Είναι εμφανές ότι η μετάβαση από το μοντέλο 1 στα



### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

μοντέλα 2 και 3 δίνει μία καλύτερη τιμή για το pseudo-R<sup>2</sup> του Nagelkerke. Επίσης, το ποσοστό σωστής ταξινόμησης είναι πολύ υψηλό για το πρώτο μοντέλο και αυξάνεται ελάχιστα στα μοντέλα 2 και 3. Η τιμή που έχει το Hosmer and Lemeshow τεστ συνεκτιμάται με ανάλογο τρόπο με τα υπόλοιπα ευρήματα.

**Πίνακας 3.9** Pseudo-R<sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για όλο το δείγμα για τα μοντέλα 1, 2 και 3.

	Model 1	Model 2	Model 3
Pseudo-R <sup>2</sup> του Nagelkerke	0.152	0.197	0.346
Hosmer and Lemeshow Test	0.692	0.815	0.000
Classification Percent	77.9%	78.5%	81.4%

#### 3.1.5 Συζήτηση των αποτελεσμάτων με βάση την διεθνή βιβλιογραφία

Η παρούσα ανάλυση στο τεχνικό της μέρος έχει πολλές ομοιότητες με την ανάλυση που έγινε στο προηγούμενο κεφάλαιο μόνο που στην συγκεκριμένη περίπτωση έχουν ληφθεί υπόψη περισσότεροι προγνωστικοί παράγοντες του χαρακτηριστικού της κατάθλιψης σύμφωνα και με άλλες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν συμφωνούν σε μεγάλο βαθμό με τα αποτελέσματα της ανάλυσης στο δεύτερο κεφάλαιο για αυτό και εδώ θα συζητηθούν οι υπόλοιπες μεταβλητές.

Αρχικά, με βάση το μοντέλο της παιδικής ηλικίας, η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι τα παιδιά που πλήττονται από επιληψία έχουν πολύ μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κατάθλιψη στην ηλικία που βρίσκονται καθώς και σε μεγαλύτερες ηλικίες από ότι άλλα παιδιά που δεν έχουν προσβληθεί από την συγκεκριμένη διαταραχή (Kariuki et al., 2016; Seyfhashemi and Bahadoran, 2013; Russ et al., 2012). Επίσης, οι ενήλικες που υποφέρουν από επιληπτικές κρίσεις έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης εξαιτίας της ασθένειας (Gilliam et al., 2005). Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν πολλά ευρήματα που να υποστηρίζουν την σύνδεση ανάμεσα στην επιληψία στην παιδική ηλικία και την κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή. Αποτελέσματα ωστόσο επαληθεύουν την συσχέτιση ανάμεσα στην επιληψία σε πολύ μικρές ηλικίες και τις μακροχρόνιες δυσμενείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής αναφορικά με την υγεία των ατόμων (Sillanpää et al., 2004).

Μία άλλη ασθένεια με απειλητικές διαστάσεις για την εμφάνιση της κατάθλιψης είναι ο καρκίνος στην παιδική ηλικία. Ερευνητές υποστηρίζουν την άμεση σχέση ανάμεσα στον καρκίνο, την κατάθλιψη και άλλες ψυχολογικές διαταραχές στα παιδιά η οποία μπορεί να

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

είναι πιο έντονη συγκριτικά με τους μεγαλύτερους ενήλικες (Park and Rosenstein, 2015). Επιπλέον, ο καρκίνος στην παιδική ηλικία και άλλες χρόνιες σωματικές ασθένειες έχουν συνέπειες στην εξέλιξη της συναισθηματικής λειτουργίας των ατόμων μακροπρόθεσμα (Stein et al., 2008) και αυξάνουν τις πιθανότητες οι πάσχοντες να προσβληθούν από στρες και κατάθλιψη στην ενηλικίωση (Secinti et al., 2017). Παρόμοια είναι τα συμπεράσματα για τα άτομα που έπασχαν στα παιδικά τους χρόνια από ψυχιατρικά προβλήματα. Οι συνέπειες από αυτά τα ακολουθούσαν και στην ενήλικη ζωή τους για πολλά χρόνια (Murphy and Fonagy, 2012; Dwivedi, 1993).

Ολοκληρώνοντας, δεν υπάρχουν ερευνητικά αποτελέσματα που να συνδέουν την υιοθεσία ενός παιδιού με την καταθλιπτική του συμπεριφορά στην ενήλικη και όψιμη ενήλικη ζωή του. Ωστόσο, ευρήματα υποστηρίζουν ότι η υιοθεσία δύναται να επηρεάσει το αναπτυξιακό στάδιο της ζωής του παιδιού προκαλώντας του εκνευρισμό, εσωστρέφεια, προσκόλληση και μετατραυματικό στρες (Nickman et al., 2005) ενώ σε ειδικές περιπτώσεις μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην κακή ψυχική υγεία του παιδιού και την κοινωνικοποίηση του (Tarren-Sweeney and Hazell, 2006).

Οι μεταβλητές στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή περιλαμβάνουν δυσμενή γεγονότα που βίωσαν οι ερωτώμενοι κατά την διάρκεια της ζωής τους. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι άτομα που έζησαν στην φυλακή ή σε στρατόπεδα συγκέντρωσης κατά την διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου είχαν περισσότερες επικοινωνιακές δυσκολίες με συνεργάτες τους και προβλήματα στην εγκαθίδρυση σχέσεων (Cook et al., 2004), ενώ άλλα αποτελέσματα επαληθεύουν ότι υπάρχει ισχυρή σχέση ανάμεσα στο πλήθος των αρνητικών συμβάντων που παρουσιάστηκαν στην ενήλικη ζωή και τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην όψιμη ενήλικη ζωή (Kraaij and de Wilde, 2010).

Η νοσηλεία σε ψυχιατρικό ίδρυμα στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή έχει αποδειχθεί ότι επιφέρει αύξηση στα επίπεδα θνησιμότητας στην όψιμη ενήλικη ζωή μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από σοβαρές ψυχιατρικές διαταραχές (Wahlbeck et al., 2011) και επιπρόσθετα, το ιστορικό της κατάθλιψης σε μέσες ηλικίες είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της νόσου σε μεγαλύτερες ηλικίες (Djernes, 2006). Παράλληλα, ένα άλλο αρνητικό γεγονός είναι το βίωμα των ερωτώμενων να παραμείνουν άστεγοι για τουλάχιστον ένα μήνα. Η δυσμενής αυτή εμπειρία συνδέεται άμεσα με το βίωμα της πείνας που έζησε το άτομο μια συγκεκριμένη περίοδο κατά αμφίδρομο τρόπο. Πολλοί από αυτούς που αντιμετώπισαν την πείνα είναι

### 3.1 Μελέτη των παραγόντων συνολικά στον ευρωπαϊκό πληθυσμό

επίσης άστεγοι καθώς και άτομα που είναι άστεγα το πιο πιθανό είναι να έχουν βιώσει πείνα κάποια περίοδο στην ενήλικη ζωή τους (Lee and Greif, 2008).

Επεκτείνοντας τον συλλογισμό μας, ευρήματα ερευνητών υποστηρίζουν την σύνδεση ανάμεσα στην έλλειψη στέγης και τις ψυχικές διαταραχές. Έχει διαπιστωθεί ότι οι άστεγοι άνθρωποι έχουν αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και επιδεικνύουν συστηματικά μία άρνηση στην ενεργή αντιμετώπιση των προβλημάτων που τους παρουσιάζονται (Hurst, 2016; Barusch, 2008). Το αποτέλεσμα αυτό έρχεται να ενισχύσει μια άλλη μελέτη σύμφωνα με την οποία άτομα σε μεγάλη ηλικία που έζησαν ως άστεγοι πριν από τα 50 τους χρόνια ήταν πολύ επικίνδυνο να προσβληθούν από ψυχικές διαταραχές (Brown et al., 2016). Τέλος, γνωρίζοντας την υψηλή συσχέτιση ανάμεσα στην σωματική και την ψυχική υγεία, είναι ευρέως παραδεκτό ότι η σωματική βλάβη που μπορεί να προκαλέσει αναπηρία ή ανικανότητα κατά την διάρκεια ζωής είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της κατάθλιψης (risk factor) σε γηραιούς ανθρώπους (Noh et al., 2016; Fiske, 2009) και οδηγεί σε κακή ψυχική υγεία (WHO, 2013). Τα αποτελέσματα αυτά αντιφάσκουν με την συγκεκριμένη ανάλυση σύμφωνα με την οποία ο συγκεκριμένος παράγοντας προέκυψε μη σημαντικός.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που δίνουν τα μοντέλα στην παρούσα ανάλυση, οι μεταβλητές που αναφέρονται στην τρέχουσα ζωή των ερωτώμενων είναι όλες σημαντικές και συσχετίζονται με την κατάθλιψη, με εξαίρεση αυτήν που αναφέρεται στις χρόνιες ασθένειες που έχει το άτομο. Το συμπέρασμα αυτό έρχεται σε σύγκρουση με τα ευρήματα άλλων ερευνητών. Οι χρόνιες σωματικές ασθένειες αυξάνουν τον επιπολασμό της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή (Hegeman et al., 2017; Boing et al., 2012). Μάλιστα, έχει αποδειχθεί ότι όσο πιο μικρή είναι η ηλικία στην οποία κάποιος εμφανίζει μία χρόνια ασθένεια όπως καρκίνος, εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιακές και πνευμονικές παθήσεις, πίεση και αρθρίτιδα, τόσο πιο πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα θα αποκτήσει μελλοντικά (Schnittker, 2005).

Οι περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες (ADL) είναι δυνατόν να προκαλέσουν κατάθλιψη σε ανθρώπους που διανύουν την όψιμη ενήλικη ζωή τους (Bozo et al., 2009) και ο αυξημένος αριθμός τους έχει συσχετιστεί ακόμα και με ιδέες αυτοκτονίας, κυρίως από τα άτομα μεγάλων ηλικιών (Dennis et al., 2009). Ανάλογο είναι και το συμπέρασμα στην περίπτωση περιορισμών σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (IADL), (Li et al., 2012). Οι περιορισμοί ADL και IADL και οι ενδείξεις καταθλιπτικών συμπτωμάτων αλληλοενισχύονται με την πάροδο του χρόνου (Chou, 2007; Ormel et al., 2002). Επιπρόσθετα, οι κινητικοί περιορισμοί είναι δηλωτικοί της καταθλιπτικής διάθεσης των

## 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

ατόμων (Hirvensalo et al., 2007). Οι κινητικές δυσκολίες στην όψιμη ενήλικη ζωή συνδέονται με την φυσική αδράνεια του σώματος και οδηγούν στην επικράτηση της νόσου (Lampinen and Heikkinen, 2003). Ευρήματα υποστηρίζουν ότι η σωματική δραστηριότητα και η εν γένει καλή φυσική κατάσταση σε ηλικιωμένα άτομα έχει αντικαταθλιπτική δράση (Mura and Carta, 2013) ενώ όσοι δεν διαθέτουν χρόνο για φυσική άσκηση εμφανίζουν υψηλότερη επικράτηση της καταθλιπτικής διαταραχής καθώς και χρόνιες ασθένειες (Boing et al., 2012; Lee et al., 2012).

Η φυσική δραστηριότητα καθορίζει τον δείκτη μάζας σώματος (BMI). Ο δείκτης, ιδιαίτερα σε άτομα που είναι παχύσαρκα προβλέπει μεγάλα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ηλικιωμένα άτομα (Sachs-Ericsson, 2007; Simon et al., 2006). Επιπρόσθετα, και άλλα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την σχέση με την αντίθετη κατεύθυνση, δηλαδή η κατάθλιψη είναι προγνωστικός παράγοντας για την ανάπτυξη της παχυσαρκίας (Lurripino et al., 2010). Σαν αντιστάθμισμα των παραγόντων που περιγράψαμε παραπάνω και οι οποίοι συμβάλλουν στην αύξηση των επιπέδων της κατάθλιψης, οι καλές γνωστικές επιδόσεις συνδέονται με τον περιορισμό των καταθλιπτικών διαταραχών σε πολύ μεγάλες ηλικίες (Turvey et al. 2009; Paterniti et al., 2002).

## 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

### 3.2.1 Εισαγωγή

Η διερεύνηση των παραγόντων που προκαλούν κατάθλιψη μπορεί να συνεχιστεί προσθέτοντας και άλλες μεταβλητές στα μοντέλα που εφαρμόζουμε και εξετάζοντας την συμπεριφορά τους στην πρόβλεψη του χαρακτηριστικού που μελετάμε, ακολουθώντας συμπεράσματα από την ευρεία βιβλιογραφία. Στην επόμενη παράγραφο η συζήτηση περιστρέφεται ξεχωριστά γύρω από κάθε χώρα που συμμετείχε στην ανάλυση. Η σύνθεση του προς μελέτη πληθυσμού περιλαμβάνει 22581 ερωτώμενους και είναι παρόμοια με αυτήν που είδαμε στην αρχή του κεφαλαίου. Χρησιμοποιήθηκαν και άλλες μεταβλητές από τα κύματα 2 και 3 της βάσης δεδομένων και εφαρμόστηκε το ενιαίο μοντέλο 3 για κάθε χώρα. Η εισαγωγή των μεταβλητών έγινε σταδιακά ομαδοποιώντας τους παράγοντες σε κατηγορίες. Σε ορισμένες χώρες χρειάστηκε να γίνει αλλαγή κάποιων μεταβλητών, συμπτύσσοντας κατηγορίες. Εξαιτίας του μεγάλου πλήθους των παραγόντων που συμπεριελήφθησαν αλλά και των χωρών που λαμβάνουν μέρος, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων θα γίνει για κάθε

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

παράγοντα ξεχωριστά και θα φαίνεται σε επόμενο πίνακα ποιες χώρες επηρεάζονται από αυτόν τον παράγοντα και σε τι βαθμό.

Ο πίνακας θα περιέχει τις χώρες που ο παράγοντας είναι στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο 5% καθώς και τα odds ratios που δείχνουν τον βαθμό επίδρασης, αύξησης ή μείωσης της κατάθλιψης. Έχει κριθεί καλύτερο ο πίνακας να μην περιέχει και τα διαστήματα εμπιστοσύνης για λόγους ευανάγνωστης ερμηνείας. Τα αποτελέσματα θα δείχνουν σε ένα ενιαίο μοντέλο ποιοι παράγοντες από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και την όψιμη ενήλικη ζωή συνεισφέρουν στην πρόβλεψη της κατάθλιψης σε κάθε χώρα και θα μπορούν να γίνουν συγκρίσεις. Αρμόδιες αρχές, κέντρα ψυχικής υγείας, φορείς υγείας και κοινωνικής επανένταξης για κάθε χώρα μπορούν να αξιοποιήσουν τα ευρήματα της έρευνας για να διαμορφώσουν πολιτικές αντιμετώπισης της νόσου και να συμβάλλουν στον περιορισμό και την πρόληψη αυτής.

#### 3.2.2 Περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών

Η εξαρτημένη μεταβλητή είναι και πάλι η EURODCAT. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση είναι αυτές που περιγράφηκαν στα κεφάλαια 2 και 3 καθώς και αυτές που θα αναφέρουμε παρακάτω.

Οι επιπλέον μεταβλητές καλύπτουν περιόδους από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα είναι οι:

- sl\_gl002\_ (period of happiness) η οποία είναι μεταβλητή που αναφέρεται σε θετικά βιώματα που είχαν οι ερωτώμενοι και περιγράφει αν το άτομο έζησε μία περίοδο ευτυχίας στην ζωή του. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

- sl\_hc088d1 (changes in behavior: increased physical activity) η οποία είναι μεταβλητή που αναφέρεται στην συμπεριφορά και περιγράφει αν το άτομο αύξησε την φυσική του δραστηριότητα για τουλάχιστον έναν χρόνο στην ζωή του. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

- sl\_hc088d4 (changes in behavior: reduced alcohol consumption) η οποία είναι μεταβλητή που αναφέρεται στην συμπεριφορά και περιγράφει αν το άτομο άλλαξε συνήθειες και περιορίσει την κατανάλωση του αλκοόλ για τουλάχιστον ένα χρόνο στην ζωή του. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

- cancer είναι η μεταβλητή που δείχνει αν ο ερωτώμενος πάσχει από καρκίνο ή όχι. Είναι κατηγορική και δίτιμη.

- gali είναι μεταβλητή υγείας που δείχνει αν το άτομο έχει περιορισμούς στις δραστηριότητες στην ζωή του ή όχι. Είναι κατηγορική και δίτιμη.

- ph004\_ (long-term illness) είναι μεταβλητή υγείας που δείχνει αν ο ερωτώμενος πάσχει από κάποια μακρόχρονη ασθένεια ή ανικανότητα ή αναπηρία που τον έχει ταλαιπωρήσει. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

- ex026\_ (trust in other people) είναι διατεταγμένη διακριτή μεταβλητή που αναφέρεται στις προσδοκίες και περιγράφει αν το άτομο εμπιστεύεται τους άλλους ή όχι. Λαμβάνει τιμές από 0: ο ερωτώμενος δεν δείχνει καθόλου εμπιστοσύνη μέχρι 10: ο ερωτώμενος δείχνει απόλυτη εμπιστοσύνη.

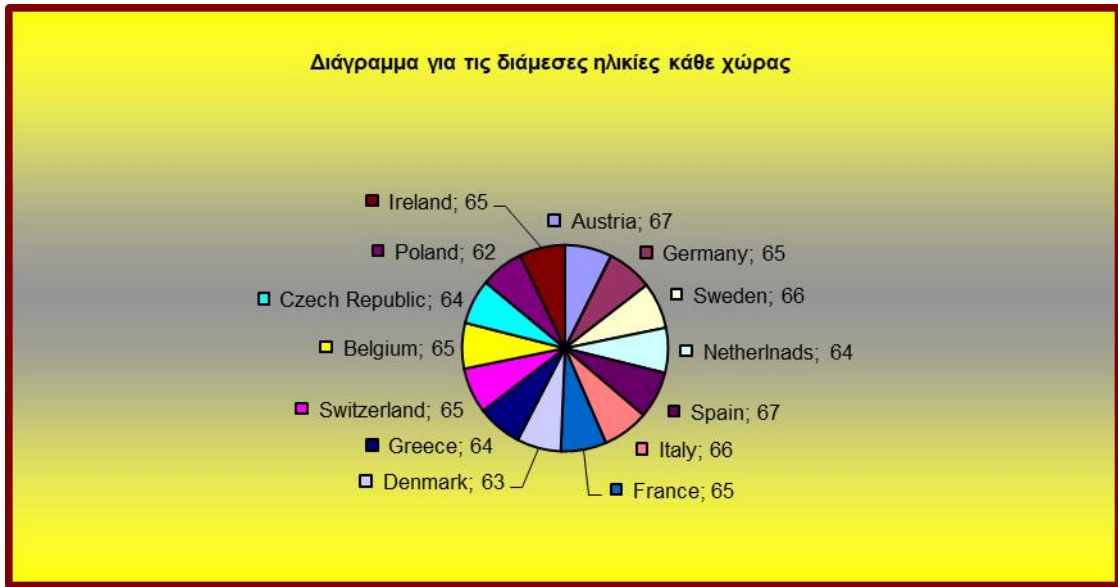
- lifesat (life satisfaction) είναι διατεταγμένη διακριτή μεταβλητή που αναφέρεται στις προσδοκίες και δείχνει αν ο ερωτώμενος είναι ικανοποιημένος από την ζωή. Λαμβάνει τιμές από 0: ο ερωτώμενος είναι απόλυτα δυσαρεστημένος μέχρι 10: ο ερωτώμενος είναι απόλυτα ευχαριστημένος.

- lifehap\_new (life happiness\_new) είναι μεταβλητή που αναφέρεται στις προσδοκίες και δείχνει αν το άτομο βλέπει την ζωή με διάθεση ευτυχίας σπάνια ή ποτέ και συχνά ή μερικές φορές. Είναι κατηγορική μεταβλητή και δίτιμη.

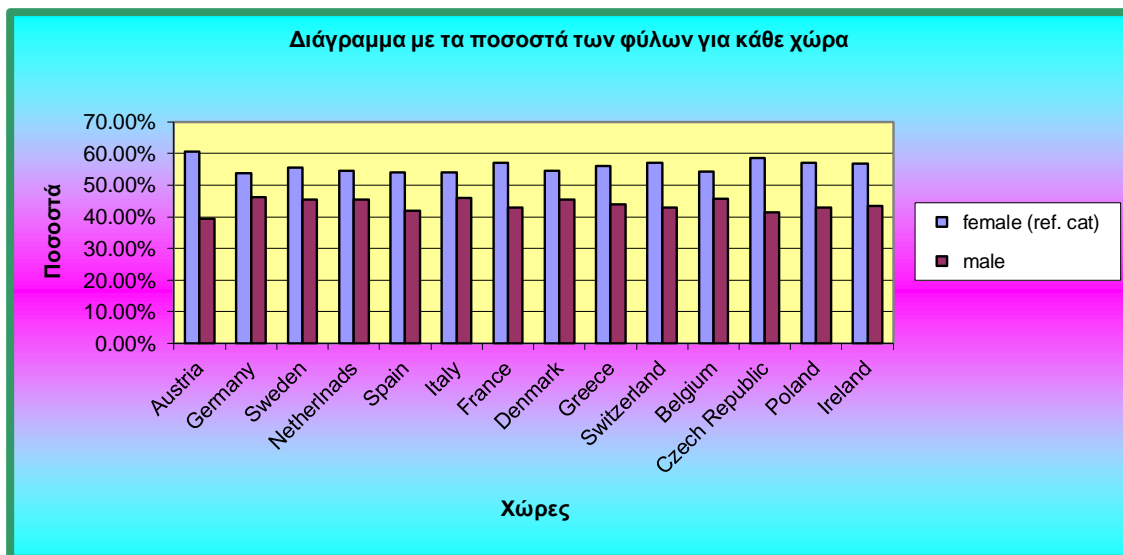
Οι δημογραφικές μεταβλητές είναι η ηλικία των ερωτώμενων και το φύλο. Στην συνέχεια βλέπουμε στο Διάγραμμα 3.8 τη διάμεση ηλικία για τον πληθυσμό κάθε χώρας. Παρατηρούμε ότι στην Αυστρία και την Ισπανία καθώς και στην Σουηδία και Ιταλία ο μισός πληθυσμός κάθε χώρας είναι από 50 μέχρι 67 και 66 ετών αντίστοιχα. Η Πολωνία και η Δανία έχουν πληθυσμό που στο 50% είναι άνω των 62 και 63 ετών ενώ για την Ελλάδα, η διάμεση ηλικία των ερωτώμενων είναι τα 64 έτη. Αναφορικά με τα φύλα, σε όλες τις χώρες τα ποσοστά των γυναικών είναι υψηλότερα από αυτά των ανδρών με τις μεγαλύτερες διαφορές να παρατηρούνται στην Αυστρία και την Τσεχία (Διάγραμμα 3.9).

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

Διάγραμμα 3.8 Διάμεσες ηλικίες των ατόμων για τις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες.



Διάγραμμα 3.9 Απεικόνιση με την ποσοστιαία κατανομή των φύλων για κάθε χώρα.

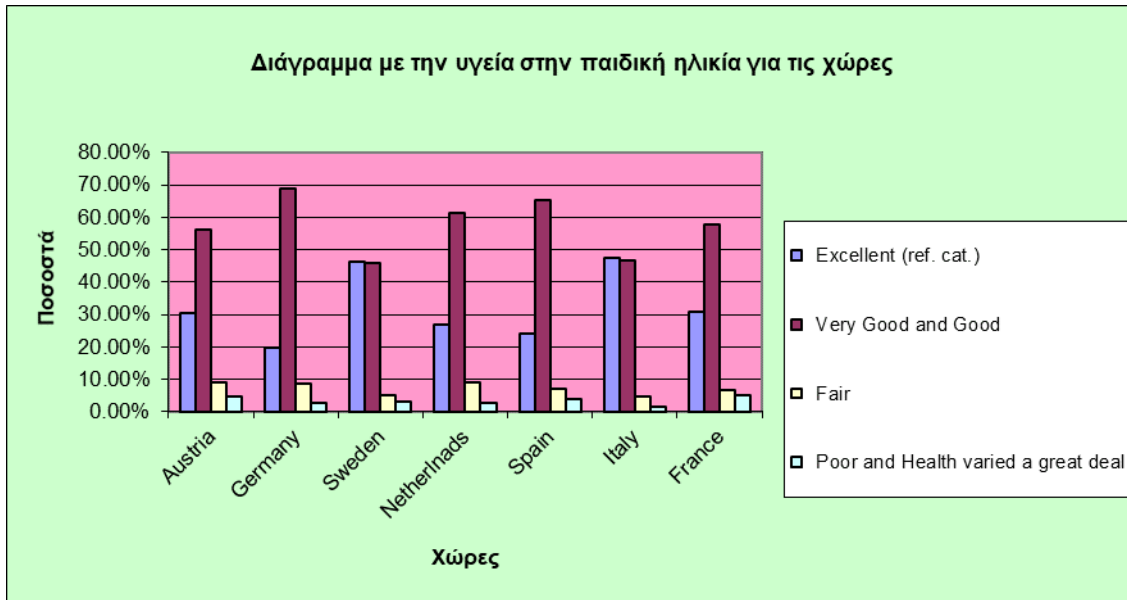


Στα επόμενα διαγράμματα (3.10(α)-3.13(β)) απεικονίζονται επιλεκτικά κάποιοι παράγοντες από την παιδική ηλικία και ο τρόπος με τον οποίο επιδρούν στις εξεταζόμενες χώρες του δείγματος. Ενδεικτικά, διαπιστώνουμε ότι η Ελλάδα έχει το μεγαλύτερο ποσοστό άριστης υγείας των ερωτώμενων όταν ήταν παιδιά και στα ίδια σχεδόν υψηλά επίπεδα βρίσκονται η Δανία και η Ιρλανδία. Πολύ υψηλά επίπεδα καλής και πολύ καλής υγείας έχουν η Τσεχία, η Γερμανία, η Πολωνία και η Ελβετία ενώ για όλες τις χώρες που συμμετέχουν

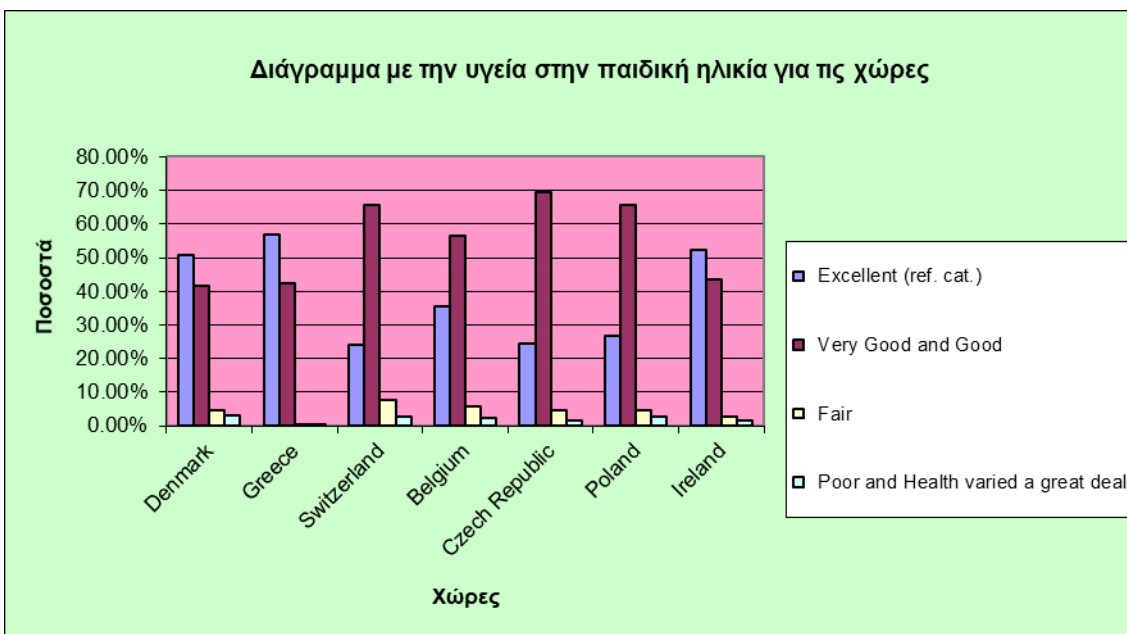
### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

στην ανάλυση τα επίπεδα μέτριας και κακής υγείας είναι πολύ χαμηλά, ιδιαίτερα στην Ελλάδα είναι ανύπαρκτα.

**Διάγραμμα 3.10(α)** Απεικόνιση με τα ποσοστά υγείας των ατόμων στην παιδική ηλικία για τις ευρωπαϊκές χώρες.



**Διάγραμμα 3.10(β)** Απεικόνιση με τα ποσοστά υγείας των ατόμων στην παιδική ηλικία για τις ευρωπαϊκές χώρες.

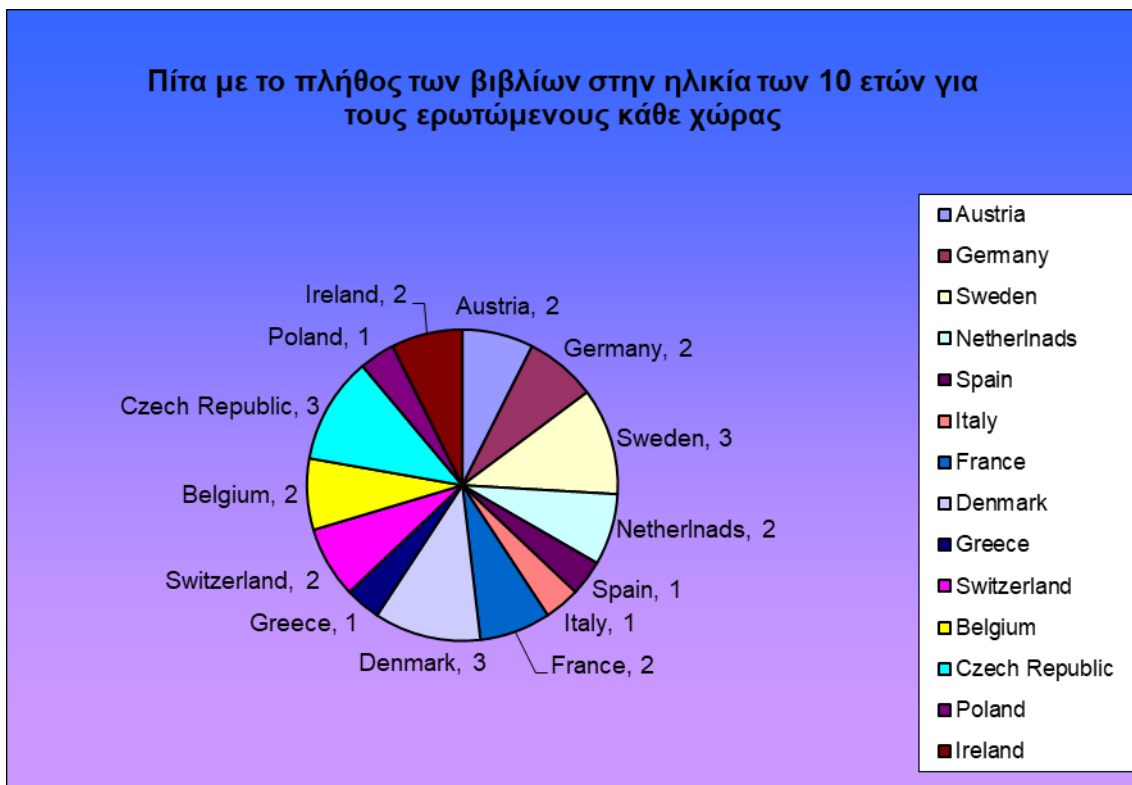




### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

Σχετικά με το πλήθος των βιβλίων που διέθεταν τα άτομα όταν ήταν 10 χρόνων (Διάγραμμα 3.11), για τις μισές χώρες του δείγματος οι ερωτώμενοι είχαν τουλάχιστον 11-25 βιβλία στην βιβλιοθήκη τους, δηλαδή ικανό αριθμό ώστε να γεμίσουν ένα ράφι (διάμεση τιμή=2). Η Τσεχία, η Σουηδία και η Δανία είχαν πληθυσμό που διέθετε περισσότερα βιβλία στην παιδική ηλικία, τουλάχιστον 26-100 βιβλία στην βιβλιοθήκη τους (διάμεση τιμή=3). Αντίθετα, η Ελλάδα, η Ιταλία, η Πολωνία και η Ισπανία είχαν πληθυσμούς που στην παιδική τους ηλικία διέθεταν πολύ λίγα ή καθόλου βιβλία (διάμεση τιμή=1).

**Διάγραμμα 3.11** Απεικόνιση με τις διάμεσες τιμές για το πλήθος των βιβλίων που είχαν οι ερωτώμενοι στην ηλικία των 10 ετών για κάθε χώρα.



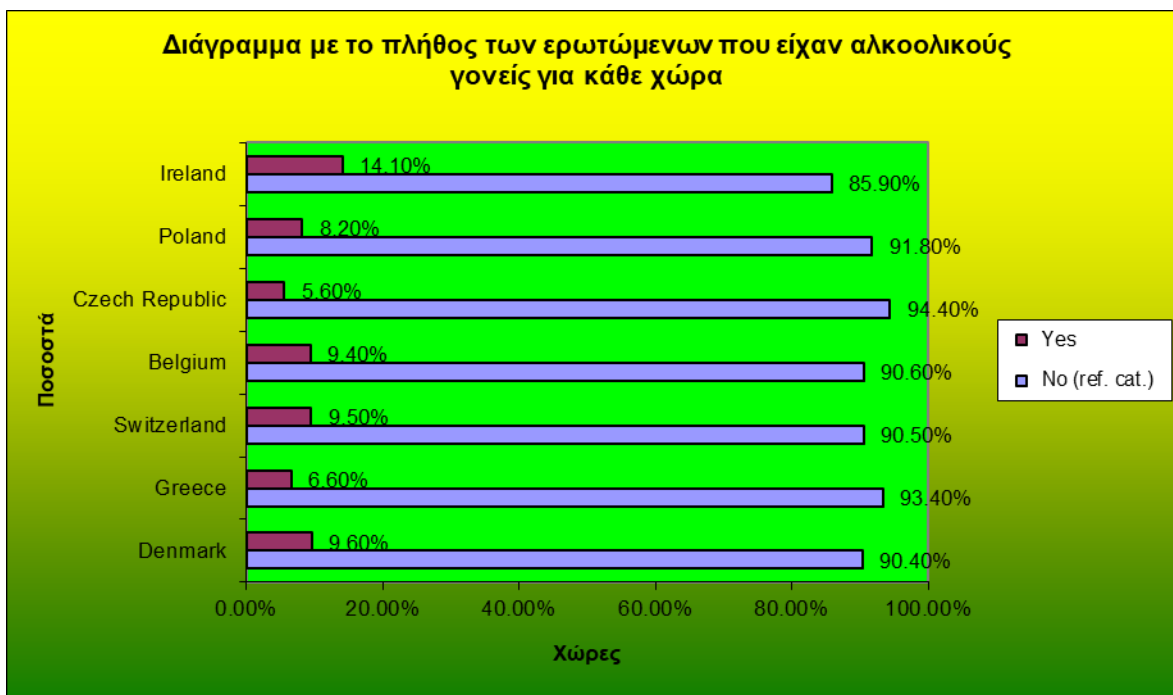
Οι Ιρλανδοί και οι Γάλλοι είχαν γονείς που έπιναν πολύ σε μεγαλύτερο ποσοστό σύμφωνα με τα επόμενα διαγράμματα (3.12(α) και 3.12(β)) και ακολουθούν με χαμηλότερα ποσοστά αλλά στα ίδια επίπεδα οι Αυστριακοί, οι Ιταλοί, οι Ελβετοί και οι Δανοί. Οι Ολλανδοί και οι Τσέχοι φαίνονται να έχουν αλκοολικούς γονείς σε πολύ μικρότερο βαθμό.

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

Διάγραμμα 3.12(α) Απεικόνιση των ερωτώμενων με αλκοολικούς γονείς για κάθε χώρα.



Διάγραμμα 3.12(β) Απεικόνιση των ερωτώμενων με αλκοολικούς γονείς για κάθε χώρα.

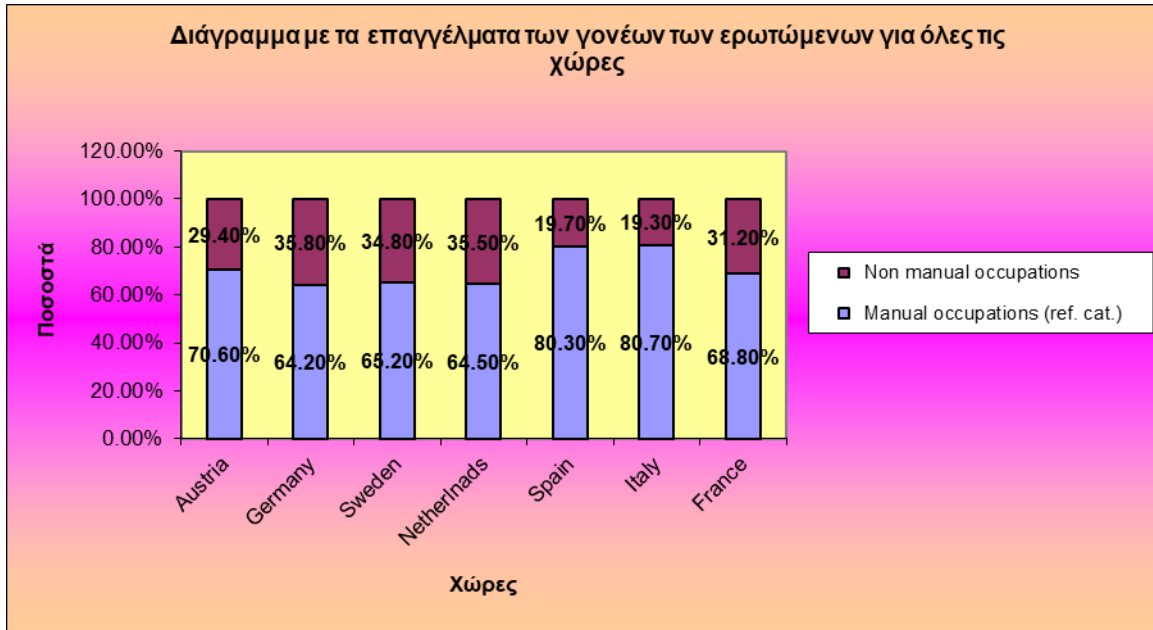


Σε όλες τις χώρες κυριαρχούν τα χειρωνακτικά επαγγέλματα στους γονείς των ερωτώμενων, η χώρα όμως με το μεγαλύτερο ποσοστό είναι η Πολωνία. Μεγάλα ποσοστά σε

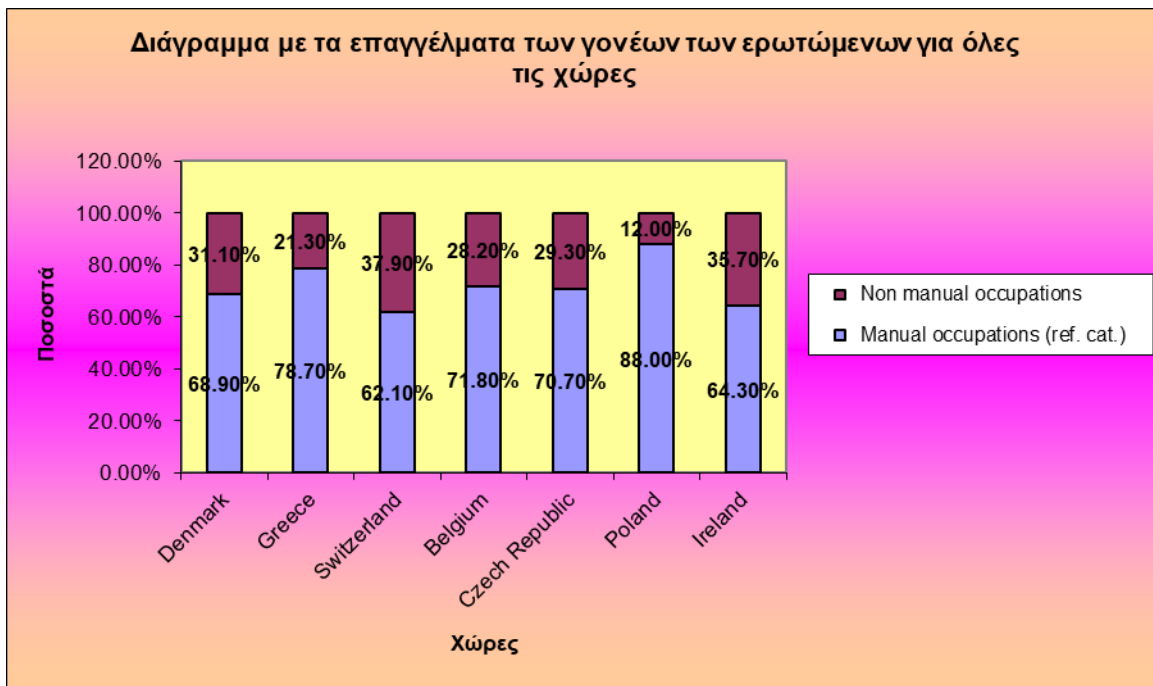
### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

μη χειρωνακτικά επαγγέλματα έχουν η Γερμανία, η Σουηδία, η Ολλανδία, η Ελβετία και η Ιρλανδία.

**Διάγραμμα 3.13(α)** Απεικόνιση με το είδος των επαγγελμάτων των γονέων για κάθε χώρα.



**Διάγραμμα 3.13(β)** Απεικόνιση με το είδος των επαγγελμάτων των γονέων για κάθε χώρα.



Στην συνέχεια βλέπουμε κάποια περιγραφικά στοιχεία για τις μεταβλητές στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή ξεχωριστά για κάθε χώρα. Οι επόμενοι πίνακες (3.10(α) και 3.10(β))

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

αναφέρονται στις διάφορες εμπειρίες που έζησαν οι ερωτώμενοι κάποια περίοδο στην ενήλικη ζωή τους και τα διαγράμματα που παρατίθενται (3.14(α), 3.14(β) και 3.15) μας βοηθούν να σχηματίσουμε μία γραφική εικόνα σχετικά με το ποια βιώματα ήταν πιο συνηθισμένα.

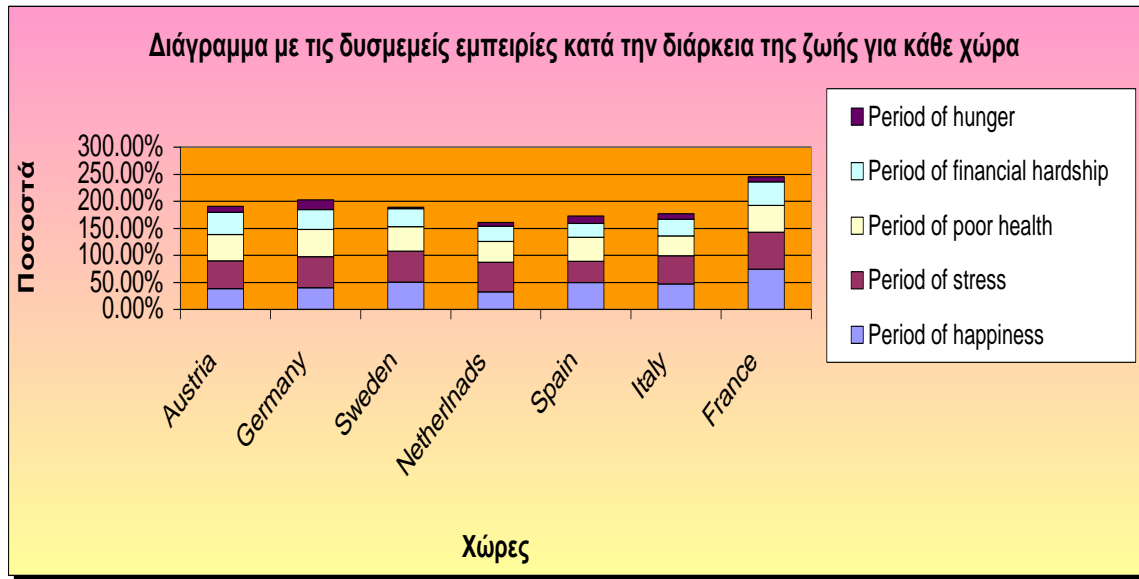
Με εξαίρεση την πείνα, τα ποσοστά που αναλογούν σε όλα τα υπόλοιπα βιώματα και για όλες τις χώρες είναι πολύ υψηλά. Οι Γάλλοι κατέχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά σε εμπειρίες ευτυχίας και στρες που έζησαν κάποια περίοδο στην ζωή τους ενώ οι Γερμανοί έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά κακής υγείας αλλά και εμπειρίας πείνας. Επίσης, οι Γάλλοι φαίνεται να αντιμετώπισαν σε μεγαλύτερο βαθμό κάποια περίοδο οικονομικών δυσκολιών ενώ αμέσως μετά ακολουθούν οι Αυστριακοί. Οι Γερμανοί και οι Σουηδοί έχουν πολύ κοντινά ποσοστά στο βίωμα του στρες (57.3% και 56.8%) ενώ οι Ολλανδοί και οι Ισπανοί έχουν πολύ κοντινά ποσοστά στην εμπειρία των οικονομικών δυσχερειών (28.5% και 26.3%) κάποια περίοδο στην ενήλικη ζωή τους. Τέλος, οι Ιταλοί και οι Γάλλοι έχουν ακριβώς ίδιο ποσοστό αναφερόμενο στην δυσμενή εμπειρία της πείνας (9.9%).

**Πίνακας 3.10(α)** Περιγραφικά στοιχεία για διάφορες εμπειρίες των ερωτώμενων από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

	Austria	Germany	Sweden	Netherlands	Spain	Italy	France
Period of happiness	38.4%	39.8%	50.6%	32.6%	49.2%	46.9%	74.4%
Period of stress	51.6%	57.3%	56.8%	54.3%	39.5%	52.0%	68.0%
Period of poor health	48.1%	51.1%	45.5%	38.7%	44.4%	36.9%	49.8%
Period of financial hardship	41.8%	36.8%	33.3%	28.5%	26.3%	30.9%	43.3%
Period of hunger	10.9%	17.7%	3.1%	6.8%	12.9%	9.9%	9.9%

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

**Διάγραμμα 3.14(α)** Ποσοστιαία κατανομή των ατόμων που βίωσαν διάφορες εμπειρίες κατά την πρόωμη και μέση ενήλικη ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.



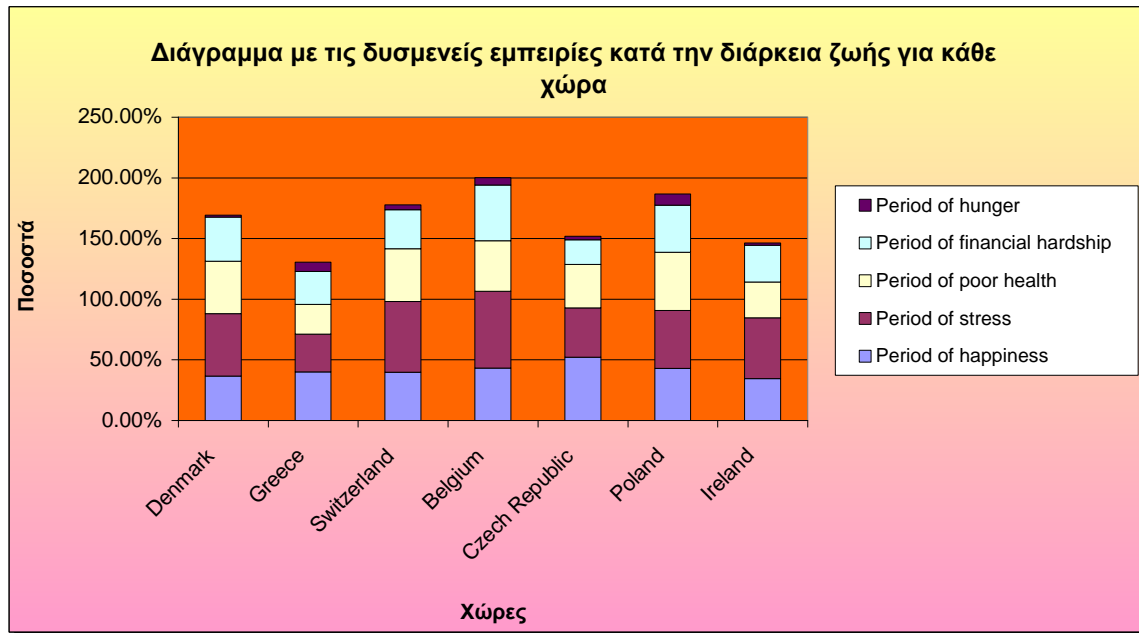
Και για τις υπόλοιπες χώρες τα ποσοστά του βιώματος της πείνας είναι πολύ χαμηλά. Πιο συγκεκριμένα, τα μικρότερα είναι αυτά που αναφέρονται σε πληθυσμούς από την Δανία και την Ιρλανδία. Επιπλέον οι Βέλγοι έχουν τα υψηλότερα ποσοστά στα βιώματα ευτυχίας, στρες και οικονομικών δυσκολιών και οι Πολωνοί έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό κακής υγείας. Σχετικά με τους Έλληνες, κατέχουν τα χαμηλότερα ποσοστά στα βιώματα του στρες και της κακής υγείας.

**Πίνακας 3.10(β)** Περιγραφικά στοιχεία για διάφορες εμπειρίες των ερωτώμενων από την πρόωμη και μέση ενήλικη ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

	Denmark	Greece	Switzerland	Belgium	Czech Republic	Poland	Ireland
Period of happiness	36.6%	40.2%	39.8%	43.3%	52.3%	43.0%	34.5%
Period of stress	51.5%	31.0%	58.2%	63.2%	40.6%	47.8%	50.1%
Period of poor health	43.2%	24.6%	43.7%	41.8%	35.8%	48.0%	29.5%
Period of financial hardship	36.5%	27.1%	32.1%	45.7%	20.4%	38.7%	30.5%
Period of hunger	1.4%	7.6%	4.0%	6.1%	2.8%	9.2%	1.8%

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

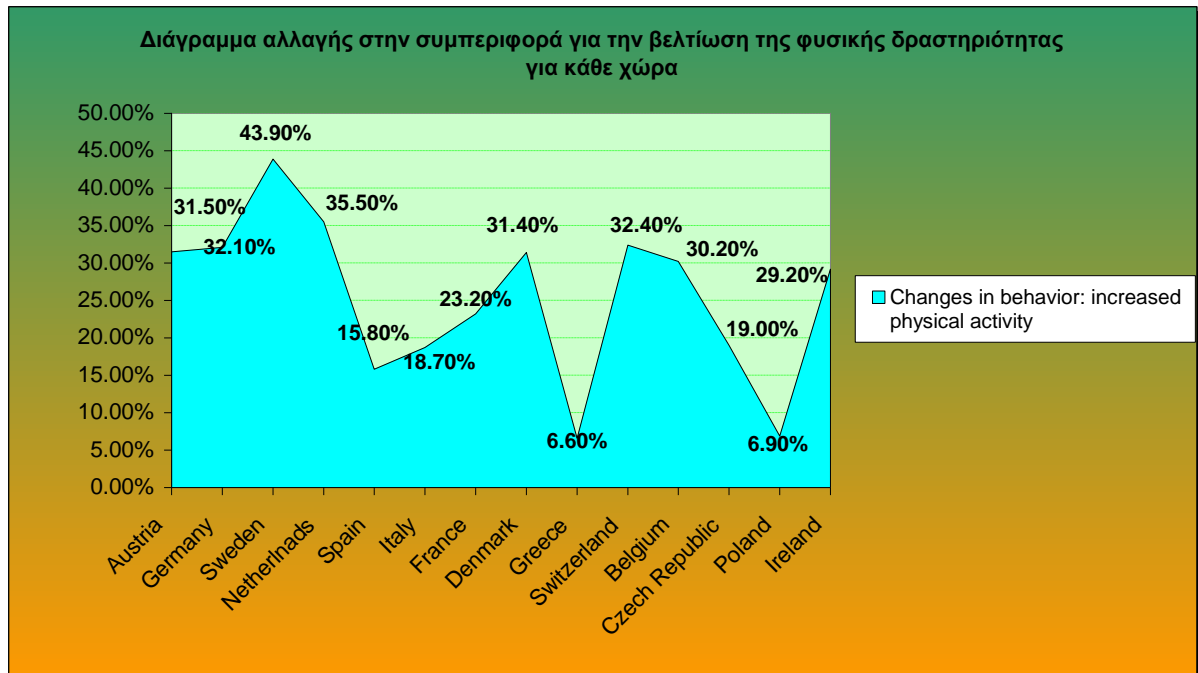
**Διάγραμμα 3.14(β)** Ποσοστιαία κατανομή των ατόμων που βίωσαν διάφορες εμπειρίες κατά την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.



Στο γράφημα που ακολουθεί (Διάγραμμα 3.15) παρατηρούμε την βελτίωση της φυσικής δραστηριότητας των πληθυσμών που συμμετέχουν στην ανάλυση. Οι Αυστριακοί, οι Γερμανοί, οι Δανοί, οι Ελβετοί και οι Βέλγοι έχουν σχεδόν ίδια ποσοστά βελτίωσης της φυσικής τους κατάστασης που κυμαίνονται στην κλάση (30.0% , 32.0%). Το υψηλότερο ποσοστό ανήκει στους Σουηδούς (43.9%) ενώ το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό κατέχουν οι Ολλανδοί (35.5%). Οι Ιταλοί (18.7%) με τους Τσέχους (19%) έχουν από τα χαμηλότερα ποσοστά καλυτέρευσης της φυσικής τους κατάστασης ενώ οι Έλληνες και οι Πολωνοί έχουν τα χειρότερα ποσοστά στην βελτίωση της φυσικής τους εξέλιξης, 6.6% και 6.9% αντίστοιχα.

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

**Διάγραμμα 3.15** Ποσοστιαία κατανομή των ατόμων που βελτίωσαν την φυσική τους κατάσταση για κάθε ευρωπαϊκή χώρα.



Στην συνέχεια η περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών περιστρέφεται γύρω από τις μεταβλητές της παρούσας ζωής και συγκεκριμένα τις μεταβλητές υγείας. Στο ίδιο γράφημα (Διάγραμμα 3.16) απεικονίζονται τα ποσοστά για τους ερωτώμενους που έχουν τουλάχιστον έναν θεμελιώδη περιορισμό στις καθημερινές τους δραστηριότητες, πάνω από 3 κινητικούς περιορισμούς, δύο τουλάχιστον συμπτώματα και τέλος πάσχουν από κάποια μακροχρόνια ασθένεια.

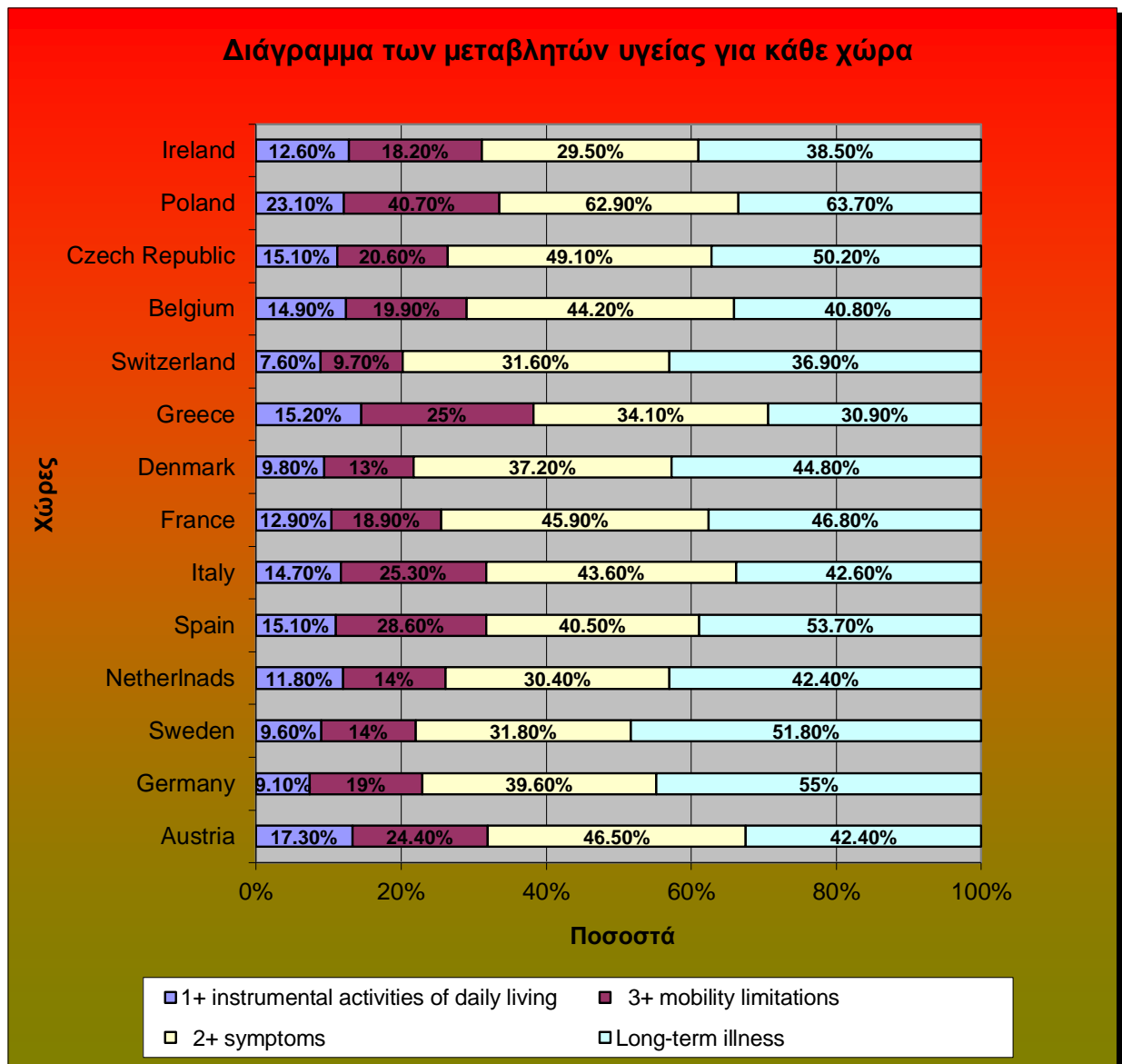
Όπως φαίνεται και παρακάτω, οι ερωτώμενοι σε όλες τις χώρες αντιμετωπίζουν πάνω από έναν θεμελιώδεις περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες σε χαμηλές αναλογίες. Τα ποσοστά αρχίζουν και ανέρχονται στην περίπτωση των κινητικών προβλημάτων και κορυφώνονται στον παράγοντα των δύο κατ' ελάχιστο συμπτωμάτων και των μακροχρόνιων ασθενειών. Η Πολωνία είναι η μοναδική χώρα που σε όλες τις μεταβλητές υγείας που μελετάμε έχει τα μεγαλύτερα ποσοστά, συνεπώς ο πληθυσμός της είναι πολύ νοσηρός.

Οι Έλληνες, οι Ιταλοί, οι Ισπανοί και οι Αυστριακοί έχουν τα πιο υψηλά ποσοστά στους περιορισμούς αναφορικά με τις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής μετά από τους Πολωνούς και οι Ελβετοί το χαμηλότερο. Επιπρόσθετα, χώρες με μεγάλα ποσοστά σε

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

δύο κατ' ελάχιστο σωματικά συμπτώματα είναι η Τσεχία, το Βέλγιο, η Γαλλία, η Ιταλία, η Ισπανία και η Αυστρία. Η Ελλάδα είναι πέμπτη σε αύξουσα σειρά κατάταξης με ποσοστό 34.1% και η Ιρλανδία είναι η πρώτη με το μικρότερο ποσοστό ίσο με 29.5%. Τέλος, ο μισός και πλέον πληθυσμός της Τσεχίας, Σουηδίας, Ισπανίας και Γερμανίας υποφέρει από κάποια μακροχρόνια ασθένεια ενώ πολύ υψηλά και σχεδόν ίδια είναι και τα αντίστοιχα ποσοστά για τις χώρες της Ολλανδίας (42.4%), Αυστρίας (42.4%) και Ιταλίας (42.6%). Η Ελλάδα με ποσοστό 30.9% είναι η χώρα με την μικρότερη αναλογία ατόμων που πάσχουν από μακροχρόνιες ασθένειες.

**Διάγραμμα 3.16** Ποσοστιαία κατανομή των ατόμων που υποφέρουν από προβλήματα υγείας στην όψιμη ενήλικη ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

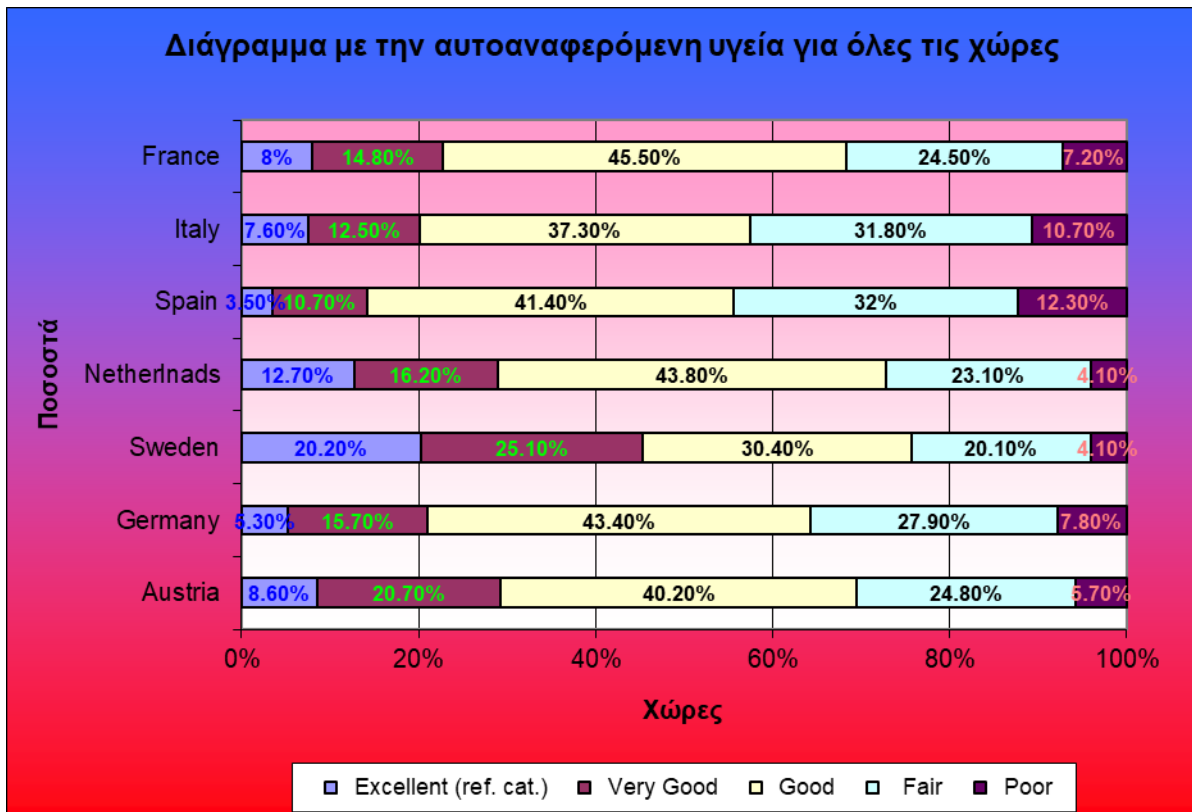




### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

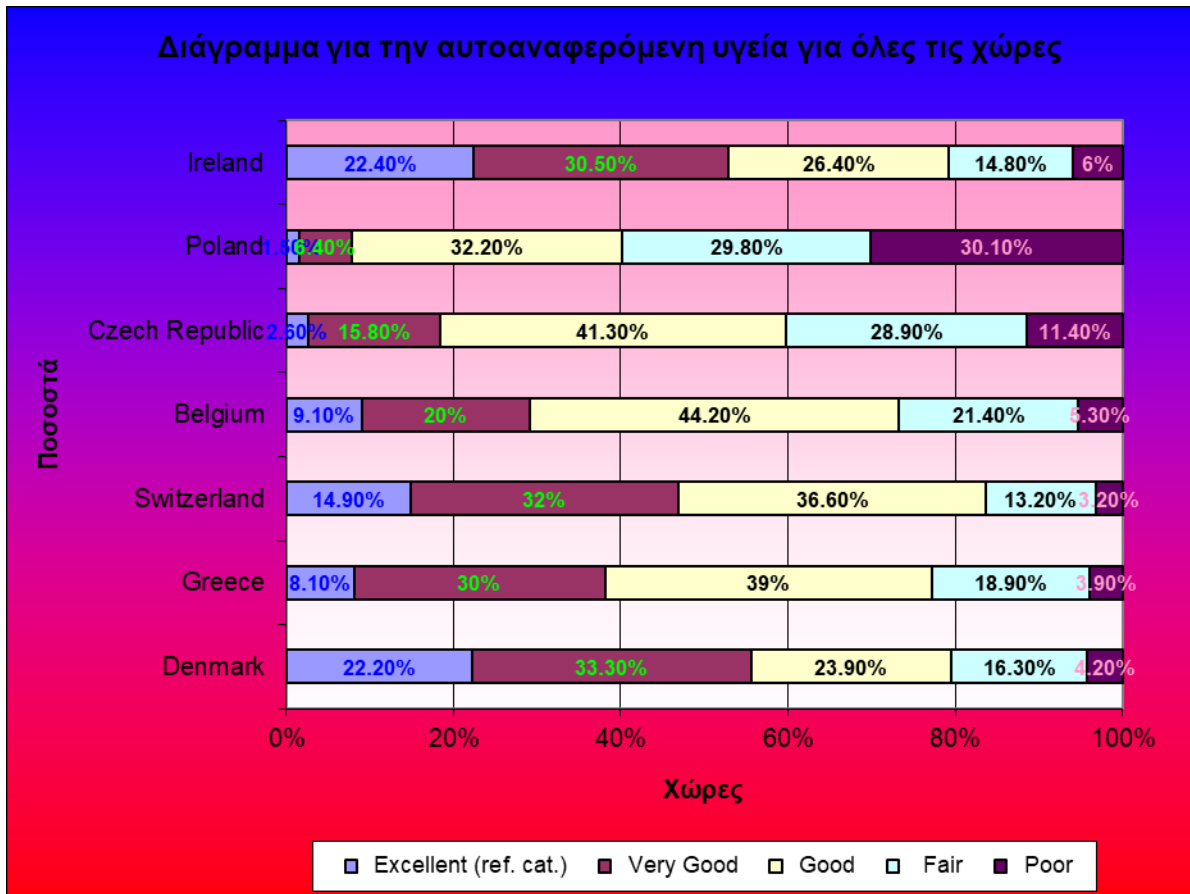
Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι η σύγκριση των χωρών μεταξύ τους ως προς την αυτοαναφερόμενη υγεία που δηλώνουν τα μέλη τους. Σύμφωνα με τα επόμενα διαγράμματα (3.17(α) και 3.17(β)), ερωτώμενοι από την Σουηδία, την Ιρλανδία και την Δανία δήλωσαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι έχουν άριστη υγεία με βάση τις τρέχουσες συνθήκες ενώ το μικρότερο ποσοστό, μόλις 1.5% το είχε η Πολωνία. Αυτό δεν μας εκπλήσσει καθώς η Πολωνία όπως είδαμε και στο παραπάνω διάγραμμα είχε υψηλά ποσοστά σε μακροχρόνιες ασθένειες, σωματικά συμπτώματα και περιορισμούς. Πολύ καλή υγεία σε υψηλά ποσοστά έχουν η Ιρλανδία, η Ελβετία, η Ελλάδα και η Δανία. Όλες οι χώρες έχουν υψηλά ποσοστά στην καλή και στην μέτρια υγεία καθώς και χαμηλά ποσοστά στην κακή υγεία, με εξαίρεση την Πολωνία που κάνει την διαφορά καθώς μεγάλη μερίδα του πληθυσμού της δηλώνει ότι έχει κακή υγεία (30.1%) και έπονται η Ισπανία (12.3%), η Τσεχία (11.4%) και η Ιταλία (10.7%).

**Διάγραμμα 3.17(α)** Απεικόνιση για την αυτοαναφερόμενη υγεία των ατόμων στην όψιμη ενήλικη ζωή τους για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.



### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

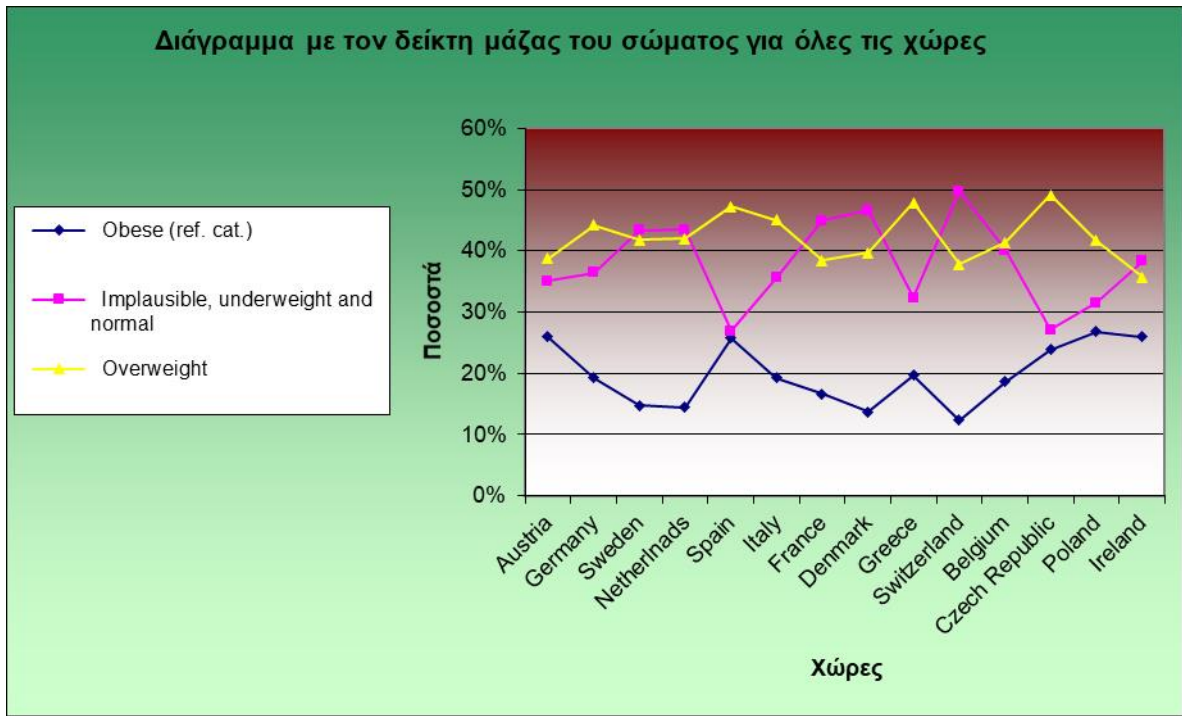
**Διάγραμμα 3.17(β)** Απεικόνιση για την αυτοαναφερόμενη υγεία των ατόμων στην όψιμη ενήλικη ζωή τους για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.



Ο δείκτης μάζας του σώματος καθορίζει αν οι ερωτώμενοι έχουν κανονικό βάρος, είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι. Το επόμενο γράφημα (Διάγραμμα 3.18) είναι αρκετά επεξηγηματικό. Παχύσαρκοι είναι οι ερωτώμενοι σε μεγάλο ποσοστό από την Αυστρία, την Ισπανία, την Τσεχία, την Πολωνία και την Ιρλανδία. Κανονικό βάρος ή κάτω από το κανονικό έχουν ερωτώμενοι κυρίως από την Σουηδία, την Ολλανδία, την Γαλλία, την Δανία και την Ελβετία. Τέλος, υπέρβαρα είναι τα άτομα από την Γερμανία, την Ιταλία, την Ισπανία, την Ελλάδα και την Τσεχία.

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

**Διάγραμμα 3.18** Απεικόνιση για τον δείκτη μάζας του σώματος των ατόμων για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.



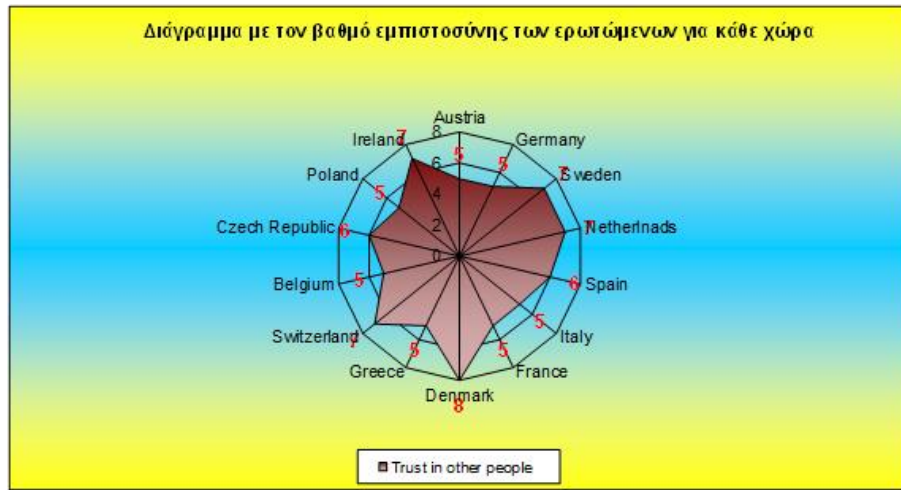
Αναφορικά με τις μεταβλητές γνωστικής λειτουργίας ο παράγοντας των αριθμητικών επιδόσεων έχει για όλες τις χώρες διάμεση τιμή ίση με 4 και μόνο για την Ισπανία, την Ιταλία, την Γαλλία και την Πολωνία έχει διάμεση τιμή ίση με 3. Ο παράγοντας του προσδιορισμού του χρόνου έχει την ίδια διάμεση τιμή για όλες τις χώρες, ίση με 4. Τα παραπάνω αποτελέσματα είναι πολύ καλά αφού η ανώτερη κλίμακα και για τους δύο παράγοντες είναι το 5, συνεπώς οι ερωτώμενοι από όλες τις χώρες έχουν πολύ καλή γνωστική λειτουργία.

Οι επόμενες μεταβλητές αναφέρονται στην στάση ζωής που κρατάνε οι ερωτώμενοι. Οι παράγοντες που εξετάζονται είναι ο βαθμός εμπιστοσύνης που δείχνουν τα άτομα στους άλλους, η αίσθηση ευχαρίστησης από την ζωή και η αίσθηση ευτυχίας που νιώθουν (Διαγράμματα 3.19, 3.20 και 3.21). Όπως φαίνεται παρακάτω για τις μισές χώρες, μέσα σε αυτές είναι και η Ελλάδα, η διάμεση τιμή του βαθμού εμπιστοσύνης είναι 5. Περισσότερη εμπιστοσύνη στους συναθρώπους τους δείχνουν οι ερωτώμενοι που προέρχονται από την Τσεχία και την Ισπανία (διάμεση τιμή=6) ενώ ο μισός πληθυσμός της Ιρλανδίας, της Σουηδίας, της Ολλανδίας και της Ελβετίας εμπιστεύεται τους άλλους ακόμα πιο πολύ

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

(διάμεση τιμή=7). Τέλος, η Δανία έχει την μεγαλύτερη διάμεση τιμή από όλες τις άλλες χώρες στον παράγοντα της εμπιστοσύνης η οποία ισούται με 8.

**Διάγραμμα 3.19** Απεικόνιση για τις διάμεσες τιμές σχετικά με τον βαθμό εμπιστοσύνης που επιδεικνύουν οι ερωτώμενοι για κάθε χώρα.



Στην συνέχεια βλέπουμε ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης των ατόμων από την ζωή. Οι Δανοί δηλώνουν απόλυτα ευχαριστημένοι (διάμεση τιμή ίση με 9) ενώ και για την πλειοψηφία των χωρών η διάμεση τιμή για τον συγκεκριμένο παράγοντα ισούται με 8. Η Ελλάδα, η Τσεχία και η Πολωνία είναι οι χώρες με την μικρότερη διάμεση τιμή η οποία ισούται με 7.

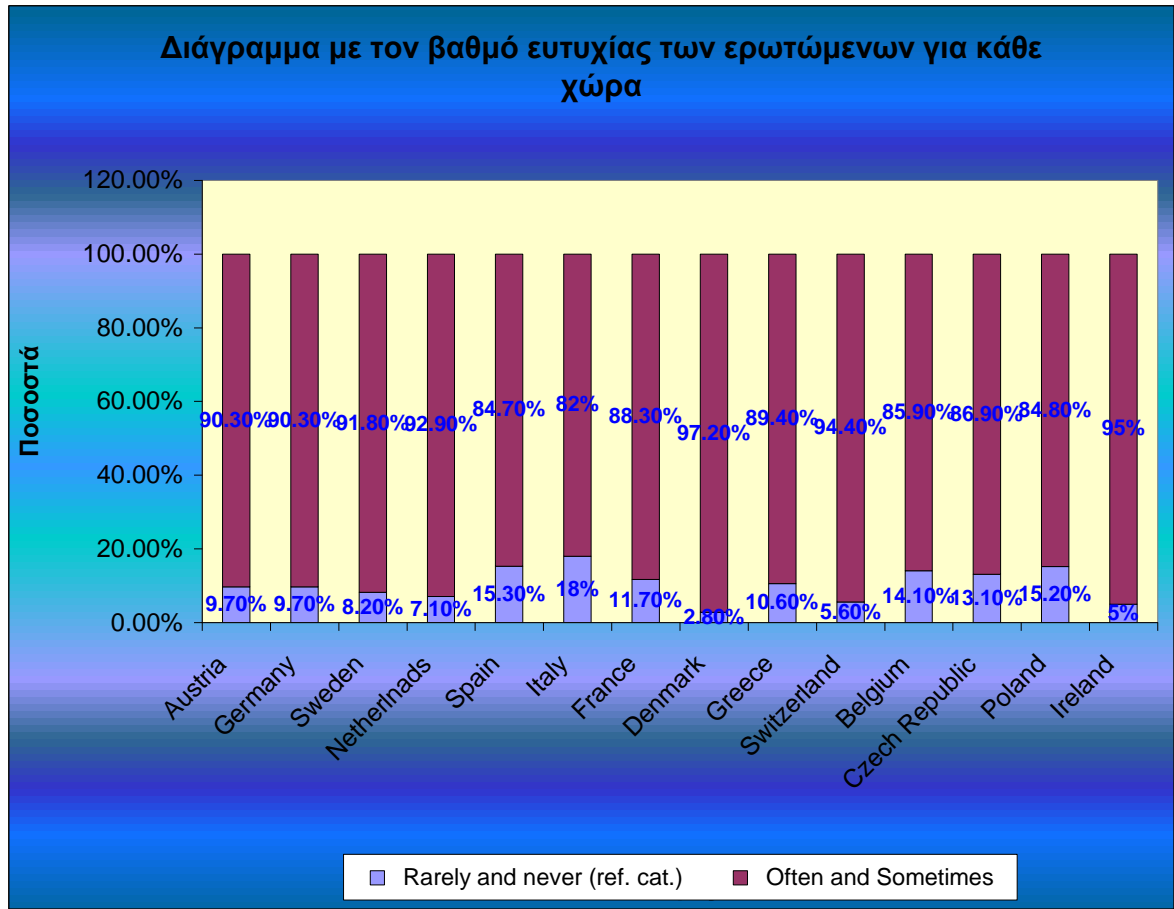
**Διάγραμμα 3.20** Απεικόνιση για τις διάμεσες τιμές σχετικά με τον βαθμό ικανοποίησης των ατόμων από την ζωή για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.



### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

Οι ερωτώμενοι από όλες τις χώρες νιώθουν μερικές φορές ή συχνά ευτυχία ενώ πολύ χαμηλά είναι τα ποσοστά αυτών που σπάνια ή ποτέ δεν αισθάνθηκαν ευτυχία για τις περισσότερες χώρες με εξαίρεση την Ισπανία, την Ιταλία, το Βέλγιο, την Τσεχία και την Πολωνία που λαμβάνουν τιμές σε ένα εύρος από 13.0% μέχρι 18.0%.

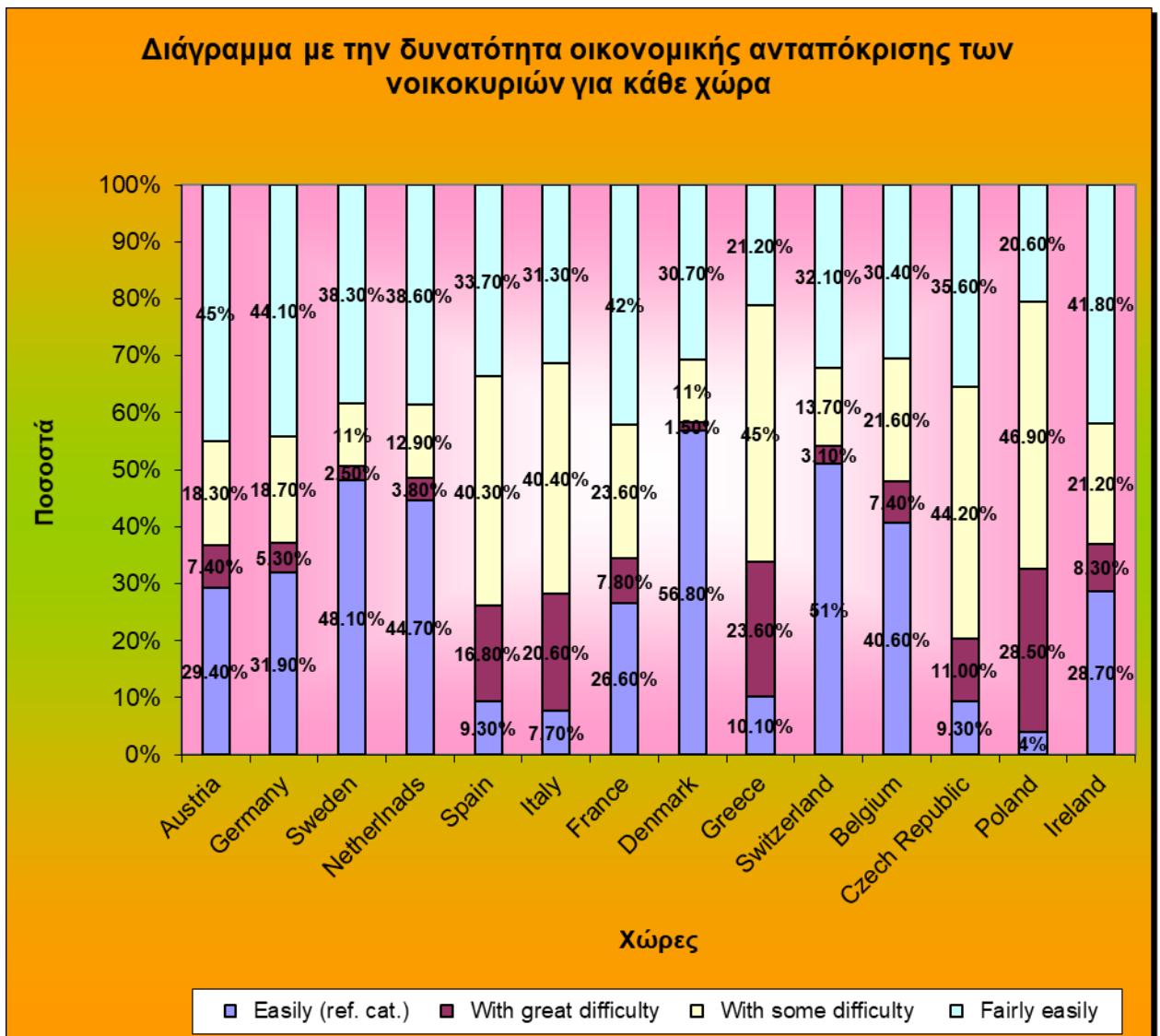
**Διάγραμμα 3.21** Απεικόνιση με την ποσοστιαία κατανομή των ατόμων που νιώθουν ευτυχία στην ζωή τους για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.



Στο επόμενο γράφημα (Διάγραμμα 3.22) παρουσιάζεται η δυνατότητα που έχουν τα νοικοκυριά από διάφορες χώρες να ανταποκρίνονται στις οικονομικές απαιτήσεις. Η Δανία, η Σουηδία και η Ολλανδία τα καταφέρνουν εύκολα σε μεγάλα ποσοστά και επίσης η Αυστρία, η Γερμανία και η Ιρλανδία ανταποκρίνονται αρκετά εύκολα. Κάποια δυσκολία παρουσιάζεται στην Τσεχία, ενώ με μεγάλη δυσκολία τα φέρνουν σε πέρας μεγάλες μερίδες ατόμων από την Πολωνία, την Ελλάδα, την Ισπανία και την Ιταλία.

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

**Διάγραμμα 3.22** Απεικόνιση αναφορικά με την δυνατότητα των ερωτώμενων να ανταποκρίνονται οικονομικά στις απαιτήσεις του νοικοκυριού για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

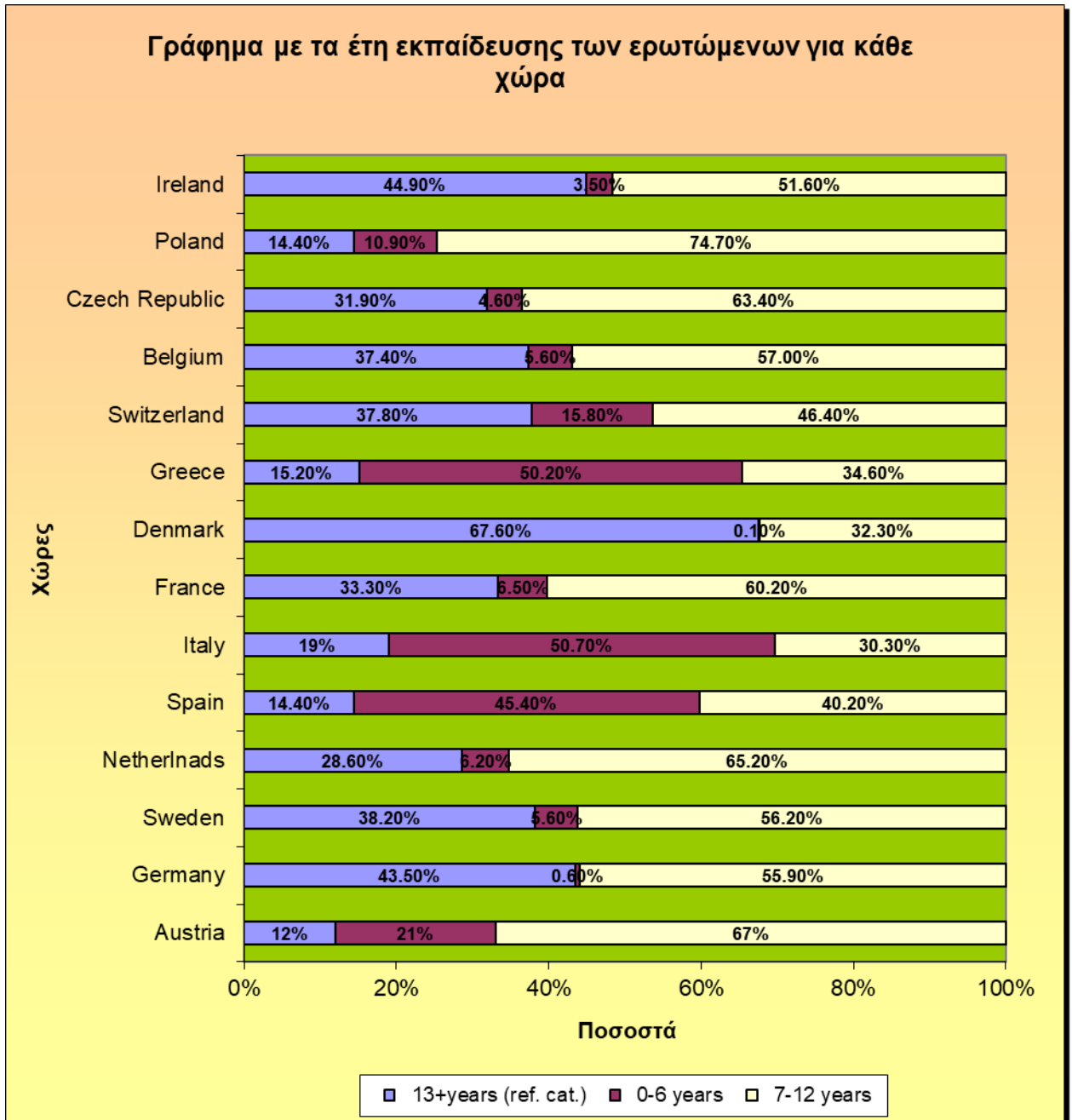


Η σύνθεση των ατόμων στην έρευνα σχετικά με την μόρφωση που απέκτησαν έχει την ακόλουθη εικόνα (Διάγραμμα 3.23). Πολύ μορφωμένοι, με 13 και επιπλέον χρόνια εκπαίδευσης είναι οι ερωτώμενοι που διαμένουν στην Δανία σε ποσοστό 67.6% και έπονται οι πληθυσμοί από την Ιρλανδία με 44.9% και την Γερμανία με 43.5%. Σε όλες τις χώρες τα ποσοστά των ατόμων με μέτρια μόρφωση, δηλαδή από 7 έως 12 έτη εκπαίδευσης είναι αρκετά έως πολύ υψηλά, κυρίως για τις χώρες της Πολωνίας, ίσο με 74.7%, της Αυστρίας, ίσο με 67.0% και της Ολλανδίας, ίσο με 65.2%. Τέλος, πολύ χαμηλή μόρφωση με 0-6 χρόνια εκπαίδευσης έχουν κατά μείζονα λόγο οι χώρες της Ελλάδας (50.2%), της Ιταλίας (50.7%) και της Ισπανίας (45.4%) με τα ποσοστά να είναι ιδιαίτερα υψηλά ενώ για τις χώρες που

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

απομένουν τα ποσοστά είναι πολύ πιο χαμηλά και κυμαίνονται από 21.0% για την Αυστρία μέχρι 0.6% για την Γερμανία.

**Διάγραμμα 3.23** Απεικόνιση του μορφωτικού επιπέδου των ερωτώμενων για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.

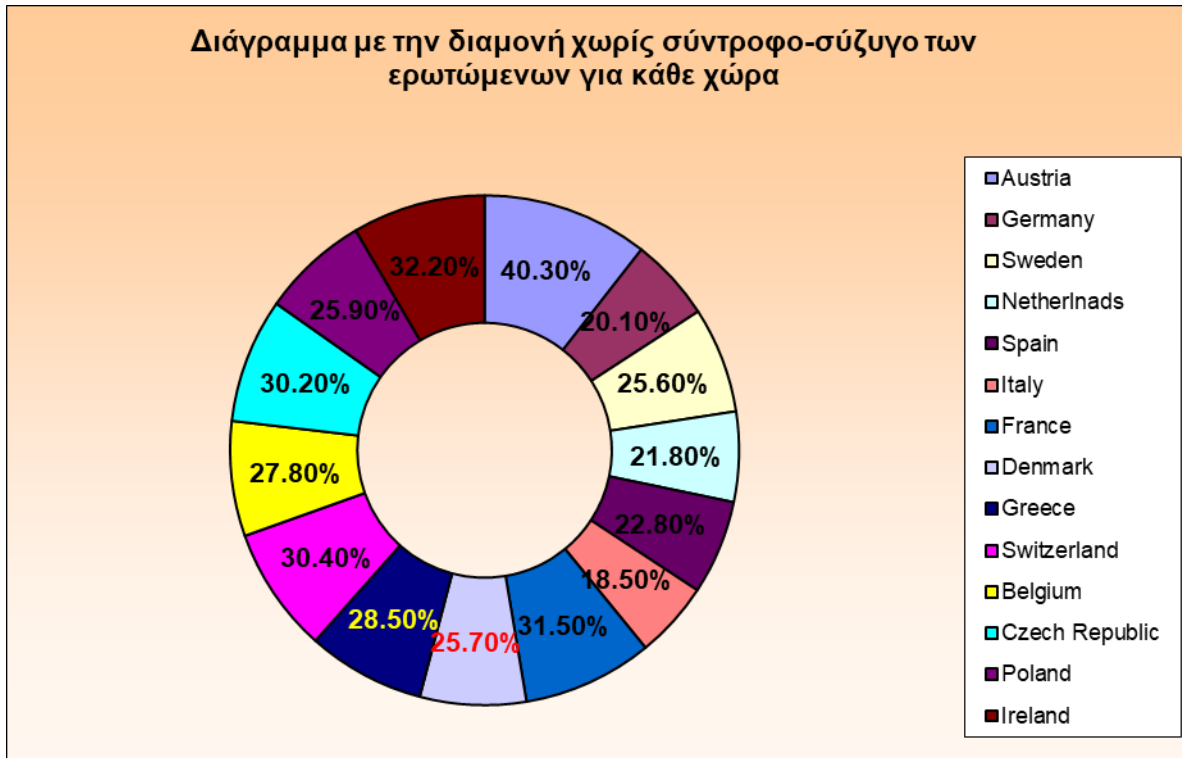


Το παρακάτω γράφημα (Διάγραμμα 3.24) ολοκληρώνει την περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών και μας δείχνει σε τι ποσοστά τα άτομα μένουν μόνα τους στο σπίτι χωρίς σύζυγο ή σύντροφο. Οι Αυστριακοί σε μεγάλο ποσοστό ζουν μόνοι τους (40.3%) καθώς

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

επίσης αρκετά υψηλά είναι και τα ποσοστά των ερωτώμενων που ζουν χωρίς σύντροφο ή σύζυγο και προέρχονται από την Ιρλανδία (32.2%), την Γαλλία (31.5%), την Ελβετία (30.4%) και την Τσεχία (30.2%). Η Ιταλία είναι η χώρα με το μικρότερο ποσοστό ατόμων που μένουν μόνα (18.5%).

**Διάγραμμα 3.24** Ποσοστιαία κατανομή των ερωτώμενων που διαμένουν με τον σύντροφό τους για όλες τις ευρωπαϊκές χώρες.



#### 3.2.3 Εφαρμογή του μοντέλου της λογιστικής παλινδρόμησης και ερμηνεία των αποτελεσμάτων

Το συνολικό μοντέλο εφαρμόστηκε για κάθε χώρα ξεχωριστά. Κάποια ενδεικτικά αποτελέσματα φαίνονται παρακάτω.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3.11 ο παράγοντας της ηλικίας αποδείχθηκε σημαντικός στην Δανία, το Βέλγιο και την Ιρλανδία και μάλιστα προς αντίθετη κατεύθυνση, δηλαδή η αύξηση της ηλικίας έχει σαν αποτέλεσμα να μειώνονται οι σχετικές πιθανότητες κατάθλιψης κατά 3.1%, 2.5% και 3.5% αντίστοιχα. Επίσης, το μοντέλο διέκρινε ότι το φύλο είναι σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης για όλες τις χώρες εκτός από την Ιρλανδία. Τα αποτελέσματα που βλέπουμε στον πίνακα υποδηλώνουν ότι οι άνδρες έχουν μειωμένες σχετικές πιθανότητες



### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

εμφάνισης της νόσου συγκριτικά με τις γυναίκες, ενδεικτικά για την Ελλάδα είναι 44.0% λιγότερες και για την Τσεχία είναι 61.7% λιγότερες. Σχετικά με την Ιρλανδία η μη σημαντικότητα του παράγοντα του φύλου υποδηλώνει ότι άνδρες και γυναίκες δεν έχουν σημαντικές διαφορές στην εμφάνιση της καταθλιπτικής διαταραχής.

**Πίνακας 3.11** Δημογραφικοί παράγοντες που είναι στατιστικά σημαντικοί στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (επίπεδο σημαντικότητας 5%).

Μεταβλητές	
	Χώρες, odds ratios
age_int	Denmark (0.969), Belgium (0.975), Ireland (0.965)
Gender – male	Greece (0.560), Austria (0.423), Germany (0.420), Sweden (0.404), Netherlands (0.443), Spain (0.361), Italy (0.447), France (0.493), Denmark (0.425), Switzerland (0.530), Belgium (0.515), Poland (0.473), Czech Republic (0.383)

Μερικοί από τους παράγοντες που ξεχώρισαν ως σημαντικοί από την παιδική ηλικία είναι αυτοί που αναφέρονται στην υγεία και σε δυσμενείς εμπειρίες των ερωτώμενων (Πίνακας 3.12). Πιο συγκεκριμένα, οι σοβαροί πονοκέφαλοι ή επιληψία ή τα συναισθηματικά προβλήματα επιβαρύνουν μόνο τα άτομα από το Βέλγιο αυξάνοντας τις σχετικές πιθανότητες κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή κατά 71.2% ενώ ο παράγοντας που εξετάζει αν τα ψυχιατρικά προβλήματα που τυχόν αντιμετώπισαν οι ερωτώμενοι είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της νόσου επαληθεύθηκε ότι καθορίζει σημαντικά το αποτέλεσμα της διαταραχής για τους Αυστριακούς, τους Γερμανούς και τους Σουηδούς με odds ratios πολύ υψηλά, της τάξης των 16.74, 4.386 και 4.033 αντίστοιχα. Η εν λόγω μεταβλητή έδωσε τόσο υψηλές τιμές για τα odds ratios των χωρών, ακριβώς επειδή σχετίζεται άμεσα με τον παράγοντα απόκρισης (εξαρτημένη μεταβλητή) που θέλουμε να ερμηνεύσουμε. Δυσάρεστες εμπειρίες στα παιδικά χρόνια όπως η συμβίωση με θετούς γονείς και η κατανάλωση μεγάλης ποσότητας αλκοόλ από τους γονείς επηρεάζουν τους ερωτώμενους από το Βέλγιο στην πρώτη περίπτωση καθώς και τους ερωτώμενους από την Ολλανδία, την Ελβετία και το Βέλγιο στην δεύτερη περίπτωση. Οι Βέλγοι που είναι υιοθετημένοι ή ζουν με θετούς γονείς έχουν

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

διπλάσιο odds εμφάνισης κατάθλιψης ενώ οι Ολλανδοί που έχουν αλκοολικούς γονείς έχουν τριπλάσιο odds εμφάνισης της διαταραχής. Ο παράγοντας του επαγγέλματος των γονέων των ερωτώμενων δεν φαίνεται να είναι σημαντικός σε καμία από τις χώρες που συμμετέχουν στην ανάλυση.

**Πίνακας 3.12** Παράγοντες από την παιδική ηλικία που είναι στατιστικά σημαντικοί στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (επίπεδο σημαντικότητας 5%).

Παράγοντες από την παιδική ηλικία	
	Χώρες, odds ratios
Severe headaches or epilepsy or emotional problems	Belgium (1.712)
<b>Did psychiatric problems last for a year or longer</b>	<b>Austria (16.74), Germany (4.386), Sweden (4.033)</b>
Living in hh when ten with adoptive or step or foster relatives	Belgium (2.007)
Did parents: drink heavily	Netherlands (3.163), Switzerland (1.257), Belgium (1.455)
Categories for occupations	

Η πρόωμη και μέση ενήλικη ζωή περιλαμβάνει διάφορες δυσμενείς εμπειρίες που μπορεί να αυξήσουν τα επίπεδα κατάθλιψης των ατόμων (Πίνακας 3.13). Η εμπειρία του στρες κάποια περίοδο στην ζωή των ερωτώμενων επηρεάζει τις μισές χώρες και κυρίως άτομα που μένουν στην Σουηδία (odds ratio = 2.268), την Ολλανδία (odds ratio = 1.768) και την Γαλλία (odds ratio = 1.727). Το βίωμα μιας περιόδου κακής υγείας αυξάνει τις σχετικές πιθανότητες κατάθλιψης για τους Τσέχους κατά 52.6% ενώ η περίοδος οικονομικών δυσκολιών επηρεάζει τους Ισπανούς και τους Ιταλούς επιφέροντας μία αύξηση κατά 61.1% και 39.1% αντίστοιχα. Τέλος, η δυσμενής εμπειρία της πείνας αυξάνει τις σχετικές πιθανότητες της κατάθλιψης κατά 60.7% μόνο για τους Βέλγους.

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

**Πίνακας 3.13** Παράγοντες από την πρόωμη και μέση ενήλικη ζωή που είναι στατιστικά σημαντικοί στις διάφορες ευρωπαϊκές χώρες (επίπεδο σημαντικότητας 5%).

Παράγοντες από την πρόωμη και μέση ενήλικη ζωή	Χώρες, odds ratios
Period of stress	Sweden (2.268), Netherlands (1.768), Spain (1.396), Italy (1.623), France (1.727), Denmark (1.601), Poland (1.612)
Period of poor health	Czech Republic (1.526)
Period of financial hardship	Spain (1.611), Italy (1.391)
Period of hunger	Belgium (1.607)

Ο Πίνακας 3.14 που ακολουθεί παρουσιάζει πώς επηρεάζονται οι πληθυσμοί των χωρών από κάποιους παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή. Όπως παρατηρείται, ο καρκίνος δίνει υψηλά odds ratios μόνο για την Ελλάδα (5.805) και την Γαλλία (2.291). Επιπλέον, οι περιορισμοί σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής καθορίζουν τα επίπεδα κατάθλιψης για τις περισσότερες χώρες συγκριτικά με τους περιορισμούς από τις απλές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ενώ οι τρεις τουλάχιστον κινητικές δυσκολίες είναι σημαντικοί παράγοντες που σχετίζονται με την κατάθλιψη μόνο για το Βέλγιο και την Πολωνία οι οποίες επηρεάζονται το ίδιο (αύξηση κατά 45% περίπου), καθώς και για την Τσεχία και την Ιρλανδία η οποία δέχεται και την μεγαλύτερη επίδραση (odds ratio = 2.989).

Τα σωματικά συμπτώματα είναι σημαντικά για όλες τις χώρες με εξαίρεση την Ιρλανδία δίνοντας πολύ υψηλά odds ratios από 2.003 για την Τσεχία μέχρι 3.847 για την Δανία. Το συμπέρασμα αυτό είναι απόλυτα λογικό εξαιτίας της άμεσης σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στα σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Επιπρόσθετα, η αυτοαναφερόμενη υγεία δίνει μεγάλα odds ratios για την κατάθλιψη για όσους έχουν μέτρια υγεία σε σχέση με αυτούς που έχουν άριστη υγεία και ακόμα μεγαλύτερα odds ratios για την εμφάνιση του χαρακτηριστικού για αυτούς που έχουν κακή υγεία συγκριτικά με αυτούς που έχουν άριστη.

Οι παράγοντες της γνωστικής λειτουργίας όπως οι αριθμητικές επιδόσεις και ο προσδιορισμός του χρόνου μειώνουν κατά πολύ την παρουσία της διαταραχής καθώς συνεπάγονται καλή χρήση της μνημονικής ικανότητας. Ιδιαίτερα για την Ελλάδα, οι σχετικές πιθανότητες της κατάθλιψης μειώνονται κατά 37.5% και 33.8%.

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

Ο τρόπος που αντιμετωπίζουν τη ζωή οι ερωτώμενοι συμβάλλει στον περιορισμό της εμφάνισης της κατάθλιψης. Τα άτομα που δείχνουν εμπιστοσύνη στους άλλους και αυτό τους επηρεάζει θετικά είναι οι Έλληνες, οι Αυστριακοί και οι Τσέχοι παρόλο που η μείωση των επιπέδων της νόσου δεν είναι και πολύ αξιόλογη (5.8%, 10.6% και 10.5% αντίστοιχα). Η αίσθηση της ευχαρίστησης από την ζωή επηρεάζει τους ερωτώμενους από όλες τις χώρες δίνοντας χαμηλές τιμές για τα odds ratios, συνεπώς χαμηλά επίπεδα εμφάνισης της κατάθλιψης. Ειδικότερα στους Ολλανδούς, το αντίστοιχο ποσοστό μειώνεται κατά 48.7% και στους Ιρλανδούς κατά 37.3%. Επιπρόσθετα, η αίσθηση της ευτυχίας που έχουν οι ερωτώμενοι συχνά ή μερικές φορές δίνει τα πιο χαμηλά odds ratios επικράτησης της κατάθλιψης συγκριτικά με όσους ερωτώμενους νιώθουν αυτήν την ευτυχία σπάνια ή και ποτέ και ιδιαίτερα για την Ιρλανδία (73.7% λιγότερες σχετικές πιθανότητες) και την Αυστρία (68.8% λιγότερες σχετικές πιθανότητες).

**Πίνακας 3.14** Παράγοντες από την όψιμη ενήλικη ζωή που είναι στατιστικά σημαντικοί στις διαφορές ευρωπαϊκές χώρες (επίπεδο σημαντικότητας 5%).

Παράγοντες από την όψιμη ενήλικη ζωή	Χώρες, odds ratios
Cancer	Greece (5.805), France (2.291)
Activities of daily living	France (1.676), Belgium (1.629)
Instrumental activities of daily living	Germany (1.832), Spain (1.636), Italy (1.582), France (1.601), Switzerland (2.183), Poland (1.671)
3+ mobility limitations	Belgium (1.452), Poland (1.449), Ireland (2.989), Czech Republic (1.817)
Symptoms	Greece (2.464), Austria (2.639), Germany (3.058), Sweden (2.334), Netherlands (3.039), Spain (2.402), Italy (1.869), France (2.258), Denmark (3.847),

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

	Switzerland (2.349), Belgium (2.46), Poland (2.322), Czech Republic (2.003)
Self-perceived health	
Fair	Greece(3.049), Netherlands (3.582), Italy (2.421), France (2.432), Denmark (2.157), Belgium (2.631)
Poor	Greece (6.261), Sweden (4.828), Netherlands (6.426), Italy (4.239), France (3.595), Denmark (3.732), Belgium (2.939)
Numeracy	Greece (0.625), Sweden (0.815), Poland (0.787)
Orienti	Greece (0.662), Spain (0.789)
Trust in other people	Greece (0.942), Austria (0.894), Czech Republic (0.895)
Life satisfaction	Greece (0.759), Austria (0.852), Germany (0.824), Sweden (0.772), Netherlands (0.513), Spain (0.69), Italy (0.776), France (0.751), Denmark (0.679), Switzerland (0.654), Belgium (0.749), Poland (0.825), Ireland (0.627), Czech Republic (0.804)
Life happiness_new	
Often and Sometimes	Greece (0.662), Austria (0.312), Spain (0.665), France (0.679), Switzerland (0.435), Belgium (0.569), Poland (0.482), Ireland (0.263)

Οι επόμενοι Πίνακες, 3.15(α) και 3.15(β) δείχνουν κάποια στατιστικά μέτρα αξιολόγησης του μοντέλου που εφαρμόστηκε για κάθε χώρα. Όπως φαίνεται οι τιμές των στατιστικών pseudo-R<sup>2</sup> και classification percent είναι πολύ υψηλές για όλες τις χώρες. Η Πολωνία με 75.50% έχει το μικρότερο ποσοστό σωστής ταξινόμησης ενώ η Αυστρία με 87.90% έχει το μεγαλύτερο ποσοστό σωστής ταξινόμησης.

### 3.2 Μελέτη των παραγόντων κατά χώρα

**Πίνακας 3.15(α)** Pseudo-R<sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για όλες τις χώρες για το μοντέλο 3.

	Greece	Austria	Germany	Sweden	Netherlands	Spain	Italy
Pseudo-R <sup>2</sup>	0.360	0.463	0.346	0.348	0.399	0.464	0.368
Hosmer and Lemeshow Test	0.326	0.290	0.366	0.207	0.209	0.340	0.006
Classification Percent	86.2%	87.9%	85.2%	87.7%	86.6%	80.5%	77.3%

**Πίνακας 3.15(β)** Pseudo-R<sup>2</sup> του Nagelkerke, Hosmer and Lemeshow Test σε επίπεδο σημαντικότητας 5% και Classification Percent για όλες τις χώρες για το μοντέλο 3.

	France	Denmark	Switzerland	Belgium	Poland	Ireland	Czech Republic
Pseudo-R <sup>2</sup>	0.358	0.357	0.367	0.368	0.412	0.480	0.393
Hosmer and Lemeshow Test	0.464	0.502	0.921	0.609	0.578	0.969	0.444
Classification Percent	77.7%	86.6%	87.5%	81.2%	75.5%	87.4%	84.4%

## Κεφάλαιο 4

### Παράγοντες που προβλέπουν τις υποκλίμακες **Affective Suffering** και **Motivational Symptoms** σε άτομα ηλικίας 50 και άνω

#### 4.1 Εισαγωγή

Η κατάθλιψη θεωρείται ως μία από τις βασικές αιτίες ασθενειών σε πολύ μεγάλες ηλικίες παγκοσμίως και σχετίζεται με υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων (Yohannes et al., 2010). Η μέτρηση της κατάθλιψης σε ευρωπαϊκές πληθυσμιακές έρευνες συχνά πραγματοποιείται με χρήση της κλίμακας EUROD, η οποία περιλαμβάνει 12 συμπτώματα, έχει εισαχθεί και επικυρωθεί αρχικά από τους Prince et al. (1999a, b) και έκτοτε έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως από άλλους ερευνητές (Banks et al., 2012). Πιο ενδελεχής ανάλυση της κλίμακας έχει εντοπίσει ότι αυτή αποτελείται από δύο συνιστώσες (components) που ονομάζονται **Affective Suffering (AS)** και **Motivation** (ή **Motivational Symptoms (MS)**) (Portellano-Ortiz et al., 2017; Brailean et al., 2015; Jirapramukpitak et al., 2009; Castro-Costa et al., 2008; Verropoulou and Tsimbos, 2007; Prince et al., 1999a, b).

Παλαιότερες έρευνες αναφέρουν ότι κάθε συνιστώσα της κατάθλιψης σχετίζεται με διαφορετικά χαρακτηριστικά αν και τα ευρήματα δεν είναι απόλυτα συνεπή μεταξύ αυτών. Πιο συγκεκριμένα, η υποκλίμακα MS σχετίζεται θετικά με την ηλικία και ερωτώμενους που διαμένουν μόνοι ή είναι διαζευγμένοι / χήροι ενώ η υποκλίμακα AS συνδέεται με διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα φύλα (Verropoulou and Tsimbos, 2007; Copeland et al., 2004). Σε αντίθεση με τα προηγούμενα ευρήματα, οι Brailean et al. (2015) έχουν βρει ότι και οι δύο υποκλίμακες δεν σχετίζονται με την ηλικία, ωστόσο όμως σχετίζονται με τα φύλα. Επιπλέον, οι ίδιοι ερευνητές προτείνουν ότι η MS δείχνει να σχετίζεται πιο έντονα με την ευφράδεια λόγου. Άλλες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η υποκλίμακα AS είναι επικρατέστερη σε γυναίκες κάτω των 60 ετών ενώ η υποκλίμακα MS είναι κυρίαρχη σε γυναίκες άνω των 70 ετών, ειδικότερα χήρες καθώς και αυτές με λιγότερα εκπαιδευτικά προσόντα. Σε αντιδιαστολή με τους προηγούμενους παράγοντες, η σωματική δραστηριότητα και το αυξημένο μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν να έχουν έναν προστατευτικό ρόλο αναφορικά με την AS (Portellano-Ortiz et al., 2017). Από την άλλη πλευρά, η κακή φυσική υγεία και οι

οικονομικές δυσκολίες δείχνουν να αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης και των δύο υποκλιμάκων.

Οι διαφορές στις προηγούμενες συσχετίσεις έχουν μελετηθεί σε περιφερειακό επίπεδο, για παράδειγμα ανάμεσα σε χώρες της Λατινικής Αμερικής (Brailean et al., 2015) και της Ευρώπης (Portellano-Ortiz et al., 2017). Σχετικά με την Ευρώπη, τα ευρήματα υποδηλώνουν υψηλότερα επίπεδα στην υποκλίμακα AS σε μερικές Βόρειες και Ηπειρωτικές χώρες ενώ τα επίπεδα της MS είναι υψηλότερα σε Μεσογειακές χώρες καθώς και την Σλοβενία. Ωστόσο, οι προηγούμενες διαφοροποιήσεις στις δύο υποκλίμακες της κατάθλιψης δεν έχουν μελετηθεί παλαιότερα με βάση τα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας ούτε έχουν συνδεθεί με πιθανά αποτελέσματα και συσχετίσεις με προηγούμενες συνθήκες ζωής.

Στην πραγματικότητα, τα συστήματα κοινωνικής προνοίας μπορεί να έχουν ένα θετικό αποτέλεσμα στην υγεία των κατοίκων μέσα από την εφαρμογή κατάλληλων πολιτικών μέτρων – πρακτικών (Bloom et al., 2015) και μερικώς, δύνανται να επεξηγήσουν ανισότητες στην υγεία οι οποίες υφίστανται ακόμα και όταν έχουν ληφθεί υπόψη τα ατομικά κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (Richardson et al., 2018; Pöschl and Valkova, 2015; Lunau et al., 2014). Για παράδειγμα, οι Sieber et al. (2019) βρήκαν ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (SES) στην παιδική ηλικία έχει μακροπρόθεσμη επίδραση στην αυτοαναφερόμενη υγεία σε μεγάλες ηλικίες, γεγονός που ισχύει σε όλα τα καθεστώτα κοινωνικής προνοίας, αλλά η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην ενήλικη ζωή εξασθενίζει αυτήν την σχέση με διαφορετικό τρόπο μεταξύ των συστημάτων κοινωνικής προνοίας. Επιπρόσθετα, η επίδραση των παιδικών συγκυριών στην επικράτηση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή είναι πολύ γνωστή: η κακή υγεία στην παιδική ηλικία, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και οι δυσμενείς εμπειρίες που σχετίζονται με οικογενειακές αντιξοότητες και κατάχρηση αλκοόλ από τους γονείς (Pakpahan et al., 2017a, b; Angelini et al., 2016; Tani et al., 2016; Zimmer et al., 2016; Dvir et al., 2014; Gameiro et al., 2014) είναι σημαντικοί παράγοντες. Παράλληλα, αντιξοότητες στην ενήλικη ζωή, όπως το να έχει κανείς βιώματα από στρες, κακή υγεία ή οικονομικές δυσκολίες, έχουν επίσης μία επίδραση στην κατάθλιψη σε μεγαλύτερες ηλικίες (Crowe and Butterworth, 2016; Halmdienst and Winter-Ebmer, 2014).



### 4.1.1 Ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας

Ο Esping – Andersen στην αρχική του εργασία (1990) καθορίζει τρεις τύπους «καθεστώτων κοινωνικής προνοίας», τον φιλελεύθερο (liberal), τον συντηρητικό (conservative) και τον κοινωνικό-δημοκρατικό (social-democratic) και διακρίνει την βασική δομή τους στηριζόμενος στον ρόλο της αγοράς, του κράτους και της οικογένειας σε κοινωνικές παροχές καθώς και σε κριτήρια ποιότητας των κοινωνικών δικαιωμάτων και κοινωνικής διαστρωμάτωσης. Με βάση το έργο του, ο Ferrera (1996) υποστήριξε ότι οι Νότιες ευρωπαϊκές χώρες σχηματίζουν ένα ξεχωριστό σύστημα ενώ ο Deacon (2000) πρότεινε ότι οι μετα-κομμουνιστικές Κεντρικές/Ανατολικές ευρωπαϊκές χώρες αποτελούν ένα πέμπτο, διακριτό μοντέλο. Σαν αποτέλεσμα, οι ευρωπαϊκές χώρες κατατάσσονται σε πέντε κατηγορίες σύμφωνα με το σύστημα κοινωνικής προνοίας που υιοθετούν (Ferrera, 2013; Beblavy, 2008), το οποίο είναι: 1) Ηπειρωτικό (Continental ή αλλιώς Bismarckian) 2) Αγγλο-Σαξονικό (Anglo-Saxon) 3) Βόρειο ή Σκανδιναβικό (Nordic ή αλλιώς Scandinavian) 4) Μεσογειακό ή Νότιο Ευρωπαϊκό (Mediterranean ή αλλιώς Southern European) και 5) Κεντρικό/Ανατολικό Ευρωπαϊκό (Central/Eastern European). Παρόλο που τα συστήματα αυτά διαφέρουν, έχουν έναν κοινό στόχο, να προστατεύσουν τους ανθρώπους ενάντια στην δυσκολία και τον κοινωνικό αποκλεισμό και να προάγουν την υγεία και την κοινωνικοοικονομική ευημερία. Ωστόσο, παρουσιάζουν ουσιαστικές διαφορές σε όρους Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (Gross Domestic Product) αλλά και μεταξύ των βιοτικών επιπέδων των χωρών καθώς επίσης και σχετικά με την κατά κεφαλήν δαπάνη (per capita expenditure) και τις παροχές υγειονομικής περίθαλψης (Eurostat, 2013). Στην παρούσα ανάλυση περιέχονται τα τέσσερα συστήματα από τα πέντε, εξαιτίας της διαθεσιμότητας των δεδομένων, και περιγράφονται με περισσότερες λεπτομέρειες παρακάτω.

Το Βόρειο σύστημα κοινωνικής προστασίας που εφαρμόζεται στην Νορβηγία, την Σουηδία, την Φινλανδία, την Δανία και την Ολλανδία, υποστηρίζει την παγκόσμια και δίκαιη κατανομή κοινωνικών παροχών, υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και εκπαίδευσης. Ως εκ τούτου επιτυγχάνει ασφάλεια για όλους, συμπεριλαμβανομένων και των ευπαθών ομάδων, ισότητα των φύλων και φτώχεια σε χαμηλά επίπεδα (Norden, 2013). Το Ηπειρωτικό μοντέλο υλοποιείται στην Αυστρία, την Γαλλία, την Γερμανία, το Βέλγιο, το Λουξεμβούργο και την Ελβετία. Σύμφωνα με αυτό, παρέχεται κοινωνική υποστήριξη κυρίως σε άτομα που βρίσκονται ή έχουν υπάρξει στην αγορά εργασίας και η οποία εξαρτάται από τις ατομικές εισφορές (Popova and Kozhevnikova, 2013). Το συγκεκριμένο μοντέλο επιτυγχάνει υψηλά

επίπεδα δημόσιων παροχών, επιτρέποντας την μείωση του επιπέδου της φτώχειας και υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας (Bambra and Eikemo, 2009; Eikemo et al., 2008). Το Νότιο σύστημα που εφαρμόζεται στην Ιταλία, την Ισπανία, την Ελλάδα και την Πορτογαλία στηρίζεται στην αρχή ότι κοινωνικά απροστάτευτα μέλη θα πρέπει να υποστηριχθούν από την οικογένεια (Porrova and Kozhevnikova, 2013). Παρέχει αρκετά γενναιόδωρες κρατικές συντάξεις και ένα καθολικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης αλλά μάλλον περιορισμένη κοινωνική βοήθεια: η κάλυψη των υπηρεσιών στις αγροτικές περιοχές είναι ανεπαρκής (Eikemo et al., 2008; Ferrera, 1996). Τέλος, το Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο περιλαμβάνει την Πολωνία την Βουλγαρία, την Ουκρανία, την Τσεχία, την Ουγγαρία και την Σλοβακία. Το σύστημα υγείας καλύπτει εργαζόμενα άτομα καθώς και τις οικογένειες τους (Sengoku, 2003). Τα δυνατά σημεία σε αυτό το μοντέλο είναι η ανακατανομή για την πρόληψη της φτώχειας και η δυνατή ανάμειξη από τα μέλη της οικογένειας. Παρόλα αυτά, οι κρατικοί προϋπολογισμοί είναι χαμηλοί, ο κίνδυνος της φτώχειας μεταξύ ατόμων μεγάλης ηλικίας είναι υψηλός και οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης είναι ανεπαρκείς (Eikemo et al., 2008).

### 4.1.2 Στόχοι της μελέτης

Η σημαντικότητα των γεγονότων της παιδικής ηλικίας και της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής στην εμφάνιση κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή δεν έχει διερευνηθεί πιο πριν σχετικά α) με τις υποκλίμακες της κατάθλιψης, οι οποίες σχετίζονται με διαφορετικά χαρακτηριστικά και β) με τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των ευρωπαϊκών συστημάτων κοινωνικής προνοίας, καθώς παρελθούσες αναλύσεις υποδηλώνουν ότι η επίδραση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου καθ' όλη την διάρκεια της ζωής πάνω στην υγεία σε μεγάλες ηλικίες διαφοροποιείται, ανάλογα με τον βαθμό της ανασφάλειας και της αβεβαιότητας (Eikemo et al., 2008). Σε αυτό το πλαίσιο, οι κύριοι στόχοι της παρούσας μελέτης είναι, πρώτον, να εξετάσει με ποιον τρόπο παρελθόντα γεγονότα σχετίζονται με τις AS και MS και να εντοπίσει διαφορές ανάμεσα στις δύο υποκλίμακες της EUROD και δεύτερον, να αξιολογήσει τον βαθμό στον οποίο αυτές οι συσχετίσεις διαφοροποιούνται σε όλα τα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας. Επιπλέον, προκειμένου να εκτιμηθεί η σημαντικότητα των συνθηκών της παιδικής ηλικίας, τα αποτελέσματα αναλύονται σε δύο μέρη, το άμεσο και το έμμεσο, το τελευταίο εκ των οποίων διαμορφώνεται μέσα από συγκυρίες και γεγονότα της ενήλικης ζωής.

### 4.2 Δεδομένα και Μέθοδοι

Τα δεδομένα που έχουν χρησιμοποιηθεί στην ανάλυση προέρχονται από την Έρευνα για την Υγεία, την Γήρανση και την Συνταξιοδότηση του πληθυσμού στην Ευρώπη (SHARE). Το SHARE είναι μία βάση δεδομένων που συλλέγει πληροφορίες σχετικά με κοινωνικο-δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, καθώς και χαρακτηριστικά για την υγεία για άτομα που διαμένουν στην Ευρώπη ηλικίας 50 ετών και άνω (Börsch-Supan 2015), για να αναλύσει την διαδικασία της γήρανσης του πληθυσμού. Αναλυτική προσέγγιση του SHARE έχει πραγματοποιηθεί στο κεφάλαιο 2. Για τους σκοπούς της παρούσας ανάλυσης έχουν χρησιμοποιηθεί δεδομένα σε ατομικό επίπεδο (micro-data) από τα κύματα 2 και 3 της έρευνας SHARE που διεξήχθησαν το 2006-2007 και 2008-2009 αντίστοιχα. Το δεύτερο κύμα παρέχει τρέχουσες πληροφορίες ενώ το τρίτο κύμα (SHARELIFE) εστιάζει στις ιστορίες ζωής των ανθρώπων, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών από την παιδική ηλικία και την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή ([www.share-project.org](http://www.share-project.org)).

Το συνολικό δείγμα περιλαμβάνει 23050 ερωτώμενους από 24375 που ήταν αρχικά οι οποίοι συμμετείχαν και στα δύο κύματα. Επιπρόσθετα, 1325 άτομα (ποσοστό ίσο με 5.4%) εξαιρέθηκαν ως ερωτώμενοι που είχαν ελλείπουσες πληροφορίες (missing values) στις μεταβλητές ενδιαφέροντος. Καθώς το ποσοστό των ελλειπουσών περιπτώσεων είναι γύρω στο 5%, η ανάλυση πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τα παρατηρούμενα δεδομένα, χωρίς να εφαρμοστεί η τεχνική αντικατάστασης των ελλειπουσών τιμών με άλλες (imputation technique of missing values) (Jakobsen et al., 2017). Παρόλα αυτά, τα χαρακτηριστικά των ατόμων που εξαιρέθηκαν και πιθανή μεροληψία που εισήχθη στην ανάλυση έχουν ληφθεί υπόψη στην παράγραφο που αναπτύσσει τους «περιορισμούς της έρευνας», στην ενότητα 4.4 της συζήτησης των αποτελεσμάτων.

Στην ανάλυση έχουν χρησιμοποιηθεί 13 ευρωπαϊκές χώρες οι οποίες κατατάσσονται σε τέσσερις κατηγορίες σύμφωνα με το αντίστοιχο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας που εφαρμόζουν, ως ακολούθως: το Βόρειο (Nordic) μοντέλο που περιλαμβάνει την Σουηδία, την Δανία και την Ολλανδία, το Ηπειρωτικό (Continental ή Bismarckian) σύστημα που εφαρμόζεται στην Αυστρία, την Γαλλία, την Γερμανία, το Βέλγιο και την Ελβετία, το Νότιο (Southern ή Mediterranean) μοντέλο που υιοθετείται από την Ελλάδα, την Ιταλία και την Ισπανία και τέλος, το Κεντρικό/Ανατολικό (Central/Eastern) σύστημα που περιλαμβάνει την Τσεχία και την Πολωνία. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η Ιρλανδία, που αντιπροσωπεύει το Αγγλο-Σαξονικό (Anglo-Saxon) μοντέλο αποκλείστηκε από την ανάλυση εξαιτίας του μικρού

δείγματος (677 παρατηρήσεις) ενώ η Μεγάλη Βρετανία δεν συμπεριλήφθηκε επειδή δεν συμμετέχει καθόλου στην Έρευνα SHARE.

### 4.2.1 Περιγραφή των ανεξάρτητων μεταβλητών

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση καλύπτουν δύο περιόδους ζωής των ερωτώμενων, την παιδική ηλικία και την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή. Στηριζόμενοι στα αποτελέσματα της προκαταρκτικής ανάλυσης, οι παράγοντες που αναφέρονται παρακάτω εντοπίστηκαν ως στατιστικά σημαντικοί και αυτοί συμμετέχουν στην ανάλυση.

Παράγοντες από την παιδική ηλικία. Η υγεία αντιπροσωπεύεται από δύο παράγοντες: πρώτον, την παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία που είναι δίτιμη μεταβλητή και αποτελείται από τις κατηγορίες 1) άριστη, πολύ καλή και καλή που αποτελεί και την κατηγορία αναφοράς και 2) μέτρια και κακή και δεύτερον, έναν δίτιμο παράγοντα που επεξηγεί αν ο ερωτώμενος είχε πρόσβαση σε κέντρο υγειονομικής περίθαλψης (κατηγορία αναφοράς: ναι). Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην παιδική ηλικία μετριέται από τρεις μεταβλητές. Πρώτον, τον αριθμό των βιβλίων που είχε διαθέσιμα ο ερωτώμενος στην ηλικία των 10 χρόνων, καθώς αντικατοπτρίζει το μορφωτικό επίπεδο και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων (Van Bergen et al., 2017). Η συγκεκριμένη μεταβλητή συγκρίνει τους ερωτώμενους που είχαν πρόσβαση σε τουλάχιστον 11 βιβλία (κατηγορία αναφοράς) με αυτούς που είχαν πρόσβαση σε 0-10 βιβλία. Δεύτερον, χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης overcrowding σε συνεχή μορφή ο οποίος υπολογίζεται ως το πηλίκο του «πλήθους ατόμων που ζουν στο νοικοκυριό στην ηλικία των 10 ετών» διαιρεμένο με το «πλήθος των δωματίων στην ηλικία των 10 ετών» (Sieber et al., 2019; Cheval et al., 2018; Landös et al., 2018; Wahrendorf and Blane, 2015). Τέλος, κατασκευάστηκε μία δίτιμη μεταβλητή που αντικατοπτρίζει την διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων σε καταλύματα στην ηλικία των 10 ετών. Αυτή διακρίνει ανάμεσα σε ερωτώμενους που ζουν σε καταλύματα χωρίς καμία βασική εγκατάσταση (κατηγορία αναφοράς) και εκείνους που διαθέτουν τουλάχιστον ένα από τα παρακάτω: σταθερό μπάνιο, κρύο τρεχούμενο νερό, ζεστό τρεχούμενο νερό, εσωτερική τουαλέτα και κεντρική θέρμανση. Αυτός ο παράγοντας αντικατοπτρίζει τον υλικό πλούτο και την ποιότητα στέγασης στην παιδική ηλικία (Hoffmann et al., 2018, 2019; Wahrendorf and Blane, 2015). Οι δυσμενείς εμπειρίες αντιπροσωπεύονται από το αν οι γονείς των ερωτώμενων κατανάλωναν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ.

*Παράγοντες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή.* Η υγεία αντιπροσωπεύεται από έναν δείκτη που παρουσιάζει αν το άτομο κάποια περίοδο είχε βιώσει στην ζωή του κακή υγεία και μία συνεχή μεταβλητή που μετράει τον αριθμό των περιόδων κακής υγείας. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αντιπροσωπεύεται από το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων, μετρήσιμο σε έτη, καθώς επίσης και δύο δείκτες, όπου ο πρώτος παρουσιάζει αν το άτομο είχε βιώσει στην ζωή του οικονομικές δυσκολίες και ο δεύτερος δείχνει αν το άτομο είχε βιώσει πείνα. Σχετικά με τις δυσμενείς εμπειρίες, χρησιμοποιείται ένας δείκτης που εξετάζει αν ο ερωτώμενος έχει βιώσει στρες κάποια περίοδο στην ζωή του.

*Controls.* Σε όλα τα μοντέλα έχουν ληφθεί υπόψη η ηλικία των ερωτώμενων την στιγμή της συνέντευξης (σε έτη) και το φύλο (κατηγορία αναφοράς είναι οι άντρες).

### 4.2.2 Στατιστική ανάλυση

Η κλίμακα μέτρησης για την κατάθλιψη EUROD περιλαμβάνει 12 συμπτώματα: θλίψη, απαισιόδοξη διάθεση, τάσεις αυτοκτονίας, αίσθημα ενοχής, απώλεια ύπνου, έλλειψη ενδιαφέροντος, ευερεθιστότητα, μείωση του αισθήματος της όρεξης, αίσθημα κόπωσης, έλλειψη συγκέντρωσης, έλλειψη διάθεσης για διασκέδαση και δακρύρροια. Το πρώτο μέρος της μεθοδολογίας που χρησιμοποιείται σε αυτήν την ανάλυση για την υποδιαίρεση της κλίμακας EUROD είναι παρόμοιο με αυτό που έχουν χρησιμοποιήσει άλλοι συγγραφείς (Portellano-Ortiz et al., 2017; Brailean et al., 2015; Castro-Costa et al., 2008; Verropoulou and Tsimbos, 2007). Ειδικότερα, αρχικά έχουν υπολογιστεί τετραχορικοί συντελεστές συσχέτισης (tetrachoric correlation coefficients) – κατάλληλοι για την εκτίμηση συσχετίσεων ανάμεσα στα δίτιμα στοιχεία (items) της κλίμακας EUROD - και στην συνέχεια αυτοί χρησιμοποιήθηκαν στην διερευνητική ανάλυση παραγόντων (exploratory factor analysis) για τα 12 στοιχεία της κλίμακας (principal components extraction method, orthogonal varimax rotation (Kaiser)).

Η εφαρμογή της μεθόδου έδωσε 12 παράγοντες και από αυτούς επιλέχθηκαν οι δύο πρώτοι που έχουν τις μεγαλύτερες ιδιοτιμές σε σύγκριση με τους υπόλοιπους, ίσες με 4.59022 και 0.85808. Επίσης, ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το  $4.59022 / 5.73205 = 0.80079 = 80.08\%$  της μεταβλητότητας των αρχικών δεδομένων και ο δεύτερος παράγοντας ερμηνεύει το  $0.85808 / 5.73205 = 0.14969 = 14.97\%$  της μεταβλητότητας των αρχικών δεδομένων, όπου 5.73205 είναι το άθροισμα των ιδιοτιμών όλων των παραγόντων. Αθροιστικά, οι δύο πρώτοι

## 4.2 Δεδομένα και Μέθοδοι

παράγοντες ερμηνεύουν ποσοστό ίσο με 95.05% της συνολικής μεταβλητότητας των αρχικών δεδομένων. Κάθε παράγοντας αναφέρεται και σε μία υποκλίμακα.

Τα στοιχεία που αποτελούν τις υποκλίμακες εντοπίστηκαν σύμφωνα με την απαίτηση τα φορτία των στοιχείων (factor loadings) να είναι μεγαλύτερα από την τιμή 0.40 (Floyd and Widaman, 1995) και αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.1 που ακολουθεί. Ως εκ τούτου, σύμφωνα και με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, ο διαχωρισμός των συμπτωμάτων έγινε ώστε η υποκλίμακα AS να περιλαμβάνει τα εξής 7 συμπτώματα από την αρχική κλίμακα της κατάθλιψης, δηλαδή την θλίψη, τις τάσεις αυτοκτονίας, το αίσθημα ενοχής, την απώλεια ύπνου, την διάθεση εκνευρισμού, το αίσθημα κόπωσης και την δακρύρροια ενώ η MS να περιλαμβάνει τα υπόλοιπα 5 συμπτώματα, δηλαδή την απαισιόδοξη διάθεση, την έλλειψη ενδιαφέροντος, την μείωση του αισθήματος της όρεξης, την φτωχή συγκέντρωση και την έλλειψη διάθεσης για διασκέδαση. Οι τιμές των στοιχείων της κλίμακας είναι παντού θετικές, ως εκ τούτου κάθε παράγοντας μπορεί να θεωρηθεί ως δείκτης κατάταξης των ερωτώμενων ως προς τις δύο υποκλίμακες. Για κάθε παράγοντα υπολογίζονται αντίστοιχα σκοροί τα οποία είναι σε συνεχή μορφή (factor scores). Υψηλότερες τιμές των factor scores υποδεικνύουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης της υποκλίμακας AS ή της υποκλίμακας MS.

**Πίνακας 4.1** Φορτία παραγόντων (factor loadings) για τα δίτιμα στοιχεία της κλίμακας EUROD, βασισμένα στην factor analysis (method: principal components analysis, Varimax rotation).

EUROD items	Factor loadings	
	Affective Suffering	Motivational Symptoms
1. Depression	<b>0.7974</b>	0.2250
2. Pessimism	0.1777	<b>0.5977</b>
3. Suicidality	<b>0.6035</b>	<b>0.4233</b>
4. Guilt	<b>0.4920</b>	0.1292
5. Sleep	<b>0.5199</b>	0.2694
6. Interest	0.3661	<b>0.6005</b>
7. Irritability	<b>0.5371</b>	0.1803
8. Appetite	0.3920	<b>0.4504</b>
9. Fatigue	<b>0.5091</b>	<b>0.4011</b>
10. Concentration	0.2920	<b>0.5090</b>
11. Enjoyment	0.1465	<b>0.5948</b>
12. Tearfulness	<b>0.6541</b>	0.1252
Eigenvalue	4.59022	0.85808

Υποσημείωση: Οι bold ενδείξεις υποδεικνύουν τα στοιχεία με τιμές άνω του 0.40 (factors loadings > 0.40). Η σύνθεση των επιμέρους υποκλιμάκων έγινε σύμφωνα με την ευρύτερη βιβλιογραφία.

Η παραπάνω κατάτμηση είναι συνεπής με ευρήματα παλαιότερων ερευνών, παρόλο που υπάρχουν μικρές διαφορές ως προς τα συμπτώματα που περιέχονται σε κάθε υποκλίμακα. Κατ' αυτόν τον τρόπο, ακόμα και αν η στατιστική διαδικασία που χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση των δύο υποκλιμάκων είναι παρόμοια μεταξύ των μελετών, η καταγραφή των συμπτωμάτων μπορεί να διαφέρει ανάμεσα στα δείγματα. Για παράδειγμα, οι Jirapramukritak et al. (2009), μελετώντας γηραιότερους συμμετέχοντες στις ψυχιατρικές κλινικές πρότειναν ότι η υποκλίμακα AS περιλαμβάνει μόνο την καταθλιπτική διάθεση, τις τάσεις αυτοκτονίας και την δακρύρροια ενώ στην υποκλίμακα MS αντιστοιχούν η έλλειψη ενδιαφέροντος, η φτωχή συγκέντρωση και η έλλειψη διάθεσης για διασκέδαση. Επιπρόσθετα, η απώλεια ύπνου και η μείωση του αισθήματος της όρεξης αποτελούν έναν ξεχωριστό παράγοντα (factor) ενώ η απαισιόδοξη διάθεση συνιστά έναν τέταρτο παράγοντα.

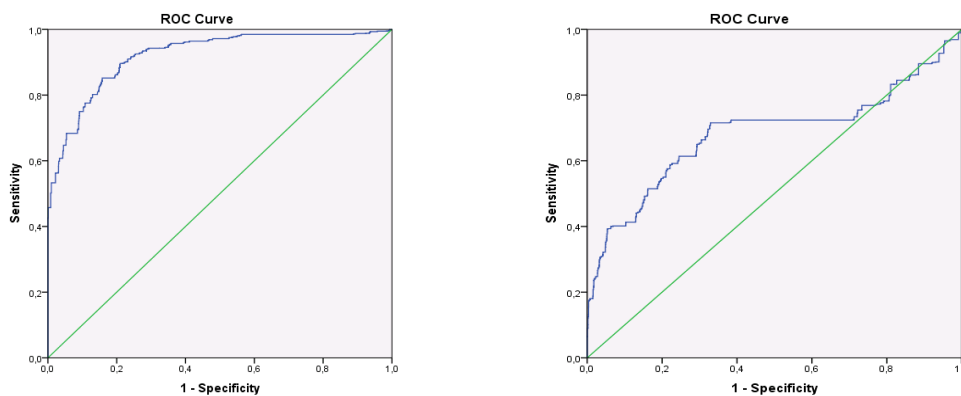
Οι Verropoulou and Tsimbos (2007), χρησιμοποιώντας το κύμα 1 της Έρευνας SHARE και αναλύοντας δεδομένα για την Ελλάδα βρήκαν ότι η κλίμακα EUROD αποτελείται από δύο παράγοντες, όπως στην παρούσα μελέτη, αν και κατέταξαν την μείωση του αισθήματος της όρεξης στην υποκλίμακα AS παρά στην MS. Οι Crespo et al. (2014) and Castro-Costa et al. (2008) χρησιμοποιώντας και αυτοί δεδομένα από το κύμα 1 της έρευνας SHARE βρήκαν ότι οι δύο υποκλίμακες περιείχαν τα ίδια συμπτώματα όπως και στην παρούσα ανάλυση. Τέλος, οι Portellano-Ortiz et al. (2017) χρησιμοποίησαν πληροφορίες από το 5<sup>ο</sup> κύμα της έρευνας SHARE και κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα αλλά εξαιρέσαν το χαρακτηριστικό των τάσεων αυτοκτονίας από την υποκλίμακα AS καθώς το φορτίο του παράγοντα ήταν πολύ χαμηλό.

Οι τιμές των factor scores στην παρούσα ανάλυση βρέθηκαν να αποκλίνουν από την κανονική κατανομή, ως εκ τούτου, η χρήση της Ordinal Least Squares (OLS) παλινδρόμησης για την μελέτη και ανάλυση των δεδομένων κρίθηκε ακατάλληλη. Αντ' αυτής χρησιμοποιήθηκε μία διαδικασία βασισμένη στην Καμπύλη Λειτουργικού Χαρακτηριστικού Δείκτη (Receiver Operating Characteristic (ROC)) για την μετατροπή των factor scores από συνεχή σε δίτιμη μορφή, υποδηλώνοντας άτομα με μεγαλύτερη πιθανότητα έκθεσης στην υποκλίμακα AS ή στην υποκλίμακα MS. Η προηγούμενη διαδικασία πραγματοποιήθηκε για τα δείγματα ατόμων που ανήκουν σε κάθε σύστημα κοινωνικής προνοίας από αυτά που εξετάζονται στην παρούσα ανάλυση.

Κατά μέσο όρο, η εκτιμηθείσα περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC ήταν περίπου ίση με 1 για την υποκλίμακα AS, υπονοώντας εξαιρετικό διαχωρισμό, και ίση με 0.65 για την

υποκλίμακα MS, υποδηλώνοντας φτωχό διαχωρισμό (Hosmer and Lemeshow, 2000). Επιπλέον, στα Διαγράμματα 4.1, 4.3 και 4.4 ένα τμήμα της καμπύλης ROC που αναφέρεται στην υποκλίμακα MS ταυτίζεται με τη διαγώνιο. Η διαγώνιος ερμηνεύεται ως η καμπύλη ROC που αντιστοιχεί σε έλεγχο χωρίς διαχωριστική ικανότητα (με τυχαίο ταξινομικό κανόνα) όπου η πιθανότητα σωστής διάγνωσης για οποιοδήποτε σημείο απόφασης  $c$  είναι ίση με 0.5. Παρόλα αυτά και οι δύο περιοχές ήταν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας ίσο με 1% ( $p$ -value=0.000). Το προηγούμενο συμπέρασμα δεν θα πρέπει να μας προκαλεί έκπληξη καθώς, σύμφωνα με τους Castro Costa et al. (2007), η υποκλίμακα AS χαρακτηρίζεται καλύτερα και παραμένει αμετάβλητη (invariant) κατά χώρα, ενώ δεν ισχύει το ίδιο για την υποκλίμακα MS. Τα διαγράμματα που ακολουθούν παρουσιάζουν τις καμπύλες ROC και για τις δύο υποκλίμακες για όλο το δείγμα καθώς και για τα συστήματα κοινωνικής προνοίας ξεχωριστά.

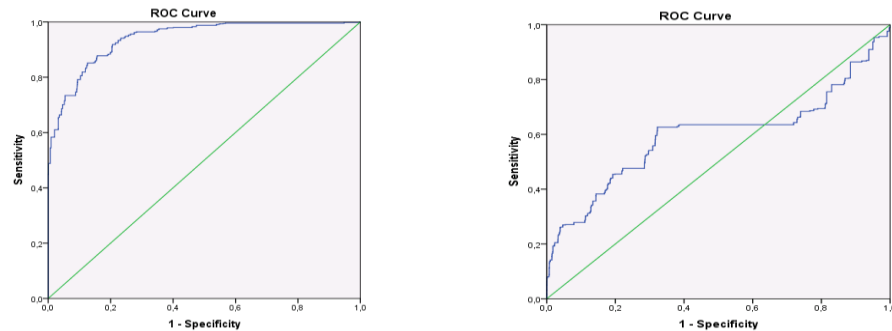
**Διάγραμμα 4.1** Καμπύλες ROC για τις υποκλίμακες AS (πρώτο γράφημα) και MS (δεύτερο γράφημα) για όλο το δείγμα.



Υποσημείωση: Ο έλεγχος δίνει πιθανότητες διαχωρισμού ίσες με 0.920 (εξαιρετικός διαχωρισμός) για την AS και 0.681 (φτωχός διαχωρισμός) για την MS.

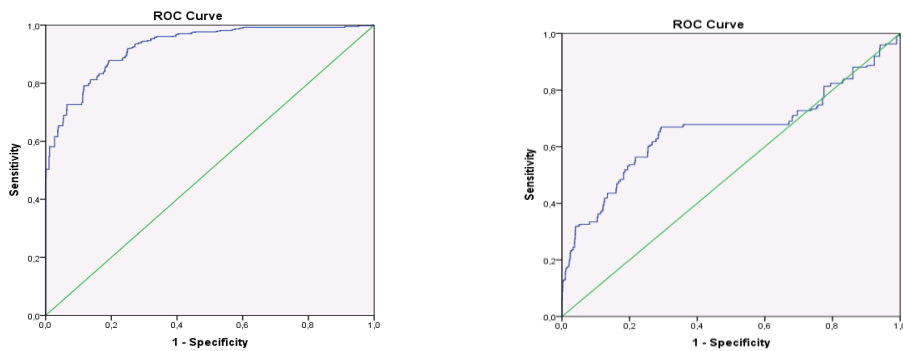


**Διάγραμμα 4.2** Καμπύλες ROC για τις υποκλίμακες AS (πρώτο γράφημα) και MS (δεύτερο γράφημα) για το Βόρειο σύστημα κοινωνικής προνοίας.



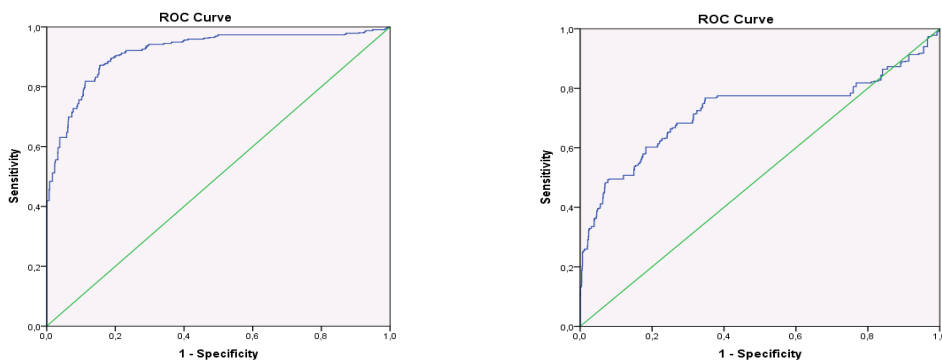
Υποσημείωση: Ο έλεγχος δίνει πιθανότητες διαχωρισμού ίσες με 0.940 (εξαιρετικός διαχωρισμός) για την AS και 0.597 (φτωχός διαχωρισμός) για την MS.

**Διάγραμμα 4.3** Καμπύλες ROC για τις υποκλίμακες AS (πρώτο γράφημα) και MS (δεύτερο γράφημα) για το Ηπειρωτικό σύστημα κοινωνικής προνοίας.



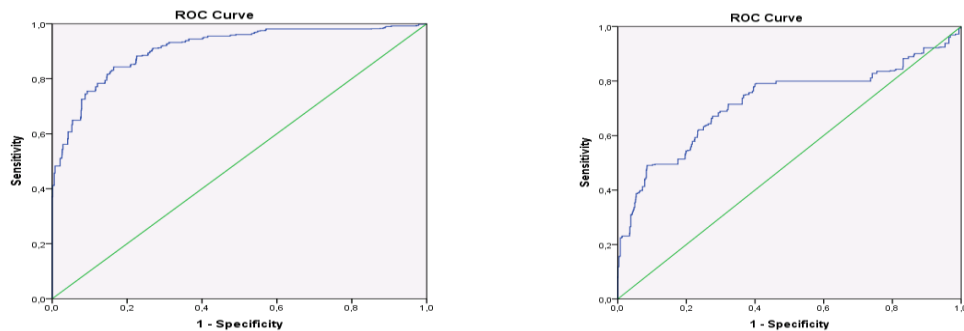
Υποσημείωση: Ο έλεγχος δίνει πιθανότητες διαχωρισμού ίσες με 0.926 (εξαιρετικός διαχωρισμός) για την AS και 0.656 (φτωχός διαχωρισμός) για την MS.

**Διάγραμμα 4.4** Καμπύλες ROC για τις υποκλίμακες AS (πρώτο γράφημα) και MS (δεύτερο γράφημα) για το Νότιο σύστημα κοινωνικής προνοίας.



Υποσημείωση: Ο έλεγχος δίνει πιθανότητες διαχωρισμού ίσες με 0.918 (εξαιρετικός διαχωρισμός) για την AS και 0.722 (σχετικά καλός διαχωρισμός) για την MS.

**Διάγραμμα 4.5** Καμπύλες ROC για τις υποκλίμακες AS (πρώτο γράφημα) και MS (δεύτερο γράφημα) για το Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα κοινωνικής προνοίας.



Υποσημείωση: Ο έλεγχος δίνει πιθανότητες διαχωρισμού ίσες με 0.910 (εξαιρετικός διαχωρισμός) για την AS και 0.722 (σχετικά καλός διαχωρισμός) για την MS.

Στην συνέχεια, κατάλληλα σημεία αποκοπής (cut-off points) υπολογίστηκαν για την κατασκευή των υποκλιμάκων σε δίτιμη μορφή, ξεχωριστά για κάθε σύστημα κοινωνικής προνοίας. Για τον σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης του Youden σε συνδυασμό με τις συντεταγμένες των καμπυλών ROC (δηλαδή τις ευαισθησία (sensitivity) και 1-ειδικότητα (1-specificity)) μέσα από την μεγιστοποίηση της τιμής του δείκτη, δηλαδή την μεγιστοποίηση της ποσότητας sensitivity-(1-specificity). Ο δείκτης του Youden συνιστά ένα κριτήριο για την επιλογή του βέλτιστου cut-off point όταν ένα διαγνωστικό τεστ δίνει ένα αριθμητικό και όχι ένα δίτιμο αποτέλεσμα (Le, 2010). Για την υλοποίηση της factor ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό πακέτο Stata 13 ενώ για τις καμπύλες ROC το στατιστικό πακέτο SPSS 20. Η μεγιστοποίηση του δείκτη του Youden πραγματοποιήθηκε στο Excel 2003.

Για τους σκοπούς της ανάλυσης έχει γίνει εφαρμογή των μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης για τις υποκλίμακες AS και MS ξεχωριστά και για τα τέσσερα συστήματα κοινωνικής προνοίας. Οι εκτιμήσεις που προκύπτουν βασίζονται σε μη σταθμισμένα δεδομένα (unweighted data) σύμφωνα και με περισσότερες από τις προηγούμενες αναλύσεις που έχουν γίνει. Επιπρόσθετα, είναι αμφίβολο εάν η στάθμιση (weighting) παρέχει πιο ακριβείς εκτιμήσεις συντελεστών στην ανάλυση παλινδρόμησης (Gelman, 2007). Επιπλέον, εφαρμόστηκε μία τεχνική διαμεσολάβησης ή τεχνική mediation (mediation technique) με στόχο την ανάλυση της συνολικής επίδρασης των παραγόντων της παιδικής ηλικίας στα συστατικά της μέρη (decomposition of the total effects), δηλαδή σε άμεση και έμμεση (direct effect and indirect effect), η τελευταία από τις οποίες επεξηγείται (is mediated) από γεγονότα και συνθήκες στην ενήλικη ζωή (Breen et al., 2013; Kohler et al., 2011).

Πιο συγκεκριμένα, η διαδικασία υπολογίζει πρώτα την άμεση επίδραση μιας μεταβλητής βασισμένη σε ένα πλήρες μοντέλο (full model) που περιλαμβάνει όλους τους παράγοντες – μεταβλητές του μοντέλου (covariates) και έπειτα την συνολική επίδραση βασισμένη σε ένα μειωμένο μοντέλο (reduced model) εξαιρώντας τις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές (mediators). Η διαφορά ανάμεσα στην άμεση και συνολική επίδραση καλείται έμμεση επίδραση και απεικονίζει τον βαθμό στον οποίο μία μεταβλητή επεξηγείται. Η έμμεση επίδραση, όπως και η συνολική, μπορεί να είναι και αρνητική. Ο αλγόριθμος που χρησιμοποιήθηκε στα πλαίσια της ανάλυσης περιέχεται στο khb module, κατάλληλα διαμορφωμένος για το λογισμικό Stata 13 (Kohler et al., 2011). Οι συγγραφείς της τεχνικής προτείνουν ότι η μέθοδος που έχουν αναπτύξει επιτρέπει οι ιδιότητες ανάλυσης (decomposition properties) των γραμμικών μοντέλων να επεκταθούν και σε μοντέλα logit κάτω από την υπόθεση ακολουθιακής άγνοιας (sequential ignorability assumption) (Imai et al., 2010a, b) σύμφωνα με την οποία, με δεδομένες τις αρχικές ανεξάρτητες μεταβλητές, οι ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές επιλέγονται τυχαία (Small, 2013).

### 4.3 Αποτελέσματα

Ο Πίνακας 4.2 δείχνει τα ποσοστά των ατόμων που παρουσιάζουν υψηλότερες πιθανότητες έκθεσης στις υποκλίμακες AS και MS για το συνολικό δείγμα και χωριστά για τα συστήματα κοινωνικής προνοίας. Επιπλέον, παρουσιάζονται τα ποσοστά των ερωτώμενων που εμφάνισαν πιθανότητες έκθεσης μόνο στην AS, μόνο στην MS ή και στις δύο, καθώς επίσης και τα επίπεδα κατάθλιψης βασισμένα στην κλίμακα EUROD (παρουσία τουλάχιστον τεσσάρων συμπτωμάτων). Με βάση το συνολικό δείγμα, η επικράτηση της MS είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με την AS (35% έναντι 27%). Παρόμοιο συμπέρασμα ισχύει για τις χώρες που ανήκουν στο Ηπειρωτικό και Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα κοινωνικής προνοίας. Σε αντίθεση με τα προηγούμενα, για τις χώρες που υιοθετούν το Βόρειο και Νότιο σύστημα οι MS και AS επιδεικνύουν παρόμοια επίπεδα (σχεδόν 25% και 35% αντίστοιχα και για τις δύο υποκλίμακες). Αναφορικά με συγκεκριμένες περιφέρειες, η υποκλίμακα AS έχει μεγαλύτερη επικράτεια στο Κεντρικό/Ανατολικό και Νότιο μοντέλο (περίπου 35%) και μικρότερη στο Ηπειρωτικό (20%). Επιπρόσθετα, η υποκλίμακα MS εμφανίζει τα υψηλότερα ποσοστά στο Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα (46%) και τα χαμηλότερα στο Σκανδιναβικό μοντέλο (25%). Τα ποσοστά των ατόμων που παρουσιάζουν συμπτώματα και από τις δύο υποκλίμακες καλύπτουν ένα εύρος από 5.6% (για το Σκανδιναβικό μοντέλο) μέχρι 19.4% (για το Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο). Σχετικά με την συνολική κατάθλιψη, τα ποσοστά είναι

### 4.3 Αποτελέσματα

χαμηλότερα στο Βόρειο σύστημα κοινωνικής προνοίας (15.8%) και υψηλότερα στο Κεντρικό/Ανατολικό (33.7%).

**Πίνακας 4.2** Ποσοστά ατόμων που παρουσιάζουν συμπτώματα από τις υποκλίμακες affective suffering, motivational symptoms καθώς και κατάθλιψη (βασισμένη στην κλίμακα EUROD), για κάθε σύστημα κοινωνικής προνοίας (στις παρενθέσεις αναφέρεται το πλήθος των παρατηρήσεων).

Percentage	Nordic (N=5325)	Continental (N=7945)	Southern (N=6519)	Central Eastern (N=3261)	Total Sample (N=23050)
Affective Suffering	24.2 (1286)	20.2 (1605)	34.4 (2240)	35.5 (1158)	27.3 (6289)
Motivational Symptoms	25.0 (1331)	37.5 (2979)	35.0 (2282)	46.1 (1503)	35.1 (8095)
Only Affective Suffering	16.3 (867)	6.4 (511)	16.2 (1055)	15.8 (514)	12.8 (2947)
Only Motivational Symptoms	21.7 (1156)	23.7 (1885)	18.8 (1227)	27.0 (879)	22.3 (5147)
Both Affective Suffering and Motivational Symptoms	5.6 (297)	13.8 (1094)	17.2 (1120)	19.4 (634)	13.6 (3145)
No symptom	56.4 (3005)	56.1 (4455)	47.8 (3117)	37.8 (1234)	51.2 (11811)
Overall <sup>a</sup> Depression	15.8 (843)	22.5 (1791)	26.0 (1698)	33.7 (1098)	23.6 (5430)

<sup>a</sup> τουλάχιστον τέσσερα συμπτώματα, σύμφωνα με την κλίμακα EUROD

Υποσημειώσεις: cut-off points ανά σύστημα προνοίας (με την ίδια σειρά όπως παραπάνω): a) affective suffering 0.5133, 0.42423, 0.3343 and 0.4242, b) motivational symptoms 0.0138, 0.0137, 0.1794 and 0.2865.

Ο Πίνακας 4.3 δείχνει τα περιγραφικά στοιχεία για τις μεταβλητές που χρησιμοποιούνται στην ανάλυση, σχετικά με τα άτομα που εκτίθενται σε συμπτώματα της υποκλίμακας AS, της υποκλίμακας MS καθώς και αυτών που δεν εκτίθενται σε συμπτώματα για καμία από τις δύο υποκλίμακες. Η τελευταία κατηγορία που περιλαμβάνει πιο πολλούς άνδρες χαρακτηρίζεται από άτομα μικρότερης μέσης ηλικίας τα οποία είχαν καλύτερη υγεία στην παιδική τους

### 4.3 Αποτελέσματα

ηλικία καθώς και στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή τους και υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο συγκριτικά με τις άλλες δύο κατηγορίες. Επιπλέον, λιγότεροι από αυτούς είχαν βιώσει στρες ως ενήλικες ή είχαν γονείς που έπιναν πολύ. Ερωτώμενοι με μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων της υποκλίμακας AS είναι κάπως νεότεροι κατά μέσο όρο (περίπου κατά 1.5 έτος) συγκρινόμενοι με τους υπόλοιπους που εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα στην παρουσία συμπτωμάτων της υποκλίμακας MS και επιπλέον περιλαμβάνουν περισσότερες γυναίκες (71% έναντι του 57%). Τέλος, παρουσιάζουν χειρότερη υγεία στην παιδική και ενήλικη ζωή τους αλλά κάπως καλύτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση ενώ οι περισσότεροι από αυτούς έχουν βιώσει στρες κάποια περίοδο σε όλο το φάσμα της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής τους.

**Πίνακας 4.3** Ποσοστά και μέσες τιμές (<sup>m</sup>) των παραγόντων από την παιδική ηλικία και την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση.

Predictors (%)	Affective Suffering	Motivational Symptoms	No symptoms
<b>Controls</b>			
Age the time of interview	66.21 <sup>m</sup>	67.61 <sup>m</sup>	64.98 <sup>m</sup>
Gender			
Men	29.3	43.3	51.4
Women	70.7	56.7	48.6
<b>Childhood</b>			
Childhood self-perceived health			
Excellent, very good and good	88.9	90.4	93.9
Fair and poor	11.1	9.6	6.1
Usual source of health care at ten			
No	5.9	6.7	4.8
Yes	94.1	93.3	95.2
Number of books when ten			
11 or more	52.7	48.8	61.6
0-10	47.3	51.2	38.4
Basic accommodation facilities			
No	32.0	34.9	22.7
Yes	68.0	65.1	77.3
Overcrowding (persons per room)	2.11 <sup>m</sup>	2.15 <sup>m</sup>	1.78 <sup>m</sup>
Parents drank heavily			
No	90.0	90.2	93.6
Yes	10.0	9.8	6.4
<b>Adulthood</b>			
Period of stress			
No	37.7	49.3	54.7
Yes	62.3	50.7	45.3
Period of poor health			
No	48.3	53.8	68.1
Yes	51.7	46.2	31.9

### 4.3 Αποτελέσματα

Number of periods of ill health	0.45 <sup>m</sup>	0.42 <sup>m</sup>	0.23 <sup>m</sup>
Period of hunger			
No	89.4	90.0	94.6
Yes	10.6	10.0	5.4
Period of financial hardship			
No	59.9	65.4	72.3
Yes	40.1	34.6	27.7
Educational attainment	10.18 <sup>m</sup>	9.69 <sup>m</sup>	11.14 <sup>m</sup>
Depression (EUROD>3)			
No	37.6	59.8	100.0
Yes	62.4	40.2	0.0
<b>Number of respondents</b>	<b>6289</b>	<b>8095</b>	<b>11811</b>

Οι Πίνακες 4.4 και 4.5 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των μοντέλων της λογιστικής παλινδρόμησης για τις υποκλίμακες AS και MS αντίστοιχα, για κάθε ένα από τα συστήματα κοινωνικής προνοίας. Με βάση τον Πίνακα 4.4, οι γυναίκες από όλα τα συστήματα έχουν περίπου 1.5 φορά μεγαλύτερο odds να βιώσουν συμπτώματα της υποκλίμακας AS συγκριτικά με τους άνδρες. Οι ερωτώμενοι με μέτρια και κακή υγεία στην παιδική ηλικία έχουν σημαντικά αυξημένες τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων της AS κατά περίπου 36-45% σε σχέση με τους ερωτώμενους που είχαν το λιγότερο καλή υγεία, με εξαίρεση το Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο.

Η αδυναμία πρόσβασης σε μονάδα υγειονομικής περίθαλψης στην παιδική ηλικία δεν αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης των χαρακτηριστικών της AS. Αντιθέτως, η πρόσβαση σε λιγότερα από 10 βιβλία στην ηλικία των 10 ετών είναι ένας σημαντικός παράγοντας για όλα τα συστήματα κοινωνικής προνοίας με εξαίρεση το Νότιο μοντέλο. Ο δείκτης overcrowding και η διαθεσιμότητα των εγκαταστάσεων στα καταλύματα των ερωτώμενων στην παιδική τους ηλικία είναι σημαντικές μεταβλητές, μόνο για τις χώρες που ανήκουν στο Νότιο σύστημα ο δείκτης, και μόνο για τις χώρες του Κεντρικού/Ανατολικού μοντέλου αντίστοιχα η διαθεσιμότητα. Τα άτομα που διέθεταν κάποιες βασικές διευκολύνσεις στα καταλύματα τους έχουν  $1 - 0.608 = 0.392 = 39.2\%$  λιγότερες σχετικές πιθανότητες να βιώσουν συμπτώματα της AS συγκριτικά με τα υπόλοιπα που ζούσαν σε καταλύματα τα οποία δεν διέθεταν τέτοιες διευκολύνσεις. Η συμβίωση με γονείς που έπιναν πολύ είναι σημαντική δυσμενής εμπειρία μόνο για Ευρωπαίους που ανήκουν στο Βόρειο και Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα κοινωνικής προνοίας, αυξάνοντας τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων της AS κατά 42% και 38% αντίστοιχα.

### 4.3 Αποτελέσματα

Οι δυσμενείς συγκυρίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή είναι μεγαλύτερης σημασίας σε σχέση με τους παράγοντες από την παιδική ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, έχοντας ζήσει οι ερωτώμενοι στρες κάποια περίοδο στην πρώιμη ή μέση ενήλικη ζωή τους έχει συνέπειες για όλες τα συστήματα της Ευρώπης (τα odds ratios κυμαίνονται από 1.440 μέχρι 1.759) και το ίδιο συμπέρασμα ισχύει για ερωτώμενους που έχουν βιώσει κακή υγεία (τα odds ratios λαμβάνουν τιμές από 1.389 μέχρι 1.752). Το πλήθος των περιόδων κακής υγείας είναι σημαντικός παράγοντας για το Βόρειο και Ηπειρωτικό σύστημα. Το βίωμα της οικονομικής δυσκολίας είναι σημαντικό για ερωτώμενους που διαμένουν μόνο σε χώρες που υιοθετούν το Ηπειρωτικό και Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο (τα odds ratios ισούνται με 1.286 και 1.632 αντίστοιχα) ενώ το βίωμα της πείνας είναι σημαντικό ανάμεσα σε όλα τα μοντέλα κοινωνικής προνοίας (τα odds ratios κυμαίνονται από 1.262 στο Νότιο σε 1.650 στο Σκανδιναβικό). Το μορφωτικό επίπεδο έχει ένα σημαντικά προστατευτικό αποτέλεσμα μόνο για τους Ευρωπαίους που εντάσσονται στο Νοτιο και Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα.

**Πίνακας 4.4** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για την υποκλίμακα affective suffering: Αποτελέσματα ανά σύστημα κοινωνικής προνοίας.

Predictors	Nordic	Continental	Southern	Central/Eastern
<b>Controls</b>				
Age the time of interview	1.002 (0.994 1.009)	0.996 (0.991 1.002)	1.009*** (1.003 1.016)	0.998 (0.989 1.007)
Gender				
Men (ref. cat.)	1	1	1	1
Women	2.199*** (1.916 2.523)	2.545*** (2.299 2.818)	2.598*** (2.318 2.913)	2.452*** (2.089 2.878)
<b>Childhood factors</b>				
Childhood self-perceived health				
Excellent, v. good and good (ref. cat.)	1	1	1	1
Fair and poor	1.372*** (1.110 1.695)	1.358*** (1.164 1.583)	1.445*** (1.144 1.826)	1.216 (0.903 1.636)
Usual source of health care when ten				
Yes (ref. cat.)	1	1	1	1
No	1.068 (0.722 1.581)	0.905 (0.716 1.145)	0.812 (0.659 1.001)	1.183 (0.871 1.609)
Number of books when ten				
11-200 books (ref. cat.)	1	1	1	1
0-10 books	1.281*** (1.087 1.510)	1.119** (1.003 1.248)	1.097 (0.959 1.255)	1.271** (1.053 1.534)
Basic accommodation facilities				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	1.129 (0.901 1.416)	0.979 (0.861 1.114)	1.019 (0.901 1.153)	0.608*** (0.506 0.732)
Overcrowding	0.992 (0.930 1.059)	1.043 (0.992 1.097)	1.113*** (1.072 1.157)	0.988 (0.946 1.032)
Parents drank heavily				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	1.424*** (1.128 1.796)	1.121 (0.952 1.322)	0.972 (0.797 1.185)	1.383** (1.024 1.869)
<b>Adulthood factors</b>				
Period of stress				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	1.738***	1.616***	1.759***	1.440***

### 4.3 Αποτελέσματα

	(1.511 1.999)	(1.453 1.798)	(1.566 1.977)	(1.222 1.698)
Period of poor health				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	1.389***	1.544***	1.515***	1.752***
	(1.210 1.593)	(1.396 1.708)	(1.340 1.712)	(1.483 2.071)
Number of periods of ill health	1.192***	1.124***	1.036	1.075
	(1.110 1.280)	(1.056 1.196)	(0.968 1.110)	(0.983 1.175)
Period of hunger				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	1.650***	1.378***	1.262**	1.398**
	(1.206 2.259)	(1.166 1.629)	(1.047 1.520)	(1.007 1.940)
Period of financial hardship				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	1.120	1.286***	1.032	1.632***
	(0.974 1.288)	(1.162 1.424)	(0.909 1.172)	(1.370 1.946)
Educational attainment	0.999	1.011	0.983**	0.964***
	(0.980 1.019)	(0.997 1.024)	(0.968 0.998)	(0.939 0.990)
<b>Number of observations</b>	<b>5325</b>	<b>7945</b>	<b>6519</b>	<b>3261</b>

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Ο Πίνακας 4.5 δείχνει ότι η αύξηση της ηλικίας αυξάνει ελαφρά τα odds εμφάνισης συμπτωμάτων της υποκλίμακας MS για όλες τις περιοχές ενώ το φύλο είναι σημαντικό μόνο για το Νότιο σύστημα κοινωνικής προνοίας. Η μέτρια και κακή αυτοαναφερόμενη υγεία στην παιδική ηλικία είναι σημαντική στα κράτη που ανήκουν στο Νότιο και Βόρειο σύστημα αλλά δεν έχει καμία επίδραση στις χώρες που εντάσσονται στα άλλα μοντέλα. Η αδυναμία πρόσβασης σε κέντρο υγειονομικής περίθαλψης στην ηλικία των 10 χρόνων είναι σημαντική μόνο για τα άτομα που ανήκουν στο Βόρειο σύστημα (odds ratio ίσο με 1.509).

Ανάμεσα στους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες στην παιδική ηλικία, το πλήθος των βιβλίων στην ηλικία των 10 ετών είναι σημαντικός για όλα τα μοντέλα εκτός από το Νότιο και έχει μεγαλύτερη επίδραση σε χώρες του Κεντρικού/Ανατολικού μοντέλου. Ο δείκτης overcrowding αυξάνει τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης των συμπτωμάτων της υποκλίμακας MS μόνο για τους Ευρωπαίους στο Νότιο σύστημα ενώ η διαμονή σε κατάλυμα που διαθέτει τουλάχιστον τις βασικές διευκολύνσεις μειώνει τις αντίστοιχες σχετικές πιθανότητες κατά 33.9% για τους Ευρωπαίους στο Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο και κατά 12.7% για τους Ευρωπαίους στο Νότιο μοντέλο. Η ενδεχόμενη κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων αλκοόλ από τους γονείς επηρεάζει τους ερωτώμενους που διαμένουν σε χώρες που εντάσσονται στο Ηπειρωτικό μοντέλο (odds ratio ίσο με 1.481) καθώς και το Βόρειο (odds ratio ίσο με 1.281).

Αναφορικά με τους παράγοντες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, τα βιώματα στρες, οικονομικών δυσκολιών και πείνας κάποια περίοδο στην ζωή των ατόμων είναι στατιστικά μη σημαντικά για όλα τα συστήματα σε αντίθεση με το βίωμα κακής υγείας που είναι



### 4.3 Αποτελέσματα

σημαντικό για όλα τα συστήματα, αυξάνοντας τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης στοιχείων της υποκλίμακας MS από 16.2% (Νότιο μοντέλο) σε 78.1% (Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο). Επιπρόσθετα, καθώς αυξάνει ο αριθμός των περιόδων κακής υγείας, αυξάνουν επίσης και οι σχετικές πιθανότητες παρουσίας χαρακτηριστικών της MS για όλα τα συστήματα της Ευρώπης με εξαίρεση το Κεντρικό/Ανατολικό. Τέλος, το μορφωτικό επίπεδο αποδεικνύεται σημαντικός προστατευτικός παράγοντας για όλα τα συστήματα παρόλο που η επίδραση είναι πιο έντονη στο Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο και λιγότερο έντονη στο Βόρειο και Ηπειρωτικό μοντέλο.

**Πίνακας 4.5** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για την υποκλίμακα motivational symptoms: Αποτελέσματα ανά σύστημα κοινωνικής προνοίας.

Predictors	Nordic	Continental	Southern	Central/Eastern
<b>Controls</b>				
Age at the time of interview	1.007** (1.000 1.013)	1.026*** (1.020 1.031)	1.033*** (1.026 1.040)	1.019*** (1.008 1.029)
Gender				
Men (ref. cat.)	1	1	1	1
Women	0.937 (0.835 1.051)	0.955 (0.868 1.050)	1.167*** (1.040 1.309)	0.994 (0.828 1.193)
<b>Childhood factors</b>				
Childhood self-perceived health				
Excellent, v. good and good (ref. cat.)	1	1	1	1
Fair and poor	1.223** (1.007 1.486)	1.082 (0.930 1.258)	1.753*** (1.388 2.213)	1.378 (0.993 1.912)
Usual source of health care when ten				
Yes (ref. cat.)	1	1	1	1
No	1.509** (1.078 2.111)	0.995 (0.798 1.241)	0.989 (0.806 1.214)	1.028 (0.752 1.406)
Number of books when ten				
11-200 books (ref. cat.)	1	1	1	1
0-10 books	1.233*** (1.070 1.421)	1.331*** (1.200 1.477)	1.076 (0.934 1.241)	1.449*** (1.172 1.792)
Basic accommodation facilities				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	1.022 (0.845 1.237)	1.126 (1.000 1.273)	0.873** (0.771 0.989)	0.661*** (0.533 0.820)
Overcrowding	1.023 (0.971 1.078)	1.011 (0.963 1.062)	1.052*** (1.013 1.093)	1.014 (0.967 1.063)
Parents drank heavily				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	1.281** (1.035 1.586)	1.481*** (1.265 1.733)	1.201 (0.987 1.461)	1.156 (0.832 1.604)
<b>Adulthood factors</b>				
Period of stress				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	0.919 (0.815 1.035)	1.066 (0.964 1.179)	1.025 (0.907 1.158)	0.953 (0.785 1.157)
Period of poor health				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	1.452*** (1.287 1.639)	1.263*** (1.146 1.392)	1.162** (1.023 1.319)	1.781*** (1.468 2.162)
Number of periods of ill health	1.204*** (1.125 1.289)	1.168*** (1.099 1.241)	1.117*** (1.043 1.196)	0.977 (0.883 1.082)
Period of hunger				

### 4.3 Αποτελέσματα

No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	0.916	1.074	1.129	1.038
	(0.678 1.239)	(0.915 1.261)	(0.940 1.354)	(0.740 1.455)
Period of financial hardship				
No (ref. cat.)	1	1	1	1
Yes	1.047	1.089	1.137	1.179
	(0.925 1.186)	(0.987 1.203)	(0.998 1.297)	(0.963 1.443)
Educational attainment	0.978***	0.972***	0.953***	0.883***
	(0.961 0.994)	(0.959 0.984)	(0.938 0.968)	(0.856 0.911)
<b>Number of observations</b>	<b>5325</b>	<b>7945</b>	<b>6519</b>	<b>3261</b>

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

Οι Πίνακες 4.6 και 4.7 παρουσιάζουν τα ευρήματα από την τεχνική ανάλυσης της διάσπασης της συνολικής επίδρασης (decomposition technique) δείχνοντας τις έμμεσες επιδράσεις των παραγόντων «αυτοαναφερόμενη υγεία» και «αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς» από την παιδική ηλικία πάνω στις υποκλίμακες AS και MS, που επεξηγούνται από γεγονότα της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής, για τα διάφορα συστήματα κοινωνικής προνοίας. Οι υπόλοιποι παράγοντες από την παιδική ηλικία περιλαμβάνονται στα μοντέλα μόνο σαν μεταβλητές ελέγχου (controls) καθώς η αντίστοιχη έμμεση επίδραση ήταν αμελητέα.

Σχετικά με την υποκλίμακα AS (Πίνακας 4.6) η αναλογία της συνολικής επίδρασης για την παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία που εκφράζεται μέσα από τις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές (total confounding percentage) είναι στατιστικά σημαντική για όλα τα συστήματα κοινωνικής προνοίας και κυμαίνεται περίπου από 20% για το Βόρειο μοντέλο στο 44% για το Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο. Ένα υψηλό ποσοστό για την έμμεση επίδραση καταλαμβάνουν οι ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές που αναφέρονται στα βιώματα στρες και κακής υγείας τα οποία έζησαν οι ερωτώμενοι κάποια περίοδο σε όλη την έκταση της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής τους.

Επιπρόσθετα, το βίωμα οικονομικών δυσκολιών είναι σημαντική ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή για το Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα (33%) ενώ η εμπειρία του βιώματος της πείνας είναι ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή στην επίδραση της παιδικής υγείας, σε μεγαλύτερο βαθμό για τις χώρες του Βόρειου και Ηπειρωτικού μοντέλου (περίπου 28%). Η έμμεση επίδραση για τον παράγοντα «αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς» είναι στατιστικά σημαντική μόνο στο Ηπειρωτικό και Νότιο σύστημα και επεξηγείται κυρίως από τα βιώματα των δυσμενών εμπειριών του στρες και της κακής υγείας κάποια περίοδο στην πρώιμη – μέση ενήλικη ζωή.

### 4.3 Αποτελέσματα

Αντίστοιχα, η εμπειρία των οικονομικών δυσκολιών είναι ουσιαστική ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή μόνο για το Ηπειρωτικό σύστημα ενώ η εμπειρία της πείνας είναι αρκετά σημαντική ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή και για τα δύο μοντέλα.

**Πίνακας 4.6** Έμμεσες επιδράσεις και total confounding percentages<sup>2</sup> για τους παράγοντες στην παιδική ηλικία που επεξηγούνται από γεγονότα στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, ανά σύστημα κοινωνικής προνοίας: υποκλίμακα Affective Suffering<sup>1</sup>.

	<b>Nordic</b>	<b>Continental</b>	<b>Southern</b>	<b>Central/ Eastern</b>
<b>Childhood Predictors</b>				
<b>Childhood self-perceived health</b>				
Indirect effect (OR)	1.086*	1.127***	1.176***	1.169**
Total Confounding percentage (%) <sup>2</sup>	20.70	28.16	30.51	44.45
Due to adulthood mediators (%):				
Period of stress	34.49	30.17	39.35	27.59
Period of poor health	23.42	28.88	45.61	26.69
Period of financial hardship	14.82	12.57	1.81	32.73
Period of hunger	27.27	28.38	13.23	13.00
<b>Parents drank heavily</b>				
Indirect effect (OR)	1.051	1.113***	1.103**	1.055
Total Confounding percentage (%)	-	48.37	91.02	-
Due to adulthood mediators (%):				
Period of stress	-	38.77	54.19	-
Period of poor health	-	27.30	28.98	-
Period of financial hardship	-	22.52	3.70	-
Period of hunger	-	11.40	13.13	-

Υποσημειώσεις: \*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05 \* p-value<0.10

<sup>1</sup> Η υποκλίμακα Affective Suffering περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά θλίψη, τάσεις αυτοκτονίας, αίσθημα ενοχής, απώλεια ύπνου, ευερεθιστότητα, αίσθημα κόπωσης και δακρύρροια.

<sup>2</sup> Το total confounding percentage ορίζεται μέσα από την ποσότητα  $((\beta_R - \beta_F) / \beta_R) * 100 = (\beta_I / \beta_R) * 100$  όπου  $\beta_R$  είναι ο συντελεστής για το μειωμένο μοντέλο,  $\beta_F$  είναι ο συντελεστής για το πλήρες μοντέλο και  $\beta_I$  είναι ο συντελεστής για το μοντέλο της διαφοράς. Εναλλακτικά, confounding percentage είναι το ποσοστό της συνολικής επίδρασης που αποδίδεται στην παρουσία των ενδιάμεσων επεξηγηματικών μεταβλητών από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή.

Σχετικά με την υποκλίμακα MS (Πίνακας 4.7), η έμμεση επίδραση και για τους δύο παράγοντες στην παιδική ηλικία είναι σημαντική μόνο για το Ηπειρωτικό και Νότιο μοντέλο κοινωνικής προνοίας και οι κύριες ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές είναι τα βιώματα κακής υγείας και οικονομικής δυσκολίας που έζησαν τα άτομα στην ενήλικη ζωή τους. Η παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία επεξηγείται επίσης και από την εμπειρία του βιώματος της πείνας (περίπου 21% και στις δύο περιφέρειες) ενώ η δυσμενής εμπειρία αναφορικά με τους

#### 4.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

γονείς που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ επεξηγείται από τον ίδιο παράγοντα κυρίως στο Νότιο σύστημα (19.65%). Έχοντας βιώσει στρες οι ερωτώμενοι κάποια περίοδο στην ενήλικη ζωή είναι μία πιο σημαντική ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή για το Ηπειρωτικό μοντέλο.

**Πίνακας 4.7** Έμμεσες επιδράσεις και total confounding percentages<sup>2</sup> για τους παράγοντες στην παιδική ηλικία που επεξηγούνται από γεγονότα στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, ανά σύστημα κοινωνικής προνοίας: υποκλίμακα Motivational Symptoms<sup>1</sup>.

	Nordic	Continental	Southern	Central/ Eastern
<b>Childhood Predictors</b>				
<b>Childhood self-perceived health</b>				
Indirect effect (OR)	1.019	1.037**	1.054***	1.058
Total Confounding percentage (%) <sup>2</sup>	-	31.42	8.55	-
Due to adulthood mediators (%):				
Period of stress	-	13.33	5.22	-
Period of poor health	-	51.49	50.71	-
Period of financial hardship	-	14.19	22.84	-
Period of hunger	-	20.99	21.23	-
<b>Parents drank heavily</b>				
Indirect effect (OR)	1.014	1.033**	1.035**	1.011
Total Confounding percentage (%)	-	7.59	15.75	-
Due to adulthood mediators (%):				
Period of stress	-	17.19	6.71	-
Period of poor health	-	48.84	30.04	-
Period of financial hardship	-	25.51	43.61	-
Period of hunger	-	8.46	19.65	-

Υποσημειώσεις: \*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05

<sup>1</sup> Η υποκλίμακα Motivational Symptoms περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά απαισιόδοξη διάθεση, έλλειψη ενδιαφέροντος, μείωση του αισθήματος της όρεξης, έλλειψη συγκέντρωσης και έλλειψη διάθεσης για διασκέδαση.

<sup>2</sup> Το total confounding percentage ορίζεται μέσα από την ποσότητα  $((\beta_R - \beta_F) / \beta_R) * 100 = (\beta_I / \beta_R) * 100$  όπου  $\beta_R$  είναι ο συντελεστής για το μειωμένο μοντέλο,  $\beta_F$  είναι ο συντελεστής για το πλήρες μοντέλο και  $\beta_I$  είναι ο συντελεστής για το μοντέλο της διαφοράς. Εναλλακτικά, confounding percentage είναι το ποσοστό της συνολικής επίδρασης που αποδίδεται στην παρουσία των ενδιάμεσων επεξηγηματικών μεταβλητών από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή.

#### 4.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

Η σημαντικότητα της υγείας στην παιδική ηλικία και την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή καθώς και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης σε ό,τι αφορά στην επικράτηση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή έχει αναλυθεί διεξοδικά από άλλους ερευνητές (Pakrathan et al., 2017a, b; Zimmer et al., 2016). Παρόλα αυτά, δεν έχει μελετηθεί αναφορικά

## 4.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

με τις υποκλίμακες της κατάθλιψης, affective suffering (AS) και motivational symptoms (MS), ούτε έχουν μελετηθεί διαφοροποιήσεις ανάμεσα σε ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας. Τα ευρήματα της παρούσας ανάλυσης υποστηρίζουν ότι, με βάση το συνολικό δείγμα, η αναλογία των ατόμων που διέπονται από στοιχεία της υποκλίμακας MS είναι υψηλότερη συγκριτικά με τους ερωτώμενους που είναι πιο επιρρεπείς σε στοιχεία της υποκλίμακας AS. Τα ποσοστά των ατόμων που ζουν σε χώρες που ανήκουν στο Σκανδιναβικό μοντέλο είναι χαμηλά και για τις δύο υποκλίμακες, γεγονός που μπορεί μερικώς να αποδίδεται στο πιο δίκαιο και γενναιόδωρο σύστημα προνοίας που εφαρμόζουν αυτές οι χώρες (Rodrigues et al., 2012), ενώ είναι υψηλότερα σε λιγότερο προνομακά συστήματα, όπως είναι για παράδειγμα το Νότιο και το Κεντρικό/Ανατολικό. Το συμπέρασμα αυτό βρίσκεται μερικώς σε συμφωνία με τα ευρήματα των Portellano-Ortiz et al. (2017), οι οποίοι βρήκαν μεγαλύτερη επικράτηση των χαρακτηριστικών στοιχείων της MS στην Νότια Ευρώπη και την Σλοβενία αν και προτείνουν επίσης ότι τα επίπεδα των στοιχείων της AS είναι υψηλότερα σε χώρες που εντάσσονται στο Βόρειο και Ηπειρωτικό σύστημα.

### 4.4.1 Affective suffering έναντι Motivational Symptoms

Η παρούσα ανάλυση επιβεβαιώνει επίσης παλαιότερα ευρήματα που αναφέρουν ότι παράγοντες που σχετίζονται με την AS διαφοροποιούνται από αυτούς που συνδέονται με την MS. Πρώτον, παρόλο που οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίζουν στοιχεία είτε από την μία είτε από την άλλη υποκλίμακα, παρουσιάζουν μία αξιόλογη ευπάθεια σε ό,τι αφορά συμπτώματα της AS. Ως εκ τούτου, ο παράγοντας του φύλου είναι πολύ σημαντικός για την AS ενώ ο παράγοντας της ηλικίας καθώς αυτή αυξάνεται είναι ιδιαίτερης σημασίας σχετικά με την MS (Verropoulou and Tsimbos, 2007; Copeland et al., 2004).

Δεύτερον, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η κακή υγεία στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή είναι σημαντικός παράγοντας και για τις δύο υποκλίμακες, συμπέρασμα που είναι σύμφωνο και με αποτελέσματα των συγγραφέων ερευνητών Portellano-Ortiz et al. (2017) και Verropoulou and Tsimbos (2007). Ωστόσο, η παρούσα ανάλυση αναφέρει επίσης ότι η κακή υγεία στην παιδική ηλικία φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίδραση πάνω στην AS.

Τρίτον, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην παιδική ηλικία είναι ένας σημαντικός παράγοντας και για τις δύο υποκλίμακες ανάμεσα στα ευρωπαϊκά συστήματα. Οι Portellano-Ortiz et al. (2017) βρήκαν ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην όψιμη ενήλικη ζωή έχει μία επίδραση τόσο στην AS όσο και στην MS αλλά η παρούσα μελέτη υποδηλώνει ότι η

#### 4.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή είναι σημαντικός παράγοντας μόνο ανάμεσα σε άτομα που διέπονται από συμπτώματα της AS ενώ το μορφωτικό επίπεδο έχει ένα πιο δυνατό προστατευτικό αποτέλεσμα αναφορικά με την MS. Οι Verropoulou and Tsimbos (2007) βρήκαν επίσης ένα δυνατό αποτέλεσμα της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην όψιμη ενήλικη ζωή πάνω στην AS αλλά προτείνουν ότι η εκπαίδευση έχει ένα πιο έντονο προστατευτικό αποτέλεσμα και στις δύο υποκλίμακες.

Αναφορικά με τις αντιξοότητες στην παιδική ηλικία, εάν οι γονείς έπιναν πολύ έχει μία σημαντική άμεση επίδραση ανάμεσα στα άτομα με συμπτώματα της AS μόνο για το Σκανδιναβικό και Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο. Ωστόσο, στα εναπομείναντα συστήματα έχει μία σημαντική έμμεση επίδραση η οποία επεξηγείται από γεγονότα της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής, και ειδικότερα την εμπειρία του στρες κάποια περίοδο στην ζωή των ατόμων. Αυτό ισχύει επίσης κατά προσέγγιση και για την υποκλίμακα MS αν και η άμεση επίδραση παρατηρείται στο Βόρειο και Ηπειρωτικό μοντέλο, και η έμμεση επίδραση επεξηγείται κυρίως από την εμπειρία της κακής υγείας στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και την δυσμενή εμπειρία της οικονομικής δυσκολίας. Το να έχουν βιώσει οι ερωτώμενοι την εμπειρία του στρες στην πρώιμη ή μέση ενήλικη ζωή τους είναι ένας σημαντικός ενδιάμεσος επεξηγηματικός παράγοντας ανάμεσα στα συστήματα κοινωνικής προνοίας της Ευρώπης μόνο για την AS.

Αυτές οι διαφοροποιήσεις μπορεί, τουλάχιστον μερικώς, να συνδέονται με τις υποκλίμακες που αντιπροσωπεύουν διαφορετικές πτυχές της κατάθλιψης. Η σημαντική επίδραση της ηλικίας καθώς αυξάνει πάνω στην MS μπορεί να σχετίζεται με αυτήν την υποκλίμακα η οποία συνδέεται πιο πολύ με την κακή φυσική υγεία στην πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή, με λειτουργικούς περιορισμούς και εξασθένιση της γνωστικής λειτουργίας (Djernes, 2006; Alexopoulos, 2005). Η στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση με βάση το φύλο για την υποκλίμακα AS μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα διαταραχών της διάθεσης που έχουν (mood disorders) και φόβου-ανησυχίας (anxiety) (McLean at al., 2011; Kessler, 2003). Τέλος, παράγοντες που αυξάνουν την ψυχολογική οδύνη (psychological distress), όπως είναι τα βιώματα της οικονομικής δυσκολίας, της πείνας και του άγχους, τα οποία επίσης σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα των συναισθηματικών διαταραχών, έχουν μεγαλύτερες επιπτώσεις στην υποκλίμακα AS (Kessler, 2003).

##### 4.4.2 Διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας

Οι παράγοντες πρόβλεψης των AS και MS είναι αρκετά συνεπείς ανάμεσα στα ευρωπαϊκά συστήματα προνοίας. Παρόλα αυτά, η παρούσα ανάλυση αποκαλύπτει κάποιες σημαντικές διαφορές. Πρώτον, αν και η παιδική κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι στατιστικά σημαντική και για τις δύο υποκλίμακες ανάμεσα στις περιφέρειες, ο παράγοντας του πλήθους των βιβλίων στην ηλικία των 10 ετών φαίνεται να αντανακλά καλύτερα την ανισότητα στο Βόρειο, Ηπειρωτικό και Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα ενώ, στο Νότιο σύστημα ο δείκτης overcrowding και η έλλειψη των βασικών εγκαταστάσεων στα καταλύματα δείχνουν πιο σημαντικοί. Μάλιστα, ο τελευταίος παράγοντας είναι σημαντικός και στο Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο. Δεύτερον, η υγεία στην παιδική ηλικία έχει μία στατιστικά μη σημαντική άμεση επίδραση και για τις δύο υποκλίμακες μόνο στο Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα. Εντούτοις, σε ό,τι αφορά στην AS, έχει επίσης μία σημαντική έμμεση επίδραση σε αυτό το μοντέλο, η οποία επεξηγείται από παράγοντες στην ενήλικη ζωή. Τρίτον, η κατάχρηση αλκοόλ από τους γονείς έχει μία σημαντική επίδραση στο Βόρειο σύστημα αλλά δεν έχει άμεση επίδραση στο Νότιο σύστημα, παρά μόνο έμμεση, η οποία και αυτή επεξηγείται από γεγονότα στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή. Τέταρτο, το προστατευτικό αποτέλεσμα του μορφωτικού επιπέδου και για τις δύο υποκλίμακες είναι πιο έντονο σε χώρες που υιοθετούν το Νότιο και Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο κοινωνικής προνοίας.

Επιπρόσθετα, τα ευρήματα της τεχνικής διαμεσολάβησης δείχνουν ότι οι έμμεσες επιδράσεις για την αυτοαναφερόμενη υγεία στην παιδική ηλικία γίνονται λιγότερο σημαντικές από διάφορους παράγοντες στην ενήλικη ζωή ανάμεσα στα ευρωπαϊκά συστήματα προνοίας. Για παράδειγμα, το να έχει βιώσει κανείς την εμπειρία της οικονομικής δυσκολίας είναι σημαντικός ενδιάμεσος επεξηγηματικός παράγοντας στο Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα σχετικά με την AS, ενώ η συμβολή του ίδιου παράγοντα στο Νότιο σύστημα είναι ασήμαντη. Επιπρόσθετα, η έμμεση επίδραση για την κατάχρηση αλκοόλ από τους γονείς είναι σημαντική μόνο στο Ηπειρωτικό και Νότιο μοντέλο - όπου η άμεση επίδραση είναι στατιστικά μη σημαντική- και επεξηγείται περισσότερο έντονα από την εμπειρία της οικονομικής δυσκολίας και της πείνας στην τελευταία περίπτωση όσον αφορά στην υποκλίμακα MS.

Οι παραπάνω διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα συστήματα προνοίας σχετίζονται μερικώς με ατομικές και πολιτιστικές διαφορές μεταξύ των πληθυσμών και μερικώς με διαφορετική

#### 4.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

κοινωνική στήριξη και παροχές. Για παράδειγμα, η αυξημένη σημαντικότητα του δείκτη overcrowding και των διευκολύνσεων στα καταλύματα στο Νότιο και Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα δύνανται να αντανakλούν την λιγότερο προνομιακή κοινωνικοοικονομική κατάσταση των κατοίκων αυτών των περιοχών συγκριτικά με τους Ευρωπαίους που ανήκουν στο Βόρειο και Ηπειρωτικό σύστημα που είναι πιο εύρωστοι οικονομικά. Επιπλέον, η μεγαλύτερη επίδραση του μορφωτικού επιπέδου και των κοινωνικοοικονομικών ενδιάμεσων επεξηγηματικών μεταβλητών στο Νότιο και Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο ενδέχεται να αντανakλά την σημαντικότητα του ατομικού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου δεδομένου των λιγότερο γενναιόδωρων παροχών αυτών των συστημάτων κοινωνικής προνοίας. Τέλος, η μεγαλύτερη επικράτηση των AS και MS στα προαναφερόμενα συστήματα μπορεί να αντανakλά εν μέρει ανεπαρκή υγειονομική περίθαλψη και κοινωνική στήριξη.

#### 4.4.3 Περιορισμοί

Η μελέτη που παρουσιάστηκε παραπάνω έχει κάποιους περιορισμούς. Αρχικά, η ανάλυση στηρίζεται σε αυτοαναφερόμενες (self-reported) και αναδρομικές πληροφορίες οι οποίες ενδεχομένως να υπόκεινται σε σφάλματα ανάκλησης από την μνήμη (recall errors). Δεύτερον, η βάση δεδομένων του SHARE λόγω κατασκευής της εξαιρεί τον πληθυσμό που διαμένει σε οίκους ευγηρίας, νοσοκομεία κλπ (institutionalised population), ο οποίος αντιπροσωπεύει μία επιλεγμένη ομάδα ατόμων που πιθανόν να υποφέρουν από υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και χειρότερη υγεία. Ως εκ τούτου, τα επίπεδα της κατάθλιψης ενδέχεται να έχουν υποτιμηθεί από την παρούσα μελέτη. Τρίτον, καθώς οι ελλείπουσες παρατηρήσεις στις μεταβλητές ενδιαφέροντος οδήγησαν στην εξαίρεση του 5.4% του αρχικού δείγματος, αυτό μπορεί να εισήγαγε κάποια μεροληψία στις εκτιμήσεις.

Ειδικότερα, οι ερωτώμενοι που αποκλείστηκαν από την ανάλυση είναι κατά μέσο όρο μεγαλύτερης ηλικίας (71 ετών), έχουν χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση και κάπως χειρότερη υγεία στην ενήλικη ζωή συγκρινόμενοι με αυτούς που παρουσίαζαν συμπτώματα της υποκλίμακας MS, αλλά ταυτόχρονα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Σαν αποτέλεσμα, εξαιτίας των χαρακτηριστικών που τους διέπουν και των μικρών αναλογιών φαίνεται πιθανό ότι ο αποκλεισμός τους μπορεί να επηρέασε ελαφρά τις εκτιμήσεις των αποτελεσμάτων. Τέλος, οι δυαδικοί δείκτες των AS και MS δεν αντανakλούν την κατάθλιψη αφ' εαυτού αλλά απλώς υποδηλώνουν άτομα με μεγαλύτερη πιθανότητα αναφοράς των αντίστοιχων συμπτωμάτων. Παρόλα αυτά, καθώς τα ευρήματα της παρούσας μελέτης αναφορικά με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και την κατάσταση της



## 4.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

υγείας είναι σύμφωνα με παρελθούσες αναλύσεις, φαίνεται ότι οι συγκεκριμένοι δυαδικοί δείκτες παρέχουν αξιόπιστες εκτιμήσεις (robust estimates). Θα ήταν ενδιαφέρον σε μελλοντική έρευνα να διαχωριστούν τα στοιχεία που σχετίζονται με τις υποκλίμακες και να επικυρωθούν ψυχομετρικά αυτοί οι δείκτες.

### 4.4.4 Επιπτώσεις και συμπεράσματα

Η συγκεκριμένη ανάλυση προτείνει ότι οι παράγοντες στην παιδική ηλικία, κυρίως η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η κακή υγεία έχουν μία σημαντική άμεση επίδραση στην επικράτηση στοιχείων των υποκλιμάκων affective suffering και motivational symptoms στην όψιμη ενήλικη ζωή, παρόλο που συνεκτιμήθησαν οι συγκυρίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή. Σαν αποτέλεσμα, φαίνεται ότι οι συγκυρίες στην παιδική ηλικία έχουν μία ανεξάρτητη, μακροσκελή επίδραση σε αυτές τις υποκλίμακες, η οποία τροποποιείται ελαφρά από διαφοροποιήσεις στην κοινωνική στήριξη μεταξύ των συστημάτων προνοίας. Οι Sieber at al. (2019) κατέληξαν σε ένα παρόμοιο συμπέρασμα σχετικά με το αποτέλεσμα που έχει η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην παιδική ηλικία στην αυτοαναφερόμενη υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή. Επιπρόσθετα, αν και, μεταξύ των παιδικών συγκυριών, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχει μόνο μία άμεση επίδραση, η υγεία και η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς έχουν επίσης και μία έμμεση επίδραση, η οποία επεξηγείται από δυσμενείς συγκυρίες στην ενήλικη ζωή ανάμεσα στα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας. Οι Sieber at al. (2019) επίσης βρήκαν ότι οι συνθήκες σε όλο το φάσμα της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής είχαν καταστεί λιγότερο σημαντικές σε διαφορετικά επίπεδα αναφορικά με την συσχέτιση που παρουσιάζεται ανάμεσα στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην παιδική ηλικία και την αυτοαναφερόμενη υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή.

Η σημασία των γεγονότων της παιδικής ηλικίας σε όλες τις πτυχές της ψυχικής υγείας όπως αυτή διαμορφώνεται στην όψιμη ενήλικη ζωή τονίζει την ανάγκη για πολιτικές παρεμβάσεις ανάμεσα στα συστήματα κοινωνικής προνοίας που θα πρέπει να εστιάζουν σε ευπαθείς ομάδες, όπως είναι τα κοινωνικοοικονομικά μειονεκτούντα παιδιά. Επιπλέον, αν και οι συσχετίσεις με τις υποκλίμακες της κατάθλιψης είναι αρκετά συνεπείς μεταξύ των συστημάτων προνοίας, τα επίπεδα της κατάθλιψης διαφοροποιούνται, υποδηλώνοντας ότι η εφαρμογή κατάλληλων πολιτικών μέτρων ενδεχομένως να είναι μεγαλύτερης σημασίας στο Νότιο και Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα.

#### 4.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

## Κεφάλαιο 5

### Διερεύνηση των συνεπειών δυσμενών συνθηκών της παιδικής ζωής στην κατάθλιψη σε άτομα ηλικίας 50 και άνω - Ανάλυση κατά φύλο

#### 5.1 Εισαγωγή

Η κατάθλιψη αποτελεί μία κυρίαρχη διαταραχή της ψυχικής υγείας σε μεγαλύτερες ηλικίες, αντιπροσωπεύοντας τον παράγοντα υγείας με την μεγαλύτερη συνεισφορά στην αναπηρία που ενδεχομένως βιώνουν τα άτομα (WHO, 2017a). Συνδέεται με περιορισμό της ευημερίας (D'Alisa et al., 2006), αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα (Farrokhi et al., 2014; Nuyen et al., 2005) και συχνή χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Belloni, Morgan and Paris, 2016; Andersson et al., 2011). Σαν αποτέλεσμα, ο προσδιορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με αυτήν την διαταραχή είναι μεγάλης σημασίας, ιδιαίτερα μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων των οποίων ο αριθμός αυξάνεται (WHO, 2017b).

Προηγούμενες αναλύσεις έχουν επισημάνει την σημασία των πρώιμων συνθηκών ζωής για την υγεία σε μεγάλες ηλικίες (Arpino, Gumà and Julià, 2018)· η έκθεση σε ασθένειες, η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι δυσμενείς εμπειρίες μπορεί να υπονομεύσουν την υγεία τόσο στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή όσο και στην όψιμη ενήλικη ζωή (Pudrovska and Anikputa, 2014; Doblhammer, Van den Berg and Fritze, 2013; Haas, 2007; Case, Fertig and Paxson, 2005; Luo and Waite, 2005; Galobardes, Lynch and Davey, 2004). Επιπρόσθετα, οι δυσμενείς συγκυρίες στην πρώιμη, μέση αλλά και όψιμη ενήλικη ζωή, συμπεριλαμβανομένου του θανάτου κοντινού προσώπου, της μοναξιάς, της αναπηρίας, των αρνητικών και στρεσογόνων γεγονότων της ζωής (Aziz and Steffens, 2013), της κακής υγείας και της οικονομικής δυσπραγίας είναι εν μέρει υπεύθυνες για τις διαταραχές της ψυχικής υγείας στην όψιμη ενήλικη ζωή (Crowe and Butterworth, 2016; Halmdienst and Winter-Ebmer, 2014; Gallagher et al., 2013; Butterworth, Rodgers and Windsor, 2009). Αντιθέτως, το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας (Ladin, 2008) που μπορεί να μετριάσει τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις που έχουν οι οικονομικές αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας (Schaan, 2014).

Μία εμπειριστατωμένη μελέτη του φαινομένου της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή θα περιλάμβανε την μελέτη των συνθηκών που σχετίζονται με τρεις κύριους τομείς της ζωής:

την υγεία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τις δυσμενείς εμπειρίες (Montez et al., 2016; Monnat and Chandler, 2015; Moore, McDonald and McHugh-Dillon, 2014; WHO, 2014). Ωστόσο, οι συσχετίσεις είναι πολύπλοκες καθώς αυτοί οι τρεις τομείς αλληλοσυνδέονται. Επιπλέον, οι περιστάσεις της παιδικής ηλικίας ενδέχεται να επηρεάσουν την πρόιμη και μέση ενήλικη ζωή καθώς και τις συνθήκες στην όψιμη ενήλικη ζωή. Για παράδειγμα, το χαμηλότερο επίπεδο κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην παιδική ηλικία δύναται να επηρεάσει την υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή τόσο άμεσα όσο και έμμεσα (Luo and Waite, 2005)· από την μία πλευρά σχετίζεται με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην ενήλικη ζωή (το οποίο με την σειρά του συνδέεται με χειρότερη υγεία τόσο στην πρόιμη και μέση ενήλικη όσο και στην όψιμη ενήλικη ζωή) και αφετέρου με χειρότερη υγεία στην παιδική ηλικία, η οποία συνδέεται με χειρότερη υγεία και χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην πρόιμη και μέση ενήλικη ζωή, και κατ' επέκταση στην όψιμη ενήλικη ζωή. Οι δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία παρουσιάζουν επίσης ενδιαφέρον αναφορικά με τον εντοπισμό της προέλευσης της κατάθλιψης σε μεγάλες ηλικίες (Dvir et al., 2014), ενεργώντας είτε ανεξάρτητα είτε σε συνδυασμό με άλλες δυσμενείς και στρεσογόνες εμπειρίες της ενήλικης ζωής (Nurius et al., 2015).

Για να αναλυθούν αυτές οι πολύπλευρες συσχετίσεις και να εκτιμηθεί η αιτιότητα και οι συνθήκες ζωής που οδηγούν από την παιδική ηλικία στην επικράτηση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή έχουν αναπτυχθεί σχετικές θεωρίες σε προηγούμενες μελέτες. Οι δυναμικοί μηχανισμοί περιγράφονται παρακάτω.

### 5.1.1 Εννοιολογικό πλαίσιο και μηχανισμοί

Υπάρχουν τέσσερις θεωρίες που ασχολούνται με μηχανισμούς που περιγράφουν πώς αρνητικές συνθήκες της παιδικής ηλικίας ενδέχεται να συμβάλλουν σε κακή υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή (Pudrovska and Anikruta, 2014). Πρώτον, το μοντέλο της κρίσιμης περιόδου (critical period model) υπογραμμίζει την σημασία των παιδικών συνθηκών, οι οποίες αμετάκλητα δύναται να επηρεάσουν τις βιολογικές διεργασίες, έχοντας κατ' αυτόν τον τρόπο άμεση επίδραση στην υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή, ανεξάρτητα από άλλες εμπειρίες. Δεύτερον, το μοντέλο συσσώρευσης μειονεκτημάτων (accumulation of disadvantage model) υποδηλώνει ότι η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου συσσωρεύεται κατά τη διάρκεια της ζωής. Ως εκ τούτου, οι αντιξοότητες που βιώνονται στα διάφορα στάδια της ζωής των ατόμων συμβάλλουν εξίσου στην εμφάνιση κακής υγείας αργότερα. Τρίτον, το μοντέλο διαδοχικών βημάτων (pathway model) μελετάει διαδοχικά τις συνθήκες κατά την

διάρκεια της ζωής (trajectories)· οι δυσμενείς συνθήκες της παιδικής ηλικίας ενδεχομένως να οδηγήσουν σε μειονέκτημα στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, και κατ' επέκταση, σε κακή υγεία. Σαν αποτέλεσμα, αυτό το μοντέλο δίνει έμφαση στον ρόλο των ενδιάμεσων επεξηγηματικών μεταβλητών-συνθηκών (mediators) που παρεμβάλλονται στην σχέση μεταξύ των παιδικών συνθηκών και της υγείας στην όψιμη ενήλικη ζωή. Τέλος, το μοντέλο κοινωνικής κινητικότητας (social mobility model) υποστηρίζει ότι οι αρνητικές επιπτώσεις των αντιξοοτήτων που βιώνονται στην παιδική ηλικία μετριάζονται από τις βελτιωμένες συγκυρίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, ενώ, αντίστοιχα, οι αντιξοότητες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή ενδέχεται να εξαλείψουν την θετική επίδραση μίας παιδικής ηλικίας που χαρακτηριζόταν από ευνοϊκές συγκυρίες και είχε πλεονεκτήματα.

Μία εναλλακτική προσέγγιση που περιγράφει πώς οι περιστάσεις ζωής στην παιδική ηλικία δύνανται να επηρεάσουν την υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή κατατάσσει τους σχετικούς μηχανισμούς σε τρεις ομάδες (Hertzman and Boyce, 2010). Η πρώτη ομάδα περιλαμβάνει λανθάνοντες μηχανισμούς ή άμεσες επιδράσεις (latent mechanisms or direct effects). Αυτές αντανakλούν τις μακροπρόθεσμες συνέπειες βιολογικών διεργασιών, οι οποίες προκαλούνται από την έκθεση σε παράγοντες κινδύνου κατά την διάρκεια της κύησης και της πρώιμης παιδικής ηλικίας και δεν επηρεάζονται από τις συνθήκες της πρώιμης, μέσης και όψιμης ενήλικης ζωής. Με αυτήν την έννοια, οι λανθάνοντες μηχανισμοί συνάδουν με το μοντέλο κριτικής περιόδου. Η δεύτερη ομάδα περιλαμβάνει μηχανισμούς διαδοχικών βημάτων ή έμμεσες επιδράσεις (pathway mechanisms or indirect effects)· οι αντιξοότητες στην παιδική ηλικία επηρεάζουν τις συγκυρίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή οι οποίες με την σειρά τους επηρεάζουν την υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή. Αυτοί οι μηχανισμοί είναι συνεπείς με το μοντέλο διαδοχικών βημάτων (pathway model). Τέλος, η τρίτη ομάδα περιλαμβάνει τις εξαρτώμενες επιδράσεις (conditional effects)· οι συνέπειες των αντιξοοτήτων της παιδικής ηλικίας στην υγεία της όψιμης ενήλικης ζωής εξαρτώνται από τις περιστάσεις της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής οι οποίες μπορούν να τροποποιήσουν αυτές τις συσχετίσεις. Οι συγκεκριμένοι μηχανισμοί συνάδουν με το μοντέλο κοινωνικής κινητικότητας.

Παρόλο που τα προαναφερόμενα θεωρητικά μοντέλα και μηχανισμοί παρέχουν διαφορετικές εξηγήσεις για τον τρόπο με τον οποίο οι αντιξοότητες στην παιδική ζωή δύνανται να επηρεάζουν την υγεία στην πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή, στην πράξη μπορεί να θεωρηθούν συμπληρωματικά. Οι Pakrathan, Hoffmann και Kröger (2017a)

προτείνουν ότι η επίδραση της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην παιδική ηλικία πάνω στην αυτοαναφερόμενη υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή επεξηγείται σχεδόν πλήρως από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, γεγονός που συμβαδίζει με το μοντέλο διαδοχικών βημάτων, ενώ η επίδραση της υγείας στην παιδική ηλικία παραμένει σημαντική, υποστηρίζοντας μερικώς το μοντέλο κριτικής περιόδου. Οι Torres και Wong (2013), από την άλλη πλευρά, εξετάζοντας τις επιπτώσεις που έχει η παιδική φτώχεια πάνω στην κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή στο Μεξικό, βρίσκουν τόσο μία ισχυρή άμεση επιδράση όσο και μία έμμεση, η οποία επεξηγείται μερικώς από την κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, υποστηρίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο και τα δύο είδη μηχανισμών, λανθάνοντες και διαδοχικών βημάτων. Αντιθέτως, οι Tanii et al. (2016) διαπιστώνουν ότι οι επιδράσεις που έχει το παιδικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στην κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή είναι συνεπείς κυρίως με λανθάνοντες μηχανισμούς, καθώς παραμένουν σημαντικές ακόμη και όταν ληφθούν υπόψη το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής και η τρέχουσα κατάσταση υγείας.

Τα ευρήματα των Pudrovska και Anikruta (2014) υποστηρίζουν αφενός το μοντέλο διαδοχικών βημάτων, καθώς η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των γονέων φαίνεται να σχετίζεται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην εφηβική και πρώιμη – μέση ενήλικη ζωή η οποία με την σειρά της συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας, και αφετέρου, υποστηρίζουν και το μοντέλο κοινωνικής κινητικότητας, καθώς η καθοδική κοινωνική κινητικότητα δείχνει να έχει επιζήμια αποτελέσματα. Οι Zimmer, Hanson και Smith (2016) δείχνουν ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στην παιδική ηλικία καθώς και την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή έχουν μία ανεξάρτητη επίδραση πάνω στην υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή, η οποία είναι συνεπής με το μοντέλο συσσωρευμένων μειονεκτημάτων. Τέλος, οι Nurius et al. (2015) βρίσκουν επίσης στοιχεία που υποστηρίζουν το προηγούμενο μοντέλο αναφορικά με τις επιδράσεις των δυσμενών εμπειριών που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία πάνω στην ψυχική υγεία των ενηλίκων ατόμων.

### 5.1.2 Διαφοροποιήσεις κατά φύλο

Ένα θέμα ιδιαίτερου ενδιαφέροντος είναι η μελέτη των ανισοτήτων στην κατάθλιψη ανάμεσα στα δύο φύλα. Η κατάθλιψη είναι πιο διαδεδομένη στα άτομα του γυναικείου φύλου σε όλα τα στάδια της ζωής (Van de Velde, Bracke and Levecque, 2010; Hankin, 2002). Σε πολλές περιπτώσεις, αυτό οφείλεται σε ορμονικές διαφορές και προσωπικά χαρακτηριστικά (Albert,

2015) καθώς επίσης και στον τρόπο με τον οποίο οι άνδρες και οι γυναίκες χειρίζονται τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής. Επιπρόσθετα, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν πιο συχνά στρεσογόνα γεγονότα και αντιξοότητες στην παιδική ηλικία συγκρινόμενες με τους άνδρες (St Clair et al., 2015) ενώ επίσης έχουν την τάση να αντιλαμβάνονται τις αιτίες τέτοιων γεγονότων με αρνητικό τρόπο (Hankin, 2002).

Τα ευρήματα σχετικά με την σημασία που έχουν οι παιδικές περιστάσεις για την υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή υποδηλώνουν επίσης την ύπαρξη διαφορών μεταξύ των δύο φύλων. Μολονότι οι Kendig et al. (2017) βρίσκουν μία ισχυρή άμεση και έμμεση επίδραση της παιδικής υγείας στην αυτοαναφερόμενη υγεία της όψιμης ενήλικης ζωής στην Κίνα, γεγονός που είναι συνεπές με λανθάνοντες μηχανισμούς και μηχανισμούς διαδοχικών βημάτων, η έμμεση επίδραση επεξηγείται με διαφορετικό τρόπο για τα δύο φύλα: για τους άνδρες η οικογενειακή κατάσταση και η αστική κατοικία έχουν μεγαλύτερη σημασία ενώ για τις γυναίκες το μορφωτικό επίπεδο συνιστά έναν σημαντικό ενδιάμεσο επεξηγηματικό παράγοντα. Οι Angelini, Howdon και Mierau (2019) βρήκαν ότι η συσχέτιση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην παιδική ηλικία με την κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή, η οποία εξακολουθεί να υφίσταται ακόμα και όταν έχουν ληφθεί υπόψη οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες των ατόμων στην όψιμη ενήλικη ζωή, είναι ισχυρότερη για τις γυναίκες. Οι Agrino, Gumà και Julià (2018) προτείνουν ότι η κακή υγεία στην παιδική ηλικία έχει άμεση επίδραση στην υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή, γεγονός που είναι σύμφωνο με το μοντέλο κριτικής περιόδου, ενώ η έμμεση επίδραση του χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στην παιδική ηλικία επεξηγούνται από το μορφωτικό επίπεδο, υποστηρίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο το μοντέλο διαδοχικών βημάτων. Επιπλέον, η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου είναι πιο σημαντική για τις γυναίκες.

### 5.1.3 Στόχοι της μελέτης

Στο πλαίσιο αυτό, η παρούσα μελέτη προσπαθεί να ρίξει φως σε αυτές τις πολυεπίπεδες συσχετίσεις, εξετάζοντας με περιεκτικό τρόπο, πρώτον, την άμεση επίδραση των κοινωνικοοικονομικών μειονεκτημάτων, των δυσμενών εμπειριών και της κακής υγείας κατά την διάρκεια της πορείας της ζωής πάνω στην κατάθλιψη που εμφανίζεται στην όψιμη ενήλικη ζωή και, δεύτερον, την έμμεση επίδραση των συγκυριών της παιδικής ηλικίας και τον βαθμό στον οποίο αυτές επεξηγούνται από διαφορετικούς προγνωστικούς παράγοντες της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής καθώς και από σύγχρονους παράγοντες της όψιμης ενήλικης ζωής. Έμφαση δίδεται στις ανισότητες μεταξύ των φύλων καθώς η κατάθλιψη στην

όψιμη ενήλικη ζωή είναι πιο διαδεδομένη στις γυναίκες, οι οποίες παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευπάθεια στις αντιξοότητες συγκριτικά με τους άνδρες. Ως εκ τούτου, η ανάλυση εξετάζει τους μηχανισμούς που οδηγούν από τις παιδικές συγκυρίες στην επικράτηση κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή, ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες. Είναι προσδόκιμο ότι και οι δύο προηγούμενοι μηχανισμοί είναι σημαντικοί. Επιπλέον, βάσει προηγούμενων αναλύσεων, αναμένουμε να παρατηρήσουμε διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες' πιο συγκεκριμένα, φαίνεται πιθανό ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή μπορεί να έχει ισχυρότερη επίδραση στους άνδρες (Back and Lee, 2011) ενώ οι δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία δύνανται να είναι πιο σημαντικές στις γυναίκες για την πρόβλεψη της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή (Almuneef et al., 2017; Flores and Kalwij, 2014).

Η συμβολή της παρούσας μελέτης έγκειται στην ολιστική προσέγγιση, η οποία διερευνά ταυτόχρονα αντιξοότητες σε τρεις τομείς της ζωής και σε τρεις διαφορετικές περιόδους, δηλαδή την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και την όψιμη ενήλικη ζωή. Οι περισσότερες παρόμοιες αναλύσεις αφορούν μόνο στις επιδράσεις της παιδικής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, ενώ μερικές περιλαμβάνουν επιπλέον την παιδική υγεία. Όμως καμία, εξ' όσων γνωρίζουμε, δεν λαμβάνει υπόψη και δυσμενείς εμπειρίες.

## 5.2 Δεδομένα και Μέθοδοι

Στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν πρόσφατα και αναδρομικά δεδομένα από την Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και την Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE). Το δείγμα που μελετήθηκε περιλαμβάνει διαστρωματικά (cross-sectional) δεδομένα από το δεύτερο κύμα της έρευνας, που πραγματοποιήθηκε το 2006-2007, και αναδρομικό υλικό (retrospective information) από το SHARELIFE (3<sup>ο</sup> κύμα της έρευνας), που πραγματοποιήθηκε το 2008-2009. Οι ερωτώμενοι που χρησιμοποιήθηκαν και στα δύο κύματα της έρευνας (2 και 3) ήταν 25052 άτομα' από αυτά, τα 23768 παρέμειναν στην ανάλυση (10489 άνδρες και 13279 γυναίκες), λόγω της απαίτησης για πλήρη δεδομένα, χωρίς ελλείπουσες τιμές στις μεταβλητές ενδιαφέροντος. Καθώς το ποσοστό των ελλειπουσών τιμών είναι περίπου 5%, η εφαρμογή κάποιας τεχνικής για την αντικατάστασή τους (imputation technique) δεν θεωρήθηκε απαραίτητη (Jakobsen et al., 2017). Οι ερωτώμενοι προέρχονται από 13 χώρες και καλύπτουν γεωγραφικά το μεγαλύτερο μέρος της Ευρώπης: Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Ελβετία, Δανία, Αυστρία, Βέλγιο, Τσεχία και Πολωνία.



### 5.2.1 Περιγραφή των μεταβλητών

Η κατάθλιψη στο SHARE αντιπροσωπεύεται από την κλίμακα EURO-D (Börsch-Supan and Jurges, 2005; Beekman, Copeland and Prince, 1999; Prince et al., 1999a, 1999b), που περιλαμβάνει 12 συμπτώματα και αναλύεται ενδελεχώς στο κεφάλαιο 2. Στην παρούσα μελέτη, ως μεταβλητή απόκρισης χρησιμοποιήθηκε ο δυαδικός δείκτης EURODCAT με βάση αυτήν την κλίμακα, όπως περιγράφεται διεξοδικά στο κεφάλαιο 2 του παρόντος.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές καλύπτουν συγκυρίες καθ' όλη την διάρκεια ζωής και αντιστοιχούν σε τρεις ξεχωριστές περιόδους: α) την παιδική ηλικία (μέχρι την ηλικία των 15 ετών), β) την πρώιμη και μέση ενήλικη περίοδο ζωής (γεγονότα που συμβαίνουν μετά την ηλικία των 15 ετών αλλά πολύ πριν την συνέντευξη) και γ) την όψιμη ενήλικη ζωή (το έτος που προηγείται της συνέντευξης). Επιπλέον, τα περιστατικά / περιστάσεις που εξετάζονται αφορούν τρεις τομείς της ζωής: την υγεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση καθώς και τις δυσμενείς εμπειρίες και περιγράφονται λεπτομερώς παρακάτω.

Προγνωστικοί παράγοντες από την παιδική ηλικία. Η κατάσταση της υγείας αντιπροσωπεύεται από την παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία (CSPH) στην ηλικία των 10 ετών σε δυαδική μορφή (Arpino, Gumà and Julià, 2018; Pakrahan, Hoffmann and Kröger, 2017a, b; Angelini et al., 2016)· οι ερωτώμενοι που έχουν κακή, μέτρια και καλή παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία (τιμή μεταβλητής ίση με 1) συγκρίνονται με αυτούς που έχουν πολύ καλή ή εξαιρετική παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία (τιμή μεταβλητής ίση με 0). Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο βασίζεται στο πλήθος των βιβλίων που είχε πρόσβαση ο ερωτώμενος στην ηλικία των 10 ετών· το μέτρο αυτό αντικατοπτρίζει το μορφωτικό επίπεδο των γονέων (Arpino, Gumà and Julià, 2018; Pakrahan, Hoffmann and Kröger, 2017a, b; Van Bergen et al. 2017; Cavapozzi, Garrouste and Paccagnella, 2011) και αντιπαραβάλλει τα άτομα που είχαν πρόσβαση σε κανένα ή πολύ λίγα βιβλία με αυτά που είχαν πρόσβαση σε τουλάχιστον 10 βιβλία. Η γνωστική λειτουργία αντιπροσωπεύεται από την σχετική θέση του ερωτώμενου στα Μαθηματικά σε σύγκριση με τους συμμαθητές του στην ηλικία των 10 ετών (Verropoulou and Zakynthinou, 2016): περιλαμβάνονται οι κατηγορίες καλύτερη, πολύ καλύτερη ή περίπου ίδια (τιμή μεταβλητής ίση με 0) έναντι χειρότερης και πολύ χειρότερης (τιμή μεταβλητής ίση με 1). Τέλος, οι δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία αντιπροσωπεύονται από δύο δυαδικές μεταβλητές που αντικατοπτρίζουν τις κάτωθι περιστάσεις όταν ο ερωτώμενος βρισκόταν στην ηλικία των 10 χρόνων: η πρώτη μεταβλητή υποδηλώνει αν οι γονείς των ερωτώμενων έπιναν έντονα και η δεύτερη αν παρουσίαζαν

προβλήματα ψυχικής υγείας (Angelini et al., 2016; Verropoulou and Zakynthinou, 2016). Αυτές οι δύο μεταβλητές θεωρούνται αντιπροσωπευτικές δυσμενών συνθηκών καθώς άλλες πληροφορίες σχετικά με την κακοποίηση ή την παραμέληση παιδιών δεν είναι διαθέσιμες στο SHARE. Επιπλέον, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η παιδική κακοποίηση (φυσική ή ψυχολογική) και άλλες δυσάρεστες εμπειρίες σχετίζονται συχνά με την κατάχρηση αλκοόλ από τους γονείς ή με προβλήματα ψυχικής υγείας των γονέων (Angelini et al., 2016; Dube et al., 2001).

*Προγνωστικοί παράγοντες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή.* Η υγεία μετράται από έναν δείκτη σχετικά με το αν ο ερωτώμενος είχε βιώσει στο παρελθόν μία περίοδο κακής υγείας καθώς οι πληροφορίες για την αυτοαναφερόμενη υγεία δεν είναι διαθέσιμες για αυτήν την περίοδο. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση βασίζεται στο μορφωτικό επίπεδο που διακρίνεται σε δύο κατηγορίες (0-12 έτη έναντι το λιγότερο 13 έτη) και έναν δείκτη σχετικά με το αν ο ερωτώμενος βίωσε οικονομικές δυσκολίες κάποια περίοδο της ζωής του. Ο δείκτης έχει χρησιμοποιηθεί σε παλαιότερες έρευνες σαν μέτρο κοινωνικοοικονομικής κατάστασης (Amiaev, 2015; Conklin et al., 2013). Τέλος, οι δυσμενείς εμπειρίες αντιπροσωπεύονται επίσης από δύο δείκτες, μία δυαδική μεταβλητή που δηλώνει αν ο ερωτώμενος είχε βιώσει στρες και μία άλλη που δείχνει κατά πόσο τα άτομα είχαν βιώσει πείνα κάποια περίοδο της πρώιμης ή μέσης ενήλικης ζωής τους (Halmdienst and Winter-Ebmer, 2014).

*Παράγοντες από την όψιμη ενήλικη ζωή.* Η κατάσταση της υγείας αντιπροσωπεύεται από την αυτοαναφερόμενη υγεία (SPH) (που κυμαίνεται από 1 μέχρι 5, δηλαδή από άριστη έως κακή). Μολονότι αποτελεί έναν υποκειμενικό δείκτη της υγείας που μπορεί να επηρεαστεί από την ψυχική κατάσταση των ερωτώμενων, παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με διάφορες πτυχές της σωματικής υγείας καθώς και με την θνησιμότητα, ακόμα και όταν λαμβάνεται υπόψη η νοσηρότητα και η κατάθλιψη στην σύγχρονη ζωή (Verropoulou, 2014). Επιπρόσθετα, έχει αποδειχθεί ότι συσχετίζεται έντονα με την κατάθλιψη αλλά και ευρύτερα με την ψυχική υγεία (Padayachey, Ramlall and Chipps, 2017; Aziz and Steffens, 2013) ενώ παράλληλα επεξηγεί τη σχέση ανάμεσα στις σωματικές ασθένειες και τα συμπτώματα της κατάθλιψης (Segel-Karpas, 2015). Οι δείκτες υγείας περιλαμβάνουν επίσης τους κινητικούς περιορισμούς σε δυαδική μορφή (0: λιγότεροι από 3 και 1: τουλάχιστον 3 περιορισμοί). Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αντιπροσωπεύεται από το εάν το νοικοκυριό ήταν σε θέση να ανταποκριθεί οικονομικά στις απαιτήσεις που προέκυψαν το έτος πριν από την διεξαγωγή

της έρευνας με μεγάλη ή κάποια δυσκολία (τιμή μεταβλητής ίση με 1) ή διαφορετικά, αρκετά εύκολα ή εύκολα (τιμή μεταβλητής ίση με 0).

Όλα τα μοντέλα λαμβάνουν υπόψη την ηλικία των ερωτώμενων κατά τον χρόνο της συνέντευξης καθώς και το σύστημα κοινωνικής προνοίας. Αναφορικά με την τελευταία μεταβλητή, διακρίνονται τέσσερα μοντέλα κοινωνικής προνοίας: το Βόρειο ή Σκανδιναβικό μοντέλο που περιλαμβάνει την Σουηδία, την Δανία και την Ολλανδία, το Ηπειρωτικό μοντέλο στο οποίο ανήκουν η Αυστρία, η Γαλλία, η Γερμανία, το Βέλγιο και η Ελβετία, το Νότιο μοντέλο στο οποίο εντάσσονται η Ιταλία, η Ισπανία, και η Ελλάδα και το Κεντρικό/Ανατολικό μοντέλο που περιλαμβάνει την Πολωνία και την Τσεχία. Με αυτόν τον τρόπο οι εκτιμήσεις λαμβάνουν υπόψη διαφοροποιήσεις που σχετίζονται με το βιοτικό επίπεδο, τις κοινωνικές παροχές και την υγειονομική περίθαλψη κάθε συστήματος (Norden, 2013; Popova and Kozhevnikova, 2013; Sengoku, 2003).

### 5.2.2 Στατιστική ανάλυση

Για τους σκοπούς της ανάλυσης εφαρμόστηκαν τρία μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, ξεχωριστά ανά φύλο. Το πρώτο μοντέλο περιλαμβάνει μόνο τις μεταβλητές από την παιδική ηλικία. Το δεύτερο μοντέλο αποτελεί μία επέκταση του πρώτου καθώς περιλαμβάνει επιπλέον προγνωστικούς παράγοντες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και το τρίτο μοντέλο αποτελεί επέκταση του δεύτερου μοντέλου, ενσωματώνοντας επίσης τους παράγοντες από την όψιμη ενήλικη ζωή. Ο τρόπος με τον οποίο έχουν κατασκευαστεί τα μοντέλα επιτρέπει την εκτίμηση της σχετικής σημαντικότητας των συνθηκών που αφορούν σε διαφορετικά χρονικά στάδια κατά την διάρκεια της ζωής. Ειδικότερα, σε πρώτο επίπεδο επιτρέπει την αξιολόγηση της σημαντικότητας των παραγόντων από την παιδική ηλικία όταν εισαχθούν μεταβλητές από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και σε δεύτερο επίπεδο εκτιμά την προγνωστική ικανότητα των συγκυριών της παιδικής ηλικίας και των συνθηκών στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή όταν εισαχθούν μεταβλητές από την όψιμη ενήλικη ζωή.

Στην συνέχεια εφαρμόστηκε μία τεχνική που επιτρέπει τον διαχωρισμό των επιδράσεων των παραγόντων της παιδικής ηλικίας σε άμεσες και έμμεσες (mediation), με χρήση του KHB module, που αναπτύχθηκε για το λογισμικό STATA 13 (Kohler, Karlson and Holm, 2011). Η μέθοδος, εκτός από την άμεση και έμμεση επίδραση, παρέχει εκτιμήσεις σχετικά με τη συμμετοχή των συγκυριών της πρώιμης, μέσης και όψιμης ενήλικης ζωής στην έμμεση επίδραση των μεταβλητών της παιδικής ηλικίας. Ειδικότερα, η μέθοδος εκτιμά την άμεση

επίδραση μιας μεταβλητής ενδιαφέροντος με βάση το πλήρες μοντέλο που περιλαμβάνει όλους τους προγνωστικούς παράγοντες, καθώς επίσης και τη συνολική επίδραση αυτής της μεταβλητής μέσα από ένα περιορισμένο μοντέλο, το οποίο παραλείπει μία ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή της πρώιμης και μέσης ή όψιμης ενήλικης ζωής (mediator). Η έμμεση επίδραση προκύπτει ως η διαφορά της άμεσης από την συνολική επίδραση. Καθώς η μέθοδος επιτρέπει την ταυτόχρονη χρήση πολλών ενδιάμεσων επεξηγηματικών μεταβλητών, δύναται να παρέχει εκτιμήσεις για την έμμεση επίδραση που οφείλεται σε κάθε μία από αυτές. Η αναλογία της συνολικής επίδρασης μιας μεταβλητής από την παιδική ηλικία που εκφράζεται μέσα από τις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές (total confounding percentage) υπολογίζεται ως η συνολική έμμεση επίδραση που οφείλεται σε όλες τις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές διαιρούμενη με τον συντελεστή της συνολικής επίδρασης. Η ποσοστιαία συνεισφορά κάθε ενδιάμεσης επεξηγηματικής μεταβλητής σε αυτή την αναλογία για μία συγκεκριμένη μεταβλητή της παιδικής ηλικίας υπολογίζεται ως ο λόγος της έμμεσης επίδρασης της αντίστοιχης επεξηγηματικής μεταβλητής διαιρούμενος με το άθροισμα όλων των έμμεσων επιδράσεων των ενδιάμεσων επεξηγηματικών μεταβλητών για την συγκεκριμένη μεταβλητή. Αυτές οι εκτιμήσεις παρέχονται από το KHB module.

Στην πραγματικότητα, η τεχνική αυτή επιτρέπει την εκτίμηση του βαθμού στον οποίο μια μεταβλητή μεσολαβεί ή επεξηγεί την σχέση ανάμεσα σε ένα προγνωστικό παράγοντα και την εξαρτημένη μεταβλητή (Breen, Karlson and Holm, 2013; Kohler, Karlson and Holm, 2011). Οι εκτιμήσεις που παρέχονται από την μέθοδο είναι αμερόληπτες (unbiased) και είναι πιο αξιόπιστες (robust) σε σύγκριση με τα μοντέλα logit (Berg, Kalmijn and Leopold, 2018; Kendig et al., 2017). Ένα άλλο πλεονέκτημα της μεθόδου είναι η ταυτόχρονη χρήση πολλών ενδιάμεσων επεξηγηματικών μεταβλητών η οποία επιτρέπει να προσδιοριστεί η σχετική συμβολή καθεμίας από αυτές πάνω στην έμμεση επίδραση της μεταβλητής ενδιαφέροντος (Arpino, Gumà and Julià, 2018).

### 5.3 Αποτελέσματα

Ο Πίνακας 5.1 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για το συνολικό δείγμα και ανά φύλο. Η μέση ηλικία των ανδρών στο δείγμα είναι 66.4 έτη ενώ για τις γυναίκες είναι 65.8 έτη. Το ποσοστό των γυναικών που πάσχουν από κατάθλιψη είναι διπλάσιο από αυτό των ανδρών (30.3% έναντι 14.9%). Αναφορικά με την παιδική ηλικία, οι γυναίκες αναφέρουν ελαφρώς χειρότερη αυτοαναφερόμενη υγεία και περισσότερες κατορθώνουν χειρότερες επιδόσεις στα Μαθηματικά στην ηλικία των 10 ετών συγκριτικά με τους άνδρες. Από την

### 5.3 Αποτελέσματα

άλλη πλευρά, ελαφρώς περισσότερες γυναίκες από ότι άνδρες είχαν πρόσβαση σε τουλάχιστον 10 βιβλία στην ηλικία των 10 ετών. Σχετικά με τις δυσμενείς εμπειρίες, τα ποσοστά των αλκοολικών γονέων είναι σχεδόν ίσα και για τα δύο φύλα, ενώ μεταξύ των γυναικών, είναι κάπως συχνότερη η παρουσία γονέων με προβλήματα ψυχικής υγείας. Κατά την πρώιμη και μέση ενηλικίωση οι γυναίκες βίωσαν σε υψηλότερες αναλογίες στρες (54.5%), κακή υγεία (42.5%) και οικονομική δυσπραγία (34.5%) σε σχέση με τους άνδρες (46.9%, 39.2% και 30.7% αντίστοιχα) ενώ λιγότερες έζησαν την εμπειρία της πείνας. Επιπλέον, έχουν κατά μέσο όρο λιγότερα εκπαιδευτικά προσόντα. Όσον αφορά στην όψιμη ενήλικη ζωή, οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης από τους άνδρες και ένα πολύ μεγαλύτερο ποσοστό αυτών αναφέρει ότι υποφέρει από τουλάχιστον τρεις κινητικές δυσκολίες (27.0% σε σύγκριση με 14.4%). Τέλος, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες οικονομικές δυσκολίες στη σύγχρονη ζωή τους.

**Πίνακας 5.1** Ποσοστά και μέσες τιμές (<sup>m</sup>) από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και την όψιμη ενήλικη ζωή για το συνολικό δείγμα και ανά φύλο.

Predictors	Total	Males	Females
<b>Depression (%)</b>			
No (0-3 symptoms)	76.5	85.1	69.7
Yes (4 or more symptoms)	23.5	14.9	30.3
<b>Childhood (%)</b>			
Self-perceived health (CSPH)			
Excellent, very good and good	91.9	92.8	91.1
Fair and poor	8.1	7.2	8.9
Relative position to peers in math at age ten			
Much better/better/about the same	83.6	85.9	81.8
Worse / much worse	16.4	14.1	18.2
Number of books at age ten			
0-10 books	43.7	44.6	43.0
10 or more books	56.3	55.4	57.0
Parents drank heavily			
No	91.5	91.5	91.6
Yes	8.5	8.5	8.4
Parents had mental health problems			
No	97.7	98.1	97.4
Yes	2.3	1.9	2.6
<b>Adulthood (%)</b>			
Period of stress			
No	48.8	53.1	45.5
Yes	51.2	46.9	54.5

### 5.3 Αποτελέσματα

Period of poor health			
No	59.0	60.8	57.5
Yes	41.0	39.2	42.5
Period of financial hardship			
No	67.2	69.3	65.5
Yes	32.8	30.7	34.5
Period of hunger			
No	92.2	91.1	93.0
Yes	7.8	8.9	7.0
Educational attainment			
0-12 years of education	69.2	64.5	72.9
13 or more years of education	30.8	35.5	27.1
<b>Later life</b>			
Self perceived health (1: excellent - 5: poor)	3.02 <sup>m</sup>	2.94 <sup>m</sup>	3.07 <sup>m</sup>
Mobility			
0-2 limitations	78.5	85.6	73.0
3+ limitations	21.5	14.4	27.0
Household able to make ends meet			
Easily or fairly easily	60.5	63.4	58.3
With some difficulty or with great difficulty	39.5	36.6	41.7
<b>Controls</b>			
Age at the time of interview	66.05 <sup>m</sup>	66.36 <sup>m</sup>	65.81 <sup>m</sup>
Welfare systems (%)			
Nordic Model	23.4	23.9	23.0
Continental Model	33.6	33.5	33.6
Southern Model	28.2	28.4	28.1
Central / Eastern Model	14.8	14.2	15.3
<b>Sample size</b>	<b>23768</b>	<b>10489</b>	<b>13279</b>

Οι Πίνακες 5.2 και 5.3 παρουσιάζουν τα αποτελέσματα των τριών μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης ξεχωριστά για τους άνδρες και τις γυναίκες. Στο πρώτο μοντέλο για τους άνδρες (Πίνακας 5.2), το οποίο περιλαμβάνει μόνο συγκυρίες από την παιδική ηλικία, η κακή ψυχική υγεία των γονέων είναι ο παράγοντας που έχει την μεγαλύτερη δυσμενή επίδραση στην κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή. Παρόλα αυτά, όλες οι συγκυρίες από την παιδική ηλικία είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της κατάθλιψης και οι συσχετίσεις δείχνουν την αναμενόμενη κατεύθυνση.

Στο δεύτερο μοντέλο, το οποίο επιπλέον περιλαμβάνει τις συνθήκες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, οι συγκυρίες από την παιδική ηλικία εξακολουθούν να παραμένουν πολύ σημαντικές. Οι συνθήκες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή είναι επίσης σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή, η πιο σημαντική

ανάμεσα σε αυτές φαίνεται να είναι το να έχει κανείς βιώσει κακή υγεία μία περίοδο στην ζωή του.

Η προσθήκη των σύγχρονων παραγόντων της ζωής στο τρίτο μοντέλο καθιστά την υγεία στην παιδική ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το βίωμα της πείνας όπως το έζησαν οι ερωτώμενοι στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή τους, στατιστικά μη σημαντικούς παράγοντες. Παρόλα αυτά, όλες οι άλλες συνθήκες στην παιδική ηλικία και την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή παραμένουν σημαντικές, ιδιαίτερα η κακή ψυχική υγεία των γονέων και η εμπειρία της κακής υγείας στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή. Η κακή υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή και οι οικονομικές δυσκολίες παρουσιάζουν ισχυρή συσχέτιση με την κατάθλιψη. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ουσιαστικές διαφορές για όλα τα συστήματα κοινωνικής προνοίας συγκρινόμενα με το Βόρειο (που αποτελεί την κατηγορία αναφοράς) επεξηγούνται σχεδόν εξ' ολοκλήρου από παράγοντες της όψιμης ενήλικης ζωής.

Λαμβάνοντας υπόψη τις γυναίκες (Πίνακας 5.3), φαίνεται ότι όλοι οι παιδικοί παράγοντες είναι πολύ σημαντικοί στο πρώτο μοντέλο, αν και η κακή ψυχική υγεία των γονέων δεν είναι και τόσο σημαντική. Η προσθήκη των περιστάσεων στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (Μοντέλο 2) καθιστά την κακή ψυχική υγεία των γονέων στατιστικά μη σημαντική\* ωστόσο, οι υπόλοιπες συνθήκες από την παιδική ηλικία διατηρούν την σημασία τους ως παράγοντες πρόβλεψης της κατάθλιψης ενώ όλοι οι παράγοντες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή είναι στατιστικά σημαντικοί.

Η ενσωμάτωση της υγείας και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην όψιμη ενήλικη ζωή δεν μεταβάλλουν αισθητά τις υφιστάμενες σχέσεις, αν και οι επιδράσεις των συγκυριών από την παιδική ηλικία και την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή μειώνονται κάπως στις περισσότερες περιπτώσεις κοιτώντας τα επιμέρους odds ratios των μεταβλητών ενώ η συσχέτιση με το μορφωτικό επίπεδο, η οποία είναι σημαντική τώρα μόνο στο επίπεδο 10%, δείχνει προς την αντίθετη κατεύθυνση. Οι παράγοντες στην όψιμη ενήλικη ζωή σχετίζονται σημαντικά με την κατάθλιψη.

Αξίζει να σημειωθεί ότι οι διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται ανάμεσα στο Βόρειο ή Σκανδιναβικό μοντέλο και τα άλλα συστήματα κοινωνικής προνοίας είναι σημαντικές και πολύ έντονες στο Μοντέλο 1- ειδικά όσον αφορά στο Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα -, ωστόσο σύμφωνα με το Μοντέλο 3 παραμένουν σημαντικές και με μικρές αποκλίσεις ανάμεσα στο Ηπειρωτικό και Νότιο σύστημα κοινωνικής προνοίας όπως φαίνεται από τις

### 5.3 Αποτελέσματα

τιμές που έχουν τα odds ratios των συστημάτων κοινωνικής προνοίας (1.180 και 1.233 αντίστοιχα).

**Πίνακας 5.2** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τους παράγοντες από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και την όψιμη ενήλικη ζωή για τους άνδρες (N=10489).

Predictors	Model 1 (Childhood)	Model 2 (Childhood and Adulthood)	Model 3 (Childhood, Adulthood and Later Life)
<b>Childhood</b>			
Self-perceived health (CSPH)			
Excellent, very good and good (ref. cat.)	1	1	1
Fair and poor	1.595*** (1.319 1.929)	1.321*** (1.087 1.604)	1.161 (0.943 1.429)
Relative position to peers in math at age ten			
Much better/better/about the same (ref. cat.)	1	1	1
Worse / much worse	1.416*** (1.225 1.637)	1.322*** (1.139 1.535)	1.220** (1.040 1.431)
Number of books at age ten			
10 or more books (ref. cat.)	1	1	1
0-10 books	1.603*** (1.425 1.804)	1.547*** (1.366 1.753)	1.296*** (1.135 1.480)
Parents drank heavily			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	1.481*** (1.242 1.765)	1.326*** (1.107 1.587)	1.261** (1.039 1.531)
Parents had mental health problems			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	2.090*** (1.473 2.965)	1.790*** (1.253 2.556)	1.708*** (1.159 2.515)
<b>Adulthood</b>			
Period of stress			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.400*** (1.241 1.578)	1.484*** (1.306 1.687)
Period of poor health			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		2.030*** (1.808 2.279)	1.175** (1.034 1.336)
Period of financial hardship			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.426***	1.304***



### 5.3 Αποτελέσματα

		(1.265 1.608)	(1.146 1.484)
Period of hunger			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.277***	1.155
		(1.071 1.523)	(0.956 1.396)
Educational attainment			
13 or more years of education (ref. cat.)		1	1
0-12 years of education		1.202**	0.918
		(1.049 1.377)	(0.794 1.061)
<b>Later life</b>			
Self perceived health (1: excellent - 5: poor)			2.058***
			(1.914 2.213)
Mobility			
0-2 limitations			1
3+ limitations			2.325***
			(2.010 2.690)
Household able to make ends meet			
Easily or fairly easily (ref. cat.)			1
With some difficulty or with great difficulty			1.516***
			(1.324 1.737)
<b>Controls</b>			
Age at the time of interview	1.020***	1.016***	0.999
	(1.013 1.025)	(1.010 1.023)	(0.992 1.006)
Welfare systems			
Nordic Model (ref. cat.)	1	1	1
Continental Model	1.404***	1.264***	1.085
	(1.188 1.658)	(1.067 1.496)	(0.907 1.296)
Southern Model	1.300***	1.343***	0.953
	(1.087 1.555)	(1.117 1.615)	(0.778 1.168)
Central / Eastern Model	2.687***	2.759***	1.233*
	(2.228 3.241)	(2.275 3.346)	(0.993 1.532)
<b>Pseudo-R<sup>2</sup> Nagelkerke</b>	<b>0.056</b>	<b>0.107</b>	<b>0.241</b>
<b>Classification Percent (%)</b>	<b>85.1</b>	<b>85.1</b>	<b>86.3</b>

*Υποσημειώσεις:* \*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05 \* p-value<0.10

1) Το pseudo-R<sup>2</sup>, που δείχνει την ποσότητα της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής που επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, υποδηλώνει μία αύξηση στην προβλεπτική ισχύ του Μοντέλου 3 (R<sup>2</sup>=0.241) συγκριτικά με το Μοντέλο 1 (R<sup>2</sup>=0.056) και το Μοντέλο 2 (R<sup>2</sup>=0.107).

2) Οι πίνακες ταξινόμησης των μοντέλων δείχνουν το ποσοστό των περιπτώσεων της εξαρτημένης μεταβλητής που προβλέπεται σωστά για τα Μοντέλα 1, 2 και 3 και καθώς αυτά είναι πολύ υψηλά (85.10%, 85.10% και 86.30% αντίστοιχα), αυτό αποτελεί ένδειξη μιας πολύ καλής προσαρμογής για όλα τα μοντέλα.

### 5.3 Αποτελέσματα

**Πίνακας 5.3** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τους παράγοντες από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και την όψιμη ενήλικη ζωή για τις γυναίκες (N=13279).

<b>Predictors</b>	<b>Model 1 (Childhood)</b>	<b>Model 2 (Childhood and adulthood)</b>	<b>Model 3 (Childhood,Adulthood and Later Life)</b>
<b>Childhood</b>			
Self-perceived health (CSPH)			
Excellent, very good and good (ref. cat.)	1	1	1
Fair and poor	1.836***	1.520***	1.212***
	(1.618 2.085)	(1.334 1.732)	(1.054 1.394)
Relative position to peers in math at age ten			
Much better/better/about the same (ref. cat)	1	1	1
Worse / much worse	1.564***	1.483***	1.358***
	(1.421 1.722)	(1.344 1.637)	(1.222 1.509)
Number of books at age ten			
10 or more books (ref. cat.)	1	1	1
0-10 books	1.477***	1.437***	1.248***
	(1.360 1.604)	(1.318 1.568)	(1.137 1.369)
Parents drank heavily			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	1.650***	1.479***	1.440***
	(1.448 1.882)	(1.293 1.692)	(1.247 1.662)
Parents had mental health problems			
No (ref. cat.)	1	1	1
Yes	1.256*	1.078	1.091
	(0.986 1.599)	(0.842 1.379)	(0.839 1.420)
<b>Adulthood</b>			
Period of stress			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.576***	1.664***
		(1.447 1.717)	(1.520 1.823)
Period of poor health			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.785***	1.182***
		(1.646 1.936)	(1.081 1.291)
Period of financial hardship			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.273***	1.151***
		(1.170 1.386)	(1.051 1.262)
Period of hunger			
No (ref. cat.)		1	1
Yes		1.362***	1.255***

### 5.3 Αποτελέσματα

		(1.174 1.579)	(1.071 1.471)
Educational attainment			
13 or more years of education (ref. cat.)		1	1
0-12 years of education		1.154**	0.958*
		(1.044 1.275)	(0.865 0.990)
<b>Later life</b>			
Self perceived health (1: excellent - 5: poor)			1.927***
			(1.832 2.028)
Mobility			
0-2 limitations			1
3+ limitations			1.911***
			(1.730 2.111)
Household able to make ends meet			
Easily or fairly easily (ref. cat.)			1
With some difficulty or with great difficulty			1.403***
			(1.277 1.540)
<b>Controls</b>			
Age at the time of interview	1.012***	1.011***	0.991***
	(1.008 1.016)	(1.007 1.016)	(0.986 0.995)
Welfare systems			
Nordic Model (ref. cat.)	1	1	1
Continental Model	1.395***	1.287***	1.180***
	(1.245 1.563)	(1.146 1.446)	(1.043 1.335)
Southern Model	1.651***	1.795***	1.233***
	(1.460 1.866)	(1.581 2.038)	(1.071 1.419)
Central / Eastern Model	2.765***	2.859***	1.456***
	(2.424 3.153)	(2.497 3.274)	(1.251 1.696)
<b>Pseudo-R<sup>2</sup> Nagelkerke</b>	<b>0.078</b>	<b>0.131</b>	<b>0.260</b>
<b>Classification Percent (%)</b>	<b>70.3</b>	<b>71.4</b>	<b>75.6</b>

Υποσημειώσεις: \*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05 \* p-value<0.10

1) Το pseudo-R<sup>2</sup>, που δείχνει την ποσότητα της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής που επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, υποδηλώνει μία αύξηση στην προβλεπτική ισχύ του Μοντέλου 3 (R<sup>2</sup>=0.260) συγκριτικά με το Μοντέλο 1 (R<sup>2</sup>=0.078) και το Μοντέλο 2 (R<sup>2</sup>=0.131).

2) Οι πίνακες ταξινόμησης των μοντέλων δείχνουν το ποσοστό των περιπτώσεων της εξαρτημένης μεταβλητής που προβλέπεται σωστά για τα Μοντέλα 1, 2 και 3 και καθώς αυτά είναι αρκετά υψηλά (70.30%, 71.40% και 75.60% αντίστοιχα), αυτό αποτελεί ένδειξη μιας αρκετά καλής προσαρμογής για όλα τα μοντέλα.

Συγκρίνοντας τα ευρήματα για τους άνδρες και τις γυναίκες υπάρχουν κάποιες σημαντικές διαφορές. Στους άνδρες, η κακή υγεία στην παιδική ηλικία δεν έχει στατιστικά σημαντική επίδραση στο τρίτο μοντέλο ενώ η κακή ψυχική υγεία των γονέων διατηρεί μία ισχυρή επίδραση. Αντιθέτως, μεταξύ των γυναικών, ο πρώτος παράγοντας διατηρεί ένα στατιστικά

σημαντικό αποτέλεσμα ενώ ο τελευταίος προγνωστικός παράγοντας έχει μικρό αντίκτυπο ακόμα και στο πρώτο μοντέλο. Επιπρόσθετα, οι οικονομικές δυσκολίες στην πρώιμη, μέση αλλά και όψιμη ενήλικη ζωή είναι πιο σημαντικές μεταξύ των ανδρών, ενώ στις γυναίκες, οι δυσμενείς εμπειρίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή όπως το στρες και η πείνα έχουν το μεγαλύτερο αντίκτυπο. Τέλος, οι διαφορές μεταξύ των συστημάτων κοινωνικής προνοίας δεν είναι στατιστικά σημαντικές για τους άνδρες στο Μοντέλο 3 αλλά για τις γυναίκες παραμένουν ουσιαστικές.

Οι Πίνακες 5.4(α) και 5.4(β) δείχνουν για τους επιλεγμένους προγνωστικούς παράγοντες από την παιδική ηλικία την ανάλυση των συνολικών επιδράσεων στα άμεσα και έμμεσα μέρη που τα αποτελούν, ξεχωριστά ανά φύλο. Ως ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές έχουν θεωρηθεί όλοι οι παράγοντες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή καθώς και την όψιμη ενήλικη ζωή που περιλαμβάνονται στο Μοντέλο 3, με εξαίρεση το εκπαιδευτικό επίπεδο και την πρόσφατη αυτοαναφερόμενη υγεία, που περιλαμβάνονται στο μοντέλο μόνο ως μεταβλητές ελέγχου (control variables). Η προκαταρκτική ανάλυση έδειξε ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν επεξηγεί τις επιδράσεις (effects) των συγκυριών από την παιδική ηλικία. Επιπρόσθετα, η πρόσφατη αυτοαναφερόμενη υγεία, παρά το γεγονός ότι έχει έναν ισχυρό ρόλο ως ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή (όπως φαίνεται από τα Σχήματα 1-4), εξαιρέθηκε από τους πίνακες 5.4(α) και 5.4(β) με το σκεπτικό ότι, καθώς αντιπροσωπεύει ένα υποκειμενικό μέτρο της υγείας, μπορεί να αντανακλά σε κάποιο βαθμό την μεταβλητή απόκρισης (ή την εξαρτημένη μεταβλητή) της κατάθλιψης. Τέλος, καθώς η μεταβλητή «πλήθος των βιβλίων στην ηλικία των δέκα ετών» είχε μη στατιστικά σημαντική έμμεση επίδραση και για τα δύο φύλα, συμπεριλήφθηκε σε αυτά τα μοντέλα μόνο σαν control μεταβλητή, μαζί με την ηλικία και τα συστήματα κοινωνικής προνοίας.

Στους Πίνακες 5.4(α) και 5.4(β) που ακολουθούν, εκτός από την έμμεση επίδραση ενός παιδικού παράγοντα που επεξηγείται από συνθήκες στην πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή, εμφανίζονται και οι συντελεστές για τα περιορισμένα (reduced) και πλήρη (full) μοντέλα, μαζί με τις αντίστοιχες αναλογίες της συνολικής επίδρασης των μεταβλητών από την παιδική ηλικία όπως αυτές εκφράζονται μέσα από τις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές (total confounding percentages). Για παράδειγμα, όσον αφορά στους άνδρες, η μέτρια ή κακή αυτοαναφερόμενη υγεία στην παιδική ηλικία αυξάνει τα log odds για την εμφάνιση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή κατά 0.250 (συντελεστής μειωμένου μοντέλου)· λαμβάνοντας υπόψη όλες τις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές που

### 5.3 Αποτελέσματα

περιέχονται στο μοντέλο, η συνολική επίδραση για την παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία μειώνεται σε 0.149 (συντελεστής πλήρους μοντέλου), υποδηλώνοντας έτσι μία έμμεση επίδραση της τάξης του 0.101 (την διαφορά των δύο προηγούμενων μοντέλων). Με άλλα λόγια, για μία μεταβολή στην τυπική απόκλιση της παιδικής αυτοαναφερόμενης υγείας, η πιθανότητα ενός ατόμου να πάσχει από κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή αυξάνει κατά 25 ποσοστιαίες μονάδες. Με δεδομένη την παρουσία από όλες τις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές, αυτή η μέση αύξηση μειώνεται σε 14.9 ποσοστιαίες μονάδες (συντελεστής πλήρους μοντέλου). Ως εκ τούτου, η κακή, μέτρια και καλή παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία (δηλαδή καθώς αυξάνεται η μεταβλητή της παιδικής αυτοαναφερόμενης υγείας κατά μία μονάδα) οδηγεί τις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές να λαμβάνουν υψηλότερες τιμές, το οποίο μεταφράζεται σε μία αύξηση της πιθανότητας να παρουσιαστεί κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή κατά 10.1 ποσοστιαίες μονάδες (η διαφορά ανάμεσα στους συντελεστές μειωμένου και πλήρους μοντέλου).

Όλες οι έμμεσες επιδράσεις και για τα δύο φύλα είναι στατιστικά σημαντικές, με εξαίρεση την μεταβλητή που αναφέρεται στην σχετική θέση των ερωτώμενων στα Μαθηματικά συγκριτικά με τους συμμαθητές τους στην ηλικία των δέκα ετών, για τους άνδρες. Ειδικότερα, στους άνδρες, ο παράγοντας από την παιδική ηλικία με την πιο σημαντική έμμεση επίδραση είναι η κακή ψυχική υγεία των γονέων των ερωτώμενων η οποία επεξηγείται από παράγοντες στην πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή περίπου κατά 24%. Παράλληλα, η παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία επεξηγείται κατά 40% και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς κατά 32%. Στις γυναίκες, η παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία και η κακή ψυχική υγεία των γονέων έχουν τις πιο σημαντικές έμμεσες επιδράσεις. Αυτές επεξηγούνται από συγκυρίες μετά την παιδική ηλικία κατά 42% και 58% αντίστοιχα. Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς και η σχετική θέση στα Μαθηματικά με τους άλλους συμμαθητές στην ηλικία των 10 χρόνων επεξηγούνται σε ένα ποσοστό κοντά στο 22%.

### 5.3 Αποτελέσματα

**Πίνακας 5.4(α)** Συντελεστές για τα total, direct και indirect effects, total confounding ποσοστά και ποσοστά συνεισφοράς των mediators ανά φύλο, βασισμένα στην τεχνική mediation για τις μεταβλητές childhood self-perceived health (CSPH) και relative position with others in Mathematics at age ten.

	<b>Males</b>	<b>Females</b>
<b>Childhood Predictors</b>		
<b>Childhood self-perceived health (CSPH)</b>		
Indirect effect (OR)	1.107*	1.147***
Reduced model (Coefficient of Total effect)	0.250	0.330
Full model (Coefficient of Direct effect)	0.149	0.193
Difference (Coefficient of Indirect effect)	0.101	0.137
Total Confounding percentage	40.42	41.67
Due to adulthood and later life mediators (%)		
Period of stress	<b>32.64</b>	27.29
Period of poor health	21.00	17.91
Period of financial hardship	18.96	8.67
Period of hunger	12.53	12.49
Mobility limitations	12.36	<b>28.48</b>
Household able to make ends meet	2.52	5.17
<b>Relative position with others in Mathematics at age ten</b>		
Indirect effect (OR)	-	1.097**
Reduced model (Coefficient of Total effect)	-	0.398
Full model (Coefficient of Direct effect)	-	0.306
Difference (Coefficient of Indirect effect)	-	0.092
Total Confounding percentage	-	23.20
Due to adulthood and later life mediators (%)		
Period of stress	-	11.38
Period of poor health	-	3.19
Period of financial hardship	-	11.70
Period of hunger	-	11.88
Mobility limitations	-	28.53
Household able to make ends meet	-	<b>33.32</b>

Υποσημειώσεις: \*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05 \* p-value<0.10

Το total confounding percentage ορίζεται μέσα από την ποσότητα  $((\beta_R - \beta_F) / \beta_R) * 100 = (\beta_I / \beta_R) * 100$  όπου  $\beta_R$  είναι ο συντελεστής για το μειωμένο μοντέλο (total effect),  $\beta_F$  είναι ο συντελεστής για το πλήρες μοντέλο (direct effect) και  $\beta_I$  είναι ο συντελεστής για το μοντέλο της διαφοράς (indirect effect). Εναλλακτικά, το confounding ποσοστό είναι το ποσοστό του total effect που οφείλεται σε mediators από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή.

**Πίνακας 5.4(β)** Συντελεστές για τα total, direct και indirect effects, total confounding ποσοστά και ποσοστά συνεισφοράς των mediators ανά φύλο, βασισμένα στην τεχνική mediation για τις μεταβλητές parents drank heavily και parents had mental health problems.

	<b>Males</b>	<b>Females</b>
<b>Childhood Predictors</b>		
<b>Parents drank heavily</b>		
Indirect effect (OR)	1.116*	1.111**
Reduced model (Coefficient of Total effect)	0.342	0.469
Full model (Coefficient of Direct effect)	0.232	0.364
Difference (Coefficient of Indirect effect)	0.110	0.105
Total Confounding percentage	32.13	22.38
Due to adulthood and later life mediators (%)		
Period of stress	17.81	<b>42.01</b>
Period of poor health	8.16	9.80
Period of financial hardship	18.59	12.39
Period of hunger	4.41	10.37
Mobility limitations	22.13	25.35
Household able to make ends meet	<b>28.90</b>	0.08
<b>Parents had mental health problems</b>		
Indirect effect (OR)	1.179***	1.130**
Reduced model (Coefficient of Total effect)	0.700	0.209
Full model (Coefficient of Direct effect)	0.535	0.087
Difference (Coefficient of Indirect effect)	0.165	0.122
Total Confounding percentage	23.54	58.28
Due to adulthood and later life mediators (%)		
Period of stress	<b>31.53</b>	<b>58.19</b>
Period of poor health	7.06	14.94
Period of financial hardship	27.17	7.99
Period of hunger	3.58	9.86
Mobility limitations	22.57	6.06
Household able to make ends meet	8.09	2.96

Υποσημειώσεις: \*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05 \* p-value<0.10

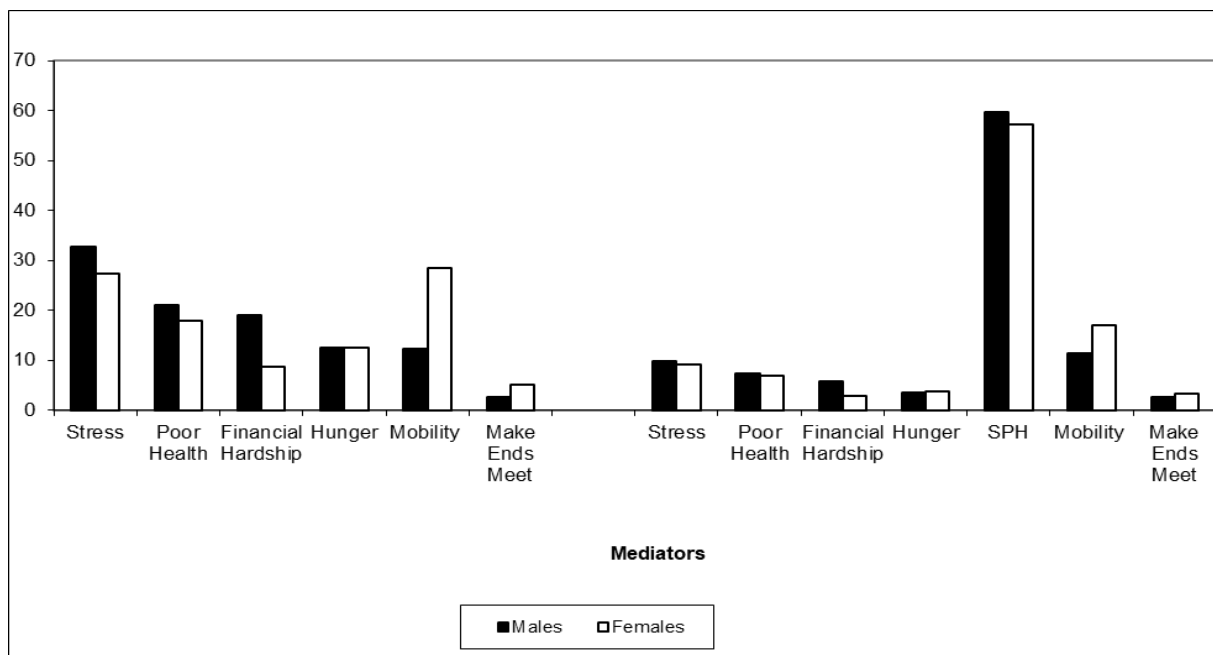
Το total confounding percentage ορίζεται μέσα από την ποσότητα  $((\beta_R - \beta_F) / \beta_R) * 100 = (\beta_I / \beta_R) * 100$  όπου  $\beta_R$  είναι ο συντελεστής για το μειωμένο μοντέλο (total effect),  $\beta_F$  είναι ο συντελεστής για το πλήρες μοντέλο (direct effect) και  $\beta_I$  είναι ο συντελεστής για το μοντέλο της διαφοράς (indirect effect). Εναλλακτικά, το confounding ποσοστό είναι το ποσοστό του total effect που οφείλεται σε mediators από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή.

Στα διαγράμματα 5.1-5.4 απεικονίζεται η ποσοστιαία συνεισφορά κάθε ενδιάμεσης επεξηγηματικής μεταβλητής στην έμμεση επίδραση των προγνωστικών παραγόντων από την παιδική ηλικία ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες. Όλα τα σχήματα περιλαμβάνουν δύο τμήματα· στο αριστερό τμήμα η σχετική συμβολή απεικονίζεται για τα μοντέλα που περιλαμβάνουν την υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή (SPH) μόνο σαν μεταβλητή ελέγχου ενώ στο δεξί πλευρικό panel η ίδια μεταβλητή συμπεριλαμβάνεται σαν ενδιάμεση επεξηγηματική

### 5.3 Αποτελέσματα

μεταβλητή. Αναφορικά με την παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία (Διάγραμμα 5.1: αριστερό τμήμα), επεξηγείται σε μεγαλύτερο βαθμό από συγκυρίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και όχι από μεταγενέστερες συνθήκες στην όψιμη ενήλικη ζωή, ιδίως μεταξύ των ανδρών. Οι πιο σημαντικές ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές και για τα δύο φύλα είναι το στρες κάποια περίοδο από όλο το φάσμα της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής των ερωτώμενων, το οποίο συμβάλλει στην έμμεση επίδραση περίπου στο 30% καθώς επίσης και η κακή υγεία, η οποία συνεισφέρει περίπου ένα ποσοστό ίσο με 20%. Οι οικονομικές δυσκολίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή είναι πιο σημαντικές για τους άνδρες, ενώ οι συνθήκες που αφορούν στην σύγχρονη ζωή είναι αρκετά σημαντικές για τις γυναίκες, ιδίως οι κινητικές δυσκολίες. Η συμπερίληψη της αυτοαναφερόμενης υγείας στην όψιμη ενήλικη ζωή σαν ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή στο μοντέλο δείχνει ότι πάνω από το 60% της έμμεσης επίδρασης για την παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία μπορεί να αποδοθεί σε αυτόν τον παράγοντα. Απεναντίας, η σημασία όλων των άλλων ενδιάμεσων επεξηγηματικών μεταβλητών, ιδίως αυτών που αναφέρονται σε παράγοντες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, μειώνεται δραστικά.

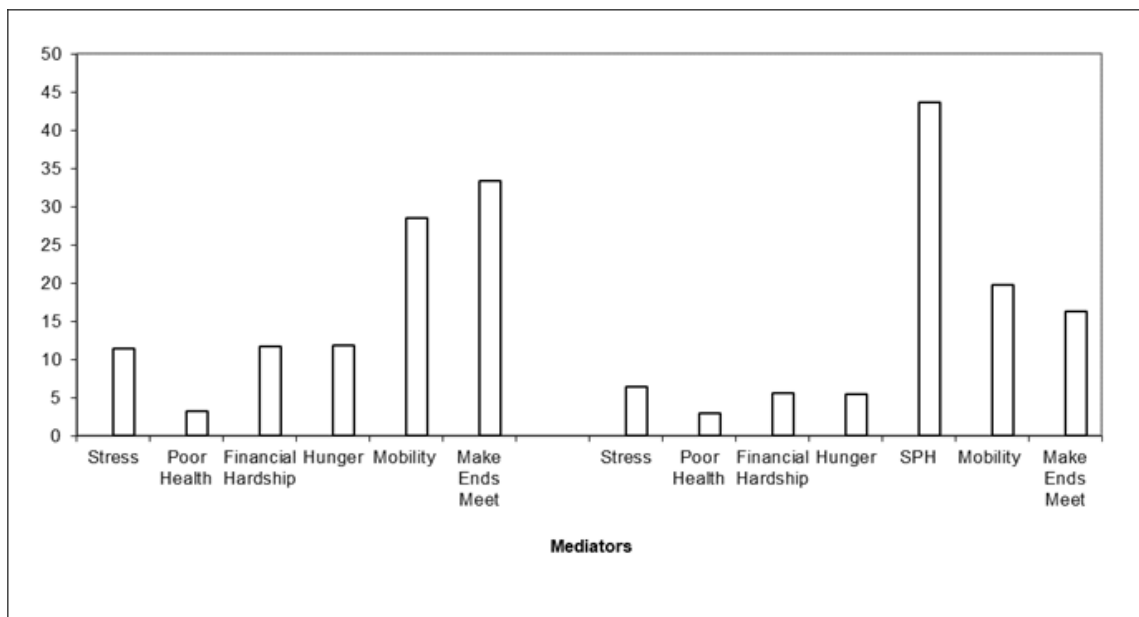
**Διάγραμμα 5.1** Ποσοστιαία συνεισφορά των mediators από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή πάνω στο indirect effect για την «παιδική αυτοαναφερόμενη υγεία» για άνδρες και γυναίκες, με και χωρίς την αυτοαναφερόμενη υγεία (SPH) στην όψιμη ενήλικη ζωή σαν mediator.





Η σχετική θέση στα Μαθηματικά στην ηλικία των δέκα ετών (Διάγραμμα 5.2) έχει μία στατιστικά σημαντική έμμεση επίδραση μόνο για τις γυναίκες. Αυτή επεξηγείται κυρίως από συγκυρίες στην όψιμη ενήλικη ζωή, οι οικονομικές δυσκολίες συμβάλλουν στο 33% στην έμμεση επίδραση ενώ οι κινητικοί περιορισμοί στο 29%. Από τις συνθήκες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, η δυσμενής εμπειρία της κακής υγείας είναι η λιγότερο σημαντική. Η συμπερίληψη της πρόσφατης αυτοαναφερόμενης υγείας μειώνει και πάλι δραστικά την σχετική σημασία όλων των ενδιάμεσων επεξηγηματικών μεταβλητών, ιδιαίτερα αυτών που αναφέρονται στις συνθήκες πρώιμης και μέσης ενηλικίωσης, ενώ η πρόσφατη αυτοαναφερόμενη υγεία έχει πλέον την μεγαλύτερη συμβολή στην έμμεση επίδραση (44%).

**Διάγραμμα 5.2** Ποσοστιαία συνεισφορά των mediators από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή πάνω στο indirect effect για την «σχετική θέση στα Μαθηματικά με τους άλλους συμμαθητές στην ηλικία των 10 χρόνων» για γυναίκες, με και χωρίς την αυτοαναφερόμενη υγεία (SPH) στην όψιμη ενήλικη ζωή σαν mediator.

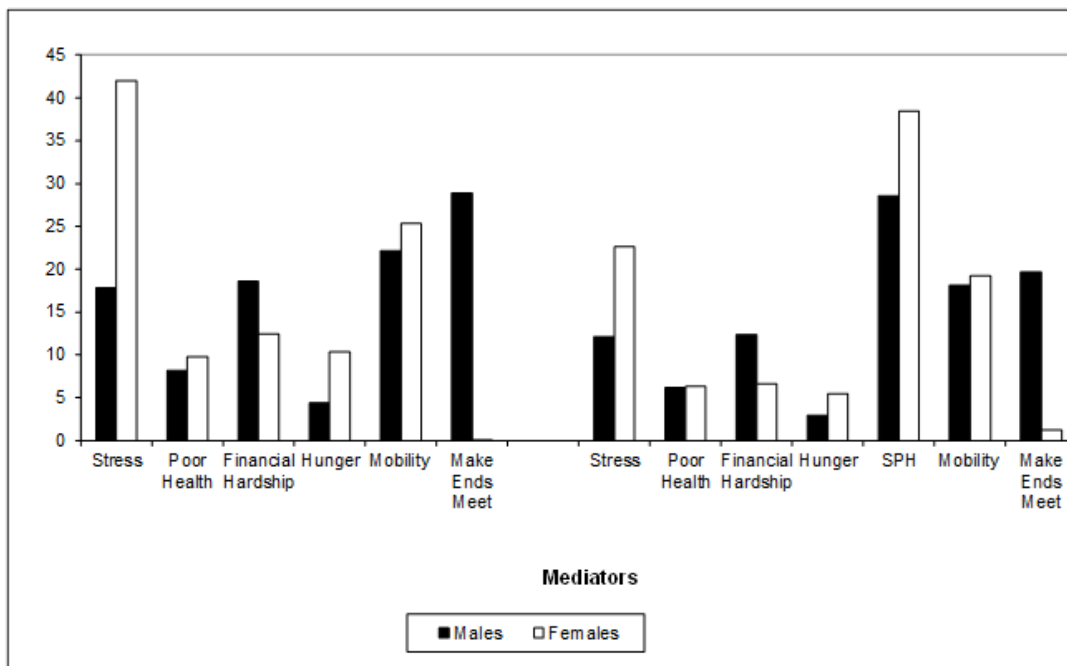


Αναφορικά με τις δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς (Διάγραμμα 5.3) επεξηγείται κυρίως από συνθήκες στην όψιμη ενήλικη ζωή για τους άνδρες, ενώ στις γυναίκες είναι πιο σημαντικές οι συγκυρίες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, ιδιαίτερα το να έχουν βιώσει στρες (42%). Οι κινητικές δυσκολίες είναι επίσης σημαντικές για τις γυναίκες ενώ οι οικονομικές δυσκολίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή είναι μεγάλης σπουδαιότητας για τους άνδρες. Η ένταξη της πρόσφατης αυτοαναφερόμενης υγείας στις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές

αποδεικνύει και πάλι ότι αυτή αποτελεί την πιο σημαντική ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή.

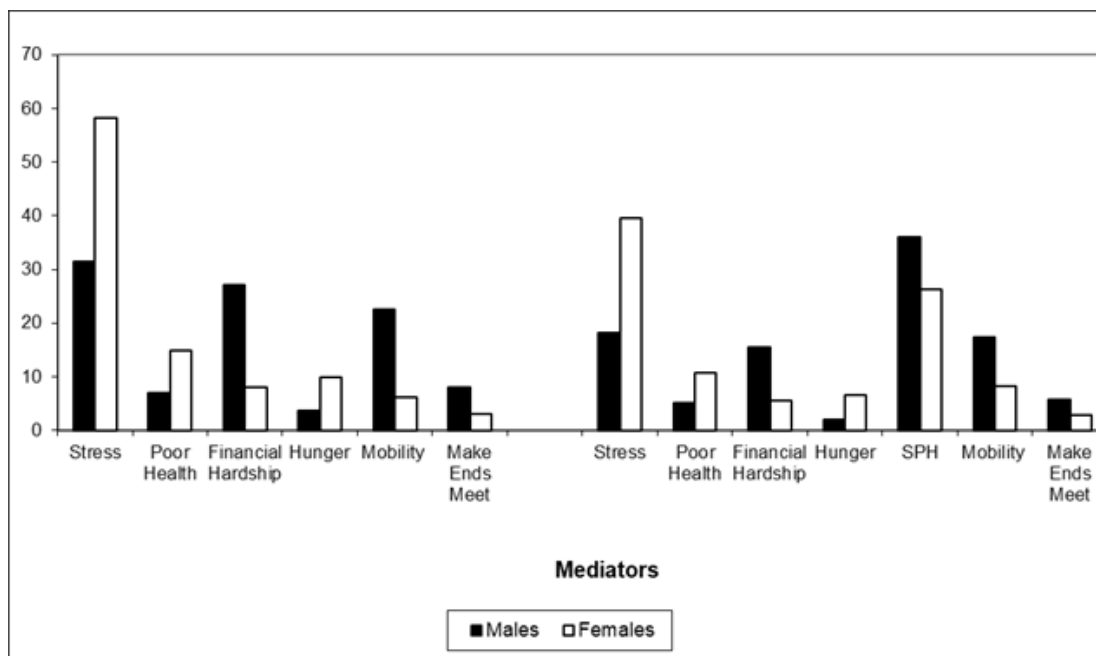
Η κακή ψυχική υγεία των γονέων των ερωτώμενων (Διάγραμμα 5.4) επεξηγείται σε μεγάλο βαθμό από τις συγκυρίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και για τα δύο φύλα. Τα βιώματα του στρες και των οικονομικών δυσκολιών κάποια περίοδο κατά μήκος όλης της ενήλικης ζωής των ατόμων συνεισφέρουν κατά 32% και 27% αντίστοιχα στις έμμεσες επιδράσεις για τους άνδρες ενώ τα βιώματα του στρες και της κακής υγείας συμβάλλουν κατά 58% και 15% αντίστοιχα, στις γυναίκες. Οι σύγχρονες περιστάσεις από την όψιμη ενήλικη ζωή είναι αρκετά σημαντικές μόνο για τους άνδρες. Η ένταξη της πρόσφατης αυτοαναφερόμενης υγείας αναδεικνύει και πάλι αυτήν την ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή σαν την πιο σημαντική για τους άνδρες (η συνεισφορά είναι της τάξης του 36%) αλλά για τις γυναίκες, το στρες εξακολουθεί να έχει την μεγαλύτερη συνεισφορά στην έμμεση επίδραση.

**Διάγραμμα 5.3** Ποσοστιαία συνεισφορά των mediators από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή πάνω στο indirect effect για την «υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς των ερωτώμενων» για άνδρες και γυναίκες, με και χωρίς την αυτοαναφερόμενη υγεία (SPH) στην όψιμη ενήλικη ζωή σαν mediator.



## 5.4 Συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας

**Διάγραμμα 5.4** Ποσοστιαία συνεισφορά των mediators από την πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή πάνω στο indirect effect για την «κακή ψυχική υγεία των γονέων των ερωτώμενων» για άνδρες και γυναίκες, με και χωρίς την αυτοαναφερόμενη υγεία (SPH) στην όψιμη ενήλικη ζωή σαν mediator.



## 5.4 Συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας

Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην κάλυψη ενός κενού στην βιβλιογραφία όχι μόνο με την πλήρη εξέταση των άμεσων και έμμεσων επιδράσεων του επιπέδου της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, της υγείας και των δυσμενών εμπειριών από την παιδική ηλικία στην κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή, αλλά και με την εκτίμηση του τρόπου με τον οποίο οι τελευταίες επεξηγούνται από γεγονότα και συνθήκες που συμβαίνουν στην πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή, ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες, ενώ ταυτόχρονα συζητώνται και οι πιθανοί μηχανισμοί. Για να επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι, διαστρωματικά και αναδρομικά δεδομένα συνδυάστηκαν από την Έρευνα SHARE (κύματα 2 και 3) και χρησιμοποιήθηκε η τεχνική mediation (KHB module).

Η περιγραφική ανάλυση δείχνει ότι, για τα δείγματα ανδρών και γυναικών που μελετήθηκαν παρατηρούνται υψηλότερα ποσοστά της κατάθλιψης στο γυναικείο φύλο, γεγονός που συμβαδίζει με προηγούμενες έρευνες (WHO, 2017a; Van de Velde, Bracke and Levecque, 2010; Hankin, 2002). Επιπλέον, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν περισσότερες αντιξοότητες από τους άνδρες και στους τρεις τομείς της ζωής και στις τρεις υπό εξέταση

## 5.4 Συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας

περιόδους. Εξαίρεση αποτελούν η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς στην παιδική ηλικία των ανδρών καθώς και το βίωμα της πείνας στην πρώιμη και μέση ενηλικίωση. Παρόμοια ευρήματα έχουν καταγραφεί και από παλαιότερες έρευνες (St Clair et al., 2015; McLean et al., 2011; Zender and Olshansky, 2009).

Τα ευρήματα της έρευνας, τα οποία βασίζονται στην διαδοχική προσθήκη των προγνωστικών παραγόντων, πρώτα εκείνων που αφορούν στην παιδική ηλικία, στην συνέχεια εκείνων της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής και τέλος αυτών στην όψιμη ενήλικη ζωή (συνολικό μοντέλο) δείχνουν ότι: α) παρόλο που οι παιδικές περιστάσεις έχουν σημαντική επίδραση στην εμφάνιση της κατάθλιψης μεταγενέστερα, ορισμένοι προγνωστικοί παράγοντες επεξηγούνται εν μέρει ή πλήρως από συνθήκες της ζωής στις πρώιμες, μέσες και όψιμες ηλικίες των ερωτώμενων β) πολύ πρώιμοι, μέσοι και όψιμοι παράγοντες ζωής έχουν ένα ισχυρό και ανεξάρτητο αποτέλεσμα γ) υπάρχουν διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα φύλα σχετικά με την σημασία ποικίλων περιστάσεων από την παιδική ηλικία καθώς και του τρόπου με τον οποίο αυτές επεξηγούνται.

Μεταξύ των ανδρών, η παιδική υγεία επεξηγείται σχεδόν πλήρως από περιστάσεις στην πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή, γεγονός που είναι συμβατό με τον μηχανισμό διαδοχικών βημάτων. Αντιθέτως, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και η γνωστική λειτουργία στην παιδική ηλικία παραμένουν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης στο συνολικό μοντέλο ενώ οι έμμεσες επιδράσεις που έχουν είναι στατιστικά μη σημαντικές' ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα τους είναι συνεπή με τον μηχανισμό κριτικής περιόδου. Τέλος, οι δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία διατηρούν μία στατιστικά σημαντική άμεση επίδραση στην κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή, ενώ παράλληλα επεξηγούνται από μεταβλητές της ενήλικης ζωής σε όλο το φάσμα της (πρώιμης – μέσης) καθώς και της όψιμης ενήλικης ζωής, γεγονός που συμβαδίζει και με τα δύο προαναφερόμενα μοντέλα.

Στις γυναίκες, η κακή ψυχική υγεία των γονέων τους επεξηγείται σχεδόν πλήρως από παράγοντες στην πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή, και συνεπώς είναι σύμφωνη με τον μηχανισμό διαδοχικών βημάτων. Η παιδική κοινωνικοοικονομική κατάσταση, όπως ακριβώς και στους άνδρες, διατηρεί μία στατιστικά σημαντική άμεση επίδραση στο συνολικό μοντέλο ενώ η έμμεση επίδραση που έχει είναι στατιστικά μη σημαντική, γεγονός που είναι συνεπές με τον μηχανισμό κριτικής περιόδου. Τέλος, η παιδική υγεία, η γνωστική λειτουργία και η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς διατηρούν μία σημαντική επίδραση στο συνολικό μοντέλο καθώς επίσης επεξηγούνται από παράγοντες στην πρώιμη και μέση

## 5.4 Συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας

ενήλικη ζωή και από συνθήκες στην όψιμη ενήλικη ζωή. Οι επιδράσεις αυτές είναι συνεπείς και με τους δύο μηχανισμούς, του μοντέλου κριτικής περιόδου και του μοντέλου των διαδοχικών βημάτων. Συνεπώς, επιβεβαιώνεται η αρχική υπόθεση, ότι και οι δύο μηχανισμοί είναι αλληλοεμπλεκόμενοι.

Αναφορικά με τις άμεσες επιδράσεις των παιδικών συνθηκών, η υγεία είναι μεγαλύτερης σπουδαιότητας για τις γυναίκες ενώ η κακή ψυχική υγεία των γονέων είναι πολύ σημαντική για τους άνδρες. Από την άλλη πλευρά, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην παιδική ηλικία φαίνεται εξίσου σημαντική και για τα δύο φύλα, παρόλο που η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην πρώιμη, μέση αλλά και όψιμη ενήλικη ζωή έχει μεγαλύτερη επίδραση μεταξύ των ανδρών. Οι δυσμενείς εμπειρίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή (στρες και πείνα) είναι μεγαλύτερης σημασίας για τις γυναίκες. Όσον αφορά στις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές, η παιδική υγεία στους άνδρες επεξηγείται σε μεγάλο βαθμό από το στρες, την κακή υγεία και τις οικονομικές δυσκολίες στην πρώιμη και μέση ενηλικίωση ενώ η κακή ψυχική υγεία των γονέων επεξηγείται από το στρες και την οικονομική δυσπραγία στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή των ατόμων καθώς και από κινητικές δυσκολίες που παρουσιάζονται στους ερωτώμενους στην όψιμη ενήλικη ζωή. Αντίθετα, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς επεξηγείται κυρίως από την αυτοαναφερόμενη υγεία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην όψιμη ενήλικη ζωή.

Στις γυναίκες, η παιδική υγεία επεξηγείται σε μεγάλο βαθμό από την υγεία στην πρώιμη, μέση και όψιμη ζωή καθώς επίσης και από το στρες που μπορεί να βιώσουν οι ερωτώμενες σε όλο το διάστημα της ενήλικης ζωής τους. Η γνωστική λειτουργία επεξηγείται κυρίως από την υγεία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην όψιμη ενήλικη ζωή. Από την άλλη πλευρά, οι δυσμενείς εμπειρίες μεταξύ των γυναικών επεξηγούνται σε μεγάλο βαθμό από το στρες κάποια περίοδο στην πρώιμη και ενήλικη ζωή. Συνολικά, όσον αφορά στις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές, φαίνεται ότι το στρες σε οποιαδήποτε από τις δύο φάσεις στην ενήλικη ζωή (πρώιμη – μέση) είναι πιο σημαντικό για τις γυναίκες, ενώ η κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι μεγαλύτερης σημασίας για τους άνδρες. Σαν αποτέλεσμα, έχει επιβεβαιωθεί η υπόθεση μας σχετικά με τις διαφοροποιήσεις στην σχετική σημασία που έχουν οι παιδικές συγκυρίες ανάμεσα στα φύλα καθώς και του τρόπου με τον οποίο αυτές επεξηγούνται. Έχει προταθεί ότι οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στο στρες εξαιτίας ορμονικών αλλαγών και βιολογικών παραγόντων (Albert, 2015; Verma, Balhara and Gupta, 2011). Επιπρόσθετα, παλαιότερες αναλύσεις έχουν υποστηρίξει ότι η

## 5.4 Συζήτηση των ευρημάτων της έρευνας

κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχει μεγαλύτερη επίδραση στην υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή μεταξύ των ανδρών (Verroroulou and Zakyntinou, 2016; Back and Lee, 2011).

Τα συμπεράσματα από την παρούσα μελέτη ξεχωρίζουν σε σύγκριση με άλλες παρόμοιες αναλύσεις καθώς οι περισσότερες από αυτές επικεντρώνονται αποκλειστικά στις επιδράσεις και τον αντίκτυπο που έχουν οι κοινωνικοοικονομικές αντιξοότητες στην υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή ή εξετάζουν τις επιδράσεις του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου σε συνδυασμό με την υγεία στην παιδική ηλικία. Αντίθετα, η παρούσα μελέτη εξετάζει επιπλέον δυσμενείς εμπειρίες στην πρώιμη ζωή. Τα ευρήματά μας σχετικά με τις επιδράσεις της παιδικής υγείας στην κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή ανάμεσα στις γυναίκες, σε γενικές γραμμές συμφωνούν με τους Kendig et al. (2017) και Pakpahan, Hoffmann και Kröger (2017a), οι οποίοι επίσης διαπιστώνουν ότι τόσο το μοντέλο κριτικής περιόδου όσο και το μοντέλο διαδοχικών βημάτων εφαρμόζονται αναφορικά με τις επιδράσεις στην μετέπειτα αυτοαναφερόμενη υγεία. Ωστόσο, τα αποτελέσματά μας αντιπαραβάλλονται με αυτά των Agrino, Gumà και Julià (2018), οι οποίοι υποδηλώνουν ότι αυτές οι επιδράσεις έχουν μόνο άμεση επίδραση και ως εκ τούτου δεν επεξηγούνται από ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές.

Όσον αφορά στην παιδική κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τα συμπεράσματα μας είναι αρκετά συνεπή με τους Tani et al. (2016), που βρίσκουν ότι ισχύουν λανθάνοντες μηχανισμοί, καθώς και με τους Zimmer, Hanson και Smith (2016), οι οποίοι βρίσκουν μία ισχυρή και ανεξάρτητη επίδραση τόσο της παιδικής όσο και της πρώιμης και μέσης ενήλικης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης στην κατάθλιψη σε μεγάλες ηλικίες. Ωστόσο, τα ευρήματά μας αντιβαίνουν με αναλύσεις που προτείνουν μηχανισμούς διαδοχικών βημάτων σχετικά με την πρόσφατη αυτοαναφερόμενη υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή ή την κατάθλιψη (Angelini, Howdon and Mierau, 2019; Pakpahan, Hoffmann and Kröger, 2017a; Torres and Wong, 2013). Τέλος, έχει παρατηρηθεί μία ισχυρή και ανεξάρτητη επίδραση των δυσμενών εμπειριών που εμφανίζονται στην παιδική και πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή σχετικά με την κακή ψυχική υγεία των ενηλίκων (Nurius et al., 2015).

Κατά την ερμηνεία των αποτελεσμάτων, ορισμένοι περιορισμοί της μελέτης θα πρέπει να ληφθούν υπόψη. Πρώτον, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και όλες οι ανεξάρτητες μεταβλητές που περιέχονται στην ανάλυση βασίζονται στις απαντήσεις των ερωτώμενων και ως εκ τούτου, μπορεί να υπόκεινται σε σφάλματα απόκρισης. Επιπρόσθετα, το αναδρομικό υλικό ενδέχεται να επηρεάζεται από σφάλματα ανάκλησης των σχετικών πληροφοριών. Σαν

αποτέλεσμα, θα ήταν πολύ σημαντικό να επιβεβαιώσουμε αυτά τα ευρήματα χρησιμοποιώντας διαγενεακά στοιχεία από μία μελέτη κοορτής, βασισμένη σε συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν στην παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή καθώς και την όψιμη ενήλικη ζωή. Δυστυχώς, τέτοιες μελέτες είναι σπάνιες και, προς το παρόν, δεν περιλαμβάνουν αρκετές ευρωπαϊκές χώρες.

Δεύτερον, οι πληροφορίες σχετικά με τις δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία βασίζονται σε μεταβλητές που τις αντιπροσωπεύουν έμμεσα (υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς και κακή ψυχική υγεία των γονέων). Άλλα μέτρα παιδικής κακοποίησης / παραμέλησης των παιδιών (που δεν είναι διαθέσιμα στο SHARE) ίσως θα είχαν δώσει πιο αξιόπιστα συμπεράσματα. Τρίτον, δεν υπάρχουν διαθέσιμες πληροφορίες σχετικά με την περίοδο εμφάνισης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων· η πρώιμη έναρξη ενδεχομένως να παρουσιάζει ισχυρότερη συσχέτιση με παράγοντες από την παιδική ηλικία.

Τέταρτο, η παρούσα ανάλυση δεν λαμβάνει υπόψη βιολογικούς και κληρονομικούς παράγοντες που προδιαθέτουν στην κατάθλιψη, καθώς οι σχετικές πληροφορίες δεν περιέχονται στο SHARE. Περαιτέρω αναλύσεις θα πρέπει να συμπεριλάβουν τέτοιους παράγοντες, επιτρέποντας έτσι πιο ακριβείς εκτιμήσεις των σχετικών επιδράσεων των δυσχεριών της παιδικής ηλικίας στην κατάθλιψη. Τέλος, περίπου το 5% των ερωτώμενων εξαιρέθηκαν από την ανάλυση λόγω έλλειψης πληροφοριών (missing values) στις μεταβλητές ενδιαφέροντος. Αυτά τα άτομα είναι κατά μέσο όρο λίγο γηραιότερα, περιλαμβάνουν περισσότερες γυναίκες, έχουν κάπως χειρότερη υγεία και μειονεκτούν σε μικρό βαθμό και στα υπόλοιπα χαρακτηριστικά τους συγκριτικά με το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη. Ως εκ τούτου, ο αποκλεισμός τους από την ανάλυση μπορεί να έχει οδηγήσει σε μία μικρή υποτίμηση των επιπτώσεων που έχουν οι αντιξοότητες στην επικράτηση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή των ατόμων.

## 5.5 Συμπεράσματα

Παρά τους περιορισμούς, η παρούσα ανάλυση παρέχει αποδείξεις για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της υγείας, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και των δυσμενών εμπειριών της παιδικής ηλικίας στην επικράτηση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή, τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες. Οι περισσότεροι παιδικοί προγνωστικοί παράγοντες έχουν μία σημαντική άμεση και έμμεση επίδραση, η τελευταία δε επεξηγείται από συνθήκες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή καθώς και από συγκυρίες στην όψιμη ενήλικη ζωή· το

κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και για τα δύο φύλα και η γνωστική λειτουργία για τους άνδρες παρουσιάζουν μόνο μία άμεση επίδραση ενώ η υγεία στην παιδική ηλικία για τους άνδρες και η κακή ψυχική υγεία των γονέων για τις γυναίκες έχουν μόνο μία έμμεση επίδραση. Ως εκ τούτου, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τόσο το μοντέλο κριτικής περιόδου όσο και το μοντέλο διαδοχικών βημάτων είναι σχετικά. Όσον αφορά στις διαφορές μεταξύ των φύλων σύμφωνα με την τεχνική διαμεσολάβησης, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή όπως και στην όψιμη ενήλικη ζωή επεξηγεί την υγεία και τις δυσμενείς εμπειρίες στην παιδική ηλικία πιο έντονα για τους άνδρες, ενώ το στρες φαίνεται να επεξηγεί τις παιδικές δυσμενείς εμπειρίες σε μεγαλύτερο βαθμό ανάμεσα στις γυναίκες.

Οι παρεμβατικές πολιτικές που στοχεύουν στην μείωση της συχνότητας της κατάθλιψης, θα πρέπει πρώτα να προσπαθήσουν να αντιμετωπίσουν τις αντιξοότητες της παιδικής ηλικίας, λαμβάνοντας υπόψη παράλληλα την διαφορετική ευπάθεια ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες. Η έμφαση στην κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη των παιδιών που είναι κακοποιημένα και παραμελημένα καθώς επίσης και σε όσους αντιμετωπίζουν υλικές στερήσεις μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της κατάθλιψης τόσο στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή όσο και στην όψιμη ενήλικη ζωή.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επιδιώξουν την επικύρωση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης βάσει διαγενεακών δεδομένων, επισημαίνοντας επιπλέον τη διάκριση ανάμεσα στην πρώιμη και όψιμη εμφάνιση της κατάθλιψης. Επιπρόσθετα, αξίζει να εξεταστούν οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των τριών τομέων της ζωής (υγεία, κοινωνικοοικονομική κατάσταση και δυσμενείς εμπειρίες) και να κατασκευαστούν μοντέλα διαδοχικών βημάτων κατά την διάρκεια της ζωής. Τέλος, θα ήταν ενδιαφέρον να εξεταστεί αν οι συσχετίσεις διαφοροποιούνται ανάμεσα στα συστήματα κοινωνικής προνοίας και τις χώρες της ευρωπαϊκής επικράτειας.



## Κεφάλαιο 6

### Σωρευτικά μειονεκτήματα κατά την διάρκεια της ζωής και κατάθλιψη σε μεγάλες ηλικίες: μια διακρατική προοπτική

#### 6.1 Εισαγωγή

Η κατάθλιψη είναι μία ψυχική διαταραχή η οποία επιβαρύνει σημαντικά τα άτομα, τις οικογένειες και την κοινωνία στο σύνολο της (WHO, 2017). Οι προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει υψηλή συσχέτιση της νόσου με την θνησιμότητα και την νοσηρότητα (Farrokhi et al., 2014). Επιπρόσθετα, σχετίζεται με την υποβίβαση της ποιότητας ζωής (D'Alisa et al., 2006) και την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (Belloni et al., 2016).

Η ισχυρή συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση (SES) και την κατάθλιψη είναι καλά τεκμηριωμένη (Buber and Engelhardt, 2011), αλλά η σχέση είναι περίπλοκη καθώς επιπλέον επηρεάζεται και από την κατάσταση φυσικής υγείας, η οποία με την σειρά της συνδέεται τόσο με την ψυχική υγεία όσο και με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Pakrahan et al., 2017a). Για να αποσαφηνιστούν αυτές οι πολυεπίπεδες συσχετίσεις, έχουν μελετηθεί από προηγούμενες έρευνες μοντέλα διαδοχικών βημάτων που οδηγούν από την παιδική ηλικία στην κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή.

Οι σχετικές αναλύσεις έχουν δείξει ότι η χειρότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση στην παιδική ηλικία συνδέεται με την κακή παιδική υγεία, η οποία συνδέεται άμεσα και έμμεσα με την κακή υγεία στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή· ο έμμεσος μηχανισμός λειτουργεί μέσω χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου στην ενήλικη ζωή (Luo and Waite, 2005). Οι δυσμενείς εμπειρίες και η κακοποίηση στην παιδική ηλικία, που συχνά σχετίζονται με την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς (Angelini et al., 2016), έχουν συνδεθεί επίσης με την κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή (Dvir et al., 2014). Προηγούμενες αναλύσεις έχουν δείξει ότι τα κακοποιημένα παιδιά είναι πιο πιθανό να έχουν μεγαλώσει σε οικογένειες με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Pelton, 1994) που αντιμετωπίζουν θέματα οικονομικής ύφεσης και δυσκολιών (Mc Loyd, 1990). Σαν αποτέλεσμα, μελέτες επιβεβαιώνουν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, της υγείας και των δυσμενών εμπειριών της παιδικής ηλικίας στην υγεία των ατόμων τόσο στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή όσο και στην όψιμη ενήλικη ζωή τους (Pakrahan et al., 2017a).

Η αντιμετώπιση διαφόρων αντίξων συγκυριών στην ενηλικίωση που περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την πείνα, την κακή υγεία, την ανεργία, το στρες, τις οικονομικές πιέσεις και το πένθος, φαίνεται να είναι παράγοντες που ευθύνονται εν μέρει για την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών στην όψιμη ενήλικη ζωή (Crowe and Butterworth, 2016; Halmdienst and Winter-Ebmer, 2014). Επιπλέον, πρόσφατα γεγονότα της ζωής που αναφέρονται στην όψιμη ενήλικη ζωή των ερωτώμενων, οικονομικές δυσκολίες (Gallagher et al., 2013) καθώς επίσης και ασθένειες όπως στεφανιαία καρδιακή νόσος, αρθρίτιδα και χρόνια πνευμονική νόσος, αναπηρία και σωματικά συμπτώματα (Steptoe et al., 2015) έχουν συνδυαστεί με την επικράτηση της κατάθλιψης.

### 6.1.1 Θεωρία σωρευτικού μειονεκτήματος (Cumulative disadvantage theory)

Η συσσώρευση δυσμενών γεγονότων και περιστάσεων κατά την διάρκεια της ζωής φαίνεται να έχει ισχυρό αντίκτυπο στην κατάθλιψη σε μεγάλες ηλικίες. Στην πραγματικότητα, η θεωρία σωρευτικού μειονεκτήματος υποδηλώνει ότι καθώς οι αντιξοότητες συσσωρεύονται κατά την διάρκεια της ζωής, οι ανισότητες που ξεκινούν στην παιδική ηλικία τείνουν να διευρυνθούν αργότερα (Seabrook and Avison, 2012; Ferraro and Kelley-Moore, 2003). Οι βασικοί μηχανισμοί περιλαμβάνουν την έκθεση σε παράγοντες που προκαλούν άγχος και πιθανή ευπάθεια. Επιπλέον, θεωρείται ότι η εν λόγω έκθεση διαφοροποιείται ανάμεσα στις κοινωνικοοικονομικές ομάδες, όπως επίσης και ο αντίκτυπος που έχουν οι στρεσογόνοι παράγοντες (stressors) (Seabrook and Avison, 2012; Thoits, 2010). Οι στρεσογόνοι παράγοντες, γενικά, ταξινομούνται σε τρεις κατηγορίες: οξείας μορφής (όπως το πένθος, η απώλεια της θέσης εργασίας κτλ), χρόνιας μορφής λόγω συνεχιζόμενων δυσκολιών και τραύματα που προκαλούνται από ακραίες απειλές (όπως η βία). Για να καταγραφούν πλήρως οι επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων στην ψυχική υγεία, θα πρέπει αυτοί να μετρηθούν με έναν συνολικό τρόπο καθ' όλη την διάρκεια της ζωής, λαμβάνοντας υπόψη όλους τους διαφορετικούς τύπους αυτών (Thoits, 2010). Ως εκ τούτου, οι ανισότητες και οι διαφοροποιήσεις που υφίστανται, δύνανται να εκτιμηθούν όχι μόνο στο εγγύς μέλλον αλλά και μακροπρόθεσμα.

Τα επίπεδα της κατάθλιψης διαφοροποιούνται μεταξύ των χωρών της Ευρώπης. Προηγούμενες αναλύσεις δείχνουν χαμηλότερα επίπεδα στις Βόρειες/Δυτικές περιοχές σε σύγκριση με τις Κεντρικές/Ανατολικές και Νότιες περιοχές (Huijts et al., 2014; Van de Velde et al., 2010). Επιπρόσθετα, έχει αποδειχθεί ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας, που συχνά

αρχίζουν από την παιδική ηλικία και την εφηβεία, διαμορφώνουν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες (Hughes et al., 2016; Ravens – Sieberer et al., 2008). Οι ανισότητες αυτές τείνουν να διευρυνθούν στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή καθώς και στην όψιμη ενήλικη ζωή εξαιτίας των διαφορών στο βιοτικό επίπεδο, στα συστήματα προνοίας, στις συνθήκες εργασίας και στις επικίνδυνες για την υγεία συμπεριφορές όπως είναι η κατανάλωση αλκοόλ (European Commission, 2010; Van de Velde et al., 2010; Ravens–Sieberer et al., 2008).

### 6.1.2 Στόχοι της έρευνας

Μολονότι, από παλαιότερες έρευνες έχει τεκμηριωθεί η σημασία των παιδικών συγκυριών στην εμφάνιση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή, εντούτοις, αυτή δεν έχει εξεταστεί κατά έναν συνολικό τρόπο, λαμβάνοντας υπόψη το σωρευτικό μειονέκτημα της υγείας, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και των δυσμενών εμπειριών, καθώς επίσης και των μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καλύψει αυτό το κενό, αξιολογώντας την σχετική επίδραση από όλους τους προαναφερθέντες παράγοντες, υπογραμμίζοντας: α) διαφορές ανάμεσα στους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς και β) διαφορές μεταξύ των φύλων. Αναμένεται ότι, στις χώρες που χαρακτηρίζονται από χαμηλότερο διαθέσιμο εισόδημα (χώρες της Νότιας/Ανατολικής Ευρώπης (Eurostat, 2014)), από μεγαλύτερη κοινωνικοοικονομική ανισότητα και λιγότερο δίκαια συστήματα κοινωνικής προνοίας, το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα μπορεί να έχει μεγαλύτερη σπουδαιότητα. Αναφορικά με τις διαφορές μεταξύ των φύλων, το σωρευτικό μειονέκτημα σε όλους τους τομείς αναμένεται να έχει ισχυρότερη επίδραση στην κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή για τις γυναίκες, οι οποίες παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευπάθεια στις αντιξοότητες συγκριτικά με τους άνδρες (Buber and Engelhardt, 2011; Van de Velde et al., 2010).

## 6.2 Δεδομένα και Μέθοδοι

Για τους σκοπούς της ανάλυσης χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα από την Έρευνα για την Γήρανση, την Υγεία, και την Συνταξιοδότηση (SHARE) στην Ευρώπη. Το δείγμα που αναλύεται εδώ προέρχεται από τον συνδυασμό διαστρωματικών δεδομένων από το δεύτερο κύμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2006-2007, με αναδρομικές πληροφορίες από το τρίτο κύμα της Έρευνας (SHARELIFE), που πραγματοποιήθηκε το 2008-2009. Οι ερωτηθέντες που συμμετείχαν και στα δύο κύματα ήταν 25008 άτομα. Το πλήρες δείγμα που

χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση, σύμφωνα με την απαίτηση να μην υπάρχουν ελλείπουσες τιμές στις μεταβλητές ενδιαφέροντος περιλαμβάνει 23816 άτομα, καλύπτοντας 14 χώρες, τις εξής: Ελλάδα, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Αυστρία, Ελβετία, Βέλγιο, Τσεχία, Πολωνία και Ιρλανδία. Ως μεταβλητή απόκρισης έχει οριστεί η κατάθλιψη εκπεφρασμένη σε δίτιμη μορφή, EURODCAT, αναλυτική περιγραφή της οποίας έχει γίνει στο κεφάλαιο 2.

### 6.2.1 Περιγραφή των ανεξάρτητων μεταβλητών

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές αναφέρονται σε τρία διαφορετικά χρονικά σημεία: α) την παιδική ηλικία, η οποία αναφέρεται στις περιστάσεις στην ηλικία των 10 ετών ή γεγονότα που φθάνουν μέχρι την ηλικία των 15, β) την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, η οποία αντικατοπτρίζει τις συνθήκες μετά την ηλικία των 15 ετών αλλά πολύ πριν την συνέντευξη, και γ) την όψιμη ενήλικη ζωή, η οποία αναφέρεται σε τρέχουσες συνθήκες ή στο έτος που προηγείται της συνέντευξης. Προκειμένου να μετρηθεί συνολικά το μειονέκτημα, εξετάζονται οι μεταβλητές που αφορούν σε τρεις τομείς της ζωής: την υγεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τις δυσμενείς εμπειρίες. Για κάθε περίοδο της ζωής, αρχικά κατασκευάστηκαν δυαδικοί δείκτες που σχετίζονται με τους τρεις προαναφερθέντες τομείς και περιγράφονται παρακάτω:

*Παράγοντες από την παιδική ηλικία.* Η υγεία αντιπροσωπεύεται από την αυτοαναφερόμενη υγεία στην πρώιμη ζωή σε δύο κατηγορίες: λιγότερο από πολύ καλή (=1) και πολύ καλή ή εξαιρετική (=0). Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στα πρώτα χρόνια ζωής περιλαμβάνει το πλήθος των βιβλίων που ο ερωτώμενος είχε πρόσβαση στην ηλικία των 10 χρόνων, καθώς αντικατοπτρίζει το μορφωτικό επίπεδο των γονέων (Cavarozzi et al., 2011). Η μεταβλητή που περιλαμβάνεται στα μοντέλα διακρίνει τα άτομα που είχαν πρόσβαση σε κανένα ή πολύ λίγα βιβλία από εκείνα που είχαν πρόσβαση σε τουλάχιστον δέκα βιβλία. Οι δυσμενείς εμπειρίες αντιπροσωπεύονται από το αν οι γονείς των ερωτώμενων έπιναν πολύ στην ηλικία των 10 χρόνων.

*Παράγοντες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή.* Στην περίπτωση αυτή, η υγεία αντιπροσωπεύεται από έναν δείκτη που δηλώνει αν ο ερωτώμενος είχε βιώσει στο παρελθόν κακή υγεία. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση βασίζεται στο μορφωτικό επίπεδο που διακρίνεται σε δύο κατηγορίες (0-9 έτη σπουδών έναντι τουλάχιστον 10 έτη σπουδών) και έναν δείκτη για το αν ο ερωτώμενος είχε βιώσει οικονομικές δυσκολίες κάποια χρονική

περίοδο στην ζωή του. Σύμφωνα με παλαιότερες αναλύσεις, οι δείκτες που αναφέρονται σε οικονομικές δυσχέρειες έχει αποδειχθεί ότι αντικατοπτρίζουν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ατόμων (Amlaev, 2015; Conklin et al., 2013). Οι δυσμενείς εμπειρίες βασίζονται επίσης σε δύο δείκτες, μία μεταβλητή που υποδηλώνει αν ο ερωτώμενος είχε βιώσει στρες και μία άλλη που δείχνει αν το άτομο είχε βιώσει πείνα.

Παράγοντες από την όψιμη ενήλικη ζωή. Η σύγχρονη κατάσταση της υγείας αντιπροσωπεύεται από την αυτοαναφερόμενη υγεία (SPH) και συγκρίνει τα άτομα που έχουν λιγότερο από πολύ καλή υγεία (=1) με αυτά που έχουν πολύ καλή ή άριστη υγεία (=0). Αν και μπορεί να υποστηριχθεί ότι η αυτοαναφερόμενη υγεία στην όψιμη ενήλικη ζωή ενδέχεται να επηρεαστεί από την κατάσταση της ψυχικής υγείας του ατόμου, εντούτοις, περιλαμβάνει διάφορες πτυχές της σωματικής υγείας και προβλέπει θνησιμότητα ακόμα και όταν ληφθούν υπόψη δείκτες νοσηρότητας (Verropoulou, 2014) ενώ έχει βρεθεί να είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας ψυχικής υγείας και κατάθλιψης σε πολλές αναλύσεις (Padayachey et al., 2017; Aziz and Steffens, 2013). Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση αντιπροσωπεύεται από μία μεταβλητή που υποδηλώνει αν το νοικοκυριό ήταν σε θέση να ανταπεξέλθει οικονομικά το έτος πριν την διεξαγωγή της έρευνας με μεγάλη ή κάποια δυσκολία (=1) έναντι αρκετά εύκολα ή εύκολα (=0). Οι δυσμενείς εμπειρίες αντιπροσωπεύονται από έναν δυαδικό δείκτη σχετικά με το εάν ο ερωτώμενος ζούσε με σύμφωνο συμβίωσης (registered partnership) ή ως έγγαμος (=0) καθώς και αν είχε διαζευχθεί ή ήταν χήρος ή άγαμος ή είχε παντρευτεί αλλά ήταν σε διάσταση (=1). Προηγούμενες αναλύσεις υποδεικνύουν ότι η υποκειμενική ευημερία σε 45 ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζει υψηλότερα επίπεδα μεταξύ των δεσμευμένων ατόμων (αυτά που είναι παντρεμένα ή συμβιών) συγκρινόμενα με αυτά που δεν έχουν σύντροφο (είναι μόνα ή διαζευγμένα ή σε κατάσταση χηρείας) (Verbakel, 2012).

Μέτρηση των αντιζοοτήτων κατά την διάρκεια της ζωής. Το σωρευτικό μειονέκτημα σε κάθε τομέα ενδιαφέροντος (υγεία, κοινωνικοοικονομική κατάσταση και αρνητικά γεγονότα/δυσάρεστες εμπειρίες) προέκυψε με την άθροιση των προαναφερόμενων μεταβλητών που αναφέρονται σε αυτόν τον συγκεκριμένο τομέα. Σαν αποτέλεσμα, παράχθηκαν τρεις σύνθετες μεταβλητές, οι οποίες δηλώνουν τον αριθμό των αρνητικών γεγονότων, αλλά όχι την περίοδο που μπορεί να είχαν συμβεί. Το σωρευτικό μειονέκτημα της υγείας (Cumulative Health Disadvantage - CHD) κυμαίνεται από 0 έως 3 (0 = κανένα πρόβλημα υγείας κατά την διάρκεια της ζωής, 1 = ένα πρόβλημα υγείας σε οποιαδήποτε περίοδο της ζωής, 2 = δύο προβλήματα υγείας και 3 = τρία προβλήματα υγείας). Ομοίως, το

σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα (Cumulative Socioeconomic Disadvantage - CSD) και το μειονέκτημα αθροιστικών αρνητικών εμπειριών (Cumulative Adverse Experiences Disadvantage - CAD) υποδηλώνουν τον αριθμό των αντίστοιχων μειονεκτημάτων σε κλίμακα από 0 έως 4.

### 6.2.2 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση περιλαμβάνει την χρήση μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης που περιέχουν τις κύριες επιδράσεις (main effects) και τις αλληλεπιδράσεις (interactions) ανάμεσα στις μεταβλητές σωρευτικών μειονεκτημάτων. Όλα τα μοντέλα λαμβάνουν υπόψη την ηλικία των ερωτώμενων (σε έτη). Επιπλέον, αυτά που περιλαμβάνουν όλο το δείγμα λαμβάνουν υπόψη και το φύλο. Τα μοντέλα εφαρμόστηκαν για το συνολικό δείγμα, ανά φύλο και ανά χώρα διαμονής ξεχωριστά, χρησιμοποιώντας το SPSS 20. Η ανάλυση ανά χώρα διαμονής αναφέρεται στους άνδρες και στις γυναίκες συνολικά καθώς τα μεγέθη των δειγμάτων κατά φύλο ήταν μικρά.

## 6.3 Αποτελέσματα

Ο Πίνακας 6.1 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία σχετικά με τις μεταβλητές ενδιαφέροντος ανά φύλο και ανά χώρα διαμονής. Συνολικά, στο δείγμα υπάρχουν 23816 άτομα (44.4% άνδρες και 55.6% γυναίκες). Η μέση ηλικία των ανδρών είναι ελαφρώς υψηλότερη, 65 έτη, έναντι των γυναικών που είναι 64 έτη. Όσον αφορά στην κατάθλιψη ανά χώρα για το συνολικό δείγμα, η Πολωνία έχει το υψηλότερο ποσοστό (48.1%) ενώ η Ισπανία, η Ιταλία και η Γαλλία φαίνεται να έχουν αρκετά υψηλά επίπεδα, κυμαινόμενα από 30.2% σε 32.2%. Τα χαμηλότερα ποσοστά παρουσιάζονται στην Δανία (15.7%), την Ελβετία (15.5%) και την Σουηδία (14.8%). Η κατάθλιψη είναι πιο διαδεδομένη στις γυναίκες· τα ποσοστά είναι κατά μέσο όρο διπλάσια από αυτά των ανδρών και αυτό ισχύει για τις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες. Τα χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης για τους άνδρες παρατηρούνται στην Σουηδία (7.4%) και την Ελλάδα (9.2%) ενώ για τις γυναίκες στην Δανία (19.9%) και την Ελβετία (19.6%).

**Πίνακας 6.1** Περιγραφικά στατιστικά για το συνολικό δείγμα, τους άνδρες, τις γυναίκες και την χώρα διαμονής.

	Males			Females			Total		
	Median age	Depression (%)	Sample Size (N)	Median age	Depression (%)	Sample size (N)	Median age	Depression (%)	Sample size (N)
Austria	67	12.5	304	67	21.2	466	67	17.8	770
Germany	66	11.5	775	64	22.4	893	65	17.3	1668
Sweden	67	7.4	715	66	20.8	886	66	14.8	1601
Netherlands	64	11.8	822	63	21.2	994	64	17.0	1816
Spain	67	17.7	751	67	43.5	939	67	32.0	1690
Italy	67	20.5	1034	65	42.0	1240	66	32.2	2274
France	65	18.0	812	65	39.3	1094	65	30.2	1906
Denmark	64	10.6	864	63	19.9	1037	63	15.7	1901
Greece	65	9.2	1141	63	22.7	1463	64	16.8	2604
Switzerland	65	10.0	510	64	19.6	674	65	15.5	1184
Belgium	65	16.8	1127	65	32.0	1348	65	25.1	2475
Czech Republic	64	11.2	685	64	26.3	971	64	20.0	1656
Poland	63	35.1	699	62	57.9	929	62	48.1	1628
Ireland	65	14.2	275	64	22.0	368	65	18.7	643
<b>Total</b>	65	14.9	10514	64	30.3	13302	65	23.5	23816

Ο Πίνακας 6.2 δείχνει τον μέσο αριθμό όλων των σωρευτικών μειονεκτημάτων που ανέφεραν οι ερωτώμενοι για το συνολικό δείγμα, ανά φύλο και ανά χώρα διαμονής. Όσον αφορά στα φύλα, οι γυναίκες παρουσιάζουν κατά μέσο όρο περισσότερα μειονεκτήματα υγείας συγκριτικά με τους άνδρες (0.86 έναντι 0.76 από σύνολο 3), μεγαλύτερο κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα (1.63 συγκριτικά με το 1.48 από σύνολο 4) και περισσότερες δυσάρεστες εμπειρίες (1.03 έναντι 0.82 από σύνολο 4). Το σωρευτικό μειονέκτημα της υγείας παρουσιάζει διαφοροποιήσεις σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες τα υψηλότερα επίπεδα παρατηρούνται στην Πολωνία, την Ισπανία, την Γερμανία, και την Γαλλία με μέσες τιμές από 0.9–1.1 ενώ τα χαμηλότερα στην Ελλάδα και την Ιρλανδία (0.5–0.6). Τα υψηλότερα επίπεδα σχετικά με το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα εντοπίζονται σε ερωτώμενους που διαμένουν στην Πολωνία, την Ελλάδα, την Ισπανία και την Ιταλία (2.2–2.4) ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα σε αυτούς που ζουν στην Σουηδία, τη Γερμανία, την Ολλανδία και την Ελβετία (1.0–1.1). Τέλος, όσο αφορά στις σωρευτικές δυσμενείς εμπειρίες, τα υψηλότερα επίπεδα εντοπίζονται στην Γαλλία και την Αυστρία (περίπου 1.2) και τα χαμηλότερα στην Ελλάδα και την Τσεχία (0.7–0.8).

**Πίνακας 6.2** Μέσες τιμές για τις μεταβλητές σωρευτικού μειονεκτήματος για το συνολικό δείγμα, τους άνδρες, τις γυναίκες και την χώρα διαμονής.

Country of residence	CHD <sup>a</sup>	CSD <sup>b</sup>	CAD <sup>c</sup>
Austria	0.93	1.82	1.15
Germany	0.99	1.05	1.05
Sweden	0.79	1.03	0.91
Netherlands	0.78	1.09	0.86
Spain	1.01	2.24	0.82
Italy	0.86	2.38	0.89
France	0.94	1.53	1.23
Denmark	0.71	0.87	0.93
Greece	0.49	2.21	0.72
Switzerland	0.71	1.10	1.05
Belgium	0.77	1.39	1.07
Czech Republic	0.82	1.13	0.81
Poland	1.14	2.25	0.91
Ireland	0.56	1.16	0.97
<b>Males</b>	0.76	1.48	0.82
<b>Females</b>	0.86	1.63	1.03
<b>Total</b>	0.82	1.56	0.94

<sup>a</sup> CHD: Cumulative Health Disadvantage (κυμαίνεται από 0 έως 3)

<sup>b</sup> CSD: Cumulative Socioeconomic Status Disadvantage (κυμαίνεται από 0 έως 4)

<sup>c</sup> CAD: Cumulative Adverse Experiences Disadvantage (κυμαίνεται από 0 έως 4)

Ο Πίνακας 6.3 παρουσιάζει τις εκτιμήσεις αναφορικά με τις σχετικές επιδράσεις του σωρευτικού μειονεκτήματος στην κατάθλιψη (κύριες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις) για το συνολικό δείγμα, ανά φύλο και ανά χώρα διαμονής. Όλα τα είδη μειονεκτημάτων για το συνολικό δείγμα είναι σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης για την κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή. Το σωρευτικό μειονέκτημα της υγείας φαίνεται να έχει το μεγαλύτερο σχετικό αποτέλεσμα (odds ratio ίσο με 2.193)· επιπλέον, το μειονέκτημα αθροιστικών αρνητικών εμπειριών φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίδραση συγκριτικά με το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα (odds ratios ίσα με 1.420 και 1.293, αντίστοιχα).

Αναφορικά με τα φύλα, η υγεία για τους άνδρες (odds ratio ίσο με 2.594) είναι μεγαλύτερης σημαντικότητας από ότι για τις γυναίκες (odds ratio ίσο με 2.012). Επιπλέον, κάθε πρόσθετο κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα αυξάνει τις σχετικές πιθανότητες κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή κατά 42.4% για τους άνδρες ενώ για τις γυναίκες μόνο κατά 29.3%. Αντίθετα, οι δυσμενείς εμπειρίες επηρεάζουν τις γυναίκες σε μεγαλύτερο βαθμό



(odds ratio ίσο με 1.462) σε σύγκριση με τους άνδρες (odds ratio ίσο με 1.318). Οι κύριες επιδράσεις για αυτά τα μοντέλα είναι σημαντικές στο 1% επίπεδο σημαντικότητας και δείχνουν ότι, για κάθε τομέα ξεχωριστά, καθώς συσσωρεύεται το μειονέκτημα, οι σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης αυξάνονται.

Όσον αφορά στις αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στις μεταβλητές σωρευτικού μειονεκτήματος, μόνο η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μειονεκτήματα της υγείας και της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης είναι σημαντική για τους άνδρες ενώ η αλληλεπίδραση ανάμεσα στα μειονεκτήματα της υγείας και των δυσμενών εμπειριών είναι σημαντική για τις γυναίκες. Πιο συγκεκριμένα, για τους άνδρες, καθώς αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης του σωρευτικού μειονεκτήματος της υγείας, η σχετική επίδραση του σωρευτικού κοινωνικοοικονομικού μειονεκτήματος καθίσταται λιγότερο έντονη. Ομοίως, για τις γυναίκες, καθώς αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης του σωρευτικού μειονεκτήματος της υγείας, η σχετική επίδραση του μειονεκτήματος αθροιστικών αρνητικών εμπειριών καθίσταται λιγότερο έντονη.

Σχετικά με τις ευρωπαϊκές χώρες υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Το σωρευτικό μειονέκτημα της υγείας είναι σημαντικό για όλες τις χώρες εκτός από την Αυστρία και τα odds ratios είναι πολύ υψηλά συγκρινόμενα με αυτά του σωρευτικού κοινωνικοοικονομικού μειονεκτήματος και του μειονεκτήματος των αθροιστικών αρνητικών εμπειριών. Στην Ιρλανδία παρουσιάζεται η υψηλότερη σχετική επίδραση (the highest relative effect) (odds ratio ίσο με 3.241). Άλλες χώρες όπου το σωρευτικό μειονέκτημα για την υγεία έχει μία ισχυρή επίδραση στην κατάθλιψη είναι το Βέλγιο (odds ratio ίσο με 2.862), η Γερμανία (odds ratio ίσο με 2.707) και η Ολλανδία (odds ratio ίσο με 2.525). Αντιθέτως, η μικρότερη σωρευτική επίδραση της υγείας στην κατάθλιψη παρατηρείται στην Πολωνία, την Γαλλία και την Ισπανία (odds ratios ίσα με 1.574-1.679). Το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα φαίνεται να έχει μεγαλύτερη σημασία στην Γερμανία, την Ελβετία, την Ελλάδα, την Ιταλία και την Ισπανία (odds ratios ίσα με 1.249-1.477) ενώ για τις υπόλοιπες χώρες είναι οριακά στατιστικά σημαντικό ή μη σημαντικό. Το μειονέκτημα των αθροιστικών αρνητικών εμπειριών φαίνεται πιο σημαντικό στην Ιρλανδία και την Πολωνία (odds ratios ίσα με 2.036 και 1.805, αντίστοιχα) αλλά δεν είναι σημαντικό για την Αυστρία, την Ιταλία και την Γαλλία.

Για όλες τις χώρες, εκτός από την Αυστρία και την Πολωνία, το σωρευτικό μειονέκτημα για την υγεία φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίδραση στην κατάθλιψη σε σύγκριση με τα άλλα είδη μειονεκτήματος. Επιπρόσθετα, για αρκετές χώρες, οι σωρευτικές δυσμενείς εμπειρίες

### 6.3 Αποτελέσματα

φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη επίδραση σε σύγκριση με το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα· εξαιρέσεις αποτελούν η Αυστρία, η Γερμανία, η Ισπανία, η Ιταλία και η Γαλλία. Στην πραγματικότητα, το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή μόνο στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, την Γερμανία και την Ελβετία. Τα αποτελέσματα των αλληλεπιδράσεων είναι στατιστικά μη σημαντικά στις περισσότερες περιπτώσεις. Για την Πολωνία και την Αυστρία, ωστόσο, υπάρχει μία σημαντική αλληλεπίδραση ανάμεσα στο σωρευτικό μειονέκτημα για την υγεία και το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα.

Τα ποσοστά ταξινόμησης δείχνουν το ποσοστό των περιπτώσεων κατάθλιψης που προβλέφθηκαν με ακρίβεια από τα μοντέλα και κυμαίνονται από 67% (Πολωνία) έως 86% (Σουηδία)· για τις περισσότερες χώρες είναι πολύ πάνω από το 70%, δείχνοντας ότι τα μοντέλα είναι αρκετά ακριβή.

**Πίνακας 6.3** Odds ratios, 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τα σωρευτικά μειονεκτήματα (κύριες επιδράσεις και αλληλεπιδράσεις) και ποσοστά ταξινόμησης: άντρες, γυναίκες και χώρα διαμονής.

	Main effects			Interactions			C. P.
	CHD <sup>a</sup>	CSD <sup>b</sup>	CAD <sup>c</sup>	CHD*CSD <sup>d</sup>	CHD*CAD <sup>e</sup>	CSD*CAD <sup>f</sup>	
Austria	1.096 (0.597 2.010)	1.418* (0.969 2.075)	1.346 (0.768 2.356)	1.217* (0.972 1.523)	1.175 (0.920 1.501)	0.796** (0.646 0.980)	81.9
Germany	2.707*** (1.972 3.717)	1.441** (1.063 1.953)	1.381* (0.943 2.024)	0.959 (0.820 1.121)	0.921 (0.763 1.112)	0.945 (0.806 1.108)	82.7
Sweden	2.327*** (1.630 3.323)	1.067 (0.757 1.503)	1.466* (0.989 2.171)	0.980 (0.826 1.163)	0.984 (0.775 1.248)	1.053 (0.873 1.269)	85.6
Netherlands	2.525*** (1.876 3.398)	1.257* (0.970 1.628)	1.718*** (1.252 2.356)	0.959 (0.841 1.093)	0.882 (0.728 1.068)	1.036 (0.891 1.205)	83.3
Spain	1.679*** (1.179 2.393)	1.249** (1.018 1.531)	0.838 (0.546 1.287)	1.010 (0.891 1.144)	1.059 (0.890 1.260)	1.160** (1.008 1.335)	73.6
Italy	2.222*** (1.618 3.051)	1.286*** (1.083 1.526)	1.193 (0.836 1.702)	0.979 (0.881 1.087)	0.900 (0.776 1.043)	1.062 (0.946 1.193)	72.4
France	1.647*** (1.237 2.192)	1.191* (0.977 1.452)	1.011 (0.761 1.344)	0.953 (0.855 1.061)	1.147* (0.984 1.338)	1.086 (0.968 1.217)	73.5
Denmark	2.269***	1.282	1.511**	0.959	0.938	1.014	84.9

### 6.3 Αποτελέσματα

	(1.664 3.093)	(0.936 1.754)	(1.101 2.073)	(0.818 1.125)	(0.770 1.143)	(0.844 1.218)	
Greece	2.064***	1.285***	1.674***	1.042	0.942	0.900	84.1
	(1.363 3.127)	(1.069 1.544)	(1.159 2.418)	(0.905 1.200)	(0.788 1.127)	(0.793 1.022)	
Switzerland	2.362***	1.477**	1.587**	0.930	0.903	0.927	84.6
	(1.549 3.601)	(1.064 2.049)	(1.066 2.364)	(0.767 1.127)	(0.717 1.137)	(0.771 1.115)	
Belgium	2.862***	1.096	1.330**	0.976	0.873*	1.083	76.9
	(2.219 3.692)	(0.899 1.337)	(1.045 1.692)	(0.877 1.086)	(0.755 1.010)	(0.972 1.207)	
Czech Republic	2.391***	1.268	1.372*	1.021	0.836*	1.092	80.9
	(1.743 3.279)	(0.945 1.701)	(0.949 1.982)	(0.854 1.219)	(0.691 1.011)	(0.919 1.297)	
Poland	1.574***	1.184*	1.805***	1.158**	0.887	0.907	67.0
	(1.158 2.140)	(0.985 1.424)	(1.292 2.522)	(1.031 1.300)	(0.763 1.032)	(0.806 1.021)	
Ireland	3.241***	1.433*	2.036***	0.912	0.817	0.935	82.6
	(1.848 5.684)	(0.961 2.136)	(1.241 3.342)	(0.709 1.175)	(0.592 1.129)	(0.746 1.172)	
<b>Males</b>	2.594***	1.424***	1.318***	0.917***	0.971	1.014	85.3
	(2.238 3.007)	(1.289 1.575)	(1.116 1.555)	(0.867 0.970)	(0.894 1.055)	(0.956 1.075)	
<b>Females</b>	2.012***	1.239***	1.462***	1.029	0.937**	0.985	73.9
	(1.812 2.235)	(1.153 1.331)	(1.315 1.625)	(0.988 1.072)	(0.885 0.991)	(0.946 1.026)	
<b>Total sample</b>	2.193***	1.293***	1.420***	0.990	0.947**	0.991	78.9
	(2.013 2.388)	(1.220 1.371)	(1.300 1.552)	(0.958 1.023)	(0.904 0.992)	(0.959 1.025)	

Υποσημειώσεις: Στα μοντέλα έχουν ληφθεί υπόψη οι παράγοντες της ηλικίας και του φύλου;

\* p-value<0.10 \*\* p-value<0.05 \*\*\* p-value<0.01

<sup>a</sup> CHD: Cumulative Health Disadvantage (κυμαίνεται από 0 έως 3)

<sup>b</sup> CSD: Cumulative Socioeconomic Status Disadvantage (κυμαίνεται από 0 έως 4)

<sup>c</sup> CAD: Cumulative Adverse Experiences Disadvantage (κυμαίνεται από 0 έως 4)

<sup>d</sup> CHD\*CSD: Interaction of Cumulative Health Disadvantage and Cumulative Socioeconomic Status Disadvantage

<sup>e</sup> CHD\*CAD: Interaction of Cumulative Health Disadvantage and Cumulative Adverse Experiences Disadvantage

<sup>f</sup> CSD\*CAD: Interaction of Cumulative Socioeconomic Status Disadvantage and Cumulative Adverse Experiences Disadvantage

C.P: Classification Percentage

### 6.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που εξετάζει τις σχετικές επιδράσεις της υγείας, της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και των δυσμενών εμπειριών κατά την διάρκεια της πορείας ζωής στην κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή μεταξύ των ευρωπαϊκών πληθυσμών, με έναν ολιστικό τρόπο, λαμβάνοντας υπόψη την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και τις συνθήκες του βίου στην όψιμη ενήλικη ζωή καθώς επίσης και τις μεταξύ τους αλληλεπιδράσεις. Χρησιμοποιήθηκαν πληροφορίες σχετικά με 23816 ερωτώμενους από το κύμα 2 (διαστρωματικό υλικό) και από το κύμα 3 (αναδρομικό υλικό) της μελέτης SHARE για την κατασκευή δεικτών που αντιπροσωπεύουν την συσσώρευση των μειονεκτημάτων που σχετίζονται με τους προαναφερθέντες τομείς της ζωής με στόχο να εκτιμηθούν και να αξιολογηθούν οι διαφορές μεταξύ των χωρών και ανάμεσα στα φύλα.

Τα περιγραφικά ευρήματα δείχνουν ότι τα επίπεδα κατάθλιψης είναι υψηλότερα στις γυναίκες σε όλες τις χώρες, γεγονός που συμβαδίζει με άλλες μελέτες (WHO, 2017) υποστηρίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο ότι η κατάθλιψη είναι πιο διαδεδομένη στις γυναίκες τόσο στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή τους όσο και αργότερα, στην όψιμη ενήλικη ζωή τους (Van de Velde et al., 2010). Επιπλέον, οι γυναίκες εμφανίζουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερο αριθμό μειονεκτημάτων σε σύγκριση με τους άνδρες και στους τρεις τομείς της ζωής. Η ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης συνεπάγεται και για τα δύο φύλα ότι ένας μεγαλύτερος αριθμός μειονεκτημάτων σε οποιοδήποτε τομέα της ζωής (υγεία, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ή δυσμενείς εμπειρίες) σχετίζεται με υψηλότερες σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης. Παρόλα αυτά, τα σωρευτικά μειονεκτήματα για την υγεία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι μεγαλύτερης σπουδαιότητας στους άνδρες ενώ το σωρευτικό μειονέκτημα για τις δυσμενείς εμπειρίες είναι πιο σημαντικό ανάμεσα στις γυναίκες. Επιπρόσθετα, υπάρχει αλληλεξάρτηση ανάμεσα στα σωρευτικά μειονεκτήματα για την υγεία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση μεταξύ των ανδρών, ενώ, για τις γυναίκες υπάρχει αλληλεξάρτηση ανάμεσα στα σωρευτικά μειονεκτήματα που αναφέρονται στην υγεία και τις δυσμενείς εμπειρίες.

Όσον αφορά στην επικράτηση της κατάθλιψης σε όλη την Ευρώπη, οι Πολωνοί παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα, όπως και οι Νότιοι Ευρωπαίοι, με εξαίρεση τους Έλληνες. Παρόμοια ευρήματα, βασισμένα στην Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα (ESS) έχουν αναφερθεί και σε παλαιότερες έρευνες (Huijts et al., 2017). Η παρούσα μελέτη δείχνει επίσης ότι το σωρευτικό μειονέκτημα για την υγεία είναι ο σημαντικότερος παράγοντας που προβλέπει την

#### 6.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

εμφάνιση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες εκτός από την Αυστρία. Επιπρόσθετα, το σωρευτικό μειονέκτημα των δυσμενών εμπειριών φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίδραση σε σύγκριση με το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα σε πολλές χώρες, ενώ είναι υψηλής σπουδαιότητας στην Πολωνία και την Ιρλανδία. Έχει προταθεί ότι η παιδική κακοποίηση είναι πιο διαδεδομένη στην Ανατολική Ευρώπη και ότι, σε συνδυασμό με την κοινωνικοοικονομική δυσπραγία (socioeconomic distress), αυξάνουν τον κίνδυνο της κατάθλιψης (Sethi et al., 2013).

Το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα διαπιστώθηκε να είναι σημαντικό κυρίως στις χώρες της Νότιας Ευρώπης, την Γερμανία και την Ελβετία, υποδηλώνοντας ότι στις χώρες αυτές υπάρχει μεγαλύτερη κοινωνικοοικονομική ανισότητα στην κατάθλιψη. Ευρεία ανισότητα στην κοινωνικοοικονομική κατάσταση αναφορικά με ένα γενικό πλαίσιο της υγείας σε χώρες της Νότιας Ευρώπης συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές περιφέρειες έχει διαπιστωθεί και παλαιότερα (Eikemo et al., 2008). Τέτοιες διαφορές μπορεί εν μέρει να αποδοθούν στην ύφεση του βιοτικού επιπέδου στην Νότια Ευρώπη σε σύγκριση με τις πιο εύπορες χώρες της Δυτικής/Βόρειας Ευρώπης καθώς και στις ιδιαιτερότητες των αντίστοιχων συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και πρόνοιας (Eurostat, 2014; Eikemo et al., 2008). Τέλος, στις περισσότερες χώρες, οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των διαφορετικών τύπων των μειονεκτημάτων δεν παρουσιάζουν συσχέτιση με την κατάθλιψη, υποδηλώνοντας ότι οι επιδράσεις των διαφόρων τύπων σωρευτικού μειονεκτήματος στην κατάθλιψη είναι σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητες μεταξύ τους.

Μερικοί περιορισμοί της μελέτης θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την εξέταση των ευρημάτων. Κατ' αρχή όλα τα μέτρα βασίζονται σε απαντήσεις των ερωτώμενων και επομένως, μπορεί να υπόκεινται σε ανακρίβειες. Επιπλέον, η καταγραφή αναδρομικών πληροφοριών μπορεί να επηρεαστεί από σφάλματα ανάκλησης. Δεύτερον, τα ευρήματα και οι συσχετίσεις μπορούν να επηρεαστούν, μέχρι ένα σημείο, από την επιλογή των μεταβλητών που χρησιμοποιούνται για την κατασκευή των δεικτών σωρευτικού μειονεκτήματος καθώς επίσης και από την υπόθεση ότι, σε κάθε δείκτη όλες οι μεταβλητές έχουν ίση βαρύτητα. Παρόλα αυτά, η επιλογή των συνιστωσών των δεικτών σωρευτικών μειονεκτημάτων στην παρούσα μελέτη υποστηρίζεται από προηγούμενες αναλύσεις (Crowe and Butterworth, 2016; Halmdienst and Winter-Ebmer, 2014). Τέλος, αν και οι κατασκευασμένοι δείκτες μετρούν το σωρευτικό μειονέκτημα, δεν λαμβάνουν υπόψη το χρονοδιάγραμμα των γεγονότων· αυτό αξίζει να εξεταστεί σε μελλοντικές έρευνες.

### 6.5 Συμπεράσματα

Και οι τρεις τύποι αθροιστικών μειονεκτημάτων που περιλαμβάνονται στην ανάλυση έχουν ισχυρή και σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητη επίδραση στην επικράτηση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή. Επιπλέον, ένας μεγάλος αριθμός μειονεκτημάτων σχετίζεται με την εμφάνιση υψηλότερων σχετικών πιθανοτήτων κατάθλιψης ξεχωριστά για τα δύο φύλα αλλά και για τους ευρωπαϊκούς πληθυσμούς. Ως εκ τούτου, το παρελθόν καθώς και οι παρούσες αντιξοότητες στην υγεία, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τις δυσμενείς εμπειρίες παίζουν ρόλο στην κατάθλιψη σε μεγάλες ηλικίες που καλύπτουν την όψιμη ζωή των ατόμων.

Οι πολιτικές που ακολουθούνται για την ελάφρυνση του φορτίου της κατάθλιψης θα πρέπει να δώσουν έμφαση στην μεγαλύτερη ευπάθεια των γυναικών, λαμβάνοντας επίσης υπόψη τις διαφορές και τις ιδιαιτερότητες που υπάρχουν μεταξύ των ευρωπαϊκών πληθυσμών. Παρόλο που η κακή υγεία κατά την διάρκεια της πορείας ζωής είναι σημαντική σε όλες σχεδόν τις ευρωπαϊκές χώρες, η μεγαλύτερη επίδραση που έχουν οι κοινωνικοοικονομικές αντιξοότητες στην Νότια Ευρώπη και οι δυσμενείς εμπειρίες στην Πολωνία πρέπει να ληφθούν υπόψη, να εξεταστούν και να αντιμετωπιστούν με κατάλληλα μέτρα.

## Κεφάλαιο 7

### Μεταβολές των επιπέδων κατάθλιψης πριν και μετά την οικονομική κρίση του 2008 σε χώρες της Ευρώπης: διαφοροποιήσεις κατά φύλο

#### 7.1 Εισαγωγή

Η οικονομική κρίση που ξέσπασε στην Ευρώπη από το 2007 προκάλεσε σημαντικές αλλαγές στην ζωή των ανθρώπων. Συνδέεται με την μείωση της οικονομικής ανάπτυξης, την αύξηση της ανεργίας και την υποβάθμιση των συνθηκών διαβίωσης μέσω της αύξησης της φτώχειας (WHO, 2011). Η φτώχεια έχει αναγνωριστεί ως ένας κοινωνικοοικονομικός παράγοντας κινδύνου που συμβάλλει σε διαταραχές της ψυχικής υγείας μαζί με την καταθλιπτική διάθεση και τις απόπειρες αυτοκτονίας (Frasquilho et al., 2016; Fryers et al., 2005). Την περίοδο 2006-2012 παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στο μέσο όρο καταθλιπτικών συμπτωμάτων, πιθανότατα λόγω της απώλειας θέσεων εργασίας ή της εκδήλωσης σημαντικής ασθένειας (Pruchno, Heid and Wilson-Genderson, 2017). Περαιτέρω βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι από τον Ιανουάριο του 2008 μέχρι τον Δεκέμβριο του 2015, η γενική ψυχική υγεία αρκετών ευρωπαϊκών πληθυσμών επιδεινώθηκε και αυξήθηκαν οι αυτοκτονίες (Parmar, Stavropoulou and Ioannidis, 2016), παρόλο που υπήρχαν διαφορές μεταξύ χωρών και ομάδων. Συνεπώς, η ευημερία των ατόμων, των οικογενειών τους και ολόκληρης της κοινωνίας έχει μειωθεί.

Παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει ότι οι ψυχικές διαταραχές αυξήθηκαν και για τα δύο φύλα κατά την διάρκεια περιόδων οικονομικής ύφεσης στην Ευρώπη (Frasquilho et al., 2016) ενώ άλλες έχουν υποστηρίξει ότι αυτές εκδηλώνονται πιο συχνά σε άνδρες, που υποτίθεται ότι είναι πιο ευάλωτοι εξαιτίας της οικονομικής ύφεσης σε σχέση με τις γυναίκες (Bacigalupe, Esnaola and Martin, 2016; Gili et al., 2016; Margerison-Zilko et al., 2016; Gunnell et al., 2015). Παρόλα αυτά, αναλύσεις που αναφέρονται στη χώρα διαμονής συνήθως παρουσιάζουν αντιφατικά αποτελέσματα. Για παράδειγμα, μία μελέτη στην Πορτογαλία έδειξε ότι κατά την διάρκεια της ύφεσης οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας σε σύγκριση με τους άνδρες, και αυτό οφείλεται εν μέρει στους πόρους που διαθέτει η χώρα και επίσης στους βασικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία όπως το εισόδημα, η απασχόληση και η κοινωνική κατάσταση (Frasquilho et al., 2017). Μία άλλη μελέτη στην Αγγλία ανέφερε ότι η πιθανότητα εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας στην Μεγάλη Ύφεση αυξήθηκε πιο έντονα στις γυναίκες και σε λιγότερο μορφωμένα άτομα (Jofre-Bonet,

Serra-Sastre and Vantoros, 2018). Οι Glonti et al. (2015) έδειξαν ότι η ψυχική υγεία των γυναικών ήταν πιο ευάλωτη κατά την διάρκεια της οικονομικής ύφεσης, κυρίως λόγω της μείωσης του εισοδήματος καθώς και του ισχύοντος καθεστώτος της απασχόλησης. Άλλες συσχετίσεις της ψυχικής υγείας με την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και την οικογενειακή κατάσταση φάνηκαν να είναι λιγότερο σημαντικές αν και το ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης έχει οδηγήσει σε πιο υγιείς συμπεριφορές (Glonti et al., 2015). Σε αντίθεση με τα προηγούμενα αποτελέσματα που επικεντρώνονται στην Ευρώπη, άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι, στην Αμερική, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες ανέφεραν χαμηλότερες σχετικές πιθανότητες καταθλιπτικής διαταραχής κατά την διάρκεια της ύφεσης και μετά από αυτήν και επίσης καλύτερη ψυχική υγεία κατά την διάρκεια της ύφεσης (Dagher, Chen and Thomas, 2015).

Η συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης σε μεγαλύτερες ηλικίες και άλλων προγνωστικών παραγόντων, όπως είναι η υγεία, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και δημογραφικοί παράγοντες έχει μελετηθεί διεξοδικά. Προηγούμενα ευρήματα υποστηρίζουν ότι, για τα άτομα που πάσχουν από καρδιακή νόσο ή υπέστησαν καρδιακή προσβολή, για αυτά που υποφέρουν από στεφανιαία νόσο ή βίωσαν εγκεφαλικό επεισόδιο, τείνουν να παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα στον επιπολασμό της κατάθλιψης στην μετέπειτα ζωή και το ίδιο ισχύει και για ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη (Gunn et al., 2010; Vamos et al., 2009; Welch et al., 2009; Benton et al., 2007; Simon et al., 2007; Fenton and Stover, 2006). Επιπρόσθετα, οι περιορισμοί στις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ενισχύουν την επικράτηση της κατάθλιψης σε μεγαλύτερες ηλικίες (Ormel et al., 2002) ενώ οι κινητικοί περιορισμοί επίσης συσχετίζονται αρνητικά με την υγεία καθώς και την ψυχολογική δυσχέρεια (Musich et al., 2018; Backe et al., 2017). Αναφορικά με την εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας, είναι σαφές ότι ενδέχεται να ενισχύσει την διαταραχή της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή (Giri et al., 2016; Hammar and Ardal, 2009).

Μολονότι οι προηγούμενοι παράγοντες σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης, υπάρχουν και κάποιοι άλλοι που συμβάλλουν στον περιορισμό του φορτίου της καταθλιπτικής νόσου. Για παράδειγμα, το αίσθημα «της ικανοποίησης από την ζωή» διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην επιτυχή γήρανση (successful aging) του πληθυσμού καθώς και στην απουσία της κατάθλιψης (Beutel et al., 2016; Srivastava, 2016). Οι Sarkisian, Hays and Mangione (2002) διαπίστωσαν περαιτέρω στην μελέτη που έκαναν ότι οι άνθρωποι που έχουν χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης από την ζωή είναι πιο πιθανό να βιώσουν



υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, να είναι λιγότερο δραστήριοι και να εμφανίσουν μία εξασθένηση στην ποιότητα της ζωής τους. Επιπρόσθετα, η ενίσχυση της «εμπιστοσύνης σε άλλους ανθρώπους» βοηθά τα άτομα που βρίσκονται σε μεγάλες ηλικίες να διατηρήσουν την συναισθηματική τους σχέση με τους άλλους, οδηγώντας σε καλύτερες συνθήκες ψυχολογίας (Li and Fung, 2012). Τέλος, υπάρχει μία σημαντική αντίστροφη συσχέτιση για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και την κατάθλιψη μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η αύξηση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου μειώνει σημαντικά τις σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης (Freeman et al., 2016) ενώ άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι πληθυσμοί με χαμηλά κοινωνικοοικονομικά επίπεδα ή μειωμένους οικονομικούς πόρους που έχουν ως αποτέλεσμα να οδηγούνται σε οικονομικές πιέσεις, είναι ισχυροί παράγοντες που σχετίζονται με την επιδείνωση της ψυχικής υγείας, ιδιαίτερα την περίοδο 2006-2010 (Martin-Carrasco et al., 2016; Wilkinson, 2016).

Οι δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία πολλές φορές ενισχύονται μέσω επιβαλλόμενων μέτρων λιτότητας και ανεπαρκώς ανεπτυγμένων συστημάτων κοινωνικής προνοίας (Martin-Carrasco et al., 2016). Επιπλέον, όσον αφορά στους προβλεπτικούς παράγοντες της κατάθλιψης σε περίοδο οικονομικής ύφεσης, οι Freeman et al. (2016) διαπίστωσαν ότι όσο υψηλότερα είναι τα εκπαιδευτικά προσόντα των ατόμων τόσο χαμηλότερες είναι οι σχετικές πιθανότητες επιπολασμού της κατάθλιψης για τις χώρες της Φινλανδίας, της Πολωνίας και της Ισπανίας. Παρόμοιο συμπέρασμα σχετικά με την εκπαίδευση και την κατάθλιψη έχει επιβεβαιωθεί και από άλλες μελέτες (Zhang et al., 2012; Bjelland et al., 2008). Τέλος, η οικογενειακή κατάσταση (marital status) θεωρείται ως ένας σημαντικός παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή. Παλαιότερες αναλύσεις έχουν δείξει ότι άτομα που βρίσκονται σε μεγάλες ηλικίες και δεν έχουν παντρευτεί ή βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας ή είναι διαζευγμένα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης συγκριτικά με τα έγγαμα άτομα (Yan et al., 2011).

### 7.1.1 Στόχοι της μελέτης

Ο στόχος της παρούσας μελέτης είναι να εκτιμηθούν τα ποσοστά της κατάθλιψης για το συνολικό δείγμα των Ευρωπαίων αρκετά χρόνια μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης του 2008. Ιδιαίτερη προσοχή δίδεται στους πρόσφατους παράγοντες (concurrent factors) που καλύπτουν διάφορους τομείς της ζωής, εκτιμώντας κατά πόσο η μεταβολή τους συμβάλλει στην βελτίωση ή την χειροτέρευση των επιπέδων της κατάθλιψης. Έμφαση δίδεται στις διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων. Για την επίτευξη των προηγούμενων στόχων

χρησιμοποιήθηκαν διακρατικά δεδομένα (cross national data) που προέρχονται από την Έρευνα SHARE.

### 7.2 Δεδομένα και Μέθοδοι

Το δείγμα ατόμων που μελετήθηκε στην ανάλυση προέρχεται από την ηλεκτρονική βάση δεδομένων του SHARE, η περιγραφή της οποίας έχει γίνει σε προηγούμενο κεφάλαιο (Börsch-Supan et al., 2013). Η επιλογή των ερωτώμενων περιλάμβανε εκείνους που συμμετείχαν στο κύμα 2 που πραγματοποιήθηκε το 2006-2007 καθώς και στο κύμα 6 που ολοκληρώθηκε το 2015, καλύπτοντας διακρατικές πληροφορίες σε διαφορετικές χρονικές περιόδους. Το αρχικό δείγμα περιλάμβανε 31008 ερωτώμενους που έλαβαν μέρος στο κύμα 2, ενώ 16105 από αυτούς εξαιρέθηκαν καθώς δεν είχαν συμμετάσχει στο κύμα 6. Συνολικά, ο αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν στην ανάλυση ήταν 14903 άτομα εκ των οποίων οι 6384 ήταν άνδρες και οι 8519 ήταν γυναίκες και κατοικούσαν σε μία από τις επόμενες χώρες: Αυστρία, Γερμανία, Σουηδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Ελλάδα, Ελβετία, Βέλγιο, Τσεχία και Πολωνία.

#### 7.2.1 Περιγραφή των μεταβλητών

##### Εξαρτημένη μεταβλητή

Η μέτρηση της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή γίνεται μέσω της κλίμακας EURO-D έτσι όπως αυτή έχει περιγραφεί στο κεφάλαιο 2. Η κατασκευή της κλίμακας σε δυαδική μορφή (EURODCAT) συγκρίνει ερωτώμενους που είχαν καταγράψει 0-3 στοιχεία της κλίμακας (και, σαν αποτέλεσμα δεν παρουσίαζαν κατάθλιψη) με τους υπόλοιπους που είχαν καταγράψει 4 ή περισσότερα στοιχεία της κλίμακας (και, σαν αποτέλεσμα είχαν κατάθλιψη). Σε αυτήν την ανάλυση, η μεταβλητή απόκρισης κατασκευάζεται ως η διαφορά ανάμεσα στα μέτρα EURODCAT μεταξύ των δύο κυμάτων, και συγκεκριμένα, η διαφορά που είχε η τιμή της EURODCAT στο κύμα 6 από την τιμή της EURODCAT στο κύμα 2. Οι πιθανές τιμές που λαμβάνει η εξαρτημένη μεταβλητή είναι i) -1 που σημαίνει ότι η ψυχική υγεία του ερωτώμενου βελτιώθηκε από το κύμα 2 στο κύμα 6 ii) 1 που σημαίνει ότι η ψυχική υγεία του ερωτώμενου χειροτέρευσε και iii) 0 που σημαίνει ότι ψυχική υγεία των ερωτώμενων δεν υπέστη καμία μεταβολή και παρέμεινε σταθερή.

### Ανεξάρτητες μεταβλητές

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές καλύπτουν την υγεία, την κατάσταση γνωστικής λειτουργίας, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και τους δημογραφικούς παράγοντες, καθώς επίσης και παράγοντες που περιγράφουν την προοπτική ζωής των ερωτώμενων σχετικά με την όψιμη ενήλικη ζωή τους.

Η κατάσταση της υγείας αντιπροσωπεύεται από έναν δυαδικό δείκτη που περιγράφει αν οι ερωτώμενοι υπέφεραν από μακροχρόνια ασθένεια, συμπεριλαμβανομένου του καρκίνου, των καρδιακών προβλημάτων, του εγκεφαλικού επεισοδίου ή άλλων σοβαρών ασθενειών. Επιπρόσθετα, έχει ληφθεί υπόψη ένας παράγοντας σε διακριτή μορφή για την μέτρηση των περιορισμών σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής από έναν κατάλογο που περιλαμβάνει επτά δραστηριότητες και περιγράφεται διεξοδικά στο κεφάλαιο 3. Επιπλέον, ο τελευταίος παράγοντας της υγείας περιλαμβάνει έναν δυαδικό δείκτη σχετικά με το αν οι ερωτώμενοι αντιμετώπιζαν κινητικά προβλήματα. Όσον αφορά στην γνωστική λειτουργία των ατόμων, ο παράγοντας που χρησιμοποιείται είναι ο χρονικός προσανατολισμός σε μία διακριτή κλίμακα από 0: κακός μέχρι 4: καλός. Η κατάσταση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών για τα άτομα αναλύεται μέσα από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο (μετρούμενο σε έτη εκπαίδευσης) καθώς και από το γεγονός ότι πρέπει να ανταποκριθούν στις οικονομικές απαιτήσεις και πόσο εύκολα θα μπορούσαν να το επιτύχουν αυτό. Η προοπτική της ζωής για τους ερωτώμενους αντιπροσωπεύεται από το αίσθημα ικανοποίησης από την ζωή που μετράται σε διακριτή κλίμακα από το 1 (χαμηλότερη τιμή) μέχρι το 10 (ανώτερη τιμή). Οι δημογραφικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την ηλικία των ερωτώμενων κατά την στιγμή της συνέντευξης, το φύλο και την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων διακρίνοντας τα άτομα που είναι έγγαμοι ή συζούν με σύμφωνο συμβίωσης (registered partnership) από εκείνα που είναι άγαμοι ή διαζευγμένοι ή βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας. Η χώρα διαμονής έχει θεωρηθεί σαν μεταβλητή ελέγχου (control variable).

Οι περισσότερες από τις προηγούμενες μεταβλητές μετρούν την μεταβολή από το κύμα 2 στο κύμα 6 λαμβάνοντας υπόψη την διαφορά στις τιμές τους. Οι κατηγορίες των μεταβλητών αυτών είναι -1 και 1 που δηλώνουν είτε καλύτερα είτε χειρότερα επίπεδα παραγόντων και 0 που σημαίνει ότι δεν έχει μεταβληθεί η κατάσταση που περιγράφει η μεταβλητή. Η τελευταία κατηγορία έχει επιλεγεί σαν κατηγορία αναφοράς για όλες τις μεταβλητές που ορίζονται με αυτόν τον τρόπο.

### 7.2.2 Στατιστική ανάλυση

Για τους σκοπούς της ανάλυσης εφαρμόστηκαν μοντέλα πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης (multinomial logistic regression models) για το συνολικό δείγμα και ξεχωριστά ανά φύλο, συμπεριλαμβανομένων όλων των παραγόντων που περιγράφηκαν παραπάνω. Επιπλέον, έγιναν συγκρίσεις μεταξύ των ερωτώμενων και των ατόμων που αποκλείστηκαν από την ανάλυση χρησιμοποιώντας ένα μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης. Όλα τα μοντέλα υλοποιήθηκαν στο SPSS, έκδοση 20.

## 7.3 Αποτελέσματα

### 7.3.1 Περιγραφικά ευρήματα

Ο Πίνακας 7.1 παρουσιάζει την ποσοστιαία κατανομή των παραγόντων που συμμετέχουν στην ανάλυση, ξεχωριστά για τους ερωτώμενους και όσους αποκλείστηκαν, εστιάζοντας στις διαφορές τους και κάνοντας συγκρίσεις. Ο πληθυσμός των μη συμμετεχόντων στην έρευνα είναι λίγο γηραιότερος συγκριτικά με αυτόν των ερωτώμενων (μέση ηλικία ίση με 66.9 έτη συγκριτικά με τα 62.1 έτη για τους ερωτώμενους), ενώ τα εκπαιδευτικά προσόντα και για τις δύο ομάδες βρίσκονται σε παρόμοια επίπεδα (μέσες τιμές ετών εκπαίδευσης ίσες με 10.1 και 10.7). Επιπλέον, το ποσοστό των ανδρών είναι υψηλότερο στους μη συμμετέχοντες στην έρευνα (45.2% έναντι 42.8%) ενώ το αντίθετο ισχύει στην περίπτωση των γυναικών (54.8% έναντι 57.2%). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μεταβλητής EURODCAT, παρατηρείται ότι τα άτομα που εξαιρέθηκαν από την ανάλυση ήταν πιο ευάλωτα στις διαταραχές της κατάθλιψης (τα ποσοστά της διαταραχής είναι 28.4% και 22.0% αντίστοιχα).

Αναφορικά με τους παράγοντες υγείας φαίνεται ότι οι μη συμμετέχοντες στην έρευνα έπασχαν από κάποια μακροχρόνια ασθένεια σε χαμηλότερα ποσοστά (47.2% έναντι 57.1%) ενώ είχαν να αντιμετωπίσουν περισσότερους περιορισμούς σε θεμελιώδεις δραστηριότητες από την καθημερινή ζωή και περισσότερες κινητικές δυσκολίες (22.9% έναντι 10.4% και 30.8% έναντι 18.0%). Σχετικά με τους παράγοντες που μετρούν την γνωστική λειτουργία και την προοπτική της ζωής, οι μη συμμετέχοντες υποδηλώνουν χειρότερα επίπεδα γνωστικής λειτουργίας (μέση τιμή ίση με 3.6 έναντι 3.8) καθώς επίσης και ικανοποίησης από την ζωή (μέση τιμή ίση με 7.3 έναντι 7.6). Από την άλλη πλευρά δεν υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές ανάμεσα στις καταγραφές σχετικά με το πόσο εύκολα ή δύσκολα τα άτομα είναι δυνατόν να ανταποκριθούν στις οικονομικές απαιτήσεις και από τις δύο ομάδες ατόμων. Τέλος, η δομή του παράγοντα της οικογενειακής κατάστασης είναι ίδια για όλα τα άτομα κοιτώντας τις

### 7.3 Αποτελέσματα

ομάδες των ερωτώμενων και μη συμμετεχόντων που συμβιών με σύμφωνο συμβίωσης, αυτών που δεν παντρεύτηκαν ποτέ και όσων είναι διαζευγμένοι ενώ τα ποσοστά των ατόμων που ήταν χήροι ήταν υψηλότερα για τους μη ερωτώμενους (19.0% έναντι 11.2%) και τα ποσοστά των ατόμων που ήταν έγγαμοι και διέμεναν με τους συζύγους τους ήταν χαμηλότερα στην ίδια ομάδα (66.6% έναντι 74.6%). Συμπερασματικά, οι μη συμμετέχοντες στην μελέτη επιδεικνύουν χειρότερα επίπεδα υγείας και χαμηλές τιμές όσον αφορά στην γνωστική λειτουργία και την ικανοποίηση από την ζωή συγκριτικά με τους συμμετέχοντες. Σε αντίθεση με τις προηγούμενες διαφοροποιήσεις, και οι δύο ομάδες παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα σε ότι αφορά στον τρόπο αντιμετώπισης των οικονομικών δυσκολιών.

**Πίνακας 7.1** Περιγραφικά στοιχεία (ποσοστά και μέσες τιμές (*m*)) για το συνολικό δείγμα των ατόμων στην ανάλυση και ξεχωριστά, για συμμετέχοντες και μη συμμετέχοντες.

Later life predictors	Total sample (%)	Participants (%)	Non participants (%)
<b>Health factors</b>			
Long term illness			
No	47.9	42.9	52.2
Yes	52.1	57.10	47.2
Instrumental activities of daily living			
No	83.1	89.6	77.1
Yes	16.9	10.4	22.9
Mobility limitations			
No	75.4	82.0	69.2
Yes	24.6	18.0	30.8
<b>Cognitive factor</b>			
Orientation in time (0: bad – 4: good)	3.76 <sup>m</sup>	3.89 <sup>m</sup>	3.65 <sup>m</sup>
<b>Perspective of life factor</b>			
Life satisfaction (0: completely dissatisfied – 10: completely satisfied)	7.49 <sup>m</sup>	7.67 <sup>m</sup>	7.32 <sup>m</sup>
<b>Socio Economic Status factors</b>			
Household able to make ends meet			
Easily	12.1	12.0	12.1
With great difficulty	30.1	29.3	30.9
With some difficulty	32.8	32.4	33.2
Fairly easily	25.0	26.3	23.7
Educational attainment	10.37 <sup>m</sup>	10.71 <sup>m</sup>	10.06 <sup>m</sup>
<b>Demographic factors</b>			
Age at the time of interview	64.59 <sup>m</sup>	62.13 <sup>m</sup>	66.86 <sup>m</sup>
Gender			
Males	44.1	42.8	45.2
Females	55.9	57.2	54.8
Marital status			
Married, living with spouse	70.4	74.6	66.6
Registered partnership	1.3	1.4	1.3

Married, not living with spouse	1.3	1.3	1.4
Never married	5.0	4.9	5.1
Divorced	6.6	6.6	6.6
Widowed	15.2	11.2	19.0
<b>Control factor</b>			
Country (N)			
Austria	1200	526	674
Germany	2628	903	1725
Sweden	2796	1432	1364
Spain	2427	1241	1186
Italy	2986	1655	1331
France	2989	1129	1860
Denmark	2630	1419	1211
Greece	3412	2011	1401
Switzerland	1498	803	695
Belgium	3227	1659	1568
Czech Republic	2750	956	1794
Poland	2466	1169	1297
<b>Depression levels (based on EURO-D)</b>			
No	74.7	78.0	71.6
Yes	25.3	22.0	28.4
<b>Total sample (N)</b>	<b>31009</b>	<b>14903</b>	<b>16106</b>

### 7.3.2 Μη συμμετέχοντες συγκριτικά με τους ερωτώμενους

Ο Πίνακας 7.2 παρουσιάζει τα odds ratios και τα διαστήματα εμπιστοσύνης που βασίζονται σε μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης συγκρίνοντας τους ερωτώμενους που δεν περιλαμβάνονται στην ανάλυση (συνεπώς συμμετείχαν μόνο στο κύμα 2) με αυτούς που περιλήφθηκαν (και σαν αποτέλεσμα συμμετείχαν και στα δύο κύματα, 2 και 6). Στα μοντέλα λαμβάνεται υπόψη η χώρα διαμονής. Μολονότι τα ευρήματα σχετικά με την ηλικία και την εκπαίδευση δεν υποδεικνύουν σημαντικές διαφοροποιήσεις και ο παράγοντας της μακροχρόνιας ασθένειας φαίνεται να είναι στατιστικά μη σημαντικός, είναι προφανές ότι οι υπόλοιποι παράγοντες ανιχνεύουν διαφοροποιήσεις στα χαρακτηριστικά των δύο ομάδων.

Για παράδειγμα, οι μη συμμετέχοντες, σε χαμηλότερες αναλογίες σε σχέση με τους ερωτώμενους που συμμετέχουν στην ανάλυση, αισθάνονται ικανοποίηση από την ζωή (odds ratio ίσο με 0.956), είναι έγγαμοι και ζουν με τον/την σύζυγο (odds ratio = 0.892) και αντιμετωπίζουν μεγάλες δυσκολίες σχετικά με το να φέρουν σε πέρας τις οικονομικές τους υποχρεώσεις (odds ratio = 0.910) αλλά λιγότεροι από αυτούς δηλώνουν καλές ενδείξεις σχετικά με τον προσανατολισμό στο χρόνο (odds ratio = 0.754), συνεπώς καλή γνωστική λειτουργία. Αντιθέτως, οι μη συμμετέχοντες στην ανάλυση παρουσιάζουν λίγο μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες εμφάνισης της κατάθλιψης (odds ratio = 1.069), ενώ είναι πιο πιθανό να ανήκουν στο ανδρικό φύλο, να υποφέρουν από κινητικά προβλήματα (odds ratio ίσα με 1.203

### 7.3 Αποτελέσματα

και 1.201 αντίστοιχα) και, να αντιμετωπίζουν περιορισμούς στις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής (odds ratio = 1.423).

**Πίνακας 7.2** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) αναφορικά με το συνολικό δείγμα των συμμετεχόντων και μη συμμετεχόντων στην ανάλυση <sup>a</sup>.

<b>Later life predictors</b>	<b>Total sample</b>
<b>Health factors</b>	
Long term illness	
No (ref. cat.)	1
Yes	0.991 (0.940 1.044)
Instrumental activities of daily living	
No (ref. cat.)	1
Yes	1.423*** (1.313 1.542)
Mobility limitations	
No (ref. cat.)	1
Yes	1.201*** (1.118 1.289)
<b>Cognitive factor</b>	
Orientation in time	0.754*** (0.716 0.794)
<b>Perspective of life factor</b>	
Life satisfaction	0.956*** (0.941 0.971)
<b>Socio Economic Status factors</b>	
Household able to make ends meet	
Easily (ref. cat.)	1
With great difficulty	0.910** (0.825 1.003)
With some difficulty	1.023 (0.951 1.101)
Fairly easily	1.005 (0.941 1.073)
Educational attainment	0.983*** (0.976 0.989)
<b>Demographic factors</b>	
Age at the time of interview	1.032*** (1.029 1.035)
Gender	
Females (ref. cat.)	1
Males	1.203*** (1.144 1.266)
Marital status	
Widowed (ref. cat.)	1
Married, living with spouse	0.892*** (0.825 0.964)
Registered partnership	1.202 (0.962 1.502)
Married, not living with spouse	1.036 (0.834 1.287)
Never married	0.994 (0.874 1.130)

Divorced	0.977 (0.869 1.098)
<b>Depression levels (based on EURO-D)</b>	
No (ref. cat.)	1
Yes	1.069** (1.003 1.139)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05 \* p-value<0.10

<sup>a</sup> μοντέλο στο οποίο έχει ληφθεί υπόψη η χώρα διαμονής

### 7.3.3 Περιγραφικά ευρήματα – Ανάλυση κατά φύλο

Ο Πίνακας 7.3 παρουσιάζει περιγραφικά στοιχεία σχετικά με το συνολικό δείγμα των ερωτώμενων και ξεχωριστά, για τα δύο φύλα. Εξαιτίας του γεγονότος ότι οι μετρήσεις των μεταβλητών καλύπτουν διαφορετικές χρονικές περιόδους, δηλαδή πριν και μετά την οικονομική ύφεση, συνιστάται ότι οι πιθανές μεταβολές για κάθε προγνωστικό παράγοντα στην παρούσα μελέτη είναι μείωση, αύξηση και καμία μεταβολή. Όσον αφορά στον συνολικό πληθυσμό, όλοι οι παράγοντες υγείας που περιέχονται στην ανάλυση φαίνεται να έχουν αυξηθεί μετά την οικονομική κρίση γεγονός που υποδεικνύει χειροτέρευση των επιπέδων υγείας. Επιπρόσθετα, επισημαίνεται μία επιβράδυνση στην γνωστική λειτουργία. Παρά τα προηγούμενα αποτελέσματα, είναι φανερό ότι ένα υψηλό ποσοστό ατόμων δεν είχε καμία αλλαγή στους προηγούμενους παράγοντες.

Σε αντιδιαστολή με τα προαναφερθέντα ευρήματα, οι παράγοντες που σχετίζονται με την αίσθηση της ικανοποίησης από την ζωή και τις δυσκολίες στα οικονομικά ζητήματα φάνηκαν να κινούνται προς την αντίθετη κατεύθυνση. Πράγματι, μία μεγάλη μερίδα του πληθυσμού κατέγραψε αυξημένες μετρήσεις στον παράγοντα της ικανοποίησης από την ζωή (37.9%), δείχνοντας έτσι έναν αισιόδοξο τρόπο αντιμετώπισης των πραγμάτων και καλύτερη προσέγγιση της ζωής. Επιπλέον, μεγάλο μέρος του πληθυσμού ανέφερε ότι είχε μειούμενες οικονομικές δυσκολίες (33.8%) γεγονός που δείχνει καλύτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση μετά την διέλευση της περιόδου κρίσης. Η μέση τιμή που χαρακτηρίζει το μορφωτικό επίπεδο είναι 10.7 έτη σπουδών. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι, για τους ερωτώμενους, το να μένουν μόνοι τους μετά την οικονομική κρίση είναι μία συνηθέστερη περίπτωση αντί να βρίσκονται σε σχέση (ποσοστό ίσο με 7.1% έναντι 0.6%). Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται μετάβαση από την έγγαμη κατάσταση όπου κανείς ζει με τον/την σύζυγο ή συζεί με σύμφωνο συμβίωσης σε i) έγγαμη κατάσταση που όμως δεν ζει με τον/την σύζυγο ή είναι διαζευγμένος/η και ii) κατάσταση



### 7.3 Αποτελέσματα

χρησίας. Περαιτέρω, το να είναι κανείς σε σχέση συνεπάγεται την αντίστροφη μετάβαση. Τέλος, τα επίπεδα της κατάθλιψης για το συνολικό δείγμα φάνηκε να αυξάνονται (15.5%).

Η δομή του δείγματος αποτελείται από 6384 άνδρες και 8519 γυναίκες με μέση ηλικία περίπου 62 έτη. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι παράγοντες υγείας και γνωστικής λειτουργίας παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά όσον αφορά στην αύξηση αυτών των συμπτωμάτων αντίστοιχα και για τα δύο φύλα. Η μεγαλύτερη διαφορά ωστόσο εντοπίζεται στην αύξηση των περιορισμών κινητικότητας όσον αφορά στις γυναίκες (16.4% έναντι 12.2% για τους άνδρες). Λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα της προοπτικής για την ζωή, είναι συχνότερο στις γυναίκες να έχουν αυξημένη την αίσθηση της ικανοποίησης από την ζωή (39.1% έναντι 36.2% για τους άνδρες). Σχετικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, τα αποτελέσματα είναι παρόμοια και για τα δύο φύλα αναφορικά με την μείωση ή την αύξηση της δυσκολίας σε θέματα οικονομικής δυσπραγίας. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει μία πολύ μικρή διαφορά όσον αφορά στα εκπαιδευτικά προσόντα. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχουν κατά μέσο όρο 10.35 έτη εκπαίδευσης σε σύγκριση με τους άνδρες που έχουν 11.18 έτη. Σε ότι αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων για άνδρες και γυναίκες δεν άλλαξε κατηγορία, ενώ ένα μεγάλο μέρος του γυναικείου πληθυσμού φαίνεται να μένει μόνο του σε σχέση με τον αντρικό πληθυσμό (9.0% έναντι 4.7%). Μετά την έλευση της οικονομικής κρίσης, τα επίπεδα κατάθλιψης αυξήθηκαν για τις γυναίκες (17.5% έναντι 12.8%) συμβάλλοντας σε χειρότερη ψυχική υγεία.

**Πίνακας 7.3** Περιγραφικά στατιστικά (ποσοστά και μέσες τιμές (*m*)) για τους παράγοντες του μοντέλου για το συνολικό δείγμα και ανά φύλο.

	Total sample (%)	Males (%)	Females (%)
<b>Later life predictors</b>			
<b>Health factors</b>			
Long term illness			
Decrease (-1) – Better health	11.8	11.2	12.2
Increase (1) – Worse health	19.5	20.8	18.5
No change	68.7	68.0	69.2
Instrumental activities of daily living			
Decrease (-1) – Better health	4.9	3.0	6.4
Increase (1) – Worse health	13.3	11.4	14.6
No change	81.8	85.5	79.0
Mobility limitations			
Decrease (-1) – Better health	5.9	4.7	6.8
Increase (1) – Worse health	14.6	12.2	16.4
No change	79.5	83.1	76.8
<b>Cognitive factor</b>			
Orientation in time			

### 7.3 Αποτελέσματα

Decrease (-1) – Worse health	10.3	10.4	10.2
Increase (1) – Better health	7.7	8.2	7.3
No change	82.0	81.5	82.5
<b>Perspective of life factor</b>			
Life satisfaction			
Decrease (-1)	29.7	29.7	29.7
Increase (1)	37.9	36.2	39.1
No change	32.5	34.1	31.2
<b>Socio Economic Status factors</b>			
Household able to make ends meet			
Decrease (-1) – Decreased difficulty	33.8	33.5	34.1
Increase (1) – Increased difficulty	19.9	18.9	20.6
No change	46.3	47.6	45.3
Educational attainment	10.71 <sup>m</sup>	11.18 <sup>m</sup>	10.35 <sup>m</sup>
<b>Demographic factors</b>			
Age at the time of interview			
	62.13 <sup>m</sup>	62.63 <sup>m</sup>	61.76 <sup>m</sup>
Gender			
Males	42.8		
Females	57.2		
Marital status			
-1: Being alone	7.1	4.7	9.0
1: Being in a relationship	0.6	0.8	0.4
No change	92.3	94.5	90.6
<b>Control factor</b>			
Country (N)			
Austria	526	198	328
Germany	903	425	478
Sweden	1432	620	812
Spain	1241	517	724
Italy	1655	734	921
France	1129	471	658
Denmark	1419	634	785
Greece	2011	863	1148
Switzerland	803	341	462
Belgium	1659	738	921
Czech Republic	956	362	594
Poland	1169	481	688
<b>Depression levels (based on EURO-D)</b>			
Decrease (-1) – Better health	10.5	7.3	12.8
Increase (1) – Worse health	15.5	12.8	17.5
No change	74.0	79.8	69.7
<b>Total sample (N)</b>			
	<b>14903</b>	<b>6384</b>	<b>8519</b>

#### 7.3.4 Παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση των επιπέδων κατάθλιψης

Ο Πίνακας 7.4 παρουσιάζει αποτελέσματα με βάση πολυωνυμικά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης αναφορικά με τους παράγοντες που σχετίζονται με την μείωση των επιπέδων κατάθλιψης ενώ ταυτόχρονα έχουν ληφθεί υπόψη οι μεταβλητές από το κύμα 2. Συνολικά, η μείωση των περιορισμών στις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και των περιορισμών κινητικότητας επιφέρουν το υψηλότερο αποτέλεσμα προκειμένου να περιοριστούν τα επίπεδα κατάθλιψης (odds ratios ίσα με 1.533 and 1.475). Παρατηρείται ότι

η μείωση των περιορισμών σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ή η μείωση σε περιορισμούς κινητικών προβλημάτων) αυξάνει τις σχετικές πιθανότητες μείωσης της κατάθλιψης κατά 53.30% (αντίστοιχα κατά 47.50%).

Επιπρόσθετα, η καλύτερη γνωστική λειτουργία και η μεγαλύτερη αίσθηση ικανοποίησης από την ζωή συνδέονται με μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες μείωσης του φορτίου της καταθλιπτικής νόσου (odds ratios ίσα με 1.407 και 1.369). Αντίθετα, οι οικονομικές δυσκολίες, το μορφωτικό επίπεδο και οι μεταβολές της οικογενειακής κατάστασης δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Παρατηρώντας τα αποτελέσματα σχετικά με τα δύο φύλα, είναι σαφές ότι υπάρχουν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών. Για τους άνδρες είναι περισσότερο πιθανό η μείωση των μακροχρόνιων ασθενειών να περιορίσουν τα επίπεδα της κατάθλιψης (odds ratio ίσο με 1.316) ενώ για τις γυναίκες αυτό δείχνει στατιστικά μη σημαντικό. Για τον γυναικείο πληθυσμό, η μείωση στους περιορισμούς σε βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής καθώς και η μείωση των κινητικών προβλημάτων συντελούν σε σημαντικό περιορισμό των διαταραχών της κατάθλιψης (odds ratios ίσα με 1.554 και 1.420).

Επιπλέον, η βελτιωμένη γνωστική λειτουργία φαίνεται να έχει σημασία μόνο για τους άνδρες (odds ratio = 1.571) ενώ για τις γυναίκες είναι στατιστικά μη σημαντική. Σχετικά με την προοπτική που έχει ένα άτομο για την ζωή, η αίσθηση της ικανοποίησης από την ζωή που έχει ζήσει αποδεικνύεται σημαντική και για τα δύο φύλα κατά ισοδύναμο τρόπο αυξάνοντας τις σχετικές πιθανότητες μείωσης της παρουσίας της κατάθλιψης (odds ratios = 1.379 για τους άνδρες και 1.382 για τις γυναίκες).

Τέλος, οι παράγοντες κοινωνικοοικονομικής κατάστασης που περιλαμβάνουν την μείωση των οικονομικών δυσκολιών και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να είναι στατιστικά μη σημαντικοί και για τα δύο φύλα, ενώ η σχέση με το άλλο φύλο φαίνεται να είναι σημαντική μόνο για τις γυναίκες. Ειδικότερα, η μετάβαση στην κατάσταση της μοναξιάς για τις γυναίκες περιορίζει τις σχετικές πιθανότητες μείωσης των επιπέδων της κατάθλιψης κατά 22.2%.

### 7.3 Αποτελέσματα

**Πίνακας 7.4** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τους παράγοντες που σχετίζονται με την μείωση των επιπέδων της κατάθλιψης μετά την οικονομική κρίση στο συνολικό μοντέλο (N=14903) και ανά φύλο (N=6384 για τους άνδρες και N=8519 για τις γυναίκες) <sup>a</sup>.

	<b>Total model (control for w2)</b>	<b>Males (control for w2)</b>	<b>Females (control for w2)</b>
<b>Later life predictors</b>			
<b>Health factors</b>			
Long term illness			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1) – Better health	1.179* (0.994 1.398)	1.316* (0.968 1.790)	1.139 (0.927 1.399)
Increase (1) – Worse health	0.953 (0.798 1.139)	0.881 (0.647 1.200)	0.990 (0.796 1.232)
Instrumental activities of daily living			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1) – Better health	1.533*** (1.143 2.056)	1.399 (0.768 2.546)	1.554*** (1.109 2.178)
Increase (1) – Worse health	0.876 (0.715 1.072)	1.145 (0.797 1.644)	0.774** (0.607 0.987)
Mobility limitations			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1) – Better health	1.475*** (1.165 1.868)	1.283 (0.821 2.004)	1.420** (1.074 1.879)
Increase (1) – Worse health	1.009 (0.837 1.216)	0.740 (0.500 1.094)	1.084 (0.874 1.344)
<b>Cognitive factor</b>			
Orientation in time			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1) – Worse health	0.892 (0.733 1.086)	0.911 (0.650 1.279)	0.881 (0.690 1.123)
Increase (1) – Better health	1.407** (1.019 1.943)	1.571* (0.918 2.689)	1.354 (0.900 2.038)
<b>Perspective of life factors</b>			
Life satisfaction			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1)	1.051 (0.893 1.238)	1.159 (0.867 1.547)	1.002 (0.821 1.222)
Increase (1)	1.369*** (1.189 1.578)	1.379** (1.070 1.777)	1.382*** (1.163 1.641)
<b>Socio Economic Status factors</b>			
Household able to make ends meet			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1) – Decreased difficulty	1.076 (0.940 1.233)	1.044 (0.819 1.332)	1.080 (0.916 1.273)
Increase (1) – Increased difficulty	1.005 (0.855 1.181)	1.216 (0.911 1.622)	0.923 (0.759 1.122)
Educational attainment	1.003 (0.988 1.019)	0.987 (0.961 1.014)	1.014 (0.995 1.035)
<b>Demographic factors</b>			
Age at the time of interview	0.988*** (0.980 0.995)	1.006 (0.992 1.020)	0.981*** (0.971 0.990)
Gender			

Females (ref. cat.)	1		
Males	0.567***		
	(0.501 0.642)		
Marital status			
No change (ref. cat.)	1	1	1
-1: Being alone	0.840	1.180	0.778*
	(0.669 1.056)	(0.756 1.843)	(0.596 1.015)
1: Being in a relationship	1.097	1.249	0.930
	(0.543 2.215)	(0.452 3.451)	(0.345 2.510)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05 \* p-value<0.10

<sup>a</sup> σε όλα τα μοντέλα έχουν ληφθεί υπόψη η χώρα διαμονής και παράγοντες από το κύμα 2

### 7.3.5 Παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης

Ο Πίνακας 7.5 δείχνει τα odds ratios και τα διαστήματα εμπιστοσύνης για όλους τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης μετά από την περίοδο της οικονομικής κρίσης έχοντας λάβει υπόψη τους παράγοντες από το κύμα 2. Είναι εμφανές ότι οι παράγοντες που είναι σημαντικοί για το συνολικό δείγμα και ξεχωριστά ανά φύλο είναι οι ίδιοι. Ειδικότερα, η χειροτέρευση της υγείας συμβάλλει περισσότερο στην ενίσχυση της κατάθλιψης. Βασικά, για το συνολικό δείγμα και τον γυναικείο πληθυσμό, τα υψηλότερα odds ratios εντοπίζονται σε σχέση με τον παράγοντα της μακροχρόνιας ασθένειας (ίσα με 1.816 και 1.786 αντίστοιχα) ενώ για τον αντρικό πληθυσμό οι περιορισμοί σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής είναι μεγαλύτερης σπουδαιότητας (odds ratio = 2.164). Η χειροτέρευση της γνωστικής λειτουργίας συμβάλλει ισότιμα στην αύξηση της κατάθλιψης για το συνολικό δείγμα και για τα δύο φύλα<sup>a</sup> τα odds ratios κυμαίνονται από 1.347 σε 1.364. Επιπλέον, η μείωση του αισθήματος της ικανοποίησης από την ζωή αυξάνει την πιθανότητα νόσου της κατάθλιψης σχεδόν δύο φορές τόσο για τον συνολικό πληθυσμό όσο και για τα δύο φύλα ξεχωριστά (odds ratios σχεδόν ίσα με 2). Η σημασία αυτού του παράγοντα είναι μεγάλη λαμβάνοντας υπόψη την άλλη κατηγορία σχετικά με την αύξηση του αισθήματος ικανοποίησης από την ζωή και σαν αποτέλεσμα υποδηλώνει καλύτερη προοπτική για την ζωή. Είναι εμφανές ότι αυτή η θετική στάση ζωής μειώνει τις σχετικές πιθανότητες αύξησης των επιπέδων της κατάθλιψης κατά 22.3% για το συνολικό δείγμα και κατά 32.7% για τους άνδρες και 15.5% για τις γυναίκες. Η αύξηση των οικονομικών δυσκολιών μετά την οικονομική κρίση φαίνεται να ενισχύουν την αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης, ιδιαίτερα στους άνδρες (odds ratio ίσο με 1.614). Από την άλλη πλευρά, το μορφωτικό επίπεδο και ο παράγοντας της ηλικίας δεν είναι σημαντικοί. Τέλος, το να είναι κανείς μόνος σχετίζεται με υψηλότερες πιθανότητες αναφορικά με την αύξηση της καταθλιπτικής διαταραχής, μόνο για τους άνδρες (odds ratio = 1.550).

### 7.3 Αποτελέσματα

**Πίνακας 7.5** Odds ratios και 95% διαστήματα εμπιστοσύνης (σε παρενθέσεις) για τους παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των επιπέδων της κατάθλιψης μετά την οικονομική κρίση στο συνολικό μοντέλο (N=14903) και ανά φύλο (N=6384 για τους άνδρες και N=8519 για τις γυναίκες) <sup>a</sup>.

	<b>Total model (control for w2)</b>	<b>Males (control for w2)</b>	<b>Females (control for w2)</b>
<b>Later life predictors</b>			
<b>Health factors</b>			
Long term illness			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1) – Better health	0.822** (0.691 0.978)	0.756* (0.563 1.017)	0.873 (0.704 1.082)
Increase (1) – Worse health	1.816*** (1.589 2.075)	1.856*** (1.485 2.319)	1.786*** (1.508 2.115)
Instrumental activities of daily living			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1) – Better health	0.839 (0.617 1.139)	0.779 (0.402 1.509)	0.820 (0.579 1.160)
Increase (1) – Worse health	1.796*** (1.569 2.057)	2.164*** (1.732 2.704)	1.587*** (1.337 1.885)
Mobility limitations			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1) – Better health	1.001 (0.786 1.273)	0.858 (0.538 1.367)	0.993 (0.748 1.318)
Increase (1) – Worse health	1.752*** (1.534 2.001)	1.878*** (1.509 2.336)	1.673*** (1.413 1.980)
<b>Cognitive factor</b>			
Orientation in time			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1) – Worse health	1.364*** (1.182 1.575)	1.347** (1.066 1.703)	1.354*** (1.126 1.627)
Increase (1) – Better health	0.945 (0.714 1.250)	0.973 (0.618 1.532)	0.934 (0.653 1.338)
<b>Perspective of life factors</b>			
Life satisfaction			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1)	1.989*** (1.767 2.237)	1.980*** (1.628 2.410)	1.973*** (1.701 2.290)
Increase (1)	0.777*** (0.680 0.887)	0.673*** (0.539 0.840)	0.845** (0.715 0.999)
<b>Socio Economic Status factors</b>			
Household able to make ends meet			
No change (ref. cat.)	1	1	1
Decrease (-1) – Decreased difficulty	0.850*** (0.752 0.960)	0.781** (0.635 0.960)	0.887 (0.761 1.034)
Increase (1) – Increased difficulty	1.485*** (1.313 1.679)	1.614*** (1.315 1.981)	1.438*** (1.232 1.678)
Educational attainment	1.013* (0.999 1.026)	1.003 (0.982 1.023)	1.021** (1.004 1.039)
<b>Demographic factors</b>			
Age at the time of interview			
	1.013*** (1.006 1.019)	1.022*** (1.011 1.033)	1.009** (1.001 1.017)
Gender			
Females (ref. cat.)	1		

## 7.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

Males	0.657***		
	(0.593 0.729)		
Marital status			
No change (ref. cat.)	1	1	1
-1: Being alone	1.125	1.550***	1.033
	(0.947 1.337)	(1.120 2.146)	(0.842 1.267)
1: Being in a relationship	1.723*	1.735	1.620
	(0.945 3.143)	(0.758 3.968)	(0.640 4.098)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05 \* p-value<0.10

<sup>a</sup> σε όλα τα μοντέλα έχουν ληφθεί υπόψη η χώρα διαμονής και παράγοντες από το κύμα 2

## 7.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

Οι κύριοι στόχοι αυτής της μελέτης είναι η σύγκριση των μετρήσεων των ερωτώμενων σχετικά με τα επίπεδα της κατάθλιψης, τους παράγοντες υγείας, τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και τους δημογραφικούς παράγοντες πριν και μετά την οικονομική κρίση του 2008 για τους πληθυσμούς της Ευρώπης και τον βαθμό στον οποίο παρουσιάζεται μείωση, αύξηση ή καμία μεταβολή σε αυτούς. Στην συνέχεια, εφαρμόστηκαν μοντέλα πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης για να ανιχνευθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την μείωση και την αύξηση των επιπέδων της κατάθλιψης. Η μελέτη επικεντρώθηκε στο συνολικό δείγμα και τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των φύλων.

Τα ευρήματα δείχνουν ότι οι παράγοντες υγείας, όπως αυτοί περιγράφονται από τους περιορισμούς της κινητικότητας, τους περιορισμούς σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και τις μακροχρόνιες ασθένειες χειροτέρευσαν μετά από την κρίση για τον συνολικό πληθυσμό των ερωτώμενων υποδεικνύοντας χειρότερα επίπεδα υγείας. Επίσης, η γνωστική λειτουργία παρουσίασε εξασθένηση. Αντίθετα, το αίσθημα της ικανοποίησης από την ζωή ενισχύθηκε και οι οικονομικές δυσκολίες έδειξαν να περιορίζονται. Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, μετά από την πάροδο τόσων ετών ανάμεσα στα κύματα 2 και 6 είναι προφανές ότι οι ερωτώμενοι ήταν πιθανότερο να είναι μόνοι παρά σε μία σχέση. Επιπρόσθετα, τα επίπεδα της κατάθλιψης αυξήθηκαν για πολλά άτομα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα φύλα ξεχωριστά, παρατηρείται ότι η υγεία τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες χειροτέρεψε μετά την κρίση, ειδικότερα δε για τις γυναίκες σε ότι αφορά στην αύξηση των περιορισμών της κινητικότητας. Από την άλλη πλευρά, τα επίπεδα της κατάθλιψης φαίνεται να είναι υψηλότερα στις γυναίκες. Προηγούμενα αποτελέσματα υποστηρίζουν αυτά τα ευρήματα και εξηγούν ότι η ύφεση αποδείχθηκε πολύ επικίνδυνη για την ανάπτυξη προβλημάτων ψυχικής υγείας τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες (Frasquilho et al., 2016) αν και οι Glonti et al. (2015) ισχυρίστηκαν ότι η οικονομική ύφεση

#### 7.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

έχει επηρεάσει ψυχικά κυρίως τις γυναίκες. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με την παρούσα εργασία, το αίσθημα της ικανοποίησης από την ζωή είναι πιο διαδεδομένο στις γυναίκες παρόλο που, τα αποτελέσματα σχετικά με την μεταβολή στο να είναι κανείς μόνος του σε ότι αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, παρουσιάζονται πιο έντονα στον γυναικείο πληθυσμό.

Αναφορικά με τους παράγοντες που οδηγούν στην μείωση των επιπέδων κατάθλιψης, η μεγαλύτερη συμβολή οφείλεται στην μείωση των περιορισμών των θεμελιωδών δραστηριοτήτων στην καθημερινή ζωή και των περιορισμών κινητικότητας. Επιπλέον, καλύτερη γνωστική λειτουργία και αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης από την ζωή είναι σημαντικά στην μείωση των επιπέδων κατάθλιψης. Οι συγκρίσεις ανάμεσα στα φύλα δείχνουν ότι η μείωση των επιπέδων κατάθλιψης επιτυγχάνεται με την θεραπεία από μακροχρόνιες ασθένειες για τον αντρικό πληθυσμό σε αντίθεση με τον γυναικείο όπου αυτό πραγματοποιείται μέσα από την μείωση στους περιορισμούς σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες και κινητικούς περιορισμούς. Καλύτερες επιδόσεις στον χρονικό προσανατολισμό φαίνεται να επηρεάζουν μόνο τους άντρες στην μείωση της καταθλιπτικής διάθεσης ενώ το αίσθημα της ικανοποίησης από την ζωή είναι βοηθητικό και για τα δύο φύλα. Άλλοι παράγοντες που περιλαμβάνονται στην ανάλυση όπως οικονομικές δυσκολίες, εκπαιδευτικό επίπεδο και να μένει ο ερωτώμενος με σύντροφο ήταν στατιστικά μη σημαντικοί.

Στην συνέχεια, παράγοντες που σχετίζονται με την αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης είναι η χειροτέρευση των παραγόντων υγείας. Οι άνδρες είναι πιο ευάλωτοι στις ψυχικές ασθένειες εξαιτίας της αύξησης στους περιορισμούς από θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ενώ οι γυναίκες εξαιτίας της αύξησης των μακροχρόνιων ασθενειών. Χειρότερα επίπεδα στη γνωστική λειτουργία και στο αίσθημα ικανοποίησης από την ζωή επηρεάζουν και τα δύο φύλα, αυξάνοντας τα επίπεδα κατάθλιψης. Για τους άνδρες είναι εύκολο να νοσήσουν ψυχικά εξαιτίας της αύξησης στις οικονομικές δυσκολίες και στην μετάβαση στην κατάσταση της μοναξιάς. Τέλος, το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία την στιγμή της συνέντευξης είναι λιγότερο σημαντικοί παράγοντες όσον αφορά στην βελτίωση των επιπέδων της κατάθλιψης.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα με την προηγούμενη βιβλιογραφία, άλλα ευρήματα είναι σύμφωνα με αυτήν ενώ άλλα είναι αντιφατικά. Αναμφίβολα, παλαιότερες αναλύσεις έχουν διαπιστώσει ότι οι περιορισμοί στις θεμελιώδεις δραστηριότητες και οι κινητικοί περιορισμοί επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική υγεία (Musich et al., 2018; Backe et al., 2017). Επιπρόσθετα, οι γνωστικές δυσκολίες επιδεινώνουν τις διαταραχές της κατάθλιψης στην



#### 7.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

όψιμη ενήλικη ζωή (Giri et al., 2016; Hammar and Ardal, 2009). Αντίθετα, το αίσθημα ικανοποίησης από την ζωή φαίνεται να λειτουργεί θετικά όσον αφορά στις ψυχολογικές συνθήκες, και σχετίζεται με καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας (Beutel et al., 2016; Srivastava, 2016). Σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσας ανάλυσης, άλλοι επιστήμονες έχουν διαπιστώσει ότι η βελτίωση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου καθώς και το καλύτερο μορφωτικό επίπεδο οδηγούν σε μικρότερη επικράτηση της κατάθλιψης (Freeman et al., 2016; Zhang et al., 2012; Bjelland et al., 2008).

Ορισμένοι περιορισμοί της μελέτης θα πρέπει να παρατηρηθούν. Πρώτον, το ποσοστό των ατόμων που αποκλείονται από την ανάλυση λόγω μη συμμετοχής στο κύμα 6 είναι υψηλό. Ως εκ τούτου συμπεριλήφθηκαν 14903 παρατηρήσεις από τις 31009 που ήταν συνολικά. Μεταξύ αυτών, οι περισσότεροι από τους μη συμμετέχοντες ήταν άνδρες. Επιπρόσθετα, συνολικά ήταν μεγαλύτεροι και ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά όσον αφορά στις καταθλιπτικές διαταραχές. Η σύνθεση του δείγματος που εξαιρέθηκε αποτελείται από άτομα που υπέφεραν περισσότερο από κινητικούς περιορισμούς και περιορισμούς σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και λιγότερο όσον αφορά στις μακροχρόνιες ασθένειες. Επίσης, ανέφεραν χαμηλά επίπεδα γνωστικής λειτουργίας και ικανοποίησης από την ζωή, αλλά δεν φαίνεται να διαφέρουν σημαντικά από τους ερωτώμενους όσον αφορά στην ικανότητα τους να διαχειρίζονται οικονομικές δυσκολίες. Τέλος, οι περισσότεροι από τους μη συμμετέχοντες στην ανάλυση ήταν χήροι και λιγότεροι από αυτούς ήταν παντρεμένοι και ζούσαν με τον/την σύζυγο τους σε σύγκριση με αυτούς που συμμετείχαν στην έρευνα.

Δεύτερον, με βάση τα αποτελέσματα της λογιστικής παλινδρόμησης, είναι εμφανές ότι υπάρχει μεροληψία (bias) μεταξύ των τελικών αποτελεσμάτων για την ομάδα των ερωτώμενων λόγω των χαρακτηριστικών που έχουν οι μη συμμετέχοντες. Πιο συγκεκριμένα, αναφορικά με τους μη συμμετέχοντες, η εφαρμογή της μεθόδου επιβεβαίωσε ότι ήταν πιο πιθανόν να αισθάνονται λιγότερο ικανοποιημένοι από την ζωή ή να αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες και ακόμη λιγότερο πιθανό να έχουν αναφέρει καλά επίπεδα γνωστικής λειτουργίας. Παρατηρήθηκε επίσης ότι οι μη συμμετέχοντες είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από περιορισμούς στις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής καθώς και κινητικούς περιορισμούς. Τέλος, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που δεν συμμετείχαν στην ανάλυση παρουσίασαν ελαφρώς μεγαλύτερες πιθανότητες στην εμφάνιση της νόσου της καταθλιπτικής διαταραχής σε σύγκριση με τους ερωτώμενους.

#### 7.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

## Κεφάλαιο 8

### Παράγοντες που σχετίζονται με τα δομικά στοιχεία της κλίμακας για την μοναξιά σε ευρωπαϊκές χώρες

#### 8.1 Εισαγωγή

Η μοναξιά θεωρείται μείζον πρόβλημα, ιδίως για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Σύμφωνα με μία προσέγγιση που πρότειναν οι Perlman και Perlau το 1981, η μοναξιά ορίζεται ως «ένα υποκειμενικό, ανεπιθύμητο αίσθημα έλλειψης ή απώλειας συντροφιάς που συμβαίνει όταν παρατηρείται ανομοιογένεια μεταξύ της ποσότητας και της ποιότητας των κοινωνικών σχέσεων που έχουμε και εκείνων που θέλουμε». Η μοναξιά είναι μία διαφορετική κατάσταση και δεν θα πρέπει να συγχέεται με την κοινωνική απομόνωση. Η παρούσα μελέτη εστιάζει στην υποκειμενική συναισθηματική εμπειρία της μοναξιάς και όχι στην κοινωνική απομόνωση η οποία σχετίζεται με την αντικειμενική εμπειρία του πόσο συχνά είμαστε μόνοι (Office for National Statistics, 2018) και την έλλειψη κοινωνικών επαφών ή σχέσεων που έχουμε (Hawkley and Cacioppo, 2010).

Προηγούμενες μελέτες έχουν εντοπίσει παράγοντες και μηχανισμούς που συμβάλλουν στην αίσθηση της μοναξιάς. Αν και αυτή η αίσθηση παρατηρείται σε άτομα όλων των ηλικιών, οι ερευνητές έχουν επισημάνει ότι η μοναξιά τείνει να αυξάνεται με την ηλικία (Neto, 2014a), ειδικά για άτομα άνω των 80 ετών που είναι πιο ευάλωτα σε αυτήν την εμπειρία. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες αναφέρουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά μοναξιάς συγκριτικά με τους άνδρες (Beutel et al., 2017; Demakakos, Nunn and Nazroo, 2006).

Περαιτέρω προβλεπτικοί παράγοντες που ενισχύουν αυτήν την κατάσταση είναι η κακή υγεία, οι σπάνιες κοινωνικές επαφές, η απομόνωση καθώς και η εμπειρία διαζυγίου (Neto, 2014a) ή χηρείας (Theeke, 2009). Ειδικότερα, τα άτομα που πάσχουν από καρδιαγγειακή ή στεφανιαία καρδιακή νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο και κατάθλιψη ή άλλη ψυχική διαταραχή αναμένεται να είναι συχνότερα μόνα σε σύγκριση με τα υγιή άτομα (Singer, 2018). Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι υπάρχει μία εμφανής σχέση μεταξύ της μοναξιάς και της κατάθλιψης (Beutel et al., 2017; Taube et al., 2013). Επιπλέον, οι συνεχιζόμενες δυσκολίες συμπεριλαμβανομένων των περιορισμών στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL) και των περιορισμών στις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (IADL)

σχετίζονται με την αίσθηση της μοναξιάς στην όψιμη ενήλικη ζωή (Yeh and Lo, 2004). Παράλληλα, η εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας (Boss, Kang and Branson, 2015) και η νόσος του Alzheimer συνδέονται στενά με το να είναι κανείς μόνος (Office for National Statistics, 2018).

Σε αντίθεση με τα προηγούμενα αποτελέσματα, το να είναι κανείς έγγαμος ή να έχει σύντροφο και να συμβιεί, βοηθά στην μείωση του κενού της μοναξιάς (Phaswana-Mafuya and Peltzer, 2017). Οι Demakakos, Nunn και Nazroo (2006) υποστηρίζουν ότι η επαφή με τους άλλους και η ύπαρξη παιδιών (Beutel et al., 2017) είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες για την εξάλειψη αυτής της διαταραχής. Για παράδειγμα, οι σχέσεις των οικογενειών, συμπεριλαμβανομένης της ουσιαστικής επαφής με τον σύντροφο ή τα παιδιά συμβάλλουν στον περιορισμό του να είναι κανείς μόνος ενώ όταν το άτομο δεν είναι κοντά στα μέλη της οικογένειας του έχει σαν αποτέλεσμα να διευρύνεται η απόσταση μεταξύ τους.

Επιπρόσθετα, οι Sundström et al. (2009) στην ανάλυση τους διαπίστωσαν ότι η συμβίωση με έναν σύντροφο είναι επωφελής για την εξάλειψη της μοναξιάς και αυτό ισχύει σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες. Αντίθετα, οι ίδιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι ερωτώμενοι που ζούσαν μόνοι και είχαν κακή υγεία είχαν δέκα φορές υψηλότερες σχετικές πιθανότητες να αισθάνονται μοναξιά σε σύγκριση με τα άτομα που είχαν καλή υγεία και έμεναν με κάποιον. Όσον αφορά στις οικονομικές δυσκολίες, τα ευρήματα τονίζουν ότι η συχνότητα των οικονομικών προβλημάτων που οδηγούν σε στέρηση και φτώχεια έχει ως αποτέλεσμα την ενίσχυση της μοναξιάς σε ενήλικες άνω των 65 ετών (Ausín, Muñoz and Castellanos, 2017). Μία άλλη μελέτη έδειξε ότι η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται έντονα με αυτό το συναίσθημα, συμπέρασμα που ισχύει για την πλειοψηφία των Ευρωπαίων ηλικίας 60-80 ετών που διαμένουν σε 11 χώρες (Hansen and Slagvold, 2015).

Σαν αντιστάθμισμα αυτής της σοβαρής και επιβλαβούς εμπειρίας, η καλή ποιότητα ζωής και η αίσθηση ικανοποίησης από την ζωή μπορούν να περιορίσουν την επικράτηση της μοναξιάς (Ausín, Muñoz and Castellanos, 2017; Taube et al., 2013). Συμπληρωματικά, ένα καλό επίπεδο εκπαίδευσης συμβάλλει στον περιορισμό αυτής της αίσθησης. Ο τελευταίος αυτός παράγοντας είναι σημαντικός καθώς όσο υψηλότερη είναι η εκπαίδευση που έχει ένα άτομο τόσο λιγότερο πιθανό είναι να αισθάνεται μόνο (Vakili, Mirzaei and Modarresi, 2017; Neto, 2014b). Τέλος, η σωματική αδράνεια, το κάπνισμα, τα προβλήματα ύπνου και η χαμηλή αυτό-εκτίμηση δημιουργούν μοντέλα διαδοχικών βημάτων που οδηγούν στην εμπειρία της μοναξιάς (Office for National Statistics, 2018).

## 8.2 Δεδομένα και Μέθοδοι

Η μοναξιά αξιολογείται και μετριέται βάσει μίας κλίμακας που περιλαμβάνει 20 στοιχεία, γνωστής ως UCLA Loneliness Scale (University of California, Los Angeles). Η κατασκευή του μέτρου έδειξε ότι τα χαρακτηριστικά από τα οποία αποτελείται έχουν υψηλή εσωτερική συνοχή (συντελεστής  $\alpha = 0.96$ ) (Russell, Peplau and Ferguson, 1978). Έκτοτε, οι Hughes et al. (2004) εισήγαγαν μία σύντομη εκδοχή της UCLA Loneliness Scale που περιλάμβανε μόνο τρία χαρακτηριστικά, πιο συγκεκριμένα, την συντροφικότητα (companionship), την παραμέληση (left out) και την απομόνωση (isolation), με αποτέλεσμα την μέτρηση της έμμεσης συνιστώσας της μοναξιάς (indirect loneliness). Παρόλα αυτά, σύμφωνα με την ηλεκτρονική βάση δεδομένων του SHARE, τα προηγούμενα στοιχεία της κλίμακας μπορούν να αντικατασταθούν με μία άμεση συνιστώσα, που μετρά την αυτό-αξιολόγηση της μοναξιάς (direct loneliness) (Mehrbrodt, Gruber and Wagner, 2017).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του βαθμού στον οποίο οι παράγοντες πρόβλεψης της μοναξιάς που καλύπτουν διαφορετικούς τομείς ζωής επηρεάζουν ξεχωριστά τα τρία έμμεσα στοιχεία της κλίμακας για την μοναξιά καθώς και το τέταρτο, άμεσο στοιχείο. Η ανάλυση εξετάζει τη συσχέτιση παραγόντων υγείας, τις οικονομικές συνθήκες και την δημογραφική κατάσταση με τα στοιχεία της συγκεκριμένης κλίμακας. Τα αποτελέσματα θα ενημερώσουν τους ψυχολόγους σχετικά με τους ειδικούς παράγοντες που επηρεάζουν την έμμεση και την άμεση συνιστώσα της μοναξιάς και θα δώσουν την ευκαιρία για καλύτερη διαχείριση και αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου που κάνει πολλούς ανθρώπους να υποφέρουν, ιδιαίτερα δε όσους διανύουν την όψιμη ενήλικη ζωή τους.

## 8.2 Δεδομένα και Μέθοδοι

Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην ανάλυση έχουν προέλθει από την βάση δεδομένων του SHARE, όπως έχει περιγραφεί στο κεφάλαιο 2 (Börsch-Supan et al., 2013). Στην παρούσα μελέτη τα στοιχεία προέρχονται από το έκτο κύμα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε το 2015 και περιλαμβάνουν 62084 ερωτώμενους που κατοικούν στις παρακάτω χώρες: Γερμανία, Σουηδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Ελλάδα, Ελβετία, Βέλγιο, Τσεχία, Πολωνία, Λουξεμβούργο, Πορτογαλία, Σλοβενία, Εσθονία και Κροατία. Το αρχικό δείγμα περιλάμβανε 68231 άτομα. Από αυτά, τα 6147 (αντίστοιχο ποσοστό ίσο με 9%) αποκλείστηκαν ως ελλείπουσες παρατηρήσεις.

### 8.2.1 Περιγραφή των μεταβλητών

#### Εξαρτημένες μεταβλητές

Σύμφωνα με τα στοιχεία της βάσης του SHARE, οι μεταβλητές απόκρισης στην παρούσα ανάλυση είναι τα τρία στοιχεία της κλίμακας μοναξιάς που αναφέρονται στην έμμεση συνιστώσα αυτής της κατάστασης καθώς επίσης και το τέταρτο στοιχείο, που περιγράφει την άμεση συνιστώσα της μοναξιάς. Συγκεκριμένα, οι εξαρτημένες μεταβλητές για την έμμεση συνιστώσα της μοναξιάς είναι «Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι δεν έχετε συντροφιά;», «Πόσο συχνά αισθάνεστε παραμελημένος;» και «Πόσο συχνά αισθάνεστε απομονωμένος από τους άλλους;» και για την άμεση είναι «Πόσο συχνά αισθάνεστε μόνος;». Για όλα τα χαρακτηριστικά της κλίμακας, οι απαντήσεις των ερωτώμενων κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες σύμφωνα με την κλίμακα του Likert, ως εξής: (1) «συχνά» (2) «ορισμένες φορές» και (3) «σχεδόν ποτέ ή ποτέ». Παρόλο που η βαθμολογία για την έμμεση κλίμακα κυμαίνεται από 3 που υποδηλώνει «μη μοναχική κατάσταση» σε 9 που υποδηλώνει «πολύ μοναχική κατάσταση», η βιβλιογραφία δεν υποστηρίζει ένα κατώφλι προκειμένου να ταξινομηθούν οι ερωτώμενοι ως «μοναχικά» και «μη μοναχικά» άτομα. Για το σκοπό αυτό, η μέτρηση της άμεσης συνιστώσας που βασίζεται στην αυτό-αξιολόγηση των ερωτώμενων παρέχει περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την μοναξιά.

#### Ανεξάρτητες μεταβλητές

Οι παράγοντες για την υγεία που περιλαμβάνονται στην ανάλυση είναι ο αριθμός των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες ή στις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, το πλήθος των κινητικών περιορισμών και προβλημάτων καθώς και το αν οι ερωτώμενοι υπέφεραν από δύο τουλάχιστον χρόνιες ασθένειες. Οι παραπάνω μεταβλητές περιγράφονται αναλυτικά στο κεφάλαιο 3. Όλοι οι προηγούμενοι παράγοντες είναι διακριτές μεταβλητές. Ιδιαίτερα δε ο τελευταίος είναι δυαδικός, έχοντας 0 ή 1 χρόνιες παθήσεις σαν κατηγορία αναφοράς. Επιπρόσθετα, σαν μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε και η κλίμακα EURO-D που αναφέρεται στην κατάθλιψη και της οποίας η περιγραφή έχει γίνει στο κεφάλαιο 2. Επιπλέον επεξηγήσεις και πληροφορίες για τις μεταβλητές περιέχονται στον οδηγό έκδοσης 2.6.0 για τα κύματα 1&2 του SHARE (November, 2013). Τέλος, οι μεταβλητές που περιγράφουν την γνωστική λειτουργία των ερωτώμενων μέσα από τον προσανατολισμό τους στον χρόνο καθώς και αν το νοικοκυριό ήταν σε θέση να τα βγάλει πέρα στις οικονομικές απαιτήσεις περιγράφονται διεξοδικά στο κεφάλαιο 2 του παρόντος.

Η προοπτική της ζωής μετρείται με την μεταβλητή “lifesat” που αποδίδει το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ερωτώμενοι από την ζωή. Οι χαμηλότερες τιμές της κλίμακας υποδηλώνουν δυσαρέσκεια, ειδικότερα η τιμή 0 που δηλώνει απόλυτη δυσαρέσκεια. Οι υψηλότερες τιμές της κλίμακας δείχνουν προς την αντίθετη κατεύθυνση· η ανώτερη τιμή είναι 10 και εκφράζει απόλυτη ικανοποίηση. Αναλυτική περιγραφή της μεταβλητής δίδεται στο κεφάλαιο 7. Οι δημογραφικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την ηλικία των ερωτώμενων κατά τη συνέντευξη και τα έτη εκπαίδευσης, προκειμένου να προσμετρηθεί στην ανάλυση και το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων. Και οι δύο παράγοντες είναι διακριτές μεταβλητές. Η μεταβλητή παρουσίας συντρόφου στο νοικοκυριό που δείχνει αν το άτομο είχε σύντροφο (κατηγορία αναφοράς) ή ήταν μόνο του και ο παράγοντας που δείχνει το πλήθος των παιδιών που έχουν οι ερωτώμενοι περιέχονται στην ανάλυση. Τέλος, η χώρα διαμονής και το φύλο έχουν χρησιμοποιηθεί σαν μεταβλητές ελέγχου (control) για να εντοπιστούν διαφοροποιήσεις (αντίστοιχες κατηγορίες αναφοράς είναι η Αυστρία και οι άνδρες).

### 8.2.2 Στατιστική ανάλυση

Η εφαρμογή των μοντέλων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας την ρουτίνα `gologit2`, γραμμένη για το λογισμικό Stata, version 13. Το `gologit2` είναι μία μέθοδος που εκτιμά τα γενικευμένα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης (generalized logistic regression models) για διατεταγμένες (ordinal) εξαρτημένες μεταβλητές (Williams, 2005) και περιλαμβάνει την ανάπτυξη της ρουτίνας `gologit`, εμπνευσμένη από τον Vincent Fu (1998). Ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου είναι ότι μπορεί να εκτιμήσει ένα μοντέλο μερικών αναλογικών λόγων πιθανοτήτων (partial proportional odds model) το οποίο έχει λιγότερους περιορισμούς σε σχέση με το μοντέλο αναλογικών λόγων πιθανοτήτων (proportional odds model) (ή αλλιώς μοντέλο παράλληλων ευθειών (parallel lines model) που εκτιμάται από το διατακτικό μοντέλο logit (ologit model ή ordinal logit model)). Η υπόθεση των παράλληλων ευθειών υποστηρίζει ότι για κάθε κατηγορία της εξαρτημένης μεταβλητής οι εκτιμήσεις βρίσκονται σε παράλληλες ευθείες.

Στην παρούσα ανάλυση όλες οι διατακτικές (ordinal) μεταβλητές απόκρισης έχουν τις εξής τρεις κατηγορίες, συχνά, μερικές φορές και ποτέ ή σχεδόν ποτέ. Κατ’αυτόν τον τρόπο, στην περίπτωση της μιας ανεξάρτητης μεταβλητής, το `gologit` μοντέλο (Williams, 2005) μπορεί να γραφτεί ως

$$P(Y_i > j) = \frac{\exp(a_j + X_i \beta_j)}{1 + [\exp(a_j + X_i \beta_j)]}, j = 1, 2$$

και, όπως φαίνεται από τον τύπο, το μοντέλο θα έχει δύο ομάδες συντελεστών (coefficients). Δηλαδή, με βάση το μοντέλο, θα υπολογισθούν δύο εξισώσεις ταυτόχρονα. Το μοντέλο ordered logit είναι μία ειδική περίπτωση του gologit μοντέλου όπου οι συντελεστές βήτα είναι οι ίδιοι για κάθε  $j$ . Υπό αυτήν την έννοια, ο δείκτης  $j$  δεν χρειάζεται να μπει στον παραπάνω τύπο. Σε ένα μοντέλο μερικών αναλογικών λόγων πιθανοτήτων όπως αυτό που εφαρμόζεται στην συγκεκριμένη μελέτη, κάποιοι από τους συντελεστές βήτα είναι οι ίδιοι για τις τιμές 1 και 2 του  $j$  (και αυτοί είναι οι συντελεστές για τους οποίους ικανοποιείται η υπόθεση των παράλληλων ευθειών), ενώ άλλοι μπορεί να διαφέρουν. Για παράδειγμα, αν το μοντέλο μερικών αναλογικών λόγων πιθανοτήτων που μελετάμε έχει 3 μεταβλητές όπου οι συντελεστές βήτα για τις  $X1$  και  $X2$  περιορίζονται να είναι ίδιοι μεταξύ των τιμών του  $j$  αλλά οι συντελεστές για την  $X3$  όχι, τότε ο τύπος για το μοντέλο λαμβάνει την ακόλουθη μορφή

$$P(Y_i > j) = \frac{\exp(a_j + X1_i \beta1 + X2_i \beta2 + X3_i \beta3_j)}{1 + [\exp(a_j + X1_i \beta1 + X2_i \beta2 + X3_i \beta3_j)]}, j = 1, 2$$

Κατά συνέπεια, το ισχυρό σημείο της μεθόδου gologit είναι ότι εντοπίζει τις μεταβλητές που ικανοποιούν την υπόθεση των παράλληλων ευθειών (parallel lines assumption) ενώ οι υπόλοιπες είναι ελεύθερες (Williams, 2016). Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων επιτυγχάνεται μέσα από συγκρίσεις λογιστικής παλινδρόμησης ανάμεσα στην πρώτη κατηγορία του  $j$  έναντι της δεύτερης και της τρίτης καθώς και της πρώτης και δεύτερης κατηγορίας του  $j$  έναντι της τρίτης. Με βάση την υπόθεση παράλληλων ευθειών που θέτει το μοντέλο αναλογικών λόγων πιθανοτήτων, η επίδραση του  $X$  στο  $Y$  είναι η ίδια μεταξύ όλων των συγκρίσεων (Williams, 2016) ενώ με βάση το μοντέλο μερικών αναλογικών λόγων πιθανοτήτων αυτό δεν ισχύει για μερικά  $X$ , γεγονός που αποτελεί και την θεμελιώδη διαφορά ανάμεσα στα μοντέλα.

### 8.3 Αποτελέσματα

Ο Πίνακας 8.1 δείχνει τους παράγοντες πρόβλεψης για τους οποίους ικανοποιείται η υπόθεση παράλληλων ευθειών ή διαφορετικά, ισχύει το μοντέλο μερικών αναλογικών λόγων πιθανοτήτων. Γίνεται διάκριση των διαφοροποιήσεων ανάμεσα στα έμμεσα στοιχεία της κλίμακας καθώς επίσης και μεταξύ του άμεσου και των έμμεσων.

Ανάμεσα στα έμμεσα στοιχεία, οι περιορισμοί στις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, δύο ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες, η γνωστική λειτουργία και η



ηλικία την στιγμή της συνέντευξης είναι οι πιο συχνές μεταβλητές που υπόκεινται στους περιορισμούς της υπόθεσης.

Όσον αφορά στο άμεσο στοιχείο, οι προηγούμενοι παράγοντες και επιπλέον, οι παράγοντες που αναφέρονται στους περιορισμούς στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και στο αίσθημα ικανοποίησης από την ζωή υπόκεινται στους περιορισμούς για την υπόθεση παράλληλων ευθειών. Τα έτη εκπαίδευσης υπόκεινται στον περιορισμό για την ικανοποίηση της υπόθεσης συνολικά ανάμεσα και στα τέσσερα στοιχεία που απαρτίζουν την κλίμακα της μοναξιάς. Η προτελευταία γραμμή του πίνακα 1 πληροφορεί για τον συνολικό αριθμό των μεταβλητών που ικανοποιούν αυτήν την υπόθεση· οι υπόλοιπες που δεν εγγράφονται στον πίνακα αναφέρονται σε επιλεγμένες χώρες που συμμετέχουν στην ανάλυση.

Παρατηρώντας τους συντελεστές στους πίνακες 2 και 3 αντίστοιχα, είναι εμφανές ότι το μοντέλο μερικών αναλογικών λόγων πιθανοτήτων περιορίζει τους συντελεστές  $\beta_k$  να είναι ίδιοι μεταξύ των δύο κατηγοριών της εξαρτημένης μεταβλητής, δηλαδή των εξισώσεων «συχνά» και «μερικές φορές» ενώ αφήνει τις υπόλοιπες μεταβλητές ελεύθερες να μεταβάλλονται. Τέλος, η στατιστικά μη σημαντική ένδειξη για την καθολική δοκιμή του Wald για το τελικό μοντέλο που παρουσιάζεται στην τελευταία γραμμή του πίνακα υποδηλώνει ότι το τελικό μοντέλο δεν παραβιάζει την υπόθεση παράλληλων ευθειών. Με άλλα λόγια, κοιτώντας τις δύο τελευταίες γραμμές του πίνακα, μπορούμε να δούμε ότι, όσον αφορά στο χαρακτηριστικό έλλειψη συντροφικότητας, έχουν επιβληθεί έντεκα περιορισμοί στο τελικό μοντέλο, που αντιστοιχούν σε έξι επιπλέον μεταβλητές που υπόκεινται σε περιορισμούς ώστε οι επιδράσεις τους να ικανοποιούν την υπόθεση παράλληλων ευθειών.

Οι Πίνακες 8.2 και 8.3 παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τους συντελεστές του μοντέλου και τις τυπικές αποκλίσεις στις παρενθέσεις για δύο ξεχωριστές εξισώσεις, αυτές που αναφέρονται στην κατηγορία «συχνά» και την κατηγορία «μερικές φορές». Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω – στην ενότητα για τα δεδομένα και τις μεθόδους – οι συγκρίσεις είναι μεταξύ i) της κατηγορίας «συχνά» έναντι των κατηγοριών «μερικές φορές» και «σχεδόν ποτέ ή ποτέ» και ii) των κατηγοριών «συχνά» και «μερικές φορές» σε σχέση με την κατηγορία «σχεδόν ποτέ ή ποτέ». Η ερμηνεία των αποτελεσμάτων είναι πολύ πιο απλή για μεταβλητές που ικανοποιούν την υπόθεση παράλληλων ευθειών καθότι οι συντελεστές είναι ίδιοι σε όλες τις εξισώσεις. Οι θετικοί συντελεστές υποδηλώνουν ότι οι υψηλότερες τιμές στις επεξηγηματικές μεταβλητές καθιστούν πιο πιθανές τις υψηλότερες τιμές στην εξαρτημένη μεταβλητή· το αντίστροφο ισχύει για τους αρνητικούς συντελεστές.

### 8.3 Αποτελέσματα

**Πίνακας 8.1** P-values σχετικά με τις μεταβλητές που ικανοποιούν την υπόθεση παράλληλων ευθειών για το άμεσο και έμμεσα χαρακτηριστικά της κλίμακας της μοναξιάς (επιλεγμένες χώρες υπόκεινται σε περιορισμούς).

	Indirect measures			Direct measure
	Companionship	Left out	Isolated	Feeling lonely
<b>Health factors</b>				
Limitations in Activities of Daily Living				0.4506
Limitations in Instrumental Activities of Daily Living		0.7634	0.5106	0.0945
Mobility limitations				
Two or more chronic diseases	0.0569	0.8687		0.3791
Number of Depressive Symptoms				
<b>Cognitive function</b>				
Orientation in time	0.9846		0.2739	0.6197
<b>Perspective of life</b>				
Life satisfaction	0.0690			0.9837
<b>Socioeconomic Status</b>				
Household able to make ends meet				
With some difficulty		0.1295	0.8962	
Fairly easily		0.3818	0.4371	
Easily	0.3333	0.1821		0.5865
<b>Demographic characteristics</b>				
Age at the time of interview		0.8906		0.8147
Gender (males)			0.0726	
Years of education	0.2182	0.6634	0.9903	0.1507
Partner in household (yes)				
Number of children			0.1835	0.9231
<b>Number of variables being constrained</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>14</b>
<b>Global Wald test for the final model</b>	<b>0.0861</b>	<b>0.4579</b>	<b>0.3273</b>	<b>0.7520</b>

#### *Ερμηνεία των παραγόντων που ικανοποιούν την υπόθεση των παράλληλων ευθειών*

Συγκεκριμένα, όσον αφορά στην έλλειψη συντροφικότητας, φαίνεται ότι οι ερωτηθέντες που είναι ικανοποιημένοι από την ζωή τείνουν να αισθάνονται έλλειψη συντροφιάς σχεδόν ποτέ ή ποτέ (θετικός συντελεστής, ίσος με 0.1583). Από την άλλη πλευρά, τα άτομα με δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις τείνουν να αισθάνονται συχνά αυτήν την έλλειψη, παρόλο που η τιμή του συντελεστή δεν είναι πολύ υψηλή (-0.0559). Οι υπόλοιπες ανεξάρτητες μεταβλητές (covariates) που αναφέρονται στην γνωστική λειτουργία, στην εύκολη αντιμετώπιση των οικονομικών δυσκολιών των νοικοκυριών και στο να είναι καλύτερα εκπαιδευμένα τα άτομα φαίνονται να είναι στατιστικά μη σημαντικές για αυτό το στοιχείο της κλίμακας· ειδικότερα, το μορφωτικό επίπεδο είναι στατιστικά μη σημαντικό σε όλα τα στοιχεία.

Σχετικά με το πόσο συχνά οι ερωτώμενοι αισθάνονται παραμελημένοι, παρατηρείται ότι, καθώς ο αριθμός των περιορισμών σχετικά με τις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής αυξάνεται όπως επίσης και το να έχει κάποιος δύο ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες υποδηλώνουν άτομα που αισθάνονται παραμελημένα πιο συχνά (συντελεστές ίσοι με -0.0337 και -0.0896 αντίστοιχα). Επιπλέον, με την αύξηση της ηλικίας είναι πιο πιθανό για ένα άτομο να αισθάνεται παραμελημένο παρόλο που η τιμή για αυτόν τον συντελεστή είναι μόνο -0.0076 που είναι χαμηλή. Οι καλύτερες δυνατότητες του νοικοκυριού να ανταπεξέλθει στις οικονομικές απαιτήσεις που υπάρχουν οδηγεί στο να έχει αισθανθεί ο ερωτώμενος παραμελημένος σχεδόν ποτέ ή ποτέ (συντελεστές ίσοι με 0.1288, 0.2399 και 0.2890 για την αντιμετώπιση οικονομικών προβλημάτων με κάποια δυσκολία, αρκετά εύκολα και εύκολα, αντίστοιχα).

Λαμβάνοντας υπόψη το πόσο συχνά τα άτομα αισθάνονται απομονωμένα από τους άλλους, οι ερωτώμενοι που έχουν βελτιωμένη γνωστική λειτουργία (0.0756) και καλύτερη διαχείριση των οικονομικών θεμάτων στο σπίτι (0.2292) καθώς και αυτοί που έχουν περισσότερα παιδιά (0.0589) τείνουν να μην αισθάνονται ποτέ ή σχεδόν ποτέ απομονωμένοι. Αντιστρόφως, καθώς ο αριθμός των περιορισμών στις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής των ερωτώμενων αυξάνει, είναι πιο πιθανό το αίσθημα της απομόνωσης για τα άτομα να βιώνεται συχνότερα (ο αντίστοιχος συντελεστής είναι -0.0854). Επιπρόσθετα, οι άντρες τείνουν να μην αναφέρουν σχεδόν ποτέ το αίσθημα της απομόνωσης συγκριτικά με το γυναικείο φύλο παρά το γεγονός ότι ο συντελεστής είναι χαμηλός (0.0601).

Αναφορικά με το πόσο συχνά οι ερωτώμενοι νιώθουν μόνοι, παρατηρούμε ότι το αίσθημα της ικανοποίησης από την ζωή είναι ο παράγοντας με τον υψηλότερο συντελεστή (ίσος με 0.2003) καθώς επίσης και ο αριθμός των παιδιών των ερωτώμενων (0.0358) και συμβάλλουν στο να αισθάνονται οι ερωτώμενοι μόνοι τους ποτέ ή σχεδόν ποτέ. Από την άλλη πλευρά, δύο ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες και η αύξηση της ηλικίας ενισχύουν το αίσθημα της μοναξιάς. Οι περιορισμοί στις δραστηριότητες και στις θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, η γνωστική λειτουργία και μία εύκολη διαχείριση των οικονομικών δυσκολιών καθίστανται επίσης στατιστικά μη σημαντικοί παράγοντες για αυτό το χαρακτηριστικό.

#### *Ερμηνεία των παραγόντων που δεν ικανοποιούν την υπόθεση των παράλληλων ευθειών*

Η ερμηνεία των υπόλοιπων μεταβλητών που δεν υπόκεινται σε περιορισμούς ποικίλλει ανάλογα με κάθε χαρακτηριστικό της κλίμακας. Για παράδειγμα, για την έλλειψη συντροφικότητας, το πρότυπο για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής είναι πιο περίπλοκο. Αυτό σημαίνει ότι, καθώς οι περιορισμοί στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής αυξάνουν, οι ερωτώμενοι είναι πιο πιθανό να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα έλλειψης συντροφικότητας, δηλαδή την κατηγορία «συχνά» (όπως φαίνεται από τον αρνητικό συντελεστή στον Πίνακα 8.2). Επιπλέον, η τιμή για αυτόν τον παράγοντα είναι πολύ χαμηλή (-0.0441), δείχνοντας ότι είναι λιγότερο πιθανό οι ερωτώμενοι να επιλέξουν την κατηγορία «μερικές φορές και ποτέ ή σχεδόν ποτέ» σε σύγκριση με την κατηγορία αναφοράς «συχνά» (odds ratio = 0.957, p-value=0.039, συνεπώς είναι κατά 4.3% λιγότερο πιθανό να επιλέξει την κατηγορία «μερικές φορές και σχεδόν ποτέ ή ποτέ» σε σχέση με την κατηγορία «συχνά» / τα αποτελέσματα δεν εμφανίζονται εδώ). Από την άλλη πλευρά, ο συντελεστής για αυτόν τον παράγοντα καθίσταται στατιστικά μη σημαντικός παντού για την δεύτερη εξίσωση (Πίνακας 8.3).

Επιπλέον, η αύξηση των περιορισμών σχετικά με τις θεμελιώδεις δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή καθιστά πιο πιθανές τις υψηλότερες τιμές που λαμβάνει το χαρακτηριστικό της έλλειψης συντροφικότητας, δηλαδή, την κατηγορία «ποτέ ή σχεδόν ποτέ». Ο συντελεστής στον πίνακα 2 είναι θετικός και μάλλον μικρός· ίσος με 0.0434. Αυτό σημαίνει ότι με μικρή πιθανότητα τα άτομα τίθενται υπέρ της κατηγορίας «ποτέ ή σχεδόν ποτέ και μερικές φορές» έναντι της κατηγορίας «συχνά». Παρά ταύτα, ο συντελεστής της μεταβλητής καθίσταται στατιστικά μη σημαντικός με βάση τον Πίνακα 8.3. Οι κινητικοί περιορισμοί έχουν αρνητικό συντελεστή και σαν αποτέλεσμα, η αύξηση αυτών οδηγεί τους ερωτώμενους

να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα της εξαρτημένης μεταβλητής, δηλαδή την κατηγορία «συχνά». Ακολούθως, παρουσιάζουν μικρή αύξηση διαμέσου των εξισώσεων με τιμές ίσες με -0.0525 και -0.0161. Αυτό σημαίνει ότι η πιθανότητα επιλογής των κατηγοριών «μερικές φορές και ποτέ ή σχεδόν ποτέ» σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς «συχνά» είναι ελαφρώς χαμηλότερη σε σύγκριση με την επιλογή της κατηγορίας «ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έναντι των κατηγοριών αναφοράς «συχνά και μερικές φορές», παρόλο που οι διαφορές δεν είναι σημαντικές (αντίστοιχα odds ratios ίσα με 0.949, p-value = 0.000 για την πρώτη εξίσωση και 0.984, p-value = 0.005 για την δεύτερη εξίσωση).

Οι συντελεστές της κατάθλιψης είναι αρνητικοί και αυξάνονται διαμέσου των εξισώσεων (-0.3095 στον Πίνακα 8.2 και -0.2226 στον Πίνακα 8.3). Παρόμοια με τον προηγούμενο παράγοντα, η αύξηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης οδηγεί στην απάντηση «συχνά», με τις μεγαλύτερες διαφορές να εντοπίζονται στο ότι οι ερωτώμενοι είναι πιο πιθανό να τοποθετηθούν υπέρ της κατηγορίας «ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έναντι των κατηγοριών αναφοράς «συχνά και μερικές φορές» και λιγότερο υπέρ των κατηγοριών «ποτέ ή σχεδόν ποτέ και μερικές φορές» έναντι της κατηγορίας αναφοράς «συχνά» (αντίστοιχα odds ratios ίσα με 0.734, p-value = 0.000 για την πρώτη εξίσωση και 0.800, p-value = 0.000 για την δεύτερη εξίσωση). Η επίδραση της ηλικίας είναι αρνητική και σχεδόν ίδια μεταξύ των εξισώσεων (ίση με -0.0104 στον Πίνακα 8.2 και -0.0063 στον Πίνακα 8.3). Σαν αποτέλεσμα, τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα τείνουν να αναφέρουν την έλλειψη συντροφικότητας πιο συχνά και με την ίδια πιθανότητα μεταξύ των κατηγοριών.

Η επίδραση του συντρόφου στο νοικοκυριό είναι αρνητική και αυξάνεται διαμέσου των εξισώσεων (ίση με -0.6330 στον Πίνακα 8.2 και -0.5161 στον Πίνακα 8.3). Ως εκ τούτου, η παρουσία ενός συντρόφου υποδεικνύει σχεδόν ποτέ ή ποτέ το αίσθημα έλλειψης συντροφικότητας και ταυτόχρονα, η δήλωση της κατηγορίας «σχεδόν ποτέ ή ποτέ» έναντι των κατηγοριών «συχνά και μερικές φορές» είναι περισσότερο πιθανό να έχει αναφερθεί συγκριτικά με την κατηγορία «μερικές φορές και σχεδόν ποτέ ή ποτέ» ως προς την κατηγορία αναφοράς «συχνά» (αντίστοιχα odds ratios ίσα με 0.531, p-value = 0.000 για την πρώτη εξίσωση και 0.597, p-value = 0.000 για την δεύτερη εξίσωση). Τέλος, ο αριθμός των παιδιών βοηθά τους ερωτώμενους να αισθάνονται την έλλειψη συντροφικότητας σχεδόν ποτέ ή ποτέ (συντελεστής ίσος με 0.0323 για την δεύτερη εξίσωση). Η ερμηνεία των συμμεταβλητών είναι παρόμοια και για τα υπόλοιπα στοιχεία της κλίμακας της μοναξιάς που δεν ικανοποιούν την υπόθεση των παράλληλων ευθειών.

Για να συνοψίσουμε τα προηγούμενα αποτελέσματα, παρατηρούμε ότι η έλλειψη συντροφικότητας επηρεάζεται σε μικρότερο βαθμό από παράγοντες σωματικής υγείας – είτε πρόσφατους είτε χρόνιους – καθώς και δημογραφικούς παράγοντες. Το συμπέρασμα αυτό, όπως φαίνεται, ισχύει για όλα τα χαρακτηριστικά της κλίμακας της μοναξιάς, και τα έμμεσα και το άμεσο. Η μόνη εξαίρεση από τους δημογραφικούς παράγοντες είναι να ζει ο ερωτώμενος με τον σύντροφο του στο σπίτι, μεταβλητή που έχει πολύ υψηλούς συντελεστές στο έμμεσο στοιχείο της έλλειψης συντροφικότητας και στο άμεσο που αναφέρεται στην αίσθηση της μοναξιάς.

Μερικές ακόμα εξαιρέσεις περιλαμβάνουν τις μεταβλητές (covariates) για το φύλο και τον αριθμό των παιδιών που έχουν οι ερωτώμενοι και που είναι στατιστικά μη σημαντικοί για την πρώτη εξίσωση αλλά απολύτως σημαντικοί αναφορικά με τα αποτελέσματα της δεύτερης εξίσωσης. Για παράδειγμα, ο αριθμός των παιδιών δεν είναι σημαντικός σε ότι αφορά στα έμμεσα στοιχεία έλλειψη συντροφικότητας και αίσθηση παραμέλησης στην κατηγορία «μερικές φορές και ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έναντι της κατηγορίας αναφοράς «συχνά» ενώ το συμπέρασμα είναι αντίστροφο όσον αφορά στην κατηγορία «ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έναντι των κατηγοριών αναφοράς «συχνά και μερικές φορές». Ομοίως, το φύλο είναι στατιστικά σημαντική μεταβλητή για την αίσθηση της παραμέλησης στην κατηγορία «μερικές φορές και ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έναντι της κατηγορίας αναφοράς «συχνά» αλλά στατιστικά μη σημαντική αναφορικά με την κατηγορία «ποτέ ή σχεδόν ποτέ» σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς «συχνά και μερικές φορές».

Σε αντιδιαστολή με την φυσική υγεία, η ψυχική υγεία, όπως αυτή έχει μετρηθεί μέσω του παράγοντα της κατάθλιψης είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες πρόβλεψης για όλα τα στοιχεία της μοναξιάς και στις δύο εξισώσεις αν και οι συντελεστές δεν είναι τόσο υψηλοί συγκριτικά με αυτούς που εστιάζουν στον αν υπάρχει σύντροφος του ερωτώμενου στο νοικοκυριό. Παρόλα αυτά, με μεγαλύτερη πιθανότητα οι ερωτώμενοι τίθενται υπέρ της κατηγορίας απόκρισης «ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έναντι των κατηγοριών αναφοράς «συχνά και μερικές φορές» για όλα τα στοιχεία. Ο γνωστικός παράγοντας έχει στατιστικά σημαντικούς και θετικούς συντελεστές που μειώνονται διαμέσου των εξισώσεων για το στοιχείο του αισθήματος της παραμέλησης (0.1497 στον Πίνακα 8.2 και 0.0725 στον Πίνακα 8.3). Ως αποτέλεσμα, ο καλύτερος προσανατολισμός στον χρόνο συμβάλλει ποτέ ή σχεδόν ποτέ στην ανάπτυξη αυτής της αίσθησης. Το να είναι κανείς περισσότερο ικανοποιημένος από την ζωή δίνει θετικούς και στατιστικά σημαντικούς συντελεστές αναφορικά με την αίσθηση της

### 8.3 Αποτελέσματα

παραμέλησης και της απομόνωσης από τους άλλους που ενισχύουν την κατηγορία απόκρισης σχεδόν ποτέ ή ποτέ. Αυτοί είναι σχεδόν ίδιοι για τις δύο εξισώσεις (0.2215 και 0.2153 για τις κατηγορίες «μερικές φορές και ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έναντι της κατηγορίας αναφοράς «συχνά» και 0.1887 και 0.1858 για την κατηγορία «ποτέ ή σχεδόν ποτέ» συγκριτικά με την κατηγορία αναφοράς «συχνά και μερικές φορές»).

Τέλος, τα άτομα που αντιμετωπίζουν μερικές οικονομικές δυσκολίες υποστηρίζουν ότι νιώθουν μόνοι «σχεδόν ποτέ» σε σύγκριση με τα υπόλοιπα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες (τιμή συντελεστή = 0.1093 στον Πίνακα 8.2) ενώ σε μεγαλύτερο βαθμό τοποθετούν τον εαυτό τους στην κατηγορία «ποτέ ή σχεδόν ποτέ και μερικές φορές» (odds ratios ίσα με 1.116, p-value = 0.017 για την πρώτη εξίσωση και 0.928, p-value = 0.026 για την δεύτερη εξίσωση). Επιπλέον, τα άτομα που αντιμετωπίζουν με ευκολία τα οικονομικά θέματα τείνουν να αισθάνονται απομονωμένα από τους άλλους σχεδόν ποτέ ή ποτέ σε σύγκριση με άλλα που αντιμετωπίζουν μεγάλες οικονομικές δυσκολίες (τιμές συντελεστών ίσες με 0.1998 στον Πίνακα 8.2 και 0.3394 στον Πίνακα 8.3) και είναι περισσότερο πιθανό να δηλώσουν την κατηγορία «ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έναντι των κατηγοριών αναφοράς «συχνά και μερικές φορές» (odds ratios ίσα με 1.221, p-value = 0.003 με βάση τον Πίνακα 8.2 και 1.404, p-value = 0.000 σύμφωνα με τον Πίνακα 8.3).

**Πίνακας 8.2** Συντελεστές και τυπικές αποκλίσεις (σε παρενθέσεις) για τα χαρακτηριστικά της κλίμακας της μοναξιάς (έμμεσα και άμεσα) για την εξίσωση «Συχνά».

	Indirect measures			Direct measure
	Companionship	Left out	Isolated	Feeling lonely
<b>Often</b>				
<b>Health factors</b>				
Limitations in Activities of Daily Living	-0.0441** (0.0214)	-0.0263 (0.0226)	-0.0519** (0.0227)	-0.0036 (0.0168)
Limitations in Instrumental Activities of Daily Living	0.0434*** (0.0144)	-0.0337*** (0.0112)	-0.0854*** (0.0114)	0.0001 (0.0102)
Mobility limitations	-0.0525*** (0.0082)	-0.0724*** (0.0098)	-0.0650*** (0.0107)	-0.0479*** (0.0081)
Two or more chronic diseases	-0.0559*** (0.0201)	-0.0896*** (0.0235)	-0.1631*** (0.0522)	-0.0580** (0.0227)
Number of Depressive Symptoms	-0.3095***	-0.3344***	-0.3618***	-0.3817***

### 8.3 Αποτελέσματα

	(0.0070)	(0.0088)	(0.0096)	(0.0080)
<b>Cognitive function</b>				
Orientation in time	0.0056 (0.0190)	0.1497*** (0.0306)	0.0756*** (0.0217)	0.0252 (0.0204)
<b>Perspective of life</b>				
Life satisfaction	0.1583*** (0.0068)	0.2215*** (0.0110)	0.2153*** (0.0119)	0.2003*** (0.0064)
<b>Socioeconomic Status</b>				
Household able to make ends meet				
With some difficulty	0.0387 (0.0410)	0.1288*** (0.0369)	0.1069*** (0.0343)	0.1093** (0.0459)
Fairly easily	0.1065** (0.0469)	0.2399*** (0.0464)	0.2292*** (0.0391)	0.1797*** (0.0528)
Easily	0.0437 (0.0349)	0.2890*** (0.0522)	0.1998*** (0.0670)	0.0373 (0.0383)
<b>Demographic characteristics</b>				
Age at the time of interview	-0.0104*** (0.0017)	-0.0076*** (0.0012)	-0.0027 (0.0023)	-0.0060*** (0.0012)
Gender (males)	0.0642* (0.0346)	0.1921*** (0.0436)	0.0601** (0.0248)	0.0157 (0.0400)
Years of education	0.0023 (0.0024)	-0.0008 (0.0028)	-0.0009 (0.0031)	0.0021 (0.0027)
Partner in household (yes)	-0.6330*** (0.0171)	-0.2322*** (0.0216)	-0.3233*** (0.0232)	-0.8092*** (0.0194)
Number of children	0.0002 (0.0119)	-0.0093 (0.0152)	0.0589*** (0.0092)	0.0358*** (0.0081)
<b>Constant</b>	4.8350*** (0.1702)	4.0407*** (0.2061)	4.6906*** (0.2231)	5.1003*** (0.1632)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05 \* p-value<0.10

Σε όλα τα μοντέλα έχει ληφθεί υπόψη η χώρα διαμονής

Το πράσινο χρώμα αντιπροσωπεύει μεταβλητές που ικανοποιούν την υπόθεση των παράλληλων ευθειών



### 8.3 Αποτελέσματα

**Πίνακας 8.3** Συντελεστές και τυπικές αποκλίσεις (σε παρενθέσεις) για τα χαρακτηριστικά της κλίμακας της μοναξιάς (έμμεσα και άμεσα) για την εξίσωση «Μερικές φορές».

	Indirect measures			Direct measure
	Companionship	Left out	Isolated	Feeling lonely
<b>Some of the time</b>				
<b>Health factors</b>				
Limitations in Activities of Daily Living	0.0069 (0.0175)	0.0278 (0.0180)	0.0272 (0.0183)	-0.0036 (0.0168)
Limitations in Instrumental Activities of Daily Living	0.0058 (0.0112)	-0.0337*** (0.0112)	-0.0854*** (0.0114)	0.0001 (0.0109)
Mobility limitations	-0.0161*** (0.0057)	-0.0343*** (0.0062)	-0.0389*** (0.0067)	-0.0244*** (0.0061)
Two or more chronic diseases	-0.0559*** (0.0201)	-0.0896*** (0.0235)	-0.0635** (0.0263)	-0.0580** (0.0227)
Number of Depressive Symptoms	-0.2226*** (0.0049)	-0.2723*** (0.0055)	-0.2828*** (0.0057)	-0.2944*** (0.0054)
<b>Cognitive function</b>				
Orientation in time	0.0056 (0.0189)	0.0725*** (0.0220)	0.0756*** (0.0217)	0.0252 (0.0204)
<b>Perspective of life</b>				
Life satisfaction	0.1583*** (0.0058)	0.1887*** (0.0069)	0.1858*** (0.0073)	0.2003*** (0.0064)
<b>Socioeconomic Status</b>				
Household able to make ends meet				
With some difficulty	-0.0805*** (0.0313)	0.1288*** (0.0325)	0.1069*** (0.0343)	-0.0747** (0.0336)
Fairly easily	-0.0073 (0.0338)	0.2399*** (0.0365)	0.2292*** (0.0391)	0.0260 (0.0369)
Easily	0.0437 (0.0349)	0.2890*** (0.0391)	0.3394*** (0.0426)	0.0373 (0.0383)
<b>Demographic characteristics</b>				
Age at the time of interview	-0.0063***	-0.0076***	-0.0097***	-0.0060***

#### 8.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

	(0.0011)	(0.0012)	(0.0014)	(0.0012)
Gender (males)	-0.0960*** (0.0199)	0.0233 (0.0231)	0.0601** (0.0248)	-0.1169*** (0.0225)
Years of education	0.0023 (0.0024)	-0.0008 (0.0028)	-0.0009 (0.0031)	0.0021 (0.0027)
Partner in household (yes)	-0.5161*** (0.0108)	-0.1844*** (0.0124)	-0.2468*** (0.0132)	-0.6709*** (0.0117)
Number of children	0.0323*** (0.0075)	0.0285*** (0.0088)	0.0589*** (0.0092)	0.0358*** (0.0081)
<b>Constant</b>	1.7675*** (0.1341)	1.8511*** (0.1591)	2.2670*** (0.1670)	2.3652*** (0.1468)

\*\*\* p-value<0.01 \*\* p-value<0.05 \* p-value<0.10

Σε όλα τα μοντέλα έχει ληφθεί υπόψη η χώρα διαμονής

Το πράσινο χρώμα αντιπροσωπεύει μεταβλητές που ικανοποιούν την υπόθεση των παράλληλων ευθειών

#### 8.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

Το θέμα της παρούσας ανάλυσης ήταν να εντοπιστούν ποιοι από τους παράγοντες που καλύπτουν διάφορες πτυχές της ζωής όπως η υγεία, η γνωστική κατάσταση, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η προοπτική της ζωής και οι δημογραφικές μεταβλητές επηρεάζουν τα τέσσερα στοιχεία της κλίμακας της μοναξιάς, εκ των οποίων τα τρία είναι έμμεσα και το ένα άμεσο. Η εισαγωγή και ανάπτυξη της UCLA κλίμακας για την μοναξιά επιτεύχθηκε αρχικά μέσω 20 στοιχείων ενώ οι Hughes et al. το 2004 πρότειναν μία περιληπτική έκδοση αυτής η οποία περιλάμβανε μόνο τα τέσσερα παραπάνω στοιχεία όπως συζητήθηκαν στην ενότητα 2. Αυτά αναφέρονται στο χρονικό διάστημα που τα άτομα είχαν αισθανθεί την έλλειψη συντροφικότητας, την παραμέληση, την απομόνωση από τους άλλους και τη μοναξιά· το τελευταίο στοιχείο είναι το άμεσο.

Οι ερωτηθέντες που συμμετείχαν στην ανάλυση ήταν 62084 στο σύνολο του αρχικού δείγματος που περιείχε 68231 άτομα. Το ποσοστό των ελλειπουσών παρατηρήσεων είναι 9%. Ο πληθυσμός αυτής της μελέτης αναφέρεται σε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω που διαμένουν στην πλειονότητα των ευρωπαϊκών χωρών, όπως περιγράφεται στο έκτο κύμα του

#### 8.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

SHARE που πραγματοποιήθηκε το 2015, περιλαμβάνοντας έτσι περισσότερες χώρες σε σύγκριση με τα προηγούμενα διεξαγόμενα κύματα της έρευνας. Η μέτρηση των χαρακτηριστικών πραγματοποιείται με διατακτικό τρόπο και έχουν χρησιμοποιηθεί τρία ξεχωριστά επίπεδα των εξαρτημένων μεταβλητών, τα εξής: συχνά, μερικές φορές και ποτέ ή σχεδόν ποτέ. Συνεπώς, η κατάλληλη μέθοδος για αυτή την ανάλυση ήταν το γενικευμένο διατακτικό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης (generalized ordered logistic regression model), γραμμένο με σαφήνεια για το Stata, έκδοση 13. Το πλεονέκτημα αυτής της ρουτίνας είναι ότι παρέχει πιο ερμηνεύσιμα αποτελέσματα σε σύγκριση με την διατακτική μέθοδο λογιστικής παλινδρόμησης (ordinal logistic regression method) μέσω μιας επαναληπτικής διαδικασίας, καθώς μπορεί να εντοπίσει την ικανοποίηση της υπόθεσης παράλληλων ευθειών (δηλώνεται διαφορετικά και ως μοντέλο μερικών αναλογικών λόγων πιθανοτήτων) για κάποιες από τις μεταβλητές που περιλαμβάνονται στην ανάλυση ενώ οι υπόλοιπες είναι απαλλαγμένες από αυτόν τον περιορισμό.

Τα αποτελέσματα υποστήριξαν ότι, μεταξύ όλων των στοιχείων που απαρτίζουν την κλίμακα, οι παράγοντες υγείας - είτε εκτιμούν την τρέχουσα σωματική υγεία είτε τις χρόνιες αναπηρίες - ήταν σημαντικοί αλλά, αντίθετα με τις προσδοκίες μας, οι τιμές των συντελεστών τους ήταν αρκετά χαμηλές. Κατ' εξαίρεση, ο παράγοντας της κατάθλιψης που εκτιμά την ψυχική κατάσταση των ερωτηθέντων φάνηκε να επηρεάζει ιδιαίτερα τα στοιχεία στο σύνολο τους και συγκεκριμένα, με τον ίδιο τρόπο, καθιστώντας πιο πιθανή την ανταπόκριση των ατόμων στην κατηγορία «συχνά». Ο γνωστικός παράγοντας που μετριέται από τον προσανατολισμό στον χρόνο είναι σημαντικός για τα έμμεσα στοιχεία που αναφέρονται στην αίσθηση της παραμέλησης και της απομόνωσης από τους άλλους. Η θετική προοπτική της ζωής, όπως αυτή εκτιμάται μέσω υψηλότερων επιπέδων ικανοποίησης από την ζωή, τείνει να παρακινήσει τα άτομα να δηλώνουν ποτέ ή σχεδόν ποτέ όλα τα προηγούμενα χαρακτηριστικά της κλίμακας.

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι σημαντικό κυρίως μεταξύ των στοιχείων της αίσθησης της παραμέλησης, της αίσθησης της απομόνωσης από τους άλλους και της αίσθησης της μοναξιάς. Η υφιστάμενη τάση είναι ότι καθώς το βάρος των οικονομικών δυσκολιών περιορίζεται, η πιθανότητα οι ερωτώμενοι να δηλώνουν ότι έχουν βιώσει τις προηγούμενες αισθήσεις ποτέ ή σχεδόν ποτέ, αυξάνεται. Οι δημογραφικοί παράγοντες ποικίλλουν όσον αφορά στη σημασία τους ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της κλίμακας. Για παράδειγμα, το μορφωτικό επίπεδο είναι μικρής σημασίας για όλα τα στοιχεία της κλίμακας

#### 8.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

ενώ η παρουσία του συντρόφου στο νοικοκυριό βοηθά τους ερωτώμενους να αισθάνονται ποτέ ή σχεδόν ποτέ τα προηγούμενα χαρακτηριστικά της κλίμακας. Αναφορικά με το φύλο, οι άνδρες τείνουν να αισθάνονται έλλειψη συντροφικότητας, παραμέληση και αίσθηση απομόνωσης από τους άλλους ποτέ ή σχεδόν ποτέ σε σύγκριση με τον γυναικείο πληθυσμό.

Τα προηγούμενα αποτελέσματα είναι σαφή επειδή ικανοποιείται η υπόθεση παράλληλων ευθειών. Σε αυτήν την περίπτωση οι συντελεστές των μεταβλητών είναι ίδιοι και για τις δύο εξισώσεις. Αντίθετα, η ερμηνεία των παραγόντων όταν αυτοί είναι ελεύθεροι από τους περιορισμούς είναι μερικές φορές περίπλοκη και θα πρέπει να δίδεται με προσοχή. Αυτό συμβαίνει λόγω των γεγονότων ότι (1) ορισμένοι παράγοντες είναι στατιστικά σημαντικοί μόνο σε μία εξίσωση και στη συνέχεια μεταβάλλονται σε ασήμαντους προγνωστικούς παράγοντες (2) σε μία εξίσωση ο συντελεστής είναι θετικός και στην άλλη είναι αρνητικός και ως εκ τούτου δεν υπάρχει συγκεκριμένη τάση και (3) οι συντελεστές αυξάνονται ή μειώνονται κατά περίπτωση. Ενδεχομένως η τρίτη επιλογή είναι η ευκολότερη στον χειρισμό σε ότι αφορά στην ερμηνεία, δείχνοντας την σπουδαιότητα για κάθε κατηγορία επιλογής. Με βάση τα αποτελέσματα αποδίδεται μεγαλύτερη σημασία στη δεύτερη κατηγορία σύγκρισης («ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έναντι «συχνά και μερικές φορές») συγκριτικά με την πρώτη («μερικές φορές και ποτέ ή σχεδόν ποτέ» έναντι της κατηγορίας αναφοράς «συχνά»).

Η προηγούμενη βιβλιογραφία υποστηρίζει τη σημασία των παραγόντων που περιλαμβάνονται στην ανάλυση με έναν ολιστικό τρόπο όσον αφορά στην κλίμακα της μοναξιάς αλλά όχι ξεχωριστά στα επιμέρους δομικά χαρακτηριστικά που την αποτελούν, το άμεσο και τα έμμεσα. Το να βιώνει κανείς την μοναξιά είναι μια σοβαρή κατάσταση, ειδικά για τα άτομα που διανύουν την όψιμη ενήλικη ζωή τους (Neto, 2014a) καθώς αυτή συνδέεται με μακροχρόνιες ασθένειες (Singer, 2018), ψυχικές διαταραχές (Beutel et al., 2017; Taube et al., 2013), με το να ζει το άτομο μόνο του, χωρίς σύντροφο ή παιδιά (Phaswana-Mafuya and Peltzer, 2017; Demakakos, Nunn and Nazroo, 2006), με το να έχει δυσμενείς οικονομικές συνθήκες (Ausín, Muñoz and Castellanos, 2017) ή χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο (Vakili, Mirzaei and Modarresi, 2017) και να είναι δυσαρεστημένος από τη ζωή (Ausín, Muñoz and Castellanos, 2017; Taube et al., 2013). Η παρούσα μελέτη έριξε φως σε διαφοροποιήσεις ανάμεσα στα δομικά χαρακτηριστικά που απαρτίζουν την κλίμακα επιτρέποντας συγκρίσεις.

Μερικοί περιορισμοί της μελέτης περιλαμβάνουν την επιλογή του σχεδίου δειγματοληψίας μεταξύ των χωρών και την πιθανή χρήση βαρών ώστε να είναι αντιπροσωπευτικά σε επίπεδο νοικοκυριού. Επιπρόσθετα, για να περιοριστεί το ποσοστό των ελλειπουσών τιμών, θα ήταν

#### 8.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

επιθυμητή η εφαρμογή μιας τεχνικής υποκατάστασης ελλειπουσών τιμών με άλλες μέσα από μια στατιστική μέθοδο (imputation method). Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα περιλαμβάνουν την κατασκευή δείκτη για τα προηγούμενα αντικείμενα-χαρακτηριστικά της κλίμακας μέσω εξισώσεων λαμβάνοντας υπόψη κατάλληλα βάρη για κάθε ανεξάρτητο παράγοντα και εκτιμώντας την θετική ή αρνητική τους επίδραση μεμονωμένα στον δείκτη. Ειδικότερα, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον αυτοί οι δείκτες να μελετηθούν με βάση τη χώρα ή το φύλο ξεχωριστά, συγκρίνοντας τους κατάλληλους πληθυσμούς. Τέλος, η επιλογή ενός generalized ordered logistic regression model με συντελεστές τυχαίων επιδράσεων (random effects coefficients) θα ήταν επιτυχής σε περίπτωση που θα θέλαμε να επαναλάβουμε την προηγούμενη ανάλυση δίνοντας έμφαση στις διαφοροποιήσεις των χωρών.

## 8.4 Συζήτηση των ευρημάτων της ανάλυσης

## Κεφάλαιο 9

### Γενικά Συμπεράσματα

Η παρούσα διδακτορική διατριβή πραγματεύεται το φαινόμενο της κατάθλιψης σε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω που διαμένουν σε χώρες της Ευρώπης χρησιμοποιώντας στοιχεία από τη βάση δεδομένων του SHARE. Η μέτρηση της κατάθλιψης βασίζεται στην κλίμακα EURO-D, που περιλαμβάνει 12 συμπτώματα, και στην παραγόμενη δίτιμη μεταβλητή EURODCAT, η οποία διακρίνει τα άτομα σε πάσχοντες (όταν υποφέρουν από 4 ή περισσότερα συμπτώματα) και μη πάσχοντες (όταν παρουσιάζουν το πολύ μέχρι 3 συμπτώματα).

Στηριζόμενοι στα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, αρχικά έγινε ανάλυση των παραγόντων από διαφορετικές χρονικές περιόδους ζωής των ερωτώμενων που δύνανται να προβλέψουν τα επίπεδα της κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή. Η μελέτη επεκτάθηκε σε μοντέλα κατά φύλο καθώς και κατά χώρα διαμονής. Στην συνέχεια, το ενδιαφέρον μετατοπίστηκε στην μελέτη παραγόντων από την παιδική ηλικία και την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή και πώς αυτοί επηρεάζουν τις υποκλίμακες της κατάθλιψης, affective suffering και motivational symptoms για ερωτώμενους που ανήκουν σε διαφορετικά ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας. Σε επόμενο ερευνητικό στάδιο εφαρμόστηκε η τεχνική διάσπασης της συνολικής επίδρασης των μεταβλητών από την παιδική ηλικία σε άμεση και έμμεση. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με βάση το φύλο και συγκρίθηκαν με θεωρητικούς μηχανισμούς που υποστηρίζει η διεθνής βιβλιογραφία.

Έπειτα, σύμφωνα με την θεωρία σωρευτικού μειονεκτήματος κατασκευάσαμε αθροιστικές μεταβλητές για την υγεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τις δυσμενείς εμπειρίες με στόχο την εκτίμηση της συμβολής κάθε αθροιστικού παράγοντα ξεχωριστά στις χώρες της Ευρώπης. Στα μοντέλα έγινε εισαγωγή των επιμέρους αλληλεπιδράσεων των αθροιστικών μεταβλητών και έγιναν συγκρίσεις. Στην πορεία της έρευνας έγινε μελέτη των επιπέδων της κατάθλιψης πριν και μετά την οικονομική κρίση του 2008 ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες που διαμένουν στην Ευρώπη. Από τους παράγοντες που επιλέχθηκαν για την εισαγωγή στα μοντέλα μετρήσαμε την μεταβολή τους και εντοπίσαμε ποιες από αυτές τις μεταβολές συμβάλλουν ξεχωριστά στην αύξηση και την μείωση των επιπέδων της νόσου μετά την οικονομική ύφεση. Τέλος, η ερευνητική βιβλιογραφία συνδέει την παρουσία της κατάθλιψης με την μοναξιά σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Στο τελευταίο κεφάλαιο γίνεται μελέτη των

μεταβλητών από την σύγχρονη ζωή που επιδρούν πάνω στα δομικά στοιχεία της κλίμακας της μοναξιάς - τα τρία έμμεσα και το άμεσο - για τον ευρωπαϊκό πληθυσμό και προβαίνουμε σε συγκρίσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων για τα στοιχεία της κλίμακας.

Στα πλαίσια της στατιστικής ανάλυσης τα μαθηματικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν περιλαμβάνουν κυρίως μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, την εφαρμογή του μοντέλου πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης όταν εξετάσαμε τις μεταβολές στα επίπεδα της κατάθλιψης καθώς και του γενικευμένου μοντέλου διατακτικής λογιστικής παλινδρόμησης για την διερεύνηση συσχετίσεων με τα στοιχεία της κλίμακας για την μοναξιά. Στην τελευταία περίπτωση έγινε χρήση της ρουτίνας `gologit2`, η οποία κατασκευάστηκε από τον Richard Williams το 2006. Επιπλέον, εφαρμόστηκε η τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης για τον διαχωρισμό της κλίμακας EURO-D στις δύο υποκλίμακες και στην συνέχεια, με χρήση καμπυλών `roc` και μεγιστοποίηση του συντελεστή του Youden έγινε η μετατροπή των τιμών των δύο παραγόντων από συνεχή κλίμακα σε διακριτή δίτιμη. Τέλος, εφαρμόστηκε η τεχνική διαμεσολάβησης ή τεχνική *mediation* για την διάσπαση της συνολικής επίδρασης των παραγόντων της παιδικής ηλικίας σε άμεση και έμμεση, με χρήση του μοντέλου που ανέπτυξαν οι Kohran, Holmes και Breen το 2011.

Για τα μοντέλα λογιστικής και πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης καθώς και για την κατασκευή των καμπυλών `roc` χρησιμοποιήθηκε το SPSS 20. Το γενικευμένο μοντέλο διατακτικής λογιστικής παλινδρόμησης, η τεχνική *mediation* μέσω του KHB module καθώς και η παραγοντική ανάλυση υλοποιήθηκαν στο Stata 13. Η μεγιστοποίηση του συντελεστή του Youden και η κατασκευή των διαγραμμάτων του πέμπτου κεφαλαίου έγιναν στο Excel 2003. Παρακάτω αναπτύσσονται τα κυριότερα συμπεράσματα από όλα τα κεφάλαια.

Στο κεφάλαιο 2 προκύπτει ότι οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη σε διπλάσια ποσοστά συγκριτικά με τους άνδρες. Επιπρόσθετα, οι παράγοντες της παιδικής ηλικίας έχουν σημαντική προβλεπτική ικανότητα όσον αφορά στην κατάθλιψη στην όψιμη ενήλικη ζωή και για τα δύο φύλα, η συμβολή τους όμως στην αύξηση των σχετικών πιθανοτήτων κατάθλιψης στην όψιμη ενήλικη ζωή περιορίζεται καθώς προστίθενται παράγοντες από την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή όπως και σύγχρονοι παράγοντες από την όψιμη ενήλικη ζωή.

Στο κεφάλαιο 3, τα ευρήματα εντόπισαν ότι, από τους παράγοντες της παιδικής ηλικίας, το ιστορικό με γονείς που έπασχαν από ψυχικά προβλήματα αυξάνει κατά πολύ τα odds ratios εμφάνισης κατάθλιψης στην Αυστρία, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Επιπρόσθετα, οι



παράγοντες από την παιδική ηλικία είναι πιο σημαντικοί στις χώρες του Βελγίου, της Αυστρίας, της Γερμανίας, της Σουηδίας και της Ολλανδίας ενώ το Βέλγιο είναι η χώρα που επηρεάζεται από όλους σχεδόν τους παράγοντες στις πρώιμες ηλικίες. Αναφορικά με τις συγκυρίες στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή, το στρες που βίωσαν οι ερωτώμενοι αποτελεί καθοριστικό παράγοντα δυσμενούς ψυχικής υγείας στην όψιμη ενήλικη ζωή και έχει την ισχυρότερη προβλεπτική ικανότητα για τις περισσότερες χώρες της Ευρώπης. Λαμβάνοντας υπόψη και τα γεγονότα στην όψιμη ενηλικίωση, πολλά από αυτά καθορίζουν τα επίπεδα κατάθλιψης σε αρκετές χώρες της Ευρώπης. Ιδιαίτερα οι μεταβλητές των σωματικών συμπτωμάτων που αυξάνουν τις σχετικές πιθανότητες κατάθλιψης και της αίσθησης ικανοποίησης από την ζωή που μειώνουν τις σχετικές πιθανότητες κατάθλιψης, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για όλες τις χώρες. Αναφορικά με την Ελλάδα, οι τιμές των odds ratios για τις μεταβλητές υγείας που σχετίζονται με την κατάθλιψη είναι πολύ υψηλές ενώ, αντίστοιχα, οι τιμές των odds ratios για τις μεταβλητές που εκφράζουν την υποκειμενική αντίληψη του ερωτώμενου για την ζωή και συνδέονται με την κατάθλιψη, όπως είναι η αίσθηση επιτυχίας και ευτυχίας, είναι πολύ χαμηλές.

Στο κεφάλαιο 4 επιτυγχάνεται η διάσπαση της κλίμακας EURO-D σε δύο υποκλίμακες, την affective suffering και motivational symptoms που διέπονται από διαφορετικά χαρακτηριστικά της κλίμακας. Με βάση το συνολικό δείγμα, η πλειοψηφία των ερωτώμενων υποφέρει από συμπτώματα της υποκλίμακας motivational symptoms. Η διάκριση σε σχέση με τα ευρωπαϊκά συστήματα κοινωνικής προνοίας έδειξε ότι ερωτώμενοι από το Νότιο και Κεντρικό/Ανατολικό σύστημα έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης και για τις δύο υποκλίμακες ενώ ερωτώμενοι από το Βόρειο σύστημα έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης και για τις δύο υποκλίμακες. Η εφαρμογή των μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης κατέδειξε ότι το φύλο είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για την υποκλίμακα affective suffering και η ηλικία για την υποκλίμακα motivational symptoms. Επιπλέον, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στην παιδική ηλικία και η κακή υγεία στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή είναι σημαντικοί παράγοντες και για τις δύο υποκλίμακες. Αυτά τα ευρήματα είναι αρκετά συνεπή για όλες τις περιοχές, υποδεικνύοντας ότι οι υποκλίμακες αντιπροσωπεύουν διαφορετικές πτυχές της κατάθλιψης.

Στην συνέχεια εφαρμόστηκε η τεχνική για την ανάλυση της συνολικής επίδρασης των μεταβλητών της παιδικής ηλικίας σε άμεσες και έμμεσες, γνωστή στην διεθνή βιβλιογραφία ως τεχνική διαμεσολάβησης ή τεχνική mediation και εντοπίστηκαν οι ενδιάμεσες

επεξηγηματικές μεταβλητές από την ενήλικη ζωή που επεξηγούν τις έμμεσες επιδράσεις των παραγόντων της παιδικής ηλικίας, γνωστοί και ως mediators. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η υγεία στην παιδική ηλικία και η κατάχρηση αλκοόλ από τους γονείς έχουν μία σημαντική έμμεση επίδραση στο Ηπειρωτικό και Νότιο μοντέλο και για τις δύο υποκλίμακες. Ειδικότερα δε, για τον δεύτερο παράγοντα, η ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή της κακής υγείας για κάποια περίοδο της ενήλικης ζωής αποδεικνύεται σημαντική και για τις δύο υποκλίμακες. Επιπλέον, το βίωμα του στρες στην πρώιμη ή μέση ενήλικη ζωή είναι πολύ σημαντική ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή του παράγοντα αυτού για την υποκλίμακα affective suffering σε αντίθεση με την εμπειρία της οικονομικής δυσκολίας όπως βιώνεται κάποια περίοδο της ενήλικης ζωής που είναι πολύ σημαντική ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή για την υποκλίμακα motivational symptoms.

Στο κεφάλαιο 5 λαμβάνονται υπόψη παράγοντες από την παιδική ηλικία, την πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή καθώς και την όψιμη ενήλικη ζωή και εκτιμάται η επίδραση που έχουν στην κατάθλιψη στις ηλικίες άνω των 50 ετών, ξεχωριστά για άνδρες και γυναίκες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι και για τα δύο φύλα οι παράγοντες από την όψιμη ενήλικη ζωή παρουσιάζουν πιο σημαντική συσχέτιση με την κατάθλιψη σε μεγάλες ηλικίες. Αναφορικά με τους άνδρες, η υγεία στην παιδική ηλικία και για τις γυναίκες, εάν οι γονείς τους έπασχαν από ψυχολογικά προβλήματα, δεν έχουν άμεση προβλεπτική ικανότητα. Επιπρόσθετα, τα ευρήματα δείχνουν ότι η παιδική κοινωνικοοικονομική κατάσταση για τα δύο φύλα καθώς και η γνωστική λειτουργία για τους άνδρες έχουν μόνο άμεσο σημαντικό αποτέλεσμα, σύμφωνα με το μοντέλο κριτικής περιόδου.

Οι έμμεσες επιδράσεις της παιδικής υγείας για τους άνδρες και της κακής ψυχικής υγείας των γονέων για τις γυναίκες επεξηγούνται σχεδόν πλήρως από τις ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές που καλύπτουν περιστάσεις στην πρώιμη, μέση και όψιμη ενήλικη ζωή, γεγονός που συμβαδίζει με το μοντέλο διαδοχικών βημάτων. Η κακή παιδική υγεία, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ από γονείς και η γνωστική λειτουργία για τις γυναίκες καθώς και οι δυσμενείς εμπειρίες για τους άνδρες έχουν σημαντικές άμεσες και έμμεσες επιδράσεις, σύμφωνα και με τα δύο προαναφερθέντα μοντέλα. Οι ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές περιλαμβάνουν την κακή υγεία, τις κοινωνικοοικονομικές αντιξοότητες και το άγχος στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή. Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τόσο στην πρώιμη και μέση ενήλικη ζωή όσο και στην όψιμη ενήλικη ζωή είναι οι πιο σημαντικές ενδιάμεσες επεξηγηματικές μεταβλητές για την παιδική υγεία και τις δυσμενείς εμπειρίες

κυρίως στους άνδρες ενώ το στρες φαίνεται να είναι σημαντική ενδιάμεση επεξηγηματική μεταβλητή για τις παιδικές δυσμενείς εμπειρίες σε μεγαλύτερο βαθμό στις γυναίκες.

Στο κεφάλαιο 6 αναπτύσσεται η θεωρία σωρευτικού μειονεκτήματος (Cumulative disadvantage theory) σύμφωνα με την οποία οι αντιξοότητες συσσωρεύονται κατά την διάρκεια του βίου και οι ανισότητες στην πρόωμη ζωή τείνουν να διευρυνθούν αργότερα. Τα αποτελέσματα της περιγραφικής ανάλυσης έδειξαν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερο αριθμό μειονεκτημάτων σε σύγκριση με τους άνδρες και στους τρεις τομείς της ζωής. Ωστόσο, σύμφωνα με το μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης τα σωρευτικά μειονεκτήματα για την υγεία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση είναι μεγαλύτερης σπουδαιότητας στους άνδρες ενώ το σωρευτικό μειονέκτημα των δυσμενών εμπειριών είναι πιο σημαντικό για τις γυναίκες.

Επιπρόσθετα, εντοπίζεται αλληλεξάρτηση ανάμεσα στα σωρευτικά μειονεκτήματα για την υγεία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση για τους άνδρες και ανάμεσα στην υγεία και τις δυσμενείς εμπειρίες για τις γυναίκες. Το σωρευτικό μειονέκτημα για την υγεία αποδεικνύεται σημαντικό σε όλες τις χώρες της Ευρώπης εκτός από την Αυστρία. Τέλος, σε πολλές χώρες, το σωρευτικό μειονέκτημα των δυσμενών εμπειριών έχει μεγαλύτερη επίδραση σε σύγκριση με το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα ενώ την μεγαλύτερη σπουδαιότητα έχει στην Πολωνία και την Ιρλανδία. Από την άλλη, το σωρευτικό κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα έχει μεγαλύτερη επίδραση κυρίως στη Νότια Ευρώπη.

Στο κεφάλαιο 7 τα ευρήματα από την εφαρμογή των μοντέλων πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι μετά την έλευση της οικονομικής κρίσης η μείωση στα επίπεδα κατάθλιψης μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την βελτίωση της σωματικής υγείας. Ιδιαίτερα δε στους άνδρες αυτό μπορεί να πραγματοποιηθεί με ίαση από μακροχρόνιες ασθένειες ενώ στις γυναίκες με καλύτερη σωματική κατάσταση, λιγότερους περιορισμούς σε θεμελιώδεις δραστηριότητες και λιγότερες κινητικές δυσκολίες. Το αίσθημα της ικανοποίησης από την ζωή συμβάλλει στην μείωση των επιπέδων κατάθλιψης και για τα δύο φύλα. Από την άλλη πλευρά, η αύξηση σε περιορισμούς από θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής συμβάλλει σε αύξηση των επιπέδων κατάθλιψης για τους άνδρες ενώ η αύξηση των μακροχρόνιων ασθενειών ενισχύει τα επίπεδα κατάθλιψης για τις γυναίκες. Χειρότερη γνωστική λειτουργία και χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την ζωή αυξάνουν τα επίπεδα της κατάθλιψης και για τα δύο φύλα.

Στο κεφάλαιο 8 τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα χαρακτηριστικά της έμμεσης συνιστώσας της κλίμακας της μοναξιάς επηρεάζονται κατά κύριο λόγο από παράγοντες υγείας όπως οι χρόνιες ασθένειες και οι περιορισμοί σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Σε αντίθεση, άτομα που είναι ικανοποιημένα από την ζωή τείνουν πολύ σπάνια ή και ποτέ να δηλώνουν έλλειψη συντροφικότητας. Επιπρόσθετα, ο παράγοντας με τις δύο τουλάχιστον χρόνιες ασθένειες όπως και το πλήθος των περιορισμών σε θεμελιώδεις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής συμβάλλουν στο να αισθάνονται τα άτομα πιο συχνά παραμελημένα. Προς αυτήν την κατεύθυνση αλλά με μικρότερη επίδραση συνεισφέρει και ο παράγοντας της ηλικίας ενώ οι καλύτερες οικονομικές δυνατότητες για την κάλυψη των υποχρεώσεων του νοικοκυριού βοηθούν στο να μην αισθάνεται ποτέ ή σχεδόν ποτέ παραμελημένος ο ερωτώμενος.

Ο παράγοντας που ενισχύει το αίσθημα της απομόνωσης είναι ο αυξανόμενος αριθμός σε περιορισμούς θεμελιωδών δραστηριοτήτων ενώ οι παράγοντες που το περιορίζουν είναι η βελτιωμένη γνωστική λειτουργία, η εύκολη αντιμετώπιση των οικονομικών θεμάτων που σχετίζονται με το νοικοκυριό και το πλήθος των παιδιών που έχει αποκτήσει ο ερωτώμενος. Αναφορικά με το άμεσο χαρακτηριστικό της κλίμακας, οι χρόνιες ασθένειες και η γήρανση επαυξάνουν την μοναχική αίσθηση ενώ το αίσθημα ικανοποίησης από την ζωή σε συνδυασμό με τον αριθμό των παιδιών το περιορίζουν κατά πολύ ή το εξαλείφουν.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή έδωσε κάποια ορόσημα στην εκτίμηση των παραγόντων που καθορίζουν την κατάθλιψη μέσα από τον συνδυασμό θεωρίας και μοντέλων. Παρόλα αυτά, υπάρχουν πολλές προτάσεις για μελλοντική έρευνα. Για παράδειγμα, η τεχνική της ανάλυσης της συνολικής επίδρασης μεταβλητών σε άμεσες και έμμεσες θα μπορούσε να εφαρμοστεί και σε άλλους παράγοντες από την παιδική ηλικία ή ακόμα και σε παράγοντες που καλύπτουν την περίοδο της πρώιμης και μέσης ενήλικης ζωής. Η επιλογή διαφορετικών επεξηγηματικών μεταβλητών στο αντίστοιχο μαθηματικό μοντέλο, η κατασκευή επιμέρους δεικτών που σχετίζονται με την κατάθλιψη, οι συγκρίσεις μεταξύ κλιμάκων κατάθλιψης σε συνολικά δείγματα ευρωπαϊκών πληθυσμών και κατά χώρα ξεχωριστά ώστε να μελετηθούν οι διαφορές τους, η τεχνική εφαρμογή άλλων μοντέλων και οι συγκρίσεις αυτών σε διακρατικό επίπεδο ή με βάση την ευρωπαϊκή επικράτεια είναι μόνο μερικές από τις ιδέες που μπορεί να έχει κανείς ώστε να εξελίξει και άλλο την επιστημονική περιοχή που προσεγγίζει τη νόσο της κατάθλιψης.

Τελειώνοντας, αξίζει να σημειωθεί ότι η περιοχή της ψυχικής υγείας είναι σημαντική και ερευνάται από ψυχιάτρους, ψυχολόγους, κοινωνιολόγους και άλλες ειδικότητες επιστημόνων. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να πληροφορήσουν επιστήμονες των προηγούμενων ειδικοτήτων αλλά και όποιον άνθρωπο δείξει ενδιαφέρον και επιδιώκει την ενασχόληση με θέματα ψυχικής υγείας.



## Βιβλιογραφία

### A) Ξενόγλωσση

Ahnquist, J., Fredlund, P., & Wamala, S. P. (2007). Is cumulative exposure to economic hardships more hazardous to women's health than men's? A 16-year follow-up study of the Swedish Survey of Living Conditions. *Journal of Epidemiology & Community Health*, **61**(4), 331-336.

Albert, P. R. (2015). Why is depression more prevalent in women? *Journal of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, **40**(4), 219-221.

Alcser, K. H., Benson, G., Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., Christelis, D., Croda, E., ... & Jappelli, T. (2005). The Survey of Health, Aging, and Retirement in Europe—Methodology. Mannheim Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Alegría, M., Green, J. G., McLaughlin, K. A., & Loder, S. (2015). Disparities in child and adolescent mental health and mental health services in the US. New York: William T. Grant Foundation.

Alexopoulos, G. S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, **365**(9475), 1961-1970.

Alesi, M., Rappo, G., & Pepi, A. (2014). Depression, anxiety at school and self-esteem in children with learning disabilities. *Journal of Psychological Abnormalities in Children*, **3**(3), 125.

AlGhamdi, S., Manassis, K., & Wilansky-Traynor, P. (2011). Self-perceptions in relation to self-reported depressive symptoms in boys and girls. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **20**(3), 203-207.

Almuneef, M., ElChoueiry, N., Saleheen, H. N., & Al-Eissa, M. (2017). Gender-based disparities in the impact of adverse childhood experiences on adult health: findings from a national study in the Kingdom of Saudi Arabia. *International Journal for Equity in health*, **16**(1), 90.

Alvarado, E. B., Zunzunegui, V. M., Béland, F., Sicotte, M., & Tellechea, L. (2007). Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of Latin America and the Caribbean. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **62**(4), S226-S236.

Ambresin, G., Chondros, P., Dowrick, C., Herrman, H., & Gunn, J. M. (2014). Self-rated health and long-term prognosis of depression. *The Annals of Family Medicine*, **12**(1), 57-65.

Amlaev, K. (2015). Health inequity, treatment compliance, and health literacy at the local level: theoretical and practical aspects. Ridero, Russia.

- Anda, R. F., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Chapman, D., Edwards, V. J., Dube, S. R., & Williamson, D. F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, **53**(8), 1001-1009.
- Andersson, D., Magnusson, H., Carstensen, J., & Borgquist, L. (2011). Co-morbidity and health care utilisation five years prior to diagnosis for depression. A register-based study in a Swedish population. *BMC Public Health*, **11**(1), 552.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, **24**(6), 1069-1078.
- Angelini, V., Howdon, D. D., & Mierau, J. O. (2018). Childhood socioeconomic status and late-adulthood mental health: Results from the Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe. *The Journals of Gerontology: Series B*, **74**(1), 95-104.
- Angelini, V., Klijs, B., Smidt, N., & Mierau, J. O. (2016). Associations between childhood parental mental health difficulties and depressive symptoms in late adulthood: the influence of life-course socioeconomic, health and lifestyle factors. *PloS One*, **11**(12), 1-13.
- Angelini, V., & Mierau, J. O. (2012). Social and economic aspects of childhood health (No. 12002-EEF). University of Groningen, Research Institute SOM (Systems, Organisations and Management).
- Araya, R., Lewis, G., Rojas, G., & Fritsch, R. (2003). Education and income: which is more important for mental health? *Journal of Epidemiology & Community Health*, **57**(7), 501-505.
- Arnow, B. A. (2004). Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, **65**, 10-15.
- Arpino, B., Gumà, J., & Julià, A. (2018). Early-life conditions and health at older ages: The mediating role of educational attainment, family and employment trajectories. *PloS One*, **13**(4), 1-17.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortes, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American Journal of Public Health*, **94**(1), 82-88.
- Assari, S., & Lankarani, M. M. (2016). Stressful life events and risk of depression 25 years later: race and gender differences. *Frontiers in Public Health*, **4**, 49.
- Assari, S. (2016). Gender differences in the predictive role of self-rated health on short-term risk of mortality among older adults. *SAGE open Medicine*, **4**, 1-8.
- Auger, R. W. (2005). School-based interventions for students with depressive disorders. *Professional School Counseling*, **8**(4), 344-352.
- Ausín, B., Muñoz, M., & Castellanos, M. A. (2017). Loneliness, sociodemographic and mental health variables in spanish adults over 65 years old. *The Spanish Journal of Psychology*, **20**.



- Aziz, R., & Steffens, D. C. (2013). What are the causes of late-life depression? *Psychiatric Clinics*, **36**(4), 497-516.
- Bacigalupe, A., Esnaola, S., & Martín, U. (2016). The impact of the Great Recession on mental health and its inequalities: the case of a Southern European region, 1997–2013. *International Journal for Equity in Health*, **15**(1), 17.
- Back, J. H., & Lee, Y. (2011). Gender differences in the association between socioeconomic status (SES) and depressive symptoms in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **52**(3), e140-e144.
- Backe, I. F., Patil, G. G., Nes, R. B., & Clench-Aas, J. (2018). The relationship between physical functional limitations, and psychological distress: Considering a possible mediating role of pain, social support and sense of mastery. *SSM-Population Health*, **4**, 153-163.
- Ballon, D. (2003). Challenges and Choices: Finding Mental Health Services in Ontario. Centre for Addiction and Mental Health.
- Bambra, C., & Eikemo, T. A. (2009). Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiology & Community Health*, **63**(2), 92-98.
- Banks, J., Nazroo, J., & Steptoe, A. (2012). The Dynamics of Ageing Evidence from the English Longitudinal Study of Ageing 2002-10 (Wave 5).
- Barusch, A. (2011). Brooks/Cole Empowerment Series: Foundations of Social Policy: Social Justice in Human Perspective. Nelson Education.
- Beblavy, M. (2008). New Welfare State Models Based on the New Member States' Experience?. Available at SSRN 2403764.
- Beekman, A. T., Copeland, J., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *The British Journal of Psychiatry*, **174**(4), 307-311.
- Belloni, A., Morgan, D., & Paris, V. (2016). Pharmaceutical expenditure and policies.
- Benton, T., Staab, J., & Evans, D. L. (2007). Medical co-morbidity in depressive disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, **19**(4), 289-303.
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., ... & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, **17**(1), 97.
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Wiltink, J., Marian, H., & Brähler, E. (2010). Life satisfaction, anxiety, depression and resilience across the life span of men. *The Aging Male*, **13**(1), 32-39.
- Biringer, E., Mykletun, A., Dahl, A. A., Smith, A. D., Engedal, K., Nygaard, H. A., & Lund, A. (2005). The association between depression, anxiety, and cognitive function in the elderly

general population—the Hordaland Health Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A journal of the psychiatry of late life and allied sciences*, **20**(10), 989-997.

Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., Deeg, D. J., Beekman, A. T., & van Tilburg, W. (2004). The longitudinal relation between chronic diseases and depression in older persons in the community: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Journal of Clinical Epidemiology*, **57**(2), 187-194.

Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A. A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. *Social Science & Medicine*, **66**(6), 1334-1345.

Black, S. A., Goodwin, J. S., & Markides, K. S. (1998). The association between chronic diseases and depressive symptomatology in older Mexican Americans. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **53**(3), M188-M194.

Blay, S. L., Andreoli, S. B., Fillenbaum, G. G., & Gastal, F. L. (2007). Depression morbidity in later life: prevalence and correlates in a developing country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, **15**(9), 790-799.

Blazer, D. G., & Hybels, C. F. (2005). Origins of depression in later life. *Psychological Medicine*, **35**(9), 1241-1252.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: review and commentary. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, **58**(3), M249-M265.

Bloom, D. E., Chatterji, S., Kowal, P., Lloyd-Sherlock, P., McKee, M., Rechel, B., ... & Smith, J. P. (2015). Macroeconomic implications of population ageing and selected policy responses. *The Lancet*, **385**(9968), 649-657.

Boing, A. F., Melo, G. R., Boing, A. C., Moretti-Pires, R. O., Peres, K. G., & Peres, M. A. (2012). Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Revista de saude publica*, **46**(4), 617-623.

Börsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., ... & Zuber, S. (2013). Data resource profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *International Journal of Epidemiology*, **42**(4), 992-1001.

Börsch-Supan, A. (2005). Introduction. In: A. Börsch-Supan et al. *The Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe - Methodology*, 1-6. Mannheim: MEA.

Boss, L., Kang, D. H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, **27**(4), 541-553.

Bottino, S. M. B., Fráguas, R., & Gattaz, W. F. (2009). Depression and cancer. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, **36**, 109-115.

Bozo, Ö., Toksabay, N. E., & Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *The Journal of Psychology*, **143**(2), 193-206.

- Brailean, A., Guerra, M., Chua, K. C., Prince, M., & Prina, M. A. (2015). A multiple indicators multiple causes model of late-life depression in Latin American countries. *Journal of Affective Disorders*, **184**, 129-136.
- Brandt, M., Deindl, C., & Hank, K. (2012). Tracing the origins of successful aging: the role of childhood conditions and social inequality in explaining later life health. *Social Science & Medicine*, **74**(9), 1418-1425.
- Breakey, W.R. (1996a). The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. Integrated mental health services. New York: Oxford University Press Inc, 29-42.
- Breen, R., Karlson, K. B., & Holm, A. (2013). Total, direct, and indirect effects in logit and probit models. *Sociological Methods & Research*, **42**(2), 164-191.
- Brook, J. S., Balka, E. B., Crossman, A. M., Dermatis, H., Galanter, M., & Brook, D. W. (2010). The relationship between parental alcohol use, early and late adolescent alcohol use, and young adult psychological symptoms: A longitudinal study. *The American Journal on Addictions*, **19**(6), 534-542.
- Brown, R. T., Goodman, L., Guzman, D., Tieu, L., Ponath, C., & Kushel, M. B. (2016). Pathways to homelessness among older homeless adults: Results from the HOPE HOME Study. *PloS One*, **11**(5).
- Buber, I., & Engelhardt, H. (2011). The association between age and depressive symptoms among older men and women in Europe. Findings from SHARE. *Comparative Population Studies*, **36**(1), 77-102.
- Buber, I., & Engelhardt, H. (2008). Children's impact on the mental health of their older mothers and fathers: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *European Journal of Ageing*, **5**(1), 31-45.
- Bulut, S. (2009). Late life depression: A literature review of late-life depression and contributing factors. *Anales de Psicología*, **25**(1), 21-26.
- Burholt, V., & Scharf, T. (2013). Poor health and loneliness in later life: the role of depressive symptoms, social resources, and rural environments. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **69**(2), 311-324.
- Busfield, J. (1996). Professionals, the state, and mental health policy'. *Mental Health Matters*. Houndsmill, Basingstoke: The Open University/Macmillan Press Ltd.
- Butterworth, P., Olesen, S. C., & Leach, L. S. (2012). The role of hardship in the association between socio-economic position and depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, **46**(4), 364-373.
- Butterworth, P., Rodgers, B., & Windsor, T. D. (2009). Financial hardship, socio-economic position and depression: results from the PATH Through Life Survey. *Social Science & Medicine*, **69**(2), 229-237.

- Carayanni, V., Stylianopoulou, C., Koulierakis, G., Babatsikou, F., & Koutis, C. (2012). Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. *European Journal of Ageing*, **9**(2), 177-186.
- Case, A., Fertig, A., & Paxson, C. (2005). The lasting impact of childhood health and circumstance. *Journal of Health Economics*, **24**(2), 365-389.
- Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., ... & Tsolaki, M. (2008). Ascertaining late-life depressive symptoms in Europe: an evaluation of the survey version of the EURO-D scale in 10 nations. The SHARE project. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, **17**(1), 12-29.
- Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonca-Lima, C., ... & Tsolaki, M. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: the SHARE study. *The British Journal of Psychiatry*, **191**(5), 393-401.
- Cavapozzi, D., Garrouste, C., & Paccagnella, O. (2011). Childhood, schooling and income inequality. In *The Individual and the Welfare State* (pp. 31-43). Springer, Berlin, Heidelberg.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, **82**(2), 217-225.
- Cheval, B., Boisgontier, M. P., Orsholits, D., Sieber, S., Guessous, I., Gabriel, R., ... & Burton-Jeangros, C. (2018). Association of early-and adult-life socioeconomic circumstances with muscle strength in older age. *Age and Ageing*, **47**(3), 398-407.
- Chipperfield, J. G., & Havens, B. (2001). Gender differences in the relationship between marital status transitions and life satisfaction in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **56**(3), P176-P186.
- Chou, K. L. (2007). Reciprocal relationship between pain and depression in older adults: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of Affective Disorders*, **102**(1-3), 115-123.
- Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2000). Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Archives of Internal Medicine*, **160**(21), 3278-3285.
- Cohen, P., Pine, D. S., Must, A., Kasen, S., & Brook, J. (1998). Prospective associations between somatic illness and mental illness from childhood to adulthood. *American Journal of Epidemiology*, **147**(3), 232-239.
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health & Gender-based Medicine*, **11**(5), 465-476.

- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, **160**(6), 1147-1156.
- Colman, I., & Ataullahjan, A. (2010). Life course perspectives on the epidemiology of depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **55**(10), 622-632.
- Compas, B. E., Connor-Smith, J., & Jaser, S. S. (2004). Temperament, stress reactivity, and coping: Implications for depression in childhood and adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, **33**(1), 21-31.
- Conklin, A. I., Forouhi, N. G., Suhrcke, M., Surtees, P., Wareham, N. J., & Monsivais, P. (2013). Socioeconomic status, financial hardship and measured obesity in older adults: a cross-sectional study of the EPIC-Norfolk cohort. *BMC Public Health*, **13**(1), 1039.
- Cook, J. M., Riggs, D. S., Thompson, R., Coyne, J. C., & Sheikh, J. I. (2004). Posttraumatic stress disorder and current relationship functioning among World War II ex-prisoners of war. *Journal of Family Psychology*, **18**(1), 36-45.
- Copeland, J. R., Beekman, A. T., Braam, A. W., Dewey, M. E., Delespaul, P., Fuhrer, R., ... & Magnusson, H. (2004). Depression among older people in Europe: the EURODEP studies. *World Psychiatry*, **3**(1), 45-49.
- Crespo, L., López-Noval, B., & Mira, P. (2014). Compulsory schooling, education, depression and memory: New evidence from SHARELIFE. *Economics of Education Review*, **43**, 36-46.
- Crowe, L., & Butterworth, P. (2016). The role of financial hardship, mastery and social support in the association between employment status and depression: results from an Australian longitudinal cohort study. *BMJ Open*, **6**(5), e009834.
- Cuijpers, P., Van Straten, A., Smits, N., & Smit, F. (2006). Screening and early psychological intervention for depression in schools. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **15**(5), 300-307.
- Currie, J., & Rossin-Slater, M. (2015). Early-life origins of life-cycle well-being: Research and policy implications. *Journal of Policy Analysis and Management*, **34**(1), 208-242.
- Currie, J., Stabile, M., Manivong, P., & Roos, L. L. (2010). Child health and young adult outcomes. *Journal of Human Resources*, **45**(3), 517-548.
- Dagher, R. K., Chen, J., & Thomas, S. B. (2015). Gender differences in mental health outcomes before, during, and after the Great Recession. *PloS One*, **10**(5), 1-16.
- D'alisa, S., Miscio, G., Baudo, S., Simone, A., Tesio, L., & Mauro, A. (2006). Depression is the main determinant of quality of life in multiple sclerosis: a classification-regression (CART) study. *Disability and Rehabilitation*, **28**(5), 307-314.
- Deacon, B. (2000). Eastern European welfare states: the impact of the politics of globalization. *Journal of European Social Policy*, **10**(2), 146-161.

- De Groot, M., Anderson, R., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, **63**(4), 619-630.
- Demakakos, P., Nunn, S., & Nazroo, J. (2006). 10. Loneliness, relative deprivation and life satisfaction. Retirement, health and relationships of the older population in England, 297.
- Dennis, M., Baillon, S., Brugha, T., Lindesay, J., Stewart, R., & Meltzer, H. (2009). The influence of limitation in activity of daily living and physical health on suicidal ideation: results from a population survey of Great Britain. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **44**(8), 608.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman, A., & World Mental Health. (1995). Problems and Priorities in Low-income Countries. World Mental Health, Oxford University Press, New York and Oxford, England (1995), p. 382.
- De Vaus, D. (2002). Analyzing social science data: 50 key problems in data analysis. Sage.
- Dewey, M. E., & Prince, M. J. (2005). Cognitive function. Health, aging and retirement in Europe: First results from the survey of health, aging and retirement in Europe, 118-125.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, **160**(14), 2101-2107.
- Djernes, J. K. (2006). Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **113**(5), 372-387.
- Doblhammer, G., Van den Berg, G. J., & Fritze, T. (2013). Economic conditions at the time of birth and cognitive abilities late in life: evidence from ten European countries. *PLoS One*, **8**(9), e74915.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J., & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, **25**(12), 1627-1640.
- Dvir, Y., Ford, J. D., Hill, M., & Frazier, J. A. (2014). Childhood maltreatment, emotional dysregulation, and psychiatric comorbidities. *Harvard Review of Psychiatry*, **22**(3), 149-161.
- Dwivedi, K. N. (1993). Group work with children and adolescents: A handbook. Jessica Kingsley Publishers.
- Dzierzewski, J. M., Potter, G. G., Jones, R. N., Rostant, O. S., Ayotte, B., Yang, F. M., ... & Steffens, D. C. (2015). Cognitive functioning throughout the treatment history of clinical late-life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **30**(10), 1076-1084.
- Eamon, M. K., & Zuehl, R. M. (2001). Maternal depression and physical punishment as mediators of the effect of poverty on socioemotional problems of children in single-mother families. *American Journal of Orthopsychiatry*, **71**(2), 218-226.

- Eikemo, T. A., Bambra, C., Judge, K., & Ringdal, K. (2008). Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis. *Social Science & Medicine*, **66**(11), 2281-2295.
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, **30**(4), 565-582.
- Eisenman, D., Weine, S., Green, B., Jong, J. D., Rayburn, N., Ventevogel, P., ... & Agani, F. (2006). The ISTSS/Rand guidelines on mental health training of primary healthcare providers for trauma-exposed populations in conflict-affected countries. *Journal of Traumatic Stress*, **19**(1), 5-17.
- Ellsberg, M., Jansen, H.A.F.M., Heise, L.B.A., Watts, C.H, and Garcia-Moreno, C. and WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, **371**(9619), 1165-1172.
- England, M. J. E., & Sim, L. J. (2009). Depression in parents, parenting, and children: Opportunities to improve identification, treatment, and prevention. National Academies Press.
- Esping-Anderson, G. (1990). Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge, Oxford.
- European Commission. (2010). Reducing health inequalities in the European Union, Germany.
- Eurostat. (2014). Living conditions in Europe. Population and social conditions Collection, Statistical books, Belgium: Publication Office of the European Union.
- Eurostat (2013) GDP per capita in PPS, Index (EU28 = 100). Retrieved July 8, 2014, from Eurostat: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/graph.do?tab=graph&plugin=1&pcode=tec00114 &language=en&toolbox=type>
- Everson, S. A., Maty, S. C., Lynch, J. W., & Kaplan, G. A. (2002). Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity, and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, **53**(4), 891-895.
- Farrokhi, F., Abedi, N., Beyene, J., Kurdyak, P., & Jassal, S. V. (2014). Association between depression and mortality in patients receiving long-term dialysis: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Kidney Diseases*, **63**(4), 623-635.
- Fauth, E. B., Gerstorf, D., Ram, N., & Malmberg, B. (2011). Changes in depressive symptoms in the context of disablement processes: Role of demographic characteristics, cognitive function, health, and social support. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **67**(2), 167-177.
- Feinstein, L., Sabates, R., Anderson, T. M., Sorhaindo, A., & Hammond, C. (2006, September). What are the effects of education on health. In proceedings of the Copenhagen symposium" measuring the effects of education on health and civic engagement.

- Fenton, W. S., & Stover, E. S. (2006). Mood disorders: cardiovascular and diabetes comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*, **19**(4), 421-427.
- Ferketich, A. K., Schwartzbaum, J. A., Frid, D. J., & Moeschberger, M. L. (2000). Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *Archives of Internal Medicine*, **160**(9), 1261-1268.
- Ferraro, K. F., & Kelley-Moore, J. A. (2003). Cumulative disadvantage and health: long-term consequences of obesity? *American Sociological Review*, **68**(5), 707-729.
- Ferrera, M., & Rhodes, M. (2013). *Recasting European welfare states*. Routledge.
- Ferrera, M. (1996). The 'Southern model' of welfare in social Europe. *Journal of European Social Policy*, **6**(1), 17-37.
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, **5**, 363-389.
- Flores, M., & Kalwij, A. (2014). The associations between early life circumstances and later life health and employment in Europe. *Empirical Economics*, **47**(4), 1251-1282.
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, **7**(3), 286-299.
- Fone, D., Dunstan, F., Lloyd, K., Williams, G., Watkins, J., & Palmer, S. (2007). Does social cohesion modify the association between area income deprivation and mental health? A multilevel analysis. *International Journal of Epidemiology*, **36**(2), 338-345.
- Font, S. A., & Maguire-Jack, K. (2016). Pathways from childhood abuse and other adversities to adult health risks: The role of adult socioeconomic conditions. *Child Abuse & Neglect*, **51**, 390-399.
- Frasquilho, D., Cardoso, G., Ana, A., Silva, M., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2017). Gender differences on mental health distress: Findings from the economic recession in Portugal. *European Psychiatry*, **41**, S902.
- Frasquilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2015). Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*, **16**(1), 115.
- Freeman, A., Tyrovolas, S., Koyanagi, A., Chatterji, S., Leonardi, M., Ayuso-Mateos, J. L., ... & Haro, J. M. (2016). The role of socio-economic status in depression: results from the COURAGE (aging survey in Europe). *BMC Public Health*, **16**(1), 1098.
- Frühwald, S., Löffler, H., Eher, R., Saletu, B., & Baumhackl, U. (2001). Relationship between depression, anxiety and quality of life: a study of stroke patients compared to chronic low back pain and myocardial ischemia patients. *Psychopathology*, **34**(1), 50-56.



- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, **1**(1), 14.
- Gale, C. R., Allerhand, M., & Deary, I. J. (2012). Is there a bidirectional relationship between depressive symptoms and cognitive ability in older people? A prospective study using the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*, **42**(10), 2057-2069.
- Gal, G., & Basford, Y. (2015). Child abuse and adult psychopathology. In *Violence and Mental Health* (pp. 89-122). Springer, Dordrecht.
- Gallagher, D., Savva, G. M., Kenny, R., & Lawlor, B. A. (2013). What predicts persistent depression in older adults across Europe? Utility of clinical and neuropsychological predictors from the SHARE study. *Journal of Affective Disorders*, **147**(1-3), 192-197.
- Galobardes, B., Lynch, J. W., & Davey Smith, G. (2004). Childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality in adulthood: systematic review and interpretation. *Epidemiologic Reviews*, **26**(1), 7-21.
- Gameiro, G. R., Minguini, I. P., & Alves, T. C. L. F. (2014). The role of stress and life events in the onset of depression in the elderly. *Rev Med (São Paulo)*, **93**(1), 31-40.
- Garrouste, C., & Paccagnella, O. (2011). Data quality: Three examples of consistency across SHARE and SHARELIFE data. Retrospective Data Collection in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. SHARELIFE Methodology. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA): Mannheim, 62-72.
- Gelman, A. (2007). Struggles with survey weighting and regression modeling. *Statistical Science*, **22**(2), 153-164.
- General, U. S. (1999). *Mental health: A report of the surgeon general*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, **17**(3), 198-216.
- George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *The British Journal of Psychiatry*, **154**(4), 478-485.
- Giannakopoulos, G., Kazantzi, M., Dimitrakaki, C., Tsiantis, J., Kolaitis, G., & Tountas, Y. (2009). Screening for children's depression symptoms in Greece: the use of the Children's Depression Inventory in a nation-wide school-based sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, **18**(8), 485-492.
- Gili, M., López-Navarro, E., Castro, A., Homar, C., Navarro, C., García-Toro, M., ... & Roca, M. (2016). Gender differences in mental health during the economic crisis. *Psicothema*, **28**(4), 407-413.

- Gilliam, F. G., Mendiratta, A., Pack, A. M., & Bazil, C. W. (2005). Epilepsy and common comorbidities: improving the outpatient epilepsy encounter. *Epileptic Disorders*, **7**(1), 27-33.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., & Buka, S. L. (2003). Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychological Medicine*, **33**(8), 1341-1355.
- Gilman, S. E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G. M., & Buka, S. L. (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International Journal of Epidemiology*, **31**(2), 359-367.
- Giri, M., Chen, T., Yu, W., & Lü, Y. (2016). Prevalence and correlates of cognitive impairment and depression among elderly people in the world's fastest growing city, Chongqing, People's Republic of China. *Clinical Interventions in Aging*, **11**, 1091-1098.
- Glanz, K., & Schwartz, M. D. (2008). Stress, coping, and health behavior. *Health Behavior and Health Education: Theory, research, and practice*, **4**, 211-236.
- Glonti, K., Gordeev, V. S., Goryakin, Y., Reeves, A., Stuckler, D., McKee, M., & Roberts, B. (2015). A systematic review on health resilience to economic crises. *PloS One*, **10**(4), 1-22.
- Goeree, R., O'Brien, B. J., Goering, P., Blackhouse, G., Agro, K., Rhodes, A., & Watson, J. (1999). The economic burden of schizophrenia in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **44**(5), 464-472.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Golden, J., Conroy, R. M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., & Lawlor, B. A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, **24**(7), 694-700.
- Gomez, G. E., & Gomez, E. A. (1993). Depression in the elderly. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, **31**(5), 28-33.
- Goodman, E., & Whitaker, R.C. (2002). A Prospective Study of the Role of Depression in the Development and Persistence of Adolescent Obesity. *American Academy of Pediatrics*, **110**(3), 497-504.
- Goodwin, R. D., Hoven, C. W., Murison, R., & Hotopf, M. (2003). Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. *American Journal of Public Health*, **93**(7), 1065-1067.
- Goodwin, R. D. (2002). Anxiety disorders and the onset of depression among adults in the community. *Psychological Medicine*, **32**(6), 1121-1124.
- Goodwin, S. (1997). *Comparative mental health policy: from institutional to community care*. Sage.

- Goosby, B. J. (2013). Early life course pathways of adult depression and chronic pain. *Journal of Health and Social Behavior*, **54**(1), 75-91.
- Gruber, K. J., & Taylor, M. F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, **6**(1-2), 1-29.
- Grundy, E., van den Broek, T., & Keenan, K. (2017). Number of children, partnership status, and later-life depression in Eastern and Western Europe. *The Journals of Gerontology: Series B*, **74**(2), 353-363.
- Guest, J., & Cookson, R. F. (1999). Cost of schizophrenia to UK society. *Pharmacoeconomics*, **15**(6), 597-610.
- Gunn, J. M., Ayton, D. R., Densley, K., Pallant, J. F., Chondros, P., Herrman, H. E., & Dowrick, C. F. (2012). The association between chronic illness, multimorbidity and depressive symptoms in an Australian primary care cohort. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **47**(2), 175-184.
- Gunnell, D., Lopatzidis, T., Dorling, D., Wehner, H., Southall, H., & Frankel, S. (1999). Suicide and unemployment in young people: Analysis of trends in England and Wales, 1921–1995. *The British Journal of Psychiatry*, **175**(3), 263-270.
- Gunnell, D., Donovan, J., Barnes, M., Davies, R., Hawton, K., Kapur, N., ... & Metcalfe, C. (1998). The 2008 global financial crisis: effects on mental health and suicide. *Age*, 2003(2008), 2013.
- Gurland, B. (1992). The impact of depression on quality of life of the elderly. *Clinics in Geriatric Medicine*, **8**(2), 377-386.
- Haas, S. (2008). Trajectories of functional health: The ‘long arm’ of childhood health and socioeconomic factors. *Social Science & Medicine*, **66**(4), 849-861.
- Haas, S. A. (2007). The long-term effects of poor childhood health: An assessment and application of retrospective reports. *Demography*, **44**(1), 113-135.
- Haatainen, K. M., Tanskanen, A., Kylmä, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., ... & Viinamäki, H. (2003). Gender differences in the association of adult hopelessness with adverse childhood experiences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **38**(1), 12-17.
- Halmdienst, N., & Winter-Ebmer, R. (2014). Long-run relations between childhood shocks and health in late adulthood—evidence from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *CEifo Economic Studies*, **60**(2), 402-434.
- Hammar, Å., & Årdal, G. (2009). Cognitive functioning in major depression—a summary. *Frontiers in Human Neuroscience*, **3**, 26.
- Hankin, B. L. (2002). Gender differences in depression from childhood through adulthood: A review of course, causes, and treatment. *Primary Psychiatry*, **9**(10), 32-38.

- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2016). Late-life loneliness in 11 European countries: Results from the generations and gender survey. *Social Indicators Research*, **129**(1), 445-464.
- Harkness, K. L., Alavi, N., Monroe, S. M., Slavich, G. M., Gotlib, I. H., & Bagby, R. M. (2010). Gender differences in life events prior to onset of major depressive disorder: The moderating effect of age. *Journal of Abnormal Psychology*, **119**(4), 791-803.
- Hauq, T.T., Mykletun, A. & Dahl, A.A. (2004). The association between anxiety, depression, and somatic symptoms in a large population: the HUNT-II study. *Psychosom Med.*, **66**(6), 845-51.
- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, **40**(2), 218-227.
- Hays, J. C., Schoenfeld, D. E., & Blazer, D. G. (1996). Determinants of poor self-rated health in late life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, **4**(3), 188-196.
- Hegeman, J. M., van Fenema, E. M., Comijs, H. C., Kok, R. M., van der Mast, R. C., & de Waal, M. W. (2017). Effect of chronic somatic diseases on the course of late-life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **32**(7), 779-787.
- Hertzman, C., & Boyce, T. (2010). How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. *Annual Review of Public Health*, **31**, 329-347.
- Hirvensalo, M., Sakari-Rantala, R., Kallinen, M., Leinonen, R., Lintunen, T., & Rantanen, T. (2007). Underlying factors in the association between depressed mood and mobility limitation in older people. *Gerontology*, **53**(3), 173-178.
- Hoffmann, R., Kröger, H., & Geyer, S. (2019). Social causation versus health selection in the life course: does their relative importance differ by dimension of SES?. *Social Indicators Research*, **141**(3), 1341-1367.
- Hoffmann, R., Kröger, H., & Pakpahan, E. (2018). The reciprocal relationship between material factors and health in the life course: evidence from SHARE and ELSA. *European Journal of Ageing*, **15**(4), 379-391.
- Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S., & Sturdivant, R. X. (2013). Applied logistic regression (Vol. 398). John Wiley & Sons.
- Hughes, K., Lowey, H., Quigg, Z., & Bellis, M. A. (2016). Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC Public Health*, **16**(1), 222.
- Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*, **26**(6), 655-672.
- Huijts, T., Stornes, P., Eikemo, T. A., Bambra, C., & HiNews Consortium. (2017). Prevalence of physical and mental non-communicable diseases in Europe: findings from the European

- Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. *The European Journal of Public Health*, **27**(suppl\_1), 8-13.
- Hurst, C. E., Gibbon, H. M. F., & Nurse, A. M. (2016). *Social inequality: Forms, causes, and consequences*. Routledge.
- Imai, K., Keele, L., & Tingley, D. (2010). A general approach to causal mediation analysis. *Psychological Methods*, **15**(4), 309-334.
- Imai, K., Keele, L., & Yamamoto, T. (2010). Identification, inference and sensitivity analysis for causal mediation effects. *Statistical Science*, **25**(1), 51-71.
- Ismail, Z., Fischer, C., & McCall, W. V. (2013). What characterizes late-life depression. *Psychiatr Clin North Am*, **36**(4), 483-96.
- Jakobsen, J. C., Gluud, C., Wetterslev, J., & Winkel, P. (2017). When and how should multiple imputation be used for handling missing data in randomised clinical trials—a practical guide with flowcharts. *BMC Medical Research Methodology*, **17**(1), 162.
- Jeon, H. S., & Dunkle, R. E. (2009). Stress and depression among the oldest-old: A longitudinal analysis. *Research on Aging*, **31**(6), 661-687.
- Jiang, W., Krishnan, R.R.K. and O'Connor, C.M. (2002). Depression and Heart Disease. *CNS Drugs*, **16**(2), 111-127.
- Jirapramukpitak, T., Darawuttimaprakorn, N., Punpuing, S., & Abas, M. (2009). Validation and factor structure of the Thai version of the EURO-D scale for depression among older psychiatric patients. *Aging and Mental Health*, **13**(6), 899-904.
- Jofre-Bonet, M., Serra-Sastre, V., & Vandenborgh, S. (2018). The impact of the Great Recession on health-related risk factors, behaviour and outcomes in England. *Social Science & Medicine*, **197**, 213-225.
- Jones, L. (1996). George III and changing views of madness. In *Mental Health Matters: A Reader* (pp. 121-131). Macmillan Education UK.
- Jorm, A. F., Kelly, C. M., Wright, A., Parslow, R. A., Harris, M. G., & McGorry, P. D. (2006). Belief in dealing with depression alone: Results from community surveys of adolescents and adults. *Journal of Affective Disorders*, **96**(1-2), 59-65.
- Kamiya, Y., Doyle, M., Henretta, J. C., & Timonen, V. (2013). Depressive symptoms among older adults: The impact of early and later life circumstances and marital status. *Aging & Mental Health*, **17**(3), 349-357.
- Kapfhammer H. P. (2006). Somatic symptoms in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, **8**(2), 227–239.
- Kariuki, S. M., Newton, C. R., Prince, M. J., & Das-Munshi, J. (2016). The association between childhood seizures and later childhood emotional and behavioral problems: findings from a nationally representative birth cohort. *Psychosomatic Medicine*, **78**(5), 620.

- Katon, W., Maj, M., & Sartorius, N. (Eds.). (2011). Depression and diabetes (Vol. 16). John Wiley & Sons.
- Kendig, H., Gong, C. H., Yiengprugsawan, V., Silverstein, M., & Nazroo, J. (2017). Life course influences on later life health in China: childhood health exposure and socioeconomic mediators during adulthood. *SSM-Population Health*, **3**, 795-802.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, **74**(1), 5-13.
- Kesternich, I., Siflinger, B., Smith, J. P., & Winter, J. K. (2014). The effects of World War II on economic and health outcomes across Europe. *Review of Economics and Statistics*, **96**(1), 103-118.
- Kim, J. (2010). The Impact of Cumulative Socioeconomic Inequalities on Physical functioning, Self-Rated Health, and Depression among Older Adults (Doctoral dissertation, The Ohio State University).
- Kim, H. K., & McKenry, P. C. (2002). The relationship between marriage and psychological well-being: A longitudinal analysis. *Journal of Family Issues*, **23**(8), 885-911.
- Kirchner, J. E., Yoder, M. C., Kramer, T. L., Lindsey, M. S., & Thrush, C. (2000). DEVELOPMENT OF AN EDUCATIONAL PROGRAM TO INCREASE SCHOOL PERSONNEL'S AWARENESS ABOUT CHILD AND ADOLESCENT DEPRESSION. *Education*, **121**(2).
- Kleftaras, G., & Didaskalou, E. (2006). Incidence and teachers' perceived causation of depression in primary school children in Greece. *School Psychology International*, **27**(3), 296-314.
- Kohler, U., Karlson, K. B., & Holm, A. (2011). Comparing coefficients of nested nonlinear probability models. *The Stata Journal*, **11**(3), 420-438.
- Koster, A., Bosma, H., Kempen, G. I., Penninx, B. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., & van Eijk, J. T. M. (2006). Socioeconomic differences in incident depression in older adults: the role of psychosocial factors, physical health status, and behavioral factors. *Journal of Psychosomatic Research*, **61**(5), 619-627.
- Kposowa, A. J. (2001). Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*, **31**(1), 127-138.
- Kraaij, V., & De Wilde, E. J. (2001). Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging & Mental Health*, **5**(1), 84-91.
- Kuo, A. A., Collier, R. J., Stewart-Brown, S., & Blair, M. (Eds.). (2015). Child Health: A Population Perspective. Oxford University Press.
- Ladin, K. (2008). Risk of late-life depression across 10 European Union countries: deconstructing the education effect. *Journal of Aging and Health*, **20**(6), 653-670.

- Lamont, A. (2010). Effects of child abuse and neglect for adult survivors. *Australian Institute of Family Studies*.
- Lampinen, P., & Heikkinen, E. (2003). Reduced mobility and physical activity as predictors of depressive symptoms among community-dwelling older adults: an eight-year follow-up study. *Aging Clinical and Experimental Research*, **15**(3), 205-211.
- Landös, A., von Arx, M., Cheval, B., Sieber, S., Kliegel, M., Gabriel, R., ... & Courvoisier, D. S. (2018). Childhood socioeconomic circumstances and disability trajectories in older men and women: a European cohort study. *European Journal of Public Health*, **29**(1), 50-58.
- Latham, K. (2015). The “long arm” of childhood health: Linking childhood disability to late midlife mental health. *Research on Aging*, **37**(1), 82-102.
- Le, C. T. (2009). Applied categorical data analysis and translational research. John Wiley & Sons.
- Lee, C. T., Yeh, C. J., Lee, M. C., Lin, H. S., Chen, V. C. H., Hsieh, M. H., ... & Lai, T. J. (2012). Leisure activity, mobility limitation and stress as modifiable risk factors for depressive symptoms in the elderly: Results of a national longitudinal study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, **54**(2), e221-e229.
- Lee, B. A., & Greif, M. J. (2008). Homelessness and hunger. *Journal of Health and Social Behavior*, **49**(1), 3-19.
- Lei, X., Sun, X., Strauss, J., Zhang, P., & Zhao, Y. (2014). Depressive symptoms and SES among the mid-aged and elderly in China: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study national baseline. *Social Science & Medicine*, **120**, 224-232.
- Lépine, J. P., & Briley, M. (2011). The increasing burden of depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, **7**(Suppl 1), 3–7.
- Lichtman, J. H., Bigger Jr, J. T., Blumenthal, J. A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P. G., Lespérance, F., ... & Froelicher, E. S. (2008). Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*, **118**(17), 1768-1775.
- Li, T., & Fung, H. H. (2012). Age differences in trust: An investigation across 38 countries. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **68**(3), 347-355.
- Li, X., Wang, W., Gao, Q., Wu, L., Luo, Y., Tang, Z., & Guo, X. (2012). The trajectories and correlation between physical limitation and depression in elderly residents of Beijing, 1992–2009. *PloS One*, **7**(8), 1-7.
- Linacre, J. M. (2002). Optimizing rating scale category effectiveness. *Journal of Applied Measurement*, **3**(1), 85-106.

- Lorant, V., Croux, C., Weich, S., Deliège, D., Mackenbach, J., & Ansseau, M. (2007). Depression and socio-economic risk factors: 7-year longitudinal population study. *The British Journal of Psychiatry*, **190**(4), 293-298.
- Luby, J. L. (2010). Preschool depression: The importance of identification of depression early in development. *Current Directions in Psychological Science*, **19**(2), 91-95.
- Luby, J. L., Sullivan, J., Belden, A., Stalets, M., Blankenship, S., & Spitznagel, E. (2006). An observational analysis of behavior in depressed preschoolers: Further validation of early-onset depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **45**(2), 203-212.
- Luby, J. L., Heffelfinger, A., Koenig-McNaught, A. L., Brown, K., & Spitznagel, E. (2004). The preschool feelings checklist: A brief and sensitive screening measure for depression in young children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **43**(6), 708-717.
- Lunau, T., Bambra, C., Eikemo, T. A., van Der Wel, K. A., & Dragano, N. (2014). A balancing act? Work–life balance, health and well-being in European welfare states. *The European Journal of Public Health*, **24**(3), 422-427.
- Lundy, S. M., Silva, G. E., Kaemingk, K. L., Goodwin, J. L., & Quan, S. F. (2010). Cognitive functioning and academic performance in elementary school children with anxious/depressed and withdrawn symptoms. *The Open Pediatric Medicine Journal*, **4**, 1-9.
- Luo, H., Tang, J. Y., Wong, G. H., Chen, C. C., Lum, T. Y., Chi, I., & Lou, V. W. (2015). The effect of depressive symptoms and antidepressant use on subsequent physical decline and number of hospitalizations in nursing home residents: a 9-year longitudinal study. *Journal of the American Medical Directors Association*, **16**(12), 1048-1054.
- Luo, Y., & Waite, L. J. (2005). The impact of childhood and adult SES on physical, mental, and cognitive well-being in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **60**(2), S93-S101.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, **67**(3), 220-229.
- Margerison-Zilko, C., Goldman-Mellor, S., Falconi, A., & Downing, J. (2016). Health impacts of the great recession: a critical review. *Current Epidemiology Reports*, **3**(1), 81-91.
- Martin-Carrasco, M., Evans-Lacko, S., Dom, G., Christodoulou, N. G., Samochowiec, J., González-Fraile, E., ... & Wasserman, D. (2016). EPA guidance on mental health and economic crises in Europe. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **266**(2), 89-124.
- Masi, G., Favilla, L., Millepiedi, S., & Mucci, M. (2000). Somatic symptoms in children and adolescents referred for emotional and behavioral disorders. *Psychiatry*, **63**(2), 140-149.



- Maughan, B., Collishaw, S., & Stringaris, A. (2013). Depression in childhood and adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **22**(1), 35-40.
- McCarthy-Jones, S., & McCarthy-Jones, R. (2014). Body mass index and anxiety/depression as mediators of the effects of child sexual and physical abuse on physical health disorders in women. *Child Abuse & Neglect*, **38**(12), 2007-2020.
- Mckenzie, S. K., Carter, K., Blakely, T., & Collings, S. (2010). The association of childhood socio-economic position and psychological distress in adulthood: is it mediated by adult socio-economic position? *Longitudinal and Life Course Studies*, **1**(4), 339-358.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of Psychiatric Research*, **45**(8), 1027-1035.
- McLoyd, V. C. (1990). The impact of economic hardship on Black families and children: Psychological distress, parenting, and socioemotional development. *Child Development*, **61**(2), 311-346.
- Meador, N., Mitchell, A. J., Chew-Graham, C., Goldberg, D., Rizzo, M., Bird, V., ... & Pilling, S. (2011). Case identification of depression in patients with chronic physical health problems: a diagnostic accuracy meta-analysis of 113 studies. *Br J Gen Pract*, **61**(593), e808-e820.
- Mehrbrodt, T., Gruber, S., & Wagner, M. (2017). SHARE-Scales and Multi-Item Indicators. Munich Center for the Economics of Aging (MEA), München.
- Melchior, M., Moffitt, T. E., Milne, B. J., Poulton, R., & Caspi, A. (2007). Why do children from socioeconomically disadvantaged families suffer from poor health when they reach adulthood? A life-course study. *American Journal of Epidemiology*, **166**(8), 966-974.
- Mitchell, J. A., Johnson-Lawrence, V., Williams, E. D. G., & Thorpe Jr, R. (2018). Characterizing Mobility Limitations Among Older African American Men. *Journal of the National Medical Association*, **110**(2), 190-196.
- Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Eriksson, H. G., Lindén-Boström, M., Nordström, E., ... & Ydreborg, B. (2009). Mental health symptoms in relation to socio-economic conditions and lifestyle factors—a population-based study in Sweden. *BMC Public Health*, **9**(1), 302.
- Monnat, S. M., & Chandler, R. F. (2015). Long-term physical health consequences of adverse childhood experiences. *The Sociological Quarterly*, **56**(4), 723-752.
- Montez, J. K., Bromberger, J. T., Harlow, S. D., Kravitz, H. M., & Matthews, K. A. (2016). Life-course socioeconomic status and metabolic syndrome among midlife women. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **71**(6), 1097-1107.
- Montez, J. K., & Hayward, M. D. (2014). Cumulative childhood adversity, educational attainment, and active life expectancy among US adults. *Demography*, **51**(2), 413-435.

- Moore, T. G., McDonald, M., Carlon, L., & O'Rourke, K. (2015). Early childhood development and the social determinants of health inequities. *Health Promotion International*, **30(suppl\_2)**, ii102-ii115.
- Moreno, X., Albala, C., Lera, L., Sánchez, H., Fuentes-García, A., & Dangour, A. D. (2017). The role of gender in the association between self-rated health and mortality among older adults in Santiago, Chile: A cohort study. *PloS One*, **12(7)**, 1-10.
- Mura, G., & Carta, M. G. (2013). Physical activity in depressed elderly. A systematic review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, **9**, 125-135.
- Murphy, M., & Fonagy, P. (2012). Mental health problems in children and young people. Annual report of the chief medical officer, 1-13.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, **349(9063)**, 1436-1442.
- Musich, S., Wang, S. S., Ruiz, J., Hawkins, K., & Wicker, E. (2018). The impact of mobility limitations on health outcomes among older adults. *Geriatric Nursing*, **39(2)**, 162-169.
- Neto, F. (2014a). Socio-demographic predictors of loneliness across the adult life span in Portugal. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, **8(2)**, 222-230.
- Neto, F. (2014b). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing*, **11(4)**, 313-319.
- Newacheck, P. W., Hung, Y. Y., Jane Park, M., Brindis, C. D., & Irwin Jr, C. E. (2003). Disparities in adolescent health and health care: does socioeconomic status matter? *Health Services Research*, **38(5)**, 1235-1252.
- Nickman, S. L., Rosenfeld, A. A., Fine, P., MacIntyre, J. C., Pilowsky, D. J., Howe, R. A., ... & Sveda, S. A. (2005). Children in adoptive families: Overview and update. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, **44(10)**, 987-995.
- Noh, J. W., Kwon, Y. D., Park, J., Oh, I. H., & Kim, J. (2016). Relationship between physical disability and depression by gender: A panel regression model. *PloS One*, **11(11)**, 1-9.
- Norden (2013, February) Focus on the Nordic Welfare Model. Retrieved May 14, 2014, from Norden: [http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/7117/Nordic\\_Welfare\\_Model\\_Web.pdf](http://www.nordicwelfare.org/PageFiles/7117/Nordic_Welfare_Model_Web.pdf)
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, **9(11)**, 1-31.
- Nurius, P. S., Green, S., Logan-Greene, P., & Borja, S. (2015). Life course pathways of adverse childhood experiences toward adult psychological well-being: A stress process analysis. *Child Abuse & Neglect*, **45**, 143-153.

- Nuyen, J., Volkers, A. C., Verhaak, P. F., Schellevis, F. G., Groenewegen, P. P., & Van den Bos, G. A. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, **35**(8), 1185-1195.
- Office for National Statistics. (2018). Measuring loneliness: guidance for use of the national indicators on surveys, QualityofLife@ons.gov.uk Harmonisation@Statistics.gov.uk info@whatworkswellbeing.org
- O'Neil, M. (2007). Depression in the elderly. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, **38**(1), 14-15.
- Ormel, J., Rijdsdijk, F. V., Sullivan, M., van Sonderen, E., & Kempen, G. I. (2002). Temporal and reciprocal relationship between IADL/ADL disability and depressive symptoms in late life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **57**(4), P338-P347.
- O'Shea, D. M., Fieo, R. A., Hamilton, J. L., Zahodne, L. B., Manly, J. J., & Stern, Y. (2015). Examining the association between late-life depressive symptoms, cognitive function, and brain volumes in the context of cognitive reserve. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **30**(6), 614-622.
- Padayachey, U., Ramlall, S., & Chipps, J. (2017). Depression in older adults: prevalence and risk factors in a primary health care sample. *South African Family Practice*, **59**(2), 61-66.
- Pakpahan, E., Hoffmann, R., & Kröger, H. (2017a). The long arm of childhood circumstances on health in old age: Evidence from SHARELIFE. *Advances in Life Course Research*, **31**, 1-10.
- Pakpahan, E., Hoffmann, R., & Kröger, H. (2017b). Retrospective life course data from European countries on how early life experiences determine health in old age and possible mid-life mediators. *Data in Brief*, **10**, 277-282.
- Palinkas, L. A., Wingard, D. L., & Barrett-Connor, E. (1990). Chronic illness and depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, **43**(11), 1131-1141.
- Palmer, C. (2005). Exercise as a treatment for depression in elders. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, **17**(2), 60-66.
- Park, E. M., & Rosenstein, D. L. (2015). Depression in adolescents and young adults with cancer. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, **17**(2), 171-180.
- Patel, V., & Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, **81**, 609-615.
- Patel, V. (2001). Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D., Walt G., eds. *Poverty, inequality, and health: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press Inc, 247-261.

- Paterniti, S., Verdier-Taillefer, M. H., Dufouil, C., & Alperovitch, A. (2002). Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people: longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry*, **181**(5), 406-410.
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, **74**(3), 264-282.
- Pelton, L. H. (1994). The role of material factors in child abuse and neglect.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal Relationships*, **3**, 31-56.
- Phaswana-Mafuya, N., & Peltzer, K. (2017). Prevalence of loneliness and associated factors among older adults in South Africa. *Global Journal of Health Science*, **9**(12), 1-8.
- Pine, D. S., Goldstein, R. B., Wolk, S., & Weissman, M. M. (2001). The association between childhood depression and adulthood body mass index. *Pediatrics*, **107**(5), 1049-1056.
- Pinquart, M., & Duberstein, P. R. (2010). Depression and cancer mortality: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, **40**(11), 1797-1810.
- Platt, S. (1984). Unemployment and suicidal behaviour: a review of the literature. *Social Science & Medicine*, **19**(2), 93-115.
- Popova, Y., & Kozhevnikova, M. (2013). Interdependence of HDI and budget redistribution within the Scandinavian and European social models. *Economics and Management*, **18**(3), 562-575.
- Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., & Conde-Sala, J. L. (2018). Factor structure of depressive symptoms using the EURO-D scale in the over-50s in Europe. Findings from the SHARE project. *Aging & Mental Health*, **22**(11), 1477-1485.
- Pöschl, J., & Valkova, K. (2015). Welfare state regimes and social determinants of health in Europe. Verein "Wiener Inst. für Internat. Wirtschaftsvergleiche"(WIIW).
- Preti, A., & Miotto, P. (1999). Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. *Journal of Epidemiology & Community Health*, **53**(11), 694-701.
- Prince, M.J., Reischies, F., Beekman, A.T., Fuhrer, R., Jonker, C., Kivela, S.L., Lawlor, B.A., Lobo, A., Magnusson, H., Fichter, M., van Oyen, H., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., and Copeland, J.R. (1999a). Development of the EURO-D scale-a European, Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, **174**(4), 330-338.
- Prince, M.J., Beekman, A.T., Deeg, D.J., Fuhrer, R., Kivela, S.L., Lawlor, B.A., Lobo, A., Magnusson, H., Meller, I., van Oyen, H., Reischies, F., Roelands, M., Skoog, I., Turrina, C., & Copeland, J.R. (1999b). Depression symptoms in late life assessed using the EURO-D scale. Effect of age, gender and marital status in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry*, **174**(4), 339-345.

- Pruchno, R., Heid, A. R., & Wilson-Genderson, M. (2017). The Great Recession, life events, and mental health of older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, **84**(3), 294-312.
- Pudrovska, T., & Anikputa, B. (2014). Early-life socioeconomic status and mortality in later life: An integration of four life-course mechanisms. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **69**(3), 451-460.
- Ramasubbu, R., & Patten, S. B. (2003). Effect of depression on stroke morbidity and mortality. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **48**(4), 250-257.
- Ramiro, L. S., Madrid, B. J., & Brown, D. W. (2010). Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. *Child Abuse & Neglect*, **34**(11), 842-855.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Erhart, M., Nickel, J., Richter, M., & Suhrcke, M. (2008). Socioeconomic inequalities in mental health among adolescents in Europe. *Social Cohesion for Mental Well-being Among Adolescents*, 26-42.
- Reddy, M. S. (2010). Depression: the disorder and the burden. *Indian Journal of Psychological Medicine*, **32**(1), 1-2.
- Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Wang, H. Y. J., & Visscher, B. R. (1994). Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, **13**(4), 299-307.
- Release Guide 2.6.0 Waves 1&2. (2013) Survey of Health, Aging and Retirement in Europe.
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., & Sareen, J. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in US older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry*, **14**(1), 74-81.
- Rice, D. P., & Miller, L. S. (1996). The economic burden of schizophrenia: conceptual and methodological issues, and cost estimates.
- Richardson, S., Carr, E., Netuveli, G., & Sacker, A. (2018). Country-level welfare-state measures and change in wellbeing following work exit in early old age: evidence from 16 European countries. *International Journal of Epidemiology*, **48**(2), 389-401.
- Rodrigues, R., Huber, M., & Lamura, G. (2012). Facts and figures on healthy ageing and long-term care. European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna.
- Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2006). Sex differences in the effect of education on depression: resource multiplication or resource substitution? *Social Science & Medicine*, **63**(5), 1400-1413.
- Rossen, E.K. & Buschmann, MB.T. (1995). Mental illness in late life: The neurobiology of depression. *Archives of Psychiatric Nursing*, **9**(3), 130-136.

- Russ, S.A., Larson, K. & Halfon, N. (2012). A National Profile of Childhood Epilepsy and Seizure Disorder. *Pediatrics*, **129** (2) 256-264.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, **42**(3), 290-294.
- Sachs-Ericsson, N., Burns, A. B., Gordon, K. H., Eckel, L. A., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Blazer, D. G. (2007). Body mass index and depressive symptoms in older adults: the moderating roles of race, sex, and socioeconomic status. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, **15**(9), 815-825.
- Salary, S., & Moghadam, M. A. A. (2013). Relationship between depression and cognitive disorders in women affected with dementia disorder. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, **84**, 1763-1769.
- Saraceno, B., van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., ... & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, **370**(9593), 1164-1174.
- Sareen, J., Afifi, T. O., McMillan, K. A., & Asmundson, G. J. (2011). Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, **68**(4), 419-427.
- Sarkisian, C. A., Hays, R. D., & Mangione, C. M. (2002). Do older adults expect to age successfully? The association between expectations regarding aging and beliefs regarding healthcare seeking among older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, **50**(11), 1837-1843.
- Sartorius, N., Üstün, T. B., Lecrubier, Y., & Wittchen, H. U. (1996). Depression comorbid with anxiety: results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *The British Journal of Psychiatry*, **168**(S30), 38-43.
- Schaan, B. (2014). The interaction of family background and personal education on depressive symptoms in later life. *Social Science & Medicine*, **102**, 94-102.
- Schilling, E. A., Aseltine, R. H., & Gore, S. (2007). Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health*, **7**(1), 30.
- Schnittker, J. (2005). Chronic illness and depressive symptoms in late life. *Social Science & Medicine*, **60**(1), 13-23.
- Schulz, R., Beach, S.R., Ives, D.G., Martire, L.M., Ariyo, A.A., & Kop, W.J. (2000). Association Between Depression and Mortality in Older Adults: The Cardiovascular Health Study. *Arch Intern Med.*, **160**(12), 1761–1768.
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., ... & He, Y. (2008). Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without physical co-morbidity. *Psychological Medicine*, **38**(11), 1659-1669.

- Seabrook, J. A., & Avison, W. R. (2012). Socioeconomic status and cumulative disadvantage processes across the life course: implications for health outcomes. *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne de Sociologie*, **49**(1), 50-68.
- Secinti, E., Thompson, E. J., Richards, M., & Gaysina, D. (2017). Research Review: Childhood chronic physical illness and adult emotional health—a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **58**(7), 753-769.
- Segel-Karpas, D. (2015). Number of illnesses, self-perceived health, and depressive symptoms: the moderating role of employment in older adulthood and old age. *Work, Aging and Retirement*, **1**(4), 382-392.
- Semeijn, E. J., Comijs, H. C., Kooij, J. J. S., Michielsen, M., Beekman, A. T. F., & Deeg, D. J. H. (2015). The role of adverse life events on depression in older adults with ADHD. *Journal of Affective Disorders*, **174**, 574-579.
- Sengoku, M. (2004). Emerging Eastern European welfare states: a variant of the “European” welfare model. *Slavic Eurasia’s Integration Into the World Economy and Community*, **2**, 229-255.
- Sethi D, Alink L, Barnekow V, Bellis M, Butchart A, Gilbert R, Hughes K, Maclean M, Mikton C, Mitis F, Newell P, Karki FU, Stoltenborgh M, Wagner J, Woods S., & World Health Organization. (WHO). (2013). European Report on Preventing Child Maltreatment, Copenhagen, Denmark.
- Seyfhashemi, M., & Bahadoran, P. (2013). Depression in children and adolescents with epilepsy: a 15 year research review of prevalence, and demographic and seizure related correlates. *Iranian Journal of Pediatrics*, **23**(1), 1-7.
- Sherr, L., Davey, T., & Strong, C. (1991). Counselling implications of anxiety and depression in AIDS and HIV infection: A pilot study. *Counselling Psychology Quarterly*, **4**(1), 27-35.
- Sieber, S., Cheval, B., Orsholits, D., Van der Linden, B. W., Guessous, I., Gabriel, R., ... & Burton-Jeangros, C. (2019). Welfare regimes modify the association of disadvantaged adult-life socioeconomic circumstances with self-rated health in old age. *International Journal of Epidemiology*, **48** (4), 1352-1366.
- Sillanpää, M., Haataja, L., & Shinnar, S. (2004). Perceived impact of childhood-onset epilepsy on quality of life as an adult. *Epilepsia*, **45**(8), 971-977.
- Silverstein, B., & Lynch, A. D. (1998). Gender differences in depression: the role played by paternal attitudes of male superiority and maternal modeling of gender-related limitations. *Sex Roles*, **38**(7-8), 539-555.
- Simon, G. E., Katon, W. J., Lin, E. H., Rutter, C., Manning, W. G., Von Korff, M., ... & Young, B. A. (2007). Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. *Archives of General Psychiatry*, **64**(1), 65-72.

- Simon, G. E., Von Korff, M., Saunders, K., Miglioretti, D. L., Crane, P. K., Van Belle, G., & Kessler, R. C. (2006). Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Archives of General Psychiatry*, **63**(7), 824-830.
- Singer, C. (2018). Health effects of social isolation and loneliness. GUEST EDITOR'S MESSAGE, 4.
- Skapinakis, P., Bellos, S., Koupidis, S., Grammatikopoulos, I., Theodorakis, P. N., & Mavreas, V. (2013). Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry*, **13**(1), 163.
- Slopen, N., Williams, D. R., Fitzmaurice, G. M., & Gilman, S. E. (2011). Sex, stressful life events, and adult onset depression and alcohol dependence: are men and women equally vulnerable? *Social Science & Medicine*, **73**(4), 615-622.
- Small, D. S. (2011). Mediation analysis without sequential ignorability: using baseline covariates interacted with random assignment as instrumental variables. arXiv preprint arXiv:1109.1070.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *Journal of Mental Health Policy and Economics*.
- Solis, M. J., Shadur, M. J., Burns, R. A., & Hussong, M. A. (2012). Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current Drug Abuse Reviews*, **5**(2), 135-147.
- Spiegel, D., & Giese-Davis, J. (2003). Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biological Psychiatry*, **54**(3), 269-282.
- Spiegel, D., Kraemer, H., Bloom, J., & Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, **334**(8668), 888-891.
- Springer, K. W., Sheridan, J., Kuo, D., & Carnes, M. (2007). Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse & Neglect*, **31**(5), 517-530.
- Srivastava, A. (2016). Relationship between Life Satisfaction and Depression among Working and Non-working Married Women. *International Journal of Education and Psychological Research (IJEPR)*, **5**(3).
- Srivastava, K. (2009). Urbanization and mental health. *Industrial Psychiatry Journal*, **18**(2), 75-76.
- Stalets, M. M., & Luby, J. L. (2006). Preschool depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, **15**(4), 899-917.
- Stansfeld, S. A., Clark, C., Rodgers, B., Caldwell, T., & Power, C. (2011). Repeated exposure to socioeconomic disadvantage and health selection as life course pathways to mid-life



depressive and anxiety disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, **46**(7), 549-558.

St Clair, M. C., Croudace, T., Dunn, V. J., Jones, P. B., Herbert, J., & Goodyer, I. M. (2015). Childhood adversity subtypes and depressive symptoms in early and late adolescence. *Development and Psychopathology*, **27**(3), 885-899.

Steele, L. S., Dewa, C. S., Lin, E., & Lee, K. L. (2007). Education level, income level and mental health services use in Canada: Associations and policy implications. *Healthcare Policy*, **3**(1), 96-106.

Stein, K. D., Syrjala, K. L., & Andrykowski, M. A. (2008). Physical and psychological long-term and late effects of cancer. *Cancer*, **112**(S11), 2577-2592.

Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, **385**(9968), 640-648.

Sterba, S., Egger, H. L., & Angold, A. (2007). Diagnostic specificity and nonspecificity in the dimensions of preschool psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **48**(10), 1005-1013.

Stickley, A., & Leinsalu, M. (2018). Childhood hunger and depressive symptoms in adulthood: Findings from a population-based study. *Journal of Affective Disorders*, **226**, 332-338.

Stone, M. H., & Wright, B. D. (1994). Maximizing rating scale information. *Rasch Measurement Transactions*, **8**(3), 386.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-48, HHS Publication No. (SMA) 14-4863. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., & Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, **6**(4), 267.

Tani, Y., Fujiwara, T., Kondo, N., Noma, H., Sasaki, Y., & Kondo, K. (2016). Childhood socioeconomic status and onset of depression among Japanese older adults: the JAGES prospective cohort study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, **24**(9), 717-726.

Tarren-Sweeney, M., & Hazell, P. (2006). Mental health of children in foster and kinship care in New South Wales, Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, **42**(3), 89-97.

Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., Holst, G., & Jakobsson, U. (2013). Loneliness among older people: Results from the Swedish national study on aging and care—Blekinge. *Open Geriatric Medicine Journal*, **6**(1), 1-10.

Taylor, W.D. (2014). Depression in the Elderly. *The New England Journal of Medicine*, **371**(13), 1228-1236.

- Theeke, L. A. (2009). Predictors of loneliness in US adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing*, **23**(5), 387-396.
- Thoits, P. A. (2010). Stress and health: Major findings and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, **51**(1\_suppl), S41-S53.
- Torres, J. M., & Wong, R. (2013). Childhood poverty and depressive symptoms for older adults in Mexico: A life-course analysis. *Journal of Cross-cultural Gerontology*, **28**(3), 317-337.
- Turner, H. A. (2006). Stress, social resources, and depression among never-married and divorced rural mothers. *Rural Sociology*, **71**(3), 479-504.
- Turvey, C. L., Schultz, S. K., Beglinger, L., & Klein, D. M. (2009). A longitudinal community-based study of chronic illness, cognitive and physical function, and depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, **17**(8), 632-641.
- Vakili, M., Mirzaei, M., & Modarresi, M. (2017). Loneliness and its related factors among elderly people in Yazd. *Elderly Health Journal*, **3**(1), 10-15.
- Vamos, E. P., Mucsi, I., Keszei, A., Kopp, M. S., & Novak, M. (2009). Comorbid depression is associated with increased healthcare utilization and lost productivity in persons with diabetes: a large nationally representative Hungarian population survey. *Psychosomatic Medicine*, **71**(5), 501-507.
- Van Bergen, E., van Zuijen, T., Bishop, D., & de Jong, P. F. (2017). Why are home literacy environment and children's reading skills associated? What parental skills reveal. *Reading Research Quarterly*, **52**(2), 147-160.
- Van den Berg, L., Kalmijn, M., & Leopold, T. (2018). Family structure and early home leaving: A mediation analysis. *European Journal of Population*, **34**(5), 873-900.
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, **71**(2), 305-313.
- Van de Velde, S., Bracke, P., Levecque, K., & Meuleman, B. (2010). Gender differences in depression in 25 European countries after eliminating measurement bias in the CES-D 8. *Social Science Research*, **39**(3), 396-404.
- Verbakel, E. (2012). Subjective well-being by partnership status and its dependence on the normative climate. *European Journal of Population/Revue Européenne de Démographie*, **28**(2), 205-232.
- Verhaak, P. F. M., Dekker, J. H., De Waal, M. W. M., Van Marwijk, H. W. J., & Comijs, H. C. (2014). Depression, disability and somatic diseases among elderly. *Journal of Affective Disorders*, **167**, 187-191.

- Verma, R., Balhara, Y. P. S., & Gupta, C. S. (2011). Gender differences in stress response: Role of developmental and biological determinants. *Industrial Psychiatry Journal*, **20**(1), 4-10.
- Verropoulou, G., & Zakyntinou, M. (2017). Contrasting concurrent and childhood socioeconomic predictors of self-rated health among older European men and women. *Journal of Biosocial Science*, **49**(4), 478-497.
- Verropoulou, G. (2014). Specific versus general self-reported health indicators predicting mortality among older adults in Europe: disparities by gender employing SHARE longitudinal data. *International Journal of Public Health*, **59**(4), 665-678.
- Verropoulou, G., & Tsimbos, C. (2007). Socio-demographic and health-related factors affecting depression of the Greek population in later life: an analysis using SHARE data. *European Journal of Ageing*, **4**(3), 171-181.
- Voinov, B., Richie, W. D., & Bailey, R. K. (2013). Depression and chronic diseases: it is time for a synergistic mental health and primary care approach. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, **15**(2).
- Von Cheong, E., Sinnott, C., Dahly, D., & Kearney, P. M. (2017). Adverse childhood experiences (ACEs) and later-life depression: perceived social support as a potential protective factor. *BMJ Open*, **7**(9), e013228.
- Vuori, J., & Silvonen, J. (2005). The benefits of a preventive job search program on re-employment and mental health at 2-year follow-up. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, **78**(1), 43-52.
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, **199**(6), 453-458.
- Wahrendorf, M., & Blane, D. (2015). Does labour market disadvantage help to explain why childhood circumstances are related to quality of life at older ages? Results from SHARE. *Aging & Mental Health*, **19**(7), 584-594.
- Weiss Wiesel, T. R., Nelson, C. J., Tew, W. P., Hardt, M., Mohile, S. G., Owusu, C., ... & Ramani, R. (2015). The relationship between age, anxiety, and depression in older adults with cancer. *Psycho-Oncology*, **24**(6), 712-717.
- Welch, C. A., Czerwinski, D., Ghimire, B., & Bertsimas, D. (2009). Depression and costs of health care. *Psychosomatics*, **50**(4), 392-401.
- Wells, K. B., Stewart, A., Hays, R. D., Burnam, M. A., Rogers, W., Daniels, M., ... & Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *Jama*, **262**(7), 914-919.
- Wilkins, C. H., Mathews, J., & Sheline, Y. I. (2009). Late life depression with cognitive impairment: evaluation and treatment. *Clinical Interventions in Aging*, **4**, 51-57.

- Wilkinson, L. R. (2016). Financial strain and mental health among older adults during the great recession. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, **71**(4), 745-754.
- Williams, R. (2018). GOLOGIT2: Stata module to estimate generalized logistic regression models for ordinal dependent variables.
- Williams, R. (2016). Understanding and interpreting generalized ordered logit models. *The Journal of Mathematical Sociology*, **40**(1), 7-20.
- Williams, R. (2005, July). Gologit2: Generalized Logistic Regression Models for Ordinal Dependent Variables. In North American Stata Users' Group Meetings 2005 (No. 21). Stata Users Group.
- World Health Organization (WHO). (2017a). Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates. Geneva, Switzerland.
- World Health Organization (WHO). (2017b). World Population Ageing 2017 – Highlights. United Nations, New York.
- World Health Organization (WHO). Management of Substance Abuse Unit. (2014). Global status report on alcohol and health.
- World Health Organization (WHO). (2011). Impact of economic crises on mental health. Copenhagen, Denmark.
- World Health Organization (WHO). (2003). Investing in mental health.
- World Health Organization (WHO). (2009). Depression.
- Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, **13**(1), 320.
- Wu, Z., Schimmele, C. M., & Chappell, N. L. (2012). Aging and late-life depression. *Journal of Aging and Health*, **24**(1), 3-28.
- Yan, X. Y., Huang, S. M., Huang, C. Q., Wu, W. H., & Qin, Y. (2011). Marital status and risk for late life depression: a meta-analysis of the published literature. *Journal of International Medical Research*, **39**(4), 1142-1154.
- Yasamy, M. T., Dua, T., Harper, M., & Saxena, S. (2013). Mental health of older adults, addressing a growing concern. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse, **10**, 4-9.
- Yeh, J. S. C., & Lo, S. K. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, **32**(2), 129-138.

Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, **19**(19-20), 2806-2813.

Zavos, H. M., Wong, C. C., Barclay, N. L., Keers, R., Mill, J., Rijdsdijk, F. V., ... & Eley, T. C. (2012). Anxiety sensitivity in adolescence and young adulthood: the role of stressful life events, 5HTTLPR and their interaction. *Depression and Anxiety*, **29**(5), 400-408.

Zender, R., & Olshansky, E. (2009). Women's mental health: depression and anxiety. *Nursing Clinics*, **44**(3), 355-364.

Zhang, L., Xu, Y., Nie, H., Zhang, Y., & Wu, Y. (2012). The prevalence of depressive symptoms among the older in China: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **27**(9), 900-906.

Ziegelstein, R. C., Fauerbach, J. A., Stevens, S. S., Romanelli, J., Richter, D. P., & Bush, D. E. (2000). Patients with depression are less likely to follow recommendations to reduce cardiac risk during recovery from a myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, **160**(12), 1818-1823.

Zimmer, Z., Hanson, H., & Smith, K. (2016). Childhood socioeconomic status, adult socioeconomic status, and old-age health trajectories: Connecting early, middle, and late life. *Demographic Research*, **34**, 285-320.

Zimmerman, F. J., & Katon, W. (2005). Socioeconomic status, depression disparities, and financial strain: what lies behind the income-depression relationship? *Health Economics*, **14**(12), 1197-1215.

## **B) Ελληνική**

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. (2003). Το πλαίσιο της ψυχικής υγείας, Υπουργείο Υγείας Και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, Πακέτο Οδηγιών για την Πολιτική και τις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Γαρύφαλλος, Γ. (2008). Κατάθλιψη και συννοσηρότητα. Θεραπευτικές οδηγίες. *Ελληνική Ψυχιατρική Γενικού Νοσοκομείου*, **5**, 37-46.

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ, Μ., ΠΕΠΠΟΥ, Α., ΛΟΥΚΗ, Ε., ΚΟΜΠΟΡΟΖΟΣ, Α., ΜΕΛΛΟΥ, Α., & ΣΤΕΦΑΝΗΣ, Κ. (2012). Γραμμή βοήθειας για την κατάθλιψη: Αναζήτηση βοήθειας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Ψυχιατρική*, **23**, 17-28.

Οικονόμου-Λαλιώτη, Μ. (2010). Το κοινωνικό στίγμα της ψυχικής ασθένειας. 10442/8250, 30-39.

Παράσχος, Ι. (1998). Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους – το πρόβλημα της υποαναγνώρισης. *Ψυχιατρική*, **9**, 113-118.

Πήττα, Δ. (2016). Κατάθλιψη παιδιών & εφήβων ως αποτέλεσμα κακοποίησης & παραμέλησης από το γονεϊκό περιβάλλον. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, **2015**(2), 1243-1253.

Ρούπα, Ζ., Τάτσιου, Ι., Τσικληταρά, Ά., Κουλούρη, Α., Νίκας, Μ., Μπισκίνη, Ι., & Σωτηροπούλου, Π. (2009). Άγχος και κατάθλιψη σε ομάδα ηλικιωμένων ατόμων στην κοινότητα. *Interscientific Health Care*, **1**(2), 61-66.

Στυλιανοπούλου, Χ., Κουλιεράκης, Γ., Καραγιάννη, Β. Ι., Μπαμπάτσικου, Φ. Π., & Κουτής, Χ. (2015). Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ), *Το Βήμα του Ασκληπιού*, **9**(4), 490-504.

### Γ) Ιστοσελίδες

[www.amanatidou.gr](http://www.amanatidou.gr) Αμανατίδου (2016), Ανακτήθηκε στις 20 Οκτωβρίου 2017.

[www.boro.gr](http://www.boro.gr) Πηγή: Hellenic Journal of Psychology, Ψυχολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος (2016), Ανακτήθηκε στις 20 Οκτωβρίου 2017.

[www.eurostat.gr](http://www.eurostat.gr)

<http://ioanninapsychology.gr> Περδικάρη (2012), Ανακτήθηκε στις 20 Οκτωβρίου 2017.

[www.onmed.gr](http://www.onmed.gr) Πηγή: Η κατάθλιψη είναι η κυριότερη αιτία αναπηρίας στον κόσμο, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, Ανακτήθηκε στις 20 Οκτωβρίου 2017.

[www.onmed.gr](http://www.onmed.gr) Πηγή: Κατάθλιψη: 5 παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ηλικία, Ανακτήθηκε στις 20 Οκτωβρίου 2017.

[www.share-project.org](http://www.share-project.org)

<https://universityhealthnews.com> Πηγή: Gender Differences in Depression, by Alison Palkhivala, Sep 20, 2017, Ανακτήθηκε στις 20 Οκτωβρίου 2017.

[www.who.int](http://www.who.int)