



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
UNIVERSITY OF PIRAEUS

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Σχολή Χρηματοοικονομικής και Στατιστικής

Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

**Παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και ευεξία
Ευρωπαίων ηλικίας 50 ετών και άνω βάσει διαγενεακών
στοιχείων**

Χαϊδεμενάκη Διονυσία

Διπλωματική Εργασία

που υποβλήθηκε στο τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση του Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Εφαρμοσμένη Στατιστική

Πειραιάς, Ιανουάριος 2023

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εγκρίθηκε ομόφωνα από την Τριμελή Εξεταστική Επιτροπή που ορίσθηκε από τη ΓΣΕΣ του Τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς στην υπ' αριθμ. συνεδρίασή του σύμφωνα με τον Εσωτερικό Κανονισμό Λειτουργίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στην Εφαρμοσμένη Στατιστική.

Τα μέλη της Επιτροπής ήταν:

- Καθηγήτρια Βερροπούλου Γεωργία (Επιβλέπουσα)
- Αναπληρωτής Καθηγητής Γεώργιος Τζαβελάς
- Αναπληρωτής Καθηγητής Χαράλαμπος Ευαγγελάρας

Η έγκριση της Διπλωματικής Εργασίας από το Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.



UNIVERSITY OF PIRAEUS

School of Finance and Statistics

Department of Statistics and Insurance Science

POSTGRADUATE PROGRAM IN APPLIED STATISTICS

**Factors affecting mental health and wellbeing among Europeans
aged 50 or higher based on longitudinal data**

Chaidemenaki Dionysia

Master Thesis Dissertation

Submitted to the Department of Statistics and Insurance Science of the University of Piraeus in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Science in Applied Statistics

Piraeus, Greece

January 2023

Ευχαριστίες

Με την περάτωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν με οποιοδήποτε τρόπο στην ολοκλήρωσή της. Πρωτίστως, θερμότατες και ειλικρινείς ευχαριστίες στην επιβλέπουσα Καθηγήτριά μου, κ. Γεωργία Βερροπούλου, για το χρόνο που διέθεσε, την άμεση ανταπόκριση στις απορίες μου και τις ιδιαιτέρως σημαντικές και εύστοχες παρατηρήσεις της. Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους κυρίους Τζαβελά Γεώργιο και Ευαγγελάρα Χαράλαμπο για την συμμετοχή τους στην τριμελή επιτροπή αξιολόγησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Επιπροσθέτως, ένα εξίσου μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στην οικογένειά μου, οι οποίοι υπήρξαν ανεκτίμητο στήριγμα για εμένα, σε κάθε βήμα των ακαδημαϊκών υποχρεώσεών μου, με πίστη στις δυνατότητές μου αλλά και αμέριστη συμπαράστασή σε πρακτικό και ψυχολογικό επίπεδο ώστε να επιτευχθεί η διεκπεραίωση του παρόντος πονήματος.

Περίληψη

Ένα έκτακτο γεγονός παγκοσμίων διαστάσεων, όπως η πρόσφατη πανδημία COVID-19, φέρνει τους ανθρώπους αντιμέτωπους με απομόνωση, φοβίες, άγχος και άλλα δυσάρεστα συναισθήματα. Η καταγεγραμμένη διεθνώς επιδείνωση των συνθηκών ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας, προβληματίζει και ταυτόχρονα προκαλεί αναθεώρηση της σημαντικότητας των εννοιών της καλής «ψυχικής υγείας» και της «ποιότητας ζωής». Αφορμώμενος, λοιπόν, από την επικαιρότητα, ο στόχος του παρόντος πονήματος είναι η διερεύνηση των χαρακτηριστικών που συμβάλλουν στην μεταβολή της ποιότητας ζωής των Ευρωπαίων πολιτών άνω των 50. Για τον σκοπό αυτόν αξιοποιούνται πληροφορίες από το έβδομο κύμα της πανευρωπαϊκής έρευνας SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe). Τα χαρακτηριστικά που εξετάζονται αφορούν σε δημογραφικά, οικονομικά, κοινωνικά καθώς και στοιχεία σωματικής και ψυχικής υγείας, αναδρομικά από την παιδική ηλικία των συμμετεχόντων έως και το 2017, έτος διεξαγωγής της συγκεκριμένης έρευνας. Στο 1ο κεφάλαιο, παρατίθενται κάποιοι βασικοί ορισμοί, όπως της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής, εννοιών που στη συνέχεια μελετώνται. Το 2ο κεφάλαιο αποτελεί συνέχεια του θεωρητικού πλαισίου με παράγοντες που, κατά τη βιβλιογραφία, επιδρούν στην ψυχική υγεία και στην ποιότητα ζωής σε άτομα άνω των 50. Ακολουθεί η περιγραφική στατιστική ανάλυση των μεταβλητών ενδιαφέροντος ενώ στο 4ο κεφάλαιο εξετάζεται, μέσω δισδιάστατης ανάλυσης, αν και σε τι βαθμό συσχετίζεται η ποιότητα ζωής με δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Στο 5ο κεφάλαιο αναπτύσσονται μοντέλα πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης με σκοπό τη βέλτιστη πρόβλεψη των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Στο 6ο και τελευταίο κεφάλαιο καταγράφονται συνοπτικά τα κυριότερα συμπεράσματα της έρευνας. Στις σύγχρονες μεταβλητές που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων περιλαμβάνονται ενδεικτικά οι κινητικοί περιορισμοί, η αυτοαναφερόμενη υγεία, η χώρα διαμονής, η ηλικία και ο βαθμός νευρωτισμού ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Ταυτόχρονα, η σωματική μητρική κακοποίηση και ο αριθμός προσβάσιμων βιβλίων κατά την παιδική ηλικία είναι δύο από τις σημαντικότερες μεταβλητές των αναδρομικών στοιχείων που επιδρούν στην μετέπειτα ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων της έρευνας.

Abstract

An unexpected event of global proportions, such as the recent COVID-19 pandemic, confronts people with isolation, phobias, anxiety and other unpleasant feelings. The internationally recorded deterioration of the living conditions of elderly people is a cause for concern and also highlights the importance of the concept of good "mental health" and "quality of life" in general. In response to recent events, this paper aims to investigate the characteristics that contribute to changes in the quality of life of European citizens over 50. For this purpose, statistical data from the European Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) wave7 are used. The variables examined concern demographic, economic, social, as well as mental and physical health data, retrospectively reported, concerning the participants' childhood years as well as the year the survey was conducted (2017). In the 1st chapter, some basic definitions are given, such as "mental health" and "quality of life", for concepts that will be examined later on. The second chapter is a continuation of the theoretical framework, identifying factors that, according to previous research, affect mental health and quality of life among people over 50. This is followed by a descriptive statistical analysis of the variables of interest. In the 4th chapter, a two-dimensional analysis is used to examine to what extent quality of life correlates with demographic and socio-economic factors. In the 5th chapter, polynomial logistic regression models are developed in order to optimally identify the factors predicting better or worse quality of life. The 6th and last chapter summarizes the main findings of the research. The variables of concurrent life circumstances that significantly correlate with the quality of life of individuals include, but are not limited to, mobility limitations, self-reported health, country of residence, age, and the degree of neuroticism as trait of the personality of the participant. Additionally, maternal physical abuse and the number of accessible books during childhood, are two of the most important childhood variables influencing the quality of life of the participants later on.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Βασικές Έννοιες - Ορισμοί

1.1 Μοναξιά.....	1
1.2 Κατάθλιψη.....	3
1.3 Ψυχική Υγεία.....	5
1.4 Ποιότητα ζωής	8

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Παράγοντες που Επηρεάζουν την Ψυχική Υγεία και την Ποιότητα ζωής

2.1 Παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία.....	11
2.1.1 Φύλο, ηλικία.....	11
2.1.2 Κληρονομικοί και Βιολογικοί Παράγοντες.....	12
2.1.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	13
2.1.4 Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.....	14
2.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τις μεταβολές στη ψυχική υγεία σε άτομα άνω των 50.....	15
2.3 Παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής.....	16
2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής σε άτομα άνω των 50.....	19
2.5 Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία.....	22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Μονοδιάστατη Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών

3.1 Εισαγωγή.....	24
3.2 Το ερευνητικό πρόγραμμα SHARE.....	24
3.3 Περιγραφικά στοιχεία και μεταβλητές ενδιαφέροντος.....	26
3.3.1 Δημογραφικά στοιχεία.....	26
3.3.2 Κοινωνικο-οικονομικά αναδρομικά στοιχεία.....	34
3.3.3 Σχέση με άλλους και αυτοαναφερόμενη εικόνα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία.....	38

3.3.4 Σωματική υγεία στην παιδική και τωρινή ηλικία.....	46
3.3.4.1 Υγεία των συμμετεχόντων κατά το 7ο κύμα.....	46
3.3.4.2 Υγεία κατά την παιδική ηλικία.....	54
3.3.5 Στοιχεία της Προσωπικότητας.....	55
3.3.6 Ποιότητα ζωής και Ευημερία.....	61

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : Διδιάστατη Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών

4.1 Εισαγωγή.....	67
4.2 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	68
4.2.1 Ποιότητα ζωής και χώρα.....	69
4.2.2 Ποιότητα ζωής και έτη εκπαίδευσης	72
4.3 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στα κοινωνικο- οικονομικά αναδρομικά στοιχεία.....	74
4.3.1 Ποιότητα ζωής και οικονομική κατάσταση οικογένειας στην παιδική ηλικία	
4.3.2 Ποιότητα ζωής και παροχή ζεστού νερού στην παιδική ηλικία.....	76
4.4 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στη σχέση με τους γονείς, καθώς και την αυτοαναφερόμενη εικόνα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία.....	79
4.4.1 Ποιότητα ζωής και σωματική κακοποίηση από τη μητέρα.....	79
4.5 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στη σωματική υγεία των συμμετεχόντων στο 7ο κύμα.....	81
4.5.1 Ποιότητα ζωής και περιορισμοί σε δραστηριότητες.....	81
4.5.2 Ποιότητα ζωής και υποκειμενική κατάσταση τωρινής σωματικής υγείας.....	83
4.6 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στα στοιχεία της προσωπικότητας.....	86
4.6.1 Ποιότητα ζωής και νευρωτισμός.....	86
4.7 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στην ευημερία	
4.7.1 Ποιότητα ζωής και βαθμός χαράς.....	90

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Μοντέλα Πολυωνυμικής Λογιστικής Παλινδρόμησης

5.1 Εισαγωγή.....	93
5.2 Πολυωνυμική Λογιστική Παλινδρόμηση	95
5.3 Μέθοδοι ελέγχου του πολυωνυμικού λογιστικού μοντέλου.....	96
5.4 Πρώτο Μοντέλο.....	96
5.5 Δεύτερο Μοντέλο.....	106
5.5 Βέλτιστο Μοντέλο.....	114

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : Συμπεράσματα

Συμπεράσματα	123
--------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	128
--------------------------	------------

Κατάλογος Πινάκων

3.1	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή gender	Σελ.26
3.2	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τη μεταβλητή age	Σελ.27
3.3	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή age1	Σελ.29
3.4	Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τη μεταβλητή Single	Σελ.30
3.5	Κωδικοί για τη μεταβλητή country	Σελ.30
3.6	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή country	Σελ.31
3.7	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή yedu1	Σελ.33
3.8	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc733	Σελ.35
3.9	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc736	Σελ.36
3.10	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc004d1	Σελ.38
3.11	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc004d2	Σελ.39
3.12	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc721_1	Σελ.39
3.13	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc721_2	Σελ.40
3.14	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc722_1	Σελ.41
3.15	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc722_2	Σελ.42
3.16	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc725_1	Σελ.43
3.17	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc725_2	Σελ.44
3.18	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc727	Σελ.44
3.19	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή gali	Σελ.46
3.20	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή adl2	Σελ.46

3.21	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή chronic2w7	Σελ.47
3.22	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή mobilit3	Σελ.48
3.23	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή memory	Σελ.49
3.24	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bmi2	Σελ.50
3.25	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphus	Σελ.52
3.26	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphus2	Σελ.53
3.27	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή hs003	Σελ.54
3.28	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi 10_extra	Σελ.56
3.29	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi 10_agree	Σελ.57
3.30	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi 10_consc	Σελ.58
3.31	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi 10_neuro	Σελ.59
3.32	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi 10_open	Σελ.60
3.33	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή lifesat	Σελ.61
3.34	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή lifehap	Σελ.62
3.35	Ερωτήσεις που περιλαμβάνει η μεταβλητή CASP-12	Σελ.64
3.36	Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή casp3	Σελ.66
4.1	Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές casp3 και country	Σελ.69
4.2	Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και country	Σελ.70
4.3	Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και country	Σελ.70
4.4	Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές casp3 και yedu1	Σελ.72

4.5	Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και yedu1	Σελ.73
4.6	Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και yedu1	Σελ.73
4.7	Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές casp3 και cc733	Σελ.75
4.8	Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και cc733	Σελ.75
4.9	Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και cc733	Σελ.76
4.10	Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις casp3 και cc007d3	Σελ.77
4.11	Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και cc007d3	Σελ.77
4.12	Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και cc007d3	Σελ.77
4.13	Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και cc725_1	Σελ.80
4.14	Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και cc725_1	Σελ.80
4.15	Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις casp3 και gali	Σελ.82
4.16	Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και gali	Σελ.82
4.17	Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και gali	Σελ.82
4.18	Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις casp3 και sphus	Σελ.84
4.19	Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και sphus	Σελ.84
4.20	Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και sphus	Σελ.85

4.21	Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις casp3 και bfi10_neuro	Σελ.87
4.22	Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και bfi10_neuro	Σελ.87
4.23	Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και bfi10_neuro	Σελ.88
4.24	Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις casp3 και lifehap	Σελ.90
4.25	Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και lifehap	Σελ.91
4.26	Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και lifehap	Σελ.91
5.1	Πληροφορίες για την προσαρμογή του πρώτου μοντέλου	Σελ.97
5.2	Έλεγχοι καλής προσαρμογής	Σελ.98
5.3	Ψευδο-συντελεστές R^2	Σελ.98
5.4	Μήνυμα Προειδοποίησης	Σελ.98
5.5	Έλεγχοι λόγων πιθανοφανειών πρώτου μοντέλου	Σελ.99
5.6	Εκτιμώμενες τιμές των παραμέτρων του πρώτου μοντέλου	Σελ.100
5.7	Πίνακας ταξινόμησης πρώτου μοντέλου	Σελ.106
5.8	Πληροφορίες για την προσαρμογή του δεύτερου μοντέλου	Σελ.107
5.9	Έλεγχοι καλής προσαρμογής	Σελ.108
5.10	Ψευδο-συντελεστές R^2	Σελ.108
5.11	Έλεγχοι λόγων πιθανοφανειών δεύτερου μοντέλου	Σελ.108
5.12	Εκτιμώμενες τιμές των παραμέτρων του δεύτερου μοντέλου	Σελ.109
5.13	Πίνακας ταξινόμησης δεύτερου μοντέλου	Σελ.114

5.14	Πληροφορίες για την προσαρμογή του βέλτιστου μοντέλου	Σελ.115
5.15	Έλεγχοι καλής προσαρμογής	Σελ.116
5.16	Ψευδο-συντελεστές R^2	Σελ.116
5.17	Έλεγχοι λόγων πιθανοφανειών βέλτιστου μοντέλου	Σελ.116
5.18	Εκτιμώμενες τιμές των παραμέτρων του βέλτιστου μοντέλου	Σελ.117
5.19	Πίνακας ταξινόμησης βέλτιστου μοντέλου	Σελ.122

Κατάλογος Διαγραμμάτων

3.1	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή gender	Σελ.27
3.2	Ιστογράμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή age	Σελ.28
3.3	Κυκλικό Διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή age1	Σελ.29
3.4	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή single	Σελ.30
3.5	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή country	Σελ.32
3.6	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή yedu	Σελ33
3.7	Κυκλικό διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή yedu1	Σελ.34
3.8	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc733	Σελ.36
3.9	Κυκλικό διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc736	Σελ37
3.10	Κυκλικό διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc721_1	Σελ.40
3.11	Κυκλικό διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc721_2	Σελ.41
3.12	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc722_1	Σελ.42
3.13	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc722_2	Σελ.43
3.14	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή memory	Σελ.49
3.15	Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή memory	Σελ.50
3.16	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή bmi2	Σελ.51
3.17	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphus	Σελ.52
3.18	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi10_agree	Σελ.57
3.19	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi10_consc	Σελ.59
3.20	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή lifesat	Σελ.62

3.21	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή lifehap	Σελ.63
3.22	Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή CASP-12	Σελ.65
3.23	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή casp3	Σελ.66
4.1	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των μεταβλητών casp3 και yedu1	Σελ.74
4.2	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των μεταβλητών casp3 και cc007d3	Σελ.78
4.3	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των μεταβλητών casp3 και gali	Σελ.83
4.4	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των μεταβλητών casp3 και sphus	Σελ.85
4.5	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των casp3 και bfi10_neuro	Σελ.89
4.6	Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των casp3 και lifehap	Σελ.92

Κεφάλαιο 1 : Βασικές Έννοιες-Ορισμοί

1.1 Μοναξιά

Παρόλο που η μοναξιά αναγνωρίζεται από όλους ως μια κοινή ανθρώπινη εμπειρία, η έρευνα γύρω από την έκφασή της παρουσιάζει ποικιλομορφία ερμηνειών και προσεγγίσεων. Ουσιαστικά αποτελεί ένα πολυδιάστατο βίωμα, καθολικό και μοναδικά υποκειμενικό, το οποίο επηρεάζεται από την προσωπικότητα, την ηλικία, την ιστορία, την κουλτούρα και λοιπές μεταβλητές που περιπλέκουν τη νοηματοδότησή του (Rokach and Brock, 1997).

Κατά τον Πλάτωνα και τον Αριστοτέλη η μοναξιά προσεγγίζεται φιλοσοφικά ως μια παρόρμηση για την αποφυγή της απομόνωσης, επηρεάζοντας ολοκληρωτικά τη συμπεριφορά και τη συνείδηση του κάθε ατόμου. Η διττή προσέγγιση της μοναξιάς παρουσιάζεται χαρακτηριστικά στα γραπτά του Αριστοτέλη με την διατύπωση ότι η απόλυτη μοναχικότητα εξελίσσει τον άνθρωπο είτε σε θεό είτε σε κτήνος (Adler & Van Doren, 1977).

Πολύ μεταγενέστερα, το 19ο αιώνα, ο Kierkegaard, χριστιανός υπαρξιστής, περιγράφει τη μοναξιά ως ένα μονοπάτι προς την αυτογνωσία και την αποδοχή του φόβου της μη ύπαρξης (θανάτου). Όταν αυτά τα στάδια ολοκληρώνονται, το άτομο απελευθερώνεται και μπορεί να ανακαλύψει και να κατανοήσει σε βάθος τις αλήθειες της ανθρώπινης ύπαρξης. Όμοια προσέγγιση έχουν και άλλοι υπαρξιστές, οι οποίοι βλέπουν τη μοναξιά ως ένα απαραίτητο κομμάτι της ανθρώπινης ζωής, μία ευκαιρία για αναστοχασμό, αναζήτηση απαντήσεων στα ερωτήματα της ζωής, ανακάλυψη της αλήθειας και εξεύρεση κουράγιου και νοήματος στην απόγνωση και στον πόνο (Heidegger, 1962). Επιπλέον, ο Moustakas (1989) υποστηρίζει ότι η μοναξιά προκαλείται συνήθως από μια τραγωδία, ασθένεια ή θάνατο και διαδραματίζει ύψιστη σημασία στην προσπάθεια ενός ατόμου να βρει νόημα και να ανακάμψει όταν δοκιμάζονται βασικές πτυχές της ζωής του.

Σύμφωνα με την ψυχολογική προσέγγιση η μοναξιά πηγάζει από την γέννηση, ως αναπόφευκτο στοιχείο του αποχωρισμού του βρέφους από τη μητέρα του. Ενώ το παιδί εξελίσσεται σταδιακά προς την ανεξαρτησία, ανακαλύπτει το φόβο της μοναξιάς, τον οποίο καλύπτει μέσα από το αίσθημα του «ανήκειν», μέσω ιδεών και κοινών αξιών (Fromm, 1941). Ο Sullivan (1953) είδε τη μοναξιά ως ένα αφόρητο συναίσθημα που

αφορμάται από την ανεπιτυχή προσπάθεια της παιδικής ηλικίας να συνδεθεί κανείς ουσιαστικά με έναν ενήλικα. Ως αποτέλεσμα ο Sullivan πίστευε ότι το παιδί κατέληγε να δει τον εαυτό του ως αποτυχημένο, μπλοκαρισμένο στο κομμάτι της ουσιαστικής επικοινωνίας και ανίκανο να επιβεβαιώσει την αξία του μέσω της πραγματικότητας κάποιου άλλου ατόμου (Sullivan 1953). Η οπτική του Sullivan είναι ο πρόδρομος της θεωρητικής προσέγγισης περί κοινωνικών αναγκών (υποκειμενικό αίσθημα μοναξιάς συσχετισμένο με αντικειμενικά κοινωνικά ελλείμματα και ανεπάρκειες (Marangoni & Ickes, 1989). Ο Winnicott (1958, όπως παρατίθεται στο Rosedale, 2007), παρόμοια με τον Sullivan, πίστευε ότι όταν εκμεταλλεύεται ένα άτομο τη μοναχικότητα που του προκύπτει, στόχος δεν είναι να την υπερνικήσει αλλά να μάθει να την ανέχεται, δείγμα κατά τον ίδιο συναισθηματικής ωριμότητας.

Την ίδια εποχή, η Fromm-Reichmann(1959' όπως παρατίθεται στο Rosedale, 2007) διακρίνει τα πολλαπλά είδη μοναξιάς συμπεριλαμβανομένου της πολιτισμικά καθορισμένης μοναξιάς, της αναγκαστικής μοναξιάς, της αυτοεπιβαλλόμενης μοναξιάς και της πραγματικής μοναξιάς, όλα διαχωρισμένα, αλλά κομμάτια του ίδιου συνεχούς. Συμπληρώνοντας τους συναδέλφους του, ο Bowlby (1969) καταγράφει τη θεωρία της ασφαλούς και μη προσκόλλησης, η οποία συσχετίζει τα συναισθήματα μοναξιάς με την ποιότητα των δεσμών που δημιουργεί το βρέφος με τον φροντιστή του. Ο Weiss (1973) εξελίσσοντας τη θεωρία του Bowlby, κάνει το διαχωρισμό μεταξύ συναισθηματικής και κοινωνικής μοναξιάς. Η πρώτη, κατ'αυτόν, προέρχεται από έλλειψη ποιοτικού δεσμού στη βρεφική ηλικία και χαρακτηρίζεται από συναισθήματα νευρικότητας, άγχους και απομόνωση, ενώ η δεύτερη είναι αποτέλεσμα του ανεπαρκούς κοινωνικού δικτύου και διακρίνεται από ανία και έλλειψη σκοπού. Ο Weiss, επίσης, αναφέρεται στη μοναξιά ως μηχανισμό που προωθεί την εγγύτητα, βελτιώνοντας τις πιθανότητες επιβίωσης, στοιχείο που έχει βάσεις στη θεωρία της εξέλιξης. Οι γνωστικοί-συμπεριφοριστικοί ψυχολόγοι συλλαμβάνουν την έννοια της μοναξιάς ως μια εκλαμβανόμενη δυσaréσκεια της πραγματικής σε σύγκριση με την επιθυμητή ικανοποίηση που λαμβάνει ένα άτομο από τις κοινωνικές του σχέσεις (Rosedale, 2007). Ο Young, επεκτείνοντας τη θεωρία του Weiss, διαχωρίζει τη μοναξιά σε τρία πιθανά μονοπάτια: την περιστασιακή, τη χρόνια και τη μεταβατική. Η περιστασιακή εμφανίζεται όταν υπάρχει ξαφνική απώλεια σε κοινωνικές σχέσεις-κλειδιά στη ζωή του ατόμου, η χρόνια όταν συμπεριφορικές ανεπάρκειες ή παράλογες πεποιθήσεις καθιστούν αδύνατη την καθιέρωση ικανοποιητικών προσωπικών δεσμών ενώ η μεταβατική μοναξιά αναδύεται όταν το άτομο παρερμηνεύει ένα κοινωνικό

γεγονός και γενικεύει το συμπέρασμα ότι οι σχέσεις του δυσλειτουργούν ενώ στην πραγματικότητα είναι ικανοποιητικές. Παράλληλα, η μοναξιά κατά τον Young συσχετίζεται με τρεις συναισθηματικές καταστάσεις: θλίψη, άγχος και θυμό. Η μοναξιά λοιπόν παρουσιάζεται όταν η αλληλεπίδραση του συναισθήματος, της σκέψης και της συμπεριφοράς καταλήγουν στην απουσία ή στη μειωμένη αναγκαία κοινωνική ενθάρρυνση (Young, 1979).

Τέλος, η ιατρική προσέγγιση της μοναξιάς συνδέει την έννοια κυρίως με αρνητικές παραμέτρους, όπως κοινωνικές ανεπάρκειες παθολογικής μορφής, αυτιστικό τρόπο σκέψης, κατάθλιψη, αισθητηριακή αναπηρία, μαθημένη ανημπόρια, χαμηλή αυτοεκτίμηση και ανεπαρκή αίσθηση του «ανήκειν» (Hagerty & Williams, 1999).

1.2 Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι από τα πιο συχνά και σοβαρά προβλήματα ψυχικής υγείας ενώ έχει χαρακτηριστεί ως το «κοινό κρυολόγημα» της ψυχοπαθολογίας, μια ατυχή συσχέτιση όρων, εφόσον δίνει την εντύπωση μιας συχνής αλλά ήπιας δυσφορίας. Στην πραγματικότητα κάποιες μορφές κατάθλιψης έχουν μοιραία κατάληξη, μιας και φέρουν ευθύνη για τις περισσότερες αυτοκτονίες ενώ μειώνουν το προσδόκιμο ζωής σε σωματικές νόσους, όπως ο καρκίνος (Lurripino, et al., 2010). Τελευταία μελετάται και η συσχέτιση τους με βιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς την ικανότητα του ανοσοποιητικού συστήματος να καταπολεμά σωματικές διαταραχές (Gilbert, 2016). Ακόμα όμως και στις ηπιότερες μορφές της ασθένειας, επηρεάζεται η ποιότητα της ζωής και οι κοινωνικοί δεσμοί του ατόμου, ενώ αν και από τις πιο συχνές ιατρικές παθήσεις, είναι από τις πιο δύσκολα αναγνωρίσιμες (Lam, 2018).

Για την προσέγγιση του ορισμού μιας έννοιας που απαιτεί ιατρική διάγνωση και μετρήσιμες καταγραφές παθολογικών συμπτωμάτων, θα αξιοποιηθεί το ευρέως διαδεδομένο εγχειρίδιο της αμερικάνικης ψυχιατρικής εταιρίας DSM-5. Κάτω από την ομπρέλα των καταθλιπτικών διαταραχών, το DSM-5 περιλαμβάνει οκτώ διαφορετικές μορφές της ίδιας νόσου, με ηπιότερα ή σοβαρότερα συμπτώματα. Από τις πιο συχνές είναι η μείζονα κατάθλιψη, η δυσθυμία ή χρόνια κατάθλιψη και η διασπαστική διαταραχή λόγω δυσρυθμισμένης διάθεσης, με τη διαγνωστική εγκυρότητα της τελευταίας να αμφισβητείται λόγω περιορισμένων έγκυρων ερευνών. Το κοινό στοιχείο των συγκεκριμένων διαταραχών είναι η παρουσία συναισθημάτων θλίψης, κενότητας ή ευερέθιστης διάθεσης, συνοδευόμενη από γνωστικές και σωματικές αλλαγές που

επηρεάζουν σημαντικά την ικανότητα του ατόμου να λειτουργήσει. Αυτό που διαφοροποιεί τις διαγνώσεις είναι η αιτιολογία, η διάρκεια και η ένταση των συμπτωμάτων (American Psychiatric Association, 2013).

Ενδεικτικά περιγράφονται οι τρεις συχνότερες μορφές της κατάθλιψης. Η μείζονα κατάθλιψη αναφέρεται στη συχνότερη μορφή, η οποία χαρακτηρίζεται από διακριτά επεισόδια ελάχιστης διάρκειας δύο εβδομάδων με κυρίαρχα συμπτώματα καταθλιπτικής διάθεσης-συναισθημάτων απόγνωσης και κενότητας τις περισσότερες μέρες- ή απώλειας ενδιαφέροντος/ευχαρίστησης για ζωή, με σοβαρότερη λειτουργική αναπηρία σε σύγκριση με ένα επεισόδιο που έχει προκληθεί -παραδείγματος χάρη- από πένθος ή οικονομική κρίση. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν υπνηλία ή αϋπνία, μεταβολή του σωματικού βάρους τουλάχιστον κατά 5% σε ένα μήνα, απώλεια ενέργειας, καθημερινή κόπωση και μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητα. Στα νέα ευρήματα, που αφορούν το γνωστικό τομέα των νοσούντων, περιλαμβάνεται η τάση τους να κωδικοποιούν στη μνήμη τους τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος με αρνητική χροιά σε αντίθεση με το υγιή πληθυσμό που τείνει να κάνει το ανάποδο. Ταυτόχρονα, η αδυναμία τους να συγκρατούν- ή να υπεραπλουστεύουν όταν τις ανακαλούν- θετικές εμπειρίες και η ανικανότητά τους να «πετούν» αρνητικές λεπτομέρειες από την μνήμη εργασίας αναδεικνύει τις θεμελιώδεις δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων (Joormann, Siemer & Gotlib, 2007). Τα προαναφερθέντα συμπτώματα προκαλούν σημαντική δυσφορία ή αναπηρία σε κοινωνικό, εργασιακό ή άλλο σημαντικό τομέα της λειτουργικής καθημερινότητας του ατόμου που πάσχει (American Psychiatric Association, 2013). Ο επιπολασμός της ψυχικής νόσου κατά τη διάρκεια ζωής ενός ανθρώπου έχει καταγραφεί περίπου στο 16.6%, ενώ στις γυναίκες αγγίζει το 21.3% (Kessler & Bromet, 2013).

Η διάγνωση για την πιο χρόνια μορφή κατάθλιψης, την επίμονη καταθλιπτική διαταραχή (δυσθυμία) γίνεται όταν οι ενοχλήσεις στη διάθεση διαρκούν τουλάχιστον δύο χρόνια στους ενήλικες και ένα χρόνο στα παιδιά. Τα συμπτώματα είναι παρεμφερή με αυτά της μείζονος κατάθλιψης με βασικές διαφορές τη μεγαλύτερη διάρκεια και την ηπιότερη εκδήλωση των συμπτωμάτων. Επιπλέον, ενώ τα άτομα με μείζονα κατάθλιψη μπορεί να έχουν περιόδους που νιώθουν καλύτερα, η δυσθυμία δεν συνηθίζει να παρουσιάζει διαλείμματα στα συμπτώματά της. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της νόσου την καθιστούν ύπουλη μορφή ως προς τη διάγνωση, μιας και ο ίδιος ο ασθενής

και οι οικείοι του ενίοτε αδυνατούν να ξεχωρίσουν τα συμπτώματα από μια ενδεχόμενη πλευρά του χαρακτήρα του.

Τέλος, η διασπαστική διαταραχή λόγω δυσρυθμισμένης διάθεσης προστέθηκε στην τελευταία έκδοση του εγχειριδίου με στόχο να αντιμετωπίσει τους προβληματισμούς που αφορούν στην υπερπληθώρα διαγνώσεων για διπολική διαταραχή στα παιδιά. Έχει ως κύριο γνώρισμα τη χρόνια και επίμονη ευερεθιστικότητα, με κλινικές ενδείξεις τις εκρήξεις θυμού που εκφράζονται με επιθετικότητα προς εαυτόν, άλλους ανθρώπους ή προς περιουσιακά στοιχεία. Η συχνότητά τους πρέπει να είναι κατά μέσο όρο τρεις ή παραπάνω φορές ανά βδομάδα σε διάρκεια ενός έτους, σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα και θα πρέπει να κρίνονται αναπτυξιακά ακατάλληλες. Η εμφάνιση των συμπτωμάτων κατά κανόνα εκκινεί πριν τα 10 έτη και με τη μέχρι τώρα έρευνα τα ποσοστά εμφάνισης σε παιδιά και εφήβους κυμαίνονται στο 2%-5%. Τα άτομα με χρόνια ευερεθιστική διάθεση είναι σε κίνδυνο ανάπτυξης μονοπολικής (κλασικής) κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών στην ενήλικη ζωή τους.

1.3 Ψυχική Υγεία

Ιστορικά η έννοια της ψυχικής υγείας δεν ταυτίζεται με το σύγχρονο ορισμό της. Προτού πάρει ο όρος την σημερινή του μορφή, έως και τα μέσα του 19ου αιώνα κυριαρχεί η εικόνα των «ψυχικών ανωμαλιών», των σοβαρών δηλαδή ψυχικών νόσων σε άτομα που αδυνατούν να ενσωματωθούν στην κοινωνία και αναγκάζονται να ζουν έγκλειστοι σε ιδρύματα.

Ο πρόδρομος όρος της ψυχικής υγείας που συναντάται στην αγγλική βιβλιογραφία, στις αρχές του 19ου αιώνα, είναι ο όρος «ψυχική υγιεινή» (mental hygiene), ο οποίος σύμφωνα με τον τότε πρόεδρο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης σκιαγραφείται ως « η τέχνη να διατηρεί κανείς το νου ακέραιο ενάντια σε όλα τα περιστατικά και τις εξωτερικές επιρροές που είναι ικανά να εκφυλίσουν τα χαρακτηριστικά του, να προκαλέσουν βλάβη ή να απορρυθμίσουν τις λειτουργίες του» (Mandell, 1995). Η σύσταση των επιτροπών υπέρ της ψυχικής υγιεινής είχε ως βασικό σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών ζωής και φροντίδας των ψυχικά νοσούντων, ενώ αρκετά μεταγενέστερα εισέρχονται στις επιτροπές προγράμματα που αφορούν σε ηπιότερες μορφές «ψυχικής αναπηρίας», καλλιεργώντας παράλληλα τις κατάλληλες

συνθήκες για την ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης απέναντι στις ψυχικές ασθένειες καθώς και την έναρξη προγραμμάτων έρευνας (Bertolote, 2008).

Οι πρώτες, συστηματικές αναφορές του όρου «ψυχική υγεία» εκκινούν γύρω στα μέσα του 20ου αιώνα (Bertolote, 2008). Το 1946 το παγκόσμιο συνέδριο για την υγεία αποφασίζει να ιδρύσει τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), που από την αρχή της σύστασής του δημιουργεί ένα ειδικό τμήμα που πραγματεύεται θέματα ψυχικής υγείας ενώ το 1950 γνωστοποιεί : «Η ψυχική υγιεινή αναφέρεται σε όλες τις δραστηριότητες και τις τεχνικές που ενθαρρύνουν και διατηρούν τη ψυχική υγεία. Ψυχική υγεία είναι η κατάσταση που μεταβάλλεται εξαιτίας κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων, στην οποία ένα άτομο εξισορροπεί ικανοποιητικά τις δυνητικά αντικρουόμενες ενστικτώδεις παρορμήσεις του, επιτυγχάνοντας τη δημιουργία και διατήρηση αρμονικών κοινωνικών σχέσεων και την ομαλή προσαρμογή του στις αλλαγές του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος» (WHO, 1951).

Η πιο πρόσφατη προσέγγιση δίνεται εκ νέου από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2014 και ορίζει την ψυχική υγεία ως «...μια ψυχοσωματική κατάσταση ευημερίας κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται τις ικανότητές του, αντεπεξέρχεται στο φυσιολογικό επίπεδο άγχους της καθημερινότητας, είναι σε θέση να εργαστεί δημιουργικά και παραγωγικά και είναι ικανό να συνεισφέρει στην κοινότητά του» (WHO, 2014). Η έννοια συνεπώς περιλαμβάνει μια αντιλαμβανόμενη αυτοαποτελεσματικότητα, μια υποκειμενική ευημερία και μια ευχέρεια των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ίδιου του ατόμου απέναντι στους άλλους.

Η προηγούμενη ερμηνεία, αν και απεικονίζει πρόοδο σε σχέση με τη μονομερή σύλληψη της έννοιας ως απουσία ψυχικών ασθενειών, εγείρει πιθανές παρανοήσεις σχετικά με την ταυτοποίηση θετικών συναισθημάτων και θετικής λειτουργικότητας ως παράγοντες κλειδιά για την καλή ψυχική υγεία (Galderisi et al.,2015). Ενδεικτικά να αναφερθεί ότι υπάρχουν περιπτώσεις όπου τα θετικά συναισθήματα κρίνονται ψυχικά αρρωστημένα, όπως σε έναν επιτυχημένο σκοπευτή που δολοφονεί πλήθος ατόμων κατά τη διάρκεια ενός πολέμου νιώθοντας ικανοποίηση.

Ο Keyes (2014) διακρίνει τρία στοιχεία στη ψυχική υγεία: τη συναισθηματική, τη ψυχολογική και την κοινωνική ευημερία. Η συναισθηματική περιλαμβάνει χαρά, ενδιαφέρον και ικανοποίηση για τη ζωή, η ψυχολογική ευημερία αναφέρεται στο να βρίσκει κανείς καλά τα περισσότερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, στην ικανότητα να διαχειρίζεται τις υποχρεώσεις της ζωής, να διατηρεί καλές σχέσεις με τους άλλους και να λαμβάνει ικανοποίηση από τη ζωή του ενώ τέλος η κοινωνική

ευημερία περιγράφει την κοινωνική συνεισφορά, το κοινωνικό ανήκειν και την κοινωνική συνοχή, το να βγάζει κανείς νόημα από το πως λειτουργεί η κοινωνία. Ομοίως, ένας τέτοιος ορισμός που υποστηρίζει την άριστη λειτουργικότητα και την έννοια της παραγωγικής εργασίας ως κομμάτι της ψυχικής υγείας και ισορροπίας, αποκλείει έφηβους, μετανάστες και άλλα άτομα που βιώνουν ρατσισμό, ανισότητα και κάθε είδους αποκλεισμό μην έχοντας συχνά τη δυνατότητα να συνεισφέρουν στην κοινότητά τους (Keyes, 2014).

Ο ορισμός της ψυχικής υγείας είναι προϊόν της κουλτούρας η οποία την καθορίζει. Παρόλα αυτά, κατά τον Valliant (όπως παρατίθεται στους Galderisi et al., 2015) επιβάλλεται να επικρατήσει η κοινή λογική και να αναγνωριστούν τα στοιχεία που είναι παγκοσμίως σημαντικά, όπως ενδεικτικά αναφέρεται η σπουδαιότητα της κάλυψης συγκεκριμένων βιταμινών στο φαγητό, ανεξαρτήτων διατροφικών συνηθειών. Έχοντας τις παγκόσμιες σταθερές κατά νου, καθώς επίσης και τη δυνατότητα της ατελούς λειτουργικότητας, οι Galderisi et al. (2015) προτείνουν τον εξής ορισμό: «Η ψυχική υγεία είναι μια δυναμική κατάσταση εσωτερικής ισορροπίας, η οποία επιτρέπει στα άτομα να χρησιμοποιούν τις δυνατότητές τους σε αρμονία με τις πανανθρώπινες αξίες της κοινωνίας. Βασικές νοητικές και κοινωνικές δεξιότητες, όπως η ικανότητα έκφρασης και τροποποίησης των συναισθημάτων, η ικανότητα της ενσυναίσθησης, η προσαρμοστικότητα, η δυνατότητα να ανταπεξέρχεται κανείς στις δυσμενείς συνθήκες της ζωής και να λειτουργεί επαρκώς στους διάφορους κοινωνικούς ρόλους και η αρμονική σχέση μεταξύ μυαλού και σώματος αντιπροσωπεύουν σημαντικές συνιστώσες της καλής ψυχικής υγείας, συνεισφέροντας σε διαφορετικό βαθμό ανά περίοδο στην κατάσταση εσωτερικής ισορροπίας»

Τέλος, με την απόπειρα ο ορισμός να πάρει πιο συμπεριληπτικές διαστάσεις, λαμβάνοντας υπόψη την ανθρώπινη διάσταση της ζωής με τα σκαμπανεβάσματα της, χρησιμοποιήθηκαν παράμετροι που- κατά τους συγγραφείς- είναι σημαντικές αλλά όχι υποχρεωτικές. Η έννοια των «πανανθρώπινων αξιών» αναφέρεται στο σεβασμό για εαυτόν και άλλα ζώντα όντα, στην ανάγκη τους για ελευθερία, στην αναγνώριση για εγγύτητα μεταξύ ανθρώπων και στο σεβασμό προς το περιβάλλον. Επιπρόσθετα, η χρήση του όρου «δυναμική κατάσταση εσωτερικής ισορροπίας» έχει ως σκοπό να επισημάνει ότι σε διαφορετικές περιόδους της ζωής (π.χ εφηβεία, περίοδος διαζυγίου κλπ) απαιτούνται αλλαγές στην αξιοποίηση αυτών των συστατικών για την επίτευξη της εσωτερικής ισορροπίας. Έτσι, για παράδειγμα ένα άτομο με αναπτυγμένη ενσυναίσθηση και δοτικότητα, μπορεί να αντισταθμίζει μια ήπια νοητική αναπηρία,

ώστε να βρίσκει ικανοποιητική ισορροπία και να επιδιώκει τους στόχους ζωής που θέτει.

1.4 Ποιότητα Ζωής

Ο όρος «ποιότητα ζωής» (quality of life, qol) εισάγεται στην ερευνητική κοινότητα πριν από περίπου μισό αιώνα. Στις δεκαετίες του '60 και '70 οι νέες τεχνολογικές ανακαλύψεις στην υγεία πέτυχαν την επιμήκυνση του χρόνου επιβίωσης των ασθενών εγείροντας ταυτόχρονα έντονο προβληματισμό ανάμεσα στην ιατρική κοινότητα αναφορικά με την ποιότητα ζωής που τους εξασφαλίζουν. Χαρακτηριστικό παράδειγμα, οι επιθετικές θεραπείες καρκίνου με τη χρήση τοξικών χημειοθεραπειών που θέτουν ασθενείς, φροντιστές και επαγγελματίες υγείας στο δίλημμα επιλογής μεταξύ «ποσότητας» ή «ποιότητας» ζωής (Chaturvedi & Muliyaala, 2016). Έτσι, εκκινείται η μελέτη της παραμέτρου «ποιότητα ζωής» με στόχο την αξιοποίηση των ευρημάτων για ορθότερες ιατρικές αποφάσεις (Pennacchini et al., 2011). Η κατασκευή της έννοιας, η ποσοτικοποίηση και η αντικειμενική θεώρησή της ενέχει παγίδες καθώς ενίοτε δύναται να αμφισβητήσει ευρήματα αξιόλογων ερευνών.

Στον τομέα της ψυχικής υγείας τη δεκαετία του '60, με στόχο την αποϊδρυματοποίηση ψυχικά ασθενών, διαπιστώθηκε θεαματική βελτίωση της ποιότητας ζωής τους όταν παραμένουν με την οικογένειά τους ενώ την ίδια στιγμή η ποιότητα ζωής της οικογένειας επηρεάζεται αρνητικά από τη φροντίδα τους, σύμφωνα με πραγματοποιηθείσες ποσοτικές και ποιοτικές μετρήσεις (Chaturvedi & Muliyaala, 2016). Αργότερα, τη δεκαετία του '80 ορισμένοι φιλόσοφοι χρησιμοποίησαν την έννοια της ποιότητας ζωής ως ένα ηθικό επιχείρημα απέναντι στην ευθανασία ανθρώπων με σοβαρές αναπηρίες ή με μη αναστρέψιμες τερματικές ασθένειες, ενώ τη δεκαετία του '90 οι ευζωιστές φιλόσοφοι άνοιξαν μια δημόσια συζήτηση σχετικά με την έννοια της ποιότητας ζωής, συσχετίζοντάς την άμεσα με την υγεία και τη χαρά.

Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνει ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας, ως ποιότητα ζωής ορίζεται η αντίληψη του ατόμου σχετικά με τη θέση που κατέχει, εντός του πλαισίου και των συνθηκών που υπαγορεύουν η κουλτούρα του, το σύστημα αξιών του και συγκριτικά με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα σπάνταρ και τις ανησυχίες του ("WHOQOL- Measuring quality of Life ", n.d). Οι βασικοί δείκτες της ποιότητας ζωής περιλαμβάνουν τον πλούτο, την εργασία, το περιβάλλον, τη ψυχική και τη σωματική υγεία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη ψυχαγωγία, την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου,

το κοινωνικό ανήκειν, τις θρησκευτικές αξίες, την ασφάλεια και την ελευθερία (Bargaccia,2013).

Σε αντίθεση με τα μετρήσιμα οικονομικά μεγέθη, όπως το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν και το βιοτικό επίπεδο, η ποιότητα ζωής είναι δύσκολο να αποτιμηθεί μακροπρόθεσμα και αντικειμενικά μεταξύ των εθνών. Οι ερευνητές τα τελευταία χρόνια έχουν διακρίνει δύο διαστάσεις της ατομικής ευημερίας: α) τη συναισθηματική ευημερία (emotional well-being), στην οποία οι συμμετέχοντες ερωτώνται για την ποιότητα των καθημερινών συναισθηματικών εμπειριών-τη συχνότητα και την ένταση της χαράς, της λύπης, του άγχους, του θυμού κ.α- καθώς και β) την αποτίμηση της ζωής (life evaluation) στην οποία ζητείται από τους ερωτώμενους να σκεφτούν τη ζωή τους σε ένα γενικότερο πλαίσιο και να την αξιολογήσουν βάσει κάποιας κλίμακας (Kahneman & Deaton, 2010). Παρόλ' αυτά, για άλλους μελετητές η ικανοποίηση από τη ζωή (life satisfaction) καθώς και η ατομική ευημερία (well-being) είναι καθαρά υποκειμενικά μέτρα αξιολόγησης ενώ αντίθετα η ποιότητα ζωής έχει συγχρόνως υποκειμενικά και αντικειμενικά χαρακτηριστικά (Chaturvedi & Muliya, 2016).

Ανά περιόδους έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικές κλίμακες μέτρησης. Ενδεικτικοί συσχετισμοί που έχουν πραγματοποιηθεί είναι π.χ. της ποιότητας ζωής με την παραγωγικότητα, τον πλούτο και τα υλικά αγαθά καθώς και με το επίπεδο της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης (Federal Reserve Bank of Kansas City, 2008). Ενδεχομένως, για μια αντικειμενικότερη προσέγγιση θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η ποσότητα των ατομικών στόχων που έχουν επιτευχθεί, μιας και για τους πολίτες των αναπτυσσόμενων χωρών χαρά σημαίνει η κάλυψη βασικών αναγκών, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, παιδείας και προστασίας των ευάλωτων ομάδων (Singer, 2011).

Ένας από τους πιο γνωστούς στατιστικούς δείκτες διεθνώς είναι ο δείκτης ανθρώπινης ανάπτυξης (Human Development Index), ο οποίος συνδυάζει μετρήσεις του προσδόκιμου ζωής, του επιπέδου εκπαίδευσης και του βιοτικού επιπέδου, σε μια απόπειρα να ποσοτικοποιήσει τις διαθέσιμες επιλογές μιας κοινωνίας, κατατάσσοντας τις χώρες με βάση την «ανθρώπινη ανάπτυξη» ("Human development index", 2022). Ο ΔΑΑ μετράει τα επιτεύγματα κάθε χώρας σύμφωνα με τρεις βασικές συνιστώσες της ανθρώπινης ανάπτυξης:

- Μια μεγάλη και υγιή ζωή, σύμφωνα με το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση

- Γνώση και μόρφωση, όπως προσδιορίζεται από το ποσοστό αναλφαβητισμού και το αναμενόμενο επίπεδο εκπαίδευσης
- Μια ευπρεπή ποιότητα ζωής, όπως χαρακτηρίζεται από το κατά κεφαλήν Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) και την ισοτιμία της αγοραστικής δύναμης.

Σύμφωνα με τον ΔΑΑ οι χώρες - μέλη του ΟΗΕ επαναξιολογούνται και κατατάσσονται ετησίως σε υπανάπτυκτες, αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες, ενώ ο ΔΑΑ αξιοποιείται συγχρόνως για την μέτρηση της επίδρασης των οικονομικών πολιτικών στην ποιότητα ζωής. Μετά το 2010 ο ΔΑΑ αναπροσαρμόστηκε σε δείκτη προσαρμοσμένης-ανισότητας ανθρώπινης ανάπτυξης (Inequality-Adjusted Human Development Index), ο οποίος εκφράζει την πραγματική ανάπτυξη λαμβάνοντας υπόψη την επίδραση της ανισότητας ("Human development index", 2022).

Τέλος, ο παγκόσμιος δείκτης ευτυχίας (world happiness report) αποτελεί σημείο αναφοράς για την ευτυχία διεθνώς. Μέσω αυτού αξιολογείται το επίπεδο χαράς που εκφράζουν οι κάτοικοί 156 διαφορετικών χωρών, αναδεικνύοντας ως σημαντική παράμετρο και δείκτη ανθρώπινης ανάπτυξης το ευ ζην. Ο στόχος αυτών των μετρήσεων είναι να οδηγήσουν στις απαιτούμενες πολιτικές αποφάσεις προς μία καλύτερη ποιότητα ζωής, ανάγοντας ουσιαστικά τη δημιουργία ευτυχισμένων ανθρώπων σε επιστήμη (the science of happiness) (Helliwell et al.,2016).

Οι τελευταίες επίσημες αναφορές των Ηνωμένων Εθνών για την ευτυχία ως ένδειξη υψηλής ποιότητας ζωής, κατατάσσουν τις χώρες συνδυάζοντας υποκειμενικές και αντικειμενικές μετρήσεις, συμπεριλαμβάνοντας το πραγματικό κατά κεφαλήν ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, το προσδόκιμο υγιούς ζωής, το να έχεις κάποιον να στηριχθείς, την εκλαμβανόμενη ελευθερία επιλογών ζωής, την απαλλαγή από τη διαφθορά και τη γενναιοδωρία (The Lancet, 2016).

Κεφάλαιο 2 : Παράγοντες που Επηρεάζουν την Ψυχική Υγεία και Ευεξία

2.1 Παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική υγεία

Σχεδόν ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι παγκοσμίως υποφέρουν από κάποια ψυχική διαταραχή, από διάφορες μορφές εθισμών μέχρι σχιζοφρένια. Η χαμμένη παραγωγικότητα ως αποτέλεσμα των δύο πιο κοινών ψυχικών διαταραχών, αγχώδους διαταραχής και κατάθλιψης, υπολογίζεται ότι στοιχίζει στην παγκόσμια οικονομία περίπου ένα τρισεκατομμύριο δολάρια ετησίως (The Lancet Global Health, 2020). Πιο συγκεκριμένα, το 2010 η φτωχή ψυχική υγεία και η μειωμένη παραγωγικότητα κόστισε 2.5 τρις δολάρια, τα οποία αναμένεται να ανέλθουν στα 6 τρις δολάρια μέχρι το 2030. Ωστόσο, παρά τις σημαντικές εξελίξεις στην έρευνα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και την αντιμετώπιση της ψυχικής ασθένειας, η εφαρμογή της γνώσης για την άντληση των οφελών στην πράξη είναι αργή (The Lancet Global Health, 2020). Αυτό οφείλεται στην πολυπαραγοντικότητα των διαφορετικών ψυχικών νόσων και στην αθροιστική επίδραση των παραγόντων κινδύνου. Οι παράγοντες που συντελούν σε ψυχικές διαταραχές ή στην απλή επιδείνωση της ψυχικής υγείας ενός ατόμου, διακρίνονται σε κληρονομικούς, βιολογικούς, περιβαλλοντικούς, ψυχοκοινωνικούς ενώ η ηλικία και το φύλο δρουν καταλυτικά στην εξέλιξη των ψυχικών ασθενειών, όπως διαπιστώνεται στη βιβλιογραφία (Jones, 2013).

2.1.1 Φύλο και ηλικία

Οι κοινές ψυχικές διαταραχές των ενηλίκων έχουν κατά τους ερευνητές αφετηρία την εφηβεία (American Psychiatric Association, 2013; Jones, 2013). Συνεπώς για να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει κανείς τις ψυχικές ασθένειες που επηρεάζουν τους ενήλικες οφείλει να εστιάσει και να επέμβει στα κρίσιμα έτη που προηγούνται, αυτά της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Με τις πρώιμες παρεμβάσεις επιχειρείται η αποτροπή εξέλιξης των αρχικών ανησυχητικών σημάδιων σε πιο προχωρημένο στάδιο κατά την ενηλικίωση. Στις ψυχωτικές ασθένειες ιδίως, η παρέμβαση στα πρώιμα στάδια κρίνεται καθοριστική για την αποτροπή της δια βίου αναπηρίας (Jones, 2013). Ενδεικτικά παραθέτοντας κάποια στοιχεία από την έρευνα των Kessler et al., (2005) ο μέσος όρος εκκίνησης των αγχωδών διαταραχών και διαταραχών ελέγχου των

παρορμήσεων προσδιορίζεται στα 11 έτη, η χρήση ουσιών στα 20 έτη ενώ οι διαταραχές διάθεσης (με κυρίαρχη την κατάθλιψη) στα 30 έτη, με το 95ο ποσοστημόριο να είναι για τις προηγούμενες κατηγορίες ψυχικών διαταραχών τα 51, 23, 41 και 63 έτη αντίστοιχα.

Στην ίδια έρευνα καταγράφονται και οι διαφορές στην εμφάνιση ψυχικών ασθενειών ανάμεσα στα δύο φύλα. Οι εσωτερικευμένες διαταραχές, όπως άγχος και κατάθλιψη, εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά -1.5 με 3 φορές αυξημένα κατά το DSM-V-στις γυναίκες, ενώ οι διαταραχές ελέγχου παρορμήσεων και χρήσης ουσιών παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερο ρίσκο εκδήλωσης στους άνδρες (Kessler et al.,2005). Κατά τον Afifi (2007) αυτό οφείλεται στους μαθημένους κοινωνικούς ρόλους των δύο φύλων. Ενώ και τα δύο φύλα είναι εξίσου ευάλωτα στις δυσμενείς εμπειρίες της ζωής, οι γυναίκες, κατά την ενηλικίωση, ανταποκρίνονται στο στρες με δυσφορία και αθροιστικές καταστροφικές συνέπειες που οδηγούν σε διαταραχές άγχους και κατάθλιψης. Από την άλλη μεριά, οι άνδρες με κοινωνικά «αποδεκτό» περιθώριο να παρεκτρέπονται και να εξωτερικεύουν το θυμό τους, είναι πιο επιρρεπείς σε διαταραχές συμπεριφοράς και εθισμούς. Χαρακτηριστικά είναι τα αποτελέσματα της έρευνας του Scott (1998) που καταγράφει στην παιδική ηλικία τριπλάσιο ποσοστό διαταραχών διαγωγής στα αγόρια από ότι στα κορίτσια ενώ κατά τη διάρκεια της εφηβείας τα κορίτσια παρουσιάζουν μεγαλύτερο επιπολασμό στην κατάθλιψη και στους αυτοκτονικούς ιδεασμούς. Ταυτόχρονα, στις διατροφικές διαταραχές τα ποσοστά των κοριτσιών έναντι των αγοριών είναι πολλαπλάσια- ενδεικτικά για την ανορεξία η αναλογία είναι δέκα προς ένα (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.2 Κληρονομικοί και Βιολογικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία σημαντικό ποσοστό της κακής ψυχικής υγείας των παιδιών αποδίδεται στο ιστορικό ψυχικής ασθένειας της οικογένειας (Rasic et al.,2014; Weissman et al., 2006). Ενδεικτικά, έχει διαπιστωθεί ότι ο κίνδυνος να παρουσιάσει ένα παιδί συμπτώματα άγχους, εξάρτησης από ουσίες ή/και κατάθλιψης τριπλασιάζεται όταν προέρχεται από καταθλιπτικούς γονείς (Weissman et al., 2006) ενώ στην έρευνα των Wille et al., (2008) η ψυχική διαταραχή γονέα αποτελεί τον τρίτο κατά σειρά σημαντικότητα παράγοντα κινδύνου εμφάνισης κακής παιδικής ψυχικής υγείας.

Οι βιολογικοί παράγοντες που ενοχοποιούνται για την κακή ψυχική υγεία περιλαμβάνουν (Wille et al., 2008):

- λοίμωξη εγκύου
- προωρότητα και επιπλοκές στην εγκυμοσύνη
- φτωχή διατροφή εγκύου
- έκθεση σε ναρκωτικές ουσίες και ακατάλληλα φάρμακα
- εγκεφαλικό τραύμα βρέφους
- κακή ψυχική ή/και σωματική υγεία εγκύου

Μια αμφιλεγόμενη πλέον παράμετρος για ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών αφορά στη δύσκολη παιδική ιδιοσυγκρασία. Κατά τους ερευνητές αυτή χαρακτηρίζεται είτε από ευερεθιστικότητα, ασταθή βιολογικά ωράρια και συχνή κακή διάθεση ή από αποστασιοποίηση, παθητικότητα και υπνηλία (Côté et al., 2009; Melegari et al., 2015). Κατά τους Côté et al. (2009) η δύσκολη ιδιοσυγκρασία στα βρέφη 5 μηνών αντιπροσωπεύει τον ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα ευαλωτότητας στη νεαρή αυτή ηλικία που οδηγεί άτυπα σε τροχιά κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών.

2.1.3 Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Από τους πιο σημαντικούς παράγοντες επικινδυνότητας του περιβάλλοντος αποτελούν οι δυσμενείς εμπειρίες της παιδικής ηλικίας (Charman et al., 2007; Wille et al., 2008). Σε αυτούς περιλαμβάνονται η σωματική, η συναισθηματική, η λεκτική και η σεξουαλική κακοποίηση, η βία ανάμεσα στους γονείς, ο αλκοολισμός/η χρήση ουσιών και η γονική παραμέληση/εγκατάλειψη. Στην έρευνα των McCauley et al. (1997) γυναίκες που ανέφεραν παιδική κακοποίηση είχαν εξαιρετικά αυξημένα σκορ συμπτωματολογίας άγχους και κατάθλιψης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που δεν ανέφερε κακοποίηση, ενώ σε μια αντίστοιχη μελέτη των Heim et al., (2000) η ορμονολογική απόκριση σε στρεσογόνους παράγοντες καταγράφηκε έξι φορές υψηλότερη στις γυναίκες που είχαν υποστεί κακοποιητικές συμπεριφορές ως παιδιά. Ακόμα και στην περίπτωση συστηματικής λεκτικής βίας γονέων, τα υποκείμενα της έρευνας επέδειξαν ευερεθιστότητα στο μεταιχμιακό σύστημα του εγκεφάλου τους, κοινωνική αποσύνδεση και σωματικές ενοχλήσεις. Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν πως η υπερδραστηριότητα του συμπαθητικού αυτόνομου νευρικού συστήματος- υπεύθυνο για τις καταστάσεις κινδύνου και έντασης- τροποποιεί την εγκεφαλική λειτουργία με κίνδυνο την πρόκληση μόνιμων συνεπειών στην ενήλικη ζωή (Teicher et al., 2006).

Όσο αφορά στην ενήλικη ζωή, πρωταρχικό παράγοντα κακής ψυχικής υγείας κατά τη βιβλιογραφία αποτελεί το εργασιακό στρες (Nakao, 2010). Το παρατεταμένο άγχος που σχετίζεται με τις εργασιακές συνθήκες έχει συσχετιστεί με αρνητικές επιλογές στον τρόπο ζωής, όπως κάπνισμα, αλκοόλ, παχυσαρκία και κατ'επέκταση κακή ψυχική υγεία με κυρίαρχα χαρακτηριστικά την αϋπνία και την κατάθλιψη (Kim et al., 2011 ; Noblet, & LaMontagne, 2006).

2.1.4 Κοινωνικοοικονομικό επίπεδο

Πλήθος διεθνών ερευνών έχουν εντοπίσει συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του ατόμου και του επιπέδου της ψυχικής του υγείας. Παρά την κοινή διαπίστωση ότι υψηλότερα ποσοστά ψυχικών ασθενειών (ιδιαίτερα των σοβαρότερων) εντοπίζονται σε άτομα με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, δεν καταγράφεται ομοφωνία σχετικά με τους παράγοντες αιτιότητας. Δύο βασικές θεωρίες έχουν αναπτυχθεί ερμηνεύοντας το φαινόμενο. Η πρώτη είναι η θεωρία της κοινωνικής αιτιότητας (social causation theory) η οποία διατυπώνει ότι η κοινωνικοοικονομική ανισότητα προκαλεί μόνιμο άγχος το οποίο προξενεί με τη σειρά του προβλήματα στη ψυχική υγεία, ενώ η δεύτερη προσέγγιση είναι αυτή της καθοδικής τάσης (downward drift approach), η οποία συμπεραίνει ότι οι άνθρωποι με προδιάθεση στις ψυχικές νόσους μένουν σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό στάτους ως αποτέλεσμα της προδιάθεσης αυτής. Το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας υποστηρίζει ως ορθότερη την πρώτη θεωρία (Wikipedia, 2022a).

Μια από τις πιο αξιόλογες -με επιρροή στην ερευνητική κοινότητα- μελέτες πάνω στην πρώτη θεωρία, γνωστή ως «Midtown Manhattan Study» του Srole (1962), κατέδειξε 47% ποσοστό κακής αυτοαναφερόμενης ψυχικής υγείας στα χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα σε αντίθεση με 13% των συμμετεχόντων που προέρχονταν από τα ανώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, ενώ τα ευρήματα αυτά παρέμεναν σταθερά ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας.

Οι μελέτες που επιχειρήσαν να αποδείξουν τη συσχέτιση της ψυχικής υγείας με τους παράγοντες μόρφωση και επάγγελμα δίστανται (Kim & Durden, 2007; Green & Benzeneal, 2011), ενώ -όπως είναι αναμενόμενο- ισχυρότερη αποδεικνύεται η συσχέτιση του εισοδήματος με την εξέλιξη της ψυχικής υγείας (Kim & Durden, 2007). Επιπλέον, η ανεργία, εξαιτίας της οικονομικής ανασφάλειας και λοιπών συνεπειών, έχει αποδειχθεί ότι βλάπτει τη συναισθηματική ευημερία, την αυτοπεποίθηση και επηρεάζει σημαντικά

την ψυχική υγεία, με ροπή κυρίως προς τις καταθλιπτικές διαταραχές (Extremera & Rey, 2016).

Όσο αφορά στους δημογραφικούς προγνωστικούς παράγοντες οι Kessler et al.(2005) διέκριναν στην εκτεταμένη έρευνά τους κάποιες διαφοροποιήσεις. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι μη ισπανόφωνοι μαύροι και οι ισπανόφωνοι είχαν σημαντικά μικρότερη πιθανότητα κινδύνου από τους μη ισπανόφωνους λευκούς σχετικά με τις διαταραχές διάθεσης, τις αγχώδεις διαταραχές και τη χρήση ουσιών, ενώ η χαμηλή μόρφωση συσχετίστηκε ισχυρά με εθισμό στη χρήση ουσιών.

Όπως διαφαίνεται από τη βιβλιογραφία γενικότερα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της ψυχικής υγείας στην πορεία της ζωής. Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αυξάνει τον κίνδυνο της πρώιμης εμφάνισης κάποιας ψυχικής διαταραχής ενώ το υψηλό επίπεδο απαλύνει τις προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει ένα άτομο με επιδεινωμένη υγεία (Wikipedia, 2022).

2.2 Παράγοντες που σχετίζονται με τις μεταβολές στη ψυχική υγεία σε άτομα άνω των 50

Οι αλλαγές που συντελούνται με την πάροδο των χρόνων επηρεάζουν και ενίοτε τροποποιούν προς το χειρότερο την ψυχική υγεία των ενηλίκων. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας πάνω από 20% των ενηλίκων άνω των 60 υποφέρει από μία ψυχική ή νευρολογική διαταραχή (WHO, 2017). Από τις πιο συχνές παθήσεις είναι η άνοια και η κατάθλιψη, οι οποίες αγγίζουν περίπου το 5% -7% του παγκόσμιου πληθυσμού τρίτης ηλικίας. Συγκεκριμένα η κατάθλιψη, κατά τον Π.Ο.Υ, παραβλέπεται ή υποτιμάται στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπισή της εφόσον συνυπάρχει συνήθως με άλλα προβλήματα υγείας. Ακολουθούν σε συχνότητα οι αγχώδεις διαταραχές με ποσοστό 3.8% ενώ η χρήση ουσιών παρά τη μικρή συχνότητά τους, περίπου στο 1%, επίσης διαγιγνώσκονται λανθασμένα (Seitz et al.,2010; WHO, 2017).

Ποικίλοι παράγοντες κινδύνου ευθύνονται για την επιδείνωση της ψυχικής υγείας. Αρχικά, η ψυχική υγεία έχει αντίκτυπο στη σωματική υγεία αλλά και το αντίστροφο. Ενήλικες που βιώνουν χρόνια σωματικό πόνο, μειωμένη κινητικότητα, γενικευμένη ευπάθεια ή άλλο πρόβλημα υγείας που απαιτεί μακρόχρονη φροντίδα, ενδέχεται να αποκτήσουν χρόνια στρες εξαιτίας αυτών. Ενδεικτικά, μια έρευνα

καταδεικνύει ότι οι ενήλικες που έχουν καρδιακά προβλήματα έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από τους υγιείς συνομηλικούς τους (WHO, 2017).

Επιπλέον, η συνταξιοδότηση αν και είναι επιθυμητή από πολλούς ενήλικες, συνήθως βιώνεται με ένα αίσθημα απώλειας. Ιδίως για τα άτομα που αντλούν μια αίσθηση ταυτότητας μέσα από την έννοια σκοπού που παρέχει το επάγγελμά τους, παλεύουν στην προσαρμογή να αναπροσδιορίσουν εκ νέου τον εαυτό τους. Σε συνδυασμό με την κοινωνικοποίηση που προσφέρει το εργασιακό περιβάλλον, η αλλαγή αυτή δύναται να πυροδοτήσει καταθλιπτικές τάσεις ("Mental health in later life", 2021).

Ένας ακόμα παράγοντας κινδύνου για την επιδείνωση της ψυχικής υγείας αποδεικνύεται η απώλεια αγαπημένων προσώπων, που φέρνει τους ενήλικες αντιμέτωπους με συναισθήματα θυμού, ενοχών, απελπισίας, μοναξιάς καθώς και με το φόβο του δικού τους θανάτου. Πιο συγκεκριμένα, σε μια έρευνα των Padayachey et al. (2017) η χηρεία έρχεται δεύτερη-μετά την κακή αυτοαναφερόμενη σωματική υγεία- στους προγνωστικούς παράγοντες για εμφάνιση κατάθλιψης στους ενήλικες άνω των 60, με τις γυναίκες σε μεγαλύτερο κίνδυνο από τους άντρες.

Τέλος, οι γηραιότεροι ενήλικες είναι ευάλωτοι σε κακοποίηση, ψυχολογική, λεκτική, σωματική ή και οικονομική. Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, ένα στα έξι ηλικιωμένα άτομα βιώνουν κάποια από τις παραπάνω μορφές κακοποίησης (WHO, 2017).

2.3 Παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής

Τα τελευταία 60 χρόνια, η «ποιότητα ζωής» (quality of life) έχει γίνει ευρέως αποδεκτή ως μία έννοια πολυδιάστατη, πολυεπίπεδη και πολύσημη, εμπριέχοντας πολλαπλά συστήματα και συνδυασμό υποκειμενικών και αντικειμενικών συστατικών. Παρόλο που χρησιμοποιείται συχνά στην πολιτική, στην οικονομία και στην ψυχολογία στερείται ενός κοινά αποδεκτού ορισμού (Rojo-Pérez, & Fernández-Mayoralas, p.30, 2021). Η επίσημη αναφορά της Eurostat (2017) για την ποιότητα ζωής των ευρωπαίων πολιτών βασίζεται στην ανάλυση εννέα συνιστωσών και των θεματικών εννοτήτων που τις απαρτίζουν.

Ειδικότερα :

1) Υλικές συνθήκες διαβίωσης

- Το εισόδημα. Η θεματική του εισοδήματος αναλύεται μέσω τεσσάρων αντικειμενικών δεικτών και ενός υποκειμενικού. Μελετάται το μέσο διαθέσιμο

εισόδημα νοικοκυριού, η οικονομική ανισότητα, το ποσοστό που κινδυνεύει να βρεθεί εν γένει αντιμέτωπο με πτώχευση, καθώς και το ποσοστό του πληθυσμού που κινδυνεύει με άμεση πτώχευση κάποια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ως υποκειμενικό κριτήριο ελέγχεται η ικανοποίηση από την γενικότερη οικονομική κατάσταση.

- Η κατανάλωση. Αναλύονται ξεχωριστά τα ατομικά έξοδα και τα βασικά έξοδα στο σύνολο του νοικοκυριού
- Οι υλικές συνθήκες/παροχές. Καταγράφεται ο δείκτης της σημαντικής υστέρησης σε υλικά αγαθά και οι συνθήκες στέγασης μαζί με την υποκειμενική οπτική της ικανοποίησης από τις συνθήκες αυτές (Eurostat, 2017). Ενώ το κατά κεφαλήν εισόδημα είναι για αρκετούς ερευνητές (Nussabaum & Sen, 1993; Majeed & Mumtaz, 2017) το καλύτερο κριτήριο μέτρησης της ποιότητας ζωής, δεν είναι το μοναδικό καθώς δεν αποδίδει κοινωνικές και ψυχολογικές πτυχές της ζωής, όπως οι δυνατότητες για υγεία, μόρφωση και ελευθερία επιλογής επαγγέλματος.

2) Παραγωγικότητα/ Κύριες δραστηριότητες

- Η έμμισθη απασχόληση. Εξετάζονται δείκτες ποιότητας όπως η ισορροπία εργασίας/προσωπικής ζωής, η εργασιακή ασφάλεια, οι παροχές, τα επιδόματα και ποσοτικοί δείκτες όπως τα ποσοστά ανεργίας/υποαπασχόλησης.
- Ανενεργός πληθυσμός και άμισθη εργασία. Μαζί με τους αντικειμενικούς δείκτες, προστίθεται πάλι η υποκειμενική κλίμακα της εργασιακής ικανοποίησης.

3) Υγεία

- Αποτελέσματα υγείας. Προσδιορίζεται το προσδόκιμο ζωής, τα υγιή χρόνια και η εκλαμβανόμενη υγεία.
- Οι καθοριστικοί παράγοντες, ενδεικτικά ο δείκτης μάζας σώματος, η φυσική δραστηριότητα, το κάπνισμα και το αλκοόλ.
- Η δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρική περίθαλψη.
- Η δυσμενής κατάσταση υγείας (adverse health status) και οι μακροχρόνιες ασθένειες ως αποτρεπτικά κριτήρια για καλή ποιότητα ζωής
- Ο αριθμός των θεραπόντων ιατρών ανά κάτοικο που αντικατοπτρίζει την ανάπτυξη και πρόοδο μιας χώρας (Asongu, 2013).

4) Μορφωτικό επίπεδο

- Η εκπαίδευση χαρακτηρίζεται από πολλές έρευνες ως καθοριστικός παράγοντας για μία καλή ποιότητα ζωής (Majeed & Khan, 2019; Nourzad & Powell, 2003). Το επίπεδο ζωής βελτιώνεται καθώς αυξάνονται οι γνώσεις, οι δεξιότητες και τα εφόδια που αποφέρουν καλύτερες εργασιακές συνθήκες, ικανοποιητικότερη παραγωγική διαδικασία και ελευθερία επιλογής ανάμεσα σε περισσότερες εναλλακτικές.
- Το μορφωτικό επίπεδο μετράται από την Eurostat (2017) από την ευχέρεια και ικανότητα για εκμάθηση δεξιοτήτων (ολοκληρωμένες σπουδές, αυτοαναφορά ατομικών ικανοτήτων), την δια βίου μάθηση καθώς και τη δυνατότητα πρόσβασης και ίσων ευκαιριών για συμμετοχή νηπίων στην εκπαίδευση.

5) Ελεύθερος χρόνος και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις

- Η ποσότητα των ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων
- Η πρόσβαση ή τα εμπόδια για τη συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες
- Η εκλαμβανόμενη ικανοποίηση ως προς την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου.
- Η ποιότητα των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων (συχνότητα, ικανοποίηση, συμμετοχή σε δράσεις)
- Η κοινωνική στήριξη (το να έχεις κάποιον να στηρίζεις σε περιόδους ανάγκης)
- Η κοινωνική συνοχή (εμπιστοσύνη στους άλλους, αντίληψη για την κοινωνική συμπερίληψη) (Eurostat, 2017).

6) Οικονομική και προσωπική ασφάλεια

- Τα περιουσιακά και επενδυτικά στοιχεία (μετράται ο πληθυσμός που δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει απρόσμενα μεγάλα έξοδα καθώς και όσοι έχουν ληξιπρόθεσμες οφειλές)
- Το ποσοστό των εργαζομένων που έχασε το τελευταίο έτος την εργασία του
- Το ποσοστό των αυτοκτονιών
- Τα εκλαμβανόμενα επίπεδα εγκληματικότητας και οι υποκειμενικές ενδείξεις σωματικής ασφάλειας

7) Διακυβέρνηση και βασικά δικαιώματα

- Οι κυβερνητικές νομοθεσίες
- Η εμπιστοσύνη που έχει ο πολίτης στους θεσμούς και το νομικό σύστημα
- Το χάσμα στις οικονομικές απολαβές και στα ποσοστά εργατικού δυναμικού ως προς το φύλο και την εθνικότητα και στην ενεργή ιθαγένεια (Eurostat, 2017).

- Ο σχηματισμός ακαθάριστου πάγιου κεφαλαίου, μια μακροοικονομική έννοια που χρησιμοποιείται για να εκφράσει την επένδυση που κάνει το κράτος στην οικονομία του. Υψηλότερες επενδύσεις οδηγούν σε περισσότερες εργασιακές ευκαιρίες, οι οποίες με τη σειρά τους συντηρούν ένα καλύτερο βιοτικό επίπεδο το οποίο βελτιώνει την ποιότητα ζωής (Rahman et al.,2020).

8) Φυσικό περιβάλλον και περιβαλλοντικές συνθήκες διαβίωσης

- Η ρύπανση (ήχου και αέρα)
- Η πρόσβαση σε πράσινες εκτάσεις και πάρκα αναψυχής
- Η αρχιτεκτονική τοπίου, με υποκειμενική οπτική την ικανοποίηση των πολιτών αναφορικά με τις συνθήκες διαβίωσης.
- Η αστικοποίηση που μπορεί να επηρεάσει θετικά το επίπεδο ζωής, με την πρόσβαση σε πλειάδα παροχών, υπηρεσιών και επαγγελματικών ευκαιριών, αλλά ταυτόχρονα η μετανάστευση δύναται να δράσει αρνητικά στην ποιότητα της καθημερινότητας εξαιτίας του συνωστισμού και της υπερεκμετάλλευσης φυσικών πηγών (Rahman et al. ,2020).

9) Συνολική εμπειρία ζωής

- Η συνολική εμπειρία από τη ζωή, το τελικό πρόσημο ικανοποίησης που προκύπτει από το σύνολο των αρνητικών και θετικών επιδράσεων (συναισθήματα άγχους, κατάθλιψης, χαράς)
- Το νόημα που αποδίδει το άτομο στη ζωή του
- Η αποτίμηση της αξίας της ζωής ενός ατόμου όπως προκύπτει μέσα από τις εμπειρίες του (Eurostat, 2017).

2.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής σε άτομα άνω των 50

Ο ρυθμός γήρανσης διεθνώς είναι πολύ ταχύτερος στις μέρες μας από ότι στο παρελθόν. Το 2020, ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών ξεπέρασε τα παιδιά έως 5 ετών, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προβλέπει πως μέχρι το 2050, η αναλογία του παγκόσμιου πληθυσμού σε ανθρώπους μεγαλύτερους από 60 ετών σχεδόν θα διπλασιαστεί, από 12% σε 22% ("*Ageing and health*", 2021) Στην Ευρώπη δε, το 2022 καταγράφηκε ποσοστό 16% για τα παιδιά κάτω των 15 ετών ενώ για τους ενήλικες άνω των 65 ανήλθε σε 19% ("*World population by age and region*",2021). Για τους παραπάνω λόγους, οι πολιτικές προαγωγής της υγείας για την ενθάρρυνση των

γηραιότερων να παραμένουν ενεργοί και ανεξάρτητοι, με θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους, απασχολεί όλες τις χώρες που διέρχονται από αυτή την προαναφερόμενη δημογραφική μετάβαση (Alexandre et al.,2009).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), το να παραμένει κανείς ενεργός σημαίνει να διατηρεί τη σωματικές, κοινωνικές και πνευματικές δυνατότητες σε όλο τον κύκλο της ζωής του, επιτρέποντας την εμπλοκή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές, πολιτιστικές και πολιτικές δράσεις (WHO, 2002). Η ενεργή γήρανση (active ageing), μία έννοια που απασχολεί τις τελευταίες δεκαετίες τη διεθνή κοινότητα, ορίζεται ως η διαδικασία βέλτιστης αξιοποίησης των ευκαιριών για υγεία, συμμετοχή και ασφάλεια με στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ανθρώπων καθώς μεγαλώνουν (WHO, 2002). Ο Π.Ο.Υ θεωρεί πως αποτέλεσμα της ενεργούς γήρανσης είναι η ποιότητα ζωής, εκλαμβανόμενη ως η θέση ενός ατόμου εντός του κοινωνικού πλαισίου που ορίζουν η κουλτούρα και το σύστημα αξιών του (Rojo-Pérez & Fernández-Mayoralas, 2021). Αυτό συνεπάγεται ότι η ενεργή γήρανση είναι καθοριστικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής αλλά ταυτόχρονα η ποιότητα ζωής είναι ισόβια καταλυτικός παράγοντας της ενεργής γήρανσης.

Καθοριστικές παράμετροι για την ενεργή γήρανση αποτελούν κατά τους Rojo-Pérez και Fernández-Mayoralas (2021):

- α) η εξέλιξη των προγραμμάτων προαγωγής υγείας, πρόληψης ασθενειών, πρόσβασης σε ποιοτική πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και μακροχρόνιας φροντίδας τρίτης ηλικίας
- β) η υιοθέτηση υγιών συνηθειών και τρόπου ζωής - τακτική άσκηση, μεσογειακή διατροφή, αποφυγή καπνίσματος και κατανάλωση αλκοόλ με μέτρο.
- γ) οι βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες, η νοητική ικανότητα/αναπηρία, προσαρμοστική προσωπικότητα με κίνητρα και σκοπό ζωής, η υγιή αυτοαντίληψη και η αυτοαποτελεσματικότητα στη γήρανση.
- δ) τα φιλικά προσκείμενα προς την τρίτη ηλικία περιβάλλοντα, που προάγουν την ανεξαρτησία των γηραιότερων ενηλίκων με επιπρόσθετη μέριμνα στις αγροτικές περιοχές που υστερούν σε επαρκή πλαισίωση συστημάτων υγείας.
- ε) τα δίκτυα κοινωνικής στήριξης, οι ευκαιρίες δια βίου μάθησης, το αίσθημα ασφάλεια και προστασίας από κάθε μορφή κακοποίησης.
- στ) οι οικονομικοί παράγοντες όπως το σταθερό εισόδημα, η αξιοπρεπής εργασία και η κοινωνική ασφάλιση και πρόνοια.

Εξετάζοντας διεθνείς έρευνες πάνω στην ποιότητα ζωής και την ενεργή γήρανση της τρίτης ηλικίας παρατηρούμε κάποια κοινά συμπεράσματα:

α) Στην έρευνα των Chen & Chen (2017) αναφορικά με τη ζωή των γηραιότερων ενηλίκων στην Ταϊβάν συμμετείχαν 115 άτομα με ζητήματα υγείας και χρόνιες παθήσεις (άνοια, alzheimer's, κινητικά προβλήματα κ.α). Η οικονομική κατάσταση /επάρκεια του εισοδήματος μαζί με την πρώιμη εμφάνιση άνοιας και επιδείνωση της φυσικής κατάστασης εξηγούν το 39% της μεταβλητότητας πάνω στην ερμηνεία της ποιότητας ζωής τους. Ακολουθούν σε σημαντικότητα η εμφάνιση της νόσου Alzheimer, ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης και η κοινωνική απομόνωση. Ελέγχοντας τις μεταβλητές της υγείας και της οικονομικής κατάστασης, η διαφορά στην πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης και στην κοινωνική απομόνωση σε σύγκριση με την ποιότητας ζωής είναι στατιστικά σημαντικές.

β) Η έρευνα που διεξήχθη σε 337 άτομα άνω των 65 ετών στην Αγγλία κατέδειξε ότι η ενεργή γήρανση συσχετίζεται με τη διατήρηση της πνευματικής και σωματικής λειτουργικότητας, τη ψυχαγωγία, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και ένα σταθερό δίκτυο επαφών (Bowling, 2008).

γ) Οι Stenner et al. (2011) επισημαίνουν ως καθοριστικούς παράγοντες τη σωματική δραστηριότητα, την αυτονομία, το ενδιαφέρον για τη ζωή, έναν ανεπτυγμένο μηχανισμό διαχείρισης προβλημάτων, την ενεργή συμμετοχή στην κοινότητα καθώς και την ενημέρωση για τις εξελίξεις στον κόσμο.

δ) Τέλος, οι Chang et al.(2021) μελέτησαν την ποιότητα ζωής σε 202 ασθενείς άνω των 65 που ζουν σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας. Ως καθοριστικοί παράγοντες στη συγκεκριμένη έρευνα εντοπίστηκαν η εξάρτηση από άλλους για τις καθημερινές ανάγκες, η κατάθλιψη και ο αριθμός των επισκέψεων των μελών της οικογένειας. Στους προστατευτικούς παράγοντες συγκαταλέγονται η συστηματική φυσική άσκηση, που καθυστερεί την απώλεια κινητικών λειτουργιών καθώς και η ενίσχυση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ ασθενών, όπως η αφήγηση ιστοριών που χτίζουν εγγύτητα στην κοινότητα της δομής (Astell et al.,2010).

Συνοψίζοντας, τα άτομα βιώνουν πληθώρα αλλαγών καθώς μεγαλώνουν ηλικιακά. Σωματικές αλλαγές εξαιτίας ασθένειας ή φυσικής επιδείνωσης της καθημερινής λειτουργικότητας, κοινωνικές αλλαγές εξαιτίας θανάτου συντρόφου, χειροτέρευση οικονομικής κατάστασης, κατάθλιψη, μοναξιά και ίσως αυτοκτονικές παρορμήσεις. Από τις αλλαγές αυτές, η επιδείνωση της σωματικής λειτουργικότητας επηρεάζει τη γνωστική λειτουργικότητα του εγκεφάλου, υποβαθμίζει την κριτική ικανότητα ενώ μειώνει τη μνήμη και προκαλεί αποπροσανατολισμό και φτωχή αντίληψη (Gajewski & Falkenstein, 2016). Η εξασθένιση των γνωστικών λειτουργιών

δυσχεραίνει την αυτονομία στην καθημερινότητα. Η σταδιακή εξάρτηση από άλλους ακόμα και σε εργασίες ρουτίνας υποβαθμίζει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, οδηγώντας τα άτομα σε κατάθλιψη και κατ' επέκταση μειώνοντας την ποιότητα ζωής τους (Svantesson et al.,2015).

Για τους παραπάνω λόγους και λαμβάνοντας υπόψη τα συμπεράσματα των ερευνών, κρίνεται αναγκαία η εστίαση της κοινωνικής πολιτικής στην ανθρωποκεντρική φροντίδα των υπηρεσιών υγείας προς τα μεγαλύτερα ηλικιακά άτομα, καλύπτοντας και προσαρμόζοντας τις παροχές στις ατομικές τους ανάγκες. Η εξατομικευμένη φροντίδα έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την κατάθλιψη και τα αισθήματα μοναξιάς, βελτιώνοντας τελικά την ποιότητα υγείας των ατόμων αυτών (Morgan & Yoder, 2012).

2.5 Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία

Οι έννοιες της ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής είναι αλληλένδετες. Η καλή ψυχική υγεία βοηθάει στην καλή ποιότητα ζωής όπως και το αντίθετο ` μια καλή ποιότητα ζωής μπορεί να συντελέσει καθοριστικά στην εξέλιξη μιας ψυχικής δυσφορίας (Connell et al.,2012). Ενώ η ιδέα της ποιότητας ζωής γεννήθηκε από το κίνημα της θετικής ψυχολογίας, η έννοια αξιοποιήθηκε ευρέως από τη δεκαετία του '90 σε έρευνες που αφορούσαν στην ολιστική αντιμετώπιση της ζωής και ευημερίας των ασθενών. Σε αντίθεση με τη μέχρι τότε στενή αντίληψη που στόχευε στη μείωση μόνο των ιατρικών συμπτωμάτων, οι κλινικοί γιατροί συνειδητοποίησαν ότι ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής διαφοροποιούσε σημαντικά τη θετική εξέλιξη των ψυχικά νοσούντων και των ασθενών με χρόνιες, μη θεραπεύσιμες ασθένειες (Katschnig, 2006).

Για τους παραπάνω λόγους δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η έννοια της ποιότητας ζωής συσχετισμένης με την υγεία (health related quality of life-HRQOL), η οποία εδώ και τρεις δεκαετίες φαίνεται πως κερδίζει έδαφος, ενώ το ερωτηματολόγιό της σταδιακά αποτελεί ένα αναγκαίο εργαλείο στις έρευνες σχετισμένες με την ποιότητα ζωής. Η αξιολόγηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας που θέτουν στο επίκεντρο κάθε θεραπείας τον άνθρωπο, περιλαμβάνει θετικές αλλά και αμφιλεγόμενες προεκτάσεις. Από τη μία πλευρά, η απόκριση της υποκειμενικής ικανοποίησης από τις διάφορες παραμέτρους της καθημερινότητας εξαιρεί από τη διαδικασία αντικειμενικούς παράγοντες που είναι μη συγκρίσιμοι ανά περιοχή και κουλτούρα, από την άλλη ενέχει κινδύνους αμφισβητήσιμης εγκυρότητας των

απαντήσεων, στις περιπτώσεις των σοβαρότερων ψυχικών διαταραχών (Katschnig, 2006). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ανάλογα με το πότε θα συμπληρωθεί το ερωτηματολόγιο από ασθενή με καταθλιπτικές τάσεις, διπολική διαταραχή ή διαταραχές προσωπικότητας, θα ληφθούν διαφορετικές απαντήσεις και κατά συνέπεια διαφορετικά συμπεράσματα, εξαιτίας της αποκαλούμενης «ψυχοπαθολογικής πλάνης» (Katschnig, 2006).

Μια άλλη αντίφαση που προκύπτει από την υποκειμενική απεικόνιση της ποιότητας ζωής σχετίζεται με την παραδοχή των ψυχικών δυσκολιών. Ενώ η διαπίστωση της δυσφορίας μπορεί να φέρει ένα άτομο πιο κοντά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, η αναγνώριση του προβλήματός του τον ωθεί να δώσει αποκρίσεις στο ερωτηματολόγιο που αντιστοιχούν σε άτομο με κακή ποιότητα ζωής, σε αντίθεση με όμοιους του που εθελουφλούν στο πρόβλημά τους (Mechanic et al., 1994).

Παρόλ'αυτά, υπάρχει συνολικά ισχυρή συσχέτιση της κακής ψυχικής υγείας με την κακή ποιότητα ζωής (Chaudhury et al., 2018) ενώ στην πρόσφατη έρευνα των Hansel et al. (2022) με θέμα την επίδραση της πανδημίας COVID-19 στην ευημερία των ανθρώπων, διαπιστώθηκε ότι η κατάσταση της ψυχικής τους υγείας πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας ήταν ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για τη μελλοντική επιδείνωση της ποιότητας ζωής τους.

Παρά τους προβληματισμούς της επιστημονικής κοινότητας, η εύρεση ενός αξιόπιστου εργαλείου μέτρησης της συσχέτισης της ψυχικής υγείας με την ποιότητα ζωής δίνει τη δυνατότητα στα ενδιαφερόμενα μέρη, αξιοποιώντας τα πορίσματα να αποτιμήσουν την αποτελεσματικότητα των θεραπειών και να απομακρυνθούν από το μοντέλο «ένα μέγεθος χωράει σε όλους», εστιάζοντας σε παρεμβάσεις που καλύπτουν μεγαλύτερο εύρος αναγκών ενός ολόένα και γηραιότερου πληθυσμού (McHorney, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Μονοδιάστατη περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών

3.1 Εισαγωγή

Αντικείμενο του τρίτου κεφαλαίου της εργασίας αποτελεί η συνοπτική παρουσίαση του συνόλου των δεδομένων (dataset) μαζί με την μονοδιάστατη περιγραφική τους ανάλυση. Αρχικά, δίνονται κάποιες γενικές πληροφορίες για την πανευρωπαϊκή έρευνα SHARE, από την οποία προέρχονται τα δεδομένα που θα χρησιμοποιηθούν και στη συνέχεια, γίνεται μία σύντομη περιγραφή καθεμιάς μεταβλητής ενδιαφέροντος με τη χρήση κατάλληλων περιγραφικών στατιστικών τεχνικών.

3.2 Το ερευνητικό πρόγραμμα SHARE

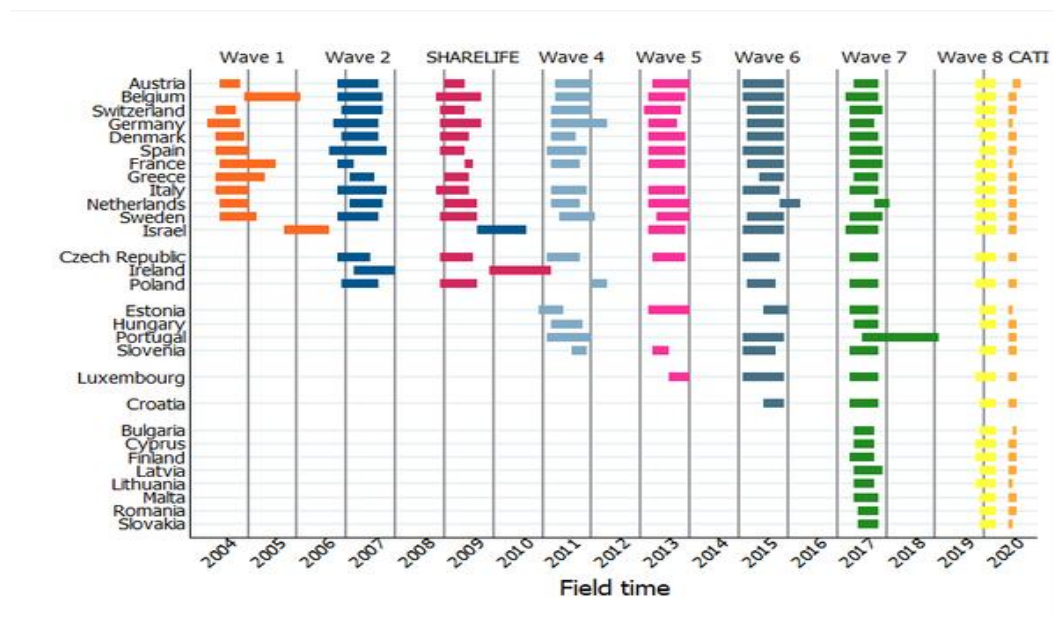
Το ακρωνύμιο SHARE αντιστοιχεί στην ονομασία «Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe» που σημαίνει «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη». Το SHARE αποτελεί ένα καινοτόμο διεπιστημονικό εγχείρημα, το οποίο με τη μεγαλύτερη διακρατική βάση δεδομένων με σχεδιασμό τύπου πάνελ (δεδομένα που συλλέγονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα), έχει ως στόχο να μελετήσει τις συνέπειες των κοινωνικών σχέσεων, της παρουσίας, της συνταξιοδότησης, των περιβαλλοντικών πολιτικών, της σωματικής και ψυχικής υγείας στην ευημερία και τη ζωή των ατόμων ηλικίας άνω των 50 ετών. Από το 2004 μέχρι σήμερα έχουν διεξαχθεί 530.000 εις βάθος συνεντεύξεις με 140.000 ανθρώπους από 28 Ευρωπαϊκές χώρες και το Ισραήλ (SHARE, 2022).

Οι συνεντεύξεις του SHARE λαμβάνουν χώρα κάθε δύο χρόνια, αναδεικνύοντας κατά αυτόν τον τρόπο τη διαχρονική – μακροσκοπική διάσταση των ερευνών του. Σκοπός είναι να παρακολουθούνται τα ίδια άτομα σε βάθος χρόνου, καθώς συνταξιοδοτούνται, μεταβάλλεται η υγεία και οι συνθήκες ζωής τους κατά το γήρας, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα στους ερευνητές να εξετάζουν τους τρόπους με τους οποίους οι ερωτώμενοι επηρεάζονται από πολιτικές αλλαγές, όπως οι μεταρρυθμίσεις στα συστήματα συντάξεων και περίθαλψης που έχουν συντελεστεί εν όψει της ταχείας αύξησης του γηρασκόμενου πληθυσμού στις χώρες της Ευρώπης (Börsch-Supan et al., 2009).

Τα κύματα δεδομένων του SHARE μέχρι στιγμής είναι οκτώ. Η διεξαγωγή του πρώτου κύματος δεδομένων υλοποιήθηκε τα έτη 2004-2005, όπου συμμετείχαν μόνο έντεκα ευρωπαϊκές χώρες. Στο τελευταίο κύμα, το 8ο, που έλαβε χώρα το 2019-2020, συμπεριλήφθηκε και ένα ξεχωριστό ερωτηματολόγιο που αφορούσε στις συνέπειες της πανδημίας στη ζωή των ερωτώμενων. Με τη συμμετοχή και των 28 κρατών καταγράφηκε και ερευνήθηκε το πως οι συμμετέχοντες άνω των 50 ετών ανταπεξέρχονται σε κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στις συνέπειες της πανδημίας COVID-19. Το μεγάλο πλεονέκτημα των δεδομένων αυτών έγκειται στη δυνατότητα διακρατικής σύγκρισης σε τέτοια έκτακτα παγκόσμια φαινόμενα (SHARE, 2022).

Στην παρούσα εργασία επιλέχθηκε να μελετηθεί το κύμα 7 (Wave 7). Ο λόγος που επιλέχθηκε το συγκεκριμένο σύνολο δεδομένων, αφορά στην προσθήκη ερωτηματολογίου SHARELIFE, το οποίο περιλαμβάνει ερωτήσεις για το ιστορικό σημαντικών τομέων στη ζωή των ερωτώμενων, δημιουργώντας πρόσθετο υλικό από την παιδική και εφηβική ηλικία και καθιστώντας τις πληροφορίες ακόμα πιο ολοκληρωμένες και άξιες προς διερεύνηση. Είναι το τελευταίο κύμα δεδομένων, από το 2008-2009 (κύμα 3) που ξεκίνησε η πρωτοβουλία, που περιλαμβάνει το σύνολο των συγκεκριμένων πληροφοριών (Börsch-Supan, 2022).

Στο σχήμα που ακολουθεί παρουσιάζονται οι χώρες που συμμετείχαν στα 8 κύματα συνεντεύξεων του SHARE (SHARE 2022).



3.3 Περιγραφικά στοιχεία και μεταβλητές ενδιαφέροντος

3.3.1 Δημογραφικά στοιχεία

Οι δημογραφικές μεταβλητές περιλαμβάνουν βασικές πληροφορίες των συμμετεχόντων που σχετίζονται με :

- το φύλο (gender)
- την ηλικία (age)
- την χώρα διαμονής (country) και
- το αν ζουν μόνοι τους ή όχι (single)
- τα χρόνια εκπαίδευσης (yedu)

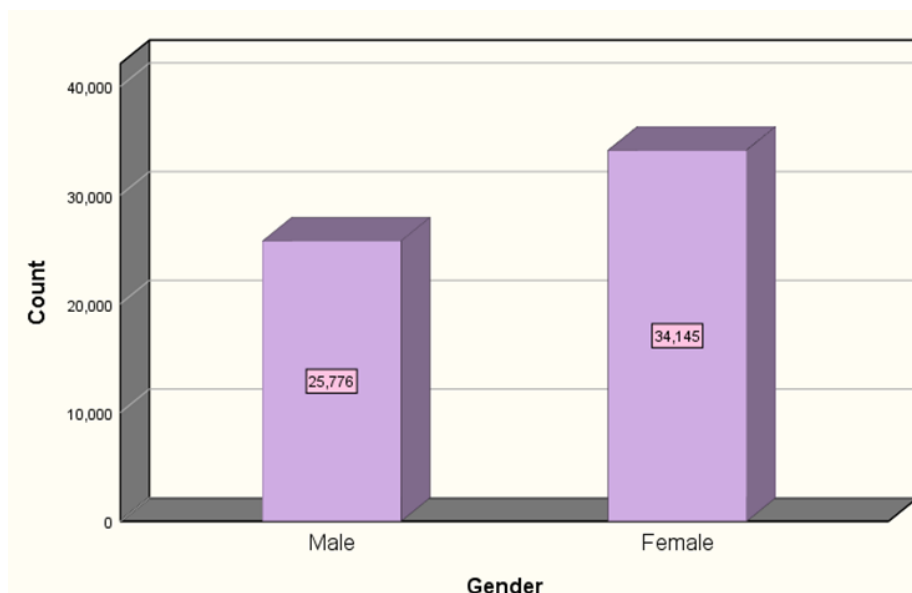
Αρχικά, παρουσιάζεται η μεταβλητή **gender**. Η συγκεκριμένη μεταβλητή αναφέρεται στο εάν ο εκάστοτε ερωτώμενος είναι άντρας (male) ή γυναίκα (female). Συνεπώς, η δημογραφική μεταβλητή gender είναι δίτιμη και παίρνει τις τιμές 1 για male και 2 για female. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν σχετικά με τη συγκεκριμένη μεταβλητή, παρουσιάζονται στον πίνακα συχνοτήτων που ακολουθεί.

Πίνακας 3.1 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή gender

Gender						
			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Male	1	25776	43.0	43.0	43.0
	Female	2	34145	57.0	57.0	100.0
	Total		59921	100.0	100.0	

Από τον πίνακα παρατηρούμε ότι, το δείγμα που μελετάμε αποτελείται συνολικά από 59.921 άτομα, με τον αριθμό των γυναικών να υπερिशύει συγκριτικά με εκείνον των αντρών. Πιο συγκεκριμένα, οι άντρες που συμμετέχουν στην έρευνα του έβδομου κύματος SHARE ανέρχονται στους 25.776 (43 %), ενώ ο αριθμός των γυναικών ισούται με 34.145 (57 %). Η πληροφορία αυτή απεικονίζεται και στο κάτωθι ραβδόγραμμα.

Διάγραμμα 3.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή gender



Στη συνέχεια θα εξεταστεί η ποσοτική διακριτή μεταβλητή **age**, η οποία δηλώνει την ηλικία των συμμετεχόντων σε έτη.

Πίνακας 3.2 Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία για τη μεταβλητή age

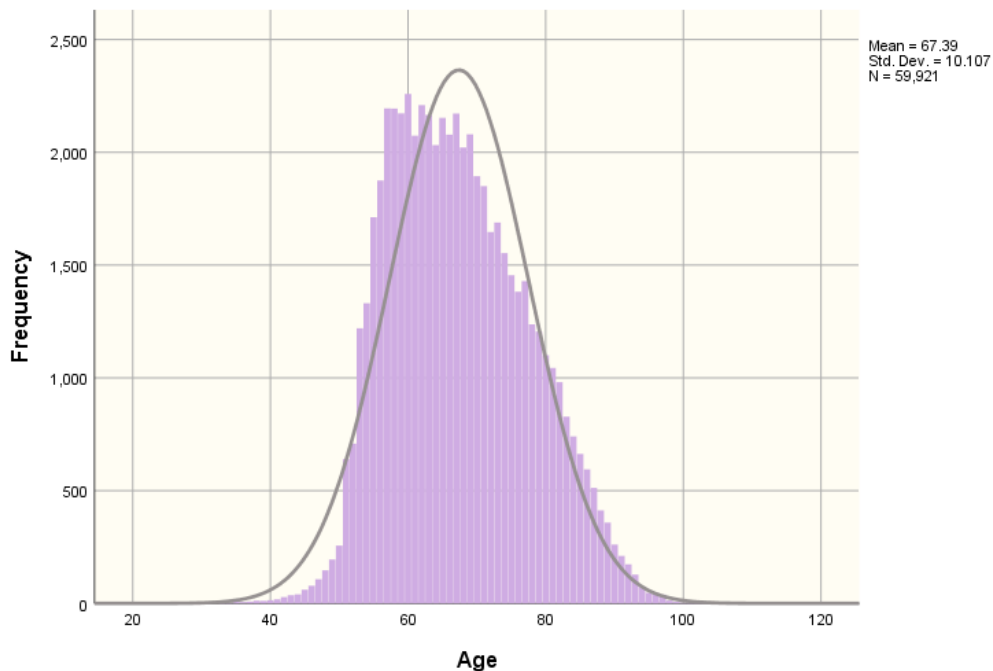
Age		
N	Valid	59921
	Missing	0
Mean		67.39
Median		66.00
Mode		60
Std. Deviation		10.107
Minimum		22
Maximum		105

Αναλύοντας τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι η ερώτηση για την ηλικία έχει απαντηθεί από όλους τους 59.921 συμμετέχοντες, αφού έχουμε μηδέν ελλείπουσες τιμές. Επιπλέον, η μέση ηλικία των ερωτώμενων είναι 67.39 έτη, με τυπική απόκλιση 10.107 έτη (διασπορά των ηλικιών γύρω από τη μέση τιμή) και εύρος

τα 15 έως 105 έτη (μικρότερη και μεγαλύτερη ηλικία αντίστοιχα). Η συχνότερη ηλικία που καταγράφηκε στο δείγμα είναι τα 60 έτη.

Τα προηγούμενα συμπεράσματα αποτυπώνονται γραφικά στο παρακάτω ιστόγραμμα.

Διάγραμμα 3.2 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή age



Για καλύτερη διαχείριση των δεδομένων η συνεχή μεταβλητή age τροποποιήθηκε σε τρίτιμη μεταβλητή, την **age1**, με στόχο την κατηγοριοποίηση του δείγματος σε τρεις βασικές ομάδες. Η κωδικοποίηση έγινε ως εξής:

- 1 → ηλικίες από 50 έως και τα 64 έτη
- 2 → ηλικίες ανάμεσα στα 65 και τα 80 έτη
- 3 → ηλικίες από 81 ετών και άνω.

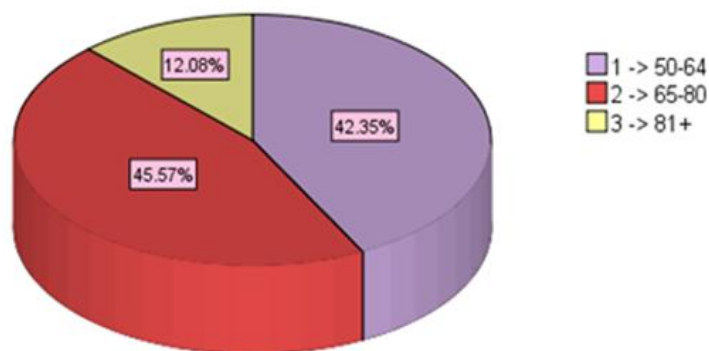
Από τις συχνότητες του πίνακα παρατηρούμε ότι 25.044 (41.8%) άτομα βρίσκονται στο ηλικιακό εύρος 50-64, 26.945 (45.57%) άτομα ανήκουν στην ομάδα 65-80 έτη και 7.146 (11.9%) άτομα είναι μεγαλύτερα από 80 έτη. Ταυτόχρονα, διαπιστώνεται ότι υπάρχουν 786 άτομα που δεν ανήκουν σε καμία από τις τρεις ηλικιακές κατηγορίες- ανήκουν σε ηλικίες κάτω των 50 ετών- συνεπώς καταγράφονται ως ελλείπουσες τιμές.

Πίνακας 3.3 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή age1

age1						
			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	50-64	25044	41.8	42.35	42.4
	2	65-80	26945	45.0	45.57	87.9
	3	81-	7146	11.9	12.08	100.0
	Total		59135	59135	98.7	100.0
Missing	System		786	786	1.3	
Total			59921	100.0	59921	100.0

Παρακάτω παρουσιάζεται και με πιο συνοπτικό τρόπο η κατανομή και τα ποσοστά των ηλικιακών ομάδων στο κυκλικό διάγραμμα.

Διάγραμμα 3.3 Κυκλικό Διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή age1



Ακολούθως, περιγράφεται η δίτιμη μεταβλητή **single**, η οποία αναφέρεται στο αν κάποιος ζει μόνος ή όχι. Στην περίπτωση αυτή η κωδικοποίηση έχει γίνει ως εξής:

- 0 → ο συμμετέχων δε ζει μόνος (πχ ζει με σύζυγο, σύντροφο, παιδιά, κλπ)
- 1 → ο συμμετέχων ζει μόνος

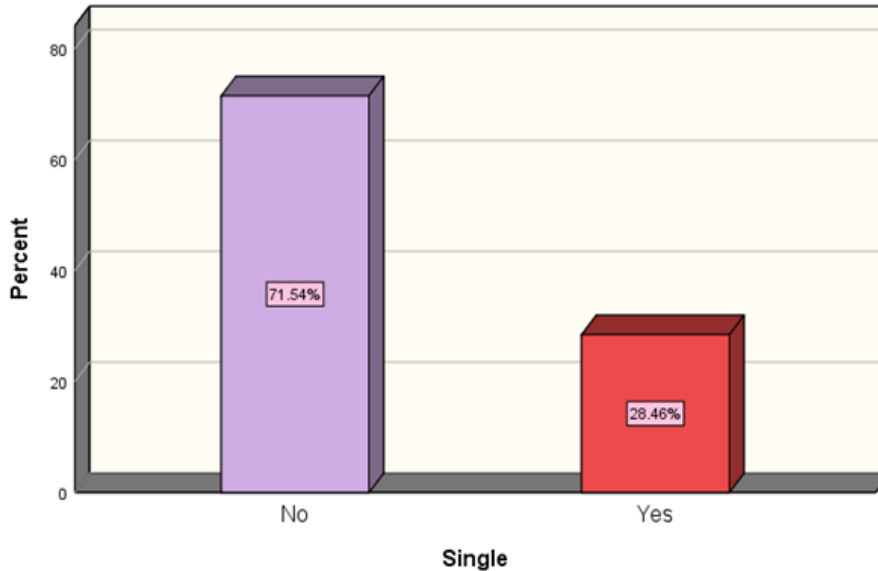
Σύμφωνα με το συγκεκριμένο δείγμα υπάρχουν 42.869 (71.5%) ερωτώμενοι οι οποίοι δε ζουν μόνοι τους ενώ μια μικρότερη μερίδα των συμμετεχόντων του δείγματος, 17.052 (28.5%), ζει χωρίς άλλο άτομο στο ίδιο σπίτι, είτε λόγω χηρείας, διαζυγίου, δεν

προχώρησε σε έγγαμο βίο, κλπ. Παραθέτονται τα στοιχεία σε πίνακα και ραβδόγραμμα αντίστοιχα.

Πίνακας 3.4 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή Single

Single					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No	42869	71.5	71.5	71.5
	Yes	17052	28.5	28.5	100.0
	Total	59921	100.0	100.0	

Διάγραμμα 3.4 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή single



Εν συνεχεία, αναλύεται η μεταβλητή **country**, που εκφράζει τη χώρα διαμονής των συμμετεχόντων στην έρευνα SHARE. Οι κωδικοί που έχουν δοθεί για την κάθε χώρα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 3.5 Κωδικοί για τη μεταβλητή country

11 → Αυστρία	23 → Βέλγιο	47 → Κροατία
12 → Γερμανία	25 → Ισραήλ	48 → Λιθουανία
13 → Σουηδία	28 → Τσεχία	51 → Βουλγαρία
14 → Ολλανδία	29 → Πολωνία	53 → Κύπρος

15 → Ισπανία	30 → Ιρλανδία	55 → Φιλανδία
16 → Ιταλία	31 → Λουξεμβούργο	57 → Λετονία
17 → Γαλλία	32 → Ουγγαρία	59 → Μάλτα
18 → Δανία	33 → Πορτογαλία	61 → Ρουμανία
19 → Ελλάδα	34 → Σλοβενία	63 → Σλοβακία
20 → Ελβετία	35 → Εσθονία	

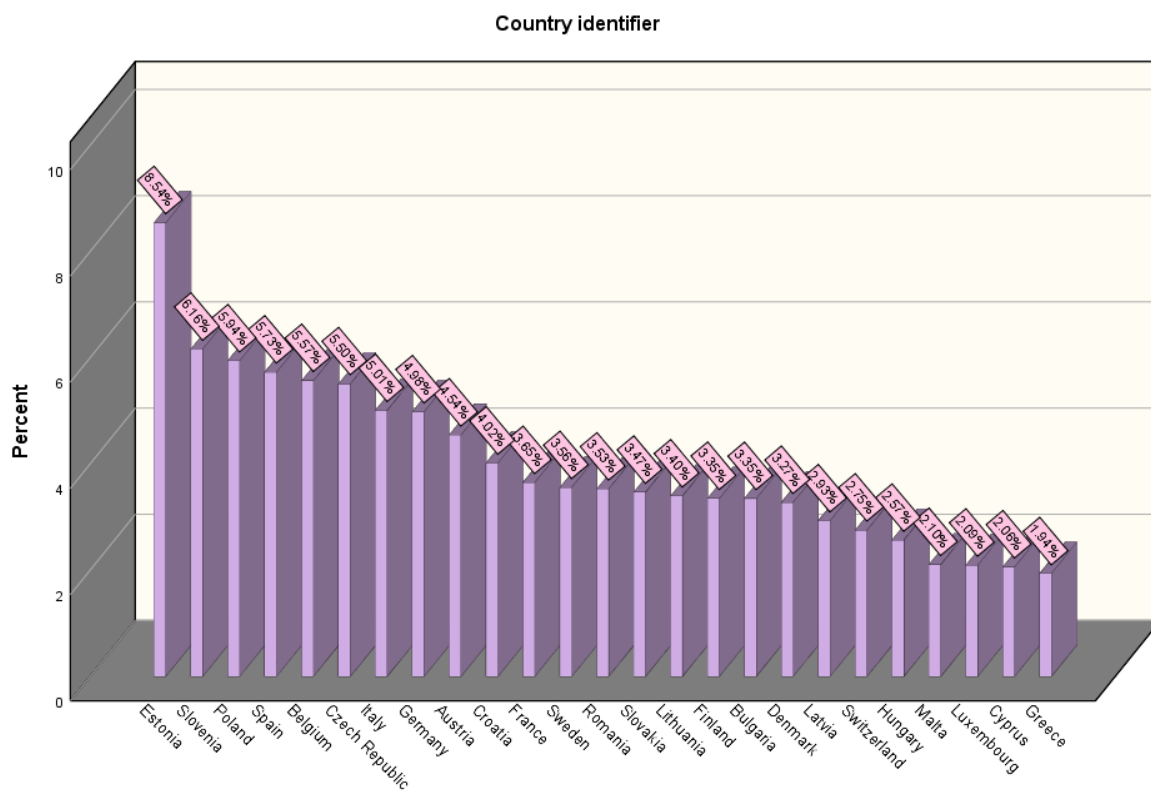
Ακολουθεί ο πίνακας και το αντίστοιχο ραβδόγραμμα που παρουσιάζουν τη συμμετοχή της κάθε χώρας στο κύμα 7 του SHARE. Έχουν τοποθετηθεί με φθίνουσα σειρά ως προς το ποσοστό συμμετοχής. Έτσι εύκολα διαπιστώνουμε πως το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής προήλθε από την Εσθονία (8.5%), με την Σλοβενία και την Πολωνία να ακολουθούν σε αριθμό συμμετεχόντων (6.2% και 5.9% αντίστοιχα) ενώ το μικρότερο ποσοστό συμμετοχής εμφανίζεται στην Ελλάδα (1.9%) και αμέσως μετά σε Κύπρο, Λουξεμβούργο και Μάλτα (2.1%).

Πίνακας 3.6 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή country

Country identifier					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Estonia	5117	8.5	8.5	8.5
	Slovenia	3692	6.2	6.2	14.7
	Poland	3560	5.9	5.9	20.6
	Spain	3431	5.7	5.7	26.4
	Belgium	3335	5.6	5.6	31.9
	Czech Republic	3298	5.5	5.5	37.4
	Italy	3001	5.0	5.0	42.4
	Germany	2985	5.0	5.0	47.4
	Austria	2723	4.5	4.5	52.0
	Croatia	2408	4.0	4.0	56.0
	France	2188	3.7	3.7	59.6
	Sweden	2131	3.6	3.6	63.2
	Romania	2114	3.5	3.5	66.7
	Slovakia	2077	3.5	3.5	70.2
	Lithuania	2035	3.4	3.4	73.6

Finland	2007	3.3	3.3	76.9
Bulgaria	2006	3.3	3.3	80.3
Denmark	1962	3.3	3.3	83.6
Latvia	1756	2.9	2.9	86.5
Switzerland	1648	2.8	2.8	89.2
Hungary	1538	2.6	2.6	91.8
Malta	1261	2.1	2.1	93.9
Luxembourg	1254	2.1	2.1	96.0
Cyprus	1233	2.1	2.1	98.1
Greece	1161	1.9	1.9	100.0
Total	59921	100.0	100.0	

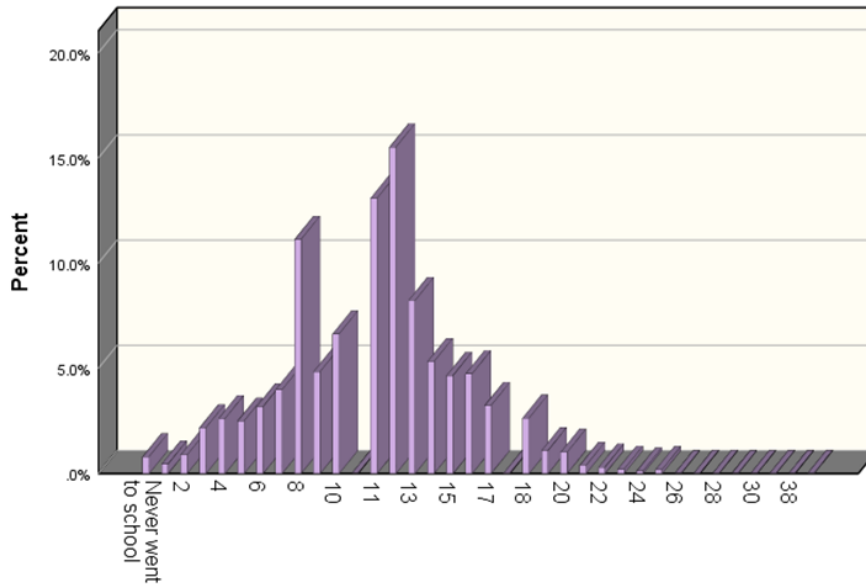
Διάγραμμα 3.5 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή country



Τέλος, περιγράφεται η μεταβλητή **yedu** που καταδεικνύει τα χρόνια εκπαίδευσης των ατόμων που συμμετείχαν στο κύμα 7 του SHARE. Στο παρακάτω

ραβδόγραμμα απεικονίζονται τα ποσοστά στον κάθε αριθμό από 0 έως 38, που αντιστοιχούν στα έτη εκπαίδευσης.

Διάγραμμα 3.6 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή yedu



Δεδομένου ότι η προσέγγιση καταγραφής των συχνοτήτων μέσω μεμονωμένων τιμών της μεταβλητής δε δίνει εύληπτα αποτελέσματα, θα προτιμηθεί η ομαδοποίηση των τιμών σε τρεις βασικές κατηγορίες.

- 1 → 0-9 έτη εκπαίδευσης (έως και έτη υποχρεωτικής εκπαίδευσης-γυμνασίου)
- 2 → 10-12 έτη εκπαίδευσης (έως και έτη δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης-λυκείου)
- 3 → άνω των 13 ετών (Τριτοβάθμια εκπαίδευση)

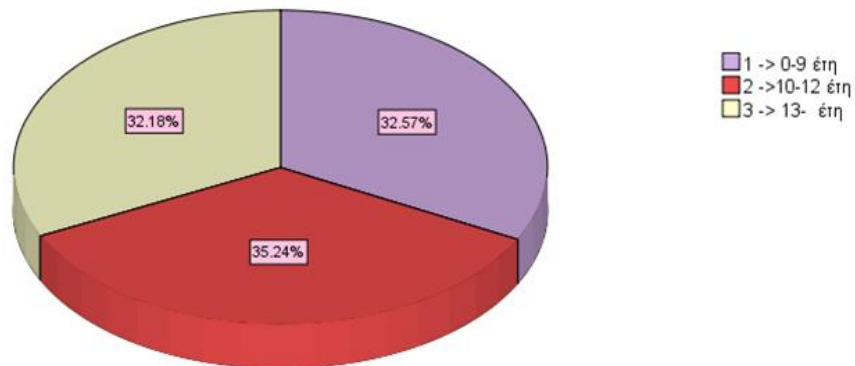
Πίνακας 3.7 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή yedu1

yedu1						
			Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	0-9	19519	32.6	32.6	32.6
	2	10-12	21118	35.2	35.2	67.8
	3	13-	19284	32.2	32.2	100.0
	Total		59921	100.0	100.0	

Σύμφωνα με τον πίνακα συχνοτήτων, οι 19.519 (32.6%) συμμετέχοντες έχουν παρακολουθήσει έως και 9 έτη υποχρεωτικής εκπαίδευσης. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, 21.118 (35.2%) έχουν φοιτήσει και στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση ενώ οι 19.284 (32.2%) έχουν φοιτήσει στο πανεπιστήμιο, από προπτυχιακό επίπεδο έως και διδακτορικό τίτλο σπουδών.

Παρακάτω, παρουσιάζονται γραφικά οι προηγούμενες πληροφορίες.

Διάγραμμα 3.7 Κυκλικό διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή yedu1



3.3.2 Κοινωνικο-οικονομικά αναδρομικά στοιχεία

Οι κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές περιγράφουν το βιοτικό επίπεδο των ερωτηθέντων από την παιδική τους ηλικία. Στη συγκεκριμένη μελέτη έχουν συμπεριληφθεί για το σκοπό αυτό οι κάτωθι μεταβλητές:

- η οικονομική κατάσταση της οικογένειας στην παιδική και εφηβική ηλικία του ερωτώμενου (cc733)
- το ενδεχόμενο η οικογένεια του ερωτώμενου να έλαβε οικονομική βοήθεια από συγγενείς στην παιδική και εφηβική ηλικία του (cc735) και
- το ενδεχόμενο να υπήρξε στην οικογένεια του ερωτώμενου πριν τα 16 του έτη, περίοδος που ο πατέρας δεν εργαζόταν (cc736).

Αρχικά, η μεταβλητή **cc733** αφορά στην ερώτηση «Από τη γέννηση έως την ηλικία των 16. Θα λέγατε ότι η οικογένεια σας τότε ήταν οικονομικά αρκετά καλά, κάπου στο μέσο όρο, ή φτωχή;». Οι απαντήσεις έχουν κωδικοποιηθεί ως εξής:

- 1 → η οικογένεια του ήταν αρκετά καλά οικονομικά
- 2 → η οικογένεια του βρισκόταν στο μέσο όρο
- 3 → η οικογένεια του ήταν φτωχή
- 4 → η οικογένεια του άλλοτε ήταν καλά οικονομικά άλλοτε όχι (ποικίλλει)
- 5 → ο ερωτώμενος δε ζούσε μέχρι τα 16 του με οικογένεια

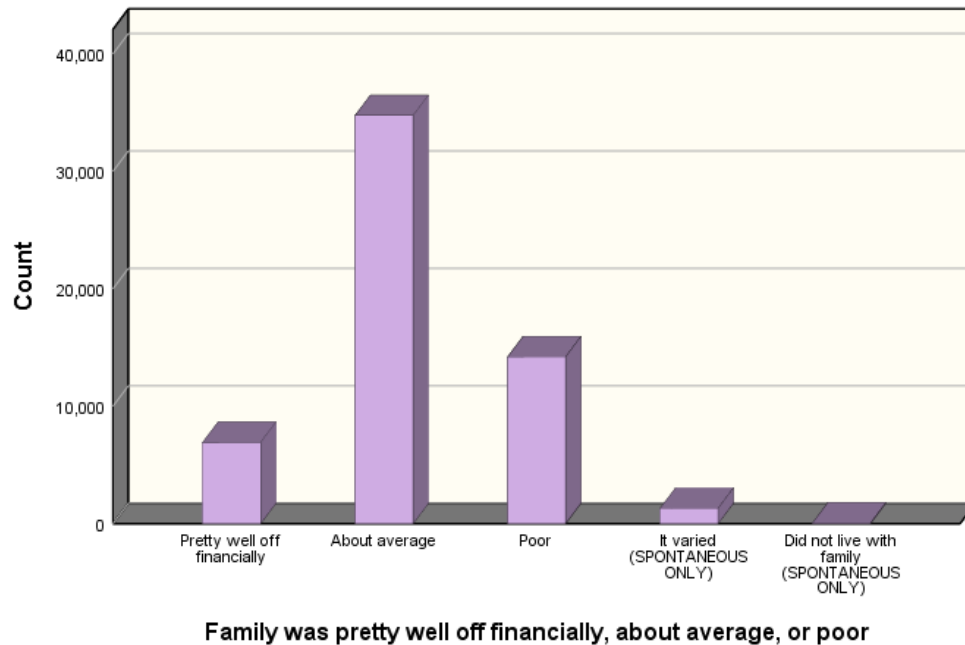
Στον παρακάτω πίνακα οι συμμετέχοντες με οικογένεια που ανήκει στο μέσο όρο οικονομικά καταγράφονται ως συχνότερη κατηγορία. Πιο συγκεκριμένα 34.755 (58%) άτομα απάντησαν ότι η οικογένεια τους άνηκε στο μέσο όρο όταν ήταν παιδιά και έφηβοι. Ακολουθεί η κατηγορία των ατόμων που δήλωσαν ότι μεγάλωσαν σε φτωχό οικογενειακό πλαίσιο, 14.193 άτομα, το οποίο αντιστοιχεί στο 23.7%. Οι συμμετέχοντες που αποκρίθηκαν ότι η οικογένεια τους ήταν καλά οικονομικά ήταν 6.914 (11.5%) ενώ 1.294 (2.2%) αποκρίθηκαν ότι δεν ήταν σταθερά τα οικονομικά της οικογένειάς τους. Τέλος, 58 άτομα (0.1%) απάντησε ότι μέχρι την εφηβεία δε ζούσε με οικογένεια, ενώ καταγράφηκε και ένα ποσοστό 4.5% (2707 άτομα) ελλειπουσών τιμών.

Πίνακας 3.8 Πίνακας συχνότητων για τη μεταβλητή cc733

Family was pretty well off financially, about average, or poor					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Pretty well off financially	6914	11.5	12.1	12.1
	About average	34755	58.0	60.7	72.8
	Poor	14193	23.7	24.8	97.6
	It varied (SPONTANEOUS ONLY)	1294	2.2	2.3	99.9
	Did not live with family (SPONTANEOUS ONLY)	58	.1	.1	100.0
	Total	57214	95.5	100.0	
Missing	System	2707	4.5		
Total		59921	100.0		

Επιβεβαιώνονται και γραφικά οι προηγούμενες αναλογίες σε ένα ραβδόγραμμα συχνοτήτων.

Διάγραμμα 3.8 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc733



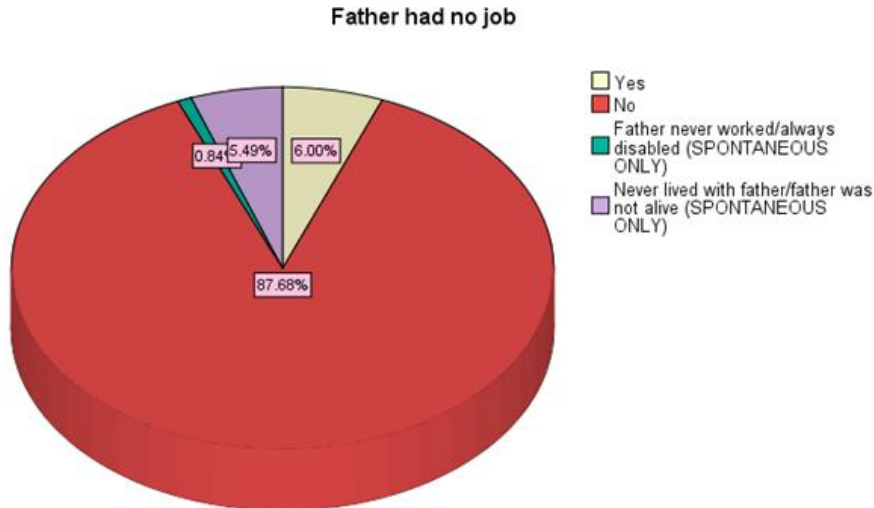
Συμπληρωματικά με την προηγούμενη μεταβλητή, ερευνάται μέσω της δίτιμης μεταβλητής **cc736** αν ο πατέρας υπήρξε άνεργος στα πρώτα 16 χρόνια της ζωής του ερωτώμενου. Στο παρακάτω πίνακα διαφαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία δεν αντιμετώπισε αυτή τη συνθήκη αφού 49.910 (83.3%) απάντησε αρνητικά. Ακολουθούν σε αριθμό οι απαντήσεις «ναι υπήρξε άνεργος» με 5.7% (3414 άτομα) και «δεν έζησα με πατέρα» με ποσοστό 5.2% (3124 άτομα).

Πίνακας 3.9 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc736

Father had no job					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	3414	5.7	6.0	6.0
	No	49910	83.3	87.7	93.7

	Father never worked/always disabled (SPONTANEOUS ONLY)	477	.8	.8	94.5
	Never lived with father/father was not alive (SPONTANEOUS ONLY)	3124	5.2	5.5	100.0
	Total	56925	95.0	100.0	
Missing	System	2996	5.0		
	Total	59921	100.0		

Διάγραμμα 3.9 Κυκλικό διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc736



Στη συνέχεια δίνονται σε πιο συνοπτική περιγραφή οι υπόλοιπες μεταβλητές που περιγράφουν το βιοτικό επίπεδο της οικογένειας των συμμετεχόντων όταν εκείνοι ήταν 10 ετών:

- **cc007d3 → Features of accommodation when ten: hot running water supply**
Η δίτιμη μεταβλητή cc007d3 απαντάει με ένα ναι ή ένα όχι στο ερώτημα αν υπήρχε ζεστή παροχή νερού όταν οι συμμετέχοντες ήταν δέκα ετών.
- **cc007d4 → Features of accommodation when ten: inside toilet**
Η ποιοτική ονομαστική δίτιμη μεταβλητή cc007d4 απαντάει στο ερώτημα αν υπήρχε εσωτερικό μπάνιο στο σπίτι που ζούσε ο ερωτώμενος στην ηλικία των δέκα ετών.

- **cc007d5 → Features of accommodation when ten: central heating**
Η ποιοτική ονομαστική δίτιμη μεταβλητή cc007d5 απαντάει με ναι ή όχι στην ερώτηση αν υπήρχε κεντρική θέρμανση στο σπίτι που ζούσε ο ερωτώμενος όταν ήταν δέκα ετών.
- **cc735 → Received help from relatives because of financial difficulties**
Η ποιοτική ονομαστική δίτιμη μεταβλητή cc735 περιγράφει τις απαντήσεις των ερωτώμενων στο αν η οικογένεια τους έλαβε/ λάμβανε οικονομική βοήθεια από συγγενείς.

3.3.3 Σχέση με άλλους και αυτοαναφερόμενη εικόνα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία

Οι μεταβλητές που εξετάζονται στη συγκεκριμένη ενότητα αφορούν αναδρομικά στοιχεία της ζωής των συμμετεχόντων. Οι μεταβλητές αυτές κρίνονται απαραίτητες για μια πιθανή εύρεση αιτιότητας στοιχείων της παιδικής ηλικίας με την τωρινή ψυχική υγεία των ατόμων. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η κακή σχέση με τους γονείς ή το ενδεχόμενο παιδική κακοποίησης θα μελετηθεί σε σχέση με την ευημερία και την ικανοποίηση για τη ζωή που αντλούν στο παρόν.

Αρχικά, παρουσιάζεται η ποιοτική ονομαστική μεταβλητή **cc004d1** που αναφέρεται στο εάν ο ερωτώμενος ζούσε με τη βιολογική του μητέρα στα δέκα του έτη. Στο παρακάτω πίνακα συχνότητας φαίνεται ότι οι 57.327 από τους 59.921 συμμετέχοντες (95.7%) απάντησαν θετικά στη συγκεκριμένη ερώτηση. Ένας μικρός αριθμός αυτών, 2.270 (3.8%) απάντησε αρνητικά ενώ καταγράφηκαν 324 ελλείπουσες τιμές.

Πίνακας 3.10 Πίνακας συχνότητας για τη μεταβλητή cc004d1

Lived in hh when ten: biological mother					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not selected	2270	3.8	3.8	3.8
	Selected	57327	95.7	96.2	100.0
	Total	59597	99.5	100.0	
Missing	System	324	.5		
Total		59921	100.0		

Στη συνέχεια θα εξεταστεί η ποιοτική ονομαστική μεταβλητή **cc004d2** που απαντάει στην ερώτηση αν ο συμμετέχων ζούσε με τον βιολογικό του πατέρα ή όχι στην ηλικία των δέκα ετών. Σε αυτήν την περίπτωση, οι αναλογίες διαφοροποιούνται σε σχέση με την προηγούμενη κατηγορία, διότι, όπως φαίνεται από τον πίνακα συχνοτήτων, ένα μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων, 6.747 (11.3%) απάντησε αρνητικά ενώ 52.850 άτομα (88.2%) δήλωσαν ότι μεγάλωσαν με τον βιολογικό τους πατέρα. Όπως και πριν, ένα μικρό ποσοστό (0.5%) καταγράφηκε ως ελλείπουσες τιμές.

Πίνακας 3.11 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc004d2

Lived in hh when ten: biological father					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not selected	6747	11.3	11.3	11.3
	Selected	52850	88.2	88.7	100.0
	Total	59597	99.5	100.0	
Missing	System	324	.5		
Total		59921	100.0		

Με τις επόμενες επτά μεταβλητές εξετάζουμε τη σχέση των συμμετεχόντων με τους γονείς τους και το ενδεχόμενο κακοποίησης από αυτούς ή από συγγενείς. Αρχικά, η ποιοτική διατάξιμη μεταβλητή **cc721_1** αναφέρεται στις απαντήσεις των ατόμων σχετικά με το πόσο κατανοούσε η μητέρα τους τα προβλήματά και τις ανησυχίες τους.

Όπως φαίνεται και από τον κάτωθι πίνακα, σχεδόν οι μισοί ερωτώμενοι, 28.790 (48%), αποκρίθηκαν ότι υπήρχε κατανόηση από τη μητέρα τους, ενώ 6.969 (11.6%) και 2947 (4.9%) απάντησαν λίγο και καθόλου αντίστοιχα. Ένας σημαντικός αριθμός απαντήσεων, 19.041 (31.8%), δόθηκε στην ενδιάμεση κατηγορία που η απόκριση αντιστοιχεί στο «κάπως» (κατανοούσε τα προβλήματά μου).

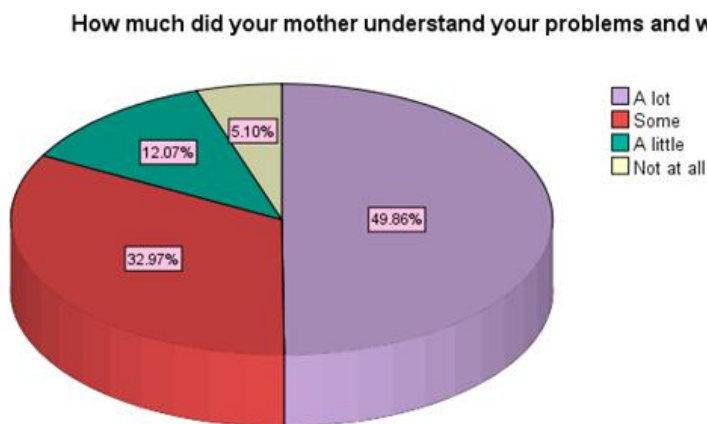
Πίνακας 3.12 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc721_1

How much did your mother understand your problems and worries					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A lot	28790	48.0	49.9	49.9
	Some	19041	31.8	33.0	82.8

	A little	6969	11.6	12.1	94.9
	Not at all	2947	4.9	5.1	100.0
	Total	57747	96.4	100.0	
Missing	System	2174	3.6		
Total		59921	100.0		

Διαφαίνονται και γραφικά τα αντίστοιχα ποσοστά.

Διάγραμμα 3.10 Κυκλικό διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc721_1



Ακολουθεί η αντίστοιχη ποιοτική διατάξιμη μεταβλητή **cc721_2** για την κατανόηση του πατέρα του ερωτώμενου στα προβλήματα και τις ανησυχίες του. Από τις απαντήσεις διακρίνουμε μικρότερη απόκριση στην απάντηση «πολύ», 20.016 (33.4%) , ενώ ένας ίδιος σχεδόν αριθμός ατόμων , 20.667 (34.5%) αποκρίθηκε «κάπως». Τα άτομα που απάντησαν ότι δεν υπήρχε ιδιαίτερη κατανόηση ή και καθόλου, αντιστοιχούν στο 16.8% και 8.4% αντίστοιχα. Διαφαίνεται από το συγκεκριμένο δείγμα ότι ένας στους τέσσερις συμμετέχοντες αντιμετώπιζε δυσκολίες στη σχέση με τον πατέρα του.

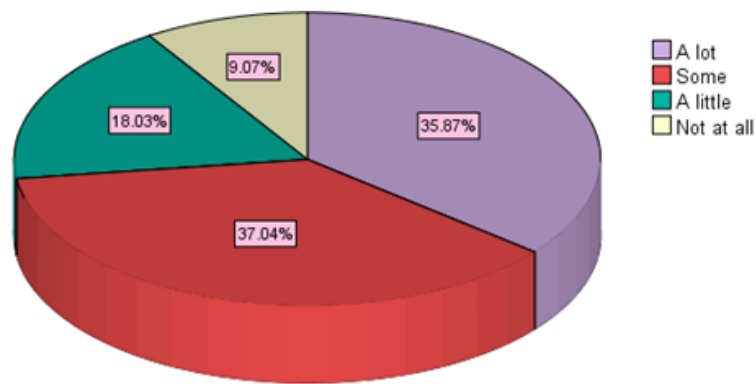
Πίνακας 3.13 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc721_2

How much did your father understand your problems and worries					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	A lot	20016	33.4	35.9	35.9

	Some	20667	34.5	37.0	72.9
	A little	10058	16.8	18.0	90.9
	Not at all	5059	8.4	9.1	100.0
	Total	55800	93.1	100.0	
Missing	System	4121	6.9		
Total		59921	100.0		

Διάγραμμα 3.11 Κυκλικό διάγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc721_2

How much did your father understand your problems and worries



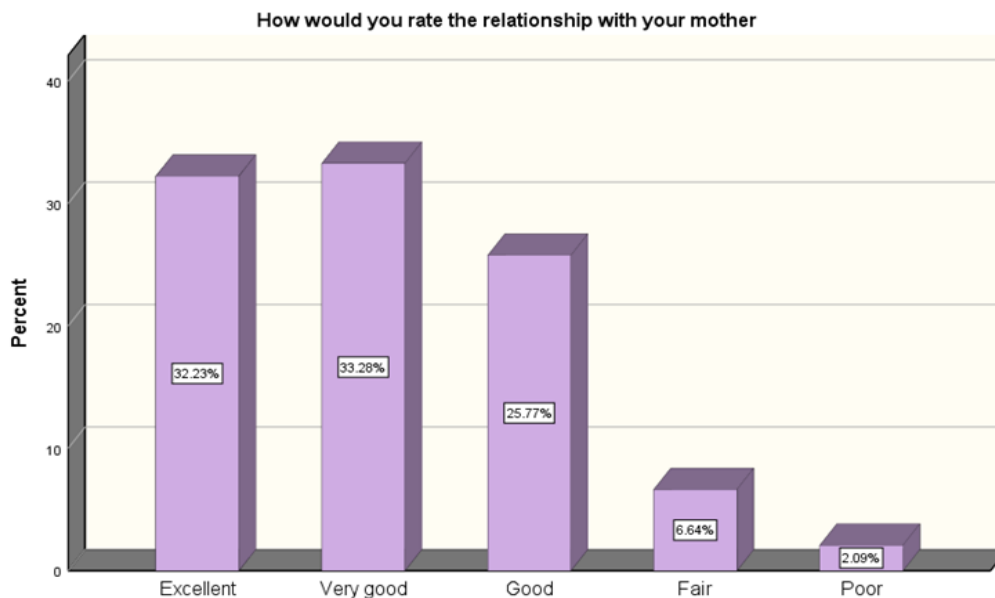
Ακολουθώς, εξετάζουμε τη συνολική αξιολόγηση που δίνουν στην ποιότητα της σχέσης τους με τους γονείς τους. Παρατίθενται οι απαντήσεις περιγραφικά και διαγραμματικά.

Πίνακας 3.14 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc722_1

How would you rate the relationship with your mother					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excellent	18745	31.3	32.2	32.2
	Very good	19357	32.3	33.3	65.5
	Good	14987	25.0	25.8	91.3
	Fair	3863	6.4	6.6	97.9
	Poor	1213	2.0	2.1	100.0
	Total	58165	97.1	100.0	
Missing	System	1756	2.9		
Total		59921	100.0		

Στον παραπάνω πίνακα έχει καταγραφεί ένα σημαντικό ποσοστό συμμετεχόντων (65.5%) που περιγράφει τη σχέση με τη μητέρα τους ως εξαιρετική ή πολύ καλή. Ένας στους τέσσερις αποκρίθηκε ότι η σχέση με τη μητέρα του είναι -απλά-καλή, 3.863 άτομα (6.4%) την κατηγοριοποιούν στο «μέτρια», ενώ ένα μικρό σχετικά ποσοστό ατόμων (2.9%) περιέγραψε τη σχέση με τη μητέρα του κακή. Επίσης, στη συγκεκριμένη ερώτηση καταγράφηκαν και 1.756 (2.9%) ελλείπουσες τιμές.

Διάγραμμα 3.12 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc722_1



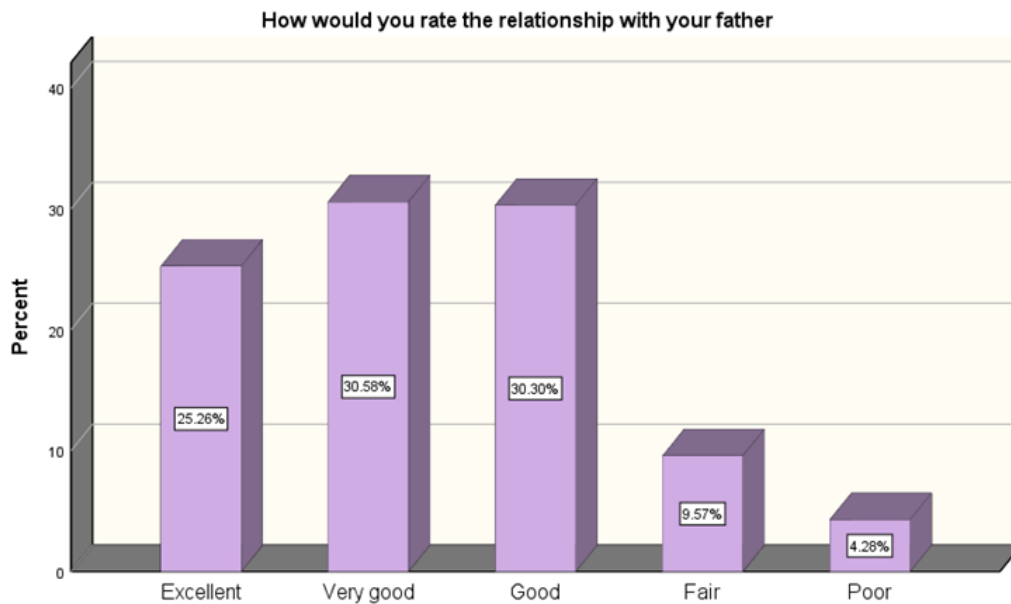
Σε σύγκριση με την προηγούμενη ερώτηση, το αντίστοιχο ποσοστό απαντήσεων στην «εξαιρετική» και «πολύ καλή» σχέση του ερωτώμενου με τον πατέρα του μειώνεται στο 55.8%, κάτι ίσως αναμενόμενο αν συσχετιστεί και με τις αποκρίσεις αναφορικά με την ερώτηση η οποία προηγήθηκε για την κατανόηση των προβλημάτων τους από τους γονείς. Οι 17.002 (28.4%) συμμετέχοντες χαρακτήρισαν τη σχέση με τον πατέρα τους «καλή», 5.371 (9%) άτομα «μέτρια» ενώ 2.404 (4%) την περιέγραψαν ως «κακή». Ένας σημαντικός αριθμός, 3.810 (6.4%) ελλειπουσών τιμών σημειώθηκε στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 3.15 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc722_2

How would you rate the relationship with your father					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excellent	14176	23.7	25.3	25.3

	Very good	17158	28.6	30.6	55.8
	Good	17002	28.4	30.3	86.1
	Fair	5371	9.0	9.6	95.7
	Poor	2404	4.0	4.3	100.0
	Total	56111	93.6	100.0	
Missing	System	3810	6.4		
Total		59921	100.0		

Διάγραμμα 3.13 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc722_2



Ακολουθούν τρεις ερωτήσεις που αφορούν στη σωματική κακοποίηση των συμμετεχόντων από γονείς ή άλλα άτομα. Αρχικά, στην ερώτηση για σωματική κακοποίηση από τη μητέρα, το 3.4% (2.036 άτομα) του δείγματος την χαρακτήρισε ως «συχνή». Οι 7.171 (12%) συμμετέχοντες αποκρίθηκαν ότι συνέβαινε κάποιες φορές, 12.602 (21%) απάντησαν σπάνια ενώ τα 36.273 (60.5%) άτομα αποκρίθηκαν ότι δε συνέβη ποτέ.

Πίνακας 3.16 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή cc725_1

Mother physical harm					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Often	2036	3.4	3.5	3.5
	Sometimes	7171	12.0	12.3	15.9

	Rarely	12602	21.0	21.7	37.5
	Never	36273	60.5	62.5	100.0
	Total	58082	96.9	100.0	
Missing	System	1839	3.1		
Total		59921	100.0		

Στην αντίστοιχη ερώτηση για την σωματική κακοποίηση από τον πατέρα, οι 1.679 (2.8%) ερωτώμενοι αποκρίθηκαν ότι δέχονταν «συχνή» κακοποίηση, 5.957 (9.9%) άτομα απάντησαν «κάποιες φορές», 12.893 (21.5%) δήλωσαν «σπάνια», ενώ 35.817 (59.8%) συμμετέχοντες αποκρίθηκαν ότι δε δέχθηκαν ποτέ σωματική κακοποίηση από τον πατέρα τους. Τέλος, καταγράφηκε και ένα σημαντικό ποσοστό (6%) ελλειπουσών τιμών.

Πίνακας 3.17 Πίνακας συχνότητων για τη μεταβλητή cc725_2

Father physical harm					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Often	1679	2.8	3.0	3.0
	Sometimes	5957	9.9	10.6	13.6
	Rarely	12893	21.5	22.9	36.4
	Never	35817	59.8	63.6	100.0
	Total	56346	94.0	100.0	
Missing	System	3575	6.0		
Total		59921	100.0		

Για τη σωματική κακοποίηση από τρίτους, η πλειοψηφία των αποκρίσεων, 47.912 (80%), έδειξε ότι οι ερωτώμενοι δε την βίωσαν ποτέ, ενώ το 11.9% του δείγματος απάντησε «σπάνια». Το 6.1% των 59.921 συμμετεχόντων, όχι αμελητέο ποσοστό συνολικά, αποκρίθηκε «μερικές φορές» και «συχνά».

Πίνακας 3.18 Πίνακας συχνότητων για τη μεταβλητή cc727

Anybody else physical harm					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Often	805	1.3	1.4	1.4
	Sometimes	2763	4.6	4.7	6.1

	Rarely	7118	11.9	12.1	18.2
	Never	47912	80.0	81.8	100.0
	Total	58598	97.8	100.0	
Missing	System	1323	2.2		
Total		59921	100.0		

Συνοπτικά περιγράφονται και οι τρεις υπόλοιπες μεταβλητές της συγκεκριμένης παραγράφου.

- cc010 → Relative position to others mathematically when ten**
 Η ποιοτική διατάξιμη μεταβλητή cc010 απαντάει στην ερώτηση «Πως ήταν οι επιδόσεις σας στα Μαθηματικά σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά της τάξης σας;» με πιθανές αποκρίσεις: Πολύ καλύτερα, Καλύτερα, Σχετικά το ίδιο, Χειρότερα, Πολύ χειρότερα, δεν πήγαινε σχολείο.
- cc010a → Relative position to others in language when ten**
 Η ποιοτική διατάξιμη μεταβλητή cc010a απαντάει στην ερώτηση «Πως ήταν οι επιδόσεις σας στη γραφή/ανάγνωση σε σύγκριση με τα άλλα παιδιά της τάξης σας;» με τις αντίστοιχες με την προηγούμενη ερώτηση αποκρίσεις.
- cc008 → Number of books when ten**
 Η ποσοτική μεταβλητή cc008 αναφέρεται στον αριθμό των βιβλίων που είχαν τα μέλη του δείγματος στην ηλικία των δέκα ετών. Οι επιλογές που τους δίνονται είναι οι εξής: 0 έως 10 βιβλία, 11 έως 25, 26 έως 100, 101 έως 200, περισσότερα από 200.

3.3.4 Σωματική υγεία στην παιδική και τωρινή ηλικία

3.3.4.1 Υγεία των συμμετεχόντων κατά το 7ο κύμα

Στη συγκεκριμένη ενότητα εξετάζονται όλες οι μεταβλητές που αφορούν στη σωματική υγεία των ερωτηθέντων. Με τις απαντήσεις που συγκεντρώνονται, συλλέγονται πληροφορίες για τις γνωστικές δεξιότητες (μνήμη, χρονικό προσανατολισμό) καθώς και για κινητικούς περιορισμούς, περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες κ.α.

Ως πρώτη μεταβλητή, αναλύεται η μεταβλητή **gali** (global activity limitation index). Η συγκεκριμένη ποιοτική δίτιμη μεταβλητή χρησιμοποιείται ως δείκτης σύγκρισης του προσδόκιμου υγείας και αναπηρίας ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης. Μετράει τους μακροχρόνιους περιορισμούς (άνω των 6 μηνών) σε συνήθειες δραστηριότητες που οφείλονται σε προβλήματα υγείας. Στο κύμα 7 του SHARE, σχεδόν οι μισές απαντήσεις του δείγματος, 28.869 άτομα (48.2%) αφορούν σε τέτοιους περιορισμούς.

Πίνακας 3.19 Πίνακας συχνότητων για τη μεταβλητή gali

Limitation with activities					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Not limited	31052	51.8	51.8	51.8
	Limited	28869	48.2	48.2	100.0
	Total	59921	100.0	100.0	

Στη συνέχεια παρουσιάζεται η δίτιμη ποιοτική μεταβλητή **adl2 (activities of daily living)**. Η συγκεκριμένη μεταβλητή εξετάζει τους περιορισμούς και τις δυσκολίες που βιώνουν οι ερωτηθέντες στις καθημερινές τους δραστηριότητες, είτε εξαιτίας σωματικών δυσκολιών, ψυχικών προβλημάτων ή ακόμα και γνωστικών φθορών (μνήμης κ.α). Στις βασικές δραστηριότητες που παρουσιάζονται δυσκολίες, ενδεικτικά συγκαταλέγονται: ντύσιμο, περπάτημα μέσα στο σπίτι, διατήρηση προσωπικής υγιεινής, χρήση τουαλέτας, σηκωμα/ξάπλωμα στο κρεβάτι κ.α

Βάσει του πίνακα που ακολουθεί, η πλειοψηφία των συνεντευξιζόμενων (87%) αποκρίθηκε ότι δεν αντιμετώπιζε περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες, έναντι του 11.4% που απάντησε θετικά στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Πίνακας 3.20 Πίνακας συχνότητων για τη μεταβλητή adl2

1+ adl limitations					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	No adl limitations	52137	87.0	88.4	88.4
	1+ adl limitations	6814	11.4	11.6	100.0
	Total	58951	98.4	100.0	

Missing	System	970	1.6		
Total		59921	100.0		

Συμπληρωματικά με την προηγούμενη μεταβλητή, η μεταβλητή **chronic** εκφράζει τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων που μπορεί να έχουν οι συμμετέχοντες. Σε αυτές περιλαμβάνονται: έμφραγμα, καρδιακή προσβολή, θρομβώσεις, υπέρταση, χοληστερίνη, εγκεφαλικά επεισόδια, σακχαρώδης διαβήτης, άσθμα, αρθρίτιδα, άνοια, κατάγματα, νόσος του Πάρκινσον, καρκίνος, οστεοπόρωση κ.α.

Για καλύτερη αξιοποίηση των απαντήσεων, η αρχική μεταβλητή **chronic** κωδικοποιήθηκε και μετατράπηκε στην δίτιμη ποιοτική **chronic2w7** με τους εξής κωδικούς:

- 0 → λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις
- 1 → 2+ χρόνιες παθήσεις

Από τα αποτελέσματα του παρακάτω πίνακα παρατηρούμε ότι έχουν σχηματιστεί δύο ισομερείς ομάδες, με 29.805 άτομα να δηλώνουν ότι πάσχουν από 1 ή καμία ασθένεια και 29.642 ερωτώμενοι με πάνω από μία χρόνιες παθήσεις.

Πίνακας 3.21 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή chronic2w7

2+ chronic diseases (w7 version)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Less than 2 diseases	29805	49.7	50.1	50.1
	2+ chronic diseases	29642	49.5	49.9	100.0
	Total	59447	99.2	100.0	
Missing	System	474	.8		
Total		59921	100.0		

Συνεχίζοντας στην ανάλυση της μεταβλητής **mobility**, καταγράφονται οι κινητικοί περιορισμοί των ερωτώμενων, όπως ενδεικτικά αναφέρονται: περπάτημα 100 μέτρων, ορθοστασία για δύο περίπου ώρες, ανέβασμα σκαλοπατιών χωρίς ανάπαυση, σκύψιμο ή γονάτισμα, έκταση των χεριών πάνω από το επίπεδο των ώμων, τράβηγμα ή σπρώξιμο μεγάλων αντικειμένων, κ.α.

Για την αρτιότερη αξιοποίηση των αποκρίσεων της, η **mobility** τροποποιήθηκε στη δίτιμη μεταβλητή **mobilit3** με την εξής κωδικοποίηση:

- 0 → από 0 έως και 2 κινητικούς περιορισμούς
- 1 → από 3 και περισσότερους κινητικούς περιορισμούς

Πίνακας 3.22 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή **mobilit3**

3+ mobility, arm function and fine motor limitations					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0-2 limitations	43215	72.1	72.9	72.9
	3+ limitations	16101	26.9	27.1	100.0
	Total	59316	99.0	100.0	
Missing	System	605	1.0		
Total		59921	100.0		

Σύμφωνα με τον προηγούμενο πίνακα, οι 43.215 (72.1%) ερωτώμενοι αποκρίθηκαν ότι αντιμετωπίζουν από κανέναν έως και 2 κινητικούς περιορισμούς ενώ οι 16.101 (26.9%) από τρεις κινητικούς περιορισμούς και πάνω.

Ακολουθεί η ποιοτική διατάξιμη μεταβλητή **memory**, η οποία παρουσιάζει τα αποτελέσματα των τεστ μνήμης που δίνονται στους συνεντευξαζόμενους. Μέσα από τα τεστ αυτά, ο ερωτώμενος προσπαθεί να θυμηθεί όσες περισσότερες λέξεις μπορεί από αυτές που του εμφανίστηκαν νωρίτερα. Οι μετρήσεις των τεστ έχουν κωδικοποιηθεί με τον εξής τρόπο:

- 1 → Άριστα
- 2 → Πολύ καλά
- 3 → Καλά
- 4 → Μέτρια
- 5 → Χαμηλά

Από τις συχνότητες που ακολουθούν, διαπιστώνεται ότι στα τεστ μνήμης οι περισσότεροι συμμετέχοντες του κύματος 7 στο SHARE σκόραραν γύρω από το μέσο όρο, στο «καλά». Οι 15.986 (26.7%) ερωτώμενοι κατέγραψαν βαθμολογία «Καλά», οι 8.168 (13.6%) «πολύ καλά», ενώ 8.033 (13.4%) τα πήγαν «μέτρια». Στην κατηγορία εξαιρετικά καταγράφηκαν 2.806 (4.7%) τεστ και στην κατώτατη κλίμακα, στο «χαμηλά», αντιστοιχίστηκαν 1.581 (2.8%) τεστ. Δυστυχώς στην συγκεκριμένη κατηγορία έχουν

σημειωθεί 36.574 ελλείπουσες τιμές, ένα σημαντικό ποσοστό που αντιστοιχεί στο 39% των συμμετεχόντων και δυσχεραίνει την κατάλληλη αξιοποίηση της γνώσης που παρέχουν τα συγκεκριμένα τεστ μνήμης.

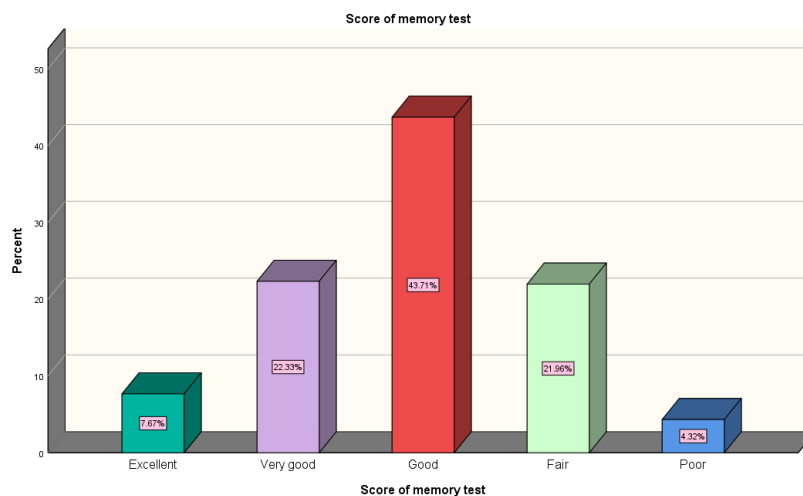
Πίνακας 3.23 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή memory

Score of memory test					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excellent	2806	4.7	7.7	7.7
	Very good	8168	13.6	22.3	30.0
	Good	15986	26.7	43.7	73.7
	Fair	8033	13.4	22.0	95.7
	Poor	1581	2.6	4.3	100.0
	Total	36574	61.0	100.0	
Missing	System	23347	39.0		
Total		59921	100.0		

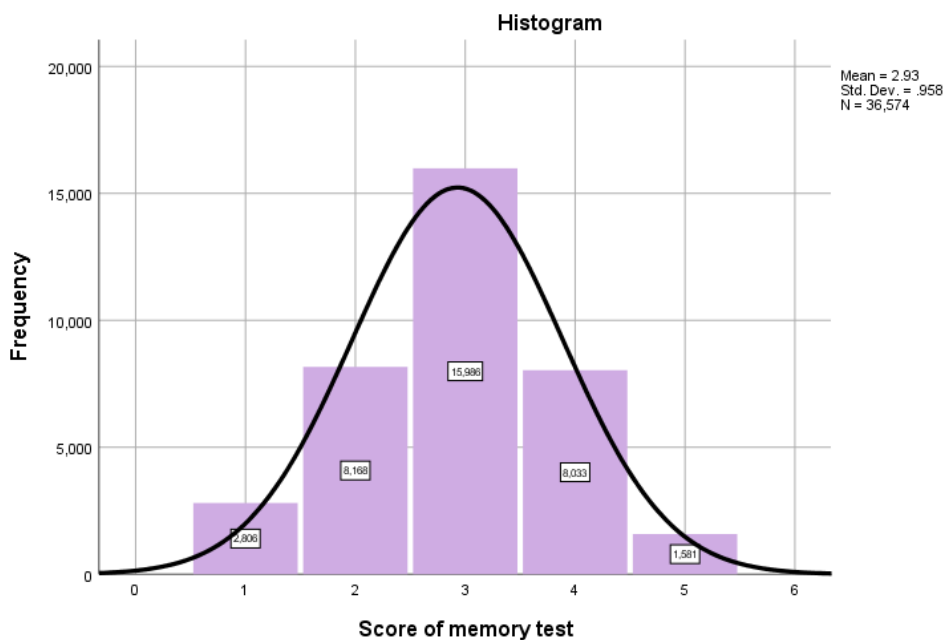
Στην περίπτωση που επιθυμούμε να αγνοήσουμε τις ελλείπουσες τιμές, μπορούμε για τη μελέτη της συγκεκριμένης μεταβλητής να αξιοποιηθεί η στήλη του πίνακα που αναφέρεται στα «valid percent» .

Στο ραβδόγραμμα που ακολουθεί παρουσιάζονται γραφικά τα αποτελέσματα των τεστ μνήμης.

Διάγραμμα 3.14 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή memory



Διάγραμμα 3.15 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή memory



Ακολούθως, καταγράφονται τα αποτελέσματα στην μεταβλητή **bmi2**. Η συγκεκριμένη ποιοτική διατάξιμη μεταβλητή έχει προέλθει από την κατηγοριοποίηση του δείκτη μάζας σώματος bmi, σύμφωνα με τις κατηγορίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO,1995).

Πιο συγκεκριμένα, η κωδικοποίηση έχει γίνει ως εξής :

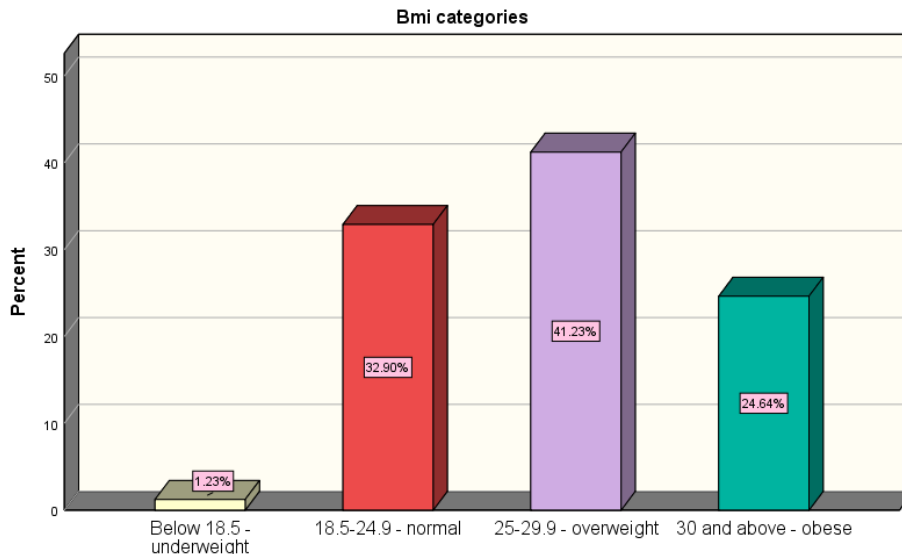
- 1 → Below 18.5 - underweight (ελλιποβαρές άτομο)
- 2 → 18.5 -24.9 - normal (φυσιολογικού βάρους άτομο)
- 3 → 25- 29.9 - overweight (υπέρβαρο άτομο)
- 4 → 30 and above - obese (παχύσαρκο άτομο)

Πίνακας 3.24 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bmi2

Bmi categories					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Below 18.5 - underweight	710	1.2	1.2	1.2
	18.5-24.9 - normal	18996	31.7	32.9	34.1
	25-29.9 - overweight	23809	39.7	41.2	75.4
	30 and above - obese	14227	23.7	24.6	100.0
	Total	57742	96.4	100.0	
Missing	System	2179	3.6		

Total	59921	100.0		
-------	-------	-------	--	--

Διάγραμμα 3.16 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή bmi2



Από τα παραπάνω στοιχεία- πίνακα συχνοτήτων και αντίστοιχο ραβδόγραμμα- διαπιστώνεται ότι η συχνότερη κατηγορία είναι αυτή των υπέρβαρων, με καταγεγραμμένα 14.227 άτομα, τα οποία αντιστοιχούν σε ποσοστό 39.7% του δείγματος. Ακολουθούν σε συχνότητα οι κατηγορίες «φυσιολογικό βάρος» με 18.996 (31.7%) άτομα και στη συνέχεια η κατηγορία «παχύσαρκος» με 14.227 άτομα (23.7%). Μόλις 1.2% των ατόμων του δείγματος καταγράφηκαν ως λιποβαρείς ενώ σημειώθηκαν 2.179 (3.6%) ελλείπουσες τιμές.

Ακολουθεί η ποιοτική διατάξιμη μεταβλητή sphus (self perceived health US scale). Οι συνεντευξιαζόμενοι βαθμολογούν την τωρινή γενική υγεία τους σε μία πενταβάθμια κλίμακα Likert. Η αμερικάνικη με την ευρωπαϊκή κλίμακα έχουν διαφορές στο εύρος των απαντήσεων. Η ευρωπαϊκή έχει ως άκρα τις επιλογές «very good» και «very poor» ενώ η αμερικάνικη το «excellent» και το «poor». Η κωδικοποίηση στο SHARE w7 γίνεται με βάση την αμερικάνικη κλίμακα.

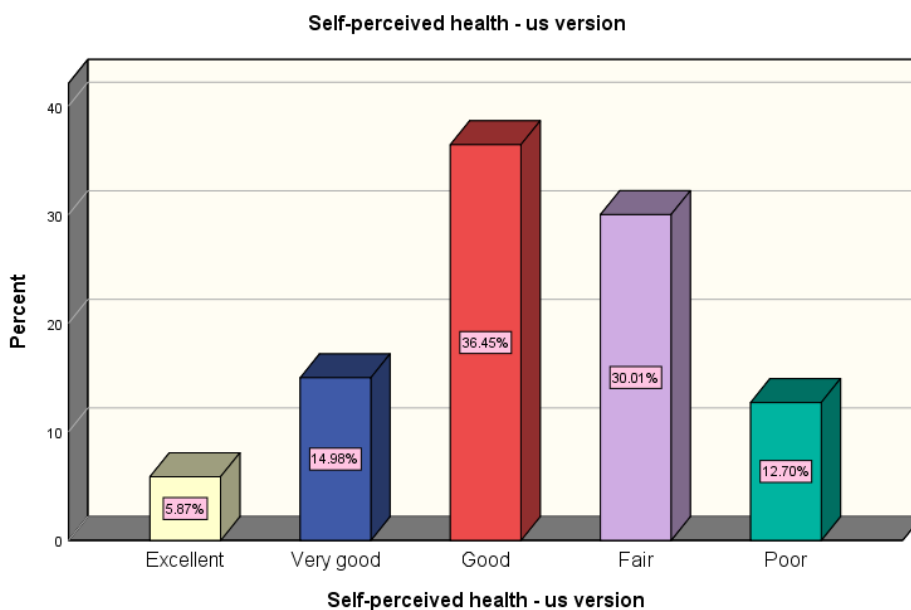
- 1 → Άριστη
- 2 → Πολύ καλή
- 3 → Καλή
- 4 → Μέτρια
- 5 → Ανεπαρκής/ Μη ικανοποιητική

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν καταγράφονται και παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα και στο ραβδόγραμμα που ακολουθεί. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων, στην ερώτηση για την αυτοαναφερόμενη υγεία 21.722 (36.3%) αποκρίθηκαν ότι είναι «καλή», ενώ ακολουθεί σε αριθμό απαντήσεων, 17.882 (29.8%) η απάντηση «μέτρια». Μικρότερα ποσοστά καταλαμβάνουν οι απαντήσεις «πολύ καλή» και «ανεπαρκή/μη ικανοποιητική» υγεία με 8.927 άτομα (14.9%) και 7.568 άτομα (12.6%) αντίστοιχα.

Πίνακας 3.25 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphis

Self-perceived health - us version					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excellent	3497	5.8	5.9	5.9
	Very good	8927	14.9	15.0	20.8
	Good	21722	36.3	36.4	57.3
	Fair	17882	29.8	30.0	87.3
	Poor	7568	12.6	12.7	100.0
	Total	59596	99.5	100.0	
Missing	System	325	.5		
Total		59921	100.0		

Διάγραμμα 3.17 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphis



Στη δίτιμη ποιοτική μεταβλητή **sphus2** διαφοροποιείται η κατηγοριοποίηση των απαντήσεων της μεταβλητής sphus για τη βέλτιστη διαχείριση των απαντήσεων. Η κωδικοποίηση γίνεται ως εξής:

- 0 → Πολύ καλή/ άριστη
- 1 → Λιγότερο από πολύ καλή

Οι προηγούμενες 5 κατηγορίες συμπύσσονται σε 2 και διαφαίνεται καλύτερα η απόκλιση στις απαντήσεις όσων νιώθουν πολύ καλά σε σύγκριση με όσους δεν πιστεύουν ότι η υγεία τους είναι ικανοποιητική. Έτσι, 12.424 άτομα (20.7%) δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική ή πολύ καλή ενώ η πλειοψηφία του δείγματος, 47.172 (78.7%) άτομα, απάντησαν ότι η υγεία τους είναι λιγότερο από πολύ καλή.

Πίνακας 3.26 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή sphus2

Sphus-less than very good health					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Very good/excellent	12424	20.7	20.8	20.8
	Less than very good	47172	78.7	79.2	100.0
	Total	59596	99.5	100.0	
Missing	System	325	.5		
Total		59921	100.0		

3.3.4.2 Υγεία κατά την παιδική ηλικία

Ακολουθούν τρεις μεταβλητές που παρουσιάζουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων αναφορικά με την υγεία τους στην παιδική ηλικία. Η πρώτη είναι η ποιοτική διατάξιμη μεταβλητή **hs003** που απαντάει στην ερώτηση: «Θα λέγατε ότι η υγεία σας κατά τη διάρκεια των παιδικών σας χρόνων ήταν γενικά άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια, ή κακή;» και η αντίστοιχη κωδικοποίηση που ακολουθεί:

- 1 → Άριστη
- 2 → Πολύ καλή
- 3 → Καλή
- 4 → Μέτρια
- 5 → Κακή

- 6 → Η υγεία μου είχε μεγάλες διακυμάνσεις

Πίνακας 3.27 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή hs003

Childhood health status					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Excellent	18421	30.7	31.0	31.0
	Very good	18401	30.7	31.0	62.0
	Good	16244	27.1	27.3	89.3
	Fair	4638	7.7	7.8	97.1
	Poor	1553	2.6	2.6	99.7
	Health varied a great deal	159	.3	.3	100.0
	Total	59416	99.2	100.0	
Missing	System	505	.8		
Total		59921	100.0		

Από τις απαντήσεις που δόθηκαν, οι περισσότεροι συμμετέχοντες θυμούνται να έχουν εξαιρετική ή πολύ καλή υγεία στην παιδική τους ηλικία, με 18.421 (30.7%) και 18.401 (30.7%) απαντήσεις αντίστοιχα. Ακολουθούν σε πλήθος οι αποκρίσεις για «καλή» παιδική υγεία (27.1%) , ενώ το 7.7% των ερωτώμενων ανακαλούν «μέτρια» υγεία κατά την παιδική τους ηλικία. Ένα μικρό ποσοστό τέλος (2.6%), έχει αναμνήσεις από «κακή» παιδική υγεία.

Περιγράφονται συνοπτικά και οι υπόλοιπες δύο μεταβλητές που παρουσιάζουν αναδρομικά συμπεράσματα για την παιδική ηλικία των συνεντευξιαζομένων.

- Η ποιοτική δίτιμη μεταβλητή **hs052** εξετάζει το ενδεχόμενο του σοβαρού τραυματισμού στο βαθμό της αναπηρίας
- Η ποσοτική διατάξιμη μεταβλητή **hs054** διερευνά τον αριθμό των φορών που υπήρξε ασθενής ο ερωτώμενος κατά την παιδική του ηλικία.

3.3.5 Στοιχεία της Προσωπικότητας

Σύμφωνα με πολλές έρευνες, η προσωπικότητα του κάθε ατόμου συσχετίζεται με ένα μεγάλο εύρος ζητημάτων ζωής και εκβάσεων σε τομείς όπως εισόδημα, υγεία, ευημερία, συζυγική σταθερότητα και κοινωνική συμμετοχή (Roberts et al.,2007). Για το

λόγο αυτό στο κύμα 7 του SHARE εισήχθη η κλίμακα "10-item Big Five inventory" (BFI-10) και έκτοτε καθιερώθηκε ως ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης των πέντε βασικών διαστάσεων της προσωπικότητας. Τα στοιχεία της προσωπικότητας που προσεγγίζονται είναι: η εξωστρέφεια, η συγκαταβατικότητα, η δεκτικότητα (στις εμπειρίες), η ευσυνειδησία (σε αντίθεση με την έλλειψη στόχου) και ο νευρωτισμός (σε αντίθεση με τη συναισθηματική σταθερότητα).

Η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι ενώ τα τρία πρώτα μεταβάλλονται με την ηλικία, τα δύο τελευταία παραμένουν σε μεγάλο βαθμό ανεπηρέαστα. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώνεται ότι το χαρακτηριστικό της συγκαταβατικότητας παρουσιάζει μια μικρή ανοδική τάση όσο η ηλικία αυξάνεται, γεγονός που επιβεβαιώνεται και από τα αποτελέσματα του κύματος 7 του SHARE. Αντίθετα, η εξωστρέφεια και η δεκτικότητα σημειώνουν πτωτική τάση στα μεγαλύτερα ηλικιακά γκρουπ. Η ευσυνειδησία και ο νευρωτισμός που παραμένουν αμετάβλητα φαίνεται να είναι και τα ειδοποιά στοιχεία του χαρακτήρα που έχουν ισχυρή συσχέτιση με τις ληφθείσες αποφάσεις και την ποιότητα ζωής (Börsch-Supan et al.,2019).

Η κλίμακα "10-item Big Five inventory" αξιοποιεί δύο ερωτήσεις για κάθε στοιχείο της προσωπικότητας και μία πενταβάθμια κλίμακά Likert για την κάλυψη των αποκρίσεων των ερωτώμενων. Οι δύο δηλώσεις που σκιαγραφούν την κάθε πτυχή της προσωπικότητας έχουν κατασκευαστεί με ειδικό τρόπο ώστε να υπολογίζεται το θετικό και το αρνητικό άκρο της συγκεκριμένης διάστασης. Με κατάλληλο υπολογισμό των δύο αποκρίσεων στις δύο δηλώσεις λαμβάνεται το αντίστοιχο συμπέρασμα στην κάθε κατηγορία.

Αρχικά, οι δηλώσεις που σκιαγραφούν την **εξωστρέφεια** του ατόμου (**bfi10 extra**) είναι οι εξής:

- Θεωρώ τον εαυτό μου ως κάποιον/α που είναι εξωστρεφής, κοινωνικός.
- Θεωρώ τον εαυτό μου ως κάποιον/α που είναι εσωστρεφής

Οι πιθανές απαντήσεις για όλες τις ερωτήσεις προσωπικότητας ακολουθούν την μορφή:

1. Διαφωνώ απόλυτα
2. Διαφωνώ κάπως
3. Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. Συμφωνώ κάπως
5. Συμφωνώ απόλυτα

Πίνακας 3.28 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi 10_extra

Extraversion (Big Five personality inventory)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	low	571	1.0	1.0	1.0
	1.50	1306	2.2	2.2	3.1
	2.00	3613	6.0	6.0	9.2
	2.50	5783	9.7	9.7	18.8
	3.00	14662	24.5	24.5	43.3
	3.50	10017	16.7	16.7	60.0
	4.00	10279	17.2	17.2	77.2
	4.50	6712	11.2	11.2	88.4
	high	6978	11.6	11.6	100.0
	Total	59921	100.0	100.0	

Η μέση βαθμολογία των παραπάνω ερωτήσεων δίνει τα αποτελέσματα του πίνακα. Έτσι διαπιστώνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό (24.5%) τοποθετείται στην απάντηση «ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ» ενώ ακολουθούν οι 10.279 απαντήσεις (17.2%) που εμπίπτουν στην κατηγορία «συμφωνώ κάπως». Μικρός αριθμός απαντήσεων καταγράφεται στο «διαφωνώ απόλυτα» και στο «διαφωνώ κάπως» με 571 (1%) και 3.613 (6%) αντίστοιχα, υποδηλώνοντας ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δε θεωρούν τον εαυτό τους εσωστρεφή.

Ακολουθεί η κατηγορία που περιγράφει την **συγκαταβατική** προσωπικότητα (**bfi10 agree**). Οι ερωτήσεις που σκιαγραφούν αυτή την πλευρά του χαρακτήρα των ερωτώμενων είναι οι εξής:

- Θεωρώ τον εαυτό μου ως κάποιον/α που είναι εύπιστος, δηλαδή κάποιος που εμπιστεύεται τους άλλους
- Θεωρώ τον εαυτό μου ως κάποιον/α που τείνει να μεταθέτει την ευθύνη σε άλλους (αυστηρότερος με τους άλλους).

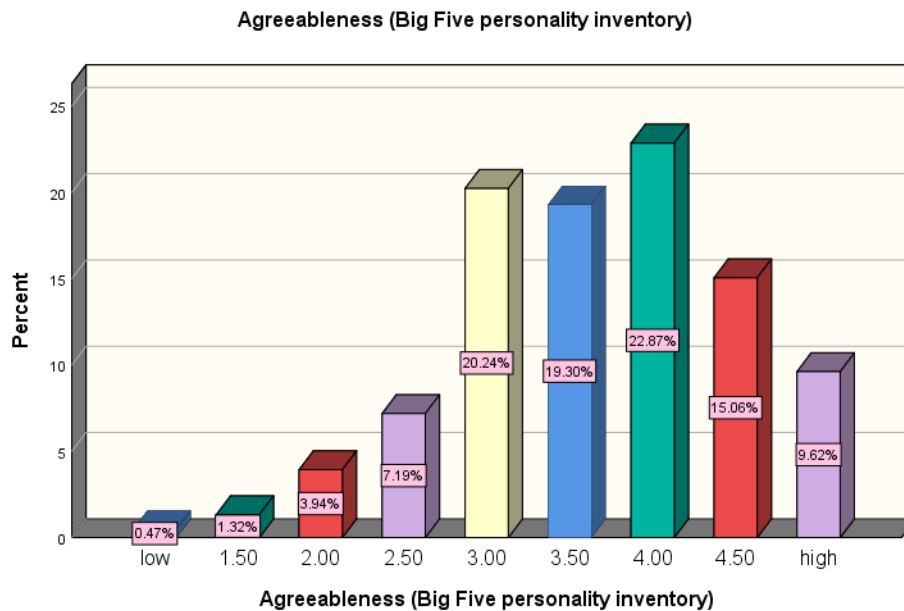
Στον παρακάτω πίνακα παραθέτονται τα αποτελέσματα των αποκρίσεων. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων, 13.703 (22.9%), είναι στο "4" που σημαίνει ότι θεωρούν τον εαυτό τους αρκετά συγκαταβατικό ενώ δεύτερη επικρατούσα επιλογή είναι ο μέσος όρος "3", με 12.127 (20.2%) συμμετέχοντες να δηλώνουν έμμεσα ότι βρίσκονται κάπου στη μέση σχετικά με τη συγκαταβατικότητα, ανάλογα την

κατάσταση. Λιγότερο από 13% των συμμετεχόντων αποκρίθηκε βαθμό "1" έως "2.5", βαθμολογία που υποδηλώνει περισσότερο δύσκολη προσωπικότητα ενώ αντιθέτως, 67% των αποκρίσεων κυμάνθηκαν άνω του μέσου "3".

Πίνακας 3.29 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi 10_agree

Agreeableness (Big Five personality inventory)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	low	283	.5	.5	.5
	1.50	792	1.3	1.3	1.8
	2.00	2360	3.9	3.9	5.7
	2.50	4307	7.2	7.2	12.9
	3.00	12127	20.2	20.2	33.2
	3.50	11563	19.3	19.3	52.5
	4.00	13703	22.9	22.9	75.3
	4.50	9022	15.1	15.1	90.4
	high	5764	9.6	9.6	100.0
	Total	59921	100.0	100.0	

Διάγραμμα 3.18 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi10_agree



Η «ευσυνείδητη» (bfi 10_consc) προσωπικότητα προσδίδεται αφού απαντηθούν οι παρακάτω δηλώσεις:

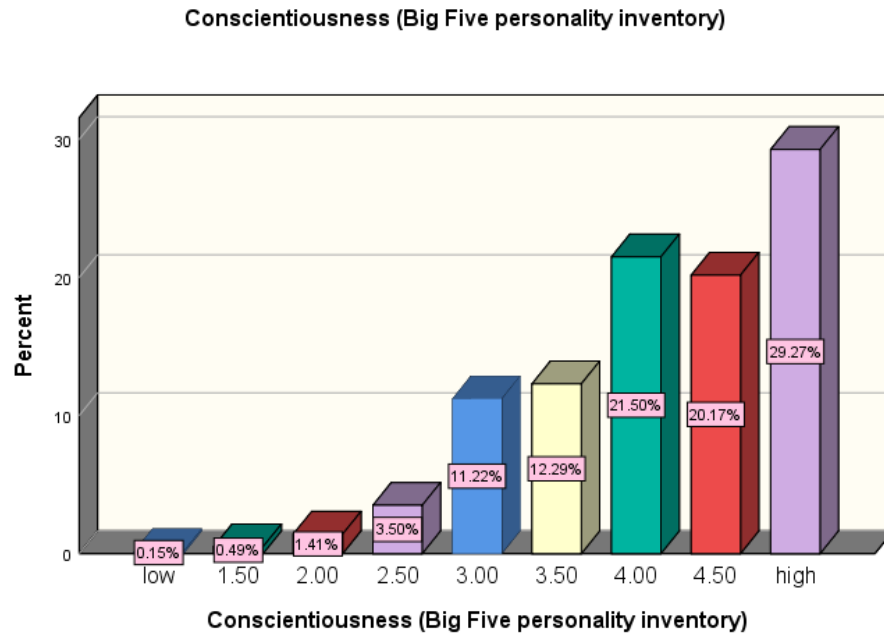
- Θεωρώ τον εαυτό μου ως κάποιον/α που τείνει να είναι τεμπέλης
- Θεωρώ τον εαυτό μου ως κάποιον/α που είναι τελειομανής

Στη συγκεκριμένη πτυχή της προσωπικότητας η συντριπτική πλειοψηφία (83.3%) καταχώρησε εαυτόν πάνω από το μέσο "3", με σχεδόν έναν στους τρεις ερωτώμενους να κατηγοριοποιείται στο "5", δηλαδή «πολύ ευσυνείδητος», 14.967 (41.7%) στο "4" και "4.5", ενώ μόλις 1.229 άτομα (2.1%) από "2" και κάτω, δηλαδή ελάχιστα ευσυνείδητοι.

Πίνακας 3.30 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi 10_consc

Conscientiousness (Big Five personality inventory)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	low	91	.2	.2	.2
	1.50	294	.5	.5	.6
	2.00	844	1.4	1.4	2.1
	2.50	2096	3.5	3.5	5.5
	3.00	6721	11.2	11.2	16.8
	3.50	7367	12.3	12.3	29.1
	4.00	12881	21.5	21.5	50.6
	4.50	12086	20.2	20.2	70.7
	high	17541	29.3	29.3	100.0
	Total	59921	100.0	100.0	

Διάγραμμα 3.19 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi10_consc



Στην πτυχή της προσωπικότητας που αφορά τον **νευρωτισμό (bfi 10_neuro)**, 12.643 (21.1%) κατατάσσονται κάπου στη μέση του συνεχούς (συναισθηματικά σταθερός- νευρωτικός), ενώ το 53.1% των αποκρίσεων είναι πιο κοντά στη συναισθηματική σταθερότητα (βαθμοί "1" έως "2.5", χαμηλό άκρο στο νευρωτισμό). Τέλος, 9.206 (15.3%) άτομα δείχνουν να βρίσκονται στο άνω άκρο της κλίμακας του νευρωτισμού, με αποκρίσεις που κατηγοριοποιούνται από "4" έως και "5".

Πίνακας 3.31 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi 10_neuro

Neuroticism (Big Five personality inventory)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	low	5317	8.9	8.9	8.9
	1.50	6207	10.4	10.4	19.2
	2.00	11376	19.0	19.0	38.2
	2.50	8931	14.9	14.9	53.1
	3.00	12643	21.1	21.1	74.2
	3.50	6241	10.4	10.4	84.6
	4.00	5209	8.7	8.7	93.3

	4.50	2357	3.9	3.9	97.3
	high	1640	2.7	2.7	100.0
	Total	59921	100.0	100.0	

Ακολούθως, η τελευταία πτυχή της προσωπικότητας που εξετάζεται στο κύμα 7 του SHARE είναι η **δεκτικότητα (bfi 10_open)**. Από τις απαντήσεις παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ερωτώμενων κυμαίνεται στο μέσο του συνεχούς «δεκτικός- κλειστός σε εμπειρίες». Ενδεικτικά αναφέρεται ότι από 2.5 έως 3.5 κατηγοριοποιήθηκαν 32.905 άτομα (54.9%). Ένα μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων καταγράφεται στο ανώτερο βαθμό της δεκτικότητας σε σύγκριση με όσους είναι πολύ κλειστοί, με ποσοστά 17.3% και 5.4% αντίστοιχα.

Πίνακας 3.32 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή bfi 10_open

Openness (Big Five personality inventory)					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	low	1256	2.1	2.1	2.1
	1.50	1995	3.3	3.3	5.4
	2.00	4368	7.3	7.3	12.7
	2.50	7001	11.7	11.7	24.4
	3.00	15994	26.7	26.7	51.1
	3.50	9910	16.5	16.5	67.6
	4.00	9041	15.1	15.1	82.7
	4.50	5877	9.8	9.8	92.5
	high	4479	7.5	7.5	100.0
	Total	59921	100.0	100.0	

3.3.6 Ποιότητα ζωής και Ευημερία

Στη συγκεκριμένη ενότητα, θα αναφερθούμε σε τρεις μεταβλητές, οι οποίες περιγράφουν την ικανοποίηση και την χαρά που αντλούν από τη ζωή τους οι ερωτηθέντες. Οι συγκεκριμένες ποιοτικές διατάξιμες μεταβλητές είναι οι ακόλουθες:

- βαθμός ικανοποίησης (**lifesat**)

- βαθμός χαράς (**lifehap**)
- δείκτης υποκειμενική ευημερίας (**casp**)

Ειδικότερα, η μεταβλητή **lifesat** χρησιμοποιείται προκειμένου να δείξει εάν οι ερωτηθέντες είναι ή όχι ικανοποιημένοι με τη ζωή τους με την παρακάτω ερώτηση:

- Σε μια κλίμακα από το 0 έως το 10 όπου 0 σημαίνει την απόλυτη έλλειψη ικανοποίησης και 10 σημαίνει την απόλυτη ικανοποίηση, πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τη ζωή σας;

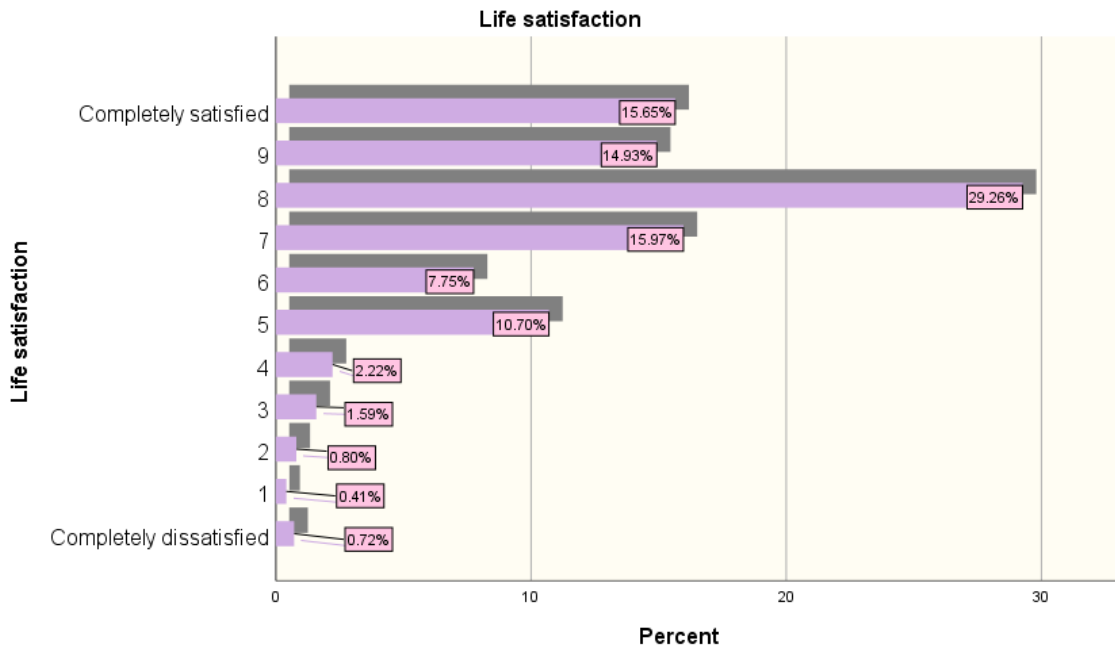
Πίνακας 3.33 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή lifesat

Life satisfaction					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Completely dissatisfied	431	.7	.7	.7
	1	245	.4	.4	1.1
	2	481	.8	.8	1.9
	3	951	1.6	1.6	3.5
	4	1333	2.2	2.2	5.7
	5	6411	10.7	10.7	16.4
	6	4643	7.7	7.7	24.2
	7	9570	16.0	16.0	40.2
	8	17534	29.3	29.3	69.4
	9	8945	14.9	14.9	84.4
	Completely satisfied	9377	15.6	15.6	100.0
	Total	59921	100.0	100.0	

Στον πίνακα 3.33 παρατηρείται ότι οι περισσότερες απαντήσεις σκιαγραφούν ερωτώμενους που είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τη ζωή τους. Πιο συγκεκριμένα, 17.534 (29.3%) άτομα αποκρίθηκαν ότι στην κλίμακα ικανοποίησης βρίσκονται στο "8" ενώ 9.570 (16%) στο "7". Απόλυτα ικανοποιημένοι δηλώνουν οι 9.377 (15.6%) εκ των συμμετεχόντων ενώ ένας μικρός αριθμός μόλις 431 (0.7%) ατόμων, δηλώνει απόλυτα απογοητευμένος από τη ζωή του.

Για καλύτερη απεικόνιση των απαντήσεων παρατίθεται και το κάτωθι ραβδόγραμμα.

Διάγραμμα 3.20 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή lifesat



Εν συνεχεία, η μεταβλητή **lifehap** αναφέρεται στο κατά πόσο οι ερωτηθέντες είναι χαρούμενοι ή όχι με τη ζωή τους. Η ερώτηση που το εξετάζει είναι η εξής:

- Πόσο συχνά, σε έναν απολογισμό, κοιτάζετε προς τα πίσω τη ζωή σας με μια αίσθηση ευτυχίας;

Οι αποκρίσεις διακρίνονται στις ακόλουθες τέσσερις κατηγορίες:

- 1 ← Συχνά
- 2 ← Μερικές φορές
- 3 ← Σπάνια
- 4 ← Ποτέ

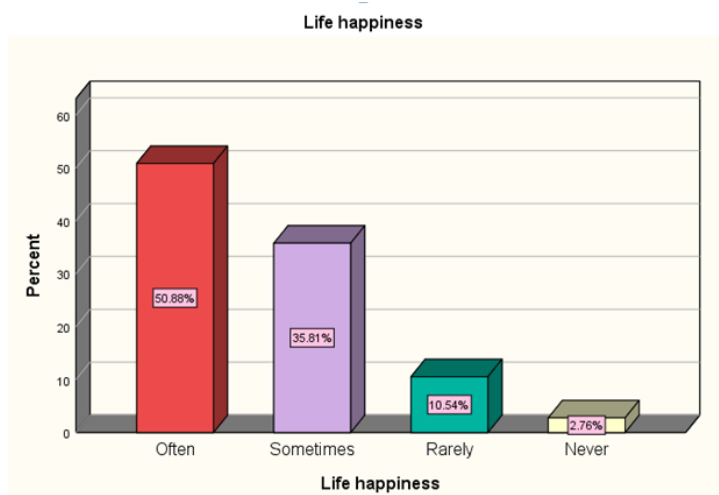
Από τον πίνακα συχνοτήτων που ακολουθεί, διαπιστώνεται ότι οι μισοί συνεντευξιαζόμενοι (30.490 άτομα) αντλούν συχνά ευχαρίστηση από τη ζωή τους, ενώ 21.459 (35.8%) αισθάνονται μερικές φορές χαρούμενοι. Ένας στους δέκα αποκρίνεται «σπάνια» ενώ μόλις 1.654 (2.8%) ερωτώμενοι δηλώνουν ότι δεν αντλούν ποτέ ευχαρίστηση από τη ζωή τους.

Πίνακας 3.34 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή lifehap

Life happiness				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	Often	30490	50.9	50.9	50.9
	Sometimes	21459	35.8	35.8	86.7
	Rarely	6318	10.5	10.5	97.2
	Never	1654	2.8	2.8	100.0
	Total	59921	100.0	100.0	

Διάγραμμα 3.21_ Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή lifehap



Τελευταία μελετάται η ποιοτική διατάξιμη μεταβλητή **CASP-12**, που αντιστοιχεί στην περιγραφή της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων στο κύμα 7 του SHARE. Μια υποκειμενική έννοια ευημερίας εξετάζεται με 12 ερωτήσεις που επεκτείνονται σε 4 διαφορετικούς τομείς: τον έλεγχο, την αυτονομία, την αυτοπραγμάτωση και την ευχαρίστηση. Ο έλεγχος ερμηνεύεται ως η δυνατότητα ενεργητικής παρέμβασης στο περιβάλλον (Patrick et al., 1993). Η αυτονομία ορίζεται ως το δικαίωμα του ατόμου να είναι ελεύθερο από ανεπιθύμητες παρεμβάσεις τρίτων (Patrick et al., 1993). Η αυτοπραγμάτωση και η ευχαρίστηση ως έννοιες συλλαμβάνουν τις ενεργητικές και αντανακλαστικές διαδικασίες του να είσαι άνθρωπος (Turner, 1995).

Οι ερωτήσεις είναι δομημένες κατά τέτοιο τρόπο ώστε οι τέσσερις τομείς να θεωρούνται αδιαίρετοι και ισότιμοι, με την απουσία ιεραρχικής αξιολόγησης. Η ποιότητα ζωής μπορεί να αποτιμηθεί σύμφωνα με το βαθμό που πληρούνται οι προϋποθέσεις για την ικανοποιητική κάλυψη όλων των τομέων. Οι απαντήσεις δίνονται με τη μορφή τεσσάρων βαθμών στην κλίμακα Likert (συχνά /μερικές φορές/σπάνια/ποτέ).

Το εύρος της κλίμακας CASP-12 είναι από 12, το οποίο αντιπροσωπεύει την απόλυτη απουσία ποιότητας ζωής, μέχρι το 48, που αντιπροσωπεύει την απόλυτη ικανοποίηση σε όλους τους τομείς.

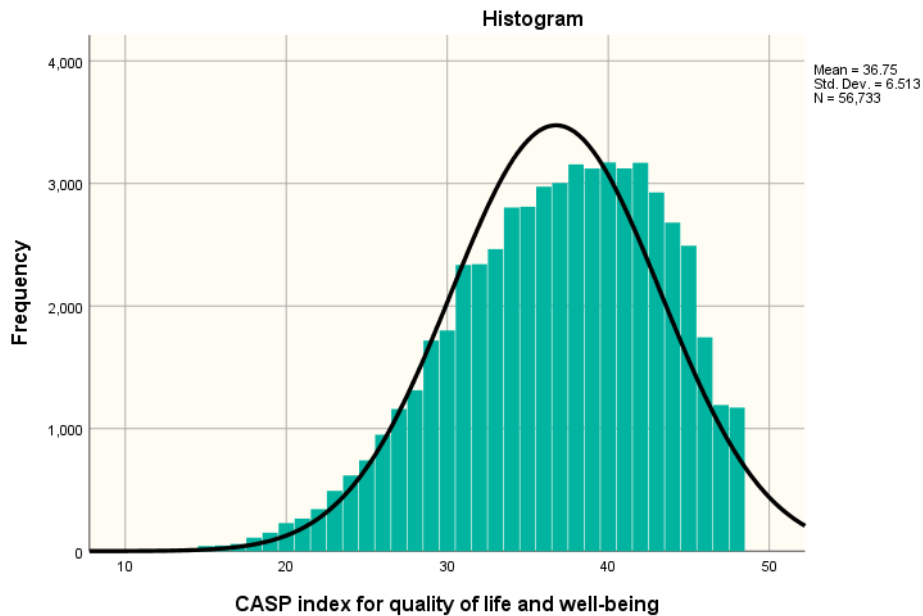
Ακολουθεί πίνακας με τις δοθείσες ερωτήσεις ανά τομέα.

Πίνακας 3.35 Ερωτήσεις που περιλαμβάνει η μεταβλητή CASP-12

Ερωτήσεις CASP-12	Τομέας
Πόσο συχνά νομίζετε ότι η ηλικία σας σας εμποδίζει να κάνετε πράγματα που θέλετε να κάνετε;	Έλεγχος
Πόσο συχνά αισθάνεστε ότι αυτό που σας συμβαίνει είναι εκτός του ελέγχου σας;	Έλεγχος
Πόσο συχνά αισθάνεστε πως μένετε έξω από τα πράγματα;	Έλεγχος
Πόσο συχνά νομίζετε ότι μπορείτε να κάνετε τα πράγματα τα οποία θέλετε να κάνετε;	Αυτονομία
Πόσο συχνά νομίζετε ότι οι οικογενειακές ευθύνες σας εμποδίζουν να κάνετε αυτά που θέλετε να κάνετε;	Αυτονομία
Πόσο συχνά νομίζετε ότι η έλλειψη χρημάτων σας σταματά από το να κάνετε τα πράγματα που θέλετε να κάνετε	Αυτονομία
Πόσο συχνά προσβλέπετε στην κάθε μέρα;	Ευχαρίστηση
Πόσο συχνά αισθάνεστε πως η ζωή σας έχει νόημα;	Ευχαρίστηση
Πόσο συχνά, σε έναν απολογισμό, κοιτάζετε προς τα πίσω τη ζωή σας με μια αίσθηση ευτυχίας;	Ευχαρίστηση
Πόσο συχνά αισθάνεστε γεμάτος/η ενέργεια αυτές τις μέρες;	Αυτοπραγμάτωση
Πόσο συχνά αισθάνεστε πως η ζωή είναι γεμάτη με ευκαιρίες;	Αυτοπραγμάτωση
Πόσο συχνά αισθάνεστε πως το μέλλον δείχνει καλό για εσάς;	Αυτοπραγμάτωση

Η κατανομή των απαντήσεων του SHARE w7 διαφαίνεται γραφικά στο παρακάτω ιστόγραμμα. Φαίνεται μία αρνητική ασυμμετρία, με μέσο όρο 36.75 και τυπική απόκλιση 6.513 μονάδες.

Διάγραμμα 3.22 Ιστόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή CASP-12



Για λόγους ευκολίας στην αξιοποίηση της πληροφορίας των απαντήσεων, επήλθε ομαδοποίηση και κωδικοποίηση με τρόπο ώστε οι συχνότητες ανά ομάδα να είναι περίπου ίσες:

- 12 - 34 βαθμοί → 1
- 35 - 40 βαθμοί → 2
- 41 - 48 βαθμοί → 3

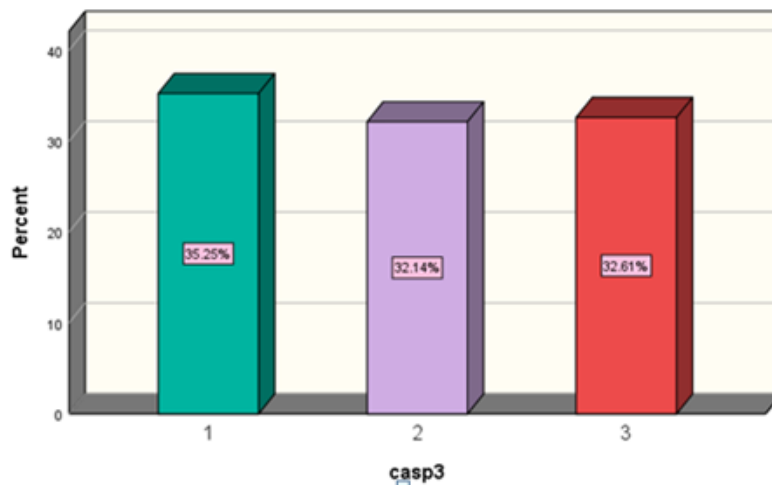
Έτσι, στο συγκεκριμένο δείγμα καταγράφονται 18.500 (30.9 %) απαντήσεις στην ανώτερη κλίμακα της ποιότητας ζωής, ενώ ο μεγαλύτερος αριθμός απαντήσεων, 19.998 (33.4%) εμπίπτει στην πρώτη κατηγορία 12-34, δηλαδή μέχρι περίπου το μέσο όρο της κλίμακας. Αμέσως μετά ακολουθεί σε πλήθος απαντήσεων, 18.235 (30.4%), η κατηγορία 35-40 που ερμηνεύει τις απαντήσεις κοντά στο μέσο όρο.

Πίνακας 3.36 Πίνακας συχνοτήτων για τη μεταβλητή casp3

casp3					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	19998	33.4	35.2	35.2
	2	18235	30.4	32.1	67.4
	3	18500	30.9	32.6	100.0
	Total	56733	94.7	100.0	
Missing	System	3188	5.3		
Total		59921	100.0		

Στο κάτωθι ραβδόγραμμα αναπαρίσταται και γραφικά η αξιολόγηση μέσω των 12 προαναφερθέντων ερωτήσεων, σχετικά με την ποιότητα ζωής των συνεντευξιζόμενων.

Διάγραμμα 3.23 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη μεταβλητή casp3



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Διδιάστατη Περιγραφική Ανάλυση Μεταβλητών

4.1 Εισαγωγή

Το παρόν κεφάλαιο αποτελεί τη λογική συνέχεια του κεφαλαίου 3 της μονοδιάστατης περιγραφικής ανάλυσης. Αντικείμενο του κεφαλαίου αυτού συνιστά η διδιάστατη ανάλυση του δείγματος, η εξέταση δηλαδή της ύπαρξης ή όχι σχέσης μεταξύ των ανά δύο ποιοτικών μεταβλητών. Η μέθοδος ανάλυσης που επιλέγεται λόγω της φύσης των μεταβλητών, δεν είναι άλλη από τους πίνακες συνάφειας (contingency tables/ crosstabulation). Κάθε πίνακας συνάφειας έχει δύο διαστάσεις με πλήθος γραμμών όσες οι κατηγορίες της πρώτης ποιοτικής μεταβλητής και πλήθος στηλών όσες οι κατηγορίες της δεύτερης ποιοτικής μεταβλητής. Στα κελιά παραθέτονται οι από κοινού συχνότητες ή οι σχετικές συχνότητες που αντιστοιχούν στην αντίστοιχη κατηγορία στήλης και γραμμής ανά περίπτωση.

Επιπλέον, ένα πολύ αξιόπιστο τεστ για την αναγνώριση ύπαρξης ή όχι ανεξαρτησίας δύο ποιοτικών μεταβλητών αποτελεί ο χ^2 έλεγχος ανεξαρτησίας (chi-square test of independence). Στην παρούσα ενότητα πέραν του ελέγχου χ^2 υπολογίζονται, εφόσον κρίνεται αναγκαίο, κατάλληλα μέτρα συνάφειας (measures of association), ανάλογα με τις υπό μελέτη μεταβλητές.

Οι μεταβλητές που θα ελέγξουμε για ανεξαρτησία θα είναι η casp3 σε συνδυασμό με μεταβλητές που αφορούν σε:

- δημογραφικά στοιχεία και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο
- στοιχεία σωματικής υγείας,
- στοιχεία συνθηκών της οικογένειας κατά την παιδική ηλικία
- αυτοαναφερόμενη εικόνα κατά την παιδική ηλικία
- στοιχεία της προσωπικότητας

Πριν την εφαρμογή του στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας χ^2 κρίνεται σκόπιμη η διατύπωση του εκάστοτε ελέγχου υποθέσεων. Οι υποθέσεις του συγκεκριμένου ελέγχου έχουν τη μορφή :

H_0 : Οι δύο ποιοτικές μεταβλητές που εξετάζουμε είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

H_1 : Οι δύο ποιοτικές μεταβλητές που εξετάζουμε δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Επιπρόσθετα, ο χ^2 στατιστικός έλεγχος ανεξαρτησίας περιλαμβάνει ορισμένες προϋποθέσεις εφαρμογής. Οι παραδοχές που πρέπει να ισχύουν για να είναι αξιόπιστος ο έλεγχος αυτός παρουσιάζονται παρακάτω:

1. Τα δεδομένα θα πρέπει να έχουν προέλθει από τυχαία δειγματοληψία από τον πληθυσμό, η κάθε παρατήρηση δηλαδή να έχει δηλαδή ίση πιθανότητα επιλογής.
2. Οι παρατηρήσεις θα πρέπει να είναι πάντα ανεξάρτητες η μία από την άλλη, να προέρχονται δηλαδή από διαφορετικό συμμετέχοντα.
3. Οι μεταβλητές θα πρέπει να είναι ποιοτικές.
4. Τα κελιά στον πίνακα συνάφειας να είναι αμοιβαία αποκλειόμενα και
5. Οι αναμενόμενες συχνότητες θα πρέπει να είναι μεγαλύτερες ή ίσες του 5 σε περισσότερα από 80% των κελιών και ταυτόχρονα η μικρότερη συχνότητα να είναι μεγαλύτερη ή ίση της μονάδας.

Στην περίπτωση που η τελευταία προϋπόθεση δεν καλύπτεται, χρησιμοποιείται ο στατιστικός έλεγχος του Fisher ή επανακωδικοποιείται μια εκ των δύο ποιοτικών μεταβλητών.

Σημειώνεται τέλος, ότι όλοι οι έλεγχοι που ακολουθούν πραγματοποιούνται σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0.05$.

4.2 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στόχος της ενότητας αυτής είναι η ανίχνευση και η μελέτη τυχόν διαφοροποιήσεων στη ποιότητα ζωής (μεταβλητή απόκρισης), λαμβάνοντας υπόψη συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά (επεξηγηματικές μεταβλητές).

Σκιαγραφείται δηλαδή η επίδραση μεταβλητών όπως η χώρα, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και η εκπαίδευση κάποιου στην ποιότητα ζωής του.

4.2.1 Ποιότητα ζωής και χώρα

Για να αναζητήσουμε πληροφορία σχετικά με το αν η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τη χώρα διαμονής του συμμετέχοντα, θα εφαρμόσουμε έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2 αφού πρώτα διατυπωθούν οι υποθέσεις :

✚ H_0 : Οι μεταβλητές casp3 και country είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

✚ H_1 : Οι μεταβλητές casp3 και country ΔΕΝ είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Ο παρακάτω πίνακας "Chi-Square Tests" θα δώσει τα αποτελέσματα για το τεστ ανεξαρτησίας. Στην τελευταία στήλη του πίνακα (Asymptotic Significance 2-sided) διαφαίνεται η ελάχιστη τιμή του επιπέδου σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης H_0 , η οποία είναι p-value < 0.0001, μικρότερη από το επίπεδο σημαντικότητας που έχουμε θέσει ($\alpha = 0.05$). Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση H_0 , κάτι το οποίο επισημαίνει ότι η ποιότητα ζωής, βάσει των απαντήσεων των συμμετεχόντων, επηρεάζεται από την χώρα διαμονής τους.

Πίνακας 4.1 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές casp3 και country

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6690.349 ^a	48	.000
Likelihood Ratio	6954.617	48	.000
Linear-by-Linear Association	1644.904	1	.000
N of Valid Cases	56733		

Για να διερευνήσουμε το είδος της σχέσης που υπάρχει ανάμεσα στις ποιοτικές μεταβλητές casp3 και country, θα ελέγξουμε τον συντελεστή συνάφειας Cramer's V, ο οποίος κρίνεται καταλληλότερος για τη διερεύνηση της έντασης και της κατεύθυνσης της σχέσης μιας διατάξιμης με μία ονομαστική μεταβλητή (Khamis, 2008). Έτσι από τον πίνακα 4.2 παρατηρούμε μία θετική ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών (Akoglu, 2018), η οποία είναι και στατιστικά σημαντική, δεδομένου ότι το p-value του ελέγχου είναι μικρότερο του 0.0001.

Πίνακας 4.2 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και country

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.343			.000
	Cramer's V	.243			.000
Interval by Interval	Pearson's R	-.170	.004	-41.158	.000 ^c
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-.173	.004	-41.808	.000 ^c
N of Valid Cases		56733			

Πιο συγκεκριμένα από τους παρακάτω πίνακες, οι ερωτώμενοι που διαμένουν στην Αυστρία, στην Δανία και στην Ελβετία αποκρίθηκαν συνολικά σε βαθμολογία μεταξύ 41 και 48 βαθμών (κωδικός 3) στην κλίμακα της ποιότητας ζωής με ποσοστά 54%, 61.9% και 55.4% αντίστοιχα. Από τις αποκρίσεις, δηλαδή, διαφαίνεται ότι οι κάτοικοι των συγκεκριμένων χωρών λαμβάνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή τους. Τα χαμηλότερα ποσοστά στον κωδικό 3 δίνουν οι ερωτώμενοι των χωρών Ελλάδας, Ρουμανίας και Λιθουανίας με 7.5%, 11.7% και 13.5% αντίστοιχα, έναντι των άλλων δύο κωδικών. Τη μεγαλύτερη, τέλος, δυσφορία σχετικά με την ποιότητα ζωής τους (κωδικός 1 της κλίμακας), μέσω των απαντήσεων τους, εκφράζουν πάλι οι κάτοικοι των χωρών Ελλάδας (63.9%), Ρουμανίας (62.1%) και Λιθουανίας (59.9%).

Πίνακας 4.3 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και country

Country identifier * casp3 Crosstabulation						
			casp3			Total
			1	2	3	
Country identifier	Austria	Count	450	732	1385	2567
		% within Country identifier	17.5%	28.5%	54.0%	100.0%
	Germany	Count	558	997	1279	2834
		% within Country identifier	19.7%	35.2%	45.1%	100.0%
	Sweden	Count	330	759	919	2008
		% within Country identifier	16.4%	37.8%	45.8%	100.0%
	Spain	Count	1150	986	953	3089
		% within Country identifier	37.2%	31.9%	30.9%	100.0%
	Italy	Count	1263	970	654	2887
		% within Country identifier	43.7%	33.6%	22.7%	100.0%

France	Count	573	676	754	2003
	% within Country identifier	28.6%	33.7%	37.6%	100.0%
Denmark	Count	179	546	1179	1904
	% within Country identifier	9.4%	28.7%	61.9%	100.0%
Greece	Count	715	320	84	1119
	% within Country identifier	63.9%	28.6%	7.5%	100.0%
Switzerland	Count	185	528	886	1599
	% within Country identifier	11.6%	33.0%	55.4%	100.0%
Belgium	Count	832	1101	1217	3150
	% within Country identifier	26.4%	35.0%	38.6%	100.0%
Czech Republic	Count	1298	1185	559	3042
	% within Country identifier	42.7%	39.0%	18.4%	100.0%
Poland	Count	1209	1055	1136	3400
	% within Country identifier	35.6%	31.0%	33.4%	100.0%
Luxembourg	Count	178	357	613	1148
	% within Country identifier	15.5%	31.1%	53.4%	100.0%
Hungary	Count	633	459	393	1485
	% within Country identifier	42.6%	30.9%	26.5%	100.0%
Slovenia	Count	925	1107	1443	3475
	% within Country identifier	26.6%	31.9%	41.5%	100.0%
Estonia	Count	1978	1463	1188	4629
	% within Country identifier	42.7%	31.6%	25.7%	100.0%
Croatia	Count	944	809	594	2347
	% within Country identifier	40.2%	34.5%	25.3%	100.0%
Lithuania	Count	1187	527	267	1981
	% within Country identifier	59.9%	26.6%	13.5%	100.0%
Bulgaria	Count	1136	538	306	1980
	% within Country identifier	57.4%	27.2%	15.5%	100.0%
Cyprus	Count	509	341	287	1137
	% within Country identifier	44.8%	30.0%	25.2%	100.0%
Finland	Count	447	802	675	1924
	% within Country identifier	23.2%	41.7%	35.1%	100.0%
Latvia	Count	884	429	312	1625
	% within Country identifier	54.4%	26.4%	19.2%	100.0%
Malta	Count	369	442	418	1229
	% within Country identifier	30.0%	36.0%	34.0%	100.0%

	Romania	Count	1305	552	246	2103
		% within Country identifier	62.1%	26.2%	11.7%	100.0%
	Slovakia	Count	761	554	753	2068
		% within Country identifier	36.8%	26.8%	36.4%	100.0%
Total		Count	19998	18235	18500	56733
		% within Country identifier	35.2%	32.1%	32.6%	100.0%

4.2.2 Ποιότητα ζωής και έτη εκπαίδευσης

Στη συνέχεια εξετάζουμε τη συσχέτιση της ποιότητας ζωής με τα έτη εκπαίδευσης των συνεντευξιαζόμενων. Ο έλεγχος υποθέσεων που διατυπώνεται για τις συγκεκριμένες μεταβλητές είναι ο εξής:

- ✚ H_0 : Οι μεταβλητές casp3 και yedu1 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους
- ✚ H_1 : Οι μεταβλητές casp3 και yedu1 ΔΕΝ είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Ο πίνακας που ακολουθεί μας πληροφορεί για το αποτέλεσμα του ελέγχου χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας. Στην τελευταία στήλη (Στήλη Asymptotic Significance 2-sided) παρατηρούμε ότι η ελάχιστη τιμή του επιπέδου σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ισούται με $p\text{-value} < 0.0001$, μικρότερη δηλαδή του επιπέδου σημαντικότητας του ελέγχου που έχουμε εξ αρχής θέσει ($\alpha=0.05$). Συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, οι μεταβλητές δηλαδή δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους.

Πίνακας 4.4 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές casp3 και yedu1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	1890.676 ^a	4	.000
Likelihood Ratio	1907.359	4	.000
Linear-by-Linear Association	1799.788	1	.000
N of Valid Cases	56733		

Από τον πίνακα συντελεστών συσχέτισης, ο συντελεστής Kendall's tau-b για τις δύο διατάξιμες μεταβλητές casp3 και yedu1, είναι 0.159, υποδηλώνοντας μία σχέση

θετική αλλά ασθενή (Akoglu, 2018). Πιο συγκεκριμένα, στον πίνακα συνάφειας, καθώς επίσης και στη γραφική απεικόνιση του στο διάγραμμα 4.1, μπορούμε εύκολα να συμπεράνουμε πως όταν αυξάνονται τα έτη εκπαίδευσης, ανεβαίνει και η κλίμακα στην ποιότητα ζωής και το αντίστροφο. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα άτομα με επίπεδο μόρφωσης 3 - τριτοβάθμια εκπαίδευση- έχουν αποκριθεί στην κλίμακα της ποιότητας ζωής 1 με ποσοστό 24.8 % και στον κωδικό 3 με ποσοστό 41.3%, σε αντίθεση με το επίπεδο μόρφωσης 1-υποχρεωτική εκπαίδευση-που έχουν αποκριθεί στους κωδικούς 1 και 3 της κλίμακας σε ποσοστά 45.2% και 25.3% αντίστοιχα.

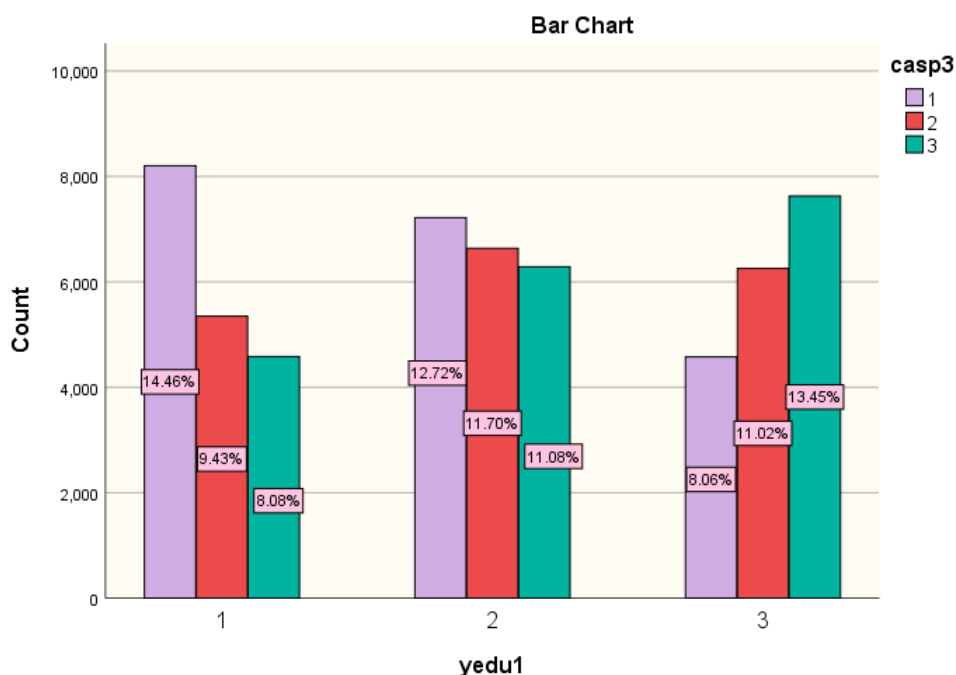
Πίνακας 4.5 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και yedu1

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	.159	.004	43.492	.000
	Kendall's tau-c	.159	.004	43.492	.000
	Gamma	.237	.005	43.492	.000
	Spearman Correlation	.179	.004	43.216	.000 ^c

Πίνακας 4.6 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και yedu1

yedu1 * casp3 Crosstabulation						
			casp3			Total
			1	2	3	
yedu1	1	Count	8204	5348	4584	18136
		% within yedu1	45.2%	29.5%	25.3%	100.0%
	2	Count	7219	6635	6288	20142
		% within yedu1	35.8%	32.9%	31.2%	100.0%
	3	Count	4575	6252	7628	18455
		% within yedu1	24.8%	33.9%	41.3%	100.0%
Total		Count	19998	18235	18500	56733
		% within yedu1	35.2%	32.1%	32.6%	100.0%

Διάγραμμα 4.1 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των μεταβλητών casp3 και yedu1



4.3 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στα κοινωνικο-οικονομικά αναδρομικά στοιχεία

4.3.1 Ποιότητα ζωής και οικονομική κατάσταση οικογένειας στην παιδική ηλικία

Στην παρούσα ενότητα συνεχίζουμε τη διερεύνηση συσχετίσεων της ποιότητας ζωής με μεταβλητές που αφορούν στα κοινωνικο-οικονομικά στοιχεία των συμμετεχόντων από την παιδική τους ηλικία. Αρχικά θα εξετάσουμε τη μεταβλητή που ορίζει αν η οικογένεια των ερωτώμενων ήταν σε καλή οικονομική κατάσταση όταν οι συμμετέχοντες ήταν δέκα ετών. Ο έλεγχος υποθέσεων διατυπώνεται ως εξής:

- ✚ H_0 : Οι μεταβλητές casp3 και cc733 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους
- ✚ H_1 : Οι μεταβλητές casp3 και cc733 ΔΕΝ είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Σύμφωνα λοιπόν με τους πίνακες 4.7 και 4.8 διαπιστώνουμε ότι οι διατάξιμες μεταβλητές casp3 και cc733 δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, αφού $p\text{-value} < 0,05 =$

α, με αποτέλεσμα να απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση H_0 . Πιο συγκεκριμένα, από τον πίνακα 4.8, ο συντελεστής Kendall's tau-b είναι -0.168, κάτι το οποίο υποδηλώνει σύμφωνα με τον Akoglu (2018) ότι η σχέση μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών φαίνεται ότι είναι αρνητική αλλά ασθενής σε ισχύ. Αυτό σημαίνει ότι η καλή ποιότητα ζωής επηρεάζεται σε κάποιο βαθμό από την οικονομική κατάσταση της οικογένειας των ερωτώμενων όταν εκείνοι ήταν παιδιά. Όσο πιο καλή ήταν η οικονομική κατάσταση της οικογένειας τους, τόσο πιο θετικές ήταν οι αποκρίσεις στην ποιότητα ζωής. Διευκρινίζεται στην παρούσα ανάλυση ότι το αρνητικό πρόσημο οφείλεται στο ότι το 1 αντιστοιχεί στην καλή οικονομική κατάσταση, σε αντίθεση με το 1 στην κλίμακα ποιότητα ζωής που αντιστοιχεί σε μικρή ικανοποίηση στην ποιότητα ζωής του ερωτώμενου.

Πίνακας 4.7 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις μεταβλητές casp3 και cc733

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2107.174 ^a	8	.000
Likelihood Ratio	2092.127	8	.000
Linear-by-Linear Association	1684.730	1	.000

Πίνακας 4.8 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και cc733

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error^a	Approximate T^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-.168	.004	-43.970	.000
	Kendall's tau-c	-.153	.003	-43.970	.000
	Gamma	-.274	.006	-43.970	.000
	Spearman Correlation	-.186	.004	-44.073	.000 ^c

Πίνακας 4.9 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και cc733

Crosstab								
		Family was pretty well off financially, about average, or poor					Total	
		Pretty well off financially	About average	Poor	It varied	Did not live with family		
casp3	1	Count	1609	10313	6584	493	33	19032
		% of Total	3.0%	18.9%	12.1%	0.9%	0.1%	34.9%
	2	Count	2033	11156	3894	377	9	17469
		% of Total	3.7%	20.5%	7.1%	0.7%	0.0%	32.1%
	3	Count	2968	11751	2883	357	12	17971
		% of Total	5.4%	21.6%	5.3%	0.7%	0.0%	33.0%
Total		Count	6610	33220	13361	1227	54	54472
		% of Total	12.1%	61.0%	24.5%	2.3%	0.1%	100.0%

Ενδεικτικά περιγράφεται από τον πίνακα συνάφειας που προηγείται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι που αποκρίθηκαν ότι η οικογένεια τους ήταν σε καλή οικονομική κατάσταση όταν ήταν παιδιά, έδωσαν περισσότερες απαντήσεις στην 3η κατηγορία της κλίμακας της ποιότητας ζωής (5.4% έναντι 3%), δηλαδή δηλώνουν ικανοποιημένοι. Αντιθέτως, όσοι δήλωσαν ότι προέρχονται από φτωχή οικογένεια στα παιδικά τους χρόνια, αποκρίθηκαν με διπλάσιο ποσοστό (12.1% έναντι 5.3%) ότι η ποιότητα ζωής τους δεν είναι τόσο καλή.

4.3.2 Ποιότητα ζωής και παροχή ζεστού νερού στην παιδική ηλικία

Στη συνέχεια θα εξετάσουμε τη σχέση που έχει η ποιότητα ζωής με τις συνθήκες ζωής κατά την παιδική ηλικία των ερωτώμενων και πιο συγκεκριμένα την παροχή ζεστού νερού στο σπίτι όπου διέμεναν. Ο έλεγχος υποθέσεων διατυπώνεται ως εξής:

- ✚ H_0 : Οι μεταβλητές casp3 και cc007d3 είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους
- ✚ H_1 : Οι μεταβλητές casp3 και cc007d3 ΔΕΝ είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Με βάση τον πίνακα χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας, διαπιστώνουμε σύμφωνα με το p-value του ελέγχου (<0.0001) ότι απορρίπτεται η H_0 , συνεπώς υπάρχει κάποιου είδους σχέση ανάμεσα στις δύο υπό εξέταση μεταβλητές. Δεδομένου ότι η casp3 είναι διατάξιμη και η cc007d3 είναι ονομαστική, θα ελέγξουμε -ως

καταλληλότερο- τον συντελεστή συσχέτισης Cramer's V (Khamis, 2008). Σύμφωνα με τον Akoglu (2018) με συντελεστή Cramer's V = 0.199 η σχέση μεταξύ των μεταβλητών casp3 και cc007d3 κρίνεται ισχυρή. Ελέγχοντας τον πίνακα συνάφειας 4.12 διαπιστώνεται ότι ένα ποσοστό 26.4% όσων δεν είχαν ζεστό νερό στην οικία της παιδικής τους ηλικίας αποκρίθηκε χαμηλά στην κλίμακα ικανοποίησης σχετικά με την ποιότητα ζωής τους, σε σύγκριση με το 16.9% που δήλωσε ικανοποίηση. Αντιθέτως, όσοι δήλωσαν ότι είχαν ζεστό νερό σε διπλάσιο σχεδόν ποσοστό δήλωσαν ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής τους σε σχέση με την απόκριση για χαμηλή ικανοποίηση (15.7% και 8.8% αντίστοιχα). Τα συμπεράσματα αυτά αποδίδονται ακόμα καλύτερα στο ραβδόγραμμα που ακολουθεί.

Πίνακας 4.10 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις casp3 και cc007d3

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	2236.687 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	2272.984	2	.000
Linear-by-Linear Association	2227.517	1	.000

Πίνακας 4.11 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και cc007d3

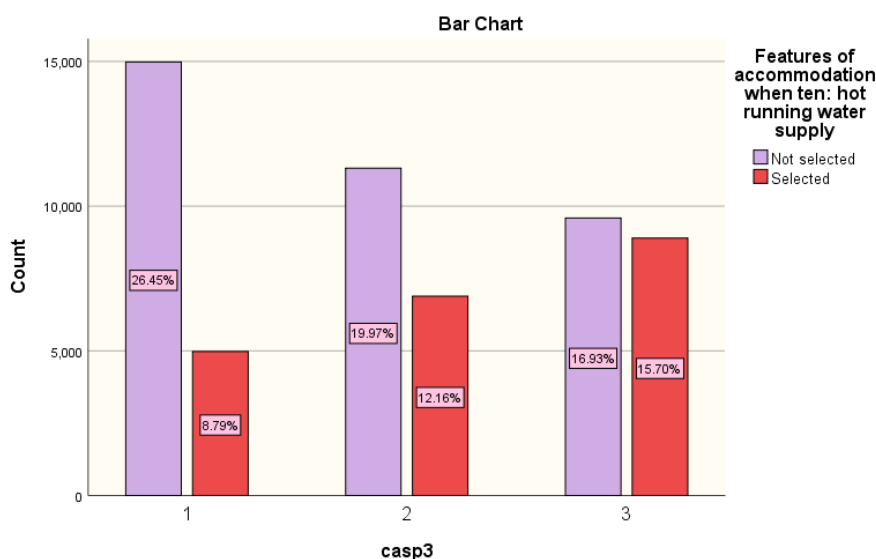
		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.199	.000
	Cramer's V	.199	.000

Πίνακας 4.12 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και cc007d3

Crosstab					
			Features of accommodation when ten: hot running water supply		Total
			Not selected	Selected	
casp3	1	Count	14981	4979	19960

		% of Total	26.4%	8.8%	35.2%
	2	Count	11313	6888	18201
		% of Total	20.0%	12.2%	32.1%
	3	Count	9588	8894	18482
		% of Total	16.9%	15.7%	32.6%
Total		Count	35882	20761	56643
		% of Total	63.3%	36.7%	100.0%

Διάγραμμα 4.2 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των μεταβλητών casp3 και cc007d3



Έχουν διερευνηθεί και οι υπόλοιπες μεταβλητές που έχουν συμπεριληφθεί στο συγκεκριμένο dataset από SHARE w7 όπως αναφέρονται εκ νέου:

- central heating (cc007d5)
- father no job (cc736)
- received help from relatives (cc735)
- inside toilet (cc007d4)
- fixed bath (cc007d1)

Για λόγους συντομίας στη συγκεκριμένη εργασία αναφέρεται συνοπτικά ότι μόνο η κεντρική θέρμανση στις συνθήκες διαβίωσης κατά την παιδική ηλικία -σύμφωνα με τον δείκτη συσχέτισης Cramer's V (= 0.17)- δείχνει να έχει ισχυρή συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Οι υπόλοιπες μεταβλητές σύμφωνα με τους δείκτες συσχέτισης που προέκυψαν, έχουν ασθενή μεν, στατιστικά σημαντική δε, σχέση με τις αποκρίσεις των ερωτηθέντων αναφορικά με την ποιότητα ζωής.

4.4 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στη σχέση με τους γονείς, καθώς και την αυτοαναφερόμενη εικόνα κατά την παιδική και εφηβική ηλικία

4.4.1 Ποιότητα ζωής και σωματική κακοποίηση από τη μητέρα

Στην παρούσα ενότητα θα διερευνηθεί η πιθανότητα συσχέτισης των απαντήσεων των ερωτώμενων αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους σε σχέση με το εάν υπήρχε ή όχι και σε τι βαθμό, κακοποιητική συμπεριφορά της μητέρας. Ο έλεγχος υποθέσεων διατυπώνεται ως εξής:

- ✚ H_0 : Οι μεταβλητές *casp3* και *cc725_1* είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους
- ✚ H_1 : Οι μεταβλητές *casp3* και *cc725_1* ΔΕΝ είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Εφόσον έχουν ελεγχθεί ότι πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις, εφαρμόζεται ο έλεγχος χ^2 . Παρατηρούμε ότι το *p-value* του ελέγχου και σε αυτήν την περίπτωση είναι μικρότερο του 0.0001, συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση άρα οι μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους. Για να προσδιορίσουμε το είδος της σχέσης τους θα ελέγξουμε το συντελεστή συσχέτισης Kendall's tau-b αφού πρόκειται για δύο διατάξιμες μεταβλητές (Khamis, 2008). Το Kendall's tau-b=0.089 στον πίνακα συντελεστών συσχέτισης εκφράζει μία σχέση θετική μεν, πολύ ασθενή δε (Akoglu, 2018). Μπορούμε να διαπιστώσουμε στον πίνακα συνάφειας μια μικρή συσχέτιση κοιτάζοντας τα ποσοστά ενδεικτικά στην πρώτη και τελευταία στήλη. Η συχνή σωματική βία κατά την παιδική ηλικία αντιστοιχεί σε περισσότερες απαντήσεις για μικρή ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής (κωδικός 1 του *casp3*) σε σχέση με μεγάλη ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής (43.3% σε σύγκριση με 26.6 %). Στην περίπτωση της απόκρισης «ποτέ» (σσ: δε δέχθηκα σωματική κακοποίηση) οι ερωτώμενοι απάντησαν- με μικρότερη διαφορά στα ποσοστά- τον κωδικό 3 της κλίμακας *casp3*, με 35.8% σε αντίθεση με το 32.1% της κλίμακας 1.

Πίνακας 4.13 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και cc725_1

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	.089	.004	23.732	.000
	Kendall's tau-c	.081	.003	23.732	.000
	Gamma	.148	.006	23.732	.000
	Spearman Correlation	.099	.004	23.657	.000 ^c

Πίνακας 4.14 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και cc725_1

Mother physical harm * casp3 Crosstabulation						
			casp3			Total
			1	2	3	
Mother physical harm	Often	Count	847	588	521	1956
		% within Mother physical harm	43.3%	30.1%	26.6%	100.0%
	Sometimes	Count	2927	2270	1761	6958
		% within Mother physical harm	42.1%	32.6%	25.3%	100.0%
	Rarely	Count	4711	3979	3550	12240
		% within Mother physical harm	38.5%	32.5%	29.0%	100.0%
	Never	Count	11188	11216	12502	34906
		% within Mother physical harm	32.1%	32.1%	35.8%	100.0%
Total		Count	19673	18053	18334	56060
		% within Mother physical harm	35.1%	32.2%	32.7%	100.0%

Για λόγους σύνοψης αναφέρονται και οι έλεγχοι των υπολοίπων μεταβλητών της συγκεκριμένης ενότητας. Οι μεταβλητές που έχουν συμπεριληφθεί στα δεδομένα μας είναι:

- ο ερωτώμενος ζούσε με τη βιολογική του μητέρα
- ο ερωτώμενος ζούσε με τον βιολογικό του πατέρα
- η μητέρα αναγνώριζε τα προβλήματα και τις ανησυχίες του ερωτώμενου
- ο πατέρας αναγνώριζε τα προβλήματα και τις ανησυχίες του ερωτώμενου
- ποιότητα σχέσης με τη μητέρα
- ποιότητα σχέσης με τον πατέρα

- σωματική κακοποίηση από τον πατέρα
- σωματική κακοποίηση από τρίτους
- αριθμός βιβλίων κατά την παιδική ηλικία
- σχετική θέση στα μαθηματικά σε σύγκριση με τους συνομηλίκους
- σχετική θέση στη γλώσσα σε σύγκριση με τους συνομηλίκους

Σε όλους τους ελέγχους παρόλο που το $p\text{-value} < 0.0001$ και συνεπώς απορρίπτεται η υπόθεση ανεξαρτησίας, οι συντελεστές συσχέτισης σε όλες τις παραπάνω μεταβλητές υποδεικνύουν στατιστικά σημαντική αλλά ασθενή ή πολύ ασθενή σχέση, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι δεν σχετίζονται τόσο με τις αποκρίσεις των ερωτώμενων αναφορικά με την τωρινή ποιότητα ζωής τους.

4.5 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στη σωματική υγεία των συμμετεχόντων στο 7ο κύμα

4.5.1 Ποιότητα ζωής και περιορισμοί σε δραστηριότητες

Στην παρούσα ενότητα διερευνάται η σχέση που προκύπτει μεταξύ των χρόνιων σωματικών περιορισμών σε ποικίλες δραστηριότητες της καθημερινότητας με την ποιότητα ζωής που δηλώνουν οι ερωτώμενοι. Ο έλεγχος υποθέσεων διατυπώνεται ως εξής:

- ✚ H_0 : Οι μεταβλητές *caspr3* και *gali* είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους
- ✚ H_1 : Οι μεταβλητές *caspr3* και *gali* ΔΕΝ είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Εφόσον έχει ελεγχθεί ότι πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις εφαρμογής του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας, προχωράμε σε χρήση του συγκεκριμένου ελέγχου προκειμένου να διαπιστώσουμε εάν οι μεταβλητές μας έχουν κάποια σχέση ή όχι. Με βάση τους πίνακες 4.18 και 4.19 διαπιστώνουμε ότι, σύμφωνα με το $p\text{-value}$ του χ^2 στατιστικού ελέγχου, η μηδενική υπόθεση της ανεξαρτησίας ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και τους σωματικούς περιορισμούς απορρίπτεται, εφόσον η ελάχιστη τιμή του επιπέδου σημαντικότητας για την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης ισούται με $p\text{-value} < 0,0001$. Έτσι, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών *caspr3* και *gali*, η οποία

μπορεί να χαρακτηριστεί ως πολύ ισχυρή (Akoglu, 2018). Κατά συνέπεια, από τον πίνακα συνάφειας 4.20 διαπιστώνεται ότι οι περισσότεροι που δήλωσαν ότι υφίστανται σωματικούς περιορισμούς στην καθημερινότητα τους τοποθετούνται στην κατώτερη κλίμακα της ποιότητας ζωής συγκριτικά με αυτούς που δήλωσαν καλή ποιότητα ζωής (23.4% έναντι 9.1%) ενώ αντιθέτως όσοι δε δήλωσαν περιορισμούς κατηγοριοποιήθηκαν στην κατηγορία 3 σε διπλάσιο σχεδόν ποσοστό από την κατηγορία 1 (23.5% έναντι 11.9%).

Πίνακας 4.15 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις casp3 και gali

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	5745.944 ^a	2	.000
Likelihood Ratio	5896.804	2	.000
Linear-by-Linear Association	5735.947	1	.000
N of Valid Cases	56733		

Πίνακας 4.16 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και gali

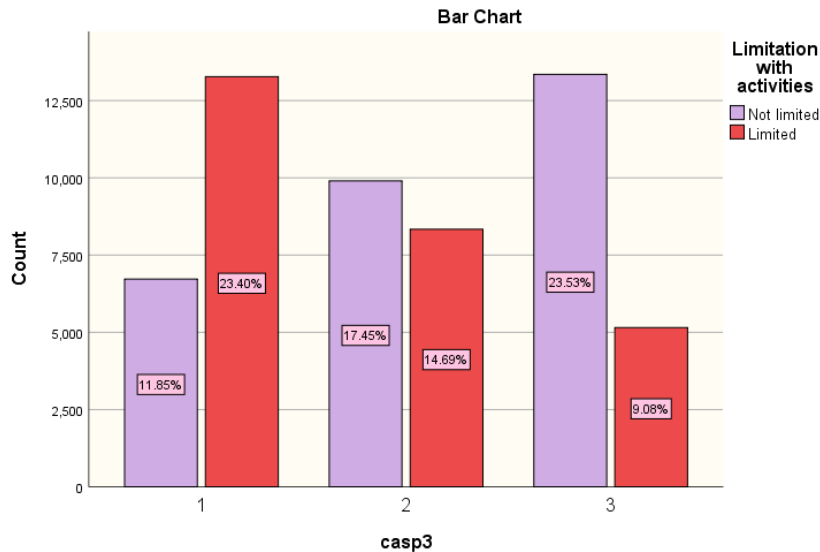
		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	.318	.000
	Cramer's V	.318	.000

Πίνακας 4.17 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και gali

Crosstab					
			Limitation with activities		Total
			Not limited	Limited	
casp3	1	Count	6724	13274	19998
		% of Total	11.9%	23.4%	35.2%
	2	Count	9901	8334	18235
		% of Total	17.5%	14.7%	32.1%
	3	Count	13347	5153	18500
		% of Total	23.5%	9.1%	32.6%
Total		Count	29972	26761	56733
		% of Total	52.8%	47.2%	100.0%

Στο παρακάτω ραβδόγραμμα διαφαίνεται και γραφικά η αύξηση της ποιότητας ζωής στα άτομα χωρίς σωματικούς περιορισμούς σε αντίθεση με τα άτομα που αντιμετωπίζουν περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες.

Διάγραμμα 4.3 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των μεταβλητών casp3 και gali



4.5.2 Ποιότητα ζωής και υποκειμενική κατάσταση τωρινής σωματικής υγείας

Εν συνεχεία, ελέγχουμε τη σχέση που έχουν η ποιότητα ζωής με την αυτοαναφερόμενη εικόνα των ερωτώμενων για την τωρινή σωματική τους υγεία. Ο έλεγχος υποθέσεων διατυπώνεται ως εξής:

- ✚ H_0 : Οι μεταβλητές casp3 και sphus είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους
- ✚ H_1 : Οι μεταβλητές casp3 και sphus ΔΕΝ είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Σύμφωνα με τον πίνακα 4.21 και με τη δυνατότητα εφαρμογής του χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας ερμηνεύουμε το $p\text{-value} < 0,0001$ ως απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης και ύπαρξης κάποιου είδους σχέσης των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 4.18 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις casp3 και sphus

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	11306.230 ^a	8	.000
Likelihood Ratio	11527.545	8	.000
Linear-by-Linear Association	9834.901	1	.000

Δεδομένου ότι και οι δύο μεταβλητές είναι διατάξιμες καταλληλότερος συντελεστής συσχέτισης για έλεγχο της μεταξύ τους σχέσης είναι ο Kendall's tau-b. Η τιμή του ελέγχου εδώ είναι -0.367, κάτι το οποίο υποδηλώνει μία αρνητική και μάλλον μέτρια συσχέτιση (Akoglou,2018).

Πίνακας 4.19 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και sphus

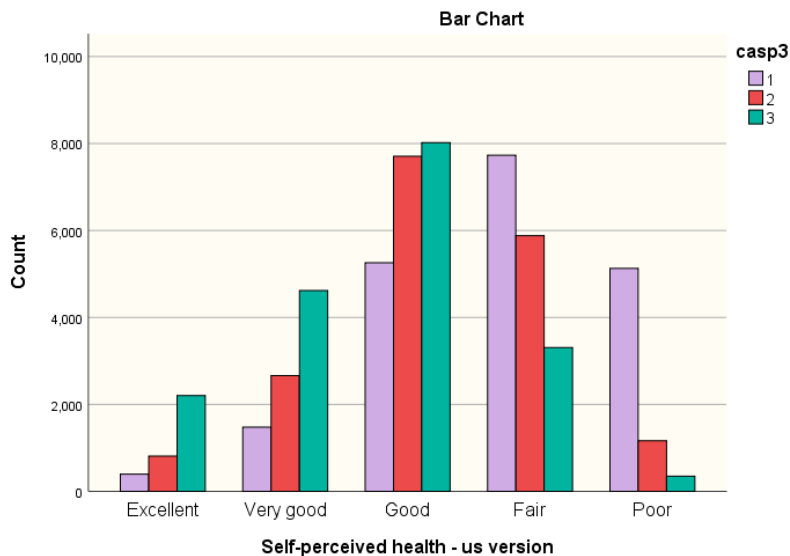
Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-.367	.003	-113.824	.000
	Kendall's tau-c	-.384	.003	-113.824	.000
	Gamma	-.514	.004	-113.824	.000
	Spearman Correlation	-.419	.004	-109.956	.000 ^c

Πιο συγκεκριμένα, ερμηνεύοντας τα στοιχεία του κάτωθι πίνακα συνάφειας, η αύξηση στην κλίμακα αυτοαναφερόμενης υγείας (1-> άριστη,5-> μη ικανοποιητική) αντιστοιχεί σε μείωση στο ποσοστό απαντήσεων στην ανώτερη κλίμακα ικανοποίησης της ποιότητας ζωής. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι ερωτώμενοι με άριστη υγεία κατηγοριοποιήθηκαν στην κατηγορία 3 της κλίμακας casp3 με ποσοστό 64.5% έναντι της κατηγορίας 1 με ποσοστό 11.6%. Ομοίως, τα άτομα με μη ικανοποιητική αυτοαναφερόμενη υγεία αποκρίθηκαν σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό στην κατηγορία 1 της κλίμακας casp3 σε σχέση με την κατηγορία 2 και 3 (77.2% έναντι 17.5 και 5.2% αντίστοιχα).

Πίνακας 4.20 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και sphus

Self-perceived health - us version * casp3 Crosstabulation							
			casp3			Total	
			1	2	3		
Self-perceived health - us version	Excellent	Count	397	813	2203	3413	
		% within Self-perceived health - us version	11.6%	23.8%	64.5%	100.0%	
	Very good	Count	1478	2664	4619	8761	
		% within Self-perceived health - us version	16.9%	30.4%	52.7%	100.0%	
	Good	Count	5258	7707	8019	20984	
		% within Self-perceived health - us version	25.1%	36.7%	38.2%	100.0%	
	Fair	Count	7730	5881	3308	16919	
		% within Self-perceived health - us version	45.7%	34.8%	19.6%	100.0%	
	Poor	Count	5130	1164	348	6642	
		% within Self-perceived health - us version	77.2%	17.5%	5.2%	100.0%	
	Total		Count	19993	18229	18497	56719
			% within Self-perceived health - us version	35.2%	32.1%	32.6%	100.0%

Διάγραμμα 4.4 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των μεταβλητών casp3 και sphus



Στην ίδια ενότητα έχουν συμπεριληφθεί και οι μεταβλητές:

- κινητικοί περιορισμοί
- 2+ χρόνιες παθήσεις ή κάτω από 2
- μνήμη
- βάρος
- αυτοαναφερόμενη υγεία κατά την παιδική ηλικία
- σοβαρός τραυματισμός ή αναπηρία κατά την παιδική ηλικία
- αριθμός φορών ασθένειας κατά την παιδική ηλικία

Σε όλες τις προηγούμενες μεταβλητές ο έλεγχος χ^2 κατέδειξε απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης. Όμως μόνο η δίτιμη μεταβλητή *mobil3* (0-2 κινητικούς περιορισμούς έναντι 3 και περισσότερους) έχει πολύ ισχυρή συσχέτιση σύμφωνα με την τιμή του Cramer's V (=0.363), ενώ η *chronic2w* (λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις έναντι 2+) με συντελεστή Cramer's V=0.229, κατηγοριοποιείται σε ισχυρή συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Τέλος, η μεταβλητή της μνήμης προέκυψε βάσει του συντελεστή Kendall's tau-b (= -0.212) να έχει μέτρια συσχέτιση με την ποιότητα ζωής ενώ όλες οι υπόλοιπες μεταβλητές έχουν ασθενή ή πολύ ασθενή συσχέτιση.

4.6 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στα στοιχεία της προσωπικότητας

4.6.1 Ποιότητα ζωής και νευρωτισμός

Στην ενότητα αυτή διερευνάται η πιθανή σχέση στοιχείων της προσωπικότητας με τις αποκρίσεις αναφορικά με την τωρινή ποιότητα ζωής που βιώνουν οι ερωτώμενοι. Ο έλεγχος υποθέσεων διατυπώνεται ως εξής:

- ✚ H_0 : Οι μεταβλητές *casp3* και *bfi10_neuro* είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους
- ✚ H_1 : Οι μεταβλητές *casp3* και *bfi10_neuro* ΔΕΝ είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Αρχικά από τον πίνακα 4.24 και αφού έχουμε εξασφαλίσει τις προϋποθέσεις για να ισχύει ο στατιστικός έλεγχος χ^2 , διαπιστώνουμε ότι $p\text{-value} < 0.0001$ ($< \alpha=0.05$), συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση και οι δύο διατάξιμες μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες. Για να μελετήσουμε το είδος της σχέσης που έχουν, ελέγχουμε το

συντελεστή συσχέτισης Kendall's tau-b, που ισούται εδώ με -0.275, το οποίο υποδεικνύει μία αρνητική και μέτρια συσχέτιση των δύο μεταβλητών.

Πίνακας 4.21 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις casp3 και bfi10_neuro

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	6590.863 ^a	16	.000
Likelihood Ratio	6649.214	16	.000
Linear-by-Linear Association	6144.285	1	.000
N of Valid Cases	56733		

Πίνακας 4.22 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και bfi10_neuro

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-.275	.003	-85.546	.000
	Kendall's tau-c	-.311	.004	-85.546	.000
	Gamma	-.361	.004	-85.546	.000
	Spearman Correlation	-.331	.004	-83.565	.000 ^c

Παρατηρώντας τον πίνακα συνάφειας 4.26 διαπιστώνουμε ότι όσο μεγαλύτερο σκορ έχει το άτομο στο νευρωτισμό τόσο μικρότερη είναι η αυτοαναφερόμενη ποιότητα ζωής του. Επιπλέον τα άτομα με χαμηλό σκορ στο νευρωτισμό δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίηση από τη ζωή ενώ οι συμμετέχοντες με υψηλό σκορ στο νευρωτισμό έχουν δώσει απαντήσεις που στη πλειονότητά τους, τους κατηγοριοποιούν στην κλίμακα 1 του casp3 (χαμηλή ποιότητα ζωής). Πιο συγκεκριμένα, κοιτάζοντας τα ποσοστά στον πίνακα, τα άτομα που συμμετείχαν στο SHARE w7 που δεν ήταν νευρωτικά αποκρίθηκαν σε ποσοστό 60.4% την ανώτερη κλίμακα της ποιότητας ζωής, έναντι 13.6% που υποδηλώνει μη ικανοποίηση. Αντίστοιχα, τα άτομα

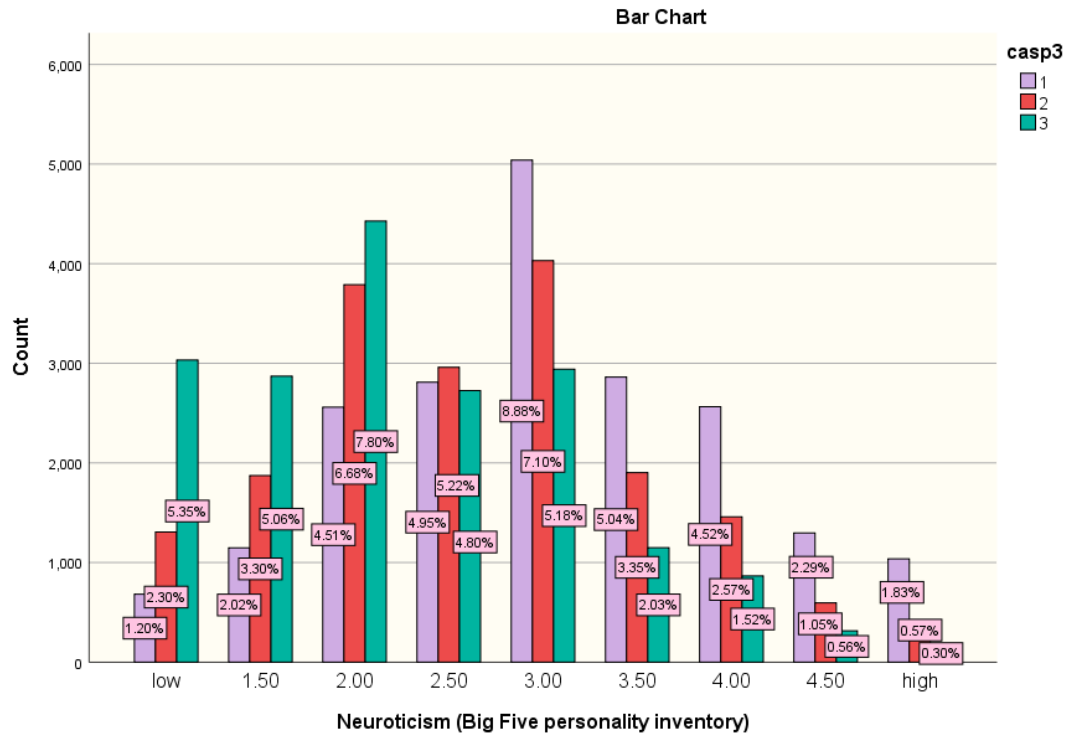
με υψηλό δείκτη νευρωτισμού κατηγοριοποιήθηκαν στην κλίμακα 1 της ποιότητας ζωής κατά πλειοψηφία (67.7% έναντι 11.3% της κλίμακας 3).

Πίνακας 4.23 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και bfi10_neuro

		Neuroticism (Big Five personality inventory) * casp3 Crosstabulation				
		casp3			Total	
		1	2	3		
Neuroticism (Big Five personality inventory)	low	Count	682	1306	3033	5021
		% within Neuroticism (Big Five personality inventory)	13.6%	26.0%	60.4%	100.0%
	1.50	Count	1147	1872	2870	5889
		% within Neuroticism (Big Five personality inventory)	19.5%	31.8%	48.7%	100.0%
	2.00	Count	2559	3789	4428	10776
		% within Neuroticism (Big Five personality inventory)	23.7%	35.2%	41.1%	100.0%
	2.50	Count	2810	2960	2726	8496
		% within Neuroticism (Big Five personality inventory)	33.1%	34.8%	32.1%	100.0%
	3.00	Count	5040	4030	2941	12011
		% within Neuroticism (Big Five personality inventory)	42.0%	33.6%	24.5%	100.0%
	3.50	Count	2862	1903	1149	5914
		% within Neuroticism (Big Five personality inventory)	48.4%	32.2%	19.4%	100.0%
	4.00	Count	2564	1459	865	4888
		% within Neuroticism (Big Five personality inventory)	52.5%	29.8%	17.7%	100.0%
	4.50	Count	1297	595	315	2207
		% within Neuroticism (Big Five personality inventory)	58.8%	27.0%	14.3%	100.0%
	high	Count	1037	321	173	1531
		% within Neuroticism (Big Five personality inventory)	67.7%	21.0%	11.3%	100.0%
Total		Count	19998	18235	18500	56733
		% within Neuroticism (Big Five personality inventory)	35.2%	32.1%	32.6%	100.0%

Τα παραπάνω συμπεράσματα μπορούν να διαπιστωθούν και γραφικά στο παρακάτω ραβδόγραμμα.

Διάγραμμα 4.5 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων για τη συσχέτιση των casp3 και bfi10_neuro



Τα υπόλοιπα στοιχεία της προσωπικότητας που μελετήθηκαν (η εξωστρέφεια, η συγκαταβατικότητα, η δεκτικότητα στις εμπειρίες και η ευσυνειδησία) παρουσίασαν στατιστικό έλεγχο ανεξαρτησίας χ^2 με p -value < 0.05, συνεπώς στατιστικά σημαντική επιρροή στην ποιότητα ζωής. Δεδομένου όμως ότι όλες οι μεταβλητές έδωσαν χαμηλό συντελεστή συσχέτισης Kendall's tau-b (ο μεγαλύτερος ήταν 0.189 για την ευσυνειδησία), οι συσχετίσεις της ποιότητας ζωής με τα συγκεκριμένα στοιχεία της προσωπικότητας προέκυψαν στατιστικά σημαντικές αλλά ασθενείς.

4.7 Διερεύνηση διαφοροποιήσεων ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στην ευημερία

4.7.1 Ποιότητα ζωής και βαθμός χαράς

Στην ενότητα αυτή διερευνάται η πιθανή σχέση της χαράς που αντλούν από τη ζωή οι συμμετέχοντες με τις αποκρίσεις αναφορικά με την τωρινή ποιότητα ζωής που βιώνουν. Ο έλεγχος υποθέσεων διατυπώνεται ως εξής:

- ✚ H_0 : Οι μεταβλητές casp3 και lifehap είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους
- ✚ H_1 : Οι μεταβλητές casp3 και lifehap ΔΕΝ είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους

Εφόσον έχει πρώτα ελεγχθεί ότι πληρούνται όλες οι προϋποθέσεις εφαρμογής του χ^2 ελέγχου ανεξαρτησίας, προχωράμε σε χρήση του συγκεκριμένου ελέγχου προκειμένου να διαπιστώσουμε εάν οι μεταβλητές μας έχουν κάποια σχέση ή όχι. Δεδομένου ότι $p\text{-value} < 0.0001$ ($< 0,005 = \alpha$) τότε η H_0 απορρίπτεται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Αυτό σημαίνει ότι οι μεταβλητές casp3 και lifehap συσχετίζονται. Η μεταξύ τους σχέση μάλιστα φαίνεται ότι είναι αρνητική και ισχυρή, συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουμε εάν παρατηρήσουμε κυρίως το διατακτικό μέτρο συνάφειας Kendall's tau-b, το οποίο είναι ίσο με -0,456.

Πίνακας 4.24 Πίνακας χ^2 στατιστικού ελέγχου ανεξαρτησίας για τις casp3 και lifehap

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	15028.825 ^a	6	.000
Likelihood Ratio	15785.114	6	.000
Linear-by-Linear Association	12762.002	1	.000

Πίνακας 4.25 Πίνακας συντελεστών συσχέτισης για τις μεταβλητές casp3 και lifehap

Symmetric Measures					
		Value	Asymptotic Standard Error ^a	Approximate T ^b	Approximate Significance
Ordinal by Ordinal	Kendall's tau-b	-.456	.003	-145.461	.000
	Kendall's tau-c	-.432	.003	-145.461	.000
	Gamma	-.674	.004	-145.461	.000
	Spearman Correlation	-.500	.003	-137.605	.000 ^c

Από τον πίνακα συνάφειας 4.29 διαπιστώνεται ότι όσο συχνότερα σκέφτεται ο ερωτώμενος τη ζωή του με θετικά συναισθήματα τόσο υψηλότερα σκοράρει στην κλίμακα της ποιότητας ζωής. Το αρνητικό πρόσημο οφείλεται στην κωδικοποίηση που έχει γίνει στην παρούσα έρευνα. Ενδεικτικά αναφέρεται, πως οι απαντήσεις των συμμετεχόντων που αναπολούν «συχνά» τη ζωή τους με χαρά (το οποίο αντιστοιχεί στον κωδικό 1), αντιστοιχίζονται σε ποσοστό 51.5% στην κλίμακα 3 της ποιότητας ζωής έναντι 15.1% που κατανέμεται στην κλίμακα 1. Αντίστοιχα, από τα άτομα που αποκρίθηκαν «ποτέ» (σ. δε σκέφτονται τη ζωή τους με θετικά συναισθήματα), μόνο 135 (8.9%) κατηγοριοποιήθηκαν στην ανώτερη κλίμακα της ποιότητας ζωής έναντι 1149 (75.8%) της χαμηλότερης κλίμακας 1.

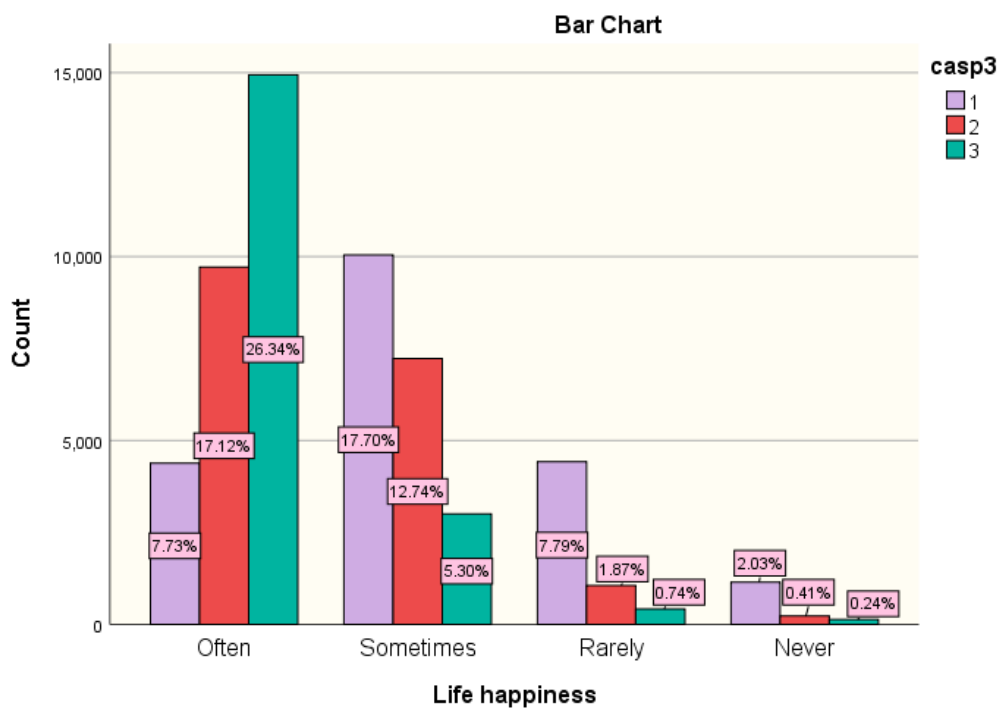
Πίνακας 4.26 Πίνακας συνάφειας για τις μεταβλητές casp3 και lifehap

Life happiness * casp3		Crosstabulation				
		casp3			Total	
		1	2	3		
Life happiness	Often	Count	4383	9713	14941	29037
		% within Life happiness	15.1%	33.5%	51.5%	100.0%
	Sometimes	Count	10044	7230	3005	20279
		% within Life happiness	49.5%	35.7%	14.8%	100.0%
	Rarely	Count	4422	1060	419	5901
		% within Life happiness	74.9%	18.0%	7.1%	100.0%
	Never	Count	1149	232	135	1516
		% within Life happiness	75.8%	15.3%	8.9%	100.0%

Total	Count	19998	18235	18500	56733
	% within Life happiness	35.2%	32.1%	32.6%	100.0%

Τα προηγούμενα συμπεράσματα γίνονται φανερά και γραφικά, μέσω του κάτωθι ραβδογράμματος.

Διάγραμμα 4.6 Ραβδόγραμμα συχνότητων για τη συσχέτιση των casp3 και lifehap



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Μοντέλα Πολυωνυμικής Λογιστικής Παλινδρόμησης

5.1 Εισαγωγή

Στόχος του παρόντος κεφαλαίου είναι η μελέτη και εύρεση συσχετίσεων της ποιότητας ζωής με συγκεκριμένους δημογραφικούς, οικονομικούς παράγοντες και αναδρομικά στοιχεία από την παιδική ηλικία των συμμετεχόντων του SHARE w7 με τη χρήση κάποιου λογιστικού μοντέλου παλινδρόμησης.

Η λογιστική παλινδρόμηση (logistic regression) , βρίσκει εφαρμογές σε πλήθος επιστημονικών πεδίων, ιατρικές και κοινωνικές έρευνες, τεχνητή νοημοσύνη κ.α. Χρησιμοποιείται ως μοντέλο ταξινόμησης των τιμών κάποιας μεταβλητής που επιθυμούμε να προβλέψουμε (μεταβλητή απόκρισης Y) με βάση τη θεωρία πιθανοτήτων. Ανάλογα με τη φύση των κατηγοριών της μεταβλητής απόκρισης διακρίνεται σε τρεις κατηγορίες:

- Τη δίτιμη ή διωνυμική παλινδρόμηση (binary/binomial logistic regression), η οποία προβλέπει την πιθανότητα μία παρατήρηση να ανήκει σε μία από δύο κατηγορίες. Χρησιμοποιείται όταν η κατηγορική μεταβλητή αποτελείται από δύο πιθανά ενδεχόμενα και βασίζει την πρόβλεψή της σε μία ή περισσότερες ανεξάρτητες μεταβλητές, συνεχείς ή κατηγορικές. Ένα παράδειγμα διωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης είναι η πρόβλεψη επιτυχίας στις εξετάσεις, με δίτιμη μεταβλητή απόκρισης κλίμακα "pass" η "failed" και ανεξάρτητες μεταβλητές: τον χρόνο επανάληψης, την κλίμακα άγχους και την παρακολούθηση των διαλέξεων.
- Τη διατεταγμένη λογιστική παλινδρόμηση (ordinal logistic regression), η οποία προβλέπει μία ποιοτική διατάξιμη μεταβλητή με τη χρήση μίας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών. Η εξαρτημένη μεταβλητή θα συνίσταται από τρεις ή περισσότερες κατηγορίες μεταξύ των οποίων θα ισχύει η έννοια της διάταξης, όπως π.χ απαντήσεις της μορφής διαφωνώ πολύ, διαφωνώ λίγο, ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ, συμφωνώ πολύ κ.α. Μπορεί να θεωρηθεί είτε γενίκευση της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης ή γενίκευση της διωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης. Παράδειγμα διατεταγμένης λογιστικής παλινδρόμησης είναι η πρόβλεψη για το αν " η φορολογία είναι υψηλή" μετρημένη σε 5βάθμια κλίμακα

Likert (Από το "Διαφωνώ απόλυτα" μέχρι το "Συμφωνώ απόλυτα") με ανεξάρτητες μεταβλητές την ηλικία και το εισόδημα.

- Την πολυωνυμική λογιστική παλινδρόμηση, η οποία χρησιμοποιείται για να προβλέψει συνήθως μια ονομαστική εξαρτημένη μεταβλητή με τη χρήση μιας ή περισσότερων ανεξάρτητων. Κάποιες φορές θεωρείται προέκταση της δίτιμης λογιστικής παλινδρόμησης, για την πρόβλεψη εξαρτημένης μεταβλητής με περισσότερα των δύο επίπεδα. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές -όπως και στους άλλους τύπους παλινδρόμησης- μπορεί να είναι είτε ονομαστικές ή συνεχείς. Παράδειγμα πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης είναι η πρόβλεψη ποιου τύπου ποτού προτιμούν οι καταναλωτές, με τη χρήση των ανεξάρτητων μεταβλητών της ηλικίας και της τοποθεσίας που βρίσκονται εντός ελλαδικού χώρου.

Στην παρούσα εργασία, η καταλληλότερη παλινδρόμηση για την πρόβλεψη της μεταβλητής casp3 που προβλέπει την ποιότητα ζωής με τρία διατεταγμένα επίπεδα, κρίθηκε η διατεταγμένη λογιστική παλινδρόμηση. Ύστερα από τον έλεγχο για το αν πληρούνται οι προϋποθέσεις χρήσης του συγκεκριμένου μοντέλου, διαπιστώθηκε ότι δεν πληρείται η υπόθεση των αναλογικών πιθανοτήτων, το οποίο σημαίνει ότι δεν υπάρχει ίδια αναλογική διαφορά ανάμεσα στο ένα επίπεδο με το προηγούμενό ή το επόμενο του. Το συμπέρασμα προκύπτει από τον πίνακα του Test of Parallel lines, μέρος του ordinal regression output που δίνει το SPSS. Αναγκαία προϋπόθεση για τη χρήση της διατεταγμένης λογιστικής παλινδρόμησης είναι το Sig. του μοντέλου να είναι μεγαλύτερο του 0.05, κάτι το οποίο όπως διαφαίνεται από τον παρακάτω πίνακα δεν ισχύει.

Model	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Null Hypothesis	26903.484			
General	26810.274	93.210	7	.000

The null hypothesis states that the location parameters (slope coefficients) are the same across response categories.

a. Link function: Logit.

Συνεπώς η προσέγγιση για την αναζήτηση του βέλτιστου μοντέλου πρόβλεψης της μεταβλητής casp3 θα γίνει μέσω της πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης.

5.2 Πολυωνυμική Λογιστική Παλινδρόμηση

Για την χρήση της πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης και τις έγκυρες προβλέψεις του μοντέλου απαιτείται να πληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Η εξαρτημένη μεταβλητή (μεταβλητή απόκρισης) του μοντέλου θα πρέπει να είναι ποιοτική, να μετριέται δηλαδή σε ονομαστικά επίπεδα. Επιπλέον, οι κατηγορίες απόκρισης θα πρέπει να είναι αμοιβαία αποκλειόμενες.
2. Θα πρέπει να εξασφαλιστεί ότι δεν υπάρχει πολυσυγγραμμικότητα μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών.
3. Για να εξασφαλιστούν ακριβείς εκτιμήσεις, τα δείγματα των παραμέτρων του μοντέλου θα πρέπει να είναι μεγάλα.
4. Ο λογάριθμος της πιθανότητας του ενδεχομένου επιτυχίας (logit function) θα πρέπει να συσχετίζεται γραμμικά με τις ερμηνευτικές μεταβλητές του μοντέλου.
5. Οι παρατηρήσεις που καταγράφονται δε θα πρέπει να έχουν σημαντικές έκτοπες τιμές (outliers) που θα επηρεάσουν με δυσανάλογο τρόπο την πρόβλεψη.

Η γενική μορφή εξίσωσης της πολυωνυμικής λογιστικής παλινδρόμησης είναι η εξής:

$$\log[\text{odds}] = \log \left[\frac{\pi_k(x_i)}{\pi_1(x_i)} \right] = b_{0k} + \sum_{j=1}^p b_{jk} \cdot X_{ji}$$

$$i = 1, \dots, n, \quad j = 1, \dots, p \quad \text{και} \quad k = 1, \dots, m$$

όπου:

$i=1, \dots, n$ συμβολίζει το άτομο i του δείγματος,

$j=1, \dots, p$ συμβολίζει την ερμηνευτική μεταβλητή j ,

$k=1, \dots, m$ συμβολίζει τα επίπεδα της μεταβλητής απόκρισης

$\pi_k(x_i)$ συμβολίζει την πιθανότητα το X_i να ανήκει στο k επίπεδο της μεταβλητής απόκρισης.

Στην παρούσα εργασία $m=2,3$ αφού το επίπεδο 1 της caspr3 έχει ληφθεί ως επίπεδο αναφοράς.

5.3 Μέθοδοι ελέγχου του πολυωνυμικού λογιστικού μοντέλου

Η αξιολόγηση των μοντέλων που έχουν δοκιμαστεί γίνεται με βάση κάποιους δείκτες από το output του SPSS.

- ✚ **Model Fitting Information:** Στον πίνακα αυτόν ελέγχουμε το Sig του τελικού μοντέλου αν είναι στατιστικά σημαντικό (< 0.05). Η τιμή αυτή υποδηλώνει την αναγκαιότητα - ή μη- της προσθήκης των ερμηνευτικών μεταβλητών που έχουν χρησιμοποιηθεί έναντι του μηδενικού μοντέλου (το οποίο περιλαμβάνει μόνο μία σταθερά)
- ✚ **Pseudo R-Square :** Οι τρεις τιμές που δίνονται στον πίνακα είναι σε αντιστοιχία με το R-squared της μεθόδου των γραμμικών ελαχίστων τετραγώνων (OLS). Εξηγούν με παρεμφερή τρόπο το ποσοστό της μεταβλητότητας της μεταβλητής απόκρισης που ερμηνεύεται από τις επιλεγμένες ανεξάρτητες μεταβλητές.
- ✚ **Likelihood Ratio Tests :** Η τελευταία στήλη των τιμών Sig χρησιμοποιείται για να υποδείξει τη στατιστική σημαντικότητα κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής του μοντέλου.
- ✚ **Parameter Estimates :** Ο συγκεκριμένος πίνακας παρέχει πληροφορίες σχετικά με τη συμβολή κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στην πρόβλεψη της μεταβλητής απόκρισης
- ✚ **Classification Table:** Στον πίνακα ταξινόμησης του SPSS output αναφέρεται το ποσοστό σωστών προβλέψεων συνολικά και ανά επίπεδο μεταβλητής απόκρισης του συγκεκριμένου μοντέλου

5.4 Πρώτο Μοντέλο

Το πρώτο μοντέλο που θα εξετάσουμε θα προβλέπει την μεταβλητή απόκρισης casp3 που έχει διαμορφωθεί έτσι ώστε να έχει τρία επίπεδα (1- μη ικανοποιητική/κακή ποιότητα ζωής, 2- μέτρια ποιότητα ζωής, 3- καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής). Για την πρόβλεψη της casp3 θα χρησιμοποιηθούν κάποιες ερμηνευτικές μεταβλητές που αφορούν σε δημογραφικές πληροφορίες αλλά κυρίως μεταβλητές που σκιαγραφούν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο κατά την παιδική ηλικία του ερωτώμενου. Με το μοντέλο αυτό επιδιώκουμε να διερευνήσουμε κατά πόσο το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ενός

ατόμου κατά την παιδική ηλικία επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε ηλικίες 50 και άνω. Οι μεταβλητές που έχουν συμπεριληφθεί στο πρώτο μοντέλο είναι οι εξής:

- ✓ η χώρα προέλευσης του συμμετέχοντα (country) - κατηγορία αναφοράς Ελλάδα
- ✓ η ηλικία (age1)
- ✓ το μορφωτικό επίπεδο (yedu1)
- ✓ το αν ο ερωτώμενος ζει μόνος ή όχι κατά την περίοδο των συνεντεύξεων (single)- κατηγορία αναφοράς το «δε ζει μόνος»
- ✓ οι περίοδοι ασθένειας στην ηλικία των 10 (hs054)
- ✓ ο βαθμός κατανόησης των προβλημάτων του συμμετέχοντα από τη μητέρα (cc721_1)
- ✓ το ενδεχόμενο σωματικής κακοποίησης της μητέρα (cc725_1)
- ✓ ο αριθμός των βιβλίων που ο ερωτώμενος είχε πρόσβαση στην ηλικία των 10 (cc725_1)
- ✓ η οικονομική κατάσταση της οικογένειας στην ηλικία των 10 (cc733)
- ✓ η παροχή ζεστού νερού στην οικία του συμμετέχοντα στην ηλικία των 10 (cc007d3)- κατηγορία αναφοράς η «παροχή ζεστού νερού»
- ✓ η παροχή κεντρικής θέρμανσης στην οικία του συμμετέχοντα στην ηλικία των 10 (cc007d5)- κατηγορία αναφοράς η «παροχή κεντρικής θέρμανσης»

Από τον πίνακα 5.1 λαμβάνεται η πληροφορία ότι το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό, εφόσον $Sig=0.000$, μικρότερο από κάθε επίπεδο σημαντικότητας. Συνεπώς, απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι όλοι οι παράμετροι των επεξηγηματικών μεταβλητών ισούνται με μηδέν και το μοντέλο παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά από το μοντέλο που περιλαμβάνει μόνο τον σταθερό όρο.

Πίνακας 5.1 : Πληροφορίες για την προσαρμογή του πρώτου μοντέλου

Model Fitting Information				
Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	85879.867			
Final	73707.371	12172.496	68	.000

Από τη διεξαγωγή των ελέγχων καλής προσαρμογής (Πίνακας 5.2) δεν αποκτούμε σαφή εικόνα αναφορικά με την καταλληλότητα του μοντέλου. Λαμβάνοντας υπόψη την ύπαρξη πολλών κελιών με μηδενικές συχνότητες (58%), τα εν λόγω αποτελέσματα κρίνονται αναξιόπιστα και μας οδηγούν στο να αναζητήσουμε άλλους ελέγχους για την εύρεση της καταλληλότητας του μοντέλου.

Πίνακας 5.2 : Έλεγχοι καλής προσαρμογής

Goodness-of-Fit			
	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	61217.831	57360	.000
Deviance	60360.376	57360	.000

Πίνακας 5.3 : Ψευδο-συντελεστές R²

Pseudo R-Square	
Cox and Snell	.207
Nagelkerke	.233
McFadden	.106

Πίνακας 5.4 Μήνυμα προειδοποίησης

Warnings
There are 50007 (58.0%) cells (i.e., dependent variable levels by subpopulations) with zero frequencies.

Από τον πίνακα 5.3, αντλούμε την πληροφορία ότι οι δείκτες R² των Cox and Snell, Nagelkerke και McFadden δεν είναι τόσο ικανοποιητικοί. Σημειώνεται εδώ ότι στη λογιστική παλινδρόμηση η έννοια των δεικτών R² διαφοροποιείται. Πιο συγκεκριμένα, ενώ στην μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων της γραμμικής παλινδρόμησης οι δείκτες R² εκφράζουν το ποσοστό της μεταβλητότητας της μεταβλητής απόκρισης που ερμηνεύεται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές, οι ψευδο-συντελεστές R² εκφράζουν την σύγκριση της λογαριθμικής πιθανοφάνειας του επιλεγμένου μοντέλου με την αντίστοιχη του μηδενικού μοντέλου. Συνεπώς, μια καλή τιμή για τους δείκτες Cox and Snell και Nagelkerke θεωρείται πάνω από 0.3, ενώ για τον δείκτη McFadden μπορεί να θεωρηθούν στις κοινωνικές επιστήμες και τιμές άνω του 0.2 (OARC Stats, n.d). Εδώ ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι δείκτες Nagelkerke και McFadden ισούνται με 0.233 και 0.106 αντίστοιχα, κάτι το οποίο δείχνει ότι το εκτιμώμενο μοντέλο δεν προσαρμόζεται τόσο καλά στα δεδομένα.

Ακολουθεί ο πίνακας Likelihood Ratio Tests (Πίνακας 5.5), στον οποίον παρέχονται πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα των ελέγχων των λόγων πιθανοφανειών. Ο έλεγχος που γίνεται ουσιαστικά αφορά στην σημαντικότητα ή μη της προσθήκης κάθε ερμηνευτικής μεταβλητής σε ένα μειωμένο μοντέλο. Η τελευταία στήλη απαντά στον συγκεκριμένο έλεγχο, δίνοντας όλες τις ερμηνευτικές μεταβλητές στατιστικά σημαντικές αφού Sig < 0.05, απορρίπτοντας τη μηδενική υπόθεση (H₀: η προσθήκη της ερμηνευτικής μεταβλητής δεν επηρεάζει σημαντικά τη μεταβολή της casp3 στο μοντέλο).

Πίνακας 5.5 : Έλεγχοι λόγων πιθανοφανειών πρώτου μοντέλου

Likelihood Ratio Tests				
Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	73707.371 ^a	.000	0	.
age1	74203.151	495.780	2	.000
Mother physical harm	73878.051	170.680	2	.000
Number of books when ten	73802.176	94.805	2	.000
How much did your mother understand your problems and worries	74159.305	451.934	2	.000
Family was pretty well off financially, about average, or poor	74069.831	362.460	2	.000
Number periods of ill health	74550.597	843.226	2	.000
yedu1	74077.208	369.837	2	.000
country_gr	79585.335	5877.964	48	.000
Features of accommodation when ten: hot running water supply	73710.722	3.351	2	.187
Features of accommodation when ten: central heating	73720.998	13.627	2	.001
Single	74131.865	424.494	2	.000
The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.				

Στον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται ότι σχεδόν όλες οι επεξηγηματικές μεταβλητές που έχουν συμπεριληφθεί στο πρώτο μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικές και η προσθήκη τους αποτελεί βελτίωση του προηγούμενου μοντέλου με το οποίο συγκρίνονται. Εξαιρέση αποτελεί η μεταβλητή «Features of accommodation when ten: hot running water supply» η οποία όπως διαφαίνεται από την τιμή Sig. (Sig.=0.187) δεν ασκεί σημαντική επίδραση στην τωρινή ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων.

Ο πίνακας «Parameter Estimates» αφορά στους συντελεστές των ερμηνευτικών μεταβλητών που έχουμε συμπεριλάβει στο μοντέλο μας. Ειδικότερα, η πρώτη στήλη (στήλη B) εκτιμά τις τιμές των παραμέτρων και η δεύτερη (Std. Error) δίνει τα τυπικά σφάλματα αυτών. Σημειώνεται εδώ ότι μεγάλα σφάλματα δεν είναι γενικώς αποδεκτά, υποδεικνύοντας έμμεσα την αναγκαιότητα να εξαιρεθεί η αντίστοιχη ερμηνευτική μεταβλητή από το μοντέλο. Στη στήλη Sig. διαπιστώνουμε τη στατιστική σημαντικότητα των παραμέτρων μέσω της συνάρτησης Wald, ενώ στη στήλη Exp(B) δίνεται η εκτιμώμενη σχετική πιθανότητα να ανήκει ο συμμετέχων σε μία από τις κατηγορίες της ποιότητας ζωής (casp3) βάσει της κάθε επεξηγηματικής μεταβλητής. Το πρώτο μέρος του πίνακα 5.6 συγκρίνει τους συντελεστές του δεύτερου επιπέδου της μεταβλητής casp3 (μέτριο επίπεδο ζωής) με το πρώτο επίπεδο (επίπεδο αναφοράς) ενώ το δεύτερο μέρος του πίνακα συγκρίνει το τρίτο επίπεδο (καλή/πολύ καλή ποιότητα) με το πρώτο (μη ικανοποιητική/κακή ποιότητα ζωής).

Πίνακας 5.6 : Εκτιμώμενες τιμές των παραμέτρων του πρώτου μοντέλου

Parameter Estimates									
casp3 ^a	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)		
							Lower Bound	Upper Bound	
2	Intercept	-.645	.120	28.843	1	.000			
	age1	-.257	.019	190.480	1	.000	.774	.746 .802	
	Mother physical harm	.101	.014	53.074	1	.000	1.106	1.076 1.137	
	Number of books when ten	.077	.012	39.383	1	.000	1.080	1.054 1.106	
	How much did your mother understand your problems and worries	-.174	.014	155.732	1	.000	.840	.818 .863	
	Family was pretty well off financially, about average, or poor	-.203	.018	122.263	1	.000	.817	.788 .846	

Number periods of ill health	-.272	.015	339.137	1	.000	.762	.740	.784
yedu1	.216	.016	183.956	1	.000	1.242	1.203	1.281
[country_gr=11]	1.567	.095	269.463	1	.000	4.793	3.975	5.779
[country_gr=12]	1.416	.091	239.840	1	.000	4.122	3.445	4.931
[country_gr=13]	1.717	.104	274.436	1	.000	5.569	4.545	6.824
[country_gr=15]	.794	.085	88.009	1	.000	2.211	1.873	2.610
[country_gr=16]	.611	.084	52.547	1	.000	1.842	1.562	2.173
[country_gr=17]	1.113	.095	138.687	1	.000	3.044	2.529	3.664
[country_gr=18]	1.800	.119	230.348	1	.000	6.050	4.795	7.633
[country_gr=20]	2.056	.116	314.422	1	.000	7.815	6.226	9.809
[country_gr=23]	1.051	.087	145.775	1	.000	2.859	2.411	3.391
[country_gr=28]	.744	.086	75.465	1	.000	2.105	1.780	2.490
[country_gr=29]	.508	.084	36.205	1	.000	1.661	1.408	1.960
[country_gr=31]	1.517	.121	157.549	1	.000	4.558	3.597	5.776
[country_gr=32]	.542	.097	31.058	1	.000	1.720	1.421	2.082
[country_gr=34]	1.146	.086	177.516	1	.000	3.146	2.658	3.723
[country_gr=35]	.536	.083	41.858	1	.000	1.710	1.453	2.011
[country_gr=47]	.728	.087	69.169	1	.000	2.070	1.744	2.457
[country_gr=48]	-.075	.093	.651	1	.420	.928	.773	1.113
[country_gr=51]	.050	.090	.310	1	.578	1.051	.881	1.255
[country_gr=53]	.532	.103	26.897	1	.000	1.702	1.392	2.080
[country_gr=55]	1.368	.095	205.553	1	.000	3.928	3.258	4.737
[country_gr=57]	-.016	.099	.025	1	.874	.984	.810	1.196
[country_gr=59]	.998	.102	95.914	1	.000	2.712	2.221	3.311
[country_gr=61]	-.152	.091	2.795	1	.095	.859	.719	1.026
[country_gr=63]	.238	.092	6.667	1	.010	1.269	1.059	1.521
[country_gr=64]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Features of accommodation when ten: hot running water supply=0]	.041	.033	1.577	1	.209	1.042	.977	1.111
[Features of accommodation when ten: hot running water supply=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Features of accommodation when ten: central heating=0]	-.112	.040	7.878	1	.005	.894	.827	.967
[Features of accommodation when ten: central heating=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Single=0]	.364	.025	207.777	1	.000	1.439	1.370	1.512
[Single=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

3	Intercept	-1.893	.163	135.048	1	.000			
	age1	-.441	.020	481.219	1	.000	.643	.618	.669
	Mother physical harm	.198	.015	168.405	1	.000	1.219	1.183	1.256
	Number of books when ten	.122	.013	93.807	1	.000	1.130	1.102	1.158
	How much did your mother understand your problems and worries	-.319	.015	443.551	1	.000	.727	.706	.749
	Family was pretty well off financially, about average, or poor	-.374	.020	356.232	1	.000	.688	.662	.715
	Number periods of ill health	-.486	.019	652.762	1	.000	.615	.592	.638
	yedu1	.317	.017	350.810	1	.000	1.374	1.329	1.420
	[country_gr=11]	3.782	.140	734.246	1	.000	43.900	33.394	57.712
	[country_gr=12]	3.112	.138	507.088	1	.000	22.474	17.141	29.467
	[country_gr=13]	3.352	.147	520.441	1	.000	28.564	21.416	38.097
	[country_gr=15]	2.254	.135	279.827	1	.000	9.522	7.312	12.399
	[country_gr=16]	1.653	.136	147.082	1	.000	5.223	3.999	6.823
	[country_gr=17]	2.726	.141	375.128	1	.000	15.272	11.590	20.123
	[country_gr=18]	3.913	.155	635.331	1	.000	50.044	36.916	67.841
	[country_gr=20]	4.071	.154	696.048	1	.000	58.604	43.310	79.299
	[country_gr=23]	2.513	.136	342.726	1	.000	12.341	9.458	16.103
	[country_gr=28]	1.450	.139	108.630	1	.000	4.262	3.245	5.598
	[country_gr=29]	1.903	.134	201.531	1	.000	6.704	5.155	8.718
	[country_gr=31]	3.494	.157	495.999	1	.000	32.927	24.210	44.782
	[country_gr=32]	1.870	.145	166.941	1	.000	6.487	4.885	8.615
	[country_gr=34]	2.973	.135	488.093	1	.000	19.546	15.015	25.445
	[country_gr=35]	1.821	.134	184.399	1	.000	6.181	4.752	8.040
	[country_gr=47]	1.885	.138	185.654	1	.000	6.583	5.020	8.633
	[country_gr=48]	.634	.149	18.235	1	.000	1.886	1.409	2.523
	[country_gr=51]	.900	.144	39.143	1	.000	2.459	1.855	3.259
	[country_gr=53]	1.875	.149	157.914	1	.000	6.520	4.867	8.735
	[country_gr=55]	2.627	.143	338.416	1	.000	13.831	10.454	18.297
	[country_gr=57]	1.109	.148	56.379	1	.000	3.031	2.269	4.049
	[country_gr=59]	2.404	.147	267.800	1	.000	11.071	8.301	14.765
	[country_gr=61]	.459	.147	9.720	1	.002	1.583	1.186	2.113
	[country_gr=63]	1.814	.138	173.324	1	.000	6.135	4.683	8.037
	[country_gr=64]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Features of accommodation when ten: hot running water supply=0]	-.013	.034	.143	1	.705	.987	.924	1.055

[Features of accommodation when ten: hot running water supply=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Features of accommodation when ten: central heating=0]	-.146	.040	13.114	1	.000	.864	.799	.935
[Features of accommodation when ten: central heating=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Single=0]	.548	.028	394.870	1	.000	1.729	1.638	1.825
[Single=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: 1.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

- **Ηλικία Ομάδα (age1)**: Παρατηρώντας τη στήλη Sig. του πίνακα 5.6 διαπιστώνουμε ότι η μεταβλητή «age1» επεξηγεί με στατιστική σημαντικότητα και τα δύο επίπεδα του casp3, συνεπώς η ποιότητα ζωής μεταβάλλεται με την ηλικία. Στη στήλη Exp(B) του πίνακα λαμβάνουμε τα νούμερα 0.774 και 0.643 στο πρώτο και δεύτερο μέρος του πίνακα αντίστοιχα, τα οποία ερμηνεύονται ως εξής: Ένα επίπεδο μεταβολής του ηλικιακού γκρουπ (δηλαδή μεταβολή από το ηλικιακό γκρουπ 50-64 στο 65-80 ή από το 65-80 στο 81+) προκαλεί μείωση κατά 22.6% της σχετικής πιθανότητας να έχει ο ερωτώμενος μέτρια ποιότητα ζωής και 35.7% μείωση της σχετικής πιθανότητας για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής σχετικά με κακή ποιότητα ζωής. Οι αποκρίσεις των συμμετεχόντων του SHARE w7 αποδεικνύουν ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, μειώνεται η ποιότητα ζωής.
- **Χώρα Διαμονής (country)**: Η χώρα διαμονής του ερωτώμενου επηρεάζει την απόκριση στην ποιότητα ζωής του όπως φαίνεται και από τη στήλη Sig. (<0.05) για τις περισσότερες χώρες. Εξάιρεση αποτελούν οι χώρες Λιθουανία, Βουλγαρία, Λετονία και Ρουμανία στο επίπεδο 2 της casp3. Οι τιμές των Sig. (> 0.05) υποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις αποκρίσεις των χωρών αυτών σε σύγκριση με αυτές της Ελλάδας όσο αφορά στη μέτρια ποιότητα ζωής. Αντιθέτως, η σύγκριση των κατοίκων της Ιταλίας (σε σχέση με τους Έλληνες-κατηγορία αναφοράς) κρίνεται στατιστικά σημαντική (Sig.<0.05) με exp(B) να είναι 1.661 και 6.704 στα επίπεδα 2 και 3 της casp3 αντίστοιχα. Αυτά ερμηνεύονται ως εξής: οι Ιταλοί έχουν 84.2% και 422.3% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα -σε σχέση με τους Έλληνες (κατηγορία αναφοράς)- να έχουν μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής αντίστοιχα σε

σύγκριση με κακή ποιοτική ζωή (κατηγορία αναφοράς 1). Αντίστοιχα, οι Πολωνοί -συγκριτικά με τους Έλληνες- έχουν κατά 66.1% και 570.4% αυξημένες σχετικές πιθανότητες για μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής (σε σχέση με κακή) αντίστοιχως. Γενικότερα διαπιστώνεται από τις τιμές των Exp(B) ότι όλες οι χώρες με στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση από την Ελλάδα έχουν υψηλότερες σχετικές πιθανότητες για μέτρια ή καλή ποιότητα ζωής.

- **Μητρική σωματική κακοποίηση (cc725 1)**: Η σωματική κακοποίηση από τη μητέρα, δείχνει να επηρεάζει τις αποκρίσεις των ερωτώμενων αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους, όπως διαφαίνεται και από τους αντίστοιχους ελέγχους (Sig. < 0.05). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η αύξηση κατά μία μονάδα της μεταβλητής (μείωση δηλαδή της μητρικής κακοποίησης) αποτελεί παράγοντα αύξησης κατά 10.6 % της σχετικής πιθανότητας να κατηγοριοποιηθεί ο ερωτώμενος στην μέτρια ποιότητα ζωής και κατά 21.9% στην καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής συγκριτικά με την κακή ποιότητα ζωής.
- **Αριθμός βιβλίων στην παιδική ηλικία (cc008)** : Ο αριθμός των βιβλίων στα οποία είχε πρόσβαση ο ερωτώμενος στην ηλικία των 10 ετών δείχνει να επηρεάζει τη μεταβλητή απόκρισης όσο αφορά στην ποιότητα ζωής όπως δείχνει η στήλη των Sig. (< 0.05). Αναλυτικότερα, στην αύξηση κατά μία μονάδα της μεταβλητής cc008 (ενδεικτικά αν ο ερωτώμενος αντί για 11-25 βιβλία είχε πρόσβαση σε 26-100) καταγράφεται αύξηση της σχετικής πιθανότητας κατά 8% στην μέτρια ποιότητα ζωής και κατά 13% στην καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής, συγκριτικά με την κακή ποιότητα ζωής.
- **Οικονομική Κατάσταση της οικογένειας του ερωτώμενου στην ηλικία των 10 ετών (cc733)**: Όπως διαφαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, η οικονομική κατάσταση της οικογένειας του ερωτώμενου στην παιδική του ηλικία δείχνει να συσχετίζεται με την τωρινή ποιότητα ζωής του (Sig <0.05). Από τις τιμές των exp(B) προκύπτει ότι αύξηση κατά ένα επίπεδο της επεξηγηματικής μεταβλητής cc733 (π.χ. από καλή σε μέτρια οικονομική κατάσταση) συνεπάγεται μείωση κατά 18.3% και 31.2% για μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής (σε σχέση με κακή) αντίστοιχα.
- **Εκπαιδευτικό επίπεδο (yedu1)**: Η μόρφωση επηρεάζει την ποιότητα ζωής όπως προκύπτει και από τους αντίστοιχους ελέγχους Wald (Sig. < 0.05). Αύξηση κατά ένα επίπεδο στη yedu1 (από 0-9 έτη σε 10-12) αναμένεται να αυξήσει κατά

24.2% και κατά 37.4% τις σχετικές πιθανότητες να έχει κάποιος μέτρια ή καλή/πολύ καλή συγκριτικά με κακή ποιότητα ζωής.

- **Ύπαρξη κεντρικής θέρμανσης στην οικία της παιδικής ηλικίας του ερωτώμενου (cc007d5):** Η μεταβολή που προκαλεί η συγκεκριμένη επεξηγηματική μεταβλητή στην casp3 δείχνει να είναι στατιστικά σημαντική (Sig< 0.05). Έτσι, το να μην είχε το άτομο στην ηλικία των 10 ετών κεντρική θέρμανση σε σχέση με το να είχε (κατηγορία αναφοράς) δίνει 10.6% και 13.6% μικρότερες σχετικές πιθανότητες να έχει κάποιος μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής αντίστοιχα (συγκριτικά με την κακή ποιότητα ζωής).
- **Κατανόηση παιδικών ανησυχιών από τη μητέρα:** Η μεταβολή που προκαλεί το επίπεδο κατανόησης της μητέρας στις παιδικές ανησυχίες στην μετέπειτα ποιότητα ζωής δείχνει να είναι στατιστικά σημαντική (Sig.<0.05). Συγκεκριμένα, αύξηση κατά ένα επίπεδο της ερμηνευτικής μεταβλητής, μείωση δηλαδή της κατανόησης, προκαλεί μείωση κατά 16% να έχει κάποιος μέτρια και 27.3% καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής (συγκριτικά με μη ικανοποιητική/κακή).
- **Αριθμός χρονικών διαστημάτων κακής υγείας στην ηλικία των 10 ετών:** Η συγκεκριμένη επεξηγηματική μεταβλητή επηρεάζει τη μεταβολή της casp3, εφόσον p-value<0.05. Αύξηση κατά ένα επίπεδο του αριθμού των χρονικών διαστημάτων ασθένειας του ερωτώμενου στην ηλικία των δέκα, συνεπάγεται με μείωση κατά 23.8% και 38.5% να είναι η ποιότητα ζωής του μέτρια ή καλή/πολύ καλή αντίστοιχα.
- **Ύπαρξη παροχής ζεστού νερού στην εστία της ηλικίας των 10 ετών:** Η συγκεκριμένη μεταβλητή δείχνει να μην επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την casp3 στο συγκεκριμένο μοντέλο εφόσον τα p-value για τα επίπεδα 2 και 3 της εξαρτημένης μεταβλητής είναι 0.209 και 0.705 αντίστοιχα (μεγαλύτερα του επιπέδου σημαντικότητας).
- **Το αν ο ερωτώμενος ζει μόνος ή όχι:** Η μεταβλητή που απαντάει στο εάν ο ερωτώμενος κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων SHAREw7 ζούσε μόνος, δείχνει να επηρεάζει την ποιότητα ζωής του (Sig.<0.05). Πιο συγκεκριμένα, το να μη ζει κάποιος μόνος, συγκριτικά με το να ζει μόνος του (κατηγορία αναφοράς), έχει μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα κατά 43.9% και 72.9% να έχει μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής αντίστοιχα, συγκριτικά με κακή.

Τέλος, από τον πίνακα ταξινόμησης (Πίνακας 5.7), λαμβάνουμε την πληροφορία ότι στο πρώτο μοντέλο το συνολικό ποσοστό ορθής ταξινόμησης των παρατηρήσεων ισούται με 50.4%. Με άλλα λόγια, στην εφαρμογή του συγκεκριμένου μοντέλου σε όλες συνολικά κατηγορίες ταξινομούνται ορθά οι 504 ερωτώμενοι από τους 1000, ένα μη ικανοποιητικό ποσοστό. Αναλυτικότερα στην κατηγορία «μη ικανοποιητική/κακή ποιότητα ζωής» γίνεται ορθή κατηγοριοποίηση κατά 67.3% ενώ στην κατηγορία «καλή/πολύ καλή» ποιότητα ζωής η ορθή ταξινόμηση αντιστοιχεί στο 63.4% των συμμετεχόντων. Η απόκριση «μέτρια ποιότητα ζωής» προβλέπεται σωστά μόνο στο 18.7% των περιπτώσεων, ποσοστό το οποίο κρίνεται ανεπαρκές.

Πίνακας 5.7: Πίνακας ταξινόμησης πρώτου μοντέλου

Classification				
Observed	Predicted			Percent Correct
	1	2	3	
1	12322	2245	3734	67.3%
2	6648	3154	7055	18.7%
3	3936	2415	10981	63.4%
Overall Percentage	43.6%	14.9%	41.5%	50.4%

5.5 Δεύτερο Μοντέλο

Το δεύτερο μοντέλο που θα εξετάσουμε θα προβλέπει τα τρία επίπεδα της μεταβλητής απόκρισης casp3 (1- μη ικανοποιητική/κακή ποιότητα ζωής, 2- μέτρια ποιότητα ζωής, 3- καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής) με ερμηνευτικές μεταβλητές που αφορούν κυρίως σε μεταβλητές που σκιαγραφούν την τωρινή κατάσταση του ερωτώμενου. Το μοντέλο διαμορφώνεται με την χρήση των παρακάτω ερμηνευτικών μεταβλητών:

- ✓ η χώρα διαμονής (country) - κατηγορία αναφοράς Ελλάδα
- ✓ η ηλικία (age1) - κατηγορία αναφοράς: ηλικία 81+
- ✓ το μορφωτικό επίπεδο (yedu1)
- ✓ η χαρά που αντλεί από τη ζωή (lifehap)

- ✓ ο βαθμός νευρωτισμού στην προσωπικότητα του ερωτώμενου (bfi10_neuro)
- ✓ ο αριθμός των κινητικών περιορισμών (mobilit3) - κατηγορία αναφοράς: 3+ κινητικούς περιορισμούς
- ✓ ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων (chronic2w7)
- ✓ ο περιορισμός σε καθημερινές δραστηριότητες (gali) - κατηγορία αναφοράς: ύπαρξη περιορισμών
- ✓ ο αυτοαναφερόμενος βαθμός της καλής υγείας (sphus2) - κατηγορία αναφοράς: λιγότερο από καλή
- ✓ τα αποτελέσματα στο τεστ μνήμης (memory)

Πίνακας 5.8: Πληροφορίες για την προσαρμογή του δεύτερου μοντέλου

Model Fitting Information				
Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	63371.540			
Final	43906.283	19465.257	48	.000

Όπως φαίνεται από τον προηγούμενο πίνακα, το δεύτερο μοντέλο έχει στατιστικά σημαντική διαφορά από το μοντέλο που περιέχει μόνο το σταθερό όρο (Sig.< 0.000). Απορρίπτεται, δηλαδή, η μηδενική υπόθεση H_0 : παράμετροι $\beta_i=0$ για όλες τις μεταβλητές X_i . Η διαφορά των δύο μοντέλων η οποία ακολουθεί την κατανομή χ^2 έχει τιμή 19465.257 με 48 βαθμούς ελευθερίας.

Στον πίνακα 5.9 οι έλεγχοι καλής προσαρμογής δε δίνουν αξιόπιστα αποτελέσματα, πιθανόν λόγω ελλειπουσών συχνοτήτων (60% κενών κελιών). Ο έλεγχος του δεύτερου μοντέλου θα πραγματοποιηθεί με τους υπόλοιπους δείκτες που ακολουθούν. Αρχικά διαπιστώνεται ότι οι τιμές των ψευδοσυντελεστών R^2 είναι ικανοποιητικοί (Πίνακας 5.10).

Πίνακας 5.9 : Έλεγχοι καλής προσαρμογής

Goodness-of-Fit			
	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	51041.802	42146	.000
Deviance	37028.147	42146	1.000

Πίνακας 5.10 : Ψευδο-συντελεστές R²

Pseudo R-Square	
Cox and Snell	.437
Nagelkerke	.492
McFadden	.262

Προχωρώντας στον πίνακα ελέγχου των λόγων πιθανοφανειών (Πίνακας 5.11) διαπιστώνεται ότι όλες οι επεξηγηματικές μεταβλητές που έχουν εισαχθεί στο μοντέλο κρίνονται στατιστικά σημαντικές, η προσθήκη τους δηλαδή στο εμφωλευμένο μειωμένο μοντέλο προκαλεί στατιστικά σημαντική διαφορά (Sig. <0.05).

Πίνακας 5.11 : Έλεγχοι λόγων πιθανοφανειών δεύτερου μοντέλου

Likelihood Ratio Tests				
Effect	Model Fitting	Likelihood Ratio Tests		
	Criteria			
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	43906.283 ^a	.000	0	.
age1	43986.424	80.141	2	.000
yedu1	43990.295	84.012	2	.000
Life happiness	49899.526	5993.243	2	.000
Score of memory test	44128.979	222.697	2	.000
Neuroticism (Big Five personality inventory)	45279.782	1373.499	2	.000
3+ mobility, arm function and fine motor limitations	44901.089	994.806	2	.000
Sphus-less than very good health	44263.235	356.953	2	.000
2+ chronic diseases (w7 version)	43948.177	41.894	2	.000
country_gr	47074.913	3168.630	30	.000
Limitation with activities	44508.280	601.998	2	.000

Από τον πίνακα 5.12 θα ερμηνευτούν οι συντελεστές των επεξηγηματικών μεταβλητών του δεύτερου μοντέλου. Από τη στήλη Sig. διαπιστώνουμε ότι όλες οι

μεταβλητές καθώς και τα επίπεδα τους (εφόσον έχουν εισαχθεί στο SPSS ως factors) είναι στατιστικά σημαντικά (p -value < 0.05). Αναλύονται ενδεικτικά κάποιες τιμές της στήλης Exp(B).

Πίνακας 5.12 : Εκτιμώμενες τιμές των παραμέτρων του δεύτερου μοντέλου

Parameter Estimates								
casp3 ^a	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)	
							Lower Bound	Upper Bound
2	Intercept	1.093	.136	64.486	1	.000		
	age1	-.175	.025	49.112	1	.000	.840	.800 .882
	yedu1	.150	.021	53.446	1	.000	1.162	1.116 1.209
	Life happiness	-.996	.022	2049.617	1	.000	.369	.354 .385
	Score of memory test	-.145	.018	64.932	1	.000	.865	.835 .896
	Neuroticism (Big Five personality inventory)	-.336	.016	418.446	1	.000	.715	.692 .738
	[3+ mobility, arm function and fine motor limitations=0]	.770	.038	408.593	1	.000	2.160	2.005 2.328
	[3+ mobility, arm function and fine motor limitations=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[Sphus-less than very good health=0]	.370	.052	50.530	1	.000	1.448	1.307 1.603
	[Sphus-less than very good health=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[2+ chronic diseases (w7 version)=0]	.118	.035	11.100	1	.001	1.125	1.050 1.206
	[2+ chronic diseases (w7 version)=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[country_gr=11]	2.015	.112	323.201	1	.000	7.500	6.021 9.342
	[country_gr=12]	1.930	.105	340.856	1	.000	6.888	5.612 8.454
	[country_gr=13]	2.026	.113	323.274	1	.000	7.581	6.079 9.454
	[country_gr=15]	1.067	.098	119.629	1	.000	2.905	2.400 3.517
	[country_gr=16]	.565	.096	34.812	1	.000	1.760	1.459 2.123
	[country_gr=17]	1.540	.108	204.448	1	.000	4.663	3.775 5.758
	[country_gr=18]	1.855	.131	201.662	1	.000	6.393	4.949 8.259
	[country_gr=20]	2.313	.128	324.220	1	.000	10.108	7.858 13.003
	[country_gr=23]	1.761	.100	308.411	1	.000	5.818	4.780 7.082

	[country_gr=28]	1.397	.097	208.944	1	.000	4.043	3.345	4.886
	[country_gr=29]	1.466	.172	72.658	1	.000	4.333	3.093	6.070
	[country_gr=31]	2.375	.139	291.390	1	.000	10.753	8.186	14.124
	[country_gr=34]	1.796	.099	329.439	1	.000	6.027	4.964	7.317
	[country_gr=35]	1.161	.096	147.166	1	.000	3.192	2.646	3.851
	[country_gr=47]	1.095	.102	115.096	1	.000	2.989	2.447	3.650
	[country_gr=64]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Limitation with activities=0]	.531	.038	196.062	1	.000	1.700	1.578	1.831
	[Limitation with activities=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
3	Intercept	.897	.191	22.014	1	.000			
	age1	-.257	.030	75.541	1	.000	.773	.729	.819
	yedu1	.213	.024	78.903	1	.000	1.238	1.181	1.297
	Life happiness	-2.023	.031	4378.895	1	.000	.132	.125	.140
	Score of memory test	-.316	.021	218.382	1	.000	.729	.699	.760
	Neuroticism (Big Five personality inventory)	-.714	.020	1290.367	1	.000	.490	.471	.509
	[3+ mobility, arm function and fine motor limitations=0]	1.530	.051	910.926	1	.000	4.618	4.181	5.101
	[3+ mobility, arm function and fine motor limitations=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Sphus-less than very good health=0]	.918	.055	276.626	1	.000	2.505	2.248	2.792
	[Sphus-less than very good health=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[2+ chronic diseases (w7 version)=0]	.261	.041	40.943	1	.000	1.298	1.199	1.406
	[2+ chronic diseases (w7 version)=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[country_gr=11]	4.596	.165	773.770	1	.000	99.073	71.667	136.959
	[country_gr=12]	4.072	.161	643.205	1	.000	58.690	42.844	80.397
	[country_gr=13]	3.973	.167	566.666	1	.000	53.124	38.304	73.679
	[country_gr=15]	2.775	.156	314.488	1	.000	16.034	11.800	21.789
	[country_gr=16]	1.503	.157	92.170	1	.000	4.495	3.307	6.110
	[country_gr=17]	3.561	.164	469.136	1	.000	35.190	25.497	48.569
	[country_gr=18]	3.820	.178	460.873	1	.000	45.595	32.171	64.620
	[country_gr=20]	4.532	.178	651.470	1	.000	92.987	65.655	131.697
	[country_gr=23]	3.776	.158	571.574	1	.000	43.649	32.028	59.486

[country_gr=28]	2.724	.159	292.431	1	.000	15.242	11.154	20.827
[country_gr=29]	3.121	.231	183.356	1	.000	22.677	14.433	35.628
[country_gr=31]	4.936	.188	686.654	1	.000	139.182	96.217	201.333
[country_gr=34]	4.263	.157	740.255	1	.000	70.991	52.221	96.506
[country_gr=35]	2.952	.156	358.720	1	.000	19.148	14.107	25.989
[country_gr=47]	2.450	.162	228.345	1	.000	11.589	8.434	15.924
[country_gr=64]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Limitation with activities=0]	1.054	.044	587.255	1	.000	2.870	2.636	3.126
[Limitation with activities=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. The reference category is: 1.

b. This parameter is set to zero because it is redundant.

- **Ηλικία Ομάδα (age1):** Από τις τιμές $\exp(B)=0.840$ και 0.773 στα επίπεδα 2 και 3 της casp3 αντίστοιχα, συμπεραίνουμε ότι αύξηση της μεταβλητής κατά ένα ηλικιακό γκρουπ (μεταβολή από το ηλικιακό γκρουπ 50-64 στο 65-80 ή από το 65-80 στο 81+) σηματοδοτεί μία αναμενόμενη μείωση της σχετικής πιθανότητας κατά 16% και 22.7% να έχει ο ερωτώμενος μέτρια ποιότητα ζωής και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής (συγκριτικά με κακή ποιότητα ζωής) αντίστοιχα.
- **Χώρα Διαμονής (country):** Λαμβάνοντας υπόψη μία ενδεικτική σύγκριση των κατοίκων της Ιταλίας (σε σχέση με τους Έλληνες-κατηγορία αναφοράς) παρατηρούμε ότι οι Ιταλοί έχουν 76% και 349.5% αυξημένη σχετική πιθανότητα να έχουν μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής αντιστοίχως (αναφορικά με κακή ποιότητα). Αντίστοιχα, οι Κροάτες έχουν ομοίως αυξημένη σχετική πιθανότητα κατά 144.7% και 743.4% να έχουν παραπάνω από κακή ποιότητα ζωής (μέτρια και καλή αντίστοιχα) σε σύγκριση με τους Έλληνες. Παρατηρώντας συνολικά όλους τους συντελεστές των χωρών, διαπιστώνεται ότι όλες οι χώρες που διαφοροποιούνται στατιστικά σημαντικά συγκριτικά με την Ελλάδα έχουν υψηλότερες σχετικές πιθανότητες για μέτρια ή καλή ποιότητα ζωής.
- **Νευρωτισμός (bfi 10 neuro):** Ο βαθμός νεύρωσης της προσωπικότητας αποδεικνύεται στατιστικά σημαντικός όσο αφορά στη μεταβολή της ποιότητας ζωής του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, αύξηση κατά ένα επίπεδο νευρωτισμού παρουσιάζει μείωση κατά 28.5% της σχετικής πιθανότητας να έχει μέτρια -

έναντι κακή- ποιότητα ζωής ενώ αντίστοιχα το ποσοστό μείωσης αυξάνεται κατά 51% για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής.

- **Περιορισμοί σε δραστηριότητες (gali)**: Οι περιορισμοί σε καθημερινές δραστηριότητες εξαιτίας προβλημάτων υγείας αναμένεται να επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής. Αναλυτικότερα και σύμφωνα με τον πίνακα 5.12, οι συμμετέχοντες που αποκρίθηκαν ότι δεν αντιμετωπίζουν περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες έχουν κατά 70% και 187% μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες να έχουν μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής αντίστοιχα (συγκριτικά με κακή) σε σχέση με τους ερωτώμενους που αποκρίθηκαν θετικά στον περιορισμό δραστηριοτήτων.
- **Αυτοαναφερόμενη υγεία (sphus2)**: Η πεποίθηση που έχει ο ίδιος ο ερωτώμενος για την υγεία του επηρεάζει την ποιότητα ζωής του, όπως διαφαίνεται από τον παραπάνω πίνακα (Sig.<0.05). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες του SHAREw7 που αποκρίθηκαν ότι έχουν πολύ καλή/άριστη υγεία έχουν κατά 44.8% και 150.5% αυξημένες σχετικές πιθανότητες για μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής (συγκριτικά με κακή ποιότητα ζωής) σε σχέση με τα άτομα που δήλωσαν ότι νιώθουν την υγεία τους να είναι λιγότερο από καλή.
- **Κινητικοί Περιορισμοί (mobilit3)**: Οι περιορισμοί των συμμετεχόντων στην κινητικότητά τους επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους (Sig. <0.05). Από τη στήλη exp(B) συμπεραίνουμε ότι οι συμμετέχοντες με 0-2 κινητικούς περιορισμούς (εν συγκρίσει με «περισσότερους από 2» που είναι η κατηγορία αναφοράς) έχουν 116% αυξημένη σχετική πιθανότητα να έχουν μέτρια ποιότητα ζωής και αντίστοιχα 361.8 % μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής, σε σχέση με κακή ποιότητα.
- **Χαρά που αντλείται από τη ζωή (lifehap)**: Η χαρά που αντλεί από τη ζωή του ο ερωτώμενος δείχνει να επηρεάζει τη συνολική ποιότητα ζωής που έχει, όπως διαφαίνεται και από τις τιμές Sig. (<0.05). Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση κατά μία μονάδα στα επίπεδα της ικανοποίησης από τη ζωή (στην κλίμακα όπου 1: συχνά και 4: ποτέ) συνεπάγεται σε μείωση κατά 63.1% στις αποκρίσεις για μέτρια ποιότητα ζωής και κατά 86.8 % σε αποκρίσεις για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής συγκριτικά με κακή ποιότητα ζωής. Όταν δηλαδή μειώνεται το αίσθημα χαράς που νιώθει ο ερωτώμενος στην καθημερινότητά του, μειώνεται και η συνολική ποιότητα ζωής του.

- **Σκορ σε τεστ μνήμης (memory):** Η βαθμολογία που συγκέντρωσε ο ερωτώμενος στο τεστ μνήμης που διεξήχθη στα πλαίσια του SHAREw7 συσχετίζεται με στατιστική σημαντικότητα με την ποιότητα ζωής του. Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι αύξηση κατά 1 μονάδα στα επίπεδα της memory (1: άριστα, 5: χαμηλά)- μείωση δηλαδή των μνημονικών δυνατοτήτων- συνεπάγεται με μείωση κατά 16.5% και 27.1% των σχετικών πιθανοτήτων να έχει ο ερωτώμενος μέτρια ή καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής αντίστοιχα (συγκριτικά με κακή ποιότητα).
- **Εκπαιδευτικό επίπεδο (yedu1):** Η μόρφωση επηρεάζει την ποιότητα ζωής όπως προκύπτει και από τους αντίστοιχους ελέγχους Wald (Sig. < 0.05). Αύξηση κατά ένα επίπεδο στη yedu1 (από 0-9 έτη σε 10-12) αναμένεται να αυξήσει κατά 16.2% και κατά 23.8% τις σχετικές πιθανότητες να έχει κάποιος μέτρια ή καλή/πολύ καλή συγκριτικά με κακή ποιότητα ζωής.
- **Αριθμός χρόνιων παθήσεων (chronic2w):** Η δίτιμη μεταβλητή chronic2w, που δείχνει τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων στους συμμετέχοντες έχει στατιστικά σημαντική επιρροή στην ποιότητα ζωής τους. Συγκεκριμένα, το να έχει ένας ερωτώμενος λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις (εν συγκρίσει με «περισσότερες από 1» που είναι η κατηγορία αναφοράς) έχουν 12.5% αυξημένη σχετική πιθανότητα να έχουν μέτρια ποιότητα ζωής και αντίστοιχα 29.8 % μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής, σε σχέση με κακή ποιότητα.

Τέλος, στον πίνακα ταξινόμησης (Πίνακας 5.13) διαπιστώνουμε το ποσοστό των ορθών προβλέψεων των παρατηρήσεων του δεύτερου μοντέλου. Με βάση τον πίνακα, η συνολική απόδοση του μοντέλου δίνει 61.4% ποσοστό επιτυχημένων ταξινομήσεων, το οποίο σημαίνει ότι στους 614 από τους 1000 συμμετέχοντες προβλέπεται η κατηγορία της ποιότητας ζωής τους από τις αποκρίσεις στις συγκεκριμένες επεξηγηματικές μεταβλητές που έχουν χρησιμοποιηθεί. Αν ελέγξουμε τα ποσοστά ορθής πρόβλεψης για την κάθε κατηγορία του casp3, θα διαπιστώσουμε ότι στην «μέτρια ποιότητα ζωής» τα ποσοστά είναι μη ικανοποιητικά. Αναλυτικότερα, στην κατηγορία «μη ικανοποιητική/κακή ποιότητα ζωής» ταξινομούνται ορθά 67.9% των περιπτώσεων, δηλαδή 679 από τους 1000 συμμετέχοντες. Στη κατηγορία «μέτρια ποιότητα ζωής» ταξινομούνται ορθά μόλις το 41.9% των ατόμων ενώ στην κατηγορία 3

του casp3 («καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής») η ορθή ταξινόμηση αγγίζει το 74%, ένα αρκετά καλό ποσοστό.

Πίνακας 5.13: Πίνακας ταξινόμησης δεύτερου μοντέλου

Classification				
Observed	Predicted			Percent Correct
	1	2	3	
1	7066	2635	710	67.9%
2	2765	4708	3775	41.9%
3	622	2546	9031	74.0%
Overall Percentage	30.9%	29.2%	39.9%	61.4%

5.6 Βέλτιστο Μοντέλο

Για το βέλτιστο μοντέλο έχουν επιλεγθεί ερμηνευτικές μεταβλητές που αφορούν στην τωρινή κατάσταση του ερωτώμενου αλλά και σε στοιχεία της παιδικής του ηλικίας. Οι μεταβλητές που έχουν συμπεριληφθεί στο μοντέλο είναι οι εξής:

- ✓ η χώρα διαμονής (country) - κατηγορία αναφοράς Ελλάδα
- ✓ η ηλικία (age1)
- ✓ η χαρά που αντλεί από τη ζωή ο ερωτώμενος (lifehap)
- ✓ ο βαθμός νευρωτισμού στην προσωπικότητα του ερωτώμενου (bfi10_neuro)
- ✓ ο αριθμός των κινητικών περιορισμών (mobilit3) - κατηγορία αναφοράς: 3+ κινητικούς περιορισμούς
- ✓ το ενδεχόμενο σωματικής κακοποίησης από την μητέρα (cc725_1)
- ✓ ο αριθμός των βιβλίων στα οποία είχε πρόσβαση ο ερωτώμενος στην ηλικία των 10 (cc725_1)
- ✓ ο περιορισμός σε καθημερινές δραστηριότητες (gali) - κατηγορία αναφοράς: ύπαρξη περιορισμών
- ✓ ο αυτοαναφερόμενος βαθμός της καλής υγείας (sphus2) - κατηγορία αναφοράς: λιγότερο από καλή
- ✓ τα αποτελέσματα στο τεστ μνήμης (memory)

- ✓ οι χρόνιες παθήσεις υγείας (chronic2w7)- κατηγορία αναφοράς: 2+ χρόνιες παθήσεις

Σημειώνεται εδώ πως αν και αρχικά είχε υπολογιστεί και η επεξηγηματική μεταβλητή «ικανοποίηση από τη ζωή» (lifesat), με μοντέλο που έδινε καλύτερα συνολικά ποσοστά πρόβλεψης, το ενδεχόμενο της αντίστροφης αιτιότητας (η ανεξάρτητη μεταβλητή να επηρεάζει την εξαρτημένη αλλά και το αντίστροφο) οδήγησε στην απόφαση να εξαιρεθεί η συγκεκριμένη μεταβλητή από το βέλτιστο μοντέλο.

Ξεκινώντας από τον πρώτο πίνακα στο output του SPSS παρατηρούμε στην τελευταία στήλη ότι Sig<0.0001, μικρότερο από κάθε επίπεδο σημαντικότητας, συνεπώς το μοντέλο έχει στατιστικά σημαντική διαφορά από το μοντέλο που περιλαμβάνει μόνο τον σταθερό όρο. Απορρίπτεται δηλαδή η μηδενική υπόθεση ότι όλοι οι παράμετροι των ερμηνευτικών μεταβλητών ισούνται με μηδέν.

Πίνακας 5.14 : Πληροφορίες για την προσαρμογή του βέλτιστου μοντέλου

Model Fitting Information				
Model	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood	Chi-Square	df	Sig.
Intercept Only	68186.156			
Final	49129.173	19056.983	50	.000

Στον πίνακα 5.15 παίρνουμε μία διφορούμενη εικόνα αναφορικά με την καταλληλότητα του μοντέλου. Ενώ το Deviance Chi-Square test υποδηλώνει καταλληλότητα του μοντέλου (Sig > 0.05), το Pearson Chi-square test δείχνει ακριβώς το αντίθετο. Συνεπώς το τεστ αυτό δεν φαίνεται να δίνει αξιόπιστα αποτελέσματα σχετικά με το μοντέλο στη συγκεκριμένη περίπτωση, οπότε θα διερευνήσουμε παρακάτω την αξιοπιστία του μοντέλου μας βάσει του πίνακα ταξινόμησης. Επίσης, από τον διπλανό πίνακα, αντλούμε την πληροφορία ότι οι δείκτες R² των Cox and Snell, Nagelkerke και McFadden είναι ικανοποιητικοί, δεδομένου ότι στη λογιστική παλινδρόμηση, όπως προαναφέρθηκε, η έννοια των δεικτών R² διαφοροποιείται σε σχέση με την ερμηνεία που δίνεται στη μέθοδο των ελαχίστων τετραγώνων.

Πίνακας 5.15 : Έλεγχοι καλής προσαρμογής

Goodness-of-Fit			
	Chi-Square	df	Sig.
Pearson	61286.098	54068	.000
Deviance	45648.291	54068	1.000

Πίνακας 5.16 : Ψευδο-συντελεστές R²

Pseudo R-Square	
Cox and Snell	.437
Nagelkerke	.492
McFadden	.262

Στον πίνακα 5.17 που ακολουθεί, παρέχονται οι πληροφορίες σχετικά με τα αποτελέσματα των ελέγχων των λόγων πιθανοφανειών. Ο έλεγχος που αφορά στην σημαντικότητα ή μη της προσθήκης κάθε ερμηνευτικής μεταβλητής σε ένα μειωμένο μοντέλο, αποδεικνύει εδώ ότι όλες οι επεξηγηματικές μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές (Sig < 0.05).

Πίνακας 5.17: Έλεγχοι λόγων πιθανοφανειών βέλτιστου μοντέλου

Likelihood Ratio Tests				
Effect	Model Fitting Criteria	Likelihood Ratio Tests		
	-2 Log Likelihood of Reduced Model	Chi-Square	df	Sig.
Intercept	49129.173 ^a	.000	0	.
age1	49215.522	86.349	2	.000
Life happiness	54934.785	5805.612	2	.000
Score of memory test	49347.628	218.455	2	.000
Neuroticism (Big Five personality inventory)	50451.116	1321.943	2	.000
Mother physical harm	49218.831	89.658	2	.000
Number of books when ten	49186.642	57.469	2	.000
3+ mobility, arm function and fine motor limitations	50106.806	977.633	2	.000
Sphus-less than very good health	49476.327	347.155	2	.000
country_gr	52195.648	3066.475	30	.000
Limitation with activities	49710.609	581.436	2	.000
2+ chronic diseases (w7 version)	49167.025	37.852	2	.000
The chi-square statistic is the difference in -2 log-likelihoods between the final model and a reduced model. The reduced model is formed by omitting an effect from the final model. The null hypothesis is that all parameters of that effect are 0.				
a. This reduced model is equivalent to the final model because omitting the effect does not increase the degrees of freedom.				

Ακολουθεί ο πίνακας «Parameter Estimates» που θα μας δώσει πληροφορίες για τους συντελεστές των ερμηνευτικών μεταβλητών που έχουμε συμπεριλάβει στο μοντέλο μας. Συνοπτικά, θα δοθούν ερμηνείες για μερικούς από αυτούς.

Πίνακας 5.18 : Εκτιμώμενες τιμές των παραμέτρων του βέλτιστου μοντέλου

Parameter Estimates									
casp3 ^a	B	Std. Error	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% Confidence Interval for Exp(B)		
							Lower Bound	Upper Bound	
2	Intercept	.882	.148	35.717	1	.000			
	age1	-.188	.025	54.675	1	.000	.829	.788	.871
	Life happiness	-.992	.022	1974.823	1	.000	.371	.355	.388
	Score of memory test	-.150	.018	68.181	1	.000	.860	.830	.892
	Neuroticism (Big Five personality inventory)	-.334	.017	402.995	1	.000	.716	.693	.740
	Mother physical harm	.108	.018	35.840	1	.000	1.114	1.075	1.153
	Number of books when ten	.079	.015	28.876	1	.000	1.082	1.051	1.114
	[3+ mobility, arm function and fine motor limitations=0]	.774	.039	404.049	1	.000	2.168	2.011	2.338
	[3+ mobility, arm function and fine motor limitations=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Sphus-less than very good health=0]	.366	.053	48.427	1	.000	1.441	1.300	1.598
	[Sphus-less than very good health=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[country_gr=11]	1.999	.114	308.463	1	.000	7.383	5.907	9.229
	[country_gr=12]	1.994	.106	354.059	1	.000	7.347	5.969	9.044
	[country_gr=13]	1.967	.115	290.591	1	.000	7.153	5.705	8.968
	[country_gr=15]	1.059	.098	115.602	1	.000	2.882	2.376	3.496
	[country_gr=16]	.585	.097	36.609	1	.000	1.795	1.485	2.169
	[country_gr=17]	1.556	.109	204.112	1	.000	4.742	3.830	5.871
	[country_gr=18]	1.859	.132	197.451	1	.000	6.417	4.952	8.317
	[country_gr=20]	2.267	.131	299.877	1	.000	9.652	7.468	12.476
	[country_gr=23]	1.774	.102	305.462	1	.000	5.896	4.832	7.194
	[country_gr=28]	1.438	.100	206.664	1	.000	4.212	3.462	5.124
	[country_gr=29]	1.422	.174	67.138	1	.000	4.144	2.949	5.822

	[country_gr=31]	2.376	.141	283.543	1	.000	10.760	8.161	14.188
	[country_gr=34]	1.830	.100	334.507	1	.000	6.232	5.122	7.582
	[country_gr=35]	1.166	.097	144.079	1	.000	3.210	2.653	3.883
	[country_gr=47]	1.130	.103	120.697	1	.000	3.094	2.529	3.785
	[country_gr=64]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Limitation with activities=0]	.528	.038	189.825	1	.000	1.696	1.573	1.828
	[Limitation with activities=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[2+ chronic diseases (w7 version)=0]	.110	.036	9.499	1	.002	1.117	1.041	1.198
	[2+ chronic diseases (w7 version)=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
3	Intercept	.318	.205	2.404	1	.121			
	age1	-.271	.030	80.654	1	.000	.763	.719	.809
	Life happiness	-2.023	.031	4265.882	1	.000	.132	.124	.140
	Score of memory test	-.317	.022	214.866	1	.000	.728	.698	.760
	Neuroticism (Big Five personality inventory)	-.709	.020	1243.159	1	.000	.492	.473	.512
	Mother physical harm	.206	.022	89.259	1	.000	1.228	1.177	1.282
	Number of books when ten	.126	.017	56.927	1	.000	1.135	1.098	1.172
	[3+ mobility, arm function and fine motor limitations=0]	1.532	.051	895.232	1	.000	4.629	4.187	5.118
	[3+ mobility, arm function and fine motor limitations=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Sphus-less than very good health=0]	.913	.056	267.937	1	.000	2.492	2.234	2.779
	[Sphus-less than very good health=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[country_gr=11]	4.609	.169	745.495	1	.000	100.385	72.108	139.751
	[country_gr=12]	4.226	.164	664.597	1	.000	68.438	49.632	94.369
	[country_gr=13]	3.906	.171	520.771	1	.000	49.722	35.550	69.543
	[country_gr=15]	2.797	.159	307.726	1	.000	16.395	11.995	22.409
	[country_gr=16]	1.587	.159	99.021	1	.000	4.888	3.576	6.681
	[country_gr=17]	3.633	.167	470.751	1	.000	37.817	27.237	52.505
	[country_gr=18]	3.852	.181	451.486	1	.000	47.083	33.003	67.169
	[country_gr=20]	4.496	.182	612.337	1	.000	89.662	62.799	128.017
	[country_gr=23]	3.840	.161	568.224	1	.000	46.519	33.924	63.789
	[country_gr=28]	2.806	.165	290.962	1	.000	16.547	11.986	22.843

[country_gr=29]	3.120	.233	178.881	1	.000	22.650	14.338	35.781
[country_gr=31]	5.012	.192	682.076	1	.000	150.202	103.115	218.790
[country_gr=34]	4.374	.160	749.248	1	.000	79.393	58.043	108.597
[country_gr=35]	2.992	.159	352.722	1	.000	19.928	14.583	27.231
[country_gr=47]	2.559	.165	240.591	1	.000	12.923	9.353	17.856
[country_gr=64]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[Limitation with activities=0]	1.049	.044	567.282	1	.000	2.854	2.618	3.111
[Limitation with activities=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
[2+ chronic diseases (w7 version)=0]	.250	.041	36.775	1	.000	1.285	1.185	1.393
[2+ chronic diseases (w7 version)=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
a. The reference category is: 1.								
b. This parameter is set to zero because it is redundant.								

- **Χώρα Διαμονής (country)**: Η χώρα διαμονής του ερωτώμενου επηρεάζει την απόκριση στην ποιότητα ζωής του όπως φαίνεται και από τη στήλη Sig. (<0.0001). Χαρακτηριστική είναι η σύγκριση των κατοίκων της Ιταλίας (σε σχέση με τους Έλληνες-κατηγορία αναφοράς) οι οποίοι έχουν 79.5% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα να έχουν μέτρια ποιοτική ζωή σε σύγκριση με το «μη ικανοποιητική» (κατηγορία αναφοράς 1) και αντίστοιχα 388.8% αυξημένη πιθανότητα για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής.
Επίσης, οι διαμένοντες στην Εσθονία-συγκριτικά με αυτούς στην Ελλάδα-δείχνουν να έχουν αυξημένες κατά 221% και 1892.8% σχετικές πιθανότητες για μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής αντίστοιχα, σε σχέση με μη ικανοποιητική.
- **Κινητικοί Περιορισμοί (mobilit3)**: Οι περιορισμοί των συμμετεχόντων στην κινητικότητά τους επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους όπως φαίνεται και από τον έλεγχο του Wald (Sig. <0.05). Στη στήλη exp(B) παίρνουμε τις τιμές 2.168 και 4.629 για το casp3, επίπεδα 2 και 3 αντίστοιχα. Συνεπώς, οι συμμετέχοντες με με 0-2 κινητικούς περιορισμούς (εν συγκρίσει με «περισσότερους από 2» που είναι η κατηγορία αναφοράς) έχουν 116.8 % αυξημένη σχετική πιθανότητα να έχουν μέτρια ποιότητα ζωής και αντίστοιχα 362.9 % μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής, σε σχέση με κακή ποιότητα.

- **Νευρωτισμός (bfi10 neuro):** Ο βαθμός νευρώσης στην προσωπικότητα των συμμετεχόντων φαίνεται να επηρεάζει τις απαντήσεις τους αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους, όπως διαφαίνεται και από το p-value, το οποίο είναι μικρότερο του επιπέδου στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=0.05$. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι αύξηση κατά ένα επίπεδο του νευρωτισμού παρουσιάζει 28.4% μείωση της σχετικής πιθανότητας να έχει μέτρια ποιότητα ζωής και αντίστοιχα 50.8% μείωση της σχετικής πιθανότητας να έχει καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής.
- **Χαρά που αντλείται από τη ζωή (lifehap):** Η χαρά που αντλεί από τη ζωή του ερωτώμενος δείχνει να επηρεάζει τις αποκρίσεις του αναφορικά με τη συνολική ποιότητα ζωής που έχει, όπως διαφαίνεται και από τις τιμές Sig. (<0.05). Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση κατά μία μονάδα στα επίπεδα της ικανοποίησης από τη ζωή (στην κλίμακα όπου 1: συχνά και 4: ποτέ) συνεπάγεται σε μείωση κατά 62.9% στις αποκρίσεις για μέτρια ποιότητα ζωής και κατά 86.8 % σε αποκρίσεις για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής συγκριτικά με κακή ποιότητα ζωής. Με άλλα λόγια, όταν ελαττώνεται η χαρά που νιώθει ο ερωτώμενος στην καθημερινότητά του, μειώνεται και η συνολική ποιότητα ζωής του.
- **Μητρική σωματική κακοποίηση (cc725 1):** Η σωματική κακοποίηση από τη μητέρα, δείχνει να επηρεάζει τις αποκρίσεις των ερωτώμενων αναφορικά με την ποιότητα ζωής τους, όπως διαφαίνεται και από τους αντίστοιχους ελέγχους (Sig. <0.05). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η αύξηση κατά μία μονάδα της μεταβλητής (μείωση δηλαδή της μητρικής κακοποίησης) αποτελεί παράγοντα αύξησης κατά 11.4% της σχετικής πιθανότητας να καταγραφεί ο ερωτώμενος στην μέτρια ποιότητα ζωής και κατά 22.8 % στην καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής συγκριτικά με κακή ποιότητα ζωής.
- **Αριθμός βιβλίων στην παιδική ηλικία (cc008) :** Ο αριθμός των βιβλίων στα οποία είχε πρόσβαση ο ερωτώμενος στην ηλικία των 10 ετών δείχνει να επηρεάζει τη μεταβλητή απόκρισης όσο αφορά στην ποιότητα ζωής όπως δείχνει η στήλη των Sig. (< 0.05). Αναλυτικότερα, η αύξηση κατά μία μονάδα της μεταβλητής cc008 (ενδεικτικά αν ο ερωτώμενος αντί για 11-25 βιβλία είχε πρόσβαση σε 26-100) καταγράφεται αύξηση της σχετικής πιθανότητας κατά 8.2% να αναφέρει μέτρια ποιότητα ζωής και κατά 13.5% να αποκριθεί καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής, συγκριτικά με κακή ποιότητα ζωής.
- **Σκορ σε τεστ μνήμης (memory):** Η βαθμολογία που συγκέντρωσε ο ερωτώμενος στο τεστ μνήμης που διεξήχθη στα πλαίσια του SHAREw7 συσχετίζεται θετικά με

- την ποιότητα ζωής του. Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι αύξηση κατά 1 μονάδα στα επίπεδα της επεξηγηματικής μεταβλητής (1: άριστα, 5: χαμηλά)- μείωση δηλαδή των μνημονικών δυνατοτήτων- συνεπάγεται με μείωση κατά 14% και 27.2% των σχετικών πιθανοτήτων να έχει ο ερωτώμενος μέτρια ή καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής αντίστοιχα (συγκριτικά με κακή ποιότητα).
- **Αυτοαναφερόμενη υγεία (sphus2)**: Η πεποίθηση που έχει ο ίδιος ο ερωτώμενος για την υγεία του επηρεάζει την ποιότητα ζωής του, όπως διαφαίνεται από τη στήλη Sig. του παραπάνω πίνακα (Sig.<0.05). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες του SHAREw7 που αποκρίθηκαν ότι έχουν πολύ καλή/άριστη υγεία έχουν κατά 44.1% και 149.2% αυξημένες σχετικές πιθανότητες για μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής (σε σχέση με κακή ποιότητα ζωής) συγκριτικά με τα άτομα που δήλωσαν ότι νιώθουν την υγεία τους λιγότερο από καλή.
 - **Ηλικία Ομάδα (age1)**: Η αύξηση ηλικίας όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα του SPSS επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι αύξηση της μεταβλητής κατά ένα ηλικιακό γκρουπ (μεταβολή από το ηλικιακό γκρουπ 50-64 στο 65-80 ή από το 65-80 στο 81+) σηματοδοτεί μία αναμενόμενη μείωση της σχετικής πιθανότητας κατά 17.1% και 28.1% να έχει ο ερωτώμενος μέτρια ποιότητα ζωής και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής (συγκριτικά με κακή ποιότητα ζωής) αντίστοιχα.
 - **Περιορισμοί σε δραστηριότητες (gali)**: Οι περιορισμοί σε καθημερινές δραστηριότητες εξαιτίας προβλημάτων υγείας φαίνεται πως επιδεινώνουν την ποιότητα ζωής. Αναλυτικότερα και σύμφωνα με τον πίνακα 5.18, οι συμμετέχοντες που αποκρίθηκαν ότι δεν αντιμετωπίζουν περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες έχουν κατά 69.6% και 185.4% μεγαλύτερες σχετικές πιθανότητες να έχουν μέτρια και καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής αντίστοιχα (συγκριτικά με κακή) σε σχέση με τους ερωτώμενους που αποκρίθηκαν θετικά στον περιορισμό δραστηριοτήτων.
 - **Αριθμός χρόνιων παθήσεων (chronic2w)**: Η δίτιμη μεταβλητή chronic2w, που δείχνει τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων στους συμμετέχοντες έχει στατιστικά σημαντική επιρροή στην ποιότητα ζωής τους. Συγκεκριμένα, το να έχει ένας ερωτώμενος λιγότερες από δύο χρόνιες παθήσεις (εν συγκρίσει με «περισσότερες από 1» που είναι η κατηγορία αναφοράς) έχουν 11.7% αυξημένη

σχετική πιθανότητα να έχουν μέτρια ποιότητα ζωής και αντίστοιχα 28.5% μεγαλύτερη σχετική πιθανότητα για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής, σε σχέση με κακή ποιότητα.

Το κεφάλαιο με τα μοντέλα πολυωνυμικής παλινδρόμησης ολοκληρώνεται με τον πίνακα ταξινόμησης που αφορά στο βέλτιστο μοντέλο. Από τον Πίνακα 5.19, λαμβάνουμε την πληροφορία ότι στο βέλτιστο μοντέλο το ποσοστό ορθής ταξινόμησης των παρατηρήσεων είναι ίσο με 61.5%. Με άλλα λόγια, στην εφαρμογή του συγκεκριμένου μοντέλου σε όλες συνολικά τις κατηγορίες ταξινομούνται ορθά οι 615 ερωτώμενοι από τους 1000, ένα μέτριο ποσοστό. Αναλυτικότερα στην κατηγορία «μη ικανοποιητική/κακή ποιότητα ζωής» γίνεται ορθή κατηγοριοποίηση κατά 67.3 % ενώ στην κατηγορία «καλή/πολύ καλή» ποιότητα ζωής η ορθή ταξινόμηση αντιστοιχεί στο 74.2% των συμμετεχόντων. Η απόκριση «μέτρια ποιότητα ζωής» προβλέπεται σωστά μόνο στο 42.2% των περιπτώσεων, ποσοστό το οποίο κρίνεται αρκετά χαμηλό.

Πίνακας 5.19: Πίνακας ταξινόμησης βέλτιστου μοντέλου

Classification				
Observed	Predicted			Percent Correct
	1	2	3	
1	6783	2614	688	67.3%
2	2662	4663	3720	42.2%
3	598	2498	8926	74.2%
Overall Percentage	30.3%	29.5%	40.2%	61.5%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: Συμπεράσματα

Μέσω της επεξεργασίας των στοιχείων του εβδόμου κύματος της έρευνας SHARE, επιχειρήθηκε η ανεύρεση των παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής των Ευρωπαίων άνω των 50 ετών. Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν αφορούν σε δημογραφικούς παράγοντες, συνθήκες παρούσας σωματικής και ψυχικής υγείας, χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αλλά και αναδρομικά στοιχεία από την παιδική ηλικία των συμμετεχόντων.

Ξεκινώντας από την **διδιάστατη περιγραφική ανάλυση** θα γίνει μία σύνοψη των συσχετίσεων των ερμηνευτικών μεταβλητών με την μεταβλητή απόκρισης. Τα σημαντικότερα συμπεράσματα της διδιάστατης ανάλυσης είναι τα εξής :

➤ **Ποιότητα ζωής και δημογραφικά χαρακτηριστικά**

Από τις δημογραφικές μεταβλητές που έχουν χρησιμοποιηθεί στα δεδομένα, η χώρα διαμονής του συμμετέχοντα δείχνει να έχει την πιο ισχυρή συσχέτιση με την ποιότητα της ζωής του. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι κάτοικοι της Αυστρίας, Δανίας, Ελβετίας ταξινομήθηκαν στην κατηγορία «καλή/πολύ καλή ζωής» με ποσοστά 54%, 61.9% και 55.4% αντίστοιχα, σε αντίθεση με τους κατοίκους των χωρών Ελλάδας, Ρουμανίας και Λιθουανία που ταξινομήθηκαν πλειοψηφικά στο «μη ικανοποιητική/κακή ποιότητα ζωής» με ποσοστά 63.9%, 62.1% και 59.9% αντίστοιχα.

Επίσης, τα έτη εκπαίδευσης φαίνεται να έχουν θετική μεν, ασθενή δε συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Όσο αυξάνεται, δηλαδή, το εκπαιδευτικό επίπεδο υπάρχει μια μικρή τάση να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής. Η ηλικία και το αν ο ερωτώμενος ζει μόνος, ενώ παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση, δε δείχνουν να επηρεάζουν ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής τους.

➤ **Ποιότητα ζωής και τωρινή υγεία**

Η πλειοψηφία των μεταβλητών που σχετίζονται με την τωρινή υγεία του συμμετέχοντα επηρεάζει σημαντικά το βαθμό ποιότητας ζωής του. Πιο ισχυρή συσχέτιση παρουσιάζουν οι περιορισμοί σε καθημερινές δραστηριότητες και οι κινητικοί περιορισμοί, εφόσον είναι πάνω από δύο. Εξίσου στατιστική σημαντικότητα και ισχυρή συσχέτιση με την μεταβλητή απόκρισης δείχνει ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων των συμμετεχόντων (έμφραγμα, καρδιακή προσβολή, υπέρταση, κ.α). Ο

τρόπος που βλέπουν την υγεία τους οι ίδιοι οι ερωτώμενοι καθώς και το σκορ στο τεστ μνήμης αποδείχθηκαν μέτρια συσχετισμένα με την ποιότητα ζωής.

➤ **Ποιότητα ζωής και αναδρομικά στοιχεία από την παιδική ηλικία**

Σχετικά με τις μεταβλητές που δίνουν στοιχεία από το παρελθόν των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα από την ηλικία των δέκα ετών, η παροχή κεντρικής θέρμανση και ζεστού νερού στην οικογενειακή εστία, έχουν την πιο ισχυρή συσχέτιση με τη μεταβλητή απόκρισης. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η κακοποίηση από τη μητέρα ή τον πατέρα εμφανίζει στατιστικά σημαντική αλλά ασθενή συσχέτιση με την τωρινή ποιότητα ζωής των ερωτώμενων. Εξίσου στατιστικά σημαντική αλλά ασθενή συσχέτιση παρουσιάζουν η οικονομική κατάσταση της οικογένειας στην ηλικία των δέκα ετών, ο αριθμός προσβάσιμων βιβλίων και η αυτοαναφερόμενη παιδική υγεία.

➤ **Ποιότητα ζωής και στοιχεία της προσωπικότητας**

Ο νευρωτισμός είναι από τα στοιχεία της προσωπικότητας που δείχνουν να συσχετίζονται ισχυρότερα με την ποιότητα ζωής του ατόμου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι τα άτομα της έρευνας SHAREw7 που δεν ήταν νευρωτικά ταξινομήθηκαν σε ποσοστό 60.4% στο «καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής», έναντι 13.6% που αντιστοιχεί στο «κακή ποιότητα ζωής». Αντίστοιχα, τα άτομα με υψηλό δείκτη νευρωτισμού κατηγοριοποιήθηκαν στην κακή ποιότητα ζωής κατά 67.7% έναντι 11.3% της καλής/πολύ καλής.

Τα υπόλοιπα στοιχεία της προσωπικότητας που μελετήθηκαν -η εξωστρέφεια, η συγκαταβατικότητα, η δεκτικότητα στις εμπειρίες και η ευσυνειδησία- προέκυψαν μεν στατιστικά σημαντικά, ασθενώς δε συσχετισμένα με την ποιότητα ζωής. Αυτό έρχεται σε μερική συμφωνία με προηγούμενη έρευνα που αναφέρει ότι ο νευρωτισμός και η ευσυνειδησία είναι τα χαρακτηριστικά του ατόμου που επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής του (Börsch-Supan et al.,2019).

Αναφορικά με την επιλογή των **πολυωνυμικών λογιστικών μοντέλων** για την πρόβλεψη της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων, καταλήγουμε στα εξής σημαντικότερα συμπεράσματα:

➤ Το **πρώτο μοντέλο** που αποτελείται κυρίως από επεξηγηματικές μεταβλητές που αφορούν στην παιδική ηλικία των συμμετεχόντων, παρουσιάζει στατιστικά

σημαντικές όλες τις μεταβλητές. Ο αριθμός των παιδικών ασθενειών, ο βαθμός κατανόησης των παιδικών ανησυχιών από τη μητέρα, η σωματική κακοποίηση από τη μητέρα, οι οικονομικές συνθήκες της οικογένειας των ερωτωμένων κατά την παιδική τους ηλικία καθώς και ο αριθμός των προσβάσιμων βιβλίων φαίνεται να συνεισφέρουν αλλά σε μικρό βαθμό στην πρόβλεψη της ποιοτικής ζωής. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η μεταβολή από καλή σε μέτρια οικονομική κατάσταση της οικογένειας κατά την παιδική ηλικία του ερωτώμενου συνεπάγεται με μείωση κατά 31.2% για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής σε σχέση με κακή. Επίσης, μια μεταβολή κατά ένα επίπεδο της μεταβλητής που περιγράφει τον αριθμό των προσβάσιμων βιβλίων-πχ από 11-25 σε 26-100- καταδεικνύει αύξηση κατά 13% της σχετικής πιθανότητας ο ερωτώμενος να ταξινομηθεί στην καλή/πολύ καλή συγκριτικά με την κακή ποιότητα ζωής.

➤ Στο **δεύτερο μοντέλο** επιλέχθηκαν ερμηνευτικές μεταβλητές που αφορούσαν κυρίως τα δεδομένα των ερωτωμένων κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας SHAREw7 (2017). Η χώρα διαμονής, ο βαθμός νευρωτισμού στον χαρακτήρα, οι περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες, οι κινητικοί περιορισμοί καθώς και η αυτοαναφερόμενη υγεία αποδεικνύονται στο συγκεκριμένο μοντέλο στατιστικά σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης. Χαρακτηριστική είναι η σύγκριση μεταξύ διαμενόντων στην Ιταλία σε σχέση με εκείνων της Ελλάδας, οι οποίοι εμφανίζουν 349.5% αυξημένη σχετική πιθανότητα να έχουν καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής συγκριτικά με κακή.

Μια εξίσου σημαντική παράμετρος, ο βαθμός νευρικότητας του χαρακτήρα, δείχνει να επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα, αύξηση κατά ένα επίπεδο νευρωτισμού (στην 9βάθμια κλίμακα όπου 1-χαμηλός, 5-υψηλός) αντιστοιχεί σε μείωση κατά 51% της σχετικής πιθανότητας το άτομο να έχει καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής συγκριτικά με κακή.

Επιπρόσθετα, μεγάλη είναι και η ποσοστιαία απόκλιση που προκαλεί ο περιορισμός δραστηριοτήτων στην αλλαγή του επιπέδου ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που αποκρίθηκαν ότι δεν αντιμετωπίζουν περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες έχουν 187% αυξημένη σχετική πιθανότητα για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής (συγκριτικά με κακή)

➤ Το **τελευταίο και βέλτιστο μοντέλο** αποτελείται από μεταβλητές που περιγράφουν τωρινά δεδομένα αλλά και αναδρομικά στοιχεία της παιδικής ηλικίας των

συμμετεχόντων. Η χώρα, η ηλικία, οι κινητικοί περιορισμοί, ο βαθμός νευρωτισμού, η μνήμη, η κακοποίηση από τη μητέρα καθώς και ο αριθμός προσβάσιμων βιβλίων στην ηλικία των δέκα ετών, άλλα σε μικρότερο άλλα σε μεγαλύτερο βαθμό, αναδεικνύονται σε σημαντικές παράμετροι πρόβλεψης της μεταβλητής απόκρισης. Για την χαρά που αντλεί από τη ζωή το άτομο, ενδεικτικά επισημαίνεται ότι η αύξηση κατά μία μονάδα στα επίπεδα της ικανοποίησης από τη ζωή (στην κλίμακα όπου 1: συχνά και 4: ποτέ) συνεπάγεται μείωση κατά 86.8 % των αποκρίσεων για καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής συγκριτικά με κακή ποιότητα ζωής.

Αντίστοιχα, η σωματική κακοποίηση από τη μητέρα στην παιδική ηλικία δείχνει να έχει αντίκτυπο πάνω στην ενήλικη ποιότητα ζωής. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι αύξηση κατά μία μονάδα της μεταβλητής (μείωση δηλαδή της μητρικής κακοποίησης) αποτελεί παράγοντα αύξησης κατά 22.8 % στην καλή/πολύ καλή ποιότητα ζωής συγκριτικά με κακή.

Συμπερασματικά, αν και η σωματική υγεία (οι μεταβλητές δηλαδή που αφορούν σε κινητικούς περιορισμούς, χρόνιες παθήσεις κ.λ.π) του ερωτώμενου στο έβδομο κύμα του SHARE δείχνει να είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες πρόβλεψης της ποιότητας ζωής, κάποιες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες και στοιχεία της παιδικής ηλικίας φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην μετέπειτα πορεία της ποιότητας ζωής κατά την ενηλικίωση.

Βιβλιογραφία

- Adler, M. J. & Van Doren, C. (1977). *Great treasury of Western thought: A compendium of important statements on man and his institutions by the great thinkers in Western history* (pp. 142-191). R. R. Bowker.
- Afifi, M. (2007). Gender differences in mental health. *Singapore medical journal*, 48(5), 385.
- Ageing and health*. (2021, October 4). World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>. Ανακτήθηκε 22 Οκτωβρίου 2022.
- Akoglu, H. (2018). User's guide to correlation coefficients. *Turkish Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 91-93. <https://doi.org/10.1016/j.tjem.2018.08.001>
- Alexandre, T. D., Cordeiro, R. C., & Ramos, L. R. (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 613-621. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102009005000030>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*.
- Asongu, S. A. (2013). Fighting corruption in Africa: Do existing corruption-control levels matter? *International Journal of Development Issues*, 12(1), 36-52.
- Astell, A. J., Ellis, M. P., Bernardi, L., Alm, N., Dye, R., Gowans, G., & Campbell, J. (2010). Using a touch screen computer to support relationships between people with dementia and caregivers. *Interacting with Computers*, 22(4), 267–275
- Barcaccia, B. (2013). "Quality Of Life: Everyone Wants It, But What Is It?". *Forbes/Education*. Ανακτήθηκε στις 10 Μαΐου 2016.
- Bertolote J. (2008). The roots of the concept of mental health. *World Psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 7(2), 113–116. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2408392/>
- Börsch-Supan, A., Brugiavini, A., & Croda, E. (2009). The role of institutions and health in European patterns of work and retirement. *Journal of European social policy*, 19(4), 341-358.
- Börsch-Supan, A., Bristle, J., Andersen-Ranberg, K., Brugiavini, A., Jusot, F., Litwin, H. & Weber, G. (2019). *Health and socio-economic status over the life course: First results from SHARE Waves 6 and 7*. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg. <https://doi.org/10.1515/9783110617245>

- Börsch-Supan, A. (2022). Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 7. Release version: 8.0.0. SHARE-ERIC. Data set. DOI: 10.6103/SHARE.w7.800
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*. New York: Basic Books
- Bowling, A. (2008). "Enhancing later life: How older people perceive active ageing?", *Aging and Mental Health*, 12(3), 293–301. <https://doi.org/10.1080/13607860802120979>.
- Chang, H. K., Cho-Rong, G. I. L., Hye-Jin, K. I. M., & Han-Ju, B. E. A. (2021). Factors affecting quality of life among the elderly in long-term care hospitals. *The Journal of Nursing Research*, 29(1), e134.
- Chapman, D. P., Dube, S. R., & Anda, R. F. (2007). Adverse childhood events as risk factors for negative mental health outcomes. *Psychiatric Annals*, 37(5), 359–364.
- Chaturvedi, S. K., & Muliya, K. P. (2016). The meaning in quality of life. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 3(2), 47-49. <https://doi.org/10.1007/s40737-016-0069-2>
- Chaudhury, S., Rani Das, P., Murthy, P. S., Diwan, C., A Patil, A., & Jagtap, B. (2018). Quality of life in psychiatric disorders. *Trends in Biomedical Research*, 1(1). <https://doi.org/10.15761/jtbr.1000103>
- Chen, H. M., & Chen, C. M. (2017). Factors associated with quality of life among older adults with chronic disease in Taiwan. *International Journal of Gerontology*, 11(1), 12-15.
- Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M., Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: a synthesis of qualitative research. *Health Qual Life Outcomes* 10, 138 (2012). <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-138>
- Côté, S. M., Boivin, M., Liu, X., Nagin, D. S., Zoccolillo, M., & Tremblay, R. E. (2009). Depression and anxiety symptoms: onset, developmental course and risk factors during early childhood. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 50(10), 1201–1208. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02099.x>
- Eurostat (2017). Final report of the expert group on quality of life indicators.
- Extremera, N., & Rey, L. (2016). Attenuating the Negative Impact of Unemployment: The Interactive Effects of Perceived Emotional Intelligence and Well-Being on Suicide Risk. *PloS one*, 11(9), e0163656. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163656>
- Federal Reserve Bank of Kansas City (October 2008). *The Increasing Importance of Quality of Life*. Ανακτήθηκε 12 Οκτωβρίου 2022. <https://web.archive.org/>

web/20121019030621/http://www.kansascityfed.org/Publicat/RESWKPAP/PDF/RW
P07-02v4.pdf

- Fromm, E. (1941). *Escape from freedom*. Rinehart.
- Gajewski, P. D., & Falkenstein, M. (2016). "Physical activity and neurocognitive functioning in aging—A condensed updated review". *European Review of Aging and Physical Activity*, 13(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s11556-016-0161-3>
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231-233. <https://doi.org/10.1002/wps.20231>
- Gilbert, P. (2016). *Depression: The evolution of powerlessness*. Routledge.
- Green, M. J., & Benzeval, M. (2011). Ageing, social class and common mental disorders: Longitudinal evidence from three cohorts in the west of Scotland. *Psychological Medicine*, 41, 565–574.
- Hagerty, B. M., & Williams, R. A. (1999). The effects of sense of belonging, social support, conflict, and loneliness on depression. *Nursing Research*, 48(4), 215-219.
- Hansel, T.C., Saltzman, L.Y., Melton, P.A, Clark, T. L & Bordnick, P.S (2022). COVID-19 behavioral health and quality of life. *Scientific Reports*, 12, 961 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-05042-z>
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. Harper & Row.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H., & Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284(5), 592–597.
- Helliwell, J., Layard, R., & Sachs, J. (2016). *World Happiness Report 2016*, Update (Vol. I). New York: Sustainable Development Solutions Network. 2016. Ανακτήθηκε 12 Μαΐου 2016.
- Human development index*. (2022, September 18). Wikipedia, the free encyclopedia. Retrieved Oct.12,2022,from https://en.wikipedia.org/wiki/Human_Development_Index
- Jones, P. B. (2013). Adult mental health disorders and their age at onset. *British Journal of Psychiatry*, 202(s54), s5-s10. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119164>
- Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2007). Mood regulation in depression: Differential effects of distraction and recall of happy memories on sad mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 484–490

- Kahneman, D & Deaton, A (2010). "High income improves evaluation of life but not emotional well-being". *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 107 (38).16489-16493.
- Katschnig H. (2006). Quality of life in mental disorders: challenges for research and clinical practice. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, 5(3), 139–145.
- Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Keyes C. (2014). Mental health as a complete state: how the salutogenic perspective completes the picture. Bridging occupational, organizational and public health. Dordrecht: Springer,179-92.
- Kim, J., & Durden, E. (2007). Socioeconomic status and age trajectories of health. *Social Science & Medicine*, 65 , 2489–2502.
- Khamis, H. (2008). Measures of association: How to choose? *Journal of Diagnostic Medical Sonography*, 24(3), 155-162. <https://doi.org/10.1177/8756479308317006>
- Kim, H., Kim, B., Min, K., Min, J., Hwang, S., & Park, S. (2011). Association between job stress and insomnia in Korean workers. *Journal of Occupational Health*, 53(3), 164-174. <https://doi.org/10.1539/joh.10-0032-oa>
- Lam, R. W. (2018). *Depression*. Oxford University Press.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W. J. H., ... CN, B. M. (2010). Overweight, obesity, and depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(3), 220
- Majeed, M. T., & Khan, F. N. (2019). Do information and communication technologies (ICTs) contribute to health outcomes? An empirical analysis. *Quality & quantity*, 53(1), 183-206
- Majeed, M. T., & Mumtaz, S. (2017). Happiness and environmental degradation: A global analysis. *Pakistan Journal of Commerce & Social Sciences*, 11(3), 753-772.
- Mandell ,W. (1995). Origins of Mental Health, The Realization of an Idea. Origins of Mental Health, The Realization of an Idea". *Johns Hopkins Bloomberg School of*

- Public Health*. Ανακτημένο στις 9 Ιουνίου 2015 από: <https://publichealth.jhu.edu/departments/mental-health/about/origins-of-mental-health>
- Marangoni, C., & Ickes, W. (1989). Loneliness: A theoretical review with implications for measurement. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6(1), 93-128.
- McCauley J., Kern D.E, Kolodner K. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *JAMA*. 277(17):1362-1368.
- McHorney, C. A. (1999). Health status assessment methods for adults: Past accomplishments and future challenges. *Annual Review of Public Health*, 20(1), 309-335. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.20.1.309>
- Mechanic, D., McAlpine, D., Rosenfield, S., & Davis, D. (1994). Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness. *Social Science & Medicine*, 39, 155–164.
- Melegari, M. G., Nanni, V., Lucidi, F., Russo, P. M., Donfrancesco, R., & Cloninger, C. R. (2015). Temperamental and character profiles of preschool children with ODD, ADHD, and anxiety disorders. *Comprehensive psychiatry*, 58, 94–101
- Mental health in later life*. (2021, August 23). Mental Health Foundation. <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/mental-health-later-life>
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of personcentered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30(1), 6–15. <https://doi.org/10.1177/0898010111412189>
- Moustakas, C. E. (1972). *Loneliness and love*. Prentice Hall.
- Nakao, M. (2010). Work-related stress and psychosomatic medicine. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1751-0759-4-4>
- Noblet, A., & LaMontagne, A. D. (2006). The role of workplace health promotion in addressing job stress. *Health Promotion International*, 21(4), 346-353. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal029>
- Nourzad, F., & Powell, J. J. (2003). Openness, growth, and development: Evidence from a panel of developing countries. *Scientific Journal of Administrative Development*, 1(1), 72-94. *The quality of life*. Oxford University Press
- Nussbaum, M., & Sen, A. (1993). *The quality of life*. Oxford University Press
- OARC Stats – Statistical Consulting Web Resources, (n.d). "FAQ: What are pseudo R-squareds?". <https://stats.oarc.ucla.edu/other/mult-pkg/faq/general/faq-what-are-pseudo-r-squareds/>

- 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), 33. <https://doi.org/10.4102/safp.v59i2.4536>
- Patrick, B.C., Skinner, E.U. & Connell, J.P. (1993). What motivates children's behaviour and emotion in the academic domain? *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 781–791
- Pennacchini, M., Bertolaso, M., Elvira, M. M., & De Marinis, M. G. (2011). A brief history of the Quality of Life: its use in medicine and in philosophy. *La Clinica terapeutica*, 162(3), pp.99–103.
- Rahman, M. U., Asad, M., & Ahmad, W. (2020). Factor Enhancing Quality of Life. *Global Economics Review*, V(I), 325-335. doi:10.31703/ger.2020(V-I).27
- Rojo-Pérez, F., & Fernández-Mayoralas, G. (2021). *Handbook of active ageing and quality of life: From concepts to applications*. Springer Nature.
- Rokach, A. & H. Brock (1997). Loneliness: A multidimensional experience, *Psychology: A Journal of Human Behaviour* 34(1), pp. 1–9.
- Rosedale, M. (2007). Loneliness: An exploration of meaning. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 13(4), 201-209.
- Scott, S. (1998). Fortnightly review: aggressive behaviour in childhood. *Bmj*, 316(7126), 202-206.
- Seitz, D., Purandare, N. & Conn, D. (2010). Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long term care homes: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 22(7), 1025-1039.
- SHARE (2022). *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*. <https://www.share-project.org/home0.html>
- Singer, P. (2011). "The Big Question: Quality of Life: What Does It Mean? How Should We Measure It?". *World Policy Journal*. 28 (2):3–6. doi:10.1177/0740277511415049.
- Srole, L. (1962). *Mental health in the metropolis: The midtown Manhattan study: Thomas A. C. Rennie series in social psychiatry*.
- Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and 'active ageing': Subjective aspects of ageing actively and becoming old. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 467–477. <https://doi.org/10.1177/1359105310384298>.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton.

- Svantesson, U., Jones, J., Wolbert, K., & Alricsson, M. (2015). "Impact of physical activity on the self-perceived quality of life in non-frail older adults". *Journal of Clinical Medicine Research*, 7(8), 585–593.
- Teicher, M. H., Samson, J. A., Polcari, A., & McGreenery, C. E. (2006). Sticks, stones, and hurtful words: relative effects of various forms of childhood maltreatment. *The American journal of psychiatry*, 163(6), 993–1000.
- The Lancet (26 Μαρτίου 2016). "Health and Happiness". *The Lancet*. 387 (10025): 1256. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30062-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30062-9/fulltext)
- The Lancet Global Health (2020). Mental health matters. *The Lancet. Global health*, 8(11), e1352. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7561290/>
- Turner, B. (1995). *Ageing and identity. Some reflections on the somatization of the self. Images of aging* (pp. 245–260). Routledge.
- WHOQOL - *Measuring quality of Life* (n.d.). World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/toolkits/whoqol>. Ανακτήθηκε στις 22 May 2020.
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberer, U., & BELLA study group (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *European child & adolescent psychiatry*, 17 Suppl 1, 133–147. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1015-y>
- WHO (1995). *Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee*. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2017, December 12). *Mental health of older adults*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Wikipedia (2022, September 17). *Socioeconomic status and mental health*. Ανακτήθηκε Νοέμβριος 2, 2022, από https://en.wikipedia.org/wiki/Socioeconomic_status_and_mental_health
- World Health Organization (1951). *Mental health: report on the second session of the Expert Committee*. Geneva.
- World Health Organization (2014). *Mental health: strengthening our response*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

World population by age and region (2021, July 10). Statista.
<https://www.statista.com/statistics/265759/world-population-by-age-and-region/>
Young, J. (1979). Loneliness in college students: A cognitive approach. *Dissertation Abstracts International*, 40(3).