

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ «ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ»

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1961- 2001

Βασιλική Ν. Βαρελτζή

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

ΠΕΙΡΑΙΑΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2008

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ



ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ «ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ»

ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 1961- 2001

Βασιλική Ν. Βαρελτζή

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

ΠΕΙΡΑΙΑΣ
ΙΟΥΝΙΟΣ 2008

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εγκρίθηκε ομόφωνα από την Τριμελή Εξεταστική Επιτροπή που ορίστηκε 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:

- Βερροπούλου Γεωργία (Επιβλέπων)
- Τσίμπος Κλέων
- Μπάγκαβος Χρήστος

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

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

UNIVERSITY OF PIRAEUS



**DEPARTMENT OF STATISTICS
AND INSURANCE SCIENCE**

**POSTGRADUATE PROGRAM IN
APPLIED STATISTICS**

HEALTH IMPLICATIONS OF AGEING IN THE GREEK POPULATION IN THE PERIOD 1961-2001

By
Vasiliki N. Vareltzi

MSc 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
June 2008**

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ θερμά τους καθηγητές μου και ιδιαίτερας την κα. Βερροπούλου για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγηση τους.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

Περίληψη

Στις αναπτυγμένες χώρες, όπως και στην Ελλάδα, παρατηρείται έντονη πληθυσμιακή γήρανση. Το φαινόμενο αυτό συνδέεται με αλλαγές στη δομή του πληθυσμού και κυρίως με την μεγάλη αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων. Αποτελεί μία πρόκληση για τις σύγχρονες κοινωνίες καθώς είναι συνυφασμένο με αυξανόμενες πιέσεις που ασκούνται στο σύστημα υγείας. Η υγεία των ηλικιωμένων και οι παράγοντες που την επηρεάζουν αποτελούν λοιπόν σημαντικό πεδίο έρευνας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι αρχικά η διερεύνηση του βαθμού όπου δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία και το φύλο, αλλά και κοινωνικοοικονομικοί δείκτες, όπως η εκπαίδευση και το εισόδημα σχετίζονται με τη σωματική υγεία (χρόνιες παθήσεις) των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Μεταβλητές που αντιπροσωπεύουν το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, όπως η εκπαίδευση και το εισόδημα έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα σημαντικοί και έχουν επίδραση στη νοσηρότητα και στη θνησιμότητα. Επιπλέον, εξετάζονται συσχετίσεις και με άλλες μεταβλητές που εκφράζουν επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας (δυσκολίες στην καθημερινή ζωή, σωματικά συμπτώματα, κατάθλιψη), καθώς και με παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ατομική συμπεριφορά (άσκηση, βάρος). Η σημαντικότητα των παραγόντων αυτών διερευνάται με τη χρήση μοντέλων λογιστικής παλινδρόμησης.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

Abstract

Population ageing is a phenomenon widely observed in the developed countries, such as Greece. Ageing is related to changes in the age distribution of a population and in particular, to high proportions of elderly, one of its consequences is increasing pressure on the health welfare system. Hence, examining factors affecting the health of the elderly is crucial. The aim of the present study is to explore the extent to which demographic characteristics (age and gender) and socioeconomic factors (educational attainment and income) are associated with the physical health (chronic conditions) of older adults in Greece. Such factors are very important and are related both to morbidity and mortality. Associations with variables pertaining to physical and mental health (difficulties in activities of daily living, somatic and depressive symptoms) as well as risky health behaviour (physical inactivity and obesity) are also examined. Associations are explored using logistic regression techniques.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

Περιεχόμενα

| | |
|---|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 | 1 |
| Εισαγωγή | 1 |
| 1. Ο Πληθυσμός..... | 1 |
| 1.1. Κατανομή κατά ηλικία και φύλο-Πυραμίδα ηλικιών | 2 |
| 1.1.1. Παιδικός πληθυσμός..... | 3 |
| 1.1.2. Παραγωγικός πληθυσμός | 3 |
| 1.1.3. Γεροντικός πληθυσμός..... | 4 |
| 1.2. Δείκτες δημογραφικής εξάρτησης..... | 4 |
| 1.3. Ο Πληθυσμός της Ελλάδας..... | 5 |
| 1.3.1. Δείκτες δημογραφικής εξάρτησης..... | 5 |
| 1.3.2. Η Πυραμίδα ηλικιών του Πληθυσμού της Ελλάδας..... | 6 |
| 1.4. Εξελίξεις του Παγκόσμιου Πληθυσμού..... | 9 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 | 13 |
| ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ | 13 |
| 2.1. Αδρός δείκτης θνησιμότητας..... | 13 |
| 2.2. Ειδικοί κατά Ηλικία Δείκτες Θνησιμότητας | 14 |
| 2.3. Αδρός κατά Αιτία Δείκτης Θνησιμότητας | 14 |
| 2.4. Ειδικοί κατά Ηλικία και Αιτία Δείκτες Θνησιμότητας..... | 15 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 | 20 |
| ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ | 20 |
| 3.1. Οι οικονομικές συνέπειες της γήρανσης..... | 20 |
| 3.1.1. Οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στις αποταμιεύσεις και τις επενδύσεις | 20 |
| 3.1.2. Συνταξιοδοτικό | 23 |
| 3.2. Κοινωνικές επιπτώσεις της γήρανσης..... | 25 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 | 27 |
| ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ | 27 |
| 4.1. Χρόνιες Παθήσεις –Νοσήματα..... | 27 |
| 4.2. Παράγοντες Κινδύνου..... | 31 |
| 4.3. Η επίδραση της υγείας στη διαμόρφωση του εισοδήματος | 35 |
| 4.4. Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση της υγείας | 36 |
| 4.5. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και σωματικά προβλήματα υγείας..... | 37 |
| 4.6. Συμπεράσματα μελετών..... | 39 |
| 4.6.1. Σχέση Εργασίας και θνησιμότητας | 40 |
| 4.6.2. Συμπεράσματα μελετών σχετικά με τη σχέση υγείας και κοινωνικών, οικονομικών παραγόντων | 42 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 | 45 |
| ΠΟΛΥΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ | 45 |
| 5. Ανάλυση και αποτελέσματα..... | 45 |
| 5.1. Μεταβλητές-Περιγραφικά στοιχεία..... | 45 |
| 5.2. Ανάλυση..... | 50 |
| 5.3. Δυσκολίες σε κινητικές λειτουργίες και στοιχειώδεις καθημερινές εργασίες | 64 |
| 5.4. Επικράτηση Σωματικών προβλημάτων υγείας..... | 70 |
| 5.5. Εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ατόμου | 80 |

| | |
|--|----|
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 | 82 |
| ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 82 |
| 6. Στατιστική Ανάλυση..... | 82 |
| 6.1. Στατιστική μεθοδολογία..... | 82 |
| 6.2. Σχηματισμός Μοντέλων για τη διερεύνηση της σχέσης επιπέδου υγείας και κοινωνικών, οικονομικών και δημογραφικών παραγόντων. | 84 |
| 6.2.1. Μοντέλο 1 | 86 |
| 6.2.2. Μοντέλο 2 | 87 |
| 6.2.3. Μοντέλο 3 | 89 |
| 6.2.4. Γενικά συμπεράσματα | 91 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 94 |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ | 94 |
| ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ | 94 |

Κατάλογος Πινάκων

| | |
|---|----|
| ΠΙΝΑΚΑΣ 1- 1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ..... | 5 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 2- 1ΕΙΔΙΚΟΙ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΔΕΙΚΤΗΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ(2001) | 15 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 1 ΜΕΣΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΤΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ... | 58 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 2 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ..... | 60 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 3 ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ(ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ) ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ | 62 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 4 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ..... | 64 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 5 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ..... | 65 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 6 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ..... | 65 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 7 ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ADL) . | 67 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 8 ΠΟΣΟΣΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ADL) . | 69 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 9 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ..... | 71 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 10 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΩΝ..... | 71 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 11 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΩΝ | 72 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 12 ΣΧΕΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ..... | 75 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 13 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ | 76 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 14 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ | 77 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 15 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ..... | 78 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 16 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ | 78 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 17 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ | 80 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 18 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ | 81 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 19 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ..... | 81 |
| ΠΙΝΑΚΑΣ 6- 1 ΣΧΕΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ | 85 |

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

Κατάλογος Διαγραμμάτων

| | |
|--|----|
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1- 1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ..... | 6 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1- 2 ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ 1951..... | 7 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1- 3 ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ 1991..... | 8 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1- 4 ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ 2001..... | 8 |
| | |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 1ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: 50-74..... | 16 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 2ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ:75+..... | 17 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 3ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΆΝΔΡΕΣ, 50-74..... | 18 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 4ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΆΝΔΡΕΣ,75+..... | 18 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 5ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΓΥΝΑΙΚΕΣ, 50-74..... | 19 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 6ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΓΥΝΑΙΚΕΣ, 75+..... | 19 |
| | |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 1 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ..... | 50 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 2 ΜΕΣΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ..... | 51 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 3 ΜΕΣΟΣ ΕΤΗΣΙΟΣ ΚΑΘΑΡΟΣ ΠΛΟΥΤΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ..... | 52 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 4 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ..... | 53 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 5 ΈΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΆΝΔΡΕΣ..... | 54 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 6 ΈΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ..... | 54 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 7 ΣΧΕΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ..... | 55 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 8 ΣΧΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ..... | 56 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 9 ΣΧΕΣΗ ΕΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΟΥΣ ΆΝΔΡΕΣ... | 56 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 10 ΣΧΕΣΗ ΕΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ | 57 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 11 ΜΕΣΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΤΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ..... | 59 |

| | |
|---|----|
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 12 ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ(ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ) ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ..... | 63 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 13 ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ADL) ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ..... | 68 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 14 ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ADL) ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ..... | 68 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 15 ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ..... | 73 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 16 ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ..... | 73 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 17 ΣΧΕΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ | 75 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 18 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ... .. | 76 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 19 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ | 77 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 20 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ | 78 |
| ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 21 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ | 79 |

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

1. Ο Πληθυσμός

Βασικό μέγεθος στην μελέτη των κοινωνιών αποτελεί η διερεύνηση του πληθυσμού, ως κυτταρικού στοιχείου. Ουσιαστικά κάνοντας λόγο για πληθυσμό αναφερόμαστε σε ένα σύνολο με κοινά χαρακτηριστικά. Δομικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού αποτελούν το μέγεθος και η σύνθεσή του. Αναπόφευκτα κάθε κοινωνική θεώρηση χρειάζεται να ειπωθεί μέσα από ένα δυναμικό πρίσμα που θα εστιάζεται στην περιγραφή και διερεύνηση του μηχανισμού που καθορίζει τη δομή και την εξελικτική πορεία ενός πληθυσμού.

Παγκόσμιος πληθυσμός

Βάσει υπολογισμών και σύμφωνα με την ανακοίνωση του ΟΗΕ (Δεκέμβριος 2005) ο πληθυσμός του πλανήτη ανέρχεται σε 6,5 δις. Υπάρχει διάχυτη ανησυχία για τη ξέφρενη αύξηση, ύστερα από μία μακρά περίοδο σταθερής ανάπτυξης του πληθυσμού με ακανόνιστες αυξήσεις. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι έντεκα χώρες αντιπροσωπεύουν το 59% του παγκόσμιου πληθυσμού, ξεπερνώντας τα 100 εκατ. κατοίκους. Οι προβολές του ΟΗΕ για μία περίοδο μέχρι το 2050 στηρίζονται σε τρία ενδεχόμενα σενάρια: σύμφωνα με το πρώτο ο πληθυσμός δεν θα ξεπεράσει τα 8 δις, το μέσο σενάριο αντιστοιχεί σε 9 δις και το υψηλότερο υποστηρίζει πληθυσμό 10 δις και άνω.

Ευρωπαϊκή Ένωση

Γενικότερη είναι η αίσθηση ότι ο πληθυσμός της Ευρώπης θα περιέλθει σε μία κατάσταση στασιμότητας. Η γήρανση του πληθυσμού και τα χαμηλά επίπεδα γονιμότητας συνηγορούν στην αναμενόμενη μείωση του πληθυσμού και τη συρρίκνωση του ρυθμού φυσικής αύξησης.

Μοναδικός παράγοντας ανατροπής είναι η συνεχής μετανάστευση προς διάφορες χώρες της Ε.Ε.

1.1. Κατανομή κατά ηλικία και φύλο-Πυραμίδα ηλικιών

Τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου είναι το φύλο και η ηλικία. Η κατανομή ενός πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία αποτελεί δομικό στοιχείο κάθε ανάλυσης για την κοινωνία, καθώς αυτή καθορίζεται από κοινωνικά, οικονομικά, δημογραφικά και άλλα φαινόμενα. Η πυραμίδα ηλικιών είναι η γραφική απεικόνιση της κατανομής του πληθυσμού κατά φύλο και ηλικία. Ουσιαστικά έχει τη μορφή διπλού ιστογράμματος, η διάταξη του οποίου έχει ως εξής: αριστερά απεικονίζεται ο ανδρικός πληθυσμός και δεξιά ο αντίστοιχος γυναικείος. Στον κάθετο άξονα έχει τοποθετηθεί η ηλικία σε κλίμακες. Στους παράγοντες που καθορίζουν τη τελική διαμόρφωση της εικόνας μιας πυραμίδας ηλικιών περιλαμβάνονται η γεννητικότητα, η θνησιμότητα και η μετανάστευση. Σε αυτή συνοψίζεται το ιστορικό παρελθόν μιας δέσμης εκατό γενεών. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004)

Για πληροφοριακούς λόγους θα μπορούσε στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι είναι δυνατή η κατηγοριοποίηση της πυραμίδας ηλικιών ως ακολούθως:

1. Νεάζοντος πληθυσμού: όπου η υψηλή γεννητικότητα είχε ως αποτέλεσμα τη διεύρυνση της βάσης, ενώ υπάρχει στενή κορυφή.
2. Ωριμου πληθυσμού: με αναλογικότητα-κανονικότητα στη διάταξη των ηλικιακών στρωμάτων.
3. Γηρασμένου πληθυσμού: συρρικνωμένη βάση (χαμηλή γεννητικότητα) και διευρυμένη κορυφή (υψηλά ποσοστά γήρανσης).

Ο ρυθμός μεταβολής στο νεάζοντα πληθυσμό είναι θετικός και υψηλός, ενώ στο γηρασμένο είναι είτε αρνητικός είτε θετικός αλλά μικρός. Σημειώνεται ότι υπάρχει φυσική και μεταναστευτική κίνηση, όπου η συνισταμένη τους καθορίζει τη μεταβολή του μεγέθους του πληθυσμού. Οι μεταβολές των χαρακτηριστικών του μεγέθους του πληθυσμού εξαρτώνται από τις διαρθρωτικές και ποιοτικές ιδιαιτερότητες των δημογραφικών φαινομένων, καθώς επίσης από τις μεταβολές των κοινωνικοοικονομικών δομών (εκπαίδευση, οικονομία, εργασία). (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004)

1.1.1. Παιδικός πληθυσμός

Η αναμφισβήτητη μείωση του παιδικού πληθυσμού, δηλαδή ατόμων ηλικίας 0-14 ετών στην Ελλάδα έχει ιστορική και κοινωνικοοικονομική βάση. Η αισθητή μείωση του ποσοστού του παιδικού πληθυσμού ιστορικά δικαιολογείται από τη μετάβαση της Ελλάδας (μεταπολεμικά) στις λεγόμενες αναπτυγμένες χώρες του δυτικού κόσμου. Κύρια χαρακτηριστικά αυτής της κοινωνικής και οικονομικής φάσης αποτελούν αρχικά η μαζική μετανάστευση του κυρίως παραγωγικού τμήματος του πληθυσμού σε ξένες χώρες, αλλά και η μείωση της γαμηλιότητας και των γεννήσεων, με άμεσα αποτελέσματα τη δημογραφική γήρανση. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004)

Παράλληλα, η οικονομική προσχώρηση της χώρας μας σταδιακά στο μοντέλο των αναπτυσσόμενων χωρών της δύσης κοινωνικά μεταφράζεται σε μείωση των γεννήσεων και της γαμηλιότητας. Η μείωση των παιδιών κατά οικογένεια, καθώς θεωρείται ιδιαίτερα υψηλό πλέον το κόστος ανατροφής ανά παιδί και η πτώση των γάμων και των γεννήσεων, οδηγούν σε γενικότερη μείωση του παιδικού πληθυσμού, καθώς η ουσιαστική εκμηδένιση της βρεφικής θνησιμότητας δεν μπορεί να καλύψει το μεγάλο αυτό έλλειμμα.

Επίσης, τονίζεται ότι το κοινωνικό status που επικρατεί στην εποχή μας γίνεται αντιληπτό ότι καθορίζει και τον αριθμό των παιδιών ανά οικογένεια. Άτομα με επαγγελματικό κύρος, οικονομική κάλυψη κλπ. έχουν και ανάλογα χαρακτηριστικά (π.χ. δεν κάνουν πολλά παιδιά).

Στο σημείο αυτό θα μπορούσε να σημειωθεί ότι στη σύγχρονη κοινωνία το ποσοστό του παιδικού πληθυσμού καθορίζεται από μία σειρά κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων. Από την πλευρά του κράτους η ενδεχόμενη αύξηση των δημόσιων δαπανών για διαρθρωτικά έργα που ευνοούν τις γεννήσεις μπορεί να δώσει κάποια ώθηση. Πιο συγκεκριμένα, ένα μέρος του σχετικού κόστους μπορεί αναληφθεί από την ύπαρξη έργων υποδομής, όπως υγεία, εκπαίδευση, αθλητισμός, οικογενειακά προγράμματα κάλυψης κλπ..

1.1.2. Παραγωγικός πληθυσμός

Το δυναμικότερο τμήμα του πληθυσμού αποτελεί ο αποκαλούμενος παραγωγικός πληθυσμός. Αντιστοιχεί στα άτομα ηλικίας 15-64 ετών, όπου κατά γενική ομολογία αποτελούν τον οικονομικά ενεργό πληθυσμό αλλά και σύνολο με τη μεγαλύτερη αναπαραγωγική δυναμική.

1.1.3. Γεροντικός πληθυσμός

Η δημογραφική γήρανση αντιστοιχεί σε μια αύξηση του ποσοστού των υπερηλίκων (ηλικίας άνω των 65) πάνω από το επίπεδο του 10%. Η εκτεταμένη μείωση της γεννητικότητας σε συνδυασμό με την άνοδο της μέσης διάρκειας ζωής έχει εντείνει την αίσθηση ανησυχίας για τη διεύρυνση της κορυφής στην πυραμίδα ηλικιών. Το φαινόμενο είναι γνωστό και ως γήρανση κορυφής και σταδιακά οδηγεί στη γήρανση του πληθυσμού, καθώς η δυνατότητα πιθανής αντιστάθμισης από την αύξηση του παιδικού πληθυσμού περιορίζεται στην εποχή μας. Η αύξηση των μεγάλων ηλικιών τονίζεται ότι ευνοείται από τη βελτίωση των συνθηκών ζωής, την πρόοδο της ιατρικής και άλλους παράγοντες. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004)

1.2. Δείκτες δημογραφικής εξάρτησης

Από δημογραφικής άποψης έχει οριστεί μία σειρά δεικτών που εκφράζουν την αναλογία των ατόμων που βρίσκονται σε παραγωγική ηλικία σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Η αύξηση ή μείωση του εν λόγω δείκτη αντιπροσωπεύει την ευθύνη που αναλαμβάνει το παραγωγικό τμήμα του πληθυσμού έναντι του υπόλοιπου εξαρτημένου τμήματος. Οι ακόλουθοι δείκτες αποτελούν την έκφραση της ποσοτικής σχέσης μεταξύ των διαφόρων ηλικιακών ομάδων. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004)

Ο Δείκτης δημογραφικής εξάρτησης ή επιβάρυνσης (ADR) ορίζεται ως ο λόγος του συνόλου του γεροντικού (P_{65+}) και του παιδικού πληθυσμού (P_{0-14}) προς το παραγωγικό πληθυσμό (P_{15-64}):

$$ADR = \frac{P_{0-14} + P_{65+}}{P_{15-64}} \cdot 100$$

Στη συνέχεια μπορεί να γίνει ο επιμέρους διαχωρισμός στη σχέση που εκφράζει τη δημογραφική εξάρτηση των ηλικιωμένων:

$$ADR_1 = \frac{P_{65+}}{P_{15-64}} \cdot 100$$

Και επιπλέον στο δείκτη που εκφράζει τη δημογραφική εξάρτηση των νέων:

$$ADR_2 = \frac{P_{0-14}}{P_{15-64}} \cdot 100$$

1.3. Ο Πληθυσμός της Ελλάδας

1.3.1. Δείκτες δημογραφικής εξάρτησης

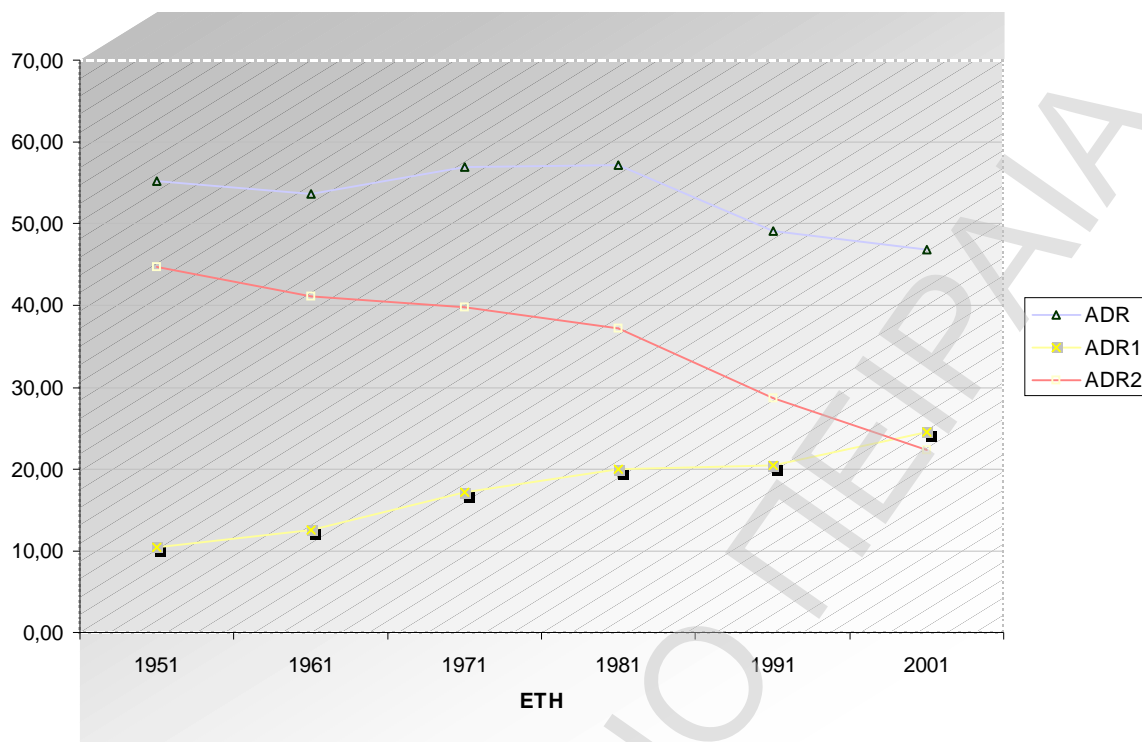
ΠΙΝΑΚΑΣ 1-1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

| | <i>ADR</i> | <i>ADR₁</i> | <i>ADR₂</i> |
|-------------|------------|------------------------|------------------------|
| 1951 | 55,18 | 10,45 | 44,72 |
| 1961 | 53,69 | 12,58 | 41,11 |
| 1971 | 56,92 | 17,12 | 39,80 |
| 1981 | 57,25 | 19,99 | 37,26 |
| 1991 | 49,11 | 20,41 | 28,70 |
| 2001 | 46,81 | 24,52 | 22,28 |

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων Ε.Σ.Υ.Ε. – Απογραφές Πληθυσμού

Ο παραπάνω ΠΙΝΑΚΑΣ 1-1 παρουσιάζει τους δείκτες δημογραφικής εξάρτησης του πληθυσμού της Ελλάδας για μια σειρά ετών. Χαρακτηριστική είναι η πορεία του δείκτη *ADR* για την περίοδο 1981-2001 καθώς εκφράζει τη γενικότερη τάση που επικρατεί στην μεταπολεμική Ελλάδα. Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης ηλικιακής εξάρτησης σημειώνει πτωτική τάση. Αυτό αποτελεί έκφραση της συνδυαστικής επίδρασης της συνεχούς ανόδου του *ADR₁* από τη μία μεριά και της ταυτόχρονης μεγάλης μείωσης του *ADR₂* από την άλλη. Ουσιαστικά η συνεχής αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων και η ταυτόχρονη μείωση του παιδικού πληθυσμού, ως συνέπεια της μείωσης της γεννητικότητας, επηρεάζει την εξάρτηση του πληθυσμού ως προς τη δομή του. Οι υποχρεώσεις που αναλαμβάνει ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός προσανατολίζονται κυρίως στην στήριξη των ηλικιωμένων μελών και σε πολύ μικρότερο βαθμό του παιδικού πληθυσμού με ανάλογες κοινωνικές συνέπειες. Τα συμπεράσματα αυτά επιβεβαιώνονται και στο παρακάτω ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1-1, που εκφράζει τους σχετικούς δείκτες για μία σειρά ετών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1- 1 ΔΕΙΚΤΕΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ



Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η πορεία ενός πληθυσμού ακολουθεί τα εξής στάδια: Αφετηρία αποτελεί η φάση της νεότητας, στη συνέχεια υπάρχει το πέρασμα στην ωριμότητα και τέλος ακολουθεί η περίοδος της γήρανσης. Ιστορικοί, οικονομικοί, κοινωνικοί και δημογραφικοί είναι οι βασικοί παράγοντες που επιδρούν στη διαμόρφωση των συνθηκών που καθορίζουν σε ποια από τις παραπάνω αναφερόμενες φάσεις θα εισέλθει ένας πληθυσμός. Δεν υπάρχει ωστόσο κάποια δεδομένη συναρτησιακή σχέση που εκφράζει τη μετάβαση στις διάφορες πληθυσμιακές φάσεις.

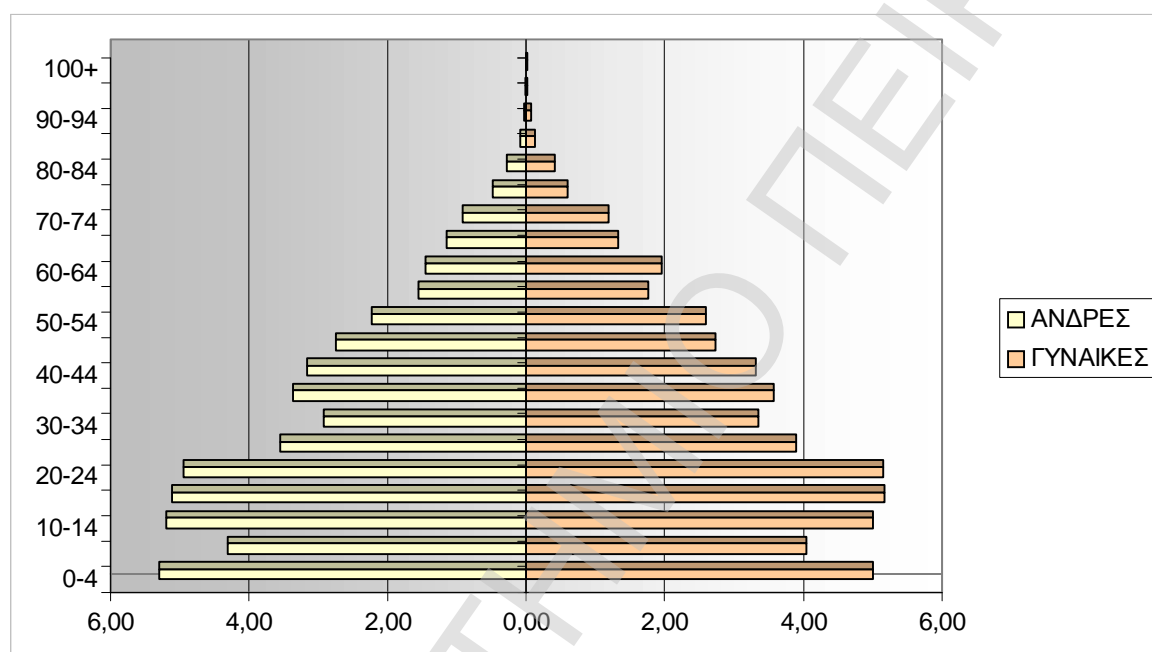
1.3.2. Η Πυραμίδα ηλικιών του Πληθυσμού της Ελλάδας

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η σύγκριση της πυραμίδας ηλικιών για τα έτη 1951 και 2001 στην Ελλάδα. Η κατά ηλικία και φύλο κατανομή του πληθυσμού το 1951 αντιστοιχεί σε διευρυμένη βάση και σταδιακά αναλογικό περιορισμό με κατάληξη σε συρρικνωμένη κορυφή. Συγκεκριμένα αντιστοιχεί σε πυραμίδα ώριμου πληθυσμού, δεδομένου ότι η γεννητικότητα φαίνεται να ακολουθεί φθίνουσα πορεία τουλάχιστον για 25 έτη.

Σε αντίθεση η εικόνα της πυραμίδας ηλικιών το 2001 εμφανίζει περιορισμένη βάση και ιδιαίτερα διευρυμένο κεντρικό τμήμα. Η διαφορετική αυτή εικόνα που παρουσιάζεται στις

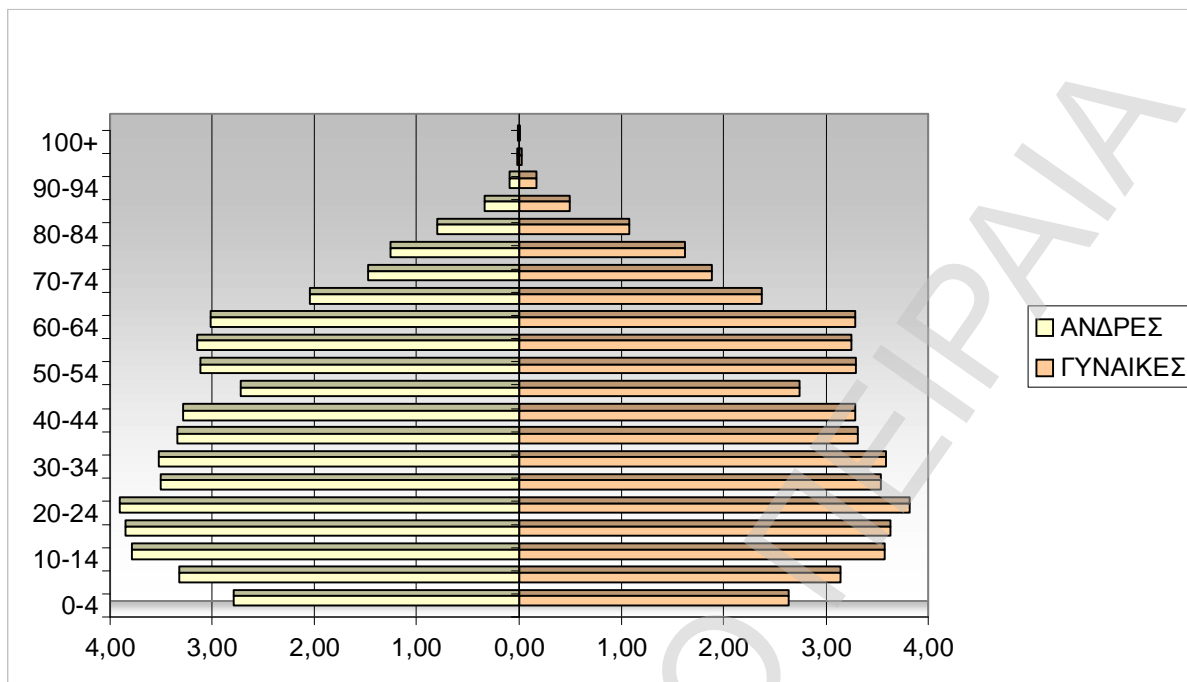
πυραμίδες ηλικιών δικαιολογείται από τις ιστορικές συνθήκες μεταβολής του ελληνικού πληθυσμού.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1- 2 ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ 1951

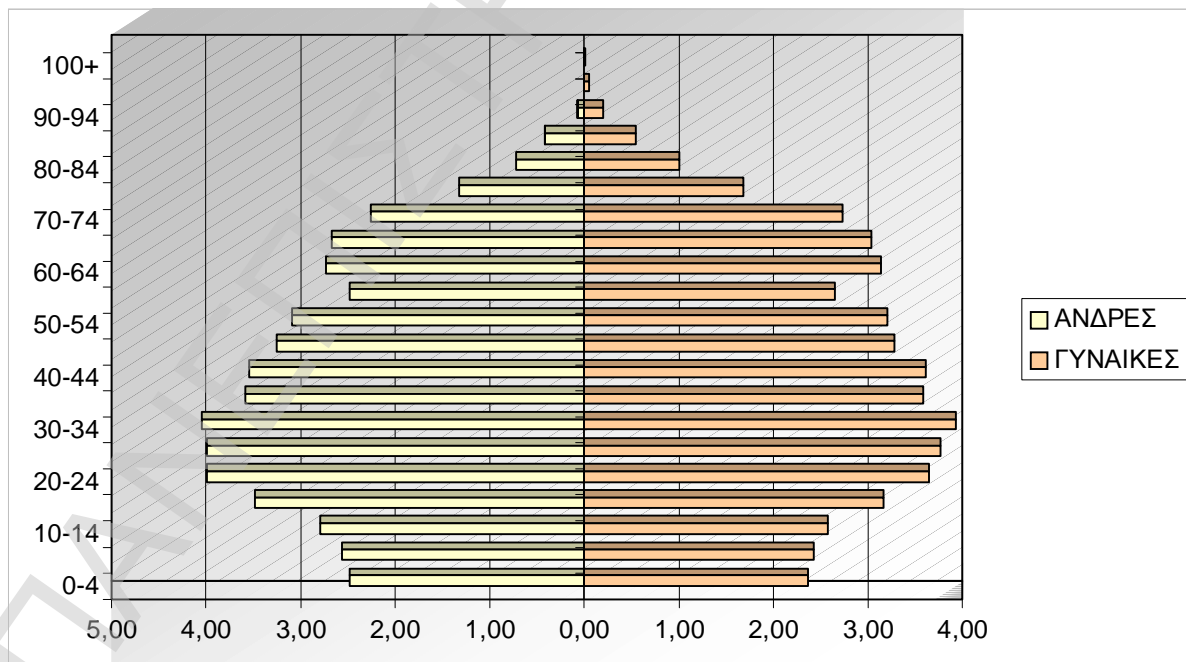


Η πυραμίδα ηλικιών το 1991 παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά ενός γηράσκοντος πληθυσμού, με σημαντική συρρίκνωση των γεννήσεων. Για το 2001, η εξαιρετικά χαμηλή γεννητικότητα έχει επιτείνει παραπέρα το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1- 3 ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ 1991



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1- 4 ΠΥΡΑΜΙΔΑ ΗΛΙΚΙΩΝ 2001



Στο σημείο αυτό μπορούν να σημειωθούν τα εξής:

- Η συνεχής μείωση της θνησιμότητας σε συνδυασμό με τα σχετικά σταθερά επίπεδα ετήσιων δεικτών γονιμότητας την περίοδο πριν το 1980 οδήγησαν αναπόφευκτα σε αύξηση του απόλυτου αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων. Η μείωση του αριθμού των γεννήσεων την τελευταία εικοσαετία οδήγησε σε σταδιακή μείωση του αριθμού των ατόμων που βρίσκονται σε νεαρές ηλικίες. Όλες οι σχετικές μεταβολές οδήγησαν σε αύξηση του σχετικού μεγέθους των ηλικιωμένων ατόμων στο συνολικό πληθυσμό, δηλ σε δημογραφική γήρανση. (Μπάγκαβος Χρ., 2003)
- Λαμβανομένων υπόψιν των παραγόντων που συμβάλλουν στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης χρειάζεται να επισημανθεί ότι η μετατόπιση των πυραμίδων ηλικιών προς τις μεγάλες ηλικίες δηλώνει και μετέπειτα αύξηση του αριθμού των θανάτων, καθώς η πιθανότητα θανάτου είναι ιδιαίτερα υψηλή στις ηλικίες αυτές. Ουσιαστικά οδηγούμαστε σε περιορισμό της φυσικής αύξησης του πληθυσμού. (Μπάγκαβος Χρ., 2003)

1.4. Εξελίξεις του Παγκόσμιου Πληθυσμού

Κρίσιμες είναι για την εποχή μας οι συζητήσεις αναφορικά με δημογραφικά ζητήματα, ιδιαιτέρως για την πορεία του παγκόσμιου πληθυσμού. Στην πλειονότητά τους τα δημογραφικά θέματα σχετίζονται με τις εξελίξεις της θνησιμότητας, της γονιμότητας και της μετανάστευσης.

Σε μία σύντομη αναφορά μπορούν να σημειωθούν σχετικά με την πορεία του παγκόσμιου πληθυσμού τα εξής: ο παγκόσμιος πληθυσμός αυξήθηκε κατά 66% την περίοδο 1970-2000 με ανισοκατανομή μεταξύ των περιοχών. Στην Ευρώπη υπάρχει αύξηση κατά 16%, ενώ η Ασία αυξάνεται με 60%, η λατινική Αμερική 86% και η υποσαχάριος Αφρική 122%. Όλες οι βιομηχανικές περιοχές (εκτός Β. Αμερικής) είχαν μέση δημογραφική αύξηση μικρότερη του 1% την περίοδο 1970-2000. Στο παγκόσμιο πληθυσμό το μερίδιο των μεγάλων συνόλων στις αναπτυσσόμενες χώρες της Ασίας, της Ινδίας, της Μέσης Ανατολής και της υποσαχάριας Αφρικής υπερκαλύπτει τα υπόλοιπα. Οι δημογραφικές προβολές του ΟΗΕ για το 2030 καταδεικνύουν επιδείνωση των εξελίξεων των τελευταίων ετών στη βάση μιας επιβραδυνόμενης παγκόσμιας δημογραφικής αύξησης –από 6 δις το 2000 σε 8,1 δις το 2030.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε. ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

ΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Στην μεταπολεμική περίοδο η δημογραφική εικόνα που παρουσιάζονταν στην Ελλάδα δεν αντιπροσώπευε τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Γενικότερα στη Νότια Ευρώπη επικρατούσε σχετικά υψηλή γονιμότητα και θνησιμότητα και παράλληλα μεγάλο μεταναστευτικό ρεύμα προς άλλες χώρες. Στη συνέχεια υπήρξε έντονη τάση σύγκλισης των δημογραφικών στοιχείων της Ευρώπης. Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα υπήρξε σημαντική μείωση της γονιμότητας και της θνησιμότητας, ενώ παράλληλα από χώρα μεταναστευτικής εκροής μετατράπηκε σε τόπο εισροής μεταναστών, κυρίως από χώρες των Βαλκανίων.

Σε μία σύντομη παρένθεση μπορεί να αναφερθεί ότι στην πρώτη μεταπολεμική περίοδο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης σημειώνονταν αύξηση γονιμότητας[1945-1965] αρχικά και στη συνέχεια ξαφνική μείωση, όπου κορυφώθηκε την τελευταία περίοδο με την σταθεροποίησή της σε πολύ χαμηλό επίπεδο. Πρόκειται για μία κοινή γενικότερα τάση στις χώρες της Ευρώπης, με υπάρχουσες ωστόσο αποκλίσεις όπου εντοπίζονται στις χώρες του νότου. Ενώ για την περίοδο μετά το 1965 αναφέρεται ότι η μείωση γονιμότητας αποτελεί κοινό στοιχείο για όλες σχεδόν τις χώρες. Μπορεί να σημειωθεί ότι μετά το 1980 στις χώρες του Βορρά (Σουηδία, Φιλανδία, Δανία) υπήρξε αύξηση της γονιμότητας, όπου παρά την τάση μετέπειτα μείωσης των ποσοστών βρίσκονται στα υψηλότερα της Ε.Ε., ενώ αντίθετα στην Ιταλία και Ισπανία πρώτα και στην Ελλάδα στην συνέχεια η γονιμότητα μειώθηκε απότομα φτάνοντας σε πολύ χαμηλά επίπεδα. (Μπάγκαβος Χρ., 2003)

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η παιδική θνησιμότητα μειώθηκε σταδιακά μεταπολεμικά, φτάνοντας σε πολύ χαμηλό επίπεδο. Παράλληλα, σημειώθηκε γενική και έντονη μείωση της θνησιμότητας στις μεγάλες ηλικίες με άμεση συνέπεια την άνοδο του μέσου όρου ζωής. Σημειώνεται ότι: οι διαφοροποιήσεις στο μέσο χρόνο ζωής μεταπολεμικά οφείλονταν στην ποικιλία της «υγειονομικής μετάβασης». Αυτό στηρίζεται στην άποψη ότι κάποιες χώρες υστέρησαν, ενώ

μετά το '80 υπήρξαν προβλήματα που συνδέονταν με την αντιμετώπιση των καρδιολογικών παθήσεων. (Μπάγκαβος Χρ., 2003)

ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ

Στην ιστορία της Ευρώπης η μεταναστευτική κίνηση αποτέλεσε καθοριστικό παράγοντα για τη διαμόρφωση της πληθυσμιακής φυσιογνωμίας. Αρχικά οι χώρες του νότου υπήρξαν η βασική πηγή μεταναστευτικού ρεύματος, παρέχοντας πολυάριθμους μετανάστες προς τις χώρες υποδοχής του Βορρά. Εν συνεχεία στα τέλη της δεκαετίας του '80 υπήρξε μεταστροφή του μεταναστευτικού ρεύματος με τις χώρες του νότου να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Η φυσιογνωμία της νέας τάσης χαρακτηρίζεται από τη μετατροπή των χωρών της νότιας Ευρώπης από χώρες εκροής μεταναστών σε χώρες εισροής. (Μπάγκαβος Χ., 2003)

ΕΛΛΑΔΑ

Μεταπολεμικά συναντάται στην Ελλάδα:

1. σχετική στασιμότητα των ετήσιων δεικτών γονιμότητας (περίοδος 1950-1980). Εν συνεχεία παρατηρείται σημαντική πτώση για την περίοδο 1981-2000. Ιδιαίτερος παράγοντας διαμόρφωσης της χαμηλής γονιμότητας αποτελεί η συρρίκνωση της περιόδου γονιμότητας, κυρίως λόγω της καθυστέρησης απόκτησης απογόνων στις νεότερες γενιές που είχε ως συνέπεια τη μείωση των γεννήσεων.
2. Αναφορικά με τη θνησιμότητα η κύρια εικόνα στην Ελλάδα στοιχειοθετείται από τη μείωση κατά γενική ομολογία της βρεφικής θνησιμότητας και εκείνης των μεγάλων ηλικιών.

Από στοιχεία της Ε.Σ.Υ.Ε. μπορεί να σημειωθεί ότι διαχρονικά η εικόνα της θνησιμότητας ανά φύλο μπορεί να παρασταθεί για τα έτη 1950-2000 ως εξής:

Για τις γυναίκες στις ηλικίες 15-35 σημειώνεται συνεχής μείωση της θνησιμότητας της τάξης άνω του 80%, ενώ για τους άνδρες της αντίστοιχης ηλικιακής κλίμακας η μείωση περιορίζεται περίπου στο 60%, λόγω υψηλών ποσοστών τροχαίων δυστυχημάτων. Για τ' άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών η μείωση της θνησιμότητας είναι μικρή και παρομοίου μεγέθους για τα δύο φύλα.

3. Σχετικά με τη μετανάστευση μεταπολεμικά ενδεικτική είναι η έντονη αύξηση του μεταναστευτικού ρεύματος προς τις χώρες της Δύσης, κυρίως προς τις βιομηχανικά

αναπτυγμένες χώρες ουσιαστικά μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '70. Έντονος υπήρξε ο αντίκτυπος αυτής της αλλαγής διότι τα κύρια χαρακτηριστικά των ατόμων που μετακινήθηκαν συνθέτονται ως εξής: νέοι και κυρίως άνδρες, γεγονός που επηρέασε ιδιαίτερα αρνητικά τους δημογραφικούς δείκτες. Στη συνέχεια υπήρξε αντιστροφή αυτών των τάσεων από τα μέσα της δεκαετίας του '70, καθώς υπήρξε ένα ρεύμα παλιννόστησης Ελλήνων του εξωτερικού, ενώ από το 1990 υπήρξε ένα έντονο ρεύμα εισροής αλλοδαπών με οικονομικά και πολιτικά αίτια. Το ρεύμα από τις Βαλκανικές και τις χώρες της πρώην Σοβιετικής Ένωσης είναι ιδιαίτερα πυκνό. (Μπάγκαβος Χρ., 2003), (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

2.

Στη δημογραφική ανάλυση σημαντική παράμετρο αποτελεί η διερεύνηση της θνησιμότητας αναφορικά με την επιρροή που ασκεί στη διαμόρφωση της σύνθεσης του πληθυσμού. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι η αύξηση του πληθυσμού εξαρτάται μεταξύ άλλων παραγόντων από τη θνησιμότητα, όπου κατά κάποιο τρόπο αποτελεί και έκφραση της υγειονομικής του κατάστασης.

2.1. Αδρός δείκτης θνησιμότητας

Πρόκειται για την έκφραση της αναλογίας των θανάτων ανά χίλια άτομα ετησίως. Αποτελεί τον πιο απλό δείκτη θνησιμότητας και υπολογίζεται από το πηλίκο των θανάτων (D) σε ένα ορισμένο έτος προς τον πληθυσμό (P) στο μέσο του συγκεκριμένου έτους επί 1000. Πιο συγκεκριμένα ο δείκτης εκφράζεται από την ακόλουθη σχέση:

$$CDR = \frac{D}{P} \cdot 1000$$

Στο σημείο αυτό χρειάζεται να σημειωθεί ότι παρότι ο συγκεκριμένος δείκτης είναι απλός και σχετικά αξιόπιστος, ωστόσο επηρεάζεται από ενδεχόμενη μεταβολή στην ηλικιακή δομή του πληθυσμού. Ο CDR αναφέρεται στο σύνολο των ηλικιών ενός πληθυσμού, με συνέπεια να μην εκφράζει κάποια τάση μεταβολής σε επιμέρους ηλικιακές ομάδες. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004).

2.2. Ειδικοί κατά Ηλικία Δείκτες Θνησιμότητας

Στη βιβλιογραφία συναντώνται μία σειρά δεικτών όπου αναφέρονται στη μέτρηση της θνησιμότητας περισσότερο διεξοδικά. Πιο συγκεκριμένα για κάθε φύλο και ηλικία (x) υπολογίζεται ένας ειδικός δείκτης θνησιμότητας που εκφράζεται ως ο λόγος των θανάτων που αντιστοιχούν στη ηλικιακή ομάδα x σε ένα έτος προς τον πληθυσμό της ίδιας ηλικίας στο μέσο του έτους αυτού (P_x) επί 1000:

$$m_x = \frac{D_x}{P_x} \cdot 1000$$

Στην περίπτωση όπου τα δεδομένα αντιστοιχούν σε ηλικιακές ομάδες της μορφής (x, x+n) ο ειδικός δείκτης έχει την εξής μορφή:

$${}_n m_x = \frac{{}_n D_x}{{}_n P_x} \cdot 1000$$

όπου n το πλήθος ακέραιων ηλικιών στην ομάδα. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004).

2.3. Αδρός κατά Αιτία Δείκτης Θνησιμότητας

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η ύπαρξη ειδικού μέτρου έκφρασης των συνθηκών που συντελούν στην αύξηση της θνησιμότητας. Ο συγκεκριμένος δείκτης αποτελεί ένα από τους βασικούς δείκτες που χρησιμοποιούνται στη διερεύνηση των νοσολογικών αιτιών των θανάτων. Υπολογίζεται ως ο λόγος των θανάτων που αντιστοιχούν στην αιτία j ενός ημερολογιακού έτους προς τον πληθυσμό στο μέσο του έτους αυτού (P) επί 100.000:

$$CDR_j = \frac{D_j}{P} \cdot 100.000$$

Ουσιαστικά ο δείκτης εκφράζει το ποσοστό των θανάτων από μία συγκεκριμένη αιτία j σε πληθυσμό 100.000 ατόμων για κάθε έτος. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ, 2004).

2.4. Ειδικοί κατά Ηλικία και Αιτία Δείκτες Θνησιμότητας

$$m_{x,j} = \frac{D_{x,j}}{P_x} \cdot 100.000$$

$${}_n m_{x,j} = \frac{{}_n D_{x,j}}{{}_n P_x} \cdot 100.000$$

Ο συγκεκριμένοι δείκτες υπολογίστηκαν για το 2001 κατά φύλο και αιτία θανάτου, για τέσσερις ηλικιακές ομάδες: 0-24, 25-49, 50-74, 75 και άνω. Ο αριθμός των θανάτων είναι ο μέσος όρος τριών ετών, των 1999, 2000 και 2001 (Ε.Σ.Υ.Ε.), ενώ ο παρανομαστής είναι ο πληθυσμός ανά φύλο και ηλικία με βάση την απογραφή του 2001. (Ε.Σ.Υ.Ε.)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2- 1 ΕΙΔΙΚΟΙ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΔΕΙΚΤΕΣ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ (2001)

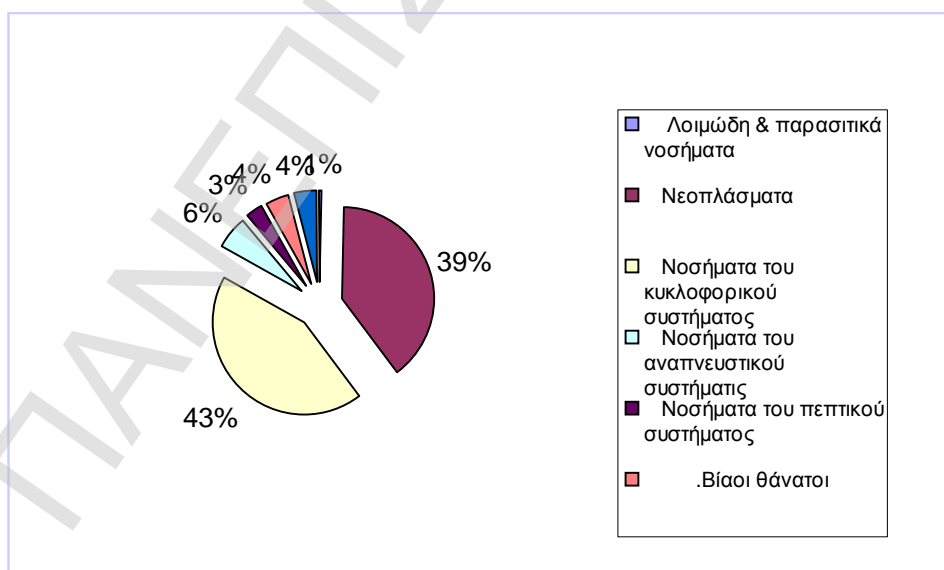
| Ειδικοί κατά Ηλικία και Αιτία Δείκτες Θνησιμότητας (2001) | | | | |
|---|------|-------|-------|---------|
| ΑΜΦΟΤΕΡΑ ΦΥΛΑ | 0-24 | 25-49 | 50-74 | 75+ |
| Λοιμώδη & παρασιτικά νοσήματα | 0,7 | 0,9 | 9,9 | 56,1 |
| Νεοπλάσματα | 3,8 | 33,5 | 681,7 | 1.550,8 |
| Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος | 1,6 | 30,3 | 750,5 | 5.580,7 |
| Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος | 1,9 | 5,5 | 100,8 | 822,2 |
| Νοσήματα του πεπτικού συστήματος | 0,2 | 4,0 | 54,6 | 203,5 |
| .Βίαιοι θάνατοι | 24,6 | 37,0 | 74,8 | 97,7 |
| --Ατυχήματα | 23,2 | 32,3 | 65,7 | 90,1 |
| ΑΡΡΕΝΕΣ | 0-24 | 25-49 | 50-74 | 75+ |
| Λοιμώδη & παρασιτικά νοσήματα | 1,0 | 1,3 | 7,1 | 56,2 |
| Νεοπλάσματα | 4,3 | 35,1 | 556,2 | 2.135,1 |
| Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος | 1,8 | 46,4 | 610,0 | 5.299,1 |
| Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος | 2,4 | 7,7 | 81,5 | 950,1 |
| Νοσήματα του πεπτικού συστήματος | 0,3 | 6,1 | 46,5 | 221,7 |
| .Βίαιοι θάνατοι | 37,9 | 61,0 | 68,9 | 138,6 |
| --Ατυχήματα | 35,7 | 53,2 | 60,0 | 126,1 |
| ΘΗΛΕΙΣ | 0-24 | 25-49 | 50-74 | 75+ |
| Λοιμώδη & παρασιτικά νοσήματα | 0,5 | 0,5 | 4,9 | 55,9 |
| Νεοπλάσματα | 3,2 | 31,9 | 273,4 | 1.122,5 |
| Νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος | 1,4 | 14,0 | 303,1 | 5.787,2 |
| Νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος | 1,2 | 3,2 | 41,2 | 728,4 |
| Νοσήματα του πεπτικού συστήματος | 0,1 | 1,8 | 20,2 | 190,1 |
| .Βίαιοι θάνατοι | 10,3 | 12,8 | 23,0 | 67,7 |
| --Ατυχήματα | 9,7 | 11,1 | 20,6 | 63,8 |

Πηγή: Υπολογισμός με βάση τα στοιχεία θνησιμότητας της Ε.Σ.Υ.Ε.(1999-2001)

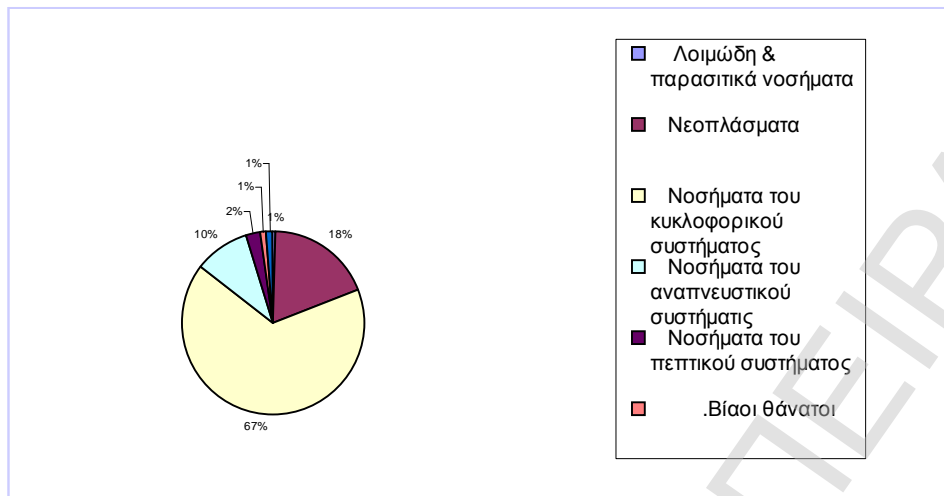
Στη συνέχεια του ΠΙΝΑΚΑΣ 2-1 που παρουσιάζονται οι ειδικοί κατά ηλικία και αιτία δείκτες θνησιμότητας παραθέτονται αναλυτικά τα σχετικά ποσοστά θνησιμότητας. Στην Ελλάδα για την περίοδο 2001, όπως παρουσιάζεται στο αμέσως ακόλουθο ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2-1, η συμβολή των λοιμωδών νόσων στη συνολική θνησιμότητα είναι πάρα πολύ περιορισμένη, μόνο 1%. Η θνησιμότητα από χρόνιες και εκφυλιστικές παθήσεις όπως νεοπλάσματα και νόσους του κυκλοφορικού αντιστοιχούν αθροιστικά στο 82% των θανάτων ατόμων που ανήκουν στην ηλικιακή κλίμακα των 50-74 ετών, δηλαδή παραπάνω από τα τρία τέταρτα της συνολικής θνησιμότητας. Επίσης, τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος αντιστοιχούν στο 6%, ενώ παρατηρούνται ακόμα μικρότερα ποσοστά όπως 4% για τους βίαιους θανάτους και 3% για τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος.

Παράλληλα, στην ακόλουθη ηλικιακή κατηγορία ηλικίας άνω των 75 ετών και για τα δύο φύλα η θνησιμότητα από χρόνιες και εκφυλιστικές παθήσεις όπως νεοπλάσματα και νόσους του κυκλοφορικού αποτελούν αθροιστικά το 85% των συνολικών θανάτων. Επίσης, τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος αντιστοιχούν στο 10%, ενώ παρατηρούνται ακόμα μικρότερα ποσοστά όπως 2% για τα νοσήματα του πεπτικού συστήματος και 1% για τους βίαιους θανάτους και τα λοιμώδη νοσήματα. Υπάρχει μικρή αύξηση στα νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος καθώς αυξάνεται η ηλικιακή κλίμακα. Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι στα άτομα άνω των 75 ετών παρατηρείται σημαντική μείωση στο ποσοστό εμφάνισης νεοπλασμάτων. Παράλληλα υπάρχει αύξηση και στο ποσοστό των αναπνευστικών προβλημάτων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 1 ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: 50-74



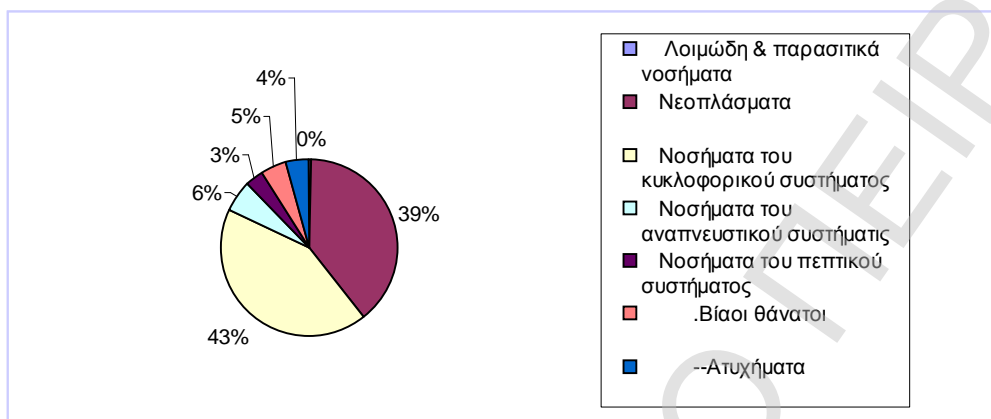
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 2 ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ:75+



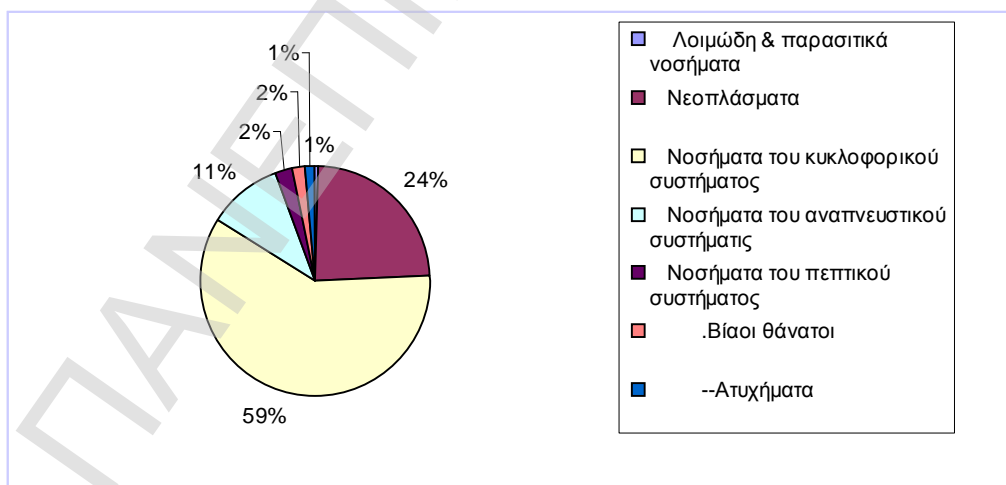
Στην περίπτωση των ανδρών ηλικίας 50-74 ετών το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί σε νόσους του κυκλοφορικού συστήματος (43%) και ακολουθεί η εμφάνιση νεοπλασμάτων (39%) και σε πολύ μικρό ποσοστό τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (6%). Στον πληθυσμό των γυναικών ηλικίας 50-74 ετών, οι νόσοι του κυκλοφορικού συστήματος (44%) και η εμφάνιση νεοπλασμάτων (40%) αποτελούν τις κυριότερες αιτίες θανάτων. Παρατηρείται ότι εντοπίζονται οι ίδιες αιτίες νοσημάτων και στα δύο φύλα.

Στην ακόλουθη ηλικιακή κατηγορία ηλικίας άνω των 75 ετών στις γυναίκες παρατηρείται ότι τα δύο τρίτα της θνησιμότητας οφείλεται σε νοσήματα του κυκλοφορικού συστήματος, ενώ η εμφάνιση νεοπλασμάτων αντιστοιχεί μόνο στο 14%. Στις αντίστοιχες ηλικίες των ανδρών το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί σε νόσους του κυκλοφορικού συστήματος (59%) και ακολουθούν οι θάνατοι εξαιτίας νεοπλασμάτων (24%) και σε μικρό ποσοστό σε νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος (11%). Επομένως, για τα άτομα άνω των 75 ετών η θνησιμότητα από τις νόσους του κυκλοφορικού είναι πιο σημαντική για τις γυναίκες, ενώ τα νεοπλάσματα και η θνησιμότητα από νοσήματα του αναπνευστικού για τους άνδρες.

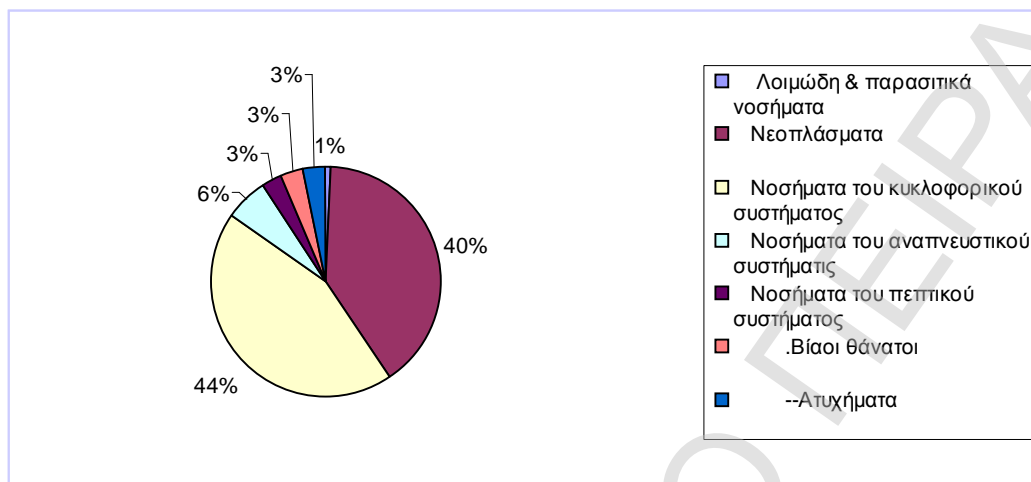
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 3 ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΑΝΔΡΕΣ, 50-74



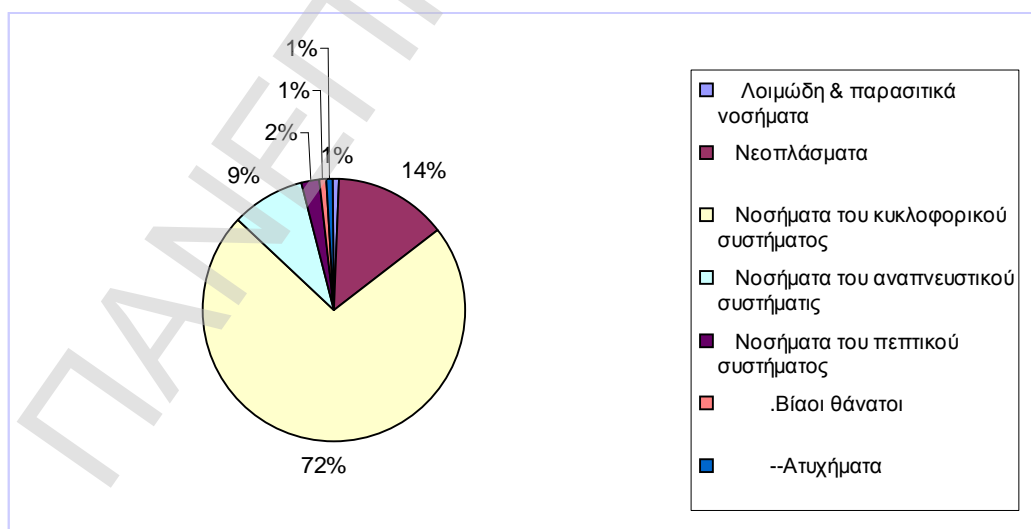
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 4 ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ: ΑΝΔΡΕΣ, 75+



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 5 ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ:
ΓΥΝΑΙΚΕΣ, 50-74**



**ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2- 6 ΠΟΣΟΣΤΑ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ:
ΓΥΝΑΙΚΕΣ, 75+**



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

3.

Στους Kirkwood and Austad (2000) αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι: «η γήρανση ορίζεται ως η σταδιακή απώλεια της σωστής λειτουργίας των ανθρώπινων οργάνων με την αύξηση της ηλικίας και η αύξηση του ποσοστού των προβλημάτων υγείας, περιλαμβανομένης της θνησιμότητας».

Λόγω της βελτίωσης των συνθηκών υγείας, του ρόλου της δημόσιας υγείας και τις καινοτομίες στη φαρμακευτική και την ιατρική, ο μέσος όρος ζωής έχει επεκταθεί κατά τον 20^ο αιώνα και αγγίζει επίπεδα περί των 75 ετών για τους άνδρες και 80 για τις γυναίκες στη δυτική Ευρώπη (White, 2002). Όπως εκτενώς έχει αναλυθεί σε προηγούμενα κεφάλαια η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού που οφείλεται στη μείωση της θνησιμότητας αλλά και της γονιμότητας, είναι ιδιαίτερα έντονη στην Ευρώπη. Η γήρανση αυτή έχει σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

3.1. Οι οικονομικές συνέπειες της γήρανσης

3.1.1. Οι επιπτώσεις της γήρανσης του πληθυσμού στις αποταμιεύσεις και τις επενδύσεις

Στη διεθνή βιβλιογραφία υποστηρίζεται ότι η αύξηση των ατόμων ηλικίας 45-64 ετών ευνοεί την αύξηση των αποταμιεύσεων. Οι αποταμιεύσεις των οικονομικών μονάδων είναι η διαφορά ανάμεσα στο διαθέσιμο εισόδημα και την κατανάλωση. Σε πολλές οικονομικές θεωρίες οι αποταμιεύσεις έχουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη. Το μέγεθος των αποταμιεύσεων εξαρτάται από ποικίλους παράγοντες. Από την μία πλευρά συγκαταλέγονται

οι λεγόμενοι αντικειμενικοί παράγοντες όπως η γενικότερη οικονομική κατάσταση, η οικονομική ευημερία της κοινωνίας σε συνδυασμό με τη δίκαιη κατανομή του συνολικού εισοδήματος. Υπάρχουν, όμως και ψυχολογικής φύσης παράγοντες, όπως η ροπή προς κατανάλωση και αποταμίευση. Αναφορικά με τη διερεύνηση της σχέσης της δημογραφικής γήρανσης με την αποταμίευση υπάρχουν συγκρουόμενες απόψεις. Θεωρείται ότι ιδιαίτερα άτομα που έχουν ασφαλιστική κάλυψη έχουν την τάση να αποταμιεύουν περισσότερο, σε αντιθέσει με εκείνους που δεν έχουν πλήρη ασφαλιστικά δικαιώματα, αλλά και εκείνους που νιώθουν το εισόδημά τους να περιορίζεται κατά τη διάρκεια της συνταξιοδότησης από τις υπάρχουσες οικονομικές συνθήκες. Σε ένα μεγάλο τμήμα των ηλικιωμένων το εισόδημα από τις συντάξεις προσφέρει οικονομική ασφάλεια και δεν ευνοείται η αποταμίευση.

Στο άρθρο του D. Wise εξετάζεται η οικονομική κατάσταση κατά την ηλικία συνταξιοδότησης. Παρατηρείται ότι στην Αμερική είναι έντονη η τάση για συνεχή μείωση της αποταμίευσης και τονίζεται ότι η μικρή αποταμίευση επηρεάζει αρνητικά την ευημερία των ηλικιωμένων. Ωστόσο, όπως αναφέρεται στο συγκεκριμένο άρθρο, η κοινωνική ασφάλιση και άλλα συνταξιοδοτικά προγράμματα δεν έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν την τάση για αποταμίευση με ξεκάθαρο τρόπο, όμως ενδέχεται να επηρεάζουν τη συμμετοχή των ατόμων στο εργατικό δυναμικό και έτσι να μειώνονται τα κέρδη. (Wise D., 1997)

Σε άλλες μελέτες έχει διατυπωθεί η τάση των μεγάλων ηλικιών να περιορίζουν τη ροπή για αποταμίευση και να πωλούν πολλά περιουσιακά τους στοιχεία. Πολλοί ηλικιωμένοι δεν ενδιαφέρονται για πιθανές ευνοϊκές μελλοντικές αποδόσεις των περιουσιακών τους στοιχείων και προτιμούν να διακρατούν ρευστά διαθέσιμα. Στην Ελλάδα δεν είναι ξεκάθαρη η αποταμιευτική συμπεριφορά των ηλικιωμένων, ωστόσο έχει παρατηρηθεί η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων που στερείται αποταμιευτικής ικανότητας. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχει αύξηση των χαμηλοσυνταξιούχων όπου η οικονομική τους κατάσταση επιδεινώνεται σε συνδυασμό με την οικονομική κατάσταση και τις έντονες πληθωριστικές πιέσεις.

Ιδιωτικές επενδύσεις

Είναι κατά γενική ομολογία παραδεκτό ότι τα άτομα μεγάλης ηλικίας αποστρέφονται επενδυτικές κινήσεις που ενέχουν αβεβαιότητα και υψηλό κίνδυνο. Είναι εύλογο ότι ένας τέτοιος τύπος κοινωνίας δεν ευνοεί την επιχειρηματική δραστηριότητα, καθώς αναζητείται πνεύμα μόνιμης ασφάλειας και σταθερότητας. Θα μπορούσε στο σημείο αυτό να παρεμβληθεί η αναφορά κάποιων σημείων της Κευνσιανής Θεωρίας ως προς τη ροπή για

επενδύσεις. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τη θεωρία: οι διαθέσεις, η εμπιστοσύνη και τα «animal spirits» των επιχειρηματιών διαδραματίζουν σημαίνοντα ρόλο στο σχηματισμό των προσδοκιών τους και κατά συνέπεια στις επενδυτικές αποφάσεις. Επιπλέον το επίπεδο δραστηριότητας εξαρτάται από αστάθμητους ψυχολογικούς παράγοντες. (G. Manki, 1998). Είναι ευνόητο ότι σε μία κοινωνία γερόντων οι επενδυτικές πρωτοβουλίες θα είναι στο περιθώριο.

Στην Ελλάδα ευνοούνται επιχειρηματικές πρωτοβουλίες που σχετίζονται με ιδρύματα και υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων. Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα σε συνδυασμό με την αστικοποίηση και τις μεταβολές στη δομή της οικογένειας έχουν οδηγήσει στην έντονη αύξηση των αιτημάτων για θέσεις στα δημόσια ιδρύματα ηλικιωμένων, όπου δεν ικανοποιούνται. Η ανεπάρκεια των θέσεων σε δημόσια ιδρύματα και οι υποβαθμισμένες παρεχόμενες υπηρεσίες σε αυτά ευνοεί την ανάπτυξη ιδιωτικής πρωτοβουλίας σε σχετικούς τομείς. Το μέγεθος της δημογραφικής γήρανσης θα μπορούσε να καθορίσει τη μορφή των ιδιωτικών επενδύσεων. Σε μία κοινωνία όπου η οικογένεια αναλαμβάνει τη φροντίδα των ηλικιωμένων υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για μικρά διαμερίσματα κοντά στην οικία όπου ήδη διαμένουν τα παιδιά. Ενώ όταν δεν υπάρχει αυτή η φροντίδα η επενδυτική κίνηση στις κατοικίες μειώνεται. (Πουλοπούλου Η., 1999)

Δημόσιες επενδύσεις

Η κατανομή των πόρων μίας οικονομίας και ο χαρακτήρας των δημόσιων επενδύσεων προσδιορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ηλικιακή δομή του πληθυσμού. Σε μία κοινωνία που γερνάει εύλογο είναι ότι ένα μεγάλο μέρος των προβλεπόμενων δαπανών στρέφεται σε τομείς που εξυπηρετούν τις ανάγκες των ηλικιωμένων, καθώς αντιπροσωπεύουν ένα μεγάλο τμήμα της. Έτσι, οι δημόσιες δαπάνες προσανατολίζονται στην ενίσχυση του συστήματος υγείας, με τη βελτίωση των υποδομών υγείας αλλά και την αναβάθμιση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Επιπλέον, παρατηρείται ότι υποχρηματοδοτούνται επενδύσεις για την παιδεία, την έρευνα, τις νέες τεχνολογίες και την καινοτομία, αλλά και η κατασκευή σχετικών ιδρυμάτων όπως εκπαιδευτικά ιδρύματα, βρεφονηπιακοί σταθμοί κ.λ.π., καθώς είναι κατανοητό ότι αντιπροσωπεύει ένα δυναμικό και νεάζοντα τύπο πληθυσμού. Αντίθετα υπάρχει αύξηση των επενδύσεων σε τομείς όπως γηροκομεία, νοσοκομεία και ιδρύματα για ηλικιωμένους.

Άμεση είναι η επίδραση της μεταβολής στη σύσταση του πληθυσμού στις δημόσιες δαπάνες. Η γήρανση του πληθυσμού, με την αύξηση του ποσοστού των συνταξιούχων έχει

δυσμενείς επιπτώσεις στην οικονομία. Πιο συγκεκριμένα, το κόστος των υπηρεσιών που απαιτούνται σε μία κοινωνία ηλικιωμένων επιφέρει αύξηση των κοινωνικών δαπανών για αυτό το τμήμα του πληθυσμού, όπου λειτουργεί εις βάρος του υπόλοιπου κοινωνικού συνόλου.

Ωστόσο, στο σημείο αυτό χρειάζεται να τονιστεί ότι η άποψη που αναφέρει ότι η γήρανση του πληθυσμού ταυτίζεται με αύξηση των δαπανών δεν είναι απόλυτα ακριβής. Είναι ενδεχόμενο να υπάρχει διαφοροποίηση ως προς το αποτέλεσμα, καθώς ο πληθυσμός συνεχώς ανανεώνεται έστω και σε μικρό βαθμό ηλικιακά. Χρειάζεται να ληφθεί υπόψη ότι μπορεί η αύξηση των ηλικιωμένων ατόμων να αυξάνει τις δαπάνες, αλλά η αύξηση του αριθμού των νέων οδηγεί στη τελική συγκράτηση των δαπανών. Έτσι, η απόλυτη σύνδεση της ηλικίας με κάποια πρότυπα συμπεριφοράς και κατ' επέκταση η άκριτη γενίκευση δεν οδηγεί πάντοτε σε αληθή συμπεράσματα. Μπορεί η αύξηση της ηλικίας ενός ατόμου να συνεπάγεται μεμονωμένα αύξηση των δαπανών για την υγεία, ωστόσο αυτό δεν μπορεί να γενικευτεί για το σύνολο του πληθυσμού. (Μπάγκαβος Χρ., 2003)

Κατανάλωση

Είναι κατανοητό ότι η ζήτηση για καταναλωτικά αγαθά και υπηρεσίες διαφοροποιείται από τη δομή του πληθυσμού. Η σύνθεση της κατανάλωσης επηρεάζεται από τη γήρανση του πληθυσμού με ανάλογες προεκτάσεις στους παραγωγικούς τομείς. Κατά μέσο όρο οι ηλικιωμένοι έχουν χαμηλότερη κατανάλωση από τους νεότερους και αποταμιεύουν λιγότερο.

Οι αλλαγές στη διάρθρωση του πληθυσμού συνοδεύονται από αλλαγές στα καταναλωτικά πρότυπα, καθώς διαφορετικές γενιές έχουν διαφορετικές καταναλωτικές συνήθειες. Είναι εύλογη μία αλλαγή στη σύνθεση της κατανάλωσης, πιο συγκεκριμένα αυξάνεται η ζήτηση για υπηρεσίες υγείας και φάρμακα. Επίσης, για ηλικιωμένα άτομα με υψηλό εισόδημα και ανώτερη μόρφωση έντονη είναι η ζήτηση για ταξίδια και εκδηλώσεις ψυχαγωγικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα. (Πουλοπούλου Η., 1999)

3.1.2. Συνταξιοδοτικό

Η γήρανση του πληθυσμού έχει άμεση σύνδεση με την απασχόληση και την παραγωγικότητα. Στη σύγχρονη πραγματικότητα η αύξηση του ποσοστού των ατόμων μεγάλης ηλικίας στην κοινωνία αντιστοιχεί σε μείωση του ποσοστού των ατόμων που εισέρχονται στην αγορά εργασίας. Είναι γνωστό ότι οι νέοι εργαζόμενοι αποτελούν το πιο

δυναμικό τμήμα του εργατικού δυναμικού που συμβάλλει στην ανάπτυξη. Έτσι, άμεσα πλήττεται η παραγωγικότητα, καθώς οι νεοεισερχόμενοι στην αγορά εργασίας είναι το ευέλικτο τμήμα του εργατικού δυναμικού και ιστορικά προσαρμόζεται στις ανάγκες και απαιτήσεις της παραγωγικής διαδικασίας. (Μπάγκαβος Χρ., 2003)

Επίσης, παρατηρείται αύξηση του κόστους εργασίας από τη γήρανση του εργατικού δυναμικού. Είναι κατανοητό ότι το κόστος εργασίας αυξάνεται με την ηλικία, καθώς οι μεγαλύτεροι στην ιεραρχία έχουν υψηλότερες αμοιβές, που καθορίζονται και από τα έτη εργασίας. Ακόμα η διαφορά μέσης αμοιβής και παραγωγικότητας είναι καθοριστική στην ερμηνεία της επίδρασης της γήρανσης στο κόστος. Είναι γενικότερα αποδεκτό ότι η παραγωγικότητα είναι υψηλότερη από τις αμοιβές στην αρχή του εργασιακού βίου και στη συνέχεια μειώνεται σταδιακά. Επομένως, τις σημαντικότερες μεταβολές από τη γήρανση του πληθυσμού και κατά συνέπεια του εργατικού δυναμικού υφίσταται το περιθώριο κέρδους των εταιρειών. Σε καθεστώς όπου η αύξηση της παραγωγικότητας υπολείπεται της εξέλιξης των αμοιβών η γήρανση του εργατικού δυναμικού σε μακροχρόνιο ορίζοντα οδηγεί σε σημαντική συρρίκνωση των προοπτικών κέρδους. Έτσι, σε πολλές κοινωνίες, όπως και στην Ελλάδα προωθούνται μέτρα πρόωρης συνταξιοδότησης ώστε να περιορίζουν οι εταιρείες το κόστος από την πληρωμή υψηλών αμοιβών. (Μπάγκαβος Χρ., 2003)

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η γενική τάση στις αναπτυγμένες κοινωνίες της συρρίκνωσης του οικονομικά ενεργού πληθυσμού με την ταυτόχρονη αύξηση των συνταξιοδοτήσεων. Επίσης, με τη μείωση της παραγωγικότητας στο χώρο της εργασίας, καθώς μειώνεται το ενεργό εργατικό δυναμικό, αυξάνεται το κόστος του συνταξιοδοτικού συστήματος. Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων συναρτάται με αύξηση του κόστους για καταβολή των συντάξεων. Το κράτος επιχειρεί να καλύψει τις αυξανόμενες δαπάνες μέσα από την ανακατανομή πόρων, στο εγχείρημα αυτό οι νέοι εργαζόμενοι υφίστανται τη μεγαλύτερη επιβάρυνση. Ένα μέτρο που χρησιμοποιείται είναι η αύξηση των εισφορών των νέων εργαζομένων, ωστόσο ιδιαίτερης σημαντικότητας αποτελεί η διερεύνηση του μεριδίου εισοδήματος που μεταφέρεται από τη μια γενιά στην άλλη.

Στις μέρες μας έντονος είναι ο διάλογος για τη ρύθμιση του συνταξιοδοτικού συστήματος. Στην Ελλάδα το σύστημα έχει φτάσει στην ωρίμανση του, καθώς η πλειοψηφία των εργαζομένων έχει αποκτήσει πλήρη συνταξιοδοτικά δικαιώματα. Η εικόνα αυτή συνδυάζεται με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη συνεπαγόμενη παράταση του χρόνου συνταξιοδότησης, έτσι έντονος είναι ο προβληματισμός για την επιβίωσή του μελλοντικά.

Τονίζεται τέλος ότι ο ελλειμματικός χαρακτήρας του συνταξιοδοτικού συστήματος δεν είναι εύκολο να ξεπεραστεί μέσα από τη διαδικασία αναπροσαρμογής στα ποσοστά εισφοράς. Τα ήδη συμφωνηθέντα επίπεδα κρίνονται ιδιαίτερα υψηλά για ενδεχόμενη περαιτέρω αύξηση. (Μπάγκαβος Χρ., 2003)

3.2. Κοινωνικές επιπτώσεις της γήρανσης

Ιδιαίτερο βάρος χρειάζεται να δοθεί στις κοινωνικές συνέπειες της δημογραφικής γήρανσης. Η κοινωνική ένταξη των ατόμων είναι σύμφυτη στην ανθρώπινη φύση. Στην καπιταλιστική κοινωνία έντονη είναι η στρωματοποίηση του κοινωνικού ιστού. Έτσι, με μία απλή αναγωγή γίνεται κατανοητό ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αποτελεί μία ανομοιογενή ομάδα που τα κύρια χαρακτηριστικά των μελών της προκαθορίζονται από τη θέση τους στο πρότερο κοινωνικό τους βίο. Πιο αναλυτικά, η κοινωνική θέση που κατέχει το άτομο κατά την πλήρη παραγωγική του ηλικία όπως ο πλούτος και η μόρφωση επηρεάζει και τη μετέπειτα στάση της κοινωνίας προς το πρόσωπο του. (Πουλοπούλου Η., 1999)

Ωστόσο, ο προσδιορισμός ενός τμήματος του πληθυσμού ως γεροντικού αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο. Τα κύρια χαρακτηριστικά που αντιπροσωπεύουν αυτές τις ηλικίες σε γενικό πλαίσιο είναι η τάση περιθωριοποίησης, κοινωνικής απομόνωσης και ψυχολογικής αποξένωσης από το κοινωνικό περιβάλλον. Δεν αποτελεί άγνωστη εικόνα ο εγκλεισμός ηλικιωμένων σε ιδρύματα. Τα άτομα σε πολύ μεγάλες ηλικίες είναι πραγματικότητα ότι έχουν μεγαλύτερη ανάγκη περίθαλψης, καθώς η υγεία τους είναι ευάλωτη.

Παραδοσιακά η οικογένεια αναλαμβάνει τη φροντίδα των ηλικιωμένων μελών. Ωστόσο, στις δυτικές κοινωνίες με την αστικοποίηση και το δεδομένο τρόπο ζωής υπάρχει ρήξη στις παραδοσιακές φόρμες, ιδιαίτερα όσον αφορά τις μεγάλες ηλικίες. Παρόλα αυτά χρειάζεται να παρατηρηθεί ότι οι εύποροι ηλικιωμένοι διαδραματίζουν σημαντικότατο ρόλο στην οικογένεια τους, έχοντας «αρχηγικό ρόλο». Εκείνοι που επηρεάζονται είναι οι άκληροι ηλικιωμένοι, σε αυτές τις περιπτώσεις το κοινωνικό κράτος με κατάλληλες πολιτικές οφείλει να παρέχει τόσο οικονομική όσο και κοινωνική στήριξη. Γενικότερα, σε σχέση με την ευρωπαϊκή εικόνα η ελληνική πραγματικότητα απέχει από εκείνο των άλλων χωρών. Ακόμα στην Ελλάδα υπάρχει η στήριξη της οικογένειας, ενώ έχει εκλείψει ο ευρύτερος κοινωνικός περίγυρος. Χρειάζεται να σημειωθεί ότι ένα ορθά οργανωμένο σύστημα κοινωνικής πρόνοιας είναι επιτακτική ανάγκη. (Πουλοπούλου Η., 1999).

Η δημογραφική γήρανση έχει ανάλογες επιδράσεις στον καθορισμό της πολιτικής κατάστασης. Είναι εύλογο ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αποτελούν φορείς συντηρητικών κατά βάση ιδεών. Οι ηλικιωμένοι αποτελούν το αρτηριοσκληρωτικό πυρήνα του πληθυσμού, που χαρακτηρίζεται από μειωμένη ιδεολογική ευελιξία, εμμένοντας κατά κάποιο τρόπο στα πρότυπα και τις αξίες προηγούμενων εποχών. Έτσι, εμποδίζεται η δυνατότητα μετεξέλιξης και προσαρμογής στις απαιτήσεις της νέας εποχής. (Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ., 2004)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

4.

4.1. Χρόνιες Παθήσεις –Νοσήματα

Είναι κατανοητό ότι η υγεία των ατόμων σχετίζεται με ποικίλους κοινωνικούς, οικονομικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Η καλή υγεία είναι θεμελιώδης για την ευημερία της κοινωνίας και μπορεί να σημειωθεί ότι η καλή κατάσταση της υγείας αποτελεί συνάρτηση του τρόπου ζωής σε όλα τα στάδια του ατομικού βίου. Έτσι, ενδεχόμενη ασθένεια σε προχωρημένη ηλικία δεν είναι αναγκαστικά συνέπεια αποκλειστικά της ηλικίας αυτής καθ' αυτής.

Είναι σύνηθες να συνδέεται στη συνείδηση των ατόμων γενικότερα η προχωρημένη ηλικία με ασθένειες, ωστόσο πρέπει να σημειωθεί ότι δεν ταυτίζονται υποχρεωτικά. Πολλοί ηλικιωμένοι βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγείας και τα ενδεχόμενα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν δεν διαφέρουν ιδιαίτερα από εκείνα των ατόμων της μέσης ηλικίας. Ωστόσο, σημαντική διαφοροποίηση των υπερηλίκων αποτελεί η πιθανή εμφάνιση πολλών ασθενειών ταυτόχρονα, ο μεγαλύτερος χρόνος αποθεραπείας και η εκτεταμένη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών.

Σε σύνδεση με τα δημογραφικά δεδομένα στον Ελλαδικό χώρο και κατά συνέπεια την κατακόρυφη αύξηση του μέσου όρου ζωής, συναντάται η αύξηση του αριθμού των ατόμων σε μεγάλες ηλικίες και ταυτόχρονα η συχνότητα εμφάνισης συγκεκριμένων ασθενειών που σχετίζονται με τις ηλικίες αυτές. Έτσι, μία σειρά νοσημάτων όπως ορθοπεδικές παθήσεις, καρδιακά προβλήματα, εγκεφαλικά, καρκίνος άρχισαν να απασχολούν σε μεγάλη κλίμακα τους επιστήμονες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι με το πέρασμα των ετών ο άνθρωπος υφίσταται μία φυσιολογική φθορά των ζωτικών του οργάνων, ωστόσο αυτή η συνήθης εξέλιξη πρέπει να διαφοροποιηθεί

από μία νοσηρή κατάσταση. Μπορούμε να παρακολουθήσουμε τις πιθανές αιτίες των συμπτωμάτων του γήρατος μέσα από την περιγραφή της Η. Πουλοπούλου: όπου παρατηρείται ότι «οφείλονται στην απώλεια ή την υπολειτουργικότητα των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος. Καθώς, εξαφανίζονται τα κύτταρα οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι, η δύναμη και η αντοχή λιγοστεύουν και ελαττώνεται η ικανότητα της εργασίας. Ένα άτομο μεγάλης ηλικίας έχει λιγότερα ενεργά κύτταρα υψηλού μεταβολισμού, κυρίως μύες, μεγάλη ποσότητα λίπους και μικρότερο κατά λεπτόν όγκο αίματος σε σύγκριση με ένα νέο άτομο. Οι λοιμώξεις, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, καρκίνος διαβήτης, ψυχικά νοσήματα αποτελούν τις πιο σημαντικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας των ηλικιωμένων, στους οποίους παρατηρείται συχνά συνύπαρξη ασθενειών που αμβλύνουν την αντίδραση του οργανισμού».

Ακολουθεί η παράθεση μιας σειράς νοσημάτων που συναντώνται συχνά σε άτομα μεγάλων ηλικιών:

- **Ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος**

Βασική πάθηση που παρατηρείται έντονα σε άτομα μεγάλης ηλικίας, οφείλεται κυρίως στην κακή αιμάτωση λόγω της σκλήρυνσης των αγγείων, της μείωσης της ελαστικότητας των αρτηριών και στην κακή αιμάτωση των κυττάρων. Οι παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος δεν συνδέονται στη σχετική βιβλιογραφία μόνο με την μεγάλη ηλικία αλλά και με αλλαγές στον τρόπο ζωής. Η καθιστική ζωή μετά τη συνταξιοδότηση αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα. Η. Πουλοπούλου «Με την πάχυνση του τοιχώματος των αγγείων προκαλείται άφθονη εναπόθεση ασβεστίου και χοληστερίνης στις αρτηρίες προκαλείται μείωση της ελαστικότητας των αγγείων. Οι αρτηριοσκληρωτικές αλλοιώσεις των αγγείων κυρίως παρατηρούνται στην καρδιά και τους νεφρούς στην προγεροντική ηλικία ή στον εγκέφαλο κυρίως μετά τα 60 χρόνια. Στο προχωρημένο γήρας παρατηρείται υπερτροφία του έσω χιτώνα των φλεβών που έχει σαν συνέπεια τη σκλήρωση και τα κισώδη ανευρύσματα. Η φλεβική πίεση βρέθηκε ότι μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας».

(Πουλοπούλου Η.,1999)

- **Καρδιαγγειακές παθήσεις**

Η αρτηριοσκλήρυνση πρόκειται για συνήθη ασθένεια που παρατηρείται στις μεγάλες ηλικίες και σχετίζεται με αρτηριακή πίεση, νεφρικές ή καρδιακές ανεπάρκειες και μπορεί να προκαλέσει εγκεφαλικό επεισόδιο. Πιθανή είναι η συσχέτιση της ασθένειας, βάσει μελετών, με την υπέρταση, το κάπνισμα, τον διαβήτη, παράλληλα έχει στοιχειοθετηθεί ότι η παχυσαρκία και η έλλειψη άσκησης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες που ευνοούν την εμφάνιση της νόσου. Η αρτηριακή πίεση πλήττει τους ηλικιωμένους, όπως και η υπέρταση, όπου σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα. Μπορεί να σημειωθεί σχετικά ότι η όταν συναντάται υψηλή πίεση συνεχώς οι αρτηρίες χάνουν την ελαστικότητά τους και αβεστοποιούνται. (Πουλοπούλου Η.,1999)

- **Η νόσος του Πάρκινσον**

Πρόκειται για μία σημαντική πάθηση του κεντρικού νευρικού συστήματος. Πλήττει κυρίως άτομα μεγάλης ηλικίας, διακρίνεται σε αρτηριοσκληρυντικό και σε κλασικό ιδιοπαθή. Ουσιαστικά, κύρια συμπτώματα της νόσου είναι κινητικές δυσκολίες, καθώς και έκφρασης. Ουσιαστικά δεν είναι γνωστά τα αίτια της ασθένειας και κατά καιρούς εξετάζονται διάφοροι εξωτερικοί παράγοντες. (Πουλοπούλου Η.,1999)

- **Οστεοπόρωση**

Πρόκειται κατ' ουσία για ελάττωση της μάζας των οστών και επηρεάζει έντονα τους ηλικιωμένους και πολύ περισσότερο τις γυναίκες άνω 45 ετών. Σημειώνεται ότι εξαιτίας της ευπάθειας των οστών είναι σύνηθες να προκαλούνται κατάγματα και σε προχωρημένο στάδιο υπάρχει έντονο το ενδεχόμενο της καθήλωσης του ασθενούς. (Πουλοπούλου Η.,1999)

- **Προβλήματα του αναπνευστικού συστήματος**

Γίνεται κατανοητό ότι με την αύξηση της ηλικίας παρατηρείται σημαντική επιβάρυνση του αναπνευστικού συστήματος. Εκτός της επίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων η αύξηση της ηλικίας επιφέρει χειρότερηση της λειτουργίας των πνευμόνων. Σημειώνεται ότι στις πολύ μεγάλες ηλικίες παρατηρείται «περιορισμός της ολικής αναπνευστικής επιφάνειας, ελάττωση της ζωτικής χωρητικότητας, με μειωμένη εισπνευστική ικανότητα λόγω ατροφίας

αναπνευστικών ειδών». Παράλληλα παρατηρείται ότι οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν ποικίλες παθήσεις των βρόγχων, όπου συχνά οδηγούν στο θάνατο. (Πουλοπούλου Η.,1999)

- **Οφθαλμικά προβλήματα**

Η όραση αποτελεί σημαντικό παράγοντα για μία ποιοτική ζωή. Βασική ασθένεια αυτής της κατηγορίας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι ο καταρράκτης. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει πρόβλημα αναγνώρισης αντικειμένων, μελέτης, ενώ σε προχωρημένο στάδιο υπάρχει ο κίνδυνος της τύφλωσης. (Πουλοπούλου Η.,1999)

- **Καρκίνος**

Η μάστιγα όπως έχει εξελιχθεί η εκδήλωση των ποικίλων καρκινικών τύπων σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό και με την άνοδο του μέσου όρου ζωής. Από μελέτες γίνεται κατανοητό το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου αυξάνεται δραματικά στις ηλικίες άνω των 60-65. Η εξέλιξη των ιατρικών μεθόδων περιορίζει τη θνησιμότητα από νεοπλασίες ή τουλάχιστον επεκτείνει το προσδόκιμο ζωής. Χρειάζεται στο σημείο αυτό να γίνει η παρατηρηθεί ότι στη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται εκτενέστερη διερεύνηση της σχέσης καρκίνου και προχωρημένης ηλικίας. Ωστόσο, γίνεται κατανοητό ότι για την εμφάνιση της νόσου δεν ευθύνεται η μεγάλη ηλικία αποκλειστικά. Ουσιαστικά, οι νεοπλασίες αποτελούν συνισταμένη των συνηθειών στο τρόπο ζωής μέχρι αυτή την ηλικία π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή, έκθεση στον ήλιο κ.α., αλλά και σε περιβαλλοντικούς παράγοντες. Σε μία σύντομη αναφορά έχει πλέον γίνει κατανοητό ότι μεγάλο μέρος των καρκίνων οφείλεται στη μόλυνση του περιβάλλοντος, σε χημικές ουσίες που χρησιμοποιούνται στις καλλιέργειες, στην αλλαγή των συνθηκών έκθεσής μας στον ήλιο. Παράλληλα, μπορεί να οφείλονται σε κληρονομικούς παράγοντες. Επίσης, η εκδήλωση οποιασδήποτε μορφής μπορεί να επιταχυνθεί από τις δυσκολίες στις συνθήκες διαβίωσης λόγω οικονομικών και ψυχολογικών πιέσεων. Δεν είναι σπάνιο στις μεγάλες ηλικίες (άνω των 60) να ανακαλύπτονται τύποι καρκίνου σε εξαιρετικά προχωρημένο στάδιο, καθώς δεν έχει γίνει αντιληπτό στην αρχή της εμφάνισης του. Στην προσπάθεια θεραπείας από τους διάφορους τύπους καρκίνου η μεγάλη ηλικία δεν αποτελεί πρόσκομμα. Ωστόσο, χρειάζεται να κατανοηθεί ότι το ποσοστό επιβίωσης φθίνει στις μεγάλες ηλικίες, καθώς υπάρχουν επιπλοκές που συνδέονται με άλλες πιθανές ασθένειες, αλλά και ο χρόνος

ανάρρωσης των ηλικιωμένων είναι μεγαλύτερος σε σχέση με άλλες ηλικίες. (Πουλοπούλου Η.,1999)

4.2. Παράγοντες Κινδύνου

Στο σημείο αυτό επιχειρείται η σύνδεση διάφορων παραγόντων κινδύνου με την εμφάνιση διαφόρων ασθενειών. Σημειώνεται ότι τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται βασίζονται στην έκθεση: Heart Disease and Stroke Statistics, American Heart Association (2007).

Νόσοι των αγγείων του Εγκεφάλου

- **Πίεση:** έχει αποδειχθεί ότι είναι καθοριστικός παράγοντας του κινδύνου εμφάνισης εγκεφαλικού. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι επίπεδα πίεσης χαμηλότερα από 120/80 mm Hg έχουν τη μισή επικινδυνότητα εμφάνισης εγκεφαλικού σε σύγκριση με εκείνους που έχουν υπέρταση.(Seshadri S. et. al., 2006).
- **Κάπνισμα:** Ο σχετικός κίνδυνος εγκεφαλικού των χρόνιων καπνιστών (heavy smokers) είναι διπλάσιος από εκείνους που καπνίζουν λιγότερο (light smokers). Από μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι ο κίνδυνος εγκεφαλικού μειώνεται σημαντικά δύο χρόνια αμέσως από την παύση του καπνίσματος και επιπλέον φτάνει στο επίπεδο εκείνων που δεν καπνίζουν ύστερα από πέντε έτη.(Aldoori M., Rahman S., 1988).
- **Έλλειψη σωματικής άσκησης:** Τονίζεται σε έρευνες για την Ευρώπη και τις Η.Π.Α. ότι η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου και η σωματική άσκηση συμβάλλουν σημαντικά στην προστασία από την εκδήλωση εγκεφαλικού επεισοδίου και η έλλειψή τους επιδεινώνει την κατάσταση σε όλες τις ηλικίες και το φύλο.(Wendel-Vos G., Schuit A. et. al, 2004).

Ενδεικτική είναι η έρευνα για γυναίκες άνω των 45 ετών στο πλαίσιο Women's Health Study. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο υγιεινός τρόπος ζωής, όπως: αποχή από το κάπνισμα, η περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλ, ο χαμηλός Δ.Μ.Σ., η υγιεινή διατροφή και άσκηση είχε

σημαντική επίδραση στην αποφυγή των διάφορων μορφών εγκεφαλικού. (Kurth T., Moore S et. al., 2006).

Καρδιακά Προβλήματα

- Σε έρευνες για άνδρες και γυναίκες έχει αποδειχθεί ότι η πλειοψηφία όσων διαθέτουν κάποιο καρδιακό πρόβλημα ήταν εκτεθειμένοι σε κάποιον από τους ακόλουθους κινδύνους: υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, υπέρταση, κάπνισμα, διαβήτης. (Greenland P., Knoll M., Stamler J. et. al., 2003).
- Επίσης, σε διακρατική έρευνα που περιελάμβανε 52 χώρες εμφανίζονται εννέα παράγοντες κινδύνου που ευνοούν την ανάπτυξη κάποιου καρδιακού τύπου. Πιο συγκεκριμένα για όλες σχεδόν τις περιοχές και τα δύο φύλα το κάπνισμα, υψηλά επίπεδα λιπιδίων, υπέρταση, διαβήτης, έλλειψη φυσικής άσκησης, χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, υπερκατανάλωση αλκοόλ. (Yusuf S. et. al., 2004).

Ακολουθεί η διερεύνηση κάποιων βασικών παραγόντων που στη σύγχρονη εποχή μπορούν να επηρεάζουν το επίπεδο υγείας των ατόμων.

Διατροφή

Σε πολλές σύγχρονες έρευνες δίνεται ιδιαίτερο βάρος στο ρόλο της διατροφής στην κατάσταση υγείας των ατόμων. (Commission of the European Communities(1993), Kant., Schatzkin et. al (1993), World Health Organization (1998), Willet (1998), Τριχοπούλου κ.α., (1995), Τριχοπούλου κ.α., (2003)). Αναφορικά με την Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες υπάρχει σημαντική αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, ουσιαστικά σημειώνεται απομάκρυνση από τη μεσογειακή διατροφή και υιοθέτηση των δυτικών προτύπων (συχνή πρόσληψη κορεσμένων λιπών, κόκκινου κρέατος, ζάχαρης, αλατιού κ.α) (Τριχοπούλου κ.α., (1993), Καφάτος κ.α., (1997)). Σχετικές μελέτες παρουσιάζουν ότι υπάρχει μία σημαντική ενδεχόμενη συσχέτιση μεταξύ της εγκατάλειψης του μεσογειακού τρόπου διατροφής και της αύξησης κάποιων χρόνιων νοσημάτων, όπως κάποια καρδιακά προβλήματα (στεφανιαία νόσος), σακχαρώδης διαβήτης, διάφορες μορφές καρκίνου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι σε

μελέτη των Τριχοπούλου κ.α. (2003) εντοπίζεται ισχυρή αρνητική συσχέτιση της παραδοσιακής μεσογειακής Ελληνικής διατροφής και της εμφάνισης χρόνιων ασθενειών όπως οι παραπάνω. Επίσης, ο δυτικός τρόπος διατροφής όπως αυξημένη κατανάλωση κρέατος, λίπους, αυγών και η μείωση των δημητριακών αυξάνουν τους κινδύνους καρκίνου του στομάχου. (Kagawa et. all, 1978)

Παχυσαρκία και έλλειψη σωματικής άσκησης

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω η έλλειψη σωματικής άσκησης και η έντονη αύξηση της παχυσαρκίας αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου για πολλές ασθένειες. Στις δυτικού τύπου αστικές κοινωνίες (όπως και η Ελλάδα) το άτομο οδηγείται να ακολουθεί ένα καθιστικό τρόπο ζωής (πολλές ώρες εργασία, τηλεόραση κ.α) και σε συνδυασμό με της κακές διατροφικές συνήθειες παρατηρείται έξαρση του φαινομένου της παχυσαρκίας.

Περιβαλλοντική μόλυνση

Είναι στη σύγχρονη εποχή σαφές ότι η επιβάρυνση του περιβάλλοντος έχει δραματική επίδραση στη γενικότερη κατάσταση υγείας των ατόμων. Οι βιομηχανίες αλλά και ο γενικότερος σύγχρονος τρόπος ζωής έχουν πλήξει ανεπανόρθωτα το φυσικό περιβάλλον. Έτσι, η γενική μόλυνση της ατμόσφαιρας αλλά και του εδάφους μαζί με τους υδάτινους πόρους προκαλούν πολλές ασθένειες όπως μορφές καρκίνου και ευνοούν την εμφάνιση αναπνευστικών προβλημάτων, ενδοκρινολογικών ασθενειών και διαταραχών του νευρικού συστήματος. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι οι κάτοικοι των αστικών πόλεων αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό διάφορες μορφές ασθενειών από εκείνους στην περιφέρεια.

Η οικονομική πρόοδος ως παράγοντας κινδύνου του καρκίνου

Η ραγδαία αύξηση διαφόρων τύπων καρκίνου διερευνάται σε πολλές έρευνες. Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με τα αναπτυγμένα κράτη σε σχετική μελέτη των *S.Ukrainitseva and A. Yashin (2005)* η αυξανόμενη επιβάρυνση από την εκδήλωση του καρκίνου αποδίδεται στους ακόλουθους παράγοντες: αύξηση του μέσου όρου ηλικίας των πληθυσμών, αύξηση

των ποσοστών εμφάνισης καρκίνου και στη βελτίωση των ποσοστών επιβίωσης των ασθενών. Οι παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη καρκίνου διαχωρίζονται σε εξωτερικούς (όπως κάπνισμα, ακτινοβολία, χρήση χημικών, μόλυνση κ.α) και σε εσωτερικούς (π.χ. ηλικία, κατάσταση του ανοσοποιητικού συστήματος, κληρονομικές αλλοιώσεις κ.α.). Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αναφορά στη συγκεκριμένη μελέτη ότι ο κίνδυνος για την ανάπτυξη καρκίνου είναι υψηλότερος στις αναπτυγμένες περιοχές συγκριτικά με τις αναπτυσσόμενες και σχετίζεται με την οικονομική πρόοδο. Επίσης, τονίζεται ότι ενώ παρουσιάζονται ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά εμφάνισης καρκίνου στις αναπτυγμένες χώρες η θνησιμότητα δεν είναι ανάλογη λόγω υψηλότερου ποσοστού επιβίωσης των ατόμων. Στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες υπάρχει αντίθετα στενή σχέση εμφάνισης καρκίνου και θανάτων (π.χ. στη Μογγολία το ποσοστό εμφάνισης καρκίνου και θανάτων είναι περίπου το ίδιο) και οφείλεται στα μη αναπτυγμένα συστήματα υγείας. Στις περιοχές αυτές οι πιο συχνές μορφές καρκίνου είναι στον αυχένα, το συκώτι, το ήπαρ και του οισοφάγου. Ο κίνδυνος αυτών των μορφών καρκίνου έχει αποδειχθεί ότι είναι υψηλότερος με την ύπαρξη μολυσματικών παραγόντων (ηπατίτιδα Β, HPV κ.α.) αλλά και λόγω των διατροφικών συνήθειών. (IARC Monographs, 1994, 1995).

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η μειωμένη επικινδυνότητα εμφάνισης καρκίνου στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες μπορεί να θεωρηθεί παροδική, καθώς οι τύποι καρκίνων που παρουσιάζονται στις περιοχές αυτές είναι πολύ επικίνδυνοι. Επίσης, σημαντικό είναι το ζήτημα σχετικά με τη διαφοροποίηση στο ποσοστό θνησιμότητας λόγω καρκίνου σε αναπτυγμένες χώρες με παρόμοιες κλιματολογικές συνθήκες, οικονομικό σύστημα και σύστημα υγείας. Υποστηρίζεται ότι κάποιο ρόλο διαδραματίζουν οι κλιματικές διαφορές καθώς και η κουλτούρα. Επίσης, συναντώνται διαφορές στον τρόπο θεραπείας, αλλά μπορεί π.χ. στην Αγγλία η πρόσβαση σε ειδικούς να είναι περισσότερο περιορισμένη σε σχέση με τη Σουηδία και έτσι τα ποσοστά διάγνωσης καρκίνου είναι μεγαλύτερα στη δεύτερη. (S.Ukrainitseva and A. Yashin, 2005)

Κοινές ασθένειες σε όλο τον κόσμο είναι στις γυναίκες ο καρκίνος του στήθους και στους άνδρες των πνευμόνων. Επίσης, σε αναπτυσσόμενες χώρες στους άνδρες παρατηρείται συχνά καρκίνος στο στομάχι και στο συκώτι και στις γυναίκες στο στομάχι και τον αυχένα. Στις αναπτυγμένες χώρες στους άνδρες συναντάται καρκίνος του προστάτη και καρκίνος του εντέρου και στις γυναίκες καρκίνος του εντέρου και των πνευμόνων. (IARC Monographs,

1994, 1995). Επίσης, οι άνδρες φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά μορφών καρκίνου από τις γυναίκες (εκτός Ινδίας και Κολομβίας).

Παράλληλα σε διάφορες μελέτες παρουσιάζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά αναφορικά με την επικινδυνότητα εμφάνισης καρκίνου σε διάφορες ηλικιακές κλίμακες. Πιο αναλυτικά, σε πολύ μικρή παιδική ηλικία το φαινόμενο κορυφώνεται, στα χρόνια της νεότητας υπάρχουν χαμηλά ποσοστά που αυξάνονται ιδιαίτερα στο τέλος της αναπαραγωγικής ηλικίας, ενώ στα άτομα άνω των 75 σημειώνεται πτώση.

4.3. Η επίδραση της υγείας στη διαμόρφωση του εισοδήματος

Ιδιαίτερη ανάλυση επιχειρείται στην παρούσα εργασία αναφορικά με τις ποικίλες συνέπειες των ανισοτήτων που έχουν σχέση με την κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων. Με βάση ότι οι συνέπειες από τη σωματική υγεία, ιδιαίτερα των μεγαλύτερων ηλικιών του πληθυσμού, αποτελεί τον πυρήνα της παρούσας έρευνας ακολουθεί μία προσπάθεια διερεύνησης μέσα από την έκθεση διαφορετικών πλευρών του ζητήματος.

Από τα συμπεράσματα μιας σειράς μελετών γίνεται κατανοητό ότι η κατάσταση της υγείας των ατόμων έχει μεγάλη επιρροή στη διαμόρφωση του ατομικού εισοδήματος. Έχει διαπιστωθεί ότι η παρούσα κατάσταση υγείας αλλά και των προηγούμενων ετών σε μικρότερο βαθμό καθορίζουν το επίπεδο του εισοδήματος. Η δυσμενής οικονομική θέση ατόμων με προβλήματα υγείας συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με την περιορισμένη συμμετοχή τους στο εργατικό δυναμικό, καθώς άτομα με κακή υγεία έχουν και μειωμένη ικανότητα για εργασία. Επιπλέον, το εισόδημα καθορίζεται και από το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς άτομα με χαμηλή εκπαίδευση αποκτούν και χαμηλό εισόδημα. Έχει παρατηρηθεί ότι η επιρροή της υγείας στο εισόδημα δεν διαφοροποιείται ως προς το φύλο αλλά ως προς την ηλικία και κυρίως είναι έντονη για τις ηλικίες 55-64. (Mackenbach J., et. al, 2007)

4.4. Κοινωνικοοικονομικοί Παράγοντες που επιδρούν στην κατάσταση της υγείας

Το επίπεδο υγείας των ατόμων διαμορφώνεται μεταξύ άλλων και από την επίδραση μεταβλητών που έχουν σχέση με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και με την ατομική συμπεριφορά.

Είναι αποδεκτό στη σύγχρονη εποχή ότι οι εισοδηματικές ανισότητες συμβάλλουν στην παγίωση διαφορών στο επίπεδο της υγείας. Σε μία σύντομη αναφορά σημειώνεται ότι το χαμηλό εισόδημα οδηγεί σε μειωμένη πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη. Επίσης, τα πιο φτωχά κοινωνικά στρώματα ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές κυρίως στα αστικά κέντρα, όπου είναι εκτεθειμένοι σε έντονους περιβαλλοντικούς κίνδυνους που επιδρούν αρνητικά στην υγεία, αλλά και οι συνθήκες στέγασης δεν είναι κατάλληλες. Παράλληλα, από μελέτες για τις συνθήκες εργασίας παρατηρείται ότι υπάρχουν πολλοί επαγγελματικοί κίνδυνοι για την υγεία. Οι ανειδίκευτοι εργάτες, που προέρχονται σε γενικές γραμμές από χαμηλά κοινωνικά στρώματα, είναι εκτεθειμένοι σε εργατικά ατυχήματα, σε χημικά αλλά και ασκούν κάποιου είδους εργασίας που συγκαταλέγεται στα «βαρέα» με ανάλογες επεκτάσεις στο επίπεδο υγείας. (Mackenbach, 2006).

Επίσης, τα άτομα που προέρχονται από χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση έχει διαπιστωθεί ότι αντιμετωπίζουν έντονο ψυχοκοινωνικό στρες. Πιο συγκεκριμένα, οικονομικές δυσκολίες αλλά και επαγγελματικές πιέσεις αντιμετωπίζονται με μεγάλη ένταση από τα συγκεκριμένα άτομα. Τέτοιου είδους στρεσογόνοι παράγοντες έχουν αρνητικές επιδράσεις στην υγεία, και χρησιμοποιούνται στην ερμηνεία κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία όπως π.χ. στα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Παράλληλα, παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής των ατόμων είναι ιδιαίτερα σημαντικοί στον καθορισμό του επιπέδου υγείας των ατόμων. Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με χαμηλό status έχουν κακές διατροφικές συνήθειες, δεν ασκούνται, καπνίζουν και κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Αναφέρεται γενικότερα ότι το κάπνισμα αποτελεί στον Ευρωπαϊκό χώρο κύριο παράγοντα κινδύνου για την υγεία. (Kunst et. al, 2004).

4.5. Κοινωνικοοικονομικές ανισότητες και σωματικά προβλήματα υγείας

Κοινό είναι το ακόλουθο συμπέρασμα αναφορικά με τη σχέση υγείας και κοινωνικοοικονομικών διαφορών σε πολλές μελέτες: «άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας και ζουν λιγότερο από εκείνους που ανήκουν σε ανώτερη κοινωνικοοικονομική θέση. (Cambois et. al., 2001, Huisman et.al., 2003).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της ευρωπαϊκής έρευνας SHARE που περιλαμβάνει τις περισσότερες χώρες. (Alcer K. et. al., 2005).

Αναφορικά με τα δομικά δημογραφικά στοιχεία παρατηρείται ως προς το φύλο ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας από τους άνδρες. Οι άνδρες εμφανίζουν θανατηφόρες μορφές ασθενειών σε νεότερες ηλικίες από τις γυναίκες. Χαρακτηριστικά αναφέρεται στη συγκεκριμένη μελέτη σχετικά με τις διαφοροποιήσεις στην υγεία μεταξύ των φύλων ότι: «οι άνδρες πεθαίνουν γρηγορότερα αλλά οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα» (Lahelma et. al, 1999). Επίσης, υπάρχει διαφοροποίηση στον τύπο των ασθενειών που αντιμετωπίζουν συχνά τα δύο φύλα. Έτσι, έχει παρατηρηθεί ότι στους άνδρες είναι συχνότερες οι θανατηφόρες ασθένειες όπως: καρδιαγγειακά προβλήματα, διαβήτης, προβλήματα στους πνεύμονες κ.λ.π., ενώ οι γυναίκες αντιμετωπίζουν συχνότερα προβλήματα σωματικής ανικανότητας αλλά και προσβάλλονται από διάφορες παθήσεις ακόμα και ταυτόχρονα. Οι απειλητικές για τη ζωή τους ασθένειες που αντιμετωπίζουν οι άνδρες αποδίδονται από πολλούς ειδικούς, έως ένα σημείο, στην τάση των ανδρών να υιοθετούν ένα τρόπο ζωής με μεγαλύτερο ρίσκο, όπως κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ.

Σχετικά με την ηλικία παρατηρείται ότι είναι συνήθης η αντιμετώπιση σωματικών προβλημάτων στις μεγάλες ηλικίες. Υποστηρίζεται ότι σχεδόν όλα τα σωματικά προβλήματα συνδέονται ισχυρά με την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με διάφορες χρόνιες ασθένειες υπάρχουν απότομες ηλικιακές διαβαθμίσεις (με έξαρση στην ηλικιακή κλίμακα άνω των 80 ετών) ιδιαίτερος στις περιπτώσεις εγκεφαλικών, καταρράκτη, ατυχημάτων κ.α.. Μικρότερη ηλικιακή διαφοροποίηση εμφανίζουν ασθένειες όπως χοληστερίνη, άσθμα, προβλήματα ύπνου κτλ με την επικράτηση πάλι των ηλικιών άνω των 80 ετών. Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι τα άτομα που ανήκουν στις πολύ μεγάλες ηλικίες είναι πιθανό να εμφανίζουν πολλά προβλήματα υγείας ταυτόχρονα. Επίσης μεταξύ των ηλικιωμένων που

ανήκουν στην υψηλότερη ηλικιακή κατηγορία η επικράτηση διαφόρων σωματικών δυσχερειών προσεγγίζει ακόμα και άνω του 50%.

Ιδιαίτερα ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της έρευνας SHARE που εκφράζουν ότι το 40% εμφανίζει σε κάποιο βαθμό κινητικά προβλήματα και περίπου το 50% αντιμετωπίζει μακροχρόνια προβλήματα υγείας. Επίσης, αρκετοί έχουν δηλώσει ότι αντιμετωπίζουν κάποιου είδους περιορισμό σε βασικές καθημερινές δραστηριότητες. Περίπου το 10% αντιμετωπίζει ένα ή περισσότερους περιορισμούς, ενώ οι δυσκολίες στην καθημερινή χρήση κάποιου είδους αντικειμένου αγγίζει το 17%. Μεταξύ των πιο κοινών ασθενειών που έχουν δηλωθεί είναι: η αρθρίτιδα, ο διαβήτης και τα καρδιολογικά προβλήματα. Αρκετοί επίσης έχουν δηλώσει υψηλή χοληστερίνη, σύμπτωμα που αποτελεί πολύ σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών προβλημάτων. (Alcer K. et. al., 2005)

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι στη δήλωση ασθενειών τα 2/3 έχει διαγνωστεί από γιατρό ότι πάσχουν από τουλάχιστον μία χρόνια ασθένεια, ενώ το 40% πάσχει τουλάχιστον από δύο χρόνιες ασθένειες. Παρόμοια ποσοστά πάσχουν από τουλάχιστον ένα σύμπτωμα, όπως πόνοι, ζαλάδες, προβλήματα ύπνου κ.λπ.. Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό που αγγίζει το 1/3 δεν δήλωσε κάποια ασθένεια. (Alcer K. et. al., 2005)

Στο σημείο αυτό ενδεικτικά παρουσιάζονται ορισμένες ερμηνείες αναφορικά με τον τρόπο που διάφοροι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη σωματική λειτουργία των ατόμων και ιδιαίτερος των ηλικιωμένων. Ουσιαστικά, η διερεύνηση αυτή αντιστοιχεί στην ανάλυση των ποικίλων μορφών όπου το κοινωνικοοικονομικό status επιδρά στην υγεία, αλλά και στην έκθεση της διαφορετικής αξιολόγησης των προβλημάτων υγείας από τους ανθρώπους και εξωτερικών ως προς την κοινωνία παραγόντων όπως, περιβαλλοντικών περιορισμών.

Αδιαμφισβήτητα, ο οικονομικός παράγοντας είναι ιδιαίτερα σημαντικός στη διαμόρφωση της σωματικής υγείας. Σε πολλές μελέτες έχει γίνει η διαπίστωση ότι άτομα με μεγαλύτερο εισόδημα και κοινωνικό status, κυρίως στις δυτικές κοινωνίες, έχουν πρόσβαση σε καλύτερες πηγές που ευνοούν την υγεία. Η πρόσβαση σε προηγμένα συστήματα υγείας, η οικονομική άνεση ώστε να αποκτηθεί μία ολοκληρωμένη και αντικειμενική διάγνωση σχετικά με την κατάσταση υγείας του ατόμου είναι ιδιαίτερα σημαντική (υψηλές δαπάνες για εξειδικευμένους καθηγητές, σύγχρονα ερευνητικά κέντρα κ.α.). Αναφέρεται ότι σε μελέτη των Weidman B. & Schoenbaun υπάρχει η διαπίστωση ότι στις Η.Π.Α. κατά το 1970

αυξήθηκαν τα δηλωμένα προβλήματα υγείας ως αποτέλεσμα των καλύτερων διαγνώσεων. Γίνεται κατανοητό ότι άτομα με ανώτερο status επωφελούνται περισσότερο όταν υπάρχει η δυνατότητα πρόσβασης σε πηγές που ευνοούν την ευζωία, όπως ποιοτικότερη υγειονομική περίθαλψη. (Weidman B. & Schoenbaun, 1995)

Επιπλέον, είναι κοινό σε πολλές μελέτες ότι άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού status είναι περισσότερο επιρρεπή να δηλώνουν προβλήματα υγείας. Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με χαμηλή εκπαίδευση και εισόδημα θεωρούν κάποιο σωματικό πρόβλημα τους, ως ιδιαίτερα σημαντικό ώστε να το δηλώσουν. Επίσης, σημειώνεται ότι μπορεί να υπάρχει διαφοροποίηση με βάση την κουλτούρα στην υποκειμενική αξιολόγηση της υγείας. Οι Angel & Guarnaccio, συμπεραίνουν σε μελέτη ότι οι Ισπανοί αξιολογούν την υγεία τους με αρνητικούς όρους κατά πολύ περισσότερο από τους Άγγλους. (Angel & Guarnaccio, 1989)

4.6. Συμπεράσματα μελετών

Παρατηρείται στην προσπάθεια διερεύνησης της σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και υγείας, σε σχετική έρευνα του R. Hoffman, ότι αναφορικά με τις γυναίκες ο πλούτος είναι αποτελεσματικός μόνο όταν μπορεί να συνδυαστεί με ένα ανώτερο επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ η τελευταία είναι ευεργετική μόνο σε συνδυασμό με ένα μέσο τουλάχιστον επίπεδο πλούτου. Οι άντρες με υψηλότερο εισόδημα έχουν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα θνησιμότητας. Παράλληλα, οι άντρες με μέση εκπαίδευση έχουν υψηλά επίπεδα θνησιμότητας. (Hoffman R., 2005)

Σε άλλο σημείο γίνεται κατανοητό ότι το υψηλότερο εισόδημα είναι σημαντικός παράγοντας μόνο με την προϋπόθεση της καλής υγείας. Σε χαμηλό επίπεδο υγείας υπάρχει διαφοροποίηση της θνησιμότητας για κοινωνικοοικονομικούς λόγους. Η διαφοροποίηση της θνησιμότητας μεταξύ της υψηλότερης και χαμηλότερης εισοδηματικής κλίμακας είναι σημαντική μόνο όταν τα άτομα έχουν καλό επίπεδο υγείας. (Hoffman R., 2005)

Η υγεία μειώνεται με την ηλικία. Στην ίδια μελέτη παρατηρήθηκε ότι ακόμα και αν η υγεία φθίνει γενικά με την ηλικία, άτομα με χαμηλότερο εισόδημα έχουν «χαμηλότερο επίπεδο υγείας». Σε ηλικιακά σύνολα μεταξύ 59-69 ετών και ενώ όλες οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και οι μεταβλητές υγείας είναι σταθερές παρατηρήθηκε ότι οι άντρες με κακή υγεία (με ατομική εκτίμηση) έχουν πολύ μεγαλύτερη θνησιμότητα από

εκείνους με καλή κατάσταση υγείας. Σε μεγαλύτερα ηλικιακά σύνολα η διαφοροποίηση της θνησιμότητας συγκλίνει. Έτσι, η θνησιμότητα αυξάνεται με την ηλικία. (Hoffman R., 2005)

Στην συγκεκριμένη έρευνα παρατηρήθηκαν κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην υγεία στις μεγάλες ηλικίες. Έτσι, τονίζεται ότι παρατηρείται σύγκλιση των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων της θνησιμότητας με τη χειροτέρευση της υγείας, αλλά όχι με την ηλικία.(Hoffman R., 2005).

4.6.1. Σχέση Εργασίας και θνησιμότητας

Πολλές έρευνες έχουν γίνει αναζητώντας τη σχέση εργασιακής κατάστασης και θνησιμότητας. Ουσιαστικά αναζητείται η μακροχρόνια επίδραση της απόλυσης-ανεργίας στην υγεία και τη θνησιμότητα. Στην εργασία των Sullivan D. and Wachter T. αναλύεται η απώλεια εργασίας σε περιόδους μαζικών απολύσεων, όπου επηρεάζεται τουλάχιστον το 30% του εργατικού δυναμικού. Επίσης, εξετάζεται το μέσο εισόδημα των εργαζομένων πριν την απόλυση και τα αποτελέσματα δίνουν μία αύξηση 15-20% της πιθανότητας θανάτου στα επόμενα 20 χρόνια λόγω της απώλειας εργασίας. Λαμβάνονται κυρίως υπόψη οι μακροχρόνιες συνέπειες της ανεργίας με έντονα στραμμένο το ενδιαφέρον στο στρες. Τα αποτελέσματα θεωρούν ότι σημαντικό τμήμα της επιρροής των συνεπειών της ανεργίας-απόλυσης στη θνησιμότητα μπορεί να αποδοθεί στις μόνιμες απώλειες απολαβών. Παρομοίως, οι αυξήσεις σε μη σταθερές αποδοχές φαίνεται να συμβάλλουν στα επιζήμια αποτελέσματα των απολύσεων στην υγεία.(Sullivan D. and Wachter T., 2006)

Στην ανάλυση τους οι Daniel Sullivan and Tim von Wachter, 2006, εξέτασαν εισοδήματα και ιστορικό ανεργίας στην Πενσυλβάνια αναζητώντας τη σχέση αναταραχής στην εργασία και θνησιμότητας. Παρατήρησαν ότι ακόμα και μία μικρή αναταραχή στην αγορά εργασίας, όπως μεταβολή στις μορφές εργασίας που είναι αναγκαίες και συνεπώς ανεργία για κάποιες εργασιακές ομάδες, μπορούν να έχουν μόνιμες συνέπειες στις αποδοχές των ατόμων, στην εργασία, στην σταθερότητα της εργασίας, στην κατανάλωση και στην πρόσβαση στις ασφαλίσεις υγείας. Μεγάλος όγκος μελετών παρουσιάζει ότι οι κοινωνικοοικονομικές μεταβολές στις εργασιακές συνθήκες των εργαζομένων μπορούν να έχουν καταλυτικές επιπτώσεις στην υγεία, παρότι η συσχέτιση της απώλειας εργασίας και της κατάστασης της υγείας παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες στις μετρήσεις. Παράλληλα αποτελέσματα

υπάρχουν και σε εργασίες όπως: Ruhm (1991), Jacodson, Lalonde, and Sullivan (1993), Stevens (1997).

Επίσης, παρατηρείται ότι κυκλικά σοκ μπορούν να οδηγήσουν σε διαρκή μείωση των εσόδων κυρίως για τους νέους και τους λιγότερο μορφωμένους εργαζόμενους. Στις έρευνες όλο και περισσότερο συνδυάζονται το στρες από οικονομική αβεβαιότητα και ανεργία με την πνευματική υγεία. Στην επιδημιολογία σχετίζονται όλο και περισσότερο η ανεργία και η απώλεια εργασίας με τα εγκεφαλικά και καρδιακά επεισόδια και άλλα προβλήματα, κυρίως για τους μεγάλους εργαζόμενους.

Η απώλεια εργασίας και άλλοι αρνητικοί οικονομικοί παράγοντες έχουν άμεσες και έμμεσες συνέπειες στην υγεία. Η υγεία μπορεί να επιβαρυνθεί από την αλλαγή ποικίλων οικονομικών παραμέτρων που επηρεάζονται από την απώλεια της εργασίας. Έτσι, πολλές έρευνες υποδεικνύουν τη μεγάλη απώλεια εσόδων και σημειώνεται ότι η απώλεια είναι πιο έντονη στις μεγάλες ηλικίες (π.χ Kletzer 1989) και τους εργαζόμενους στη βιομηχανία αλλά και στους εργάτες που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές. Επίσης, η απώλεια εργασίας επηρεάζει την πρόσβαση στο ασφαλιστικό σύστημα υγείας.

Επίσης, αναφορικά με τη σχέση εισοδήματος, υγείας και θνησιμότητας παρατηρείται ότι οι υπάρχουσες εκτιμήσεις της επίδρασης του εισοδήματος στην υγεία μπορούν να επιβεβαιώσουν τη μεγάλη επίδραση της απώλειας εργασίας στη θνησιμότητα. Ωστόσο, στο θέμα αυτό υπάρχει κάποιου είδους αμφίδρομη σχέση και τα αίτια δεν μπορούν να είναι τελείως σαφή. Πιο συγκεκριμένα μπορεί να εκφραστεί η αιτιώδης σχέση που κινείται από την υγεία στο εισόδημα. Πολύ σημαντική είναι άλλωστε η διερεύνηση των οικονομικών συνεπειών της υγείας και εξετάζονται θέματα όπως η έλλειψη πρόσβασης σε σύγχρονα κέντρα υγείας και έλλειψη κοινωνικοοικονομικού status.

Υπάρχουν κάποιες μελέτες της επίδρασης του εισοδήματος στην υγεία με ένα σχεδιασμό έρευνας που επιτρέπει την αναγνώριση της αιτιώδους σχέσης. Μία σειρά μελετών εντοπίζουν αύξηση των προβλημάτων υγείας όπως εμφράγματα και εγκεφαλικά επεισόδια μεταξύ των μεγάλων σε ηλικία ατόμων που χάνουν τη δουλειά τους (π.χ. Gallo et al., 2006).

Λαμβάνοντας υπόψη μέτρα επιτυχίας για την επαγγελματική δραστηριότητα είναι πλέον ιδιαίτερα σημαντικό καθότι στη βιβλιογραφία σημειώνεται ότι η οικονομική δραστηριότητα και το εισόδημα είναι πιθανόν να έχουν μη ξεκάθαρα αποτελέσματα στην υγεία. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη του Ruhm(2000) υποστηρίζεται ότι η θνησιμότητα μειώνεται σε περίοδο οικονομικής σταθερότητας, καθώς οι εργαζόμενοι έχουν τη δυνατότητα να τονώσουν

την υγεία τους, δεν αντιμετωπίζουν το άγχος της εργασίας και υπάρχουν λιγότερα ατυχήματα όπου εντείνονταν με την εργασία. Σημειώνεται, επίσης, ότι η μειωμένη οικονομική δραστηριότητα έχει αρνητική επίδραση στην υγεία των ηλικιωμένων εργαζομένων, εξαιτίας πιθανόν της πτώσης του κοινωνικού σκοπού και status. Γενικότερα υπάρχουν αντικρουόμενα συμπεράσματα ως προς τη σχέση μείωσης των οικονομικών αποδοχών και της εργασίας λόγω απόλυσης. Ωστόσο, αν λαμβάνονται υπόψη ασυνήθιστες οικονομικές περιόδους όπως αυτή της ύφεσης είναι δύσκολο να συναχθούν ασφαλή συμπεράσματα για τη σχέση υγείας-οικονομικής δραστηριότητας, για οποιαδήποτε ηλικιακή κατηγορία. (Ruhm C.,2000)

4.6.2. Συμπεράσματα μελετών σχετικά με τη σχέση υγείας και κοινωνικών, οικονομικών παραγόντων

Έρευνες έχουν δείξει ότι υπάρχει έντονη σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και υγείας, που ισχύει για όλες τις ηλικίες.(π.χ. Cairney, 2000, Hirdes and Forbes 1989).Οι канаδοί με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό status, κυρίως αυτοί με καλή μόρφωση και υψηλό εισόδημα έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και νοσηρότητα. Τονίζεται ότι οι διαφοροποιήσεις στην υγεία των ατόμων με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο φανερώνει και τις διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης. Ο τρόπος ζωής των ατόμων, οι διάφορες εκθέσεις σε επιζήμιες συνθήκες, και οι γενικότερες συνθήκες που επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία του ατόμου διαφοροποιούνται με βάση το κοινωνικοοικονομικό status και σχετίζονται κυρίως με υλικούς, ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και με τον τρόπο ζωής του καθενός.(Prus S.,2003)

Οι υλικοί παράγοντες αποτελούν την άμεση επιρροή των κοινωνικοοικονομικών στοιχείων στην υγεία. Η εκπαίδευση, αποτελεί και διαδικασία απόκτησης πείρας που σχετίζεται στενά με την προώθηση στον επαγγελματικό βίο, αλλά και των πιθανών απολαβών και ασφάλειας, όπου επηρεάζουν την κατάσταση υγείας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα με ανώτερη μόρφωση έχουν περισσότερες πιθανότητες επαγγελματικής αποκατάστασης με υψηλότερες αποδοχές. Επομένως υπάρχει μεγαλύτερη ευχέρεια για καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, στέγασης, διατροφής και ιδιωτικής ιατρικής περίθαλψης (συνταγολόγιο, στοματική υγιεινή) και πολλά άλλα. Επίσης, τα άτομα αυτής της κατηγορίας είναι περισσότερο πιθανόν να έχουν μεγαλύτερη οικονομική ασφάλεια και επαγγελματική σταθερότητα, συνθήκες που ευνοούν την καλή υγεία.(Prus S.,2003)

Υπάρχει και έμμεση κατά κάποιον τρόπο επίδραση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων στην υγεία. Είναι ευρύτερα γνωστό ότι η υγεία σχετίζεται με τις προτιμήσεις και τις συμπεριφορές ως προς τον τρόπο ζωής (π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ, παχυσαρκία, άσκηση), όπου καθορίζουν την υγεία. Ενώ ο τρόπος ζωής του κάθε ατόμου είναι αποτέλεσμα ελεύθερης επιλογής, ωστόσο δεν πρέπει να παραβλεφθεί ότι είναι συνέπεια και των κοινωνικών δομών και του περιβάλλοντος από το προέρχεται το άτομο (π.χ. συνθηκών ζωής). Το κοινωνικοοικονομικό περιβάλλον καθορίζει τον τρόπο ζωής, όπου επηρεάζει την υγεία. Η κοινή πρακτική δικαιολογεί διαφοροποιήσεις μεταξύ κοινωνικοοικονομικών ομάδων ως προς την έκθεση σε παράγοντες ρίσκου που επηρεάζουν την υγεία. Υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα, καθιστικός τρόπος και παχυσαρκία, όπου σχετίζονται με την εκδήλωση χρόνιων ασθενειών, σωματικών δυσλειτουργιών, συναντώνται συχνότερα σε άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό status. (Prus S.,2003)

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και τρόπου ζωής προσδίδει μεγάλο προβάδισμα σε άτομα υψηλότερης κοινωνικής θέσης. Οι κύριοι παράγοντες σχετίζονται με καλύτερες διατροφικές συνήθειες και άσκηση, πρόσβαση σε ποιοτικότερο σύστημα υγείας. Σημαντικό είναι το στοιχείο ότι τα άτομα αυτής της κατηγορίας μπορούν να ερμηνεύσουν και να αντιληφθούν τις πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους και δραστηριοποιούνται στο πλαίσιο ενός κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος που προάγει την ευζωία. Σε διάφορες μελέτες, όπως (Cairney & Arnold, 1998, Denton & Walters, 1999), όπου διερευνάται η σχέση υγείας και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (π.χ. φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση) παρατηρείται μεγάλη επίδραση των παραγόντων αυτών στην υγεία. Επίσης, σημειώνεται ότι η επέκταση της έρευνα σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως αυτοεκτίμηση, χρόνιο στρες και κοινωνική βοήθεια οδήγησε στη διαπίστωση ότι επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας. Έχει διαπιστωθεί ότι άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status είναι εκτεθειμένοι σε ποικίλους στρεσογόνους παράγοντες (όπως προβλήματα στο χώρο εργασίας, οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα κ.α.). Σπάνια τα άτομα αυτού του κοινωνικού status έχουν κάποια επιστημονικά τεκμηριωμένη βοήθεια αλλά και ηθική υποστήριξη που θα τους βοηθούσε να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά στρεσογόνες καταστάσεις. Το πλαίσιο αυτό συμβάλλει αρνητικά στην κατάσταση της υγείας των ατόμων. Ενώ, η κατάσταση της υγείας σχετίζεται με το κοινωνικοοικονομικό status, άτομα όλων των κοινωνικών και οικονομικών στρωμάτων γενικότερα αντιμετωπίζουν πτώση στο επίπεδο της υγείας τους με την αύξηση της ηλικίας,

καθώς αρχικά αντιμετωπίζουν λίγες ασθένειες, ενώ στην συνέχεια εμφανίζονται πιο σημαντικά προβλήματα υγείας. Ωστόσο, δεν είναι απόλυτα διαπιστωμένη η σχέση ηλικίας, υγείας και κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Έχουν σε διάφορες μελέτες βρεθεί διαφορετικά αποτελέσματα είτε σύγκλισης π.χ. η ηλικία λειτουργεί ως σταθεροποιητής καθώς η κατάσταση της υγείας διαφέρει μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών συνόλων, είτε απόκλισης, αλλά και διαφόρων πιθανών συνδυασμών.(Prus S.,2003)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΟΛΥΜΕΤΑΒΛΗΤΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

5. Ανάλυση και αποτελέσματα

5.1. Μεταβλητές-Περιγραφικά στοιχεία

Τα στοιχεία που αναλύονται στην παρούσα εργασία προέρχονται από την έρευνα “Health, Ageing and Retirement in Europe”, η οποία σχεδιάστηκε με βάση τις έρευνες HRS (US Health and Retirement Survey) και ELSA (English Longitudinal Survey of Ageing). Η έρευνα αυτή διεξήχθη με τη βοήθεια της Κομισιόν, με τη συλλογή των αρχικών δεδομένων την περίοδο Απριλίου-Οκτωβρίου 2004.

Το αρχικό δείγμα αντιστοιχεί σε νοικοκυριά με τουλάχιστον ένα μέλος άνω των 50 ετών. Τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στο πλαίσιο της συγκεκριμένης μελέτης συνολικά ανέρχονται σε 1980 άτομα και αναφέρονται στην Ελλάδα. Σημειώνεται ότι το μέγεθος του δείγματος της αρχικής μελέτης αντιστοιχεί σε 22,777 άτομα που προέρχονται από 10 Ευρωπαϊκές χώρες. Ο βαθμός ανταπόκρισης (response rate) ανέρχεται σε 57% για τα νοικοκυριά και 86% σε ατομικό επίπεδο.

Αναφορικά με τα ελληνικά δεδομένα σημειώνεται ότι η συλλογή των στατιστικών στοιχείων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο ερωτηματολογίου και προσωπικής συνεντεύξεως μέσω υπολογιστή (CAPI). Ο βαθμός ανταπόκρισης των ερωτηθέντων αντιστοιχεί σε ποσοστά 60% και 92% σε οικογενειακό και ατομικό επίπεδο αντίστοιχα.

Οι κύριες κοινωνικές και οικονομικές μεταβλητές που εξετάζονται αντιστοιχούν στις εξής κατηγορίες: ηλικία, μόρφωση, οικονομική και οικογενειακή κατάσταση, φύλο.

- Ηλικία

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η κατηγοριοποίηση των ηλικιών σε τρεις κλίμακες: 50-64, 65-74 και 75+. Η συγκεκριμένη προσπάθεια διαχωρισμού γίνεται στη βάση της συλλογιστικής σύμφωνα με την οποία, στις σύγχρονες κοινωνίες τα άτομα είναι επαγγελματικά ενεργά μέχρι την ηλικία των 65 ετών. Η κοινή πρακτική επιβεβαιώνει την τάση απόσυρσης από τον επαγγελματικό στίβο στην ηλικία των 65 ετών. Ενώ, άνω των 75 είναι σύνηθες να εμφανίζονται μία σειρά προβλημάτων και ποικίλες αρρώστιες.

- Φύλο

Η μεταβλητή διαχωρίζει τον ανδρικό από τον γυναικείο πληθυσμό.

- Μόρφωση

Στη σύγχρονη εποχή η εκπαίδευση αποτελεί βασικό παράγοντα πνευματικής καλλιέργειας και κοινωνικής καταξίωσης. Επιπλέον, στην καπιταλιστική κοινωνία το μορφωτικό επίπεδο καθορίζει σε μεγάλο βαθμό και την οικονομική ευημερία. Επίσης, η επιλογή του τρόπου ζωής που ακολουθεί ο άνθρωπος καθορίζει την κατάσταση της υγείας του και συνδέεται σαφώς με το μορφωτικό του επίπεδο. Το μορφωτικό παράγοντα αποτελούν τα έτη εκπαίδευσης στην παρούσα μελέτη. Πιο συγκεκριμένα γίνεται η ακόλουθη κατηγοριοποίηση σε τρεις κλίμακες ως εξής: το πρώτο επίπεδο αντιστοιχεί στη βασική ουσιαστικά εκπαίδευση –μέχρι 6 έτη. Στο δεύτερο επίπεδο τοποθετούνται άτομα που ανήκουν στο ανώτερο επίπεδο μέχρι 12 έτη εκπαίδευσης και τέλος στο τρίτο επίπεδο αντιστοιχίζονται άτομα με εκπαίδευση άνω των 13 ετών. Στην τελευταία κατηγορία ουσιαστικά γίνεται λόγος για τα άτομα με ανώτατη εκπαίδευση, πανεπιστημιακού και μεταπτυχιακού επιπέδου.

- Οικογενειακή κατάσταση

Η συγκεκριμένη κατηγορική μεταβλητή διαιρείται σε δύο κατηγορίες ως εξής:

Στην αρχική τιμή (1) αντιστοιχίζονται οι παντρεμένοι και τα ζευγάρια που συζούν με μόνιμο χαρακτήρα. Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνονται όλα τα άτομα που ζουν χωρίς σύντροφο, οι παντρεμένοι σε διάσταση οι διαζευγμένοι και τα άτομα εν χηρεία.

- Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα

Το εισόδημα των ατόμων που συμμετέχουν στο δείγμα αποτελεί την ουσιαστική οικονομική μεταβλητή. Τα αρχικά δεδομένα αντιστοιχούν σε συνεχή μεταβλητή και εκφράζουν το συνολικό ετήσιο εισόδημα των νοικοκυριών. Στη διεθνή βιβλιογραφία ως εισόδημα θεωρείται το άθροισμα των αμοιβών που εισπράττεται στο πλαίσιο του νοικοκυριού, σε κάθε χρονική περίοδο από τη χρησιμοποίηση των παραγωγικών συντελεστών του. Επίσης, θα μπορούσε να θεωρηθεί κάθε αύξηση του πλούτου του νοικοκυριού, όπου οφείλεται σε αμοιβή προσφερόμενης εργασίας, επιχειρηματικής δραστηριότητας ή κεφαλαιακής υπεραξίας εκφρασμένης σε χρηματικούς όρους. Πιο αναλυτικά, το ετήσιο εισόδημα του νοικοκυριού εξαρτάται από την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων του δείγματος. Έτσι, για τον προσδιορισμό του συνολικού ύψους του εισοδήματος λαμβάνεται υπόψη το ατομικό ή το συνολικό εισόδημα ζεύγους και επιπλέον προστίθεται το ατομικό εισόδημα των υπολοίπων μελών του νοικοκυριού.

Στη μελέτη έχει επιχειρηθεί προσπάθεια κατηγοριοποίησης του οικογενειακού εισοδήματος σε τρία επιμέρους τμήματα. Με βάση τα percentiles παρατηρείται ότι στην πρώτη κατηγορία ανήκουν οι τιμές που αντιστοιχούν μέχρι το ύψος εισοδήματος 9.529,00, μέχρι το οποίο βρίσκεται το 25% του συνολικού αριθμού των συχνοτήτων. Στη συνέχεια ανήκουν τα εισοδήματα μέχρι τις 29.643,00 ($25 \leq x < 75$) και στην τρίτη κατηγορία αντιστοιχούν από το ποσό των 29.644,00 και άνω ($x \geq 75\%$).

- Ετήσιος Οικογενειακός Καθαρός Πλούτος

Παράλληλα ένας ακόμα οικονομικός δείκτης αντιστοιχεί στον λεγόμενο Καθαρό Πλούτο, κατά τον οποίο προσμετρώνται στο εισόδημα όλα τα περιουσιακά στοιχεία της οικογένειας (σε τεκμαρτή αξία). Γίνεται κάποια αναπροσαρμογή αναφορικά με την αξία της μόνιμης κατοικίας, ανάλογα με το ιδιοκτησιακό καθεστώς. Επιπλέον, υπολογίζονται τα ενοίκια, οι τόκοι και αποδόσεις κάθε άλλης πηγής συνήθους χρηματικής προσόδου των νοικοκυριών.

Αξίζει να σημειωθεί ότι εισόδημα θεωρείται και κάθε κέρδος που προέρχεται από κάθε είδους χρηματοοικονομικά προϊόντα και παράγωγα (μετοχές, ομόλογα, αμοιβαία κεφάλαια).

- Δυσκολίες σε στοιχειώδεις καθημερινές δραστηριότητες (ADL2)

Η μεταβλητή ADL2 στηρίζεται στην αντίστοιχη μεταβλητή ADL, που αναφέρεται στον αριθμό των περιορισμών σε έξι βασικές καθημερινές δραστηριότητες π.χ δυσκολίες στο ντύσιμο, στο βάδισμα κ.α.. Πιο συγκεκριμένα η μεταβλητή ADL2 περιλαμβάνει τα εξής: (1) κανένα ADL περιορισμό και (2) ένα και παραπάνω περιορισμοί ADL.

- Ικανότητα διεκπεραίωσης πιο εξειδικευμένων δραστηριοτήτων στην καθημερινή ζωή (IADL2).

Στη συγκεκριμένη μεταβλητή αντιστοιχίζονται στην πρώτη κατηγορία όσοι 1) δεν παρουσιάζουν κάποιο περιορισμό και 2) εκείνοι που έχουν ένα ή περισσότερους περιορισμούς που αναφέρονται στην μεταβλητή IADL. Αναφέρεται ότι η μεταβλητή IADL περιλαμβάνει στοιχεία για τις δυσκολίες που ενδεχομένως εμφανίζονται στην καθημερινότητα αναφορικά με τη χρήση ορισμένων αντικειμένων όπως: ικανότητα προσανατολισμού με τη χρήση χάρτη, προετοιμασίας γεύματος, χρήσης τηλεφώνου κ.α.

- Δείκτης μάζας σώματος (BMI2)

Πρόκειται για μία προσπάθεια δημιουργίας μιας δίτιμης μεταβλητής από την αρχική κλίμακα κατηγοριοποίησης (BMI) που καθορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας. Πιο συγκεκριμένα η πρώτη κατηγορία (1) αντιστοιχεί σε άτομα με δείκτη μάζας σώματος μέχρι την τιμή 29,9, ενώ η δεύτερη (2) αντιστοιχεί σε τιμές άνω των 30 που χαρακτηρίζει τους παχύσαρκους.

- Κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης (Eurodcat)

Η συγκεκριμένη μεταβλητή εκφράζει σε δύο κατηγορίες το ερώτημα αν έχει ή όχι αντιμετωπίσει το άτομο κάποια μορφή κατάθλιψης. Η αρχική μεταβλητή με την ονομασία κλίμακα EURO-D διερευνά μεταβλητές όπως κατάθλιψη, πεσιμισμός, ανορεξία, τάσεις αυτοκτονίας, ύπνου, ενοχής, κ.α. Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση στην παρούσα εργασία η πρώτη κατηγορία (EURO-D ≤ 3) αντιστοιχεί στη μη εμφάνιση κατάθλιψης και η δεύτερη (2) στο ενδεχόμενο εμφάνισης.

- Άσκηση και κινητικές δραστηριότητες

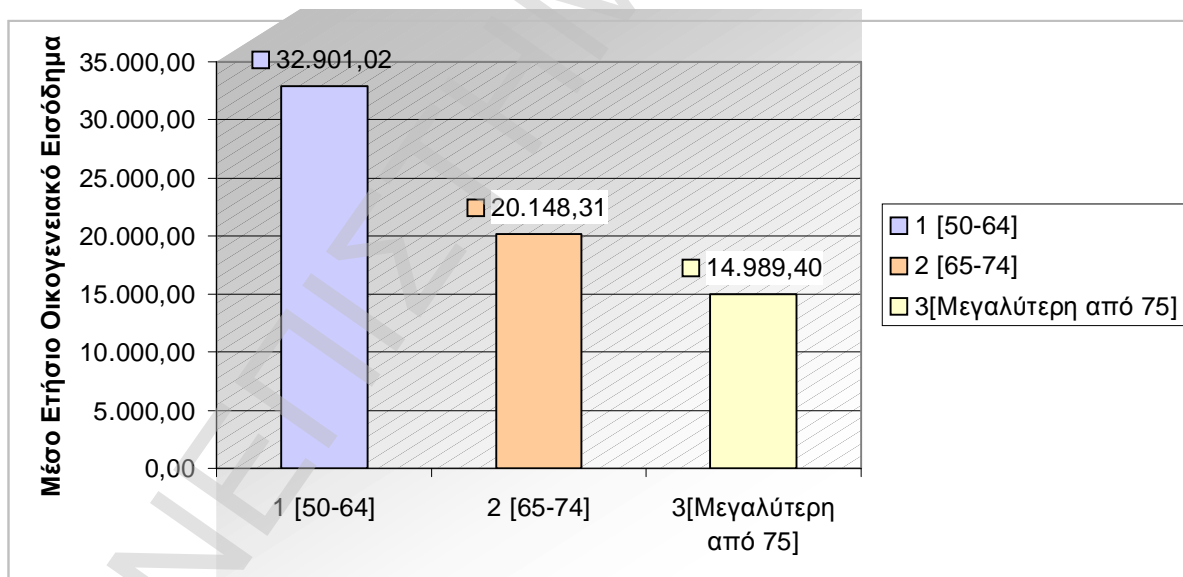
Στηρίζεται στο επίπεδο και τη συχνότητα της σωματικής κινητικότητας και δραστηριότητας. Πιο συγκεκριμένα η μεταβλητή παίρνει την τιμή μηδέν (0) εάν ο ερωτώμενος έχει δηλώσει ότι κάνει κάποιου είδους σωματική άσκηση τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Διαφορετικά παίρνει την τιμή ένα (1).

5.2. Ανάλυση

Σχέση Εισοδήματος-Ηλικίας

Η κατανομή του εισοδήματος κατά ηλικία παρουσιάζει την αναμενόμενη εικόνα. Τα έσοδα των νοικοκυριών διαγραμματικά κορυφώνονται στην ηλικιακή κλίμακα 50-64 και παρατηρείται σημαντική πτώση για τις ηλικίες άνω των 75 ετών. Το ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-1 παρουσιάζει την κατανομή του εισοδήματος έναντι των κατηγοριών ηλικίας. Γίνεται φανερό ότι το μέσο εισόδημα που αντιστοιχεί στην αρχική ηλικιακή κλίμακα είναι περίπου 33 χιλιάδες, ενώ στη συνέχεια στη δεύτερη κατηγορία παρατηρείται μείωση στις 20 χιλιάδες. Το μέσο εισόδημα των νοικοκυριών με μέλη άνω των 75 ετών αντιστοιχεί στις 15.000 περίπου. Σε γενικές γραμμές το μέσο και κατ' επέκταση το συνολικό εισόδημα παρουσιάζει καθοδική πορεία, καθώς αυξάνεται η ηλικία.

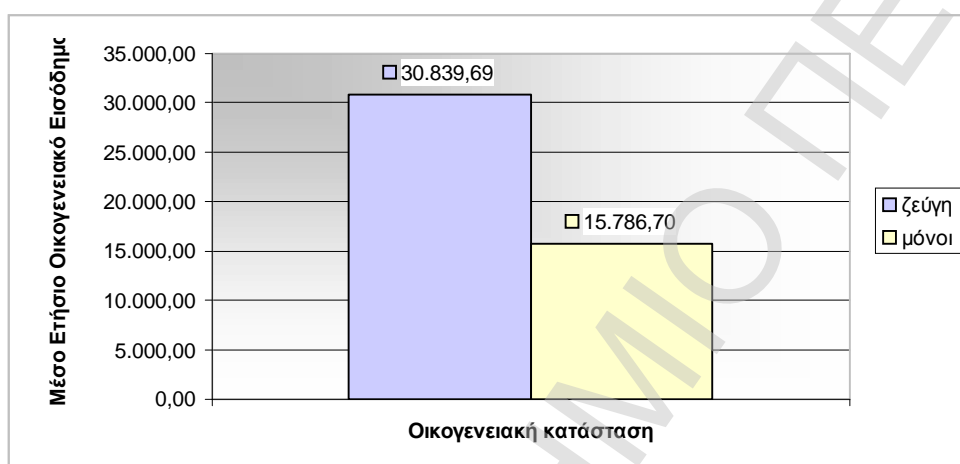
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 1 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ



Σχέση Εισοδήματος-Οικογενειακής κατάστασης

Στο ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-2 παρουσιάζεται η κατανομή του ετήσιου εισοδήματος έναντι της οικογενειακής κατάστασης. Το μέσο εισόδημα των παντρεμένων και εκείνων που έχουν σύντροφο είναι σημαντικά υψηλότερο από εκείνο των ατόμων που ζουν μόνοι τους. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η παρατήρηση ότι τα μέσα έσοδα των νοικοκυριών που δηλώνουν ότι ζουν μόνοι τους σχεδόν υποδιπλασιάζονται προσεγγίζοντας στα δεδομένα μας τις 16 χιλιάδες.

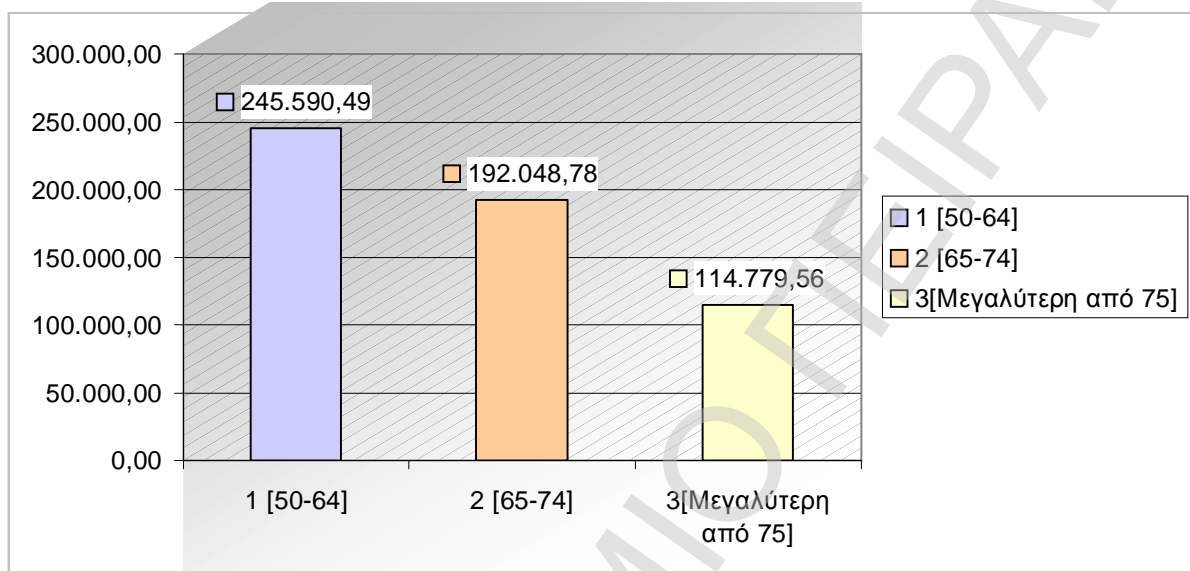
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 2 ΜΕΣΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ



Σχέση Εισοδήματος-Πλούτου

Παρατηρείται ότι κατά μέσο όρο ο μεγαλύτερος ετήσιος πλούτος των νοικοκυριών αντιστοιχεί στα άτομα της πρώτης κατηγορίας ηλικιών. Σε γενικές γραμμές ο μέσος και κατ' επέκταση ο συνολικός πλούτος παρουσιάζει καθοδική πορεία, καθώς προχωράμε στις διάφορες κατηγορίες ηλικιών. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η παρατήρηση ότι ο ετήσιος καθαρός πλούτος των νοικοκυριών ηλικίας 65-74 ετών έχει πολύ μεγάλη μείωση φτάνοντας τις 192 χιλιάδες, όπως και το εισόδημα, ενώ η μείωση που παρατηρείται κατά τη μετάβαση στην ακόλουθη κατηγορία (άνω των 75) είναι αρκετά μικρότερη.

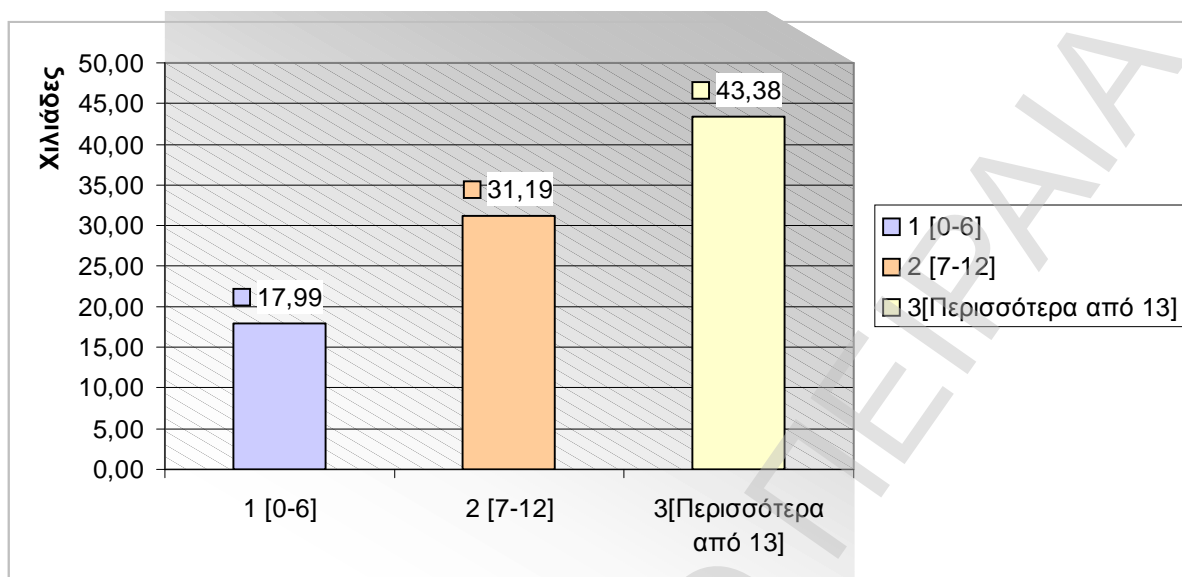
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 3 ΜΕΣΟΣ ΕΤΗΣΙΟΣ ΚΑΘΑΡΟΣ ΠΛΟΥΤΟΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΚΑΤΑ ΟΜΑΔΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ



Σχέση Εισοδήματος-Εκπαιδευτικού Επιπέδου

Η κατανομή του εισοδήματος αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης παρουσιάζει την αναμενόμενη εικόνα. Διαγραμματικά τα έσοδα των νοικοκυριών σταδιακά ανέρχονται καθώς κινούμαστε σε ανώτερη εκπαιδευτική βαθμίδα. Το ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-4 παρουσιάζει την κατανομή του εισοδήματος έναντι των ετών εκπαίδευσης. Γίνεται φανερό ότι το μέσο εισόδημα που αντιστοιχεί στην αρχική κλίμακα εκπαίδευσης (0-6 έτη) είναι περίπου 18 χιλιάδες, ενώ στη συνέχεια στη δεύτερη κατηγορία παρατηρείται αύξηση στις 31 χιλιάδες. Το μέσο εισόδημα των νοικοκυριών με μέλη που διαθέτουν ανώτατη εκπαίδευση άνω των 13 ετών αντιστοιχεί στις 43.000 περίπου. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ότι άτομα με ανώτερη εκπαίδευση έχουν διπλάσιο μέσο όρο εισοδημάτων από εκείνους της πρώτης κατηγορίας (0-6 έτη).

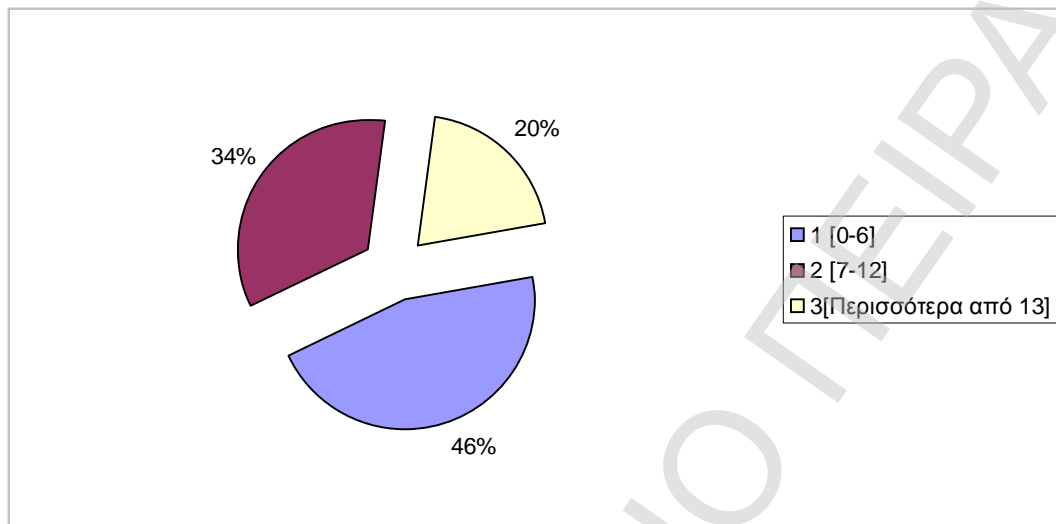
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 4 ΣΧΕΣΗ ΜΕΣΟΥ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ



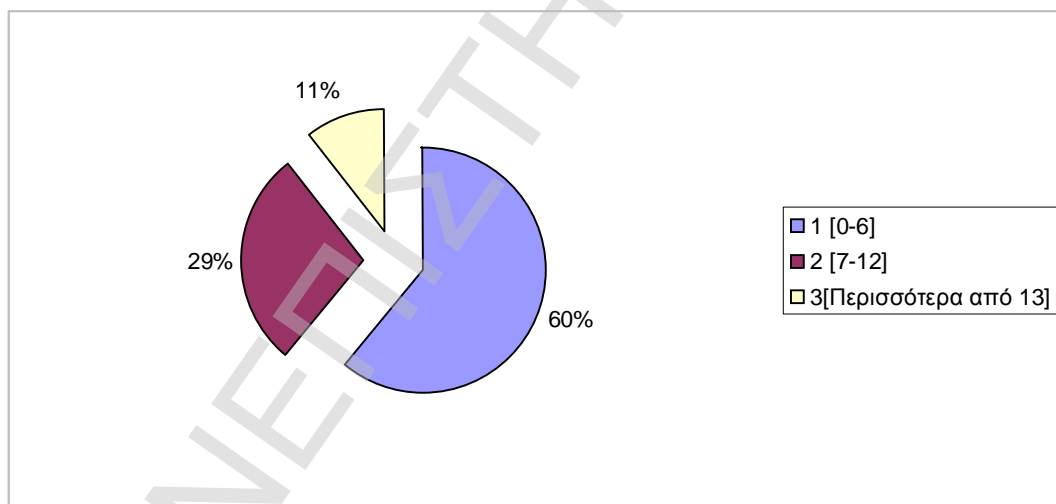
Σχέση Φύλου-Εκπαιδευτικού Επιπέδου

Σε μία σύντομη προσπάθεια ερμηνείας της επεξεργασίας των δεδομένων παρατηρείται ότι αναφορικά με τους άνδρες ποσοστό της τάξεως του 46% έχει χαμηλή εκπαίδευση και στην υψηλότερη εκπαιδευτική βαθμίδα αντιστοιχεί το περιορισμένο ποσοστό του 20%. Στις γυναίκες η ψαλίδα που χωρίζει τις δύο ακραίες κλίμακες εκπαίδευσης διευρύνεται. Έτσι, τα υψηλά ποσοστά στην πρώτη κλίμακα εκπαίδευσης ανέρχονται στο 61%, ενώ ανώτατη εκπαίδευση διαθέτει το πολύ μικρό ποσοστό της τάξης του 10,5%. Γίνεται κατανοητό ότι στην Ελλάδα υπάρχει έντονη διαφοροποίηση στο επίπεδο εκπαίδευσης αναφορικά με το φύλο. Παραδοσιακά οι γυναίκες αποκλείονταν από την ανώτερη εκπαίδευση λόγω κοινωνικών στερεοτύπων.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 5 ΈΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

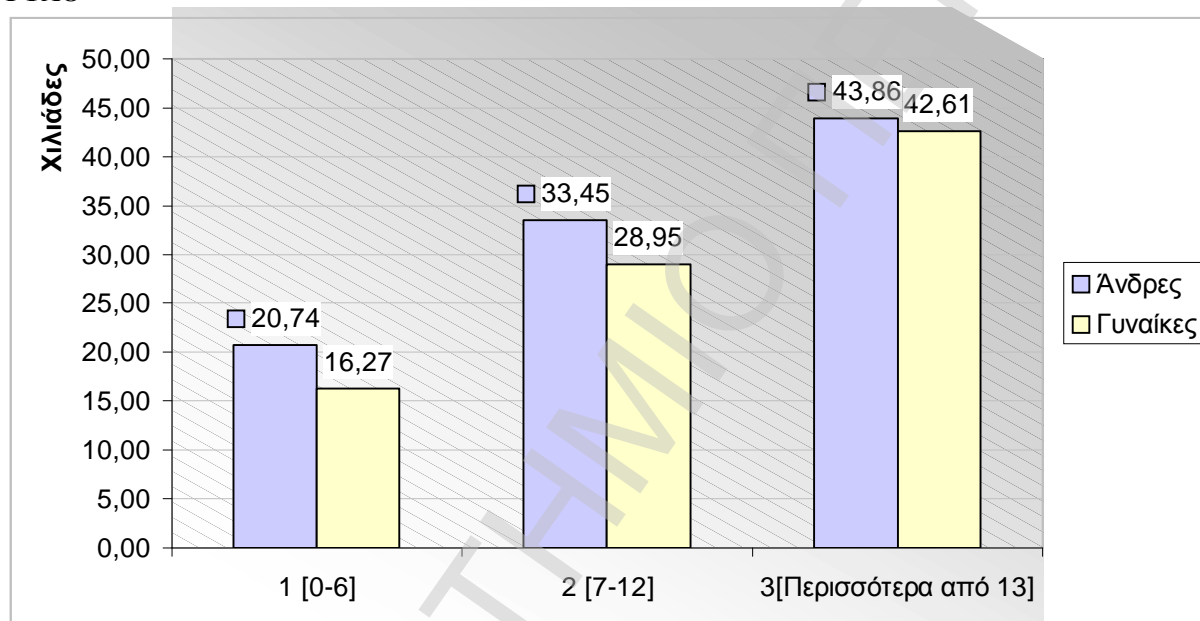


ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 6 ΈΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ



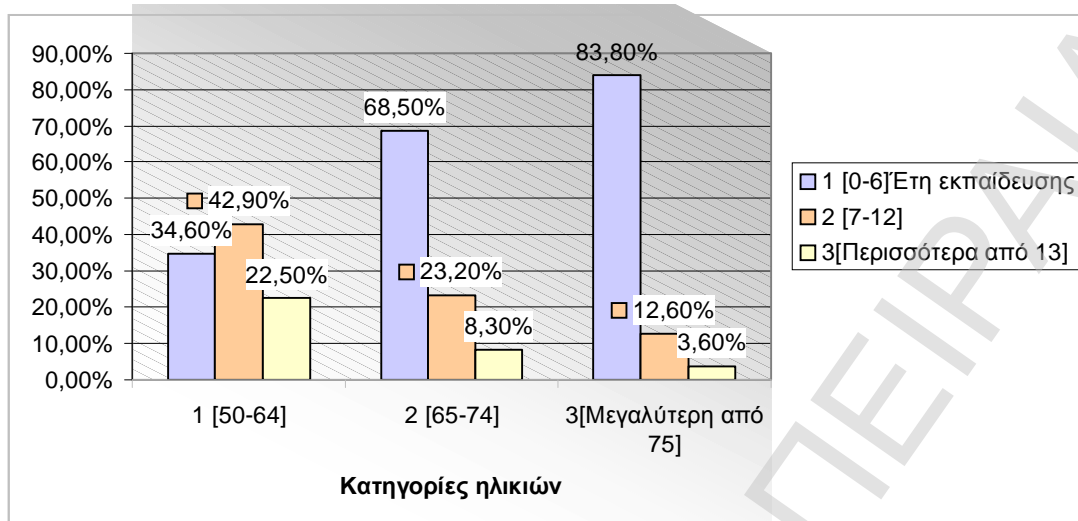
Σημαντική παρουσιάζεται η διαφοροποίηση στο μέσο ετήσιο εισόδημα με βάση το επίπεδο εκπαίδευσης και ανάλογα με το φύλο. Από το ακόλουθο ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-7 γίνεται φανερό ότι υπάρχει θετική σχέση μεταξύ των ετών εκπαίδευσης και του εισοδήματος. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η παρατήρηση ότι το μέσο εισόδημα των ανδρών είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο των γυναικών για όλα τα χρόνια εκπαίδευσης, ωστόσο η μεγάλη διαφορά μειώνεται σημαντικά για τα άτομα που έχουν άνω των 13 ετών εκπαίδευσης.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 7 ΣΧΕΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ-ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ



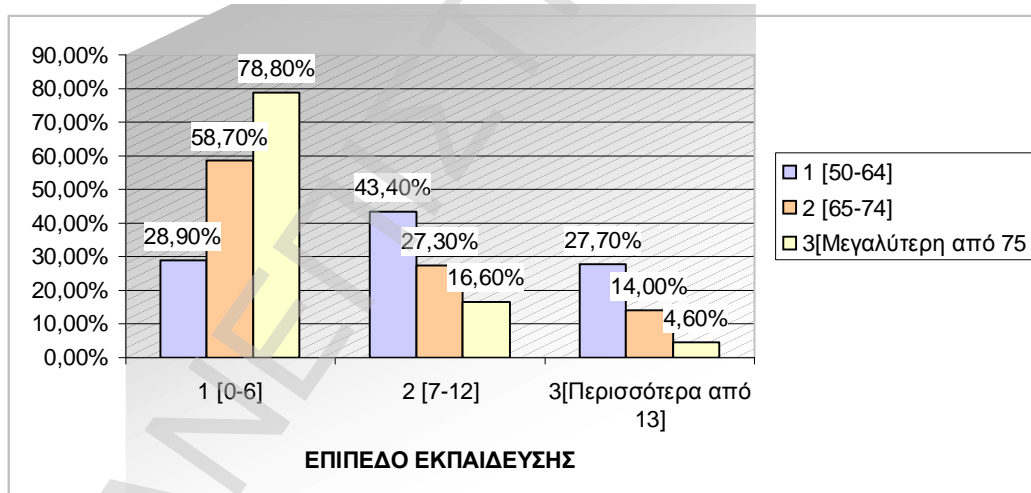
Προχωρώντας την ανάλυση ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και ηλικίας με βάση αναφοράς το φύλο των ατόμων. Η εικόνα που εμφανίζουν συγκριτικά και τα δύο φύλα είναι κοινή καθώς κινούμαστε σε υψηλότερη ηλικιακή κλίμακα αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, με τους άνδρες να έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα στις νεότερες ηλικίες και στα δύο φύλα επικρατεί η βασική εκπαίδευση. Στις ακόλουθες ηλικιακές κλίμακες είναι εμφανής η πλειοψηφία του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου όπου το ποσοστό αυξάνεται ακόμα περισσότερο στις μεγαλύτερες ηλικίες. Η πορεία του επιπέδου εκπαίδευσης σε σχέση με την ηλικία είναι κοινή και για τα δύο φύλα, αλλά οι άνδρες κυμαίνονται σε λίγο υψηλότερα ποσοστά.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 8 ΣΧΕΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ

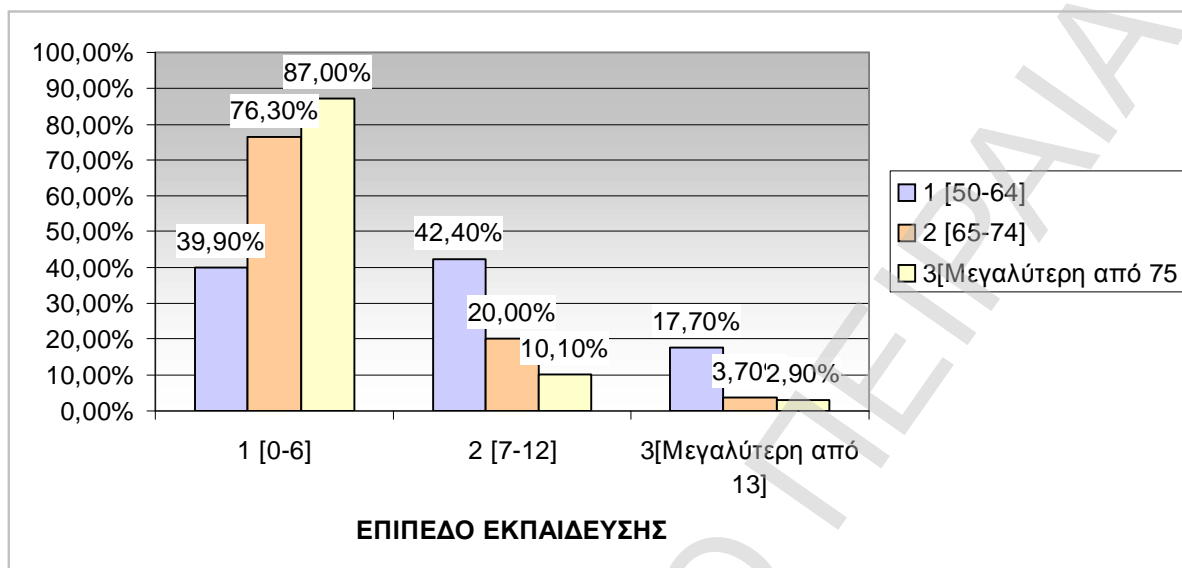


Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης και ηλικίας παρατηρείται ότι, ενώ για τα άτομα ηλικίας 50-64 ένα υψηλό ποσοστό (>40%) έχει συμπληρώσει τη μέση εκπαίδευση, για άτομα ηλικίας 65 και άνω η συντριπτική πλειοψηφία έχει τελειώσει το πολύ το δημοτικό (6 έτη εκπαίδευσης).

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 9 ΣΧΕΣΗ ΕΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 10 ΣΧΕΣΗ ΕΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ



Όπως παρατηρείται από τα παραπάνω στοιχεία υπάρχει διαφοροποίηση στην εκπαίδευση αναφορικά με το φύλο, την ηλικία και σε γενικότερο πλαίσιο την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του κάθε ατόμου. Αποτελεί παγκόσμια πραγματικότητα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών να έχουν χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο από τις νεότερες γενιές. Ο αναλφαβητισμός αποτελεί σημαντικό πρόβλημα ακόμα και σήμερα για πολλές αναπτυγμένες χώρες, καθώς σε διάφορες Ευρωπαϊκές έρευνες ένα μεγάλο τμήμα του ηλικιωμένου πληθυσμού διαθέτει μόνο πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Φυσικά με το πέρασμα των ετών όλο και μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού αποκτά υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και παράλληλα το ποσοστό των ηλικιωμένων με πολύ υψηλή εκπαίδευση αυξάνεται, ωστόσο το χάσμα μεταξύ νεότερων και ηλικιωμένων συνεχίζεται και σε πολλές χώρες διευρύνεται. Σημαντική είναι η παρατήρηση ότι όλο και περισσότερο οι νέες γενιές αποκτούν εξειδικευμένη εκπαίδευση και έχουν εξοικείωση με τις νέες τεχνολογίες, και έτσι διευρύνεται το χάσμα με τις παλαιότερες όπου τα άτομα στην πλειοψηφία τους έχουν κάποιο τεχνική εκπαίδευση μέσα από την εμπειρία. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το χάσμα που παρατηρείται μεταξύ των δύο φύλων και πιο συγκεκριμένα ο γυναικείος πληθυσμός έχει πολύ χαμηλότερη εκπαίδευση από τον αντίστοιχο ανδρικό σε κάθε ηλικία. Έντονες διαφοροποιήσεις παρατηρούνται ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης και τη γεωγραφική προέλευση των ατόμων. Ηλικιωμένα άτομα που προέρχονται από αγροτικές περιοχές έχουν χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο από εκείνα στις αστικές περιοχές. Σημειώνεται ότι στην Ελλάδα εύκολα γίνονται

κατανοητά τα ιστορικά και οικονομικά αίτια που σχετίζονται με το διαμορφωμένο μορφωτικό επίπεδο των ατόμων.

Σχέση Εισοδήματος-Απασχόλησης

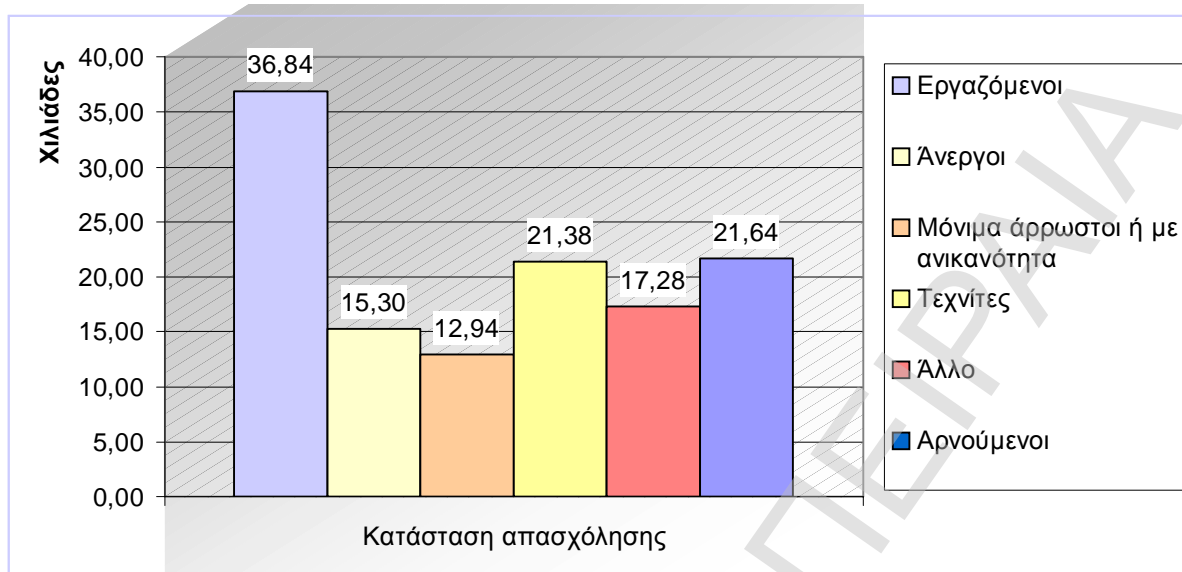
Από τον ΠΙΝΑΚΑ 5- 1 που ακολουθεί γίνεται φανερό ότι το υψηλότερο μέγεθος του μέσου ετήσιου εισοδήματος ανήκει στα άτομα που εργάζονται και ακολουθούν εκείνοι που έχουν συνταξιοδοτηθεί (περίπου 23.000). Οι άνεργοι και εκείνοι που αντιμετωπίζουν κάποια μόνιμη ασθένεια και αναπηρία βρίσκονται στα χαμηλότερα επίπεδα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 1 ΜΕΣΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΤΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ

| | | Οικογενειακό Εισόδημα (household income) |
|------------------------------|--|--|
| | | Mean |
| Κατάσταση απασχόλησης | Συνταξιούχοι | <i>22,852.07</i> |
| | Εργαζόμενοι ή αυτοαπασχολούμενοι (περιλαμβανομένων των εργαζόμενων σε οικογενειακές επιχειρήσεις) | <i>36,837.38</i> |
| | Άνεργοι | <i>15,297.16</i> |
| | Μόνιμα άρρωστοι ή με ανικανότητα | <i>12,936.53</i> |
| | Τεχνίτες | <i>21,381.30</i> |
| | Άλλο | <i>17,283.84</i> |
| | Αρνούμενοι | <i>21,644.60</i> |

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 11 ΜΕΣΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΚΑΤΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ



Στις μέρες μας έχει ενταθεί ο διάλογος σχετικά με τον προσδιορισμό των παραγόντων που συνθέτουν το εργασιακό πλαίσιο. Κυρίως έχει δοθεί βάρος στον καθορισμό της ηλικίας συνταξιοδότησης, καθώς σημειώνεται ότι υπό το πρίσμα της αύξησης του προσδόκιμου διαβίωσης είναι επιτακτική η αύξηση του εργασιακού βίου με στόχο τη βιωσιμότητα του συνταξιοδοτικού συστήματος.

Από τα στοιχεία της μελέτης παρατηρείται ότι στην Ελλάδα (σε σύνολο 965 ατόμων) ηλικίας 50 και άνω το 50% σχεδόν του δείγματος είναι συνταξιούχοι, ενώ το 30% είναι μισθωτοί και αυτοαπασχολούμενοι, ενώ ένα 22% δηλώνουν τεχνίτες. Σύμφωνα με τα στοιχεία το ποσοστό των ανέργων αντιστοιχεί σε 1,6%, οι άρρωστοι και αυτοί που εμφανίζουν αδυναμία για εργασία αντιστοιχούν στο 1,4%.

Ένα σημαντικό θέμα που χρειάζεται να αντιμετωπιστεί είναι η τάση για πρόωρη συνταξιοδότηση στις περισσότερες χώρες. Έντονη είναι η συζήτηση για τη δυνατότητα επέκτασης του εργασιακού βίου, μέσα από τον επαναπροσδιορισμό του συστήματος κοινωνικής συνταξιοδότησης και ασφάλισης. Ωστόσο, το κύριο ζήτημα σχετίζεται με τη δυνατότητα αύξησης των ορίων ηλικίας για συνταξιοδότηση, αναφορικά με τα περιθώρια που επιτρέπουν το επίπεδο υγείας των ατόμων και το κοινωνικό πλαίσιο.

Πολλές μελέτες επικεντρώνονται στη διερεύνηση των οικονομικών κινήτρων σχετικά με την απόφαση για συνταξιοδότηση που παρέχονται από το συνταξιοδοτικό σύστημα και την κοινωνική ασφάλιση. Ιδιαίτερα έντονη είναι η άποψη ότι πολλά συστήματα είναι πολύ

«γενναιόδωρα» και πιέζουν κατά κάποιο τρόπο άτομα που θέλουν να συνεχίσουν την εργασία τους, δεδομένης της κατάστασης υγείας τους, να αποχωρούν, κυρίως λόγω ποινών στη πιθανότητα επέκτασης του εργασιακού βίου.

Η οικονομική δραστηριότητα των ατόμων διακρίνεται στις ακόλουθες κατηγορίες: εργαζόμενοι, συνταξιούχοι, άτομα με ανικανότητα για εργασία, άνεργοι, οικοτεχνίτες και άλλοι. Τα χαρακτηριστικά των στοιχείων στους αμέσως ακόλουθους πίνακες και τα διαγράμματα εξηγούν την κατάσταση διαμόρφωσης του εργατικού δυναμικού. Η Ελλάδα εμφανίζει το μεγαλύτερο σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες ποσοστό συνταξιούχων κυρίως ανδρών. (Alcer K., et al., 2005)

Από τα στοιχεία παρατηρείται ότι στην ηλικία 50-64 ετών το ποσοστό των συνταξιούχων αντιστοιχεί στο 23% περίπου του εργατικού δυναμικού. Στην επόμενη ηλικιακή κατηγορία εμφανίζεται έντονη αύξηση αγγίζοντας το 80% του εργατικού δυναμικού με ανάλογη περίπτωση συνέχια σε μεγαλύτερες ηλικίες. Αναφορικά με το κυρίως εργατικό δυναμικό παρουσιάζεται ότι αγγίζει το ποσοστό του 74%, ενώ σε ηλικίες άνω των 65 ετών μειώνεται εντυπωσιακά και περιορίζεται στο 19%. Είναι εμφανές ότι για την πλειοψηφία των εργαζομένων στην Ελλάδα η επέκταση του εργασιακού βίου δεν ευνοείται από το σύστημα συνταξιοδότησης. Είναι πολλά τα κίνητρα μέχρι σήμερα για αποχώρηση από την εργασία σε κάποια ενδιάμεση ηλικία μεταξύ των 50-60 ετών ανάλογα με την περίπτωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 2 ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ

| | | Κατηγορίες ηλικιών | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--------------------|-------|---------|-----------|-------|---------|----------------------|-------|---------|
| | | 1 [50-64] | | | 2 [65-74] | | | 3[Μεγαλύτερη από 75] | | |
| | | N | % | Table % | N | % | Table % | N | % | Table % |
| | Συνταξιούχοι | 232 | 22,6% | 11,8% | 436 | 79,0% | 22,1% | 297 | 76,2% | 15,1% |
| Κατάσταση απασχόλησης (current job) | Εργαζόμενοι ή αυτοαπασχολούμενοι (περιλαμβανομένων των εργαζόμενων σε οικογενειακές επιχειρήσεις) | 494 | 48,1% | 25,1% | 15 | 2,7% | ,8% | | | |
| | Άνεργοι | 28 | 2,7% | 1,4% | 2 | ,4% | ,1% | 1 | ,3% | ,1% |

| | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------|---------------|--------------|------------|---------------|--------------|------------|---------------|--------------|
| Μόνιμα άρρωστοι ή με ανικανότητα | 5 | ,5% | ,3% | 5 | ,9% | ,3% | 18 | 4,6% | ,9% |
| Τεχνίτες | 259 | 25,2% | 13,1% | 92 | 16,7% | 4,7% | 67 | 17,2% | 3,4% |
| Άλλο | 9 | ,9% | ,5% | 2 | ,4% | ,1% | 7 | 1,8% | ,4% |
| Αρνούμενοι | 1 | ,1% | ,1% | | | | | | |
| Σύνολο | 1028 | 100,0% | 52,2% | 552 | 100,0% | 28,0% | 390 | 100,0% | 19,8% |

Πηγή:Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

Στην Ελλάδα παρουσιάζει ενδιαφέρον ότι επικρατεί η δημόσια συνταξιοδότηση. Σημειώνεται ότι ένα πάρα πολύ μικρό τμήμα του πληθυσμού λαμβάνει κύρια σύνταξη από ιδιωτικές ασφάλειες. Έχει αναδειχθεί από μελέτες ότι άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο δεν αναλαμβάνουν πρωτοβουλίες για ιδιωτική συνταξιοδότηση ώστε να λάβουν στο μέλλον κάποιο συμπληρωματικό εισόδημα. (Alcer K., et al., 2005)

Ιδιαίτερης μνείας χρίζει το πολύ μικρό ποσοστό συνταξιοδότησης λόγω ανικανότητας ή άλλων παραγόντων που σχετίζονται με την κατάσταση της υγείας. Είναι γενικότερη πρακτική στον ευρωπαϊκό χώρο πολλοί άνθρωποι να αποσύρονται νωρίτερα από την εργασία λόγω προβλημάτων υγείας. Στην Ελλάδα αυτό το ποσοστό είναι το μικρότερο σε ευρωπαϊκή κλίμακα και συνδέεται από πολλούς μελετητές με την καλή κατάσταση της υγείας (πνευματική, σωματική και ψυχολογική) κατά τις ηλικίες μέχρι τη συνταξιοδότηση. Ωστόσο, από διάφορες μελέτες παρατηρείται ότι στη χώρα μας αμέσως μετά τη συνταξιοδότηση η κατάσταση της υγείας σημειώνει έντονη πτώση σε γενικότερα τμήματα του πληθυσμού που ανήκει στις σχετικές ηλικίες. Η παραπάνω εικόνα του χαμηλού ποσοστού συνταξιοδότησης λόγω της κατάστασης υγείας μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στο μη αποδοτικό σύστημα για πρόωρες συνταξιοδοτήσεις, συγκριτικά με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες όπου τα σχετικά προνόμια να είναι ευνοϊκότερα. (Alcer K., et al., 2005)

Μπορεί στο σημείο αυτό να αναφερθεί και το παράδειγμα από την Αμερικάνική αγορά εργασίας. Έχει εκδοθεί μία σειρά μελετών σχετικά με το σύστημα συνταξιοδοτήσης και του αριθμού των συνταξιούχων. Το μεγάλο ποσοστό των συνταξιούχων θεωρείται από πολλούς ότι δεν οφείλεται αποκλειστικά στην αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων αλλά και στο καθεστώς πρόωρων συνταξιοδοτήσεων που ευνοούνται από την Κοινωνική Ασφάλιση και τα συνταξιοδοτικά προγράμματα των εταιρειών. Όπως αναλύεται στο άρθρο του Wise το καθεστώς που επικρατεί παρέχει μέσα ενίσχυσης των ατόμων κατά τη συνταξιοδότηση και τα

προνόμια που παρέχονται ευνοούν τη συνταξιοδότηση σε αρκετά νέα ηλικία. (Wise D., 1997).

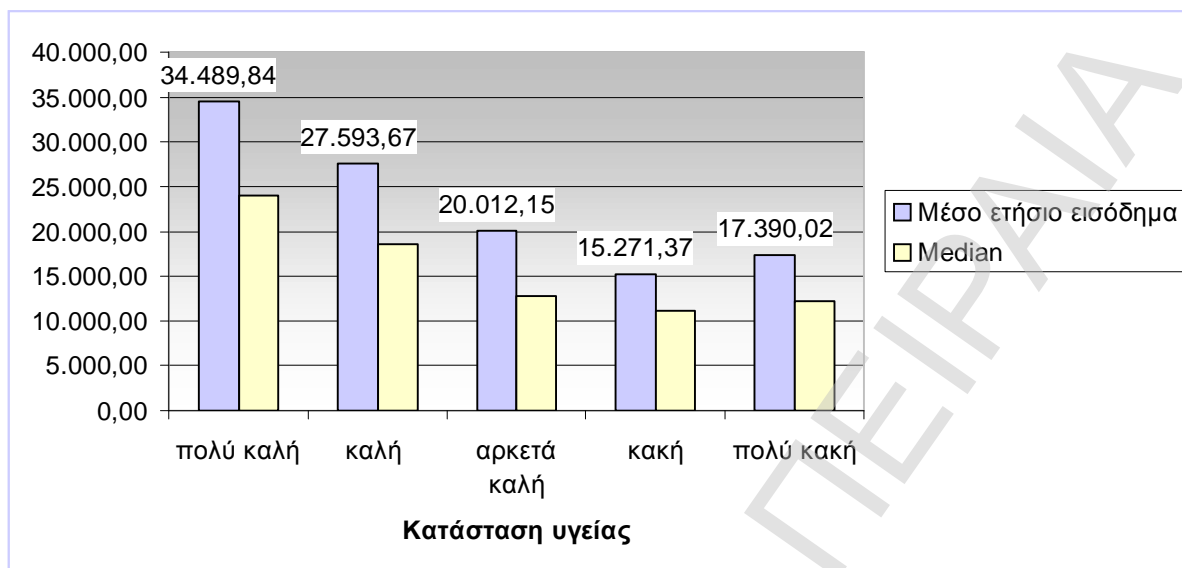
Η κατάσταση της υγείας παρουσιάζεται ως καταλυτικός παράγοντας στην απόφαση για συνταξιοδότηση. Άτομα με καλή υγεία είναι πιθανότερο να δηλώνουν ότι θα εργάζονται και μετά από την επίσημη ηλικία συνταξιοδότησης σε σχέση με εκείνους που έχουν επιβαρημένη υγεία. Επίσης, άτομα με επιβαρημένη υγεία εμφανίζονται περισσότερο σίγουροι στην απόφαση τους να μην εργάζονται μετά από την συμπλήρωση κάποιας ηλικίας ιδιαίτερα όταν διαθέτουν κάποιο συνταξιοδοτικό πρόγραμμα που τους εξασφαλίζει. Σημειώνεται ότι στην Αμερική η κύρια ιατρική κάλυψη παρέχεται μετά τη συμπλήρωση των 65 ετών. Έτσι, παρατηρείται ότι καθοριστικός παράγοντας για την απόφαση του χρόνου συνταξιοδότησης είναι η ύπαρξη παρεχόμενης ασφάλισης από την εργασία, καθώς ο εργαζόμενος δεν διαθέτει περαιτέρω οικονομικά κίνητρα να συνεχίσει την εργασία. Σε περίπτωση μη κάλυψης είναι πολύ πιθανό να παρατηρηθεί συνέχιση της εργασίας μέχρι τα 65 έτη.(Wise D., 1997).

Σχέση Εισοδηματικού επιπέδου- Κατάστασης υγείας

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 3 ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ(ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ) ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

| | | Κατάσταση υγείας | | | | |
|-------------------------------------|---------------|------------------|-----------|-------------|-----------|-----------|
| | | πολύ καλή | καλή | αρκετά καλή | κακή | πολύ κακή |
| Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα | Mean | 34.489,84 | 27.593,67 | 20.012,15 | 15.271,37 | 17.390,02 |
| | Median | 24.028,20 | 18.588,60 | 12.725,30 | 11.103,80 | 12.263,40 |

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 12 ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ(ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ) ΚΑΙ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ



Διαφοροποίηση παρουσιάζεται στην κατανομή του εισοδήματος αναφορικά με το επίπεδο υγείας, όπως αυτό αναφέρεται από τον ερωτώμενο. Πιο αναλυτικά, το μέσο εισόδημα, καθώς και η διάμεσος διαφοροποιείται με το επίπεδο υγείας. Το υψηλότερο επίπεδο εισοδήματος των νοικοκυριών σχετίζεται με εξαιρετική ή πολύ καλή υγεία, ενώ όταν υπάρχει κάποιας μορφής πρόβλημα το εισόδημα εμφανίζεται να μειώνεται στο μισό σε σχέση με άτομα που έχουν εξαιρετική υγεία.

Σημαντική είναι και η παράθεση σχετικών παρατηρήσεων από την έρευνα SHARE που περιλαμβάνει ένα σύνολο 11 ευρωπαϊκών χωρών. Έτσι, παρατηρείται ότι οι Έλληνες άνω των 50 ετών είναι οι φτωχότεροι μεταξύ των ευρωπαϊκών συνομηλίκων τους. Επίσης, σημειώνεται ότι κατέχουν την υψηλότερη θέση στον συνδυασμό αρρώστιας και φτώχειας. Πιο συγκεκριμένα οι 9 στους 10 από 50 έως 70 ετών με κακή ή πολύ κακή υγεία είναι φτωχοί, έναντι 58,6% του μέσου ευρωπαϊκού όρου. Ωστόσο, σημαντικό είναι ότι η Ελλάδα παρουσιάζει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά μελαγχολίας στην Ευρώπη. Αλλά στις πολύ μεγάλες ηλικίες υπάρχει εξίσωση με το μέσο ευρωπαϊκό όρο. (Alcer K., et al., 2005)

Σημειώνεται ότι από μελέτες, όπως των Moon M. & Juster T. συναντώνται ανάλογα συμπεράσματα σχετικά με το εισόδημα των ατόμων και την ενδεχόμενη σχέση που υπάρχει με την κατάσταση υγείας. Έτσι, παρατηρείται ότι το υψηλότερο επίπεδο εισοδήματος του νοικοκυριού συνδέεται με την πολύ καλή υγεία των μελών του. Μόνο τα ζεύγη με πολύ καλή υγεία έχουν υψηλό εισόδημα, ενώ όταν υπάρχει πρόβλημα υγείας έστω και σε ένα μέλος το εισόδημα μειώνεται σημαντικά και το πρόβλημα εντείνεται όταν και τα δύο μέλη

αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας. Επίσης, ανάλογη συσχέτιση παρατηρείται με την κατάσταση υγείας των μελών του νοικοκυριού και τον καθαρό πλούτο. Τα παντρεμένα νοικοκυριά όπου και οι δύο σύντροφοι έχουν κακή υγεία παρουσιάζονται να έχουν δέκα φορές μικρότερο καθαρό πλούτο από εκείνα με άριστη υγεία. (Moon M. & Juster T., 1995).

5.3. Δυσκολίες σε κινητικές λειτουργίες και στοιχειώδεις καθημερινές εργασίες

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 4 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

| | επιλογή |
|---|---------|
| | % |
| Δυσκολίες στο βάδισμα 100 μέτρων | 11,7% |
| Δυσκολίες να είσαι καθισμένος δύο ώρες | 9,7% |
| Δυσκολίες να σηκωθείς από ένα κάθισμα | 17,0% |
| Δυσκολίες να ανέβεις αρκετούς ορόφους με τις σκάλες | 44,4% |
| Δυσκολίες να ανέβεις ένα όροφο με τις σκάλες | 17,4% |
| Δυσκολίες στο σκύψιμο, το γονάτισμα κ.α. | 31,0% |
| Δυσκολίες της έκτασης των χεριών πάνω από τους ώμους | 5,9% |
| Δυσκολίες στο να σπρώξεις μεγάλα αντικείμενα | 15,9% |
| Δυσκολίες στο να σηκώσεις και να μετακινήσεις βάρος πάνω από 5 κιλά | 16,4% |
| Δυσκολίες στο να σηκώσεις ένα νόμισμα από ένα τραπέζι | 2,1% |

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 5 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

| ADL | επιλογή |
|---|---------|
| | % |
| Δυσκολίες να ντυθείς, περιλαμβάνονται παπούτσια και κάλτσες | 5,8% |
| Δυσκολίες να περπατάς σε ένα δωμάτιο | 2,3% |
| Δυσκολίες να κάνεις μπάνιο και ντους | 4,8% |
| Δυσκολίες να φας | 1,8% |
| Δυσκολίες να ξαπλώνεις και να σηκώνεσαι από το κρεβάτι | 4,0% |
| Δυσκολίες στη χρήση της τουαλέτας | 2,5% |

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 6 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ

| IADL | επιλογή |
|--|---------|
| | % |
| Δυσκολίες στη χρήση χάρτη σε ένα ξένο μέρος | 13,2% |
| Δυσκολίες στην προετοιμασία γεύματος | 3,4% |
| Δυσκολίες στο να ψωνίζεις από παντοπωλείο | 4,6% |
| Δυσκολίες στη χρήση τηλεφώνου | 2,7% |
| Δυσκολίες στη λήψη φαρμάκων | 2,4% |
| Δυσκολίες στην πραγματοποίηση εργασιών στο σπίτι ή στον κήπο | 8,2% |
| Δυσκολίες στη διαχείριση χρημάτων | 4,5% |

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

Οι παραπάνω πίνακες αναφέρονται σε περιορισμούς σε στοιχειώδεις και μη στοιχειώδεις καθημερινές δραστηριότητες, καθώς και κινητικές δυσκολίες. Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων αντιμετωπίζει δυσκολίες στο ανέβασμα πολλών ορόφων με σκάλες (αγγίζοντας το 45%). Σημαντικά προβλήματα αντιμετωπίζει ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό που ανέρχεται στο 31% σχετικά με το σκύψιμο και το γονάτισμα. Άλλα προβλήματα που δηλώνονται σε μικρότερα ποσοστά σχετίζονται με δυσκολίες στη μεταφορά αντικειμένων με βάρος πάνω από 5 κιλά, στη βάρδια 100 μέτρων, στη χρήση χάρτη και πολλών άλλων.

Αναφορικά με το φύλο στις γυναίκες μεγάλο ποσοστό γύρω στο 77% αντιμετωπίζει δυσκολίες στη μετακίνηση και μεταφορά μεγάλων αντικειμένων αλλά ακόμα και στο να κάθεται σε κρεβάτι. Σε μικρότερο ποσοστό συναντώνται δυσκολίες που σχετίζονται με κινήσεις όπως έκταση των χεριών πάνω από τους ώμους, στο περπάτημα κ.τ.λ.. Στον πληθυσμό των ανδρών συναντώνται δυσκολίες σε χαμηλότερα ποσοστά που σχετίζονται με κινήσεις όπως το πιάσιμο ενός μικρού νομίσματος από ένα τραπέζι, να κάθεται για δύο συνεχόμενες ώρες, το ανέβασμα ορόφων με σκάλες, το ντύσιμο κ.λ.π. Παρατηρείται ότι υπάρχει μία διαφοροποίηση στις δυσκολίες που δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν τα δύο φύλα. Οι γυναίκες εμφανίζουν γενικότερα μεγαλύτερα ποσοστά στην αναφορά προβλημάτων και δηλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα δυσκολίες που έχουν σχέση με τη μεταφορά αντικειμένων και διάφορα κινητικά προβλήματα. Τα συγκεκριμένα προβλήματα βρίσκονται σε πολύ μικρό ποσοστό στους άνδρες.

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό μέτρο υγείας αποτελεί η δυνατότητα των ηλικιωμένων να μπορούν να αντεπεξέλθουν σε απλές καθημερινές δραστηριότητες. Στην Ελλάδα ένα σημαντικό τμήμα των μεγάλων ηλικιών δηλώνει ότι δεν αντιμετωπίζει σημαντικούς περιορισμούς ακόμα και σε πολύ μεγάλες ηλικίες. Ωστόσο, είναι κατανοητό ότι με την αύξηση της ηλικιακής κλίμακας αυξάνεται και ο αριθμός των περιορισμών που αντιστοιχούν στην μεταβλητή ADL. Ιδιαίτερα σαφής είναι η εικόνα που παρουσιάζεται στα ακόλουθα ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ 5- 13, 14, όπου παρατηρείται ότι τα άτομα της ηλικίας άνω των 75 ετών εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό σε ένα έως έξι περιορισμούς. Επίσης, είναι ιδιαίτερα έντονη η διαφοροποίηση στις πολύ μεγάλες ηλικίες καθώς το ποσοστό εκείνων που αναφέρουν κάποιον περιορισμό (ADL) κλιμακώνεται έντονα στις πολύ μεγάλες ηλικίες (άνω των 75 ετών).

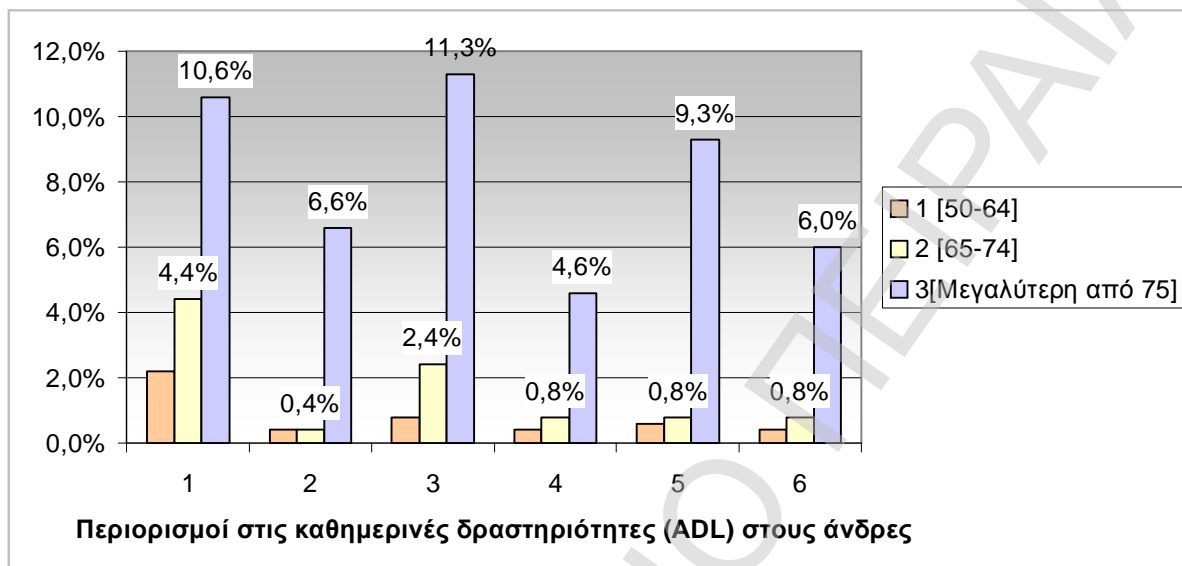
ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 7 ΠΟΣΟΣΤΑ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ADL)

| ADL | | | Κατηγορίες ηλικιών | | |
|---|---------|---|--------------------|-----------|----------------------|
| | | | 1 [50-64] | 2 [65-74] | 3[Μεγαλύτερη από 75] |
| Δυσκολίες να ντυθείς, περιλαμβάνονται παπούτσια και κάλτσες | επιλογή | % | 2,2% | 4,4% | 10,6% |
| Δυσκολίες να περπατάς σε ένα δωμάτιο | επιλογή | % | ,4% | ,4% | 6,6% |
| Δυσκολίες να κάνεις μπάνιο και ντους | επιλογή | % | ,8% | 2,4% | 11,3% |
| Δυσκολίες στο να φας | επιλογή | % | ,4% | ,8% | 4,6% |
| Δυσκολίες να ξαπλώνεις και να σηκώνεσαι από το κρεβάτι | επιλογή | % | ,6% | ,8% | 9,3% |
| Δυσκολίες στη χρήση της τουαλέτας | επιλογή | % | ,4% | ,8% | 6,0% |

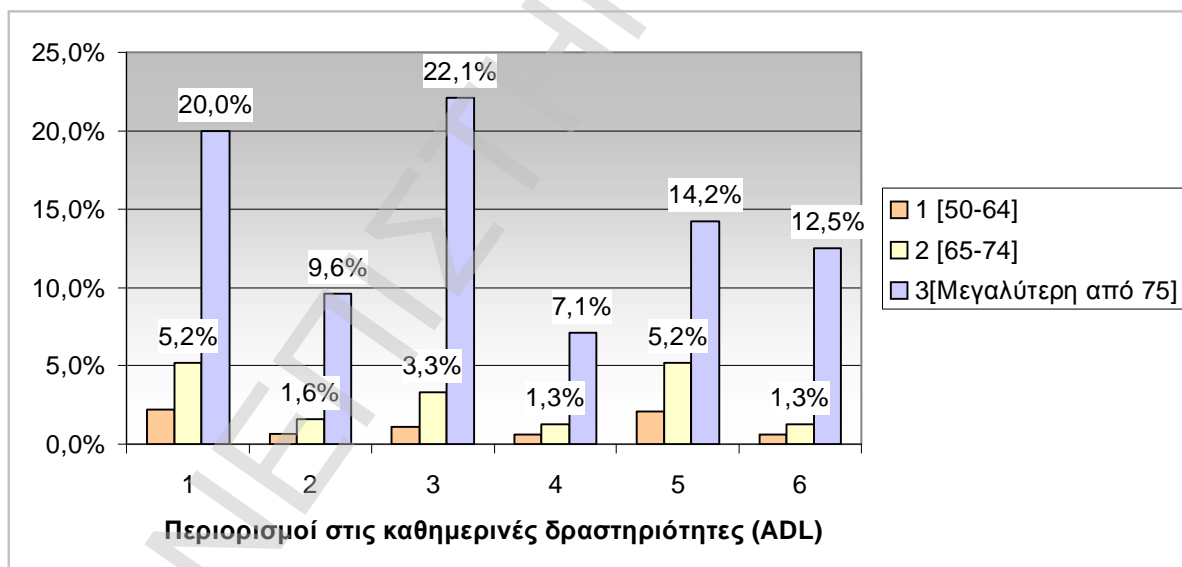
Πηγή:Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

Σε μία σύντομη αναφορά σχετικά με τους ADL περιορισμούς παρατηρείται ότι υπάρχει αύξηση στην εμφάνιση άνω του ενός προβλήματος καθώς αυξάνονται οι ηλικιακές κλίμακες. Πιο αναλυτικά στις ηλικίες από 50 μέχρι 64 ετών ποσοστό 17,3% δηλώνει άνω του ενός ADL περιορισμού. Στις μεγαλύτερες ηλικίες παρουσιάζεται αυξητική τάση στο ποσοστό εμφάνισης περιορισμών και στη μεγαλύτερη ηλικιακή κατηγορία υπάρχει κλιμάκωση της τάξης του 57%. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφοροποίηση αναφορικά με το φύλο του ατόμου. Συχνά σε μελέτες παρατηρείται μία σαφής τάση του ανδρικού πληθυσμού να παρουσιάζει χαμηλά ποσοστά δήλωσης σε περιορισμούς και ασθένειες γενικότερα. Στα στοιχεία της μελέτης παρατηρείται μία μικρή διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων στη δήλωση περιορισμών, με το ποσοστό των ανδρών όπου δεν δηλώνουν κάποιο πρόβλημα να είναι λίγο υψηλότερος μόνο στην ηλικιακή κλίμακα 50-64 ετών.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 13 ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ADL) ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 14 ΠΟΣΟΣΤΟ ΜΕ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ADL) ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ



ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 8 ΠΟΣΟΣΤΑ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑ ΠΟΥ ΔΗΛΩΝΟΥΝ ΔΥΣΚΟΛΙΑ ΣΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΔΕΙΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ADL)

| | | | Κατηγορίες ηλικιών | | |
|---|---------|---|--------------------|-----------|----------------------|
| | | | 1 [50-64] | 2 [65-74] | 3[Μεγαλύτερη από 75] |
| Δυσκολίες να ντυθείς, περιλαμβάνονται παπούτσια και κάλτσες | επιλογή | % | 2,2% | 5,2% | 20,0% |
| Δυσκολίες να περπατάς σε ένα δωμάτιο | επιλογή | % | ,7% | 1,6% | 9,6% |
| Δυσκολίες να κάνεις μπάνιο και ντους | επιλογή | % | 1,1% | 3,3% | 22,1% |
| Δυσκολίες στο να φας | επιλογή | % | ,6% | 1,3% | 7,1% |
| Δυσκολίες να ξαπλώνεις και να σηκώνεσαι από το κρεβάτι | επιλογή | % | 2,1% | 5,2% | 14,2% |
| Δυσκολίες στη χρήση της τουαλέτας | επιλογή | % | ,6% | 1,3% | 12,5% |

Πηγή:Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

5.4. Επικράτηση Σωματικών προβλημάτων υγείας

Ο προσδιορισμός της σωματικής υγείας των ατόμων γίνεται με βάση διαφόρων δεικτών. Οι δείκτες αυτοί αναφέρονται σε χρόνιες ασθένειες, συμπτώματα και δυσκολίες σε συγκεκριμένες καθημερινές δραστηριότητες. Υπάρχουν στοιχεία που αναφέρονται σε σοβαρά προβλήματα υγείας των ατόμων και σχετίζονται με χρόνιες ασθένειες που έχουν διαγνωσθεί από γιατρό, όπως καρδιακά προβλήματα, καρκίνος, εγκεφαλικό, υπέρταση, διαβήτη κ.α.. Ιδιαίτερα σημαντικά είναι τα αποτελέσματα που εξετάζουν την εμφάνιση ή όχι άνω των δύο χρόνιων ασθενειών ταυτόχρονα. Η ύπαρξη περιορισμών στις σωματικές λειτουργίες παρουσιάζονται σε μορφή πίνακα και αντιστοιχούν σε εκτιμήσεις για περιορισμούς στις κινητικές δυνατότητες των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα εξετάζονται δυσκολίες στην πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων (ικανότητα να ετοιμάσουν κάποιο γεύμα, να σηκωθούν από το κρεβάτι, να ντυθούν κ.α), αλλά και ποικίλα κινητικά προβλήματα (δυσκολίες μετακίνησης, να ανέβεις σκαλιά κ.α.).

Η εικόνα που εμφανίζουν τα δεδομένα φανερώνει μία σαφή τάση να δηλώνονται περισσότερα σωματικά προβλήματα στις μεγάλες ηλικίες. Σύμφωνα με τα στοιχεία περίπου το 41% των συμμετεχόντων στην έρευνα δηλώνει ότι έχει δύο ή και παραπάνω χρόνιες παθήσεις. Σε γενικές γραμμές στα ίδια ποσοστά κυμαίνεται και η εμφάνιση συμπτωμάτων (35%). Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 56% δηλώνει παραπάνω από ένα κινητικά προβλήματα.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η εικόνα διαφοροποίησης που παρουσιάζεται από τα στοιχεία της μελέτης αναφορικά με το φύλο των ατόμων. Παρατηρείται ότι οι γυναίκες δηλώνουν άνω των δύο ασθενειών σε ποσοστό 63,9% έναντι 36,1% των ανδρών. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα αναφορικά με τα συμπτώματα, έτσι το 67,4% των γυναικών αναφέρουν άνω των δύο συμπτωμάτων ασθένειας έναντι 32,6% των ανδρών. Αλλά και στη δήλωση άνω των δύο κινητικών περιορισμών οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο ποσοστό. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι το 63,9% των γυναικών που περιλαμβάνονται στη μελέτη δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν άνω των δύο κινητικών δυσκολιών ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών είναι πολύ μικρότερο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 9 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

| | | | φύλο | | Σύνολο |
|-----------------------------|-----------------------------------|---|--------|----------|--------|
| | | | άνδρες | γυναίκες | |
| Αριθμός χρόνιων ασθενειών | Λιγότερες από δύο ασθένειες | % | 52,0% | 48,0% | 100,0% |
| | | N | 602 | 556 | 1158 |
| | Άνω των δύο ασθενειών | % | 36,1% | 63,9% | 100,0% |
| | | N | 293 | 518 | 811 |
| Αριθμός χρόνιων συμπτωμάτων | Λιγότερα από δύο συμπτώματα | % | 52,2% | 47,8% | 100,0% |
| | | N | 675 | 619 | 1294 |
| | Άνω των δύο συμπτωμάτων | % | 32,6% | 67,4% | 100,0% |
| | | N | 220 | 455 | 675 |
| Κινητικά προβλήματα | Κανένα | % | 57,0% | 43,0% | 100,0% |
| | | N | 498 | 375 | 873 |
| | Τουλάχιστον μία κινητική δυσκολία | % | 36,1% | 63,9% | 100,0% |
| | | N | 395 | 699 | 1094 |

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 10 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΩΝ

| | | Κατηγορίες ηλικιών | | |
|-----------------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------|----------------------|
| | | 1 [50-64] | 2 [65-74] | 3[Μεγαλύτερη από 75] |
| | | % | % | % |
| Αριθμός χρόνιων ασθενειών | Άνω των δύο ασθενειών | 30,7% | 36,5% | 32,8% |
| Αριθμός χρόνιων συμπτωμάτων | Άνω των δύο συμπτωμάτων | 36,1% | 29,9% | 33,9% |
| Κινητικά προβλήματα | Τουλάχιστον μία κινητική δυσκολία | 38,4% | 31,2% | 30,4% |

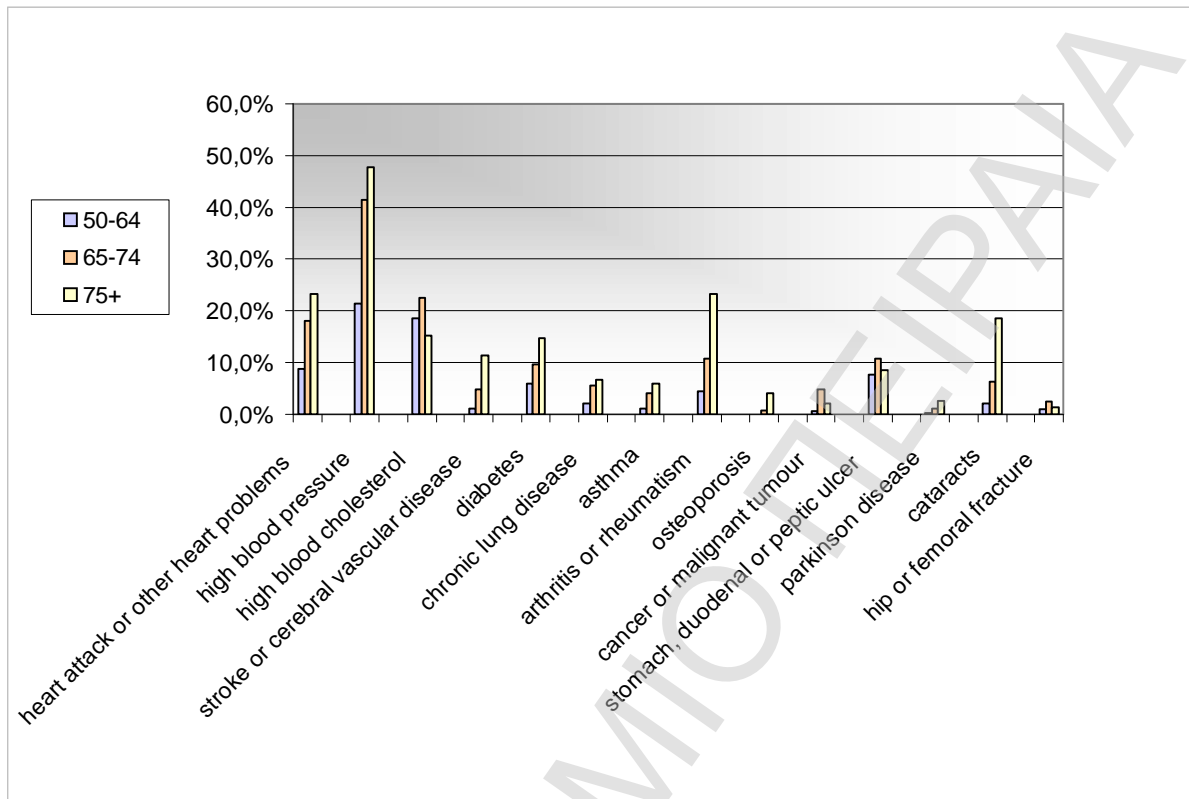
Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 11 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΗΛΙΚΙΩΝ

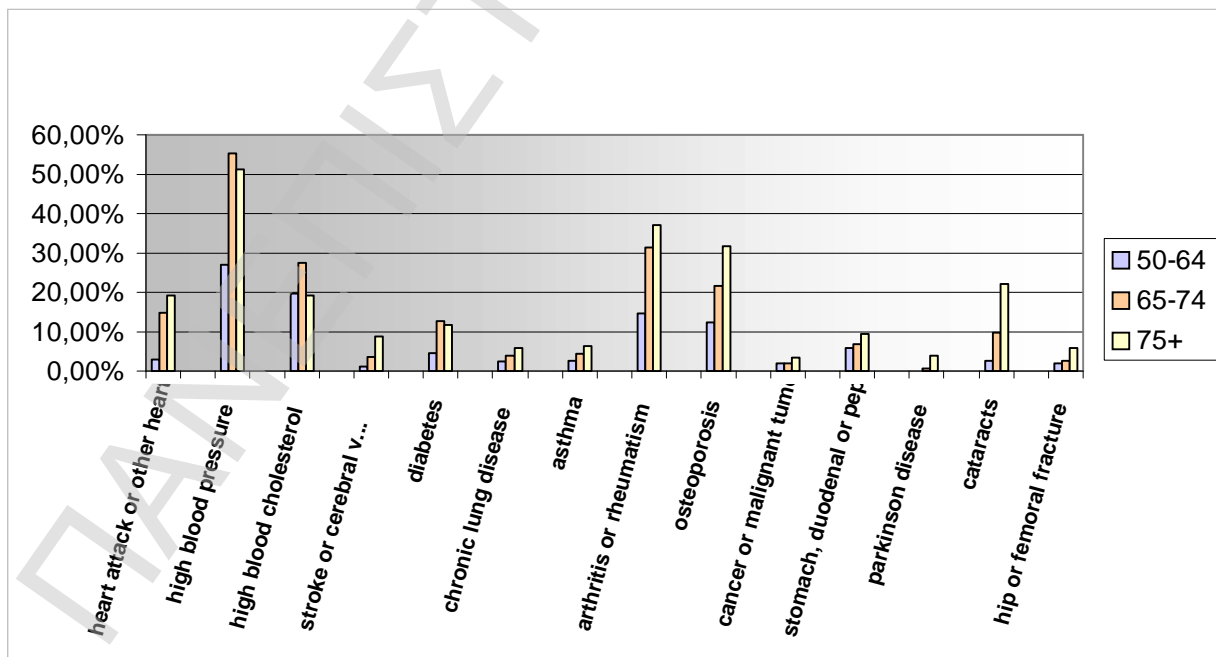
| | | Κατηγορίες ηλικιών | | |
|------------------------------------|--|--------------------|-----------|----------------------|
| | | 1 [50-64] | 2 [65-74] | 3[Μεγαλύτερη από 75] |
| | | % | % | % |
| Αριθμός χρόνιων ασθενειών | Άνω των δύο ασθενειών | 29,5% | 36,3% | 34,2% |
| Αριθμός χρόνιων συμπτωμάτων | Άνω των δύο συμπτωμάτων | 35,2% | 30,8% | 34,1% |
| Κινητικά προβλήματα | Τουλάχιστον μία κινητική δυσκολία | 38,6% | 30,3% | 31,0% |

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 15 ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 16 ΠΟΣΟΣΤΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ



Από την έρευνα SHARE (2004) έχει διαπιστωθεί ότι συγκεκριμένες επικίνδυνες χρόνιες ασθένειες όπως καρδιακά προβλήματα, διαβήτης, ασθένειες στους πνεύμονες κ.λ.π. συναντώνται περισσότερο στους άνδρες, ενώ άλλες (π.χ. οστεοπόρωση) εντοπίζονται περισσότερο στις γυναίκες. Επίσης, φαίνεται ότι οι άνδρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση να αναπτύξουν κάποια θανατηφόρο ασθένεια, πιθανόν λόγω πιο ριψοκίνδυνου τρόπου ζωής από τις γυναίκες, αλλά οι γυναίκες αναπτύσσουν ασθένειες που τους προκαλούν σοβαρά προβλήματα κινητικότητας και κατά συνέπεια χρειάζονται σημαντικά το σύστημα υγείας και την κοινωνική πρόνοια. Τέλος η ηλικία είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας υπάρχουν έντονες ηλικιακές διαβαθμίσεις για αρκετές χρόνιες παθήσεις όπως εγκεφαλικό και καταρράκτης, στις οποίες το ποσοστό στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 80 είναι πέντε φορές υψηλότερο από την κλίμακα 50-59. Επίσης, με μικρότερες διαφορές που αντιστοιχεί στην επικράτηση της ηλικίας άνω των 80 λιγότερο από δύο φορές σε σχέση με την κλίμακα 50-59 παρουσιάζονται οι ασθένειες υψηλή χοληστερίνη, άσθμα, προβλήματα ύπνου κ.α. (Alcer K., et al., 2005).

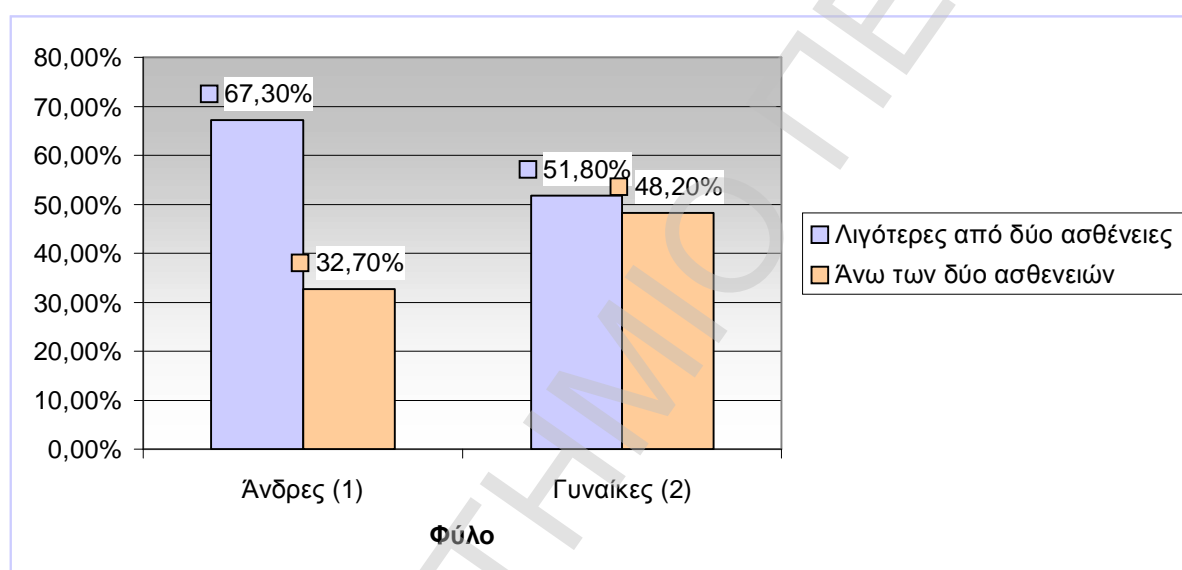
Η διαπίστωση σχετικά με την ανάπτυξη συγκεκριμένων ασθενειών αναφορικά με το φύλο επιβεβαιώνεται και από την επεξεργασία των στοιχείων στην παρούσα εργασία. Η ηλικιακή κλιμάκωση διαφόρων χρόνιων ασθενειών παρουσιάζεται στα προηγούμενα διαγράμματα. Η εικόνα που παρουσιάζεται στα ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5-15, 16 επιβεβαιώνει ότι και στα δύο φύλα η αύξηση της ηλικίας οδηγεί στην άνοδο του ποσοστού εμφάνισης ασθενειών. Επίσης, παρατηρείται ότι στον ανδρικό πληθυσμό έντονα είναι τα προβλήματα που σχετίζονται με την καρδιά, τον διαβήτη, τη χρόνια ασθένεια των πνευμόνων ιδιαίτερα στην ηλικία άνω των 65 ετών, αλλά και διάφορα προβλήματα στομάχου. Παράλληλα, στις γυναίκες σε μία σύντομη αναφορά διαπιστώνεται ότι σε γενικό πλαίσιο συναντώνται υψηλά ποσοστά με προβλήματα πίεσης, άσθματος, αρθρίτιδας, οστεοπόρωσης, καταρράκτη και καταγμάτων. Στο σημείο αυτό θα μπορούσε να γίνει η παρατήρηση ότι συχνά διάφορες ασθένειες σχετίζονται με την ηλικία, ώστε με την αύξηση της ηλικίας να αυξάνονται τα ποσοστά εμφάνισης τους. Ωστόσο, φαίνεται ότι οι μεγαλύτερες ηλικίες 75 και άνω δεν εμφανίζουν και τα μεγαλύτερα ποσοστά νοσηρότητας. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται έως ένα σημείο στο γεγονός ότι άτομα με σοβαρές παθήσεις έχουν εκλείψει νωρίτερα ή και στο ότι πολλοί ηλικιωμένοι, συγκρίνοντας την κατάσταση της υγείας τους με συνομήλικους τους, τείνουν να υποεκτιμούν τα προβλήματα υγείας που έχουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 12 ΣΧΕΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

| | | Φύλο | |
|---------------------------|------------------------------|------------|--------------|
| | | Άνδρες (1) | Γυναίκες (2) |
| Αριθμός χρόνιων ασθενειών | Λιγότερες από δύο ασθένειες | 67,3% | 51,8% |
| | Δύο ή περισσότερες ασθένειες | 32,7% | 48,2% |

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 17 ΣΧΕΣΗ ΦΥΛΟΥ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΥ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ



Σχέση Φύλου- Αριθμού χρόνιων ασθενειών που δηλώνονται

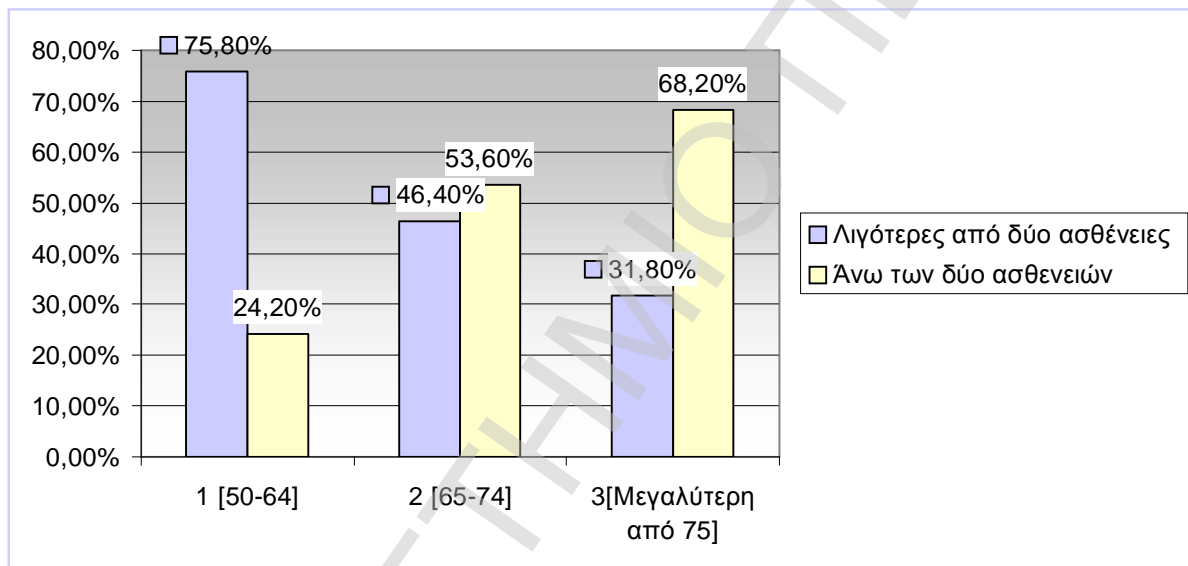
Μέσα από τη διαδικασία ερμηνείας των δεδομένων παρατηρείται ότι αναφορικά με τους άνδρες ποσοστό της τάξεως του 67% δηλώνει λιγότερες από δύο ασθένειες, ενώ άνω των δύο ασθενειών αντιστοιχεί σε ποσοστό της τάξης του 33%. Στις γυναίκες η διαφορά που χωρίζει τον αριθμό των ασθενειών μειώνεται σημαντικά και αντιστοιχεί σε ποσοστό 3,6%. Πιο συγκεκριμένα άνω των δύο ασθενειών έχει το 48% των γυναικών και λιγότερο από δύο ασθένειες δηλώνει το 52%. Γίνεται κατανοητό ότι στην Ελλάδα οι άνδρες έχουν μία τάση να δηλώνουν λιγότερα προβλήματα υγείας, ενώ οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς να δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν κάποια ή πολλές ασθένειες ταυτόχρονα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 13 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ

| | | Κατηγορίες ηλικιών | | |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------|----------------------|
| | | 1 [50-64] | 2 [65-74] | 3[Μεγαλύτερη από 75] |
| Αριθμός χρόνιων ασθενειών | Λιγότερες από δύο ασθένειες | 75,8% | 46,4% | 31,8% |
| | Άνω των δύο ασθενειών | 24,2% | 53,6% | 68,2% |

Πηγή:Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 18 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ



Από τον παραπάνω ΠΙΝΑΚΑΣ 5-13 γίνεται αντιληπτό ότι καθώς ανερχόμαστε στην ηλικιακή κλίμακα υπάρχει τάση να αυξάνεται σε μεγάλο βαθμό το ποσοστό δήλωσης της ταυτόχρονης ύπαρξης διάφορων ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα λιγότερο από δύο ασθένειες δηλώνει το 75,8% των ατόμων ηλικίας 50-64 ετών, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό σε άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών μειώνεται σε 31,8%. Αντίστροφη πορεία ακολουθεί η σχέση ηλικίας και δήλωσης άνω των δύο ασθενειών. Από 24,2% στις ηλικίες 50-64 ανέρχεται στο 68,2% για ηλικίες άνω των 75 ετών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η διαφοροποίηση αναφορικά με το φύλο του ατόμου. Συχνά σε μελέτες παρατηρείται μία σαφής τάση του ανδρικού πληθυσμού να παρουσιάζει χαμηλά ποσοστά δήλωσης για ασθενειών γενικότερα. Στα στοιχεία της μελέτης παρατηρείται

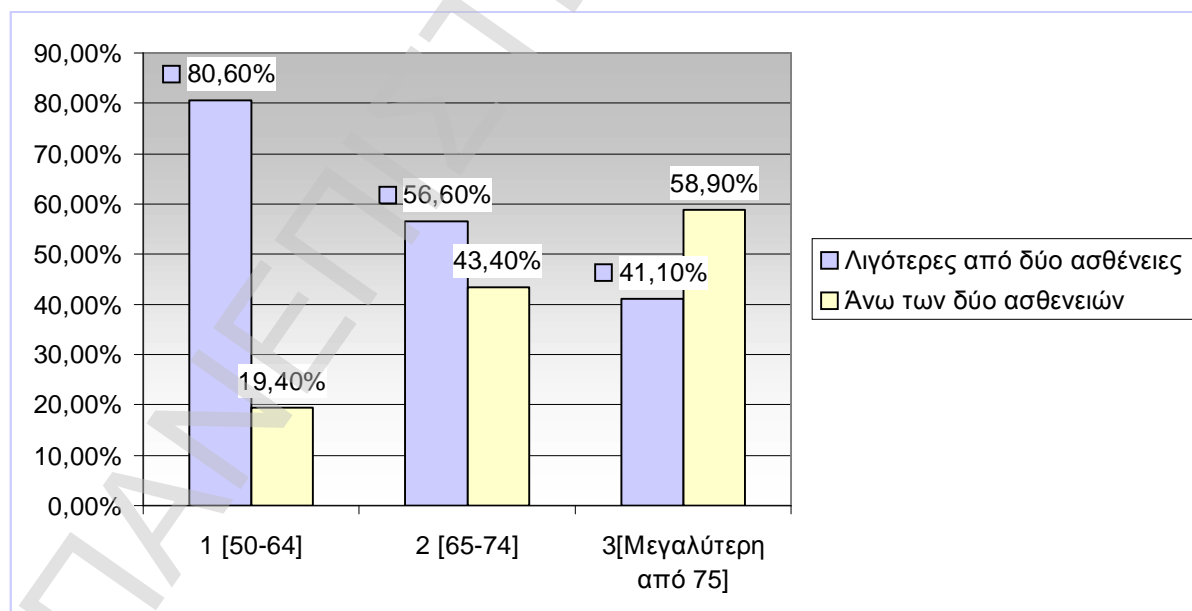
διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων στη δήλωση ασθενειών, με το ποσοστό των ανδρών όπου δεν δηλώνουν κάποια ασθένεια να είναι υψηλότερος σε όλες τις ηλικιακές κλίμακες. Επίσης, στη δήλωση άνω των δύο ασθενειών όπως παρατηρείται στους ακόλουθους πίνακες οι γυναίκες εμφανίζουν σε όλες τις κλίμακες ηλικιών υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τα αντίστοιχα των ανδρών. Πιο συγκεκριμένα, με αφετηρία το ποσοστό της τάξης του 28,8% παρατηρείται στον γυναικείο πληθυσμό έντονη αυξητική τάση στο ποσοστό δήλωσης άνω των δύο ασθενειών, με κορύφωση το ποσοστό 74,1% στις ηλικίες άνω των 75 ετών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 14 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

| | | Κατηγορίες ηλικιών | | |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------|----------------------|
| | | 1 [50-64] | 2 [65-74] | 3[Μεγαλύτερη από 75] |
| Αριθμός χρόνιων ασθενειών | Λιγότερες από δύο ασθένειες | 80,6% | 56,6% | 41,1% |
| | Άνω των δύο ασθενειών | 19,4% | 43,4% | 58,9% |

Πηγή:Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 19 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

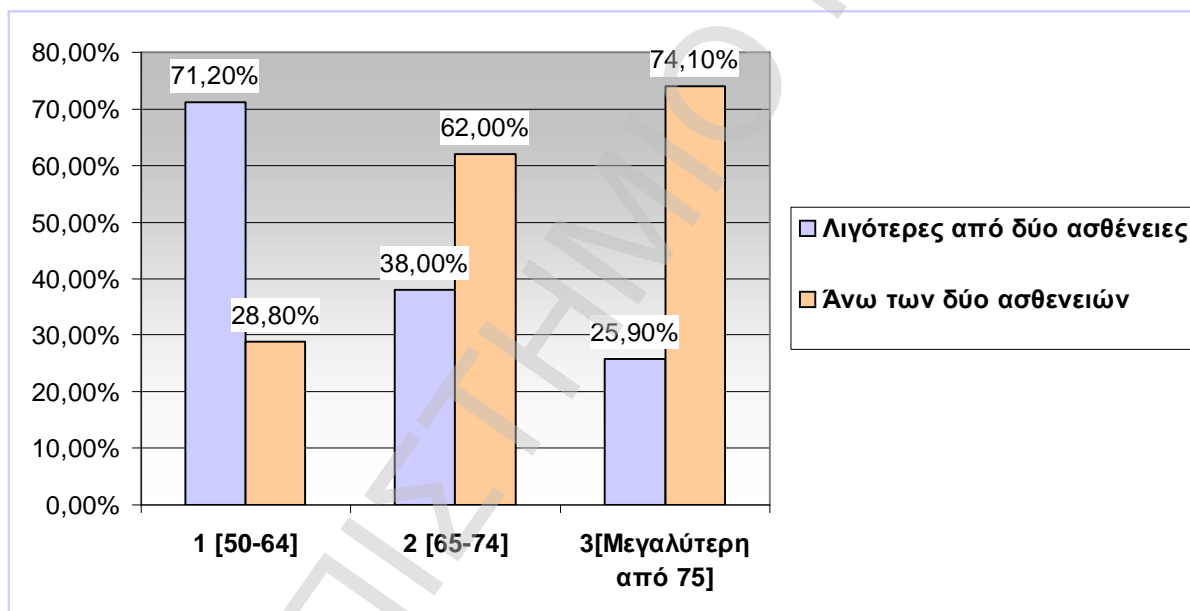


ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 15 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

| | | Κατηγορίες ηλικιών | | |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------|----------------------|
| | | 1 [50-64] | 2 [65-74] | 3[Μεγαλύτερη από 75] |
| Αριθμός χρόνιων ασθενειών | Λιγότερες από δύο ασθένειες | 71,2% | 38,0% | 25,9% |
| | Άνω των δύο ασθενειών | 28,8% | 62,0% | 74,1% |

Πηγή:Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 20 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

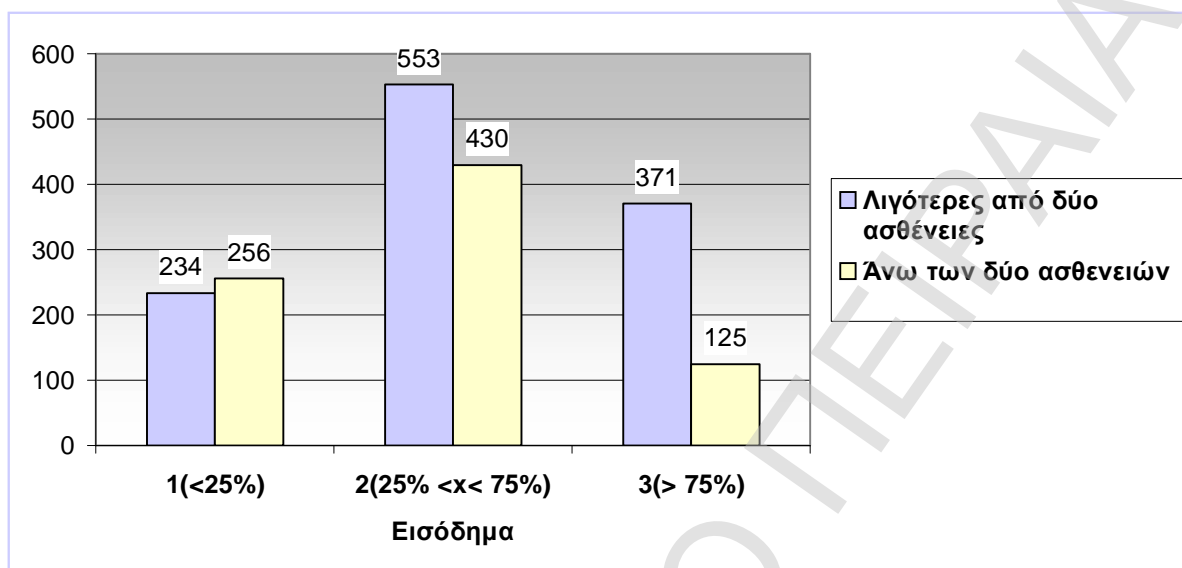


ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 16 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ

| | | Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα | | |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|------------------|----------|
| | | 1(25%) | 2(25% ≤ x ≤ 75%) | 3(≥ 75%) |
| Αριθμός χρόνιων ασθενειών | Λιγότερες από δύο ασθένειες | 234 | 553 | 371 |
| | Άνω των δύο ασθενειών | 256 | 430 | 125 |

Πηγή:Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5- 21 ΣΧΕΣΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑΣ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ



Παρατηρώντας τα στοιχεία της μελέτης επιβεβαιώνεται η σταθερή θέση που διατυπώνεται σε πολλές μελέτες ότι άτομα χαμηλού κοινωνικού και οικονομικού status έχουν χειρότερη φυσική κατάσταση. Το χαμηλό και το μέσο εισόδημα σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο να δηλώνονται άνω των δύο ασθενειών. Είναι ιστορικό το ζήτημα των ανισοτήτων μεταξύ πλούσιων και φτωχών αναφορικά με την υγεία.

Χρησιμοποιώντας ως δείκτη μέτρησης του οικονομικού status το ετήσιο εισόδημα των νοικοκυριών, όπου διαιρείται σε quintiles, παρατηρείται ότι τα χαμηλότερα εισοδήματα συνδέονται με το μεγαλύτερο αριθμό ατόμων που δηλώνουν άνω των δύο ασθενειών. Το υψηλότερο ποσοστό εισοδήματος (άνω του 75%) συνδέεται με ένα πολύ μικρό αριθμό ατόμων που δηλώνουν άνω των δύο ασθενειών. Παρατηρείται επίσης ότι στη μεσαία κλίμακα εισοδήματος αντιστοιχεί η πλειοψηφία των ατόμων και είναι φανερή κάποια βελτίωση στο επίπεδο υγείας, καθώς το ποσοστό που δηλώνει άνω των δύο ασθενειών είναι αρκετά μικρότερο από εκείνο που δηλώνει λιγότερες από δύο ασθένειες.

5.5. Εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του ατόμου

Ιδιαίτερη αναφορά χρειάζεται να γίνει σχετικά με την ίδια εκτίμηση της κατάστασης της υγείας του κάθε ατόμου. Σε διάφορες έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι ο υποκειμενικός παράγοντας είναι ιδιαίτερα έντονος στην αυτοαντίληψη της κατάστασης της υγείας των ηλικιωμένων και σχετίζεται με παράγοντες όπως η προέλευση και το κοινωνικοοικονομικό προφίλ. Συνήθης είναι η παρατήρηση ότι οι μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων δηλώνει ότι έχει πολύ κακή υγεία και ότι πάσχει από πολλές ασθένειες, ενώ κυρίως ο γυναικείος πληθυσμός απευθύνεται στο γιατρό.

Αυτός ο υποκειμενικός δείκτης έχει αποδειχθεί αξιόπιστος εκτιμητής της νοσηρότητας, καθώς και της θνησιμότητας ενός πληθυσμού ακόμα και όταν και άλλοι δείκτες υγείας έχουν ληφθεί υπόψιν. (Idler e Benyamini, 1997)

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 17 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ

| | | Κατηγορίες ηλικιών | | |
|---------------------|-------------|--------------------|-----------|----------------------|
| | | 1 [50-64] | 2 [65-74] | 3[Μεγαλύτερη από 75] |
| Αυτοεκτίμηση υγείας | πολύ καλή | 78,0% | 16,5% | 5,5% |
| | καλή | 59,5% | 27,1% | 13,4% |
| | αρκετά καλή | 33,2% | 36,1% | 30,7% |
| | κακή | 17,5% | 34,9% | 47,6% |
| | πολύ κακή | 14,7% | 26,5% | 58,8% |

Πηγή: Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

Φαίνεται ότι η υποκειμενική υγεία χειροτερεύει, καθώς η ηλικία αυξάνεται και για τα δύο φύλα. Δεν φαίνονται, ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 18 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ

| | | Κατηγορίες ηλικιών | | |
|---------------------|-------------|--------------------|-----------|----------------------|
| | | 1 [50-64] | 2 [65-74] | 3[Μεγαλύτερη από 75] |
| Αυτοεκτίμηση υγείας | πολύ καλή | 75,4% | 17,9% | 6,7% |
| | καλή | 60,9% | 28,0% | 11,1% |
| | αρκετά καλή | 31,5% | 37,4% | 31,1% |
| | κακή | 17,1% | 39,0% | 43,9% |
| | πολύ κακή | 25,0% | 16,7% | 58,3% |

Πηγή:Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΠΙΝΑΚΑΣ 5- 19 ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

| | | Κατηγορίες ηλικιών | | |
|---------------------|-------------|--------------------|-----------|----------------------|
| | | 1 [50-64] | 2 [65-74] | 3[Μεγαλύτερη από 75] |
| Αυτοεκτίμηση υγείας | πολύ καλή | 81,9% | 14,5% | 3,6% |
| | καλή | 58,3% | 26,4% | 15,4% |
| | αρκετά καλή | 34,2% | 35,3% | 30,4% |
| | κακή | 17,6% | 32,9% | 49,4% |
| | πολύ κακή | 9,1% | 31,8% | 59,1% |

Πηγή:Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΜΟΝΤΕΛΑ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6. Στατιστική Ανάλυση

6.1. Στατιστική μεθοδολογία

Στο σημείο αυτό θεωρείται αναγκαίο να γίνει αναφορά στην στατική μέθοδο που θα χρησιμοποιηθεί στην ανάλυση των δεδομένων της μελέτης. Πιο αναλυτικά στα στοιχεία εφαρμόζεται η μέθοδος της λογιστικής παλινδρόμησης (Binary Logistic Regression), καθώς συνηθίζεται σε περιπτώσεις όπου η εξαρτημένη μεταβλητή είναι κατηγορική, δίτιμη και διερευνάται η δυνατότητα εκτίμησης της επίδρασης κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής στη διαμόρφωση της εξαρτημένης μεταβλητής.

Από τη σχετική βιβλιογραφία αναδεικνύεται ότι η λογιστική παλινδρόμηση αποτελεί μέρος της multiple regression, με τη συνθήκη ότι η εξαρτημένη μεταβλητή μπορεί να πάρει μέχρι δύο τιμές.

Συχνά, η σχέση μεταξύ μιας δίτιμης ποιοτικής εξαρτημένης μεταβλητής y (response) και μιας ανεξάρτητης x είναι curvilinear. Η συνήθης διαγραμματική απεικόνιση της σχέσης αυτής αντιστοιχεί σε καμπύλη S-shaped, όπου κάθε σημείο της αντιστοιχεί στη σχέση $\pi = P(y=1), \forall x$.

Γενικότερα το Λογιστικό μοντέλο (logistic model) για δίτιμη εξαρτημένη μεταβλητή μπορεί να γραφεί ως ακολούθως:

$$E(y) = \frac{\exp(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k)}{1 + \exp(b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k)}$$

όπου

$$y = \begin{cases} 1 & \text{αν εμφανίζεται η κατηγορία A} \\ 0 & \text{αν εμφανίζεται η κατηγορία B} \end{cases}$$

$$E(y) = P(\text{εμφάνιση κατηγορίας A}) = \pi$$

$x_1, x_2, x_3, \dots, x_k$ είναι ποιοτικές ή ποσοτικές ανεξάρτητες μεταβλητές και π δηλώνει την πιθανότητα ότι $y=1$.

Σημειώνεται ότι το γενικό λογιστικό μοντέλο δεν αντιστοιχεί σε γραμμική συνάρτηση των παραμέτρων β . Στη λογιστική παλινδρόμηση μπορούν τη θέση της εξαρτημένης μεταβλητής να πάρουν τόσο ποιοτικές (κατηγορικές και διατεταγμένες) όσο και ποσοτικές (συνεχείς και διακριτές) μεταβλητές. Γενικότερα στη λογιστική παλινδρόμηση διερευνάται η πρόβλεψη ύπαρξης ή όχι ενός χαρακτηριστικού ή συμβάντος κατά περίπτωση μέσω της δημιουργίας ενός γραμμικού μοντέλου όπου κύριο βάρος δίνεται στην εκτίμηση των τιμών που λαμβάνουν οι συντελεστές (β) των ανεξάρτητων μεταβλητών (predictor variable). Πιο συγκεκριμένα γίνεται μία προσπάθεια εκτίμησης των μεταβολών του λογαρίθμου των odds (γνωστό ως logit) της εξαρτημένης μεταβλητής. Αναφέρεται ότι η εκτίμηση των συντελεστών των ανεξάρτητων μεταβλητών γίνεται μέσω της μεθόδου Μείζουσας Πιθανοφάνειας (maximum likelihood).

Η εξίσωση της λογιστικής παλινδρόμησης μπορεί να εκφραστεί ως εξής:

$$\ln(\text{odds}) = \ln\left(\frac{p(x)}{1-p(x)}\right) = b_0 + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_kx_k$$

όπου $\text{odds} = \frac{p(x)}{1-p(x)} = \frac{P(y=1)}{P(y=0)}$ και $p(x)$ αντιστοιχεί στην πιθανότητα του συμβάντος ενός γεγονότος.

(Για παράδειγμα, αν $p(x)=.8$, τότε το odds του $y=1$ της εμφάνισης είναι $\frac{.8}{.2}=4$, ή 4 προς 1).

Χρειάζεται να αναφερθεί ότι στη λογιστική παλινδρόμηση δεν είναι υποχρεωτικοί οι γνωστοί περιορισμοί σχετικά με την ύπαρξη ομοσκεδαστικότητας και κανονικής κατανομής των ανεξάρτητων μεταβλητών όπως στα μοντέλα OLS. Στη λογιστική παλινδρόμηση χρειάζεται να υπάρχει γραμμική σχέση μεταξύ του φυσικού λογαρίθμου των odds της εξαρτημένης μεταβλητής με τις ανεξάρτητες μεταβλητές. (Βερροπούλου Γ., 2008)

6.2. Σχηματισμός Μοντέλων για τη διερεύνηση της σχέσης επιπέδου υγείας και κοινωνικών, οικονομικών και δημογραφικών παραγόντων.

Σε μία συστηματικότερη προσπάθεια διερεύνησης της σχέσης επιπέδου υγείας και των διάφορων κοινωνικών, οικονομικών και δημογραφικών παραμέτρων δημιουργούνται τρία ξεχωριστά μοντέλα με διαφορετικούς συνδυασμούς παραγόντων. Πιο συγκεκριμένα, διερευνάται πόσο επηρεάζεται η μεταβλητή αριθμός χρόνιων ασθενειών από την επίδραση διαφορετικού συνδυασμού μεταβλητών. Τα τελικά αποτελέσματα παρουσιάζονται συγκεντρωτικά στον ακόλουθο πίνακα και ακολουθεί αναλυτική περιγραφή των αποτελεσμάτων που προκύπτουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6- 1 ΣΧΕΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ, ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

| | | MODEL 1 | MODEL 2 | MODEL 3 |
|---|---------------------------|----------|----------|----------|
| | | Exp(B) | Exp(B) | Exp(B) |
| ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΗΛΙΚΙΩΝ | 50-64 | 1 | 1 | 1 |
| | 65-74 | 2,961*** | 2,942*** | 3,141*** |
| | 75+ | 4,828*** | 3,430*** | 4,666*** |
| ΦΥΛΟ | ΑΝΔΡΕΣ | 1 | 1 | 1 |
| | ΓΥΝΑΙΚΕΣ | 1,674*** | 1,243* | 1,657*** |
| ΕΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ | 0-6 | 1 | 1 | 1 |
| | 7-12 | 0,592*** | 0,655*** | 0,595*** |
| | 13+ | 0,588*** | 0,582*** | 0,541*** |
| ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ | ΜΕ ΣΥΝΤΡΟΦΟ | 1 | | |
| | ΜΟΝΟΙ | 1,043 | | |
| ΕΙΣΟΔΗΜΑ | <9.529,00 | 1 | | |
| | <=29.643,00 | 0,994 | | |
| | >=29.644,00 | 0,799 | | |
| ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ | < 2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ | | 1 | |
| | > 2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ | | 4,245*** | |
| ΔΥΣΧΕΡΕΙΕΣ ΣΕ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (ADL2) | 0 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ | | 1 | |
| | 1+ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ | | 2,227*** | |
| ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (IADL2) | 0 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ | | 1 | |
| | 1+ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ | | 1,013 | |
| ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ | ΌΧΙ | | 1 | |
| | ΝΑΙ | | 1,493*** | |
| ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ | ΆΛΛΟ | | | 1 |
| | ΕΛΛΕΙΨΗ ΑΣΚΗΣΗΣ | | | 2,139*** |
| ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ(BMI2) | <30 | | | 1 |
| | >30: ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ | | | 1,874*** |

*p<0.1, **p<0.05, ***p<0.01

Πηγή:Επεξεργασία στοιχείων μελέτης SHARE, 2004

6.2.1. Μοντέλο 1

Το αρχικό μοντέλο (Model1) περιλαμβάνει μία σειρά μεταβλητών δημογραφικού και κοινωνικοοικονομικού χαρακτήρα. Γίνεται προσπάθεια διερεύνησης της ενδεχόμενης σχέσης μεταξύ της κατάστασης υγείας των ατόμων και βασικών κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Πιο αναλυτικά στο συγκεκριμένο μοντέλο σαν εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιείται η δίτιμη μεταβλητή (chronic 2) που εκφράζει την εμφάνιση ή μη άνω των δύο χρόνιων ασθενειών. Η ηλικία των ατόμων, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και το εισόδημα θεωρούνται επεξηγηματικές μεταβλητές.

Σε μία αρχική θεώρηση θα μπορούσε να σημειωθεί ότι οι μεταβλητές παρουσιάζουν την αναμενόμενη σχέση με την κατάσταση υγείας των ατόμων. Οι περισσότερες μεταβλητές είναι σημαντικές εκτός του εισοδήματος και της οικογενειακής κατάστασης. Σημειώνεται ότι θεωρείται χρήσιμη η περαιτέρω επεξεργασία του μοντέλου χωρίς τις μεταβλητές εκείνες που δεν αποδείχθηκαν σημαντικές.

Από το Hosmer and Lemeshow τεστ φαίνεται ότι η προσαρμογή του μοντέλου είναι καλή, καθώς η τιμή του sig. είναι 0,526. Είναι χρήσιμη η αναλυτικότερη διερεύνηση των αποτελεσμάτων, όπως παρουσιάζονται στον ΠΙΝΑΚΑΣ 6-1. Όλες οι ηλικιακές κλίμακες είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο 1%, με τιμή sig.=0,000<0,01. Πιο συγκεκριμένα, η ηλικιακή κλίμακα 50-64 ετών είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 1%, καθώς sig.=0,000<0,01. Επιπλέον η ηλικιακή κατηγορία 65-74 αντιστοιχεί στην τιμή $\text{Exp}(B)=2,961$. Είναι ιδιαίτερα σημαντική η ερμηνεία των αποτελεσμάτων και αναφορικά με την αυτή την κατηγορία παρατηρείται ότι εμφανίζει 2,961 φορές τα odds (το λόγο των πιθανοτήτων) που έχουν τα άτομα της κατηγορίας αναφοράς(δηλ. άτομα ηλικίας 50-64 ετών) να εμφανίσουν δύο ασθένειες και άνω. Επίσης, και η ηλικιακή κατηγορία άνω των 75 ετών παρουσιάζει 4,828 φορές το λόγο των πιθανοτήτων που έχουν τα άτομα ηλικίας 50-64 ετών να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών.

Επομένως, μπορεί να σημειωθεί ότι τα άτομα που ανήκουν στην κλίμακα ηλικιών 65-74 έχουν σχεδόν τρεις φορές μεγαλύτερα odds να αναπτύξουν περισσότερες από δύο ασθένειες σε σχέση με τα άτομα 50-64 ετών. Επίσης, οι ηλικιωμένοι άνω των 75 ετών έχουν περίπου πέντε φορές μεγαλύτερα odds να αναπτύξουν άνω των δύο ασθενειών σε σχέση με τα άτομα ηλικίας 50-64 ετών.

Αναφορικά με τη μεταβλητή φύλο παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση σε επίπεδο 1% ($\text{sig.}=0,000$). Οι γυναίκες έχουν σχεδόν δύο φορές το λόγο των πιθανοτήτων των ανδρών να αναπτύξουν άνω των δύο ασθενειών.

Το επίπεδο εκπαίδευσης εμφανίζεται ως σημαντική μεταβλητή στην ερμηνεία της ανάπτυξης ασθενειών. Από το αρχικό μοντέλο οι κατηγορίες άνω των επτά ετών εκπαίδευσης είναι σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 1% ($\text{sig.}=0,000$). Ερμηνεύοντας την κατεύθυνση της επίδρασης παρατηρείται ότι τα άτομα με επίπεδο εκπαίδευσης επτά έως δώδεκα έτη μειώνουν κατά 40,8% τις πιθανότητες να έχουν άνω των δύο ασθενειών σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν έως έξι έτη εκπαίδευσης. Αλλά και εκείνοι με εκπαίδευση άνω των δεκατριών ετών εμφανίζουν τάση μείωσης κατά περίπου 41,2% των πιθανοτήτων εμφάνισης άνω των δύο ασθενειών από τα άτομα της πρώτης κατηγορίας που διαθέτουν έως έξι χρόνια εκπαίδευσης.

6.2.2. Μοντέλο 2

Ένα νέο μοντέλο μπορεί να περιλαμβάνει εκτός των βασικών δημογραφικών μεταβλητών και κάποιες μεταβλητές που εκφράζουν τη σωματική υγεία των ατόμων. Πιο αναλυτικά χρησιμοποιούνται οι εξής μεταβλητές:

Ηλικία, φύλο, κλίμακα εκπαίδευσης, εμφάνιση συμπτωμάτων, ύπαρξη δυσχερειών σε στοιχειώδεις καθημερινές δραστηριότητες (ADL2), δυσχέρειες σε εξειδικευμένες καθημερινές δραστηριότητες στην καθημερινή ζωή (IADL2) και εμφάνιση κατάθλιψης.

Από το Hosmer and Lemeshow τεστ φαίνεται ότι η προσαρμογή του μοντέλου είναι πολύ καλή, καθώς η τιμή του sig. είναι 0,947. Ως προς την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της τελικής μορφής του μοντέλου αυτού μπορούν να σημειωθούν τα ακόλουθα:

Σε μία αρχική αναφορά σημειώνεται ότι όλες οι μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές στην ερμηνεία του μοντέλου, εκτός της μεταβλητής δυσκολίες σε εξειδικευμένες καθημερινές δραστηριότητες. Πιο αναλυτικά παρατηρείται ότι η μεταβλητή ηλικία είναι σημαντική. Πιο αναλυτικά όλες οι επιμέρους κατηγορίες είναι στατιστικά σημαντικές, καθώς $\text{sig.}=0,000<0,01$, σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Παρουσιάζει ενδιαφέρον ότι άτομα με ηλικία 65-74 ετών εμφανίζουν περίπου τρεις φορές το λόγο των πιθανοτήτων να έχουν άνω των δύο ασθενειών συγκριτικά με τα άτομα ηλικίας 50-64 ετών. Επίσης, ανεβαίνοντας ηλικιακή κλίμακα παρατηρείται ότι οι ηλικιωμένοι άνω των 75 ετών έχουν 3,5 φορές το λόγο

των πιθανοτήτων που έχουν άτομα ηλικίας 50-64 ετών να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών.

Αναφορικά με τη μεταβλητή φύλο παρατηρείται ότι εξακολουθεί να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών (σε επίπεδο σημαντικότητας 1%). Συγκεκριμένα, στο μοντέλο αυτό οι γυναίκες έχουν 1,2 φορές το λόγο των πιθανοτήτων των ανδρών (ως κατηγορία αναφοράς) να εμφανίσουν περισσότερες από δύο ασθένειες.

Περνώντας στη μεταβλητή που ονομάζεται κλίμακα εκπαίδευσης εμφανίζεται η εξής εικόνα: κατ' αρχάς όλες οι κλίμακες εκπαίδευσης εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές με $\text{sig.}=0,001$, $\text{sig.}=0,001$ και $\text{sig.}=0,003$ στις αντίστοιχες ηλικιακές κατηγορίες.

Τα άτομα που ανήκουν στην κατηγορία 7-12 ετών εκπαίδευσης παρουσιάζουν 34,5(%) λιγότερες φορές τα odds (το λόγο των πιθανοτήτων) των ατόμων της κατηγορίας αναφοράς (0-6 έτη) να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών. Ενώ τα άτομα στην ανώτερη ηλικιακή κλίμακα μειώνουν 41,8 (%) φορές τις πιθανότητες των ατόμων της κατηγορίας αναφοράς να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών.

Προχωρώντας στην εξέταση μιας άλλης κατηγορίας μεταβλητών που σχετίζεται με τη διερεύνηση της κατάστασης υγείας συναντάται αρχικά στον ΠΙΝΑΚΑΣ 6-1 η μεταβλητή εμφάνιση συμπτωμάτων. Έχοντας σαν κατηγορία αναφοράς την εμφάνιση λιγότερων από δύο συμπτωμάτων παρατηρείται ότι η κατηγορία άνω των δύο συμπτωμάτων είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο 1%. Διαπιστώνεται ότι άτομα που δηλώνουν άνω των δύο συμπτωμάτων έχουν 4,2 τα odds (το λόγο των πιθανοτήτων) να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών σε σχέση με τα άτομα της πρώτης κατηγορίας.

Στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 1% εμφανίζονται και οι μεταβλητές εμφάνιση κατάθλιψης και ύπαρξη δυσχερειών σε στοιχειώδεις καθημερινές δραστηριότητες (ADL2), με $\text{sig.}=0,003$ και $0,001$ αντιστοίχως. Σε μία σύντομη αναφορά παρατηρείται ότι τα άτομα που εμφανίζουν άνω της μίας δυσκολίας σε δραστηριότητες της καθημερινότητας έχουν 2,2 φορές το λόγο των πιθανοτήτων να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν δυσχέρειες.

Επίσης, από τα αποτελέσματα του Μοντέλου 2 γίνεται φανερό ότι άτομα που έχουν εμφανίσει κάποια μορφή κατάθλιψης έχουν 1,5 φορές τα odds (το λόγο των πιθανοτήτων) που αντιστοιχούν στα άτομα που δεν έχουν κατάθλιψη (ως κατηγορία αναφοράς) να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών.

Στο σημείο αυτό ιδιαίτερα σημαντική είναι η σύγκριση των δύο αρχικών μοντέλων. Γίνεται κατανοητό ότι η εισαγωγή μεταβλητών που σχετίζονται με εξειδικευμένες και στοιχειώδεις καθημερινές δραστηριότητες, αλλά και την εμφάνιση κατάθλιψης δεν διαφοροποιούν τη σημαντικότητα των βασικών δημογραφικών μεταβλητών και της εκπαίδευσης. Επίσης, ο λόγος των πιθανοτήτων (odds ration) κινείται προς την ίδια κατεύθυνση στις αντίστοιχες μεταβλητές με μικρή διαφοροποίηση στις τιμές που προσλαμβάνουν.

Επιπλέον, στο πρώτο μοντέλο οι κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές εισόδημα και οικογενειακή κατάσταση δεν είναι σημαντικές στη διαμόρφωση του αρχικού μοντέλου. Αντίθετα στο δεύτερο μοντέλο οι επιπλέον μεταβλητές είναι σημαντικές στη διαμόρφωση του μοντέλου, εκτός της μεταβλητής IADL που έχει σχέση με εξειδικευμένες καθημερινές δραστηριότητες.

6.2.3. Μοντέλο 3

Στη συνέχεια επιλέγεται η διερεύνηση ενός νέου συνδυασμού μεταβλητών με έμφαση στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την εκπαίδευση και κάποιες μεταβλητές που εξετάζουν τη σωματική υγεία των ατόμων. Πιο συγκεκριμένα οι επεξηγηματικές μεταβλητές σχετίζονται με τον τρόπο ζωής και τις διατροφικές συνήθειες, την ηλικία, το φύλο, και το επίπεδο εκπαίδευσης.

Από το Hosmer and Lemeshow τεστ φαίνεται ότι η προσαρμογή του μοντέλου είναι πολύ καλή, καθώς η τιμή του sig. είναι 0,749. Η μεταβλητή που ονομάζεται σωματική άσκηση παρουσιάζεται ως στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 1% (sig.=0,000). Στη συγκεκριμένη μεταβλητή η κατηγορία αναφοράς περιλαμβάνει άτομα που ασκούνται τακτικά. Τα αποτελέσματα φανερώνουν ότι άτομα που δεν ασκούνται έχουν δύο φορές τα odds (το λόγο των πιθανοτήτων) που έχουν τα άτομα της κατηγορίας αναφοράς να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών. Ανάλογα αποτελέσματα εξάγονται από τη μεταβλητή Δείκτης μάζας σώματος. Η κατηγορία που χαρακτηρίζει άτομα με δείκτη μάζας σώματος άνω των 30 (παχύσαρκοι) είναι στατιστικώς σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Επίσης, τα άτομα με δείκτη μάζας σώματος άνω των 30 εμφανίζουν περίπου δύο φορές το λόγο των

πιθανοτήτων που έχουν άτομα με δείκτη μάζας σώματος κάτω των 30 να εμφανίσουν περισσότερες από δύο ασθένειες.

Αναφορικά με τη μεταβλητή ηλικία, όλες οι επιμέρους κατηγορίες εμφανίζονται στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 1% ($\text{sig.}=0,000$). Τα άτομα ηλικίας 65-74 ετών έχουν τρεις φορές το λόγο των πιθανοτήτων που έχουν τα άτομα της κατηγορίας αναφοράς (50-64 ετών), ενώ τα άτομα άνω των 75 ετών έχουν 4,7 φορές το λόγο των πιθανοτήτων που έχουν τα άτομα της κατηγορίας αναφοράς να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών.

Η κατηγορία γυναίκες είναι επίσης σημαντική στο μοντέλο σε επίπεδο σημαντικότητας 1%. Η κατηγορία γυναίκες παρουσιάζεται να έχει 1,7 φορές τις πιθανότητες που έχουν οι άνδρες να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών. Επίσης, η μεταβλητή εκπαίδευση είναι στατιστικά σημαντική για όλες τις επιμέρους κατηγορίες σε επίπεδο 1%.

Τα άτομα με εκπαίδευση 7-12 έτη μειώνουν 40,5% τις πιθανότητες να εμφανίσουν άνω των δύο ασθενειών. Επιπλέον, τα άτομα με εκπαίδευση ανώτερη και ανώτατη (13 ετών και άνω) εμφανίζονται να έχουν κατά 46% μειωμένες πιθανότητες σε σχέση με τα άτομα στην πρώτη κατηγορία (μέχρι έξι έτη εκπαίδευσης) να έχουν άνω των δύο ασθενειών.

6.2.4. Γενικά συμπεράσματα

- Παρατηρείται ότι οι δημογραφικές μεταβλητές ηλικία και φύλο παρουσιάζονται ως ιδιαίτερα σημαντικοί παράγοντες για την υγεία. Όσο αυξάνεται η ηλικία αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης πολλών ασθενειών: η υγεία μειώνεται με την ηλικία.
- Αλλά και το φύλο έχει καθοριστικό ρόλο στην κατάσταση υγείας των ατόμων. Οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν περισσότερες ασθένειες. Έτσι, οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να έχουν επιβαρημένη υγεία σε σχέση με τους άνδρες. Ζουν περισσότερα έτη σε σύγκριση με τους άνδρες, χαρακτηρίζονται όμως από υψηλότερα επίπεδα νοσηρότητας.
- Η εκπαίδευση είναι επίσης ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας στον καθορισμό του επιπέδου υγείας των ατόμων. Το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, όπως ήδη έχει αναφερθεί, συμβάλει στη διαμόρφωση ενός καλού επιπέδου υγείας για κάθε άτομο.
- Επίσης, ιδιαίτερα σημαντικοί είναι και άλλοι παράγοντες που εκφράζουν ασθένειες ή σωματικά προβλήματα. Έτσι, εύλογα συμπεραίνεται ότι όσα περισσότερα συμπτώματα δηλώνονται, τόσο μεγαλύτερες οι πιθανότητες για ύπαρξη ασθενειών. Επιπλέον επιβεβαιώνεται η αμφίδρομη σχέση της εμφάνισης κατάθλιψης με τη φυσική υγεία. Το ίδιο συμπέρασμα ισχύει για διάφορες μορφές δυσχεριών και ανικανότητας. Παράγοντες κινδύνου, όπως η παχυσαρκία και η έλλειψη άσκησης συμβάλουν στην ύπαρξη μεγαλύτερου κινδύνου για προβλήματα υγείας, είναι γνωστό ότι η υγεία σχετίζεται με τον τρόπο ζωής και τις επιλογές του ατόμου.

Στην παρούσα εργασία επιβεβαιώνεται η συσχέτιση μεταξύ κατάστασης υγείας και ηλικίας. Η ηλικία είναι ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας και στην Ελλάδα παρατηρείται ότι στις μεγάλες ηλικίες υπάρχει πιθανότητα εμφάνισης πολλών ασθενειών ταυτόχρονα. Ωστόσο, χρειάζεται να σημειωθεί ότι δεν μπορεί να γίνει γενίκευση με απόλυτο τρόπο της επίδρασης της ηλικίας στην υγεία. Γίνεται κατανοητό ότι κάθε σύνολο που αντιστοιχεί στην ηλικία των 50 ετών φέρει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, ακολουθώντας ένα γενικό τρόπο ζωής που κατά γενική ομολογία διαφοροποιείται από τα άτομα 50 ετών άλλων εποχών. Υπάρχει γενικά μία αμφιλεγόμενη αιτιακή σχέση μεταξύ υγείας και κοινωνικοοικονομικού status. Η κακή κατάσταση της υγείας είναι καταλυτικός παράγοντας των κοινωνικοοικονομικών διαφοροποιήσεων. Η κακή υγεία μειώνει τη δυνατότητα επαγγελματικής ανέλιξης και οικονομικής προόδου. Ωστόσο, όπως έχει ήδη σχολιασθεί το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό status μπορεί σταδιακά να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας, καθώς το άτομο αντιμετωπίζει πολλές δυσκολίες. Πολλές σύγχρονες χώρες δυτικού τύπου αντιμετωπίζουν έντονα προβλήματα γήρανσης. Στην Ελλάδα το φαινόμενο εμφανίζεται ιδιαίτερα έντονα και στις επόμενες δεκαετίες αναμένεται να οξυνθεί με ανάλογες συνέπειες στη δομή του πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη μέριμνα στην οργάνωση του συστήματος υγείας, καθώς αναμένεται να επιβαρυνθεί ιδιαίτερα. Επίσης, ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται στη ρύθμιση του συνταξιοδοτικού συστήματος και των κοινωνικών παροχών.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Βερροπούλου Γ., 2008, Σημειώσεις για το Π.Μ.Σ. Εφ. Στατιστικής του Παν/μίου Πειραιά.
- Μπάγκαβος Χ., 2003, Δημογραφικές Μεταβολές, Αγορά Εργασίας και Συντάξεις στην Ελλάδα και την Ευρωπαϊκή Ένωση, Αθήνα, Εκδόσεις: Gutenberg.
- Παπαδάκης Μ., Τσίμπος Κ., 2004, Δημογραφική Ανάλυση, Αρχές- Μέθοδοι-Υποδείγματα, Αθήνα, Εκδόσεις Σταμούλη.
- Παπαευαγγέλου Γ., Τσίμπος Κ., 1994, Θνησιμότητα του Ελληνικού πληθυσμού κατά αιτία θανάτου, Αθήνα, Εκδόσεις Λιβάνη.
- Σπηλιοπούλου Β., (2006), Εποχιακά πρότυπα Δεικτών Θνησιμότητας κατά αιτία θανάτου στην Ελλάδα 1980-2000, Διπλωματική εργασία, Πειραιάς.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Alcer K., et al., 2005, Health, Ageing and Retirement in Europe, <http://www.mea.uni-mannheim.de>
- Aldoori M., Rahman S., 1988, Smoking and stroke: a causative role, *JAMA.*, 259: 1025-1029.
- Angel, R. and Guarnaccia P., 1989. Mind, body and culture: Somatization among Hispanics, *Social Science and Medicine*, 28: 1229-1238.
- Idler E.L. e Benyamini Y., 1997, Self-rated health and mortality, a review of twenty seven community studies, *Journal of Health & Social Behavior*, 38: 21-37.
- Bongaarts J., 2004, Population aging and the rising cost of Puplic Pensions, *Population and Development Review*, 30(1): 1-23.
- Bordin P., Dacol P.G., Stanta G. et.al., 1999, Causes of death and clinical diagnostic errors in extremaged hospitalized peole: a retrospective clinical-necropsy survey, *J Gerontol A Biol Sci*, 54(11): M 554-9.
- Cambois E., Robine J. M. and Hayward M. D., 2001, Social inequalities in disability-free life expectancy in the French male population, 1980-1991, *Demography*, 38: 513-24.
- Cairney J., 2000, Socio-economic status and self-rated health among older Canadians, *Canadian Journal on Aging*, 19: 456-78.

- Cairney J., Arnold R., 1998, Socioeconomic position, lifestyle and health among Canadians aged 18 to 64: a multi-condition approach, *Canadian Journal of Public Health*, 3: 208-12.
- Denton M., Walters V., 1999, Gender differences in structural and behavioural determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science and Medicine*, 48: 1221-35.
- Fried, P.L., Tangen C. M, Walston J., et al., 2001, Frailty in older adults: evidence for a phenotype, *Journal of Gerontology and Medical Science*, 56A: M146-M156.
- Gallo W.T., Teng H.M., Falba T.A., Kasl S.V, Krumholz H.M., Bradley E.H, 2006, The Impact of a Late-Career Job Loss on Myocardial Infarction and Stroke: a 10-year Follow-Up Using the Health and Retirement Study., *Occupational and Environmental Medicine*.
- Greenland P., Knoll M., Stamler J. et. al., 2003, Major Risk Factors as Antecedents of Fatal and Nonfatal Coronary Heart Disease Events, *JAMA*, 290: 891-897.
- Gustman A., Mitchell O., Steinmeier T., 1995, Special Issue on Health and Retirement Study: Data Quality and Early Results, 30: S57-S83.
- Heart Disease and Stroke Statistics, American Heart Association (2007).
- Hirdes, J., Brown, S., Forbes, W., Vigoda, D., & Crawford, L., 1986, Association between self-reported income and perceived health based on the Ontario Longitudinal Study of Aging, *Canadian Journal on Aging*, 5: 189-204.
- Hoffmann R., 2005, Do socioeconomic mortality differences decrease with rising age?, *Demographic Research*, 13: 35-62.
- Huisman M., Kunst A. E., and Mackenbach J. P., 2003. Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly, a European overview. *Social Science and Medicine*, 57: 861-73.
- IARC Monographs on Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, 1994, 1995, Lyon: IARC Press, (1): 59-66.
- Jacobson L., LaLonde R. and Sullivan D., 1993, Earnings Losses of Displaced Workers, *American Economic Review*, 83(4): 685-709.
- Kafatos A., Diacatou A., Voukiklaris G., Nikolakakis N., Vlachonikolis J., Kounali D., Mamalakis G. and Dontas A.S., 1997, Heart disease risk-factor status and dietary changes in Creatan population over the past 30y: the Seven Countries Study, *Am J Clin Nutr*, 65: 1882-6.
- Kagawa Y., 1978, Impact of Westernisation on Nutrition of Japanese: Changes in Physique, Cancer, Longevity and centenarians, *Prev Med*, 712: 205-17.
- Kant A.K., Schatzkin A., Harris T.B., Ziegler R.G., Block G., 1993, Dietary diversity and subsequent mortality in the First National Health and Nutrition Examination Survey, Epidemiologic Follow-up Study, *Am J Clin Nutr*, 57: 434-40.
- Kelly M., Morgan A., Bonnefoy J., et. all., (2007), The social determinants of health: Developing an evidence base for political action, *NHS*.
- Kirkwood T.B.L. and Austad. S. N., 2000, Why do we age?, *Nature*, 408: 233-38.

- Kletzer L., 1989, Returns to Seniority after a Permanent Job Loss, *American Economic Review*, 79: 536-43.
- Kunst A., Giskes K., Mackenbach J., 2004, Socioeconomic inequalities in smoking in the European Union: applying an equity lens to tobacco control policies. Brussels:ENSP. (<http://europa.eu>).
- Lahelma E., Martikainen P., Rahkonen O., and Silventoinen K., 1999, Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change, *Social Science and Medicine* 48: 7-19
- Mackenbach J., Meerding J., Kunst A., 2007, Economic implications of socio-economic inequalities in health in European Union, European Commission, Luxembourg. (<http://europa.eu>)
- Mackenbach J.P., 2006, Health inequalities: Europe in profile. London: Department of Health. <http://www.mea.uni-mannheim.de>
- McCullugh M., Feskanich D., et. all., 2000, Adherence to the Dietary Guidelines for Americans and risk of major chronic disease in women, *Am J Nutr*, 72: 1214-22.
- Moon M. & Juster T., 1995, Special Issue on the Health and Retirement Study: Data Quality and Early Results, *The Journal of Human Resources*, 30: S138-157
- Pitsavos C., Panagiotakos D., et.all., 2005, Adherence to Mediterranean diet is associated with total antioxidant capacity in healthy adults, *Am J Nutr*, 82: 694-9.
- Prus S., 2003, A Life-course Perspective on the Relationship between Socio-economic Status and Health: Testing the Divergence Hypothesis, SEDAP, 91. <http://socserv2.mcmaster.ca/sedap>
- Ruhm C., 2000, Are Recessions Good for Your Health?, *Quarterly Journal of Economics*, 115 (2): 617-650.
- Ruhm C., 1991, Are Workers Permanently Scarred by Job Displacements?, *American Economic Review*, 81: 319-23.
- Seshadri S., Beiser A., Kelly-Hayes M., et. al., 2006, The Lifetime Risk of Stroke, *Stroke*, 37: 345-350.
- Stevens A. H., 1997, Persistent Effects of Job Displacement: The Importance of Multiple Job Losses, *Journal of Labor Economics*, 15(1): 165-188.
- Sullivan D. and Wachter T., 2006, Mortality, Mass-Layoffs, and Career Outcomes: An Analysis using Administrative Data, Federal Reserve Bank of Chicago.
- Trichopoulou A., Kouris-Blazos A., Wahlqvist M.L., et al., 1995, Diet and overall survival in the elderly. *BMJ*, 311: 1457- 60.
- Trichopoulou A., Costacou T., et. al., 2003, Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population, *The New England Journal of Medicine*, 348: 26.
- Ukrainitseva S. and Yashin A., 2005, Economic progress as cancer risk factor. I. Puzzling facts of cancer epidemiology, Max Planck Institute for Demographic Research, (<http://www.demogr.mpg.de>).
- Waidmann T., Bound J., and Schoenbaum M., 1995, The illusion of failure: Trends in self-reported health of the U.S. elderly, *Milbank Quarterly*, 73: 253-287.

- Wallace R., Herzog R., 1995, Special Issue on Health and Retirement Study: Data Quality and Early Results, 30: S84-S107.
- Willett WC., (1998), Diet and coronary heart disease. Nutritional epidemiology, 2nd ed. New York: Oxford University Press.
- Wise D., 1997, Retirement against the demographic trend: More older people living longer, working less, and saving less, *Demography*, 34(1): 83-95.
- Yusuf S. et al., 2004, Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries. *Lancet*; 364: 937-952.
<http://socserv2.socsci.mcmaster.ca/~sedap/p/sedap91.pdf>
- Zimmer Z., Chayovan N., H. Lin, Natividad J., 2003, How Indicators of Socioeconomic Status relate to physical functioning of older adults in three Asian Societies. *Policy Research Division*, 172.
- (1993), Commission of the European Communities (<http://europa.eu>)
- (1998), 1997-1999, World health statistics annual. Geneva: World Health Organization. (<http://www.who.int/whosis/whsa.>)

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΑ