

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
ΤΜΗΜΑ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΑΝΑΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗΣ
ΚΙΝΔΥΝΟΥ

**Προφίλ των ηλικιωμένων (ηλικίας 65 και άνω) στην
Ελλάδα και σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης βάσει
στοιχείων της έρευνας SHARE**

Κρούπη Σπυριδούλα

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιώς ως μέρος των απαιτήσεων για την απόκτηση Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στην Αναλογιστική Επιστήμη και Διαχείριση Κινδύνου

Πειραιάς, Ιούλιος 2016

UNIVERSITY OF PIRAEUS
DEPARTMENT OF STATISTICS AND INSURANCE
SCIENCE



MASTER PROGRAM
IN ACTUARIAL SCIENCE AND RISK MANAGEMENT

**The profile of elderly people over the age of 65 in Greece
and other European countries based on SHARE data**

By

Kroupi Spyridoula

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

Piraeus, Greece, July 2016

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 Αναλογιστική Επιστήμη και Διαχείριση Κινδύνου.

Τα μέλη της επιτροπής ήταν:

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

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

Αφιερωμένο στους γονείς μου Ηλία και Αγγελική,

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Αναλογιστικής Επιστήμης και Διαχείρισης Κινδύνου » του τμήματος Στατιστικής και Ασφαλιστικής Επιστήμης.

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους από τους ανθρώπους που έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίησή της.

Πρώτη από όλους θέλω να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας, Κυρία Βερροπούλου Γεωργία για την πολύτιμη καθοδήγηση της ,την εμπιστοσύνη και εκτίμηση που μου έδειξε.

Επίσης, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου, που με υπομονή και κουράγιο πρόσφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου εργασίας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΡΑΙΑΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας είναι να διερευνηθούν και να περιγραφούν σε βάθος τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων τα οποία αναφέρονται στον τρόπο και στην ποιότητα της ζωής τους καθώς και στο επίπεδο της υγείας τους, σε χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στην Ελλάδα. Επιπροσθέτως, επιχειρείται να γίνει σύγκριση των στοιχείων αυτών μεταξύ των χωρών και να διερευνηθεί η ύπαρξη σύνδεσης μεταξύ των μεταβλητών που σκιαγραφούν το προφίλ του γερασμένου πληθυσμού. Αρχικά παρατίθεται το θεωρητικό πλαίσιο της εργασίας, όπου περιλαμβάνονται γενικές πληροφορίες για την γήρανση και την έρευνα SHARE. Ακολουθεί ο σχεδιασμός και η διεξαγωγή της μελέτης μέσω δεδομένων από το δεύτερο κύμα της έρευνας SHARE. Η έρευνα περιλαμβάνει στο σύνολο της δεκατρείς χώρες οι οποίες είναι οι εξής: Αυστρία, Γερμανία, Σουηδία, Ολλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Γαλλία, Δανία, Ελλάδα, Ελβετία, Βέλγιο, Τσεχία και Πολωνία. Οι μεταβλητές που εξετάστηκαν και αναλύθηκαν αφορούν στοιχεία από τους βασικούς τομείς της ζωής των ηλικιωμένων. Στην συνέχεια της παρούσας διπλωματικής εξετάζονται οι επιδράσεις που ασκούν σε κάποιες ασθένειες των ηλικιωμένων δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο, αλλά και η χώρα διαμονής τους. Οι επιδράσεις αυτές μελετώνται μέσω της εφαρμογής μοντέλων Λογιστικής Παλινδρόμησης. Η ανάλυση δείχνει ότι η Ελβετία, η Γερμανία και Αυστρία παρουσιάζουν καλύτερο οικονομικό επίπεδο σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες. Αυτό σημαίνει ότι στις χώρες αυτές συναντάμε τα υψηλά εισοδήματα και τις υψηλότερες δαπάνες αλλά όχι απαραίτητα και τον υψηλότερο πλούτο. Επιπλέον, οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερες ασθένειες από τους άνδρες ενώ το μορφωτικό επίπεδο του δείγματος είναι σχετικά χαμηλό. Διαπιστώνουμε επίσης ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην υγεία γεγονός που σημαίνει ότι υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και μεγαλύτερη οικονομική ευχέρεια σχετίζονται με καλύτερη υγεία. Τέλος, συμπεραίνουμε ότι μεγαλύτερη ηλικία συνεπάγεται χειρότερη υγεία ενώ επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι η χηρεία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι επιβαρυντική για την υγεία.

Λέξεις- Κλειδιά: Τρίτη ηλικία, ηλικιωμένοι, τρόπος ζωής ηλικιωμένων, κατάθλιψη, χρόνιες ασθένειες, υγεία, αυτοαντίληψη για την ζωή, περιορισμός σε δραστηριότητες, εισόδημα ηλικιωμένων

ABSTRACT

The survey aims to explore and describe in depth the characteristics of the elderly people in the European Union countries as well as in Greece with a special reference to the way and quality of life as well as to their level of health. Additionally, an attempt is made to compare these features between countries and to identify the associations between the variables that outline the aging population profile. Firstly, the theoretical framework of work is presented, including general information on aging and the SHARE research project. Second, the design and conduct of the present study is discussed, which is based on data from the second wave of SHARE. The research includes the thirteen countries below: Austria, Germany, Sweden, Netherlands, Spain, Italy, France, Denmark, Greece, Switzerland, Belgium, the Czech Republic and Poland. The variables tested and analyzed for information concern the basic aspects of life of elderly people. The rest of this thesis examines the effects that socio demographic factors such as gender, age, educational level and the country of residence have on specific diseases and health conditions of the elderly people. To carry out the analysis, Logistic Regression Models are used. The results of the research, shows that Switzerland, Germany and Austria have a better financial level than the rest of the countries. More specifically, in these countries income and expenditure are fairly high but this does not hold regarding wealth. From our analysis, women seem to have more health problems than men. Women also exhibit a relatively lower educational level compared to men. We can also understand that the social and economic factors play an important role in health. This means that higher education levels and a greater economic level are associated with better health. To conclude, it is true that if you get older you feel that your health will be worsen. Also, it is worthy to be said that widowhood in most cases is aggravating for health.

Keywords: Third age, elderly people, lifestyle of elderly people, depression, chronic illnesses, health, self-perception of life, reduction in activity, income of elderly people

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1	Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ.....	11
1.2	ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ	12
1.3	ΟΙ ΕΠΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ	14
1.4	Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ	15
1.5	Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΥΘΗΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	17
1.6	ΟΙ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.....	18

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΤΟ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

2.1	Η ΕΡΕΥΝΑ SHARE.....	20
2.2	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ SHARE	
2.2.1	ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ.....	23
2.2.2	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ.....	30
2.2.3	ΤΟΜΕΑΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	44
2.2.4	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	52
2.2.5	ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ADL ΚΑΙ IADL.....	55

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΜΟΝΤΕΛΩΝ

3.1	Η ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ.....	59
3.2	ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ	60
3.2.1	ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ	60
3.2.2	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	65
3.2.3	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ	69
3.2.4	ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΙΕΣ.....	73
3.3	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	79
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	81

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 ^{ος} : ΧΩΡΕΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΥΜΑ	22
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 ^{ος} : ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΤΑΝΕΜΗΜΕΝΟ ΣΤΙΣ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΝΑ ΧΩ.....	25
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 ^{ος} : Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΧΩΡΑ.....	26
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 ^{ος} : ΜΕΣΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΒΟΡΕΙΑ ΕΥΡΩΠΗ.....	29
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 ^{ος} : ΜΕΣΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ.....	29
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 ^{ος} : ΜΕΣΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΝΟΤΙΑ ΕΥΡΩΠΗ.....	30
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 ^{ος} : ΜΕΣΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΧΩΡΩΝ ΤΟΥ SHARE.....	31
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 ^{ος} : ΜΕΣΟΣ ΕΤΗΣΙΟΣ ΠΛΟΥΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΤΟΥ SHARE.....	33
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 ^{ος} : Ο ΚΑΘΑΡΟΣ ΠΛΟΥΤΟΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ.....	34
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 ^{ος} : ΜΕΣΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΣΠΙΤΙΟΥ ΚΑΤΑ ΧΩΡΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	35
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 ^{ος} : ΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ ΑΠΕΝΑΤΙ ΣΤΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ.....	39
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 ^{ος} : ΕΙΔΗ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ.....	50
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 ^{ος} : ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ.....	51
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 ^{ος} : ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ.....	52
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 ^{ος} : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΒΑΣΗ ΤΗΣ EYROD.....	54
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 ^{ος} : ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ.....	56
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 ^{ος} : ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ.....	57
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 ^{ος} : MODEL SUMMARY ΠΡΩΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	61
ΠΙΝΑΚΑΣ 19 ^{ος} : ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 20 ^{ος} : CLASSIFICATION TABLE ΠΡΩΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	62
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 ^{ος} : ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΠΡΩΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	63
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 ^{ος} : MODEL SUMMARY ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	65
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 ^{ος} : ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 ^{ος} : CLASSIFICATION TABLE ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	66
ΠΙΝΑΚΑΣ 25 ^{ος} : ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	67
ΠΙΝΑΚΑΣ 26 ^{ος} : MODEL SUMMARY ΤΡΙΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 27 ^{ος} : ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	70
ΠΙΝΑΚΑΣ 28 ^{ος} : CLASSIFICATION TABLE ΤΡΙΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 29 ^{ος} : ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΤΡΙΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	71
ΠΙΝΑΚΑΣ 30 ^{ος} : MODEL SUMMARY ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	73
ΠΙΝΑΚΑΣ 31 ^{ος} : ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 32 ^{ος} : CLASSIFICATION TABLE ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 33 ^{ος} : ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ.....	75

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1° : ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΤΑΝΕΜΗΜΕΝΟ ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ.....	24
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2° : ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑΝΕΜΗΜΕΝΟ ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ.....	25
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3°: Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	26
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4° : ΜΕΣΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΑΝΑ ΧΩΡΑ.....	32
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5° : ΜΕΣΟΣ ΕΤΗΣΙΟΣ ΠΛΟΥΤΟΣ ΑΝΑ ΧΩΡΑ.....	33
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6°: ΑΠΕΙΚΟΝΗΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΣΕ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΒΑΘΜΙΔΕΣ.....	40
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7° : ΑΠΕΙΚΟΝΗΣΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΣΕ 4 ΒΑΘΜΙΔΕΣ ΑΝΑ ΧΩΡΑ.....	40
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8° : ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	44
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9° : ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ.....	45
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 10° : ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ.....	46
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11° : ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΑ ΧΩΡΑ.....	47
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12° : ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	48
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13° : ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΑΝΔΡΩΝ.....	47
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14° : ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ.....	49
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15°: ΕΙΔΗ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ.....	51
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16° : ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	52
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17° : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....	54
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18° : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ.....	54
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19° : ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	56
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 20° : ΟΙ ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Γήρανση: Ορισμός, Αίτια, Επιπτώσεις

1.1 Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Στο ατομικό επίπεδο η γήρανση, είναι μία γενετικά καθορισμένη μεταβολή στη δομή και τη λειτουργία του ηλικιωμένου οργανισμού. Είναι γενικό φαινόμενο και παρατηρείται σε όλα τα είδη των ζώων και των φυτών, χωρίς ο άνθρωπος να εξαιρείται από αυτά. Ο άνθρωπος γεννιέται, διανύει τη βρεφική και την παιδική του ηλικία, φτάνει στην ωριμότητα για να καταλήξει προοδευτικά στη φάση του γήρατος. Το ανθρώπινο γένος χαρακτηρίζεται από μεγάλο διάστημα παιδικής ηλικίας και παρατεταμένο χρόνο γεροντικής. Το γεγονός αυτό κατέστησε ικανά τα ηλικιωμένα άτομα να εκπαιδεύσουν τα νεότερα και να διασφαλίσουν την επιβίωση και την πρόοδό τους.

Η γήρανση είναι μια διαδικασία από την οποία κανείς δεν μπορεί να ξεφύγει. Ωστόσο, οι επιπτώσεις της γήρανσης διαφέρουν από άτομο σε άτομο όχι μόνο λόγω γενετικών παραγόντων αλλά επίσης εξαιτίας ενός συνδυασμού χαρακτηριστικών, όπως το επάγγελμα, το εισόδημα, ο τρόπος ζωής ή η ποιότητα της ζωής. Από κοινωνικής απόψεως, η δομή του πληθυσμού μπορεί να αποκλίνει σημαντικά μεταξύ των χωρών, ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης των δημογραφικών γεγονότων - όπως τα ποσοστά γονιμότητας και τα ποσοστά της μετανάστευσης - και άλλων παραγόντων, όπως οι επιλογές του τρόπου ζωής ή η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.

Από την παρατήρηση των ηλικιωμένων διαπιστώνεται πως οι βιολογικές και ψυχολογικές αλλαγές που παρουσιάζονται κατά τη γήρανση αφορούν όλους τους ανθρώπους. Παρατηρείται όμως σε ατομική βάση μεγάλη διακύμανση ως προς το ρυθμό και την ένταση που εμφανίζονται. Αυτό δηλώνει την ύπαρξη παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση του γήρατος στα διάφορα άτομα περισσότερο ή λιγότερο γρήγορα. Το υποκειμενικό βίωμα μιας κατάστασης είναι αποφασιστικό για τη συμπεριφορά του ατόμου και όχι μόνο η γενική του κατάσταση. Οι ερευνητές απέδειξαν δηλαδή ότι η υποκειμενική αντίληψη για την υγεία, συχνά με την έκφραση της «ενεργητικότητα» σχετίζεται πολύ πιο έντονα με τη μακροβιότητα απ' ό,τι η αντικειμενική αντίληψη (δηλαδή η υγεία βάσει ιατρικών εξετάσεων) (Δαφέρμου, 2007).

Στην σύγχρονη βιομηχανική κοινωνία στην οποία ζούμε η δημογραφική γήρανση είναι ένα φαινόμενο το οποίο έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών συζητήσεων, προβληματισμών καθώς επίσης και ανησυχιών. Οι έντονες κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές αλλαγές οι οποίες έχουν άρρηκτη σύνδεση με την αύξηση του παραπάνω φαινομένου έχουν δώσει τροφή σε πολλές έρευνες σχετικά με τις αιτίες που δημιουργούν το φαινόμενο αυτό, τις επιπτώσεις και τα προβλήματα που απορρέουν σε πολλούς τομείς της καθημερινής μας ζωής.

1.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΑΙΤΙΑ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Η γήρανση λοιπόν ορίζεται ως η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (συνήθως 60 ή 65 ετών και άνω) στον πληθυσμό (η οποία αντανακλάται στην επακόλουθη αύξηση της διάμεσης ηλικίας του πληθυσμού) με ταυτόχρονη μείωση της αναλογίας των νέων (0-14 ή 0-19 ετών) και ενδεχομένως της αναλογίας των ατόμων παραγωγικής ηλικίας (15-64 ή 20-60 ετών). Με άλλα λόγια όταν η γονιμότητα είναι χαμηλή και ο αριθμός των ηλικιωμένων αυξάνει η μέση ηλικία ανέρχεται και η διάρθρωση του πληθυσμού γερνάει. Η δημογραφική γήρανση δεν είναι μόνο η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων αλλά και η αύξηση της αναλογίας τους στον συνολικό πληθυσμό, συνίσταται επομένως στη μεταβολή της διάρθρωσης του πληθυσμού κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών. Δεν πρέπει να συγχέεται με την αύξηση του αριθμού των γερόντων η οποία οφείλεται στην αύξηση του πληθυσμού και στην παράταση του μέσου όρου ζωής και η οποία δεν καταλήγει σε αύξηση της αναλογίας τους στο συνολικό πληθυσμό.

Θέλοντας να εστιάσουμε στην δημογραφική γήρανση σαν πρώτο στάδιο θα πρέπει να προσεγγίσουμε στους παράγοντες που συμβάλλουν στο φαινόμενο αυτό. Αρχικά λοιπόν η γήρανση σε μεγάλο βαθμό απορρέει από την υπογεννητικότητα.

Η πτώση των γεννήσεων μακροπρόθεσμα (Δαφέρμου, 2007) οδηγεί στην μείωση των ατόμων νεαρής ηλικίας και κατά συνέπεια υπάρχει αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων. Ένας άλλος παράγοντας που ασκεί σημαντική επίδραση είναι η μείωση της θνησιμότητας και η παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης. Τέλος, επίδραση έχει και η μετανάστευση.

Το φαινόμενο της αύξησης της αναλογίας του γεροντικού πληθυσμού ξεκίνησε να εκδηλώνεται σταδιακά από την περίοδο της μεταβιομηχανικής επανάστασης και μετά, κυρίως στις πιο εύπορες χώρες. Οι ευνοϊκές οικονομικές συνθήκες που επικρατούσαν στις

χώρες αυτές οδήγησαν σε αναπτυξιακές τάσεις όπως η συγκρότηση υπηρεσιών δημόσιας υγείας, η εξυγίανση του περιβάλλοντος, η εφαρμογή προγραμμάτων προληπτικής ιατρικής και γενικότερα η άνοδος του βιωτικού και μορφωτικού επιπέδου. Όλες αυτές οι σημαντικές εξελίξεις συνέβαλλαν στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης, στην μακροζωία, και κατά συνέπεια στην βαθμιαία μείωση της θνησιμότητας. Την μείωση της θνησιμότητας ακολούθησε η μείωση της γονιμότητας που σταδιακά έφτασε σε χαμηλά επίπεδα στις αρχές του 20^{ου} αιώνα.

Ένας τρίτος δημογραφικός συντελεστής που μετέχει ενεργά στην εξάπλωση της πληθυσμιακής γήρανσης είναι η μεταναστευτική κίνηση των πληθυσμών. Η μετανάστευση προκαλεί αιτία γήρανσης στις χώρες προέλευσης των μεταναστών και προοπτικές ανανέωσης του πληθυσμού στις χώρες υποδοχής. Η μεταναστευτική ροή συμβάλλει πρωτίστως στην γήρανση από τη μέση της πυραμίδας των ηλικιών, καθώς οι νέοι φεύγουν και μένουν πίσω οι γηραιότεροι, με συνέπεια να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο ο ρυθμός της γήρανσης του πληθυσμού. Δευτερευόντως, η μεταναστευτική τάση προκαλεί γήρανση από την βάση της πυραμίδας των ηλικιών, εφόσον περιορίζονται οι ομάδες ηλικιών που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία με απόρροια την πτώση των γεννήσεων. Το φαινόμενο αυτό καλείται και ως «αλυσίδα γήρανσης» (Πουλοπούλου, 1999; Δαρδαβέσης, 1999.) Συμπεράσματα από αρκετές μελέτες αποδεικνύουν ότι η μεταναστευτική κινητικότητα προς το εξωτερικό συνέβαλλε σημαντικά στις πληθυσμιακές αλλαγές πολλών χωρών, ήδη από τα τέλη του 19ου και καθ' όλη την διάρκεια του 20ου αιώνα. Οι μεταναστεύσεις αυτές είχαν ως συνέπεια την επιτάχυνση του ρυθμού γήρανσης των πληθυσμών των χωρών προέλευσης και την ανανέωση των χωρών υποδοχής. Πέρα όμως από την εξωτερική μετανάστευση, δυσμενείς επιδράσεις στην γήρανση του πληθυσμού έχει ασκήσει και η εσωτερική μετανάστευση, δηλαδή με άλλα λόγια η μεταφορά πληθυσμών από περιοχή σε περιοχή στο εσωτερικό μιας χώρας και ιδιαίτερα η μετακίνηση πληθυσμών από την ύπαιθρο στα αστικά κέντρα. Τα τελευταία χρόνια η γήρανση των πληθυσμών των αγροτικών περιοχών της αραιοκατοικημένης υπαίθρου τείνει να αυξάνεται ολοένα και περισσότερο, το γεγονός αυτό προκαλείται κυρίως από την μεταναστευτική κινητικότητα των νεότερων ηλικιακών ομάδων του πληθυσμού και επιδεινώνεται με την επιστροφή των παλιννοστούντων που όντας πλέον συνταξιούχοι επιστρέφουν στον τόπο καταγωγής τους.

1.3 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Οι πληθυσμιακές μεταβολές που συντελούνται τα τελευταία χρόνια αποτελούν, ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες, αντικείμενο μελέτης ως προς τις πιθανές επιδράσεις τους στην αγορά εργασίας και στο σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Πιο συγκεκριμένα, η γήρανση του πληθυσμού και η συρρίκνωση του πληθυσμού στις ηλικίες εργασίας επηρεάζει είτε άμεσα, είτε έμμεσα την διάρθρωση του εργατικού δυναμικού, τις συνθήκες προσφοράς και αποτελεσματικότητας της αγοράς εργασίας καθώς και την μακροχρόνια βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης. Πράγματι, οι ηλικιωμένοι σήμερα ζουν περισσότερο και υγιέστερα από ότι αυτοί των προηγούμενων γενεών. Το 2010, η προσδοκώμενη αναμενόμενη ζωή (Ελλάδα) στην ηλικία των 65 ετών ήταν 17 χρόνια για τους άνδρες και 21 χρόνια για τις γυναίκες. Ακόμη, η πιθανότητα επιβίωσης ενός νεογέννητου αγοριού μέχρι και την ηλικία των 65 ετών είναι άνω του 80%, ενώ η αντίστοιχη πιθανότητα για ένα κορίτσι είναι άνω του 90%. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά την περίοδο 2010-2015 κατά μέσο στις χώρες του ΟΟΣΑ, οι γυναίκες στα 65 τους αναμενόταν να ζήσουν 20,8 χρόνια επιπλέον ενώ οι άνδρες άλλα 17,4 χρόνια. Μέχρι το 2060-2065 οι γυναίκες αναμένεται ότι θα ζουν πέντε χρόνια περισσότερο (25,8 χρόνια) και οι άνδρες 4,5 χρόνια (21,9 χρόνια). Έτσι, οι δαπάνες συντάξεων προς τους συνταξιούχους των χωρών-μελών του ΟΟΣΑ που συνταξιοδοτούνται στην ηλικία των 65ετών για πρώτη φορά θα είναι αυξημένες κατά 20% λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της γήρανσης του πληθυσμού (ΟΟΣΑ, 2013). Οι εξελίξεις αυτές συντελούνται κυρίως εξαιτίας της υπογεννητικότητας, το επίπεδο της οποίας αδυνατεί να συμβάλλει στην σταθεροποίηση του ενεργού πληθυσμού για τις επόμενες γενεές. Επομένως το ερώτημα που προκύπτει είναι: με ένα σταδιακά μειούμενο αριθμό εργαζομένων και ένα σταδιακά αυξανόμενο αριθμό συνταξιούχων ποιο τελικά θα είναι το νέο πλαίσιο χρηματοδότησης του συνταξιοδοτικού συστήματος; Θα είναι η υπερφορολόγηση των εργαζομένων, η αύξηση των εισφορών, η περαιτέρω μείωση των συντάξεων, η αναζήτηση νέων πόρων προκειμένου να εξασφαλισθούν οι αναγκαίοι πόροι για την καταβολή των συντάξεων των ήδη και των μελλοντικών συνταξιούχων; Στο πλαίσιο αυτό ενδιαφέρον επικεντρώνεται στην διερεύνηση των επιδράσεων του προσδόκιμου ζωής, της γήρανσης του πληθυσμού, της ανεργίας, της μείωσης των μισθών, της αναιμικής ανάκαμψης, των χρηματοοικονομικών κινδύνων και της μείωσης των συντάξεων, στην μακροχρόνια βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Σημαντικό γεγονός είναι ότι καθώς οι εκτιμήσεις του προσδόκιμου ζωής διαφοροποιούνται παρουσιάζοντας αυξητικές τάσεις η γήρανση του πληθυσμού να

δημιουργεί ολοένα και πιο σοβαρά προβλήματα στην χρηματοδότηση του συνταξιοδοτικού συστήματος. Η μακροχρόνια βιωσιμότητα του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης πρέπει να μελετηθεί με την εφαρμογή αναλογιστικών προσεγγίσεων. Η επίδραση της γήρανσης του πληθυσμού αποτυπώνεται στο αναλογιστικό κόστος του διανεμητικού συστήματος θεωρώντας τους λοιπούς παράγοντες στα σημερινά επίπεδα.

Η μεθοδολογική αυτή προσέγγιση δεν αποσκοπεί στον προσδιορισμό του οργανικού ελλείμματος ως του κορυφαίου προβλήματος του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα. Αντίθετα, αποσκοπεί στην αποτύπωση της εξέλιξης των στοιχείων ενεργητικού του ΣΚΑ ως ποσοστού του ΑΕΠ κατά την περίοδο 2013-2050. Έτσι, οι προβληματισμοί που διατυπώνονται στα συμπεράσματα της εισήγησης ως προϋποθέσεις προτεραιοτήτων παρέμβασης και άσκησης δημόσιων κοινωνικό-ασφαλιστικών πολιτικών, κινούνται προς την κατεύθυνση της σύνθετης κοινωνικό-οικονομικής αντιμετώπισης των προβλημάτων της μακροχρόνιας βιωσιμότητας και της κοινωνικής αποτελεσματικότητας του συστήματος κοινωνικής ασφάλισης στην Ελλάδα.

1.4 Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΙΣ ΕΥΡΩΠΑΙΚΕΣ ΧΩΡΕΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι πληθυσμοί της Ευρώπης γερνάνε γρήγορα λόγω του χαμηλού ποσοστού γεννήσεων και του αυξανόμενου προσδόκιμου ζωής. Η τρέχουσα δομή του πληθυσμού της ΕΕ χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερα υψηλό πλήθος ανθρώπων που γεννήθηκαν τις δύο δεκαετίες μετά το τέλος του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου, όταν είχε λάβει χώρα έκρηξη γεννήσεων. Αυτή η γενιά, λεγόμενη και γενιά του baby-boom αποτελείται από τις ομάδες του πληθυσμού που γεννήθηκαν από τα μέσα-τέλη του 1940 έως και τα τέλη του 1960. Οι πρώτοι της γενιάς του baby-boom έχουν περάσει πλέον στην συνταξιοδότηση. Οι προβολές πληθυσμού της Eurostat προβλέπουν ότι ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών θα αυξηθεί κατά περίπου δύο εκατομμύρια ετησίως κατά τις επόμενες δεκαετίες, ενώ ο πληθυσμός σε ηλικία εργασίας θα αρχίσει να συρρικνώνεται (ως αποτέλεσμα της μείωσης των ποσοστών γονιμότητας των γενεών μετά το babyboom). Αυτό θα οδηγήσει σε αύξηση του αριθμού των πολύ ηλικιωμένων (ηλικίας 80 ετών και άνω) με πολύ λιγότερους νέους που θα φροντίζουν γι'αυτούς (είτε μέλη της οικογένειας είτε επαγγελματίες της υγείας). Η διάμεση ηλικία χωρίζει την ηλικιακή κατανομή του συνόλου του πληθυσμού σε δύο ίσα μέρη, με το 50% των ατόμων κάτω από τη μέση ηλικία και το υπόλοιπο 50% παραπάνω. Ο μέσος όρος ηλικίας στην Ευρώπη των 27 την 1η Ιανουαρίου 2010 υπολογίστηκε σε 40,9 χρόνια. Οι προβολές

πληθυσμού της Eurostat δείχνουν ότι ο ρυθμός με τον οποίο η μέση ηλικία αυξάνεται, θα υποχωρήσει πολύ λίγο στις επόμενες δεκαετίες. Μέχρι το 2060 η μέση ηλικία του πληθυσμού της Ευρώπης των 27 αναμένεται να σταθεροποιηθεί στα 47,6 χρόνια, περίπου 15 χρόνια μεγαλύτερη την μέση ηλικία έναν αιώνα πριν. Η Ευρώπη, όπως και πολλές άλλες περιοχές του πλανήτη, υφίσταται μια σημαντική αλλαγή στη δομή του πληθυσμού της.

Η δημογραφική μεταβολή μπορεί να αποδοθεί σε δύο κυρίως παράγοντες: Α) τη φυσική κίνηση (η διαφορά μεταξύ του αριθμού των γεννήσεων και του αριθμού των θανάτων) και Β) την καθαρή μετανάστευση (η διαφορά μεταξύ μετανάστευσης και αποδημίας). Το ποσοστό γονιμότητας στην ΕΕ ήταν 1,6 παιδιά ανά γυναίκα 2008 – και είναι από τα χαμηλότερα στον κόσμο. Ένας από τους βασικούς λόγους για σχετικά χαμηλά ποσοστά γονιμότητας της ΕΕ είναι ότι οι γυναίκες καθυστερούν όλο και περισσότερο το χρόνο απόφασης να γεννήσουν ένα παιδί. Η μέση ηλικία των γυναικών κατά τον τοκετό στην ΕΕ ήταν 29,7 χρόνια το 2008. Αυτό μπορεί να αποδοθεί σε μια σειρά δημογραφικών, κοινωνικο-οικονομικών και θεσμικών αιτιών – όπως για παράδειγμα, η μείωση του αριθμού των γάμων, η αύξηση του αριθμού των διαζυγίων, η αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην αγορά εργασίας, η αβεβαιότητα για την οικονομική κατάσταση και την ασφάλεια στην εργασία, η παραμονή των νέων με τους γονείς τους μέχρι να είναι οικονομικά βιώσιμοι ώστε να προχωρήσουν σε δική τους οικογένεια. Ως εκ τούτου η αναλογία των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό έχει αυξηθεί καθώς ο αριθμός των γεννήσεων μειώνεται και σημειώνεται παράλληλη αύξηση της διάρκειας ζωής. Πράγματι, οι άνθρωποι στην ΕΕ ζουν περισσότερο από ποτέ, καθώς το προσδόκιμο ζωής (κατά τη γέννηση) ανήλθε σε 79,4 χρόνια το 2008. Το υψηλότερο προσδόκιμο ζωής μεταξύ των κρατών μελών καταγράφηκε στην Ιταλία (81,9 χρόνια το 2008) και την Ισπανία (81,8 έτη το 2009). Στον αντίποδα, το χαμηλότερο προσδόκιμο ζωής καταγράφεται στη Βουλγαρία, τη Ρουμανία, τη Λετονία και τη Λιθουανία (σε όλες μεταξύ 72 και 73 ετών στο 2009).

Αυτή η αύξηση του προσδόκιμου ζωής αναμένεται να συνεχιστεί δεδομένης της διαρκούς προόδου της ιατρικής και της βελτίωσης του βιοτικού επιπέδου. Έτσι σημειώθηκε μια πολύ σημαντική αύξηση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω κατά τη διάρκεια της 20ετίας από το 1990 έως το 2010. Υπήρξε ιδιαίτερα ταχεία ανάπτυξη στις Σλοβενία, Γερμανία, Ιταλία, τα κράτη μέλη της Βαλτικής και την Ελλάδα, καθώς το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο σύνολο του πληθυσμού αυξήθηκε κατά τουλάχιστον πέντε ποσοστιαίες μονάδες. Στον αντίποδα, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω αυξήθηκε κατά λιγότερο από μία εκατοστιαία μονάδα στη Δανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, το Λουξεμβούργο και τη Σουηδία, ενώ η Ιρλανδία ήταν το

μόνο κράτος μέλος όπου αναφέρεται μείωση του ποσοστού των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω στο σύνολο του πληθυσμού (έστω και κατά 0,1 ποσοστιαίες μονάδες).

Το γήρας συχνά συνδέεται με την ασθένεια και την αδυναμία - αν και αυτό δεν χρειάζεται να είναι ο κανόνας. Οι παλαιίμαχοι της κοινωνίας έχουν πραγματικά τη δυνατότητα να παραμείνουν ενεργοί με σημαντική συνεισφορά στην κοινωνία, για παράδειγμα, με την παράταση της παραμονής τους στην αγορά εργασίας ή την ενεργό συμμετοχή στην οικογενειακή ζωή. Οι σχετικές πολιτικές προς αυτή την κατεύθυνση επικεντρώνονται στην ενθάρρυνση των ηλικιωμένων να παραμείνουν υγιείς και αυτόνομοι για όσο το δυνατόν περισσότερο. Η μετανάστευση μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο βραχυπρόθεσμα στην άμβλυνση της δημογραφικής ανισορροπίας, για παράδειγμα, με την κάλυψη της αγοράς εργασίας σε συγκεκριμένους τομείς. Ωστόσο, είναι ευρέως αποδεκτό ότι η γήρανση της ΕΕ δεν μπορεί να αναιρεθεί μόνον με την εισροή μεταναστών ώστε να διορθωθεί η αναμενόμενη μελλοντική ανισότητα μεταξύ των ηλικιωμένων και των ενεργών εργαζόμενων πολιτών. Πράγματι, και οι μετανάστες θα μεγαλώσουν και θα γίνουν ηλικιωμένοι και εξαρτώμενοι. Είναι πολύ δύσκολο να αρθεί η γήρανση του πληθυσμού αν δεν αυξηθούν τα ποσοστά γονιμότητας ώστε να ξεπεράσουν το φυσικό ρυθμό ανανέωσης του πληθυσμού.

1.5 Η ΓΗΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ηλικία 65 ετών και άνω διογκώνεται γρήγορα και στην Ελλάδα. Είναι σαφές ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας από το 1950 και μετά χαρακτηρίζεται από :

- μείωση της γαμηλιότητας
- έντονη πτώση της γεννητικότητας και της γονιμότητας
- σημαντική επιμήκυνση της προσδοκώμενης ζωής
- αντιστροφή του παραδοσιακού προτύπου της μετανάστευσης
- επιταχυνόμενη αστικοποίηση
- διογκούμενη δημογραφική γήρανση

Το προσδόκιμο επιβίωσης του πληθυσμού της Ελλάδας μεταξύ 1950 και 2000 έχει επιμηκυνθεί κατά 13 χρόνια. Συγκεκριμένα, η προσδοκώμενη ζωή κατά τη γέννηση αυξήθηκε από 63,4 έτη το 1950 σε 76,0 το 2000 για τους άνδρες και από 66,7 σε 80,0 για τις γυναίκες αντίστοιχα. Συνολικά, η υπεροχή της μακροβιότητας των γυναικών έναντι

των ανδρών έχει σταδιακά αυξηθεί από 2,7 χρόνια το 1950 σε 4,0 χρόνια το 2000. Από το 2000 και μετά το προσδόκιμο ζωής εξακολούθησε να αυξάνεται με μικρότερο ρυθμό αγγίζοντας το 2010 το 78,4 για τους άνδρες και το 82,8 για τις γυναίκες αυξάνοντας τη διαφορά σε 4,4 χρόνια.

Η έντονα καθοδική τάση της γεννητικότητας κυρίως και η βελτίωση της θνησιμότητας δευτερευόντως συντέειναν στην αλλοίωση της σύνθεσης του πληθυσμού κατά ηλικία, η οποία είχε ως αποτέλεσμα τη συνεχή συμπίεση του παιδικού πληθυσμού (0-14 ετών) και τη διόγκωση του γεροντικού πληθυσμού (65 ετών και άνω), ενώ ο παραγωγικός πληθυσμός (15-64 ετών) παρέμεινε σχετικά αμετάβλητος. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της ΕΣΥΕ, το 2050 ο πληθυσμός της χώρας αναμένεται να είναι περίπου 11,5 εκατομμύρια, αλλά οι ηλικιωμένοι (άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω) θα αντιπροσωπεύουν σχεδόν το ένα τρίτο του συνολικού πληθυσμού. Σε ένα τέτοιο περιβάλλον δημογραφικής εξέλιξης, αποκτούν ιδιαίτερη σημασία τόσο η απασχόληση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (55-64 ετών), όσο και η μέση ηλικία εξόδου από την εργασία όπως παρουσιάζονται ακολούθως. Αναφορικά με την ηλικιακή διάρθρωση του πληθυσμού στο σύνολο της χώρας και με βάση τα στοιχεία της Eurostat του 2010 ποσοστό 65,6% είναι ηλικίας 15-64 ετών, με σημαντικές διαφοροποιήσεις ανά ομάδα ηλικίας. Έτσι, στην ηλικιακή ομάδα 15-50 ανήκει σήμερα το 40,70% του πληθυσμού, στην ηλικιακή ομάδα 51- 55 το 13,7% -και οι οποίοι θα εισέλθουν το επόμενο διάστημα στην ομάδα άνω των 55 ενώ στην ομάδα 55-64 ανήκει το 13,7%. Πρόκειται για σημαντικό ποσοστό, αυξημένο σε σχέση με προηγούμενες περιόδους, καθιστώντας επιτακτικό το σχεδιασμό και την υλοποίηση δράσεων στοχευμένων σε αυτή την ηλικιακή ομάδα.

1.6 ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ

Οι δημογραφικές προβολές της Eurostat δείχνουν ότι μέχρι το 2060 στην ΕΕ σε κάθε ηλικιωμένο άνω των 64 ετών θα αντιστοιχούν λιγότερα από δύο άτομα σε ηλικία εργασίας (15 έως 64 ετών), σε σύγκριση με την αντίστοιχη σημερινή αναλογία που είναι ένα προς τέσσερα. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι δημογραφικές αναλογίες εξάρτησης μπορεί να επηρεαστούν περαιτέρω από την υποαπασχόληση και την ανεργία (που έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν τον αριθμό των εργαζόμενων ατόμων που έχουν τη δυνατότητα στήριξης της κοινωνίας). Οι πιο ραγδαίες αλλαγές ως προς τον πληθυσμό που βρίσκεται σε ηλικία εργασίας αναμένεται να συμβούν κατά την περίοδο 2015 - 2035, όταν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της γενιάς του babyboom θα συνταξιοδοτηθούν.

Οι προβολές πληθυσμού προβλέπουν μικρή μεταβολή στον συνολικό αριθμό των κατοίκων στην ΕΕ μεταξύ 2010 και 2060. Ωστόσο, η δομή του πληθυσμού αναμένεται αλλάξει σημαντικά ηλικιακά καθώς οι ηλικιωμένοι θα είναι πολύ περισσότεροι. Πράγματι, οι αλλαγές που προβλέπονται είναι άνευ προηγουμένου, καθώς δεν υπάρχουν ιστορικά παραδείγματα ηλικιακής κατανομής πληθυσμού που να διαμορφώνεται σαν αντίστροφη πυραμίδα, με τους ηλικιωμένους περισσότερους από τους νεότερους. Η μετανάστευση θα εξακολουθήσει να αμβλύνει τη διαδικασία γήρανσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, καθώς οι μετανάστες είναι μεγαλύτερης ηλικίας από τα νεογέννητα παιδιά, η άμβλυνση αυτή θα είναι πολύ μικρότερη από εκείνη που θα επιτυγχανόταν με αύξηση των γεννήσεων. Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη (UN, 2010), ο παγκόσμιος πληθυσμός αναμένεται να αυξηθεί σε περίπου 9.600 εκατομμύρια μέχρι το 2060. Σε αρκετές χώρες προβλέπεται μείωση πληθυσμού μεταξύ του 2010 και του 2060 όπως στην Κίνα, την Ιαπωνία και η Ρωσία. Από την άλλη πλευρά, η μόνη ήπειρος όπου ο πληθυσμός αναμένεται να αυξάνεται κατά μέσο όρο τουλάχιστον 1% ετησίως είναι η Αφρική. Ενώ οι παράγοντες που επηρεάζουν το συνολικό πληθυσμό θα μεταβάλλονται με διάφορους τρόπους και σχηματισμούς κατά τα επόμενα 50 χρόνια, το πλέον βέβαιο είναι η περαιτέρω γενική γήρανση του παγκόσμιου πληθυσμού. Η προβλεπόμενη μέση ηλικία παγκοσμίως προβλέπεται να αυξηθεί από 29,2 χρόνια το 2010 σε 39,1 χρόνια το 2060. Αυτή η πρόβλεψη αύξησης της μέσης ηλικίας θα πραγματοποιηθεί σε όλες τις ηπείρους. Μια πιο ταχεία διαδικασία γήρανσης του πληθυσμού αναμένεται σε χώρες με χαμηλά και μεσαία εισοδήματα (σε σχέση με τις ανεπτυγμένες οικονομίες παγκοσμίως) όπως στη Λατινική Αμερική, την Καραϊβική καθώς και την Ασία που πιθανώς θα είναι οι περιοχές με την ταχύτερη αύξηση της μέσης ηλικίας μεταξύ του 2010 και του 2060.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Το προφίλ των ηλικιωμένων: Μια περιγραφική ανάλυση βάσει στοιχείων της έρευνας SHARE

2.1 Η ΕΡΕΥΝΑ SHARE

Καθώς αναφέραμε και παραπάνω η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο επηρεάζει ολόκληρο τον πληθυσμό μιας κοινωνίας. Η επιρροή αυτή γίνεται τόσο στα μέλη της κοινωνίας ως άτομα καθώς επίσης και στις κοινωνίες όσον αφορά το σύνολό τους αλλά και στην αλληλεπίδραση τους. Μιλώντας για το ατομικό επίπεδο εννοούμε ότι η γήρανση αποτελεί μια εμπειρία με έντονη συναισθηματική φόρτιση καθώς επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής των ανθρώπων. Για τους περισσότερους ανθρώπους η περίοδος της γήρανσης αποτελεί μια περίοδο ανησυχίας και αβεβαιότητας καθώς τα άτομα ύστερα από ένα μεγάλο διάστημα σταθερότητας και ενεργητικότητας έρχονται αντιμέτωποι με πτώση της παραγωγικότητας και την επιδείνωση της υγείας τους γεγονός που τους δημιουργεί ανασφάλεια. Από την πλευρά της κοινωνίας η γήρανση αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές τάσεις του 21^{ου} αιώνα. Η συγκεκριμένη διατύπωση αφορά κυρίως την Ευρώπη η οποία είναι η ήπειρος με το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων στο συνολικό πληθυσμό. Ο ρυθμός αυτός της γήρανσης εκτιμάται ότι θα συνεχιστεί με το πέρασ των χρόνων. Γι' αυτό το λόγο αξίζει να μελετήσουμε τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων τόσο στην Ελλάδα ειδικότερα όσο και στην Ευρώπη γενικότερα και να προβούμε σε συγκρίσεις, αναλύσεις όπως επίσης και σε συμπεράσματα που θα μας δώσουν μια ξεκάθαρη εικόνα των χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων των διαφόρων χωρών. Το πόσο μοιάζουν μεταξύ τους και ποιες διαφορές παρουσιάζουν ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν σε κάθε χώρα θα το κατανοήσουμε μέσω της πολύτιμης βοήθειας της έρευνας SHARE.

Η αναλογία των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό στην Ευρώπη είναι υψηλότερη από κάθε άλλη ήπειρο – και το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού θα συνεχίζεται με αμείωτη ένταση στη διάρκεια αυτού του αιώνα. Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE), της οποίας τα δεδομένα του πρώτου ερευνητικού κύματος συλλέχθηκαν κατά το 2004-05, είναι η πρώτη επιστημονική μελέτη που εξετάζει τους διαφορετικούς τρόπους ζωής ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω σε έντεκα Ευρωπαϊκές χώρες, από τη Σκανδιναβία έως τη Μεσόγειο (των Λυμπεράκη – Τήνιου).

Η έρευνα βασίστηκε σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα που ξεπέρασε τα 30.000 άτομα, εστιάζοντας σε θέματα όπως το οικογενειακό περιβάλλον, οι οικογενειακές σχέσεις, η εργασία, οι συντάξεις, η οικονομική ασφάλεια και η υγεία. Τα αποτελέσματα παρέχουν χρήσιμα σημεία αναφοράς για την άσκηση εναλλακτικών πολιτικών στο μέλλον και θα συνεχίσουν να ενισχύονται καθώς θα συμπληρώνονται από τα επόμενα ερευνητικά κύματα της SHARE.

Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE) αποτελεί μία βάση δεδομένων η οποία αντλεί στοιχεία από διαφορετικούς επιστημονικούς τομείς καθώς και από διαφορετικές χώρες ενώ λειτουργεί διαχρονικά διαμέσου ενός επιλεγμένου δείγματος ατόμων. Παρά το γεγονός ότι η διαδικασία ανάπτυξης της ξεκίνησε μόλις το 2002 σήμερα αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς πυλώνες της Ευρωπαϊκής Περιοχής για την Έρευνα και έχει συμπεριληφθεί στα μελλοντικά βήματα της Ευρωπαϊκής Στρατηγικής για τις Ερευνητικές Υποδομές.

Έντεκα χώρες έχουν συνεισφέρει δεδομένα κατά την πρώτη διεξαγωγή της έρευνας SHARE το 2004. Πρόκειται για μια ισορροπημένη αντιπροσώπευση διαφόρων περιοχών της Ευρώπης, από τη Σκανδιναβία (Δανία και Σουηδία) στην Κεντρική Ευρώπη (Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο και Ολλανδία) μέχρι τη Μεσόγειο (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα).

Επιπρόσθετα δεδομένα έχουν συλλεχθεί το 2005-06 και στο Ισραήλ. Δύο «νέα» κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης – η Τσεχία και η Πολωνία – όπως και η Ιρλανδία εισήλθαν στη SHARE το 2006 και συμμετείχαν στη συλλογή δεδομένων του δεύτερου κύματος το 2006-07.

Το τρίτο κύμα συλλογής στοιχείων της έρευνας με τίτλο SHARELIFE, συνέλεξε λεπτομερείς αναδρομικές διαδρομές-ζωής σε δεκαέξι χώρες το 2008-09, με την προσθήκη της Σλοβενίας ως νέο μέλος.

Η Ελλάδα δεν συμμετείχε στο 4^ο και 5^ο κύμα της έρευνας αλλά συμμετέχει εκ νέου στο έκτο ερευνητικό κύμα συλλογής δεδομένων το 2014-15. Η επιστημονική ισχύς της SHARE βασίζεται στον πάνελ σχεδιασμό της ο οποίος, διαμέσου της συμμετοχής στην έρευνα του επιλεγμένου δείγματος ανά τακτά χρονικά διαστήματα, είναι σε θέση να συλλάβει το δυναμικό χαρακτήρα της διαδικασίας της γήρανσης. Η διεπιστημονική προσέγγιση της SHARE μπορεί και αποδίδει την πλήρη εικόνα της διαδικασίας της γήρανσης. Η τήρηση αυστηρών διαδικαστικών οδηγιών και προγραμμάτων διασφαλίζουν την ex-ante εναρμόνιση του σχεδιασμού της έρευνας σε κάθε χώρα με αποτέλεσμα την πλήρη συγκρισιμότητα των στοιχείων ήδη από τη διάρκεια της διεξαγωγής της.

Για την Ευρώπη, στη βάση δεδομένων που αξιοποιείται στην παρούσα μελέτη (SHARE – Survey of Health and Retirement in Europe), χρησιμοποιούνται στοιχεία από το δεύτερο κύμα, που αναφέρονται στο 2006-7, δηλαδή λίγο πριν από την κρίση δανείων στις ΗΠΑ και τη δημοσιονομική κρίση στην Ευρώπη καλύπτοντας 13 χώρες. Όταν γίνει αναφορά στις ΗΠΑ, θα χρησιμοποιηθούν στοιχεία από τη βάση δεδομένων HRS (Health and Retirement Study), που είναι ευθέως συγκρίσιμα, καθώς η SHARE χρησιμοποίησε την HRS ως πρότυπο.

Τα στοιχεία από την Αγγλία (και όχι από όλο το Ηνωμένο Βασίλειο) αναφέρονται στο 2004 και προέρχονται από τη βάση δεδομένων ELSA (English Longitudinal Survey on Ageing), που επίσης ακολούθησε το πρότυπο της HRS. Όλα τα στοιχεία εκφράζονται σε κοινό νόμισμα και είναι προσαρμοσμένα ώστε να αντιπροσωπεύουν την ίδια αγοραστική αξία άσχετα με τη χώρα στην οποία αναφέρονται.

Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζεται το σύνολο των ατόμων ανά χώρα, φύλο και ηλικία που συμμετείχαν

ΠΙΝΑΚΑΣ 1^{ος} : ΧΩΡΕΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΥΜΑ

<u>Χώρες</u>	<u>Σύνολο</u>	<u>Άντρες</u>	<u>Γυναίκες</u>
Αυστρία	1341	546	795
Βέλγιο	3169	1435	1734
Τσεχία	2830	1191	1639
Δανία	2616	1176	1440
Γαλλία	2968	1273	1695
Γερμανία	2568	1184	1384
Ελλάδα	3243	1398	1845
Ιταλία	2983	1345	1638
Ολλανδία	2661	1212	1449
Πολωνία	2467	1074	1393
Ισπανία	2228	1003	1225
Σουηδία	2745	1267	1478
Ελβετία	1462	645	817
Σύνολο	33281	14749	18532

Πηγή: SHARE

Η SHARE είναι εναρμονισμένη με παρόμοιες μελέτες που έχουν διεξαχθεί στην Αγγλία (Αγγλική Γενεαλογική Μελέτη της Γήρανσης-English Longitudinal Survey of Ageing) και στις Η.Π.Α.(Ερευνα για την υγεία και την συνταξιοδότηση-Health and Retirement

Survey) ενώ παρόμοιες έρευνες στην Ιαπωνία, την Κίνα και την Κορέα ακολουθούν το πρότυπο της έρευνας SHARE.

Όσον αφορά τα στοιχεία που έχουν συλλεχθεί κατά την έρευνα αφορούν κυρίως μεταβλητές υγείας (όπως υποκειμενικούς δείκτες για την κατάσταση της υγείας, χρόνιες παθήσεις, βιολογικούς δείκτες), ψυχολογικές μεταβλητές (ποιότητα ζωής, ψυχική υγεία), οικονομικές μεταβλητές (εισόδημα, περιουσιακά στοιχεία και μεταβλητές κοινωνικές υποστήριξης από συγγενείς κ.ά) και στοιχεία για την συνταξιοδότηση, την ασφάλιση κλπ.

2.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ SHARE

Βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος: Μια πρώτη περιγραφική ανάλυση

Αρχικά για να γίνει η εργασία πιο κατανοητή και για να σκιαγραφήσουμε με ορθό τρόπο το προφίλ των ηλικιωμένων στην περιοχή της Ελλάδας καθώς και των υπόλοιπων χωρών της Ευρώπης θα πρέπει να προσεγγίσουμε τις βασικές διαστάσεις του φαινομένου της γήρανσης όπου θα απλοποιήσουν στο μυαλό μας την εικόνα του προφίλ των ηλικιωμένων.

Οι βασικότερες διαστάσεις της γήρανσης που θα εξετάσουμε είναι οι εξής :

- Η δημογραφική διάσταση
- Η κοινωνική διάσταση
- Η οικονομική διάσταση και
- Η διάσταση της υγείας ή αλλιώς ιατρική διάσταση

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής λοιπόν μέσω των παραπάνω διαστάσεων είναι να προσεγγίσει τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων μέσω των καθημερινών τους συνθηκών, προβλημάτων, του μορφωτικού τους επιπέδου, του κοινωνικού τους status, της οικονομικής τους κατάστασης και άλλων παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την επιβίωσή τους και την ποιότητα ζωής τους. Μέσω των δεδομένων του δεύτερου κύματος SHARE θα παρατηρήσουμε τόσο ομοιότητες όσο και διαφορές μεταξύ των χωρών.

2.2.1 Η ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

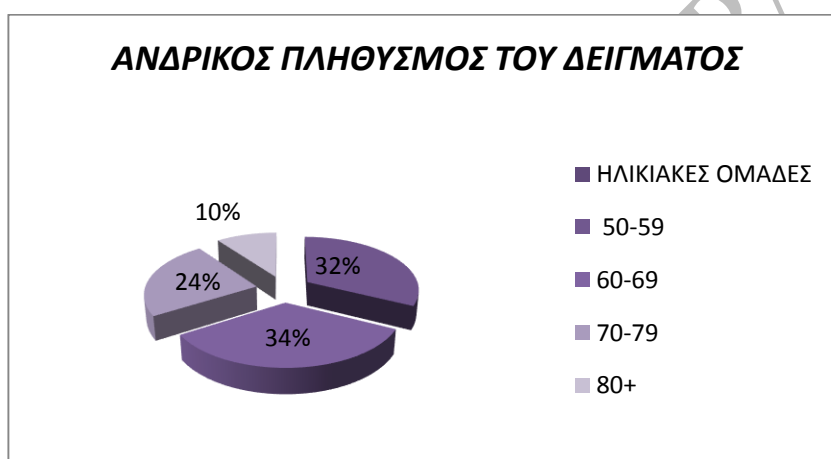
Ξεκινώντας, θα έρθουμε σε μια πρώτη επαφή με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος μας. Οι μεταβλητές με τις οποίες θα ασχοληθούμε και τις οποίες θα

αναλύσαμε για να βγάλουμε τα συμπεράσματα μας είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση όπως επίσης και τα έτη εκπαίδευσης.

Το δείγμα μας αποτελείται συνολικά από 33280 άτομα ηλικίας από 50 έως 105 ετών, με μέσο όρο ηλικίας τα 65,24 έτη. Από το συνολικό πληθυσμό, το 53,9% αποτελείται από γυναίκες ενώ το 46,1% συνθέτει τον αντρικό πληθυσμό.

Για να διευκολυνθούμε και για να γίνουν όσο το δυνατόν καλύτερα οι συγκρίσεις μεταξύ των χωρών ομαδοποιήσαμε τις ηλικίες σε τεσσάρων ειδών κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τις ηλικίες 50-59, η δεύτερη τις ηλικίες 60-69, η τρίτη τις ηλικίες 70-79 και η τέταρτη τα άτομα 80 ετών και άνω.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1^ο : ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΤΑΝΕΜΗΜΕΝΟ ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ



Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών ανήκει στην ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50 και 59 ετών. Με μικρή διαφορά και με ποσοστό 32% ακολουθούν οι ηλικίες 60 με 69 ετών. Η ηλικίες μεταξύ των 70 με 79 ετών καλύπτουν μόλις το 24% του δείγματος των ανδρών ενώ σε πολύ μικρό ποσοστό εξετάζουμε και τους γηραιότερους.

Τα ποσοστά κατανομής στις ηλικιακές ομάδες για τους άνδρες μοιάζουν πολύ με τα αντίστοιχα των γυναικών. Και εδώ οι ηλικίες 50-59 κατέχουν το μεγαλύτερο ποσοστό ενώ ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 60-69 και 70 – 79 με 31% και 21% αντίστοιχα. Σε πολύ μικρό ποσοστό λαμβάνουν μέρος στην έρευνα μας ηλικιωμένες από 80 ετών και πάνω.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2^ο : ΠΟΣΟΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΚΑΤΑΝΕΜΗΜΕΝΟ ΣΤΙΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ



Στον παρακάτω πίνακα παρατίθεται το ποσοστό των ατόμων του δείγματος με τον τρόπο με τον οποίο κατανέμεται ανά χώρα στις τέσσερις ηλικιακές ομάδες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2^{ος} : ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΤΟΜΩΝ ΚΑΤΑΝΕΜΗΜΕΝΟ ΣΤΙΣ ΤΕΣΣΕΡΙΣ ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΝΑ ΧΩΡΑ(%)

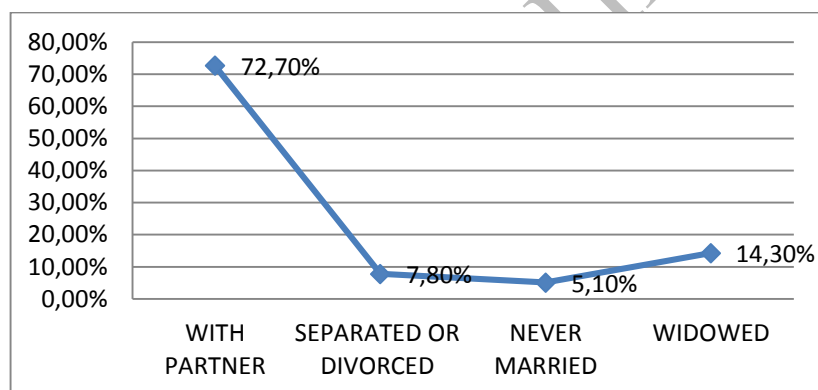
Χώρες	Σύνολο 50-59 ετών		Σύνολο 60-69 ετών		Σύνολο 70-79 ετών		Σύνολο 80+ ετών	
	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες	Άνδρες	Γυναίκες
<i>Αυστρία</i>	24,00	24,90	40,70	37,20	25,60	24,20	9,70	13,70
<i>Γερμανία</i>	28,60	36,30	38,20	32,40	26,10	20,20	7,10	11,10
<i>Σουηδία</i>	23,40	29,00	37,90	38,00	24,40	19,10	14,30	13,90
<i>Ολλανδία</i>	34,30	39,30	35,10	34,40	21,20	18,20	9,30	8,1
<i>Ισπανία</i>	28,60	31,30	29,10	27,90	29,40	24,50	12,90	16,30
<i>Ιταλία</i>	25,20	33,40	37,10	35,50	28,30	22,80	9,40	8,30
<i>Γαλλία</i>	36,80	36,90	29,80	28,80	22,60	20,40	10,80	13,90
<i>Δανία</i>	37,80	39,40	33,20	29,50	19,80	18,70	9,20	12,40
<i>Ελλάδα</i>	34,30	43,50	32,70	24,80	23,50	21,30	9,50	10,40
<i>Ελβετία</i>	33,30	36,80	33,60	31,20	23,20	20,10	9,90	11,90

<i>Βέλγιο</i>	35,80	37,30	30,70	27,90	22,40	21,90	11,10	12,90
<i>Τσεχία</i>	36,40	38,20	34,30	33,60	20,40	18,60	8,90	9,60
<i>Πολωνία</i>	37,80	41,90	30,10	27,90	23,70	20,70	8,40	9,50

Παρατηρούμε συνολικά ότι το δείγμα μας κατά κύριο λόγο αντιστοιχεί στις ομάδες ηλικιών μεταξύ 50 και 59 ετών και 60 και 69 ετών. Επιπλέον λίγα είναι τα άτομα στο δείγμα μας που είναι πολύ γερασμένα και συγκεκριμένα πάνω από τα 80 έτη.

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε τη σύνθεση του νοικοκυριού των ατόμων στις χώρες του δείγματος μας. Για να διευκολυνθούμε έχουμε χωρίσει την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος σε τέσσερις κατηγορίες. Συνολικά στο δείγμα μας το 72,2% είναι παντρεμένοι, το 7,8% είναι χωρισμένοι, το 5,10% είναι ανύπαντροι και το 14,30 είναι χήροι.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3^ο : Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας,

ΠΙΝΑΚΑΣ 3^{ος} : Η ΣΥΝΘΕΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΧΩΡΑ

ΧΩΡΕΣ	ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΣ/Η	ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΣ/Η	ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΣ/Η	ΧΗΡΟΣ/Α
<i>ΑΥΣΤΡΙΑ</i>	61,8	9,2	7,2	21,8
<i>ΓΕΡΜΑΝΙΑ</i>	77,6	7,1	4,8	10,5
<i>ΣΟΥΗΔΙΑ</i>	77,5	8,4	4,5	9,6
<i>ΟΛΛΑΝΔΙΑ</i>	80	6,7	4,2	9
<i>ΙΤΑΛΙΑ</i>	81,3	2,5	4,5	11,7
<i>ΓΑΛΛΙΑ</i>	67,1	9,9	6,9	16
<i>ΔΑΝΙΑ</i>	69	11,8	6	13,2
ΕΛΛΑΔΑ	72,3	4,9	4,6	18,3
<i>ΙΣΠΑΝΙΑ</i>	77,9	3	6,8	12,2
<i>ΕΛΒΕΤΙΑ</i>	67,6	12,9	6,3	13,2
<i>ΒΕΛΓΙΟ</i>	71,8	9,2	4,1	14,8
<i>ΤΣΕΧΙΑ</i>	63,9	13,3	3,1	19,8
<i>ΠΟΛΩΝΙΑ</i>	78,4	6,8	5,5	9,2

Διαπιστώνεται ότι σε όλες τις χώρες το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων δηλώνει ότι είναι παντρεμένο. Το ποσοστό κυμαίνεται από 62% στην Αυστρία έως 81% στην Ιταλία. στις υπόλοιπες κατηγορίες παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών. Πιο αναλυτικά, στην Αυστρία το 21,8% δηλώνει ότι ο σύζυγος ή η σύζυγος των ατόμων έχουν πεθάνει ενώ σχετικά μικρά είναι τα ποσοστά για τις άλλες δύο κατηγορίες. Στην Γερμανία βλέπουμε επίσης παρόμοια κατάσταση. Στην Σουηδία παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ατόμων που είναι παντρεμένο είναι σχεδόν το ίδιο με το ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν χήροι/ες. Στην Ολλανδία και την Ιταλία έχουμε παρόμοια ποσοστά με την διαφορά ότι οι Ιταλοί είναι εκείνοι με το μικρότερο ποσοστό που δηλώνουν χωρισμένοι/ες όχι μόνο σε σχέση με την Ολλανδία αλλά και σε σύγκριση με τα ποσοστά όλων των υπόλοιπων χωρών. Η Γαλλία, η Δανία, η Ελβετία και το Βέλγιο έχουν αρκετά κοντινή εικόνα ως προς την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων. Στην Τσεχία είναι αρκετά αυξημένο το ποσοστό των ατόμων που ο σύζυγος και η σύζυγος είναι αποθανόν ή αποθανούσα. Στην Πολωνία αντίθετα με ποσοστό 9,2% παρουσιάζονται τα άτομα που είναι χήροι/ες, το 5,5% που είναι ανύπαντρα, το 6,8% που είναι χωρισμένα και σε ποσοστό 78,4% τα άτομα που είναι παντρεμένα.

Αξίζει να σχολιάσουμε και την κατάσταση στην Ελλάδα. Αναλυτικότερα, το 72,3% των Ελλήνων άνω των 50 ετών είναι παντρεμένοι. Το 4,9% και 4,6% δηλώνουν χωρισμένοι/ες και ανύπαντροι/εσαντίστοιχα. Αρκετά μεγάλο είναι το ποσοστό (18,3%) που ο ένας από τους δύο συζύγους έχει πεθάνει.

Συνολικά τα υψηλότερα ποσοστά έγγαμων παρατηρούνται στην Ολλανδία και την Ιταλία, τα υψηλότερα ποσοστά χήρων στην Αυστρία και τα υψηλότερα ποσοστά διαζευγμένων στην Τσεχία και Ελβετία.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Η εκπαίδευση δεν είναι γνώση που αποκτά το άτομο στην παιδική, εφηβική και νεανική ηλικία και μετά ξεχνιέται. Η διαδικασία της μάθησης είναι αέναη σε όλη την διάρκεια της ζωής. Οι ηλικιωμένοι και όσον αφορά την εκπαίδευση δεν αποτελούν ομοιογενή ομάδα. Μεγάλες διαφορές παρατηρούνται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τις περιοχές, τον τόπο που πέρασαν τα παιδικά τους χρόνια.

Ο ηλικιωμένος πληθυσμός όχι μόνο στην Ελλάδα αλλά και στην Ευρώπη και σε ολόκληρο τον κόσμο χαρακτηρίζεται από υψηλότερο αναλφαβητισμό και χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σύγκριση με τις νεότερες ηλικιακές ομάδες (Kinsella and Tauber, 1993). Μεγάλες ανισότητες παρατηρούνται ανάμεσα στις ανεπτυγμένες χώρες και στην

ίδια χώρα ανάμεσα στα φύλα. Πιο συγκεκριμένα στις γυναίκες παρατηρούνται τα υψηλότερα ποσοστά αναλφαβητισμού και τα χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης. Μεγάλες ανισότητες παρατηρούνται επίσης ανάμεσα στους < νέους > ηλικιωμένους και στους γέροντες ηλικιωμένους.

Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες ο αλφαβητισμός είναι σχεδόν καθολικός και πολλές από αυτές δεν συλλέγουν πια στοιχεία αλφαβητισμού κατά ομάδες ηλικιών. Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ηλικιωμένων στις χώρες της Ευρώπης και τις άλλες αναπτυγμένες χώρες είναι αρκετά χαμηλότερο από εκείνο των νεότερων αν και οι διαφορές περιορίζονται με την πάροδο του χρόνου. Εθνικές έρευνες σε χώρες της Ευρώπης έδειξαν ότι : α) ένα μεγάλο τμήμα του ηλικιωμένου πληθυσμού είναι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα στους άνω των 75 ετών. β) Στις πιο αναπτυγμένες χώρες τα ποσοστά πτυχιούχων του δημοτικού σχολείου για άτομα 15-34 ετών είναι περίπου 90%. Στους ηλικιωμένους τα ποσοστά είναι συχνά σημαντικά χαμηλότερα. γ) Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι απόφοιτοι δημοτικού. δ) Πολύ μικρότερες αναλογίες ατόμων 75+ είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σε σύγκριση με άτομα 65-74 ετών. ε) Υπάρχουν μεγάλες διαφορές στα ποσοστά αποφοίτησης από την δευτεροβάθμια εκπαίδευση κατά φύλο. στ) Με την πάροδο του χρόνου ο αριθμός των ηλικιωμένων με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνεται, αλλά το χάσμα μεταξύ των ηλικιωμένων και των νεότερων παραμένει και σε αρκετές χώρες διευρύνεται. Πριν από μερικές δεκαετίες πολλά παιδιά αγροτών και εργατών είχαν εγκαταλείψει το σχολείο πριν τα 14 τους χρόνια. η) Ηλικιωμένοι που ανήκαν σε πολυμελείς οικογένειες αγροτικής και εργατικής προέλευσης εγκατέλειπαν συχνότερα την πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε σύγκριση με παιδιά ολιγομελών οικογενειών. θ) Οι εργαζόμενοι με λιγότερη εκπαίδευση σπάνια είναι ειδικευμένοι και συνήθως έχουν το χαμηλότερο εισόδημα και εργάζονται σε δουλειές χωρίς κύρος. Στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και την Πρώην Σοβιετική Ένωση οι έρευνες έδειξαν επίσης ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των ηλικιωμένων βελτιώνεται με την πάροδο του χρόνου, οι ηλικιωμένοι άνδρες είναι πιο μορφωμένοι από τις ηλικιωμένες γυναίκες, και το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι υψηλότερο στις αστικές περιοχές (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999).

Τα εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά είναι σημαντικό να εξετασθούν διότι επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση των ατόμων όπως επίσης και την ψυχική και σωματική υγεία.

Στην συνέχεια παρουσιάζονται ο μέσος αριθμός ετών εκπαίδευσης για τις χώρες του δείγματος μας:

Αρχικά πάμε να δούμε λίγο αναλυτικά τι συμβαίνει με τις χώρες της **Βόρειας Ευρώπης**:

ΠΙΝΑΚΑΣ 4^{ος} : ΜΕΣΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΒΟΡΕΙΑ ΕΥΡΩΠΗ

Χώρες	Ομάδες ηλικιών 50-59 ετών		Ομάδες ηλικιών 60-69 ετών		Ομάδες ηλικιών 70-79 ετών		Ομάδες ηλικιών 80+ ετών	
	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Δανία	9,4	8,26	8,37	7,59	8,19	5,88	8,45	5,44
Σουηδία	12,44	12,88	11,45	11,35	10,33	9,55	8,97	8,48
Ολλανδία	12,75	11,81	11,21	10,56	9,99	9,29	10,68	9,23

Παρατηρούμε αρχικά ότι σε όλες τις χώρες της Βόρειας Ευρώπης ο μέσος αριθμός ετών εκπαίδευσης των αντρών είναι μεγαλύτερος από ότι των γυναικών. Στην ομάδα ηλικιών 50- 59 ετών η Σουηδία φαίνεται να έχει τα περισσότερα έτη εκπαίδευσης όπου φτάνουν για τις γυναίκες σχεδόν τα 13 ενώ στην ίδια ηλικιακή ομάδα τα λιγότερα έτη εκπαίδευσης τα έχει η Δανία, όσον αφορά και τους άντρες και τις γυναίκες. Στην δεύτερη ηλικιακή ομάδα πάλι η Σουηδία βρίσκεται στην κορυφή με τα δύο φύλα να έχουν μέση τιμή ετών εκπαίδευσης τα 11 χρόνια. Παρόμοια είναι η κατανομή των ετών εκπαίδευσης και για τις υπόλοιπες δύο ηλικιακές ομάδες με την μικρότερη τιμή στα έτη εκπαίδευσης να την έχουν οι γυναίκες στη Δανία με 5,5 περίπου έτη εκπαίδευσης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι χώρες της **Ηπειρωτικής Ευρώπης**. Σε αυτές οι ηλικιωμένοι φαίνεται να είναι περισσότερο μορφωμένοι σε σχέση με τους ηλικιωμένους των υπολοίπων χωρών. Συγκεκριμένα,

ΠΙΝΑΚΑΣ 5^{ος} : ΜΕΣΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΗ ΕΥΡΩΠΗ

Χώρες	Ομάδες ηλικιών 50-59 ετών		Ομάδες ηλικιών 60-69 ετών		Ομάδες ηλικιών 70-79 ετών		Ομάδες ηλικιών 80+ ετών	
	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Αυστρία	7,59	8,12	7,66	7,58	7,79	6,35	7,21	6,64
Γερμανία	14,01	12,87	13,33	11,89	12,8	10,78	11,7	9,36
Ελβετία	13,02	11,54	11,8	10,11	10,93	9,46	10,23	9,31
Γαλλία	12,43	11,99	11,8	11,19	10,06	9,73	9,94	9,18
Βέλγιο	12,71	12,34	12,41	11,56	11,38	10,43	10,56	9,62

Οι πιο μορφωμένοι ευρωπαίοι φαίνεται να είναι οι άνδρες Γερμανοί με τα υψηλότερα έτη εκπαίδευσης που φτάνουν τα 14 στην ηλικιακή 50 - 59 ετών. Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες τα έτη εκπαίδευσης είναι μεταξύ των 9 με 14 για την Γερμανία με την μικρότερη τιμή να βρίσκεται στους ηλικιωμένους πάνω από 80 ετών. Στην Γαλλία και το Βέλγιο οι ηλικιωμένοι έχουν αρκετά ικανοποιητικό μορφωτικό επίπεδο με τα μέσα έτη εκπαίδευσης

να είναι 11 με 13 χρόνια. Χαμηλές τιμές με διαφορά σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ηπειρωτικής Ευρώπης παρατηρούνται στην Αυστρία για όλες τις ηλικιακές ομάδες. Στις χώρες της νότιας Ευρώπης παρατηρούμε ότι εξίσου μορφωμένοι είναι οι Έλληνες και οι Ιταλοί όπου στις ομάδες ηλικιών 50-59 και 60-69 έχουν μέσο αριθμό ετών εκπαίδευσης 9 με 10 χρόνια. Σε όλες τις ηλικιακές ομάδες η Ελλάδα και η Ιταλία παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες καθώς φαίνεται οι ηλικιωμένοι των δύο χωρών να έχουν ίδιο επίπεδο μόρφωσης. Με μικρές διαφορές η Ισπανία έχει τα περισσότερα εκπαιδευτικά έτη στις ηλικίες 50-59 ετών αλλά λιγότερα, με μικρότερη τιμή τις 4,15 μονάδες, στις γηραιότερες ηλικίες των γυναικών, από 80 ετών και άνω.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6^{ος} : ΜΕΣΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΝΟΤΙΑ ΕΥΡΩΠΗ

Χώρες	Ομάδες ηλικιών 50-59 ετών		Ομάδες ηλικιών 60-69 ετών		Ομάδες ηλικιών 70-79 ετών		Ομάδες ηλικιών 80+ ετών	
	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Ισπανία	9,77	9,5	7,02	6,68	5,51	4,77	5,32	4,15
Ιταλία	10,7	9,44	8,63	7,33	6,77	5,35	6,78	4,96
Ελλάδα	10,67	9,98	9,26	7,46	7,53	5,28	6,04	4,58

Συμπερασματικά κατανοούμε βάση των δεδομένων μας ότι το επίπεδο μόρφωσης των Γερμανών είναι αρκετά υψηλό. Όπως θα δούμε και παρακάτω ο αλφαριθμητισμός και συγκεκριμένα ο αλφαριθμητισμός της υγείας αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους ρυθμιστικούς παράγοντες για την υγεία των ηλικιωμένων, καθώς αφορά στη δυνατότητα σωστής λήψης, κατανόησης και διαχείρισης της ιατρικής πληροφορίας και κατ' επέκταση της υγείας και της ασθένειας.

2.2.2 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΔΙΑΣΤΑΣΗ

Η καλή οικονομική κατάσταση που εκφράζεται με το εισόδημα και τα περιουσιακά στοιχεία εμφανίζει στενή και έντονη συσχέτιση με την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων. Το συνολικό εισόδημα ενός νοικοκυριού αποτελείται από το άθροισμα των εισοδημάτων όλων των μελών του. Αντικατοπτρίζει δηλαδή τις δυνατότητες όλων των μελών να συμμετέχουν στην παραγωγή, την πρόσβαση τους σε πηγές εισοδηματικών ενισχύσεων αλλά και την σύνθεση του νοικοκυριού. Η εικόνα του εισοδήματος συνοψίζει τόσο τις δυνατότητες του νοικοκυριού όσο και τις προσαρμογές του σε ενδεχόμενες έκτακτες και μη ανάγκες. Είναι γεγονός ότι οι πλουσιότεροι άνθρωποι ζουν περισσότερο από τους φτωχότερους.

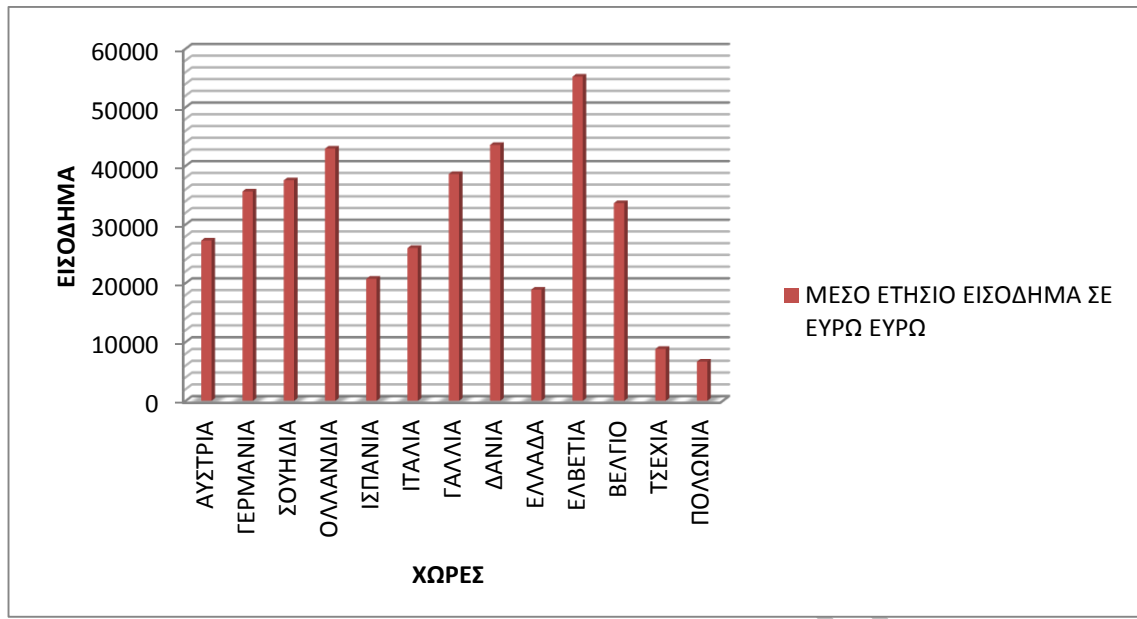
Παρακάτω παρατίθεται ο πίνακας με το μέσο εισόδημα σε ευρώ των χωρών που μελετάμε:

ΠΙΝΑΚΑΣ 7^{ος} : ΜΕΣΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΤΩΝ ΧΩΡΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΟ SHARE

<u>ΧΩΡΕΣ</u>	<u>ΜΕΣΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ</u> <u>ΣΕ ΕΥΡΩ</u>
ΑΥΣΤΡΙΑ	27251.30
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	35628.98
ΣΟΥΗΔΙΑ	37521.94
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	42936.80
ΙΣΠΑΝΙΑ	20725.57
ΙΤΑΛΙΑ	25976.48
ΓΑΛΛΙΑ	38600.22
ΔΑΝΙΑ	43556.24
ΕΛΛΑΔΑ	18870.29
ΕΛΒΕΤΙΑ	55226.26
ΒΕΛΓΙΟ	33634.25
ΤΣΕΧΙΑ	8801.26
ΠΟΛΩΝΙΑ	6653.91

Μιλώντας για το μέσο καθαρό εισόδημα που μπαίνει στα νοικοκυριά περιμένουμε και όντως διαπιστώνουμε μεγάλες διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών. Με μια πρώτη ματιά παρατηρούμε ότι τα ηλικιωμένα άτομα σε χώρες της Ηπειρωτικής Ευρώπης έχουν τα μεγαλύτερα εισοδήματα και με μεγάλη διαφορά σε σχέση με τα εισοδήματα των υπολοίπων χωρών. Πιο συγκεκριμένα, η Ελβετία παρουσιάζει την μεγαλύτερη τιμή μέσου εισοδήματος που φτάνει τα 55226.26 ευρώ ετησίως, ενώ σε υψηλά επίπεδα εισοδήματος κινούνται η Γαλλία, το Βέλγιο και η Γερμανία με 35628,98 μονάδες. Τα επίπεδα του μέσου εισοδήματος στην Ολλανδία, την Σουηδία και την Δανία, δηλαδή στην Βόρεια Ευρώπη, βρίσκονται σε αρκετά ικανοποιητικά επίπεδα. Αξίζει να αναφερθεί η Ολλανδία που έρχεται δεύτερη μεταξύ όλων των χωρών με την τιμή του μέσου καθαρού εισοδήματος να αγγίζει τα 42936,80 ευρώ ετησίως. Σε αντίθεση με τις παραπάνω χώρες η νότια Ευρώπη φαίνεται να έχει χαμηλό μέσο εισόδημα. Συγκεκριμένα, η Ελλάδα παρουσιάζει την μικρότερη τιμή μέσου καθαρού εισοδήματος ενώ μικρές τιμές παρουσιάζονται στην Ιταλία και την Ισπανία. Παρακάτω παρουσιάζεται και γραφικά η εισοδηματική ανισότητα μεταξύ των χωρών. Έντονα φαίνεται το χαμηλότερο εισόδημα σε χώρες της Ανατολικής Ευρώπης όπως στην Τσεχία και στην Πολωνία. Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαμε να πούμε ότι η Πολωνία έχει το 1/9 του εισοδήματος της Ελβετίας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4^ο : ΜΕΣΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ ΑΝΑ ΧΩΡΑ



Ο καθαρός πλούτος των νοικοκυριών είναι η συνολική αξία όλων των περιουσιακών τους στοιχείων, από καταθέσεις, μετοχές και αμοιβαία κεφάλαια μέχρι κατοικίες και ιδιωτικές επιχειρήσεις, αφού αφαιρεθούν τα ποσά τα οποία οφείλουν νοικοκυριά για την εξόφληση των διαφόρων δανείων που έχουν λάβει (από καταναλωτικά δάνεια και πιστωτικές κάρτες μέχρι ενυπόθηκα δάνεια). Αν και ορισμένοι ερευνητές περιλαμβάνουν στον υπολογισμό του καθαρού πλούτου και την παρούσα αξία των αναμενόμενων μελλοντικών συντάξεων, στην παρούσα μελέτη δεν επιχειρείται κάτι τέτοιο, διότι τα στοιχεία που διαθέτει ο συγγραφέας θα απαιτούσαν αρκετές αυθαίρετες υποθέσεις, που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα. Είναι σαφές ότι ο καθαρός πλούτος είναι διακριτός ως έννοια από το εισόδημα ενός νοικοκυριού, επειδή αναφέρεται σε συσσωρευμένα περιουσιακά στοιχεία και όχι σε ροή εισοδήματος ανά έτος. Έτσι, δεν είναι αυτονόητο ότι τα νοικοκυριά με μεγαλύτερο εισόδημα θα έχουν και μεγαλύτερο πλούτο. Ο καθαρός πλούτος μπορεί να είναι μηδενικός ή και αρνητικός για επιμέρους στοιχεία ή και για το σύνολο, όταν τα ρευστά και μη ρευστά περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού δεν επαρκούν για να αποπληρώσει τα υφιστάμενα χρέη του.

ΠΙΝΑΚΑΣ 8^{ος} : ΜΕΣΟΣ ΕΤΗΣΙΟΣ ΠΛΟΥΤΟΣ ΧΩΡΩΝ ΠΟΥ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΥΝ ΣΤΟ SHARE

<u>ΧΩΡΕΣ</u>	<u>ΜΕΣΟΣ ΕΤΗΣΙΟΣ ΠΛΟΥΤΟΣ ΣΕ ΕΥΡΩ</u>
ΑΥΣΤΡΙΑ	199494,05
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	248005,00
ΣΟΥΗΔΙΑ	344541,26
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	378336,04
ΙΣΠΑΝΙΑ	305103,46
ΙΤΑΛΙΑ	302659,59
ΓΑΛΛΙΑ	411887,52
ΔΑΝΙΑ	452906,27
ΕΛΛΑΔΑ	206473,04
ΕΛΒΕΤΙΑ	608317,94
ΒΕΛΓΙΟ	353809,31
ΤΣΕΧΙΑ	58169,78
ΠΟΛΩΝΙΑ	55697,40

Παρατηρώντας τον πλούτο των χωρών διαπιστώνουμε ότι η Ελβετία θεωρείται η πλουσιότερη και με διαφορά από τις υπόλοιπες χώρα. Πλούσιες χώρες θεωρούνται επίσης η Γαλλία, η Δανία και η Ολλανδία με παρόμοιο επίπεδο μέσου ετήσιου πλούτου. Ακολουθούν χώρες όπως το Βέλγιο και η Σουηδία και στη συνέχεια η Ισπανία και η Ιταλία, οι οποίες εμφανίζουν παρόμοια επίπεδα πλούτου. Οι ηλικιωμένοι Έλληνες φαίνεται να εμφανίζονται φτωχοί σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες αν και παρουσιάζουν επίπεδα ανάλογα με τους Αυστριακούς. Τέλος, φτωχότεροι παρουσιάζονται οι λαοί της Τσεχίας και της Πολωνίας.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 5^ο : ΜΕΣΟΣ ΕΤΗΣΙΟΣ ΠΛΟΥΤΟΣ ΑΝΑ ΧΩΡΑ



Αξίζει να σημειωθεί ότι το εισόδημα δεν συνδέεται με τον πλούτο. Αυτό σημαίνει ότι χώρες με πολύ υψηλό εισόδημα δεν έχουν και αντίστοιχα υψηλό πλούτο. Για παράδειγμα

ενώ το μέσο ετήσιο εισόδημα της Γερμανίας είναι αρκετά υψηλό τα επίπεδα του πλούτου της είναι παρόμοια με της Ελλάδας.

Σε παρόμοια ανάλυση που έγινε σε συνέδριο για την Τράπεζα της Ελλάδος σχετικά με την κατοικία και την ακίνητη περιουσία (Αθήνα ,2 Δεκεμβρίου 2011) προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα τα οποία αξίζει να τα δούμε καθώς επαληθεύεται πως το εισόδημα δεν σχετίζεται με τον πλούτο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 9^{ος} : Ο ΚΑΘΑΡΟΣ ΠΛΟΥΤΟΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ(ΧΙΛΙΑΔΕΣ ΕΥΡΩ ΤΟΥ 2005 ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΜΕΝΑ ΓΙΑ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΑΓΟΡΑΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ)

ΧΩΡΕΣ	ΚΑΘΑΡΟΣ ΠΛΟΥΤΟΣ		
	25	50	75
ΑΥΣΤΡΙΑ	30,5	30,5	252,2
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	21,0	136,2	287,5
ΣΟΥΗΔΙΑ	39,6	135,3	292,0
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	14,0	170,5	335,2
ΙΣΠΑΝΙΑ	124,4	228,6	419,8
ΙΤΑΛΙΑ	69,8	190,3	347,8
ΓΑΛΛΙΑ	91,0	234,3	433,4
ΔΑΝΙΑ	41,5	157,8	337,9
ΕΛΛΑΔΑ	65,3	132,0	245,3
ΕΛΒΕΤΙΑ	53,4	206,9	454,4
ΒΕΛΓΙΟ	122,6	244,5	413,3

Ο Πίνακας 9, στις πρώτες τρεις στήλες του, παρουσιάζει τα επίπεδα του καθαρού πλούτου νοικοκυριών σε διαφορετικά σημεία της κατανομής του πλούτου αυτού. Τα νοικοκυριά στο δείγμα κάθε χώρας κατατάσσονται ανάλογα με το μέγεθος του καθαρού τους πλούτου, όπως αυτός υπολογίζεται από τα στοιχεία που παρέχουν. Η στήλη με την ένδειξη “25” παρουσιάζει τα δεδομένα του νοικοκυριού που βρίσκεται στο 25% της κατανομής, δηλαδή ενός νοικοκυριού με καθαρό πλούτο μεγαλύτερο από εκείνον του 25% του πληθυσμού των ώριμων νοικοκυριών (ηλικίας 50+) και μικρότερο από τον πλούτο του 75% αυτού του πληθυσμού στη συγκεκριμένη χώρα και χρονική στιγμή. Η αντίστοιχη στήλη με την ένδειξη 50 αναφέρεται στο νοικοκυριό που βρίσκεται ακριβώς στο μέσον της κατανομής του καθαρού πλούτου, ενώ η στήλη 75 αναφέρεται στο νοικοκυριό που είναι πλουσιότερο από ό,τι το 75% του σχετικού πληθυσμού. Όλα τα στοιχεία αντιστοιχούν σε χιλιάδες ευρώ του 2005 και λαμβάνουν υπόψη διαφορές ως προς αγοραστική αξία του χρήματος ανάμεσα σε χώρες, ώστε να είναι κατά το δυνατόν συγκρίσιμα διεθνώς.

Από την επικέντρωση, κατ’ αρχάς, στις στήλες που φέρουν τον τίτλο “50”, δηλαδή στα ώριμα νοικοκυριά που βρίσκονται ακριβώς στο μέσον της κατανομής του καθαρού

πλούτου, προκύπτει ότι τα νοικοκυριά στις “πλούσιες” χώρες του Βορρά δεν έχουν κατ’ ανάγκη το μεγαλύτερο καθαρό πλούτο. Αντίθετα, μάλιστα, τα ώριμα νοικοκυριά σε νότιες χώρες όπως η Ισπανία, η Ιταλία και η Ελλάδα έχουν μεγαλύτερο ή συγκρίσιμο καθαρό πλούτο στο μέσον της κατανομής σε σχέση με αυτόν που έχουν τα ώριμα νοικοκυριά της Γερμανίας και της Αυστρίας που βρίσκονται στο αντίστοιχο σημείο της κατανομής πλούτου των χωρών τους. Για παράδειγμα, το ελληνικό νοικοκυριό άνω των 50 που βρίσκεται στο μέσον της κατανομής του καθαρού πλούτου στην Ελλάδα διαθέτει γύρω στις 132.000 ευρώ σε καθαρά περιουσιακά στοιχεία, σε σύγκριση με 136.000 ευρώ του αντίστοιχου νοικοκυριού στη Γερμανία και 130.000 στην Αυστρία. Η αρχική αυτή εντύπωση επιτείνεται αν εξεταστούν φτωχότερα νοικοκυριά. Το ώριμο ελληνικό νοικοκυριό που έχει μεγαλύτερο καθαρό πλούτο από το 25% των νοικοκυριών αυτών στην Ελλάδα διαθέτει καθαρά περιουσιακά στοιχεία αξίας περίπου 65.000 ευρώ, ενώ το αντίστοιχο γερμανικό μόνον 21.000 ευρώ. Η Ιταλία παρουσιάζει παρόμοια εικόνα, ενώ στην Ισπανία ο καθαρός πλούτος σ’ αυτό το σημείο της κατανομής είναι περίπου εξαπλάσιος από αυτόν στη Γερμανία. Πλούσιες σε εισοδήματα χώρες, όπως η Ελβετία, η Σουηδία και η Ολλανδία, δεν συγκρίνονται με τις προβληματικές χώρες του Νότου σ’ αυτό το σημείο της κατανομής (δηλαδή υστερούν από αυτές)!

Η εικόνα στα πιο εύπορα νοικοκυριά, που είναι πλουσιότερα από το 75% της ηλικιακής αυτής κατηγορίας, είναι λιγότερο παράδοξη, αλλά ακόμη και εκεί τα γερμανικά νοικοκυριά βρίσκονται μόνο λίγο επάνω από την Ελλάδα και πολύ κάτω από τον καθαρό πλούτο των αντίστοιχων νοικοκυριών στην Ισπανία και την Ιταλία.

ΜΕΣΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ 10^{ος} : ΜΕΣΗ ΜΗΝΙΑΙΑ ΔΑΠΑΝΗ ΕΝΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΟΣ ΟΙΚΙΑΣ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΧΩΡΑ

ΑΥΣΤΡΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	81,55	454,93
Χωρισμένος/η	65,61	287,59
Ανύπαντρος/η	81,37	289,61
Χήρος/α	44,86	288,73

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	78,91	429,56
Χωρισμένος/η	67,48	301,63
Ανύπαντρος/η	53,57	285,47
Χήρος/α	41,63	259,44

ΣΟΥΗΔΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	68,18	398,23
Χωρισμένος/η	55,51	245,16
Ανύπαντρος/η	59,08	219,47
Χήρος/α	24,33	196,53

ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	67,9	411,57
Χωρισμένος/η	44,68	273,35
Ανύπαντρος/η	44,1	256,19
Χήρος/α	39	254,32

ΙΣΠΑΝΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	46,39	494,66
Χωρισμένος/η	75,61	390,56
Ανύπαντρος/η	46,62	377,31
Χήρος/α	23,15	376,42

ΙΤΑΛΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	60,65	515,95
Χωρισμένος/η	76,2	375,45
Ανύπαντρος/η	64,48	357,28
Χήρος/α	35,87	369,62

ΓΑΛΛΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	100,24	536,69
Χωρισμένος/η	87,82	385,55
Ανύπαντρος/η	89,12	422,15
Χήρος/α	45,35	336,81

ΔΑΝΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	44,3	461,19
Χωρισμένος/η	39,21	322,18
Ανύπαντρος/η	30,89	356,08
Χήρος/α	22,17	247,05

ΕΛΛΑΔΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	86,24	411,76
Χωρισμένος/η	96,92	292,27
Ανύπαντρος/η	88,21	258,93
Χήρος/α	32,62	251,62

ΕΛΒΕΤΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	140,4	613,39
Χωρισμένος/η	122,79	410,93
Ανύπαντρος/η	109,41	352,12
Χήρος/α	70,99	320,06

ΒΕΛΓΙΟ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	102,9	523,4
Χωρισμένος/η	68,33	377,29
Ανύπαντρος/η	78,61	342,04
Χήρος/α	59,64	317,09

ΤΣΕΧΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	25,53	224
Χωρισμένος/η	29,41	178,99
Ανύπαντρος/η	22,9	174,08
Χήρος/α	12,05	140,95

ΠΟΛΩΝΙΑ

Οικογενειακή Κατάσταση	Μέση μηνιαία δαπάνη εκτός σπιτιού (ευρώ)	Μέση μηνιαία δαπάνη εντός σπιτιού(ευρώ)
Παντρεμένος/η	6,86	218,19
Χωρισμένος/η	4,74	212,63
Ανύπαντρος/η	9,2	128,11
Χήρος/α	6,53	147,78

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των παραπάνω πινάκων διαπιστώνουμε ότι η Ελβετία, το Βέλγιο και η Γαλλία ξοδεύουν περισσότερα χρήματα και εντός σπιτιού και εκτός σπιτιού σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες. Είναι αναμενόμενο χώρες όπως η Ελβετία να δαπανεί αρκετά χρήματα σε σχέση με τους υπόλοιπους καθώς αποτελείται από πληθυσμό με αρκετά υψηλά εισοδήματα. Ελάχιστες δαπάνες έχουν η Τσεχία και η Πολωνία. Σε όλες τις χώρες οι έγγαμοι έχουν τα περισσότερα έξοδα ενώ οι χήροι έχουν τα λιγότερα.

Στην έρευνα μας μια σημαντική μεταβλητή που μελετήσαμε είναι για τα άτομα του δείγματος μας πώς τα βγάζει πέρα οικονομικά το νοικοκυριό. Οι τέσσερις κατηγορίες απαντήσεων είναι οι εξής :

- Τα βγάζουν πέρα με μεγάλη δυσκολία
- Τα βγάζουν πέρα με μερική δυσκολία
- Τα βγάζουν πέρα σχεδόν εύκολα
- Τα βγάζουν πέρα εύκολα

ΠΙΝΑΚΑΣ 11^{ος} :ΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ

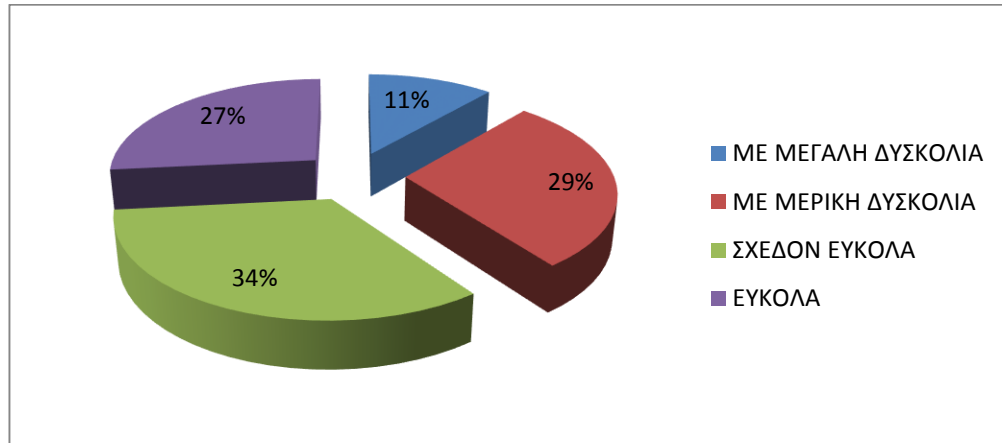
hhd makes ends meet

ΤΑ ΒΓΑΖΟΥΝ ΠΕΡΑ		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	ΜΕ ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	3798	11,0	11,4	11,4
	ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΔΥΣΚΟΛΙΑ	9474	27,6	28,5	39,9
	ΣΧΕΤΙΚΑ ΕΥΚΟΛΑ	11162	32,5	33,5	73,4
	ΕΥΚΟΛΑ	8846	25,7	26,6	100,0
	Total	33280	96,8	100,0	
Missing	System	1108	3,2		
Total		34388	100,0		

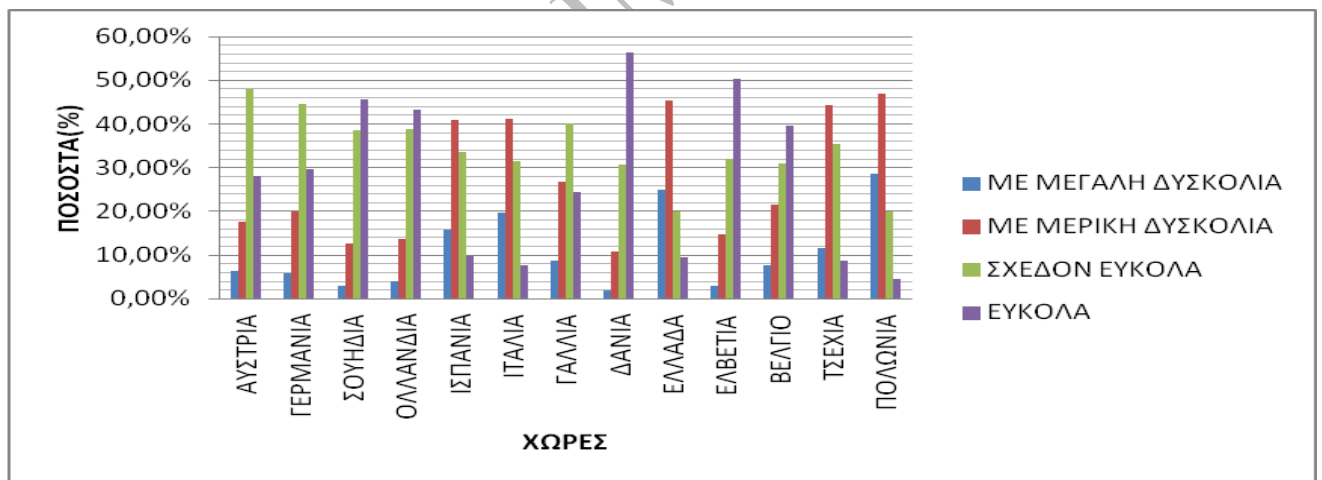
Στο σύνολο όλων των χωρών του δείγματός μας το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε ότι το νοικοκυριό τα βγάζει πέρα με σχετική ευκολία (33,5%). Με μεγάλη δυσκολία τα βγάζει πέρα στο νοικοκυριό από οικονομικής πλευράς ένα μικρό τμήμα των ερωτωμένων ενώ μοιρασμένοι φαίνεται να είναι αυτοί που δηλώνουν ότι τα βγάζουν πέρα με μερική δυσκολία σε σχέση με αυτούς που εύκολα τα βγάζουν πέρα.

Διαγραμματικά έχουμε,

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 6° : ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΣΕ 4 ΒΑΘΜΙΑΕΣ



ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 7° : ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΙΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΥΣΧΕΡΙΕΣ ΤΟΥ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΣΕ 4 ΒΑΘΜΙΑΕΣ ΑΝΑ ΧΩΡΑ



Ας αναλύσουμε το παραπάνω διάγραμμα:

ΑΥΣΤΡΙΑ

Μετά την διεξαγωγή της έρευνας παρατηρούμε ότι στην χώρα αυτή το 47,9% δηλώνει ότι τα βγάζει σχεδόν εύκολα πέρα στο νοικοκυριό. Είναι αναμενόμενο ένα τέτοιο αποτέλεσμα καθώς είδαμε και παραπάνω να έχει ένα καλό επίπεδο εισοδήματος και πλούτου. Το 28% δήλωσε ότι τα βγάζει πέρα εύκολα στο νοικοκυριό. Λίγοι φαίνεται να

είναι και σε ποσοστό 6,3% αυτοί που πιστεύουν ότι πολύ δύσκολα από οικονομική άποψη τα βγάζουν πέρα στις ανάγκες του νοικοκυριού. Τέλος, σε ποσοστό 17,7% εμφανίζονται τα άτομα που συναντούν μικρή δυσκολία. Αυτό που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι η Αυστρία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό από όλες τις χώρες όσον αφορά την σχετική ευκολία με την οποία τα βγάζει πέρα το νοικοκυριό.

ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Η Γερμανία παρουσιάζει σχεδόν ίδια κατάσταση με την Αυστρία. Αναλυτικά σε ποσοστά η κατάσταση παρουσιάζεται ως εξής:

Τα βγάζουν πέρα με μεγάλη δυσκολία : 5,8%

Τα βγάζουν πέρα με μερική δυσκολία: 20%

Τα βγάζουν πέρα σχεδόν εύκολα: 44,5%

Τα βγάζουν πέρα εύκολα: 29,7%

ΣΟΥΗΔΙΑ

Η Σουηδία είναι μία χώρα με αρκετά υψηλό οικονομικό επίπεδο. Γιαυτό το λόγο το μεγαλύτερο ποσοστό (45,7%) απάντησε στην έρευνα SHARE ότι με αρκετή άνεση τα βγάζει πέρα στο νοικοκυριό. Σχεδόν εύκολα ανταποκρίνονται στο νοικοκυριό με ποσοστό 38,7% και μικρές είναι οι μερίδες ανθρώπων που συναντούν μεγάλη και μερική δυσκολία με ποσοστά 3% και 12,7% αντίστοιχα.

ΟΛΛΑΝΔΙΑ

Η Ολλανδία παρουσιάζει σχεδόν την ίδια κατάσταση με την Σουηδία. Ο πίνακας ποσοστών παρατίθεται παρακάτω:

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Με μεγάλη δυσκολία	4%
Με μερική δυσκολία	13,8%
Σχεδόν εύκολα	38,8%
Εύκολα	43,4%

ΙΣΠΑΝΙΑ

Η Ισπανία είναι η δεύτερη χώρα που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που αντιμετωπίζει σχετικά μεγάλη οικονομική δυσχέρεια σε επίπεδο νοικοκυριού με ποσοστό 15,8%. Το μεγαλύτερο ποσοστό (40,8%) δυσκολεύεται μερικώς στις οικονομικές απαιτήσεις του νοικοκυριού ενώ σε ποσοστό 33,6% είναι αυτοί που με σχετική ευκολία τα βγάζουν πέρα. Μόνο 9,9% αναφέρουν ότι έχουν οικονομική άνεση στο νοικοκυριό τους.

ΙΤΑΛΙΑ

Η Ιταλία, όπως η Ισπανία και η Ελλάδα που ανήκουν στις μεσογειακές χώρες σκιαγραφούν μία παρόμοια κατάσταση. Μικρό ποσοστό ατόμων (7,7%) έχουν την άνεση να δηλώνουν ότι με ευκολία τα βγάζουν πέρα. Αρκετά δύσκολα με ποσοστό 19,6% ανταπεξέρχονται στις υποχρεώσεις του νοικοκυριού οι ηλικιωμένοι Ιταλοί. Το μεγαλύτερο ποσοστό συγκεντρώνεται στους ηλικιωμένους που τα βγάζουν πέρα με μερική δυσκολία και είναι 41,3%. Τέλος, σχεδόν εύκολα τα καταφέρνει το 31,4%.

ΓΑΛΛΙΑ

Η Γαλλία σαν χώρα της Κεντρικής Ευρώπης περιμένουμε να βρίσκεται σε παρόμοια κατάσταση με την Αυστρία, την Ολλανδία και την Γερμανία. Παρόλα αυτά, μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτωμένων (26,7%) απαντούν ότι σχετικά δύσκολα τα βγάζουν πέρα στο νοικοκυριό σε σχέση με τις τρεις προαναφερθείσες χώρες. Το 40,1% τα καταφέρνει σχεδόν εύκολα. Ενώ εύκολα φαίνεται να ανταποκρίνεται το 24,4%. Μεγάλη δυσκολία βρίσκει το 8,8% του γαλλικού πληθυσμού.

ΔΑΝΙΑ

Συλλέγοντας τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνουμε ότι η Δανία είναι η χώρα που έχει το μεγαλύτερο ποσοστό, 56,3%, που δηλώνει ότι έχει οικονομική άνεση στις ανάγκες του νοικοκυριού. Με μικρότερη ευκολία τα βγάζει πέρα το 30,8%. Πολύ μικρό ποσοστό (2%) δυσκολεύεται αρκετά να τα βγάλει πέρα ενώ το 10,9% του πληθυσμού της Δανίας αντιμετωπίζει με σχετική δυσκολία τις απαιτήσεις του νοικοκυριού.

ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα παρουσιάζει τα αποτελέσματα από την έρευνα αναλυτικά παρακάτω. Οι Έλληνες και οι Ελληνίδες που:

Τα βγάζουν πέρα με μεγάλη δυσκολία φτάνουν το ποσοστό 25%

Τα βγάζουν πέρα με μερική δυσκολία φτάνουν το ποσοστό 45,5%

Τα βγάζουν πέρα σχεδόν εύκολα φτάνουν το ποσοστό 20,1%

Τα βγάζουν πέρα εύκολα φτάνουν το ποσοστό 9,4%

Σύμφωνα με το δεύτερο κύμα του Share που αναλύονται δεδομένα από το 2006-2007 η Ελλάδα φαίνεται να άρχισε να αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες. Οι δυσκολίες αυτές φάνηκαν και στο νοικοκυριό. Γι' αυτό το λόγο φαίνεται ο ελληνικός πληθυσμός να δυσκολεύεται αρκετά στις οικονομικές απαιτήσεις που έχει ένα νοικοκυριό.

ΕΛΒΕΤΙΑ

Η Ελβετία θεωρείται μια πλούσια χώρα γι' αυτό και οι κάτοικοι της ανταποκρίνονται οικονομικά στο νοικοκυριό σχεδόν εύκολα και εύκολα αντίστοιχα με ποσοστό 32% και 50,3% αντίστοιχα. Σαν χώρα της Κεντρικής Ευρώπης λίγοι είναι οι ηλικιωμένοι που θα δυσκολευτούν στο νοικοκυριό. Αρκετά θα <ζοριστεί> το 2,9% ενώ λιγότερο το 14,7%.

ΒΕΛΓΙΟ

Ο πίνακας ποσοστών για το Βέλγιο παρατίθεται από κάτω:

ΠΩΣ	ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ		
	Με μεγάλη δυσκολία	7,7%
	Με μερική δυσκολία	21,5%
	Σχεδόν εύκολα	31,1%
	Εύκολα	39,7%

ΤΣΕΧΙΑ

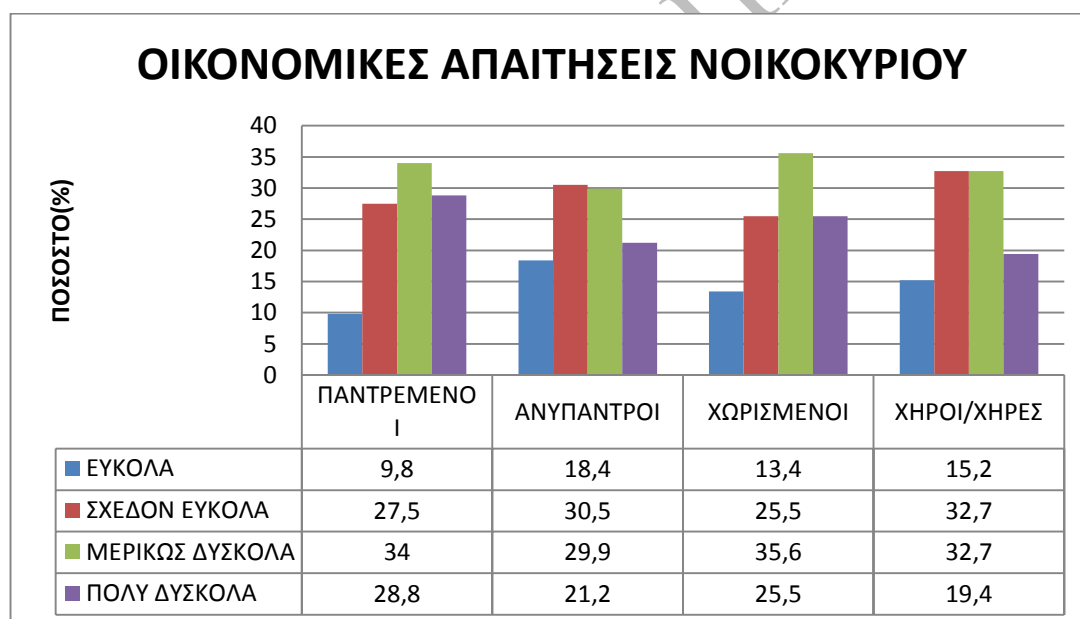
Η Τσεχία φαίνεται να δυσκολεύεται αρκετά στις απαιτήσεις του νοικοκυριού καθώς το 44,3% τα βγάζει πέρα με μερική δυσκολία στο νοικοκυριό. Περίπου με διαφορά δέκα μονάδες προς τα κάτω βρίσκονται τα άτομα που ζουν εκεί και με μικρή άνεση τα καταφέρνουν οικονομικά στα νοικοκυριά τους (35,5%). Με ποσοστό 8,6% εμφανίζονται τα ηλικιωμένα άτομα που με οικονομική άνεση αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των νοικοκυριών ενώ το 11,6% συναντά μεγάλη δυσκολία από την άλλη πλευρά.

ΠΟΛΩΝΙΑ

Τέλος, τα αποτελέσματα για τη τελευταία χώρα της ανάλυσης μας παρατίθενται ως εξής:

ΠΩΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΟΥΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ
Με μεγάλη δυσκολία	28,5%
Με μερική δυσκολία	47%
Σχεδόν εύκολα	20%
Εύκολα	4,5%

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 8^ο :ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟΥ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Με βάση το παραπάνω διάγραμμα όπως και είναι αναμενόμενο οι παντρεμένοι έρχονται αντιμέτωποι με περισσότερες υποχρεώσεις συνεπώς δυσκολεύονται περισσότερο στις οικονομικές απαιτήσεις του νοικοκυριού. Οι ανύπαντροι είναι μοιρασμένοι μεταξύ του ότι υπάρχουν κάποιοι που εύκολα τα βγάζουν πέρα αλλά και άλλοι που μερικώς δύσκολα. Ίδια εικόνα έχουμε και για τους χήρους με ακριβώς μοιρασμένα ποσοστά. Τέλος οι περισσότεροι χωρισμένοι δυσκολεύονται αρκετά στο οικονομικό πλαίσιο του νοικοκυριού.

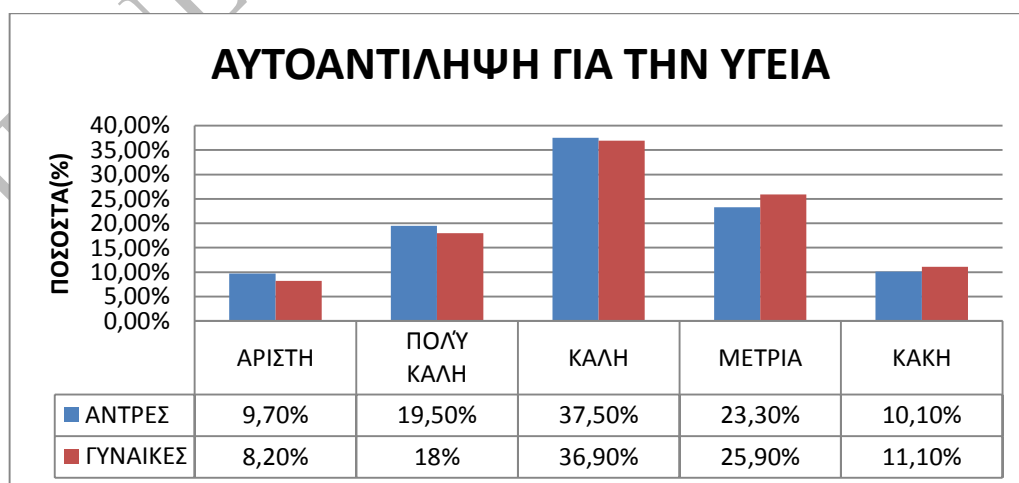
2.2.3 ΤΟΜΕΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το ερωτηματολόγιο του SHARE περιλαμβάνεται μια ερώτηση με βάση την οποία οι ερωτώμενοι καλούνται να αξιολογήσουν οι ίδιοι το επίπεδο της υγείας τους με μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων ,από << άριστη >> μέχρι <<κακή>>.Έχει αποδειχθεί ότι τα στοιχεία που αφορούν την αυτοαντίληψη για την υγεία περί της κατάστασης των ερωτωμένων συνθέτουν έναν δυναμικό δείκτη του γενικού επιπέδου υγείας των ερευνώμενων ο οποίος διαθέτει προβλεπτική ικανότητα για το ευρύτερο επίπεδο νοσηρότητας και θνησιμότητας του πληθυσμού(Baron-Epel and Kaplan,2001;Burstrom and Fredlund, 2001).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα,το 8,8% των ερωτωμένων πιστεύει ότι η υγεία του είναι άριστη.Το διπλάσιο περίπου ποσοστό δηλώνει ότι η υγεία τους είναι πολύ καλή (18,6%) ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό που είναι 37,2% απαντούν ότι η υγεία τους είναι<<καλή>>.Σχετικά μεγάλο ποσοστό (24,7%) αναφέρει την υγεία τους ως μέτρια και τέλος το 10,6% των ατόμων θεωρούν ότι έχουν κακή υγεία.

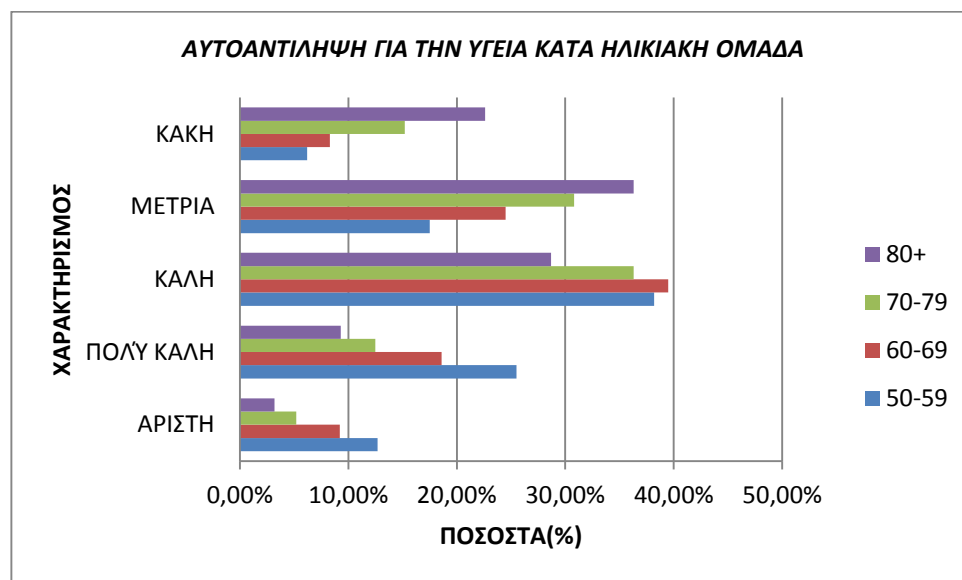
Η αυτοαντίληψη για την υγεία παρουσιάζει αρκετές ομοιότητες ανάμεσα στα δυο φύλα.Οι άντρες και οι γυναίκες φαίνεται να έχουν ίδια άποψη για το πως βρίσκουν την υγεία τους.Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται η προσωπική αντίληψη του επιπέδου της υγείας των ερωτώμενων σύμφωνα με την ευρωπαϊκή κλίμακα, κατά φύλο.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9^ο : ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



Μεγάλες διαφοροποιήσεις συναντάμε αν ερευνήσουμε την αυτοαντίληψη των ατόμων του δείγματός μας στις τέσσερις ευρείες ηλικιακές ομάδες

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 9^ο : ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ

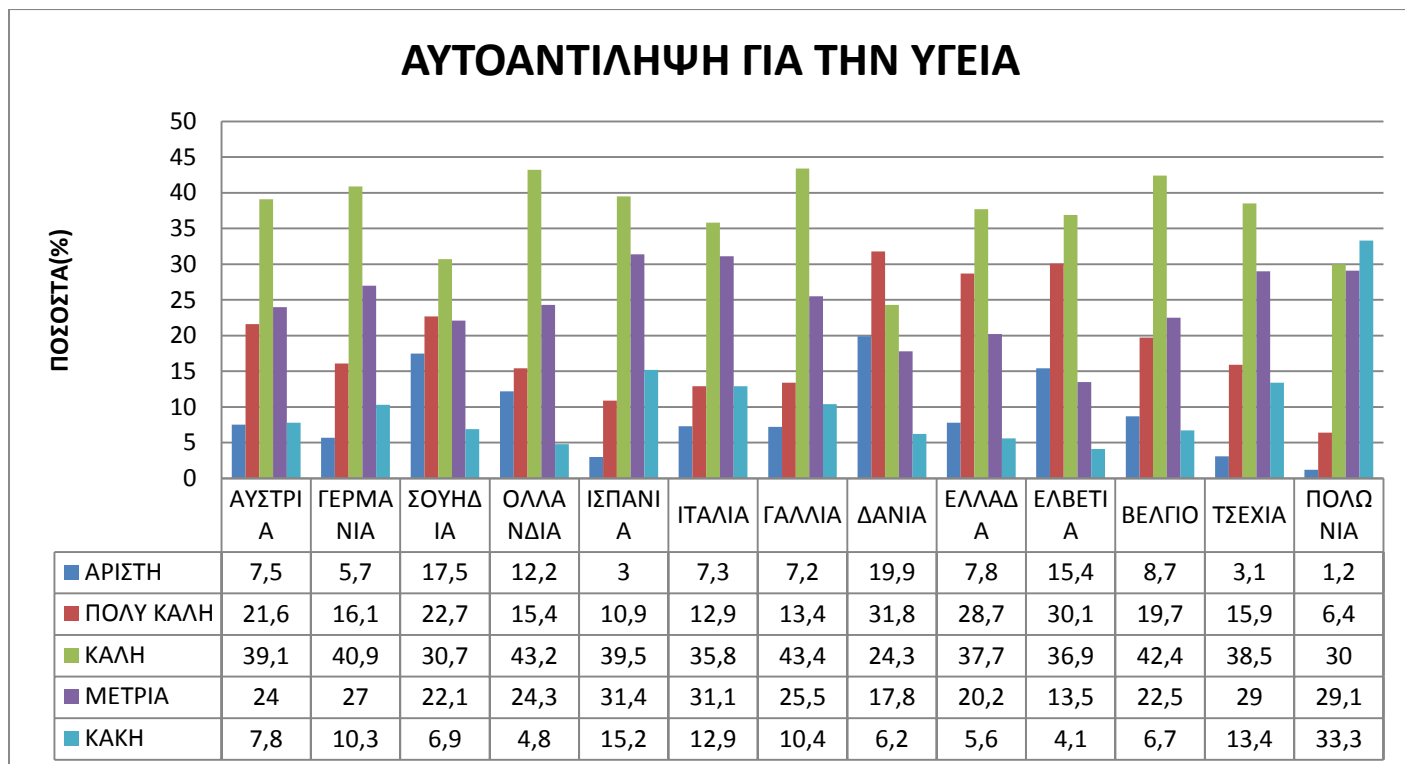


Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα ηλικίας 80 χρονών και άνω σε ποσοστό 36,3% θεωρούν την υγεία τους μέτρια, το 28,7% πιστεύουν έχουν πολύ καλή υγεία ενώ μόλις το 22,6% λένε ότι δεν είναι καλά στην υγεία τους. Πολύ μικρά ποσοστά δηλαδή 3,2% και 9,30% χαρακτηρίζουν την υγεία τους άριστη και πολύ καλή αντίστοιχα. Όσο μικρότερη η ηλικία τόσο βλέπουμε τους ηλικιωμένους να νιώθουν καλύτερα ως προς την υγεία τους. Στην ηλικιακή ομάδα 70-79 ετών το 5,2% μπορεί και χαρακτηρίζει την υγεία του ως <<άριστη>> ενώ το αμέσως επόμενο ποσοστό δηλαδή το 12,5% πιστεύει ότι έχει πολύ καλή υγεία. Το 36,3%, το 30,8% και το 15,2% θα πίστευαν για την υγεία τους ότι είναι καλή, μέτρια και κακή αντίστοιχα. Στις ηλικίες 60 - 69 ετών οι περισσότεροι ερωτώμενοι πιστεύουν ότι είναι καλά στην υγεία τους (39,5%). Το ποσοστό που θεωρεί ότι έχει άριστη υγεία αυξάνεται καθώς μικραίνει η ηλικία γεγονός αναμενόμενο καθώς οι άνθρωποι νιώθουν να έχουν περισσότερες αντοχές. Συγκεκριμένα, άριστη χαρακτηρίζουν την υγεία τους τα άτομα με ποσοστό 9,2% ενώ πολύ καλά νιώθει το 18,6%. Μόλις 8,3% θεωρούν ότι έχουν κακή υγεία και το 24,5% νιώθουν μέτρια με την υγεία τους.

Στην πρώτη κατηγορία, πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό (38,2%) των ερευνώμενων θεωρεί την υγεία του καλή, το 25,5% την θεωρεί πολύ καλή ενώ το 12,7% την θεωρεί άριστη. Σε μικρά ποσοστά 17,5% και 6,2% βρίσκουν τα άτομα τη υγεία τους μέτρια και κακή αντίστοιχα.

Συμπερασματικά αυτό που αξίζει να τονισθεί είναι ότι και στις τέσσερις ηλικιακές ομάδες τα περισσότερα άτομα θεωρούν ότι έχουν γενικά καλή υγεία. Ακόμα και στην πρώτη ομάδα ηλικιών που τα άτομα περιμένουμε να έχουν περισσότερες αντοχές δηλώνουν συγκρατημένοι ως προς την υγεία τους.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 11^ο : ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΤΑ ΧΩΡΑ

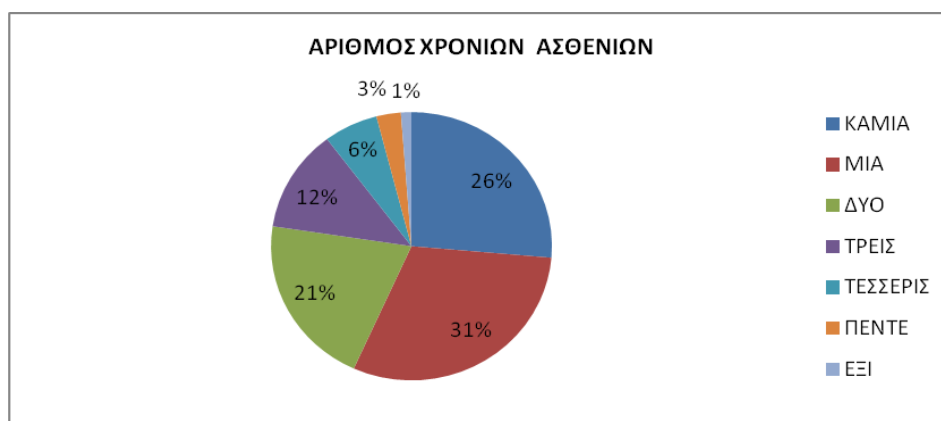


Από το παραπάνω διάγραμμα διαπιστώνουμε ότι για όλες τις χώρες τα μεγαλύτερα ποσοστά των ηλικιωμένων ατόμων είναι συγκεντρωμένα στην κατηγορία που χαρακτηρίζουν την υγεία τους καλή. Ωστόσο, οι Δανοί ηλικιωμένοι με μεγαλύτερο ποσοστό από όλες τις χώρες χαρακτηρίζουν την υγεία τους άριστη. Αντίθετα πολύ μεγάλο ποσοστό των Πολωνών αισθάνονται ότι έχουν κακή υγεία. Θα ήταν άξιο αναφοράς το γεγονός ότι δεν είναι μικρά τα ποσοστά που αναφέρονται σε μέτρια υγεία.

ΧΡΟΝΙΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Στις σύγχρονες κοινωνίες ,όπου τα λοιμώδη νοσήματα έχουν περιοριστεί σε πολύ μεγάλο βαθμό,οι χρόνιες παθήσεις αποτελούν την κύρια πηγή υψηλής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

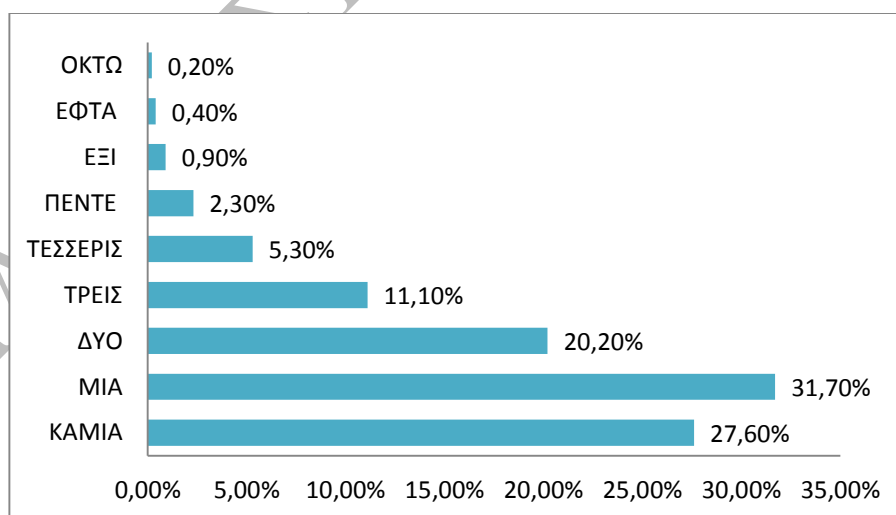
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 12° : ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



Οι χρόνιες ασθένειες κατά φύλο παρουσιάζονται ως εξής:

Για τους άντρες:

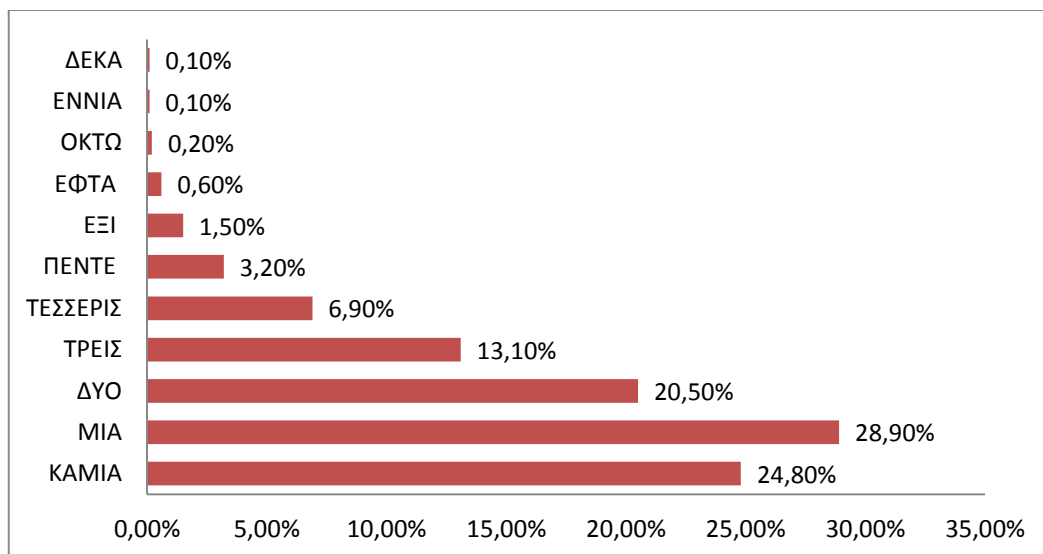
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 13° : ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ



Σύμφωνα με το παραπάνω διάγραμμα το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού έχει έστω μια χρόνια ασθένεια.

Για τις γυναίκες:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 14^ο : ΑΡΙΘΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ



Στον τομέα της υγείας επίσης, η ερευνά μας εξέτασε έντεκα ασθένειες με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι οι ηλικιωμένοι. Στο σύνολο του δείγματος φαίνεται πως 11360 άτομα πάσχουν από υπέρταση, το οποίο είναι το νόσημα που πάσχουν οι περισσότεροι ηλικιωμένοι. Όπως θα δούμε και στον πίνακα που ακολουθεί περισσότερες γυναίκες από ότι άνδρες πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Το ίδιο ισχύει και για την χοληστερόλη. Οι ηπιότερες κατά φύλο διαφορές παρουσιάζονται στα προβλήματα που σχετίζονται με την νόσο του πάρκινσον, το εγκεφαλικό επεισόδιο, το σάκχαρο και την πνευμονοπάθεια. Αξίζει να αναφερθεί ότι αναμενόμενη είναι η εμφάνιση της οστεοπόρωσης κατά κύριο λόγο στις γυναίκες ενώ πολύ μικρός αριθμός ανδρών πάσχουν από αυτή. Επιπλέον είναι αναμενόμενο ότι περισσότεροι άνδρες από γυναίκες είχαν στο παρελθόν πάθει καρδιακή προσβολή.

Από τη νόσο του Alzheimer και του πάρκινσον όπως βλέπουμε πάσχει μικρός αριθμός ηλικιωμένων ατόμων. Θα λέγαμε ωστόσο ότι το φαινόμενο της νόσου του Alzheimer τα τελευταία χρόνια έχει γίνει εντονότερο και απασχολεί όλο και περισσότερο τόσο τους ηλικιωμένους.

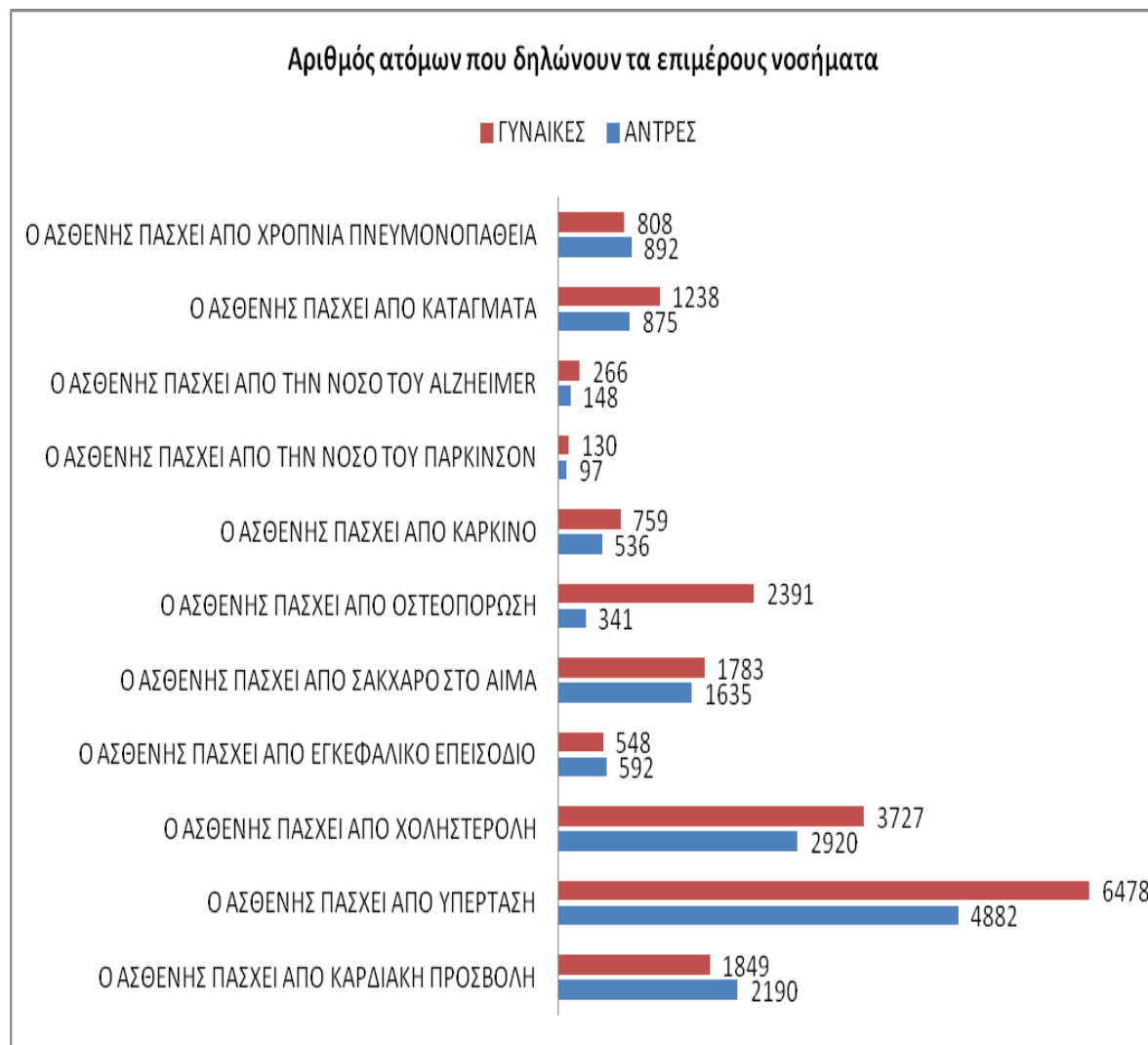
Μικρή διαφορά επιπλέον μεταξύ αντρών και γυναικών εμφανίζεται και στο νόσημα του σακχάρου ενώ για λίγο προηγούνται οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες όσον αφορά τα κατάγματα.

Για όλο το δείγμα μας:

ΠΙΝΑΚΑΣ 12^{ος} : ΕΙΔΗ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ

ΑΣΘΕΝΙΕΣ	ΣΥΝΟΛΟ
	ΑΠΑΝΤΗΣΑΝ ΘΕΤΙΚΑ
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ	4039
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΥΠΕΡΤΑΣΗ	11360
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ	6647
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	1140
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΟ ΣΤΟ ΑΙΜΑ	3418
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ	2732
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΡΚΙΝΟ	1295
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ	227
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΑΛΖΧΕΙΜΕΡ	414
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ	2113
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΧΡΟΠΝΙΑ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ	1700
Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ	4039

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 15^ο : ΕΙΔΗ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΑΥΤΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ



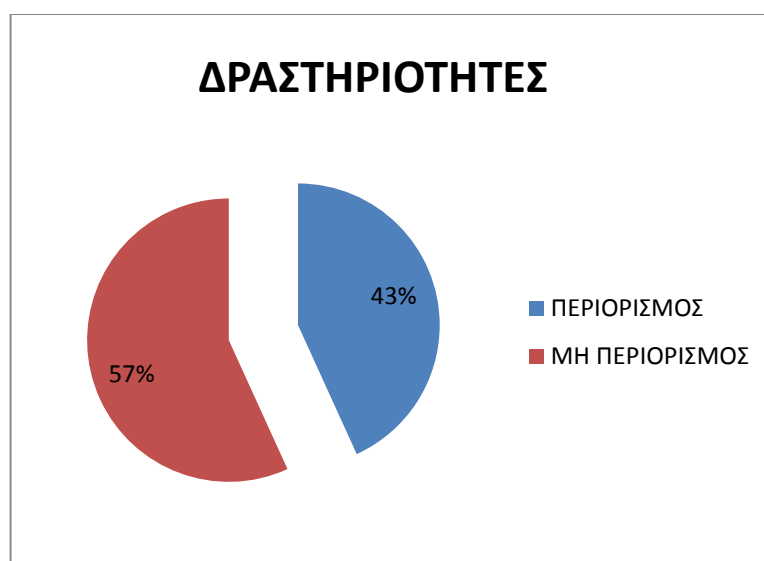
Άλλη μια μεταβλητή που αξίζει να εξετάσουμε είναι ο περιορισμός των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες παρατηρούμε ότι καθώς αυξάνονται τα ηλικιακά έτη αυξάνεται και η δυσκολία των ηλικιωμένων να κάνουν διάφορες δραστηριότητες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13^{ος} : ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΤΑ ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ

ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΙ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΜΗ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΙ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ
50-59	31,4%	68,6%
60-69	40,3%	59,7%
70-79	53%	47%
80+	69,8%	30,2%

Στο συνολικό μας δείγμα το ποσοστό που δεν είναι περιορισμένο σε δραστηριότητες είναι 57% ενώ το 43% το αντίθετο. Τα ποσοστά δεν έχουν και πολύ μεγάλη διαφορά αυτό σημαίνει ότι το δείγμα μας είναι συγκρατημένο στο να κάνει διάφορα πράγματα αν αναλογιστούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων είναι συγκεντρωμένο στις ηλικιακές ομάδες 50-59 και 60-69. Θα μπορούσαν να είναι περισσότερο ενεργά άτομα και να λαμβάνουν μέρος με περισσότερη άνεση στις δραστηριότητές τους.

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 16^ο : ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



ΠΙΝΑΚΑΣ 14^{ος}: ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

ΦΥΛΟ	ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΙ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΜΗ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΕΝΟΙ ΣΕ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ
ΑΝΤΡΕΣ	40,6%	59,1%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	45,1%	54,6%

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι οι άντρες είναι περισσότερο ενεργητικοί από το γυναικείο φύλο με μικρή βέβαια διαφορά.

2.2.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη ίσως και να αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα ψυχικής υγείας με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Η κατάθλιψη μετριέται βάσει της κλίμακας Eurod στο SHARE και βασίζεται σε 12 συμπτώματα. Η ύπαρξη τουλάχιστον 4 από τα 12 συμπτωμάτων ταυτίζεται με την ύπαρξη της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι περίπου το 10% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το 2 – 3 % παρουσιάζει σοβαρή

κατάθλιψη. Ωστόσο, ένα μεγάλο ποσοστό των καταθλιπτικών διαταραχών δεν γίνεται αντιληπτό ούτε από τους συγγενείς των ηλικιωμένων, αλλά ούτε και από τους γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Μερικοί από τους πιο επιβαρυντικούς παράγοντες για την εμφάνιση της κατάθλιψης είναι:

- Η ηλικία
- Το φύλο
- Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού κατάθλιψης
- Η ύπαρξη ιστορικού γνωστικών ελλείψεων
- Η ύπαρξη χρόνιων παθήσεων και χρόνιου άγχους
- Η απώλεια του συντρόφου και η κοινωνική απομόνωση
- Η ύπαρξη οικονομικών προβλημάτων
- Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο
- Η βίωση αρνητικών γεγονότων ζωής
- Τα τραυματικά βιώματα

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους παρουσιάζει κάποιες ποιοτικές διαφορές σε σχέση με την κατάθλιψη στα άτομα νεότερης ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα της τρίτης ηλικίας (και κυρίως οι γυναίκες) αναφέρονται πιο συχνά στα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως είναι η μειωμένη όρεξη, οι διαταραχές ύπνου και το έντονο αίσθημα κόπωσης. Η κατάθλιψη, δηλαδή, γίνεται αντιληπτή περισσότερο ως μια σωματική εμπειρία. Εκτός αυτού, η κακή σωματική υγεία φαίνεται να αποτελεί επιβαρυντικό παράγοντα για την εμφάνιση της νόσου στους ηλικιωμένους, ενώ κάτι τέτοιο δεν ισχύει - στον ίδιο τουλάχιστον βαθμό - στα άτομα νεότερης ηλικίας.

Το γεγονός αυτό είναι πιθανό να σχετίζεται με το ότι η κακή σωματική υγεία επιφέρει περιορισμούς στην καθημερινή λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, ενώ ταυτόχρονα δυσχεραίνει τη γενικότερη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες, οι οποίες θα μπορούσαν να τονώσουν την αυτοεικόνα τους, αλλά και να τους κρατήσουν μακριά από έναν αρνητικό τρόπο σκέψης.

Στο δείγμα μας λοιπόν συνολικά, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε αρνητικά στο αν έχει κατάθλιψη ενώ πολύ μικρό ποσοστό απάντησε θετικά.

Αναλυτικά παρουσιάζεται η ασθένεια της κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17^ο : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ



Στις γυναίκες συμμετείχαν 18532 ερωτώμενες από τις οποίες έδωσαν απάντηση οι 18013. Θετικά απάντησαν οι 5537 και αρνητικά οι 12476.

Αντίστοιχα για τους άνδρες,

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 18^ο : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ



από τους 14748 που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησαν οι 14326 από τους οποίους θετικά στην κατάθλιψη απάντησαν οι 2440 και αρνητικά οι 11886.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15^{ος} : ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΤΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ EUROD(SHARE, 2^ο ΚΥΜΑ)

	ΘΕΤΙΚΟΙ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ(%)	ΑΡΝΗΤΙΚΟΙ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ(%)
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ/ΕΣ	22,2	77,8
ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΙ/ΕΣ	27,10	72,9
ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΙ/ΕΣ	25,3	74,7
ΧΗΡΟΙ/ΕΣ	36,4	63,6

Για όλες τις χώρες του δείγματος μας παρατηρούμε ότι σε όλες τις κατηγορίες τα άτομα που δεν πάσχουν από κατάθλιψη αποτελούν την συντριπτική πλειοψηφία. Ωστόσο το ποσοστό αυτών που έρχονται αντιμέτωποι με την κατάθλιψη είναι υψηλότερο για τους ανθρώπους που έχουν βιώσει την απώλεια του συζύγου ή της συζύγου όπως είναι και λογικό.

2.2.5 ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ADL ΚΑΙ IADL

ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

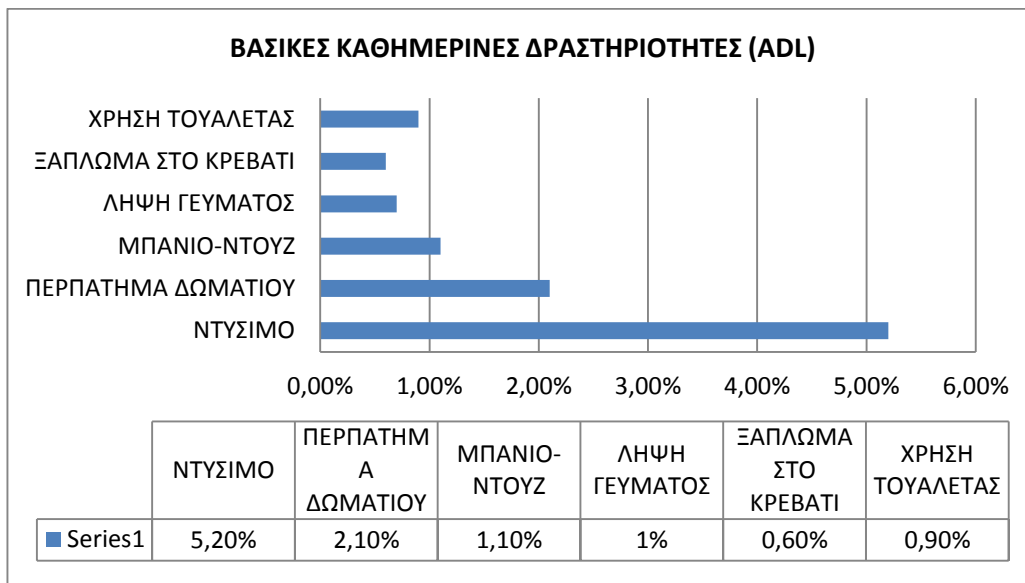
Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται όχι μόνο φθορά του οργανισμού αλλά και αύξηση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα άτομα σε δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής. Τα θέματα αυτά αποκτούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στις σημερινές κοινωνίες όπου η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί σημαντικό δημογραφικό πρόβλημα και συνιστά ένα από τα κεντρικά ζητήματα κοινωνικής πολιτικής και φροντίδας.

Η έρευνα μας ασχολήθηκε και εξέτασε τις μεταβλητές ADL και IADL. Οι πρώτες περιλαμβάνουν τις βασικές δραστηριότητες που θα μπορούσε να κάνει ένας ηλικιωμένος. Αυτές είναι:

- 1) Ντύσιμο
- 2) Περιπάτημα σε ένα δωμάτιο
- 3) Να κάνετε μπάνιο
- 4) Να τρώτε / κόβετε το φαγητό σας
- 5) Να ξαπλώνετε / σηκώνεστε από το κρεβάτι
- 6) Να χρησιμοποιείτε την τουαλέτα.

Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος και συγκεκριμένα το 89,6% δηλώνει ότι δεν περιορίζεται σε κάποια από τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες. Το υπόλοιπο ποσοστό επιμερίζεται στις παρακάτω δραστηριότητες. Πιο αναλυτικά,

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 19^ο : ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



ΠΙΝΑΚΑΣ 16^{ος} : ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ (ΠΟΣΟΣΤΑ %)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΠΟΣΟΣΤΑ %)
ΝΤΥΣΙΜΟ	4,5	5,8
ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ ΔΩΜΑΤΙΟΥ	1,8	2,4
ΜΠΑΝΙΟ-ΝΤΟΥΖ	1	1,2
ΛΗΨΗ ΓΕΥΜΑΤΟΣ	0,4	0,7
ΞΑΠΛΩΜΑ ΣΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ	0,5	0,6
ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ	0,6	0,8

Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα οι γυναίκες σε όλες τις δραστηριότητες φαίνεται να δυσκολεύονται περισσότερο από τους άντρες. Η διαδικασία του ντυσίματος είναι εκείνη που δυσκολεύει στο μεγαλύτερο ποσοστό και τα δύο φύλα.

Πέρα από τις βασικές καθημερινές δραστηριότητες οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν δυσκολίες και σε δευτερεύουσες δραστηριότητες (IADL).

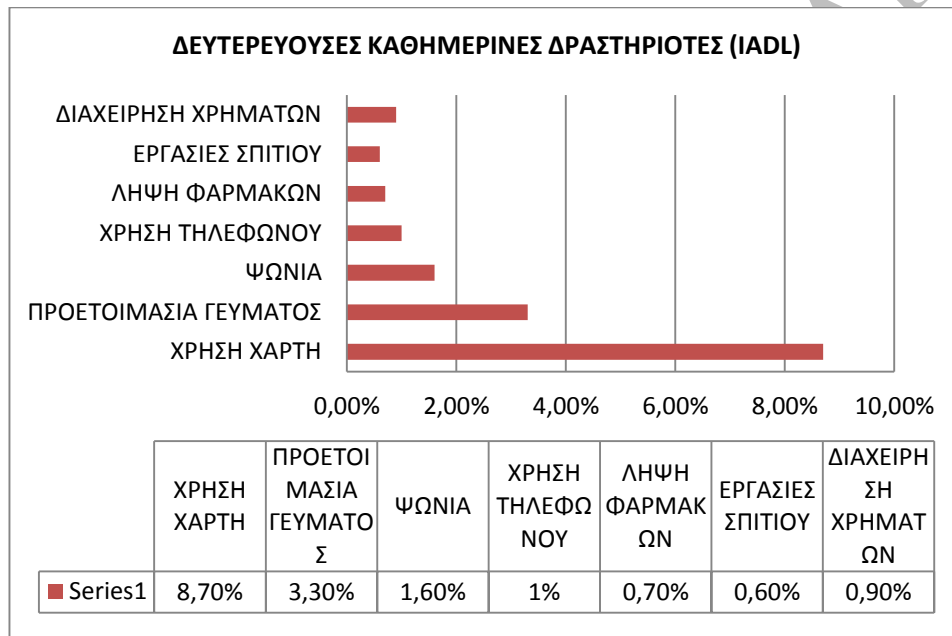
Οι Instrumental Activities of Daily Living (IADL) είναι οι εξής:

- 1) Να χρησιμοποιείτε ένα χάρτη για να προσανατολιστείτε
- 2) Να ετοιμάζετε ένα ζεστό γεύμα,
- 3) Να ψωνίζετε,
- 4) Να τηλεφωνείτε,

- 5) Να παίρνετε φάρμακα,
- 6) Να κάνετε δουλειές στο σπίτι ή τον κήπο,
- 7) Να χειρίζεστε χρήματα / πληρώνετε λογαριασμούς.

Το 83,3% του συνολικού δείγματος αναφέρει ότι μπορεί να κάνει όλες τις δραστηριότητες χωρίς να περιορίζεται σε κάποια από αυτές. Οι υπόλοιποι δηλώνουν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολίες οι οποίες κατανέμονται ως εξής:

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 17^ο : ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ



ΠΙΝΑΚΑΣ 17^{ος} : ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ

ΔΕΥΤΕΡΕΥΟΥΣΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ (ΠΟΣΟΣΤΑ %)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ (ΠΟΣΟΣΤΑ %)
ΧΡΗΣΗ ΧΑΡΤΗ	6,5	10,4
ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΕΥΜΑΤΟΣ	2,4	4
ΨΩΝΙΑ	1,1	2
ΧΡΗΣΗ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ	0,7	1,1
ΛΗΨΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	1	0,8
ΕΡΓΑΣΙΕΣ ΣΠΙΤΙΟΥ	0,5	0,6
ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΧΡΗΜΑΤΩΝ	0,8	1

Όπως και προηγουμένως έτσι και τώρα οι γυναίκες φαίνεται να είναι εκείνες που συναντούν μεγαλύτερη δυσκολία στις δευτερεύουσες δραστηριότητες όπως και στις βασικές καθημερινές δραστηριότητες. Εκτός από λήψη φαρμάκων όπου οι άντρες δυσκολεύονται σε λίγο υψηλότερο ποσοστό απ'ότι οι γυναίκες σε όλες τις άλλες δραστηριότητες οι γυναίκες δυσκολεύονται σε μεγαλύτερα ποσοστά απ'ότι οι άνδρες και ιδιαίτερα στην χρήση χάρτη (10,4% σε σχέση με 6,5%).

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η Λογιστική Παλινδρόμηση και η διερεύνηση των μοντέλων

3.1 ΛΟΓΙΣΤΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ ΚΑΙ Η ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ

Η Λογιστική Παλινδρόμηση είναι μία τεχνική σχεδιασμένη για την πραγματοποίηση ανάλυσης δεδομένων που αφορούν την μελέτη και την πρόβλεψη τιμών κάποιας κατηγορικής εξαρτημένης μεταβλητής και χρησιμοποιείως ανεξάρτητες (επεξηγηματικές) ποσοτικές και ποιοτικές ανεξάρτητες μεταβλητές. Η λογιστική παλινδρόμηση (Logistic regression) αποτελεί στην ουσία ένα μοντέλο ταξινόμησης των τιμών μιας μεταβλητής απόκρισης Y με βάση τη θεωρία των πιθανοτήτων. Στο μοντέλο αυτό όπου η μεταβλητή Y συνήθως έχει δυαδικό χαρακτήρα (λαμβάνει δύο τιμές) στοχεύεται η πρόβλεψη της έκβασης αυτής από ένα πλήθος προβλεπτικών μεταβλητών που μπορεί να είναι ονομαστικές, τακτικές ή ποσοτικές. Η σημαντικότερη διαφοροποίηση μεταξύ λογιστικής και γραμμικής παλινδρόμησης βασίζεται στη φύση της επιλεγμένης μεταβλητής απόκρισης, η οποία στην μεν πρώτη μπορεί να είναι κατηγορική, (τακτική ή ονομαστική) ενώ στη δεύτερη αποκλειστικά ποσοτική. Ενώ κατά την κλασική γραμμική παλινδρόμηση η εκτίμηση των παραμέτρων a και b_i γίνεται με τη μέθοδο των ελάχιστων τετραγώνων, κατά τη λογιστική παλινδρόμηση η εκτίμηση των παραμέτρων γίνεται με τη μέθοδο του λόγου πιθανοφάνειας (μέθοδος συνήθως εφαρμοζόμενη στα γενικευμένα γραμμικά υποδείγματα), δηλαδή επιλέγονται οι πιο πιθανοφανείς τιμές των παραμέτρων, προκειμένου να οδηγήσουν στα παρατηρούμενα αποτελέσματα. Ως επακόλουθο, η πρώτη παραδέχεται την ύπαρξη ομοιογένειας (ομοσκεδαστικότητας) στα υπολείμματα των αποκρίσεων ενώ στη δεύτερη αναπτύσσεται πάντα ετεροσκεδαστικότητα σε κάθε προβλεπόμενη τιμή εξαιτίας του μεταβαλλόμενου ποσοστού διακύμανσης που αναλογεί σε αυτήν.

Διακρίνονται τρεις τύποι λογιστικής παλινδρόμησης ανάλογα με την ιδιαίτερη φύση της εξαρτημένης κατηγορικής μεταβλητής η οποία μπορεί να είναι:

1. Δίτιμη ή δυαδική ή διχοτομική (binary) ή διμερής εξαρτημένη μεταβλητή. Συνίσταται από δύο κατηγορίες, όπως π.χ. είναι οι εκβάσεις επιτυχία/αποτυχία, ΝΑΙ/ΟΧΙ, γεγονός/απόν/παρόν.
2. Τακτική (ordinal) μεταβλητή. Η εξαρτημένη μεταβλητή συνίσταται από τρεις ή περισσότερες κατηγορίες μεταξύ των οποίων ισχύει η έννοια της ανισότητας, όπως π.χ. σε μια ερώτηση της κλίμακας διαφωνώ καθόλου, λίγο, μέτρια, αρκετά, πολύ, στην κατάταξη ενός στρώματος υλικού ως λεπτού, μεσαίου, παχέος.

3. Ονομαστική (Nominal) ή πολυωνυμική (polynomial) ή πολυχοτομική (polychotomus) ή κατηγορική αδιαβάθμητη (non-orderedcategorical) ή πολυμερής μεταβλητή απόκρισης. Περιέχει τρεις ή περισσότερες κατηγορίες χωρίς κάποια φυσική διαβάθμιση, όπως π.χ. ο χαρακτηρισμός ενός τροφίμου ως τραγανού, μαλακού, εύθρυπτου ή του χρώματος αντικειμένων ως ερυθρού, πράσινου, κίτρινου κτλ. Η λογιστική παλινδρόμηση επινοήθηκε ως εναλλακτική επιλογή της γραμμικής διακριτικής ανάλυσης για την ταξινόμηση των στοιχείων (ονομαστικών ή τακτικών) της εξαρτημένης, με ευρεία απήχηση σε πολλά διαφορετικά επιστημονικά πεδία και κυρίως στην ιατρική και τις κοινωνικές επιστήμες.

Η πιο διαδεδομένη, έκφραση της εξίσωσης της Λογιστικής Παλινδρόμησης είναι: $\ln(\text{odds}) = a + b_1 x_1 + b_2 x_2 + \dots + b_k x_k$ Το δεξί μέρος της εξίσωσης δημιουργείται από ένα γραμμικό συνδυασμό των ανεξάρτητων μεταβλητών που συμμετέχουν στο μοντέλο της παλινδρόμησης.

Το αριστερό μέρος περιέχει τις τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής με την μορφή του λογαρίθμου των odds δηλαδή, του λογαρίθμου της σχέσης: $\text{odds} = \text{prob}/(1-\text{prob})$. Το odds εναλλακτικά ονομάζεται logit και ο όρος Prob εκφράζει την πιθανότητα να συμβεί το γεγονός που έχει οριστεί σαν επιτυχία του πειράματος. Οι συντελεστές των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξίσωση της παλινδρόμησης εκτιμούνται βάσει της μεθόδου Μέγιστης Πιθανοφάνειας βάσει της μεθόδου αυτής η τιμή των συντελεστών των ανεξάρτητων μεταβλητών είναι αυτή που κάνει τις παρατηρηθείσες τιμές της εξαρτημένης μεταβλητής πιο πιθανές, βάσει του σετ των ανεξάρτητων μεταβλητών.

3.2 Διερεύνηση παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία στους ηλικιωμένους

Στην παρούσα εργασία με την βοήθεια της λογιστικής παλινδρόμησης θα εξετάσουμε τους παράγοντες που επιδρούν τις παρακάτω δίτιμες μεταβλητές :

- Την καρδιακή προσβολή,
- Την κατάθλιψη ,
- Τις μακροχρόνιες ασθένειες,
- Και τον περιορισμό σε δραστηριότητες των ηλικιωμένων

3.2.1 Καρδιακή προσβολή

Το πρώτα μοντέλα που θα εκτιμήσουμε αφορούν τις τρεις δίτιμες μεταβλητές που έχουν σχέση με τον τομέα της υγείας. Αυτό που θα εξετάσουμε αρχικά είναι, με απλά λόγια, η

στατιστική σημαντικότητα δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών, δηλαδή αν πρόκειται για παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την πιθανότητα κάποιος να πάθει καρδιακή προσβολή. Επιλέξαμε την συγκεκριμένη πάθηση διότι γνωρίζουμε ότι είναι σημαντική ασθένεια, γεγονός που προέκυψε και στην περιγραφική ανάλυση όπου εμφανίζεται σε μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων σε σχέση με τις υπόλοιπες στο δείγμα μας.

Η δίτιμη μεταβλητή, καρδιακή προσβολή θα ερμηνευθεί σε σχέση με τις ανεξάρτητες τυχαίες μεταβλητές:

- ηλικία
- φύλο
- χώρα
- έτη σπουδών εκπαίδευσης

Το πρώτο μοντέλο που θα εκτιμήσουμε θα έχει την εξής μορφή:

$$\text{καρδιακή προσβολή} = \text{heartattack} = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 * \text{age} + b_2 * \text{gender} + b_3 * \text{country} + b_4 * \text{years education})}}$$

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΣΩ ΤΟΥ SPSS ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Αρχικά από τον πίνακα :

ΠΙΝΑΚΑΣ 18^{ος} : MODEL SUMMARY ΠΡΩΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ (heart attack)

Model Summary			
Step	-2 Loglikelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	22496,852 ^a	,061	,116

παρατηρούμε ότι το Nagelkerke R Square ισούται με 11.6 % που είναι σχετικά μικρή τιμή και σημαίνει ότι το 11,6% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής, δηλαδή της καρδιακής προσβολής, επεξηγείται από το μοντέλο.

Στην συνέχεια ελέγχεται η καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα. Πραγματοποιείται ο έλεγχος

H₀ : Καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

H₁: Μη καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

ΠΙΝΑΚΑΣ 19^{ος} : ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ (heart attack)

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	8,837	8	,356

Παρατηρούμε ότι το Sig.=0,356 > 0,05=α (όπου α=0,05 είναι το επίπεδο σημαντικότητας). Άρα δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση (ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ παρατηρούμενων και αναμενόμενων τιμών για την εξαρτημένη μεταβλητή) και άρα η προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα είναι καλή.

Ο παρακάτω πίνακας τώρα μας δίνει την πληροφορία για το OverallPercentage το οποίο ισούται με 87,7%. Αυτό σημαίνει ότι το 87,7% προβλέπεται ικανοποιητικά από το μοντέλο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 20^{ος} : CLASSIFICATION TABLE ΠΡΩΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ (heart attack)

Classification Table^a

		Predicted		
		heart_attack		Percentage Correct
Observed		,00	1,00	
Step 1	heart_attack ,00	29043	51	99,8
	1,00	4018	21	,5
Overall Percentage				87,7

ΠΙΝΑΚΑΣ 21^{ος} : ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΠΡΩΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ(heart attack)

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ΗΛΙΚΙΑ						
ΗΛΙΚΙΕΣ 80+ (κατηγορία αναφοράς)			1176,570	3	,000	
ΗΛΙΚΙΕΣ 50-59	-1,884	,060	1000,763	1	,000	,152
ΗΛΙΚΙΕΣ 60-69	-1,097	,051	468,156	1	,000	,334
ΗΛΙΚΙΕΣ 70-79	-,474	,049	92,356	1	,000	,622
ΦΥΛΟ (κατηγορία αναφοράς ΓΥΝΑΙΚΕΣ)						
ΑΝΤΡΕΣ	,493	,035	195,549	1	,000	1,637
ΧΩΡΑ						
ΑΥΣΤΡΙΑ (κατηγορία αναφοράς)			388,687	12	,000	
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	,241	,111	4,682	1	,030	1,272
ΣΟΥΗΔΙΑ	,468	,105	19,798	1	,000	1,596
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	,015	,113	,017	1	,895	1,015
ΙΣΠΑΝΙΑ	-,292	,116	6,341	1	,012	,747
ΙΤΑΛΙΑ	-,013	,107	,015	1	,901	,987
ΓΑΛΛΙΑ	,309	,107	8,358	1	,004	1,362
ΔΑΝΙΑ	,043	,110	,150	1	,699	1,044
ΕΛΛΑΔΑ	,045	,107	,177	1	,674	1,046
ΕΛΒΕΤΙΑ	-,554	,144	14,726	1	,000	,575
ΒΕΛΓΙΟ	,326	,106	9,437	1	,002	1,385
ΤΣΕΧΙΑ	,593	,106	31,291	1	,000	1,810
ΠΟΛΩΝΙΑ	,951	,103	85,138	1	,000	2,589
ΕΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	-,029	,005	40,371	1	,000	,972
Constant	-1,229	,099	154,942	1	,000	,293

a. Variable(s) entered on step 1: agegr, dn042_w2, country, dn041_raww2.

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΣΧΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

Έχοντας πάρει ως χώρα αναφοράς την Αυστρία στις συγκρίσεις που θα ακολουθήσουν όλες οι χώρες θα συγκρίνονται με αυτήν. Αρχικά βλέπουμε ότι σχεδόν όλοι οι συντελεστές $\chi^2(B)$ που αφορούν τις χώρες είναι μεγαλύτεροι της μονάδας εκτός από αυτούς που αφορούν την Ισπανία, την Ιταλία και την Ελβετία. Για τις 3 αυτές χώρες συμπεραίνουμε τα εξής:

- Οι Ισπανοί έχουν μικρότερη πιθανότητα και μάλιστα κατά 25,3 % ($1-0,747=0,253$) σε σχέση με τους Αυστριακούς να υποστούν καρδιακό επεισόδιο
- Ο Ιταλικός λαός δεν διαφέρει σημαντικά από τον Αυστριακό λαό καθώς το $Sig.=0.901$, και
- Οι Ελβετοί έχουν περίπου 43% λιγότερες πιθανότητες από τους Αυστριακούς να έχουν καρδιακό επεισόδιο.

Για τις υπόλοιπες χώρες μπορούμε να πούμε ότι οι Γάλλοι καθώς επίσης και οι κάτοικοι του Βελγίου έχουν περίπου 1,3 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να υποστούν καρδιακό επεισόδιο σε σχέση με τους Αυστριακούς. Οι Δανοί, οι Έλληνες και οι Ολλανδοί έχουν περίπου ίδια πιθανότητα να πάθουν την παραπάνω ασθένεια με τους Αυστριακούς. Οι Πολωνοί έχουν πολύ μεγαλύτερη πιθανότητα (2,5 φορές) να παρουσιάσουν καρδιακό επεισόδιο σε σχέση με τους Αυστριακούς όπως επίσης και οι Τσέχοι αλλά σε μικρότερο βαθμό. Τέλος όσον αφορά τις υπόλοιπες χώρες, οι Γερμανοί ηλικιωμένοι φαίνεται να έχουν 1,2 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για καρδιακό επεισόδιο από τους κατοίκους της Αυστρίας.

Όσον αφορά το φύλο, από τον πίνακα παρατηρούμε ότι οι άντρες έχουν 1,6 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να πάθουν καρδιακή προσβολή σε σχέση με τις γυναίκες.

Επιπλέον οι ηλικιακές ομάδες 50-59, 60-69 και 70-79 έχουν μικρότερες πιθανότητες να πάθουν καρδιακό επεισόδιο σε σχέση με την γηραιότερη ομάδα των ηλικιωμένων. Τέλος, με κάθε επιπλέον έτος εκπαίδευσης μειώνεται κατά περίπου 3% ($1-0,972$) η πιθανότητα να πάθει κανείς καρδιακή προσβολή.

3.2.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η δίτιμη μεταβλητή , κατάθλιψη θα ερμηνευθεί βάση των ανεξάρτητων τυχαίων μεταβλητών:

- ηλικία
- φύλο
- χώρα
- αυτοαντίληψη για την υγεία
- αν το νοικοκυριό τα βγάζει πέρα με δυσκολία/ευκολία
- οικογενειακή κατάσταση

Τα δεύτερο μοντέλο που θα εκτιμήσουμε θα έχει την εξής μορφή :

$$eurodcat = \text{κατάθλιψη} = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 * age + b_2 * gender + b_3 * country + b_4 * sphus + b_5 * fdstress + b_6 * maritalstatus)}}$$

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΣΩ ΤΟΥ SPSS ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Από την πρώτη ματιά στο Nagelkerke R Square = 28,3% βλέπουμε ότι πρόκειται για ένα καλό μοντέλο όπου οι ανεξάρτητες μεταβλητές ερμηνεύουν το 28,3% της διακύμανσης της εξαρτημένης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 22^{ος} : MODEL SUMMARY ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ (eurodcat)

Model Summary			
Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	28488,432 ^a	,191	.283

Ελέγχεται λοιπόν, η καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα. Πραγματοποιείται ο έλεγχος

H₀ : Καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

H₁: Μη καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

Η προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα δεν είναι καλή δεδομένου ότι $\text{sig}=0,001 < 0,05 = \alpha$ και άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση ότι οι παρατηρούμενες τιμές δεν διαφέρουν σημαντικά από τις αναμενόμενες.

ΠΙΝΑΚΑΣ 23^{ος} : ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ (eurodcat)

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	26,276	8	,001

Ο παρακάτω πίνακας μας πληροφορεί κατά πόσο το μοντέλο είναι επιτυχημένο. Υπολογίζεται ουσιαστικά κατά πόσο οι παρατηρούσες τιμές συμπίπτουν με τις εκτιμούσες από το μοντέλο. Το ποσοστό ορθής ταξινόμησης είναι 79,3 % , το οποίο είναι πολύ ικανοποιητικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 24^{ος} : CLASSIFICATION TABLE ΔΕΥΤΕΡΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ (eurodcat)

ClassificationTable^a

Observed		Predicted		
		EURO-D caseness		Percentage Correct
		no	yes	
EURO-D caseness	no	22206	1407	94,0
	yes	5101	2668	34,3
Overall Percentage				79,3

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ΗΛΙΚΙΑ						
ΗΛΙΚΙΕΣ 80+ (κατηγορία αναφοράς)			96,814	3	,000	
ΗΛΙΚΙΕΣ 50-59	-,159	,054	8,820	1	,003	,853
ΗΛΙΚΙΕΣ 60-69	-,412	,052	62,594	1	,000	,662
ΗΛΙΚΙΕΣ 70-79	-,363	,052	48,529	1	,000	,696
ΦΥΛΟ (κατηγορία αναφοράς ΓΥΝΑΙΚΕΣ)						
ΑΝΤΡΕΣ	-,808	,032	639,708	1	,000	,446
ΧΩΡΑ						
ΑΥΣΤΡΙΑ (κατηγορία αναφοράς)			439,665	12	,000	
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	-,220	,096	5,285	1	,022	,803
ΣΟΥΗΔΙΑ	-,043	,096	,201	1	,654	,958
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	,042	,095	,197	1	,657	1,043
ΙΣΠΑΝΙΑ	,282	,094	9,030	1	,003	1,326
ΙΤΑΛΙΑ	,487	,089	29,732	1	,000	1,628
ΓΑΛΛΙΑ	,607	,089	46,360	1	,000	1,835
ΔΑΝΙΑ	,132	,097	1,843	1	,175	1,141
ΕΛΛΑΔΑ	-,160	,094	2,931	1	,087	,852
ΕΛΒΕΤΙΑ	,140	,110	1,625	1	,202	1,150
ΒΕΛΓΙΟ	,499	,089	31,425	1	,000	1,648
ΤΣΕΧΙΑ	-,218	,092	5,569	1	,018	,804
ΠΟΛΩΝΙΑ	,611	,091	44,599	1	,000	1,842
ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ ΤΑ ΒΓΑΖΕΙ ΠΕΡΑ						
ΠΟΛΥ ΕΥΚΟΛΑ (κατηγορία αναφοράς)			262,739	3	,000	
ΠΟΛΥ ΔΥΣΚΟΛΑ	,846	,056	228,906	1	,000	2,330
ΜΕΡΙΚΩΣ ΔΥΣΚΟΛΑ	,412	,046	80,782	1	,000	1,509
ΜΕΡΙΚΩΣ ΕΥΚΟΛΑ	,158	,043	13,489	1	,000	1,171
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
ΧΗΡΟΙ/ΧΗΡΕΣ (κατηγορία αναφοράς)			17,810	3	,000	
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ/ΕΣ	-,164	,045	13,406	1	,000	,849
ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΙ/ΕΣ	-,035	,066	,282	1	,596	,965
ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΙ/ΕΣ	-,056	,077	,518	1	,472	,946
ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΥΓΕΙΑ						

ΚΑΚΗ ΥΓΕΙΑ(κατηγορία αναφοράς)			2899,562	4	,000	
ΑΡΙΣΤΗ ΥΓΕΙΑ	-3,078	,090	1168,201	1	,000	,046
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	-2,768	,064	1896,186	1	,000	,063
ΚΑΛΗ	-2,113	,049	1893,597	1	,000	,121
ΜΕΤΡΙΑ	-1,204	,047	648,610	1	,000	,300
Constant	,812	,099	66,879	1	,000	2,253

a. Variable(s) entered on step 1: agegr, dn042_w2, country, fdistress, mar_stat2, autoantilipsi.

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΣΧΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

Ξεκινώντας θα δούμε την κατάθλιψη στις διάφορες χώρες σε σχέση πάντα με την Αυστρία καθώς αυτή έχουμε πάρει ως χώρα αναφοράς. Αναλυτικά λοιπόν παρατηρούμε ότι στην Γερμανία οι κάτοικοι εμφανίζουν λιγότερο κατάθλιψη σε σχέση με τους Αυστριακούς. Πιο συγκεκριμένα ο γερμανικός λαός έχει γύρω στο 20% ($1-0,803=0,197$) λιγότερες πιθανότητες να έχει κατάθλιψη σε σχέση με τον αυστριακό λαό. Οι Έλληνες και οι Τσέχοι φαίνεται να είναι σε παρόμοια κατάσταση με τους Γερμανούς και έχουν περίπου 20% λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης σε σχέση με τους Αυστριακούς. Από την άλλη πλευρά οι Γάλλοι, οι Βέλγοι και οι Πολωνοί έχουν περίπου τις ίδιες πιθανότητες μεταξύ τους (καθώς οι συντελεστές ($\exp(B)$) είναι παρόμοιοι) εμφάνισης κατάθλιψης αλλά περισσότερες πιθανότητες από τους Αυστριακούς. Τέλος, χώρες όπως η Ελβετία, η Δανία, η Σουηδία και η Ολλανδία δεν διαφοροποιούνται σημαντικά από την Αυστρία ($\text{sig}>0,05$).

Ός προς το φύλο, οι άντρες παρουσιάζουν $1-0,446=0,554=55,4\%$ λιγότερες πιθανότητες να έχουν κατάθλιψη σε σχέση με τις γυναίκες του δείγματός μας. Οι γυναίκες είναι πιο ευάλωτες στην κατάθλιψη κάτι που διαπιστώσαμε και στην περιγραφική ανάλυση του προηγούμενου κεφαλαίου.

Για την αυτοαντίληψη της υγείας από την άποψη των ερωτωμένων του δείγματος μας φαίνεται πως όλες οι κατηγορίες έχουν στατιστικά σημαντικές μικρότερες πιθανότητες σε σχέση με τα άτομα που δηλώνουν την υγεία τους ως κακή. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που δηλώνουν πως η υγεία τους είναι άριστη έχουν 95% λιγότερες πιθανότητες όπως είναι και αναμενόμενο να έχουν κάποια μορφή κατάθλιψης σε σχέση με αυτούς που θεωρούν ότι είναι άσχημα στην υγεία τους. Αντίστοιχα τα άτομα που βρίσκουν την υγεία τους πολύ καλή έχουν 93% χαμηλότερες πιθανότητες να έχουν κατάθλιψη. Παρόμοια 88% και 70% χαμηλότερες πιθανότητες να έχουν κατάθλιψη έχουν τα άτομα που χαρακτηρίζουν τη υγεία τους καλή και αντίστοιχα μέτρια.

Άλλη μία στατιστικά σημαντική μεταβλητή(διότι $\text{Sig.}=0.000<0.005$) είναι το fdstress δηλαδή η μεταβλητή η οποία δηλώνει πως τα άτομα τα βγάζουν πέρα οικονομικά στο νοικοκυριό. Σαν κατηγορία αναφοράς έχουμε ορίσει την κατηγορία που τα άτομα με ευκολία ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του νοικοκυριού. Έτσι λοιπόν όλες οι συγκρίσεις θα γίνονται σε σχέση με αυτήν. Αυτοί λοιπόν που δυσκολεύονται αρκετά να τα βγάλουν πέρα οικονομικά στο νοικοκυριό έχουν τις διπλάσιες πιθανότητες να πάσχουν από κατάθλιψη σε σχέση με την κατηγορία αναφοράς. Τα άτομα που με μερική δυσκολία τα βγάζουν πέρα έχουν 1,5 φορές περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης ενώ λίγες ακόμα παραπάνω πιθανότητες έχει και η μερίδα των ατόμων που σχετικά εύκολα διαχειρίζεται τις οικονομικές απαιτήσεις του νοικοκυριού της.

Ο παραπάνω πίνακας μας πληροφορεί ακόμα ότι όλες οι ηλικιακές ομάδες κάτω των 80 ετών έχουν μικρότερες πιθανότητες ($\text{exp(B)} = 0.799, 0.628, 0.674$) να πάσχουν από κατάθλιψη σε σχέση με τις ηλικίες των 80 και άνω χρόνων.

Τέλος, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων διαπιστώνουμε ότι οι παντρεμένοι έχουν περίπου 15% λιγότερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη σε σχέση με τους ανθρώπους που ο σύζυγος ή η σύζυγος δεν είναι πια στην ζωή. Επίσης 3,5 % λιγότερες πιθανότητες να πάθουν κατάθλιψη έχουν οι άνθρωποι που είναι είτε χωρισμένοι είτε ανύπαντροι σε σχέση πάντα με την κατηγορία αναφοράς που είναι οι χήροι ή οι χήρες.

3.2.3 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

Η δίτιμη μεταβλητή ,περιορισμός δραστηριοτήτων θα ερμηνευθεί σε σχέση με τις αναξάρτητες τυχαίες μεταβλητές:

- **ηλικία**
- **φύλο**
- **χώρα**
- **έτη σπουδών εκπαίδευσης**
- **αυτοαντίληψη για την υγεία**

Το τρίτο μοντέλο που θα εκτιμήσουμε θα έχει την εξής μορφή :

$$gali = \text{περιορισμός δραστηριοτήτων} = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 * age + b_2 * gender + b_3 * country + b_4 * sphus + b_5 * yearseducation)}}$$

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΣΩ ΤΟΥ SPSS ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 26^{ος} : MODEL SUMMARY ΤΡΙΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ (gali)

ModelSummary			
Step	-2 Loglikelihood	Cox&Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	32725,852 ^a	,317	.425

Το Nagelkerke RSquare στο μοντέλο αυτό ισούται με 42,5% το οποίο σημαίνει ότι πρόκειται εκ πρώτης όψεως για ένα πολύ καλό μοντέλο διότι η τιμή του είναι υψηλή σε σχέση με τα προηγούμενα. Δηλαδή το μοντέλο επεξηγεί προσεγγιστικά το 42,5% της μεταβλητότητας της εξαρτημένης μεταβλητής, ποσοστό ικανοποιητικό.

ΠΙΝΑΚΑΣ 27^{ος} : ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ (gali)

Hosmer and LemeshowTest			
Step	Chi-square	df	Sig.
1	11,831	8	.159

Στην συνέχεια ελέγχεται η καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα. Πραγματοποιείται ο έλεγχος :

Ho : Καλή ποσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

H1: Μη καλή ποσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

Παρακάτω όπως βλέπουμε την τιμή του Sig.=0,159>0.05. Η τιμή του Sig. είναι μεγάλη σε σχέση με το 0,05 άρα μπορούμε να χαρακτηρίσουμε την προσαρμογή του μοντέλου μας στα δεδομένα πολύ καλή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 28^{ος} : CLASSIFICATION TABLE ΤΡΙΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ (gali)

Observed		Predicted		
		gali_new		PercentageCorrect
		,00	1,00	
Step 1	gali_new	,00	1,00	
		16170	2660	85,9
		5119	9217	64,3
	OverallPercentage			76,5

Το ποσοστό των περιπτώσεων της εξαρτημένης μεταβλητής που προβλέπεται σωστά από το μοντέλο φτάνει το 76,5%.

ΠΙΝΑΚΑΣ 29^{ος} : ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΤΡΙΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ΧΩΡΑ						
ΑΥΣΤΡΙΑ (κατηγορία αναφοράς)			886,883	12	,000	
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	-,338	,082	17,006	1	,000	,713
ΣΟΥΗΔΙΑ	-,168	,081	4,316	1	,038	,845
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	-,039	,080	,238	1	,625	,962
ΙΣΠΑΝΙΑ	-1,207	,084	206,384	1	,000	,299
ΙΤΑΛΙΑ	-1,001	,080	157,630	1	,000	,367
ΓΑΛΛΙΑ	-,983	,081	147,839	1	,000	,374
ΔΑΝΙΑ	-,318	,082	15,072	1	,000	,727
ΕΛΛΑΔΑ	-1,213	,080	229,339	1	,000	,297
ΕΛΒΕΤΙΑ	-,512	,093	30,201	1	,000	,599
ΒΕΛΓΙΟ	-,489	,079	38,418	1	,000	,613
ΤΣΕΧΙΑ	-,051	,080	,399	1	,528	,951
ΠΟΛΩΝΙΑ	-,704	,084	69,667	1	,000	,495
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	-,027	,003	61,556	1	,000	,974
ΦΥΛΟ (κατηγορία αναφοράς)						
ΓΥΝΑΙΚΕΣ						

ΑΝΤΡΕΣ	-,117	,028	17,946	1	,000	,890
ΑΥΤΟΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΗ ΥΓΕΙΑ						
ΚΑΚΗ ΥΓΕΙΑ (κατηγορία αναφοράς)			6791,930	6	,000	
ΑΡΙΣΤΗ ΥΓΕΙΑ	-5,613	,106	2800,198	1	,000	,004
ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ ΥΓΕΙΑ	-4,706	,084	3143,711	1	,000	,009
ΚΑΛΗ ΥΓΕΙΑ	-3,600	,077	2189,515	1	,000	,027
ΜΕΤΡΙΑ ΥΓΕΙΑ	-1,962	,078	638,143	1	,000	,141
Constant	3,766	,101	1385,885	1	,000	43,209

a. Variable(s) entered on step 1: country, dn041_raww2, dn042_w2, sphus.

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΣΧΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

Όλες οι χώρες γενικά έχουν χαμηλότερες πιθανότητες να έχουν προβλήματα κινητικότητας σε σχέση με τον αυστριακό λαό. Η Ολλανδία δεν φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την Αυστρία διότι το Sig.=0.823 είναι πολύ μεγαλύτερο του 0,05, άρα οι δυο χώρες έχουν παρόμοια συμπεριφορά ως προς τον περιορισμό κινητικότητας. Οι Ιταλοί και οι Γάλλοι έχουν περίπου 65% (1-0,35) λιγότερες πιθανότητες στο να περιορίζονται σε κάποιες δραστηριότητες σε σχέση με τους Αυστριακούς. Από την άλλη πλευρά έχουμε τους Ελβετούς και τους κατοίκους του Βελγίου που έχουν τις μισές περίπου πιθανότητες από τους Αυστριακούς να έχουν περιορισμένες δραστηριότητες. Τέλος οι Ισπανοί και οι Έλληνες έχουν κατά 70% λιγότερες πιθανότητες να έχουν περιορισμό σε δραστηριότητες σε σχέση με τους Αυστριακούς.

Οι άντρες της έρευνας έχουν κατά 20% λιγότερες πιθανότητες να έχουν προβλήματα κινητικότητας σε σχέση με τις γυναίκες.

Επίσης, όλες οι κατηγορίες που αφορούν την αυτοαντίληψη της υγείας σε σχέση με αυτούς που θεωρούν την υγεία τους ως <κακή> έχουν μικρότερες πιθανότητες να έχουν προβλήματα κινητικότητας. Ακόμα, όσο μικρότερη η ηλικιακή ομάδα τόσο μικρότερη η πιθανότητα να υπάρχουν προβλήματα με την παραπάνω πάθηση.

Τέλος, τα έτη εκπαίδευσης έχουν σημαντική επίδραση. Όσο πιο μορφωμένος είναι κάποιος τόσο μικραίνει η πιθανότητα να είναι περιορισμένος σε κάποια δραστηριότητα. Ωστόσο η μεταβολή, 1% ανά έτος εκπαίδευσης, είναι πολύ μικρή για να πούμε ότι έχει σημαντική επίδραση στο μοντέλο.

Κλείνοντας ως προς την κατάσταση της υγείας, το μέρος του δείγματος που θεωρεί την υγεία του άριστη ή πολύ καλή έχει περίπου 99,6% λιγότερες πιθανότητες από αυτούς που

θεωρούν ότι δεν αισθάνονται υγιείς υφίστανται περιορισμούς σε καθημερινές δραστηριότητες. Μεγάλες είναι οι διαφορές και στις άλλες δυο κατηγορίες αλλά όχι σε τόσο έντονο βαθμό.

3.2.4 ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΙΕΣ

Η δίτιμη μεταβλητή μακροχρόνιες ασθένειες θα ερμηνευθεί σε σχέση με τις ανεξάρτητες τυχαίες μεταβλητές:

- ηλικία
- φύλο
- χώρα
- έτη σπουδών εκπαίδευσης
- οικονομικός τρόπος αντιμετώπισης του νοικοκυριού
- οικογενειακή κατάσταση

Το τέταρτο μοντέλο που θα εκτιμήσουμε θα έχει την εξής μορφή :

$$\text{μακροχρόνια ασθένεια} = \frac{1}{1 + e^{-(b_0 + b_1 * \text{age} + b_2 * \text{gender} + b_3 * \text{country} + b_4 * \text{fdstress} * b_5 * \text{yearseducation} + b_6 * \text{maritalstatus})}}$$

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΣΩ ΤΟΥ SPSS ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΟΥ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ

Από το **Model Summary** παίρνουμε την τιμή του Nagelkerke R Square που ισούται με 9,8%, η οποία είναι αρκετά μικρή.

ΠΙΝΑΚΑΣ 30^{ος} : MODEL SUMMARY ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ (μακροχρόνια ασθένεια)

Model Summary		
-2 Loglikelihood	Cox&Snell R Square	Nagelkerke R Square
42106,731 ^a	,073	,098

Ελέγχεται λοιπόν, η καλή προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα.Πραγματοποιείται ο έλεγχος

Ho : Καλή ποσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

H1: Μη καλή ποσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα

Από το Test του Hosmer and Lemeshow το Sig.=0,266> 0,05 = α= επίπεδο σημαντικότητας άρα θα λέγαμε ότι η προσαρμογή του μοντέλου στα δεδομένα μας είναι ικανοποιητική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 31^{ος} : ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΣΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ (μακροχρόνια ασθένεια)

Hosmer and Lemeshow Test

Step	Chi-square	df	Sig.
1	9,980	8	.266

Ο παρακάτω πίνακας μας πληροφορεί κατά πόσο το μοντέλο είναι επιτυχημένο.Υπολογίζεται ουσιαστικά κατά πόσο οι παρατηρούσες τιμές συμπίπτουν με τις εκτιμούσες από το μοντέλο.Το συνολικό ποσοστό των περιπτώσεων που έχουν εκτιμηθεί σωστά είναι 61,2% .

ΠΙΝΑΚΑΣ 32^{ος} : CLASSIFICATION TABLE ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ (μακροχρόνια ασθένεια)

Classification Table^a

Observed			Predicted		Percentage Correct
			makroxronies_asthenies		
			1,00	5,00	
Step 1	makroxronies_asthenies	1,00	8518	6948	55,1
		5,00	5536	11169	66,9
Overall Percentage					61,2

ΠΙΝΑΚΑΣ :33^{ος} ΣΥΝΤΕΛΕΣΤΕΣ ΛΟΓΙΣΤΙΚΗΣ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗΣ ΤΕΤΑΡΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ
(μακροχρόνια ασθένεια)

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
ΗΛΙΚΙΑ						
ΗΛΙΚΙΕΣ 80+ (κατηγορία αναφοράς)			630,959	3	,000	
ΗΛΙΚΙΕΣ 50-59	,973	,045	469,980	1	,000	2,645
ΗΛΙΚΙΕΣ 60-69	,616	,043	202,630	1	,000	1,851
ΗΛΙΚΙΕΣ 70-79	,298	,044	45,999	1	,000	1,347
ΦΥΛΟ (κατηγορία αναφοράς ΓΥΝΑΙΚΕΣ)						
ΑΝΤΡΕΣ	,152	,024	39,746	1	,000	1,164
ΧΩΡΑ						
ΑΥΣΤΡΙΑ (κατηγορία αναφοράς)			975,625	12	,000	
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	-,670	,072	86,743	1	,000	,511
ΣΟΥΗΔΙΑ	-,592	,071	70,362	1	,000	,553
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	-,205	,071	8,336	1	,004	,815
ΙΣΠΑΝΙΑ	-,309	,073	17,732	1	,000	,734
ΙΤΑΛΙΑ	,180	,070	6,587	1	,010	1,197
ΓΑΛΛΙΑ	-,311	,070	19,757	1	,000	,733
ΔΑΝΙΑ	-,343	,071	23,496	1	,000	,710
ΕΛΛΑΔΑ	,602	,071	71,992	1	,000	1,825
ΕΛΒΕΤΙΑ	,086	,081	1,139	1	,286	1,090
ΒΕΛΓΙΟ	-,069	,070	,978	1	,323	,934
ΤΣΕΧΙΑ	-,395	,071	30,873	1	,000	,674
ΠΟΛΩΝΙΑ	-,808	,074	119,663	1	,000	,446
ΤΟ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΟ ΤΑ ΒΓΑΖΕΙ ΠΕΡΑ						
ΠΟΛΥ ΕΥΚΟΛΑ (κατηγορία αναφοράς)			317,757	3	,000	
ΠΟΛΥ ΔΥΣΚΟΛΑ	-,751	,046	261,637	1	,000	,472
ΜΕΡΙΚΩΣ ΔΥΣΚΟΛΑ	-,420	,035	142,228	1	,000	,657
ΜΕΡΙΚΩΣ ΕΥΚΟΛΑ	-,128	,031	16,858	1	,000	,880
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ						
ΧΗΡΟΙ/ΧΗΡΕΣ (κατηγορία αναφοράς)			8,511	3	,037	
ΠΑΝΤΡΕΜΕΝΟΙ/ΕΣ	,064	,038	2,904	1	,088	1,066

ΧΩΡΙΣΜΕΝΟΙ/ΕΣ	-,046	,054	,708	1	,400	,955
ΑΝΥΠΑΝΤΡΟΙ/ΕΣ	,016	,063	,064	1	,800	1,016
ΕΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	,027	,003	85,875	1	,000	1,028
Constant	-,432	,074	34,168	1	,000	,649

a. Variable(s) entered on step 1: agegr, dn042_w2, country, fdistress, mar_stat2, dn041_raww2.

- ❖ **Να αναφερθεί ότι αντίθετα με τα υπόλοιπα μοντέλα εδώ εξετάζεται η πιθανότητα κανείς να μην έχει πρόβλημα με μακροχρόνια ασθένεια σε σχέση με το να έχει.**

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΣ ΣΧΟΛΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΡΙΣΕΙΣ

Σύγκρισεις για τις χώρες, σε σχέση με τους αυστριακούς:

- Οι Γερμανοί έχουν 48,9% φορές μικρότερες πιθανότητες να ΜΗΝ έχουν μακροχρόνιες ασθένειες.
- Οι Σουηδοί παρουσιάζουν περίπου 45% λιγότερες πιθανότητες να μην έχουν μακροχρόνιες ασθένειες.
- Οι Ολλανδοί έχουν 18,5% λιγότερες πιθανότητες να μην έχουν μακροχρόνιες ασθένειες.
- Οι Ισπανοί, οι Γάλλοι και οι Δανοί έχουν περίπου παρόμοιο μικρότερο ποσοστό (25-30%) μη εμφάνισης μακροχρόνιων ασθενειών.
- Οι Έλληνες αντίθετα έχουν 1,8 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να μην παρουσιάσουν μακροχρόνια ασθένεια.
- Η Ελβετία έχει τις ίδιες περίπου πιθανότητες να έχουν μακροχρόνιες ασθένειες
- Η Τσεχία έχει 32,6% λιγότερες να μην έχει μακροχρόνιες ασθένειες και
- Η Πολωνία είναι αυτή που έχει κατά 55% λιγότερες πιθανότητες να μην εμφανίσει μακροχρόνιες ασθένειες.

Συμπερασματικά, Ιταλία και Ελλάδα έχουν μικρότερες πιθανότητες εμφάνισης μακροχρόνιας ασθένειας σε σχέση με την Αυστρία ενώ οι περισσότερες από τις υπόλοιπες χώρες έχουν υψηλότερη πιθανότητα.

Ως προς το φύλο,

- οι άντρες έχουν 1,16 φορές περισσότερες πιθανότητες να μην εμφανίσουν μακροχρόνιες ασθένειες σε σχέση με τις γυναίκες και άρα επιβεβαιώνεται άλλη μία φορά ότι οι άνδρες δηλώνουν καλύτερη υγεία από τις γυναίκες.

Ως προς τα έτη εκπαίδευσης,

- Κάθε επιπλέον έτος εκπαίδευσης αυξάνει την πιθανότητα μη εμφάνισης μακροχρόνιας ασθένειας και άρα μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης. Συνολικά η εκπαίδευση παίζει προστατευτικό ρόλο όσον αφορά την υγεία του ατόμου.

Ως προς τις ηλικιακές ομάδες των 80 ετών και άνω ,

- Οι ηλικίες 50-59 έχουν διπλάσιες σχεδόν πιθανότητες να μην έχουν μακροχρόνιες ασθένειες,
- Οι ηλικίες 60-69 έχουν 1,9 σχεδόν φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχουν μακροχρόνιες ασθένειες.
- Οι ηλικίες 50-59 έχουν 1,3 σχεδόν φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να μην έχουν μακροχρόνιες ασθένειες.

Δηλαδή μικρότερες ηλικίες συνδέονται με χαμηλότερες πιθανότητες εμφάνισης μακροχρόνιας ασθένειας.

Ως προς τα άτομα που εύκολα τα φέρνουν οικονομικά πέρα στο νοικοκυριό,

- Η ομάδα ατόμων που με μεγάλη δυσκολία ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του νοικοκυριού έχει 52,8 λιγότερες πιθανότητες να μην παρουσιάσει μακροχρόνιες ασθένειες.
- Η ομάδα ατόμων που με μερική δυσκολία ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του νοικοκυριού έχει 34,3 λιγότερες πιθανότητες να μην παρουσιάσει μακροχρόνιες ασθένειες.
- Η ομάδα ατόμων που με μερική ευκολία ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του νοικοκυριού έχει 12 λιγότερες πιθανότητες να μην παρουσιάσει μακροχρόνιες ασθένειες.

Συμπερασματικά περισσότερη οικονομική ευχέρεια συνδέεται με λιγότερες πιθανότητες εμφάνισης μακροχρόνιας ασθένειας.

Τέλος, ως προς την οικογενειακή κατάσταση,

Με κατηγορία αναφοράς τους χήρους/ες φαίνεται ότι οι υπόλοιπες κατηγορίες, παντρεμένοι, ανύπαντροι και χωρισμένοι δεν διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς την εμφάνιση μακροχρόνιας ασθένειας.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

3.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψαν τα παρακάτω συμπεράσματα σχετικά με την ερευνά μας. Κατ' αρχήν η κύρια τάση των ηλικιωμένων είναι ότι αισθάνονται αρκετά υγιείς, και σε μεγάλο ποσοστό δεν έχουν προβλήματα υγείας τα οποία παρεμποδίζουν την αυτονομία και την λειτουργικότητα τους. Το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων ηλικίας 50 και άνω δεν παρουσιάζει κατάθλιψη ενώ μπορεί να εξυπηρετηθεί στις βασικές καθημερινές του δραστηριότητες χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία. Το μορφωτικό τους επίπεδο δεν είναι ιδιαίτερα υψηλό ενώ η οικονομική τους κατάσταση φαίνεται να διαφέρει από άτομο σε άτομο και ιδιαίτερα από χώρα σε χώρα.

Συγκρίνοντας άντρες και γυναίκες παρατηρούμε ότι οι άντρες υπερτερούν στο μορφωτικό επίπεδο έναντι των γυναικών. Από την άλλη πλευρά οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα υγείας από τους άνδρες.

Επιπροσθέτως παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των χωρών του δείγματος. Οι χώρες με το υψηλότερο εισόδημα είναι η Ελβετία, η Ολλανδία και η Γαλλία ενώ με το χαμηλότερο εισόδημα εμφανίζονται η Τσεχία και η Πολωνία. Υψηλό εισόδημα δεν σημαίνει απαραίτητα και υψηλό πλούτο. Για παράδειγμα, η Ελλάδα, ενώ δεν διαθέτει υψηλό εισόδημα, διαθέτει υψηλό πλούτο.

Από την επεξεργασία επίσης των δεδομένων προέκυψαν ορισμένες ενδιαφέρουσες συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών. Συγκεκριμένα, όσον αφορά την κατάθλιψη, η οποία παίζει γενικά σημαντικό ρόλο στους ηλικιωμένους, παρατηρούμε ότι η αντίληψη για την υγεία καθώς και το φύλο είναι μεταβλητές που την επηρεάζουν. Πιο συγκεκριμένα, όσο χειρότερη η αυτό-αναφερόμενη υγεία τόσο μεγαλύτερο το ποσοστό της κατάθλιψης. Επιπλέον, οι γυναίκες έχουν περισσότερη κατάθλιψη από τους άντρες. Η εκπαίδευση επίσης επηρεάζει την κατάθλιψη. Όσο υψηλότερο το μορφωτικό επίπεδο τόσο λιγότευουν οι πιθανότητες τα άτομα του δείγματος μας να πάθουν κατάθλιψη. Οι έγγαμοι παρουσιάζουν λιγότερη κατάθλιψη από τους χήρους και τις χήρες, γεγονός που καθιστά την μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης σημαντική. Το οικονομικό επίπεδο σχετίζεται με την κατάθλιψη ενώ όσον αφορά την καρδιακή προσβολή συμπεράναμε ότι η ηλικία σχετίζεται με αυτή. Η ηλικία είναι μια στατιστικά σημαντική μεταβλητή όπως επίσης και το φύλο. Οι άνδρες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για καρδιακό επεισόδιο από τις γυναίκες, αντίθετα από τις υπόλοιπες χρόνιες ασθένειες.

Ακόμα, περισσότερα έτη εκπαίδευσης σημαίνουν μικρότερη πιθανότητα για καρδιακή προσβολή. Στην μεταβλητή για τον περιορισμό των δραστηριοτήτων παίζει ρόλο η γενική υγεία, η εκπαίδευση και το φύλο. Αναλυτικότερα, χειρότερη υγεία συνεπάγεται

μεγαλύτερο περιορισμό δραστηριοτήτων. Περισσότερα έτη εκπαίδευσης σημαίνουν μικρότερο περιορισμό στις δραστηριότητες. Επιπλέον οι άνδρες παρουσιάζουν μικρότερη πιθανότητα περιορισμού κινητικότητας σε σχέση με τις γυναίκες.

Τέλος, όσον αφορά την ύπαρξη μακροχρόνιας ασθένειας επιβεβαιώνονται τα προηγούμενα συμπεράσματα: μεγαλύτερη ηλικία, το γυναικείο φύλο, λιγότερα έτη εκπαίδευσης και μεγαλύτερη οικονομική δυσχέρεια συνεπάγονται υψηλότερες πιθανότητες ύπαρξης μακροχρόνιας ασθένειας. Στην περίπτωση αυτή, αντίθετα με την κατάθλιψη δεν παίζει ρόλο η οικογενειακή κατάσταση.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Alscer K. et al., 2008. First results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007)
- Baron-Epel O and Kaplan G (2001) General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? SocSci Med 53(10): 1371-1481
- Börsch-Supan A, Jürges H (eds.) (2005) The survey of health, ageing and retirement in Europe: methodology. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA), Mannheim
- Burstrom B and Fredlund P (2001) Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher Social classes. J Epidemiol Community Health 55(11):836-840
- Eurostat (2011a) Population projections 2010-2060, EU27 population is expected to peak by around 2040. NewsRelease, Report. No. 80/2011
- Hosmer D.W. and Lemeshow S. (1980), A goodness-of-fit test for the multiple logistic regression model. Communications in Statistics A10:1043-1069.
- Nagelkerke, N.J.D. (1991), A note on a general definition of the coefficient of determination. Biometrika 78: 691-692.
- SHARE (2016) (documentation online) <http://www.share-project.org/>
- United Nations (2011) World population prospects 2010

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Δαφέρμου Μ. 2007, Εγχειρίδιο « Η Υγεία στην Τρίτη Ηλικία », Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας
- Έμκε - Πουλοπούλου, Ήρα. Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες : Παρελθόν, παρόν και μέλλον / Εκδόσεις Έλλην, (1999):187-532
- Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας / Συλλογικό έργο, Θ. Ι. Δαρδαβέσης, Λ. Β. Χουσιάδας, Α. Ευκλείδη, Ι. Νούσκας, Δ. Γ. Χατζηχρήστου, Μαγδαληνή Κώστα - Τσολάκη, Α. Μπένος · επιμέλεια Αναστασία Κωσταρίδου - Ευκλείδη. Επανεκδοση: "Ελληνικά Γράμματα", 1999.: Πεδίο, 2011: 28-536σ.

- Λυμπεράκη ,Α.,Τήνιος Π.,Φιλαλήθης, Τ.,(2009) Ζωή 50+,Εκδόσεις Κριτική ,
Αθήνα

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΙΡΑΙΩΣ