

Διερεύνηση της συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής των κατοίκων της Αττικής στην περίοδο της οικονομικής κρίσης

Ενκελείντ - Άγγελος Μεχίλι¹, Δάφνη Καϊτελίδου²,
Αθηνά Καλοκαιρινού³, Πέτρος Γαλάνης⁴, Μαριάννα Διομήδους⁵

1. PhD, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Επιδημιολογίας
2. Επίκουρη Καθηγήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας
3. Καθηγήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής
4. MPH, PhD, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας
5. Επίκουρη Καθηγήτρια, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Εργαστήριο Επιδημιολογίας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η παρούσα οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την καθημερινότητα των πολιτών. Εξαιτίας της ανεργίας, της εργασιακής ανασφάλειας, του στρες και πολλών άλλων παραγόντων η σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) του πληθυσμού έχει επηρεαστεί σημαντικά. Τα άτομα που βρίσκονται σε υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση τείνουν να έχουν υψηλότερη ΣΥΠΖ. Αρκετοί δημογραφικοί παράγοντες φαίνονται να σχετίζονται με το επίπεδο της ποιότητας ζωής.

Υλικό- Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη σε δείγμα ευκολίας εργαζόμενων και ανέργων στον πληθυσμό της Αττικής κατά την περίοδο Φεβρουαρίου 2014 έως το Μάρτιο 2015. Για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο Short Form-36v2. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 1049 άτομα (52,7% γυναίκες και 47,3% άντρες) με μέση ηλικία τα 37,1 έτη. Το 91% είχαν ελληνική υπηκοότητα, το 36,8% ήταν απόφοιτοι λυκείου και το 62,4% εργάζονταν. Σε μονοπαραγοντικές αναλύσεις, η εργασία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ηλικία, το χαμηλό εισόδημα, η ύπαρξη παιδιών, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και η υπηκοότητα βρέθηκαν να σχετίζονται με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων σε μια τουλάχιστον διάσταση. Σε πολυπαραγοντικές αναλύσεις βρέθηκε σημαντική συσχέτιση του εκπαιδευτικού επιπέδου, της εργασίας, της ύπαρξης χρόνιου νοσήματος και της ηλικίας με την ΣΥΠΖ των συμμετεχόντων.

Συμπεράσματα: Η βελτίωση της ΣΥΠΖ πρέπει να έχει κατεύθυνση στην πρόληψη των χρόνιων ασθενειών, στη μείωση της ανεργίας, στην εκπαίδευση, στην καλύτερη ενημέρωση για θέματα υγείας και στην βελτίωση της πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (και γενικότερα των ευάλωτων ομάδων). Η ΣΥΠΖ δεν είναι απλά και μόνο ένα ζήτημα πολιτικής υγείας αλλά και ζήτημα οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής.

Λέξεις κλειδιά: ανεργία, δημογραφικοί παράγοντες, οικονομική κρίση, ποιότητα ζωής

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- Η ΣΥΠΖ σχετίζεται με δημογραφικούς παράγοντες
- Η ανεργία και το χαμηλό εισόδημα σχετίζεται με χαμηλότερη ΣΥΠΖ
- Η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος σχετίζεται με σημαντικά χαμηλότερη ΣΥΠΖ
- Όσο αυξάνει η ηλικία, επιδεινώνεται η ΣΥΠΖ
- Όσο αυξάνει το εκπαιδευτικό επίπεδο, βελτιώνεται η ΣΥΠΖ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει προκαλέσει προβλήματα με σημαντικότερα την μείωση του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος (ΑΕΠ), την χρεοκοπία επιχειρήσεων ή μεταφορά τους σε άλλες χώρες, την τεράστια αύξηση της ανεργίας και πλήθος άλλων προβλημάτων (Μεχίλι και συν 2014). Ο τομέας ο οποίος επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό από την κρίση στην Ελλάδα είναι αυτός της υγείας. Η μείωση των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, η μείωση του κόστους της κοινωνικής ασφάλισης, η αύξηση της συμμετοχής στην φαρμακευτική δαπάνη, ο εξορθολογισμός και η ενοποίηση των ασφαλιστικών ταμείων, οι περικοπές σε μισθούς και σε προσλήψεις προσωπικού, η αύξηση της χρήσης γενόσημων φαρμάκων αλλά και διάφορες διαρθρωτικές μεταρρυθμίσεις όπως ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ) και το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (ΠΕΔΥ), ήταν μερικές μόνο από τις αλλαγές που συνέβησαν την εποχή της κρίσης (Kentikelenis et al 2011, Kentikelenis et al 2012).

Άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο τείνουν να έχουν καλύτερους δείκτες υγείας (Marmot 2005). Το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, η οικογενειακή κατάσταση και άλλα χαρακτηριστικά επηρεάζουν την ΣΥΠΖ (Williams et al 2013). Η υγεία επηρεάζεται από οικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες, ενώ η κρίση αυξάνει τις κοινωνικές ανισότητες και επιβαρύνει τις ευάλωτες ομάδες (WHO 2010, Μεχίλι και συν 2014). Η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια διαθέσιμου εισοδήματος έχουν σημαντικά αρνητική επίδραση στην υγεία και την ποιότητα ζωής (Stuckler et al 2009).

Η δημόσια υγεία στην Ελλάδα βρίσκεται σε κίνδυνο, με την παρούσα κρίση να έχει οδηγήσει σε αύξηση ιατρικών και ψυχικών προβλημάτων. Μια σημαντική ένδειξη των επιπτώσεων της κρίσης είναι η αύξηση των ψυχικών ασθενειών. Ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης έφτασε το 8,2% το 2011 έναντι του 3,3% το 2008, με τα άτομα που αντιμετωπίζουν σοβαρά οικονομικά προβλήματα να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Madianos

et al 2011, Economou et al 2013a). Στην Ελλάδα οι τηλεφωνικές γραμμές ψυχολογικής στήριξης δείχνουν μια τεράστια αύξηση από την αρχή της κρίσης και αφορούν κυρίως σε προβλήματα ψυχικής υγείας που συνδέονται άμεσα με την οικονομική κατάσταση. Τα άτομα αυτά είναι κυρίως άντρες (65%) και ηλικίας 18-30 και 50+ ετών. Μελέτες στην Ελλάδα έδειξαν ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της οικονομικής κρίσης (Economou et al 2012a, Economou et al 2013b). Οι μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες όπως και η επιδείνωση των συνθηκών στέγασης οδηγούν σε χειρότερη σωματική υγεία (Karaniolos et al 2013). Οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι, οι νοικοκυρές, τα άτομα προχωρημένης ηλικίας και κυρίως οι χρονίως πάσχοντες εμφανίζονται, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, να αναφέρουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας την εποχή της οικονομικής κρίσης σε σύγκριση με προηγουμένως (Κυριόπουλος & Παβή 2012).

Αύξηση παρατηρείται επίσης στη συχνότητα εμφάνισης αρκετών νοσημάτων (καρδιαγγειακά, σακχαρώδη διαβήτη και υψηλή αρτηριακή πίεση), με την νοσηρότητα και την θνησιμότητα να αυξάνονται στους ευάλωτους πληθυσμούς. Αυτά σε συνδυασμό με τη μείωση της δυνατότητας πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας οδηγούν σε χειρότερη ποιότητα ζωής του πληθυσμού (WHO 2010, Madianos et al 2011, Stuckler & Basu 2013, Molinuevo & Dubois 2014, Petmesidou et al 2014, OECD 2015). Όλα τα ανωτέρω αναδεικνύουν τα προβλήματα που προκαλούνται στην ποιότητα ζωής του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

Οι δημογραφικοί παράγοντες είναι πολύ σημαντικοί δείκτες για την εκτίμηση της ΣΥΠΖ του πληθυσμού, με την εκπαίδευση και το εισόδημα να κατέχουν καθοριστικό ρόλο (Pappa et al 2009). Διάφορες έρευνες δείχνουν ότι η ΣΥΠΖ μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού σχετίζεται με την ηλικία και το φύλο (Pappa et al 2009, Aghamolaei et al 2011, Williams et al 2013). Μελέτη στην Ελλάδα από τους Lahana et al (2010) έδειξε ότι το φύλο, η ηλικία, ο τόπος διαμονής, η εθνικότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το εισόδημα επηρεάζουν σημαντικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας ο οποίος σχετίζεται με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού και δεν έχει μελετηθεί αρκετά, είναι η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη ή όχι παιδιών (Chiu et al 2008, Brezinova et al 2013, Dzubur et al 2014). Τέλος, η ανεργία και η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ΣΥΠΖ του πληθυσμού (Arndt et al 2004, Wang et al 2008).

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36v2 σε κατοίκους της Αττικής (εργαζομένους και ανέργους) την εποχή της οικονομικής κρίσης.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός

Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε την περίοδο Φεβρουαρίου του 2014 έως το Μάρτιο

του 2015, σε κατοίκους (εργαζόμενους και άνεργους) στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής.

Δείγμα μελέτης και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 1049 άτομα. Τα βασικά κριτήρια ένταξης στην παρούσα μελέτη, ήταν οι συμμετέχοντες να είναι εργαζόμενοι ή άνεργοι (εγγεγραμμένοι στα μητρώα του ΟΑΕΔ, χωρίς να λαμβάνουν μέρος σε επιδοτούμενο πρόγραμμα κατά τη διάρκεια πραγματοποίησης της μελέτης). Οι συμμετέχοντες έπρεπε να ήταν μεταξύ 18-65 ετών (θεωρήθηκε ως η ανώτερη ηλικία κατά την οποία συνήθως ο ελληνικός πληθυσμός λαμβάνει σύνταξη).

Η επιλογή του πληθυσμού των ανέργων (394 άτομα) έγινε με την μέθοδο της δειγματοληψίας ευκολίας, σε δύο διαφορετικά ΟΑΕΔ της Αθήνας (Γαλασίου και Ομοιοίας). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν από τους άνεργους κατά τη διάρκεια της προσέλευσης ή της αποχώρησης από τα καταστήματα του ΟΑΕΔ.

Το δείγμα των εργαζομένων ήταν επίσης ευκολίας και συγκεκριμένα ακολουθήθηκε η μέθοδος της χιονοσιβιάδας, σε άτομα ηλικίας 18-65 ετών (655 άτομα συνολικά). Με τη δειγματοληψία ευκολίας στους άνεργους, συμπληρώθηκαν 250 ερωτηματολόγια (χωρίς να μπορεί να εκτιμηθεί ο αριθμός των μη αποκρίσεων) και συμπεριλήφθησαν άτομα που συνέπεσαν να είναι στο «σωστό μέρος τη σωστή στιγμή» (δηλαδή άτομα που βρίσκονταν στο χώρο εργασίας τους και που οι ερευνητές είχαν δυνατότητα πρόσβασης). Με μέθοδο της δειγματοληψίας χιονοσιβιάδας στους εργαζόμενους, οι ερευνητές μοίρασαν στο κοινωνικό τους δίκτυο τα ερωτηματολόγια, οι οποίοι με τη σειρά τους τα μοίρασαν σε άλλους εργαζόμενους. Από τα 427 ερωτηματολόγια των εργαζομένων που συμπληρώθηκαν εξαιρέθηκαν τα 22, λόγω ατελούς συμπλήρωσης.

Εργαλεία μελέτης

Για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ των εργαζομένων και των ανέργων, επιλέχθηκε το ερωτηματολόγιο Short Form-36v2 (SF-36v2), που αποτελεί τη βελτιωμένη μορφή και εξέλιξη του SF-36 (Ware & Sherbourne 1992). Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του διεθνούς ερωτηματολογίου SF-36v2, καθώς και 10 πρόσθετες ερωτήσεις που αφορούσαν στα δημογραφικά δεδομένα (Pappa et al 2005).

Το ερωτηματολόγιο SF-36 απευθύνεται σε ασθενείς και υγιείς, άτομα ηλικίας άνω των 14 ετών, και εκτιμά σε ένα σύνολο 36 ερωτήσεων οκτώ υποκλίμακες οι οποίες απαρτίζουν δύο ευρύτερες συνοπτικές διαστάσεις, αυτές της σωματικής και ψυχικής υγείας. Ο κάθε ένας από τους οκτώ παράγοντες αποτελείται από 2-10 επιμέρους ερωτήσεις. Οι οκτώ διαστάσεις είναι: 1) σωματική λειτουργικότητα (10 ερωτήσεις), 2) σωματικός ρόλος (4 ερωτήσεις), 3) σωματικός πόνος (2 ερωτήσεις), 4) γενική υγεία (5 ερωτήσεις), 5) ζωτικότητα (4 ερωτήσεις), 6) κοινωνική λειτουργικότητα (2 ερωτήσεις), 7) συναισθηματικός ρόλος (3 ερωτήσεις), 8) ψυχική υγεία (5 ερωτήσεις). Επίσης υπάρχουν

2 γενικές κλίμακες, αυτή της σωματικής υγείας που υπολογίζεται από 4 παράγοντες (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος και τον δείκτη της γενικής υγείας) και αυτή της ψυχικής υγείας που υπολογίζεται από 4 παράγοντες επίσης (ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία).

Το σκορ σε κάθε μια από της διαστάσεις υπολογίζεται με την άθροιση του σκορ σε κάθε απάντηση που έχει δώσει ο συμμετέχων. Στις ερωτήσεις χρησιμοποιούνται διάφορες κλίμακες Likert. Η κάθε διάσταση λαμβάνει τιμές (σκορ) από 0 -100 ενώ οι συνοπτικές κλίμακες φυσικής και ψυχικής υγείας λαμβάνουν τιμές από 21,4 - 69,5 και 6,4 - 65,5 αντίστοιχα. Όσο χαμηλότερο είναι το σκορ του συμμετέχοντα τόσο χειρότερη είναι η ποιότητα ζωής του στην συγκεκριμένη διάσταση. Το ερωτηματολόγιο δεν υπολογίζει ένα συνολικό σκορ αλλά τις οκτώ επιμέρους διαστάσεις καθώς και τις δύο γενικές διαστάσεις οι οποίες έρχονται σαν αποτέλεσμα των οκτώ αυτών διαστάσεων. Αυτό δίνει την δυνατότητα να κατανοηθεί καλύτερα η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Για τον υπολογισμό της αξιοπιστίας του SF-36 υπολογίστηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (ο δείκτης Cronbach's alpha) για τις οκτώ διαστάσεις και βρέθηκε να είναι > 0,7 σε όλες τις διαστάσεις.

Για την καταχώρηση των δεδομένων του ερωτηματολογίου SF-36v2, ώστε να υπολογιστεί η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην κάθε διάσταση, χρησιμοποιήθηκε ειδικό λογισμικό (Quality Metric Health Outcomes (tm) Scoring Software 4.5) που εξασφαλίστηκε από τον πάροχο του ερωτηματολογίου, ενώ για την κωδικοποίηση τους ακολουθήθηκαν οι ενδεδειγμένες οδηγίες από την εταιρία που έχει τα δικαιώματα του ερωτηματολογίου. Το συνολικό σκορ για κάθε κλίμακα υπολογίστηκε αν υπήρχαν τουλάχιστον το 50% των απαντήσεων σωστά συμπληρωμένες, ενώ όσον αφορά στα κενά στοιχεία (missing values), αυτό έγινε με αντικατάσταση με τη μέση τιμή των υπολοίπων τιμών στη συγκεκριμένη διάσταση. Το συνολικό ποσοστό μη απαντημένων ερωτήσεων έφτασε στο 3,87%. Στη διάσταση της ψυχικής υγείας παρατηρήθηκε το μεγαλύτερο ποσοστό μη απαντήσεων (8%) και το ελάχιστο στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα και σωματικός ρόλος που ήταν στο 0%.

Θέματα Δεοντολογίας

Οι κανονισμοί και οι αρχές που διέπουν τις ερευνητικές δραστηριότητες στη χώρα, καθώς και οι αρχές που περιλαμβάνονται στη διακήρυξη του Ελσίνκι για τη βιοϊατρική έρευνα τηρήθηκαν στην παρούσα μελέτη. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανώνυμα, ώστε να διασφαλιστεί η προστασία των προσωπικών δεδομένων και στοιχείων των συμμετεχόντων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι θα μπορούσαν οποιαδήποτε στιγμή θελήσουν να σταματήσουν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ενώ διαβεβαιώθηκαν ότι τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

Στατιστική ανάλυση

Για την ανάλυση των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson's χ^2 . Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Student's-t ή ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (ANOVA). Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman (r). Η συσχέτιση θεωρείται πολύ μικρή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται έως 0,25, μικρή όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,25 έως 0,49, μέτρια όταν κυμαίνεται από 0,5 έως 0,69 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,7 (Μερκούρης 2008). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία

προέκυψαν οι συντελεστές παλινδρόμησης (b) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Όσες μεταβλητές είχαν σημαντική σχέση με τις διαστάσεις ποιότητας ζωής σε μονοπαραγοντικό επίπεδο εισήχθησαν στα πολυπαραγοντικά μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Μετά την διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) κρατήθηκαν και παρουσιάζονται μόνο οι μεταβλητές που παρουσίασαν την υψηλότερη επιρροή (στατιστική σημαντικότητα). Τα επίπεδα σημαντικότητας ήταν αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 21.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 1049 άτομα με μέση ηλικία τα 37,1 έτη (τυπική απόκλιση 11,8). Το 91% είχαν ελληνική υπηκοότητα, το 36,8% ήταν απόφοιτοι λυκείου και το 22,9% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ. Το 52,7% ήταν γυναίκες και το 47,3% άντρες. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες εργάζονταν (62,4%), και αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση το 67,8% συμβίωναν (Πίνακας 1). Σε όλες τις διαστάσεις η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας βρέθηκε να είναι πάνω από 0,7, ένδειξη επαρκούς αξιοπιστίας (Γαλάνης 2013) (Πίνακας 2).

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση σωματική λειτουργικότητα ήταν 86,6 (SD=18,2) και στη διάσταση «σωματι-

Πίνακας 1. Δημογραφικά δεδομένα του δείγματος της μελέτης

	N	%	
Φύλο	Άνδρες	496	47,3
	Γυναίκες	553	52,7
Ηλικία, μέση τιμή±SD	37,1±11,8		
Υπηκοότητα	Ελληνική	955	91,0
	Άλλη	94	9,0
Εκπαίδευση	Απόφοιτος δημοτικού	6	0,6
	Απόφοιτος γυμνασίου	62	5,9
	Απόφοιτος λυκείου	386	36,8
	Απόφοιτος ΤΕΙ	190	18,1
	Απόφοιτος ΑΕΙ	240	22,9
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	165	15,7
Εργάζεστε	Όχι	394	37,6
	Ναι	655	62,4
Σε συμβίωση	Όχι	338	32,2
	Ναι	711	67,8
Έχετε παιδιά	Όχι	590	56,2
	Ναι	459	43,8
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα, μέση τιμή±SD διάμεσος (ενδ. εύρος)	1323,5±9438,9 775 (380 - 1100)		
Έχετε ασφαλιστική κάλυψη αυτή τη στιγμή	Όχι	269	25,6
	Ναι	780	74,4

κός ρόλος» ήταν 47,1 (SD=41,4). Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη διέφερε σημαντικά σε σύγκριση με τις νόρμες του ελληνικού πληθυσμού (Πίνακας 3). Η μέση βαθμολογία στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας ήταν 49,8 (SD=9,0) και στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας ήταν 39,6 (SD=11,2).

Οι άνεργοι σε σύγκριση με τους εργαζόμενους εμφάνισαν χαμηλότερο σκορ σε όλες τις διαστάσεις, εκτός της διάστασης της σωματικής λειτουργικότητας (Πίνακας 4). Στην μονοπαραγοντική ανάλυση σημαντικές στατιστικές διαφορές όσον αφορά την εργασιακή κατάσταση εμφανίζονται σε τέσσερις διαστάσεις (γενική υγεία, ζωτικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία) όπως και στην συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση η στατιστική σημαντικότητα σε όλες τις διαστάσεις αυτές, παραμένει. Αν και οι γυναίκες εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους άντρες, εντούτοις σε τέσσερις διαστάσεις δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική σχέση όσον αφορά το φύλο και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, σε μονοπαραγοντική ανάλυση, τα άτομα που δεν συμβίωναν με κάποιον άλλον είχαν καλύτερη ΣΥΠΖ, σε σύγκριση με αυτούς που συμβίωναν. Οι συμμετέχοντες που ζούσαν μόνοι εμφανίζουν σημαντική διαφορά σε τέσσερις δια-

στάσεις [σωματική λειτουργικότητα ($p<0,001$), σωματικός ρόλος ($p<0,001$), σωματικός πόνος ($p=0,010$) και γενική υγεία ($p=0,015$)], όπως και στην συνολική κλίμακα της σωματικής υγείας ($p<0,001$). Οι διαφορές στη βαθμολογία κυμαίνονται από 0,2 μονάδες (συναισθηματικός ρόλος) έως 10,1 μονάδες (ψυχική υγεία). Οι σε συμβίωση συμμετέχοντες, εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία στις διαστάσεις κοινωνικός ρόλος (0,7 μονάδες) και ζωτικότητα (1,5 μονάδες), ενώ είχαν καλύτερη συνολική βαθμολογία στην συνολική κλίμακα ψυχικής υγείας (0,7 μονάδες). Μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση δεν εμφανίζεται σε καμία διάσταση στατιστικά σημαντική σχέση. Τέλος, σε μονοπαραγοντική ανάλυση οι συμμετέχοντες με παιδιά εμφάνισαν στατιστικά σημαντική σχέση και χαμηλότερο σκορ σε όλες τις διαστάσεις [εκτός της ζωτικότητας ($p=0,631$) και της ψυχικής υγείας ($p=0,956$)]. Μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε μόνο στη διάσταση κοινωνικός ρόλος ($p=0,047$).

Υπήρξε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας σε όλες τις διαστάσεις (εκτός της διάστασης της ζωτικότητας) με την ηλικία των συμμετεχόντων. Όσο αυξάνεται η ηλικία των συμμετεχόντων τόσο χειροτερεύει η βαθμολογία τους στις αντίστοιχες διαστάσεις (Πίνακας 5). Υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση επίσης της βαθμολογίας στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία, με το εισόδημα των συμμετεχόντων. Όσον αφορά στις δύο συνοπτικές κλίμακες της υγείας (σωματικής και ψυχικής), υπήρξε σημαντική αρνητική συσχέτιση της βαθμολογίας στις κλίμακες αυτές με την ηλικία και το εισόδημα των συμμετεχόντων. Από τα ανωτέρω ευρήματα φαίνεται ότι όσο αυξάνεται η ηλικία και μειώνεται το εισόδημα των συμμετεχόντων, τόσο χειροτερεύει η ΣΥΠΖ τους, στις διαστάσεις της συνοπτικής σωματικής και ψυχικής υγείας.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο εμφανίζεται να σχετίζεται σημαντικά με τη ΣΥΠΖ τόσο στην μονοπαραγοντική, όσο και στην πολυπαραγοντική ανάλυση. Η βαθμολογία στη διάσταση σωματική λειτουργικότητα βρέθηκε να διαφε-

Πίνακας 2. Cronbach alpha

Διάσταση	Cronbach alpha
Σωματική Λειτουργικότητα	0,73
Σωματικός Ρόλος	0,82
Σωματικός Πόνος	0,79
Γενική Υγεία	0,93
Ζωτικότητα	0,87
Κοινωνικός Ρόλος	0,86
Ρόλος Συναισθηματικός	0,88
Ψυχική Υγεία	0,91

Πίνακας 3. Σύγκριση βαθμολογίας παρούσας έρευνας με νόρμα ελληνικού πληθυσμού

	Παρούσα μελέτη			Ελληνικός πληθυσμός*			P Student's t-test
	N	Μέση τιμή	SD	N	Μέση τιμή	SD	
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	1049	86,6	18,2	1007	80,76	25,62	<0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	1049	47,1	41,4	1007	79,74	37,72	<0,001
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	1049	69,1	24,5	1007	72,98	31,66	0,002
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	1049	67,1	19,3	1007	67,46	23,54	0,704
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	1049	58,0	21,2	1007	66,53	22,39	<0,001
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	1049	69,8	24,1	1007	82,05	28,12	<0,001
ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	1049	37,5	41,7	1007	81,53	36,31	<0,001
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	1049	59,7	20,7	1007	68,23	21,26	<0,001

* (Pappa et al 2005)

Πίνακας 4. Μονοπαραγοντικές συσχετίσεις της ποιότητας ζωής με δημογραφικούς παράγοντες

	Μεταβλητές	ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	ΖΤ	ΚΡ	ΡΣΘ	ΨΥ	ΣΚΦΥ	ΣΚΨΥ
Φύλο	Άνδρας	86,6	44,8	69,5	66,6	59,0	69,8	36,1	58,7	49,7	39,3
	Γυναίκα	86,6	49,3	68,8	67,6	57,1	69,8	38,8	60,6	49,8	39,8
	t-test p-value	0,999	0,077	0,624	0,403	0,146	0,972	0,287	0,140	0,925	0,489
Υπηκοότητα	Ελληνική	86,6	47,3	69,1	66,8	58,0	69,6	37,2	60,1	49,7	39,7
	Άλλη	86,5	45,5	69,8	70,2	58,4	71,1	41,2	55,2	50,4	39,1
	t-test p-value	0,939	0,684	0,788	0,101	0,880	0,565	0,373	0,028	0,486	0,633
Εκπαίδευση	Απόφοιτος δημοτικού/γυμνασίου	74,9	29,0	59,8	58,0	56,9	61,4	23,0	54,5	44,8	37,3
	Απόφοιτος λυκείου	85,4	46,9	68,6	67,1	60,6	71,8	38,7	60,9	49,4	40,8
	Απόφοιτος ΤΕΙ/ ΑΕΙ	88,5	47,8	70,7	68,1	57,6	70,1	38,0	59,9	50,4	39,6
	Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	89,3	53,3	70,2	68,3	53,7	67,7	39,6	58,5	51,1	37,8
	t-test p-value	<0,001*	0,001*	0,007*	0,001*	0,005*	0,006*	0,030*	0,098*	<0,001*	0,013
	Εργάζεστε	Όχι	87,4	46,2	69,0	65,2	55,9	68,2	32,1	55,0	50,4
	Ναι	86,1	47,7	69,2	68,2	59,3	70,7	40,8	62,5	49,4	41,1
	t-test p-value	0,243	0,566	0,896	0,014	0,010	0,109	0,001	<0,001	0,067	<0,001
Σε συμβίωση	Όχι	90,5	54,0	72,0	69,2	57,0	69,3	39,7	59,9	51,7	39,1
	Ναι	84,7	43,9	67,8	66,1	58,5	70,0	36,5	59,6	48,8	39,8
	t-test p-value	<0,001	<0,001	0,010	0,015	0,288	0,659	0,242	0,794	<0,001	0,364
Έχετε παιδιά	Όχι	90,9	55,8	72,8	69,4	58,3	71,4	43,1	59,7	51,9	39,7
	Ναι	81,1	36,1	64,4	64,0	57,7	67,7	30,5	59,7	47,0	39,5
	t-test p-value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,631	0,015	<0,001	0,956	<0,001	0,821
Ασφαλιστική κάλυψη	Όχι	86,1	43,4	69,3	66,0	57,0	67,7	32,8	54,8	50,0	37,5
	Ναι	86,8	48,4	69,1	67,5	58,4	70,5	39,2	61,4	49,7	40,3
	t-test p-value	0,625	0,086	0,887	0,283	0,331	0,094	0,033	<0,001	0,666	<0,001
Χρόνιο νόσημα	Όχι	91,6	54,9	75,0	72,8	61,4	74,4	42,8	61,9	52,4	40,8
	Ναι	73,6	26,9	53,9	52,2	49,4	57,8	34,5	54,1	42,8	36,5
	t-test p-value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

ΣΛ (Σωματική Λειτουργικότητα), ΡΣ (Ρόλος Σωματικός), ΣΠ (Σωματικός Πόνος), ΓΥ (Γενική Υγεία), ΖΤ (Ζωτικότητα), ΚΡ (Κοινωνικός Ρόλος), ΡΣΘ (Ρόλος Συναισθηματικός), ΨΥ (Ψυχική Υγεία), ΣΚΦΥ (Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας), ΣΚΨΥ (Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας)*ANOVA

Πίνακας 5. Συντελεστές συσχέτισης της βαθμολογίας στις διαστάσεις, με την ηλικία και το εισόδημα των συμμετεχόντων

		ΣΛ	ΡΣ	ΣΠ	ΓΥ	ΖΤ	ΚΡ	ΡΣΘ	ΨΥ	ΣΚΦΥ	ΣΚΨΥ
Ηλικία	r*	-0,39	-0,31	-0,26	-0,25	-0,06	-0,18	-0,20	-0,07	-0,39	-0,07
	p-value	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,057	<0,001	<0,001	0,021	<0,001	0,037
Μηνιαίο ατομικό εισόδημα	r**	-0,13	0,00	-0,05	0,00	-0,03	0,00	0,03	0,15	-0,12	0,10
	p-value	<0,001	0,981	0,114	0,999	0,424	0,934	0,323	<0,001	<0,001	0,003

ΣΛ (Σωματική Λειτουργικότητα), ΡΣ (Ρόλος Σωματικός), ΣΠ (Σωματικός Πόνος), ΓΥ (Γενική Υγεία), ΖΤ (Ζωτικότητα), ΚΡ (Κοινωνικός Ρόλος), ΡΣΘ (Ρόλος Συναισθηματικός), ΨΥ (Ψυχική Υγεία), ΣΚΦΥ (Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας), ΣΚΨΥ (Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας)*συντελεστής συσχέτισης του Pearson **συντελεστής συσχέτισης του Spearman

Πίνακας 6. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση: δημογραφικά στοιχεία και βαθμολογία στις διαστάσεις της ΣΥΠΖ (με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης)

	ΣΛ			ΡΣ			ΣΠ			ΓΥ			ΖΤ		
	β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P	β?	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P
Εκπαίδευση															
Απόφοιτος δημοτικού/γυμνασίου	0,00*			0,00*						0,00			0,00		
Απόφοιτος λυκείου	6,07	2,07	0,003	9,54	5,11	0,062				5,38	2,24	0,016	2,25	2,67	0,401
Απόφοιτος ΤΕΙ/ ΑΕΙ	8,10	2,06	<0,001	8,63	5,09	0,091				4,67	2,25	0,038	-1,94	2,67	0,468
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	8,50	2,29	<0,001	12,79	5,65	0,024				4,22	2,53	0,096	-6,23	2,97	0,036
Ηλικία	-0,39	0,04	<0,001	-0,79	0,11	<0,001	-0,34	0,06	<0,001	-0,22	0,05	<0,001			
Χρόνιο πρόβλημα υγείας															
Όχι	0,00			0,00			0,00*			0,00*			0,00*		
Ναι	-14,58	1,13	<0,001	-21,62	2,77	<0,001	-18,44	1,61	<0,001	-18,81	1,21	<0,001	-12,29	1,40	<0,001
Εργασία															
Όχι										0,00			0,00		
Ναι										4,32	1,13	<0,001	4,87	1,33	<0,001

ΣΛ (Σωματική Λειτουργικότητα), ΡΣ (Ρόλος Σωματικός), ΣΠ (Σωματικός Πόνος), ΓΥ (Γενική Υγεία), ΖΤ (Ζωτικότητα), ύσυντελεστής εξάρτησης τυπικό σφάλμα *δηλώνει κατηγορία αναφοράς

Πίνακας 7. Πολυπαραγοντική γραμμική παλινδρόμηση: δημογραφικά στοιχεία και βαθμολογία στις διαστάσεις της ΣΥΠΖ (με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης)

	ΚΡ			ΡΣΘ			ΨΥ			ΣΚΦΥ			ΣΚΨΥ		
	β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P	β	ΣΕ	P
Εκπαίδευση															
Απόφοιτος δημοτικού/γυμνασίου	0,00									0,00					
Απόφοιτος λυκείου	7,56	3,03	0,013							2,33	1,01	0,021			
Απόφοιτος ΤΕΙ/ ΑΕΙ	5,01	3,02	0,098							2,76	1,00	0,006			
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	2,63	3,35	0,434							3,29	1,12	0,003			
Ηλικία	-0,31	0,09	<0,001	-0,62	0,11	<0,001				-0,19	0,02	<0,001			
Χρόνιο πρόβλημα υγείας															
Όχι		0,00*			0,00*			0,00*			0,00*			0,00*	
Ναι	-14,83	1,64	<0,001	-16,52	2,92	<0,001	-8,20	1,39	<0,001	-7,94	0,55	<0,001	-4,45	0,77	<0,001
Εργασία															
Όχι				0,00			0,00						0,00		
Ναι				12,01	2,63	<0,001	7,40	1,28	<0,001				4,01	0,71	<0,001
Υπηκότητα															
Ελληνική							0,00								
Άλλη							-4,88	2,19	0,026						
Έχετε παιδιά															
Όχι	0,00														
Ναι	4,03	2,03	0,047												

ΚΡ (Κοινωνικός Ρόλος), ΡΣΘ (Ρόλος Συναισθηματικός), ΨΥ (Ψυχική Υγεία), ΣΚΦΥ (Συνολική Κλίμακα Φυσικής Υγείας), ΣΚΨΥ (Συνολική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας), ύσυντελεστής εξάρτησης τυπικό σφάλμα *δηλώνει κατηγορία αναφοράς

ρει σημαντικά ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο. Οι απόφοιτοι δημοτικού/γυμνασίου είχαν εμφανώς χαμηλότερο σκορ σε σύγκριση με τους απόφοιτους λυκείου ($p=0,003$), τους απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ ($p<0,001$), και τους συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p<0,001$) (Πίνακας 6). Σχετικά με τις διαστάσεις σωματικός ρόλος, γενική υγεία και στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, τα αποτελέσματα ήταν παρόμοια όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο. Αντιθέτως, στις διαστάσεις ζωτικότητα, κοινωνικός ρόλος και ψυχική υγεία, όσο ανεβαίνει το εκπαιδευτικό επίπεδο, η βαθμολογία των συμμετεχόντων μειώνεται (όμως μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική σχέση).

Σε όλες τις διαστάσεις (εκτός της διάστασης του σωματικού πόνου όπου η διαφορά είναι πολύ μικρή όπως και στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας), η βαθμολογία των συμμετεχόντων που έχουν ασφαλιστική κάλυψη ήταν πολύ υψηλότερη σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έχουν. Οι μεγαλύτερες διαφορές εμφανίστηκαν στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας, του συναισθηματικού ρόλου και του σωματικού ρόλου. Μονοπαραγοντικές στατιστικά σημαντικές σχέσεις εμφανίστηκαν στις διαστάσεις ψυχική υγεία ($p<0,001$) και συναισθηματικός ρόλος ($p=0,033$).

Όσον αφορά στην υπηκοότητα, η βαθμολογία δεν διέφερε σε μεγάλο βαθμό εκτός της διάστασης της ψυχικής υγείας ($p=0,028$), με τον ελληνικό πληθυσμό να εμφανίζει υψηλότερο σκορ σε τρεις διαστάσεις, ενώ οι μετανάστες σε πέντε. Σημαντική ήταν η διαφορά μόνο στη διάσταση της ψυχικής υγείας μετά και την πολυπαραγοντική ανάλυση, όπου οι συμμετέχοντες ελληνικής καταγωγής εμφάνισαν υψηλότερο σκορ σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες μ ελληνικής καταγωγής ($p=0,026$) (Πίνακας 7).

Τέλος, όσον αφορά στη συσχέτιση μεταξύ των διαφόρων διαστάσεων της ζωής, υπήρξε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ όλων των διαστάσεων και της ποιότητας ζωής. Συνεπώς, όσο βελτιωνόταν η ποιότητα ζωής σε ένα τομέα, τόσο βελτιωνόταν και σε όλους τους υπόλοιπους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η ΣΥΠΖ στην Ελλάδα, την εποχή της οικονομικής κρίσης και το αν αυτή σχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μονοπαραγοντικών αναλύσεων, η εργασία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το εισόδημα και η ύπαρξη ασφαλιστικής κάλυψης βρέθηκαν να σχετίζονται θετικά με την βαθμολογία των συμμετεχόντων σε μια διάσταση τουλάχιστον. Αντιθέτως, αρνητικά σχετίζεται η ΣΥΠΖ με την αυξημένη ηλικία, την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, την συμβίωση, την ύπαρξη παιδιών και την υπηκοότητα σε μια τουλάχιστον διάσταση. Σύμφωνα με την πολυπαραγοντική ανάλυση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η ηλικία, η ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, η εργασία, η υπηκοότητα και η ύπαρξη παιδιών, βρέθηκαν να σχετίζονται σε μια διάσταση της ΣΥΠΖ τουλάχιστον. Οι μεγαλύτερες διαφορές παρα-

τηρήθηκαν όσον αφορά την ύπαρξη χρόνιου προβλήματος (σε όλες τις διαστάσεις), την εκπαίδευση (σε όλες τις διαστάσεις εκτός του σωματικού πόνου, του συναισθηματικού ρόλου, της ψυχικής υγείας και της συνοπτικής κλίμακας της ψυχικής υγείας), την ηλικία (εκτός των διαστάσεων ζωτικότητα, ψυχική υγεία και συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας) και στην εργασιακή κατάσταση (εκτός των διαστάσεων σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, κοινωνικός ρόλος και στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας).

Πιθανόν οι διαφορές όσον αφορά στη ΣΥΠΖ που βρέθηκαν από την παρούσα μελέτη σε σύγκριση με τις νόρμες του ελληνικού πληθυσμού να οφείλονται στην παρούσα οικονομική κρίση, αν και το συμπέρασμα αυτό είναι επισφαλές εάν δεν επιβεβαιωθεί από επιπλέον μελέτες. Οι διαφορές στην μέθοδο της δειγματοληψίας καθώς και η αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού είναι καθοριστικοί παράγοντες που δεν επιτρέπουν την εξαγωγή της αιτιακής αυτής σχέσης.

Η βαθμολογία ανάλογα με το φύλο στην παρούσα μελέτη διαφέρει από αρκετές προϋπάρχουσες (Jenkinson et al 1999, Demiral et al 2006, Laguardia et al 2013), αλλά και από την ελληνική μελέτη των Pappa et al (2005). Σε μελέτες στο γενικό πληθυσμό σε αρκετές χώρες, διαπιστώθηκε ότι η βαθμολογία των αντρών ήταν υψηλότερη σχεδόν σε όλες τις διαστάσεις σε σύγκριση με αυτές των γυναικών (Hemingway et al 1997, Sullivan & Karlsson 1998, Loge & Kaasa 1998, Laguardia et al 2013). Οι γυναίκες τείνουν να αναφέρουν χειρότερη ΣΥΠΖ σε σύγκριση με τους άντρες. Η διαφορά αυτή, είναι πιθανό να οφείλεται στην αύξηση της ανεργίας στην Ελλάδα στους άντρες περισσότερο από τις γυναίκες, η οποία σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής, αλλά και στο ότι η οικονομική κρίση επηρεάζει σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό τους άντρες (Stuckler et al 2010, Economou et al 2013b). Όμως, οι διαφορές αυτές που υπάρχουν στην παρούσα μελέτη ανάλογα με το φύλο, δεν εμφανίζουν στατιστική σημαντικότητα. Μελέτη στην Σαγκάη έδειξε ότι οι γυναίκες στη διάσταση της ψυχικής υγείας είχαν καλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τους άντρες, στοιχεία που συμφωνούν με αυτά της παρούσας μελέτης (Wang et al 2008). Βέβαια, εδώ πρέπει να ληφθεί υπόψη, ότι στη Σαγκάη την εποχή πραγματοποίησης της μελέτης δεν υπήρχε οικονομική κρίση και πρέπει να τονιστεί επίσης η ανάγκη διεξαγωγής περισσότερων μελετών για να διαφανεί πιθανή αιτιακή σχέση.

Όσον αφορά στην ηλικία, αυτή είναι άμεσα συνδεδεμένη με τη ΣΥΠΖ του πληθυσμού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η βαθμολογία των συμμετεχόντων μειώνεται όσο αυξάνεται η ηλικία τους. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, ελληνική και ξένη (Li et al 2001, Pappa et al 2005, Horman et al 2014). Αντίθετα αποτελέσματα έχουν εμφανιστεί σε μελέτες όπου τα άτομα άνω των 65 ετών αναφέρουν καλύτερο σκορ, εξαιτίας κυρίως της διαδικασίας της αποχώρησης από το χώρο εργασίας και της συνταξιοδότησης. Όμως, ο

πληθυσμός της παρούσας μελέτης δεν περιλάμβανε άτομα άνω των 65 ετών (Hemingway et al 1997).

Όσον αφορά στην υπηκοότητα, η βαθμολογία δεν διέφερε σημαντικά εκτός της διάστασης της ψυχικής υγείας (μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση), όπου οι μετανάστες εμφάνισαν χειρότερη βαθμολογία. Οι διαφορές αυτές εντοπίζονται στη βιβλιογραφία, όπου οι μετανάστες έχουν χαμηλότερο σκορ σχεδόν πάντα στη διάσταση της ψυχικής υγείας και καλύτερο σκορ στη φυσική υγεία (Lahanaetal 2010, Normanetal 2013, Salinero-Fort et al 2015). Βέβαια, το μικρό δείγμα των μεταναστών (94 άτομα), αλλά και η ετερογένεια ανάλογα με τη χώρα προέλευσής τους, η κουλτούρα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι αιτίες της μετανάστευσης, τα προβλήματα υγείας και η γνώση της γλώσσας της χώρας διαμονής, είναι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων (Marion & Wright 2005, Salinero-Fort et al 2015). Το στρες εξαιτίας της εργασιακής κατάστασης, το μειωμένο εισόδημα, το στρες της μετεγκατάστασης, τα προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και η ελλιπής υποστήριξη από της κοινωνικές δομές, πιθανόν να είναι κάποιες από τις αιτίες που οδηγούν σε μεγαλύτερα ψυχολογικά προβλήματα στους μετανάστες, παράγοντες που όμως στην παρούσα μελέτη δεν εξετάστηκαν (Stupar et al 2014).

Η εκπαίδευση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ΣΥΠΖ (Norman et al. 2013). Η αποφοίτηση από τριτοβάθμια εκπαίδευση σχετίζεται με καλύτερη ΣΥΠΖ. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με αντίστοιχες ελληνικές μελέτες (Pappa et al 2005, Darviri et al 2012). Ανάλογα είναι επίσης τα αποτελέσματα και σε μελέτες από διάφορες χώρες, όπου φαίνεται ότι τα άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση, εμφανίζουν υψηλότερη βαθμολογία (Hemingway et al 1997, Aghamolaei et al 2011, Audureau et al 2013). Στις διαστάσεις όμως ζωτικότητα, κοινωνικός ρόλος, ψυχική υγεία και στη συνολική κλίμακα ψυχικής υγείας, οι συμμετέχοντες χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους αποφοίτους ΤΕΙ/ΑΕΙ ή τους κατόχους μεταπτυχιακού διδακτορικού τίτλου. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, οι απόφοιτοι λυκείου στη διάσταση ζωτικότητα και στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας, εμφάνισαν επίσης υψηλότερη ΣΥΠΖ σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες με μεταπτυχιακό/διδακτορικό ($p=0,036$ και $p=0,003$ αντίστοιχα). Σε μελέτη των Lim et al (2007), η θετική αυτή σχέση μεταξύ εκπαίδευσης και καλύτερης αυτο-αναφερόμενης ποιότητας ζωής δεν βρέθηκε. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι η εκπαίδευση για θέματα υγείας και τα μηνύματα υγείας φτάνουν στους πολίτες με απλούς τρόπους (τηλεόραση, ραδιόφωνο, εφημερίδες), με αποτέλεσμα τα άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης να μη μειονεκτούν.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας (σε μονοπαραγοντική ανάλυση) τα άτομα που δεν συμβιώνουν με κάποιον άλλον, εμφάνισαν καλύτερη υγεία, σε σύγκριση με αυτούς που συμβιώνουν. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζε-

ται μόνο στη διάσταση κοινωνικός ρόλος όσον αφορά στην ύπαρξη παιδιών. Τα αποτελέσματα αυτά είναι όμοια με αυτά των Wang et al (2013). Στην ελληνική μελέτη των Pappa et al (2005) οι ανύπαντροι έχουν το καλύτερο σκορ, σε σύγκριση με τους παντρεμένους και τους χήρους/ες. Σε μελέτη για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού της Αυστραλίας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι επίσης παρόμοια. Στη μελέτη της Αυστραλίας, τα άτομα που είναι παντρεμένα εμφάνισαν χειρότερη υγεία σε σχέση με τους ανύπαντρους, ενώ οι παντρεμένοι με παιδιά εμφάνισαν ακόμη χειρότερη υγεία σε σύγκριση με τους παντρεμένους (Shadbolt et al 1997). Η ύπαρξη παιδιών επίσης βρέθηκε να επηρεάζει σημαντικά τον κοινωνικό ρόλο ($p=0,047$). Αντιθέτως, σε μελέτη των Garcia et al (2005) οι ανύπαντροι και τα άτομα που μένουν μόνα τους εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με αυτούς που συμβιώνουν. Τέλος σε μελέτη των Aghamolaei et al (2011) δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά σύμφωνα με την οικογενειακή κατάσταση. Οι διαφορές αυτές είναι πιθανόν να οφείλονται στο ότι τα άτομα που δεν συμβιώνουν με κάποιον άλλον ή που δεν έχουν παιδιά, συνήθως ανήκουν στις χαμηλότερες ηλικιακές κατηγορίες, με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερη ΣΥΠΖ.

Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες που είναι άνεργοι, σημείωσαν αρκετά χαμηλότερα σκορ σε σχέση με τους εργαζόμενους σε όλες τις διαστάσεις (εκτός της σωματικής λειτουργικότητας και τη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας). Ο συναισθηματικός ρόλος και η ψυχική υγεία είναι οι δύο βασικότερες διαστάσεις που επηρεάζονται σημαντικά από την ανεργία, με τη ζωτικότητα και τη γενική υγεία να ακολουθούν. Η στατιστικά σημαντική αυτή σχέση εμφανίστηκε μετά την πολυπαραγοντική ανάλυση στις διαστάσεις γενική υγεία, ζωτικότητα, συναισθηματικός ρόλος, ψυχική υγεία και στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας. Η απουσία εργασίας δημιουργεί χαμηλή ψυχική υγεία. Παρόμοια αποτελέσματα έχουν βρεθεί και σε άλλες μελέτες (Yngwe et al 2001, Wang et al 2008, Aittomäki et al 2010, Aghamolaei et al 2011, Souza et al 2013).

Σε μελέτη επίσης για την εκτίμηση των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που επηρεάζουν την ΣΥΠΖ των γυναικών των Williams et al. (2013), τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ανεργία οδηγεί σε χειρότερη υγεία στις διαστάσεις της γενικής υγείας και της ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ενώ άλλη μελέτη για τη ΣΥΠΖ του πληθυσμού στην Τουρκία, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η ανεργία είναι αρνητικά συνδεδεμένη με την υγεία, σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις. Σε μελέτη επίσης του πληθυσμού στη Σουηδία, εμφανίζονται παρόμοια αποτελέσματα, με την ανεργία να αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες για κακή ΣΥΠΖ (Sullivan & Karlsson 1998, Demiral et al 2006). Τέλος, σε μελέτη στην Αυστραλία, η ανεργία σχετίζεται με χειρότερη σωματική λειτουργικότητα, η μόνη διάσταση στην παρούσα μελέτη που οι άνεργοι εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία από τους εργαζόμενους. Αυτή η διαφορά πιθανόν

να οφείλεται στην ηλικιακή κατανομή των ανέργων στην Ελλάδα, με σχεδόν το 60% των ατόμων ηλικίας έως 25 ετών να είναι άνεργοι, αλλά και στις καλύτερες κοινωνικές δομές πρόνοιας στην Αυστραλία (Horman et al 2014).

Σε όλες τις κλίμακες (εκτός της κλίμακας του σωματικού πόνου, όπου η διαφορά είναι πολύ μικρή, όπως και στη συνοπτική κλίμακα φυσικής υγείας) η βαθμολογία των συμμετεχόντων που έχουν ασφαλιστική κάλυψη ήταν πολύ υψηλότερη σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έχουν. Τα αποτελέσματα αυτά είναι παρόμοια με άλλες μελέτες όπου τα άτομα χωρίς ασφαλιστική κάλυψη εμφάνιζαν χειρότερη ΣΥΠΖ σε σχέση με αυτούς που έχουν ασφάλεια (Shaheen et al 2003, Jun et al 2015). Έρευνα στο γενικό πληθυσμό στη Σαγκάη έδειξε ότι τα άτομα που δεν είχαν ασφαλιστική κάλυψη είχαν χειρότερη βαθμολογία σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις και ιδιαίτερα σε αυτές τις γενικές υγείας, ζωτικότητα και κοινωνικής λειτουργικότητας (Horman et al 2014). Στις διαστάσεις αυτές, στην παρούσα μελέτη δεν εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση, αντιθέτως, εμφανίστηκε στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας ($p=0,033$) και του συναισθηματικού ρόλου ($p<0,001$). Πιθανόν αυτές οι διαφορές να οφείλονται στις μεθοδολογικές διαφορές, στην ηλικιακή δομή των μελετώμενων πληθυσμών, αλλά και στη σύνδεση της εργασιακής κατάστασης με την ασφαλιστική ικανότητα στην Ελλάδα.

Σε όλες τις διαστάσεις και στις δύο συνοπτικές κλίμακες υγείας, εμφανίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση της βαθμολογίας των συμμετεχόντων, όσον αφορά στη ΣΥΠΖ και στην ύπαρξη χρόνιου νοσήματος (τόσο στην μονοπαράγοντική, όσο και στην πολυπαραγοντική ανάλυση). Τα άτομα που έχουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν έχουν παρόμοιο πρόβλημα. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ίδια με αυτά άλλων μελετών από τη διεθνή βιβλιογραφία (Arndt et al 2006, Poljić anin et al 2010, Efficace et al 2011). Σε μελέτη των Jenkinson et al (1997) επίσης, οι συμμετέχοντες χωρίς κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας εμφάνισαν σταθερά υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με αυτούς που έχουν.

Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης με παλαιότερη έρευνα για την υγεία του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα, διαπιστώνεται ότι στην εποχή που διανύουμε, όλες οι διαστάσεις της ΣΥΠΖ (εκτός της σωματικής λειτουργικότητας), καθώς και οι δύο συνολικές κλίμακες, είναι χαμηλότερες σε σύγκριση με παλιότερα ευρήματα. Όλα τα παραπάνω οδηγούν πιθανά στο συμπέρασμα ότι οι ποιότητα ζωής του πληθυσμού την εποχή της οικονομικής κρίσης είναι χαμηλότερη. Βέβαια το συμπέρασμα αυτό είναι πρόωρο να εξαχθεί, αφού υπάρχει ανάγκη να διερευνηθεί και να τεκμηριωθεί και από επιπλέον μελέτες. Οι δημογραφικοί παράγοντες (ηλικία, εισόδημα, εργασιακή κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση κ.ά) εμφανίστηκαν να σχετίζονται με την ποιότητα ζωής σε έναν πολύ υψηλό βαθμό, όπως και σε αρκετές άλλες μελέτες. Η πολιτεία είναι υποχρεωμένη να λάβει μέτρα αντιμετώπισης

αυτών των προβλημάτων και ειδικά στους ευάλωτους πληθυσμούς, με πρωταρχικό σκοπό την άμβλυση του χάσματος μεταξύ πλουσίων και φτωχών.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η παρούσα μελέτη είναι μια συγχρονική έρευνα και ως εκ τούτου είναι δύσκολο να διαπιστωθεί σχέση αιτίου και αιτιατού μεταξύ ΣΥΠΖ και των δημογραφικών παραγόντων. Πολλές φορές άτομα χαμηλής εκπαίδευσης (ή άνεργα) δυσκολεύονται να κατανοήσουν επαρκώς το ερωτηματολόγιο SF-36, κάτι που μπορεί ορισμένες φορές να τους οδηγήσει σε λάθος εκτίμηση της υγείας τους. Η δειγματοληψία ευκολίας για ανέργους στον ΟΑΕΔ και μόνο, ίσως αποκλείει ένα τμήμα ανέργων οι οποίοι δεν είναι εγγεγραμμένοι, ενώ επίσης αποκλείστηκαν άτομα που συμμετείχαν στα προγράμματα Voucher. Από την άλλη πλευρά, η επιλογή του δείγματος των εργαζομένων με την μορφή της χιονοστιβάδας και της δειγματοληψίας ευκολίας μπορεί να οδηγήσει σε πιθανά σφάλματα. Αν και το μέγεθος του μελετώμενου πληθυσμού είναι αρκετά μεγάλο, υπάρχουν δυσκολίες στη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς, η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που προσπαθεί να εξετάσει την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα την εποχή της οικονομικής κρίσης, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο SF-36v2.

Είναι απαραίτητη η πραγματοποίηση μελλοντικών ερευνών, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις ηλικιακές ομάδες (άτομα >65 ετών), για τη διερεύνηση των δημογραφικών παραγόντων και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού την εποχή της παρούσας οικονομικής κρίσης. Τέλος, θα πρέπει να μελετηθούν παράγοντες όπως είναι η εθνικότητα, ο τόπος διαμονής, το είδος της εργασίας και τα έτη ανεργίας που έχουν συνδεθεί με την ΣΥΠΖ, τα οποία στη παρούσα μελέτη δεν μελετήθηκαν σε βάθος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με την ΣΥΠΖ σε όλες τις διαστάσεις (εκτός σωματικού πόνου, ρόλου συναισθηματικού και ψυχικής υγείας). Σημαντική συσχέτιση εμφανίζεται να υπάρχει επίσης μεταξύ εργασιακής κατάστασης (σχετίζεται με τις διαστάσεις της γενικής υγείας, ζωτικότητας, ρόλου συναισθηματικού και ψυχικής υγείας), της ύπαρξης παιδιών (επηρεάζει τον κοινωνικό ρόλο) και της υπηκοότητας (επηρεάζει την ψυχική υγεία) με τη ΣΥΠΖ. Όσον αφορά στο χαμηλό εισόδημα, αυτό φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη σωματική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία. Τέλος η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και η υψηλότερη ηλικία επηρεάζουν την ΣΥΠΖ σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις. Το κλειδί για τη βελτίωση της ΣΥΠΖ συμπεριλαμβανομένης της πρόληψης είναι ο έλεγχος των χρόνιων ασθενειών, η στήριξη των ευπαθών ομάδων (π.χ άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, μετανάστες) με συνεχή εκπαίδευση, καλύτερη ενημέρωση για θέματα υγείας και βελτίωση της πρόσβασής τους στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και η με-

ωση της ανεργίας. Όλα τα παραπάνω θα πρέπει να γίνουν με σκοπό τη μείωση των ανισοτήτων που εμφανίζονται στον τομέα της υγείας με παράλληλη βελτίωση του εισοδήματος και του εκπαιδευτικού επιπέδου. Τα αποτελέσματα αυτά, δείχνουν ότι η ΣΥΠΖ δεν είναι απλά και μόνο ένα ζήτημα πολιτικής υγείας, αλλά κυρίως ένα ζήτημα ευρύτερης οικονομικής και κοινωνικής πολιτικής.

Συμβολή των συγγραφέων

Όλοι οι συγγραφείς συνεισέφεραν ενεργά στη συλλογή των πληροφοριών, στο σχεδιασμό της μελέτης, στη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων, στην εξαγωγή/ερμηνεία των αποτελεσμάτων και στη συγγραφή του άρθρου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aghamolaei T., Tavafian SS. & Zare S. (2011). Determinants of health related quality of life on people living in Bandar Abbas, Iran. *Iranian Journal of Public Health* 40(3): 128-135.

Aittomäki A., Martikainen P., Laaksonen M., Lahelma E. & Rahkonen O. (2010). The associations of household wealth and income with self-rated health—a study on economic advantage in middle-aged Finnish men and women. *Social Science and Medicine* 71(5): 1018-1026.

Arndt V., Merx H., Stegmaier C., Ziegler H. & Brenner H. (2004). Quality of life in patients with colorectal cancer 1 year after diagnosis compared with the general population: a population-based study. *Journal of Clinical Oncology*. 22(23):4829-4836

Arndt V., Merx H., Stegmaier C., Ziegler H. & Brenner H. (2006). Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: a population based study. *European Journal of Cancer* 42(12): 1848-57.

Audureau E., Rican S. & Coste J. (2013). Worsening trends and increasing disparities in health-related quality of life: evidence from two French population-based cross-sectional surveys, 1995-2003. *Quality of Life Research* 22(1): 13-26.

Bowling A., Bond M., Jenkinson C. & Lamping DL. (1999). Short Form 36 (SF-36) Health Survey questionnaire: which normative data should be used? Comparisons between the norms provided by the Omnibus Survey in Britain, the Health Survey for England and the Oxford Healthy Life Survey. *Journal of Public Health* 21(3): 255-70.

Brezinova P., Englbrecht M., Lovric S., Sömann A., Strauss B., Wolf G., Schett G., Haubitz M., Neumann T. & Zwerina J. (2013). Coping strategies and depressiveness in primary systemic vasculitis--what is their impact on health-related quality of life? *Rheumatology*. 52(10): 1856-64.

Chiu YW., Moore RW., Hsu CE., Huang CT., Liu HW. & Chuang HY. (2008). Factors influencing women's quality of life in the later half of life. *Climacteric*. 11(3): 201-11.

Darvir C., Fouka G., Gnardellis C., Artemiadis AK., Tigani X. & Alexopoulos EC. (2012). Determinants of self rated health in a representative sample of a rural population: a cross sectional study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 9(3): 943-54.

Demiral Y., Ergor G., Unal B., Semin S., Akvardar Y., Kivircik B. & Alptekin K. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health* 9(6): 247.

Dzubur A., Mehij B., Džubur A., Filipovska-Musanović M., Denjalij A. & Hasanbegović I. (2014). Quality of life for tobacco smokers in relation to their socioeconomic status. *Medicinski Glansik* 11(1):

210-15.

Economou M., Peppou LE., Louki E., Kompodoros A., Mellou A. & Stefanis C. (2012). Depression telephone helpline: help seeking during the financial crisis. *Psychiatiki* 23(1): 17-28.

Economou M., Peppou LE., Fousketaki S., Theleritis C., Patelakis A., Alexiou T., Madianos M. & Stefanis C. (2013a). Economic crisis and mental health: effects on the prevalence of common mental disorders. *Psychiatriki* 24(4): 247-61.

Economou M., Madianos M., Peppou LE., Theleritis C., Patelakis A. & Stefanis C. (2013b). Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* 12(1): 53-59.

Efficace F., Baccarani M., Breccia M., Alimena G., Rosti G., Cottone F. et al. (2011) Health-related quality of life in chronic myeloid leukemia patients receiving long-term therapy with imatinib compared with the general population. *Blood* 118(17) 4554-60.

García EL., Banegas JR., Pirez-Regadera AG., Cabrera RH. & Rodríguez-Artalejo F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: a population-based study in Spain. *Quality of Life Research*. 14(11): 511-20.

Hemingway H., Nicholson A., Stafford M., Roberts R. & Marmot M. (1997). The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *American Journal of Public Health* 87(9): 1484-90.

Hopman W.M., Berger C., Joseph L., Zhou W., Prior J.C., Towheed T., Anastassiades T., Adachi J.D., Hanley D.A., Papadimitropoulos E.A., Kirkland S., Kaiser S.M., Josse R.G. & Goltzman D. (2014). Prospectively measured 10-year changes in health-related quality of life and comparison with cross-sectional estimates in a population-based cohort of adult women and men. *Quality of Life Research* 23(10): 2707-21.

Hopman WM., Towheed T., Anastassiades T., Tenenhouse A., Poliquin S., Berger C., Joseph L., Brown JP, Murray TM., Adachi JD., Hanley DA. & Papadimitropoulos E. (2000). Canadian normative data for the SF-36 health survey. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. *Canadian Medical Association Journal* 163(3): 265-71.

Jenkinson C., Stewart-Brown S., Petersen S. & Paice C. (1999). Assessment of the SF 36 version 2 in the United Kingdom. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53(1): 46-50.

Jun HJ., Kim KJ., Chun IA. & Moon OK. (2015). The relationship between stroke patients' socio-economic conditions and their quality of life: the 2010 Korean community health survey. *Journal of Physical Therapy Science* 27(8): 781-84.

Karanikolos M., Mladovsky P., Cylus J., Thomson S., Basu S., Stuckler D., Mackenbach JP. & McKee M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 381(9874): 1323-31.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolaou I., Basu S., McKee M. & Stuckler D. (2012). Effects of Greek economic crisis on health are real. *British Medical Journal* 345: e8602; author reply e8608.

Kentikelenis A., Karanikolos M., Papanicolaou I., Basu S., McKee M. & Stuckler D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 378(9801): 1457-58.

Laguardia J., Campos MR., Travassos C., Najar AL., Anjos LA. & dos Vasconcelos MM. (2013). Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 16(4): 889-97.

Lahana E., Pappa E. & Niakas D. (2010). The impact of ethnicity, place of residence and socioeconomic status on health-related quality of life: results from a Greek health survey. *International Journal of Public Health* 55(5): 391-400.

- Li N., Liu C., Li J. & Ren X. (2001). Factors that influence the quality of life of Sichuan population. *Journal of West China University of Medical Sciences* 32(2): 247-249.
- Lim W., Ma S., Heng D., Bhalla V. & Chew S. (2007). Gender, ethnicity, health behavior & self rated health in Singapore. *BMC Public Health* 7(7): 184.
- Lorge JH. & Kaasa S. (1998). Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 26(4): 250-8.
- Madianos MG., Zartaloudi A., Alevizopoulos G. & Katostaras T. (2011). Attitudes toward help-seeking and duration of untreated mental disorders in a sectorized Athens area of Greece. *Community Mental Health Journal* 47(5): 583-93.
- Marion A. & Wright FG. (2005). Health status of Chinese women in Northern Ireland: SF-36 health survey. *Diversity in Health and Social Care* 2: 291-8.
- Marmot M. (2005). Poverty enriched. In: *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*. New York: Owl Books.
- Dubois H. & Molinuevo D. (2014). Access to healthcare in times of crisis. (Research project No. 978-92-897-1215-6). [Online]. Available at: <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1422&context=intl> [Accessed 12 May 2015].
- Norman R., Church J., van den Berg B. & Goodall S. (2013). Australian health-related quality of life population norms derived from the SF-6D. *Australian and New Zealand Journal of Public Health* 37(1): 17-23.
- Organization for Economic Co-operation and Development OECD (2014). OECD Health Statistics 2014. How does Greece compare? [Online]. Available at: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-GREECE-2014.pdf> [Accessed 17 April 2015].
- Pappa E., Kontodimopoulos N. & Niakas D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research* 14(5): 1433-38.
- Pappa E., Kontodimopoulos N., Papadopoulos A & Niakas D. (2009). Assessing the socio economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *International Journal of Public Health*. 54: 241-249
- Petmesidou M., Pavolini E. & Guillan AM. (2014). South European Healthcare Systems under Harsh Austerity: A Progress-Regression Mix? *South European Society and Politics* 19(3): 331-52.
- Poljicanin T, Ajdukovic, oekeriya M., Pibernik-Okanovič M., Metelko K. & Vuletić Mavrinc G. (2010). Diabetes mellitus and hypertension have comparable adverse effects on health-related quality of life. *BMC Public Health* 10: 12
- Salinero-Fort M.y., Gómez-Campelo P, Bragado-Alvarez C., Abanades-Herranz J.C., Jimenez-Garcia R. & de Burgos-Lunar C. (2015). Health-related quality of life of latin-american immigrants and spanish-born attended in spanish primary health care: socio-demographic and psychosocial factors. *PLoS One* 10(4): 1-17
- Shadbolt D., Gordon C. & Egloff B. (1997). Health Related Quality of Life in the ACT: 1994-95. [Online]. Available at: <http://www.health.act.gov.au/sites/default/files/Number%20-%20Health%20Related%20Quality%20of%20Life%20in%20the%20ACT%201994%20-%202005.pdf> [Accessed 23 May 2015].
- Shaheen NJ., Lawrence LB., Bacon BR., Barton JC., Barton NH., Galanko J., Martin CF, Burnett CK. & Sandler R.S. (2003). Insurance, employment, and psychosocial consequences of a diagnosis of hereditary hemochromatosis in subjects without end organ damage. *The American Journal of Gastroenterology* 98(5): 1175-80.
- Souza M.S. D', Karkada S.N. & Somayaji G. (2013). Factors associated with health-related quality of life among Indian women in mining and agriculture. *Health and Quality of Life and Outcomes* 11(1): 9.
- Stuckler D., Basu S., McKee M. & Suhrcke M. (2010). Responding to the economic crisis: a primer for public health professionals. *Journal of Public Health* 32(3): 298-306.
- Stuckler D. & Basu S. (2013). Greek Tragedy. In: *The Body Economic: Eight experiments in economic recovery, from Iceland to Greece*. London: Allen Lane.
- Stuckler D., Basu S., Suhrcke M. & McKee M. (2009). The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *The Ulster Medical Journal* 78(3): 142-5.
- Stupar S., van de Vijver FJR. & Fontaine JRJ. (2014). Emotional suppression and well-being in immigrants and majority group members in the Netherlands. *International Journal of Psychology* 49(6): 503-7.
- Sullivan M. & Karlsson J. (1998). The Swedish SF-36 Health Survey III. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *Journal of Clinical Epidemiology* 51(11): 1105-13.
- Wang R., Wu C., Zhao Y., Yan X., Ma X., Wu M., Liu W., Gu Z., Zhao J. & He J. (2008). Health related quality of life measured by SF-36: a population-based study in Shanghai, China. *BMC Public Health* 8: 292.
- Wang TF, Chou C., Yu S. & Shu Y. (2013). Assessing the effects of oral health-related variables on quality of life in Taiwanese adults. *Quality of Life Research* 22(4): 811-25.
- Ware JE. & Sherbourne CD. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care* 30(6): 473-83.
- World Health Organization WHO (2010). Social Determinants of Health. The solid facts. [Online]. Available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf [Accessed 28 May 2015].
- Williams JS., Cunich M. & Byles J. (2013). The impact of socioeconomic status on changes in the general and mental health of women over time: evidence from a longitudinal study of Australian women. *International Journal of Equity in Health* 12: 25.
- Yngwe MA., Diderichsen F., Whitehead M., Holland P. & Burström B. (2001). The role of income differences in explaining social inequalities in self rated health in Sweden and Britain. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55(8): 556-61.
- Zhou J., Ru X. & Hearst N. (2014). Individual and household-level predictors of health related quality of life among middle-aged people in rural Mid-east China: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 14: 660.
- Γαλάνης Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχαία Ελληνική Ιατρική* 30(1): 97-110.
- Κυριόπουλος Γ. & Παβρί Ε. (2012). Οικονομική κρίση και υγεία., 1st ed. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Μερκούρης Α. (2008). Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας, 1st ed. Αθήνα: ΕΛΛίν.
- Μεχίλι ΕΑ., Πλέσσα Ε., Μαντάς Ι. & Διομήδους Μ. (2014). Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας. *Επιθεώρηση Φαρμακολογίας Και Φαρμακοκινητικής* 32(3): 167-172.

Investigation of the associations of demographic factors with quality of life in the population in Attica, Greece, in the period of financial crisis

Enkeleint -Aggelos Mechili¹, Dafni Kaitelidou²,
Athina Kalokairinou³, Petros Galanis⁴, Marianna Diomidous⁵

1. PhD, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Laboratory of Epidemiology

2. Assistant Professor, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Center for Health Services Management and Evaluation

3. Professor, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Laboratory of Community Nursing

4. MPH, PhD, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Center for Health Services Management and Evaluation

5. Assistant Professor, National and Kapodistrian University of Athens, Faculty of Nursing, Laboratory of Epidemiology

ABSTRACT

Introduction: The current financial crisis has affected the daily life of citizens. Due to the unemployment, job insecurity, stress and many other factors, population health-related quality of life (HRQoL) is affected. Persons in higher socioeconomic status tend to have higher HRQoL. Educational level, age, gender, low income, marital status and other demographic factors are associated with quality of life.

Methods: A cross sectional study was conducted using convenience sampling of both employed and unemployed individuals in Attica, Greece, population from February 2014 to March 2015. To evaluate HRQoL SF-36v2 questionnaire was used. Statistical program SPSS 21.0 was used for data analysis.

Results: The studied population consisted of 1049 people (52.7% female and 47.3% male) with an average age of 37.1 years and standard deviation of 11.8. 91% were Greek, 36.8% had high school graduates and 62.4 were employed. In univariate analysis, work status, educational level, age, low income, parenthood, chronic illness and nationality were found to be related to the score of the participants at least one dimension. In linear regression analysis, there are statistically significant correlations between educational level, work status, chronic illness and age with HRQoL of the participants.

Conclusions: Improvements of HRQoL should be directed towards chronic illness prevention, lifelong education, better information about health issues, the improvements of access to health services of elderly (vulnerable population in general) and unemployment reduction. HRQoL is not only a health policy issue but mainly an economic and social policy matter.

Key words: demographic factors, financial crisis, quality of life, unemployment