

**Διδακτορική διατριβή**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ  
ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΛΗ ΤΗΣ ΛΕΜΕΣΟΥ**

**Παναγιώτα Έλληνα**

**Λεμεσός, Μάρτιος 2020**



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Διδακτορική διατριβή

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ  
ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΣΤΗΝ  
ΠΟΛΗ ΤΗΣ ΛΕΜΕΣΟΥ

της

Παναγιώτας Έλληνας

Λεμεσός, Απρίλιος 2020

## Έντυπο έγκρισης

Διδακτορική διατριβή

### **Διερεύνηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην ποιότητα ζωής και στις συμπεριφορές υγείας των κατοίκων στην πόλη της Λεμεσού**

Παρουσιάστηκε από

Παναγιώτα Έλληνα

Επιβλέπων καθηγητής: Δρ. Χριστιάνα Κούτα / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Μέλος επιτροπής: Δρ. Νίκος Μίτλεττον / Αναπληρωτής Καθηγητής

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Μέλος επιτροπής: Δρ. Αικατερίνη Λαμπρινού / Αναπληρώτρια Καθηγήτρια

Υπογραφή \_\_\_\_\_

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Λεμεσός, Απρίλιος 2020

## **Πνευματικά δικαιώματα**

Copyright © Παναγιώτα Έλληνα, [2017]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει *απαραιτήτως* και *αποδοχή* των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

## *Ευχαριστίες*

Η διεξαγωγή και περαίωση μια διδακτορικής διατριβής αποτελεί μια σκληρή, αλλά συγχρόνως εποικοδομητική εμπειρία. Φτάνοντας στο τέλος της συγγραφής της παρούσα διατριβής θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη στους ανθρώπους που συνέβαλαν ουσιαστικά και υποστήριξαν την προσπάθεια μου αυτή.

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω την ερευνητικό μου σύμβουλο Δρ. Χριστιάνα Κούτα, η οποία πίστεψε σε εμένα, τόσο ως προπτυχιακή, όσο και ως μεταπτυχιακή και διδακτορική φοιτήτρια. Η συνεχή παρακολούθηση και καθοδήγηση, η παροχή κάθε δυνατής βοήθειας, οι καίριες συμβουλές, υποδείξεις και παρατηρήσεις της, αποτέλεσαν σημαντικά εφόδια για την επιτυχή ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής.

Ιδιαίτερα επίσης ευχαριστώ τον Δρ Νίκο Μίτλεττον, Αναπληρωτή Καθηγητή – Κοσμήτορα της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, καθώς οι γνώσεις, οι συμβουλές και η βοήθεια που μου παρείχε ήταν καθοριστικές για την επιτυχή ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω και στη Δρ. Αικατερίνη Λαμπρινού, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια και Πρόεδρο Τμήματος Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, για την ενθάρρυνση και την επιστημονική της συμπαράσταση.

Το πιο μεγάλο ευχαριστώ θα ήθελα να το εκφράσω στην οικογένεια μου και ιδιαίτερα στους γονείς μου, Ντίνο και Μαρία Έλληνα, για την στήριξη και την βοήθεια τους, όχι μόνο για την ολοκλήρωση της διδακτορικής μου διατριβής, αλλά και σε όλη τη διάρκεια της ζωής μου.

Ένα τεράστιο ευχαριστώ μέσα από την καρδιά μου στο σύζυγό μου Γιώργο Μαρκίδη, για τη δύναμη, τη στήριξη και τη συνεχή ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχε.

## **Περίληψη**

**Εισαγωγή:** Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία βρίσκονται τα τελευταία έτη στο επίκεντρο των συζητήσεων και προβληματισμών σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, διεθνών οργανισμών, καθώς και σε αυτό της επιστημονικής κοινότητας. Ενώ έχει επιτευχθεί αξιοσημείωτη πρόοδος στον τομέα της υγείας, εν τούτοις το επίπεδο των ανισοτήτων μεταξύ διαφόρων κοινωνικών ομάδων και μεταξύ ατόμων που ζουν σε διαφορετικά μέρη του κόσμου, παραμένει υψηλό. Η κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία, την ασθένεια και τη θνησιμότητα είναι ένα από τα ευρύτερα παρατηρούμενα και αξιόπιστα ευρήματα της διεθνούς επιδημιολογικής έρευνας. Η κοινωνική συνοχή απειλείται σοβαρά από τις κοινωνικές ανισότητες, στον τομέα της υγείας, και ως εκ τούτου, η διερεύνησή τους αποτελεί σημαντικό πεδίο έρευνας. Οι λόγοι πίσω από το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων, εξακολουθούν να παραμένουν ασαφείς σε ορισμένες καταστάσεις. Το περιβάλλον όπου ζει κανείς, διαδραματίζει ένα κρίσιμο ρόλο σε αυτό το θέμα. Ωστόσο, η ύπαρξη του κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος, οι ψυχοκοινωνικές επιδράσεις (κοινωνική συνοχή), οι συμπεριφορές υγείας, το φύλο, μπορεί να εξηγήσουν- εν μέρει- την κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία. Επιπρόσθετα, αυξάνεται το ενδιαφέρον για την παρακολούθηση της ποιότητας ζωής μέσα από την αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας (αυτοαξιολόγηση της υγείας).

**Σκοπός:** της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του μεγέθους και της έκτασης των κοινωνικών ανισοτήτων στην ποιότητα ζωής και τις συμπεριφορές υγείας των κατοίκων στην πόλη της Λεμεσού. Επιμέρους στόχοι αποτελούν η διερεύνηση της σχέσης της κοινωνικής θέσης του ατόμου είτε ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά, είτε ως προς τα χαρακτηριστικά της κοινότητας, με διάφορες παραμέτρους της υγείας, όπως η αυτοαξιολόγηση της υγείας (Self-rated health), η ποιότητα ζωής και διάφορες συμπεριφορές υγείας. Επιπρόσθετο στόχο αποτελεί η διερεύνηση της όποιας διαφοροποίησης της σχέσης της κοινωνικής θέσης του ατόμου με την υγεία σε άνδρες και γυναίκες και ο βαθμός στον οποίο οι συμπεριφορές υγείας εξηγούν την παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση του ατόμου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για μια περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις, χρησιμοποιώντας πρωτογενή δεδομένα. Το επιθυμητό μέγεθος του δείγματος, σύμφωνα με την ανάλυση ισχύος καθορίστηκε 450 άτομα στη πόλη της Λεμεσού.

Πραγματοποιήθηκε πολυσταδιακή δειγματοληψία σε τέσσερα επίπεδα. Προηγήθηκε ταχυδρομική επικοινωνία, με στόχο να διασφαλιστεί ικανοποιητικό ποσοστό ανταπόκρισης. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από πόρτα σε πόρτα (door-to-door), υπό μορφή συνεντεύξεων. Για την πραγματοποίηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερευνητικά εργαλεία: ένα ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για το σκοπό της μελέτης (Δημογραφικά/Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής, Αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου), το διεθνές ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας και το ερωτηματολόγιο SF-36 για αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Οι στατιστικές δοκιμασίες που χρησιμοποιήθηκαν είναι η περιγραφική στατιστική, η στατιστική ανάλυση ANOVA, η στατιστική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης, η στατιστική ανάλυση Chi-Square ( $\chi^2$ ) και το προβλεπτικό βηματικό μοντέλο παλινδρόμησης. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο  $p < 0,05$ .

**Αποτελέσματα:** Το σύνολο του δείγματος αποτέλεσαν 450 άτομα (άνδρες και γυναίκες). Το γυναικείο φύλο φαίνεται να έχει χαμηλότερες τιμές και στις δύο διαστάσεις του SF-36. Ειδικότερα στην ψυχική διάσταση, οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων φαίνονται να είναι εντονότερες, αφού οι άνδρες έχουν υψηλότερες μέσες τιμές για όλες τις μεταβλητές της ψυχικής διάστασης. Ενώ διαφαίνεται να υπάρχει μια ένδειξη αλληλεπίδρασης ως προς την σχέση επιπέδου εκπαίδευσης και εισοδήματος με την ποιότητα ζωής, τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική διάσταση, η σχέση αυτή είναι ισχυρότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Συγκεκριμένα, η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι 12 μονάδες για τους άνδρες και 14 για τις γυναίκες ( $p=0,6$ ). Στην περίπτωση της ταξινόμησης του επαγγέλματος αυτό φαίνεται να διαφοροποιείται, αφού το επάγγελμα φαίνεται συστηματικά να παρουσιάζει ισχυρότερη σχέση στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική διάσταση. Συγκεκριμένα, η διαφορά μεταξύ των δύο φύλων είναι 13 μονάδες για τους άνδρες και 10 μονάδες για τις γυναίκες ( $p=0,31$ ). Όσο αφορά τη σύγκριση μεταξύ των απογραφικών δεικτών κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος με την ποιότητα ζωής, φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση της ποιότητας ζωής σχεδόν με όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν, και η συσχέτιση αυτή φαίνεται να είναι πιο ισχυρή στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες δεν φάνηκε κάποια συμπεριφορά υγείας η οποία να έχει προβλεπτική επίδραση στην ποιότητα ζωής.



**Συμπεράσματα:** Η διερεύνηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην ποιότητα ζωής του ατόμου, αποτελεί μια πολυσύνθετη κατάσταση αποτελούμενη από πολλούς τομείς, τόσο κοινωνικούς, όσο και σωματικούς και ψυχικούς. Φαίνεται ότι οι άνδρες, νεαρότερης ηλικίας, με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, υψηλό εισόδημα, με καθεστώς εργοδότησης την πλήρη απασχόληση και με μια ήπια σωματική δραστηριότητα, παρουσιάζουν σε σημαντικό βαθμό καλύτερα επίπεδα ζωής σε σχέση με τους υπόλοιπους. Όσον αφορά τα κοινοτικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την κοινωνική θέση, διαφαίνεται ότι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η ανεργία και η μη ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή στο σπίτι, σχετίζονται σημαντικά με χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Ο παράγοντας φύλο επηρεάζει τα πρότυπα των παραγόντων κινδύνου και αυτό έχει διαφορετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Άτομα με υψηλότερη κοινωνική θέση τείνουν να αξιολογούν την υγεία τους σε καλύτερη κατάσταση από ότι άτομα χαμηλότερης κοινωνικής θέσης. Οι συμπεριφορές υγείας δεν μπορούν να ερμηνεύσουν πλήρως τη συσχέτιση της διαβάθμισης στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση του ατόμου.

**Λέξεις κλειδιά:** κοινωνικές ανισότητες, ποιότητα ζωής, κοινωνική θέση, φύλο.

## **Abstract**

**Introduction:** Social inequalities in health in recent years have been the focus of discussions and reflections at European Union level, international organizations and the scientific community. While significant progress has been made in the field of health, the level of inequalities between different social groups and between people living in different parts of the world remains high. The social gradient in health, disease and mortality is one of the most widely observed and reliable epidemiological findings of international research. Social cohesion is seriously threatened by social inequalities in health, and therefore, their investigation is an important research field. The reasons behind the phenomenon of social inequalities, still remain unclear. The environment in which one lives plays a crucial role in this. However, the existence of socio-economic disadvantage, psychosocial effects (social cohesion), health behaviors and gender, may explain - in part- the social gradient in health. In addition, there is a growing interest in monitoring perceived quality of life (self-rated health).

**Aim:** To investigate the size and extent of social inequalities in quality of life and health behaviors of residents in the city of Limassol. Specific objectives are to investigate the relationship between one's social status (individual characteristics or community characteristics), with various health parameters such as self-rated health, quality of life and various health behaviors. An additional objective is the investigation of any differentiation of the relationship of the social position of the person with health in men and women and the extent to which health behaviors explain the observed gradient in health on the social status of the individual.

**Material and Method:** This is a descriptive correlational study of cross-sectional comparisons using primary data. The desired size of the sample, according to the power estimates determined 450 in Limassol. Multi-stage sampling was performed on four levels. In order to ensure a satisfactory response rate, postal communication preceded. The data were collected door-to-door in the form of interviews. The following research tools were used: a questionnaire designed for the particular study (Demographic / Socioeconomic and Lifestyle characteristics, Self- rated health assessment), the International Physical Activity Measurement Questionnaire and the SF 36 Questionnaire quality of life. The statistical tests

used are descriptive statistics, ANOVA statistical analysis, linear regression analysis, Chi-Square statistical analysis ( $X^2$ ) and predictive stepwise regression model. The significance level was set at  $p < 0,05$ .

**Results:** The total sample was 450 people (men and women). Women seems to have lower values in both dimensions of the SF-36. Especially in mental dimension, differences between gender seems to be stronger, because men have higher mean values for all variables in the mental dimension. While there seems to be an indication of interaction in terms of education level and income with quality of life, both physical and mental dimension, this relationship is stronger in women than in men. Specifically, the difference between the two poles is 12 points for men and 14 points for women ( $p = 0.16$ ). Profession systematically appears to have a stronger relationship with men than with women, both physical and mental dimension. Specifically, the difference between the two poles is 13 points for men and 10 points for women ( $p = 0.31$ ). Comparing the socio-economic disadvantage indicators (census) with the quality of life, was found a correlation of quality of life with almost all the indicators used, and this correlation seems to be stronger in women than in men. Both, men and women did not show any health behavior that has a predictive effect on quality of life.

**Conclusions:** Investigating social inequalities in a person's quality of life is a complex situation comprised of many areas, both social, physical and mental. It seems that being men, young, highly educated, with high income, working full time and having a mild physical activity, there is significant higher level of quality life in relation to others. Concerning the social characteristics associated with social status, it has been shown that low levels of education, unemployment and the absence of a computer at home, are significantly associated with low quality of life. Gender factor influences the patterns of risk factors and this has a different impact on quality of life. People with a higher social status tend to rate their health better than people with a lower social status. Health behaviors cannot fully explain the association of the gradient in health on the social status of the individual.

**Key words:** social inequalities, quality of life, social status, gender.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελίδα

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Περίληψη .....	vi
Abstract .....	ix
Πίνακας περιεχομένων .....	xi
Κατάλογος Πινάκων .....	xv
Κατάλογος Διαγραμμάτων .....	xvii
Συντομογραφίες	
Απόδοση όρων	
<b>1. Κεφάλαιο 1 – ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Κεφάλαιο 2 – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ .....</b>	<b>4</b>
2.1. Υγεία .....	4
2.2. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία .....	4
2.3. Κοινωνική θέση .....	6
2.4. Κοινωνική διαβάθμιση .....	6
<b>3. Κεφαλαίο 3 – ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΙΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ.....</b>	<b>8</b>
3.1. Ιστορική αναδρομή των κοινωνικών ανισοτήτων σε σχέση με την υγεία και προσεγγίσεις κοινωνικών ανισοτήτων .....	8
3.2. Παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική ανισότητα στην υγεία .....	11
<b>4. Κεφάλαιο 4 – ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ .....</b>	<b>14</b>
<b>5. Κεφάλαιο 5 – ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ..</b>	<b>18</b>
5.1. Σκοπός .....	18

5.2. Στρατηγική αναζήτησης .....	18
5.3. Κριτήρια καταλληλότητας .....	19
5.4. Αποτελέσματα .....	22
5.4.1. Περιγραφικά στοιχεία των μελετών .....	23
5.4.2. Συσχετίσεις της ποιότητας ζωής με άλλες μεταβλητές .....	36
5.5. Κύρια συμπεράσματα .....	43

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>6. Κεφάλαιο 6 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....</b>	<b>45</b>
6.1. Σχεδιασμός της μελέτης .....	45
6.2. Υλικό .....	46
6.2.1. Χώρος μελέτης .....	46
6.2.2. Δείγμα – Δειγματοληψία .....	48
6.2.2.1. Μέγεθος του δείγματος .....	48
6.2.2.2. Μέγεθος αποτελέσματος .....	49
6.2.2.3. Σύγκριση δύο φύλων .....	49
6.2.2.4. Επιλογή του δείγματος .....	50
6.2.3. Κριτήρια επιλογής.....	52
6.2.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων .....	54
6.3. Εργαλεία .....	55
6.3.1. Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο .....	55
6.3.2. Διεθνές ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας .....	56
6.3.3. Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής SF-36 .....	58
6.4. Ανάλυση δεδομένων .....	59
6.5. Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας .....	62

<b>7. Κεφάλαιο 7 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>63</b>
7.1. Περιγραφή του δείγματος .....	<b>63</b>
7.2. Ποιότητα ζωής σε άνδρες και γυναίκες .....	<b>69</b>
7.3. Μοντέλο αλληλεπίδρασης κοινωνικής θέσης και φύλου .....	<b>80</b>
7.4. Απογραφικοί δείκτες κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος .....	<b>88</b>
7.5. Κοινωνική Θέση και αυτοαξιολόγηση της υγείας .....	<b>93</b>
7.6. Κοινωνική θέση και συμπεριφορές υγείας .....	<b>95</b>
7.7. Συμπεριφορές υγείας και παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση του ατόμου .....	<b>102</b>
<b>8. Κεφάλαιο 8 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b> .....	<b>105</b>
8.1 Κοινωνική θέση ως προς ατομικά χαρακτηριστικά και συσχέτιση με ποιότητα ζωής .....	<b>105</b>
8.2 Κοινωνική θέση ως προς χαρακτηριστικά της κοινότητας και συσχέτιση με ποιότητα ζωής .....	<b>107</b>
8.3 Αλληλεπίδραση κοινωνικής θέσης και φύλου .....	<b>107</b>
8.4 Αυτοαξιολόγηση της υγείας .....	<b>108</b>
8.5 Συμπεριφορές υγείας .....	<b>109</b>
8.6 Σύγκριση μεταξύ των χωρών .....	<b>109</b>
8.7 Μελέτες με ιδιαίτερο ενδιαφέρον .....	<b>111</b>
8.8 Δυνατά σημεία της μελέτης .....	<b>112</b>
8.9 Περιορισμοί της μελέτης .....	<b>112</b>
<b>9. Κεφάλαιο 9 – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b> .....	<b>114</b>
<b>10. Κεφάλαιο 10 – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ</b> .....	<b>116</b>
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	<b>118</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ</b> .....	<b>136</b>
Παράρτημα 1: Πίνακας 1: Κατάλογος Ενοριών/Δήμων της Λεμεσού και ομαδοποίηση τους ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο και το πληθυσμιακό μέγεθος .....	<b>136</b>

Παράρτημα 2: Πίνακας 2: Κατάλογος κοινοτήτων στην Επαρχία Λεμεσού και ομαδοποίηση τους ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο της κοινότητας και το πληθυσμιακό μέγεθος .....	<b>138</b>
Παράρτημα 3: Κατάλογος οδών ανά δήμο και ποσοστό μη ανταπόκρισης .....	<b>143</b>
Παράρτημα 4: Κριτήρια απόρριψης μελετών έπειτα από ανάγνωση του πλήρους κειμένου .....	<b>146</b>
Παράρτημα 5: Σχεδιάγραμμα επιλογής νοικοκυριών .....	<b>146</b>
Παράρτημα 6: Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο – Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	<b>147</b>
Παράρτημα 7: Διεθνές ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας	<b>150</b>
Παράρτημα 8: Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής SF-36 .....	<b>153</b>
Παράρτημα 9: Ταξινόμηση επαγγέλματος βασιζόμενη σε ένα συνδυασμό της ομάδας των επαγγελματικών μονάδων και του καθεστώτος απασχόλησης .....	<b>159</b>
Παράρτημα 10: Απογραφικοί δείκτες κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος .....	<b>161</b>

## **Κατάλογος πινάκων**

Πίνακας 1: Περιγραφικά στοιχεία των μελετών .....	26
Πίνακας 2: Συσχετίσεις της ποιότητας ζωής με άλλες μεταβλητές .....	40
Πίνακας 3: Πληθυσμιακά μεγέθη και ποσοστό πληθυσμού με πανεπιστημιακή μόρφωση σε επίπεδο ενοριών και κοινοτήτων στην πόλη και επαρχία Λεμεσού αντίστοιχα με βάση την απογραφή του πληθυσμού του 2011 .....	48
Πίνακας 4: Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	67
Πίνακας 5: Κοινωνική διαβάθμιση σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά – Σωματική διάσταση .....	72
Πίνακας 6: Δείκτες Κοινωνικής Θέσης – Σωματική διάσταση .....	73
Πίνακας 7: Συμπεριφορές Υγείας – Σωματική διάσταση .....	75
Πίνακας 8: Κοινωνική διαβάθμιση σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά – Ψυχική διάσταση .....	76
Πίνακας 9: Δείκτες Κοινωνικής Θέσης – Ψυχική διάσταση .....	77
Πίνακας 10: Συμπεριφορές Υγείας – Ψυχική διάσταση .....	79
Πίνακας 11: Αλληλεπίδραση εκπαίδευσης, εισοδήματος και επαγγέλματος με ποιότητα ζωής - Σωματική διάσταση .....	85
Πίνακας 12: Αλληλεπίδραση εκπαίδευσης, εισοδήματος και επαγγέλματος με ποιότητα ζωής – Ψυχική διάσταση .....	86
Πίνακας 13: Κοινωνική θέση (ατομικοί δείκτες) και αυτοαξιολόγηση της υγείας .....	94
Πίνακας 14: Κοινωνική θέση (κοινοτικοί δείκτες) και αυτοαξιολόγηση της υγείας ...	95
Πίνακας 15: Εισόδημα (ατομικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας .....	97
Πίνακας 16: Επίπεδο εκπαίδευσης (ατομικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας .....	98



Πίνακας 17: Ταξινόμηση επαγγέλματος (ατομικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας..	<b>99</b>
Πίνακας 18: Επίπεδο εκπαίδευσης (κοινοτικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας.....	<b>100</b>
Πίνακας 19: Ανεργία (κοινοτικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας.....	<b>100</b>
Πίνακας 20: Μη ύπαρξη Η/Υ (κοινοτικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας.....	<b>101</b>
Πίνακας 21: μη ιδιόκτητη κατοικία (κοινοτικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας.....	<b>102</b>
Πίνακας 22: Συμπεριφορές υγείας και παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση των ανδρών .....	<b>103</b>
Πίνακας 23: Συμπεριφορές υγείας και παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση των γυναικών .....	<b>104</b>
Πίνακας 24: Συμπεριφορές υγείας με την μεγαλύτερη προβλεπτική επίδραση στην ποιότητα ζωής σε άνδρες και γυναίκες .....	<b>104</b>

## **Κατάλογος Γραφημάτων**

Γράφημα 1: Διάγραμμα-ροής των αποτελεσμάτων της στρατηγικής αναζήτησης .....	22
Γράφημα 2: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος (%) .....	64
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση (%) .....	64
Γράφημα 4: Επίπεδο εκπαίδευσης (%) .....	65
Γράφημα 5: Αυτοαξιολόγηση της υγείας (%) .....	66
Γράφημα 6: Διαστάσεις του εργαλείου SF36 σε άνδρες και γυναίκες .....	69
Γράφημα 7: Σχέση ποιότητας ζωής με το επίπεδο εκπαίδευσης–Σωματική Διάσταση..	81
Γράφημα 8: Σχέση ποιότητας ζωής με το επίπεδο εκπαίδευσης – Ψυχική Διάσταση....	81
Γράφημα 9: Σχέση ποιότητας ζωής με το εισόδημα – Σωματική Διάσταση .....	82
Γράφημα 10: Σχέση ποιότητας ζωής με το εισόδημα – Ψυχική Διάσταση .....	83
Γράφημα 11: Σχέση ποιότητας ζωής με τη ταξινόμηση του επαγγέλματος – Σωματική Διάσταση .....	84
Γράφημα 12: Σχέση ποιότητας ζωής με τη ταξινόμηση του επαγγέλματος – Ψυχική Διάσταση .....	84
Γράφημα 13: Σχέση ποιότητας ζωής με απογραφικό δείκτη επιπέδου εκπαίδευσης – Σωματική Διάσταση .....	90
Γράφημα 14: Σχέση ποιότητας ζωής με απογραφικό δείκτη ανεργία – Σωματική Διάσταση .....	90
Γράφημα 15: Σχέση ποιότητας ζωής με απογραφικό δείκτη μη ιδιόκτητη κατοικία – Σωματική Διάσταση .....	91
Γράφημα 16: Σχέση ποιότητας ζωής με απογραφικό δείκτη μη ύπαρξη Η/Υ στο σπίτι – Σωματική Διάσταση .....	91

Γράφημα 17: Σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ των χωρών .....	<b>110</b>
--	------------

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Κεφάλαιο 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία βρίσκονται τα τελευταία έτη στο επίκεντρο των συζητήσεων και προβληματισμών σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, διεθνών οργανισμών καθώς και σε αυτό της επιστημονικής κοινότητας (McFadden et al., 2008; Whitehead, 2006). Παρά την ιδιαίτερη προσοχή στο πρόβλημα των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας ήδη από το 1980, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές διαφορές στον τομέα της υγείας μεταξύ και εντός των χωρών ακόμη και σήμερα (Arcaya, Arcaya & Subramanian, 2015).

Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αποτελούν ένα επιστημονικό, ακαδημαϊκό, ερευνητικό, πολιτικό και κοινωνικό ζήτημα (Ντούνης, 2012). Ενώ έχει επιτευχθεί αξιοσημείωτη πρόοδος στον τομέα της υγείας, εν τούτοις το επίπεδο των ανισοτήτων μεταξύ διαφόρων κοινωνικών ομάδων και μεταξύ ατόμων που ζουν σε διαφορετικά μέρη του κόσμου, παραμένει υψηλό (Hämmig, Gutzwiller & Kawachi, 2014; Hämmig & Bauer, 2013). Η κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία, την ασθένεια και τη θνησιμότητα είναι ένα από τα ευρύτερα παρατηρούμενα και αξιόπιστα ευρήματα της διεθνούς επιδημιολογικής έρευνας. (Mackenbach, 2012; Mackenbach et al., 2006; Hemingway et al., 1997). Παρά τις αξιοσημείωτες μειώσεις των ποσοστών νοσηρότητας και θνησιμότητας τον περασμένο αιώνα, οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία εξακολουθούν να υπάρχουν και μερικές χώρες έχουν παρατηρήσει ότι οι ανισότητες αυτές έχουν διευρυνθεί με την πάροδο του χρόνου (Hämmig, Gutzwiller & Kawachi, 2014).

Οι ανισότητες στον τομέα της υγείας συνεπάγονται και έχουν τεράστιο οικονομικό και κοινωνικό κόστος. Τα τελευταία χρόνια, λόγω της οικονομικής κρίσης οι κοινωνικές ανισότητες αποτελούν το βασικότερο ερώτημα σε σχέση με τα επίπεδα υγείας μιας χώρας. Η οικονομική κρίση επηρεάζει πολλούς από τους καθοριστικούς κοινωνικούς παράγοντες της υγείας, τόσο μέσω αλλαγών στις συνθήκες διαβίωσης (όπως η μη πρόσβαση σε τρεχούμενο νερό, σε κατάλληλες συνθήκες υγιεινής, σε κεντρική θέρμανση κ.α.), όσο και μέσω των αλλαγών στις δημόσιες δαπάνες (OECD, 2013; WHO, 2011; OECD, 2010).

Η κοινωνική συνοχή απειλείται σοβαρά από τις κοινωνικές ανισότητες, στον τομέα της υγείας, και ως εκ τούτου, η διερεύνηση τους αποτελεί σημαντικό πεδίο έρευνας. Η μείωση

της φτώχειας, η παροχή αποτελεσματικής φροντίδας υγείας για τους πολίτες και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής, αποτελούν μακροπρόθεσμους στόχους για διασφάλιση της κοινωνικής και οικονομικής συνοχής (OECD, 2013; Juhász et al., 2010; Havard et al., 2008).

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία έχουν διερευνηθεί ευρέως (Lahelma et al., 2015; Hiyoshi et al., 2014; Hämmig & Bauer, 2013; Ντούνης, 2012; WHO, 2011; Havard et al., 2008). Οι λόγοι πίσω από το φαινόμενο αυτό εξακολουθούν να παραμένουν ασαφείς σε ορισμένες καταστάσεις. Το περιβάλλον όπου ζει κανείς, διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο σε αυτό το θέμα. Ωστόσο, η ύπαρξη του κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος, οι ψυχοκοινωνικές επιδράσεις (κοινωνική συνοχή), οι συμπεριφορές υγείας, το φύλο, μπορεί να εξηγήσουν- εν μέρει- την κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία (Lahelma et al., 2015; Hiyoshi et al., 2014; Hämmig & Bauer, 2013; Ντούνης, 2012; WHO, 2011; Havard et al., 2008). Παρά την εκτεταμένη βιβλιογραφική έρευνα σχετικά με το θέμα των κοινωνικών ανισοτήτων, δεν μπορεί να επιτευχθεί πλήρης κατανόηση των αιτιών που προκαλούν τις ανισότητες στον τομέα της υγείας, καθώς επίσης και των διαφόρων μεσολαβητών (Hämmig & Bauer, 2013). Είναι γενικά αποδεκτό ότι κανένας μεμονωμένος παράγοντας δεν μπορεί να εξηγήσει αυτές τις ανισότητες στην υγεία, καθώς οφείλονται στη συνδυασμένη και συσσωρευτική επίδραση των παραγόντων κινδύνου με την πάροδο του χρόνου και σε διαφορετικούς τομείς ζωής (Hämmig, Gutzwiller & Kawachi, 2014). Φαίνεται επίσης, ότι οι άνδρες και οι γυναίκες εκτίθενται διαφορετικά σε αυτούς τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας ή ότι είναι διαφορετικά ευάλωτοι σε αυτούς τους καθοριστικούς παράγοντες (Prata et al., 2016; Bor et al., 2015; Palencia et al., 2014). Ενώ οι γυναίκες γενικά φαίνεται να έχουν χειρότερη υγεία από ότι οι άνδρες, το μοτίβο των διαφορών μεταξύ των φύλων στην υγεία ποικίλει. Οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας αλλά, παράδοξα, αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, ψυχιατρικών διαταραχών και διαφόρων χρόνιων ασθενειών από οι άνδρες (Prata et al., 2016; Hämmig, Gutzwiller & Kawachi, 2014; Palencia et al., 2014).

Επιπρόσθετα, αυξάνεται το ενδιαφέρον για την παρακολούθηση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) μέσα από την αντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας (αυτοαξιολόγηση της υγείας). Το μέτρο αυτό, έχει αποδειχθεί μέσα από διαχρονικές μελέτες ότι σχετίζεται με την πρόβλεψη

μεταγενέστερης νοσηλείας ή ακόμη και με τη θνησιμότητα (Audureau, Rican & Coste, 2013; Kroenke et al., 2008; Kaplan et al., 2007; Gold, Franks & Erickson, 1996).

Η παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού είναι ζωτικής σημασίας για διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένου του προσδιορισμού των χρονικών τάσεων στην κατάσταση της υγείας και των κοινωνικό-δημογραφικών ή γεωγραφικών παραγόντων. Οι πληροφορίες που απορρέουν είναι απαραίτητες για την αναγνώριση των αναγκών υγείας, των προγραμμάτων σχεδιασμού και της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των πολιτικών για την υγεία (Audureau, Rican & Coste, 2013).

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του μεγέθους και της έκτασης των κοινωνικών ανισοτήτων στην ποιότητα ζωής και στις συμπεριφορές υγείας των κατοίκων της πόλης της Λεμεσού.

#### **Επιμέρους στόχοι:**

1. Η διερεύνηση της σχέσης της κοινωνικής θέσης του ατόμου είτε ως προς ατομικά χαρακτηριστικά (επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, εισόδημα), είτε ως προς χαρακτηριστικά της κοινότητας/νοικοκυριού (δείκτες κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος), με διάφορους παραμέτρους της υγείας όπως:
  - Η αυτοαξιολόγηση της υγείας (Self-rated health)
  - Η ποιότητα ζωής
  - Συμπεριφορές υγείας: κάπνισμα, αλκοόλ, φυσική δραστηριότητα
2. Η διερεύνηση της όποιας διαφοροποίησης της σχέσης της κοινωνικής θέσης του ατόμου με την υγεία σε άνδρες και γυναίκες, αναφορικά με τις πιο πάνω παραμέτρους υγείας.
3. Η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι συμπεριφορές υγείας εξηγούν την παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση του ατόμου.

## **Κεφάλαιο 2 – ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΙ**

Σε αυτό το κεφάλαιο παρουσιάζονται οι εννοιολογικοί ορισμοί της υγείας, της κοινωνικής ανισότητας στην υγεία, της κοινωνικής θέσης και της κοινωνικής διαβάθμισης. Το επόμενο κεφάλαιο θα επικεντρωθεί στην ιστορική αναδρομή και τις προσεγγίσεις των κοινωνικών ανισοτήτων σε σχέση με την υγεία, καθώς επίσης στους παράγοντες που σχετίζονται με τέτοιου είδους ανισότητες και την σπουδαιότητα διερεύνησης του μεγέθους των ανισοτήτων αυτών και στην σπουδαιότητα των δεικτών κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος.

### **2.1. Υγεία**

Ο επιστημονικά κοινά αποδεκτός ορισμός διατυπώθηκε το 1948 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και περιγράφει την Υγεία ως την: «Κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς την απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας» (WHO, 2006).

Εντούτοις, η υγεία είναι δύσκολο να μετρηθεί κυρίως τόσο εξαιτίας της πολυπλοκότητας της έννοιας «ευεξία» όσο και εξαιτίας της απαίτησης υποκειμενικών εκτιμήσεων, οι οποίες έρχονται σε αντίθεση με τους αντικειμενικούς δείκτες (Scriven, 2010). Η ολιστική αντίληψη για την υγεία συνδέει τις έννοιες σώμα-ψυχή και θέτει ως κεντρικό σημείο του ορισμού της υγείας την έννοια της δυναμικής ισορροπίας, δηλαδή της ισορροπίας βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών, κοινωνικών παραγόντων και παραγόντων που σχετίζονται με τη συμπεριφορά (Τούντας, 2010).

### **2.2. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία**

Η ανισότητα στην υγεία είναι ο γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να οριστούν οι παρατηρούμενες διαφορές στην υγεία, τόσο σε σχέση με ατομικά χαρακτηριστικά, όσο και σε χαρακτηριστικά υποομάδων του πληθυσμού. Πώς η στέρηση επηρεάζει τη δημιουργία ανισοτήτων στην υγεία; Η απάντηση στο ερώτημα αυτό εξαρτάται από το τι ορίζεται ως "στέρηση" (Kawachi, Subramanian & Almeida-Filho, 2002).

Η έννοια της στέρησης αναφέρεται σε συγκεκριμένες συνθήκες, όπως για παράδειγμα το μειωμένο εισόδημα, η αδυναμία ένδυσης ή στέγασης, οι οικιακές εγκαταστάσεις, η εκπαίδευση, καθώς επίσης και οι κοινωνικές δραστηριότητες. Η ύπαρξη διαφόρων μορφών στέρησης έχει ως αποτέλεσμα οι άνθρωποι να υφίστανται πολλαπλές μορφές στέρησης (Yuan & Wu, 2014). Η μέτρηση της πολυδιάστατης στέρησης είναι σημαντική για τον εντοπισμό των υποομάδων του πληθυσμού με το μεγαλύτερο μειονέκτημα ή των πλέον υποβαθμισμένων γειτονιών, με σκοπό τη βελτίωση της ΠΖ των πολιτών που ζουν σε αυτές (Yuan & Wu, 2014).

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αναφέρονται στις συστηματικές διαφορές στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Όταν παρουσιάζονται τρία χαρακτηριστικά σε συνδυασμό, είναι η ειδοποιός διαφορά μεταξύ αυτού που θα εκλάμβανε κανείς ως απλή διακύμανση στην υγεία και της κοινωνικής ανισότητας στην υγεία. Όταν οι παρατηρούμενες διαφορές είναι συστηματικές, προϊόν κοινωνικών διεργασιών (και ως εκ τούτου τροποποιήσιμες) και άδικες (WHO, 2006).

Το πρώτο χαρακτηριστικό αναφέρεται στο συστηματικό μοτίβο των διαφορών στην υγεία. Αυτές οι διαφορές δεν κατανέμονται τυχαία, αλλά παρουσιάζουν ένα σταθερό πρότυπο. Ένα από τα πιο ενδεικτικά παραδείγματα είναι οι συστηματικές διαφορές στην υγεία μεταξύ διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων του πληθυσμού. Το δεύτερο χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι ότι πρόκειται για διαφορές στην υγεία οι οποίες έχουν ρίζες σε κοινωνικές διεργασίες και δεν πρόκειται απλά για διαφορές οι οποίες καθορίζονται βιολογικά. Το τρίτο χαρακτηριστικό γνώρισμα των κοινωνικών ανισοτήτων είναι ότι αποτελούν διαφορές οι οποίες θεωρούνται ευρέως ως αθέμιτες, επειδή δημιουργούνται και συντηρούνται από αυτό που οι Evans & Peters (2001) έχουν αποκαλέσει «Άδικη Κοινωνική Διάρθρωση» (Unjust Social Arrangements), και οι οποίες προσβάλλουν βασικές έννοιες δικαιοσύνης (WHO, 2006).

### **2.3. Κοινωνική θέση**

Το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του εντάσσεται σε διάφορες κοινωνικές ομάδες, καταλαμβάνοντας συγκεκριμένη κοινωνική θέση. Οι κοινωνικές θέσεις, αποδίδονται στα



άτομα με βάση τα κοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Τα κοινωνικά χαρακτηριστικά μπορούν να κατανεμηθούν σε τουλάχιστον δύο βάσεις: τα δοτά χαρακτηριστικά και τα επίκτητα χαρακτηριστικά. Τα δοτά ή εκ γενετής χαρακτηριστικά είναι αυτά που υπάρχουν κατά τη γέννηση ή ανατίθενται από άλλους και έτσι το άτομο έχει μικρό ή καθόλου έλεγχο, όπως για παράδειγμα το φύλο, το χρώμα του δέρματος, η καταγωγή και η κοινωνική κατάσταση των γονέων. Τα επίκτητα χαρακτηριστικά είναι αυτά που το άτομο έχει κερδίσει ή έχει επιλέξει, όπως για παράδειγμα το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, το εισόδημα. Για την ένταξη του ατόμου σε συγκεκριμένη κοινωνική θέση λαμβάνονται υπόψη, τόσο τα δοτά χαρακτηριστικά, όσο και τα επίκτητα- αφού δεν λειτουργούν ανεξάρτητα, αλλά το ένα προσδιορίζει το άλλο (Scott, 2013; Neckerman & Torche, 2007).

#### **2.4. Κοινωνική διαβάθμιση**

Συνήθως, παρατηρείται μια κλιμακωτή, αν όχι ακόμα και γραμμική, φθίνουσα τάση στην κατάσταση υγείας όσο χαμηλότερη η κοινωνική θέση του ατόμου- δεν πρόκειται απλά για την περίπτωση όπου η κακή κατάσταση υγείας περιορίζεται σε μια μεμονωμένη κοινωνική ομάδα στα άκρα της κλίμακας, ενώ όλες οι υπόλοιπες ομάδες χαίρουν σχετικά καλά επίπεδα υγείας – αυτό το φαινόμενο αναφέρεται ως κοινωνική διαβάθμιση (WHO, 2006).

Μερικές φορές, ο αντίκτυπος της κοινωνικής διαβάθμισης στην υγεία εκφράζεται ως αποδιδόμενο έλλειμμα (shortfall) – το οποίο ουσιαστικά εκφράζεται ως ο αριθμός των ζώων που δεν θα είχαν απολεσθεί, εάν όλες οι ομάδες στην κοινωνία απολάμβαναν το ίδιο υψηλό επίπεδο υγείας, όπως και η ομάδα στην πιο πλεονεκτική θέση (WHO, 2006). Παράδειγμα αποτελεί μια μελέτη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (2012), στην οποία συμμετείχαν 179 χώρες και έδειξε ότι, όσο χαμηλότερο είναι το εισόδημα, τόσο μεγαλύτερο το έλλειμμα στο προσδόκιμο επιβίωσης. Συγκεκριμένα, το έλλειμμα στο προσδόκιμο επιβίωσης σε γυναίκες στην ομάδα χωρών με το χαμηλότερο εισόδημα, ήταν γύρω στα 26,7 χρόνια, σε σχέση με γυναίκες- οι οποίες ανήκαν σε ομάδες χωρών με το μεγαλύτερο εισόδημα (Hosseinpoor et al., 2012). Στην Ουγγαρία ο κίνδυνος θανάτου μεταξύ μεσήλικων ανδρών σε χειρωνακτικό επάγγελμα ήταν 165% υψηλότερος, συγκριτικά με άνδρες στην ίδια ηλικία, οι οποίοι εργοδοτούνταν σε μη χειρωνακτικό επάγγελμα (Mackenbach, 2006). Αυτές οι

πολύ μεγάλες σχετικές διαφορές σχετίζονται άμεσα με τα υψηλά ποσοστά θανάτου στην Ουγγαρία και έχουν ως αποτέλεσμα εξαιρετικά μεγάλες διαφορές στη θνησιμότητα, μεταξύ υψηλότερων και χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων (Mackenbach, 2006).

### **Κεφάλαιο 3 – ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΙΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ**

Το κεφάλαιο αυτό επικεντρώνεται σε μια σύντομη ιστορική αναδρομή σε σχέση με τις κοινωνικές ανισότητες και τις προσεγγίσεις τους, καθώς επίσης και με τους παράγοντες που πιθανόν να τις προκαλούν. Στο επόμενο κεφάλαιο, γίνεται σημαντική αναφορά για τη σπουδαιότητα της διερεύνησης του μεγέθους και της έκτασης των κοινωνικών ανισοτήτων στην κοινοτική νοσηλευτική και στη δημόσια υγεία.

#### **3.1. Ιστορική αναδρομή των κοινωνικών ανισοτήτων σε σχέση με την υγεία**

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία βρίσκονται τα τελευταία έτη στο επίκεντρο των συζητήσεων και προβληματισμών σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, διεθνών οργανισμών καθώς και σε αυτό της επιστημονικής κοινότητας. Η έκθεση “Black Report” από το Βρετανικό Υπουργείο Εργασίας, η οποία δημοσιεύτηκε το 1980, ήταν η πρώτη έκθεση που κατέδειξε ότι οι κοινωνικές ανισότητες είναι σημαντικές για τον προσδιορισμό της υγείας. Αν και υπήρχε πάντα μια δημόσια ανησυχία για τη διαφορά κοινωνικής τάξης και θνησιμότητας, η έκθεση “Black Report” ήταν η πρώτη ανασκόπηση της υγείας του πληθυσμού (σε ηλικία εργασίας) της Βρετανίας. Ο αρχικός σκοπός της έκθεσης ήταν να μετρηθεί ο αντίκτυπος της “κακής” υγείας (ασθένειας) στο εργατικό δυναμικό (Macintyre, 1997). Ωστόσο, η έκθεση συγκλόνισε την κυβέρνηση αποκαλύπτοντας μια σαφή συσχέτιση μεταξύ ασθένειας και χαμηλότερης κοινωνικής τάξης. Σύμφωνα με την έκθεση, η θνησιμότητα του 1971 για τις ηλικίες 15–64 ετών ήταν διπλάσια στα άτομα των κατώτερων κοινωνικών τάξεων, από ότι στα άτομα της ανώτερης κοινωνικής τάξης. Οι συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται είναι σημαντικές για τον προσδιορισμό της υγείας και της ασθένειας, με ειδικότερη μνεία στην επίδραση της κοινωνικό-επαγγελματικής κατηγορίας στον προσδιορισμό του επιπέδου υγείας και στην ύπαρξη ανισοτήτων ως προς τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας μεταξύ των κατηγοριών (Pickett & Dorling, 2010, Gray, 1982).

Η έκθεση αυτή προσδιόρισε τέσσερις διαφορετικές πιθανές εξηγήσεις. Οι εξηγήσεις αυτές αφορούν το τεχνούργημα, την κοινωνική επιλογή, αλλά και πολιτιστικούς και υλικούς

παράγοντες. Η εξήγηση τεχνούργημα θεωρεί την ύπαρξη των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας ως απλά ένα τεχνούργημα του συστήματος μέτρησης που χρησιμοποιείται. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, κάθε διακύμανση της υγείας στις κοινωνικές τάξεις εξαρτάται από τον τρόπο μέτρησης, τόσο της υγείας, όσο και της κοινωνικής τάξης. Ωστόσο, οι ανισότητες αυτές εξακολουθούν να υπάρχουν ακόμη και όταν χρησιμοποιούνται διαφορετικές τεχνικές κατά τη μέτρηση της κοινωνικής τάξης. Θεωρείται, εν πάση περιπτώσει, ότι τα στατιστικά στοιχεία μπορούν στην πραγματικότητα να αναφέρουν την έκταση των ανισοτήτων στην τάξη και την υγεία (Macintyre, 1997; Gray, 1982).

Η δεύτερη εξήγηση για αυτές τις ανισότητες σε ότι αφορά στην υγεία είναι η κοινωνική επιλογή. Αυτή η θεωρία υποθέτει ότι οι άνθρωποι με ‘κακή’ υγεία θα ανήκουν στις χαμηλές κοινωνικές θέσεις, ενώ ένα υγιές άτομο είναι πιθανότερο να προχωρήσει στην κοινωνική τάξη. Αυτή η συνδυασμένη επίδραση συμβάλλει στις εμφανείς ανισότητες στον τομέα της υγείας. Στο πλαίσιο αυτής της ιδέας έχει γίνει διάκριση μεταξύ ‘άμεσης’ και ‘έμμεσης’ επιλογής υγείας. Η ‘άμεση’ είναι εκείνη κατά την οποία η υγεία και μόνο αποδίδεται στην κοινωνική κινητικότητα, ενώ η ‘έμμεση’ είναι εκείνη κατά την οποία μια άλλη ποιότητα εμπλέκεται στη διαδικασία κινητικότητας. Παρόλο που η ‘κακή’ υγεία μπορεί να έχει επίδραση στην κοινωνική κινητικότητα, είναι συχνά πολύ μικρή για να ληφθεί υπόψη οποιαδήποτε σημαντική διαφορά στην υγεία. Ωστόσο, όσον αφορά στη σημασία των κοινωνικών επιλογών ως επεξήγηση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, φαίνεται να διαδραματίζει ένα μικρό, αλλά σημαντικό ρόλο (UK Essays, 2018).

Οι δύο εναπομένουσες (πολιτισμικές και υλικές) εξηγήσεις των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας έχουν λάβει μεγάλη προσοχή. Η πολιτισμική εξήγηση προτείνει τα μέλη των χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων να επιλέγουν συχνά λιγότερο υγιεινό τρόπο ζωής (κάπνισμα, κατανάλωση μεγαλύτερων ποσοτήτων λιπαρών τροφών και λιγότερη άσκηση) σε σύγκριση με μέλη μεσαίων ή ανώτερων τάξεων, οδηγώντας έτσι σε συγκριτικά χειρότερη υγεία. Ωστόσο, παρόμοιες μορφές ‘κακής’ υγείας μπορούν να βρεθούν και σε άτομα που ακολουθούν έναν σχετικά υγιή τρόπο ζωής. Αν και δεν μπορεί να αμφισβητηθεί ότι υπάρχει μια συσχέτιση μεταξύ της επιλογής λιγότερο υγιούς τρόπου ζωής και της ‘κακής’ υγείας, δεν μπορεί να θεωρηθεί η πλήρης εξήγηση για την ύπαρξη ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Macintyre, 1997).

Ο τελευταίος παράγοντας πίσω από τις ανισότητες στον τομέα της υγείας που προσδιορίζεται από την Black Report είναι ο υλικός. Αυτή η εξήγηση τονίζει το ρόλο των οικονομικών παραγόντων στην κατανομή της ‘κακής’ υγείας. Μέσα σε αυτό θεωρείται ότι τα μέλη των χαμηλότερων κοινωνικών ομάδων αντιμετωπίζουν υλικούς περιορισμούς και κακές συνθήκες διαβίωσης που τους εμποδίζουν να ζήσουν έναν υγιή τρόπο ζωής. Αυτοί οι υλικοί περιορισμοί περιλαμβάνουν τη φτώχεια, την κακή στέγαση, τα χαμηλά εισοδήματα και την έλλειψη πόρων για την υγεία και την εκπαίδευση. Αυτή η θεωρία συμπίπτει με το επιχείρημα του Wilkinson (1997), ότι «η φτώχεια είναι ο σημαντικότερος καθοριστικός παράγοντας της υγείας». Η υλική επεξήγηση αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό ποσοστό ανισότητας μεταξύ των κοινωνικών τάξεων, ίσως περισσότερο από τις άλλες εξηγήσεις, αλλά για άλλη μια φορά δεν μπορεί να εξηγήσει όλους τους παράγοντες πίσω από τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία (UKEssays, 2018).

Η ερευνητική κοινότητα έχει προτείνει δύο προσεγγίσεις σε σχέση με την κατανόηση των διεργασιών πίσω από τις κοινωνικές ανισότητες, οι οποίες συχνά παρουσιάζονται ως αλληλοεξαρτώμενες: τη Ψυχοκοινωνική Προσέγγιση και την Υλική Προσέγγιση (neo-material). Σύμφωνα με την Ψυχοκοινωνική Προσέγγιση, η ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων όπως το άγχος, το αίσθημα ντροπής και αποδυνάμωσης, έχουν άμεσες επιπτώσεις στην υγεία, στην ποιότητα κοινωνικών σχέσεων, στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις και επομένως στην έκταση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας (Linsey, Linsey, Kane & Owen, 2011; Kavanagh, 2006).

Σύμφωνα με την Υλική Προσέγγιση (neo-material), οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία προέρχονται από τη διαφορετική κατανομή των πόρων και των κεφαλαίων. Η προσέγγιση αυτή, εστιάζεται στον τρόπο με τον οποίο οι αρνητικοί κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, σχετίζονται με τη δημιουργία άνισης πρόσβασης σε υλικά αγαθά, όπως φαγητό, στέγαση, μόρφωση, μετακίνηση (Linsey, Linsey, Kane & Owen, 2011; Whitehead, 2007; Kavanagh, 2006).

Συγκριτικές και εθνικές μελέτες χρονικών τάσεων δείχνουν ότι η ύπαρξη ανισοτήτων στον τομέα της υγείας δεν είναι μόνο καθολική, μεταξύ των Ευρωπαϊκών και μη Ευρωπαϊκών πληθυσμών, αλλά επίσης ότι έχει παραμείνει σταθερή ή ακόμη ότι αυξάνεται με την πάροδο

του χρόνου (Hiyoshi et al., 2013; Mirowsky & Ross, 2008; Kim & Durden, 2007; Kunst et al., 2005).

Έρευνες αναφορικά με τις ανισότητες στην υγεία, τις τελευταίες δεκαετίες, έχουν κάνει σημαντικές προσπάθειες για τον εντοπισμό συγκεκριμένων κοινωνικών, περιβαλλοντικών ή συμπεριφορικών παραγόντων (π.χ. επαγγελματική κατάσταση, φυσική δραστηριότητα), οι οποίοι εξηγούν τη σχέση μεταξύ κοινωνικής θέσης και υγείας (Lahelma et al., 2015; Hiyoshi et al., 2014; Hemström, 2005).

### **3.2. Παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική ανισότητα στην υγεία**

Παρά την εκτεταμένη βιβλιογραφία η οποία υπάρχει σχετικά με τις ανισότητες στην υγεία, δεν είναι ξεκάθαρες οι αιτίες οι οποίες τις προκαλούν, καθώς επίσης και η σημασία των διαφόρων παραγόντων στο βαθμό ύπαρξης των ανισοτήτων στην υγεία (Hammig & Bauer, 2013). Μερικοί από τους παράγοντες (Hämmig, Gutzwiller & Kawachi, 2014; Hämmig & Bauer, 2013; Hemström, 2005) είναι: το φυσικό περιβάλλον (ψηλά επίπεδα ρύπανσης, θόρυβος, γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού), το εργασιακό περιβάλλον (π.χ. εργασιακό στρες, υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον), οι συμπεριφορές υγείας (π.χ. κάπνισμα, αλκοόλ, παχυσαρκία, φυσική δραστηριότητα), το σύστημα υγείας (ποιότητα υπηρεσιών υγείας, πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας) και το κοινωνικό περιβάλλον (κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον, πρόσβαση σε κοινωνικούς πόρους).

Κάθε ένας από τους παράγοντες μπορεί να εξηγήσει, εν μέρει, την κοινωνική διαβάθμιση στην υγεία. Πολλές μελέτες έχουν διερευνήσει είτε εργασιακούς παράγοντες (Hammig & Bauer, 2013; Kaikkonen et al., 2009; Lahelma et al., 2009; Niedhammer et al., 2008; Rahkonen et al., 2006; Hemström, 2005; Borrell et al., 2004; Warren et al., 2004; Kristensen, Borg & Hannerz, 2002; Borg & Kristensen, 2000), είτε παράγοντες σχετικούς με συμπεριφορές υγείας (Laaksonen et al., 2008; McFadden et al., 2008), ή ακόμη συνδυασμό συμπεριφορικών, υλικών και εργασιακών παραγόντων (Khang et al., 2009; Skalicka et al., 2009; Molarius et al., 2006; Laaksonen et al., 2005; Oort, Lenthe & Mackenbach, 2005; Lenthe et al., 2004).

Η μελέτη των White et al. (2011), έδειξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικά υποβαθμισμένων περιοχών και ‘κακής’ αυτό-αναφερόμενης υγείας, Συγκεκριμένα, για κάθε μονάδα αύξησης της υποβάθμισης της περιοχής, οι ερωτηθέντες παρουσίαζαν 40% μεγαλύτερο κίνδυνο αναφοράς ‘μέτριας ή κακής’ υγείας (OR=1.40, CI:1.37, 1.43). Σύμφωνα με τους O’Campo et al. (2015), οι μεταβλητές οι οποίες αντιπροσωπεύουν στρεσογόνους περιβαλλοντικούς παράγοντες, αρνητικό περιβάλλον στη γειτονιά, ή ακόμη και υποβαθμισμένη/μειονεκτική περιοχή, σχετίζονται σταθερά με αρνητικά αποτελέσματα στην κατάσταση της υγείας. Όσο πιο μειονεκτική είναι μια περιοχή, τόσο χειρότερο το επίπεδο της υγείας του ατόμου στην περιοχή αυτή. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη μίας ή περισσότερων χρόνιων ασθενειών, συσχετίστηκαν με αυξημένη πιθανότητα αναφοράς ‘μέτριας ή κακής’ υγείας (OR= 6.68; CI: 6.10, 7.32) (White et al., 2011).

*Οι ανισότητες υγείας σε σχέση με το φύλο έχουν αποτελέσει μία έντονη πηγή κοινωνιολογικού ερευνητικού ενδιαφέροντος από τις αρχές της δεκαετίας του ’70 (Ντούνης, 2012). Έκτοτε, πολλές έρευνες και μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι υφίστανται ανισότητες σε σχέση με το φύλο στον τομέα της υγείας. Σύμφωνα με τις Case & Paxson (2005), οι γυναίκες αναφέρουν χειρότερα επίπεδα υγείας και περισσότερα επεισόδια εισαγωγών στο νοσοκομείο, σε σχέση με τους άνδρες στην εφηβική και μέση ηλικία, αλλά έχουν λιγότερες πιθανότητες θανάτου σε κάθε ηλικία. Οι Doblhammer et al. (2009), αναφέρουν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν μικρότερα επίπεδα θνησιμότητας και μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής από τους άνδρες, ενώ παράλληλα εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα νοσηρότητας καθώς και μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης οποιασδήποτε αναπηρίας.*

Στην μελέτη των Kaikkonen et al. (2009), φάνηκε ότι οι *εργασιακές ανισότητες* στην υγεία (self-rated health) ήταν σαφείς μεταξύ γυναικών [ (PR) 1,89, 95% (CI) 1,54 έως 2,32] και ανδρών (PR 1.78, 95% CI 1.40-2.25). Η βαριά σωματική εργασία εξηγεί το 50% των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας μεταξύ των γυναικών και σχεδόν το 30% των ανισοτήτων μεταξύ των ανδρών. Η εργασία με έκθεση σε φυσικές και χημικές ουσίες εξηγά ένα πέμπτο των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας μεταξύ των γυναικών και το ήμισυ των ανδρών.

Σύμφωνα με τους Cutler & LlerasMuney (2007), *άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης* είναι λιγότερο πιθανό να πεθάνουν από τις πιο κοινές οξείες και χρόνιες ασθένειες, και λιγότερο πιθανό να αναφέρουν άγχος ή κατάθλιψη. Άτομα με μεγαλύτερο επίπεδο

εκπαίδευσης έχουν μειωμένο κίνδυνο για καρδιακές παθήσεις κατά 2,2 ποσοστιαίες μονάδες (σε σχέση με μια βάση του 31%) και για διαβήτη 1,3 ποσοστιαίες μονάδες (σε σχέση με μια βάση του 7%). Επιπρόσθετα, τα άτομα αυτά αναφέρουν θετικές για την υγεία συμπεριφορές. Φαίνεται πως είναι λιγότερο πιθανόν να καπνίζουν, να καταναλώνουν αλκοόλ, να είναι υπέρβαροι και να κάνουν χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Cutler & LlerasMuney, 2007) .



## **Κεφάλαιο 4 – ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΤΟΥ ΜΕΓΕΘΟΥΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΚΤΑΣΗΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΝΙΣΟΤΗΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ**

Οι κοινωνικές ανισότητες υπάρχουν σε όλες σχεδόν τις χώρες και αποτελούν τη σημαντικότερη πρόκληση ως προς τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια. Η όποια βελτίωση στο προσδόκιμο ζωής μιας χώρας, για παράδειγμα, συχνά παρεμποδίζεται από το μέγεθος των ανισοτήτων που ενδεχομένως υπάρχουν μεταξύ των επιμέρους πληθυσμιακών ομάδων στη χώρα αυτή.

### **Έρευνα**

Παρόλο που η υγεία του συνολικού πληθυσμού στις περισσότερες χώρες του κόσμου βελτιώνεται, ο ρυθμός βελτίωσης δεν είναι ο ίδιος για όλες τις κοινωνικές ομάδες. Το χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς συνεχίζει να αυξάνει. Αυτό το κοινωνικό πρότυπο της νόσου είναι παγκόσμιο, αν και ο βαθμός και η έκτασή του διαφέρουν από χώρα σε χώρα (Hämmig & Bauer, 2013).

Η αντιστροφή αυτών των τάσεων αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της εποχής (Τούντας, 2010). Για αυτό και ο ΠΟΥ έχει θέσει σε άμεση προτεραιότητα την επίτευξη ισονομίας και δικαιοσύνης στην υγεία (NICE, 2012; CSDH, 2008; Mackenbach, 2006; WHO, 2006).

Στην Κύπρο δεν υπάρχει καμία μελέτη που να έχει ερευνήσει το θέμα των κοινωνικών ανισοτήτων και της επίδρασής τους στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Η συγκεκριμένη μελέτη διερευνά την επίδραση των κοινωνικών ανισοτήτων μόνο σε μια πόλη και μόνο σε σχέση με την ποιότητα ζωής, αλλά αποτελεί την αρχή έτσι ώστε να ευαισθητοποιηθούν και άλλοι ερευνητές για μελλοντικές μελέτες με νέα ερευνητικά ερωτήματα στην ποιότητα ζωής, την επίδραση του φύλου, της κοινωνικής τάξης κ.α. Επιπρόσθετα αποτελεί το έναυσμα για μελέτη και άλλων πόλεων, πέραν της πόλης της Λεμεσού.

### **Καθημερινή πρακτική δημόσιας υγείας και νοσηλευτικής στη κοινότητα**

Η ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία αποτελεί πρόκληση για τη δημόσια υγεία. Παράλληλα η δημόσια υγεία αποτελεί πυρήνα εργασίας για όλους τους νοσηλευτές. Οι

νοσηλευτές αντιμετωπίζουν καθημερινά τις συνέπειες των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και την ευημερία των κοινοτήτων που φροντίζουν, όπως για παράδειγμα η ελλιπής πρόσβαση σε υπηρεσίες φροντίδας υγείας και τα αυξημένα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας. Λόγω του ότι οι νοσηλευτές βιώνουν την επίδραση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων στην υγεία, τόσο των ασθενών στους οποίους παρέχουν φροντίδα όσο και στο ευρύτερο πληθυσμό, έχουν σαφές μερίδιο στην αναγνώριση και αντιμετώπιση των αιτιών ‘κακής’ υγείας. Το 2012, το RCN δημοσίευσε την ‘Κοινοτική προσέγγιση για την βελτίωση της δημόσιας υγείας: Κοινοτική ανάπτυξη για κοινοτικούς νοσηλευτές’, στο οποίο αναγνωρίστηκε η σημασία της συνεργασίας με ανθρώπους για την αναγνώριση και λύση προβλημάτων που επηρεάζουν την κοινότητα τους. Η προσέγγιση της κοινοτικής ανάπτυξης υιοθετεί μια ευρεία θετική βάση θεώρησης της υγείας, αντί της επικέντρωσης στις ασθένειες και συμπεριλαμβάνει αξιολόγηση των κοινωνικών πτυχών οι οποίες καθορίζουν την υγεία και την ευημερία (π.χ. στέγαση, φτώχεια, επίπεδο εκπαίδευσης). Η ενδυνάμωση των ατόμων να πάρουν τον έλεγχο της ζωής τους θα βοηθήσει σημαντικά στο να πάρουν τον έλεγχο και της υγείας τους, έχοντας τη νοσηλευτική παρουσία δίπλα τους (Royal College of Nursing, 2012).

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της υγείας των κοινοτήτων και της κοινωνίας, με ποικίλους τρόπους. Μπορούν να πραγματοποιούν άμεσες παρεμβάσεις τόσο για άτομα, όσο και για οικογένειες, αλλά και στην κοινότητα γενικότερα-διαδραματίζοντας πολλαπλούς ρόλους (ρόλο εκπαιδευτή, σύμβουλου, συνηγόρου, ηγέτη). Ως η κύρια ομάδα επαγγελματιών υγείας, η οποία παρέχει φροντίδα υγείας σε όλα τα επίπεδα (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), αλλά και σε θέσεις προκλήσεις, οι νοσηλευτές μπορούν να διασφαλίσουν την προαγωγή της ισότητας, της πρόσβασης στην φροντίδα υγείας και την ποιότητα στην έκβαση της φροντίδας (Royal College of Nursing, 2012; Forbes, 2000) .

Παράλληλα, οι νοσηλευτές στην κοινότητα, ενθαρρύνουν την υιοθέτηση στάσεων και συμπεριφορών, οι οποίες συμβάλλουν στην συνολική υγεία του πληθυσμού μέσω της δημόσιας πολιτικής, μέσω ανάληψης δράσης στην κοινότητα, μέσω της συμμετοχής του κοινού, με τη δράση τους σε περιβαλλοντικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες της

υγείας, αλλά και με τη δράση τους στις ανισότητες της υγείας (Canadian Public Health Association, 2010).

Οι κοινοτικοί νοσηλευτές θα μπορούσαν να γεφυρώσουν τα κενά μεταξύ κλινικής και δημόσιας υγείας, εξασφαλίζοντας βέλτιστη ευημερία για τις κοινότητες και τους πληθυσμούς. Η κοινοτική νοσηλευτική παραμένει ο κλάδος με την μεγαλύτερη πειθαρχία στον τομέα της δημόσιας υγείας, εξασφαλίζοντας με συνέπεια την ηγεσία σε ένα αναστατωμένο περιβάλλον του συστήματος υγείας. Καθώς οι νοσηλευτές στην κοινότητα συνεχίζουν να κινούνται πέρα από τα παραδοσιακά περιβάλλοντα δημόσιας υγείας και ενσωματώνουν την πρακτική τους με τα κοινοτικά συστήματα, η αξία και η δύναμή τους συνεχίζουν να εξελίσσονται (UK Department of Health, 2008).

Η ευαισθητοποίηση της κοινότητας αποτελεί βασική πτυχή της πρόληψης και προαγωγής της υγείας (Fooladi, 2015). Η συγκεκριμένη μελέτη θα ευαισθητοποιήσει τους επαγγελματίες υγείας, κυρίως αυτούς που δρουν στη κοινότητα, σχετικά με την επίδραση των κοινωνικών ανισοτήτων στην ποιότητα ζωής των πολιτών.

## **Πολιτική Υγείας**

Το μέγεθος των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας ποικίλει μεταξύ των χωρών, εντός των χωρών και μεταξύ των δύο φύλων. Αυτό υποδηλώνει ότι αυτές οι ανισότητες εξαρτώνται, τόσο από την κοινωνική πολιτική του κράτους, όσο και από χαρακτηριστικά του ατόμου- και ως εκ τούτου είναι πιθανό να είναι τροποποιήσιμες (Mackenbach, 2012).

Η περιγραφή και ανάλυση των στοιχείων ξεχωριστά για τα δύο φύλα είναι απαραίτητη διότι, τόσο το μέγεθος, όσο και τα αίτια των παρατηρούμενων κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, είναι ενίοτε διαφορετικά ανάμεσα στα δύο φύλα (Bor et al., 2015; Palencia et al., 2014; García-Calvente et al., 2012). Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας όπου υπάρχουν αυτές οι διαφορές να αναγνωρίζονται και να λαμβάνονται υπόψη κατά την ανάπτυξη στρατηγικών για την καταπολέμηση των ανισοτήτων στην υγεία. Οι ανισότητες μεταξύ των δύο φύλων στον τομέα της υγείας είναι, ως επί το πλείστον κοινωνικά παραγόμενες, και ως εκ τούτου μπορούν να βελτιωθούν μέσω μιας σειράς αλλαγών (Palencia et al., 2014).

Είναι σημαντική η ανάλυση των συστηματικών διαφορών στην υγεία μεταξύ των φύλων να λαμβάνει υπόψη και την κοινωνική θέση, λόγω του ότι οι αιτίες ενδέχεται να διαφέρουν στα διάφορα κοινωνικά στρώματα του πληθυσμού. Για παράδειγμα, οι γυναίκες από τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα μπορεί να υφίστανται διακρίσεις, τόσο επειδή είναι γυναίκες, όσο και λόγω της κοινωνικής τους θέσης. Οι ανισότητες της υγείας οι οποίες οφείλονται σε αυτή την αποκαλούμενη «διπλή επιβάρυνση» (double burden) μπορεί να χρειάζονται διαφορετικές στρατηγικές αντιμετώπισης, από αυτές που σχεδιάστηκαν για την αντιμετώπιση διαφορών μεταξύ των φύλων στην περίπτωση γυναικών από τα πιο εύπορα στρώματα του πληθυσμού (Dahlgren & Whitehead, 2007; WHO, 2006). Η παρούσα τάση να μην συμπεριλαμβάνεται το φύλο στις αναλύσεις των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, και αντίστροφα, δηλαδή να παραμελείται η κοινωνική θέση στη διερεύνηση διαφορών μεταξύ των φύλων, θα πρέπει να αντικατασταθεί από μια συνδυαστική προσέγγιση η οποία να λαμβάνει υπόψη τόσο την κοινωνική θέση όσο και το φύλο.

Η σημαντικότητα της μελέτης φαίνεται και από το γεγονός ότι η Κύπρος ως χώρα δεν βασίζεται σε κάποιο δείκτη κοινωνικής ανισότητας. Είναι γεγονός όμως ότι ό,τι δεν ‘βλέπουμε’, δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει κιόλας.

## **Κεφάλαιο 5 – ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

Κρίθηκε απαραίτητο να διενεργηθεί συστηματική ανασκόπηση, της πρόσφατης βιβλιογραφίας για εντοπισμό μελετών, οι οποίες είχαν στόχο τη διερεύνηση των κοινωνικών ανισοτήτων, χρησιμοποιώντας το εργαλείο αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΖ SF36. Σε αυτή την ενότητα παρουσιάζεται αρχικά ο σκοπός της συστηματικής ανασκόπησης, η στρατηγική αναζήτησης, τα κριτήρια επιλογής και απόρριψης και στη συνέχεια τα αποτελέσματα. Έπειτα, ακολουθεί το ειδικό μέρος, στην αρχή του οποίου αναφέρεται ο σκοπός της παρούσας μελέτης.

### **5.1. Σκοπός**

Σκοπός της συγκεκριμένης ανασκόπησης είναι η εύρεση μελετών (μελέτες πληθυσμιακού επιπέδου ή στην κοινότητα) στη βιβλιογραφία, οι οποίες έχουν χρησιμοποιήσει το εργαλείο SF36 με σκοπό να διερευνήσουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στο γενικό πληθυσμό.

### **5.2. Στρατηγική αναζήτησης**

Διεξήχθη συστηματική ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας στη βάση δεδομένων SCOPUS. Η σύνθετη αναζήτηση κτίστηκε σε ένα επίπεδο αναζήτησης, με τις λέξεις κλειδιά SF – 36 OR SF 36 OR SF36 OR Short Form 36. Επιλέγηκαν μόνο ερευνητικές μελέτες. Τα χρονολογικά πλαίσια της αναζήτησης ήταν από τον Ιούνιο του 2016 μέχρι τον Μάρτιο του 2017. Επιλέγηκε να γίνει αναζήτηση μόνο στη βάση δεδομένων SCOPUS, λόγω του πολύ μεγάλου αριθμού μελετών που προέκυψε (5815) και επιπρόσθετα, λόγω του ότι η συγκεκριμένη βάση δεδομένων καλύπτει ένα μεγάλο φάσμα μελετών. Η στρατηγική αναζήτησης έγινε και από δεύτερο ερευνητή με σκοπό τη διασφάλιση της ποιότητας των μελετών καθώς επίσης και ότι καμία μελέτη δεν έχει ξεφύγει της αναζήτησης.

### 5.3.Κριτήρια καταλληλότητας

<i>Κριτήρια επιλογής</i>	<i>Κριτήρια αποκλεισμού</i>
Χρόνος διεξαγωγής της μελέτης 2011-2017	Χρόνος διεξαγωγής της μελέτης πριν το 2011
Χώρος διεξαγωγής της μελέτης: Ευρωπαϊκή χώρα*, είτε η μελέτη έχει εθνική εμβέλεια είτε αφορά συγκεκριμένη περιοχή, πόλη κτλ	Χώρες εκτός Ευρώπης ή άλλες αναπτυσσόμενες χώρες
Μελέτες οι οποίες χρησιμοποίησαν το εργαλείο εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής SF36, ανεξαρτήτως εάν χρησιμοποιήθηκαν παράλληλα και άλλα εργαλεία εκτίμησης της ΠΖ και σχετικών εννοιών. Μελέτες συμπεριλήφθηκαν ανεξαρτήτως εάν χρησιμοποίησαν τις 8 υποκλίμακες του SF36 μόνο ή τις δυο συνολικές κλίμακες/συνοπτικά σκορ της σωματικής και ψυχικής υγείας μόνο (physical και mental component scores), νοούμενου ότι εμπίπτουν στο βασικό ερευνητικό ερώτημα (κοινωνική διαβάθμιση στη ΠΖ) και πληρούσαν παράλληλα άλλα κριτήρια καταλληλότητας	Μελέτες οι οποίες μέτρησαν την ποιότητα ζωής μόνο με άλλα εργαλεία ή χρησιμοποίησαν κάποια άλλη έκδοση του Medical Outcome Survey SF.
Μελέτες στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα	Μελέτες σε άλλη γλώσσα
Μελέτες των οποίων το κύριο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε τη διερεύνηση της ποιότητα ζωής σε γενικό «υγιή» πληθυσμό ανεξαρτήτως εάν η δειγματοληψία διενεργήθηκε στη κοινότητα ή από κλινικό περιβάλλον κτλ, και ανεξαρτήτως εάν περιόρισαν τη διερεύνηση σε συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα ή ένα από τα δυο φύλα. Συμπεριλήφθηκαν μελέτες οι οποίες αφορούσαν μεν σε	Μελέτες για τις οποίες η ποιότητα ζωής δεν ήταν η βασική έννοια υπό μελέτη ή δεν αφορούσαν σε γενικό πληθυσμό αλλά σε ειδική ομάδα πληθυσμού.

<p>ειδικό δείγμα του πληθυσμού αλλά με χαρακτηριστικά «γενικού πληθυσμού»</p>	
<p>Συμπεριλήφθηκαν μελέτες με (α) αμιγώς περιγραφικό χαρακτήρα, δηλαδή μελέτες που κύριο στόχο είχαν τον υπολογισμό πληθυσμιακών νορμών για το συγκεκριμένο πληθυσμό υπό μελέτη) ή/και (β) μελέτες οι οποίες στόχο είχαν την διερεύνηση της κοινωνικής διαβάθμισης στη ΠΖ και παρουσιάζουν δεδομένα για τη ΠΖ ως προς κάποιο δείκτη κοινωνικής θέσης (είτε ατομικούς όπως εκπαίδευση, εισόδημα, επαγγελματική τάξη, είτε οικολογικούς δείκτες του ΚΟ μειονεκτήματος της περιοχής διαμονής, είτε άλλους δείκτες υλικής στέρησης και κοινωνικού αποκλεισμού) ή/και (γ) μελέτες οι οποίες διερεύνησαν διαφορές στη ΠΖ ως προς το φύλο ή/και (δ) μελέτες οι οποίες διερεύνησαν τη συσχέτιση συμπεριφορών υγείας και παραγόντων του τρόπου ζωής (π.χ. κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα) αλλά και σχετικών παραγόντων (π.χ παχυσαρκία) με την ποιότητα ζωής. Τέλος, μελέτες στις οποίες η διερεύνηση της κοινωνικής διαβάθμισης στη ΠΖ δεν ήταν μεν το κύριο ερώτημα, αλλά οι οποίες στο πλαίσιο της διερεύνησης της συσχέτισης της ΠΖ με διάφορους άλλους παράγοντες συμπεριέλαβαν κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες και παράγοντες του τρόπου ζωής ως πιθανούς συγχυτές, συμπεριλήφθηκαν νοουμένου ότι στο άρθρο εμφανίζονταν ξεχωριστά τα δεδομένα ως προς τους δείκτες κοινωνικής θέσης.</p> <p>Μελέτες οι οποίες διερεύνησαν έννοιες και παράγοντες σχετικούς με τη κοινωνική θέση (π.χ. ανεργία) και τις συμπεριφορές υγείας</p>	<p>Μελέτες που ενώ αξιολόγησαν την ποιότητα ζωής, η ποιότητα ζωής ή/και η παρατηρούμενη κοινωνική διαβάθμιση συμπεριλαμβανομένου του φύλου, δεν ήταν τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα. Μελέτες στις οποίες η ποιότητα ζωής δεν ήταν η κύρια έκβαση υπό μελέτη δεν συμπεριλήφθηκαν.</p>

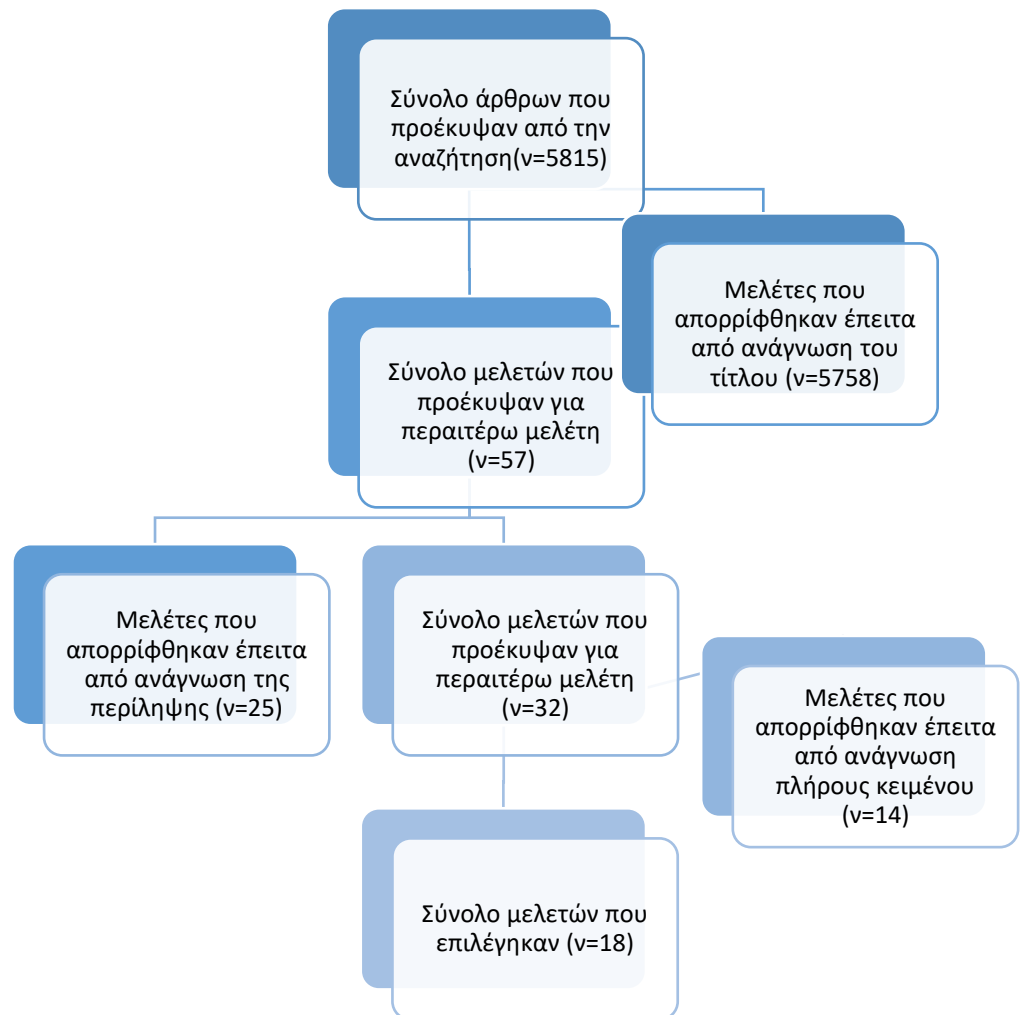
<p>(π.χ. κίνδυνος διαβήτη όπως Väätäinen et al. 2016) αξιολογήθηκαν κατά περίπτωση, και συμπεριλήφθηκαν κατ 'εξάιρεση νοουμένου ότι πληρούσαν παράλληλα άλλα κριτήρια καταλληλότητας</p>	
<p>Ερευνητικές μελέτες με πρωτογενή δεδομένα ανεξαρτήτως μεθοδολογικού σχεδιασμού (περιγραφικές μελέτες συσχέτισης ή σύγκρισης είτε συγχρονικές είτε διαχρονικές ή/και μελέτες με πειραματικό σχεδιασμό νοουμένου ότι παρουσιάζουν στοιχεία για την ΠΖ στο σημείο αναφοράς)<sup>†</sup></p>	<p>Άλλες μελέτες: Ανασκοπήσεις, editorials κτλ ή και ερευνητικές μελέτες με μεθοδολογικό χαρακτήρα.</p>

\* Συγκεκριμένα, με στόχο να διασφαλιστεί ότι δεν θα ξεφύγει κάποια μελέτη από τις μελέτες της αρχικής δεξαμενής μελετών, προστέθηκαν επιπλέον των όρων αναζήτησης τα τυποποιημένα φίλτρα της βάσης δεδομένων scopus, έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι δεν χάθηκε καμία μελέτη που να προέρχεται από τις χώρες αυτές (United Kingdom, Germany, Netherlands, Turkey, Italy, Spain, Sweden, France, Norway, Switzerland, Denmark, Belgium, Poland, Austria, Greece, Finland, Israel, Portugal, Russian Federation, Serbia, Ireland, Croatia, Slovakia, Czech Republic, Hungary, Iceland, Romania, Luxembourg, Cyprus, Malta).



#### 5.4. Αποτελέσματα

Η αναζήτηση οδήγησε στην επιλογή 5815 άρθρων. Από αυτά, τα 5758 απορρίφθηκαν έπειτα από ανάγνωση του τίτλου, τα 25 έπειτα από ανάγνωση της περίληψης και τα 5 έπειτα από την ανάγνωση του πλήρους κειμένου. Εντοπίστηκαν συνολικά 18 ερευνητικές μελέτες (Γράφημα 1), οι οποίες τηρούσαν τα κριτήρια καταλληλότητας. Δεν εντοπίστηκε κάποιο άρθρο στην Ελληνική γλώσσα, το οποίο να πληροί τα κριτήρια καταλληλότητας.



**Γράφημα 1:** Διάγραμμα-ροής των αποτελεσμάτων της στρατηγικής αναζήτησης

#### **5.4.1. Περιγραφικά στοιχεία των μελετών**

Τα περιγραφικά στοιχεία των μελετών που επιλέγηκαν φαίνονται στον Πίνακα 1. Συγκεκριμένα περιλαμβάνονται πληροφορίες που αφορούν στο χρόνο, χώρα, σκοπό, σχεδιασμό, δειγματοληψία, τρόπος διεξαγωγής, εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε, καθώς επίσης και συγκρίσεις ή άλλες έννοιες που μελετήθηκαν σε κάθε έρευνα.

#### **Χρόνος, χώρα και σκοπός των μελετών**

Ο τελικός αριθμός των μελετών, αφορά μελέτες με χρόνο διεξαγωγής από το 2012 μέχρι και το 2017.

Η αναζήτηση οδήγησε σε ποικιλομορφία μελετών, όσο αφορά στη χώρα διεξαγωγής. Συγκεκριμένα η επιλογή των 18 μελετών περιλαμβάνει χώρες όπως η Νορβηγία (Garratt & Staven, 2017), η *Πορτογαλία* (Prata et al. 2016; Wanderley et al. 2011), η *Φινλανδία* (Pietiläinen et al., 2012; Väätäinen et al., 2016; Korhonen et al., 2014), η *Ισπανία* (González-Rubio et al., 2016; Otero-Rodríguez et al., 2012), η *Αγγλία* (Bell & Britton, 2014; Mavaddat et al., 2011), η *Γαλλία* (Coste et al., 2014; Audureau, Rican & Coste, 2013; Delpierre et al., 2012), η *Πολωνία* (Żołnierczuk-Kieliszek et al., 2014; Dorynska et al., 2012), η *Ελλάδα* (Theodoropoulou et al., 2013), η *Ρωσία* (Dorynska et al., 2012), η *Λιθουανία* (Dorynska et al., 2012), η *Ολλανδία* (Bosma et al., 2012), η *Ιρλανδία* (Lente et al., 2012) και η *Τσεχική Δημοκρατία* (Dorynska et al., 2012).

Σκοπός των μελετών είναι η διερεύνηση της ΠΖ σε σχέση με διάφορες καταστάσεις υγείας ή ακόμη και σε σχέση με διάφορες συμπεριφορές υγείας, χρησιμοποιώντας ως κύριο εργαλείο το εργαλείο εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΖ SF36.

#### *Μεθοδολογία των μελετών*

Στην πλειοψηφία των μελετών, είχαν ως σχεδιασμό μελέτης τη Συγχρονική μελέτη (Garratt & Staven, 2017; Väätäinen et al., 2016; Coste et al., 2014; Korhonen et al., 2014; Żołnierczuk-Kieliszek et al., 2014; Theodoropoulou et al., 2013; Dorynska et al., 2012; Lente et al., 2012; Mavaddat et al., 2011). Στις συγχρονικές μελέτες αν και υπάρχει η διάσταση του χρόνου, η συλλογή των δεδομένων γίνεται σε μια δεδομένη χρονική στιγμή, έτσι δίνεται η ευκαιρία να διερευνηθούν ταυτόχρονα ομάδες του πληθυσμού οι οποίες

διαφέρουν ως προς το στάδιο εξέλιξης ή εμπειρίας (Μερκούρης, 2008). Επιπλέον, δυο μελέτες είχαν ως σχεδιασμό την περιγραφική μελέτη συσχέτισης (Delpierre et al., 2012; Wanderley et al., 2011), μία την περιγραφική μελέτη (González-Rubio et al., 2016), μία μελέτη τη διερεύνηση σχέσεων (Audureau, Rican & Coste, 2013) μία τη μελέτη πάνελ (Pietiläinen et al., 2012), μία την προοπτική μελέτη (Prata et al., 2016), και τέσσερις τη μελέτη κοορτής (Bell & Britton, 2014; Bosma et al., 2012; Otero-Rodríguez et al., 2012; Mavaddat et al. 2011).

Στο μεγαλύτερο αριθμό μελετών και συγκεκριμένα σε επτά (7), ο τρόπος συλλογής των δεδομένων έγινε μέσω συνέντευξης (Prata et al., 2016; Väättäinen et al., 2016; González-Rubio et al., 2016; Bell & Britton, 2014; Coste et al., 2014; Lente et al., 2012; Wanderley et al., 2011). Κάποιοι ερευνητές επέλεξαν για την μελέτη τους η συλλογή των δεδομένων να γίνει με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων από τους ίδιους τους συμμετέχοντες (Żolnierczuk-Kieliszek et al., 2014; Dorynska et al., 2012; Bosma et al., 2012; Pietiläinen et al., 2012), ενώ κάποιοι άλλοι επέλεξαν το συνδυασμό συνέντευξης και αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου (Garratt & Staven, 2017; Audureau, Rican & Coste, 2013; Delpierre et al. 2012) ή συνέντευξης και κλινικής εξέτασης (Prata et al. 2016; Korhonen et al., 2014; Otero-Rodríguez et al. 2012) ή αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου και κλινική εξέταση (Mavaddat et al. 2011), ή ακόμη αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου, συνέντευξη και κλινική εξέταση (Theodoropoulou et al., 2013).

Το μέγεθος των μονάδων ήταν πολύ μικρότερο σε κάποιες μελέτες, σε σχέση με άλλες. Συγκεκριμένα στις μελέτες των Wanderley et al. (2011) και González-Rubio et al. (2016) το μέγεθος του δείγματος αποτέλεσαν 85 και 231 άτομα, αντίστοιχα. Αντίθετα, στις μελέτες Dorynska et al. (2012) και Delpierre et al. (2012), το μέγεθος του δείγματος ήταν πολύ μεγαλύτερο, με πληθυσμό 34431 και 21785, αντίστοιχα. Στο σύνολο των μελετών, ποσοστό 28% έχει πληθυσμό κάτω των 1000 ατόμων, ενώ το 44% των μελετών είχε δείγμα άνω των 5000 ατόμων.

Το είδος της δειγματοληψίας διέφερε ανάμεσα στις μελέτες. Σε κάποιες μελέτες το είδος της δειγματοληψίας ήταν η στρωματοποιημένη δειγματοληψία (Coste et al., 2014; Delpierre et al., 2012), σε κάποιες η δειγματοληψία ευκολίας (Garratt & Staven, 2017; Prata et al., 2016; González-Rubio et al., 2016; Żolnierczuk-Kieliszek et al., 2014; Theodoropoulou et al.,

2013; Otero-Rodríguez et al., 2012; Mavaddat et al., 2011; Wanderley et al., 2011), ενώ σε κάποιες μελέτες το δείγμα πάθθηκε από προηγούμενες μελέτες (Pietiläinen et al., 2012; Väättäinen et al., 2016; Bell & Britton, 2014; Korhonen et al., 2014; Bosma et al., 2012), σε κάποιες μελέτες η τυχαία δειγματοληψία (Audureau, Rican & Coste, 2013; Dorynska et al., 2012) και σε μία μελέτη η πολυσταδιακή δειγματοληψία (Lente et al., 2012).

**Πίνακας 1:** Περιγραφικά στοιχεία των μελετών

A/A	Βιβλ.Παρ. Χώρα/Περιοχή	Σχεδιασμός μελέτης	Δείγμα/ Δειγματοληψία Μέγεθος Τύπος Τρόπος συλλογής	Τρόπος διεξαγωγής της έρευνας / Εργαλείο	Σκοπός (όπως αναφέρεται από τους ίδιους τους ερευνητές στο δημοσιευμένο άρθρο)	Συγκρίσεις ή άλλες έννοιες που μελετήθηκαν
1.	Garratt & Staven 2017 Νορβηγία	Συγχρονική μελέτη	5396 Άνδρες: 2623 Γυναίκες: 2773 Ηλικία: 16 ετών και άνω Δείγμα από το γενικό πληθυσμό- δειγματοληψία ευκολίας	Μέσω ταχυδρομείου (προηγήθηκε συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικώς) Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο	Να παρουσιάσει στοιχεία για το γενικό πληθυσμό από το 2002 έως το 2003 τα οποία να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για συγκριτικούς σκοπούς	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση)  <b>Φύλο</b> Οι γυναίκες είχαν χαμηλότερα σκορ από ότι οι άνδρες και στις 8 κλίμακες μέτρησης των διαστάσεων υγείας. <b>Ηλικία</b> Οι νεαρότερες ηλικιακά ομάδες είχαν υψηλότερα σκορ σε θέματα που αφορούσαν τη σωματική υγεία ενώ οι ηλικιακές ομάδες των 40-69 ετών είχαν υψηλότερα σκορ σε θέματα που αφορούσαν τη συναισθηματική-ψυχική υγεία
2.	Pietiläinen et al. 2012 Φινλανδία (Helsinki)	Μελέτη Πάνελ	7207 Άνδρες: 1329 Γυναίκες: 5878 Ηλικία: 40-60 ετών	Μέσω ταχυδρομείου Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο SF-36	Να εξεταστούν οι αλλαγές, και οι παράγοντες που εξηγούν αυτές τις	<b>Επαγγελματική τάξη:</b> Χαμηλότερα στρώματα της επαγγελματικής τάξης παρουσιάζουν χειρότερα

			Το δείγμα πάρθηκε από την μελέτη Helsinki Study cohort		αλλαγές, των διάφορων επαγγελματικών τάξεων ως προς τη σωματική λειτουργία του ατόμου	αποτελέσματα όσο αφορά τη σωματική και ψυχική υγεία και στα δύο φύλα) Φύλο – μικρές διαφορές (0,6 μονάδες διαφορά)
3.	Prata et al. 2016 Πορτογαλία	Προοπτική μελέτη	261 Άνδρες: 103 Γυναίκες: 158 Μέση τιμή ηλικίας: 44 έτη Χρήστες υπηρεσιών παροχής υγείας χωρίς διάγνωση καρδιαγγειακής νόσου	Μέσω Συνέντευξης και κλινικής εξέτασης SF-36	Να αξιολογήσει πώς οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, οι οποίες σχετίζονται με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, επηρεάζουν την αντίληψη του ατόμου αναφορικά με την ποιότητα ζωής	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, εκπαίδευση, επάγγελμα συμπεριφορές υγείας, ΔΜΣ) <b>Φύλο</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Καμία διαφορά όσο αφορά την ηλικία, εκπαίδευση, επάγγελμα, κατάσταση ζωής</li> <li>• Στατιστικά σημαντική διαφορά όσο αφορά την κατανάλωση αλκοόλ με τις γυναίκες να καταναλώνουν λιγότερο</li> <li>• Οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερο ΔΜΣ σε σχέση με τους άνδρες (p&lt;0.001)</li> <li>• Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές όσο αφορά τα επίπεδα κατάθλιψης και ανησυχίας (γυναίκες 19%, άνδρες 9,7%), σε σχέση με τους άνδρες</li> <li>• Οι γυναίκες είχαν διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να</li> </ul>

						χρησιμοποιούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα
4.	Väätäinen et al. 2016 Φινλανδία Savitaipale	Μελέτη συσχέτισης	707 άτομα χωρίς διάγνωση διαβήτη Άνδρες: 312 Γυναίκες: 395 Ηλικία: 51-75 ετών Δείγμα από Savitaipale study Συστηματική δειγματοληψία με επίσκεψη στο σπίτι	Μέσω συνέντευξης Εργαστηριακές εξετάσεις Διαγνωστικά τεστ <b>Εργαλεία</b> FINDRISC HRQoL instruments (15D and SF-6D) SF-36	Να εξετάσει τη σχέση μεταξύ του εκτιμώμενου κινδύνου ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2 και της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία (HRQoL)	Δημογραφικά χαρακτηριστικά Άτομα μεγάλης ηλικίας, η έλλειψη <b>σωματικής άσκησης</b> , η <b>παχυσαρκία</b> και το ιστορικό υψηλών <b>επιπέδων γλυκόζης</b> στο αίμα είναι οι παράγοντες που φαίνονται να σχετίζονται με τα χαμηλότερα επίπεδα <b>ποιότητας ζωής</b> σχετιζόμενη με την υγεία
5.	González-Rubio et al. 2016 Ισπανία	Μελέτη παρατήρησης	231 Ηλικία: 55-85 ετών Πρόσκληση για συμμετοχή σε έρευνα δειγματοληψία ευκολίας Στο κοινωνικό πολιτιστικό κέντρο	Απάντησαν σε ερωτηματολόγια Χωρίς να επισημαίνει αν ήταν αυτοσυμπληρούμενα <b>Εργαλεία</b> SF-36 SUN Study Questionnaire AFINOS Study Questionnaire The Minnesota Leisure-Time Physical Activity Questionnaire 14-item Mediterranean diet-adherence score	Να μελετήσει τις σχέσεις της μέτριας κατανάλωσης αλκοόλ και το είδος των ποτών που καταναλώνονται, σε σχέση με συμπεριφορές υγείας και την ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους ανθρώπους.	Παρόμοια αποτελέσματα σε άνδρες και γυναίκες. Όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής, μόνο η μεταβλητή <b>σωματική δραστηριότητα</b> φάνηκε να παρουσιάζει σημαντικές διαφορές στην ομάδα ατόμων με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ.

				National Health Survey questionnaire		
6.	Bell & Britton 2014 Αγγλία	Προοπτική μελέτη Κοορτής (Whitehall II)	6330 Άνδρες: 4594 Γυναίκες: 1736 Ηλικία: 34-56 ετών Whitehall II Study	Μέσω συνέντευξης SF-36	Να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και ψυχικής υγείας	Δημογραφικά χαρακτηριστικά Τα επίπεδα ψυχικής υγείας φαίνεται να επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ. Όσο καλύτερα τα επίπεδα ψυχικής υγείας τόσο πιο χαμηλή η κατανάλωση αλκοόλ
7.	Coste et al. 2014 Γαλλία Παρίσι	Συγχρονική μελέτη	16011 Άνδρες: 7525 Γυναίκες: 8486 Ηλικίας: 25-64 ετών Στρωματοποιημένη δειγματοληψία (περιοχή και μέγεθος αστικών μονάδων) Τυχαία δειγματοληψία Όλα τα άτομα από κάθε νοικοκυριό	Μέσω συνέντευξης SF-36 Smoking questionnaire	Να ποσοτικοποιήσει τις ανεξάρτητες συσχετίσεις μεταξύ προτύπων καπνίσματος και ΠΖ	Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά Γενικότερα τα άτομα που <b>καπνίζουν</b> καθημερινά φάνηκε να λαμβάνουν χαμηλότερα σκορ στο εργαλείο μέτρησης της <b>ποιότητας ζωής</b> σχετιζόμενη με την υγεία. <b>Φύλο:</b> Παρατηρήθηκαν πολύ πιο αδύναμες αρνητικές συσχετίσεις της HRQoL στις γυναίκες από ότι στους άνδρες.
8.	Korhonen et al. 2014 Φινλανδία Harjavalta	Συγχρονική μελέτη	1187 από την μελέτη Harjavalta (Harjavalta project) Άνδρες: 509 Γυναίκες: 678 Ηλικία: 45-70 ετών Κλινική	Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο Κλινική εξέταση SF-36 EQ-5D Beck's depression inventory (BDI)	Να αξιολογήσει την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, το ΔΜΣ, και διάφορες συμπεριφορές υγείας,	Τα σκορ στη σωματική διάσταση του εργαλείου μέτρησης της της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΖ SF36 φάνηκαν να μειώνονται γραμμικά σε



				Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT)	σε ένα δείγμα ατόμων στην κοινότητα	όλες τις κατηγορίες του ΔΜΣ, στις γυναίκες. Αντίθετα τα σκορ στη ψυχική διάσταση του εργαλείου μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΖ SF36 δεν φάνηκαν να διαφέρουν στις διάφορες κατηγορίες του ΔΜΣ, τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες.
9.	Żońnierczuk-Kieliszek et al. 2014 Πολωνία Λούμπλιν	Συγχρονική μελέτη	2143 γυναίκες Ηλικίας 45-65 ετών Σπίτι των συμμετεχόντων-δειγματοληψία ευκολίας	Μέσω ταχυδρομείου Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF Women's Health Questionnaire Sociodemographic data questionnaire SF-36	Να αξιολογηθεί η επίδραση των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής σε γυναίκες ηλικίας 45-65 ετών	Μεγάλες διαφορές σχετικά με την ποιότητα ζωής των γυναικών παρατηρήθηκαν στην ηλικιακή ομάδα 45-49 ετών, αυτών που ζουν στην πόλη, με πιο υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, που είναι σε πλήρη εργοδότηση και αυτές που αξιολογούν την οικονομική τους κατάσταση και την κατάσταση της ζωής τους ως καλή.
10.	Theodoropoulou et al. 2013 Ελλάδα Αθήνα	Συγχρονική μελέτη	327 Άνδρες: 105 Γυναίκες: 222 Ηλικία: 30-50 ετών Δειγματοληψία ευκολίας	Μέσω συνέντευξης (SF-36) και Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο Ανθρωπομετρήσεις Baecke PA questionnaire Socio-demographic questionnaire Health problems questionnaire	Να διερευνηθεί τους παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με την παχυσαρκία και σχετίζονται με την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (HRQoL) σε δείγμα υγιών Ελλήνων ενηλίκων.	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά Ο ΔΜΣ φαίνεται να είναι ένας σημαντικά αρνητικός παράγοντας πρόβλεψης των ακόλουθων υποκλιμάκων της <b>ποιότητας ζωής</b> σχετιζόμενης με την υγεία: φυσικός/σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος,

				SF-36		φυσικός/σωματικός παράγοντας υγείας και κοινωνική λειτουργικότητα.
11.	Audureau, E., Rican, S., Coste, J. 2013 Γαλλία	Επισκόπησης τάσεων	3243 (1995) Ηλικία: 18-84 ετών και άνω Άνδρες: 1492 Γυναίκες: 1751 22743 (2003) Ηλικίας: 85 ετών και κάτω Άνδρες: 10689 Γυναίκες: 12054 Τυχαία δειγματοληψία Μελέτη πληθυσμού	1995: Μέσω ταχυδρομείου 2003: Μέσω συνέντευξης και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο Self-reported health-related quality of life questionnaire (demographic, socioeconomic and health status) SF-36	Να διερευνήσει τις τάσεις του χρόνου σε σχέση την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (HRQoL) στη Γαλλία και να αναφέρει τις υπάρχουσες και μεταβαλλόμενες δημογραφικές, κοινωνικοοικονομικές και γεωγραφικές ανισότητες	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά Οι μεταβλητές μεγαλύτερη <b>ηλικία</b> , γυναικείο <b>φύλο</b> , <b>διαζευγμένος/χήρος</b> , χαμηλότερα επίπεδα <b>εκπαίδευσης</b> , <b>χρόνιες καταστάσεις</b> , και η διαμονή στη βόρεια περιφέρεια αποτέλεσαν σημαντικούς ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες για χαμηλότερες τιμές όσο αφορά την <b>ποιότητα ζωής</b> σχετιζόμενη με την υγεία.
12.	Dorynska et al. 2012 Russia (Novosibirsk), Poland (Krakow), Lithuania (Kaunas) and six Czech towns	Συγχρονική μελέτη	34431 Ηλικίας: 45-69 ετών Τυχαία δειγματοληψία Στην Κρακοβία και στις πόλεις της Τσεχίας οι συμμετέχοντες συμπληρωσαν το ερωτηματολόγιο στο σπίτι (κατά την επίσκεψη της κοινοτικής νοσηλεύτριας)	Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο SF-36	Να διερευνήσει τους λειτουργικούς περιορισμούς και τη σχέση τους με τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες σε τέσσερις πληθυσμούς της Κεντρικής και Ανατολικής Ευρώπης	Δημογραφικά χαρακτηριστικά Οι μεταβλητές που φάνηκαν να συσχετίζονται με τους λειτουργικούς περιορισμούς και στα <b>δύο φύλα</b> είναι το επίπεδο <b>εκπαίδευσης</b> , η <b>υλική στέρηση</b> και η <b>οικονομική δραστηριότητα</b> . Οι <b>λειτουργικοί περιορισμοί</b> φαίνεται να σχετίζονται περισσότερο με το κάπνισμα ( <b>άνδρες</b> ) και

			Στις πόλεις Novosibirsk Kaunas οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο κατά την επίσκεψη τους στην κλινική			λιγότερο με την κατανάλωση <b>αλκοόλ</b> .
13.	Bosma et al. 2012 Ολλανδία (Maastricht)	Προοπτική μελέτη κοορτής	1282 Άνδρες: 649 Γυναίκες: 633 Ηλικίας: 55 ετών και άνω The Dutch SMILE study	Μέσω ταχυδρομείου Αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο  SF-36	Να εξετάσει τη συμβολή της αδικίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από το άτομο, ως προς τον υψηλότερο κίνδυνο σωματικής και ψυχικής δυσλειτουργίας στους άνδρες και τις γυναίκες με χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση.	<b>Κοινωνική τάξη:</b> άτομα στην υψηλότερη βαθμίδα κοινωνικής τάξης ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης αδικίας από ότι άτομα στη χαμηλότερη βαθμίδα της κοινωνικής τάξης. <b>Φύλο και ηλικία:</b> Δεν φάνηκαν μεγάλες διαφορές όσο αφορά το φύλο ή την ηλικία.

14.	Lente et al. 2012 Ιρλανδία	Συγχρονική μελέτη	10364 Ηλικίας: 18 ετών και άνω Πολυσταδιακή δειγματοληψία	Μέσω συνέντευξης SF-36 RAND (EVI- energy and vitality index)	Να εξετάσει τις σχέσεις μεταξύ των δεικτών θετικών και αρνητικών διαστάσεων της ψυχικής υγείας, της κοινωνικής ευημερίας και της σωματικής υγείας	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά <b>Ηλικία:</b> άτομα ηλικίας 18- 29 παρουσίασαν υψηλότερα σκορ στο δείκτη ενέργειας και ζωτικότητας από ότι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Η κοινωνική ευημερία (χαμηλότερα επίπεδα) φάνηκε να αποτελεί το πιο δυνατό προγνωστικό παράγοντα ψυχικής υγείας (χαμηλά επίπεδα). <b>Φύλο, οικογενειακή κατάσταση, οικονομική κατάσταση και κοινωνική τάξη:</b> δεν φάνηκαν να έχουν καμία σημαντική συσχέτιση με άλλα χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν
15.	Delpierre et al. 2012 Γαλλία	Περιγραφική μελέτη συσχέτισης	21785 Ηλικίας: 18 ετών και άνω Πολυσταδιακή στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία Έρευνα νοικοκυριών	Μέσω συνέντευξης και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο  SF-36	Να αξιολογήσει την επίδραση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου του ατόμου σε σχέση με την σωματική κατάσταση υγείας και την υποκειμενική (αυτοαξιολόγηση της υγείας)	Το φαινόμενο της <b>κοινωνικής διαβάθμισης</b> φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα υγείας ( <b>self-rated health</b> ) και χαμηλότερο επίπεδο <b>ποιότητας ζωής</b> , τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. <b>Αυτοαξιολόγηση της υγείας:</b> άτομα με μεγαλύτερο επίπεδο

						εκπαίδευσης (>12 χρόνια εκπαίδευσης) ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα υγείας (self-rated health), τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες.
16.	Otero-Rodríguez et al. 2012 Ισπανία	Προοπτική μελέτη κοορτής	2117 Ηλικίας: 60 ετών και άνω Έρευνα νοικοκυριών Δειγματοληψία ευκολίας	Μέσω συνέντευξης και κλινικής εξέτασης  SF-36	Να αξιολογήσει την επίδραση της κοινωνικοοικονομικής θέσης κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου, στην αλλαγή της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά <b>Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία</b> παρουσιάζει χαμηλότερα επίπεδα στα άτομα με χαμηλότερη κοινωνική τάξη και με λιγότερη ευνοϊκή κοινωνικοοικονομικό πορεία
17.	Mavaddat et al. 2011 Μεγάλη Βρετανία Norfolk	Προοπτική μελέτη κοορτής	20853 Ηλικίας: 39-79 ετών Άνδρες: 9085 Γυναίκες: 11768 Πρόσκληση για έρευνα-Δειγματοληψία ευκολίας	Αυτοσυμπληρούμενο (συμπλήρωσαν) και κλινική εξέταση  SF-36	Να προσδιορίσει το βαθμό στον οποίο οι διαστάσεις της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής λειτουργίας σχετίζονται με την αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου	Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά <b>Φύλο:</b> Φάνηκαν μικρές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όσο αφορά την ποιότητα ζωής (SF36) με τις γυναίκες να λαμβάνουν ελαφρών χαμηλότερα σκορ. Ηλικία: Μεγαλύτερο ποσοστό συμμετεχόντων ηλικίας άνω των 65 ετών από ότι συμμετέχοντες ηλικίας κάτω των 50 ετών, φάνηκε να αξιολογούν την υγεία τους ως φτωχική. Οι μεταβλητές: ηλικιακή ομάδα, κοινωνική τάξη,

						ύπαρξη ιατρικών παθήσεων και η κατάθλιψη φαίνονται να αποτελούν ανεξάρτητους συσχετικούς παράγοντες με την μεταβλητή <i>φτωχική</i> κατάσταση υγείας (self-rated health)
18.	Wanderley et al. 2011 Πορτογαλία Porto area	Περιγραφική μελέτη συσχέτισης	85 Άνδρες: 21 Γυναίκες: 64 Ηλικίας: 60 μέχρι 83 ετών Πρόσκληση σε έρευνα μέσω ανακοίνωσης σε εφημερίδα-Δειγματοληψία ευκολίας	Μέσω συνέντευξης  SF-36	Να εξετάσει τις συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία και της σωματικής δραστηριότητας και φυσικής κατάστασης	Δημογραφικά χαρακτηριστικά <b>Φύλο:</b> Οι άνδρες ανέφεραν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με την υγεία σε σχέση με τις γυναίκες σε 4 τομείς: σωματική λειτουργικότητα, γενική κατάσταση υγείας, ζωτικότητα και ψυχική υγεία Μεταξύ των τομέων της <i>ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με την υγεία</i> και των μεταβλητών <i>φυσικής δραστηριότητας</i> φαίνεται να παρουσιάζεται μια σημαντική θετική συσχέτιση

#### 5.4.2. Συσχετίσεις της ποιότητας ζωής με άλλες μεταβλητές

Οι παράγοντες που φαίνονται να σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία, είναι το γυναικείο φύλο, η μεγαλύτερη ηλικία, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, οι χαμηλότερες επαγγελματικές τάξεις, το μειωμένο εισόδημα και κάποιες συμπεριφορές υγείας- όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητα, η παχυσαρκία. Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει τις συσχετίσεις της ΠΖ με άλλες μεταβλητές για κάθε μελέτη.

##### **Φύλο**

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 2, το 72% των μελετών (13 μελέτες) διερεύνησαν τις διαφορές στην ποιότητα ζωής ως προς το φύλο. Στις περισσότερες μελέτες που έχουν μελετήσει τη συσχέτιση της ΠΖ με το φύλο, φαίνεται ότι το γυναικείο φύλο σχετίζεται με πιο χαμηλά επίπεδα ΠΖ (Prata et al., 2016; Coste et al., 2014; Korhonen et al., 2014; Audureau, Rican & Coste, 2013; Mavaddat et al., 2011; Wanderley et al., 2011). Συγκεκριμένα, η μελέτη των Garratt & Staven (2017), παρουσιάζει τις γυναίκες να έχουν χαμηλότερες τιμές, από ότι οι άνδρες, και στις οκτώ διαστάσεις του εργαλείου εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής SF36. Στη μελέτη των Wanderley et al. (2011), οι άνδρες φαίνεται να παρουσιάζουν καλύτερα επίπεδα ΠΖ σχετιζόμενης με την υγεία σε τέσσερις διαστάσεις: της *σωματικής λειτουργικότητας* ( $p=0.02$ ), *γενικής υγείας* ( $p=0.03$ ), *ζωτικότητας* ( $p=0.03$ ) και *ψυχικής υγείας* ( $p<0.01$ ).

Εντούτοις, στις γυναίκες οι παράγοντες που φαίνονται να αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες είναι ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος και ο χαμηλός κίνδυνος ανάπτυξης διαβήτη καθώς και άλλων χρόνιων παθήσεων (Prata et al., 2016).

##### **Ηλικία**

Η ηλικία μελετήθηκε στις 7 από τις 18 μελέτες (Garratt & Staven, 2017; Prata et al., 2016; Żońnierczuk-Kieliszek et al., 2014; Audureau, Rican & Coste, 2013; Bosma et al., 2012; Lente et al., 2012; Mavaddat et al., 2011). Η μελέτη Żońnierczuk-Kieliszek et al. (2014), αποδεικνύει ότι οι γυναίκες μικρότερης ηλικίας παρουσιάζουν καλύτερη ΠΖ από ότι οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ( $p<0.05$ ). Στη μελέτη των Garratt & Staven (2017), οι δυο

μικρότερες ηλικιακές ομάδες (<30 ετών) παρουσίασαν τα υψηλότερα σκορ στις διαστάσεις της σωματικής υγείας, ενώ οι ηλικιακές ομάδες 40-49 και 60-69 ετών παρουσίασαν τα υψηλότερα σκορ στις διαστάσεις της πνευματικής υγείας- συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία.

### **Εκπαίδευση**

Η ποιότητα ζωής φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από το επίπεδο εκπαίδευσης (Żołnierczuk-Kieliszek et al., 2014; Theodoropoulou et al., 2013; Dorynska et al., 2012). Συγκεκριμένα, τα υψηλότερα επίπεδα ΠΖ παρουσίασαν οι γυναίκες με πτυχίο και μεταπτυχιακό, ενώ τα χαμηλότερα οι γυναίκες που δεν έχουν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, αυτές που έχουν ολοκληρώσει μόνο την πρωτοβάθμια εκπαίδευση και αυτές που έχουν τελειώσει το γυμνάσιο (Żołnierczuk-Kieliszek et al., 2014).

### **Επάγγελμα και εισόδημα**

Σύμφωνα με τους Pietiläinen et al. (2012), οι χαμηλότερες επαγγελματικές τάξεις παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές στις μεταβλητές της σωματικής διάστασης, τόσο μεταξύ των ανδρών, όσο και μεταξύ των γυναικών.

Οι γυναίκες οι οποίες εργάζονται σε καθεστώς πλήρους απασχόλησης, παρουσιάζουν σημαντικά καλύτερα επίπεδα ΠΖ από ότι οι άλλες συμμετέχουσες. Σημαντικό ρόλο παίζει και το είδος του επαγγέλματος, καθώς εργαζόμενες σε χειρωνακτικά επαγγέλματα παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ από ότι εργαζόμενες ως εκπαιδευτικοί ή σε επαγγέλματα με υψηλά επίπεδα ευθύνης (Żołnierczuk-Kieliszek et al., 2014).

Οι καλύτερες οικονομικές αποδοχές αντιστοιχούν σε καλύτερα επίπεδα ΠΖ (Żołnierczuk-Kieliszek et al., 2014).

### **Κοινωνική διαβάθμιση**

Μια ενδιαφέρουσα προσέγγιση είναι των Bosma et al. (2012), όπου γίνεται αναφορά σε μια διαφορετική έννοια από ότι οι άλλες μελέτες. Η έννοια αυτή είναι η *αντιλαμβανόμενη κοινωνική αδικία*. Συγκεκριμένα, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική αδικία είναι πιο συχνή σε άτομα χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών θέσεων, σε γυναίκες και σε άτομα μεγαλύτερης



ηλικίας. Τόσο η κοινωνικοοικονομική θέση όσο και αντιλαμβανόμενη κοινωνική αδικία, φαίνονται να συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ.

Οι Delpierre et al. (2012) στην μελέτη τους, αναφέρουν ότι η κοινωνική διαβάθμιση φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα αυτοαξιολόγησης της υγείας και χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Ανεξάρτητα από την κατάσταση της υγείας τους, άτομα με χαμηλότερη κοινωνική θέση είναι πιο πιθανόν αν αναφέρουν κακή κατάσταση υγείας (αυτοαξιολόγηση) και χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ.

Μια επίσης ενδιαφέρον προσέγγιση είναι των Otero-Rodríguez et al. (2012), οι οποίοι μελέτησαν την έννοια της κοινωνικής θέσης, τόσο στην παιδική ηλικία, όσο και στην ενήλικη ζωή. Η χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση κατά την παιδική ηλικία σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο, τόσο για τη σωματική υγεία, όσο και για την ψυχική υγεία. Αντίθετα, η κοινωνική θέση κατά την ενήλικη ζωή δεν φαίνεται να σχετίζεται με αλλαγές στα επίπεδα ΠΖ.

### **Συμπεριφορές υγείας**

Σε σχέση με την κατανάλωση αλκοόλ, οι άνδρες φαίνεται να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες αλκοόλ την ημέρα (15,8 γρ.), σε σχέση με τις γυναίκες (10,8 γρ.) (González-Rubio et al., 2016). Οι γυναίκες παρουσίασαν στατιστικά σημαντική μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ, χαμηλότερο ΔΜΣ και λιγότερη φυσική δραστηριότητα από ότι οι άνδρες ( $p < 0,001$ ).

Σε σχέση με το κάπνισμα, οι άνδρες καπνιστές παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές όσο αφορά τη σωματική λειτουργικότητα και τις τιμές γενικής υγείας, ενώ οι νεότεροι άνδρες καπνιστές παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στην ποιότητα σχετιζόμενη με την υγεία, στη σωματική διάσταση (Coste et al., 2014).

Σημαντική διαφορά στα επίπεδα ΠΖ παρουσιάζουν οι γυναίκες που ζουν μόνες τους και οι οποίες είναι ελεύθερες, διαζευγμένες, χήρες ή ακόμη και σε διάσταση. Χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ αναφέρουν, επίσης, συμμετέχοντες οι οποίοι είναι κάτοικοι γεωργικών περιοχών (Żołnierczuk-Kieliszek et al., 2014).

Οι Lente et al. (2012), παρουσίασαν ξεκάθαρες συσχετίσεις μεταξύ αυξημένων επιπέδων αυτοαξιολόγησης της υγείας, ενεργής σωματικής δραστηριότητας και μειωμένων επισκέψεων στον οικογενειακό γιατρό- και καλής ψυχικής υγείας ( $p < 0,001$ ).

**Πίνακας 2:** Συσχετίσεις της ποιότητας ζωής με άλλες μεταβλητές

	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΕΙΣΟΔΗΜΑ/ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΣΤΑΤΟΥΣ	ΆΛΛΟ		
						Προσδιοριστικός παράγοντας	Έκβαση	Εναλλακτικός τρόπος
1.	√	√						
2.				√		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Συμπεριφορές υγείας</li> </ul>		
3.	√						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κοινωνική αναστολή</li> </ul>
4.	√	√				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ατομικοί παράγοντες κινδύνου (ΔΜΣ, σωματική δραστηριότητα, ιστορικό υψηλής γλυκόζης στο αίμα)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη</li> </ul>	
5.						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κατανάλωση αλκοόλ</li> </ul>		
6.						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κατανάλωση αλκοόλ</li> </ul>		
7.	√	√				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κάπνισμα</li> </ul>		
8.	√					<ul style="list-style-type: none"> <li>• ΔΜΣ</li> </ul>		
9.	Μόνο γυναίκες	√	√	√	√	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Περιοχή διαμονής (αστική ή αγροτική)</li> <li>• Επαγγελματική κατάσταση</li> <li>• Οικογενειακή κατάσταση</li> <li>• Αυτοαξιολόγηση της υγείας</li> </ul>		
10.						<ul style="list-style-type: none"> <li>• Παχυσαρκία</li> </ul>		

11.	√	√	√	√		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Οικογενειακή κατάσταση</li> <li>• Περιοχή διαμονής (μέγεθος αστικής περιοχής)</li> <li>• Χρόνιες ασθένειες</li> <li>• Επαγγελματική κατάσταση</li> </ul>		
12.	√		√		√	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Υλική στέρηση</li> </ul>		
13.	√	√				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κοινωνικό-οικονομική θέση (εισόδημα και εκπαίδευση)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αντιλαμβανόμενη κοινωνική αδικία</li> </ul>
14.	√	√	√		√	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αυτοαξιολόγηση της ποιότητας ζωής</li> <li>• Περιοχή διαμονής (αστική ή αγροτική)</li> <li>• Οικογενειακή κατάσταση</li> <li>• Κοινωνική τάξη</li> <li>• Κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ</li> <li>• Επισκέψεις στο προσωπικό ιατρό</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μοναξιά</li> <li>• Κοινωνική υποστήριξη (ισχυρή, μέτρια, κακή)</li> </ul>
15.			√		√	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αυτοαξιολόγηση της υγείας</li> <li>• Χρόνια οσφυαλγία</li> </ul>		
16.		60 χρονών και άνω				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, σωματική δραστηριότητα, παχυσαρκία, χρόνια ασθένεια- οι οποίοι σχετίζονται ,με</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κοινωνικό-οικονομική τάξη κατά την διάρκεια ζωής (επάγγελμα του πατέρα, εκπαιδευτικό επίπεδο, επάγγελμα του αρχηγού του νοικοκυριού)</li> </ul>

						αλλαγή στο σκορ του SF36)		
17.	√	√ (κάτω των 65 ετών και 65 ετών και άνω)				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αυτοαξιολόγηση της ποιότητας ζωής</li> </ul>		
18.	√	Ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (60-83)				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επίπεδο σωματικής κατάστασης</li> </ul>		

## 5.5. Κύρια συμπεράσματα

Σχεδόν καμία μελέτη δεν προσδιορίζει την κοινωνική κατάσταση του ατόμου με πολλούς τρόπους. Όλες οι μελέτες χρησιμοποιούν ατομικά μεμονωμένα χαρακτηριστικά όπως το εισόδημα, η εκπαίδευση και το επάγγελμα.

Το κοινό χαρακτηριστικό στις περισσότερες μελέτες φαίνεται να είναι ότι, σε σχέση με το φύλο, διερευνούν πολλούς παράγοντες όπως το εισόδημα, η παρουσία χρόνιων παθήσεων, διάφορες συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, σωματική δραστηριότητα), παχυσαρκία και πολλά άλλα. Εντούτοις, καμία μελέτη δεν δείχνει την κοινωνική κλίση και πώς διαφέρει η κλίση αυτή μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Η περιοχή διαμονής του ατόμου αποτελεί ένα από τους προσδιοριστικούς παράγοντες για την ποιότητα ζωής του ατόμου. Εντούτοις, καμία από αυτές τις μελέτες δεν χρησιμοποιεί την αξιολόγηση της περιοχής ως σύνθετο δείκτη, καθώς επίσης πως τα χαρακτηριστικά της περιοχής στην οποία ζει το άτομο, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του. Χρησιμοποιούν τη μεταβλητή περιοχή διαμονής για να παρουσιάσουν την διαφοροποίηση που υπάρχει στην ποιότητα ζωής πολιτών που διαμένουν σε αστική ή σε αγροτική περιοχή.

Κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων δεκαετιών οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία αποτελούν ένα επιστημονικό, ακαδημαϊκό, ερευνητικό, πολιτικό και κοινωνικό ζήτημα. Η οικονομική κρίση των τελευταίων χρόνων, έχουν αναδείξει τις κοινωνικές ανισότητες στο βασικότερο ερώτημα σε σχέση με τα επίπεδα υγείας μιας χώρας.

Η παγκόσμια καμπύλη του προσδόκιμου ζωής, η οποία φαίνεται να παρουσιάζει μια τεράστια αύξηση του ποσοστού του πληθυσμού που καταφέρνει να ζει μέχρι μια μεγάλη ηλικία, προτρέπει τις κοινωνίες σε μια αυξημένη κατανόηση του πώς να διασφαλίσει την υγεία και την ποιότητα ζωής σε μεγαλύτερες ηλικίες. Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία αποτελεί μια πολυδιάστατη δομή που αντανακλά την αντίληψη της κατάστασης υγείας και της ικανότητας των ατόμων να λειτουργούν σε σχέση με το περιβάλλον στο οποίο ζουν.

Οι διαφορές στην επαγγελματική τάξη, οι οποίες αφορούν τη σωματική λειτουργικότητα φαίνεται να διευρύνονται. Συγκεκριμένα, παρουσιάζεται μια μείωση στη σωματική λειτουργικότητα στις χαμηλότερες επαγγελματικές τάξεις. Διάφορες συμπεριφορές υγείας,

το καθεστώς εργοδότησης και οι υλικές συνθήκες μπορούν να εξηγήσουν ως ένα βαθμό τη διεύρυνση των διαφορών στη σωματική λειτουργικότητα των επαγγελματιών τάξεων.

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι ο παράγοντας φύλο επηρεάζει τα πρότυπα των παραγόντων κινδύνου και ότι αυτό έχει διαφορετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Για το λόγο αυτό, οι ιδιαιτερότητες των δύο φύλων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στις στρατηγικές πρόληψης της υγείας.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **Κεφάλαιο 6 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

Σε αυτή την ενότητα θα αναφερθούν ο σκοπός της μελέτης, ο σχεδιασμός της έρευνας, οι πηγές των δεδομένων και η στατιστική ανάλυση και των δεδομένων. Στην επόμενη ενότητα θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της ανάλυσης.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του μεγέθους και της έκτασης των κοινωνικών ανισοτήτων στην ποιότητα ζωής και στις συμπεριφορές υγείας των κατοίκων στην πόλη της Λεμεσού.

#### **Επιμέρους στόχοι:**

1. Η διερεύνηση της σχέσης της κοινωνικής θέσης του ατόμου είτε ως προς τα ατομικά χαρακτηριστικά (επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, εισόδημα), είτε ως προς τα χαρακτηριστικά της κοινότητας/νοικοκυριού (δείκτες κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος), με διάφορες παραμέτρους της υγείας όπως:
  - Η αυτοαξιολόγηση της υγείας (Self-rated health)
  - Η ποιότητα ζωής
  - Διάφορες συμπεριφορές υγείας: κάπνισμα, αλκοόλ, φυσική δραστηριότητα
2. Η διερεύνηση της όποιας διαφοροποίησης της σχέσης της κοινωνικής θέσης του ατόμου με την υγεία σε άνδρες και γυναίκες, αναφορικά με τις πιο πάνω παραμέτρους υγείας
3. Η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι συμπεριφορές υγείας εξηγούν την παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση του ατόμου

#### **6.1. Σχεδιασμός της μελέτης**

Πρόκειται για περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις, χρησιμοποιώντας πρωτογενή δεδομένα.



## 6.2. Υλικό

### 6.2.1. Χώρος μελέτης

Το χώρο της μελέτης αποτέλεσε η πόλη της Λεμεσού. Επιλέγηκε η πόλη της Λεμεσού λόγω του ότι αποτελεί την πόλη του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου, αλλά κυρίως λόγω του ότι η πόλη της Λεμεσού είναι η μόνη πόλη η οποία άρχισε τη διαδικασία ένταξης της στο δίκτυο των Υγιών Πόλεων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η αξιολόγηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία αποτελεί ένα από τα βασικά βήματα ένταξης μιας πόλης στο δίκτυο των Υγιών Πόλεων.

Η επαρχία Λεμεσού αποτελείται από 110 γεωγραφικά διαμερίσματα, συγκεκριμένα επτά δήμους στις αστικές περιοχές και 103 κοινότητες στις αγροτικές περιοχές. Με βάση τα στοιχεία της απογραφής πληθυσμού του 2011, ο πληθυσμός της πόλης και επαρχίας Λεμεσού ανέρχεται σε 235.330 άτομα, ποσοστό 28% του συνολικού πληθυσμού της Κύπρου. Η κατανομή του πληθυσμού σε αστικές περιοχές (οι οποίες για τους σκοπούς αυτής της μελέτης ορίζονται μόνο όσες περιοχές χαρακτηρίζονται ως Δήμοι) είναι 180.201 με ποσοστό 77% (Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου, 2011). Αναφορικά με τις ηλικίες 45-64 ετών, ο πληθυσμός στη πόλη και επαρχία Λεμεσού ανέρχεται στις 58.199 (ποσοστό ~25% του συνολικού πληθυσμού της πόλης/επαρχίας). Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού σε αυτή την ηλικιακή ομάδα κατοικεί στις αστικές περιοχές και ανέρχεται στο 76,36% (44.442 άτομα).

Τις επτά αστικές περιοχές αποτελούν: ο Δήμος Λεμεσού, ο Δήμος Πάνω και Κάτω Πολεμιδιών, ο Δήμος Μέσα Γειτονιάς, ο Δήμος Αγίου Αθανασίου, ο Δήμος Γερμασόγειας και ο Ύψωνα, οι οποίοι με εξαίρεση το Δήμο Πάνω Πολεμιδιών και τον Ύψωνα, χωρίζονται σε επιμέρους γεωγραφικά διαμερίσματα για διοικητικούς σκοπούς και σκοπούς απογραφής, σε ένα σύνολο 36 ενοριών. Στον Πίνακα 1 (Παράρτημα 1) παρουσιάζεται ο συνολικός πληθυσμός στο σύνολο των Δήμων και Ενοριών της πόλης της Λεμεσού και ο αριθμός των ατόμων στις ηλικίες 45-64. Ο ίδιος πίνακας παρουσιάζει τον αριθμό των κατοικιών συνήθους διαμονής (δεν συμπεριλαμβάνονται οι κενές κατοικίες και κατοικίες προσωρινής διαμονής), τον αριθμό των νοικοκυριών, όπως και το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 15 με Πανεπιστημιακή μόρφωση, με βάση τα στοιχεία της απογραφής του 2011.

Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 1, ο πληθυσμός δεν κατανέμεται ισάριθμα στους διάφορους δήμους αφού μέχρι και ποσοστό 57% του πληθυσμού ηλικίας 45-64 ετών (25.419 άτομα) διαμένει στο Δήμο Λεμεσού, ο οποίος είναι και ο μεγαλύτερος Δήμος σε πληθυσμό στην Κύπρο. Ο δεύτερος σε σειρά δήμος σε πληθυσμό είναι ο Δήμος Κάτω Πολεμιδιών με πληθυσμό 5667 κατοίκους (12,75%). Ο μικρότερος δήμος είναι ο Δήμος Πάνω Πολεμιδιών με πληθυσμό ατόμων ηλικίας 45-64 ετών μόνο 971 άτομα (2,2% του συνόλου) και ακολουθεί ο Ύψωνας με πληθυσμό 2771 κατοίκους (4,9%). Οι υπόλοιποι τρεις Δήμοι είναι παρόμοιου μεγέθους (περίπου 3000-3500 άτομα, 7-8% του συνόλου της πόλης της Λεμεσού). Αναφορικά με την κατανομή του πληθυσμού στις 38 ενορίες, η διαφορά είναι λιγότερο έντονη, αφού το 50% των ενοριών (ενδο-τεταρτημοριακό εύρος) έχουν πληθυσμό από 600-1600 άτομα (min 111, max 3802). Ο Πίνακας 2 (Παράρτημα 2) παρουσιάζει τα ίδια στοιχεία για τις κοινότητες στην ημιαστική και αγροτική Λεμεσό.

Ο Πίνακας 3 (πιο κάτω) παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία ως προς (α) την κατανομή του πληθυσμού ηλικίας 45-64 και (β) το ποσοστό του πληθυσμού με Πανεπιστημιακή μόρφωση στις διάφορες ενορίες της πόλης και στις διάφορες κοινότητες της επαρχίας της Λεμεσού. Ως προς το ποσοστό του πληθυσμού με Πανεπιστημιακή μόρφωση, στην πόλη της Λεμεσού παρατηρείται ένα εύρος τιμών από 2,9% στην ενορία Τζαμί Τζεντίτ του Δήμου Λεμεσού (η οποία είναι επίσης η μικρότερη σε πληθυσμό ενορία), έως 38,9% στην ενορία Αγίου Γεωργίου (Φραγκούδη) στο Δήμο Αγίου Αθανασίου. Σε κάποιους δήμους δεν παρατηρείται μεγάλη διακύμανση στο εκπαιδευτικό επίπεδο ανάμεσα στις διάφορες ενορίες που τους αποτελούν π.χ. Δήμος Γερμασόγειας ή Δήμος Μέσα Γειτονιάς, όπου γενικότερα τα ποσοστά είναι άνω του μέσου όρου για τη πόλη της Λεμεσού (20%-32%), ή στο Δήμο Κάτω Πολεμιδιών, όπου γενικότερα παρατηρούνται ποσοστά χαμηλότερα του μέσου (13,4%-17,8). Σε άλλους Δήμους, παρατηρείται έντονη ετερογένεια, με πιο χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτό του Δήμου Λεμεσού.

**Πίνακας 3:** Πληθυσμιακά μεγέθη και ποσοστό πληθυσμού με πανεπιστημιακή μόρφωση σε επίπεδο ενοριών και κοινοτήτων στην πόλη και επαρχία Λεμεσού αντίστοιχα με βάση την απογραφή του πληθυσμού του 2011.

	Πόλη της Λεμεσού (Ενορίες: αστικές περιοχές) N=38		Επαρχία Λεμεσού (Κοινότητες: ημιαστικές/αγροτικές περιοχές) N=104	
	Πληθυσμός ηλικίας 45-64 ετών	Επίπεδο εκπαίδευσης (% πανεπιστημιακής μόρφωσης)	Πληθυσμός ηλικίας 45-64 ετών	Επίπεδο εκπαίδευσης (% πανεπιστημιακής μόρφωσης)
Σύνολο	44.442		13.757	
Μέσος	1169,5	20,3%	134	9,7%
ΤΑ	822,2	8,4%	227	7,8%
5%	122,5	5,5%	3	0,0%
25%	604,3	15,3%	24	4,8%
Διάμεσος	1117,5	18,0%	52	8,5%
75%	1573,5	28,1%	123	13,7%
95%	2753,2	33,5%	791	24,0%

## 6.2.2. Δείγμα-Δειγματοληψία

### 6.2.2.1. Μέγεθος του δείγματος

Το επιθυμητό μέγεθος του δείγματος, σύμφωνα με την ανάλυση ισχύος καθορίστηκε σε 450 άτομα στη πόλη της Λεμεσού. Για σκοπούς υπολογισμού του δείγματος έπρεπε να γίνει μια εκτίμηση του αναμενόμενου μεγέθους αποτελέσματος. Η μοναδική μελέτη που εντοπίστηκε στη βιβλιογραφία σε Κυπριακό πληθυσμό, η οποία χρησιμοποιήθηκε και ως ενδεικτική, χρησιμοποίησε το SF-36 σε γενικό πληθυσμό, παρότι περιορίστηκε σε μητέρες παιδιών και εφήβων στην πόλη της Λευκωσίας. Στη συγκεκριμένη μελέτη έχει φανεί σχετικά έντονη

κοινωνική διαβάθμιση στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ), τόσο ως προς τη σωματική, όσο και ως προς την ψυχική υγεία (Nicolaou et al., 2015). Συγκεκριμένα, ως προς τη σωματική διάσταση, η παρατηρούμενη διαφορά μεταξύ απόφοιτων δημοτικών/γυμνασίου και πανεπιστημίου, όπως και μεταξύ ατόμων με χαμηλό και υψηλό εισόδημα ήταν της τάξεως των 5 και 6 μονάδων αντίστοιχα στην κλίμακα του SF-36 (τυπική απόκλιση ~8 σε όλες τις ομάδες, μέγεθος αποτελέσματος ~0,6-0,75). Ως προς τη ψυχική διάσταση, η διαφορά ήταν της τάξεως των 6 και 8 μονάδων αντίστοιχα (τυπική απόκλιση ~12, μέγεθος αποτελέσματος 0,5-0,67).

#### **6.2.2.2. Μέγεθος αποτελέσματος**

Το μέγεθος αποτελέσματος στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα είναι παρόμοιο και στην πόλη της Λεμεσού και έχουν συγκριθεί 4 ομάδες (ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο, ως προς το εισόδημα, ή άλλους δείκτες ΚΟ θέσης) με το μέγεθος αποτελέσματος να είναι  $f=0.20-0.25$  (το οποίο αντιστοιχεί σε μέτριο μέγεθος αποτελέσματος). Μέγεθος δείγματος 188-300 ατόμων παρέχει 90% στατιστική ισχύ για να εντοπιστεί μια διαφορά σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Το ελάχιστο επιθυμητό δείγμα στις αστικές περιοχές καθορίστηκε στα 450 άτομα. Το συγκεκριμένο μέγεθος δείγματος διασφαλίζει παρόμοιου επιπέδου στατιστική ισχύ να εντοπίσουμε παρόμοιου βαθμού κοινωνική διαβάθμιση στη ποιότητα ζωής και στα δυο φύλα ξεχωριστά, τουλάχιστον στις αστικές περιοχές (225 άνδρες και 225 γυναίκες).

#### **6.2.2.3. Σύγκριση δύο φύλων**

Ως προς τη σύγκριση των δυο φύλων, το δείγμα διασφαλίζει 80% στατιστική ισχύ να εντοπίσουμε μια διαφορά της τάξεως των 3-4 μονάδων στη κλίμακα του SF-36 (0,25 - 0,5 τυπικές αποκλίσεις, μικρό προς μέτριο μέγεθος αποτελέσματος) σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%. Επίσης, να αναφερθεί ότι το συγκεκριμένο μέγεθος δείγματος κρίνεται ικανοποιητικό αφού παρέχει στατιστική ακρίβεια  $\pm 5$  ποσοστιαίων μονάδων για το 95% διάστημα εμπιστοσύνης στην εκτίμηση ποσοστών (π.χ. κάπνισμα, παχυσαρκία, τα οποία αποτελούν συμπληρωματικά ερευνητικά ερωτήματα στη παρούσα διατριβή) στις αστικές περιοχές. Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι, λόγω της φύσης της μελέτης η οποία βασίζεται σε πολυσταδιακή τυχαία δειγματοληψία γειτονιών/κοινοτήτων και νοικοκυριών λήφθηκε

υπόψη ότι το μέγεθος του δείγματος πρέπει παράλληλα να διασφαλίζει τη μεγαλύτερη δυνατή γεωγραφική κάλυψη και να συμπεριλαμβάνει γειτονίες με ποικίλο κοινωνικοοικονομικό προφίλ. Επομένως, κρίνεται προτιμότερο ως προς τους στόχους της μελέτης, σε τέτοιες περιπτώσεις το δείγμα να αποτελείται από όσο το δυνατό περισσότερες γειτονίες/κοινότητες παρά να επιλεγούν πολλά άτομα από μικρό αριθμό γειτονιών και κοινοτήτων, ώστε το δείγμα να είναι πιο αντιπροσωπευτικό ως προς όλο το φάσμα του κοινωνικοοικονομικού μειονεκτήματος, το οποίο αναμένεται να παρουσιάζει συγκέντρωση στο χώρο. Ο ελάχιστος αριθμός ατόμων ανά γειτονία/περιοχή ορίστηκε στα 10 άτομα.

#### **6.2.2.4. Επιλογή του δείγματος**

Πραγματοποιήθηκε πολυσταδιακή δειγματοληψία σε τέσσερα στάδια – (1) ενορίες και κοινότητες, (2) γειτονίες (συγκεκριμένοι οδοί ως σημείο εκκίνησης από όλες τις ενορίες), (3) κατοικίες (νοικοκυριά), και τέλος, (4) άτομα :

- **Δήμοι και κοινότητες:** Χρησιμοποιήθηκε στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία ως προς αστικές περιοχές, ως προς το πληθυσμιακό μέγεθος της κοινότητας και ως προς γενικά αποδεκτούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες, διασφαλίζοντας έτσι ότι θα επιλεγούν δήμοι/κοινότητες από όλο το εύρος της κοινωνικοοικονομικής διαβάθμισης. Συγκεκριμένα, έγινε κατάταξη των ενοριών και κοινοτήτων ως προς το ποσοστό του πληθυσμού με Πανεπιστημιακή μόρφωση, δείκτης ο οποίος αποτελεί ένα από τους πιο κοινά αποδεκτούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες και ήταν ο μόνος διαθέσιμος κατά το στάδιο της δειγματοληψίας από τα αρχεία ανοικτής πρόσβασης της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου.

**Δήμοι/Ενορίες:** Οι επτά δήμοι στη πόλη της Λεμεσού χωρίζονται σε 38 ενορίες και 123 ταχυδρομικούς κώδικες. Ο κατάλογος όλων των οδών ανά ταχυδρομικό κώδικα στη πόλη της Λεμεσού είναι διαθέσιμος από τις Ταχυδρομικές Υπηρεσίες του κράτους σε ηλεκτρονική μορφή. Είναι έκδοση του 2009 και περιλαμβάνει 4218 οδούς, μη περιλαμβανομένου 23 οδών στη τουριστική περιοχή Αγίου Τύγχωνα/Μουταγιάκας. Δυστυχώς, όμως το αρχείο δεν περιλαμβάνει στοιχεία αναφορικά με την κατανομή των οδών ή ταχυδρομικών κωδικών στις διάφορες ενορίες. Παράλληλα, ένας άλλος περιορισμός είναι ότι δεν υπάρχουν διαθέσιμα

δεδομένα ως προς το ποσοστό του πληθυσμού με Πανεπιστημιακό πτυχίο σε επίπεδο ταχυδρομικών κωδικών, αφού τα στοιχεία της απογραφής παρουσιάζονται μόνο σε επίπεδο ενοριών. Ως αποτέλεσμα, η επιλογή συγκεκριμένων ταχυδρομικών κωδικών ή οδών με στρωματοποίηση ως προς το ποσοστό του πληθυσμού με Πανεπιστημιακή μόρφωση δεν ήταν άμεσα εφικτή. Επομένως, με στόχο να επιλεγούν γειτονιές από όλο το εύρος της κοινωνικοοικονομικής κλίμακας όπως επίσης και να επιτευχθεί η ευρύτερη γεωγραφική κάλυψη αποφασίστηκε να συμπεριληφθούν οδοί απ' όλες τις ενορίες της πόλης της Λεμεσού. Επιλέγηκε σε πρώτη φάση με τυχαία δειγματοληψία μία οδός από κάθε ταχυδρομικό κώδικα – Πίνακας 2 (Παράρτημα 2). Πέραν από την τυχαία επιλεγμένη οδό ανά ταχυδρομικό κώδικα, όλες οι υπόλοιπες οδοί κατατάχθηκαν με τη χρήση τυχαίων αριθμών, ώστε σε περίπτωση που μια συγκεκριμένη επιλεγμένη οδός διαφανεί στη πορεία ότι δεν προσφέρεται ή είναι ακατάλληλη (π.χ. βιομηχανική περιοχή), να επιλεγεί η αμέσως επόμενη οδός από τον ίδιο ταχυδρομικό κώδικα.

Σε δεύτερο στάδιο, με τη χρήση Γεωγραφικού Συστήματος Πληροφοριών (GIS) αντιστοιχίστηκε η κάθε επιλεγμένη οδός με την ενορία στην οποία εμπίπτει ώστε να επιτραπεί να αποδοθούν σε επίπεδο οδών τα πληθυσμιακά μεγέθη και οι διάφοροι δείκτες κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος. Ο τελικός επιθυμητός αριθμός οδών ανά Δήμο και Ενορία υπολογίστηκε ώστε το συνολικό δείγμα να ανέρχεται στις ορθές αναλογίες με βάση την πραγματική κατανομή του πληθυσμού με δεδομένο ότι το δείγμα ανά επιλεγμένη οδό θα αποτελείται από 10 άτομα. Για παράδειγμα, για το Δήμο της Λεμεσού, ο οποίος είναι ο μεγαλύτερος (57% του συνολικού πληθυσμού) υπολογίστηκε ότι έπρεπε να επιλεγούν τουλάχιστον 23-24 οδοί. Λήφθηκε υπόψη η κατανομή του πληθυσμού σε επίπεδο ενοριών ώστε για παράδειγμα από ενορίες με μεγαλύτερο πληθυσμό να επιλέγονται αναλογικά μεγαλύτερος αριθμός οδών. Για παράδειγμα, από την ενορία της Καθολικής όπου ο πληθυσμός ηλικίας 45-64 ανέρχεται στα 1145 άτομα αντιστοιχούσε μόνο μια οδός ενώ από την ενορία Αγίας Φυλάξεως στην οποία ο πληθυσμός ανέρχεται στις 3802 έπρεπε να επιλεγούν 4 οδοί.

Όλες οι επιλεγμένες οδοί αναζητήθηκαν και σημειώθηκαν στο Googlemap.

- Γειτονιές: Επιλέγηκαν συγκεκριμένες οδοί, όπως περιγράφεται πιο πάνω οι οποίες λειτούργησαν ως το σημείο εκκίνησης.
- Νοικοκυριά: Τα νοικοκυριά που συμμετείχαν στην μελέτη επιλέγηκαν με συστηματικό τρόπο. Στη πόλη, ο ερευνητής-πεδίου άρχισε από τη μια άκρη του δρόμου και κινήθηκε σε όλο του το μήκος, επιλέγοντας κάθε τρίτο-τέταρτο σπίτι, στην αριστερή και δεξιά πλευρά του δρόμου εναλλάξ. Όπου δεν κατέστη εφικτό να στρατολογηθούν 10 άτομα μέχρι το τέλος της επιλεγμένης οδού (π.χ. άρνηση συμμετοχής, δεν είναι κανένας στο σπίτι κτλ.), ο ερευνητής συμπλήρωσε το δείγμα με νοικοκυριά από την ευρύτερη γειτονιά – η οποία ορίζεται για την περίπτωση της μελέτης ως όλοι οι πάροδοι που αρχίζουν/καταλήγουν ή διασταυρώνουν τον επιλεγμένο δρόμο μέχρι και την επόμενη διασταύρωση (Παράρτημα 5). Στις περιπτώσεις που επρόκειτο για πολυκατοικία, εφαρμόστηκε κατά αναλογία παρόμοια πρακτική συστηματικής δειγματοληψίας με βάση τους ορόφους και τα διαμερίσματα π.χ. αριστερό διαμέρισμα στον 1<sup>ο</sup> όροφο, δεξί διαμέρισμα στον 3<sup>ο</sup> όροφο αναλόγως αποφεύγοντας να επαναλαμβάνεται το ίδιο μοτίβο πάντοτε.
- Άτομα: η μελέτη περιορίστηκε στο δυνητικά οικονομικά ενεργό πληθυσμό. Επιλέγηκαν άνδρες και γυναίκες ηλικίας από 45-65 σε ίση αναλογία. Στη κάθε κοινότητα, η αναλογία ανδρών-γυναικών στο δείγμα επιτεύχθηκε κατά το μέγιστο δυνατό με δειγματοληψία ποσοτώσεων σε επίπεδο νοικοκυριού (50:50, άνδρας γυναίκα εναλλάξ σε κάθε σπίτι).

### 6.2.3. Κριτήρια επιλογής

#### Τα κριτήρια επιλογής αποτέλεσαν:

- Άτομα ηλικίας 45 μέχρι 65 ετών, προκειμένου να συμπεριληφθεί ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός, που έχει ολοκληρώσει τις σπουδές του, έχει φτιάξει οικογένεια, έχει εισοδήματα, και επομένως έχει ενταχθεί στη δική του επαγγελματική, εισοδηματική και κοινωνική τάξη.
- Άτομα που μπορούν να μιλούν και να διαβάζουν στην ελληνική γλώσσα

- Μόνιμοι κάτοικοι στην επαρχία Λεμεσού (ή μόνιμος κάτοικος ή διαμονή στην Λεμεσό για 5χρόνια).

### **Επιλογή ηλικιακής ομάδας**

Η επιλογή της ηλικιακής ομάδας 45-65 ετών βασίστηκε σε δύο δημοφιλείς υποθέσεις, που επιδιώκουν να εξηγήσουν τους μηχανισμούς που οδηγούν την επίδραση του κοινωνικό-οικονομικού στάτους στην υγεία στην τρίτη ηλικία. Οι υποθέσεις αυτές είναι: η υπόθεση «συσσωρευτικών μειονεκτημάτων/πλεονεκτημάτων» και η υπόθεση «ηλικία ως ισοπεδωτής» (Kingston et al., 2015).

Η πρώτη θεωρία γνωστή ως *συσσωρευτική υπόθεση πλεονεκτήματος/μειονεκτήματος* (Cumulative advantage/disadvantage hypotheses), προβλέπει ότι υπάρχουν μεγαλύτερες διαφορές στο κοινωνικό-οικονομικό στάτους το οποίο σχετίζεται με την υγεία, σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, παρά σε νεότερες ηλικίες. Σύμφωνα με μια θεμελιώδη θεωρία αιτιών, η υπόθεση αυτή υποδηλώνει ότι οι εμπειρίες πλεονεκτήματος/μειονεκτήματος, διαμορφώνουν τόσο τη βραχυπρόθεσμη όσο και τη μακροπρόθεσμη υγεία και τη συσσώρευση πλεονεκτημάτων. Η συσσωρευτική θεωρία των μειονεκτημάτων προβλέπει ότι οι ανισότητες στην υγεία συσσωρεύονται και μεγαλώνουν καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν. Το μειονέκτημα όσο περνά ο καιρός και αυξάνεται η ηλικία, φαίνεται να οδηγεί σε αύξηση της ετερογένειας (Hatch, 2005; House, Lantz & Herd, 2005; Dannefer 2003).

Αντίθετα με την πιο πάνω θεωρία, η θεωρία *ηλικίας ως ισοπεδωτής* (Age as leveler), προβλέπει ότι μειώνονται οι διαφορές στο κοινωνικό-οικονομικό στάτους, όσο αυξάνεται η ηλικία. Η θεωρία αυτή αντικατοπτρίζεται μέσα από ένα μεγάλο αριθμό θεωρητικών και μεθοδολογικών βασισμένων ιδεών. Οι κοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες επηρεάζουν, τόσο την έκθεση, όσο και την επίπτωση των υλικών και ψυχοκοινωνικών συνθηκών, καθόλη τη διάρκεια της ζωής. Οι κοινωνικό-οικονομικές διαφορές μπορούν να αυξηθούν- ιδίως στη μέση και μεγαλύτερη ηλικία, ωστόσο μπορεί η βιολογική αυτή αδυναμία να γίνει αρκετά ισχυρή έτσι ώστε να ισορροπήσει το κοινωνικό-οικονομικό στάτους. Οι ανισότητες στην υγεία φαίνεται να είναι μικρότερες σε νεαρότερες ηλικίες, ευρύτερες σε μεσαίες και πρώιμες μεγαλύτερες ηλικίες, και μικρότερες και πάλι σε μεταγενέστερες ηλικίες (House, Lantz & Herd, 2005; Dannefer, 2003).



Στη μελέτη του ο Dupre (2007), συνδύασε τις δύο θεωρίες (θεωρία συσσωρευτικού πλεονεκτήματος/μειονεκτήματος και θεωρία της ηλικίας ως ισοπεδωτής), υποδηλώνοντας ότι δεν είναι αντιφατικές. Το σωρευτικό μειονέκτημα κατά τη πορεία ζωής παράγει επιλεκτική θνησιμότητα, αφήνοντας πολλούς 'δυνατούς' επιζώντες με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό στάτους στον πληθυσμό με μεγαλύτερη ηλικία. Η θεωρία της ηλικίας ως ισοπεδωτής μπορεί εν μέρη να οφείλεται σε βελτιωμένες κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές πολιτικές που έχουν αναπτυχθεί για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Επιπρόσθετα, μεθοδολογικές εξηγήσεις συμβάλλουν στο φαινόμενο της ηλικίας ως ισοπεδωτής, εξαιτίας της αδυναμίας μέτρησης του κοινωνικό-οικονομικού στάτους και της υγείας ή λόγω του αποκλεισμού ατόμων που διαμένουν σε ιδρύματα ή κέντρα αποκατάστασης, με αποτέλεσμα τα ασθενέστερα ηλικιωμένα άτομα να μένουν εκτός.

Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικό-οικονομικού στάτους και υγείας, κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου είναι περίπλοκη, καθώς διαφορετικές διαστάσεις του κοινωνικό-οικονομικού στάτους φαίνεται να επηρεάζουν την υγεία, τόσο με διαφορετικούς τρόπους, όσο και σε διαφορετικά σημεία στη πορεία της ζωής (Chiu & Wray, 2011; Robert et al., 2009).

#### **6.2.4. Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Με στόχο να διασφαλιστεί ικανοποιητικό ποσοστό ανταπόκρισης προηγήθηκε ταχυδρομική επικοινωνία (διανομή ανοικτής επιστολής σε όλα τα σπίτια στους προεπιλεγμένους δρόμους) με την οποία ενημερώνονται οι πιθανοί συμμετέχοντες ότι θα ακολουθήσει επίσκεψη ερευνητή από το πανεπιστήμιο για μια σύντομη συνέντευξη τις αμέσως επόμενες ημέρες, καθώς επίσης και για τη σημασία και συμβολή της μελέτης, με την παράκληση να συμμετέχουν.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από πόρτα σε πόρτα (door-to-door), υπό μορφή συνεντεύξεων. Ο ερευνητής-πεδίου τήρησε δειγματοληψία ποσοτώσεων (διατήρηση ίσου ποσοστού ανδρών και γυναικών σε κάθε οδό). Επιλέγηκαν οι απογευματινές ώρες για τη συλλογή των δεδομένων, καθώς κατά τη διάρκεια των ωρών αυτών υπήρχε μεγαλύτερη πιθανότητα να βρίσκεται στο σπίτι η ομάδα στόχος. Σε περίπτωση άρνησης συμμετοχής,

γινόταν καταμέτρηση της συχνότητας (αριθμός ατόμων που δήλωσαν ότι δεν θέλουν να συμμετέχουν) ώστε να έχουμε μια συνολική εικόνα για το ποσοστό ανταπόκρισης (απώλειες).

### **6.3. Εργαλεία**

Για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερευνητικά εργαλεία:

- Ένα ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε για την παρούσα μελέτη (Παράρτημα 6) το οποίο περιλαμβάνει δεδομένα που αφορούν σε:
  - Δημογραφικά/Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής (π.χ. ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα)
  - Αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου
- Το Διεθνές ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας - IPAQ International Physical Activity Questionnaire short form (Παράρτημα 7)
- Το ερωτηματολόγιο SF-36 για αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Παράρτημα 8)

#### **6.3.1. Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο**

*Δημογραφικά/Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής*

Μετρήθηκαν μεταβλητές που αφορούν σε προσωπικά χαρακτηριστικά, όπως δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, περιοχή στην οποία διαμένουν), κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (επίπεδο εκπαίδευσης, ετήσιο εισόδημα, επάγγελμα), καθώς επίσης και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ, σωματικό βάρος, φυσική δραστηριότητα).

*Κοινωνική θέση και δείκτες κοινωνικοοικονομικού μειονεκτήματος*

Η κοινωνική θέση του ατόμου μετρήθηκε λαμβάνοντας υπόψη τόσο απλούς δείκτες, όσο και σύνθετους. Τους απλούς δείκτες θα αποτελέσουν το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, το εισόδημα.

Όσον αφορά στο επάγγελμα, λόγω του ότι η Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου ταξινομεί τα επαγγέλματα μόνο ως προς τον τομέα εργοδότησης- που δεν αφορά σε διαβάθμιση, θα γίνει αντιστοίχιση και ταξινόμηση των επαγγελματιών κατά το πρότυπο για ταξινόμηση επαγγελματιών του Ηνωμένου Βασιλείου. Ο κάθε συμμετέχοντας θα εντάσσεται σε μια κατηγορία ανάλογα με το επάγγελμα του. Ο δείκτης εισοδήματος αφορά στην κατάταξη των ατόμων ως προς το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και αξιολογήθηκε κατά το πρότυπο της Στατιστικής Υπηρεσίας Κύπρου μέσα από κατηγορίες, στις οποίες ο κάθε συμμετέχοντας κλήθηκε να επιλέξει μία.

Η διερεύνηση της σχέσης της κοινωνικής θέσης του ατόμου, ως προς τα χαρακτηριστικά της κοινότητας έγινε χρησιμοποιώντας απλούς και σύνθετους απογραφικούς δείκτες κοινωνικοοικονομικού μειονεκτήματος. Οι απλοί δείκτες κοινωνικοοικονομικού μειονεκτήματος αποτελούνται από μία μεταβλητή, όπως καταγράφηκαν στη βάση δεδομένων για σκοπούς απογραφής το 2011 (π.χ. ποσοστό ανεργίας, επίπεδο εκπαίδευσης, ύπαρξη κεντρικής θέρμανσης) και οι σύνθετοι από συνδυασμό απλών δεικτών μέσω παραγοντικής ανάλυσης. Συνήθως για την ανάδειξη των δεικτών, χρησιμοποιείται διερευνητική παραγοντική ανάλυση δεδομένων της απογραφής του πληθυσμού. Η πρώτη φορά που κατασκευάστηκαν τέτοιοι δείκτες στην Κύπρο με δεδομένα της απογραφής του 2011, ανέδειξαν δύο σύνθετους δείκτες κοινωνικοοικονομικού μειονεκτήματος (Ελληνα, 2015).

#### *Αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου*

Το επίπεδο αυτοαξιολόγησης της υγείας του ατόμου μετρήθηκε σε μια κλίμακα αθροιστικής βαθμολόγησης (τύπου Likert) 5 σημείων, τα οποία κυμαίνονται από εξαιρετική κατάσταση υγείας μέχρι φτωχική. Συγκεκριμένα, ζητήθηκε στα άτομα να αξιολογήσουν την υγεία τους ως: 1=εξαιρετική, 2=πολύ καλή, 3=καλή, 4=μέτρια και 5=φτωχική.

### **6.3.2. Διεθνές ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας (IPAQ-*International Physical Activity Questionnaire short form*)**

Το διεθνές ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας (IPACK-GR) είναι ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο καταγραφής της σωματικής δραστηριότητας. Τα ερωτηματολόγια καταγραφής της σωματικής δραστηριότητας αποτελούν την πιο κοινή και πρακτική μέθοδο αξιολόγησης του επιπέδου σωματικής δραστηριότητας σε ερευνητικές εργασίες μεγάλων πληθυσμών, μια και είναι μη-επεμβατικές, φθηνές και εύκολες στη διαχείριση τους τεχνικές. Το International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) αποτελεί ένα δημοφιλές και συχνά χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο αναπτύχθηκε στα τέλη της δεκαετίας του '90 από μια πολυεθνική ομάδα εργασίας, υποστηριζόμενη από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, προκειμένου να χρησιμοποιηθεί για τη συγκριτική αξιολόγηση της σωματικής δραστηριότητας πληθυσμών διαφόρων ομάδων αλλά και εθνοτήτων. Η αυτοσυμπληρούμενη σύντομη έκδοση του IPAQ με περίοδο αναφοράς τις τελευταίες επτά ημέρες (self-answered, 7-day recall, IPAQ-short) συστήνεται από τη διεθνή εκτελεστική επιτροπή του IPAQ, ως η πλέον δόκιμη τόσο για εθνικές όσο και για διεθνικές μελέτες του επιπολασμού της σωματικής δραστηριότητας (Craig et al. 2003).

Το IPAQ-short χρησιμοποιείται και από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Eurobarometer), ενώ έχει δοκιμασθεί σε πολλές διεθνείς μελέτες και χαρακτηρίζεται από υψηλή αξιοπιστία και ικανοποιητική εγκυρότητα (Craig et al. 2003). Το IPAQ-Gr είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελείται από επτά ερωτήσεις τις οποίες καλούνται να απαντήσουν οι ερωτώμενοι οι οποίοι θα πρέπει να καταγράψουν με τη μεγαλύτερη δυνατή ακρίβεια τη συχνότητα (αριθμός ημερών) και τη διάρκεια (σε λεπτά) της συμμετοχής τους σε κάθε είδους σωματική δραστηριότητα (έντονη, μέτριας έντασης και περπάτημα) κατά τις τελευταίες επτά ημέρες. Επιπρόσθετα, με μία εβδομη ερώτηση καταγράφεται ο αριθμός των ωρών που ο ερωτώμενος περνά καθιστός κατά τη διάρκεια μιας μέσης ημέρας, την τελευταία πάντα εβδομάδα (Parathanasiou et al., 2009).

Στα πλαίσια εκπόνησης της παρούσας μελέτης, χρησιμοποιήθηκε η Ελληνική έκδοση του IPAQ-short (IPAQ-Gr), η οποία δοκιμάσθηκε με επιτυχία σε νεαρούς ενήλικες Έλληνες και

επέδειξε, σε συμφωνία με άλλες διεθνείς έρευνες, υψηλή αξιοπιστία (Parathanasiou et al., 2009) και ικανοποιητική εγκυρότητα (Parathanasiou et al., 2010).

### **6.3.3. Ερωτηματολόγιο SF-36 για αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής**

Το ερωτηματολόγιο SF-36 χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΖ των συμμετεχόντων στην έρευνα. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε το 1992 από τον Ware (1993), και χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ΠΖ και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων ομάδων του πληθυσμού.

Η κλίμακα SF-36, είναι ένα εργαλείο το οποίο χρησιμοποιείται για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού. Η βασική ιδιότητα του, είναι η ταυτόχρονη μέτρηση και αξιολόγηση του επιπέδου της σωματικής και ψυχικής υγείας. Το SF-36 κωδικοποιεί τις διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας του ερωτούμενου, χρησιμοποιώντας τον κατάλληλο αλγόριθμο (Ware & Sherbourne 1992).

Το πλέγμα των 36 ερωτήσεων περιλαμβάνει οκτώ κλίμακες μέτρησης αποτελούμενες από ερωτήσεις οι οποίες αντιπροσωπεύουν τις συχνότερα μετρούμενες διαστάσεις υγείας. Οι κλίμακες αυτές είναι: Σωματική λειτουργικότητα (10 ερωτήσεις), Σωματικός ρόλος (4 ερωτήσεις), Σωματικός πόνος (2 ερωτήσεις), Γενική Υγεία (5 ερωτήσεις), Ζωτικότητα (4 ερωτήσεις), Κοινωνική Λειτουργικότητα (2 ερωτήσεις), Συναισθηματικός Ρόλος (3 ερωτήσεις) και Ψυχική Υγεία (5 ερωτήσεις). Οι πρώτες τέσσερις (4) διαστάσεις συνθέτουν την σωματική υγεία, ενώ οι υπόλοιπες τη ψυχική υγεία του ατόμου. Αυτές οι οκτώ κλίμακες αξιολογούνται με μία βαθμολογία που κυμαίνεται από 0-100 η κάθε μία, όπου η τιμή 0 αντιπροσωπεύει την ελάχιστη δυνατή τιμή και ταυτόχρονα την χειρότερη υγεία, ενώ η μέγιστη δυνατή βαθμολογία της κλίμακας, η τιμή 100 την άριστη υγεία. Όταν προκύπτει αποτέλεσμα κάτω του 50 αυτό σημαίνει ότι η υγεία του ατόμου είναι κάτω από το μέσο όρο. Είναι σημαντικός ο υπολογισμός των βαθμολογιών για την κάθε διάσταση ξεχωριστά, έτσι ώστε να παρουσιάζεται το προφίλ της ποιότητας ζωής, τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική διάσταση (Μαλλιάρου και συν., 2012).

Η γενικότητα των ερωτήσεων του SF-36 επιτρέπει την προσαρμοστικότητα του ερωτηματολογίου σε κάθε ομάδα του πληθυσμού, ενώ η ελληνική μετάφραση, καθώς και

το σύνολο του ερωτηματολογίου έχουν δοκιμαστεί σε επαναλαμβανόμενες έρευνες στον τομέα υγείας σε Ελλάδα (Μαλλιαρού, και συν., 2012; Δεληπαλαταδάκης, 2008; Μπελλάλη και συν., 2007; Παππά και συν., 2006) και Κύπρο (Νικολάου, 2015; Παιδονόμου, 2014; Δημητρίου, 2012; Κουρέας, 2011).

#### 6.4. Ανάλυση δεδομένων

##### *Περιγραφική στατιστική*

Για την συνοπτική παρουσίαση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική. Η μέση τιμή (Mean) και η τυπική απόκλιση (SD) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση των δημογραφικών/κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου).

Οι μεταβλητές που έχουν να κάνουν με συμπεριφορές υγείας είναι το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η φυσική δραστηριότητα. Για τη μεταβλητή κάπνισμα δημιουργήθηκαν αρχικά 3 κατηγορίες (καπνιστές, πρώην καπνιστές και μη καπνιστές). Στη συνέχεια, για καλύτερη αξιολόγηση της συνήθειας του καπνίσματος, δημιουργήθηκε η μεταβλητή Pack-years of smoking, η οποία υπολογίστηκε με την εξής εξίσωση:

$$pack - year\ of\ smoking = \text{Χρόνια που καπνίζει ή κάπνιζε κάποιος} \times \frac{\text{αριθμός τσιγάρων την ημέρα}}{20}$$

Για τους υπόλοιπους (μη-καπνιστές) η τιμή είναι 0.

Η συνήθεια κατανάλωσης αλκοόλ αξιολογήθηκε με 2 ερωτήσεις που αφορούσαν στην κατανάλωση αλκοόλ του τελευταίου 12 μήνες και τον αριθμό των αλκοολούχων ποτών σε μια τυπική ημέρα κατανάλωσης αλκοόλ.

Τα δεδομένα που αφορούσαν στο διεθνές ερωτηματολόγιο για τη μέτρηση της φυσικής δραστηριότητας (**I-PAQ- International Physical Activity Questionnaire** short form), εισάχθηκαν στο στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 23 σύμφωνα με τις οδηγίες του

οδηγού για το ερωτηματολόγιο (Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire IPAQ Short and Long Forms, 2005).

Η καταχώρηση των δεδομένων του **ερωτηματολογίου SF-36** έγινε με τη χρήση του ειδικού λογισμικού Quality Metric Health Outcomes Scoring Software 5.0, το οποίο εξασφαλίστηκε δωρεάν από την εταιρεία OPTUM. Το ειδικό λογισμικό δίνει τις τιμές για όλες τις διαστάσεις του εργαλείου, τόσο σε μη προτυποποιημένες βαθμολογίες, όσο και σε προτυποποιημένες (norm based scores). Για την προτυποποίηση απαιτούνται πρότυπες τιμές βασισμένες σε ένα γενικό πληθυσμό. Στη συγκεκριμένη μελέτη, χρησιμοποιήθηκαν οι πρότυπες τιμές του γενικού πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής λαμβάνοντας υπόψη και το φύλο, καθώς δεν υπάρχουν πρότυπες τιμές για το γενικό πληθυσμό της Κύπρου. Στη συνέχεια για την περιγραφική και επαγωγική ανάλυση των δεδομένων, οι βαθμολογίες των οκτώ διαστάσεων του εργαλείου, αλλά και οι δύο συνολικές βαθμολογίες για τη σωματική και ψυχική υγεία εισάχθηκαν στο στατιστικό πακέτο IBM SPSS Statistics 23.

Η βαθμολογία για τις δύο συνολικές διαστάσεις γίνεται με βάση συγκεκριμένο αλγόριθμο που βασίζεται στις τυποποιημένες τιμές του συγκεκριμένου πληθυσμού. Αυτό σημαίνει ότι οι βαθμολογίες των δύο συνολικών διαστάσεων δίνονται με βάση μια κατανομή που έχει μέση τιμή 50 και τυπική απόκλιση 10. Η τιμή 50 θεωρείται η βάση, όπου πάνω από 50 θεωρείται καλή ποιότητα ζωής, ενώ κάτω από 50 όχι και τόσο καλή ποιότητα ζωής. Οι 5 μονάδες διαφορά θεωρείται ότι είναι σημαντικές, ενώ οι 10 θεωρείται τεράστια διαφορά στην ποιότητα ζωής.

#### *Στατιστική ανάλυση ANOVA*

Χρησιμοποιήθηκε η στατιστική ανάλυση ANOVA, έτσι ώστε να δούμε τη διαφορά τόσο της σωματικής διάστασης όσο και της ψυχικής διάστασης του εργαλείου, ως προς τους δείκτες κοινωνικής θέσης (εκπαίδευση, εισόδημα και επάγγελμα).

#### *Στατιστική ανάλυση γραμμική παλινδρόμησης*

Επίσης χρησιμοποιήθηκε γραμμική παλινδρόμηση για να υπολογίσουμε τον συντελεστή συσχέτισης της μετακίνησης στα διάφορα επίπεδα των μεταβλητών σε σχέση με την

ποιότητα ζωής (2 διαστάσεις). Ο συντελεστής παλινδρόμησης εκφράζεται ως η σύγκριση της κάθε προηγούμενης κατηγορίας με την κάθε επόμενη, και ούτω κάθε εξής.

Επαναλήφθηκε η ανάλυση παλινδρόμησης όπως και πιο πάνω, στην οποία συμπεριλήφθηκαν η μεταβλητή φύλο και ο όρος αλληλεπίδρασης φύλου σε σχέση με το δείκτη κοινωνικής θέσης (εκπαίδευση, εισόδημα, επάγγελμα), με στόχο να διερευνηθεί η διαφορική συσχέτιση της κάθε μεταβλητής με την ποιότητα ζωής ως προς το φύλο.

Για τις μεταβλητές: Εκπαίδευση, Μη κύπριοι υπήκοοι, Μη κύπριοι μη ευρωπαίοι πολίτες, Νοικοκυριά με μονογονεϊκή οικογένεια, Μέση ηλικία, Νοικοκυριά πέρα των 5 ατόμων, Ανεργία, Κατοικία πριν το 1980, Κατοικία μετά το 2001, Μη ιδιόκτητη κατοικία, Μη ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή, Κενά σπίτια, Πολυκατοικία, Πολυκατοικία μικτής χρήσης, Χειρωνακτικά επαγγέλματα, χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα της απογραφής. Ομαδοποιήθηκαν με παρόμοια επίπεδα ως προς την κάθε μεταβλητή ενδιαφέροντος με βάση τα τεταρτημόρια της κατανομής. Επομένως σε κάθε μεταβλητή το πρώτο τεταρτημόριο αποτελεί την ομάδα με το 25% των χαμηλότερων επιπέδων και το τέταρτο τεταρτημόριο αποτελεί την ομάδα με το 25% των υψηλότερων επιπέδων, σε σχέση με την ποιότητα ζωής.

Με εξαρτημένη μεταβλητή την ποιότητα ζωής και ανεξάρτητα τα τεταρτημόρια του κάθε απογραφικού δείκτη ξεχωριστά για το σύνολο του δείγματος, χρησιμοποιήθηκε η γραμμική παλινδρόμηση. Η γραμμική παλινδρόμηση έγινε με τη διαφοροποίηση του φύλου, με στόχο να δούμε την αλληλεπίδραση του φύλου στην ποιότητα ζωής. Η ανάλυση μας έδωσε το συντελεστή συνοχής και τη γραμμική αύξηση από το ένα επίπεδο στο άλλο.

#### *Στατιστική ανάλυση Chi-Square ( $X^2$ )*

Χρησιμοποιήθηκε επίσης η δοκιμασία Chi-Square ( $X^2$ ), με σκοπό να καθοριστεί εάν υπάρχει σχέση ή όχι μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε για να διερευνηθεί η σχέση των συμπεριφορών υγείας (αλκοόλ, κάπνισμα, φυσική δραστηριότητα), με χαρακτηριστικά της κοινωνικής θέσης (εκπαίδευση, εισόδημα, επάγγελμα). Ακόμη, η δοκιμασία Chi-Square χρησιμοποιήθηκε και για τη διερεύνηση της κοινωνικής θέσης με την μεταβλητή αυτοαξιολόγηση της υγείας. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται στο  $p < 0.05$  και ερμηνεύεται σαν απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης.



### *Προβλεπτικό βηματικό μοντέλο παλινδρόμησης*

Για τη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι συμπεριφορές υγείας εξηγούν την παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση του ατόμου χρησιμοποιήθηκε το προβλεπτικό βηματικό μοντέλο παλινδρόμησης σε άνδρες και γυναίκες ξεχωριστά.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics 23 και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο  $p < 0,05$ .

### **6.5. Ζητήματα Ηθικής και Δεοντολογίας**

Ζητήθηκε γνωμοδότηση από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής (ΕΕΒΚ) και έχει ληφθεί απάντηση (31/3/2016) ότι η εν λόγω έρευνα δεν εμπίπτει στο πλαίσιο αρμοδιοτήτων της ΕΕΒΚ για περαιτέρω βιοηθική αξιολόγηση (ΕΕΒΚ/ΕΠ/2016/01/49).

Η διεξαγωγή της έρευνας έγινε με τρόπο που να διασφαλίζεται η τήρηση της εμπιστευτικότητας και ανωνυμίας των συμμετεχόντων με βάση τον περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα Νόμο του 2001 και με τις εκάστοτε τροποποιήσεις.

Στους συμμετέχοντες είχε σταλεί, πριν τις επισκέψεις, ενημερωτική επιστολή εκ μέρους της ερευνήτριας σχετικά με την έρευνα. Οι συμμετέχοντες, οι οποίοι επιθυμούσαν να συμμετέχουν στην έρευνα, έδωσαν προφορική συγκατάθεση.

Επιπρόσθετα, διασφαλίστηκε η ανωνυμία και το απόρρητο των πληροφοριών, καθώς πρόσβαση είχαν μόνο η ερευνήτρια, οι βοηθοί ερευνητές και οι επιβλέποντες καθηγητές. Τα ερωτηματολόγια καταστράφηκαν μετά από την ανάλυση των δεδομένων.

## **Κεφάλαιο 7 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η πρώτη ενότητα των αποτελεσμάτων αποτελείται από την περιγραφή του δείγματος, δίνοντας στοιχεία σχετικά με το μέγεθος του δείγματος, τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά της κοινωνικής θέσης του ατόμου καθώς επίσης και για συγκεκριμένες συμπεριφορές υγείας. Στη δεύτερη ενότητα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν στην ΠΖ των πολιτών, τόσο ως προς την σωματική διάσταση όσο και ως προς την ψυχική διάσταση. Την τρίτη ενότητα αποτελεί το μοντέλο αλληλεπίδρασης κοινωνικής θέσης και φύλου. Συγκεκριμένα, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για άνδρες και γυναίκες ξεχωριστά, λαμβάνοντας υπόψη τον δείκτη κοινωνικής θέσης- εισόδημα, εκπαίδευση, επάγγελμα. Στη συνέχεια φαίνονται τα αποτελέσματα της ΠΖ σε σχέση με κοινοτικούς δείκτες της κοινωνικής θέσης (δείκτες κοινωνικοοικονομικού μειονεκτήματος). Οι δείκτες αυτοί ομαδοποιήθηκαν σε δύο κατηγορίες: Εκπαιδευτικό και κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα και Δομικό μειονέκτημα. Παρακάτω, παρουσιάζεται η διερεύνηση της κοινωνικής θέσης, τόσο με ατομικούς όσο και με κοινοτικούς δείκτες σε σχέση με τις συμπεριφορές υγείας που μελετήθηκαν (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και φυσική δραστηριότητα). Η τελευταία ενότητα των αποτελεσμάτων αποτελείται από τις συμπεριφορές υγείας και πως μπορούν να εξηγήσουν την παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση του ατόμου.

### **7.1. Περιγραφή του δείγματος**

Στον Πίνακα 4 παρατίθενται τα δεδομένα που αφορούν τη περιγραφή του δείγματος.

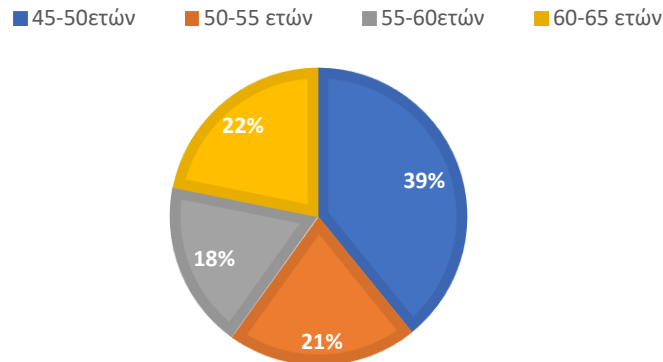
#### **Μέγεθος δείγματος και ποσοστό ανταπόκρισης**

Όπως αναφέρθηκε και πιο πριν, το επιθυμητό μέγεθος του δείγματος καθορίστηκε στα 450 άτομα στην πόλη της Λεμεσού. Η εκτίμηση του επιθυμητού αριθμού του δείγματος βασίστηκε σε ανάλυση ισχύος. Το δείγμα είχε συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 85,9% (Πίνακας 3: Παράρτημα 3), ποσοστό αρκετά υψηλό λόγω του ότι προηγήθηκε ταχυδρομική επικοινωνία (διανομή ανοικτής επιστολής σε όλα τα σπίτια στους προεπιλεγμένους δρόμους).

## Κοινωνικά χαρακτηριστικά

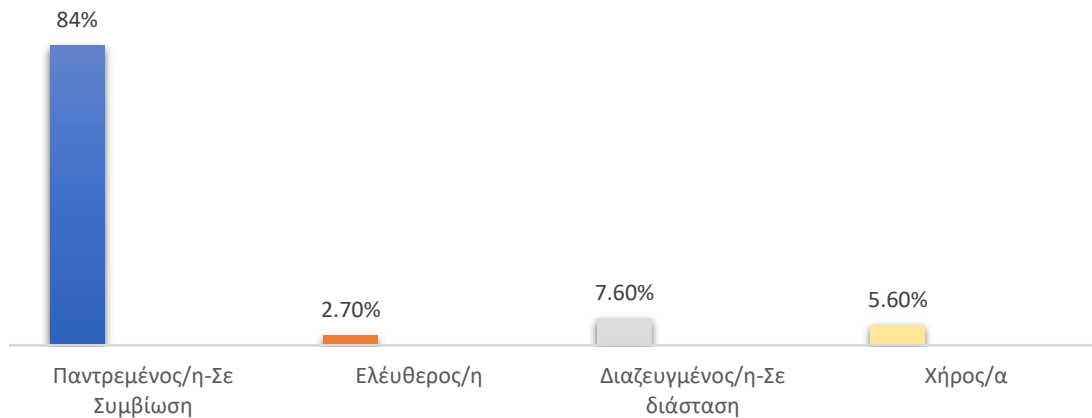
Σε σχέση με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά φύλο, ηλικία, υπηκοότητα και οικογενειακή κατάσταση, ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων αντιστοιχούσε σε N=225 (50%) άνδρες και N=225 (50%) γυναίκες, με το 93,3% (N=420) του δείγματος να έχει κυπριακή υπηκοότητα, ενώ η μέση ηλικία του δείγματος είναι τα  $53,7 \pm 6,54$ . Έγινε κατηγοριοποίηση της μεταβλητής της ηλικίας σε τέσσερις ηλικιακές ομάδες. Όπως φαίνεται και στο Γράφημα 2, η ηλικιακή ομάδα με το μεγαλύτερο αριθμό συμμετεχόντων N= 176 (39,1%) είναι η ομάδα των 45-50ετών.

### ΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ



Γράφημα 2: Ηλικιακή κατανομή του δείγματος (%)

### ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



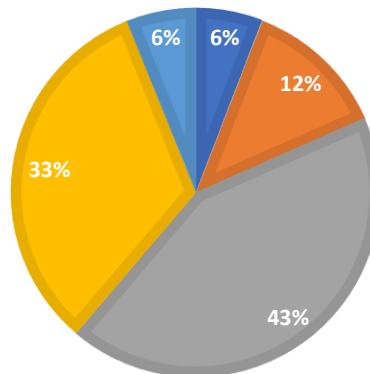
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση (%)

## Χαρακτηριστικά κοινωνικής θέσης

Τα στοιχεία που αφορούν στην εκπαίδευση, δείχνουν το 80,8% (N=364) του δείγματος να έχει ως επίπεδο εκπαίδευσης το λύκειο και πιο πάνω (πανεπιστήμιο και μεταπτυχιακές σπουδές). Ακόμη, το 73,3% (N=330) του δείγματος φαίνεται ότι εργοδοτείται, είτε υπό καθεστώς πλήρους απασχόλησης (68,4%), είτε υπό καθεστώς μερικής απασχόλησης (4,9%). Το οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα φαίνεται να ποικίλει. Το μικρότερο ποσοστό του δείγματος, 7,3%, φαίνεται ότι έχουν οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα το οποίο ξεπερνά τις 5000 ευρώ, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος, 26,4%, έχει οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 1500 και 2000 ευρώ (Γράφημα 4).

### ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

■ Καμία/Δημοτικό ■ Γυμνάσιο ■ Λύκειο ■ Πανεπιστήμιο ■ Μεταπτυχιακές σπουδές



**Γράφημα 4:** Επίπεδο εκπαίδευσης (%)

Από το σύνολο του δείγματος, οι N=255 (56,7%), απάντησαν ότι τους τελευταίους 12 μήνες αντιμετώπισαν δυσκολίες όσο αφορά στα τρέχοντα έξοδα του νοικοκυριού, ενώ για τους N=195 (43,3%) αυτό δεν ισχύει.

## Χαρακτηριστικά κατοικίας διαμονής

Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων διαμένει στην κατοικία του για πάνω από 10 χρόνια (74,4%), είναι ιδιόκτητη (88,7%) και η κατοικία αυτή είναι ανεξάρτητη (79,1%).

## Συμπεριφορές υγείας

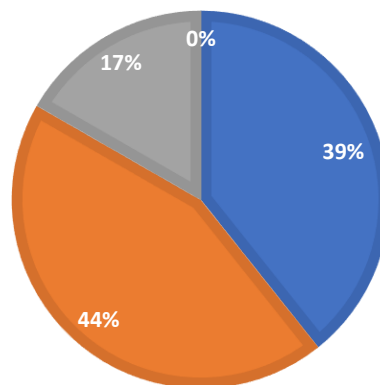
Οι συμπεριφορές υγείας για τις οποίες ρωτήθηκαν οι συμμετέχοντες είναι το κάπνισμα, η λήψη αλκοόλ και η φυσική δραστηριότητα.

Είναι σημαντικό ότι το 54,8% του δείγματος αποτελείται από μη καπνιστές, αν και εξίσου ψηλό ποσοστό, 35,8%, αποτελείται από καπνιστές. Όσο αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ, φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες καταναλώνουν αλκοόλ κατά την κοινωνικοποίησή τους, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών (41,6%) καταναλώνουν αλκοόλ σχεδόν μία φορά το μήνα. Σε σχέση με τη φυσική δραστηριότητα, το 48% κατατάσσεται στην κατηγορία της ήπιας σωματικής δραστηριότητας, ενώ μόνο το 15,8% κατατάσσεται στην κατηγορία της έντονης σωματικής δραστηριότητας.

Στην ερώτηση πώς θα αυτοαξιολογούσατε την υγεία σας το 39,3% απάντησε εξαιρετική ή πολύ καλή, το 44% καλή και το 16,7% μέτρια ή φτωχική (Γράφημα 5).

### ΑΥΤΟΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

■ Εξαιρετική/Πολύ καλή ■ Καλή ■ Μέτρια/Φτωχική



**Γράφημα 5:** Αυτοαξιολόγηση της υγείας (%)

**Πίνακας 4:** Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

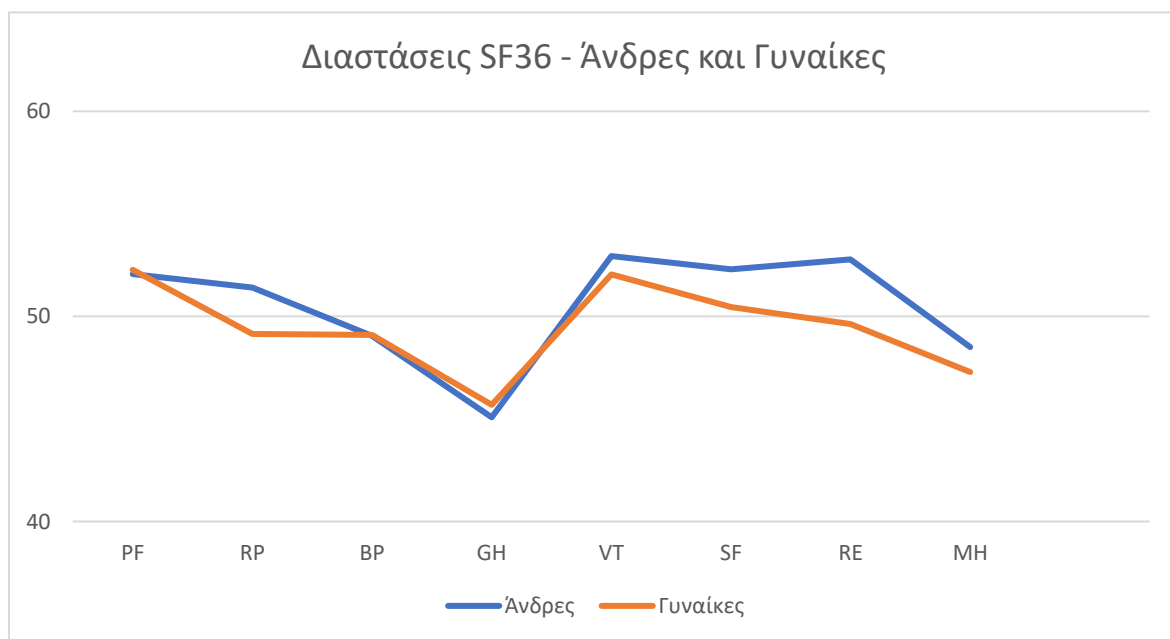
<i>Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά</i>		
	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Φύλο</b>		
Ανδρες	225	50%
Γυναίκες	225	50%
<b>Εκπαίδευση</b>		
Καμία / Δημοτικό	26	5,8%
Γυμνάσιο	56	12,4%
Λύκειο	191	42,4%
Πανεπιστήμιο	146	32,4%
Μεταπτυχιακές σπουδές	27	6%
<b>Ηλικία</b>		
45-50 ετών	176	39,1%
51-55 ετών	93	20,7%
56-60 ετών	82	18,2%
61-65 ετών	98	21,8%
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Παντρεμένος/η- Σε συμβίωση	378	84%
Ελεύθερος/η	12	2,7%
Διαζευγμένος/η Σε διάσταση	34	7,6%
Χήρος/α	25	5,6%
<b>Συνολικός αριθμός παιδιών οικογένειας</b>		
0 παιδιά	90	20%
1-2 παιδιά	165	36,7%
3 παιδιά και άνω	195	43,3%
<b>Αριθμός μελών οικογένειας που διαμένουν στο ίδιο σπίτι</b>		
1-2 άτομα	146	32,4%
3,4 άτομα	236	52,4%
> από 4 άτομα	67	14,9%
<b>Υπηκοότητα</b>		
Κυπριακή	420	93,3%
Άλλη	30	6,7%
<b>Καθεστώς εργοδότησης</b>		
Πλήρης απασχόληση	308	68,4%
Μερική απασχόληση	22	4,9%
Άνεργος	18	4%

Δεν εργάζομαι	101	22,4%
<b>Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα</b>		
<1000	63	14%
10001-1500	117	26%
1501-2000	119	26,4%
2001-2500	77	17,1%
3001-5000	40	8,9%
>5001	33	7,3%
<b>Τους τελευταίους 12 μήνες αντιμετωπίσατε δυσκολίες όσο αφορά τα τρέχοντα έξοδα του νοικοκυριού;</b>		
Ναι	255	56,7%
Όχι	195	43,3%
<b>Πόσο καιρό κατοικείτε στην παρούσα διεύθυνση;</b>		
1-5 χρόνια	22	4,9%
5-10 χρόνια	90	20%
Πάνω από 10 χρόνια	335	74,4%
<b>Κατοικία</b>		
Ιδιόκτητη	399	88,7%
Ενοικιαζόμενη / Άλλο	50	11,1%
<b>Τύπος κατοικίας</b>		
Ανεξάρτητη	356	79,1%
Ημι-ανεξάρτητη οικία	61	13,6%
Πολυκατοικία	33	7,3%
<b>Κάπνισμα</b>		
Καπνιστής	161	35,8%
Μη καπνιστής	260	57,8%
Πρώην καπνιστής	29	6,4%
<b>Pack years of Smoking</b>		
0 Pack years of Smoking	264	58,7
0.1-50 Pack years of Smoking	126	28%
>50 Pack years of Smoking	60	13,3%
<b>Αυτοαξιολόγηση της υγείας</b>		
Εξαιρετική / Πολύ καλή	177	39,3%
Καλή	198	44%
Μέτρια / Φτωχική	75	16,7%
<b>Αλκοόλ</b>		
Συχνά ή και καθημερινά	15	3,3%
1-2 φορές τη βδομάδα	43	9,6%
2-3 φορές το μήνα	105	23,3%
Σχεδόν μία φορά το μήνα	187	41,6%

Σχεδόν καθόλου ή και καθόλου	100	22,2%
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>		
1 ποτό	166	36,9%
2 ποτά	124	27,6%
3-4 ποτά	99	22%
5-6 ποτά	29	6,4%
7-9 ποτά	3	0,7%
Πάνω από 10 ποτά	1	0,2%
<b>Φυσική δραστηριότητα</b>		
Ήπια σωματική δραστηριότητα	216	48%
Μέτρια σωματική δραστηριότητα	163	36,2%
Έντονη σωματική δραστηριότητα	71	15,8%

## 7.2. Ποιότητα ζωής σε άνδρες και γυναίκες

Η μέση τιμή για την ποιότητα ζωής στη σωματική και ψυχική διάσταση είναι για τους άνδρες 49,70 (Τ.Α. 7,74) και 51,31 (Τ.Α. 7,03). Οι αντίστοιχες τιμές για το γυναικείο φύλο είναι 50,02 (Τ.Α. 8,52) και 48,86 (Τ.Α. 7,91). Το γυναικείο φύλο φαίνεται να έχει χαμηλότερες τιμές και στις δύο διαστάσεις του SF-36. Ειδικότερα στην ψυχική διάσταση, οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων φαίνονται να είναι εντονότερες, αφού οι άνδρες έχουν υψηλότερες μέσες τιμές για όλες τις μεταβλητές της ψυχικής διάστασης (Γράφημα 6).



**Γράφημα 6:** Διαστάσεις του εργαλείου SF36 σε άνδρες και γυναίκες



## **Βασικά χαρακτηριστικά του ατόμου και χαρακτηριστικά του νοικοκυριού**

Για την κατηγορία βασικά χαρακτηριστικά του ατόμου και χαρακτηριστικά του νοικοκυριού σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά επιλέγηκαν οι μεταβλητές Ηλικία, Οικογενειακή κατάσταση, Συνολικός αριθμός παιδιών οικογένειας, Αριθμός μελών οικογένειας που διαμένουν στο ίδιο σπίτι και Εθνικότητα.

Όσον αφορά στη μεταβλητή αριθμός ατόμων που διαμένουν στο ίδιο σπίτι, επιλέγηκε να δημιουργηθεί μια κατηγορία ξεχωριστή για τα άτομα που διαμένουν μόνα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον προκαλεί η μεταβλητή μόνος στο σπίτι για τους άνδρες, αφού δεν φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική, τόσο στη σωματική διάσταση ( $P=0,38$ ), όσο και στην ψυχική ( $P=0,40$ ). Αντίθετα στις γυναίκες η μεταβλητή μόνη στο σπίτι φαίνεται να είναι στατιστικά σημαντική και στις δύο διαστάσεις του ερωτηματολογίου, σωματική ( $P<0,001$ ) και ψυχική ( $P=0,09$ ).

## **Ποιότητα ζωής και δείκτες κοινωνικής θέσης**

Όσον αφορά στους ατομικούς δείκτες κοινωνικής θέσης, φαίνεται ότι τα άτομα με μεγαλύτερη εκπαίδευση ( $P<0,001$ ), τα οποία εργάζονται σε καθεστώς πλήρης απασχόλησης ( $P<0,001$ ), με μηνιαίο εισόδημα 2001-2500 ευρώ ( $P<0,001$ ) και κατοικούν στην παρούσα διεύθυνση για 5-10 χρόνια ( $P<0,001$ ), παρουσιάζουν σημαντικά υψηλότερες τιμές σε σχέση με την ποιότητα ζωής.

## **Ποιότητα ζωής και συμπεριφορές Υγείας**

Οι συμπεριφορές υγείας που μελετήθηκαν είναι το κάπνισμα, η συχνότητα και ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ και η φυσική δραστηριότητα.

Τόσο στη σωματική (Mean= 43.78, SD= 9.24) όσο και στη ψυχική διάσταση (Mean= 50.39, SD 7.22) του εργαλείου, εντύπωση προκαλεί το γεγονός ότι άτομα τα οποία δεν καταναλώνουν σχεδόν καθόλου ή και καθόλου αλκοόλ παρουσιάζουν τις χαμηλότερες τιμές όσο αφορά την ποιότητα ζωής.

**Πίνακας 5:** Κοινωνική διαβάθμιση σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά – Σωματική διάσταση

PCS Κοινωνική διαβάθμιση σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	Άνδρες				Γυναίκες			
	N	Mean	SD	P	N	Mean	SD	P
<b>Ηλικία</b>								
45-50 ετών	68	53,77	5,48	<0,001	108	54,08	5,62	<0,001
51-55 ετών	47	50,62	6,78		46	49,63	7,64	
56-60 ετών	56	48,93	7,29		26	47,66	8,48	
61-65 ετών	54	44,58	8,42		44	41,65	8,83	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>								
Παντρεμένος/η-Σε συμβίωση	200	49,61	7,76	0,001	178	50,84	7,84	<0,001
Ελεύθερος/η	6	53,35	4,24		6	55,35	4,96	
Διαζευγμένος/η Σε διάσταση	11	54,93	3,94		23	48,71	9,45	
Χήρος/α	7	40,17	5,21		18	41,80	10,17	
<b>Συνολικός αριθμός παιδιών οικογένειας</b>								
0 παιδιά	38	21,87	7,79	<0,001	52	54,27	60,5	<0,001
1-2 παιδιά	80	51,62	6,93		85	51,49	51,49	
3 παιδιά και άνω	107	47,50	7,83		88	46,10	46,10	
<b>Αριθμός μελών οικογένειας που διαμένουν στο ίδιο σπίτι</b>								
Μόνος	17	48,08	8,37	0,38	19	42,17	12,04	<0,001
2-3 άτομα	174	49,58	8,04		172	50,63	7,98	
>4 άτομα	34	51,13	5,48		33	51,72	6,37	
<b>Υπηκοότητα</b>								
Κυπριακή	216	49,62	7,81	0,42	204	50,01	8,64	0,93
Άλλη	9	51,72	5,71		21	50,18	7,43	

**Πίνακας 6:** Δείκτες Κοινωνικής Θέσης – Σωματική διάσταση

PCS Δείκτες Κοινωνικής Θέσης	Άνδρες				Γυναίκες			
	N	Mean	SD	P	N	Mean	SD	P
<b>Εκπαίδευση</b>								
Καμία / Δημοτικό	15	44,35	9,49	<0,001	11	38,68	12,18	<0,001
Γυμνάσιο	26	43,99	9,09		30	42,99	9,74	
Λύκειο	104	49,68	6,83		87	49,89	7,28	
Πανεπιστήμιο	63	53,09	6,21		83	53,03	6,07	
Μεταπτυχιακές σπουδές	13	52,63	6,40		14	56,99	3,10	
<b>Καθεστώς εργοδότησης</b>								
Πλήρης απασχόληση	163	51,93	5,77	<0,001	145	52,15	6,87	<0,001
Μερική απασχόληση	10	48,63	7,83		12	51,21	4,92	
Άνεργος	12	49,83	9,64		6	53,95	3,33	
Δεν εργάζομαι	39	40,41	7,62		62	44,44	10,29	
<b>Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα</b>								
<1000	21	42,11	8,89	<0,001	42	42,86	10,52	<0,001
10001-1500	59	47,39	7,70		58	49,73	7,82	
1501-2000	64	50,78	7,79		55	51,61	6,79	
2001-2500	40	53,13	5,17		37	53,25	5,50	
3001-5000	20	51,83	5,64		20	52,68	6,87	
>5001	21	51,92	5,80		12	54,33	7,86	
<b>Τους τελευταίους 12 μήνες αντιμετωπίσατε δυσκολίες όσο αφορά τα τρέχοντα έξοδα του νοικοκυριού;</b>								
Ναι	116	48,82	7,87	0,078	139	48,54	8,81	0,001
Όχι	109	50,64	7,53		86	52,42	7,46	

<b>Κατοικία</b>								
Ιδιόκτητη	206	49,61	7,62	0,55	193	49,87	8,56	0,58
Ενοικιαζόμενη / Άλλο	19	50,71	9,09		31	50,77	8,47	
<b>Τύπος κατοικίας</b>								
Ανεξάρτητη	187	49,43	7,75	0,049	169	49,45	8,92	0,19
Ημι-ανεξάρτητη οικία	25	49,09	7,94		36	51,30	6,35	
Πολυκατοικία	13	54,80	5,52		20	52,51	8,09	

**Πίνακας 7:** Συμπεριφορές Υγείας – Σωματική διάσταση

PCS Συμπεριφορές Υγείας	Ανδρες				Γυναίκες			
	N	Mean	SD	P	N	Mean	SD	P
<b>Κάπνισμα</b>								
Καπνιστής	104	48,91	7,03	<0,001	57	50,74	6,49	0,37
Μη καπνιστής	95	52,07	7,26		165	49,88	9,03	
Πρώην καπνιστής	26	44,19	8,92		3	44,00	13,92	
<b>Packs years of smoking</b>								
<1 Packs years of smoking	99	52,07	7,15	<0,001	168	49,89	8,99	0,39
1-25 Packs years of smoking	18	51,22	7,94		31	51,43	7,28	
25-50 Packs years of smoking	53	47,84	6,88		21	50,31	5,09	
>50 Packs years of smoking	55	46,73	8,19		5	44,53	10,26	
<b>Αλκοόλ</b>								
Συχνά ή και καθημερινά	13	52,44	6,08	<0,001	2	52,22	0,59	<0,001
1-2 φορές τη βδομάδα	28	50,61	8,15		15	51,55	6,94	
2-3 φορές το μήνα	59	51,62	6,91		46	54,18	4,90	
Σχεδόν μία φορά το μήνα	94	49,80	6,90		93	52,27	6,27	
Σχεδόν καθόλου ή και καθόλου	31	43,78	9,24		69	43,82	10,10	
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>								
1 ποτό	56	47,17	8,63	0,007	110	48,84	8,59	<0,001
2 ποτά	61	51,39	6,74		63	53,85	5,40	
3-4 ποτά	74	50,93	7,00		25	53,15	4,47	
5 ποτά και άνω	29	48,36	8,05		4	52,03	2,96	
<b>Φυσική δραστηριότητα</b>								
Ήπια σωματική δραστηριότητα	84	55,15	4,08	<0,001	80	45,24	9,67	<0,001
Μέτρια σωματική δραστηριότητα	103	49,14	5,57		101	53,34	6,17	
Έντονη σωματική δραστηριότητα	38	39,19	7,63	<0,001	44	51,11	6,95	

**Πίνακας 8:** Κοινωνική διαβάθμιση σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά – Ψυχική διάσταση

MCS Κοινωνική διαβάθμιση σε σχέση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	Ανδρες				Γυναίκες			
	N	Mean	SD	P	N	Mean	SD	P
<b>Ηλικία</b>								
45-50 ετών	68	52,34	6,45	0,07	108	48,81	7,78	0,98
51-55 ετών	47	52,56	4,77		46	48,53	6,90	
56-60 ετών	56	49,48	8,17		26	48,78	8,23	
61-65 ετών	54	50,83	7,80		44	49,22	9,19	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>								
Παντρεμένος/η-Σε συμβίωση	200	51,39	7,01	0,22	178	50,04	6,50	<0,001
Ελεύθερος/η	6	54,46	4,67		6	43,06	15,62	
Διαζευγμένος/η	11	51,02	9,25		23	44,31	8,54	
Σε διάσταση								
Χήρος/α	7	46,58	4,03		18	44,99	12,16	
<b>Συνολικός αριθμός παιδιών οικογένειας</b>								
0 παιδιά	38	52,15	7,50	0,69	52	50,11	7,90	0,30
1-2 παιδιά	80	50,96	6,93		85	48,99	6,47	
3 παιδιά και άνω	107	51,25	6,98		88	47,99	9,07	
<b>Αριθμός μελών οικογένειας που διαμένουν στο ίδιο σπίτι</b>								
Μόνος	17	51,05	5,98	0,40	19	46,00	12,51	0,09
2-3 άτομα	174	51,05	7,52		172	49,45	7,00	
>4 άτομα	34	52,80	4,32		33	47,30	8,83	
<b>Υπηκοότητα</b>								
Κυπριακή	216	51,32	7,14	0,90	204	49,08	8,13	0,19
Άλλη	9	51,03	3,65		21	46,71	4,93	

**Πίνακας 9:** Δείκτες Κοινωνικής Θέσης – Ψυχική διάσταση

MCS Δείκτες Κοινωνικής Θέσης	Άνδρες				Γυναίκες			
	N	Mean	SD	P	N	Mean	SD	P
<b>Εκπαίδευση</b>								
Καμία / Δημοτικό	15	47,95	10,77	0,10	11	43,77	11,45	0,015
Γυμνάσιο	26	49,73	7,37		30	48,91	10,20	
Λύκειο	104	51,22	6,71		87	47,63	7,64	
Πανεπιστήμιο	63	52,70	6,00		83	50,15	6,68	
Μεταπτυχιακές σπουδές	13	52,45	7,51		14	52,75	4,17	
<b>Καθεστώς εργοδότησης</b>								
Πλήρης απασχόληση	163	52,85	5,14	<0,001	145	48,91	6,57	0,035
Μερική απασχόληση	10	50,77	5,79		12	42,69	11,92	
Άνεργος	12	42,84	8,35		6	48,47	13,58	
Δεν εργάζομαι	39	47,78	10,21		62	49,97	8,84	
<b>Οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα</b>								
<1000	21	43,79	10,36	<0,001	42	43,92	11,14	<0,001
10001-1500	59	50,35	7,36		58	48,70	6,85	
1501-2000	64	52,09	5,84		55	50,26	6,44	
2001-2500	40	53,58	4,95		37	50,09	7,15	
3001-5000	20	54,49	3,71		20	51,89	4,74	
>5001	21	51,83	6,02		12	52,04	4,49	
<b>Τους τελευταίους 12 μήνες αντιμετωπίσατε δυσκολίες όσο αφορά τα τρέχοντα έξοδα του νοικοκυριού;</b>								
Ναι	116	50,42	7,55	0,048	139	47,03	8,21	<0,001
Όχι	109	52,27	6,33		86	51,82	6,41	

*Πόσο καιρό κατοικείτε στην παρούσα διεύθυνση;*

<i>1-5 χρόνια</i>	7	47,60	12,23	0,043	15	46,50	8,38	0,20
<i>5-10 χρόνια</i>	37	53,61	4,53		53	50,25	7,00	
<i>Πάνω από 10 χρόνια</i>	180	50,98	7,14		155	48,57	8,16	
<b>Κατοικία</b>								
<i>Ιδιόκτητη</i>	206	51,63	6,75	0,028	193	49,18	7,81	0,11
<i>Ενοικιαζόμενη / Άλλο</i>	19	47,93	9,13		31	46,73	8,39	
<b>Τύπος κατοικίας</b>								
<i>Ανεξάρτητη</i>	187	51,65	6,52	0,24	169	49,26	7,84	0,26
<i>Ημι-ανεξάρτητη οικία</i>	25	49,25	9,67		36	46,90	7,90	
<i>Πολυκατοικία</i>	13	50,37	8,10		20	49,01	8,38	



**Πίνακας 10:** Συμπεριφορές Υγείας – Ψυχική διάσταση

MCS Συμπεριφορές Υγείας	Άνδρες				Γυναίκες			
	N	Mean	SD	P	N	Mean	SD	P
<b>Κάπνισμα</b>								
Καπνιστής	104	50,32	7,54	0,058	57	46,64	7,95	0,045
Μη καπνιστής	95	52,62	5,81		165	49,58	7,84	
Πρώην καπνιστής	26	50,52	8,41		3	51,29	1,16	
<b>Packs years of smoking</b>								
<1 Packs years of smoking	99	52,70	5,83	<0,001	168	49,54	7,80	0,04
1-25 Packs years of smoking	18	53,32	5,10		31	46,72	8,63	
25-50 Packs years of smoking	53	51,92	5,76		21	48,36	5,28	
>50 Packs years of smoking	55	47,58	9,16		5	41,50	11,65	
<b>Αλκοόλ</b>								
Συχνά ή και καθημερινά	13	51,09	5,18	0,59	2	41,80	23,37	0,50
1-2 φορές τη εβδομάδα	28	51,80	7,37		15	49,43	8,84	
2-3 φορές το μήνα	59	50,39	8,41		46	48,43	7,85	
Σχεδόν μία φορά το μήνα	94	52,08	6,11		93	49,67	5,83	
Σχεδόν καθόλου ή και καθόλου	31	50,39	7,22		69	48,13	9,59	
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>								
1 ποτό	56	51,56	6,33	0,13	110	49,06	7,86	0,04
2 ποτά	61	52,83	5,87		63	49,85	6,78	
3-4 ποτά	74	50,34	7,76		25	47,34	5,51	
Πάνω από 5 ποτά	29	49,85	8,00		4	39,76	10,26	
<b>Φυσική δραστηριότητα</b>								
Ήπια σωματική δραστηριότητα	136	50,29	7,33	0,015	80	46,66	9,47	0,006
Μέτρια σωματική δραστηριότητα	62	53,38	5,19		101	50,37	6,98	
Έντονη σωματική δραστηριότητα	27	51,71	8,24		44	49,39	5,72	

### **7.3. Μοντέλο αλληλεπίδρασης κοινωνικής θέσης και φύλου**

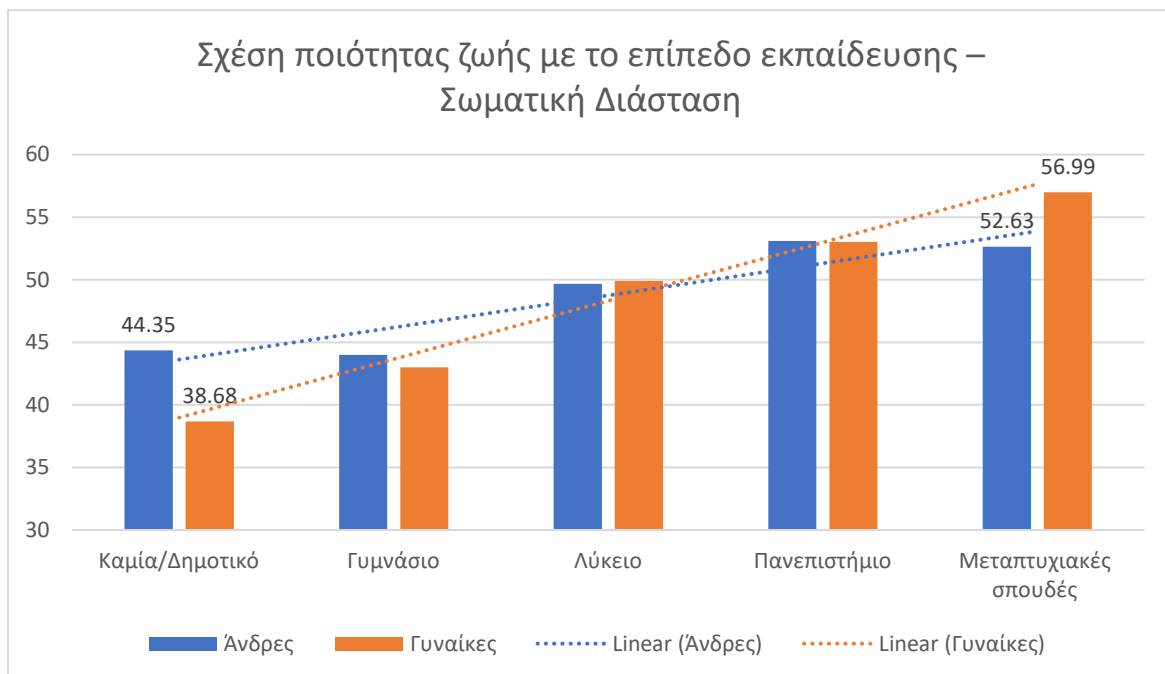
Στην προσπάθεια μας να διερευνήσουμε την όποια διαφοροποίηση της σχέσης της κοινωνικής θέσης του ατόμου με την υγεία σε άνδρες και γυναίκες αναφορικά με την ποιότητα ζωής, χρησιμοποιήθηκαν οι κοινωνικοί δείκτες επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα και ταξινόμηση επαγγέλματος.

#### **Επίπεδο εκπαίδευσης**

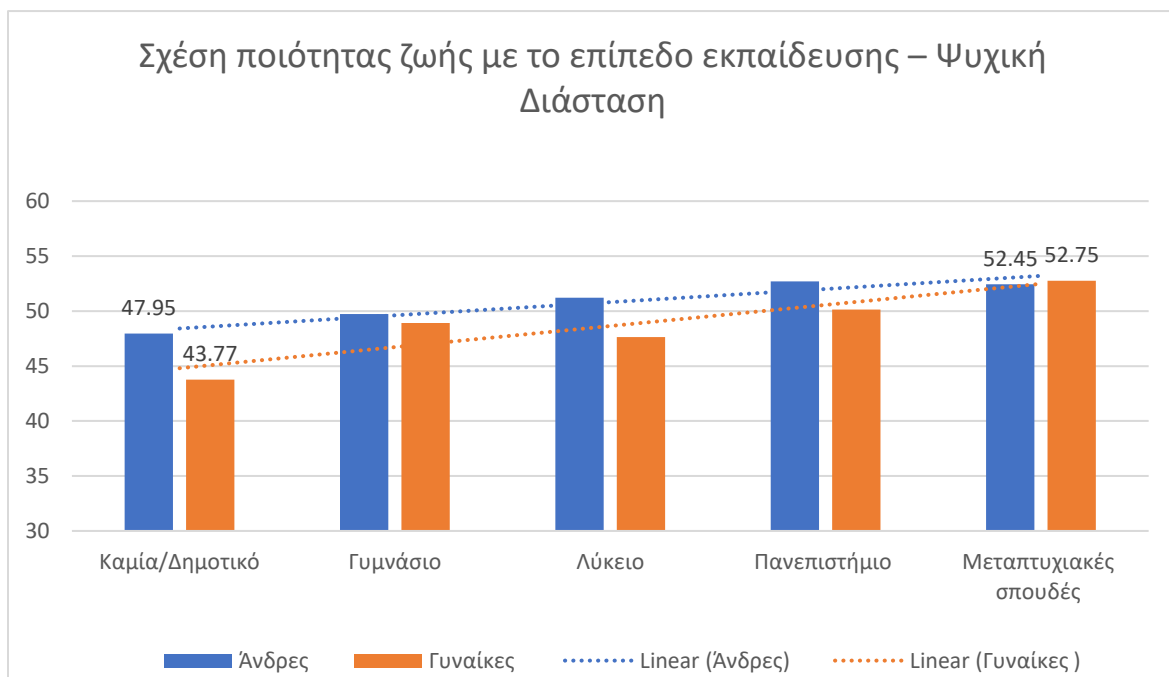
Ενώ φαίνεται να υπάρχει μια ένδειξη αλληλεπίδρασης ως προς την σχέση επιπέδου εκπαίδευσης και εισοδήματος με την ποιότητα ζωής, τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική διάσταση, η σχέση αυτή είναι ισχυρότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

Όσον αφορά στη σωματική διάσταση της υγείας, φαίνεται να παρουσιάζεται ισχυρή σχέση της ΠΖ με το δείκτη εκπαίδευσης (Πίνακας 11). Συγκεκριμένα, η διαφορά μεταξύ των δύο πόλων της κοινωνικοοικονομικής κλίμακας (1<sup>ο</sup> τεταρτημόριο και 4<sup>ο</sup> τεταρτημόριο), είναι 12 μονάδες για τους άνδρες και 14 μονάδες για τις γυναίκες. Εντούτοις, το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Η τιμή του στατιστικού ελέγχου είναι 0,16.

Όσον αφορά στην ψυχική διάσταση της υγείας, είναι και πάλι εμφανές το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης, αλλά η εικόνα δεν είναι τόσο έντονη. Σε αυτή τη διάσταση η διαφορά μεταξύ των πόλων είναι σχεδόν 5 μονάδες στους άντρες και 9 μονάδες στις γυναίκες.



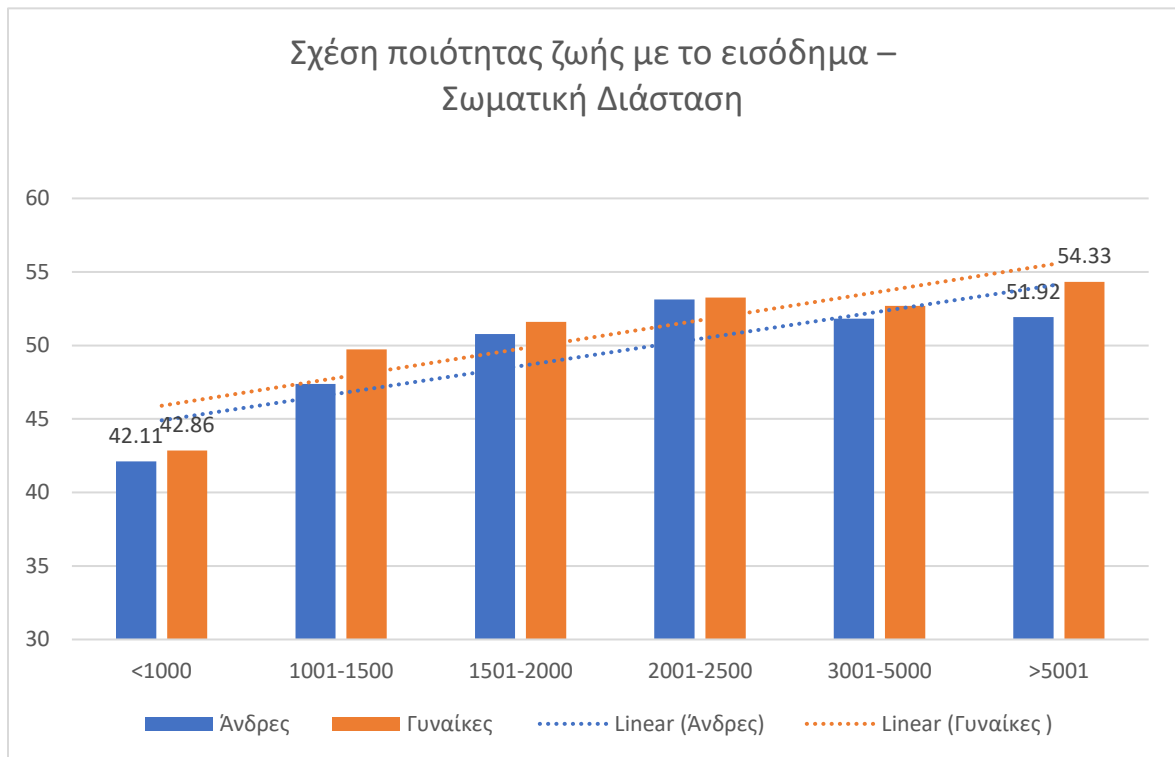
**Γράφημα 7:** Σχέση ποιότητας ζωής με το επίπεδο εκπαίδευσης – Σωματική Διάσταση



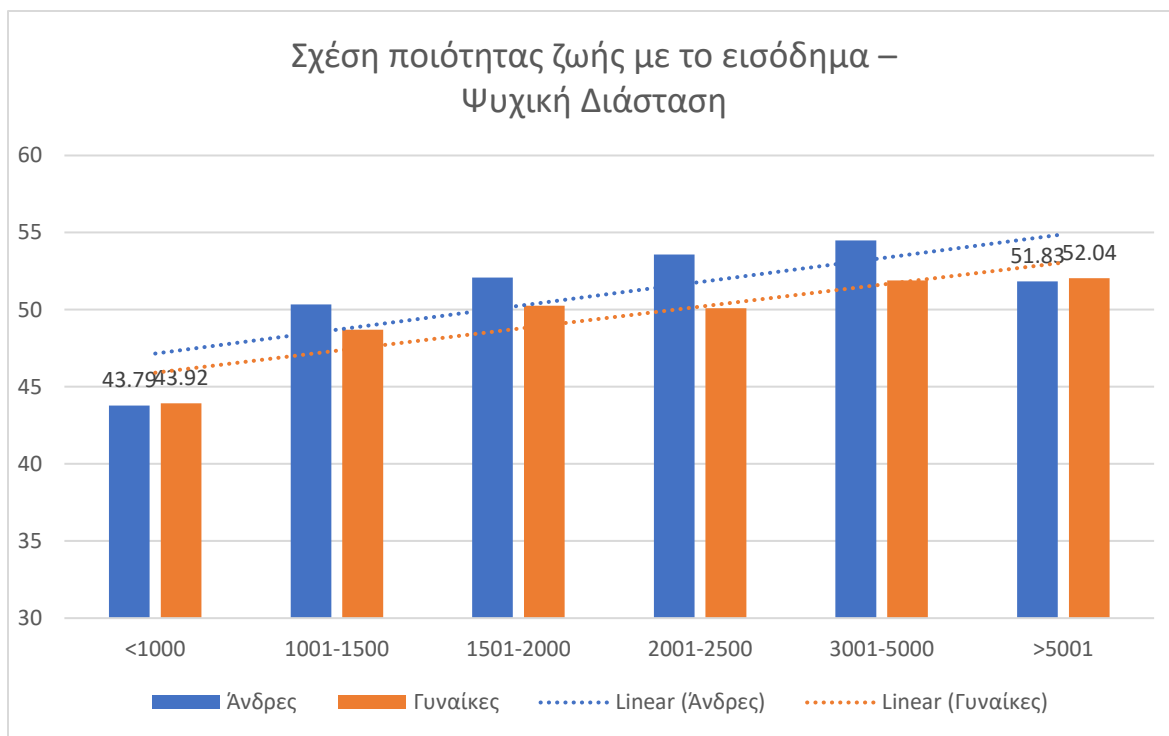
**Γράφημα 8:** Σχέση ποιότητας ζωής με το επίπεδο εκπαίδευσης – Ψυχική Διάσταση

## Εισόδημα

Το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης είναι εμφανές και στη σχέση ΠΖ με το εισόδημα, τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική διάσταση. Αν και το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό ( $p=0.92$ ), εντούτοις η διαφορά μεταξύ του χαμηλότερου εισοδήματος και του υψηλότερου εισοδήματος είναι για τους άνδρες 10 μονάδες και για τις γυναίκες 11,5 (Σωματική διάσταση) (Γράφημα 9 και Γράφημα 10).



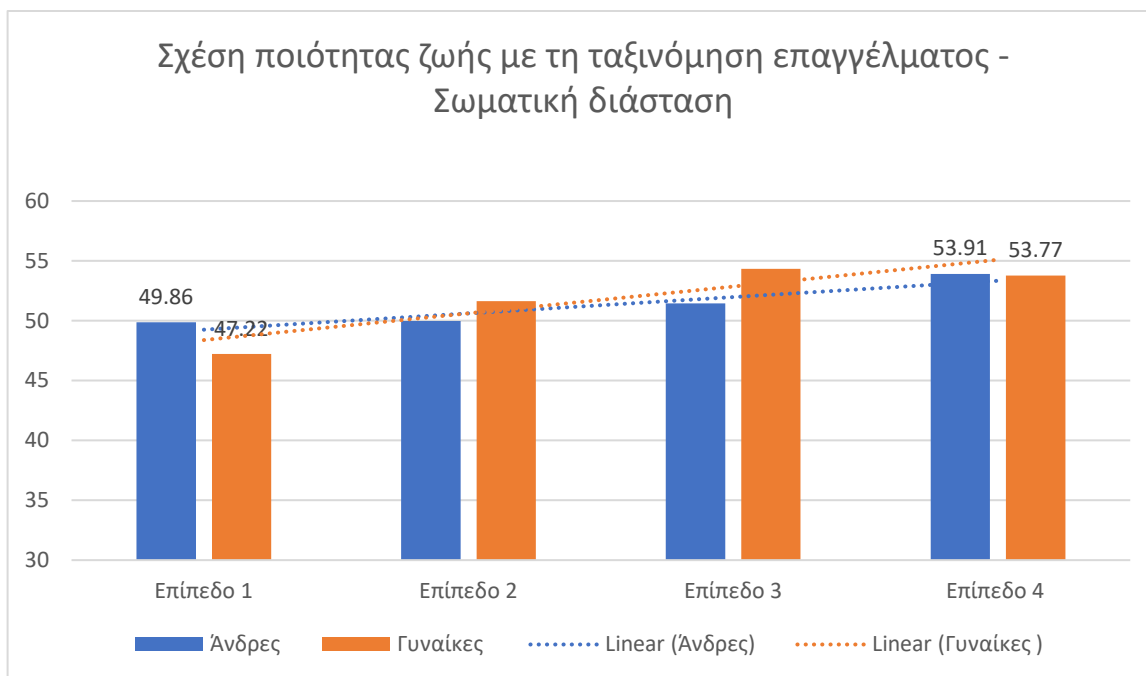
**Γράφημα 9:** Σχέση ποιότητας ζωής με το εισόδημα – Σωματική Διάσταση



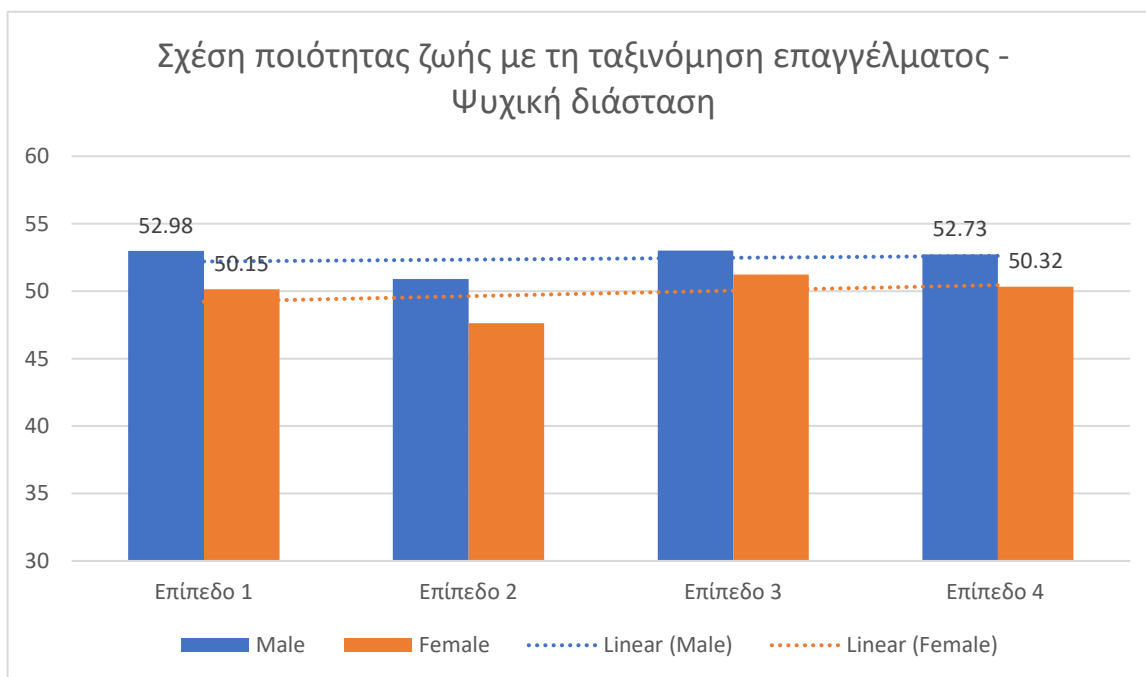
**Γράφημα 10:** Σχέση ποιότητας ζωής με το εισόδημα – Ψυχική Διάσταση

### Ταξινόμηση επαγγέλματος

Όσον αφορά στην περίπτωση της ταξινόμησης του επαγγέλματος αυτό φαίνεται να διαφοροποιείται, αφού η σχέση της επαγγελματικής θέσης, ανεξαρτήτως του τρόπου ταξινόμησης, το επάγγελμα φαίνεται συστηματικά να παρουσιάζει ισχυρότερη σχέση στους άνδρες από ότι στις γυναίκες, τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική διάσταση. Συγκεκριμένα, η διαφορά μεταξύ των πόλων στη σωματική διάσταση του εργαλείου ως προς την ταξινόμηση του επαγγέλματος βάσει δεξιοτήτων, είναι 13 μονάδες στους άντρες και 10 στις γυναίκες. Στις πλείστες περιοχές η διαφορά στη σχέση της ταξινόμησης του επαγγέλματος με την ποιότητα ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών, είναι στατιστικά σημαντική (γράφημα 11 και Γράφημα 12).



**Γράφημα 11:** Σχέση ποιότητας ζωής με τη ταξινόμηση του επαγγέλματος – Σωματική Διάσταση



**Γράφημα 12:** Σχέση ποιότητας ζωής με τη ταξινόμηση του επαγγέλματος – Ψυχική Διάσταση

**Πίνακας 11:** Αλληλεπίδραση εκπαίδευσης, εισοδήματος και επαγγέλματος με ποιότητα ζωής - Σωματική διάσταση

PCS	Overall		Male		Female	
	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)
<i>Εκπαίδευση</i>						
Καμία / Δημοτικό	26	41,95 (10,86)	15	44,35 (9,49)	11	38,68 (12,18)
Γυμνάσιο	56	43,46 (9,37)	26	43,99 (9,09)	30	42,99 (9,74)
Λύκειο	191	49,78 (7,02)	104	49,68 (6,83)	87	49,89 (7,28)
Πανεπιστήμιο	146	53,05 (6,11)	63	53,09 (6,21)	83	53,03 (6,07)
Μεταπτυχιακές σπουδές	27	54,89 (5,35)	13	52,63 (6,40)	14	56,99 (3,10)
<i>P-value</i>		<0,001		<0,001		<0,001
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		3,81 (3,08-4,53)		3,04 (2,03-4,05)		4,58 (3,55-5,62)
<i>P for trend</i>		<0,001		<0,001		<0,001
<i>P for interaction</i>						0,16
<i>Εισόδημα</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<1000	63	42,61 (9,94)	21	42,11 (8,89)	42	42,86 (10,52)
10001-1500	117	48,55 (7,82)	59	47,39 (7,70)	58	49,73 (7,82)
1501-2000	119	51,16 (7,33)	64	50,78 (7,79)	55	51,61 (6,79)
2001-2500	77	53,19 (5,29)	40	53,13 (5,17)	37	53,25 (5,50)
3001-5000	40	52,25 (6,22)	20	51,83 (5,64)	20	52,68 (6,87)
>5001	33	52,80 (6,61)	21	51,92 (5,80)	12	54,33 (7,86)
<i>P-value</i>		<0,001		<0,001		
<i>Per category increase</i>		2,00		1,84		2,23
<i>(95% C.I.)</i>		(1,50-2,50)		(1,16-2,52)		(1,49-2,97)
<i>P for trend</i>		<0,001		<0,001		<0,001
<i>P for interaction</i>						0,92
<i>Επάγγελμα</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>(Βάσει δεξιότητων)*</i>						
Level 1	17	48,31 (7,70)	7	49,86 (3,96)	10	47,22 (9,58)

<i>Level 2</i>	123	51,03 (6,91)	44	49,97 (7,90)	79	51,63 (6,27)
<i>Level 3</i>	99	51,97 (5,90)	81	51,44 (5,78)	18	54,34 (5,99)
<i>Level 4</i>	71	53,84 (5,06)	35	53,91 (4,27)	36	53,77 (5,78)
<i>P-value</i>		0,002		0,04		0,01
<i>Per category increase</i>		1,51		1,68		1,58
<i>(95% C.I.)</i>		(0,72-2,31)		(0,50-2,86)		(0,46-2,71)
<i>P for trend</i>		<0,001		0,005		0,006
<i>P for interaction</i>						0,31

\*Η ταξινόμηση των επαγγελματιών έγινε σύμφωνα με την ταξινόμηση του Ηνωμένου Βασιλείου, βασιζόμενη στις ικανότητες που απαιτούνται ανά επάγγελμα.

(Office for National Statistics, 2010).

**Πίνακας 12:** Αλληλεπίδραση εκπαίδευσης, εισοδήματος και επαγγέλματος με ποιότητα ζωής – Ψυχική διάσταση

<i>MCS</i>	<b>Overall</b>		<b>Male</b>		<b>Female</b>	
	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Εκπαίδευση</i>						
<i>Καμία / Δημοτικό</i>	26	46,18 (11,04)	15	47,95 (10,77)	11	43,77 (11,45)
<i>Γυμνάσιο</i>	56	49,30 (8,93)	26	49,73 (7,37)	30	48,91 (10,20)
<i>Λύκειο</i>	191	49,59 (7,35)	104	51,22 (6,71)	87	47,63 (7,64)
<i>Πανεπιστήμιο</i>	146	51,25 (6,50)	63	52,70 (6,00)	83	50,15 (6,68)
<i>Μεταπτυχιακές σπουδές</i>	27	52,61 (5,89)	13	52,45 (7,51)	14	52,75 (4,17)
<i>P-value</i>		0,005		0,10		0,015
<i>Per category increase</i>		1,40		1,32		1,65
<i>(95% C.I.)</i>		(0,66-2,14)		(0,34-2,30)		(0,56-2,74)
<i>P for trend</i>		<0,001		0,008		0,003



<i>P for interaction</i>						0,56
<i>Εισόδημα</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<1000	63	43,88 (10,80)	21	43,79 (10,36)	42	43,92 (11,14)
10001-1500	117	49,53 (7,13)	59	50,35 (7,36)	58	48,70 (6,85)
1501-2000	119	51,24 (6,16)	64	52,09 (5,84)	55	50,26 (6,44)
2001-2500	77	51,90 (6,32)	40	53,58 (4,95)	37	50,09 (7,15)
3001-5000	40	53,19 (4,40)	20	54,49 (3,71)	20	51,89 (4,74)
>5001	33	51,91 (5,44)	21	51,83 (6,02)	12	52,04 (4,49)
<i>P-value</i>		<0,001		<0,001		<0,001
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		1,56 (1,10-2,04)		1,40 (0,77-2,04)		1,57 (0,86-2,29)
<i>P for trend</i>		<0,001		<0,001		<0,001
<i>P for interaction</i>						0,72
<i>Επάγγελμα</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>(Βάσει δεξιοτήτων)*</i>						
Level 1	17	51,31 (5,52)	7	52,98 (2,44)	10	50,15 (6,83)
Level 2	123	48,80 (8,00)	44	50,89 (7,67)	79	47,63 (7,99)
Level 3	99	52,70 (4,53)	81	53,02 (4,18)	18	51,23 (5,76)
Level 4	71	51,51 (5,70)	35	52,73 (5,48)	36	50,32 (5,73)
<i>P-value</i>		<0,001		0,22		0,11
<i>Per category increase</i>		1,17		0,67		1,01
<i>(95% C.I.)</i>		(0,34-2,01)		(-0,40, 1.75)		(-0.25, 2.27)
<i>P for trend</i>		0,006		0,22		0,11
<i>P for interaction</i>						0,90

\*Η ταξινόμηση των επαγγελματιών έγινε σύμφωνα με την ταξινόμηση του Ηνωμένου Βασιλείου, βασισόμενη στις ικανότητες που απαιτούνται ανά επάγγελμα.

(Office for National Statistics, 2010).

Η ταξινόμηση του επαγγέλματος, πέρα της ταξινόμησης βασιζόμενη στις δεξιότητες που απαιτεί το επάγγελμα, έχει γίνει επίσης βασιζόμενη σε ένα συνδυασμό της ομάδας των επαγγελματικών μονάδων και του καθεστώτος απασχόλησης και τα συμπεράσματα είναι τα ίδια (Παράρτημα 9- Πίνακας 4 και Πίνακας 5).

#### **7.4. Απογραφικοί δείκτες κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος**

Οι δείκτες κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος ομαδοποιήθηκαν σε δύο κατηγορίες. Στην πρώτη κατηγορία *Εκπαιδευτικό και κοινωνικό-οικονομικό μειονέκτημα* προστέθηκαν οι μεταβλητές: Εκπαίδευση, Μη κύπριοι υπήκοοι, Μη κύπριοι μη ευρωπαίοι πολίτες, Νοικοκυριά με μονογονεϊκή οικογένεια, Μέση ηλικία, Νοικοκυριά πέρα των 5 ατόμων, Ανεργία, Μη ιδιόκτητη κατοικία, Μη ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή, Χειρωνακτικά επαγγέλματα και στη δεύτερη κατηγορία *Δομικό μειονέκτημα* οι κατηγορίες: Κατοικία πριν το 1980, Κατοικία μετά το 2001, Κενά σπίτια, Πολυκατοικία, Πολυκατοικία μικτής χρήσης.

Έγινε σύγκριση μεταξύ των απογραφικών δεικτών κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος με την ποιότητα ζωής, τόσο για το σύνολο του δείγματος, όσο και για άνδρες και γυναίκες ξεχωριστά. Φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση της ΠΖ σχεδόν με όλες τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν, και η συσχέτιση αυτή φαίνεται να είναι πιο ισχυρή στις γυναίκες παρά στους άνδρες.

#### **Σωματική διάσταση**

##### *Εκπαιδευτικό και κοινωνικό-οικονομικό μειονέκτημα*

Στη μεταβλητή Εκπαίδευση φαίνεται να παρουσιάζεται ξεκάθαρα το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης (Γράφημα 13). Η αύξηση ανά κατηγορία, στο σύνολο του δείγματος, είναι 1,23 μονάδες και είναι στατιστικά σημαντική ( $p < 0,001$ ). Η σχέση μεταξύ ανδρών και γυναικών διαφέρει. Συγκεκριμένα στους άνδρες η διαφορά μεταξύ των άκρων (1<sup>ου</sup> τεταρτημορίου και του 4<sup>ου</sup> τεταρτημορίου) είναι γύρω στις 2 μονάδες, ενώ στις γυναίκες η διαφορά αυτή είναι γύρω στις 6 μονάδες, και αν και δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $P=0.15$ ), είναι κλινικά σημαντική στην κλίμακα του SF36.

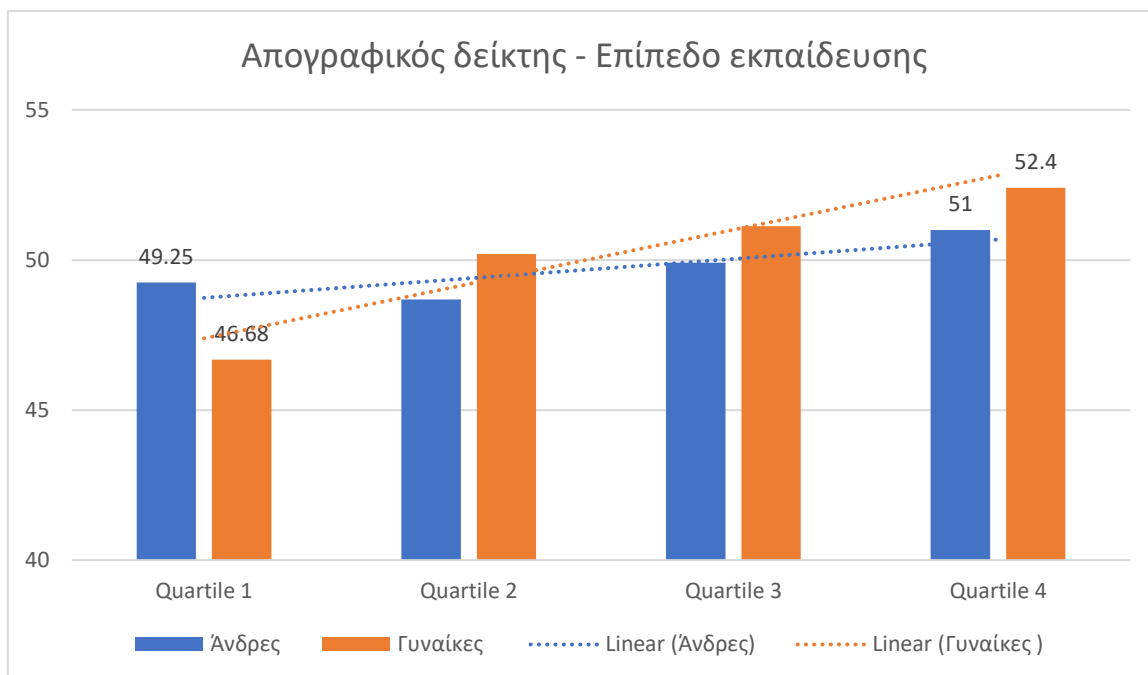
Η μεταβλητή Νοικοκυριά με μονογονεϊκή οικογένεια παρουσιάζει και αυτή το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης, αλλά σε μικρότερο βαθμό.

Το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης φαίνεται και στην μεταβλητή μέση ηλικία του δείγματος, η οποία δείχνει ότι στις γειτονιές όπου ο μέσος όρος ηλικίας είναι χαμηλότερος, η ποιότητα ζωής είναι καλύτερη. Συγκεκριμένα για κάθε επόμενη κατηγορία, η αύξηση που παρατηρείται είναι 0,81 στο γενικό πληθυσμό, 1,04 στους άνδρες και 0,57 στις γυναίκες. Δεν φαίνεται κάποια διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών ( $p = 0,73$ ).

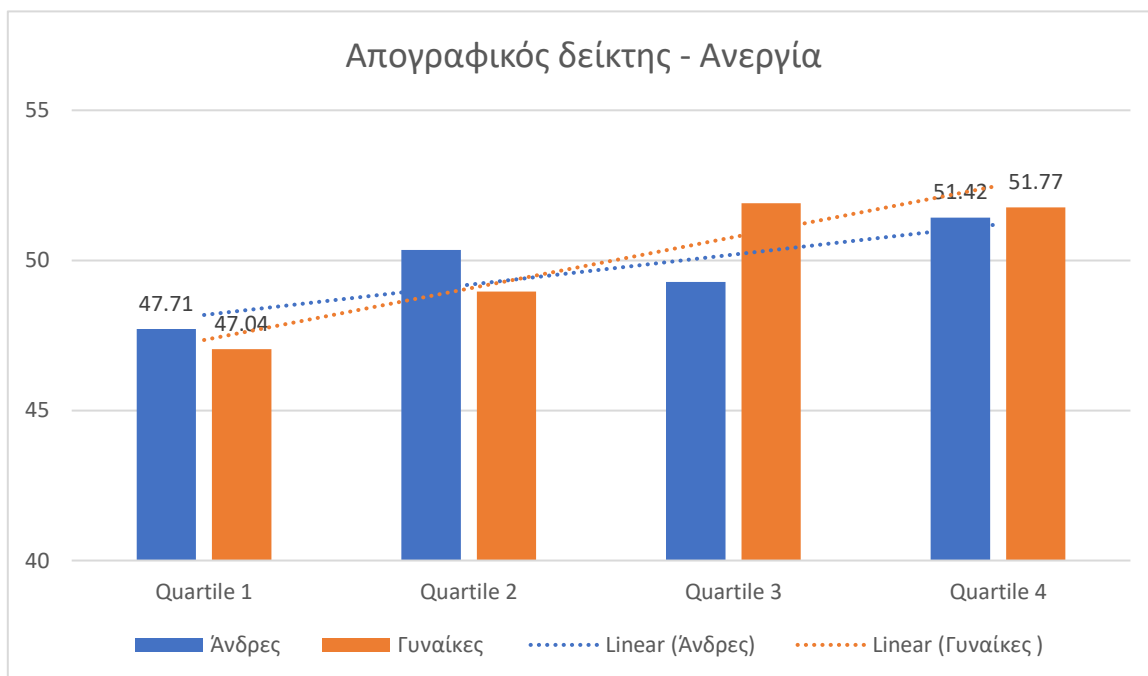
Η μεταβλητή Νοικοκυριά πέρα των 5 ατόμων, παρουσιάζει το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης. Γειτονιές που περιλαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό με πολυπληθή νοικοκυριά, παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ΠΖ, ενώ για κάθε επόμενη κατηγορία η αύξηση είναι 0,99 χωρίς να παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων.

Επιπρόσθετα η μεταβλητή ανεργία παρουσιάζει το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης, με τις γυναίκες να παρουσιάζουν πιο ισχυρή συσχέτιση. Στις γυναίκες η αύξηση για κάθε επόμενη κατηγορία είναι 1,7 μονάδες, ενώ για τους άνδρες 1,02. Η διαφορά μεταξύ των δύο άκρων στις γυναίκες είναι σχεδόν 5 μονάδες, η οποία αν και δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $P=0.26$ ), εντούτοις είναι κλινικά σημαντική (Γράφημα 14).

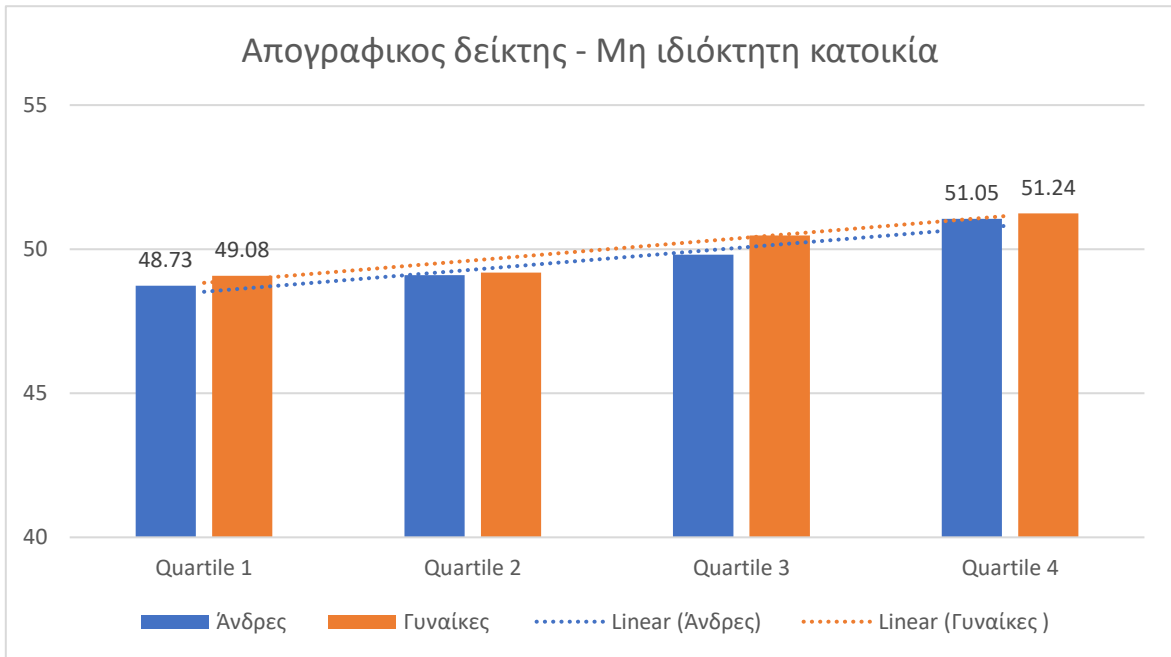
Οι μεταβλητές Μη ιδιόκτητη κατοικία (Γράφημα 15), Μη ύπαρξη Η/Υ (Γράφημα 16) παρουσιάζουν το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης, χωρίς κάποια διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων.



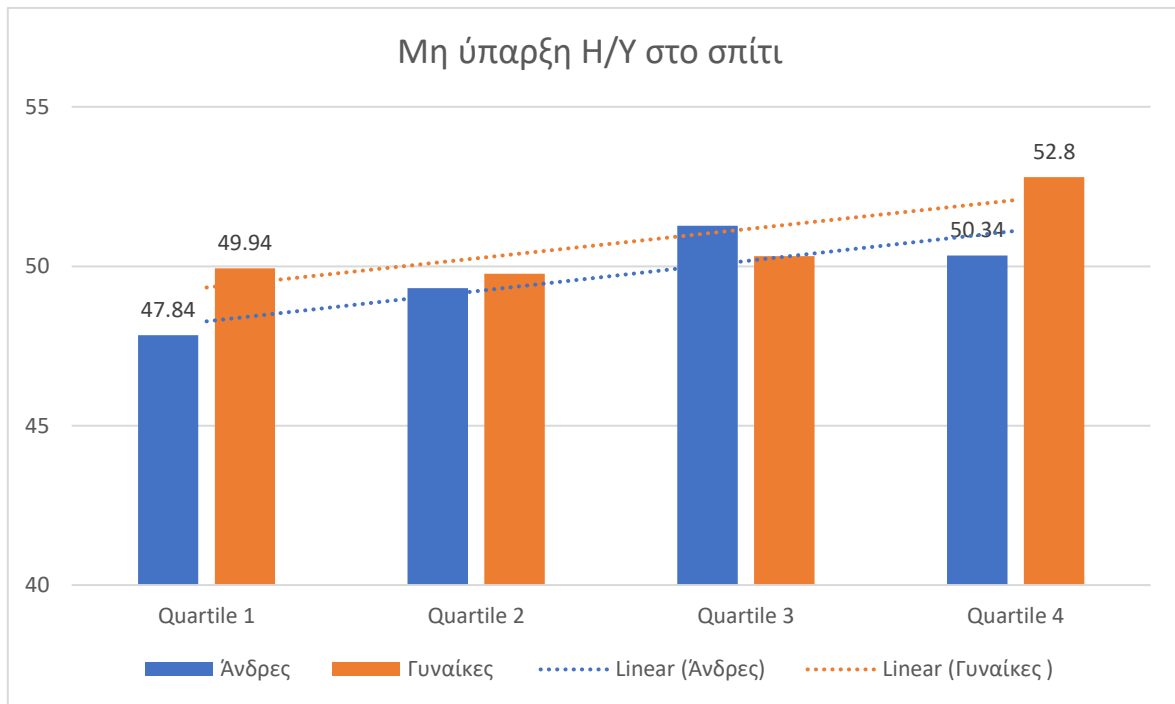
**Γράφημα 13:** Σχέση ποιότητας ζωής με απογραφικό δείκτη επιπέδου εκπαίδευσης – Σωματική Διάσταση



**Γράφημα 14:** Σχέση ποιότητας ζωής με απογραφικό δείκτη ανεργία – Σωματική Διάσταση



**Γράφημα 15:** Σχέση ποιότητας ζωής με απογραφικό δείκτη μη ιδιόκτητη κατοικία – Σωματική Διάσταση



**Γράφημα 16:** Σχέση ποιότητας ζωής με απογραφικό δείκτη μη ύπαρξη Η/Υ στο σπίτι – Σωματική Διάσταση

### *Δομικό μειονέκτημα*

Τόσο η μεταβλητή Κατοικία πριν το 1980, όσο και η μεταβλητή Κατοικία μετά το 2001, παρουσιάζουν το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης. Η αύξηση ανά κατηγορία στο σύνολο του δείγματος είναι 0,78 και 0,65 αντίστοιχα. Δεν υπάρχει κάποια ένδειξη ότι το μοτίβο αυτό διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών ( $p$  for interaction=0.89,  $p$  for interaction =0.80).

Η μεταβλητή πολυκατοικία παρουσιάζει αντίστροφα το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη μεταβλητή, τα άτομα που μένουν σε γειτονίες με περισσότερες πολυκατοικίες (4ο τεταρτημόριο), παρουσιάζουν καλύτερες τιμές στην ποιότητα ζωής. Η αύξηση ανά κατηγορία στο σύνολο του δείγματος είναι 0,87 και το μοτίβο δεν διαφοροποιείται μεταξύ ανδρών και γυναικών.

### **Ψυχική διάσταση**

Η μεταβλητή εκπαίδευση ακολουθεί το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης και στην ψυχική διάσταση του εργαλείου. Η αύξηση ανά κατηγορία στο σύνολο του δείγματος είναι 0,98. Δεν φαίνεται να υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ των δύο φύλων, αφού στους άνδρες η διαφορά των τιμών στις δύο άκρες είναι 2 μονάδες και στις γυναίκες 3,65 ( $p=0,28$ ).

Το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης παρουσιάζεται επίσης, στις μεταβλητές Κατοικία πριν το 1980, Κατοικία μετά το 2001, Νοικοκυριά με μονογονεϊκή οικογένεια, Κενά σπίτια, Πολυκατοικία, Μέση ηλικία, Νοικοκυριά πέρα των 5 ατόμων, Ανεργία, Μη ιδιόκτητη κατοικία, Μη ύπαρξη Η/Υ και Χειρωνακτικά επαγγέλματα. Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό και δεν φαίνεται να υπάρχει κάποια διαφοροποίηση όσο αφορά το φύλο.

Οι τιμές για όλες τις μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν, τόσο στη σωματική όσο και στη ψυχική διάσταση φαίνονται στο Παράρτημα 10.

## **7.5. Κοινωνική Θέση και αυτοαξιολόγηση της υγείας**

### **Ατομικοί δείκτες κοινωνικής θέσης**

Όλοι οι ατομικοί δείκτες κοινωνικής θέσης παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αυτοαξιολόγηση της υγείας (Πίνακας 13). Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που δηλώνουν την υγεία τους ως πολύ καλή/εξαιρετική, έχει ως επίπεδο εκπαίδευσης τις μεταπτυχιακές σπουδές (70.4%). Κανένα άτομο με το ίδιο επίπεδο εκπαίδευσης δεν έχει δηλώσει την κατάσταση υγείας του ως μέτρια/φτωχική (0%). Αντίθετα το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που δηλώνουν την κατάσταση της υγείας τους ως μέτρια/φτωχική, ανήκει στο χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (65.4%) ( $p < 0.001$ ).

Παρόμοια εικόνα παρατηρείται και για τους υπόλοιπους δύο δείκτες, εισόδημα και ταξινόμηση επαγγέλματος. Τα άτομα με μεγαλύτερο εισόδημα ( $p < 0.001$ ) και τα οποία ανήκουν στην υψηλότερη ομάδα ταξινόμησης του επαγγέλματος ( $p = 0.003$ ), τείνουν να αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους καλύτερη από ότι άτομα χαμηλότερης κοινωνικής θέσης.

### **Κοινοτικοί δείκτες κοινωνικής θέσης**

Όσο αφορά στους κοινοτικούς δείκτες κοινωνικής θέσης (Πίνακας 14), φαίνεται ότι μόνο η μεταβλητή μη ιδιόκτητη κατοικία σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την μεταβλητή αυτοαξιολόγηση της υγείας ( $p = 0.008$ ). Άτομα που διαμένουν σε περιοχές όπου οι περισσότερες κατοικίες είναι ιδιόκτητες, τείνουν να αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους καλύτερη (44.2%), από ότι άτομα που διαμένουν σε περιοχές όπου οι περισσότερες κατοικίες είναι μη ιδιόκτητες (13.3%).

**Πίνακας 13:** Κοινωνική θέση (ατομικοί δείκτες) και αυτοαξιολόγηση της υγείας

	Αυτοαξιολόγηση της υγείας		
	Πολύ καλή/ Εξαιρετική	Καλή	Μέτρια/ Φτωχική
<b>Εκπαίδευση</b>			
Καμία / Δημοτικό	11.5%	23.1%	65.4%
Γυμνάσιο	16.1%	37.5%	46.4%
Λύκειο	28.3%	61.8%	9.9%
Πανεπιστήμιο	63%	29.5%	7.5%
Μεταπτυχιακές σπουδές	70.4%	29.6%	0%
<i>p- value</i>	<0.001		
<b>Εισόδημα</b>			
<1000	12.7%	33.3%	54%
10001-1500	22.2%	59%	18.8%
1501-2000	47.9%	44.5%	7.6%
2001-2500	59.7%	33.8%	6.5%
3001-5000	62.5%	32.5%	5%
>5001	45.5%	45.5%	9.1%
<i>p- value</i>	<0.001		
<b>Επάγγελμα (Βάσει δεξιοτήτων)</b>			
Level 1	17.6%	76.5%	5.9%
Level 2	39%	47.2%	13.8%
Level 3	47.5%	46.5%	6.1%
Level 4	62%	32.4%	5.6%
<i>p- value</i>	0.003		



**Πίνακας 14:** Κοινωνική θέση (κοινοτικοί δείκτες) και αυτοαξιολόγηση της υγείας

		<i>Αυτοαξιολόγηση της υγείας</i>		
		<b>Πολύ καλή/ Εξαιρετική</b>	<b>Καλή</b>	<b>Μέτρια/ Φτωχική</b>
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>				
	<i>Quartile 1</i>	37.5%	40%	22.5%
	<i>Quartile 2</i>	35.5%	42.7%	21.8%
	<i>Quartile 3</i>	40%	48.2%	11.8%
	<i>Quartile 4</i>	44.5%	45.5%	10%
	<i>p- value</i>	0.09		
<i>Ανεργία</i>				
	<i>Quartile 1</i>	47.5%	40.8%	11.7%
	<i>Quartile 2</i>	38.3%	48.3%	13.3%
	<i>Quartile 3</i>	39%	41%	20%
	<i>Quartile 4</i>	31.8%	45.5%	22.7%
	<i>p- value</i>	0.10		
<i>Μη ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή</i>				
	<i>Quartile 1</i>	47.5%	43.3%	9.2%
	<i>Quartile 2</i>	35.5%	47.3%	17.3%
	<i>Quartile 3</i>	36.4%	46.4%	17.3%
	<i>Quartile 4</i>	37.3%	39.1%	23.6%
	<i>p- value</i>	0.08		
<i>Μη ιδιόκτητη κατοικία</i>				
	<i>Quartile 1</i>	44.2%	42.5%	13.3%
	<i>Quartile 2</i>	40.9%	47.3%	11.8%
	<i>Quartile 3</i>	30.9%	53.6%	15.5%
	<i>Quartile 4</i>	40.9%	32.7%	26.4%
	<i>p- value</i>	0.008		

## 7.6. Κοινωνική Θέση και συμπεριφορές υγείας

### Ατομικοί δείκτες κοινωνικής θέσης

#### *Εισόδημα*

Το κάπνισμα φαίνεται να μην σχετίζεται με την κοινωνική θέση του ατόμου (Πίνακας 15). Τα άτομα με την υψηλότερη θέση που καπνίζουν >50 pack years of smoking (15.2%), δεν φαίνεται να διαφέρουν πολύ από τα άτομα που καπνίζουν το ίδιο αλλά ανήκουν στην

χαμηλότερη κοινωνική θέση (20.6%). Το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό ( $p=0.36$ ).

Όσο αφορά στη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, φαίνεται ότι τα άτομα στην υψηλότερη εισοδηματική βαθμίδα (υψηλότερη κοινωνική θέση) καταναλώνουν αλκοόλ συχνά ή και καθημερινά σε ποσοστό 6,1%, σε αντίθεση με τα άτομα στην χαμηλότερη κοινωνική θέση τα οποία καταναλώνουν αλκοόλ στην ίδια συχνότητα (1,6%) ( $p=0.002$ ).

Η φυσική δραστηριότητα δεν φαίνεται να παρουσιάζει κάποια σχέση με το εισόδημα ( $p=0.07$ ).

### ***Εκπαίδευση***

Η εκπαίδευση σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με όλες τις υπό μελέτη συμπεριφορές υγείας (Πίνακας 16). Σε σχέση με άτομα με μεταπτυχιακές σπουδές (7.4%) τα οποία καπνίζουν >50 pack years of smoking, τα άτομα με καμία εκπαίδευση/δημοτικό (30.8%) είναι πολύ περισσότερα ( $p=0.006$ ).

Η ίδια εικόνα φαίνεται και στη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, όπου τα άτομα με καμία εκπαίδευση/δημοτικό (7,7%) υπερτερούν, σε σχέση με τα άτομα με μεταπτυχιακές σπουδές (0%) ( $p<0,001$ ).

Η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το επίπεδο εκπαίδευσης ( $p=0.001$ ). Άτομα με επίπεδο εκπαίδευσης το Λύκειο φαίνεται να ασκούνται περισσότερο (21.1%), από ότι άτομα με καμία εκπαίδευση (7.7%).

### ***Ταξινόμηση επαγγέλματος***

Η ταξινόμηση επαγγέλματος σχετίζεται στατιστικά σημαντικά μόνο με το κάπνισμα ( $p=0.02$ ) (Πίνακας 17).

**Πίνακας 15:** Εισόδημα (ατομικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας

	Εισόδημα					
	<1000	1001-1500	1501-2000	2001-2500	3000-5000	>5000
<b>Κάπνισμα</b>						
<1 pack years of smoking	55.6%	52.1%	64.7%	62.3%	67.5%	54.5%
1-25 pack years of smoking	9.5%	12%	7.6%	10.4%	17.5%	15.2%
>25>50 pack years of smoking	14.3%	20.5%	16%	14.3%	15%	15.2%
>50 pack years of smoking	20.6%	15.4%	11.8%	13%	0%	15.2%
p- value	0.36					
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>						
Συχνά ή και καθημερινά	1.6%	3.4%	4.2%	1.3%	5%	6.1%
1-2 φορές τη βδομάδα	7.9%	10.3%	12.6%	9.1%	5%	6.1%
2-3 φορές το μήνα	15.9%	21.4%	26.1%	31.2%	20%	21.2%
Σχεδόν 1 φορά τον μήνα	31.7%	33.3%	46.2%	44.2%	50%	54.5%
Σχεδόν καθόλου ή και καθόλου	42.9%	31.6%	10.9%	14.3%	20%	12.1%
p- value	0.002					
<b>Φυσική δραστηριότητα</b>						
Ήπια φυσική δραστηριότητα	69.4%	48.3%	42%	44.2%	35%	51.5%
Μέτρια φυσική δραστηριότητα	22.6%	34.5%	39.5%	39%	47.5%	36.4%
Έντονη φυσική δραστηριότητα	8.1%	17.2%	18.5%	16.9%	17.5%	12.1%
p- value	0.07					

**Πίνακας 16:** Επίπεδο εκπαίδευσης (ατομικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας

	Επίπεδο εκπαίδευσης				
	Καμία εκπαίδευση/ δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο	Μεταπτυχιακές σπουδές
<b>Κάπνισμα</b>					
<1 pack years of smoking	42.3%	51.8%	55%	68.5%	74.1%
1-25 pack years of smoking	0%	14.3%	10.5%	13%	7.4%
>25>50 pack years of smoking	26.9%	16.1%	19.9%	11.6%	11.1%
>50 pack years of smoking	30.8%	17.9%	14.7%	6.8%	7.4%
p- value	0.006				
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>					
Συχνά ή και καθημερινά	7.7%	3.6%	2.6%	4.1%	0%
1-2 φορές τη βδομάδα	3.8%	14.3%	10.5%	8.2%	7.4%
2-3 φορές το μήνα	23.1%	12.5%	20.9%	30.1%	18.5%
Σχεδόν 1 φορά τον μήνα	30.8%	19.6%	46.1%	44.5%	55.6%
Σχεδόν καθόλου ή και καθόλου	34.6%	50%	19.9%	13%	18.5%
p- value	<0.001				
<b>Φυσική δραστηριότητα</b>					
Ήπια φυσική δραστηριότητα	69.2%	61.8%	47.4%	39%	40.7%
Μέτρια φυσική δραστηριότητα	23.1%	23.6%	31.6%	48.6%	48.1%
Έντονη φυσική δραστηριότητα	7.7%	14.5%	21.1%	12.3%	11.1%
p- value	0.001				

**Πίνακας 17:** Ταξινόμηση επαγγέλματος (ατομικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας

	<i>Ταξινόμηση επαγγέλματος βάσει δεξιοτήτων</i>			
	<b>Επίπεδο 1</b>	<b>Επίπεδο 2</b>	<b>Επίπεδο 3</b>	<b>Επίπεδο 4</b>
<b>Κάπνισμα</b>				
<1 pack years of smoking	35.3%	60.2%	50.5%	70.4%
1-25 pack years of smoking	17.6%	13%	8.1%	14.1%
>25>50 pack years of smoking	35.3%	17.9%	25.3%	7%
>50 pack years of smoking	11.8%	8.9%	16.2%	8.5%
<i>p- value</i>	0.02			
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>				
Συχνά ή και καθημερινά	0%	4.1%	6.1%	1.4%
1-2 φορές τη βδομάδα	11.8%	12.2%	8.1%	12.7%
2-3 φορές το μήνα	35.3%	24.4%	25.3%	25.4%
Σχεδόν 1 φορά τον μήνα	29.4%	45.5%	45.5%	47.9%
Σχεδόν καθόλου ή και καθόλου	23.5%	13.8%	15.2%	12.7%
<i>p- value</i>	0.85			
<b>Φυσική δραστηριότητα</b>				
Ήπια φυσική δραστηριότητα	47.1%	41.5%	47.5%	38%
Μέτρια φυσική δραστηριότητα	29.4%	37.4%	31.3%	47.9%
Έντονη φυσική δραστηριότητα	23.5%	21.1%	21.2%	14.1%
<i>p- value</i>	0.43			

### **Κοινοτικοί δείκτες κοινωνικής θέσης**

#### ***Επίπεδο εκπαίδευσης***

Το επίπεδο εκπαίδευσης παρουσιάζει μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ( $p=0.02$ ) με τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ (Πίνακας 18). Παρουσιάζεται μια εικόνα όσο αφορά τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ με την κοινωνική θέση, παρόμοια με αυτή της ΠΖ. Φαίνεται ότι τα άτομα με την χαμηλότερη κοινωνική θέση να καταναλώνουν σχεδόν καθόλου ή και καθόλου αλκοόλ. Συγκεκριμένα, τα άτομα που δεν καταναλώνουν σχεδόν καθόλου ή και καθόλου αλκοόλ και ανήκουν στην ομάδα με το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι 27,5%, σε αντίθεση με τα άτομα που έχουν την ίδια συχνότητα αλλά ανήκουν στην ομάδα με το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (13,6%).

**Ανεργία, Μη ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή, Μη ιδιόκτητη κατοικία**

Η ανεργία (Πίνακας 19), η μη ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή (Πίνακας 20) και η μη ιδιόκτητη κατοικία (Πίνακας 21), δεν σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με καμία από τις συμπεριφορές υγείας.

**Πίνακας 18:** Επίπεδο εκπαίδευσης (κοινοτικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας  
**Επίπεδο εκπαίδευσης**

	Quartile 1	Quartile 2	Quartile 3	Quartile 4
<b>Κάπνισμα</b>				
<1 pack years of smoking	57.5%	60%	57.3%	62.7%
1-25 pack years of smoking	6.7%	12.7%	10%	14.5%
>25>50 pack years of smoking	20%	12.7%	19.1%	13.6%
>50 pack years of smoking	15.8%	14.5%	13.6%	9.1%
<i>p- value</i>	0.42			
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>				
Συχνά ή και καθημερινά	2.5%	2.7%	0.9%	7.3%
1-2 φορές τη βδομάδα	10.8%	11.8%	10%	5.5%
2-3 φορές το μήνα	22.5%	26.4%	22.7%	21.8%
Σχεδόν 1 φορά τον μήνα	36.7%	32.7%	45.5%	51.8%
Σχεδόν καθόλου ή και καθόλου	27.5%	26.4%	20.9%	13.6%
<i>p- value</i>	0.02			
<b>Φυσική δραστηριότητα</b>				
Ήπια φυσική δραστηριότητα	50.8%	55.6%	47.3%	37.3%
Μέτρια φυσική δραστηριότητα	35.8%	30.6%	32.7%	46.4%
Έντονη φυσική δραστηριότητα	13.3%	13.9%	20%	16.4%
<i>p- value</i>	0.10			

**Πίνακας 19:** Ανεργία (κοινοτικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας

	<b>Ανεργία</b>			
	Quartile 1	Quartile 2	Quartile 3	Quartile 4
<b>Κάπνισμα</b>				
<1 pack years of smoking	63.3%	62.5%	58%	52.7%
1-25 pack years of smoking	11.7%	10%	13%	9.1%
>25>50 pack years of smoking	15.8%	15%	14%	20.9%
>50 pack years of smoking	9.2%	12.5%	15%	17.3%
<i>p- value</i>	0.61			
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>				
Συχνά ή και καθημερινά	5%	4.2%	3%	0.9%

1-2 φορές τη βδομάδα	7.5%	10.8%	12%	8.2%
2-3 φορές το μήνα	21.7%	21.7%	30%	20.9%
Σχεδόν 1 φορά τον μήνα	48.3%	39.2%	34%	43.6%
Σχεδόν καθόλου ή και καθόλου	17.5%	24.2%	21%	26.4%
<i>p- value</i>	0.4			
<b>Φυσική δραστηριότητα</b>				
Ήπια φυσική δραστηριότητα	43.3%	44.2%	54.1%	50.9%
Μέτρια φυσική δραστηριότητα	39.2%	42.5%	33.7%	29.1%
Έντονη φυσική δραστηριότητα	17.5%	13.3%	12.2%	20%
<i>p- value</i>	0.25			

**Πίνακας 20:** Μη ύπαρξη Η/Υ (κοινοτικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας

**Μη ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή**

	Quartile 1	Quartile 2	Quartile 3	Quartile 4
<b>Κάπνισμα</b>				
<1 pack years of smoking	59.2%	65.5%	59.1%	53.6%
1-25 pack years of smoking	14.2%	10%	10%	9.1%
>25>50 pack years of smoking	15.8%	12.7%	16.4%	20.9%
>50 pack years of smoking	10.8%	11.8%	14.5%	16.4%
<i>p- value</i>	0.64			
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>				
Συχνά ή και καθημερινά	5.8%	3.6%	1.8%	1.8%
1-2 φορές τη βδομάδα	5.8%	13.6%	10.9%	8.2%
2-3 φορές το μήνα	24.2%	26.4%	20%	22.7%
Σχεδόν 1 φορά τον μήνα	50%	30.9%	40.9%	43.6%
Σχεδόν καθόλου ή και καθόλου	14.2%	25.5%	26.4%	23.6%
<i>p- value</i>	0.08			
<b>Φυσική δραστηριότητα</b>				
Ήπια φυσική δραστηριότητα	40%	51.8%	47.3%	52.8%
Μέτρια φυσική δραστηριότητα	45%	33.6%	32.7%	33.3%
Έντονη φυσική δραστηριότητα	15%	14.5%	20%	13.9%
<i>p- value</i>	0.28			

**Πίνακας 21:** Μη ιδιόκτητη κατοικία (κοινοτικός δείκτης) και συμπεριφορές υγείας

	<b>Μη ιδιόκτητη κατοικία</b>			
	<b>Quartile 1</b>	<b>Quartile 2</b>	<b>Quartile 3</b>	<b>Quartile 4</b>
<b>Κάπνισμα</b>				
<1 pack years of smoking	60%	64.5%	55.5%	57.3%
1-25 pack years of smoking	10.8%	10.9%	10.9%	10.9%
>25>50 pack years of smoking	16.7%	18.2%	15.5%	15.5%
>50 pack years of smoking	12.5%	6.4%	18.2%	16.4%
<i>p- value</i>	0.53			
<b>Κατανάλωση αλκοόλ</b>				
Συχνά ή και καθημερινά	5%	4.5%	0.9	2.7%
1-2 φορές τη βδομάδα	5%	7.3%	13.6%	12.7%
2-3 φορές το μήνα	19.2	21.8%	24.5%	28.2%
Σχεδόν 1 φορά τον μήνα	50%	45.5%	39.1%	30.9%
Σχεδόν καθόλου ή και καθόλου	20.8%	20.9%	21.8%	25.5%
<i>p- value</i>	0.10			
<b>Φυσική δραστηριότητα</b>				
Ήπια φυσική δραστηριότητα	50.8%	44.5%	51.9%	43.6%
Μέτρια φυσική δραστηριότητα	35.8%	41.8%	30.6%	37.3%
Έντονη φυσική δραστηριότητα	13.3%	13.6%	17.6%	19.1%
<i>p- value</i>	0.55			

### 7.7.Συμπεριφορές υγείας και παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση του ατόμου

Τόσο στους άνδρες (Πίνακας 22), όσο και στις γυναίκες (Πίνακας 23) παρουσιάζεται μια μικρή μείωση στην ποιότητα ζωής μετά από τη διόρθωση για την επίδραση των συμπεριφορών υγείας. Σε κάποιο βαθμό η διαφορά στην ποιότητα ζωής φαίνεται να σχετίζεται με τις συμπεριφορές υγείας, αλλά οι συμπεριφορές υγείας δεν μπορούν να ερμηνεύσουν πλήρως αυτή τη συσχέτιση.

Η μείωση αυτή εμφανίζεται και στις δύο διαστάσεις του εργαλείου (Σωματική και ψυχική διάσταση).



Επιλέγηκε το προβλεπτικό βηματικό μοντέλο παλινδρόμησης για να μπορέσει να μας δώσει την πιο κατάλληλη μεταβλητή για άνδρες και γυναίκες ξεχωριστά (Πίνακας 24).

Τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες δεν φάνηκε κάποια συμπεριφορά υγείας η οποία να έχει προβλεπτική επίδραση στην ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα στους άνδρες, την μεγαλύτερη προβλεπτική επίδραση στην ποιότητα ζωής - σωματική διάσταση, έχει η ταξινόμηση του επαγγέλματος ( $p=0,005$ ). Η μεταβλητή με την μεγαλύτερη προβλεπτική επίδραση στη ψυχική διάσταση της ΠΖ είναι το εισόδημα ( $p=0,009$ ). Το εισόδημα φαίνεται να παρουσιάζει την μεγαλύτερη προβλεπτική επίδραση στην υγεία και στις γυναίκες ( $p=0,001$ ) (Ψυχική διάσταση).

Στις γυναίκες φαίνεται ότι την μεγαλύτερη προβλεπτική επίδραση στη σωματική διάσταση της ΠΖ, έχει η μεταβλητή επίπεδο εκπαίδευσης ( $p=0,001$ )

**Πίνακας 22:** Συμπεριφορές υγείας και παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση των ανδρών

	Άνδρες	Πριν		Μετά <sup>+</sup>	
		PCS	Per cat. Increase (95% C.I.)	P-value	Per cat. Increase (95% C.I.)
Επίπεδο εκπαίδευσης		2.976 (1.96,3.58)	<0.001	2.617 (1.65,3.58)	<0.001
Εισόδημα		1.77 (1.08, 2.45)	<0.001	1.469 (0.83, 2.10)	<0.001
Ταξινόμηση επαγγέλματος		1.68 (0.5, 2.86)	0.005	1.472 (0.31, 2.62)	0.01
	<b>MCS</b>				
Επίπεδο εκπαίδευσης		1.347 (0.37, 2.32)	0.007	0.858 (-0.13, 1.85)	0.09
Εισόδημα		1.412 (0.77, 2.04)	<0.001	1.206 (0.57, 1.83)	<0.001
Ταξινόμηση επαγγέλματος		0.674 (-0.40, 1.74)	0.21	0.504 (-0.59, 1.59)	0.36

<sup>+</sup>Μετά από διόρθωση για την επίδραση του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της φυσικής δραστηριότητας.

**Πίνακας 23:** Συμπεριφορές υγείας και παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση των γυναικών

	<i>Γυναίκες</i>	<i>Πριν</i>		<i>Μετά *</i>			
		<i>PCS</i>	<b>Per cat. Increase (95% C.I.)</b>	<b>P-value</b>	<b>Per cat. Increase (95% C.I.)</b>	<b>P-value</b>	
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>	<i>PCS</i>		4.58 (3.54, 5.61)	<0.001	3.554 (2.51, 4.59)	<0.001	
		<i>Εισόδημα</i>		2.233 (1.49, 2.97)	<0.001	1.595 (0.88, 2.30)	<0.001
			<i>Ταξινόμηση επαγγέλματος</i>		1.585 (0.46, 2.70)	0.006	1.548 (0.43, 2.65)
<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>	<i>MCS</i>		1.651 (0.56, 2.74)	0.003	1.525 (0.36, 2.68)	0.01	
		<i>Εισόδημα</i>		1.578 (0.86, 2.28)	<0.001	1.44 (0.71, 2.17)	<0.001
			<i>Ταξινόμηση επαγγέλματος</i>		1.013 (-0.24, 2.27)	0.11	0.87 (-0.39, 2.13)

\*Μετά από διόρθωση για την επίδραση του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της φυσικής δραστηριότητας.

**Πίνακας 24:** Συμπεριφορές υγείας με την μεγαλύτερη προβλεπτική επίδραση στην ποιότητα ζωής σε άνδρες και γυναίκες

	<i>Ανδρες</i>	<i>PCS</i>			<i>MCS</i>		
		<b>B coef</b>	<b>(95% C.I.)</b>	<b>P-value</b>	<b>B coef</b>	<b>(95% C.I.)</b>	<b>P-value</b>
<i>Γυναίκες</i>	<i>Ταξινόμηση επαγγέλματος</i>	1.743	(0.52, 2.95)	0.005	<i>Εισόδημα</i>	0.85 (0.21, 1.48)	0,009
		<b>PCS</b>			<b>MCS</b>		
		<b>B coef</b>	<b>(95% C.I.)</b>	<b>P-value</b>	<b>B coef</b>	<b>(95% C.I.)</b>	<b>P-value</b>
	<i>Επίπεδο εκπαίδευσης</i>	2.344	(0.96, 3.71)	0,001	<i>Εισόδημα</i>	1.334 (0.54, 2.12)	0,001

## **Κεφάλαιο 8 – ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η συγκεκριμένη μελέτη είχε ως σκοπό τη διερεύνηση του μεγέθους και της έκτασης των κοινωνικών ανισοτήτων στην ποιότητα ζωής και τις συμπεριφορές υγείας των κατοίκων στην πόλη της Λεμεσού. Ως επιπρόσθετα ερευνητικά ερωτήματα περιλάμβανε τη διερεύνηση της σχέσης της κοινωνικής θέσης του ατόμου με διάφορες παραμέτρους υγείας όπως η αυτοαξιολόγηση της υγείας, η ποιότητα ζωής και διάφορες άλλες συμπεριφορές υγείας. Ερευνητικά ερωτήματα αποτελούσαν επίσης η διερεύνηση της διαφοροποίησης της σχέσης της κοινωνικής θέσης του ατόμου με την υγεία σε άνδρες και γυναίκες, καθώς επίσης και η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι συμπεριφορές υγείας εξηγούν την παρατηρούμενη διαβάθμιση στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση του ατόμου. Τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται να στηρίζουν τις αρχικές υποθέσεις.

Σε σύγκριση με άλλες μελέτες (Garratt & Staven, 2017; Prata et al., 2016; Väättäinen et al., 2016; González-Rubio et al., 2016; Coste et al., 2014; Pietiläinen et al., 2012), οι οποίες προσδιορίζουν την κοινωνική κατάσταση του ατόμου με ατομικά χαρακτηριστικά, η δική μας μελέτη διερεύνησε την ποιότητα ζωής, τόσο ως προς ατομικά χαρακτηριστικά, όσο και ως προς χαρακτηριστικά της κοινότητας.

### **8.1. Κοινωνική θέση ως προς ατομικά χαρακτηριστικά και ποιότητα ζωής**

Όπως και σε άλλες μελέτες, στη μελέτη αυτή φαίνεται να υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της ΠΖ (Audureau, Rican & Coste, 2013; Bosma et al., 2012; Delpierre et al., 2012; Otero-Rodríguez et al. 2011; Dorling, Mitchell & Pearce, 2007; Utsey et al., 2002; Hemingway et al., 1997). Συγκεκριμένα, ισχυρή συσχέτιση φαίνεται να υπάρχει με τις μεταβλητές ηλικία (μικρότερη), επίπεδο εκπαίδευσης (μεγαλύτερο), εισόδημα (μεγαλύτερο) και καθεστώς εργοδότησης (πλήρης απασχόληση).

Το φαινόμενο του υγιούς εργαζομένου, φαίνεται να εξηγεί σε κάποιο βαθμό τη συσχέτιση που παρατηρείται με την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τον McMichael (1976), το φαινόμενο υγιούς εργαζομένου αναφέρεται στη συνεπή τάση των ενεργά απασχολούμενων να έχουν μια πιο ευνοϊκή εμπειρία θνησιμότητας από ό, τι ο πληθυσμός γενικά. Σύμφωνα με το

φαινόμενο αυτό, οι εργαζόμενοι παρουσιάζουν συνήθως χαμηλότερα γενικά ποσοστά θανάτου από ό,τι ο γενικός πληθυσμός, επειδή οι σοβαρά άρρωστοι και χρόνιες αναπηρίες συνήθως αποκλείονται από την απασχόληση (Shah, 2009). Η βελτιωμένη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, η συστηματική εξέταση ασθενειών και η σωματική άσκηση, αποτελούν ευεργετικές επιδράσεις της εργασίας (WHO, 2017a). Οι οικονομικά ενεργοί άνθρωποι δαπανούν κατά μέσο όρο περίπου το ένα τρίτο του χρόνου τους στο χώρο εργασίας. Η απασχόληση και οι συνθήκες εργασίας έχουν ισχυρές επιπτώσεις στην ισότητα στην υγεία. Οι καλές συνθήκες εργασίας μπορούν να παρέχουν κοινωνική προστασία, ευκαιρίες προσωπικής ανάπτυξης και προστασία από φυσικούς και ψυχοκοινωνικούς κινδύνους. Μπορούν επίσης να βελτιώσουν τις κοινωνικές σχέσεις και την αυτοεκτίμηση των εργαζομένων και να οδηγήσουν σε θετικές επιπτώσεις στην υγεία (WHO, 2017a). Η υγεία των εργαζομένων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για το εισόδημα των νοικοκυριών, την παραγωγικότητα και την οικονομική ανάπτυξη. Επομένως, η αποκατάσταση και η διατήρηση της επαγγελματικής ικανότητας αποτελεί σημαντική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας (WHO, 2017a).

Μέσα από τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνεται ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές σε όλους τους δείκτες ΠΖ. Τα αποτελέσματα αυτά ταυτίζονται και με άλλες μελέτες στη βιβλιογραφία που δείχνουν ότι οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες παίρνουν υψηλότερες μέσες τιμές, όσο αφορά την ποιότητα ζωής (Audureau, Rican & Coste, 2013; Bosma et al., 2012; Dorynska et al., 2012; Lente et al., 2012).

Σύμφωνα με τους Sumra & Schullaci (2015), οι γυναίκες είναι πιθανό να βιώσουν πολλαπλούς ρόλους, πολλές φορές ταυτόχρονα. Οι προσδοκίες που έχουν οι άλλοι από τις γυναίκες, σε οποιονδήποτε από τους πολλαπλούς ρόλους, μπορεί να διαφέρουν από τις προσδοκίες που έχουν οι ίδιες και να έρχονται σε σύγκρουση με τους στόχους τους ως άτομα. Επιπρόσθετα, η διατήρηση των πολλαπλών ρόλων μπορεί να οδηγήσει σε μια αγχωτική σύγκρουση μεταξύ των ρόλων με αποτέλεσμα τη δυσαρέσκεια του ατόμου από την ικανότητά του να εκτελεί αυτούς τους ρόλους. Αυτό μπορεί να έχει αρνητικές ψυχολογικές και σωματικές επιπτώσεις. Καθώς οι γυναίκες συνεχίζουν να εξισορροπούν με την εργασία έξω από το σπίτι, καθώς επίσης και με τις ευθύνες τους μέσα στο σπίτι, η ιδέα να συμμετέχουν ταυτόχρονα σε πολλαπλούς ρόλους έχει γίνει κοινωνικός 'κανόνας'

(Jacques, 2008). Υπάρχουν επίσης στοιχεία που δείχνουν ότι οι γυναίκες που εκτελούν πολλαπλούς ρόλους ταυτόχρονα, συχνά θέτουν τις ανάγκες των άλλων (π.χ. σύζυγο, τα μέλη της οικογένειας, και του εργοδότη) πριν από τις δικές τους (Sjostrom-Strand & Fridlund, 2007).

Όσον αφορά στη μεταβλητή άτομα που διαμένουν μόνα, τη μελέτη των Hajian-Tilaki et al. (2017), φάνηκε ότι τα άτομα που είχαν σύντροφο στη ζωή, παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερες τιμές όσο αφορά στην ποιότητα ζωής ( $P = 0,001$ ), σε οποιοδήποτε από τα δύο φύλα. Επιπλέον, μεταξύ εκείνων που ζουν μόνοι, παρατηρήθηκαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην ποιότητα ζωής ( $P = 0,001$ ).

### ***Κοινωνικές ανισότητες, ποιότητα ζωής, φύλο και εργασία***

Οι Chraif και Dumitru (2015), στην προσπάθεια τους να διερευνήσουν την ποιότητα ζωής των ανδρών και γυναικών φάνηκε ότι οι άνδρες παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στην ποιότητα ζωής από ότι οι γυναίκες. Συγκεκριμένα η μέση τιμή για τους άνδρες ήταν 33,40, ενώ για τις γυναίκες 21,71 ( $p < 0.01$ ).

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσίασε και η μελέτη της Μεμεκίδου (2019). Συγκριτικά με το φύλο, οι άνδρες εμφάνισαν καλύτερες τιμές από τις γυναίκες στις περισσότερες κλίμακες της ποιότητας ζωής εκτός από τις κλίμακες της σωματικής λειτουργικότητας, της γενικής υγείας και του συναισθηματικού ρόλου όπου η βαθμολογία των γυναικών ήταν καλύτερη.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Matthews et al. (1999), στην οποία η σύγκριση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας βασίστηκε στην επαγγελματική ταξινόμηση. Φάνηκε ότι οι γυναίκες τείνουν να καταλαμβάνουν διαφορετικές θέσεις εργασίας από ότι οι άνδρες και επίσης ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να πληρώνονται για την εργασία που επιτελούν.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες και σε όλο τον κόσμο, οι γυναίκες εξακολουθούν να υποεκπροσωπούνται σε θέσεις υψηλού επιπέδου και σε υψηλά αμειβόμενες θέσεις. Παράλληλα, φαίνεται να υπερεκπροσωπούνται σε χαμηλά αμειβόμενες θέσεις. Αντιθέτως, οι άνδρες αποτελούν το 69 έως 82 τοις εκατό των ανώτερων και ανώτατων στελεχών (Inequality Organisation, 2018).

## **8.2. Κοινωνική θέση ως προς χαρακτηριστικά της κοινότητας και ποιότητα ζωής**

Η διερεύνηση της κοινωνικής θέσης χρησιμοποιώντας χαρακτηριστικά της κοινότητας, έγινε με την χρήση δεικτών του κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος. Οι δείκτες με την πιο στατιστική σημαντικότητα που απεικονίζουν την κοινωνική διαβάθμιση είναι το επίπεδο εκπαίδευσης ( $p < 0.001$ ), η ανεργία ( $p = 0.001$ ) και η μη ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή ( $p = 0.001$ ). Συγκεκριμένα, άτομα που μένουν σε γειτονιές όπου το επίπεδο εκπαίδευσης είναι υψηλότερο, η ανεργία είναι χαμηλότερη και τα περισσότερα σπίτια έχουν ηλεκτρονικό υπολογιστή, παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ΠΖ. Τα πιο πάνω ευρήματα συμφωνούν με τις μελέτες που διερευνούν την ποιότητα ζωής σε σχέση με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο (Otero-Rodríguez et al., 2011).

Εντύπωση προκαλεί η μελέτη των Delpierre et al. (2012), σύμφωνα με την οποία το επίπεδο υγείας των ατόμων που έμεναν στις γειτονιές με το υψηλότερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, ήταν χαμηλότερο από ότι τα άτομα που ζούσαν σε περιοχές με χαμηλότερο κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της πόλης της Λεμεσού, τα αποτελέσματα της μελέτης δεν μπορούν να γενικευτούν και για τις υπόλοιπες πόλεις της Κύπρου. Συγκεκριμένα η πόλη της Λεμεσού αποτελεί τη βιομηχανική μονάδα ολόκληρης της Κύπρου και έχει αναπτυχθεί ως το σημαντικότερο λιμάνι. Επιπρόσθετα, παρουσιάζει μια πληθώρα παραλιών και πεζοδρόμων, η οποία παρέχει στους πολίτες της την δυνατότητα να τους αξιοποιούν καθημερινά. Είναι τεκμηριωμένο μέσα από μελέτες ότι τα χαρακτηριστικά του τόπου διαμονής μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Żołnierczuk-Kieliszek et al., 2014; Audureau, et al., 2013).

## **8.3. Αλληλεπίδραση κοινωνικής θέσης και φύλου**

Η διερεύνηση της κοινωνικής θέσης (ατομικοί δείκτες) σε σχέση με την ποιότητα ζωής έγινε χρησιμοποιώντας τις μεταβλητές επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα και επάγγελμα. Σε αντίθεση με άλλες μελέτες (Garratt & Staven, 2017; Prata et al., 2016; González-Rubio et al., 2016; Pietiläinen et al., 2012), οι οποίες δεν δείχνουν την κοινωνική κλίση και πώς

διαφέρει η κλίση αυτή μεταξύ ανδρών και γυναικών, το φαινόμενο της κοινωνικής διαβάθμισης είναι ξεκάθαρο στο σύνολο του υπό μελέτη πληθυσμού, τόσο για τη σωματική διάσταση του εργαλείου, όσο και για τη ψυχική.

Στη προσπάθεια να διερευνήσουμε κατά πόσο αλλάζει το μοτίβο μελετώντας τα δύο φύλα ξεχωριστά, φάνηκε ότι το μοτίβο της κοινωνικής διαβάθμισης παραμένει, παρουσιάζοντας ισχυρότερη σχέση οι γυναίκες στις μεταβλητές επίπεδο εκπαίδευσης και εισόδημα, ενώ η σχέση αυτή φαίνεται να αντιστρέφεται στη μεταβλητή επάγγελμα, όπου οι άνδρες παρουσιάζουν την ισχυρότερη σχέση. Παρόλα αυτά, σε όλες τις διαστάσεις του εργαλείου η σχέση αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική. Αυτό, πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι το δείγμα δεν είναι αρκετά μεγάλο σε κάθε κατηγορία, έτσι ώστε να είναι και στατιστικά σημαντικό.

#### **8.4. Αυτοαξιολόγηση της υγείας**

Η διερεύνηση της κοινωνικής θέσης του ατόμου σε σχέση με την αυτοαξιολόγηση της υγείας, έδειξε ότι όλοι οι ατομικοί δείκτες κοινωνικής θέσης (εκπαίδευση, εισόδημα, επάγγελμα) σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου. Όσο αφορά τους κοινοτικούς δείκτες, φάνηκε ότι μόνο η μεταβλητή μη ιδιόκτητη κατοικία σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κοινωνική θέση του ατόμου.

Χρησιμοποιώντας ένα σύνθετο δείκτη κοινωνικής θέσης οι Eisenberg-Guyot & Prins (2019), φάνηκε ότι οι χαμηλού επιπέδου διευθυντές και η μικροαστική τάξη είχαν χαμηλότερη επικράτηση σε αναλογία επιπολασμού κακής υγείας, από τους λιγότερο ειδικευμένους εργαζόμενους (0,71 και 0,67 αντίστοιχα). Παράλληλα, παρουσίαζαν υψηλότερη επικράτηση σε αναλογία επιπολασμού κακής υγείας, από τους διευθυντές υψηλού επιπέδου και τους μεγάλους καπιταλιστές.

Παρόμοια αποτελέσματα παρουσιάζει και η μελέτη των Guyot & Prins (2020), στην οποία οι ειδικευμένοι εργαζόμενοι ανέφεραν καλύτερη υγεία από ότι οι λιγότερο ειδικευμένοι εργαζόμενοι, οι χαμηλοί διευθυντές και η μικροαστική τάξη.

Σαφή συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της επιδείνωσης της αυτοαξιολόγησης της υγείας του ατόμου, έδειξε η μελέτη των Borg & Kristensen (2000). Όσο χαμηλότερη είναι η κοινωνική τάξη, τόσο μεγαλύτερη είναι η αναλογία με την επιδείνωση της μεταβλητής αυτοαξιολόγησης της υγείας.

Ο επιπολασμός της κακής ή μέτριας αυτοαξιολόγησης της υγείας ήταν υψηλότερος στην ομάδα των εργαζομένων σε χειρωνακτική εργασία από ότι τα άτομα σε μη χειρωνακτική εργασία (23,3% έναντι 15,2%,  $P < 0,001$ ) (McFadden et al., 2009).

### **8.5. Συμπεριφορές Υγείας**

Στη συγκεκριμένη μελέτη οι όλες οι συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, φυσική δραστηριότητα) φαίνεται να παρουσιάζουν συσχέτιση με κάποιο από τους δείκτες κοινωνικής θέσης, είτε πρόκειται για το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης ή το επάγγελμα. Σε κάποιο βαθμό η ποιότητα ζωής φαίνεται να σχετίζεται με τις συμπεριφορές υγείας, αλλά οι συμπεριφορές υγείας δεν μπορούν να ερμηνεύσουν πλήρως αυτή τη συσχέτιση. Οι συμπεριφορές υγείας δεν σχετίζονται με την παρατηρούμενη διαβάθμιση στην ποιότητα ζωής των ατόμων.

Η μη κατανάλωση αλκοόλ, σύμφωνα με τους Dorynska et al. (2012) είναι πιθανόν να οφείλεται σε κάποιο πρόβλημα υγείας, το οποίο του αποτρέπει από τη συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας.

Αντίθετα, η μελέτη των Coste et al. (2014) έδειξε ότι το κάπνισμα επιδρά στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Συγκεκριμένα, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες οι μη καπνιστές παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές στην ποιότητα ζωής, από ότι οι καπνιστές ή και οι περιστασιακοί καπνιστές.

Η μελέτη των Wanderley et al. (2011), παρουσιάζει την επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στην ποιότητα ζωής. Σε γενικές γραμμές, οι πιο δραστήριοι και αυτοί με την καλύτερη φυσική κατάσταση, έχουν περίπου διπλάσιες πιθανότητες να βαθμολογήσουν υψηλότερα τους τομείς σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος και ζωτικότητα, σε σχέση με λιγότερο ενεργούς συνομηλίκους τους.

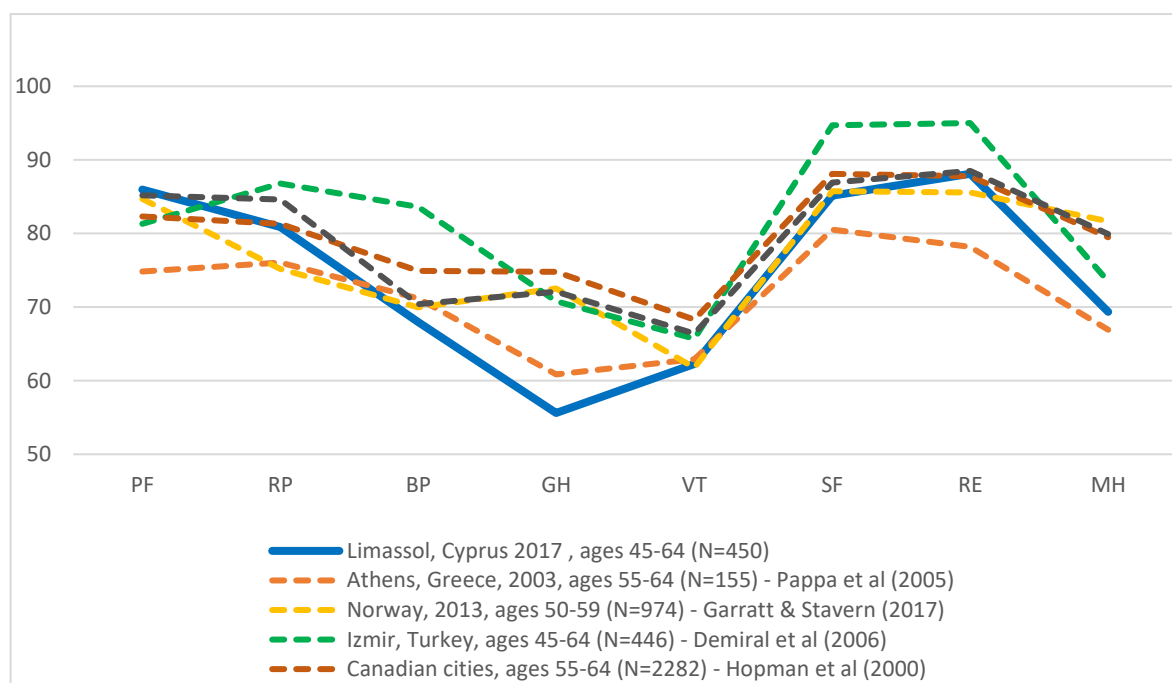


Επιπρόσθετα, η μελέτη των González-Rubio et al. (2016), έδειξε ότι τα άτομα με μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, τείνουν να λαμβάνουν υψηλότερες τιμές στη ψυχική διάσταση της ΠΖ, από ότι τα άτομα τα οποία δεν καταναλώνουν καθόλου αλκοόλ.

## 8.6. Σύγκριση μεταξύ των χωρών

Έγινε μια προσπάθεια σύγκρισης των αποτελεσμάτων που αφορούσαν τον πληθυσμό της πόλης της Λεμεσού, με πληθυσμούς άλλων Ευρωπαϊκών πόλεων, καθώς επίσης και με πόλεις του Καναδά. Εκτός από τις πόλεις του Καναδά, όλες οι άλλες πόλεις έχουν παρόμοιους πληθυσμούς.

Σε σχέση με τις άλλες επιλεγμένες μελέτες στη βιβλιογραφία, φαίνεται γενικότερα οι δείκτες της ΠΖ να είναι μειωμένοι στη Λεμεσό. Αυτό συμβαίνει τόσο στους δείκτες που αφορούν τη σωματική διάσταση, όσο και τους δείκτες στη ψυχική διάσταση. Μόνη εξαίρεση αποτελεί η Αθήνα. Βλέποντας μεμονωμένα τους πληθυσμούς της πόλης της Λεμεσού και της Αθήνας, φαίνεται να παρουσιάζουν μια πολύ παρόμοια εικόνα στους 8 δείκτες του εργαλείου (Γράφημα 17).



**Γράφημα 17:** Σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ των χωρών

## 8.7. Μελέτες με ιδιαίτερο ενδιαφέρον

Είναι σημαντικό να αναφερθούν τα αποτελέσματα της πρώτης πληθυσμιακής μελέτης των Vives et al. (2013), για τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της αβέβαιης απασχόλησης και της ψυχικής υγείας μέσω της πολυδιάστατης κλίμακας Αβεβαιότητας της Απασχόλησης (the multidimensional Employment Precariousness Scale), στην οποία φάνηκε ότι η αβέβαιη απασχόληση συνδέεται με την κακή ψυχική υγεία, ακόμη και μετά τον έλεγχο για πιθανούς συγχυτικούς παράγοντες. Η συσχέτιση αυτή φαίνεται ότι αυξάνεται σε όλες τις κλίμακες διαβάθμισης της αβεβαιότητας της απασχόλησης, και ότι η συσχέτιση γίνεται ελαφρώς πιο ισχυρή ανάμεσα στις γυναίκες από ότι στους άνδρες. Καθώς οι τιμές που αφορούσαν την ψυχική υγεία ήταν μεγαλύτερες στους άνδρες σε αντίθεση με τις γυναίκες και μειώνονταν με την αύξηση της ηλικίας και στα δύο φύλα, όταν συγκρίνονταν με τις Ισπανικές νόρμες οι άνδρες είχαν μεγαλύτερα ποσοστά φτωχικής/κακής ψυχικής υγείας από ότι οι γυναίκες. Τα ευρήματα αυτά πιθανόν να οφείλονται σε δημογραφικές ή και κοινωνικό-οικονομικές διαφορές μεταξύ του δείγματος και των νορμών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Fone et al. (2013), η οποία αν και δεν συμπεριλήφθηκε στον πίνακα τη συστηματικής ανασκόπησης λόγω του ότι δεν χρησιμοποιεί το εργαλείο εκτίμησης της σχετιζόμενης με την υγεία ΠΖ SF36 αλλά το MH15 (το οποίο αποτελείται από 5 ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονται στο SF36), διερευνά την κοινωνική διαβάθμιση με βάση κοινωνικό-οικονομικούς δείκτες της περιοχής διαμονής. Η υψηλή εισοδηματική ανισότητα μιας γειτονιάς φαίνεται να συσχετίζεται με καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας σε γειτονιές χαμηλής στέρησης ( $P=0,036$ ). Η εισοδηματική ανισότητα σε περιφερειακό επίπεδο φαίνεται να συσχετίζεται σημαντικά με χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας ( $P = 0,012$ ). Όσο αφορά τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας φαίνεται να παρουσιάζουν οι γυναίκες, η μέση ηλικία, άτομα του χαμηλότερου κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου, καθώς επίσης και άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου.

## **8.8. Δυνατά σημεία της μελέτης**

Η μελέτη αυτή είναι πρωτοποριακή για τα Κυπριακά δεδομένα αφού για πρώτη φορά παρουσιάζονται δεδομένα από 45 γειτονιές (οδούς) της επαρχίας Λεμεσού, όσο αφορά στο μέγεθος και την έκταση των κοινωνικών ανισοτήτων στην ποιότητα ζωής και στις συμπεριφορές υγείας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ενημέρωση και καθοδήγηση στρατηγικών πρόληψης και προγραμμάτων, που αποσκοπούν στη μείωση ανισοτήτων στον τομέα της υγείας.

Αν και παρατηρήθηκε αυξημένο ποσοστό ανταπόκρισης, 85,9%, εντούτοις υπήρξε δυσκολία στη συλλογή δεδομένων στις 2 από τις 45 οδούς, οι οποίες αντικαταστάθηκαν από γειτονικές οδούς έτσι ώστε να διατηρηθεί τη σωστή συλλογή του δείγματος.

## **8.9. Περιορισμοί της μελέτης**

Η έρευνα έχει διεξαχθεί μόνο στην πόλη της Λεμεσού, αλλά αποτελεί την πρώτη μελέτη η οποία θα δώσει πληθυσμιακές νόρμες για την Κύπρο.

Δίνεται μια πρώτη εικόνα του κοινωνικών ανισοτήτων σε σχέση με την ποιότητα ζωής, αλλά η εικόνα αυτή αφορά συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα.

Σε αντίθεση με άλλες χώρες στην Κύπρο δεν υπάρχει κατάταξη των επαγγελματιών. Στα πλαίσια της συγκεκριμένης μελέτης τα επαγγέλματα ομαδοποιήθηκαν, υιοθετώντας το σύστημα των επαγγελματιών του Ηνωμένου Βασιλείου.

Λόγω του ότι η μελέτη αυτή αποτελεί συγχρονική μελέτη δεν επιτρέπει να γίνει παρακολούθηση των συμμετεχόντων (follow-up) σε βάθος χρόνου και πως η ποιότητα ζωής τους μεταβάλλεται, έπειτα από κάποιο χρονικό διάστημα.

Η μελέτη αυτή είναι η πρώτη μελέτη που γίνεται στην Κύπρο, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων της, με προηγούμενες μελέτες.

Όλες οι ερωτήσεις που έγιναν στους συμμετέχοντες, απαντήθηκαν σύμφωνα με τη δική τους υποκειμενική αντίληψη. Το γεγονός αυτό μπορεί να προκαλέσει δύο προβλήματα. Πρώτον, μια προκατειλημμένη αναφορά εντός των πληθυσμών, με την οποία η αναφορά του αποτελέσματος να μην είναι ανεξάρτητη από την έκθεση. Για παράδειγμα, άτομα με έντονους λειτουργικούς περιορισμούς ενδέχεται να επιλέγουν τις χαμηλότερες επιλογές στις ερωτήσεις με κατηγορίες. Το δεύτερο ζήτημα είναι η συγκρισιμότητα μεταξύ των ατόμων. Διαφορετικά άτομα μπορεί να έχουν και διαφορετικά κριτήρια όσο αφορά «κανονικότητα/το φυσιολογικό», και παράλληλα το ίδιο επίπεδο φυσικής λειτουργικότητας μπορεί να ερμηνευθεί διαφορετικά σε διαφορετικά άτομα. Σε περίπτωση απουσίας αντικειμενικών μέτρων, τα αναφερόμενα επίπεδα των λειτουργικών περιορισμών επηρεάζονται από διαφορετικές αντιλήψεις. Το ίδιο ισχύει και όσο αφορά την μεταβλητή αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου, αφού δυο άτομα με την ίδια κατάσταση υγείας, μπορεί να αναφέρουν διαφορετικές τιμές.

## **Κεφάλαιο 9 – Συμπεράσματα**

### **Έρευνα**

Η μελέτη αυτή δίνει πρωτογενή δεδομένα, χρησιμοποιώντας το εργαλείο αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής SF-36. Τα δεδομένα αυτά μπορούν να θεωρηθούν ως νόρμες για τον πληθυσμό της Κύπρου, μέχρι και να αναπτυχθούν και άλλες μελέτες με δείγμα το γενικό πληθυσμό και με σκοπό τη δημιουργία νορμών. Επιπρόσθετα, η μελέτη δίνει σημαντικά δεδομένα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην κλινική έρευνα, αλλά και από τις υπηρεσίες υγείας.

Η διερεύνηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην ποιότητα ζωής του ατόμου, αποτελεί μια πολυσύνθετη κατάσταση αποτελούμενη από πολλούς τομείς, τόσο κοινωνικούς, όσο και σωματικούς και ψυχικούς. Σύμφωνα με τους Wanderley et al. (2011), δεν υπάρχει μια και μόνο μελέτη ή ένα και μόνο εργαλείο, ικανό να διασαφηνίσει συγχρόνως τους μηχανισμούς που έχουν προσδιοριστεί ως συνδεδεμένοι με την υγεία και τη λειτουργικότητα (π.χ. συνθήκες διαβίωσης, οικονομική κατάσταση, οικογενειακή κατάσταση, στυλ ζωής).

### **Καθημερινή πρακτική**

Φαίνεται ότι το να είναι κάποιος άνδρας, νεαρότερης ηλικίας, με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, υψηλό εισόδημα, να εργάζεται σε πλήρη απασχόληση και να έχει μια ήπια σωματική δραστηριότητα, παρουσιάζει σε σημαντικό βαθμό καλύτερα επίπεδα ΠΖ σε σχέση με τους υπόλοιπους.

Η γραμμική παλινδρόμηση με τα κοινοτικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την κοινωνική θέση, έδειξε ότι το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η ανεργία και η μη ύπαρξη ηλεκτρονικού υπολογιστή στο σπίτι, σχετίζονται σημαντικά με χαμηλά επίπεδα ΠΖ. Δεν φαίνεται, όμως, να υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών. Όσο αφορά τη γραμμική παλινδρόμηση σε σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά κοινωνικής θέσης, έδειξε ότι ισχυροί προβλεπτικοί παράγοντες, που σχετίζονται με χαμηλά επίπεδα ζωής αποτελούν και τα τρία ατομικά χαρακτηριστικά της κοινωνικής θέσης, επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα και επάγγελμα. Η σχέση αυτή φαίνεται να είναι ισχυρότερη στις γυναίκες.

Η διερεύνηση της κοινωνικής θέσης του ατόμου σε σχέση με την αυτοαξιολόγηση της υγείας, έδειξε ότι όλοι οι ατομικοί δείκτες κοινωνικής θέσης (εκπαίδευση, εισόδημα, επάγγελμα) σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου. Όσο αφορά τους κοινοτικούς δείκτες, φάνηκε ότι μόνο η μεταβλητή μη ιδιόκτητη κατοικία σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κοινωνική θέση του ατόμου.

Άτομα με υψηλότερη κοινωνική θέση τείνουν να αξιολογούν την υγεία τους σε καλύτερη κατάσταση από ότι άτομα χαμηλότερης κοινωνικής θέσης.

Οι συμπεριφορές δεν μπορούν να ερμηνεύσουν πλήρως τη συσχέτιση της διαβάθμισης στην υγεία ως προς την κοινωνική θέση του ατόμου. Οι μεταβλητές με την μεγαλύτερη προβλεπτική επίδραση της κοινωνικής διαβάθμισης, ακόμα και μετά την διόρθωση για την επίδραση των συμπεριφορών υγείας, είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα και το επάγγελμα.

### **Πολιτική Υγείας**

Πολλές μελέτες δείχνουν ότι ο παράγοντας φύλο επηρεάζει τα πρότυπα των παραγόντων κινδύνου και ότι αυτό έχει διαφορετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής. Για το λόγο αυτό, οι ιδιαιτερότητες των δύο φύλων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στις στρατηγικές πρόληψης της υγείας (Prata et al., 2016; Coste et al., 2014).

Τα αποτελέσματα της μελέτης παρέχουν επιχειρήματα ότι τόσο το επίπεδο εκπαίδευσης, όσο και το εισόδημα και το επάγγελμα, σχετίζονται σημαντικά με την ποιότητα ζωής του ατόμου και αποτελούν ένα επιπρόσθετο λόγο να ενταχθούν σε προγράμματα προώθησης της βελτίωσης της ΠΖ του ατόμου.

Η παρακολούθηση της ΠΖ του ατόμου παρέχει μοναδικά και ευαίσθητα δεδομένα, σε σχέση με τους δείκτες θνησιμότητα και θνητότητας, και για το λόγο αυτό τα δεδομένα που προκύπτουν είναι βοηθητικά σε προγράμματα προγραμματισμού και στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των παρεμβάσεων. Οι κοινωνικές ανισότητες φαίνεται να αυξάνονται συνεχώς και οι πολιτικές για την υγεία δεν πρέπει να αγνοούν τα αποτελέσματα αυτά, αλλά αντίθετα πρέπει να τα εντάξουν στα συστήματα τακτικής παρακολούθησης.

## Κεφάλαιο 10 – Εισηγήσεις

Καλό θα ήταν να διερευνηθούν οι κοινωνικές ανισότητες και το επίπεδο της ΠΖ και σε άλλες πόλεις της Κύπρου, πέραν της πόλης της Λεμεσού.

Λόγω του ότι η συγκεκριμένη μελέτη έγινε χρησιμοποιώντας μόνο μία ηλικιακή ομάδα των 45-65 ετών, θα είχε ιδιαίτερο ενδιαφέρον να διερευνηθούν και άλλες ηλικιακές ομάδες.

Ο σχεδιασμός της μελέτης αυτής δεν επιτρέπει την παρακολούθηση της ΠΖ των ατόμων σε βάθος χρόνου. Για το λόγο αυτό, συστήνεται όπως μελλοντικές έρευνες παρακολουθήσουν τα επίπεδα ζωής των ατόμων έπειτα και από την πάροδο κάποιων χρόνων.

Προκειμένου να βελτιωθεί η δημόσια υγεία, είναι σημαντικό να αναπτυχθούν και να αξιολογηθούν προσεγγίσεις που αποσκοπούν στη μείωση των ανισοτήτων στην υγεία, όπως προληπτικά μέτρα ή μέτρα προαγωγής της υγείας που απευθύνονται ειδικά σε ομάδες με χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο.

Η εργασία έξω από το σπίτι έχει υπάρξει ιδιαιτέρως απελευθερωτική για τις γυναίκες. Παράλληλα όμως, η σύγχρονη πραγματικότητα απαιτεί από τις γυναίκες να δουλεύουν περισσότερο με αποτέλεσμα να περνούν περισσότερο χρόνο στην δουλειά τους, από ότι με την οικογένεια τους. Για τον λόγο αυτό, το κράτος πρέπει να βρει μηχανισμούς στήριξης των εργαζόμενων και ειδικότερα των εργαζομένων γυναικών, καθώς κανένα σχολείο και κανένας χώρος φύλαξης παιδιών και βρεφών, δεν μπορεί να εξυπηρετήσει τους γονείς μέχρι να σχολάσουν από την εργασία τους.

Η άνιση μεταχείριση σε βάρος των γυναικών στην εργασία, η ανάγκη προστασίας της μητρότητας και η συμφιλίωση της οικογενειακής και επαγγελματικής ζωής –που αφορά κατά κύριο λόγο τις γυναίκες– επιβάλλουν ειδικές ρυθμίσεις οι οποίες θα αντιμετωπίζουν ουσιαστικά τα ζητήματα αυτά και θα προστατεύουν την απασχόληση και τις συνθήκες εργασίας των γυναικών.

Η μελέτη αυτή μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ένα μέρος της όλης διαδικασίας ένταξης της πόλης της Λεμεσού στο πρόγραμμα “Υγιείς Πόλεις” του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Οι υγιείς πόλεις αποτελούν παράδειγμα για να επιτύχουν οι πόλεις την αλλαγή προς το

καλύτερο, να αντιμετωπίσουν τις ανισότητες και να προωθήσουν τη σωστή διακυβέρνηση και την ηγεσία για την υγεία και την ευημερία (Who, 2017b).

Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής μπορούν να αξιοποιηθούν από τους κοινοτικούς νοσηλευτές, εφαρμόζοντας προσεγγίσεις με στόχο τη μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, τη διασφάλιση της υγείας και της ευημερίας, τη διασφάλιση της αποτελεσματικότητας των πρωτοβουλιών και τη παροχή βοήθειας στους φορείς υγείας και τις τοπικές αρχές έτσι ώστε να εκπληρώσουν τις υποχρεώσεις τους. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές μπορούν να αναπτύξουν συνεργασίες, χρησιμοποιώντας κοινοτικές και εθελοντικές οργανώσεις για να βοηθήσουν στην επίτευξη των στόχων τους. Σημαντικό είναι επίσης οι κοινοτικοί νοσηλευτές να βοηθήσουν τα μέλη της κοινότητας συμμετέχουν στις ενέργειες αντιμετώπισης των κοινωνικών ανισοτήτων.

Οι φορείς της κοινότητας και οι τοπικές αρχές, θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους τα αποτελέσματα της έρευνας, έτσι ώστε να αναλάβουν δράση στις περιοχές με τις χαμηλότερες τιμές στην ποιότητα ζωής των ατόμων, εφαρμόζοντας προγράμματα που στόχο έχουν την διασφάλιση της ευημερίας των πολιτών.



## Βιβλιογραφία

- Arcaya, M., Arcaya, A. & Subramanian S.V. (2015) Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. *Glob Health Action*. 8 (1). Available from: doi: 10.3402/gha.v8.27106.
- 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. *Qual Life Res*. 22, 13–26. Available from: doi:10.1007/s11136-012-0117-7.
- Bell, S. & Britton, A. (2014) An exploration of the dynamic longitudinal relationship between mental health and alcohol consumption: a prospective cohort study. *BMC Medicine*. 12 (91). Available from: doi:10.1186/1741-7015-12-91.
- Bor, A., Matuz, M., Gyimesi, N., Biczók, Z., Soós, G. & Doró, P. (2015) Gender inequalities in the treatment of osteoporosis, *Maturitas*, 80, 162–169.
- Borg, V. & Kristensen, S.T. (2000) Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science & Medicine*, 7 (1), 1019-1030. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00011-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00011-3).
- Borrell, C., Muntaner, C., Benach, J. & Artazcoz, L. (2004) Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour? *Soc. Sci. Med.* 58 (10), 1869-1887.
- Bosma, H., Gerritsma, A., Klabbers, G. & Akker, M. (2012) Perceived unfairness and socioeconomic inequalities in functional decline: the Dutch SMILE prospective cohort study, *BMC Public Health*. 12 (818). Available from: doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-818>.
- Butterworth, P. & Timothy Crosier, T. (2004) The validity of the SF-36 in an Australian National Household Survey: demonstrating the applicability of the Household Income and Labour Dynamics in Australia (HILDA) Survey to examination of health inequalities. *BMC Public Health*. 4 (44). Available from: doi:10.1186/1471-2458-4-44.

Canadian Public Health Association (2010) *Public Health - Community Health Nursing Practice in Canada Roles and Activities*. [Online] Canada. FOURTH EDITION. Available from: <https://www.cpha.ca/sites/default/files/assets/pubs/3-1bk04214.pdf> [Accessed: 6th July 2015].

Case, A. & Paxson, C. (2005) Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 42, 2, 189-214.

Chiu, C.J. & Wray, L. A. (2011) Physical disability trajectories in older Americans with and without diabetes: The role of age, gender, race or ethnicity, and education. *Gerontologist*, 51(1), 51–63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnq069>.

Chraif, M. & Dumitru, D. (2015) Gender differences on Wellbeing and Quality of life at young students at psychology. *Social and Behavioral Sciences*. 180, 1579 – 1583.

Coste, J., Quinquis, L., D’Almeida, S. & Audureau, E. (2014) Smoking and Health-Related Quality of Life in the General Population. Independent Relationships and Large Differences According to Patterns and Quantity of Smoking and to Gender. *PLOS ONE*. 9 (3). Available from: doi: 10.1371/journal.pone.0091562.

Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjöström, M., Bauman, A.E., Booth, M.L., Ainsworth, B.E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J.F. & Oja, P. (2003) International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 35(8), 1381-95.

Cruz, L., Fleck, M Oliveira, M., Camey, S., Hoffmann, J., Bagattini, A. & Polanczyk, C.A. (2013) Health-related quality of life in Brazil: normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18 (7), 1911-1921. Available from: doi: 10.1590/s1413-81232013000700006.

CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*.

[Online] World Health Organization Available from:

[http://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/csdh\\_finalreport\\_2008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf) [Accessed 10 of April 2015]

Cutler, M.D. & LlerasMuney, A. (2007) Education and Health: insights from international comparisons. *NBER working paper series*. Available at: [http://www.npc.umich.edu/publications/policy\\_briefs/brief9/policy\\_brief9.pdf](http://www.npc.umich.edu/publications/policy_briefs/brief9/policy_brief9.pdf) [Accessed 13 of March 2015]

Dahlgren, G. & Whitehead, M. (2007) *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0018/103824/E89384.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf) [Accessed 15 of March 2015].

Dannefer, D. (2003) Cumulative advantage/disadvantage and the life course: Cross-fertilizing age and social science theory. *Journals of Gerontology: Social Sciences*. 58 (6), 327-337. Available from: <https://doi.org/10.1093/geronb/58.6.S327>

Delpierre, C., Kelly-Irving, M., Munch-Petersen, M., Lauwers-Cances, V., Datta, G., Lepage, B. & Lang, T. (2012) SRH and HrQOL: does social position impact differently on their link with health status? *BMC Public Health*. 12 (19). Available from: doi: 10.1186/1471-2458-12-19.

Doblhammer, G., Hoffmann, R., Muth, E., Westphal, C. & Kruse, A. (2009) A systematic literature review of studies analyzing the effects of sex, age, education, marital status, obesity, and smoking on health transitions, *Demographic Research*. 20 (5), 37-64. Available from: doi: 10.4054/DemRes.2009.20.5.

Dorling, D., Mitchell, R., & Pearce, J. (2007) The global impact of income inequality on health by age: An observational study. *BMJ*. 335 (873). Available from: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.39349.507315>.

Dorynska, A., Pajak, A., Kubinova, R., Malyutina, S., Tamosiunas, A., Pikhart, H., Peasey, A., Nikitin, Y., Marmot, M. & Bobak, M. (2012) Socioeconomic circumstances, health

behaviours and functional limitations in older persons in four Central and Eastern European populations. *Age and Ageing*. 41, 728–73. Available from: doi: 10.1093/ageing/afs114.

Dupre, M.E. (2007) Educational differences in age-related patterns of disease: Reconsidering the cumulative disadvantage and age-as-leveler hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 1–15 . Available from: doi: 10.1177/002214650704800101.

Eisenberg-Guyot, J. & Seth J. Prins, J. S. (2019) Relational Social Class, Self-Rated Health, and Mortality in the United States. *International Journal of Health Services*, 50 (1), 7-20. Available from: <https://doi.org/10.1177/0020731419886194>.

Evans, T. & Peters, F. (2001) *Ethical dimensions of health equity*. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press.

Fooladi, M.M. (2015) The Role of Nurses in Community Awareness and Preventive Health. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 3 (4), 328–329.

Forbes, A. (2000) A community nurse-led project to tackle health inequalities. *Br J Community Nurs*. 5 (12), 610-618. Available from: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2000.5.12.7117>.

García-Calvente, M., Marcos-Marcos, J., Río-Lozano, M., Hidalgo-Ruzzante, N. & Maroto-Navarro, G. (2012) Embedded gender and social changes underpinning inequalities in health: An ethnographic insight into a local Spanish context. *Social Science & Medicine*, 75, 2225-2232.

Garratt, A.M. & Stavem, K. (2017) Measurement properties and normative data for the Norwegian SF-36: results from a general population survey. *Health and Quality of Life Outcomes*. 15 (51). Available from: doi: 10.1186/s12955-017-0625-9.

Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D. & Garyfallos, A. (1991) Greek version of the General Health questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 84, 371-378.

Gold, M., Franks, P. & Erickson, P. (1996) Assessing the health of the nation. The predictive validity of a preference-based measure and self-rated health. *Medical Care*. 34 (2), 163–177.

Goldberg, D. (1978) Manual of the General Health Questionnaire. Windsor: NFER-Nelson.

González-Rubio, E., San Mauro, I., López-Ruíz, C., Díaz-Prieto<sup>1</sup>, L., Marcos, A. & Nova, E. (2016) Relationship of moderate alcohol intake and type of beverage with health behaviors and quality of life in elderly subjects. *Qual Life Res.* 25, 1931–1942 Available from: doi: 10.1007/s11136-016-1229-2.

Gray, A.M. (1982) Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *Int J Health Serv.* 12 (3), 349-80.

Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire IPAQ Short and Long Forms (2005) *Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) – Short and Long Forms.* [online]. Available at: <file:///C:/Users/George/Desktop/GuidelinesforDataProcessingandAnalysisoftheInternationalPhysicalActivityQuestionnaireIPAQShortandLongForms.pdf> [Accessed 20 November 2017].

Guyot, E.J. & Prins, J.S. (2020) Relational Social Class, Self-Rated Health, and Mortality in the United States. *International Journal of Health Services*, 50 (1). Available from: <https://doi.org/10.1177/0020731419886194>.

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B. & Hajian-Tilaki, A. (2017) Health Related Quality of Life and Its Socio-Demographic Determinants among Iranian Elderly People: a Population Based Cross-Sectional Study. *Journal of Caring Sciences.* 6 (1), 39-47. Available from: doi: 10.15171/jcs.2017.005.

Hämmig, O. & Bauer, G.F. (2013) The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC Public Health.* 13, 1170. Available from: doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-1170>.

Hämmig, O., Gutzwiller, F. & Kawachi, I. (2014) The contribution of life style and work factors to social inequalities in self-rated health among the employed population in Switzerland. *Social Science & Medicine*, 121, 74-84. Available from: doi: 10.1016/j.socscimed.2014.09.041.

Hatch, S. L. (2005) Conceptualizing and identifying cumulative adversity and protective resources: Implications for understanding health inequalities. *Journals of Gerontology: Social Sciences*. 60, 130–134. Available from: [https://doi.org/10.1093/geronb/60.Special\\_Issue\\_2.S130](https://doi.org/10.1093/geronb/60.Special_Issue_2.S130).

Havard, S., Deguen, S., Bodin, J., Louis, K., Laurent, O. & Bard, D. (2008) A small-area index of socioeconomic deprivation to capture health inequalities in France. *Social Science & Medicine*, 67, 2007–2016. Available from: doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.031.

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), 1484–1490. Available from: doi: 10.2105/ajph.87.9.1484.

Hemström, Ö. (2005) Health inequalities by wage income in Sweden: the role of work environment. *Soc. Sci. Med.* 61 (3), 637–647. Available from: doi: 10.1016/j.socscimed.2004.12.028.

Hiyoshi, A., Fukuda, Y., Shipley, M.J. & Brunner, E.J. (2013) Inequalities in self-rated health in Japan 1986–2007 according to household income and a novel occupational classification: national sampling survey series. *J. Epidemiol. Community Health*. 67, 960–965. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2013-202608>.

Hiyoshi, A., Fukuda, Y., Shipley, M.J. & Brunner, E.J. (2014) Health inequalities in Japan: the role of material, psychosocial, social relational and behavioural factors. *Soc. Sci. Med.*, 104, 201–209. Available from: doi: 10.1016/j.socscimed.2013.12.028.

Hosseinpoor, R.A., Harper, S., Lee, H.J., Lynch, J., Mathers, C., Abou-Zahr, C. (2012) International shortfall inequality in life expectancy in women and in men, 1950–2010. Available at: <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/8/11-097378/en/> [Accessed: 20 of February 2015].

House, J. A., Lantz, P. M. & Herd, P. (2005) Continuity and change in the social stratification of aging and health over the life course: Evidence from a nationally representative longitudinal study from 1986 to 2001/2002 (Americans' Changing Lives Study). *Journals*

*of Gerontology: Social Sciences.* 60, 15 – 26. Available from: doi: 10.1093/geronb/60.special\_issue\_2.s15.

Inequality Organisation (2018) Gender Economic Inequality. Available at <https://inequality.org/gender-inequality/#gender-wealth-gaps> [Accessed: 10of April 2020].

Jacques, H. A. (2008) Young women constructing identities: multiple subject positions and superwoman ideal (Unpublished doctoral thesis). University of Calgary, Calgary, AB. doi:10.11575/PRISM/2075.

Juhasz, A., Nagy, C., Paldy, A. & Beale, L. (2010) Development of a Deprivation Index and its relation to premature mortality due to diseases of the circulatory system in Hungary, 1998–2004. *Social Science & Medicine.* 70, 1342-1349. Available from: doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.024.

Kaikkonen, R., Rahkonen, O., Lallukka, T. & Lahelma, E. (2009) Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health. *Eur. J. Public Health.* 19 (5), 458-463. Available from: doi: 10.1093/eurpub/ckp095.

Kaplan, M. S., Berthelot, J. M., Feeny, D., McFarland, B. H., Khan, S. & Orpana, H. (2007) The predictive validity of health-related quality of life measures: Mortality in a longitudinal population-based study. *Quality of Life Research.* 16 (9), 1539–1546. Available from: doi: 10.1007/s11136-007-9256-7.

Kavanagh, A.M., Turrell, G. & Subramanian, S.V. (2006) Does area-based social capital matter for the health of Australians? A multilevel analysis of self-rated health in Tasmania. *International Journal of Epidemiology.* 35, 607-613. Available from: doi: 10.1093/ije/dyl010.

Kawachi, I., Subramanian, S.V. & Almeida-Filho, N. (2002) A glossary for health inequalities. *J. Epidemiol Community Health,* 56, 647-652. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.56.9.647>.

Khang, Y.-H., Lynch, J.W., Yang, S., Harper, S., Yun, S.-C., Jung-Choi, K. & Kim, H.R. (2009) The contribution of material, psychosocial, and behavioral factors in explaining

educational and occupational mortality inequalities in a nationally representative sample of South Koreans: relative and absolute perspectives. *Soc. Sci. Med.* 68 (5), 858-866. Available from: doi: 10.1016/j.socscimed.2008.12.003.

Kim, J. & Durden, E. (2007) Socioeconomic status and age trajectories of health. *Soc. Sci. Med.* 65, 2489–2502. Available from: doi: 10.1016/j.socscimed.2007.07.022.

Kingston, A., Davies, K., Collerton, J., Robinson, L., Duncan, R., Kirkwood, T. & Jagger, C. (2015) The enduring effect of education-socioeconomic differences in disability trajectories from age 85 years in the Newcastle 85+ Study. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 60 (3), 405–411. Available from: doi: 10.1016/j.archger.2015.02.006.

Korhonen, P., Seppälä, T., Järvenpää, S. & Kautiainen, H. (2014) Body mass index and health-related quality of life in apparently healthy individuals. *Qual Life Res.* 23, 67–74, Available from: doi: 10.1007/s11136-013-0433-6.

Kristensen, T.S., Borg, V. & Hannerz, H. (2002) Socioeconomic status and psychosocial work environment: results from a Danish national study. *Scand. J. Public Health.* 30, 41-48.

Kroenke, C. H., Kubzansky, L. D., Adler, N. & Kawachi, I. (2008) Prospective change in health-related quality of life and subsequent mortality among middle-aged and older women. *American Journal of Public Health.* 98 (11), 2085–2091. Available from: doi: 10.2105/AJPH.2007.114041.

Kunst, A., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, R., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J., Geurts, J., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Stronegger, W. & Mackenbach, J. (2005) Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int. J. Epidemiol.* 34, 295–305. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/dyh342>.

Laaksonen, M., Roos, E., Rahkonen, O., Martikainen, P. & Lahelma, E. (2005) Influence of material and behavioural factors on occupational class differences in health. *J. Epidemiol Commun. Health.* 59 (2), 163-169. Available from: doi: 10.1136/jech.2003.019323.



Lahelma, E., Lallukka, T., Laaksonen, M., Masrtikainen, P., Rahkonen, O., Chandola, T. & Sekine, M. (2010) Social class differences in health behaviours among employees from Britain, Finland and Japan: the influence of psychosocial factors. *Health & Place*. 16 (1), 61-70. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2009.08.004>.

Lahelma, E., Pietiläinen, O., Rahkonen, O., Kivimäki, M., Martikainen, P., Ferrie, J., Marmot, M., Shipley, M., Sekine, M., Tatsuse, T. & Lallukka, T. (2015) Social class inequalities in health among occupational cohorts from Finland, Britain and Japan: A follow up study. *Health & Place*. 31, 173–179. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.12.004>.

Lente, E., Barry, M., Molcho, M., Morgan, K., Watson, D., Harrington, J. & McGee, H. (2012) Measuring population mental health and social well-being. *Int J Public Health*. 57, 421–430. Available from: doi: 10.1007/s00038-011-0317-x.

Lenthe, F.J., Schrijvers, C.T.M., Droomers, M., Joung, I.M.A., Louwman, M.J. & Mackenbach, J.P. (2004) Investigating explanations of socio-economic inequalities in health. The Dutch GLOBE study. *Eur. J. Public Health*. 14 (1), 63-70. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/14.1.63>.

Linsey, P., Kane, R. & Owen, S. (2011) *Nursing for Public Health*. Promotion, Principles and Practice. UK:Oxford University Press.

Macintyre, S. (1997) The Black report and beyond: what are the issues? *Soc Sci Med*. 44, 723-45. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00183-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00183-9).

Mackenbach, J.P. (2006) Health inequalities: Europe profile. Available at: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/socio\\_economics/documents/ev\\_060302\\_rd06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf). [Accessed: 20<sup>th</sup> of February 2015].

Mackenbach, J.P. (2012) The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox. *Soc. Sci. Med.* 75, 761–769. Available from: [10.1016/j.socscimed.2012.02.031](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.02.031).

Matthews, S., Manor, O. & Power, C. (1999) Social inequalities in health: are there gender differences? *Social Science & Medicine*. 48, 49-60.

Mavaddat, N., Kinmonth, A.L., Sanderson, S., Surtees, P., Bingham, S. & Khaw, K.T. (2011) What determines Self-Rated Health (SRH)? A cross-sectional study of SF-36 health domains in the EPIC-Norfolk cohort. *J Epidemiol Community Health*. 65, 800-806. Available from: doi:10.1136/jech.2009.090845.

McFadden, E., Luben, R., Bingham, S., Wareham, N., Kinmonth, A.L. & Khaw, K.T. (2008) Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*. 8, 230. Available from: doi: 10.1186/1471-2458-8-230.

McFadden, E., Luben, R., Bingham, S., Wareham, N., Kinmonth, A.L., Khaw, K.T. (2009) Does the association between self-rated health and mortality vary by social class? *Social Science & Medicine*, 68 (2), 275-280. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.10.012>

McMichael, A.J. (1976) Standardized mortality ratios and the “healthy worker effect”: Scratching beneath the surface. *J Occup Med*. 18, 165–8. Available from: doi: 10.1097/00043764-197603000-00009.

Mirowsky, J. & Ross, C. (2008) Education and self-rated health: cumulative advantage and its rising importance. *Res. Aging*. 30, 93-122. Available from: <https://doi.org/10.1177/0164027507309649>.

Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Lambe, M., Nordstrom, E., Eriksson, H.G. & Feldman, I. (2006) Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur. J. Public Health* .17 (2), 123-133. Available from: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl070>.

Neckerman, K. M. & Torche, F. (2007) Inequality: Causes and Consequences. *Annual Review of Sociology*, 33, 335–357.

NICE (2012a) Health inequalities and population health. Available at: <https://www.nice.org.uk/advice/lgb4/resources/non-guidance-health-inequalities-and-population-health-pdf> [Accessed: 17 of March 2015].

NICE (2012b) US general population norms for telephone administration of the SF-36v2. *J Clin Epidemiol.* 65 (5), 497–502. Available from: doi:10.1016/j.jclinepi.2011.09.008.

Nicolaou, C., Papathanassoglou, E., Kouta, C. & Middleton, N. (2015) Health-related quality of life, social support and social capital of mothers of children with cancer. *European Journal of Public Health.* 25 (30). Available from: doi: 10.1093/eurpub/ckv170.071.

Niedhammer, I., Chastang, J.F., David, S. & Kelleher, C. (2008) The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey. *Soc. Sci. Med.* 67 (11), 1870-1881. Available from: doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.007.

O'Campo, P., Wheaton, B., Nisenbaum, R., Glazier, H.R., Dunn, R.J. & Chambers, C. (2015) The Neighbourhood Effects on Health and Well-being (NEHW) study. *Health & Place.* 31, 65–74. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.11.001>.

Office for National Statistics (2010). Standard occupational classification. Available at: <https://www.ons.gov.uk/methodology/classificationsandstandards/standardoccupationalclassificationsoc> [Accessed on 10 of February 2018].

Oort, F.V.A., van Lenthe, F.J. & Mackenbach, J.P. (2005) Material, psychosocial, and behavioural factors in the explanation of educational inequalities in mortality in the Netherlands. *J. Epidemiol. Community Health.* 59, 214-220. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2003.016493>.

Organisation for Economic Cooperation and Development (2010) Moving Beyond the Jobs Crisis – Supporting Material for Chapter 1 of the 2010 OECD Employment Outlook. [Online] Available at: [www.oecd.org/employment/outlook](http://www.oecd.org/employment/outlook) [Accessed: 10 of April 2015].

Organisation for Economic Cooperation and Development (2013) Growing risk of inequality and poverty as crisis hits the poor hardest. Available at:

<http://www.oecd.org/els/soc/growing-risk-of-inequality-and-poverty-as-crisishits-the-poor-hardest-says-oecd.htm> [Accessed: 10 of April 2015].

Otero-Rodríguez, A., León-Munoz, L., Banegas, J., Guallar-Castillón, P., Rodríguez-Artalejo, F. & Regidor, E. (2012) Life-course socioeconomic position and change in quality of life among older adults: evidence for the role of a critical period, accumulation of exposure and social mobility. *J Epidemiol Community Health*. 65, 964-971. Available from: doi:10.1136/jech.2010.113555.

Palencia, L., Malmusi, D., De Moortel, D., Artazcoz, L., Backhans, M., Vanroelen, C. & Borrell, C. (2014) The influence of gender equality policies on gender inequalities in health in Europe. *Social Science & Medicine*. 117, 25-33. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.07.018>.

Papathanasiou, G., Georgoudis, G., Georgakopoulos, D., Katsouras, C., Kalfakakou, V. & Evangellou, A. (2010) Criterion-Related Validity of IPAQ-short Against Exercise Capacity in Young Adults. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 17 (4), 380-386. Available from doi: 10.1097/HJR.0b013e328333ede6.

Papathanasiou, J., Georgoudis, G., Papandreou, M., Spyropoulos, P., Georgakopoulos, D., Kalfakakou, V. & Evangellou, A. (2009) Reliability Measures of the Short International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) in Greek Young Adults. *Hellenic J Cardiol*. 50 (4), 283-294.

Pappa, E., Kontodimopoulos, N. & Niakas, D. (2005) Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of Life Research*. 14, 1433-1438. Available from: doi: 10.1007/s11136-004-6014-y.

Pickett, E.K. & Dorling, D. (2010) Against the organization of misery? The Marmot Review of health inequalities. *Social Science & Medicine*. 71 (7), 1231-1233.

Pietiläinen, O., Laaksonen, M., Pitkäniemi, J., Rahkonen, O. & Lahelma, E. (2012) Changes of occupational class differences in physical functioning: a panel study among employees (2000-2007). *J Epidemiol Community Health*., 66, 265-270. Available from: doi:10.1136/jech.2010.110270.

Prata, J., Martins, A.Q., Ramos, S., Rocha-Goncalves, F. & Coelho, R. (2016) Gender differences in quality of life perception and cardiovascular risk in a community sample. *Rev Port Cardiol.* 35(3), 153-160. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.repc.2015.09.022>.

Rahkonen, O., Laaksonen, M., Martikainen, P., Roos, E. & Lahelma, E. (2006) Job control, job demands, or social class? the impact of working conditions on the relation between social class and health. *J. Epidemiol. Community Health.* 60 (1), 50-54. Available from: doi: 10.1136/jech.2005.035758.

Robert, S.A. , Cherepanov, D., Palta, M., Dunham, N.C. , Feeny, D. & Fryback, D.G. (2009) Socioeconomic status and age variations in health-related quality of life: Results from the national health measurement study. *Journal of Gerontology: Social Sciences.* 64B (3), 378–389. Available from: doi: 10.1093/geronb/gbp012.

Royal College of Nursing (2012). Health inequalities and the social determinants of health. [Online] Royal College of Nursing Available at: [http://www.rcn.org.uk/\\_data/assets/pdf\\_file/0007/438838/01.12\\_Health\\_inequalities\\_and\\_the\\_social\\_determinants\\_of\\_health.pdf](http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0007/438838/01.12_Health_inequalities_and_the_social_determinants_of_health.pdf) [Accessed: 16 of March 2015].

Scriven, A. (2010) *Promoting Health: A Practical Guide*. 6th ed. Elsevier - Health Sciences Division.

Sernau, S. (2013) *Social Inequality in a Global Age*. 4th edition. Thousand Oaks, CA: Sage

Shah, D. (2009) Healthy worker effect phenomenon. *Indian J Occup Environ Med.* 13(2), 77–79. Available from: doi: 10.4103/0019-5278.55123.

Sjostrom-Strand, A. & Fridlund, B. (2007) Women's descriptions of symptoms and delay reasons in seeking medical care at the time of a first myocardial infarction: A qualitative study. *Int J Nurs Stud.* 45 (7), 1003-1010. Available from: doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.07.004.

Skalicka, V., van Lenthe, F., Bambra, C., Krokstad, S. & Mackenbach, J. (2009) Material, psychosocial, behavioural and biomedical factors in the explanation of relative socio-

economic inequalities in mortality: evidence from the HUNT study. *Int. J. Epidemiol.* 38 (5), 1272-1284. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/dyp262>.

Sumra, K.M. & Schillaci, A.M. (2015). Stress and the Multiple-Role Woman: Taking a Closer Look at the “Superwoman”. *PLoS One.* 10 (3). Available from: doi: 10.1371/journal.pone.0120952.

Taft, C., Karlsson, J. & Sullivan, M. (2004) Performance of the Swedish SF-36 version 2.0. *Quality of Life Research.* 13 (1), 251–256. Available from: doi: <https://doi.org/10.1023/B:QURE.000>.

Theodoropoulou, E., Karteroliotis, K., Koskolou, M. & Nassis, G. (2013) The association of total and abdominal obesity with health-related quality of life in a sample of Greek healthy adults. *Epidemiology Biostatistics and Public Health.* 10 (2). Available from: doi: 10.2427/8842.

UK Department of Health. (2008). *Health Inequalities: Progress and Next Steps*. [Online] Available at: [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk) [Accessed: 10th August 2019].

UK Essays. November 2018. Class Inequalities in Health. [online]. Available from: <https://www.ukessays.com/essays/health-and-social-care/class-inequalities-health-black-report-health-and-social-care-essay.php?vref=1> [Accessed 13 September 2019].

Utsey, S. O., Chae, M. H., Brown, C. F. & Kelly, D. (2002) Effect of ethnic group membership on ethnic identity, race-related stress, and quality of life. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology.* 8(4), 366–377. Available from: doi: 10.1037//1099-9809.8.4.367.

Väättäinen, S., Cederberg, H., Roine, R., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Saramies, J., Uusitalo, H., Tuomilehto, J. & Martikainen, J. (2016) Does Future Diabetes Risk Impair Current Quality of Life? A Cross-Sectional Study of Health-Related Quality of Life in Relation to the Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISC). *Plos one.* 11 (2). Available from: doi: 10.1371/journal.pone.0147898.

Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., Benavides, F. & Benach, J. (2013) Employment Precariousness and Poor Mental Health: Evidence from Spain on a New Social Determinant of Health. *Journal of Environment and Public Health*. Available at: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/978656>.

Wanderley, A.C., Silva, G., Marques, E., Oliveira, J., Mota, J. & Carvalho, J. (2011) Associations between objectively assessed physical activity levels and fitness and self-reported health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Qual Life Res.* 20 (9), 1371–1378. Available from: doi: <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9875-x>.

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). Available from: doi:10.1186/1471-2458-8-292.

Ware, J.E. & Sheibourne, C.D. (1992) The MOS 36 item short form health survey (SF-36): I. conceptual framework and item selection. *Med Care.* 30 (6), 473-83.

Ware, J.E. (1993). *The SF-36 Health Survey: A Manual and Interpretation Guide*. Boston: The Health Institute, New England Medical Center. Available from: [https://czresearch.com/info/SF36\\_healthsurvey\\_ch6.pdf](https://czresearch.com/info/SF36_healthsurvey_ch6.pdf) [Accessed 10th of March 2017].

Warren, J.R., Hoonakker, P., Carayon, P. & Brand, J. (2004) Job characteristics as mediators in SES-health relationships. *Soc. Sci. Med.* 59 (7), 1367-1378. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.01.035>.

White, L.H., Matheson, I.F., Moineddin, R., Dunn, R.J. & Glazier, H.R. (2011) Neighbourhood deprivation and regional inequalities in self-reported health among Canadians: Are we equally at risk? *Health & Place.* 17, 361–369. Available from: doi: 10.1016/j.healthplace.2010.11.016.

Whitehead, M. for WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. (2006) Leveling up (part1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Available at:

[http://www.who.int/social\\_determinants/resources/leveling\\_up\\_part1.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/leveling_up_part1.pdf). [Accessed: 20th of February 2015].

WHO (2006) Constitution of the World Health Organization. [online] World Health Organization Available at: [www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf). [Accessed: 10 of April 2015].

WHO (2011) Impact of economic crises on mental health. 2011. Available at: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/134999/e94837.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf) [Accessed: 10 of April 2015].

WHO (2017a) Protecting workers' health. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health> [Accessed 25 of February 2019].

WHO (2017b) WHO European Healthy Cities Network. [online]. World Health Organization. Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/355642/Annual-BusinessTechnConf-WHO-European-Healthy-Cities.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/355642/Annual-BusinessTechnConf-WHO-European-Healthy-Cities.pdf?ua=1) [Accessed: 10 of December 2019].

Wilkinson, G.R. (1997) Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards? *BMJ*. 314 (591). Available from: doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.314.7080.591>.

Yuan, Y & Wu, F. (2014) The development of the index of multiple deprivations from small-area population census in the city of Guangzhou, PRC. *Habitat International*. 41, 141-149. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2013.07.010>.

Żołnierczuk-Kieliszek, D., Kulik, T., Janiszewska, M. & Stefanowicz, A. (2014) Influence of sociodemographic factors on quality of life in women living in Lublin Province in Poland. *Prz Menopauzalny*. 13(1), 13-17. Available from: doi: 10.5114/pm.2014.41079.

Δελημπαλταδάκης, Γ. (2008) Το SF 36 ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής ασθενών, πριν και μετά από προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Διαθέσιμο: <https://apothesis.eap.gr/handle/repo/17887> [Πρόσβαση: 31 Μαρτίου 2015].



Δημητρίου, Μ. (2012) Διδακτορική Διατριβή: Ποιότητα Ζωής Ηλικιωμένων Ασθενών με στεφανιαία νόσο στην Κύπρο. Διαθέσιμο: [http://ktisis.cut.ac.cy/bitstream/10488/6947/3/PhD%20Maria%20Demetriou\\_.pdf](http://ktisis.cut.ac.cy/bitstream/10488/6947/3/PhD%20Maria%20Demetriou_.pdf) [Πρόσβαση: 31 Μαρτίου 2015].

Κουρέας, Α. (2011) Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με περιφερική αρτηριακή νόσο. Διαθέσιμο: <http://hdl.handle.net/11128/86> [Πρόσβαση: 31 Μαρτίου 2015].

Κούτα, Χ., Μίτλεττον, Ν. και Έλληνα, Π. (2013) Έννοιες και αρχές στην αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην Υγεία - Μετάφραση WHO. Available at: [Accessed 10 of Φεβρουαρίου 2015].

Μαλλιαρού, Μ., Αγόρη, Α., Σαράφης, Π. και Κοτρώτσιου, Ε. (2012) Ποιότητα Ζωής Ασθενών Με Σακχαρώδη Διαβήτη. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 5 (1), 45-55.

Μεμεκίδου, Α. (2019) Διδακτορική Διατριβή: Διερεύνηση της αυτοαναφερόμενης ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε ζευγάρια χρηστών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας σε Κέντρο Υγείας του νομού Ροδόπης. Διαθέσιμο: [https://apothesis.eap.gr/bitstream/repo/42950/1/%ce%9c%ce%b5%ce%bc%ce%b5%ce%ba%ce%af%ce%b4%ce%bf%cf%85\\_%ce%91%ce%b9%ce%ba%ce%b1%cf%84%ce%b5%cf%81%ce%af%ce%bd%ce%b7\\_97370\\_%ce%94%ce%9c%ce%a5.pdf](https://apothesis.eap.gr/bitstream/repo/42950/1/%ce%9c%ce%b5%ce%bc%ce%b5%ce%ba%ce%af%ce%b4%ce%bf%cf%85_%ce%91%ce%b9%ce%ba%ce%b1%cf%84%ce%b5%cf%81%ce%af%ce%bd%ce%b7_97370_%ce%94%ce%9c%ce%a5.pdf) [Πρόσβαση: 12 Απριλίου 2020].

Μουτζούκης, Χ., Αδαμοπούλου, Α., Γαρύφαλλος, Γ. και Καραστεργίου, Α. (1990) *Εγχειρίδιο ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.) (General Health Questionnaire-G.H.Q.)* David Godberg. Μετάφραση και Προσαρμογή στα Ελληνικά. Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Μπελλάλη, Θ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Καλαφάτη, Μ. και Νιάκας, Δ. (2007) Διερευνώντας την επίδραση της επαγγελματικής εξουθένωσης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των Ελλήνων νοσηλευτών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 24, 74-84.

Ντούνης, Α. (2012) Κατάσταση Υγείας και Ανισότητες Υγείας στον Πληθυσμό της Ελλάδας Μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών

Επιστημών Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής. Διαθέσιμο:  
<http://pandemos.panteion.gr/index.php?op=record&pid=iid:5664&lang=el> [Πρόσβαση: 19  
Μαρτίου 2015].

Παιδονόμου, Μ. (2014) Η ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία, πριν και  
μετά από επέμβαση βariatρικής χειρουργικής. Διαθέσιμο:  
<http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/1752> [Πρόσβαση: 31 Μαρτίου 2015].

Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν., Νιάκας, Δ. (2006) Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της  
επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού.  
*Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23, 2, 159-166.

Στατιστική Υπηρεσία Κύπρου (2011) Απογραφή Πληθυσμού. Διαθέσιμο:  
[http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition\\_22main\\_gr/populationcondition\\_22main\\_gr?OpenForm&sub=2&sel=2](http://www.mof.gov.cy/mof/cystat/statistics.nsf/populationcondition_22main_gr/populationcondition_22main_gr?OpenForm&sub=2&sel=2) [Πρόσβαση: 27 Μαρτίου 2015].

Τούντας, Γ. (2010) Η Ολιστική Αντίληψη για την Υγεία. Ελευθεροτυπία, 13 Αυγούστου  
2010.

## Παραρτήματα

### Παράρτημα 1

Πίνακας 1: Κατάλογος Ενοριών/Δήμων της Λεμεσού και ομαδοποίηση τους ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο και το πληθυσμιακό μέγεθος.

ΔΗΜΟΣ ΚΑΙ ΕΝΟΡΙΑ	Συνολικός πληθυσμός	Πληθυσμός ηλικίας 45-64	Ποσοστό του συνόλου της πόλης της Λεμεσού	Κατοικίες συνήθους διαμονής	Αριθμός νοικοκυριών	Ποσοστό (%) του Πληθυσμού (15 ετών και άνω) με Πανεπιστημιακή Μόρφωση
<b>Δήμος Λεμεσού</b>	<b>101.000</b>	<b>25.419</b>	<b>57,20%</b>	<b>37.281</b>	<b>37.993</b>	<b>21,9</b>
Τζαμί Τζεντίτ	434	111	0,25%	178	178	2,9
Αρναουτογειτονιά	905	223	0,50%	379	379	4,9
Τσιφλικούδια	579	133	0,30%	206	206	11,5
Άγιος Σπυρίδων	9.439	2.295	5,16%	3.140	3.191	12,6
Απόστολος Ανδρέας	9.207	2.292	5,16%	3.394	3.458	14,4
Αγία Νάπα	534	123	0,28%	244	245	15,2
Άγιος Ιωάννης	4.767	1.191	2,68%	1.893	1.932	15,3
Ομόνοια	3.839	913	2,05%	1.399	1.419	16,2
Άγιος Νικόλαος	5.631	1.485	3,34%	2.145	2.195	17,0
Ζακάκι	5.874	1.415	3,18%	1.905	1.918	17,0
Αγία Τριάς	2.786	707	1,59%	1.171	1.192	18,5
Κάψαλος	6.660	1.732	3,90%	2.484	2.538	20,7
Άγιος Γεώργιος	5.060	1.269	2,86%	1.809	1.827	24,7
Νεάπολη	7.229	1.725	3,88%	3.131	3.284	25,1
Παναγία Ευαγγελίστρια	693	171	0,38%	232	232	27,8
Αγία Ζώνη	4.456	1.092	2,46%	1.927	1.964	27,9
Απόστολοι Πέτρος και Παύλος	10.412	2.698	6,07%	3.935	4.019	28,8
Άγιος Νεκτάριος	3.397	897	2,02%	1.409	1.432	29,2
Αγία Φύλαξις	14.451	3.802	8,55%	4.400	4.426	29,4
Καθολική	4.647	1.145	2,58%	1.900	1.958	31,4
<b>Δήμος Μέσα Γειτονιάς</b>	<b>14.477</b>	<b>3.610</b>	<b>8,12%</b>	<b>5.236</b>	<b>5.306</b>	<b>23,8</b>
Χαλκούτσα	5.204	1.286	2,89%	1.962	1.997	20,1
Τίμιος Πρόδρομος	3.769	934	2,10%	1.358	1.364	22,7
Κοντοβάθκια	3.948	1.030	2,32%	1.428	1.456	26,0

Πάνθεα	1.556	360	0,81%	488	489	33,8
<b>Δήμος Αγίου Αθανασίου</b>	<b>14.347</b>	<b>3.387</b>	<b>7,62%</b>	<b>4.757</b>	<b>4.789</b>	<b>26,3</b>
Απόστολος Λουκάς	1.042	255	0,57%	389	390	8,7
Άγιος Στυλιανός	3.265	782	1,76%	1.219	1.224	18,1
Άγιος Αθανάσιος	8.886	2.061	4,64%	2.737	2.760	30,2
Άγιος Γεώργιος (Φραγκούδη)	1.154	289	0,65%	412	415	38,9
<b>Δήμος Γερμασόγειας</b>	<b>13.421</b>	<b>3.211</b>	<b>7,23%</b>	<b>5.141</b>	<b>5.191</b>	<b>31,6</b>
Αγία Παρασκευή	3.556	876	1,97%	1.246	1.250	30,4
Ποταμός Γερμασόγειας	9.865	2.335	5,25%	3.895	3.941	32,0
<b>Πάνω Πολεμίδα</b>	<b>3.470</b>	<b>971</b>	<b>2,18%</b>	<b>1.201</b>	<b>1.212</b>	<b>9,3</b>
<b>Ύψωνας</b>	<b>11.117</b>	<b>2.177</b>	<b>4,90%</b>	<b>3.402</b>	<b>3.419</b>	<b>17,7</b>
<b>Δήμος Κάτω Πολεμιδιών</b>	<b>22.369</b>	<b>5.667</b>	<b>12,75%</b>	<b>7.330</b>	<b>7.394</b>	<b>15,3</b>
Απόστολος Βαρνάβας	6.005	1.523	3,43%	2.034	2.050	13,4
Άγιος Νικόλαος	3.347	766	1,72%	1.065	1.066	14,8
Ανθούπολις	1.923	470	1,06%	605	607	15,6
Μακάριος Γ'	4.591	1.254	2,82%	1.572	1.605	15,6
Αρχάγγελος Μιχαήλ	2.807	649	1,46%	851	855	15,7
Παναγία Ευαγγελίστρια	3.696	1.005	2,26%	1.203	1.211	17,8
	<b>180.201</b>	<b>44.442</b>	<b>100%</b>	<b>64.348</b>	<b>65.304</b>	
<b>Σύνολο Παγκύπρια</b>	<b>840.407</b>	<b>206.164</b>				
<b>Επαρχία Λεμεσού</b>	<b>235.330</b>	<b>58.199</b>				<b>20,1</b>

Επίπεδο 1
Επίπεδο 2
Επίπεδο 3
Επίπεδο 4

Παράρτημα 2

Πίνακας 2: Κατάλογος κοινοτήτων στην Επαρχία Λεμεσού και ομαδοποίηση τους ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο της κοινότητας και το πληθυσμιακό μέγεθος

		Συνολικός πληθυσμός	Πληθυσμός ηλικίας 45-64	Κατοικίες συνήθους διαμονής	Αριθμός νοικοκυριών	Ποσοστό του Πληθυσμού (15 ετών και άνω) με Πανεπιστημιακή Μόρφωση	Κατηγοριοποίηση ως προς τα τεταρτημόρια εκπαιδευτικού επιπέδου	Κατηγοριοποίηση ως προς τα πληθυσμιακά μεγέθη
5135	Βίκλα	1	1	1	1	0,0	1	0
5323	Κισσούσα	6	1	3	3	0,0	1	0
5341	Παλαιόμυλος	20	2	13	13	0,0	1	0
5137	Ακαπνού	20	3	11	11	0,0	1	0
5329	Ποταμιού	36	4	17	17	0,0	1	0
5343	Καμινάρια	44	4	25	25	0,0	1	0
5344	Τρεις Ελιές	25	5	18	18	0,0	1	0
5134	Κλωνάρι	18	6	8	8	0,0	1	0
5363	Ποταμίτισσα	62	13	30	30	0,0	1	0
5367	Αγρίδια	104	10	49	49	1,0	1	0
5360	Άγιος Θεόδωρος Λεμεσού	65	11	43	43	1,6	1	0
5132	Σανίδα	42	10	17	17	2,6	1	0
5105	Γεράσα	69	18	32	32	3,4	1	0
5340	Άγιος Δημήτριος	54	9	30	30	3,7	1	0
5324	Μαλιά	64	23	24	24	0,0	1	1

5320	Δωρά	145	38	69	69	0,8	1	1
5144	Συκόπετρα	120	30	42	42	2,1	1	1
5361	Άγιος Ιωάννης Λεμεσού	339	68	127	127	2,6	1	1
5328	Μανδριά Λεμεσού	107	24	43	43	3,2	1	1
5143	Άγιος Κωνσταντίνος	137	40	53	53	3,2	1	1
5109	Λιμνάτης	314	69	123	123	3,4	1	1
5306	Άγιος Θεράπων	125	27	55	56	3,6	1	1
5352	Φοινί	391	101	167	169	4,2	1	1
5106	Αψιού	208	53	75	75	4,3	1	1
5305	Άγιος Αμβρόσιος Λεμεσού	323	86	112	112	4,4	1	1
5331	Κοιλάνι	216	50	106	107	4,8	1	1
5224	Άγιος Θωμάς	50	11	19	19	5,0	2	0
5225	Αλέκτορα	64	23	30	30	5,1	2	0
5345	Λεμίθου	88	24	51	51	5,7	2	0
5362	Κάτω Μύλος	50	9	25	25	6,4	2	0
5350	Κάτω Πλάτρες (Τορνάρηδες)	148	27	67	67	6,7	2	0
5133	Πρασιό Κελλακίου	103	25	38	39	7,8	2	0
5364	Δύμες	165	34	65	65	4,9	2	1
5322	Άρσος Λεμεσού	202	40	99	100	5,6	2	1
5131	Βάσα Κελλακίου	73	26	36	36	5,8	2	1
5214	Σωτήρα Λεμεσού	143	33	51	51	5,9	2	1
5310	Άγιος Γεώργιος Λεμεσού	111	32	45	45	6,3	2	1

5142	Άγιος Παύλος	135	39	54	54	7,1	2	1
5108	Κορφή	199	45	66	66	7,2	2	1
5326	Βουνί	149	43	82	83	7,2	2	1
5325	Βάσα Κοιλανίου	163	38	76	76	8,0	2	1
5147	Ζωοπηγή	140	46	51	51	8,5	2	1
5213	Καντού	349	93	126	126	5,0	2	2
5140	Διερώνα	192	58	73	73	5,1	2	2
5145	Λουβαράς	363	87	122	122	5,1	2	2
5365	Πελένδρι	1.074	262	410	411	5,5	2	2
5368	Χανδριά	162	51	78	78	5,7	2	2
5138	Επταγώνεια	353	83	120	120	6,5	2	2
5308	Πάχνα	865	295	339	345	7,3	2	2
5366	Αγρός	806	170	268	268	8,4	2	2
5200	Ακρωτήρι	870	218	299	299	8,4	2	2
5141	Αρακαπάς	307	97	118	118	8,5	2	2
5202	Τσερκέζοι	50	9	20	20	9,1	3	0
5342	Πρόδρομος	123	29	56	56	9,8	3	0
5316	Άγιος Μάμας	114	29	41	41	11,2	3	0
5314	Μονάγρι	175	47	55	55	8,8	3	1
5311	Δωρός	135	41	46	46	9,1	3	1
5355	Αμίαντος	228	56	89	89	9,3	3	1
5313	Σιλίκου	137	37	63	63	11,2	3	1
5330	Όμοδος	322	57	145	145	11,6	3	1
5302	Άλασσα	282	52	87	87	12,1	3	1

5136	Κελλάκι	299	85	105	108	9,5	3	2
5107	Απεσιά	474	119	169	169	9,6	3	2
5315	Τριμήκληνη	307	77	127	127	10,4	3	2
5130	Ασγάτα	417	120	142	143	11,1	3	2
5226	Ανώγυρα	301	97	139	139	11,2	3	2
5220	Πρασιό Αυδήμου	245	74	98	98	12,0	3	2
5123	Ακρούντα	455	123	167	167	12,8	3	2
5318	Μονιάτης	275	87	112	112	13,6	3	2
5222	Αυδήμου	535	145	178	181	8,9	3	3
5146	Καλό Χωριό Λεμεσού	497	136	205	205	9,1	3	3
5127	Μοναγρούλλι	536	152	177	177	10,2	3	3
5203	Τραχώνι Λεμεσού	3.952	1.075	1.250	1.263	10,7	3	3
5212	Επισκοπή Λεμεσού	3.681	892	1.229	1.233	11,1	3	3
5369	Κυπερούντα	1.516	377	517	528	12,0	3	3
5201	Ασώματος Λεμεσού	726	127	247	247	12,1	3	3
5304	Πάνω Κιβίδες	707	176	210	211	13,1	3	3
5317	Κουκά	27	10	12	12	15,4	4	0
5110	Καπηλειό	34	13	15	15	15,6	4	0
5307	Λόφου	46	20	28	28	20,5	4	0
5223	Πλατανίστεια	45	16	18	18	28,6	4	0
5303	Κάτω Κιβίδες	5	2	2	2	50,0	4	0
5121	Αρμενοχώρι	218	72	73	73	13,7	4	1
5351	Πάνω Πλάτρες	239	71	107	107	14,4	4	1
5221	Παραμάλι	220	65	77	77	14,4	4	1



5104	Μαθικολώνη	174	45	58	58	15,6	4	1
5327	Πέρα Πεδί	120	31	53	53	20,7	4	1
5102	Σπιτάλι	316	97	121	121	13,7	4	2
5126	Πεντάκωμο	644	154	238	238	14,4	4	2
5101	Παραμύθα	569	132	192	192	14,5	4	2
5128	Μονή	622	168	212	212	14,7	4	2
5103	Φασούλα Λεμεσού	560	147	201	204	16,2	4	2
5312	Λάνεια	281	95	129	129	18,3	4	2
5122	Φοινικάρια	339	83	124	124	18,4	4	2
5300	Σούνι-Ζανακιά	837	233	312	312	23,2	4	2
5210	Κολόσσι	5.651	1.212	1.770	1.774	23,7	4	3
5227	Πισσούρι	1.819	510	804	820	17,8	4	3
5120	Μουτταγιάκα	2.939	826	902	919	19,9	4	3
5211	Ερήμη	2.432	552	800	803	20,6	4	3
5125	Παρεκκλησιά	2.738	652	958	989	22,3	4	3
5129	Πύργος Λεμεσού	2.363	596	833	845	24,2	4	3
5100	Παλόδεια	1.568	268	444	445	24,6	4	3
5124	Άγιος Τύχων	3.455	853	1.462	1.472	28,7	4	3

Παράρτημα 3

Πίνακας 3: Κατάλογος οδών ανά δήμο και ποσοστό μη ανταπόκρισης

	ΚΩΔ	ΑΡΝΗΘΗΚΑΝ		ΣΥΝΟΛΟ ΑΡΝΗΣΗΣ	ΣΥΝΟΛΟ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ	ΜΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ	ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ
		ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ				
							10
1.	Α.Α.1	0	0	0	10		10
2.	Α.Α.2	0	2	2	12		10
3.	Α.Α.3	1	1	2	12		10
4.	Α.Α.4	1	2	3	13		10
	<b>ΑΓΙΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ</b>			<b>7</b>	<b>47</b>	<b>14,9%</b>	
5.	Γ.1	1	2	3	13		10
6.	Γ.2	0	0	0	10		10
7.	Γ.3	2	0	2	12		10
	<b>ΓΕΡΜΑΣΟΓΕΙΑ</b>			<b>5</b>	<b>35</b>	<b>14,3%</b>	
8.	Λ.1	0	2	2	12		10
9.	Λ.2	1	0	1	11		10
10.	Λ.3	1	2	3	13		10
11.	Λ.4	0	0	0	10		10
12.	Λ.5	0	0	0	10		10
13.	Λ.6	2	2	4	14		10
14.	Λ.7	0	0	0	10		10
15.	Λ.8	0	0	0	10		10
16.	Λ.9	0	1	1	11		10

17.	Λ.10	1	2	3	13		10
18.	Λ.11	0	1	1	11		10
19.	Λ.12	0	2	2	12		10
20.	Λ.13	2	3	5	15		10
21.	Λ. 14	1	2	3	13		10
22.	Λ.15	0	2	2	12		10
23.	Λ.16	0	3	3	13		10
24.	Λ.17	0	1	1	11		10
25.	Λ.18	2	0	2	12		10
26.	Λ.19	0	1	1	11		10
27.	Λ.20	0	2	2	12		10
28.	Λ.21	1	2	3	13		10
29.	Λ.22	2	2	4	14		10
30.	Λ.23	0	2	2	12		10
31.	Λ.24	0	1	1	11		10
32.	Λ.25	3	1	4	14		10
33.	Λ.26	0	2	2	12		10
	<b>ΔΗΜΟΣ ΛΕΜΕΣΟΥ</b>			<b>52</b>	<b>312</b>	<b>16,6%</b>	
34.	Κ.Π.1	1	3	4	14		10
35.	Κ.Π.2	1	0	1	11		10
36.	Κ.Π.3	0	1	1	11		10
37.	Κ.Π.4	0	3	3	13		10
38.	Κ.Π.5	0	0	0	10		10
39.	Κ.Π.6	0	0	0	10		10

40.	Κ.Π.7	0	0	0	10		10
	<b>ΚΑΤΩ ΠΟΛΕΜΙΔΙΑ</b>			<b>9</b>	<b>79</b>	<b>11,4%</b>	
41.	Υ.1	0	2	2	12		10
42.	Υ.2	0	0	0	10		10
	<b>ΥΨΩΝΑΣ</b>			<b>2</b>	<b>22</b>	<b>9,1%</b>	
43.	Μ.Γ.1	0	1	1	11		10
44.	Μ.Γ.2	2	0	2	12		10
45.	Μ.Γ.3	1	0	1	11		10
	<b>ΜΕΣΑ ΓΕΙΤΟΝΙΑ</b>			<b>4</b>	<b>34</b>	<b>13,6%</b>	
	<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>			<b>79</b>	<b>529</b>	<b>14,1%</b>	<b>450</b>

Παράρτημα 4

Πίνακας 4: Κριτήρια απόρριψης μελετών έπειτα από ανάγνωση του πλήρους κειμένου

---

Παρατηρούμενες διαφορές στην Ποιότητα Ζωής ως προς κάποια άλλη έννοια/συμπτωματολογία και όχι προς κοινωνική θέση/κοινωνική διαβάθμιση ή άλλες συμπεριφορές υγείας

---

Χρήση μεμονωμένων υποκλιμάκων του εργαλείου SF 36

---

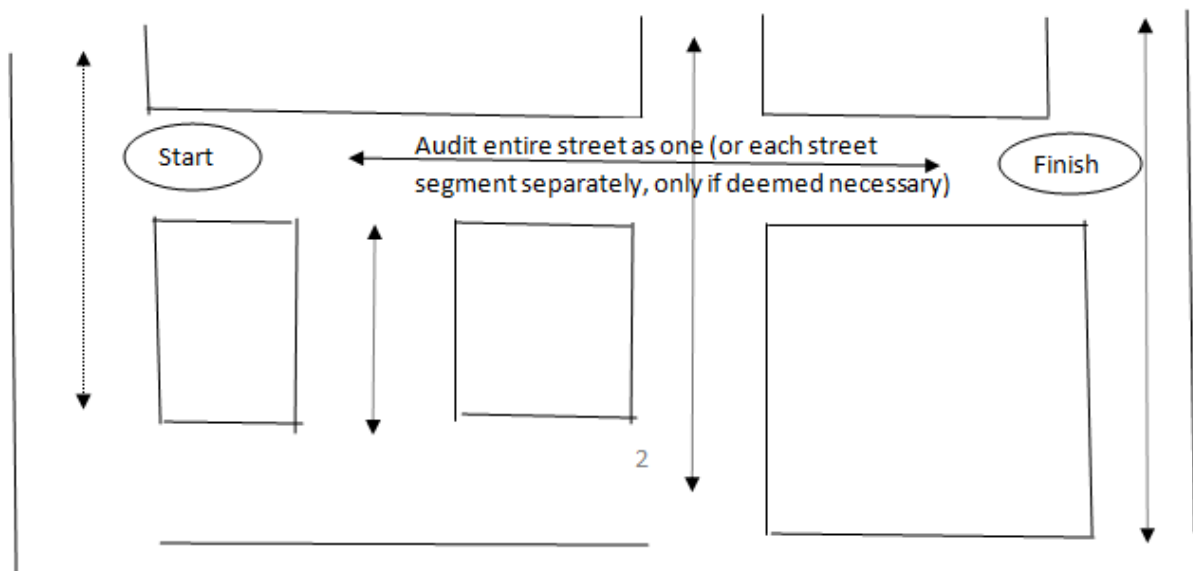
Παρουσίαση μεμονωμένων συνολικών σκορ της ποιότητας ζωής

---

Μελέτες που δεν αφορούσαν γενικό πληθυσμό (φαινομενικά υγιή)

---

Παράρτημα 5: Σχεδιάγραμμα επιλογής νοικοκυριών



Παράρτημα 6: Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο – Κοινωνικόδημογραφικά χαρακτηριστικά

**Κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία**

<b>1.</b>	Φύλο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>2.</b> Ηλικία	..... ετών	
		Ανδρας	Γυναίκα			
<b>3.</b>	Υπηκοότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Άλλη .....(παρακαλώ δηλώστε)		
		Κυπριακή				
<b>4.</b>	Οικογενειακή κατάσταση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Παντρεμένος/η	Ελεύθερος/η	Διαζευγμένος/η	Χήρος/α	Σε συμβίωση
				Σε διάσταση		
<b>5.</b>	Συνολικός αριθμός παιδιών οικογένειας	.....	<b>6.</b> Αριθμός μελών της οικογένειας που διαμένουν στο ίδιο σπίτι (συμπεριλαμβανομένου του εαυτού σας)			.....
		παιδιά				άτομα
<b>7.</b>	Εκπαίδευση	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Καμμία	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Κολλέγιο/ Πανεπιστήμιο
					Τεχνική Σχολή	Μεταπτυχιακές σπουδές
<b>8.</b>	Καθεστώς εργοδότησης	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>9.</b> Επάγγελμα
		Πλήρης απασχόληση	Μερική απασχόληση	Άνεργος/η	Δεν εργάζομαι	.....

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.</b> Οικογενειακό καθαρό μηνιαίο εισόδημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<1000	1001-1500	1501-2000	2001-2500	2501-3001	3001-5000	5001 και άνω
<b>11.</b> Τους τελευταίους 12 μήνες αντιμετωπίσατε δυσκολίες όσον αφορά τα τρέχοντα έξοδα του νοικοκυριού, όπως πληρωμή λογαριασμών, αγορά ειδών πρώτης ανάγκης κτλ;						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						Ναι	Όχι
<b>12.</b> Πόσο καιρό κατοικείτε στην παρούσα διεύθυνση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Λιγότερο από 1 χρόνο	1-3 χρόνια	3-5 χρόνια	5-10 χρόνια	Πάνω από 10 χρόνια		
<b>13.</b> Μένετε σε ιδιόκτητη ή ενοικιαζόμενη κατοικία ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Ιδιόκτητη	Ενοικιαζόμενη	Άλλο .....				
<b>14.</b> Τύπος οικίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Ανεξάρτητη οικία	Ημι-ανεξάρτητη οικία	Πολυκατοικία με λιγότερα από 8 διαμερίσματα		Πολυκατοικία άνω των 8 διαμερισμάτων		

**14. Πως θα αυτοαξιολογούσατε τη γενική κατάσταση της υγείας σας;**

Σημειώστε την απάντηση αυτό που ανταποκρίνεται καλύτερα στη δική σας περίπτωση.

	Εξαιρετική
	Πολύ καλή
	Καλή
	Μέτρια
	Φτωχική

15. Καπνίζετε;                    ΝΑΙ                     ΟΧΙ

15.1. Αν πιο πάνω απαντήσατε ΝΑΙ, παρακαλώ απαντήστε και στις πιο κάτω ερωτήσεις

Πόσα χρόνια καπνίζετε; .....

Πόσα τσιγάρα περίπου καπνίζετε τη μέρα; .....

15.2. Αν πιο πάνω απαντήσατε ΟΧΙ, παρακαλώ απαντήστε και στις πιο κάτω ερωτήσεις

Καπνίζατε στο παρελθόν    ΝΑΙ                     ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, για πόσα χρόνια συνολικά καπνίζατε; .....

Όταν καπνίζατε, πόσα τσιγάρα περίπου καπνίζατε την ημέρα; .....

16. Αλκοόλ: τους τελευταίους 12 μήνες, πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ (μπύρα, κρασί, οινοπνευματώδη ποτά, κάποιο κοκτέιλ που περιέχει αλκοόλ);

	Καθημερινά		2-3 φορές το μήνα
	5-6 φορές της εβδομάδα		Μία φορά το μήνα
	3-4 φορές της εβδομάδα		3- 11 φορές το χρόνο
	2 φορές την εβδομάδα		Λιγότερο από 2 φορές το χρόνο
	Μία φορά την εβδομάδα		Ποτέ

17. Σκεφτείτε κάποια τυπική ημέρα που θα πιείτε: πόσα αλκοολούχα ποτά καταναλώνετε περίπου;

1 ποτό                    2 ποτά                    3-4 ποτά                    5-6 ποτά                    7-9 ποτά                    πάνω από  
10



### International Physical Activity Questionnaire

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο χρόνο που έχετε αφιερώσει για κάποια σωματική δραστηριότητα τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με δραστηριότητες που κάνετε κατά την εργασία σας, στις μετακινήσεις σας, στις δουλειές του σπιτιού, του κήπου και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση. Σας παρακαλώ να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις, ακόμα και εάν πιστεύετε ότι δεν είστε ένα ιδιαίτερα σωματικά δραστήριο άτομο.

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 1 και 2, σκεφτείτε όλες τις **έντονες** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Μια έντονη σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε σημαντικά δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις **έντονες** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια **μεγαλύτερη από 10 λεπτά** κάθε φορά.

- 1. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, όπως σκάψιμο, έντονη άσκηση με βάρη, τρέξιμο σε διάδρομο με κλίση, γρήγορο τρέξιμο, aerobics, γρήγορη ποδηλασία, γρήγορη κολύμβηση, τένις μονό, αγώνας σε γήπεδο (ποδόσφαιρο, basketball-μπάσκετ, volleyball-βόλεϊ, κλπ);**

\_\_\_\_\_ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν κάνατε έντονες σωματικές δραστηριότητες, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 3

- 2. Τις ημέρες που κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως;**

\_\_\_\_\_ λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 3 και 4, σκεφτείτε όλες τις **μέτριας έντασης** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Μια μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε κάπως δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις **μέτριας έντασης** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια **μεγαλύτερη από 10 λεπτά** κάθε φορά.

3. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, όπως το να σηκώσετε και να μεταφέρετε ελαφρά βάρη (λιγότερο από 10 κιλά), συνολική καθαριότητα του σπιτιού, ήπιες ρυθμικές ασκήσεις σώματος, ποδηλασία αναψυχής με χαμηλή ταχύτητα, χαλαρή κολύμβηση; Σας παρακαλώ να μη συμπεριλάβετε το περπάτημα.

\_\_\_\_\_ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν κάνατε μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες,  
τότε προχωρήστε στην ερώτηση 5

4. Τις ημέρες που κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνετε συνήθως;

\_\_\_\_\_ λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε στις ερωτήσεις 5 και 6, σκεφτείτε το χρόνο που περπατήσατε κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Να συμπεριλάβετε το περπάτημα στο χώρο της εργασίας σας, στο σπίτι, στις μετακινήσεις σας και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση.

5. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες περπατήσατε για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά;

\_\_\_\_\_ ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν περπατήσατε καμία φορά περισσότερο από 10  
λεπτά, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 7

συνεχόμενα

6. Τις ημέρες που περπατήσατε, για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, πόσο χρόνο περάσατε περπατώντας;

\_\_\_\_\_ λεπτά ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

**7. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσο χρόνο περάσατε καθισμένος/η σε μια συνηθισμένη μέρα; Ο χρόνος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει το χρόνο που περνάτε καθισμένος/η στο σπίτι, στο γραφείο, στο αυτοκίνητο, όταν διαβάζετε, όταν είστε με φίλους, ξεκουράζεστε σε πολυθρόνα ή βλέπετε τηλεόραση, αλλά δεν περιλαμβάνει τον ύπνο.**

\_\_\_\_\_ ώρες ανά ημέρα

δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

## Η υγεία και η ευημερία σας

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε με  το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

**1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:**

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;**

Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and Quality Metric Incorporated. All rights reserved. SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust. (IQOLA SF-36v2 Standard, Greece (Greek))

**3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;**

Ναί, με περιορίζει Πολύ	Ναί, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου
----------------------------------	-------------------------------	---



- a. Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ .....  1 .....  2 .....  3
- b. Σε μέτριες έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία .....  1 .....  2 .....  3
- c. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά.....  1 .....  2 .....  3
- d. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια.....  1 .....  2 .....  3
- e. Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια.....  1 .....  2 .....  3
- f. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο .....  1 .....  2 .....  3
- g. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο .....  1 .....  2 .....  3
- h. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα .....  1 .....  2 .....  3
- i. Όταν περπατάτε εκατό μέτρα.....  1 .....  2 .....  3
- j. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε.....  1 .....  2 .....  3

**4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;**

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.....  1     2 .....  3 .....  4 .....  5
- b. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c. Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας .....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5
- d. Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια).....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5

**5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος);**

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες.....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b. Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε.....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c. Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως .....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5

SF-36v2™ Health Survey © 1996, 2004 Health Assessment Lab, Medical Outcomes Trust and Quality Metric Incorporated. All rights reserved. SF-36® is a registered trademark of Medical Outcomes Trust.

6. **Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;**

Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

7. **Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;**

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Έντονο	Πολύ έντονο
▼	▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

8. **Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);**

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼

- a Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια; .....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5
- b Είχατε πολύ εκνευρισμό; .....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5
- c Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι; .....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5
- d Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη; .....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5
- e Είχατε πολλή ενεργητικότητα; .....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5
- f Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία; .....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5
- g Αισθανόσασταν εξάντληση; .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- h Ήσασταν ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη; .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
- i Αισθανόσασταν κούραση; .....  1  2 .....  3 .....  4 .....  5



10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα;

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

	Εντελώς Αλήθεια	Τις περισσότερες φορές αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές ψέμα	Εντελώς ψέμα
	▼	▼	▼	▼	▼
a Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d Η υγεία μου είναι εξαιρετική.....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

***Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!***

Παράρτημα 9: Ταξινόμηση επαγγέλματος βασιζόμενη σε ένα συνδυασμό της ομάδας των επαγγελματιών μονάδων και του καθεστώτος απασχόλησης

Πίνακας 4: Αλληλεπίδραση επαγγέλματος (βάσει δεξιοτήτων) με ποιότητα ζωής - Σωματική διάσταση

PCS	Overall		Male		Female	
	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)
<i>Ταξινόμηση επαγγέλματος (analytic classes) *</i>						
<i>Higher &amp; Lower managerial, administrative and professional occupations</i>	107	53,83 (5,58)	58	53,48 (5,45)	49	54,24 (5,75)
<i>Intermediate occupations and small employers and own account workers</i>	87	52,17 (6,25)	44	53,54 (4,57)	43	50,76 (7,40)
<i>Technical, semi-routine and routine manual occupations</i>	146	50,16 (6,69)	76	49,10 (6,54)	70	51,32 (6,70)
<i>Never worked and unemployed</i>	101	43,00 (9,68)	43	41,28 (8,26)	58	44,26 (10,50)
<i>P-value</i>		<0,001		<0,001		<0,001
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		-3,34 (-3.97,-2.71)		-3,81 (-4.62, -3.00)		-2,94 (-3.91, -1.97)
<i>P for trend</i>		<0,001		<0,001		<0,001
<i>P for interaction</i>						0,03

Πίνακας 5: Αλληλεπίδραση επαγγέλματος (βάσει δεξιοτήτων) με ποιότητα ζωής - Ψυχική διάσταση

<i>MCS</i>	<b>Overall</b>		<b>Male</b>		<b>Female</b>	
	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Ταξινόμηση επαγγέλματος (analytic classes) *</i>						
<i>Higher &amp; Lower managerial, administrative and professional occupations</i>	107	52,36 (5,31)	58	53,43 (5,15)	49	51,01 (5,27)
<i>Intermediate occupations and small employers and own account workers</i>	87	50,54 (6,90)	44	53,10 (3,96)	43	47,91 (8,21)
<i>Technical, semi-routine and routine manual occupations</i>	146	49,59 (7,34)	76	51,33 (6,30)	70	47,70 (7,96)
<i>Never worked and unemployed</i>	101	47,83 (9,66)	43	46,23 (10,02)	58	49,01 (9,29)
<i>P-value</i>		<0,001		<0,001		0,11
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		-1,45 (-2.09,-0.81)		-2,14 (-2.96, -1.33)		-0,64 (-1.60, -0.32)
<i>P for trend</i>		<0,001		<0,001		0,19
<i>P for interaction</i>						0,001

Παράρτημα 10: Απογραφικοί δείκτες κοινωνικό-οικονομικού μειονεκτήματος

Πίνακας 6: Εκπαιδευτικό και κοινωνικό-οικονομικό μειονέκτημα - Σωματική διάσταση

<i>PCS</i>	<b>Overall</b>		<b>Male</b>		<b>Female</b>	
<i>Education</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	120	47,96 (9,13)	60	49,25 (8,18)	60	46,68 (9,90)
<i>Quartile 2</i>	110	49,43 (8,61)	55	48,68 (8,80)	55	50,20 (8,44)
<i>Quartile 3</i>	110	50,52 (7,59)	55	49,91 (7,52)	55	51,13 (7,68)
<i>Quartile 4</i>	110	51,70 (6,46)	55	51,00 (6,21)	55	52,40 (6,69)
<i>P-value</i>		0,004		0,43		0,002
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		1,23 (0,57-1,89)		0,63 (-0,27,1,54)		1,83 (0,86-2,80)
<i>P for trend</i>		<0,001		0,17		<0,001
<i>P for interaction</i>						0,15
<i>Non-Cypriot</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	120	48,90 (8,62)	60	49,19 (7,49)	60	48,61 (9,67)
<i>Quartile 2</i>	110	50,53 (8,50)	55	50,01 (8,40)	55	51,05 (8,63)
<i>Quartile 3</i>	110	48,80 (7,96)	55	48,40 (7,75)	55	49,18 (8,21)
<i>Quartile 4</i>	110	51,31 (7,15)	55	51,25 (7,22)	55	51,38 (7,15)
<i>P-value</i>		0,05		0,25		0,22
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0,55 (-0,11,1,22)		0,45 (-0,45,1,35)		0,65 (-0,34,1,64)
<i>P for trend</i>		0,10		0,32		0,2
<i>P for interaction</i>						0,87
<i>Non-Cypriot non-EU</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	120	49,03 (9,21)	60	49,84 (7,89)	60	48,20 (10,36)
<i>Quartile 2</i>	120	50,74 (7,77)	60	50,12 (7,64)	60	51,34 (7,91)
<i>Quartile 3</i>	100	48,70 (7,62)	50	48,36 (7,34)	50	49,04 (7,94)
<i>Quartile 4</i>	110	50,89 (7,59)	55	50,31 (8,11)	55	51,46 (7,05)
<i>P-value</i>		0,09		0,56		0,09
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0,36 (-0,30,1,04)		-0,31 (-0,94,0,87)		0,76 (-0,23,1,76)
<i>P for trend</i>		0,28		0,94		0,13
<i>P for interaction</i>						0,48
<i>Single parent households</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	120	50,46 (7,60)	60	51,01 (6,88)	60	49,90 (8,28)
<i>Quartile 2</i>	120	50,44 (8,16)	60	50,14 (7,90)	60	50,75 (8,47)

Quartile 3	110	49,65 (8,08)	55	48,61 (8,45)	55	50,69 (7,63)
Quartile 4	100	48,68 (8,74)	50	48,80 (7,66)	50	48,56 (9,78)
<i>P</i> -value		0,33		0,30		0,52
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		-0.60 (-1.28,0.08)		-0.83 (-1.75,0.83)		-0,37 (-1.38,0.65)
<i>P for trend</i>		0,08		0,07		0,5
<i>P for interaction</i>						0,5
<b>Average age of residents</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
Quartile 1	120	50,92 (7,75)	60	51,24 (6,45)	60	50,60 (8,91)
Quartile 2	110	50,58 (7,86)	55	50,60 (8,07)	55	50,55 (7,72)
Quartile 3	110	49,18 (8,17)	55	48,31 (8,30)	55	50,04 (8,02)
Quartile 4	110	48,68 (8,65)	55	48,52 (7,90)	55	48,84 (9,41)
<i>P</i> -value		0,11		0,10		0,67
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		-0.81 (-1.47,-1.14)		-1.04 (-1.94,-0.15)		-0.57 (-1.56,0.42)
<i>P for trend</i>		0,02		0,02		0,26
<i>P for interaction</i>						0,73
<b>Households above 5</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
Quartile 1	110	51,35 (8,21)	55	51,36 (7,59)	55	51,34 (8,86)
Quartile 2	110	50,42 (6,52)	55	49,35 (7,16)	55	51,49 (5,67)
Quartile 3	100	49,28 (7,93)	50	49,21 (7,21)	50	49,35 (8,66)
Quartile 4	110	48,43 (9,38)	55	48,79 (8,61)	55	48,07 (10,16)
<i>P</i> -value		0,04		0,30		0,10
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		-0.99 (-1.66,-0.31)		-0.78 (-1.70,0.13)		-1.19 (-2.20,-0.18)
<i>P for trend</i>		0,004		0,09		0,02
<i>P for interaction</i>						0,60
<b>Unemployment</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
Quartile 1	110	47.37 (9.03)	55	47.71 (8.61)	55	47.04 (9.50)
Quartile 2	100	49.65 (7.96)	50	50.35 (7.36)	50	48.96 (8.53)
Quartile 3	120	50.60 (7.65)	60	49.28 (7.45)	60	51.90 (7.69)
Quartile 4	120	51.60 (7.38)	60	51.42 (7.22)	60	51.77 (7.59)
<i>P</i> -value		0.001		0.07		0.004
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		1.36 (0.7, 2.02)		1.02 (0.12, 1.91)		1.7 (0.73, 2.67)
<i>P for trend</i>		<0.001		0.03		0.001
<i>P for interaction</i>						0.26
<b>Not owner occupied</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
Quartile 1	110	48.90 (9.35)	55	48.73 (9.11)	55	49.08 (9.66)

Quartile 2	110	49.14 (7.24)	55	49.10 (7.08)	55	49.19 (7.47)
Quartile 3	110	50.15 (7.97)	55	49.81 (7.69)	55	50.48 (8.31)
Quartile 4	120	51.15 (7.77)	60	51.05 (6.99)	60	51.24 (8.54)
<i>P</i> -value		0.14		0.39		0.46
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0.77 (0.11, 1.44)		0.77 (-0.12, 1.67)		0.78 (-0.21, 1.77)
<i>P for trend</i>		0.02		0.09		0.12
<i>P for interaction</i>						<b>0.99</b>
<b>No PC</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
Quartile 1	110	47.39 (8.90)	55	47.84 (8.03)	55	49.94 (9.73)
Quartile 2	110	49.54 (8.10)	55	49.31 (7.98)	55	49.76 (8.27)
Quartile 3	110	50.79 (7.86)	55	51.27 (7.10)	55	50.32 (8.60)
Quartile 4	120	51.59 (7.15)	60	50.34 (7.64)	60	52.83 (6.46)
<i>P</i> -value		0.001		0.11		0.003
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		1.37 (0.72, 2.03)		0.92 (0.03, 1.82)		1.83 (0.86, 2.80)
<i>P for trend</i>		<0.001		0.04		<0.001
<i>P for interaction</i>						0.32
<b>Elementary agriculture</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
Quartile 1	110	49.14 (7.99)	55	48.67 (8.25)	55	49.62 (7.76)
Quartile 2	100	50.28 (7.04)	50	50.05 (7.35)	50	50.51 (7.76)
Quartile 3	120	50.24 (8.48)	60	50.04 (7.90)	60	50.44 (9.08)
Quartile 4	120	49.50 (8.80)	60	50.03 (7.54)	60	49.58 (9.96)
<i>P</i> -value		0.71		0.7		0.9
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0.19 (-0.47, 0.86)		0.41 (-0.49, 1.31)		0.02 (-1.01, 0.97)
<i>P for trend</i>		0.57		0.37		0.97
<i>P for interaction</i>						0.93

Πίνακας 7: Εκπαιδευτικό και κοινωνικό-οικονομικό μειονέκτημα - Ψυχική διάσταση

<b>MCS</b>	<b>Overall</b>		<b>Male</b>		<b>Female</b>	
	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<b>Education</b>						
Quartile 1	120	49,17 (8,59)	60	50,43 (8,25)	60	47,91 (8,80)
Quartile 2	110	48,88 (8,90)	55	51,19 (7,01)	55	46,58 (9,99)
Quartile 3	110	50,38 (6,19)	55	51,27 (6,27)	55	49,50 (6,05)
Quartile 4	110	52,00 (5,66)	55	52,44 (6,33)	55	51,56 (4,92)
<i>P</i> -value		0,008		0,50		0,006
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0,98 (0,36-1,60)		0,61 (-0,21,1,43)		1,36 (0,45-2,26)
<i>P for trend</i>		0,002		0,14		0,004
<i>P for interaction</i>						0,28
<b>Non-Cypriot</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
Quartile 1	120	50,30 (7,11)	50	52,39 (5,83)	50	48,22 (7,69)
Quartile 2	110	48,75 (8,45)	55	50,07 (7,18)	55	47,43 (9,43)
Quartile 3	110	49,80 (8,32)	55	50,65 (9,14)	55	48,94 (7,40)
Quartile 4	110	51,47 (6,05)	55	52,04 (5,39)	55	50,90 (6,65)
<i>P</i> -value		0,06		0,24		0,12
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0,43 (-0,19,1,05)		-0,07 (-0,89,0,75)		0,94 (0,02-1,85)
<i>P for trend</i>		0,17		0,86		0,04
<i>P for interaction</i>						0,43
<b>Non-Cypriot non-EU</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
Quartile 1	120	49,63 (8,53)	60	51,20 (6,08)	60	48,06 (10,22)
Quartile 2	120	50,96 (6,12)	60	52,14 (6,83)	60	49,78 (5,10)
Quartile 3	100	48,86 (8,78)	50	50,85 (8,01)	50	46,87 (9,14)
Quartile 4	110	50,76 (6,57)	55	50,96 (7,37)	55	50,55 (5,72)
<i>P</i> -value		0,13		0,75		0,06
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0,14 (-0,48,0,76)		-0,19 (-0,01,0,63)		0,47 (-0,458,1,40)
<i>P for trend</i>		0,66		0,64		0,32
<i>P for interaction</i>						0,34
<b>Single parent households</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
Quartile 1	120	51,14 (7,86)	60	51,79 (7,53)	60	50,49 (8,20)
Quartile 2	120	49,56 (7,46)	60	50,74 (6,50)	60	48,38 (8,19)
Quartile 3	110	50,04 (7,37)	55	51,38 (7,08)	55	48,69 (7,46)
Quartile 4	100	49,51 (7,56)	50	51,36 (7,14)	50	47,66 (7,59)
<i>P</i> -value		0,32		0,87		0,26

<i>Per category increase (95% C.I.)</i>	-0.45 (-1.08,0.18)	-0.07 (-0.91,0.76)	-0.83 (-1.76,0.11)			
<i>P for trend</i>	0,16	0,86	0,08			
<i>P for interaction</i>			0,70			
<b>Average age of residents</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	120	50,29 (7,88)	60	51,13 (7,24)	60	49,44 (8,45)
<i>Quartile 2</i>	110	50,28 (7,62)	55	51,44 (6,55)	55	49,12 (8,46)
<i>Quartile 3</i>	110	50,27 (7,16)	55	51,76 (6,93)	55	48,79 (7,13)
<i>Quartile 4</i>	110	49,49 (7,66)	55	50,94 (7,51)	55	48,04 (7,60)
<i>P-value</i>		0,82		0,93		0,80
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>	-0,24 (-0.86,3.39)	-0.02 (-0.84,0.80)	-0.45 (-.37,0.47)			
<i>P for trend</i>	0,45	0,96	0,34			
<i>P for interaction</i>			0,91			
<b>Households above 5</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	110	51,61 (7,46)	55	51,76 (7,86)	55	51,45 (7,11)
<i>Quartile 2</i>	110	50,96 (5,90)	55	52,29 (5,51)	55	49,64 (6,03)
<i>Quartile 3</i>	100	48,46 (8,66)	50	50,27 (7,60)	50	46,64 (9,35)
<i>Quartile 4</i>	110	48,86 (8,17)	55	50,44 (7,41)	55	47,28 (8,65)
<i>P-value</i>		0,004		0,38		0,006
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>	-1.06 (-1.70,-0.42)	-0.59 (-1.44,0.26)	-1.54 (-2.47,-0.60)			
<i>P for trend</i>	0,001	0,17	0,001			
<i>P for interaction</i>			0,38			
<b>Unemployment</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	110	48.37 (7.94)	55	49.50 (8.34)	55	47.24 (7.43)
<i>Quartile 2</i>	100	49.79 (8.51)	50	52.30 (5.76)	50	47.28 (10.00)
<i>Quartile 3</i>	120	50.13 (6.76)	60	51.18 (6.47)	60	49.09 (6.93)
<i>Quartile 4</i>	120	51.87 (6.85)	60	52.31 (7.06)	60	51.44 (6.67)
<i>P-value</i>		0.006		0.12		0.01
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>	1.09 (0.47, 1.70)	0.74 (-0.08, 1.55)	1.44 (0.54, 2.35)			
<i>P for trend</i>	0.001	0.07	0.002			
<i>P for interaction</i>			0.21			
<b>Not owner occupied</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	110	49.54 (7.95)	55	49.84 (8.60)	55	49.25 (7.32)
<i>Quartile 2</i>	110	49.79 (7.63)	55	50.98 (7.34)	55	48.59 (7.79)
<i>Quartile 3</i>	110	49.69 (7.18)	55	51.83 (6.14)	55	47.56 (7.55)
<i>Quartile 4</i>	120	51.23 (7.51)	60	52.51 (5.71)	60	49.66 (8.82)



<i>P-value</i>		0.29		0.21		0.42
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0.51 (-0.11, 1.13)		0.88 (0.07, 1.70)		0.12 (-0.79, 1.05)
<i>P for trend</i>		0.11		0.03		0.77
<i>P for interaction</i>						<b>0.34</b>
<b>No PC</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	110	48.75 (8.05)	55	50.63 (8.35)	55	46.86 (7.33)
<i>Quartile 2</i>	110	50.11 (8.22)	55	50.78 (7.82)	55	49.43 (8.62)
<i>Quartile 3</i>	110	49.67 (7.19)	55	50.98 (5.26)	55	48.35 (8.55)
<i>Quartile 4</i>	120	51.69 (6.60)	60	52.75 (6.31)	60	50.64 (6.77)
<i>P-value</i>		0.03		0.33		0.07
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0.85 (0.23, 1.47)		0.67 (-0.15, 1.48)		0.67 (-0.14, 1.48)
<i>P for trend</i>		0.007		0.11		0.11
<i>P for interaction</i>						0.67
<b>Elementary agriculture</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	110	49.15 (7.14)	55	49.48 (8.90)	55	48.81 (4.86)
<i>Quartile 2</i>	100	50.41 (7.14)	50	51.64 (5.75)	50	49.18 (8.17)
<i>Quartile 3</i>	120	49.89 (7.95)	60	51.78 (6.60)	60	48.00 (8.75)
<i>Quartile 4</i>	120	50.88 (7.92)	60	52.26 (6.32)	60	49.50 (9.08)
<i>P-value</i>		0.35		0.16		0.76
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0.47 (-0.15, 1.10)		0.85 (0.03, 1.66)		0.09 (-0.83, 1.02)
<i>P for trend</i>		0.14		0.04		0.84
<i>P for interaction</i>						0.46

Πίνακας 8: Δομικό μειονέκτημα - Σωματική διάσταση

PCS	Overall		Male		Female	
	N	M (SD)	N	M (SD)	N	M (SD)
<b>Housing units pre 1980</b>						
Quartile 1	120	51,36 (7,61)	60	51,22 (6,55)	60	51,51 (8,59)
Quartile 2	110	49,25 (9,28)	55	49,53 (9,00)	55	48,97 (9,62)
Quartile 3	110	50,21 (6,98)	55	50,01 (6,54)	55	50,42 (7,45)
Quartile 4	110	48,49 (8,34)	55	47,91 (8,49)	55	49,05 (8,23)
P-value		0,04		0,15		0,32
Per category increase (95% C.I.)		-0.78 (-1.44,-1.11)		-0.95 (-1.84,-0.05)		-0.61 (-1.60,0.38)
P for trend		0,02		0,04		0,23
P for interaction						0,89
<b>Housing units post 2001</b>						
Quartile 1	140	49,24 (7,61)	70	48,69 (7,97)	70	49,79 (7,25)
Quartile 2	90	48,89 (9,09)	45	49,45 (7,21)	45	48,33 (10,70)
Quartile 3	110	50,21 (7,99)	55	50,00 (7,47)	55	50,42 (8,54)
Quartile 4	110	51,10 (8,02)	55	50,89 (8,15)	55	51,30 (7,96)
P-value		0,18		0,45		0,36
Per category increase (95% C.I.)		0,65 (0,006-1,29)		0,72 (-0.15,1.59)		0,59 (-0.38,1.55)
P for trend		0,05		0,11		0,23
P for interaction						0,80
<b>Vacant temp houses</b>						
Quartile 1	110	49,54 (8,85)	55	49,86 (7,43)	55	49,22 (10,13)
Quartile 2	110	49,05 (8,05)	55	49,20 (7,89)	55	48,91 (8,27)
Quartile 3	100	49,82 (7,15)	50	49,21 (6,95)	50	50,44 (7,35)
Quartile 4	120	50,87 (8,18)	60	50,49 (8,53)	60	51,25 (7,86)
P-value		0,37		0,78		0,42
Per category increase (95% C.I.)		0,48 (-0.18,1.15)		0,21 (-0.69,1.11)		0,76 (-0.22,1.75)
P for trend		0,15		0,65		0,13
P for interaction						0,82
<b>Apartment blocks</b>						
Quartile 1	120	48,81 (8,89)	60	48,88 (8,39)	60	48,74 (9,43)
Quartile 2	110	49,24 (8,70)	55	49,62 (7,76)	55	48,85 (9,62)
Quartile 3	110	50,03 (7,55)	55	49,56 (7,58)	55	50,50 (7,56)
Quartile 4	110	51,47 (7,01)	55	50,82 (7,22)	55	52,11 (6,81)
P-value		0,07		0,61		0,12
Per category increase (95% C.I.)		0,87 (0,20-1,53)		0,57 (-0.33,1.47)		1,16 (0,18-2,14)

<i>P for trend</i>	0,01		0,21		0,02	
<i>P for interaction</i>	0,77					
<b>Apartment mixed use</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	120	49,03 (8,57)	60	49,45 (7,73)	60	48,60 (9,39)
<i>Quartile 2</i>	110	49,68 (8,80)	55	49,49 (8,02)	55	49,87 (9,59)
<i>Quartile 3</i>	110	49,57 (7,79)	55	49,09 (7,88)	55	50,05 (7,73)
<i>Quartile 4</i>	110	51,25 (7,16)	55	50,80 (7,43)	55	51,69 (6,92)
<i>P-value</i>	0,2		0,67		0,29	
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>	0,65		0,36		0,94	
	(-0.01,1.32)		(-0.54,1.26)		(-0.04,1.93)	
<i>P for trend</i>	0,05		0,43		0,06	
<i>P for interaction</i>	0,82					

Πίνακας 9: Δομικό μειονέκτημα - Ψυχική διάσταση

<i>MCS</i>	<b>Overall</b>		<b>Male</b>		<b>Female</b>	
	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Housing units pre 1980</i>						
<i>Quartile 1</i>	120	52,07 (6,30)	60	53,36 (5,31)	60	50,79 (6,97)
<i>Quartile 2</i>	110	49,66 (8,47)	55	50,77 (7,54)	55	48,59 (9,24)
<i>Quartile 3</i>	110	49,69 (6,30)	55	51,05 (4,69)	55	48,34 (7,37)
<i>Quartile 4</i>	110	48,74 (8,66)	55	49,90 (9,40)	55	47,58 (7,76)
<i>P-value</i>		0,006		0,05		0,14
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		-1,01 (-1.62,0.39)		-1.02 (-1.83,-0.21)		-0.99 (-1.91,-0.08)
<i>P for trend</i>		0,001		0,01		0,03
<i>P for interaction</i>						0,99
<i>Housing units post 2001</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	140	49,31 (7,31)	70	50,07 (7,95)	70	48,55 (6,58)
<i>Quartile 2</i>	90	48,51 (8,38)	45	50,70 (6,44)	45	46,32 (9,52)
<i>Quartile 3</i>	110	50,76 (6,78)	55	52,64 (5,25)	55	48,87 (7,61)
<i>Quartile 4</i>	110	51,70 (7,68)	55	52,07 (7,62)	55	51,32 (7,79)
<i>P-value</i>		0,01		0,16		0,02
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0,88 (0,28-1,48)		0,80 (0,01-1,58)		0,96 (0,07-1,84)
<i>P for trend</i>		0,004		0,05		0,03
<i>P for interaction</i>						0,22
<i>Vacant temp houses</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	110	49,45 (7,43)	55	50,94 (6,08)	55	47,96 (8,36)
<i>Quartile 2</i>	110	48,69 (8,88)	55	50,27 (7,18)	55	47,11 (10,12)
<i>Quartile 3</i>	100	50,51 (6,59)	50	52,22 (6,56)	50	48,80 (6,22)
<i>Quartile 4</i>	120	51,56 (7,06)	60	51,68 (8,24)	60	51,43 (5,72)
<i>P-value</i>		0,02		0,51		0,02
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0,83 (0,20-1,44)		0,41 (-0.42,1.23)		1,24 (0,33-2,15)
<i>P for trend</i>		0,01		0,33		0,008
<i>P for interaction</i>						0,34
<i>Apartment blocks</i>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	120	48,97 (8,49)	60	49,72 (8,35)	60	48,23 (8,63)

<i>Quartile 2</i>	110	50,20 (8,38)	55	52,21 (7,62)	55	48,19 (8,69)
<i>Quartile 3</i>	110	50,47 (6,35)	55	51,88 (5,96)	55	49,06 (6,47)
<i>Quartile 4</i>	110	50,80 (6,71)	55	51,58 (5,60)	55	50,02 (7,64)
<i>P-value</i>		0,27		0,22		0,57
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0,58 (-0.04,1.20)		0,54 (-0.27,1.36)		0,62 (-0.30,1.54)
<i>P for trend</i>		0,06		0,19		0,19
<i>P for interaction</i>						0,54
<b><i>Apartment mixed use</i></b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>	<b>N</b>	<b>M (SD)</b>
<i>Quartile 1</i>	120	49,67 (8,16)	60	50,55 (7,74)	60	48,79 (8,53)
<i>Quartile 2</i>	110	50,00 (8,22)	55	52,11 (7,10)	55	47,89 (8,77)
<i>Quartile 3</i>	110	48,97 (7,70)	55	50,34 (6,96)	55	47,60 (8,20)
<i>Quartile 4</i>	110	51,75 (5,70)	55	52,33 (6,10)	55	51,17 (5,25)
<i>P-value</i>		0,04		0,31		0,07
<i>Per category increase (95% C.I.)</i>		0,51 (-0.11,1.13)		0,36 (-0.45,1.18)		0,66 (-0.26,1.58)
<i>P for trend</i>		0,11		0,38		0,16
<i>P for interaction</i>						0,45