



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ & ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ

Ποιότητα ζωής και διατροφικές συνήθειες ανέργου
πληθυσμού. Συγκριτική μελέτη: Αθήνα-Χαλκίδα

Γερακίτη Λουκία
Στουπή Μαρία

Πτυχιακή Εργασία

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Μπορμπουδάκη Λένα

Σητεία, 2014



Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Τμήμα Διατροφής & Διαιτολογίας



TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTE OF CRETE
SCHOOL OF HEALTH AND WELFARE PROFESSION
DEPARTMENT OF HUMAN NUTRITION AND DIETETICS

Quality of life and the nutritional habits of unemployed people. Comparative study of Athens-Chalkida.

Gerakiti Loukia

Stoupi Maria

BSc Thesis

Supervisor:

Borboudaki Lena

Sitia, 2014



ΤΙΤΛΟΣ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ποιότητα Ζωής και Διατροφικές συνήθειες ανέργου πληθυσμού. Συγκριτική μελέτη: Αθήνα-Χαλκίδα

Quality of life and the nutritional habits of unemployed people . Comparative study of Athens-Chalcida.



ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά, όλους τους ανέργους που έλαβαν μέρος στη μελέτη μας, αλλά και τους υπαλλήλους στα παραρτήματα ΟΑΕΔ που διευκόλυναν τη διαδικασία.

Επιπλέον, ευχαριστούμε την Δρ Μπορμπουδάκη Ελένη για τη πολύτιμη καθοδήγησή της σε όλη τη πορεία της μελέτης και τον Δρ Κανελλάκη Σπυρίδωνα για τη βοήθεια που μας προσέφερε στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Τέλος, καθοριστική ήταν η αστείρευτη στήριξη που μας παρείχαν οι οικογένειες και οι φίλοι μας.

Γερακίτη Λουκία & Στουπή Μάρα



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	8
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
1. Οικονομική Κρίση.....	14
1.1. Περιληπτική ιστορική αναδρομή.....	14
1.2. Ποιες είναι οι εξελίξεις στο παγκόσμιο οικονομικό περιβάλλον;	14
1.3. Τι συμβαίνει σε ευρωπαϊκό επίπεδο;	17
1.4. Τι συμβαίνει σε εθνικό επίπεδο;	18
1.5. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης	19
2. Ανεργία.....	24
2.1. Ιστορικά στοιχεία σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο	24
2.2. Ανεργία στην Ελλάδα	25
2.2.1. Ανεργία ανά φύλο.....	27
2.2.2. Ανεργία σε περιφερειακό επίπεδο.....	29
2.3. Είδη ανεργίας	30
2.4. Αίτια ανεργίας	32
2.5. Επιπτώσεις της ανεργίας.....	33
2.5.1. Επιπτώσεις ανεργίας σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο	33
2.5.2. Επιπτώσεις της ανεργίας σε συναισθηματικό επίπεδο.	35
2.5.3. Επιπτώσεις της ανεργίας στο επίπεδο της υγείας.....	36
3. Διατροφικές συνήθειες.....	37
3.1. Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στις διατροφικές συνήθειες.....	38
3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες	39
4. Ποιότητα ζωής.....	46
4.1. Ορισμός- Έννοια ποιότητας ζωής.....	46



4.2.	Δείκτες μέτρησης	50
4.4.	Η επίδραση της μεσογειακής διατροφής στη ποιότητα ζωής	52
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		54
5.	Μεθοδολογία.....	55
5.1.	Σκοπός της έρευνας.....	55
5.2.	Δείγμα	55
5.3.	Εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν	55
5.3.1.	Ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών.....	55
5.3.2.	Ψυχομετρικό ερωτηματολόγιο.....	56
5.3.3.	Δείκτης διατροφικής αξιολόγησης.....	58
5.3.4.	Ανάκληση εικοσιτετραώρου	59
5.4.	Στατιστική επεξεργασία.....	60
6.	Αποτελέσματα	60
6.1.	Περιγραφή του δείγματος.....	60
6.2.	Συγκρίσεις ανέργων που ζουν σε Αθήνα – Χαλκίδα.....	66
6.3.	Συγκριτική ανάλυση ανά φύλο	71
6.4.	Συγκριτική ανάλυση στο σύνολο του δείγματος.....	73
6.5.	Αποτελέσματα και συγκρίσεις στο SF-36 και στο MedDietScore.....	75
6.6.	Αποτελέσματα των εικοσιτετράωρων ανακλήσεων.....	81
6.7.	Πολυπαραγοντικά μοντέλα συσχέτισης των επιμέρους σκορ του SF-36 με το MedDietScore και συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά	95
6.8.	Συσχέτιση MedDietScore με τις κλίμακες του SF-36.....	101
ΣΥΖΗΤΗΣΗ		103
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ		111
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ		112
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ		117



ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η οικονομική κρίση που πλήττει την ελληνική πραγματικότητα έχει προκαλέσει σημαντικές αλλαγές στο τρόπο ζωής των ανθρώπων. Το ποσοστό των ανέργων έχει αυξηθεί δραματικά, με αποτέλεσμα την αναστάτωση στη καθημερινότητά των ανθρώπων και την αναδιαμόρφωση των αναγκών τους. Μεταξύ άλλων, η ποιότητα ζωής και οι διατροφικές συνήθειες των ανέργων φαίνεται πως έχουν επηρεαστεί ιδιαίτερα.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας ερευνητικής πτυχιακής μελέτης είναι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και διατροφής ανέργων που διαμένουν στην Αθήνα και τη Χαλκίδα και η διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ Αθήνας και Χαλκίδας. Επιπρόσθετος στόχος είναι η διερεύνηση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα ζωής και διατροφής.

Μεθοδολογία: Στο δείγμα της μελέτης συμπεριλήφθηκαν 143 άνεργοι, εγγεγραμμένοι στα παραρτήματα του ΟΑΕΔ της Αθήνας και της Χαλκίδας. Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν περιελάμβαναν ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κοινωνικό - οικονομικών χαρακτηριστικών, ερωτήσεις για το σωματικό βάρος και το ύψος τους, την ελληνική έκδοση του σταθμισμένου ερωτηματολογίου ποιότητας υγείας SF-36 για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής και το ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score (ή MedDietScore), μέσω του οποίου αξιολογήθηκε η υιοθέτηση του Μεσογειακού προτύπου διατροφής. Τέλος, έγινε ανάκληση της διαιτητικής πρόσληψης του προηγούμενου εικοσιτετραώρου.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα του SF-36 έδειξαν μέτρια ποιότητα ζωής, με τους άνεργους στη Χαλκίδα να βρίσκονται σε καλύτερη συναισθηματική κατάσταση σε σχέση με εκείνους στην Αθήνα με διαφορά 14 ποσοστιαίων μονάδων στη συγκεκριμένη κλίμακα. Οι άνεργοι στη Χαλκίδα σημείωσαν μεγαλύτερο MedDietScore 32,8 έναντι του 30,0 που συγκέντρωσαν οι Αθηναίοι. Το 75% των ανέργων γυναικών δε καλύπτει τις ημερήσιες ανάγκες σε σίδηρο. Τέλος, η υιοθέτηση του μεσογειακού διατροφικού μοντέλου φάνηκε να σχετίζεται με καλή γενική υγεία, ζωτικότητα, καλή ψυχική υγεία, υψηλή κοινωνική λειτουργικότητα και μειωμένο σωματικό πόνο.

Συμπεράσματα: Στην Ελλάδα 8 στους 10 άνεργους ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας με άμεσο αντίκτυπο στη διατροφή και στη ποιότητα ζωής τους. Οι άνεργοι κρίνουν πως η ποιότητα ζωής τους βρίσκεται σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα με τη συναισθηματική τους κατάσταση να πλήττεται σοβαρά. Οι διατροφικές συνήθειες των ανέργων τείνουν προς το μεσογειακό πρότυπο διατροφής, με τους άνεργους της Χαλκίδας να έχουν καλύτερη συμμόρφωση σε σχέση με τους άνεργους της Αθήνας ενώ αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι οι άνεργες γυναίκες διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο ανεπάρκειας σημαντικών θρεπτικών συστατικών.

Λέξεις κλειδιά: ανεργία, ποιότητα ζωής, διατροφικές συνήθειες, μεσογειακή διατροφή



ABSTRACT

Background: Financial crisis in Greece has caused several alterations in the individuals' everyday lifestyle. The unemployment percentage has been dramatically increased, while the loss or decrease of income affects their everyday life and rearranging their needs. Among others, unemployed have to face the fact that their quality of life and their nutrition habits have extremely been affected.

Objective: The purpose of this study is the evaluation of life and diet quality of unemployed who live in Athens and Chalkida and find possible differences between the areas. An additional aim is to identify socioeconomic factors that affect quality of life and nutrition habits.

Methodology: The study sample consists of 143 unemployed men and women registered in Athens' and Chalkida's branches of OAED. Demographic, socioeconomic, anthropometric (body weight and height) and diet information has been collected anonymously. Also, the Greek version of the weighed questionnaire SF-36 to evaluate quality of life and the Mediterranean Diet Score (or MedDietScore) questionnaire and a 24h dietary recall through which the adoption of the Mediterranean pattern of diet was evaluated.

Results: Results from the questionnaire SF-36 showed moderate quality of life while the unemployed population who live in Chalkida are in better emotional state than those in Athens (difference of 14 percentage points). Unemployed people in Chalkida showed greater MedDietScore 32,8 versus 30,0 collected by people in Athens. We also found that 75% of unemployed women do not cover their daily nutritional iron needs. Finally, the adoption of the Mediterranean diet model associated with good general health, vitality, good mental health, high social functioning and reduced body pain.

Conclusions: In Greece 8 in 10 unemployed people live below the poverty line with a direct impact on the nutrition and quality of life. Unemployed people consider that their quality of life is at moderate to low levels while their emotional state is seriously suffering. The eating habits of the unemployed tend to the Mediterranean diet pattern, while the unemployed of Halkida have better compliance in respect of the unemployed of Athens. Unemployed women are at serious risk of not meeting their nutritional needs.

Key words: *unemployment, quality of life, dietary habits, mediteranean diet*



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΤΟ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Η προκείμενη οικονομική κρίση αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες στην παγκόσμια οικονομία, με αποτέλεσμα την ύφεση και την πτώση της απασχόλησης σε παγκόσμια κλίμακα. Η ζωή και η προσωπικότητα του σύγχρονου ανθρώπου είναι δομημένες πάνω στην εργασία και την οικονομική του επιφάνεια με αποτέλεσμα η εργασία να παίζει σημαντικό ρόλο στον προσδιορισμό τόσο της ταυτότητας όσο και της εικόνας εαυτού. Έτσι, πέρα από τα πρακτικά προβλήματα που αντιμετωπίζει όποιος βλέπει το εισόδημά του να περικόπτεται ή να εκλείπει οριστικά, εξίσου σημαντική είναι και η «συμβολική» κατάρρευση που αντιμετωπίζει (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2010).

Η οικονομική κρίση εκτός, λοιπόν, από τις προφανείς συνέπειες που την ακολουθούν όπως είναι η αύξηση της ανεργίας, η σημαντική μείωση μισθών, η αρνητική μεταβολή της ανάπτυξης και η αύξηση του χρέους λόγω των δανεισμών από άλλα κράτη (Harvey, 2001), έχει και άλλες πολύ σημαντικές έμμεσες επιπτώσεις στη ζωή των πολιτών. Έχει φανεί πως εν καιρώ δύσκολων οικονομικών συγκυριών κλονίζεται η υγεία των ανθρώπων, σωματική και συναισθηματική, με αύξηση καρδιαγγειακών συμβαμάτων αλλά και ψυχιατρικών διαταραχών, προβλήματα εξάρτησης και εθισμού έως και αυτοκτονιών (Fund, 2009). Η ποιότητα ζωής, λοιπόν, επηρεάζεται έντονα και φαίνεται να υποβαθμίζεται.

Η ΥΠΟΒΑΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής αποτελούσε πάντοτε ένα θέμα μείζονος σημασίας και εξακολουθεί να είναι στη σημερινή εποχή, εφόσον το ευρύ κοινωνικό σύνολο στοχεύει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Ως όρος έχει προσεγγιστεί από πολλούς επιστήμονες, οι οποίοι ανάλογα με την εκάστοτε εποχή έδωσαν ο καθένας τον δικό του ορισμό περικλείοντας παραμέτρους της καλής ψυχικής, κοινωνικής και σωματικής κατάστασης του ατόμου, δίνοντας μεγάλη σημασία και στην υποκειμενική του εκτίμηση (Yfantopoulos, 2001).

Η έννοια της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, όπου αξιολογείται από το ίδιο το άτομο καθώς και αντικειμενική, όπου καθορίζεται από εξωτερικές συνθήκες



(Γαρούφαλλος, 2012). Με την πάροδο των χρόνων λόγω της ραγδαίας τεχνολογικής ανάπτυξης και των γρήγορων ρυθμών ζωής έχει παρατηρηθεί αλλαγή στον ορισμό που δίνονταν τότε και στον ορισμό που δίνεται τώρα. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας δεκαετίας, αναπτύχθηκε ιδιαίτερα έντονο ενδιαφέρον μεταξύ των πολιτικών, διοικητικών και κοινωνικών επιστημών για την έρευνα των ζητημάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής και στην ανάπτυξη μεθοδολογιών, οι οποίες θα στοχεύσουν στη μέτρησή τους (Υφαντοπούλος, 2001). Παρόλα αυτά είναι εξαιρετικά δύσκολο να δοθεί ένας ορισμός που να γίνει καθόλα αποδεκτός καθώς οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της σε αντίθεση με τους επιστήμονες ψυχικής υγείας, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Υφαντόπουλος, 2003). Για κάποιους ερευνητές η ποιότητα ζωής αποτελεί εγγενές χαρακτηριστικό μιας κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις, τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο (McCall, 1975).

Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η έννοια της ποιότητας ζωής είναι στενά συνδεδεμένη με την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (Orley et al., 1994).

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχει συσταθεί το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την Κοινωνική Ποιότητα (European Foundation in Social Quality), το οποίο εισήγαγε την έννοια της κοινωνικής ποιότητας. Με τον όρο κοινωνική ποιότητα, ορίζεται ο βαθμός, στον οποίο οι πολίτες είναι ικανοί να συμμετέχουν στην κοινωνική και οικονομική ζωή της κοινότητας, σε συνθήκες που ενισχύουν την προσωπική ευεξία και ευημερία (Υφαντοπούλος, 2001).

Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη του φαινομένου της ανεργίας ήρθε να προσθέσει μια νέα διάσταση στη σχέση της οικονομίας με την υγεία. Η παγκόσμια οικονομική κρίση έχει οδηγήσει σε απώλεια πολλών θέσεων εργασίας, κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες. Έχει διαπιστωθεί μεγαλύτερη σωματική και ψυχική νοσηρότητα στους άνεργους απ' ότι στους εργαζόμενους, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Γενικά, η συμμετοχή στην απασχόληση είναι συχνά ένα στοιχείο της κοινωνικής ένταξης με σκοπό τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας (Bartley, 1998). Ωστόσο, οι αλληλοεπηρεαζόμενες σχέσεις ανάμεσα στην απασχόληση και την υγεία είναι πολύπλοκες. Από τη μία πλευρά, η κατάσταση της υγείας επηρεάζει την πιθανότητα άτομα να αποκτήσουν απασχόληση, ενώ



από την άλλη, η ανεργία έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία (ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία) (Bartley, 1998). Καταλαβαίνουμε λοιπόν πως είναι αδύνατο εν καιρώ οικονομικής δυσχέρειας, να μην επηρεαστεί η ποιότητα ζωής των ατόμων.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Βασικός προσδιοριστικός παράγοντας για την υγεία ενός ατόμου είναι ο κοινωνικοοικονομικός και πιο συγκεκριμένα η εργασιακή κατάσταση και το εισόδημα (James S. et al., 1994). Η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλο μέρος του πληθυσμού στην φτώχεια. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση λιγότερο υγιεινών συνηθειών, καθώς και την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, άγχους και κατάθλιψης. Περιορισμένοι πόροι μπορεί να οδηγήσουν σε φτωχή διατροφή, περιορισμένη ιατρική μέριμνα, με αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας (Γαρούφαλλος, 2012). Σε μία έρευνα που διεξήχθη σε 26 χώρες στην Ευρωπαϊκή Ένωση φάνηκε ότι αύξηση της ανεργίας κατά 1% συνδεόταν με αύξηση των αυτοκτονιών κατά 0,79% (Τσιάντου and Κυριόπουλος, 2010).

Επιστημονικές έρευνες συγκλίνουν στο γεγονός ότι οι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και συγκεκριμένα ότι τα άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο εμφανίζουν προβλήματα υγείας κατά την μέση ηλικία (James S. et al., 1994). Έχει αποδειχθεί ότι άτομα που υπήρξαν άνεργοι και άτομα που εργάζονταν υπό εργασιακές συνθήκες χαμηλής ποιότητας (χαρακτηριζόμενες από ανασφάλεια, χαμηλή παραγωγικότητα και εργασιακό άγχος) είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν δείκτες χαμηλής ποιότητας ζωής. Επίσης οι χαμηλής ποιότητας εργασιακές συνθήκες ήταν συνυφασμένες με φτωχή φυσική και ψυχική κατάσταση υγείας σε σύγκριση με εργασίες που επικρατούσαν καλύτερες συνθήκες (Leach L.S., 2010).

Η σωστή διατροφή πρέπει να εξασφαλίζει την επαρκή πρόσληψη ενέργειας για την επίτευξη ενός ενεργειακού ισοζυγίου, καθώς και επαρκείς ποσότητες θρεπτικών συστατικών για την ανάπτυξη, την καλή φυσική κατάσταση και τη διατήρηση της υγείας (Φαχανατίδου Α., 2002).

Ο μεγαλύτερος κίνδυνος υιοθέτησης ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών που διατρέχουν οι ενήλικες χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου σε σχέση με τους ενήλικες υψηλής εισοδηματικής τάξης, δεν προέρχεται μόνο από τη κατανάλωση μη υγιεινών τροφών αλλά και από τη χαμηλότερη ποιότητα αυτών (Oguntona C. R. B., 1999).

Όπως έχει διαπιστωθεί, άτομα που προέρχονται από οικογένειες υψηλού



οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου καταναλώνουν λιγότερα λιπαρά και ζάχαρη, περισσότερες πρωτεΐνες, ασβέστιο, υδατάνθρακες, βιταμίνες, σίδηρο και περισσότερα γαλακτοκομικά, φρούτα και λαχανικά σε σχέση με άτομα που προέρχονται από χαμηλού οικονομικού και μορφωτικού επιπέδου οικογένειες (Liberatos P., 1988).

Ερευνητικές μελέτες καταδεικνύουν πως ένας παράγοντας που έχει θετική επίδρασή στην υγιεινή διατροφή των ενηλίκων είναι η ύπαρξη ατομικού και οικογενειακού εισοδήματος και η εργασιακή κατάσταση (Lagiou and Trichoroulou, 2001). Οι διατροφικές συνήθειες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την οικονομική κατάσταση του ατόμου. Άτομα σε ανεργία εμφανίζουν δυσκολία στην κάλυψη των βασικών θρεπτικών συστατικών με συνέπεια κάποιες φορές να παρουσιάζεται ακόμη και πρόβλημα επιβίωσης (Lagiou and Trichoroulou, 2001).

Η ποιότητα ζωής και οι διατροφικές συνήθειες είναι πολύ σοβαρά θέματα που πάντα απασχολούσαν τους επιστήμονες υγείας. Η μεγάλη οικονομική ύφεση που χαρακτηρίζει την εθνική οικονομία, με αποτέλεσμα την αύξηση του ποσοστού της ανεργίας, καθιστούν την μελέτη των διατροφικών συνηθειών και της ποιότητας ζωής των ανέργων επιστημονικά αναγκαία.



1. Οικονομική Κρίση

1.1. Περιληπτική ιστορική αναδρομή

Η περίοδος 2000-2007 χαρακτηρίστηκε από τον O'neill (2011) ως η εποχή της «υπέρτατης ευδαιμονίας». Έως τις αρχές του 2007, η οικονομία σε παγκόσμιο επίπεδο λειτουργούσε σε ένα περιβάλλον απεριόριστης αισιοδοξίας, με το μέγεθος της ετήσιας παγκόσμιας οικονομικής δραστηριότητας το ίδιο έτος να εκτινάσσεται στα 55,5 τρις δολάρια, 23,9% υψηλότερη από το 2000. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως κατά την πενταετία 2002-2007 σημειώθηκε η υψηλότερη μέση παγκόσμια ανάπτυξη των τελευταίων 40 ετών. Φυσικά σε ένα τέτοιο περιβάλλον ανάπτυξης, το ενδεχόμενο κρίσης ή οικονομικής ύφεσης δεν είχε θέση στις προβλέψεις των οικονομολόγων, πόσο μάλλον στο μυαλό των πολιτών.

Η δυστυχής στιγμή της προσγείωσης στην πραγματικότητα και της έναρξης της κρίσης ήρθε το 2007 και αφορούσε την κρίση στην αγορά στεγαστικών δανείων χαμηλής πιστοληπτικής αξιολόγησης στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Τότε, ήρθαν στην επιφάνεια οι πρώτοι ενδοιασμοί για το αν η περίοδος ακμής που προηγούταν είχε ισχυρά θεμέλια ή έπασχε από σοβαρότατα προβλήματα που έμεναν καλά συγκαλυμμένα.

1.2. Ποιες είναι οι εξελίξεις στο παγκόσμιο οικονομικό περιβάλλον;

Ήδη από τα μέσα του 2008, οι εξελίξεις στην πορεία της παγκόσμιας οικονομίας υπήρξαν ραγδαίες. Η παγκόσμια οικονομική κρίση, με αφετηρία την κρίση στην αγορά ενυπόθηκων δανείων των ΗΠΑ στα μέσα του 2007, όπως αναφέρθηκε και πριν, επηρέασε σημαντικά τις μετέπειτα εξελίξεις στον χρηματοπιστωτικό τομέα των ανεπτυγμένων οικονομιών και ενέτεινε το κλίμα αβεβαιότητας στις αγορές χρήματος και κεφαλαίου.

Η κρίση ταυτίστηκε με την κατάρρευση της Lehman Brothers, μιας επενδυτικής τράπεζας που λειτούργησε επί 148 χρόνια. Αν και η κρίση του 2008 δεν ξεκίνησε από τη Lehman, η κατάρρευσή της τράπεζας απέδειξε την έναρξη μιας νέα εποχής ανασφάλειας και αβεβαιότητας. Πάνω από 50 εκατομμύρια άνθρωποι έχασαν τις δουλειές τους στις αναπτυσσόμενες χώρες, τουλάχιστον 10 εκατομμύρια Αμερικανοί, Βρετανοί και Ιρλανδοί ένωσαν την ντροπή της κατάσχεσης του σπιτιού τους, ενώ στον «αναπτυσσόμενο Νότο» και στην Ανατολική Ασία καταγράφηκαν περισσότεροι από 500 εκατομμύρια άνθρωποι να ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας (Mankiw and Taylor, 2010).



Άμεση συνέπεια ήταν ο περιορισμός της εμπιστοσύνης των επενδυτών, η σημαντική πτώση των τιμών στα βασικά προϊόντα, στην αγορά κατοικιών, καθώς και η συρρίκνωση της πραγματικής οικονομικής δραστηριότητας και της απασχόλησης σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες. Το παγκόσμιο χρηματοπιστωτικό σύστημα εισήλθε σε μια φάση αποσταθεροποίησης, κακής λειτουργίας των πιστωτικών αγορών, υποτίμησης της αξίας των περιουσιακών στοιχείων, γενικευμένης αποστροφής στην ανάληψη κινδύνου και απειλής της σταθερότητας του χρηματοπιστωτικού τομέα. Η χρηματοπιστωτική κρίση επηρεάζει παντού το εμπόριο και τις επενδύσεις, την κατανάλωση, τις θέσεις εργασίας και το βιοτικό επίπεδο.

Για την αντιμετώπιση των συνεπειών της βαθιάς αυτής κρίσης εφαρμόστηκαν νομισματικές, δημοσιονομικές και εμπορικές πολιτικές, ώστε να αντιμετωπισθεί ο κίνδυνος μιας παρατεταμένης παγκόσμιας ύφεσης, να απορροφηθούν οι επιπτώσεις της κρίσης στους φτωχούς και στους άνεργους και να αποκατασταθεί η εμπιστοσύνη στο χρηματοπιστωτικό τομέα.

Τον Μάιο του 2009 οι ΗΠΑ δημοσιοποιούν τα αποτελέσματα ασκήσεων προσομοίωσης ακραίων καταστάσεων των αμερικανικών τραπεζών, με σκοπό να σταματήσει η διάδοση σεναρίων χρεοκοπίας του τραπεζικού συστήματος. Αν και αμφισβητήθηκαν έντονα από πολλούς, τελικά συνέβαλλαν στην αποκατάσταση της εμπιστοσύνης στο αμερικανικό τραπεζικό σύστημα. Από τα μέσα όμως του 2009 η κρίση περνούσε στην πραγματική οικονομία και οι φόβοι για την κατάσταση των τραπεζών αντικαταστάθηκε από τον φόβο για την οικονομική κατάσταση. Η σταδιακή όμως ανάκαμψη της παγκόσμιας οικονομίας το 2010 βοήθησε στον μετριασμό των κινδύνων για τη σταθερότητα του χρηματοπιστωτικού συστήματος. Οι αποφάσεις αφορούσαν κυρίως τον συντονισμό των οικονομικών πολιτικών, την ενίσχυση του διεθνούς εμπορίου, την ενίσχυση του ΔΝΤ, την ενίσχυση του ρόλου των αναπτυσσόμενων οικονομιών, ιδίως της Κίνας, και την αναπτυξιακή βοήθεια στις φτωχότερες οικονομίες.

Το οικονομικό περιβάλλον σε παγκόσμιο επίπεδο χαρακτηρίζεται από αστάθεια και αβεβαιότητα, λόγω της κρίσης χρέους και της συνεχιζόμενης επιδείνωσης του οικονομικού κλίματος. Η πορεία ανάκαμψης της διεθνούς οικονομίας χαρακτηρίζεται εύθραυστη και οι κίνδυνοι και οι αβεβαιότητες που αφορούν τις προβλέψεις παραμένουν ιδιαίτερα αυξημένοι.

Ο Γερμανός Marx Karl, ο οποίος ήταν φιλόσοφος, κοινωνιολόγος, πολιτικός, ιστορικός, δημοσιογράφος και φυσικά γνωστός ως ο θεμελιωτής του κομμουνισμού, στα



έργα του κατέθεσε πως η κρίση είναι μία από τις κρίσεις που είναι έμφυτες στον καπιταλισμό. Η επέκταση της καπιταλιστικής παραγωγής και οι λειτουργίες της εξελίσσονται με ασχεδίαστο τρόπο με αποτέλεσμα την μεγαλύτερη αύξηση της κερδοφορίας (Marx and Engels, 1885/1992). Κάποιες φορές υπάρχει ένα μεγάλο απόθεμα που παραμένει αδιάθετο, γεγονός που ασκεί μεγάλες πιέσεις στις τιμές και στα κέρδη. Η εργατική δύναμη γίνεται ολοένα και λιγότερο κερδοφόρα, αναγκάζοντας τους καπιταλιστές να δανειστούν για να διατηρήσουν την αξιοπιστία τους και να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα της παραγωγικής διαδικασίας (Marx and Engels, 1885/1992). Η κατάσταση αυτή δημιουργεί τις κρίσεις όπου η κερδοφορία μειώνεται καθώς και οι πωλήσεις των προϊόντων. Οι περίοδοι αυτοί χαρακτηρίζονται από μέτρια δραστηριότητα, υπερπαραγωγή και στασιμότητα (Marx and Engels, 1885/1992). Αυτό συμβαίνει λόγω του καπιταλιστικού τρόπου παραγωγής κατά τον οποίο παράγονται μεγάλες ποσότητες αγαθών, πάντα περισσότερες από τα όρια των αναγκών της αγοράς, με αποτέλεσμα να καταλήγουμε σε κρίσεις, λόγω υπερπαραγωγής και συσσώρευσης (Marx, 1862/1954).

Η οικονομική κρίση προκαλεί δραματικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, δεδομένου ότι η μείωση ή η απουσία εισοδήματος προκαλεί απώλειες στην ευημερία και ωθεί μεγάλα τμήματα πληθυσμού στην φτώχεια. Οι συνέπειες της κρίσης είναι εμφανείς σε όλα τα επίπεδα: δραματική αύξηση της ανεργίας, μείωση των μισθών, αρνητική μεταβολή της ανάπτυξης, ακόμη μεγαλύτεροι δανεισμοί από κράτη που είχαν τεράστια ελλείμματα με συνέπεια αυτά να εκτοξευθούν σε τεράστια ποσά είναι κάποιες από τις σημαντικότερες (Harvey, 2001). Η ανεργία, η ανασφάλεια και η ευπρόσβλητη εργασία έχουν αρνητική επίδραση στη υγεία. Κάποιες από τις πιο εμφανείς συνέπειες της κρίσης στην υγεία των ανθρώπων, είναι η αύξηση ψυχιατρικών διαταραχών, τα προβλήματα εξάρτησης και εθισμού, αυτοκτονιών και θνησιμότητας από καρδιαγγειακά. Κάποια άλλα προβλήματα που δημιουργεί η κρίση είναι, επίσης η μειωμένη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας, η απειλή των ιδιωτικών εταιρειών και η επιβάρυνση των δημοσίων μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας λόγω αυξημένης ζήτησης (IMF, 2009)

Όλα τα κράτη σήμερα βρίσκονται σε άσχημη κατάσταση λόγω των πολιτικών που εφαρμόστηκαν τα τελευταία 150 χρόνια από τον νεοφιλελευθερισμό και λόγω της τωρινής οικονομικής κρίσης η οποία επισπεύτηκε από τις πολιτικές. Τα κράτη δανειζονται τεράστια ποσά από τις διεθνείς αγορές με στόχο να κάνουν εισαγωγές, να πληρώνουν τεράστιες δημόσιες εσωτερικές χρηματικές υποχρεώσεις, να στηρίζουν τον στρατιωτικό και αστυνομικό έλεγχο της εργατικής τάξης και να χρηματοδοτήσουν την τοπική βιομηχανία



(Cleaver, 1989). Τα κράτη επιπλέον δεν φορολογούν όλους τους πολίτες ισόνομα ούτε την αστική τάξη και τους βιομηχάνους. Έτσι δεν έχουν την δυνατότητα να καλύψουν κάποια χρέη τους με αποτέλεσμα το έλλειμμα να αυξάνεται (Cirolla, 1992).

Σε διεθνές επίπεδο οι συνέπειες της κρίσης αφορούν το επίπεδο απασχόλησης. Το 2009 η ανεργία έφτασε στο αποκορύφωμα της σε Παγκόσμιο επίπεδο. Το 2007 η ανεργία αριθμούσε στα 178 εκατομμύρια, ενώ το 2009 αυξήθηκαν σε 212 εκατομμύρια. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας οι ευέλικτοι εργαζόμενοι είχαν αγγίξει το 1,5 δισεκατομμύριο. Από το 2008 στο 2009 οι ευέλικτοι εργαζόμενοι υπολογίστηκαν σε 110 εκατομμύρια εργαζόμενους.

1.3. Τι συμβαίνει σε ευρωπαϊκό επίπεδο;

Καθώς η σοβαρή χρηματοπιστωτική κρίση πλήττει το παγκόσμιο στερέωμα και τα προβλήματα με τα ενυπόθηκα δάνεια έχουν ήδη ξεκινήσει στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το Σεπτέμβριο του 2008 πολλές ευρωπαϊκές τράπεζες αντιμετώπιζαν επίσης πολλές δυσκολίες. Η κρίση, λοιπόν, επεκτείνεται στις αναπτυγμένες χώρες και στην συνέχεια σε ολόκληρο τον κόσμο με την μορφή επιδημίας, με δραματικές επιπτώσεις στις τράπεζες και στις επιχειρήσεις. Η αντίδραση των κρατών για την αντιμετώπιση της κρίσης ήταν άμεση με στόχο τη βελτίωση της ρευστότητας, την κινητοποίηση των επενδύσεων με σκοπό την αναθέρμανση της οικονομίας και την συγκράτηση της απασχόλησης (EuropeanCommission, 2009). Η Ευρώπη και η Ευρωζώνη, όμως δεν μπορούν να υιοθετήσουν μια δημοσιονομική επέκταση αμερικανικού τύπου, χωρίς να υπονομεύσουν την αξιοπιστία του Συμφώνου Σταθερότητας και Ανάπτυξης. Αυτός είναι ένας αυστηρός περιορισμός που δεν μπορεί να αγνοηθεί. Η αντιμετώπιση της κρίσης απαιτεί διεθνή συντονισμό. Το ρόλο του συντονισμού ανέλαβε να παίξει η ομάδα χωρών των G-20, δηλαδή η ομάδα των 19 σημαντικότερων σε μέγεθος οικονομιών συν την Ε.Ε. Επειδή η κρίση ήταν διεθνής, η ομάδα των G-20 αναδείχτηκε φυσιολογικά ως το κυριότερο όργανο διαβούλευσης και συντονισμού των οικονομικών πολιτικών σε διεθνές επίπεδο.

Στις 22 Φεβρουαρίου του 2009 τα ευρωπαϊκά μέλη της G20 συναντώνται στο Βερολίνο. Οι παραβρισκόμενοι ηγέτες συμφωνούν ότι η χάραξη κοινής στρατηγικής για την καταπολέμηση της χρηματοπιστωτικής κρίσης και την αποκατάσταση της εμπιστοσύνης στην κοινή αγορά κρίνεται αναγκαία. Μετά από ένα μήνα, στην αρχή του τελευταίου δεκαήμερου του Μαρτίου οι ευρωπαίοι ηγέτες συμφωνούν να χρησιμοποιήσουν 5 δις ευρώ που παραμένουν αδιάθετα στα ευρωπαϊκά ταμεία με σκοπό



να αυξήσουν τη βοήθεια της ΕΕ προς τις χώρες που αντιμετωπίζουν δυσκολίες (EuropeanCommission, 2009).

Παρόλο που και στην Ευρώπη διεξήχθησαν αντίστοιχες ασκήσεις προσομοίωσης ακραίων καταστάσεων (stress tests) των ευρωπαϊκών τραπεζών, όπως είχε γίνει πάνω από ένα χρόνο νωρίτερα για τις τράπεζες στις Η.Π.Α και τα αποτελέσματα φάνηκαν θετικά, δεν ήρθε η αναμενόμενη αποκατάσταση της ανησυχίας. Έτσι, η ανησυχία στην Ευρώπη διατηρήθηκε και πολύ σύντομα εντάθηκε μετά την κρίση στην Ιρλανδία. Στις Η.Π.Α. και το Ηνωμένο Βασίλειο, ο στόχος ήταν η αναθέρμανση της οικονομίας και η αύξηση των δημοσίων δαπανών, με σκοπό να αντισταθμιστεί το έλλειμμα. Αυτό όμως έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των ελλειμμάτων και του δημοσίου χρέους. Το 2008 στην Ευρωπαϊκή Ένωση αναπτύχθηκε ένα σχέδιο για την αντιμετώπιση της κρίσης, το οποίο προέβλεπε στην ανάπτυξη κοινών στρατηγικών σε συνδυασμό με την προώθηση των μακροπρόθεσμων στόχων της Ευρωπαϊκής Ένωσης (EuropeanCommission, 2009).

1.4. Τι συμβαίνει σε εθνικό επίπεδο;

Στα μέσα της προηγούμενης δεκαετίας, το γενικό κλίμα που επικρατούσε στην Ελλάδα ήταν αυτό της, έστω και συγκρατημένης, αισιοδοξίας: με ρυθμούς ανάπτυξης συγκρίσιμους με εκείνους των υπολοίπων χωρών της ΕΕ και, κατά περιπτώσεις, ακόμα μεγαλύτερους, και με το ποσοστό ανεργίας να διατηρείται σε μη ανησυχητικά επίπεδα και να ακολουθεί καθοδική πορεία από το 2004 και μετά, η αισιοδοξία αυτή διατηρήθηκε και για κάποιο μικρό διάστημα από τότε που ξέσπασε η παγκόσμια οικονομική κρίση. Χαρακτηριστικό του ότι η ύφεση στην παγκόσμια οικονομία και στην Ευρώπη δεν επηρέασε άμεσα την Ελλάδα είναι το ότι το 2008 η Ελλάδα σημείωσε ανάπτυξη 1,3% – ενώ η ανάπτυξη στην ευρωζώνη ήταν μόλις 0,4%, γεγονός που ενδεχομένως οδήγησε αρχικά ορισμένους να θεωρήσουν ότι η Ελλάδα δεν θα επηρεαστεί ιδιαίτερα από την παγκόσμια κρίση. Με τη μεταφορά της κρίσης από τον χρηματοοικονομικό τομέα στην πραγματική οικονομία, ο ρυθμός παγκόσμιας ανάπτυξης έγινε αρνητικός – κάτι που σημειώθηκε για πρώτη φορά μετά τη μεγάλη ύφεση της δεκαετίας του 1930. Οι κυβερνήσεις και οι κεντρικές τράπεζες αντέδρασαν μειώνοντας τα επιτόκια και αυξάνοντας το ελάχιστο ποσό των εγγυημένων τραπεζικών καταθέσεων, σε μια προσπάθεια τόνωσης της ρευστότητας. Οι επεκτατικές δημοσιονομικές πολιτικές που υιοθετήθηκαν από τις κυβερνήσεις οδήγησαν στην αύξηση του δημόσιου χρέους, και η ευαισθητοποίηση των αγορών από τα γεγονότα του 2008 είχε ως αποτέλεσμα την εξέταση της φερεγγυότητας και του πιστωτικού κινδύνου



των χωρών.

Σχεδόν όλοι οι δείκτες που αποτύπωσαν σε μηνιαία βάση τη δραστηριότητα της Ελληνικής οικονομίας για το έτος 2012, είτε από την πλευρά της δαπάνης είτε από την πλευρά της παραγωγής, έδειξαν σημαντική συρρίκνωση της οικονομικής δραστηριότητας για το 2012. Οι δείκτες οικονομικού κλίματος και οι δείκτες προσδοκιών παρέμειναν σε χαμηλά επίπεδα, εμφανίζοντας σημαντική μεταβλητότητα ως αποτέλεσμα της γενικευμένης αβεβαιότητας και του κλίματος ανασφάλειας που εξακολουθούσε να επικρατεί.

Η ένταση της οικονομικής κρίσης από κράτος σε κράτος εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως είναι το επίπεδο ανάπτυξης, η εξάρτηση από τομείς και οι πολιτικές οι οποίες εφαρμόζονται. Η Ελλάδα είναι ένα από τα κράτη τα οποία επηρεάστηκε σε μεγάλο βαθμό. Η κρίση φανέρωσε την αύξηση του κρατικού χρέους και ελλείμματος εξαιτίας των φιλελεύθερων και των νεοφιλελεύθερων πολιτικών που εφαρμόστηκαν από τις Ελληνικές κυβερνήσεις, όπως είναι τα τεράστια δάνεια και ο άνισος τρόπος φορολόγησης (Harvey, 2001).

1.5. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης

Οι επιπτώσεις της κρίσης στην κοινωνική και οικονομική ζωή είναι δραματικές, με την μείωση του εισοδήματος η οποία προκαλεί μείωση της ευημερίας και ωθεί μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στην φτώχεια. Όπως είναι αναμενόμενο οι χώρες χαμηλής και μέσης ανάπτυξης πλήττονται σε μεγάλο βαθμό από τις αναπτυσσόμενες χώρες, αλλά και στο εσωτερικό των χωρών, όπου τα άτομα με χαμηλή εκπαίδευση υφίσταται δυσμενείς επιπτώσεις σε σχέση με τα άτομα υψηλής εκπαίδευσης. Η κρίση κινεί σε μηδενικό ή και σε αρνητικό επίπεδο την ανάπτυξη στην παγκόσμια οικονομία, με εξαίρεση την Ινδία, την Κίνα και άλλες βιομηχανικές χώρες (Burchell, 1994). Η παγκόσμια οικονομική κρίση πλήττει και την ελληνική κοινωνία, αποτελώντας έναν παράγοντα πολλών ανατροπών με συνέπειες τόσο σε ατομικό, όσο και σε συλλογικό επίπεδο. Η προβληματική λειτουργία του Ελληνικού κράτους εντείνει την κρίση, φέρνοντας στην επιφάνεια άλυτα ζητήματα τα οποία η ελληνική κοινωνία αδυνατούσε να λύσει (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2010).

Η Ελλάδα έχει δανειστεί τεράστια ποσά, με το πέρασμα του χρόνου η κατάσταση χειροτέρευσε σε μεγάλο βαθμό. Η Ελλάδα δανειζόταν για να εκπληρώσει τις δημόσιες υποχρεώσεις της, με αποτέλεσμα τα έσοδα του κράτους να μην αυξάνονται και να υπάρχει αύξηση του ελλείμματος (Eurostat, 2011).



Η οικονομική ύφεση της Ελλάδας έχει προκαλέσει ανησυχία στην Ευρωζώνη και στην Παγκόσμια κοινότητα και καθιστά αναγκαίο στις μέρες μας την διερεύνηση των επιπτώσεων της στον τομέα της υγείας (Oikonomou and Tountas, 2011). Η ανεργία, η ανασφάλεια, η απώλεια εισοδήματος έχουν σημαντική επίδραση την υγεία. Η απώλεια της εργασίας συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές, μη υγιεινό τρόπο ζωής και αύξηση κατανάλωσης τροφής χαμηλής διατροφικής αξίας, αύξηση καπνού, οίνοπνεύματος και μείωση διαχείρισης νοσημάτων λόγω των επιβαρυσμένων υγειονομικών υπηρεσιών. Τα άτομα και οι οικογένειες οι οποίες βρίσκονται σε χαμηλές κοινωνικό-οικονομικές θέσεις βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για επεισόδια θανάτου και αύξηση νοσηρότητας εξαιτίας του μειωμένου εισοδήματος, της εκπαίδευσης και της ιατρικής περίθαλψης (Marmot and Bell, 2009). Σε χώρες με χαμηλό εισόδημα οι επιπτώσεις της κρίσης είναι αισθητές μέσω μειωμένης καταναλωτικής ζήτησης, λιγότερων επενδύσεων, με αποτέλεσμα να έχουμε αύξηση της ανεργίας και μείωση του εισοδήματος. Ο αντίκτυπος της ανεργίας εκτείνεται πέρα από το άτομο, την οικογένεια και τις κοινωνίες στο σύνολο τους. Κάτω από αυτές τις συνθήκες υπάρχει κίνδυνος εμφάνισης λοιμωδών ασθενειών, όπως είναι το HIV, η φυματίωση, οι οποίες αποτελούν απειλή για την εθνική και δημόσια υγεία (Chan, 2009).

Η σχέση της οικονομικής κρίσης με την υγεία είναι πρωταρχικής σημασίας, καθώς οι ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές είναι από τις πρώτες αιτίες που δημιουργούν έκπτωση της λειτουργικότητας, και σύμφωνα με τον ΠΟΥ θα είναι οι δεύτερες σε συχνότητα εμφάνισης μετά την ισχαιμική καρδιοπάθεια μέχρι το 2020 (Γιωτάκος, 2010). Σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε 26 χώρες στην Ευρωπαϊκή Ένωση φάνηκε ότι με την αύξηση της ανεργίας μειώθηκε η θνησιμότητα από τροχαία ατυχήματα κατά 1,39% και η θνησιμότητα από την αύξηση της ανεργίας από καρδιαγγειακά νοσήματα (Tuckler et al., 2009). Ακόμη, με την οικονομική κρίση παρατηρήθηκε αύξηση των αυτοκτονιών, λόγω αύξησης της ανεργίας. Σύμφωνα με μια μελέτη, παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας καρδιαγγειακών νοσημάτων, αύξηση θανάτων λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών και ανθρωποκτονιών (Falagas et al., 2009).

Η οικονομική κρίση από την άλλη πλευρά φάνηκε να συνδέεται εκτός από την υγεία και με την διατροφή. Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι στις βιομηχανικές χώρες η οικονομική κρίση μικρής διάρκειας είχε ως αποτέλεσμα την αλλαγή των καταναλωτικών προτύπων και την υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια την μείωση της θνησιμότητας. Αντίθετα, σε περιόδους οικονομικής ύφεσης φάνηκε ότι αυξήθηκαν οι μη



υγιεινές συνήθειες, όπως το κάπνισμα και το οινόπνευμα, και η παχυσαρκία λόγω μειωμένης φυσικής δραστηριότητας και υγιεινής διατροφής (Ruhm, 2000).

Φυσικά υπάρχουν και αντικρουόμενα αποτελέσματα, σύμφωνα με άλλες έρευνες που έγιναν σε ΗΠΑ και Ευρώπη, σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας ενώ μείωση παρατηρήθηκε σε περιόδους ύφεσης. Η ύφεση φαίνεται να σχετίζεται με μείωση των εισαγωγών στα νοσοκομεία και των θανάτων από τροχαία ατυχήματα (Leahy, 2011).

Πίνακας 1.5.1. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην υγεία.

(Tuckler et al., 2009)	Η αύξηση της ανεργίας μείωσε τα επεισόδια θνησιμότητας από τροχαία και καρδιαγγειακά επεισόδια.
(Falagas et al., 2009)	Με την οικονομική κρίση παρατηρήθηκε αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα, αύξηση θανάτων λόγω αναπνευστικών λοιμώξεων, χρόνιας ηπατικής νόσου, αυτοκτονιών και ανθρωποκτονιών.
(Ruhm, 2000)	Σε οικονομική κρίση μικρής διάρκειας φάνηκε αλλαγή καταναλωτικών προτύπων και υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και κατά συνέπεια μείωση της θνησιμότητας.
(Ruhm, 2000)	Σε οικονομική ανάπτυξη παρατηρήθηκε υιοθέτηση μη υγιεινών συνηθειών και αύξηση παχυσαρκίας.
(Leahy, 2011)	Σε έρευνες στην ΗΠΑ και στην Ευρώπη φάνηκε ότι σε περιόδους οικονομικής ανάπτυξης αυξήθηκε η θνησιμότητα ενώ σε περιόδους κρίσης μειώθηκαν οι εισαγωγές σε νοσοκομεία και οι θάνατοι από τροχαία ατυχήματα.
(Γιωτάκος, 2010)	Η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με τις ψυχικές και συναισθηματικές διαταραχές αυξάνουν τα επεισόδια ισχαιμικής καρδιοπάθειας.

Η *επίπτωση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία* απασχολεί σήμερα την επιστημονική κοινότητα και τονίζει την ανάγκη παροχής της κατάλληλης παρέμβασης από τα συστήματα υγείας. Στο περιοδικό *Lancet* αναφέρεται ότι οι καταθλιπτικές διαταραχές καθώς και ο αριθμός των αυτοκτονιών θα αυξηθούν σημαντικά (Kentikelenis et al., 2011). Μάλιστα, σύμφωνα με άρθρο του Γιωτάκου, στο Ηνωμένο Βασίλειο αναμένεται τα ψυχωτικά επεισόδια να είναι τριπλάσια, η κατάχρηση αλκοόλ διπλάσια και να υπάρξει δι- ή τριπλασιασμός των καταθλιπτικών επεισοδίων ενώ πρόσφατες αναφορές δείχνουν ήδη αύξηση των αυτοκτονιών στην Ιαπωνία. Σύμφωνα με μία έρευνα στην Χιλή βρέθηκε ισχυρή σχέση μεταξύ απότομης περικοπής του εισοδήματος και εμφάνισης



ψυχιατρικών διαταραχών, με τη μείωση του εισοδήματος να πραγματοποιείται 6 μήνες πριν από την έναρξη της συμπτωματολογίας (Γιωτάκος, 2010).

Επιπρόσθετα, η απώλεια εργασίας φάνηκε να έχει θετική συσχέτιση με ψυχικές διαταραχές, ανησυχία, άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα εθισμού, εξάρτηση από ουσίες και μη υγιεινό τρόπο ζωής (Burchell, 1994).

Σε μία άλλη έρευνα που διεξήχθη σε 26 χώρες της Ε.Ε. φάνηκε ότι με την αύξηση της ανεργίας κατά 1% αυξήθηκαν και τα επεισόδια αυτοκτονιών κατά 0,79% (Tuckler et al., 2009). Σύμφωνα με τους Gilman et al. φάνηκε ότι τα άτομα που εντάσσονται σε χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης κατάθλιψης σε σχέση με εκείνα που ανήκουν σε υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Έρευνα του Hudson αποδεικνύει την ισχυρή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των χαμηλών κοινωνικοοικονομικών συνθηκών και της ψυχικής υγείας (Gilman et al., 2002).

Οι οικονομικές αλλαγές και η αγροτική κρίση του 1980 στην Αμερική φαίνεται να σχετίζονται με την έντονη εμφάνιση ψυχολογικών συμπτωμάτων στον επαρχιακό πληθυσμό. Ως σημαντικοί παράγοντες βρέθηκαν η προσωπική αντίληψη για τις ατομικές οικονομικές προοπτικές, η κοινωνική δομή και το οικονομικό και πολιτισμικό πλαίσιο της κοινότητας (Ortega et al., 1994).

Πίνακας 1.5.2. Επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία.

(Gilman et al., 2002)	Αύξηση καταθλιπτικών επεισοδίων σε άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.
(Hudson, 2005)	Οι χαμηλές κοινωνικοοικονομικές συνθήκες επηρεάζουν την ψυχική υγεία.
(Burchell, 1994)	Η απώλεια εργασίας αυξάνει τα προβλήματα ψυχικών διαταραχών, ανησυχίας, άγχους, κατάθλιψης, προβλημάτων εθισμού, εξάρτησης ουσιών και μη υγιεινού τρόπου ζωής.
(Γιωτάκος, 2010)	Η οικονομική κρίση προκαλεί έκπτωση της λειτουργικότητας.
(Tuckler et al., 2009)	Η ανεργία αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης αυτοκτονιών.
(Γιωτάκος, 2010)	Σε έρευνα στην Χιλή φάνηκε αύξηση ψυχιατρικών διαταραχών μετά από απότομη περικοπή εισοδήματος.
(Ortega et al., 1994)	Έντονη εμφάνιση ψυχολογικών αλλαγών μετά την έναρξη της αγροτικής κρίσης του 1980 στην Αμερική.

Ένα άλλο πρόβλημα που παρουσιάζεται με την οικονομική κρίση είναι αυτό της *ιατρικής περίθαλψης*. Καθώς η ανεργία αυξάνεται, αυξάνονται τα επεισόδια άγχους και η απώλεια θέσεων εργασίας, τα οποία οδηγούν σε μείωση ασφαλιστικής κάλυψης. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα να απειλούνται βασικές παροχές υγείας όπως είναι οι εμβολιασμοί και



κατά συνέπεια αυξημένη βρεφική θνησιμότητα. Η ανεργία και τα δημόσια ελλείμματα προκαλούν πιέσεις στους προϋπολογισμούς της ασφάλισης, στα ιδρύματα υγειονομικής φροντίδας καθώς και στις επιχειρήσεις υγείας ιδιωτικού χαρακτήρα, τα οποία αντιμετωπίζουν προβλήματα ρευστότητας και εξυπηρέτησης των δανειακών αναγκών (Blane et al., 1997).

Η οικονομική κρίση φαίνεται να επιφέρει επιπτώσεις στην υγεία και στην ψυχική υγεία μέσω της ανεργίας και την μείωση του εισοδήματος. Αποτέλεσμα αυτών είναι ο στιγματισμός, η περιθωριοποίηση και η διάβρωση των κοινωνικών σχέσεων (Etzersdorfer and Sonneck, 1998).

Η οικονομική κρίση, σε ακραίες περιπτώσεις, που δυστυχώς έχουν αυξηθεί ραγδαία τη τελευταία πενταετία, οδηγεί τα άτομα να εγκαταλείψουν τη κατοικία τους και να μείνουν άστεγοι. Οι άστεγοι, αντιμετωπίζοντας σοβαρά προβλήματα επιβίωσης, προμηθεύονται τρόφιμα από φιλανθρωπικά καταφύγια, συσσίτια και κάδους απορριμμάτων, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν προβλήματα υποθρεψίας λόγω ανεπαρκούς κάλυψης των αναγκών τους σε θρεπτικά συστατικά όπως πρωτεΐνες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία (Jones et al., 2009).



2. Ανεργία

Το εργατικό δυναμικό αποτελείται από αυτούς που είναι απασχολούμενοι (έχουν εργασία) και από εκείνους που είναι άνεργοι (δεν απασχολούνται) αλλά είναι πρόθυμοι και επιθυμούν να εργασθούν (Malinvaud, 1987). Το μη-εργατικό δυναμικό αποτελείται από εκείνους που ασχολούνται με τα οικιακά, είναι συνταξιούχοι, ασθενούν σοβαρά ώστε να απέχουν από την εργασία ή δεν ψάχνουν για εργασία.

Άνεργοι θεωρούνται όλα τα άτομα των 15 ετών και άνω, τα οποία δεν εργάστηκαν ποτέ, ούτε είχαν κάποια εργασία από την οποία απουσίαζαν προσωρινά, ζητούσαν εργασία είτε ως μισθωτοί, είτε ως απασχολούμενοι για να αρχίσουν δική τους εργασία, είτε διαθέσιμοι για να αναλάβουν αμέσως τυχόν εμφανιζόμενη εργασία και είχαν κάνει κάποιες συγκεκριμένες ενέργειες για να βρουν μια θέση εργασίας. Στην κατηγορία των ανέργων αυτών συμπεριλαμβάνονται και όσοι είναι σε προσωρινή διαθεσιμότητα από την εργασία τους καθώς και όσοι έχουν βρει εργασία και εργάζονται μετά από μία περίοδο αναφοράς. Το ποσοστό ανεργίας υπολογίζεται όταν διαιρεθεί ο αριθμός των ανέργων με το σύνολο του εργατικού δυναμικού (Σκουτέλης, 1996).

Η ανεργία αποτελεί μια κατάσταση που ενώ το άτομο είναι πρόθυμο, διαθέσιμο και ικανό να απασχοληθεί, δεν υπάρχει η δυνατότητα για εύρεση εργασίας. Δεν θεωρείται άνεργος σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, κάποιος που αναζητούσε εργασία αλλά δεν βρήκε μέσα σε ένα χρονικό διάστημα και απογοητευμένος σταμάτησε τις προσπάθειες. Δεν θεωρούνται άνεργοι επίσης όσοι πολίτες απασχολούνται αλλά η εργασία τους δεν ανταποκρίνεται στην αξία της εργατικής τους δύναμης. Η ανεργία λοιπόν ορίζεται ως το πηλίκο των ανέργων μιας περιοχής προς το συνολικό εργατικό δυναμικό σε αυτήν. Εκφράζεται, δηλαδή, ως ποσοστό επί της εκατό του εργατικού δυναμικού της συγκεκριμένης περιοχής (Κατσανέβας, 1986).

2.1. Ιστορικά στοιχεία σε παγκόσμιο, ευρωπαϊκό και εθνικό επίπεδο

Το φαινόμενο της ανεργίας έχει διαφορετικά χαρακτηριστικά και υπόκειται σε διαφορετικές αιτιώδεις σχέσεις καθώς μεταβάλλονται τα πρότυπα οργάνωσης της κοινωνικής εργασίας. Ο Δεδουσόπουλος (2000) υποστηρίζει ότι: *η ανεργία γίνεται σημαντική στο βαθμό που η εξασφάλιση μιας θέσης μισθωτής απασχόλησης αποτελεί την μόνη ή τη σημαντικότερη δυνατότητα αυτών των ομάδων να αποκτήσουν τους αναγκαίους πόρους (εισοδήματα) που επιτρέπουν την επιβίωση, από την στιγμή που δηλαδή η εξασφάλιση εισοδήματος με τη μορφή του μισθού γίνεται κρίσιμη, αν όχι αποφασιστική,*



παράμετρος της βιολογικής και κοινωνικής αναπαραγωγής των εργαζόμενων. Η ανεργία προϋποθέτει μια οικονομία στην οποία η αγορά εργασίας διαδραματίζει τον κύριο ρόλο καταμερισμού των εργαζομένων σε παραγωγικές θέσεις (Δεδουσόπουλος, 2000).

Η ανεργία συνδέεται πρακτικά με τη θέσπιση των νομικών και διοικητικών διαδικασιών διαχείρισης της χειρονακτικής εργασίας. Η επέκταση της κοινωνικής ασφάλισης προς την κάλυψη των ανέργων οργανώνεται προοδευτικά από το τέλος του προηγούμενου αιώνα και πιο συστηματικά πλέον μετά την οικονομική κρίση του 1929 και τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο (Κατσανέβας, 1986).

2.2. Ανεργία στην Ελλάδα

Το πρώτο τρίμηνο του 2001 το ποσοστό ανεργίας στην Ελλάδα ήταν 10,9%, όπως δημοσιεύτηκε από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία. Σύμφωνα με την ίδια Υπηρεσία, 10 χρόνια αργότερα, το πρώτο τρίμηνο δηλαδή του 2011, το ποσοστό ανεργίας έφθασε 15,9%, με αύξηση 5 ποσοστιαίες μονάδες. Δύο χρόνια αργότερα, κατά το πρώτο τρίμηνο του 2013 το ποσοστό ανεργίας εκτοξεύεται στο 27,4%, με διαφορά 11,5 ποσοστιαίες μονάδες.

Η αύξηση της ανεργίας έχει ως αποτέλεσμα την επιβάρυνση των ήδη υπαρχόντων ανισοτήτων και τον κοινωνικό αποκλεισμό, το οποίο οδηγεί σε πλημμελή χρησιμοποίηση των μέσων παραγωγής και σπατάλη του ανθρώπινου δυναμικού, αύξηση της οικονομικής ανασφάλειας και την απελπισία των οικογενειών.

Γενικά η Ελλάδα είναι η μόνη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση που εμφανίζει τα μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας των νέων κάτω των 25 ετών. Το 52% των νέων που εργάζονται σε μερική απασχόληση, έχουν επιλέξει αναγκαστικά το μειωμένο ωράριο επειδή δεν βρίσκουν εργασία πλήρους και σταθερής απασχόλησης λόγω αυξημένης ανεργίας (Κατσορίδας, 1998).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της τριμηνιαίας Έρευνας Εργατικού Δυναμικού της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής που δημοσιεύτηκαν στις 19 Δεκεμβρίου 2013, βρέθηκε πως κατά το Γ' Τρίμηνο του 2013 ο αριθμός των απασχολούμενων ανήλθε σε 3.635.905 άτομα και των ανέργων σε 1.345.387. Το ποσοστό ανεργίας ήταν 27,0%, έναντι 27,1% του προηγούμενου τριμήνου και 24,8% του αντίστοιχου τριμήνου του προηγούμενου έτους 2013. Πρέπει να επισημανθεί πως τα αποτελέσματα δεν είναι εποχικά διορθωμένα.



Το ποσοστό ανεργίας των γυναικών (31,3%) είναι σημαντικά υψηλότερο από των ανδρών (23,8%). Το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται στους νέους ηλικίας 15-24 ετών (57,2%), το οποίο στις νέες γυναίκες φθάνει στο 62,8%.

Η κατανομή της ανεργίας, λαμβάνοντας υπόψη το επίπεδο εκπαίδευσης, έχει ως εξής: το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται σε όσους έχουν τελειώσει μερικές τάξεις του δημοτικού (39,6%) ενώ ακολουθούν τα άτομα που δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο (38,3%) και τα άτομα που έχουν απολυτήριο τριτάξιου γυμνασίου (31,9%). Τα χαμηλότερα ποσοστά παρατηρούνται σε όσους έχουν διδακτορικό ή μεταπτυχιακό (15,7%) και στους πτυχιούχους της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (18,8%).

Το ποσοστό ανεργίας των ατόμων με ξένη υπηκοότητα, είναι μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων υπηκόων (36,6% έναντι 26,1%). Επίσης, το 73,7% των ξένων υπηκόων είναι οικονομικά ενεργό, ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από το αντίστοιχο των Ελλήνων το οποίο είναι 51,7%.

Σε επίπεδο Περιφέρειας το μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται στη Δυτική Μακεδονία με 32,3% και στη Κεντρική Μακεδονία με 30,0%. Στον αντίποδα, το μικρότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται στο Νότιο Αιγαίο με 17,0% και στις Ιόνιους Νήσους με 12,9%.

Ο εποχικά προσαρμοσμένος δείκτης ανεργίας για τον Σεπτέμβριο 2013, όπως αυτός ανακοινώθηκε στις 11 Δεκεμβρίου 2013 από την Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία, ανήλθε σε 27,4 έναντι 26,0% το Σεπτέμβριο του 2012 και 27,3% τον Αύγουστο του 2013. Το σύνολο των απασχολουμένων κατά το Σεπτέμβριο του 2013 εκτιμάται ότι ανήλθε σε 3.639.429 άτομα. Οι άνεργοι ανήλθαν σε 1.376.463 άτομα, ενώ ο οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός ανήλθε σε 3.327.859 άτομα. Οι απασχολούμενοι μειώθηκαν κατά 54.128 άτομα σε σχέση με το Σεπτέμβριο του 2012 (μείωση 1,5%) και αυξήθηκαν κατά 5.397 άτομα σε σχέση με τον Αύγουστο του 2013 (αύξηση 0,1%). Οι άνεργοι αυξήθηκαν κατά 77.161 άτομα σε σχέση με το Σεπτέμβριο του 2012 (αύξηση 5,9%) και κατά 14.023 άτομα σε σχέση με τον Αύγουστο του 2013 (αύξηση 1%).

Το υψηλότερο ποσοστό ανεργίας παρατηρείται στους νέους ηλικίας 15-24 ετών 51,9%.

Η εποχική προσαρμογή είναι μια στατιστική τεχνική που «απομακρύνει» την επίδραση της εποχικότητας από μια χρονολογική σειρά, καθιστώντας με αυτό τον τρόπο περισσότερο ορατή την υποκείμενη τάση στη μεταβολή ενός μεγέθους. Αυτό κρίνεται απαραίτητο εφόσον τα χαρακτηριστικά που μελετά η Έρευνα Εργατικού Δυναμικού –



αριθμός απασχολούμενων, ανέργων, κλπ. – εμφανίζουν έντονες εποχικές διακυμάνσεις: για παράδειγμα, η απασχόληση στην Ελλάδα αυξάνεται σημαντικά το καλοκαίρι λόγω του τουρισμού. Οι έρευνες εργατικού δυναμικού που πραγματοποιηεί η Ελληνική Στατιστική Υπηρεσία κατονομάζουν ως απασχολούμενους τα άτομα ηλικίας 15 ετών και άνω τα οποία την εβδομάδα αναφοράς είτε εργάστηκαν έστω και μία ώρα με σκοπό την αμοιβή ή το κέρδος, είτε εργάστηκαν στην οικογενειακή επιχείρηση, είτε δεν εργάστηκαν αλλά είχαν μια εργασία ως μισθωτοί ή επιχείρηση από την οποία απουσίαζαν προσωρινά, ως ανέργων καταγράφει τα άτομα ηλικίας 15 – 74 ετών που δε χαρακτηρίστηκαν ως απασχολούμενοι (σύμφωνα με τον προηγούμενο ορισμό), ήταν άμεσα διαθέσιμοι για εργασία και είτε αναζητούσαν ενεργά εργασία τις τελευταίες 4 εβδομάδες είτε είχαν βρει μια εργασία που θα αναλάμβαναν μέσα στους επόμενους τρεις μήνες. Το εργατικό δυναμικό ή ο οικονομικά ενεργός πληθυσμός αποτελεί το άθροισμα απασχολούμενων και ανέργων, ενώ οι οικονομικά μη ενεργοί είναι τα άτομα που δεν χαρακτηρίζονται απασχολούμενοι ή άνεργοι.

2.2.1. Ανεργία ανά φύλο

Η αύξηση της απασχόλησης των γυναικών από το 1981-83 είναι αδιαμφισβήτητη. Αυτή η αύξηση προκλήθηκε λόγω των αλλαγών των κοινωνικών αντιλήψεων και των καταναλωτικών προτύπων, της ανόδου του μορφωτικού επιπέδου, των πολιτικών πρακτικών που ευνόησαν την ισότητα, της κατάστασης της οικονομίας και των διαρθρωτικών αλλαγών της οικονομίας με την αύξηση θέσεων εργασίας στον τριτογενή τομέα. Ταυτόχρονα, όμως διαπιστώθηκε ότι η συνολική ανεργία των γυναικών είναι δυσανάλογη με την συμμετοχή τους στο εργατικό δυναμικό και η διάρκεια της ανεργίας τους είναι μεγαλύτερη από τους άνδρες.

Σήμερα ο γυναικείος πληθυσμός πλήττεται έντονα από την ανεργία και τις συνέπειές της. Συγκρίνοντας το μήνα Σεπτέμβριο, εφόσον είναι ο τελευταίος δημοσιευμένος μήνας για το τρέχον έτος από την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού της Ελληνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, τα ποσοστά ανεργίας για το γυναικείο φύλο παρουσιάζονται στον επόμενο πίνακα:



Πίνακας 2.2.1.1. Ποσοστά ανεργίας γυναικών για το μήνα Σεπτέμβριο από το 2008 έως το 2013.

Σεπτέμβριος						
Γυναίκες	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	11,1%	13,4%	17,0%	22,2%	30,2%	31,4%

Ελληνική Στατιστική Αρχή, Δεκέμβριος 2013

Φυσικά και οι άνδρες έχουν δεχθεί τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης και της ανεργίας που έχει φέρει με τα ποσοστά της ανεργίας στον ανδρικό πληθυσμό να αυξάνονται κάθε χρόνο. Αντίστοιχα με τον πίνακα για τις γυναίκες, παρακάτω παρατίθεται ο πίνακας για τους άνδρες.

Πίνακας 2.2.1.1. Ποσοστά ανεργίας ανδρών για το μήνα Σεπτέμβριο από το 2008 έως το 2013.

Σεπτέμβριος						
Άνδρες	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	5,0%	7,1%	10,5%	16,3%	22,9%	24,5%

Ελληνική Στατιστική Αρχή, Δεκέμβριος 2013

Οι γυναίκες ηλικίας 15-24 ετών, οι φοιτήτριες, οι απόφοιτες μέσης εκπαίδευσης, οι ανειδίκευτες εργάτριες και εκείνες που μένουν σε αστικές περιοχές εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερο κίνδυνο ανεργίας (Αθανασιάδου et al., 2001).

Στην Ελλάδα, στην Ιρλανδία και στην Ιταλία οι ανισότητες απασχόλησης γυναικών και ανδρών είναι μεγαλύτερες συγκριτικά με τις υπόλοιπες χώρες της Ε.Ε. Οι Κρητικίδες και Ιωακείμογλου επισημαίνουν ότι από το 1993-1997 το ποσοστό ανεργίας σε γυναίκες ηλικίας κάτω των 30 ετών αυξήθηκε από 30% σε 34%. Επίσης οι γυναίκες άνω των 30 ετών κατά το 1996 παρουσίασαν ανερχόμενο ποσοστό ανεργίας από 8,5% περίπου το 1993 σε 9,5% (Ιωακείμογλου, 1997, Κρητικίδης, 2004).

Η χώρα μας εμφανίζει ένα από τα χαμηλότερα ποσοστά γυναικείας απασχόλησης εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Οι γυναίκες ηλικίας 25-29 ετών ανέρχονται το 2003 στις 943,400, αποτελούν το 20 % των γυναικών άνω των 15 ετών και περίπου το 49,1% των νέων ανδρών και γυναικών με την ίδια ηλικία. Το ποσοστό ανεργίας των νέων γυναικών



ξεπερνά το $\frac{1}{4}$ του εργατικού δυναμικού 26,3% και είναι μεγαλύτερα από τα ποσοστά των νέων και των νέων ανδρών (19,4% και αντίστοιχα 14%)(Κρητικίδης, 2004).

2.2.2. Ανεργία σε περιφερειακό επίπεδο

Η ανεργία παραδοσιακά μελετάται σε εθνικό επίπεδο, ωστόσο ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει και η παρατήρησή της σε περιφερειακό επίπεδο (Blanchard and Katz, 1992). Μελέτες που κατέγραψαν και διερεύνησαν τις διαφορές της ανεργίας σε αυτό το επίπεδο βρήκαν σημαντικά και επαναλαμβανόμενα αποτελέσματα (Perugini and Signorelli, 2010). Γεγονός το οποίο δηλώνει πως τα χαρακτηριστικά της κάθε περιοχής επηρεάζει τα ποσοστά ανεργίας ή απασχόλησης. Για παράδειγμα, φαίνεται πως οι περιοχές με χαμηλά ποσοστά ανεργίας είθισται να βρίσκονται κοντά μεταξύ τους ενώ η υψηλή και επίμονη ανεργία συγκεντρώνεται συνήθως σε απομακρυσμένες περιφέρειες (European Commission, 2009).

Όπως παραθέτει η Ελληνική Στατιστική Αρχή, αστικές περιοχές θεωρούνται οι δημοτικές και οι τοπικές κοινότητες που απαριθμούν πληθυσμό μεγαλύτερο των 10.000 κατοίκων, ημιαστικές χαρακτηρίζονται οι δημοτικές και τοπικές κοινότητες με πληθυσμό από 2.000 έως 9.999 κατοίκους και αγροτικές είναι οι περιοχές με πληθυσμό μέχρι 1.999 κατοίκους.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της τελευταίας απογραφής του ελληνικού πληθυσμού, το 2011, και με τους παραπάνω ορισμούς, η Χαλκίδα και η Αθήνα, οι περιοχές που μελετήθηκαν αποτελούν αστικές περιοχές αφού απαριθμούν 59.125 και 529.826 άτομα αντίστοιχα. Αδιαμφισβήτητα όμως, η περιοχή των Αθηνών αποτελεί μια πιο πυκνοκατοικημένη και πολυπληθέστερη περιοχή συγκριτικά με τη Χαλκίδα, ούσα πρωτεύουσα της χώρας με σχεδόν δεκαπλάσιο αριθμό μόνιμων κατοίκων.

Ο παρακάτω πίνακας (πίνακας 2.2.2.1.) παρουσιάζει τα ποσοστά ανεργίας όπως διαμορφώθηκαν από το 2005 έως το 2012 σύμφωνα με τις έρευνες της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για την Αττική, την Εύβοια αλλά και για το σύνολο της χώρας. Εδώ παρατηρούμε πως η Εύβοια βρίσκεται σταθερά με μεγαλύτερα ποσοστά ανεργίας συγκριτικά με την Αττική αλλά και σε σχέση με το σύνολο της χώρας.



Πίνακας 2.2.2.1. Ποσοστά ανεργίας όπως διαμορφώθηκαν στο τέλος κάθε έτους για τα έτη 2005-2012.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Αττική	8,8%	8,3%	7,6%	6,5%	8,8%	12,3%	17,6%	25,3%
Εύβοια	11,9%	9,9%	10,4%	10,3%	12,3%	17,2%	24,8%	32,7%
Σύνολο Χώρας	9,9%	8,9%	8,3%	7,6%	9,5%	12,5%	17,7%	24,2%

Ελληνική Στατιστική Αρχή, Έρευνα εργατικού δυναμικού, 2013

2.3. Είδη ανεργίας

Ανεργία Τριβής

Ανεργία τριβής ονομάζεται η ανεργία κατά την οποία οι εργαζόμενοι δεν παραμένουν στάσιμοι σε μία εργασία, εγκαταλείπουν συνεχώς την εργασία τους με σκοπό την εξεύρεση άλλης, αναζητώντας διαφορετικές συνθήκες εργασίας, μισθού, θέσης ή γεωγραφικής περιοχής. Η ανεργία τριβής αποτελεί μία ηθελημένη ανεργία, η οποία καλυτερεύει την θέση του ατόμου και της εθνικής οικονομίας. Αυξάνει την παραγωγικότητα με σκοπό την κινητοποίηση των εργαζομένων προς εργασίες για τις οποίες θα έχουν περισσότερα κίνητρα. Σε αυτήν την κατηγορία ανεργίας περιλαμβάνονται τα άτομα των οποίων η φυσική και διανοητική κατάσταση τα καθιστά ανίκανα προς εργασία, αλλά περιλαμβάνει επίσης και όσους περνούν μικρά χρονικά διαστήματα χωρίς εργασία καθώς μετακινούνται από μια θέση εργασίας σε μία άλλη, στο πλαίσιο μιας οικονομίας στην οποία το εργατικό δυναμικό και οι προσφερόμενες θέσεις εργασίας μεταβάλλονται συνεχώς (Κατσανέβας, 1986).

Κυκλική ανεργία

Η κυκλική ανεργία ακολουθεί τις μεταπτώσεις της οικονομικής δραστηριότητας της κοινωνίας. Είναι μικρή σε περιόδους αυξημένης δραστηριότητας ενώ αυξάνεται κατά την επιβράδυνση της οικονομικής δραστηριότητας. Κάθε επιβράδυνση της παραγωγής ελαττώνει τις ανάγκες της οικονομίας για εργασία: για το δεδομένο ύψος μισθών οι επιχειρήσεις ζητούν λιγότερη εργασία. Η μειωμένη ζήτηση εργασίας ακολουθείται από ελάττωση της διάρκειας εργασίας, απολύσεις, μη ανανέωση συμβολαίων εργασίας και συνεπώς από αύξηση των επιπέδων ανεργίας (Σκουτέλης, 1996).



Διαρθρωτική ή τεχνολογική ανεργία

Πρόκειται για την πιο σημαντική μορφή ανεργίας, γιατί αναφέρεται στο κατά πόσον μια οικονομία έχει την ικανότητα να προσαρμόζεται σε νέες συνθήκες που προκύπτουν από τεχνολογικές μεταβολές. Η ραγδαία εξέλιξη των τελευταίων ετών έχει επιφέρει μια σημαντική μεταβολή στις μεθόδους παραγωγής, η οποία συνεπάγεται μια διαρθρωτική ανισορροπία ανάμεσα στην προσφορά και τη ζήτηση εργασίας, που έχει ως αποτέλεσμα ένα είδος εργασίας να ζητείται, ενώ η προσφορά αδυνατεί να προσφέρει τέτοιες ειδικότητες. Και αυτή η διαρθρωτική μορφή της ανεργίας μπορεί να συμβεί όχι μόνο ανάμεσα σε διάφορα επαγγέλματα, αλλά και σε περιφέρειες μιας χώρας, όταν ζητείται μια ορισμένη κατηγορία εργασίας, που δεν μπορεί να μετακινηθεί από άλλες περιοχές. Η μηχανοποίηση της παραγωγής, η χρήση νέων μεθόδων παραγωγής και η εισαγωγή της πληροφορικής έχει δημιουργήσει υψηλούς ρυθμούς ανεργίας σε παραδοσιακά επαγγέλματα (Kluve and Schmidt, 2002).

Η εξέλιξη της τεχνολογίας μπορεί να προκαλέσει μεταβολές στη βιομηχανία και κατά συνέπεια παρακμή παλαιότερων τομέων προς όφελος κάποιων άλλων, νεότερων αναπτυσσόμενων. Το ίδιο μπορεί να προκαλέσει και η εμφάνιση νέων ανταγωνιστικών επιχειρήσεων οι οποίες περιορίζουν τη ζήτηση εργασίας σε μια χώρα. Οι διαρθρωτικές μεταβολές της παραγωγής προκαλούν αύξηση της ανεργίας, με αποτέλεσμα οι επιχειρήσεις να σταματούν τις δραστηριότητες ή να μειώνουν τον όγκο παραγωγής και κατά συνέπεια τις θέσεις εργασίας. Οι άνεργοι, οι οποίοι προέρχονται από τομείς σε παρακμή και οι οποίοι δεν διαθέτουν προσόντα για τις νέες συνθήκες της οικονομίας, κινδυνεύουν να παραμείνουν άνεργοι εφόσον ζητούν αντίστοιχους μισθούς των προηγούμενων τους. Η διαρθρωτική ανεργία ορίζεται, ως η συνιστώσα της ανεργίας που δεν μειώνεται με την οικονομική ανάκαμψη και η οποία δεν μπορεί να επηρεαστεί κατευθείαν από τη μακροοικονομική πολιτική (Rifkin, 1994).

Εποχιακή ανεργία

Η ανεργία οφείλεται στην εποχιακή διακύμανση της οικονομικής δραστηριότητας ορισμένων κλάδων. Παράδειγμα τέτοιου κλάδου αποτελούν τα τουριστικά επαγγέλματα. Οι διακυμάνσεις αυτές είναι προβλέψιμες διότι εμφανίζονται συστηματικά κάθε χρόνο ανάλογα με την εποχή (Πετρινιώτη, 1989). Η εποχιακή ανεργία δεν είναι τόσο σημαντική, διότι μπορεί να αντιμετωπιστεί με την εύρεση μίας συμπληρωματικής εργασίας ώστε οι εποχιακοί εργαζόμενοι να μην μείνουν άνεργοι για πολύ καιρό. Όμως πολλές φορές οι



συγκεκριμένοι εργαζόμενοι έχουν μεγάλες απολαβές τους μήνες που εργάζονται με αποτέλεσμα να καλύπτονται εισοδηματικά και τους μήνες που επικρατεί η εποχιακή ανεργία (Κώττης and Πετράκη, 2000).

Καλυμμένη ανεργία

Είναι η κατάσταση κατά την οποία οι εργαζόμενοι υποαπασχολούνται. Οι εργαζόμενοι θέλουν, αλλά δεν βρίσκουν πλήρη απασχόληση, και έτσι καταφεύγουν στην μερική απασχόληση (Κώττης and Πετράκη, 2000).

2.4. Αίτια ανεργίας

Μετά την αιφνίδια αύξηση της ανεργίας το 1973 (πετρελαϊκή κρίση), πολλοί οικονομολόγοι και αναλυτές προσπάθησαν να δώσουν εξηγήσεις για τις αιτίες της ανεργίας. Τα αποτελέσματα πολλές φορές ήταν εξωγενείς ή έξω-οικονομικοί παράγοντες (Σκουτέλης, 1996). Κάποιοι παράγοντες στους οποίους οφείλεται η Ευρωπαϊκή ανεργία είναι η παγκοσμιοποίηση, η τεχνολογία, οι ακαμψίες στην αγορά εργασίας, ο ανταγωνισμός από τις τρίτες χώρες και η έλλειψη προσαρμογής στους χώρους εργασίας. Όταν η αύξηση της ανεργίας συμπίπτει με την εμφάνιση νέων τεχνολογιών, γίνεται προσπάθεια να θεωρηθεί η τεχνολογική πρόοδος ως πηγή ανεργίας. Οι οικονομολόγοι βλέπουν ότι υπάρχει μία ζήτηση ειδικευμένων εργατών μέσα στις βιομηχανίες με αποτέλεσμα να μειώνονται οι μισθοί των λιγότερο ειδικευμένων εργαζόμενων και να αυξάνεται η ανεργία για τους ανειδίκευτους εργαζόμενους (Krugman, 1995). Συνεπώς, φαίνεται ότι με την άνοδο της τεχνολογίας αυξάνεται η ανεργία, καταργούνται θέσεις εργασίας χαμηλού κόστους και παραγωγικότητας και δημιουργούνται άλλες πιο παραγωγικές, εξειδικευμένες και με υψηλότερο μισθό (Σκουτέλης, 1996).

Το μέγεθος του διεθνούς εμπορίου και η εντατικοποίηση του διεθνούς ανταγωνισμού που δημιουργεί σήμερα η παγκοσμιοποίηση, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες αρνητικής απασχόλησης. Οι εισαγωγές προϊόντων από τις αναπτυσσόμενες χώρες με χαμηλό κόστος εργασίας, υποβαθμίζουν τον διεθνή ανταγωνισμό των ευρωπαϊκών προϊόντων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να κλείνουν οι ευρωπαϊκές βιομηχανίες και να εντείνεται το πρόβλημα της ανεργίας (Pelagidis, 1998).

Η μείωση απασχόλησης των ανδρών έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της ανεργίας αλλά και την χαμηλότερη συμμετοχή στο εργατικό δυναμικό. Από το 1971 μέχρι το 1981 η μείωση του ποσοστού απασχόλησης οφείλεται μεν στην αύξηση της ανεργίας, αλλά κατά



κύριο λόγο στην μετακίνηση ενός μέρους του πληθυσμού από τις αγροτικές περιοχές προς τις αστικές περιοχές όπου το ποσοστό απασχόλησης είναι μικρότερο. Μεταξύ του 1981 μέχρι το 1991 το ποσοστό απασχόλησης παρέμεινε χαμηλό, υπήρχαν όμως διαφορές στο φύλο και στην ηλικία. Συγκεκριμένα το ποσοστό απασχόλησης των ανδρών μειώθηκε ενώ των γυναικών αυξήθηκε (Σκουτέλης, 1996).

Η βιομηχανική οικονομία χαρακτηρίζεται από συνεχή τροποποίηση των δομών απασχόλησης, όπως είναι οι αλλαγές των εξειδικεύσεων από τις τεχνολογικές αλλαγές, η αναδιανομή ανά κλάδο και η αναδιανομή ανά γεωγραφική περιοχή (Pelagidis, 1998).

2.5. Επιπτώσεις της ανεργίας

Τα προβλήματα που αντιμετωπίζει κάθε νέος άνεργος απορρέουν από την εξαιρετική σημασία που κατέχει η εργασία στη σύγχρονη κοινωνία. Φυσικά όταν πρόκειται για μακροχρόνια ανεργία τα προβλήματα αυτά είναι διογκωμένα και μοιάζουν ανυπέρβλητα στα μάτια των ανέργων. Η έλλειψη εργασίας έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη εισοδήματος και την αδυναμία απόκτησης αγαθών και υπηρεσιών σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο. Κάποιες από τις βασικές επιπτώσεις της ανεργίας είναι η παρανομία, η ανταγωνιστικότητα, ο ρατσισμός, η φτώχεια, το αίσθημα μοναξιάς, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το άγχος, ο φόβος και η κατάθλιψη. Η ανεργία επίσης έχει επιπτώσεις και στο επίπεδο της υγείας. Τα προβλήματα που δημιουργεί αφορούν κυρίως κλινικές εκδηλώσεις, αυξημένη θνησιμότητα και υιοθέτηση ενός μη υγιεινού τρόπου ζωής.

2.5.1. Επιπτώσεις ανεργίας σε οικονομικό και κοινωνικό επίπεδο

Η έλλειψη εργασίας έχει ως αποτέλεσμα την έλλειψη εισοδήματος και την αδυναμία απόκτησης αγαθών και υπηρεσιών σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο. Επιπρόσθετα, η έλλειψη εργασίας επιφέρει και την απώλεια κοινωνικής θέσης. Η επίπτωση της μείωσης του εισοδήματος είναι εντονότερη για τις χαμηλές οικονομικά ομάδες, οι οποίες συνήθως στερούνται εναλλακτικές πηγές εισοδήματος. Η κατάσταση της ανεργίας επηρεάζει και την μελλοντική απόκτηση εισοδήματος μέσω της επαγγελματικής απαξίωσης που προκαλεί. Όσο μεγαλύτερο είναι το χρονικό διάστημα παραμονής στην ανεργία, τόσο μεγαλύτερη είναι και η απαξίωση της εργατικής δύναμης, καθώς και των γνώσεων, των ικανοτήτων και της πείρας, με αποτέλεσμα ο άνεργος να εισέρχεται σε έναν φαύλο κύκλο εμποδίων εύρεσης εργασίας και επομένως τον σταδιακό αποκλεισμό του από την αγορά εργασίας (Πετράκη, 1993).



- *Παρανομία:* Η κατάσταση της ανεργίας και η οικονομική στέρηση έχουν συσχετιστεί με αυξημένα φαινόμενα παρανομίας. Η ύπαρξη απασχόλησης σχετίζεται αρνητικά με τις συλλήψεις, ενώ η ανεργία σχετίζεται θετικά. Έχει παρατηρηθεί ότι η κατάσταση της ανεργίας μπορεί να οδηγήσει σε παρανομία, καθώς το άτομο προσπαθεί να λύσει τα οικονομικά προβλήματα που αντιμετωπίζει. Άλλοι ερευνητές, υποστηρίζουν ότι η ανεργία κάνει τις παράνομες επιδιώξεις πιο ελκυστικές (Καμινιώτη, 1996). Σε μία κοινωνία στην οποία ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι άνεργο, με μεγάλες ανισότητες κοινωνικές και οικονομικές, αντιπαλότητες, δυσφορία και αβεβαιότητα για το μέλλον εμφανίζονται έντονα τα φαινόμενα ανομίας. Παρουσιάζεται χαλάρωση της κοινωνικής συνοχής, αποδυνάμωση των κοινωνικών δεσμών και αντικατάσταση τους με μια διαδικασία αντιπαράθεσης. Ενώ η εργασία παραμένει στην κορυφή των κοινωνικών αξιών, η διαδικασία της κοινωνικοποίησης διαταράσσεται. Ρισκάρεται, επομένως η διαδικασία ένταξης και ενσωμάτωσης του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο. Το θέμα της ανομίας σε κοινωνικό επίπεδο, δεν ενδιαφέρει αν τα άτομα παρακινούνται από οικονομικούς λόγους και ακατάλληλες εργασιακές καταστάσεις να διαπράξουν παράνομες πράξεις, αλλά αν αυτές οι ακατάλληλες εργασιακές καταστάσεις προκαλούν αποτελέσματα που συνδέονται με υψηλούς δείκτες εγκληματικότητας (Phelps, 1999).
- *Ανταγωνιστικότητα - Ρατσισμός:* Η ανεργία αυξάνει τον ανταγωνισμό. Τα μεταναστευτικά ρεύματα που δημιουργούνται σε μια κοινωνία συνοδεύονται από κοινωνικές αντιπαλότητες οι οποίες εντείνονται σε περιόδους υψηλών ποσοστών ανεργίας. Σε υψηλή ανεργία παρατηρούνται φαινόμενα σύγκρουσης για την κάλυψη θέσεων εργασίας που μέχρι τότε ήταν μη ανταγωνιστικά. Τέτοιες συγκρούσεις οξύνουν τα προβλήματα κοινωνικού ρατσισμού (Καμινιώτη, 1996). Σε κοινωνικό επίπεδο είναι επίσης μεγάλη η συχνότητα των προβλημάτων που αναφερθήκαν. Εμφανίζεται έτσι μια κοινωνία στην οποία το εργατικό δυναμικό είναι απαξιωμένο και επιβαρυνμένο με όλα τα προβλήματα να απορρέουν από την ανεργία. Και αυτό συμβαίνει διότι η ανεργία πλήττει συγκεκριμένες ομάδες βαρύτερα από άλλες, δημιουργώντας κοινωνικές ανισότητες (Καμινιώτη, 1996).
- *Φτώχεια:* Σε ένα κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο υπάρχει υψηλό ποσοστό ανεργίας εμφανίζεται και ένα σημαντικό πρόβλημα η φτώχεια. Αυτό το



πρόβλημα προκύπτει λόγω της έλλειψης εισοδήματος και εργασίας σε σημαντικό κομμάτι του πληθυσμού, με αποτέλεσμα να αυξάνονται όλες οι οικονομικές και κοινωνικές ανισότητες που αφορούν όλους τους τομείς της ζωής, όπως στέγαση, ένδυση, εκπαίδευση, ψυχαγωγία κ.α. και η κοινωνική κινητικότητα να μειώνεται (Καμινιώτη, 1996).

Οι άνεργοι αντιμετωπίζουν τα προβλήματα ανεργίας με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με τον αν υπάρχει οικονομική ανάπτυξη ή ύφεση. Σε περιόδους ύφεσης παρατηρείται μεγέθυνση των προβλημάτων λόγω οικονομικής συγκυρίας και αβεβαιότητας, και αυτό διότι σε μια κατάσταση ύφεσης είναι αυξημένες οι πιθανότητες ανεργίας ή εύρεσης εργασίας με μειωμένο ωράριο (Pheips, 1999)

Η κατάσταση της υψηλής και παρατεταμένης ανεργίας και των προβλημάτων που δημιουργεί, στιγματίζει την εξέλιξη και την ανάπτυξη της κοινωνίας. Η κατάσταση υψηλής και παρατεινόμενης ανεργίας επίσης εμποδίζει τη διαδικασία ανάπτυξης της κοινωνίας και δημιουργεί θύλακες υπανάπτυξης ή διαφορετικούς ρυθμούς ανάπτυξης (Καμινιώτη, 1996).

2.5.2. Επιπτώσεις της ανεργίας σε συναισθηματικό επίπεδο.

Σε περιόδους ανεργίας το άτομο δυσκολεύεται να βρει εργασία όταν απολύεται με αποτέλεσμα να αισθάνεται έντονη απογοήτευση και συναισθηματικό αδιέξοδο. Το συναίσθημα της απόλυσης εξασθενεί τα κριτήρια αξιολόγησης της εργασίας από τον ίδιο τον εργαζόμενο με αποτέλεσμα να υποβαθμίζει την αξία του. Επιπλέον η απώλεια εργασίας επηρεάζει την αυτοεκτίμηση των ανέργων μέσω των συναισθημάτων ενοχής λόγω αυτής της απώλειας και της απώλειας οικονομικών πόρων.

- *Αισθήματα μοναξιάς:* Η ανεργία προκαλεί την αίσθηση αγωνίας, άγχους, απώλεια αυτοπεποίθησης, απώλεια μνήμης, ανικανότητα συγκέντρωσης, υπνηλία, σεξουαλική ανικανότητα, απογοήτευση και απαισιοδοξία, ευερεθιστότητα και αβεβαιότητα απασχόλησης. Απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης οι οποίοι δεν βρήκαν δουλειά ήταν λιγότερο ευτυχισμένοι από εκείνους που βρήκαν, διότι αισθάνονται εχθρότητα προς το κοινωνικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να έχουν αισθήματα μοναξιάς και αδυναμίας (Κατσίκας and Καββαδίας, 1994).
- *Χαμηλή αυτοεκτίμηση:* Ο άνεργος λόγω του αποκλεισμού του από την εργασία, υφίσταται μια περιθωριοποίηση. Βρίσκεται σε έναν κύκλο χαμηλού εισοδήματος,



κοινωνικής απομόνωσης, κοινωνικού στίγματος, χαμηλού ηθικού, ανασφάλειας, χαμηλής αυτοπεποίθησης, μελλοντικής αβεβαιότητας καθώς και ψυχικής και σωματικής βλάβης της υγείας του. Αυτά τα συναισθήματα προέρχεται από την απώλεια της θέσης εργασίας και από την απώλεια εισοδήματος λόγω της απώλειας εργασίας.

- *Άγχος-φόβος:* Τα συναισθήματα αυτά οφείλονται στην οικονομική στέρηση και την αδυναμία κάλυψης των οικονομικών αναγκών (Καμινιώτη, 1996).
- *Κατάθλιψη:* Η ανεργία καθώς και η απώλεια εισοδήματος προκαλούν κοινωνική αποξένωση και ψυχολογική δυσθυμία. Η αδυναμία των ανέργων να συμμετάσχουν σε πολιτιστικές και κοινωνικές δραστηριότητες, τους αυξάνει το αίσθημα της απομόνωσης. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα άτομα να περιορίζουν ακόμα περισσότερο την κοινωνική τους συμμετοχή, η οποία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο για τη συναισθηματική και υλική υποστήριξη που χρειάζονται σε περίοδο ανεργίας (Καμινιώτη, 1996).

Σε πολλές έρευνες απασχόλησης φάνηκε ότι η πηγή ικανοποίησης του εργαζόμενου από την δουλειά του είναι ο μισθός. Έτσι η απώλεια εισοδήματος παίζει ίσως σημαντικότερο ρόλο στην ψυχική υγεία παρά η απώλεια εργασίας. Επιπρόσθετα, πολλοί εντοπίζουν την εμφάνιση απάθειας, αδυναμίας, και πολλές φορές ψυχικού κλονισμού. Έχει παρατηρηθεί ότι οι γυναίκες αντιδρούν λιγότερο νοσηρά από ότι οι άντρες στην απώλεια εργασίας, εκτός και αν είναι η κεφαλή του σπιτιού (Σκουτέλης, 1996).

2.5.3. Επιπτώσεις της ανεργίας στο επίπεδο της υγείας

Η οικονομική κρίση επιδρά και στην σωματική υγεία. Λόγω μείωσης του βιοτικού επιπέδου περιορίζονται και οι δαπάνες για αγαθά και υπηρεσίες που είναι απαραίτητα για τη διατήρηση της υγείας όπως το καθαρό νερό, η υγειονομική περίθαλψη, η αποχέτευση και η εκπαίδευση. Επίσης μειώνονται οι αθλητικές δραστηριότητες, οι υπηρεσίες προληπτικής ιατρικής και υποβαθμίζονται οι διατροφικές επιλογές (Ludwig and Pollack, 2009).

Πολλές σύγχρονες μελέτες επιβεβαιώνουν πως η ανεργία προκαλεί ψυχολογικό αντίκτυπο όμοιο με αυτόν των συναισθηματικών απωλειών, όπως είναι ο θάνατος στην οικογένεια, το διαζύγιο, ο τερματισμός μιας σχέσης κ.α., ενώ το 25-50% των ανέργων



αναφέρουν συμπτώματα ψυχικής διαταραχής. Οι άνεργοι παρουσιάζουν περισσότερο άγχος, κατάθλιψη, νευρωτική συμπεριφορά, λιγότερη διάρκεια και χαμηλή ποιότητα ύπνου, είναι περισσότερο θλιμμένοι και δεν έχουν αυτοπεποίθηση και εμπιστοσύνη σε άλλους. Επίσης, αναφέρουν μεγαλύτερο αριθμό προβλημάτων υγείας (π.χ. καρδιαγγειακά προβλήματα, υψηλή αρτηριακή πίεση, ζαλάδες κ.α.), επισκέπτονται πιο συχνά τον γιατρό τους και έχουν περισσότερες εισαγωγές στο νοσοκομείο συγκριτικά με τους εργαζόμενους (Kompier and Ievli, 1995).

- *Κλινικές διαταραχές:* Έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία το 1982 έδειξε ότι μεταξύ 400 νέων ανέργων το 56% παρουσίαζε κλινικές διαταραχές και ιδιαίτερα ψυχικές, σε διάστημα μέχρι και 5 μηνών την απόλυση (Futnham, 1982). Σε άλλη έρευνα που έγινε στην Αγγλία το 1966 φάνηκε ότι η ψυχική και σωματική υγεία διαταράσσεται μετά τους 6 μήνες απώλειας εργασίας (Levis, 1966).
- *Θνησιμότητα:* Ο αντίκτυπος της ανεργίας στην υγεία είναι αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών. Σύμφωνα με Βρετανικές μελέτες κατά την δεκαετία του '70 και του '80, έδειξαν ότι το ποσοστό θνησιμότητας των ανέργων είχε αυξηθεί κατά 25% από εκείνο των εργαζόμενων ισοδύναμου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Επίσης φάνηκε να υπάρχει αυξημένη θνησιμότητα και νοσηρότητα μετά από μακροχρόνια ανεργία, λαμβάνοντας υπόψη και τους παράγοντες της ηλικίας, το φύλο, τον γάμο, το εισόδημα, το επάγγελμα και την περιορισμένη πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα (Moser, 1990).
- *Μη-υγιεινός τρόπος ζωής:* Η ανεργία, επίσης φάνηκε να σχετίζεται με την υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών όπως το κάπνισμα αλλά και με ψυχικές διαταραχές (Moser, 1990).

3. Διατροφικές συνήθειες

Η σχέση της διατροφής με την υγεία, είναι γνωστή ήδη από την αρχαιότητα. Οι διατροφικές συνήθειες που εκφράζουν το γενικό σύνολο της διατροφικής μας συμπεριφοράς αποτελούν σπουδαίο παράγοντα της πορείας της υγείας και της σωστής διάπλασης του σώματος. Στις μέρες μας, η αφθονία και η κατάχρηση συγκεκριμένων τροφίμων και η υιοθέτηση του του Δυτικού Προτύπου Διατροφής, φαίνεται να δίνει νέα



υπόσταση στη σχέση διατροφής-υγείας. Η διατροφή θεωρείται ότι είναι από τους ευκολότερα τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για αυτό και αποτελεί πολλές φορές στόχο πολλών δραστηριοτήτων τόσο για την πρόληψη όσο και για την θεραπεία συγκεκριμένων νοσημάτων.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με διάφορες χώρες της Ευρώπης, περιλαμβανομένης και της Ελλάδας, έχει εκδώσει διατροφικές οδηγίες για τον πληθυσμό με την μορφή προτύπων. Τα πιο γνωστά πρότυπα είναι το διατροφικό πρότυπο του Δυτικού κόσμου και το πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής (Willett et al., 1995).

3.1. Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης στις διατροφικές συνήθειες

Λόγω της σημερινής οικονομικής κρίσης, εμφανίζονται πολλές αρνητικές επιπτώσεις στην διατροφή, με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να επηρεάζονται (Μανιός, 2007). Σύμφωνα με τον μέσο μισθό μιας τετραμελούς οικογένειας που είναι αυτή τη στιγμή 750€ περίπου, πάνω από το μισό του μηνιαίου εισοδήματος καταναλώνεται για την ανάγκη για τροφή.

Σύμφωνα με έρευνες, μια μέση τετραμελής οικογένεια για τα εβδομαδιαία ψώνια ξοδεύει 90 - 150€, δηλαδή πάνω από 400€ το μήνα. Έτσι ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, καταφεύγει σε ταχυφαγεία και ανθυγιεινό φαγητό κατώτερης ποιότητας. Το γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι μειώνουν την ποσότητα τροφής για να μειώσουν τα έξοδα, φαίνεται ότι αυξάνει την παχυσαρκία και τις ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες οι οποίες πολύ συχνά εμφανίζονται σε κοινωνικές ομάδες χαμηλού εισοδήματος, αφού επιλέγουν φθηνά τρόφιμα, που ταυτόχρονα είναι ανθυγιεινά ενώ το κόστος τους είναι μικρότερο σε σύγκριση με το κόστος των φρούτων, λαχανικών και δημητριακών (Drewnowski and Specter, 2004). Επιπλέον, φάνηκε ότι τα στρεσαρισμένα άτομα, όταν το στρες προέρχεται από οικονομικούς λόγους, τείνουν να τρώνε περισσότερο και να κάνουν περισσότερες λανθασμένες διατροφικές επιλογές (Ludwig and Pollack, 2009).

Σε περίοδο οικονομικής κρίσης παρουσιάζεται επίσης μείωση ποικιλομορφίας, μειωμένη πρόσληψη θρεπτικών ουσιών και μεγάλη ανισότητα στα τρόφιμα οικιακής χρήσης, καθώς δίνεται η προτεραιότητα στην σίτιση των παιδιών, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζεται μείωση του αριθμού και του μεγέθους της μερίδας (Kaufman et al., 1997). Πολλές μελέτες έχουν δείξει θετική συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και ανεργίας (Lee et al., 1991). Άλλη μελέτη τονίζει ότι η ανεργία αυξάνει τον επιπολασμό του καπνίσματος σε



νεότερες ηλικίες (Hammarstrom and Janlert, 1995). Τέλος, μελέτες στην Βρετανία, Νορβηγία και Σουηδία έχουν δείξει ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ ανεργίας και χρήσης κάνναβης (Hammer, 1992).

Σε περιόδους οικονομικής ύφεσης η ανεργία φάνηκε να δημιουργεί αυξημένο άγχος και ταυτόχρονα αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος σε νεαρούς άνεργους. Από την άλλη υπάρχουν έρευνες που αποδεικνύουν ότι η κατανάλωση οινοπνεύματος μειώνεται σε περιόδους υψηλών ποσοστών ανεργίας λόγω έλλειψης χρημάτων. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι, οι καταναλωτές αλκοόλ που δεν είναι άνεργοι καταφέρνουν να καταναλώνουν τα επιτρεπτά όρια, σε αντίθεση με τους άνεργους που ξεπερνούν τα επιτρεπτά όρια, με αποτέλεσμα να γίνονται αλκοολικοί (Hammarstrom and Janlert, 1995).

Εντούτοις, παρά τα ανησυχητικά δεδομένα κατά της υγιεινής διατροφής, δεν είναι δύσκολο, ούτε ανέφικτο κάποιος να τραφεί υγιεινά και φθηνά. Στην πραγματικότητα, σαφώς τα έξοδα για τη διατροφή είναι πολλά και πρόκειται για είδη πρώτης ανάγκης, αλλά είναι λάθος να επικρατεί η άποψη ότι το καλό και υγιεινό φαγητό είναι και πιο ακριβό. Ο προσεκτικός χειρισμός των εσόδων θα πρέπει να χαρακτηρίζει όλους τους ανθρώπους, ώστε να καταφέρουμε να ξεπεράσουμε τις δυσμενείς συνθήκες. Συμπερασματικά, αυτό που χρειάζεται ο καταναλωτής είναι να ερευνά και να βρίσκει τρόφιμα με την καλύτερη ποιότητα, στην καλύτερη ποσότητα και στην καλύτερη τιμή, ακολουθώντας μια στρατηγική που να ευνοεί συγχρόνως την υγεία του, τη ζυγαριά του και το πορτοφόλι του. Όμως, και οι διατροφικές συνήθειες των ανθρώπων και ιδίως των εφήβων στις μέρες μας είναι αιτίες που χειροτερεύουν ασυνείδητα την οικονομία. Πολλοί πολίτες παραγγέλνουν έτοιμο φαγητό, είτε επειδή δεν έχουν χρόνο να μαγειρέψουν είτε επειδή δείχνουν την προτίμησή τους σε αυτό (Γραμματικοπούλου et al., 2009).

3.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες

Η διερεύνηση της καταναλωτικής συμπεριφοράς παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην σύγχρονη οικονομία, καθώς συνδέεται με την ατομική, κοινωνική συμπεριφορά αλλά και με τις οικονομικές, κοινωνικές, πολιτικές και πολιτιστικές εξελίξεις σε διεθνές επίπεδο. Το εισόδημα, τα αυξημένα επιτόκια, η αστικοποίηση, η αύξηση της ηλικίας, η οικονομική κρίση και η μείωση του εισοδήματος, είναι κάποιοι από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν άμεσα τις διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού.

Αστικοποίηση και ηλικία



Το καταναλωτικό πρότυπο επηρεάζεται από την εξέλιξη της ηλικιακής ομάδας των νοικοκυριών και από την αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού (Martins et al., 2005). Ο βαθμός αστικοποίησης διαμορφώνει το καταναλωτικό πρότυπο. Πληθυσμοί ατόμων οι οποίοι ζουν σε αγροτικές περιοχές παράγουν μέρος της διατροφής τους εμφανίζοντας έτσι ιδιοκατανάλωση (Kouremenos and Avlonitis, 1995). Με την αύξηση της αστικοποίησης μεταβάλλεται η κατανομή του εισοδήματος στις διάφορες καταναλωτικές κατηγορίες.

Άνοδος των τιμών

Η μείωση του εισοδήματος και η άνοδος των τιμών έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της αγοραστικής δύναμης του καταναλωτή και των νοικοκυριών. Άμεση συνέπεια της οικονομικής κρίσης ήταν η μεταβολή των διατροφικών προτύπων. Τα διατροφικά καταναλωτικά πρότυπα σε περίοδο οικονομικής κρίσης εξαρτώνται από τα δημογραφικά στοιχεία του καταναλωτή, την κατανάλωση λαχανικών, κρέατος, γαλακτοκομικών, τον βαθμό κατανάλωσης γλυκών, αλκοολούχων ποτών, κρέατος, την μη αγορά πολυτελών τροφίμων, των σνακ και των προϊόντων ζαχαροπλαστικής (Islam and Siwar, 2005).

Η αύξηση του ελλείμματος οδήγησε τους πιστωτές στην λήψη μέτρων όπως είναι η άνοδο της τιμής των αγαθών και των τροφίμων και η μείωση των εισοδημάτων του καταναλωτή, που αυτό επέφερε αλλαγή στην συμπεριφορά των καταναλωτών, καθώς και μεταβολή της διατροφικής καταναλωτικής συμπεριφοράς του (Turell et al., 2009).

Επιπλέον, παρατηρήθηκε μεταβολή στις διατροφικές δαπάνες των καταναλωτών, στην μείωση της κατανάλωσης πολλών κατηγοριών τροφίμων, καθώς και μεταβολή στις πρακτικές και στα κριτήρια με τα οποία επιλέγουν τα τρόφιμα που καταναλώνουν (Turell et al., 2009).

Το εισόδημα αποτελεί το βασικότερο παράγοντα ο οποίος επηρεάζει την κατανάλωση και την δαπάνη νοικοκυριού για φαγητό καθώς και την κατανάλωση για ψάρι, φρούτα, λαχανικά και γαλακτοκομικά. Οι χαμηλόμισθοι δεν καταναλώνουν σημαντικά λιγότερα φρούτα και λαχανικά σε σχέση με οικογένειες μεσαίας και υψηλής εισοδηματικής ομάδας. Επίσης οι οικογένειες χαμηλού εισοδήματος ξοδεύουν λιγότερα χρήματα για το φαγητό και συγκεκριμένα για την κατανάλωση ψαριού, γαλακτοκομικών και λαχανικών (Turell et al., 2009).

Η σημαντική μείωση του εισοδήματος, ο δανεισμός, η χαμηλή κοινωνική προστασία και η αύξηση του πληθωρισμού, υποβαθμίζουν σημαντικά το βιοτικό επίπεδο των χωρών που πλήττονται από οικονομική κρίση. Ο υπερβολικός δανεισμός και η



υπερχρέωση των μεσαίων και χαμηλών εισοδημάτων νοικοκυριών αποτελεί μείζον κοινωνικό και οικονομικό πρόβλημα για τα νοικοκυριά. Ο πληθωρισμός προκαλεί αύξηση των τιμών, των προϊόντων και των υπηρεσιών (Καλαϊτζιδάκης, 2008).

Πολλοί περισσότεροι φτωχοί στις αγροτικές και αστικές περιοχές εξαρτώνται από το μισθό τους και έχουν πιο στενή σχέση με το οικονομικό σύστημα, οδηγούμενοι σε συνθήκες διαβίωσης δυσμενέστερες, οι οποίες επηρεάζουν την καταναλωτική συμπεριφορά. Με τον όρο καταναλωτική συμπεριφορά εννοείται η συμπεριφορά που διαμορφώνει ένα άτομο ή μια ομάδα σε μία κατάσταση αγοράς η οποία μπορεί να παρατηρηθεί ή να καταγραφεί (Μάλλιαρης, 1990).

Το διαθέσιμο εισόδημα του καταναλωτή αποτελεί προσδιοριστικό παράγοντα των τροφίμων που θα καταναλώσει και της διαμόρφωσης των διατροφικών του συνηθειών (Κώττης, 1996).

Οι διατροφικές επιλογές των ανθρώπων είναι συνάρτηση παραγόντων:

- της δομής των χαρακτηριστικών της οικογένειας και των διαιτητικών συνηθειών των γονέων
- της διαφήμισης
- των κοινωνικών και των πολιτιστικών αξιών καθώς και των προτύπων
- της εικόνας του σώματος
- των προσωπικών εμπειριών
- της γεύσης, της εμφάνισης των τροφίμων
- της διαθεσιμότητας των τροφών (Ζαμπέλας, 2003).

Η οικονομική κρίση οδήγησε τους καταναλωτές να αντικαταστήσουν τα ακριβά θρεπτικά προϊόντα σε λιγότερο ακριβά αλλά υψηλής θρεπτικής αξίας τρόφιμα. Οι οικονομικές διαταραχές προκαλούν διατροφικές συνέπειες. Μια διατροφική συνέπεια είναι η αύξηση της κατανάλωσης φθηνότερων τροφίμων πρώτης ανάγκης και η μείωση της κατανάλωσης θρεπτικότερων τροφίμων όπως φρούτα και λαχανικά, κόκκινο κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα και ψάρια (Darnton-Hill and Cogill, 2010).



Πίνακας 3.2.1. Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες εν καιρώ οικονομικής ύφεσης.

(Nordstrom and Thunstrom, 2011)	Αύξηση κατανάλωσης έτοιμων τροφίμων από άτομα τα οποία αναζητούν κοινωνικότητα, τα θεωρούν υγιεινά, γευματίζουν μόνοι τους και έχουν έλλειψη χρόνου.
(Boer et al., 2004)	Αύξηση κατανάλωσης υγιεινών τροφίμων από άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου σε αντίθεση με τα άτομα χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.
(Darnton-Hill and Cogill, 2010)	Μείωση πρόσληψης θρεπτικών συστατικών και αριθμών γευμάτων σε περίοδο οικονομικής κρίσης.
(Kaufman et al., 1997)	Κατανάλωση τροφίμων χαμηλού κόστους και ποιότητας από άτομα χαμηλού εισοδήματος.
(Oliver and Wardle, 1999)	Αύξηση κατανάλωσης σνακ και μη υγιεινών τροφίμων κάτω από την επίρεια άγχους.
(Darnton-Hill and Cogill, 2010)	Με την αύξηση τιμών παρατηρείται χαμηλή διαθεσιμότητα τροφίμων, ελλειμματική διατροφή, μειωμένη ανοσία και αυξημένος κίνδυνος νοσηρότητας.
(Arvaniti et al., 2006)	Η οικονομική κρίση επιδρά στο Μεσογειακό πρότυπο διατροφής καθώς, και στις συνιστώμενες διατροφικές οδηγίες.
(Arvaniti et al., 2006)	Σε περίοδο οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα παρατηρήθηκε αύξηση κατανάλωσης κρέατος και ζυμαρικών και μείωση φρούτων, λαχανικών, ψαριού και γάλακτος από τον Ελληνικό πληθυσμό.
(Oliver and Wardle, 1999)	Αυξημένη κατανάλωση δυτικού τύπου διατροφής λόγω των επιδράσεων της στην ψυχολογία και στα ορμονικά συστήματα.
(Darnton-Hill and Cogill, 2010)	Αύξηση κατανάλωσης ζυμαρικών, πατάτας και κατεψυγμένων λαχανικών και μείωση κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, ψαριών, ελαιόλαδου και γάλακτος λόγω κόστους.

Σύμφωνα με μία έρευνα του 2011 των Nordstrom και Thunstrom, σχετικά με τις γενικότερες διατροφικές συνήθειες και την κατανάλωση «βολικών» τροφίμων, τα οποία είναι εύκολα προς κατανάλωση τρόφιμα, οι οικογένειες ρωτήθηκαν για την κατανάλωση γευμάτων στο χέρι, γεύματα σε εστιατόριο, σε παμπ και έτοιμα γεύματα. Τα αποτελέσματα



της έρευνας έδειξαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της κατανάλωσης έτοιμων γευμάτων με τις μεταβλητές όπως κοινωνικότητα, γευματίζω μόνος, πίεση χρόνου, αξία έτοιμου φαγητού, κάθε μέλος της οικογένειας γευματίζει ξεχωριστά και σε διαφορετική στιγμή. Η κατανάλωση έτοιμων και βολικών τροφίμων αυξάνεται από καταναλωτές που χρησιμοποιούν το φαγητό για κοινωνικότητα, να γευματίσουν μόνοι τους, θεωρούν υγιεινά τα έτοιμα γεύματα, έχουν πίεση χρόνου και γευματίζουν ξεχωριστά σαν οικογένεια. Αρνητική συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ κατανάλωσης έτοιμων γευμάτων και της φρεσκάδας γευμάτων. Η κατανάλωση έτοιμων γευμάτων μειώνεται όταν κάποιος προτιμά την κατανάλωση φρέσκων γευμάτων. Για την κατανάλωση γευμάτων στο χέρι φάνηκε θετική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικότητας, καινοτομίας, γευματίζω μόνος, ενδιαφέρον για μαγείρεμα, τάση απέναντι στην διαφήμιση, σνακ αντί για γεύμα. Παράλληλα, φάνηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ γευμάτων στο χέρι και φρεσκάδα τροφίμων, η γυναίκα αναλαμβάνει το μαγείρεμα, προτίμηση υγιεινού φαγητού. Όσο αφορά την κατανάλωση γευμάτων σε εστιατόρια, φάνηκε θετική συσχέτιση με την άποψη ότι τα γεύματα εκτός σπιτιού καταναλώνονται για κοινωνικότητα. Επίσης, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ γευμάτων σε εστιατόρια με την τιμή και το στρες (Nordstrom and Thunstrom, 2011).

Συμπερασματικά, προέκυψε ότι τα βολικά τρόφιμα και γεύματα θεωρούνται περισσότερο ως κοινωνικό γεγονός, η τιμή παίζει καθοριστικό παράγοντα για την μείωση των γευμάτων σε εστιατόρια (Nordstrom and Thunstrom, 2011).

Σύμφωνα με μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε φάνηκε ότι τα άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου καταναλώνουν περισσότερα φρούτα, λαχανικά, γαλακτοκομικά, ψάρια, και λιγότερα κρεατικά, αλκοόλ, άμυλο και δημητριακά σε σχέση με τους χαμηλού μορφωτικού επιπέδου καταναλωτές. Οι άνδρες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο καταναλώνουν περισσότερο κρέας και λιγότερο μύρα και οι άνδρες με υψηλό εισόδημα καταναλώνουν λιγότερο κρέας και περισσότερο γάλα (Boer et al., 2004).

Η τρέχουσα οικονομική κρίση έχει υποβαθμίσει το βιοτικό επίπεδο με αποτέλεσμα να έχει δυσμενή επιρροή στον τρόπο σίτισης των καταναλωτών. Η διατροφή τείνει να απομακρύνεται από το Μεσογειακό πρότυπο. Υποβαθμίζεται η θρεπτική ποιότητα των τροφίμων κυρίως σε μικροθρεπτικά και ω-3 λιπαρά οξέα λόγω τον περιορισμό των δαπανών για τα τρόφιμα. Αυξάνονται οι ασθένειες και η παχυσαρκία.

Επίσης σε περίοδο οικονομικής κρίσης παρατηρείται μείωση της πρόσληψης θρεπτικών συστατικών. Παρατηρείται μείωση του αριθμού των γευμάτων. Σε αγροτικούς



πληθυσμούς παρατηρείται κατανάλωση άγριων τροφίμων, ανώριμων καλλιεργειών και αποθεματικών σπόρων (Darnton-Hill and Cogill, 2010).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ουάσιγκτον το 1997, παρατηρήθηκε ότι τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα επιλέγουν τρόφιμα χαμηλότερου κόστους και χαμηλότερης ποιότητας προκειμένου να ανταπεξέλθουν στην αύξηση των τιμών (Kaufman et al., 1997). Επίσης έχει παρατηρηθεί μεγαλύτερη κατανάλωση σνακ υπό την πίεση άγχους. Παρατηρήθηκε αυξημένη κατανάλωση γλυκών και σοκολάτας κέικ και μπισκότα, αλμυρά σνακ, ενώ εμφανίστηκε μικρότερη πιθανότητα κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών και ψαριών (Oliver and Wardle, 1999).

Χαρακτηριστική επίσης είναι και η αυξημένη κατανάλωση κατεψυγμένων προϊόντων τα τελευταία χρόνια όπως τα κατεψυγμένα λαχανικά που αναφέρει ο Πανελλήνιος Σύνδεσμος Επιχειρήσεων Κατεψυγμένων Τροφίμων για το έτος 2011.

Η οικονομική ύφεση επηρέασε την ανθρώπινη υγεία, πλήττοντας το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού και επηρεάζοντας την ψυχολογία. Αυτές οι διαστάσεις επηρεάζουν τις καταναλωτικές επιλογές των ατόμων. Η έλλειψη των τροφίμων και η αύξηση των τιμών επιδρούν τόσο σε ατομικό όσο και σε οικογενειακό επίπεδο, υπονομεύοντας την ατομική υγεία, την ανάπτυξη, την πρόοδο, την οικογενειακή συνεκτικότητα και την οικονομική ανάπτυξη μιας χώρας. Η αύξηση των τιμών οδηγεί σε χαμηλότερη διαθεσιμότητα τροφίμων και ελλειμματική διατροφή, μειωμένη ανοσία και αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας (Darnton-Hill and Cogill, 2010).

Σύμφωνα με την Attica Study σε σχέση με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα, φάνηκε ότι ο πληθυσμός της Ελλάδας παρέκκλιε από το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής και τις συνιστώμενες διατροφικές οδηγίες για τους ενήλικες. Την τριετία 2004 – 2008 η κατανάλωση ζυμαρικών και κρέατος αυξήθηκε σημαντικά, μειώθηκε η κατανάλωση φρούτων και ελαιολάδου, ενώ παρατηρήθηκε περαιτέρω μείωση στα λαχανικά, στο γάλα και το ψάρι. Αυτά τα τρόφιμα που περιορίστηκαν είναι βασικά συστατικά της Μεσογειακής Διατροφής με αποτέλεσμα οι Έλληνες να αποκλίνουν από το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής (Arvaniti et al., 2006).

Η δυτικού τύπου δίαιτα φάνηκε να προτιμάται από τους Έλληνες λόγω των καταπραϋντικών ιδιοτήτων της στην ψυχολογία και λόγω ρύθμισης του ορμονικού συστήματος και αυτή η δίαιτα είναι υψηλής περιεκτικότητας σε απλά σάκχαρα (Oliver and Wardle, 1999).



Παρατηρήθηκε αύξηση κατανάλωσης ζυμαρικών, πατάτας, κατεψυγμένων λαχανικών και η ελάττωση της κατανάλωσης βιολογικών τροφίμων, ψαριών και νωπών φρούτων, λαχανικών και γάλακτος, μπορεί να αιτιολογηθεί από το αντίστοιχο χαμηλό ή υψηλό κόστος της. Η μείωση του ελαιόλαδου, κατά 9,5%, παραπέμπει στην αντικατάσταση του από οικονομικότερα έλαια. Ο περιορισμός δαπανών, περιορίζει το σιτηρέσιο των Ελλήνων κυρίως εις βάρος των ω-3 λιπαρών οξέων και μικροθρεπτικών συστατικών. Οι φτωχοί των αστικών κέντρων καταναλώνουν αυξημένη ποσότητα κατεψυγμένων τροφίμων με αποτέλεσμα η υγεία τους να κινδυνεύει περισσότερο από τους οικονομικά ευκατάστατους που μπορούν να προμηθεύονται φρέσκα φρούτα (Darnton-Hill and Cogill, 2010).

Η ύπαρξη ασθενειών στην Ελλάδα όπως είναι η παχυσαρκία, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και ο σακχαρώδης διαβήτης, είναι επακόλουθο διότι πρόκειται για νόσους που σχετίζονται με τις λανθασμένες διατροφικές συνήθειες και ψυχολογική πίεση. Η σχέση φτώχειας και παχυσαρκίας σχετίζεται στο χαμηλό κόστος της ενεργειακής πυκνότητας και ενισχύεται με αύξηση ζάχαρης και λίπους. Το γρήγορο φαγητό ενδέχεται να προκαλεί αύξηση σωματικού βάρους λόγω του μεγέθους της μερίδας, της υψηλής ενεργειακής πυκνότητας, των trans λιπαρών, των αυξημένων κορεσμένων λιπαρών, του υψηλού γλυκαιμικού φορτίου και των χαμηλών διαιτητικών ινών (Ludwig and Pollack, 2009).

Η οικονομική κρίση έχει αυξήσει τον αριθμό των αστέγων. Οι άστεγοι όπως είναι γνωστό προμηθεύονται τρόφιμα όπως δημητριακά από φιλανθρωπικά καταφύγια και κάδους απορριμμάτων με αποτέλεσμα να έχουμε ανεπαρκή πρόσληψη θρεπτικών συστατικών, βιταμινών, ιχνοστοιχείων, με συνέπεια την εμφάνιση διατροφικών διαταραχών, υπερχοληστερολαιμία, διαβήτη, υπέρταση και καρδιαγγειακή νόσο (Jones et al., 2009).

Οι δείκτες υγείας χειροτερεύουν καθώς το στρες, το οποίο αποτελεί το κύριο αποτέλεσμα της κρίσης, οδηγεί σε μια ανθυγιεινή συμπεριφορά η οποία είναι αποτέλεσμα μεγάλης ποσότητας πρόχειρου φαγητού αλλά και διαταραχών ύπνου. Η κρίση επηρεάζει εκτός από την αγορά καταναλωτικών αγαθών προσωπικής και οικιακής χρήσης και την επιλογή των προϊόντων διατροφής. Η τιμή των ειδών διατροφής έχει κάνει τους καταναλωτές να παραβλέπουν την θρεπτική αξία του τροφίμου και την αναλογία του σε θρεπτικά συστατικά. Το κόστος είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τις διατροφικές συμπεριφορές. Σε χαμηλά κοινωνικό-οικονομικά στρώματα έχει παρατηρηθεί



μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Η μείωση του χρηματικού ποσού μπορεί να μειώσει την ποιότητα διατροφής και το σωματικό βάρος ενώ έχει φανεί να διαμορφώνεται μια δυτικού τύπου διατροφή (Ludwig and Pollack, 2009).

Σε περίοδο φτώχειας και οικονομικής πίεσης έχουν παρατηρηθεί σημαντικές αυξήσεις ψυχιατρικής νοσηρότητας. Σε περιόδους οικονομικής κρίσης επικρατέστερες ψυχικές διαταραχές είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Αυτές οι ψυχολογικές καταστάσεις έχουν επιπτώσεις στο σύστημα έκκρισης ορμονών καθώς και στην σύνθεση των γευμάτων που καταναλώνονται και στην διατροφή (Oliver and Wardle, 1999).

Λόγω της οικονομικής κρίσης ο πληθυσμός της Ελλάδας έχει αποκτήσει άγχος το οποίο επιδρά στην ψυχική διάθεση και στον οργανισμό του. Αυτό οφείλεται στο νευρικό και αμυντικό σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού. Σε περιόδους ένδειας έχει παρατηρηθεί ότι και τα δύο φύλα σε ανεργία παρουσιάζουν πολύ υψηλότερα ποσοστά κακής ψυχικής υγείας από τους εργαζόμενους (Ράμμος and Ζιάκκα, 2007).

Ο προγραμματισμός των γευμάτων, περιορίζει σημαντικά τα υπολείμματα και μπορεί να συμβάλλει στην εξοικονόμηση των χρημάτων. Η οικονομική κρίση μπορεί να αποτελέσει το μέσο για υγιεινότερες και οικονομικότερες επιλογές.

4. Ποιότητα ζωής

4.1. Ορισμός- Έννοια ποιότητας ζωής

Η παγκόσμια κοινότητα σήμερα αντιμετωπίζει μια από τις πιο μεγάλες οικονομικές κρίσεις, η οποία προκαλεί επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, καθώς επίσης και μείωση του εισοδήματος με αποτέλεσμα να ωθεί μεγάλα ποσοστά πληθυσμού στην φτώχεια. Όλο αυτό έχει ως αποτέλεσμα να επιδρά αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων.

Σύμφωνα με τους Ventegodt et al. (2003), η ποιότητα ζωής εκφράζει την υποκειμενική αίσθηση πληρότητας και ασφάλειας του ατόμου, καθώς και την συμμετοχή του σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινότητας του. Η ποιότητα ζωής δεν μπορεί να ορισθεί και να μετρηθεί (Ventegodt et al., 2003). Οι Dalkey και Rourke (1973), όρισαν ως ποιότητα ζωής τον βαθμό ευεξίας, την ικανοποίηση από την ζωή, την ευτυχία του ατόμου λαμβάνοντας υπόψη τους την υγεία, την δραστηριότητα, το άγχος, την αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη, την κοινωνική και οικογενειακή υποστήριξη. Σύμφωνα με τον Hornquist (1982), η ποιότητα ζωής ορίζεται με βάση το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του ατόμου σύμφωνα με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς, διαρθρωτικούς τομείς της ζωή (Hornquist, 1982), σε αντίθεση με τον Lewis, 1982 ο οποίος



δήλωσε ότι η ποιότητα ζωής καθορίζεται από την αυτοεκτίμηση, το άγχος και τους στόχους που έχει κάποιος στην ζωή του. Άλλοι ερευνητές αντιλαμβάνονται την ποιότητα ζωής ως την ικανοποίηση του ατόμου από την ζωή του (Diener and Suh, 1997).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η υποκειμενική αντίληψη του ατόμου για την θέση που κατέχει στην ζωή, μέσω των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας, λαμβάνοντας εξίσου υπόψη τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες (ΠΟΥ, 2003).

Συνεπώς, η ποιότητα ζωής αναφέρεται τόσο στους υποκειμενικούς παράγοντες όσο και στους αντικειμενικούς. Η υποκειμενική αντίληψη αναφέρεται στην αίσθηση ευημερίας και στην ικανοποίηση που αντλείται σε σχέση με τις πολιτισμικές και κοινωνικές απαιτήσεις (Noll, 1998).

Η έννοια της ποιότητας ζωής δεν έχει καθοριστεί με έναν συγκεκριμένο ορισμό, με αποτέλεσμα να υπάρχουν πολλές εννοιολογικές ασάφειες. Επίσης η έννοια της ποιότητας ζωής μπορεί να είναι υποκειμενική, όταν αξιολογείται από το ίδιο το άτομο και αντικειμενική όταν καθορίζεται από εξωτερικούς παράγοντες. Η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν δείκτη αξιολόγησης θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών με στόχο την βελτίωση της ψυχικής υγείας. Η ποιότητα ζωής έχει μελετηθεί ιδιαίτερα σε περιπτώσεις σοβαρής και χρόνιας ψυχικής διαταραχής όπως είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές, οι οποίες φαίνεται να υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής.

Ο McCall, το 1975, υποστήριξε ότι η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στην δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή (McCall, 1975). Ο Lehman το 1988 υποστήριξε ότι η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τρεις θεμελιώδεις διαστάσεις: α) το τι είναι ικανό να κάνει το άτομο, β) την πρόσβαση του σε όρους και ευκαιρίες, για την επίτευξη των ενδιαφερόντων του, γ) το αίσθημα ψυχικής ευεξίας που βιώνει το άτομο.

Η ποιότητα ζωής είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με την ψυχική υγεία. Η Jahoba, το 1958 ασχολήθηκε με την ψυχική υγεία, και όρισε την θετική ψυχική υγεία ως μια κατάσταση ισορροπίας που περιλαμβάνει επτά χαρακτηριστικά:

1. την επίγνωση από το άτομο της ταυτότητας του
2. την δυνατότητα του ατόμου να είναι αυτοδύναμο
3. την δυνατότητα αντίστασης στο stress
4. την δυνατότητα του ατόμου να είναι ενεργητικό και ανεξάρτητο από κοινωνικές επιρροές



5. την δυνατότητα να ελέγχει το περιβάλλον
6. την ικανότητα να αγαπά, να εργάζεται, να διασκεδάζει
7. την δυνατότητα να επιλύει τα προβλήματά του (Jahoda, 1958).

Άλλοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ποιότητα ζωής και το ευ ζην. Σύμφωνα με αυτούς η ποιότητα ζωής έχει οριστεί ως το σύνολο των εσωτερικών διεργασιών του ατόμου οι οποίες σχετίζονται με τον βαθμό ικανοποίησης του από τις απαραίτητες συνθήκες και καταστάσεις που προωθούν την σωματική, ψυχική, κοινωνική ευημερία του ατόμου, όπως η προσωπική υγεία, η εργασία, η εκπαίδευση, η οικογένεια, οι κοινωνικές συναναστροφές και η οικονομική κατάσταση (Αλουμανής, 2002).

Παγκοσμίως, η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν δείκτη που έχει προστεθεί όπως και η υγεία στην κοινωνική υπηρεσία προγράμματος ανάπτυξης. Η ποιότητα ζωής επίσης αναφέρεται σε όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου και χρησιμοποιείται και σε τομείς όπως είναι η διαφήμιση, η λογοτεχνία, η φιλοσοφία, κοινωνικές και ιατρικές επιστήμες (κοινωνιολογία, οικονομία της υγείας, ψυχολογία και άλλες επιστήμες, οι οποίες ασχολούνται με τον άνθρωπο και το περιβάλλον του.

Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα εγγενές χαρακτηριστικό μιας κοινωνίας και αφορά τις προϋποθέσεις, τις οποίες πρέπει να πληροί κάποιο άτομο για να είναι ευτυχισμένο. Η ποιότητα ζωής σχετίζεται με το συναίσθημα του ατόμου από την επιτυχημένη επίτευξη των προσωπικών του στόχων (McCall, 1975).

Η Meeberg (1993) ορίζει την ποιότητα ζωής ως το συναίσθημα της αυτοϊκανοποίησης από την ζωή, βασισμένο στις πνευματικές και διανοητικές δυνατότητες του κάθε ανθρώπου. Είναι δυνατόν η ποιότητα ζωής να επηρεαστεί από την υγεία, την οικονομία, την κοινότητα και τις πολιτικές συνθήκες (Meeberg, 1993).

Ο Farquhar (1995) προσπάθησε να ορίσει την ποιότητα ζωής διαχωρίζοντας την σε τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε ορισμούς οι οποίοι ερμηνεύουν την ποιότητα ζωής ως τον βαθμό ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας που νιώθει το άτομο για τις διάφορες πλευρές της ζωής του. Είναι η ευχαρίστηση και η ικανοποίηση που χαρακτηρίζει την ανθρωπινή ύπαρξη. Περιλαμβάνει τις συνθήκες και τις εμπειρίες ζωής. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει τα συστατικά εκείνα που είναι απαραίτητα για τον υπολογισμό της ποιότητας ζωής. Σε αυτό το μέρος η ποιότητα ζωής χωρίζεται σε τέσσερις διαστάσεις: την γενική υγεία και λειτουργικότητα, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ατόμου, την



ικανοποίηση από την ζωή και τον αυτοσεβασμό. Το τρίτο μέρος αναφέρεται στην ικανοποίηση που νιώθει το άτομο από την κατανάλωση αγαθών, από τον ελεύθερο χρόνο, καθώς και από αλλά φυσικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος που ζει (Farquhar, 1995).

Οι Felce και Perry (1995) διαχώρισαν την ποιότητα ζωής δίνοντας ορισμούς οι οποίοι αφορούσαν:

- Την ικανοποίηση από τις συνθήκες ζωής
- Την ποιότητα των συνθηκών ζωής ενός ατόμου
- Ένα συνδυασμό της ικανοποίησης και των συνθηκών ζωής.

Θεωρούσαν ότι η ποιότητα ζωής αποτελείται από ένα σύνολο μετρήσιμων όρων ζωής που βιώνονται από ένα άτομο, όπως είναι η φυσική υγεία, οι προσωπικές περιστάσεις, οι κοινωνικές σχέσεις και οι διάφορες προσωπικότητες. Μέσα από ερευνά οι Felce και Perry κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα ζωής αποτελείται από πέντε διαστάσεις οι οποίες είναι:

- ✓ *φυσική ευημερία*: η οποία περιλαμβάνει τις έννοιες της υγείας, της ικανότητας, της κινητικότητας, της προσωπικής ασφάλειας.
- ✓ *υλική ευημερία*: η οποία περιλαμβάνει το εισόδημα, την ποιότητα της κατοικίας, την ποιότητα του περιβάλλοντος διαβίωσης, την ιδιοκτησία, την ύπαρξη ιδιωτικού χώρου, την γειτονιά, την μεταφορά, το φαγητό και την ασφάλεια.
- ✓ *κοινωνική ευημερία*: περιλαμβάνει τις διαπροσωπικές σχέσεις στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι συγγενικές σχέσεις, οι οικογενειακές σχέσεις, οι φιλικές σχέσεις, καθώς και την κοινοτική συμμετοχή που αφορά τις δραστηριότητες, την αποδοχή και την υποστήριξη.
- ✓ *συναισθηματική ευημερία*: η οποία περιλαμβάνει την εκτίμηση, την ικανοποίηση, τον αυτοσεβασμό, την πίστη.
- ✓ *ανάπτυξη και δραστηριότητες*: η οποία περιλαμβάνει την ικανότητα, την ανεξαρτησία, το επάγγελμα, τις δραστηριότητες του σπιτιού, τα ενδιαφέροντα και την εκπαίδευση (Felce and Perry, 1995).

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα του Veenhoven το 2004, ο όρος ποιότητα ζωής μπορεί να διαχωριστεί σε δύο μέρη: το πρώτο μέρος περιλαμβάνει τις ευκαιρίες για ευζωία, ενώ το δεύτερο τις εσωτερικές ποιότητες και τις εξωτερικές ποιότητες. Από τον



συνδυασμό αυτό των δύο κατηγοριών προκύπτουν οι τέσσερις ποιότητες της ζωής: η βιωσιμότητα του περιβάλλοντος, η χρησιμότητα της ζωής, η ικανότητα της ζωής του ατόμου και η ευχαρίστηση της ζωής (Veenhoven, 2004).

4.2. Δείκτες μέτρησης

Η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Βασική προϋπόθεση για την υψηλή ποιότητα ζωής είναι η υγεία (Kinley, 1979). Η μέτρηση του επιπέδου υγείας λειτουργεί ως βασική συνισταμένη της εκτίμησης της ποιότητα ζωής, δεδομένου ότι η υγεία σχετίζεται άμεσα με την σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία του ατόμου. Η μέτρηση της υγείας είναι σημαντική από επιδημιολογική και κοινωνικοοικονομική άποψη ενώ το επίπεδο υγείας αποτελεί τη βάση για την εκτίμηση των αναγκών υγείας του πληθυσμού (Σούλης, 1991). Οι δείκτες υγείας διακρίνονται σε θετικούς και αρνητικούς. Οι θετικοί προσεγγίζουν τους δημογραφικούς δείκτες και αποτυπώνουν πιο ολοκληρωμένα τα επίπεδα υγείας. Κάποιοι από αυτούς είναι οι δείκτες γεννητικότητας, γονιμότητας και το προσδόκιμο επιβίωσης. Οι αρνητικοί δείκτες υγείας είναι πιο εύχρηστοι και διαδεδομένοι δείκτες. Μερικοί από αυτούς είναι οι δείκτες νοσηρότητας, οι δείκτες θνησιμότητας, οι δείκτες βαθμού αναπηρίας, το κόστος νοσηλείας και ο αριθμός ημερών νοσηλείας.

Σήμερα είναι ευρέως διαδεδομένο ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής αποτελούν πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο του οποίου η λειτουργία διέπεται τόσο από τις αρχές καθολικότητας, αλλά και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου. Οι προσδιοριστές υγείας και ποιότητας ζωής αφορούν τόσο στις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες ανάπτυξης και ευημερίας όσο και στη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ατόμου (Θεοδώρου et al., 1997).

Υπάρχουν δύο παραδοχές σχετικά με την μέτρηση της ποιότητας ζωής. Η πρώτη περιλαμβάνει αντικειμενικούς δείκτες, οι οποίοι αντανακλούν τις αντικειμενικές συνθήκες της ζωής των ανθρώπων μέσα σε ένα δεδομένο πολιτισμό ή γεωγραφικό περιβάλλον. Η δεύτερη αναφέρεται σε υποκειμενικούς δείκτες οι οποίες προέρχονται από αξιολογικές κρίσεις των πολιτών. Η καταλληλότητα ή όχι ενός δείκτη για την μέτρηση της ποιότητας ζωής εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της κοινότητας που εξετάζει κάθε φορά.

Ο Renmick και Brown (1996) έχουν χρησιμοποιήσει μια πιο ανθρωπομετρική προσέγγιση για την μέτρηση της ποιότητας ζωής. Οι ίδιοι υποστηρίζουν ότι για κάθε άτομο η ποιότητα ζωής γίνεται με άντληση μέσω χαρακτηριστικών, που σχετίζονται με την ύπαρξη, με το αίσθημα του ανήκειν και με τις δυνατότητες προσωπικής ολοκλήρωσης. Η



ποιότητα ζωής αποτελεί την συνισταμένη εννέα παραγόντων, της φυσικής, της ψυχολογικής και της πνευματικής ευεξίας, καθώς και ο ελεύθερος χρόνος και η δυνατότητα προσωπικής ανάπτυξης αποτελούν τους ατομικούς παράγοντες μέτρησης της ποιότητας ζωής, ενώ τα υλικά και κοινωνικά αγαθά εντάσσονται στους κοινωνικό-περιβαλλοντικούς.

Οι δείκτες χωρίζονται σε τέσσερις διαστάσεις: την οικονομική, την κοινωνική, την περιβαλλοντική και την θεσμική. Τέτοια ποιοτικά στοιχεία της οικονομικής ανάπτυξης είναι η φτώχεια, η ανισοκατανομή του εθνικού εισοδήματος, η θνησιμότητα, το προσδόκιμο ζωής, η παρεχόμενη εκπαίδευση, η ανεργία, το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η κατάσταση των συγκοινωνιακών δικτύων και η εγκληματικότητα. Οι δείκτες της ποιότητας ζωής εστιάζονται στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Υπάρχουν οι προσωπικοί δείκτες οι οποίοι σχετίζονται με την υγεία και τους κινδύνους ασφάλειας.

Επίσης, υπάρχουν οι διαπροσωπικοί δείκτες που εξετάζουν το προσωπικό δίκτυο, την κοινωνική υποστήριξη, την λειτουργία της οικογένειας. Τρίτον, υπάρχουν οι κοινωνικοί δείκτες όπως είναι το εισόδημα, η απασχόληση, το περιβάλλον και οι εκπαίδευση. Οι δείκτες καθιερώνουν τους παράγοντες και προσπαθούν να μετρήσουν τα ευαίσθητα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της οικονομίας της πόλης, της κοινωνικής ευημερίας και της περιβαλλοντικής υγείας. Οι δείκτες είναι στατιστικές που δίνουν έμφαση σε τι συμβαίνει σε ένα μεγαλύτερο σύστημα. Μας δίνουν μια γενική εικόνα μιας κατάστασης. Μας καθοδηγούν για τις κρίσιμες κατευθύνσεις στον τομέα της κοινωνίας, της οικονομίας, της υγείας ή του περιβάλλοντος (Aristigueta and Dooren, 2005). Τα βασικά κριτήρια των δεικτών είναι:

1. να έχουν σαφή καθορισμό
2. να είναι αξιόπιστοι
3. να είναι αντιπροσωπευτικοί του πληθυσμού για τα μέτρα των φαινομένων που επιδιώκονται
4. να είναι έγκυροι
5. να έχουν την ικανότητα να αθροίζονται και να αποσυντίθεται σε διάφορα επίπεδα ανάλυσης
6. να μπορούν να ερμηνευθούν εύκολα
7. να είναι διαθέσιμοι για λόγους ανάλυσης
8. να απεικονίζουν τις αλλαγές κατά την διάρκεια του χρόνου ώστε να είναι χρήσιμοι (Estes, 2004).



Στον χώρο της υγείας, τα προτεινόμενα εργαλεία ανήκουν σε δύο βασικές κατηγορίες:

1. Τα εργαλεία γενικής χρήσης, τα οποία μετρούν το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού καθώς και των διαφόρων κοινωνικό-οικονομικών και πολιτιστικών ομάδων, ενώ η χρήση τους είναι ευρέως διαδεδομένη σε διάφορες ασθένειες, ανικανότητες, διαταραχές και ιατρικές θεραπείες. Τα όργανα αυτά είναι το SF-36, EQ-15D, EQ-5D.
2. Τα εργαλεία συγκεκριμένων ασθενειών τα οποία μετρούν το επίπεδο υγείας ορισμένων πληθυσμιακών ομάδων ή ατόμων με συγκεκριμένες κατηγορίες νόσων. Αυτά τα εργαλεία είναι πολύ ευαίσθητα, ώστε να συλλαμβάνουν τις αλλαγές στην κατάσταση υγείας ή τα στάδια κάποιων ασθενειών, όπως η αρθρίτιδα, ο διαβήτης και το άσθμα (Υφαντόπουλος, 2005).

Το SF-36®, το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε στο ερευνητικό κομμάτι της παρούσας πτυχιακής εργασίας, είναι ένα ψυχομετρικό τεστ που αποτελείται από 36 ερωτήσεις όπως δηλώνει και το όνομά του. Δημιουργήθηκε στις ΗΠΑ το 1992 με στόχο την εκτίμηση της υγείας και της ποιότητας ζωής (Ware and Sherbourne, 1992). Αποτελεί ένα εύχρηστο ψυχομετρικό όργανο που χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοαξιολόγηση της ποιότητας ζωής ατόμων και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφορετικών ομάδων ατόμων. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα έχοντας τεκμηριωμένη υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, γεγονός που δικαιολογεί τη συχνή χορήγησή του σε έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό (Pappa et al., 2005).

4.4. Η επίδραση της μεσογειακής διατροφής στη ποιότητα ζωής

Η Μεσογειακή διατροφή προάγει τη μακροζωία και συντελεί στην πρόληψη διάφορων ασθενειών. Η υιοθέτηση αυτού του προτύπου διατροφής έχει φανεί ότι μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων, σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, παχυσαρκίας ακόμη και μερικών τύπων καρκίνου (Lazarou et al., 2012). Σημαντικούς παράγοντες στη μεσογειακή διατροφή αποτελούν τα αμυλούχα προϊόντα ολικής άλεσης, η ποικιλία φρούτων και λαχανικών και η κύρια λιπαρή ύλη, το ελαιόλαδο.



Η μεσογειακή διατροφή προτείνει καθημερινή κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης, ζυμαρικών, φρούτων, λαχανικών, ελαιολάδου και γαλακτοκομικών προϊόντων εβδομαδιαία κατανάλωση ψαριών, πουλερικών, ελιών, οσπρίων, ξηρών καρπών, πατατών, αυγών και γλυκών ενώ συστήνει το κόκκινο κρέας σε μηνιαία βάση. Τέλος σύμφωνα με το μεσογειακό πρότυπο διατροφής προτείνεται μέτρια κατανάλωση αλκοόλ.

Σε μεγάλο πλήθος ερευνών έχει μελετηθεί η επίδραση του μεσογειακού προτύπου διατροφής στην υγεία, σωματική και ψυχική, και στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Μια από αυτές είναι η Lyon Heart Study η οποία πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 605 ασθενών που είχαν ήδη υποστεί επεισόδιο εμφράγματος του μυοκαρδίου. Τα αποτελέσματα έδειξαν, λοιπόν, πως οι ασθενείς που ακολουθούσαν μεσογειακού τύπου διατροφή αντιμετώπιζαν 50-70% χαμηλότερο κίνδυνο επανεμφάνισης κάποιου καρδιαγγειακού συμβάματος σε σύγκριση με τους ασθενείς που ακολουθούσαν μια δυτικού τύπου διατροφή (de Lorgeril et al., 1999).

Σύμφωνα με δημοσιεύσεις από μια άλλη μελέτη, την μελέτη EPIC, η μεσογειακή διατροφή μειώνει κατά 25% την ολική θνησιμότητα και κατά 33% συγκεκριμένα την καρδιακή θνησιμότητα, ανεξάρτητα με παράγοντες όπως είναι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το κάπνισμα και η φυσική δραστηριότητα (Trichoroulou et al., 2009). Η μελέτη CARDIO 2000 παρατήρησε πως η μεσογειακή διατροφή μειώνει το κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου κατά 16% (Panagiotakos et al., 2002).

Σύμφωνα με άλλη μελέτη η προσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής, σε πνευματικό όσο και σε σωματικό επίπεδο. Τα άτομα μετά από 4 έτη παρακολούθησης φάνηκε να έχουν περισσότερη ζωτικότητα, καλύτερη γενική υγεία και λειτουργικότητα ενώ είχαν λιγότερο σωματικό πόνο όσο η διατροφή που ακολουθούσαν προσέγγιζε περισσότερο τη μεσογειακή διατροφή. Βελτίωση στην ποιότητα ζωής είχαν και εκείνοι που αύξησαν την προσκόλλησή τους στη μεσογειακή διατροφή κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης μελέτης (Sanchez et al., 2012).



ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



5. Μεθοδολογία

5.1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της ποιότητας διατροφής ανέργων που διαμένουν στην Αθήνα και τη Χαλκίδα και διερεύνηση πιθανών διαφορών μεταξύ των δύο διαφορετικών περιβαλλόντων. Επιπρόσθετος στόχος είναι η διερεύνηση κοινωνικό-οικονομικών παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα ζωής και διατροφής.

5.2. Δείγμα

Όλοι οι συμμετέχοντες έλαβαν μέρος εθελοντικά αφού πρώτα ενημερώθηκαν λεπτομερώς για το σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε κατά τους θερινούς μήνες του 2013, Ιούλιο και Αύγουστο, και έλαβε χώρα στους εξωτερικούς χώρους των παραρτημάτων του ΟΑΕΔ, μετά την έγκριση του εκάστοτε προϊσταμένου. Το ποσοστό ανταπόκρισης είναι 85,1%.

5.3. Εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους εθελοντές, με την παρουσία της ερευνητικής ομάδας στο χώρο, με σκοπό την διευκρίνιση οποιασδήποτε λεπτομέρειας. Μετά την ολοκλήρωση του ερωτηματολογίου ο ερευνητής κατέγραφε την εικοσιτετράωρη ανάκληση του κάθε εθελοντή. Το ερωτηματολόγιο όπως και η φόρμα καταγραφής της εικοσιτετράωρης ανάκλησης φαίνονται στο παράρτημα 1.

5.3.1. Ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κοινωνικό-οικονομικών χαρακτηριστικών

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη σχεδιάστηκε από την ερευνητική ομάδα και περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις κλειστού τύπου δημογραφικών και κοινωνικοοικονομικών στοιχείων ώστε να εκτιμηθεί το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του



εκάστοτε άτομου. Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο οι εθελοντές επίσης δήλωσαν το ύψος και το βάρος τους..

5.3.2. Ψυχομετρικό ερωτηματολόγιο

Για το έλεγχο της ποιότητας ζωής και την αυτοαξιολόγηση της υγείας των εθελοντών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36® (SF-36 Health Survey). Το SF-36® δημιουργήθηκε στις ΗΠΑ το 1992 με στόχο την εκτίμηση της υγείας και της ποιότητας ζωής (Ware and Sherbourne, 1992). Αποτελεί ένα εύχρηστο ψυχομετρικό όργανο που χρησιμοποιείται σε αρκετές χώρες για την αυτοαξιολόγηση της ποιότητας ζωής ατόμων και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφορετικών ομάδων ατόμων. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα έχοντας τεκμηριωμένη υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία, γεγονός που δικαιολογεί τη συχνή χορήγησή του σε έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό (Pappa et al., 2005). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 36 απλές ερωτήσεις κλειστού τύπου που απαντήθηκαν από τους συμμετέχοντες της έρευνας. Αφού συγκεντρώθηκαν τα ερωτηματολόγια όλου του δείγματος, οι απαντήσεις αναλύθηκαν από την ερευνητική ομάδα όπως ορίζεται για την κάθε ερώτηση από το 0-100 με υψηλότερο σκορ το 100. Έπειτα, οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες και βγήκαν οι 8 κλίμακες μέτρησης και τα σκορ τους οι οποίες παρουσιάζονται στον πίνακα 5.3.2.1.(Ware et al., 1995).



Πίνακας 5.3.2.1. Κλίμακες μέτρησης ερωτηματολογίου SF-36®.

Κλίμακα Μέτρησης	Αγγλικοί Όροι	Αριθμός Ερωτήσεων	Ερωτήσεις
Σωματική Λειτουργικότητα	Physical functioning	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Ρόλος Σωματικός	Role limitations due to physical health	4	13, 14, 15, 16
Ρόλος Συναισθηματικός	Role limitations due to emotional problems	3	17, 18, 19
Ζωτικότητα	Energy/ fatigue	4	23, 27, 29, 31
Ψυχική Υγεία	Emotional well being	5	24, 25, 26, 28, 30
Κοινωνική Λειτουργικότητα	Social functioning	2	20, 32
Σωματικός Πόνος	Pain	2	21, 22
Γενική Υγεία	General health	5	1, 33, 34, 35, 36

Πηγή: (Ware et al., 1995)

Θεωρητικά, η σωματική λειτουργικότητα εκτιμά το βαθμό που η υγεία περιορίζει τις σωματικές δραστηριότητες του ατόμου. Οι ερωτήσεις ελέγχουν το περιορισμό αυτό κλιμακωτά, ξεκινώντας από πολύ έντονες και κοπιαστικές δραστηριότητες και καταλήγουν σε απλές δραστηριότητες, που αφορούν την αυτοεξυπηρέτηση του ατόμου.

Ο σωματικός ρόλος αξιολογεί κατά πόσο το άτομο περιορίζει τις καθημερινές δραστηριότητες ή τη δουλειά του λόγω σωματικής δυσκολίας. Έτσι εξετάζεται αν μειώθηκε ο χρόνος ενασχόλησης με τις διάφορες δραστηριότητες του ατόμου, αν το άτομο κρίνει ότι δεν κατάφερε να επιτελέσει όλα όσα προσδοκά, και αν υπάρχει περιορισμός σε κάποιο είδος ή στην εκτέλεση κάποιας δραστηριότητας κατά τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες.

Ο συναισθηματικός ρόλος εκτιμά την επιρροή της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου στην εργασία ή τις καθημερινές δραστηριότητες του. Εξετάζει, λοιπόν αν μειώθηκε ο χρόνος ενασχόλησης, αν επιτεύχθηκαν λιγότερα από τα προσδοκώμενα και αν επιτελέστηκαν οι εργασίες ή καθημερινές δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως, κατά τις τέσσερις τελευταίες εβδομάδες λόγω κακής ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου (π.χ. αίσθημα καταπίεσης ή άγχους).

Όσον αφορά τη κλίμακα ζωτικότητας αξιολογεί το αίσθημα ενεργητικότητας, ζωντάνιας, κόπωσης και εξάντλησης κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα.



Η κλίμακα ψυχική υγεία αξιολογεί τη πιθανότητα προβλημάτων σε συναισθηματικό και ψυχικό επίπεδο όπως είναι η κατάθλιψη, το άγχος, ο έλεγχος συμπεριφοράς – συναισθήματος, η ηρεμία, η γαλήνη, και η θετική στάση για την ζωή κατά τις τελευταίες εβδομάδες.

Η κλίμακα κοινωνική λειτουργικότητα αξιολογεί κατά πόσο η σωματική ή συναισθηματική κατάσταση του ατόμου επηρεάζει τις κοινωνικές δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλες κοινωνικές ομάδες.

Η κλίμακα σωματικός πόνος εξετάζει αν το άτομο πονά και αξιολογεί κατά πόσο οι δραστηριότητες που έχει να επιτελέσει στη καθημερινότητά του επηρεάζονται από αυτόν τον σωματικό πόνο που νιώθει.

Στη κλίμακα γενική υγεία γίνεται αυτοαξιολόγηση της υγείας του ατόμου, εκτίμηση του πόσο ανθεκτικός είναι σε θέματα υγείας σε σχέση με άλλους, εκτίμηση της υγείας του σε σχέση με άλλους γνωστούς του, και εκτίμηση της πορείας της υγείας του.

5.3.3. Δείκτης διατροφικής αξιολόγησης

Το Mediterranean Diet Score (ή MedDietScore) αποτελεί έναν δείκτη αποτίμησης του βαθμού υιοθέτησης του μεσογειακού διατροφικού προτύπου μέσω του οποίου αξιολογήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες των εθελοντών και οι πιθανότητες εμφάνισης οξέος στεφανιαίου επεισοδίου που παρουσιάζουν βάση του συγκεκριμένου σκορ (Panagiotakos et al., 2006). Ο δείκτης περιλαμβάνει 11 διαφορετικές συνιστώσες, οι οποίες είναι τα μη επεξεργασμένα δημητριακά, οι πατάτες, τα φρούτα και οι χυμοί τους, τα λαχανικά και οι σαλάτες, τα όσπρια, το ψάρι και οι σούπες, το κόκκινο κρέας και τα προϊόντα του, τα πουλερικά, τα πλήρη γαλακτοκομικά προϊόντα, το ελαιόλαδο και τα αλκοολούχα ποτά. Το άτομο ρωτάται πόσο συχνά καταναλώνει τα παραπάνω σε εβδομαδιαία βάση με τις απαντήσεις να είναι προκαθορισμένες σε εύρη. Στην ανάλυση των δεδομένων, η κάθε απάντηση βαθμολογείται από το 0 έως το 5, με τη μεγαλύτερη συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή να δηλώνεται από το 5. Έτσι προκύπτουν οι τιμές του συνολικού σκορ να κυμαίνονται μεταξύ του 0-55, με την απόλυτη υιοθέτηση του μεσογειακού προτύπου να βαθμολογείται με 55. Το MedDietScore παρουσιάζει υψηλή ακρίβεια και επαναληψιμότητα, όσον αφορά τις ομάδες τροφίμων που περιλαμβάνονται στην μεσογειακή πυραμίδα (Panagiotakos et al., 2009).



5.3.4. Ανάκληση εικοσιτετραώρου

Στο τέλος του κάθε ερωτηματολογίου, ο εθελοντής κλήθηκε να ανακαλέσει τα τρόφιμα και τα ποτά που κατανάλωσε κατά τις προηγούμενες 24 ώρες ή κατά τη διάρκεια ενός τυπικού εικοσιτετραώρου. Με τη βοήθεια της ερευνητικής ομάδας πληροφορίες όπως το μέγεθος της μερίδας, ο τρόπος παρασκευής, το μέρος κατανάλωσης και η εμπορική ονομασία των τυποποιημένων προϊόντων καταγράφηκαν. Ο προσδιορισμός της καταναλισκόμενης ποσότητας έγινε με τη χρήση εύκολων για τον εθελοντή συσχετίσεων (π.χ. μέγεθος σπιρτόκουτου, τράπουλας, αυγού κτλ). Για την ανάλυση των εικοσιτετράωρων ανακλήσεων χρησιμοποιήθηκε το ελληνικό διαιτητικό λογισμικό DietSpeak©.

Όσον αφορά την ανάλυση των εικοσιτετράωρων ανακλήσεων, οι εθελοντές για τους οποίους το πηλίκο $ΕΠ^1:ΒΜ^2$ βρέθηκε μικρότερο από 0,9 θεωρήθηκαν πως είχαν υποκαταγραφεί και αποκλείστηκαν από την περαιτέρω στατιστική ανάλυση. Οι εθελοντές για τους οποίους το πηλίκο υπολογίστηκε μεγαλύτερο ή ίσο με 0,9 θεωρήθηκαν πως οι ανακλήσεις τους ήταν επαρκείς και βάσει αυτών προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα. Αυτό έγινε καθώς τα δεδομένα που είχαμε ήταν μόνο από 1 εικοσιτετράωρη ανάκληση (Black, 2000), όπως έπραξαν άλλες μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες όπως η NHANES III (Briefel et al., 1997).

Κατά την ανάλυση οι εικοσιτετράωρες ανακλήσεις στις οποίες είχε δηλωθεί ενεργειακή πρόσληψη μικρότερη του 0,9 του βασικού μεταβολικού ρυθμού (όπως υπολογίστηκε με την εξίσωση του Kraus), αποκλείστηκαν ως υποκαταγραφή όπως έχει γίνει σε άλλες μελέτες (NHANES III).

¹ ΕΠ: ενεργειακή πρόσληψη, η οποία προέκυψε από την ανάλυση της εικοσιτετράωρης ανάκλησης

² ΒΜ: βασικός μεταβολικός ρυθμός ηρεμίας όπως υπολογίστηκε για τον κάθε εθελοντή με βάση τις εξισώσεις του Kraus, 2000, όπου για τους άνδρες $RMR (kcal/ημέρα) = \text{Σωματικό Βάρος} \times 1 (kcal/kg) \times 24hr$ & για τις γυναίκες $RMR (kcal/ημέρα) = \text{Σωματικό Βάρος} \times 0,95 (kcal/kg) \times 24hr$



5.4. Στατιστική επεξεργασία

Όλα τα αριθμητικά δεδομένα παρουσιάστηκαν με μέση τιμή και τυπική απόκλιση. Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται σαν ποσοστά επί του δείγματος. Οι συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων (διαφορετική πόλη, φύλο κλπ) έγιναν με t-test για τις αριθμητικές μεταβλητές ή το αντίστοιχο μη παραμετρικό τεστ όταν οι μεταβλητές δεν ήταν παραμετρικές και χ^2 για τις κατηγορικές. Ο έλεγχος πολλαπλών παραγόντων που επηρεάζουν την γενική υγεία και των επιμέρους σκορ του SF-36 έγινε με εφαρμογή γραμμικών παλινδρομήσεων με την μέθοδο εισαγωγής. Όλες οι συσχετίσεις έγιναν κατά Pearson όπου οι κατανομές ήταν κανονικές ή κατά Spearman όταν δεν ήταν κανονικές. Το όριο της στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε $p < 0,05$. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν και αναλύθηκαν με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for the Social Sciences (IBM® SPSS Statistics Version 21).

6. Αποτελέσματα

6.1. Περιγραφή του δείγματος.

Στη μελέτη συμμετείχαν άτομα με κάρτα ανεργίας καταχωρημένα στα παραρτήματα ΟΑΕΔ της Αθήνας και της Χαλκίδας (N=143). Συγκεκριμένα, στο δείγμα περιλήφθηκαν άνεργοι άνδρες (n=55) και γυναίκες (n=88), 18-59 ετών (Πίνακας 6.1.2.) όπου οι μόνιμοι κάτοικοι στην περιοχή της Αθήνας ήταν n=67 και στη Χαλκίδα n=76 (Πίνακας 6.1.1.). Οι μήνες ανεργίας καταγράφηκαν από 1-72 μήνες με μέση τιμή 17,33 μήνες ενώ η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 32,88 έτη και ο μέσος όρος ετών εκπαίδευσης 12,77 έτη (Πίνακας 6.1.2.). Το ποσοστό ανταπόκρισης βρέθηκε 85,1%, με 168 άτομα να προσεγγίζονται για να συμμετάσχουν και 25 συνολικά σε Αθήνα και Χαλκίδα να αρνούνται τη συμμετοχή.



Πίνακας 6.1.1. Περιγραφή του συνόλου του δείγματος των ανέργων ως προς τα δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά τους χαρακτηριστικά (κατηγορικές μεταβλητές).

	Σύνολο των ατόμων (n)	Ποσοστό επί του συνόλου
Περιοχή Διαμονής		
Αθήνα	67	47%
Χαλκίδα	76	53%
Φύλο		
Γυναίκα	88	62%
Άνδρας	55	38%
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος	84	59%
Έγγαμος	49	34%
Διαζευγμένος	7	5%
Συμβίωση	3	2%
Διαμονή		
Μόνος/η	16	11%
Με συγγάτοικο	11	8%
Με γονείς	67	47%
Με την οικογένειά του/της	49	34%
Η κατοικία είναι ιδιόκτητη;		
Ναι	104	73%
Όχι	39	27%
Ετήσιο Οικογενειακό Εισόδημα		
0-10.000€	44	31%
10.001-20.000€	40	28%
20.001-30.000€	35	24%
30.001-40.000€	16	11%
>40.000€	8	6%
Ετήσιο Ατομικό Εισόδημα		
0-5.000€	116	81%
5.001-10.000€	17	12%
10.001-15.000€	7	5%
15.001-20.000€	1	1%
>20.000€	2	1%
Μηνιαίο Ενοίκιο		
0,00€	104	73%
<100€	2	1%
101-200€	5	3%
201-300€	15	10%
301-400€	13	9%
401-600€	4	3%

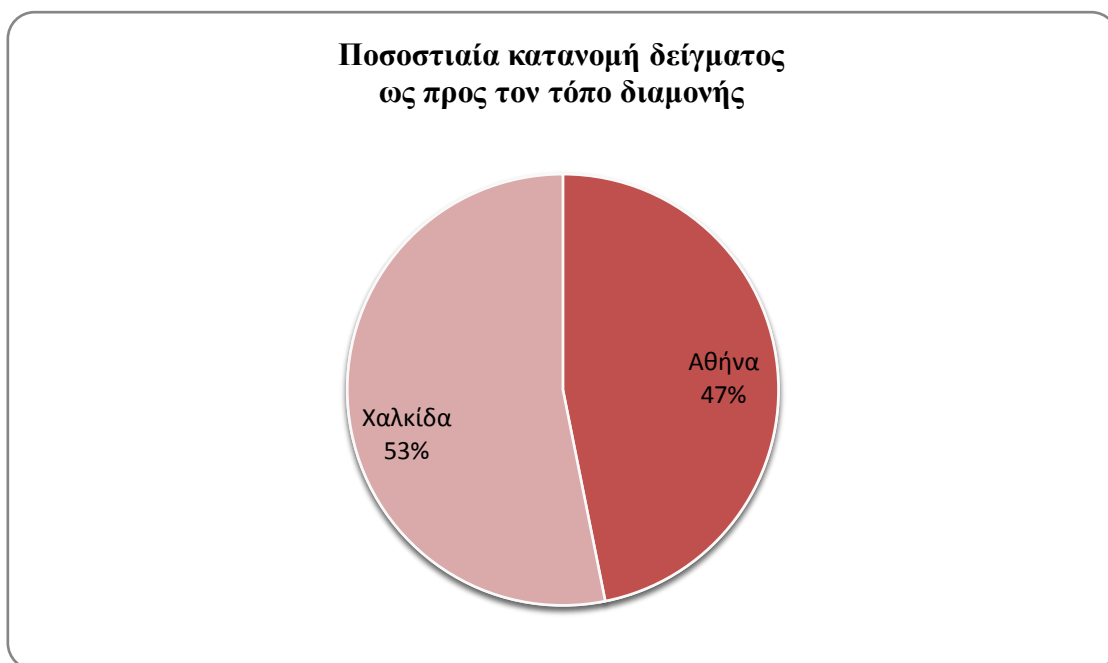


Πίνακας 6.1.2. Περιγραφή του συνόλου του δείγματος των ανέργων ως προς τα δημογραφικά, τα κοινωνικο-οικονομικά και τα ανθρωπομετρικά τους χαρακτηριστικά (συνεχείς μεταβλητές).

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία (έτη)	18,00	59,00	32,88	9,916
Μήνες ανεργίας	1	72	17,13	14,567
Χρόνια εκπαίδευσης	6	24	12,77	3,002
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	35	250	104,9	35,268
Βάρος (kg)	42,0	101,6	68,71	14,551
Ύψος (m)	1,50	1,89	1,68	0,091
ΔΜΣ (kg/m ²)	15,43	43,56	24,1	4,373

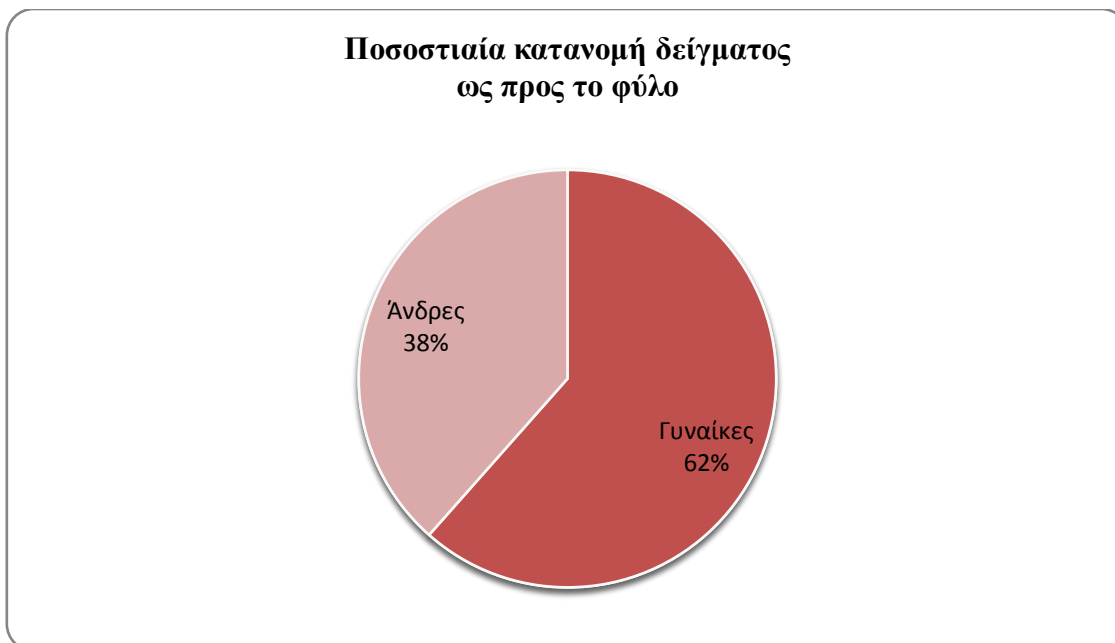
Στα γραφήματα 6.1.1.- 6.1.8 περιγράφεται το δείγμα σε ποσοστιαίες κατανομές για τις κατηγορικές μεταβλητές (φύλο, περιοχή, οικογενειακή κατάσταση, συγκατοίκηση, ιδιοκτησία κατοικίας, μηνιαίο ενοίκιο, ατομικό και οικογενειακό ετήσιο εισόδημα).

Γράφημα 6.1.1. Ποσοστιαία κατανομή του συνόλου του δείγματος των ανέργων ως προς τον τόπο διαμονής τους.

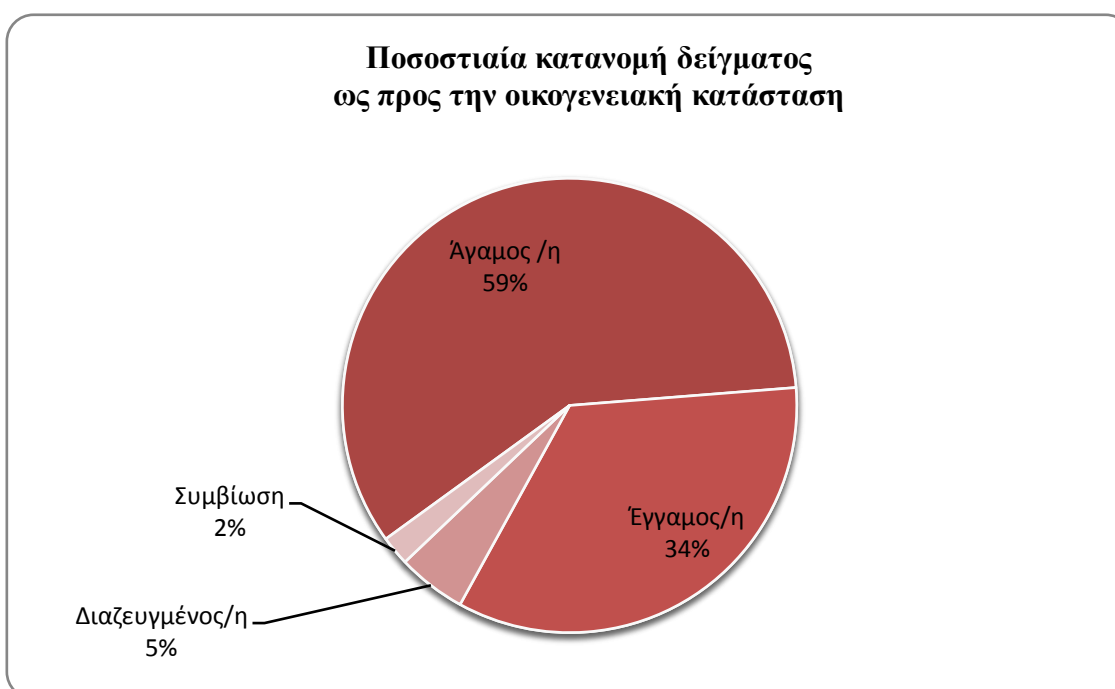




Γράφημα 6.1.2. Ποσοστιαία κατανομή του συνόλου του δείγματος των ανέργων ως προς το φύλο.



Γράφημα 6.1.3. Ποσοστιαία κατανομή του συνόλου του δείγματος των ανέργων ως προς την οικογενειακή κατάσταση.

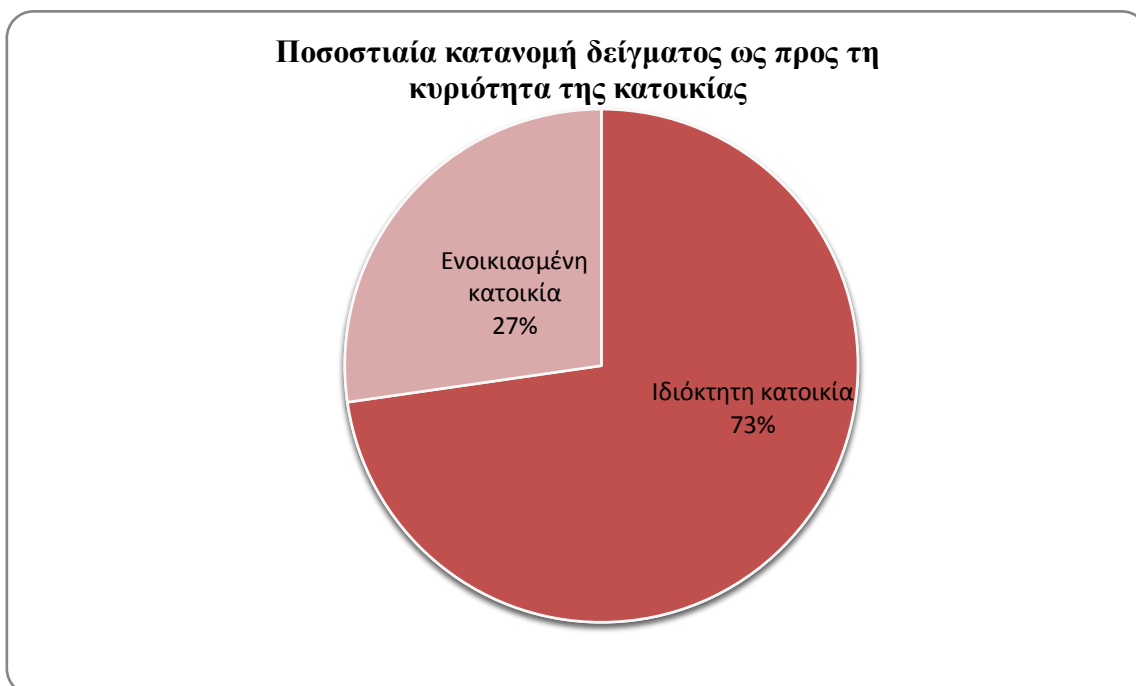




Γράφημα 6.1.4. Ποσοστιαία κατανομή του συνόλου του δείγματος των ανέργων ως προς τα άτομα με τα οποία διαμένουν

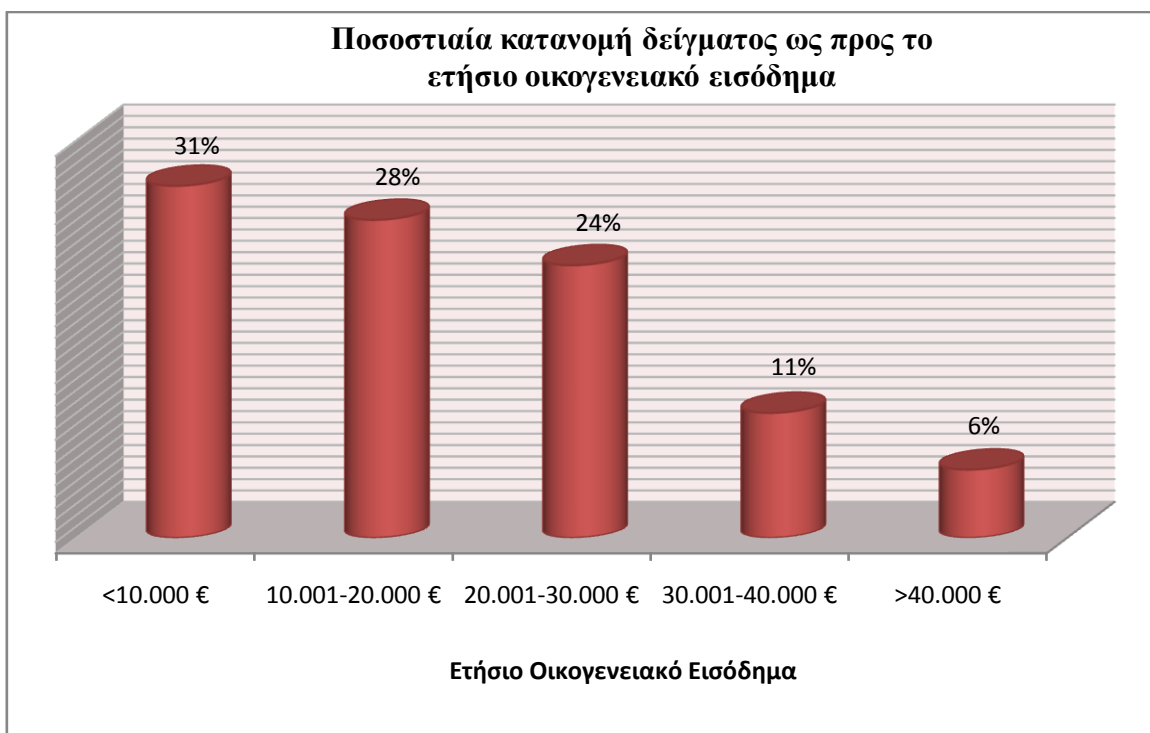


Γράφημα 6.1.5. Ποσοστιαία κατανομή του συνόλου του δείγματος των ανέργων ως προς την κατοικία στην οποία ζουν.

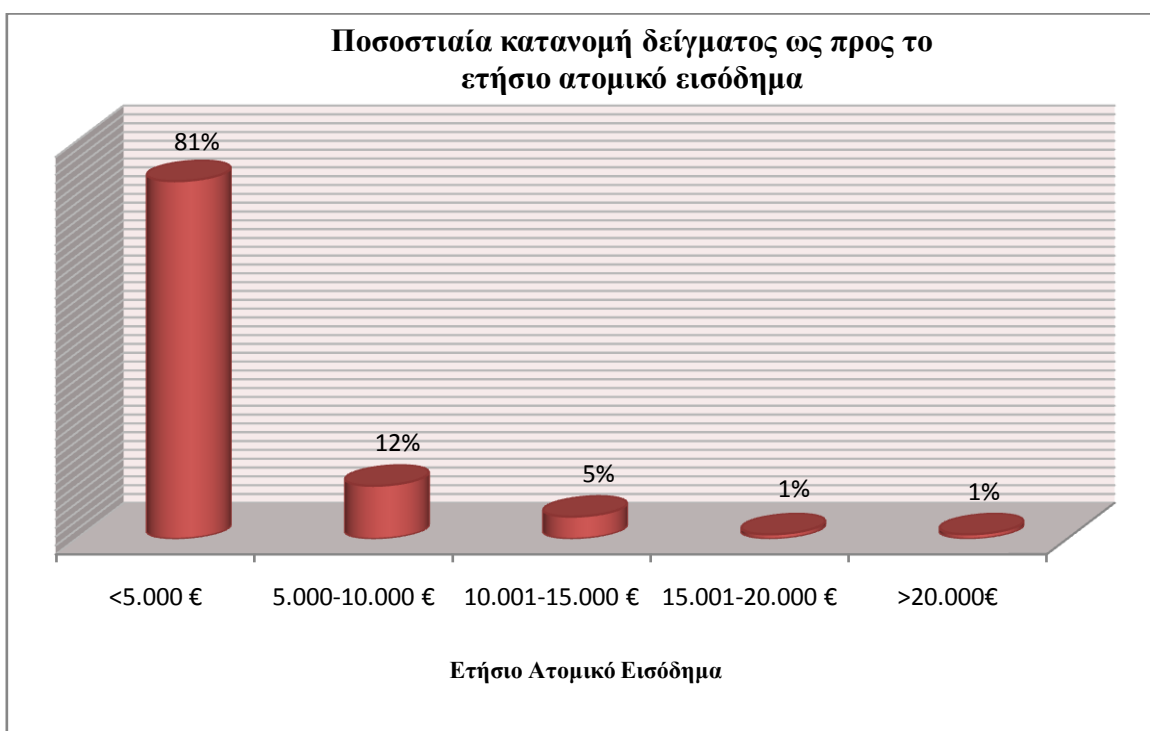




Γράφημα 6.1.6. Ποσοστιαία κατανομή του συνόλου του δείγματος των ανέργων ως προς το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα.

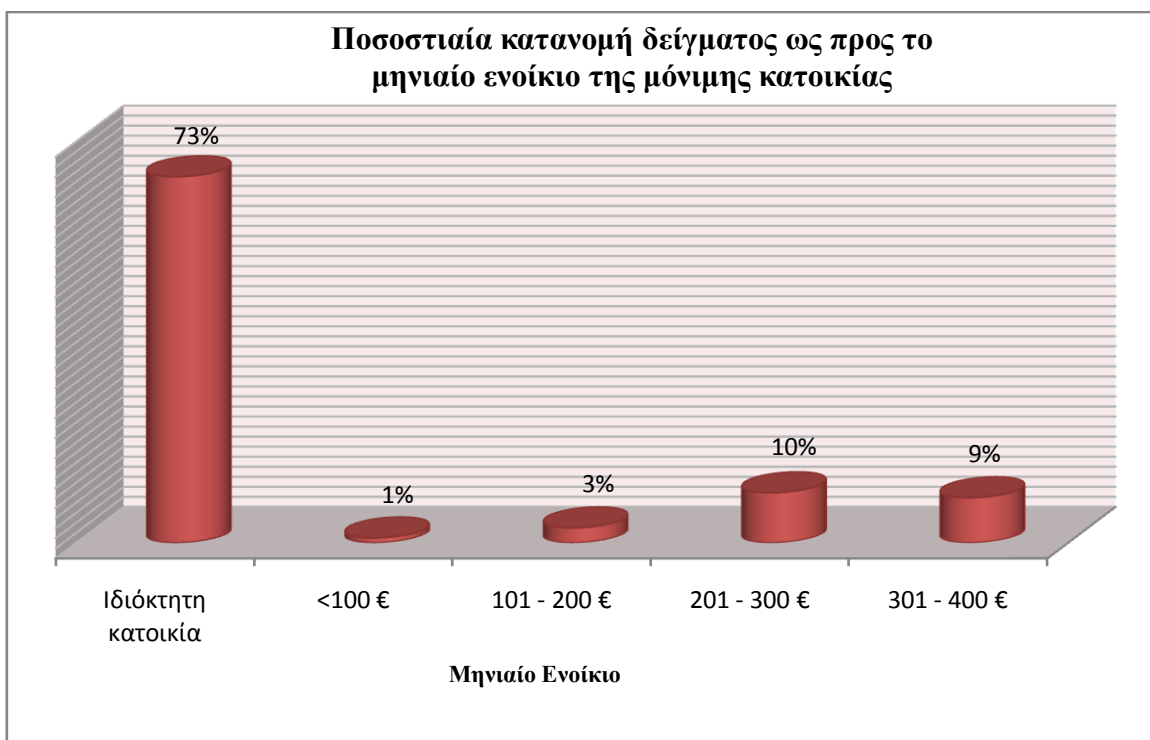


Γράφημα 6.1.7. Ποσοστιαία κατανομή του συνόλου του δείγματος των ανέργων ως προς το ετήσιο ατομικό εισόδημα.





Γράφημα 6.1.8. Ποσοστιαία κατανομή του συνόλου του δείγματος των ανέργων ως προς το μηνιαίο ενοίκιο της μόνιμης κατοικίας στην οποία διαμένουν.



6.2. Συγκρίσεις ανέργων που ζουν σε Αθήνα – Χαλκίδα

Στον πίνακα 6.2.1. παρουσιάζονται ως υποσύνολα του δείγματος τα άτομα που είναι μόνιμοι κάτοικοι Αθήνας και τα άτομα που είναι μόνιμοι κάτοικοι Χαλκίδας και συγκρίνονται (p -value). Όπως φαίνεται δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για την ηλικία, τους μήνες ανεργίας, τα χρόνια εκπαίδευσης, το βάρος ή το ΔΜΣ. Στατιστικά σημαντικές διαφορές όμως βρέθηκαν για το εμβαδό κατοικίας ($p=0,022$) με τους κατοίκους της Χαλκίδας να μένουν σε μεγαλύτερα σπίτια (Μ.Τ.=111,224 τμ) από αυτά που μένουν οι άνεργοι στην Αθήνα (Μ.Τ.=97,716) και για το ύψος ($p=0,029$) με τους κατοίκους της Χαλκίδας να καταγράφονται ψηλότεροι (Μ.Τ.=1,701) από τους κατοίκους της Αθήνας (Μ.Τ.=1,668m).



Πίνακας 6.2.1. Σύγκριση ανέργων σε Αθήνα και Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	33,149	9,660	32,658	10,196	0,769
Μήνες Ανεργίας	17,284	14,561	16,987	14,668	0,904
Χρόνια εκπαίδευσης	12,881	2,788	12,671	3,193	0,679
Εμβαδό κατοικίας(m ²)	97,716	32,485	111,224	36,603	0,022
Βάρος(kg)	66,187	14,190	70,938	14,593	0,051
Ύψος(cm)	1,668	0,075	1,701	0,103	0,029
BMI	23,776	4,914	24,393	3,844	0,402

Οι δύο επόμενοι πίνακες (πίνακες 6.2.2. και 6.2.3.) συγκρίνουν τους κατοίκους Αθήνας και Χαλκίδας που ζουν μόνοι τους και ζουν με τις οικογένειες τους, αντίστοιχα. Και στις δύο περιπτώσεις σημειώνεται στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το μέγεθος της κατοικίας με εκείνους που ζουν στη Χαλκίδα να έχουν την τάση να μένουν σε μεγαλύτερα σπίτια (για αυτούς που ζουν μόνοι τους $p=0,026$ και για εκείνους που ζουν με την οικογένειά τους $p=0,001$). Επίσης, μόνο για εκείνους που ζουν με τις οικογένειές τους βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα έτη εκπαίδευσης ($p=0,004$) με τους κατοίκους των Αθηνών να έχουν περισσότερα έτη εκπαίδευσης (Μ.Τ.= 12,96) σε σχέση με τους κατοίκους της Χαλκίδας (Μ.Τ.= 12,09).

Πίνακας 6.2.2. Σύγκριση ανέργων που ζουν μόνοι τους σε Αθήνα και Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	34,167	9,495	33,800	9,138	0,940
Μήνες ανεργίας	13,333	10,539	11,900	10,333	0,794
Χρόνια εκπαίδευσης	12,667	1,033	12,800	1,033	0,806
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	89,500	20,511	62,000	21,756	0,026
Βάρος (kg)	69,667	16,182	83,500	8,756	0,096
Ύψος (m)	1,721	0,137	1,788	0,069	0,302
ΔΜΣ (kg/m ²)	23,246	2,869	26,290	3,993	0,127



Πίνακας 6.2.3. Σύγκριση ανέργων που μένουν μαζί με την οικογένειά τους σε Αθήνα και Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	38,1923	8,371	42,9130	9,917	0,077
Μήνες ανεργίας	16,04	14,326	22,22	19,642	0,211
Χρόνια εκπαίδευσης	12,96	2,661	10,09	3,884	0,004
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	92,81	27,688	125,13	29,138	0,001
Βάρος (kg)	67,538	14,632	76,130	14,211	0,043
Ύψος (m)	1,6615	0,062	1,6948	0,114	0,221
ΔΜΣ (kg/m ²)	24,5610	5,902	26,4529	4,027	0,202

Οι επόμενοι τέσσερις πίνακες δείχνουν συγκριτικά τους κατοίκους Αθήνας και Χαλκίδας όσον αφορά το ύψος των ετήσιων εισοδημάτων τους, ατομικών και οικογενειακών (πίνακες 6.2.4.-6.2.7.). Στον πίνακα 6.2.4. γίνεται σύγκριση μεταξύ Αθήνας και Χαλκίδας για εκείνους που δήλωσαν ατομικό εισόδημα μικρότερο των 5.000 ευρώ ετησίως όπου βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα τετραγωνικά μέτρα της κατοικίας ($p=0,003$) με μεγαλύτερα τα σπίτια στη Χαλκίδα (Μ.Τ.= 115,220τμ) από ότι στην Αθήνα (Μ.Τ.=96,596τμ). Στον επόμενο πίνακα 6.2.5. γίνεται σύγκριση μεταξύ Αθήνας και Χαλκίδας για εκείνους που δήλωσαν πως το ατομικό εισόδημά τους είναι μεγαλύτερο των 5.000 ευρώ ετησίως. Στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε όσον αφορά το ύψος ($p=0,024$) με εκείνους που ζουν στη Χαλκίδα (Μ.Τ.=1,738) να αναφέρονται υψηλότεροι συγκριτικά με εκείνους που ζουν στην Αθήνα (Μ.Τ.= 1,653).



Πίνακας 6.2.4 Σύγκριση ανέργων με ετήσιο ατομικό εισόδημα έως 5.000 € σε Αθήνα και Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	32,404	9,466	32,186	10,696	0,908
Μήνες ανεργίας	18,842	15,018	18,458	14,487	0,889
Χρόνια εκπαίδευσης	13,035	2,777	12,525	3,380	0,378
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	96,596	32,943	115,220	33,519	0,003
Βάρος (kg)	65,149	13,197	70,242	15,056	0,055
Ύψος (m)	1,670	0,074	1,690	0,104	0,246
ΔΜΣ (kg/m ²)	23,293	4,187	24,448	4,030	0,133

Πίνακας 6.2.5. Σύγκριση ανέργων με ετήσιο ατομικό εισόδημα μεγαλύτερο των 5.000 € σε Αθήνα και Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	37,400	10,157	34,294	8,305	0,396
Μήνες ανεργίας	8,400	6,963	11,882	14,564	0,487
Χρόνια εκπαίδευσης	12,000	2,828	13,176	2,455	0,266
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	104,100	30,545	97,353	44,092	0,674
Βάρος (kg)	72,100	18,634	73,353	12,985	0,838
Ύψος (m)	1,653	0,082	1,738	0,092	0,024
ΔΜΣ (kg/m ²)	26,528	7,623	24,204	3,217	0,379

Στο πίνακα 6.2.6 γίνεται σύγκριση μεταξύ των ανέργων που ζουν στην Αθήνα και των ανέργων που ζουν στη Χαλκίδα και δήλωσαν πως το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα δε ξεπερνά τις 10.000€. Δεν σημειώθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά. Στον επόμενο πίνακα 6.2.7. γίνεται σύγκριση των ατόμων που δήλωσαν πως το ετήσιο οικογενειακό τους εισόδημα ξεπερνά τις 10.000€ και φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο βάρος ($p=0,034$) και το ύψος ($p=0,005$) με τα άτομα στη Χαλκίδα να είναι ψηλότερα και βαρύτερα.



Πίνακας 6.2.6. Σύγκριση ανέργων με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα έως 10.000€ σε Αθήνα και Χαλκίδα

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	32,265	10,085	28,600	8,771	0,305
Μήνες ανεργίας	19,706	17,061	14,900	10,440	0,405
Χρόνια εκπαίδευσης	12,353	2,241	13,200	3,155	0,345
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	89,559	26,239	102,500	42,377	0,379
Βάρος (kg)	67,632	14,095	67,750	13,514	0,981
Ύψος (m)	1,677	0,089	1,681	0,113	0,905
ΔΜΣ (kg/m ²)	23,979	4,325	23,836	2,891	0,922

Πίνακας 6.2.7. Σύγκριση ανέργων με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο των €10.000 σε Αθήνα και Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	34,061	9,267	33,273	10,314	0,712
Μήνες ανεργίας	14,788	11,157	17,303	15,245	0,402
Χρόνια εκπαίδευσης	13,424	3,202	12,591	3,215	0,226
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	106,121	36,372	112,545	35,830	0,405
Βάρος (kg)	64,697	14,349	71,421	14,787	0,034
Ύψος (m)	1,658	0,055	1,703	0,102	0,005
ΔΜΣ (kg/m ²)	23,566	5,517	24,478	3,980	0,349

Στον πίνακα 6.2.8. που συγκρίνονται οι άνεργοι που ζουν σε ιδιόκτητη κατοικία στην Αθήνα και τη Χαλκίδα, βλέπουμε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ανέργων στην Χαλκίδα και των ανέργων στην Αθήνα με τους πρώτους να μένουν σε μεγαλύτερα σπίτια ($p=0,034$). Τέλος, στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 6.2.9.), που συγκρίνονται οι άνεργοι που νοικιάζουν τη μόνιμη κατοικία στην οποία ζουν σε Αθήνα και Χαλκίδα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,008$) για το ύψος, με τους άνεργους στη Χαλκίδα να είναι ψηλότεροι.



Πίνακας 6.2.8. Σύγκριση ανέργων που ζουν σε ιδιόκτητη κατοικία σε Αθήνα και Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	32,478	9,055	33,017	10,839	0,787
Μήνες ανεργίας	15,587	13,000	17,706	15,501	0,459
Χρόνια εκπαίδευσης	12,978	3,044	12,569	3,434	0,527
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	104,913	34,206	119,017	32,682	0,034
Βάρος (kg)	65,663	14,235	70,358	14,969	0,107
Ύψος (m)	1,671	0,074	1,688	0,101	0,330
ΔΜΣ (kg/m ²)	23,393	4,338	24,525	4,044	0,172

Πίνακας 6.2.9. Σύγκριση ανέργων που ζουν σε ενοικιασμένη κατοικία σε Αθήνα και Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	34,619	10,961	31,500	7,928	0,323
Μήνες ανεργίας	21,000	17,271	14,667	11,667	0,196
Χρόνια εκπαίδευσης	12,667	2,176	13,000	2,301	0,645
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	81,952	21,671	86,111	38,139	0,686
Βάρος (kg)	67,333	14,371	72,806	13,545	0,231
Ύψος (m)	1,659	0,077	1,739	0,103	0,008
ΔΜΣ (kg/m ²)	24,615	6,023	23,967	3,177	0,685

6.3. Συγκριτική ανάλυση ανά φύλο

Ο πίνακας 6.3.1. συγκρίνει τους άνεργους ανάλογα με το φύλο τους. Τα δεδομένα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφορά για τα χρόνια εκπαίδευσης ($p=0,006$) με τις γυναίκες να έχουν περισσότερα (M.T.=13,310 έτη) έναντι των ανδρών (M.T.= 11,910 έτη), για το μέγεθος της κατοικίας στο οποίο ζουν ($p=0,013$) με τις γυναίκες να μένουν σε μεγαλύτερα σπίτια (M.T.= 110,600 τμ) έναντι των ανδρών (M.T.= 95,760 τμ), για το βάρος ($p=0,001$) με τις γυναίκες (M.T.= 62,182 kg) να έχουν μικρότερο βάρος σε σχέση με το άλλο φύλο (M.T.= 79,120 kg) , για το ύψος ($p=0,001$) με τις γυναίκες να είναι έχουν μικρότερο ύψος (M.T.= 1,630 m) ενώ οι άνδρες βρέθηκαν ψηλότεροι (M.T.= 1,750 m) και τέλος στατιστικά σημαντική διαφορά φάνηκε να υπάρχει για το ΔΜΣ ($p=0,001$) με τις γυναίκες να έχουν M.T.= 23,168 kg/m² ενώ οι άνδρες M.T.= 25,600 kg/m².



Πίνακας 6.3.1. Σύγκριση ανέργων γυναικών και ανέργων ανδρών.

	Γυναίκες		Άνδρες		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	32,000	9,350	34,000	10,727	0,225
Μήνες ανεργίας	17,510	14,333	16,510	15,048	0,690
Χρόνια εκπαίδευσης	13,310	2,785	11,910	3,158	0,006
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	110,600	36,505	95,760	31,399	0,013
Βάρος (kg)	62,182	12,597	79,120	10,975	0,001
Ύψος (m)	1,630	0,069	1,750	0,075	0,001
ΔΜΣ (kg/m ²)	23,168	4,737	25,600	3,228	0,001

Στον πίνακα 6.3.2. συγκρίνονται οι γυναίκες και οι άνδρες που ζουν στην Αθήνα και παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους όσον αφορά τα έτη εκπαίδευσης ($p=0,020$), το μέγεθος της μόνιμης κατοικίας ($p=0,041$), το σωματικό βάρος ($p=0,001$) και το ύψος ($p=0,001$). Συγκεκριμένα οι γυναίκες έχουν περισσότερα έτη εκπαίδευσης (M.T.= 13,340 έτη, M.T.= 11,530 έτη), δήλωσαν περισσότερα τετραγωνικά μέτρα μόνιμης κατοικίας (M.T.= 102,420τμ, M.T.= 83,880τμ), έχουν χαμηλότερο βάρος (M.T.= 62,430kg, M.T.= 77,230kg), και χαμηλότερο ύψος (M.T.= 1,630m, M.T.= 1,750m),

Πίνακας 6.3.2 Σύγκριση ανέργων ανδρών και ανέργων γυναικών που ζουν στην Αθήνα

	Γυναίκες		Άνδρες		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	33,380	9,668	32,470	9,900	0,740
Μήνες ανεργίας	18,060	14,840	15,000	13,883	0,458
Χρόνια εκπαίδευσης	13,340	2,639	11,530	2,853	0,020
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	102,420	34,715	83,880	19,742	0,041
Βάρος (kg)	62,430	12,770	77,230	12,543	0,001
Ύψος (m)	1,630	0,047	1,750	0,077	0,001
ΔΜΣ (kg/m ²)	23,320	5,262	25,110	3,507	0,197

Στον επόμενο πίνακα (πίνακας 6.3.3.) συγκρίνονται οι άνεργοι που ζουν στη Χαλκίδα όσον αφορά το φύλο τους. Στη Χαλκίδα δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στα χρόνια εκπαίδευσης ($p=0,106$) μεταξύ ανδρών και γυναικών (σε αντίθεση με τους άνεργους της Αθήνας που φάνηκε στατιστικά σημαντική διαφορά), αλλά παρατηρείται στο εμβαδό μόνιμης κατοικίας ($p=0,015$), με τις γυναίκες να ζουν σε



μεγαλύτερα (Μ.Τ.= 121,368τμ) ενώ οι άνδρες σε μικρότερα (Μ.Τ.= 101,079τμ), στο βάρος ($p=0,001$) (Μ.Τ.= 61,855 kg, Μ.Τ.= 80,021kg), στο ύψος ($p=0,001$) (Μ.Τ.= 1,640m, Μ.Τ.= 1,761m) και το ΔΜΣ ($p=0,001$) (Μ.Τ.= 22,965 kg/m², Μ.Τ.= 25,821 kg/m²) με τις γυναίκες να έχουν τις μικρότερες τιμές.

Πίνακας 6.3.3. Σύγκριση ανέργων ανδρών και ανέργων γυναικών που ζουν στη Χαλκίδα.

	Γυναίκες		Άνδρες		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη) (έτη)	30,395	8,750	34,921	11,119	0,053
Μήνες ανεργίας	16,789	13,800	17,184	15,672	0,908
Χρόνια εκπαίδευσης	13,263	3,002	12,079	3,307	0,106
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	121,368	36,441	101,079	34,299	0,015
Βάρος (kg)	61,855	12,527	80,021	10,262	0,001
Ύψος (m)	1,640	0,091	1,761	0,075	0,001
ΔΜΣ (kg/m ²)	22,965	4,004	25,821	3,119	0,001

6.4. Συγκριτική ανάλυση στο σύνολο του δείγματος.

Στον αμέσως επόμενο πίνακα (πίνακας 6.4.1.) φαίνεται πως τα άτομα που ζουν μόνα τους ή με συγκάτοικο, με στατιστικά σημαντική διαφορά ζουν σε μικρότερα σπίτια ($p=0,001$) ενώ έχουν μεγαλύτερο βάρος ($p=0,032$) από εκείνους που ζουν είτε με τους γονείς τους είτε έχουν δημιουργήσει τη δική τους οικογένεια.

Πίνακας 6.4.1. Σύγκριση ανέργων που διαμένουν με τους γονείς τους ή την οικογένειά τους και των ανέργων που διαμένουν μόνοι τους ή με έναν συγκάτοικο.

	Διαμένει με τους γονείς ή την οικογένεια του/της		Διαμένει με συγκάτοικο ή μόνος/η		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	32,328	9,920	35,296	9,714	0,162
Μήνες ανεργίας	17,767	14,864	14,370	13,118	0,277
Χρόνια εκπαίδευσης	12,905	3,170	12,185	2,076	0,152
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	111,560	34,153	76,259	24,172	0,001
Βάρος (kg)	67,455	14,269	74,111	14,783	0,032
Ύψος (m)	1,677	,084	1,721	0,114	0,068
ΔΜΣ (kg/m ²)	23,930	4,557	24,853	3,446	0,325



Στον πίνακα 6.4.2. που ακολουθεί εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στους μήνες ανεργίας ($p=0,009$) με τους ανέργους που έχουν ατομικό εισόδημα μεγαλύτερο από 5.000€ να είναι λιγότερους μήνες άνεργοι (Μ.Τ.=10,593 μήνες) σε σύγκριση με εκείνους που έχουν ετήσιο ατομικό εισόδημα μικρότερο των 5.000 € (Μ.Τ.=14,687μήνες).

Πίνακας 6.4.2. Σύγκριση των ανέργων που έχουν ετήσιο ατομικό εισόδημα μεγαλύτερο των 5.000€ και των ανέργων που έχουν ετήσιο ατομικό εισόδημα μικρότερο των 5.000€

	Ατομικό εισόδημα > 5.000€		Ατομικό εισόδημα < 5000€		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	35,444	8,971	32,293	10,067	0,138
Μήνες ανεργίας	10,593	12,258	18,647	14,687	0,009
Χρόνια εκπαίδευσης	12,741	2,611	12,776	3,096	0,957
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	99,852	39,120	106,069	34,388	0,411
Βάρος (kg)	72,889	14,978	67,740	14,341	0,098
Ύψος (m)	1,706	0,096	1,680	0,091	0,185
ΔΜΣ (kg/m ²)	25,065	5,272	23,880	4,131	0,206

Όσον αφορά το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα (πίνακας 6.4.3.), βλέπουμε πως οι άνεργοι με ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο των 10.000€ έχουν την τάση να μένουν σε μεγαλύτερες κατοικίες (Μ.Τ.= 110,404 τμ) από εκείνους με οικογενειακό εισόδημα μικρότερο των 5.000€ (Μ.Τ.= 92,500τμ), με στατιστικά σημαντική διαφορά $p=0,005$.

Πίνακας 6.4.3. Σύγκριση των ανέργων που έχουν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μεγαλύτερο των 10.000€ και των ανέργων που έχουν ετήσιο οικογενειακό εισόδημα μικρότερο των 10.000€

	οικογενειακό εισόδημα >10.000€		οικογενειακό εισόδημα <10000€		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ηλικία (έτη)	33,535	9,93685	31,432	9,827	0,243
Μήνες ανεργίας	16,465	14,008	18,614	15,822	0,417
Χρόνια εκπαίδευσης	12,869	3,219	12,545	2,463	0,513
Εμβαδό κατοικίας (m ²)	110,404	35,954	92,500	30,567	0,005
Βάρος (kg)	69,180	14,9132	67,659	13,809	0,566
Ύψος (m)	1,688	,09128	1,678	0,094	0,528
ΔΜΣ (kg/m ²)	24,174	4,54197	23,947	4,013	0,776



6.5. Αποτελέσματα και συγκρίσεις στο SF-36 και στο MedDietScore.

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 6.5.1.) βλέπουμε τα αποτελέσματα του SF-36 και του MedDietScore, για όλο το δείγμα ενώ στον πίνακα 6.5.2. συγκριτικά για τους ανέργους της Αθήνας και της Χαλκίδας. Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τον συναισθηματικό ρόλο ($p=0,044$) και για το MedDietScore ($p=0,001$). Συγκεκριμένα οι άνεργοι στην Αθήνα σημείωσαν χαμηλότερες τιμές, με M.T.= 45,128 για τον συναισθηματικό ρόλο και M.T.= 30 για το MedDietScore ενώ οι άνεργοι στην Χαλκίδα M.T.=59,211 και M.T.= 32,803 αντίστοιχα.

Πίνακας 6.5.1. Αποτελέσματα του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής SF-36 και του MedDietScore στο σύνολο του δείγματος των ανέργων.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Σωματική Λειτουργικότητα	0	100	82,22	23,734
Ρόλος Σωματικός	0	100	68,36	36,573
Ρόλος Συναισθηματικός	0	100	52,72	41,434
Ζωτικότητα	0	95	54,20	20,120
Ψυχική Υγεία	0	96	55,89	20,478
Κοινωνική Λειτουργικότητα	13	100	62,59	25,241
Σωματικός Πόνος	10	100	63,67	26,549
Γενική Υγεία	15	100	64,61	19,769
MedDietScore	15	43	31,49	5,334

Πίνακας 6.5.2. Σύγκριση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής SF-36 και του MedDietScore για τους ανέργους που μένουν στην Αθήνα και τους ανέργους που μένουν στη Χαλκίδα

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Σωματική Λειτουργικότητα	83,561	19,587	81,053	26,899	0,523
Ρόλος Σωματικός	69,030	34,292	67,763	38,690	0,837
Ρόλος Συναισθηματικός	45,128	42,667	59,211	39,478	0,044
Ζωτικότητα	51,716	22,505	56,382	17,618	0,167
Ψυχική Υγεία	53,493	23,978	58,000	16,685	0,200
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,179	25,273	61,184	25,296	0,481
Σωματικός Πόνος	64,739	26,094	62,730	27,081	0,653
Γενική Υγεία	65,597	23,331	63,733	16,047	0,585
MedDietScore	30,000	5,081	32,803	5,236	0,001



Στον πίνακα 6.5.3. που ακολουθεί βλέπουμε τα αποτελέσματα του SF-36 και MedDietScore συγκριτικά ανά φύλο, όπου δε παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά.

Πίνακας 6.5.3. Σύγκριση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής SF-36 και του MedDietScore για τους άνεργους άνδρες και τις άνεργες γυναίκες.

	Γυναίκες		Άνδρες		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Σωματική Λειτουργικότητα	83,218	21,754	80,636	26,702	0,549
Ρόλος Σωματικός	69,886	35,184	65,909	38,898	0,529
Ρόλος Συναισθηματικός	50,958	42,176	55,556	40,438	0,524
Ζωτικότητα	52,955	20,009	56,182	20,321	0,353
Ψυχική Υγεία	53,773	21,467	59,273	18,477	0,119
Κοινωνική Λειτουργικότητα	62,642	23,404	62,500	28,157	0,975
Σωματικός Πόνος	62,926	25,394	64,864	28,498	0,673
Γενική Υγεία	63,448	21,011	66,455	17,656	0,379
MedDietScore	31,114	5,222	32,091	5,502	0,288

Ο πίνακας 6.5.4. δείχνει τα αποτελέσματα των ανέργων γυναικών για τις κλίμακες του SF-36 και του MedDietScore και τα συγκρίνει ανάλογα τη περιοχή διαμονής (Αθήνα-Χαλκίδα). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές που βρέθηκαν είναι στην ζωτικότητα με $p=0,013$ στην ψυχική υγεία με $p=0,033$ και στο MedDietScore με $p=0,003$. Οι γυναίκες στην Χαλκίδα έχουν M.T.= 58,947 για τη ζωτικότητα, ενώ στην Αθήνα M.T.= 48,400, επίσης στη Χαλκίδα για την ψυχική υγεία έχουν M.T.= 59,053, ενώ στην Αθήνα έχουν M.T.= 49,760 και οι γυναίκες στη Χαλκίδα έχουν M.T.= 32,974 βαθμούς στο MedDietScore ενώ στην Αθήνα η M.T. = 29,700.



Πίνακας 6.5.4. Σύγκριση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής SF-36 και του MedDietScore για τις άνεργες γυναίκες που μένουν στην Αθήνα και τις άνεργες γυναίκες που μένουν στη Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Σωματική Λειτουργικότητα	83,367	16,438	83,026	27,375	0,946
Ρόλος Σωματικός	68,500	34,923	71,711	35,910	0,674
Ρόλος Συναισθηματικός	44,218	41,604	59,649	41,848	0,091
Ζωτικότητα	48,400	21,816	58,947	15,689	0,013
Ψυχική Υγεία	49,760	24,259	59,053	15,931	0,033
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,000	24,043	60,855	22,730	0,535
Σωματικός Πόνος	63,700	26,497	61,908	24,179	0,745
Γενική Υγεία	63,700	23,858	63,108	16,723	0,892
MedDietScore	29,700	4,854	32,974	5,165	0,003

Τέλος στον πίνακα 6.5.5. φαίνονται τα αποτελέσματα των ανέργων ανδρών για τις κλίμακες του SF-36 και του MedDietScore και γίνονται οι συγκρίσεις για τις δύο περιοχές διαμονής (Αθήνα-Χαλκίδα). Σε αντίθεση με τις γυναίκες, εδώ δεν έχουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές.

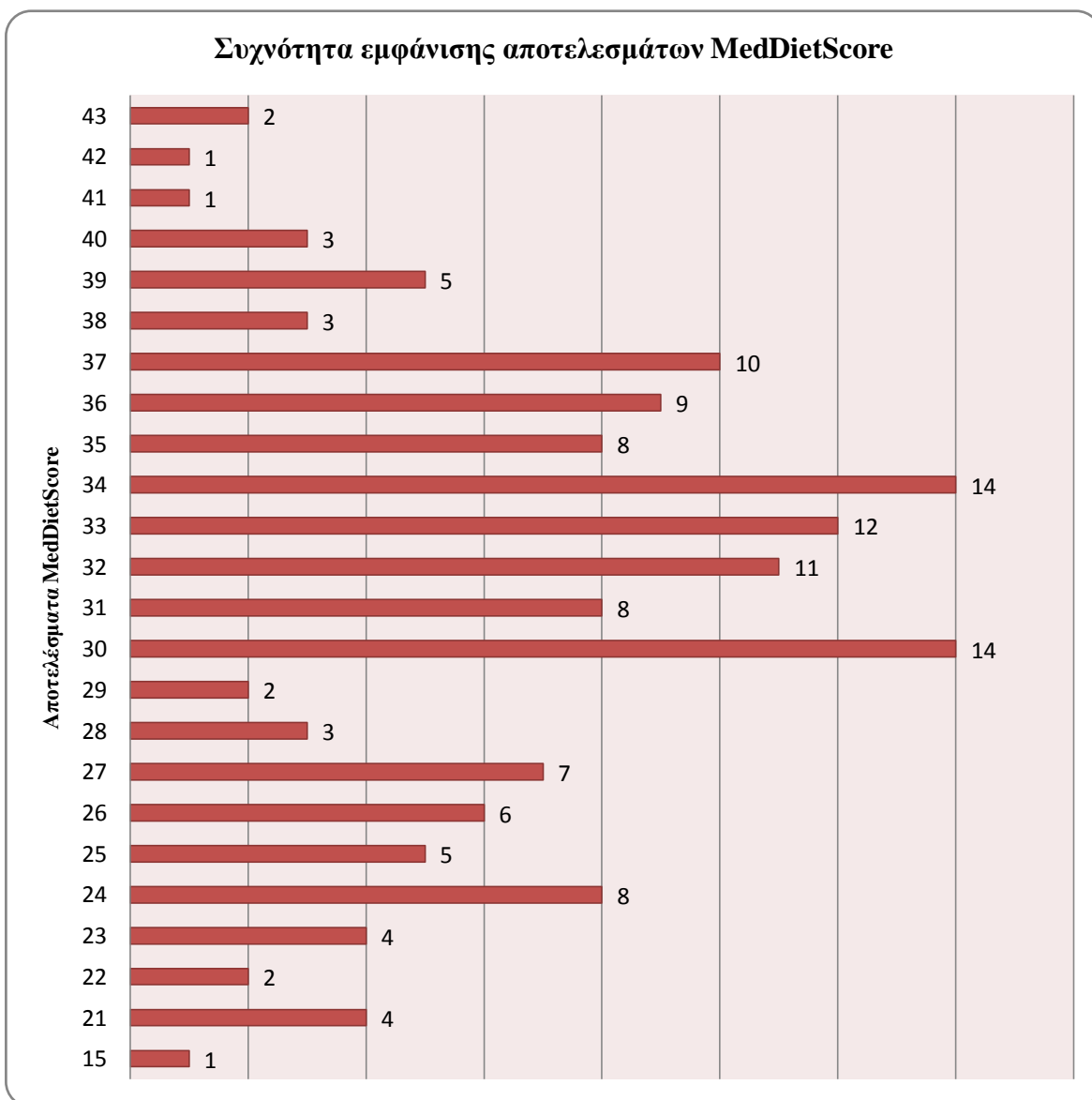
Πίνακας 6.5.5. Σύγκριση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής SF-36 και του MedDietScore για τους άνεργους άνδρες που μένουν στην Αθήνα και τους άνεργους άνδρες που μένουν στη Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Σωματική Λειτουργικότητα	84,118	27,342	79,079	26,632	0,523
Ρόλος Σωματικός	70,588	33,349	63,816	41,385	0,556
Ρόλος Συναισθηματικός	47,917	47,091	58,772	37,516	0,421
Ζωτικότητα	61,471	22,274	53,816	19,223	0,199
Ψυχική Υγεία	64,471	19,944	56,947	17,558	0,165
Κοινωνική Λειτουργικότητα	64,706	29,393	61,513	27,933	0,701
Σωματικός Πόνος	67,794	25,401	63,553	30,009	0,615
Γενική Υγεία	71,176	21,399	64,342	15,560	0,187
MedDietScore	30,882	5,765	32,632	5,370	0,280



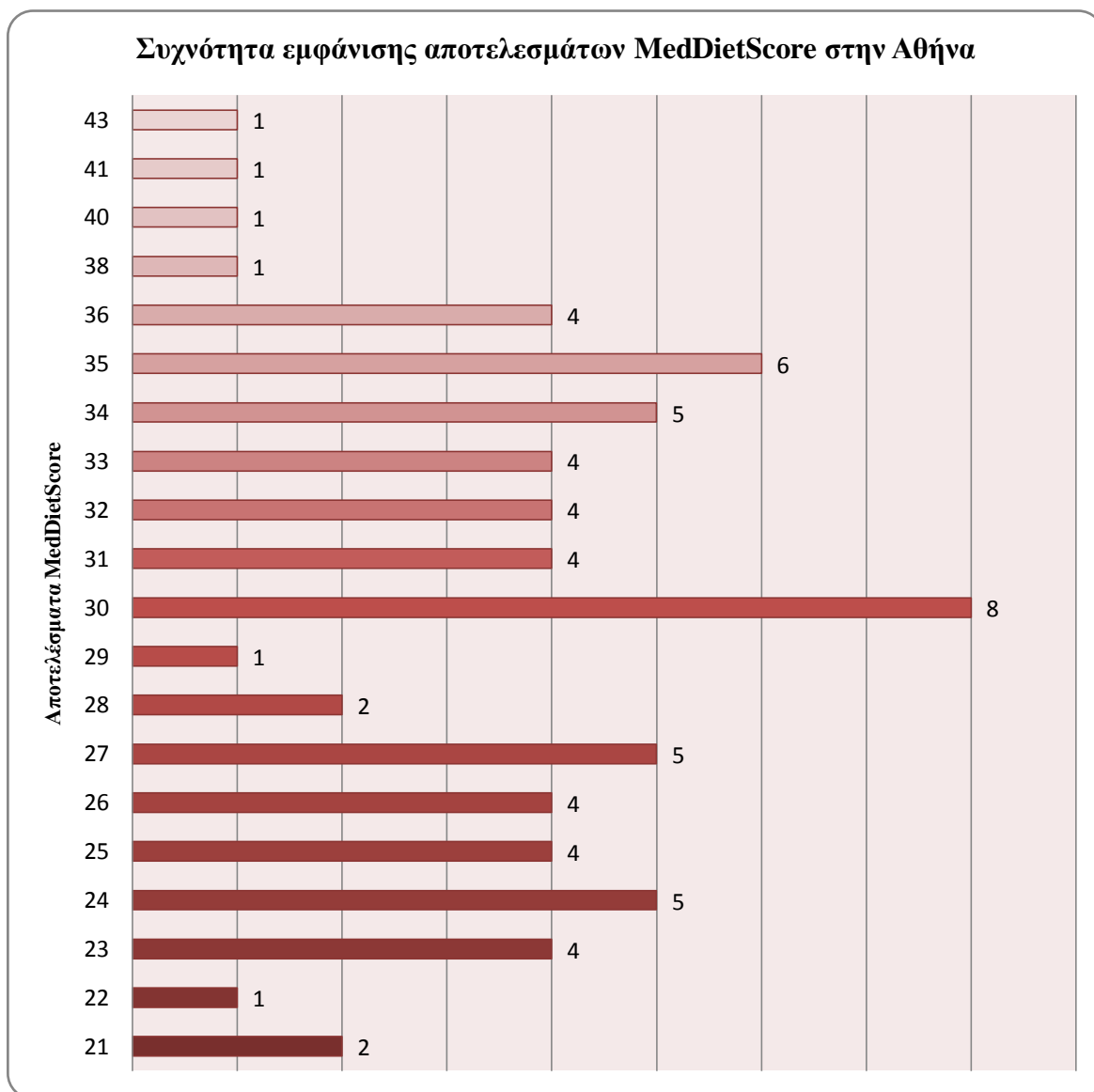
Στα γραφήματα που ακολουθούν απεικονίζονται τα αποτελέσματα MedDietScore για το σύνολο του δείγματος, για την Αθήνα και για τη Χαλκίδα (γραφήματα 6.5.1.-6.5.3.), όπως προκύπτει από τη γραφική απεικόνιση των αποτελεσμάτων του MedDietScore σε Αθήνα και Χαλκίδα, βλέπουμε πως στην Αθήνα υπάρχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης χαμηλότερων σκορ υιοθέτησης της μεσογειακής διατροφής σε σύγκριση με τα αποτελέσματα των ανέργων που διαμένουν στη Χαλκίδα.

Γράφημα 6.5.1. Συχνότητα εμφάνισης αποτελεσμάτων MedDietScore στο σύνολο του ανέργου πληθυσμού.



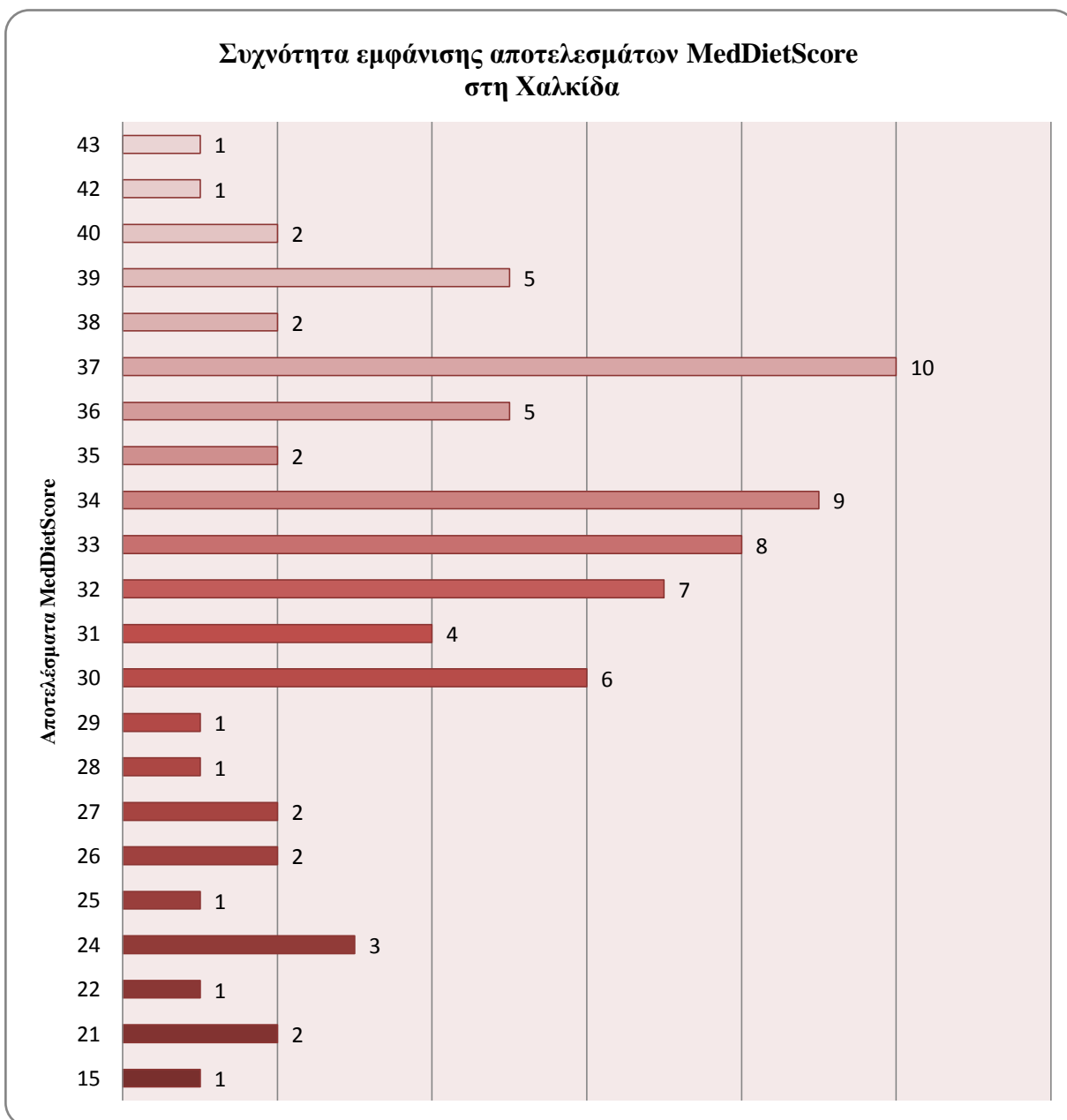


Γράφημα 6.5.2. Συχνότητα εμφάνισης αποτελεσμάτων MedDietScore στο σύνολο του άνεργου πληθυσμού που διαμένει στην Αθήνα.





Γράφημα 6.5.3. Συχνότητα εμφάνισης αποτελεσμάτων MedDietScore για το σύνολο του άνεργου πληθυσμού που διαμένει στη Χαλκίδα..





6.6. Αποτελέσματα των εικοσιτετράωρων ανακλήσεων

Τα δεδομένα από τις εικοσιτετράωρες ανακλήσεις περάστηκαν στο διαιτολογικό λογισμικό DietSpeak και έπειτα επεξεργάστηκαν στο SPSS Statistics Version 21. Για να ελέγξουμε το φαινόμενο της υποκαταγραφής της ενέργειας και των θρεπτικών συστατικών, ως κρίσιμο όριο EΠ/BMP, χρησιμοποιήθηκε το 0,9, που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη NHANES III (Briefel et al., 1997). Έτσι προέκυψαν οι ημερήσιες προσλήψεις σε θρεπτικά συστατικά που παρουσιάζονται στον πίνακα 6.6.1.

Ο πίνακας 6.6.2. παρουσιάζει τις ημερήσιες προσλήψεις σε θρεπτικά συστατικά ξεχωριστά για τους άνεργους της Αθήνας και τους άνεργους της Χαλκίδας και τα συγκρίνει. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά για την ενεργειακή πρόσληψη ($p=0,001$), τη πρωτεϊνική πρόσληψη ($p=0,029$), τους υδατάνθρακες ($p=0,001$), τη χοληστερόλη ($p=0,013$), τη βιταμίνη E ($p=0,006$), το ψευδάργυρο ($p=0,027$) και τα ισοδύναμα δημητριακών($p=0,015$).

Ο πίνακας 6.6.3. παρουσιάζει τις ημερήσιες προσλήψεις σε θρεπτικά συστατικά ξεχωριστά για τις άνεργες γυναίκες και τους άνεργους άνδρες και τα συγκρίνει. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά για την ενεργειακή πρόσληψη ($p=0,001$), τη πρωτεϊνική πρόσληψη ($p=0,007$), τους υδατάνθρακες ($p=0,001$), τις φυτικές ίνες ($p=0,001$), το κάλιο ($p=0,036$), το νάτριο ($p=0,025$), το σίδηρο ($p=0,025$), το φώσφορο ($p=0,028$), τα ισοδύναμα δημητριακών ($p=0,001$) και τέλος τα ισοδύναμα κρεατικών και οσπρίων ($p=0,009$).

Ο πίνακας 6.6.4. παρουσιάζει τις ημερήσιες προσλήψεις σε θρεπτικά συστατικά ξεχωριστά για τις άνεργες γυναίκες και τους άνεργους άνδρες που μένουν στην Αθήνα. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά για την ενεργειακή πρόσληψη ($p=0,021$), τις φυτικές ίνες ($p=0,005$) και τα ισοδύναμα δημητριακών ($p=0,035$).

Ο πίνακας 6.6.5. παρουσιάζει τις ημερήσιες προσλήψεις σε θρεπτικά συστατικά ξεχωριστά για τις άνεργες γυναίκες και τους άνεργους άνδρες που μένουν στη Χαλκίδα. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά για την ενεργειακή πρόσληψη ($p=0,018$), τη πρωτεϊνική πρόσληψη ($p=0,026$), τους υδατάνθρακες ($p=0,004$) τις φυτικές ίνες ($p=0,009$), το νάτριο ($p=0,025$), η βιταμίνη C ($p=0,020$) και τα ισοδύναμα δημητριακών ($p=0,007$).

Πίνακας 6.6.1. Ανάλυση 24^{ωρης} ανάκλησης ημερήσιας πρόσληψης θρεπτικών συστατικών στο σύνολο του δείγματος των ανέργων.

	Μέση τιμή	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Τυπική απόκλιση
Ενεργειακή πρόσληψη (kcal)	2043,51	1140	3250	512,988
Πρωτεΐνες (gr)	79,65	23	171	27,091
Ολικό Λίπος (gr)	94,81	33	187	32,217
Υδατάνθρακες (gr)	206,34	73	485	85,175
Φυτικές Ίνες (gr)	15,12	0	39	8,379
Απλά Σάκχαρα (gr)	71,12	2	357	65,209
Κορεσμένο Λίπος (gr)	25,25	1	57	10,545
Μονοακόρεστο Λίπος (gr)	46,17	9	97	19,109
Πολυακόρεστο Λίπος (gr)	9,61	0	26	5,005
Χοληστερόλη (gr)	259,34	0	1039	192,677
Κάλιο (mg)	3705,31	260	42465	6743,106
Νάτριο (mg)	1775,80	175	5984	1065,151
Βιταμίνη Α (μg)	161,12	0	2900	357,428
Βιταμίνη Ε (mg)	5,23	0	17	4,494
Βιταμίνη Κ (μg)	15,81	0	88	15,716
Βιταμίνη C (mg)	86,07	0	609	83,895
Φυλλικό οξύ (mg)	50,61	0	520	85,613
Βιταμίνη Β12 (μg)	0,65	0	25	2,593
Ασβέστιο (mg)	891,52	1	3042	526,734
Σίδηρος (mg)	9,21	0	81	10,827
Φώσφορος (mg)	1518,94	147	5454	828,637
Σελήνιο (μg)	80,11	0	3365	338,676
Ψευδάργυρος (mg)	4,43	0	20	4,290
Ισοδύναμα δημητριακών	9,119	0,0	19,0	4,765
Ισοδύναμα λαχανικών	4,223	0,0	10,0	2,361
Ισοδύναμα φρούτων	2,069	0,0	10,0	2,053
Ισοδύναμα λίπους και γλυκών	6,767	0,0	25,0	5,643
Ισοδύναμα γαλακτοκομικών προϊόντων	1,213	0,0	10,0	2,014
Ισοδύναμα κρεατικών και οσπρίων	7,688	0,0	17,0	4,413

Πίνακας 6.6.2. Συγκριτική ανάλυση 24^{ωρης} ανάκλησης ημερήσιας πρόσληψης θρεπτικών συστατικών ανέργων που διαμένουν στην Αθήνα και ανέργων που μένουν στη Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ενεργειακή πρόσληψη (kcal)	1873,714	443,424	2200,491	526,638	0,001
Πρωτεΐνες (gr)	73,592	26,914	85,245	26,275	0,029
Ολικό Λίπος (gr)	91,878	33,095	97,528	31,454	0,379
Υδατάνθρακες (gr)	176,449	66,377	233,981	91,669	0,001
Φυτικές Ίνες (gr)	13,776	7,964	16,358	8,634	0,120
Απλά Σάκχαρα (gr)	60,061	51,461	81,340	74,786	0,095
Κορεσμένο Λίπος (gr)	25,633	10,150	24,887	10,982	0,723
Μονοακόρεστο Λίπος (gr)	43,796	19,204	48,358	18,937	0,230
Πολυακόρεστο Λίπος (gr)	9,082	5,291	10,094	4,724	0,310
Χοληστερόλη (gr)	211,469	119,644	303,604	233,959	0,013
Κάλιο (mg)	3022,388	5772,616	4336,698	7530,613	0,328
Νάτριο (mg)	1876,204	953,998	1682,981	1159,851	0,363
Βιταμίνη Α (μg)	119,306	144,522	199,774	475,067	0,258
Βιταμίνη Ε (mg)	3,980	3,631	6,377	4,923	0,006
Βιταμίνη Κ (μg)	13,143	16,369	18,283	14,815	0,099
Βιταμίνη C (mg)	82,714	96,889	89,170	70,603	0,700
Φυλλικό οξύ (mg)	36,265	40,297	63,868	111,195	0,096
Βιταμίνη Β12 (μg)	0,224	,511	1,038	3,535	0,103
Ασβέστιο (mg)	902,959	518,335	880,943	539,119	0,834
Σίδηρος (mg)	8,347	8,305	10,000	12,755	0,444
Φώσφορος (mg)	1432,571	656,261	1600,327	962,854	0,312
Σελήνιο (μg)	38,306	58,724	119,500	467,330	0,220
Ψευδάργυρος (mg)	3,469	3,254	5,327	4,942	0,027
Ισοδύναμα δημητριακών	7,939	4,5708	10,231	4,7180	0,015
Ισοδύναμα λαχανικών	4,265	2,5044	4,183	2,2405	0,861
Ισοδύναμα φρούτων	1,673	1,5192	2,442	2,4084	0,057
Ισοδύναμα λίπους και γλυκών	7,541	6,0155	6,038	5,2214	0,182
Ισοδύναμα γαλακτοκομικών προϊόντων	1,316	2,1859	1,115	1,8540	0,619
Ισοδύναμα κρεατικών και οσπρίων	7,041	4,1279	8,298	4,6223	0,153

Πίνακας 6.6.3. Συγκριτική ανάλυση 24^{ωρης} ανάκλησης ημερήσιας πρόσληψης θρεπτικών συστατικών ανέργων γυναικών και ανέργων ανδρών.

	Γυναίκες		Άνδρες		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ενεργειακή πρόσληψη (kcal)	1884,53	459,136	2289,925	499,330	0,001
Πρωτεΐνες (gr)	73,85	28,377	88,625	22,476	0,007
Ολικό Λίπος (gr)	92,90	32,750	97,775	31,553	0,459
Υδατάνθρακες (gr)	179,95	67,288	247,250	94,247	0,001
Φυτικές Ίνες (gr)	12,45	7,703	19,250	7,758	0,001
Απλά Σάκχαρα (gr)	70,39	61,071	72,250	71,947	0,889
Κορεσμένο Λίπος (gr)	25,31	10,940	25,150	10,037	0,942
Μονοακόρεστο Λίπος (gr)	44,79	19,382	48,300	18,718	0,368
Πολυακόρεστο Λίπος (gr)	9,73	5,573	9,425	4,031	0,753
Χοληστερόλη (gr)	244,53	150,734	282,300	244,368	0,336
Κάλιο (mg)	2299,74	1130,567	5883,950	10380,085	0,036
Νάτριο (mg)	1560,66	731,437	2109,275	1383,385	0,025
Βιταμίνη Α (μg)	118,15	136,659	227,725	542,361	0,217
Βιταμίνη Ε (mg)	4,84	4,102	5,825	5,038	0,281
Βιταμίνη Κ (μg)	15,89	15,952	15,700	15,545	0,954
Βιταμίνη C (mg)	76,65	90,968	100,675	70,174	0,159
Φυλλικό οξύ (mg)	37,44	54,942	71,025	116,434	0,094
Βιταμίνη Β12 (μg)	,29	,733	1,200	4,008	0,163
Ασβέστιο (mg)	841,76	501,115	968,650	561,882	0,237
Σίδηρος (mg)	7,29	7,016	12,175	14,551	0,025
Φώσφορος (mg)	1372,93	775,660	1741,600	866,494	0,028
Σελήνιο (μg)	44,89	71,844	133,825	530,344	0,298
Ψευδάργυρος (mg)	3,87	3,866	5,275	4,793	0,108
Ισοδύναμα δημητριακών	7,639	4,1313	11,375	4,829	0,001
Ισοδύναμα λαχανικών	4,221	2,5025	4,225	2,157	0,994
Ισοδύναμα φρούτων	1,795	1,7851	2,488	2,368	0,098
Ισοδύναμα λίπους και γλυκών	6,107	4,6342	7,775	6,847	0,181
Ισοδύναμα γαλακτοκομικών προϊόντων	1,016	1,7126	1,513	2,395	0,261
Ισοδύναμα κρεατικών και οσπρίων	6,713	3,7743	9,175	4,926	0,009

Πίνακας 6.6.4. Συγκριτική ανάλυση 24^{ωρης} ανάκλησης ημερήσιας πρόσληψης θρεπτικών συστατικών μεταξύ των ανέργων γυναικών και των ανέργων ανδρών που ζουν στην Αθήνα.

	Γυναίκες		Άνδρες		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ενεργειακή πρόσληψη (kcal)	1791,757	391,324	2126,417	514,368	0,021
Πρωτεΐνες (gr)	71,838	28,263	79,000	22,458	0,429
Ολικό Λίπος (gr)	90,405	35,284	96,417	25,984	0,590
Υδατάνθρακες (gr)	168,730	58,150	200,250	85,679	0,155
Φυτικές Ίνες (gr)	12,000	7,721	19,250	6,196	0,005
Απλά Σάκχαρα (gr)	62,459	55,211	52,667	38,740	0,572
Κορεσμένο Λίπος (gr)	26,595	11,231	22,667	4,905	0,099
Μονοακόρεστο Λίπος (gr)	43,405	20,565	45,000	14,936	0,806
Πολυακόρεστο Λίπος (gr)	9,324	5,774	8,333	3,499	0,578
Χοληστερόλη (gr)	226,135	122,744	166,250	101,008	0,133
Κάλιο (mg)	2060,054	882,971	5989,583	11407,833	0,258
Νάτριο (mg)	1725,135	713,212	2342,000	1411,808	0,170
Βιταμίνη Α (μg)	116,541	155,182	127,833	110,566	0,817
Βιταμίνη Ε (mg)	3,946	3,605	4,083	3,872	0,911
Βιταμίνη Κ (μg)	14,108	17,203	10,167	13,710	0,474
Βιταμίνη C (mg)	83,838	109,476	79,250	41,508	0,888
Φυλλικό οξύ (mg)	31,676	38,086	50,417	45,270	0,164
Βιταμίνη Β12 (μg)	0,162	0,374	0,417	0,793	0,303
Ασβέστιο (mg)	847,000	439,245	1075,500	705,653	0,187
Σίδηρος (mg)	7,027	7,369	12,417	9,968	0,050
Φώσφορος (mg)	1380,838	702,594	1592,083	476,466	0,338
Σελήνιο (μg)	43,649	66,341	21,833	15,891	0,072
Ψευδάργυρος (mg)	3,649	3,401	2,917	2,811	0,504
Ισοδύναμα δημητριακών	7,162	4,086	10,333	5,314	0,035
Ισοδύναμα λαχανικών	4,270	2,559	4,250	2,436	0,981
Ισοδύναμα φρούτων	1,770	1,631	1,375	1,110	0,439
Ισοδύναμα λίπους και γλυκών	6,622	4,643	10,375	8,702	0,176
Ισοδύναμα γαλακτοκομικών προϊόντων	0,959	1,469	2,417	3,470	0,182
Ισοδύναμα κρεατικών και οσπρίων	6,541	3,686	8,583	5,143	0,138

Πίνακας 6.6.5. Συγκριτική ανάλυση 24^{ωρης} ανάκλησης ημερήσιας πρόσληψης θρεπτικών συστατικών μεταξύ των ανέργων γυναικών και των ανέργων ανδρών που ζουν στη Χαλκίδα.

	Γυναίκες		Άνδρες		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ενεργειακή πρόσληψη (kcal)	2021,840	522,675	2360,000	485,159	0,018
Πρωτεΐνες (gr)	76,840	28,861	92,750	21,573	0,026
Ολικό Λίπος (gr)	96,600	28,893	98,357	34,085	0,841
Υδατάνθρακες (gr)	196,560	77,164	267,393	91,853	0,004
Φυτικές Ίνες (gr)	13,120	7,785	19,250	8,444	0,009
Απλά Σάκχαρα (gr)	82,120	68,316	80,643	81,376	0,944
Κορεσμένο Λίπος (gr)	23,400	10,424	26,214	11,481	0,357
Μονοακόρεστο Λίπος (gr)	46,840	17,696	49,714	20,206	0,586
Πολυακόρεστο Λίπος (gr)	10,320	5,321	9,893	4,211	0,746
Χοληστερόλη (gr)	271,760	183,998	332,036	271,198	0,354
Κάλιο (mg)	2654,480	1363,673	5838,679	10129,502	0,111
Νάτριο (mg)	1317,240	702,394	2009,536	1384,874	0,025
Βιταμίνη Α (μg)	120,520	106,470	270,536	643,098	0,234
Βιταμίνη Ε (mg)	6,160	4,497	6,571	5,350	0,765
Βιταμίνη Κ (μg)	18,520	13,812	18,071	15,907	0,914
Βιταμίνη C (mg)	66,000	53,454	109,857	78,227	0,020
Φυλλικό οξύ (mg)	45,960	73,279	79,857	135,933	0,272
Βιταμίνη Β12 (μg)	0,480	1,046	1,536	4,749	0,282
Ασβέστιο (mg)	834,000	590,546	922,857	495,895	0,554
Σίδηρος (mg)	7,680	6,587	12,071	16,289	0,214
Φώσφορος (mg)	1360,750	892,530	1805,679	988,849	0,097
Σελήνιο (μg)	46,792	81,056	181,821	631,035	0,304
Ψευδάργυρος (mg)	4,208	4,549	6,286	5,141	0,132
Ισοδύναμα δημητριακών	8,375	4,179	11,821	4,635	0,007
Ισοδύναμα λαχανικών	4,146	2,465	4,214	2,075	0,914
Ισοδύναμα φρούτων	1,833	2,036	2,964	2,610	0,092
Ισοδύναμα λίπους και γλυκών	5,313	4,603	6,661	5,707	0,358
Ισοδύναμα γαλακτοκομικών προϊόντων	1,104	2,064	1,125	1,692	0,968
Ισοδύναμα κρεατικών και οσπρίων	6,979	3,971	9,429	4,904	0,056



Ο πίνακας 6.6.6. παρουσιάζει τις ημερήσιες προσλήψεις θρεπτικών συστατικών για τις άνεργες γυναίκες που μένουν στην Αθήνα και για τις άνεργες γυναίκες που μένουν στη Χαλκίδα. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά για το κάλιο ($p=0,041$), το νάτριο ($p=0,030$) και τη βιταμίνη E ($p=0,036$). Συγκεκριμένα, είδαμε πως οι γυναίκες στην Αθήνα κατανάλωσαν $M.T.=2060,054\text{mg}$ καλίου ενώ οι γυναίκες στην Χαλκίδα $M.T.=2654,480\text{ mg}$ καλίου, όσον αφορά το νάτριο οι γυναίκες στην Αθήνα κατανάλωσαν περισσότερο $M.T.=1725,135\text{ mg}$ σε σχέση με τις γυναίκες στην Χαλκίδα $M.T.=1317,240\text{ mg}$, ενώ για τη Βιταμίνη E σημείωσαν οι γυναίκες στη Χαλκίδα μεγαλύτερη πρόσληψη $M.T.=6,160\text{ mg}$, σε σχέση με τις γυναίκες στην Αθήνα που για τις οποίες βρέθηκε $M.T.=3,946\text{ mg}$.

Ο πίνακας 6.6.7. παρουσιάζει και συγκρίνει τις ημερήσιες προσλήψεις θρεπτικών συστατικών για τους άνεργους άνδρες που μένουν στην Αθήνα και τη Χαλκίδα. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά για τους υδατάνθρακες ($p=0,037$), τη χοληστερόλη ($p=0,048$), το ψευδάργυρο ($p=0,040$) και τα ισοδύναμα φρούτων ($p=0,010$). Συγκεκριμένα, είδαμε πως οι άνδρες στην Αθήνα κατανάλωσαν $M.T.=200,250\text{gr}$ υδατανθράκων ενώ εκείνοι στην Χαλκίδα $M.T.=267,393\text{gr}$, όσον αφορά τη χοληστερόλη οι άνδρες στην Αθήνα κατανάλωσαν λιγότερη ποσότητα με $M.T.=166,250\text{mg}$ σε σχέση με τους άνδρες στην Χαλκίδα που βρέθηκαν να έχουν $M.T.=332,036\text{mg}$. Για τον ψευδάργυρο οι άνδρες στη Χαλκίδα σημείωσαν μεγαλύτερη πρόσληψη $M.T.=6,286\text{mg}$, σε σχέση με τους άνδρες στην Αθήνα για τους οποίους βρέθηκε $M.T.=2,917\text{mg}$. Τέλος για τα ισοδύναμα φρούτων οι άνδρες στη Χαλκίδα είχαν μεγαλύτερη πρόσληψη με $M.T.=2,964$, σε σύγκριση με τους άνδρες στην Αθήνα που είχαν πρόσληψη $M.T.=1,375$.

Πίνακας 6.6.6. Συγκριτική ανάλυση 24^{ωρης} ανάκλησης ημερήσιας πρόσληψης θρεπτικών συστατικών μεταξύ των ανέργων γυναικών που ζουν στην Αθήνα και των ανέργων γυναικών που ζουν στη Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ενεργειακή πρόσληψη (kcal)	1791,757	391,324	2021,840	522,675	0,052
Πρωτεΐνες (gr)	71,838	28,263	76,840	28,861	0,500
Ολικό Λίπος (gr)	90,405	35,284	96,600	28,893	0,470
Υδατάνθρακες (gr)	168,730	58,150	196,560	77,164	0,111
Φυτικές Ίνες (gr)	12,000	7,721	13,120	7,785	0,579
Απλά Σάκχαρα (gr)	62,459	55,211	82,120	68,316	0,216
Κορεσμένο Λίπος (gr)	26,595	11,231	23,400	10,424	0,263
Μονοακόρεστο Λίπος (gr)	43,405	20,565	46,840	17,696	0,498
Πολυακόρεστο Λίπος (gr)	9,324	5,774	10,320	5,321	0,495
Χοληστερόλη (gr)	226,135	122,744	271,760	183,998	0,246
Κάλιο (mg)	2060,054	882,971	2654,480	1363,673	0,041
Νάτριο (mg)	1725,135	713,212	1317,240	702,394	0,030
Βιταμίνη Α (μg)	116,541	155,182	120,520	106,470	0,912
Βιταμίνη Ε (mg)	3,946	3,605	6,160	4,497	0,036
Βιταμίνη Κ (μg)	14,108	17,203	18,520	13,812	0,289
Βιταμίνη C (mg)	83,838	109,476	66,000	53,454	0,453
Φυλλικό οξύ (mg)	31,676	38,086	45,960	73,279	0,319
Βιταμίνη Β12 (μg)	0,162	0,374	0,480	1,046	0,156
Ασβέστιο (mg)	847,000	439,245	834,000	590,546	0,921
Σίδηρος (mg)	7,027	7,369	7,680	6,587	0,722
Φώσφορος (mg)	1380,838	702,594	1360,750	892,530	0,922
Σελήνιο (μg)	43,649	66,341	46,792	81,056	0,869
Ψευδάργυρος (mg)	3,649	3,401	4,208	4,549	0,585
Ισοδύναμα δημητριακών	7,162	4,086	8,375	4,179	0,266
Ισοδύναμα λαχανικών	4,270	2,559	4,146	2,465	0,851
Ισοδύναμα φρούτων	1,770	1,631	1,833	2,036	0,894
Ισοδύναμα λίπους και γλυκών	6,622	4,643	5,313	4,603	0,285
Ισοδύναμα γαλακτοκομικών προϊόντων	0,959	1,469	1,104	2,064	0,750
Ισοδύναμα κρεατικών και οσπρίων	6,541	3,686	6,979	3,971	0,661

Πίνακας 6.6.7. Συγκριτική ανάλυση 24^{ωρης} ανάκλησης ημερήσιας πρόσληψης θρεπτικών συστατικών μεταξύ των ανέργων ανδρών που ζουν στην Αθήνα και των ανέργων ανδρών που ζουν στη Χαλκίδα.

	Αθήνα		Χαλκίδα		p-value
	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	
Ενεργειακή πρόσληψη (kcal)	2126,417	514,368	2360,000	485,159	0,178
Πρωτεΐνες (gr)	79,000	22,458	92,750	21,573	0,076
Ολικό Λίπος (gr)	96,417	25,984	98,357	34,085	0,861
Υδατάνθρακες (gr)	200,250	85,679	267,393	91,853	0,037
Φυτικές Ίνες (gr)	19,250	6,196	19,250	8,444	1,000
Απλά Σάκχαρα (gr)	52,667	38,740	80,643	81,376	0,265
Κορεσμένο Λίπος (gr)	22,667	4,905	26,214	11,481	0,179
Μονοακόρεστο Λίπος (gr)	45,000	14,936	49,714	20,206	0,473
Πολυακόρεστο Λίπος (gr)	8,333	3,499	9,893	4,211	0,268
Χοληστερόλη (gr)	166,250	101,008	332,036	271,198	0,048
Κάλιο (mg)	5989,583	11407,833	5838,679	10129,502	0,967
Νάτριο (mg)	2342,000	1411,808	2009,536	1384,874	0,493
Βιταμίνη Α (μg)	127,833	110,566	270,536	643,098	0,453
Βιταμίνη Ε (mg)	4,083	3,872	6,571	5,350	0,155
Βιταμίνη Κ (μg)	10,167	13,710	18,071	15,907	0,143
Βιταμίνη C (mg)	79,250	41,508	109,857	78,227	0,116
Φυλλικό οξύ (mg)	50,417	45,270	79,857	135,933	0,471
Βιταμίνη Β12 (μg)	0,417	0,793	1,536	4,749	0,425
Ασβέστιο (mg)	1075,500	705,653	922,857	495,895	0,438
Σίδηρος (mg)	12,417	9,968	12,071	16,289	0,946
Φώσφορος (mg)	1592,083	476,466	1805,679	988,849	0,482
Σελήνιο (μg)	21,833	15,891	181,821	631,035	0,389
Ψευδάργυρος (mg)	2,917	2,811	6,286	5,141	0,040
Ισοδύναμα δημητριακών	10,333	5,314	11,821	4,635	0,379
Ισοδύναμα λαχανικών	4,250	2,436	4,214	2,075	0,962
Ισοδύναμα φρούτων	1,375	1,110	2,964	2,610	0,010
Ισοδύναμα λίπους και γλυκών	10,375	8,702	6,661	5,707	0,194
Ισοδύναμα γαλακτοκομικών προϊόντων	2,417	3,470	1,125	1,692	0,241
Ισοδύναμα κρεατικών και οσπρίων	8,583	5,143	9,429	4,904	0,625



Στα παρακάτω γραφήματα (Γραφήματα 6.6.1.- 6.6.8.) απεικονίζεται σε ποσοστά η επάρκεια της συγκεκριμένης ημέρας που έγινε η εικοσιτετράωρη ανάκληση σε ορισμένα θρεπτικά συστατικά (πρωτεΐνη, βιταμίνη C, σίδηρος, ασβέστιο), σύμφωνα με τις τιμές αναφοράς διαιτητικής πρόσληψης θρεπτικών συστατικών των ΗΠΑ και του Καναδά DRIs. Για καθένα από τα θρεπτικά συστατικά χρησιμοποιήθηκε η Μέση Εκτιμώμενη Απαίτηση (EAR). Το EAR αποτελεί τη τιμή αναφοράς που θεωρητικά καλύπτει τις απαιτήσεις του 50% του υγιή πληθυσμού για μια συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα και φύλο, και η χρήση του κρίνεται κατάλληλη για την αξιολόγηση πληθυσμιακών ομάδων. Ο προσδιορισμός του ποσοστού των ατόμων με πρόσληψη χαμηλότερη του EAR αποτελεί μια απλή μέθοδο αξιολόγησης της παρουσίας ανεπαρκούς πρόσληψης στον πληθυσμό.

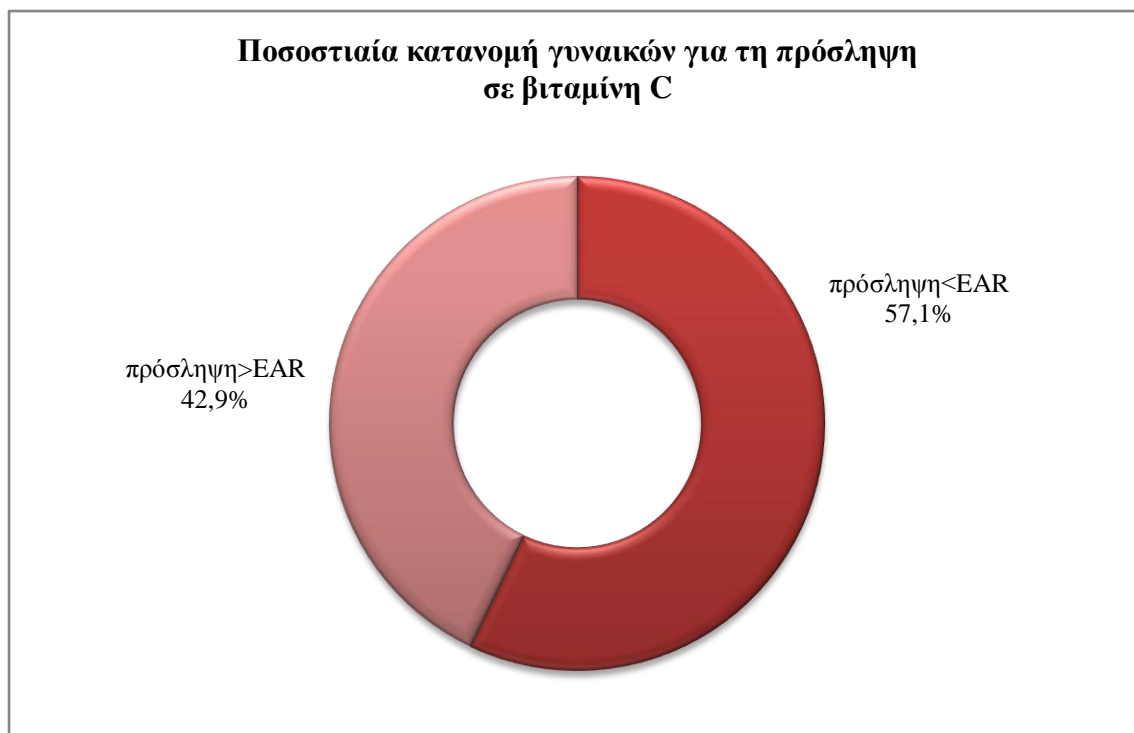
Συγκεκριμένα, όσον αφορά τις γυναίκες μεγαλύτερες των 18 ετών (όπως είναι οι γυναίκες στο δείγμα μας) το EAR για τη πρωτεϊνική πρόσληψη είναι 0,66γρ πρωτεΐνης/κιλό σωματικού βάρους/ημέρα, και όπως φαίνεται στο γράφημα 6.6.1. μόνο το 3,2% των γυναικών δεν το έφθασε. Το EAR για τη βιταμίνη C, για τις γυναίκες της ίδια ηλικιακής ομάδας είναι 60mg/ημέρα με το 57,1% των γυναικών του δείγματός μας να βρίσκεται χαμηλότερα αυτής της τιμής (γράφημα 6.6.2.). Το EAR του σιδήρου για τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας (19-50 ετών) είναι 8,1 mg/ημέρα με μόλις 25% του δείγματος να σημειώνει μεγαλύτερη τιμή (γράφημα 6.6.3.). Τέλος, το EAR για τις γυναίκες από 19 έως 51 ετών είναι 800mg/ημέρα, και το ποσοστό των γυναικών του δείγματος που ανέφερε μεγαλύτερες τιμές από αυτό είναι 45% (γράφημα 6.6.4.).



Γράφημα 6.6.1. Ποσοστιαία κατανομή ανέργων γυναικών του δείγματος σύμφωνα με την πρωτεϊνική τους πρόσληψη.

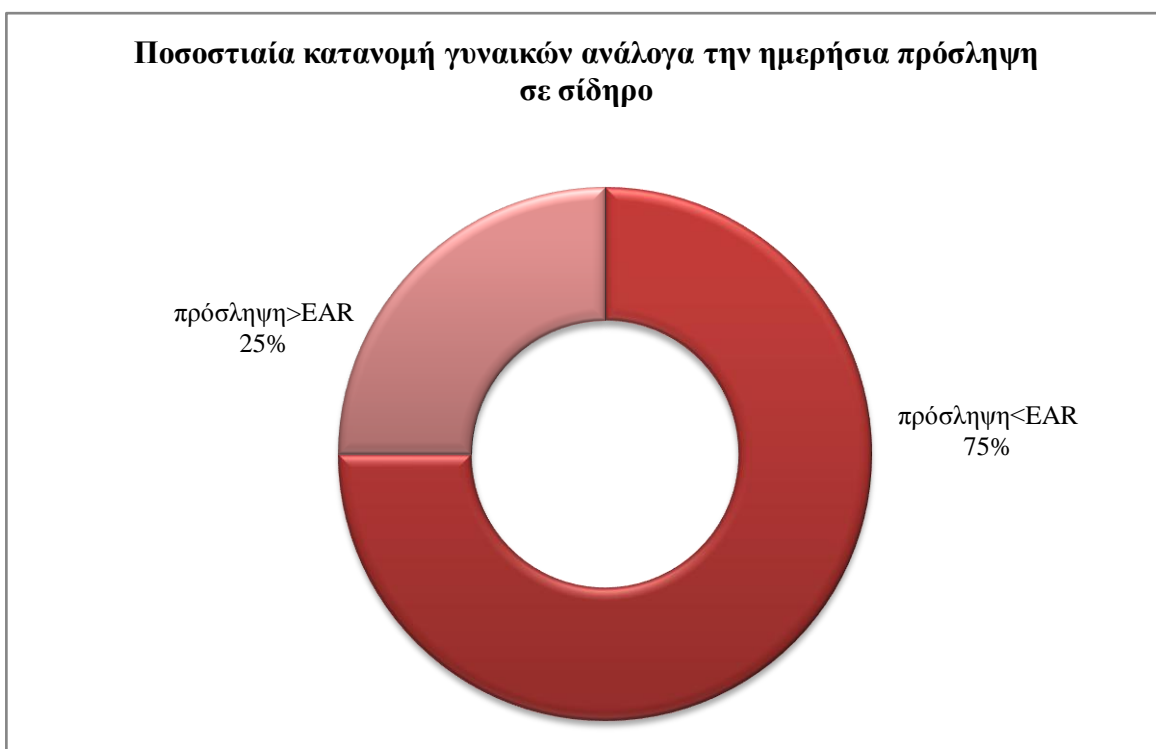


Γράφημα 6.6.2. Ποσοστιαία κατανομή ανέργων γυναικών του δείγματος σύμφωνα με την ημερήσια πρόσληψη σε βιταμίνη C.

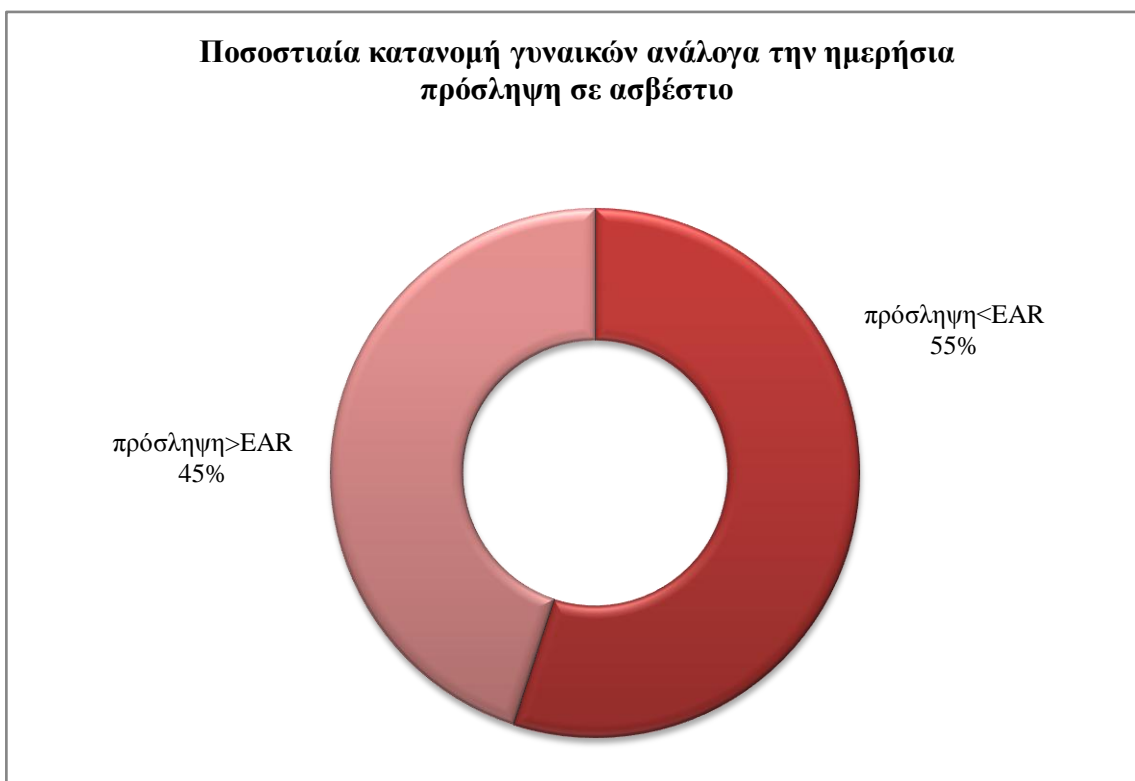




Γράφημα 6.6.3. Ποσοστιαία κατανομή ανέργων γυναικών του δείγματος σύμφωνα με την ημερήσια πρόσληψη σιδήρου.



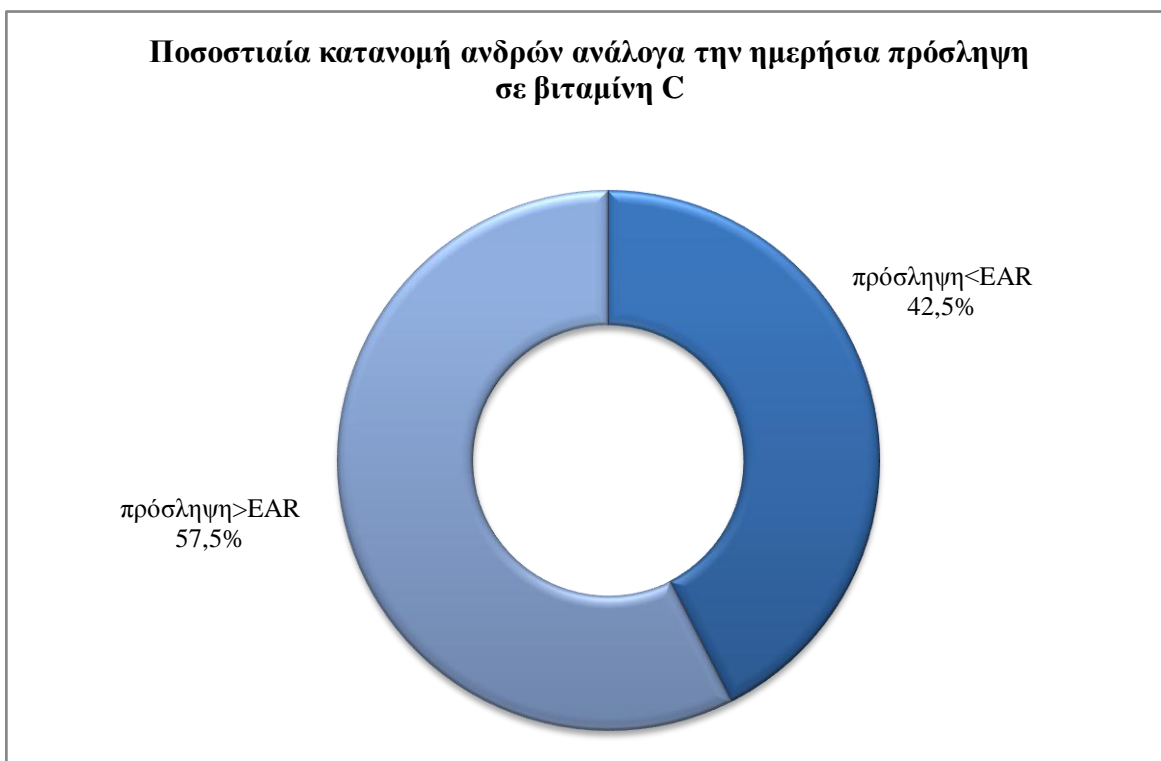
Γράφημα 6.6.4. Ποσοστιαία κατανομή ανέργων γυναικών του δείγματος σύμφωνα με την ημερήσια πρόσληψη ασβεστίου.





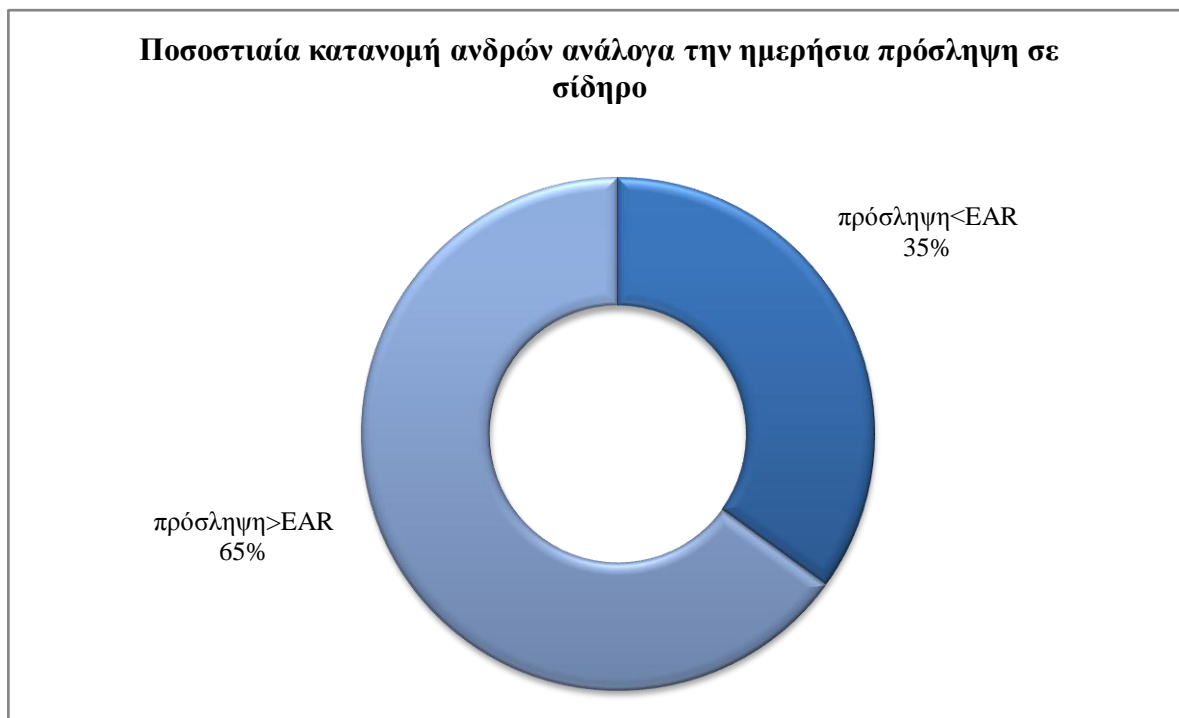
Συνεχίζοντας με τα ποσοστά των ανδρών, το 100% των ανδρών έχει μεγαλύτερη πρόσληψη από το EAR της πρωτεϊνικής πρόσληψης το οποίο είναι 0,66gr πρωτεΐνης/κιλό σωματικού βάρους/ημέρα. Το EAR για τη βιταμίνη C, για τους άνδρες, μεγαλύτερους από 18 ετών είναι 75mg/ημέρα με το 42,5% των ανδρών του δείγματός μας να βρίσκεται χαμηλότερα αυτής της τιμής (γράφημα 6.6.5.). Το EAR του σιδήρου τους ενήλικες άνδρες είναι 6 mg/ημέρα με 35% του δείγματος να σημειώνει μικρότερη τιμή (γράφημα 6.6.6.). Τέλος, το EAR για τις άνδρες από 19 έως 70 ετών είναι 800mg/ημέρα, και το ποσοστό των ανδρών του δείγματος που ανέφερε μεγαλύτερες τιμές από αυτό είναι 62,5% (γράφημα 6.6.7.).

Γράφημα 6.6.5. Ποσοστιαία κατανομή ανέργων ανδρών του συνόλου του δείγματος σύμφωνα με την πρόσληψη σε βιταμίνη C.

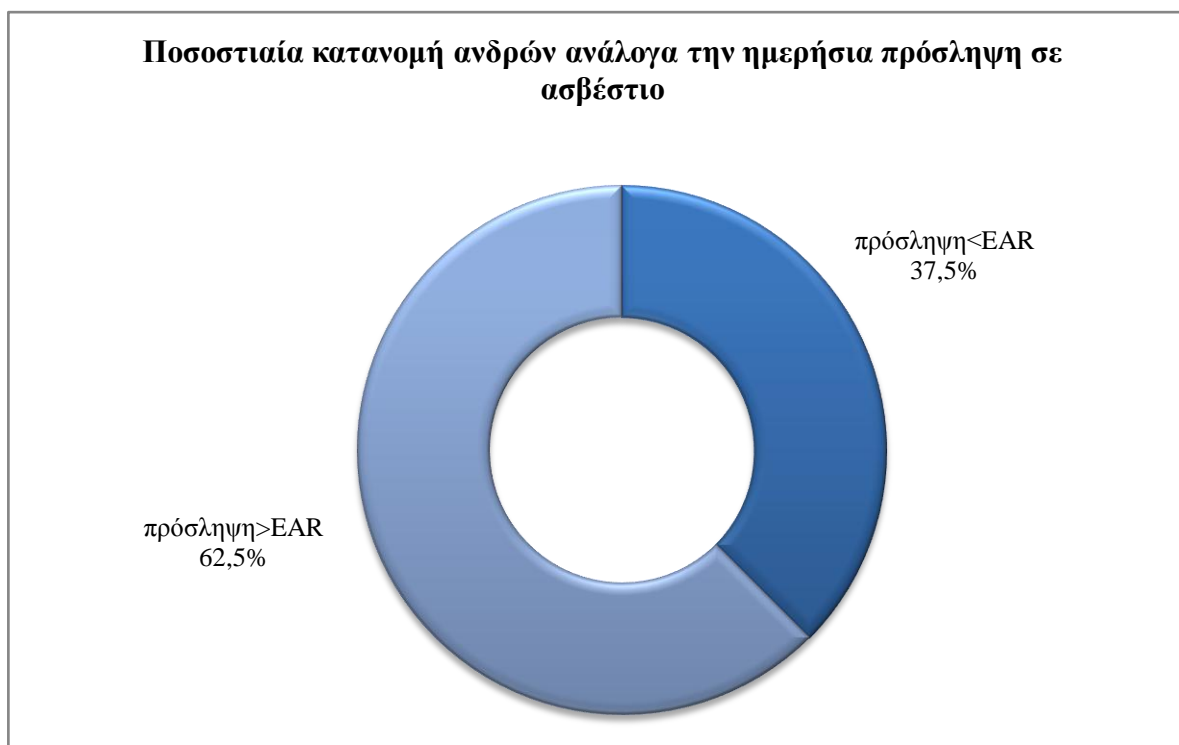




Γράφημα 6.6.6. Ποσοστιαία κατανομή ανέργων ανδρών του συνόλου του δείγματος σύμφωνα με την πρόσληψή τους σε σίδηρο.



Γράφημα 6.6.7. Ποσοστιαία κατανομή ανέργων ανδρών του συνόλου του δείγματος σύμφωνα με την ημερήσια πρόσληψή τους σε ασβέστιο.





6.7. Πολυπαραγοντικά μοντέλα συσχέτισης των επιμέρους σκορ του SF-36 με το MedDietScore και συγκεκριμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στους παρακάτω πίνακες (πίνακες 6.7.1. - 6.7.8) παρουσιάζονται τα πολυπαραγοντικά μοντέλα που δημιουργήσαμε με ανεξάρτητες μεταβλητές τις επιμέρους κλίμακες του SF-26 και πως συσχετίζονται με δημογραφικούς παράγοντες όπως, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, οι μήνες ανεργίας, η περιοχή διαμονής, το ατομικό εισόδημα και το φύλο και το MedDietScore οι οποίοι φάνηκε σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων που προηγήθηκε πως τις επηρεάζουν.

Στον πίνακα 6.7.1. παρουσιάζεται το πολυπαραγοντικό μοντέλο συσχέτισης της παραμέτρου του SF-36, «γενική υγεία», με το MedDietScore και συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες. Βρέθηκε, λοιπόν, πως το MedDietScore είναι ο μόνος στατιστικά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για τη γενική υγεία και την επηρεάζει θετικά με $\beta=0,222$ και $p=0,007$. Αξίζει να σημειωθεί πως βρέθηκε οριακά μη στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της γενικής υγείας με την ηλικία των ανέργων ($\beta= -0,179$, $p= 0,056$) και με το ατομικό εισόδημα που δηλώνουν ($\beta= -0,156$, $p= 0,060$).

Πίνακας 6.7.1. Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36 «γενική υγεία» και ανεξάρτητους συντελεστές συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες και το MedDietScore, σε δείγμα άνεργου πληθυσμού.

Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36:		
Γενική Υγεία		
	Σταθμισμένος συντελεστής	p-value
	β	
MedDietScore	0,222	0,007
Ηλικία (έτη)	-0,179	0,056
Μορφωτικό Επίπεδο	0,125	0,181
Μήνες Ανεργίας	-0,126	0,131
Περιοχή Διαμονής	-0,129	0,126
Ατομικό Ετήσιο Εισόδημα	-0,156	0,060
Φύλο	0,145	0,086

Επίπεδο σημαντικότητας $p=0,001$



Στον πίνακα 6.7.2. παρουσιάζεται το πολυπαραγοντικό μοντέλο συσχέτισης της παραμέτρου του SF-36 «σωματική λειτουργικότητα» με το MedDietScore και συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες. Βρέθηκε, λοιπόν, πως η σωματική λειτουργικότητα συσχετίζεται αρνητικά με στατιστική σημαντικότητα με την ηλικία ($\beta = -0,346$, $p = 0,001$) καθώς και με τους μήνες ανεργίας ($\beta = -0,267$, $p = 0,001$), επίσης, συσχετίζεται θετικά με στατιστική σημαντικότητα με το μορφωτικό επίπεδο ($\beta = 0,221$, $p = 0,006$).

Πίνακας 6.7.2. Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36 «σωματική λειτουργικότητα» και ανεξάρτητους συντελεστές συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες και το MedDietScore, σε δείγμα άνεργου πληθυσμού

Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36:		
Σωματική Λειτουργικότητα		
	Σταθμισμένος συντελεστής	p-value
	β	
MedDietScore	0,123	0,078
Ηλικία (έτη)	-0,346	0,001
Μορφωτικό Επίπεδο	0,221	0,006
Μήνες Ανεργίας	-0,267	0,001
Περιοχή Διαμονής	-0,087	0,228
Ατομικό Ετήσιο Εισόδημα	-0,101	0,151
Φύλο	0,047	0,512

Επίπεδο σημαντικότητας $p=0,001$

Ο πίνακας 6.7.3. παρουσιάζει το πολυπαραγοντικό μοντέλο που δημιουργήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή την παράμετρο του SF-36 «σωματικός ρόλος» και ανεξάρτητους συντελεστές το MedDietScore και συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του σωματικού ρόλου με την ηλικία ($\beta = -0,262$, $p = 0,006$), ενώ όλοι οι υπόλοιποι ανεξάρτητοι συντελεστές δε βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το σωματικό ρόλο.



Πίνακας 6.7.3. Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36 «σωματικό ρόλο» και ανεξάρτητους συντελεστές συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες και το MedDietScore, σε δείγμα άνεργου πληθυσμού.

Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36: Σωματικός Ρόλος		
	Σταθμισμένος συντελεστής	p-value
	β	
MedDietScore	0,084	0,304
Ηλικία (έτη)	-0,262	0,006
Μορφωτικό Επίπεδο	0,115	0,219
Μήνες Ανεργίας	-0,103	0,222
Περιοχή Διαμονής	-0,034	0,691
Ατομικό Ετήσιο Εισόδημα	-0,125	0,133
Φύλο	0,009	0,911

Επίπεδο σημαντικότητας $p=0,001$

Ο πίνακας 6.7.4. παρουσιάζει το πολυπαραγοντικό μοντέλο που δημιουργήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή την του SF-36 «συναισθηματικός ρόλος» και ανεξάρτητους μεταβλητές το MedDietScore και συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες. Το μοντέλο δεν έχει στατιστική σημαντικότητα ($p=0,060$) και καμία ανεξάρτητη μεταβλητή δεν βρέθηκε να συσχετίζεται στατιστικώς σημαντικά με το συναισθηματικό ρόλο.



Πίνακας 6.7.4. Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36 « συναισθηματικό ρόλο» και ανεξάρτητους συντελεστές συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες και το MedDietScore, σε δείγμα άνεργου πληθυσμού.

Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36: Συναισθηματικός Ρόλος		
	Σταθμισμένος συντελεστής	p-value
	β	
MedDietScore	0,101	0,239
Ηλικία (έτη)	-0,153	0,121
Μορφωτικό Επίπεδο	0,115	0,244
Μήνες Ανεργίας	-0,016	0,855
Περιοχή Διαμονής	0,130	0,143
Ατομικό Ετήσιο Εισόδημα	-0,003	0,974
Φύλο	0,051	0,563

Μη στατιστική σημαντικότητα.

Ο πίνακας 6.7.5., που ακολουθεί παρουσιάζει το πολυπαραγοντικό μοντέλο που δημιουργήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή την παράμετρο του SF-36 «ζωτικότητα» και ανεξάρτητους συντελεστές το MedDietScore και συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της ζωτικότητας με το MedDietScore ($\beta=0,231$, $p=0,007$), ενώ όλοι οι υπόλοιποι ανεξάρτητοι συντελεστές δε βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη κλίμακα του SF-36, ζωτικότητα.



Πίνακας 6.7.5. Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36 «ζωτικότητα» και ανεξάρτητους συντελεστές συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες και το MedDietScore, σε δείγμα άνεργου πληθυσμού.

Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36: Ζωτικότητα		
	Σταθμισμένος συντελεστής β	p-value
MedDietScore	0,231	0,007
Ηλικία (έτη)	-0,177	0,069
Μορφωτικό Επίπεδο	-0,028	0,773
Μήνες Ανεργίας	0,011	0,898
Περιοχή Διαμονής	0,038	0,665
Ατομικό Ετήσιο Εισόδημα	-0,044	0,611
Φύλο	0,064	0,462

Επίπεδο σημαντικότητας $p=0,001$.

Το πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένη μεταβλητή τη κλίμακα του SF-36 «ψυχική υγεία» που δημιουργήθηκε, παρουσιάζεται στον πίνακα 6.7.6. που ακολουθεί. Η ψυχική υγεία βρέθηκε πως συσχετίζεται θετικά, με στατιστική σημαντικότητα $p=0,006$ και $\beta=0,308$ με το MedDietScore. Καμία άλλη στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν βρέθηκε.

Πίνακας 6.7.6. Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36 «ψυχική υγεία» και ανεξάρτητους συντελεστές συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες και το MedDietScore, σε δείγμα άνεργου πληθυσμού.

Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36: Ψυχική Υγεία		
	Σταθμισμένος συντελεστής β	p-value
MedDietScore	0,308	0,001
Ηλικία (έτη)	-0,161	0,092
Μορφωτικό Επίπεδο	-0,055	0,564
Μήνες Ανεργίας	0,002	0,983
Περιοχή Διαμονής	-0,004	0,960
Ατομικό Ετήσιο Εισόδημα	0,003	0,973
Φύλο	0,108	0,207

Επίπεδο σημαντικότητας $p=0,001$.



Ο πίνακας 6.7.7. παρουσιάζει το πολυπαραγοντικό μοντέλο που δημιουργήθηκε με εξαρτημένη μεταβλητή την παράμετρο του SF-36 «κοινωνική λειτουργικότητα» και ανεξάρτητους συντελεστές το MedDietScore και συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της κοινωνικής λειτουργικότητας με το MedDietScore ($\beta=-0,200$, $p=0,020$) και στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της κοινωνικής λειτουργικότητας με τους μήνες παραμονής στην ανεργία ($\beta=-0,189$, $p=0,032$), ενώ δε βρέθηκε άλλη στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Πίνακας 6.7.7. Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36 «κοινωνική λειτουργικότητα» και ανεξάρτητους συντελεστές συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες και το MedDietScore, σε δείγμα άνεργου πληθυσμού.

Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36: Κοινωνική Λειτουργικότητα		
	Σταθμισμένος συντελεστής	p-value
	β	
MedDietScore	0,200	0,020
Ηλικία (έτη)	-0,112	0,250
Μορφωτικό Επίπεδο	-0,003	0,979
Μήνες Ανεργίας	-0,189	0,032
Περιοχή Διαμονής	-0,117	0,185
Ατομικό Ετήσιο Εισόδημα	-0,050	0,558
Φύλο	0,018	0,835

Επίπεδο σημαντικότητας $p=0,001$.

Τέλος, στον τελευταίο πίνακα παρουσιάζεται το πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα του SF-36 «σωματικός πόνος», το οποίο δεν είναι στατιστικά σημαντικό με $p=0,096$. Εδώ φαίνεται πως υπάρχει θετική στατιστικά σημαντική συσχέτιση του σωματικού πόνου με το MedDietScore.



Πίνακας 6.7.8. Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36 «σωματικός πόνος» και ανεξάρτητους συντελεστές συγκεκριμένους δημογραφικούς παράγοντες και το MedDietScore, σε δείγμα άνεργου πληθυσμού.

Πολυπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένο συντελεστή τη κλίμακα του SF-36: Σωματικός Πόνος		
	Σταθμισμένος συντελεστής	p-value
	β	
MedDietScore	0,179	0,038
Ηλικία (έτη)	-0,162	0,099
Μορφωτικό Επίπεδο	0,005	0,961
Μήνες Ανεργίας	-0,102	0,247
Περιοχή Διαμονής	-0,099	0,262
Ατομικό Ετήσιο Εισόδημα	-0,078	0,371
Φύλο	0,066	0,451

Μη στατιστική σημαντικότητα.

6.8. Συσχέτιση MedDietScore με τις κλίμακες του SF-36.

Στο σύνολο του δείγματος από τις παραμέτρους του SF-36, σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος, ζωτικότητα, ψυχική υγεία, κοινωνική λειτουργικότητα, σωματικός πόνος και γενική υγεία, στατιστικά σημαντικά βρέθηκαν να σχετίζονται με το MedDietScore η ζωτικότητα ($r=0,174$, $p=0,003$), η ψυχική υγεία ($r=0,174$, $p=0,001$), η κοινωνική λειτουργικότητα ($r=0,174$, $p=0,038$) και η γενική υγεία ($r=0,201$, $p=0,016$), ενώ η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο συναισθηματικός ρόλος και ο σωματικός πόνος δεν βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το MedDietScore.

Για τους άνεργους που ζουν στην Αθήνα από τις παραμέτρους του SF-36, στατιστικά σημαντικά βρέθηκαν να σχετίζονται με το MedDietScore η ζωτικότητα ($r=0,278$, $p=0,023$), η ψυχική υγεία ($r=0,396$, $p=0,001$) και η γενική υγεία ($r=0,281$, $p=0,021$), ενώ η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο συναισθηματικός ρόλος, η κοινωνική λειτουργικότητα και ο σωματικός πόνος δεν βρέθηκαν να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με το MedDietScore.



Τέλος, όσον αφορά το δείγμα που συλλέχθηκε από τη Χαλκίδα καμία παράμετρος του SF-36 δεν βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με το MedDietScore. Όλα τα παραπάνω φαίνονται στον πίνακα 6.8.1. που ακολουθεί.

Πίνακας 6.8.1. Συσχέτιση του MedDietScore με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του συνόλου του δείγματος των ανδρών.

	MedDietScore					
	Όλο το δείγμα		Αθήνα		Χαλκίδα	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value
Σωματική Λειτουργικότητα	0,116	0,169	0,192	0,122	0,102	0,379
Ρόλος Σωματικός	0,080	0,342	0,174	0,159	0,022	0,847
Ρόλος Συναισθηματικός	0,147	0,082	0,109	0,389	0,111	0,340
Ζωτικότητα	0,251	0,003	0,278	0,023	0,182	0,117
Ψυχική Υγεία	0,323	0,001	0,396	0,001	0,209	0,070
Κοινωνική Λειτουργικότητα	0,174	0,038	0,176	0,155	0,214	0,063
Σωματικός Πόνος	0,161	0,054	0,222	0,071	0,142	0,222
Γενική Υγεία	0,201	0,016	0,281	0,021	0,157	0,180



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Περιγραφή δείγματος ανέργων - δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.

Στο δείγμα, των ανέργων, της παρούσας μελέτης παρατηρούμε πως οι γυναίκες είναι αριθμητικά περισσότερες από τους άνδρες. Συγκεκριμένα καταγράφηκαν 55 άνεργοι άνδρες (38% του συνόλου) και 88 άνεργες γυναίκες (62% του συνόλου). Η Ελληνική Στατιστική Αρχή σύμφωνα με την έρευνα του εργατικού δυναμικού που πραγματοποιεί σε τριμηνιαία βάση, κατά το Γ' τρίμηνο του 2013, κατά το χρονικό διάστημα δηλαδή που έγινε η συλλογή των δεδομένων της δεδομένης μελέτης (Ιούλιος - Αύγουστος, 2013), κατέγραψε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ανεργίας των γυναικών (31,3%) σε σχέση με εκείνο των ανδρών (23,8%) (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2013b), γεγονός που σημαίνει ότι στη παρούσα μελέτη η συμμετοχή ανά φύλο ήταν ανάλογη με τα εθνικά ποσοστά ανεργίας.

Τα άτομα που δήλωσαν πως ζουν μόνιμα στην Αθήνα ήταν 50 άνεργες γυναίκες και 17 άνεργοι άνδρες ενώ εκείνοι που δήλωσαν πως ζουν στην Χαλκίδα ήταν 38 άνεργες γυναίκες και 38 άνεργοι άνδρες. Αυτή η διαφορά στη ποσοστώση των υποομάδων για το φύλο των δύο περιοχών είναι το αίτιο στο οποίο οφείλονται οι διαφορές που παρατηρήθηκαν στα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και στη πρόσληψη θρεπτικών συστατικών.

Το διάστημα παραμονής στην ανεργία καταγράφηκε από 1 μήνα έως 6 χρόνια, με μέση τιμή τους 17 μήνες. Το 62% του συνόλου του δείγματος δήλωσαν πως παραμένουν άνεργοι για τουλάχιστον 12 μήνες, δηλαδή είναι μακροχρόνια άνεργοι, ποσοστό κοντά στο 71% που κατέγραψε η Ελληνική Στατιστική Αρχή για τους μακροχρόνια ανέργους για το Γ' τρίμηνο του 2013 (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2013b). Σημαντικό είναι να αναφερθεί εδώ πως οι άνεργοι που δήλωσαν πως το ατομικό ετήσιο εισόδημά τους δεν ξεπερνά τις 5.000€ δήλωσαν επίσης πως παραμένουν άνεργοι για περισσότερο χρονικό διάστημα σε σχέση με τους ανέργους που δήλωσαν πως το ατομικό τους εισόδημα είναι μεγαλύτερο των 5.000€ ετησίως (πίνακας 6.4.2.). Αυτό ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι οι μακροχρόνια άνεργοι δεν δικαιούνται επίδομα ανεργίας, αλλά ανεξάρτητα από την αιτία η συγκεκριμένη κατάσταση αποτελεί ένα φαινόμενο κοινωνικής παθογένειας με δύο αλληλοεξαρτώμενους παράγοντες (εισόδημα-κατάσταση απασχόλησης) που οδηγούν τα άτομα σε συνεχή κοινωνικό-οικονομικά αδιέξοδα.



Η μέση ηλικία των ανέργων ήταν 33 έτη και η μέση τιμή στα χρόνια εκπαίδευσης ήταν τα 13 έτη. Η Eurostat κατέγραψε σε 16,4 έτη τη προσδοκώμενη διάρκεια σπουδών στην Ελλάδα κατά το έτος 2011 Παρατηρήθηκε επίσης πως το μεγαλύτερο ποσοστό επί του συνόλου των ανέργων, 45,5%, δήλωσε πως έχει απολυτήριο μέσης εκπαίδευσης. Παρομοίως, η Ελληνική Στατιστική Αρχή για το Γ' τρίμηνο του 2013, κατέγραψε πως το μεγαλύτερο ποσοστό ανέργων (37,9%) ήταν απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2013b).

Όπως ήταν αναμενόμενο, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δήλωσαν πως είναι χαμηλόμισθοι. Συγκεκριμένα, 81% των ανέργων δήλωσε πως το ετήσιο ατομικό εισόδημά τους δεν ξεπερνά τις 5.000€, ενώ το 31% δήλωσε πως το οικογενειακό τους εισόδημα είναι χαμηλότερο των 10.000€ ετησίως. Όπως αναφέρει η έρευνα εισοδήματος και συνθηκών διαβίωσης των νοικοκυριών από την Ελληνική Στατιστική Αρχή, το κατώφλι της φτώχειας ανέρχεται στο ποσό των 5.708 ευρώ ετησίως ανά άτομο και σε 11.986 ευρώ για νοικοκυριά με δύο ενήλικες και δύο εξαρτώμενα παιδιά ηλικίας κάτω των 14 ετών (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2013a). Στη παρούσα μελέτη λοιπόν, στο σύνολο του δείγματος το συντριπτικό ποσοστό 81% δήλωσε πως ζει κάτω από το όριο της φτώχειας, και αυτό είναι λογικό, γιατί όπως παραθέτει στο ίδιο δελτίο τύπου η Ελληνική Στατιστική Αρχή, το ποσοστό κινδύνου φτώχειας στους ανέργους ανέρχεται σε 45,8 % σε σύγκριση με τους εργαζομένους που ανέρχεται σε 15,1% (άνδρες 16,5% και γυναίκες 13,1%) (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2013a). Σημαντικό, επίσης, είναι το στοιχείο που παρατίθεται και αναφέρει πως το 31% του συνολικού πληθυσμού βρίσκεται σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού.

Επίσης, 73% των ανέργων διαμένουν σε ιδιόκτητη κατοικία στην οποία δε χρειάζεται να πληρώνουν κάποιο μίσθωμα. Σύμφωνα με τα στοιχεία τα νοικοκυριά που διαμένουν σε ιδιόκτητη κατοικία απειλούνται από φτώχεια σε ποσοστό 21,6%, ενώ αυτά που διαμένουν σε ενοικιασμένη κατοικία σε ποσοστό 29,6% (ΕΛ.ΣΤΑΤ., 2013a). Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, πως τα περισσότερα νοικοκυριά επιλέγουν να ζήσουν σε κάποιο ιδιόκτητο σπίτι με σκοπό την εξοικονόμηση του μισθώματος και τη χρήση του για τη κάλυψη κάποιας άλλης ανάγκης.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, 59% του δείγματος δήλωσαν άγαμοι, ενώ 36% δήλωσαν έγγαμοι ή αρραβωνιασμένοι. Η οικογενειακή κατάσταση είναι παράγοντας καθοριστικός για τη στήριξη της ψυχικής υγείας του ατόμου σε καταστάσεις οικονομικής κρίσης. Από μελέτες προκύπτει ότι η ύπαρξη συζύγου ή σταθερού συντρόφου μπορεί να αποτελέσει όχι μόνο συναισθηματικό στήριγμα, αλλά και χειροπιαστή βοήθεια



για την αντιμετώπιση των οικονομικών αναγκών μέσω της οικονομικής συμβολής του (Vaananen et al., 2005). Επίσης το 47% του δείγματος των ανέργων που συλλέχτηκε δήλωσαν πως ζουν μαζί με τους γονείς τους, μόλις 11% δήλωσαν πως ζουν μόνοι τους, ενώ 34% με τις οικογένειές τους.

Κατά τη σύγκριση των δύο υποσυνόλων του δείγματος των ανέργων, εκείνων που ζουν στην Αθήνα και εκείνων που ζουν στη Χαλκίδα, βρέθηκε πως οι άνεργοι της Χαλκίδας ζουν σε μεγαλύτερες κατοικίες. Οι κατοικίες στη πρωτεύουσα της χώρας, λόγω του περιορισμού του χώρου και του μεγάλο πληθυσμού που πρέπει να εξυπηρετεί εΐθισται να είναι μικρότερες, σε αντίθεση με τις επαρχιακές πόλεις, όπως είναι η Χαλκίδα, όπου υπάρχουν περισσότερες μονοκατοικίες και τα σπίτια είναι μεγαλύτερα.

Όταν περιορίστηκε το δείγμα και συγκρίθηκαν οι άνεργοι που ζουν με τις οικογένειές τους στην Αθήνα με τους ανέργους που ζουν με τις οικογένειές τους στην Χαλκίδα παρατηρήθηκε πως εκείνοι που μένουν στην Αθήνα έχουν περισσότερα έτη εκπαίδευσης.

Επίσης, όταν συγκρίθηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά μεταξύ των ανέργων γυναικών και των ανέργων ανδρών παρατηρήθηκε πως οι γυναίκες είχαν περισσότερα έτη εκπαίδευσης και ζούσαν σε μεγαλύτερα σπίτια.

Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά

Παρόλο που παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικό διαφορετικό ύψος και βάρος συγκριτικά σε Αθήνα και Χαλκίδα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικός ΔΜΣ. Αυτό πιθανά συμβαίνει λόγω διαφορετικής ποσόστωσης ανδρών – γυναικών, ενώ δεν παρατηρείται διαφορά όταν η ανάλυση έγινε ανά φύλο. Αξίζει να σημειωθεί οι τιμές βάρους και ύψους ήταν αυτοδηλούμενες.

Από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου για το βάρος και το ύψος των εθελοντών ανέργων, προέκυψε πως η μέση τιμή για το ύψος είναι 1,68m και για το βάρος 68,7kg, ενώ η μέση τιμή για το ΔΜΣ διαμορφώνεται στο 24,1 kg/m². Οι γυναίκες του δείγματος είχαν μέση τιμή 1,630m για το ύψος, μέση τιμή 62,182kg για το βάρος και μέση τιμή ΔΜΣ 23,168kg/m². Οι άνδρες είχαν μέση τιμή 1,75m για το ύψος, 79,120kg για το βάρος και 25,600 kg/m² για τον ΔΜΣ.

Η σχέση μεταξύ των αυτοδηλούμενων τιμών σωματικού βάρους και ύψους και των πραγματικών τους τιμών, που μετρούνται δηλαδή από την εκάστοτε ερευνητική ομάδα, έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας. Από έρευνες η μέση διαφορά μεταξύ



αυτοδηλούμενου και πραγματικού ύψους έχει βρεθεί 0,6cm. Παρομοίως, ο υπολογισμός του ΔΜΣ, από αυτοδηλούμενες τιμές βάρους και ύψους έχει φανεί πως υποεκτιμάται για τις μεγάλες τιμές και υπερεκτιμάται όταν πρόκειται για χαμηλές τιμές, και αυτό συμβαίνει ανεξαρτήτως φύλου. Η ευαισθησία του ΔΜΣ παρατηρείται χαμηλή όταν οι τιμές από τις οποίες προκύπτει (βάρος και ύψος) είναι αυτοδηλούμενες, ιδίως σε παχύσαρκα άτομα (Kuskowska-Wolk et al., 1992).

Σε μεγάλη έρευνα στον ελληνικό πληθυσμό, όπου έγιναν σωματομετρήσεις από ερευνητική ομάδα, με 22.043 συμμετέχοντες από όλη τη περιφέρεια της Ελλάδος, η μέση τιμή για το ΔΜΣ των γυναικών βρέθηκε 28,1 kg/m² και των ανδρών 28,8 kg/m² (Trichoroulou et al., 2003). Σε έρευνα του 2011, σε μικρότερο δείγμα ελληνικού πληθυσμού (645 ατόμων) όπου δεν έγιναν ανθρωπομετρήσεις, αλλά οι εθελοντές κατέγραψαν μόνοι τους το βάρος και το ύψος τους η μέση τιμή του ΔΜΣ που καταγράφηκε ήταν 26,4 kg/m² (Pappa et al., 2011).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως οι άνεργοι που ζουν στην Χαλκίδα έχουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερο ύψος σε σχέση με τους άνεργους που ζουν στην Αθήνα. Αυτό το δεδομένο, λογικά προκύπτει από την ανομοιογένεια του δείγματος σε σχέση με τις γυναίκες και τους άνδρες σε Αθήνα και Χαλκίδα. Οι άνεργοι που διαμένουν στη Αθήνα ήταν 50 άνεργες γυναίκες και 17 άνεργοι άνδρες ενώ εκείνοι που δήλωσαν πως ζουν στην Χαλκίδα ήταν 38 άνεργες γυναίκες και 38 άνεργοι άνδρες. Είναι λογικό λοιπόν πως οι 38 άνδρες που διαμένουν στην Χαλκίδα έναντι των 17 ανδρών που μένουν στην Αθήνα, δικαιολογούν τη διαφορά στο ύψος μεταξύ των δύο υποομάδων.

Κατά τη σύγκριση ανέργων ανδρών και γυναικών προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά στο ύψος, στο βάρος αλλά και στο ΔΜΣ, με τους άνδρες να σημειώνουν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερες τιμές σε σχέση με τις γυναίκες (πίνακας 6.3.1.).

Αποτελέσματα SF-36

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας στο σύνολο του δείγματος η «σωματική λειτουργικότητα» με μέση τιμή 82,22 ήταν το υψηλότερο σκορ που σημειώθηκε ενώ ο «συναισθηματικός ρόλος» είχε τη χαμηλότερη μέση τιμή, 52,72. Σε χαμηλά σχετικά επίπεδα κυμάνθηκαν και οι μέσες τιμές των επιμέρους σκορ «ψυχική υγεία» και «ζωτικότητα», με μέσες τιμές 55,89 και 54,20 αντίστοιχα. Σε μέτρια επίπεδα παρατηρήθηκε το σκορ «σωματικός ρόλος» με μέση τιμή 68,36, «γενική υγεία» με μέση τιμή 64,61, «σωματικός πόνος» με μέση τιμή 63,67 και «κοινωνική λειτουργικότητα» με



μέση τιμή 62,59. Οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας, όσον αφορά τη ψυχική υγεία, φαίνεται να είναι μεγαλύτερες σε χώρες με αδύναμο επίπεδο οικονομικής ανάπτυξης, άνιση διανομή εισοδήματος καθώς και με συστήματα ελλιπούς προστασίας των ανέργων (Paul and Moser, 2009).

Η ποσοστιαία κατανομή του ελληνικού πληθυσμού, όπως καταγράφηκε από έρευνα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής, όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του για το έτος 2011 καταγράφηκε πολύ καλή για το 50,6% του πληθυσμού, καλή για το 25,9% του πληθυσμού και μέτρια, κακή ή πολύ κακή για το υπόλοιπο 23,5%. Όταν συγκρίθηκαν οι άνεργοι που ζουν στην Αθήνα με τους άνεργους που ζουν στη Χαλκίδα παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τη κλίμακα «συναισθηματικός ρόλος» όπου η μέση τιμή των ανέργων της Χαλκίδας ήταν 59,211 ενώ εκείνη των ανέργων της Αθήνας χαμηλότερη στα 45,128. Βλέπουμε, δηλαδή, πως τα άνεργα άτομα στην Χαλκίδα βρίσκονται σε καλύτερη συναισθηματική κατάσταση απ' ότι τα άνεργα άτομα στην Αθήνα. Πιθανά, ο αυξημένος συνωστισμός, οι πιο ταχείς ρυθμοί και η καχυποψία που υπάρχει στη πρωτεύουσα να δυσχεραίνουν τη συναισθηματική κατάσταση των ήδη επιβαρυσμένων ανέργων.

Σύμφωνα με μία μελέτη που έγινε από τους Paul και Moser σχετικά με τις επιδράσεις της ανεργίας στη ψυχική υγεία έδειξε πως ο μέσος όρος των ατόμων που είχαν ψυχολογικά προβλήματα ήταν υπερδιπλάσιος για τους άνεργους (34%), συγκρινόμενος με τα άτομα που εργάζονταν (16%). Διαπιστώθηκαν, σημαντικές διαφορές μεταξύ των ανέργων και των ατόμων που εργάζονταν σε βασικές παραμέτρους ενδεικτικές της ποιότητας της ψυχικής υγείας του ατόμου, όπως π.χ. το άγχος, η κατάθλιψη, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, την αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή και το αίσθημα αυτοεκτίμησης (Paul and Moser, 2009).

Στη συγκεκριμένη μελέτη δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανέργων ανδρών και γυναικών για τα αποτελέσματα του SF-36, ενώ άλλες μελέτες έχουν δείξει πως η ψυχολογική πίεση που δέχεται ένας άνεργος άνδρας είναι μεγαλύτερη από εκείνη που δέχονται οι γυναίκες, ίσως λόγω των εναλλακτικών κοινωνικών ρόλων που οι γυναίκες επιτελούν (ανατροφή παιδιών, νοικοκυριό κτλ) (Kulik, 2000). Έρευνα σε άνεργο πληθυσμό έδειξε πως οι νεαροί άνδρες νιώθουν πως έχουν καλύτερη σωματική και πνευματική υγεία από ότι οι νεαρές γυναίκες (Hultman and Hemlin, 2008). Σύμφωνα με άλλη μελέτη σε γενικό ελληνικό πληθυσμό η οποία μάλιστα αξιολόγησε την ποιότητα



ζωής με το SF-36, φάνηκε πως οι γυναίκες και τα ηλικιωμένα άτομα είχαν χαμηλά σκορ σε όλες τις επιμέρους κλίμακες του SF-36 (Pappa et al., 2009).

Όταν συγκρίθηκαν οι άνεργες γυναίκες της Αθήνας με τις άνεργες γυναίκες της Χαλκίδας βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές για τα σκορ «ζωτικότητα» και «ψυχική υγεία», με τις γυναίκες στην Χαλκίδα να σημειώνουν μεγαλύτερα σκορ. Για τους άνεργους άνδρες σε Αθήνα και Χαλκίδα δεν σημειώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αυτό συμβαίνει λόγω του μικρότερου αριθμού πληθυσμού, της ευκολότερης μετακίνησης με τα μέσα μεταφοράς, του πιο χαλαρού τρόπου ζωής.

Τα άτομα που βρίσκονται στο πυκνοκατοικημένο και ετερογενές αστικό περιβάλλον έρχονται αντιμέτωπα με πληθώρα φυσικών και κοινωνικών ερεθισμάτων. Προκειμένου να ανταπεξέλθουν μεταβάλλουν την συμπεριφορά τους. Επικρατεί η επιφυλακτικότητα και η τυπικότητα, και στις πιο στενές τους σχέσεις η συναισθηματική απόσταση. Παρά ταύτα, τα έντονα ερεθίσματα του αστικού περιβάλλοντος μπορεί να προξενήσουν συναισθήματα όπως, άγχος και νευρική υπερένταση. Επίσης, η προσαρμογή της συμπεριφοράς στη ζωή της πόλης προκαλεί χαλάρωση των διαπροσωπικών δεσμών, τόσο εκείνων που στηρίζουν τα άτομα σε περιόδους κρίσης, όσο και αυτών που περιορίζουν την ανάπτυξη εγωκεντρικών επιδιώξεων. Επίσης παρατηρείται, κοινωνική δυσλειτουργικότητα, αισθήματα μοναξιάς και διανοητικών διαταραχών και αύξηση εγκληματικότητας (Wirth, 1969).

Αποτελέσματα MedDietScore και εικοσιτετράωρων ανακλήσεων

Η μέση τιμή του MedDietScore που υπολογίστηκε από τα ερωτηματολόγια του συνολικού δείγματος των ανέργων είναι 31,49, με ελάχιστη τιμή 15 και μέγιστη 43. Φάνηκε, λοιπόν, πως οι άνεργοι του δείγματος είχαν μέτρια προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή. Παρατηρήθηκε πως η διατροφή των ανέργων, στο σύνολό τους αλλά και στην υποομάδα των γυναικών που ζουν στη Χαλκίδα ήταν πιο κοντά στη μεσογειακή διατροφή απ'ότι η διατροφή των ανέργων που ζουν στην Αθήνα. Αυτό συμβαίνει διότι στην Αθήνα παρατηρείται ένας γρήγορος τρόπος ζωής, κατανάλωση πρόχειρου φαγητού και αυξημένη τιμή σε φρούτα και λαχανικά.

Οι άνεργες γυναίκες στην Χαλκίδα συγκέντρωσαν 3 περισσότερες μονάδες στη μέση τιμή του MedDietScore συγκριτικά με τις άνεργες γυναίκες στην Αθήνα, μια στατιστικά σημαντική διαφορά που δείχνει πως οι άνεργες γυναίκες σε ημιαστικό περιβάλλον, όπως είναι αυτό της περιφέρειας της Χαλκίδας, τρέφονται βάση των αρχών



του μεσογειακού προτύπου διατροφής. Οι άνεργοι άνδρες στη Χαλκίδα δεν εμφάνισαν διαφορά από τους άνεργους άνδρες που ζουν στην Αθήνα. Μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν παρατηρήθηκε διαφορά. Στα γραφήματα που παρουσιάστηκαν (γραφήματα 6.5.1.-6.5.3.) φαίνονται οι συχνότητες εμφάνισης των αποτελεσμάτων του MedDietScore για το σύνολο του δείγματος, για τους άνεργους της Αθήνα και τους άνεργους της Χαλκίδας.

Όταν συγκρίθηκε η ημερήσια πρόσληψη θρεπτικών συστατικών που προέκυψε από τις εικοσιτετράωρες ανακλήσεις των ανέργων της Αθήνας και των ανέργων της Χαλκίδας βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την ενέργεια, τις πρωτεΐνες, τους υδατάνθρακες, τη χοληστερόλη, τη βιταμίνη Ε, τον ψευδάργυρο και τα ισοδύναμα δημητριακών, με τους άνεργους στην Χαλκίδα να έχουν μεγαλύτερες προσλήψεις. Αυτό συμβαίνει λόγω της διαφορετική ποσόστωσης του φύλου ανάμεσα στις δύο υποομάδες του δείγματος.

Κατά τη σύγκριση των θρεπτικών προσλήψεων των ανδρών και των θρεπτικών προσλήψεων των γυναικών παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για την ενέργεια, τη πρωτεΐνη, τους υδατάνθρακες, τις φυτικές ίνες, το κάλιο, το νάτριο, τον σίδηρο, τον φώσφορο, βιταμίνης C τα ισοδύναμα δημητριακών, κρεατικών και οσπρίων. Διαφορές οι οποίες δικαιολογούνται αν σκεφτούμε πως οι ανάγκες διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο.

Οι άνεργες γυναίκες στην Αθήνα συγκριτικά με τις άνεργες γυναίκες στη Χαλκίδα φάνηκε να έχουν μεγαλύτερη πρόσληψη σε νάτριο, ενώ έχουν χαμηλότερη ημερήσια πρόσληψη σε κάλιο και βιταμίνη Ε. Σύμφωνα με αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να εξαχθεί το συμπέρασμα πως οι γυναίκες στην Αθήνα καταφεύγουν περισσότερο στο πρόχειρο φαγητό και για αυτό το λόγο έχουν μεγαλύτερη πρόσληψη σε νάτριο. Από την άλλη, ίσως οι γυναίκες στη Χαλκίδα καταναλώνουν περισσότερους ξηρούς καρπούς, όσπρια και, φρούτα, τρόφιμα που τους εξασφαλίζουν υψηλότερη πρόσληψη καλίου και βιταμίνης Ε σε σχέση με τις άνεργες της Αθήνας.

Ενδιαφέρον αποτελεί το εύρημα ότι οι άνεργοι άνδρες στη Χαλκίδα τρώνε περισσότερα φρούτα από τους άνεργους στην Αθήνα και εμφάνισαν μεγαλύτερη πρόσληψη σε ψευδάργυρο, υδατάνθρακες αλλά και χοληστερόλη. Συγκεκριμένα, η μέση κατανάλωση φρούτων των ανέργων ανδρών στη Χαλκίδα φάνηκε να είναι σχεδόν 3 φρούτα ημερησίως ενώ αντίθετα, οι άνεργοι άνδρες στην Αθήνα είχαν μέση κατανάλωση μικρότερη από 1,5 φρούτα ημερησίως. Η αυξημένη πρόσληψη ψευδαργύρου και χοληστερόλης ίσως εξηγείται από την αφθονία αλιευμάτων (ψάρια, οστρακοειδή και



μαλάκια) από την οποία χαρακτηρίζεται η ευρύτερη περιοχή της Χαλκίδας. Στην Αθήνα τα αλιεύματα είναι πιο δυσεύρετα και η κατανάλωσή τους λιγότερο συχνή.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καταδεικνύουν μερικές σημαντικές διαφορές στις διατροφικές συνήθειες των ατόμων που ζουν σε μια αστική περιοχή και άλλων που ζουν σε μια ημιαστική περιοχή. Άλλες μελέτες έχουν παρατηρήσει, αντίθετα, πως υπάρχει μια τάση εξομοίωσης των διατροφικών επιλογών ανάμεσα σε διαφορετικού πληθυσμού κοινωνίες (Adair and Popkin, 2005).

Όταν συγκρίθηκαν οι προσλήψεις των ατόμων του δείγματος με το EAR για το εκάστοτε θρεπτικό συστατικό φάνηκε πως όσον αφορά τη πρωτεΐνη, τα ποσοστά ανεπαρκούς κάλυψης των αναγκών ήταν πολύ χαμηλά. Σε δυτικές κοινωνίες σπανίως συναντάμε πρωτεϊνικό υποσιτισμό. Όμως, για τη βιταμίνη C, τον σίδηρο και το ασβέστιο η πλειονότητα των ανέργων γυναικών φάνηκε να μη καλύπτουν τις ανάγκες τους. Τα ποσοστά των ανδρών που δεν κάλυπταν τις ανάγκες τους για τα συγκεκριμένα θρεπτικά ήταν μικρότερα από αυτά των γυναικών και δεν ξεπερνούσαν το 50%.

Συσχετίσεις αποτελεσμάτων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης και με τα πολυπαραγοντικά μοντέλα που δημιουργήθηκαν φάνηκε πως όσο πιο κοντά στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής είναι η διατροφή του ανέργου πληθυσμού τόσο καλύτεροι είναι οι δείκτες του SF-36 «γενική υγεία», «ζωτικότητα», «ψυχική υγεία» και «κοινωνική λειτουργικότητα». Η «σωματική λειτουργικότητα» από την άλλη μεριά σχετίζεται θετικά με το μορφωτικό επίπεδο και αρνητικά με την ηλικία και τους μήνες ανεργίας ενώ ο «σωματικός ρόλος» εξαρτάται από την ηλικία. Όπως έχει παρατηρηθεί και από άλλες μελέτες, οι αρνητικές επιπτώσεις της ανεργίας παρουσιάζονται πιο έντονα σε μακροχρόνια ανέργους, σε σχέση με την ολιγόμηνη ανεργία (Paul and Moser, 2009).

Το 50,3% του φτωχού πληθυσμού, όπως αναφέρει η Στατιστική Ελληνική Αρχή, δηλώνει ότι στερείται διατροφής που περιλαμβάνει κάθε δεύτερη ημέρα κοτόπουλο, κρέας, ψάρι ή λαχανικά ίσης θρεπτικής αξίας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό του μη φτωχού πληθυσμού εκτιμάται σε 2,9%



ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Στη παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε πως 8 στους 10 ανέργους ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας. Ανεξαρτήτως φύλου, οι άνεργοι έκριναν πως η ποιότητα ζωής τους κυμαίνεται σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα, με τη συναισθηματική κατάσταση να επηρεάζεται περισσότερο από τις υπόλοιπες παραμέτρους (βλ. Πίνακας 6.5.3.). Επίσης, δήλωσαν πως η όρεξή τους για ζωή και η ψυχική τους υγεία δεν είναι σε καλή κατάσταση.

Οι άνεργοι που ζουν στη Χαλκίδα φάνηκε πως έχουν καλύτερη συναισθηματική λειτουργία από τους ανέργους που ζουν στη πρωτεύουσα, ενώ οι άνεργες γυναίκες νιώθουν καλύτερα ψυχικά και έχουν περισσότερη όρεξη σε σχέση με τις άνεργες γυναίκες που ζουν στην Αθήνα.

Οι διατροφικές συνήθειες των ανέργων φάνηκε πως τείνουν προς το μεσογειακό πρότυπο διατροφής, με τους ανέργους στη Χαλκίδα να τρέφονται με μεγαλύτερη προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή απ'ότι οι άνεργοι στην Αθήνα. Τέλος, φάνηκε πως οι γυναίκες διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο να μην καλύπτουν τις ημερήσιες ανάγκες τους σε σημαντικά θρεπτικά συστατικά.

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι η πολιτεία και όλοι οι εμπλεκόμενοι φορείς, διεθνείς, εθνικοί ή τοπικοί, οφείλουν να ευαισθητοποιηθούν και να μεριμνήσουν άμεσα για την εξασφάλιση τουλάχιστον των βασικών αναγκών και του βιοτικού επιπέδου του συγκεκριμένου πληθυσμού, που συνεχώς αυξάνεται. Η μείωση των ποσοστών των νέων ανέργων και η αύξηση των ποσοστών των απασχολούμενων αλλά και η οργάνωση ενός ευρέος κοινωνικού δικτύου που θα στέκει δίπλα στο άτομο σε αυτές τις στιγμές της μεγάλης δυσφορίας, θυμίζοντάς του ότι κοινωνία σημαίνει πρωτίστως κοινωνική αλληλεγγύη, συλλογικές δράσεις και παρεμβάσεις είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για τη κοινωνική ευμάρεια και ισορροπία.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ADAIR, L. S. & POPKIN, B. M. 2005. Are child eating patterns being transformed globally? *Obes Res*, 13, 1281-99.
- ARISTIGUETA, M. & DOOREN, W. 2005. The rediscovery of Social Indicators in Europe and the U.S.A. : an international comparison. *EGPA Annual Conference*. Berne, Switzerland.
- ARVANITI, F., PANAGIOTAKOS, D. B., PITSAVOS, C., ZAMPELAS, H. & STEFANADIS, C. 2006. Dietary habits in a greek sample of Men and Women: the attica Study. *Cent Eur J Publ Health*, 14, 74-77.
- BARTLEY, M. 1998. Unemployment and health: selection or causation – a false Antithesis? . *Social Health Illn* 41-67.
- BLACK, A. E. 2000. Critical evaluation of energy intake using the Goldberg cut-off for energy intake:basal metabolic rate. A practical guide to its calculation, use and limitations. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 24, 1119-30.
- BLANCHARD, O. J. & KATZ, L. F. 1992. Regional Evolutions. . *Brookings Papers on Economic Activity*, 1, 1-75.
- BLANE, D., BARTELY, M. & SMITH, G. D. 1997. Disease etiology and materialistic explanations of socioeconomic mortality differentials. *Eur J Public Health*, 7, 385–391.
- BOER, M. D., MCCARTHY, M., COWAN, C. & RYAN, I. 2004. The influence of Lifestyle Characteristics and Beliefs about Convenience Food on the Demand for Convenience Foods in the Irish Market. *Food Quality and Preference*, 1, 155-165.
- BOWLING, A. 1997. Measuring Health: a Review of Quality of Life Measurement Scales. *Medicine, Health Care and Philosophy* 1, 181-182.
- BRIEFEL, R. R., SEMPOS, C. T., MCDOWELL, M. A., CHIEN, S. & ALAIMO, K. 1997. Dietary methods research in the third National Health and Nutrition Examination Survey: underreporting of energy intake. *Am J Clin Nutr*, 65, 1203S-1209S.
- BURCHELL, B. 1994. *The effects of labour market position, job insecurity and unemployment on psychological health*, Oxford, Oxford University Press.
- CHAN, M. 2009. Impact of financial crisis on health:a truly global solution is needed.
- CIPOLLA, F. 1992. Profit Rate and Public Deficit in the U.S.A. *Capital & Class*, 24, 76-82.
- CLEAVER, H. 1989. Close the IMF, abolish debt and end development: a class analysis of the international debt crisis. *Capital & Class*, 17-50.
- DARNTON-HILL, I. & COGILL, B. 2010. Maternal and Young Child Nutrition Adversely Affected by External Shocks Such As Increasing Global Food Prices. *Journal of Nutrition*, 140, 162S-169S.
- DE LORGERIL, M., SALEN, P., MARTIN, J. L., MONJAUD, I., DELAYE, J. & MAMELLE, N. 1999. Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study. *Circulation*, 99, 779-85.
- DIENER, E. & SUH, E. 1997. Measuring quality of life: Economic Social and Subjective indicators. *Social Indicators Research*, 40, 189-216.
- DREWNOWSKI, A. & SPECTER, S. E. 2004. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr*, 79, 6-16.
- ESTES, R. 2004. Development Challenges of the “New Europe” *Social Indicators Research*, 69, 123-166.
- ETZERSDORFER, E. & SONNECK, G. 1998. Preventing suicide by influencing mass-media reporting. The viennese experience 1980-1996. *Arch Suicide Res*, 4, 67-74.
- EUROPEANCOMMISSION 2009. Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses. *European Economy*. Brussels/Luxembourg.
- EUROSTAT 2011. Statistics Database Homepage.



- FALAGAS, M. E., VOULOUMANOU, E. K., MAVROUS, M. N. & KARAGEORGOPOULOS, D. E. 2009. Economic crises and mortality: a review of the literature. *Int J Clin Pract*, 63, 1128-1135.
- FARQUHAR, M. 1995. Definitions of quality of life: a taxonomy. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 502-8.
- FELCE, D. & PERRY, J. 1995. Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil*, 16, 51-74.
- FUND, I. M. 2009. Global Economic Slump Challenges policies.
- FUTNHAM, A. 1982. Altitudes toward the unemployed receiving social security benefits - Human Relations. 2, 135-150.
- GILMAN, S., KAWACHI, I., FITZMAURICE, M. G. & BUKA, L. S. 2002. Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *Int J Epidemiol*, 31, 359-367.
- HAMMARSTROM, A. & JANLERT, U. 1995. Unemployment and change of tobacco habits: a study of young people from 16 to 21 years of age. *Addiction* 89, 1619-23
- HAMMER, T. 1992. Unemployment and use of drug and alcohol among young people: a longitudinal study in the general population. *Br J Addict*, 87, 1571-81.
- HARVEY, D. 2001. *Spaces of Capital: Towards a Critical Geography*, New York, Routledge.
- HORNQUIST, J. O. 1982. The concept of quality of life. *Scand J Soc Med*, 10, 57-61.
- HUDSON, C. 2005. Socioeconomic Status and Mental Illness: Tests of the Social Causation and Selection Hypotheses. *Am J Orthopsych*, 75, 3-18.
- HULTMAN, B. & HEMLIN, S. 2008. Self-rated quality of life among the young unemployed and the young in work in northern Sweden. *Work*, 30, 461-72.
- IMF 2009. Global Economic Slump Challenges policies. International Monetary Fund.
- ISLAM, M. & SIWAR, C. 2005. Impact of the financial crisis on expenditure patterns in Malaysia: Special reference on low-income households. *Journal of Economic Research*, 10, 145-173.
- JAHODA, M. 1958. *Current Concepts of Positive Mental Health*, New York.
- JAMES S., JAMES M., LEPKOWSKI A., KINNEY M., RICHARD P., MERO R., MERO P., RONALD C., KESSLER A. & R., H. 1994. The Social Stratification of Ageing and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 213-234.
- JONES, C. A., PERERA, A., CHOW, M., HO, I., NGUYEN, J. & DAVACHI, S. 2009. Cardiovascular disease risk among the poor and homeless - what we know so far. *Curr Cardiol Rev*, 5, 69-77.
- KAUFMAN, R. P., MACDONALD, M. J., LUTZ, M. S. & SMALLWOOD, M. D. 1997. Do the poor pay more for food? In: DIVISION, F. A. R. E. (ed.) *Agricultural Economic Report No. 759*. U.S. Department of Agriculture.
- KENTIKELINIS, A., KARANIKOLOS, M., PAPANICOLAS, I., BASU, S., MCKEE, M. & STUCKLER, D. 2011. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378, 1457-1458.
- KINLEY, M. 1979. Epidemiological and political determinants of social policies regarding the public health. *Social Science and Medicine*, 1, 541-547.
- KLUVE, J. & SCHMIDT, C. M. 2002. Can training and employment subsidies combat European unemployment? *Economic Policy*, 17, 409-448.
- KRUGMAN, P. 1995. Technology, Trade and Factor Prices, NBER Working Papers. *National Bureau of Economic Research*, No. 5355.
- KOMPIER, M. & IEVI, I. 1995. Stress during work. Luxemburg: European Community.
- KOUREMENOS, A. & AVLONITIS, G. 1995. The changing consumer in Greece. *International Journal of Research in Marketing*, 12, 435-448.
- KULIK, L. 2000. Jobless men and women: A comparative analysis of job search intensity, attitudes toward employment and related responses. *J Occup Organ Psychology*, 73, 487-500.
- KUSKOWSKA-WOLK, A., BERGSTROM, R. & BOSTROM, G. 1992. Relationship between questionnaire data and medical records of height, weight and body mass index. *Int J Obes Relat Metab Disord*, 16, 1-9.



- LAGIOU, P. & TRICHOPOULOU, A. 2001. The DAFNE initiative: the methodology for assessing dietary patterns across Europe using household budget survey data. *Public Health Nutr*, 4, 1135-41.
- LAZAROU, C., PANAGIOTAKOS, D. & MATALAS, A. L. 2012. The role of diet in prevention and management of type 2 diabetes: implications for public health. *Crit Rev Food Sci Nutr*, 52, 382-9.
- LEACH L.S., B. P., STRAZDINS L., RODGERS B., BROOM D., OLESEN S., 2010. The limitations of employment as a tool for social inclusion. *BMC Public Health*, 19, 621.
- LEAHY, R. 2011. Unemployment's Human Costs.
- LEE, A. J., CROMBIE, I. K., SMITH, W. C. & TUNSTALL-PEDOE, H. D. 1991. Cigarette smoking and employment status. *Soc Sci Med*, 33, 1309-12.
- LEVIS, O. 1966. *La Vida - A Puerto Rivas Family in the Culture of Poverty*, London, Randon.
- LIBERATOS P., L. B. G. K. J. L. 1988. The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiology Review*, 87-121.
- LUDWIG, D. S. & POLLACK, H. A. 2009. Obesity and the economy: from crisis to opportunity. *JAMA*, 301, 533-5.
- MALINVAUD, E. 1987. Profitability and Unemployment.
- MANKIW, N. G. & TAYLOR, M. P. (eds.) 2010. *Αρχές Οικονομικής Θεωρίας*, Αθήνα Gutenberg.
- MARMOT, M. G. & BELL, R. 2009. How the financial crisis affect health. *B Med J*, 338, b1314.
- MARTINS, J., GONAND, F., ANTOLIN, P., MAISONNEUVE, C. & YOO, K. 2005. The impact of ageing on demand, factor markets and growth. OECD Economics Department.
- MARX, K. 1862/1954. *Theories of surplus value*, London, Lawrence and Wishart.
- MARX, K. & ENGELS, F. 1885/1992. *Capital: A critique of political economy*, London, Penguin.
- MCCALL, W. 1975. Quality of life. *Social Indicators Research*, 229-248.
- MEEBERG, G. A. 1993. Quality of life. *Social Indicators Research*, 43-71.
- MOSER, K. 1990. *Unemployment and mortality. In: Goldblatt P (ed) Longitudinal study: mortality and social organisation*, London, Stationery Office.
- NOLL, H. 1998. *Societal Indicators and Social Reporting: The International Experience*. , Copenhagen.
- NORDSTROM, J. & THUNSTROM 2011. Can targeted food taxes and subsidies improve the diet? Distributional effects Among income groups. *Food Policy*, 36, 259-271.
- OGUNTONA C. R. B., A. M., & OLATEJU A. 1999. Sources of nutrients in the diets of adolescent Nigerias. *Nutrition and Food Science*, 72-77.
- OIKONOMOU, N. & TOUNTAS, Y. 2011. The Greek economic crisis: a primary health-care perspective. *Lancet* 377, 28-29.
- OLIVER, G. & WARDLE, J. 1999. Perceived Effects of Stress on Food Choice. *Physiology & Behavior* 66, 511-515.
- ORLEY, J. H., KUYKEN, W., WORLD HEALTH ORGANIZATION. DIVISION OF MENTAL HEALTH. & FONDATION IPSEN POUR LA RECHERCHE THÉRAPEUTIQUE. 1994. *Quality of life assessment : international perspectives : proceedings of the joint meeting organized by the World Health Organization and the Foundation IPSEN in Paris, July 2-3 1993*, Berlin, Springer-Verlag.
- ORTEGA, T., JOHNSON, R., BEESON, G. & CRAFT, J. 1994. The Farm Crisis and Mental Health: A Longitudinal Study of the 1980s. . *Rural Sociology*, 59, 598-619.
- PANAGIOTAKOS, D., KALOGEROPOULOS, N., PITSAVOS, C., ROUSSINOY, G., PALLIOU, K., CHRYSOHOOU, C. & STEFANADIS, C. 2009. Validation of the MedDietScore via the determination of plasma fatty acids. *Int J Food Sci Nutr*, 60 Suppl 5, 168-80.
- PANAGIOTAKOS, D. B., MILIAS, G. A., PITSAVOS, C. & STEFANADIS, C. 2006. MedDietScore: a computer program that evaluates the adherence to the Mediterranean dietary pattern and its relation to cardiovascular disease risk. *Comput Methods Programs Biomed*, 83, 73-7.



- PANAGIOTAKOS, D. B., PITSAVOS, C., CHRYSOHOOU, C., STEFANADIS, C. & TOUTOUZAS, P. 2002. Risk stratification of coronary heart disease in Greece: final results from the CARDIO2000 Epidemiological Study. *Prev Med*, 35, 548-56.
- PAPPA, E., KONTODIMOPOULOS, N. & NIAKAS, D. 2005. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res*, 14, 1433-8.
- PAPPA, E., KONTODIMOPOULOS, N., PAPADOPOULOS, A. A. & NIAKAS, D. 2009. Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: evidence from Greece. *Int J Public Health*, 54, 241-9.
- PAPPA, E., KONTODIMOPOULOS, N., PAPADOPOULOS, A. A., TOUNTAS, Y. & NIAKAS, D. 2011. Physician consultations according to different BMI levels of the Greek general population. *Int J Environ Res Public Health*, 8, 4300-11.
- PAUL, K. & MOSER, K. 2009. Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *J Vocational Behavior*, 74, 264-282.
- PELAGIDIS, T. 1998. *European Unemployment: « Myths and Realities»*, Challenge.
- PERUGINI, C. & SIGNORELLI, M. 2010. Youth Labour Market Performance in European Regions. *Economic Change and Restructuring*, 43, 151-185.
- PHELPS, E. 1999. *Inflation Policy and Unemployment Theory*.
- RIFKIN, J. 1994. *The end of work*.
- RUHM, C. J. 2000. Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics*, 115, 617-650.
- SANCHEZ, P. H., RUANO, C., IRALA, J. D., RUIZ-CANELA, M., MARTINEZ-GONZALEZ, M. A. & SANCHEZ-VILLEGAS, A. 2012. Adherence to the Mediterranean diet and quality of life in the SUN Project. *Eur J Clin Nutr*, 3, 360-8.
- TRICHOPOULOU, A., BAMIA, C. & TRICHOPOULOS, D. 2009. Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study. *BMJ*, 338, b2337.
- TRICHOPOULOU, A., COSTACOU, T., BAMIA, C. & TRICHOPOULOS, D. 2003. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*, 348, 2599-608.
- TUCKLER, D., BASU, S., SUHRECKE, M., COUTTS, A. & MCKEE, M. 2009. The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet*, 374, 315-323.
- TURELL, G., BENTLEY, R., THOMAS, L., JOLLEY, D., SUBRAMANIAN, S. & KAVANAGH, A. 2009. A multilevel study of area socio- economic status and food purchasing behaviour. 12, 2074-2083.
- VAANANEN, A., VAHTERA, J., PENTTI, J. & KIVIMAKI, M. 2005. Sources of social support as determinants of psychiatric morbidity after severe life events : Prospective cohort study of female employees. *J Psychosom Res*, 58.
- VEENHOVEN, R. 2004. Is life getting better? . *2nd European Conference on Positive Psychology*. Pallanza, Italy.
- VENTEGODT, S., HILDEN, J. & AL, E. 2003. Measurement of quality of life I. A methodological framework. *Scientific World Journal* 3, 950-61.
- WARE, J. E., JR., KOSINSKI, M., BAYLISS, M. S., MCHORNEY, C. A., ROGERS, W. H. & RACZEK, A. 1995. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care*, 33, AS264-79.
- WARE, J. E., JR. & SHERBOURNE, C. D. 1992. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, 30, 473-83.
- WILLETT, W. C., SACKS, F., TRICHOPOULOU, A., DRESCHER, G., FERRO-LUZZI, A., HELSING, E. & TRICHOPOULOS, D. 1995. Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *Am J Clin Nutr*, 61, 1402S-1406S.
- WIRTH 1969. *Urbanism as a way of life*.



- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, J. 2001. Quality of Life and QALYs in the measurement of health. *Archives of Hellenic Medicine*, 18, 114-130.
- ΑΘΑΝΑΣΙΑΔΟΥ, Χ., ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ, Σ. & ΜΙΜΙΚΟΥ, Γ. 2001. Οι συνθήκες της γυναίκειας απασχόλησης στην Ελλάδα: 1980-2000. Αθήνα.: Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι.).
- ΑΛΟΥΜΑΝΗΣ, Π. 2002. Επιθεώρηση Κοινωνικής Ασφάλισης. *In: IKA (ed.)*. Αθήνα.
- ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ, Α. 2012. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία και η θετική επίδραση της άσκησης. *In: Α, Γ. (ed.) 12ο Συνέδριο Παιδαγωγικής Εταιρείας Κύπρου*.
- ΓΙΩΤΑΚΟΣ, Ο. 2010. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. *Ψυχιατρική*, 21, 195-204.
- ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΟΠΟΥΛΟΥ, Μ., ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. Γ.-., ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ, Χ., ΤΣΙΓΓΑ, Μ., ΔΑΣΚΑΛΑΚΟΥ, Ε. & ΒΑΡΛΑΜΗΣ, Γ. 2009. Σωματικό Βάρος, Πρόσκόλληση στην μεσογειακή διατροφή και ημερήσιο χαρτζιλίκι. *2ο Συνέδριο Μ.Ε.Υ Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών Νοσοκομείου Π. & Α. Κυριακού*.
- ΔΕΔΟΥΣΟΠΟΥΛΟΣ, Α. 2000. *Θεωρίες της ανεργίας - Η κρίση στην αγορά εργασίας: Ρύθμιση-Ευελιξίες - Απορρύθμιση*, Αθήνα.
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2010. Έρευνα Εργατικού Δυναμικού: Δελτίο Τύπου. Αθήνα.
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2013α. ΕΡΕΥΝΑ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΙΚΟΚΥΡΙΩΝ 2012
- ΕΛ.ΣΤΑΤ. 2013β. ΕΡΕΥΝΑ ΕΡΓΑΤΙΚΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ, Γ΄ Τρίμηνο 2013. Πειραιάς.
- ΖΑΜΠΕΛΑΣ, Α. 2003. *Η διατροφή στα στάδια της ζωής*, Αθήνα, Ιατρικές Εκδόσεις.
- ΘΕΟΔΩΡΟΥ, Μ., ΣΑΡΡΗΣ, Μ. & ΣΟΥΛΗΣ, Σ. 1997. *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*, Αθήνα.
- ΙΩΑΚΕΙΜΟΓΛΟΥ, Η. 1997. Η Άνοδος της προσφοράς Εργασίας Αυξάνει την Ανεργία. Ενημέρωση, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ.
- ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΑΚΗΣ, Π. 2008. *Οικονομική Μεγέθυνση - Θεωρία και Πολιτική*, Αθήνα, Κριτική ΑΕ.
- ΚΑΜΙΝΙΩΤΗ, Ο. 1996. *Οι κοινωνικές επιπτώσεις της ανεργίας*.
- ΚΑΤΣΑΝΕΒΑΣ, Θ. 1986. Απασχόληση και ανεργία στην Ελλάδα. Αθήνα: ΟΑΕ.
- ΚΑΤΣΙΚΑΣ, Χ. & ΚΑΒΒΑΔΙΑΣ, Γ. 1994. *Η ανισότητα στην Ελληνική εκπαίδευση*, Αθήνα, Εκδόσεις Cutenberg.
- ΚΑΤΣΟΡΙΔΑΣ, Α. Δ. 1998. *Η ανεργία των νέων στην Ελλάδα*, Αθήνα.
- ΚΡΗΤΙΚΙΔΗΣ, Γ. 2004. Νέα γυναίκα και απασχόληση. Αθήνα. Ενημέρωση, ΙΝΕ-ΓΣΕΕ.
- ΚΩΤΤΗΣ, Γ. 1996. *Οικονομικά για όλους*, Αθήνα, το «Οικονομικό».
- ΚΩΤΤΗΣ, Χ. Γ. & ΠΕΤΡΑΚΗ, Α. 2000. *Σύγχρονη Μακροοικονομική*, Εκδόσεις Μπένου.
- ΜΑΛΛΙΑΡΗΣ, Π. 1990. *Εισαγωγή στο Μάρκετινγκ.*, Πειραιάς, Εκδόσεις Σταμούλης.
- ΜΑΝΙΩΣ, Ι. 2007. *Διατροφική αγωγή: Θεωρίες και μοντέλα Αγωγής και Προαγωγής της Υγείας*, Ιατρικές Εκδόσεις.
- ΠΕΤΡΑΚΗ, Γ. 1993. *Η ανεργία μετατρέπει τις κοινωνικές σχέσεις*.
- ΠΕΤΡΙΝΙΩΤΗ, Ξ. 1989. *Αγορές Εργασίας- Οικονομικές Θεωρίες και Έρευνες*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.
- ΠΟΥ 2003. *Εγχειρίδιο Ποιότητας Ζωής με Άξονα το Ερωτηματολόγιο WHOQOL-100*, Βήτα.
- ΡΆΜΜΟΣ, Γ. & ΖΙΑΚΚΑ, Σ. 2007. Από το ψυχοκοινωνικό stress στην αγγειακή αναδιαμόρφωση και την αθηροσκλήρυνση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24, 232-242.
- ΣΚΟΥΤΕΛΗΣ, Γ. 1996. *Ανεργία: Αιτία και Λύσεις*, Αθήνα, Financial Forum.
- ΤΣΙΑΝΤΟΥ, Β. & ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. 2010. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Οικονομικά της Υγείας*, 27, 834-840.
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. 2003. Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. *Νέα Υγεία*, 4-7.
- ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. 2005. *Τα οικονομικά της υγείας*, Αθήνα.
- ΦΑΧΑΝΑΤΙΔΟΥ Α., Χ. Μ. 2002. *Διατροφή για υγεία, άσκηση και αθλητισμό*, Θεσσαλονίκη, University Studio Press.



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΗΤΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

Το παρόν ερωτηματολόγιο αφορά μία ερευνητική μελέτη, του τμήματος, Διατροφής και Διαιτολογίας, του Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, με σκοπό την διερεύνηση των **Διατροφικών Συνηθειών και της Ποιότητας Ζωής Ανέργων** σε περιοχές της Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο αυτό είναι **ανώνυμο** και τα δεδομένα που θα συλλεχθούν είναι **άκρως εμπιστευτικά** και δε θα χρησιμοποιηθούν για κανένα άλλο σκοπό πέραν της συγκεκριμένης μελέτης.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στις ερωτήσεις κλειστού τύπου που ακολουθούν σημειώστε με «x» την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει ενώ στις ερωτήσεις ανοιχτού τύπου απαντήστε όσο πιο συγκεκριμένα γίνεται.

Φύλο:	Ανδρας <input type="checkbox"/>	Γυναίκα <input type="checkbox"/>	Έτος Γέννησης:
Περιοχή Μόνιμης Κατοικίας:	Συνολικά Χρόνια Σπουδών:		
Πόσους μήνες παραμένετε άνεργος/η;	Ζείτε: Μόνος/η <input type="checkbox"/>		Με την οικογένειά σας <input type="checkbox"/>
	Με τους γονείς σας <input type="checkbox"/>		Με συγκάτοικο <input type="checkbox"/>
Οικογενειακή Κατάσταση:	Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α <input type="checkbox"/>	Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Συμβίωση <input type="checkbox"/>	Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/>
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα:	€ 0 - 10.000 <input type="checkbox"/> € 30.001 - 40.000 <input type="checkbox"/>	€ 10.001 - 20.000 <input type="checkbox"/> > €40.000 <input type="checkbox"/>	€ 20.001 - 30.000 <input type="checkbox"/>
Ετήσιο ατομικό εισόδημα:	€ 0 - 5.000 <input type="checkbox"/> € 15.001 - 20.000 <input type="checkbox"/>	€ 5.001 - 10.000 <input type="checkbox"/> € 20.001 - 25.000 <input type="checkbox"/>	€ 10.001 - 15.000 <input type="checkbox"/> > € 25.000 <input type="checkbox"/>
Τετραγωνικά μέτρα μόνιμης κατοικίας:	Η μόνιμη κατοικία που διαμένετε είναι ιδιόκτητη; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
Αν όχι πόσο είναι το μηνιαίο ενοίκιο που πληρώνετε;	< € 100 <input type="checkbox"/> € 301 - 400 <input type="checkbox"/> > 800 <input type="checkbox"/>	€ 101 - 200 <input type="checkbox"/> € 401 - 600 <input type="checkbox"/>	€ 201 - 300 <input type="checkbox"/> € 601- 800 <input type="checkbox"/>
Ποιο είναι το βάρος σας;	Ποιο είναι το ύψος;		

Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης Υγείας και Καθημερινών Δραστηριοτήτων

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο ζητά τις προσωπικές σας απόψεις σχετικά με την υγεία σας. Παρακαλούμε απαντήστε στα παρακάτω ερωτήματα ειλικρινά και χωρίς διακοπές. Σε κάθε ερώτηση επιλέξτε μία από τις προτεινόμενες απαντήσεις, εκείνη που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο και σημειώστε με «x» στο αντίστοιχο κουτάκι.

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

- Εξαιρετική
- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή

2. Συγκρίνοντας με τον προηγούμενο χρόνο, πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας τώρα;

- Πολύ καλύτερη τώρα, από τον προηγούμενο χρόνο
- Λίγο καλύτερη τώρα από τον προηγούμενο χρόνο
- Περίπου ίδια
- Λίγο χειρότερη τώρα από τον προηγούμενο χρόνο
- Πολύ χειρότερη τώρα από τον προηγούμενο χρόνο

3. Οι παρακάτω στήλες αφορούν δραστηριότητες που πιθανώς κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας.

Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Αν ναι, πόσο;

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, άρση βαρέων αντικειμένων, συμμετοχή σε δυναμικά σπορ.			
Μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, παίζοντας μπόουλινγκ ή γκολφ.			
Άρση ή μεταφορά τροφίμων (ψώνια από την αγορά).			
Ανεβαίνοντας τη σκάλα μερικές φορές.			
Ανεβαίνοντας τη σκάλα μία φορά.			
Γονάτισμα ή σκύψιμο.			
Περπάτημα πάνω από ένα χιλιόμετρο.			
Περπάτημα μερικών οικοδομικών τετραγώνων.			
Περπάτημα ενός οικοδομικού τετραγώνου.			
Κάνοντας μπάνιο ή ντύνοντας τον εαυτό σας.			



4. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, αντιμετωπίσατε στη δουλειά ή στις καθημερινές δραστηριότητές σας, κάποιο από τα παρακάτω πρόβλημα ως αποτέλεσμα της **σωματικής σας υγείας**;

	Ναι	Όχι
Μειώσατε τον χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;		
Επιτελέσατε λιγότερα από αυτά που θα θέλατε;		
Περιορίσατε κάτι στη δουλειά ή σε κάποια άλλη δραστηριότητα;		
Δυσκολευτήκατε στο να φέρετε εις πέρας την δουλειά ή κάποια άλλη δραστηριότητά σας (π.χ. επιπλέον προσπάθεια);		

5. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, αντιμετωπίσατε στη δουλειά ή στις καθημερινές δραστηριότητές σας, κάποιο από τα παρακάτω πρόβλημα ως αποτέλεσμα κάποιου **ψυχολογικού προβλήματος** (π.χ. αίσθημα καταπίεσης ή άγχους);

	Ναι	Όχι
Μειώσατε τον χρόνο που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες;		
Επιτελέσατε λιγότερα από αυτά που θα θέλατε;		
Κάνατε τη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεχτικά απ' ό τι συνήθως;		

6. Κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων, σε ποιά έκταση επέδρασαν τα ψυχικά προβλήματα ή η σωματική σας υγεία στις φυσιολογικές κοινωνικές δραστηριότητές σας με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες και τους συναδέλφους σας;

- Καθόλου
- Ελάχιστα
- Λίγο
- Μέτρια
- Πάρα πολύ

7. Πόσο σωματικό πόνο αισθανθήκατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

- Καθόλου
- Πολύ ήπιο
- Ήπιο
- Μέτριο
- Αρκετό
- Πολύ έντονο



8. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων, πόσο ο πόνος επηρέασε τη δουλειά σας (και μέσα και έξω απ' το σπίτι);

- Καθόλου
- Λίγο
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ

9. Αυτές οι ερωτήσεις έχουν σχέση με το πως νιώσατε και πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις 4 τελευταίες εβδομάδες.

Πόσο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων...	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
Αισθανθήκατε γεμάτοι από ζωντάνια;						
Είσαστε πάρα πολύ νευρικοί;						
Αισθανθήκατε τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να σας φτιάξει τη διάθεση;						
Αισθανθήκατε ήρεμοι και γαλήνιοι;						
Είχατε πολύ ενέργεια;						
Αισθανθήκατε μελαγχολικοί;						
Αισθανθήκατε νευρικοί;						
Αισθανθήκατε ευτυχείς;						
Αισθανθήκατε κουρασμένοι;						

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις, συναντήσεις, κτλ) η κατάσταση της σωματικής και ψυχικής σας υγείας;

- Συνεχώς
- Το μεγαλύτερο διάστημα
- Μερικές φορές
- Λίγες φορές
- Καθόλου

11. Πόσο αληθείς ή ψευδείς είναι στην δική σας περίπτωση οι παρακάτω προτάσεις;

	Αληθής	Αρκετά αληθής	Δεν ξέρω	Αρκετά ψευδής	Ψευδής
Αρρωσταίνω ευκολότερα από τους υπόλοιπους ανθρώπους.					
Είμαι υγιής όσο οι άλλοι άνθρωποι.					
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει.					
Η υγεία μου είναι εξαιρετική.					

**Ερωτηματολόγιο Διατροφικών Συνηθειών**

Κυκλώστε την απάντηση που αντιπροσωπεύει με τον καλύτερο τρόπο την καθημερινή συχνότητα κατανάλωσης των παρακάτω τροφίμων.

Πόσο συχνά καταναλώνετε τα παρακάτω τρόφιμα;	Συχνότητα Κατανάλωσης (μερίδες/ εβδομάδα)					
	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
1. Δημητριακά ολικής αλέσεως (π.χ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι)	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
2. Πατάτες	Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
3. Φρούτα και χυμοί	Ποτέ	1-4	5-8	9-15	16-21	>22
4. Λαχανικά και σαλάτες	Ποτέ	1-6	7-12	13-20	21-32	>33
5. Όσπρια	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
6. Ψάρι και σούπες	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
7. Κόκκινο κρέας και προϊόντα του	≤1	2-3	4-5	6-7	8-10	>10
8. Πουλερικά	≤3	4-5	5-6	7-8	9-10	>10
9. Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά	≤10	11-15	16-20	21-28	29-30	>30
10. Ελαιόλαδο (κύριο προστιθέμενο λίπος στα τρόφιμα και το μαγείρεμα)	Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	Κάθε μέρα
11. Αλκοολούχα ποτά (ml/ημέρα, 100ml= 1 ποτήρι 12%)	<300	300	400	500	600	>700 ή 0

Σας ευχαριστούμε πολύ για τον χρόνο σας!



Καταγραφή 24ωρης ανάκλησης

Γεύμα/ Ώρα Κατανάλωσης	Είδος τροφής	Ποσότητα	Τόπος κατανάλωσης	Τρόπος μαγειρέματος
Πρωινό				
Πρόγευμα				
Μεσημεριανό				
Απογευματινό				
Βραδινό				
Προ ύπνου				