

## ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

# Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ανέργων σε περίοδο οικονομικής κρίσης

ΣΚΟΠΟΣ Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (ΣΥΠΖ) των ανέργων στην Ελλάδα την τρέχουσα περίοδο της οικονομικής κρίσης. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Η παρούσα έρευνα ήταν μια συγχρονική μελέτη. Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελείται από 396 άνεργα άτομα (δείγμα ευκολίας). Το ερωτηματολόγιο Short Form-36v2 (SF-36v2) επιλέχθηκε στην εν λόγω μελέτη για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ των ανέργων. Η ανάλυση διενεργήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 22.0, ενώ όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και διεξήχθησαν σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική για την ανάλυση των δεδομένων. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η μέση ηλικία του μελετώμενου πληθυσμού ήταν τα 33,8 έτη (τυπική απόκλιση, TA=12,3 έτη). Το 55,1% ήταν γυναίκες και το 44,9% άνδρες. Στη διάσταση «σωματική λειτουργικότητα» η μέση βαθμολογία ήταν 51,25 (TA=7,9), στη διάσταση «σωματικός ρόλος» 48,6 (TA=6,98) και στη διάσταση «σωματικός πόνος» 47,9 (TA=11,0). Σε πολυμεταβλητή ανάλυση, το φύλο, η ηλικία, το χρόνιο πρόβλημα υγείας, η υπηκοότητα, η συγκατοίκηση και η εμφάνιση προβλήματος πρόσβασης βρέθηκαν να σχετίζονται τουλάχιστον με μία διάσταση. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η ανεργία έχει ως αποτέλεσμα πολλές αρνητικές συνέπειες για την υγεία και οδηγεί στη μείωση της ΣΥΠΖ, καθώς και στην επιδείνωση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής κατάστασης. Τα προγράμματα πρόληψης και εκπαίδευσης χρόνιων νοσημάτων οφείλουν να ενσωματωθούν στα προγράμματα του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ). Οι πολιτικές υγείας πρέπει να εστιάσουν στη δυνατότητα της ελεύθερης πρόσβασης και της παροχής υπηρεσιών υγείας σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες.

Η ανεργία παραμένει ένα σημαντικό κοινωνικό πρόβλημα στις ευρωπαϊκές χώρες (όπως και στην Ελλάδα), καθώς συνιστά μια σημαντική παράμετρο, η οποία πλήττεται βίαια από την οικονομική κρίση. Έχει διερευνηθεί και διαπιστωθεί ότι η ανεργία, η ανασφάλεια στην εργασία και η απώλεια του διαθέσιμου εισοδήματος έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία. Οικονομικοί και κοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στην υγεία, ενώ η κρίση αυξάνει τις κοινωνικές ανισότητες και επιβαρύνει τις ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες.<sup>1-3</sup> Η ανεργία, οι κοινωνικές αλλαγές, καθώς και τα προβλήματα στον εργασιακό και στον οικογενειακό χώρο

έχουν σημαντικές επιπτώσεις στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ).<sup>4,5</sup> Σύμφωνα με μελέτη, η ανεργία επιδρά αρνητικά στη ΣΥΠΖ, ενώ η ψυχική υγεία βρίσκεται συνήθως σε χαμηλότερα επίπεδα από τη σωματική, σε περιόδους οικονομικής κρίσης.<sup>6</sup> Παρ' όλο που και η ψυχική υγεία επηρεάζεται περισσότερο, έχει αναφερθεί ότι η ανεργία οδηγεί σε σημαντικά σωματικά, κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα.<sup>7</sup>

Οι άνεργοι δηλώνουν λιγότερο ικανοποιητική ζωή σε σύγκριση με τους εργαζόμενους σε μελέτη 11 χωρών της

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2017, 34(1):65-74  
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2017, 34(1):65-74

Ε.Α. Μεχίλι,<sup>1</sup>  
Α. Καλοκαιρινού,<sup>2</sup>  
Δ. Καϊτελίδου,<sup>3</sup>  
Π. Γαλάνης,<sup>3</sup>  
Μ. Διομήδους<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο

<sup>2</sup>Εργαστήριο Κοινωνικής Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>3</sup>Εργαστήριο Οργάνωσης και Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας, Νοσηλευτική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

<sup>4</sup>Εργαστήριο Κλινικής Επιδημιολογίας, Νοσηλευτική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Health related quality of life in the unemployed population during the financial crisis

Abstract at the end of the article

### Λέξεις ευρετηρίου

Ανεργία  
Ελλάδα  
Οικονομική κρίση  
Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Υποβλήθηκε 11.3.2016  
Εγκρίθηκε 27.3.2016

Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), ενώ άλλη μελέτη αναδεικνύει ότι η ποιότητα ζωής των ανέργων βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με εκείνη των εργαζομένων.<sup>8,9</sup> Σε μια σειρά μελετών αναφέρεται ότι η υγεία των μακροχρόνια ανέργων βρίσκεται σε χαμηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με εκείνη των εργαζομένων, αλλά και των βραχυπρόθεσμα ανέργων.<sup>10,11</sup>

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ ανεργίας και ψυχικής υγείας.<sup>12-14</sup> Μια μετα-ανάλυση σχετικά με τις επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία έδειξε ότι οι άνεργοι είχαν διπλάσιες πιθανότητες από αυτούς που εργαζόνταν, να βιώσουν ψυχολογικά προβλήματα.<sup>15</sup> Η παρουσία της οικονομικής κρίσης επιβαρύνει την κατάσταση αυτή, με την ύπαρξη ισχυρής σχέσης μεταξύ απότομης μείωσης του εισοδήματος και εμφάνισης ψυχιατρικών διαταραχών.<sup>16</sup>

Μελέτη έδειξε ότι τα άνεργα άτομα, ή τα άτομα που δεν εργάζονται όσο θα επιθυμούσαν, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με όσους απασχολούνται με πλήρες ωράριο, καθώς η αυτοεκτίμηση και η αυτο-αξία είναι στενά συνδεδεμένες με την εργασία.<sup>17,18</sup> Σύμφωνα με ελληνική έρευνα, οι άνεργοι, οι συνταξιούχοι και οι νοικοκυρές εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναφέρουν αισθήματα κατάθλιψης.<sup>19</sup> Η μείζων κατάθλιψη σε ένα μήνα στην Ελλάδα ως ποσοστό επιπολασμού ανήλθε στο 8,2% το 2011 έναντι 3,3% το 2008.<sup>20</sup> Επίσης, σημαντική αύξηση υπάρχει την περίοδο της κρίσης στις γραμμές ψυχολογικής υποστήριξης, με τα άτομα αυτά να είναι κυρίως άνδρες (65%) και ηλικίας 18-30 και 50+ ετών.<sup>21</sup> Μελέτες στην Ελλάδα έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της οικονομικής κρίσης.<sup>22-24</sup>

Τα οικονομικά προβλήματα, το stress και η απώλεια της κοινωνικής ταυτότητας συνεπάγονται αρνητικές επιπτώσεις τόσο στις κοινωνικές δραστηριότητες όσο και στην κατάσταση της υγείας.<sup>25</sup> Οι περιορισμένοι πόροι είναι πιθανόν να οδηγήσουν σε πτωχή διατροφή και περιορισμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Οι μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες, καθώς και η επιδείνωση των συνθηκών στέγασης καταλήγουν σε χειρότερη σωματική υγεία.<sup>26</sup> Επί πλέον, η ανεργία, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης και η μείωση του εισοδήματος οδηγούν σε αποφυγή χρήσης των υπηρεσιών υγείας και των φαρμάκων, σε υποθεραπεία των νοσημάτων και σε αύξηση των υποτροπών των χρόνιων νοσημάτων.<sup>27</sup> Το εν λόγω γεγονός μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.<sup>3</sup> Σε μια κοινωνία σε οικονομική κρίση επηρεάζονται άμεσα και βαρύτερα οι πτωχοί και οι άνεργοι, γιατί οι συγκεκριμένες καταστάσεις δημιουργούν υψηλότερα στρεσογόνα ερεθίσματα στους ευάλωτους αυτούς πληθυσμούς.<sup>28</sup>

Αν και το φαινόμενο της ανεργίας και η σύνδεσή της με την κατάσταση υγείας παραμένει στο επίκεντρο των επιστημών υγείας, αφού αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς η ΣΥΠΖ των ανέργων σε καιρό οικονομικής κρίσης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της ΣΥΠΖ των ανέργων στην Ελλάδα την τρέχουσα περίοδο της οικονομικής κρίσης, καθώς και η διερεύνηση των δημογραφικών παραγόντων που την επηρεάζουν. Η κατανόηση των παραγόντων αυτών μπορεί να μας οδηγήσει στη βελτίωση της ΣΥΠΖ, καθώς και στη μείωση των κοινωνικών ανισοτήτων.

## ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

### Περιοχή και πληθυσμός μελέτης

Η παρούσα έρευνα είναι μια συγχρονική μελέτη, η οποία έλαβε χώρα το χρονικό διάστημα Μάρτιος-Μάιος 2015 σε ανέργους εγγεγραμμένους στα μητρώα του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (ΟΑΕΔ). Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελείται από 396 άνεργα άτομα (δείγμα ευκολίας), τα οποία δεν συμμετείχαν κατά την περίοδο της διεξαγωγής της μελέτης σε κάποιο επιδοτούμενο πρόγραμμα του ΟΑΕΔ. Το δείγμα συγκεντρώθηκε από δύο διαφορετικά υποκαταστήματα του ΟΑΕΔ στην περιοχή των Αθηνών. Οι άνεργοι συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια όταν προσέρχονταν ή αποχωρούσαν από τα υποκαταστήματα του ΟΑΕΔ. Στους συμμετέχοντες δεν δόθηκε από τους ερευνητές κάποια διευκρινιστική απάντηση σε τυχόν ερωτήσεις τους.

### Κλίμακα αποτίμησης/ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο Short Form-36v2 (SF-36v2), που αποτελεί τη βελτιωμένη μορφή του SF-36, επιλέχθηκε στην παρούσα μελέτη για την αξιολόγηση της ΣΥΠΖ των ανέργων. Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις και απευθύνεται σε ασθενείς και υγιείς ηλικίας >14 ετών. Περιλαμβάνει οκτώ διαστάσεις, καθώς και δύο συνοπτικές κλίμακες («σωματική υγεία» και «ψυχική υγεία»). Η κάθε διάσταση αποτελείται από 2-10 επί μέρους ερωτήσεις, αντίστοιχα. Οι οκτώ διαστάσεις είναι: (α) «Σωματική λειτουργικότητα» (10 ερωτήσεις), (β) «σωματικός ρόλος» (4 ερωτήσεις), (γ) «σωματικός πόνος» (2 ερωτήσεις), (δ) «γενική υγεία» (5 ερωτήσεις), (ε) «ζωτικότητα» (4 ερωτήσεις), (στ) «κοινωνική λειτουργικότητα» (2 ερωτήσεις), (ζ) «συναισθηματικός ρόλος» (3 ερωτήσεις), (η) «ψυχική υγεία» (5 ερωτήσεις). Τέλος, οι δύο συνοπτικές κλίμακες της «σωματικής υγείας» και της «ψυχικής υγείας», οι οποίες συντίθενται από τέσσερις παράγοντες η κάθε μια, έχουν ως εξής: «Σωματική υγεία» (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος και δείκτης της γενικής υγείας) και «ψυχική υγεία» (ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία).

Η συνολική βαθμολογία σε κάθε μια από τις διαστάσεις υπολογίζεται με την άθροιση της βαθμολογίας σε κάθε απάντηση που έχει δώσει ο συμμετέχων. Στις ερωτήσεις χρησιμοποιούνται διάφορες

κλίμακες τύπου Likert. Η κάθε διάσταση λαμβάνει τιμές (score) από 0–100, ενώ οι συνοπτικές κλίμακες σωματικής και ψυχικής υγείας λαμβάνουν τιμές από 21,4–69,5 και 6,4–65,5, αντίστοιχα. Όσο χαμηλότερη είναι η βαθμολογία του συμμετέχοντα τόσο χειρότερη θεωρείται η ΣΥΠΖ του στη συγκεκριμένη διάσταση. Συνολική βαθμολογία από το ερωτηματολόγιο δεν υπολογίζεται, αλλά διατηρούνται οι βαθμολογίες για τις επί μέρους διαστάσεις, καθώς και τις δύο γενικές διαστάσεις οι οποίες προκύπτουν ως αποτέλεσμα των οκτώ αυτών διαστάσεων. Αυτό παρέχει τη δυνατότητα να κατανοηθεί καλύτερα η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων.

### Διεξαγωγή βαθμολογίας

Για κάθε κλίμακα υπολογίστηκε η βαθμολογία (μόνο όταν το 50% των απαντήσεων ήταν σωστά συμπληρωμένες), ενώ έγινε αντικατάσταση των κενών στοιχείων (missing values) με τη μέση τιμή των υπολοίπων τιμών στην εκάστοτε συγκεκριμένη διάσταση. Έπειτα, υπολογίστηκε το αλγεβρικό άθροισμα των ερωτήσεων κάθε κλίμακα και, τέλος, έγινε αντικατάσταση των τιμών από το 0–100 με βάση τον κατάλληλο μαθηματικό τύπο (υπολογισμός προτυποποιημένης βαθμολογίας στην κάθε διάσταση). Οι ερωτήσεις δίχως απάντηση ήταν της τάξης του 1,45% (μεγαλύτερο στη διάσταση της «γενικής υγείας» [6,3%] και χαμηλότερο στις διαστάσεις του «σωματικού ρόλου», του «σωματικού πόνου», της «κοινωνικής λειτουργικότητας» και της «ψυχικής υγείας», που βρέθηκε στο 0%).

### Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση διενεργήθηκε με το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 22.0, ενώ όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και διεξήχθησαν σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Αναλυτικότερα, υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha για τις οκτώ διαστάσεις. Βρέθηκε να είναι >0,7 σε όλες τις διαστάσεις, γεγονός που διασφάλισε την αξιοπιστία και τη συνοχή της παρούσας έκδοσης του ερωτηματολογίου.

Οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή (τυπική απόκλιση), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές ως απόλυτες (n) και σχετικές συχνότητες (%). Πραγματοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική για την ανάλυση των δεδομένων. Για τον έλεγχο της συσχέτισης των δύο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Pearson ή Spearman, ανάλογα με το αν οι μεταβλητές ακολουθούσαν την κανονική κατανομή ή όχι. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος t-test για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ των δύο ομάδων, ενώ για τη σύγκριση των ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (ANOVA). Λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni και Dunnett's T3 (PostHoc έλεγχοι). Για τις μεταβλητές που δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή πραγματοποιήθηκε λογαριθμικός μετασχηματισμός με βάση το 10 (LG10) και στη συνέχεια υπολογίστηκε ο γεωμετρικός μέσος των εν λόγω μεταβλητών. Εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (linear regression analysis), ενώ για την εξουδετέρωση των συγχυτικών παραγόντων και την εύρεση του βέλτιστου μοντέλου εφαρμόστηκε

η μέθοδος Backward elimination. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση συμπεριλήφθηκαν όλες οι μεταβλητές οι οποίες εμφάνισαν  $p < 0,25$  στη μονομεταβλητή ανάλυση.

### Βιοηθική

Όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας τηρήθηκαν απαρέγκλιτα. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους στόχους της μελέτης και συμφώνησαν να συμμετάσχουν. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, η συμμετοχή εθελοντική, η αποχώρηση από τη διαδικασία της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου μπορούσε να επέλθει οποιαδήποτε στιγμή το επιθυμούσαν και, τέλος, τα δεδομένα της έρευνας θα χρησιμοποιούνταν μόνο για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας.

### Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη ήταν μια συγχρονική μελέτη, γεγονός που καθιστά δυσχερή την εξαγωγή αιτιακών σχέσεων. Η παρουσία όμως χειρότερης ποιότητας ζωής των ανέργων σε μελέτες εκτός Ελλάδας ενισχύει τα αποτελέσματά μας. Επίσης, η δειγματοληψία αποκλειστικά σε ανέργους του ΟΑΕΔ ενδεχομένως απέκλεισε ένα τμήμα ανέργων οι οποίοι δεν ήταν εγγεγραμμένοι, ενώ παράλληλα αποκλείστηκαν άτομα που συμμετείχαν στα προγράμματα voucher. Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς, η παρούσα μελέτη ήταν η πρώτη που προσπάθησε να προσεγγίσει και να εξετάσει την ποιότητα ζωής των ανέργων σε καιρό οικονομικής κρίσης, χρησιμοποιώντας μάλιστα ένα έγκυρο διεθνές εργαλείο αποτίμησης (το ερωτηματολόγιο SF-36v2). Προτείνεται, βέβαια, η περαιτέρω μελέτη σε μεγαλύτερο και πιο αντιπροσωπευτικό δείγμα, ώστε να επιτραπεί η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελείται από 396 άτομα, με μέση ηλικία τα 33,8 έτη (τυπική απόκλιση,  $TA=12,3$  έτη). Το 55,1% ήταν γυναίκες και το 44,9% άνδρες. Το 87,6% είχαν ελληνική υπηκοότητα, το 44,7% ήταν απόφοιτοι Λυκείου και το 25,6% ήταν απόφοιτοι Ανώτατου Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΑΕΙ) (πίν. 1). Το μέσο εισόδημα των συμμετεχόντων ανερχόταν στα 360,3 €.

Στη διάσταση «σωματική λειτουργικότητα», η μέση βαθμολογία ήταν 51,25 ( $TA=7,9$ ), στη διάσταση «σωματικός ρόλος» 48,6 ( $TA=6,98$ ) και στη διάσταση «σωματικός πόνος» 47,9 ( $TA=11$ ). Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «ψυχική υγεία» ήταν 38,4 ( $TA=10,8$ ), στη «συνολική κλίμακα σωματικής υγείας» 51,8 ( $TA=8,2$ ) και στη «συνολική κλίμακα ψυχικής υγείας» 41,1 ( $TA=8,3$ ) (πίν. 2).

Όσον αφορά στη μονομεταβλητή ανάλυση, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η συγκατοίκηση, η ύπαρξη παιδιών, η ασφαλιστική κάλυψη, το χρόνιο πρόβλημα υγείας, η ηλικία και το πρόβλημα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας

**Πίνακας 1.** Δημογραφικά δεδομένα.

		n	%
Φύλο	Άρρεν	178	44,9
	Θήλυ	218	55,1
Ηλικία, μέση τιμή±ΤΑ		33,86±12,33	
Εθνικότητα	Ελληνική	347	87,6
	Άλλη	49	12,4
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Δημοτικό	2	0,5
	Γυμνάσιο	41	10,4
	Λύκειο	177	44,7
	Απόφοιτος ΤΕΙ	42	10,6
	Απόφοιτος ΑΕΙ	99	25,0
	MSc/PhD	35	8,8
Χρόνιο πρόβλημα	Όχι	290	73,2
	Ναι	106	26,8
Συμβίωση	Όχι	226	57,1
	Ναι	170	42,9
Ύπαρξη παιδιών	Όχι	125	31,6
	Ναι	271	68,4
Μηνιαίο εισόδημα (€)	0	243	61,4
	1–299	21	5,3
	300–499	40	10,1
	500–799	24	6,1
	>800	48	12,1
Ασφαλιστική κάλυψη	Όχι	176	44,4
	Ναι	220	55,6
Πρόβλημα πρόσβασης	Όχι	140	35,4
	Ναι	256	64,6

ΤΑ: Τυπική απόκλιση, ΤΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΑΕΙ: Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, MSc/PhD: Master of Science/Doctor of Philosophy

σχετίζονταν με τη βαθμολογία των συμμετεχόντων σε μία διάσταση τουλάχιστον (πίνακες 3, 4).

Σύμφωνα με την πολυμεταβλητή ανάλυση, το φύλο, η ηλικία, το χρόνιο πρόβλημα υγείας, η υπηκοότητα, η συγκατοίκηση και η εμφάνιση προβλήματος πρόσβασης βρέθηκαν να σχετίζονται τουλάχιστον με μία διάσταση. Όσον αφορά στο φύλο, οι άνδρες εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τις γυναίκες στη διάσταση «ζωτικότητα», ενώ στη διάσταση «συναισθηματικός ρόλος» οι μη ελληνικής καταγωγής εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους συμμετέχοντες ελληνικής καταγωγής. Στις διαστάσεις «σωματικός ρόλος» και «συναισθηματικός ρόλος», τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τα άτομα χαμηλότερου επιπέδου. Από την άλλη πλευρά όμως, στις διαστάσεις «σωματική λειτουργικότητα», «κοινωνική λειτουργικότητα» και «ψυχική υγεία» οι απόφοιτοι Λυκείου εμφάνισαν την καλύτερη βαθμολογία. Τέλος, στη διάσταση «ζωτικότητα» τα άτομα υψηλότερης εκπαίδευσης εμφάνισαν στατιστικώς σημαντικά χειρότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου (πίν. 5α).

Η πολυμεταβλητή ανάλυση ανέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση σε όλες τις διαστάσεις, με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να εμφανίζουν χαμηλότερη βαθμολογία. Στη διάσταση «κοινωνική λειτουργικότητα», τα άτομα που είχαν παιδί εμφάνισαν χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν (πίν. 5β). Τέλος, σε όλες τις διαστάσεις και στις δύο συνοπτικές κλίμακες της υγείας τα άτομα τα οποία είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας ή που αντιμετώπισαν πρόβλημα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας τους τελευταίους 12 μήνες εμφάνισαν στατιστικά χαμηλότερη βαθμολογία.

**Πίνακας 2.** Βαθμολογία ανέργων στις διαστάσεις.

Διάσταση	Παρούσα μελέτη			95% CI		p Student's t-test
	n	Μέσος	ΤΑ	Ελάχιστη	Μέγιστη	
Σωματική λειτουργικότητα	396	51,26	7,90	50,48	52,04	<0,001
Σωματικός ρόλος	396	48,76	6,98	48,07	49,45	<0,001
Σωματικός πόνος	396	47,96	11,00	46,87	49,04	<0,001
Γενική υγεία	396	46,52	9,61	45,57	47,47	<0,001
Ζωτικότητα	396	47,01	9,25	46,10	47,93	<0,001
Κοινωνική λειτουργικότητα	396	44,34	10,79	43,28	45,41	<0,001
Συναισθηματικός ρόλος	396	45,89	8,13	45,09	46,69	<0,001
Ψυχική υγεία	396	38,49	10,89	37,41	39,56	<0,001
Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας	396	51,87	8,27	51,05	52,69	<0,001
Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας	396	41,15	8,34	40,32	41,97	<0,001

ΤΑ: Τυπική απόκλιση, 95% CI: 95% confidence interval (95% διάστημα εμπιστοσύνης)

**Πίνακας 3.** Μονομεταβλητή ανάλυση και ΣΥΠΖ.

	ΣΛ	ΣΡ	ΣΠ	ΓΥ	ΖΤ	ΚΛ**	ΣΡ**	ΨΥ	ΣΚΣΥ	ΣΚΨΥ
<i>Φύλο</i>										
Άρρεν	50,5	47,5	46,7	45,9	47,9	41,6	44,7	37,6	50,9	40,8
Θήλυ	51,8	49,7	48,9	46,9	46,2	43,6	45,4	39,1	52,6	41,4
t-test	0,134	0,003	0,053	0,314	0,075	0,143	0,439	0,176	0,049	0,498
<i>Εθνικότητα</i>										
Ελληνική	51,2	48,7	48,0	46,2	46,8	42,6	44,8	38,6	51,8	41,0
Άλλη	51,0	48,8	47,4	48,4	48,3	43,2	47,4	37,2	52,0	41,6
t-test	0,825	0,931	0,739	0,131	0,297	0,747	0,059	0,386	0,879	0,671
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>										
Βασική εκπαίδευση	46,8	44,4	44,4	43,1	47,0	36,2	41,9	36,5	47,5	39,5
Απόφοιτος Λυκείου	51,1	49,0	47,6	47,2	48,2	44,5	45,6	39,8	51,6	42,4
Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ	52,5	49,1	49,0	46,2	46,1	42,5	45,7	37,7	52,8	40,3
MSc/PhD	52,0	50,8	49,5	48,1	44,3	43,0	44,1	37,0	54,2	39,5
t-test	0,020*	0,004*	0,182*	0,057*	0,063*	0,007*	0,053*	0,135*	0,011*	0,039*
<i>Συμβίωση</i>										
Όχι	50,2	47,6	46,1	45,6	46,7	41,7	44,4	37,0	50,7	40,4
Ναι	52,5	50,1	50,3	47,7	47,4	44,0	46,0	40,4	53,3	42,1
t-test	0,003	<0,001	<0,001	0,030	0,458	0,083	0,071	0,002	0,001	0,048
<i>Υπαρξη παιδιών</i>										
Όχι	47,9	45,4	43,0	43,5	45,2	38,6	42,7	36,0	48,0	39,5
Ναι	52,7	50,2	50,2	47,9	47,8	44,7	46,3	39,6	53,6	41,9
t-test	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,011	<0,001	<0,001	0,003	<0,001	0,008
<i>Ασφαλιστική κάλυψη</i>										
Όχι	52,0	49,9	48,7	46,9	46,7	44,2	45,7	39,5	52,5	41,8
Ναι	50,6	47,7	47,3	46,2	47,2	41,5	44,6	37,6	51,2	40,5
t-test	0,087	0,001	0,202	0,452	0,647	0,040	0,226	0,075	0,119	0,115
<i>Χρόνιο πρόβλημα</i>										
Όχι	5,2	50,3	50,4	49,3	48,5	45,4	46,6	39,7	54,2	42,0
Ναι	45,9	44,4	41,2	38,7	42,7	36,0	41,1	35,1	45,4	38,6
t-test	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<i>Πρόβλημα πρόσβασης</i>										
Όχι	52,5	50,0	49,5	48,2	48,1	45,1	46,2	39,6	53,3	42,1
Ναι	48,8	46,4	44,9	43,3	44,9	38,6	43,1	36,3	49,1	39,3
t-test	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	0,001	0,003	<0,001	0,001

\*ANOVA, \*\*Γεωμετρικός μέσος στις διαστάσεις «κοινωνική λειτουργικότητα» και «συναισθηματικός ρόλος»  
 ΤΕΙ/ΑΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα/Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΣΥΠΖ: Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, ΣΛ: Σωματική λειτουργικότητα, ΣΡ: Σωματικός ρόλος, ΣΠ: Σωματικός πόνος, ΓΥ: Γενική υγεία, ΖΤ: Ζωτικότητα, ΚΛ: Κοινωνική λειτουργικότητα, ΣΡ: Συναισθηματικός ρόλος, ΨΥ: Ψυχική υγεία, ΣΚΣΥ: Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, ΣΚΨΥ: Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας, MSc/PhD: Master of Science/Doctor of Philosophy

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η εργασία δεν αποτελεί μόνο πηγή εσόδων αλλά δραματίζει και άλλους ρόλους, όπως η συντήρηση και ο

έλεγχος των κοινωνικών επαφών, καθώς και η ανάπτυξη δεξιοτήτων. Η έλλειψη της οδηγεί σε άσχημη οικονομική κατάσταση, ατομική και οικογενειακή, αλλά και σε δυσμενείς καταστάσεις σωματικής και ψυχικής υγείας. Η παρούσα

**Πίνακας 4.** Συντελεστής συσχέτισης της ηλικίας και του εισοδήματος των συμμετεχόντων στις διαστάσεις.

		ΣΛ	ΣΡ	ΣΠ	ΓΥ	ΖΤ	ΚΛ	ΣΡ	ΨΥ	ΣΚΣΥ	ΣΚΨΥ
Ηλικία	r*	-0,407	-0,422	-0,389	-0,318	-0,168	-0,342	-0,281	-0,206	-0,436	-0,091
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Μηνιαίο εισόδημα	r**	-0,008	0,038	-0,029	0,000	-0,065	0,048	-0,010	0,091	-0,028	0,025
	p	0,880	0,460	0,580	0,998	0,209	0,358	0,844	0,078	0,582	0,626

\* Pearson coefficient correlation, \*\* Spearman coefficient correlation, ΣΛ: Σωματική λειτουργικότητα, ΣΡ: Σωματικός ρόλος, ΣΠ: Σωματικός πόνος, ΓΥ: Γενική υγεία, ΖΤ: Ζωτικότητα, ΚΛ: Κοινωνική λειτουργικότητα, ΣΡ: Συναισθηματικός ρόλος, ΨΥ: Ψυχική υγεία, ΣΚΣΥ: Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, ΣΚΨΥ: Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας

**Πίνακας 5α.** Πολυμεταβλητή ανάλυση: Δημογραφικοί παράγοντες και βαθμολογία (backward procedure).

	ΣΛ			ΣΡ			ΣΠ			ΓΥ			ΖΤ		
	β <sup>†</sup>	SE <sup>†</sup>	p	β <sup>†</sup>	SE <sup>†</sup>	p	β <sup>†</sup>	SE <sup>†</sup>	p	β <sup>†</sup>	SE <sup>†</sup>	p	β <sup>†</sup>	SE <sup>†</sup>	p
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>															
Βασική εκπαίδευση	0,00*			0,00*									0,00*		
Απόφοιτος Λυκείου	1,759	0,701	0,012	2,250	1,043	0,032									
Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ				2,417	1,068	0,024							-1,833	0,970	0,060
ΜSc/PhD				3,305	1,397	0,018							-4,722	1,598	0,003
<i>Ηλικία</i>	-0,20	0,03	<0,001	-0,175	0,026	<0,001	-0,276	0,040	<0,001	-0,166	0,034	<0,001	-0,137	0,040	0,001
<i>Χρόνιο πρόβλημα</i>															
Όχι	0,00*			0,00*			0,00			0,00			0,00*		
Ναι	-5,634	0,787	<0,001	-4,343	0,699	<0,001	-6,913	1,132	<0,001	-8,801	0,959	<0,001	4,508	1,055	<0,001
<i>Πρόβλημα πρόσβασης</i>															
Όχι	0,00*			0,00*			0,00			0,00			0,00*		
Ναι	-2,005	0,716	0,005	-2,011	0,642	0,002	-2,532	1,030	0,014	-3,048	0,867	<0,001	-2,543	0,952	0,008
<i>Φύλο</i>															
Άρρεν													0,00*		
Θήλυ													-2,396	0,953	0,012

έρευνα είναι η πρώτη που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της ΣΥΠΖ και της ανεργίας στην Ελλάδα την περίοδο της οικονομικής κρίσης. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν ότι η ανεργία έχει πολλές αρνητικές συνέπειες για την υγεία και οδηγεί στη μείωση της ΣΥΠΖ, καθώς και στην επιδείνωση τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής κατάστασης. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται να επιβεβαιώσουν την υπάρχουσα βιβλιογραφία, όπου έχει διαπιστωθεί ότι σε καιρό οικονομικής κρίσης, βαθιάς ύφεσης και υψηλής ανεργίας υπάρχει μια επιδείνωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού και ιδιαίτερα των ανέργων, οι οποίοι συνιστούν μια χαρακτηριστική ευάλωτη πληθυσμιακή ομάδα.<sup>25,29,30</sup>

Σε σύγκριση με τις νόρμες του ελληνικού πληθυσμού, οι άνεργοι εμφανίζουν αρκετά χαμηλότερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις, καθώς και στις δύο συνοπτικές κλίμακες

της ΣΥΠΖ.<sup>31</sup> Πιθανόν οι διαφορές αυτές να οφείλονται στην παρούσα οικονομική κρίση και στην κατάσταση ανεργίας που βιώνει ο υπό μελέτη πληθυσμός. Βέβαια, το εν λόγω συμπέρασμα είναι επισφαλές εάν δεν επιβεβαιωθεί από περαιτέρω μελέτες. Η παρουσία όμως χειρότερης ποιότητας ζωής των ανέργων σε μελέτες εκτός Ελλάδας ενισχύει τα αποτελέσματά μας.<sup>30,32</sup>

Στην παρούσα μελέτη, οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες εμφάνισαν υψηλότερη βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις, εκτός της διάστασης «ζωτικότητα». Ομοίως, αρκετές μελέτες συμφωνούν ότι οι άνεργες γυναίκες σε σύγκριση με τους άνεργους άνδρες εμφανίζουν καλύτερη ποιότητα ζωής.<sup>33-35</sup> Αντίθετα, σε μελέτες γενικού πληθυσμού, οι άνδρες συνήθως αναφέρουν υψηλότερη ποιότητα ζωής.<sup>36</sup> Οι διαφορές που εντοπίζονται στην παρούσα έρευνα πι-

**Πίνακας 5β.** Πολυμεταβλητή ανάλυση: Δημογραφικοί παράγοντες και βαθμολογία (backward procedure).

	ΚΛ			ΣΡ			ΨΥ			ΣΚΣΥ			ΣΚΨΥ		
	β <sup>‡</sup>	SE <sup>†</sup>	p	β <sup>‡</sup>	SE <sup>†</sup>	p	β <sup>‡</sup>	SE <sup>†</sup>	p	β <sup>‡</sup>	SE <sup>†</sup>	p	β <sup>‡</sup>	SE <sup>†</sup>	p
<i>Εκπαιδευτικό επίπεδο</i>															
Βασική εκπαίδευση	0,00*			0,00*			0,00*			0,00			0,00*		
Απόφοιτος Λυκείου	1,061	1,028	0,026	1,051	1,025	0,039	2,345	1,097	0,033				2,097	0,813	0,010
Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ				1,059	1,025	0,025									
ΜSc/PhD															
<i>Ηλικία</i>															
1,006	1,002	<0,001	-1,002	1,000	<0,001	-0,147	0,045	0,001	-0,220	0,028	<0,001	-0,090	0,034	0,008	
<i>Χρόνιο πρόβλημα</i>															
Όχι	0,00*			0,00*			0,00			0,00			0,00*		
Ναι	-1,180	1,030	<0,001	-1,091	1,020	<0,001	-3,080	1,272	0,016	-6,968	0,787	<0,001	-2,348	0,946	0,013
<i>Πρόβλημα πρόσβασης</i>															
Όχι	0,00*			0,00*			0,00*			0,00*			0,00*		
Ναι	-1,109	1,028	<0,001	1,044	1,018	<0,001	-2,637	1,154	0,023	-2,271	0,716	0,002	-2,051	0,862	0,018
<i>Εθνικότητα</i>															
Ελληνική				0,00*											
Άλλη				1,081	1,028	0,025									
<i>Υπαρξη παιδιών</i>															
Όχι	0,00*														
Ναι	-1,069	1,032	0,030												

\*Denotes reference category, †Standard error, ‡Dependency coefficient

ΣΛ: Σωματική λειτουργικότητα, ΣΡ: Σωματικός ρόλος, ΣΠ: Σωματικός πόνος, ΓΥ: Γενική υγεία, ΖΤ: Ζωτικότητα, ΚΛ: Κοινωνική λειτουργικότητα, ΣΡ: Συναισθηματικός ρόλος, ΨΥ: Ψυχική υγεία, ΣΚΣΥ: Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας, ΣΚΨΥ: Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας, ΤΕΙ/ΑΕΙ: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα/Ανώτατο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, ΜSc/PhD: Master of Science/Doctor of Philosophy

θανόν να οφείλονται σε αύξηση της ανεργίας στην Ελλάδα στους άνδρες περισσότερο απ’ ό,τι στις γυναίκες, η οποία σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Επί πλέον, η οικονομική κρίση επηρεάζει σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό τους άνδρες, ενώ μακροπρόθεσμα η ανεργία έχει αντίκτυπο σε υψηλότερο βαθμό στην κοινωνική και στην ψυχολογική «ταυτότητα» των ανδρών σε σχέση με τις γυναίκες.<sup>23,24,34,37</sup>

Η μεγαλύτερη ηλικία είναι σημαντικός δείκτης χαμηλής ΣΥΠΖ. Στην παρούσα μελέτη, σε όλες τις διαστάσεις βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ΣΥΠΖ και ηλικίας. Όμοια αποτελέσματα αναφέρονται και σε πρόσφατη ισπανική μελέτη αλλά και σε παλαιότερες, με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να εμφανίζουν χαμηλότερη ΣΥΠΖ.<sup>12,38</sup> Αντίθετα ήταν τα αποτελέσματα σε σουηδική μελέτη, όπου τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παρουσίασαν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τα άτομα μικρότερης ηλικίας.<sup>34</sup> Οι διαφορές αυτές πιθανόν να οφείλονται στο γεγονός ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας έχουν ζήσει

ένα μεγάλο τμήμα της ζωής τους, ενώ οι νεότερες ηλικίες αναμένουν περισσότερα από τη ζωή τους. Σημαντικές είναι επίσης οι διαφορές στην κουλτούρα της κάθε χώρας. Επιπρόσθετα, τα άνεργα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στην Ελλάδα πολύ δύσκολα θα βρουν εργασία στο μέλλον, ενώ τόσο η κοινωνική πρόνοια όσο και η ασφάλεια είναι σε πολύ χαμηλότερο επίπεδο σε σύγκριση με τη Σουηδία. Τέλος, τα άτομα μικρότερης ηλικίας στην Ελλάδα αντιμετωπίζουν σχετικά λιγότερα οικονομικά προβλήματα αφού κατά βάση συμβιώνουν με την οικογένειά τους.<sup>39</sup>

Όσον αφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο, το οποίο διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής, μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει μια θετική σύνδεση με τη ΣΥΠΖ, εύρημα, όμως, το οποίο δεν διαπιστώθηκε στην παρούσα μελέτη.<sup>30,39-41</sup> Σε πολυμεταβλητή ανάλυση, στατιστικά σημαντικότερη ΣΥΠΖ εμφάνισαν οι απόφοιτοι Λυκείου σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες. Τα αποτελέσματα αυτά αναφέρονται και σε σουηδική μελέτη, όπου τα άνεργα άτομα χαμηλότερης εκπαίδευσης εμφάνισαν υψηλότερη

βαθμολογία ΣΥΠΖ σε σύγκριση με άτομα ανώτερου και ανώτατου εκπαιδευτικού επιπέδου.<sup>34</sup> Οι εν λόγω διαφορές πιθανόν να οφείλονται στο γεγονός ότι οι κάτοχοι πτυχίου ΑΕΙ/Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (ΤΕΙ) ή μεταπτυχιακού διδακτορικού διπλώματος έχουν επενδύσει πολύ περισσότερο χρόνο και χρήμα στην εκπαιδευτική διαδικασία, ενώ, παράλληλα, χάνουν πολύ περισσότερα σε επίπεδο κοινωνικό και οικονομικό. Στην παρούσα μελέτη, αυτό καθίσταται εμφανές στη διάσταση «ζωτικότητα», όπου οι κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού είχαν πολύ χαμηλότερη βαθμολογία σε σύγκριση με άτομα χαμηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου.

Η ύπαρξη ενός ή περισσότερων χρόνιων προβλημάτων είναι άμεσα αρνητικά συνδεδεμένη με τη ΣΥΠΖ, με τους άνεργους που αντιμετωπίζουν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας να εμφανίζουν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία σε αρκετές διαστάσεις.<sup>42,43</sup> Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Βέβαια, πολλές φορές το χρόνιο πρόβλημα υγείας οδηγεί σε καταστάσεις ανεργίας. Αυτό όμως δεν συμβαίνει στην παρούσα κατάσταση στην Ελλάδα, όπου η αύξηση της ανεργίας είναι αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης.

Στη μονομεταβλητή ανάλυση, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, με τα άτομα που συμβιώνουν (παντρεμένα ή μη) με κάποιον άλλο να εμφανίζουν στατιστικά καλύτερη ΣΥΠΖ σε σύγκριση με αυτούς που ζουν μόνοι τους.<sup>44</sup> Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, όμως, σε καμιά διάσταση δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική σχέση. Αντίθετα, στη διάσταση «κοινωνική λειτουργικότητα», τα άτομα που είχαν κάποιο παιδί εμφάνιζαν στατιστικά χαμηλότερη ΣΥΠΖ σε σύγκριση με τα άτομα που δεν είχαν παιδί. Το αποτέλεσμα αυτό πιθανόν να οφείλεται στη μεγαλύτερη πίεση και τις απαιτήσεις στις οποίες πρέπει να αντεπεξέλθουν οι άνεργοι γονείς για να μεγαλώσουν ένα παιδί, αλλά και στην αρνητική επίδραση που προκαλεί η ανεργία στην κοινωνική και στην οικονομική κατάσταση των συγκεκριμένων ατόμων.<sup>25,30</sup>

Σημαντική αρνητική σχέση διαπιστώθηκε μεταξύ της ΣΥΠΖ και των προβλημάτων πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας. Οι ανικανοποίητες ανάγκες υγείας οδηγούν σε πτωχή υγεία, ενώ, σύμφωνα με ελληνική μελέτη, το ποσοστό των ανέργων ατόμων που αντιμετώπισαν προβλήματα πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας ήταν διπλάσιο σε σύγκριση με τους εργαζόμενους. Το παρόν αποτέλεσμα εγείρει ζητήματα για την κάλυψη των αναγκών υγείας των ανέργων.<sup>45</sup>

Τέλος, οι διαφορές όσον αφορά στην υπηκοότητα δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική σχέση, εκτός της διάστασης του «συναισθηματικού ρόλου», με τους μη ελληνικής καταγωγής να αναφέρουν καλύτερη ΣΥΠΖ. Τα σχετικά αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με άλλες με-

λέτες, όπου οι μετανάστες εμφανίζουν χαμηλότερη ΣΥΠΖ.<sup>47</sup> Η εν λόγω διαφορά πιθανόν να οφείλεται στο μικρό δείγμα των μεταναστών που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη.

Σε αντίθεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, όπου το εισόδημα διαδραματίζει έναν καθοριστικό ρόλο και είναι θετικά συνδεδεμένο με τη ΣΥΠΖ, η παρούσα μελέτη δεν καταλήγει στο συμπέρασμα αυτό.<sup>34,47</sup> Όμοια αποτελέσματα με την παρούσα έρευνα έχουν βρεθεί και σε άλλη μελέτη, στην οποία δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ ΣΥΠΖ και εισοδήματος. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η έρευνα εκείνη αφορούσε μόνο σε νεαρά άτομα,<sup>39</sup> αν και οι ερευνητές της υποστήριξαν ότι τα χρήματα δεν φαίνεται να είναι σημαντικά στα άνεργα άτομα. Η μη ύπαρξη ουσιώδους στατιστικής σημαντικότητας ενδεχομένως να οφείλεται στην απροθυμία πολλές φορές των συμμετεχόντων να αναφέρουν το πραγματικό τους εισόδημα.

Όσον αφορά στη ΣΥΠΖ του άνεργου πληθυσμού, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με την υπάρχουσα ελληνική βιβλιογραφία, στην οποία αναφέρεται ότι η πιθανότητα χαμηλής κατάστασης αυτο-αναφερόμενης φροντίδας υγείας είναι υψηλότερη σε εποχές οικονομικής κρίσης, ειδικά για τις ευάλωτες ομάδες (άνεργους, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, συνταξιούχους και άτομα με χρόνια νοσήματα).<sup>45</sup>

Συμπερασματικά, η ανεργία και η κακή ποιότητα ζωής είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους. Συνήθως, η κακή υγεία οδηγεί σε κατάσταση ανεργίας. Στην Ελλάδα, την παρούσα στιγμή συμβαίνει κυρίως το αντίστροφο (η κατάσταση ανεργίας επιδρά αρνητικά στα επίπεδα υγείας ή και ποιότητας ζωής). Η χώρα βιώνει την οικονομική κρίση –που είναι η βασική αιτία αύξησης της ανεργίας– για την οποία κανένας δεν μπορεί να αναφέρει με βεβαιότητα πότε θα τελειώσει αλλά και ποιες θα είναι οι τελικές επιπτώσεις στην κατάσταση υγείας του πληθυσμού. Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι το πρόβλημα της ανεργίας έχει στατιστικώς σημαντικά αρνητικές επιπτώσεις στη ΣΥΠΖ και ποικίλλει ανάλογα με το διαφορετικό δημογραφικό προφίλ των συγκεκριμένων ατόμων.

Ως εκ τούτου, παράλληλα με την παροχή οικονομικής ενίσχυσης των ανέργων, πρέπει να παρέχονται υπηρεσίες για τη μείωση/αποφυγή των επιπτώσεων στη σωματική και στην ψυχική υγεία. Τα γραφεία του ΟΑΕΔ καθώς και οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί (ΜΚΟ) πρέπει να εστιάσουν στην παροχή προγραμμάτων, με σκοπό τη μείωση των κοινωνικών και των ψυχολογικών επιπτώσεων του εν λόγω φαινομένου. Τα προγράμματα πρόληψης και εκπαίδευσης χρόνιων νοσημάτων οφείλουν να ενσωματωθούν στα σχετικά προγράμματα, με στόχο τη στήριξη των ανέργων. Επίσης, τα προγράμματα συμπεριφοράς υγείας για υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών καθώς και



η φυσική άσκηση έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ΣΥΠΖ.<sup>48</sup> Τέλος, οι πολιτικές υγείας πρέπει να εστιάσουν στη δυνατότητα της ελεύθερης πρόσβασης και της παροχής υπηρεσιών υγείας σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες.

#### ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Οι συγγραφείς θα ήθελαν να ευχαριστήσουν θερμά την κυρία Δ. Σηφάκη-Πιστόλλα για την πολύτιμη βοήθειά της στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

#### ABSTRACT

##### Health related quality of life in the unemployed population during the financial crisis

E.A. MECHILI,<sup>1</sup> A. KALOKAIRINOU,<sup>2</sup> D. KAITELIDOU,<sup>3</sup> P. GALANIS,<sup>3</sup> M. DIOMIDOUS<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Social and Family Medicine, Medical School, University of Crete, Heraklion, Crete, <sup>2</sup>Laboratory of Community Nursing, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, <sup>3</sup>Center for Health Services Management and Evaluation, Nursing School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, <sup>4</sup>Laboratory of Clinic Epidemiology, Nursing School, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

*Archives of Hellenic Medicine 2017, 34(1):65–74*

**OBJECTIVE** Assessment of the health related quality of life (HRQoL) of the unemployed population in Greece during the current period of economic crisis. **METHOD** A cross-sectional study was conducted on a population sample of 396 unemployed persons (convenience sample) using the Short Form-36v2 (SF-36v2) questionnaire to estimate the HRQoL. Statistical analysis was performed using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), version 22.0. Descriptive and inductive statistics were used for data analysis, with a p value of 0.05 considered significant. **RESULTS** The mean age of the study population was 33.8 years, standard deviation (SD)=12.3 years, and 55.1% of the sample were female and 44.9% male. In the “physical functioning” dimension of the SF-36, the mean score was 51.25 (SD=7.9), in the “physical role” dimension 48.6 (SD=6.98) and in the “body pain” dimension 47.9 (SD=11). In multivariate analysis, gender, age, chronic illness, nationality, cohabitation, and problems of access to health services were factors found to be statistically significantly correlated with the HRQoL score in at least one dimension. **CONCLUSIONS** Unemployment has many negative health consequences. In general, it leads to a reduction in the overall level of HRQoL and to deterioration of both the physical and the mental state. Prevention and health education programs for the population with chronic diseases should be integrated into the services of the Manpower Employment Organization (OAED). Health policies should be focused on easy access and provision of free health services to this vulnerable population.

**Key words:** Financial crisis, Greece, Health related quality of life, Unemployment

#### Βιβλιογραφία

1. STUCKLER D, BASU S. The International Monetary Fund's effects on global health: Before and after the 2008 financial crisis. *Int J Health Serv* 2009, 39:771–781
2. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΤΣΙΑΝΤΟΥ Β. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην υγεία και την ιατρική περίθαλψη. *Αρχ Έλλ Ιατρ* 2010, 27:834–840
3. MURPHY GC, ATHANASOU JA. The effects of unemployment on mental health. *J Occup Organ Psych* 1999, 72:83–99
4. WANBERG CR. The individual experience of unemployment. *Annu Rev Psychol* 2012, 63:369–396
5. The health consequences of unemployment: The evidence. *Med J Aust* 1998, 168:178–182
6. DAVALOS ME, FRENCH MT. This recession is wearing me out! Health-related quality of life and economic downturns. *J Ment Health Policy Econ* 2011, 14:61–72
7. HAYNES R, GALE S, LOVETT A, BENTHAM G. Unemployment rate as an updatable health needs indicator for small areas. *J Public Health Med* 1996, 18:27–32
8. GALLIE D, RUSSELL H. Unemployment and life satisfaction: A cross-cultural comparison. *Eur J Sociol* 1998, 39:248–280
9. HULTMAN B, HEMLIN S. Self-rated quality of life among the young unemployed and the young in work in northern Sweden. *Work* 2008, 30:461–472
10. McKEE-RYAN F, SONG Z, WANBERG CR, KINICKI AJ. Psychological and physical well-being during unemployment: A meta-analytic study. *J Appl Psychol* 2005, 90:53–76
11. LIMM H, HEINMÜLLER M, LIEL K, SEEGER K, GÜNDEL H, KIMIL A ET AL. Factors associated with differences in perceived health among German long-term unemployed. *BMC Public Health* 2012, 12:485
12. EXTREMERA N, REY L. Health-related quality of life and cognitive emotion regulation strategies in the unemployed: A cross sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 2014, 12:172
13. CLAUSSEN B. Health and re-employment in a five-year follow-

- up of long-term unemployed. *Scand J Public Health* 1999, 27:94–100
14. YTTTERDAHL T, FUGELLI P. Health and quality of life among long-term unemployed. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000, 120:1308–1311
  15. PAUL KI, GEITHNER E, MOSER K. Latent deprivation among people who are employed, unemployed, or out of the labor force. *J Psychol* 2009, 143:477–491
  16. SCUTELLA R, WOODEN M. The effects of household and joblessness on mental health. *Soc Sci Med* 2008, 67:88–100
  17. JENKINS R, BHUGRA D, BEBBINGTON P, BRUGHA T, FARRELL M, COID J ET AL. Debt, income and mental disorder in the general population. *Psychol Med* 2008, 38:1485–1493
  18. STUCKLER D, BASU S, SUHRCKE M, COUTTS A, MCKEE M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. *Lancet* 2009, 374:315–323
  19. ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ Κ, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΠΑΒΗ Ε. *Οικονομική κρίση και υγεία*. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα, 2012
  20. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ, ΠΕΡΡΟΥ ΛΕ, ΠΑΤΕΛΑΚΗΣ Α, ΣΤΕΦΑΝΙΣ ΚΝ. Major depression in the era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord* 2013, 145:308–314
  21. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΠΕΡΡΟΥ ΛΕ, ΛΟΥΚΙ Ε, ΚΟΜΠΟΡΟΖΟΣ Α, ΜΕΛΛΟΥ Α, ΣΤΕΦΑΝΙΣ Κ. Depression telephone helpline: Help seeking during the financial crisis. *Psychiatriki* 2012, 23:17–28
  22. ΕΥΘΥΜΙΟΥ Κ, ΑΡΓΑΛΙΑ Ε, ΚΑΣΚΑΜΠΑ Ε, ΜΑΚΡΗ Α. Οικονομική κρίση και ψυχική υγεία. Τι γνωρίζουμε για τη σημερινή κατάσταση στην Ελλάδα; *ΕΓΚΕΦΑΛΟΣ* 2013, 50:22–30
  23. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΠΕΡΡΟΥ Λ, ΦΟΥΣΚΕΤΑΚΙ Σ, ΘΕΛΕΡΙΤΗΣ ΚΗ, ΠΑΤΕΛΑΚΗΣ Α, ΑΛΕΞΙΟΥ Τ ET AL. Economic crisis and mental health: Effects on the prevalence of common mental disorders. *Psychiatriki* 2013, 24:247–261
  24. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Μ, ΜΑΔΙΑΝΟΣ Μ, ΠΕΡΡΟΥ ΛΕ, ΘΕΛΕΡΙΤΗΣ Κ, ΠΑΤΕΛΑΚΗΣ Α, ΣΤΕΦΑΝΙΣ Κ. Suicidal ideation and reported suicide attempts in Greece during the economic crisis. *World Psychiatry* 2013, 12:53–59
  25. SCANLAN JN, BELTRAN RO. Work in unemployment – occupied or preoccupied? A review. *Work* 2007, 28:325–334
  26. ΚΑΡΑΝΙΚΟΛΟΣ Μ, ΜΛΑΔΟΒΣΚΥ Ρ, ΚΥΛΟΣ Ι, ΘΟΜΣΟΝ Σ, ΒΑΣΟΥ Σ, ΣΤΟΥΚΛΕΡ Ν ET AL. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013, 381:1323–1331
  27. ΓΙΟΤΑΚΟΣ Ο. Financial crisis and mental health. *Psychiatriki* 2010, 21:195–204
  28. HOUDMONT J, KERR R, ADDLEY K. Psychosocial factors and economic recession: The Stormont Study. *Occup Med (Lond)* 2012, 62:98–104
  29. BRENNER MH. Mortality and the national economy. A review, and the experience of England and Wales, 1936–1976. *Lancet* 1979, ii:568–573
  30. ΚΟΣΤΡΖΕΒΣΚΙ ΣΡ, ΒΟΡΑΧ-ΚΑΡΔΑΣ Η. Living with long-term unemployment: Effects in health and quality of life. *J Health Sci* 2014, 4:45–60
  31. ΠΑΠΑ Ε, ΚΟΝΤΟΔΙΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res* 2005, 14:1433–1438
  32. JIANG Y, HESSER JE. Association between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island's 2002 behavioral risk factor survey. *Health Qual Life Outcomes* 2006, 4:14
  33. ΤΕΟΔΟΣΣΙΟΥ Ι. The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being: A logistic regression approach. *J Health Econ* 1998, 17:85–104
  34. HULTMAN B, HEMLIN S, HÖRNQUIST JO. Quality of life among unemployed people in northern Sweden. Are there any differences? *Work* 2006, 26:47–56
  35. NORDENMARK M. Employment commitment and psychological well-being among unemployed men and women. *Acta Sociol* 1999, 42:135–146
  36. ΛΑΓΟΥΑΡΔΙΑ Ι, ΚΑΜΠΟΣ ΜΡ, ΤΡΑΒΑΣΣΟΣ Κ, ΝΑΪΑΡ ΑΛ, ΑΝΪΟΣ ΛΑ, ΒΑΣΚΟΝΤΕΛΛΟΣ ΜΜ. Brazilian normative data for the Short Form 36 questionnaire, version 2. *Rev Bras Epidemiol* 2013, 16:889–897
  37. ΣΤΟΥΚΛΕΡ Ν, ΒΑΣΟΥ Σ, ΜΚΚΕΕ Μ, ΣΟΥΡΚΕ Μ. Responding to the economic crisis: A primer for public health professionals. *J Public Health (Oxf)* 2010, 32:298–306
  38. JIANG Y, HESSER JE. Using item response theory to analyze the relationship between health-related quality of life and health risk factors. *Preventing Chronic Disease* 2009, 6:1–10
  39. ΑΞΕΛΣΣΟΝ Λ, ΑΝΔΕΡΣΣΟΝ ΙΗ, ΕΔΕΝ Λ, ΕΙΛΕΡΤΣΣΟΝ Γ. Inequalities of quality of life in unemployed young adults: A population-based questionnaire study. *Int J Equity Health* 2007, 6:1
  40. ΝΟΡΜΑΝ Ρ, ΤΣΟΥΡΧ Ι, ΒΑΝ ΔΕΝ ΒΕΡΓ Β, ΓΟΥΔΑΛ Σ. Australian health-related quality of life population norms derived from the SF-6D. *Aust N Z J Public Health* 2013, 37:17–23
  41. ΠΑΠΑ Ε, ΚΟΝΤΟΔΙΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΑΑ, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Assessing the socio-economic and demographic impact on health-related quality of life: Evidence from Greece. *Int J Public Health* 2009, 54:241–249
  42. ΜΙΧΕΛΣΟΝ Η, ΒΟΛΟΥΝ Κ, ΒΡΑΝΔΒΕΡΓ Υ. Multiple chronic health problems are negatively associated with health related quality of life (HRQoL) irrespective of age. *Qual Life Res* 2000, 9:1093–1104
  43. ΣΑΒΑΝΑΓΙΤΣ-ΧΑΪΡΙΤΣ Σ, ΑΛΑΪΒΕΓΟΒΙΤΣ Α. Impacts of education level and employment status on health-related quality of life in multiple sclerosis patients. *Med Glas (Zenica)* 2014, 12:61–67
  44. ΒΕΛΑΝ Φ, ΒΙΡΧ Σ, ΣΤΟΔΑΡΤ Γ. Unemployment and health: Contextual-level influences on the production of health in populations. *Soc Sci Med* 2002, 55:2033–2052
  45. ΕΚΟΝΟΜΟΥ Κ, ΚΑΙΤΕΛΙΔΟΥ Δ, ΚΑΤΣΙΚΑΣ Δ, ΣΙΣΚΟΥ Ο, ΖΑΦΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ. Impacts of the economic crisis on access to healthcare services in Greece with a focus on the vulnerable groups of the population. *Social Cohesion and Development* 2014, 9:99–115
  46. ΣΧΟΥΡΙΝΓ Μ, ΒΟΥΡΔΟΡΦ Α, ΚΟΥΝΣΤ Α, ΒΟΟΡΧΑΜ Τ, ΜΑΚΚΕΝΒΑΧ Ι. Ethnic differences in unemployment and ill health. *Int Arch Occup Environ Health* 2009, 82:1023–1030
  47. ΒΟΡΑΧ-ΚΑΡΔΑΣ Η, ΚΟΣΤΡΖΕΒΣΚΙ Σ. Quality of life and health state of long-term unemployed in older production age. *Appl Res Qual Life* 2014, 9:335–353
  48. ΛΙΜΜ Η, ΧΕΙΝΜΥΛΛΕΡ Μ, ΓΥΝΔΕΛ Η, ΛΙΕΛ Κ, ΣΕΕΓΕΡ Κ, ΣΑΛΜΑΝ Ρ ΕΤ ΑΛ. Effects of a health promotion program based on a train-the-trainer approach on quality of life and mental health of long-term unemployed persons. *Biomed Res Int* 2015, 2015:719327
- Corresponding author:*
- Ε.Α. Mechili, Parodos 8 Zeyksidos street, Treis Vagies, GR-714 10 Heraklion, Crete, Greece  
e-mail: mechili@uoc.gr