

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μεταξύ αστικών και απομακρυσμένων περιοχών

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση τυχόν διαφορών της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής μεταξύ των ατόμων που διαμένουν σε τρεις διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας, αναλύοντας ταυτόχρονα και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Η μελέτη διεξήχθη σε τρεις διαφορετικές περιοχές, μίας αστικής πόλης, δύο νησιών τουριστικού ενδιαφέροντος και ενός ακριτικού νησιού, και το μέγεθος του δείγματος ανήλθε στα 331 άτομα. Για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το διεθνώς αναγνωρισμένο ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» (Medical Outcomes Study-Short Form 36). Η συλλογή των δεδομένων διήρκεσε 7 μήνες. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Διαφορές αναδείχθηκαν στη σωματική και στην ψυχική υγεία των ατόμων ανά περιοχή. Άτομα που διέμεναν στην αστική περιοχή βαθμολόγησαν τις διαστάσεις της σωματικής υγείας υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που διέμεναν στην ημιαστική και στην αγροτική περιοχή. Στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας, τα άτομα που διέμεναν στην αγροτική περιοχή βαθμολόγησαν αυτές υψηλότερα σε σύγκριση με τα άτομα τα οποία διέμεναν στην ημιαστική ή στην αστική περιοχή. Το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και το εισόδημα των ατόμων φάνηκε να επηρεάζονται από την περιοχή διαμονής ως προς τις διαστάσεις της σωματικής και της ψυχικής υγείας, σε αντίθεση με το επάγγελμα των συμμετεχόντων όπου δεν διακρίνονταν διαφοροποιήσεις. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, έννοια που χρησιμοποιείται τα τελευταία έτη από τη διεθνή βιβλιογραφία, μπορεί να παρέχει πληροφορίες για τις υγειονομικές ανάγκες και να προσδιορίσει τις υγειονομικές ανισότητες. Τα άτομα που διαμένουν σε αστικές, ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές αντιμετωπίζουν διαφορετικές ευκαιρίες και προκλήσεις, διαφορετικά περιβαλλοντικά, οικονομικά και κοινωνικά ζητήματα. Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά αποτελούν σημαντικό παράγοντα επιρροής της ποιότητας ζωής ανάλογα με την περιοχή. Αποτελεσματικές πολιτικές πρέπει να λάβουν υπ' όψη τη σύνθετη δυναμικότητα των εν λόγω περιοχών.

Η ανάπτυξη των ιατρικών επιστημών, από τη δεκαετία του 1970 έως σήμερα, έχει συμβάλει στην αλλαγή της έννοιας της υγείας. Η υγεία πλέον δεν ορίζεται απλά ως η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας, αλλά ορίζεται ως μια δυναμική κατάσταση της ανθρώπινης ευημερίας και χαρακτηρίζεται από μια φυσική, ψυχική και κοινωνική διάσταση που ικανοποιεί τις απαιτήσεις της ζωής ενός ατόμου ανάλογα με την ηλικία, τον πολιτισμό και την προσωπική του ευθύνη.¹

Η υγεία είναι από τα κύρια δικαιώματα του ανθρώπου, η οποία εξασφαλίζει και προστατεύει την ίδια τη ζωή των ατόμων και για τον λόγο αυτόν κάθε κράτος κατοχυρώνει

συνταγματικά την προστασία της υγείας των πολιτών του. Αποτελεί ένα σημαντικό αγαθό με πολυδιάστατη χρησιμότητα και μεγάλη συμβολή στην ανθρώπινη ανάπτυξη, επειδή πολλές καταστάσεις επηρεάζονται και εξαρτώνται από αυτή, όπως είναι η εργασία, η ικανοποίηση αναγκών, καθώς και η ψυχική και η κοινωνική ισορροπία του ατόμου.²

Στη σύγχρονη κοινωνία, η υγεία δεν στοχεύει μόνο στη μακροζωία, αλλά και στην αναγκαιότητα εξασφάλισης υγιών ατόμων που θα συμβάλλουν στη βελτίωση της κοινωνικής και της οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας, παρά τους αρνητικούς παράγοντες που μπορεί να εμφανίζονται.³

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2018, 35(5):623-632
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2018, 35(5):623-632

Α. Γούλα,¹
Γ. Πιερράκος,¹
Δ. Λατσού,¹
Α. Βάθη,¹
Ε. Λιβάνη,¹
Μ. Ξαγοράρη,¹
Θ. Λούκας²

¹Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων – Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα
²Γενικό Νοσοκομείο Λήμνου, Λήμνος

Differences in health-related quality of life between urban and remote areas

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Ανισότητες
Ποιότητα ζωής
Υγεία

Υποβλήθηκε 3.9.2017
Εγκρίθηκε 19.10.2017

Η έννοια της ποιότητας ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο,⁴ και το γεγονός ότι η υγεία είναι ένας σημαντικός τομέας της συνολικής ποιότητας ζωής, σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες, καθιστούν πολύπλοκη και τη μέτρησή της. Η ποιότητα ζωής έχει ήδη συζητηθεί από την εποχή του Αριστοτέλη, ο οποίος είχε κάνει αναφορά για την έλλειψη συμφωνίας για το τι ακριβώς είναι η ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα αναφέρει: «Διαφωνούν, όμως, μεταξύ τους σχετικά με το τι είναι η ευδαιμονία και δεν την αποτιμούν με τον ίδιο τρόπο οι πολλοί και οι σοφοί. Γιατί εκείνοι (οι πολλοί) την κατατάσσουν στα απτά και φανερά πράγματα, όπως η ηδονή ή ο πλούτος ή η τιμή, ενώ αυτοί (οι σοφοί) τη θεωρούν κάτι άλλο».⁵

Τις τελευταίες δεκαετίες, όλο και περισσότεροι επιστήμονες προσπάθησαν να μελετήσουν την έννοια της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής με στόχο τη διατύπωση ενός ολοκληρωμένου ορισμού. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί ότι «η έννοια της ποιότητας ζωής συνδέεται με την αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο των πολιτισμικών χαρακτηριστικών του συστήματος αξιών της κοινωνίας που ζουν σε συνδυασμό με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους».⁶

Ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται διαφορετικά την έννοια της ποιότητας ζωής, επηρεαζόμενος κατά κύριο λόγο από την οικονομική του ικανότητα. Για παράδειγμα, οι κοινωνικά εύπορες οικογένειες έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις απ' ό,τι οι οικογένειες με χαμηλά εισοδήματα.⁷ Εκτός από τις οικονομικές παραμέτρους, η ποιότητα ζωής συνδέεται άμεσα τόσο με κοινωνικούς όσο και με πολιτισμικούς παράγοντες. Άλλωστε είναι γνωστό ότι η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζει διάφορες πλευρές της ζωής του ατόμου, όπως την κατοικία, την εργασία, το περιβάλλον, τις μεταφορές, τη διασκέδαση, το είδος των προϊόντων που καταναλώνει και, τελικά, την ίδια την υγεία.⁸ Συνδέεται, επίσης, με δημογραφικούς παράγοντες, όπως για παράδειγμα το φύλο, την ηλικία και τον τόπο διαμονής. Οι επιστήμονες έχουν καταβάλει ποικίλες προσπάθειες προκειμένου να δοθεί ένας σαφής ορισμός της έννοιας, χωρίς όμως να μπορέσουν να καταλήξουν σε έναν κοινά αποδεκτό.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι η ορολογία που χρησιμοποιείται συχνά στη βιβλιογραφία αναφερόμενη στην πιο γενική έννοια της ποιότητας ζωής, η οποία χαρακτηρίζεται από την αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του και τις επιπτώσεις στις κοινωνικές, στις ψυχολογικές, στις φυσικές και στις περιβαλλοντικές πτυχές της ζωής του. Αυτή η αντίληψη περιλαμβάνει όχι μόνο την επιρροή των παραγόντων που σχετίζονται με την υγεία, αλλά και γενικότερες πτυχές, όπως το εισόδημα, η

ελευθερία και η ποιότητα του περιβάλλοντος.^{9,10} Μελέτες έχουν υπογραμμίσει ότι ορισμένοι παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν στη μείωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, όπως η μεγαλύτερη ηλικία, η μείωση της λειτουργικής ικανότητας, το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας και η νοσηρότητα.¹¹

Η μέτρηση της κατάστασης υγείας σε έναν πληθυσμό είναι σημαντική για την αξιολόγηση των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας και την πρόβλεψη των προγραμμάτων υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Οι παραδοσιακές μέθοδοι της μέτρησης της υγείας, δηλαδή οι δείκτες θνησιμότητας και νοσηρότητας, αν και χρήσιμοι, έχουν ορισμένους περιορισμούς.⁹ Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διερευνά, εκτός από τις άμεσες εκδηλώσεις της ασθένειας, τις διάφορες επιδράσεις που έχουν οι ασθένειες και οι θεραπείες στην καθημερινή ζωή και στην ικανοποίηση του ατόμου.

Με την παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε η διερεύνηση τυχόν διαφορών της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής μεταξύ των ατόμων που διέμεναν σε τρεις διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας, μίας αστικής πόλης, δύο νησιών τουριστικού ενδιαφέροντος και ενός ακριτικού νησιού, αναλύοντας ταυτόχρονα και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μια συγχρονική έρευνα διεξήχθη σε τρεις διαφορετικές περιοχές της Ελλάδας. Σύμφωνα με τους ορισμούς της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (ΕΛΣΤΑΤ) σχετικά με τη γεωγραφική διαίρεση της χώρας, η στρωματοποίηση του υπό εξέταση πληθυσμού βασίστηκε στον βαθμό αστικότητας (αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές). Συγκεκριμένα, επιλέχθηκε μια αστική περιοχή με πληθυσμό αναφοράς >10.000 κατοίκων (Αθήνα), δύο ημιαστικές περιοχές με πληθυσμό αναφοράς 2.000–10.000 κατοίκων (Νάξος και Σαντορίνη), καθώς και μια αγροτική περιοχή – ακριτικό νησί (Άγιος Ευστράτιος), με πληθυσμό αναφοράς <2.000 κατοίκων. Η επιλογή των περιοχών έγινε προκειμένου να καλυφθεί ο στόχος της μελέτης σχετικά με τη διερεύνηση των διαφοροποιήσεων της ποιότητας ζωής και της ικανοποίησης μεταξύ των περιοχών.

Η δειγματοληψία βασίστηκε στην απλή τυχαία δειγματοληψία, προκειμένου κάθε άτομο του πληθυσμού να έχει ίση πιθανότητα επιλογής και συμμετοχής στην έρευνα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με βάση την προσωπική συνέντευξη (face to face interview). Κριτήριο ένταξης ήταν άτομα του γενικού πληθυσμού, ηλικίας >18 ετών, που κατοικούσαν μόνιμα στις υπό εξέταση περιοχές. Αποκλείστηκαν άτομα τα οποία είχαν δυσκολίες στην ακρόαση και στην επικοινωνία, όπως άτομα με αναπηρία, και άτομα που δεν γνώριζαν την ελληνική γλώσσα.

Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων διήρκεσε 7 μήνες. Το

αρχικό δείγμα τέθηκε σε 400 άτομα, ωστόσο τελικά συμπληρώθηκαν 331 ερωτηματολόγια, με βαθμό ανταπόκρισης 82,8%. Ο κύριος λόγος μη συμμετοχής στην έρευνα ήταν η μη επιθυμία των ατόμων να δηλώσουν τα δημογραφικά τους στοιχεία και κυρίως το επάγγελμα και το εισόδημά τους, θεωρώντας ότι πρόκειται για προσωπικά δεδομένα.

Για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το διεθνώς αναγνωρισμένο ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» (Medical Outcomes Study Short Form-36). Το ερωτηματολόγιο είναι γενικού τύπου και διερευνά τη σύγκριση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ατόμων διαφορετικών ηλικιών και πολλαπλών ιατρικών καταστάσεων.¹² Δημιουργήθηκε από τον Ware το 1992 και έχει μεταφραστεί σε 60 γλώσσες.¹³ Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις χωρισμένες σε οκτώ κλίμακες, οι οποίες περιλαμβάνουν 2–10 ερωτήσεις η κάθε κλίμακα. Οι οκτώ αυτές κλίμακες είναι: Σωματική λειτουργικότητα (physical functioning), κοινωνική λειτουργικότητα (social functioning), σωματικός πόνος (bodily pain), ψυχική υγεία (mental health), ζωτικότητα (vitality), συναισθηματικός ρόλος (role emotional), σωματικός ρόλος (role physical) και γενική υγεία (general health). Και οι οκτώ διαστάσεις κατατάσσονται σε δύο συνιστώσες, της σωματικής υγείας (Physical Components Scale) και της ψυχικής υγείας (Mental Components Scale), εφαρμόζοντας έναν αλγόριθμο που προκύπτει από τα εμπειρικά δεδομένα έρευνας στον γενικό πληθυσμό των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής (ΗΠΑ).¹⁴ Η απόδοση των συνιστωσών εξετάστηκε σε εννέα γλώσσες και συνιστάται να χρησιμοποιούνται οι συνοπτικές βαθμολογίες που προέρχονται από τις ΗΠΑ, οι οποίες αποδίδουν μέση τιμή 50 και τυπική απόκλιση 10, προκειμένου να διευκολυνθεί η διαπολιτισμική σύγκριση των αποτελεσμάτων. Οι έννοιες της υγείας που περιγράφονται στην κλίμακα SF-36 βαθμολογούνται από 0–100, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Η ελληνική μετάφραση και η επικύρωση του SF-36 έχει δοκιμαστεί και εφαρμοστεί επιτυχώς σε επαναλαμβανόμενες έρευνες στον ελληνικό πληθυσμό.^{15–19}

Στατιστική ανάλυση

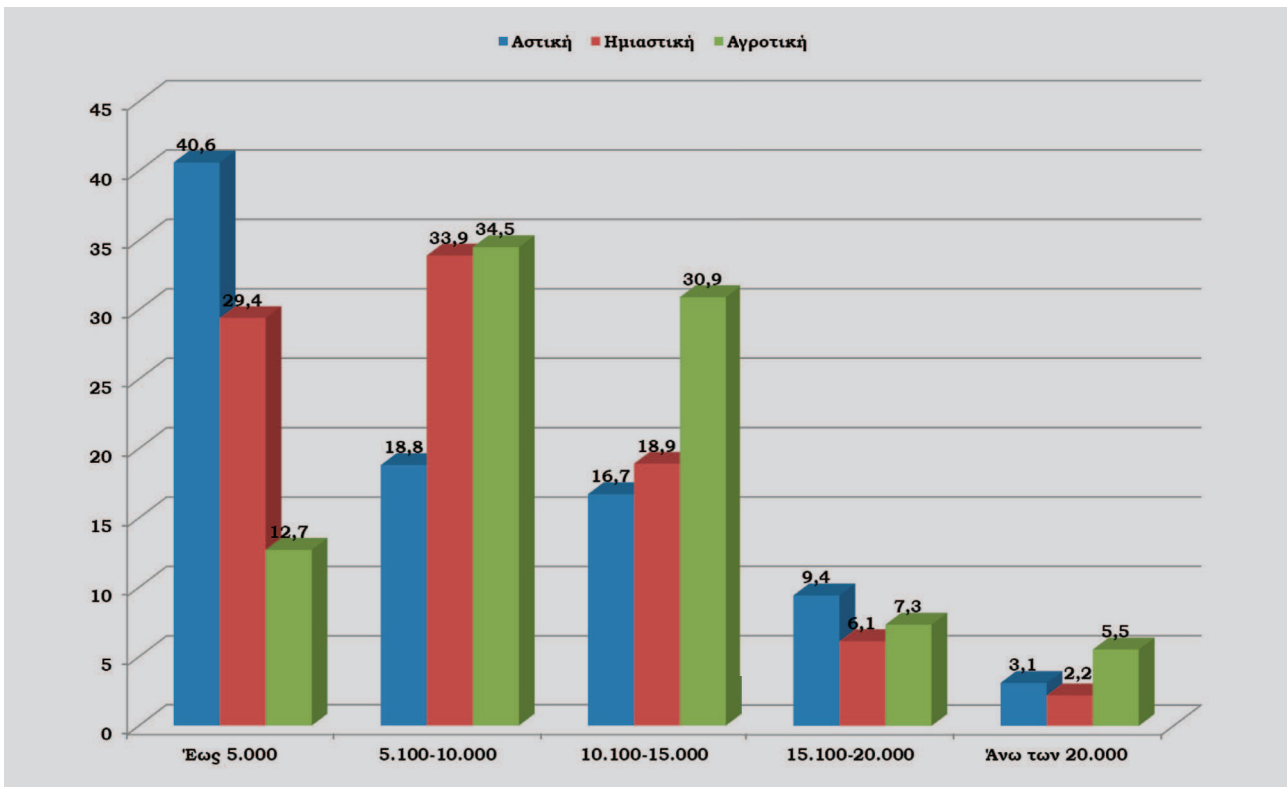
Οι απαντήσεις του δείγματος αναλύθηκαν με βάση την περιγραφική στατιστική, όπου οι ποιοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται με τη μορφή συχνοτήτων και ποσοστών, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές με τη μορφή μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων. Για τη διερεύνηση της ύπαρξης διαφοράς μεταξύ των οκτώ διαστάσεων της ποιότητας ζωής, των δύο συνιστωσών και των υπό εξέταση περιοχών εφαρμόστηκε η ανάλυση διακύμανσης προς έναν παράγοντα (one way ANOVA) και η διόρθωση κατά Bonferroni. Επίσης, η εξέταση της ποιότητας ζωής μεταξύ των περιοχών σταθμίστηκε ανάλογα με το φύλο, την ηλικιακή ομάδα, το επίπεδο εκπαίδευσης, την οικογενειακή κατάσταση και το ετήσιο εισόδημα του δείγματος, όπου και χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης προς δύο παράγοντες (two way ANOVA). Το επίπεδο σημαντικότητας τέθηκε σε 0,05. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του λογισμικού προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 21.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

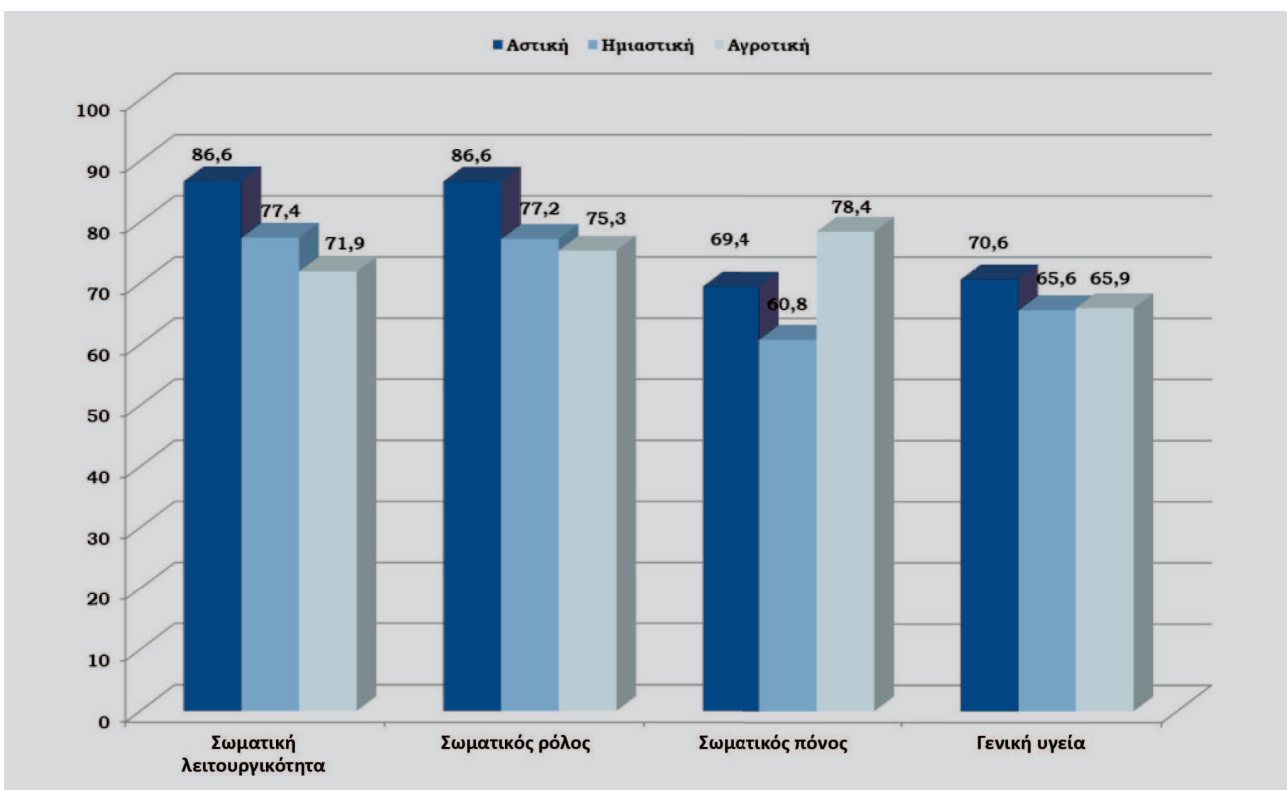
Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 96 άτομα από την αστική περιοχή, 180 από τις δύο ημιαστικές περιοχές και 55 άτομα από το ακριτικό νησί. Από την ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων ανά περιοχή διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρχαν μεγάλες αποκλίσεις στα χαρακτηριστικά μεταξύ των περιοχών, αποδεικνύοντας την ίση κατανομή του δείγματος. Συνολικά, η πλειονότητα του δείγματος ήταν γυναίκες (57,2%) και το μεγαλύτερο ποσοστό (49,7%) ανήκε στην ηλικιακή ομάδα των 21–40 ετών, ενώ το 24% στην ηλικιακή ομάδα των 41–60 ετών. Αναφορικά με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, ως κάτοχοι τίτλου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (76%) καταγράφηκαν άτομα τα οποία διέμεναν στην αστική περιοχή, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό ατόμων που κατείχαν απολυτήριο πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης καταγράφηκε στην αγροτική περιοχή (23,6%). Σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, το 51,3% ήταν άγαμοι και το 45,6% έγγαμοι. Το αξιοπερίεργο των δημογραφικών δεδομένων ήταν το ετήσιο εισόδημα, ανά περιοχή, που δήλωσαν οι ερωτώμενοι. Στην κλίμακα των 10.100–15.000 €, το ποσοστό του δείγματος στην αστική περιοχή (Αθήνα) ανήλθε στο 16,7%, στις ημιαστικές περιοχές (Σαντορίνη-Νάξος) ανήλθε στο 18,9%, ενώ στην αγροτική περιοχή (Άγιος Ευστράτιος) προσέγγισε το 30,9%. Με βάση τα στοιχεία της έρευνας, διαφάνηκε ότι οι κάτοικοι των δύο κυκλαδίτικων νησιών και ειδικότερα της Σαντορίνης, που έχει αυξημένο τουριστικό ενδιαφέρον και αποτελεί πόλο έλξης πολλών τουριστών κάθε χρόνο, δεν θέλησαν να δηλώσουν το πραγματικό τους εισόδημα. Ήταν παράδοξο το ότι οι κάτοικοί τους δήλωσαν λιγότερες οικονομικές απολαβές σε σύγκριση με τους κατοίκους του ακριτικού νησιού (εικ. 1).

Διαφορές βρέθηκαν μεταξύ της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ανά περιοχή, όπως παρουσιάζονται στις εικόνες 2 και 3. Ωστόσο, στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά της σωματικής υγείας των πληθυσμών και, συγκεκριμένα, της διάστασης σωματικής λειτουργικότητας μεταξύ αστικής και ημιαστικής περιοχής ($p=0,012$) και μεταξύ αστικής και αγροτικής περιοχής ($p=0,002$), της διάστασης σωματικός πόνος μεταξύ αστικής και ημιαστικής περιοχής ($p=0,025$) και μεταξύ ημιαστικής και αγροτικής περιοχής ($p=0,001$), της διάστασης γενικής υγείας μεταξύ αστικής και ημιαστικής περιοχής ($p=0,038$), καθώς και μεταξύ ημιαστικής και αγροτικής περιοχής ($p=0,003$). Επίσης, διαφορά βρέθηκε στη διάσταση ψυχικής υγείας μεταξύ αστικής και ημιαστικής περιοχής ($p=0,010$) (εικόνες 2, 3).

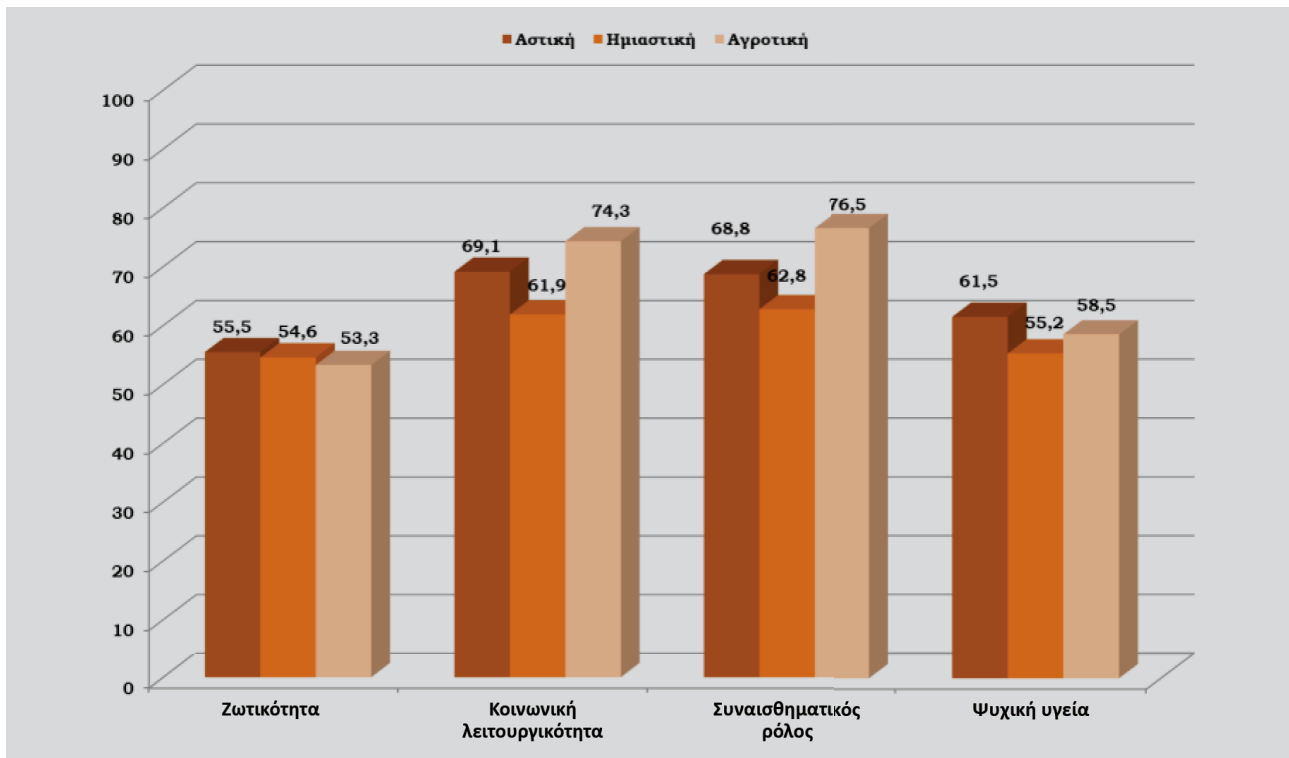
Εξετάζοντας τις συνιστώσες της σωματικής και της ψυχικής υγείας ανά περιοχή παρατηρήθηκε ότι υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά. Τα άτομα που διέμεναν



Εικόνα 1. Ετήσιο εισόδημα δείγματος ανά περιοχή.



Εικόνα 2. Διαστάσεις σωματικής υγείας ανά περιοχή.

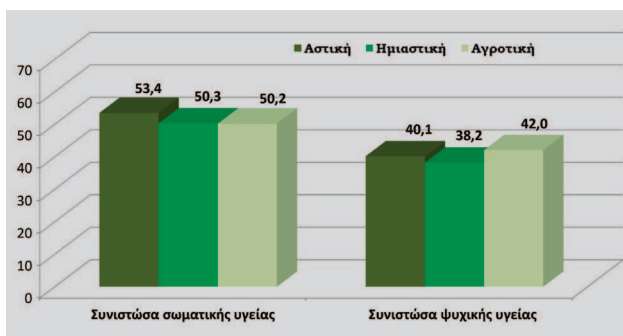


Εικόνα 3. Διαστάσεις ψυχικής υγείας ανά περιοχή.

στην αστική περιοχή βαθμολόγησαν τη σωματική τους υγεία υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα τα οποία διέμεναν στην ημιαστική περιοχή ($p=0,008$), ενώ μεταξύ της αγροτικής περιοχής δεν βρέθηκε κάποια διαφορά. Όσον αφορά στη συνιστώσα της ψυχικής υγείας, τα άτομα τα οποία διέμεναν στην αγροτική περιοχή βαθμολόγησαν αυτή υψηλότερα σε σχέση με τα άτομα που διέμεναν στην ημιαστική περιοχή ($p=0,046$), ενώ μεταξύ της αστικής περιοχής δεν βρέθηκε κάποια διαφορά (εικ. 4).

Ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ανά περιοχή σε σύγκριση με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, παρατηρήθηκαν στατιστικά

σημαντικές διαφορές. Το φύλο του ατόμου φάνηκε να επηρεάζεται από την περιοχή στην οποία διέμενε ως προς τη σωματική λειτουργικότητα ($p=0,004$) και την ψυχική υγεία ($p=0,024$). Άνδρες της αστικής περιοχής σημείωσαν υψηλότερες μέσες τιμές, σε σύγκριση με τους άνδρες της ημιαστικής και της αγροτικής περιοχής. Αντίθετα ήταν τα αποτελέσματα για το φύλο του ατόμου ανά περιοχή σχετικά με τον σωματικό πόνο ($p=0,001$), την κοινωνική λειτουργικότητα ($p=0,001$) και τον συναισθηματικό ρόλο ($p=0,005$). Άνδρες της αγροτικής περιοχής βαθμολόγησαν τις ανωτέρω διαστάσεις υψηλότερα σε σύγκριση με τους άνδρες της αστικής και της ημιαστικής περιοχής.



Εικόνα 4. Συνιστώσες σωματικής και ψυχικής υγείας ανά περιοχή.

Επίσης, ενδιαφέρον παρουσίασε και η σύγκριση των ατόμων που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 61+ ετών ανά περιοχή σε σχέση με τις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Η σωματική λειτουργικότητα ($p=0,001$) και η γενική υγεία ($p=0,001$) βαθμολογήθηκαν με χαμηλές μέσες τιμές από τα άτομα τα οποία διέμεναν σε αγροτικές περιοχές. Ο σωματικός ρόλος ($p=0,001$) είχε χαμηλές τιμές στα άτομα από τις αγροτικές και τις ημιαστικές περιοχές, ενώ ο σωματικός πόνος ($p=0,001$) αλλά και η κοινωνική λειτουργικότητα ($p=0,028$) κυμαίνονταν χαμηλά σε άτομα που διέμεναν στις αστικές περιοχές.

Όσον αφορά στο επίπεδο εκπαίδευσης, διαφορά βρέθηκε στα άτομα που είχαν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια

εκπαίδευση και διέμεναν σε ημιαστική και αγροτική περιοχή, καθώς η σωματική λειτουργικότητα ($p=0,003$) βαθμολογήθηκε χαμηλά. Από την άλλη πλευρά, τα αναλφάβητα άτομα στις αγροτικές περιοχές είχαν υψηλές μέσες τιμές στη διάσταση σωματικός πόνος ($p=0,001$) και χαμηλές στη διάσταση γενική υγεία ($p=0,001$), ενώ η κοινωνική λειτουργικότητα ($p=0,017$) βαθμολογήθηκε χαμηλά από άτομα της αστικής και της ημιαστικής περιοχής που είχαν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση.

Η οικογενειακή κατάσταση αποτέλεσε σημαντικό παράγοντα επιρροής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Άτομα που βρίσκονταν σε χηρεία και διέμεναν σε αστική περιοχή δήλωσαν χαμηλότερες τιμές στις διαστάσεις σωματική λειτουργικότητα ($p=0,002$), σωματικός ρόλος ($p=0,019$), κοινωνική λειτουργικότητα ($p=0,019$), συναισθηματικός ρόλος ($p=0,012$) και ψυχική υγεία ($p=0,001$). Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των άγαμων και των έγγαμων ατόμων ως προς την περιοχή που διέμεναν.

Το επάγγελμα των συμμετεχόντων, ανεξαρτήτως περιοχής, δεν φάνηκε να επηρεάζει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αυτών, σε αντίθεση με το ετήσιο εισόδημα των ατόμων που φάνηκε να αποτελεί σημαντικό παράγοντα ανάλογα με την περιοχή. Συγκεκριμένα, άτομα με ετήσιο εισόδημα έως 10.000 € που διέμεναν σε ημιαστική και αγροτική περιοχή σημείωσαν χαμηλότερες μέσες τιμές στη διάσταση σωματική λειτουργικότητα ($p=0,011$) και υψηλότερες στη διάσταση σωματικός πόνος ($p=0,009$), σε σύγκριση με τα αντίστοιχα άτομα της αστικής περιοχής.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται οι διαφορές στις μέσες τιμές της συνιστώσας σωματική υγεία ως προς την ηλικιακή ομάδα ανά περιοχή εξέτασης. Παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα των 41–80 ετών και διέμεναν στην ημιαστική ή στην αγροτική περιοχή είχαν χαμηλότερη τιμή σε σύγκριση με τους όμοιούς τους, οι οποίοι διέμεναν στην αστική περιοχή ($p=0,001$). Επίσης, τα αποτελέσματα για την οικογενειακή κατάσταση ανά περιοχή κατέδειξαν ότι άτομα σε χηρεία που διέμεναν σε αστική περιοχή είχαν χαμηλότερη τιμή στη συνιστώσα σωματική υγεία ($p=0,001$). Η συνιστώσα της ψυχικής υγείας (πίν. 2) βαθμολογήθηκε με χαμηλότερη τιμή από τις γυναίκες που διέμεναν στην αστική και στην ημιαστική περιοχή, σε σύγκριση με εκείνες οι οποίες διέμεναν στην αγροτική περιοχή ($p=0,001$), ενώ άτομα σε χηρεία της αστικής περιοχής βαθμολόγησαν με πολύ χαμηλές τιμές τη συνιστώσα ψυχική υγεία (πίνακες 1, 2).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα χαρακτηριστικά μιας περιοχής όπου διαμένει ένα άτο-

Πίνακας 1. Μέσες τιμές συνιστώσας σωματικής υγείας.

Περιοχή	Ηλικιακή ομάδα	Έτη
Αστική	Έως 20	55,2
	21–40	54,5
	41–60	53,8
	61–80	45,8
	81+	41,5
Ημιαστική	Έως 20	52,7
	21–40	50,3
	41–60	51,6
	61–80	43,5
	81+	29,3
Αγροτική	Έως 20	54,3
	21–40	55,2
	41–60	47,2
	61–80	41,9
	81+	45,4
Οικογενειακή κατάσταση		
Αστική	Άγαμος	55,5
	Έγγαμος	49,9
	Σε χηρεία	35,2
Ημιαστική	Άγαμος	51,4
	Έγγαμος	49,2
	Σε χηρεία	47,8
Αγροτική	Άγαμος	53,0
	Έγγαμος	47,8

Πίνακας 2. Μέσες τιμές συνιστώσας ψυχικής υγείας.

Περιοχή	Φύλο	Έτη
Αστική	Άνδρας	42,3
	Γυναίκα	38,5
Ημιαστική	Άνδρας	41,0
	Γυναίκα	36,1
Αγροτική	Άνδρας	42,3
	Γυναίκα	41,6
Οικογενειακή κατάσταση		
Αστική	Άγαμος	37,6
	Έγγαμος	44,2
	Σε χηρεία	25,0
Ημιαστική	Άγαμος	36,3
	Έγγαμος	39,9
	Σε χηρεία	45,3
Αγροτική	Άγαμος	40,8
	Έγγαμος	43,0

μο, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του. Ωστόσο, είναι δύσκολο να καταταχθούν οι περιοχές σε βαθμολογίες ως προς τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής καθώς υπάρχουν μεγάλες διαφορές εντός των πληθυσμιακών ομάδων. Οι ανισότητες μεταξύ των περιοχών μιας χώρας επηρεάζονται σημαντικά από τη γεωγραφική θέση αυτών και την απομάκρυνσή τους από το κέντρο της χώρας.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, διαφορές βρέθηκαν μεταξύ των τριών υπό εξέταση περιοχών και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, ενώ συνάδουν με αποτελέσματα μελέτης που καταδεικνύει ότι το περιβάλλον μπορεί να αποτελέσει παράγοντα για την υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων.²⁰

Ειδικότερα, η σωματική υγεία βαθμολογήθηκε με υψηλότερες τιμές από τα άτομα που διέμεναν στην αστική περιοχή, σε σύγκριση με τα άτομα τα οποία διέμεναν στην ημιαστική ή στην αγροτική περιοχή. Αντίθετα, τα άτομα που διέμεναν στην αγροτική κυρίως περιοχή σημείωσαν υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας. Υποστηρίζεται ότι οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών δηλώνουν πιο εύκολα ικανοποιημένοι από τη ζωή τους, με αποτέλεσμα να βελτιώνεται και η αντίληψή τους για την υγεία.²¹

Η διαμονή σε αγροτικές περιοχές έχει αναγνωριστεί ως ένας ισχυρός καθοριστικός παράγοντας για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ωστόσο, ενώ η αγροτική διαμονή έχει θετικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία, επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη σωματική υγεία.²² Οι παράγοντες που συμβάλλουν στη χαμηλή σωματική υγεία είναι η δύσκολη πρόσβαση σε ιατρό και υπηρεσίες υγείας, καθώς και οι ανεπαρκείς κοινωνικές παροχές.²³

Ως προς την ψυχική υγεία, οι κλασικές και σύγχρονες κοινωνιολογικές θεωρίες υποδηλώνουν ότι η κοινωνική αλληλεπίδραση διαφέρει στις αγροτικές και στις αστικές περιοχές.²⁴ Στην Ελλάδα, η στέρηση στις αγροτικές περιοχές είναι συχνότερη σε σχέση με τις αστικές περιοχές, ενώ ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι πιο κοινός στις αστικές περιοχές. Ο χάρτης των διαφορών μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών εντός μιας χώρας, καθώς και οι ανισότητες στις αστικές και στις αγροτικές περιοχές, απαιτούν πολύπλοκες αναλύσεις από την άποψη των διαφορετικών πτυχών της ποιότητας ζωής.²⁵

Όσον αφορά στο φύλο των ατόμων ανά περιοχή φάνηκε να αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιρροής της ποιότητας ζωής. Οι άνδρες της αστικής περιοχής είχαν υψηλότερες τιμές στη σωματική λειτουργικότητα και στην ψυχική υγεία,

σε αντίθεση με τους άνδρες της αγροτικής περιοχής που είχαν τις υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις σωματικός πόνος, κοινωνική λειτουργικότητα και συναισθηματικός ρόλος. Επιπρόσθετα, διεθνείς έρευνες αναφέρουν ότι οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές σε όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.^{26,27} Ορισμένα στοιχεία εξηγούν τις εν λόγω διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και των περιοχών: Πρώτον, ο παραδοσιακός ρόλος της γυναίκας, που στοχεύει στην κάλυψη των αναγκών όλης της οικογένειας, συχνά αποβαίνει σε βάρος της δικής της υγείας και, δεύτερον, η πλέον ευαίσθητη αντίληψη που έχει για σοβαρά γεγονότα επηρεάζει επίσης την ποιότητα ζωής της. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το αποτέλεσμα μελέτης που καταδεικνύει ότι οι γυναίκες των αστικών περιοχών βαθμολόγησαν την ψυχική τους υγεία χαμηλότερα σε σχέση με τις γυναίκες των ημιαστικών και των αγροτικών περιοχών.²⁸ Σε αντίστοιχη έρευνα επισημαίνεται ότι οι γυναίκες στις αγροτικές περιοχές αισθάνονται λιγότερο άγχος καθώς οι ρυθμοί της ζωής είναι ηπιότεροι, ενώ το αντίθετο ισχύει στις αστικές περιοχές.²⁷

Η ηλικιακή ομάδα του δείγματος κατέγραψε σημαντικές διαφορές μεταξύ των περιοχών ως προς την ποιότητα ζωής. Άτομα ηλικίας >61 ετών δήλωσαν χαμηλές τιμές στις διαστάσεις της σωματικής υγείας. Τα προβλήματα πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη εξ αιτίας της απόστασης εντοπίζονταν συχνότερα στις αγροτικές και στις ημιαστικές περιοχές, πολύ περισσότερο δε σε απομακρυσμένες περιοχές όπως η Νάξος, η Σαντορίνη και ο Άγιος Ευστράτιος, απ' όπου προήλθε το δείγμα της μελέτης. Η πρόσβαση στο διαδίκτυο και οι εύκολες μεταφορές μπορούν να βελτιώσουν την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και στις πολιτιστικές και κοινωνικές υπηρεσίες. Αναφέρεται ότι τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα που διαμένουν σε αγροτικές περιοχές εμφανίζουν χαμηλότερα αποτελέσματα στη συνιστώσα της σωματικής υγείας, από τον αντίστοιχο αστικό πληθυσμό.²⁹ Σε αυτό συμφωνούν και παλαιότερες έρευνες, που υποστηρίζουν ότι τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των αγροτικών ηλικιωμένων πληθυσμών περιλαμβάνουν χαμηλό εισόδημα, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και επιβλαβείς συμπεριφορές, με άμεση συνέπεια τη μείωση της ποιότητας ζωής.^{20,30} Ένας λόγος επίσης της χαμηλής σωματικής υγείας των ατόμων ηλικίας >61 ετών στις αγροτικές περιοχές μπορεί να είναι το γεγονός ότι ο εν λόγω πληθυσμός εργάζεται ακόμη εκμεταλλεύομενος τη γη και άρα οι συνθήκες εργασίας είναι δύσκολες, αλλάζοντας τα παραδοσιακά πρότυπα διαβίωσης σε σχέση με τους ομοίους τους στην αστική περιοχή, που πιθανόν είναι συνταξιούχοι.³¹

Από την άλλη πλευρά, η ψυχική υγεία δηλώθηκε σε υψηλότερα επίπεδα από τα άτομα ηλικίας 61 ετών και άνω

που διέμεναν σε αγροτικές περιοχές. Οι ανεπίσημες αλληλεπιδράσεις (ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί) θεωρούνται ότι χαρακτηρίζουν τις αγροτικές περιοχές, ενώ οι αστικές περιοχές μπορεί να έχουν περισσότερο ορθολογικές αλληλεπιδράσεις (αδύναμοι δεσμοί). Η βιβλιογραφία υπογραμμίζει τη σημασία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της κοινωνικής στήριξης ως προγνωστικού παράγοντα για την υγεία των ηλικιωμένων.³² Η επίσκεψη σε φίλους, γείτονες ή συγγενείς αποδείχθηκε ότι έχει ισχυρή θετική επίδραση στην αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ενηλίκων οι οποίοι διαμένουν σε αγροτικές περιοχές, έναντι εκείνων που ζουν σε αστικές περιοχές.³³

Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, όπου άτομα αναλφάβητα ή αυτά που έχουν ολοκληρώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση στις αγροτικές και στις ημιαστικές περιοχές βαθμολόγησαν χαμηλά τη σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό πόνο και τη γενική υγεία σε σύγκριση με τα ίδια άτομα της αστικής περιοχής. Έχει επισημανθεί η διαφορά μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών σε σχέση με την εκπαίδευση, καθώς όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνει και η ποιότητα ζωής των ατόμων.³⁴ Η υψηλή εκπαίδευση συνδέεται συνήθως με υψηλή ποιότητα ζωής, καθώς σημαίνει υψηλότερο εισόδημα, καλύτερες συνθήκες διαβίωσης, χαμηλότερα επίπεδα νοσηρότητας και θνησιμότητας, καλύτερη φυσική κατάσταση και καλύτερη αντίληψη για την υγεία.³⁵

Ενδιαφέρον παρουσίασαν και τα αποτελέσματα της ποιότητας ζωής σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση ανά περιοχή. Άτομα σε χηρεία που διέμεναν σε αστική περιοχή δήλωσαν χαμηλές τιμές στη συνιστώσα της σωματικής υγείας. Αντίστοιχες έρευνες συμφωνούν με το ανωτέρω, επισημαίνοντας ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων σε χηρεία είναι χαμηλή. Επίσης, άτομα σε χηρεία επηρεάζονται σημαντικά από το περιβάλλον και τον κοινωνικό τομέα.³⁶⁻³⁸ Γενικότερα, το οικογενειακό περιβάλλον έχει αποδειχθεί ότι επηρεάζει σημαντικά την πνευματική και τη συναισθηματική υγεία. Μέσω αυτού το άτομο εκπληρώνει τον κοινωνικό του ρόλο και αναπτύσσει θετικές συμπεριφορές για την προαγωγή της υγείας του.³⁹

Ιδιαίτερα σημαντικό ήταν και το αποτέλεσμα σχετικά με τη σύγκριση του εισοδήματος ως προς την ποιότητα ζωής ανά περιοχή. Ειδικότερα, άτομα με ετήσιο εισόδημα έως 10.000 € που διέμεναν σε ημιαστική και αγροτική περιοχή βαθμολόγησαν χαμηλά τη σωματική λειτουργικότητα και υψηλά τον σωματικό πόνο σε σχέση με τα ίδια άτομα τα οποία διέμεναν στην αστική περιοχή. Το εισόδημα επηρέαζε την ποιότητα ζωής με διάφορους τρόπους και είχε ισχυρή συσχέτιση με τη φυσική, την ψυχολογική και την κοινωνική υγεία. Η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρει ότι το εισόδημα

συνδέεται θετικά με τις συνιστώσες τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας στον αστικό πληθυσμό, ενώ η λειτουργικότητα στον αγροτικό πληθυσμό συνδέεται θετικά μόνο με τη συνιστώσα της σωματικής υγείας.^{40,41}

Το επάγγελμα των συμμετεχόντων, ανεξαρτήτως περιοχής, δεν φάνηκε να επηρεάζει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αυτών, αν και η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η επαγγελματική ιδιότητα ενός ατόμου μπορεί να προσδιορίσει το εισόδημα, με άμεσο αποτέλεσμα τον καθορισμό του κοινωνικού και του βιοτικού του επιπέδου.⁴²

Η παρούσα μελέτη είχε κάποιους περιορισμούς που θα πρέπει να επισημανθούν. Πρώτον, το δείγμα της έρευνας δεν μπορεί να θεωρηθεί απόλυτα αντιπροσωπευτικό παρά τη μεγάλη ανταποκρισιμότητα αυτού, καθώς περιορίστηκε σε δύο δήμους της Αθήνας και σε δύο νησιά της χώρας, με ανεπτυγμένο τουριστικό τομέα. Περαιτέρω έρευνα σε πιο απομακρυσμένες περιοχές της χώρας είναι αναγκαία. Δεύτερον, είναι αρκετά δύσκολο να δοθεί μια αιτιακή ερμηνεία που να συνδέει τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες με την ποιότητα ζωής ανά περιοχή, καθώς αυτό απαιτεί μια διαχρονική μελέτη παρακολούθησης της εν λόγω συσχέτισης.

Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής μπορεί να παρέχει πληροφορίες για τις υγειονομικές ανάγκες και να προσδιορίσει τις υγειονομικές ανισότητες. Τα άτομα που διαμένουν σε αστικές, ημιαστικές ή αγροτικές περιοχές αντιμετωπίζουν διαφορετικές ευκαιρίες και προκλήσεις, διαφορετικά περιβαλλοντικά, οικονομικά και κοινωνικά ζητήματα. Τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά αποτελούν σημαντικό παράγοντα επιρροής της ποιότητας ζωής ανάλογα με την περιοχή.

Το συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον σημαίνει επίσης ότι οι αστικές και οι αγροτικές περιοχές είναι αλληλένδετες και αλληλεξαρτώμενες, ενώ οι συγκεκριμένοι δεσμοί προσφέρουν ευκαιρίες και για τις δύο περιοχές.

Υπάρχουν πολύπλοκες συσχετίσεις όσον αφορά στις διαφορές μεταξύ των αστικών και των αγροτικών περιοχών, καθώς οι ανισότητες στην ποιότητα ζωής δείχνουν διαφορετικές κατευθύνσεις. Οι μεταβαλλόμενες τάσεις στην αστική και στην αγροτική περιοχή έχουν ως αποτέλεσμα την αλλαγή των προτιμήσεων των ατόμων κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Αποτελεσματικές πολιτικές πρέπει να λάβουν υπ' όψη τη σύνθετη δυναμικότητα των συγκεκριμένων περιοχών. Είναι πιθανόν, λόγω της οικονομικής κρίσης της χώρας, ορισμένες διαστάσεις της ποιότητας ζωής να παρουσιάζουν αυξημένες ομοιότητες μεταξύ αστικών και αγροτικών περιοχών. Σημαντικό είναι να αποφεύγονται τα παλαιά στερεότυπα που είχαν υιοθετηθεί για τα άτομα τα

οποία διέμεναν στις αστικές και στις αγροτικές περιοχές, και να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην περιφερειακή πολιτική της χώρας, αναγνωρίζοντας τις διαφορετικές ανάγκες των

εν λόγω πληθυσμών και στοχεύοντας στη βελτίωση και στη διατήρηση της ποιότητας ζωής, καθώς και στη μείωση των κοινωνικών και των οικονομικών ανισοτήτων.

ABSTRACT

Differences in health-related quality of life between urban and remote areas

A. GOULA,¹ G. PIERRAKOS,¹ D. LATSOU,¹ A. VATHI,¹ E. LIVANI,¹ M. XAGORARI,¹ T. LOUKAS²

¹Department of Business Administration, Unit of Health and Welfare Management, Technological Educational Institute of Athens, Athens, ²General Hospital of Lemnos, Lemnos, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2018, 35(5):623–632

OBJECTIVE To investigate the differences in health-related quality of life (HRQoL) among people living in three different regions of Greece in relation to their socio-demographic characteristics. **METHOD** The study was conducted in three regions, one urban, one consisting of islands of tourist interest (semi-urban) and one an isolated island (rural). The sample consisted of 331 adults, with whom the internationally recognized questionnaire “Medical Outcomes Study Short Form-36” was administered by personal interview. The data collection lasted seven months. **RESULTS** Differences were revealed in the physical and mental health of the respondents according to the region. People living in the urban region rated the dimensions of their physical health higher than those living in the semi-urban and rural regions. In the dimension of mental health, people living in the rural region scored higher than those living in the semi-urban or urban regions. Gender, level of education, marital status and income appeared to influence the scores on both the physical components and mental components scales, according to region, in contrast to the occupation of participants where variations were not detected. **CONCLUSIONS** The assessment of HRQoL can provide information on health needs and identify health inequalities between regions. People living in urban, semi-urban or rural areas face different opportunities and challenges, and different environmental, economic and social issues. Socio-demographic characteristics are an important determinant of the quality of life in a region. The design of effective health policies needs to take into account the complex nature of the different regions.

Key words: Health, Inequalities, Quality of life

Βιβλιογραφία

1. WANG R, WU C, ZHAO Y, YAN X, MA X, WU M ET AL. Health related quality of life measured by SF-36: A population-based study in Shanghai, China. *BMC Public Health* 2008, 8:292
2. ΣΟΥΛΗΣ Σ. Εφαρμοσμένη κοινωνική πολιτική: Σχεδιασμός υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής προστασίας. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2015
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Needs and outcome assessment (NOA) in primary health care: Report on a WHO Meeting, Heraklion, Greece, 1998. WHO, Copenhagen, 1998
4. ΣΑΡΡΗΣ Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001
5. ΝΑΚΟΥΣ. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στον χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:254–266
6. ANONYMOUS. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998, 28:551–558
7. BOWLING A. *Measuring health*. McGraw-Hill Education, Berkshire, 2004
8. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΝ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2007, 24(Συμπλ 1):6–18
9. SEIDL EM, ZANNON CM. Quality of life and health: conceptual and methodological issues. *Cad Saude Publica* 2004, 20:580–588
10. CRUZ LN, FLECK MP, OLIVEIRA MR, CAMEY SA, HOFFMANN JF, BAGATTINI AM ET AL. Health-related quality of life in Brazil: Normative data for the SF-36 in a general population sample in the south of the country. *Cien Saude Colet* 2013, 18:1911–1921
11. WYSS K, WAGNER AK, WHITING D, MTASIWA DM, TANNER M, GANDEK B ET AL. Validation of the Kiswahili version of the SF-36 Health Survey in a representative sample of an urban population in Tanzania. *Qual Life Res* 1999, 8:111–120
12. ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΚΑΡΤΕΡΟΛΙΩΤΗΣ Κ, ΝΑΣΣΗΣ Γ, ΚΟΣΚΟΛΙΟΥ Μ, ΓΕΛΑΔΑΣ Ν. Μέθοδοι εκτίμησης της «σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής». *Κινησιολογία: Ανθρωπιστική Κατεύθυνση* 2012:58–66
13. WARE JE Jr, SHERBOURNE CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992, 30:473–483

14. WARE JE; NEW ENGLAND MEDICAL CENTER HOSPITAL, HEALTH INSTITUTE. *SF-36 physical and mental health summary scales: A user's manual*. Health Institute, New England Medical Center, Boston, MA, 1994
15. ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΓΟΥΛΑ Α, ΓΚΙΟΚΑ Β, ΣΟΥΛΗΣ Σ. Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από τη νεφρική μεταμόσχευση. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:201–208
16. ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΓΟΥΛΑ Α, ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. Επισκόπηση υγείας μεταμοσχευμένων ασθενών λόγω τελικού σταδίου χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2008, 25:177–183
17. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΖΑΝΑΚΗΣ Β. Ποιότητα ζωής ασθενών με ηπατίτιδα C. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:288–296
18. ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Γ, ΜΙΧΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΚΟΝΔΥΛΗ Ι, ΓΚΑΝΑΣ Α, ΣΑΡΡΗΣ Μ. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία καπνιστών και μη καπνιστών. *Νοσηλευτική* 2011, 50:203–213
19. ΠΑΠΠΑ Ε, ΚΟΝΤΟΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν, ΝΙΑΚΑΣ Δ. Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2006, 23:159–166
20. AMARASINGHE A, D'SOUZA G, BROWN C, OH H, BORISOVA T. The influence of socioeconomic and environmental determinants on health and obesity: A West Virginia case study. *Int J Environ Res Public Health* 2009, 6:2271–2287
21. REKLAITIENĖ M, BACEVIČIENĖ M, ANDRIJAUSKAS A. Quality of life in Lithuanian population: The impact of country residence and socio-economic status. *Cent Eur J Med* 2009, 4:476–482
22. KURPAS D, MROZCEK B, BIELSKA D. Rural and urban disparities in quality of life and health-related behaviors among chronically ill patients. *Rural Remote Health* 2014, 14:2485
23. ZAGOZDZON P, KOLARZYK E, MARCINKOWSKI JT. Quality of life and rural place of residence in Polish women – population based study. *Ann Agric Environ Med* 2011, 18:429–432
24. MAIR CA, THIVIERGE-RIKARD RV. The strength of strong ties for older rural adults: Regional distinctions in the relationship between social interaction and subjective well-being. *Int J Aging Hum Dev* 2010, 70:119–143
25. EUROPEAN FOUNDATION FOR THE IMPROVEMENT OF LIVING AND WORKING CONDITIONS. Quality of life in urban and rural Europe. 3rd EQLS policy brief, Dublin, 2014
26. LI L, WANG HM, SHEN Y. Chinese SF-36 Health Survey: Translation, cultural adaptation, validation, and normalization. *J Epidemiol Community Health* 2003, 57:259–263
27. CARTA MG, AGUGLIA E, CARACI F, DELL'OSSO L, DI SCIASCIO G, DRAGO F ET AL. Quality of life and urban/rural living: Preliminary results of a community survey in Italy. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012, 8:169–174
28. SHUCKSMITH M, CAMERON S, MERRIDEW T, PICHLER F. Urban-rural differences in quality of life across the European Union. *Reg Stud* 2009, 43:1275–1289
29. ZHOU B, CHEN K, WANG J, WANG H, ZHANG S, ZHENG W. Quality of life and related factors in the older rural and urban Chinese populations in Zhejiang province. *J Appl Gerontol* 2011, 30:199–225
30. BENJAMIN-COLEMAN R, ALEX Y. Use of the SF-36 to identify community dwelling rural elderly at risk for hospitalization. *Public Health Nurs* 1999, 16:223–227
31. WEEKS WB, KAZIS LE, SHEN Y, CONG Z, REN XS, MILLER D ET AL. Differences in health-related quality of life in rural and urban veterans. *Am J Public Health* 2004, 94:1762–1767
32. SILVERSTEIN M, CONG Z, LI S. Intergenerational transfers and living arrangements of older people in rural China: Consequences for psychological well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2006, 61:S256–S266
33. MAIR CA, THIVIERGE-RIKARD RV. The strength of strong ties for older rural adults: Regional distinctions in the relationship between social interaction and subjective well-being. *Int J Aging Hum Dev* 2010, 70:119–143
34. CHAPMAN B, DUBERSTEIN P, LYNESSE JM. Personality traits, education, and health-related quality of life among older adult primary care patients. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007, 62:P343–P352
35. KUNST A, POSKAM AJ. Comparison of educational inequalities in general health in 12 European countries: Application of an integral measure of self-assessed health. Department of Health, Rotterdam, 2007
36. MUDEY A, AMBEKAR S, GOYAL RC, AGAREKAR S, WAGH VV. Assessment of quality of life among rural and urban elderly population of Wardha District, Maharashtra, India. *Stud Ethno-Med* 2011, 5:89–93
37. BHATTATHIRI JJ. Quality of life of geriatric population in rural area, Thiruvananthapuram city. A paper presented at IASPMCON 2008, Puducherry
38. HELLSTRÖM Y, PERSSON G, HALLBERG IR. Quality of life and symptoms among older people living at home. *J Adv Nurs* 2004, 48:584–593
39. BURKE NJ, BIRD JA, CLARK MA, RAKOWSKI W, GUERRA C, BARKER JC ET AL. Social and cultural meanings of self-efficacy. *Health Educ Behav* 2009, 36(Suppl 5):1115–1285
40. FEINGLASS J, LIN S, THOMPSON J, SUDANO J, DUNLOP D, SONG J ET AL. Baseline health, socioeconomic status, and 10-year mortality among older middle-aged Americans: Findings from the Health and Retirement Study, 1992–2002. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007, 62:S209–S217
41. JEON GS, JANG SN, RHEE SJ, KAWACHI I, CHO SI. Gender differences in correlates of mental health among elderly Koreans. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2007, 62:S323–S329
42. ELKEMO TA, BAMBRA C, JOYCE K, DAHL E. Welfare state regimes and income-related health inequalities: A comparison of 23 European countries. *Eur J Public Health* 2008, 18:593–599

Corresponding author:

A. Goula, 14 Tzavela street, 151 24 Marousi, Greece
e-mail: agoula@teiath.gr