

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ORIGINAL PAPER

Ποιότητα ζωής, σωματική και ψυχική υγεία Ελλήνων κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης

ΣΚΟΠΟΣ Η διερεύνηση των αντιλήψεων ενηλίκων σχετικά με την ποιότητα ζωής και τη σχέση τους με τη γενική σωματική και ψυχική υγεία, το φύλο, την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης κατά την περίοδο της οικονομικής κρίσης. **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ** Στη μελέτη συμμετείχαν 282 άτομα από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, 140 (49,6%) άνδρες και 142 (50,6%) γυναίκες με το εύρος της ηλικίας να κυμαίνεται από 18–64 έτη, με μέσο όρο τα 36,3 έτη και τυπική απόκλιση τα 10,04 έτη. Η έννοια της ποιότητας ζωής εξετάστηκε με το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής, το οποίο αξιολογεί τη σωματική, την ψυχολογική-συναισθηματική, τη διαπροσωπική και την κοινωνική ευημερία. Η έννοια της γενικής υγείας αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο SF-36, το οποίο εκτιμά το επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας ενός πληθυσμού. **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Τα αποτελέσματα έδειξαν από μέτριο έως ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων, παρά την οικονομική κρίση. Η έννοια της ποιότητας ζωής είχε άμεση σημαντική σχέση με τη σωματική και την ψυχική υγεία. Ενδιαφέρον παρουσίασε η συμβολή του επιπέδου εκπαίδευσης, αλλά και η πολλαπλή αντίληψη της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με το φύλο και την ηλικία. **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η γενική υγεία συμβάλλει στην πρόβλεψη της σωματικής, της διαπροσωπικής και της κοινωνικής ευημερίας, ενώ η ψυχική υγεία σχετίζεται με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Το επίπεδο εκπαίδευσης διαφοροποιεί τις αντιλήψεις περί ποιότητας ζωής τόσο σε σωματικό όσο σε διαπροσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Οι αντιλήψεις ανδρών και γυναικών σχετικά με την ποιότητα ζωής διαφέρουν ως προς την ηλικιακή ομάδα στην οποία κατατάσσονται (18–40 και 41–64 έτη).

Η Ελλάδα από το 2010 και μετά βίωσε μια πρωτόγνωρη κρίση με την υπογραφή μνημονίων και τη σύναψη δανειακής σύμβασης με την Τρόικα, με αποτέλεσμα να επιβληθούν αυστηρά μέτρα λιτότητας στην ελληνική κοινωνία. Η εφαρμογή μέτρων λιτότητας συνδέθηκε με αρνητικές οικονομικές, κοινωνικές και ψυχολογικές συνέπειες για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Σε αυτό το πλαίσιο, η ποιότητα ζωής και οι τρόποι βελτίωσής της βρίσκονται στο επίκεντρο πολιτικών, κοινωνικών και επιστημονικών (ψυχολογικών, ιατρικών) συζητήσεων.¹

Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη, ευμετάβλητη και υποκειμενική έννοια, η οποία περιλαμβάνει τόσο μακροοικονομικούς και κοινωνικούς παράγοντες όσο και προσωπικές εμπειρίες, αντιλήψεις, αξίες, στάσεις, συναισθήματα² και προσωπικές ανάγκες.³ Το ενδιαφέρον των επιστημόνων τα τελευταία έτη στρέφεται στην ψυχοκοινωνική και στη συναισθηματική ευεξία και ισορροπία του ατόμου, στην

ψυχική ή ψυχολογική ποιότητα ζωής, στην κοινωνική και οικολογική, αλλά και στην ηθική ή πνευματική διάσταση της ποιότητας ζωής. Συχνά, έννοιες όπως ποιότητα ζωής, ικανοποίηση από τη ζωή, ευ ζην, αλλά και κατάσταση υγείας, ευτυχία και αυτοεκτίμηση, δεν διαχωρίζονται μεταξύ τους.⁴ Παρά τη δυσχέρεια των ερευνητών να δώσουν έναν ορισμό, υπάρχει μια κοινή άποψη ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με την ικανοποίηση που βιώνει το άτομο από τις κοινωνικές συνθήκες διαβίωσης και από το περιβάλλον στο οποίο ζει και μεγαλώνει.³ Με αυτή την έννοια, η ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τη *σωματική ευημερία*, την *υλική και κοινωνική ευημερία*, τη *συναισθηματική ισορροπία* και την *ικανότητα για ανάπτυξη και δραστηριότητα*. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ)⁵ ορίζει την ποιότητα ζωής ως την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο των πολιτισμικών αξιών της κοινωνίας στην οποία ζει, τη φυσική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία και

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2025, 42(1):62–70
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2025, 42(1):62–70

**Χ. Πράπας,¹
Β. Μαυρέας²**

¹Τμήμα Δημόσιας Υγείας και Κοινωνικής Υγείας, Κατεύθυνση Κοινωνικής Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα
²Τμήμα Ψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Quality of life, the physical and mental health of Greek people during the economic crisis

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Επίπεδο εκπαίδευσης
Ηλικία
Ποιότητα ζωής
Φύλο

Υποβλήθηκε 9.9.2023
Εγκρίθηκε 23.12.2023

όχι μόνο την απουσία ασθένειας. Ο συγκεκριμένος ορισμός στρέφει την προσοχή σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής, στον τομέα της σωματικής και της ψυχικής υγείας, στον τομέα της ψυχολογίας του ατόμου, στον τομέα των κοινωνικών και διαπροσωπικών σχέσεων, στα πιστεύω του ατόμου, αλλά και στη σχέση του με το περιβάλλον, ενώ η συσχέτιση με τους οικονομικούς παράγοντες είναι χαμηλή.⁶

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι κοινωνικοί, πολιτισμικοί και δημογραφικοί παράγοντες, εξ ίσου σημαντικοί, οι οποίοι βρίσκονται σε αλληλεξάρτηση με την ποιότητα ζωής ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού. Πρόσφατες έρευνες αναφέρουν ότι οι άνδρες εκδηλώνουν χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από τις συνθήκες ζωής απ' ό,τι οι γυναίκες.^{7,8} Έχει διαπιστώσει, επίσης, ότι στην Ελλάδα οι άνδρες της ηλικιακής ομάδας των 30–45 ετών πλήττονται σε μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό,τι οι γυναίκες από την οικονομική κρίση, με σημαντικές συνέπειες στην ψυχολογική τους υγεία.^{9,10} Σημαντικός παράγοντας συνυφασμένος με την ποιότητα ζωής θεωρείται η ηλικία, καθώς οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, συγκριτικά με τους νέους, τα χρόνια της κρίσης έχει βρεθεί να αισθάνονται μεγαλύτερη ανασφάλεια, ευαλωτότητα, χαμηλότερη αυτοαποτελεσματικότητα και εντονότερη αδυναμία αναζήτησης στήριξης από το ευρύτερο περιβάλλον.¹⁰

Διαχρονικές έρευνες από το 1991–2020 αναφέρουν τη συμβολή της παιδείας στη θετική αντίληψη της ποιότητας ζωής,¹¹ την ικανοποίηση από τη ζωή και πιθανόν τις προσωπικές σχέσεις.¹² Μάλιστα, η σχέση αυτή δεν διαμεσολαβείται τόσο από οικονομικούς παράγοντες, όπως το εισόδημα, όσο από τη δύναμη των κοινωνικών δικτύων και την απόκτηση νέων εμπειριών μέσω της παιδείας, οι οποίες στη συνέχεια επηρεάζουν κεντρικές πτυχές της ζωής του ατόμου εντός και εκτός εργασίας. Μελέτη της Eurostat,¹³ τα χρόνια της κρίσης, αναφέρει ότι τα άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ήταν λιγότερο επιρρεπή στην πίεση και στην κατάθλιψη και περισσότερο ικανοποιημένα από τη ζωή τους σε σύγκριση με άτομα που κατατάσσονται σε χαμηλές βαθμίδες εκπαίδευσης. Επί πλέον, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης βίωναν περισσότερο ικανοποιητικές κοινωνικές σχέσεις, ένιωθαν περισσότερο ασφαλείς και είχαν καλύτερη υγεία συγκριτικά με τα άτομα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης.

Στο εν λόγω πλαίσιο, η συγκεκριμένη έρευνα σχεδιάστηκε για να διερευνήσει την προσλαμβανόμενη αντίληψη της ποιότητας ζωής (σωματική, ψυχολογική, διαπροσωπική, κοινωνική ευημερία) ενηλίκων στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας, ηλικίας 18–64 ετών. Η έρευνα σχετικά με την ποιότητα ζωής είναι περιορισμένη, καθώς οι μελέτες έχουν συγκεντρωθεί σε μεγάλο βαθμό σε κλινικά δείγματα, σε

ομάδες με διάφορα σωματικά ή ψυχικά προβλήματα ή στη συσχέτιση της ποιότητας ζωής με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας.¹⁴ Προηγούμενες έρευνες σε γενικό πληθυσμό^{7,8} έχουν μελετήσει προσωπικούς, δημογραφικούς και κοινωνικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Με βάση αυτές τις μελέτες, αλλά και τη διεθνή εμπειρία, η παρούσα έρευνα είχε ως βασικούς στόχους την εξέταση σημαντικών διαφοροποιήσεων που προκύπτουν στις αντιλήψεις σχετικά με την ποιότητα ζωής ανδρών και γυναικών, ατόμων διαφόρων ηλικιών και με διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο. Επί πλέον, σημαντική θεωρείται η διερεύνηση της σχέσης της ποιότητας ζωής με τη σωματική και την ψυχική κατάσταση του ατόμου.

Με βάση την εκτεθείσα βιβλιογραφία και τους σκοπούς της έρευνας, η πρώτη υπόθεση ήταν ότι οι άνδρες θα εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (σωματική, ψυχολογική, διαπροσωπική, κοινωνική ευημερία) σε σύγκριση με τις γυναίκες, που πιθανόν να σχετίζεται με βασικά χαρακτηριστικά της ανδρικής ταυτότητας και κοινωνικές αξίες οι οποίες δίνουν έμφαση στον ρόλο και στις υποχρεώσεις του άνδρα να ανταποκριθεί στις οικονομικές ανάγκες της οικογένειας.^{8,15} Υποθέσαμε επίσης ότι οι νεότεροι σε ηλικία θα εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα ζωής, καθώς, όπως προέκυψε σε προηγούμενη μελέτη, η μεγαλύτερη ηλικία –και κυρίως η μέση ηλικία (40–65 ετών)– συνδέεται με την έννοια της προσφοράς,¹⁶ σχετιζόμενη με την απόκτηση και την ανατροφή παιδιών και με διάφορες υποχρεώσεις, στις οποίες δυσκολεύεται να ανταποκριθεί λόγω της οικονομικής κρίσης. Στη συνέχεια, αναμέναμε ότι όσο υψηλότερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης τόσο υψηλότερο θα ήταν και το επίπεδο ποιότητας ζωής, καθώς βάσει μελετών η εκπαίδευση και η μόρφωση συνιστούν σημαντικούς παράγοντες προστασίας του ατόμου απέναντι στο stress και στις αντιξοότητες.¹⁴ Τέλος, η υγεία, τόσο σωματική όσο και ψυχολογική, έχει βρεθεί –διαχρονικά στις έρευνες– να συνιστά τον πλέον σημαντικό παράγοντα που συμβάλλει στη θετική αντίληψη της ποιότητας ζωής.^{8,17} Σε κλινικές μελέτες έχει αποδειχθεί ότι η προβληματική φυσική υγεία, ο πόνος και οι δυσάρεστες καταστάσεις υγείας σχετίζονται αρνητικά με την ποιότητα ζωής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην έρευνα συμμετείχαν 282 άτομα, 140 (49,6%) άνδρες και 142 (50,6%) γυναίκες από την ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Το εύρος της ηλικίας κυμαινόταν από 18–64 έτη, με μέσο όρο τα 36,3 έτη και τυπική απόκλιση τα 10,04 έτη. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ηλικίας ως προς το φύλο των συμμετεχόντων. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, το 50,7% (143 άτομα) ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου και το 49,3% (139 άτομα) ανήκαν στις κατηγορίες

της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Οι συμμετέχοντες επιλέχθηκαν με τη μέθοδο του τυχαίου δείγματος από την ευρύτερη περιοχή της Αττικής.

Ερευνητικά εργαλεία

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν για τη συγκεκριμένη μελέτη ήταν το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής (WHO-QOL)¹⁸ και το ερωτηματολόγιο SF-36 (short-form health survey). Το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής κατασκευάστηκε από τον ΠΟΥ και μεταφράστηκε από την Ιατρική Σχολή του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το «Αιγινήτειο» Ψυχιατρικό Νοσοκομείο υπό την αιγίδα του ΠΟΥ.¹⁹ Η βραχεία μορφή με 26 λήμματα αποτελείται από τέσσερις υποκλίμακες: «Σωματική ευημερία» (απουσία ή παρουσία πόνου και κόπωσης, ποιότητα ύπνου κ.λπ.), «ψυχολογική-συναισθηματική ευημερία» (θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, αυτοεικόνα κ.ά.), «διαπροσωπική ευημερία» (προσωπικές κοινωνικές σχέσεις, σεξουαλική δραστηριότητα), και «κοινωνική ευημερία» (περιβάλλον οικιστικό, φυσικό, κοινωνική και υγειονομική πρόνοια). Οι δείκτες αξιοπιστίας των υποκλιμάκων βάσει του Cronbach α κυμάνθηκαν από 0,69–0,78.

Το SF-36,^{20,21} προσαρμοσμένο στα Ελληνικά από τους Παππά, Κοντοδημόπουλο και Νιάκα,²² αξιολογεί το επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας ενός πληθυσμού με 32 ερωτήσεις. Τη φυσική υγεία συνθέτουν η «σωματική λειτουργικότητα» (1=Ναι, 0=Όχι), ο «σωματικός ρόλος» (1=Ναι, 0=Όχι), ο «σωματικός πόνος» (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=λίγο, 4=αρκετά, 5=πάρα πολύ) και η «γενική υγεία» (1=σίγουρα όχι, 2=μάλλον όχι, 3=δεν ξέρω, 4=μάλλον, 5=σίγουρα). Οι διαστάσεις «ζωτικότητα» (1=ποτέ, 2=σπάνια, 3=μερικές φορές, 4=αρκετά συχνά, 5=συνήθως), «κοινωνική λειτουργικότητα» (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=λίγο, 4=αρκετά, 5=πάρα πολύ), «συναισθηματικός ρόλος» (1=Ναι, 0=Όχι) και «ψυχική υγεία» (1=ποτέ, 2=σπάνια, 3=μερικές φορές, 4=αρκετά συχνά, 5=συνήθως) αξιολογούν την ψυχολογική υγεία του ατόμου. Οι δείκτες αξιοπιστίας των κλιμάκων με βάση το Cronbach α κυμάνθηκαν από 0,66–0,86.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής και επίδραση ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο)

Η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στη βαθμολογία των διαστάσεων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF ελέγχθηκε με τη μέθοδο της ανάλυσης διακύμανσης. Σχεδιάστηκε ένα διπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένες μεταβλητές τις τέσσερις κλίμακες του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF (σωματική, ψυχολογική, διαπροσωπική, κοινωνική ευημερία) και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο και την ηλικία (2×2).

Το φύλο και η ηλικία βρέθηκε να μην έχουν σημαντική

κύρια επίδραση στον γραμμικό συνδυασμό των κλιμάκων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF. Ωστόσο, βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση φύλου και ηλικίας [$F(1,278)=2,63$, $F(4,275)=2,63$, $p<0,05$, $\eta^2=0,04$]. Από την επισκόπηση των μέσων όρων προέκυψε ότι οι άνδρες μεγαλύτερης ηλικίας σημείωσαν υψηλότερο μέσο όρο σωματικής και διαπροσωπικής ευημερίας σε σύγκριση με τις γυναίκες της συγκεκριμένης ηλικίας [$F(1,278)=5,18$, $p<0,05$, $\eta^2=1,8\%$]. Αντίθετα, οι μικρότεροι σε ηλικία άνδρες σημείωσαν χαμηλότερο μέσο όρο σωματικής και διαπροσωπικής ευημερίας σε σύγκριση με τις γυναίκες ίδιας ηλικίας [$F(1,278)=8,88$, $p<0,01$, $\eta^2=3\%$] (πίν. 1).

Το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να έχει σημαντική κύρια επίδραση στις κλίμακες «σωματική ευημερία» [$F(1,278)=20,39$, $p<0,001$, $\eta^2=7\%$], «διαπροσωπική ευημερία» [$F(1,278)=17,67$, $p<0,001$, $\eta^2=6\%$] και «κοινωνική ευημερία» [$F(1,278)=7,10$, $p<0,01$, $\eta^2=3\%$] (πίν. 2). Στις συγκεκριμένες κλίμακες τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει πανεπιστημιακές σπουδές σημείωσαν υψηλότερους μέσους όρους συγκριτικά με εκείνους οι οποίοι ανήκαν σε κατηγορίες χαμηλότερης εκπαίδευσης.

Κύρια σημαντική αλληλεπίδραση φύλου και εκπαίδευσης βρέθηκε στην κλίμακα «σωματική ευημερία» [$F(1,278)=4,5$, $p<0,05$, $\eta^2=3,5\%$]. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στην εικόνα 1, οι γυναίκες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης εμφάνισαν υψηλότερο μέσο όρο σωματικής ευημερίας από τις συνομήλικές τους που είχαν ολοκληρώσει το λύκειο. Ο

Πίνακας 1. Μέσοι όροι αλληλεπίδρασης φύλου και ηλικίας στις κλίμακες του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF.

Κλίμακες ευημερίας	Φύλο	Ηλικία (έτη)	M
Σωματική	Άνδρας	18–40	3,77
		41–64	3,92
	Γυναίκα	18–40	3,86
		41–64	3,73
Ψυχολογική	Άνδρας	18–40	3,78
		41–64	3,79
	Γυναίκα	18–40	3,66
		41–64	3,52
Διαπροσωπική	Άνδρας	18–40	3,52
		41–64	3,70
	Γυναίκα	18–40	3,77
		41–64	3,53
Κοινωνική	Άνδρας	18–40	3,21
		41–64	3,15
	Γυναίκα	18–40	3,14
		41–64	2,91

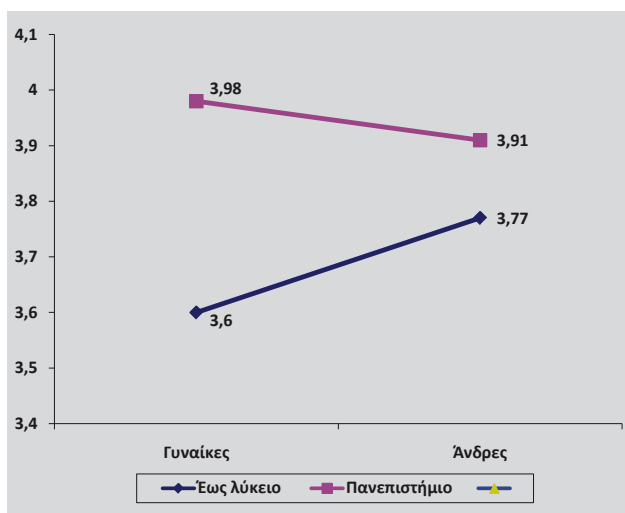
Η κλίμακα βαθμολόγησης κυμαίνεται από 1 (καθόλου) μέχρι 5 (απόλυτα)

Πίνακας 2. Μέσοι όροι των κλιμάκων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

Κλίμακες ευημερίας	Επίπεδο εκπαίδευσης		F-τιμή (1,282)
	Έως λύκειο	Πανεπιστήμιο	
	M	M	
Σωματική	3,67	3,95	20,39**
Ψυχολογική	3,62	3,76	3,07
Διαπροσωπική	3,49	3,83	17,67**
Κοινωνική	3,01	3,22	7,10*

* p<0,01, ** p<0,001

Η κλίμακα βαθμολόγησης κυμαίνεται από 1 (καθόλου) μέχρι 5 (απόλυτα)



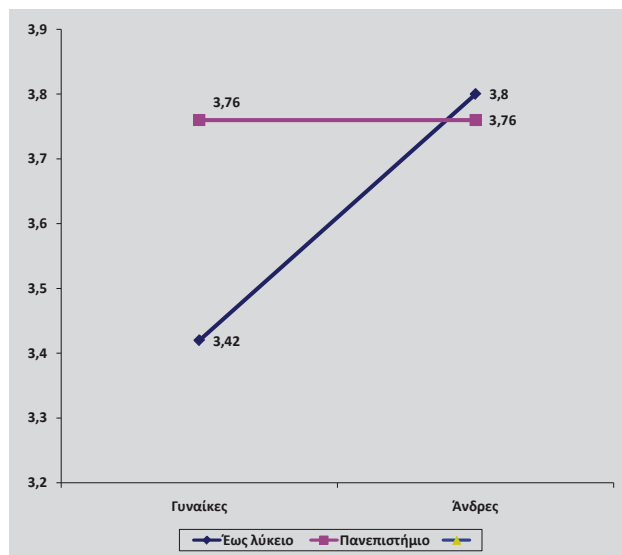
Εικόνα 1. Αλληλεπίδραση φύλου και επιπέδου εκπαίδευσης στην κλίμακα «σωματική ευημερία» του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF.

μέσος όρος σωματικής ευημερίας των ανδρών δεν διέφερε ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

Κύρια σημαντική αλληλεπίδραση φύλου και εκπαίδευσης βρέθηκε επίσης στην κλίμακα «ψυχολογική ευημερία» [F(1,278)=4,5, p<0,05, η²=2,5%]. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται στην εικόνα 2, οι γυναίκες πανεπιστημιακής εκπαίδευσης εμφάνισαν υψηλότερο μέσο όρο ψυχολογικής ευημερίας από τις συνομήλικές τους που είχαν ολοκληρώσει το λύκειο. Ο μέσος όρος ψυχολογικής ευημερίας των ανδρών δεν διέφερε ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης.

Ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF-36 και επίδραση ανεξάρτητων μεταβλητών (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο)

Η επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στη βαθμολογία των παραγόντων του ερωτηματολογίου SF-36 ελέγχθηκε με τη μέθοδο της ανάλυσης διακύμανσης. Σχε-



Εικόνα 2. Αλληλεπίδραση φύλου και επιπέδου εκπαίδευσης στους μέσους όρους της κλίμακας «ψυχολογική ευημερία» του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF.

διάστηκε ένα διπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένες μεταβλητές τις οκτώ κλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36 (φυσική/σωματική λειτουργία, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, ψυχική υγεία, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος) και ανεξάρτητες μεταβλητές το φύλο και την ηλικία (2x2). Στην ανάλυση διακύμανσης χρησιμοποιήθηκαν προσαρμοσμένοι μέσοι όροι, καθώς οι κλίμακες του ερωτηματολογίου ήταν διαφορετικών διαστάσεων.

Το φύλο βρέθηκε να μην έχει σημαντική επίδραση στον γραμμικό συνδυασμό των κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36. Η ηλικία φάνηκε ότι έχει σημαντική επίδραση στον γραμμικό συνδυασμό των κλιμάκων του ερωτηματολογίου [Λ=0,90, F(8,269)=3,62, p<0,01, η²=0,097]. Σε μονομεταβλητό επίπεδο, όπως φαίνεται στον πίνακα 3, οι σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στους προσαρμοσμένους μέσους όρους της κλίμακας «σωματική/φυσική λειτουργία» [F(1,278)=9,91, p<0,01, η²=3,5%], με τους πιο νέους –ηλικίας 18–40 ετών– να σημειώνουν τον υψηλότερο μέσο όρο σωματικής και φυσικής λειτουργίας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που κατατάχθηκαν στις ηλικίες των 41–64 ετών. Επίσης, οι νεότεροι σε ηλικία σημείωσαν χαμηλότερο μέσο όρο ύπαρξης σωματικού πόνου [F(1,278)=7,55, p<0,01, η²=2,7%] και καλύτερης γενικής υγείας [F(1,278)=5,91, p<0,05, η²=2,1%] συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που κατατάχθηκαν σε ηλικίες >40 ετών (πίν. 3).

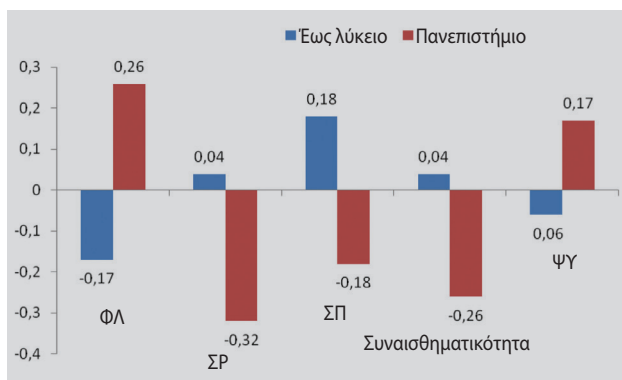
Να σημειωθεί επίσης ότι δεν βρέθηκε αλληλεπίδραση φύλου και ηλικίας στον γραμμικό συνδυασμό των κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36.

Πίνακας 3. Προσαρμοσμένοι μέσοι όροι των κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 ως προς την ηλικία.

Κλίμακες	Ηλικία (έτη)			F-τιμή (1,278)
	18-40	41-64	Σύνολο	
	M	M	M	
<i>Σωματική υγεία</i>				
Φυσική/σωματική λειτουργία	0,17	-0,20	0,04	9,91**
Σωματικός ρόλος	-0,25	0,80	-0,13	7,55**
Σωματικός πόνος	-0,03	0,05	0,01	0,65
Γενική υγεία	0,17	-0,13	0,06	5,91*
<i>Ψυχολογική υγεία</i>				
Ζωτικότητα	0,04	0,12	0,60	0,48
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0,19	-0,09	-0,14	0,73
Συναισθηματική λειτουργία	-0,19	0,04	-0,10	3,41
Ψυχική υγεία	-0,01	0,15	0,04	1,78

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Το επίπεδο εκπαίδευσης, με βάση το διπαραγοντικό μοντέλο με εξαρτημένες μεταβλητές τις οκτώ κλίμακες του ερωτηματολογίου SF-36 και ανεξάρτητες το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο (2×2), βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση στον γραμμικό συνδυασμό των κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 [$\lambda = 0,93$, $F(8,268) = 2,70$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 0,08$]. Σε μονομεταβλητό επίπεδο, όπως φαίνεται στην εικόνα 3, οι σημαντικές διαφορές εντοπίστηκαν στους προσαρμοσμένους μέσους όρους της κλίμακας «σωματική/φυσική λειτουργία» [$F(1,278) = 15$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 5\%$], με τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης να σημειώνουν τον υψηλότερο μέσο όρο σωματικής και φυσικής λειτουργίας σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που κατατάχθηκαν στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Επίσης, οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης σημείωσαν



Εικόνα 3. Προσαρμοσμένοι μέσοι όροι των κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36 ως προς το μορφωτικό επίπεδο. ΦΛ: Φυσική Λειτουργία, ΣΡ: Σωματικός Ρόλος, ΣΠ: Σωματικός Πόνος, ΨΥ: Ψυχική Υγεία.

χαμηλότερο μέσο όρο σωματικού πόνου [$F(1,278) = 8,44$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 3\%$], χαμηλότερο βαθμό ύπαρξης σωματικών προβλημάτων στην εργασία ή στις καθημερινές δραστηριότητες [$F(1,278) = 10,2$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 3,5\%$], χαμηλότερο μέσο όρο συναισθηματικών προβλημάτων [$F(1,278) = 6,83$, $p < 0,01$, $\eta^2 = 4\%$] και υψηλότερο μέσο όρο καλής ψυχικής υγείας [$F(1,278) = 3,79$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 1,4\%$] σε σύγκριση με αποφοίτους χαμηλότερων βαθμίδων (εικ. 3).

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν βρέθηκε σημαντική αλληλεπίδραση φύλου και μορφωτικού επιπέδου στον γραμμικό συνδυασμό των κλιμάκων του ερωτηματολογίου SF-36.

Πρόβλεψη της ποιότητας ζωής με παράγοντες πρόβλεψης το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και τη σωματική και ψυχολογική υγεία

Στη συγκεκριμένη υποενοότητα περιλαμβάνονται τα αποτελέσματα σχετικά με την πρόβλεψη διαστάσεων της ποιότητας ζωής με παράγοντες πρόβλεψης το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, καθώς και τη σωματική (φυσική υγεία, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία) και ψυχολογική υγεία (ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματική λειτουργία, ψυχική υγεία).

Για τη διερεύνηση του ερωτήματος σχετικά με τη στατιστική πρόβλεψη των διαστάσεων της ποιότητας ζωής (εξαρτημένες μεταβλητές) από το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τη σωματική και την ψυχολογική υγεία (μεταβλητές πρόβλεψης) χρησιμοποιήθηκε η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης. Στο πρώτο βήμα εισήχθη η μεταβλητή του φύλου, στο δεύτερο η ηλικία, στο τρίτο το μορφωτικό επίπεδο, στο τέταρτο η διάσταση της σωματικής υγείας και στο πέμπτο βήμα η διάσταση της ψυχολογικής υγείας.

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4, η *σωματική διάσταση* της ποιότητας ζωής συνδέθηκε σημαντικά με το επίπεδο εκπαίδευσης [$\beta = 0,15$, $t = 3,56$, $p < 0,001$, $R^2 = 6,9\%$]. Θετική συσχέτιση βρέθηκε επίσης με τη φυσική/σωματική λειτουργία [$\beta = 0,15$, $t = 3,21$, $p < 0,01$] και τη γενική υγεία [$\beta = 0,19$, $t = 4,05$, $p < 0,001$], με ποσοστό 41% της εξηγούμενης μεταβλητότητας. Επίσης, θετική ήταν η συμβολή της ζωτικότητας [$\beta = 0,31$, $t = 6,28$, $p < 0,001$], της καλής ψυχικής υγείας [$\beta = 0,24$, $t = 5,08$, $p < 0,001$] και της απουσίας προβλημάτων στο κοινωνικό περιβάλλον [$\beta = -0,10$, $t = -2,02$, $p < 0,05$]. Το ποσοστό της εξηγούμενης διασποράς ήταν 16%.

Η *ψυχολογική διάσταση* της ποιότητας ζωής συνδέθηκε θετικά με τη ζωτικότητα [$\beta = 0,34$, $t = 5,48$, $p < 0,001$] και την καλή ψυχική υγεία [$\beta = 0,23$, $t = 3,68$, $p < 0,001$], με ποσοστό της εξηγούμενης μεταβλητότητας 18%.

Πίνακας 4. Παλινδρομικές αναλύσεις στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Ανεξάρτητες μεταβλητές	Εξαρτημένες μεταβλητές (ποιότητα ζωής)			
	Σωματική β	Ψυχολογική β	Διαπροσωπική β	Κοινωνική β
Φύλο	0,02	-0,08	0,07	-0,80
Ηλικία	0,07	-0,07	0,07	-0,08
Εκπαίδευση	0,15***	0,03	0,18***	0,11*
<i>Σωματική υγεία</i>				
Σωματική/φυσική λειτουργία	0,15**	0,02	0,05	-0,02
Σωματικός ρόλος	0,01	0,01	0,14*	0,07
Σωματικός πόνος	-0,08	0,001	0,09	0,05
Γενική υγεία	0,19***	0,07	0,22***	0,14*
<i>Ψυχολογική υγεία</i>				
Ζωτικότητα	0,31***	0,34***	0,34***	0,28***
Κοινωνική λειτουργικότητα	-0,10*	-0,02	-0,23***	0,09
Συναισθηματική λειτουργία	0,08	0,03	-0,08	0,05
Ψυχική υγεία	0,24***	0,23***	0,11*	0,16**
R ²	0,58	0,33	0,49	0,22

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Στην πρόβλεψη της *διαπροσωπικής διάστασης* της ποιότητας ζωής συνέβαλε το επίπεδο εκπαίδευσης [$\beta=0,18$, $t=3,93$, $p<0,001$, $R^2=6,0\%$]. Θετική συσχέτιση βρέθηκε επίσης με την απουσία σωματικών προβλημάτων στην καθημερινότητα [$\beta=0,14$, $t=2,24$, $p<0,05$] και τη γενική υγεία [$\beta=0,22$, $t=4,19$, $p<0,001$], με ποσοστό 30% της εξηγούμενης μεταβλητότητας. Επίσης, θετική ήταν η συμβολή της ζωτικότητας [$\beta=0,34$, $t=6,40$, $p<0,001$], η απουσία προβλημάτων στο κοντινό περιβάλλον [$\beta=-0,23$, $t=-4,35$, $p<0,001$] και η καλή ψυχική υγεία [$\beta=0,11$, $t=2,00$, $p<0,05$]. Το ποσοστό της εξηγούμενης μεταβλητότητας ήταν 19%.

Την *κοινωνική διάσταση* της ποιότητας ζωής προβλέπει η εκπαίδευση [$\beta=0,11$, $t=1,95$, $p=0,05$, $R^2=2,4\%$]. Θετική συσχέτιση βρέθηκε επίσης με τη θετική γενική υγεία [$\beta=0,14$, $t=2,1$, $p<0,05$], με ποσοστό της εξηγούμενης μεταβλητότητας 19%. Επίσης, θετική ήταν η συμβολή της ζωτικότητας [$\beta=0,34$, $t=6,40$, $p<0,001$], η απουσία προβλημάτων στο κοντινό περιβάλλον [$\beta=-0,28$, $t=-4,15$, $p<0,001$] και η καλή ψυχική υγεία [$\beta=0,16$, $t=2,47$, $p<0,01$]. Το ποσοστό της εξηγούμενης μεταβλητότητας ήταν 12%.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ποιότητα ζωής, κατάσταση φυσικής και ψυχικής υγείας ως προς το φύλο και την ηλικία

Παρά όλες τις αντιξοότητες της οικονομικής κρίσης, οι συμμετέχοντες στη μελέτη εκδήλωσαν από μέτριο έως ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής. Στην έρευνα δεν

βρέθηκε άμεση σχέση του επιπέδου ποιότητας ζωής αλλά και της σωματικής και ψυχικής υγείας με το φύλο. Αυτό που αναδείχθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν η αλληλεπίδραση φύλου και ηλικίας στην προσλαμβανόμενη αντίληψη της ποιότητας ζωής. Δηλαδή, οι άνδρες μέσης ηλικίας φάνηκε να είναι περισσότερο δραστήριοι, να εκδηλώνουν περισσότερη ενεργητικότητα, να είναι πιο ικανοποιημένοι στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και στη σεξουαλική τους ζωή σε σύγκριση με τις γυναίκες της ίδιας ηλικίας. Το αντίθετο διαπιστώθηκε στους νέους ενήλικες, στις γυναίκες και στους άνδρες. Η πρόκληση να αναπτύξουν στενές προσωπικές και διαπροσωπικές σχέσεις και να αντιμετωπίζουν θέματα εργασίας φάνηκε να είναι πιο δύσκολη για τους νέους ενήλικες άνδρες παρά για τις νέες ενήλικες γυναίκες (ηλικίας 18–40 ετών). Η ηλικία φαίνεται να έχει κάποια σχέση με την ταυτότητα του φύλου και ο εαυτός να είναι πιο ρευστός, ιδιαίτερα σε ορισμένες περιόδους της ζωής.¹⁷ Ο ανταγωνισμός και η επιτυχία που θέτει ο ανδρικός ρόλος στους άνδρες ίσως να ήταν περισσότερο έντονος στους νέους ενήλικες άνδρες συγκριτικά με εκείνους της μέσης ηλικίας, αλλά και σε σύγκριση με τις νέες ενήλικες γυναίκες. Η έμφαση στα εν λόγω χαρακτηριστικά του ανδρικού ρόλου ενδέχεται να περιορίζει τη δυνατότητα ανάπτυξης στενών σχέσεων με τους άλλους, αλλά και να προκαλεί ανησυχία για επαγγελματικά και εργασιακά θέματα. Ο εαυτός, αλλά και η ποιότητα ζωής, φάνηκε να εμφανίζουν μια ρευστότητα σε διάφορες περιόδους της ζωής, όπως η νεαρή και η μέση ηλικία. Το πόση ικανοποίηση νιώθει από τη ζωή του το άτομο και το πώς αντιλαμβάνεται την

ποιότητα ζωής σε διάφορες ηλικίες, ανάλογα με το φύλο, φαίνεται να αποτελεί θέμα περαιτέρω έρευνας.

Η ηλικία βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με γενικές καταστάσεις υγείας, όπως με τη σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό πόνο και τη γενική υγεία. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν δύο τάσεις σε σχέση με την ηλικία.²³ Από τη μια, φάνηκε ότι τα άτομα μέσης ηλικίας (41 και άνω) διαπίστωσαν κάποιες απώλειες στη σωματική λειτουργικότητα, στην ύπαρξη του σωματικού πόνου και στην κατάσταση γενικής υγείας σε σύγκριση με τους νέους ενήλικες (ηλικία 18–40 ετών). Ωστόσο, ο εαυτός φάνηκε να μην έχει ηλικία, καθώς δεν εντοπίστηκαν διαφορές ηλικίας όσον αφορά στη ζωτικότητα, στην κοινωνική λειτουργικότητα, στην ψυχική υγεία και στη συναισθηματική διάθεση. Σημαντικό είναι να αναφερθεί η υποκειμενική αντίληψη της ηλικίας, η οποία τείνει να αλλάζει από την εφηβεία και μετεφηβεία έως τα γηρατειά, συμβάλλοντας με αυτόν τον τρόπο στην ταυτότητα του ατόμου. Οι έφηβοι αλλά και οι νεαροί ενήλικες πιθανόν να αισθάνονται ότι είναι ψυχολογικά μεγαλύτεροι από την ηλικία τους, ενώ τα άτομα της μέσης ηλικίας δεν θεωρούν τον εαυτό τους μεγάλο. Η υποκειμενική αίσθηση της ηλικίας μπορεί να μεταβάλλεται αν κάποιος είναι ασθενής ή όχι, καθώς όταν είμαστε καλά αισθανόμαστε νεότεροι.²⁴

Ποιότητα ζωής, κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας και εκπαιδευτικό επίπεδο

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η σωματική και η ψυχική υγεία συνιστούν τον πλέον σημαντικό παράγοντα που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Η καλή σωματική υγεία, και κυρίως η σωματική λειτουργικότητα, αναγνωρίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας στην ποιότητα ζωής, καθώς επιτρέπει στο άτομο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις της καθημερινής ζωής, να είναι ικανό να εργάζεται, να έχει ενέργεια και όχι κόπωση, αλλά και καλές προσωπικές και διαπροσωπικές σχέσεις. Η καλή ψυχική υγεία και η απουσία συναισθηματικών προβλημάτων συμβάλλουν σημαντικά τόσο στον τομέα που αφορά στη σωματική διάσταση της ποιότητας ζωής όσο και στον ψυχολογικό τομέα, στην απόλαυση και στο νόημα της ζωής, στην αυτοεκτίμηση, στην εικόνα του σώματος κ.ά. Επί πλέον, η ψυχική υγεία διαδραματίζει σοβαρό ρυθμιστικό ρόλο στις προσωπικές σχέσεις, στην ικανοποίηση από τη σεξουαλική ζωή, στην αναζήτηση υποστήριξης από το φιλικό και το κοινωνικό περιβάλλον, στην ψυχική και σωματική οικειότητα με άλλους ανθρώπους. Τα άτομα με καλή ψυχική υγεία φαίνεται να νιώθουν τη συντροφικότητα, την αγάπη και την υποστήριξη των στενών διαπροσωπικών σχέσεων. Ακόμη, η καλή ψυχική υγεία συντελεί στην καλή

οργάνωση του φυσικού περιβάλλοντος των ατόμων, στη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου και στη συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο θεωρείται από τους συμμετέχοντες σημαντικός παράγοντας σωματικής, διαπροσωπικής και κοινωνικής ευεξίας. Πολλές έρευνες αναφέρουν ότι η εκπαίδευση συσχετίζεται θετικά με καλύτερη υγεία και με την κοινωνική ενδυνάμωση του ατόμου, καθώς παρέχει δεξιότητες και τεχνογνωσία που συμβάλλουν στην εύρεση εργασίας.²⁵ Η παιδεία θεωρείται μια από τις σημαντικές κοινωνικές αξίες, δεδομένου ότι συνδέεται με την επιτυχία, η οποία εξασφαλίζει κοινωνική αναγνώριση. Σε ατομικό επίπεδο, ενισχύει τις κοινωνικές δεξιότητες, αλλά και την αυτοαποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση δυσκολιών.²⁶ Ως εκ τούτου, η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσει τα άτομα να κατανοήσουν σημαντικά ζητήματα για τη ζωή.¹⁴ Παρ' όλο που τα τελευταία έτη έχει μειωθεί ο αριθμός των μαθητών που εγκαταλείπουν το σχολείο, τα ποσοστά διαρροής εμφανίζονται σε μεγάλο βαθμό στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, όπου τα αγόρια εγκαταλείπουν το σχολείο με μεγαλύτερη συχνότητα απ' ό,τι τα κορίτσια. Μεγαλύτερη ένταση του φαινομένου παρατηρείται στο γυμνάσιο, όπου τα αγόρια διαρρέουν σε ποσοστό 35% μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των κοριτσιών.²⁶ Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΕ, τα συγκεκριμένα άτομα βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο κοινωνικού αποκλεισμού και ανεργίας.¹⁴

Συμπερασματικά, η ποιότητα ζωής είναι συνυφασμένη με την υγεία, σωματική και ψυχική, αλλά και με κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Η εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού και η πλήρης σωματική και ψυχική υγεία δηλώνουν την καθημερινή έκφραση πάνω απ' όλα, μια κατάσταση που γίνεται αντιληπτή ως μια δυναμική ισορροπία μεταξύ ενδοατομικών παραγόντων, όπως η φυσιολογία, η ζωτικότητα και η απουσία συναισθηματικών προβλημάτων, και εξωτερικών συστημάτων, όπως είναι το κοντινό και κοινωνικό περιβάλλον και η εκπαίδευση. Φαίνεται ότι στην ποιότητα ζωής θα πρέπει να συνυπολογίζεται σε πρώτο επίπεδο η κατάσταση σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς οι δύο αυτές έννοιες βρίσκονται σε επικοινωνία. Από αυτή τη σκοπιά είναι σημαντικές οι παρεμβάσεις πρόληψης της σωματικής και της ψυχικής υγείας, με στόχο την προαγωγή της βιολογικής, της ψυχολογικής και της κοινωνικής γνώσης για την ανάδυση ενός πιο υγιούς κόσμου, ειδικά σε αυτές τις συχνά μεταβαλλόμενες συνθήκες.

Από τη μελέτη προέκυψε η σημασία του εκπαιδευτικού επιπέδου στην αντίληψη της ποιότητας ζωής, που φάνηκε ότι ασκεί επίδραση, πιθανόν μέσω άλλων μεταβλητών, όπως είναι η οικονομική αστάθεια, η λιγότερη κοινωνική υποστήριξη, το περισσότερο stress κ.ά. Είναι ενδιαφέρον

ότι ακόμη και το νόημα της ζωής αλλάζει ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης του ατόμου. Επίσης, υπάρχει και η πολλαπλή αντίληψη της υγείας που σχετίζεται με το φύλο, αλλά και την αλληλεπίδραση με την ηλικία.

Ορισμένες επισημάνσεις σχετικά με τη μεθοδολογία της έρευνας είναι απαραίτητες σε αυτό το σημείο. Ειδικά, το

μέγεθος του δείγματος μπορεί να καταγραφεί στους περιορισμούς της έρευνας. Μεγαλύτερο μέγεθος του δείγματος θα επέτρεπε τον συσχετισμό αντικειμενικών δημογραφικών παραγόντων με γενικές καταστάσεις υγείας, όπως τη σωματική λειτουργικότητα, τον σωματικό ρόλο, τον σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, την ποιότητα ζωής, την ικανοποίηση από τη ζωή και το ευ ζην.

ABSTRACT

Quality of life, the physical and mental health of Greek people during the economic crisis

C. PRAPAS,¹ V. MAVREAS²

¹Department of Public Health and Community Health, Direction of Community Health, University of West Attica, Athens, ²Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Ioannina, Ioannina, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2025, 42(1):62–70

OBJECTIVE Investigation of the perceptions of adult people regarding the quality of life and their relationship with general physical and mental health, gender, age, and level of education during the period of the economic crisis.

METHOD The study involved 282 people from the greater Athens area, 140 (49.6%) men and 142 (50.6%) women with an age range of 18–64 years, with an average of 36.3 years and a standard deviation of 10.04 years. The concept of quality of life was assessed with the quality-of-life questionnaire, which estimates physical, psychological-emotional, interpersonal, and social well-being. The concept of general health was assessed with the SF-36 questionnaire, which includes the level of physical and mental health of a population. **RESULTS** The results showed a moderate-to-satisfactory level of quality of life for the participants, despite the economic crisis. The concept of quality of life has a direct and important relationship with physical and mental health. The contribution of education level is of interest, as is the case for the multiple perceptions of quality of life-related to gender and age. **CONCLUSIONS** General health predicts physical, interpersonal, and social well-being, while mental health is related to all dimensions of quality of life. The level of education differentiates perceptions of quality of life physically, interpersonally, and socially. The perceptions of men and women regarding the quality of life differ according to the age group in which they are classified (18–40 and 41–64 years).

Key words: Age, Education level, Gender, Quality of life

Βιβλιογραφία

1. POGGI A, BIZZOTTO G, DEVICIENTI F, VESAN P, VILLOSIO C. Quality of life in Europe: Empirical evidence, Walqing working paper, 2011.4. Moncalieri, 2011. Available at: <http://www.walqing.eu>
2. BOWLING A. *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. 3rd ed. Open University Press, Maidenhead, Berkshire, 2005
3. FELCE D, PERRY J. Quality of life: Its definition and measurement. *Res Dev Disabil* 1995, 16:51–74
4. SNOEK FJ. Quality of life: A closer look at measuring patients' well-being. *Diabetes Spectrum* 2000, 13:24–28
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health promotion glossary. WHO, Geneva, 1998
6. DIENER E, OISHI S, LUCAS RE. Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annu Rev Psychol* 2003, 54:403–425
7. PRAPAS C, MAVREAS V. Quality of life and the sense of happiness in native Greeks, Pontic repatriated and Albanian immigrants. *The Greek Review of Social Research* 2016, 145:3–28
8. PRAPAS C, MAVREAS V. The relationship between quality of life, psychological wellbeing, satisfaction with life and acculturation of immigrants in Greece. *Cult Med Psychiatry* 2019, 43:77–92
9. KONTODIMOPOULOS N, PAPPAS E, PAPADOPOULOS AA, TOUNTAS Y, NIAKAS D. Comparing SF-6D and EQ-5D utilities across groups differing in health status. *Qual Life Res* 2009, 18:87–97
10. ΜΠΟΥΡΑΣ Γ, ΛΥΚΟΥΡΑΣ Λ. Η οικονομική κρίση και οι επιπτώσεις της στην ψυχική υγεία. *Εγκέφαλος*, 2011, 48:54–61
11. ZHAN Z, SU ZW, CHANG HL. Education and quality of life: Does the internet matter in China? *Front Public Health* 2022, 10:860297
12. POWDTHAVEE N, LEKFUABGFU WN, WOODEN M. What's the good of education on our overall quality of life? A simultaneous equation model of education and life satisfaction for Australia. *J Behav Exp Econ* 2015, 54:10–21

13. EUROSTAT. *Quality of life – Facts and views*. Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2015
14. ΜΑΥΡΕΑΣ Β. Η σημασία της μελέτης της ποιότητας ζωής στην έρευνα των ψυχώσεων. Εισήγηση στο 17ο Πανελλήνιο Ψυχιατρικό Συνέδριο, Χαλκιδική, 2002
15. ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΗ-ΚΟΥΪΜΤΖΗ Β, ΣΑΚΚΑ Δ. *Από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή: Μελέτες για τις ταυτότητες φύλου στη σύγχρονη ελληνική πραγματικότητα*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα, 2007
16. ERIKSON EH. *Identity, youth and crisis*. W.W. Norton & Co, New York, 1968
17. POWDTHAVEE N, VAN DEN BERG B. Putting different price tags on the same health condition: Re-evaluating the well-being valuation approach. *J Health Econ* 2011, 30:1032–1043
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Report of WHOQOL focus group work. MNH/PSF/93.4. WHO, Geneva, 1993
19. GINIERI-COCCOSSIS M, ANTONOPOULOU V, TRIANTAFILLOU E, CHRISTOPOULOU GN. Translation and cross-cultural adaptation of WHOQOL-100 in Greece. *Psychiatry Today* 2001, 33:5–16
20. WARE JE, KOSINSKI M. *SF-36 physical and mental health summary scales: A manual for users of version 1*. 2nd ed. Quality Metric, Lincoln, RI, 2001
21. 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
22. 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
23. LEMME BH. *Development in adulthood*. Allyn & Bacon, Boston, MA, 1995
24. ΚΩΣΤΑΡΙΔΟΥ-ΕΥΚΛΕΙΔΗ Α. *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
25. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. Quality of life. Compendium of OECD well-being indicators. OECD, 2011. Available at: <https://www.oecd.org/sdd/47918063.pdf>
26. ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ. Παρατηρητήριο για θέματα καταγραφής και αντιμετώπισης της μαθητικής διαρροής: Η μαθητική διαρροή στην ελληνική πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Περίοδος 2013–2016. ΙΕΠ, Αθήνα, 2017. Διαθέσιμο στο: ictyo.gr/index.php/categories/item/43902-i-meleti-gia-ti-mathitiki-diarroi-stin-elliniki-dimosia-ekpaidefsi-tou-iep

Corresponding author:

C. Prapas, 26 Voulgaroktonou street, 124 62 Haidari, Attika, Greece
e-mail: xristosprapas@yahoo.gr

.....