



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
Έρευνα με γεωγραφική διάσταση

Σπουδαστής: Χρήστος Τερζίδης

Επιβλέπων: Λεωνίδας Παρασκευόπουλος
Επίκουρος Καθηγητής

Καλαμάτα 2008

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Χρησιμοποιήσαμε δεδομένα που αφορούν 27.444 άτομα, ηλικίας 50 ετών και άνω, από 11 Ευρωπαϊκές χώρες. Εντοπίσαμε ανισότητες στο επίπεδο υγείας, ανάλογα με την κοινωνικοοικονομική κατηγορία. Οι κατανομές συχνοτήτων σε καταστάσεις υγείας (γενικής και ψυχικής) εμφανίζονται να έχουν σχέση με το κοινωνικοοικονομικό status των ερωτηθέντων. Το εισόδημα, ο πλούτος της οικογένειας, αλλά και η εκπαίδευση, φαίνεται να καθορίζουν σε κάποιο βαθμό το επίπεδο υγείας, όπως έχει θεωρητικά υποστηριχθεί, στα πλαίσια της κοινωνικής επιδημιολογίας.

Η παρακάτω δήλωση αποτελεί υποχρέωσή μας έναντι του φορέα που πραγματοποιεί και διευθύνει τη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη» (Survey in Health, Aging and Retirement in Europe), πάνω στα δεδομένα της οποίας στηρίχθηκε η παρούσα πτυχιακή εργασία.

STATEMENT

“This paper uses data from the release 2 of SHARE 2004. This release is preliminary and may contain errors that will be corrected in later releases. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th framework programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life). Additional funding came from the US National Institute on Ageing (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Data collection in Austria (through the Austrian Science Foundation, FWF), Belgium (through the Belgian Science Policy Office) and Switzerland (through BBW/OFES/UFES) was nationally funded. The SHARE data set is introduced in Börsch-Supan et al. (2005); methodological details are contained in Börsch-Supan and Jürges (2005).”

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την πολύτιμη βοήθεια με συμβουλές, παραινέσεις και υλικό, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής

- στον κο Λεωνίδα Παρασκευόπουλο, Επίκουρο Καθηγητή του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος.

- στην οικογένειά μου και σε όλους όσους επέδειξαν υπομονή και κατανόηση, κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ	vii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	xii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	3
1.1. Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία	3
1.1.1 Εκτιμήσεις του μεγέθους των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα στην Ευρώπη	7
1.1.2 Ορισμός της υγείας	12
1.1.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός των ανισοτήτων στην υγεία.....	13
1.1.4 Θεωρητικές προσεγγίσεις.....	15
1.1.5 Προς μια μετά-θεωρία κοινωνικών ανισοτήτων.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΕΥΡΩΠΑΙΟΥΣ	27
2.1 Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας	27
2.1.1 Περί της μελέτης ΕΥΓΣΕ	27
2.1.1.1 Δειγματοληψία	29
2.1.1.2 Μεταβλητές	29
2.2 Τα αποτελέσματα της έρευνας	31
2.2.1 Δημογραφικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά και καταστάσεις υγείας	31
2.2.1.1 <u>Σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο</u>	31
2.2.1.2 <u>Σύνολο του δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης, και φύλλο</u>	35
2.2.1.3 <u>Σύνολο του δείγματος, ανά κατάσταση υγείας και φύλο</u> ..	37
2.2.1.4 <u>Σύνολο του δείγματος, ανά περιορισμό δραστηριοτήτων και φύλο</u>	40
2.2.1.5 <u>Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία, στο σύνολο του δείγματος, ανά φύλο</u>	43
2.2.1.6 <u>Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης, ανά χώρα και φύλο</u>	46
2.2.1.7 <u>Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης, ανά χώρα και φύλο</u>	54
2.2.1.8 <u>Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης, ανά χώρα και φύλο</u>	57
2.2.1.9 <u>Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης, ανά χώρα και φύλο</u>	60

<u>2.2.1.10 Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά χώρα και φύλο</u>	67
<u>2.2.1.11 Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ανά φύλο και χώρα</u>	71
<u>2.2.1.12 Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ανά φύλο και χώρα</u>	78
<u>2.2.1.13 Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ανά φύλο και χώρα</u>	82
<u>2.2.1.14 Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ανά φύλο και χώρα</u>	85
<u>2.2.1.15 Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ανά φύλο και χώρα</u>	88
<u>2.2.1.16 Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ανά φύλο και χώρα</u>	94
<u>2.2.1.17 Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ανά φύλο και χώρα</u>	97
<u>2.2.1.18 Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ανά φύλο και χώρα</u>	104
<u>2.2.1.19 Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ανά φύλο και χώρα</u>	109
<u>2.2.1.20 Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ανά φύλο και χώρα</u>	115
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	120
ΑΝΑΦΟΡΕΣ	125
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	127

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελ
2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (άνω των 50 ετών), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	32
2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (άνω των 50 ετών), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	33
2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαίες (άνω των 50 ετών), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	34
2.4: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	35
2.5: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	36
2.6: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	37
2.7: Κατάσταση υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	38
2.8: Κατάσταση υγείας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	39
2.9: Κατάσταση υγείας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	39
2.10: Περιορισμός δραστηριοτήτων ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	40
2.11: Περιορισμός δραστηριοτήτων ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	41
2.12: Περιορισμός δραστηριοτήτων ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	42
2.13: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	43
2.14: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	44
2.15: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	45
2.16: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	47
2.17: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	48
2.18: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	49

2.19: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	50
2.20: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκ. 2.0	51
2.21: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκ. 2.0	52
2.22: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	53
2.23: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	54
2.24: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	55
2.25: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	56
2.26: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	58
2.27: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	59
2.28: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	60
2.29: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	61
2.30: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	62
2.31: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	63

2.32: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	65
2.33: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	66
2.34: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	67
2.35: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	68
2.36: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	69
2.37: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	70
2.38: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	71
2.39: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	73
2.40: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	74
2.41: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	75
2.42: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	77
2.43: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	78
2.44: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	80
2.45: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	81

2.46: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	83
2.47: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	84
2.48: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	86
2.49: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	87
2.50: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	89
2.51: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	90
2.52: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	92
2.53: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0 ...	93
2.54: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	95
2.55: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	96
2.56: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	98
2.57: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	99
2.58: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	101
2.59: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	103

2.60: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	105
2.61: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	106
2.62: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	108
2.63: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	110
2.64: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	111
2.65: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	113
2.66: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	114
2.67: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	116
2.68: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	117
2.69: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Αυστραλών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	119

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελ
2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	32
2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	33
2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαίες (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	34
2.4: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	35
2.5: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	36
2.6: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	37
2.7: Κατάσταση υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	38
2.8: Κατάσταση υγείας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	39
2.9: Κατάσταση υγείας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	40
2.10: Περιορισμοί δραστηριοτήτων ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	41
2.11: Περιορισμοί δραστηριοτήτων ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	42
2.12: Περιορισμοί δραστηριοτήτων ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	42
2.13: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	44
2.14: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	45
2.15: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	46
2.16: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	47

2.17: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	48
2.18: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	49
2.19: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	50
2.20: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	51
2.21: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	52
2.22: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	53
2.23: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	55
2.24: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	56
2.25: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	57
2.26: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	58
2.27: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	59
2.28: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	61
2.29: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	62

2.30: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	63
2.31: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	64
2.32: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	65
2.33: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	66
2.34: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	67
2.35: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	68
2.36: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	69
2.37: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	70
2.38: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	72
2.39: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	73
2.40: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	74
2.41: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	76

2.42: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	77
2.43: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	79
2.44: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	80
2.45: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	82
2.46: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	83
2.47: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	85
2.48: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	86
2.49: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	88
2.50: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	89
2.51: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	91
2.52: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	92
2.53: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	94
2.54: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	95
2.55: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	97
2.56: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	98

2.57: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	100
2.58: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	102
2.59: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	103
2.60: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	105
2.61: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	107
2.62: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	108
2.63: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	110
2.64: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	112
2.65: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	113
2.66: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	115
2.67: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	116
2.68: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	118
2.69: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Αυστραλών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	119

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας.

Αντικείμενο της εργασίας είναι οι ανισότητες στην υγεία, υπό το πρίσμα της κοινωνικής επιδημιολογίας.

Η υπόθεση εργασίας είναι ότι το επίπεδο υγείας επηρεάζεται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει αν υφίστανται ανισότητες στην υγεία μεταξύ ενηλίκων Ευρωπαίων, λόγω κοινωνικοοικονομικών παραγόντων.

Για την προσέγγιση του σκοπού της εργασίας τέθηκαν δύο στόχοι. Ο πρώτος στόχος ήταν η διερεύνηση των θεωρητικών προσεγγίσεων, για την εξήγηση των παρατηρούμενων ανισοτήτων στην υγεία. Ο δεύτερος στόχος ήταν η πραγματοποίηση σχετικής έρευνας, για τη διερεύνηση ανισοτήτων στην υγεία σε χώρες της Ευρώπης.

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου μελετήσαμε σχετική βιβλιογραφία, που έχει αναπτυχθεί στα πλαίσια της κοινωνικής επιδημιολογίας. Για το δεύτερο στόχο αναζητήσαμε σχετικά δεδομένα και τα εντοπίσαμε στη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη». Πρόκειται για την πρώτη επιστημονική μελέτη που εξετάζει τους διαφορετικούς τρόπους ζωής ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω σε δώδεκα χώρες, από τη Σκανδιναβία έως τη Μεσόγειο (έντεκα Ευρωπαϊκές και το Ισραήλ). Η έρευνα, που εξέτασε δείγμα 45.051 ατόμων γεννημένων το 1954 και ενωρίτερα, εστιάστηκε σε θέματα όπως το οικογενειακό περιβάλλον, οι οικογενειακές σχέσεις, η εργασία, οι συντάξεις, η οικονομική ασφάλεια και η υγεία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το έτος 2004 και στην παρούσα εργασία επικεντρωθήκαμε στα δεδομένα που αφορούν ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο), κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (εισόδημα, πλούτο οικογένειας, επίπεδο εκπαίδευσης) και καταστάσεις υγείας (γενική και ψυχική). Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας συνολικά εξετάστηκε δείγμα 27.444 ατόμων από τις 11 Ευρωπαϊκές χώρες. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη λογισμική εφαρμογή στατιστικής ανάλυσης SPSS, έκδοση 11.5.

Η στατιστική μας ανάλυση περιορίστηκε στον εντοπισμό μιας αδρής σχέσης με χρήση πινάκων συχνοτήτων, μεταξύ καταστάσεων υγείας (γενικής και ψυχικής)

και χαρακτηριστικών όπως φύλλο, εισόδημα, πλούτο οικογένειας και επίπεδο εκπαίδευσης. Δεν πραγματοποιήσαμε έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των ευρημάτων μας, δηλαδή δεν ελέγξαμε αν η τύχη ευθύνεται αποκλειστικά για τις παρατηρούμενες σχέσεις. Επίσης, δεν εκτιμήσαμε γνωστικές συναρτήσεις (αιτιογνωστικές ή προγνωστικές), που αποτελούν το αντικείμενο επιδημιολογικών μελετών, καθόσον πρόκειται για συναρτήσεις παλινδρόμησης και ξεπερνούν τις δυνατότητες μιας πτυχιακής εργασίας.

Η εργασία, εκτός της παρούσας Εισαγωγής, είναι δομημένη σε δύο κεφάλαια και ένα συμπερασματικό τμήμα για τη σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφονται μελέτες, που αναδεικνύουν το μέγεθος του προβλήματος των ανισοτήτων στην υγεία, ανάλογα με κοινωνικοοικονομικές κατηγορίες, καθώς και θεωρητικές προσεγγίσεις, για την εξήγησή τους. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το υλικό, η μεθοδολογία, καθώς και τα αποτελέσματα της έρευνας για την ανισότητα στην υγεία σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

1.1 Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία

Με την έκθεση “Black Report”¹ στην Αγγλία, τον Απρίλιο του 1980, επιχειρήθηκε μια πρώτη, στη σύγχρονη βιβλιογραφία, συστηματική επεξεργασία και ανάλυση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Η επιτροπή που συνέταξε την έκθεση, αφού επεξεργάστηκε τα δεδομένα και ανέλυσε τις συσχετίσεις μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών παραγόντων και των αποτελεσμάτων της κατάστασης υγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα, προσδόκιμο ζωής) του πληθυσμού της Αγγλίας, σε συνδυασμό με τα κοινωνικο-δημογραφικά του χαρακτηριστικά, κατέληξε στις εξής κύριες διαπιστώσεις:

- Υπάρχουν σημαντικές διαφορές στους δείκτες θνησιμότητας μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα.
- Οι χαμηλότερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες έχουν αυξημένους κινδύνους θανάτου και αυξημένους δείκτες νοσηρότητας, συγκριτικά με τις υψηλότερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες.
- Οι ανώτερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες χρησιμοποιούν περισσότερο συχνά τις υπηρεσίες υγείας, ιδιαίτερα τις υπηρεσίες πρόληψης.
- Οι ανισότητες στην υγεία μεταξύ των κατηγοριών αυτών διαγράφουν μια αυξητική τάση, σε σχέση με τη μεταπολεμική περίοδο.
- Οι ανισότητες αυτές παρατηρούνται επίσης και σε άλλες χώρες.

Η σχέση ανάμεσα στο κοινωνικό περιβάλλον και την υγεία είναι σχέση δυναμική. Οι κοινωνίες αλλάζουν, το κοινωνικό περιβάλλον διαφοροποιείται, οι νοσογόνοι παράγοντες μεταβάλλονται. Όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν στην εκδήλωση της αρρώστιας και τροποποιούν την κοινωνική κατανομή της. Η κοινωνική κινητικότητα εξάλλου, επηρεάζει την εμφάνιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Τα άτομα που ανέρχονται την κοινωνική κλίμακα έχουν επιβαρυνμένη υγεία, λόγω της κοινωνικής τους

¹ «Οικονομία της υγείας», άρθρο στο www.mednet.gr 19/06/2002

προέλευσης, ενώ το αντίθετο συμβαίνει με τα άτομα που κατέρχονται την κοινωνική κλίμακα.

Η ύπαρξη, όμως, της κοινωνικής κινητικότητας δεν αναιρεί την ύπαρξη κοινωνικών ανισοτήτων που συνεχίζουν να παραμένουν ισχυρές, παρά τη σημαντική πρόοδο της ανθρωπότητας στη διάρκεια του 20ού αιώνα. Η κοινωνική θέση του ατόμου, η σχέση του προς τα μέσα παραγωγής, ο τρόπος ένταξης του στην παραγωγική διαδικασία, οι υλικές συνθήκες ύπαρξης, οι κοινωνικές αξίες και οι κυρίαρχες ιδεολογίες, διαμόρφωσαν και διαμορφώνουν κοινωνικές τάξεις και κοινωνικά στρώματα, που παρουσιάζουν μεταξύ τους σημαντικές διαφορές ως προς την υγεία. Μάλιστα, οι κοινωνικές ανισότητες σε ζητήματα υγείας παρουσιάζουν συνεχή αύξηση από τα μέσα του 20ού αιώνα.

Σύμφωνα με την έκθεση Black, η θνησιμότητα του 1971 για τις ηλικίες 15-64 ετών ήταν διπλάσια στα άτομα των κατωτέρων κοινωνικών τάξεων, απ' ότι στα άτομα της ανώτερης κοινωνικής τάξης. Παρατηρώντας τη θνησιμότητα κατά αιτία θανάτου, η σχέση αυτή ισχύει για την πλειονότητα των αιτιών θανάτου. Αιτίες θανάτου που συσχετίζονται περισσότερο με την κοινωνικοοικονομική τάξη είναι τα λοιμώδη νοσήματα, τα ατυχήματα, οι δηλητηριάσεις, η βία και σε μικρότερο βαθμό οι αναπνευστικές παθήσεις.

Υπάρχουν, όμως, και εξαιρέσεις. Σε ορισμένα νοσήματα, όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του παγκρέατος, δεν παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ θνησιμότητας και κοινωνικής τάξης. Σε άλλα πάλι νοσήματα, όπως στο κακόηθες μελάνωμα του δέρματος, στον καρκίνο του εγκεφάλου και στη νόσο του Hodgkin, παρατηρείται υψηλότερη θνησιμότητα στις ανώτερες κοινωνικές τάξεις. Τα συμπεράσματα αυτά επιβεβαιώνονται και από πιο πρόσφατες μελέτες. Έρευνα, που χώρισε τους Βρετανούς πολίτες σε τέσσερις κοινωνικές κατηγορίες, διαπίστωσε ότι η θνησιμότητα το 1991 ήταν τουλάχιστον τριπλάσια στη χαμηλότερη κατηγορία σε σύγκριση με την υψηλότερη, ενώ την ίδια χρονιά στη βόρεια Αγγλία διαπιστώθηκε ότι το πιο φτωχό 10% του πληθυσμού εμφάνιζε τετραπλάσια θνησιμότητα, από το πιο πλούσιο 10%.²

Ανάλογες κοινωνικές ανισότητες στην υγεία διαπιστώθηκαν και σε άλλες χώρες. Σε μελέτη³ που περιλάμβανε στοιχεία θνησιμότητας για την περίοδο 1980-90 σε 13 χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και σε 3 πρώην κομμουνιστικές χώρες, διαπιστώθηκαν σημαντικές ανισότητες και στις 16 χώρες. Πιο συγκεκριμένα, οι χειρόνακτες εργαζόμενοι

² Marmot M, Smith Gd, Stansfeld S, Patel C, North F, Head G et Al. Lancet (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study, i:1378-1393, «Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία», άρθρο στο www.mednet.gr, 17/04/2000.

³ «Υγεία / Περιβάλλον & Υγεία», άρθρο στο www.iatronet.gr, 18/02/2002.

παρουσίαζαν, σε σχέση με τους μη χειρώνακτες, 33% έως 71% περισσότερες πιθανότητες πρόωρου θανάτου. Οι ανισότητες στη θνησιμότητα ήταν μεγαλύτερες στη Γαλλία και στη Φινλανδία.

Επίσης, διαπιστώθηκε ότι οι ανισότητες στις Σκανδιναβικές χώρες, στην Ιρλανδία και στην Αγγλία/Ουαλία οφείλονταν κυρίως στη μεγαλύτερη συχνότητα των καρδιαγγειακών νοσημάτων στα φτωχότερα κοινωνικά στρώματα, σε αντίθεση με τη Γαλλία, την Ιταλία, την Ισπανία και την Πορτογαλία, όπου τα στρώματα αυτά παρουσίαζαν μεγαλύτερη συχνότητα θανάτων από κακοήθη νεοπλάσματα (πλην του καρκίνου του πνεύμονα) και από νοσήματα του πεπτικού συστήματος (κυρίως κίρρωση του ήπατος). Πάντως, σε κάθε περίπτωση, οι αιτίες θανάτου που παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα σε κάθε χώρα, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα στη Μ. Βρετανία και τα κακοήθη νεοπλάσματα στη Γαλλία, εμφανίζουν και τις μεγαλύτερες κοινωνικές διαφοροποιήσεις.

Οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία καταγράφονται και στους δείκτες νοσηρότητας. Έχει μάλιστα υποστηριχθεί ότι οι ανισότητες στην υγεία είναι πιο έντονες σε ότι αφορά τη νοσηρότητα απ' ό,τι τη θνησιμότητα.⁴ Βρέθηκε ότι σε περιοχές όπου οι βασικές αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τα λοιμώδη νοσήματα, ο ρόλος των κοινωνικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία ήταν εμφανής. Εξηγήθηκε με το ότι οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις υποφέρουν από κακή διατροφή, έλλειψη καθαρού πόσιμου νερού, θέρμανσης, αποχέτευσης, στέγης και, κατά κανόνα, από ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας. Οι παράγοντες αυτοί έχουν κατηγορηθεί για τη διασπορά των λοιμωδών νοσημάτων.

Ως προς την κατηγορία της νόσου, διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα ευρήματα:

- **Οι λοιμώξεις** παρουσίασαν την υψηλότερη συχνότητα στους γεωργούς-κτηνοτρόφους (4,45%), στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών (3,45%) και στους τεχνίτες-εργάτες (3,31%), ενώ ο μέσος όρος ήταν 2,9%.
- **Τα νεοπλάσματα** ήταν συχνότερα στους διευθυντές και τα ανώτερα στελέχη (7,33%), στους γεωργούς-κτηνοτρόφους (7,23%) και στους εμπόρους-πωλητές (6,95%), με μέσο όρο 5,85%.

⁴ Blaxter M. (1989). *A comparison of measures of inequality*. In: Fox J (ed) *Health Inequalities in European Countries*. Gower, Oxfordshire, σελ. 199-230, «Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία», άρθρο στο www.mednet.gr 17/042000.

- **Τα νοσήματα του κυκλοφορικού** ήταν συχνότερα στους διευθυντές και τα ανώτερα στελέχη (17,65%), στους εμπόρους και πωλητές (14,59%) και στους γεωργούς (11,19%), με μέσο όρο 11,27%.
- **Τα νοσήματα του αναπνευστικού** παρουσιάζουν την υψηλότερη συχνότητα στους γεωργούς (8,46%), στους τεχνίτες-εργάτες (8,20%), στους εμπόρους-πωλητές (8,14%) και στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών (8,06%), με μέσο όρο 7,55%.
- **Τα νοσήματα του πεπτικού** συστήματος ήταν συχνότερα στους εμπόρους-πωλητές (20,23%), στους διευθυντές-ανώτερα στελέχη (18,80%) και στους γεωργούς (17,41%), με μέσο όρο 16,70%.
- **Τα νοσήματα του ουροποιηγεννητικού** συστήματος ήταν συχνότερα στους επιστήμονες και στους ελεύθερους επαγγελματίες (9,01%), στους υπάλληλους γραφείου (8,43%), στους εμπόρους-πωλητές (8,05%) και στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών (7,88%), με μέσο όρο 7,74%.
- **Τα νοσήματα του μυοσκελετικού** συστήματος ήταν πιο συχνά στους τεχνίτες-εργάτες (10,13%) και στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών (9,39%), με μέσο όρο 6,08%.
- **Οι κακώσεις και τα ατυχήματα** εμφανίζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα στους τεχνίτες-εργάτες (18,16%), στους γεωργούς (16,87%), στους διευθυντές και τα ανώτερα στελέχη (13,14%) και στους εργαζόμενους στην παροχή υπηρεσιών (13,07%).

Σύμφωνα με την προαναφερθείσα ευρωπαϊκή έρευνα, τα άτομα από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα δεν παρουσιάζουν μόνο μεγαλύτερη θνησιμότητα, αλλά και χαμηλότερο επίπεδο υγείας, απ' ό,τι τα άτομα από τα ανώτερα στρώματα. Στη δυτική Ευρώπη ο κίνδυνος νόσησης είναι 1,5-2,5 φορές μεγαλύτερος στο χαμηλότερο (από κοινωνικοοικονομική άποψη) ήμισυ του πληθυσμού, σε σύγκριση με το ανώτερο ήμισυ. Το ίδιο συμβαίνει και στην Τσεχία, την Εσθονία και την Ουγγαρία. Οι διαφορές αυτές εμφανίζονται ακόμα και σε χώρες με ιδιαίτερα ισχυρή κοινωνική πολιτική, όπως οι Σκανδιναβικές χώρες.

Εκτός από τους δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας, η κοινωνική θέση επηρεάζει και τη συχνότητα υιοθέτησης επικίνδυνων για την υγεία στάσεων και συμπεριφορών. Σύμφωνα με έρευνα⁵ στους δημόσιους υπαλλήλους της Αγγλίας, στους

⁵ «Υγεία / Περιβάλλον & Υγεία», άρθρο στο www.iatronet.gr, 18/02/2002.

άνδρες των κατώτερων δημοσιοϋπαλληλικών κατηγοριών, όλοι οι παράγοντες κινδύνου για την ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου (κάπνισμα, αυξημένη αρτηριακή πίεση, αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης) ήταν πολύ πιο αυξημένοι απ' ότi στα ανώτερα διοικητικά στελέχη. Οι ενδιάμεσες επαγγελματικές κατηγορίες παρουσίαζαν και ενδιάμεσες συχνότητες.

Οι κοινωνικές επιδράσεις στην υγεία έχουν μελετηθεί και στη χώρα μας. Μειωμένη θνησιμότητα έχει καταγραφεί στις ανώτερες τάξεις και στα υψηλότερα εισοδήματα, ενώ αυξημένη θνησιμότητα από λοιμώδη νοσήματα σε περιοχές με χαμηλό κατά κεφαλή εισόδημα.⁶ Στις περιοχές αυτές ήταν αυξημένη και η παιδική θνησιμότητα. Η Θράκη, η οποία παρουσίαζε το χαμηλότερο βιοτικό επίπεδο, είχε κατά το παρελθόν και τους υψηλότερους δείκτες γενικής και βρεφικής θνησιμότητας.⁷ Μελέτη⁸ για την επιβίωση παιδιών με λευχαιμία στην Αθήνα το 1988-89 έδειξε ότi ο δείκτης θνητότητας ήταν μεγαλύτερος στα παιδιά οικογενειών με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Τα αποτελέσματα άλλων μελετών⁹ δείχνουν ότi στις γυναίκες υπάρχει θετική συσχέτιση του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, με τη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του μαστού και καρκίνου του πνεύμονα.

Πρέπει να σημειωθεί ότi, παρόλο που η υγεία του συνολικού πληθυσμού στις περισσότερες χώρες του κόσμου βελτιώνεται, ο ρυθμός βελτίωσης δεν είναι ο ίδιος για όλες τις κοινωνικές ομάδες. Το χάσμα ανάμεσα στους πλούσιους και τους φτωχούς συνεχίζει να αυξάνει. Η αντιστροφή αυτών των τάσεων αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις της εποχής μας.

1.1.1 Εκτιμήσεις του μεγέθους των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα στην Ευρώπη

Αν και κανένα άτομο δεν μπορεί να δραπετεύσει από το θάνατο, οι σημαντικές διαφορές στα ποσοστά θνησιμότητας (στους αριθμούς θανάτων ανά 1.000 άτομα ετησίως) βρίσκονται μεταξύ των υποομάδων των πληθυσμών, συμπεριλαμβανομένων των υποομάδων των πληθυσμών που ταξινομούνται σύμφωνα με την κοινωνικοοικονομική θέση. Σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες, τα ποσοστά θνησιμότητας είναι υψηλότερα μεταξύ

⁶ Κυριόπουλος Ι, Καλαντίδη Α, Τριχόπουλος Δ. (1983). *Σχέση κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων με την κατά αιτίες θνησιμότητα στην Ελλάδα*. Mat Med Gr, 11:192-196

⁷ Petridou E, Valadian I, Trichopoulos D, Tzonou A, Kyriopoulos Y, Matsaniotis N. Hygie (1989). Medical services and socioeconomic factors: Determinants of infant mortality in Greece., 8:20-23, «Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία», άρθρο στο www.mednet.gr, 17/042000.

⁸ «Υγεία / Περιβάλλον & Υγεία», άρθρο στο www.iatronet.gr, 18/02/2002.

⁹ Όπ. Παρ.

εκείνων στις λιγότερες ευνοημένες κοινωνικοοικονομικές θέσεις, ανεξάρτητα από εάν η κοινωνικοοικονομική θέση υποδεικνύεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατηγορία, ή το εισοδηματικό επίπεδο.

Έχουμε καταβάλει προσπάθεια να συλλέξουμε τις πληροφορίες για τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη θνησιμότητα κατά τη διάρκεια μιας πρόσφατης χρονικής περιόδου (η δεκαετία του '90 ή πιο πρόσφατη) από πολλές χώρες στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τους άμεσους γείτονές της. Τα αποτελέσματα έχουν συνοψιστεί σε έναν πίνακα (Πίνακας 1.1). Επειδή υπάρχουν προβλήματα συγκρισιμότητας μεταξύ των χωρών (π.χ. των διαφορών στην κοινωνικοοικονομική ταξινόμηση, τη μέτρηση της θνησιμότητας, ή το συνυπολογισμό και τον αποκλεισμό των συγκεκριμένων υποομάδων του πληθυσμού), είναι σημαντικό να εστιάσουμε στη γενική εικόνα. Τα στοιχεία, όσον αφορά τις ανισότητες στη θνησιμότητα, είναι διαθέσιμα για ένα ευρύ φάσμα των ευρωπαϊκών χωρών και η γενική εικόνα είναι εξαιρετικά σαφής: τα ποσοστά θνησιμότητας είναι με συνέπεια υψηλότερα σε χαμηλότερες απ' ότι στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Αυτό υποδεικνύεται από το γεγονός ότι όλες οι αναλογίες ποσοστού (δηλ. η αναλογία του ποσοστού θανάτου στις χαμηλότερες, σε σύγκριση με τις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες) είναι σαφώς πάνω από τη μονάδα. Πολλοί από τους αριθμούς που δίνονται στον Πίνακα 1.1 ισχύουν για τους ενήλικες και αυτό υπονοεί ότι οι διαφορές στα ποσοστά θνησιμότητας μπορούν να ερμηνευθούν ως διαφορές στους κινδύνους πρόωρα. Όχι μόνο είναι το μέγεθος αυτών των ανισοτήτων συχνά ουσιαστικό στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, της τάξεως των 25 ως 50%, αλλά οι σχετικές ανισότητες στη θνησιμότητα έχουν αυξηθεί επίσης ουσιαστικά, από τις προηγούμενες δεκαετίες. Από τις μελέτες που έχουν περιλάβει τις γυναίκες, έχει γίνει σαφές ότι οι ανισότητες στη θνησιμότητα υπάρχουν μεταξύ των γυναικών, όπως και μεταξύ των ανδρών. Έναντι στους άνδρες, οι ανισότητες στη θνησιμότητα μεταξύ των γυναικών είναι μικρότερες στη μέση ηλικία και μεγαλύτερες στην τρίτη ηλικία.

Μερικές συγκριτικές μελέτες έχουν προσπαθήσει να αξιολογήσουν εάν το μέγεθος των ανισοτήτων στη θνησιμότητα διαφέρει συστηματικά μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών. Οι περισσότερες από αυτές τις μελέτες έχουν περιοριστεί στη Δυτική Ευρώπη, και έχουν διαπιστώσει ότι η σειρά παραλλαγής στις σχετικές ανισότητες είναι μάλλον μικρή. Παραδείγματος χάριν, μια συγκριτική μελέτη 8 δυτικών ευρωπαϊκών πληθυσμών στη δεκαετία του '90 διαπίστωσε ότι ο υπερβολικός κίνδυνος θνησιμότητας στους ανθρώπους με τη χαμηλότερη εκπαίδευση, σε σύγκριση με εκείνους με την τριτοβάθμια εκπαίδευση, κυμάνθηκε μεταξύ 22 και 43% στους άνδρες, και 20 και 32% στις γυναίκες.

Πίνακας 1.1: Ανισότητες στην θνησιμότητα από κοινωνικοοικονομική θέση σε 21 Ευρωπαϊκές χώρες¹⁰

Χώρα	Δείκτης της κοινωνικοοικονομικής θέσης	Περίοδος	Ηλικια-ομάδα	Άντρες	Γυναίκες	Πηγή
Αυστραλία	Εκπαίδευση	1991-1992	45+	1.43*	1.32*	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη συνέχιση θνησιμότητας
Βέλγιο	Εκπαίδευση	1991-1995	45+	1.34*	1.29*	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη θνησιμότητα
	Διάρκεια αξιώματος κατοικίας	1991-1995	60-69	1.44*	1.43*	συνέχιση
Τσεχία	Εκπαίδευση	End 1990s	20-64	1.66*	1.09*	Αποσυνδεδεμένη διατομεακή μελέτη
Δανία	Εκπαίδευση	1991-1995	60-69	1.28*	1.26*	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη θνησιμότητα
	Διάρκεια αξιώματος κατοικίας	1991-1995	60-69	1.64*	1.47*	συνέχιση
Ελλάδα	Επάγγελμα	1981-1990	45-59	1.33*	n.a.	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη συνέχιση θνησιμότητας
	Εκπαίδευση	1991-1996	45+	1.35*	1.22*	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη θνησιμότητα
Αγγλία	Διάρκεια αξιώματος κατοικίας	1991-1996	60-69	1.65*	1.58*	συνέχιση
	Επάγγελμα	1981-1989	45-59	1.61*	n.a.	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη θνησιμότητα
Εσθονία	Εκπαίδευση	2000	20+	2.38*	2.23*	Εθνική διατομεακή μελέτη
	Εκπαίδευση	1988	20-74	1.50*	1.31*	Εθνική διατομεακή μελέτη
Φινλανδία	Εκπαίδευση	1991-1995	45+	1.33*	1.24*	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη θνησιμότητα
	Διάρκεια αξιώματος κατοικίας	1991-1995	60-69	1.90*	1.73*	συνέχιση
Γαλλία	Εκπαίδευση	1990-1994	60-69	1.31*	1.14	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη θνησιμότητα
	Διάρκεια αξιώματος κατοικίας	1990-1994	60-69	1.27*	1.25*	συνέχιση
Γερμανία	Εκπαίδευση	1980-1989	45-59	2.15*	n.a.	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη θνησιμότητα
	Επάγγελμα	1980-1989	45-59	2.15*	n.a.	συνέχιση, αντιπροσωπευτικό δείγμα
Ουγγαρία	Εκπαίδευση	2002	45-64	1.97*	1.58*	Διατομεακή οικολογική ανάλυση
	Επάγγελμα	1984-1985	45-64	1.61	1.33	Εθνική διατομεακή μελέτη
Ιρλανδία	Επάγγελμα	1980-1982	45-59	1.38*		Εθνική διατομεακή μελέτη
Ιταλία	Εκπαίδευση	1991-1996	45+	1.22*	1.20*	Αστική απογραφή-συνδεδεμένη θνησιμότητα
	Διάρκεια αξιώματος κατοικίας	1991-1996	60-69	1.37*	1.33*	συνέχιση (Torino)
Ισπανία	Εκπαίδευση	1981-1982	18-54	1.85*	n.a.	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη συνέχιση θνησιμότητας
	Επάγγελμα	1981-1982	45-59	1.35*	n.a.	Εθνική απογραφή-συνδεδεμένη συνέχιση θνησιμότητας
Λετονία	Εκπαίδευση	1988-1989		002	001	Εθνική διατομεακή μελέτη
Λιθουανία	Εκπαίδευση	2001	25+	2.40*	2.90*	Αποσυνδεδεμένη διατομεακή ανάλυση

¹⁰ « Health Inequalities: Europe in Profile» πίνακας στο www.ec.europa.eu, 1/2006

Ολλανδία	Εκπαίδευση	1991-1997	25-74	1.92*	1.28	Διαχρονική μελέτη globe (Αϊντχόβεν)
Νορβηγία	Εκπαίδευση	1990-1995	45+	1.36*	1.27*	Εθνική απογραφή-συνδεμένη θνησιμότητα
	Διάρκεια αξιωματος κατοικίας	1990-1995	60-69	1.44*	1.36*	συνέχιση
	Επάγγελμα	1980-1990	45-59	1.47*		Εθνική απογραφή-συνδεμένη συνέχιση θνησιμότητας
Πολωνία	Εκπαίδευση	1988-1989	50-64	2.24	1.78	Εθνική διατομεακή μελέτη
Πορτογαλία	Επάγγελμα	1980-1982	45-59	1.36*	n a	Εθνική διατομεακή μελέτη
Σλοβενία	Εκπαίδευση	1991&2002	25-64	2.44	2.66	Εθνική διατομεακή μελέτη
Ισπανία	Εκπαίδευση	1992-1996	45+	1.24*	1.27*	Αστική και περιφερειακή απογραφή-συνδεμένη θνησιμότητα
						συνέχιση (Βαρκελώνη & Του Μαδρίτη)
	Επάγγελμα	1980-1982	45-59	1.37*	n a	Εθνική διατομεακή μελέτη
Σουηδία	Επάγγελμα	1980-1986	45-59	1.59*		Εθνική απογραφή-συνδεμένη συνέχιση θνησιμότητας
Ελβετία	Εκπαίδευση	1991-1995	45+	1.33*	1.27*	Εθνική απογραφή-συνδεμένη συνέχιση θνησιμότητας
	Επάγγελμα	1979-1982	45-59	1.37*		Εθνική διατομεακή μελέτη

Ο αστερίσκος (*) δείχνει την διαφορά θνησιμότητας μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Το N.a δείχνει το μη διαθέσιμο

Λόγω του γεγονότος ότι οι χώρες διαφέρουν ουσιαστικά στα μέσα ποσοστά θνησιμότητας για τον πληθυσμό συνολικά, οι απόλυτες διαφορές στη θνησιμότητα μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων συνήθως παρουσιάζουν σαφείς παραλλαγές μεταξύ χωρών. Παραδείγματος χάριν, λόγω των χαμηλών μέσων ποσοστών θανάτου, η Σουηδία έχει τις μικρότερες απόλυτες διαφορές στη θνησιμότητα μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων, αν και οι σχετικές διαφορές δεν είναι σαφώς μικρότερες από άλλες. Αυτό δεν μας δείχνει ότι οι συστηματικές διαφορές μεταξύ των χωρών, στο μέγεθος των σχετικών ανισοτήτων στη θνησιμότητα δεν υπάρχουν μέσα στην Ευρώπη. Υπάρχουν μερικές θεωρίες που μας δείχνουν ότι οι σχετικές ανισότητες στη θνησιμότητα είναι μάλλον μεγάλες σε μερικές ανατολικό-ευρωπαϊκές χώρες, που ίσως είναι αποτέλεσμα των οικονομικών και κοινωνικών προβλημάτων, μετά από τις πολιτικές αλλαγές περίπου 1990 (Πίνακας 1.1). Δεν θεωρούμε, εντούτοις, ότι τα στοιχεία είναι αρκετά ισχυρά να επιτρέψουν τους ξεχωριστούς υπολογισμούς των οικονομικών επιπτώσεων των ανισοτήτων θνησιμότητας για τα διαφορετικά μέρη της Ευρώπης.

Οι περισσότερες μελέτες των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στη θνησιμότητα έχουν εστιάσει στους ενήλικους, ιδιαίτερα στους μέσης ηλικίας άνδρες και τις γυναίκες και υπάρχουν σαφείς ανισότητες στη θνησιμότητα σε άλλες ηλικίες, επίσης. Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στη θνησιμότητα μπορούν ήδη να δρουν στην ίδια την έναρξη της ζωής, και να εμείνουν στις υψηλότερες ηλικίες. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι, αρχίζοντας από τους νέους ενήλικους (π.χ. 30-39 χρονών), οι σχετικές

ανισότητες (αναλογίες ποσοστού που συγκρίνουν μια χαμηλότερη και υψηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα) μειώνονται βαθμιαία με την ηλικία. Αφ' ετέρου, οι απόλυτες ανισότητες (διαφορές ποσοστού που συγκρίνουν μια χαμηλότερη και υψηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα) αυξάνονται με συνέπεια, με την προώθηση της ηλικίας και φθάνουν στις υψηλότερες τιμές τους μεταξύ των μεγαλύτερων ηλικιών (π.χ. 90+).

Στις αιτίες θανάτου μεταξύ των κοινωνικοοικονομικών ομάδων, τις πολύτιμες ενδείξεις για την εξήγηση των διαφορών στη θνησιμότητα, δείχνουν οι μηχανισμοί που συνδέουν τη χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση, με τον υψηλότερο κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας. Σε όλες τις χώρες με διαθέσιμα στοιχεία, η θνησιμότητα από την καρδιαγγειακή πάθηση είναι υψηλότερη μεταξύ των ανδρών και των γυναικών με μια χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση. Αυτό, εντούτοις, δεν ισχύει για όλες τις συγκεκριμένες ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος. Από αυτούς, οι ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις (έμφραγμα) και η εγκεφαλοαγγειακή ασθένεια είναι οι σημαντικότερες. Εκτιμώντας ότι η θνησιμότητα από εγκεφαλική ασθένεια είναι πάντα υψηλότερη στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες, αυτό δεν ισχύει και στην περίπτωση για τις ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις. Για τις ισχαιμικές καρδιακές παθήσεις, μεταξύ βορρά-νότου, οι σχετικές και απόλυτες ανισότητες είναι μεγαλύτερες στο βόρειο τμήμα της Ευρώπης (π.χ. οι σκανδιναβικές χώρες και το Ηνωμένο Βασίλειο) απ' ότι στο νότο (π.χ. Πορτογαλία, Ισπανία και Ιταλία). Οι ανισότητες στη θνησιμότητα καρκίνου τείνουν να είναι μικρότερες από εκείνες για την καρδιαγγειακή θνησιμότητα ασθενειών στη Δυτική και στην Ανατολική Ευρώπη. Μεταξύ των γυναικών, οι ανισότητες στη θνησιμότητα από όλους τους καρκίνους που συνδυάζονται είναι ακόμα αμελητέες στο μέγεθος σε πολλές χώρες, με τις αναλογίες ποσοστού ακριβώς ελαφρώς επάνω από (ή ακόμα και σαφώς κατωτέρω) 1,00, δείχνοντας ότι οι γυναίκες στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες συχνά δεν έχουν έναν υψηλότερο κίνδυνο από τον καρκίνο από τις γυναίκες στις υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Μεταξύ των ατόμων, εντούτοις, το συνηθισμένο σχέδιο της υψηλότερης θνησιμότητας στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες ισχύει για τον καρκίνο, όπως κάνει και στις περισσότερες άλλες ασθένειες.

Ως αποτέλεσμα αυτών των διαφορών στον κίνδυνο, όπως παρατηρείται στις διάφορες ηλικίες, οι άνθρωποι από τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες τείνουν να ζήσουν αρκετά πιο σύντομες ζωές, από εκείνους με περισσότερες ευνοημένες κοινωνικές θέσεις. Η υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής είναι ένα συνοπτικό μέτρο των ανάλογων με την ηλικία κινδύνων θνησιμότητας, όπως παρατηρείται σε μια ιδιαίτερη

χρονική περίοδο και μπορεί να ερμηνευθεί ως αριθμός ετών που ένα μέσο άτομο θα μπορούσε να ζήσει, εάν επρόκειτο να δοκιμάσει αυτούς τους ανάλογους με την ηλικία κινδύνους, καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Οι διαφορές στην υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση μεταξύ των χαμηλότερων και υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων (π.χ. πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης έναντι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης) είναι χαρακτηριστικά της τάξεως των 4 έως 6 ετών μεταξύ των ανδρών και των 2 έως 4 ετών μεταξύ των γυναικών. Στην Αγγλία και την Ουαλία, παραδείγματος χάριν, οι ανισότητες στην υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής στη γέννηση μεταξύ των ατόμων έχουν αυξηθεί από 5,4 έτη στη δεκαετία του '70, σε περισσότερο από 8 έτη στη δεκαετία του '90.

1.1.2 Ορισμός της υγείας

Κ' όλη την διάρκεια της ιστορίας έχουν δοθεί διάφορες ερμηνείες για τον ορισμό της υγείας. Η πιο ολοκληρωμένη όμως έχει διατυπωθεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1946), σύμφωνα με τον οποίο υγεία είναι "η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας". Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες, όπως το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α.

Το πώς ορίζεται η υγεία και η ασθένεια ως κοινωνική αναπαράσταση ίσως να διαφέρει, ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την εκπαίδευση και την παιδία, αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις (για τη ζωή, το θάνατο, την αμαρτία, κ.α), καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα (για τα όρια του, την εικόνα του, το φύλο του, κ.α), που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία. Ακόμα, παράγοντες όπως είναι οι γενετικοί, περιβαλλοντικοί (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία κ.α), παράγοντες συνθηκών ζωής (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση κ.α), παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και παράγοντες εκπαίδευσης υγείας, επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων, αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του διπόλου υγείας-ασθένειας¹¹.

¹¹ «Υγεία», άρθρο στο [www. el.wikipedia.org](http://www.el.wikipedia.org), 6/05/2008.

1.1.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός των ανισοτήτων στην υγεία

Η εννοιολογική προσέγγιση των υγειονομικών ανισοτήτων, αποτελεί ένα ζήτημα που άλλοτε έχει σαν πεδίο αναφοράς το επίπεδο και την υγειονομική κατάσταση των πληθυσμών και άλλοτε, τον τρόπο παροχής και χρήσης των υπηρεσιών υγείας από αυτά. Οι υγειονομικές ανισότητες διακρίνονται σε ανισότητες ως προς τη νόσο και το θάνατο και σε ανισότητες ως προς τις δαπάνες και τις παροχές.

Μελετώντας τους παράγοντες¹² που συνδράμουν στη διαμόρφωση της υγειονομικής ταυτότητας του κάθε ατόμου, διαπιστώνουμε πως καθορίζονται από μια σειρά από παράγοντες και πιο συγκεκριμένα:

- Την κοινωνικοοικονομική δομή της κοινωνίας (σχέσεις και τρόπος παραγωγής, κοινωνική διαστρωμάτωση)
- Πολιτικοοικονομικούς παράγοντες (επίπεδο ανάπτυξης – προγραμματισμός του τομέα της υγείας)
- Κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (τρόπος ζωής, συνθήκες στέγασης και εργασίας)
- Μορφωτικούς – ψυχολογικούς παράγοντες (επίπεδο εκπαίδευσης, ήθη και έθιμα, συμπεριφορές απέναντι στην υγεία)
- Οικολογικούς παράγοντες (επίπεδο μόλυνσης του περιβάλλοντος)
- Γεωγραφικούς παράγοντες (κλιματολογικές συνθήκες, φυσικός πλούτος και παραγωγικότητα της γης)
- Δημογραφικούς παράγοντες (εξέλιξη του πληθυσμού, μετανάστευση, οικογενειακός προγραμματισμός)
- Υγειονομικούς παράγοντες (επίπεδο υγειονομικών-επιδημιολογικών-ιατρικών γνώσεων, διατροφή, κληρονομικές καταβολές)

Αντίστοιχα, μπορούμε να προσδιορίσουμε τους παρακάτω καθοριστικούς παράγοντες των διαφοροποιήσεων και των ανισοτήτων στην υγεία:

- Φυσική, βιολογική διαφοροποίηση
- Συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται ως επιβλαβής για την υγεία

¹² «Προσέγγιση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα», άρθρο στο www.dspace.lib.uom.gr, 17/01/2001.

- Παροδικό πλεονέκτημα υγείας ομάδων που υιοθετούν νωρίτερα συμπεριφορά προαγωγής της υγείας (με την προϋπόθεση ότι και οι άλλες ομάδες μπορούν να υιοθετήσουν αντίστοιχες συμπεριφορές)
- Επιβλαβής για την υγεία συμπεριφορά με το βαθμό επιλογής του τρόπου ζωής να είναι περιορισμένος (λόγω της ύπαρξης διαφόρων κοινωνικοοικονομικών παραγόντων)
- Έκθεση σε ανθυγιεινό τρόπο ζωής και συνθήκες εργασίας
- Ανεπαρκής πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες υγείας και άλλες δημόσιες υπηρεσίες
- Αρνητική κοινωνική κινητικότητα, σχετική με την υγεία (οι ασθενείς υποβαθμίζονται στην κοινωνική κλίμακα).

Έχοντας υπόψη μας τα παραπάνω, εντοπίζουμε διαφοροποιήσεις που θεωρούνται αναπόφευκτες και ανάγονται στις φυσικές-βιολογικές διαφορές που υπάρχουν από άτομο σε άτομο και διαφοροποιήσεις που δεν μπορούν να αποδοθούν σε τέτοιους παράγοντες και θεωρούνται περιττές και άδικες.

Πιο συγκεκριμένα, είναι ευνόητο πως δεν είναι δυνατή η επίτευξη μιας κατάστασης, όπου όλοι σε έναν πληθυσμό θα έχουν το ίδιο επίπεδο υγείας, θα αντιμετωπίζουν στην ζωή τους τις ίδιες ασθένειες και θα έχουν την ίδια διάρκεια ζωής. Κάτι τέτοιο αφενός δεν είναι επιθυμητό και αφετέρου δεν είναι επιτεύξιμο, λόγω των διαφορών στη λειτουργία των οργανισμών των ατόμων, από την επίδραση της ηλικίας, του φύλου και γενικά των βιολογικών τους διαφοροποιήσεων. Στην περίπτωση λοιπόν αυτή, οι διαφοροποιήσεις είναι αναπόφευκτες και δεν κατατάσσονται στις ανισότητες στην υγεία, ενώ αντίστοιχα δεν θεωρούνται άδικες οι διαφορές που οφείλονται σε προσωπικές στάσεις και συμπεριφορές των ατόμων, οι οποίες όμως αποτελούν συνειδητές επιλογές τους και δεν είναι επιβεβλημένες από κοινωνικούς ή οικονομικούς παράγοντες.

Στην τελευταία περίπτωση, το ερώτημα που τίθεται αφορά στο κατά πόσο οι προσωπικές επιλογές συμπεριφοράς υγείας ελέγχονται από τα ίδια τα άτομα και δεν αποδίδονται στην επίδραση άλλων παραγόντων, οι οποίοι μάλιστα λειτουργούν ενισχύοντας ο ένας τον άλλον, με αποτέλεσμα ορισμένες ομάδες να είναι περισσότερο ευάλωτες στην κακή υγεία. Έτσι, ενώ οι διαφοροποιήσεις στο επίπεδο υγείας, οι οποίες πηγάζουν από ελεύθερες επιλογές καλά πληροφορημένων ατόμων που έχουν ίδιες δυνατότητες επιλογής δεν είναι άδικες και δεν αποτελούν στόχο της πολιτικής για την

άρση των υγειονομικών ανισοτήτων, δεν συμβαίνει το ίδιο με τις επιλογές που συσχετίζονται με το κοινωνικό περιβάλλον.

1.1.4 Θεωρητικές προσεγγίσεις

Η έκθεση Black, πέραν της επεξεργασίας και της ανάλυσης των αποτελεσμάτων της μελέτης, προχώρησε στην ερμηνεία τους, χρησιμοποιώντας τέσσερις πιθανές ερμηνευτικές θεωρίες:

- θεωρία της τεχνητής ερμηνείας
- θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής
- θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας
- θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι, για κάθε ερμηνευτική θεωρία, τα μέλη της επιτροπής ακολούθησαν δύο διαφορετικές εκδοχές, μια περισσότερο απόλυτη και μια περισσότερο σχετική. Η διακριτή αυτή διαφοροποίηση των προτεινόμενων ερμηνευτικών θεωριών στην απόλυτη και τη σχετική εκδοχή τους, πέραν της πολιτικής τους χρησιμότητας, αναλόγως δηλαδή των προοπτικών αντιμετώπισης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, συνέβαλε, κατά τις επόμενες δύο δεκαετίες, στην ανάπτυξη του ερευνητικού αυτού πεδίου σε πολλές χώρες. Πολλές μελέτες¹³ στηρίχτηκαν είτε στην απόλυτη ή στη σχετική εκδοχή κάποιας από τις προαναφερόμενες θεωρίες, είτε στο συνδυασμό μεταξύ αυτών και των εκδοχών τους.

Η θεωρία της τεχνητής ερμηνείας στηρίζεται στο αξίωμα ότι δεν υπάρχει καμία απολύτως πραγματική σχέση μεταξύ κοινωνικής τάξης και θνησιμότητας. Πρόκειται απλά για μια τεχνητή μέτρηση (απόλυτη εκδοχή). Συμπληρωματικά, το αξίωμα αυτό διατυπώνεται επίσης και με έναν παραπλήσιο τρόπο, υποστηρίζοντας ότι το μέγεθος και η σημασία αυτών των ανισοτήτων εξαρτώνται από την αξιοπιστία και εγκυρότητα των μετρήσεων, που αφορούν τις σχετικές παραμέτρους τόσο των κοινωνικών τάξεων, όσο και της αρρώστιας-υγείας (σχετική εκδοχή).¹⁴

Η θεωρία αυτή στηρίζεται στο αξίωμα ότι τόσο οι κοινωνικές τάξεις όσο και η υγεία αποτελούν τεχνητές συνιστώσες μιας σχέσης, προκειμένου να μετρηθεί ένα

¹³ «Οικονομία της υγείας», άρθρο στο [www. mednet.gr](http://www.mednet.gr), 9/04/2002.

¹⁴ «Ανισότητες στην υγεία», άρθρο στο www. mednet.gr, 9/4/2002.

κοινωνικό φαινόμενο. Η σχέση αυτή είναι περισσότερο μια κατασκευή, στην πραγματικότητα δεν υφίσταται ή, εάν υφίσταται, δεν υπάρχει κάποια σημαντική αιτιώδης συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών που εξετάζονται. Επομένως, μεταξύ της υγείας και της κοινωνικής τάξης δεν υπάρχει συσχέτιση, κατά συνέπεια οι κοινωνικές ανισότητες είναι μάλλον τεχνητά κατασκευασμένες και δεν εκφράζουν υπαρκτές, αντικειμενικές πραγματικότητες.

Το κύριο επιχείρημα της θεωρίας αυτής έγκειται στο πρόβλημα μέτρησης των συντελεστών, καθώς τα στοιχεία και δεδομένα που αφορούν τόσο την υγεία όσο και τις κοινωνικές τάξεις δεν χαρακτηρίζονται από ακρίβεια και αξιοπιστία, ως προς τη μεθοδολογία εκτίμησής τους. Προβλήματα καταγραφής και τήρησης των στοιχείων που αφορούν τη θνησιμότητα, τη νοσηρότητα, το επάγγελμα, το εισόδημα, την κατάταξη ενός ατόμου σε μια κοινωνική τάξη ή θέση, καθώς και άλλες παράμετροι που συνθέτουν το φαινόμενο των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, περιορίζουν αισθητά την εγκυρότητα των συναγόμενων συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικο-οικονομικής θέσης ή κοινωνικο-επαγγελματικής κατηγορίας και υγείας.

Σύμφωνα με τη θεωρία της τεχνητής ερμηνείας, ο προσδιορισμός και η ανάλυση των παραγόντων ενός κοινωνικού φαινομένου δεν είναι δυνατός, εφόσον η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων δεν στηρίζονται σε αξιόπιστη μεθοδολογία αρχικής καταγραφής και τήρησής τους. Ως παράδειγμα, αναφέρεται ο τρόπος συμπλήρωσης του πιστοποιητικού θανάτου από τον ιατρό, ο οποίος συμπληρώνει συνήθως όχι την αιτία θανάτου, αλλά το αποτέλεσμα της αιτίας του. Ένα άλλο παράδειγμα αφορά τις δυσκολίες κατάταξης ενός θανόντος ή ενός νοσούντος σε μια κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία, ο ορισμός της οποίας πιθανόν να μην ανταποκρίνεται σε μια δεδομένη εποχή.

Με αυτή την έννοια, οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής στοιχειοθετούν επιχειρήματα ότι είναι αδύνατη η παρακολούθηση της διαχρονικής εξέλιξης της νοσηρότητας ή θνησιμότητας ενός πληθυσμού ανά κοινωνικο-επαγγελματική κατηγορία. Κατ' επέκταση, η συγκρισιμότητα των στοιχείων μεταξύ των εποχών περιορίζεται αισθητά ή καθίσταται σχεδόν αδύνατη. Για το λόγο αυτό, υποστηρίζεται ο επανασχεδιασμός και η ανακατάταξη των τηρούμενων στοιχείων, που συνθέτουν τις πρωταρχικές πηγές δεδομένων. Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι με την ανακατάταξη αυτή ενδέχεται να διαφοροποιηθεί το μέγεθος των ομάδων του πληθυσμού που ανήκουν στις κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες, καθώς και το νοσολογικό φάσμα που φαίνεται ότι αντιστοιχεί σε αυτές. Ως εκ τούτου, είναι πιθανή η διαπίστωση άλλων συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικής τάξης και υγείας, τουλάχιστον ως προς την ακρίβεια των πιθανών εκτιμήσεών τους.

Όπως γίνεται αντιληπτό, η σχετική και όχι η απόλυτη εκδοχή της θεωρίας αυτής πιθανολογεί, χωρίς να αρνείται εκ προοιμίου, την ύπαρξη συσχετίσεων και τη διαπίστωση κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Το μέγεθος και το εύρος τους εξαρτώνται από την ακρίβεια και την αξιοπιστία των μετρήσεων που αφορούν τόσο τις κοινωνικο-οικονομικές, όσο και τις νοσολογικές παραμέτρους των διαφόρων ομάδων του πληθυσμού. Βέβαια, η θεωρία αυτή επικεντρώνεται μονομεριστικά στην τεχνική και όχι στην κοινωνική διάσταση της στατιστικής επεξεργασίας, η οποία αναφέρεται στην αντίληψη ότι κάθε προϊόν στατιστικής αποτελεί ένα κοινωνικό προϊόν. Με αυτή την έννοια, κάθε στατιστική επεξεργασία ενέχει κινδύνους μη αμερόληπτης κρίσης, καθώς ως κοινωνικό προϊόν αντανακλά στοιχεία από τους κατασκευαστές του.

Κατ' αντιστοιχία, η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής, στην απόλυτη εκδοχή της, στηρίζεται στο αξίωμα ότι η υγεία προσδιορίζει την κοινωνική τάξη ή θέση και, επομένως, οι κοινωνικές ανισότητες είναι ουδέτερες. Στη σχετική εκδοχή της, υποστηρίζει παράλληλα ότι η υγεία μπορεί να συμβάλλει στην επίτευξη μιας ορισμένης κοινωνικής θέσης και, επομένως, με αυτή την έννοια, μπορεί να ερμηνευτεί κάποια κοινωνική ανισότητα.¹⁵

Η θεωρία της φυσικής ή κοινωνικής επιλογής στηρίζεται στη διαπίστωση ότι οι άνθρωποι με κακή υγεία δεν κατέχουν συνήθως μια καλά αμειβόμενη εργασία και κατατάσσονται, ως επί το πλείστον, στις χαμηλότερες βαθμίδες της κοινωνικής ιεραρχίας. Τα άτομα, επομένως, με καλή υγεία, σύμφωνα με την εν λόγω θεωρία, έχουν περισσότερες πιθανότητες άσκησης μιας καλής εργασίας. Κατά συνέπεια, οι υψηλότερες κοινωνικές τάξεις συγκεντρώνουν, από γενεά σε γενεά, τους περισσότερους υγιείς, ενώ, αντίθετα, οι χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις τους λιγότερο υγιείς¹⁶.

Έτσι, η θεωρία της κοινωνικής επιλογής στηρίζεται περισσότερο στην κοινωνική κινητικότητα, υποστηρίζοντας ότι η υγεία (επίπεδο και κατάσταση υγείας) αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα της κοινωνικο-οικονομικής και επαγγελματικής ιεράρχησης και κινητικότητας. Η θεωρία της κοινωνικής επιλογής αποδίδει ελάχιστη βαρύτητα σε άλλους σημαντικότερους παράγοντες, όπως η εκπαίδευση ή οι διαρθρωτικές αλλαγές και οι εξελίξεις στην αγορά εργασίας. Για παράδειγμα, η καθιέρωση και επέκταση των ελεύθερων επαγγελμάτων και των τεχνολογικών ή διοικητικο-διαχειριστικών επαγγελμάτων διαμορφώνει συνθήκες και ευκαιρίες ανοδικής κοινωνικο-επαγγελματικής

¹⁵ «Οικονομία της υγείας», άρθρο στο www.mednet.gr 9/04/2002

¹⁶ Οπ. Παρ.

κινητικότητας για τα παιδιά των οικογενειών, που ανήκουν στις χαμηλότερες επαγγελματικές κατηγορίες.

Ένα άλλο σημείο κριτικής που έχει δεχθεί η θεωρία αυτή, είναι ότι παρουσιάζει ιδιαίτερες δυσκολίες στην κατανόηση και ερμηνεία των ανισοτήτων και διαφορών στο επίπεδο υγείας μεταξύ των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών. Για παράδειγμα, ορισμένα νοσήματα, τα οποία συνδέονται με συγκεκριμένα επαγγέλματα, όπως οι αναπνευστικές παθήσεις στους εργατές ορυχείων (βρογχίτιδα, πνευμονοκονίωση), είναι αποτέλεσμα έκθεσης στους παράγοντες κινδύνου της εργασίας (συνθήκες εργασίας). Η κατάταξη των ασθενών στις χαμηλές κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες δεν οφείλεται στο επίπεδο της υγείας τους, καθώς αυτό δεν είναι το συμβάν που προηγείται, αλλά αυτό που έπεται της συγκεκριμένης εργασίας.

Η περιορισμένη ισχύς της θεωρίας αυτής είναι έκδηλη στην περίπτωση της βρεφικής θνησιμότητας, καθώς είναι ιδιαίτερα δύσκολο να κατανοηθεί πώς το επίπεδο υγείας ενός βρέφους αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της κοινωνικής του κινητικότητας, που δεν υφίσταται ακόμη. Το αξίωμα της θεωρίας της κοινωνικής επιλογής που στηρίζεται στον παράγοντα της υγείας, ως τον καθοριστικό συντελεστή της κοινωνικο-επαγγελματικής κινητικότητας, έχει υποστεί την κριτική μιας εξαρχής λαθεμένης ανάλυσης. Η διαδικασία της κοινωνικής επιλογής, με βάση το επίπεδο υγείας, ασκεί ένα δευτερεύοντα, αν όχι τριτεύοντα ή χωρίς ιδιαίτερης σημασίας ρόλο στον προσδιορισμό και στην ερμηνεία των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Βέβαια, η θεωρία αυτή αναμένεται να αναζωογονηθεί στις επόμενες δεκαετίες, στηριζόμενη στις εφαρμογές που απορρέουν από τη χαρτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος και της ενδεχόμενης εκμετάλλευσής τους, για παράδειγμα, από τις ασφαλιστικές εταιρείες.

Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας υποστηρίζει, στην απόλυτή της εκδοχή, ότι οι υλικές συνθήκες ζωής που συσχετίζονται με τις κοινωνικές τάξεις προσφέρουν την πλήρη εξήγηση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία. Η σχετική εκδοχή της θεωρίας αυτής εκφράζεται με τη διατύπωση ότι τα σωματικά και ψυχο-κοινωνικά χαρακτηριστικά που συσχετίζονται με τις κοινωνικές τάξεις επιδρούν στην υγεία και διαμορφώνουν τις κοινωνικές ανισότητες.¹⁷

Η θεωρία της υλιστικής ή δομικής ερμηνείας υποστηρίζει ότι οι διαφορές των υλικών συνθηκών και καταστάσεων (εισόδημα, κατοικία, διατροφή, εργασιακό περιβάλλον κ.ά.) μεταξύ των κοινωνικών τάξεων αποτελούν τους προσδιοριστικούς

¹⁷«Οικονομία της υγείας», άρθρο στο [www. mednet.gr](http://www.mednet.gr), 9/04/2002.

παράγοντες των ανισοτήτων στην υγεία¹⁸. Όπως έχει διεξοδικά αναλυθεί και υποστηριχθεί από παλαιότερες και σύγχρονες μελέτες και έρευνες, η βελτίωση του προσδόκιμου ζωής οφείλεται κατά κύριο λόγο στη βελτίωση των υλικών συνθηκών (βελτίωση εισοδήματος, διατροφής και συνθηκών κατοικίας για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού), σε συνδυασμό με τη λήψη μέτρων δημόσιας υγείας και συνθηκών υγιεινής. Η βελτίωση των συνθηκών αυτών απέφερε τη δραστική μείωση των μολυσματικών νοσημάτων πολύ πριν από την ανάπτυξη της ιατρικής θεραπευτικής αντιμετώπισής τους.

Η υψηλή συσχέτιση φτώχειας και χαμηλού επιπέδου υγείας είναι το σημαντικότερο εύρημα σε πολλές μελέτες και έρευνες. Οι συσχετίσεις υλικών συνθηκών (χαμηλό εισόδημα, ανεργία, ιδιόκτητη στέγη ή αυτοκίνητο, ποιότητα κατοικίας και διατροφής, δυνατότητα διακοπών και ταξιδιών αναψυχής κ.ά.) με τους δείκτες υγείας (θνησιμότητας, νοσηρότητας κ.ά.) αποδίδουν στον παράγοντα της φτώχειας το σημαντικότερο προσδιοριστή-κλειδί της υγείας¹⁹.

Το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί επίσης μια σοβαρή απειλή για την υγεία. Απώλειες εργάσιμων ημερών, οφειλόμενες σε σχετιζόμενες με την εργασία αρρώστιες, έχουν αυξάνουσα τάση από χρόνο σε χρόνο. Ιδιαίτερα, οι εργαζόμενοι σε χειρωνακτικές εργασίες εκτίθενται συστηματικά σε παράγοντες κινδύνου εργατικών ατυχημάτων, με επιπτώσεις στην υγεία τους ή και με την ένταξή τους σε καταστάσεις αναπηρίας. Οι επαγγελματικές παθήσεις περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα νοσημάτων (καρκίνος λόγω έκθεσης σε επικίνδυνα χημικά, αναπνευστικές παθήσεις λόγω εισπνοής σκόνης, λοιμώξεις, δηλητηριάσεις κ.ά.). Το άγχος, ο ανταγωνισμός στο εργασιακό περιβάλλον, ο αυταρχικός έλεγχος σε συνδυασμό με τα χαμηλά επίπεδα αυτονομίας και ισχύος ενός εργαζόμενου, μπορούν επίσης να προκαλέσουν προβλήματα ψυχο-σωματικής υγείας (π.χ. σύνδρομο επαγγελματικής κόπωσης ή εξουθένωσης, εργασιακή νεύρωση κ.ά.).

Η συσχέτιση των υλικών συνθηκών διαβίωσης ενός ατόμου με την κατάσταση και το επίπεδο υγείας του, αντανακλάται επιπλέον και στην κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας. Οι έχοντες υψηλό εισόδημα και υψηλής στάθμης συνθήκες ζωής καταναλώνουν υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό τομέα, ενώ, αντίθετα, στο δημόσιο σύστημα υγείας απευθύνονται οι χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις. Όπως αναφέρουν και οι συγγραφείς της Έκθεσης Black στην Αγγλία, ο σημαντικότερος προσδιοριστής των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία είναι οι υλικές συνθήκες και δυνατότητες ενός ατόμου.

¹⁸ «Οικονομία της υγείας», άρθρο στο [www. mednet.gr](http://www.mednet.gr) 9/04/2002

¹⁹ Όπ. Παρ.

Τέλος, η θεωρία της πολιτιστικής ή συμπεριφορικής ερμηνείας υποστηρίζει, στην απόλυτη εκδοχή της, ότι τα άτομα επιλέγουν ελεύθερα τη συμπεριφορά υγείας τους, ενώ στη σχετική της εκδοχή, προτείνει ότι η συμπεριφορά υγείας των ατόμων κατανέμεται σύμφωνα με την κοινωνική τους τάξη και συμβάλλει έτσι στη διαμόρφωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία.²⁰

Αν και οι υλικές συνθήκες και δυνατότητες αναγνωρίζονται ως ο σημαντικότερος προσδιοριστικός παράγοντας της υγείας, εντούτοις ορισμένες όψεις της συμπεριφοράς υγείας των ατόμων που ανήκουν στις χαμηλότερες κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες δύσκολα ερμηνεύονται μόνο με τους οικονομικούς όρους και τις συνθήκες διαβίωσής τους. Το πλέον χρηστικό παράδειγμα αυτής της διαπίστωσης αποτελούν οι υψηλοί δείκτες καπνίσματος ή κατανάλωσης αλκοόλ, που παρατηρούνται συχνά στα άτομα των κατηγοριών αυτών. Η διαπίστωση αυτή παραπέμπει στην αναγκαιότητα διερεύνησης, πλην των οικονομικών, και άλλων διαφορών μεταξύ των κοινωνικών τάξεων, όπως αυτών που αφορούν τις πολιτισμικές και συμπεριφορικές διαφορές.

Οι πολιτισμικές και συμπεριφορικές θεωρίες επικεντρώνονται στις διαφορές των αντιλήψεων και πεποιθήσεων για την υγεία και των συνακόλουθων συμπεριφορών υγείας, που παρατηρούνται μεταξύ των κοινωνικών τάξεων. Αυτές οι διαφορές προέρχονται με τη σειρά τους από τις διαφορετικές στάσεις, αξίες και τρόπους ζωής, που εκδηλώνονται με διάφορο τρόπο στις κοινωνικές τάξεις και ομάδες, που συγκροτούν μια ορισμένη κοινωνία. Για παράδειγμα, τα άτομα που ασκούν χειρωνακτικά επαγγέλματα αντιλαμβάνονται την υγεία ως μια κατάσταση απουσίας συμπτωμάτων κάποιας νόσου, κατάσταση η οποία είναι αποτέλεσμα τύχης ή σύμπτωσης, ενώ παράλληλα οι προσδοκίες τους για καλή υγεία εκφράζονται σε χαμηλά επίπεδα. Η εκδήλωση μιας νόσου ερμηνεύεται ως επίδραση εξωτερικών παραγόντων, οι οποίοι δεν υπόκεινται στον ατομικό έλεγχο των ιδίων.

Αντίθετα, τα άτομα που τα επαγγέλματά τους κατατάσσονται στις ανώτερες βαθμίδες των κοινωνικο-επαγγελματικών κατηγοριών εκφράζουν μια ευρύτερη αντίληψη για την υγεία, που είναι περισσότερο θετικά προσδιορισμένη. Τα άτομα αυτά εκφράζουν υψηλότερες προσδοκίες, ερμηνεύουν την αρρώστια ως αποτέλεσμα των ατομικών τους επιλογών, ενεργειών και συμπεριφορών, παρά ως αποτέλεσμα εξωτερικών παραγόντων. Τα άτομα αυτά είναι επίσης περισσότερο διατεθειμένα να αντιμετωπίσουν τους ενδεχόμενους παράγοντες κινδύνου ή να αναλάβουν πρωτοβουλίες για τη μείωση των επιπτώσεων των κινδύνων αυτών στην προσωπική τους υγεία.

²⁰ «Οικονομία της υγείας», άρθρο στο [www. mednet.gr](http://www.mednet.gr) 9/04/2002

Οι αντίληψεις για την υγεία και οι απειλητικές για την υγεία συμπεριφορές, όπως για παράδειγμα η συμπεριφορά έναντι του καπνίσματος, υποστηρίζεται ότι συνδέεται στενά με εσωτερικευμένες απαισιόδοξες στάσεις του ατόμου, χαμηλού επιπέδου προσδοκίες και υπαρκτό φόβο αποτυχίας στην αντιμετώπιση των διαφόρων κινδύνων της ζωής. Παρόμοιες συμπεριφορές υγείας εκφράζονται έναντι των συνθηκών διατροφής, της σωματικής άσκησης, της κατανάλωσης αλκοόλ ή και των τροχαίων ατυχημάτων. Παραίτηση και αδιαφορία για την προσωπική και κοινωνική ζωή, απαισιοδοξία και παθητικότητα, αυτο-εγκατάλειψη και χαμηλή αυτο-εκτίμηση, είναι στοιχεία νοοτροπίας και προσωπικότητας που χαρακτηρίζουν μια κακή ψυχοσωματική και κοινωνική κατάσταση υγείας, μιας χαμηλής στάθμης ποιότητα ζωής.

1.1.5 Προς μια μετά-θεωρία κοινωνικών ανισοτήτων

Η θεώρηση της πολιτισμικής προσέγγισης της φτώχειας υποδεικνύει την παρουσία συγκεκριμένης συμπεριφοράς και στάσης ζωής, η οποία χαρακτηρίζεται από κοινωνική αποδιοργάνωση, με ασθενείς οικογενειακούς και κοινωνικούς δεσμούς. Η εξάρτηση από τα επιδόματα κοινωνικής προστασίας και πρόνοιας δημιουργεί συχνά συνθήκες γενικότερης παθητικότητας και χαμηλού επιπέδου προσωπικών και κοινωνικών προσδοκιών. Αντίθετα, η προσέγγιση μέσω της θεωρίας της κοινωνικής υποκουλτούρας υποδεικνύει ότι η φτώχεια δημιουργεί εμφανείς δεσμούς με την κοινότητα, στην οποία ζει το άτομο, ιδιαίτερα με το φιλικό και γειτονικό του περιβάλλον, εκφράζοντας μια ορισμένου τύπου αντίληψη και πεποίθηση στη συμμετοχή συλλογικών μορφών κοινωνικής ζωής (π.χ. οικογένεια, γειτονιά, κοινότητα). Ανεξάρτητα όμως από τις παραπάνω θεωρήσεις, το κύριο πρόβλημα των ατόμων που ζουν σε συνθήκες φτώχειας είναι η έλλειψη πόρων και πληροφόρησης²¹, καθώς πολλές μορφές κοινωνικής συμπεριφοράς και τρόπου ζωής, που επιδρούν στην κατάσταση υγείας ενός ατόμου, μπορούν να ερμηνευθούν με οικονομικούς όρους.

Η ολιστική προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία προσφέρεται από το συνδυασμό και τη σύνθεση των επιμέρους θεωρήσεων και ιδιαίτερα της υλιστικής-δομικής και συμπεριφορικής-πολιτισμικής θεώρησης. Οι διαφορές στις υλικές συνθήκες διαβίωσης και κουλτούρας, διερευνώμενες ως ένα σύνολο, συνθέτουν τις προϋποθέσεις

²¹ BLAXTER M, PATTERSON E.(1982). Mothers and daughters: A three generation study of health attitudes and behavior. Heineman, London, «Οικονομία της υγείας», άρθρο στο www.mednet.gr, 19/06/2002.

εκείνες για μια αξιόπιστη ερμηνεία των διαφορών στην κατάσταση και στη συμπεριφορά υγείας των ατόμων μεταξύ των κοινωνικών τάξεων και ομάδων μιας κοινωνίας.

Για παράδειγμα, ένα άτομο που ζει σε συνθήκες φτώχειας, διαθέτει χαμηλού επιπέδου κοινωνική ισχύ, έλεγχο και αυτονομία. Η εργασία του προσφέρει ελάχιστες ευκαιρίες ανάπτυξης δεξιοτήτων και ικανοτήτων, υφίσταται συνήθως επαναλαμβανόμενες περιόδους ανεργίας, αδυνατεί επομένως να σχεδιάσει τους μακροπρόθεσμους στόχους της ζωής του, καθοριζόμενος από μια μεγάλη στενότητα ή και παντελή έλλειψη επιλογών. Η κατάσταση φτώχειας που ζει, δημιουργεί με τη σειρά της βιώματα συναισθηματικής και ψυχολογικής αποσύνθεσης και αποδόμησής του. Συναισθήματα απελπισίας, θυμού, ενοχής, άγχους και χαμηλής αυτο-εκτίμησης, μπορούν να προκαλέσουν ευνοϊκές συνθήκες για την εκδήλωση κάποιας νόσου, με σοβαρές επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας του.

Η αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών δεν μπορεί να έχει μακροπρόθεσμο χαρακτήρα ή προγραμματισμό, καθώς η έλλειψη πόρων συνιστά έναν τρόπο ζωής που κυριαρχείται από άμεσες επαναλαμβανόμενες κρίσεις οξείας φάσης. Στο πλαίσιο αυτό, η στάση και η συμπεριφορά υγείας χαρακτηρίζεται από διάθεση άμεσης ή βραχυπρόθεσμης αντιμετώπισης, όπως συμβαίνει για παράδειγμα με το κάπνισμα, το οποίο θεωρείται ως «μέσο αντιμετώπισης» του άγχους και των προβλημάτων της καθημερινότητας, παρά το γεγονός ότι είναι γνωστοί οι κίνδυνοι που προκαλεί στην υγεία²². Οι σχετιζόμενες με την υγεία αντιλήψεις, πεποιθήσεις, αξίες και συμπεριφορές ενός ατόμου (πολιτισμική θεώρηση) μπορούν, επομένως να διερευνηθούν σε συνάρτηση με τις υλικές συνθήκες ζωής του, παρέχοντας έτσι ένα συνολικό πλαίσιο κατανόησης και ερμηνείας των κοινωνικών ανισοτήτων και διαφορών στην υγεία.

Η κοινωνικο-οικονομική προσέγγιση της υγείας στηρίζεται περισσότερο στην ανάλυση της σχέσης μεταξύ κοινωνικο-οικονομικής θέσης και υγείας και τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής χρησιμοποιούνται για να ερμηνευτούν οι ανισότητες στην υγεία. Δεν ενδιαφέρεται τόσο για άλλους κοινωνικούς (π.χ. κοινωνική κινητικότητα), βιολογικούς (π.χ. γενετική προδιάθεση μιας νόσου), περιβαλλοντικούς (π.χ. μόλυνση της ατμόσφαιρας) ή πολιτιστικούς (π.χ. κουλτούρα) παράγοντες, θεωρώντας ότι οι οικονομικοί παράγοντες που απορρέουν από την κοινωνικο-οικονομική θέση του ατόμου στη διάρθρωση και λειτουργία της κοινωνίας επιδρούν καθοριστικά στην υγεία του.

²² GRAHAM H.(1987). Women's smoking and family health. Soc Sci Med, 33:361-368, «Οικονομία της υγείας», άρθρο στο www.mednet.gr, 19/06/2002.

Μεταξύ των οικονομικών αυτών παραγόντων, ο σημαντικότερος φέρεται ότι είναι το εισόδημα, ως προς το μέγεθος και τον τρόπο διανομής του στον πληθυσμό μιας χώρας. Τόσο το μέγεθος όσο και ο τρόπος διανομής του εισοδήματος αποτελούν τη σημαντικότερη μεταβλητή των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία²³. Συσχετιζόμενου επίσης του εισοδήματος με τους παράγοντες της κοινωνικής αλλαγής και της κοινωνικής σταθερότητας, διαπιστώνεται ότι το απόλυτο εισόδημα (απόλυτη στέρηση - φτώχεια) ή το σχετικό εισόδημα (σχετική στέρηση - ανισότητες) επιδρούν στην επιδείνωση της υγείας. Μια περισσότερο ίση διανομή του εισοδήματος περιορίζει την επιδείνωση της κατάστασης υγείας του πληθυσμού, καθιστά περισσότερο εφικτή την κοινωνική σταθερότητα και προσδίδει στη δημόσια ζωή χαρακτηριστικά περισσότερο κοινωνικά, παρά ατομικά.

Η κοινωνικο-πολιτιστική προσέγγιση της υγείας εστιάζει το ενδιαφέρον της περισσότερο στην ανάλυση της σχέσης μεταξύ κοινωνικο-πολιτιστικού μορφώματος και υγείας. Οι κοινωνικές αξίες και αντιλήψεις, οι ιδέες και οι πεποιθήσεις, η νοοτροπία και η κουλτούρα, επιδρούν επίσης σημαντικά στη διαμόρφωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και οι επιπτώσεις των επιδράσεων αυτών μπορούν να ερμηνεύσουν τα παράδοξα που εμφανίζονται κατά την ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των διαφόρων προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας. Για παράδειγμα, ο σύγχρονος τρόπος ζωής, με τον καταναλωτικό του χαρακτήρα, δημιουργεί και επιτείνει τις κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Ο ταχύς και καταναλωτικός τρόπος ζωής ενοχοποιείται για την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων και την εγκατάσταση χρόνιου άγχους στο σύγχρονο κοινωνικό άτομο.

Η ψυχο-κοινωνική προσέγγιση της υγείας επικεντρώνεται περισσότερο στη σχέση του ατόμου με την κοινωνία και μέσω αυτής ερμηνεύονται οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Το χρόνιο κοινωνικό άγχος, που δημιουργείται από την αναντιστοιχία μεταξύ φιλοδοξίας και πραγματικότητας, μεταξύ προσδοκιών και αναγκών, δυσχεραίνει τη μη προσαρμογή του ατόμου στις απαιτήσεις της πραγματικότητας, διευκολύνει τη μη ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης τους και επηρεάζει τη συμπεριφορά υγείας του. Ο τρόπος διανομής του εισοδήματος και η μη ψυχολογική προσαρμογή του ατόμου στις απαιτήσεις της πραγματικότητας, το οδηγούν συχνά σε απόλυτη ή σχετική στέρηση.

Οι συνθήκες ζωής σε καταστάσεις απόλυτης ή σχετικής στέρησης επιδρούν, με τη σειρά, τους στην εκδήλωση των σύγχρονων νοσημάτων, με επιδείνωση της υγείας και της ποιότητας ζωής. Σε πολλές περιπτώσεις, όπου κατά την ανάλυση των κοινωνικο-

²³ ΣΟΥΛΗΣ Σ. (1998) Οικονομική της Υγείας. Παπαζήσης, Αθήνα, «Οικονομία της υγείας», άρθρο στο www.mednet.gr, 19/06/2002.

οικονομικών παραγόντων εμφανίζονται παράδοξα ευρήματα, όπως για παράδειγμα ότι, ενώ αυξάνεται το εισόδημα ενός ατόμου, εντούτοις δεν βελτιώνεται η υγεία του, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες διαθέτουν μια ερμηνευτική ισχύ επαρκή για την κατανόηση των μηχανισμών επίδρασης των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία ενός ατόμου ή μιας ομάδας του πληθυσμού.

Στις περισσότερες (αν όχι σε όλες) μελέτες περί των κοινωνικών ανισοτήτων διαπιστώνεται η σχέση μεταξύ φτώχειας και αρρώστιας, καθώς η αρρώστια εκδηλώνεται συχνότερα στα άτομα που ευρίσκονται προς τις κατώτερες κοινωνικο-οικονομικές θέσεις, σε σύγκριση με αυτά που ευρίσκονται προς τις ανώτερες. Παράλληλα, διαπιστώνεται μια κοινωνική διαβάθμιση της αρρώστιας, που διαπερνά το σύνολο του πληθυσμού και συναντάται σε όλες τις βαθμίδες της κοινωνικής ιεραρχίας. Όσο χαμηλότερα ευρίσκεται η κοινωνικο-οικονομική θέση του ατόμου, τόσο επιδεινούμενη είναι η σωματική και ψυχοκοινωνική του υγεία και η ποιότητα ζωής.

Παρόμοια κοινωνική διαβάθμιση παρατηρείται και στη θνησιμότητα. Εντούτοις, η νοσηρότητα, ως υποκείμενη μιας ενδεχόμενης θνησιμότητας, αποκτά ιδιαίτερη σημασία κατά την εκδήλωση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, διότι η νοσηρότητα επιδρά αρνητικά σε όλες τις διαστάσεις της υγείας ενός ατόμου. Στο βαθμό που ένα άτομο, ευρισκόμενο στις χαμηλότερες βαθμίδες των κοινωνικο-οικονομικών θέσεων, έχει αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης μιας νόσου, εμφανίζει παράλληλα μειωμένες δυνατότητες ή ευκαιρίες ψυχο-κοινωνικής ευεξίας. Ως εκ τούτου, δεν κινδυνεύει μόνο από την αρρώστια, αλλά και από μια κακή και επιδεινούμενη ποιότητα ζωής. Αντίθετα, στο βαθμό που η ψυχολογική ευεξία και οι άλλοι προσδιοριστές της ποιότητας ζωής ενός ατόμου είναι επαρκείς, η ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης και προστατευτικών μηχανισμών, έναντι των αγχογόνων γεγονότων και εμπειριών που απορρέουν από την κοινωνικο-οικονομική του θέση και το πολιτιστικό του μόρφωμα, μειώνουν τις επιβλαβείς επιπτώσεις των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία²⁴.

Οι αλληλεπιδράσεις και αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των παραγόντων που προσδιορίζουν αρνητικά την υγεία και την ποιότητα ζωής οφείλουν να συνεκτιμώνται κατά την ανάλυση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία και τη διερεύνηση των επιβλαβών επιπτώσεών τους στη ζωή ενός ατόμου ή μιας ομάδας του πληθυσμού. Για παράδειγμα, παράγοντες που αφορούν το εργασιακό περιβάλλον, όπως ο χαμηλός βαθμός ελέγχου, δεξιοτήτων και ενδιαφέροντος, υποστήριξης και ικανοποίησης από την εργασία,

²⁴ ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ.(2001). Θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Αρχ Ελλ Ιατρ, 18:230-238, «Οικονομία της υγείας», άρθρο στο www.mednet.gr, 19/06/2002.

οφείλουν να συνεξετάζονται. Επίσης, οι παράγοντες που αφορούν τη συμπεριφορά υγείας, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και καπνού, η κακή διατροφή, ο καταναλωτικός τρόπος ζωής κ.ά., θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σε μια πολυπαραγοντική ανάλυση. Ο συνδυασμός αυτών των παραγόντων επιδρά στη συνολική υγεία και διαμορφώνει συνθήκες άγχους, κατάθλιψης και αρνητικής ψυχολογικής ευεξίας. Με αυτή την έννοια, οι κοινωνικές ανισότητες διαπερνούν την κοινωνική ιεραρχία και διάρθρωση, αλλά δεν εκδηλώνονται σε όλες τις κοινωνικο-οικονομικές θέσεις με το ίδιο μέγεθος και την ίδια ένταση.

Ανάλογα με το επίπεδο της στέρησης, εάν ένα άτομο ευρίσκεται σε συνθήκες απόλυτης στέρησης (φτώχεια) ή σε συνθήκες σχετικής στέρησης (ανισότητα), οι επιπτώσεις των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία του θα είναι, αντίστοιχα, περισσότερο ή λιγότερο επιβλαβείς. Βέβαια, στις χαμηλότερες θέσεις της κοινωνικο-οικονομικής διαστρωμάτωσης, οι επιπτώσεις είναι ιδιαίτερα επιβαρυνμένες για την εκδήλωση αυξημένης συχνότητας νοσημάτων, καθώς η στέρηση των υλικών συνθηκών ασκεί σημαντικότατο ρόλο. Αντίθετα, στο επίπεδο της σχετικής στέρησης, άλλοι παράγοντες μπορούν να αποβούν ιδιαίτερης σημασίας, όπως για παράδειγμα οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αφορούν τη θέση και την κατάταξη στην κοινωνική ιεραρχία και σχετίζονται τόσο με το εργασιακό περιβάλλον, όσο και με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου.

Όπως γίνεται αντιληπτό, σύμφωνα με τα ανωτέρω, η πολυδιάστατη προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία διαμορφώνει διαφορετικές ερμηνευτικές θεωρήσεις, που επιδιώκουν να δημιουργήσουν ένα επεξηγηματικό πλαίσιο κατανόησής τους. Το πλαίσιο αυτό διαφέρει και είναι ανάλογο των βαθμίδων της κοινωνικής ιεραρχίας, σύμφωνα με τις οποίες εκφράζονται αντίστοιχα οι κοινωνικές ανισότητες στην υγεία. Παράλληλα, οι ανισότητες στην υγεία δεν παρουσιάζουν μια σταθερότητα στο χρόνο και στο χώρο, αλλά μεταβάλλονται ως προς το μέγεθος και το είδος τους, π.χ. οι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας και το νοσολογικό φάσμα διαφοροποιούνται από εποχή σε εποχή, από χώρα σε χώρα ή στο εσωτερικό μιας χώρας. Επεκτεινόμενης της διαπίστωσης αυτής, μια στρατηγική υγείας που επιδιώκει τη μείωση και τον περιορισμό της έκτασης των ανισοτήτων στην υγεία δεν φαντάζει ως ουτοπία. Αντίθετα, το ενδιαφέρον πρέπει να επικεντρωθεί στις συνθήκες ζωής και εργασίας του ατόμου, καθώς και στους όρους διαβίωσης και ύπαρξης του σύγχρονου κοινωνικού ατόμου.

Τα αποτελέσματα των μελετών που έχουν διεξαχθεί τις τελευταίες δεκαετίες υποδεικνύουν σήμερα την αναγκαιότητα της σύνθεσης των ερμηνευτικών θεωριών και καθιστούν αναγκαία την πολυδιάστατη προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην

υγεία. Η πολυδιάστατη αυτή προσέγγιση θα επιτρέψει σε μελλοντικές μελέτες τη διαμόρφωση μιας μετα-θεωρίας των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία, καθώς τόσο η υγεία όσο και η ποιότητα ζωής του ατόμου στο σύγχρονο κοινωνικο-οικονομικό και πολιτιστικό γίνεσθαι χαρακτηρίζονται από ένα συνδυασμό υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων και μια περιπλοκότητα της κοινωνικής πραγματικότητας και των αναπαραστάσεών της.

Τα οφέλη από μια σύνθεση των ανωτέρω προσεγγίσεων των επιμέρους διαστάσεων των ανισοτήτων στην υγεία και των επιδράσεων των συναντίστοιχων παραγόντων σ' αυτήν είναι προφανή και η χρησιμότητά τους κρίνεται αποτελεσματική. Η πολυδιάστατη προσέγγιση των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία προσφέρει επίσης ένα κατανοητό και επεξηγηματικό πλαίσιο των επιδράσεών τους στο σύνολο της κοινωνίας, επιδράσεις που καθιστούν μια κοινωνία περισσότερο ή λιγότερο υγιή από μια άλλη, ένα άτομο περισσότερο ή λιγότερο υγιές από ένα άλλο. Μια κοινωνία που χαρακτηρίζεται ως μη υγιής, ανεξάρτητα από το βαθμό της οικονομικής της ανάπτυξης, οφείλει να επικεντρωθεί στην ανθρώπινη ανάπτυξη, προκειμένου να αποκτήσει χαρακτηριστικά υγιούς κοινωνίας. Προς αυτή την κατεύθυνση, μια υγιής κοινωνία οφείλει, επιπλέον, να στηριχθεί περισσότερο στο κοινωνικό κεφάλαιο, το οποίο, ως συστατικό-δομικό στοιχείο της κοινωνικής ζωής, έχει την ισχύ να περιορίσει τις επιβλαβείς επιπτώσεις των κοινωνικών ανισοτήτων στην υγεία του πληθυσμού.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΕΥΡΩΠΑΙΟΥΣ

2.1 Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας

Στην Ευρώπη οι χώρες έχουν επανειλημμένα επιχειρήσει να μειώσουν τις ανισότητες γενικά, μεταξύ πλουσίων και φτωχών ατόμων. Στα πλαίσια αυτά έχουν ακολουθηθεί πολιτικές για τη μείωση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία. Εντούτοις, διαφοροποιήσεις στην υγεία μεταξύ των πολιτών υφίστανται σήμερα στην Ευρώπη. Άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας, φέρουν αναπηρίες και ζουν λιγότερο από άλλους σε υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων υγείας και οι διαφοροποιήσεις λόγω κοινωνικοοικονομικών διαφορών είναι εντονότερες. Στην παρούσα εργασία διερευνήσαμε τις διαφοροποιήσεις αυτές στον πληθυσμό ηλικίας 50 ετών και άνω, σε χώρες της Ευρώπης. Αναζητήσαμε δεδομένα για να μελετήσουμε αυτές τις διαφορές και τα εντοπίσαμε στη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη - (EΥΓΣΕ)», που χρηματοδοτήθηκε κυρίως από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

2.1.1 Περί της μελέτης EΥΓΣΕ

Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη είναι η πρώτη επιστημονική μελέτη που εξετάζει τους διαφορετικούς τρόπους ζωής ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω σε δώδεκα χώρες, από τη Σκανδιναβία έως τη Μεσόγειο (έντεκα Ευρωπαϊκές και το Ισραήλ). Η έρευνα, που εξέτασε δείγμα 45.051 ατόμων γεννημένων το 1954 και ενωρίτερα, εστιάστηκε σε θέματα όπως το οικογενειακό περιβάλλον, οι οικογενειακές σχέσεις, η εργασία, οι συντάξεις, η οικονομική ασφάλεια και η υγεία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το έτος 2004 και στην παρούσα εργασία επικεντρωθήκαμε στα δεδομένα που αφορούν ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο), κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες (επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή εισόδημα, πλούτος) και καταστάσεις υγείας (γενική και ψυχική).

Τα βασικά πλεονεκτήματα των δεδομένων της μελέτης ΕΥΓΣΕ είναι ότι αναφέρονται σε δια-κρατικές διαφοροποιήσεις 12 χωρών και ότι εστιάζουν σε άτομα ηλικίας 50 και άνω, δηλαδή μια ομάδα του πληθυσμού με τον υψηλότερο κίνδυνο για χρόνια προβλήματα υγείας και λειτουργικούς περιορισμούς, από όλους τους ενήλικες.

Η μελέτη ΕΥΓΣΕ είναι διεπιστημονική διεθνής έρευνα, που συνδυάζει πληροφορίες για την υγεία, την κοινωνικοοικονομική θέση, τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα των Ευρωπαίων ηλικίας 50 & άνω και των συζύγων τους. Η έκδοση δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2.0 περιέχει δεδομένα από τις χώρες Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ισραήλ, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, διαμορφώνοντας μια ισορροπημένη και αντιπροσωπευτική εικόνα των διαφορετικών ευρωπαϊκών περιοχών, από τη Σκανδιναβία, την κεντρική Ευρώπη και τη Μεσόγειο.

Η μελέτη ΕΥΓΣΕ σχεδιάστηκε στα πρότυπα των μελετών US Health and Retirement Study (HRS), στην Αμερική και της αντίστοιχης English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), στην Αγγλία. Τα δεδομένα αφορούν την υγεία των ερωτώμενων (π.χ. αυτό-εκτιμώμενο επίπεδο υγείας, φυσική λειτουργία, γνωστική λειτουργία, συμπεριφορές υγείας, χρησιμοποίηση υγειονομικής περίθαλψης και δαπάνες), ψυχολογικές διαστάσεις της (π.χ. ψυχολογική υγεία, ευημερία, ικανοποίηση από τη ζωή), την κοινωνικοοικονομική τους θέση (π.χ. εργασία, εισόδημα, πλούτος και κατανάλωση, κατοικία, εκπαίδευση) και την υπάρχουσα κοινωνική υποστήριξη (π.χ. κοινωνικά δίκτυα, εθελοντικές δραστηριότητες).

Η μελέτη ΕΥΓΣΕ υλοποιήθηκε σε τέσσερα στάδια, από την δημιουργία των ερωτηματολογίων μέχρι τη συλλογή των στοιχείων. Στο πρώτο στάδιο, που άρχισε τον Ιανουάριο του 2002, οι ομάδες εργασίας παρήγαγαν ένα ερωτηματολόγιο στην αγγλική γλώσσα, το οποίο αφού αναθεωρήθηκε λεπτομερώς μεταφράστηκε στις απαραίτητες γλώσσες. Στο δεύτερο στάδιο, το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε δείγμα 75 ατόμων σε κάθε χώρα (Ιούνιος 2003). Στο τρίτο στάδιο, μετά από τις περαιτέρω βελτιώσεις του ερωτηματολογίου, τον Ιανουάριο/Φεβρουάριο του 2004 χρησιμοποιήθηκε σε γνήσια δείγματα (περίπου 100 αρχικοί ερωτώμενοι ανά χώρα συν τους συζύγους τους). Κατά τη διάρκεια του τέταρτου σταδίου έγινε εκτενής στατιστική ανάλυση των πειραματικών δεδομένων. Οι βελτιώσεις, βασισμένες σε αυτές τις αναλύσεις οδήγησαν στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Το πρώτο κύμα ερευνών, περίπου 1.500 οικογενειών ανά χώρα, ξεκίνησε αρχές Απριλίου 2004 και τελείωσε στις περισσότερες χώρες τον Οκτώβριο του ίδιου έτους.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη χρήση λογισμικού προγράμματος, από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό και αφού συγκεντρώθηκαν υποβλήθηκαν σε επεξεργασία και μετατράπηκαν σε αρχεία των λογισμικών πακέτων στατιστικής επεξεργασίας δεδομένων SPSS και STATA.

2.1.1.1 Δειγματοληψία

Όπως λεπτομερώς περιγράφεται σε ειδική έκδοση του Mannheim Research Institute for the Economics of Aging,²⁵ η δειγματοληψία έγινε με τρόπο που να αποτυπώνεται στο δείγμα μια αρκετά αντιπροσωπευτική εικόνα του πληθυσμού ηλικίας 50 ετών και άνω στις χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα. Στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκαν οι τηλεφωνικοί κατάλογοι. Ο μέσος ρυθμός ανταπόκρισης ήταν 55,4%, με τη Γαλλία και Ολλανδία να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά (69,4% και 61,6%, αντίστοιχα), ενώ η Ελβετία το χαμηλότερο (37,6%).

2.1.1.2 Μεταβλητές

Οι μεταβλητές που μας απασχόλησαν στη μελέτη μας, συνοψίζονται παρακάτω:

Οικογενειακό εισόδημα: Ως οικογενειακό εισόδημα ορίσαμε το άθροισμα των ατομικών εισοδημάτων των μελών του νοικοκυριού. Το οικογενειακό εισόδημα σταθμίστηκε με το συντελεστή ισοτιμίας αγοραστικής δύναμης (Purchasing Power Parity – PPP), για να είναι δυνατή η συγκρισιμότητα μεταξύ των χωρών, διαιρέθηκε σε πεμπτημώρια (χαμηλότερο, δεύτερο, μεσαίο, τέταρτο και υψηλότερο πέμπτο) και τέλος σταθμίστηκε με το μέγεθος του νοικοκυριού, διαιρώντας την αξία του με την τετραγωνική ρίζα του αριθμού των ατόμων του νοικοκυριού²⁶.

Πλούτος της οικογένειας: Ως πλούτο της οικογένειας ορίσαμε το άθροισμα της καθαρής (απαλλαγμένης από χρέη) αξίας των πραγματικών (ακίνητα, συμμετοχή σε επιχειρήσεις, κινητές αξίες κλπ.) και ονομαστικών (τραπεζικές καταθέσεις, χρεόγραφα, ασφάλειες κλπ.) περιουσιακών στοιχείων της οικογένειας. Όπως και με το οικογενειακό εισόδημα, ο πλούτος σταθμίστηκε με το συντελεστή ισοτιμίας αγοραστικής δύναμης

²⁵ Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, «Health, Ageing and Retirement in Europe, First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe», April 2005.

²⁶ Huisman, M., A. E. Kunst, and J. P. Mackenbach. 2003. «Socioeconomic inequalities in morbidity among the elderly; a European overview». *Social Science and Medicine* 57:861-73.

(Purchasing Power Parity – PPP), για να είναι δυνατή η συγκρισιμότητα μεταξύ των χωρών, διαιρέθηκε σε πεμπτημόρια (σε χρέος, χαμηλότερο, δεύτερο, μεσαίο, τέταρτο και υψηλότερο πέμπτο) και τέλος σταθμίστηκε με το μέγεθος του νοικοκυριού, διαιρώντας την αξία του με την τετραγωνική ρίζα του αριθμού των ατόμων του νοικοκυριού.

Στις δύο ανωτέρω μεταβλητές υπήρχαν ελλείπουσες τιμές (**missing values**) -ερωτήσεις χωρίς απαντήσεις, συχνό φαινόμενο σε εύρυνες με ερωτήσεις για εισοδήματα και περιουσιακά στοιχεία. Οι διαχειριστές της μελέτης ΕΥΓΣΕ έκαναν χρήση πέντε διαφορετικών τεχνικών συμπλήρωσης των κενών απαντήσεων (**imputation procedures**) με τη βοήθεια του λογισμικού στατιστικής επεξεργασίας δεδομένων STATA, από τις οποίες εμείς υιοθετήσαμε την πέμπτη τεχνική κατά σειρά, διότι η προκύπτουσα με την τεχνική αυτή διάμεσος τιμή (**median**) και των δύο μεταβλητών ήταν κοντά στο μέσο όρο των τιμών, που προέκυπταν με τις υπόλοιπες τέσσερες τεχνικές. Η ίδια τεχνική υιοθετήθηκε και για τις λοιπές μεταβλητές (όπου χρειάστηκε).

Επίπεδο εκπαίδευσης: Τα άτομα κατηγοριοποιήθηκαν σε τρία επίπεδα εκπαίδευσης. Το πρώτο επίπεδο αφορούσε καθόλου εκπαίδευση και εκπαίδευση μέχρι και το αντίστοιχο Δημοτικό για την Ελλάδα, το δεύτερο επίπεδο το ανώτερο επίπεδο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (το αντίστοιχο του απολυτηρίου Λυκείου για την Ελλάδα) και μετα-δευτεροβάθμια, αλλά όχι τριτοβάθμια εκπαίδευση και το τρίτο την τριτοβάθμια (το αντίστοιχο πτυχίο ΑΕΙ και μεταπτυχιακές σπουδές για την Ελλάδα).

Αυτο-εκτιμώμενη κατάσταση της γενικής υγείας: Απάντηση στην ερώτηση για τη γενική κατάσταση της υγείας του ερωτώμενου: Θα έλεγες ότι η κατάσταση της υγείας σου είναι ..., με απάντηση: (α) εξαιρετική (β) πολύ καλή (γ) καλή (δ) μέτρια (ε) φτωχή.

Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας: Απάντηση στην ερώτηση: Για τους τελευταίους έξι μήνες τουλάχιστον, σε ποια έκταση θα έλεγες ότι έχεις περιοριστεί, λόγω προβλημάτων υγείας, όσον αφορά δραστηριότητες, που συνήθως κάνουν οι άνθρωποι ..., με απάντηση (α) σοβαρά περιορισμένος (β) περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά (γ) καθόλου περιορισμένος.

Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής: Μετρήθηκαν οι περιορισμοί που ανέφερε ο ερωτώμενος και εμφανίζονται ως (α) κανένας (β) περισσότεροι από ένας.

Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής: Μετρήθηκαν οι περιορισμοί που ανέφερε ο ερωτώμενος και εμφανίζονται ως (α) κανένας (β) περισσότεροι από ένας.

Ένδειξη ψυχικής υγείας: Απάντηση στην ερώτηση για την ψυχική υγεία του ερωτώμενου: Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης; με απάντηση: (α) Ναι (β) Όχι

2.2 Τα αποτελέσματα της έρευνας

Το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης μας αναπτύχθηκε στο πρώτο κεφάλαιο. Η πηγή των στατιστικών δεδομένων που χρησιμοποιήσαμε, καθώς και χαρακτηριστικά της μελέτης ΕΥΓΣΕ, αναφέρθηκαν συνοπτικά στο πρώτο τμήμα του δεύτερου κεφαλαίου ανωτέρω. Στο παρόν τμήμα της εργασίας μας θα παρουσιάσουμε περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις του δείγματός μας.

2.2.1 Δημογραφικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά και καταστάσεις υγείας

Η πρώτη ομάδα των περιγραφικών στατιστικών αναλύσεων (πίνακες συχνοτήτων) αφορούν τα δημογραφικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά και καταστάσεις υγείας των ερωτηθέντων ατόμων του δείγματος:

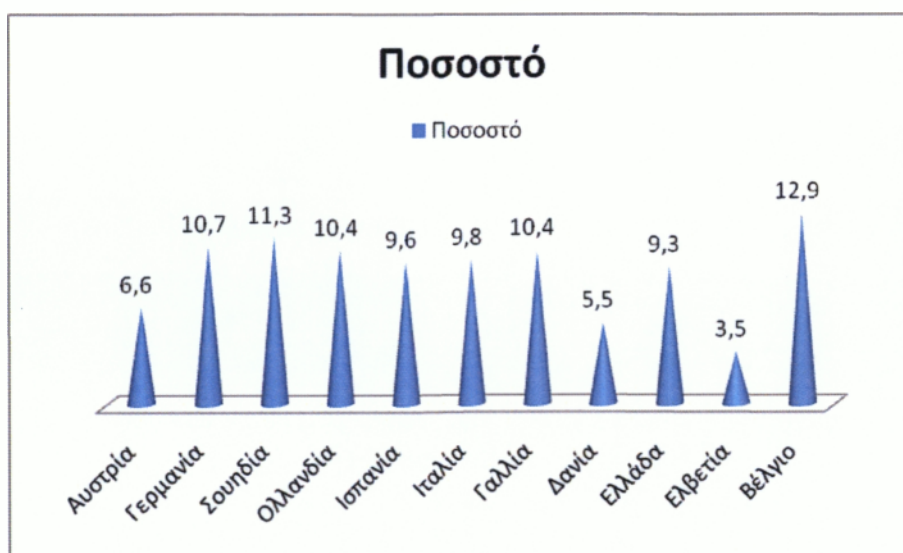
2.2.1.1 Σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλλο

Από το σύνολο των δεδομένων της μελέτης ΕΥΓΣΕ αποκλείσαμε τους ερωτηθέντες κατοίκους του Ισραήλ (κυρίως διότι θεωρήσαμε ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον τρόπο ζωής τους, σε σχέση με τους κατοίκους των υπολοίπων Ευρωπαϊκών χωρών του δείγματος) και όσους ήταν μικρότερης ηλικίας από αυτή των 50 ετών, κατά τη χρονική στιγμή διενέργειας της έρευνας. Μετά από αυτούς τους αποκλεισμούς το δείγμα μας αριθμούσε τελικά 27.444 άτομα, ηλικίας 50 ετών και άνω, από 11 χώρες. Στο δείγμα αυτό συμμετείχαν κατά 12,9% άτομα προερχόμενα από το Βέλγιο και 3,5% από την Ελβετία (υψηλότερο και χαμηλότερο ποσοστό αντίστοιχα, με μέσο ποσοστό συμμετοχής 9,6% της Ισπανίας) ενώ οι Έλληνες συμμετείχαν με 9,3% (Πίνακας 2.1).

Πίνακας 2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (άνω των 50 ετών), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Χώρες	Συχνότητα	Ποσοστό
Αυστρία	2.059	6,6
Γερμανία	3.326	10,7
Σουηδία	3.487	11,3
Ολλανδία	3.216	10,4
Ισπανία	2.983	9,6
Ιταλία	3.029	9,8
Γαλλία	3.209	10,4
Δανία	1.712	5,5
Ελλάδα	2.866	9,3
Ελβετία	1.084	3,5
Βέλγιο	4.009	12,9
Σύνολο	30.980	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



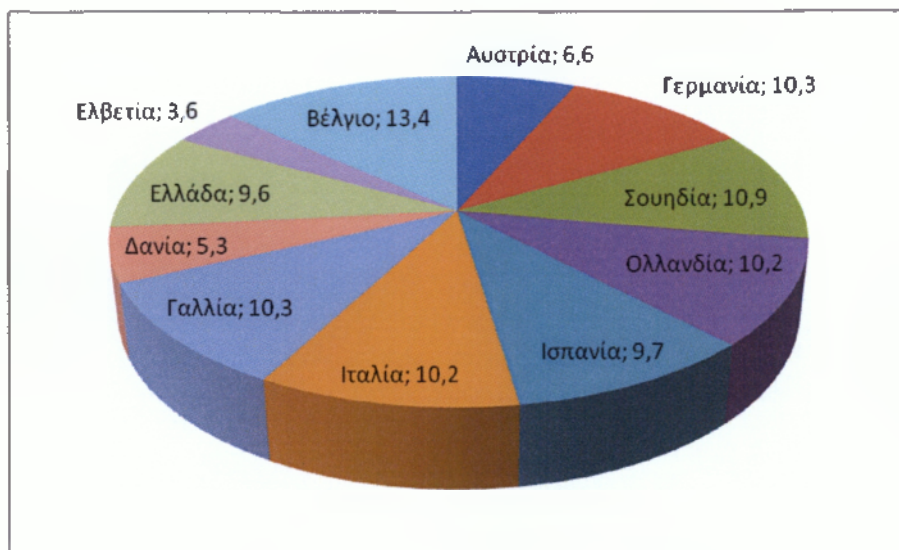
Διάγραμμα 2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Η κατανομή του δείγματος ανά φύλο (άντρες, γυναίκες) δεν διαφοροποιείται σημαντικά, σε σχέση με τη συμμετοχή που προαναφέρθηκε μεταξύ χωρών. Στους άνδρες συμμετείχαν με μεγαλύτερο ποσοστό 13,4% οι Βέλγοι και με μικρότερο ποσοστό 3,6% οι Ελβετοί, ενώ η Ελλάδα κατέχει το ποσοστό 9,6%. Κάπου στην μέση είναι η Αυστρία με 6,6%. (Πίνακας 2.2)

Πίνακας 2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (άνω των 50 ετών), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Χώρες	Συχνότητα	Ποσοστό
Αυστρία	911	6,6
Γερμανία	1.415	10,3
Σουηδία	1.499	10,9
Ολλανδία	1.401	10,2
Ισπανία	1.333	9,7
Ιταλία	1.401	10,2
Γαλλία	1.412	10,3
Δανία	727	5,3
Ελλάδα	1.318	9,6
Ελβετία	492	3,6
Βέλγιο	1.850	13,4
Σύνολο	13.759	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



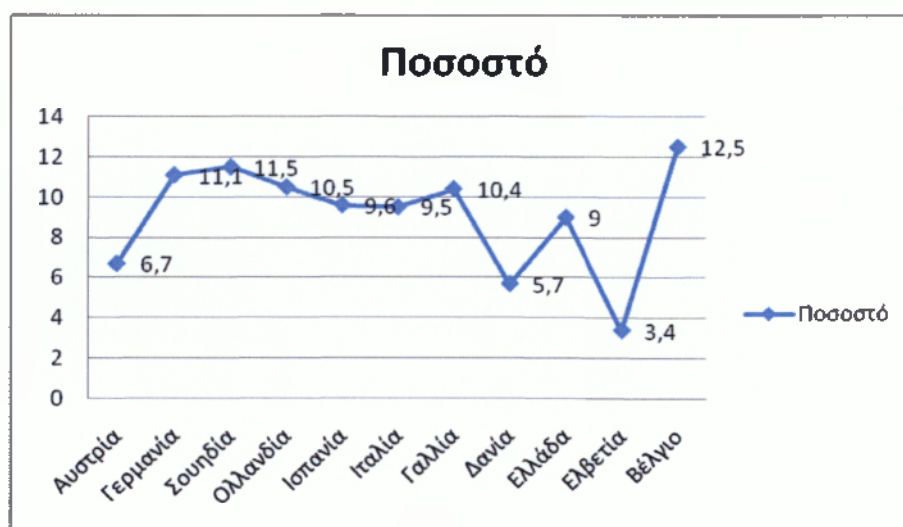
Διάγραμμα 2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Για τις γυναίκες έχουμε και πάλι την ίδια εικόνα, το Βέλγιο με το μεγαλύτερο ποσοστό 12,5%, την Ελβετία να κατέχει το μικρότερο ποσοστό 3,4% ενώ κάπου στην μέση είναι η Αυστρία με ποσοστό 6,7%. Η Ελλάδα κατέχει το ποσοστό 9,0%. (Πίνακας 2.3)

Πίνακας 2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊκές (άνω των 50 ετών), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Χώρες	Συχνότητα	Ποσοστό
Αυστρία	1.148	6,7
Γερμανία	1.911	11,1
Σουηδία	1.988	11,5
Ολλανδία	1.815	10,5
Ισπανία	1.650	9,6
Ιταλία	1.628	9,5
Γαλλία	1.797	10,4
Δανία	985	5,7
Ελλάδα	1.548	9,0
Ελβετία	592	3,4
Βέλγιο	2.159	12,5
Σύνολο	17.221	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊκές (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

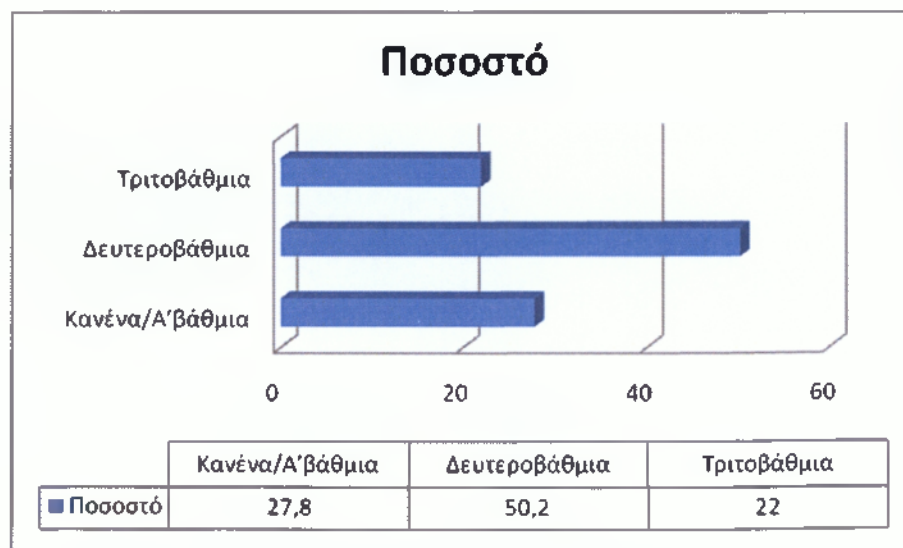
2.2.1.2 Σύνολο του δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης, και φύλλο

Πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (50,2%) 50 ετών και άνω Ευρωπαίων, έχουν φοιτήσει σε δευτεροβάθμια εκπαίδευση ενώ το 27,8% δεν έχουν φοιτήσει σε δευτεροβάθμιο επίπεδο. Τέλος το 22,0% έχουν ολοκληρώσει το τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης. (Πίνακας 2.4)

Πίνακας 2.4: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα	Ποσοστό
Κανένα/Α'βάθμια	8.546	27,8
Δευτεροβάθμια	15.423	50,2
Τριτοβάθμια	6.754	22,0
Σύνολο	30.723	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.4: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

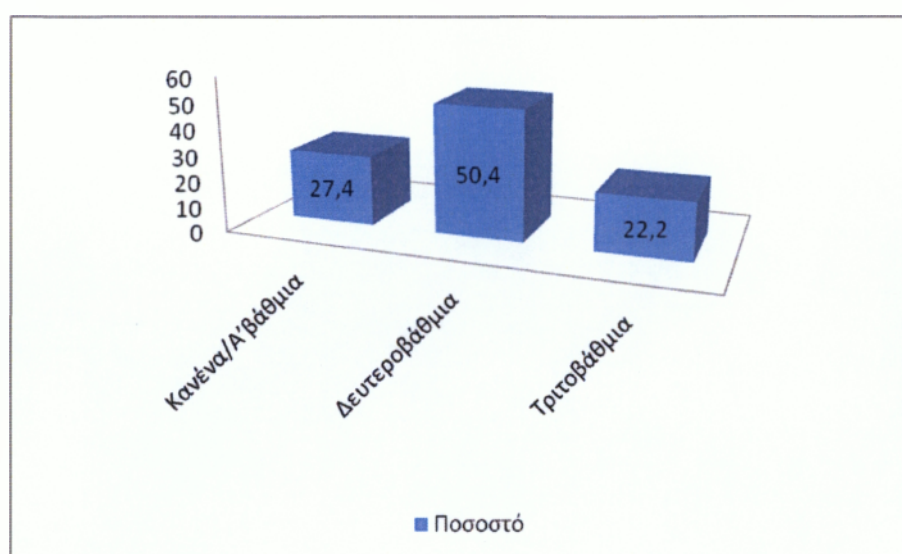
Η ίδια εικόνα με το γενικό σύνολο επικρατεί και στην κατανομή του δείγματος ανά φύλο (άνδρες, γυναίκες), με ποσοστό πάνω από το μισό (50,4% για τους άνδρες και 50,1% για τις γυναίκες) να έχουν φοιτήσει σε δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευση, ενώ η διαφορά μεταξύ να μην έχουν φοιτήσει σε δευτεροβάθμιο επίπεδο (27,4% για τους άνδρες και 28,1% για τις γυναίκες) και να έχουν ολοκληρώσει το τριτοβάθμιο επίπεδο

εκπαίδευσης (22,2% για τους άνδρες και 21,8% για τις γυναίκες) είναι μικρή. (Πίνακες 2.5 & 2.6)

Πίνακας 2.5: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα	Ποσοστό
Κανένα/Α'βάθμια	3.743	27,4
Δευτεροβάθμια	6.870	50,4
Τριτοβάθμια	3.028	22,2
Σύνολο	13.641	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

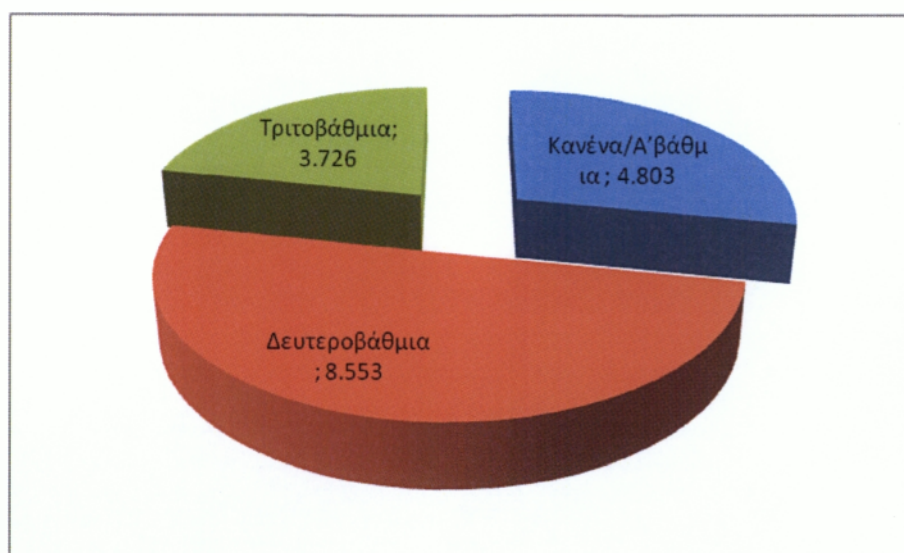


Διάγραμμα 2.5: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.6: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Συχνότητα	Ποσοστό
Κανένα/Α'βάθμια	4.803	28,1
Δευτεροβάθμια	8.553	50,1
Τριτοβάθμια	3.726	21,8
Σύνολο	17.082	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.6: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

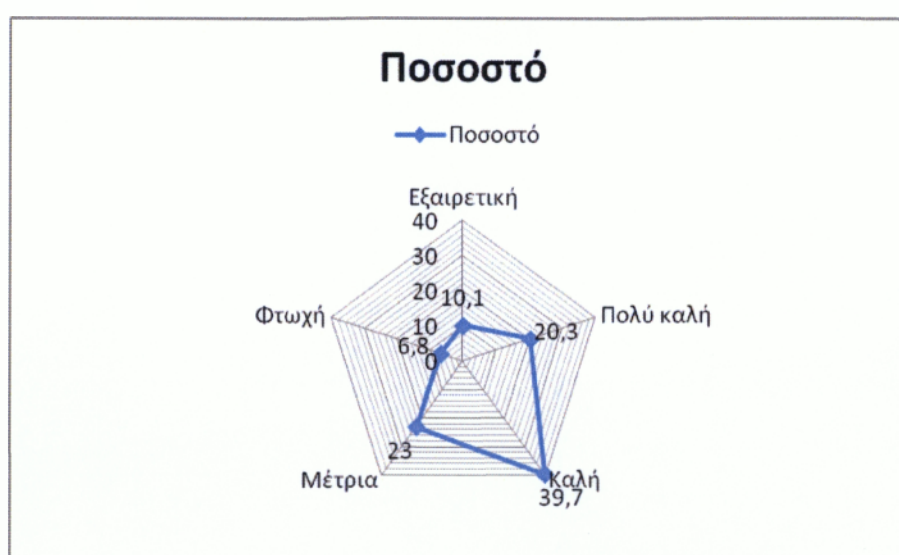
2.2.1.3 Σύνολο του δείγματος, ανά κατάσταση υγείας και φύλο

Όσον αφορά την αυτο-εκτίμηση για την κατάσταση υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), στο μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνουν καλή (39,7%) και ακολουθούν με ποσοστά 23,0% μέτρια, 20,3% πολύ καλή, 10,1% εξαιρετική και τέλος με ποσοστό 6,8% φτωχή. (Πίνακας 2.7)

**Πίνακας 2.7: Κατάσταση υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών),
ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Κατάσταση υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό
Εξαιρετική	3.139	10,1
Πολύ καλή	6.287	20,3
Καλή	12.311	39,7
Μέτρια	7.126	23,0
Φτωχή	2.117	6,8
Σύνολο	30.980	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



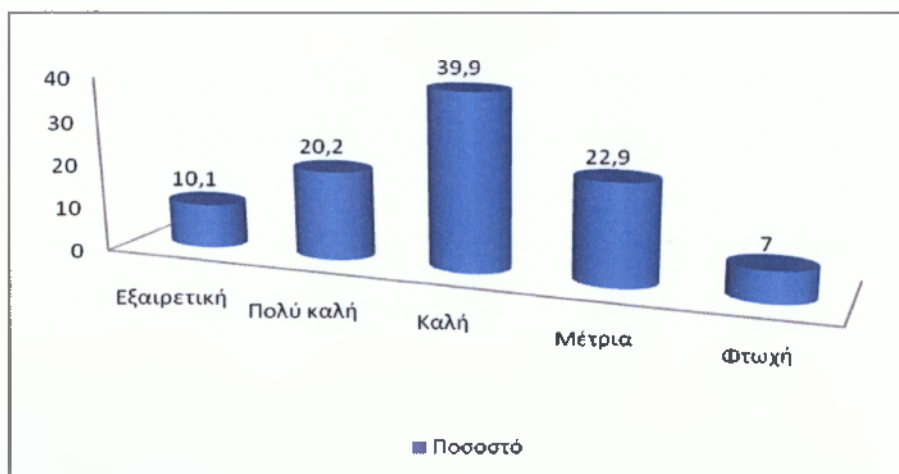
**Διάγραμμα 2.7: Κατάσταση υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών)
ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Η ίδια εικόνα παρουσιάζεται και στην αυτο-εκτίμηση της κατάστασης υγείας μεταξύ ανδρών και γυναικών από το γενικό σύνολο, όπου η διαφορά μεταξύ τους είναι πολύ μικρή. Το μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνουν καλή (39,9% οι άντρες και 39,6% οι γυναίκες) και ακολουθούν με τις απαντήσεις μέτρια (22,9% οι άντρες και 23,1% οι γυναίκες), πολύ καλή (20,2% οι άντρες και 20,4% οι γυναίκες), εξαιρετική (10,1% οι άντρες και 10,2% οι γυναίκες) και τέλος το μικρότερο ποσοστό και στα δυο φύλα απαντούν φτωχή 7,0% για τους άντρες και 6,7 για τις γυναίκες. (Πίνακες 2.8 & 2.9)

Πίνακας 2.8: Κατάσταση υγείας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Κατάσταση υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό
Εξαιρετική	1.384	10,1
Πολύ καλή	2.776	20,2
Καλή	5.486	39,9
Μέτρια	3.149	22,9
Φτωχή	964	7,0
Σύνολο	13.759	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

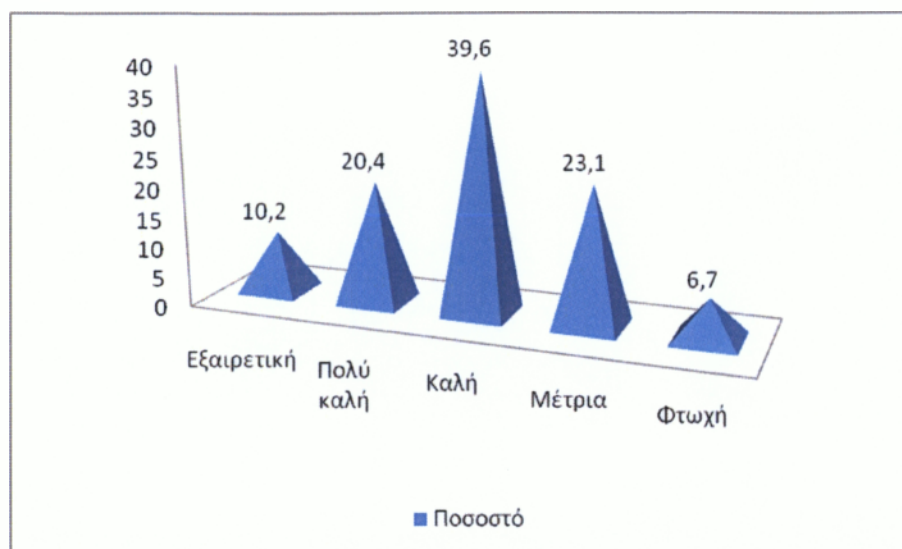


Διάγραμμα 2.8: Κατάσταση υγείας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.9: Κατάσταση υγείας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Κατάσταση υγείας	Συχνότητα	Ποσοστό
Εξαιρετική	1.755	10,2
Πολύ καλή	3.511	20,4
Καλή	6.825	39,6
Μέτρια	3.977	23,1
Φτωχή	1.153	6,7
Σύνολο	17.221	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.9: Κατάσταση υγείας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

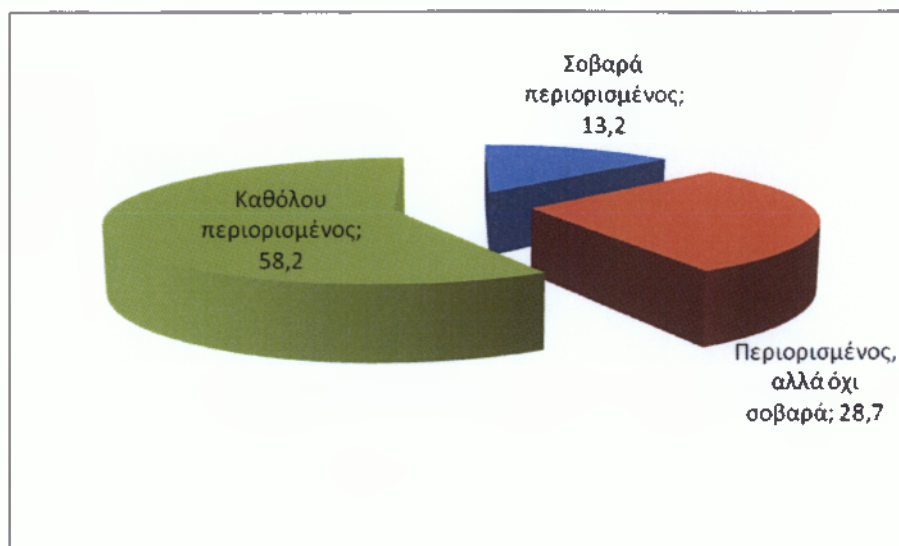
2.2.1.4 Σύνολο του δείγματος, ανά περιορισμό δραστηριοτήτων και φύλο

Μετά από την επεξεργασία του δείγματος για τον περιορισμό των δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων υγείας των ενηλίκων Ευρωπαίων άνω των 50 ετών, πάνω από τους μισούς δηλώνουν καθόλου περιορισμένοι (58,2%) και ακολουθούν οι απαντήσεις περιορισμένοι, αλλά όχι σοβαρά, με ποσοστό 28,7% και τέλος, με το μικρότερο ποσοστό 13,2% σοβαρά περιορισμένοι. (Πίνακας 2.10)

Πίνακας 2.10: Περιορισμός δραστηριοτήτων ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Συχνότητα	Ποσοστό
Σοβαρά περιορισμένος	4.075	13,2
Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	8.878	28,7
Καθόλου περιορισμένος	18.027	58,2
Σύνολο	30.980	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



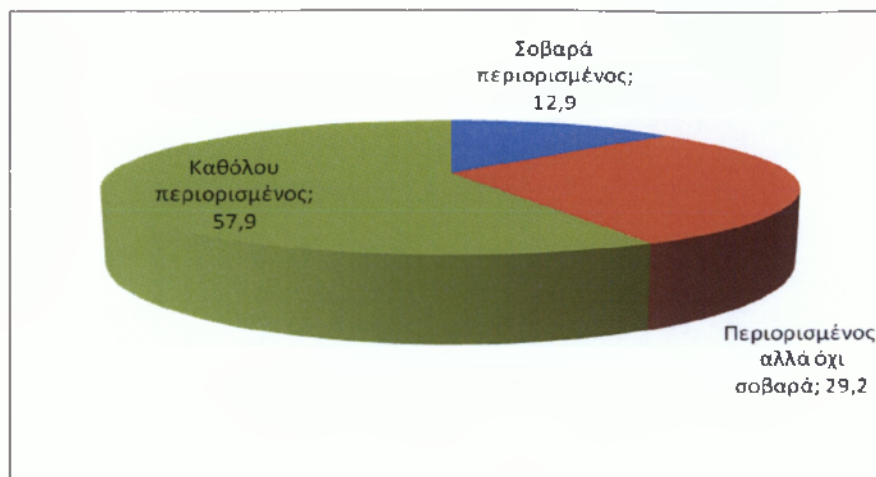
Διάγραμμα 2.10: Περιορισμοί δραστηριοτήτων ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Για τον περιορισμό των δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας, μεταξύ των ενηλίκων ανδρών και γυναικών άνω των 50 ετών, δεν παρουσιάζονται μεγάλες διαφοροποιήσεις από το γενικό σύνολο, εφόσον πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (57,9% για τους άντρες και 58,4% των γυναικών) απαντούν καθόλου περιορισμένος και ακολουθούν οι απαντήσεις περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά, με ποσοστό (29,2% για τους άντρες και 28,3% για τις γυναίκες) και τέλος, σοβαρά περιορισμένος με ποσοστά (12,9% για τους άντρες και 13,3% για τις γυναίκες). (Πίνακες 2.11 & 2.12)

Πίνακας 2.11: Περιορισμός δραστηριοτήτων ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Συχνότητα	Ποσοστό
Σοβαρά περιορισμένος	1.776	12,9
Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	4.013	29,2
Καθόλου περιορισμένος	7.970	57,9
Σύνολο	13.759	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

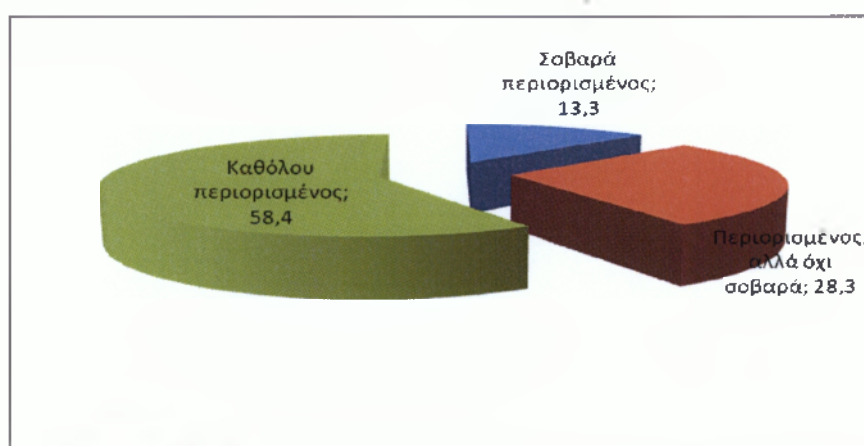


Διάγραμμα 2.11: Περιορισμοί δραστηριοτήτων ενηλίκων ανδρών Ευρωπαϊών (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.12: Περιορισμός δραστηριοτήτων ενηλίκων γυναικών Ευρωπαϊών (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Συχνότητα	Ποσοστό
Σοβαρά περιορισμένος	2.299	13,3
Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	4.865	28,3
Καθόλου περιορισμένος	10.057	58,4
Σύνολο	17.221	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.12: Περιορισμοί δραστηριοτήτων ενηλίκων γυναικών Ευρωπαϊών (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.5 Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία, στο σύνολο του δείγματος, ανά φύλο

Είναι αξιοσημείωτο να δούμε το κατά πόσο περιορίζονται οι καθημερινές δραστηριότητες των ενήλικων Ευρωπαίων άνω των 50 ετών, λόγω των προβλημάτων υγείας τους, αλλά και πόσοι από αυτούς παρουσιάζουν προβλήματα κατάθλιψης. Μετά από την επεξεργασία του δείγματος μας, προκύπτει ότι το 35,0% παρουσιάζουν προβλήματα κατάθλιψης, το 9,6% δηλώνουν ότι έχουν περισσότερους από έναν περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή λόγω προβλημάτων υγείας, ενώ το 8,1% δηλώνουν περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, λόγω προβλημάτων υγείας. (Πίνακας 2.13)

Πίνακας 2.13: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενήλικων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Ποσοστό
Με περισσότερους από έναν περιορισμούς στη καθημερινή ζωή, λόγω προβλημάτων υγείας	9,6
Με περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς στη καθημερινή ζωή, λόγω προβλημάτων υγείας	8,1
Με προβλήματα κατάθλιψης	35,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



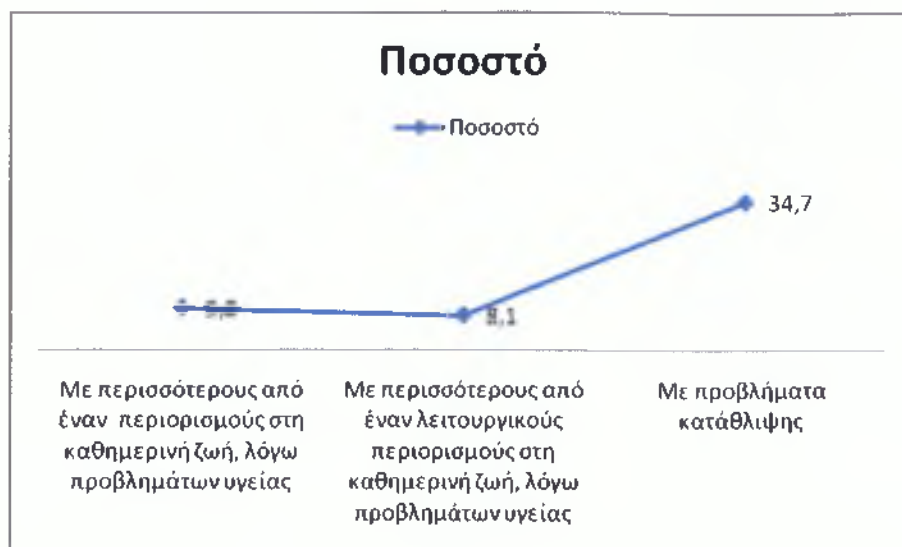
Διάγραμμα 2.13: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Με μικρές διαφοροποιήσεις από το γενικό σύνολο παρουσιάζονται και τα δεδομένα ανά φύλο (άντρες - γυναίκες). Το μεγαλύτερο ποσοστό (34,7% για τους άντρες και 35,2% για τις γυναίκες) αντιμετωπίζουν προβλήματα κατάθλιψης, και ακολουθούν με περισσότερους από έναν περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, λόγω προβλημάτων υγείας το 9,8% για τους άνδρες και το 9,8% για τις γυναίκες. Τέλος, το 8,1% για τους άνδρες και το 8,2% για τις γυναίκες δηλώνουν ότι έχουν περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς στην καθημερινή ζωή, λόγω προβλημάτων στην υγεία τους. (Πίνακας 2.14 & 2.15)

Πίνακας 2.14: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Ποσοστό
Με περισσότερους από έναν περιορισμούς στη καθημερινή ζωή, λόγω προβλημάτων υγείας	9,8
Με περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς στη καθημερινή ζωή, λόγω προβλημάτων υγείας	8,1
Με προβλήματα κατάθλιψης	34,7

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

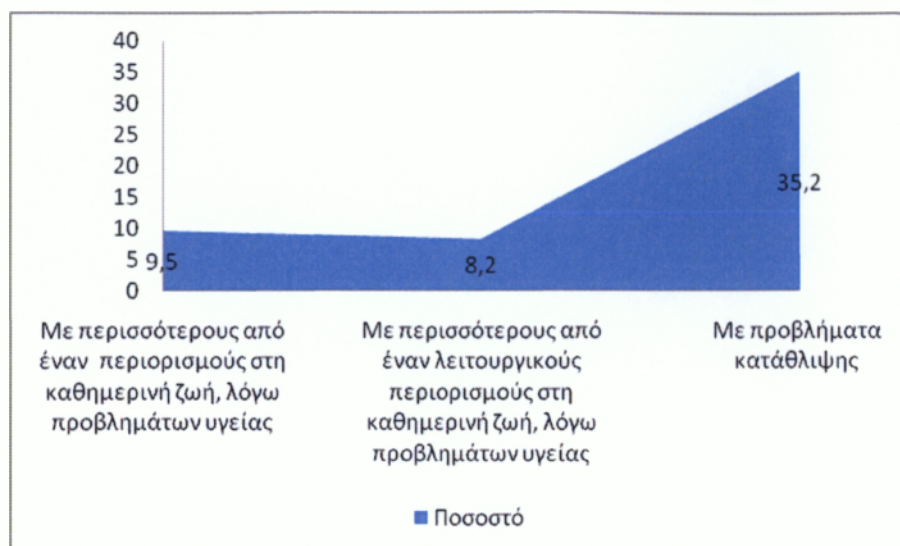


Διάγραμμα 2.14: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών) ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.15: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Ποσοστό
Με περισσότερους από έναν περιορισμούς στη καθημερινή ζωή, λόγω προβλημάτων υγείας	9,5
Με περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς στη καθημερινή ζωή, λόγω προβλημάτων υγείας	8,2
Με προβλήματα κατάθλιψης	35,2

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.15: Αριθμός περιορισμών λόγω προβλημάτων υγείας και ψυχική υγεία ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

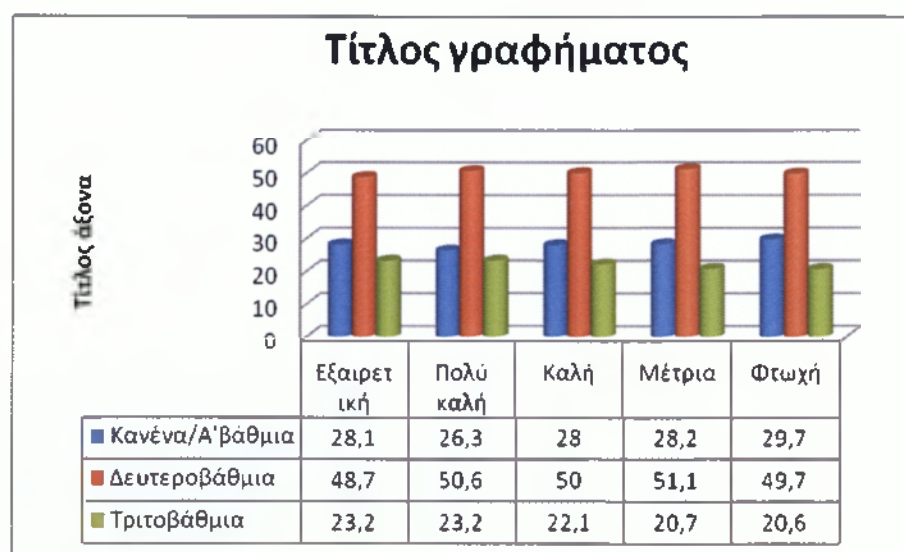
2.2.1.6 Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης, ανά χώρα και φύλο.

Μετά από την επεξεργασία του δείγματος για πώς αυτο-εκτιμούν την κατάσταση υγείας τους οι ενήλικοι Ευρωπαίοι άνω των 50 ετών, ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης τους, παρατηρείται ότι το οι μισοί περίπου (48,7%), οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση, δηλώνουν εξαιρετική υγεία και ακολουθούν με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης (28,1%) και τέλος με μικρή διαφορά (23,2%) Ευρωπαίοι, οι οποίοι έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Η ίδια εικόνα παρατηρείται και για τους Ευρωπαίους με φτωχή αυτο-εκτίμησης κατάσταση υγείας: (49,7%) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, (29,7%) με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης και τέλος (20,6%) τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. (Διάγραμμα και Πίνακας 2.16)

Πίνακας 2.16: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Κανένα/Α'βάθμια	28,1	26,3	28,0	28,2	29,7	27,8
Δευτεροβάθμια	48,7	50,6	50,0	51,1	49,7	50,2
Τριτοβάθμια	23,2	23,2	22,1	20,7	20,6	22,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



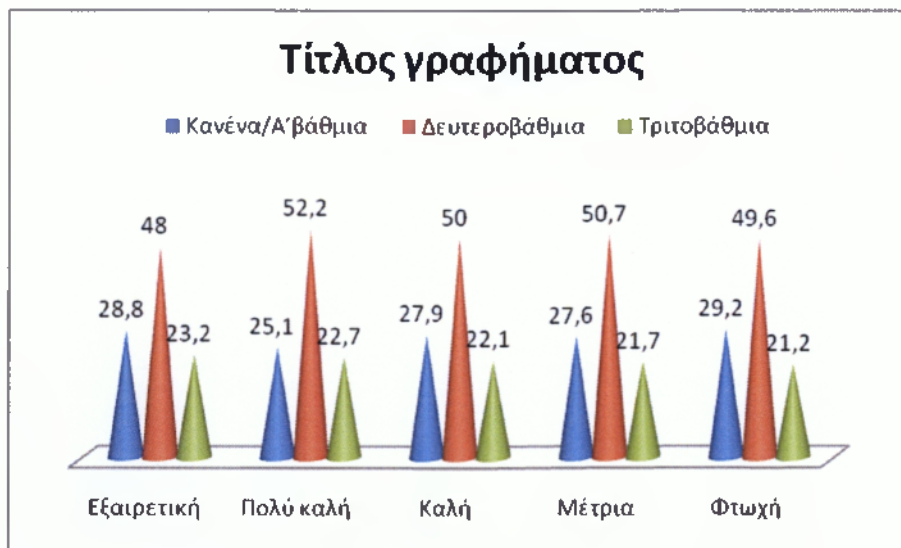
Διάγραμμα 2.16: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (άνω των 50 ετών), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Η ίδια εικόνα με το γενικό σύνολο παρατηρείται και στην αυτο-εκτίμηση κατάστασης υγείας (εξαιρετική , φτωχή) ενηλίκων άνω των 50 ετών Ευρωπαίων ανδρών και γυναικών, στο επίπεδο εκπαίδευσης. (Πίνακες και Διαγράμματα 2.17 & 2.18 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.17: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Κανένα/Α'βάθμια	28,8	25,1	27,9	27,6	29,2	27,4
Δευτεροβάθμια	48,0	52,2	50,0	50,7	49,6	50,4
Τριτοβάθμια	23,2	22,7	22,1	21,7	21,2	22,2
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

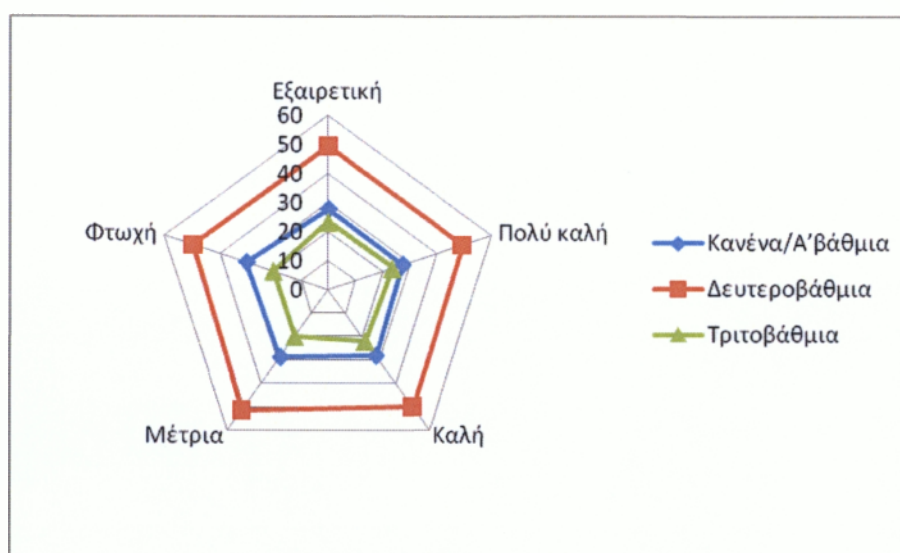


Διάγραμμα 2.17: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.18: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Κανένα/Α'βάθμια	27,5	27,2	28,1	28,7	30,1	28,1
Δευτεροβάθμια	49,3	49,3	49,9	51,4	49,7	50,1
Τριτοβάθμια	23,2	23,5	22,0	19,9	20,2	21,8
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



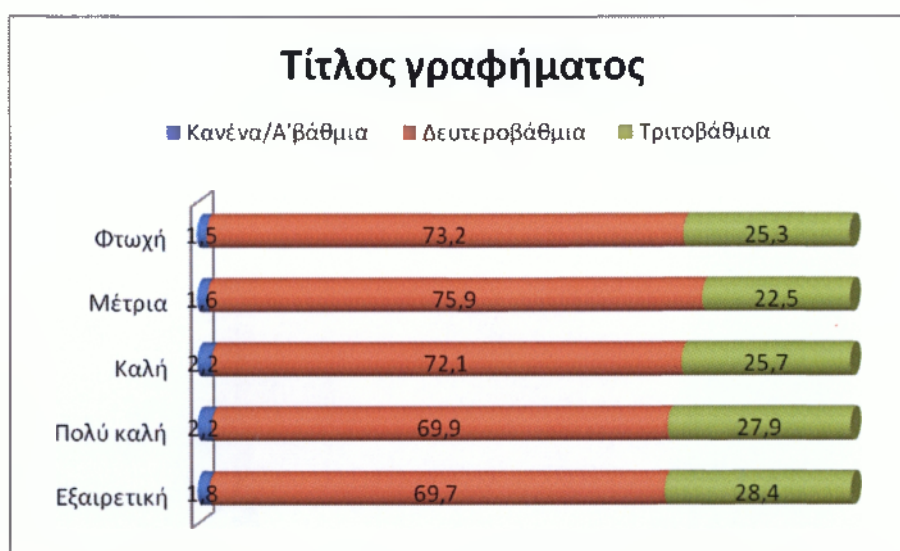
Διάγραμμα 2.18: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Για την αυτο-εκτίμηση της κατάστασης υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων Ευρωπαίων άνω των 50 ετών παρατηρείται ότι παραπάνω από τους μισούς (69,7%) δηλώνουν εξαιρετική υγεία και έχουν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούν με τριτοβάθμια εκπαίδευση (28,4%) ενώ τέλος με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης (1,8%). Με φτωχή αυτο-εκτίμηση κατάστασης υγείας το μεγαλύτερο ποσοστό (73,2%) έχει τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούν με τριτοβάθμια εκπαίδευση (25,3%) και τέλος με ένα μικρό ποσοστό (1,5%) με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.19)

Πίνακας 2.19: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Κανένα/Α'βάθμια	1,8	2,2	2,2	1,6	1,5	2,0
Δευτεροβάθμια	69,7	69,9	72,1	75,9	73,2	72,3
Τριτοβάθμια	28,4	27,9	25,7	22,5	25,3	25,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



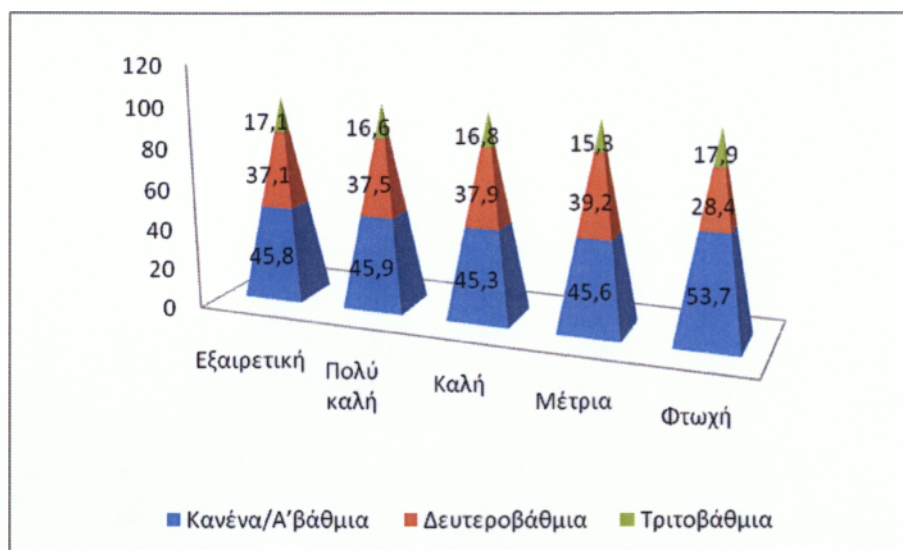
Διάγραμμα 2.19: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Οι παρακάτω τρεις χώρες έχουν επιλεγεί διότι παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές από το γενικό σύνολο, ενώ οι υπόλοιπες κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα. Πρώτη συναντάμε την Ολλανδία, όπου εξαιρετική υγεία δηλώνουν με το μεγαλύτερο ποσοστό (45,8%) αυτοί οι οποίοι δεν έχουν τελειώσει κανένα επίπεδο εκπαίδευσης και ακολουθούν με δευτεροβάθμια εκπαίδευση (37,1%) και τέλος με το μικρότερο ποσοστό (17,1%) όσοι έχουν τελειώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Στην αντίθετη πλευρά συναντάμε αυτούς όπου δηλώνουν φτωχή υγεία με τα δεδομένα να μην παρουσιάζουν σημαντική διαφορά από πριν. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.20)

Πίνακας 2.20: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκ. 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Κανένα/Α'βάθμια	45,8	45,9	45,3	45,6	53,7	45,9
Δευτεροβάθμια	37,1	37,5	37,9	39,2	28,4	37,6
Τριτοβάθμια	17,1	16,6	16,8	15,3	17,9	16,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.20: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Ακολουθεί η Ελβετία, όπου εξαιρετική υγεία έχουν στο μεγαλύτερο ποσοστό (62,6%) αυτοί οι οποίοι τελείωσαν την δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούν με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης (21,9%) και τέλος με τριτοβάθμια εκπαίδευση (15,5%). Στην αντίθετη περίπτωση με φτωχή εκτίμηση υγείας το μεγαλύτερο ποσοστό (63,3%) βρίσκεται στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούν με 20,0% με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης και τέλος με μικρή διαφορά (16,7%) τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Πίνακας και Διάγραμμα 2.21)

Πίνακας 2.21: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκ. 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Κανένα/Α'βάθμια	21,9	19,7	16,6	14,7	20,0	18,0
Δευτεροβάθμια	62,6	57,6	62,3	59,4	63,3	60,7
Τριτοβάθμια	15,5	22,8	21,2	25,9	16,7	21,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



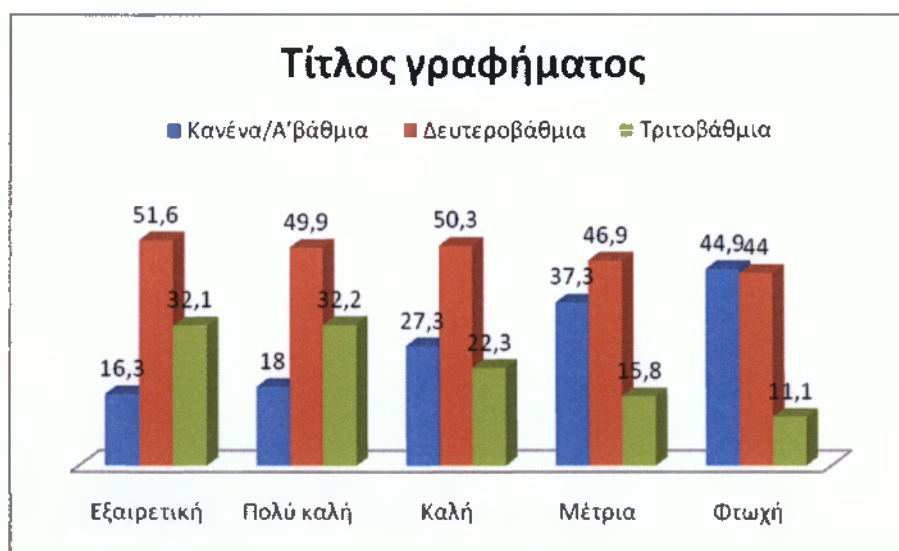
Διάγραμμα 2.21: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Τέλος, συναντάμε το Βέλγιο, όπου εξαιρετική υγεία δηλώνουν με το μεγαλύτερο ποσοστό (51,6%) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και ακολουθούν με τριτοβάθμια εκπαίδευση (32,1%) και τέλος με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης (16,3%). Στην αντίθετη περίπτωση, με φτωχή εκτίμηση υγείας το μεγαλύτερο ποσοστό 44,9% δεν έχει τελειώσει κανένα επίπεδο εκπαίδευσης και ακολουθεί με μικρή διαφορά (44,0%) δευτεροβάθμιας εκπαίδευση και τέλος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 11,1%. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.22)

Πίνακας 2.22: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Κανένα/Α'βάθμια	16,3	18,0	27,3	37,3	44,9	27,2
Δευτεροβάθμια	51,6	49,9	50,3	46,9	44,0	49,3
Τριτοβάθμια	32,1	32,2	22,3	15,8	11,1	23,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.22: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.7 Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης, ανά χώρα και φύλο

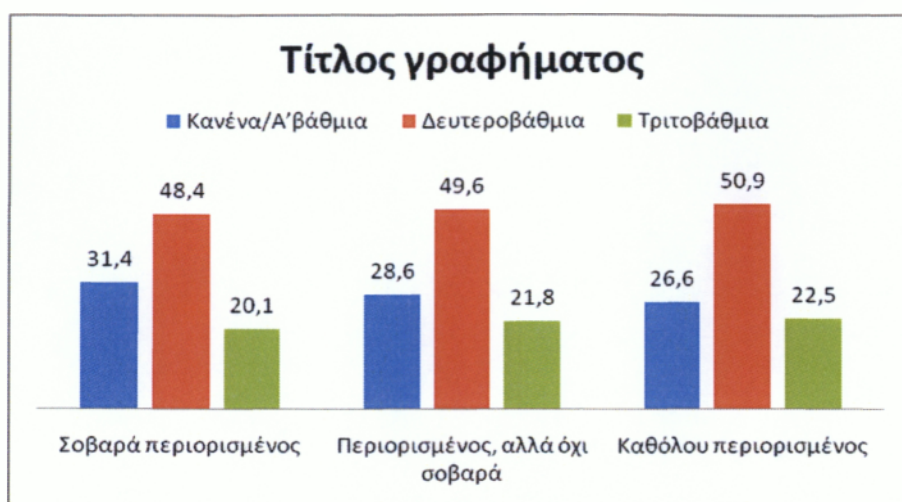
Στον περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης, παρατηρείται το εξής φαινόμενο: το μεγαλύτερο ποσοστό (48.4%) ενηλίκων Ευρωπαίων άνω των 50 ετών παρουσιάζουν σοβαρούς περιορισμούς στις δραστηριότητες τους στην καθημερινή ζωή και έχουν τελειώσει την δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούν με ποσοστό 31,4% αυτοί οι οποίοι δεν έχουν τελειώσει κανένα επίπεδο εκπαίδευσης και τέλος συναντάμε αυτούς τους οποίους έχουν τελειώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση (20,1%). Την ίδια εικόνα με πριν συναντάμε και για αυτούς που δηλώνουν κανέναν περιορισμό στις δραστηριότητες τους, ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης τους. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.23)

Την ίδια εικόνα με το γενικό σύνολο παρατηρούμαι και στον διαχωρισμό ανά φύλο (άντρες γυναίκες), αλλά και για την χώρα Βέλγιο. (Παράρτημα, Π.1&Δ1, Π2&Δ2, Π3&Δ3 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.23: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Κανένα/Α'βάθμια	31,4	28,6	26,6	27,8
Δευτεροβάθμια	48,4	49,6	50,9	50,2
Τριτοβάθμια	20,1	21,8	22,5	22,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



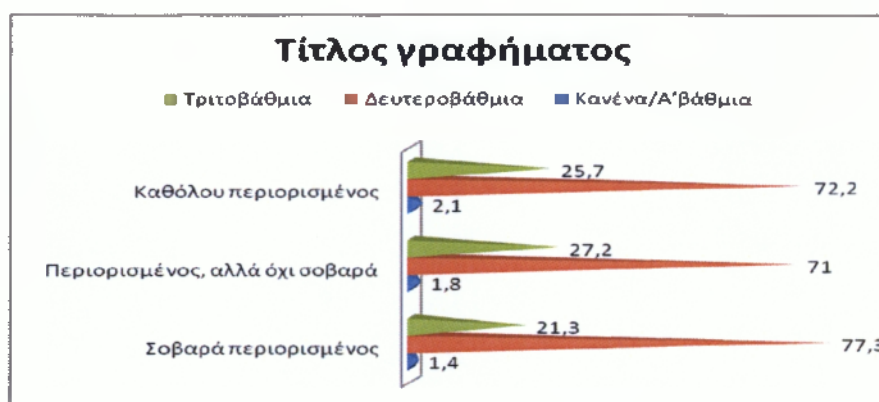
Διάγραμμα 2.23: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Οι χώρες Ελλάδα και Ολλανδία διαφοροποιούνται από το γενικό σύνολο. Οι Έλληνες δηλώνουν περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο μεγαλύτερο ποσοστό (77,3%) όπου έχουν τελειώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούν αυτοί οι οποίοι έχουν τελειώσει τριτοβάθμια εκπαίδευση (21,3%) και τέλος με ένα πολύ μικρό ποσοστό (1,4%) χωρίς κανένα επίπεδο εκπαίδευσης. Με μικρές διαφορές στις τιμές συναντάμε και τους Έλληνες, που δηλώνουν κανέναν περιορισμό σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.24)

Πίνακας 2.24: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Κανένα/Α'βάθμια	1,4	1,8	2,1	2,0
Δευτεροβάθμια	77,3	71,0	72,2	72,3
Τριτοβάθμια	21,3	27,2	25,7	25,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



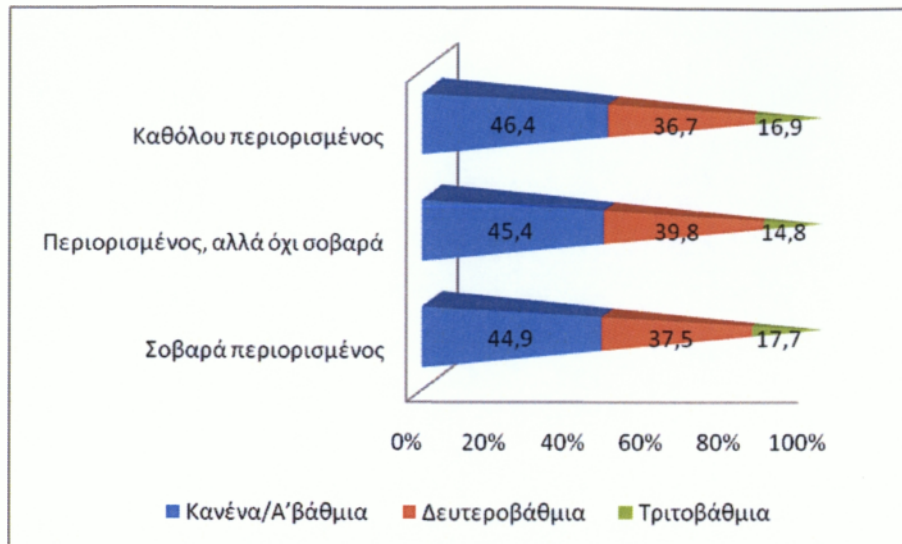
Διάγραμμα 2.24: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Τέλος, για τη χώρα της Ολλανδίας τα δεδομένα διαφοροποιούνται, αφού για τον περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης, σχεδόν οι μισοί Ολλανδοί (44,9%) δηλώνουν σοβαρά περιορισμένοι και δεν έχουν τελειώσει κανένα επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ ακολουθούν με μικρή διαφορά (37,5%) αυτοί με δευτεροβάθμια εκπαίδευση και τέλος με ένα μικρό ποσοστό (17,7%) συναντάμε αυτούς με τριτοβάθμια εκπαίδευση. Με μικρές διαφορές από πριν παρουσιάζονται και τα δεδομένα με αυτούς που δηλώνουν καθόλου περιορισμένοι στον περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.25)

Πίνακας 2.25: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Κανένα/Α'βάθμια	44,9	45,4	46,4	45,9
Δευτεροβάθμια	37,5	39,8	36,7	37,6
Τριτοβάθμια	17,7	14,8	16,9	16,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.25: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.8 Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης, ανά χώρα και φύλο

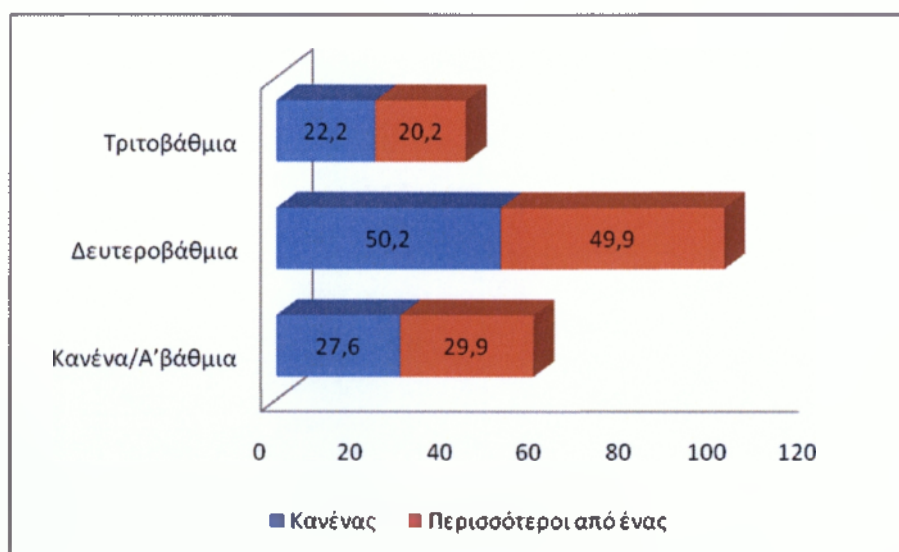
Μετά από την επεξεργασία του δείγματος για τον αριθμό των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), προκύπτει ότι οι μισοί από αυτούς (49,9%) δηλώνουν περισσότερους από έναν περιορισμούς και έχουν τελειώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούν με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης (29,9%) και τέλος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 20,2% (Πίνακας και Διάγραμμα 2.26)

Στον διαχωρισμό ανά φύλο (άντρες γυναίκες), αλλά και στις χώρες Ολλανδία, Ελβετία και Δανία επικρατεί (με μικρές διαφοροποιήσεις στις τιμές) η ίδια εικόνα με το γενικό σύνολο. (Παράρτημα, Π4&Δ4, Π5&Δ5, Π6&Δ6, Π7&Δ7, Π8&Δ8 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.26: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	27,6	29,9	27,8
Δευτεροβάθμια	50,2	49,9	50,2
Τριτοβάθμια	22,2	20,2	22,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



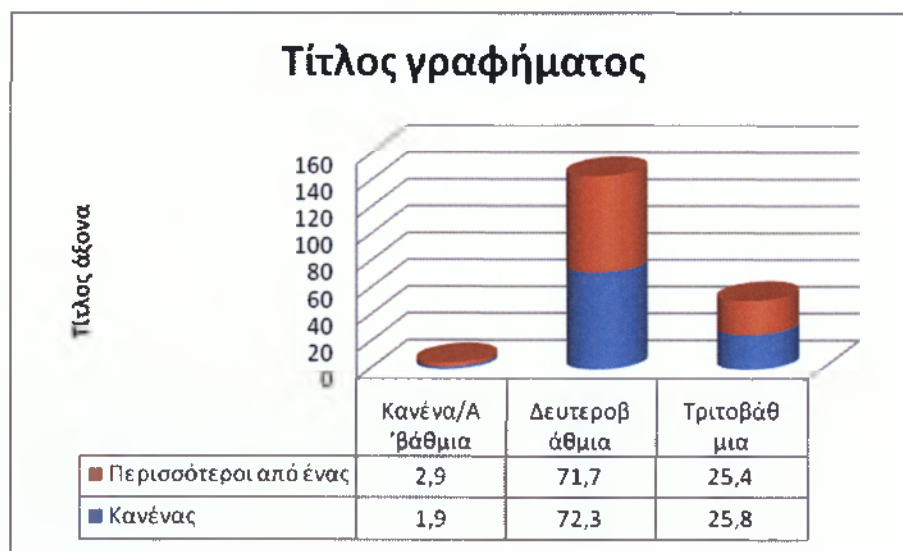
Διάγραμμα 2.26: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Η Ελλάδα διαφοροποιείται από το γενικό σύνολο στον αριθμό των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης, διότι το μεγαλύτερο ποσοστό (71,7%) δηλώνει περισσότερους από έναν περιορισμούς και έχει τελειώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούν με ποσοστό 25,4% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και τέλος με ένα μικρό ποσοστό (2,9%) δεν έχει τελειώσει κανένα επίπεδο εκπαίδευσης. Με την ίδια μεταβλητότητα παρουσιάζονται και τα δεδομένα για αυτούς που δηλώνουν κανέναν περιορισμό. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.27)

Πίνακας 2.27: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	1,9	2,9	2,0
Δευτεροβάθμια	72,3	71,7	72,3
Τριτοβάθμια	25,8	25,4	25,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.27: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.9 Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης, ανά χώρα και φύλο

Όσον αφορά για τον αριθμό των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), το μεγαλύτερο ποσοστό (48,5%) δηλώνει περισσότερους από έναν περιορισμούς και έχει τελειώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθούν με ποσοστό 31,1% αυτοί που δεν έχουν τελειώσει κανένα επίπεδο εκπαίδευσης, ενώ τέλος βρίσκονται με ποσοστό 20,4% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Ελαφρώς ανοδικά ποσοστά (αλλά με την ίδια σειρά στα επίπεδα εκπαίδευσης), βρίσκουμε και σε αυτούς που δηλώνουν κανέναν περιορισμό στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.28)

Η ίδια κατάσταση με το γενικό σύνολο επικρατεί και στον διαχωρισμό ανδρών και γυναικών, αλλά και στις χώρες Δανία και Ελβετία. (Πίνακες και Διαγράμματα 2.29, 2.30, 2.33 & 2.34 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.28: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	27,5	31,1	27,8
Δευτεροβάθμια	50,3	48,5	50,2
Τριτοβάθμια	22,1	20,4	22,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

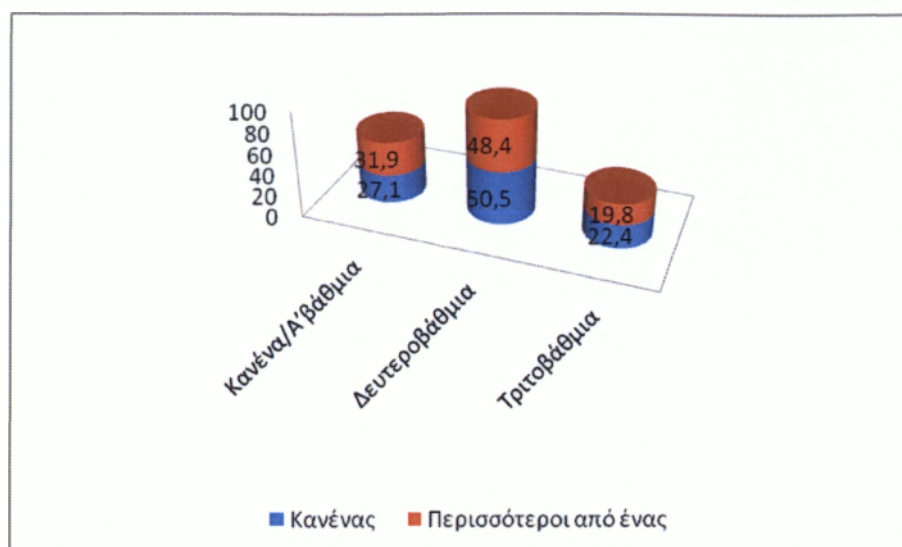


Διάγραμμα 2.28: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.29: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	27,1	31,9	27,4
Δευτεροβάθμια	50,5	48,4	50,4
Τριτοβάθμια	22,4	19,8	22,2
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

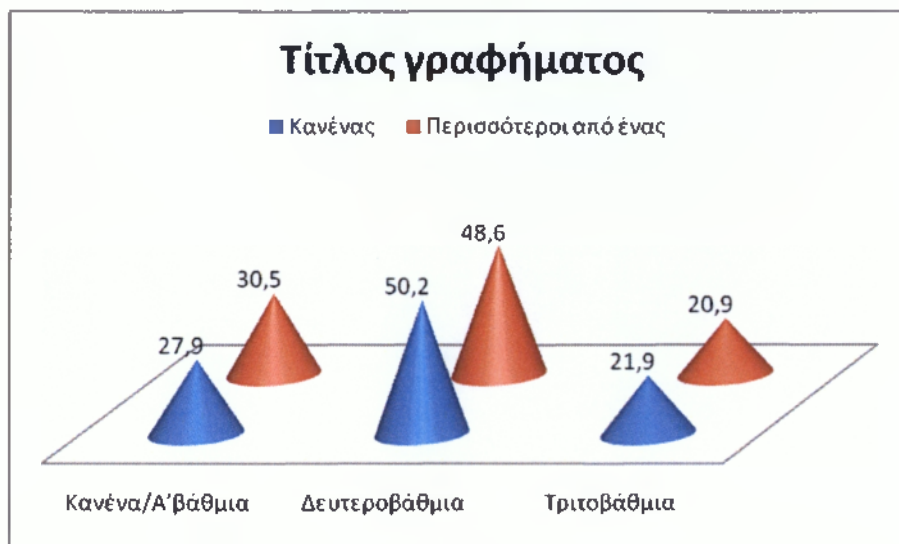


Διάγραμμα 2.29: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.30: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	27,9	30,5	28,1
Δευτεροβάθμια	50,2	48,6	50,1
Τριτοβάθμια	21,9	20,9	21,8
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



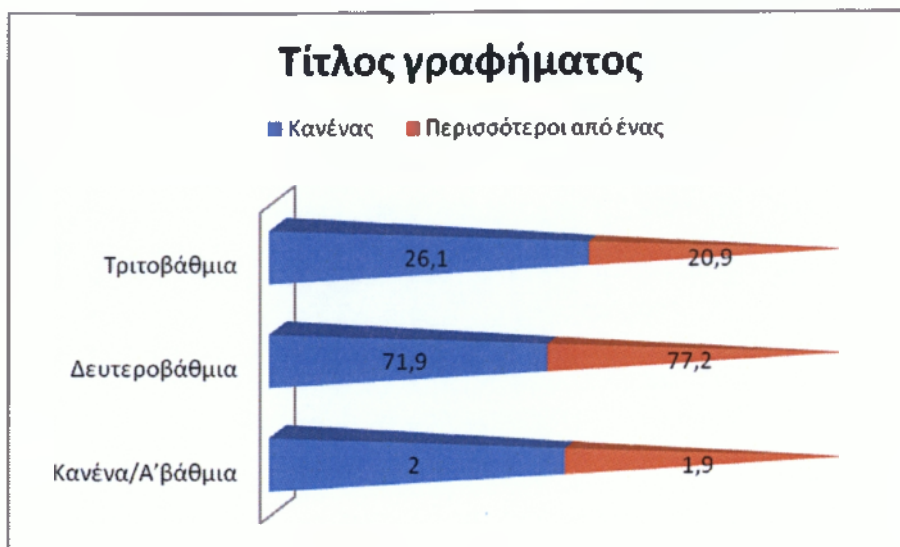
Διάγραμμα 2.30: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Η Ελλάδα διαφοροποιείται από το γενικό σύνολο, διότι το μεγαλύτερο ποσοστό (77,2%) δηλώνει περισσότερους από έναν περιορισμό στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθεί με ποσοστό 20,9% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, ενώ τέλος βρίσκεται με ένα μικρό ποσοστό (1,9%) με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης. Με μικρή διαφορά βρίσκουμε και αυτούς που δηλώνουν κανένα λειτουργικό περιορισμό, σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.31)

Πίνακας 2.31: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	2,0	1,9	2,0
Δευτεροβάθμια	71,9	77,2	72,3
Τριτοβάθμια	26,1	20,9	25,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



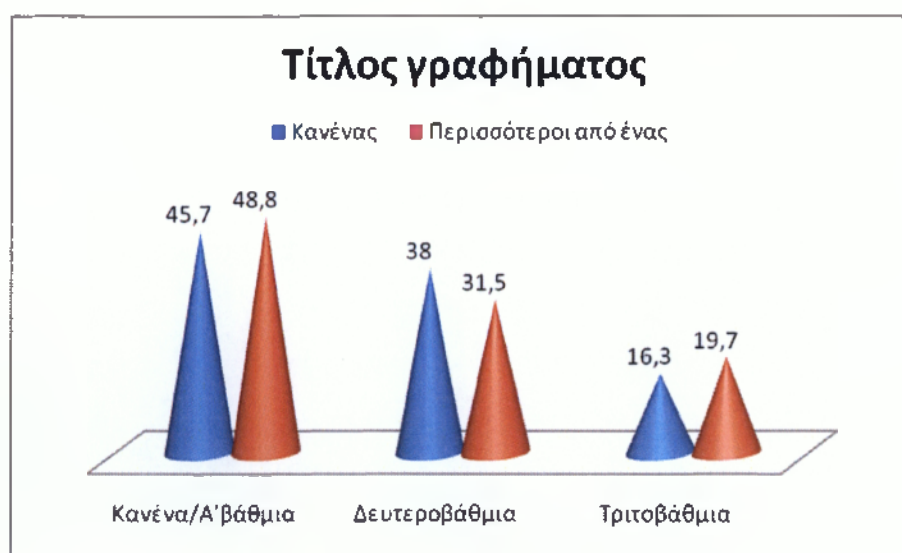
Διάγραμμα 2.31: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίσης η Ολλανδία παρουσιάζει διαφορά από το γενικό σύνολο διότι: περισσότερους από έναν περιορισμό δηλώνουν Ολλανδοί με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης με ποσοστό 48,8% και ακολουθούν με ποσοστό 31,5% δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και τέλος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 19,7%. Μικρές διαφορές από πριν, βρίσκουμε στα ποσοστά και σε αυτούς που δηλώνουν κανένα περιορισμό στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ανάλογα με τα επίπεδα εκπαίδευσης τους. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.32)

Πίνακας 2.32: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	45,7	48,8	45,9
Δευτεροβάθμια	38,0	31,5	37,6
Τριτοβάθμια	16,3	19,7	16,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.32: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.33: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	38,6	31,5	37,9
Δευτεροβάθμια	41,4	44,2	41,7
Τριτοβάθμια	20,0	24,2	20,4
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



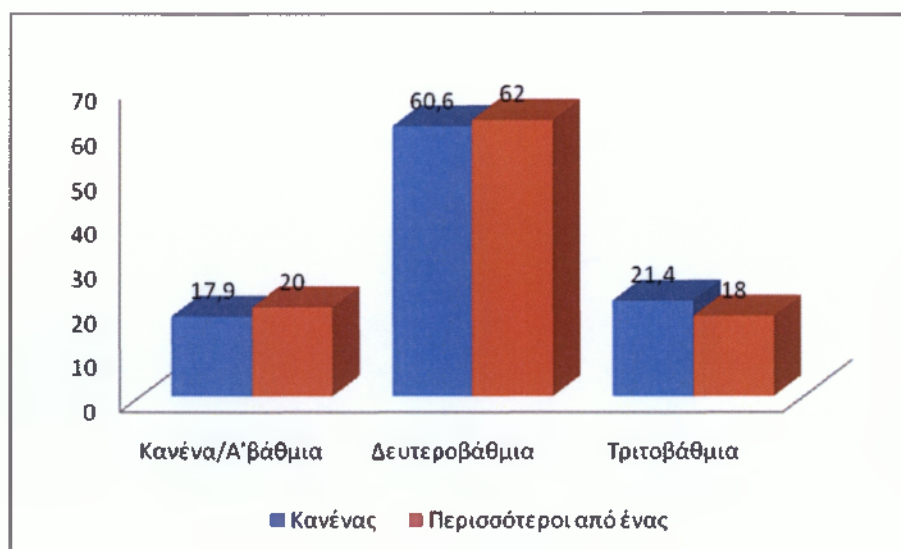
Διάγραμμα 2.33: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.34: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	17,9	20,0	18,0
Δευτεροβάθμια	60,6	62,0	60,7
Τριτοβάθμια	21,4	18,0	21,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.34: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.10 Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ανά χώρα και φύλο

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα για την ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω). Μετά από την επεξεργασία των δεδομένων προκύπτει ότι: σχεδόν οι μισοί από αυτούς (49,87%) δηλώνουν συναισθήματα κατάθλιψης και έχουν τελειώσει δευτεροβάθμια εκπαίδευση ενώ

ακολουθούν με ποσοστά 29,4% με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης και τέλος με ποσοστό 20,8% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Με μικρές διαφορές στα ποσοστά είναι και αυτοί που δηλώνουν ότι δεν παρουσιάζουν προβλήματα κατάθλιψης στα αντίστοιχα επίπεδα εκπαίδευσης. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.35)

Την ίδια εικόνα θα δούμε ότι παρουσιάζει και ο διαχωρισμός αντρών και γυναικών όπως επίσης και στις χώρες Δανία και Ελβετία. (Παράρτημα. Π9&Δ9, Π10&Δ10, Π11&Δ11, Π12&Δ12 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.35: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Κανένα/Α'βάθμια	27,0	29,4	27,8
Δευτεροβάθμια	50,4	49,8	50,2
Τριτοβάθμια	22,6	20,8	22,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.35: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

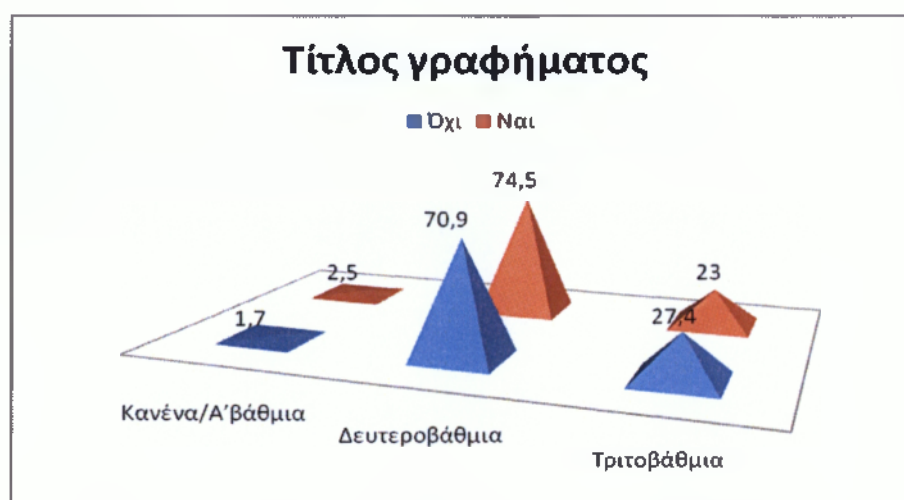
Η Ελλάδα παρουσιάζει διαφορά από το γενικό σύνολο διότι το μεγαλύτερο ποσοστό (74,5%) δηλώνει ότι έχει συναισθήματα κατάθλιψης ενώ βρίσκεται στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση και ακολουθεί με ποσοστό 23,0% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

και τέλος ένα πολύ μικρό ποσοστό (2,5%) όπου δεν έχει τελειώσει κανένα επίπεδο εκπαίδευσης. Με μικρές διαφορές στα ποσοστά είναι και αυτοί που δηλώνουν ότι δεν παρουσιάζουν προβλήματα κατάθλιψης στα αντίστοιχα επίπεδα εκπαίδευσης. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.36)

Πίνακας 2.36: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Κανένα/Α'βάθμια	1,7	2,5	2,0
Δευτεροβάθμια	70,9	74,5	72,3
Τριτοβάθμια	27,4	23,0	25,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.36: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

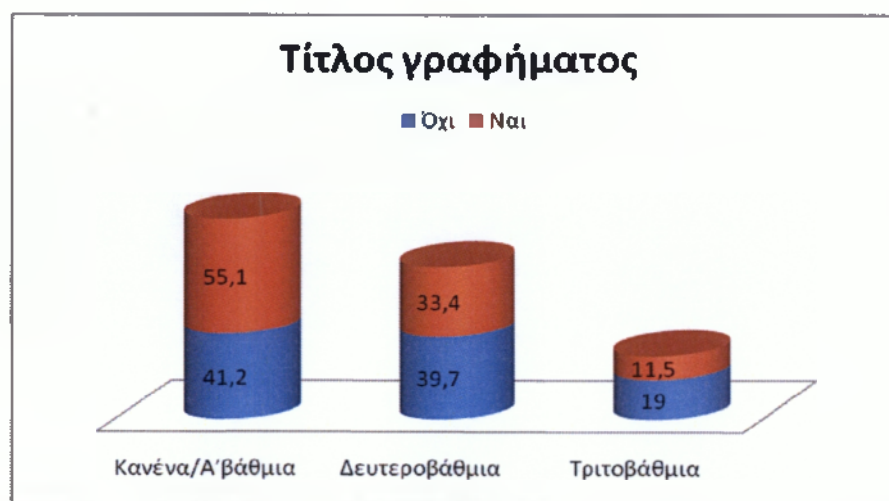
Επίσης η Ολλανδία όπως και η Ελλάδα παρουσιάζει διαφοροποιήσεις από το σύνολο. Εδώ το μεγαλύτερο ποσοστό (55,1%) δηλώνει ότι έχει νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης ενώ δεν έχει τελειώσει κανένα επίπεδο εκπαίδευσης και στην συνέχεια ακολουθούν με ποσοστό 33,4% είναι αυτοί με δευτεροβάθμια εκπαίδευση και τέλος με 11,5% τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. . Με μικρές διαφορές στα ποσοστά είναι και αυτοί που

δηλώνουν ότι δεν παρουσιάζουν προβλήματα κατάθλιψης στα αντίστοιχα επίπεδα εκπαίδευσης. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.37)

Πίνακας 2.37: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Κανένα/Α'βάθμια	41,2	55,1	45,9
Δευτεροβάθμια	39,7	33,4	37,6
Τριτοβάθμια	19,0	11,5	16,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.37: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.11 Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ανά φύλο και χώρα

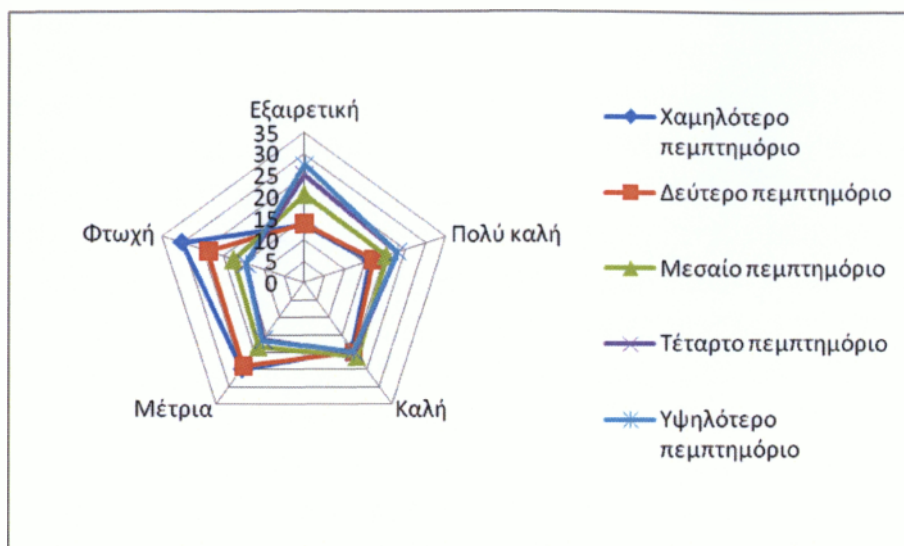
Μετά από την επεξεργασία του δείγματος μας παρατηρούμαι ότι Ευρωπαίοι με υψηλό οικογενειακό εισόδημα (27,4%) έχουν εξαιρετική αυτο-εκτίμηση της κατάστασης υγείας τους, ενώ καθώς μειώνεται το εισόδημα τους διευρύνετε και η ψαλίδα για την εκτίμηση αυτής με ποσοστά τέταρτο πεμπτημόριο 25,0%, μεσαίο πεμπτημόριο 20,5%, δεύτερο πεμπτημόριο 13,8% και χαμηλότερο πεμπτημόριο με 13,4%. Το αντίθετο ακριβός συμβαίνει στην περίπτωση όπου η αυτο-εκτίμηση της υγείας τους χαρακτηρίζετε φτωχή, το μεγαλύτερο ποσοστό (30,1%) έχει το χαμηλότερο εισόδημα και ακολουθούν με 23,7% δεύτερου πεμπτημόριου, 17,4% μεσαίου πεμπτημόριου, 14,5% τέταρτου πεμπτημόριου, και τέλος με 14,3% υψηλότερου πεμπτημόριου. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.38)

Το ίδιο ακριβός με το γενικό σύνολο συμβαίνει και στον διαχωρισμό ανά φύλο. (Παράρτημα, Π13&Δ13, Π14&Δ14 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.38: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	13,4	16,2	19,1	24,8	30,1	20,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	13,8	17,3	20,0	24,1	23,7	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,5	20,3	21,2	18,3	17,4	20,0
Τέταρτο πεμπτημόριο	25,0	23,0	20,2	16,5	14,5	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	27,4	23,1	19,6	16,4	14,3	20,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.38: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

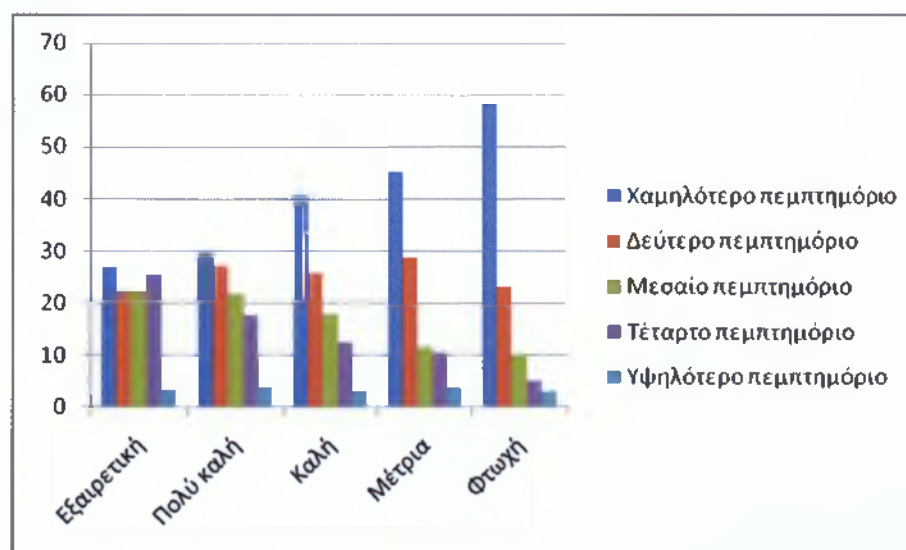
Οι παρακάτω τρεις χώρες Ισπανία, Ελβετία και Σουηδία έχουν επιλεγεί από τις υπόλοιπες διότι παρουσιάζουν διαφορετικά δεδομένα από το γενικό σύνολο με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν ενδιαφέρον.

Η Ελλάδα μαζί με την Ισπανία παρουσιάζουν την εξής διαφοροποίηση: Έλληνες και Ισπανοί με χαμηλό εισόδημα αυτο-εκτιμούν την κατάσταση υγείας τους εξαιρετική (26,8% & 35,9% αντίστοιχα) και καθώς ανεβαίνει το εισόδημα τα ποσοστά όλο και μικραίνουν με ποσοστά 3,2% για τους Έλληνες με υψηλότερο εισόδημα και 21,8% με τέταρτο πεμπτημόριο για τους Ισπανούς. Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και στην περίπτωση όπου η εκτίμηση της υγείας τους χαρακτηρίζετε φτωχή, με ποσοστά 58,2% με χαμηλότερο εισόδημα και 3,1% με υψηλότερο εισόδημα για τους Έλληνες ενώ οι Ισπανοί έχουν ποσοστά 43,1% για το χαμηλότερο εισόδημα και 7,9 για το υψηλότερο εισόδημα. (Πίνακες και Διαγράμματα 2.39 & 2.40)

Πίνακας 2.39: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετικ ή	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	26,8	29,7	40,9	45,3	58,2	39,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	22,3	27,2	25,7	28,8	23,2	26,4
Μεσαίο πεμπτημόριο	22,3	21,8	17,8	11,6	10,3	17,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	25,5	17,6	12,5	10,4	5,2	13,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	3,2	3,7	3,1	3,8	3,1	3,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

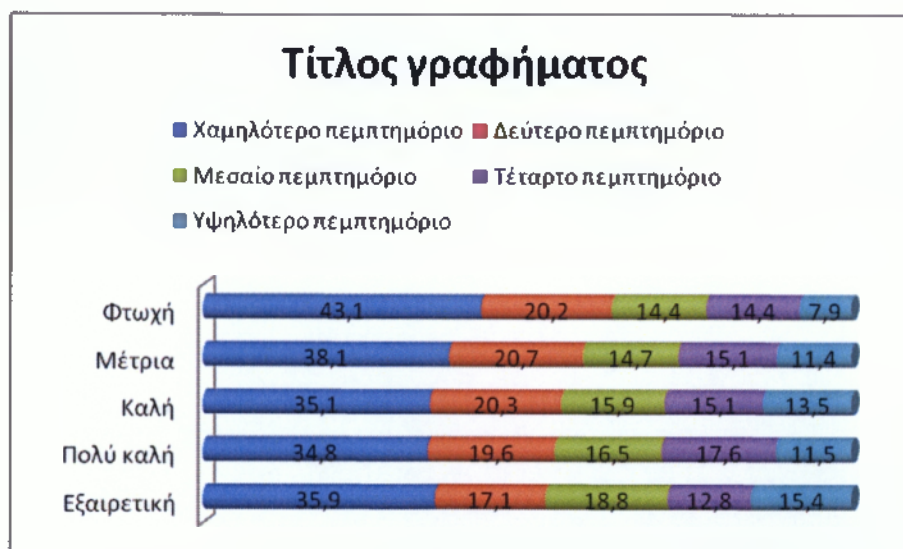


Διάγραμμα 2.39: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας 2.40: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	35,9	34,8	35,1	38,1	43,1	36,9
Δεύτερο πεμπτημόριο	17,1	19,6	20,3	20,7	20,2	20,2
Μεσαίο πεμπτημόριο	18,8	16,5	15,9	14,7	14,4	15,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	12,8	17,6	15,1	15,1	14,4	15,3
Υψηλότερο πεμπτημόριο	15,4	11,5	13,5	11,4	7,9	12,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.40: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

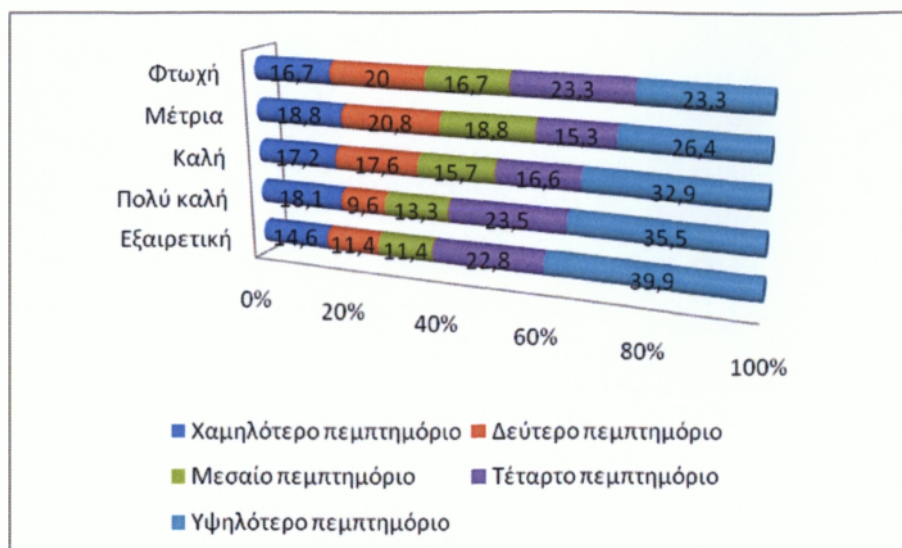
Η Ελβετία παρουσιάζει την αντίθετη ακριβώς εικόνα από την Ελλάδα και Ισπανία. Ελβετοί με υψηλό εισόδημα (39,9%) αυτό-εκτιμούν την κατάσταση υγείας τους

εξαιρετική και καθώς το εισόδημα (14,6% με χαμηλότερο εισόδημα) πέφτει η αυτο-εκτίμησή του χαμηλώνει. Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και στην περίπτωση όπου η αυτο-εκτίμηση για την υγεία τους είναι φτωχή (23,3% με υψηλότερο εισόδημα και 16,7% με χαμηλότερο εισόδημα). (Πίνακας και Διάγραμμα 2.41)

Πίνακας 2.41: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	14,6	18,1	17,2	18,8	16,7	17,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	11,4	9,6	17,6	20,8	20,0	15,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	11,4	13,3	15,7	18,8	16,7	14,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	22,8	23,5	16,6	15,3	23,3	19,4
Υψηλότερο πεμπτημόριο	39,9	35,5	32,9	26,4	23,3	33,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



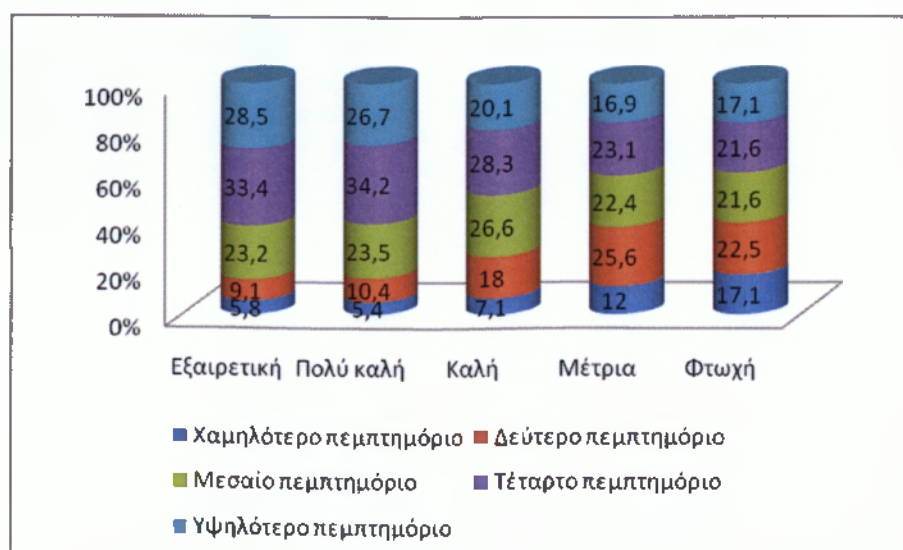
Διάγραμμα 2.41: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Η περίπτωση των Σουηδών είναι διαφορετική από τις παραπάνω χώρες. Για την περίπτωση όπου η αυτο-εκτίμηση της υγείας είναι εξαιρετική επικρατεί περίπου η ίδια εικόνα με την Ελβετία (5,8% χαμηλότερου εισοδήματος και 33,4% τέταρτου πεμπτημόριου). Στην περίπτωση όμως όπου η αυτο-εκτίμηση είναι φτωχή τα δεδομένα αλλάζουν: το μεγαλύτερο ποσοστό (22,5%) δεύτερου πεμπτημόριου δηλώνει φτωχή υγεία και ακολουθούν με ποσοστό (21,6%) μεσαίου και τέταρτου πεμπτημόριου ενώ εντυπωσιακό είναι ότι χαμηλότερου και υψηλότερου εισοδήματος έχουν το ίδιο ποσοστό (17,1%). (Πίνακας και Διάγραμμα 2.42)

Πίνακας 2.42: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική ή	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	5,8	5,4	7,1	12,0	17,1	7,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	9,1	10,4	18,0	25,6	22,5	15,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	23,2	23,5	26,6	22,4	21,6	24,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	33,4	34,2	28,3	23,1	21,6	30,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	28,5	26,7	20,1	16,9	17,1	23,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.42: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.12 Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα, ανά φύλο και χώρα

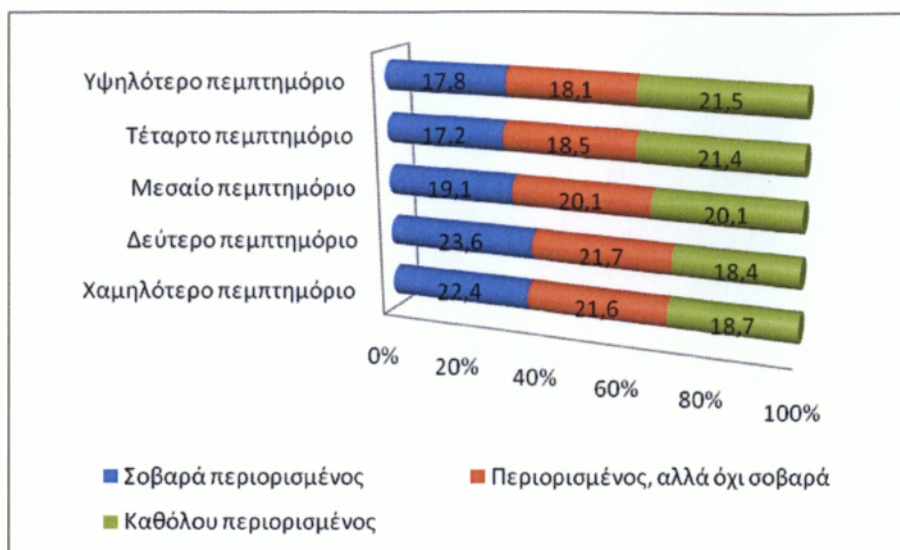
Στον περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω) σοβαρά περιορισμένοι δηλώνουν στο μεγαλύτερο ποσοστό (22,4%) ευρωπαίοι όπου έχουν χαμηλό εισόδημα και καθώς το εισόδημα τους μεγαλώνει τα ποσοστά πέφτουν και αυτά με την σειρά τους με το μικρότερο να είναι 17,2% του τέταρτου πεμπτημορίου. Το αντίθετο συμβαίνει με του Ευρωπαίους όπου δηλώνουν καθόλου περιορισμένοι με το μεγαλύτερο ποσοστό (21,5%) να βρίσκετε στο υψηλότερο πεμπτημόριο και σταδιακά να πέφτει φτάνοντας το 18,4% του δεύτερου πεμπτημορίου. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.43)

Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και στον διαχωρισμό ανά φύλο. (Παράρτημα, Π15&Δ15, Π16&Δ16)

Πίνακας 2.43: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	22,4	21,6	18,7	20,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	23,6	21,7	18,4	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,1	20,1	20,1	20,0
Τέταρτο πεμπτημόριο	17,2	18,5	21,4	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	17,8	18,1	21,5	20,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.43: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

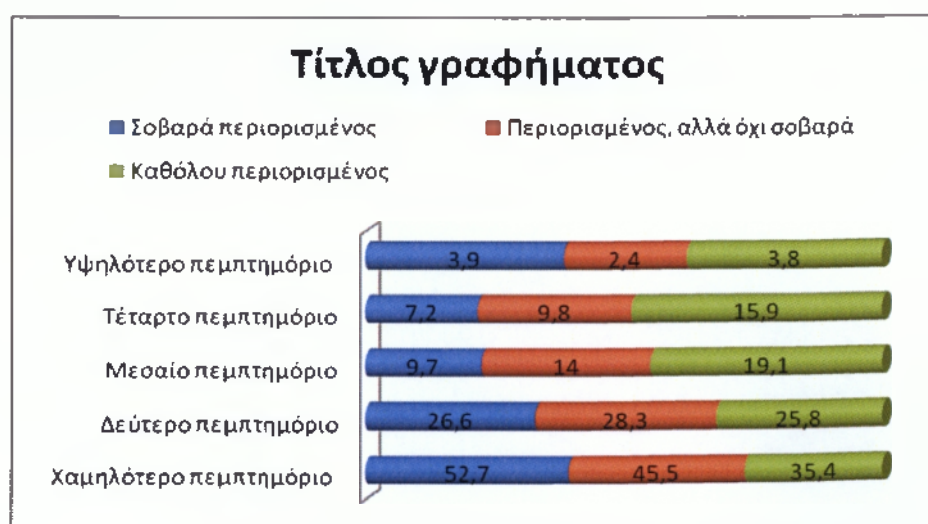
Στην περίπτωση της Ελλάδας τα σοβαρά περιορισμένοι στο μεγαλύτερο ποσοστό (52,7%) δηλώνουν Έλληνες με το χαμηλότερο εισόδημα και καθώς το εισόδημα μεγαλώνει τα ποσοστά πέφτουν και αυτά με την σειρά τους φτάνοντας το 3,9% του υψηλότερου εισοδήματος. Η ίδια εικόνα επικρατεί και για αυτούς που δηλώνουν κανέναν περιορισμό σε σχέση με το οικογενειακό εισόδημα (35,4% χαμηλότερου εισοδήματος και 3,8% υψηλότερου εισοδήματος). (Πίνακας και Διάγραμμα 2.44)

Η ίδια ακριβώς εικόνα παρουσιάζετε και στην περίπτωση της Ισπανίας. (Παράρτημα, Π17&Δ17)

Πίνακας 2.44: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	52,7	45,5	35,4	39,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	26,6	28,3	25,8	26,4
Μεσαίο πεμπτημόριο	9,7	14,0	19,1	17,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	7,2	9,8	15,9	13,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	3,9	2,4	3,8	3,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.44: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

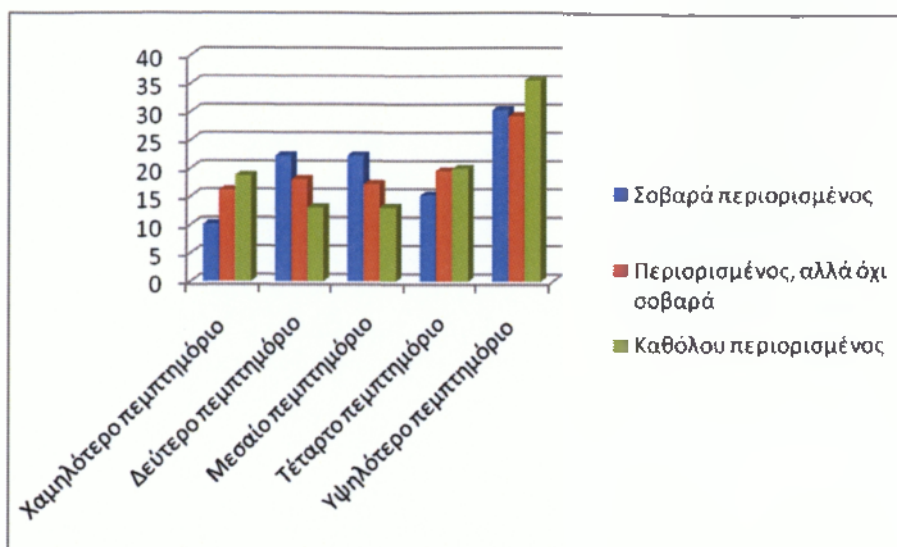
Την αντίθετη εικόνα από την Ελλάδα παρουσιάζει η Ελβετία όπου σοβαρά περιορισμένοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (30,3%) δηλώνουν Ελβετοί με το υψηλότερο εισόδημα και καθώς το εισόδημα τους χαμηλώνει πέφτουν και τα ποσοστά φτάνοντας το 10,1% χαμηλότερου εισοδήματος. Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και για αυτούς που δηλώνουν καθόλου περιορισμένοι (35,5% υψηλότερου εισοδήματος και 13,0 μεσαίου και δεύτερου πεμπτημόριου). (Πίνακας και Διάγραμμα 2.45)

Περίπου την ίδια εικόνα με την Ελβετία παρουσιάζει και η Σουηδία. (Παράρτημα, Π18 & Δ18)

Πίνακας 2.45: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	10,1	16,1	18,7	17,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	22,2	18,0	13,0	15,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	22,2	17,2	13,0	14,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	15,2	19,5	19,9	19,4
Υψηλότερο πεμπτημόριο	30,3	29,2	35,5	33,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.45: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.13 Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ανά φύλο και χώρα

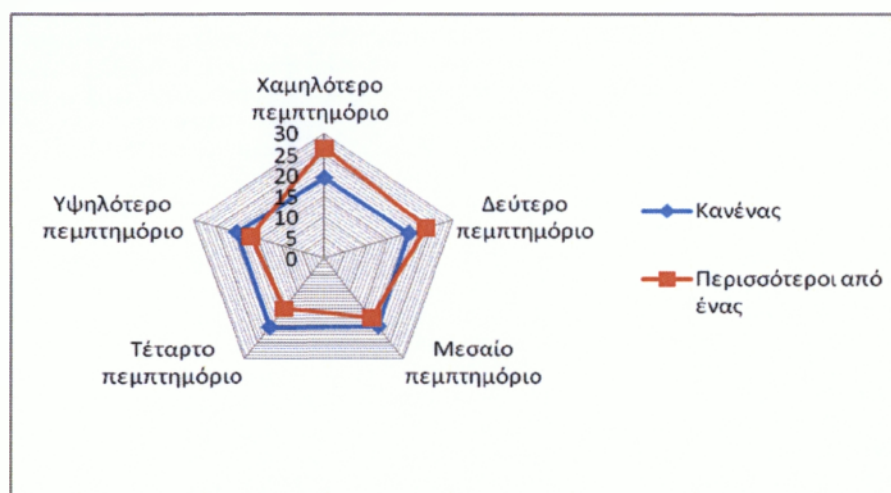
Όσον αναφορά για τον αριθμό των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα περισσότερο από έναν περιορισμούς δηλώνουν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (26,5%) Ευρωπαίοι οι οποίοι έχουν το χαμηλότερο εισόδημα και ακολουθούν με το δεύτερο πεμπτημόριο (23,7%), μεσαίο πεμπτημόριο (17,9%), υψηλότερο πεμπτημόριο (17,0%) και τέλος τέταρτο πεμπτημόριο (15,0%). Περίπου την αντίθετη εικόνα παρατηρούμε στους Ευρωπαίους που δηλώνουν κανέναν περιορισμό με το μεγαλύτερο ποσοστό να βρίσκετε σε αυτούς που είναι στο τέταρτο πεμπτημόριο (20,6%) και να ακολουθούν με υψηλότερο πεμπτημόριο (20,3%), μεσαίο πεμπτημόριο (20,2%), δεύτερο πεμπτημόριο (19,6%) και τέλος στο χαμηλό πεμπτημόριο (19,3%). (Πίνακας και Διάγραμμα 2.46)

Περίπου την ίδια εικόνα παρουσιάζει και ο διαχωρισμός ανά φύλο (άντρες γυναίκες) αλλά και η χώρα της Σουηδίας. (Παράρτημα, Π19&Δ19, Π20&Δ20, Π21&Δ21 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.46: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένα	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	19,3	26,5	20,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,6	23,7	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,2	17,9	20,0
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,5	15,0	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,3	17,0	20,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.46: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Στην περίπτωση της Ελλάδας η εικόνα είναι διαφορετική από την γενική εικόνα που εξετάσαμε παραπάνω. Οι Έλληνες που δηλώνουν περισσότερους από έναν

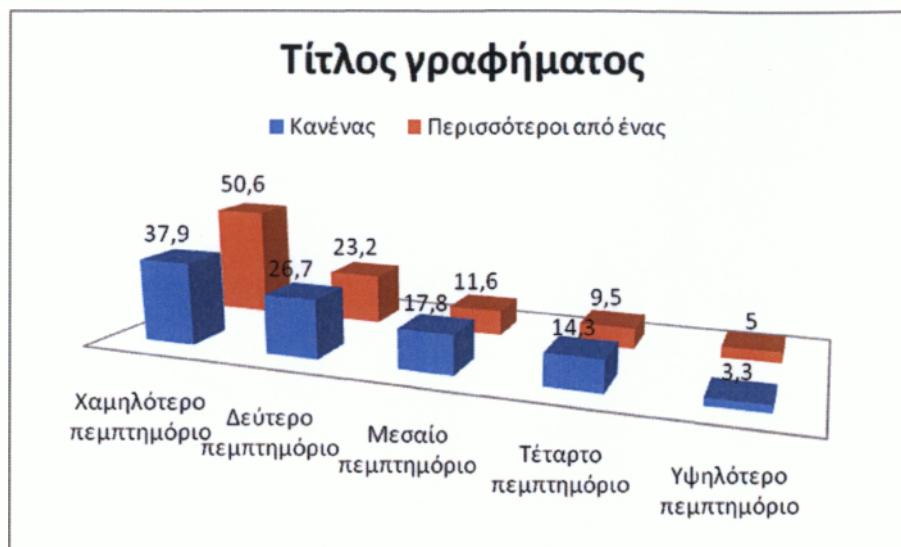
περιορισμούς στο μεγαλύτερο τους ποσοστό (50,6%) βρίσκονται στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και καθώς το εισόδημα τους μεγαλώνει πέφτουν τα ποσοστά των περιορισμών φτάνοντας στο μικρότερο τους ποσοστό (5,0%) του υψηλότερου πεμπτημορίου. Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει όμως και στους Έλληνες που δηλώνουν κανέναν περιορισμό με το μεγαλύτερο ποσοστό (37,9%) να βρίσκετε στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και το χαμηλότερο ποσοστό (3,3%) στο υψηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.47)

Την ίδια εικόνα με την Ελλάδα παρουσιάζει και η Ισπανία ενώ την ακριβώς αντίθετη από αυτές η Ελβετία. (Παράρτημα, Π22&Δ22, Π23&Δ23 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.47: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	37,9	50,6	39,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	26,7	23,2	26,4
Μεσαίο πεμπτημόριο	17,8	11,6	17,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	14,3	9,5	13,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	3,3	5,0	3,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.47: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.14 Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ανά φύλο και χώρα

Μετά από την επεξεργασία του δείγματος μας παρατηρούμε ότι περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς έχουν οι Ευρωπαίοι όπου βρίσκονται στο χαμηλότερο εισόδημα (30,6%) και καθώς αυτό μεγαλώνει πέφτουν και τα ποσοστά των λειτουργικών περιορισμών έχοντας στο δεύτερο πεμπτημόριο 23,4%, μεσαίο πεμπτημόριο 16,9%, τέταρτο πεμπτημόριο 15,0%, υψηλότερο πεμπτημόριο 14,1%. Το αντίθετο παρατηρείται στους Ευρωπαίους που δηλώνουν κανέναν περιορισμό, με το χαμηλότερο ποσοστό (19,1%) να βρίσκετε στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και καθώς το εισόδημα ανεβαίνει ανεβαίνουν και τα ποσοστά φτάνοντας στο υψηλότερο με 20,5%. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.48)

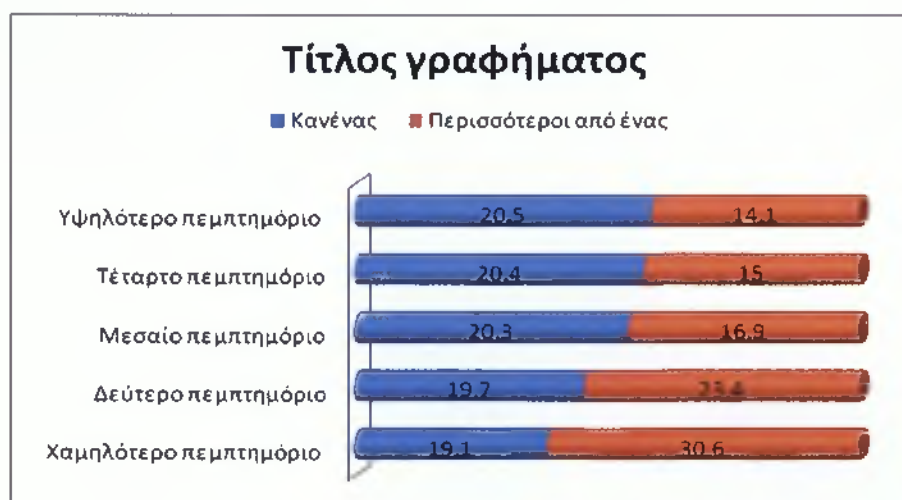
Περίπου τα ίδια ποσοστά παρατηρούνται και στον διαχωρισμό αντρών και γυναικών αλλά και στην χώρα της Σουηδίας (Παράρτημα, Π24&Δ24, Π25&Δ25, Π26&Δ26 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.48: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση

2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	19,1	30,6	20,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,7	23,4	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,3	16,9	20,0
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,4	15,0	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,5	14,1	20,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.48: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

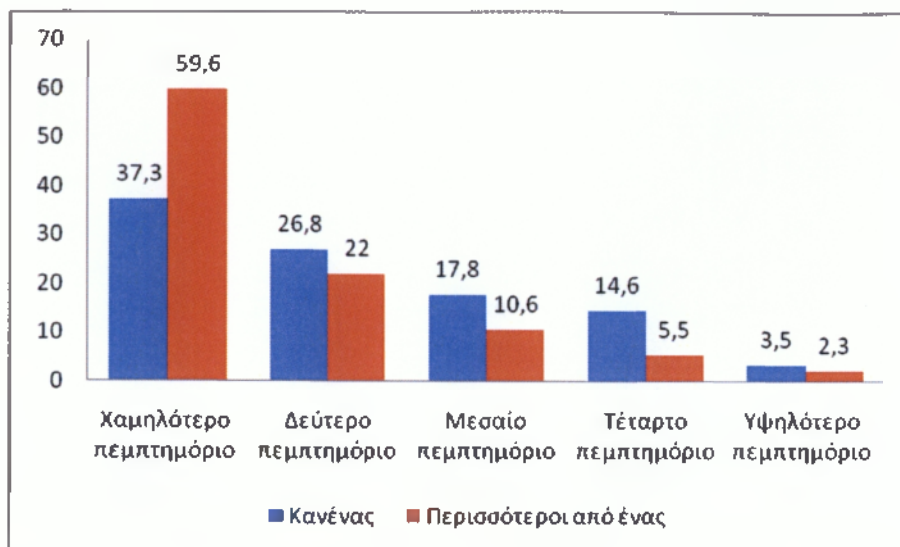
Πάνω από τους μισούς Έλληνες Ευρωπαίους (59,6%) δηλώνουν περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς στο χαμηλότερο εισόδημα και καθώς αυτό μεγαλώνει πέφτουν και τα ποσοστά των περιορισμών φτάνοντας το 2,3% στο υψηλότερο εισόδημα. Η ίδια εικόνα παρατηρείται και σε αυτούς που δηλώνουν κανέναν περιορισμό με το μεγαλύτερο ποσοστό (37,3%) να βρίσκετε στο χαμηλότερο εισόδημα και το μικρότερο (3,5%) στο υψηλότερο εισόδημα. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.49)

Την ίδια εικόνα με την Ελλάδα παρουσιάζει και η χώρα της Ισπανίας ενώ την αντίθετη και από της δύο η Ελβετία. (Παράρτημα, Π27&Δ27, Π28&Δ28 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.49: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από έναν	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	37,3	59,6	39,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	26,8	22,0	26,4
Μεσαίο πεμπτημόριο	17,8	10,6	17,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	14,6	5,5	13,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	3,5	2,3	3,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.49: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

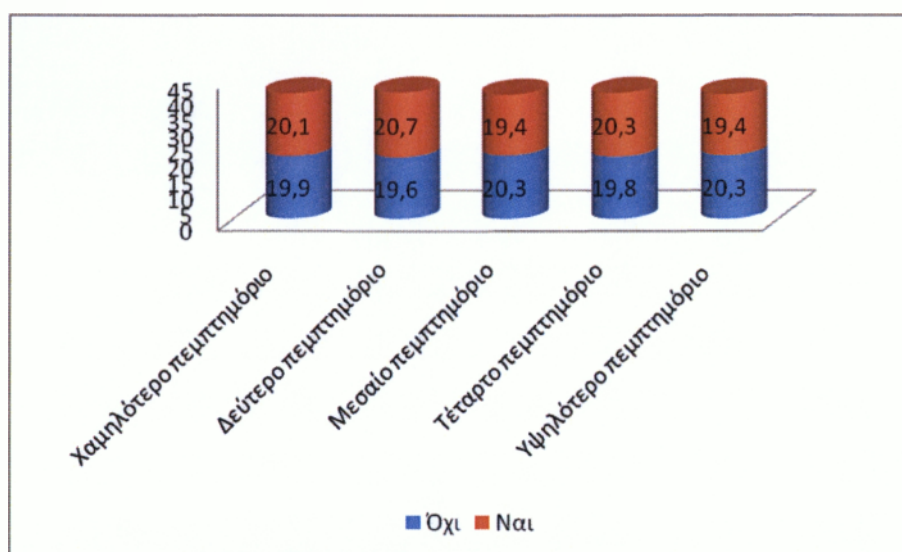
2.2.1.15 Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ανά φύλο και χώρα

Ενήλικες Ευρωπαίοι άνω των 50 ετών έχουν νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (20,7%) στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,3% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 20,1% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και τέλος με 19,4% στο μεσαίο και υψηλότερο πεμπτημόριο. Στους Ευρωπαίους που δηλώνουν ότι δεν έχουν νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχουν αυτοί στο υψηλότερο και μεσαίο πεμπτημόριο (20,3%) και ακολουθούν με 19,9% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, 19,8% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος με 19,6% στο δεύτερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.50)

Πίνακας 2.50: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	19,9	20,1	20,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,6	20,7	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,3	19,4	20,0
Τέταρτο πεμπτημόριο	19,8	20,3	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,3	19,4	20,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.50: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

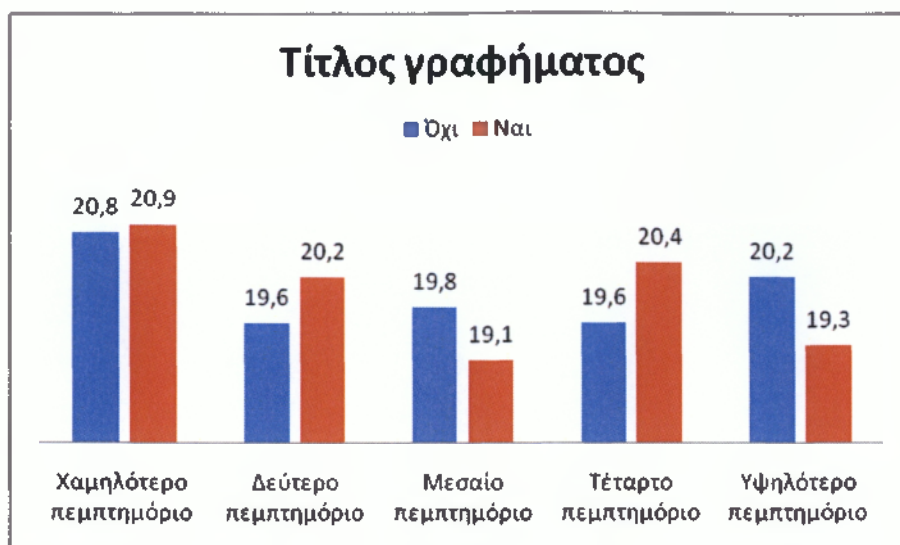
Οι ενήλικες άντρες Ευρωπαίοι δηλώνουν συναισθήματα κατάθλιψης στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (20,9%) στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με

20,4% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 20,2% στο δεύτερο πεμπτημόριο 19,3% στο υψηλότερο πεμπτημόριο και τέλος με 19,1% στο μεσαίο πεμπτημόριο. Επίσης σε αυτούς που δηλώνουν ότι δεν έχουν συναισθήματα κατάθλιψης το μεγαλύτερο ποσοστό (20,8%) βρίσκεται στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,2% στο υψηλότερο πεμπτημόριο, 19,8% στο μεσαίο πεμπτημόριο και τέλος με 19,6% στο δεύτερο και τέταρτο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.51)

Πίνακας 2.51: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	20,8	20,9	20,8
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,6	20,2	19,8
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,8	19,1	19,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	19,6	20,4	19,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,2	19,3	19,9
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



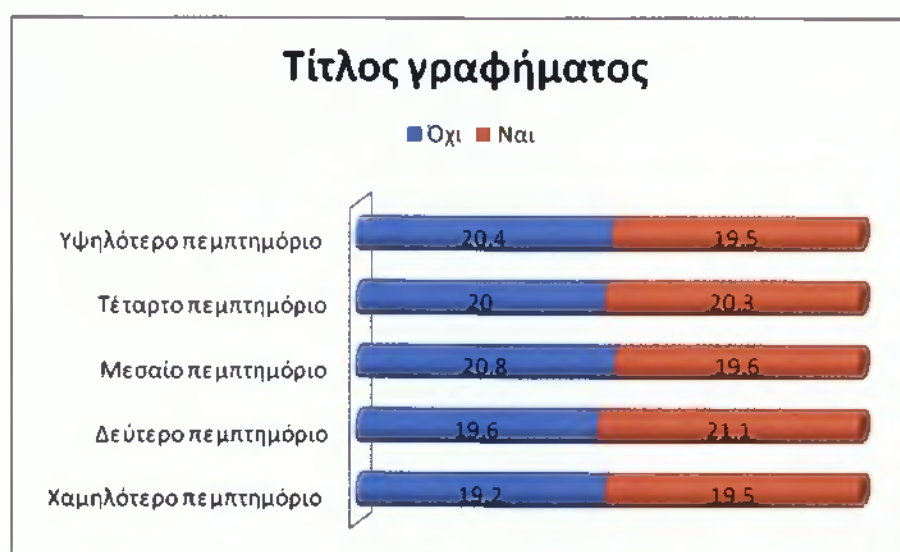
Διάγραμμα 2.51: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Στην ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω) το μεγαλύτερο ποσοστό (21,1%) δηλώνει συναισθήματα κατάθλιψης και βρίσκεται στο δεύτερο πεμπτημόριο ενώ ακολουθούν με 20,3% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 19,6% στο μεσαίο πεμπτημόριο και τέλος με 19,5% στο χαμηλότερο και υψηλότερο πεμπτημόριο. Στις γυναίκες που δηλώνουν ότι δεν έχουν συναισθήματα κατάθλιψης το μεγαλύτερο ποσοστό (20,8%) βρίσκεται στο μεσαίο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,4% στο υψηλότερο πεμπτημόριο, 20,0 στο τέταρτο πεμπτημόριο, 19,6% στο δεύτερο πεμπτημόριο και τέλος με 19,2% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.52)

Πίνακας 2.52: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	19,2	19,5	19,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,6	21,1	20,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,8	19,6	20,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,0	20,3	20,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,4	19,5	20,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.52: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Στην ένδειξη ψυχικής υγείας Ελλήνων Ευρωπαίων το μεγαλύτερο ποσοστό (36,2%) στο χαμηλότερο πεμπτημόριο να έχει νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης και

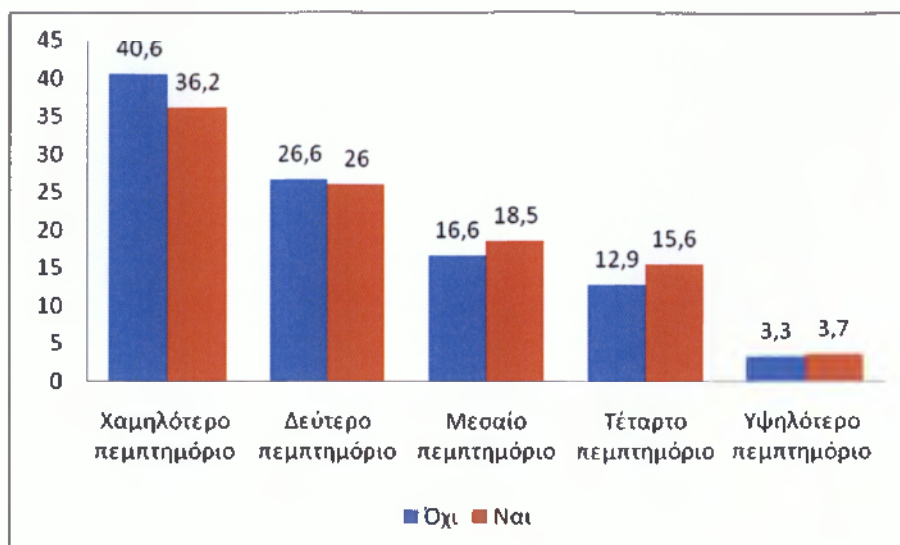
καθώς το εισόδημα ανεβαίνει πέφτει και το ποσοστό αυτής φτάνοντας στο 3,3% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Η ίδια εικόνα επικρατεί και σε αυτούς που δηλώνουν ότι δεν νιώθουν συναισθήματα κατάθλιψης με το μεγαλύτερο ποσοστό (40,6%) να βρίσκεται στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και μικρότερο (3,3%) στο υψηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.53)

Οι παρακάτω τρεις χώρες (Σουηδία, Ισπανία και Ελβετία) έχουν επιλεγεί διότι παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές από το γενικό σύνολο ενώ οι υπόλοιπες όχι. Η Ισπανία παρουσιάζει την ίδια εικόνα με την Ελλάδα, ενώ η Σουηδία και η Ελβετία την αντίθετη ακριβώς. (Παράρτημα, Π29&Δ29, Π30&Δ30, Π31&Δ31 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.53: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	40,6	36,2	39,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	26,6	26,0	26,4
Μεσαίο πεμπτημόριο	16,6	18,5	17,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	12,9	15,6	13,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	3,3	3,7	3,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.53: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.16 Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ανά φύλο και χώρα

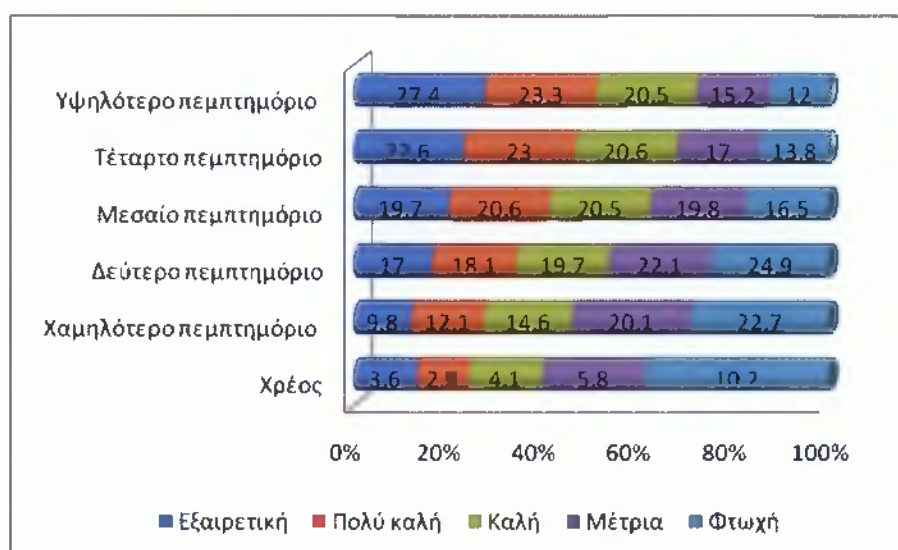
Μετά από την επεξεργασία του δείγματος για την αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας παρατηρείται το εξής φαινόμενο: το μεγαλύτερο ποσοστό (24,9%) δηλώνει φτωχή υγεία ενώ βρίσκετε στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 22,7% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο ενώ καθώς το εισόδημα ανεβαίνει πέφτουν και τα ποσοστά έχοντας 16,5% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 13,8% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος με 12,0% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Στους Ευρωπαίους που δηλώνουν ότι έχουν εξαιρετική αυτο-εκτίμηση της υγείας τους η εικόνα είναι αντίστροφη από πριν: το μεγαλύτερο ποσοστό (27,4%) έχουν αυτοί στο υψηλότερο πεμπτημόριο και καθώς το εισόδημα πέφτει πέφτουν και τα ποσοστά φτάνοντας στο 9,8% του χαμηλότερου πεμπτημρίου. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.54)

Την ίδια σχεδόν εικόνα με το γενικό σύνολο παρουσιάζουν τα δεδομένα στον διαχωρισμό ανά φύλο (άντρες γυναίκες), αλλά και των χωρών Ολλανδία , Ελβετία και Βέλγιο όπου έχουν επιλεγεί από τις υπόλοιπες χώρες διότι μερικά ποσοστά είναι πολύ μεγαλύτερα από το γενικό σύνολο με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν ενδιαφέρον. (Παράρτημα, Π32&Δ32, Π33&Δ33, Π34&Δ34, Π35&Δ35, Π36&Δ36 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.54: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χρέος	3,6	2,9	4,1	5,8	10,2	4,6
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	9,8	12,1	14,6	20,1	22,7	15,4
Δεύτερο πεμπτημόριο	17,0	18,1	19,7	22,1	24,9	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,7	20,6	20,5	19,8	16,5	20,0
Τέταρτο πεμπτημόριο	22,6	23,0	20,6	17,0	13,8	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	27,4	23,3	20,5	15,2	12,0	20,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.54: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

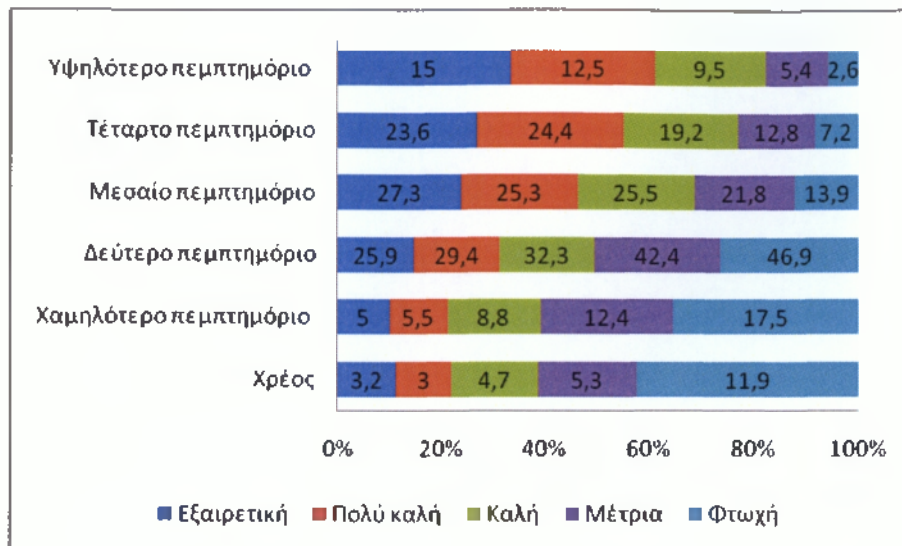
Στους Έλληνες Ευρωπαίους που δηλώνουν φτωχή αυτο-εκτίμηση της υγείας τους η εικόνα είναι ίδια με το γενικό σύνολο με το μεγαλύτερο ποσοστό (46,9%) να βρίσκεται στο δεύτερο πεμπτημόριο και να κατεβαίνει φτάνοντας στο 2,6% στο υψηλότερο πεμπτημόριο.

Όμως για αυτούς που δηλώνουν εξαιρετική αυτο-εκτίμηση της υγείας τους τα δεδομένα αλλάζουν: το μεγαλύτερο ποσοστό (27,3%) κατέχουν στο μεσαίο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 25,9% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 23,6% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 15,0% στο υψηλότερο πεμπτημόριο και τέλος με ένα πολύ μικρό ποσοστό 5,0% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.55)

Πίνακας 2.55: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χρέος	3,2	3,0	4,7	5,3	11,9	4,7
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	5,0	5,5	8,8	12,4	17,5	9,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	25,9	29,4	32,3	42,4	46,9	34,4
Μεσαίο πεμπτημόριο	27,3	25,3	25,5	21,8	13,9	23,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	23,6	24,4	19,2	12,8	7,2	18,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	15,0	12,5	9,5	5,4	2,6	9,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.55: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.17 Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ανά φύλο και χώρα

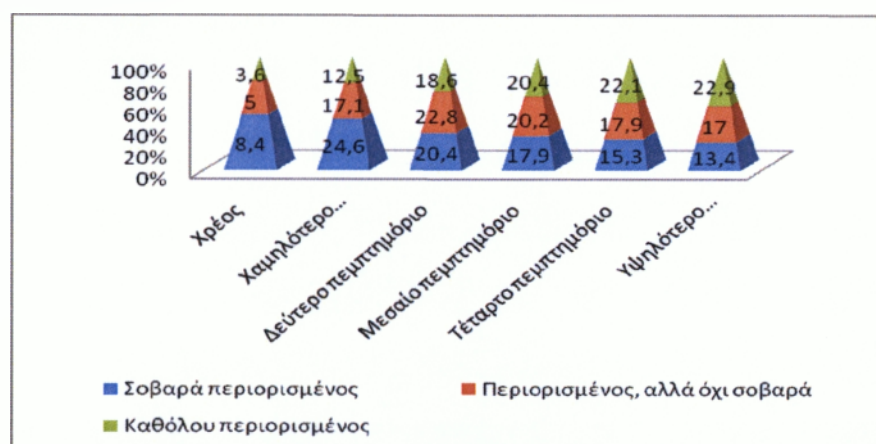
Μετά από την ανάλυση του δείγματος για τον περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω) παρατηρείται το εξής φαινόμενο: σοβαρά περιορισμένοι είναι στο μεγαλύτερο τους ποσοστό (24,6%) Ευρωπαίοι με το χαμηλότερο πεμπτημόριο και καθώς ο πλούτος ανεβαίνει μικραίνουν και τα ποσοστά των περιορισμών έχοντας 20,4% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 17,9% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 15,3% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος 13,4% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Το αντίστροφο συμβαίνει σε αυτούς που δηλώνουν καθόλου περιορισμένοι με το μεγαλύτερο ποσοστό (22,9%) να έχουν στο υψηλότερο πεμπτημόριο και καθώς ο πλούτος λιγосτεύει, τα ποσοστά πέφτουν φτάνοντας στο 12,5% του χαμηλότερου πεμπτημορίου. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.56)

Τα δεδομένα παρουσιάζονται σχεδόν με τον ίδιο τρόπο όπως και στο γενικό σύνολο στον διαχωρισμό αντρών και γυναικών αλλά και στην χώρα Σουηδία. (Παράρτημα, Π37&Δ37, Π38&Δ38, Π39&Δ39 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.56: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χρέος	8,4	5,0	3,6	4,6
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	24,6	17,1	12,5	15,4
Δεύτερο πεμπτημόριο	20,4	22,8	18,6	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	17,9	20,2	20,4	20,0
Τέταρτο πεμπτημόριο	15,3	17,9	22,1	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	13,4	17,0	22,9	20,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.56: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

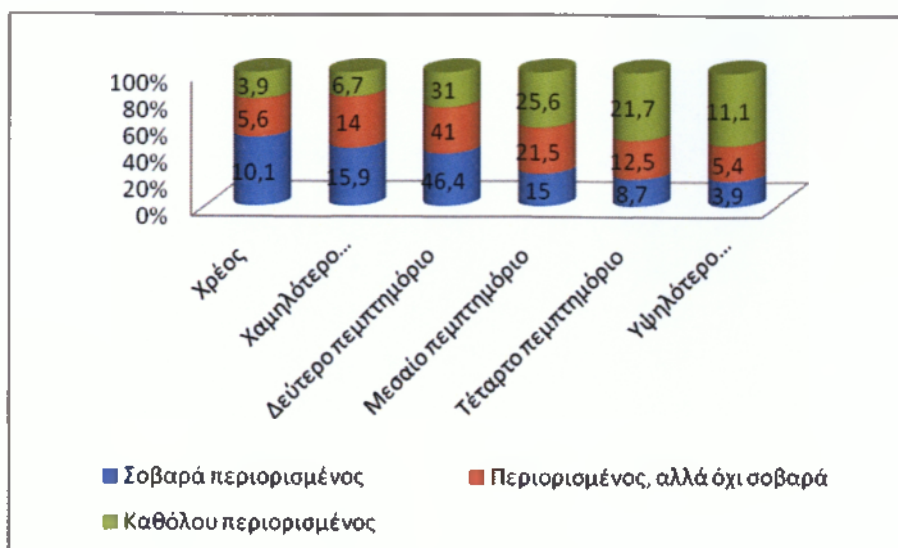
Στον περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας σοβαρά περιορισμένοι στο μεγαλύτερο τους ποσοστό (46,4%)

είναι οι Έλληνες Ευρωπαίοι στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 15,9% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, 15,0% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 8,7% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος 3,9% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Στους Έλληνες που δηλώνουν καθόλου περιορισμένοι το μεγαλύτερο ποσοστό (31,0%) βρίσκεται στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 25,6% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 21,7% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 11,1% στο υψηλότερο πεμπτημόριο ενώ το μικρότερο ποσοστό (6,7%) βρίσκεται στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.57)

Πίνακας 2.57: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χρέος	10,1	5,6	3,9	4,7
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	15,9	14,0	6,7	9,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	46,4	41,0	31,0	34,4
Μεσαίο πεμπτημόριο	15,0	21,5	25,6	23,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	8,7	12,5	21,7	18,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	3,9	5,4	11,1	9,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



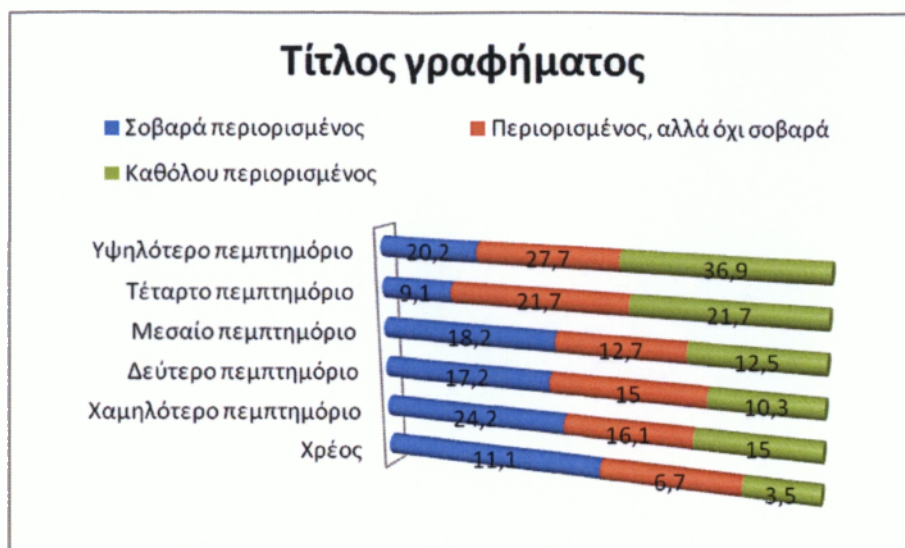
Διάγραμμα 2.57: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Στον περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας σοβαρά περιορισμένοι είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (24,2%) οι Ελβετοί Ευρωπαίοι στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,2% στο υψηλότερο πεμπτημόριο, 18,2% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 17,2% στο δεύτερο πεμπτημόριο και τέλος 9,1 στο τέταρτο πεμπτημόριο. Σε αυτούς που δηλώνουν καθόλου περιορισμένοι το μεγαλύτερο ποσοστό (36,9%) βρίσκεται στο υψηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 21,7% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 15,0% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, 12,5% στο μεσαίο πεμπτημόριο και τέλος με 10,3% στο δεύτερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.58)

Πίνακας 2.58: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χρέος	11,1	6,7	3,5	5,0
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	24,2	16,1	15,0	16,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	17,2	15,0	10,3	12,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	18,2	12,7	12,5	13,1
Τέταρτο πεμπτημόριο	9,1	21,7	21,7	20,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,2	27,7	36,9	33,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



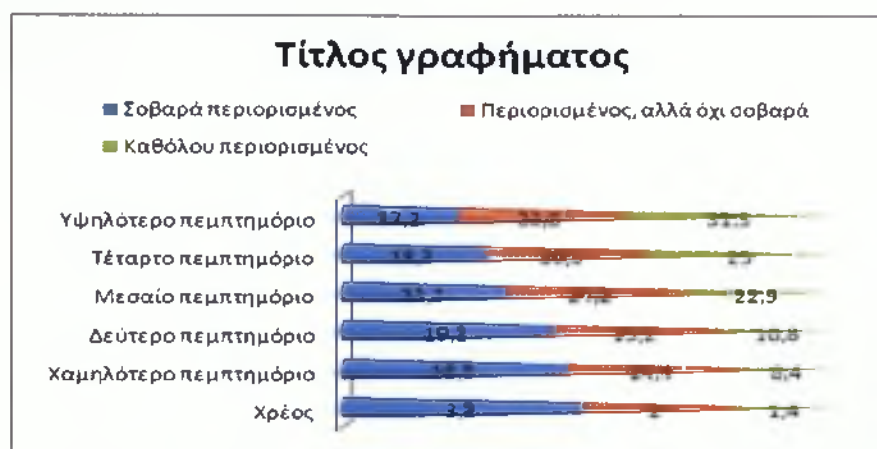
Διάγραμμα 2.58: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Στον περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), σοβαρά περιορισμένοι στο μεγαλύτερο ποσοστό (23,3%) βρίσκονται στο μεσαίο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 19,2% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 18,8% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, 18,3 στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος με 17,2% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Καθόλου περιορισμένοι στο μεγαλύτερο τους ποσοστό (31,5%) βρίσκονται στο υψηλότερο πεμπτημόριο και καθώς ο πλούτος της οικογένειας πέφτει χαμηλώνουν και τα ποσοστά φτάνοντας το 8,4% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.59)

Πίνακας 2.59: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χρέος	3,2	2,0	1,4	1,8
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	18,8	14,4	8,4	11,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,2	15,2	10,8	13,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	23,3	24,2	22,9	23,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	18,3	20,3	25,0	22,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	17,2	23,8	31,5	27,6
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.59: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.18 Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ανά φύλο και χώρα

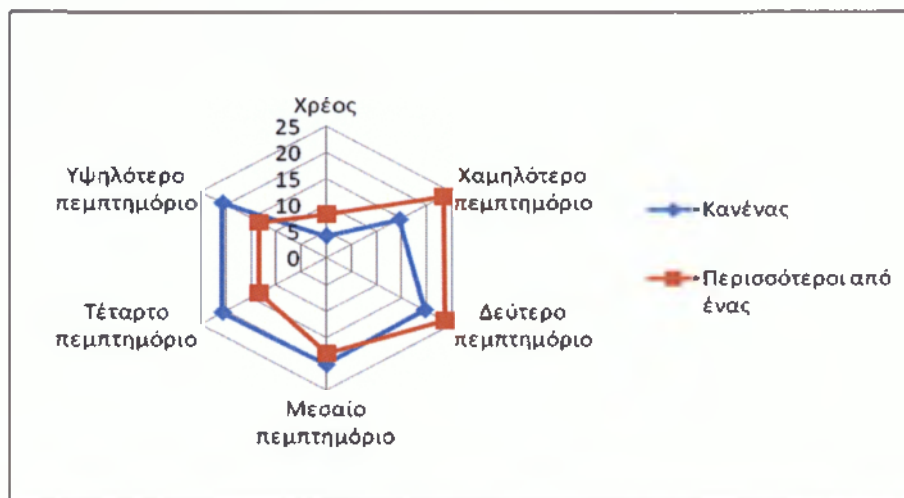
Στην επεξεργασία του δέγματος για τον αριθμό των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), προκύπτει ότι: περισσότερους από έναν περιορισμούς έχουν αυτοί οι οποίοι βρίσκονται στο δεύτερο πεμπτημόριο (23,6%) και ακολουθούν με 23,3% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο ενώ καθώς μεγαλώνει το εισόδημα μικραίνουν και οι περιορισμοί έχοντας 18,1% στο μεσαίο πεμπτημόριο και τέλος 13,4% στο τέταρτο και υψηλότερο πεμπτημόριο. Η ακριβώς αντίθετη εικόνα παρουσιάζετε σε αυτούς που δηλώνουν κανέναν περιορισμό με τα υψηλότερα ποσοστά (20,7%) να κατέχουν το υψηλότερο και τέταρτο πεμπτημόριο ενώ καθώς μικραίνει ο πλούτος μικραίνουν και οι περιορισμοί έχοντας 19,6% στο δεύτερο πεμπτημόριο και τέλος 14,6% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.60)

Την ίδια περίπου εικόνα με το γενικό σύνολο παρουσιάζει και ο διαχωρισμός στους άντρες και γυναίκες. (Παράρτημα, Π40&Δ40, Π41&Δ41 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.60: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χρέος	4,2	8,3	4,6
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	14,6	23,3	15,4
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,6	23,6	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,2	18,1	20,0
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,7	13,4	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,7	13,4	20,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.60: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Στην περίπτωση της Ελλάδας περισσότερους από έναν περιορισμούς δηλώνουν οι Έλληνες που βρίσκονται στο δεύτερο πεμπτημόριο με 42,7% και ακολουθούν με 20,3%

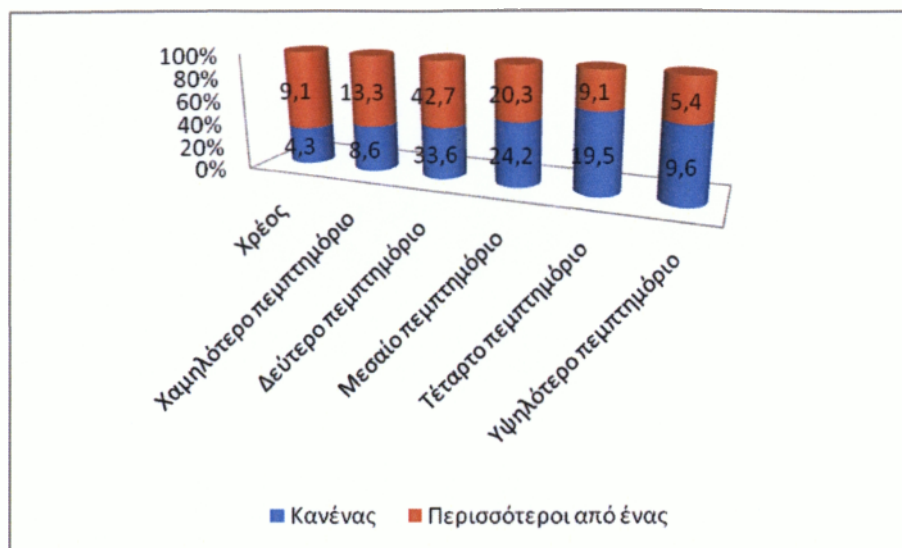
στο μεσαίο πεμπτημόριο, 13,3% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, 9,1% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος με 5,4% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Στην αντίθετη περίπτωση σε αυτούς δηλαδή που δηλώνουν κανέναν περιορισμό, το μεγαλύτερο ποσοστό (33,6%) κατέχουν αυτοί στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 24,2% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 19,5% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 9,6% στο υψηλότερο πεμπτημόριο και τέλος με 8,6% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.61)

Την ίδια περίπου εικόνα παρουσιάζει και η χώρα της Σουηδίας και το Βέλγιο όπου έχουν επιλεγεί (όπως και οι χώρα Ελβετία) γιατί παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές από το γενικό σύνολο ενώ οι υπόλοιπες όχι. (Παράρτημα, Π42&Δ42, Π43&Π43 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.61: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χρέος	4,3	9,1	4,7
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	8,6	13,3	9,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	33,6	42,7	34,4
Μεσαίο πεμπτημόριο	24,2	20,3	23,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	19,5	9,1	18,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	9,6	5,4	9,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



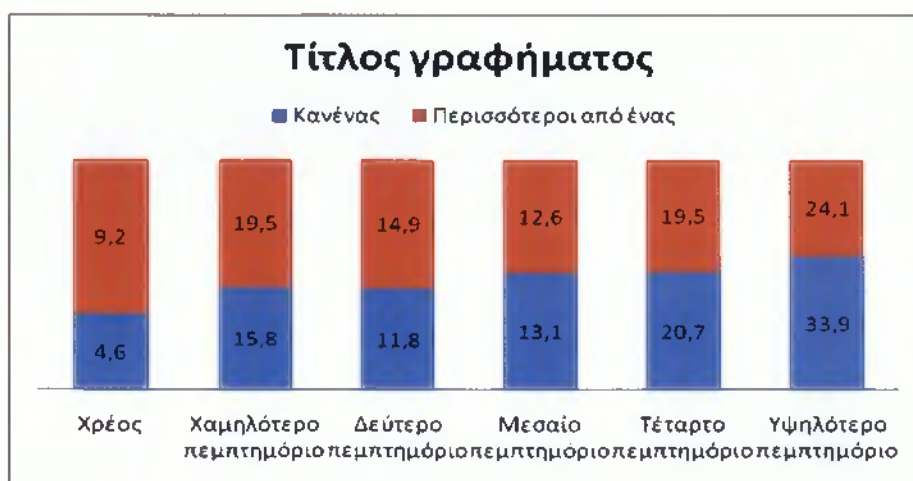
Διάγραμμα 2.61: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Η χώρα της Ελβετίας παρουσιάζει μια εντελώς διαφορετική εικόνα διότι το μεγαλύτερο ποσοστό (24,1%) δηλώνει περισσότερους από έναν περιορισμούς στο υψηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 19,5% στο τέταρτο και χαμηλότερο πεμπτημόριο, 14,9 στο δεύτερο πεμπτημόριο και τέλος με 12,6% στο μεσαίο πεμπτημόριο. Επίσης το υψηλότερο ποσοστό (33,9%) σε αυτούς που δηλώνουν κανέναν περιορισμό βρίσκεται στο υψηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,7% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 15,8% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, 13,1% στο μεσαίο πεμπτημόριο και τέλος με 11,8% στο δεύτερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.62)

Πίνακας 2.62: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χρέος	4,6	9,2	5,0
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	15,8	19,5	16,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	11,8	14,9	12,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	13,1	12,6	13,1
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,7	19,5	20,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	33,9	24,1	33,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.62: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

2.2.1.19 Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ανά φύλο και χώρα

Όσον αναφορά τον αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό (25,3%) από αυτούς που δηλώνουν περισσότερους από ένα λειτουργικούς περιορισμούς βρίσκονται στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθεί με 24,3% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο ενώ καθώς το εισόδημα ανεβαίνει πέφτουν και οι λειτουργικοί περιορισμοί έχοντας 16,6% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 12,9% στο τέταρτο πεμπτημόριο και 10,3% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Η αντίθετη εικόνα επικρατεί σε αυτούς που δηλώνουν κανέναν λειτουργικό περιορισμό με το μεγαλύτερο ποσοστό (20,9%) να έχουν αυτοί στο υψηλότερο πεμπτημόριο και καθώς το εισόδημα να πέφτει να πέφτουν και οι περιορισμοί φτάνοντας το 14,6% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.63)

Σχεδόν την ίδια εικόνα μπορούμε να παρατηρήσουμε και στον διαχωρισμό αντρών και γυναικών. (Παράρτημα, Π44&Δ44, Π45&Δ45 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.63: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση

2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χρέος	4,1	10,6	4,6
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	14,6	24,3	15,4
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,5	25,3	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,3	16,6	20,0
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,6	12,9	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,9	10,3	20,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.63: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (48,6%) έχουν οι Έλληνες στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 16,1% στο

μεσαίο πεμπτημόριο, 15,1% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, 6,4% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος λιγότερο περιορισμένοι με 4,6% είναι αυτοί στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Στους Έλληνες που δηλώνουν κανέναν λειτουργικό περιορισμό το μεγαλύτερο ποσοστό (33,2%) έχουν αυτοί στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 24,5% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 19,6% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 9,7% στο υψηλότερο πεμπτημόριο και τέλος με 8,5% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.64)

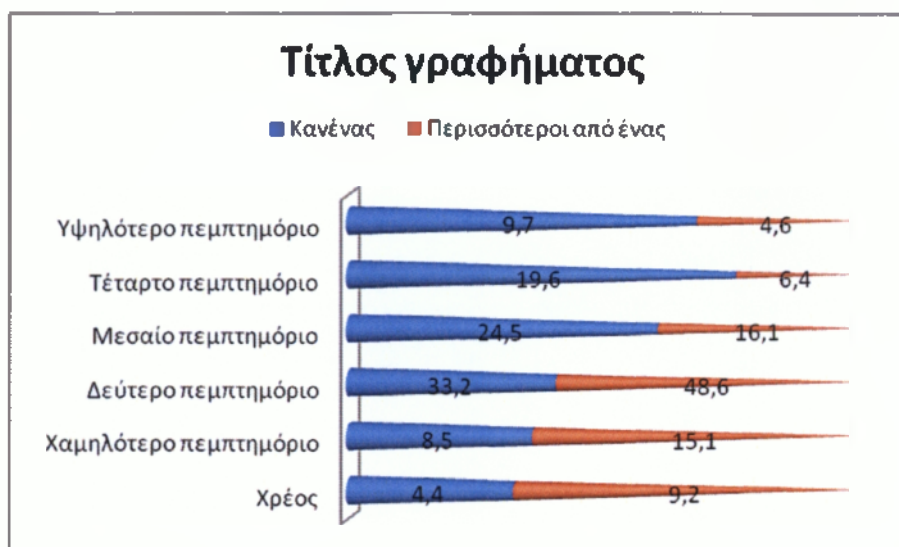
Την ίδια περίπου εικόνα παρουσιάζει και η χώρα Σουηδία. Έχει επιλεγεί από τις υπόλοιπες (όπως το Βέλγιο και η Ελβετία) λόγω του ότι παρουσιάζει διαφορετικά δεδομένα από το γενικό σύνολο. (Παράρτημα, Π46&Δ46)

Πίνακας 2.64: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση

2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χρέος	4,4	9,2	4,7
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	8,5	15,1	9,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	33,2	48,6	34,4
Μεσαίο πεμπτημόριο	24,5	16,1	23,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	19,6	6,4	18,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	9,7	4,6	9,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.64: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

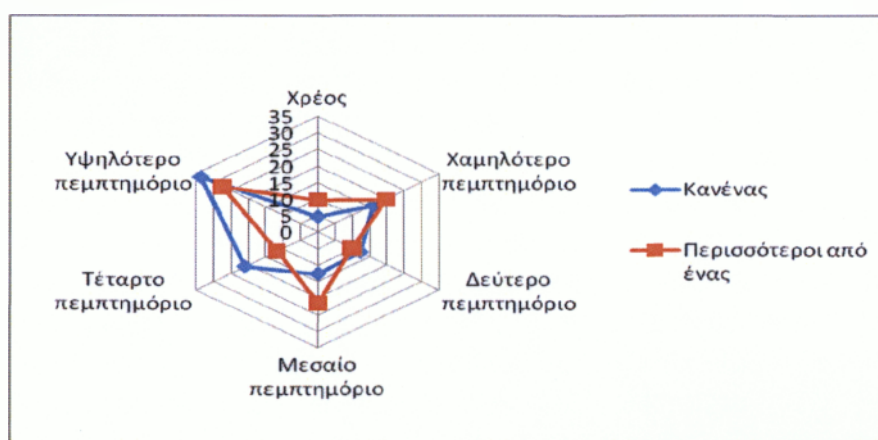
Εντυπωσιακό είναι το γεγονός ότι περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς έχουν οι Ελβετοί στο μεγαλύτερο τους ποσοστό (27,5%) στο υψηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 21,6% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 19,6% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, 11,8% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος με 9,8% στο δεύτερο πεμπτημόριο. Κανέναν λειτουργικό περιορισμό στο μεγαλύτερο ποσοστό (33,4%) έχουν στο υψηλότερο πεμπτημόριο και καθώς ο πλούτος τους πέφτει πέφτουν και τα ποσοστά φτάνοντας το 12,2% στο δεύτερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.65)

Πίνακας 2.65: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση

2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χρέος	4,7	9,8	5,0
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	16,0	19,6	16,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	12,2	9,8	12,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	12,7	21,6	13,1
Τέταρτο πεμπτημόριο	21,0	11,8	20,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	33,4	27,5	33,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.65: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς έχουν οι Βέλγοι με το μεγαλύτερο τους ποσοστό (23,4%) να βρίσκονται στο μεσαίο πεμπτημόριο και να ακολουθούν με 21,6% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 19,2% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, 16,6% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος 13,9% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Κανέναν λειτουργικό περιορισμό στο μεγαλύτερο ποσοστό (28,9%) έχουν οι Βέλγοι στο υψηλότερο πεμπτημόριο και καθώς ο πλούτος πέφτει μικραίνουν και τα ποσοστά φτάνοντας στο 10,6% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.66)

Πίνακας 2.66: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από έναν	
Χρέος	1,6	4,4	1,8
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	10,6	19,2	11,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	12,3	21,6	13,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	23,2	24,3	23,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	23,5	16,6	22,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	28,9	13,9	27,6
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.66: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, **ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

2.2.1.20 Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ανά φύλο και χώρα

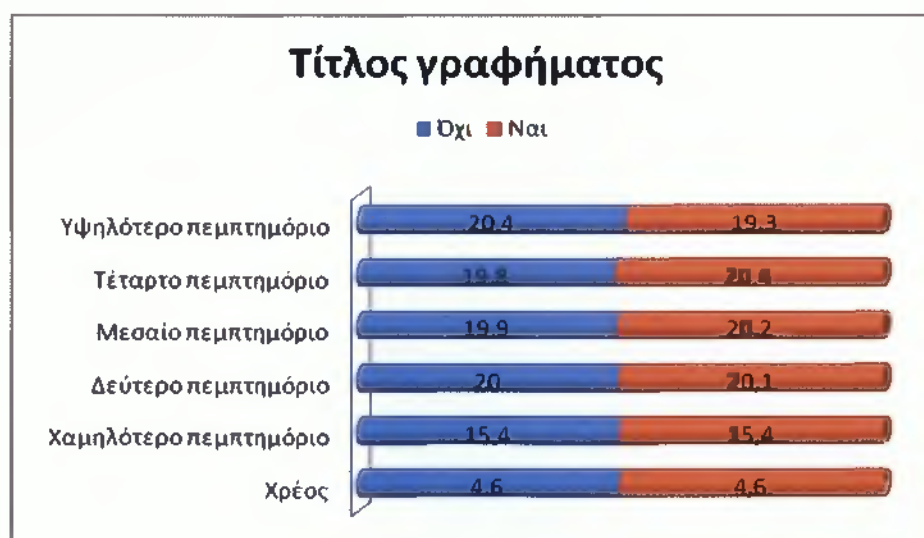
Μετά από την επεξεργασία του δείγματος για την ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), προκύπτει ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό (20,4%) από τους Ευρωπαίους οι οποίοι έχουν νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης βρίσκονται στο τέταρτο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,2% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 20,1% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 19,3% στο υψηλότερο πεμπτημόριο και τέλος με 15,4% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. Στους Ευρωπαίους που δηλώνουν ότι δεν έχουν νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης το μεγαλύτερο ποσοστό (20,4%) βρίσκονται στο υψηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,0% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 19,9% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 19,8% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος με 15,4% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.67)

Περίπου την ίδια εικόνα παρατηρούμε και στον διαχωρισμό αντρών και γυναικών. (Παράρτημα, Π47&Δ47, Π48&Δ48 αντίστοιχα)

Πίνακας 2.67: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χρέος	4,6	4,6	4,6
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	15,4	15,4	15,4
Δεύτερο πεμπτημόριο	20,0	20,1	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,9	20,2	20,0
Τέταρτο πεμπτημόριο	19,8	20,4	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,4	19,3	20,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.67: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Συναισθήματα κατάθλιψης στο μεγαλύτερο ποσοστό (33,9%) δηλώνουν ότι έχουν οι Έλληνες Ευρωπαίοι στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 24,3% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 20,1% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 9,3% στο υψηλότερο πεμπτημόριο και τέλος 7,8% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. Στους Έλληνες που δηλώνουν ότι δεν έχουν νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης το μεγαλύτερο ποσοστό (34,7%) βρίσκεται στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 23,7% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 17,7% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 9,8% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και τέλος με 9,3% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.68)

Πίνακας 2.68: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χρέος	4,8	4,6	4,7
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	9,8	7,8	9,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	34,7	33,9	34,4
Μεσαίο πεμπτημόριο	23,7	24,3	23,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	17,7	20,1	18,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	9,3	9,3	9,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.68: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελλήνων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Οι παρακάτω τρεις χώρες (Αυστραλία, Ελβετία και Βέλγιο) έχουν επιλεγεί διότι παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές από το γενικό σύνολο.

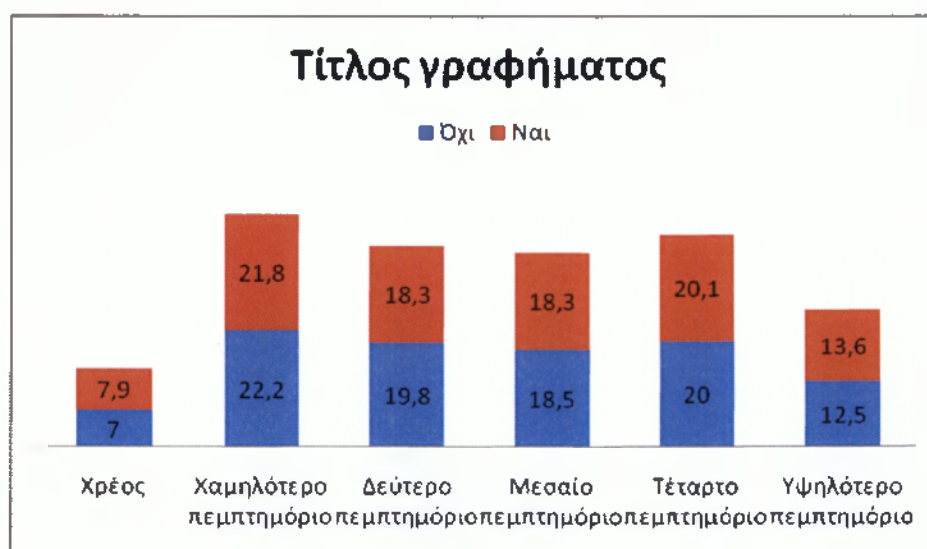
Μετά από την επεξεργασία του δέγματος για την ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Αυστραλών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), προκύπτει ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό (21,8%) από τους Αυστραλούς που δηλώνουν συναισθήματα κατάθλιψης βρίσκετε στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,1% στο τέταρτο πεμπτημόριο, με 18,3% στο δεύτερο και μεσαίο πεμπτημόριο και τέλος με 13,6% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Σε αυτούς που δηλώνουν ότι δεν έχουν συναισθήματα κατάθλιψης το μεγαλύτερο ποσοστό (22,2%) βρίσκετε στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,0% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 19,8% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 18,5% στο μεσαίο πεμπτημόριο και τέλος με 12,5% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.69)

Την αντίθετη εικόνα περίπου από την Αυστραλία παρουσιάζει η Ελβετία και το Βέλγιο. (Παράρτημα, Π49 & Δ49, Π50 & Δ50)

Πίνακας 2.69: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Αυστραλών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χρέος	7,0	7,9	7,3
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	22,2	21,8	22,0
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,8	18,3	19,3
Μεσαίο πεμπτημόριο	18,5	18,3	18,5
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,0	20,1	20,0
Υψηλότερο πεμπτημόριο	12,5	13,6	12,9
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα 2.69: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Αυστραλών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μελετήσαμε δείγμα πληθυσμού από 11 Ευρωπαϊκές χώρες, για να μελετήσουμε τις κοινωνικοοικονομικές ανισότητες στο χώρο της υγείας. Το δείγμα μας αριθμούσε 27.444 άτομα, ηλικίας 50 ετών και άνω. Συμμετείχαν κατά 12,9% άτομα προερχόμενα από το Βέλγιο και 3,5% από την Ελβετία (υψηλότερο και χαμηλότερο ποσοστό αντίστοιχα, με μέσο ποσοστό συμμετοχής 9,6% της Ισπανίας), ενώ οι Έλληνες συμμετείχαν με 9,3% (Πίνακας 2.1).

Πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (50,2%), έχουν φοιτήσει σε δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ το 27,8% όχι. Το 22,0% έχουν ολοκληρώσει το τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης. (Πίνακας 2.4)

Στην αυτο-εκτίμηση για την κατάσταση υγείας, στο μεγαλύτερο ποσοστό δηλώνουν καλή (39,7%) και ακολουθούν με ποσοστά 23,0% μέτρια, 20,3% πολύ καλή, 10,1% εξαιρετική και τέλος με ποσοστό 6,8% φτώχη. (Πίνακας 2.7)

Στον περιορισμό των δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας, πάνω από τους μισούς δηλώνουν καθόλου περιορισμένος (58,2%) και ακολουθούν οι απαντήσεις περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά, με ποσοστό 28,7% και τέλος, με το μικρότερο ποσοστό 13,2% σοβαρά περιορισμένος. (Πίνακας 2.10)

Όσον αναφορά το κατά πόσο περιορίζονται οι καθημερινές δραστηριότητες των ενήλικων Ευρωπαίων, λόγω των προβλημάτων υγείας τους, αλλά και πόσοι από αυτούς παρουσιάζουν προβλήματα κατάθλιψης, μετά από την επεξεργασία του δείγματος προκύπτει ότι το 35,0% παρουσιάζουν προβλήματα κατάθλιψης, το 9,6% δηλώνουν ότι έχουν περισσότερους από έναν περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή, ενώ το 8,1% δηλώνουν περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς στην καθημερινή ζωή. (Πίνακας 2.13)

Στην αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενήλικων Βέλγων, εξαιρετική υγεία δηλώνουν με το μεγαλύτερο ποσοστό (51,6%) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και ακολουθούν με τριτοβάθμια εκπαίδευση (32,1%) και τέλος με κανένα επίπεδο εκπαίδευσης (16,3%). Στην αντίθετη περίπτωση, με φτώχη εκτίμηση υγείας το μεγαλύτερο ποσοστό 44,9% δεν έχει τελειώσει κανένα επίπεδο εκπαίδευσης και ακολουθεί με μικρή διαφορά (44,0%) δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και τέλος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, με ποσοστό 11,1%. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι όσο μικρότερο

είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο η αυτο-εκτίμηση της κατάστασης υγείας τους είναι φτωχή, ενώ αντιθέτως όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης τους, η αυτο-εκτίμηση της κατάστασης υγείας τους είναι εξαιρετική. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.22)

Μετά από την επεξεργασία του δείγματος μας παρατηρούμαι ότι Ευρωπαίοι με υψηλό οικογενειακό εισόδημα (27,4%) έχουν εξαιρετική αυτο-εκτίμηση της κατάστασης υγείας τους, ενώ καθώς μειώνεται το εισόδημα τους διευρύνεται η ψαλίδα για την εκτίμηση αυτή, με ποσοστά τέταρτο πεμπτημόριο 25,0%, μεσαίο πεμπτημόριο 20,5%, δεύτερο πεμπτημόριο 13,8% και χαμηλότερο πεμπτημόριο με 13,4%. Το αντίθετο ακριβώς συμβαίνει στην περίπτωση όπου η αυτο-εκτίμηση της υγείας τους χαρακτηρίζεται φτωχή, το μεγαλύτερο ποσοστό (30,1%) έχει το χαμηλότερο εισόδημα και ακολουθούν με 23,7% δεύτερου πεμπτημόριου, 17,4% μεσαίου πεμπτημόριου, 14,5% τέταρτου πεμπτημόριου, και τέλος με 14,3% υψηλότερου πεμπτημόριου. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι όσο το οικογενειακό εισόδημα είναι υψηλό, τόσο η αυτο-εκτίμηση της κατάστασης υγείας τους είναι εξαιρετική, ενώ αντιθέτως όσο αυτό είναι χαμηλό, η αυτο-εκτίμηση της κατάστασης υγείας χαρακτηρίζεται φτωχή. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.38)

Στον περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ευρωπαίων, σοβαρά περιορισμένοι δηλώνουν στο μεγαλύτερο ποσοστό (22,4%) Ευρωπαίοι με χαμηλό εισόδημα και καθώς το εισόδημα τους μεγαλώνει, τα ποσοστά πέφτουν και αυτά με την σειρά τους, με το μικρότερο να είναι 17,2% του τέταρτου πεμπτημορίου. Το αντίθετο συμβαίνει με του Ευρωπαίους όπου δηλώνουν καθόλου περιορισμένοι, με το μεγαλύτερο ποσοστό (21,5%) να βρίσκεται στο υψηλότερο πεμπτημόριο και σταδιακά να πέφτει, φτάνοντας το 18,4% του δεύτερου πεμπτημορίου. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι καθόλου περιορισμένοι στις δραστηριότητες, λόγω προβλημάτων υγείας, νιώθουν οι Ευρωπαίοι με το υψηλότερο εισόδημα, ενώ αντιθέτως σοβαρά περιορισμένοι είναι αυτοί που έχουν χαμηλό εισόδημα. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.43)

Όσον αναφορά για τον αριθμό των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα, περισσότερο από έναν περιορισμούς δηλώνουν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (26,5%) Ευρωπαίοι, οι οποίοι έχουν το χαμηλότερο εισόδημα και ακολουθούν με το δεύτερο πεμπτημόριο (23,7%), μεσαίο πεμπτημόριο (17,9%), υψηλότερο πεμπτημόριο (17,0%) και τέλος, τέταρτο πεμπτημόριο (15,0%). Περίπου την αντίθετη εικόνα παρατηρούμε στους Ευρωπαίους που δηλώνουν κανέναν περιορισμό, με το μεγαλύτερο ποσοστό να βρίσκεται σε αυτούς που είναι στο τέταρτο πεμπτημόριο (20,6%) και να ακολουθούν με υψηλότερο

πεμπτημόριο (20,3%), μεσαίο πεμπτημόριο (20,2%), δεύτερο πεμπτημόριο (19,6%) και τέλος, στο χαμηλό πεμπτημόριο (19,3%). Συμπερασματικά, ο αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, είναι περισσότεροι από έναν στα μικρά οικογενειακά εισοδήματα και κανένας στα υψηλότερα οικογενειακά εισοδήματα. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.46)

Μετά από την επεξεργασία του δείγματος παρατηρούμε ότι περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς έχουν οι Ευρωπαίοι όπου βρίσκονται στο χαμηλότερο εισόδημα (30,6%) και καθώς αυτό μεγαλώνει, πέφτουν και τα ποσοστά των λειτουργικών περιορισμών, έχοντας στο δεύτερο πεμπτημόριο 23,4%, μεσαίο πεμπτημόριο 16,9%, τέταρτο πεμπτημόριο 15,0%, υψηλότερο πεμπτημόριο 14,1%. Το αντίθετο παρατηρείται στους Ευρωπαίους που δηλώνουν κανέναν περιορισμό, με το χαμηλότερο ποσοστό (19,1%) να βρίσκεται στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και καθώς το εισόδημα ανεβαίνει ανεβαίνουν και τα ποσοστά φτάνοντας στο υψηλότερο με 20,5%. Συμπερασματικά, ο αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, είναι περισσότεροι από έναν στα μικρά οικογενειακά εισοδήματα και κανένας στα υψηλότερα οικογενειακά εισοδήματα. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.48)

Ενήλικες Ευρωπαίοι άνω των 50 ετών έχουν νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης στο μεγαλύτερο ποσοστό τους (20,7%) στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,3% στο τέταρτο πεμπτημόριο, 20,1% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο και τέλος, με 19,4% στο μεσαίο και υψηλότερο πεμπτημόριο. Στους Ευρωπαίους που δηλώνουν ότι δεν έχουν νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης, το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχουν αυτοί στο υψηλότερο και μεσαίο πεμπτημόριο (20,3%) και ακολουθούν με 19,9% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, 19,8% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος με 19,6% στο δεύτερο πεμπτημόριο. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι πιο έντονα συναισθήματα κατάθλιψης έχουν οι Ευρωπαίοι με τα χαμηλότερα οικογενειακά εισοδήματα, ενώ το αντίθετο συμβαίνει στα υψηλότερα οικογενειακά εισοδήματα. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.50)

Μετά από την επεξεργασία του δείγματος για την αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας, σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας, παρατηρείται το εξής φαινόμενο: το μεγαλύτερο ποσοστό (24,9%) δηλώνει φτωχή υγεία, ενώ βρίσκεται στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 22,7% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, ενώ καθώς το εισόδημα ανεβαίνει, πέφτουν και τα ποσοστά, έχοντας 16,5% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 13,8% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος, 12,0% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Στους Ευρωπαίους που δηλώνουν ότι έχουν εξαιρετική αυτο-εκτίμηση της υγείας τους, η εικόνα είναι αντίστροφη από πριν: το μεγαλύτερο ποσοστό (27,4%) έχουν αυτοί στο υψηλότερο

πεμπτημόριο και καθώς το εισόδημα πέφτει, πέφτουν και τα ποσοστά, φτάνοντας στο 9,8% του χαμηλότερου πεμπτημόριου. Συμπερασματικά, όσο το εισόδημα είναι χαμηλό η αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας είναι φτωχή, ενώ αντίθετα εάν το εισόδημα είναι υψηλό η αυτο-εκτίμηση της κατάστασης υγείας είναι εξαιρετική. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.54)

Στην ανάλυση του δείγματος για τον περιορισμό δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων, παρατηρείται το εξής φαινόμενο: σοβαρά περιορισμένοι είναι στο μεγαλύτερο τους ποσοστό (24,6%) Ευρωπαίοι με το χαμηλότερο πεμπτημόριο και καθώς ο πλούτος ανεβαίνει, μικραίνουν και τα ποσοστά των περιορισμών, έχοντας 20,4% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 17,9% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 15,3% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος 13,4% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Το αντίστροφο συμβαίνει σε αυτούς που δηλώνουν καθόλου περιορισμένοι, με το μεγαλύτερο ποσοστό (22,9%) να έχουν στο υψηλότερο πεμπτημόριο και καθώς ο πλούτος λιγοστεύει, τα ποσοστά πέφτουν, φτάνοντας στο 12,5% του χαμηλότερου πεμπτημορίου. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι καθόλου περιορισμένοι είναι αυτοί στα υψηλότερα οικογενειακά εισοδήματα, ενώ σοβαρά περιορισμένοι είναι αυτοί στα χαμηλότερα οικογενειακά εισοδήματα. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.56)

Στην επεξεργασία του δείγματος για τον αριθμό των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων, προκύπτει ότι: περισσότερους από έναν περιορισμούς έχουν αυτοί οι οποίοι βρίσκονται στο δεύτερο πεμπτημόριο (23,6%) και ακολουθούν με 23,3% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, ενώ καθώς μεγαλώνει το εισόδημα μικραίνουν και οι περιορισμοί, έχοντας 18,1% στο μεσαίο πεμπτημόριο και τέλος, 13,4% στο τέταρτο και υψηλότερο πεμπτημόριο. Η ακριβώς αντίθετη εικόνα παρουσιάζεται σε αυτούς που δηλώνουν κανέναν περιορισμό, με τα υψηλότερα ποσοστά (20,7%) να κατέχουν το υψηλότερο και τέταρτο πεμπτημόριο, ενώ καθώς μικραίνει ο πλούτος μικραίνουν και οι περιορισμοί, έχοντας 19,6% στο δεύτερο πεμπτημόριο και τέλος 14,6% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι περισσότερους από έναν λειτουργικούς περιορισμούς έχουν αυτοί με το χαμηλότερο εισόδημα, ενώ αντιθέτως κανέναν περιορισμό έχουν αυτοί με τα υψηλότερα εισοδήματα. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.60)

Όσον αφορά τον αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, σε συνάρτηση με τον πλούτο της

οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων, μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό (25,3%) από αυτούς που δηλώνουν περισσότερους από ένα λειτουργικούς περιορισμούς βρίσκεται στο δεύτερο πεμπτημόριο και ακολουθεί με 24,3% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο, ενώ καθώς το εισόδημα ανεβαίνει πέφτουν και οι λειτουργικοί περιορισμοί, έχοντας 16,6% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 12,9% στο τέταρτο πεμπτημόριο και 10,3% στο υψηλότερο πεμπτημόριο. Η αντίθετη εικόνα επικρατεί σε αυτούς που δηλώνουν κανέναν λειτουργικό περιορισμό, με το μεγαλύτερο ποσοστό (20,9%) να έχουν αυτοί στο υψηλότερο πεμπτημόριο και καθώς το εισόδημα πέφτει, πέφτουν και οι περιορισμοί, φτάνοντας το 14,6% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι περισσότερους από έναν αριθμό των λειτουργικών περιορισμών έχουν αυτοί με το χαμηλότερο εισόδημα, ενώ αντίθετως κανέναν λειτουργικό περιορισμό έχουν αυτοί με τα υψηλότερα εισοδήματα. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.63)

Μετά από την επεξεργασία του δείγματος για την ένδειξη ψυχικής υγείας, σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ευρωπαίων, προκύπτει ότι: το μεγαλύτερο ποσοστό (20,4%) από τους Ευρωπαίους οι οποίοι έχουν νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης, βρίσκεται στο τέταρτο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,2% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 20,1% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 19,3% στο υψηλότερο πεμπτημόριο και τέλος με 15,4% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. Στους Ευρωπαίους που δηλώνουν ότι δεν έχουν νιώσει συναισθήματα κατάθλιψης, το μεγαλύτερο ποσοστό (20,4%) βρίσκεται στο υψηλότερο πεμπτημόριο και ακολουθούν με 20,0% στο δεύτερο πεμπτημόριο, 19,9% στο μεσαίο πεμπτημόριο, 19,8% στο τέταρτο πεμπτημόριο και τέλος, με 15,4% στο χαμηλότερο πεμπτημόριο. Συμπερασματικά, μπορούμε να πούμε ότι συναισθήματα κατάθλιψης στον μεγαλύτερο βαθμό έχουν αυτοί με τα χαμηλότερα οικογενειακά εισοδήματα, ενώ αντίθετως εάν το εισόδημα είναι υψηλό, τα συναισθήματα κατάθλιψης είναι χαμηλά. (Πίνακας και Διάγραμμα 2.67)

Αξιολογώντας τις αδρές σχέσεις που προέκυψαν μεταξύ μεταβλητών όπως εισόδημα, πλούτος οικογένειας, εκπαίδευση και διαφόρων καταστάσεων υγείας, μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι υφίστανται ανισότητες στην υγεία μεταξύ των ενηλίκων Ευρωπαίων. Οι ακριβείς αιτιώδεις σχέσεις και η μέτρηση των ανισοτήτων απαιτεί στατιστική ανάλυση, που ξεφεύγει από τους σκοπούς της παρούσας εργασίας. Πιστεύουμε ότι συνεισφέραμε με την ανάδειξη κάποιων παραγόντων, ως υποψηφίων για να ερευνηθούν σε επίπεδο επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Κυριόπουλος Ι, Καλαντίδη Α, Τριχόπουλος Δ. (1983). *Σχέση κοινωνικών και οικονομικών παραγόντων με την κατά αιτίες θνησιμότητα στην Ελλάδα*. *Mat Med Gr*, 11:192-196.

ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. (2001). *Θεωρία της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής*. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 18:230-238.

ΣΟΥΛΗΣ Σ. (1998). *Οικονομική της Υγείας*. Παπαζήσης, Αθήνα.

BLAXTER M, PATTERSON E. (1982). *Mothers and daughters: A three generation study of health attitudes and behavior*. Heineman, London.

Blaxter M. (1989). *A comparison of measures of inequality*, In: Fox J (ed) Health Inequalities in European Countries. Gower, Oxfordshire.

GRAHAM H. (1987). *Women's smoking and family health*. *Soc Sci Med*, 33:361-368.

Marmot Mg, Smith Gd, Stansfeld S, Patel C, North F, Head Get Al. *Lancet* (1991). *Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II Study*, i:1378-1393.

Petridou E, Valadian I, Trichopoulos D, Tzonou A, Kyriopoulos Y, Matsaniotis N. *Hygie* (1989). *Medical services and socioeconomic factors: Determinants of infant mortality in Greece.*, 8:20-23.

«Ανισότητες στην υγεία», άρθρο στο [www. mednet.gr](http://www.mednet.gr), 9/4/2002

«Υγεία / Περιβάλλον & Υγεία», άρθρο στο www.iatronet.gr, 18/02/2002.

«Υγεία», άρθρο στο [www. el.wikipedia.org](http://www.el.wikipedia.org), 6/05/2008.

«Προσέγγιση των κοινωνικών και περιφερειακών ανισοτήτων της υγείας στην Ελλάδα»,
άρθρο στο www.dspace.lib.uom, 17/01/2001.

«Health Inequalities: Europe in Profile», πίνακας στο www.ec.europa.eu, 1/2006.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελ
Π.1: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	10
Π.2: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	11
Π.3: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	12
Π.4: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	13
Π.5: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκ. 2.0	14
Π.6: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	15
Π.7: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκ. 2.0	16
Π.8: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	17
Π.9: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	18
Π.10: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	19
Π.11: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	20
Π.12: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	21
Π.13: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	22

Π.14: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	23
Π.15: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ. 2.0	24
Π.16: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	25
Π.17: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	26
Π.18: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	27
Π.19: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	28
Π.20: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	29
Π.21: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	30
Π.22: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	31
Π.23: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	32
Π.24: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	33
Π.25: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ. 2.0	34
Π.26: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	35

Π.27: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	36
Π.28: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	37
Π.29: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	38
Π.30: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	39
Π.31: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	40
Π.32: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	41
Π.33: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	42
Π.34: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	43
Π.35: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	44
Π.36: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	45
Π.37: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	46
Π.38: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ. 2.0	47
Π.39: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	48
Π.40: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	49

Π.41: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	50
Π.42: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	51
Π.43: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	52
Π.44: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	53
Π.45: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	54
Π.46: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	55
Π.47: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	56
Π.48: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	57
Π.49: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	58
Π.50: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	59

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελ
Δ.1: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	10
Δ.2: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	11
Δ.3: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	12
Δ.4: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	13
Δ.5: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	14
Δ.6: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	15
Δ.7: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	16
Δ.8: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	17
Δ.9: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ. 2.0	18
Δ.10: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	19
Δ.11: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	20
Δ.12: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	21

Δ.13: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	22
Δ.14: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	23
Δ.15: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	24
Δ.16: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	25
Δ.17: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	26
Δ.18: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	27
Δ.19: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	28
Δ.20: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	29
Δ.21: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	30
Δ.22: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	31
Δ.23: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	32

Δ.24: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαϊών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	33
Δ.25: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαϊών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	34
Δ.26: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	35
Δ.27: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	36
Δ.28: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	37
Δ.29: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	38
Δ.30: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	39
Δ.31: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	40
Δ.32: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαϊών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	41
Δ.33: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαϊών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	42
Δ.34: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	43

Δ.35: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	44
Δ.36: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	45
Δ.37: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	46
Δ.38: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	47
Δ.39: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	48
Δ.40: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	49
Δ.41: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	50
Δ.42: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	51
Δ.43: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	52
Δ.44: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	53
Δ.45: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	54

Δ.46: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	55
Δ.47: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	56
Δ.48: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	57
Δ.49: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	58
Δ.50: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0	59

Πίνακας Π.1: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Κανένα/Α'βάθμια	31,2	28,4	26,1	27,4
Δευτεροβάθμια	48,9	49,6	51,1	50,4
Τριτοβάθμια	19,9	21,9	22,9	22,2
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

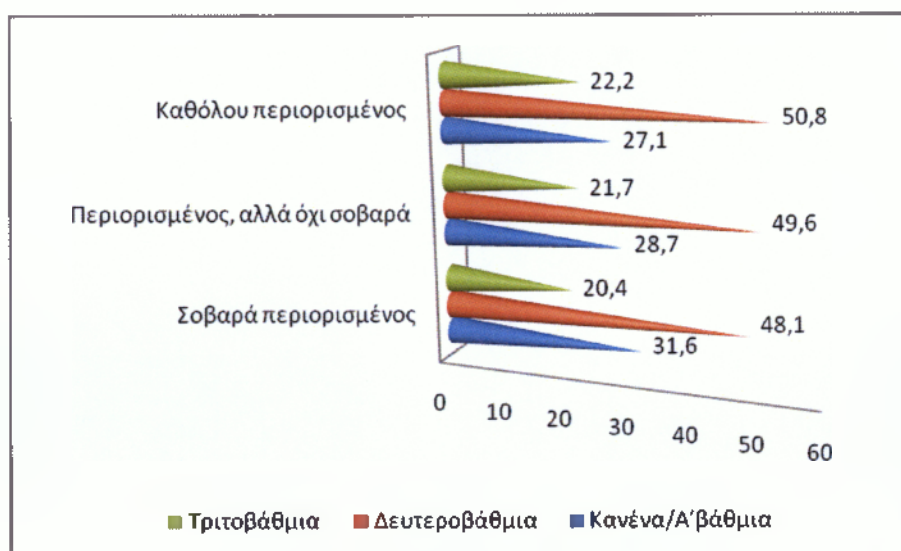


Διάγραμμα Δ.1: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.2: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαϊών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Κανένα/Α'βάθμια	31,6	28,7	27,1	28,1
Δευτεροβάθμια	48,1	49,6	50,8	50,1
Τριτοβάθμια	20,4	21,7	22,2	21,8
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

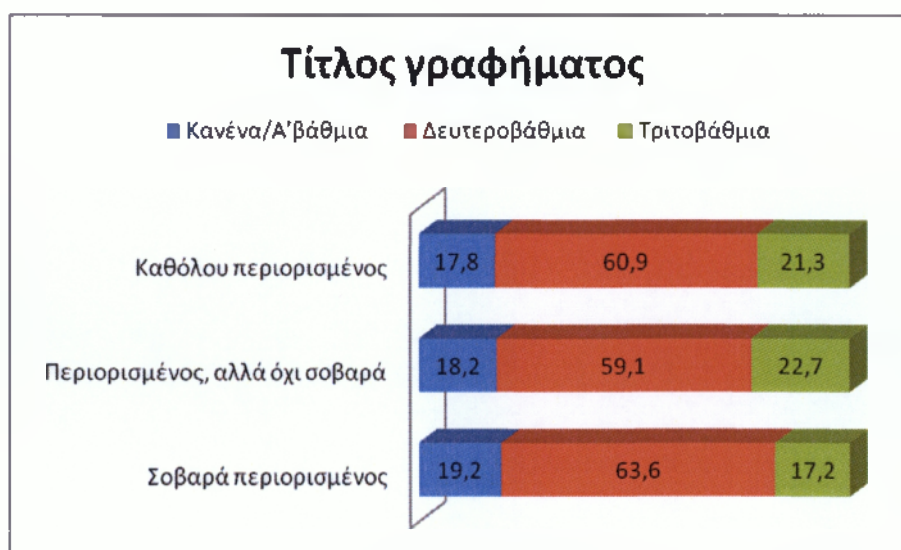


Διάγραμμα Δ.2: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαϊών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.3: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Κανένα/Α'βάθμια	19,2	18,2	17,8	18,0
Δευτεροβάθμια	63,6	59,1	60,9	60,7
Τριτοβάθμια	17,2	22,7	21,3	21,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

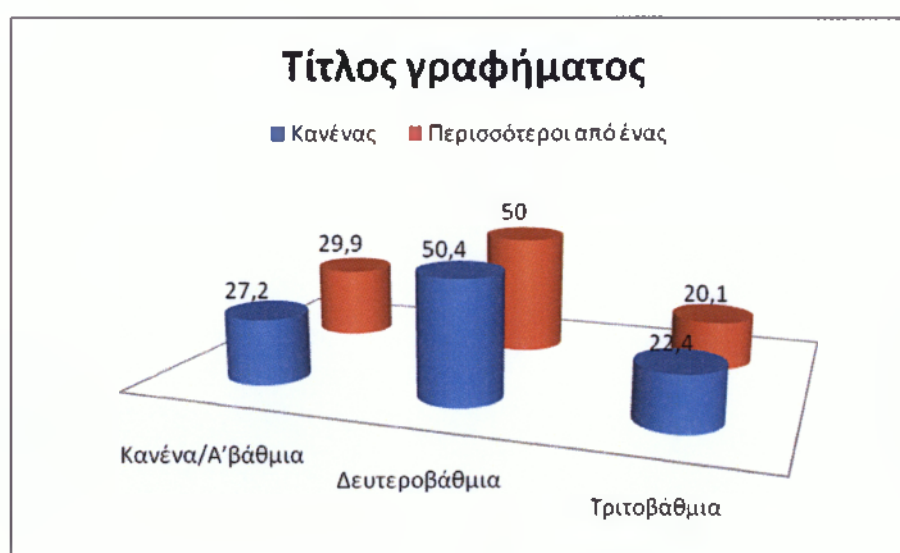


Διάγραμμα Δ.3: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας στο επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.4: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	27,2	29,9	27,4
Δευτεροβάθμια	50,4	50,0	50,4
Τριτοβάθμια	22,4	20,1	22,2
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



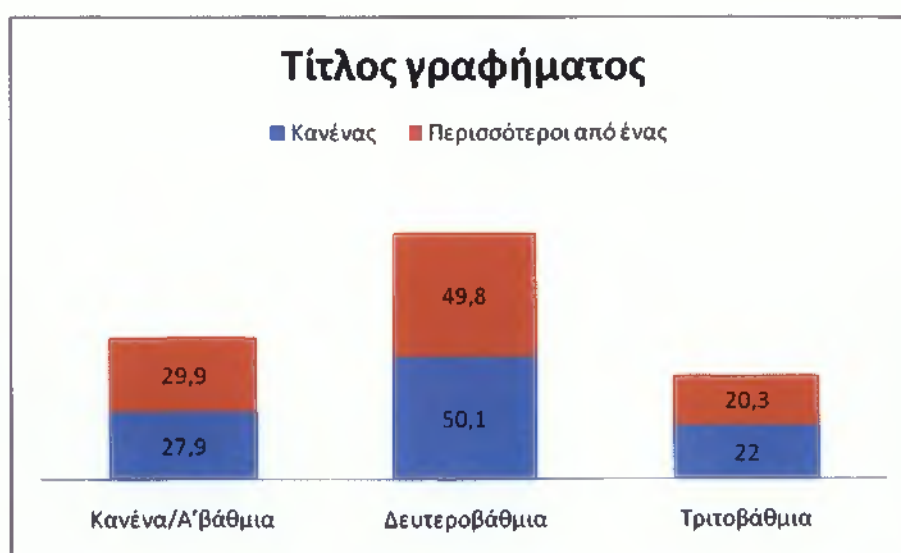
Διάγραμμα Δ.4: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.5: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκ.

2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	27,9	29,9	28,1
Δευτεροβάθμια	50,1	49,8	50,1
Τριτοβάθμια	22,0	20,3	21,8
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα Δ.5: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.6: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	45,8	46,5	45,9
Δευτεροβάθμια	37,5	38,9	37,6
Τριτοβάθμια	16,6	14,6	16,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

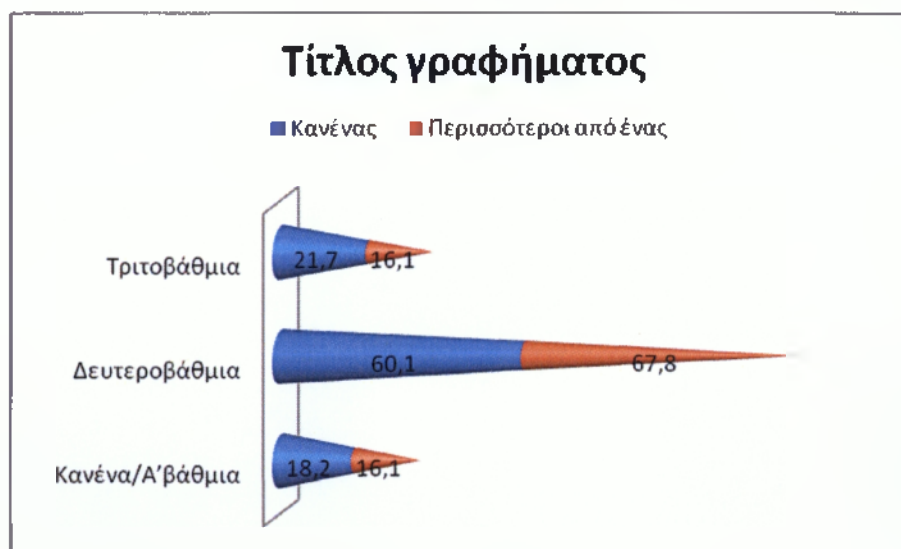


Διάγραμμα Δ.6: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.7: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκ. 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	18,2	16,1	18,0
Δευτεροβάθμια	60,1	67,8	60,7
Τριτοβάθμια	21,7	16,1	21,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

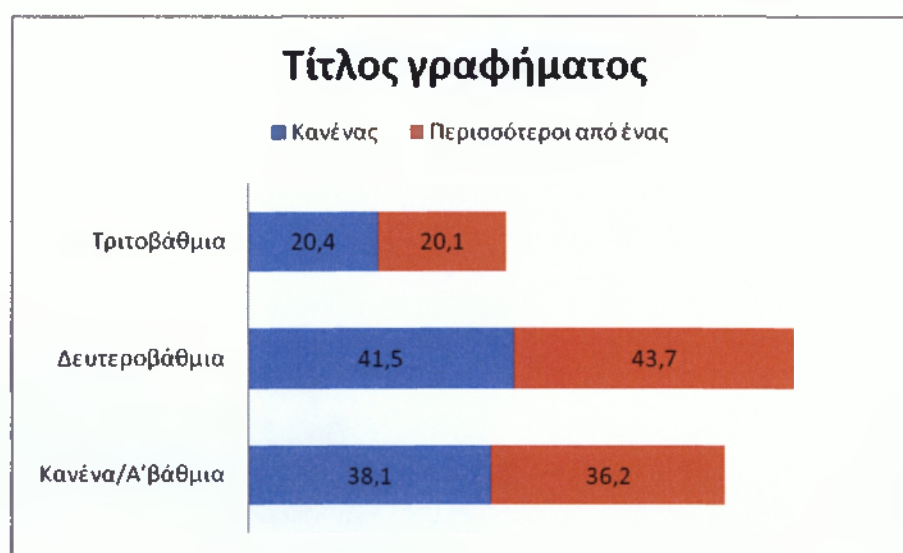


Διάγραμμα Δ.7: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.8: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Κανένα/Α'βάθμια	38,1	36,2	37,9
Δευτεροβάθμια	41,5	43,7	41,7
Τριτοβάθμια	20,4	20,1	20,4
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

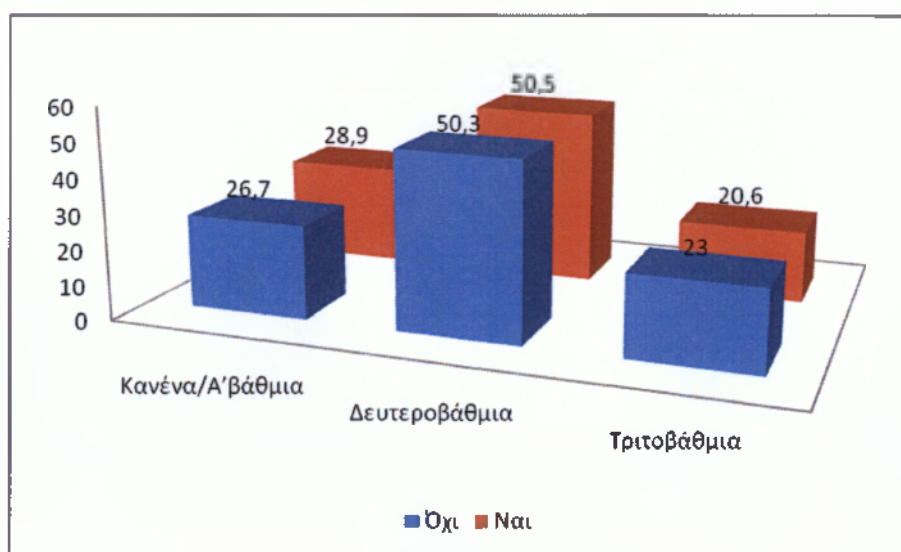


Διάγραμμα Δ.8: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.9: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Κανένα/Α'βάθμια	26,7	28,9	27,4
Δευτεροβάθμια	50,3	50,5	50,4
Τριτοβάθμια	23,0	20,6	22,2
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

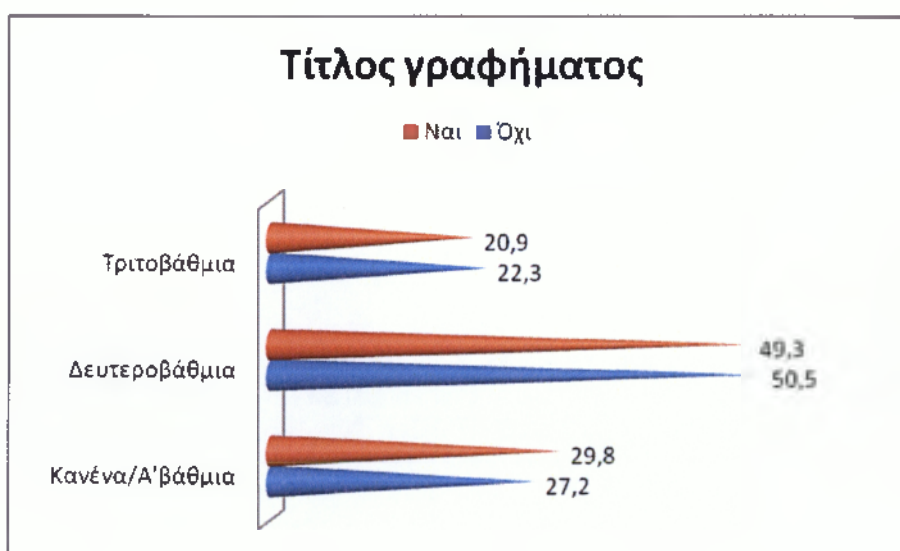


Διάγραμμα Δ.9: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.10: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Κανένα/Α'βάθμια	27,2	29,8	28,1
Δευτεροβάθμια	50,5	49,3	50,1
Τριτοβάθμια	22,3	20,9	21,8
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

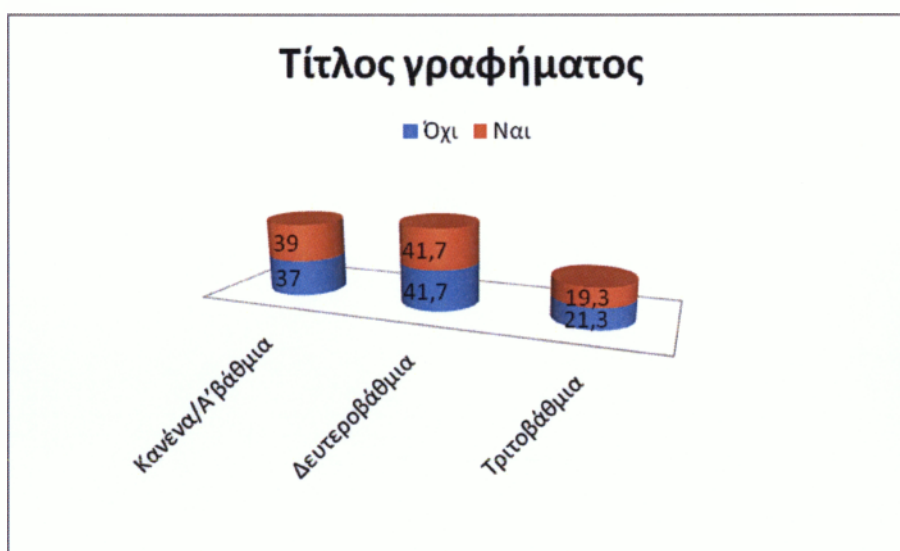


Διάγραμμα Δ.10: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.11: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Κανένα/Α'βάθμια	37,0	39,0	37,9
Δευτεροβάθμια	41,7	41,7	41,7
Τριτοβάθμια	21,3	19,3	20,4
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

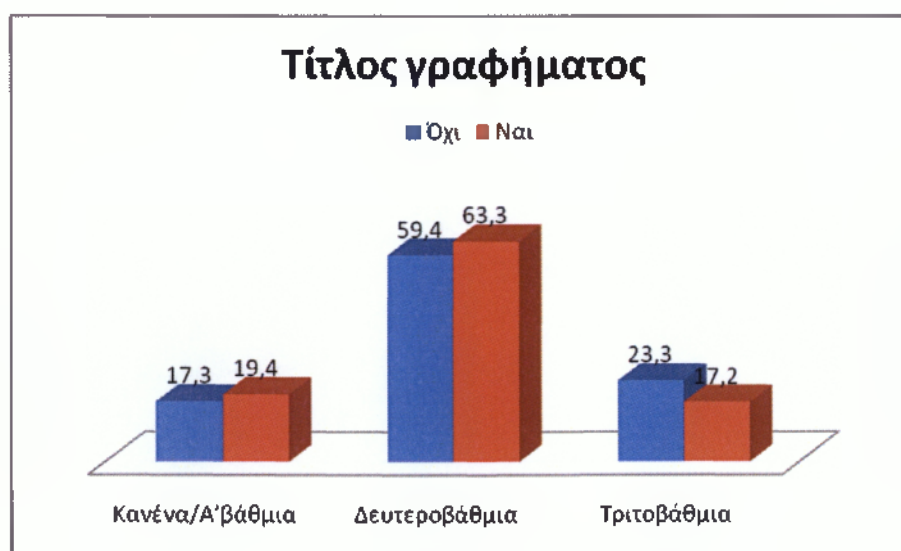


Διάγραμμα Α.11: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Δανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.12: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίπεδο εκπαίδευσης	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Κανένα/Α'βάθμια	17,3	19,4	18,0
Δευτεροβάθμια	59,4	63,3	60,7
Τριτοβάθμια	23,3	17,2	21,3
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

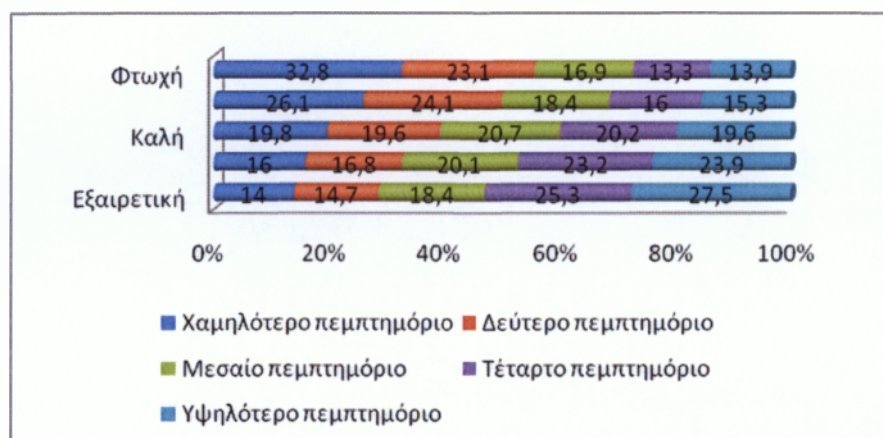


Διάγραμμα Δ.12: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.13: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	14,0	16,0	19,8	26,1	32,8	20,8
Δεύτερο πεμπτημόριο	14,7	16,8	19,6	24,1	23,1	19,8
Μεσαίο πεμπτημόριο	18,4	20,1	20,7	18,4	16,9	19,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	25,3	23,2	20,2	16,0	13,3	19,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	27,5	23,9	19,6	15,3	13,9	19,9
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα Δ.13: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.14: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετικ ή	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	12,9	16,4	18,5	23,8	27,8	19,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	13,1	17,8	20,2	24,0	24,3	20,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	22,1	20,4	21,6	18,2	17,8	20,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	24,7	22,9	20,1	16,8	15,4	20,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	27,2	22,6	19,6	17,2	14,7	20,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

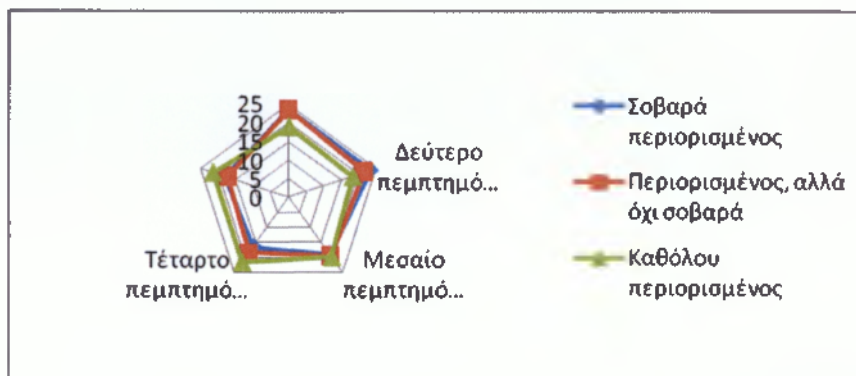


Διάγραμμα Δ.14: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.15: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	23,4	23,4	19,0	20,8
Δεύτερο πεμπτημόριο	23,3	21,6	18,2	19,8
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,0	19,4	19,7	19,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	16,4	18,3	21,5	19,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	17,9	17,4	21,6	19,9
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

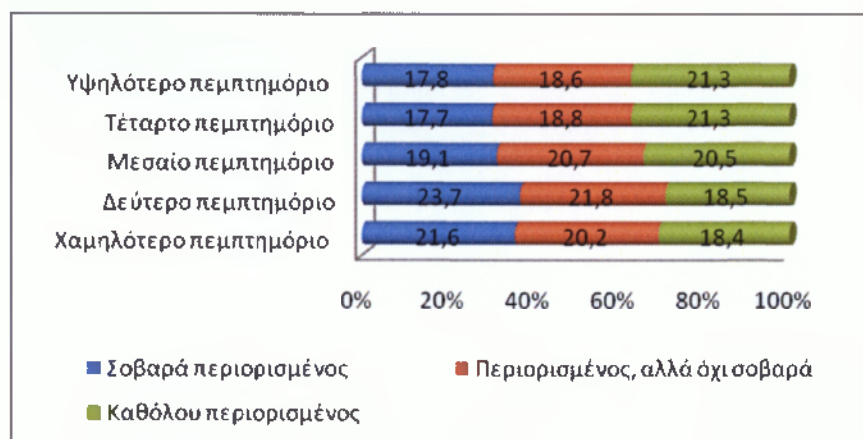


Διάγραμμα Δ.15: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.16: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	21,6	20,2	18,4	19,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	23,7	21,8	18,5	20,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,1	20,7	20,5	20,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	17,7	18,8	21,3	20,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	17,8	18,6	21,3	20,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

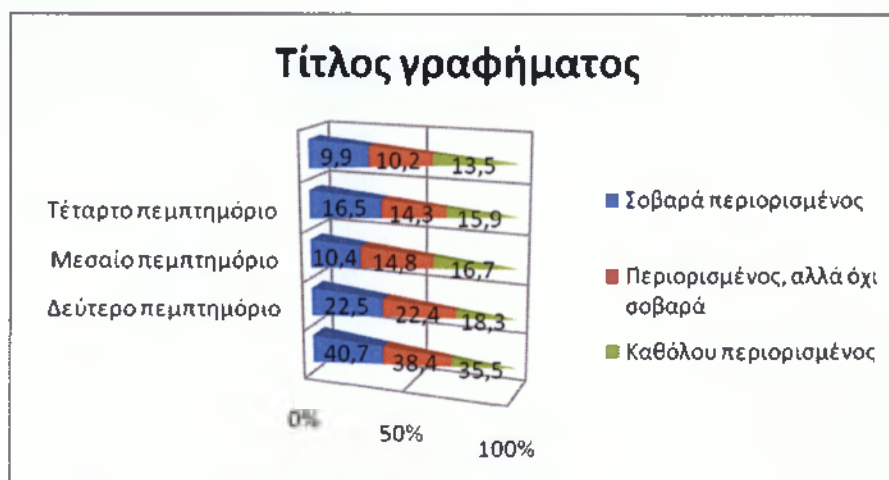


Διάγραμμα Δ.16: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.17: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	40,7	38,4	35,5	36,9
Δεύτερο πεμπτημόριο	22,5	22,4	18,3	20,2
Μεσαίο πεμπτημόριο	10,4	14,8	16,7	15,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	16,5	14,3	15,9	15,3
Υψηλότερο πεμπτημόριο	9,9	10,2	13,5	12,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

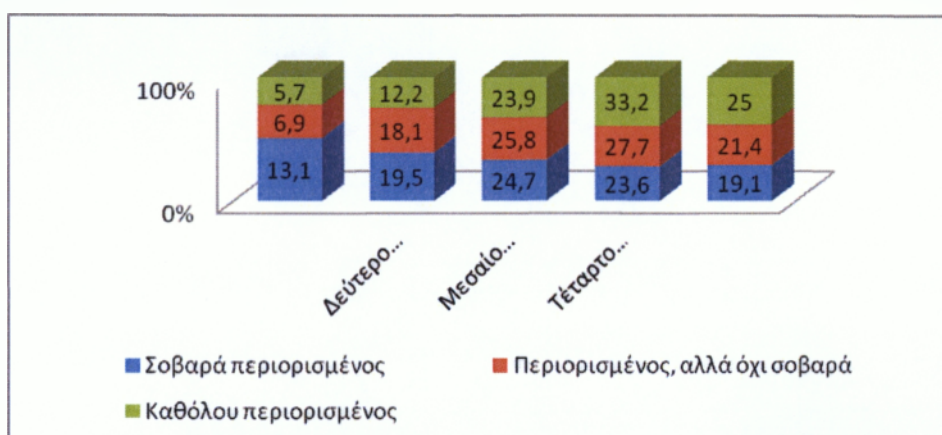


Διάγραμμα Δ.17: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.18: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	13,1	6,9	5,7	7,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,5	18,1	12,2	15,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	24,7	25,8	23,9	24,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	23,6	27,7	33,2	30,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	19,1	21,4	25,0	23,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

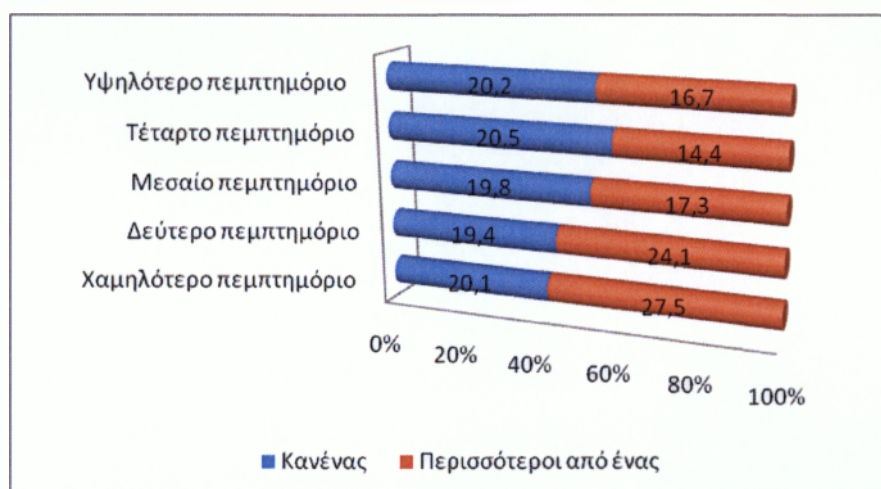


Διάγραμμα Δ.18: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.19: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	20,1	27,5	20,8
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,4	24,1	19,8
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,8	17,3	19,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,5	14,4	19,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,2	16,7	19,9
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

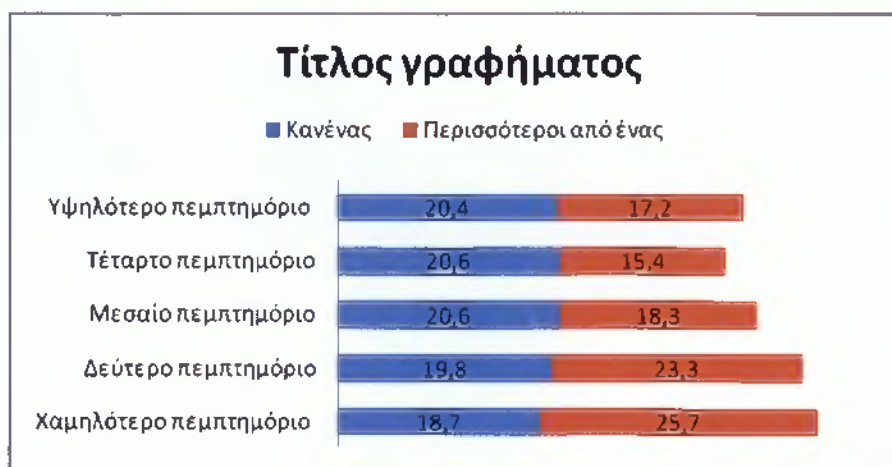


Διάγραμμα Δ.19: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.20: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	18,7	25,7	19,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,8	23,3	20,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,6	18,3	20,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,6	15,4	20,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,4	17,2	20,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

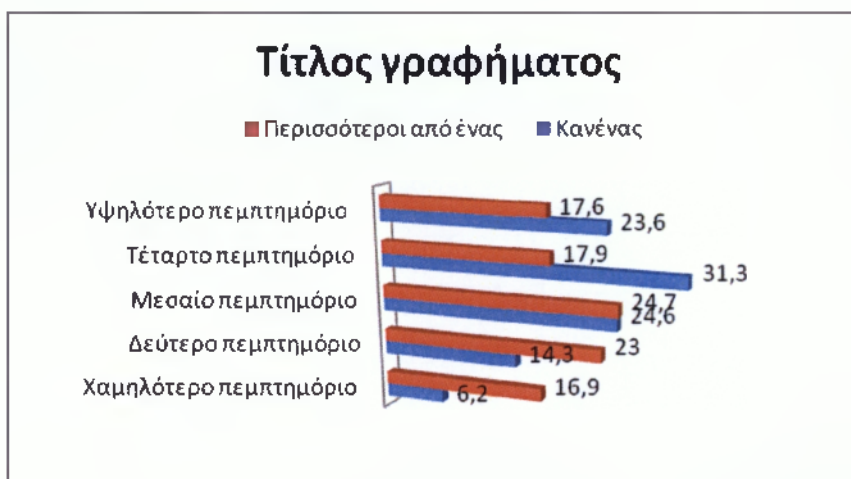


Διάγραμμα Δ.20: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.21: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	6,2	16,9	7,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	14,3	23,0	15,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	24,6	24,7	24,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	31,3	17,9	30,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	23,6	17,6	23,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

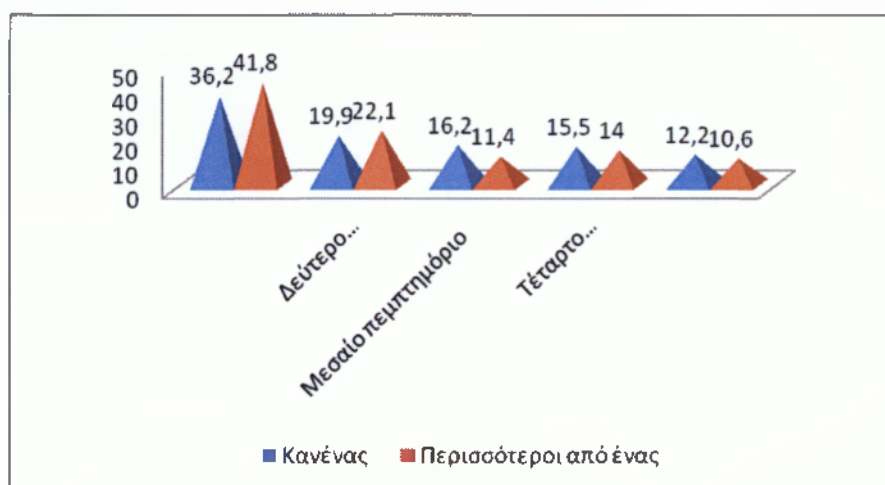


Διάγραμμα Δ.21: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.22: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	36,2	41,8	36,9
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,9	22,1	20,2
Μεσαίο πεμπτημόριο	16,2	11,4	15,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	15,5	14,0	15,3
Υψηλότερο πεμπτημόριο	12,2	10,6	12,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

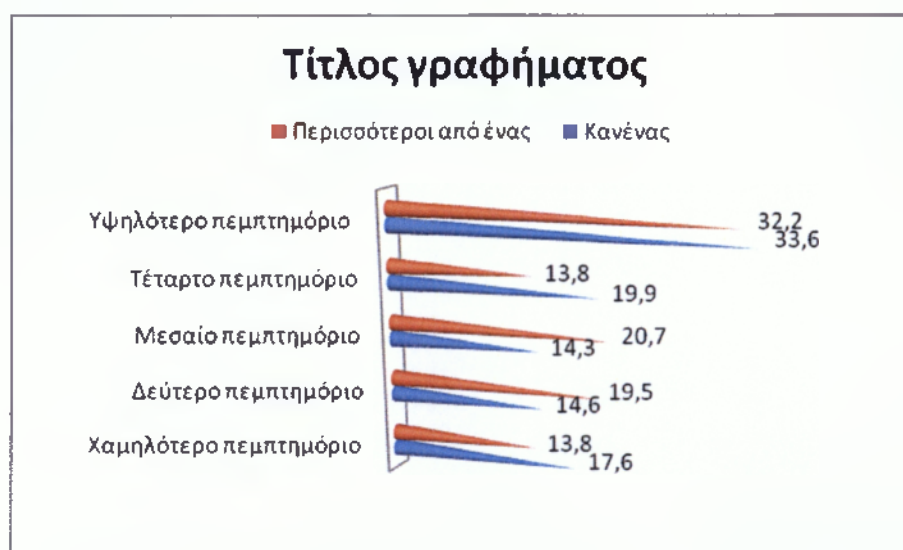


Διάγραμμα Δ.22: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.23: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από έναν	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	17,6	13,8	17,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	14,6	19,5	15,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	14,3	20,7	14,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	19,9	13,8	19,4
Υψηλότερο πεμπτημόριο	33,6	32,2	33,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα Δ.23: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.24: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	19,8	32,2	20,8
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,6	22,6	19,8
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,8	17,1	19,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,4	14,4	19,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,5	13,6	19,9
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

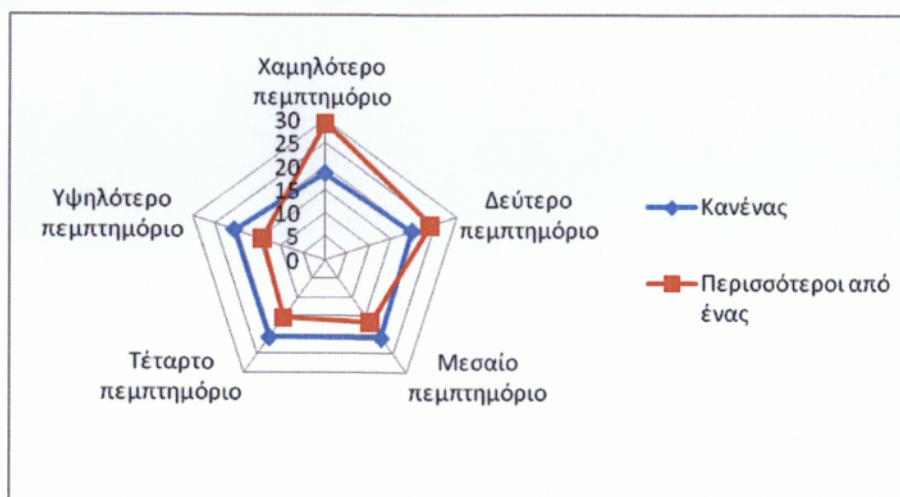


Διάγραμμα Δ.24: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.25: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	18,5	29,3	19,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,8	24,0	20,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,7	16,7	20,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,5	15,5	20,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,6	14,4	20,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

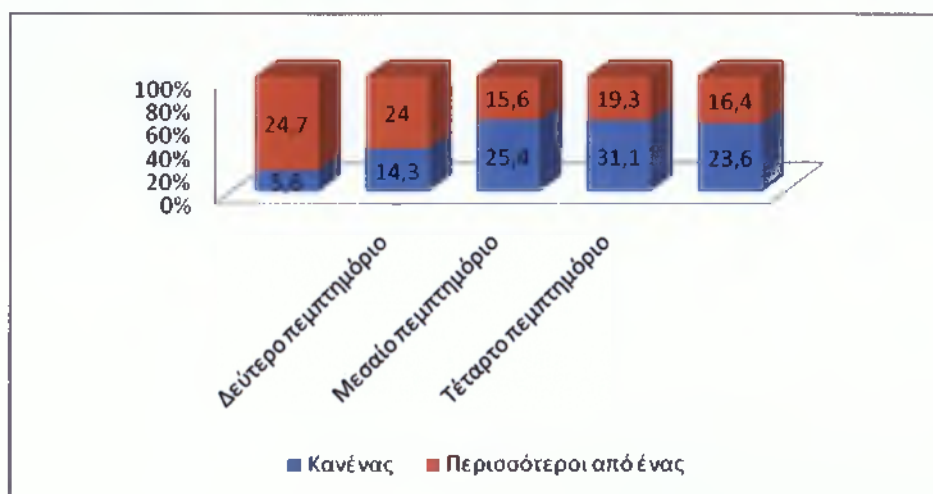


Διάγραμμα Δ.25: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.26: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένα	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	5,6	24,7	7,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	14,3	24,0	15,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	25,4	15,6	24,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	31,1	19,3	30,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	23,6	16,4	23,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

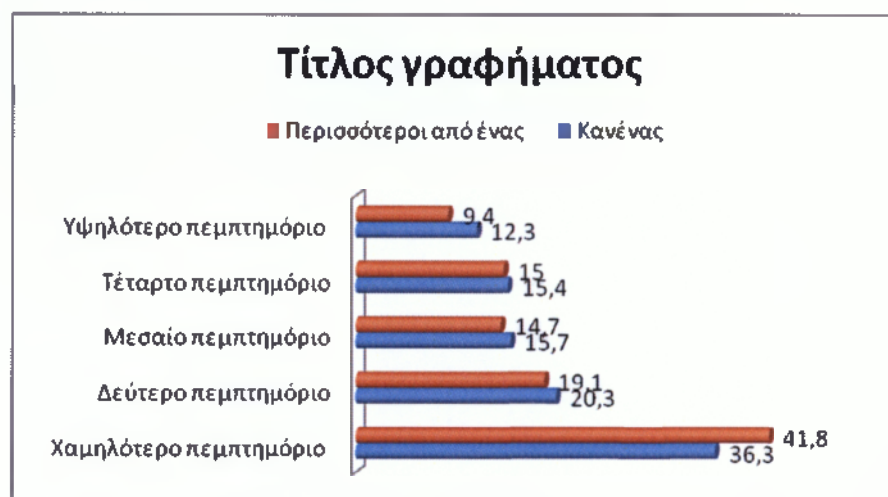


Διάγραμμα Δ.26: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.27: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	36,3	41,8	36,9
Δεύτερο πεμπτημόριο	20,3	19,1	20,2
Μεσαίο πεμπτημόριο	15,7	14,7	15,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	15,4	15,0	15,3
Υψηλότερο πεμπτημόριο	12,3	9,4	12,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



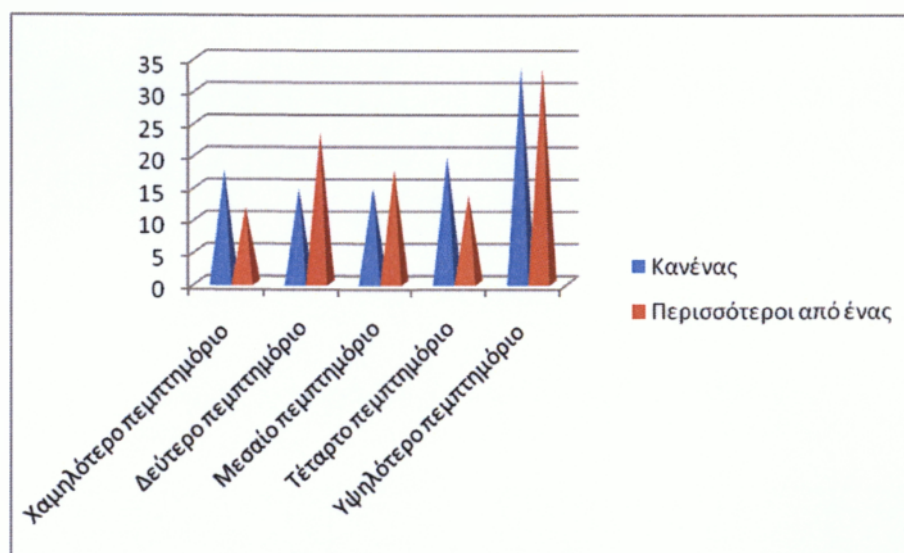
Διάγραμμα Δ.27: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.28: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα,

ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	17,5	11,8	17,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	14,6	23,5	15,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	14,7	17,6	14,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	19,7	13,7	19,4
Υψηλότερο πεμπτημόριο	33,5	33,3	33,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



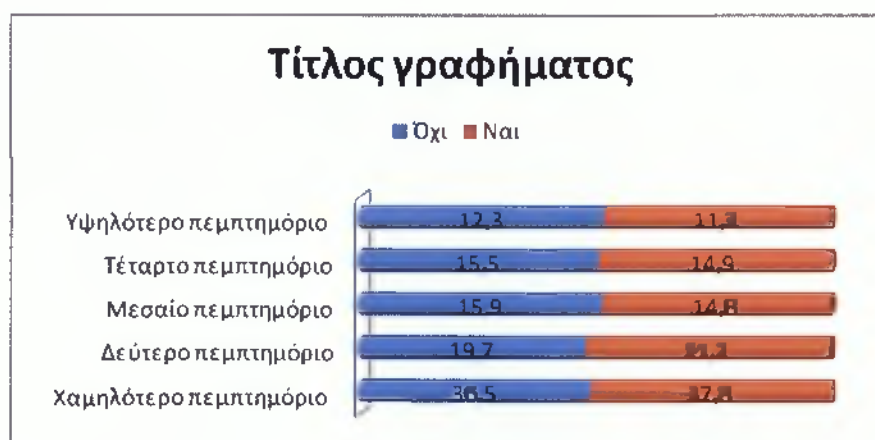
Διάγραμμα Δ.28: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.29: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση

2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	36,5	37,8	36,9
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,7	21,2	20,2
Μεσαίο πεμπτημόριο	15,9	14,8	15,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	15,5	14,9	15,3
Υψηλότερο πεμπτημόριο	12,3	11,3	12,0
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

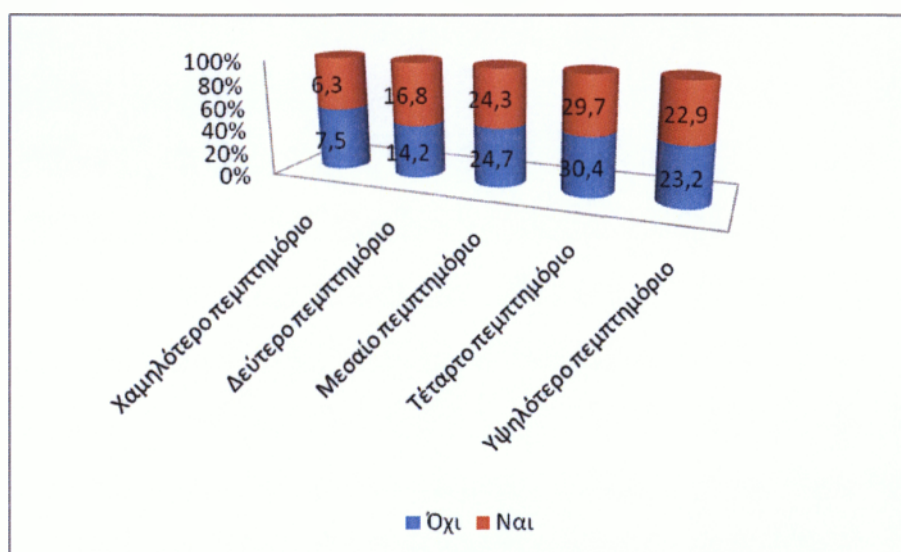


Διάγραμμα Δ.29: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ισπανών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.30: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	7,5	6,3	7,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	14,2	16,8	15,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	24,7	24,3	24,6
Τέταρτο πεμπτημόριο	30,4	29,7	30,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	23,2	22,9	23,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα Δ.30: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.31: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	17,4	16,9	17,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	15,6	13,9	15,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	15,2	14,2	14,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	18,4	21,3	19,4
Υψηλότερο πεμπτημόριο	33,4	33,6	33,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα Δ.31: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με το οικογενειακό εισόδημα ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.32: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χρέος	3,8	2,7	4,4	6,0	10,6	4,8
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	9,6	12,1	14,3	19,6	22,0	15,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	16,4	18,1	19,8	22,3	25,0	20,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,2	20,2	20,7	20,1	15,4	19,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	22,8	22,1	20,2	17,0	14,5	19,7
Υψηλότερο πεμπτημόριο	28,1	24,7	20,7	15,0	12,6	20,4
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

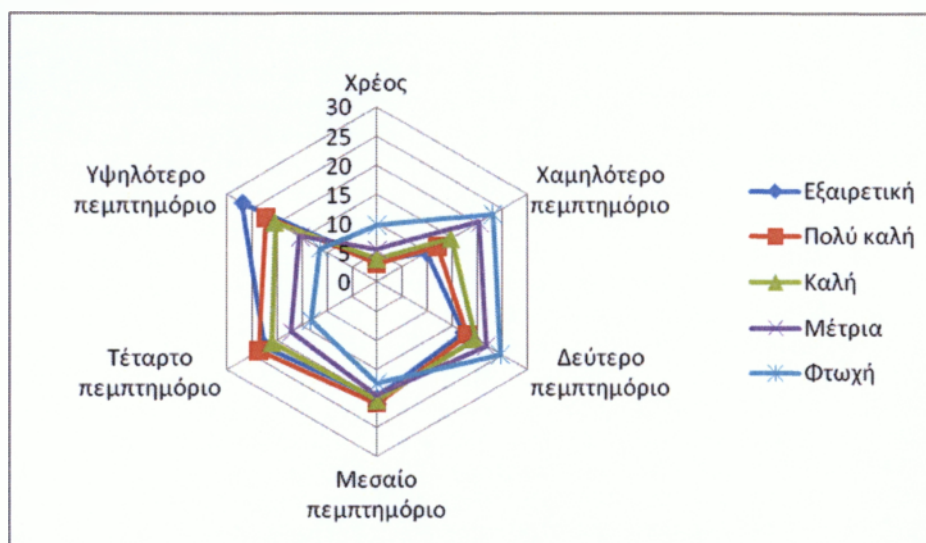


Διάγραμμα Δ.32: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.33: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χρέος	3,4	3,0	3,9	5,5	9,8	4,4
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	9,9	12,0	14,8	20,5	23,3	15,6
Δεύτερο πεμπτημόριο	17,4	18,1	19,6	21,9	24,8	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,0	20,9	20,4	19,5	17,4	20,1
Τέταρτο πεμπτημόριο	22,4	23,7	21,0	17,1	13,2	20,2
Υψηλότερο πεμπτημόριο	26,9	22,2	20,4	15,4	11,4	19,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

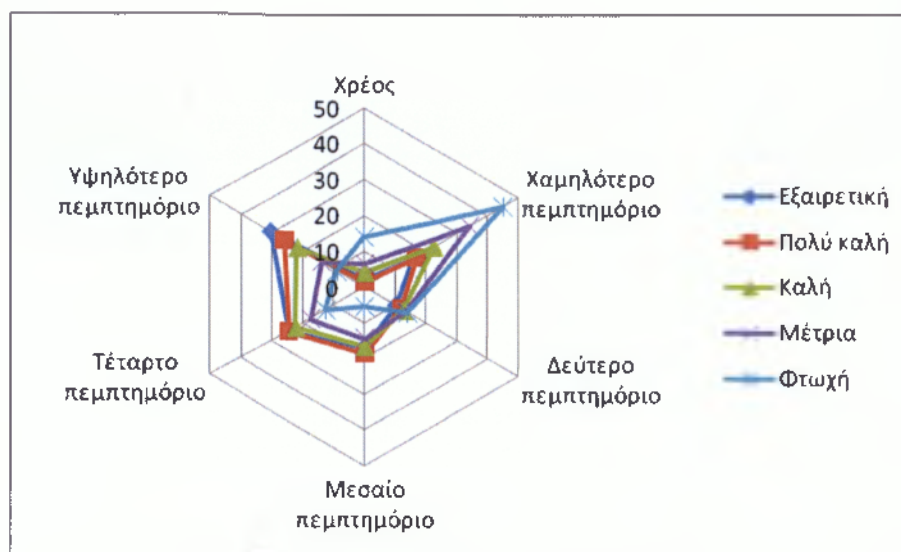


Διάγραμμα Δ.33: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.34: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χρέος	2,0	1,7	4,1	6,5	14,1	4,4
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	15,8	17,0	22,4	34,2	45,2	24,2
Δεύτερο πεμπτημόριο	10,3	12,0	12,7	13,3	14,1	12,5
Μεσαίο πεμπτημόριο	16,7	18,4	16,5	14,3	5,2	15,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	24,6	24,7	22,4	17,6	12,6	21,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	30,5	26,2	21,9	14,1	8,9	21,5
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

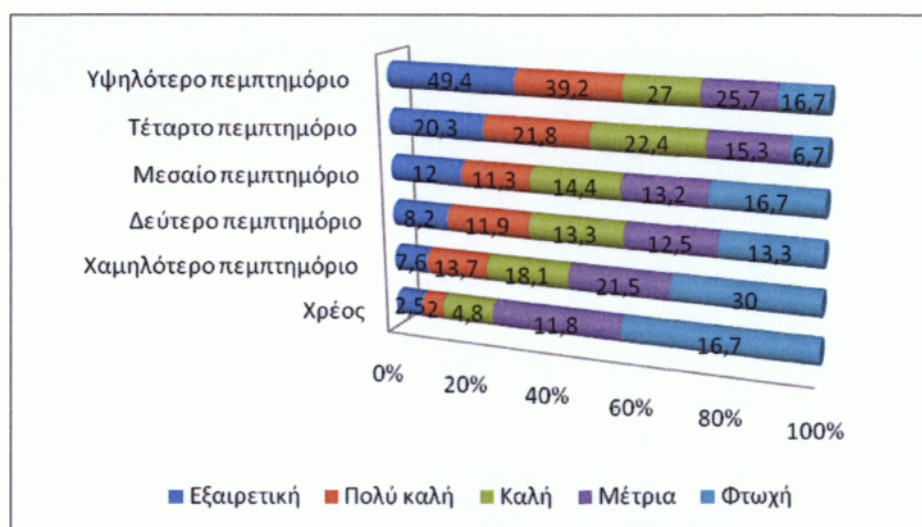


Διάγραμμα Δ.34: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ολλανδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.35: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χρέος	2,5	2,0	4,8	11,8	16,7	5,0
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	7,6	13,7	18,1	21,5	30,0	16,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	8,2	11,9	13,3	12,5	13,3	12,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	12,0	11,3	14,4	13,2	16,7	13,1
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,3	21,8	22,4	15,3	6,7	20,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	49,4	39,2	27,0	25,7	16,7	33,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

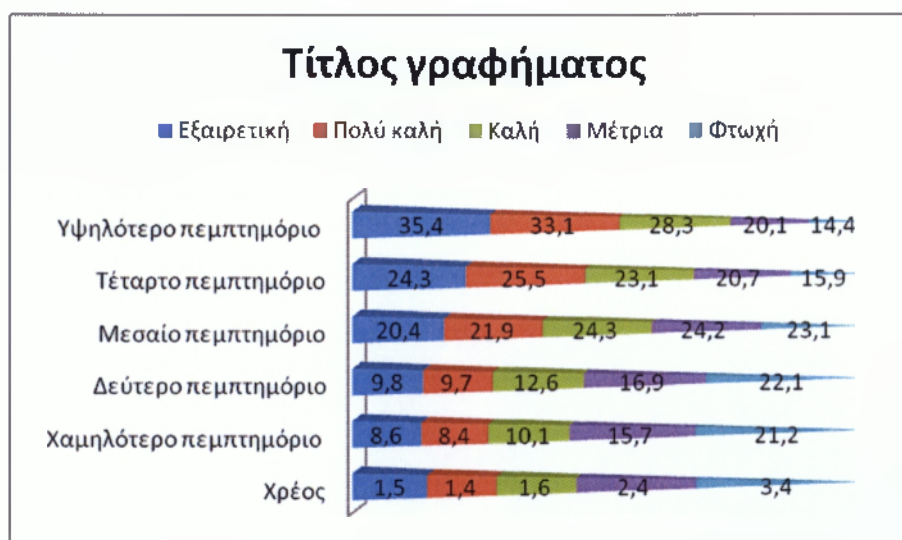


Διάγραμμα Δ.35: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.36: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας					Σύνολο
	Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή	
Χρέος	1,5	1,4	1,6	2,4	3,4	1,8
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	8,6	8,4	10,1	15,7	21,2	11,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	9,8	9,7	12,6	16,9	22,1	13,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,4	21,9	24,3	24,2	23,1	23,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	24,3	25,5	23,1	20,7	15,9	22,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	35,4	33,1	28,3	20,1	14,4	27,6
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

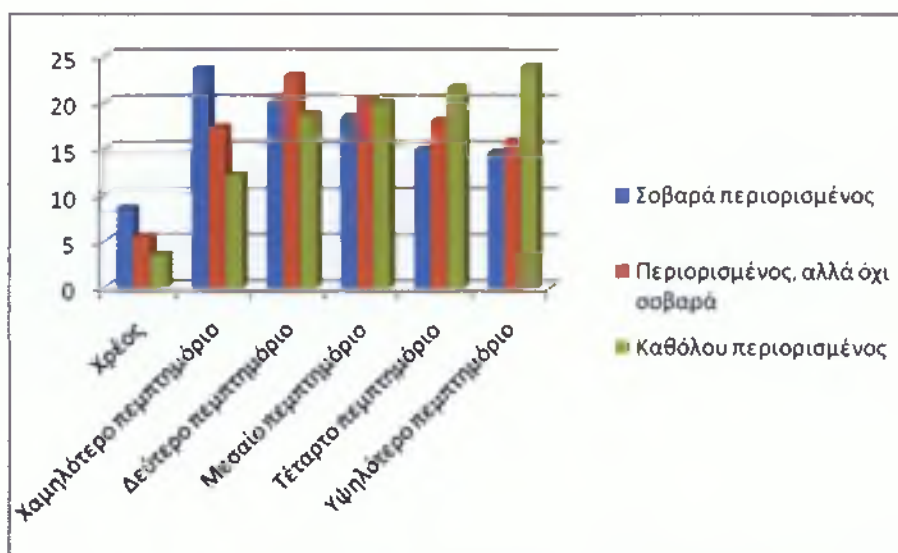


Διάγραμμα Δ.36: Αυτο-εκτίμηση καταστάσεων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.37: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας, σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χρέος	8,6	5,5	3,6	4,8
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	23,6	17,3	12,1	15,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	20,0	22,8	18,7	20,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	18,4	20,5	20,0	19,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	14,9	18,0	21,6	19,7
Υψηλότερο πεμπτημόριο	14,6	15,8	23,9	20,4
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

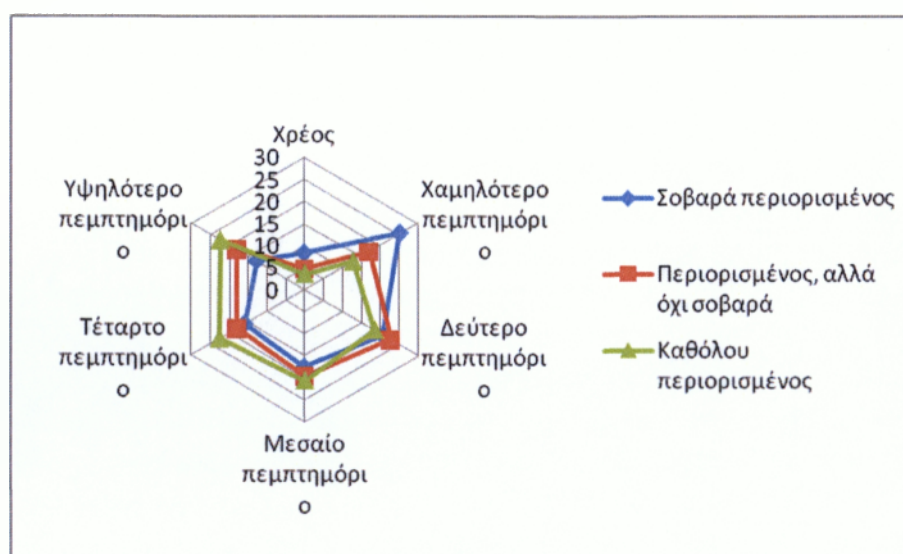


Διάγραμμα Δ.37: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.38: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χρέος	8,2	4,6	3,5	4,4
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	25,3	17,0	12,7	15,6
Δεύτερο πεμπτημόριο	20,7	22,8	18,4	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	17,5	19,8	20,7	20,1
Τέταρτο πεμπτημόριο	15,7	17,9	22,4	20,2
Υψηλότερο πεμπτημόριο	12,6	18,0	22,2	19,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

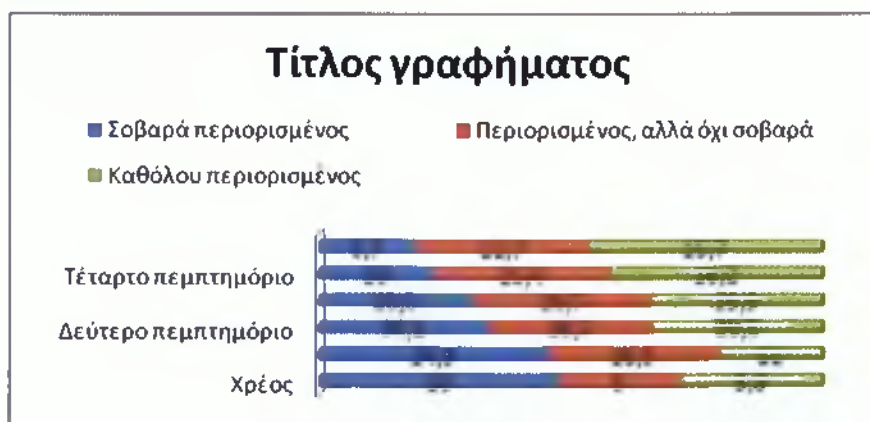


Διάγραμμα Δ.38: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.39: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας			Σύνολο
	Σοβαρά περιορισμένος	Περιορισμένος, αλλά όχι σοβαρά	Καθόλου περιορισμένος	
Χρέος	10,0	5,0	5,8	6,2
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	24,9	18,5	11,0	15,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	30,1	28,7	29,5	29,3
Μεσαίο πεμπτημόριο	18,3	20,7	19,9	19,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	10,0	15,4	18,2	16,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	6,7	11,7	15,7	13,2
Σύνολο	100,0	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

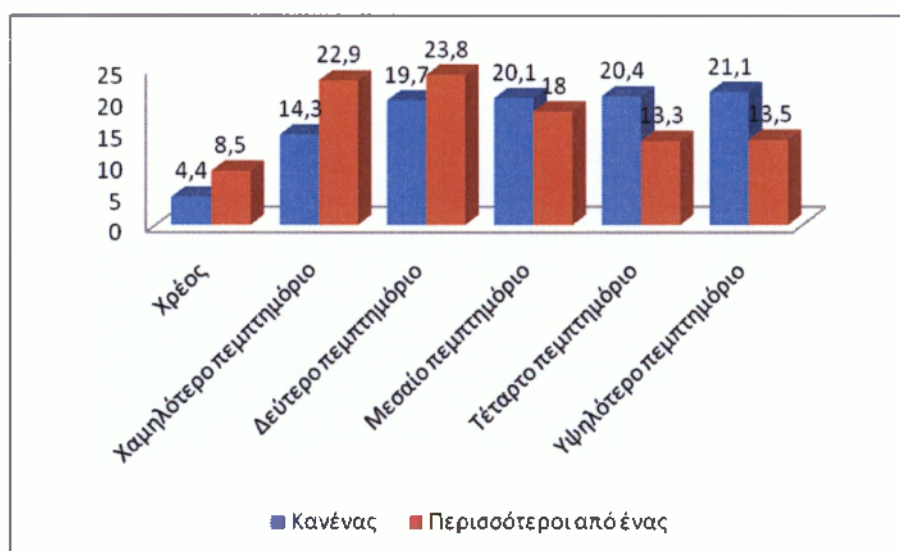


Διάγραμμα Δ.39: Περιορισμός δραστηριοτήτων, λόγω προβλημάτων υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.40: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χρέος	4,4	8,5	4,8
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	14,3	22,9	15,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,7	23,8	20,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,1	18,0	19,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,4	13,3	19,7
Υψηλότερο πεμπτημόριο	21,1	13,5	20,4
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα Δ.40: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.41: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένα	
Χρέος	4,1	8,1	4,4
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	14,8	23,7	15,6
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,6	23,3	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,3	18,1	20,1
Τέταρτο πεμπτημόριο	21,0	13,5	20,2
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,4	13,3	19,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

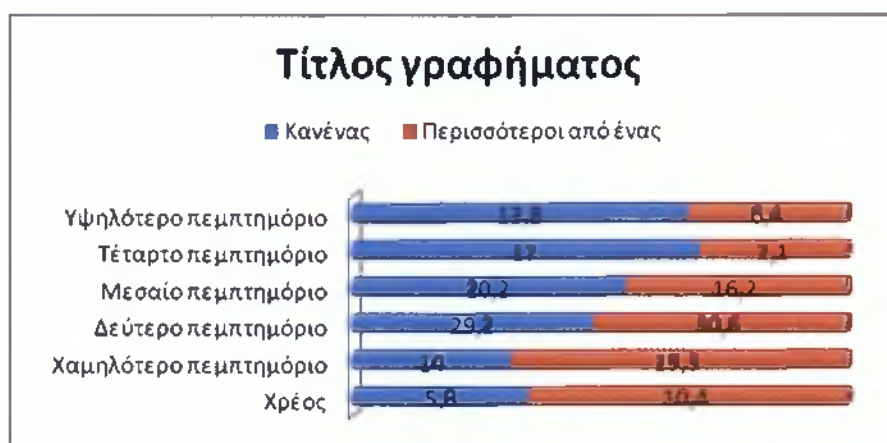


Διάγραμμα Δ.41: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.42: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χρέος	5,8	10,4	6,2
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	14,0	29,3	15,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	29,2	30,6	29,3
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,2	16,2	19,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	17,0	7,1	16,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	13,8	6,4	13,2
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα Δ.42: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.43: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένα	
Χρέος	1,7	2,7	1,8
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	10,6	17,2	11,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	11,9	21,9	13,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	23,3	23,3	23,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	23,9	15,2	22,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	28,6	19,7	27,6
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

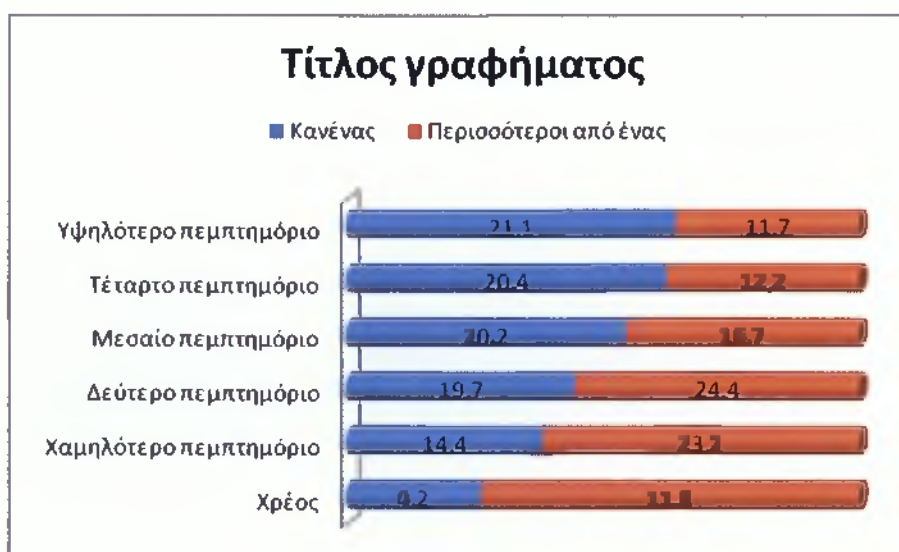


Διάγραμμα Δ.43: Αριθμός των περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.44: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χρέος	4,2	11,8	4,8
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	14,4	23,2	15,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,7	24,4	20,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,2	16,7	19,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,4	12,2	19,7
Υψηλότερο πεμπτημόριο	21,1	11,7	20,4
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

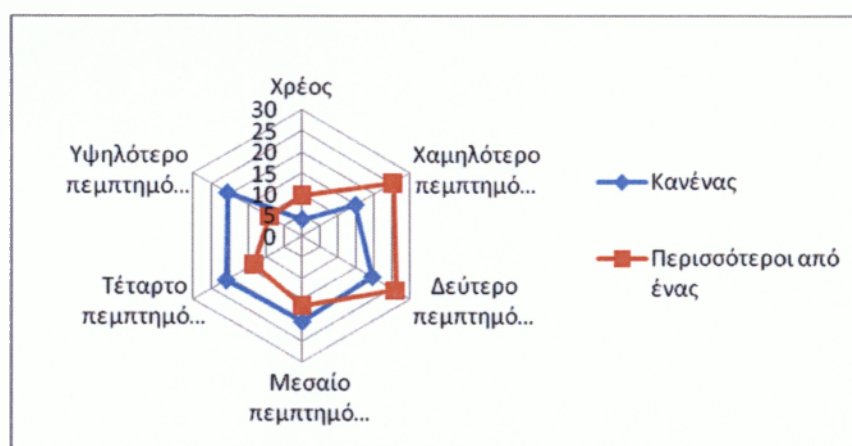


Διάγραμμα Δ.44: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.45: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένας	
Χρέος	4,0	9,6	4,4
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	14,8	25,2	15,6
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,4	25,9	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,4	16,6	20,1
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,9	13,5	20,2
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,6	9,2	19,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

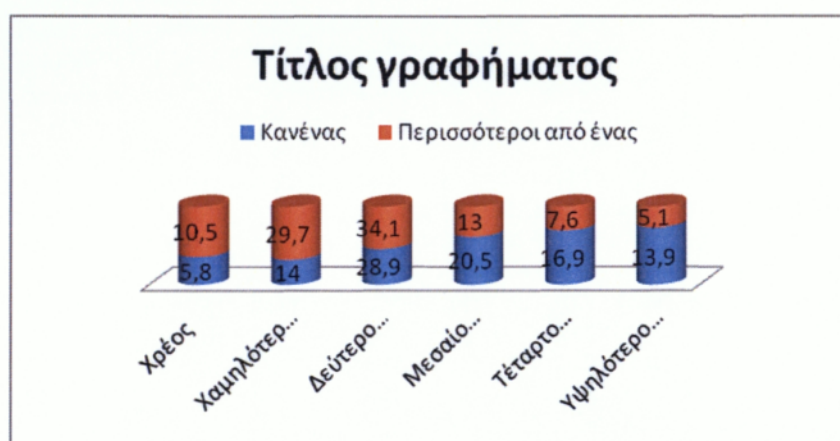


Διάγραμμα Δ.45: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.46: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Λειτουργικοί περιορισμοί		Σύνολο
	Κανένας	Περισσότεροι από ένα	
Χρέος	5,8	10,5	6,2
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	14,0	29,7	15,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	28,9	34,1	29,3
Μεσαίο πεμπτημόριο	20,5	13,0	19,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	16,9	7,6	16,1
Υψηλότερο πεμπτημόριο	13,9	5,1	13,2
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



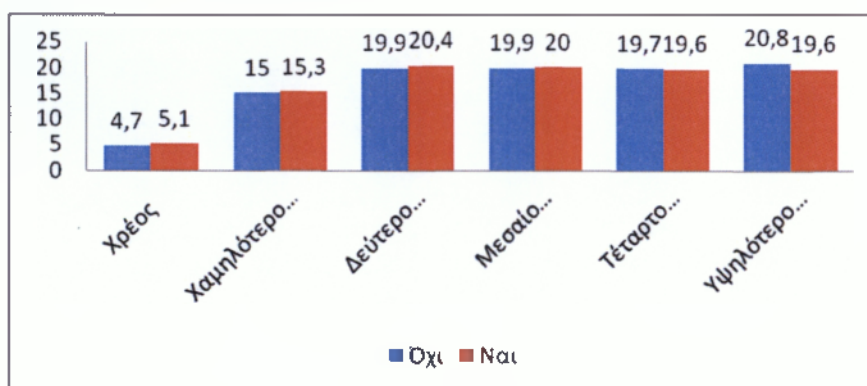
Διάγραμμα Δ.46: Αριθμός των λειτουργικών περιορισμών, λόγω προβλημάτων υγείας, σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Σουηδών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.47: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ

2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χρέος	4,7	5,1	4,8
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	15,0	15,3	15,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	19,9	20,4	20,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,9	20,0	19,9
Τέταρτο πεμπτημόριο	19,7	19,6	19,7
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,8	19,6	20,4
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα Δ.47: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.48: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα,

ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χρέος	4,5	4,3	4,4
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	15,6	15,6	15,6
Δεύτερο πεμπτημόριο	20,0	19,8	20,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	19,9	20,3	20,1
Τέταρτο πεμπτημόριο	19,9	21,0	20,2
Υψηλότερο πεμπτημόριο	20,0	19,1	19,7
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

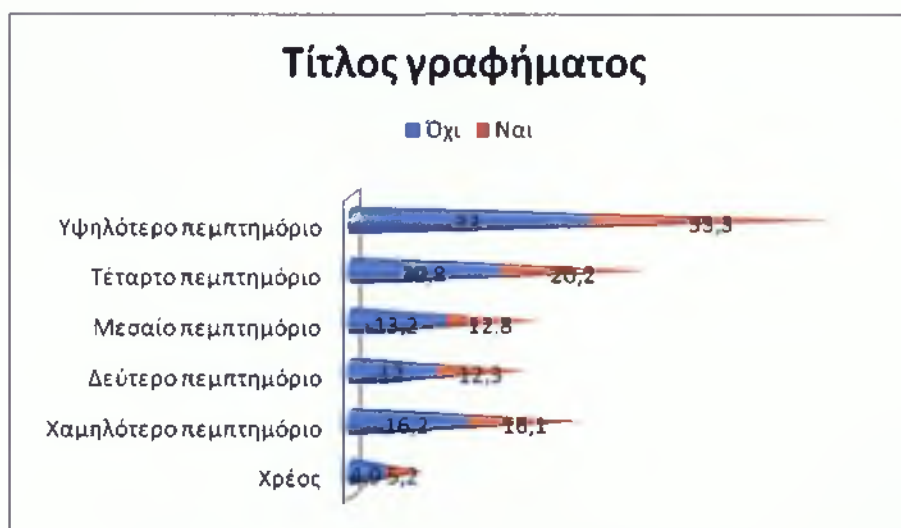


Διάγραμμα Δ.48: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.49: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χρέος	4,9	5,2	5,0
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	16,2	16,1	16,1
Δεύτερο πεμπτημόριο	12,0	12,3	12,1
Μεσαίο πεμπτημόριο	13,2	12,8	13,1
Τέταρτο πεμπτημόριο	20,8	20,2	20,6
Υψηλότερο πεμπτημόριο	33,0	33,3	33,1
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα Δ.49: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Ελβετών (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πίνακας Π.50: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

	Τον τελευταίο μήνα έχεις νοιώσει θλιμμένος ή συναισθήματα κατάθλιψης		Σύνολο
	Όχι	Ναι	
Χρέος	1,3	2,7	1,8
Χαμηλότερο πεμπτημόριο	9,5	14,4	11,3
Δεύτερο πεμπτημόριο	12,2	14,4	13,0
Μεσαίο πεμπτημόριο	23,5	23,0	23,3
Τέταρτο πεμπτημόριο	23,9	21,1	22,9
Υψηλότερο πεμπτημόριο	29,6	24,3	27,6
Σύνολο	100,0	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Διάγραμμα Δ.50: Ένδειξη ψυχικής υγείας σε συνάρτηση με τον πλούτο της οικογένειας ενηλίκων Βέλγων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0