



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία και την
ποιότητα ζωής των μόνιμων κατοίκων της Αμοργού»**

**ΧΡΥΣΟΥΛΑ - ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΓΑΒΡΙΗΛ
ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΜΕΛΟΣ ΣΕΠ: ΔΡ. ΕΛΕΝΗ ΛΑΧΑΝΑ**

**ΑΘΗΝΑ
ΜΑΙΟΣ 2026**

© Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Χρυσούλας-Ευαγγελίας Γαβριήλ που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης η συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής του διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση της συγγραφέως/δημιουργού. Η συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών της δικαιωμάτων.



**‘Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου
στην υγεία και την ποιότητα ζωής
των μονίμων κατοίκων της Αμοργού.’**

ΧΡΥΣΟΥΛΑ - ΕΥΑΓΓΕΛΙΑ ΓΑΒΡΙΗΛ

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Ελένη Λαχανά

Καθηγήτρια Διοίκησης

Υπηρεσιών Υγείας

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Κορίνα Κατσαλιάκη

Καθηγήτρια Διοίκησης Λειτουργιών

στις Υπηρεσίες Υγείας

Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδας

ΑΘΗΝΑ

ΜΑΙΟΣ, 2026

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά την κα Ελένη Λαχανά, Καθηγήτρια του τμήματος Δημόσιας και Ενιαίας Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και Μέλος ΣΕΠ του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών “Διοίκηση Μονάδων Υγείας” του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, η οποία ως επιβλέπουσα της παρούσας εργασίας μου προσέφερε την πολύτιμη συμπαράσταση, καθοδήγηση και βοήθειά της, ώστε να προκύψει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Ακόμη, ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Μανώλη Κωβαίο από το Καμάρι, χωρίς την πολύτιμη βοήθεια του οποίου θα ήταν πρακτικά αδύνατη η διεξαγωγή της έρευνας στην Αμοργό.

Επιπλέον, ευχαριστώ τους κατοίκους της Αμοργού που ανταποκρίθηκαν πρόθυμα στο κάλεσμά μου, συμβάλλοντας στην εκπόνηση της έρευνας, μέσω της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου, Νικόλαο και Κλεοπάτρα για την αμέριστη αγάπη και τη στήριξή τους καθ’όλη τη διάρκεια της πορείας μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιγράφει τα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει ένα άτομο, ή μια κοινότητα, από τη δημιουργία κοινωνικών δεσμών και την κοινωνική συμμετοχή. Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον των ερευνητών όσον αφορά την επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου σε διάφορους τομείς της ανθρώπινης κοινωνίας, όπως η υγεία και η ποιότητα ζωής.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί η επίδραση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία και την ποιότητα ζωής των μονίμων κατοίκων της νήσου Αμοργού στην περιφέρεια Νότιου Αιγαίου.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της απλής τυχαίας δειγματοληψίας από τον Ιούνιο έως και τον Αύγουστο του 2025. Δημιουργήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε την Κλίμακα Επισκόπησης Υγείας SF-12, την Κλίμακα Ποιότητας Ζωής EuroQol 5D και την Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου. Μοιράστηκαν συνολικά 350 ερωτηματολόγια, εκ των οποίων συμπληρώθηκαν τα 311. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0. Ο έλεγχος των κατανομών των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους έγινε με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov, ενώ η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's alpha.

Αποτελέσματα: Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, το 51,8% ήταν άνδρες, το 57,6% ήταν έγγαμοι, ενώ το 97,1% ήταν Έλληνες πολίτες. Από την ανάλυση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 82% αξιολογεί την υγεία του από καλή έως εξαιρετική, ποσοστό πολύ υψηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Ωστόσο, μόνο το 23% αθλείται συχνά και μόλις το 40% επισκέπτεται τακτικά τον γιατρό του για εξετάσεις. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι άνδρες κάτοικοι του νησιού έχουν καλύτερη σωματική υγεία ($p=0,001+$), ψυχική υγεία ($p<0,001$), αλλά και ποιότητα ζωής ($p=0,040+$) σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης, οι απόφοιτοι μέσης και ανώτερης εκπαίδευσης σε σχέση με τους απόφοιτους υποχρεωτικής εκπαίδευσης παρουσιάζουν καλύτερη

σωματική υγεία και ποιότητα ζωής ($p < 0,001$). Σημαντικό είναι επίσης το εύρημα ότι τα άτομα με αυξημένο μηνιαίο εισόδημα έχουν υψηλότερο επίπεδο σωματικής υγείας ($p = 0,007$), ψυχικής υγείας ($p = 0,002$) και ποιότητας ζωής ($p = 0,004$). Τα ίδια άτομα έχουν μεγαλύτερη κοινωνική συμμετοχή ($p = 0,039$), περισσότερες επαφές με συγγενείς και φίλους ($p = 0,007$) και καλύτερες εργασιακές σχέσεις ($p = 0,001$). Ενδιαφέρουσα είναι ακόμη η διαπίστωση πως το 91,3% των ερωτηθέντων αισθάνεται πολύ ή πάρα πολύ ασφαλής στη γειτονιά του και το 95,5% έχει βοήθεια από φίλους όταν το χρειάζεται. Παρ' όλα αυτά, το 79,8% νιώθει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης, ενώ στο 63% δεν αρέσει να ζει με άτομα που έχουν διαφορετικές συνήθειες.

Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε ότι το **αίσθημα ασφάλειας** καταγράφεται ως η διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου με την υψηλότερη βαθμολογία ($M = 3,6$, $SD = 0,6$), υποδηλώνοντας μια γενικευμένη αίσθηση ασφάλειας στον τοπικό πληθυσμό. Ακολουθεί η διάσταση της **κοινωνικής συμπεριφοράς και εκτίμησης της ζωής** ($M = 3,1$, $SD = 0,4$) όπου παρουσιάζεται η μεγαλύτερη ομοιογένεια στις απαντήσεις, καθώς η χαμηλή τυπική απόκλιση υποδηλώνει συνοχή στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, με τη μέση τιμή να υπερβαίνει το κέντρο της κλίμακας. Επίσης, οι **σχέσεις στον χώρο της εργασίας** αξιολογούνται θετικά ($M = 3$, $SD = 0,6$), υποδηλώνοντας ότι το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί έναν σταθερό πυλώνα κοινωνικού κεφαλαίου για το σύνολο των συμμετεχόντων. Ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν πολύ υψηλός και για τις τρεις παραπάνω διαστάσεις ($\alpha > 0,70$).

Αντιθέτως, η **συμμετοχή στην τοπική κοινότητα** παρουσιάζει τη χαμηλότερη μέση τιμή ($M = 2,2$) με $SD = 0,5$, γεγονός που φανερώνει ότι η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δεν συμμετέχει σε κάποιο τοπικό σύλλογο ή εθελοντική ομάδα. Αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί η **ανοχή στη διαφορετικότητα**, η οποία, παρά τη χαμηλή μέση τιμή της ($M = 2,3$), εμφανίζει τη μεγαλύτερη διασπορά ($SD = 0,8$), υποδηλώνοντας διαφοροποίηση των απόψεων στον πληθυσμό της έρευνας. Τέλος, η διάσταση των **επαφών με συγγενείς και φίλους** κινείται σε μέτρια επίπεδα ($M = 2,5$), καταλαμβάνοντας το κεντρικό σημείο της κλίμακας. Εδώ η τυπική απόκλιση ($SD = 0,7$) φανερώνει μια σχετική ανομοιογένεια στο δείγμα, υποδηλώνοντας ότι ένα μέρος των συμμετεχόντων διατηρεί περιορισμένες κοινωνικές επαφές.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη επιβεβαιώνει τη θετική συσχέτιση μεταξύ του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου και του επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι κάτοικοι της Αμοργού ζουν σε ένα ασφαλές περιβάλλον, νιώθουν ικανοποίηση από τη ζωή και την εργασία τους και απολαμβάνουν ενός ικανοποιητικού δικτύου κοινωνικών επαφών, που χαρακτηρίζεται από αλληλοϋποστήριξη και κοινές αξίες. Αν και η Αμοργός παραμένει μια σχετικά εσωστρεφής κοινότητα με μικρή ανοχή στη διαφορετικότητα, το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο των κατοίκων επιδρά θετικά στην ποιότητα της ζωής τους, αντισταθμίζοντας τις καθημερινές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν στο απομονωμένο αυτό νησί του νότιου Αιγαίου.

Λέξεις κλειδιά: κοινωνικό κεφάλαιο, κοινωνική συμμετοχή, υγεία, ευεξία, ποιότητα ζωής.

Abstract

Introduction: Social capital is a multidimensional concept which describes the benefits that an individual, or a community, can derive from the creation of social ties and social participation. In recent decades, there has been growing interest among researchers regarding the impact of social capital on various areas of human society, such as health and quality of life.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the effect of individual social capital on the health and quality of life of the permanent residents of the island of Amorgos in the South Aegean region.

Methodology: The survey was conducted using the Simple Random Sampling method from June to end of August 2025. We created a structured questionnaire which included the SF-12 Short Form Health Survey Scale, the EuroQol 5D Quality of Life Scale, and the Social Capital Assessment Scale. A total of 350 questionnaires were distributed, of which 311 were completed. The statistical program SPSS 26.0 was used for statistical analysis. The distributions of quantitative variables were checked for normality using the Kolmogorov-Smirnov criterion, while the internal reliability of the questionnaire was tested using the Cronbach's alpha coefficient.

Results: Regarding the demographic characteristics of the sample, 51,8% were male, 57,6% were married and 97,1% were Greek citizens. The analysis of the responses given by the participants indicates that 82% of them rate their health as good, very good or excellent, a percentage much higher than the European average. Nevertheless, only 23% of them exercise regularly and just 40% visit their doctor for regular check-ups. It is interesting to note that the male residents of the island have better physical health ($p=0,001+$), mental health ($p<0,001$) and quality of life ($p=0,040+$) as compared to women. Moreover, graduates of secondary or higher education enjoy better physical health and quality of life ($p<0,001$) in comparison to graduates of compulsory education. Another important finding was that people with increased monthly income have a higher level of physical health ($p=0,007$), mental health ($p=0,002$) and quality of life ($p=0,004$). The same individuals have greater social participation ($p=0,039$), more contacts with relatives and friends ($p=0,007$) and better work relationships ($p=0,001$). Another interesting conclusion of the analysis was that

91,3% of the respondents feel safe or very safe in their neighborhood and 95,5% have help from friends when they need it. However, 79,8% of them feel that most people are not trustworthy, while 63% do not like living with people who have different habits.

The statistical analysis revealed that **the feeling of safety** was the dimension with the highest score ($M=3,6$, $SD=0,6$), indicating a generalized sense of security among the local population. Next was the dimension of **social behavior and appreciation of life** ($M=3,1$, $SD=0,4$) where we can see the greatest homogeneity in the responses, as the low standard deviation indicates consistency in the participants' opinions, with the mean value exceeding the middle of the scale. Also, **workplace relationships** were evaluated positively ($M=3$, $SD=0,6$), indicating that the work environment constitutes a stable pillar of social capital for most participants. Moreover, Cronbach's alpha coefficient was very high for all three dimensions mentioned above ($\alpha>0,70$). On the contrary, the dimension of **participation in the local community** had the lowest mean value ($M=2,2$, $SD=0,5$) which indicates that the majority of the respondents do not participate in any local club or voluntary group. Another notable finding was **tolerance of diversity** which, despite its low mean value ($M=2,3$), displays the greatest standard deviation ($SD=0,8$), indicating a diversity in opinions among the sample population. Finally, the dimension of **contacts with relatives and friends** is at moderate levels ($M=2,5$), occupying the centre of the scale. Here the standard deviation ($SD=0,7$) reveals a relative heterogeneity in the sample, suggesting that a part of the respondents have limited social contacts.

Conclusions: The present study confirms the positive correlation between individual social capital and the status of physical and mental health. The residents of Amorgos live in a safe environment, are satisfied by their life and work and they have a satisfactory network of social contacts, characterized by mutual support and shared values. Even though Amorgos remains a relatively introverted community, where tolerance for diversity is quite low, the individual social capital of its residents has a positive impact on their quality of life, thus offsetting the daily challenges faced in this isolated island of the south Aegean region.

Key-words: social capital, social participation, health, well-being, quality of life.

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	iv
Περίληψη	v
Abstract.....	viii
Κατάλογος γραφημάτων.....	xiv
Κατάλογος πινάκων	xv
Συντομογραφίες.....	xvii

Εισαγωγή	1
1.1. Γενικά.....	1
1.2. Σκοπός της παρούσας εργασίας.....	2
1.3. Ερευνητικές υποθέσεις	2
1.4. Διάρθρωση της εργασίας	3

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 ^ο – Εννοιολογικός προσδιορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου	4
1.1. Ιστορική εξέλιξη της έννοιας και υπάρχουσες θεωρίες για το κοινωνικό κεφάλαιο	4
1.2. Μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου	6
1.3. Διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου	9
1.4. Μέθοδοι μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου.....	12
1.5. Το κοινωνικό κεφάλαιο στην Ελλάδα.....	16

**Κεφάλαιο 2^ο – Προσέγγιση των εννοιών της υγείας και της
ποιότητας ζωής..... 18**

2.1. Η έννοια της υγείας..... 18

2.2. Ορισμός και διαστάσεις της ποιότητας ζωής..... 20

2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα
ζωής..... 21

2.4. Εργαλεία αξιολόγησης του επιπέδου υγείας..... 25

2.5. Εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής 29

**Κεφάλαιο 3^ο – Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην
υγεία και την ποιότητα ζωής..... 33**

3.1. Οφέλη για το άτομο 33

3.2. Οφέλη για την κοινωνία..... 34

3.3. Η αρνητική πλευρά του κοινωνικού κεφαλαίου..... 35

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4^ο – Σκοπός και μεθοδολογία της έρευνας..... 38

4.1. Σκοπός και επιμέρους στόχοι της έρευνας 38

4.2. Ερευνητικά ερωτήματα..... 38

4.3. Πληθυσμός υπό μελέτη..... 38

4.4. Ερευνητική μέθοδος και ερευνητικά εργαλεία..... 39

4.5. Στατιστική ανάλυση..... 41

4.6. Ζητήματα δεοντολογίας και ηθικής..... 42

Κεφάλαιο 5^ο – Αποτελέσματα της έρευνας.....	43
5.1.Δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	43
5.2.Ανάλυση αποτελεσμάτων Ερωτηματολογίου SF-12 (εκτίμηση υγείας και καθημερινών δραστηριοτήτων) - σύγκριση με δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	48
5.3.Ανάλυση αποτελεσμάτων Ερωτηματολογίου EuroQol-5D (αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας) - σύγκριση με δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	54
5.3.1.Με εξαρτημένη μεταβλητή τη σωματική υγεία.....	58
5.3.2.Με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία	60
5.3.3. Με εξαρτημένη μεταβλητή την Κλίμακα Ποιότητας Ζωής EQ-5D	61
5.4.Ανάλυση αποτελεσμάτων Ερωτηματολογίου για το Ατομικό Κοινωνικό Κεφάλαιο – σύγκριση με δημογραφικά χαρακτηριστικά. 62	
 Κεφάλαιο 6^ο – Συζήτηση των αποτελεσμάτων	83
6.1.Πρωτοτυπία και συμβολή της παρούσας μελέτης.....	83
6.2.Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία.....	83
6.3.Περιορισμοί της μελέτης.	85
6.4.Προτάσεις πολιτικών υγείας και μελλοντική έρευνα.	86
 Κεφάλαιο 7^ο – Συμπεράσματα	88

Βιβλιογραφία	91
Ελληνόγλωσση	91
Ξενόγλωσση.....	95
Πηγές διαδικτύου.....	104
Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο έρευνας.....	105

Κατάλογος γραφημάτων

Γράφημα 1: Ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων	45
Γράφημα 2: Δημοτική κοινότητα κατοικίας	45
Γράφημα 3 : Συμπεριφορές υγείας	47
Γράφημα 4: Συνοδά νοσήματα σε φθίνουσα σειρά	47
Γράφημα 5: Συσχέτιση σωματικής υγείας και επιπέδου εκπαίδευσης	51
Γράφημα 6: Συσχέτιση σωματικής υγείας και άσκησης.....	51
Γράφημα 7: Συσχέτιση της ψυχικής υγείας με την κατανάλωση αλκοόλ	53
Γράφημα 8: Συσχέτιση φύλου και ψυχικής υγείας.....	54
Γράφημα 9: Συσχέτιση της κλίμακας ποιότητας ζωής EQ-5D με το φύλο	56
Γράφημα 10: Συσχέτιση της κλίμακας ποιότητας ζωής EQ-5D με το επίπεδο εκπαίδευσης	57
Γράφημα 11: Μέση βαθμολογία των διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου....	81
Γράφημα 12: Συσχέτιση της συμμετοχής στην τοπική κοινότητα με τη σωματική υγεία	82
Γράφημα 13: Συσχέτιση της κοινωνικής συμπεριφοράς και εκτίμησης της ζωής με την ψυχική υγεία	82

Κατάλογος πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	43
Πίνακας 2: Νοσήματα και συμπεριφορές υγείας	46
Πίνακας 3: Έλεγχος αξιοπιστίας της Κλίμακας SF-12	48
Πίνακας 4: Συσχέτιση της σωματικής υγείας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	49
Πίνακας 5: Συσχέτιση της ψυχικής υγείας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	52
Πίνακας 6: Έλεγχος αξιοπιστίας της Κλίμακας EQ-5D	54
Πίνακας 7: Συσχέτιση της κλίμακας EQ-5D με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	55
Πίνακας 8: Συσχέτιση των κλιμάκων SF-12 και EQ-5D με την ηλικία, τον αριθμό παιδιών, το εισόδημα και τα συνοδά νοσήματα	58
Πίνακας 9: Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές υγείας με εξαρτημένη μεταβλητή τη σωματική υγεία	59
Πίνακας 10: Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές υγείας με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία.....	60
Πίνακας 11: Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές υγείας με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα ποιότητας ζωής EQ-5D	61
Πίνακας 12: Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο για το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο	62
Πίνακας 13: Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος	67
Πίνακας 14: Αίσθημα ασφάλειας σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος	69
Πίνακας 15: Επαφές με συγγενείς και φίλους σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος	71
Πίνακας 16: Ανοχή στη διαφορετικότητα σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος	72

Πίνακας 17: Κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος.....	74
Πίνακας 18: Σχέσεις στην εργασία σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος	76
Πίνακας 19: Συσχετίσεις των διαστάσεων της κλίμακας κοινωνικού κεφαλαίου με την ηλικία, τον αριθμό τέκνων, το μηνιαίο εισόδημα και τα συνοδά νοσήματα..	78
Πίνακας 20: Στατιστικές συσχετίσεις των έξι διαστάσεων της κλίμακας κοινωνικού κεφαλαίου	80
Πίνακας 21: Συσχέτιση των κλιμάκων SF-12 και EQ-5D με την κλίμακα του κοινωνικού κεφαλαίου	81

Συντομογραφίες:

ΟΟΣΑ: Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Αναπτύξεως

ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

ΕΕ: Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΛΣΤΑΤ: Ελληνική Στατιστική Αρχή

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΕΚΚΕ: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών

Mean value (M): Μέση τιμή

Standard deviation (SD): Τυπική απόκλιση

Εισαγωγή

1.1. Γενικά

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες διαπιστώνεται αυξημένο ενδιαφέρον των μελετητών σχετικά με το κοινωνικό κεφάλαιο, γεγονός που έχει οδηγήσει στην πραγματοποίηση ενός μεγάλου αριθμού σχετικών ερευνών διεθνώς. Αν και δεν υπάρχει σήμερα ένας κοινά αποδεκτός ορισμός, οι περισσότεροι θεωρητικοί θα συμφωνούσαν ότι η έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου αναφέρεται στα οφέλη που μπορεί να αποκομίσει ένα άτομο, ή μια κοινότητα, από τη δημιουργία κοινωνικών δεσμών και την κοινωνική συμμετοχή (Ζήση,2013). Με άλλα λόγια, η επιτυχία και η κοινωνική ευημερία ενός ατόμου (ή μιας ομάδας) βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με την ικανότητά του να αποκτά και να συντηρεί κοινωνικές σχέσεις και διασυνδέσεις οι οποίες μπορούν στη συνέχεια να χρησιμοποιηθούν προκειμένου το άτομο να επιτύχει τους στόχους του. Το πιο σημαντικό συστατικό του κοινωνικού κεφαλαίου είναι τα κοινωνικά δίκτυα τα οποία στηρίζονται σε ισχυρούς δεσμούς μεταξύ των μελών, εμπιστοσύνη, αμοιβαιότητα, κοινές αξίες και νόρμες, κοινωνική συμμετοχή, αίσθηση ασφάλειας και σεβασμό στη διαφορετικότητα (Τσουνής και συν,2020). Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να χαρακτηριστεί ως πόρος που πηγάζει από τη συλλογική δράση, ενώ αποτελεί σημαντικό παράγοντα κοινωνικής ευημερίας και συνοχής, αλλά και οικονομικής ανάπτυξης. Τα ερευνητικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι οι κοινωνίες όπου ανθεί το κοινωνικό κεφάλαιο χαρακτηρίζονται από υψηλότερα επίπεδα υγείας, παιδείας και κοινωνικής πρόνοιας, χαμηλότερα ποσοστά εγκληματικότητας και βελτίωση των οικονομικών συνθηκών των λιγότερο προνομιούχων πολιτών (Καμπερίδου,2011).

Η υγεία αποτελεί διαχρονικά τον βασικό συντελεστή ευημερίας και ποιότητας ζωής ενός ατόμου, αλλά και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα. Η προαγωγή της υγείας και η πρόληψη της ασθένειας ξεκινούν από το σπίτι και το σχολείο, ενώ βρίσκονται στη βάση κάθε τύπου ανάπτυξης, οικονομικής ή άλλης. Το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού μπορεί να μετρηθεί με τη χρήση δεικτών υγείας. Αυτοί περιλαμβάνουν

αντικειμενικούς δείκτες που αντικατοπτρίζουν την οικονομική ανάπτυξη και την κοινωνική ευημερία, αλλά και υποκειμενικούς δείκτες που αναφέρονται στη σωματική και ψυχο-κοινωνική ευεξία (Σαρρής,2001). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής πραγματοποιείται με τη χρήση ερωτηματολογίων τα οποία εστιάζουν στη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα ενός ατόμου, ενώ είναι ιδιαίτερος χρήσιμα κατά τη διάρκεια κλινικών δοκιμών προκειμένου να συγκρίνουν τα οφέλη και τα μειονεκτήματα που προκύπτουν από διαφορετικές θεραπείες (Fayers and Machin,2006).

Η μελέτη των μηχανισμών μέσω των οποίων το κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει την υγεία και την ποιότητα ζωής είναι ένα ενδιαφέρον ζήτημα που έχει τύχει ενδελεχούς ανάλυσης από τους σύγχρονους μελετητές. Πολυάριθμες έρευνες τεκμηριώνουν τη θετική συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και των δεικτών υγείας (Ζήση,2013). Αναμφίβολα, η κοινωνική απομόνωση και η έλλειψη κοινωνικών δεσμών προκαλούν αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, επιδεινώνοντας την ποιότητα της ζωής. Μελέτες σε πληθυσμούς με χαμηλή συνοχή καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών, ενώ αντιθέτως η συσσώρευση κοινωνικού κεφαλαίου σε μια κοινότητα συνδέεται με καλύτερη ψυχική υγεία και μειωμένη θνησιμότητα (Οικονόμου,2013).

1.2. Σκοπός της παρούσας εργασίας

Η παρούσα εργασία αποσκοπεί να μελετήσει την επίδραση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία και την ποιότητα ζωής των μόνιμων κατοίκων της νήσου Αμοργού που βρίσκεται στις Ανατολικές Κυκλάδες, στην Περιφέρεια Νότιου Αιγαίου.

1.3. Ερευνητικές υποθέσεις

Βασική ερευνητική υπόθεση της παρούσας εργασίας είναι αν και κατά πόσο το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο σχετίζεται με την κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής των μόνιμων κατοίκων της Αμοργού. Και επιπλέον, ποιοι

δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα και οικονομική κατάσταση) επηρεάζουν τα επίπεδα του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου και ποιοί από αυτούς επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής των κατοίκων του νησιού.

1.4. Διάρθρωση της εργασίας

Η παρούσα εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη. Στο Θεωρητικό Μέρος (κεφάλαια 1-3) και το Ειδικό Μέρος (κεφάλαια 4-6). Στο 1^ο κεφάλαιο επιχειρείται ο εννοιολογικός προσδιορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου. Αρχικά, γίνεται αναφορά στην ιστορική εξέλιξη της έννοιας και τις υπάρχουσες θεωρίες για το κοινωνικό κεφάλαιο. Κατόπιν, αναλύονται οι μορφές και οι διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου, ενώ παρουσιάζονται και οι διαθέσιμες μέθοδοι μέτρησής του. Τέλος, γίνεται μια καταγραφή της κατάστασης του κοινωνικού κεφαλαίου στη χώρα μας. Στο 2^ο κεφάλαιο προσεγγίζονται οι έννοιες της υγείας και της ποιότητας ζωής. Αρχικά, οριοθετούνται εννοιολογικά οι δύο έννοιες και οι παράγοντες που τις επηρεάζουν, ενώ κατόπιν παρατίθενται τα διαθέσιμα εργαλεία μέτρησης του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής. Στο 3^ο κεφάλαιο ερευνάται η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία και την ποιότητα ζωής. Αναλύονται τα οφέλη τόσο για το άτομο όσο και για την κοινότητα, ενώ έπειτα παρουσιάζονται οι αρνητικές όψεις του κοινωνικού κεφαλαίου. Στη συνέχεια, στο 4^ο κεφάλαιο αναλύεται ο σκοπός και η μεθοδολογία της παρούσας έρευνας, ενώ στο 5^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης. Στο 6^ο κεφάλαιο γίνεται η συζήτηση των αποτελεσμάτων, όπου καταγράφεται η συμβολή της παρούσας μελέτης ως πρωτότυπο έργο, αλλά και οι περιορισμοί που υπήρξαν κατά τη διεξαγωγή της. Επιπλέον, επιχειρείται μια σύγκριση με σχετικές μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία, ενώ γίνονται προτάσεις για μελλοντική έρευνα και πολιτικές υγείας. Τέλος, στο 7^ο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα συμπεράσματα της εργασίας.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο – Εννοιολογικός προσδιορισμός του κοινωνικού κεφαλαίου

1.1. Ιστορική εξέλιξη της έννοιας και υπάρχουσες θεωρίες για το κοινωνικό κεφάλαιο

Το κοινωνικό κεφάλαιο δεν αποτελεί μια καινούργια έννοια. Αντιθέτως, οι απαρχές της βρίσκονται στον 19^ο αιώνα στο έργο φιλοσόφων και θεωρητικών όπως οι Weber, Marx, Durkheim, Gramsci, Simmel, Madison και de Tocqueville (Bhandari and Yasunobu, 2009). Αργότερα ασχολήθηκαν με την έννοια οι πιο σύγχρονοι Hanifan, Jacobs και Loury, ωστόσο ο Γάλλος κοινωνιολόγος Pierre Bourdieu ήταν εκείνος που έδωσε τον πρώτο πλήρη ορισμό για το κοινωνικό κεφάλαιο (Τσουνής και συν., 2020). Στη συνέχεια οι μελετητές James Coleman και Robert Putnam εμβάθυναν περαιτέρω στην έννοια του κοινωνικού κεφαλαίου, ενώ κατόπιν πιο σύγχρονοι θεωρητικοί όπως ο Francis Fukuyama και ο Nan Lin παρέθεσαν τις δικές τους απόψεις. Ωστόσο, οι τρεις σημαντικότερες προσεγγίσεις για το κοινωνικό κεφάλαιο θεωρείται ότι προήλθαν από τους Bourdieu, Coleman και Putnam (Κονιόρδος, 2015).

Ο **Pierre Bourdieu** διακρίνει τέσσερις τύπους κεφαλαίου: το οικονομικό (κινητή και ακίνητη περιουσία), το πολιτισμικό (γνώσεις και δεξιότητες), το συμβολικό (κύρος και κοινωνική αναγνώριση) και το κοινωνικό κεφάλαιο (Bourdieu, 1986). Σύμφωνα με τον ορισμό του Bourdieu, “το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί το σύνολο των πραγματικών ή συμβολικών πόρων οι οποίοι συνδέονται με πολλαπλά δίκτυα, που διατηρούνται στο χρόνο και συσχετίζονται με εν πολλοίς θεσμοθετημένες σχέσεις αμοιβαίας αποδοχής και αναγνώρισης” (Bourdieu, 1986). Με άλλα λόγια, η συμμετοχή των ατόμων σε επίσημες, ή άτυπα οργανωμένες, ομάδες μπορεί να τους εξασφαλίσει σημαντικά υλικά και άυλα οφέλη. Ο Bourdieu προσεγγίζει το κοινωνικό

κεφάλαιο ως ατομικό χαρακτηριστικό, συνεπώς έχει μεγάλη σημασία το κατά πόσο ένα άτομο έχει πρόσβαση σε κοινωνικές επαφές και διασυνδέσεις, αλλά και αν τις χρησιμοποιεί (Tsounis and Xanthopoulou, 2025). Το κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση των υπόλοιπων μορφών κεφαλαίου, διευκολύνοντας την οικονομική και κοινωνική άνοδο και την απόκτηση κύρους. Ακόμη, η επένδυση στο κοινωνικό κεφάλαιο αποφέρει μακροπρόθεσμα οφέλη που μπορεί να συσσωρεύονται και να μεταβιβάζονται από γενιά σε γενιά, συμβάλλοντας έτσι στην αναπαραγωγή κοινωνικών δομών και ταξικών ανισοτήτων (Τσούνης και Σαράφης, 2016).

Ο Αμερικανός κοινωνιολόγος **James Coleman** αναγνωρίζει το κοινωνικό κεφάλαιο ως έναν σημαντικό πόρο τον οποίο τα άτομα, ή οι ομάδες, έχουν κίνητρο να δημιουργήσουν μόνο αν τους αποφέρει οφέλη, ενώ διευκολύνει σημαντικά τη δυνατότητά τους για δράση και βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους (Coleman, 1990). Σε αντίθεση με τον Bourdieu που ορίζει το κοινωνικό κεφάλαιο ως ατομικό χαρακτηριστικό, ο Coleman το ορίζει σε σχέση με τις λειτουργίες που επιτελεί στην κοινωνική και οικονομική οργάνωση μιας κοινωνίας (Ζήση, 2013). Σύμφωνα με τον Coleman, όλες οι κοινωνικές σχέσεις και οι κοινωνικές δομές εξυπηρετούν κάποια μορφή κοινωνικού κεφαλαίου. Ιδιαίτερη έμφαση δίνει στην οικογένεια όπου το κοινωνικό κεφάλαιο ενυπάρχει στις σχέσεις μεταξύ των μελών. Καθώς οι μεγαλύτεροι αφιερώνουν χρόνο και φροντίδα στους νεότερους, οι τελευταίοι επηρεάζονται θετικά, «κληρονομώντας» το ανθρώπινο κεφάλαιο των γονέων τους προκειμένου στην συνέχεια να αξιοποιήσουν και το οικονομικό κεφάλαιο που αυτοί διαθέτουν (Νασιούλας, 2010). Σύμφωνα με τον Coleman, το κοινωνικό κεφάλαιο υφίσταται μόνο εφόσον αποτελεί πόρο ο οποίος παράγει συγκεκριμένες δράσεις που οδηγούν στην επίτευξη των επιθυμητών στόχων. Μεγάλη έμφαση δίνει ακόμη στο στοιχείο της αμοιβαιότητας και της εμπιστοσύνης μεταξύ των ατόμων. Το κοινωνικό κεφάλαιο για τον Coleman είναι ένα δημόσιο αγαθό. Καθώς εγκαταβιβεί στη δομή των σχέσεων μεταξύ των δρώντων, χωρίς να αποτελεί χαρακτηριστικό γνώρισμα μεμονωμένων ατόμων, μπορεί να οφελήσει και εκείνους που δεν έχουν συνεισφέρει στη δημιουργία του, άρα και την ευρύτερη κοινότητα (Sapiro, 2010).

Σύμφωνα με τον πολιτικό επιστήμονα **Robert Putnam**, κοινωνικό κεφάλαιο είναι οι σχέσεις μεταξύ των ατόμων (κοινωνικά δίκτυα), οι κοινές νόρμες και οι σχέσεις εμπιστοσύνης και αμοιβαιότητας που πηγάζουν από αυτές. Με αυτή την έννοια το κοινωνικό κεφάλαιο είναι στενά συνδεδεμένο με αυτό που ονομάζεται «κοινωνικοπολιτική αρετή» (Νασιούλας, 2010). Ο Putnam προσεγγίζει το κοινωνικό κεφάλαιο ως συλλογικό αγαθό το οποίο ανήκει στις κοινότητες και όχι στα άτομα, ενώ δημιουργεί και συλλογικά οφέλη. Σημαντικό ρόλο παίζει για τον Putnam η έννοια της εμπιστοσύνης την οποία ουσιαστικά ταυτίζει με το κοινωνικό κεφάλαιο (Putnam et al., 1993). Στο έργο του περιγράφει τις βασικές, σύμφωνα με αυτόν, μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου: γεφυρωτικό και ενωτικό, τυπικό και άτυπο, πυκνό και αραιό, εξωστρεφές και εσωστρεφές (Putnam and Goss, 2002). Παράλληλα, ο Putnam δημιούργησε ένα εργαλείο για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου (Putnam's Social Capital Index) το οποίο εξετάζει την επίδραση διαφόρων δεικτών (όπως η εμπιστοσύνη, ο εθελοντισμός και η κοινωνική συμμετοχή) στο κοινωνικό κεφάλαιο και έχει αποτελέσει τη βάση για μια σειρά ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται σήμερα για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου (Putnam, 2000). Ο Putnam επηρεάστηκε βαθιά από τις απόψεις του Alexis de Tocqueville ο οποίος στο έργο του έδωσε έμφαση στην ανάγκη δημιουργίας ενώσεων πολιτών και την ενεργό συμμετοχή των πολιτών στα κοινά. Ωστόσο, σε αντίθεση με τον de Tocqueville, ο Putnam θεωρεί ότι οι οργανώσεις αυτές στόχο έχουν την ενίσχυση της εύρυθμης λειτουργίας του δημοκρατικού κράτους και όχι την αποδυνάμωσή του (Κωνσταντακόπουλος, 2010).

1.2. Μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου

Πολλοί μελετητές έχουν ασχοληθεί με τις μορφές του κοινωνικού κεφαλαίου, ωστόσο οι κύριες προσεγγίσεις είναι δύο. Η πρώτη προέρχεται από τους ακαδημαϊκούς Janine Nahapiet και Sumantra Ghoshal. Στο έργο τους κάνουν τη διάκριση μεταξύ δομικού (structural), γνωστικού (cognitive) και σχεσιακού (relational) κοινωνικού κεφαλαίου (Nahapiet and Ghoshal, 1998). Το **δομικό κοινωνικό κεφάλαιο** είναι απτό και εύκολα παρατηρήσιμο, ενώ αφορά στο δίκτυο γνωριμιών και διασυνδέσεων ενός ατόμου τις

οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει προς όφελός του. Ιδιαίτερη σημασία έχει ο αριθμός των επαφών αυτών, για ποια άτομα πρόκειται και πόσο στενός είναι ο δεσμός που υφίσταται μεταξύ τους. Ουσιαστικά αναφέρεται σε κοινωνικά δίκτυα όπου οι δρώντες αναλαμβάνουν συγκεκριμένους ρόλους και ακολουθούν κοινούς κανόνες και διαδικασίες. Παράδειγμα αποτελούν οι αθλητικοί σύλλογοι και οι ενώσεις γειτόνων (Grootaert and van Bastelaer, 2002). Το **γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο** περιλαμβάνει άυλα και υποκειμενικά στοιχεία, καθώς αναφέρεται στην κοινή γλώσσα και τους κώδικες επικοινωνίας που υπάρχουν ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας, αλλά και στις κοινές αξίες, τους στόχους και τις συμπεριφορές που χαρακτηρίζουν τα άτομα αυτά (Nahapiet and Ghoshal, 1998). Τέλος, το **σχεσιακό κοινωνικό κεφάλαιο** αναφέρεται και αυτό σε άυλα χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα στο είδος και την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ των δρώντων. Βασικά στοιχεία εδώ είναι η εμπιστοσύνη, η αξιοπιστία, ο αλληλοσεβασμός, η κοινή ταυτότητα, ενώ είναι απαραίτητη η συμμόρφωση με τους υπάρχοντες κανόνες και τις υποχρεώσεις των μελών. Οι παραπάνω τρεις διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου αλληλεπιδρούν σε τέτοιο βαθμό ώστε γίνεται σχεδόν αδύνατη η ύπαρξη της μίας χωρίς τις άλλες (Claridge, 2018).

Όσον αφορά τη δεύτερη προσέγγιση, ο Robert Putnam στο έργο του *Bowling alone: The collapse and revival of the American community*, διακρίνει το κοινωνικό κεφάλαιο στο συνδετικό/γεφυροποιό (bridging social capital) και στο δεσμευτικό/περιοριστικό (bonding social capital) (Putnam, 2000). Το **συνδετικό κοινωνικό κεφάλαιο** είναι περισσότερο εξωστρεφές, όντας ανοιχτό σε ανθρώπους που ανήκουν σε διαφορετικές κοινωνικές τάξεις, εθνικότητες, θρησκείες, ηλικίες, φύλα κτλ. Διακρίνεται από πιο χαλαρές σχέσεις εμπιστοσύνης και συνεργασίας που συμβάλλουν στην κοινωνική συνοχή και την οικονομική και κοινωνική ενδυνάμωση των ατόμων (Tsounis and Xanthopoulou, 2025). Το **δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο**, όπως και το συνδετικό, βασίζεται σε ισχυρούς δεσμούς, στην εμπιστοσύνη, την αμοιβαιότητα και την αλληλεγγύη μεταξύ των μελών. Ωστόσο, το δεσμευτικό κοινωνικό κεφάλαιο είναι πιο εσωστρεφές και αναφέρεται σε κοινωνικά δίκτυα ή ομάδες ανθρώπων που είναι ίδιοι μεταξύ τους και διατηρούν ήδη καθιερωμένες

σχέσεις. Παράδειγμα αποτελούν η οικογένεια, οι στενοί φίλοι, οι κάτοικοι ενός χωριού ή οι εργαζόμενοι μιας εταιρείας. Στόχος των ομάδων αυτών είναι να προωθήσουν τα ιδιοτελή τους συμφέροντα, υιοθετώντας ενίοτε πρακτικές κοινωνικού αποκλεισμού, εις βάρος του γενικού συμφέροντος και της κοινωνικής ευημερίας (Καμπερίδου,2011). Ορισμένοι μελετητές, όπως ο Michael Woolcock, διακρίνουν εδώ μια τρίτη κατηγορία, το **ενωτικό κοινωνικό κεφάλαιο** (linking social capital), βλέποντας τις σχέσεις από θεσμική άποψη. Με την έννοια αυτή περιγράφονται κάθετοι δεσμοί μεταξύ ατόμων που επικοινωνούν αυστηρά μέσω μιας επίσημης θεσμικής ή ιεραρχικής δομής, συνήθως σε επαγγελματικό πλαίσιο ή στο περιβάλλον κάποιας πολιτικής οργάνωσης. Οι σχέσεις σε αυτή τη μορφή κοινωνικού κεφαλαίου δημιουργούνται με σκοπό οι λιγότερο προνομιούχοι δρώντες να «εκμεταλλευτούν» τους πόρους που διαθέτουν οι δρώντες με μεγαλύτερο οικονομικό ή πολιτικό κύρος. Με τον τρόπο αυτό ευνοούνται κυρίως οι φτωχότερες κοινότητες ή χώρες (Woolcock and Narayan,2000).

Πέραν των δύο παραπάνω βασικών προσεγγίσεων, κατά καιρούς έχουν αναφερθεί στη διεθνή βιβλιογραφία και άλλες διακρίσεις του κοινωνικού κεφαλαίου, οι περισσότερες εκ των οποίων δεν έχουν ισχυρή θεωρητική τεκμηρίωση, ή με κάποιο τρόπο περιλαμβάνονται στις βασικές θεωρίες για το κοινωνικό κεφάλαιο (Tsounis and Xanthoroulou,2025). Μία από αυτές είναι η διάκριση μεταξύ **επίσημου και άτυπου κοινωνικού κεφαλαίου**. Το επίσημο κοινωνικό κεφάλαιο αναφέρεται στη συμμετοχή σε θεσμοθετημένες κοινωνικές ομάδες και εθελοντικές οργανώσεις, όπως η τοπική ενορία, ή αθλητικοί σύλλογοι. Το άτυπο κοινωνικό κεφάλαιο έχει συνήθως τη μορφή αλληλοϋποστήριξης και συνεργασίας μεταξύ οικογένειας, φίλων ή γειτόνων (Pichler and Wallace,2007). Μια ακόμη διάκριση που προτείνουν κάποιοι μελετητές είναι μεταξύ **οριζόντιου και κάθετου κοινωνικού κεφαλαίου**. Το οριζόντιο αναπτύσσεται ανάμεσα σε άτομα με κοινές αξίες και στόχους που βρίσκονται σε παρόμοια κοινωνική και οικονομική κατάσταση. Το κάθετο παραπέμπει σε ιεραρχικά δομημένες σχέσεις, μεταξύ ατόμων με διαφορετικό επίπεδο εξουσίας και κύρους (Bhandari and Yasunobu,2009). Άλλη διάκριση που προτείνεται είναι μεταξύ **θετικού και αρνητικού κοινωνικού κεφαλαίου**. Το θετικό χαρακτηρίζεται από ωφέλιμα

αποτελέσματα για το άτομο και θετικό κοινωνικό αντίκτυπο, ενώ το αρνητικό περιγράφει κλειστές σχέσεις και συντεχνίες που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό (Portes,1998). Η συγκεκριμένη θεωρία προσομοιάζει με τη διάκριση μεταξύ **ανοικτού και κλειστού κοινωνικού κεφαλαίου**, όπου στο ανοικτό το άτομο είναι ενεργός πολίτης που εργάζεται για το κοινό καλό, ενώ στο κλειστό στόχος είναι η εξυπηρέτηση ιδιοτελών και συντεχνιακών συμφερόντων (van Deth,2003). Τέλος, αναφέρεται η διάκριση μεταξύ **εργαλειακού και αξιακού κοινωνικού κεφαλαίου**. Στο εργαλειακό τα άτομα χρησιμοποιούν τις κοινωνικές τους σχέσεις με στόχο την οικονομική και κοινωνική τους ανέλιξη, ενώ το αξιακό ταυτίζεται με την ψυχική υποστήριξη, την ενσωμάτωση και την αίσθηση του ανήκειν (Tomanovic, 2012).

1.3. Διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου

Το κοινωνικό κεφάλαιο, ανεξαρτήτως μορφής, διακρίνεται από ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία είναι απαραίτητα για την ύπαρξή του. Ένα από τα κύρια είναι **η εμπιστοσύνη**. Σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο Νίκλας Λούμαν, η εμπιστοσύνη αποτελεί προϋπόθεση για την αναπαραγωγή όλων των κοινωνικών σχέσεων (Αλεξανδρόπουλος,2010). Σύμφωνα με τον ορισμό του ΟΟΣΑ, «εμπιστοσύνη είναι η αισιόδοξη πεποίθηση ότι ένα άλλο άτομο, ή οργάνωση, θα συμπεριφερθεί βάσει των προσδοκιών μας. Αποτελεί ένα υποκειμενικό φαινόμενο, που βασίζεται τόσο στα γεγονότα όσο και στην ερμηνεία μας για αυτά» (OECD,2017). Σε ατομικό επίπεδο, καθένας από εμάς έχει την ανάγκη να γνωρίζει ότι μπορεί να εμπιστευτεί τους ανθρώπους που συναναστρέφεται στην καθημερινότητά του. Το αίσθημα ότι οι άλλοι θα μας συμπεριφερθούν με εντιμότητα και υποστήριξη λειτουργεί ευεργετικά για την υγεία και την ικανοποίηση από τη ζωή. Σε επίπεδο κοινωνίας, είναι σημαντικό οι πολίτες να έχουν εμπιστοσύνη στους θεσμούς, (πχ. στην τοπική αυτοδιοίκηση, τις αστυνομικές και δικαστικές αρχές κτλ.), καθώς έτσι εξασφαλίζεται καλύτερη συμμόρφωση στους νόμους και διευκολύνεται η εφαρμογή των κυβερνητικών πολιτικών. Η εμπιστοσύνη αποτελεί απαραίτητο συστατικό για την ευημερία, την κοινωνική συνοχή, την οικονομική ανάπτυξη και, εν τέλει, τη βιωσιμότητα κάθε πολιτικού συστήματος (Stiglitz et al.,2018).

Μια άλλη σημαντική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου είναι η **αμοιβαιότητα**. Ο Putnam διακρίνει την αμοιβαιότητα σε διαπροσωπική και γενικευμένη (Putnam,2000). Η διαπροσωπική αμοιβαιότητα έχει δύο κατευθύνσεις. Όταν βοηθώ ένα άλλο άτομο δημιουργείται η προσδοκία και η ηθική υποχρέωση ανταπόδοσης της πράξης. Αντίθετα, όταν υπάρχει γενικευμένη αμοιβαιότητα η βοήθεια που παρέχω δεν γεννά την υποχρέωση άμεσης ανταπόδοσης, αλλά έχω τη σιγουριά ότι αν χρειαστώ βοήθεια κάποια στιγμή στο μέλλον σίγουρα κάποιος θα μου την προσφέρει, έχω δηλαδή εμπιστοσύνη στα υπόλοιπα μέλη της κοινότητας (Putnam,2000). Αυτό το είδος κοινωνικής εμπιστοσύνης αποτελεί προαπαιτούμενο για μια σταθερή, ήρεμη και ασφαλή κοινωνία, όπου οι άνθρωποι επιλέγουν τη συνεργασία αντί για τον ανταγωνισμό. Άλλωστε, η κοινωνική εμπιστοσύνη και η αμοιβαιότητα βρίσκονται σε άμεση συνάρτηση με την προσφορά εθελοντικής εργασίας στην κοινότητα (Arup and Tinggaard,2017).

Εξέχοντα ρόλο στη δημιουργία και τη διατήρηση του κοινωνικού κεφαλαίου έχει ακόμη **το δίκτυο των κοινωνικών σχέσεων**. Αυτές μπορεί να περιλαμβάνουν συγγενείς, φίλους, γείτονες, συναδέλφους ή απλούς γνωστούς ενός ατόμου. Το εύρος και η ποιότητα των κοινωνικών δικτύων επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την πρόσβαση σε υλικά και άυλα αγαθά και υπηρεσίες. Παράδειγμα αποτελεί η υποστήριξη η οποία μπορεί να είναι ηθική/συναισθηματική, υλική (σε χρήμα), πρακτική (βοήθεια σε καθημερινά πράγματα), ή να έχει τη μορφή πληροφοριών/γνώσης (Klarner et al.,2022). Η κοινωνική ενσωμάτωση και αναγνώριση διευκολύνουν την πρόσβαση σε μια σειρά πόρων, υλικών και μη, αλλά και την περαιτέρω διεύρυνση του δικτύου διασυνδέσεων ενός ατόμου. Επίσης, τα κοινωνικά δίκτυα προσφέρουν τη δυνατότητα ανταλλαγής απόψεων, μετάδοσης ιδεών και άσκησης επιρροής, ενώ επηρεάζουν θετικά τη σωματική και ψυχική υγεία των δρώντων (Klarner et al.,2022).

Η κοινωνική συμμετοχή βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το δίκτυο των κοινωνικών σχέσεων. Η συμμετοχή σε δραστηριότητες μη υποχρεωτικού χαρακτήρα στα πλαίσια της κοινότητας φέρνει σε επαφή ανθρώπους που μοιράζονται κοινά

ενδιαφέροντα, δημιουργώντας τις προϋποθέσεις για νέες φιλίες. Με τον τρόπο αυτό αυξάνονται οι πιθανότητες κάθε μέλος να λάβει υποστήριξη όταν το χρειαστεί, ενώ η συμμετοχικότητα και η αλληλοϋποστήριξη συντελούν στην αύξηση της εμπιστοσύνης σε μια κοινότητα (Berry and Rickwood,2000). Η κοινωνική συμμετοχή μπορεί να διακριθεί σε άτυπη και τυπική. Η άτυπη κοινωνική συμμετοχή αφορά τους δεσμούς με συγγενείς, φίλους και συναδέλφους, ενώ η τυπική περιγράφει σχέσεις που προκύπτουν κατά τη συμμετοχή σε πολιτιστικές, εθελοντικές, ή άλλες οργανώσεις. Η κοινωνική συμμετοχή υπολογίζεται σύμφωνα με τον αριθμό των ατόμων που γνωρίζει κάποιος ή βάσει του αριθμού των οργανώσεων στις οποίες συμμετέχει σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Guillen et al.,2010).

Μια πτυχή του κοινωνικού κεφαλαίου που αξίζει να αναφερθεί είναι **οι κοινές νόρμες και αξίες**. Σύμφωνα με τον Putnam, νόρμες είναι οι άγραφοι κανόνες συμπεριφοράς στα πλαίσια μια ομάδας ή κοινότητας ανθρώπων. Ενσωματώνουν τις ευρύτερες ηθικές αρχές και αξίες που υπάρχουν για να διευκολύνουν την εύρυθμη λειτουργία της ανθρώπινης κοινωνίας. Για τον Putnam οι νόρμες συνδέονται άμεσα με τη διάσταση της αμοιβαιότητας που αναλύθηκε παραπάνω (Putnam et al.,1993). Οι νόρμες επηρεάζουν τη συμπεριφορά των ανθρώπων δίνοντάς τους κίνητρα που μπορούμε να διακρίνουμε ως υλικά-άυλα και εσωτερικά-εξωτερικά (den Butter and Mosch,2004). Τα υλικά κίνητρα συνδέονται με συγκεκριμένες ανταμοιβές ή τιμωρίες (πχ ένα bonus, ή ένα πρόστιμο). Τα άυλα κίνητρα έχουν ηθικό ή υποκειμενικό χαρακτήρα, όπως για παράδειγμα μια ζεστή χειραψία ή ένα βλέμμα αποδοκιμασίας. Τα εσωτερικά κίνητρα προέρχονται από το ίδιο το άτομο και την αντίληψή του για το τί είναι σωστό και τί όχι, χωρίς να λαμβάνει υπόψη τη γνώμη των άλλων. Από την άλλη πλευρά, τα εξωτερικά κίνητρα προέρχονται από τρίτα πρόσωπα, όπως ένας συνεργάτης ή τα μέλη μιας ομάδας στην οποία ανήκει το άτομο (den Butter and Mosch,2004).

Μια ακόμη πλευρά του κοινωνικού κεφαλαίου είναι **η ανοχή στη διαφορετικότητα**. Πρόκειται για έναν βασικό δείκτη κοινωνικής συνοχής που αναφέρεται στην αποδοχή και το σεβασμό σε διαφορετικές απόψεις και αξίες, σε ανθρώπους που ανήκουν σε

διαφορετικό φύλο, φυλή, εθνικότητα ή θρησκεία (van Doorn,2014). Η ανοχή στη διαφορετικότητα είναι συνήθως σε άμεση συνάρτηση με τέσσερις παράγοντες: το επίπεδο εκπαίδευσης, τον ενστερνισμό ή μη των βασικών δημοκρατικών αξιών (πχ ισότητα των πολιτών, ελεύθερη έκφραση, δικαιώματα των μειονοτήτων), διάφορα προσωπικά χαρακτηριστικά (όπως δογματισμός ή αισθήματα απειλής) και, τέλος, διάφορους δημογραφικούς παράγοντες (πχ ηλικία, φύλο, θρησκεία, κοινωνικό status) (van Doorn,2014).

Τέλος, **το αίσθημα ασφάλειας** είναι μια ακόμη πλευρά του κοινωνικού κεφαλαίου που αξίζει να αναλυθεί. Όταν οι σχέσεις μεταξύ των μελών μιας κοινότητας χαρακτηρίζονται από εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα, καλλιεργείται ένα κλίμα συνεργασίας το οποίο ευνοεί το αίσθημα ασφάλειας (Tical,2024). Παράλληλα, οι κοινές αξίες και νόρμες ενισχύουν τους κοινωνικούς δεσμούς και τη συμμετοχή στα κοινά, λειτουργώντας αποθαρρυντικά σε τυχόν αντικοινωνικές συμπεριφορές. Επιπλέον, η εμπιστοσύνη προς τους θεσμούς τους κράτους, όπως η αστυνομία, βελτιώνει σημαντικά τη συνεργασία των πολιτών με τις αρχές και συντελεί στη μείωση της εγκληματικότητας σε μια περιοχή (Tical,2024).

1.4. Μέθοδοι μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου

Το κοινωνικό κεφάλαιο είναι μια έννοια πολυδιάστατη η οποία χρησιμοποιείται για να περιγράψει πλήθος αφηρημένων ψυχοκοινωνικών μεταβλητών. Το γεγονός αυτό καθιστά ιδιαίτερα δυσχερή τη διεξαγωγή υπολογισμών και μετρήσεων σε αριθμητικούς όρους, όπως άλλωστε συμβαίνει συχνά στις κοινωνικές επιστήμες (Τσουνής και συν.,2020). Κάθε προσπάθεια μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις πολιτισμικές διαφορές μεταξύ των λαών, διατηρώντας ωστόσο ένα κοινό εννοιολογικό πλαίσιο αναφοράς (Krishna and Shrader,2002). Θα πρέπει επίσης να ερευνώνται οι δομικές και οι γνωστικές διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου, ώστε να αξιολογούνται σωστά τόσο τα κοινωνικά δίκτυα όσο και οι κοινές νόρμες που τα χαρακτηρίζουν. Τέλος, έχει αποδειχθεί ότι η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου με τον συνδυασμό ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων δίνει πιο

αξιόπιστα αποτελέσματα σε σχέση με τη χρήση μιας μόνο από τις δύο μεθοδολογίες (Krishna and Shrader,2002).

Η μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου γίνεται κυρίως με τη χρήση ερωτηματολογίων που αξιολογούν τις ατομικές στάσεις και αντιλήψεις των πολιτών. Εξετάζονται ζητήματα όπως η εμπιστοσύνη στους άλλους, η αλληλοϋποστήριξη και η κοινωνική συμμετοχή (Berry and Rickwood,2000), αλλά και η ανοχή στη διαφορετικότητα, οι κοινές νόρμες και αξίες, ο αλτρουισμός και ο εθελοντισμός (Putnam,2001). Η παρατήρηση του κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να πραγματοποιηθεί σε τρία διαφορετικά επίπεδα. Σε επίπεδο ατόμου (μικρο-επίπεδο) αξιολογούνται οι οριζόντιες σχέσεις μεταξύ ατόμων, καθώς και οι νόρμες και αξίες που τις χαρακτηρίζουν. Σε μέσο-επίπεδο αναλύονται οι οριζόντιες και κάθετες σχέσεις μεταξύ ομάδων, ενώ σε επίπεδο χώρας (μάκρο-επίπεδο) διερευνάται το θεσμικό και πολιτικό περιβάλλον, ως το πλαίσιο κάθε οικονομικής και κοινωνικής δραστηριότητας (Claridge,2018). Διεθνώς έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμα εργαλεία για τη μέτρηση του κοινωνικού κεφαλαίου, μερικά εκ των οποίων αναφέρονται ενδεικτικά παρακάτω.

Η **Παγκόσμια Έρευνα Αξιών** (World Values Survey) είναι ένα διεθνές ακαδημαϊκό πρόγραμμα που ξεκίνησε το 1981 και πραγματοποιείται κάθε πέντε χρόνια με σκοπό να μελετήσει τις κοινωνικές, πολιτικές, οικονομικές, θρησκευτικές και πολιτιστικές αξίες των πολιτών. Είναι η μεγαλύτερη μη-εμπορικού χαρακτήρα κοινωνική έρευνα, καθώς διενεργείται σε 120 χώρες, αγγίζοντας το 94,5% του παγκόσμιου πληθυσμού. Στόχος είναι να αξιολογηθεί ο αντίκτυπος που έχει η σταθερότητα ή η αλλαγή των αξιών με την πάροδο του χρόνου στην κοινωνική, πολιτική και οικονομική ανάπτυξη των χωρών (World Values Survey,2020).

Η **Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα** (European Social Survey) είναι μια ακαδημαϊκού χαρακτήρα διακρατική έρευνα η οποία διεξάγεται σε όλη την Ευρώπη ανά δύο χρόνια από το 2002. Χρησιμοποιείται η μέθοδος της τυχαίας δειγματοληψίας με ερωτηματολόγια τα οποία αποτυπώνουν τις απόψεις και τις συμπεριφορές των πολιτών όσον αφορά μια σειρά ζητημάτων. Εξετάζονται τομείς όπως η υγεία, η

ευημερία, η πολιτική, η εμπιστοσύνη στους θεσμούς, η μετανάστευση, η εγκληματικότητα, η θρησκεία, οι ανθρώπινες αξίες και η χρήση των μέσων μαζικής ενημέρωσης (European Social Survey,2024).

Η Παγκόσμια Τράπεζα δημιούργησε το **Εργαλείο Αξιολόγησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου** (Social Capital Assessment Tool) το οποίο χρησιμοποιεί σταθμισμένα ερωτηματολόγια για τη συλλογή δεδομένων από νοικοκυριά, οργανώσεις και κοινότητες με σκοπό τη μελέτη της δομικής και γνωστικής διάστασης του κοινωνικού κεφαλαίου σε μικρό και μέσο επίπεδο (Grootaert and van Bastelaer,2002). Ακόμη, το 2004 δημιουργήθηκε από την Παγκόσμια Τράπεζα το **Ολοκληρωμένο Ερωτηματολόγιο για τη Μέτρηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου** (Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital), ένα χρήσιμο εργαλείο για τη συλλογή ποσοτικών δεδομένων σχετικά με τις διάφορες διαστάσεις του κοινωνικού κεφαλαίου. Το ερωτηματολόγιο αυτό εντάσσεται στο πλαίσιο ευρύτερων ερευνών που γίνονται σε επίπεδο νοικοκυριού (όπως πχ η Έρευνα για τη Μέτρηση του Βιοτικού Επιπέδου), με έμφαση στις αναπτυσσόμενες χώρες. Εξετάζονται έξι διαφορετικές διαστάσεις: ομάδες και δίκτυα· εμπιστοσύνη και αλληλεγγύη· συλλογική δράση και συνεργασία· πληροφόρηση και επικοινωνία· κοινωνική συνοχή και ένταξη· ενδυνάμωση και πολιτική δράση (Grootaert et al.,2004).

Το **Παγκόσμιο Παρατηρητήριο Κοινωνικού Κεφαλαίου** (World Social Capital Monitor) δημιουργήθηκε το 2016 από την Ομάδα Βιώσιμης Ανάπτυξης των Ηνωμένων Εθνών. Βασίζεται σε ένα ερωτηματολόγιο που αφορά κοινωνικές αξίες όπως εμπιστοσύνη, αλληλεγγύη, αλληλοβοήθεια, φιλικότητα, φιλοξενία και προθυμία χρηματοδότησης δημόσιων αγαθών (United Nations,2024). Στο πλαίσιο αυτό το κοινωνικό κεφάλαιο μελετάται ως μέσο για την επίτευξη των Στόχων για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη που υιοθέτησε η Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών το 2015 (United Nations,2015).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης η **Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου** (Social Capital Questionnaire) η οποία δημιουργήθηκε από τους Paul

Bullen και Jenny Onyx προκειμένου να μελετήσουν το κοινωνικό κεφάλαιο σε πέντε κοινότητες της Νέας Νότιας Ουαλίας στην Αυστραλία (Bullen and Onyx,1998). Την επιμέλεια της γνωσιακής στάθμησης στον ελληνικό πληθυσμό έκαναν ο καθηγητής Γιώργος Κριτσωτάκης και οι συνεργάτες του (Κριτσωτάκης και συν.,2010). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν βάσει μιας 4-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert. Εξετάζονται οι εξής οκτώ παράγοντες: συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, ανάπτυξη στο κοινωνικό πλαίσιο, αισθήματα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, σχέσεις με τους γείτονες, σχέσεις με συγγενείς και φίλους, ανοχή στη διαφορετικότητα, εκτίμηση της ζωής και σχέσεις στην εργασία.

Μερικές ακόμη μέθοδοι μέτρησης του κοινωνικού κεφαλαίου (Claridge,2018):

- Social Capital Index Instrument, Putnam (2000)
- General Social Survey, National Opinion Research Center, University of Chicago (1972)
- Global Social Capital Survey, Narayan and Cassidy (2001)
- The Barometer of Social Capital, Sudarsky (1997)
- Index of National Civic Health in the US, National Commission on Civic Renewal (1999)
- University of Minnesota Scale, Scheffert, Horntvedt and Chazdon (2007)
- Adapted Social Capital Assessment Tool (A-SCAT), Harpham, Grant and Thomas (2002)
- Social Capital Measurement Tool (SCMT), Kitchen, Williams and Simone (2012)
- UK Social Capital Measurement Framework, Harper and Kelly (2003).

Αξίζει να σημειωθεί ότι παρά το αυξημένο ενδιαφέρον που υπάρχει στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με τις μεθόδους αξιολόγησης του κοινωνικού κεφαλαίου, εξακολουθούν να υπάρχουν σημαντικές προκλήσεις που πρέπει να αντιμετωπιστούν (Acquaah et al.,2014). Η έλλειψη καθολικής συναίνεσης των μελετητών αναφορικά με τον εντοπισμό και τη χρήση ομοιόμορφων δεικτών που θα πρέπει να

χρησιμοποιούνται για τις μετρήσεις οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχει ένα μεγάλο χάσμα μεταξύ του πώς ορίζει κανείς το κοινωνικό κεφάλαιο και πώς το υπολογίζει. Διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς το επιστημονικό πλαίσιο στο οποίο διεξάγεται μια μελέτη, τη μορφή του κοινωνικού κεφαλαίου που εξετάζεται (δομικό, γνωστικό, σχεσιακό), το επίπεδο ανάλυσης (ατομικό, ομαδικό ή εθνικό), ή το πεδίο ενδιαφέροντος των ερευνητών (αν εστιάζουν στους προσδιοριστές ή στα αποτελέσματα του κοινωνικού κεφαλαίου) παράγουν και διαφορετικά αποτελέσματα (Acquaah et al.,2014).

1.5. Το κοινωνικό κεφάλαιο στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα το άρθρο 12 του Συντάγματος κατοχυρώνει το δικαίωμα των πολιτών να συστήνουν ενώσεις και συνεταιρισμούς. Αυτές οι ενώσεις πολιτών μπορούν να πάρουν διάφορες μορφές, όπως αγροτικοί συνεταιρισμοί, συνδικαλιστικές οργανώσεις, επαγγελματικές ενώσεις, επιστημονικές εταιρείες, αθλητικά ή φιλανθρωπικά σωματεία, φοιτητικοί σύλλογοι, οργανώσεις γονέων, αστικές μη κερδοσκοπικές εταιρείες, κοινωφελή ιδρύματα κτλ (Νασιούλας,2010). Γενικά, στη χώρα μας το θεσμικό πλαίσιο για την ανάπτυξη της συλλογικών ενώσεων είναι ικανοποιητικό. Ωστόσο, η ελληνική κοινωνία χαρακτηρίζεται από χαμηλά επίπεδα εμπιστοσύνης στους θεσμούς και υψηλά επίπεδα ατομισμού. Συνεπώς η κοινωνία των πολιτών και το κοινωνικό κεφάλαιο στην Ελλάδα παρουσιάζουν σημαντική υστέρηση. Παρατηρείται επίσης το φαινόμενο οι περισσότερες δραστηριότητες κοινωνικής αλληλεγγύης να γίνονται μέσα από άτυπα και κοινοτικά δίκτυα της γειτονιάς ή και της ενορίας. Αυτό συμβαίνει γιατί η Εκκλησία της Ελλάδος αποτελεί θεσμό ο οποίος τυγχάνει ευρείας κοινωνικής αποδοχής, γεγονός που διευκολύνει την οργάνωση εθελοντικών συλλογικών δράσεων στους κόλπους των κατά τόπους ενοριών (Νασιούλας,2010).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε από την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία (μετέπειτα ΕΛΣΤΑΤ) στην περιφέρεια πρωτεύουσας μεταξύ Ιουλίου και Σεπτεμβρίου 2003, έδειξε ότι από τα 1002 άτομα που ερωτήθηκαν μόνο τα 278 ήταν μέλη σε μία ή

περισσότερες ενώσεις, σχεδόν το 28% επί του συνόλου (Πούπος,2010). Η πλειοψηφία των υφιστάμενων οργανώσεων στην Ελλάδα είναι συνδικαλιστικές και επαγγελματικές. Ακολουθούν οι τοπικοί και οι πολιτιστικοί σύλλογοι, οι κοινωφελείς ενώσεις, τα αθλητικά σωματεία, άτυπες ομάδες και οικολογικές οργανώσεις. Μεταξύ των ατόμων που είναι μέλη τέτοιων ενώσεων, το 49,8% δηλώνει πως αποκομίζει κάποιο οικονομικό όφελος από την ενασχόλησή του αυτή - κυρίως τα μέλη συνδικαλιστικών και επαγγελματικών ενώσεων. Το 24,7% απολαμβάνει κοινωνικά οφέλη, ενώ για το 19,8% σκοπός είναι η ψυχαγωγία. Όσον αφορά την εμπιστοσύνη, μόνο το 18% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι εμπιστεύονται τους άλλους (Πούπος,2010). Τέλος, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το επίπεδο εκπαίδευσης επιδρά θετικά στους περισσότερους δείκτες του κοινωνικού κεφαλαίου στη χώρα μας. Τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής συμμετοχής, συνεργάζονται καλύτερα, τηρούν τους κανόνες, βοηθούν και εμπιστεύονται περισσότερο τους άλλους ανθρώπους, ενώ έχουν μεγαλύτερη ανοχή στη διαφορετικότητα (Πούπος,2010).

Κεφάλαιο 2^ο. Προσέγγιση των εννοιών της υγείας και της ποιότητας ζωής

2.1. Η έννοια της υγείας

Η υγεία είναι μια έννοια πολυδιάστατη την οποία έχουν προσπαθήσει να προσεγγίσουν πολλοί μελετητές κατά καιρούς. Σύμφωνα με τον ορισμό που δίνεται στο Καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) ‘υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία νόσου ή αναπηρίας. Η υγεία αποτελεί αναφαίρετο δικαίωμα κάθε ανθρώπου, ανεξαρτήτως φυλής, φύλου, θρησκείας, προσωπικών πεποιθήσεων, κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης’ (WHO,1946). Η έννοια της υγείας εμπεριέχει τους όρους ευεξία και ποιότητα ζωής οι οποίες περιγράφουν την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί μια καλή φυσική κατάσταση, να θέτει στόχους και να τους πετυχαίνει, να εξελίσσεται προσωπικά, να δημιουργεί κοινωνικές σχέσεις, αλλά και να απολαμβάνει τις όμορφες πτυχές της ζωής, αντιμετωπίζοντας τυχόν αντιξοότητες με αισιοδοξία (Λαχανά,2020). Εδώ αξίζει να αναφερθούν κάποιες εννοιολογικές προσεγγίσεις της υγείας που συναντά κανείς στη διεθνή βιβλιογραφία.

Σύμφωνα με το **βιοϊατρικό μοντέλο** που είναι ιδιαίτερα προσφιλές στους επαγγελματίες του κλάδου της υγείας, η απώλεια της υγείας, δηλαδή η ασθένεια, είναι ένα βιολογικό φαινόμενο που προκαλεί τη δυσλειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού. Συνεπώς, προτεραιότητα δίνεται στην αντιμετώπιση της παθολογίας, αγνοώντας τις υπόλοιπες διαστάσεις της ανθρώπινης φύσης (Σαρρής,2001). Ως απάντηση στην παραπάνω προσέγγιση, ο George Engel πρότεινε το 1977 το **βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο** το οποίο παραμένει εξαιρετικά επίκαιρο και στις μέρες μας. Η θεωρία αυτή βασίζεται σε μια ολιστική θεώρηση της υγείας και την αντιμετώπιση του ατόμου σαν μια ολότητα η οποία υφίσταται επιρροές από διαφορετικά περιβάλλοντα. Έτσι η υγεία ή η ασθένεια δεν εξαρτώνται μόνο από βιολογικούς παράγοντες, αλλά και από ψυχολογικούς και κοινωνικούς. Συνεπώς, η

παροχή υπηρεσιών υγείας απαιτεί μια διεπιστημονική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη τις διαφορετικές ανάγκες κάθε ασθενούς (Bolton,2023).

Η **κοινωνιολογική προσέγγιση** της υγείας υποστηρίζει ότι η θέση ενός ατόμου στην κοινωνική ιεραρχία επηρεάζει το επίπεδο της υγείας του. Η ζωή σε συνθήκες φτώχειας στερεί από το άτομο τη δυνατότητα να κάνει υγιεινές επιλογές στη διατροφή και γενικότερα στη διαβίωσή του, ενώ δημιουργεί και αρνητικά συναισθήματα που συντελούν στην επιδείνωση της υγείας (Bradby,2010). Ταυτόχρονα, η ασθένεια διαταράσσει την ισορροπία του ατόμου στα πλαίσια της κοινωνίας, καθώς παρεμποδίζει τη λειτουργικότητά του σε οικογενειακό, εργασιακό και κοινωνικό επίπεδο, δημιουργώντας έτσι έναν φαύλο κύκλο (Σαρρής,2001). Η **πολιτισμική προσέγγιση** ορίζει ότι σε κάθε κοινωνία υπάρχουν διαφορετικές αξίες και κώδικες επικοινωνίας που επιδρούν στην επιδημιολογία και την παροχή υπηρεσιών υγείας. Καθώς η υγεία και η ασθένεια βιώνονται διαφορετικά από κάθε άνθρωπο, η εμπειρία έχει υποκειμενική διάσταση. Έτσι, συχνά εκείνο που είναι φυσιολογικό σε έναν πολιτισμό ίσως να θεωρείται παθολογικό σε κάποιον άλλο (Angel and Williams,2013).

Σύμφωνα με την **οικονομική προσέγγιση** της υγείας, υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ της οικονομίας και της υγείας ενός πληθυσμού. Η ασθένεια εμποδίζει το άτομο να εργαστεί, ή μειώνει σημαντικά την αποδοτικότητά του, επιβαρύνοντας το κοινωνικό σύνολο. Κατά συνέπεια, η βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού εξασφαλίζει την απρόσκοπτη συνέχιση της παραγωγικής διαδικασίας, συμβάλλοντας στην οικονομική ευημερία μιας χώρας (Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου,2011). Τέλος, βάσει της **πολιτικής προσέγγισης**, η υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό και το κράτος θα πρέπει να διασφαλίζει την πρόσβαση των πολιτών σε ποιοτικές υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας. Συνεπώς, το κράτος μπορεί και οφείλει να παρεμβαίνει στους μηχανισμούς λειτουργίας της αγοράς υπηρεσιών υγείας, τόσο για τον έλεγχο των τιμών όσο και για την εξασφάλιση της βέλτιστης κατανομής των διαθέσιμων πόρων. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η βελτίωση του επιπέδου υγείας και ευημερίας του πληθυσμού (Σαρρής,2001).

2.2. Ορισμός και διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Η πρώτη αναφορά στην έννοια της ποιότητας ζωής γίνεται από τον Αριστοτέλη στο έργο του 'Ηθικά Νικομάχεια', όπου αναφέρεται στην 'ευδαιμονία' ως το υπέρτατο αγαθό και τελικό σκοπό της ανθρώπινης ύπαρξης (Η Φιλοσοφία Επιστρέφει, 2025). Πολύ αργότερα, η έννοια περιγράφεται ως 'ευεξία' στον ορισμό του ΠΟΥ για την υγεία, ενώ ένας ακόμη ορισμός από τον ΠΟΥ περιγράφει την ποιότητα ζωής ως "την αντίληψη του ατόμου ως προς τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών όπου ζει, αναλόγως με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του" (WHO, 1998).

Στη διεθνή βιβλιογραφία θα συναντήσει κανείς πολλούς διαφορετικούς ορισμούς της ποιότητας ζωής. Αν και η έννοια ερμηνεύεται συνήθως ανάλογα με το πλαίσιο μελέτης, κατά κύριο λόγο χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη γενική κατάσταση της υγείας, αλλά και τη σωματική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα ενός ατόμου (Fayers and Machin, 2006). Είναι σχεδόν αυτονόητο ότι βασική προϋπόθεση για μια καλή ποιότητα ζωής είναι η καλή υγεία. Πέραν τούτου, η ποιότητα ζωής είναι συνήθως θέμα οπτικής γωνίας και αξιολογείται τόσο με υποκειμενικά κριτήρια που θέτει το ίδιο το άτομο ανάλογα με τη ζωή του και τις συνθήκες της, όσο και με αντικειμενικά κριτήρια (Ζήσης, 2010).

Τα **υποκειμενικά κριτήρια** περιλαμβάνουν την αίσθηση ευεξίας και προσωπικής ανάπτυξης και σχετίζονται με έννοιες όπως το βιοτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση, την αίσθηση ασφάλειας, την εργασία, τη θετική αυτοαντίληψη και τους κοινωνικούς και οικογενειακούς δεσμούς. Τα **αντικειμενικά κριτήρια** αναφέρονται στην ύπαρξη των κατάλληλων ευκαιριών τις οποίες έχει τη δυνατότητα να αξιοποιήσει το άτομο και αφορούν υλικές, ψυχικές και κοινωνικές πλευρές της ζωής. Η συνύπαρξη των παραπάνω αντικειμενικών και υποκειμενικών συνθηκών είναι εκείνη που χαρακτηρίζει την ποιότητα ζωής (Κομνηνού, 2013).

Η ποιότητα ζωής είναι μια σύνθετη έννοια που εδράζεται σε τρεις διαστάσεις: τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική. Η **σωματική διάσταση** αφορά τη σωματική λειτουργικότητα του ατόμου. Περιλαμβάνει πτυχές όπως η ύπαρξη πόνου και δυσφορίας, τυχόν δυσκολίες στην κινητικότητα, την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων (Μηνασίδου και Κουράκος, 2020). Η **ψυχική διάσταση** αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται, να διαχειρίζεται τα συναισθήματά του και να αντιμετωπίζει με επιτυχία αγχογόνες καταστάσεις. Μεγάλη σημασία έχει ακόμη η αυτοεκτίμηση, η γνωστική λειτουργία, αλλά και τυχόν συναισθήματα άγχους ή κατάθλιψης (Σαρρής, 2001). Τέλος, η **κοινωνική διάσταση** σχετίζεται με τη γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή, τη δυνατότητα ανάληψης κοινωνικών ρόλων, την ικανότητα δημιουργίας διαπροσωπικών σχέσεων, τη σεξουαλική λειτουργικότητα, τη συμμετοχή σε δραστηριότητες στα πλαίσια της κοινότητας και την ικανότητα για εργασία (Fayers and Machin, 2006).

2.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής

Η υγεία και η ποιότητα ζωής καθορίζονται από μια σειρά παραγόντων που σχετίζονται με την οικονομική και κοινωνική θέση, το πολιτιστικό μόρφωμα και την ψυχο-κοινωνική κατάσταση του ατόμου (Σαρρής, 2001). Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να διακριθούν σε εσωτερικούς και εξωτερικούς. Οι **εσωτερικοί παράγοντες** αφορούν το ίδιο το άτομο και σχετίζονται κυρίως με την ηλικία, το φύλο, την εθνότητα και την κληρονομικότητα (δημογραφικοί και βιολογικοί παράγοντες). Οι **εξωτερικοί παράγοντες** καθορίζονται από το περιβάλλον του ατόμου, όπως η κοινωνική θέση, το βιοτικό επίπεδο και το πολιτισμικό περιβάλλον (Λαχανά, 2020).

Αναλυτικότερα, **εσωτερικοί προσδιοριστές** της υγείας και της ποιότητας ζωής είναι:

- **Η ηλικία.** Η φυσική φθορά που επέρχεται με τη γήρανση προκαλεί συνήθως μια σειρά προβλημάτων υγείας, όπως φθίνουσα ακοή και όραση, μυϊκούς πόνους, αρθρίτιδα, άνοια, καρδιαγγειακές και άλλες παθήσεις (WHO, 2025a).

- **Το φύλο.** Οι διαφορές στο επίπεδο υγείας των δύο φύλων μπορεί να οφείλονται στα διαφορετικά βιολογικά χαρακτηριστικά ανδρών και γυναικών, ή να είναι αποτέλεσμα περιβαλλοντικών παραγόντων (Miani et al.,2021). Τέτοιοι είναι οι διαφορές στους ρόλους που αναλαμβάνουν, στις αντιλήψεις και τις συμπεριφορές, η έκθεση σε διαφορετικούς παράγοντες κινδύνου, ή οι φυλετικές διακρίσεις όσον αφορά την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας. Σημαντικό ρόλο παίζουν επίσης οι ανισότητες που παρατηρούνται μεταξύ των δύο φύλων στο κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο, καθώς αποδεικνύονται καθοριστικές για την υγεία (Miani et al.,2021).
- **Ο τρόπος ζωής.** Οι επιλογές που κάνει το άτομο και οι συμπεριφορές που ακολουθεί στην καθημερινή του ζωή καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση της υγείας του. Η υιοθέτηση καλών συνηθειών, όπως η υγιεινή διατροφή και η άσκηση, σε συνδυασμό με την αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ και τσιγάρου, παρουσιάζουν σημαντικά οφέλη για την υγεία (Bradby,2010).
- **Η κληρονομικότητα.** Το οικογενειακό ιστορικό αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση ασθενειών όπως ο καρκίνος, ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά και τα αυτοάνοσα νοσήματα, καθώς και οι ψυχικές ασθένειες (Hernandez and Blazer,2006).
- **Η εθνικότητα.** Το πολιτιστικό μόρφωμα, δηλαδή η κοινωνική κληρονομιά που φέρει ένας λαός, επιδρά στη σωματική και ψυχική υγεία ενός ατόμου μέσα από τις κοινές συνήθειες της ομάδας, αλλά και τις παραδοσιακές και θρησκευτικές πρακτικές (Μάντη και Τσελέπη,2000). Επιπλέον, οι σύγχρονες κοινωνίες περιλαμβάνουν έναν μεγάλο αριθμό μεταναστών οι οποίοι συχνά βιώνουν περιθωριοποίηση και συναντούν πολλά εμπόδια, όπως αδυναμία συνεννόησης, ανεργία, γραφειοκρατία, ξενοφοβία (Χρήστου,2012). Αντιλαμβάνεται κανείς ότι οι παραπάνω συνθήκες ευνοούν τη δημιουργία υγειονομικών ανισοτήτων εις βάρος των μεταναστών, καθιστώντας τους εξαιρετικά ευάλωτους σε κινδύνους για την υγεία (Rami et al.,2023).
- **Ψυχολογικοί παράγοντες.** Πολυάριθμες έρευνες καταδεικνύουν την επίδραση του ψυχικού παράγοντα στη γενικότερη υγεία. Σημαντικό ρόλο παίζουν τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας κάθε ανθρώπου, όπως η

αυτοπεποίθηση, η ικανότητα αυτορρύθμισης, η αισιοδοξία, οι προσωπικές πεποιθήσεις και διαθέσεις. Μέσα από αυτά τα χαρακτηριστικά καθορίζονται οι συμπεριφορές υγείας που θα υιοθετήσει το άτομο και αν αυτές θα είναι ωφέλιμες ή επιζήμιες για την υγεία. Για παράδειγμα, αν θα επιλέξει υγιεινή διατροφή και άσκηση, ή αν θα καταναλώσει αλκοόλ και άλλες βλαβερές ουσίες (Hagger,2025).

Οι **εξωτερικοί παράγοντες**, οι οποίοι αναφέρονται συχνά και ως κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας, είναι οι ακόλουθοι:

- **Η κοινωνικο-οικονομική θέση.** Η θέση ενός ατόμου στην κοινωνική δομή καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο της υγείας του, ενώ εξαρτάται από έναν συνδυασμό παραγόντων, όπως η οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα, και το επίπεδο εκπαίδευσης (Cutler et al.,2008). Τα άτομα που ανήκουν στα ανώτερα κοινωνικά στρώματα διαθέτουν πρόσβαση σε πόρους που προάγουν την υγεία, όπως θρεπτική τροφή, ασφαλής στέγη και ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Αντιθέτως, έρευνες δείχνουν ότι η χαμηλή κοινωνική θέση συνδέεται με χειρότερη υγεία και υψηλότερη θνησιμότητα (Cutler et al.,2008).
- **Το εισόδημα.** Τα άτομα που έχουν χαμηλό εισόδημα, ή βρίσκονται σε ανεργία, συχνά αδυνατούν να αγοράσουν υπηρεσίες πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας. Ως συνέπεια, δεν έχουν πρόσβαση στην αναγκαία φροντίδα και η κατάσταση της υγείας τους επιδεινώνεται διαρκώς (Χλέτσος,2011). Επιπλέον, η φτώχεια προκαλεί αισθήματα ανασφάλειας και έλλειψης ικανοποίησης από τη ζωή, γεγονός που συνδέεται με την εμφάνιση χρόνιου άγχους και κατάθλιψης, αλλά και την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, επιδρώντας αρνητικά στην υγεία και την ευεξία (Σουλιώτης,2007).
- **Το επίπεδο εκπαίδευσης.** Έρευνες δείχνουν ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέεται με καλύτερη υγεία και χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας. Αυτό συμβαίνει επειδή τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση συνήθως υιοθετούν πιο υγιεινές συμπεριφορές. Παράλληλα, δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην πρόληψη και συμμορφώνονται με τις οδηγίες του γιατρού όταν χρειαστεί να

κάνουν κάποια θεραπεία. Άλλωστε, συνήθως έχουν υψηλότερο βιοτικό επίπεδο, γεγονός που τους επιτρέπει την πρόσβαση σε καλύτερες υπηρεσίες υγείας (Hernandez and Blazer,2006).

- **Το επάγγελμα.** Το είδος της απασχόλησης και το εργασιακό περιβάλλον επηρεάζουν την υγεία τόσο θετικά όσο και αρνητικά. Επαγγέλματα που εκθέτουν τον εργαζόμενο σε φυσικούς κινδύνους, τοξικές ουσίες, ή και μολυσματικές νόσους, μπορεί να προκαλέσουν χρόνιες ασθένειες, τραυματισμούς, αναπηρίες, ακόμη και τον θάνατο. Αντίστοιχα, ένα επάγγελμα με εργασιακή ανασφάλεια, πίεση και υπερβολικές απαιτήσεις είναι προφανές ότι θα επιβαρύνει την ψυχική υγεία του εργαζόμενου (Armenti et al.,2023).
- **Ο τύπος κατοικίας.** Οι πολίτες που διαμένουν σε απομονωμένες ορεινές ή νησιωτικές περιοχές, μακριά από τα αστικά κέντρα, αντιμετωπίζουν μειωμένη προσβασιμότητα σε υγειονομικές υπηρεσίες. Ως αποτέλεσμα δημιουργούνται σημαντικές ανισότητες μεταξύ των αστικών και των αγροτικών πληθυσμών, επηρεάζοντας αρνητικά την υγεία των τελευταίων (Παπαθεοδώρου και Μωυσίδου,2011).
- **Το φυσικό περιβάλλον.** Περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως η ποιότητα του αέρα και του νερού, ο θόρυβος, η έκθεση σε χημικές ουσίες και μικροπλαστικά καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής στις σύγχρονες πόλεις. Επιπλέον, η κλιματική αλλαγή προκαλεί ακραίες κλιματολογικές συνθήκες, όπως πλημμύρες, φωτιές και καύσωνες, οι οποίες επιβαρύνουν την υγεία του πληθυσμού και ιδιαίτερα τις πιο ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, όπως τα παιδιά, αλλά και τα άτομα με χαμηλό εισόδημα ή προϋπάρχουσες ασθένειες (Paltriguera et al.,2024).
- **Το κοινωνικό περιβάλλον.** Οι κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες στις οποίες διαβιεί ένα άτομο συχνά διαμορφώνουν τον χαρακτήρα και τις συνήθειές του. Με αυτό τον τρόπο η οικογένεια και η γειτονιά μπορεί να οδηγήσουν το άτομο στην υιοθέτηση συμπεριφορών που ωφελούν ή βλάπτουν την υγεία (Woolf and Aron,2013). Ακόμη, η κοινωνική δικτύωση και ο βαθμός κοινωνικής αλληλεγγύης ασκούν μεγάλη επίδραση στη σωματική και ψυχική ευημερία (Seeman,1996).

- **Το πολιτισμικό περιβάλλον.** Κάθε λαός έχει τις ιδιαίτερές του συνήθειες όσον αφορά το είδος της διατροφής, την κατανάλωση αλκοόλ ή άλλων ουσιών, ή ακόμη διάφορες παραδοσιακές πρακτικές οι οποίες εν τέλει επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας των πολιτών (Habu and Kondo,2025). Επιπλέον, η αντίληψη των εννοιών της υγείας και της ασθένειας διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό από τον πολιτισμό κάθε κοινωνίας. Συνεπώς το πολιτιστικό μόρφωμα είναι συχνά αυτό που καθορίζει το είδος της θεραπείας που θα ακολουθηθεί. Έτσι στις δυτικές κοινωνίες αναγνωρίζεται η αποτελεσματικότητα της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, ενώ σε πιο παραδοσιακές κοινωνίες χρησιμοποιούνται ακόμα θρησκευτικές ή τελετουργικές πρακτικές για την αντιμετώπιση της ασθένειας (Τούντας, 2007).
- **Το πολιτικό περιβάλλον.** Οι αποφάσεις που λαμβάνονται σε επίπεδο κυβέρνησης ή τοπικής αυτοδιοίκησης επηρεάζουν άμεσα ή έμμεσα την υγεία και την ποιότητα ζωής του πληθυσμού. Οι νόμοι και οι πολιτικές που αφορούν τη δημόσια υγεία, την οικονομία, τη στέγαση, την εργασία, τις μεταφορές, ή το περιβάλλον μπορούν να δημιουργήσουν υγειονομικές ανισότητες (Dawes and Gonzalez,2023). Άλλωστε, η αστάθεια στο πολιτικό περιβάλλον και η ύπαρξη ένοπλων συγκρούσεων σε μια περιοχή είναι παράγοντες καταστροφικοί για την υγεία (WHO,2025b). Οι πολίτες κινδυνεύουν ανά πάσα στιγμή από κάποιο θανάσιμο τραυματισμό, ενώ στερούνται των βασικών ειδών διαβίωσης. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια ενός πολέμου συνήθως καταστρέφονται οι υγειονομικές υποδομές μιας χώρας, ενώ χιλιάδες άνθρωποι αναγκάζονται να εγκαταλείψουν τις εστίες τους, γεγονός που επηρεάζει άμεσα τη σωματική και ψυχική τους υγεία (WHO,2025b).

2.4. Εργαλεία αξιολόγησης του επιπέδου υγείας

Η αξιολόγηση του επιπέδου υγείας είναι μια πολύ σημαντική διαδικασία η οποία είναι απαραίτητη προκειμένου να καταγραφούν οι υγειονομικές ανάγκες ενός πληθυσμού και κατόπιν να σχεδιαστούν οι κατάλληλες πολιτικές που θα εξασφαλίσουν την κάλυψη των αναγκών αυτών. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η βελτίωση των

παρεχομένων υπηρεσιών υγείας, η μείωση των ανισοτήτων και η καλύτερη κατανομή των διαθέσιμων πόρων (Βαρακλιώτη,2020). Κατά την παραπάνω διαδικασία είναι απαραίτητη η συλλογή πληροφοριών για την παρακολούθηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού η οποία γίνεται με τη χρήση μεταβλητών που ονομάζονται **δείκτες υγείας** (Βαρακλιώτη,2020). Η χρήση των δεικτών αυτών μπορεί να γίνει σε επίπεδο ατόμου, σε γεωγραφικό επίπεδο (τοπικό, εθνικό, περιφερειακό, παγκόσμιο), ή σε επίπεδο πληθυσμιακής ομάδας (βάσει ηλικίας, φύλου, εθνότητας, κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης κτλ). Κομβικής σημασίας είναι η παρακολούθηση των δεικτών υγείας σε βάθος χρόνου, ώστε να καταγράφονται οι αλλαγές που συμβαίνουν διαχρονικά σε μια κοινωνία με σκοπό να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα (ΡΑΗΟ,2018). Στη διεθνή βιβλιογραφία συναντά κανείς εκατοντάδες διαφορετικούς δείκτες υγείας. Στην υποενότητα αυτή θα γίνει μια προσπάθεια να αναφερθούν οι πιο σημαντικοί από αυτούς.

Μια διάκριση που γίνεται συχνά είναι μεταξύ θετικών και αρνητικών δεικτών υγείας. Μερικοί **αρνητικοί δείκτες** είναι ο επιπολασμός και η επίπτωση μιας νόσου, οι δείκτες θνησιμότητας, νοσηρότητας και θνητότητας. **Θετικοί δείκτες** είναι, μεταξύ άλλων, το προσδόκιμο ζωής, οι δείκτες γεννητικότητας και γονιμότητας, οι δείκτες επιπέδου διατροφής και ο δείκτης ανθρώπινης ανάπτυξης (Bonita et al.,2009). Μια άλλη κατηγορία δεικτών υγείας είναι οι **οικονομικοί και διοικητικοί δείκτες** οι οποίοι δίνουν μια εικόνα της κατάστασης των υπηρεσιών υγείας σε επίπεδο λειτουργίας και διαχείρισης. Τέτοιοι δείκτες είναι οι δαπάνες υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ, οι κατά κεφαλήν δαπάνες υγείας, ο αριθμός ιατρών/νοσηλευτών/νοσοκομειακών κλινών ανά 100.000 κατοίκους, η μέση διάρκεια νοσηλείας, το μέσο ποσοστό κάλυψης κλινών κ.α. (Χλέτσος,2011). Οι **δείκτες ψυχικής υγείας**, όπως η αυτοεκτίμηση, η αισιοδοξία και η αίσθηση συνοχής και ελέγχου στην καθημερινή ζωή, έχουν συχνή χρήση σε ερωτηματολόγια που αξιολογούν την κατάσταση της ψυχικής υγείας του πληθυσμού (WHO,2005). Επίσης, οι **κοινωνικο-οικονομικοί δείκτες**, όπως η ανεργία, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, το επίπεδο εκπαίδευσης, η κοινωνική θέση και οι ανισότητες στο εισόδημα (Marmot,2005). Τέλος, οι **περιβαλλοντικοί δείκτες υγείας** χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της

επίδρασης των συνθηκών διαβίωσης στην υγεία. Μερικοί από αυτούς είναι η φτώχεια, η μόλυνση της ατμόσφαιρας, η πρόσβαση σε πόσιμο νερό, η ασφάλεια των τροφίμων, οι συνθήκες στέγασης και υγιεινής (Briggs,1999).

Υπάρχουν επίσης κάποιες μέθοδοι αξιολόγησης που χρησιμοποιούν ως μεταβλητές την υγεία και την ανικανότητα προκειμένου να εξάγουν συμπεράσματα. Όπως για παράδειγμα τα **Ποιοτικά Σταθμισμένα Έτη Ζωής** (Quality Adjusted Life Years – QALYs). Χρησιμοποιούνται σε αναλύσεις κόστους-χρησιμότητας για να αποτυπώσουν τα οφέλη που έχει μια θεραπεία στη διάρκεια και την ποιότητα της ζωής του ασθενούς (Αλετράς και συν.,2002). Επίσης, τα **Προσαρμοσμένα στην Ανικανότητα Έτη Ζωής** (Disability Adjusted Life Years–DALYs) είναι ένας δείκτης που αξιολογεί την επιβάρυνση μιας νόσου στη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, μετρώντας τα χαμένα έτη ζωής λόγω ανικανότητας ή πρόωρου θανάτου (Feng et al.,2020). Τέλος, ο **Δείκτης Sullivan**, ή αλλιώς Disability Free Life Expectancy, ο οποίος χρησιμεύει για τον υπολογισμό των υγιών ετών ζωής που απομένουν σε ένα άτομο συγκεκριμένης ηλικίας. Πρόκειται για ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται ευρέως τα τελευταία 40 έτη για την αξιολόγηση και σύγκριση της υγείας διαφορετικών πληθυσμών (Imai and Soneji,2007).

Σε επίπεδο διεθνών φορέων, έχουν δημιουργηθεί πολλές βάσεις δεδομένων για την καταγραφή και τη σύγκριση των δεικτών υγείας. Αξίζει να αναφερθεί η πρωτοβουλία της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, η οποία σε συνεργασία με τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης ξεκίνησε το 1993 τις πρώτες προσπάθειες για την παρακολούθηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού στα κράτη-μέλη. Έτσι το 1998 θεσμοθετήθηκαν οι **Ευρωπαϊκοί Βασικοί Δείκτες Υγείας** (European Core Health Indicators) με σκοπό τη συλλογή δεδομένων που αφορούν τη δημόσια υγεία, ώστε να χρησιμοποιηθούν για τη χάραξη των αναγκαίων πολιτικών σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Πρόκειται για 88 δείκτες, για περίπου 67 εκ των οποίων γίνεται σήμερα συστηματική καταγραφή και ανάλυση. Οι δείκτες αυτοί μπορούν να ταξινομηθούν σε έξι τομείς ενδιαφέροντος: δημογραφική και κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, κατάσταση υγείας, προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας, παρεμβάσεις σχετικές με τις

υγειονομικές υπηρεσίες και παρεμβάσεις προαγωγής υγείας (Verschuuren et al.,2013).

Μια ακόμη σημαντική προσπάθεια πραγματοποιήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ο οποίος το 2015 δημοσίευσε την **Παγκόσμια Λίστα Αναφοράς των 100 Βασικών Δεικτών Υγείας** (WHO,2015). Στόχος της προσπάθειας αυτής ήταν η δημιουργία ενός προτύπου που θα παρέχει καθοδήγηση στα μέλη της παγκόσμιας κοινότητας ώστε να διευκολύνεται η παρακολούθηση της υγείας σε εθνικό, περιφερειακό ή παγκόσμιο επίπεδο. Ακόμη, ενισχύεται η σωστή συλλογή και αναφορά δεδομένων που αφορούν την υγεία, ενώ εξασφαλίζεται η ακρίβεια και η ποιότητα των στατιστικών αποτελεσμάτων. Οι δείκτες του ΠΟΥ χωρίζονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: κατάσταση υγείας, παράγοντες κινδύνου, κάλυψη υπηρεσιών και συστήματα υγείας (WHO,2015). Το 2018 η παραπάνω λίστα επικαιροποιήθηκε ώστε να συμβαδίζει με τις προτεραιότητες που εκφράζονται στους ανανεωμένους Στόχους για τη Βιώσιμη Ανάπτυξη του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (United Nations,2017).

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν επίσης **τα στατιστικά στοιχεία για την υγεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης** τα οποία δημοσιεύονται σε ετήσια βάση ώστε να γίνεται μια σύγκριση των δεδομένων που αφορούν την υγεία και τα υγειονομικά συστήματα των χωρών μελών. Με τον τρόπο αυτό διευκολύνεται ο σχεδιασμός στρατηγικών για τη βελτίωση της υγείας και της υγειονομικής περίθαλψης (OECD,2025a). Οι τομείς ενδιαφέροντος περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την κατάσταση της υγείας (προσδόκιμο επιβίωσης, μεταδοτικές ασθένειες, θνησιμότητα), τη χρήση υπηρεσιών υγείας (ιατρικά ραντεβού, απεικονιστικές εξετάσεις, εμβολιασμός), τη χρηματοδότηση της υγειονομικής περίθαλψης, τους υγειονομικούς πόρους (επαγγελματίες υγείας, νοσοκομεία, τεχνολογικός εξοπλισμός), τη φαρμακευτική αγορά και τους δείκτες ποιότητας υπηρεσιών υγείας (OECD,2025b). Εξάλλου, **οι περιοδικές αναφορές “Η υγεία με μια ματιά: Δείκτες ΟΟΣΑ”** (Health at a Glance: OECD Indicators) παρουσιάζουν σημαντικά στατιστικά στοιχεία που αφορούν τον τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα, εξετάζεται η κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, η προσβασιμότητα και η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας,

οι παράγοντες κινδύνου, η μακροχρόνια φροντίδα, το εργατικό δυναμικό και η υγειονομική δαπάνη, ενώ παρουσιάζεται και η συγκριτική εκτίμηση της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας των κρατών-μελών (OECD,2023).

Τέλος, στα πλαίσια του **Προγράμματος του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για την Ανάπτυξη** (United Nations Development Programme) δημοσιεύεται σε ετήσια βάση η Έκθεση για την Ανθρώπινη Ανάπτυξη. Μέσα από τη χρήση δεικτών, εξάγονται συμπεράσματα για την ανάπτυξη, δίνοντας περισσότερη έμφαση στον ανθρώπινο παράγοντα αντί στην οικονομία. Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει ο **Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης** που αποτελεί ένα σύνθετο εργαλείο για την αξιολόγηση της μακροζωίας, της μόρφωσης και του βιοτικού επιπέδου του πληθυσμού (UNDP,2025a). Συμπληρωματικά χρησιμοποιούνται και άλλοι δείκτες, όπως ο Πολυδιάστατος Δείκτης Φτώχειας, ο Δείκτης Ανάπτυξης των Φύλων και ο Δείκτης Ανθρώπινης Ανάπτυξης Προσαρμοσμένος στην Ανισότητα, με σκοπό να μελετηθούν ζητήματα, όπως οι ανισότητες, η κλιματική αλλαγή και η τεχνολογία (UNDP,2025b).

2.5. Εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής

Υπάρχουν παγκοσμίως πολλά διαθέσιμα εργαλεία για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Πρόκειται για ερωτηματολόγια τα οποία συνήθως περιλαμβάνουν μια σειρά γενικών ερωτήσεων οι οποίες ακολουθούνται από ερωτήματα που εστιάζουν στη σωματική, τη συναισθηματική και την κοινωνική λειτουργικότητα. Ένα από τα πρώτα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής ήταν ο Δείκτης Karnofsky και ακολούθησαν πολλές ακόμη προσπάθειες. Οι πιο σύγχρονες μέθοδοι δίνουν περισσότερη έμφαση σε υποκειμενικά στοιχεία, όπως η ικανοποίηση από τη ζωή, οι προσωπικοί στόχοι και φιλοδοξίες, η ικανοποίηση αναγκών όπως η αυτοεκτίμηση κτλ (Fayers and Machin,2006). Λόγω του μεγάλου όγκου των διαθέσιμων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής στη διεθνή βιβλιογραφία, θα αναφερθούν παρακάτω ενδεικτικά μερικά από αυτά.

1. Ο **Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofsky** (Karnofsky Performance Status Scale). Δημιουργήθηκε το 1948 για την αξιολόγηση της γενικής σωματικής λειτουργικότητας ενός ασθενούς, μέσα από την ικανότητά του να εκτελεί απλές καθημερινές δραστηριότητες. Αποτελείται από μια εκατοστιαία κλίμακα όπου το 0 αντιπροσωπεύει το θάνατο και το 100 μια φυσιολογική ζωή, χωρίς ασθένεια ή αναπηρία. Είναι ιδιαίτερα χρήσιμο σε χρόνιες και σοβαρές παθήσεις, όπως ο καρκίνος, προκειμένου να μελετηθεί η επίδραση της νόσου στην κατάσταση της υγείας του ασθενούς και η ανταπόκριση του τελευταίου στη θεραπεία. Ωστόσο, ο εν λόγω δείκτης αγνοεί την ψυχική διάσταση της υγείας, συνεπώς σήμερα θεωρείται ελλιπής (Mor et al.,1984).
2. Η **Επισκόπηση Υγείας SF-36** (Short Form Health Survey). Δημιουργήθηκε το 1992, βασισμένη στην προγενέστερη Μελέτη Ιατρικών Αποτελεσμάτων. Αποτελεί ένα από τα πιο δημοφιλή εργαλεία μέτρησης της αυτοαναφερόμενης υγείας και της ποιότητας ζωής. Χρησιμοποιείται σε διάφορα είδη μελετών, που αφορούν τόσο σε ασθενείς όσο και στον γενικό πληθυσμό. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που περιλαμβάνουν 8 διαστάσεις της υγείας: φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα, πόνος, περιορισμοί λόγω σωματικών ή συναισθηματικών προβλημάτων, γενικό επίπεδο υγείας, ενεργητικότητα, ψυχική υγεία (Lins and Carvalho,2016). Αργότερα δημιουργήθηκε μια πιο σύντομη εκδοχή, το εργαλείο SF-12 που καλύπτει όμως τους ίδιους οκτώ τομείς ενδιαφέροντος (Ware et al.,1996).
3. Το **Ερωτηματολόγιο EuroQol 5D για την Ποιότητα Ζωής** (EQ-5D). Είναι ένα εύχρηστο εργαλείο που χρησιμοποιείται για την αυτοαξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Η ανάπτυξή του ξεκίνησε το 1987 και εξελίχθηκε με την πάροδο των ετών. Εξετάζονται πέντε διαφορετικές διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοφροντίδα, καθημερινή δραστηριότητα, πόνος και δυσφορία, άγχος και κατάθλιψη. Περιλαμβάνει επίσης μια οπτική αναλογική κλίμακα η οποία βοηθά τους ερωτώμενους να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας τους από το 0 έως το 100. Χρησιμοποιείται τόσο σε έρευνες για την υγεία του γενικού πληθυσμού όσο και σε κλινικά περιβάλλοντα. Είναι επίσης εξαιρετικά χρήσιμο σε αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας κατά την οικονομική

αξιολόγηση προγραμμάτων υγείας. Τέλος, είναι διαθέσιμη και μια πιο αναλυτική εκδοχή, το ερωτηματολόγιο EQ-15D (Devlin and Brooks,2017).

4. **Η Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας** (Sickness Impact Profile - SIP136). Πρόκειται για μια κλίμακα που αναπτύχθηκε το 1972 και αναθεωρήθηκε το 1981. Περιλαμβάνει 136 ερωτήσεις που εξετάζουν δύο διαστάσεις της ποιότητας ζωής, τη σωματική και την ψυχοκοινωνική. Έχει χρησιμοποιηθεί κατά τη διάρκεια κλινικών δοκιμών και επιδημιολογικών μελετών με σκοπό να καταγράψει την επίδραση της ασθένειας στη συμπεριφορά και τη σωματική και ψυχική λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή. Αργότερα δημιουργήθηκε μια πιο σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου, το SIP68, ώστε να είναι ευκολότερη η συμπλήρωσή του από τους ασθενείς (Carr,2003).
5. **Ο Δείκτης Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής του Katz** (Katz Index of Independence in Activities of Daily Living). Πρόκειται για έναν δείκτη που δημιουργήθηκε το 1963 και αξιολογεί την ικανότητα του ασθενούς να είναι ανεξάρτητος και να αυτοεξυπηρετείται σε έξι διαφορετικές βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (πχ σίτιση,ή ντύσιμο). Χρησιμοποιείται μια κλίμακα από 0 έως 6 που παρέχει μια εικόνα της γενικής λειτουργικής κατάστασης ενός ατόμου. Χρησιμοποιείται κυρίως σε γηριατρικούς ασθενείς που νοσηλεύονται σε κλινικές κλειστής περίθαλψης με σκοπό να διαμορφώνεται αναλόγως το πλάνο θεραπείας (Wallace and Shelkey,2008).
6. **Ο Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής** (Spitzer Quality of Life Index). Είναι μια κλίμακα που αναπτύχθηκε το 1981 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με καρκίνο ή άλλες χρόνιες νόσους και εστιάζει σε 5 διαστάσεις της ποιότητας ζωής: επίπεδο δραστηριότητας (επαγγελματικής ή άλλης), αυτοεξυπηρέτηση σε καθημερινές ασχολίες, γενική κατάσταση της υγείας, υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον και συναισθηματική κατάσταση (Spitzer et al.,1981).
7. **Το Ερωτηματολόγιο McGill για την Ποιότητα Ζωής** (McGill Quality of Life Questionnaire). Είναι ένα εργαλείο που δημιουργήθηκε το 1996 και εξετάζει τέσσερα είδη συμπτωμάτων: σωματικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και

υπαρξιακά. Εστιάζει περισσότερο στην υπαρξιακή πλευρά της ασθένειας και όχι τόσο στην φυσική. Χρησιμοποιείται σε άτομα με απειλητικά για τη ζωή νοσήματα που διαβιούν σε δομές παρηγορητικής φροντίδας. Το 2019 η αρχική έκδοση του ερωτηματολογίου εμπλουτίστηκε με ερωτήσεις που αφορούν το περιβάλλον διαβίωσης, τη γνωστική λειτουργία, την ποιότητα περίθαλψης και την αίσθηση ότι επιβαρύνουν τους οικείους τους, προκειμένου να παρέχει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα της ποιότητας ζωής των ασθενών που βρίσκονται κοντά στο τέλος της ζωής τους (Cohen et al.,2019).

Άλλα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής που συναντά κανείς συχνά στη διεθνή βιβλιογραφία (Coons et al.,2000):

- The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS)
- General Health Questionnaire GHQ28
- International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)
- Nottingham Health Profile (NHP)
- The WHOQoL-100 Questionnaire
- Quality of Well-Being Scale (QWB)
- Health Utilities Index (HUI)
- Patient Generated Index (PGI)
- Disease Repercussion Profile (DRP)
- McGill Pain Questionnaire (MPQ).

Κεφάλαιο 3^ο. Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία και την ποιότητα ζωής

3.1. Οφέλη για το άτομο

Σε επίπεδο ατόμου, το κοινωνικό κεφάλαιο αποτελεί έναν πόρο ο οποίος μπορεί να χρησιμοποιηθεί με στόχο τη βελτίωση της οικονομικής και κοινωνικής θέσης (Acquaah et al.,2014). Το δίκτυο γνωριμιών ενός ατόμου διευκολύνει την πρόσβαση σε ένα εύρος πληροφοριών, καθιστώντας ευκολότερη την ανεύρεση εργασίας, αλλά και την ανάπτυξη του ανθρώπινου κεφαλαίου μέσα από την απόκτηση νέων γνώσεων και ικανοτήτων. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται η επαγγελματική επιτυχία και η οικονομική ανεξαρτησία του ατόμου, βελτιώνοντας το βιοτικό επίπεδο και την ποιότητα ζωής του (Acquaah et al.,2014). Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η αλληλοϋποστήριξη που μπορεί να είναι υλική (χρήματα), ηθική (συμπαράσταση, καθοδήγηση), ή και πρακτική (έμπρακτη βοήθεια σε ώρα ανάγκης) (Klarner et al.,2022).

Επιπλέον, στα πλαίσια των κοινωνικών δικτύων αναπτύσσονται διάφοροι μηχανισμοί που συντελούν στην προαγωγή της υγείας των πολιτών. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν η ανεκτικότητα και η εμπιστοσύνη που, ως βασικοί συντελεστές του κοινωνικού κεφαλαίου, επηρεάζουν θετικά τη γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή (Crowley and Walsh,2024). Εξάλλου, το αυξημένο άτυπο κοινωνικό κεφάλαιο, δηλαδή εκείνο που αφορά ανεπίσημα δίκτυα σχέσεων μεταξύ φίλων και γειτόνων, έχει θετική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία, αλλά και στην αίσθηση της ευτυχίας (Li et al.,2007). Μια σειρά σχετικών μελετών επιβεβαιώνουν τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος για τη ψυχική υγεία και ευεξία. Συγκεκριμένα, η αίσθηση της υποστήριξης που λαμβάνει κάποιος από συγγενείς και φίλους τον βοηθά να διαχειρίζεται αγχογόνες καταστάσεις, να αντιμετωπίζει με επιτυχία τις αντιξοότητες και να προσαρμόζεται στην αλλαγή. Ταυτόχρονα, η κοινωνική υποστήριξη επιδρά στην ανάπτυξη της προσωπικότητας των παιδιών τα οποία έτσι

“χτίζουν” ψυχική ανθεκτικότητα (Turner and Turner,2013). Αντιθέτως, ένα δυσμενές κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να εκθέτει τους ανθρώπους σε επιβαρυντικές για την υγεία συνθήκες (Οικονόμου,2013).

Συνεπώς, το κοινωνικό κεφάλαιο έχει την ικανότητα να παράγει υγεία, ενώ, αντιθέτως, ο κοινωνικός αποκλεισμός επιβαρύνει την υγεία των ατόμων, στερώντας τους την πρόσβαση σε βασικά κοινωνικά αγαθά και δημιουργώντας υγειονομικές ανισότητες (Οικονόμου,2013). Πολυάριθμες μελέτες διαπιστώνουν ότι πληθυσμοί με μεγάλη συνοχή παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο αυτοαναφερόμενης υγείας, μειωμένη θνησιμότητα, καλύτερη ανάπτυξη των παιδιών, χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και γενικότερα βελτιωμένη ψυχική υγεία, με συνέπεια χαμηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών (Οικονόμου,2013).

3.2. Οφέλη για την κοινωνία

Το κοινωνικό κεφάλαιο ως συλλογικό αγαθό αποτελεί παράγοντα κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας. Σύμφωνα με τον Robert Putnam (1993), οι κοινωνίες με υψηλά επίπεδα συνοχής χαρακτηρίζονται από ισχυρούς δεσμούς και ενεργή συμμετοχή των πολιτών προς το κοινό συμφέρον. Η συλλογική δράση για τη διεκδίκηση καλύτερων υπηρεσιών υγείας έχει τη δύναμη να επηρεάσει τις πολιτικές αποφάσεις συντελώντας στη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού (Putnam et al.,1993). Εξάλλου, όταν οι πολίτες εμπιστεύονται ο ένας τον άλλο και συνεργάζονται για το καλό της γειτονιάς τους, αποθαρρύνονται τυχόν παραβατικές συμπεριφορές και εμπεδώνεται η αίσθηση ασφάλειας στην κοινότητα (Tical,2024). Επίσης, η κοινωνική επιρροή μεταξύ των μελών της κοινότητας βοηθά στη μετάδοση γνώσεων αλλά και τη διαμόρφωση κοινών θετικών προτύπων συμπεριφοράς, όπως ο εμβολιασμός ή η διακοπή του καπνίσματος (Klarner et al.,2022). Παράλληλα, η εμπιστοσύνη των πολιτών στους θεσμούς του κράτους διευκολύνει την εφαρμογή των αναγκαίων νόμων και πολιτικών, καθιστώντας αποδοτικότερη τη διακυβέρνηση (Καμπερίδου,2011). Τέλος, στις κοινωνίες όπου υπάρχει ίση διανομή του εισοδήματος και μεγαλύτερη κοινωνική συνοχή διαπιστώνεται ότι η υγεία των πολιτών είναι

καλύτερη και το προσδόκιμο ζωής υψηλότερο, ενώ και οι δημόσιες επενδύσεις για την υγεία είναι υψηλότερες (Eriksson,2011).

Αξίζει επίσης να αναφερθεί η θετική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην οικονομία. Καθώς το κοινωνικό κεφάλαιο βοηθά στην ανταλλαγή πληροφοριών και μειώνει τα κόστη των συναλλαγών, διευκολύνεται η συνεργασία μεταξύ των επιχειρήσεων. Με τον τρόπο αυτό ενισχύεται η βιωσιμότητα και η ανταγωνιστικότητά τους (Acquaah et al.,2014). Ταυτόχρονα, η εμπιστοσύνη παίζει σημαντικό ρόλο στη λειτουργία των αγορών, στη δημιουργία επενδύσεων και καινοτόμων προϊόντων. Έτσι ενισχύεται η οικονομική ανάπτυξη των χωρών, μειώνεται η φτώχεια και βελτιώνεται το βιοτικό επίπεδο του πληθυσμού. Η εμπιστοσύνη επιδρά και στην αγορά εργασίας, βελτιώνοντας τη συνεργασία μεταξύ εργαζομένων και εργοδοτών, συντελώντας στην αύξηση της παραγωγικότητας, γεγονός που οδηγεί στην αύξηση του κατά κεφαλήν ΑΕΠ (Stiglitz et al.,2018).

3.3. Η αρνητική πλευρά του κοινωνικού κεφαλαίου

Αν και η ανάπτυξη κοινωνικών δικτύων συνήθως συμβάλλει στην ευημερία ατόμων και κοινωνιών, ενίοτε είναι πιθανό να προκαλέσει δυσάρεστα αποτελέσματα, αναλόγως της χρήσης ή κατάχρησης των διαφορετικών διαστάσεων και μορφών του κοινωνικού κεφαλαίου. Για παράδειγμα, η δημιουργία δεσμευτικού κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να αποφέρει πλεονεκτήματα για ορισμένες υποομάδες του πληθυσμού εις βάρος του κοινωνικού συνόλου (Καμπερίδου,2011). Αυτό συμβαίνει κατά τη δημιουργία ομοιογενών ομάδων που προωθούν ιδιοτελή συμφέροντα, γεγονός που ενδέχεται να ενισχύσει την περιθωριοποίηση και τον κοινωνικό αποκλεισμό, τις έμφυλες διακρίσεις και τις κοινωνικές ανισότητες. Επίσης, μπορεί να υπονομεύσει την κοινωνική ευημερία όταν οι ομάδες που δημιουργούνται έχουν εγκληματική ή τρομοκρατική δράση ή όταν αθλητικές ομοσπονδίες ασκούν πρακτικές αποκλεισμού (Καμπερίδου,2011). Ο Peter Graeff αναφέρεται στις νόρμες διαφθοράς, δηλαδή στην εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα που δημιουργείται μεταξύ ατόμων ξένων μεταξύ τους που όμως συνδέονται μέσα από τα κοινά τους κίνητρα για τη διάπραξη

παράνομων πράξεων με σκοπό το κέρδος (Graeff,2009).

Ο Alejandro Portes (1998) αναγνωρίζει τέσσερις αρνητικές πλευρές του κοινωνικού κεφαλαίου: α)τον αποκλεισμό όσων θεωρούνται ξένοι, β)τις υπερβολικές απαιτήσεις που δημιουργούνται για τα μέλη της ομάδας, γ)τον περιορισμό ατομικών ελευθεριών, όπως η αυτονομία και η ιδιωτικότητα και δ)την υποβάθμιση των ατομικών επιτευγμάτων και προόδου προς χάριν της ομοιογένειας της ομάδας. Είναι γεγονός πως κάποιες φορές οι στενοί δεσμοί μεταξύ των μελών μιας ομάδας γίνονται αιτία αποκλεισμού όσων δεν ανήκουν σε αυτήν (Portes,1998). Ένα παράδειγμα είναι η δημιουργία εθνοτικών θυλάκων σε κάποιους τομείς της οικονομίας ή σε συγκεκριμένα επαγγέλματα. Επιχειρήσεις όπου τόσο οι ιδιοκτήτες όσο και οι εργαζόμενοι ανήκουν σε μια συγκεκριμένη εθνότητα, αποκλείουν την πρόσβαση σε πιθανούς εργαζόμενους που ανήκουν σε διαφορετικές εθνότητες. Έτσι κατά κανόνα επιλέγονται γνωστοί και συγγενείς για την κάλυψη των θέσεων εργασίας, ακόμη και αν αυτοί έχουν λιγότερα προσόντα ή ικανότητες. Αυτή η τακτική βλάπτει μακροχρόνια τόσο το κοινωνικό σύνολο όσο και τις ίδιες τις επιχειρήσεις οι οποίες καταλήγουν να γίνονται φιλανθρωπικά ιδρύματα για τις κοινότητές τους, αφού βάζουν το όφελος της ομάδας πάνω από το επαγγελματικό τους συμφέρον (Portes,1998).

Μια άλλη αρνητική όψη του κοινωνικού κεφαλαίου είναι ότι υπάρχει η τάση να δημιουργούνται υπερβολικές απαιτήσεις από τα μέλη της ομάδας. Έτσι μπορεί να υπάρχει η προσδοκία από κάποια μέλη της κοινότητας να χρηματοδοτούν ψυχαγωγικές εκδηλώσεις ή να απαιτείται από ορισμένους επιχειρηματίες να παρέχουν δάνεια χωρίς εγγυήσεις σε συντοπίτες τους. Με τον τρόπο αυτό οι κοινές νόρμες και η αμοιβαιότητα μετατρέπονται σε καταπιεστικούς κανόνες που υπονομεύουν την ατομική ευημερία (Portes and Landolt,2000). Ακόμη, κάποιοι μελετητές υποστηρίζουν ότι οι ισχυροί κοινωνικοί δεσμοί μπορεί να προκαλέσουν τον περιορισμό των ατομικών ελευθεριών και της αυτονομίας. Το υψηλό σχεσιακό και γνωστικό κοινωνικό κεφάλαιο συχνά επιβάλλει τη συμμόρφωση με κανόνες και νόρμες με σκοπό να εξασφαλιστεί η ομοιογένεια της ομάδας. Παράδειγμα αποτελεί η

ομαδική σκέψη που καλλιεργείται στα πλαίσια ομάδων που χαρακτηρίζονται από υψηλή συνοχή. Η ανάγκη των μελών της ομάδας για αποδοχή και ενσωμάτωση τα οδηγεί στον ασπασμό ιδεών και προκαταλήψεων που υιοθετεί η πλειοψηφία, ακόμα και αν αυτές αποδεικνύονται λανθασμένες. Με τον τρόπο αυτό περιορίζεται σημαντικά η ελευθερία του ατόμου να αναζητήσει πληροφορίες, να τις αξιολογήσει και να κρίνει αν είναι σωστές ή όχι, προτού λάβει μια απόφαση (Pillai et al.,2017). Η ανάγκη της ομάδας για ομοιογένεια μπορεί επίσης να αποθαρρύνει τα μεμονωμένα άτομα από το να κυνηγήσουν τους στόχους τους και να προοδεύσουν προσωπικά και επαγγελματικά. Έτσι, οποιαδήποτε απόκλιση από το μέσο όρο της ομάδας θεωρείται απειλή για την κοινή ταυτότητα και ασκείται πίεση στο μέλος που αποκλίνει να συμμορφωθεί, διαφορετικά απομονώνεται (Portes,1998).

Τέλος, συστηματική ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας από τους Villalonga-Olives και Kawachi (2017) ανέδειξε τη σημασία του φαινομένου της κοινωνικής μετάδοσης συμπεριφορών. Σύμφωνα με αυτό, οι συμπεριφορές που υιοθετεί η πλειοψηφία των μελών μιας ομάδας αναμένεται να επηρεάσουν και τους υπόλοιπους, ενίοτε με αρνητικό τρόπο. Για παράδειγμα, σε μια εξωσχολική αθλητική ομάδα εφήβων όπου τα περισσότερα μέλη καπνίζουν και καταναλώνουν αλκοόλ είναι πολύ πιθανό να παρασύρουν και τους υπόλοιπους σε παρόμοιες συνήθειες. Κατά συνέπεια, η έκθεση των ανθρώπων σε αρνητικά πρότυπα στα πλαίσια ενός κοινωνικού δικτύου αυξάνει τις πιθανότητες να υιοθετήσουν συμπεριφορές επιζήμιες για τους ίδιους (Villalonga-Olives and Kawachi,2017).

Κεφάλαιο 4ο: Σκοπός και Μεθοδολογία της έρευνας

4.1. Σκοπός και επιμέρους στόχοι της έρευνας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η ανάδειξη του κοινωνικού κεφαλαίου ως παράγοντα καθοριστικού για την υγεία και την ποιότητα ζωής. Για το λόγο αυτό η μελέτη εστιάζει στους δεσμούς εμπιστοσύνης που δημιουργούνται μεταξύ των κατοίκων μια μικρής κοινωνίας και στην επίδραση που αυτοί ασκούν στην ατομική ευημερία. Στόχος, λοιπόν, είναι να διερευνηθεί αν και κατά πόσο μια αύξηση των δεικτών του κοινωνικού κεφαλαίου μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της αυτοαναφερόμενης υγείας και ευεξίας όσον αφορά στον πληθυσμό της Αμοργού.

4.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Στόχος της διπλωματικής εργασίας είναι να απαντηθούν τα παρακάτω ερωτήματα:

1. Πώς οι ερωτώμενοι αξιολογούν το επίπεδο της υγείας και της ποιότητας ζωής τους;
2. Πώς οι ερωτώμενοι αξιολογούν το ατομικό κοινωνικό τους κεφάλαιο;
3. Υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου σε ατομικό επίπεδο με την κατάσταση της υγείας και της ποιότητας ζωής;
4. Ποιοι δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, εισόδημα) επιδρούν στην υγεία και την ποιότητα ζωής και με ποιόν τρόπο;
5. Ποιοι δημογραφικοί παράγοντες επηρεάζουν το κοινωνικό κεφάλαιο και γιατί;

4.3. Πληθυσμός υπό μελέτη

Στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε εξετάστηκε ο πληθυσμός άνω των 18 ετών που διαμένει μόνιμα στο νησί της Αμοργού η οποία αποτελεί το ανατολικότερο νησί του συμπλέγματος των Κυκλάδων, στην Περιφερειακή Ενότητα Νοτίου Αιγαίου.

Σύμφωνα με τα δεδομένα της απογραφής που πραγματοποίησε η Ελληνική Στατιστική Αρχή το 2021, ο μόνιμος πληθυσμός του νησιού είναι 1.961 κάτοικοι (ΕΛΣΤΑΤ,2023), οι οποίοι κατανέμονται σε 6 δημοτικές κοινότητες ως ακολούθως:

- Δημοτική Κοινότητα Καταπόλων με 568 μόνιμους κατοίκους,
- Δημοτική Κοινότητα Αιγιάλης με 536 μόνιμους κατοίκους,
- Δημοτική Κοινότητα Χώρας με 446 μόνιμους κατοίκους,
- Δημοτική Κοινότητα Αρκεσίνης με 182 μόνιμους κατοίκους,
- Δημοτική Κοινότητα Θολαρίων με 154 μόνιμους κατοίκους και
- Δημοτική Κοινότητα Βρούτση με 75 μόνιμους κατοίκους.

4.4. Ερευνητική μέθοδος και ερευνητικά εργαλεία

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της **απλής τυχαίας δειγματοληψίας** (Simple Random Sampling). Πρόκειται για μια μέθοδο δειγματοληψίας πιθανότητας, κατά την οποία κάθε μέλος του πληθυσμού έχει ίση και γνωστή πιθανότητα επιλογής. Παρέχει υψηλή αντιπροσωπευτικότητα και επιτρέπει ασφαλή γενίκευση των αποτελεσμάτων, όντας ένα ιδιαίτερα αξιόπιστο εργαλείο για έρευνες που απαιτούν ακριβείς και γενικεύσιμες εκτιμήσεις (Noor et al.,2022). Για την παρούσα έρευνα αρχικά δημιουργήθηκε ένας πλήρης κατάλογος του πληθυσμού-στόχου. Κάθε μονάδα του πληθυσμού αριθμήθηκε με μοναδικό κωδικό και στη συνέχεια επιλέχθηκε με τυχαία διαδικασία χρησιμοποιώντας γεννήτρια τυχαίων αριθμών. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίστηκε ότι κάθε άτομο είχε την ίδια πιθανότητα να συμπεριληφθεί στο δείγμα και ελαχιστοποιήθηκε ο κίνδυνος επιλογικής προκατάληψης.

Η έρευνα διενεργήθηκε από 25 Ιουνίου έως 31 Αυγούστου 2025. Μοιράστηκαν συνολικά 350 ερωτηματολόγια από τα οποία επεστράφησαν τα 311. Το δείγμα που συλλέχθηκε αποτελεί το 16% του συνολικού πληθυσμού του νησιού. Για τη διεξαγωγή της έρευνας δημιουργήθηκε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο έγινε προσπάθεια να είναι σαφές και κατανοητό, ώστε να μπορεί συμπληρωθεί εύκολα από

οποιονδήποτε, ανεξαρτήτως μορφωτικού επιπέδου. Επίσης, διενεργήθηκε πιλοτική μελέτη σε δείγμα 20 ατόμων από 10 έως 20 Ιουνίου 2025 προκειμένου να διαπιστωθούν τυχόν ασάφειες στο περιεχόμενο του ερωτηματολογίου και να υπολογιστεί ο χρόνος που χρειάζεται για τη συμπλήρωσή του.

Το ερευνητικό εργαλείο χωρίζεται σε τέσσερα μέρη. Το 1ο μέρος αποτελείται από συνολικά 12 ερωτήσεις. Οι 8 αφορούν τα **δημογραφικά χαρακτηριστικά** του δείγματος (φύλο, ηλικία, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός τέκνων, επίπεδο εκπαίδευσης, επάγγελμα, μηνιαίο εισόδημα). Οι υπόλοιπες 4 ερωτήσεις αφορούν τα **νοσήματα από τα οποία πάσχουν**, καθώς και τις **συμπεριφορές υγείας** που ακολουθούν οι ερωτώμενοι (κάπνισμα, αλκοόλ, άσκηση, επαρκής ύπνος, σωστή διατροφή, υγιές βάρος, τακτικές ιατρικές εξετάσεις).

Το 2ο μέρος περιλαμβάνει το **Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF12**. Πρόκειται για ένα πολύ δημοφιλές εργαλείο που δημιουργήθηκε το 1996 από τους Ware, Kosinski και Keller στις ΗΠΑ ως μια συντομότερη εκδοχή του ερωτηματολογίου SF-36. Χρησιμοποιείται για την αυτό-εκτίμηση του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής. Αποτελείται από 12 ερωτήσεις που αξιολογούν 8 διαστάσεις της υγείας: φυσική και κοινωνική λειτουργικότητα, πόνος, περιορισμοί λόγω σωματικών ή συναισθηματικών προβλημάτων, γενικό επίπεδο υγείας, ενεργητικότητα και ψυχική υγεία (Ware et al., 1996).

Το 3ο μέρος αποτελείται από το **Ερωτηματολόγιο EuroQol 5D** το οποίο αναπτύχθηκε από το EuroQol Group στην Ολλανδία μεταξύ 1987 και 1991 και έκτοτε εξελίσσεται διαρκώς. Χρησιμοποιείται εκτενώς για την αυτοαξιολόγηση της γενικής κατάστασης της υγείας και της ποιότητας ζωής μέσα από πέντε διαφορετικές διαστάσεις: κινητικότητα, αυτοφροντίδα, καθημερινή δραστηριότητα, πόνος και δυσφορία, άγχος και κατάθλιψη. Περιλαμβάνει 6 ερωτήσεις κλειστού τύπου και μια οπτική αναλογική κλίμακα βάσει της οποίας οι ερωτώμενοι μπορούν να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας τους από το 0 έως το 100 (Devlin and Brooks, 2017).

Τέλος, το 4ο μέρος αποτελείται από την **Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου** η οποία δημιουργήθηκε το 1998 από τους Bullen και Onyx και χρησιμοποιείται για τη μελέτη του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 36 ερωτήσεις στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν βάσει μιας 4-βάθμιας κλίμακας τύπου Likert. Εξετάζονται διαστάσεις όπως η συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, οι κοινωνικές σχέσεις, το αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας, η εκτίμηση της ζωής, η ανοχή στη διαφορετικότητα και οι σχέσεις στην εργασία (Bullen and Onyx, 1998).

4.5. Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0. Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov έγινε έλεγχος των κατανομών των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation=SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον οι διάμεσοι (median) και τα ενδο-τεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman.

Η εσωτερική αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's alpha. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε είτε το παραμετρικό κριτήριο Student's t-test είτε το μη παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκαν αντίστοιχα ο έλεγχος ANOVA ή το μη παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Για τον έλεγχο του σφάλματος τύπου I, λόγω των πολλαπλών συγκρίσεων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά Bonferroni.

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες SF-12 και EQ-5D, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors=SE). Χρησιμοποιήθηκε ιεραρχική γραμμική παλινδρόμηση στις αναλύσεις για τις διαστάσεις και τη συνολική κλίμακα δυνατοτήτων και δυσκολιών. Στο πρώτο βήμα αυτής έγινε εισαγωγή των δημογραφικών χαρακτηριστικών (enter) και στο δεύτερο των διαστάσεων της κλίμακας ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης (stepwise). Όταν η μεταβλητή δεν ακολουθούσε κανονική κατανομή, στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκε ο λογαριθμικός μετασχηματισμός αυτής. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

4.6. Ζητήματα δεοντολογίας και ηθικής

Κατά τον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της έρευνας ελήφθησαν υπόψη όλα τα ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας (Σαββάκης, 2022). Κάθε ερωτώμενος ενημερώθηκε προφορικά για τον εκπαιδευτικό χαρακτήρα της έρευνας και για την εθελοντική συμμετοχή σε αυτήν. Επιπλέον, τα ερωτηματολόγια συνοδεύονταν από επιστολή η οποία έδινε αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της έρευνας και την ταυτότητα της ερευνήτριας, ενώ δόθηκε έμφαση στη διατήρηση της εμπιστευτικότητας και της ανωνυμίας των συμμετεχόντων.

Κεφάλαιο 5^ο - Αποτελέσματα της έρευνας

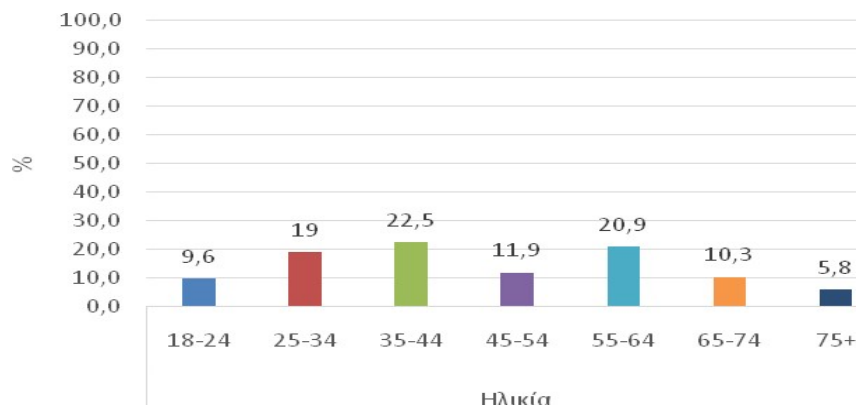
5.1. Δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Το δείγμα αποτελούσαν 311 άτομα από τις δημοτικές κοινότητες Αιγιάλη (24,5%), Κατάπολα (25,4%), Χώρα (21,2%), Αρκεσίνη (12,2%), Βρούτση (5,1%) και Θολάρια (11,6%). Το 51,8% ήταν άνδρες εκ των οποίων το 22,5% ήταν μεταξύ 35 και 44 ετών, το 20,9% ήταν 55 έως 64 ετών και το 19% 25 έως 34 ετών. Σχεδόν όλοι (το 97,1%) ήταν Έλληνες. Πάνω από τους μισούς (57,6%) ήταν έγγαμοι και το 64,3% είχε τουλάχιστον ένα παιδί (το 35,7% δεν είχε κανένα). Το 36% ήταν απόφοιτοι Λυκείου/ΕΠΑΛ και το 34,4% απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Όσον αφορά την εργασιακή τους απασχόληση, το 30,5% ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 21,2% ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 15,1% συνταξιούχοι. Σχετικά με το μηνιαίο εισόδημα, το 32,2% δήλωνε πως λάμβανε 1000-1500 ευρώ και το 24,4% 500-1000 ευρώ.

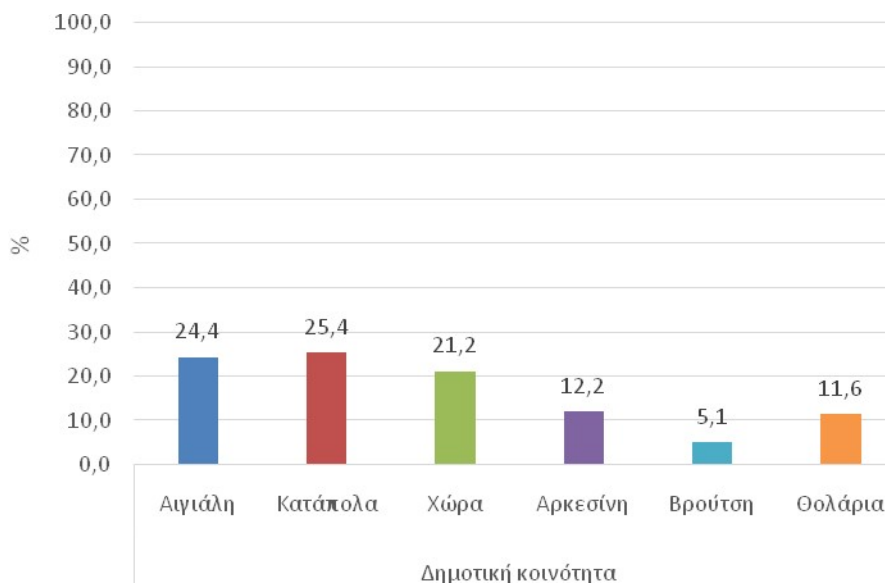
Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

		N	%
Φύλο	Άνδρας	161	51,8
	Γυναίκα	150	48,2
Ηλικία	18-24	30	9,6
	25-34	59	19,0
	35-44	70	22,5
	45-54	37	11,9
	55-64	65	20,9
	65-74	32	10,3
	75+	18	5,8
Υπηκοότητα	Ελληνική	302	97,1
	Άλλη	9	2,9
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	102	32,8
	Έγγαμος/η	179	57,6

	Διαζευγμένος/η	17	5,5
	Χήρος/α	10	3,2
	Ανύπαντρη μητέρα	3	1,0
Αριθμός τέκνων	Κανένα	111	35,7
	1	43	13,8
	2	114	36,7
	3	34	10,9
	4+	9	2,9
Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει	Δημοτικό	48	15,4
	Γυμνάσιο	31	10,0
	Λύκειο/ΕΠΑΛ	112	36,0
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	107	34,4
	Μεταπτυχιακό	13	4,2
Απασχόληση	Άνεργος/η	18	5,8
	Ιδιωτικός υπάλληλος	66	21,2
	Δημόσιος υπάλληλος	44	14,1
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	95	30,5
	Οικιακά	22	7,1
	Συνταξιούχος	47	15,1
	Χειρωνακτικό επάγγελμα (αγρότης κτλ)	19	6,1
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	Κάτω από 500 ευρώ	29	9,3
	500-1000 ευρώ	76	24,4
	1000-1500 ευρώ	100	32,2
	1500-2000 ευρώ	58	18,6
	Πάνω από 2000 ευρώ	48	15,4
Δημοτική κοινότητα	Αιγιάλη	76	24,4
	Κατάπολα	79	25,4
	Χώρα	66	21,2
	Αρκεσίνη	38	12,2
	Βρούτση	16	5,1
	Θολάρια	36	11,6



Γράφημα 1: Ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων.



Γράφημα 2: Δημοτική κοινότητα κατοικίας.

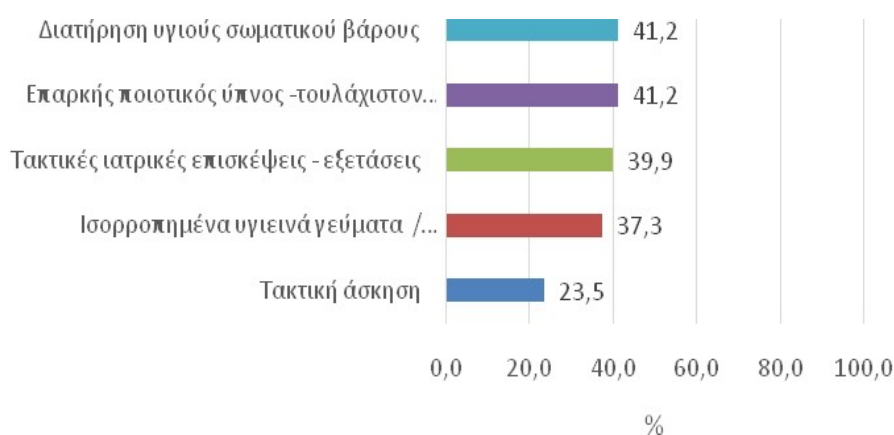
Οι καπνιστές ήταν το 23,8% του δείγματος, ενώ το 8% κάπνιζε περιστασιακά. Αντίστοιχα, αλκοόλ κατανάλωνε το 15,1% και περιστασιακά το 29,9%. Συνολικά το 56,6% έπασχε από κάποιο νόσημα. Ο διάμεσος νοσημάτων για κάθε συμμετέχοντα ήταν 1 (ενδ. εύρος: 0 – 2). Συγκεκριμένα, οι πιο συχνές παθήσεις ήταν οι μυοσκελετικές (14,1%), η υπέρταση (14,1%), οι παθήσεις του θυρεοειδούς (13,8%) και η υπερλιπιδαιμία (13,2%). Αντίθετα, οι λιγότερο συχνές ήταν οι

νεοπλασίες/καρκίνος (0,6%) και οι νευρολογικές παθήσεις (0,6%). Αναφορικά με τις συμπεριφορές υγείας, το 23,5% δήλωσε ότι ασκούνταν τακτικά, το 41,2% κοιμούνταν επαρκώς, το 37,3% κατανάλωνε ισορροπημένα γεύματα, το 41,2% διατηρούσε ένα υγιές σωματικό βάρος και το 39,9% έκανε τακτικές επισκέψεις στον γιατρό.

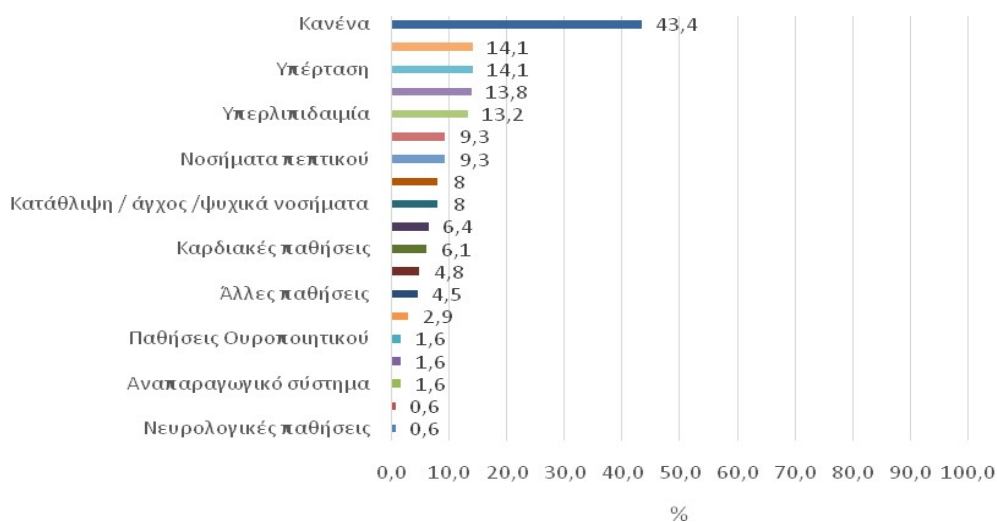
Πίνακας 2: Νοσήματα και συμπεριφορές υγείας.

		N	%
Κάπνισμα	Όχι	212	68,2
	Ναι	74	23,8
	Περιστασιακά	25	8,0
Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	171	55,0
	Ναι	47	15,1
	Περιστασιακά	93	29,9
Νόσημα που πάσχετε			
Κανένα		135	43,4
Καρδιακές παθήσεις		19	6,1
Υπέρταση		44	14,1
Υπερλιπιδαιμία		41	13,2
Μυοσκελετικές παθήσεις		44	14,1
Παθήσεις θυρεοειδούς		43	13,8
Αναπνευστικές παθήσεις		15	4,8
Νοσήματα πεπτικού		29	9,3
Αναπαραγωγικό σύστημα		5	1,6
Αγγειακές νόσοι		5	1,6
Νευρολογικές παθήσεις		2	0,6
Δερματικές παθήσεις		9	2,9
Παθήσεις Ουροποιητικού		5	1,6
Κατάθλιψη / άγχος / ψυχικά νοσήματα		25	8,0
Αυτοάνοσα νοσήματα		20	6,4
Σακχαρώδης διαβήτης		25	8,0
Νεοπλάσματα/ καρκίνος		2	0,6
Αλλεργίες		29	9,3
Άλλες παθήσεις		14	4,5
Ποιες από τις παρακάτω συμπεριφορές υγείας ακολουθείτε;			

Τακτική άσκηση	73	23,5
Επαρκής ποιοτικός ύπνος -τουλάχιστον 8 ώρες /ημέρα	128	41,2
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα / καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών	116	37,3
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους	128	41,2
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις - εξετάσεις	124	39,9



Γράφημα 3 : Συμπεριφορές υγείας.



Γράφημα 4: Συνοδά νοσήματα σε φθίνουσα σειρά.

5.2. Ανάλυση αποτελεσμάτων Ερωτηματολογίου SF-12 (εκτίμηση υγείας και καθημερινών δραστηριοτήτων) – σύγκριση με δημογραφικά χαρακτηριστικά

Παρακάτω δίνονται τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας. Υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις αυτές συνεπάγονται καλύτερη ποιότητα ζωής σε κάθε τομέα. Στο συγκεκριμένο δείγμα η σωματική διάσταση κυμαινόταν από 18,2 έως 64,8 μονάδες με μέση τιμή 50 μονάδες (SD=9,1 μονάδες). Αντίστοιχα, η διάσταση ψυχικής υγείας κυμαινόταν από 14,9 έως 65,9 μονάδες με μέση τιμή 46,5 μονάδες (SD=9,6 μονάδες).

Πίνακας 3: Έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας SF-12.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Cronbach's α
Σωματική υγεία	18,2	64,8	50,0 (9,1)	0,71
Ψυχική υγεία	14,9	65,9	46,5 (9,6)	0,72

Όσον αφορά τη **σωματική υγεία**, καταγράφηκαν σημαντικές διαφορές ανάλογα με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα. Ιδιαίτερη επίδραση φαίνεται πως είχαν το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η απασχόληση, η κοινότητα κατοικίας, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η τακτική άσκηση, η διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους και η πραγματοποίηση τακτικών ιατρικών εξετάσεων.

Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι:

- Οι άνδρες είχαν καλύτερη σωματική υγεία από τις γυναίκες.
- Οι απόφοιτοι Λυκείου/ΕΠΑΛ και ΑΕΙ/ΤΕΙ ή μεταπτυχιακής εκπαίδευσης είχαν καλύτερη σωματική υγεία από τους απόφοιτους Δημοτικού ($p < 0,001$ και για τις δυο επιμέρους συγκρίσεις μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni).

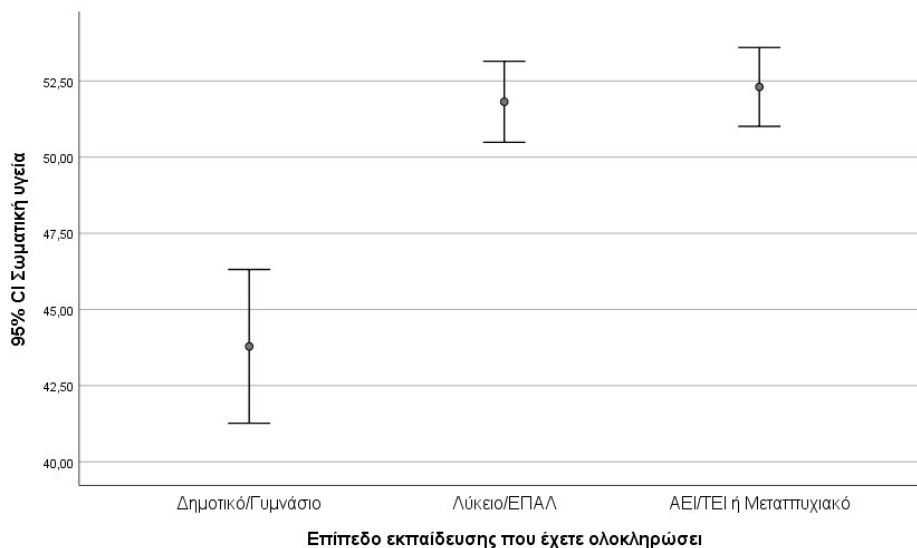
- Οι εργαζόμενοι, τόσο οι ιδιωτικοί, όσο και οι δημόσιοι υπάλληλοι και οι ελεύθεροι επαγγελματίες είχαν καλύτερη σωματική υγεία από τους μη εργαζόμενους ($p < 0,001$ και για τις τρεις επιμέρους συγκρίσεις μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni).
- Οι κάτοικοι των δημοτικών κοινοτήτων Κατάπολα και Χώρα είχαν καλύτερη σωματική υγεία από όσους κατοικούσαν στην κοινότητα Θολάρια ($p = 0,027$ και $p = 0,041$ για τις επιμέρους συγκρίσεις μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni).
- Παραδόξως, τα άτομα που κάπνιζαν και κατανάλωναν αλκοόλ είχαν καλύτερη σωματική υγεία από όσους δεν το έκαναν.
- Τα άτομα που ασκούσαν τακτικά είχαν καλύτερη σωματική υγεία από όσους δεν ασκούσαν.
- Εκείνοι που διατηρούσαν ένα υγιές σωματικό βάρος είχαν καλύτερη σωματική υγεία από όσους δεν διατηρούσαν.
- Εκείνοι που χρειάζονταν τακτικές ιατρικές επισκέψεις είχαν χειρότερη σωματική υγεία από όσους δεν χρειάζονταν.

Πίνακας 4: Συσχέτιση της σωματικής υγείας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

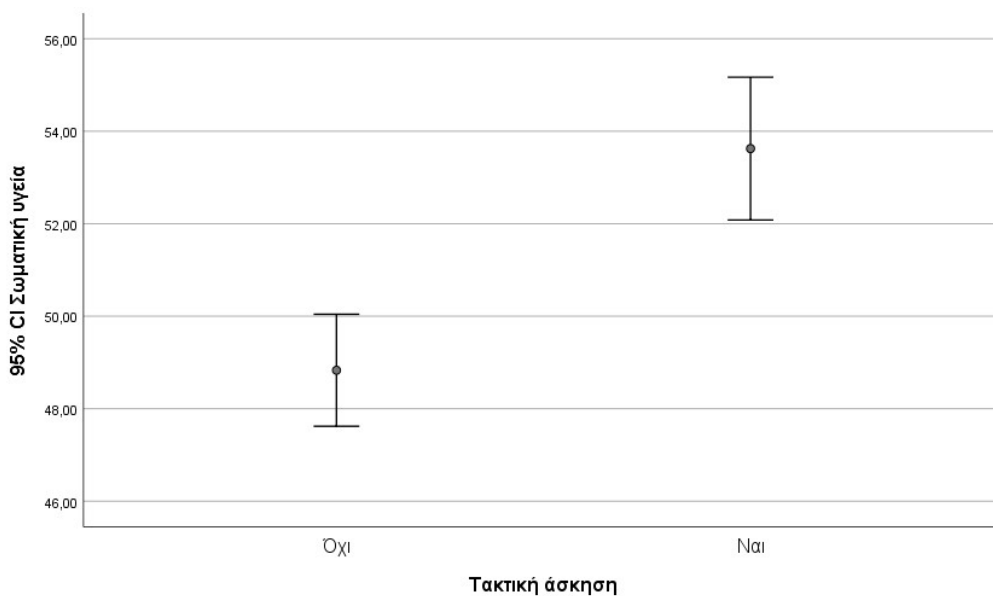
		Σωματική υγεία	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άνδρας	51,6 (7,8)	0,001+
	Γυναίκα	48,2 (10)	
Έγγαμος/η	Όχι	50,4 (9,3)	0,475+
	Ναι	49,6 (9)	
Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει	Δημοτικό/Γυμνάσιο	43,8 (11,3)	<0,001++
	Λύκειο/ΕΠΑΛ	51,8 (7,1)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ ή Μεταπτυχιακό	52,3 (7,2)	
Απασχόληση	Μη εργαζόμενος	45,3 (11)	<0,001++
	Ιδιωτικός υπάλληλος	52,3 (7)	

	Δημόσιος υπάλληλος	52,7 (7,5)	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	51,1 (7,5)	
	Χειρωνακτικό επάγγελμα	51,2 (9)	
Δημοτική κοινότητα	Αιγιάλη	50,2 (8,8)	0,006++
	Κατάπολα	51,7 (7,3)	
	Χώρα	51,6 (7,1)	
	Αρκεσίνη	48,9 (10,8)	
	Βρούτση	45,5 (10,2)	
	Θολάρια	46 (12,1)	
Κάπνισμα	Όχι	49,1 (9,7)	0,005+
	Ναι	51,9 (7,2)	
Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	48,2 (10,2)	<0,001+
	Ναι	52,1 (7,1)	
Τακτική άσκηση	Όχι	48,8 (9,5)	<0,001+
	Ναι	53,6 (6,6)	
Επαρκής ποιοτικός ύπνος τουλ. 8 ώρες/ημέρα	Όχι	50 (8,7)	0,998+
	Ναι	50 (9,7)	
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα / καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών	Όχι	49,3 (9,2)	0,122+
	Ναι	51 (8,9)	
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους	Όχι	48,9 (9,3)	0,011+
	Ναι	51,5 (8,7)	
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις - εξετάσεις	Όχι	51,4 (8,2)	0,001+
	Ναι	47,9 (10)	

+Student's t-test ++ANOVA



Γράφημα 5: Συσχέτιση σωματικής υγείας και επιπέδου εκπαίδευσης.



Γράφημα 6: Συσχέτιση σωματικής υγείας και άσκησης.

Όσον αφορά την **ψυχική υγεία** προέκυψαν σημαντικές διαφορές ανάλογα με το φύλο, το κάπνισμα, το αλκοόλ και την κατανάλωση ισορροπημένων γευμάτων.

Συγκεκριμένα:

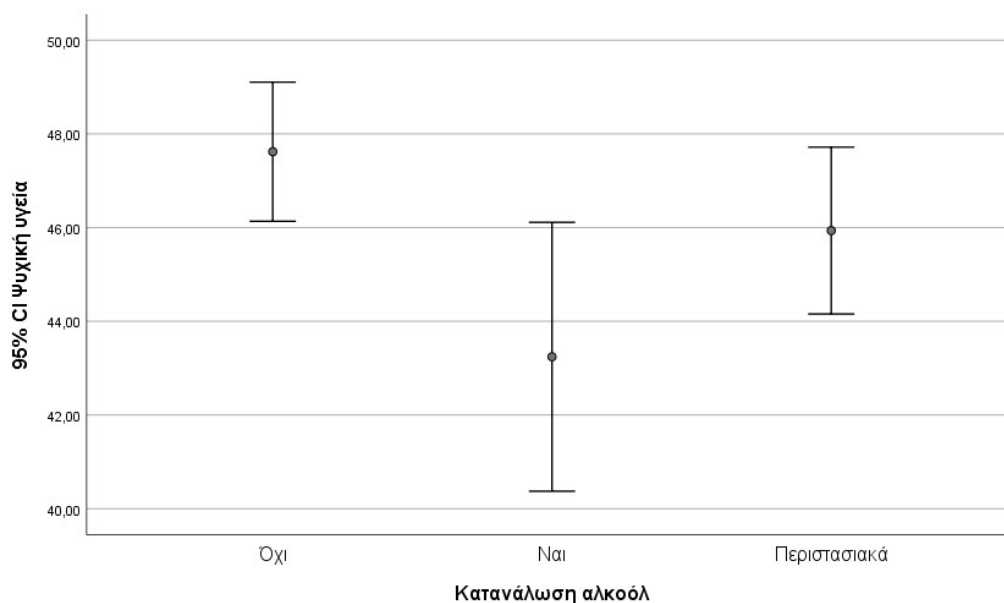
- Οι άνδρες είχαν καλύτερη ψυχική υγεία, σε σχέση με τις γυναίκες.
- Όσοι κάπνιζαν είχαν χειρότερη ψυχική υγεία από τους μη καπνιστές.
- Αντίστοιχα, όσοι κατανάλωναν αλκοόλ είχαν χειρότερη ψυχική υγεία από όσους δεν κατανάλωναν.
- Η κατανάλωση ισορροπημένων γευμάτων σχετιζόταν με καλύτερη ψυχική υγεία.

Πίνακας 5: Συσχέτιση της ψυχικής υγείας με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

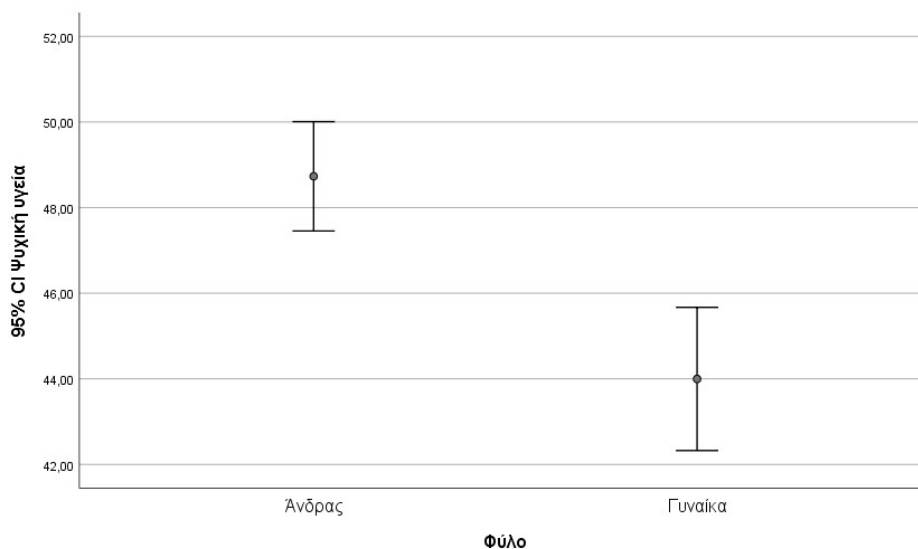
		Ψυχική υγεία	P
		Μέση τιμή (SD)	
Φύλο	Άνδρας	48,7 (8,2)	<0,001+
	Γυναίκα	44 (10,3)	
Έγγαμος/η	Όχι	45,3 (9,4)	0,063+
	Ναι	47,3 (9,7)	
Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει	Δημοτικό/Γυμνάσιο	46,6 (10,4)	0,868++
	Λύκειο/ΕΠΑΛ	46,7 (8,7)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ ή Μεταπτυχιακό	46,1 (9,9)	
Απασχόληση	Μη εργαζόμενος	48,1 (9,3)	0,115++
	Ιδιωτικός υπάλληλος	44,4 (10,1)	
	Δημόσιος υπάλληλος	45,2 (10,1)	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	46,5 (8,9)	
	Χειρωνακτικό επάγγελμα	48,9 (9,7)	
Δημοτική κοινότητα	Αιγιάλη	46,8 (9,2)	0,329++
	Κατάπολα	48 (8,9)	
	Χώρα	46,3 (9,6)	
	Αρκεσίνη	44,8 (10)	
	Βρούτση	47,6 (13,1)	
	Θολάρια	44 (9,4)	
Κάπνισμα	Όχι	47,2 (9,4)	0,046+
	Ναι	44,9 (9,8)	

Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	47,6 (9,8)	0,017+
	Ναι	45,0 (9,0)	
Τακτική άσκηση	Όχι	46,5 (9,8)	0,772+
	Ναι	46,2 (8,7)	
Επαρκής ποιοτικός ύπνος – τουλ. 8 ώρες /ημέρα	Όχι	45,6 (9,2)	0,066+
	Ναι	47,6 (9,9)	
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα / καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών	Όχι	45,4 (9,9)	0,009+
	Ναι	48,2 (8,7)	
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους	Όχι	46,2 (9,9)	0,563+
	Ναι	46,8 (9,1)	
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις - εξετάσεις	Όχι	46 (9,3)	0,312+
	Ναι	47,1 (10)	

+Student's t-test ++ANOVA



Γράφημα 7: Συσχέτιση της ψυχικής υγείας με την κατανάλωση αλκοόλ.



Γράφημα 8: Συσχέτιση φύλου και ψυχικής υγείας.

5.3. Ανάλυση αποτελεσμάτων Ερωτηματολογίου EuroQol-5D (αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας) – σύγκριση με δημογραφικά χαρακτηριστικά

Για την βαθμολογία στην κλίμακα EQ-5D η ελάχιστη τιμή ήταν -0,32 μονάδες, η μέγιστη 1 μονάδα και η μέση τιμή ήταν 0,8 μονάδες (SD=0,2 μονάδες).

Πίνακας 6: Έλεγχος αξιοπιστίας της κλίμακας EQ-5D.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
EQ-5D	-0,32	1,00	0,8 (0,2)	0,8 (0,7 – 1)	0,65

Η βαθμολογία στην κλίμακα ποιότητας ζωής EQ-5D διέφερε ανάλογα με το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο και τη δημοτική κοινότητα κατοικίας. Συγκεκριμένα:

- Οι άνδρες είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τις γυναίκες.

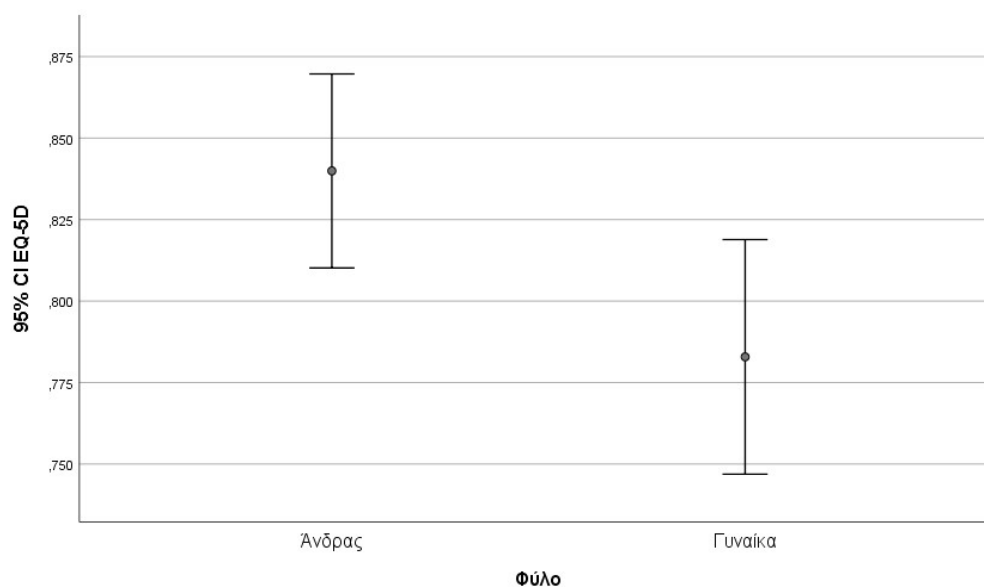
- Οι απόφοιτοι Λυκείου/ΕΠΑΛ και ΑΕΙ/ΤΕΙ ή μεταπτυχιακού είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από τους απόφοιτους Δημοτικού ($p < 0,001$ και για τις δυο επιμέρους συγκρίσεις μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni).
- Οι κάτοικοι των δημοτικών κοινοτήτων Αρκεσίνη και Θολάρια είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής από όσους κατοικούσαν στην κοινότητα Κατάπολα ($p = 0,002$ και $p = 0,006$ για τις επιμέρους συγκρίσεις μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni).

Πίνακας 7: Συσχέτιση της κλίμακας EQ-5D με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

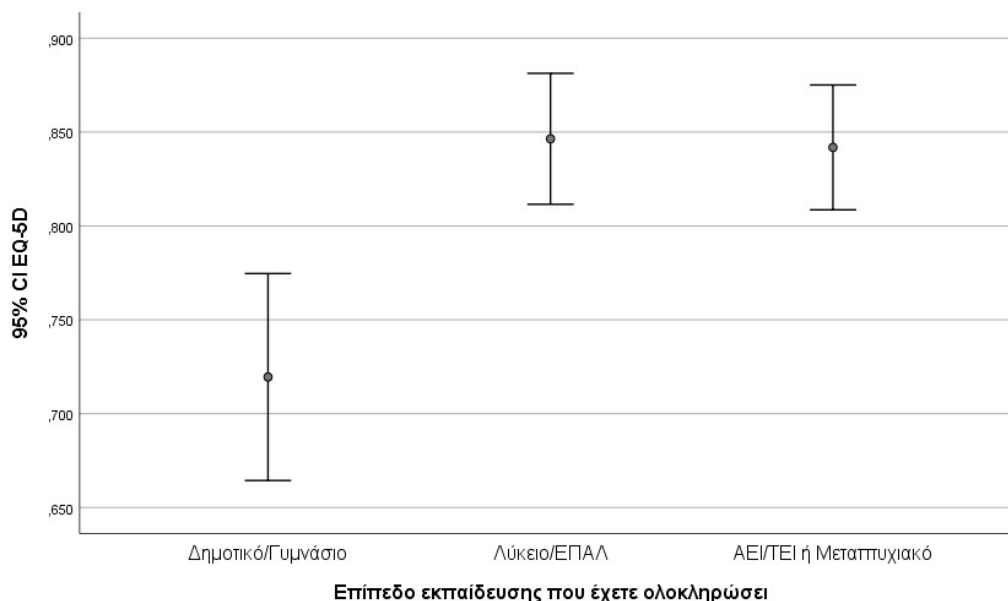
		EQ-5D		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Ανδρας	0,84 (0,19)	0,85 (0,73 – 1)	0,040+
	Γυναίκα	0,78 (0,22)	0,85 (0,73 – 1)	
Έγγαμος/η	Όχι	0,81 (0,21)	0,85 (0,73 – 1)	0,995+
	Ναι	0,81 (0,21)	0,85 (0,73 – 1)	
Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει	Δημοτικό/Γυμνάσιο	0,72 (0,25)	0,73 (0,62 – 0,85)	<0,001++
	Λύκειο/ΕΠΑΛ	0,85 (0,19)	0,85 (0,73 – 1)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ/μεταπτυχιακό	0,84 (0,18)	0,85 (0,78 – 1)	
Απασχόληση	Μη εργαζόμενος	0,77 (0,23)	0,8 (0,69 – 1)	0,151++
	Ιδιωτικός υπάλληλος	0,83 (0,22)	0,85 (0,73 – 1)	
	Δημόσιος υπάλληλος	0,85 (0,16)	0,85 (0,8 – 1)	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	0,82 (0,21)	0,85 (0,73 – 1)	
	Χειρων.επάγγελμα (αγρότης, εργάτης κτλ)	0,84 (0,18)	0,85 (0,73 – 1)	
Δημοτική κοινότητα	Αιγιάλη	0,84 (0,14)	0,85 (0,73 – 1)	<0,001++
	Κατάπολα	0,86 (0,21)	1 (0,8 – 1)	
	Χώρα	0,84 (0,14)	0,85 (0,78 – 1)	
	Αρκεσίνη	0,67 (0,34)	0,73 (0,29 – 1)	
	Βρούτση	0,76 (0,16)	0,79 (0,71 – 0,85)	
	Θολάρια	0,77 (0,17)	0,74 (0,66 – 0,85)	
Κάπνισμα	Όχι	0,81 (0,22)	0,85 (0,73 – 1)	0,634+
	Ναι	0,81 (0,18)	0,85 (0,73 – 1)	

Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	0,81 (0,23)	0,85 (0,73 – 1)	0,979+
	Ναι	0,82 (0,19)	0,85 (0,73 – 1)	
Τακτική άσκηση	Όχι	0,8 (0,22)	0,85 (0,73 – 1)	0,245+
	Ναι	0,84 (0,17)	0,85 (0,73 – 1)	
Επαρκής ποιοτικός ύπνος, τουλάχιστον 8 ώρες / ημ.	Όχι	0,79 (0,23)	0,85 (0,73 – 1)	0,111+
	Ναι	0,84 (0,17)	0,85 (0,74 – 1)	
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα / κατανάλωση φρούτων/λαχανικών	Όχι	0,8 (0,21)	0,85 (0,73 – 1)	0,222+
	Ναι	0,83 (0,2)	0,85 (0,73 – 1)	
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους	Όχι	0,8 (0,21)	0,85 (0,73 – 1)	0,340+
	Ναι	0,82 (0,21)	0,85 (0,73 – 1)	
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις - εξετάσεις	Όχι	0,82 (0,21)	0,85 (0,73 – 1)	0,159+
	Ναι	0,8 (0,2)	0,85 (0,73 – 1)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test



Γράφημα 9: Συσχέτιση της κλίμακας ποιότητας ζωής EQ-5D με το φύλο.



Γράφημα 10: Συσχέτιση της κλίμακας ποιότητας ζωής EQ-5D με το επίπεδο εκπαίδευσης.

Από τον έλεγχο συσχέτισης της σωματικής, ψυχικής υγείας και της ποιότητας ζωής με την ηλικία, τον αριθμό των παιδιών, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και τον αριθμό συνοδών νοσημάτων, προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

- Η συσχέτιση της ηλικίας, του αριθμού των παιδιών και των συνοδών νοσημάτων με την σωματική υγεία ήταν σημαντική και αρνητική. Οπότε, μεγαλύτερη ηλικία, περισσότερα παιδιά και περισσότερα συνοδά νοσήματα σχετίζονταν με χειρότερη σωματική υγεία.
- Η συσχέτιση της ηλικίας, του αριθμού των παιδιών και του μηνιαίου εισοδήματος με την ψυχική υγεία ήταν σημαντική και θετική. Επομένως, μεγαλύτερη ηλικία, περισσότερα παιδιά και αυξημένο μηνιαίο εισόδημα σχετίζονταν με καλύτερη ψυχική υγεία.
- Η βαθμολογία για την ποιότητα ζωής, σύμφωνα με την κλίμακα EQ-5D ήταν σημαντικά αρνητικά συσχετισμένη με την ηλικία και τον αριθμό συνοδών νοσημάτων και θετικά με το μηνιαίο εισόδημα. Άρα, μεγαλύτερη ηλικία και περισσότερα συνοδά νοσήματα σχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα ζωής, ενώ αυξημένο εισόδημα σχετίζονταν με καλύτερη ποιότητα ζωής.

Πίνακας 8: Συσχέτιση των κλιμάκων SF-12 και EQ-5D με την ηλικία, τον αριθμό παιδιών, το εισόδημα και τα συνοδά νοσήματα.

		Ηλικία	Αριθμός παιδιών	Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	Αριθμός συνοδών νοσημάτων
Σωματική υγεία	rho	-0,35	-0,18	0,15	-0,42
	P	<0,001	0,002	0,007	<0,001
Ψυχική υγεία	rho	0,21	0,14	0,17	-0,07
	P	<0,001	0,014	0,002	0,200
EQ-5D	rho	-0,16	-0,10	0,16	-0,44
	P	0,004	0,066	0,004	<0,001

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονταν ανεξάρτητα με τις διαστάσεις της σωματικής και ψυχικής υγείας, καθώς και με την κλίμακα ποιότητας ζωής EQ-5D έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και με ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και τις διαστάσεις της κλίμακας ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Χρησιμοποιήθηκαν ιεραρχικές παλινδρομήσεις, στο πρώτο βήμα των οποίων έγινε εισαγωγή των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη μέθοδο enter και στο δεύτερο των διαστάσεων της κλίμακας ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης-αφαίρεσης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται παρακάτω.

Σημείωση: Στις παλινδρομήσεις δεν χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή της απασχόλησης λόγω της υψηλής συσχέτισης με το εκπαιδευτικό επίπεδο και το εισόδημα.

5.3.1. Με εξαρτημένη μεταβλητή τη σωματική υγεία

Το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο αριθμός συνοδών νοσημάτων, η τακτική άσκηση και η κοινωνική συμπεριφορά σχετίζονταν άμεσα με τη διάσταση της σωματικής υγείας. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν χειρότερη σωματική υγεία από τους άνδρες.
- Μεγαλύτερη ηλικία σχετιζόταν με χειρότερη σωματική υγεία.

- Οι απόφοιτοι Λυκείου/ΕΠΑΛ, ΑΕΙ/ΤΕΙ και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης είχαν καλύτερη σωματική υγεία από τους απόφοιτους Δημοτικού/Γυμνασίου.
- Περισσότερα συνοδά νοσήματα σχετιζόνταν με χειρότερη σωματική υγεία.
- Όσοι ασκούσαν τακτικά είχαν καλύτερη σωματική υγεία από όσους δεν ασκούσαν τακτικά.
- Καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά σχετιζόταν με καλύτερη σωματική υγεία.
- Μεγαλύτερη επίδραση στην σωματική υγεία είχε η ηλικία και ακολουθούσε ο αριθμός συνοδών νοσημάτων.

Πίνακας 9: Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές υγείας με εξαρτημένη μεταβλητή τη σωματική υγεία.

	β+	SE++	b÷	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-3,612	,905	-0,199	<0,001
Ηλικία	-1,555	,373	-0,292	<0,001
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	3,338	2,129	0,092	0,063
Αριθμός τέκνων	-0,180	0,548	-0,023	0,743
Εκπαίδευση: Λύκειο/ΕΠΑΛ vs Δημοτικό/Γυμνάσιο	3,260	1,281	0,172	0,011
Εκπαίδευση: ΑΕΙ/ΤΕΙ ή Μεταπτυχιακό vs Δημοτικό/Γυμνάσιο	2,738	1,351	0,147	0,044
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	-0,207	0,399	-0,027	0,604
Κάπνισμα (Ναι vs Όχι)	-0,149	1,053	-0,008	0,888
Κατανάλωση αλκοόλ (Ναι vs Όχι)	0,872	1,004	0,048	0,386
Αριθμός συνοδών νοσημάτων	-1,491	0,313	-0,249	<0,001
Τακτική άσκηση (Ναι vs Όχι)	2,742	1,012	0,128	0,007
Επαρκής ποιοτικός ύπνος - τουλάχιστον 8 ώρες /ημέρα (Ναι vs Όχι)	-0,358	0,842	-0,019	0,671
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα / καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Ναι vs Όχι)	1,535	0,905	0,082	0,091
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους (Ναι vs Όχι)	1,539	0,895	0,083	0,086
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις (Ναι vs Όχι)	-1,373	0,899	-0,074	0,128
Κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής	2,437	1,047	0,116	0,021

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ±τυποποιημένος συντελεστής

5.3.2. Με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία

Το φύλο, η ηλικία και η κοινωνική συμπεριφορά σχετίζονταν με την διάσταση της ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα:

- Οι γυναίκες είχαν χειρότερη ψυχική υγεία από τους άνδρες.
- Μεγαλύτερη ηλικία σχετιζόταν με καλύτερη ψυχική υγεία.
- Καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά σχετιζόταν με καλύτερη ψυχική υγεία.
- Μεγαλύτερη επίδραση στην ψυχική υγεία είχε η κοινωνική συμπεριφορά και ακολουθούσε η ηλικία.

Πίνακας 10: Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές υγείας με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία.

	β+	SE++	b±	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-3,605	1,075	-0,189	0,001
Ηλικία	1,173	0,443	0,209	0,009
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	-0,633	1,341	-0,033	0,637
Αριθμός τέκνων	-0,390	0,650	-0,047	0,549
Εκπαίδευση: Λύκειο/ΕΠΑΛ vs Δημοτικό/Γυμνάσιο	1,359	1,521	0,068	0,372
Εκπαίδευση: ΑΕΙ/ΤΕΙ ή Μεταπτυχιακό vs Δημοτικό/Γυμνάσιο	0,942	1,604	0,048	0,558
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	0,149	0,473	0,019	0,753
Κάπνισμα (Ναι vs Όχι)	-1,138	1,250	-0,055	0,364
Κατανάλωση αλκοόλ (Ναι vs Όχι)	-1,987	1,192	-0,103	0,097
Αριθμός συνοδών νοσημάτων	-0,913	0,671	-0,105	0,064
Τακτική άσκηση (Ναι vs Όχι)	-0,734	1,201	-0,033	0,542
Επαρκής ποιοτικός ύπνος -τουλάχιστον 8 ώρες /ημέρα (Ναι vs Όχι)	1,388	1,000	0,072	0,166
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα / καθημερινή κατανάλωση φρούτων/λαχανικών (Ναι vs Όχι)	0,769	1,075	0,039	0,475
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους (Ναι vs Όχι)	-0,556	1,062	-0,029	0,601
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις (Ναι vs Όχι)	-0,616	1,067	-0,032	0,564
Κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής	7,068	1,243	0,319	<0,001

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ±τυποποιημένος συντελεστής

5.3.3. Με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα ποιότητας ζωής EQ-5D

Ο αριθμός συνοδών νοσημάτων και η διάσταση κοινωνικής συμπεριφοράς και εκτίμησης της ζωής βρέθηκαν να σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα:

- Περισσότερα συνοδά νοσήματα σχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα ζωής.
- Καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής.
- Μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής είχε ο αριθμός συνοδών νοσημάτων.

Πίνακας 11: Δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές υγείας με εξαρτημένη μεταβλητή την κλίμακα ποιότητας ζωής EQ-5D.

	β+	SE++	b÷	P
Φύλο (Γυναίκα vs Άνδρας)	-0,013	0,011	-0,072	0,211
Ηλικία	0,001	0,004	0,025	0,757
Έγγαμος/η (Ναι vs Όχι)	0,019	0,013	0,105	0,140
Αριθμός τέκνων	-0,009	0,006	-0,113	0,159
Εκπαίδευση: Λύκειο/ΕΠΑΛ vs Δημοτικό/Γυμνάσιο	0,029	0,015	0,150	0,057
Εκπαίδευση: ΑΕΙ/ΤΕΙ ή Μεταπτυχιακό vs Δημοτικό/Γυμνάσιο	0,024	0,016	0,127	0,132
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	0,002	0,005	0,022	0,714
Κάπνισμα (Ναι vs Όχι)	-0,001	0,012	-0,005	0,940
Κατανάλωση αλκοόλ (Ναι vs Όχι)	-0,003	0,012	-0,018	0,781
Αριθμός συνοδών νοσημάτων	-0,019	0,004	-0,316	<0,001
Τακτική άσκηση (Ναι vs Όχι)	0,008	0,012	0,039	0,475
Επαρκής ποιοτικός ύπνος - τουλάχιστον 8 ώρες /ημέρα (Ναι vs Όχι)	0,016	0,010	0,087	0,100
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα / καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Ναι vs Όχι)	0,007	0,011	0,036	0,518
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους (Ναι vs Όχι)	-0,005	0,010	-0,027	0,630
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις (Ναι vs Όχι)	0,004	0,011	0,021	0,705
Κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής	0,026	0,012	0,123	0,033

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα ±τυποποιημένος συντελεστής

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογαριθμικός μετασχηματισμός της εξαρτημένης.

5.4.Ανάλυση αποτελεσμάτων Ερωτηματολογίου για το Ατομικό Κοινωνικό Κεφάλαιο – σύγκριση με δημογραφικά χαρακτηριστικά

Παρακάτω παρουσιάζονται οι αναλυτικές απαντήσεις των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο σχετικά με το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο. Το 67,8% θεωρεί την περιοχή του πάρα πολύ ασφαλή και το 67,2% δήλωσε ότι αισθάνεται ασφαλής να περπατά στη γειτονιά του τη νύχτα. Παράλληλα, το 58,5% ένιωθε ότι εκεί που ζει είναι «σαν το σπίτι του», ενώ το 55,3% ανέφερε ότι έχει οπωσδήποτε βοήθεια από φίλους όταν τη χρειάζεται. Επίσης, το 48,2% δήλωσε ότι στη δουλειά αναλαμβάνει πολύ συχνά πρωτοβουλίες, το 46,3% ότι αν είχε διαφορές με γείτονες ήταν πρόθυμος να προσπαθήσει να βρεθεί λύση, το 45,3% δήλωσε πως συναντούσε σχεδόν πάντα γνωστούς όταν ψώνιζε στην περιοχή, το 43,1% είχε μιλήσει με πάνω από 10 άτομα την προηγούμενη ημέρα, ενώ το 42,8% συμφωνούσε πάρα πολύ με την άποψη πως βοηθώντας τους άλλους τελικά βοηθάς τον εαυτό σου.

Πίνακας 12: Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο για το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο.

		N	%
Αισθάνεστε καταξιωμένος/η στην κοινωνία;	Καθόλου	20	6,4
	Λίγο	83	26,7
	Πολύ	155	49,8
	Πάρα Πολύ	53	17,0
Αν η ζωή σας τελείωνε αύριο, θα ήσασταν ευχαριστημένοι με τη ζωή που ζήσατε;	Καθόλου	17	5,5
	Λίγο	86	27,7
	Πολύ	156	50,2
	Πάρα Πολύ	52	16,7
Έχετε μαζέψει ποτέ σκουπιδάκια άλλων σε κάποιο δημόσιο χώρο;	Ποτέ	16	5,1
	Μερικές φορές	90	28,9
	Συχνά	109	35,0
	Πολύ συχνά	96	30,9
Μερικοί υποστηρίζουν ότι βοηθώντας τους άλλους τελικά βοηθάς τον εαυτό σου. Συμφωνείτε με αυτήν	Καθόλου	5	1,6
	Λίγο	54	17,4

την άποψη;	Πολύ	119	38,3
	Πάρα Πολύ	133	42,8
Προσφέρετε εθελοντική εργασία σε κάποιο τοπικό σύλλογο, ομάδα ή οργάνωση;	Όχι, ποτέ	64	20,6
	Σπάνια	122	39,2
	1 φορά/μήνα	79	25,4
	1 φορά/εβδομ.	46	14,8
Νιώθετε ασφαλής να περπατάτε στην γειτονιά σας όταν νυχτώσει;	Καθόλου	6	1,9
	Λίγο	21	6,8
	Πολύ	75	24,1
	Πάρα Πολύ	209	67,2
Συμφωνείτε με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης;	Καθόλου	83	26,7
	Λίγο	165	53,1
	Πολύ	53	17,0
	Πάρα Πολύ	10	3,2
Εάν χαλάσει κάποιο αυτοκίνητο έξω από το σπίτι σας, θα προσκαλούσατε τον/την οδηγό μέσα στο σπίτι για να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο;	Όχι, αποκλείεται	19	6,1
	Μάλλον όχι	34	10,9
	Μάλλον ναι	135	43,4
	Οπωσδήποτε	123	39,5
Έχετε βοήθεια από τους φίλους σας όταν την χρειάζεστε;	Όχι, αποκλείεται	5	1,6
	Μάλλον όχι	9	2,9
	Μάλλον ναι	125	40,2
	Οπωσδήποτε	172	55,3
Θεωρείται η περιοχή που μένετε ασφαλής;	Καθόλου	6	1,9
	Λίγο	9	2,9
	Πολύ	85	27,3
	Πάρα Πολύ	211	67,8
Αν προσέχατε κάποιο παιδάκι και χρειαζόταν να βγείτε έξω για λίγο, θα ζητούσατε από κάποιον γείτονα να το κρατήσει;	Όχι, αποκλείεται	65	20,9
	Μάλλον όχι	52	16,7
	Μάλλον ναι	104	33,4
	Οπωσδήποτε	90	28,9
Επισκεφτήκατε κάποιον γείτονα την τελευταία εβδομάδα;	Ούτε μία φορά	99	31,8
	1-2 φορές	103	33,1
	3-4 φορές	30	9,6

	Αρκετά συχνά	79	25,4
Έχετε πάει σε κάποια εκδήλωση στην περιοχή που μένετε τους τελευταίους 6 μήνες; (πχ, εκκλησιαστική πανήγυρη, σχολική εορτή, έκθεση χειροτεχνίας κάποιας ομάδας)	Ούτε μία φορά	33	10,6
	1 φορά	49	15,8
	2 φορές	70	22,5
	3 φορές	159	51,1
Συμμετέχετε ενεργά σε κάποιο τοπικό σύλλογο; (αθλητικό, κοινωνικό, πολιτιστικό, πολιτικό)	Καθόλου	109	35,0
	Σπάνια	59	19,0
	Μερικές φορές	85	27,3
	Πολύ ενεργά	58	18,6
Νιώθετε ότι εκεί που ζείτε είναι «σαν το σπίτι σας;»	Καθόλου	6	1,9
	Λίγο	22	7,1
	Πολύ	101	32,5
	Πάρα Πολύ	182	58,5
Πόσες φορές μιλήσατε με φίλους στο τηλέφωνο την τελευταία εβδομάδα;	Καμία	20	6,4
	1-3 φορές	95	30,5
	4-5 φορές	86	27,7
	>6 φορές	110	35,4
Με πόσα άτομα μιλήσατε εχθές;	Κανένα	7	2,3
	1-5 άτομα	110	35,4
	6 -10 άτομα	60	19,3
	>10 άτομα	134	43,1
Συνηθίζετε να τρώτε τα Σαββατοκύριακα με φίλους κάπου εκτός σπιτιού;	Όχι πολύ συχνά	100	32,2
	Μερικές φορές	123	39,5
	Πολύ συχνά	62	19,9
	Σχεδόν πάντα	26	8,4
Επισκέπτεστε μέλη της οικογένειάς σας που μένουν σε άλλη περιοχή από αυτή που μένετε εσείς;	Όχι πολύ συχνά	94	30,2
	Μερικές φορές	103	33,1
	Αρκετά συχνά	81	26,0
	Πολύ συχνά	33	10,6
Όταν πηγαίνετε για ψώνια στην περιοχή σας συνήθως συναντάτε γνωστούς και φίλους;	Όχι πολύ συχνά	13	4,2
	Μερικές φορές	60	19,3
	Πολύ συχνά	97	31,2
	Σχεδόν πάντα	141	45,3
Εάν χρειαστεί να πάρετε μια πολύ σημαντική απόφαση για τη ζωή σας, ξέρετε που να βρείτε τις απαραίτητες πληροφορίες;	Όχι, δεν ξέρω	24	7,7
	Μάλλον όχι	35	11,3
	Μάλλον ναι	151	48,6

	Ξέρω σίγουρα	101	32,5
Τους τελευταίους έξι μήνες έτυχε να βοηθήσετε κάποιον γείτονά σας που αρρώστησε;	Ούτε μία φορά	132	42,4
	1-2 φορές	136	43,7
	3-4 φορές	28	9,0
	>5 φορές	15	4,8
Ανήκετε στο διοικητικό συμβούλιο κάποιου συλλόγου, ομάδας ή οργάνωσης της περιοχής σας;	Όχι σε κανένα	232	74,6
	Σε ένα (1)	59	19,0
	Σε δύο (2)	16	5,1
	Πάνω από 3	4	1,3
Τα τελευταία 3 χρόνια, συνεργαστήκατε με άλλα άτομα για να αντιμετωπίσετε μια έκτακτη ανάγκη στην περιοχή σας; (βαρυχειμωνιά, φωτιά, πλημμύρα, σεισμός)	Ούτε μία φορά	146	46,9
	1-2 φορές	114	36,7
	3-4 φορές	29	9,3
	Τουλάχιστον 5 φορές	22	7,1
Τα τελευταία 3 χρόνια πήρατε μέρος σε κάποια δραστηριότητα που γίνεται στην περιοχή σας; (δενδροφύτευση, καθαρισμός παραλιών, προστασία δάσους κλπ)	Όχι, ποτέ	130	41,8
	Σπάνια	64	20,6
	Μερικές φορές	82	26,4
	Ναι, συχνά	35	11,3
Έχετε πάρει την πρωτοβουλία να οργανώσετε κάποιο καινούριο σύλλογο στην περιοχή σας; (εθελοντικής αιμοδοσίας, κατηχητικό, σύλλογο για ηλικιωμένους κλπ)	Όχι, ποτέ	242	77,8
	1 φορά	51	16,4
	2 φορές	9	2,9
	Τουλάχιστον 3 φορές	9	2,9
Εάν διαφωνείτε σε κάτι με το οποίο όλοι οι υπόλοιποι έχουν συμφωνήσει, νιώθετε άνετα να εκφράσετε την διαφωνία σας;	Όχι, αποκλείεται	11	3,5
	Μάλλον όχι	58	18,6
	Μάλλον ναι	110	35,4
	Οπωσδήποτε	132	42,4
Αν έχετε διαφορές με τους γείτονές σας (πχ για το όριο των οικοπέδων ή για τα κατοικίδια τους) είστε πρόθυμος να προσπαθήσετε να τα βρείτε;	Δεν υπάρχει περίπτωση	12	3,9
	Μάλλον όχι	17	5,5
	Μάλλον ναι	138	44,4
	Ναι, οπωσδήποτε	144	46,3
Πιστεύετε ότι το να ζουν στην περιοχή σας άτομα από διαφορετικά μέρη κάνει την ζωή σας καλύτερη;	Καθόλου	66	21,2
	Λίγο	118	37,9

	Πολύ	92	29,6
	Πάρα Πολύ	35	11,3
Σας αρέσει να ζείτε μεταξύ ατόμων με διαφορετικό τρόπο ζωής από τον δικό σας;	Καθόλου	58	18,6
	Λίγο	138	44,4
	Πολύ	89	28,6
	Πάρα Πολύ	26	8,4
Εάν κάποιοι άγνωστοι, κάποιοι με διαφορετικές συνήθειες, μετακομίσουν στη γειτονιά σας, θα γίνουν αποδεκτοί από τους γείτονες;	Όχι, αποκλείεται	16	5,1
	Μάλλον όχι	75	24,1
	Μάλλον ναι	179	57,6
	Οπωσδήποτε	41	13,2
Νιώθετε ότι είστε μέλος της κοινότητας στην περιοχή που εργάζεστε;	Καθόλου	11	3,5
	Λίγο	41	13,2
	Πολύ	142	45,7
	Πάρα Πολύ	117	37,6
Είναι οι συνάδελφοί σας φίλοι σας;	Καθόλου	18	5,8
	Λίγο	74	23,8
	Πολύ	138	44,4
	Πάρα Πολύ	81	26,0
Νιώθετε ότι είστε μέλος μιας ομάδας στη δουλειά σας;	Καθόλου	17	5,5
	Λίγο	46	14,8
	Πολύ	144	46,3
	Πάρα Πολύ	104	33,4
Στη δουλειά σας, αναλαμβάνετε την πρωτοβουλία να κάνετε κάτι που χρειάζεται να γίνει ακόμα κι αν δεν σας το έχει ζητήσει κανείς;	Ποτέ	10	3,2
	Σχεδόν ποτέ	24	7,7
	Αρκετά συχνά	127	40,8
	Πολύ συχνά	150	48,2
Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, βοηθήσατε κάποιο συνάδελφο στη δουλειά του, ενώ δεν ήταν δική σας ευθύνη ή υποχρέωση;	Ούτε μία φορά	47	15,1
	1-2 φορές	122	39,2
	3-4 φορές	65	20,9
	Τουλάχιστον 5 φορές	77	24,8

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης για τις επιμέρους διαστάσεις του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Διαπιστώθηκε ότι η **συμμετοχή στην τοπική κοινότητα** διέφερε ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την απασχόληση και την τακτική άσκηση. Συγκεκριμένα, υψηλότερη βαθμολογία, άρα μεγαλύτερη συμμετοχή στην κοινότητα είχαν οι έγγαμοι σε σχέση με τους άγαμους, οι απόφοιτοι Λυκείου/ΕΠΑΛ και ΑΕΙ/ΤΕΙ ή μεταπτυχιακού σε σχέση με τους απόφοιτους Δημοτικού/Γυμνασίου ($p=0,004$ και $p=0,011$ αντίστοιχα μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni), οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι δημόσιοι υπάλληλοι συγκριτικά με τους μη εργαζόμενους ($p<0,001$ και $p=0,004$ αντίστοιχα μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni) και όσοι ασκούσαν τακτικά σε σύγκριση με όσους δεν ασκούσαν.

Πίνακας 13: Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος.

		Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	2,17 (0,51)	2,17 (1,75 – 2,5)	0,678+
	Γυναίκα	2,15 (0,53)	2,08 (1,75 – 2,5)	
Έγγαμος/η	Όχι	2,06 (0,47)	2,08 (1,67 – 2,42)	0,015+
	Ναι	2,23 (0,54)	2,17 (1,83 – 2,58)	
Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει	Δημοτικό/Γυμνάσιο	1,98 (0,48)	2 (1,58 – 2,33)	0,003++
	Λύκειο/ΕΠΑΛ	2,24 (0,56)	2,21 (1,75 – 2,67)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ/Μεταπτυχιακό	2,2 (0,48)	2,21 (1,92 – 2,46)	
Απασχόληση	Μη εργαζόμενος	1,98 (0,49)	1,92 (1,58 – 2,33)	<0,001++

	Ιδιωτικός υπάλληλος	2,09 (0,44)	2,08 (1,75 – 2,42)	
	Δημόσιος υπάλληλος	2,3 (0,51)	2,25 (2 – 2,5)	
	Ελεύθ. Επαγγελματίας	2,29 (0,55)	2,25 (1,92 – 2,67)	
	Χειρωνακτικό επάγγελμα(αγρότης κτλ)	2,23 (0,52)	2,25 (1,83 – 2,58)	
Δημοτική κοινότητα	Αιγιάλη	2,23 (0,56)	2,25 (1,83 – 2,54)	0,092++
	Κατάπολα	2,11 (0,54)	2,08 (1,67 – 2,42)	
	Χώρα	2,22 (0,45)	2,21 (1,92 – 2,5)	
	Αρκεσίνη	2,18 (0,54)	2,21 (1,75 – 2,67)	
	Βρούτση	1,88 (0,35)	1,79 (1,63 – 2,17)	
	Θολάρια	2,09 (0,49)	2,13 (1,71 – 2,42)	
Κάπνισμα	Όχι	2,17 (0,53)	2,17 (1,75 – 2,5)	0,616+
	Ναι	2,13 (0,49)	2,17 (1,75 – 2,5)	
Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	2,16 (0,54)	2,17 (1,75 – 2,5)	0,910+
	Ναι	2,16 (0,49)	2,17 (1,75 – 2,5)	
Τακτική άσκηση	Όχι	2,12(0,51)	2,08 (1,67 – 2,42)	0,010+
	Ναι	2,29 (0,52)	2,25 (2 – 2,67)	
Επαρκής ποιοτικός ύπνος –τουλ.8 ώρες/ημ	Όχι	2,13 (0,5)	2,17 (1,75 – 2,42)	0,285+
	Ναι	2,2 (0,54)	2,25 (1,75 – 2,58)	
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα/κατανάλωση φρούτων / λαχανικών	Όχι	2,13 (0,54)	2,08 (1,67 – 2,5)	0,138+
	Ναι	2,2 (0,48)	2,25 (1,83 – 2,5)	
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους	Όχι	2,15 (0,53)	2,17 (1,75 – 2,5)	0,725+

	Ναι	2,16 (0,5)	2,17 (1,75 – 2,5)	
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις - εξετάσεις	Όχι	2,15 (0,51)	2,17 (1,75 – 2,5)	0,916+
	Ναι	2,17 (0,53)	2,08 (1,75 – 2,5)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Το **αίσθημα ασφάλειας** διέφερε ανάλογα με το φύλο και την τακτική άσκηση. Συγκεκριμένα, υψηλότερη βαθμολογία, άρα εντονότερο αίσθημα ασφάλειας είχαν οι άνδρες συγκριτικά με τις γυναίκες και όσοι ασκούσαν τακτικά σε σύγκριση με όσους δεν ασκούσαν.

Πίνακας 14: Αίσθημα ασφάλειας σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος.

		Αίσθημα ασφάλειας		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	3,71 (0,47)	4 (3,5 – 4)	0,002+
	Γυναίκα	3,46 (0,72)	4 (3 – 4)	
Έγγαμος/η	Όχι	3,53 (0,7)	4 (3 – 4)	0,413+
	Ναι	3,63 (0,54)	4 (3,5 – 4)	
Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει	Δημοτικό/Γυμνάσιο	3,57 (0,59)	4 (3 – 4)	0,560++
	Λύκειο/ΕΠΑΛ	3,56 (0,65)	4 (3 – 4)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ/Μεταπτυχιακό	3,63 (0,59)	4 (3,5 – 4)	
Απασχόληση	Μη εργαζόμενος	3,49 (0,73)	4 (3 – 4)	0,705++
	Ιδιωτικός υπάλληλος	3,52 (0,74)	4 (3 – 4)	
	Δημόσιος υπάλληλος	3,68 (0,51)	4 (3,5 – 4)	
	Ελεύθ. Επαγγελματίας	3,66 (0,45)	4 (3,5 – 4)	
	Χειρων.επάγγελμα	3,66 (0,44)	4 (3 – 4)	
Δημοτική κοινότητα	Αιγιάλη	3,66 (0,56)	4 (3,5 – 4)	0,719++
	Κατάπολα	3,54 (0,64)	4 (3 – 4)	
	Χώρα	3,66 (0,42)	4 (3,5 – 4)	
	Αρκεσίνη	3,5 (0,72)	4 (3 – 4)	

	Βρούτση	3,5 (1,02)	4 (3,5 – 4)	
	Θολάρια	3,54 (0,63)	4 (3 – 4)	
Κάπνισμα	Όχι	3,61 (0,58)	4 (3,5 – 4)	0,513+
	Ναι	3,54 (0,68)	4 (3 – 4)	
Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	3,61 (0,58)	4 (3,5 – 4)	0,471+
	Ναι	3,56 (0,65)	4 (3,25 – 4)	
Τακτική άσκηση	Όχι	3,54 (0,64)	4 (3 – 4)	0,003+
	Ναι	3,75 (0,5)	4 (3,5 – 4)	
Επαρκής ποιοτικός ύπνος -τουλάχιστον 8 ώρες /ημέρα	Όχι	3,6 (0,55)	4 (3 – 4)	0,490+
	Ναι	3,58 (0,69)	4 (3,5 – 4)	
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα - κατανάλωση φρούτων / λαχανικών	Όχι	3,55 (0,64)	4 (3 – 4)	0,167+
	Ναι	3,66 (0,56)	4 (3,5 – 4)	
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους	Όχι	3,55 (0,61)	4 (3 – 4)	0,091+
	Ναι	3,64 (0,62)	4 (3,5 – 4)	
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις/εξετάσεις	Όχι	3,59 (0,56)	4 (3 – 4)	0,548+
	Ναι	3,58 (0,69)	4 (3,5 – 4)	

+Mann-Whitney test

++Kruskal-Wallis test

Η βαθμολογία στην διάσταση **επαφές με συγγενείς και φίλους** διέφερε ανάλογα με το εκπαιδευτικό επίπεδο, την απασχόληση, την δημοτική κοινότητα κατοικίας, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Υψηλότερη βαθμολογία, άρα περισσότερες επαφές με φίλους και συγγενείς είχαν οι απόφοιτοι Λυκείου/ΕΠΑΛ και ΑΕΙ/ΤΕΙ ή μεταπτυχιακού σε σύγκριση με τους απόφοιτους Δημοτικού/Γυμνασίου ($p < 0,001$ και για τις δυο συγκρίσεις μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni), οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι συγκριτικά με τους μη εργαζόμενους ($p < 0,001$ και $p = 0,039$ αντίστοιχα μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni), οι κάτοικοι στη Χώρα σε σύγκριση με το Βρούτση ($p = 0,017$ μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni) και όσοι κάπνιζαν ή κατανάλωναν αλκοόλ συγκριτικά με όσους δεν είχαν ανάλογες συνήθειες.

Πίνακας 15: Επαφές με συγγενείς και φίλους σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος.

		Επαφές με συγγενείς και φίλους		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Άνδρας	2,53 (0,72)	2,5 (2 – 3)	0,689+
	Γυναίκα	2,55 (0,71)	2,5 (2 – 3)	
Έγγαμος/η	Όχι	2,59 (0,69)	2,5 (2 – 3)	0,243+
	Ναι	2,5 (0,73)	2,5 (2 – 3)	
Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει	Δημοτικό/Γυμνάσιο	2,19 (0,68)	2 (1,5 – 2,5)	<0,001++
	Λύκειο/ΕΠΑΛ	2,68 (0,69)	2,5 (2 – 3)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ/Μεταπτυχιακό	2,64 (0,7)	2,5 (2 – 3)	
Απασχόληση	Μη εργαζόμενος	2,26 (0,65)	2 (1,5 – 2,5)	<0,001++
	Ιδιωτικός υπάλληλος	2,59 (0,72)	2,5 (2 – 3)	
	Δημόσιος υπάλληλος	2,53 (0,69)	2,5 (2 – 3)	
	Ελεύθερ.επαγγελματίας	2,8 (0,7)	3 (2,5 – 3)	
	Χειρωνακτικό επάγγελμα(αγρότης κτλ)	2,34 (0,67)	2 (2 – 3)	
Δημοτική κοινότητα	Αιγιάλη	2,44 (0,71)	2,5 (2 – 3)	0,002++
	Κατάπολα	2,66 (0,67)	2,5 (2,5 – 3)	
	Χώρα	2,79 (0,75)	3 (2 – 3,5)	
	Αρκεσίνη	2,38 (0,57)	2,5 (2 – 3)	
	Βρούτση	2,13 (0,53)	2 (1,5 – 2,5)	
	Θολάρια	2,38 (0,8)	2,5 (1,5 – 3)	
Κάπνισμα	Όχι	2,46 (0,72)	2,5 (2 – 3)	0,008+
	Ναι	2,7 (0,68)	2,5 (2,5 – 3)	
Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	2,38 (0,69)	2,5 (2 – 3)	<0,001+
	Ναι	2,73 (0,7)	2,5 (2,5 – 3)	
Τακτική άσκηση	Όχι	2,52 (0,71)	2,5 (2 – 3)	0,401+
	Ναι	2,61 (0,75)	2,5 (2 – 3)	
Επαρκής ποιοτικός ύπνος -τουλάχιστον 8 ώρες /ημέρα	Όχι	2,58 (0,7)	2,5 (2 – 3)	0,243+
	Ναι	2,48 (0,74)	2,5 (2 – 3)	
Ισορροπημένα	Όχι	2,56 (0,74)	2,5 (2 – 3)	0,296+

υγιεινά γεύματα / κατανάλωση φρούτων / λαχανικών	Ναι	2,5 (0,68)	2,5 (2 – 3)	
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους	Όχι	2,51 (0,75)	2,5 (2 – 3)	0,455+
	Ναι	2,58 (0,66)	2,5 (2 – 3)	
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις/εξετάσεις	Όχι	2,51 (0,72)	2,5 (2 – 3)	0,361+
	Ναι	2,58 (0,71)	2,5 (2 – 3)	

+Mann-Whitney test

++Kruskal-Wallis test

Η ανοχή στη διαφορετικότητα διέφερε ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την απασχόληση, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και την τακτική άσκηση. Υψηλότερη βαθμολογία, άρα μεγαλύτερη ανοχή στη διαφορετικότητα έδειξαν οι άγαμοι σε σχέση με τους έγγαμους, οι απόφοιτοι Λυκείου/ΕΠΑΛ και ΑΕΙ/ΤΕΙ ή μεταπτυχιακού σε σχέση με τους απόφοιτους Δημοτικού/Γυμνασίου ($p < 0,001$ και για τις δυο συγκρίσεις μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni), οι ιδιωτικοί υπάλληλοι σε σύγκριση με τους μη εργαζόμενους ($p = 0,012$ μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni) και όσοι κάπνιζαν ή κατανάλωναν αλκοόλ συγκριτικά με όσους δε είχαν τέτοιες συνήθειες. Υψηλότερη βαθμολογία είχαν και όσοι ασκούσαν τακτικά σε σχέση με όσους δεν ασκούσαν.

Πίνακας 16: Ανοχή στη διαφορετικότητα σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος.

		Ανοχή στη διαφορετικότητα		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Ανδρας	2,22 (0,78)	2 (1,5 – 3)	0,211+
	Γυναίκα	2,36 (0,83)	2 (2 – 3)	
Έγγαμος/η	Όχι	2,48 (0,82)	2,5 (2 – 3)	<0,001+
	Ναι	2,15 (0,77)	2 (1,5 – 2,5)	
Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε	Δημοτικό/Γυμνάσιο	1,81 (0,72)	2 (1 – 2,5)	<0,001++
	Λύκειο/ΕΠΑΛ	2,34 (0,74)	2,5 (2 – 3)	

ολοκληρώσει	ΑΕΙ/ΤΕΙ/ Μεταπτυχιακό	2,55 (0,78)	2,5 (2 – 3)	
Απασχόληση	Μη εργαζόμενος	2,13 (0,86)	2 (1,5 – 3)	0,013++
	Ιδιωτικός υπάλληλος	2,54 (0,75)	2,5 (2 – 3)	
	Δημόσιος υπάλληλος	2,41 (0,81)	2 (2 – 3)	
	Ελεύθ.επαγγελματίας	2,24 (0,77)	2 (1,5 – 3)	
	Χειρωνακτικό επάγ- γελμα(αγρότης κτλ)	2,11 (0,77)	2 (2 – 2,5)	
Δημοτική κοινότητα	Αιγιάλη	2,26 (0,81)	2 (2 – 3)	0,140++
	Κατάπολα	2,19 (0,79)	2 (1,5 – 3)	
	Χώρα	2,48 (0,82)	2,5 (2 – 3)	
	Αρκεσίνη	2,42 (0,75)	2,5 (2 – 2,5)	
	Βρούτση	2,19 (0,63)	2 (2 – 2,5)	
	Θολάρια	2,1 (0,88)	2 (1,5 – 3)	
Κάπνισμα	Όχι	2,17 (0,76)	2 (1,5 – 3)	<0,001+
	Ναι	2,53 (0,85)	2,5 (2 – 3)	
Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	2,15 (0,81)	2 (1,5 – 3)	<0,001+
	Ναι	2,45 (0,77)	2,5 (2 – 3)	
Τακτική άσκηση	Όχι	2,2 (0,79)	2 (1,5 – 3)	0,001+
	Ναι	2,56 (0,81)	2,5 (2 – 3)	
Επαρκής ποιοτικός ύπνος - τουλάχιστον 8 ώρες /ημέρα	Όχι	2,33 (0,77)	2 (2 – 3)	0,236+
	Ναι	2,23 (0,86)	2 (1,5 – 3)	
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα / καθημερι- νη κατανάλωση φρού- των και λαχανικών	Όχι	2,28 (0,81)	2 (1,5 – 3)	0,687+
	Ναι	2,31 (0,8)	2 (2 – 3)	
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους	Όχι	2,22 (0,81)	2 (1,5 – 3)	0,072+
	Ναι	2,39 (0,79)	2,5 (2 – 3)	
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις/εξετάσεις	Όχι	2,28 (0,83)	2 (1,5 – 3)	0,746+
	Ναι	2,29 (0,77)	2 (2 – 3)	

+Mann-Whitney test

++Kruskal-Wallis test

Η κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής διέφερε ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση και την απασχόληση, ενώ συνδεόταν επίσης με συνήθειες όπως η υγιεινή διατροφή, η διατήρηση υγιούς βάρους και οι τακτικές επισκέψεις στον γιατρό. Υψηλότερη βαθμολογία, άρα καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά και μεγαλύτερη εκτίμηση προς τη ζωή είχαν οι έγγαμοι σε σχέση με τους άγαμους, οι απόφοιτοι Λυκείου/ΕΠΑΛ και ΑΕΙ/ΤΕΙ ή Μεταπτυχιακού σε σχέση με τους απόφοιτους Δημοτικού/Γυμνασίου ($p < 0,001$ και για τις δυο συγκρίσεις μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni), οι ελεύθεροι επαγγελματίες, συγκριτικά με τους μη εργαζόμενους ($p = 0,048$ μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni) και οι δημόσιοι υπάλληλοι συγκριτικά με τους ιδιωτικούς ($p = 0,027$ μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni). Ακόμη, καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά είχαν όσοι ακολουθούσαν ισορροπημένη διατροφή, διατηρούσαν υγιές σωματικό βάρος και έκαναν τακτικές ιατρικές εξετάσεις.

Πίνακας 17: Κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος.

		Κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Ανδρας	3,11 (0,4)	3,17 (2,92 – 3,33)	0,089+
	Γυναίκα	3,02 (0,46)	3,08 (2,75 – 3,33)	
Έγγαμος/η	Όχι	2,98 (0,44)	3 (2,75 – 3,25)	0,005+
	Ναι	3,12 (0,42)	3,17 (2,83 – 3,5)	
Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει	Δημοτικό/Γυμνάσιο	3,01 (0,46)	3,08 (2,75 – 3,33)	0,557++
	Λύκειο/ΕΠΑΛ	3,06 (0,44)	3,04 (2,75 – 3,38)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ/μεταπτυχιακό	3,1 (0,4)	3,17 (2,92 – 3,33)	
Απασχόληση	Μη εργαζόμενος	2,99 (0,49)	3,08 (2,58 – 3,33)	<0,001++
	Ιδιωτικός υπάλληλος	2,91 (0,35)	2,92 (2,67 – 3,17)	
	Δημόσιος υπάλληλος	3,14 (0,46)	3,17 (2,92 – 3,5)	
	Ελεύθ.Επαγγελματίας	3,2 (0,37)	3,25 (2,92 – 3,5)	
	Χειρων.επάγγελμα (αγρότης, εργάτης κτλ)	3,07 (0,43)	3,17 (2,75 – 3,42)	

Δημοτική κοινότητα	Αιγιάλη	3,07 (0,45)	3,17 (2,79 – 3,33)	0,240++
	Κατάπολα	3,07 (0,42)	3,08 (2,83 – 3,33)	
	Χώρα	3,16 (0,38)	3,17 (2,92 – 3,5)	
	Αρκεσίνη	2,98 (0,49)	3 (2,67 – 3,42)	
	Βρούτση	3,01 (0,49)	2,96 (2,54 – 3,33)	
	Θολάρια	2,95 (0,39)	3 (2,75 – 3,21)	
Κάπνισμα	Όχι	3,08 (0,44)	3,17 (2,83 – 3,33)	0,260+
	Ναι	3,03 (0,42)	3,08 (2,75 – 3,33)	
Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	3,06 (0,48)	3,17 (2,75 – 3,5)	0,596+
	Ναι	3,06 (0,37)	3,08 (2,83 – 3,33)	
Τακτική άσκηση	Όχι	3,05 (0,42)	3,08 (2,83 – 3,33)	0,311+
	Ναι	3,1 (0,46)	3,17 (2,83 – 3,42)	
Επαρκής ποιοτικός ύπνος -τουλάχιστον 8 ώρες /ημέρα	Όχι	3,06 (0,43)	3,08 (2,83 – 3,33)	0,872+
	Ναι	3,07 (0,43)	3,13 (2,75 – 3,33)	
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα / κατανάλωση φρούτων και λαχανικών	Όχι	3,02 (0,45)	3,08 (2,75 – 3,33)	0,028+
	Ναι	3,14 (0,39)	3,17 (2,92 – 3,42)	
Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους	Όχι	3 (0,45)	3,08 (2,75 – 3,25)	0,005+
	Ναι	3,15 (0,39)	3,17 (2,92 – 3,5)	
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις/εξετάσεις	Όχι	2,99 (0,42)	3 (2,75 – 3,33)	<0,001+
	Ναι	3,17 (0,43)	3,21 (2,92 – 3,5)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Οι σχέσεις στην εργασία διέφεραν ανάλογα με την απασχόληση, τη δημοτική κοινότητα κατοικίας και τη διατήρηση ενός υγιούς βάρους. Υψηλότερη βαθμολογία, άρα καλύτερες εργασιακές σχέσεις, είχαν οι κάτοικοι στη Χώρα σε σχέση με το Βρούτση ($p=0,045$ μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni) και όσοι διατηρούσαν ένα υγιές σωματικό βάρος σε σύγκριση με όσους δεν το έκαναν. Μετά τις διορθώσεις κατά Bonferroni δεν προέκυψαν σημαντικές ανά δύο διαφορές ανάλογα με τον τομέα απασχόλησης.

Πίνακας 18: Σχέσεις στην εργασία σε συσχέτιση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας του δείγματος.

		Σχέσεις στην εργασία		P
		Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	
Φύλο	Ανδρας	3,01 (0,6)	3 (2,75 – 3,5)	0,506+
	Γυναίκα	2,93 (0,69)	3 (2,5 – 3,5)	
Έγγαμος/η	Όχι	2,9 (0,67)	2,88 (2,5 – 3,38)	0,144+
	Ναι	3,02 (0,63)	3 (2,5 – 3,5)	
Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει	Δημοτικό/Γυμνάσιο	2,82 (0,72)	2,75 (2,5 – 3,25)	0,057++
	Λύκειο/ΕΠΑΛ	2,98 (0,7)	3 (2,5 – 3,5)	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ/Μεταπτυχιακό	3,06 (0,51)	3 (2,75 – 3,5)	
Απασχόληση	Μη εργαζόμενος	2,7 (0,71)	2,75 (2,25 – 3,25)	<0,001++
	Ιδιωτικός υπάλληλος	2,95 (0,57)	3 (2,5 – 3,25)	
	Δημόσιος υπάλληλος	3,01 (0,65)	3 (2,63 – 3,5)	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	3,19 (0,57)	3,25 (2,75 – 3,75)	
	Χειρωνακτικό επάγγελμα(αγρότης κτλ)	3,07 (0,52)	3 (2,75 – 3,5)	
Δημοτική κοινότητα	Αιγιάλη	2,97 (0,66)	3 (2,5 – 3,5)	0,023++
	Κατάπολα	2,96 (0,62)	3 (2,5 – 3,5)	
	Χώρα	3,16 (0,57)	3,25 (2,75 – 3,75)	
	Αρκεσίνη	2,99 (0,69)	3 (2,75 – 3,5)	
	Βρούτση	2,59 (0,61)	2,63 (2,25 – 3,13)	
	Θολάρια	2,78 (0,69)	2,75 (2,5 – 3,25)	
Κάπνισμα	Όχι	2,97 (0,66)	3 (2,5 – 3,5)	0,842+
	Ναι	2,97 (0,61)	3 (2,5 – 3,5)	
Κατανάλωση αλκοόλ	Όχι	2,94 (0,71)	3 (2,5 – 3,5)	0,563+
	Ναι	3,01 (0,55)	3 (2,75 – 3,5)	
Τακτική άσκηση	Όχι	2,94 (0,65)	3 (2,5 – 3,5)	0,186+

	Ναι	3,05 (0,62)	3 (2,75 – 3,5)	
Επαρκής ποιοτικός ύπνος - τουλάχιστον 8 ώρες /ημέρα	Όχι	2,99 (0,64)	3 (2,5 – 3,5)	0,491+
	Ναι	2,94 (0,66)	3 (2,5 – 3,5)	
Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα /καθημερινή κατανάλωση φρούτων / λαχανικών	Όχι	2,95 (0,7)	3 (2,5 – 3,5)	0,603+
	Ναι	3 (0,54)	3 (2,75 – 3,25)	
Διατήρηση υγιούς σωματ. βάρους	Όχι	2,88 (0,68)	3 (2,5 – 3,25)	0,010+
	Ναι	3,1 (0,57)	3 (2,75 – 3,5)	
Τακτικές ιατρικές επισκέψεις/εξετάσεις	Όχι	2,91 (0,64)	3 (2,5 – 3,25)	0,093+
	Ναι	3,06 (0,65)	3 (2,5 – 3,5)	

+Mann-Whitney test ++Kruskal-Wallis test

Από τον έλεγχο συσχέτισης των διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου με την ηλικία, τον αριθμό παιδιών, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα και τον αριθμό συνοδών νοσημάτων προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

- Η ηλικία σχετιζόταν σημαντικά και αρνητικά με τη διάσταση της επαφής με συγγενείς και φίλους και της ανοχής στη διαφορετικότητα και θετικά με τη διάσταση για την κοινωνική συμπεριφορά. Συνεπώς, μεγαλύτερη ηλικία σήμαινε λιγότερες επαφές με συγγενείς και φίλους, μειωμένη ανοχή στη διαφορετικότητα, αλλά καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής.
- Ο αριθμός τέκνων σχετιζόταν σημαντικά και θετικά με τις διαστάσεις της συμμετοχής στην κοινότητα και της κοινωνικής συμπεριφοράς, αλλά αρνητικά με τη διάσταση της ανοχής στη διαφορετικότητα. Άρα, περισσότερα παιδιά στην οικογένεια σήμαινε μεγαλύτερη συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής, αλλά και μικρότερη ανοχή στη διαφορετικότητα.

- Το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα σχετιζόταν σημαντικά και θετικά με την συμμετοχή στην κοινότητα, τις επαφές με συγγενείς και φίλους, την κοινωνική συμπεριφορά και τις εργασιακές σχέσεις. Κατά συνέπεια, άτομα με υψηλότερο εισόδημα είχαν μεγαλύτερη συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής και καλύτερες εργασιακές σχέσεις.
- Ο αριθμός συνοδών νοσημάτων σχετιζόταν αρνητικά με την διάσταση σχετικά με τις επαφές με συγγενείς και φίλους, οπότε περισσότερα συνοδά νοσήματα σήμαινε λιγότερες κοινωνικές επαφές.

Πίνακας 19: Συσχετίσεις των διαστάσεων της κλίμακας κοινωνικού κεφαλαίου με την ηλικία, τον αριθμό τέκνων, το μηνιαίο εισόδημα και τα συνοδά νοσήματα.

		Ηλικία	Αριθμός τέκνων	Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα	Συνοδά Νοσήματα
Συμμετοχή στην τοπική κοινότητα	rho	-0,09	0,13	0,12	-0,09
	P	0,097	0,024	0,039	0,125
Αισθήματα ασφάλειας	rho	0,06	0,10	0,11	-0,06
	P	0,254	0,083	0,056	0,280
Επαφές με συγγενείς και φίλους	rho	-0,24	-0,09	0,15	-0,15
	P	<0,001	0,108	0,007	0,008
Ανοχή στη διαφορετικότητα	rho	-0,27	-0,28	-0,03	-0,10
	P	<0,001	<0,001	0,544	0,061
Κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής	rho	0,14	0,22	0,26	-0,03
	P	0,012	<0,001	<0,001	0,565
Σχέσεις στην εργασία	rho	-0,08	0,07	0,19	0,04
	P	0,145	0,242	0,001	0,480

Παρακάτω δίνονται τα περιγραφικά στοιχεία για τις έξι διαστάσεις του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Προέκυψαν ως μέσος όρος των αντίστοιχων ερωτήσεων, άρα κυμαίνονται από 1 έως 4 μονάδες. Κατά συνέπεια οι διαστάσεις με μέση τιμή $M > 2,5$ βρίσκονται πάνω από τον μέσο όρο. Επίσης, τιμές τυπικής απόκλισης $SD < 0,5$ φανερώνουν υψηλή ομοιογένεια των απαντήσεων, ενώ αν $SD < 0,7$ σημαίνει ότι το αποτέλεσμα είναι αξιόπιστο και αντιπροσωπευτικό. Αναλυτικότερα, το **αίσθημα ασφάλειας** των συμμετεχόντων καταγράφεται ως η ισχυρότερη διάσταση ($M=3,6$, $SD=0,6$), ακολουθούμενο από την **κοινωνική συμπεριφορά και την εκτίμηση της ζωής** ($M=3,1$, $SD=0,4$). Η τελευταία παρουσιάζει τη μεγαλύτερη ομοιογένεια στις απαντήσεις, καθώς η χαμηλή τυπική απόκλιση υποδηλώνει σημαντική σύμπτωση απόψεων, με τη μέση τιμή να υπερβαίνει το κέντρο της κλίμακας. Επίσης, οι **σχέσεις στον χώρο της εργασίας** αξιολογούνται θετικά ($M=3$, $SD=0,6$). Η σχετικά χαμηλή τυπική απόκλιση υποδηλώνει ότι το εργασιακό περιβάλλον αποτελεί έναν σταθερό πυλώνα κοινωνικού κεφαλαίου για το σύνολο των συμμετεχόντων, χωρίς έντονες διαφοροποιήσεις στις προσωπικές τους εμπειρίες.

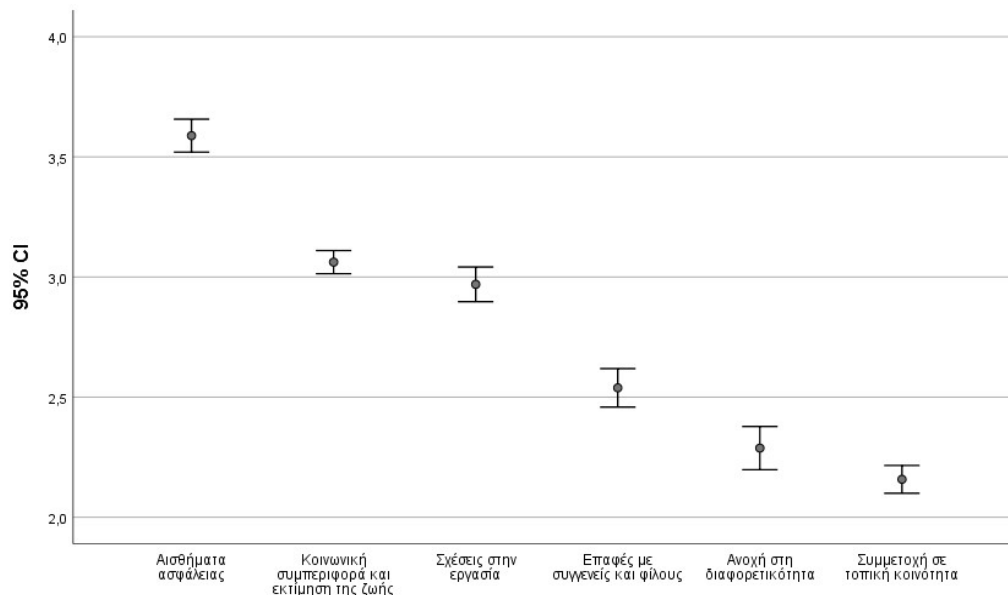
Αντιθέτως, η **συμμετοχή στην τοπική κοινότητα** παρουσιάζει τη χαμηλότερη μέση τιμή ($M=2,2$, $SD=0,5$), υποδεικνύοντας μειωμένη κοινωνική δράση. Αξιοσημείωτο εύρημα αποτελεί η **ανοχή στη διαφορετικότητα**, η οποία, παρά τη χαμηλή μέση τιμή της ($M=2,3$), εμφανίζει τη μεγαλύτερη διασπορά ($SD=0,8$), γεγονός που υποδηλώνει μια τάση πόλωσης ή μεγαλύτερη διαφοροποίηση των απόψεων στον πληθυσμό της έρευνας. Τέλος, η διάσταση των **επαφών με συγγενείς και φίλους** κινείται σε μέτρια επίπεδα ($M=2,5$), καταλαμβάνοντας το κεντρικό σημείο της κλίμακας. Ωστόσο, η τυπική απόκλιση ($SD=0,7$) φανερώνει μια σχετική ανομοιογένεια στο δείγμα, υποδηλώνοντας ότι ένα μέρος των συμμετεχόντων διατηρεί ισχυρές κοινωνικές επαφές, ενώ ένα άλλο βιώνει κοινωνική απομόνωση.

Πίνακας 20: Στατιστικές συσχετίσεις των έξι διαστάσεων της κλίμακας κοινωνικού κεφαλαίου.

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's a
Συμμετοχή σε τοπική κοινότητα	1,2	3,6	2,2 (0,5)	2,2 (1,8 – 2,5)	0,76
Αίσθημα ασφάλειας	1,0	4,0	3,6 (0,6)	4 (3,5 – 4)	0,58*
Επαφές με συγγενείς και φίλους	1,0	4,0	2,5 (0,7)	2,5 (2 – 3)	0,18*
Ανοχή στη διαφορετικότητα	1,0	4,0	2,3 (0,8)	2 (2 – 3)	0,62*
Κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής	1,7	4,0	3,1 (0,4)	3,1 (2,8 – 3,3)	0,76
Σχέσεις στην εργασία	1,0	4,0	3 (0,6)	3 (2,5 – 3,5)	0,73

*Αυτές οι διαστάσεις αποτελούνται από 2 ερωτήσεις καθεμία, άρα δεν υπολογίζεται ο συντελεστής Cronbach, αλλά ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων. Και για τις τρεις διαστάσεις στις οποίες υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ των ερωτήσεων, αυτός ήταν στατιστικά σημαντικός.

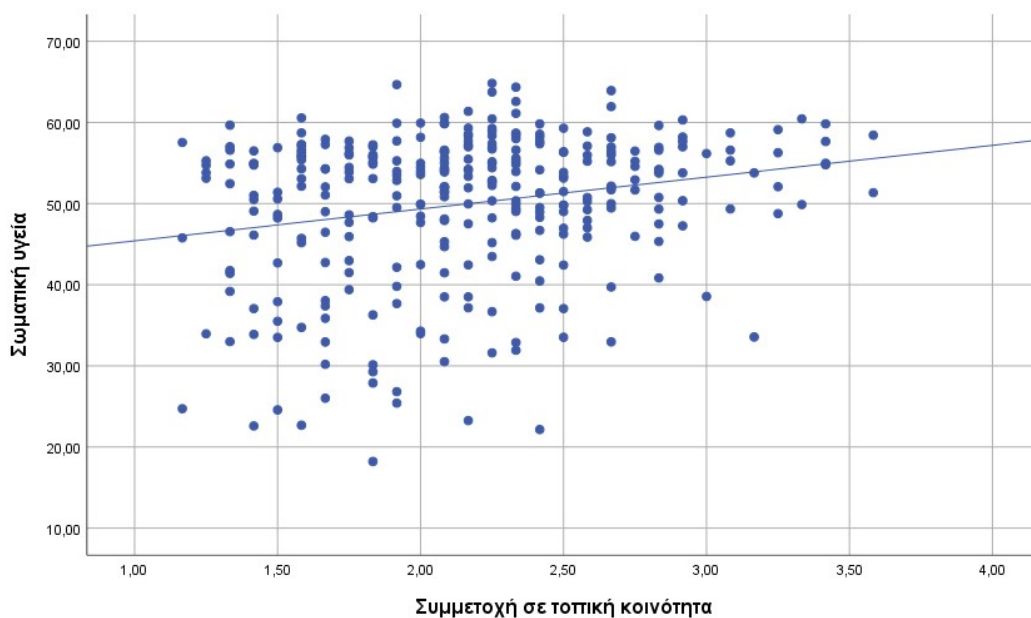
Τέλος, έγινε έλεγχος των συσχετίσεων μεταξύ υγείας και ποιότητας ζωής και του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Όλες οι διαστάσεις του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου, με εξαίρεση αυτή των σχέσεων στην εργασία, σχετίζονταν με τη σωματική υγεία. Οι συσχετίσεις ήταν θετικές, άρα πιο ενεργή συμμετοχή στην κοινότητα, εντονότερο αίσθημα ασφάλειας, πιο συχνές επαφές με συγγενείς και φίλους, μεγαλύτερη ανοχή στην διαφορετικότητα και καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά σχετίζονταν με καλύτερη σωματική υγεία. Επίσης, μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας και καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά σχετίζονταν με καλύτερη ψυχική υγεία. Αντίστοιχα, πιο ενεργή συμμετοχή στην κοινότητα, πιο συχνές επαφές με συγγενείς και φίλους, και καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά σχετίζονταν με καλύτερη ποιότητα ζωής (σύμφωνα με την κλίμακα EQ-5D).



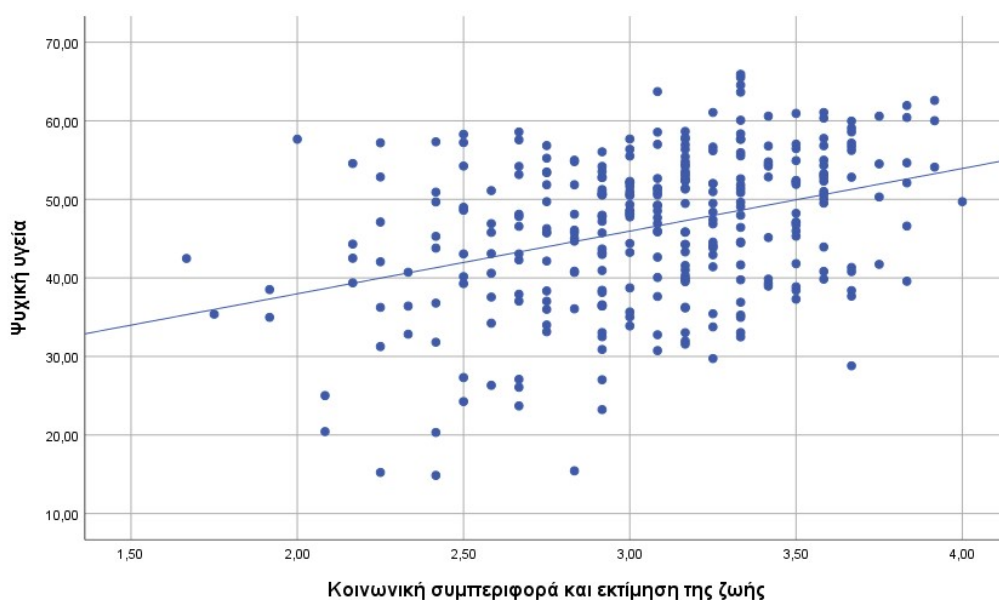
Γράφημα 11: Μέση βαθμολογία των διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου.

Πίνακας 21: Συσχέτιση των κλιμάκων SF-12 και EQ-5D με την κλίμακα του κοινωνικού κεφαλαίου.

		EQ-5D	Συμμετοχή σε τοπική κοινότητα	Αίσθημα ασφάλειας	Επαφές με συγγενείς και φίλους	Ανοχή στο διαφορετικό	Κοιν. συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής	Σχέσεις στην εργασία
Σωματική υγεία	rho	0,49	0,19	0,13	0,16	0,14	0,13	0,09
	P	<0,001	0,001	0,023	0,005	0,012	0,025	0,129
Ψυχική υγεία	rho	0,39	0,07	0,16	0,01	-0,08	0,33	0,10
	P	<0,001	0,224	0,004	0,899	0,146	<0,001	0,065
EQ-5D	rho	1,00	0,15	0,08	0,18	0,03	0,20	0,01
	P		0,009	0,174	0,002	0,657	<0,001	0,805



Γράφημα 12: Συσχέτιση της συμμετοχής στην τοπική κοινότητα με τη σωματική υγεία.



Γράφημα 13: Συσχέτιση της κοινωνικής συμπεριφοράς και εκτίμησης της ζωής με την ψυχική υγεία.

Κεφάλαιο 6^ο – Συζήτηση των αποτελεσμάτων

6.1.Πρωτοτυπία και συμβολή της παρούσας μελέτης

Η αξία της παρούσας μελέτης είναι αδιαμφισβήτητη αφού πρόκειται για μια πρωτότυπη έρευνα που δεν έχει διεξαχθεί ξανά στο νησί της Αμοργού, ούτε σε κάποιο άλλο νησί των Κυκλάδων. Για πρώτη φορά λοιπόν πραγματοποιήθηκε μια διερεύνηση των σχέσεων εμπιστοσύνης των μονίμων κατοίκων της Αμοργού, ενώ παράλληλα μελετήθηκε η επίδραση των σχέσεων αυτών στην υγεία και την ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματά της έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν από μελλοντικούς ερευνητές προκειμένου να συγκριθούν με μεταγενέστερες μελέτες, έχοντας ως στόχο τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού του νομού Κυκλάδων.

Αξίζει να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα είναι πολύ λίγες οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση του κοινωνικού κεφαλαίου και της σχέσης του με την ευημερία των πολιτών. Έτσι, τα συμπεράσματα της παρούσας εργασίας θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τοπικούς και κυβερνητικούς φορείς για τον σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων παρέμβασης με σκοπό τη βελτίωση των συνθηκών ζωής των κατοίκων της περιοχής. Τέλος, το γεγονός ότι οι έρευνες που αφορούν στον χώρο των κοινωνικών επιστημών δύσκολα παράγουν ποσοτικά αποτελέσματα ενισχύει τη συμβολή της παρούσας μελέτης.

6.2.Σύγκριση των αποτελεσμάτων της έρευνας με άλλες μελέτες από τη διεθνή βιβλιογραφία

Στην ελληνική βιβλιογραφία είναι ελάχιστες οι μελέτες που αφορούν το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο και την επίδρασή του στην υγεία και την ποιότητα ζωής. Μία από αυτές είναι η έρευνα του Ινστιτούτου Κοινωνικής Πολιτικής του ΕΚΚΕ η οποία επιβεβαιώνει τη συμβολή των κοινωνικών δικτύων στη θωράκιση της υγείας, ενώ αναγνωρίζει το σημαντικό ρόλο των άτυπων υποστηρικτικών δικτύων στα πλαίσια

της ελληνικής οικογένειας (Φακιόλας,2012). Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης μελέτη που έγινε σε αγροτική κοινότητα στην Κρήτη η οποία ανέδειξε την αξία του κοινωνικού κεφαλαίου για τη γυναικεία υγεία. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι η οικογενειακή και κοινωνική υποστήριξη, το αίσθημα ασφάλειας, η αμοιβαιότητα και η συμμετοχή στην τοπική κοινότητα σχετίζονται με αυξημένη ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των γυναικών όσον αφορά την ανάγκη πραγματοποίησης τακτικών προληπτικών εξετάσεων για τον καρκίνο του μαστού και του τραχήλου της μήτρας (Μουδάτσου,2015).

Ακόμη, η κοινωνικο-επιδημιολογική έρευνα των Ζήση και συνεργατών σε αγροτικές κοινότητες της Περιφέρειας Βορείου Αιγαίου επιχείρησε να μελετήσει τη σχέση μεταξύ κοινωνικών δεσμών και ψυχικής υγείας. Αν και η έρευνα ανέδειξε τη σημασία της κοινωνικής αλληλεγγύης και αλληλοβοήθειας, ιδίως για την αντιμετώπιση κοινών προβλημάτων, παρατηρήθηκε μια σχετική εσωστρέφεια όσον αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις. Το γεγονός αυτό εξηγεί σε έναν βαθμό τα αισθήματα άγχους, ευερεθιστότητας και κόπωσης που παρατηρήθηκαν στο δείγμα της μελέτης. Τα συναισθήματα αυτά φαίνεται πως εντείνονται εξαιτίας της γεωγραφικής απομόνωσης και της περιορισμένης πρόσβασης σε υγειονομικές υπηρεσίες στις εν λόγω περιοχές (Ζήση και συν.,2008). Άλλωστε, βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2017 επιβεβαιώνει τα οφέλη του κοινωνικού κεφαλαίου για την επίτευξη υγιούς γήρανσης. Συγκεκριμένα, η αυξημένη κοινωνική συμμετοχή των ατόμων της τρίτης ηλικίας συνδέεται με βελτιωμένη γνωστική λειτουργικότητα, χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, καλύτερη διατροφή και περισσότερη φυσική δραστηριότητα, δρώντας ευεργετικά για την ψυχική και σωματική ευεξία. Αντιθέτως, η κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων συνδέεται με καρδιαγγειακά νοσήματα, διαταραχές ύπνου, άνοια καθώς και αυξημένα ποσοστά θνητότητας (Μαντζούκης,2017).

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες οι οποίες συσχετίζουν το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο με τη σωματική και ψυχική ευεξία, αλλά και τη γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κορέα ανέδειξε την προστατευτική δράση των κοινωνικών σχέσεων ενάντια στην

προοδευτική έκπτωση της γνωστικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων (Lee and Yeung, 2019). Μελέτη που έγινε στη Νιγηρία υπογράμμισε τη σημασία των κοινοτικών δικτύων, ειδικά στις αγροτικές περιοχές, καθώς οι ενώσεις πολιτών και οι ενοριακές ομάδες παρέχουν ένα υποστηρικτικό πλαίσιο στους πολίτες, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής τους (Okoroafor et al., 2025). Συγκριτική μελέτη σε εφήβους της ισπανόφωνης μειονότητας που διαμένουν στο Μάαστριχτ και το Σικάγο έδειξε ότι το μειωμένο κοινωνικό κεφάλαιο σε συνδυασμό με τη διαβίωση σε συνθήκες κοινωνικο-οικονομικής στέρησης σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα αυτοαναφερόμενης υγείας (Drukker et al., 2005). Ακόμη, μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία παρατήρησε ότι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα και χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχουν μικρότερη κοινωνική συμμετοχή. Το γεγονός αυτό οδηγεί συχνά σε κοινωνικό αποκλεισμό των εν λόγω ατόμων με αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία τους (Baum et al., 2000).

6.3. Περιορισμοί της μελέτης

Στην παρούσα εργασία, αν και έγινε κάθε δυνατή προσπάθεια για την εξασφάλιση της ποιότητας των αποτελεσμάτων, υπήρξαν ορισμένοι περιορισμοί, χωρίς ωστόσο το γεγονός αυτό να αναιρεί τη σημασία της συγκεκριμένης μελέτης. Αρχικά, είναι ευρέως γνωστό ότι η αξιολόγηση του κοινωνικού κεφαλαίου, όπως άλλωστε συμβαίνει συχνά στον χώρο των κοινωνικών επιστημών, δεν είναι μια εύκολη διαδικασία. Κάθε προσπάθεια να γίνουν μετρήσεις αφηρημένων μεταβλητών προκειμένου να εξαχθούν συγκεκριμένα αποτελέσματα μπορεί να υπόκειται σε ένα ποσοστό λάθους. Ένας ακόμη περιορισμός είναι ότι η χρήση ερωτηματολογίων αυτοαξιολόγησης συνεπάγεται την καταγραφή των υποκειμενικών απόψεων των ατόμων του δείγματος. Έτσι υπάρχει πάντα η πιθανότητα κάποιος να απαντήσει βάσει της διάθεσής του ή τυχόν συμπτωμάτων που αντιμετωπίζει τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο και που ίσως να μην αντικατοπτρίζουν τη γενική κατάσταση της υγείας του. Για παράδειγμα, άτομα με κατάθλιψη συχνά αντιμετωπίζουν τη ζωή με απαισιοδοξία και ίσως να μην είναι σε θέση να έχουν μια αντικειμενική εικόνα για την υγεία τους.

Άλλωστε, σε μικρές κοινωνίες, όπως αυτή της Αμοργού, συχνά οι άνθρωποι είναι επιφυλακτικοί στο να μοιραστούν προσωπικές πληροφορίες με έναν ξένο (την ερευνήτρια). Κατά συνέπεια, ερωτήσεις που αφορούν το εισόδημα, το διαζύγιο ή τα νοσήματα από τα οποία πάσχει κάποιος (πχ καρκίνος ή κατάθλιψη) αποτελούν πολλές φορές θέματα ταμπού. Ίσως γιατί οι ερωτώμενοι φοβούνται ότι οι απαντήσεις τους δεν θα παραμείνουν εμπιστευτικές, ή ότι θα γίνουν αντικείμενο σχολιασμού. Για το λόγο αυτό υπάρχει πιθανότητα κάποιοι να μην απάντησαν με πάσα ειλικρίνεια στις ερωτήσεις. Εξάλλου, από το σύνολο των 350 ατόμων που προσεγγίστηκαν, μόνο τα 311 δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Τα υπόλοιπα 39 άτομα εμφανίστηκαν διστακτικά και δύσπιστα, γεγονός σχετικά αναμενόμενο σε μια μικρή αγροτική κοινότητα. Τέλος, ίσως κάποιοι να μην κατανόησαν επακριβώς ορισμένες ερωτήσεις, παρά την προσπάθεια της ερευνήτριας να παρέχει όσο το δυνατόν καλύτερες διευκρινίσεις.

6.4. Προτάσεις πολιτικών υγείας και μελλοντική έρευνα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καθιστούν εμφανή τη θετική επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στη υγεία και την ποιότητα ζωής των κατοίκων της Αμοργού. Για το μέλλον προτείνεται η διατήρηση και ενίσχυση του κοινωνικού κεφαλαίου στο νησί με τη δημιουργία νέων πολιτιστικών και αθλητικών συλλόγων. Η ενθάρρυνση της συμμετοχής των πολιτών σε εθελοντικές δράσεις θα ενισχύσει την αίσθηση του ανήκειν, τη συνεργασία, την εμπιστοσύνη και την αλληλοϋποστήριξη. Καθώς η έρευνα έδειξε ότι οι άνεργοι και τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (απόφοιτοι δημοτικού και γυμνασίου) παρουσιάζουν μειωμένη κοινωνική συμμετοχή και χαμηλότερη ανοχή στη διαφορετικότητα, προτείνεται να γίνουν ιδιαίτερες προσπάθειες συμπερίληψής τους σε κοινωνικές δράσεις, ώστε να αποφευχθεί η περιθωριοποίησή τους και να βελτιωθούν οι κοινωνικές τους δεξιότητες. Η έρευνα επίσης ανέδειξε το συγκριτικά χαμηλότερο επίπεδο ψυχικής και σωματικής υγείας των γυναικών, των ανέργων και των αποφοίτων δημοτικού/γυμνασίου. Το γεγονός αυτό καθιστά αναγκαία την ανάληψη δράσης από τους τοπικούς φορείς ώστε να γίνουν παρεμβάσεις ενημέρωσης, προαγωγής υγείας και πρόληψης για τις

συγκεκριμένες ομάδες του πληθυσμού.

Όσον αφορά μελλοντικές έρευνες, ασφαλώς θα παρουσίαζε μεγάλο ενδιαφέρον η διεξαγωγή αντίστοιχων μελετών και σε άλλα νησιά των Κυκλάδων, έτσι ώστε να είναι δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό των Κυκλάδων. Ακόμη θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί μια σχετική έρευνα σε διαφορετικά νησιωτικά συμπλέγματα (πχ Επτάνησα, Κυκλάδες, νησιά Βόρειου Αιγαίου, Δωδεκάνησα), ώστε να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων ανά γεωγραφική περιοχή. Τέλος, θα ήταν πολύ ενδιαφέρουσα μια συγκριτική μελέτη μεταξύ του κοινωνικού κεφαλαίου των νησιωτών και εκείνου των κατοίκων της ηπειρωτικής Ελλάδας.

Κεφάλαιο 7^ο – Συμπεράσματα

Τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης δίνουν σημαντικές πληροφορίες για τον πληθυσμό της Αμοργού και θα μπορούσαν να αξιοποιηθούν από τους τοπικούς φορείς προκειμένου να σχεδιαστούν οι αναγκαίες παρεμβάσεις που θα έχουν ως στόχο τη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των μονίμων κατοίκων του νησιού. Με τον τρόπο αυτό το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εφελκυστικό για την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων με στόχο την προαγωγή της δημόσιας υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού.

Αρχικά, όσον αφορά το **1ο ερευνητικό ερώτημα**, το 82% των ερωτηθέντων απάντησαν ότι η υγεία τους είναι καλή, πολύ καλή ή εξαιρετική, ενώ το 78% δήλωσαν ότι αξιολογούν το επίπεδο της υγείας τους μεταξύ 70% και 100% (όπου 100% σημαίνει άριστη υγεία). Τα ποσοστά αυτά είναι πολύ υψηλότερα από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο. Συνεπώς, οι κάτοικοι του νησιού νιώθουν σωματικά και ψυχικά ακμαίοι. Ωστόσο, μόνο το 23% αθλείται συχνά και μόλις το 40% επισκέπτεται τακτικά τον γιατρό του για εξετάσεις, γεγονός που ίσως εξηγείται από την περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας στο νησί και την ανάγκη μετακίνησης στα αστικά κέντρα για την αντιμετώπιση τυχόν προβλημάτων υγείας.

Σχετικά με το **2^ο ερευνητικό ερώτημα**, το 91,3% των κατοίκων του νησιού νιώθει πολύ ή πάρα πολύ ασφαλής στη γειτονιά του, το 95,5% έχει βοήθεια από φίλους όταν το χρειάζεται και το 66,9% είναι πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένο από τη ζωή. Ωστόσο, το 79,8% νιώθει ότι οι περισσότεροι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης, στο 63% δεν αρέσει να ζει με άτομα που έχουν διαφορετικές συνήθειες, ενώ το 54% δεν συμμετέχει ενεργά σε κάποιο τοπικό σύλλογο. Κατά συνέπεια, οι κάτοικοι της Αμοργού νιώθουν πολύ ασφαλείς, είναι ικανοποιημένοι από τη ζωή και την εργασία τους και διατηρούν σχέσεις κυρίως με συγγενείς και φίλους, με τους οποίους μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά και αξίες. Αντιθέτως, έχουν μειωμένη συμμετοχή σε δράσεις στα πλαίσια της τοπικής κοινότητας, γεγονός που υποδηλώνει μια εσωστρεφή μορφή κοινωνικού κεφαλαίου (δεσμευτικό). Σε συνδυασμό με τη χαμηλή

ανοχή στη διαφορετικότητα που παρατηρείται στο δείγμα, διαφαίνεται μια σαφής έλλειψη γεφυροποιού κοινωνικού κεφαλαίου. Η κοινωνικοποίηση περιορίζεται σε ομοιογενείς ομάδες (συνεργάτες, στενός κύκλος) όπου οι συμμετέχοντες νιώθουν εμπιστοσύνη και ασφάλεια, αποφεύγοντας το άνοιγμα σε αγνώστους, γεγονός που εμποδίζει την ανάπτυξη ενεργούς δράσης στο δημόσιο χώρο. Τα συμπεράσματα αυτά δικαιολογούνται εν μέρει σε μικρές κοινωνίες όπως αυτή της Αμοργού.

Αναφορικά με το **3^ο ερευνητικό ερώτημα**, η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε τη θετική συσχέτιση μεταξύ του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου και της κατάστασης της υγείας και της ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι όλες οι διαστάσεις του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου, με εξαίρεση αυτή των σχέσεων στην εργασία, σχετίζονται με τη σωματική υγεία. Συνεπώς, τα άτομα με ενεργή συμμετοχή στην κοινότητα, που νιώθουν ασφαλείς στην περιοχή τους, έχουν πιο συχνές επαφές με συγγενείς και φίλους και μεγαλύτερη ανοχή στη διαφορετικότητα έχουν καλύτερη σωματική υγεία. Επίσης, τα άτομα με μεγαλύτερο αίσθημα ασφάλειας και καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά έχουν καλύτερη ψυχική υγεία. Αντίστοιχα, η ενεργή συμμετοχή στην κοινότητα, οι αυξημένες κοινωνικές σχέσεις και η καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά σχετίζονται με καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σε σχέση με το **4^ο ερευνητικό ερώτημα**, η μελέτη έδειξε ότι η υγεία και η ποιότητα ζωής επηρεάζονται από μια σειρά παραγόντων όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εισόδημα, η απασχόληση, ο αριθμός των συνοδών νοσημάτων και η υιοθέτηση καθημερινών υγιεινών συμπεριφορών. Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει επίσης η κοινωνική συμπεριφορά και η εκτίμηση της ζωής. Ένα ενδιαφέρον εύρημα της μελέτης είναι ότι η κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ανδρών κατοίκων της Αμοργού, όπως και η ποιότητα ζωής τους, είναι καλύτερη από εκείνη των γυναικών του νησιού. Ακόμη, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής έχουν οι κάτοικοι που είναι απόφοιτοι μέσης και ανώτερης εκπαίδευσης, καθώς και όσοι έχουν υψηλότερο εισόδημα και σταθερή εργασία. Επίσης, όπως θα ήταν προφανές, καλύτερη υγεία έχουν όσοι διατηρούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής, δηλαδή ασκούνται τακτικά, κοιμούνται επαρκώς, διατρέφονται σωστά

και διατηρούν ένα υγιές σωματικό βάρος. Τέλος, οι πολίτες που συμμετέχουν ενεργά στα κοινά και έχουν αυξημένο ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο παρουσιάζουν υψηλότερο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, αλλά και καλύτερη ποιότητα ζωής.

Τέλος, όσον αφορά το **5^ο ερευνητικό ερώτημα**, η έρευνα έδειξε ότι το ατομικό κοινωνικό κεφάλαιο διαφοροποιείται ανάλογα με δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το εισόδημα, η απασχόληση, η οικογενειακή κατάσταση και τα συνοδά νοσήματα. Έτσι, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με προβλήματα υγείας έχουν μειωμένες κοινωνικές επαφές και χαμηλή ανοχή στη διαφορετικότητα. Αντιθέτως, τα άτομα με υψηλότερο εισόδημα έχουν πιο ενεργή συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής και καλύτερες εργασιακές σχέσεις. Τέλος, οι έγγαμοι με παιδιά έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή στην τοπική κοινότητα, καλύτερη κοινωνική συμπεριφορά και εκτίμηση της ζωής.

Βιβλιογραφία

Ελληνόγλωσση

Αλεξανδρόπουλος Σ. (2010), 'Περί εμπιστοσύνης: Από την πολιτιστική παράδοση στη θεσμική πολιτική', στο Κονιόρδος Σ. (επιμ.) *Κοινωνικό κεφάλαιο, εμπιστοσύνη και Κοινωνία των πολιτών*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σελ.45-98.

Αλετράς Β., Ματσαγγάνης Μ. και Νιάκας Δ. (2002), *Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α', Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ.

Βαρακλιώτη Α.(2020), 'Εκτίμηση αναγκών-Μέτρηση επιπέδου υγείας' στο Σαράφης Π., Μπαμίδης Π.(επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα και Πολιτικές*, Λευκωσία: Broken Hill Publishers, σελ.37-56.

Bonita R., Beaglehole R. and Kjellstrom T.(2009), *Βασική Επιδημιολογία*, 2η έκδοση, Λευκωσία: Broken Hill Publishers.

Bradby H. (2010), *Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας*, Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.

ΕΛΣΤΑΤ (2023), *Αποτελέσματα της Απογραφής Πληθυσμού-Κατοικιών έτους 2021 που αφορούν στο Μόνιμο Πληθυσμό της Χώρας*, Αθήνα: Ελληνική Στατιστική Αρχή.

Ζήση Α., Σκαπινάκης Π., Τσελώνη Μ., Σαββίδου Μ. και Χίου Μ. (2008), 'Κοινωνικό κεφάλαιο και ψυχική υγεία σε μικρές αγροτικές «κοινότητες» στην Περιφέρεια Βορείου Αιγαίου: μεθοδολογία και περιγραφικά ευρήματα', *Ψυχολογία*, 15(2): 139-153.

Ζήση Α.(2013), *Κοινωνία, κοινότητα και ψυχική υγεία*, Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.

Ζήσης Γ.(2010), *Βιώσιμη ανάπτυξη και ποιότητα ζωής*, Αθήνα: ΜΚΟ “Σόλων”.

Καμπερίδου Ε. (2011), *Κοινωνικό Φύλο, Κοινωνικό Κεφάλαιο, Πολυπολιτισμικότητα και Αθλητισμός*, Αθήνα: Εκδόσεις Τελέθριον.

Κομνηνού Ι. (2013), *Ποιότητα ζωής και ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις*, Αθήνα: Εκδόσεις “το ανώνυμο βιβλίο”.

Κονιόρδος Σ. (2015), ‘Κοινωνικό κεφάλαιο: Μεταξύ θεωρητικής σαφήνειας και σύγχυσης’, *Επιστήμη και Κοινωνία: Επιθεώρηση Πολιτικής και Ηθικής Θεωρίας*, 16:1–38.

Κριτσωτάκης Γ., Αντωνιάδου Ε., Κούτρα Κ., Κούτης Α. και Φιλαλήτης Α. (2010), ‘Γνωσιακή Στάθμιση της «Κλίμακας Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου» σε Ελληνικό Πληθυσμό’, *Νοσηλευτική*, 49(3): 274-285.

Κωνσταντακόπουλος Σ. (2010), ‘Το Κοινωνικό Κεφάλαιο στους Alexis de Tocqueville και Robert Putnam: συνέχειες και ασυνέχειες’, στο Κονιόρδος Σ. (επιμ.) *Κοινωνικό κεφάλαιο, εμπιστοσύνη και Κοινωνία των πολιτών*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, σελ.29-43.

Λαχανά Ε.(2020), ‘Υγεία - ασθένεια, περίθαλψη και φροντίδα υγείας’ στο Σαράφης Π., Μπαμίδης Π.(επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα και Πολιτικές*, Λευκωσία: Broken Hill Publishers, σελ.21-36.

Λιναρδής Α., Κουσουλή Μ. και Σταθογιαννάκου Ζ. (2012), *Μια bottom-up διερεύνηση των διαστάσεων του κοινωνικού κεφαλαίου*, Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Κείμενο Εργασίας 25.

Μαντζούκης Σ. (2017), ‘Η σημασία του κοινωνικού κεφαλαίου στη διαδικασία επίτευξης του στόχου της υγιούς γήρανσης’, *Ιατρικά χρονικά βορειοδυτικής Ελλάδος*,

13(1): 9-14.

Μάντη Π. και Τσελέπη Χ. (2000), *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α: Κοινωνικές – Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Μηνασίδου Ε. και Κουράκος Μ.(2020), ‘Ποιότητα ζωής ασθενών’ στο Σαράφης Π., Μπαμίδης Π.(επιμ.) *Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα και Πολιτικές*, Λευκωσία: Broken Hill Publishers, σελ.591-600.

Μουδάτσου Μ. (2015), Διδακτορική διατριβή: ‘Συσχέτιση του κοινωνικού κεφαλαίου και της γυναικείας υγείας σε έναν αγροτικό δήμο της Κρήτης’. Ηράκλειο: Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ιατρική Σχολή.

Νασιούλας Ι. (2010), *Η κοινωνική οικονομία της Ελλάδος και το κοινωνικό της κεφάλαιο. Μια συνολική θεσμική και εθνικολογιστική αναγνώριση*, Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Ορθός Λόγος.

Οικονόμου Χ.(2013), ‘Ανισοτιμίες στην υγεία. Θεωρητικές προσεγγίσεις και η κατάσταση στην Ελλάδα’, στο Οικονόμου Χ.(επιμ.) *Υγεία, κοινωνία και οικονομία. Ανισοτιμες σχέσεις – χάσματα ευζωίας*, Αθήνα: Εκδόσεις Αλεξάνδρεια, σελ.19-55.

Παπαθεοδώρου Χ. και Μωυσίδου Α.(2011), *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα: Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*, Αθήνα: Ινστιτούτο Εργασίας ΓΣΕΕ.

Πούπος Η. (2010), *Το κοινωνικό κεφάλαιο στην Ελλάδα*, Αθήνα: Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών, Έκθεση αρ.61.

Σαββάκης Μ. (2022), *Ηθική και δεοντολογία στη σύγχρονη ποιοτική κοινωνιολογική έρευνα. Ζητήματα, αντιφάσεις και διλήμματα στον 21ο αιώνα*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Sapiro V. (2010), 'Φύλο, κοινωνικό κεφάλαιο και πολιτική', στο Λεοντσίνη Μ. (επιμ.), *Φύλο και κοινωνικό κεφάλαιο*, Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική, σελ. 187-234.

Σαρρή Μ.(2001), *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Σουλιώτης Κ. (2007), *Οικονομικές ανισότητες και πολιτική υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Τσουνής Α. και Σαράφης Π. (2016), 'Κοινωνικό Κεφάλαιο: μια απόπειρα εννοιολογικής οριοθέτησης του όρου', *Το βήμα των κοινωνικών επιστημών*, ΙΖ(66):141-171.

Τσουνής Α., Τασιόπουλος Θ. και Σαράφης Π. (2020), 'Κοινωνικό κεφάλαιο και υγεία', στο Σαράφης Π., Μπαμίδης Π. (επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας: Συστήματα και Πολιτικές*, Λευκωσία: Broken Hill Publishers, σελ.209-222.

Φακιολάς Ν. (2012), 'Επίδραση κοινωνικών δικτύων στην υγεία', *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 137-138 (Α' - Β'): 201-232.

Fayers P. and Machin D.(2006), *Ποιότητα ζωής: αξιολόγηση, ανάλυση και ερμηνεία*, Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Χλέτσος Μ.(2011), *Οικονομικά της Υγείας*, Αθήνα: Εκδόσεις Πατάκη.

Χρήστου Α. (2012), 'Διαδρομές υποκειμένων: έμφυλες, εθνοτικές και ταυτοτικές διαστάσεις της κοινωνικής ανισότητας στο συνειδησιακό και συγκρουσιακό πλαίσιο της μεταναστευτικής πραγματικότητας' στο: Αφουξενίδης Α. (επιμ.), *Ανισότητα στην εποχή της κρίσης. Θεωρητικές και εμπειρικές διερευνήσεις*, Αθήνα: Εκδόσεις Προπομπός, σελ. 59-77.

Ξενογλώσση

Acquaah M., Amoako-Gyampah K., and Nyathi N. (2014), *Measuring and valuing social capital – A systematic review*, Johannesburg: Network for Business Sustainability South Africa.

Angel R. and Williams K.(2013), ‘Cultural models of Health and Illness’, in Paniagua F. and Yamada A.(eds.) *Handbook of Multicultural Mental Health. Assessment and Treatment of Diverse Populations*, 2nd edition, San Diego: Academic Press, p.49-68.

Armenti K., Sweeney M.H., Lingwall C. and Yang L. (2023), ‘Work: A Social Determinant of Health Worth Capturing’, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2): 1199.

Arup Hovmand M. and Tinggaard Svendsen G. (2017), ‘Can Putnam's theory explain high levels of social trust?’, *Belgeo – Revue belge de géographie*, 1:1-12.

Baum, F. E., Bush, R. A., Modra, C. C., Murray, C. J., Cox, E. M., Alexander, K. M., & Potter, R. C. (2000). ‘Epidemiology of participation: An Australian community study’, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(6): 414–423.

Berry H. and Rickwood D. (2000), ‘Measuring Social Capital at the Individual Level: Personal Social Capital, Values and Psychological Distress’, *International Journal of Mental Health Promotion*, 2(3):35-44.

Bhandari H. and Yasunobu K. (2009), ‘What is Social Capital? A Comprehensive Review of the Concept’, *Asian Journal of Social Science*, 37(3):480-510.

Bolton D. (2023), ‘A revitalized biopsychosocial model: core theory, research paradigms and clinical implications’, *Psychological Medicine*, 53:7504–7511.

Bourdieu P.(1986), *The Forms of Capital*, New York: Free Press.

Briggs D. (1999), *Environmental Health Indicators: Framework and Methodologies*, Geneva: World Health Organization.

Bullen P. and Onyx J. (1998), *Measuring Social Capital in Five Communities in NSW: A practitioner's guide*, Coogee: Management Alternatives Pty Ltd.

Carr A. (2003), ‘Adult Measures of Quality of Life’, *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*, 49(5): 113-133.

Claridge T. (2018), *Introduction to Social Capital Theory*, Dunedin: Social Capital Research.

Cohen R., Russell L., Leis A., Shahidi J., Porterfield P., Kuhl D., Gadermann A. and Sawatzky R. (2019), ‘More comprehensively measuring quality of life in life-threatening illness: the McGill Quality of Life Questionnaire – Expanded’, *BMC Palliative Care*, 18(92):1-11.

Coleman J.(1990), *Foundations of Social Theory*, Cambridge: Harvard University Press.

Coons S.J., Rao S., Keininger D.L. and Hays R.D. (2000), ‘A Comparative Review of Generic Quality-of-Life Instruments’, *Pharmacoeconomics*, 17(1): 13-35.

Crowley F. and Walsh E. (2024), ‘Tolerance, social capital, and life satisfaction: a multilevel model from transition countries in the European Union’, *Review of Social Economy*, 82(1):23-50.

Cutler D.M., Lleras-Muney A. and Vogl T. (2008), *Socioeconomic Status and Health:*

Dimensions and Mechanisms, NBER Working Paper No. 14333, Cambridge: National Bureau of Economic Research.

Dawes D. and Gonzalez J. (2023), ‘The Politics of Population Health’, *The Milbank Quarterly*, 101(1): 224-241.

Den Butter, F. and Mosch R. (2004), *Externalities of social capital: the role of values, norms and networks*, VU Research Portal.

Devlin N.J. and Brooks R. (2017), ‘EQ-5D and the EuroQol Group: Past, Present and Future’, *Applied Health Economics and Health Policy*, 15(2): 127-137.

Drukker M., Buka S.L., Kaplan C., McKenzie K. and Van Os J.(2005), ‘Social capital and young adolescents’ perceived health in different sociocultural settings’, *Social Science & Medicine*, 61(1): 185-198.

Eriksson M. (2011), ‘Social Capital and Health – Implications for Health Promotion’, *Global Health Action*, 4(1): 5611.

European Social Survey (2024), *Prospectus*, London: European Research Infrastructure Consortium (ESS ERIC).

Feng X., Kim D.D., Cohen J.T., Neumann P.J., Ollendorf D.A. (2020), ‘Using QALYs versus DALYs to measure cost-effectiveness: How much does it matter?’, *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 36(2):96-103.

Graeff P. (2009), ‘Social Capital: the dark side’, in Tinggaard Svendsen G. and Lind Haase Svendsen G.(eds.) *Handbook of Social Capital. The Troica of Sociology, Political Science and Economics*, Cheltenham/Northampton:Edward Elgar,p.143-176.

Grootaert C. and van Bastelaer T. (2002), ‘Social Capital: From Definition to

Measurement’, in Grootaert C. and van Bastelaer T.(eds.), *Understanding and Measuring Social Capital. A Multidisciplinary Tool for Practicioners*, Washington D.C: The World Bank. p.1-16.

Grootaert C., Narayan D., Nyhan Jones V. and Woolcock M. (2004), *Measuring Social Capital – An Integrated Questionnaire*, Working Paper n.18, Washington D.C.: The World Bank.

Guillen L.,Coromina L. and Saris W. (2010), ‘Measurement of Social Participation and its Place in Social Capital Theory’, *Social Indicators Research*, 100:331–350.

Habu H. and Kondo N. (2025), ‘Culture as a Determinant of Health and Well-being: Expanding the Concept of Cultural Capital’, *F1000 Research*, 14:638.

Hagger M.S. (2025), ‘Psychological Determinants of Health Behavior’, *Annual Review of Psychology*, 76(1): 821-850.

Hernandez L.M. and Blazer D.G. (eds.) (2006), *Genes, Behavior and the Social Environment: Moving Beyond the Nature/Nurture Debate*. Committee on Assessing Interactions Among Social, Behavioral, and Genetic Factors in Health, Washington DC: The National Academies Press.

Imai K., Soneji S. (2007), ‘On the Estimation of Disability-Free Life Expectancy: Sullivan's Method and Its Extension’. *Journal of the American Statistical Association*, 102(480):1199-1211.

Klarner A.,Gamper M.,Von der Lippe H., Moor I.,Richter M. and Vonneilich N. (2022), ‘Social Networks and Health Inequalities’, in Klarner A. et al. (eds.), *Social Networks and Health Inequalities: A New Perspective for Research*, Springer, p.1-22.

Krishna A. and Shrader E.(2002), ‘The Social Capital Assessment Tool: Design and

Implementation’, in Grootaert C. and van Bastelaer T.(eds.), *Understanding and Measuring Social Capital. A Multidisciplinary Tool for Practicioners*, Washington D.C: The World Bank. p.17-40.

Lee Y. and Yeung W.J. (2019), ‘Gender matters: Productive social engagement and the subsequent cognitive changes among older adults’, *Social Science and Medicine*, 229: 87-95.

Li Y., Scriven A.(ed.), & Garman, S.(ed.) (2007), ‘Social capital, social exclusion and wellbeing’, *Public Health: Social context and action* (p.60-75). Sage Publications.

Lins L., Carvalho F.M. (2016) ‘SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review’, *Sage Open Medicine*, vol.4.

Marmot M. (2005), ‘Social determinants of health inequalities’, *The Lancet*, 365(9464): 1099-1104.

Miani C., Wandschneider L., Niemann J., Batram-Zantvoort S. and Razum O. (2021), ‘Measurement of gender as a social determinant of health in epidemiology - A scoping review’, *PLOS ONE*, 16(11): 1-21.

Mor V., Laliberte L., Morris J. and Wiemann M. (1984), ‘The Karnofky Performance Status Scale. An examination of its reliability and validity in research setting’, *Cancer*, 53:2002-2007.

Nahapiet J. and Ghoshal S. (1998), ‘Social capital, intellectual capital and the organisational advantage’, *Academy of Management Review*, 23(2):242-266.

Noor S., Tajik O. and Golzar J. (2022), ‘Simple Random Sampling’, *International Journal of Education and Language Studies*, 1(2): 78-82.

OECD (2017), *Trust and Public Policy: How Better Governance Can Help Rebuild Public Trust*, OECD Public Governance Reviews, Paris: OECD Publishing.

OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris: OECD Publishing.

Okoroafor, P.I., Akinyemi J.O., Salawu M.M. and Olufunmilayo I.F. (2025), ‘Social capital, functional health status and quality of life among adults in rural Southwest Nigeria’, *BMC Public Health*, 25:1317.

PAHO (2018), *Health Indicators. Conceptual and operational considerations*, Washington, D.C.: Pan American Health Organization.

Paltriguera L., Beamud F., Müller M., Pavlou P., Tertre L., van den Bos S., Zamparutti T. and Buonsante V. (2024) *Environmental determinants of health, including those caused by climate change*, Publication for the Subcommittee on Public Health, Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies, Luxembourg: European Parliament.

Pichler F. and Wallace C. (2007), ‘Patterns of Formal and Informal Social Capital in Europe’, *European Sociological Review*, 23(4):423-435.

Pillai K.G., Hodgkinson G.P., Kalyanaram G. and Nair S.R. (2017), ‘The Negative Effects of Social Capital in Organizations: A Review and Extension’, *International Journal of Management Reviews*, 19:97-124.

Portes A. (1998), ‘Social Capital: Its Origins and Applications in Modern Sociology’, *Annual Review of Sociology*, 24:1-24.

Portes A. and Landolt P. (2000), ‘Social Capital: Promise and Pitfalls of its Role in Development’, *Journal of Latin American Studies*, 32(2):529-547.

Putnam, R., Leonardi R. and Nanetti R. (1993), *Making democracy work: civic traditions in modern Italy*, Princeton: Princeton University Press.

Putnam R. (2000), *Bowling alone: The collapse and revival of American community*, New York: Simon & Schuster.

Putnam R. (2001), 'Social Capital: Measurement and Consequences', *Isuma: Canadian Journal of Policy Research*, 2:41-51.

Putnam R. and Goss K. (2002), *Democracies in Flux. The Evolution of Social Capital in Contemporary Society*, New York: Oxford University Press.

Rami, F., Searight, H. R., Morrissey, M. B., Charvonia, A., Indart, M., & Brown, L. M. (2023). 'Health inequities and social determinants of health in refugee and immigrant communities', *American Psychologist*, 78(2):160-172.

Seeman T. (1996), 'Social Ties and Health: The Benefits of Social Integration', *AEP*, 6(5): 442-451.

Spitzer W.O., Dobson, A. J., Hall, J., Chesterman, E., Levi, J., Shepherd, R., Battista R. and Catchlove B. (1981). 'Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL-index for use by physicians', *Journal of Chronic Diseases*, 34(12), 585-597.

Stiglitz J., Fitoussi J. and Durand M. (eds.) (2018), *For Good Measure: Advancing Research on Well-being Metrics Beyond GDP*, Paris: OECD Publishing.

Tical G. (2024), 'The impact of social capital on the perception and reality of public security', *International Journal of Legal and Social Order*, 1:1-11.

Tomanovic S. (2012), 'The significance and meaning of expressive and instrumental social capital for young people from different social strata', in Cveticanin P. and Biresev A.(eds.) *Social and cultural capital in western Balkan societies*, Centre for

Empirical Cultural Studies of South-East Europe, p.29-39.

Tsounis A. and Xanthopoulou D. (2025), ‘Social Capital Theory : A review’, in Papagiannidis S. (ed.) *TheoryHub Book*.

Turner J.B and Turner R.J. (2013), ‘Social Relations, Social Integration and Social Support’, in Aneshensel C.S., Phelan J.C., Bierman A. (eds.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*, 2nd Edition, Dordrecht: Springer Science & Business Media, p.341-356.

UNDP (2025b), *Human Development Report 2025. A matter of choice: people and possibilities in the age of AI*, New York: United Nations Development Programme.

United Nations (2015), *Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*, A/RES/70/1.

United Nations (2017), *Resolution adopted by the General Assembly on 6 July 2017*, A/RES/71/312.

Van Deth J. (2003), ‘Measuring social capital: Orthodoxies and continuing controversies’, *International Journal of Social Research Methodology*, 6(1):79-92.

Van Doorn M. (2014), ‘The nature of tolerance and the social circumstances in which it emerges’, *Current Sociology Review*, p.1-23.

Verschuuren M., Gissler M., Kilpelainen K. et al. (2013), ‘Public health indicators for the EU: the joint action for ECHIM (European Community Health Indicators & Monitoring)’. *Archives of Public Health*, 71:12.

Villalonga-Olives E. and Kawachi I. (2017), ‘The dark side of social capital: A systematic review of the negative health effects of social capital’, *Social Science &*

Medicine, 194:105–127.

Wallace M. and Shelkey M. (2008), ‘Katz Index of Independence in Activities of Daily Living(ADL)’, *Try This. Best Practices in Nursing Care to Older Adults*, 108(4):67-71.

Ware J., Kosinski M. and Keller S. (1996), ‘A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity’, *Medical Care*, 34(3): 220-233.

WHO (1946), *Constitution of the World Health Organization*. New York: World Health Organization.

WHO (1998), *WHOQOL User Manual*, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva: World Health Organization.

WHO (2005), *Promoting Mental Health. Concepts - Emerging Evidence – Practice*, (eds. Herrman H., Saxena S., Moodie R.), Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse.

WHO (2015), *Global Reference List of 100 Core Health Indicators*, Geneva: World Health Organization.

WHO (2025b), *World report on social determinants of health equity*, Geneva: World Health Organization.

Woolcock M. and Narayan D. (2000), ‘Social capital: implications for development theory, research and policy’. *The World Bank Research Observer*, 15(2):225-249.

Woolf S. and Aron L. (eds) (2013), *U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health*. National Research Council and Institute of Medicine. Washington D.C.: National Academies Press.

Πηγές Διαδικτύου

Η Φιλοσοφία Επιστρέφει (2025), *Ευδαιμονία: Το υπέρτατο αγαθό για τον Αριστοτέλη*. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <https://philosophyreturns.gr/eydaimonia-to-ypertato-agatho-gia-ton-aristoteli/> (Ημερ.πρόσβασης: 12/12/2025).

OECD (2025a), *OECD Health Statistics*. Available from: <https://www.oecd.org/en/data/datasets/oecd-health-statistics.html> (Accessed: 11/11/2025).

OECD (2025b), *OECD Health Statistics 2025. Definitions, Sources and Methods*. Available from: <https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/data/datasets/oecd-health-statistics/Table-of-Content-Metadata-OECD-Health-Statistics-2025.pdf> (Accessed:11/11/2025).

Τούντας Γ. (2007), *Πολιτισμός και Υγεία*, Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής Αθηνών. Διαθέσιμο στον ιστότοπο: <http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=811&red=true&kn=1&un=0&kn1=18647> (Ημερ.πρόσβασης: 20/11/2025).

UNDP (2025a), *Human Development Index (HDI)*. Available at: <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI> (Accessed: 12/11/2025)

United Nations (2024), *World Social Capital Monitor*. Available at: <https://sdgs.un.org/partnerships/world-social-capital-monitor> (Accessed: 8/10/2025).

WHO (2025a), *Ageing and Health*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (Accessed: 19/11/2025)

World Values Survey (2020), *Who we are*. Available at: <https://www.worldvaluessurvey.org/WVSContents.jsp> (Accessed: 2/10/2025)

Παράρτημα: Ερωτηματολόγιο έρευνας.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Η έρευνα αυτή πραγματοποιείται στα πλαίσια Διπλωματικής Εργασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Πατρών και διερευνώνται: "**Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία και την ποιότητα ζωής των μόνιμων κατοίκων της Αμοργού**". Παρακαλούμε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, το οποίο είναι ανώνυμο. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων, αφού προηγηθεί στατιστική ανάλυση και επεξεργασία, θα γίνει με τέτοιο τρόπο και μορφή ώστε να μην υπάρχει πιθανότητα ταυτοποίησης και αναγνώρισης των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την πολύτιμη βοήθεια σας.

Η μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Ονοματεπώνυμο : Χρυσούλα – Ευαγγελία Γαβριήλ

Ιδιότητα : Νοσηλεύτρια

Τηλέφωνα επικοινωνίας : 6979534885

e-mail : gavriil981@yahoo.gr

Αριθμός ερωτηματολογίου

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΜΕΡΟΣ Α΄ - ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

(Παρακαλώ απαντήστε σημειώνοντας με **X** το αντίστοιχο κουτάκι)

1.Φύλο :

Ανδρας ☐	Γυναίκα ☐
---------------------------------	----------------------------------

2.Ηλικία :

18-24 ☐	25-34 ☐	35-44 ☐	45-54 ☐	55-64 ☐	65-74 ☐	75+ ☐
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	------------------------------

3.Υπηκοότητα :

Ελληνική ☐	Άλλη ☐
-----------------------------------	-------------------------------

4.Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμος/η ☐	Έγγαμος/η ☐	Διαζευγμένος/η ☐	Χήρος/α ☐	Ανύπαντρη μητέρα ☐
-----------------------------------	------------------------------------	---	----------------------------------	---

5.Αριθμός τέκνων

1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 + ☐	Κανένα ☐
----------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------	---------------------------------

6.Επίπεδο εκπαίδευσης που έχετε ολοκληρώσει

Δημοτικό ☐	Γυμνάσιο ☐	Λύκειο/ΕΠΑΛ ☐	ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐	Μεταπτυχιακό ☐
-----------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------

7.Απασχόληση

Άνεργος/η ☐	Ιδιωτικός υπάλληλος ☐	Δημόσιος υπάλληλος ☐	Ελεύθερος Επαγγελματίας ☐	Οικιακά ☐	Συνταξιούχος ☐	Χειρονακτικό επάγγελμα(αγρότης, εργάτης, τεχνίτης) ☐
------------------------------------	--	---	--	----------------------------------	---------------------------------------	---

8.Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα

Κάτω από 500 ευρώ (EUR, €) ☐	500-1000 ευρώ (EUR, €) ☐	1000-1500 ευρώ (EUR, €) ☐	1500-2000 ευρώ (EUR, €) ☐	Πάνω από 2000 ευρώ (EUR, €) ☐
---	---	--	--	--

9.Κάπνισμα :

Ναι ☐	Όχι ☐	Περιστασιακά ☐
------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

10.Κατανάλωση αλκοόλ :

Ναι ☐	Όχι ☐	Περιστασιακά ☐
------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

11. Νόσημα που πάσχετε: Κανένα ☐

Καρδιακές παθήσεις ☐	Υπέρταση (υψηλή πίεση) ☐	υπερλιπιδαιμία (χοληστερίνη τριγλυκερίδια) ☐	μυοσκελετικές παθήσεις (μέση, αυχένιας, γόνατο, ισχίο) ☐	Παθήσεις θυρεοειδούς ☐	Αναπνευστικές Παθήσεις (πχ άσθμα, ΧΑΠ) ☐
Νοσήματα πεπτικού (πχ στομάχι, έντερο) ☐	Αναπαραγωγικό σύστημα (πχ προστάτης, ωοθήκες) ☐	Αγγειακές νόσοι (θρόμβωση, αθηροσκλήρωση, ανεύρυσμα) ☐	Νευρολογικές παθήσεις (πχ άνοια, Πάρκινσον) ☐	Δερματικές παθήσεις ☐	Παθήσεις Ουροποιητικού (πχ νεφρών) ☐
Κατάθλιψη / άγχος / ψυχικά νοσήματα ☐	Αυτοάνοσα νοσήματα ☐	Σακχαρώδης Διαβήτης ☐	Νεοπλάσματα/καρκίνος ☐	Αλλεργίες ☐	Άλλες παθήσεις ☐

12. Ποιες από τις παρακάτω συμπεριφορές υγείας ακολουθείτε;

Τακτική άσκηση (μέτρια ή έντονη άσκηση για πάνω από 30 λεπτά, τουλάχιστον 3 φορές / εβδομήν) ☐	Επαρκής ποιοτικός ύπνος - τουλάχιστον 8 ώρες / ημέρα ☐	Ισορροπημένα υγιεινά γεύματα / καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (βιολογικά/εγχώρια προϊόντα) ☐	Διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους ☐	Τακτικές ιατρικές επισκέψεις - εξετάσεις ☐
---	---	--	--	---

ΜΕΡΟΣ Β' - SF12 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ

1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΥΓΕΙΑΣ (επιλέξτε και κυκλώστε ένα από τα παρακάτω)

Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

1. Εξαιρετική
2. Πολύ καλή
3. Καλή
4. Μέτρια
5. Κακή

ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΑΝΑΦΕΡΟΥΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΠΟΥ ΠΙΘΑΝΩΣ ΚΑΝΕΤΕ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΜΙΑΣ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΗΣ ΗΜΕΡΑΣ. Η ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ, ΣΑΣ ΔΥΣΚΟΛΕΥΕΙ ΣΕ ΑΥΤΕΣ ΤΙΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ; ΕΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΣΟ;

2. ΣΕ ΜΕΤΡΙΑΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ, ΟΠΩΣ Η ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΗ ΕΝΟΣ ΤΡΑΠΕΖΙΟΥ, ΤΟ ΣΠΡΩΞΙΜΟ ΜΙΑΣ ΗΛΕΚΤΡΙΚΗΣ ΣΚΟΥΠΙΑΣ, Ο ΠΕΡΙΠΑΤΟΣ ΣΤΗΝ ΕΞΟΧΗ

1. Ναι, με δυσκολεύει πολύ
2. Ναι, με δυσκολεύει λίγο
3. Όχι, δεν με δυσκολεύει καθόλου

3. ΟΤΑΝ ΑΝΕΒΑΙΝΕΤΕ ΜΕΡΙΚΟΥΣ ΟΡΟΦΟΥΣ ΜΕ ΤΑ ΠΟΔΙΑ

1. Ναι, με δυσκολεύει πολύ
2. Ναι, με δυσκολεύει λίγο
3. Όχι, δεν με δυσκολεύει καθόλου

ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 4 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ, ΣΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΑΝ- ΕΙΤΕ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ- ΕΙΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΣΑΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ- ΚΑΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΣΑΣ ΥΓΕΙΑΣ;

4. ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΑΤΕ ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΟΣΑ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ;

1. Ναι
2. Όχι

5. ΠΕΡΙΟΡΙΣΑΤΕ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ Η' ΤΑ ΕΙΔΗ ΑΛΛΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΣΑΣ;

1. Ναι
2. Όχι

ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 4 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ ΣΑΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΤΗΚΑΝ ΕΙΤΕ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ ΣΑΣ- ΕΙΤΕ ΣΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΛΛΗ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΗ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ- ΚΑΠΟΙΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ, ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΟΠΟΙΟΥΔΗΠΟΤΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ (Π.Χ. ΕΠΕΙΔΗ ΝΙΩΣΑΤΕ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ Η ΑΓΧΟΣ);

6. ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΑΤΕ ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΑΠΟ ΟΣΑ ΘΑ ΘΕΛΑΤΕ;

1. Ναι
2. Όχι

7. ΚΑΝΑΤΕ ΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ Η' ΚΑΙ ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΑΠ' ΟΤΙ ΣΥΝΗΘΩΣ;

1. Ναι
2. Όχι

8. ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 4 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ, ΠΟΣΟ ΕΠΗΡΕΑΣΕ Ο ΠΟΝΟΣ ΤΗ ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ (ΤΟΣΟ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ ΟΣΟ ΚΑΙ ΜΕΣΑ ΣΕ ΑΥΤΟ);

1. Καθόλου
2. Λίγο
3. Μέτρια
4. Αρκετά
5. Πάρα πολύ

ΓΙΑ ΚΑΘΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ, ΕΠΛΕΞΤΕ ΕΚΕΙΝΗ ΤΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΠΟΥ ΠΛΗΣΙΑΖΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΣΕ ΟΤΙ ΑΙΣΘΑΝΘΗΚΑΤΕ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 4 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ

9. ΑΙΣΘΑΝΟΣΑΣΤΕ ΗΡΕΜΙΑ ΚΑΙ ΓΑΛΗΝΗ;

1. Συνεχώς
2. Πολύ συχνά
3. Συχνά
4. Ορισμένες φορές
5. Σπάνια
6. Καθόλου

10. ΕΙΧΑΤΕ ΠΟΛΛΗ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΤΗΤΑ;

1. Συνεχώς
2. Πολύ συχνά
3. Συχνά
4. Ορισμένες φορές
5. Σπάνια
6. Καθόλου

11. ΑΙΣΘΑΝΟΣΑΣΤΕ ΑΠΕΛΠΙΣΙΑ ΚΑΙ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑ;

1. Συνεχώς
2. Πολύ συχνά
3. Συχνά
4. Ορισμένες φορές
5. Σπάνια
6. Καθόλου

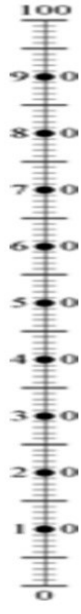
12. ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 4 ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ, ΓΙΑ ΠΟΣΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ ΕΠΗΡΕΑΣΑΝ ΤΙΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΑΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (π.χ. ΕΠΙΣΚΕΥΕΙΣ ΣΕ ΦΙΛΟΥΣ, ΣΥΓΓΕΝΕΙΣ κτλ.) Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΣΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Η΄ ΚΑΠΟΙΑ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ;

1. Συνεχώς
2. Το μεγαλύτερο διάστημα
3. Μερικές φορές
4. Σπάνια
5. Καθόλου

ΜΕΡΟΣ Γ΄ - ΑΥΤΟ-ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Παρακαλώ διαβάστε τις εναλλακτικές απαντήσεις της κάθε ερώτησης και σημειώστε με ένα σταυρό (X) την απάντηση που αντιπροσωπεύει καλύτερα την **παρούσα κατάσταση της υγείας σας**. Παρακαλώ δώστε μια απάντηση σε κάθε ερώτηση.

Ποια από τις παρακάτω προτάσεις περιγράφει καλύτερα την κατάσταση της υγείας σας σήμερα; ΔΙΑΒΑΣΕ - ΜΙΑ ΑΠΑΝΤΗΣΗ ΣΕ ΚΑΘΕ ΤΟΜΕΑ	
1	Κινητικότητα 1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα ☐ 2. Έχω κάποια προβλήματα στο περπάτημα ☐ 3. Είμαι κατάκοιτος στο κρεβάτι ☐
2	Αυτοεξυπηρέτηση 1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή μου ☐ 2. Έχω κάποια προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι ☐ 3. Είμαι ανίκανος να πλυθώ ή να ντυθώ μόνος/η μου ☐
3	Καθημερινές Δραστηριότητες (π.χ. εργασία, σπουδές, οικιακές δουλειές, οικογενειακές ή κοινωνικές ασχολίες) 1. Δεν έχω κανένα πρόβλημα να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου ☐ 2. Έχω κάποια προβλήματα να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου ☐ 3. Είμαι ανίκανος στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου ☐

4	Πόνος / Δυσφορία 1. Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο ή δυσφορία ☐ 2. Αισθάνομαι μέτριο πόνο ή δυσφορία ☐ 3. Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο ή δυσφορία ☐
5	Άγχος / Κατάθλιψη 1. Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη ☐ 2. Αισθάνομαι μέτριο άγχος ή κατάθλιψη ☐ 3. Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη ☐
6	Συγκριτικά με την κατάσταση της υγείας μου τους τελευταίους 12 μήνες, η σημερινή μου κατάσταση είναι: 1. Καλύτερη ☐ 2. Παραμένει ίδια ☐ 3. Χειρότερη ☐
7	Για να σας βοηθήσουμε να εκφράσετε πόσο καλή ή άσχημη είναι η κατάσταση της υγείας σας, τοποθετήσαμε μία κλίμακα (που μοιάζει με θερμόμετρο), στην οποία η καλύτερη κατάσταση που μπορείτε να φανταστείτε βρίσκεται στο 100 και η χειρότερη που μπορείτε να φανταστείτε βρίσκεται στο 0. Θα θέλαμε να σημειώσετε στην κλίμακα πόσο καλή ή άσχημη είναι η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σύμφωνα με την δική σας εκτίμηση, με μια γραμμή προς εκείνο το σημείο της κλίμακας που προσδιορίζει τη σημερινή κατάσταση της υγείας σας. 

Χρυσούλα-Ευαγγελία Γαβριήλ, «Η επίδραση του κοινωνικού κεφαλαίου στην υγεία και την ποιότητα ζωής των μονίμων κατοίκων της Αμοργού»

ΜΕΡΟΣ Δ' –ΑΤΟΜΙΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Ακολουθούν 36 ερωτήσεις που αφορούν στην ποσοτική αποτύπωση του ατομικού κοινωνικού κεφαλαίου. Κάθε ερώτηση ακολουθείται από μια κλίμακα με τέσσερις διαβαθμίσεις. Παρακαλώ βάλτε ένα σταυρό στο τετραγωνάκι που αντιστοιχεί καλύτερα σε αυτό που ισχύει για εσάς (σε κάθε ερώτηση μπορεί να δοθεί μια μόνο απάντηση).

	1	2	3	4
1. Αισθάνεστε καταξιωμένος/η στην κοινωνία;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
2. Αν η ζωή σας τελειώνει αύριο, θα ήσασταν ευχαριστημένοι με τη ζωή που ζήσατε;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
3. Έχετε μαζέψει ποτέ σκουπιδιάκια άλλων σε κάποιο δημόσιο χώρο;	☐ Ποτέ	☐ Μερικές φορές	☐ Συχνά	☐ Πολύ συχνά
4. Μερικοί υποστηρίζουν ότι βοηθώντας τους άλλους τελικά βοηθάς τον εαυτό σου. Συμφωνείτε με αυτήν την άποψη;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
5. Προσφέρετε εθελοντική εργασία σε κάποιο τοπικό σύλλογο, ομάδα ή οργάνωση;	☐ Όχι, ποτέ	☐ Σπάνια	☐ ¹ φορά/μήνα	☐ ¹ φορά/εβδομ.
6. Νιώθετε ασφαλής να περπατάτε στην γειτονιά σας όταν νυχτώσει;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
7. Συμφωνείτε με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
8. Εάν χαλάσει κάποιο αυτοκίνητο έξω από το σπίτι σας, θα προσκαλούσατε τον/την οδηγό μέσα στο σπίτι για να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο;	☐ Όχι, αποκλείεται	☐ Μάλλον όχι	☐ Μάλλον ναι	☐ Οπωσδήποτε
9. Έχετε βοήθεια από τους φίλους σας όταν την χρειάζεστε;	☐ Όχι	☐ Μάλλον όχι	☐ Μάλλον ναι	☐ Οπωσδήποτε
10. Θεωρείται η περιοχή που μένετε ασφαλής;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
11. Αν προσέχατε κάποιο παιδάκι και χρειαζόταν να βγείτε έξω για λίγο, θα ζητούσατε από κάποιον γείτονα να το κρατήσει;	☐ Όχι, αποκλείεται	☐ Μάλλον όχι	☐ Μάλλον ναι	☐ Οπωσδήποτε
12. Επισκεφτήκατε κάποιον γείτονα την τελευταία εβδομάδα;	☐ Ούτε μία φορά	☐ 1-2 φορές	☐ 3-4 φορές	☐ Αρκετά συχνά

13. Έχετε πάει σε κάποια εκδήλωση στην περιοχή που μένετε τους τελευταίους 6 μήνες; (πχ. εκκλησιαστική πανήγυρη, σχολική εορτή, έκθεση χειροτεχνίας κάποιας ομάδας)	☐ Ούτε μία φορά	☐ 1 φορά	☐ 2 φορές	☐ 3 φορές
14. Συμμετέχετε ενεργά σε κάποιο τοπικό σύλλογο; (αθλητικό, κοινωνικό, πολιτιστικό, πολιτικό)	☐ Καθόλου	☐ Σπάνια	☐ Μερικές φορές	☐ Πολύ ενεργά
15. Νιώθετε ότι εκεί που ζείτε είναι «σαν το σπίτι σας;»	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
16. Πόσες φορές μιλήσατε με φίλους στο τηλέφωνο την τελευταία εβδομάδα;	☐ Καμία	☐ 1-3 φορές	☐ 4-5 φορές	☐ >6 φορές
17. Με πόσα άτομα μιλήσατε εχθές;	☐ Κανένα	☐ 1-5 άτομα	☐ 6-10 άτομα	☐ >10 άτομα
18. Συνηθίζετε να τρώτε τα Σαββατοκύριακα με φίλους κάπου εκτός σπιτιού;	☐ Όχι πολύ συχνά	☐ Μερικές φορές	☐ Πολύ συχνά	☐ Σχεδόν πάντα
19. Επισκέπτεστε μέλη της οικογένειάς σας που μένουν σε άλλη περιοχή από αυτή που μένετε εσείς;	☐ Όχι πολύ συχνά	☐ Μερικές φορές	☐ Αρκετά συχνά	☐ Πολύ συχνά
20. Όταν πηγαίνετε για ψώνια στην περιοχή σας συνήθως συναντάτε γνωστούς και φίλους;	☐ Όχι πολύ συχνά	☐ Μερικές φορές	☐ Πολύ συχνά	☐ Σχεδόν πάντα
21. Εάν χρειαστεί να πάρετε μια πολύ σημαντική απόφαση για τη ζωή σας, ξέρετε πού να βρείτε τις απαραίτητες πληροφορίες;	☐ Όχι, δεν ξέρω	☐ Μάλλον όχι	☐ Μάλλον ναι	☐ Ξέρω σίγουρα
22. Τους τελευταίους έξι μήνες έτυχε να βοηθήσετε κάποιον γείτονά σας που αρρώστησε;	☐ Ούτε μία φορά	☐ 1-2 φορές	☐ 3-4 φορές	☐ >5 φορές
23. Ανήκετε στο διοικητικό συμβούλιο κάποιου συλλόγου, ομάδας ή οργάνωσης της περιοχής σας;	☐ Όχι σε κανένα	☐ Σε ένα (1)	☐ Σε δύο (2)	☐ Πάνω από 3
24. Τα τελευταία 3 χρόνια, συνεργαστήκατε με άλλα άτομα για να αντιμετωπίσετε μια έκτακτη ανάγκη στην περιοχή σας; (βαρχειμωνιά, φωτιά, πλημμύρα, σεισμός)	☐ Ούτε μία φορά	☐ 1-2 φορές	☐ 3-4 φορές	☐ Τουλάχιστον 5 φορές
25. Τα τελευταία 3 χρόνια πήρατε μέρος σε κάποια δραστηριότητα που γίνεται στην περιοχή σας; (δενδροφύτευση, καθαρισμός παραλιών, προστασία δάσους κλπ)	☐ Όχι, ποτέ	☐ Σπάνια	☐ Μερικές φορές	☐ Ναι, συχνά

26. Έχετε πάρει την πρωτοβουλία να οργανώσετε κάποιο καινούριο σύλλογο στην περιοχή σας; (εθελοντικής αιμοδοσίας, κατηχητικό, σύλλογο για ηλικιωμένους κλπ)	☐ Όχι, ποτέ	☐ 1 φορά	☐ 2 φορές	☐ Τουλάχιστον 3 φορές
27. Εάν διαφωνείτε σε κάτι με το οποίο όλοι οι υπόλοιποι έχουν συμφωνήσει, νιώθετε άνετα να εκφράσετε την διαφωνία σας;	☐ Όχι, αποκλείεται	☐ Μάλλον όχι	☐ Μάλλον ναι	☐ Οποσδήποτε
28. Αν έχετε διαφορές με τους γείτονές σας (πχ για το όριο των οικοπέδων ή για τα κατοικίδια τους) είστε πρόθυμος να προσπαθήσετε να τα βρείτε;	☐ Δεν υπάρχει περίπτωση	☐ Μάλλον όχι	☐ Μάλλον ναι	☐ Ναι οποσδήποτε
29. Πιστεύετε ότι το να ζουν στην περιοχή σας άτομα από διαφορετικά μέρη κάνει την ζωή σας καλύτερη;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
30. Σας αρέσει να ζείτε μεταξύ ατόμων με διαφορετικό τρόπο ζωής από τον δικό σας;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
31. Εάν κάποιοι άγνωστοι, κάποιοι με διαφορετικές συνήθειες, μετακομίσουν στη γειτονιά σας, θα γίνουν αποδεκτοί από τους γείτονες;	☐ Όχι, αποκλείεται	☐ Μάλλον όχι	☐ Μάλλον ναι	☐ Οποσδήποτε
32. Νιώθετε ότι είστε μέλος της κοινότητας στην περιοχή που εργάζεστε;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
33. Είναι οι συνάδελφοί σας φίλοι σας;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
34. Νιώθετε ότι είστε μέλος μιας ομάδας στη δουλειά σας;	☐ Καθόλου	☐ Λίγο	☐ Πολύ	☐ Πάρα Πολύ
35. Στη δουλειά σας, αναλαμβάνετε την πρωτοβουλία να κάνετε κάτι που χρειάζεται να γίνει ακόμα κι αν δεν σας το έχει ζητήσει κανείς;	☐ Ποτέ	☐ Σχεδόν ποτέ	☐ Αρκετά συχνά	☐ Πολύ συχνά
36. Κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας, βοηθήσατε κάποιο συνάδελφο στη δουλειά του, ενώ δεν ήταν δική σας ευθύνη ή υποχρέωση;	☐ Ούτε μία φορά	☐ 1-2 φορές	☐ 3-4 φορές	☐ Τουλάχιστον 5 φορές

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ !!!

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

“Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.”