

# The Greek Review of Social Research

Vol 137 (2012)

137-138, A-B



## The impact of social networks in health

Νίκος Φακιολάς

doi: [10.12681/grsr.25](https://doi.org/10.12681/grsr.25)

Copyright © 2012, Νίκος Φακιολάς



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

### To cite this article:

Φακιολάς Ν. (2012). The impact of social networks in health. *The Greek Review of Social Research*, 137, 201–232. <https://doi.org/10.12681/grsr.25>

Νίκος Φακιολάς\*

---

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΙΚΤΥΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

---

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στο άρθρο αυτό, τμήμα της έρευνας του ΕΚΚΕ «Γήρανση και Κοινωνία», εξετάζεται η συμβολή του κοινωνικού κεφαλαίου και των κοινωνικών δικτύων στην εκτίμηση από το άτομο του επιπέδου της ατομικής του υγείας, στην υγεία και στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Έχει διαμορφωθεί ένας δείκτης κοινωνικής δικτύωσης που στηρίζεται στα κριτήρια της οικογενειακής κατάστασης των ερωτώμενων, στην παρουσία των παιδιών τους και στη συχνότητα των επαφών γονέων-παιδιών, της εργασιακής τους κατάστασης, καθώς και της εμφάνισης αιφνίδιων προβλημάτων υγείας και οικονομικών δυσκολιών τους και υποδηλώνει τις προοπτικές αντιμετώπισης των προβλημάτων υγείας με βάση τις θετικές επιδόσεις τους στο συγκεκριμένο δείκτη.

Λέξεις κλειδιά: κοινωνικά δίκτυα, υγεία, υπηρεσίες υγείας, αυτοεκτίμηση υγείας, δείκτης κοινωνικής δικτύωσης

### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με βάση διεπιστημονικές και ολιστικές προσεγγίσεις, παράλληλα με τους βιολογικούς παράγοντες, σημαντική επίδραση στην εξέλιξη της υγείας του γενικού πληθυσμού έχουν οι κοινωνικοοικονομικοί, ψυχολογικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Οι επιδράσεις του κοινωνικού κεφαλαίου και ειδικά των κοινωνικών δικτύων στην κατάσταση υγείας, στη ζήτηση ή στη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και στην ποιότητα ζωής του πληθυσμού έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον της διεθνούς ερευνητικής κοινότητας (Hawe and Shiell,

---

Δρ Κοινωνιολογίας, Διευθυντής Ερευνών Ινστιτούτου Κοινωνικής Πολιτικής ΕΚΚΕ.

2000). Τα κοινωνικά δίκτυα έχουν, επίσης, συνδεθεί με την επάρκεια υποστήριξης των πολιτών και την επαρκή φροντίδα των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων.

Σύμφωνα με έναν περιεκτικό ορισμό, υποδομές (ιδιότητες, γνωστικές δεξιότητες, δομές άτυπων ή τυπικών κοινωνικών δικτύων) και κοινωνικές δράσεις βοήθειας, αποδοχής, αλληλεγγύης ή ελέγχου συνιστούν το απόθεμα του κοινωνικού κεφαλαίου (Ziersch, 2005).

Θα εξεταστεί εδώ η σημασία των παραγόντων που συνδέονται με το κοινωνικό κεφάλαιο και με τα υποστηρικτικά κοινωνικά δίκτυα για την αυτοεκτίμηση και εξέλιξη της υγείας των πολιτών. Η αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας, όταν προσεγγίζεται με κατάλληλη μεθοδολογία, είναι ένας σημαντικός και αρκετά αξιόπιστος δείκτης που επιτρέπει την ανάλυση όσων παραμέτρων διαμορφώνουν διαχρονικά και την πραγματική κατάσταση υγείας (Gilmore, 2002). Για τη σύνδεση των θεμάτων υγείας ή κοινωνικής φροντίδας και χρήσης υπηρεσιών υγείας είναι σκόπιμο να αναφερθούν οι βασικές αρχές της θεωρίας του κοινωνικού κεφαλαίου και τα κύρια χαρακτηριστικά των κοινωνικών δικτύων.

Το κείμενο αυτό αποτελεί ειδικό τμήμα της έρευνας «Γήρανση και Κοινωνία με έμφαση στα νοσήματα του κυκλοφορικού και τις ψυχικές διαταραχές» με υπεύθυνη τη Δ/τρια Ερευνών του ΕΚΚΕ, δημογράφο Χάρης Συμεωνίδου, που μαζί με τον καθηγητή-στατιστικό του Οικονομικού Πανεπιστημίου, Γιάννη Χαλικιά και τον οικονομολόγο της υγείας Ηλία Σιάτη, είχαν ιδιαίτερα σημαντική συμβολή στη δημιουργία του Δείκτη Κοινωνικής Δικτύωσης και την ανάλυση των συνολικών δεδομένων της έρευνας για την εξαγωγή συμπερασμάτων.

## 2. ΤΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Σύμφωνα με μια περιεκτική διατύπωση, το κοινωνικό κεφάλαιο περιλαμβάνει όλες τις υπάρχουσες ή δυνητικές πηγές αγαθών και υπηρεσιών που πραγματικά προσφέρονται και ενσωματώνονται μέσα σε κοινωνικά δίκτυα ή κοινωνικές ομάδες προς όφελος των μελών τους (Carpiano, 2005).

Η δυναμική του συσσωρευμένου κοινωνικού κεφαλαίου μέσα από τα κοινωνικά δίκτυα των ατόμων έχει τονιστεί ιδιαίτερα στις σχετικές θεωρίες των Coleman (1990), Fukayama (1995), Putman (1993) και Bourdieu (1986).

Ο Coleman ορίζει το κοινωνικό κεφάλαιο ως ένα σύνολο από κανόνες και προσδοκίες, που ενισχύουν την οικονομική δραστηριότητα των ατόμων. Οι κοινωνικές ομάδες που έχουν συσσωρεύσει κοινωνικό κεφάλαιο έχουν τη δυνατότητα να εξασφαλίσουν οικονομικά και διάφορα άλλα οφέλη.

Ο Fukayama δίνει έμφαση στην ύπαρξη διάχυτης εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών ενός κοινωνικού συνόλου για να ευημερήσει.

Ο Putman συνδέει το κοινωνικό κεφάλαιο τόσο με τις αξίες και τα κοινωνικά δίκτυα που διευκολύνουν τη συνεργασία μεταξύ των πολιτών και των θεσμικών φορέων όσο και με τις προϋποθέσεις ανάπτυξης των δικτύων. Δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στη συνοχή των κοινωνικών δικτύων και την αλληλεγγύη των μελών τους.

Η συσσώρευση κοινωνικού κεφαλαίου έχει συλλογική και ατομική διάσταση. Η οικονομική, κοινωνική και γενικότερα η πολιτισμική ευημερία ενισχύει το κοινωνικό κεφάλαιο σε συλλογικό επίπεδο, ενώ τα θετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα προσωπικά κοινωνικά δίκτυα που διαθέτει ένα άτομο επαυξάνουν τις δυνατότητες και τα επιτεύγματά του σε πολλούς τομείς, ενώ, παράλληλα, συνοδεύονται από θετικότερη αυτοεκτίμηση της προσωπικής του υγείας.

Η κοινοτική διάσταση του κοινωνικού κεφαλαίου, όμως, πρέπει να υπολογίζεται αυτόνομα και να διαχωρίζεται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ατόμων (Kimberly and Lochner, 1999). Εκτιμάται ότι όσο περισσότερο κοινωνικό κεφάλαιο διαθέτει μια κοινότητα τόσο ευημερεί αλλά και πιο ουσιαστικά λειτουργεί. Μια εκτίμηση της φύσης και της έντασης του κοινωνικού κεφαλαίου στην Ελλάδα επιχειρείται από την Α. Λυμπεράκη και τον Χρ. Παρασκευόπουλο (2002) με βάση την εξειδικευμένη ερευνητική προσέγγιση Panteion Paremvassi Survey (VOLMED - Hellas Project 1997) που περιέχει εκτεταμένη ελληνόγλωσση και ξενόγλωσση βιβλιογραφία.

Ο Bourdieu αναφέρεται κυρίως στα αγαθά και τις υπηρεσίες που μπορούν τα δίκτυα να προσφέρουν πραγματικά στα μέλη τους (Carpiano, 2005). Κατά τον Bourdieu (1986), το μέρος του κοινωνικού κεφαλαίου που διαθέτει ένα άτομο εξαρτάται από την έκταση των διασυνδέσεων που μπορεί σίγουρα να ενεργοποιήσει, καθώς και από το μέγεθος και το είδος του κοινωνικού κεφαλαίου που διαθέτουν τα άτομα του περιβάλλοντός του. Τα μέλη μιας κοινότητας μπορεί να γνωρίζονται μεταξύ τους, να ξέρουν τις αμοιβαίες αδυναμίες τους, να εμπιστεύονται το ένα το άλλο και να έχουν κοινές αξί-

ες, αλλά δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι θα αναλάβουν πρωτοβουλίες για να στηρίξουν όσους έχουν ανάγκη. Εξαιρετική σημασία έχει ο ορισμός και η χρήση κριτηρίων ποιότητας των κοινωνικών δικτύων, που καθορίζουν και το βαθμό χρησιμότητάς τους για το άτομο και την κοινότητα. Ο Bourdieu (1984), πάντως, προχωρά στη σύνδεση του κοινωνικού κεφαλαίου με τις ταξικές ανισότητες των καπιταλιστικών κοινωνιών. Θεωρεί ότι το κοινωνικό κεφάλαιο είναι πλεονέκτημα της αστικής τάξης, καθώς τα μέλη της κληροδοτούν στους απογόνους τους πλούτη και κοινωνικές διασυνδέσεις, που τους επιτρέπουν να ευημερούν και να μεταπλάθουν το κοινωνικό κεφάλαιο και σε αυξημένο οικονομικό κεφάλαιο. Με αυτό τον τρόπο αναπαράγονται διαδοχικά οι σχέσεις ταξικής κυριαρχίας.

### 3. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η συμβολή του συσσωρευμένου κοινωνικού κεφαλαίου στη θετική αυτοεκτίμηση της υγείας και στη διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας έχει διαπιστωθεί διαχρονικά.

Στο βιβλίο *Οι συνδεδεμένοι* οι N. Christakis and J. Fowler (2010) παρουσιάζουν συνταρακτικά στοιχεία σχετικά με τα κοινωνικά δίκτυα, τι κάνουν και τι σκέφτονται οι άλλοι γύρω μας, που επηρεάζουν, μαζί με τους άλλους παράγοντες, την υγεία και κάθε πλευρά της ζωής μας.

Το κοινωνικό κεφάλαιο στο χώρο της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας έχει ουσιαστικό περιεχόμενο και έκφραση με την ανάλογη συγκρότηση και λειτουργία εξειδικευμένων κοινωνικών δικτύων, όπου ανήκουν ή προσεγγίζουν τα άτομα είτε ως δότες είτε ως ωφελούμενοι (Kritsotakis and Gamarnikow, 2004). Ιδιαίτερη σημασία έχει η αποτύπωση του είδους και της εμβέλειας των κοινωνικών δικτύων που προσφέρουν κοινωνική υποστήριξη στα άτομα, με στόχο να αποφύγουν ή να περιορίσουν τα προβλήματα υγείας στην καθημερινή ζωή τους (Carpiano, 2005· Lindstrom, 2004).

Πολυμεταβλητές αναλύσεις που επιχειρήθηκαν έδειξαν ότι το κοινωνικό κεφάλαιο έχει άμεση επίδραση στην υγεία και την ενδυναμώνει πολύ περισσότερο από το προσωπικό κεφάλαιο που διαθέτει κάθε άτομο (Ziersch, 2005· Wan, 2003· Rose, 2000). Επιπλέον, η συχνή επαφή με συγγενείς, φίλους, συναδέλφους ή μέλη συλλόγων φαίνεται να θωρακίζει καλύτερα την υγεία (Ostergren, 1991).

Ο Bourdieu (1984) διερεύνησε διεξοδικά τις επιδράσεις των κοινωνικών δικτύων στην υποστήριξη των ατόμων, στην εξυπηρέτηση των αναγκών υγείας τους και στην εύρυθμη λειτουργία του συστήματος υπηρεσιών υγείας. Άτομα που ανήκουν σε καλά οργανωμένα κοινωνικά δίκτυα είναι καλύτερα προετοιμασμένα να αντιμετωπίσουν επώδυνες καταστάσεις (Berkman, 1986· Cassel, 1976). Συναφείς έρευνες έχουν δείξει τη σημαντική επίδραση των σταθερών κοινωνικών δικτύων στην καλή κατάσταση της υγείας ολόκληρων πληθυσμών (Gilmore et al., 2002· Per Carlson, 1998).

Σύγχρονες θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις αποδεικνύουν, επιπλέον, ότι οι αποφάσεις των χρηστών υπηρεσιών υγείας επηρεάζονται συχνά από την ύπαρξη και τη σύσταση κοινωνικών δικτύων (Deri, 2005· Wan 2003).

Το διαθέσιμο κοινωνικό κεφάλαιο δεν είναι ομοιογενές, δεν κατανέμεται ισόποσα, ούτε έχει κάθε φορά τις ίδιες επιπτώσεις στα άτομα ή τις κοινωνικές ομάδες. Για παράδειγμα, στις δυτικές χώρες η προσκόλληση στην οικογένεια και τους φίλους συνδέεται με καλύτερη αυτοεκτίμηση της υγείας (Per Carlson, 2005· Jacobson 2000), όπως έδειξε έρευνα σε 25 ανατολικές και δυτικές χώρες. Επίσης, οι γυναίκες συνήθως δέχονται και δίνουν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη σε σύγκριση με τους άντρες (Ziersch, 2005). Οι ίδιες μπορούν να ενεργοποιήσουν ευκολότερα τα κοινωνικά δίκτυα (Fuhner et al., 2002). Από ειδική έρευνα στην Αγγλία φαίνεται ότι οι γυναίκες, αντίθετα από τους άνδρες, συγκεντρώνουν περισσότερα άτομα στα κοινωνικά τους δίκτυα, από τα οποία δέχονται και στα οποία προσφέρουν συναισθηματική, κυρίως, κάλυψη. Έχει υποστηριχθεί, όμως, ότι τα δίκτυα αυτά δεν είναι τόσο αποτελεσματικά, σε σχέση με τα ανάλογα των ανδρών (Lin, 2000). Οι άνδρες δέχονται κυρίως πρακτική βοήθεια από ευρύτερα δίκτυα σε σχέση με τις γυναίκες, που δέχονται πιο ποιοτική βοήθεια από κοντινά τους πρόσωπα (Fuhner and Stansfeld, 2002).

Παράλληλα, οι διαφοροποιήσεις στην εμβέλεια του κοινωνικού κεφαλαίου έχουν συνδυαστεί με τις εισοδηματικές ανισότητες των ατόμων (Wilkinson, 1999), με το κοινωνικο-οικονομικό στρώμα (Ziersch, 2005), την εκπαίδευση (Per Carlson, 2005), με την πραγματική κατάσταση της υγείας (Poortinga, 2006) και την οικογενειακή τους κατάσταση (Bolin, 2004).

Η ένταξη ενός ατόμου σε χαμηλότερη κοινωνική θέση φαίνεται να συνδέεται με τάση για χαμηλότερη αυτοεκτίμηση της υγείας του,

αν και μερικοί υποστηρίζουν ότι η χειροτέρευση της υγείας οδηγεί σε υποβάθμιση της κοινωνικής του υπόστασης (Gilmore et al., 2002).

Διαφοροποιήσεις παρατηρούνται και ανάλογα με το βιοτικό επίπεδο των διαφόρων κοινωνικών ομάδων, καθώς οι θετικές κοινωνικές και ψυχοσυναισθηματικές επιδράσεις που συνδέονται με τη λειτουργία των κοινωνικών δικτύων δεν είναι επαρκείς για να εξομαλύνουν τις επιπτώσεις της φτώχειας στην υγεία και την ευημερία των πολιτών (Poortinga, 2006· Grundy et al., 2003· Cattell, 2001· Subramanian et al., 2001). Το ύψος του κατά κεφαλή εισοδήματος και το ποσοστό των δημόσιων δαπανών για την υγεία φαίνεται να έχουν σημαντική επίδραση στην υγεία (Kenelly et al. 2003).

Έρευνα σε χώρες της ΕΕ έδειξε ότι τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό και οικονομικό επίπεδο δήλωσαν γενικά καλή ή πολύ καλή υγεία (Poortinga, 2006). Ανάλογη έρευνα στην Αυστραλία δείχνει ότι τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υγεία είναι καλύτερη στα ευπορότερα κοινωνικά στρώματα (Ziersch, 2005).

Η ηλικία αποτελεί άλλη μια αιτία διαφοροποίησης. Το κοινωνικό κεφάλαιο μειώνεται στα άτομα με προχωρημένη ηλικία (Bolin et al., 2003· Veenstra, 2002), που ακριβώς χρειάζονται περισσότερη βοήθεια για την υγεία από πρόσωπα του περιβάλλοντός τους ή από διάφορους κοινωνικούς φορείς.

Η απασχόληση αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα διαφοροποίησης της εμβέλειας των κοινωνικών δικτύων σε σχέση με τη σωματική και ψυχική υγεία. Σε έρευνες βρέθηκε ότι όσοι εργάζονταν είχαν κατά κανόνα καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία (Poortinga, 2006· Per Carlson, 2005· Ziersch, 2005· G.Veenstra, 2000). Σε αντίστοιχη έρευνα αποδείχθηκε ότι η ανεργία συνδέεται με χαμηλότερο επίπεδο αυτοαναφερόμενης υγείας (Gilmore et al., 2002).

Ορισμένες μελέτες, όμως, συνδέουν την κατάσταση και τη φροντίδα υγείας περισσότερο με το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και λιγότερο με την εμπλοκή των ατόμων σε διαθέσιμα κοινωνικά δίκτυα. Για παράδειγμα, εξειδικευμένη διαχρονική έρευνα σε 19 χώρες του ΟΟΣΑ δεν έδειξε θετική σχέση μεταξύ επιπέδου υγείας του πληθυσμού και του κοινωνικού κεφαλαίου, ενώ ο V. Navarro (2001) συμπέρανε ότι η εφαρμογή πολιτικών δικαιότερης αναδιανομής του εισοδήματος και πλήρους απασχόλησης είναι περισσότερο αποτελεσματικές από τα κοινωνικά δίκτυα για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Επίσης, σε έρευνα του ΕΚΚΕ διαπιστώθηκε ότι οι ανισότητες στην υγεία και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας

είναι συνάρτηση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου του πληθυσμού και εκδηλώνονται πάντα σε βάρος των φτωχών (Χρυσάκης κ.ά., 2003).

Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι επιδράσεις των κοινωνικών δικτύων στο επίπεδο τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας μπορεί να είναι σημαντικές, αλλά είναι κυρίως έμμεσες (Cohen and Syme, 1985). Από ορισμένους ερευνητές αμφισβητείται η βαρύτητα τέτοιων παραγόντων (Ziersch, 2005· Mohan 2005).

Στην Ελλάδα η οικογένεια διατηρεί ακόμη τη συνοχή της και συχνά λειτουργεί ως εκτεταμένη με σχέσεις αλληλεγγύης και κοινωνικό-ψυχολογικής στήριξης των μελών της. Όπως επισημαίνεται, στους τομείς της υγείας, της φροντίδας των ηλικιωμένων, της εκπαίδευσης, της κατοικίας, της φύλαξης των παιδιών η οικογένεια υποκαθιστά το κράτος με έντονες, βέβαια, πρόσθετες επιβαρύνσεις, ιδίως για τη γυναίκα (Symeonidou, 1996). Όπως διαπιστώνεται σε άλλη μελέτη, η ύπαρξη άτυπων δικτύων στήριξης στο πλαίσιο της ελληνικής οικογένειας είχε ως αποτέλεσμα να διαμένει σε δομές κλειστής φροντίδας ποσοστό κάτω από 1% των ηλικιωμένων, ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες το αντίστοιχο ποσοστό είναι δεκαπλάσιο (Παπαλιού και Φαγαδάκη, 2001). Έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα που ζουν απομονωμένα, χωρίς κοινωνική υποστήριξη, όπως οι διαζευγμένοι/χήροι, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, ενώ καλύτερα προστατεύονται τα άτομα που έχουν κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, φίλους ή από συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες (House, 1988· Πίτσαβος κ.ά., 2004). Με βάση όλα τα παραπάνω οι υποθέσεις αυτής της μελέτης διαμορφώνονται ως εξής:

- α) Τα κοινωνικά δίκτυα ευνοούν το επίπεδο υγείας πληθυσμιακών ομάδων και ατόμων καθώς και την αυτοεκτίμησή τους για την ατομική τους υγεία. Η επίδραση δε αυτή είναι τόσο υψηλότερη, όσο υψηλότερος και ο βαθμός κοινωνικής δικτύωσης
- β) Η κοινωνική δικτύωση των ατόμων διαφοροποιείται συνήθως ανάλογα με την κοινωνική και οικονομική τους θέση, με ορισμένους δημογραφικούς παράγοντες (οικογενειακή κατάσταση, μέγεθος του νοικοκυριού, παρουσία παιδιών), με τις επαφές με τα παιδιά και την εργασιακή κατάσταση των ατόμων.



#### 4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η σύσταση των κοινωνικών δικτύων στην έρευνα προσδιορίστηκε με βάση τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου (ΕΚΚΕ), όσον αφορά στα κριτήρια της οικογενειακής κατάστασης των ερωτώμενων, στην παρουσία των παιδιών τους και στη συχνότητα των επαφών γονέων- παιδιών, της εργασιακής τους κατάστασης, καθώς και της εμφάνισης αιφνίδιων προβλημάτων υγείας και οικονομικών δυσκολιών τους.

Για τις ανάγκες της έρευνας κατασκευάστηκε ένας **Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης (ΔΚΔ)**, που περιλαμβάνει την κατάσταση κάθε ερωτώμενου σε σχέση με τις ανωτέρω μεταβλητές. Στον πίνακα 1 οι μεταβλητές αυτές συγκροτούν το δείκτη και παίρνουν τιμές από το 0 (που αντιπροσωπεύει τη χειρότερη δυνατή κατάσταση κοινωνικής δικτύωσης), μέχρι το 1 (που αντιπροσωπεύει την καλύτερη δυνατή κατάσταση κοινωνικής δικτύωσης).

Στη συνέχεια ο συνολικός δείκτης ΔΚΔ διασταυρώνεται με το φύλο, την ηλικία, τη γενικότερη οικογενειακή κατάσταση, τη σχέση εργασίας, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την κοινωνικοοικονομική τάξη, το εισόδημα, την αυτοαξιολόγηση του οικονομικού επιπέδου, την αυτοεκτίμηση της υγείας, τη νοσηρότητα, τις ψυχικές διαταραχές και την πιθανή πηγή υποστήριξης για έκτακτη βοήθεια σε οικονομικά προβλήματα και σε προβλήματα ασθένειας.

Τα πορίσματα της έρευνας σε αυτό τον τομέα συγκρίνονται τελικά με τα αποτελέσματα συναφών διεθνών ερευνών.

#### 5. ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

##### 5.1. Δημογραφικά δεδομένα έρευνας

Τα γενικά δεδομένα της έρευνας προέρχονται από ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν με προσωπικές επιτόπιες συνεντεύξεις σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 2.500 ανδρών και γυναικών ηλικίας 40-85 ετών στην ευρύτερη περιοχή Αττικής.

Σύμφωνα με αυτά, η πλειονότητα των ερωτώμενων του δείγματος είναι έγγαμοι (72,7%), ενώ ποσοστό 13% είναι χήροι, ποσοστό 7,3% δεν είχαν παντρευτεί ποτέ, ποσοστό 5,1% είναι χωρισμένοι και ποσοστό 2% συμβιώνουν ή βρίσκονται σε διάσταση.

Η πλειονότητα των ερωτώμενων της έρευνας ζουν μαζί άλλα άτομα, ποσοστό 31% ζουν σε νοικοκυριό με 2 ακόμη μέλη, 24% σε

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

<b>Κοινωνικά χαρακτηριστικά ή ιδιότητες πληθυσμιακών ομάδων</b>	<b>Τιμή μεταβλητής</b>
<b><i>Οικογενειακή κατάσταση</i></b>	
Έγγαμοι	1
Διαζευγμένοι, χήροι, άγαμοι	0
<b><i>Σύνθεση νοικοκυριού</i></b>	
Μονομελή νοικοκυριά	0
Μέλη μονογονεϊκών νοικοκυριών	0.5
Μέλη νοικοκυριών με ευρύτερη σύνθεση	1
<b><i>Ύπαρξη παιδιών</i></b>	
Ύπαρξη ενηλίκων παιδιών (άνω των 18 ετών) εντός ή εκτός νοικοκυριού	1
Ύπαρξη ανηλίκων παιδιών εντός ή εκτός νοικοκυριού	0.5
Απουσία παιδιών	0
<b><i>Κατοικία παιδιών</i></b>	
Κατοικία παιδιών στο ίδιο κτίριο με τους γονείς ή στην ίδια γειτονιά	1
Κατοικία παιδιών εκτός νοικοκυριού στην Αθήνα	0,5
Κατοικία παιδιών εκτός νοικοκυριού οπουδήποτε αλλού	0
<b><i>Συχνότητα συναντήσεων με παιδιά εκτός νοικοκυριού</i></b>	
Καθημερινές συναντήσεις γονέων και παιδιών	1
Μερικές (2-3 την εβδομάδα) γονέων και παιδιών μέσα	0.5
Αραιές συναντήσεις (λιγότερες από 2 την εβδομάδα)	0
<b><i>Εργασιακή κατάσταση</i></b>	
Επαγγελματικά ενεργοί και συνταξιούχοι απασχολούμενοι	1
Επαγγελματικά ανενεργοί, οικιακή απασχόληση	0
<b><i>Υποστήριξη για έκτακτο οικονομικό πρόβλημα</i></b>	
Προσδοκώμενη βοήθεια για έκτακτο οικονομικό πρόβλημα από τους/τις συντρόφους, από παιδιά ή συγγενείς	1
Προσδοκώμενη βοήθεια για έκτακτο οικονομικό πρόβλημα από φίλους ή δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς	0.5
Καμία βοήθεια για έκτακτο οικονομικό πρόβλημα	0
<b><i>Υποστήριξη για έκτακτο πρόβλημα υγείας</i></b>	
Προσδοκώμενη βοήθεια για έκτακτο πρόβλημα υγείας από τους/τις συντρόφους, από παιδιά ή συγγενείς	1
Προσδοκώμενη βοήθεια για έκτακτο πρόβλημα υγείας από φίλους ή δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς	0.5
Καμία βοήθεια για έκτακτο πρόβλημα υγείας	0

νοικοκυριό με 3 μέλη, 23% σε νοικοκυριό με 4 μέλη και ποσοστό 7,7% σε νοικοκυριό με 5 ή περισσότερα μέλη.

Παιδιά και γονείς που δεν ζουν στο ίδιο νοικοκυριό έχουν συχνή επικοινωνία σε ποσοστό 46,5% καθημερινά και το 22% συνήθως 2 με 3 φορές την εβδομάδα. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, εφόσον το 97,2% των παιδιών αυτών είναι 20 ετών και άνω και έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν τους γονείς τους. Επιπλέον, ένα υψηλό ποσοστό των παιδιών που δε μένουν στο ίδιο σπίτι με τους γονείς τους (23,4%), μένουν στο ίδιο οικοδομικό τετράγωνο ή ακόμη και στην ίδια πολυκατοικία σε διαφορετικό διαμέρισμα. Ποσοστό 7% ζουν στον ίδιο δρόμο, ενώ το 23,4% ζουν σε διαφορετικό δρόμο, αλλά στην ίδια γειτονιά. Φαίνεται ότι στην Ελλάδα λειτουργεί ακόμη ο θεσμός της εκτεταμένης οικογένειας, ως συμπλήρωμα της πυρηνικής μορφής, του ενός ζεύγους με παιδιά.

Ενδεικτικό της συμπαράστασης που μπορούν να περιμένουν οι ερωτώμενοι είναι ότι σε περίπτωση ενός ξαφνικού προβλήματος υγείας, ποσοστό 53,6% αναφέρει ότι θα βοηθήσει ο/η σύντροφός τους και το 28% τα παιδιά τους. Σε περίπτωση ενός ξαφνικού οικονομικού προβλήματος, το 30,5% των ερωτώμενων αναμένουν βοήθεια από τον/τη σύντροφό τους, το 26,4% από τα παιδιά τους και το 22,6% από κάποιον άλλο συγγενή. Ακόμα και στην περίπτωση ορισμένων ερωτώμενων (97 άτομα) που χρειάστηκαν το διάστημα της έρευνας βοήθεια για την προσωπική τους φροντίδα, φαίνεται ότι τη λαμβάνουν σε πολύ υψηλό ποσοστό από τον/τη σύντροφο ή/και τα παιδιά τους 64%, από άλλο συγγενή 10%, ή από φίλους 3% και μόνον ένα 13% από τις υπηρεσίες υγείας ή τις κοινωνικές υπηρεσίες.

Με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία, το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με την κοινωνική δικτύωση και την υγεία ενός πληθυσμού. Από την έρευνα προκύπτει ότι πολύ υψηλό ποσοστό των ερωτώμενων έχουν εκπαίδευση κατώτατης βαθμίδας, 12,6% έχουν ολοκληρώσει την πρώτη ή δεύτερη βαθμίδα μέσης εκπαίδευσης, 9,2% έχουν ανώτερη εκπαίδευση και 14% ανώτατη ή μεταπτυχιακή εκπαίδευση.

Η κοινωνική τάξη των ερωτώμενων, έχει συνδεθεί με την εμβέλεια των κοινωνικών δικτύων. Με βάση την κοινωνική κατάταξη του «ESOMAR» (1997), ενός μεθοδολογικού εργαλείου που συνδυάζει το επάγγελμα και το επίπεδο εκπαίδευσης και έχει χρησιμοποιηθεί σε συγκριτικές μελέτες, όπως για παράδειγμα στην έρευνα του Ευρωβαρόμετρου, η κατηγοριοποίηση οδηγεί σε 8 κοινωνικές κατηγορίες, που για πρακτικούς λόγους μπορούν να συνενωθούν σε 4 ως εξής:

AB (ασχολούμενοι με τη διοίκηση επιχειρήσεων και επαγγελματίες), όπου ανήκει ποσοστό 13% των ερωτώμενων του δείγματος, C1 (ανώτερης μόρφωσης μη χειρώνακτες και εξειδικευμένοι εργαζόμενοι) όπου ανήκει 9%, C2 (εξειδικευμένοι εργάτες και μη χειρώνακτες υπάλληλοι) όπου ανήκει το 19% και DE (ανειδίκευτοι χειρώνακτες και άλλοι λιγότερο μορφωμένοι εργάτες – υπάλληλοι) όπου ανήκει το 58% του πληθυσμού.

Αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση των ερωτώμενων της Αττικής, το 44,4% εργάζονταν κατά την εποχή της έρευνας, το 29,5% ήταν συνταξιούχοι, το 23% ασχολούνταν με τα οικιακά και μόνον το 2,1% ήταν άνεργοι.

Όσον αφορά δε το οικογενειακό τους εισόδημα, ήταν μάλλον χαμηλό. Το 24% των ερωτώμενων δήλωσε μηνιαίο καθαρό οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από 1.000 €, το 35% μεταξύ 1.000 € και 2.000 € και μόνο το 13,6% δήλωσαν εισόδημα υψηλότερο από 2.000 €. Οι ερωτώμενοι πολύ συχνά, σε ποσοστό 46,7%, χαρακτήριζαν το οικονομικό τους επίπεδο ως μέτριο, ενώ κακό ή πολύ κακό οικονομικό επίπεδο θεωρούσε ότι έχει ποσοστό 21,6% και καλό ή πολύ καλό ποσοστό 30,9%.

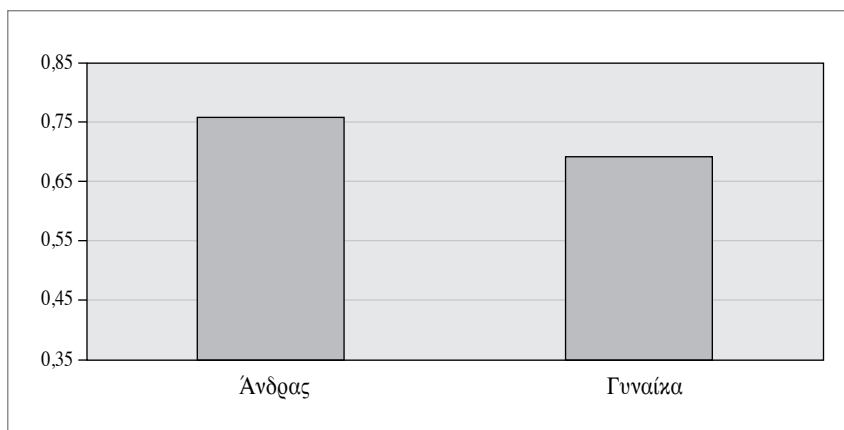
Τα κοινωνικά δίκτυα που προσδιορίζονται συχνά με βάση τα παραπάνω χαρακτηριστικά έχουν διαφορετικό περιεχόμενο και αποτελεσματικότητα για τις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες και στη χώρα μας. Ενδεχομένως η εμβέλεια τους να παρουσιάζει αποκλίσεις από την αντίστοιχη στις άλλες αναπτυγμένες χώρες. Η συχνή επαφή με συγγενείς, φίλους, συναδέλφους ή μέλη συλλόγων φάνηκε ότι θωρακίζει καλύτερα την υγεία όσων ζουν μέσα σε αυτά τα δίκτυα (Ostergren, 1991). Έρευνα σε 2.800.000 άτομα στη Σουηδία έδειξε ότι τα άτομα με αυξημένη συμμετοχή στις τοπικές εκλογές, ως ένδειξη έντασης κοινωνικού κεφαλαίου, είχαν και χαμηλότερη νοσηρότητα από στεφανιαία καρδιακή νόσο (Sundquist et al., 2005). Άλλη έρευνα έδειξε ότι η αυτοεκτίμηση της σωματικής και ψυχικής υγείας ήταν θετικότερη στα άτομα με αυξημένο κοινωνικό κεφάλαιο, που μετρήθηκε ανάλογα με την κοινωνική συμμετοχή τους και την εμπιστοσύνη στην κοινότητα (Lindstrom, 2004).

5.2. *Συσχετίσεις του Δείκτη Κοινωνικής Δικτύωσης (ΔΚΔ) με βασικά κοινωνικο-οικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά*

5.2α. *ΔΚΔ και φύλο*

Τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν ότι ο Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης των γυναικών έχει λίγο χαμηλότερη τιμή από την αντίστοιχη των ανδρών (Γράφημα 1). Όπως διατυπώνεται και στη σχετική βιβλιογραφία, οι γυναίκες στην Ελλάδα αναλαμβάνουν πολλαπλούς ρόλους στην οικογένεια για την υποστήριξη όλων των μελών της. Πιθανόν γι' αυτόν ακριβώς το λόγο να μην βρίσκουν το χρόνο και να μην έχουν οι ίδιες τη δυνατότητα να δραστηριοποιούνται σε διευρυμένα κοινωνικά δίκτυα.

ΓΡΑΦΗΜΑ 1  
*Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και φύλο*

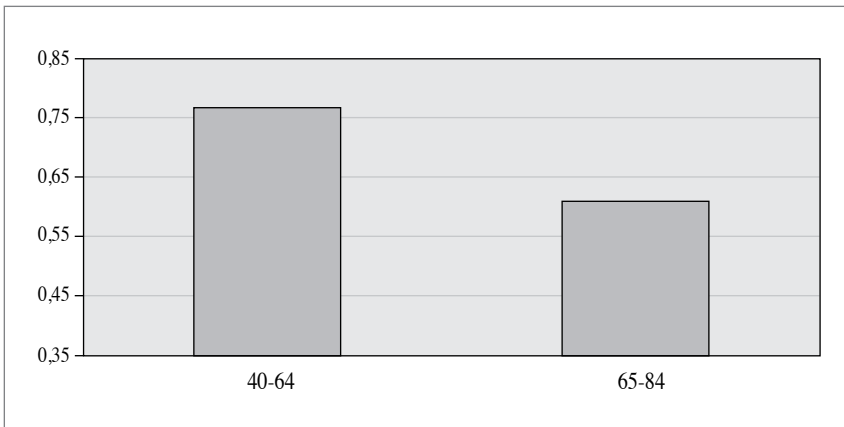


Φύλο	N	ΔΚΔ
Άνδρας	1.198	0,75
Γυναίκα	1.302	0,69
Σύνολο	2.500	0,72
	F=59,922	p=0,000

### 5.2β. Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και ηλικία

Ο Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης είναι υψηλότερος για τα άτομα μέσης ηλικίας σε σύγκριση με τα άτομα τρίτης ηλικίας (Γράφημα 2). Τα ηλικιωμένα άτομα, ενώ χρειάζονται κατά κανόνα συχνότερη και περισσότερη υποστήριξη για την υγεία τους, δε διαθέτουν εκτεταμένα ούτε ισχυρά κοινωνικά δίκτυα, ούτε σε ατομικό ούτε και σε συλλογικό επίπεδο. Αυτά τα ευρήματα συμβαδίζουν με τις αναφορές στη διεθνή βιβλιογραφία, ιδιαίτερα, για τις χώρες της Ευρώπης.

**ΓΡΑΦΗΜΑ 2**  
*Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και ηλικία*



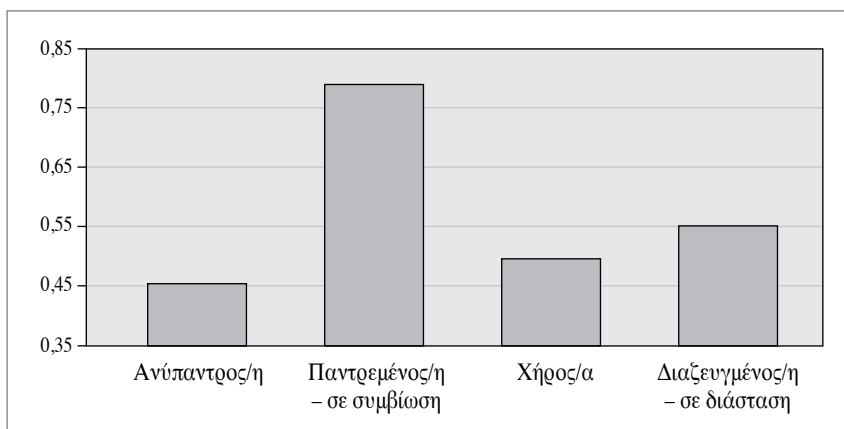
Ηλικία	N	ΔΚΔ
40-64	1.716	0,77
65-84	784	0,61
Σύνολο	2.500	0,72
	F=439,135	p=0,000

### 5.2γ. ΔΚΔ και οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενων

Η μορφή της οικογένειας, όπου ανήκουν οι ερωτώμενοι, εκτιμάται ότι συνδέεται με το βαθμό υποστήριξής τους από τα μέλη της, με επιδράσεις στην κατάσταση της υγείας τους. Τα δεδομένα της έρευνας συμφωνούν με τα ευρήματα άλλων ερευνών στην Ελλάδα, καταδεικνύοντας ότι τον υψηλότερο ΔΚΔ έχουν οι έγγαμοι και ακολουθούν, με σημαντική απόκλιση, οι διαζευγμένοι, οι χήροι/ες και, τέλος, οι άγαμοι (Γράφημα 3).

#### ΓΡΑΦΗΜΑ 3

*Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και οικογενειακή κατάσταση*



Οικογενειακή κατάσταση	N	ΔΚΔ
Άγαμος / η	183	0,45
Έγγαμος/η ή σε συμβίωση	1.853	0,80
Χήρος/α	322	0,51
Διαζευγμένος/η - σε διάσταση	138	0,55
Σύνολο	2.496	0,72
	F=617,077	p=0,000

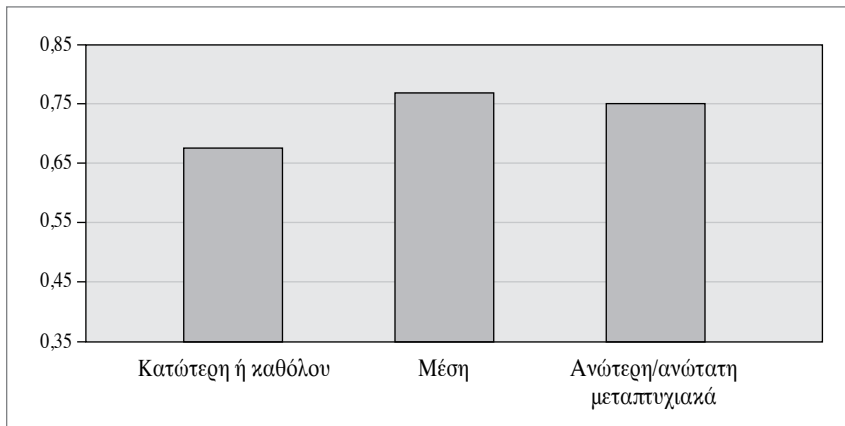
#### 5.2δ. ΔΚΔ και επίπεδο εκπαίδευσης ερωτώμενων

Τα στοιχεία της έρευνας δείχνουν ότι ο ΔΚΔ έχει χαμηλότερη τιμή για όσους έχουν ελάχιστη ή καθόλου μόρφωση σε σύγκριση με όσους έχουν μέση ή ανώτερη μόρφωση (Γράφημα 4).

Τα στοιχεία αυτής της έρευνας κι άλλων σχετικών ερευνών επιβεβαιώνουν τον ισχυρισμό ότι τα άτομα με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης έχουν ευρύτερο κύκλο γνωριμιών και δραστηριοτήτων και υποστηρίζονται καλύτερα από κοινωνικά δίκτυα.

#### ΓΡΑΦΗΜΑ 4

##### Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και επίπεδο εκπαίδευσης



Επίπεδο εκπαίδευσης	N	ΔΚΔ
Κατώτερη ή καθόλου	1.170	0,68
Μέση	756	0,76
Ανώτερη/ανώτατη/μεταπτυχιακά	574	0,76
Σύνολο	2.500	0,72
	F=46,251	p=0,000

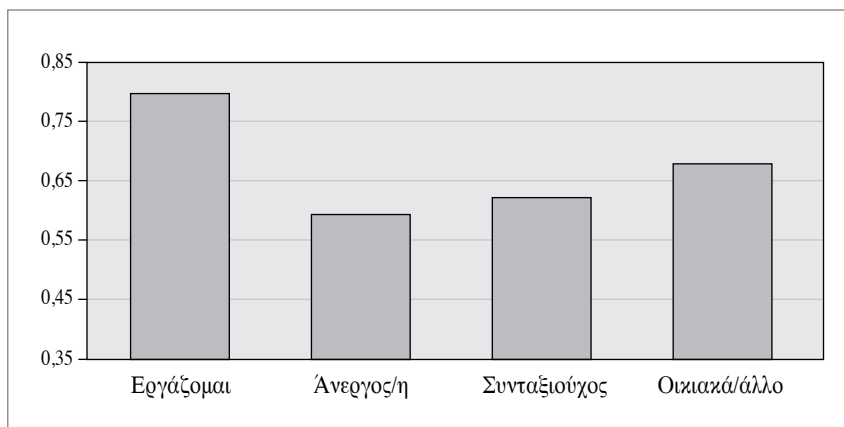


### 5.2ε. ΔΚΔ και εργασιακή σχέση ερωτώμενων

Για τους απασχολούμενους το περιβάλλον εργασίας συνθέτει ένα σταθερό κοινωνικό δίκτυο, αποτελούμενο από συναδέλφους ή άλλους εμπλεκόμενους στο χώρο εργασίας, που μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά και στο θέμα της υγείας τους. Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, ο ΔΚΔ έχει υψηλότερη τιμή για τους εργαζόμενους, με σταδιακή μείωση για όσους ασχολούνται με οικιακά, για τους συνταξιούχους και, τέλος, για τους ανέργους (Γράφημα 5).

#### ΓΡΑΦΗΜΑ 5

#### Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και εργασιακή σχέση



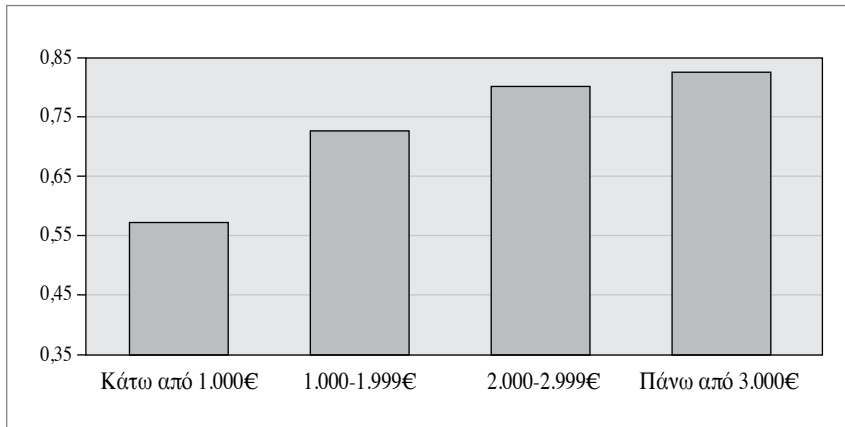
Εργασιακή σχέση	N	ΔΚΔ
Εργαζόμενος/η	1.111	0,82
Άνεργος/η	52	0,61
Συνταξιούχος	765	0,63
Άεργος/ Οικιακά / άλλο	567	0,68
Σύνολο	2.495	0,72
	F=196,861	p=0,000

### 5.2στ. ΔΚΔ και οικονομικό επίπεδο ερωτώμενων

Από την ανάλυση των στοιχείων της παρούσας έρευνας προκύπτει ότι όσο υψηλότερο είναι το οικογενειακό εισόδημα των ερωτώμενων, τόσο αυξάνεται και η τιμή του ΔΚΔ (Γράφημα 6).

#### ΓΡΑΦΗΜΑ 6

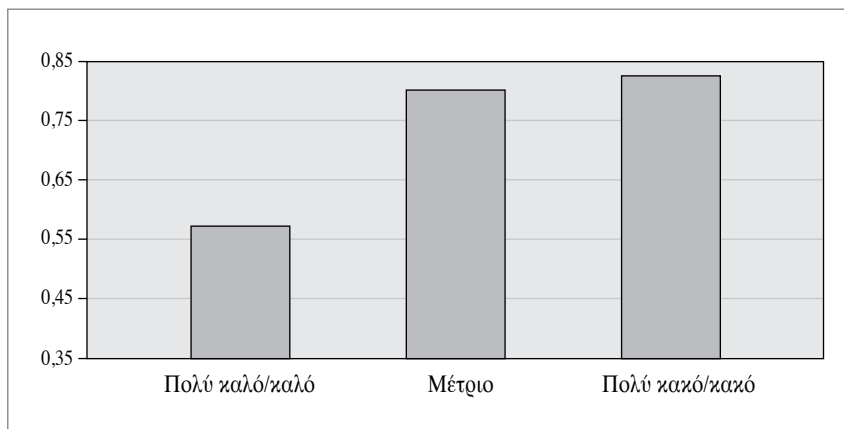
*Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και οικογενειακό εισόδημα*



Οικογενειακό εισόδημα	N	ΔΚΔ
Κάτω από 1.000 €	599	0,57
1.000 - 1.999 €	871	0,74
2.000 - 2.999 €	375	0,82
Πάνω από 3.000 €	206	0,82
Σύνολο	2.051	0,71
	F=205,691	p=0,000

Επιπλέον, παίζει ρόλο και η υποκειμενική εκτίμηση της οικονομικής κατάστασης των ερωτώμενων. Ο ΔΚΔ έχει τόσο υψηλότερη τιμή, όσο καλύτερη είναι η αυτοεκτίμηση του οικονομικού επιπέδου των ερωτώμενων (Γράφημα 7).

ΓΡΑΦΗΜΑ 7  
*ΔΚΔ και αυτο-εκτίμηση του οικονομικού επιπέδου*



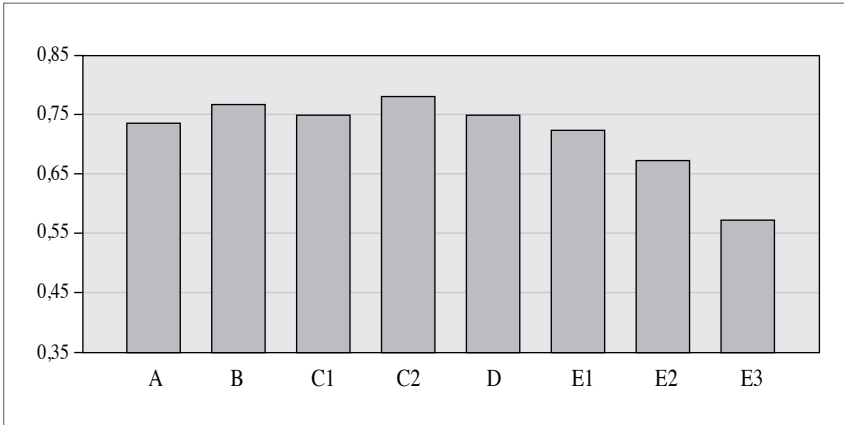
Αυτό-εκτίμηση οικονομικού επιπέδου	N	ΔΚΔ
Πολύ καλό / καλό	771	0,75
Μέτριο	1.167	0,73
Πολύ κακό / κακό	539	0,66
Σύνολο	2.477	0,72
	F=41,422	p=0,000

#### 5.2ξ. ΔΚΔ και κοινωνικο-οικονομικό στρώμα ερωτώμενων

Από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας αποδεικνύεται ότι το κοινωνικο-οικονομικό στρώμα των ερωτώμενων, όπως μετρήθηκε στην έρευνα με βάση την κλίμακα ESOMAR, δεν σχετίζεται ευθύγραμμα με την τιμή που παίρνει ο ΔΚΔ. Ωστόσο, γενικά φαίνεται ότι τα ανώτερα και μεσαία κοινωνικά στρώματα έχουν κάπως πιο υψηλό ΔΚΔ από τα χαμηλότερα κοινωνικά στρώματα (Γράφημα 8).

## ΓΡΑΦΗΜΑ 8

*Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και κοινωνικο-οικονομικό στρώμα*

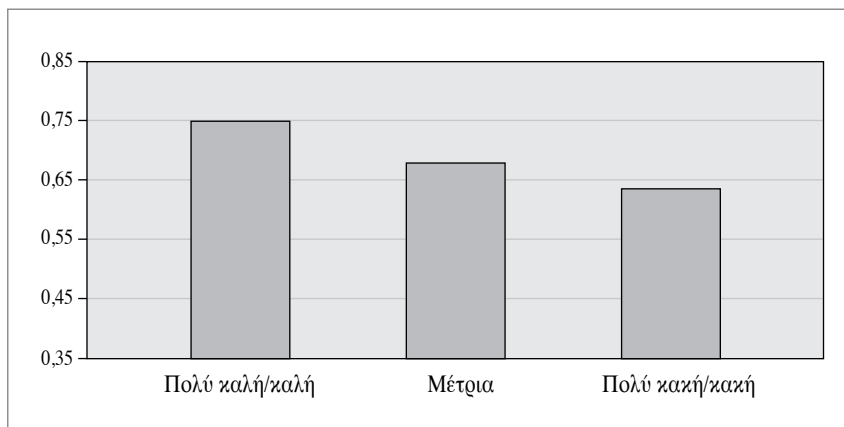


Κοινωνικο-οικονομικό στρώμα	N	ΔΚΔ
A	296	0,74
B	88	0,77
C1	216	0,74
C2	465	0,78
D	318	0,74
E1	302	0,74
E2	598	0,68
E3	212	0,59
Σύνολο	2495	0,72
	F=27,744	p=0,000

### 5.3. Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και κατάσταση υγείας

Η αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας και οι παράγοντες που την επηρεάζουν αποτελούν κεντρικό ζήτημα στην παρούσα έρευνα. Από την ανάλυση των στοιχείων προκύπτει ότι τα άτομα που δηλώνουν πολύ καλή ή καλή υγεία έχουν κατά μέσον όρο υψηλότερη τιμή του ΔΚΔ από όσα δηλώνουν μέτρια ή κακή υγεία (Γράφημα 9).

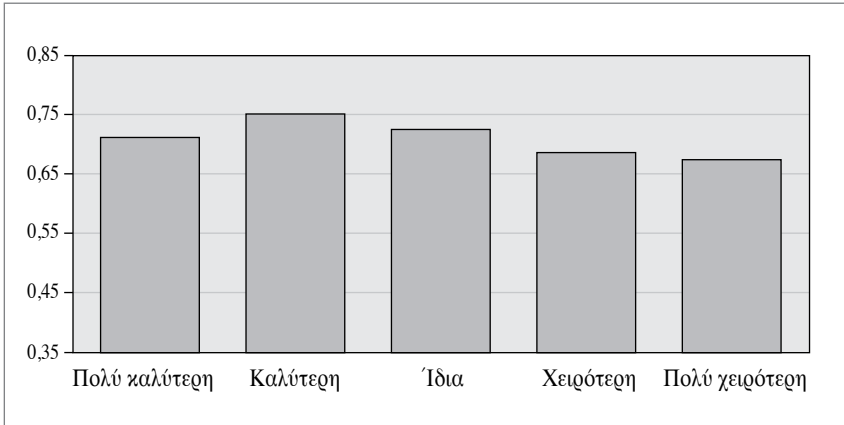
ΓΡΑΦΗΜΑ 9  
*ΔΚΔ και αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας*



Αυτο-εκτίμηση επιπέδου υγείας	N	ΔΚΔ
Πολύ καλή / καλή	1.698	0,75
Μέτρια	558	0,67
Πολύ κακή / κακή	188	0,63
Σύνολο	2.444	0,72
	F=53,894	p=0,000

Επίσης, όταν συγκρίνουν την κατάσταση της υγείας τους με εκείνη των συνομηλίκων τους, η αυτοεκτίμηση της υγείας ως καλύτερης ή πολύ καλύτερης δηλώνεται συχνότερα από τα άτομα που έχουν και υψηλότερο ΔΚΔ σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν χαμηλότερο ΔΚΔ (Γράφημα 10).

ΓΡΑΦΗΜΑ 10  
*ΔΚΔ και κατάσταση υγείας σε σχέση με συνομηλίκους*

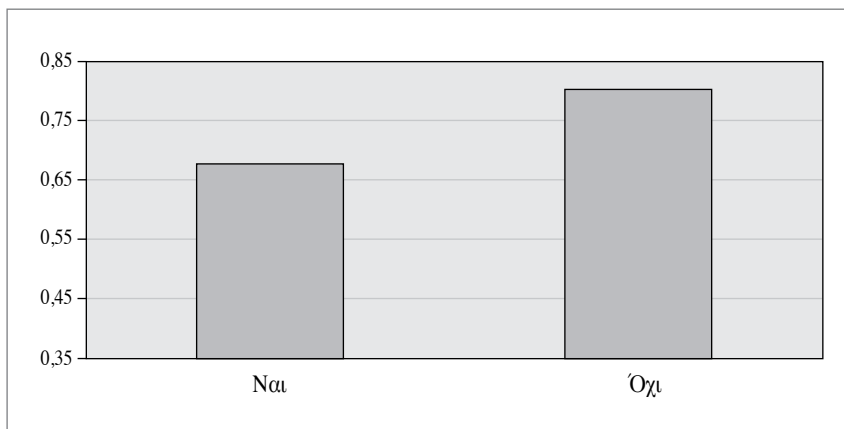


Κατάσταση υγείας σε σχέση με συνομηλίκους	N	ΔΚΔ
Πολύ καλύτερη	320	0,72
Καλύτερη	974	0,74
Ίδια	765	0,72
Χειρότερη	238	0,68
Πολύ χειρότερη	25	0,68
Σύνολο	2.322	0,73
	F=4,986	p=0,001

Επισημαίνεται, επίσης, σε σχέση με την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, ότι ο ΔΚΔ είναι υψηλότερος για τα άτομα που δεν πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα σε σύγκριση με όσα πάσχουν (Γράφημα 11).

## ΓΡΑΦΗΜΑ 11

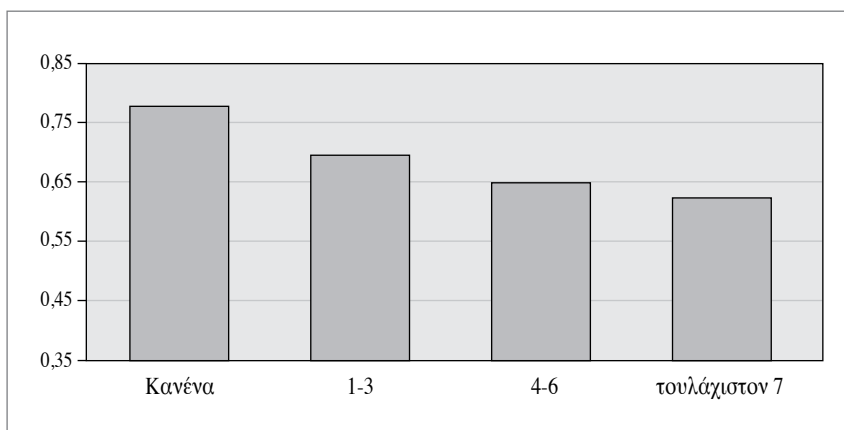
*Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων*



Ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων	N	ΔΚΔ
Ναι	1.716	0,69
Όχι	784	0,79
Σύνολο	2.500	0,72
	F=141,213	p=0,000

## ΓΡΑΦΗΜΑ 12

*Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και αριθμός χρόνιων νοσημάτων*



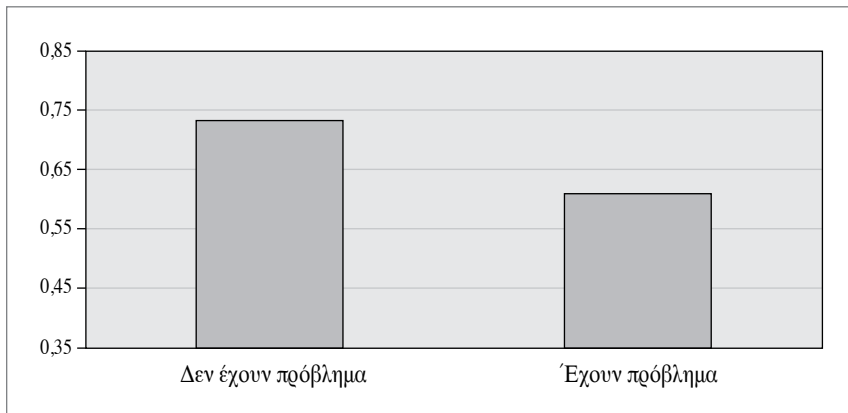
Αριθμός χρόνιων νοσημάτων	N	ΔΚΔ
Κανένα	784	0,79
1-3	1157	0,71
4-6	377	0,65
τουλάχιστον 7	182	0,62
Σύνολο	2500	0,72
	F=13,504	p=0,000

Ακόμη, υψηλότερους ΔΚΔ έχουν τα άτομα με μικρό αριθμό χρόνιων νοσημάτων (μέχρι 3) σε σύγκριση με τους υπόλοιπους (Γράφημα 12).

Όσον αφορά την κοινωνική δικτύωση σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές, τα άτομα που δεν παρουσιάζουν ψυχική διαταραχή με βάση την κλίμακα Hopkins's Symptoms Check List (HSCL) που εφαρμόστηκε στην έρευνα, σε σύγκριση με όσα παρουσιάζουν ψυχική διαταραχή, εμφανίζουν υψηλότερη τιμή στο ΔΚΔ (Γράφημα 13).

### ΓΡΑΦΗΜΑ 13

#### Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και HSCL

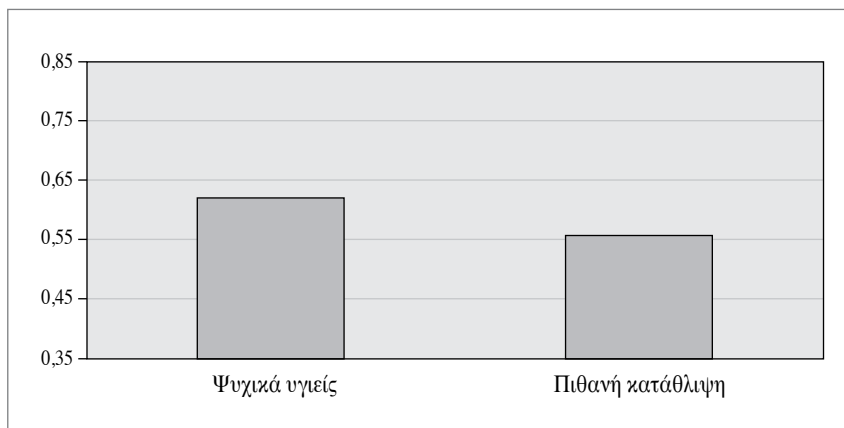


HSCL	N	ΔΚΔ
Δεν έχουν πρόβλημα	2.092	0,74
Έχουν πρόβλημα	66	0,61
Σύνολο	2.158	0,73
	F=29,136	p=0,000



Αντίστοιχα, τα άτομα (65+ άνω ετών) που είναι ψυχικά υγιή παρουσιάζουν υψηλότερη τιμή στο ΔΚΔ σε σύγκριση με τα άτομα ίδιας ηλικίας που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, με βάση την κλίμακα Geriatric Depression Scale, που συμπλήρωσαν οι ερωτώμενοι (Γράφημα 14).

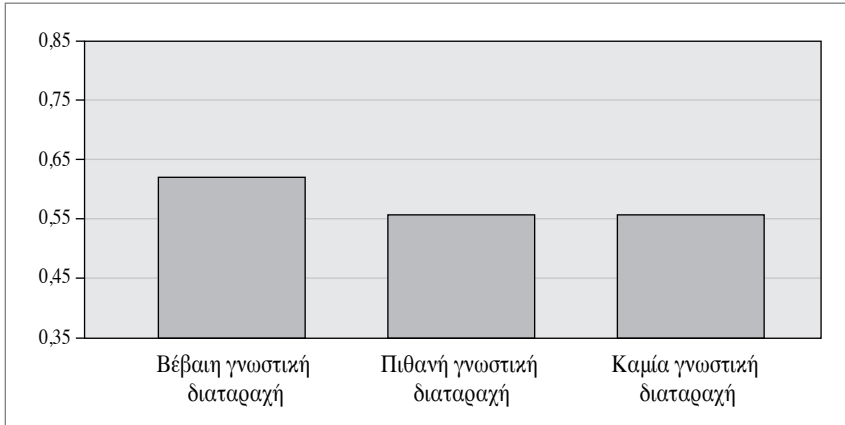
ΓΡΑΦΗΜΑ 14  
Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και GDS



GDS	N	ΔΚΔ
Ψυχικά υγιείς	359	0,63
Πιθανή κατάθλιψη	185	0,56
Σύνολο	544	0,61
	F=21,461	p=0,000

Στην ίδια ομάδα ηλικιών (65+ άνω ετών), όσα άτομα δεν παρουσιάζουν κάποια γνωστική διαταραχή, με βάση την κλίμακα Mini Mental Scale που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα, έχουν υψηλότερη τιμή στο ΔΚΔ, ενώ τα άτομα που πιθανόν έχουν ή σίγουρα έχουν κάποια γνωστική διαταραχή με βάση την ίδια κλίμακα διαθέτουν και χαμηλότερο ΔΚΔ (Γράφημα 15).

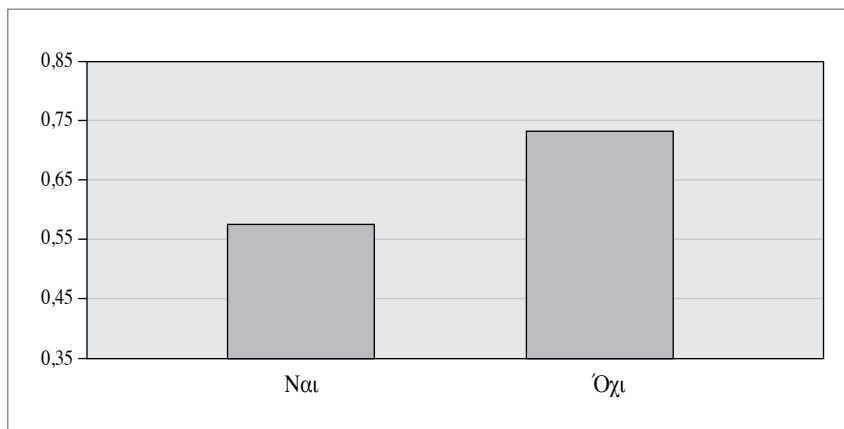
ΓΡΑΦΗΜΑ 15  
*Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης και Mini Mental Scale*



MMSE	N	ΔΚΔ
Βέβαιη γνωστική διαταραχή	57	0,53
Πιθανή γνωστική διαταραχή	171	0,59
Καμία γνωστική διαταραχή	315	0,62
Σύνολο	543	0,61
	F=7,743	p=0,000

Εξετάζοντας, ειδικά, τα 92 άτομα που δήλωσαν κατά τον προηγούμενο από τη διεξαγωγή της έρευνας χρόνο ότι χρειάστηκαν κάποια πρόσθετη βοήθεια για τις καθημερινές τους δραστηριότητες, προκύπτει ότι ο ΔΚΔ έχει υψηλότερη τιμή για τα άτομα που δεν αναζήτησαν πρόσθετη βοήθεια σε σχέση με τα άτομα που αναζήτησαν έκτακτη βοήθεια (Γράφημα 16).

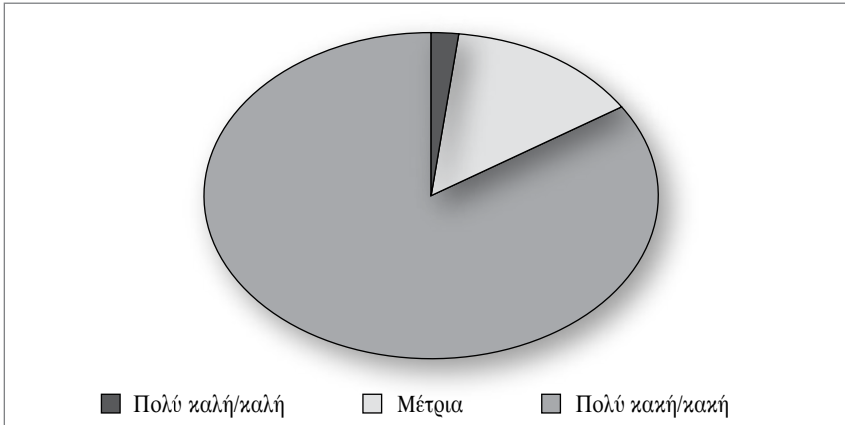
ΓΡΑΦΗΜΑ 16  
*ΔΚΔ και ανάγκη βοήθειας για καθημερινές δραστηριότητες*



Ανάγκη βοήθειας για καθημερινές δραστηριότητες	N	ΔΚΔ
Ναι	97	0,58
Όχι	2402	0,73
Σύνολο	2499	0,72
	F=54,329	p=0,000

Τα άτομα βέβαια που ζήτησαν πρόσθετη βοήθεια είχαν αυτο-αξιολογήσει πολύ χαμηλά και την κατάσταση υγείας τους (Γράφημα 17).

**ΓΡΑΦΗΜΑ 17**  
*Ανάγκη βοήθειας και αυτο-αξιολόγηση υγείας*



<b>Ανάγκη πρόσθετης βοήθειας και αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας</b>					
<b>Αυτοαξιολόγηση επιπέδου υγείας</b>	<b>Χρειάστηκαν βοήθεια</b>		<b>Δε χρειάστηκαν βοήθεια</b>		<b>Σύνολο</b>
Πολύ καλή/καλή	11	0,6%	1.686	99,4%	100,0%
Μέτρια	30	5,4%	528	94,6%	100,0%
Πολύ κακή/κακή	51	27,1%	137	72,9%	100,0%
<b>Σύνολο</b>	<b>92</b>	<b>3,8%</b>	<b>2.351</b>	<b>96,2%</b>	<b>100,0%</b>
p=0,000					

## 6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η διερεύνηση της συμβολής των κοινωνικών δικτύων στην αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας έχει ελάχιστα μελετηθεί στην Ελλάδα. Σε πρωτογενές στάδιο βρίσκεται και η συγκρότηση ερευνητικών εργαλείων που μπορούν να συμβάλουν στην εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για τη συγκρότηση και τη λειτουργία της κοινωνικής δικτύωσης. Ο Δείκτης Κοινωνικής Δικτύωσης (ΔΚΔ) που κατασκευάστηκε σε αυτή την έρευνα, περιλαμβάνει μια σειρά μεταβλητές που αναφέρθηκαν και θεωρήθηκαν σημαντικές για τον προσδιορισμό του δείκτη, με βάση τη σχετική ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία.

Η τελική τιμή του Δείκτη Κοινωνικής Δικτύωσης (ΔΚΔ), όπως κατασκευάστηκε από το άθροισμα των επιμέρους τιμών, που αναλογούσαν στα άτομα με βάση ορισμένα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, αντιπροσωπεύει το εύρος της βαρύτητας του κοινωνικού δικτύου που έχει αναπτύξει κάθε άτομο.

Από την επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας εκτιμάται ότι ο ΔΚΔ είναι αξιόπιστος και οι συσχετίσεις με διάφορες κοινωνικο-οικονομικές και δημογραφικές μεταβλητές είναι στατιστικά σημαντικές. Επίσης, τα άτομα που κινούνται μέσα σε ισχυρά κοινωνικά δίκτυα κάνουν και θετικότερη αυτοεκτίμηση του επιπέδου της υγείας τους.

Τα κοινωνικά δίκτυα που ενισχύουν την υγεία στην Ελλάδα συγκροτούνται κυρίως με βάση την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον των ατόμων. Αυτό συμβαίνει και σε άλλες χώρες, όπως έδειξε έρευνα σε 25 ανατολικές και δυτικές χώρες (Per Carlson, 2005). Η προσκόλληση στην οικογένεια και τους φίλους βρέθηκε να συσχετίζεται με καλύτερη αυτοεκτίμηση της υγείας. Άλλα δίκτυα που συνδέονται με τα κοινωνικά χαρακτηριστικά και τις δραστηριότητες του πληθυσμού δεν έχουν την ίδια βαρύτητα, αλλά συνυπάρχουν και, αν έχουν θετική κατεύθυνση, συμβάλλουν στην ακόμα καλύτερη αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας των αντίστοιχων ατόμων. Ο Berkman (1986) και ο Cassel (1976) απέδειξαν ότι τα άτομα που έχουν ενταχθεί σε οργανωμένα κοινωνικά δίκτυα αντιμετωπίζουν καλύτερα επώδυνες καταστάσεις. Τα σταθερά κοινωνικά δίκτυα συνδέονται με καλή υγεία στο γενικό πληθυσμό (Gilmore et al., 2002· Per Carlson, 1998).

Οι δημόσιοι ή εθελοντικοί φορείς άσκησης κοινωνικής πολιτικής έχουν περιορισμένη εμβέλεια και οι προσδοκίες των πολιτών για υποστήριξη από αυτά τα σχήματα είναι περιορισμένες.

Συμπερασματικά, από την κατασκευή του Δείκτη Κοινωνικής Δικτύωσης και την επεξεργασία των στοιχείων προκύπτουν, με πολύ υψηλή στατιστική σημαντικότητα, ότι υψηλότερη τιμή στο δείκτη ΔΚΔ παρουσιάζουν:

- Οι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες.
- Τα άτομα μέσης ηλικίας (45- 64 ετών) σε σχέση με τους ηλικιωμένους (65- 84 ετών).
- Οι έγγαμοι σε σχέση με τα άτομα άλλης οικογενειακής κατάστασης.
- Τα άτομα με μεσαία και ανώτερη μόρφωση σε σύγκριση με όσα έχουν κατώτερη μόρφωση.
- Όσοι ανήκουν σε ευπορότερα στρώματα.

- Τα επαγγελματικά ενεργά άτομα σε σχέση με τους υπόλοιπους.
- Αυτοί που αξιολογούν θετικά τη σωματική και την ψυχική τους υγεία και δεν έχουν ψυχικές ή γνωστικές διαταραχές.
- Όσα άτομα δε χρειάστηκαν πρόσθετη βοήθεια στη διάρκεια του τελευταίου από την έρευνα έτους για έκτακτα προβλήματα οικονομικής φύσης ή ασθένειας.

Τα συμπεράσματα αυτά συμβαδίζουν με τα πορίσματα κι άλλων ερευνών στη διεθνή βιβλιογραφία (Kirsten Smith and Nicholas Christakis, 2008).

Οι ερωτώμενοι με υψηλό ΔΚΔ που εκτιμούν θετικότερα τη σωματική και ψυχική τους υγεία από αυτούς με χαμηλό ΔΚΔ είναι πιθανόν να κάνουν και καλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας για τη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους κάτω από την επίδραση και άλλων συναφών παραγόντων, όπως το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ή το υψηλότερο οικονομικό επίπεδο.

Τα στοιχεία, λοιπόν, της έρευνας επιβεβαιώνουν ότι όσο υψηλότερη κοινωνική δικτύωση διαθέτουν τα άτομα, τόσο καλύτερη είναι η αυτοεκτίμηση της υγείας τους, το επίπεδο και η φροντίδα της υγείας τους. Ωστόσο, όταν εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή παλινδρόμηση με ανεξάρτητες μεταβλητές ορισμένους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες και τον ανωτέρω Δείκτη Κοινωνικής Δικτύωσης και εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοεκτίμηση του επιπέδου υγείας, φάνηκε ότι, όταν συνυπολογιστούν και άλλοι παράγοντες που επιδρούν στην αυτο-εκτίμηση του επιπέδου υγείας και της χρήσης υπηρεσιών υγείας, η επίδραση του δείκτη είναι μεν θετική, αλλά με περιορισμένη στατιστική σημαντικότητα.

Οι ειδικοί ερευνητές Kirsten Smith and Nicholas Christakis στηριζόμενοι σε πλούσια και αξιόπιστη βιβλιογραφία, υποστηρίζουν ότι η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων υποδηλώνει ότι άνθρωποι και διάφορες καταστάσεις της ζωής τους είναι αλληλοεξαρτώμενα, και υγεία και υπηρεσίες υγείας ξεπερνούν το άτομο ως προς τους τρόπους συμπεριφοράς των ασθενών, υγειονομικών, διοικητικών της υγείας και ερευνητών (Kirsten Smith and Nicholas Christakis, 2008).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

**Ελληνόγλωσση**

- Christakis Nicholas, James Fowler, 2010, *Οι συνδεδεμένοι*, Αθήνα, Κάτοπτρο.
- Κυριόπουλος Γ. κ.ά. (επιμ.), 1995, *Υγεία, κοινωνική προστασία και οικογένεια*, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, Εθν. Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- Πίτσας Χρ., Παναγιωτάκος Δ., Στεφανάδης Χρ., 2004, *Η επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου στην Ελλάδα*, Αθήνα, Κωστάκη.
- Παπαλιού Ο., Φαγαδάκη Ε., 2001, «Το προφίλ του τομέα υγείας και κοινωνικής φροντίδας», στο *Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας*, Αθήνα, ΕΚΚΕ, σ. 89-101.
- Χρυσάκης Μ., Φαγαδάκη Ε., Παπαλιού Ο., Σιάτης Η., 2003, «Φτώχεια και αποστέρηση στην υγεία», στα *Πρακτικά Συνεδρίου Φτώχεια, αποκλεισμός και κοινωνικές ανισότητες*, Λαύριο, ΕΚΚΕ, σ. 125-130.

**Ξενόγλωσση**

- Belle D., 1989, «Gender differences in children's social networks and supports», στο D. Belle (ed.), *Children's social networks and social supports*, N.York, Wiley.
- Berkman L. F., 1986, «Social networks, support and health: Taking the next step forward», *American Journal of Epidemiology*, vol. 123, pp. 559- 562.
- Bolin Kr., B. Lindgren et.al., 2003, «Investments in social capital- Implications of "social" interactions for the production of health», *Social Science and Medicine*, vol. 56, no 12, pp. 2379-2390.
- Bourdieu P., 1986, «The forms of capital», στο J.G. Richardson (ed.), *Handbook of theory and research for the sociology of education*, N. York, Greenwood.
- Bourdieu P., 1984, *Distinction: A social critique of the judgement of taste*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Carpiano R., 2005, «Toward a neighborhood resource- Based theory of "social capital" for health: Can Bourdieu and sociology help», *Social Science and Medicine*, in press, pp. 1- 19.
- Cassel J., 1976, «The contribution of the social environment to host resistance», *American Journal of Epidemiology*, vol. 104, pp. 107- 123.
- Cattell V., 2001, «Poor people, poor places and poor health: The mediating role of "social networks" and "social capital"», *Social Science and Medicine*, vol. 52, no 10, pp. 1501- 1516.
- Cohen S., Syme L.S., 1985, *Social support and health*, Orlando, Academic Press.
- Coleman J., 1990, *Foundations of social theory*, Cambridge, Mass., Harvard Univ. Press.
- Crundy E., A. Sloggett., 2003, «Health inequalities in the older population: The role of personal capital, social resources and socio economic circumstances», *Social Science and Medicine*, vol. 56, no 5, pp. 935- 947.
- Deri C., 2005, «Social networks and health service utilization», *Journal of Health Economics*, vol. 24, pp. 1076- 1107.
- ESOMAR, 1997, «Standard demographic classification: A system of international socio-economic classification of respondents to survey research», Amsterdam, European Society for Opinion and Marketing Research,
- Fuhrer R., S. A. Stansfeld, 2002, «How gender effects patterns of social relations and their impact on health: A comparison of one of multiple sources of support from "close persons"», *Social Science and Medicine*, vol. 54, pp. 811- 825.
- Fukayama Fr., 1995, *Trust: The social virtues and the creation of prosperity*, New York, The Free Press.

- Gilmore A., M. Mcke, R. Rose, 2002, «Determinants of and inequalities in self- perceived health in Ukraine», *Social Science and Medicine*, vol. 55, pp. 2177- 2188.
- Hawe P., A.Shiell, 2000, «Social capital and health promotion: A review», *Social Science and Medicine*, vol. 51, no 6, pp. 871- 885.
- House J.S., K.R. Landis, D. Umberson, 1988, «Social relationships and health», *Science*, vol. 241, pp. 540- 545.
- Jacobson L., 2000, «The family as a producer of health- an extended Grossman model», *Journal of Health Economic*, vol. 19, no 5, pp. 611- 637.
- Kenelly Br., O' Shea Eamon, E. Garvey, 2003, «“Social capital”, life expectancy and mortality: a cross- national examination», *Social Science and Medicine*, vol. 56, no 12, pp. 2367- 2377.
- Kimberly A., A. Lochner et al., 2003, «“Social capital” and neighborhood mortality rates in Chicago», *Social Science and Medicine*, vol. 56, no 8, pp. 1797-1805.
- Kirsten Smith, Nicholas Christakis, 2008 March, «Social networks and health», *Annual Review of Sociology*, no 34, 40529.
- Kritsotakis G., E. Gamarnikow, 2004, «What is “social capital” and how does it relate to health?», *International Journal of Nursing Studies*, vol. 41, no 1, pp. 43-50.
- Lin N., 2000, «Inequality in social capital», *Contemporary Sociology*, vol. 29, no 6, pp. 785-795.
- Lindstrom M., 2004, «“Social capital” the miniaturization of community and self- reported global and psychological health», *Social Science and Medicine*, vol. 59, no 3, pp. 595-607.
- Lochner A., Kimberly A., I. Kawachi, Br. Kennedy, 1999, «Social capital: A guide to its measurement», *Health and Place*, vol. 5, no 4, pp. 259- 273.
- Lymberaki Antigone (Panteion), Christos Paraskevopoulos, (LSE), 2002, «Social capital measurement in Greece», OECD-ONS International Conference on Social Capital Measurement, London, Sempthember 25-27. [www.oecd.org/dataoecd/22/15/238/649](http://www.oecd.org/dataoecd/22/15/238/649)
- Mohan J., L. Twigg St., B. Jones, 2005, «“Social capital”, Geography and health: A small area analysis for England», *Science and Medicine*, vol. 60, no 6, pp. 1267-1283.
- Navarro V., L. Shi., 2001, «The political context of social inequalities and health», *Social Science and Medicine*, vol. 52, no 3, pp. 481- 491.
- Ostergren P.O., 1991, *Psychosocial resources and health: With special reference to social networks, social support and cardiovascular disease*, Ph.D., Studentlitteratur, Malmö.
- Per Carlson, 2004, «The European health divided: A matter of financial or “social capital”?», *Social Science and Medicine*, vol. 59, no 9, pp. 1985- 1992.
- Per Carlson.,1998, «Self-perceived health in East and West Europe: Another european health divide», *Social Science and Medicine*, vol. 46, no 10, pp. 1355- 1366.
- Poortinga W., 2006, «Social capital: An individual or collective resource for health?», *Social Science and Medicine*, vol. 62, pp. 292- 302.
- Putman R., 1993, *Making democracy work: Civic traditions in modern Italy*, Princeton, Princeton University Press.
- Rose R., 2000, «How much does social capital add to individual health? A survey study of Russians», *Social Science and Medicine*, vol. 51, no 9, pp. 1421- 1435.
- Rosengen A., L.Wilhelmsen, O. Gomer, 2003, «Coronary disease in relation to social support and social class in Swedish men», *European Society of Cardiology*.
- Subramanian S., I. Kawachi, Br. Kennedy, 2001, «Does the state you live in make a difference? Multilevel analysis of self-rated health in the USA», *Social Science and Medicine*, vol. 53, no 1, pp. 9-19.
- Sundquist J., Sven-Erik Johanson, Min Yang, Kr. Sundquist, 2005, «Low linking “social capital” as a predictor of coronary heart disease in Sweden: A cohort study of 2.8 million people», *Social Science and Medicine*, in press.



- Symeonidou H., 1996, «Social protection in contemporary Greece», Martin Rhodes (ed.), *Southern European Society and Politics*, London, vol. 1, no 3, pp. 67- 86,
- Wan Thomas T.H., Y.J. L. Blossom, 2003, «Social capital, health status and health services use among older women in Almaty-Kazakhstan», *Research in the Sociology of Health Care*, vol. 21, pp. 163- 180.
- Wilkinson R.G., 1999, «Inequality in social capital», *Contemporary Sociology*, vol. 26, no 6.
- Veenstra G., 2002, «Social capital and health», *Social Science and Medicine*, vol. 54, no 6, pp. 849.
- Veenstra G., 2000, «Social capital, socio economic status and health: an individual level analysis», *Social Science and Medicine*, vol. 50, no 5, pp. 619- 629.
- Ziersch A., 2005, «Health implications of access to social capital: Findings from an Australian study», *Social Science and Medicine*, vol. 61, no 10, pp. 2119-2131.