**ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΑΓΩΓΗΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

# «Επίδραση της οικονομικής κρίσης στις διαιτητικές επιλογές των ηλικιωμένων ατόμων»

Πτυχιακή εργασία

**Παπαχρονόπουλος Χρήστος**

Αθήνα, 2017

# ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΑΓΩΓΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ-ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

## Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

**Γιαννακούλια Μαίρη,** Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Διατροφής και Διαιτητικής Συμπεριφοράς, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

**Ματάλα Αντωνία-Λήδα,** Καθηγήτρια Ανθρωπολογίας της Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

**Πολυχρονόπουλος Ευάγγελος,** Καθηγητής Προληπτικής Ιατρικής και Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο

Ο Παπαχρονόπουλος Χρήστος

δηλώνω υπεύθυνα ότι:

**1)** Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.

**2)** Αποδέχομαι ότι η ΒΚΠ μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

*Αφιερώνεται στη μαστιζόμενη από την κρίση ελληνική κοινωνία*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ θερμά την κ. Γιαννακούλια για την ανάθεση του θέματος, τις πολύτιμες οδηγίες και την υποστήριξη που μου παρείχε ώστε να γίνει αυτή η έρευνα και να γραφτεί η παρούσα πτυχιακή μελέτη. Ή φιλικότητα και η ηθική υποστήριξη που μου παρείχε ήταν πολύ σημαντική και με βοήθησε να ολοκληρώσω αυτή την εργασία σε μια δύσκολη και πιεστική περίοδο για την ακαδημαϊκή, προσωπική και οικογενειακή μου ζωή.

Επίσης, ευχαριστώ την υποψήφια διδάκτορα Ειρήνη Μαμαλάκη η οποία με συνόδεψε σε κάθε μου βήμα στην έρευνα αυτή, στη συμμετοχή της στη συγκέντρωση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων αλλά και για τις συμβουλές της στο γράψιμο αυτής της εργασίας.

# ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη ……σ.6
Abstract……σ.7
Κατάλογος Πινάκων……σ.8
Κατάλογος Σχημάτων……σ.9
Συντομογραφίες……σ.10
Κεφ.1 Εισαγωγή……σ.11
1.1 Η οικονομική κρίση σε αριθμούς.....σ.11
1.2 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στη ψυχική υγεία.....σ.14
1.2.1 Οικονομική κρίση και αυτοκτονίες.....σ.17
1.3 Οικονομική κρίση και κεφαλαλγίες.....σ.19
1.4 Οικονομική κρίση και κατάγματα.....σ.20
1.5 Οικονομική κρίση και συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή.....σ.20
1.6 Οικονομική κρίση και χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και ναρκωτικών.....σ.21
1.7 Οικονομική κρίση και καρδιαγγειακά νοσήματα.....σ.23
1.8 Οικονομική κρίση και διατροφή.....σ.23
1.8.1 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και διατροφή.....σ.25
Κεφ.2 Ερευνητικά κενά και Σκοπός.....σ.27
Κεφ.3 Μέθοδος.....σ.28
3.1 Δείγμα.....σ.28
3.2Μεθοδολογία.....σ.28
3.3Ποιοτική ανάλυση.....σ.29
Κεφ.4 Αποτελέσματα.....σ.31
4.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων.....σ.31
4.2Πώς επηρέασε η κρίση τις διαιτητικές επιλογές.....σ.32
4.2.1«Πιστεύετε ότι το να τρώει κανείς σωστά στοιχίζει περισσότερο ή λιγότερο;»...σ.33
4.2.2 «Έχουν αλλάξει τα τρόφιμα που επιλέγετε να φάτε τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης;/ Πώς έχει αλλάξει η οικονομική κρίση τα τρόφιμα που επιλέγετε να φάτε;».....σ.34
4.2.3 «Υπάρχει κάτι άλλο που έχει αλλάξει σχετικά με το φαγητό ή τον τρόπο που αποκτάτε τα τρόφιμα γενικότερα;».....σ.34
4.2.4 «Μήπως έχει αλλάξει η συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων συγκεκριμένωνομάδων τροφίμων;».....σ.34
4.2.5 «Αν οι οικονομικές συνθήκες ήταν καλύτερες θα επιλέγατε διαφορετικά τρόφιμα; Για παράδειγμα, υπάρχουν κάποια τρόφιμα που θα θέλατε να φάτε αλλά δεν μπορείτε λόγω οικονομικών συνθηκών;».....σ.35
Κεφ.5 Συζήτηση.....σ.38
Βιβλιογραφία.....σ.42

# Περίληψη

**Εισαγωγή:** Οι διαιτητικές συνήθειες των ατόμων επηρεάζονται από πλήθος παραγόντων, μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται και κοινωνικο-οικονομικοί παράμετροι. Παρ΄όλο που η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει δυσμενή επίδραση στην κατάσταση υγείας των ατόμων, άγνωστο παραμένει αν και κατά πόσο έχει επηρεάσει τη δίαιτα τους.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας ποιοτικής μελέτης ήταν η εξέταση των παραγόντων που επηρεάζουν τις διαιτητικές επιλογές των ηλικιωμένων καθώς και το πώς έχει επιδράσει η οικονομική κρίση σε αυτές.

**Υλικό:** Το δείγμα αποτελούνταν από 24 άτομα ≥65 ετών που ήταν κάτοικοι Αθηνών (66% γυναίκες).

**Μέθοδος:** Ακολουθήθηκε η μεθοδολογία των ομάδων εστίασης. Οι εθελοντές χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες. Πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις στη διάρκεια των οποίων τα άτομα ερωτήθηκαν σχετικά με παράγοντες που καθορίζουν τις διαιτητικές τους επιλογές και τις πιθανές αλλαγές στην επιλογή τροφίμων ή στη συχνότητα κατανάλωσης αυτών ως απόρροια της οικονομικής κρίσης. Οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν και στη συνέχεια αποδελτιοποιήθηκαν.

**Αποτελέσματα:** Ο πιο σημαντικός παράγοντας που αναφέρθηκε ότι επηρεάζει τις διαιτητικές επιλογές είναι η υγεία. Άλλοι παράγοντες είναι η γεύση και η χώρα προέλευσης των τροφίμων καθώς και η οικογενειακή κατάσταση και η εικόνα σώματος των ηλικιωμένων. Αν και λιγότεροι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην οικονομική κρίση ως παράγοντα που επηρεάζει τις διαιτητικές επιλογές, όταν ερωτήθηκαν συγκεκριμένα για αυτήν, οι περισσότεροι ανέφεραν ότι έχουν μειώσει την ποσότητα τροφίμων που αγοράζουν και ότι αναζητούν τρόφιμα που είναι σε προσφορά. Επιπλέον, έχουν μειώσει την κατανάλωση κάποιων «ακριβών» τροφίμων, όπως κρέατος, ψαριών, τυριών και κάποιων εξωτικών φρούτων και λαχανικών, ενώ έχουν αυξήσει την κατανάλωση μικρών ψαριών, ως πιο οικονομικά.

**Συμπεράσματα:** Τα δεδομένα υποδεικνύουν ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τις διαιτητικές συνήθειες και επιλογές των ηλικιωμένων προς διάφορες κατευθύνσεις και ότι αξίζει να γίνει μια πιο ενδελεχής αξιολόγηση μέσω ποσοτικής μελέτης. Σε κάθε περίπτωση, οι επιδράσεις της οικονομικής κρίσης, αλλά και άλλοι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, θα πρέπει να λαμβάνονται υπ’όψιν σε διατροφικές παρεμβάσεις στους ηλικιωμένους.

# Abstract

**Introduction:** Dietary habits are influenced by a variety of factors including socio-economic parameters. It is known that the economic crisis in Greece has a negative effect on health status, however it remains unknown whether and in what extend it may have influenced their diet.

**Purpose:** We qualitatively explored the factors which are important determinants of food choices and we assessed whether the economic crisis has altered the food choices.

**Method:** Volunteers included 24 subjects ≥65 years old from an urban area of Athens (66% females). Focus groups methodology was followed. Specifically, volunteers formed four groups and answered questions regarding the factors that are important in food choices, possible alterations in those factors as well as in the food frequency consumption induced by the economic crisis. All discussions were tape-recorded and transcribed.

**Results:** The most evident factor considered in food choice was health. Other reported factors were foods' taste and country of origin as well as marital status and body image of the elderly. Although most volunteers reported no effect of economic crisis on their diet, when they were asked specifically about it, they mentioned that they have limited the quantity of food they buy and that they opt for the food offers. In addition, they have decreased the consumption of some 'expensive' foods, such as red meat, some kinds of fish and cheese, whereas they have increased the quantities of small fish, as a strategy to reduce the cost of the diet.

**Conclusions:** Our results indicate that Greek elderly's food choices and habits are affected by the economic crisis in various ways and a more detailed assessment through a quantitative study should be conducted. Future interventions in this age group should consider the effect of the economic crisis while reinforcing more healthful dietary practices.

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πιν.1.1: Διακύμανση μέσης μηνιαίας κατανάλωσης βασικών αγαθών 2011-2015...σ.24
Πίν.3.1: Τα ερευνητικά ερωτήματα.....σ.29
Πίν.4.1: Χαρακτηριστικές απαντήσεις εθελοντών.....σ.36

# ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχ.1.1: Εξέλιξη του χρέους 2009-2010……..σ.11
Σχ.1.2: Εξέλιξη της ανεργίας κατά σύνολο, φύλο, νεολαία 2006-2016……σ.12
Σχ.1.3: Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού 2015.....σ.13
Σχ.1.4: Διακύμανση δαπανών για την υγεία.....σ.13
Σχ.1.5: Διακύμανση γεννήσεων και θανάτων 2011-2015.....σ.14
Σχ.1.6: Διακύμανση καταθλιπτικών συμπτωμάτων ως προς την ανεργία.....σ.16
Σχ.1.7: Πιθανοί μηχανισμοί που συνδέουν οικονομική κρίση και αυτοκτονία.....σ.19

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

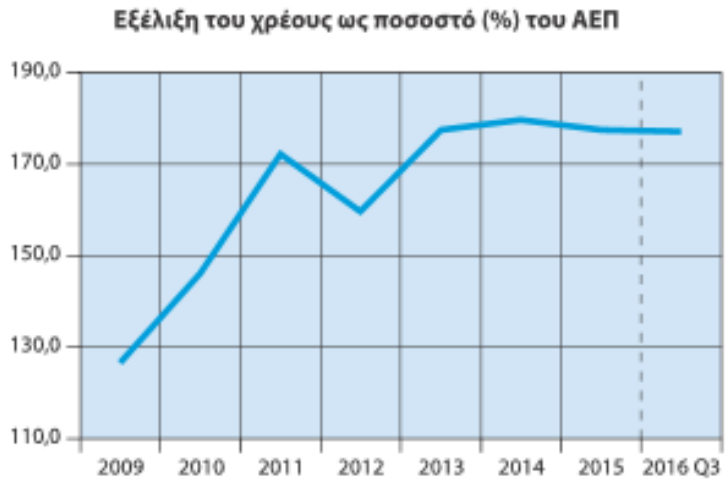
| | |
|---|---|
| ΑΕΠ | Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν |
| Eurostat | Ευρωπαϊκή Στατιστική Υπηρεσία |
| ΕΛΣΤΑΤ | Ελληνική Στατιστική Αρχή |
| Η.Π.Α. | Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής |
| Ε.Ε. | Ευρωπαϊκή Ένωση |
| Ο.Ο.Σ.Α. | Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης |
| Π.Ο.Υ. | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας |
| Μ.Μ.Ε. | Μέσα Μαζικής Επικοινωνίας |
| Γ.Ν.Α. | Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών |
| Κ.Α.Τ. | Κέντρο Αποκατάστασης Τραυμάτων |

## Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή

1.1 Η οικονομική κρίση σε αριθμούς.

Η παγκόσμια οικονομική κρίση ξεκίνησε το 2008 από τις Η.Π.Α. ως αποτέλεσμα της αύξησης πολλών μη εξυπηρετούμενων στεγαστικών δανείων και επεκτάθηκε στη συνέχεια στην υπόλοιπη Ευρώπη οδηγώντας πολλές κυβερνήσεις να λάβουν μέτρα λιτότητας. Στην Ελλάδα η κρίση ξεκίνησε το 2009 οπότε ανακαλύφθηκε ότι το έλλειμμα της χώρας αγγίζει το -15,1% του ΑΕΠ(1) οπότε και ξεκίνησε η λήψη μέτρων με αποτέλεσμα το 2016 να παρουσιαστεί για πρώτη φορά πλεόνασμα 0,7%(1). Αντίστοιχα το δημόσιο χρέος το 2009 έφτασε στο 129% του ΑΕΠ(2) και αποτελεί το μεγαλύτερο ποσοστό χρέους στην Ευρωζώνη(3). Το χρέος συνέχισε να αυξάνεται οπότε σταθεροποιείται τα τελευταία χρόνια μεταξύ 175-180% του ΑΕΠ όπως φαίνεται στο παρακάτω σχήμα.

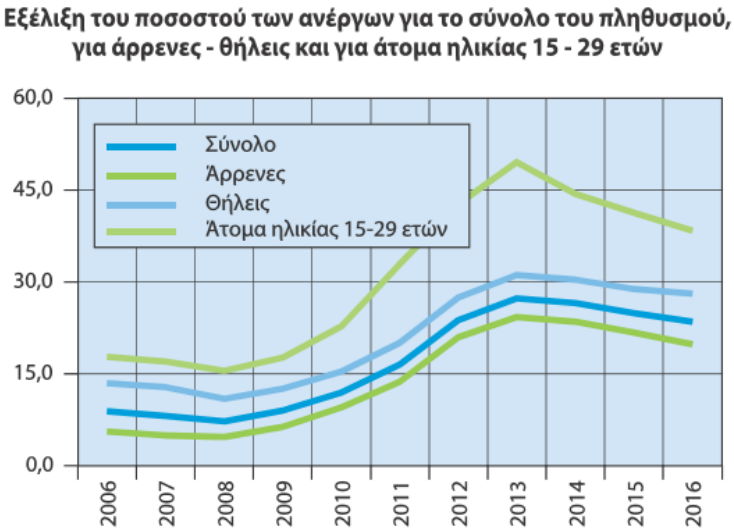
Σχήμα 1.1 Εξέλιξη του χρέους 2009-2010




Πηγή:ΕΛΣΤΑΤ

Σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης της κατάστασης αυτής το κράτος απάντησε με μείωση των κρατικών δαπανών και επιβολή νέων και ψηλότερων φόρων, με πολίτες και επιχειρήσεις να δυσκολεύονται να ανταπεξέλθουν. Πολλές εταιρείες έκλεισαν με αποτέλεσμα την άνοδο της ανεργίας η οποία τον Αύγουστο του 2017 ανήλθε στο 21,2%(4) . Το 2013 άγγιξε το 27,5 %(5) και έκτοτε μειώνεται παραμένοντας όμως σε υψηλά επίπεδα όπως φαίνεται στο Σχήμα 1.2.

Σχήμα 1.2 Εξέλιξη ανεργίας συνολικά, ανάλογα με το φύλο και ανάμεσα στους νέους 2006-2016. Επηρεάστηκαν περισσότερο νέοι και γυναίκες.

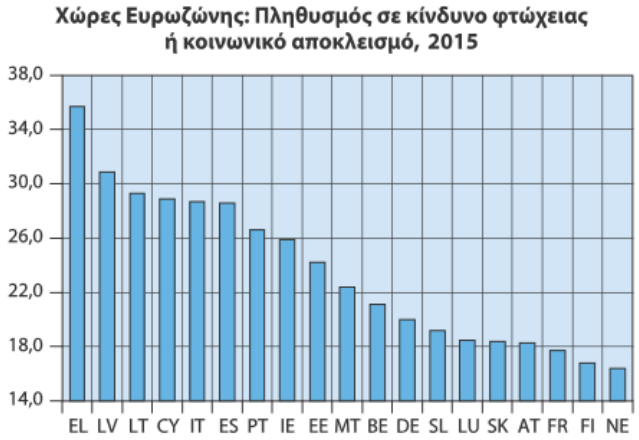



Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Δεύτερη μεγάλη αλλαγή επήλθε στα εισοδήματα μισθωτών και συνταξιούχων λόγω των μειώσεων μισθών και συντάξεων. Ειδικότερα για τους συνταξιούχους που αποτελούν τον πληθυσμό μελέτης οι μειώσεις είναι συνεχείς μέσω πολλαπλών νόμων και εισφορών, με αποτέλεσμα οι συντάξεις να μειωθούν ως και 60%(6) και αναμένεται να μειωθούν και άλλο στο προσεχές διάστημα.

Η ανεργία, η μείωση των εισοδημάτων και η επιβολή φόρων αύξησε τη φτώχεια και τις ανισότητες αυξάνοντας το χάσμα μεταξύ πλουσίων και φτωχών. Συγκεκριμένα στην Ελλάδα το 35% του πληθυσμού είναι σε κίνδυνο φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού καταλαμβάνοντας την πρώτη θέση στην ευρωζώνη(2) (Σχήμα 1.3).

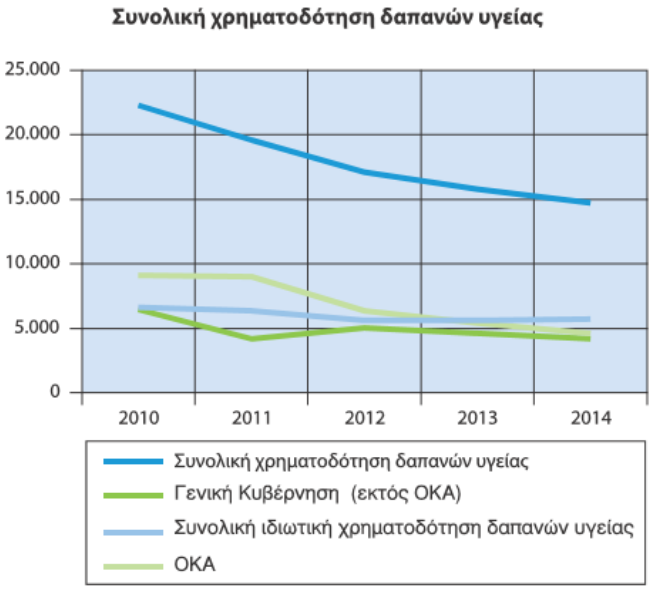
Σχήμα 1.3 Κίνδυνος φτώχειας ή κοινωνικού αποκλεισμού το 2015




Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Μια άλλη εξέλιξη που προκαλεί ανησυχία είναι η μείωση των κρατικών δαπανών για την υγεία η οποία οδήγησε σε απώλεια κλινών από τα Δημόσια Νοσοκομεία. Η μείωση της δαπάνης από το 2010 έως το 2014 ανέρχεται σε 22.255 εκατομμύρια €(2) (Σχήμα 1.4).

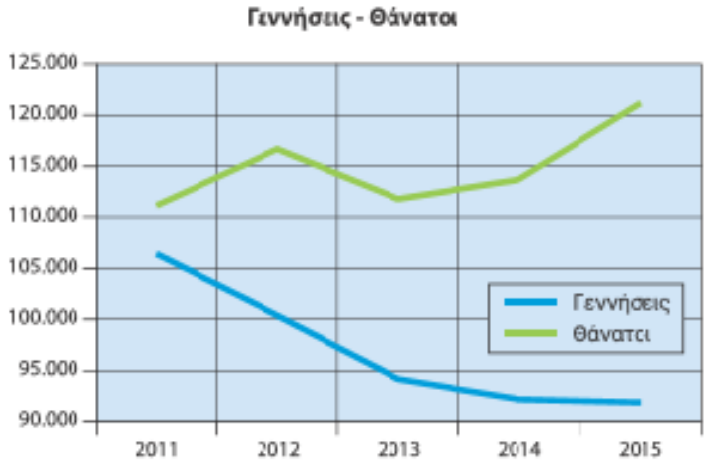
Σχήμα 1.4 Διακύμανση δαπανών για την υγεία 2010-2014. Φαίνεται η συμμετοχή δημοσίου, ιδιωτικού τομέα και ασφαλιστικών ταμείων.




Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

Ενδεικτική της οικονομικής κατάστασης της κοινωνίας αποτελεί η μείωση των γεννήσεων Παράλληλα, καταγράφεται και αύξηση των θανάτων. Τα δύο αυτά φαινόμενα οδηγούν σε μείωση του πληθυσμού(2). Για παράδειγμα, στην Ισπανία, μια χώρα που χτυπήθηκε έντονα από την κρίση έχει συσχετισθεί θετικά το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο με αυξημένη νοσηρότητα(7) γεγονός το οποίο ίσως εξηγεί και αύξηση των θανάτων αν αναλογιστεί κανείς την παράλληλη μείωση των δαπανών για την υγεία αλλά και τον αποκλεισμό από την πρόσβαση στην υγεία για ένα μέρος της κοινωνίας.

Σχήμα 1.5 Διακύμανση γεννήσεων και και θανάτων 2011-2015




Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ

1.2 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία.

Μετά την έναρξη της οικονομικής κρίσης η πιο εμφανής και άμεση επίπτωση στην υγεία των πολιτών ήταν η αύξηση των ψυχικών διαταραχών. Συγκεκριμένα η μείζων κατάθλιψη που το 2008, πριν δηλαδή την έναρξη της οικονομικής κρίσης κυμαινόταν στο 3,3% σε μόλις ένα χρόνο αυξήθηκε στο 6,8% και το 2011 στο 8,2% για να φτάσει το 2013 στο 12,3% (8,9). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ίδιας μελέτης η ανεργία και η οικονομική δυσπραγία είναι μεταξύ των πέντε παραγόντων (οι υπόλοιποι τρεις είναι το γυναικείο φύλο, η διαμονή σε αγροτικές

περιοχές και η μείωση του μορφωτικού επιπέδου) που δρουν επιβαρυντικά στην εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης.

Σε μια προσπάθεια συσχέτισης των κοινωνικών σχέσεων και των ψυχικών διαταραχών ερευνήθηκε η σχέση μεταξύ γνωσιακού και κοινωνικού κεφαλαίου και της μείζονος κατάθλιψης και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής(10). Ενδεικτικά αναφέρεται ότι τη μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους θεσμούς εμφανίζει η αστυνομία, ενώ κοινοβούλιο, πολιτικοί και πολιτικά κόμματα λαμβάνουν τις τρεις τελευταίες αντίστοιχα θέσεις υποδηλώνοντας και την πολιτική κρίση που ακολούθησε την οικονομική. Η διαπροσωπική εμπιστοσύνη φαίνεται να προστατεύει από τη μείζων κατάθλιψη ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία και μορφωτικό επίπεδο. Ωστόσο, χωρίζοντας το δείγμα στα δύο ανάλογα με το επίπεδο οικονομικής δυσπραγίας η συσχέτιση στο κλάσμα με τη μεγαλύτερη δυσπραγία η συσχέτιση παύει να είναι στατιστικά σημαντική και παραμένει μόνο για τη χαμηλότερη δυσπραγία. Επίσης καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν υπάρχει μεταξύ διαπροσωπικής εμπιστοσύνης και γενικευμένης αγχώδους διαταραχής. Με τον ίδιο τρόπο επιδρά και η εμπιστοσύνη στους θεσμούς όπου πάλι στη μεγάλη οικονομική δυσπραγία δεν υπάρχει συσχέτιση ούτε με τη μείζων κατάθλιψη, ούτε με τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

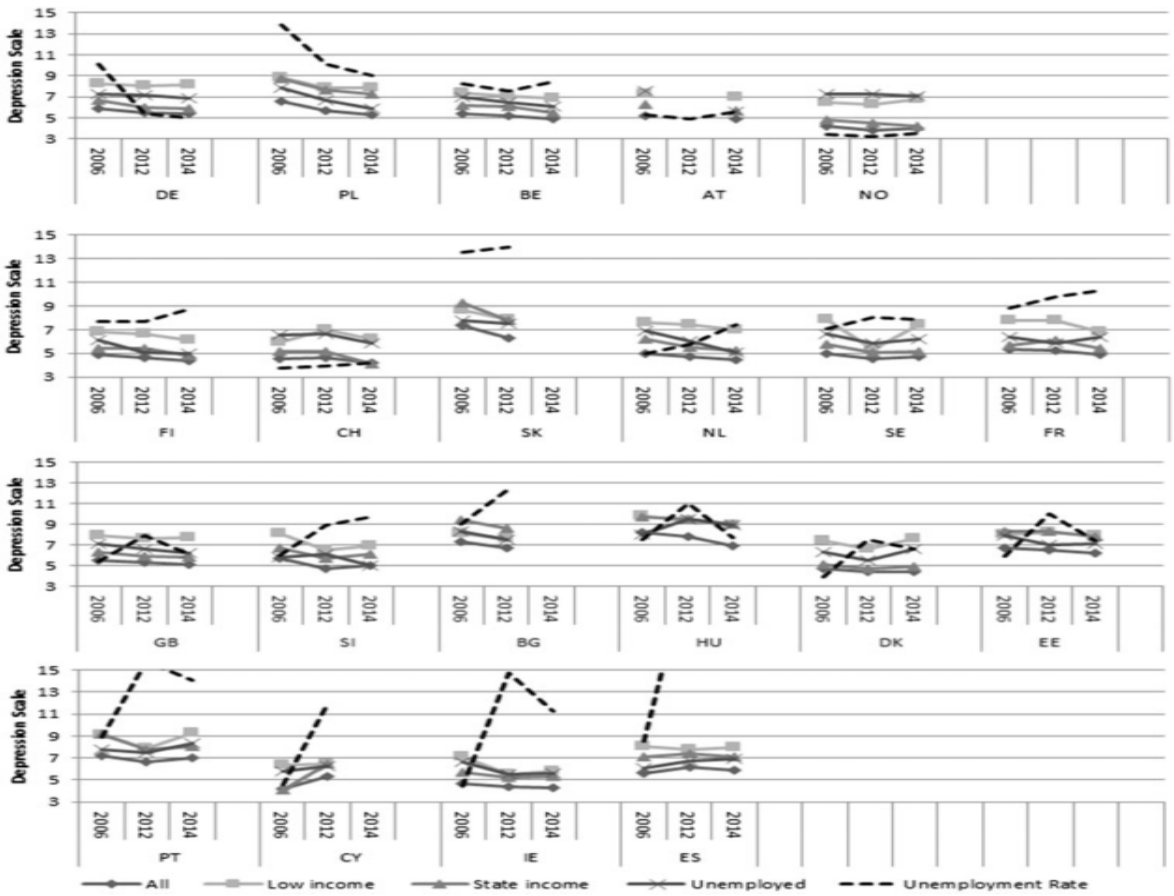
Αντίστοιχα δεδομένα για την ψυχική υγεία βρίσκουμε και στην Ισπανία, η οποία επηρεάστηκε αρκετά από την οικονομική κρίση(11). Συγκεκριμένα συλλέχθηκαν δεδομένα από μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και βρέθηκε ότι το 2010 σε σχέση με το 2006 η μείζων κατάθλιψη αυξήθηκε κατά 19,4%, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή κατά 8,4%, οι σωματόμορφες διαταραχές κατά 7,3% και οι διαταραχές σχετιζόμενες με το αλκοόλ κατά 4,6%, ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή στις διατροφικές διαταραχές. Αυτή η μελέτη βρήκε επίσης ότι ανεξάρτητα από την ανεργία που και σε αυτή τη χώρα παραμένει κυρίαρχο αίτιο για τις διαταραχές ένας σημαντικός κίνδυνος για τις ψυχικές διαταραχές προστίθεται σε όσα άτομα αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην αποπληρωμή των υποθηκών τους προς τις τράπεζες προσθέτοντας έτσι έναν επιπλέον παράγοντα ψυχικής επιβάρυνσης.

Μια μελέτη που έγινε στις Η.Π.Α. δηλαδή τη χώρα όπου ξεκίνησε η οικονομική κρίση έδειξε θετική συσχέτιση της κατάσχεσης κατοικίας λόγω χρεών με ψυχικές διαταραχές(12).

Συγκεκριμένα η πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε άτομα με κατάσχεση σε σχέση με άτομα που δεν αντιμετωπίζουν κατάσχεση είναι 2,4 φορές μεγαλύτερη. Σε αυτό το νούμερο να επισημάνουμε ότι έχει γίνει προσαρμογή για όλους τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και τα οικονομικά προβλήματα. Σύμφωνα με την ίδια μελέτη το αντίστοιχο νούμερο για την εκδήλωση γενικευμένης αγχώδους διαταραχής ανέρχεται σε 1,9 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα σε όσους αντιμετωπίζουν κατάσχεση.

Για 21 χώρες της Ε.Ε. στις οποίες απουσίαζε η Ελλάδα βρέθηκε ότι τα επίπεδα της κατάθλιψης έχουν μειωθεί για τις περισσότερες χώρες με εξαίρεση Ισπανία και Κύπρο που αυξήθηκαν(13). Αυτές είναι δύο χώρες που εφαρμόστηκαν μέτρα λιτότητας Σύμφωνα με την ίδια μελέτη δεν παρατηρήθηκαν και σημαντικές ανισότητες ανάμεσα όσον αφορά τη ψυχική υγεία. Τα αποτελέσματα αυτά εξηγούνται κυρίως λόγω της απουσίας (η μικρής παρουσίας) ενός κύριου και πιθανόν του επικρατέστερου παράγοντα εκδήλωσης ψυχικών διαταραχών τα τελευταία χρόνια της ανεργίας. Τα δεδομένα παρουσιάζονται στο σχήμα 1.6.

Σχήμα 1.6 Διακύμανση καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά σειρά αυξανόμενης ανεργίας(13). Φαίνεται το ποσοστό συμμετοχής τριών κοινωνικοοικονομικών παραγόντων αλλά και συνολικά.



Reibling N, Beckfield J, Huijts T, Schmidt-Catran A, Thomson KH, Wendt C. Depressed during the depression: has the economic crisis affected mental health inequalities in Europe? Findings from the European Social Survey (2014) special module on the determinants of health. Eur J Public Health [Internet]. 2017;27(1):47–54

Μια άλλη μελέτη συνέκρινε την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας μετά την έναρξη της κρίσης μεταξύ Ελλάδας και Ιρλανδίας όπου βρέθηκε μια σημαντική διαφορά. Παρ΄ όλο που και οι δύο χώρες βίωσαν στα πρώτα τουλάχιστον χρόνια της κρίσης παρόμοιας έντασης οικονομική κρίση με μείωση του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος και αύξηση της ανεργίας μόνο στην Ελλάδα καταγράφεται μείωση στην κατάσταση υγείας των ανθρώπων(14). Η πιθανή εξήγηση εδώ αφορά στο γεγονός ότι στην Ιρλανδία δεν υπήρξε μείωση στον προϋπολογισμό για την υγεία και τα διαφορετικά ποσοστά αντικατάστασης των χαμένων εισοδημάτων τα οποία στην Ελλάδα ήταν 43%, ενώ στην Ιρλανδία 70% σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α.(15). Αντίστοιχα όταν συγκρίνουμε μετά από πέντε χρόνια ανεργίας το ποσοστό της Ελλάδας είναι 4% και στην Ιρλανδία 85%. Συμπερασματικά η υγεία των ανθρώπων τα τελευταία χρόνια εξαρτάται και από τις περικοπές στο σύστημα υγείας και από τις κοινωνικές παροχές.

### 1.2.1 Οικονομική κρίση και αυτοκτονίες.

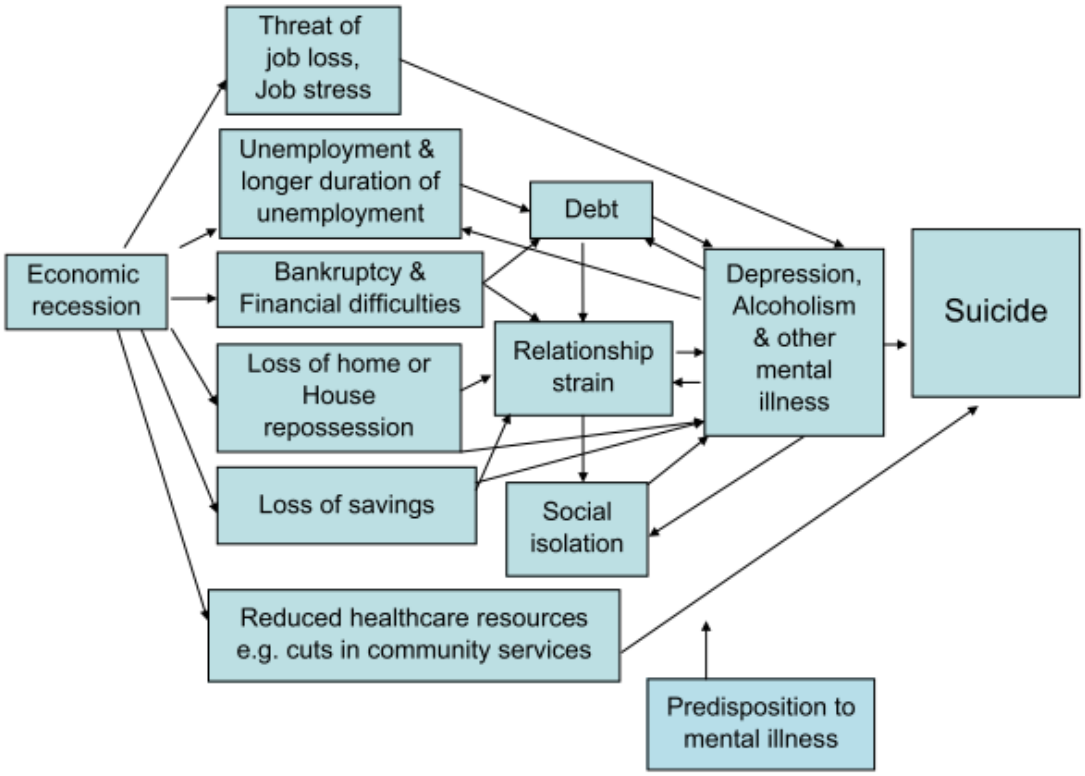
Η πλέον προβεβλημένη στα Μ.Μ.Ε. συνέπεια της οικονομικής κρίσης είναι η αύξηση των αυτοκτονιών(16). Σύμφωνα με στοιχεία του Π.Ο.Υ. από 391 αυτοκτονίες το 2009 τα περιστατικά έφτασαν τα 533 το 2013(17). Σε μια μελέτη που αναζήτησε τις επιπτώσεις της κρίσης στην Ελλάδα βρέθηκε ότι για τα άτομα ηλικίας πάνω από 45 και μέχρι 89 ετών η δημοσιονομική λιτότητα επηρεάζει σημαντικά τον αριθμό των αυτοκτονιών αλλά δεν επηρεάζει όσους αυτοκτονούν και είναι κάτω από 24 ετών(18). Αυτό γίνεται εύκολα κατανοητό εάν αναλογιστεί κανείς ότι η μείωση των κρατικών δαπανών έγινε σε μεγάλο βαθμό από μείωση μισθών και συντάξεων αλλά και σε μειωμένους προϋπολογισμούς για υγεία και κοινωνικές παροχές. Αντίθετα οι νέοι άνθρωποι φαίνεται ότι αυτοκτονούν περισσότερο λόγω προβλημάτων προσωπικότητας των παιδικών χρόνων ή λόγω της χρήσης ουσιών. Πιθανότατα κατά τους συγγραφείς η δυνατότητα μετανάστευσης των νέων τους δίνει την απαραίτητη να ξεφύγουν από τις επιπτώσεις της λιτότητας. Για τις ηλικίες από 25-44 ετών κύριος παράγοντας για τις αυτοκτονίες είναι η ανεργία, ο οποίος όμως δεν ισχύει για τους μεγαλύτερους. Τέλος να επισημάνουμε ότι η ηλικιακή ομάδα από 45 ετών και άνω είναι αυτή με τη μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό των αυτοκτονιών, ενώ οι άντρες έχουν επηρεαστεί περισσότερο από τις γυναίκες.

Κοιτώντας τώρα τα δεδομένα από διάφορες μελέτες σχετικά με την σκέψη για αυτοκτονία από το 2,4% το 2008 στο μέγιστο 6,7% το 2011 το 2013 έπεσε πάλι στο 2,6%. Αντίστοιχα οι απόπειρες από 0,6% το 2008 στο μέγιστο 1,5% το 2011 και πάλι στο 0,9% το 2013(19). Από τα ίδια δεδομένα προκύπτει ότι η μείζων κατάθλιψη αποτελεί κύριο αίτιο τόσο για τις σκέψεις όσο και για τις απόπειρες αυτοκτονίας. Για τις απόπειρες σημαντικό ρόλο παίζει και η προηγούμενη προσπάθεια και η χαμηλή διαπροσωπική εμπιστοσύνη. Σύμφωνα με τα νούμερα που αναφέρθηκαν παραπάνω οι σκέψεις και απόπειρες για αυτοκτονία έχουν επιστρέψει σχεδόν στα προ κρίσης επίπεδα οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι η αυτοκτονία αποτελεί μια οξεία και παροδική αντίδραση στην οικονομική κρίση η οποία μετά το πρώτο ξέσπασμα μειώνεται πάλι. Ωστόσο οι συγγραφείς τονίζουν ότι η μείζων κατάθλιψη δεν έχει υποχωρήσει και ότι όσο η κατάσταση στη χώρα παραμένει ασταθής ιδιαίτερη μέριμνα θα πρέπει να λαμβάνεται για τη θεραπεία της κατάθλιψης και την ενίσχυση των κοινωνικών δεσμών των ασθενών.

Σε μία ανασκόπηση μελετήθηκε η ύπαρξη χρεών και οι επιδράσεις τους στην υγεία. Από τη σύγκριση των μελετών βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ χρεών και κατάθλιψης αλλά και αυτοκτονικών σκέψεων(20). Το εύρημα αυτό μας θέτει προβληματισμούς και για την κατάσταση της Ελλάδας καθώς κατασχέσεις και πλειστηριασμοί ξεκίνησαν να εφαρμόζονται στην πράξη από τον προηγούμενο χρόνο και η ένταση τους αυξάνεται καθώς αυξάνονται και τα χρέη των πολιτών(21).

Τέλος Camilla H. και συνεργάτες προσπάθησαν να σχεδιαστούν τα μονοπάτια μέσω των οποίων η οικονομική κρίση οδηγεί στη αυτοκτονία(22). Μετά από ανασκόπηση της βιβλιογραφίας η ανεργία και οι αβεβαιότητες γύρω από την εργασιακή κατάσταση αποτέλεσαν τα κύρια αίτια αυτοκτονιών(22). Άλλα αίτια ήταν η πτώχευση, οι οικονομικές δυσκολίες και η απώλεια κατοικίας. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι σε μια προσπάθεια μείωσης του φαινομένου μεγάλη σημασία δίνεται σε προγράμματα ενίσχυσης εργασίας και κοινωνικής υποστήριξης από φορείς, ενώ αντίθετα αποτελέσματα έχουν οι κοινωνικές ανισότητες. Τα διάφορα μονοπάτια απεικονίζονται στο σχήμα 1.7.

Σχήμα 1.7 Πιθανοί μηχανισμοί που συνδέουν οικονομική κρίση και αυτοκτονία.




Haw Camilla, Hawton Keith, Gunnell David, Platt Stephen. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. Int J Soc Psychiatry [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 24];61(1):73–81

1.3 Οικονομική κρίση και κεφαλαλγίες.

Ένα άλλο πρόβλημα υγείας που αυξήθηκε στα χρόνια της κρίσης και συνδυάζεται και με την αύξηση των ψυχικών διαταραχών είναι οι κεφαλαλγίες(23). Αρχικά οι επισκέψεις στα τμήματα επειγόντων των νοσοκομείων ασθενών που εμφανίζουν κεφαλαλγία είναι το 1-3%. Βρέθηκε ότι από το 2010 στο 2011 η προσέλευση στα επείγοντα αυξήθηκε κατά 70% και οι ασθενείς με συμπτώματα κεφαλαλγίας από 10,5% σε 18%. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι από το 2010 στο 2011 αυξήθηκε σημαντικά ο αριθμός των ασθενών με κεφαλαλγίες που υποφέρουν από κατάθλιψη, ενώ δεν παρατηρήθηκε ανάλογη αύξηση στην παρουσία αγχώδους διαταραχής. Όσον αφορά το φύλο των ασθενών με κατάθλιψη φάνηκε ότι οι γυναίκες υπερτερούν των ανδρών. Για όλα τα χρόνια οι γυναίκες κάνουν μεγαλύτερη χρήση αναλγητικών. Θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το 13,1% των ασθενών το 2008 δεν χρησιμοποιούσε κανέναν φάρμακο για την αντιμετώπιση της κεφαλαλγίας, ενώ το 2011 το ποσοστό έπεσε στο 0,45%. Η εξάπλωση της χρήσης φαρμάκων πιθανότατα αντανακλά αύξηση της έντασης του πόνου κατά τα τελευταία χρόνια. Ωστόσο στα χρόνια της κρίσης αυξήθηκε ο αριθμός των ασθενών που δεν

ανταποκρίνονταν στη φαρμακευτική αγωγή, καθώς η κακή οικονομική κατάσταση δεν επιτρέπει την πρόσβαση σε ιατρικές συμβουλές και ο σχεδιασμός της φαρμακευτικής αγωγής γίνεται από τους ίδιους τους ασθενείς υιοθετώντας ένα αυθαίρετο και προσωπικό θεραπευτικό σχήμα. Επιπρόσθετα η ελεύθερη και δωρεάν πρόσβαση στην τριτοβάθμια περίθαλψη, με την παράκαμψη του ιδιώτη προσωπικού ιατρού που απαιτεί πληρωμή οδήγησε σε κακομεταχείριση των ασθενών στα επείγοντα περιστατικά λόγω της αθρόας προσέλευσης. Ως αποτέλεσμα αυξήθηκε ο αριθμός των ασθενών με αναποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή.

1.4 Οικονομική κρίση και κατάγματα.

Μια μελέτη που διενεργήθηκε από τον Rallis G. και συνεργάτες στο Γ.Ν.Α. Κ.Α.Τ. μελέτησε την αιτιολογία των γναθοπροσωπικών καταγμάτων και βρήκε ότι μετά το 2010 και μέχρι το 2013 σε σύγκριση με το διάστημα 2006 με 2009 υπάρχει μια σημαντική διαφοροποίηση των αιτιών(24). Συγκεκριμένα καταγράφηκε στατιστικά σημαντική μείωση του ποσοστού των καταγμάτων που οφείλονται σε τροχαία ατυχήματα κατά 15% και αύξηση του ποσοστού των καταγμάτων που οφείλονται σε αύξηση της βίαιης συμπεριφοράς των ανθρώπων κατά 5%.

1.5 Οικονομική κρίση και συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή.

Σε μια διαφορετική διάσταση της επίδρασης της κρίσης στην υγεία των ανθρώπων εξετάστηκε η συμμόρφωση ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας στη φαρμακευτική αγωγή κατά τις απεργίες των φαρμακοποιών. Οι ερευνητές πραγματοποίησαν την μελέτη σε επαρχιακές περιοχές της Κρήτης καθώς εκεί και ιδιαίτερα στις απομακρυσμένες περιοχές η πρόσβαση σε δομές υγείας είναι περιορισμένη και περιλαμβάνει κόστος μετακίνησης, ενώ ο πληθυσμός αποτελείται σε μεγάλο ποσοστό από χαμηλόμισθους αγρότες και συνταξιούχους (25). Οι ερευνητές βρήκαν ότι κατά τη διάρκεια της απεργίας των φαρμακοποιών πολλοί από τους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις μείωσαν ή σταμάτησαν τη φαρμακευτική τους αγωγή μη μπορώντας να ανταποκριθούν στο κόστος αγοράς τους. Για τους ασθενείς με υπέρταση ένα ποσοστό 5,5% σταμάτησε τελείως τη φαρμακευτική αγωγή, ενώ ένα 11,6% παρέλειψε κάποιες δόσεις. Για τους ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο το 7,1% σταμάτησε την αγωγή και το 17%

παρέλειψε κάποιες δόσεις. Για τους ασθενείς με δυσλιπιδαιμία τα ποσοστά ανέρχονται σε 27% και 21% αντίστοιχα, ενώ για τη ΧΑΠ ή άσθμα 21,4% και 17,9% αντίστοιχα.

Επίσης οι περισσότεροι πήραν την απόφαση αυτή χωρίς να συμβουλευτούν γιατρό αλλά μόνοι τους ή μετά από συζήτηση με γείτονες, συγγενείς ή φίλους(25). Αντίστοιχα σε υποτροπή συμπτωμάτων το 22% δεν αναζήτησε ιατρική συμβουλή φοβούμενο το κόστος των υπηρεσιών υγείας. Σε συνεντεύξεις που πραγματοποιήθηκαν οι περισσότεροι ασθενείς ανέφεραν ότι έχουν θλίψη, φόβο, άγχος και ανησυχία για το μέλλον των παιδιών τους, την ανεργία και τις ελλείψεις φαρμάκων. Πολλοί αδυνατούν να ανταποκριθούν σε όλες τις οικονομικές υποχρεώσεις και συνεπώς είτε δανείζονται χρήματα από συγγενείς είτε σταματούν να παίρνουν φάρμακα για να πληρώσουν φόρους και λογαριασμούς ρεύματος. Η οικονομική δυσπραγία ακόμα βλάπτει τους κοινωνικούς δεσμούς καθώς η απομάκρυνση από το καφενείο και η εγκατάλειψη της προσφιλούς συνήθειας του κεράσματος έχει οδηγήσει στην απομόνωση και στην κατάθλιψη πολλών ατόμων. Συνεπώς το αρνητικό συναισθηματικό φορτίο και τα οικονομικά προβλήματα επηρεάζουν τα επίπεδα της υγείας σε αυτούς τους πληθυσμούς.

### 1.6 Οικονομική κρίση και χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και ναρκωτικών ουσιών.

Μια ανασκόπηση προσπάθησε να αποτυπώσει σε όλη την έκταση της Ε.Ε. την επίπτωση της οικονομικής κρίσης στη χρήση αλκοόλ, τσιγάρου και ναρκωτικών ουσιών(26). Οι περισσότερες μελέτες γύρω από το αλκοόλ δείχνουν μια τάση αύξησης της κατανάλωσης, ιδιαιτέρως στους ανέργους. Ειδικότερα παρατηρείται ότι στο γενικό πληθυσμό αναφέρεται μείωση της υπερκατανάλωσης, ενώ σε ανέργους το αντίθετο. Ειδικότερα στην Ισπανία βρέθηκε ότι ενώ οι συστηματικοί πότες μειώθηκαν, αυξήθηκαν σημαντικά τα περιστατικά μέθης βουλιμικού χαρακτήρα (binge drinking). Όσον αφορά τη χρήση ναρκωτικών ουσιών ειδικά στην Ελλάδα καταγράφεται μια αύξηση της χρήσης σε μεγαλύτερες ηλικίες. Θεωρείται ότι λόγω των οικονομικών προβλημάτων πολλοί παλιοί χρήστες ξεκίνησαν πάλι τη χρήση μη μπορώντας να ανταπεξέλθουν στις ψυχολογικές πιέσεις. Στο σύνολο του πληθυσμού η αύξηση των χρηστών από το 2008 στο 2010 ήταν 11,6% και η μεγαλύτερη αύξηση στην ηλικιακή ομάδα 35-64 ετών όπου έφτασε το 88,2%. Επίσης, δεδομένα από την Ιταλία δείχνουν μείωση στην κατανάλωση των λεγόμενων ακριβών ναρκωτικών (ηρωίνη, κοκαΐνη) και αύξηση στην κατανάλωση φθηνών

ναρκωτικών (κάνναβη, αμφεταμίνες). Στην Ισπανία καταγράφεται περιστασιακή χρήση κάνναβης από ανέργους μεγαλύτερης ηλικίας. Όσον αφορά το κάπνισμα η μείωση των καπνιστών είναι εμφανής σε όλες τις χώρες συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας.

Ειδικά για το κάπνισμα γνωρίζουμε ότι το 2011 μεταξύ των καπνιστών, το 42% ανέφερε την πρόθεση του να διακόψει το κάπνισμα και ότι το 24,9% πραγματοποίησε μία προσπάθεια διακοπής το τελευταίο χρόνο(27). Η πρόθεση διακοπής καπνίσματος ισχύει και για τα δύο φύλα, για τους παντρεμένους, για άτομα >54 ετών, για το υψηλό και το χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και για τους κατοίκους αγροτικών περιοχών. Συνολικά ή επίπτωση του καπνίσματος μειώθηκε περίπου 5% και παρατηρήθηκε στους άνδρες, στις ηλικίες 35-54, σε παντρεμένους, σε χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, σε χαμηλό και μέσο μορφωτικό επίπεδο και στους κατοίκους των αστικών περιοχών. Μεγάλο ρόλο σε αυτή τη μείωση του καπνίσματος παίζει η αύξηση των φόρων στον καπνό, και απαγόρευση της διαφήμισης των τσιγάρων. Ωστόσο η μεγαλύτερη μείωση παρατηρείται από το 2010 στο 2011 οπότε βγαίνει το συμπέρασμα ότι ευθύνεται η οικονομική κρίση και η μείωση των εισοδημάτων. Επίσης σε μια άλλη μελέτη υπολογίζεται ότι μειώθηκε κατά 16% ο αριθμός των τσιγάρων κατά κεφαλή(28). Το παράδειγμα του τσιγάρου δείχνει πως η οικονομική κρίση μπορεί να έχει ένα θετικό αντίκτυπο στην υγεία του πληθυσμού, ενώ οι ερευνητές θεωρούν ότι μια περαιτέρω αύξηση της τιμής των τσιγάρων μπορεί να έχει ακόμα μεγαλύτερες θετικές επιδράσεις.

Ωστόσο, η μελέτη MEDIS που μελετά ηλικιωμένους τη δεκαετία 2005-20015 κυρίως σε νησιωτικές περιοχές της Μεσογείου δείχνει την αντίθετη άποψη γύρω από το κάπνισμα(29). Οι εθελοντές που γράφτηκαν στη μελέτη μετά το 2009 αύξησαν τη χρήση τσιγάρου σε σχέση με αυτούς που γράφτηκαν από το 2005.

Αντίστοιχες πιθανές θετικές επιδράσεις διερευνήθηκαν στην Ισλανδία η οποία το 2008 χτυπήθηκε από την οικονομική κρίση(30). Εκεί παρατηρήθηκε μείωση στο κάπνισμα και την υπερκατανάλωση αλκοόλ. Αυτή η επίδραση αποδίδεται στην άνοδο της τιμής αυτών των προϊόντων όπως συνέβη και στην Ελλάδα με τα τσιγάρα.

1.7 Οικονομική κρίση και καρδιαγγειακά νοσήματα.

Σύμφωνα με τη Eurostat, στην Ελλάδα το 2014 τα καρδιαγγειακά ήταν η πρώτη αιτία θανάτου και τα ισχαιμικά επεισόδια κατέλαβαν την τέταρτη θέση μετά από τον καρκίνο και τα νοσήματα των πνευμόνων(31). Σε μια προσπάθεια να αποτυπωθεί η επίδραση της οικονομικής κρίσης ερευνήθηκε η σχέση μεταξύ εισοδήματος και οξέος στεφανιαίου συνδρόμου(32). Αποδείχθηκε ότι το χαμηλό εισόδημα αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κακής πρόγνωσης για την κατάληξη των ασθενών μειώνοντας την επιβίωση τους σε σχέση με το υψηλό εισόδημα. Οι ερευνητές ως πιθανούς μηχανισμούς καταδεικνύουν την υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών αλλά και τη διαφορά στη συνταγογράφηση φαρμάκων μετά τη νοσηλεία στο νοσοκομείο. Αυτό συμβαίνει είτε γιατί γίνεται λιγότερο συχνή συνταγογράφηση είτε γιατί επιλέγονται φθηνά φάρμακα και αποκλείονται από νέες αποτελεσματικές θεραπείες.

Στα παραπάνω αποτελέσματα προστίθενται δεδομένα από την μελέτη Αττική όπου το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο προβλέπει την επίπτωση των καρδιαγγειακών σε βάθος δεκαετίας(33). Συγκεκριμένα τα άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου έχουν 2,7 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για κάποιο καρδιαγγειακό επεισόδιο σε σχέση με τα άτομα υψηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου.

Σε μια άλλη μελέτη εξετάστηκε η σχέση μεταξύ διαιτητικών συνηθειών, ψυχικών διαταραχών και πρώτης εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβάντων(34). Αρχικά φαίνεται ότι η προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή προστατεύει από την εκδήλωση καρδιαγγειακών. Ωστόσο, όταν λαμβάνονται υπ΄ όψιν η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές αυτή η προστασία παύει να ισχύει και διατηρείται μόνο στα ήπια περιστατικά ψυχικών διαταραχών. Αντίθετα η παρουσία κατάθλιψης ή άγχους αυξάνει την πιθανότητα για πρώτη εκδήλωση στεφανιαίου συνδρόμου ή εγκεφαλικού.

1.8 Οικονομική κρίση και διατροφή.

Τα δεδομένα για την επίδραση της κρίσης στις διατροφικές επιλογές και συνήθειες είναι περιορισμένα. Σύμφωνα με την ΕΛΣΤΑΤ(2) η μέση μηνιαία κατανάλωση για κρέας, ψάρι, γάλα,

τυρί, φρούτα, ξηρούς καρπούς, λαχανικά και ελαιόλαδο έχει μειωθεί, ενώ έχει αυξηθεί η κατανάλωση ρυζιού και ζυμαρικών. Τα δεδομένα παρουσιάζονται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα και φανερώνουν μια απομάκρυνση από τη Μεσογειακή Διατροφή που ήταν πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, όσπρια και ελαιόλαδο.

Πίνακας 1.1 Διακύμανση μέσης μηνιαίας κατανάλωσης βασικών αγαθών 2011-2015

**2. Μέση μηνιαία καταναλωθείσα ποσότητα βασικών αγαθών, 2011 - 2015**

| | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|---|
| Ρύζι (gr) | 1.286 | 1.296 | 1.317 | 1.318 | 1.329 |
| Ψωμί και είδη αρτοποιίας (gr) | 11.373 | 11.140 | 10.809 | 10.693 | 10.676 |
| Ζυμαρικά (gr) | 2.636 | 2.672 | 2.766 | 2.715 | 2.848 |
| Κρέας (gr) | 11.441 | 11.029 | 10.413 | 10.376 | 10.268 |
| Ψάρια (gr) | 3.293 | 3.143 | 2.947 | 2.972 | 2.778 |
| Γάλα (ml) | 12.727 | 12.418 | 12.122 | 12.257 | 11.912 |
| Αυγά (σε τεμάχια) | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 |
| Γιαούρτι (gr) | 1.835 | 1.745 | 1.731 | 1.796 | 1.865 |
| Τυρί (gr) | 3.535 | 3.373 | 3.185 | 3.004 | 2.841 |
| Φρούτα νωπά, συντηρημένα και ξηροί καρποί (gr) | 20.917 | 19.916 | 17.567 | 17.621 | 17.206 |
| Λαχανικά νωπά, συντηρημένα και όσπρια (gr) | 28.992 | 28.403 | 26.272 | 26.477 | 26.111 |
| Ελαιόλαδο (ml) | 3.534 | 3.729 | 3.477 | 3.431 | 3.256 |
| Τσιγάρα (σε τεμάχια) | 269 | 237 | 221 | 201 | 185 |
| Οινοπνευματώδη ποτά (ml) | 4.096 | 3.788 | 3.781 | 3.792 | 3.871 |

Την ίδια εικόνα δείχνουν και τα δεδομένα από τη μελέτη MEDIS η οποία όπως αναφέρθηκε παραπάνω έγινε σε ηλικιωμένους, διαπίστωσε μέσω του MedDietScore μείωση στην προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή για όσους ξεκίνησαν την μελέτη μετά το 2009(29). Συγκεκριμένα η χαμηλή προσκόλληση που αφορούσε το 14% των εθελοντών πριν το 2009 έφτασε στο 36% μετά το 2009 και η μέτρια προσκόλληση υποχώρησε από το 72% στο 50%.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι τόσο η χώρα στο σύνολό της όσο και οι ηλικιωμένοι ειδικότερα ακολουθούν ένα διαιτητικό πρότυπο το οποίο δεν είναι κοντά στη Μεσογειακή Διατροφή.

Στην Ισλανδία, αντίθετα παρατηρήθηκε μείωση κάποιων κακών διατροφικών συνηθειών όπως η κατανάλωση ζαχαρούχων αναψυκτικών, γλυκών, γρήγορου φαγητού(30). Παράλληλα, μειώθηκε η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αλλά αυξήθηκε η κατανάλωση ιχθυελαίων και η διάρκεια του ύπνου. Αλλαγές στο ωράριο εργασίας, πραγματικό εισόδημα, περιουσιακά στοιχεία, στεγαστικά δάνεια και ψυχική υγεία δεν συμμετέχουν στην επίδραση της κρίσης στα

αναψυκτικά. Αντίθετα, τα χρέη στα στεγαστικά δάνεια συμμετέχουν στην κατανάλωση γλυκών και γρήγορου φαγητού. Σημαντικό ρόλο φαίνεται να έπαιξε η άνοδος των τιμών όπως έγινε και με τα τσιγάρα στην Ελλάδα. Τέλος οι συγγραφείς αναφέρουν ότι στην επιτυχία της Ισλανδίας σημαντικές είναι οι κοινωνικές δομές υποστήριξης που απουσιάζουν σε χώρες όπως η Ισπανία και η Ελλάδα.

1.8.1 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και διατροφή.

Σύμφωνα με μια έρευνα της Ευρωπαϊκής Επιτροπής του 2012 που εξέτασε διάφορα άρθρα γύρω από τους καθοριστικούς παράγοντες της διατροφής αναφέρει ότι η διαθεσιμότητα πόρων και η οικονομική δυνατότητα βοηθούν στην επιλογή μιας υγιεινής δίαιτας, ενώ αντίθετα το χαμηλό εισόδημα, η ακρίβεια και η και η ανασφαλής πρόσβαση σε κατάλληλα τρόφιμα δρουν αρνητικά στην ποιότητα της διατροφής(35). Ακόμα, η κατάσταση υγείας, αναπηρίες και άλλες φυσιολογικές αλλαγές που σχετίζονται με τη γήρανση επηρεάζουν την επιλογή, αγορά, προετοιμασία, απόλαυση και πέψη των τροφίμων. Σημαντική είναι η οικογενειακή κατάσταση και ειδικά το αν ένας ηλικιωμένος ζει μόνος ή όχι, ή γενικότερα η ύπαρξη καλών κοινωνικών σχέσεων βοηθά στη διαχείριση των προβλημάτων που σχετίζονται με την αλλαγή μέσω της ανταλλαγής εμπειριών. Το ψηλό μορφωτικό επίπεδο, επίσης σχετίζεται θετικά με υγιεινές διατροφικές επιλογές. Στην ίδια αναφορά διαβάζουμε επίσης ότι εκπαίδευση, η κατοικία με άλλο άτομο και το γυναικείο φύλο σχετίζονται θετικά με την ποιότητα της διατροφής και προτείνεται ότι η προώθηση της υγιεινής διατροφής θα πρέπει να στοχεύει άντρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο που ζουν μόνοι. Τέλος έχει βρεθεί ότι μείωση των τιμών των τροφίμων αυξάνει την τάση των ηλικιωμένων να υιοθετούν πιο υγιεινή διατροφή, ενώ σημαντική φαίνεται και η ευκολία πρόσβασης στα μαγαζιά τροφίμων.

Νεότερα δεδομένα αναφέρουν ότι υγιεινά τρόφιμα, γεύση, τιμή και ο χρόνος μετάβασης στα καταστήματα επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές(36). Ωστόσο ο παράγοντας της υγιεινής των τροφίμων είχε μεγαλύτερη βαρύτητα στα άτομα με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και μικρότερη σημασία στα άτομα χαμηλού εισοδήματος.

Τέλος, μια μελέτη γύρω από τη δυσθρεψία στους ηλικιωμένους συσχέτισε τη δυσθρεψία και την ανικανότητα αγοράς, προετοιμασίας και μαγειρέματος των γευμάτων με το χαμηλό εισόδημα, την απόσταση του σούπερ μάρκετ και την ανικανότητα οδήγησης ή χρήσης της δημόσιας συγκοινωνίας(37).

## Κεφάλαιο 2: Ερευνητικά κενά και Σκοπός

Σύμφωνα με τα όσα αναφέρθηκαν παραπάνω υπάρχει κενό στη βιβλιογραφία αναφορικά με το πώς έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση τις διαιτητικές συνήθειες και επιλογές και ιδιαίτερα στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αφού έχουν ερευνηθεί κάποια αποτελέσματα από συγχρονική μελέτη και δε μπορούν να εξαχθούν αιτιολογικές σχέσεις. Επομένως, σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν:

- Να ερευνηθούν οι παράγοντες που είναι σημαντικοί στην επιλογή τροφίμων των ηλικιωμένων ατόμων

- Να μελετηθεί αν ,κατά πόσο και με ποιο τρόπο έχει επιδράσει η οικονομική κρίση τις διαιτητικές συνήθειες των ηλικιωμένων στην Ελλάδα.

## Κεφάλαιο 3: Μέθοδος

### 3.1 Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από άνδρες και γυναίκες ≥65 ετών από την κοινότητα. Κριτήρια αποκλεισμού από τη μελέτη ήταν η διαγνωσμένη γνωσιακή εξασθένιση (ήπια γνωσιακή διαταραχή ή/και άνοια). Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν σε ΚΑΠΗ του δήμου Αμαρουσίου από όπου οι υπεύθυνοι των ΚΑΠΗ από στόμα σε στόμα συγκέντρωσαν τους εθελοντές.

### 3.2 Μεθοδολογία

Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν ο ποιοτικός σχεδιασμός των ομάδων εστίασης (focus groups), κατά την οποία πραγματοποιούνται συνεντεύξεις με συγκεκριμένες ερωτήσεις γύρω από το εξεταζόμενο θέμα. Πρακτικά, πρόκειται για ένα σύνολο ομαδικών συζητήσεων/συνεντεύξεων με τους υπό μελέτη εθελοντές, οι οποίες διευθύνονται από τον ερευνητή, καταγράφονται, και στη συνέχεια αποδελτιώνονται ώστε να είναι δυνατή η ανάλυση τους. Ο σχεδιασμός της μελέτης, η διεξαγωγή των ομάδων εστίασης και η ανάλυση των δεδομένων έγιναν σύμφωνα με την μεθοδολογία κατά Krueger(38). Ο αριθμός των απαιτούμενων συνεντεύξεων δεν είναι συγκεκριμένος και επαναλαμβάνονται μέχρις ότου να σταματήσουν να προκύπτουν νέα δεδομένα. Για τη διασφάλιση του απορρήτου δεν καταγράφονται επίθετα από τους εθελοντές παρά μόνο τα μικρά τους ονόματα και η ηλικία τους.

Κατά την διεξαγωγή των ομάδων ήταν παρόντες δύο ερευνητές: ένας ερευνητής που έθετε τα ερωτήματα και διεύθυνε τη συζήτηση (moderator) και ένας ερευνητής που ήταν υπεύθυνος για την καταγραφή των συζητήσεων (assistant moderator). Όλες οι ομάδες εστίασης μαγνητοφωνήθηκαν, χρησιμοποιώντας δημοσιογραφικό μαγνητόφωνο, ορατό από τους εθελοντές και αφού είχε ληφθεί η άδειά τους, ενώ παράλληλα ο βοηθός ερευνητή κατέγραφε και χειρόγραφα τη συζήτηση. Πριν ξεκινήσει να θέτει τις ερωτήσεις, ο ερευνητής εξηγούσε στους εθελοντές τη φύση και το σκοπό της μελέτης και τους ενημέρωνε για τη μαγνητοφώνηση. Στο τέλος κάθε συνέντευξης γινόταν μια ανακεφαλαίωση και δινόταν η ευκαιρία στους εθελοντές να προσθέσουν οτιδήποτε ξέχασαν.

Πρώτο βήμα πριν την διεξαγωγή των συνεντεύξεων ήταν η σχεδίαση της δομής και του περιεχομένου και των ερωτήσεων της συνέντευξης, η οποία χωρίστηκε σε δύο μέρη. Το πρώτο σκοπό είχε να μελετήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων και το δεύτερο την επίδραση της οικονομικής κρίσης στις διατροφικές συνήθειες. Οι ερωτήσεις σχεδιάστηκαν ώστε να είναι ανοιχτού τύπου και να δίνουν τη δυνατότητα σε κάθε εθελοντή να εκφράσει τη γνώμη του και τον τρόπο σκέψης του. Επίσης έγινε προσπάθεια ώστε να είναι απλές, κατανοητές, σύντομες αλλά και στοχευμένες στην πληροφορία που χρειάζεται. Μετά από συζήτηση, η ερευνητική ομάδα κατέληξε στις παρακάτω:

Πίνακας 3.1 Τα ερευνητικά ερωτήματα

| **Στόχος 1** | **Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων** |
|---|---|
| **Ερευνητικά ερωτήματα** | «Ποιοι παράγοντες σας επηρεάζουν στο τι τελικά επιλέγετε να φάτε;» |
| | «Από τους παράγοντες που είπατε, ποιος είναι για εσάς ο σημαντικότερος παράγοντας που επηρεάζει τι τελικά θα φάτε και γιατί;» |
| **Στόχος 2** | **Πώς έχει αλλάξει η οικονομική κρίση τις διατροφικές συνήθειες** |
| **Ερευνητικά ερωτήματα** | «Πιστεύετε ότι το να τρώει κανείς σωστά στοιχίζει περισσότερο ή λιγότερο;» |
| | «Έχουν αλλάξει τα τρόφιμα που επιλέγετε να φάτε τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης;/ Πώς έχει αλλάξει η οικονομική κρίση τα τρόφιμα που επιλέγετε να φάτε;»<br><br>«Υπάρχει κάτι άλλο που έχει αλλάξει σχετικά με το φαγητό ή τον τρόπο που αποκτάτε τα τρόφιμα γενικότερα;»<br><br>«Μήπως έχει αλλάξει η συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων;» |
| | «Αν οι οικονομικές συνθήκες ήταν καλύτερες θα επιλέγατε διαφορετικά τρόφιμα; Για παράδειγμα, υπάρχουν κάποια τρόφιμα που θα θέλατε να φάτε αλλά δεν μπορείτε λόγω οικονομικών συνθηκών;»<br><br>«Υπάρχουν κάποια τρόφιμα που δεν τρώγατε παλιότερα αλλά τώρα τελικά τα τρώτε λόγω οικονομικών συνθηκών;» |

## 3.3 Ποιοτική ανάλυση

Χρησιμοποιώντας τα αρχεία που προέκυψαν από τη μαγνητοφώνηση, έγινε η αποδελτιοποίηση των συζητήσεων και για κάθε ομάδα δημιουργήθηκε ένα αρχείο κειμένου με

καταγεγραμμένη τη συζήτηση. Η αποδελτιοποίηση πραγματοποιήθηκε καταγράφοντας τα λόγια των εθελοντών ακριβώς όπως ειπώθηκαν.

Στη συνέχεια, με βάση τα κείμενα της αποδελτιοποίησης, ακολούθησε η ποιοτική ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιώντας τη μέθοδο “long table approach” κατά Krueger(38). Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, κάθε φράση των συμμετεχόντων που περιέχει πληροφορία κατηγοριοποιείται σε μια ομάδα φράσεων με κοινό θέμα. Με τον τρόπο αυτό αναδεικνύονται οι συχνότερες/επικρατέστερες απόψεις και απαντήσεις των εθελοντών, αλλά και το εύρος των απόψεων που ακούστηκαν, γύρω από ένα συγκεκριμένο θέμα ή ερώτηση.

## Κεφάλαιο 4: Αποτελέσματα

Πραγματοποιήθηκαν 4 συνεντεύξεις με 24 συνολικά εθελοντές ηλικίας ≥65 ετών (66 % γυναίκες) το χρονικό διάστημα από 19/5/2017 μέχρι 7/6/2017. Στις ομάδες συμμετείχαν από 4 έως 7 άτομα. Η διάρκεια της κάθε συνέντευξης κυμάνθηκε από 22 μέχρι 34 λεπτά ανάλογα με τον αριθμό των συμμετεχόντων και την εξέλιξη της συζήτησης. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ανά θεματική ενότητα. Συνολικά δεν υπήρχαν ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις στις απαντήσεις ανδρών και γυναικών συμμετεχόντων.

### 4.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, ανέφεραν ότι διάφοροι παράγοντες υγείας είναι αυτοί που, κυρίως, τους επηρεάζουν στο ποια τρόφιμα θα επιλέξουν να καταναλώσουν. Με τον όρο αυτό οι περισσότεροι εθελοντές αναφέρονται σε ασθένειες όπως η υπερχοληστερολαιμία ή ο σακχαρώδης διαβήτης αλλά και σε διαταραχές στο στομάχι και το έντερο που οδηγούν στην αποφυγή κάποιων τροφίμων, κυρίως συγκεκριμένων οσπρίων ή λαχανικών. Μία χαρακτηριστική φράση που ακούστηκε: «η υγεία περισσότερο και η αποφυγή όλων των παρενεργειών. Δηλαδή της χοληστερίνης, του πάχους...». Η αποφυγή-αποκλεισμός τροφίμων στις περισσότερες φορές γίνεται με εντολή κάποιου επιστήμονα υγείας (ιατρού ή διαιτολόγου), ενώ σε λιγότερο βαθμό αφορά την προσωπική άποψη των εθελοντών γύρω από το πρόβλημα τους ή εναλλακτικές (ολιστικές) θεραπείες.

Κάποιοι εθελοντές αναφέρουν ότι τους ενδιαφέρει η εικόνα σώματος και η διαχείριση του σωματικού βάρους. Με τους όρους αυτούς, εννοούσαν, ότι επιλέγουν τρόφιμα που θα τους βοηθήσουν να διατηρήσουν το βάρος τους καθώς και να διατηρήσουν την εικόνα του σώματος στα επιθυμητά επίπεδα και ότι για να γίνει αυτό πρέπει να αλλάξουν κάποια πράγματα, σε σχέση με μικρότερες ηλικίες. Αξίζει να αναφερθεί η φράση που ακούστηκε: «δηλαδή, νομίζω ότι δεν είναι σωστό να τρώμε έτσι όπως τρώγαμε όταν ήμασταν 20 και 30 ετών και αυτό το έχουμε συμπεριλάβει στην καθημερινή μας διατροφή».

Σημαντικός παράγοντας, επίσης, είναι η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, αφού αναφέρθηκε ότι, σε ορισμένες περιπτώσεις, η επιλογή του φαγητού δεν εξαρτάται από τους ίδιους αλλά από την υπόλοιπη οικογένεια. Συγκεκριμένα, σε πολλές περιπτώσεις οι γιαγιάδες παρασκευάζουν το μεσημεριανό γεύμα και για τα εγγόνια τους, συνεπώς επιλέγουν τα τρόφιμα που πρέπει να φάνε αυτά. Ακόμα μπορεί ένας από τους δύο συζύγους να μην τρώει κάποιο τρόφιμο με συνέπεια αυτό να μην επιλέγεται και από την υπόλοιπη οικογένεια. Σε αυτό το πλαίσιο ακούστηκε η φράση: «Εγώ πρέπει να μαγειρέψω να φάει ο γιος μου και ο εγγονός μου...»

Ένας ενδιαφέρον παράγοντας που αναφέρεται ακόμα είναι η γεύση με την αντίστοιχη ικανοποίηση που αναμένεται από αυτή, αντανακλώντας και καθιερωμένες διαιτητικές συνήθειες καθώς και την αναφερόμενη αδυναμία στα γλυκά, τα οποία αποτυπώνονται με την φράση: «-βέβαια η γεύση παίζει μεγάλο ρόλο».

Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στην επιλογή τροφίμων είναι η προέλευση τους, καθώς πολλοί επιλέγουν τα ελληνικά προϊόντα κατά περίπτωση, ακόμα και αν είναι ακριβότερα. Αυτός ο παράγοντας σε συνδυασμό με την εποχικότητα θεωρείται ότι προσφέρει ποιοτικότερα τρόφιμα. Οι παράγοντες αυτοί φαίνονται στις φράσεις: «και να είναι και της εποχής, το βασικότερο.» καθώς και «θέλω να είναι ελληνικά προϊόντα».
Ας προστεθεί ότι κάποιοι εθελοντές αναφέρθηκαν στο ότι θέλουν ποιοτικά προϊόντα χωρίς να αναφέρουν συγκεκριμένα πια χαρακτηριστικά των τροφίμων θεωρούν σημαντικά. Ωστόσο κάποιοι έθεσαν προβληματισμό για την ασφάλεια των τροφίμων από φυτοφάρμακα και θα ήθελαν να είναι διασφαλισμένη η τήρηση των κανόνων κατά την παραγωγή των τροφίμων. Τέλος μια ιδιαίτερη άποψη που καταγράψαμε είναι η άρνηση κατανάλωσης διαφημιζόμενων τροφίμων, καθώς η διαφήμιση δεν εξασφαλίζει την ποιότητα.

Λιγότερο συχνά αναφέρθηκε η τιμή των προϊόντων, στο πλαίσιο της παρούσας οικονομικής κατάστασης, όπου όπως χαρακτηριστικά λένε «τους ενδιαφέρει το πορτοφόλι τους».

Αναφορά έγινε επίσης στην ευκολία και ταχύτητα κατά το μαγείρεμα καθώς κάποιοι εθελοντές δεν θέλουν ή δε μπορούν να δαπανήσουν πολλές ώρες για την ετοιμασία των γευμάτων.

Τέλος, όταν οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για τον πιο σημαντικό παράγοντα που τους επηρεάζει στην επιλογή τροφίμων οι περισσότεροι απάντησαν την υγεία και σε λιγότερο βαθμό την ποιότητα και τη τιμή. Χαρακτηριστικά μας είπαν: «Η υγεία πρώτον για εμένα. Να μην έχω προβλήματα υγείας. Και κοιτάω αυτά που πρέπει να φάω όχι τα ενάντια, γιατί θα έχω πρόβλημα μετά θα τρέχω στα νοσοκομεία», «Ο πιο σημαντικός παράγοντας είναι η τιμή για εμένα», «Η ποιότητα έχει σχέση με την υγεία».

4.2 Πώς επηρέασε η κρίση τις διατροφικές επιλογές.

4.2.1 «Πιστεύετε ότι το να τρώει κανείς σωστά στοιχίζει περισσότερο ή λιγότερο;»

Στο ερώτημα αυτό η πλειοψηφία απάντησε ότι η υγιεινή διατροφή κοστίζει και περισσότερο. Συγκεκριμένα ακούστηκε: «Το καλύτερο είναι και ακριβότερο, πώς να το κάνουμε, τις περισσότερες φορές». Αυτοί που ανέφεραν ότι κοστίζει πιο φθηνά ή ότι δεν έχει διαφορά στην τιμή το απέδωσαν στο γεγονός της μείωσης της ποσότητας που αγοράζουν. Συγκεκριμένα, κάποιοι αντί για ένα κομμάτι κρέας με λίπος, το οποίο θεωρείται ανθυγιεινό, θα προτιμήσουν να αγοράσουν ένα κομμάτι με λιγότερο λίπος και ας είναι πιο ακριβό οπότε θα αναγκαστούν να πάρουν μικρότερο κομμάτι. Αυτοί που ανέφεραν ότι η σωστή διατροφή είναι και πιο ακριβή θεωρούν ότι τα δημητριακά και τα όσπρια, που είναι σχετικά φθηνά, δεν μπορούν να καταναλωθούν χωρίς να συνοδεύονται από κρέας ή ψάρι που είναι ακριβά.

Μια άλλη διάσταση σε αυτό το θέμα είναι η άποψη ότι τα ακριβά τρόφιμα διατηρούνται καλύτερα από τα φθηνότερα με ειδική αναφορά σε φρούτα και λαχανικά. Άρα αν επιλέξει κάποιος ακριβότερα τρόφιμα δεν θα έχει απώλεια λόγω φθοράς και έτσι «το ακριβό είναι ουσιαστικά και φθηνό». Η τελευταία άποψη γύρω από τη δυσκολία να πετάξουν τρόφιμα λόγω φθοράς είναι και αυτή που επικαλέστηκαν συχνότερα οι εθελοντές. Δεν έλλειψε και εδώ βέβαια η ίδια αμφισβήτηση που περιγράφηκε παραπάνω για την διαφήμιση ότι δηλαδή η αύξηση της τιμής δεν συμβαδίζει ισάξια με την αύξηση της ποιότητας.

4.2.2 «Έχουν αλλάξει τα τρόφιμα που επιλέγετε να φάτε τα τελευταία χρόνια λόγω της οικονομικής κρίσης;/ Πώς έχει αλλάξει η οικονομική κρίση τα τρόφιμα που επιλέγετε να φάτε;»

Αξιοσημείωτο είναι, ότι πριν ακόμα ερωτηθούν συγκεκριμένα σχετικά με την αλλαγή των τροφίμων που αγοράζουν, η γενική τάση στις απαντήσεις που δόθηκαν ήταν η μείωση της ποσότητας των τροφίμων που αγοράζονται. Σύμφωνα με τους εθελοντές αυτό γίνεται σε μια προσπάθεια μείωσης της σπατάλης αφού πριν την κρίση πετούσαν τρόφιμα λόγω φθοράς. Επίσης, κάποιοι εθελοντές ανέφεραν ότι επιλέγουν πιο φθηνά προϊόντα για να ανταπεξέλθουν οικονομικά ή ψάχνουν για προσφορές προκειμένου να έχουν δυνατότητα για πιο ακριβά τρόφιμα. Τέλος κάποιοι δήλωσαν ότι δεν έχουν αλλάξει τίποτα στη διατροφή τους και περιόρισαν άλλες δαπάνες για να διαχειριστούν την κρίση, συγκεκριμέα «Έχω περιορίσει άλλα πράγματα, προκειμένου το επίπεδο της διατροφής μου να παραμένει όπως... (ήταν)».

4.2.3 «Υπάρχει κάτι άλλο που έχει αλλάξει σχετικά με το φαγητό ή τον τρόπο που αποκτάτε τα τρόφιμα γενικότερα;»

Η ερώτηση αυτή κατέγραψε μόνο αρνητικές απαντήσεις, ενώ μια εθελόντρια ανέφερε ότι η κόρη της για ένα διάστημα έφτιαχνε μόνη της ψωμί, ωστόσο σταμάτησε γιατί ήταν μεγάλη η επιβάρυνση στο λογαριασμό ηλεκτρικού ρεύματος.

4.2.4 «Μήπως έχει αλλάξει η συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων;»

Στην ερώτηση αυτή που αφορούσε συγκεκριμένα τρόφιμα , αρχικά καταγράφηκε μείωση της κατανάλωσης κόκκινου κρέατος και αύξηση της κατανάλωσης κοτόπουλου. Ακόμα πιο έντονη είναι η μείωση της κατανάλωσης ψαριών το οποίο θεωρείται και το πιο ακριβό τρόφιμο. Όπως μας είπε χαρακτηριστικά μια εθελόντρια ‘’ο άντρας μου γύριζε με 70€ ψάρια, ενώ εγώ τώρα θα πάρω σαρδέλα, τσιπούρα...το πιο φθηνό’’. Συνεπώς παρατηρήθηκε μια στροφή στα μικρά ψάρια. Επίσης έχουν αποκλειστεί κάποια τυριά που θεωρούνται ακριβά αλλά και αντίστοιχα κάποια λαχανικά και φρούτα, χωρίς όμως να επηρεάζεται η συνολική συχνότητα κατανάλωσης φρούτων ή λαχανικών παρά μόνο σε έναν εθελοντή που δήλωσε ότι την αύξησε.

Στο αντίθετο κλίμα κάποιος εθελοντής είπε ότι αύξησε την κατανάλωση κρέατος που είναι πιο φθηνό και αντικατέστησε μερικώς έτσι την κατανάλωση ψαριών η οποία μειώθηκε. Συγκεκριμένα ανέφερε: «Η κατανάλωση κρέατος. Παλιά το τρώγαμε μια φορά την εβδομάδα 15 μέρες και τώρα τρώμε σχεδόν κάθε μέρα. Οπωσδήποτε.»

4.2.5 «Αν οι οικονομικές συνθήκες ήταν καλύτερες θα επιλέγατε διαφορετικά τρόφιμα; Για παράδειγμα, υπάρχουν κάποια τρόφιμα που θα θέλατε να φάτε αλλά δεν μπορείτε λόγω οικονομικών συνθηκών;

Στο ίδιο πλαίσιο, οι περισσότεροι απάντησαν ότι θα επέλεγαν διαφορετικά τρόφιμα, χαρακτηριστικά κάποιος είπε: «Θα έπαιρνες αυτό που σου αρέσει πιο πολύ ανεξάρτητα από την τιμή. Θα το προτιμούσες». Αρκετοί ανέφεραν ότι θα αγόραζαν συχνότερα μεγάλα ψάρια, γαρίδες και τυριά. Πολλοί θα επέλεγαν καλύτερα φρούτα και πιθανώς βιολογικά προϊόντα, ή ακόμα και ότι θα αύξαναν τόσο τα φρούτα όσο και το κρέας.

Τέλος, αναφορικά με την ερώτηση, «Υπάρχουν κάποια τρόφιμα που δεν τρώγατε παλιότερα αλλά τώρα τελικά τα τρώτε λόγω οικονομικών συνθηκών;», οι εθελοντές επανέλαβαν τις παραπάνω απαντήσεις, χωρίς να προσθέσουν κάποια νέα διάσταση.

Για τις παραπάνω ερωτήσεις στον παρακάτω πίνακα 4.1 καταγράφονται κάποιες χαρακτηριστικές απαντήσεις.

Πίνακας 4.1 Χαρακτηριστικές απαντήσεις εθελοντών.

| **Ερευνητικά ερωτήματα** | **Εθελοντές** |
|---|---|
| **Παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή τροφίμων** | **Ποιοι παράγοντες σας επηρεάζουν στο τι τελικά επιλέγετε να φάτε;»**<br>- Εγώ πρέπει να μαγειρέψω να φάει ο γιος μου και ο εγγονός μου<br>- Δηλαδή αν με πειράζει κάτι. Κάτι, σε κάποια πράγματα που έχω αλλεργία<br>- Καμιά φορά έχει να κάνει και με το κόστος<br>- Της υγείας περισσότερο και αποφυγής όλων αυτών των παρενεργειών. Δηλαδή της χοληστερίνης, του πάχους<br>- Είναι στο πλαίσιο της υγιεινής διαβίωσης<br>- Δηλαδή, νομίζω ότι δεν είναι σωστό να τρώμε έτσι όπως τρώγαμε όταν ήμασταν 20 και 30 ετών και αυτό το έχουμε συμπεριλάβει στην καθημερινή μας διατροφή.<br>- Και να είναι και της εποχής, το βασικότερο.<br>- Θέλω να είναι ελληνικά προϊόντα.<br>- Το πορτοφόλι<br>- Οικονομικό και ότι θέλουμε να αδυνατίσουμε<br>- Και βέβαια η γεύση παίζει μεγάλο ρόλο<br>- Εγώ τουλάχιστον για το ζάχαρο που έχω<br>- Το κρέας είναι κακό για την υγεία μας.<br>- Σύμφωνα με τις οδηγίες των γιατρών<br>- Εγώ πάντως επειδή ψιλοβαριέμαι να μαγειρέψω λοιπόν πολύ ευχαρίστως θα έτρωγα ένα σουβλάκι το μεσημέρι με λίγο σαλατούλα και θα ήμουν μια χαρά. Αλλά δε θα καθόμουν να μαγειρέψω.<br>- Δε με ενδιαφέρει ότι να ναι αρκεί να μην πεινάω<br>- Ποτέ δε θα θυσιάσω το οικονομικό στην ποιότητα..<br>- Να παρασκευάζεται εύκολα και γρήγορα. Το προσέχω κι αυτό.<br>- Υπάρχει και οικονομική κρίση χαχαχα |
| **Πώς άλλαξε η κρίση της διατροφικές συνήθειες** | **«Πιστεύετε ότι το να τρώει κανείς σωστά στοιχίζει περισσότερο ή λιγότερο;»**<br>- Η γνώμη μου είναι, ότι εμένα τουλάχιστον μου στοιχίζει το ίδιο<br>- Το καλύτερο είναι και ακριβότερο πώς να το κάνουμε, τις περισσότερες φορές.<br>- Το ακριβό είναι και φθηνό λένε κάποιοι<br>- Περισσότερο, γιατί θα προσέξεις τα φρούτα, τα λαχανικά, κρέας ποιότητος, ψάρια<br>- Χωρίς να είμαι αιρετικός. Έχω την εντύπωση ότι το ... αυτό που λέμε ότι το ακριβό είναι και φθηνό<br>- Τελικά αν θες να φας σωστά πρέπει να είναι πιο ακριβό γιατί είναι και τα βιολογικά προϊόντα … |

**«Έχουν αλλάξει τα τρόφιμα που τρώτε λόγω της οικονομικής κρίσης;»**

- Πιο λίγο κρέας, και πιο λίγα γαλακτοκομικά δεν τα παίρνουμε άνετα όπως τα παίρναμε. Σε καμία περίπτωση.
- Δεν κάνουμε σπατάλη, παίρνουμε από αυτά που θέλουμε
- Α εγώ τώρα επειδή έχω τα εγγονάκια μου και την κόρη μου και μαγειρεύω και γι΄ αυτούς καταλάβατε δε μπορώ να πω ότι ξοδεύω λιγότερα
- Όχι, μέχρι στιγμής δεν με πείραξε. Λίγο, λίγο, πολύ λίγο
- Έχω περιορίσει άλλα πράγματα, προκειμένου το επίπεδο της διατροφής μου να παραμένει όπως..
- ίσως, με τα βιολογικά να είμαι πιο ελαστική. Αλλά δεν έχει αλλάξει κάτι.
- Προσπαθούμε να βρούμε τις προσφορές
- Τα πιο φθηνά γιατί δε μπορούμε να ανταπεξέλθουμε οικονομικά
- μπορεί να φάμε περισσότερο κοτόπουλο από μοσχάρι.

**«Μήπως έχει αλλάξει η συχνότητα κατανάλωσης μεμονωμένων τροφίμων ή συγκεκριμένων ομάδων τροφίμων λόγω της οικονομικής κρίσης;»**

- Θα έπαιρνα λίγο καλύτερο ψάρι, λίγο καλύτερα φρούτα, επειδή τα ζυγίζω όλα αυτά λόγω της οικονομικής κρίσης, μην πω ψέματα
- Μπορεί, ίσως, να περιορίσουμε την ποσότητα
- Η κατανάλωση κρέατος. Παλιά το τρώγαμε μια φορά την εβδομάδα 15 μέρες και τώρα τρώμε σχεδόν κάθε μέρα. Οπωσδήποτε
- Έχει αυξηθεί η κατανάλωση λαχανικών

**«Υπάρχουν κάποια τρόφιμα που θα θέλατε να φάτε αλλά δεν μπορείτε λόγω των οικονομικών συνθηκών;»**

- Πιο ακριβό τυρί, θα έπαιρνα όλο γραβιέρες
- Φερ’ ειπείν γαρίδες που μου αρέσουν τόσο πολύ
- Blueberry που δεν τα βλέπουμε καθόλου αυτά τα φρούτα
- Ε ντάξει, υπάρχει μεγάλη ποικιλία από λαχανικά τα οποία, ορισμένα, δεν τα πλησιάζουμε.
- Κι εγώ αποφεύγω φρούτα που μ αρέσουνε. Ξέρω γω ανανά
- Το ψάρι αν δεν το δω φθηνό, δεν το παίρνω
- Θα έπαιρνες αυτό που σου αρέσει πιο πολύ ανεξάρτητα από την τιμή θα το προτιμούσες.

## Κεφάλαιο 5: Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τους παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στους ηλικιωμένους. Ο πιο διαδεδομένος παράγοντας που αναφέρθηκε είναι η υγεία και οι αντίστοιχες συμβουλές των ειδικών για τη διατροφή. Ακόμα σημαντικοί παράγοντες εμφανίζονται η οικογενειακή κατάσταση ώστε να ικανοποιούνται οι ανάγκες όλης της οικογένειας, η γεύση και η ποιότητα, αφού δίνεται σημασία στα ελληνικά προϊόντα και στην εποχικότητα φρούτων και λαχανικών. Σε σημαντικά λιγότερο αριθμό ρόλο παίζει η τιμή των τροφίμων.

Όταν ρωτήθηκαν για την κρίση οι περισσότεροι θεώρησαν ότι η σωστή διατροφή είναι ακριβότερη και θεωρούν ότι εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα τροφίμων όπως για παράδειγμα ένα κομμάτι κρέας με λιγότερο λίπος. Επίσης ανέφεραν ότι προσπαθούν να μειώσουν το κόστος σε σχέση με το παρελθόν μέσω αποφυγής σπαταλών και ψάχνοντας προσφορές. Οι εθελοντές αναφέρουν μείωση κατανάλωσης κόκκινου κρέατος, ψαριών, τυριών και κάποιον ακριβών φρούτων και λαχανικών που προέρχονται κυρίως από το εξωτερικό. Αύξηση δηλώθηκε μόνο στην κατανάλωση μικρών ψαριών και στο κοτόπουλο ως αντικαταστάτη του κόκκινου κρέατος και μία εθελόντρια ανέφερε αύξηση λαχανικών.

Μια σημαντική παρατήρηση είναι ότι ενώ οι περισσότεροι δήλωσαν ότι οι επιλογή των τροφίμων γίνεται με βάση την κατάσταση υγείας τους, όταν ρωτήθηκαν ευθέως για την οικονομική κρίση οι περισσότεροι ανέφεραν αλλαγές στην επιλογή τροφίμων με σκοπό την μείωση του κόστους. Προσπαθώντας να ερμηνεύσουμε αυτή τη συμπεριφορά θα πρέπει να αναφέρουμε ότι στους ηλικιωμένους μια σειρά παραγόντων όπως ο θάνατος κάποιου κοντινού προσώπου, η γεωγραφική απόσταση με τα παιδιά ή τα αδέλφια τους και η απουσία των παλιών συναδέλφων οδηγεί σε αδυναμία δημιουργίας και διατήρησης φιλικών σχέσεων με δυσμενείς συνέπειες αφού οι φιλικές σχέσεις δρουν στηρικτικά ως μια μορφή ψυχοθεραπείας και κοινωνικής ανάπτυξης(39). Ακόμα σε εποχές οικονομικής κρίσης η αύξηση της κατάθλιψης και της μοναξιά γίνεται εντονότερη. Τέλος, άνθρωποι με χρέη φοβούνται των κοινωνικό στιγματισμό και δεν θέλουν να αποκαλύπτουν το πρόβλημα τους(40). Συνεπώς, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι οι εθελοντές δεν ήθελαν να αποκαλύψουν την οικονομική

τους κατάσταση λόγω ντροπής, είτε ως προς τους υπόλοιπους εθελοντές, είτε κυριότερα απέναντι στην ερευνητική ομάδα που ως «ξένοι» τους επισκέφθηκαν στο χώρο τους, υποβαθμίζοντας τον ρόλο της οικονομικής κρίσης.

Ακόμα αρκετοί εθελοντές δήλωσαν, ο καθένας για διαφορετική ομάδα τροφίμων, όπως ψάρια, γαλακτοκομικά, φρούτα και λαχανικά, αδυνατεί να τα αποκτήσει γιατί τα θεωρεί ακριβά. Να υπενθυμίσουμε ότι η ακρίβεια των τροφίμων έχει συσχετιστεί με μείωση της ποιότητας της διατροφής(35). Η απομάκρυνση από τη Μεσογειακή Διατροφή ως αποτέλεσμα της μείωσης της ποιότητας της διατροφής μπορεί να έχει αρκετές δυσμενείς συνέπειες. Συγκεκριμένα η Μεσογειακή Διατροφή πέρα από την προστασία έναντι των καρδιαγγειακών έχει συσχετισθεί με αυξημένη επιβίωση στη στεφανιαία νόσο και αντίστροφα με την ολική θνησιμότητα, την επίπτωση του καρκίνου και πιθανόν των καταγμάτων του ισχίου(41). Και μπορεί στα ράφια να υπάρχουν αρκετές εναλλακτικές επιλογές για κάθε τρόφιμο, όμως σε αυτή την περίπτωση πιθανόν δεν καταφέρνουν να ικανοποιήσουν το αίσθημα της γεύσης, που βρέθηκε ως ένας σημαντικός παράγοντας για τις διαιτητικές επιλογές. Αυτό θα μπορούσε για κάποιον που του αρέσει ένα ακριβό τρόφιμο να σημαίνει μείωση της συχνότητας ή της ποσότητας-μερίδας μιας ομάδων τροφίμων επηρεάζοντας αρνητικά τις διατροφικές συνήθειες.

Στα παραπάνω να επισημάνουμε ότι πέρα από τη γεύση ένας σημαντικός παράγοντας για την ποιότητα διατροφής, που αναφέρθηκε στην εισαγωγή είναι το εισόδημα(35).Η κατάσταση στο κοντινό μέλλον δε φαίνεται να διαφοροποιείται αλλά πιθανότητα τα εισοδήματα τους θα μειωθούν περισσότερο(42,43). Αυτό μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερο πρόβλημα σε αποπληρωμή φόρων, φαρμάκων και ιατρικών δαπανών επιδεινώνοντας περισσότερο την ποιότητα της διατροφής.

Στη μελέτη μας καταγράψαμε στροφή στην αγορά μικρών ψαριών, πλούσιων σε ιχθυέλαια και μείωση των άλλων ψαριών. Η αύξηση στην κατανάλωση ιχθυελαίων καταγράφηκε και στην Ισλανδία όπως είδαμε και παραπάνω(30). Αυτή είναι και η μόνη πιθανή θετική επίδραση ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης καθώς συνεπάγεται αύξηση της κατανάλωσης ω-3 λιπαρών οξέων. Ωστόσο έχει αναφερθεί σε επίπεδο φτωχών χωρών συσχέτιση της πρόσληψης

ω-3 λιπαρών οξέων με το ΑΕΠ της χώρας, όπου μικρότερο ΑΕΠ σημαίνει και μικρότερη πρόσληψη(44). Από την ίδια μελέτη σχολιάζεται επίσης ότι ακόμα και στις αναπτυσσόμενες χώρες τα ψάρια αποτελούν ένα εμπορεύσιμο προϊόν, με αποτέλεσμα σε μια τοπική αγορά όπου αλιεύονται ψάρια πλούσια σε ω-3 να προωθούνται σε άλλες αγορές που υπάρχει ζήτηση και οι φτωχότεροι πολίτες να μην έχουν πρόσβαση. Τέλος οι ερευνητές σχολιάζοντας τις ζωικές πηγές ω-3 δηλώνουν ότι κοτόπουλο και αβγά περιέχουν σε μεγαλύτερη αναλογία τα ω-6 λιπαρά και ότι το κόκκινο κρέας έχει περισσότερα ω-3. Στη μελέτη μας καταγράψαμε αύξηση της κατανάλωσης κοτόπουλου έναντι ψαριών και κόκκινου κρέατος, οπότε ένα μέρος τουλάχιστον των εθελοντών στράφηκε προς χειρότερες πηγές ω-3. Τα ω-3 δρουν προστατευτικά έναντι των καρδιαγγειακών παθήσεων και της νόσου Alzheimer βελτιώνοντας τη γνωσιακή λειτουργία των ηλικιωμένων(45).

Παρατηρήθηκε μια αδυναμία συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων με αποτέλεσμα οι εθελοντές να ξεφεύγουν από το θέμα της ερώτησης. Ως αποτελέσματα κάποιες φορές δύο άτομα να μιλάνε μεταξύ τους ναι αλληλεπικαλύπτονται οι ερωτήσεις ή η συζήτηση να ξεφεύγει από το θέμα. Αυτό δικαιολογείται αφού η προσοχή και η μνήμη φθίνουν με την ηλικία και είναι γνωστό στους ερευνητές που χρησιμοποιούν ομάδες εστίασης εδώ και πολλά χρόνια(46). Μπορεί σε κάποια σημεία αποτύχαμε να αποδελτιώσουμε τα αποτελέσματα τα σημεία αυτά είναι ελάχιστα σε σχέση με το σύνολο των αποτελεσμάτων.

Η ερώτηση για τον τρόπο απόκτησης των τροφίμων που δεν απαντήθηκε ουσιαστικά από τους εθελοντές πιθανόν οφείλεται στο ότι κατοικούν σε αστικό περιβάλλον όπου όλες οι πιθανές πηγές τροφίμων είναι προσβάσιμες σε ένα μεγάλο βαθμό το ίδιο εύκολα ή δύσκολα.

Η παρούσα μελέτη έχει προτερήματα και μειονεκτήματα. Καταρχάς, το δείγμα της μελέτης δεν ήταν μεγάλο, αλλά συνεχίσαμε να πραγματοποιούμε ομάδες εστίασης μέχρι να υπάρχει κορεσμός στις απαντήσεις που δίνονταν. Επίσης, το δείγμα προερχόταν από μία περιοχή της Αθήνας με υψηλότερο κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, σε σχέση με κάποιες άλλες. Παρόλα αυτά, έχει ενδιαφέρον να ακουστούν και οι απόψεις των κατοίκων αυτών των περιοχών, αφού και αυτοί έχουν επηρεαστεί από την οικονομική κρίση. Τέλος, λόγω των όσων αναφέρθηκαν παραπάνω, αλλά και λόγω του ποιοτικού σχεδιασμού της μελέτης, δεν επιτρέπεται η

γενίκευση των ευρημάτων στον πληθυσμό. Ωστόσο, ο στόχος της μελέτης δεν ήταν η γενίκευση αλλά η καλύτερη κατανόηση του θέματος και η εξέταση του εύρους των απόψεων πάνω στο συγκεκριμένο θέμα, ώστε τα ευρήματα αυτά να αποτελέσουν τη βάση για τη διενέργεια μια μελέτης στην οποία θα αξιολογηθούν ποσοτικά οι παράγοντες και οι επιδράσεις.

Συμπερασματικά, διαπιστώσαμε ότι η οικονομική κρίση έχει επιδράσει, μέσω της εκδήλωσης διαφορετικών συμπεριφορών, στις διαιτητικές επιλογές των ηλικιωμένων, ενδεχομένως υποβαθμίζοντας την ποιότητα της διατροφής και πιθανότατα της υγείας. Είναι σημαντικό η επίδραση των διαφόρων παραγόντων που επιδρούν στις διαιτητικές επιλογές να μετρηθούν ποσοτικά και να γίνει έτσι πιο κατανοητή η σημασία τους. Τέλος η επιστήμονες υγείας θα πρέπει να αξιολογούν και να λαμβάνουν υπόψη τους αυτές τις παραμέτρους όταν συμβουλεύουν ηλικιωμένα άτομα σε θέματα διατροφής.

## Βιβλιογραφία


1. Eurostat. General government deficit (-) and surplus (+) - annual data [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 3]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=1&pcode=teina200&language=en

2. ΕΛΣΤΑΤ. Ελλάς με αριθμούς. 2017.

3. Eurostat. General goverment gross debt [Internet]. [cited 2017 Oct 3]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/web/government-finance-statistics/data/main-tables

4. Eurostat. Euro area unemployment at 9.1% [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 4]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/8266821/3-02102017-AP-EN.pdf/be6fb31a-cc00-44fa-9944-39b4616ebe81

5. Eurostat. Total Unemployment rate [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 4]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tsdec450&plugin=1

6. Spyropoulos D, Partners. 2010-2017: Οι αντισυνταγματικές περικοπές στις Συντάξεις. Τι αποφασίζουν τα Δικαστήρια! [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 3]. Available from: http://www.pesty.gr/pesty/media/BCLA EBOOK.pdf

7. Zapata Moya AR, Buffel V, Navarro Yáñez CJ, Bracke P. Social inequality in morbidity, framed within the current economic crisis in Spain. Int J Equity Health [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 21];14:131. Available from: https://equityhealthj.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12939-015-0217-4?site=equityhealthj.biomedcentral.com

8. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the Era of economic crisis: A replication of a cross-sectional study across Greece. J Affect Disord [Internet]. 2013 [cited 2017 Sep 24];145:308–14. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0165032712005770/1-s2.0-S0165032712005770-main.pdf?_tid=3e728ecc-a155-11e7-9c5e-00000aacb35d&acdnat=1506277496_ca857a79a7d9e59a34d472a6af0ab2a2

9. Economou M, Angelopoulos E, Peppou LE, Souliotis K, Tzavara C, Kontoangelos K, et al. Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep 24];51(7):1015–24. Available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00127-016-1238-z.pdf

10. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Souliotis K, Patelakis A, Stefanis C. Cognitive social capital and mental illness during economic crisis: A nationwide population-based study in Greece. Soc Sci Med. 2014;100:141–7.

11. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. Eur J Public Health. 2013;23(1):103–8.

12. Mclaughlin KA, Nandi A, Keyes KM, Uddin M, Aiello AE, Galea S, et al. Home foreclosure and risk of psychiatric morbidity during the recent financial crisis. Psychol Med [Internet]. 2012 [cited 2017 Sep 21];42:1441–8. Available from: https://www.cambridge.org/core/services/aop-

cambridge-core/content/view/AAEC77D2E0899E22B6603615D6A161D2/S0033291711002613a.pdf/home_foreclosure_and_risk_of_psychiatric_morbidity_during_the_recent_financial_crisis.pdf

13. Reibling N, Beckfield J, Huijts T, Schmidt-Catran A, Thomson KH, Wendt C. Depressed during the depression: has the economic crisis affected mental health inequalities in Europe? Findings from the European Social Survey (2014) special module on the determinants of health. Eur J Public Health [Internet]. 2017;27(1):47–54. Available from: https://academic.oup.com/eurpub/article/3045946/Depressed

14. Hessel P, Vandoros S, Avendano M. The differential impact of the financial crisis on health in Ireland and Greece: a quasi-experimental approach. Public Health [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 21];128:911–9. Available from: www.sciencedirect.com

15. Benefits and Wages: Statistics - OECD [Internet]. [cited 2017 Sep 27]. Available from: http://www.oecd.org/els/benefits-and-wages-statistics.htm

16. Καλαφάτης Α, Ιωάννου Κ. Αυτόχειρες στην Ελλάδα της ατελείωτης κρίσης: Δύο απόπειρες και μία αυτοκτονία κάθε μέρα [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 3]. Available from: http://www.huffingtonpost.gr/2017/03/28/eidiseis-koinonia-autoxeires-sta-xronia-tis-krisis-duo-apopeires-kai-mia-autoktonia-kathe-mera_n_15664756.html

17. WHO Mortality Database [Internet]. [cited 2017 Sep 27]. Available from: http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/

18. Antonakakis N, Collins A. The impact of fiscal austerity on suicide: On the empirics of a modern Greek tragedy. Soc Sci Med. 2014;112:39–50.

19. Economou M, Angelopoulos E, Peppou LE, Souliotis K, Stefanis C. Suicidal ideation and suicide attempts in Greece during the economic crisis: an update. World Psychiatry. 2016;15(1):81–3.

20. Turunen E, Hiilamo H. Health effects of indebtedness: a systematic review. BMC Public Health [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 21];14:489. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4060868/pdf/1471-2458-14-489.pdf

21. Χατζηνικολάου Π. Ερχεται μπαράζ κατασχέσεων για χρέη προς το Δημόσιο | Ελληνική Οικονομία | Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 30]. Available from: http://www.kathimerini.gr/915375/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/erxetai-mparaz-katasxesewn-gia-xreh-pros-to-dhmosio

22. Haw Camilla, Hawton Keith, Gunnell David, Platt Stephen. Economic recession and suicidal behaviour: Possible mechanisms and ameliorating factors. Int J Soc Psychiatry [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 24];61(1):73–81. Available from: http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0020764014536545

23. Bougea Anastasia, Massou Efthalia, Sophia Xirou, Thomas Thomaidis, Ioannis Evdokimidis, Kararizou Evangelia. Understanding of headache patterns modification in an emergency department during the economic crisis of Greece. Neurol Sci [Internet]. 2016 [cited 2017 Sep

24];37(8):1233–9. Available from: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10072-016-2572-3.pdf

24. Rallis G, Igoumenakis D, Krasadakis C, Stathopoulos P. Impact of the economic recession on the etiology of maxillofacial fractures in Greece. Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol [Internet]. 2015 [cited 2017 Sep 21];119:32–4. Available from: http://ac.els-cdn.com/S2212440314012966/1-s2.0-S2212440314012966-main.pdf?_tid=749ada3a-9ea4-11e7-bbd4-00000aab0f01&acdnat=1505981664_1d880903b05ede9bf822b95d405229b7

25. Tsiligianni IG, Papadokostakis P, Prokopiadou D, Stefanaki I, Tsakountakis N, Lionismd C. Impact of the financial crisis on adherence to treatment of a rural population in Crete, Greece. Qual Prim Care [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 21];22(5):238–44. Available from: http://primarycare.imedpub.com/impact-of-the-financial-crisis-on-adherence-to-treatment-of-a-rural-population-in-crete-greece.pdf

26. Dom G, Samochowiec J, Evans-Lacko S, Wahlbeck K, Van Hal G, McDaid D. The impact of the 2008 economic crisis on substance use patterns in the countries of the European Union. Int J Environ Res Public Health. 2016;13.

27. Schoretsaniti S, Filippidis FT, Vardavas CI, Dimitrakaki C, Behrakis P, Connolly GN, et al. 5-Year trends in the intention to quit smoking amidst the economic crisis and after recently implemented tobacco control measures in Greece. Addict Behav [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 21];39:140–5. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0306460313002748/1-s2.0-S0306460313002748-main.pdf?_tid=8b313c24-9eb0-11e7-8a73-00000aab0f01&acdnat=1505986855_e277c5d3138f75744f67a46ba8ed55ec

28. Alpert HR, Vardavas CI, Chaloupka FJ, Vozikis A, Athanasakis K, Kyriopoulos I, et al. The recent and projected public health and economic benefits of cigarette taxation in Greece. Tob Control. 2014;23:452–4.

29. Foscolou A, Tyrovolas S, Soulis G, Mariolis A, Piscopo S, Valacchi G, et al. The Impact of the Financial Crisis on Lifestyle Health Determinants Among Older Adults Living in the Mediterranean Region: The Multinational MEDIS Study (2005-2015). J Prev Med Public Heal J Prev Med Public Heal [Internet]. 2017 [cited 2017 Sep 21];5016. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5327683/pdf/jpmph-50-1-1.pdf

30. Tinna Laufey Asgeirsdottir, Hope Corman, Kelly Noonan, Þorhildur Olafsdottir, Nancy E. Reichman, Laufey Sgeirsdó Ttir T, et al. Was the economic crisis of 2008 good for Icelanders? Impact on health behaviors. Econ Hum Biol [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 21];13(1):1–19. Available from: http://ac.els-cdn.com/S1570677X13000324/1-s2.0-S1570677X13000324-main.pdf?_tid=2c4764a0-9e96-11e7-823b-00000aab0f6b&acdnat=1505975534_3009163d54cd761b896f8de0cc1596b9

31. Eurostat. Στατιστικές αιτιών θανάτου - Statistics Explained [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 2]. Available from: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Causes_of_death_statistics/el

32. Andrikopoulos G, Tzeis S, Terentes-Printzios D, Varounis C, Vlachopoulos C, Mantas I, et al. Impact of income status on prognosis of acute coronary syndrome patients during Greek financial crisis. Clin Res Cardiol. 2016;105(6):518–26.

33. Kollia N, Panagiotakos DB, Georgousopoulou E, Chrysohoou C, Tousoulis D, Stefanadis C, et al. Exploring the association between low socioeconomic status and cardiovascular disease risk in healthy Greeks, in the years of financial crisis (2002–2012): The ATTICA study. Int J Cardiol [Internet]. 2016 [cited 2017 Oct 2];223:758–63. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0167527316320137/1-s2.0-S0167527316320137-main.pdf?_tid=9bac7ef6-a739-11e7-8396-00000aacb35d&acdnat=1506925333_98531a1cbdc631f3ea510b69dedc73cb

34. Georgousopoulou EN, Kastorini C-M, Milionis J, Ntziou E, Kostapanos MS, Nikolaou V, et al. Association Between Mediterranean Diet and Non-Fatal Cardiovascular Events, in the Context of Anxiety and Depression Disorders: A Case/ Case-Control Study. Hell J Cardiol Hell J Cardiol [Internet]. 2014 [cited 2017 Sep 24];55:24–31. Available from: http://www.hellenicjcardiol.org/archive/full_text/2014/1/2014_1_24.pdf

35. Report on the socio-economic determinants of food choices and preferences of the elderly [Internet]. 2012 [cited 2017 Oct 5]. Available from: http://www.nu-age.eu/Upload/Media/Deliverable 7.1_MTT.pdf

36. Kamphuis CBM, de Bekker-Grob EW, van Lenthe FJ. Factors affecting food choices of older adults from high and low socioeconomic groups: a discrete choice experiment. Am J Clin Nutr [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2017 Oct 5];101(4):768–74. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25833974

37. Donini LM, Scardella P, Piombo L, Neri B, Asprino R, Proietti AR, et al. Malnutrition in elderly: Social and economic determinants. J Nutr Health Aging [Internet]. 2013 Jan 13 [cited 2017 Oct 5];17(1):9–15. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23299371

38. Krueger RA, Casey MA. FOCUS GROUPS: A Practical Guide for Applied Research. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000. 215 p.

39. Edward J. Friends in Old Age. Clin Soc Work J. 2016;44(2):198–203.

40. Keene DE, Cowan SK, Baker AC. “When you’re in a crisis like that, you don’t want people to know”: Mortgage strain, stigma, and mental health. Am J Public Health. 2015;105(5).

41. Trichopoulou A, Martínez-González MA, Tong TY, Forouhi NG, Khandelwal S, Prabhakaran D, et al. Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. BMC Med. 2014;

42. Σαλούρου Ρ. Μειωμένες έως 30% οι συντάξεις [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 4]. Available from: http://www.kathimerini.gr/923016/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/meiwmenes-ews-30-oi-synta3eis--me-ton-nomo-katroygkaloy

43. Περικοπή μέχρι 18% σε κύριες συντάξεις από Ιανουάριο 2019 [Internet]. 2017 [cited 2017 Oct 4]. Available from: http://www.kathimerini.gr/909711/article/oikonomia/ellhnikh-oikonomia/perikoph-mexri-18-se-kyries-synta3eis-apo-ianoyario-2019

44. Michaelsen KF, Dewey KG, Perez-Exposito AB, Nurhasan M, Lauritzen L, Roos N. Food sources and intake of n-6 and n-3 fatty acids in low-income countries with emphasis on infants, young children (6-24 months), and pregnant and lactating women. Matern Child Nutr. 2011;7(SUPPL. 2):124–40.

45. Swanson D, Block R, Mousa SA. Omega-3 fatty acids EPA and DHA: health benefits throughout life. Adv Nutr An … [Internet]. 2012;3(1):1–7. Available from: http://advances.nutrition.org/content/3/1/1.short

46. Barrett J, Kirk S. Running focus groups with elderly and disabled elderly participants. Appl Ergon [Internet]. 2000 [cited 2017 Oct 4];31:621–9. Available from: https://ac.els-cdn.com/S0003687000000314/1-s2.0-S0003687000000314-main.pdf?_tid=655e580c-a8f0-11e7-a5b0-00000aab0f01&acdnat=1507113792_b05b81e86cf10487698086a079ec14a1