

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ

**Συμπεριφορές Υγείας: Άσκηση, Κάπνισμα, Αλκοόλ και Ποιότητα Ζωής σε
Ενήλικες Εκπαιδευόμενους σε Κέντρα Δια Βίου Μάθησης της Δυτικής
Θεσσαλίας.**

**της
Λουίζας Ν. Τσιαούση**

**Μεταπτυχιακή Διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική
εκπλήρωση των υποχρεώσεων απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του
Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Άσκηση και Υγεία» του Τμήματος
Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.**

Εγκεκριμένο από το καθηγητικό σώμα

1^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Χασάνδρα Μαρία

2^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Ζήση Βασιλική

3^{ος} Επιβλέπων καθηγητής: Καρατζαφέρη Χριστίνα

2013

© ΤΣΙΑΟΥΣΗ ΛΟΥΙΖΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο ορισμένες συμπεριφορές υγείας, δηλαδή άσκηση, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ συμβάλουν στην ποιότητα ζωής ενηλίκων ατόμων που βρίσκονται σε εκπαιδευτική διαδικασία. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν 363 ενήλικες, (N = 359, 121 άνδρες και 238 γυναίκες, MO = 41,86, TA = 11,42 ετών) που παρακολουθούσαν προγράμματα επιμόρφωσης, στο Κέντρο Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΚΕΕ) Δυτικής Θεσσαλίας, ηλικίας 18 ετών και άνω. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για να καταγραφούν το κάπνισμα σε καθημερινή βάση, το αλκοόλ σε εβδομαδιαία βάση, καθώς και η φυσική δραστηριότητα (Godin & Shepard, 1985). Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις παλινδρόμησης, ώστε να διαπιστωθεί σε τι ποσοστό οι αξιολογούμενες συμπεριφορές ερμηνεύουν τη διακύμανση τόσο στο συνολικό δείκτη ποιότητας ζωής, όσο και στις δύο διαστάσεις της, την Φυσική και Πνευματική Υγεία. Βρέθηκε ότι το κάπνισμα προβλέπει σημαντικά ($p < .05$) τόσο την Πνευματική ($R^2 = .03$) όσο και την Φυσική Υγεία ($R^2 = .02$), ενώ η κατανάλωση αλκοόλ προβλέπει σημαντικά ($p < .05$) μόνο την Φυσική Υγεία ($R^2 = .02$). Βρέθηκε ακόμη ότι μόνο η μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα προβλέπει σημαντικά ($p < .05$) τόσο την Πνευματική ($R^2 = .04$) όσο και την Φυσική Υγεία ($R^2 = .03$). Συμπερασματικά, οι συμπεριφορές υγείας συνδέονται με την ποιότητα ζωής ενηλίκων που επιλέγουν να ενταχθούν σε προγράμματα δια βίου εκπαίδευσης. Οι σχέσεις αυτές όμως είναι εξειδικευμένες και διαφοροποιούνται για κάθε συμπεριφορά.

Λέξεις κλειδιά: *Άσκηση, Κάπνισμα, Αλκοόλ, Φυσική και Ψυχική Υγεία, Ποιότητα ζωής, Ενήλικες Εκπαιδευόμενοι.*

ABSTRACT

The purpose of this paper is to investigate the extent to which some health behaviours, i.e. physical exercise, smoking and alcohol use, contribute to the quality of life of adults who are in education process. The research sample was composed by 363 adult learners, (N = 359, 121 men and 238 women, Mean Age = 41,86, SD = 11.42 years) who were attending training programmes in the Adult Education Centre of Western Thessaly, and who were above the age of 18. Questionnaires have been used in order to record smoking on a daily basis, alcohol use on a week basis, as well as physical activity (Godin & Shepard, 1985). For the evaluation of quality of life an SF-36 questionnaire has been used. As far as it concerns the statistical analysis there has been used a regression analysis so as to check whether the assessed behaviours interpret the variance of both overall quality-of-life index and its two dimensions, i.e. Physics and Mental Health. It has been concluded that smoking can considerably predict ($p < .05$) both Mental ($R^2 = .03$) and Physical Health ($R^2 = .02$), while alcohol use can considerably predict ($p < .5$) just Physical Health ($R^2 = .02$). In addition, it has been found that only a medium-intensity physical activity can predict to an important degree ($p < .05$) both Mental ($R^2 = .04$) and Physical Health ($R^2 = .03$). Hence, health behaviours are connected with the quality of life of adults who choose to attend lifelong education programmes. However, these relations are specialised and are differentiated in every behaviour.

Keywords: *Exercise, Smoking, Alcohol, Physical and Mental Health, Quality of life, Adults Education.*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους αυτούς που έπαιξαν ουσιαστικό ρόλο στην ολοκλήρωση αυτής της διατριβής.

Πρώτα απ' όλα ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στην επιβλέπουσα καθηγήτρια αυτής της διατριβής κ. Μαίρη Χασάνδρα για την ουσιαστική της καθοδήγηση, το ειλικρινές ενδιαφέρον και την πολύτιμη βοήθειά της σε κάθε βήμα της διατριβής μου, από το σχεδιασμό μέχρι την υλοποίηση, τη συγγραφή αλλά και την παρουσίαση, καθώς και την υποστήριξη της σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων και επιστημονικών προβληματισμών. Τους υπεύθυνους καθηγητές, Βασιλική Ζήση και Χριστίνα Καρατζαφέρη για την στήριξη και την βοήθειά τους.

Ευχαριστώ την μητέρα μου, τον σύζυγο μου και τα παιδιά μου, για όλες τις δύσκολες στιγμές που ήταν δίπλα μου. Πάνω από όλα όμως τους ευχαριστώ για την κατανόηση και την υποστήριξή τους στην προσπάθειά μου.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	3
ABSTRACT	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ	6
Λίστα με πίνακες.....	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1. Σκοπός	10
2. Σημαντικότητα της ερευνητικής μελέτης	10
3. Ερευνητικές υποθέσεις	10
1. Το κάπνισμα προβλέπει τη φυσική και πνευματική υγεία;	11
2. Το αλκοόλ προβλέπει την φυσική και πνευματική υγεία;	11
3. Η συμμετοχή σε έντονη φυσική δραστηριότητα προβλέπει τη φυσική και πνευματική υγεία;.....	11
4. Η συμμετοχή σε μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει τη φυσική και πνευματική υγεία;.....	11
5. Η συμμετοχή σε ήπια φυσική δραστηριότητα προβλέπει τη φυσική και πνευματική υγεία;.....	11
4. Περιορισμοί έρευνας	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ.....	12
ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	12
Άσκηση, κάπνισμα και αλκοόλ: Σχέσεις μεταξύ των συμπεριφορών.....	12
Άσκηση κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ: Σχέσεις με ποιότητα ζωής (φυσική και πνευματική υγεία) σε εφήβους εκπαιδευόμενους	25
Άσκηση, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ: Σχέσεις με ποιότητα ζωής (φυσική και πνευματική υγεία) σε ενήλικες	27
<i>Σύνοψη της ανασκόπησης</i>	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	39
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	39
Συμμετέχοντες.....	39
Όργανα Μετρήσεων	39
Στατιστική ανάλυση	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	44
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	44
Περιγραφικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά των Συμμετεχόντων.....	44
Αναλύσεις πρόβλεψης δεικτών ποιότητας ζωής από τις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, άσκηση και αλκοόλ).	52
Το κάπνισμα προβλέπει τη Φυσική και την Πνευματική Υγεία	53
Η Κατανάλωση αλκοόλ προβλέπει τον δείκτη ποιότητας ζωής «Φυσική υγεία», αλλά όχι τον δείκτη «Πνευματική υγεία».....	53
Η μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει σημαντικά τον συνολικό δείκτη ποιότητας ζωής.	54
Η μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει σημαντικά τον δείκτη ποιότητας ζωής «Φυσική υγεία».	54

Η μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει σημαντικά τον δείκτη ποιότητας ζωής «Πνευματική υγεία».....	55
Η Έντονη και η Ήπια άσκηση δεν προβλέπει κανέναν δείκτη ποιότητας ζωής.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ.....	56
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	56
Πρακτικές Εφαρμογές.....	62
Περιορισμοί & Μελλοντικές Έρευνες.....	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	66
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 1.....	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2:.....	76
ΕΓΚΡΙΣΗ από ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ ΤΕΦΑΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ.....	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Έντυπο συναίνεσης δοκιμαζόμενου σε ερευνητική εργασία	77
Ημερομηνία: __/__/__.....	77
Υπογραφή συμμετέχοντος.....	77
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.....	78

Λίστα με πίνακες

ΠΙΝΑΚΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ	ΣΕΛΙΔΑ
<i>Πίνακας 1</i>	Περιγραφική στατιστική ανάλυση για τους Δείκτες Ποιότητας Ζωής (SF-36.)	44
<i>Πίνακας 2</i>	Περιγραφικά φύλου	46
<i>Πίνακας 3</i>	Εκπαίδευση	46
<i>Πίνακας 4</i>	Πόσα τσιγάρα κάπνισες χθές; Επέλεξε μία απάντηση: Κανένα, 1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26 και πάνω	47
<i>Πίνακας 5</i>	Έντονη Άσκηση	48
<i>Πίνακας 6</i>	Μέτρια Άσκηση	50
<i>Πίνακας 7</i>	Ήπια Άσκηση	51
<i>Πίνακας 8</i>	Πόσο συχνά πίνεις αλκοολούχα ποτά	53

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία του ατόμου συνδέεται άμεσα με μια κατάσταση πλήρους σωματικής αλλά και ψυχικής ευεξίας, που σημαίνει ότι το άτομο βιώνει υψηλή ποιότητα ζωής απαλλαγμένο από σοβαρές ασθένειες.

Αρκετοί όμως είναι οι παράγοντες που συνδέονται άμεσα με την ίδια την καθημερινότητα και οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν τις συμπεριφορές υγείας των ανθρώπων. Ειδικότερα ενώ τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται αύξηση του βιοτικού επιπέδου, βελτίωση της μόρφωσης, αύξηση των επιλογών σε ό,τι αφορά την διατροφή, αλλά και καλύτερες συνθήκες στέγασης, οι ανθυγιεινές συμπεριφορές υγείας είναι ένα όλο και πιο συχνό φαινόμενο. Κάτι τέτοιο οφείλεται κυρίως στον έντονο ρυθμό ζωής, στη καθιστική ζωή που συνεπάγεται έλλειψη άσκησης, αλλά και γενικώς στην χαμηλή ποιότητα ζωής που βιώνουν πολλοί άνθρωποι. Σε γενικές γραμμές η αύξηση του ποσοστού σοβαρών ασθενειών όπως καρκίνοι, καρδιακές παθήσεις, αγγειακές ασθένειες οφείλεται σε φτωχές επιλογές τρόπου ζωής.

Αρκετές μελέτες σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν ασχοληθεί με τους παράγοντες εκείνους που οδηγούν τα άτομα στην επιλογή μιας καθημερινότητας που χαρακτηρίζεται από χαμηλή ποιότητα. Ειδικότερα αρκετοί είναι οι ερευνητές που έχουν επικεντρωθεί στην αρνητική επιρροή της κατανάλωσης αλκοόλ (Cristiansen & Goldman, 1983; Smith et al., 1995; Reed, Clapp, Lange & McCabe, 2011; Devertis, Cohen, Kalra & Matthews, 2012; Wagoner et al., 2012) και του καπνίσματος (Walque, 2007; Layte & Whelan, 2009; Patel et al., 2011; Whembolua et al., 2012; Proctor, Barnett & Muilenburg, 2012) στην υγεία ενός ατόμου. Από την άλλη

ποικίλες μελέτες επισημαίνουν την μεγάλη σημασία της άσκησης στην βελτίωση τη ποιότητας ζωής (Johnson Nichols, Sallis, Calfas & Hovell, 1998; Nowak, 2011; Botosaneanu & Liang, 2012; Aaronetal., 1995; Aarnio, Winter, Kujala & Kaprio, 2002).

Αρκετές όμως από τις προαναφερθείσες έρευνες οι οποίες περιγράφονται αναλυτικά στη συνέχεια της παρούσας εργασίας, επικεντρώνονται στη διερεύνηση των παραγόντων εκείνων που οδηγούν τα άτομα σε υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών υγείας. Ειδικότερα, πολλοί ερευνητές αποδεικνύουν ότι οι διάφοροι κοινωνικό – δημογραφικοί παράγοντες ενός ατόμου επηρεάζουν τόσο την υιοθέτηση υγιεινών-ανθυγιεινών συμπεριφορών, όσο και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής. Μεταξύ αυτών των κοινωνικό-δημογραφικών παραγόντων ένας από τους σημαντικότερους είναι το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων. Για παράδειγμα, ενήλικες με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο υιοθετούν περισσότερο υγιεινές συμπεριφορές και ζουν πιο ποιοτικά (Layte & Whelan, 2009; Smith et al., 2012; VanKim & Laska, 2012; Wagoner et al, 2012). Σημειώνεται ότι το μορφωτικό επίπεδο αφορά στις απαραίτητες ικανότητες για τη διατήρηση μιας θετικής κοινωνικής, ψυχολογικής και οικονομικής κατάστασης (Γιωτοπούλου, 2010).

Τα παραπάνω ίσως να οφείλονται στο γεγονός ότι η υψηλότερη μόρφωση συνεπάγεται μεγαλύτερη και πλουσιότερη ενημέρωση αναφορικά με τις αρνητικές συνέπειες των ανθυγιεινών συμπεριφορών υγείας όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ κλπ. Αυτό οδηγεί την εν λόγω κατηγορία ανθρώπων να κατανοούν την σοβαρότητα της κατάστασης και να ενδιαφέρονται για τρόπους μείωσης, αντιμετώπισης και αποφυγής τέτοιου τρόπου ζωής.

1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη των συμπεριφορών υγείας σε ενήλικες εκπαιδευόμενους σε κέντρα δια βίου μάθησης της δυτικής Θεσσαλίας. Ειδικότερα βασικό μέλημά της είναι η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο ο τρόπος ζωής (άσκηση, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ) συμβάλει στην ποιότητα ζωής ενηλίκων ατόμων που βρίσκονται σε εκπαιδευτική διαδικασία. Αναφερόμαστε σε ενήλικες εκπαιδευόμενους, επειδή το επίπεδο εκπαίδευσης των ανθρώπων, σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης των συμπεριφορών υγείας.

2. Σημαντικότητα της ερευνητικής μελέτης

Η σημαντικότητα της ερευνητικής μελέτης βρίσκεται στο ότι θα προσπαθήσει να συσχετίσει και να διερευνήσει αν υπάρχουν τυχόν διαφοροποιήσεις στις συμπεριφορές υγείας των ενηλίκων ατόμων που βρίσκονται σε εκπαιδευτική διαδικασία και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής τους.

3. Ερευνητικές υποθέσεις

Το ερευνητικό ερώτημα της έρευνάς μας ήταν, η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο ο τρόπος ζωής (άσκηση, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ) συμβάλει στην ποιότητα ζωής ενηλίκων ατόμων που βρίσκονται σε εκπαιδευτική διαδικασία.

Πιο συγκεκριμένα θα διερευνηθούν οι υποθέσεις:

1. Το κάπνισμα προβλέπει τη φυσική και πνευματική υγεία;
2. Το αλκοόλ προβλέπει την φυσική και πνευματική υγεία;
3. Η συμμετοχή σε έντονη φυσική δραστηριότητα προβλέπει τη φυσική και πνευματική υγεία;
4. Η συμμετοχή σε μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει τη φυσική και πνευματική υγεία;
5. Η συμμετοχή σε ήπια φυσική δραστηριότητα προβλέπει τη φυσική και πνευματική υγεία;

4. Περιορισμοί έρευνας

Δεδομένου ότι στην έρευνα συμμετέχουν ενήλικες, η ηλικία των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα, είναι από 18 ετών και άνω. . Επίσης, προκειμένου να εξασφαλιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των αποτελεσμάτων που θα προκύψουν από τα ερωτηματολόγια, στις χρονικές περιόδους συλλογής δεδομένων, δεν συμπεριλήφθηκαν οι περίοδοι νηστείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Στην ενότητα αυτή πραγματοποιείται ανασκόπηση εμπειρικών μελετών που εξετάζουν συμπεριφορές οι οποίες σχετίζονται με την υγεία όπως άσκηση, κάπνισμα, αλκοόλ και την γενικότερη ποιότητα ζωής στις συμπεριφορές υγείας. Ανασκοπείται εκτός των άλλων, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά ενός ατόμου όπως για παράδειγμα τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά που φαίνεται να ασκούν σημαντική επιρροή στη συμπεριφορά υγείας που εμφανίζει.

Άσκηση, κάπνισμα και αλκοόλ: Σχέσεις μεταξύ των συμπεριφορών

Παρακάτω παρουσιάζονται τα αποτελέσματα εμπειρικών μελετών που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ διαφορετικών συμπεριφορών υγείας και συγκεκριμένα άσκηση, κάπνισμα και αλκοόλ.

Αναλυτικότερα οι Johnson et al. (1998) ασχολήθηκαν με τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ άσκησης και άλλων συμπεριφορών υγείας πραγματοποιώντας έρευνα σε φοιτητές πανεπιστημίων των Η.Π.Α. Στην έρευνα συμμετείχαν 576 άνδρες και γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 24,5 έτη. Η μελέτη αυτή ασχολήθηκε με 19 συμπεριφορές υγείας, οι οποίες κατηγοριοποιήθηκαν στις εξής ομάδες: κάπνισμα, οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ, σεξουαλικές επιλογές, διατροφικές συνήθειες και υγιεινή διατροφή. Σύμφωνα με τα ευρήματα όσον αφορά στους άνδρες παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της υγιεινής διατροφής, ωστόσο δεν αποδείχθηκε συσχέτιση με άλλες συμπεριφορές υγείας, ενώ αντίστοιχα ήταν τα αποτελέσματα και για τις γυναίκες. Οι ερευνητές

καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η φυσική δραστηριότητα σχετίζεται σε μέτριο βαθμό με τη διατροφική συμπεριφορά και δε σχετίζεται καθόλου με τις υπόλοιπες συμπεριφορές υγείας.

Σε αρκετά πρόσφατη έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στην Πολωνία ο Nowak (2011) μελέτησε τη συσχέτιση μεταξύ άσκησης και άλλων συμπεριφορών υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα 1999 - 2004 σε δείγμα 1.361 γυναικών ηλικίας από 20 έως 75 ετών. Στα πλαίσιά της χρησιμοποιήθηκαν δυο ερευνητικές μέθοδοι: ποσοτική (ερωτηματολόγια) και ποιοτική (συνεντεύξεις). Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η φυσική δραστηριότητα στις γυναίκες σχετίζεται με τη διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα, ενώ παράλληλα μέσω της άσκησης ελέγχεται και η ποσότητα κατανάλωσης αλκοόλ. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι συσχετίσεις αυτές είναι ισχυρότερες για τις γυναίκες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Ένα χρόνο αργότερα οι Leroux, Moore, Richard & Gauvin (2012) πραγματοποίησαν έρευνα με στόχο να εξετάσουν εάν η κοινωνική ζωή των ατόμων σχετίζεται με τη μείωση της φυσικής δραστηριότητας ως συμπεριφορά υγείας. Ειδικότερα, παρατήρησαν ότι η έλλειψη κοινωνικής ζωής συμβάλλει στη δημιουργία κατάθλιψης, επηρεάζει τις συμπεριφορές υγείας και οδηγεί σε παχυσαρκία. Κατά την έρευνα αυτή συγκεντρώθηκαν στοιχεία από 2.707 ενήλικες στον Καναδά. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι συμμετέχοντες άνω των 55 ετών που δεν είχαν φυσική δραστηριότητα, ήταν περισσότερο πιθανό να είναι παχύσαρκοι, σε αντίθεση με τους συμμετέχοντες που είχαν περισσότερα κίνητρα για να συμμετάσχουν σε αθλητικές δραστηριότητες, οι οποίοι ήταν λιγότερο πιθανό να είναι παχύσαρκοι. Επίσης, οι συμμετέχοντες που είχαν περισσότερα κίνητρα προερχόμενα από άτομα

του κοινωνικού τους κύκλου για να συμμετάσχουν σε αθλητικές δραστηριότητες, ήταν λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν προβλήματα υγείας και κυρίως παχυσαρκία.

Επιπρόσθετα οι Botoseneanu & Liang (2012) βασιζόμενοι σε στοιχεία ότι η παχυσαρκία είναι ιδιαίτερα αυξημένη στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, ασχολήθηκαν με την επίδραση των συμπεριφορών υγείας στο δείκτη μάζας σώματος στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Ειδικότερα, μελέτησαν την επίδραση της φυσικής κατάστασης, της κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος στο δείκτη μάζας σώματος για μια χρονική περίοδο 14 ετών (από το 1992 έως το 2006) σε δείγμα 10.314 ενήλικων ατόμων, ηλικίας από 51 έως 61 ετών. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η φυσική δραστηριότητα και το κάπνισμα σχετίζονται με χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος, ενώ η διακοπή του καπνίσματος και της φυσικής δραστηριότητας σχετίζονται με υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος.

Αρκετές από τις εμπειρικές μελέτες που εξετάζουν τη σημασία της φυσικής δραστηριότητας και η συσχέτιση αυτής με άλλες συμπεριφορές υγείας, επικεντρώνονται σε ανήλικους, καθώς πιστεύεται ότι οι όποιες λανθασμένες συμπεριφορές υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζονται σε μικρή ηλικία. Ενδιαφέρον όμως είναι το γεγονός ότι οι συμπεριφορές παιδιών και εφήβων επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν αυτά και ειδικότερα από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των γονέων τους. Ειδικότερα έρευνα των Karmakar & Breslin, (2008) έδειξε ότι ο τρόπος ζωής, έχει μεγάλη σχέση με την προσωπική εκπαιδευτική αντίληψη του ατόμου για την υγεία. Η εκπαίδευση και η εργασία συσχετίζονται σημαντικά, με μεγαλύτερη επίδραση στην υγεία σε όσο το δυνατόν μικρότερες ηλικίες. Τα ευρήματα αυτά επισημαίνουν την προτεραιότητα της καλής υγείας από τις μικρές ηλικιακές ομάδες, την ενίσχυσή της με την κατάλληλη εκπαίδευση και επιμόρφωση, έτσι ώστε να διατηρηθεί η καλή υγεία και στις

μεγαλύτερες ηλικίες και στους νέους ενήλικες εργαζόμενους, προκειμένου να παραμείνουν στο εργατικό δυναμικό, καθώς γερνούν.

Οι Aaron et al. (1995) μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στη φυσική δραστηριότητα και στην πιθανότητα ανάπτυξης ανθυγιεινών συμπεριφορών σε 1.245 εφήβους ηλικίας από 12 έως 16 ετών. Από τους συμμετέχοντες, παρατηρήθηκε ότι οι 437 (36%) δήλωσαν ότι δεν είχαν καπνίσει ποτέ, δεν είχαν καταναλώσει ποτέ αλκοόλ ή δεν είχαν χρησιμοποιήσει ποτέ ναρκωτικές ουσίες. Επίσης, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της έναρξης τους καπνίσματος ή της χρήσης αλκοόλ. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα αγόρια που συμμετείχαν σε ανταγωνιστικά αγωνίσματα ήταν περισσότερο πιθανό να ξεκινήσουν να καταναλώνουν αλκοόλ (44%) σε σύγκριση με αυτά που δεν είχαν φυσική δραστηριότητα (17%). Επίσης, παρατηρήθηκε ότι οι γυναίκες με έντονη φυσική δραστηριότητα είναι λιγότερο πιθανό να αρχίσουν να καπνίζουν. Σε αντίθεση, οι άνδρες με έντονη φυσική δραστηριότητα ή όσοι συμμετείχαν σε ανταγωνιστικά αθλήματα διέτρεχαν υψηλότερο κίνδυνο να αρχίσουν να καταναλώνουν αλκοόλ.

Ένα χρόνο αργότερα οι Pate, Heath, Dowda & Trost (1996) ασχολήθηκαν με τη διερεύνηση της φυσικής δραστηριότητας σε συσχέτιση με άλλες συμπεριφορές υγείας. Στην έρευνα συμμετείχαν 11.631 μαθητές λυκείου από τους οποίους αντλήθηκαν πληροφορίες σχετικές με τη φυσική τους δραστηριότητα, τη διατροφή, τη χρήση ουσιών και άλλες συμπεριφορές υγείας. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μαθητές με περιορισμένη φυσική δραστηριότητα δήλωναν περισσότερο συχνά ότι κάπνιζαν, ότι χρησιμοποιούσαν ναρκωτικές ουσίες, ότι κατανάλωναν λιγότερα φρούτα και λαχανικά, ότι παρακολουθούσαν περισσότερες ώρες τηλεόραση καθώς και ότι είχαν χαμηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις. Συνεπώς,

η περιορισμένη φυσική δραστηριότητα στους εφήβους σχετίζεται θετικά με διάφορες άλλες αρνητικές συμπεριφορές υγείας.

Επίσης στους μαθητές των Η.Π.Α., οι Pate, Trost, Levin & Dowda (2000) μελέτησαν τη συσχέτιση μεταξύ της συμμετοχής σε αθλήματα και των συμπεριφορών υγείας. Στην έρευνα συμμετείχαν 14.221 μαθητές λυκείου με σκοπό να διερευνηθεί η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες των μαθητών σε σύγκριση με συμπεριφορές υγείας, όπως η διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, η παράνομη χρήση ναρκωτικών ουσιών, η σεξουαλική δραστηριότητα, η βία και οι μέθοδοι απώλειας σωματικού βάρους. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι περίπου το 70% των ανδρών και το 53% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι έχουν συμμετάσχει σε μια ή περισσότερες αθλητικές σχολικές αθλητικές δραστηριότητες και ειδικότερα οι άνδρες με αθλητική δραστηριότητα ήταν περισσότερο πιθανό να ακολουθούν υγιεινή διατροφή και λιγότερο πιθανό να καπνίζουν, να χρησιμοποιούν ναρκωτικές ουσίες και να προσπαθούν να χάσουν βάρος. Όσον αφορά την εθνικότητα των μαθητών, παρατηρήθηκαν αρνητικές συμπεριφορές υγείας κυρίως σε Αφρικανούς Αμερικανούς και σε Ισπανόφωνους. Συνεπώς. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στους μαθητές των λυκείων των Η.Π.Α. και συνδέεται κυρίως με την παράλληλη ανάπτυξη θετικών συμπεριφορών υγείας.

Οι Aarnio et al. (2002) από την άλλη μελέτησαν τη σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και συμπεριφορών υγείας, καθώς και κοινωνικών σχέσεων για μια χρονική περίοδο μεγαλύτερη των τριών ετών, φθάνοντας όμως σε αντίθετα αποτελέσματα. Στην έρευνα συμμετείχαν 2.311 αγόρια και 2.717 κορίτσια τα οποία κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτηματολόγια σχετικά με τη φυσική τους δραστηριότητα από την ηλικία των 16 ετών έως τη συμπλήρωση του 18ου έτους

ηλικίας. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το 20,4% του συνόλου των αγοριών και το 13% του συνόλου των κοριτσιών έχει φυσική δραστηριότητα 4-5 φορές την εβδομάδα, σε αντίθεση με το 6,5% των αγοριών και το 5,3% των κοριτσιών που δήλωσαν ότι έχουν φυσική δραστηριότητα λιγότερο από 2 φορές το μήνα. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι ανεξαρτήτως φύλου, οι μαθητές που είχαν συχνή φυσική δραστηριότητα ήταν επιρρεπείς στον κάπνισμα και είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Συνεπώς, η συχνή φυσική δραστηριότητα στους εφήβους σχετίζεται με ένα λιγότερο υγιεινό τρόπο ζωής, χαμηλότερες ακαδημαϊκές επιδόσεις και χαμηλή αυτοεκτίμηση.

Μερικά χρόνια αργότερα, οι Deliste, Werch, Wong, Bian & Weiler (2010) μελέτησαν τη συχνότητα και την ένταση της φυσικής δραστηριότητας σε εφήβους ώστε να διερευνήσουν τη σχέση της φυσικής δραστηριότητας και των άλλων συμπεριφορών υγείας. Στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας συγκεντρώθηκαν στοιχεία από 822 μαθητές που φοιτούσαν σε σχολεία δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης των Η.Π.Α. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι μαθητές που είχαν έντονη φυσική δραστηριότητα χρησιμοποιούσαν σπάνια απαγορευμένες ουσίες, όπως μαριχουάνα, ενώ αντίθετα η διατροφή τους ήταν περισσότερο υγιεινή και κοιμόνταν περισσότερες ώρες σε σύγκριση με τους μαθητές που δήλωσαν μέτρια φυσική δραστηριότητα. Συνεπώς, η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι έφηβοι που έχουν έντονη φυσική δραστηριότητα είναι λιγότερο πιθανό να εμπλακούν στη χρήση απαγορευμένων ουσιών και είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν θετικές συμπεριφορές υγείας.

Οι Molinero et al (2010) μελέτησαν τα χαρακτηριστικά των συμπεριφορών υγείας μαθητών περιοχής της Ισπανίας όσον αφορά τη συμμετοχή τους σε αθλητικές δραστηριότητες, καθώς και τις διατροφικές τους συνήθειες. Στην έρευνα συμμετείχαν 738 μαθητές, με μέσο όρο ηλικίας 12,2 έτη και από τους οποίους οι 50,9% ήταν

αγόρια και οι 49,1% κορίτσια. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων ως προς το βαθμό στον οποίο οι μαθητές έχουν φυσική δραστηριότητα και συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι τα αγόρια είχαν περισσότερη και πιο έντονη φυσική δραστηριότητα σε σύγκριση με τα κορίτσια. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι είναι περισσότερο πιθανό να αναπτύξουν τα κορίτσια αρνητικές συμπεριφορές υγείας εξαιτίας της περιορισμένης φυσικής δραστηριότητας.

Με τη σχέση ανάμεσα στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές υγείας ασχολήθηκαν και οι VanKim & Laska (2012), οι οποίοι διερεύνησαν εάν η φυσική κατάσταση, το σωματικό βάρος, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ σε ενήλικες σχετίζονται με την εκπαίδευση των γονέων και την οικονομική τους κατάσταση. Στην έρευνα συμμετείχαν 1.201 φοιτητές πανεπιστημίου των Η.Π.Α. και παρατηρήθηκε ότι το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων σχετίζεται με περιορισμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, με περιορισμένη φυσική δραστηριότητα, με μεγαλύτερη κατανάλωση έτοιμου φαγητού και με υιοθέτηση ανθυγιεινών μεθόδων ελέγχου του σωματικού βάρους των παιδιών. Επίσης, οι συμμετέχοντες με χαμηλότερο εισόδημα δήλωσαν ότι είναι καπνιστές, ότι έχουν λιγότερη σωματική δραστηριότητα και ότι πραγματοποιούν αυξημένη χρήση αλκοόλ. Συνεπώς, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν την υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών υγείας.

Αρκετές είναι και οι μελέτες που παρουσιάζονται στη διεθνή βιβλιογραφία και οι οποίες διερευνούν τη σχέση του καπνίσματος με άλλες συμπεριφορές υγείας καθώς και με τα κοινωνικά δημογραφικά χαρακτηριστικά ενός ατόμου.

Ενδεικτικά Έρευνα των Θεοδωράκη & Χασάνδρα (2005) που είχε σκοπό τη διερεύνηση των διαφορών μεταξύ ασκουμένων και μη ασκουμένων ατόμων ως προς το κάπνισμα, έδειξε ότι (α) τα άτομα όσο περισσότερο ασκούνται τόσο λιγότερο καπνίζουν, (β) τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα ασκούνται λιγότερο και καπνίζουν περισσότερο από τα άτομα μικρότερης ηλικίας, (γ) τα μη ασκούμενα άτομα καπνίζουν περισσότερο από τα ασκούμενα και (δ) τα άτομα που ήταν στο παρελθόν αθλητές καπνίζουν λιγότερο σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν ποτέ ασχοληθεί με την άσκηση.

Ο de Walque (2007) διερεύνησε το βαθμό στον οποίο το εκπαιδευτικό επίπεδο επιδρά στη διαμόρφωση συμπεριφορών υγείας και κυρίως στο κάπνισμα. Η έρευνα αυτή βασίστηκε στην υπόθεση ότι το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με θετικότερες συμπεριφορές υγείας των ατόμων και αυξάνει το προσδόκιμο ζωής τους. Για το σκοπό ο εν λόγω ερευνητής επικεντρώθηκαν στην επίδραση της εκπαίδευσης στην υιοθέτηση του καπνίσματος ως συμπεριφοράς υγείας. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση έχει σημαντική αποτρεπτική επίδραση στην απόφαση ενός ατόμου να αρχίσει το κάπνισμα. Ειδικότερα, τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είναι λιγότερο πιθανό να είναι καπνιστές και είναι περισσότερο πιθανό να έχουν διακόψει το κάπνισμα σε περίπτωση που είχαν υπάρξει καπνιστές.

Δύο χρόνια αργότερα, οι Layte & Whelan (2009) μελέτησαν τις κοινωνικές ανισότητες και την επίδραση τους στο κάπνισμα ως συμπεριφορά υγείας. Συγκεκριμένα, παρατήρησαν ότι τα ποσοστά των καπνιστών έχουν αυξηθεί σημαντικά στις περισσότερες χώρες της βόρειας Ευρώπης τα τελευταία 50 χρόνια. Παρόλα αυτά παρατηρείται ότι τα άτομα που συμπεριλαμβάνονται στις κατώτερες κοινωνικές τάξεις και με χαμηλή μόρφωση είναι περισσότερο πιθανό να καπνίζουν

καθημερινά σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν διευθυντικές ή διοικητικές θέσεις. Στη συγκεκριμένη έρευνα οι μελετητές αξιολόγησαν τρεις ερευνητικές υποθέσεις. Σύμφωνα με την πρώτη υπόθεση, οι κοινωνικές ανισότητες οφείλονται σε διαφορές στο εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων σχετικά με τους κινδύνους του καπνίσματος. Σύμφωνα με τη δεύτερη υπόθεση, οι συνθήκες ζωής των κατώτερων κοινωνικών ομάδων συμβάλλουν στην ανάπτυξη χαμηλότερης αυτοεκτίμησης και περιορίζουν τη δυνατότητα των ατόμων να διακόψουν το κάπνισμα. Τέλος, σύμφωνα με την τρίτη ερευνητική υπόθεση, το κάπνισμα αποκτά λειτουργική χρήση μεταξύ των ατόμων με χαμηλά εισοδήματα. Έτσι, πραγματοποιώντας έρευνα στην Ιρλανδία, οι μελετητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η πρώτη ερευνητική υπόθεση ισχύει, σε αντίθεση με τη δεύτερη υπόθεση, η οποία απορρίφθηκε. Τέλος, η τρίτη υπόθεση επίσης ισχύει και συνεπώς η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι πολιτικές διακοπής του καπνίσματος ώστε να βελτιωθούν οι συμπεριφορές υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των καπνιστών.

Με το φύλο των καπνιστών και την επίδραση του στις συμπεριφορές υγείας ασχολήθηκαν οι Patel et al (2011). Συγκεκριμένα, μελέτησαν τη συσχέτιση ανάμεσα στο κάπνισμα και στην παχυσαρκία στις γυναίκες, ενώ διερεύνησαν επίσης και εάν η συσχέτιση αυτή μεταβάλλεται μεταξύ γυναικών διαφορετικής εθνικότητας. Στην έρευνα συμμετείχαν 22.949 Αφρικανές των Η.Π.Α. και 7.831 γυναίκες της λευκής φυλής. Η μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τόσο οι Αφρικανές των Η.Π.Α. όσο και οι γυναίκες της λευκής φυλής που δήλωσαν καπνίστριες είχαν περιορισμένες πιθανότητες να είναι υπέρβαρες ή παχύσαρκες σε σύγκριση με τις μη – καπνίστριες. Συνεπώς, υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ του σωματικού βάρους και της ανάπτυξης αρνητικών συμπεριφορών υγείας, όπως το κάπνισμα, ενώ δεν

παρατηρούνται σημαντικές διαφορές μεταξύ των γυναικών της λευκής φυλής και των Αφρικανών των Η.Π.Α.

Αντίστοιχα, οι Whembolua et al, (2012) εξέτασαν εάν το υποκειμενικό κοινωνικό status επιδρά στην επιλογή ενός ατόμου να αναπτύξει θετική συμπεριφορά υγείας και να απέχει από το κάπνισμα. Για το σκοπό αυτό πραγματοποίησαν έρευνα σε 755 Αφρικανούς των Η.Π.Α., οι οποίοι ήταν καπνιστές και συγκαταλέγονταν στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες με ιδιαίτερα χαμηλή μόρφωση. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι κοινωνικοοικονομικές ομάδες αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα όσον αφορά στην επιλογή ενός ατόμου να απέχει από το κάπνισμα και να αναπτύσσει θετικές συμπεριφορές υγείας. Ωστόσο, προτείνουν περαιτέρω μελέτη σε άλλες εθνικότητες λαμβάνοντας υπόψη το βαθμό στον οποίο τα άτομα είναι εξαρτημένα από το κάπνισμα.

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Proctor et al (2012), οι οποίοι διερεύνησαν την επίδραση κάποιων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών στην ανάπτυξη θετικών συμπεριφορών υγείας. Συγκεκριμένα εξέτασαν το ρόλο της εθνικότητας, του φύλου και της πρόσβασης σε τσιγάρα πραγματοποιώντας έρευνα σε 4.336 εφήβους. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η καπνιστική συμπεριφορά των εφήβων επηρεάζεται κυρίως από διαφημίσεις τσιγάρων, ενώ μεταξύ των μαθητών, οι Αφρικανοί των Η.Π.Α. είναι περισσότερο πιθανό να ξεκινήσουν το κάπνισμα. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι ήταν περισσότερο πιθανό να αποκρύψουν την ηλικία τους οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες ώστε να μπορέσουν να αποκτήσουν τσιγάρα.

Επίσης, οι Smith, Colwell, Ahn & Ory (2012) μελέτησαν τους παράγοντες που σχετίζονται με το κάπνισμα σε γυναίκες μέσης ηλικίας και σε ηλικιωμένες σε περιοχή των Η.Π.Α. Στην έρευνα συμμετείχαν 593 γυναίκες και στο δείγμα

συμπεριλαμβάνονταν γυναίκες που δεν είχαν καπνίσει ποτέ, που είχαν διακόψει το κάπνισμα και που ήταν καπνίστριες κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες που δεν είχαν καπνίσει ποτέ ή που είχαν διακόψει το κάπνισμα ήταν περισσότερο πιθανό να είναι μεγαλύτερης ηλικίας, να έχουν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και καλύτερη κατάσταση υγείας σε σύγκριση με τις καπνίστριες.

Οι Raptou, Galanopoulos, Katrakilidis & Mattas (2012) μελέτησαν τις συμπεριφορές υγείας με σκοπό να καταλήξουν σε κάποιες πολιτικές διακοπής του καπνίσματος λαμβάνοντας υπόψη τα δημογραφικά, ψυχολογικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των καπνιστών. Στην έρευνα συμμετείχαν 680 καπνιστές και παρατηρήθηκε ότι αυτές αντιλαμβάνονται τις θετικές και αρνητικές επιδράσεις της διακοπής του καπνίσματος στην κατάσταση υγείας τους, καθώς επίσης και ότι οι πολιτικές διακοπής του καπνίσματος θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη το βαθμό στον οποίο το άτομο είναι εθισμένο στο κάπνισμα, το φύλο, την ηλικία και το επάγγελμα του. Συνεπώς, προτείνουν την υποστήριξη των καπνιστών από τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας ώστε να μπορέσουν να αναπτύξουν θετικές συμπεριφορές υγείας και να διακόψουν το κάπνισμα.

Οι Seo, Torabi, Kim, Lee & Choe (2012) μελέτησαν τις συμπεριφορές υγείας σε φοιτητές της Ανατολικής Ασίας και τη στάση τους ως προς το κάπνισμα. Στην έρευνα συμμετείχαν 16.558 φοιτητές από την Κίνα, το Χονγκ Κονγκ, τη Μαλαισία, τη Σιγκαπούρη, τη Νότια Κορέα και την Ταϊβάν. Η μελέτη αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι φοιτητές που κατανάλωναν υψηλές ποσότητες αλκοόλ ήταν περισσότερο πιθανό να καπνίζουν, αλλά και να είναι παθητικοί καπνιστές.

Οι Mendel, Berg, Windle & Windle (2012) προσπάθησαν να καθορίσουν τους παράγοντες που επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας των εφήβων και που επιδρούν

στη διαμόρφωση της στάσης τους ως προς το κάπνισμα. Στα πλαίσια της μελέτης αυτής συγκεντρώθηκαν στοιχεία σχετικά με το κάπνισμα στους εφήβους κατά την περίοδο 1988 έως 1998. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι έφηβοι που αποφασίζουν να αρχίσουν το κάπνισμα χαρακτηρίζονται από χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, λαμβάνουν περιορισμένη υποστήριξη από την οικογένεια τους, προέρχονται από μη – καπνιστές γονείς και καταναλώνουν υψηλότερη ποσότητα αλκοόλ σε σύγκριση με τους εφήβους που δεν αρχίζουν το κάπνισμα.

Οι Sutfin et al. (2012) μελέτησαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις αρνητικές συμπεριφορές υγείας σε φοιτητές που κάπνιζαν, αλλά όχι σε καθημερινή βάση. Τα στοιχεία της μελέτης συγκεντρώθηκαν το 2005 σε δείγμα 4.100 φοιτητών. Παρατηρήθηκε ότι 29% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι είναι καπνιστές και από αυτούς το 70% δήλωσε ότι δεν καπνίζει σε καθημερινή βάση. Σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που καπνίζουν καθημερινά, όσοι δεν καπνίζουν σε καθημερινή βάση είναι νεότεροι, στην πλειοψηφία τους Αφρικανοί των Η.Π.Α., προέρχονται από γονείς με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και φοιτούσαν σε ιδιωτικά και όχι σε δημόσια σχολεία. Ακόμη, όσοι δεν καπνίζουν σε καθημερινή βάση φανερώθηκε ότι είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν άλλες αρνητικές συμπεριφορές υγείας, όπως η χρήση ναρκωτικών ουσιών.

Μια άλλη αρνητική για την υγεία συμπεριφορά που έχει διερευνηθεί σε σχέση με άλλες αρνητικές για την υγεία συνήθειες είναι η κατανάλωση αλκοόλ. Αναλυτικότερα οι Christiansen & Goldman (1983) μελέτησαν δημογραφικά χαρακτηριστικά για να διερευνήσουν την επίδραση τους στην υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας και ιδιαίτερα την επίδραση τους στην κατανάλωση αλκοόλ. Στην έρευνα συμμετείχαν 1.580 άτομα και σύμφωνα με τα κύρια αποτελέσματά της, τα άτομα που έχουν υιοθετήσει αρνητικές συμπεριφορές υγείας και καταναλώνουν

αλκοόλ συχνά, θεωρούν ότι η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί έναν τρόπο βελτίωσης της κοινωνικής τους συμπεριφοράς.

Οι Reed et al (2011) από την άλλη μελέτησαν τη σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και του καπνίσματος περιστασιακά. Ειδικότερα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 1.139 ενηλίκων και μελετήθηκε η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της εξάρτησης των συμμετεχόντων από την κατανάλωση αλκοόλ, καθώς επίσης και η σχέση ανάμεσα στην εξάρτηση των ερωτηθέντων από το αλκοόλ και τις πρόθεσης τους να καπνίζουν περιστασιακά. Παρατηρήθηκε ότι όσοι από τους συμμετέχοντες κάπνιζαν περιστασιακά δήλωναν περισσότερο εξαρτημένοι από το αλκοόλ σε σύγκριση με τους μη καπνιστές.

Επίσης, οι Devertis et al. (2012) παρατήρησαν ότι η καλύτερη κατάσταση υγείας σχετίζεται με βελτιωμένη οικονομική και κοινωνική θέση. Συγκεκριμένα, πραγματοποίησαν έρευνα σε 2.658 άτομα που αντιμετώπιζαν κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και μελέτησαν τις συμπεριφορές υγείας αυτών ως προς το αλκοόλ, το κάπνισμα, την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και τη φυσική δραστηριότητα. Παρατήρησαν ότι οι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και με μεγαλύτερο εισόδημα αντιμετώπιζαν χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου λόγω των συμπεριφορών υγείας που είχαν αναπτύξει. Συνεπώς, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ανθυγιεινές συμπεριφορές υγείας μεταξύ προσώπων με χαμηλότερο κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο μπορούν να έχουν μακροχρόνιες επιπτώσεις στην υγεία τους.

Οι Wagoner et al (2012) επίσης μελέτησαν την κατανάλωση αλκοόλ και τις συνέπειες αυτής μεταξύ ανδρών και γυναικών, λαμβάνοντας υπόψη το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε μέσω διαδικτύου κατά την περίοδο 2003 - 2005 σε δείγμα 10.729 φοιτητών που επιλέχθηκαν τυχαία. Η έρευνα

κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το φύλο, η εθνικότητα, η ηλικία, το χαμηλό διαθέσιμο εισόδημα, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η σχέση των φοιτητών με τα μέλη της οικογένειας τους αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας και ιδιαίτερα του καπνίσματος. Ιδιαίτερα, οι γυναίκες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν λιγότερο πιθανό να αντιμετωπίσουν σοβαρά προβλήματα από την κατανάλωση αλκοόλ, ωστόσο ακόμη και στην περίπτωση που αντιμετώπιζαν τέτοια προβλήματα, οι γυναίκες ήταν περισσότερο πιθανό να τα αναφέρουν σε σύγκριση με τους άνδρες. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι περίπου το 25% των φοιτητών δήλωσε ότι έχει εύκολη και δωρεάν πρόσβαση σε αλκοόλ. Τέλος, οι γυναίκες αγόραζαν περισσότερο συχνά κάποια ποσότητα αλκοόλ σε σύγκριση με τους άνδρες, ωστόσο αναφέρθηκαν λιγότερες περιπτώσεις των συνεπειών της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ. Επίσης τα άτομα με υψηλότερη μόρφωση και αυτά που προέρχονται από οικογένειες με υψηλό κοινωνικό επίπεδο εμφάνιζαν μικρότερη πιθανότητα για κατανάλωση και εξάρτηση από το αλκοόλ.

Άσκηση κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ: Σχέσεις με ποιότητα ζωής (φυσική και πνευματική υγεία) σε εφήβους εκπαιδευόμενους

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται έρευνες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και συμπεριφορών υγείας σε εφήβους εκπαιδευόμενους.

Αναλυτικότερα οι Geckova, Van Dijk, Groothoff & Post (2002) διερεύνησαν τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές κατά την υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας σε εφήβους στη Σλοβακία. Συγκεκριμένα, παρατήρησαν διαφορές ως προς τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όσον αφορά στο κάπνισμα, στην κατανάλωση αλκοόλ, στη χρήση ναρκωτικών ουσιών και στη φυσική δραστηριότητα. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 1.370 αγόρια και 1.256 κορίτσια

με μέσο όρο ηλικίας τα 15 έτη. Παρατηρήθηκε ότι οι έφηβοι που περιλαμβάνονται στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες αντιμετωπίζουν περισσότερες πιθανότητες να υιοθετήσουν αρνητικές συμπεριφορές υγείας και να εμφανίσουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους μαθητές των υψηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων.

Αντίστοιχα, οι Piko & Fitzpatric (2007) αξιολόγησαν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, την ψυχολογική υγεία και τις συμπεριφορές υγείας σε εφήβους στην Ουγγαρία. Παρατήρησαν ότι η ψυχολογική υγεία των μαθητών επηρεάζει τις συμπεριφορές ζωής που υιοθετούν και πραγματοποιώντας έρευνα σε 1.114 μαθητές, ηλικίας από 14 έως 21 ετών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των μαθητών επηρεάζει σημαντικά την ψυχολογική τους υγεία, την ποιότητα ζωής καθώς και τις συμπεριφορές υγείας. Ακόμη, η δομή της οικογένειας τους επηρεάζει την ψυχολογική τους κατάσταση και τις συμπεριφορές υγείας, σε αντίθεση με την επαγγελματική κατάσταση των γονέων που επηρεάζει σε περιορισμένο βαθμό τις συμπεριφορές υγείας που υιοθετούν οι μαθητές.

Με την επίδραση του άγχους και τη συσχέτιση του με συμπεριφορές υγείας σε εφήβους ασχολήθηκαν και οι Umberson, Liu & Reczek (2008) οι οποίοι επικεντρώθηκαν στις επιπτώσεις του άγχους στην ψυχική και φυσική υγεία που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους σχετίζονται με την υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας, όπως καπνίσματος, μη ισορροπημένης διατροφής υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, γεγονός που τελικά σχετίζεται με μειωμένη ποιότητα ζωής.

Οι Umberson, Crosnoe & Reczek (2010) από την άλλη μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στις κοινωνικές σχέσεις και στις συμπεριφορές υγείας. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι οι κοινωνικές σχέσεις σχετίζονται με την υιοθέτηση θετικών

συμπεριφορών υγείας και για το λόγο αυτό οι ερευνητές μελέτησαν τα στοιχεία δύο ηλικιακών ομάδων εστιάζοντας στους εφήβους και στους ενήλικες. Οι ερευνητές παρατήρησαν ότι η ανάπτυξη κοινωνικών σχέσεων και η υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών υγείας συσχετίζονται θετικά. Επίσης, οι διάφοροι κοινωνικοί δεσμοί που αναπτύσσονται στα στάδια της ζωής ενός ατόμου επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας που υιοθετούν και την ποιότητα ζωής τους.

Οι Schmidt et al. (2010) μελέτησαν τις συμπεριφορές υγείας σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο και το κοινωνικό status μαθητών της Ανατολικής Γερμανίας. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 852 μαθητές, ηλικίας από 9 έως 13 ετών και χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια για να αξιολογηθούν οι γνώσεις και οι συμπεριφορές των μαθητών ως προς τις συμπεριφορές υγείας. Η έρευνα αυτή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπήρχε μέτρια συσχέτιση ανάμεσα στην κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκουν οι μαθητές και στις συμπεριφορές υγείας και την ποιότητα ζωής.

Άσκηση, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ: Σχέσεις με ποιότητα ζωής (φυσική και πνευματική υγεία) σε ενήλικες

Στην ενότητα αυτή παρουσιάζονται έρευνες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και συμπεριφορών υγείας σε ενήλικες. Αναλυτικότερα, σε παλαιότερη έρευνα οι Bucher, Gutzwiller, Leu, Schulz & Zemp (1987) μελέτησαν τις συμπεριφορές υγείας και τη συσχέτιση τους με την ποιότητα ζωής, εστιάζοντας στις κοινωνικές ανισότητες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 3.419 Σουηδούς και για την αξιολόγηση των κοινωνικών ανισοτήτων λήφθηκε υπόψη η επαγγελματική θέση των συμμετεχόντων και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Οι ερευνητές παρατήρησαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των φύλων και συγκεκριμένα ότι οι γυναίκες κατώτερης

κοινωνικής θέσης και εκπαιδευτικού επιπέδου χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας της χώρας πιο συχνά. Επίσης, οι ανειδίκευτοι άνδρες δε χρησιμοποιούσαν συχνά τις υπηρεσίες πρόληψης για διάφορα προβλήματα υγείας. Συνεπώς, η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι συμπεριφορές υγείας στις γυναίκες ήταν καλύτερες σε σύγκριση με τους άνδρες, ωστόσο παρατηρήθηκε ότι αυτό δεν εξαρτάται από την κοινωνική θέση. Ακόμη, η έρευνα αυτή αναδεικνύει ότι οι εργαζόμενες γυναίκες είχαν σημαντικά χειρότερες συμπεριφορές υγείας από τις νοικοκυρές και επομένως χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

Οι Cohen, Schwartz, Bromet & Parkinson (1991) ασχολήθηκαν με την αλληλεπίδραση των συμπεριφορών υγείας και της ποιότητας ζωής με τη ψυχική υγεία και το άγχος. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε η σχέση της παχυσαρκίας, τους καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ και της έλλειψης φυσικής δραστηριότητας σε συσχέτιση με την ψυχική υγεία και το άγχος σε γυναίκες και άνδρες. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσον αφορά στους άνδρες, η μόνη θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε ήταν ανάμεσα στο ιστορικό κατάθλιψης και στο κάπνισμα. Από την άλλη αναφορικά με τις γυναίκες παρατηρήθηκε ότι τέσσερις ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται με το κάπνισμα και συγκεκριμένα το ιστορικό κατάθλιψης, με αυξημένα περιστατικά συγκρούσεων με μέλη της οικογένειας, με μεγαλύτερο αριθμό ανεπιθύμητων γεγονότων ζωής και απασχόληση πλήρους ωραρίου. Επίσης, η κατάθλιψη και οι συγκρούσεις με τα μέλη της οικογένειας σχετίζεται με υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ και η απασχόληση πλήρους ωραρίου σχετίζεται με έλλειψη φυσική δραστηριότητας. Επιπρόσθετα, οι συναισθηματικές διαταραχές δεν επηρεάζουν τα επίπεδα του άγχους στα άτομα που έχουν υιοθετήσει αρνητικές συμπεριφορές υγείας. Όσον αφορά στους άνδρες παρατηρείται ότι ο συνδυασμός των υψηλών εργασιακών απαιτήσεων και της αδυναμίας του ατόμου να λαμβάνει

αποφάσεις είναι περισσότερο πιθανό να συμβάλλουν στην υιοθέτηση του καπνίσματος ως αρνητικής συμπεριφοράς υγείας. Όσον αφορά στις γυναίκες, η αλληλεπίδραση της απασχόλησης πλήρους ωραρίου και των ενδοοικογενειακών συγκρούσεων σχετίζονται με την αυξημένη χρήση αλκοόλ.

Παρόμοια έρευνα πραγματοποίησε και ο Osler (1993), ο οποίος όμως μελέτησε τη σχέση ανάμεσα στην κοινωνική τάξη και στις συμπεριφορές υγείας στη Δανία. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 3.608 άνδρες και γυναίκες από 30 έως 60 ετών και για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια. Παρατηρήθηκε ότι το κάπνισμα, η έλλειψη φυσικής δραστηριότητα και η μη συχνή κατανάλωση λαχανικών και γενικώς το χαμηλό επίπεδο ζωής εξαρτώνται από την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει ένα άτομο και ότι τα άτομα που συμπεριλαμβάνονται στις κατώτερες κοινωνικές ομάδες και έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής υιοθετούν πιο συχνά αρνητικές συμπεριφορές υγείας.

Με τη συσχέτιση της θνησιμότητας με τις συμπεριφορές υγείας και την κοινωνική τάξη ασχολήθηκαν επίσης και οι Pekkanen Tuomilehto, Uutela, Vartiainen & Nissinen (1995) πραγματοποιώντας έρευνα σε άνδρες και γυναίκες στην ανατολική Φινλανδία. Στην έρευνα συμμετείχαν 8.967 άνδρες και 9.694 γυναίκες, ηλικίας από 30 έως 64 ετών. Παρατηρήθηκε ότι μεταξύ των δύο φύλων, οι εργαζόμενοι σε διοικητικές θέσεις αντιμετώπιζαν λιγότερους κινδύνους για την υγεία τους και είχαν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και υψηλότερη ποιότητα ζωής.

Αντίστοιχα, οι Steptoe, Wardle, Pollard, Canaan & Davies (1996) μελέτησαν την επίδραση του άγχους και της ποιότητας ζωής στις συμπεριφορές υγείας. Οι ερευνητές υπέθεσαν ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους συμβάλλουν στην αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ, στην ένταση του καπνίσματος, στη μείωση της φυσικής δραστηριότητας ενώ επιπλέον επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. Στην έρευνα

συμμετείχαν 180 άτομα, οι οποίοι χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: στην πρώτη ομάδα μελετήθηκαν τα επίπεδα άγχους σε 51 γυναίκες και 64 άνδρες και η ομάδα ελέγχου αποτελούταν από 49 γυναίκες και 16 άνδρες. Επίσης, χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις για να αξιολογηθεί η αντίληψη των συμμετεχόντων σχετικά με τα επίπεδα του άγχους, με τη συναισθηματική τους ευημερία και με τις συμπεριφορές υγείας. Παρατηρήθηκε ότι στην πρώτη ομάδα υπήρχε σημαντική αύξηση στις συναισθηματικές διαταραχές εξαιτίας των διαταραχών στα επίπεδα άγχους, ωστόσο δεν παρατηρήθηκαν αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας. Ακόμη, διαπιστώθηκε μείωση στην κατανάλωση αλκοόλ κατά 17,5% στα άτομα που παρακολουθούσαν προγράμματα κοινωνικής υποστήριξης, σε αντίθεση με όσους δεν παρακολουθούσαν αντίστοιχα προγράμματα, στους οποίους παρατηρήθηκε αύξηση της κατανάλωσης αλκοόλ κατά 18,5%.

Ακόμη, οι Lynch, Kaplan & Salonen (1997) μετά από έρευνα κατέληξαν στο ότι τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων υιοθετούν αρνητικές συμπεριφορές υγείας. Συγκεκριμένα, οι εν λόγω ερευνητές πραγματοποίησαν έρευνα σε 2.674 ενήλικους άνδρες στη Φινλανδία και παρατηρήθηκε ότι η ψυχολογική υγεία των συμμετεχόντων και η κατάσταση της υγείας των ατόμων που ανήκουν στις χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες σχετίζονται με το χαμηλό εκπαιδευτικό τους επίπεδο και την εργασιακή τους κατάσταση. Η συσχέτιση αυτή ήταν υψηλότερη στα άτομα που προέρχονταν από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα και χαμηλή ποιότητα ζωής.

Οι Pomerleau, Pederson, Østbye, Speechley & Speechley (1997) συσχέτισαν τις συμπεριφορές υγείας με την ποιότητα ζωής και τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά σε κατοίκους του Καναδά. Συγκεκριμένα, οι συμπεριφορές υγείας που μελετήθηκαν ήταν το κάπνισμα, η διατροφή, η κατανάλωση αλκοόλ και η

φυσική δραστηριότητα, ενώ όσον αφορά τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά μελετήθηκε το εκπαιδευτικό επίπεδο, το ύψος του εισοδήματος, η πηγή του εισοδήματος και η επαγγελματική κατάσταση. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στο ύψος του εισοδήματος και στην αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ, ενώ η υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας παρατηρούνται κυρίως σε άτομα που συμπεριλαμβάνονται σε χαμηλές κοινωνικοοικονομικές ομάδες και έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής/

Οι Lantz et al. (1998) επίσης μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στις συμπεριφορές υγείας και στη θνησιμότητα και την ποιότητα ζωής, λαμβάνοντας υπόψη κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Η έρευνα αυτή βασίστηκε στην υπόθεση ότι τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων αντιμετωπίζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητα εξαιτίας της υιοθέτησης αρνητικών συμπεριφορών υγείας σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και εισόδημα. Οι συμπεριφορές υγείας που μελετήθηκαν και που κρίνεται πως επηρεάζουν την ποιότητα ζωής ήταν το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η καθιστική ζωή και το σωματικό βάρος. Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 3.617 ενήλικες άνδρες και γυναίκες στις Η.Π.Α. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι είναι ιδιαίτερα σημαντικό να υιοθετήσουν τα άτομα των χαμηλότερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων θετικές συμπεριφορές ζωής ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και να μειώσουν τη θνησιμότητα.

Οι Jorm et al. (1999) πραγματοποιούν έρευνα με στόχο την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ καπνίσματος και κατάθλιψης – άγχους. Η ερευνητική διαδικασία βασίζεται σε δείγμα 2725 ατόμων ηλικίας 18-79 ετών. Ειδικότερα μέσω ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου το κάπνισμα μελετήθηκε σε σχέση με 1) ψυχιατρικά συμπτώματα (άγχος, κατάθλιψη, κατάχρηση αλκοόλ), 2) κοινωνικά και δημογραφικά

χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, επαγγελματική κατάσταση), 2) βαθμός κοινωνικής πίεσης (διαζύγιο, ανεργία, οικονομικές δυσκολίες, αρνητικά γεγονότα της ζωής και τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας) 3) χαρακτηριστικά προσωπικότητας (π.χ. εξωστρέφεια), και κοινωνική υποστήριξη (οικογένεια και φίλοι). Σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα της παρούσας έρευνας οι καπνιστές με χαμηλότερο κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Συνεπώς το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά την πνευματική υγεία των ενηλίκων.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ωστόσο ότι ορισμένοι ερευνητές όπως οι Wolf, Rothemich, Johnson & Marsland (1999) επίσης μελετούν τη σχέση μεταξύ καπνίσματος και ποιότητας ζωής χρησιμοποιώντας την κλίμακα SF-36 σε δείγμα 837 ενηλίκων. Τα ευρήματα της εν λόγω έρευνας δείχνουν ότι οι καπνιστές εμφανίζουν χαμηλότερη λειτουργική κατάσταση από τους μη καπνιστές, σε ό,τι αφορά τόσο την φυσική όσο και την ψυχική τους υγεία.

Οι Lasser et al. (2000) από την άλλη διερευνούν τη συχνότητα καπνίσματος μεταξύ ενηλίκων που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια και υγείων ενηλίκων. Η έρευνα βασίστηκε σε δείγμα 4411 ατόμων ηλικίας 15 - 54 ετών. Σύμφωνα με τα κύρια ευρήματα τα άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια έχουν διπλάσια πιθανότητα να καπνίζουν σε σχέση με υγιείς άτομα, όμως η πρώτη ομάδα εμφανίζει υψηλότερο ποσοστό διακοπής αυτής της επιβλαβούς συνήθειας.

Οι Ng & Jeffery (2003) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ του άγχους και των συμπεριφορών υγείας και συγκεκριμένα με την κατανάλωση λιπαρών τροφών, με τη φυσική δραστηριότητα, με την κατανάλωση αλκοόλ και με το κάπνισμα. Στην έρευνα συμμετείχαν 12.110 εργαζόμενοι οι οποίοι συμμετείχαν σε πρόγραμμα διακοπής του καπνίσματος, λαμβάνοντας υπόψη τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το φύλο. Η

έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα υψηλά επίπεδα άγχους τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες σχετίζονται με μια διατροφή υψηλή σε λιπαρά, με λιγότερο συχνή φυσική δραστηριότητα και με κάπνισμα. Επίσης, σχετίζονται με λιγότερο αποτελεσματικές προσπάθειες διακοπής του καπνίσματος, παρόλα αυτά το άγχος δε σχετίζεται με την κατανάλωση υψηλής ποσότητας αλκοόλ.

Οι Helgeson, Novak, Lepore & Eton (2004) από την άλλη μελέτησαν τις προσπάθειες γυναικών οι οποίες ενθάρρυναν τους συζύγους τους να υιοθετήσουν θετικές συμπεριφορές υγείας, όπως φυσική δραστηριότητα και διακοπή του καπνίσματος με στόχο την αύξηση της ποιότητας ζωής. Οι μελετητές πραγματοποίησαν συνεντεύξεις με 80 παντρεμένους άνδρες οι οποίοι λάμβαναν θεραπεία για την αντιμετώπιση του καρκίνου και παρατηρήθηκε ότι οι προσπάθειες των γυναικών δεν ήταν αποτελεσματικές στην υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών υγείας από τους συζύγους τους. Αντίθετα, οι προσπάθειες αυτές συσχετίζονται με αυξημένα επίπεδα ψυχολογικού άγχους που μειώνει την ποιότητα ζωής.

Επίσης, οι Eng, Kawachi, Filzmaurice & Rimm (2005) μελέτησαν την επίδραση των αλλαγών της οικογενειακής κατάστασης στη διατροφή και σε άλλες συμπεριφορές υγείας στις Η.Π.Α., καθώς και γενικώς στην ποιότητα ζωής. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε άνδρες που απασχολούνταν στον κλάδο της υγείας και στους οποίους παρατηρήθηκε αλλαγή στην οικογενειακή τους κατάσταση κατά τις περιόδους από το 1986 έως το 1990 και από το 1990 έως το 1994. Το δείγμα αποτελούταν από 38.865 άνδρες, ηλικίας από 40 έως 75 ετών. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι σε σύγκριση με τους άνδρες που παρέμειναν παντρεμένοι για χρονική περίοδο μεγαλύτερη των τεσσάρων ετών, οι άνδρες που χήρεψαν δήλωσαν υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ. Επίσης, οι άνδρες που χήρεψαν ή που χώρισαν σημείωσαν μείωση στο δείκτη μάζας σώματος. Σε σύγκριση με τους άνδρες που

παρέμειναν ελεύθεροι, παρατηρήθηκε ότι οι άνδρες που επέλεξαν να ξαναπαντρευτούν σημείωσαν αύξηση στο δείκτη μάζας σώματος τους καθώς και μειωμένη φυσική δραστηριότητα. Ακόμη, η λήψη διαζυγίου ή η χηρεία σχετίζονται με τη μειωμένη κατανάλωση λαχανικών, ενώ αντίθετα στους άνδρες που ξαναπαντρεύτηκαν παρατηρήθηκαν αυξημένα ποσοστά κατανάλωσης λαχανικών. Συνεπώς, η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι αλλαγές στην οικογενειακή κατάσταση επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας στους άνδρες και την ποιότητα ζωής τους.

Οι Frank & Jason, (2005) πραγματοποιούν βιβλιογραφική επισκόπηση παρουσιάζοντας μελέτες οι οποίες βασίζονται σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες και οι οποίες εξετάζουν τη σχέση μεταξύ άσκησης και φυσικής – πνευματικής υγείας. Οι ερευνητές καταλήγουν στο ότι οι περισσότερες από τις εξεταζόμενες μελέτες φανερώνουν ότι η τακτική άσκηση και σωματική δραστηριότητα συνδέονται με τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής και της υγείας των ατόμων. Ως εκ τούτου, η αξιολόγηση και προώθηση της άσκησης και της φυσικής δραστηριότητας μπορεί να είναι ευεργετική για την επίτευξη επιθυμητά οφέλη σε διάφορους πληθυσμούς.

Οι Lallukka et al. (2010) από την άλλη μελέτησαν τις συγκρούσεις μεταξύ οικογένειας και εργασίας που μειώνουν την ποιότητα ζωής και των συμπεριφορών υγείας σε εργαζόμενους στο Ηνωμένο Βασίλειο, στη Φινλανδία και στην Ιαπωνία. Παρατήρησαν ότι οι συγκρούσεις μεταξύ οικογένειας και εργασίας επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής ενός ατόμου και σχετίζονται με προβλήματα υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με ερωτηματολόγια σε 3.397 εργαζόμενους του Ηνωμένου Βασιλείου, σε 4.958 εργαζόμενους της Φινλανδίας και σε 2.901 εργαζόμενους της Ιαπωνίας, ηλικίας από 40 έως 60 ετών. Οι συμπεριφορές υγείας που μελετήθηκαν ήταν η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η έλλειψη

φυσικής δραστηριότητα και ο ανθυγιεινός τρόπος διατροφής, συμπεριφορές που επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι συγκρούσεις μεταξύ οικογένειας και εργασίας είχαν περιορισμένη επίδραση στην υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας στους εργαζόμενους και των τριών εθνικοτήτων. Ωστόσο, στους εργαζόμενους στη Φινλανδία οι συγκρούσεις μεταξύ οικογένειας και εργασίας σχετίζονται με την υιοθέτηση του καπνίσματος ως συμπεριφοράς υγείας. Επίσης, ανεξαρτήτως εθνικότητας, οι γυναίκες που αντιμετώπιζαν πιο έντονες και συχνές συγκρούσεις μεταξύ οικογένειας και εργασίας είχαν υιοθετήσει ανθυγιεινό τρόπο διατροφής και δήλωσαν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ σε σύγκριση με τις γυναίκες που δεν αντιμετώπιζαν έντονες συγκρούσεις μεταξύ των ρόλων.

Οι Oh et al. (2010) μελέτησαν την ποιότητα ζωής και τις συμπεριφορές υγείας σε ενήλικες στην Κορέα που αντιμετώπιζαν αναπνευστικά προβλήματα. Ειδικότερα, σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της ψυχολογικής υγείας, της ποιότητας ζωής και της συμπεριφοράς υγείας σε άτομα με χρόνιες αναπνευστικές ασθένειες. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 798 ενηλίκων στην Κορέα και κατέληξε στο συμπέρασμα ότι ένας στους τρεις ασθενείς δεν επιζητούσε ιατρική θεραπεία, παρά το γεγονός ότι αντιμετώπιζε προβλήματα εξαιτίας του άσθματος. Από αυτούς, το 26% ήταν καπνιστές και ένας στους τρεις αντιμετώπιζε διαταραχές ύπνου. Τέλος, οι ασθενείς που αντιμετώπιζαν άσθμα και δεν είχαν υιοθετήσει θετικές συμπεριφορές υγείας χαρακτηρίζονταν από χαμηλή ποιότητα ζωής.

Οι Taris et al. (2011) μελέτησαν τη σχέση ανάμεσα στις υπερωρίες στην εργασία, τις συμπεριφορές υγείας και την κατάσταση υγείας σε άτομα με πλήρη απασχόληση. Παρατηρούν ότι τα υψηλά επίπεδα υπερωριών στην εργασία

σχετίζονται αρνητικά με τις συμπεριφορές υγείας καθώς σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα άγχους, τα οποία συμβάλλουν στην υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας, όπως το κάπνισμα και η φυσική δραστηριότητα. Στην έρευνα συμμετείχαν 649 εργαζόμενοι πλήρους απασχόλησης και διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ των υπερωριών, των ευεργετικών συμπεριφορών υγείας, όπως της φυσικής δραστηριότητας και της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών, αλλά και αρνητικών συμπεριφορών υγείας, όπως του καπνίσματος και της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ, λαμβάνοντας υπόψη το δείκτη μάζας σώματος και την κατάσταση υγείας των ασθενών. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι υπερωρίες σχετίζονται με προβλήματα στην κατάσταση υγείας του ασθενή, αλλά δεν επηρεάζουν το δείκτη μάζας σώματος. Επίσης, σχετίζονται με χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και πρόσληψης φρούτων και λαχανικών, αλλά δε βρέθηκε συσχέτιση με το κάπνισμα και την αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ.

Οι Lima et al. (2011) επιπρόσθετα μελέτησαν τη σχέση των συμπεριφορών υγείας και της ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 1.958 ηλικιωμένους σε περιοχές της Βραζιλίας, ενώ ως ανεξάρτητες μεταβλητές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής εξετάστηκαν η φυσική δραστηριότητα, η εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα. Επίσης, οι ερευνητές έλαβαν υπόψη το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, τον τόπο διαμονής και κάποιες χρόνιες ασθένειες. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι ηλικιωμένοι που καταναλώνουν αλκοόλ τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα χαρακτηρίζονταν από καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνους που δεν καταναλώνουν αλκοόλ. Συμπερασματικά, οι ερευνητές προτείνουν ότι η φυσική δραστηριότητα, η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ και η αποχή από το κάπνισμα σχετίζονται θετικά με την ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους.

Σε άλλη έρευνα οι Rosenthal, Carroll-Scott, Earnshaw, Santilli & Ickovics (2012) μελέτησαν την επίδραση της επαγγελματικής θέσης στις συμπεριφορές υγείας. Συγκεκριμένα, παρατήρησαν ότι η ανεργία επηρεάζει την ψυχική και φυσική κατάσταση των ατόμων και συμβάλλει στην αύξηση του άγχους και στην εμφάνιση κατάθλιψης. Ιδιαίτερα, οι συμπεριφορές υγείας όπως η ανθυγιεινή διατροφή, το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ συμβάλλουν στην ανάπτυξη χρόνιων ασθενειών και μελετήθηκε η συσχέτιση τους με την επαγγελματική κατάσταση των ερωτηθέντων. Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 1.205 άτομα, ηλικίας από 16 έως 65 ετών. Η έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσοι έχουν απασχόληση πλήρους ωραρίου δήλωσαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους, καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ. Αντίθετα, οι άνεργοι δήλωσαν ότι είχαν αναπτύξει ανθυγιεινές συμπεριφορές υγείας, έλλειψη φυσική δραστηριότητας, κατανάλωση αλκοόλ, ότι ήταν καπνιστές και γενικώς είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής.

Οι Reitzel, Nguyen, Strong, Wetter & McNeill (2012) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ του υποκειμενικού κοινωνικού status και της συμπεριφοράς υγείας σε Αφρικανούς των Η.Π.Α. Για το σκοπό αυτό μελετήθηκε η στάση των συμμετεχόντων ως προς το κάπνισμα, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, τη φυσική δραστηριότητα και το δείκτη μάζας σώματος. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 1.467 άτομα και παρατηρήθηκε ότι οι συμμετέχοντες με υψηλό υποκειμενικό κοινωνικό status αναμένεται να καταναλώνουν μεγαλύτερη ποσότητα φρούτων και λαχανικών και να έχουν πιο συχνή φυσική δραστηριότητα. Ωστόσο, το υποκειμενικό κοινωνικό status δε σχετίζεται με άλλες συμπεριφορές υγείας.

Τέλος όσον αφορά την ποιότητα ζωής των φοιτητών που καταναλώναν υψηλή ποσότητα αλκοόλ, οι Monahan et al. (2012) εξέτασαν τα περιστατικά κατάθλιψης,

κατανάλωσης αλκοόλ και προβλημάτων που σχετίζονται με το αλκοόλ μελετώντας 207 φοιτητές, οι οποίοι αντιμετώπιζαν σοβαρό πρόβλημα κατανάλωσης αλκοόλ. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες η εμφάνιση κατάθλιψης εξαρτάται από τη νοητική και φυσική τους κατάσταση. Ιδιαίτερα για τις γυναίκες, παρατηρήθηκε ότι η κατάθλιψη δημιουργούσε διαταραχές ύπνου και διατροφής. Συνεπώς, η κατάθλιψη σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα ζωής και θετικά με την κατανάλωση αλκοόλ στους φοιτητές, ενώ συμβάλλει στην υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας.

Σύνοψη της ανασκόπησης

Σύμφωνα με την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που προηγήθηκε, η άσκηση, και η κατανάλωση τσιγάρων και αλκοόλ έχει σημαντική επίδραση όχι μόνο στη φυσική υγεία αλλά και στην πνευματική υγεία των ατόμων. Η σχέση αυτή έχει διερευνηθεί σε διάφορες ηλικιακές και εκπαιδευτικές ομάδες, από πρωτοβάθμια έως και τριτοβάθμια εκπαίδευση. Παρόλα αυτά η διερεύνηση της σχέσης αυτών των συμπεριφορών με την ποιότητα ζωής σε ενήλικες εκπαιδευόμενους δεν έχει διερευνηθεί τόσο στην Ελληνική όσο και στην διεθνή βιβλιογραφία. Σκοπός λοιπόν της παρούσας μελέτης είναι να διερευνήσει τις συμπεριφορές υγείας, κάπνισμα, αλκοόλ και φυσική δραστηριότητα, και την επίδραση αυτών των συμπεριφορών στην φυσική και πνευματική υγεία ενήλικων εκπαιδευομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν 363 ενήλικες εκπαιδευόμενους, που παρακολουθούσαν προγράμματα επιμόρφωσης, στο Κέντρο Εκπαίδευσης Ενηλίκων (ΚΕΕ) Δυτικής Θεσσαλίας, ηλικίας από 18 και άνω.

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα είναι προαιρετική, εθελοντική και ανώνυμη. Εξηγήθηκε εκ των προτέρων ο σκοπός της έρευνας καθώς και οι προσδοκώμενες ωφέλειες που θα προέκυπταν από την συγκεκριμένη έρευνα. Επίσης, ζητήθηκε, να υπογράψουν ένα έντυπο συναίνεσης, που ήταν επισυναπτόμενο, ως 1^η σελίδα του ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν στον εκπαιδευτικό χώρο του ΚΕΕ Τρικάλων, μέσα στο χρονικό διάστημα υλοποίησης του εκπαιδευτικού προγράμματος

Όργανα Μετρήσεων

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, αφού πρώτα ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας, καθώς και οι προσδοκώμενες ωφέλειες που θα προκύψουν από μία τέτοια έρευνα.

Στο πρώτο μέρος τους ζητήθηκε να συμπληρώσουν τα δημογραφικά και ατομικά τους στοιχεία. Στο δεύτερο μέρος αξιολογήθηκαν οι Συμπεριφορές Κάπνισμα, Άσκηση και Αλκοόλ. Στο τρίτο μέρος αξιολογήθηκε η ποιότητας ζωής.

Δημογραφικά: Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο γενικών ερωτήσεων μέσα από το οποίο διερευνήθηκε η

κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία. Αναλυτικότερα ζητήθηκαν τα εξής στοιχεία: 1) ημερομηνία γέννησης, 2) Εθνικότητα, 3) Οικογενειακή κατάσταση, 4) Αριθμός παιδιών, 5) φύλο, 6) σωματικό βάρος, 7) σωματικό ανάστημα, 8) βαθμίδα εκπαίδευσης (Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο, Ι.Ε.Κ., Ι.Ι.Ε.Κ., κλπ, Τεχνολογική εκπαίδευση, Πανεπιστημιακή εκπαίδευση, Μεταπτυχιακό, Διδακτορικό), 9) Επάγγελμα, χρόνια προϋπηρεσίας, 10) περιοχή μόνιμης κατοικίας (Αγροτική, Ημιαστική, Αστική), 11) Λύκειο από το οποίο αποφοιτήσατε (Γενικό, Τεχνικό, Νυχτερινό, Ιδιωτικό), 12) Σχολή στην οποία επιτύχατε, 13) Τμήμα, 14) Έτος σπουδών, 15) Σκοπεύετε να κάνετε μεταπτυχιακές σπουδές; (Ναι, Όχι, Δεν ξέρω), 16) Ο πατέρας /μητέρα σας έχει τελειώσει: (Δημοτικό, Γυμνάσιο, Λύκειο, ΑΕΙ/ΤΕΙ, Αναλφάβητος), 17) Το εισόδημά σας είναι (Εργασία, Από τους γονείς, Μεικτό, Άλλο εισόδημα), 18) Το ετήσιο οικογενειακό σας εισόδημα είναι (Κάτω από 12.000ευρώ, 12.000-20.000 ευρώ, 20.000-50.000 ευρώ, Πάνω από 50.000ευρώ, Δεν γνωρίζω)

Συμπεριφορά/ Κάπνισμα: Η αξιολόγηση της συμπεριφοράς του καπνίσματος έγινε με 7 ερωτήσεις, οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν και στην έρευνα των Θεοδωράκη & Χασιάνδρα(2005) και βασιζόταν σε ερωτηματολόγιο των Kann et al.,(2000) και Sorensenet al.(2004). Οι 5 πρώτες ερωτήσεις καταγράφουν τις συνήθειες των καπνιστών: 1) Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές; 2) Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα; 3) Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα; 4) Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του προηγούμενου μήνα; 5) Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Από τους συμμετέχοντες ζητήθηκε να απαντήσουν («ναι» για τις θετικές απαντήσεις ή «όχι» για τις αρνητικές απαντήσεις). Οι 2 τελευταίες ερωτήσεις καταγράφουν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν κατά μέσο όρο α)

την τελευταία εβδομάδα, β) την προηγούμενη μέρα. Οι συμμετέχοντες απάντησαν συμπληρώνοντας τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν.

Συμπεριφορά /Άσκηση: Το ερωτηματολόγιο «Άσκηση κατά τον Ελεύθερο Χρόνο» (Leisure-TimeExerciseQuestionnaire) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση των επιπέδων σωματικής δραστηριότητας και της συχνότητας της άσκησης σε μία εβδομάδα (Godin & Shephard, 1985).Οι συμμετέχοντες απαντούσαν στην ερώτηση: «Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (μιας πρόσφατης εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνεις τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας;». Οι κατηγορίες απάντησης που τους δίνονταν ήταν οι παρακάτω:

Έντονη άσκηση: (η καρδιά χτυπά γρήγορα) π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον αριθμό που αντιπροσώπευε πόσες φορές εκτέλεσαν μία ή περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες μέσα στην τελευταία εβδομάδα.

Μέτρια άσκηση:(όχι εξαντλητική) π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλει, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς. Παρόμοια οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον αριθμό που αντιπροσώπευε πόσες φορές εκτέλεσαν μία ή περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες μέσα στην τελευταία εβδομάδα.

Ήπια άσκηση: (ελάχιστη προσπάθεια) π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα, δουλείες σπιτιού, κηπουρική. Παρόμοια οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον αριθμό που αντιπροσώπευε πόσες φορές εκτέλεσαν μία ή περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες μέσα στην τελευταία εβδομάδα.

Συνολικός Δείκτης της Άσκησης : Ο Συνολικός Δείκτης της Άσκησης ή το συνολικό ενεργειακό κόστος είναι το άθροισμα του αριθμού των δραστηριοτήτων που πραγματοποιήθηκαν ανά κατηγορία, πολλαπλασιασμένα με τους αντίστοιχους μέσους όρους της τιμής του ενεργειακού κόστους ανά κατηγορία (π.χ. [έντονη ένταση X 9] + [μεσαία ένταση X 5] + [χαμηλή ένταση X 3]. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της μέτρησης έχει υποστηριχθεί σε σχετικές εργασίες (Godin&Shephard, 1985; Kriska&Caspersen, 1997). Για την Ελλάδα έχει προσαρμοστεί και χρησιμοποιηθεί στην μελέτη των Θεοδωράκης & Χασάνδρα (2005).

Συμπεριφορά /Αλκοόλ: Οι ερωτήσεις που αξιολόγησαν τη συμπεριφορά χρήσης αλκοόλ και είναι από την κλίμακα των Pedersen, LaBrie, και Lac (2008). Η βασική ερώτηση ήταν: Πόσο συχνά πίνεις αλκοολούχα ποτά; Και οι επιλογές των απαντήσεων ήταν: α) ποτέ, β) μια μέρα την εβδομάδα ή πιο σπάνια, γ) καθημερινά, λιγότερο από 4 ποτήρια και δ) καθημερινά, περισσότερο από 4 ποτήρια. Οι συμμετέχοντες κύκλωσαν την πρόταση που τους αντιπροσώπευε.

Ποιότητας ζωής: Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36 (QoL) για να εκτιμηθούν η σωματική και ψυχική υγεία και το συνολικό σκορ ποιότητας ζωής των Ware & Sherbourne, (1992).

Για το ερωτηματολόγιο SF-36 οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, αθροίστηκαν και ανάχθηκαν σε κλίμακα από 0,για το χειρότερο επίπεδο υγείας, έως 100, για το καλύτερο επίπεδο υγείας. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων και η γενικότερη διαχείριση των ελλειπουσών τιμών πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνουν οι Kalantar-Zadehetal(2001).

Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με την βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS. Έγινε περιγραφική στατιστική ανάλυση για τα στοιχεία που αφορούσαν το φύλο των συμμετεχόντων, το επίπεδο μόρφωσης, την ένταση της άσκησης τι συμπεριφορά τους, όσον αφορά το κάπνισμα, την άσκηση και το αλκοόλ, καθώς επίσης και την πρόθεσή τους να αλλάξουν τις συμπεριφορές αυτές. Χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις παλινδρόμησης για να διαπιστωθεί το ποσοστό της διακύμανσης των παραγόντων της ποιότητας ζωής (φυσική και πνευματική-ψυχική διάσταση) που ερμηνεύεται από τις αξιολογούμενες συμπεριφορές υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά και Δημογραφικά Χαρακτηριστικά των Συμμετεχόντων

Το σύνολο των 363 ενηλίκων, προερχόταν από ένα μέρος εκπαιδευόμενων στα Κέντρα Εκπαίδευσης Ενηλίκων στο Νομό Τρικάλων. Η συλλογή των ερωτηματολογίων, έγινε κατά την διάρκεια της εκπαιδευτικής περιόδου 2010- 2011, από τον Δεκέμβριο έως και τον Απρίλιο. Από τους 363 ενήλικες, ο συνολικός αριθμός Ελλήνων ήταν 352 (97%), ενώ των αλλοδαπών 11 (3%). Οι αλλοδαποί κατάγονταν από Αλβανία 4, Πολωνία 2, Ρουμανία 2, Ουκρανία 1 και Ιταλία 1.

Πίνακας 1. Περιγραφική στατιστική ανάλυση για τους Δείκτες Ποιότητας Ζωής (SF-36.)

	<i>N</i>	<i>Εύρος τιμών</i>	<i>Ελάχιστο</i>	<i>Μέγιστο</i>	<i>Μέσος όρος</i>	<i>Τυπική Απόκλιση</i>	<i>Διακύμανση</i>
Φυσική υγεία	363	79.00	21.00	100.00	77.53	17.11	292.81
Πνευματική υγεία	363	84.00	16.00	100.00	69.94	19.54	381.88
Συνολικός Δείκτης ποιότητας ζωής	363	80.00	18.00	98.00	73.67	16.48	271.72

Ο παραπάνω πίνακας μας δίνει περιγραφικά στοιχεία του δείγματος. Οι πληροφορίες που μας δίνει είναι: η μεταβλητή (N) που είναι ο αριθμός των ερωτηματολογίων, το εύρος των τιμών κάθε μεταβλητής (range), η ελάχιστη τιμή κάθε μεταβλητής (minimum), η μέγιστη τιμή κάθε μεταβλητής (maximum), η μέση τιμή (μέσος όρος) των τιμών κάθε μεταβλητής του δείγματος (Mean), η τυπική απόκλιση των τιμών κάθε μεταβλητής του δείγματος (Std.Deviation) και η διακύμανση των τιμών κάθε μεταβλητής του δείγματος (variance) που είναι το

τετράγωνο της τυπικής απόκλισης. Επομένως σε κάθε μεταβλητή παρατηρούμε τα εξής:

Για τη μεταβλητή Φυσική υγεία, που είναι ο δείκτης ποιότητας ζωής «Φυσική υγεία» το πλήθος των παρατηρήσεων που έχει καταγραφεί είναι 363. Η μικρότερη τιμή του δείκτη που έχει καταγραφεί στο συγκεκριμένο δείγμα είναι 21 και η μεγαλύτερη 100, δηλαδή έχει εύρος τιμών 79. Η μέση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής “ Φυσική υγεία” είναι 77.53 με τυπική απόκλιση 17.11 και διακύμανση 292,81.

Για τη μεταβλητή Πνευματική υγεία, που είναι ο δείκτης ποιότητας ζωής “ Πνευματική υγεία ” το πλήθος των παρατηρήσεων που έχει καταγραφεί είναι 363. Η μικρότερη τιμή του δείκτη που έχει καταγραφεί στο συγκεκριμένο δείγμα είναι 16 και η μεγαλύτερη 100, δηλαδή έχει εύρος τιμών 84. Η μέση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής “ Πνευματική υγεία” είναι 69.94 με τυπική απόκλιση 19,54 και διακύμανση 381.88.

Για τη μεταβλητή totalSF36, που είναι ο συνολικός δείκτης ποιότητας ζωής το πλήθος των παρατηρήσεων που έχει καταγραφεί είναι 363. Η μικρότερη τιμή του δείκτη που έχει καταγραφεί στο συγκεκριμένο δείγμα είναι 18 και η μεγαλύτερη 98, δηλαδή έχει εύρος τιμών 80. Η μέση τιμή του συνολικού δείκτη ποιότητας ζωής είναι 73.67 με τυπική απόκλιση 16.48 και διακύμανση 271.72.

Πίνακας 2: Περιγραφικά φύλου

	<i>Συχνότητα</i>	<i>%</i>
ΑΝΔΡΕΣ	121	33.3
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	238	65.6
Σύνολο	359	98.9

Από τον πίνακα 2 βλέπουμε ότι από τα 363 άτομα του δείγματος οι 121 (33,3%) είναι άντρες, 238 (65,6%) είναι γυναίκες και 4 (1,1%) άτομα δεν

καταγράψανε το φύλο τους. Στα 359 άτομα που καταγράψανε το φύλο τους το ποσοστό κατανέμεται ως εξής: 33,7% άντρες και 66,3% γυναίκες.

Πίνακας 3. Εκπαίδευση

	<i>Συχνότητα</i>	<i>%</i>	Έγκυρο Ποσοστό
Απόφοιτοι Δημοτικού	10	2.8	2.8
Απόφοιτοι Γυμνασίου	31	8.5	8.6
Απόφοιτοι Λυκείου	86	23.7	23.8
Μεταδευτ/θμιας Εκπ/σης	29	8.0	8.0
Τεχνολογικής Εκπ/σης	56	15.4	15.5
Πανεπιστημιακής Εκπ/σης	125	34.4	34.5
Μεταπτυχιακό	20	5.5	5.5
Διδακτορικό	5	1.4	1.4
Σύνολο	362	99.7	100.0
Σύνολο	363	100.0	

Από τον πίνακα 3 βλέπουμε ότι από τα 363 άτομα του δείγματος οι 10 (2,8%) είναι απόφοιτοι Δημοτικού, οι 31 (8,5%) είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, οι 86 (23,7%) είναι απόφοιτοι Λυκείου, οι 29 (8%) είναι απόφοιτοι Μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, οι 56 (15,4%) είναι απόφοιτοι Τεχνολογικής εκπαίδευσης, οι 125 (34,4%) είναι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, οι 20 (5,5%) είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος, οι 5 (1,4%) είναι κάτοχοι Διδακτορικού διπλώματος και 1 (0,3%) δεν έχει καταγράψει την βαθμίδα εκπαίδευσης από την οποία αποφοίτησε. Στα 362 άτομα που καταγράψανε την βαθμίδα εκπαίδευσης από την οποία αποφοίτησαν το ποσοστό κατανέμεται ως εξής: 2,8% Δημοτικού, 8,6% Γυμνασίου, 23,8% Λυκείου, 8% Μεταδευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 15,5% Τεχνολογικής εκπαίδευσης, 34,5% Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, 5,5% Μεταπτυχιακού διπλώματος και 1,4% Διδακτορικού διπλώματος.

Πίνακας 4. Πόσα τσιγάρα κάπνισες χθες; επέλεξε μια απάντηση
Κανένα, 1-5, 6-10, 11-15, 16-20, 21-25, 26 και πάνω

	<i>Συχνότητα</i>	<i>%</i>	Έγκυρο Ποσοστό
Κανένα	236	65.0	72.2
1-5	24	6.6	7.3
6-10	22	6.1	6.7
11-15	14	3.9	4.3
16-20	13	3.6	4.0
21-25	11	3.0	3.4
26+	7	1.9	2.1
Σύνολο	327	90.1	100.0
Σύνολο	363	100.0	

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι από τα 363 άτομα του δείγματος οι 236 (65%) δεν κάπνισαν κανένα τσιγάρο χθες, οι 24 (6,6%) κάπνισαν 1-5 τσιγάρα χθες, οι 22 (6,1%) κάπνισαν 6-10 τσιγάρα χθες, οι 14 (3,9%) κάπνισαν 11-15 τσιγάρα χθες, οι 13 (3,6%) κάπνισαν 16-20 τσιγάρα χθες, οι 11 (3%) κάπνισαν 21-25 τσιγάρα χθες, οι 7 (1,9%) κάπνισαν 26 και πάνω τσιγάρα χθες και οι 36 (9,9%) δεν απάντησαν σε αυτήν την ερώτηση.

Στα 327 άτομα που απάντησαν πόσα τσιγάρα κάπνισαν χθες το ποσοστό κατανέμεται ως εξής: 72,2% κανένα, 7,3% 1-5 τσιγάρα, 6,7% 6-10 τσιγάρα, 4,3% 11-15 τσιγάρα, 4% 16-20 τσιγάρα, 3,4% 21-25 τσιγάρα και 2,1% 26 τσιγάρα και πάνω.

Πίνακας 5. Έντονη Άσκηση

	<i>Συχνότητα</i>	<i>%</i>	Έγκυρο Ποσοστό
.00	16	4.4	22.2
1.00	15	4.1	20.8
2.00	9	2.5	12.5
3.00	17	4.7	23.6
4.00	6	1.7	8.3
5.00	3	.8	4.2
6.00	4	1.1	5.6
7.00	2	.6	2.8
Σύνολο	72	19.8	100.0
Σύνολο	363	100.0	

Από τον πίνακα 5 βλέπουμε ότι στην ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα ασκείσαι έντονα πάνω από 15΄» απάντησαν μόλις οι 72 (19,8%) από τα 363 άτομα του δείγματος, ενώ οι 291 (80,2%) δεν απάντησαν. Θεωρούμε ότι 0,1,2,3,4,5,6 και 7 είναι το πλήθος των φορών που ασκείται κανείς την εβδομάδα έντονα τότε η ερμηνεία του παραπάνω πίνακα έχει ως εξής. 16 δεν ασκούνται έντονα καμία φορά, 15 ασκούνται έντονα 1 φορά, 9 ασκούνται έντονα 2 φορές, 17 ασκούνται έντονα 3 φορές, 6 ασκούνται έντονα 4 φορές, 3 ασκούνται έντονα 5 φορές, 4 ασκούνται έντονα 6 φορές και 2 ασκούνται έντονα 7 φορές. Τα ποσοστά στο σύνολο του δείγματος (363 άτομα) κατανέμεται ως εξής: το 4,4% του συνολικού δείγματος δεν ασκείται έντονα καμία φορά, το 4,1% του συνολικού δείγματος ασκείται έντονα 1 φορά, το 2,5% του συνολικού δείγματος ασκείται έντονα 2 φορές, το 4,7% του συνολικού δείγματος ασκείται έντονα 3 φορές, το 1,7% του συνολικού δείγματος ασκείται έντονα 4 φορές, το 0,8% του συνολικού δείγματος ασκείται έντονα 5 φορές, το 1,1% του συνολικού δείγματος ασκείται έντονα 6 φορές, το 0,6% του συνολικού δείγματος ασκείται έντονα 7 φορές και το 80,2% του συνολικού δείγματος δεν απάντησε.

Ενώ τα ποσοστά μόνο στο δείγμα των ατόμων που απάντησαν (72 άτομα) κατανέμεται ως εξής: το 22,2% των ατόμων που απάντησαν δεν ασκείται έντονα καμία φορά, το 20,8% των ατόμων που απάντησαν ασκείται έντονα 1 φορά, το 12,5% των ατόμων που απάντησαν ασκείται έντονα 2 φορές, το 23,6% των ατόμων που απάντησαν ασκείται έντονα 3 φορές, το 8,3% των ατόμων που απάντησαν ασκείται έντονα 4 φορές, το 4,2% των ατόμων που απάντησαν ασκείται έντονα 5 φορές, το 5,6% των ατόμων που απάντησαν ασκείται έντονα 6 φορές και το 2,8% των ατόμων που απάντησαν ασκείται έντονα 7 φορές.

Πίνακας 6. Μέτρια Άσκηση

	<i>Συχνότητα</i>	<i>%</i>	Έγκυρο Ποσοστό
.00	7	1.9	4.5
1.00	9	2.5	5.8
2.00	49	13.5	31.8
3.00	35	9.6	22.7
4.00	19	5.2	12.3
5.00	19	5.2	12.3
6.00	6	1.7	3.9
7.00	10	2.8	6.5
Σύνολο	154	42.4	100.0
Σύνολο	363	100.0	

Από τον πίνακα 6 βλέπουμε ότι στην ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα ασκείται μέτρια πάνω από 15΄» απάντησαν μόλις οι 154 (42,4 %) από τα 363 άτομα του δείγματος, ενώ οι 209 (57,6%) δεν απάντησαν. Θεωρούμε ότι 0,1,2,3,4,5,6 και 7 είναι το πλήθος των φορών που ασκείται κανείς την εβδομάδα μέτρια τότε η ερμηνεία του παραπάνω πίνακα έχει ως εξής. 7 δεν ασκούνται μέτρια καμία φορά, 9 ασκούνται μέτρια 1 φορά, 49 ασκούνται μέτρια 2 φορές, 35 ασκούνται μέτρια 3 φορές, 19 ασκούνται μέτρια 4 φορές, 19 ασκούνται μέτρια 5 φορές, 6 ασκούνται μέτρια 6 φορές και 10 ασκούνται μέτρια 7 φορές. Τα ποσοστά στο σύνολο του δείγματος (363 άτομα) κατανέμεται ως εξής: το 1,9% του συνολικού δείγματος δεν ασκείται μέτρια καμία φορά, το 2,5% του συνολικού δείγματος ασκείται μέτρια 1 φορά, το 13,5% του συνολικού δείγματος ασκείται μέτρια 2 φορές, το 9,6% του συνολικού δείγματος ασκείται μέτρια 3 φορές, το 5,2% του συνολικού δείγματος ασκείται μέτρια 4 φορές, το 5,2% του συνολικού δείγματος ασκείται μέτρια 5 φορές, το 1,7% του συνολικού δείγματος ασκείται μέτρια 6 φορές, το 2,8% του συνολικού δείγματος ασκείται μέτρια 7 φορές και το 57,6% του συνολικού δείγματος δεν απάντησε.

Ενώ τα ποσοστά μόνο στο δείγμα των ατόμων που απάντησαν (154 άτομα) κατανέμεται ως εξής: το 4,5% των ατόμων που απάντησαν δεν ασκείται μέτρια καμία φορά, το 5,8% των ατόμων που απάντησαν ασκείται μέτρια 1 φορά, το 31,8% των ατόμων που απάντησαν ασκείται μέτρια 2 φορές, το 22,7% των ατόμων που απάντησαν ασκείται μέτρια 3 φορές, το 12,3% των ατόμων που απάντησαν ασκείται μέτρια 4 φορές, το 12,3% των ατόμων που απάντησαν ασκείται μέτρια 5 φορές, το 3,9% των ατόμων που απάντησαν ασκείται μέτρια 6 φορές και το 6,5% των ατόμων που απάντησαν ασκείται μέτρια 7 φορές.

Πίνακας 7. Ηπια Άσκηση

	<i>Συχνότητα</i>	<i>%</i>	Έγκυρο Ποσοστό
.00	4	1.1	2.6
1.00	17	4.7	11.3
2.00	22	6.1	14.6
3.00	33	9.1	21.9
4.00	17	4.7	11.3
5.00	13	3.6	8.6
6.00	7	1.9	4.6
7.00	38	10.5	25.2
Σύνολο	151	41.6	100.0
Σύνολο	363	100.0	

Από τον πίνακα 7 βλέπουμε ότι στην ερώτηση «πόσες φορές την εβδομάδα ασκείται ήπια πάνω από 15΄» απάντησαν μόλις οι 151 (41,6 %) από τα 363 άτομα του δείγματος, ενώ οι 212 (58,4%) δεν απάντησαν. Θεωρούμε ότι 0,1,2,3,4,5,6 και 7 είναι το πλήθος των φορών που ασκείται κανείς την εβδομάδα ήπια τότε η ερμηνεία του παραπάνω πίνακα έχει ως εξής. 4 δεν ασκούνται ήπια καμία φορά, 17 ασκούνται ήπια 1 φορά, 22 ασκούνται ήπια 2 φορές, 33 ασκούνται ήπια 3 φορές, 17 ασκούνται ήπια 4 φορές, 13 ασκούνται ήπια 5 φορές, 7 ασκούνται ήπια 6 φορές και 38 ασκούνται ήπια 7 φορές. Τα ποσοστά στο σύνολο του δείγματος (363 άτομα)

κατανέμεται ως εξής: το 1,1% του συνολικού δείγματος δεν ασκείται ήπια καμία φορά, το 4,7% του συνολικού δείγματος ασκείται ήπια 1 φορά, το 6,1% του συνολικού δείγματος ασκείται ήπια 2 φορές, το 9,1% του συνολικού δείγματος ασκείται ήπια 3 φορές, το 4,7% του συνολικού δείγματος ασκείται ήπια 4 φορές, το 3,6% του συνολικού δείγματος ασκείται ήπια 5 φορές, το 1,9% του συνολικού δείγματος ασκείται ήπια 6 φορές, το 10,5% του συνολικού δείγματος ασκείται ήπια 7 φορές και το 58,4% του συνολικού δείγματος δεν απάντησε.

Ενώ τα ποσοστά μόνο στο δείγμα των ατόμων που απάντησαν (151 άτομα) κατανέμεται ως εξής: το 2,6% των ατόμων που απάντησαν δεν ασκείται ήπια καμία φορά, το 11,3% των ατόμων που απάντησαν ασκείται ήπια 1 φορά, το 14,6% των ατόμων που απάντησαν ασκείται ήπια 2 φορές, το 14,6% των ατόμων που απάντησαν ασκείται ήπια 3 φορές, το 21,9% των ατόμων που απάντησαν ασκείται ήπια 4 φορές, το 11,3% των ατόμων που απάντησαν ασκείται ήπια 5 φορές, το 8,6% των ατόμων που απάντησαν ασκείται ήπια 6 φορές και το 4,6% των ατόμων που απάντησαν ασκείται ήπια 7 φορές.

Πίνακας 8: Περιγραφική στατιστική για τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών

	<i>Συχνότητα</i>	<i>%</i>	Έγκυρο Ποσοστό
ποτέ	81	22.3	22.4
1 φορά την εβδομάδα	209	57.6	57.9
2-5 φορές την εβδομάδα	56	15.4	15.5
Κάθε μέρα λιγότερο από 4	12	3.3	3.3
Κάθε μέρα περισσότερο από 4	3	.8	.8
Σύνολο	361	99.4	100.0
Σύνολο	363	100.0	

Από τον Πίνακα 8 βλέπουμε ότι στην ερώτηση «πόσο συχνά πίνεις αλκοολούχα ποτά» απάντησαν οι 361 (99,4 %) από τα 363 άτομα του δείγματος, ενώ οι 2 (0,6%) δεν απάντησαν. 81 δεν πίνουν ποτέ, 209 πίνουν 1 φορά την εβδομάδα ή

πιο σπάνια, 56 πίνουν 2-5 μέρες την εβδομάδα , 12 πίνουν κάθε μέρα λιγότερο από 4 ποτήρια και 3 πίνουν κάθε μέρα περισσότερο από 4 ποτήρια. Τα ποσοστά στο σύνολο του δείγματος (363 άτομα) κατανέμεται ως εξής: το 22,3% του συνολικού δείγματος δεν πίνει ποτέ, το 57,6% του συνολικού δείγματος πίνει 1 φορά την εβδομάδα ή πιο σπάνια, το 15,4% του συνολικού δείγματος πίνει 2-5 μέρες την εβδομάδα, το 3,3% του συνολικού δείγματος πίνει κάθε μέρα λιγότερο από 4 ποτήρια και το 0,8% του συνολικού δείγματος πίνει κάθε μέρα περισσότερο από 4 ποτήρια.

Ενώ τα ποσοστά μόνο στο δείγμα των ατόμων που απάντησαν (361 άτομα) κατανέμεται ως εξής: το 22,4% του συνολικού δείγματος δεν πίνει ποτέ, το 57,9% του συνολικού δείγματος πίνει 1 μέρα την εβδομάδα ή πιο σπάνια, το 15,5% του συνολικού δείγματος πίνει 2-5 μέρες την εβδομάδα, το 3,3% του συνολικού δείγματος πίνει κάθε μέρα λιγότερο από 4 ποτήρια και το 0,8% του συνολικού δείγματος πίνει κάθε μέρα περισσότερο από 4 ποτήρια.

Αναλύσεις πρόβλεψης δεικτών ποιότητας ζωής από τις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, άσκηση και αλκοόλ).

Προκειμένου να εξεταστεί ποιες συμπεριφορές υγείας επιδρούν στους δείκτες ποιότητας ζωής, διενεργήθηκαν αναλύσεις παλινδρόμησης. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι συμπεριφορές κάπνισμα, άσκηση και αλκοόλ, ενώ σαν εξαρτημένες η πνευματική υγεία, η φυσική υγεία και ο συνολικός δείκτης ποιότητας ζωής. Παρακάτω παρατίθενται μόνο όσες αναλύσεις έδειξαν σημαντικές σχέσεις.

Το κάπνισμα προβλέπει τη Φυσική και την Πνευματική Υγεία

Η σημαντικότητα της πρώτης ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Φυσική Υγεία και ανεξάρτητη την καπνιστική συμπεριφορά ($F_{(1,324)}=5.84, p = .016$) έδειξε ότι το κάπνισμα («τσιγάρα που κάπνισες εχθές») προβλέπει σημαντικά την φυσική υγεία. Η τιμή «*R square*» δείχνει ότι το 1.8 % της διακύμανσης των τιμών της πνευματικής υγείας εξηγείται από την συμπεριφορά του καπνίσματος ($R^2 = .018$), ενώ ο τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης για την πνευματική υγεία ήταν, επίσης, σημαντικός ($b = -.133; t = -2.42, p = .016$).

Η σημαντικότητα της δεύτερης ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την πνευματική υγεία και ανεξάρτητη την καπνιστική συμπεριφορά ($F_{(1,325)}=10.25, p = .001$) υποδηλώνει ότι το κάπνισμα («τσιγάρα που κάπνισες εχθές») προβλέπει σημαντικά την πνευματική υγεία. Η τιμή «*R square*» δείχνει ότι το 3.1% της διακύμανσης των τιμών της πνευματικής υγείας εξηγείται από την συμπεριφορά του καπνίσματος ($R^2 = .031$), ενώ ο τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης για την πνευματική υγεία ήταν, επίσης, σημαντικός ($b = -.175; t = -3.20, p = .001$).

Η Κατανάλωση αλκοόλ προβλέπει τον δείκτη ποιότητας ζωής «Φυσική Υγεία», αλλά όχι τον δείκτη «Πνευματική Υγεία»

Η σημαντικότητα της τρίτης ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το δείκτη ποιότητας ζωής «Φυσική Υγεία» και ανεξάρτητη την συμπεριφορά κατανάλωσης αλκοόλ ($F_{(1,360)}= 5.89, p = .016$) υποδηλώνει ότι η κατανάλωση αλκοόλ προβλέπει σημαντικά τον δείκτη ποιότητας ζωής «Φυσική Υγεία». Η τιμή «*R square*» δείχνει ότι το 1,6 % της διακύμανσης των τιμών του δείκτη ποιότητας ζωής «Φυσική υγεία», εξηγείται από την συμπεριφορά της

κατανάλωσης αλκοόλ ($R^2 = .016$), ενώ ο τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης για την ποιότητα ζωής «Φυσική υγεία» ήταν, επίσης, σημαντικός ($b = .127$; $t = 2.43$, $p = .016$).

Η μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει σημαντικά τον συνολικό δείκτη Ποιότητας Ζωής.

Η σημαντικότητα της τέταρτης ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το συνολικό δείκτη ποιότητας ζωής και ανεξάρτητη την συμπεριφορά μέτρια φυσική δραστηριότητα ($F_{(1,152)} = 7.76$, $p = .006$) υποδηλώνει ότι η μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει σημαντικά τον συνολικό δείκτη ποιότητας ζωής. Η τιμή « R square» δείχνει ότι το 5 % της διακύμανσης των τιμών του συνολικού δείκτη ποιότητας ζωής εξηγείται από την συμπεριφορά της μέτριας φυσικής δραστηριότητας ($R^2 = .049$), ενώ ο τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης για την συνολική ποιότητα ζωής ήταν, επίσης, σημαντικός ($b = .220$; $t = 2.79$, $p = .006$).

Η μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει σημαντικά τον δείκτη Ποιότητας Ζωής «Φυσική Υγεία».

Η σημαντικότητα της πέμπτης ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το δείκτη ποιότητας ζωής «Φυσική Υγεία» και ανεξάρτητη την συμπεριφορά μέτρια φυσική δραστηριότητα ($F_{(1,152)} = 5.42$, $p = .021$) υποδηλώνει ότι η μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει σημαντικά τον δείκτη ποιότητας ζωής «Φυσική Υγεία». Η τιμή « R square» δείχνει ότι το 3,4 % της διακύμανσης των τιμών του δείκτη ποιότητας ζωής «Φυσική Υγεία», εξηγείται από την συμπεριφορά της μέτριας φυσικής δραστηριότητας ($R^2 = .034$), ενώ ο τυποποιημένος συντελεστής

παλινδρόμησης για την ποιότητα ζωής «Φυσική Υγεία» ήταν, επίσης, σημαντικός ($b = .186; t = 2.33, p = .021$).

Η μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει σημαντικά τον δείκτη Ποιότητας Ζωής «Πνευματική Υγεία».

Η σημαντικότητα της έκτης ανάλυσης παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή το δείκτη ποιότητας ζωής «Πνευματική υγεία» και ανεξάρτητη την συμπεριφορά μέτρια φυσική δραστηριότητα ($F_{(1,152)}=7,03, p = .009$) υποδηλώνει ότι η μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει σημαντικά τον δείκτη ποιότητας ζωής «Πνευματική Υγεία». Η τιμή «*R square*» δείχνει ότι το 4,4 % της διακύμανσης των τιμών του δείκτη ποιότητας ζωής «Πνευματική υγεία», εξηγείται από την συμπεριφορά της μέτριας φυσικής δραστηριότητας ($R^2 = .044$), ενώ ο τυποποιημένος συντελεστής παλινδρόμησης για την ποιότητα ζωής «Πνευματική υγεία» ήταν, επίσης, σημαντικός ($b = .210; t = 2.65, p = .009$).

Η Έντονη και η Ήπια άσκηση δεν προβλέπει κανέναν δείκτη Ποιότητας Ζωής.

Σύμφωνα με τις αναλύσεις που έγιναν, παρατηρήθηκε ότι η έντονη και η ήπια άσκηση δεν προβλέπει κανέναν δείκτη ποιότητας ζωής.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη των συμπεριφορών υγείας σε ενήλικες εκπαιδευόμενους σε κέντρα δια βίου μάθησης της δυτικής Θεσσαλίας. Ειδικότερα βασικό μέλημά της ήταν η διερεύνηση του βαθμού στον οποίο ο τρόπος ζωής (άσκηση, κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ) συμβάλει στην ποιότητα ζωής ενηλίκων ατόμων που βρίσκονται σε εκπαιδευτική διαδικασία.

Στην έρευνα συμμετείχαν κατά κύριο λόγο ενήλικες Ελληνικής καταγωγής (97%), οι οποίοι στην πλειοψηφία τους ήταν γυναίκες (65,6%) (έναντι των ανδρών 33,3%), με υψηλό μορφωτικό επίπεδο (56,7%) και ειδικότερα, απόφοιτοι Τεχνολογικής εκπαίδευσης (15,4%), απόφοιτοι Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (34,4%), κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος (5,5%) και κάτοχοι Διδακτορικού διπλώματος (1,4%).

Αναφορικά με το κάπνισμα σύμφωνα με στοιχεία της WHO (2012), αυτό είναι ένας από τους υψηλότερους παράγοντας κινδύνου για την υγεία των ενηλίκων στην Ελλάδα. Στην παρούσα έρευνα όμως το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (72,2%) δεν ήταν καπνιστές και το 14,0% δήλωσε πως καπνίζει έως 10 τσιγάρα την ημέρα. Το 8,3% καπνίζει έως και 20 τσιγάρα, το 3,4% έως και 25 τσιγάρα, ενώ μόλις το 2,1% εντάσσεται στην κατηγορία των φανατικών καπνιστών που καπνίζουν πάνω από 26 τσιγάρα την ημέρα. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (2008), το ποσοστό των ενηλίκων καπνιστών στην Ελλάδα ανέρχεται στο 31,8%. Το 27,3% έχει Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, το 39,0% Δευτεροβάθμια και το 29,4% έχει πανεπιστημιακή μόρφωση, μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα. Παρατηρείται

λοιπόν ότι οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά καπνιστών από τον γενικότερο πληθυσμό και αυτό πιθανά να οφείλεται στο υψηλό εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Η άποψη αυτή υποστηρίζεται και από άλλους ερευνητές (de Walque, 2007; Layte & Whelan, 2009; Smith et al., 2012; Sutfin et al., 2012; Whembolua et al, 2012), σύμφωνα με τους οποίους το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχει σημαντική αποτρεπτική επίδραση στην απόφαση ενός ατόμου να αρχίσει το κάπνισμα. Σε ό,τι αφορά την Ελληνική πραγματικότητα η έρευνα της Βράκα (2010), επίσης φανερώνει ότι τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο καταναλώνουν μικρότερες ποσότητες καπνού, σε σχέση με τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου. Κάτι τέτοιο ίσως να οφείλεται στο ότι οι ενήλικες με καλή μόρφωση γνωρίζουν και ενημερώνονται συνεχώς για τις αρνητικές συνέπειες του καπνίσματος. Η θετική σχέση μεταξύ καπνίσματος και μορφωτικού επιπέδου είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι παρατηρείται τα τελευταία χρόνια, ακριβώς λόγω της μεγάλης ενημέρωσης για τα επιβλαβή αποτελέσματα του τσιγάρου, καθώς παλιότερα το τσιγάρο αποτελούσε κύρος και ήταν στις προτιμήσεις των περισσότερων μορφωμένων ατόμων. Αυτό διαφαίνεται και από μελέτες όπως αυτή των Schiaffino et al.(2003), η οποία φανερώνει ότι το μοτίβο έναρξης του καπνίσματος διαφοροποιείται ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης με το πέρασμα του χρόνου. Ειδικότερα την περίοδο 1948-1952, τα ποσοστά της έναρξης του καπνίσματος είναι υψηλότερα μεταξύ των πιο μορφωμένων ανδρών, αλλά από τη περίοδο 1968-1972 και μετά, τα ποσοστά έναρξης του καπνίσματος ήταν μεγαλύτερα για τους άνδρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Αναφορικά με τις γυναίκες υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης αυτές άρχιζαν το κάπνισμα, σε αντίθεση με τις γυναίκες χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου την περίοδο του 60'. Το φαινόμενο αυτό άλλαξε την

περίοδο 1978-1982, με τα υψηλότερα ποσοστά έναρξης του καπνίσματος, να παρατηρείται μεταξύ των λιγότερο μορφωμένων γυναικών.

Αναφορικά με την άσκηση, φανερώθηκε ότι ένα αρκετά μικρό ποσοστό του δείγματος της τάξεως του 13% πραγματοποιεί ήπια άσκηση (6-7 φορές την εβδομάδα) και το 10.4% ασκείται μέτρια (6-7 φορές την εβδομάδα). Μεγάλο ποσοστό του δείγματος (56.9%) ασκείται σε έντονο βαθμό από 1 έως 3 φορές την εβδομάδα. Όπως διαπιστώνεται οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα πραγματοποιούν μέτρια ως υψηλή φυσική δραστηριότητα, αποτέλεσμα που ίσως και πάλι να συνδέεται με το υψηλό μορφωτικό τους επίπεδο. Η θετική σχέση μεταξύ μόρφωσης και φυσικής δραστηριότητας έχει αποδειχθεί και από άλλες παρόμοιες έρευνες (Devertis et al., 2012; Nowak, 2011; VanKim & Laska, 2012).

Ως προς την κατανάλωση αλκοόλ για τους συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας αποδείχθηκε πως αυτή είναι αρκετά περιορισμένη. Κάτι τέτοιο φανερώνεται από το γεγονός ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό του δείγματος (80,3%), δεν καταναλώνει αλκοόλ ή καταναλώνει 1 φορά την εβδομάδα, ή και πιο σπάνια. Το 15.5% των συμμετεχόντων πίνει 2-5 μέρες την εβδομάδα και μόλις το 4,0% 4 ποτήρια ή και παραπάνω ημερησίως. Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (2005), η συνολική κατανάλωση αλκοόλ στους ενήλικους στην Ελλάδα για το έτος 2005 είναι 9,21 λίτρα ανά άτομο. Η μειωμένη κατανάλωση αλκοόλ που φανερώθηκε στην παρούσα έρευνα συνδέεται άμεσα με το υψηλό μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, αποτέλεσμα που έχει φανερωθεί και σε άλλες έρευνες (Devertis et al., 2012; Leon et al., 2009; Wagoner et al, 2012), σύμφωνα με τις οποίες ενήλικες με υψηλότερη μόρφωση εμφάνιζαν μικρότερη πιθανότητα για κατανάλωση και εξάρτηση από το αλκοόλ.

Επιπρόσθετα οι συμμετέχοντες στην παρούσα έρευνα φανερώθηκε πως έχουν αρκετά υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής (SF36). Ειδικότερα σε κλίμακα από 0 έως 100, η διάσταση της φυσικής υγείας είχε μέση τιμή 78, της πνευματικής υγείας 70, ενώ ο συνολικός δείκτης ποιότητας ζωής εμφάνιση μέση τιμή 74. Διαπιστώνεται δηλαδή ότι μόνο το επίπεδο της πνευματικής υγείας εμφανίζεται ελαφρώς μειωμένο.

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν επίσης ότι οι συμπεριφορές κατανάλωσης αλκοόλ και μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπουν την φυσική υγεία των ενηλίκων εκπαιδευομένων, ενώ την πνευματική υγεία την προβλέπουν το κάπνισμα και η μέτρια φυσική δραστηριότητα. Τέλος, τον συνολικό δείκτη ποιότητας ζωής προβλέπουν οι συμπεριφορές της κατανάλωσης αλκοόλ και της μέτριας φυσικής δραστηριότητας.

Αναλυτικότερα η κατανάλωση αλκοόλ φανερώθηκε πως επηρεάζει αρνητικά την φυσική υγεία των ενηλίκων εκπαιδευομένων. Κάτι τέτοιο συμφωνεί με ευρήματα άλλων ερευνητών (Glenn et al., 1989; Leon et al., 2009; Green, Perrin & Polen, 2004), σύμφωνα με τους οποίους τα άτομα που καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες αλκοόλ υποφέρουν από σοβαρά φυσικά προβλήματα υγείας. Κάτι τέτοιο φαίνεται απόλυτα λογικό αν αναλογιστεί κανείς ότι σύμφωνα με στοιχεία της WHO (2012) το αλκοόλ είναι η τρίτη κύρια αιτία κακής υγείας και πρόωρου θανάτου στον κόσμο σε παγκόσμιο επίπεδο, ενώ στην Ευρώπη, αποτελεί τον τρίτο μεγαλύτερο παράγοντα κινδύνου θνησιμότητας μετά από το κάπνισμα και την υψηλή αρτηριακή πίεση.

Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές (Oliveira et al., 2008), το κάπνισμα σχετίζεται με την φυσική υγεία του ανθρώπου, αφού συμβάλλει στην εμφάνιση ενός μεγάλου αριθμού ασθενειών και προβλημάτων στον ανθρώπινο οργανισμό, όπως ο καρκίνος, η στεφανιαία νόσος, καρδιοπάθειες κ.α... Οι Chang et al. (2005), συνδέουν το κάπνισμα με διάφορα αρνητικά συμπτώματα διανοητικής υγείας. Επιπρόσθετα οι

Morris et al. (2009) σε έρευνά τους αποδεικνύουν ότι άτομα με ψυχικές ασθένειες, καπνίζουν πολύ περισσότερα. Χρήση καπνού σ' αυτόν τον πληθυσμό συνδέεται με λιγότερα από 25 χρόνια ζωής και μεγάλη νοσηρότητα, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Οι Jorm et al. (1999) επίσης φθάνουν στο συμπέρασμα ότι το κάπνισμα επηρεάζει αρνητικά την πνευματική υγεία των ενηλίκων, οδηγώντας σε κατάθλιψη, άγχος και στρες, ενώ οι Lasser et al. (2000) φανερώνουν ότι άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια καπνίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό από υγιείς άτομα. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και πνευματικής υγείας ίσως να οφείλεται στο γεγονός ότι ουσίες που περιέχει το τσιγάρο όπως η νικοτίνη, προκαλούν εθισμό, γεγονός που τελικά επηρεάζει την ψυχική διάθεση και την προδιάθεση σε ψυχικά νοσήματα. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ωστόσο ότι ορισμένοι ερευνητές όπως οι Wolf et al., (1999) φανερώνουν ότι το κάπνισμα προβλέπει τόσο την φυσική όσο και την πνευματική υγεία. Η παρούσα έρευνα απέδειξε ότι το κάπνισμα προβλέπει την φυσική και την πνευματική υγεία των ενηλίκων εκπαιδευομένων, και έρχεται να συμφωνήσει με την προηγούμενη έρευνα.

Η παρούσα έρευνα ανέδειξε ότι η μέτρια φυσική δραστηριότητα προβλέπει τόσο την φυσική όσο και την πνευματική υγεία των ενήλικων εκπαιδευομένων. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα άλλων ερευνητών. Για παράδειγμα σύμφωνα με τον Κοκκέβη (2011), ένα σταθερά υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και μέτριας σωματικής άσκησης συμβάλλουν στην υγιή ανάπτυξη του σώματος ενός ατόμου, στην ενδυνάμωση των οστών και των μυών, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων κίνησης, καθώς επίσης και στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και της θετικής εικόνας σώματος. Επιπρόσθετα ο Fletcher (1996) επισημαίνει ότι η επίδραση της άσκησης είναι πιο εμφανής με μέτριας έντασης δραστηριότητες (40-60% της έντασης), που εκτελούνται καθημερινά. Η εν λόγω έρευνα φανερώνει ότι η

μέτρια φυσική δραστηριότητα επιφέρει μακροπρόθεσμα οφέλη για την υγεία (π.χ μείωση του κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων). Επίσης η σχέση μεταξύ μέτριας άσκησης και πνευματικής υγείας αποδεικνύεται και στην έρευνα των Γρηγορίου et al, (2012), σύμφωνα με τους οποίους η συναισθηματική νοημοσύνη σχετίζεται θετικά με τις συνήθειες άσκησης. Η συμμετοχή σε μέτριες σε ένταση φυσικές δραστηριότητες φαίνεται να επηρεάζει θετικά τη συναισθηματική νοημοσύνη. Παρομοίως οι Dinas et al. (2010) διαπίστωσαν, ότι η μέτρια άσκηση και σωματική δραστηριότητα έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στα συμπτώματα κατάθλιψης. Η εν λόγω σχέση ίσως να συνδέεται με το γεγονός ότι η μέτρια άσκηση μπορεί να οδηγήσει σε χαλάρωση, ηρεμία και καλή σωματική κατάσταση και συνεπώς επηρεάζει θετικά την φυσική αλλά και την πνευματική υγεία του ατόμου.

Τέλος, η έρευνα φανέρωσε ότι τον συνολικό δείκτη ποιότητας ζωής των ενηλίκων εκπαιδευόμενων προβλέπουν οι συμπεριφορές της κατανάλωσης αλκοόλ και της μέτριας φυσικής δραστηριότητας. Αρκετοί είναι οι ερευνητές (Byles, 2006; Evren, 2010; Saatcioglu, 2008) που επιβεβαιώνουν την αρνητική σχέση μεταξύ κατανάλωσης αλκοόλ και ποιότητας ζωής ενηλίκων. Επιπρόσθετα η σχέση μεταξύ μέτριας φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής επίσης έχει αποδειχθεί από άλλες έρευνες όπως αυτές των (Dinas et al., 2010; Frank & Jason, 2005; Schwartz et al., 1999; Schmitz et al., 2010). Τα αποτελέσματα αυτά ίσως να οφείλονται στο γεγονός ότι η περιορισμένη κατανάλωση αλκοόλ μπορεί να συμβάλλει στην μείωση της πιθανότητας εμφάνισης διαφόρων ασθενειών και επομένως στην αύξηση της ποιότητας ζωής. Από την άλλη η μέτρια άσκηση όπως έχει αποδειχθεί αυξάνει τον χρόνο ενεργού βίου, κάνει τον άνθρωπο περισσότερο κοινωνικό, βοηθώντας στην διατήρηση της πνευματικής και σωματικής του υγείας.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η παρούσα έρευνα έδειξε ότι η έντονη και η ήπια άσκηση δεν προβλέπει κανέναν δείκτη ποιότητας ζωής. Κάτι τέτοιο συνδέεται με τα αποτελέσματα της μελέτης των Schwartz et al. (1999) σύμφωνα με τους οποίους η έντονη άσκηση μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου και αυτό είναι αποτέλεσμα της μεγάλης κούρασης και άγχους που προσκαλεί μια τέτοιου είδους άσκηση. Από την άλλη η ήπια άσκηση δεν φανέρωσε καμία επιρροή ίσως επειδή μέσω αυτής δεν είναι εφικτή η διατήρηση της καλής λειτουργικής ικανότητας του ατόμου.

Πρακτικές Εφαρμογές

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να φανούν χρήσιμα σε όσους οργανισμούς και φορείς πραγματοποιούν στοχοθετημένες δράσεις για την αύξηση της ποιότητας ζωής ενηλίκων. Τα ευρήματα θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη σχετικών συμβουλευτικών υπηρεσιών και προγραμμάτων από αντίστοιχες δομές πρόνοιας και υποστήριξης, τόσο του δημόσιου τομέα όσο και σε συνεργασία με μη-κυβερνητικές οργανώσεις. Με αυτό τον τρόπο και σε σχέση με τις συμπεριφορές υγείας, μια εθνική πολιτική προαγωγής της υγείας θα μπορούσε να θέσει εξειδικευμένους στόχους για την αντιμετώπιση για παράδειγμα του καπνίσματος, της υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ, αλλά και για την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας. Παρόλο που η παρούσα έρευνα βασίστηκε σε δείγμα ενηλίκων, τα αποτελέσματά της θα ήταν χρήσιμα κυρίως μέσω της εφαρμογής τους σε εφήβους, δεδομένου ότι η εν λόγω κοινωνική ομάδα τα τελευταία χρόνια εμφανίζει επιβλαβείς συμπεριφορές υγείας που μειώνουν την παρούσα αλλά και μελλοντική ποιότητα ζωής τους.

Συμπερασματικά τα αποτελέσματα της έρευνας θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν για την προώθηση προγραμμάτων, για επιπλέον επιμόρφωση πολιτών, τόσο σε θέματα γενικού ενδιαφέροντος, όσο και σε προγράμματα επιμόρφωσης και ενημέρωσης πάνω σε θέματα υγείας και γενικότερης συμπεριφοράς στην ζωή, σε τοπικό και περιφερειακό επίπεδο.

Περιορισμοί & Μελλοντικές Έρευνες

Η παρούσα έρευνα, παρά τα χρήσιμα αποτελέσματά της, παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς. Ειδικότερα παρόλο που το δείγμα της έρευνας ήταν αρκετά μεγάλο αυτό δεν είναι αντιπροσωπευτικό για όλη την επικράτεια, αφού συλλέχθηκε από μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή (Δυτικής Θεσσαλίας). Κάτι τέτοιο δεν προσέφερε την δυνατότητα να εντοπιστούν τυχόν ιδιαιτερότητες στις συμπεριφορές υγείας και στο επίπεδο της ποιότητας ζωής ενηλίκων εκπαιδευομένων σε άλλα Κέντρα Δια Βίου Μάθησης της χώρας. Συνεπώς προτείνεται μελλοντικές μελέτες να επικεντρωθούν στη συλλογή στοιχείων από διαφορετικά γεωγραφικά μέρη της Ελλάδας για να είναι εφικτή η σύγκριση μεταξύ αυτών.

Σημαντική αδυναμία της παρούσας μελέτης ήταν ότι επικεντρώθηκε σε τρεις συμπεριφορές υγείας (κάπνισμα, αλκοόλ και άσκηση). Παρόλο που όπως αποδεικνύεται από την βιβλιογραφία αυτές ασκούν σημαντική επιρροή στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου, προτείνεται μελλοντικές έρευνες να επικεντρωθούν και σε άλλες συμπεριφορές υγείας (π.χ. διατροφικές συνήθειες) με στόχο περισσότερων μετρήσεων και συγκρίσεων που ίσως να προσφέρουν χρήσιμες πληροφορίες.

Επιπρόσθετα το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για την μέτρηση της ποιότητας ζωής (SF36), συναντιέται σε αρκετές άλλες μελέτες εμφανίζοντας υψηλή αξιοπιστία. Παρόλο αυτά σε μελλοντικές μελέτες προτείνεται η χρήση και άλλων

παρόμοιων ερωτηματολογίων που να εξετάζουν και άλλες πτυχές της ποιότητας ζωής με στόχο την φανέρωση επιπλέον πληροφοριών.

Προτείνεται επίσης η διεξαγωγή μελλοντικής διαχρονικής μελέτης η οποία να διαρκέσει για μεγάλο χρονικό διάστημα έτσι ώστε να φανερωθούν αλλαγές στις συμπεριφορές υγείας με το πέρασμα του χρόνου και ίσως αλλαγές στην συμβολή αυτών στην ποιότητα ζωής ενός ατόμου.

Κρίνεται επίσης σημαντική η χρήση άλλων ερευνητικών προσεγγίσεων όπως για παράδειγμα οι ποιοτικές. Ειδικότερα πιστεύουμε πως μια ποιοτική έρευνα με την χρήση συνεντεύξεων και όχι προκαθορισμένων κλιμάκων, θα φανέρωνε στάσεις, ιδέες και αντιλήψεις για τις συμπεριφορές υγείας που ίσως δεν έγιναν αντιληπτές στην παρούσα έρευνα ή δεν παρουσιάζονται στην βιβλιογραφία. Κάτι τέτοιο συνδέεται άμεσα με το γεγονός ότι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ενός ατόμου που θα μπορούσαν να φανερωθούν κατά την διάρκεια μιας συνέντευξης, ίσως επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας.

Τέλος η παρούσα μελέτη επικεντρώθηκε στην επιρροή του μορφωτικού επιπέδου ως βασικός παράγοντας που προσδιορίζει τις συμπεριφορές υγείας ενός ατόμου. Προτείνετε μελλοντικές έρευνες να επικεντρωθούν και σε άλλα κοινωνικό – δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως φίλο, εισόδημα, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, καθώς θεωρείται πως και αυτά προσδιορίζουν σε σημαντικό βαθμό τις συμπεριφορές υγείας των ενηλίκων και συνεπώς την ποιότητα ζωής τους.

Συμπερασματικά η μελέτη ανέδειξε ότι οι συμπεριφορές υγείας όπως άσκηση, αλκοόλ και κάπνισμα, επηρεάζονται σημαντικά από το μορφωτικό επίπεδο των ενηλίκων. Επιπλέον η προώθηση της φυσικής δραστηριότητας (μέτριας) είναι σημαντική τόσο για την φυσική και πνευματική υγεία όσο και για τον συνολικό δείκτη ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα φανέρωσαν ότι η επίδραση της φυσικής

δραστηριότητας φαίνεται να είναι περισσότερο σημαντική σε σύγκριση με τις συμπεριφορές του καπνίσματος και του αλκοόλ στην ποιότητα ζωής των ενήλικων εκπαιδευομένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aarnio, M., Winter, T., Kujala, U., & Kaprio, J. (2002). Associations of health related behaviour, social relationships, and health status with persistent physical activity and inactivity: A study of Finnish adolescent twins. *British Journal of Sports Medicine*, *36*, 360 – 364
- Aaron, D.J., Dearwater, S.R., Anderson, R., Olsen, T., Kriska, A.M., & LaPorte, R.E. (1995). Physical activity and the initiation of high-risk health behaviors in adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, *27*, 1639 – 1645
- Blair, S.N., Jacobs Jr., D.R., & Powell, K.E. (1985). Relationships between exercise or physical activity and other health behaviors. *Public Health Reports*, *100*, 172 – 180
- Botoseneanu, A., & Liang, J. (2012). The effect of stability and change in health behaviors on trajectories of body mass index in older Americans: A 14-year longitudinal study. *Journals of Gerontology - Series A Biological Sciences and Medical Sciences*, *67*, 1075-1084
- Bucher, H., Gutzwiller, F., Leu, R.E., Schulz, H.R., & Zemp, E. (1987). Health behavior and social inequality in the Swiss population. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, *117*, 1583-1590
- Byles, J., Young, A., Furuya, H., & Parkinson, L., (2006). A Drink to Healthy Aging: The Association Between Older Women's Use of Alcohol and Their Health-Related Quality of Life. *The American Geriatrics Society*, *54*(9), 1341-1347.
- Chang, G. (June,2005). Adolescent cigarette smoking and mental health symptoms. *Journal of Adolescent Health*, *36*(6), 517-522.
- Christiansen, B.A., & Goldman, M.S. (1983). Alcohol-related expectancies versus demographic/background variables in the prediction of adolescent drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 249-257
- Cohen, S., Schwartz, J.E., Bromet, E.J., & Parkinson, D.K. (1991). Mental health, stress, and poor health behaviors in two community samples. *Preventive Medicine*, *20*, 306 – 315

- De Walque, D. (2007). Does education affect smoking behaviors?. Evidence using the Vietnam draft as an instrument for college education. *Journal of Health Economics*, 26, 877 – 895
- Delisle, T.T., Werch, C.E., Wong, A.H., Bian, H., & Weiler, R. (2010). Relationship between frequency and intensity of physical activity and health behaviors of adolescents. *Journal of School Health*, 80, 134 – 140
- Deverts, D.J., Cohen, S., Kalra, P., & Matthews, K.A. (2012). The prospective association of socioeconomic status with C-reactive protein levels in the CARDIA study. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 1128-1135
- Dinas, P.C., Koutedakis, Y. & Flouris, A. D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Ireland Journal Medicine science*, 180, 319-325.
- Eng, P.M. , Kawachi, I., Filzmaurice, G., & Rimm, E.B. (2005). Effects of marital transitions on changes in dietary and other health behaviours in US male health professionals. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59, 56 – 62
- Evren C., Dalbudak E., Durkaya M., Çetin R., Evren B, & S., Ç. (2010). Relationship of Life Quality with Severity of Alcohol Related Problems in Male Alcohol Dependent Inpatients. *Archives of Neuropsychiatry*, 47, 64-68.
- Fletcher, G.F., Balady, G., Blair, S N., Blumenthal, J., Caspersen, C., Chaitman, B., et al. (1996). Statement on Exercise: Benefits and Recommendations for Physical Activity Programs for All Americans. *Circulation*, 94, 857-862.
- Frank, P. & Jason, D., (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18(2), 189-193
- Geckova, A., Van Dijk, J.P., Groothoff, J.W., & Post, D. (2002). Socio-economic differences in health risk behaviour and attitudes towards health risk behaviour among Slovak adolescents. *Sozial- und Praventivmedizin*, 47, 233 – 239
- Glenn, S. W., Parsons, O. A., & Stevens, L. (1989). Effects of alcohol abuse and familial alcoholism on physical health in men and women. *Health Psychology*, 8(3), 325-341.

- Godin, G., & Shephard, R.J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences*, 10, 141-146.
- Green, C., Perrin, N. A., & Polen, M.R., (2004) Gender Differences in the Relationships Between Multiple 2 Measures of Alcohol Consumption and Physical and Mental Health. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 28(5), 754-764
- Helgeson, V.S., Novak, S.A., Lepore, S.J., & Eton, D.T. (2004). Spouse social control efforts: Relations to health behavior and well-being among men with prostate cancer. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21, 53 – 68
- Johnson, M.F., Nichols, J.F., Sallis, J.F., Calfas, K.J., & Hovell, M.F. (1998). Interrelationships between physical activity and other health behaviors among University women and men. *Preventive Medicine*, 27, 536 – 544
- Jorm, A.F., Rodgers, B., Jacomb, P.A., Christensen, H., Henderson, S., & Korten, A.E. (1999). Smoking and mental health: results from a community survey. *The Medical Journal of Australia*, 170(2), 74-7
- Kalantar-Zadeh, K., Kopple, D.J., Block, G., & Humphreys, M. H. (2001). Association Among SF36 Quality of Life Measures and Nutrition, Hospitalization, and Mortality in Hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 12, 2797-2806.
- Kann, L., Kinchen, S.A., Williams, B.I., Ross, J.G., Lowry, R., Grunbaum, J.A., (2000). Youth risk behavior surveillance-United States, 1999. *Morbidity Weekly Report*, 49, 1-32
- Karmakar, D.S., Breslin, F. C.,(2008).The role of educational level and job characteristics on the health of young adults. *Social Science & Medicine* 66(2008)2011-2022.
- Kriska, A.M., Casperson, C.J., (1997). Introduction to a collection of physical activity questionnaires, *Medicine Science Sports Exercise*, 29(6):S5-S9.
- Lallukka, T., Chandola, T., Roos, E., Cable, N., Sekine, M., Kagamimori, S., Tatsuse, T., Marmot, M., & Lahelma, E. (2010). Work-family conflicts and health behaviors among British, Finnish, and Japanese employees. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17, 134 – 142

- Lantz, P.M., House, J.S., Lepkowski, J.M., Williams, D.R., Mero, R.P., & Chen, J. (1998). Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: Results from a nationally representative prospective study of US adults. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1703 – 1708
- Lasser, K., Boyd, J.W., Woolhandler, S., Himmelstein, D.U., McCormick, D., & Bor, D.H. (2000). Smoking and mental illness: A population-based prevalence study. *The Journal of American Medical Association*, 284(20), 2606-10
- Layte, R., & Whelan, C.T. (2009). Explaining social class inequalities in smoking: The role of education, self-efficacy, and deprivation. *European Sociological Review*, 25, 399 – 410
- Leon, A.D., Shkolnikv, V.M, & McKee, M. (2009). Alcohol and Russian mortality: a continuing crisis. *Society for the Study of Addiction*, 104, 1630-1636.
- Leroux, J.S., Moore, S., Richard, L., & Gauvin, L. (2012). Physical Inactivity Mediates the Association between the Perceived Exercising Behavior of Social Network Members and Obesity: A Cross-Sectional Study. *PLoS ONE*, 7, Article number 46558
- Lima, M.G., Barros, M.B.D.A., César, C.L.G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Alves, M.C.G.P. (2011). Health-related behavior and quality of life among the elderly: A population-based study. *Revista de Saude Publica*, 45, 485 – 493
- Lynch, J.W., Kaplan, G.A., & Salonen, J.T. (1997). Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Social Science and Medicine*, 44, 809 – 819
- Mendel J., Berg C., Windle R., & Windle M. (2012). Predicting Young Adulthood Smoking Among Adolescent Smokers and Nonsmokers. *American Journal of Health Behavior*, 36, 542-554
- Molinero, O., Castro-Piñero, J., Ruiz, J.R., González Montesinos, J.L., Mora, J., & Márquez, S. (2010). Health behaviour of school children at the province of Cádiz. *Nutricion Hospitalaria*, 25, 280 – 289

- Monahan C, Bracken-Minor K., McCausland C, McDevitt-Murphy M, & Murphy J (2012). Health-Related Quality of Life Among Heavy-drinking College Students. *American Journal of Health Behavior*, 36, 289-299
- Morris, D.C. , Waxmonsky, A.J., May,G.M. & Giese, A. A. (2009). What Do Persons with Mental Illnesses Need to Quit Smoking? Mental Health Consumer and Provider Perspectives. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 32(4).
- Ng, D.M., & Jeffery, R.W. (2003). Relationships between Perceived Stress and Health Behaviors in a Sample of Working Adults. *Health Psychology*, 22, 638 – 642
- Nowak, M.A. (2011). Physical activity and its associations with other lifestyle elements in polish women. *Journal of Human Kinetics*, 29, 161 – 172
- Oh, E.G., Kim, S.H., Kim, B.H., Park, M.S., Kim, S.K., Kim, & Y.S. (2010). Health behaviour and quality of life in Korean adults with respiratory disease: National Health Survey, 2005. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 14, 772 – 778
- Oliveira, Valente, & Leite. (2008). Aspects of tobacco attributable mortality: systematic review. *Rev Saúde Pública*, 42(2), 335-345.
- Osler, M. (1993). Social class and health behaviour in Danish adults: A longitudinal study. *Public Health*, 107, 251 – 260
- Pate, R.R., Heath, G.W., Dowda, M., & Trost, S.G. (1996). Associations between physical activity and other health behaviors in a representative sample of US adolescents. *American Journal of Public Health*, 86, 1577 – 1581
- Pate, R.R., Trost, S.G., Levin, S., & Dowda, M. (2000). Sports participation and health-related behaviors among US youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 904 – 911
- Patel, K., Hargreaves M., Liu J., Schlundt D., Sanderson M., Matthews C, Dewey C., Kenerson D., Buchowski M., & Blot W. (2011). Relationship Between Smoking and Obesity Among Women. *American Journal of Health Behavior*, 35, 627-636

- Pedersen, R.E., La Brie, W.J., & Lac, A. (2008). Assessment of perceived and actual alcohol norms in varying contexts: Exploring Social Impact Theory among college students. *Addictive Behaviors*, *33*(4), 552-564.
- Pekkanen, J., Tuomilehto, J., Uutela, A., Vartiainen, E., & Nissinen, A. (1995). Social class, health behaviour, and mortality among men and women in eastern Finland. *British Medical Journal*, *311*, 589 – 593
- Piko, B.F., & Fitzpatrick, K.M. (2007). Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents. *European Journal of Public Health*, *17*, 353 – 360
- Pomerleau, J. , Pederson, L.L., Ostbye, T., Speechley, M., & Speechley, K.N. (1997). Health behaviours and socio-economic status in Ontario, Canada. *European Journal of Epidemiology*, *13*, 613 – 622
- Proctor, C.; Barnett J., & Muilenburg J. (2012). Investigating Race, Gender, and Access to Cigarettes in an Adolescent Population. *American Journal of Health Behavior*, *36*, 513-521
- Raptou, E., Galanopoulos K., Katrakilidis C., & Mattas K. (2012). Public Support Toward Tobacco Control: Consumer Responsiveness and Policy Planning. *American Journal of Health Behavior*, *36*, 666-680
- Reed M., Clapp J., Lange J., & McCabe, C. (2011). Alcohol Intoxication and Occasional Smoking: A Field Investigation. *American Journal of Health Behavior*, *35*, 535-545
- Reitzel, L., Nguyen, N., Strong, L., Wetter, D., & McNeill, L. (2013). Subjective Social Status and Health Behaviors Among African Americans. *American Journal of Health Behavior*, *37*, 104-111
- Rosenthal, L., Carroll-Scott, A., Earnshaw, V.A., Santilli, A., & Ickovics, J.R. (2012). The importance of full-time work for urban adults' mental and physical health. *Social Science and Medicine*, *75*, 1692-1696
- Saatcioglu, O., Aslihan Yapici, & Cakmak D., (2008). Quality of life, depression and anxiety in alcohol dependence. *informa healthcare*, *27*, 83-90.

- Schiaffino A. , Fernadez E., Borrell C., Salto E., Garcia M., & Borrás J.M., (2003). Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *European Journal Of Public Health*, 13(1), 56-60.
- Schmidt, C.O., Fahland, R.A., Franze, M., Splieth, C., Thyrian, J.R.A, Plachta-Danielzik, S., Hoffmann, & W., Kohlmann, T. (2010). Health-related behaviour, knowledge, attitudes, communication and social status in school children in Eastern Germany. *Health Education Research*, 25, 542 – 551
- Schmitz K. H., Courneya K.S., Matthews C., Demark-Wahnefried W., Galvao D.A., Pinto B. M., et al. (2010). *Medicine & Science in Sports & Exercise*. 1409-1426.
- Schwartz, A. L. (1999). Fatigue mediates the effects of exercise on quality of life. *Quality of Life Research*, 8, 529-538.
- Seo D., Torabi M., Kim N., Lee C., & Choe S. (2013). Smoking among East Asian College Students: Prevalence and Correlates. *American Journal of Health Behavior*, 37, 199-207
- Smith, M.L., Colwell, B., Ahn, S., & Ory, M.G. (2012). Factors Associated With Tobacco Smoking Practices Among Middle-Aged and Older Women in Texas. *Journal of Women and Aging*, 24, 3 – 22
- Sorensen, G., Fagan, P., Hunt, M.K., Stoddard, A.M., Girod, K., & Eisenberg, M. (2004). Changing channels for tobacco control with youth: developing an intervention for working teens. *Health Education Research*, 19, 250-260.
- Step toe, A., Wardle, J., Pollard, T.M., Canaan, L., & Davies, G.J. (1996). Stress, social support and health-related behavior: A study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 171 – 180
- Sutfin E., McCoy T., Berg C., Champion H., Helme D., O'Brien M., & Wolfson M. (2012). Tobacco Use by College Students: A Comparison of Daily and Nondaily Smokers. *American Journal of Health Behavior*, 36, 218-229
- Taris, T.W., Ybema, J.F., Beckers, D.G.J., Verheijden, M.W., Geurts, S.A.E., & Kompier, M.A.J. (2011). Investigating the associations among overtime work,

- health behaviors, and health: A longitudinal study among full-time employees. *International Journal of Behavioral Medicine*, 18, 352 – 360
- Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. (2010). Social relationships and health behavior across the life course. *Annual Review of Sociology*, 36, 139 – 157
- Umberson, D., Liu, H., & Reczek, C. (2008). Stress and health behaviour over the life course. *Advances in Life Course Research*, 13, 19 – 44
- VanKim, N A., & Laska, M N. (2012). Socioeconomic Disparities in Emerging Adult Weight and Weight Behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 36, 433-445
- VanKim, N.A., & Laska, M.N. (2012). Socioeconomic disparities in emerging adult weight and weight behaviors. *American Journal of Health Behavior*, 36, 433 – 445
- Wagoner, K., Blocker, I., McCoy, T., Sutfin, E., Champion H., & Wolfson, M. (2012). Free Alcohol Use and Consequences: Gender Differences Among Undergraduates. *American Journal of Health Behavior*, 36, 446-458
- Ware, E.J., Sherbourne, D.K.,(1992).The MOS 36-Item Short-Form Health Survey(SF-36).*Medical Care*,30(6), 473-483.
- Whembolua, G., Davis, J., Reitzel, L., Guo, H., Thomas, J., Goldade, K., Okuyemi, K., & Ahluwalia, J. (2012). Subjective Social Status Predicts Smoking Abstinence Among Light Smokers. *American Journal of Health Behavior*, 36, 639-646
- WHO. (2012). Alcohol in the European Union.
- WHO. (2012). Greece: health profile.
- Wolf, S., Rothemich, S., Johnson, R., & Marsland, D. (1999). Is cigarette smoking associated with impaired physical and mental functional status?. *American Journal of Preventive Medicine*, 17(2), 134-7
- Βράκα, Α. (2010). Υγιεινές-ανθυγιεινές συμπεριφορές, ψυχική υγεία και εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας. *Μεταπτυχιακή διατριβή*.
- Γιωτοπούλου, Α., Γεωργουσοπούλου, Ε., Παπαθανασίου, Α., Πολυχρονόπουλος, Α., Γουδέβενος, Ι., & Παναγιωτάκος, Δ. Β. (2010). Το μορφωτικό επίπεδο

αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό των αντιλήψεων του γενικού πληθυσμού για τη σχέση της διατροφής με τις καρδιαγγειακές παθήσεις. *Archives Of Hellenic Medicine*, 27(5), 793-802.

Γρηγορίου, Σ., Ζήση, Β., Τάχιας, Φ., Γκιλυάνα, Μ., & Μπουγιέση, Μ. (2012). Συναισθηματική Νοημοσύνη, Ηλικία και Φυσική Δραστηριότητα: Ανασκόπηση Σύγχρονης Βιβλιογραφίας. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 10, 17-29.

Θεοδωράκης, Γ., & Χασάνδρα Μ. (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων. *Αναζητήσεις στη Φυσική Αγωγή & τον Αθλητισμό*, 3 (3), 239 – 248

Κοκκέβη, Ά., Φωτίου, Α., Ξανθάκη, Μ., Σταύρου, Μ., & Καναβού, Ε. (2011). Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και σωματικό βάρος στους εφήβους. *Εφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία. Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής. Αθήνα.*

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ 1

Υπεύθυνη Δήλωση

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Λουΐζα Τσιαούση – ΑΕΜ: **07/09**, μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «**Άσκηση και Υγεία**» του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

δηλώνω υπεύθυνα ότι αποδέχομαι τους παρακάτω όρους που αφορούν

(α) στα πνευματικά δικαιώματα της Μεταπτυχιακής Διπλωματικής Εργασίας (ΜΔΕ)μου με τίτλο «**Συμπεριφορές Υγείας: Άσκηση, Κάπνισμα, Αλκοόλ και Ποιότητα Ζωής σε Ενήλικες Εκπαιδευόμενους σε Κέντρα Δια Βίου Μάθησης της Δυτικής Θεσσαλίας**»

(β) στη διαχείριση των ερευνητικών δεδομένων που θα συλλέξω στην πορεία εκπόνησής της:

1. Τα πνευματικά δικαιώματα του τόμου της μεταπτυχιακής διατριβής που θα προκύψει θα ανήκουν σε μένα. Θα ακολουθήσω τις οδηγίες συγγραφής, εκτύπωσης και κατάθεσης αντιτύπων της διατριβής στα ανάλογα αποθετήρια (σε έντυπη ή/και σε ηλεκτρονική μορφή).

2. Η διαχείριση των δεδομένων της διατριβής ανήκει από κοινού σε εμένα και στον/στην πρώτο επιβλέποντα -ουσα καθηγητή -τριας.

3. Οποιαδήποτε επιστημονική δημοσίευση ή ανακοίνωση (αναρτημένη ή προφορική), ή αναφορά που προέρχεται από το υλικό/δεδομένα της εργασίας αυτής θα γίνεται με συγγραφείς εμένα τον ίδιο, τον/την κύριο-α επιβλέποντα -ουσα ή και άλλους ερευνητές (όπως πχ μέλους –ών της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής), ανάλογα με τη συμβολή τους στην έρευνα ή στη συγγραφή των ερευνητικών εργασιών.

4. Η σειρά των ονομάτων στις επιστημονικές δημοσιεύσεις ή επιστημονικές ανακοινώσεις θα αποφασίζεται από κοινού από εμένα και τον/την κύριο -α επιβλέποντα -ουσα της εργασίας, πριν αρχίσει η εκπόνησή της. Η απόφαση αυτή θα πιστοποιηθεί εγγράφως μεταξύ εμού και του/της κ. επιβλέποντα -ουσας.

Τέλος, δηλώνω ότι γνωρίζω τους κανόνες περί λογοκλοπής και πνευματικής ιδιοκτησίας και ότι θα τους τηρώ απαρέγκλιτα καθ' όλη τη διάρκεια της φοίτησης και κάλυψης των εκπαιδευτικών υποχρεώσεων που προκύπτουν από το ΠΜΣ/τμήμα, αλλά και των διαδικασιών δημοσίευσης που θα προκύψουν μετά την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

20-02-2013

Η δηλούσα

Λουΐζα Τσιαούση

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2:

ΕΓΚΡΙΣΗ από ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΟΥ
ΤΕΦΑΑ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

Τρίκαλα: 4/ 3 /2011
Αριθμ. Πρωτ.: 177

Αίτηση Εξέτασης της πρότασης για διεξαγωγή Έρευνας με τίτλο:

«Συμπεριφορές υγείας: Διατροφή, άσκηση, κάπνισμα, αλκοόλ και ποιότητα ζωής σε ενήλικες εκπαιδευόμενους σε Κέντρα Δια Βίου Μάθησης στο Νομό Τρικάλων».

Επιστημονικός υπεύθυνος – επιβλέπων: ΧΑΣΑΝΔΡΑ ΜΑΙΡΗ

Κύριος/α ερευνητής/τρια - φοιτήτρια: ΤΣΙΑΟΥΣΗ ΛΟΥΙΖΑ

Ίδρυμα & Τμήμα: ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ – ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ – ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ»

Η προτεινόμενη έρευνα θα είναι:

Ερευνητικό πρόγραμμα Μεταπτυχιακή διατριβή Διπλωματική εργασία Ανεξάρτητη έρευνα

Τηλ. επικοινωνίας: ...6973863459 & 2431022685.....

Email επικοινωνίας: ...louiza04@yahoo.gr.....

Η Εσωτερική Επιτροπή Δεοντολογίας του Τ.Ε.Φ.Α.Α., Πανεπιστημίου Θεσσαλίας μετά την υπ. Αριθμ. 2-7/2-2-2011 συνεδρίαση της εγκρίνει τη διεξαγωγή της προτεινόμενης έρευνας.

Η πρόεδρος της
Εσωτερικής Επιτροπής
Δεοντολογίας - ΤΕΦΑΑ

Χριστίνα Καρατζαφέρη
Επίκουρη Καθηγήτρια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Έντυπο συναίνεσης δοκιμαζόμενου σε ερευνητική εργασία

1. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνήσει αφενός συμπεριφορές υγείας: Διατροφή, άσκηση, κάπνισμα, αλκοόλ και ποιότητα ζωής σε ενήλικες και αφετέρου τυχόν συσχετίσεις αυτών των παραγόντων μεταξύ τους.

2. Διαδικασία μετρήσεων

Στα πλαίσια της ερευνητικής εργασίας σας δίνεται συνημμένο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 4 μέρη. Στο άμερος σας ζητάμε να συμπληρώσετε ερωτήσεις που αναφέρονται σε δημογραφικά χαρακτηριστικά. Στη συνέχεια ζητάμε κάποιες πληροφορίες για το κάπνισμα, άσκηση, διατροφή και την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ στο τέλος αξιολογούμε παραμέτρους της πνευματικής και ψυχικής υγείας.

3. Προσδοκώμενες ωφέλειες

Η σημαντικότητα της ερευνητικής μελέτης βρίσκεται στο ότι προσπαθεί να εντοπίσει τυχόν αλληλεπιδράσεις ή συσχετίσεις μεταξύ του καπνίσματος, της άσκησης, της διατροφής, της χρήσης αλκοόλ, και της ποιότητας ζωής των ενηλίκων εκπαιδευομένων.

4. Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων

Η συμμετοχή σου στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείς με τη δημοσίευση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων της, με την προϋπόθεση ότι οι πληροφορίες θα είναι ανώνυμες και δε θα αποκαλυφθούν τα ονόματα των συμμετεχόντων. Τα δεδομένα που θα συγκεντρωθούν θα κωδικοποιηθούν με αριθμό, ώστε το όνομα σου δε θα φαίνεται πουθενά.

5. Πληροφορίες

Μη διστάσεις να κάνεις ερωτήσεις γύρω από το σκοπό ή/και τον τρόπο πραγματοποίησης της εργασίας. Αν έχεις κάποιες αμφιβολίες ή ερωτήσεις, ζήτησέ μας να σου δώσουμε πρόσθετες εξηγήσεις. **Επιστημονικός υπεύθυνος: Χασάνδρα Μαρία, Λέκτορας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, ΤΕΦΑΑ Τρικάλων, Ερευνήτρια: Τσιαούση Λουΐζα, μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΜΠΣ «Άσκηση και Υγεία» ΤΕΦΑΑ Τρικάλων, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας (louiza04@yahoo.gr).**

6. Ελευθερία συναίνεσης

Η άδειά σου να συμμετάσχεις στην εργασία είναι εθελοντική. Είσαι ελεύθερος να μην συναινέσεις ή να διακόψεις τη συμμετοχή σου όποτε επιθυμείς.

Διάβασα το έντυπο αυτό και κατανοώ τις διαδικασίες που θα εκτελέσω. Συναινώ να συμμετέχω στην εργασία

Ημερομηνία: __/__/__

Υπογραφή συμμετέχοντος

Υπογραφή ερευνητή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
«ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ»

Ερωτηματολόγιο ερευνητικής εργασίας

Οδηγίες:

Παρακαλούμε συμβάλετε στις προσπάθειές μας συμπληρώνοντας το πιο κάτω ερωτηματολόγιο. Τοποθετήστε το τετραγωνάκι που θα επιλέξετε το σημείο (v) ή γράψτε την απάντησή σας στον χώρο που παρέχεται γι αυτό. Η συμμετοχή είναι εθελοντική, συνεπώς δεν είστε υποχρεωμένοι να πάρετε μέρος αν δεν το επιθυμείτε. Τα ερωτηματολόγια που σας ζητάμε να συμπληρώσετε είναι ανώνυμα. Βεβαιωθείτε ότι απαντάτε σε όλες τις ερωτήσεις. Σας ευχαριστούμε πολύ.

A. Δημογραφικά στοιχεία

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα στοιχεία που σας ζητούνται.

Παρακαλούμε σημειώστε με (✓) σε όσες από τις παρακάτω ερωτήσεις έχουν .

- | | |
|--|---|
| <p>1. Ημερομηνία Γέννησης: ___/___/19___</p> <p>2. Εθνικότητα:
_____</p> <p>3. Οικογενειακή κατάσταση:
_____</p> <p>4. Αριθμός παιδιών: <input type="checkbox"/></p> <p>5. Φύλο
 Άνδρας <input type="checkbox"/>
 Γυναίκα <input type="checkbox"/></p> <p>6. Σωματικό βάρος σε χιλιόγραμμα (kgf):.....</p> | <p>7. Σωματικό ανάστημα σε μέτρα:
.....</p> <p>8. Συμπληρώστε την ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης από την οποία αποφοιτήσατε:
 Δημοτικό: <input type="checkbox"/>
 Γυμνάσιο: <input type="checkbox"/>
 Λύκειο: <input type="checkbox"/>
 Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (I.E.K., I.I.E.K., κλπ.): <input type="checkbox"/>
 Τεχνολογική εκπαίδευση: <input type="checkbox"/>
 Πανεπιστημιακή εκπαίδευση: <input type="checkbox"/>
 Μεταπτυχιακό: <input type="checkbox"/>
 Διδακτορικό: <input type="checkbox"/></p> |
|--|---|

9. Επάγγελμα:

Χρόνια Προϋπηρεσίας:

10. Η περιοχή μόνιμη κατοικίας σας
είναι:

Αγροτική (<2000κατ.)

Ημιαστική (2.000 –10.000κατ.)

Αστική (>10.000κατ.)

11. Λύκειο από το οποίο
αποφοιτήσατε

Γενικό

Τεχνικό

Νυχτερινό

Ιδιωτικό

Άλλο _____

12. Σχολή στην οποία επιτύχατε:

13. Τμήμα

14. Έτος σπουδών: _____

15. Σκοπεύετε να κάνετε
μεταπτυχιακές σπουδές;

Ναι

Όχι

Δεν ξέρω

16. Ο πατέρας σας έχει τελειώσει:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΑΕΙ/ΤΕΙ

Αναλφάβητος

Η μητέρα σας έχει τελειώσει:

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΑΕΙ/ΤΕΙ

Αναλφάβητη

17. Το εισόδημά σας είναι:

Εργασία

Από τους γονείς

Μικτό

Άλλο εισόδημα

18. Το ετήσιο οικογενειακό σας

εισόδημα είναι:

Κάτω από 12.000ευρώ

12.000 – 20.000 ευρώ

20.000 – 50.000 ευρώ

Πάνω από 50.000ευρώ

Δε γνωρίζω

Απάντησε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:

Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις ποτέ καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες μέρες του προηγούμενου μήνα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
Πόσα περίπου τσιγάρα κάπνισες την προηγούμενη εβδομάδα; ___ (σημείωσε τον αριθμό)
Πόσα τσιγάρα κάπνισες χθες; επέλεξε μια απάντηση Κανένα <input type="checkbox"/> , 1-5 <input type="checkbox"/> , 6-10 <input type="checkbox"/> , 11-15 <input type="checkbox"/> , 16-20 <input type="checkbox"/> , 21-25 <input type="checkbox"/> , 26 και πάνω <input type="checkbox"/>

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σου με την άσκηση. Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (μιας πρόσφατης εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνεις τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας;

(Γράψε πόσες φορές την εβδομάδα ασκείσαι έντονα-μέτρια-ήπια, για περισσότερο από 15').

ΦΟΡΕΣ /
ΕΒΔΟΜΑΔΑ

A) έντονη άσκηση – η καρδιά χτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης) _____

B) μέτρια άσκηση –όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλεϊ, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς) _____

Γ) ήπια άσκηση – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα, δουλείες σπιτιού, κηπουρική). _____

Αν γυμνάζεσαι συστηματικά τι ακριβώς κάνεις; _____

Πόσες φορές την εβδομάδα; _____ Πόσες ώρες κάθε φορά; _____

Σημείωσε (μία απάντηση) πόσο συχνά πίνεις αλκοολούχα ποτά (π.χ. ούζο, κρασί, μύρα, λικέρ);

- Ποτέ
- Μία μέρα την εβδομάδα ή πιο σπάνια
- 2 – 5 μέρες την εβδομάδα
- Καθημερινά, λιγότερο από 4 ποτήρια
- Καθημερινά, περισσότερο από 4 ποτήρια

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο αναφέρεται στην προσωπική σας άποψη σχετικά με την υγεία σας και την φυσική σας κατάσταση.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Άριστη Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή

2. Συγκριτικά με ένα χρόνο πριν, πώς θα εκτιμούσατε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα;

Πολύ καλύτερα
τώρα από ένα
χρόνο πριν Κάπως
καλύτερα τώρα Σχεδόν ίδιο
όπως ένα χρόνο
πριν Κάπως
χειρότερα τώρα Πολύ
χειρότερα τώρα

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που πιθανώς να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

	Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
A. Σε κουραστικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε δυναμικά σπόρ			
B. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία			
Γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά			
Δ. Στο ανέβασμα <u>ενός</u> ορόφου σκαλοπάτια			
Ε. Στο ανέβασμα <u>αρκετών</u> (2-3) ορόφων σκαλοπάτια			
Στ. Στο λύγισμα, γονάτισμα, σκύψιμο			
Ζ. Στο περπάτημα <u>πάνω από ένα χιλιόμετρο</u>			
Η. Στο περπάτημα <u>μερικών εκατοντάδων μέτρων</u>			
Θ. Στο περπάτημα <u>εκατό μέτρων</u>			
Ι. Όταν ντύνεστε ή όταν κάνετε μπάνιο			

4. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με τη δουλειά σας ή με άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της σωματικής σας υγείας;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε <u>το συνολικό χρόνο</u> που συνήθως ξοδεύετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες		
B. Καταφέρατε <u>λιγότερα πράγματα</u> από ότι θα θέλατε		
Γ. Περιορίσατε <u>τα είδη</u> της δουλειάς ή των άλλων δραστηριοτήτων σας		
Δ. Δυσκολευτήκατε να κάνετε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητές σας (π.χ. χρειαστήκατε να καταβάλετε περισσότερη προσπάθεια)		

5. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με τη δουλειά σας ή με άλλες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων (π.χ. κατάθλιψη, άγχος);

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε <u>το συνολικό χρόνο</u> στο διάβασμα σας ή κάνατε άλλες δραστηριότητες		
B. Καταφέρατε <u>λιγότερα πράγματα</u> από ότι θα θέλατε		
Γ. Διαβάσατε ή κάνατε δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> από ότι συνήθως		

6. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων σε τι βαθμό η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες σας με την οικογένεια, και τους φίλους;

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πάρα πολύ

7. Πόσο σωματικό πόνο είχατε κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων;

Καθόλου Πολύ ήπιο Ήπιο Μέτριο Έντονο Πολύ έντονο

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πάρα πολύ

9. Αυτές οι ερωτήσεις είναι σχετικές με το πώς αισθανθήκατε κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων. Για κάθε ερώτηση παρακαλώ δώστε την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο στο πώς είχατε αισθανθεί.

Για πόσο χρόνο κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων....

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
Αισθανθήκατε γεμάτος ενέργεια;						
Ήσασταν πολύ νευρικός;						
Αισθανθήκατε τόσο πεσμένος ώστε τίποτα δεν μπορούσε να σας ανεβάσει τη διάθεση;						
Αισθανθήκατε ήρεμος και χαλαρός;						
Είχατε πολλή ενέργεια;						
Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;						
Αισθανθήκατε εξάντληση;						
Ήσασταν ευτυχής;						
Αισθανθήκατε κούραση;						

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα η σωματική σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.);

Συνεχώς Το μεγαλύτερο διάστημα Μερικές φορές Μικρό διάστημα Καθόλου

11. Σε τι βαθμό ισχύουν για σας κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις;

	Σίγουρα ΝΑΙ	Μάλλον ΝΑΙ	Δεν ξέρω	Μάλλον ΟΧΙ	Σίγουρα ΟΧΙ
Νομίζω ότι αρρωσταίνω λίγο πιο εύκολα απ' ότι οι άλλοι					
Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου					
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει					
Η υγεία μου είναι εξαιρετική					

Ευχαριστούμε πολύ