

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ**

**ΣΧΕΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕ ΤΗΝ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΝΕΡΓΩΝ**

**του
Λούκα Κ. Ηλία**

**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

1ος Επιβλέπων καθηγητής : Καρατζαφέρη Χριστίνα

2ος Επιβλέπων καθηγητής : Χατζηγεωργιάδης Αντώνιος

3ος Επιβλέπων καθηγητής : Κουτεντάκης Ιωάννης

2007

© 2007
Ηλία Λούκα
ALL RIGHTS RESERVED

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση αυτής της διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο για την πραγματοποίηση της.

Πρώτα απ' όλα οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην υπεύθυνη καθηγήτρια κ. Καρατζαφέρη Χριστίνα λέκτορα του ΤΕΦΑΑ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για την ουσιαστική καθοδήγηση και το ειλικρινές ενδιαφέρον καθ' όλη τη διάρκεια της μεταπτυχιακής μου διατριβής. Χωρίς την πολύτιμη βοήθειά της η εκπόνηση αυτής της εργασίας θα ήταν αδύνατη. Ευχαριστώ θερμά και τους υπεύθυνους καθηγητές αυτής της διατριβής τον κ. Χατζηγεωργιάδη Αντώνη και τον κ. Κουτεντάκη Ιωάννη για την επιστημονική βοήθεια που μου παρείχαν.

Επίσης ευχαριστώ τους υπευθύνους των Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης της Καρδίτσας και των Τρικάλων που με πολύ προθυμία επέτρεψαν την διενέργεια της έρευνας στους χώρους κατάρτισης. Ευχαριστώ πολύ και όλους τους καταρτιζόμενους για τη συμμετοχή τους.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την σύζυγο μου για την ηθική συμπαράσταση, την υπομονή και κατανόηση που έδειξε καθ' όλη την διάρκεια του Μεταπτυχιακού κύκλου σπουδών.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Λούκας Κ.Ηλίας: Σχέση των δεικτών υγείας και ποιότητας ζωής ενηλίκων ανέργων της Δυτικής Θεσσαλίας με την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (Υπό την επίβλεψη της κας. Καρατζαφέρη Χριστίνας)

Η σωματική δραστηριότητα και η σωματική επάρκεια είναι καθοριστικοί παράγοντες υγείας και ποιότητας ζωής. Στην Ελλάδα παρατηρείται μια έξαρση στο υπέρβαρο και στην παχυσαρκία που αποτελούν σημαντικούς προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για πολλές νόσους. Η Δυτική Θεσσαλία είναι μια περιοχή με υψηλά ποσοστά ανεργίας όπου ήδη παρατηρείται έξαρση του υπέρβαρου στις μικρές ηλικίες. Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε η πιθανή σχέση των δεικτών ποιότητας ζωής και υγείας με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση σε ενήλικες της Δυτικής Θεσσαλίας. Στην έρευνα συμμετείχαν 364 ενήλικοι άνεργοι 18-64 ετών ($M= 32.6\pm 10.7$) προερχόμενοι από τον πληθυσμό των ανέργων που παρακολούθησαν σεμινάρια επαγγελματικής κατάρτισης στα ΚΕΚ Καρδίτσας και Τρικάλων από το Δεκέμβριο του 2006 μέχρι το Μάρτη του 2007. Μετρήθηκαν το ύψος και το βάρος των εθελοντών για τον υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Τα επίπεδα ποιότητας ζωής και υγείας αξιολογήθηκαν με το ερωτηματολόγιο SF-36 και τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας εκτιμήθηκαν με ερωτηματολόγιο ανάκλησης (7 day recall). Επίσης, οι εθελοντές έδωσαν στοιχεία σχετικά με το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο. Η στατιστική ανάλυση περιλάμβανε συσχετίσεις κατά Pearson, και αναλύσεις διακύμανσης. Στο σύνολο των συμμετεχόντων το 33.6% είχαν $\Delta\text{Μ}\Sigma > 25$, και το 11.3% είχαν $\Delta\text{Μ}\Sigma > 30$. Από τις αναλύσεις διακύμανσης βρέθηκε ότι τα άτομα με το μικρότερο εισόδημα, και οι μακροχρόνια άνεργοι είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής και μεγαλύτερο ΔΜΣ. Χαμηλούς δείκτες ποιότητας ζωής είχαν επίσης οι έχοντες χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και όσοι δεν διέθεταν ιδιόκτητη κατοικία. Ανάλυση διακύμανσης για να εξεταστούν διαφορές στην σωματική και ψυχική υγεία ως προς το φύλο και το ΔΜΣ έδειξε σημαντική αλληλεπίδραση

μεταξύ των παραγόντων, $F(2, 361) = 4.82, p < .01$. Οι άνδρες άνεργοι ασκούσαν και κάπνιζαν περισσότερο από τις γυναίκες και είχαν καλύτερους δείκτες ποιότητας ζωής. Συνολικά, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και ο ΔΜΣ επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ανέργων της Δ. Θεσσαλίας.

Λέξεις Κλειδιά: *HRQOL, SF-36, SES, physical activity, physical health.*

ABSTRACT

Loukas C. Ilias: Relation of indicators of Health and Life Quality of Western Thessaly adults with their Socioeconomic Status

(Under the supervision of Karatzaferi Christina).

Health and physical fitness are decisive factors of life quality. In Greece an increase in overweight and obesity is observed that constitutes important risk factors for chronic disease. Additionally, Western Thessaly is a region with high rates of unemployment and evidence of increase in the overweight among its population. The purpose of the present study was to examine the relation of indicators of quality life and health with the Socioeconomic Status in adults of Western Thessaly. Participants were 364 adults between 18-64 years old, who attended seminars for professional training in Karditsa's and Trikala's Center of Professional Training from 12/2006 until 03/2007. The height and the weight of volunteers were measured for the calculation of the Body Mass Index (BMI). The quality of life and health levels were evaluated with the SF-36 questionnaire and levels of physical activity were estimated with a 7 day recall questionnaire. The volunteers also gave information regarding their socio-economic status. Statistical analysis included Pearson correlations, and analyses of variance. In total 33.6% of participants had a BMI > 25, and 11.3% had a BMI > 30. Analysis of variance showed that the individuals with the smaller income and the chronically unemployed had poorer quality of life and and unhealthier BMI. Moreover, those with a low education and those who did not own their residence, also reported low scores in quality of life. Variance analysis in order to examine differences in physical and mental health accounting for sex and BMI showed an important interaction between the factors, $F(2, 361) = 4.82, p < .01$. Unemployed men were more active, smoked more and reported better indicators of quality of life than unemployed women. Overall, the results of the present study suggest that the socio-economic status and the BMI influence the quality life indicators related to

health of residents of D. Thessaly.

Keywords: HRQOL, SF-36, SES, physical activity, physical health.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΣΕΛΙΔΑ ΤΙΤΛΩΝ.....	1
ΣΕΛΙΔΑ COPYRIGHT	2
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT	6
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	8
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	12
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	13
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ.....	14
 ΚΕΦΑΛΑΙΑ	
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	16
2. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	24
2.1. ΑΝΕΡΓΙΑ	
2.1.1. ΜΕΤΡΗΣΗ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	25
2.1.2. ΕΙΔΗ ΑΝΕΡΓΙΑΣ.....	25
2.1.3. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	27
2.1.4. Η ΑΝΕΡΓΙΑ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	27
2.1.5. ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ.....	36
2.1.6. ΚΕΝΤΡΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗΣ.....	37
2.1.7. ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ.....	38
2.1.7.1. ΔΟΜΗ, ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ.....	38
2.1.7.2. ΦΟΡΕΙΣ - ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	39
2.1.7.3. ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ – ΑΠΟΚΤΗΘΕΝΤΑ ΠΡΟΣΩΝΤΑ.....	39
2.2. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	

2.2.1.	Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	41
2.2.2.	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	42
2.2.3.	Η ΣΧΕΤΙΚΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	44
2.2.3.1.	Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	45
2.2.3.2.	ΠΩΣ ΚΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΟΝ ΕΚΤΙΜΑΤΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ;.....	47
2.2.3.3.	ΕΓΚΥΡΟΠΟΙΗΣΗ SF 36.....	51
2.3.	ΣΧΕΣΗ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	
2.3.1.	ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	54
2.3.2.	ΑΝΕΡΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ.....	58
2.3.3.	ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΡΟΗΣ	64
2.3.4.	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	71
2.3.5.	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ.....	74
2.3.6.	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ – ΕΙΣΟΔΗΜΑ.....	76
3.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	80
3.1.	ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ.....	80
3.2.	ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ.....	81
3.3.	ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ.....	83
4.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	84
4.1.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	
4.1.1.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΟΣ.....	87
4.1.2.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΧΡΟΝΟΥ ΑΝΕΡΓΙΑΣ.....	88
4.1.3.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ.....	89
4.1.4.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.....	90

4.1.5.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑΣ.....	91
4.1.6.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΜΕΙΟΝΕΚΤΗΜΑΤΟΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ.....	92
4.2.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ	
4.2.1.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΦΥΛΟΥ	93
4.2.2.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΗΛΙΚΙΑΣ	95
4.2.3.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	96
4.3.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ.....	97
4.3.1.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ.....	98
4.3.2.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΕΝΤΑΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ.....	99
4.4.	ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ.....	101
4.5.	ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	102
4.6.	ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	103
5.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	105
5.1.	ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ.....	105
5.2.	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	106
5.3.	ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.....	110
6.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	112
7.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	128
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΔΟΚΙΜΑΖΟΜΕΝΟΥ.....	115
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	116
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ	121

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4: ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ.....	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5 : ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ.....	123
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6 : ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ.....	124
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 7 : ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ, ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ.....	126
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 8 ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΕ Ε.Ε., Η.Π.Α., ΙΑΠΩΝΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ ΤΑ ΕΤΗ 2005, 2006 ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ, ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΔΡΕΣ.....	127

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1</u> : Η ανεργία (%) κατά φύλο και ομάδες ηλικιών	32
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 2.2</u> : Η ανεργία (%) κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης	33
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 2.3</u> : Ποσοστό ανεργίας στις χώρες της Ε.Ε και Η.Π.Α, Ιαπωνία(2000-2006) 34	
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 2.4</u> : ΔΜΣ και κίνδυνος θνησιμότητας	43
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1</u> : Συχνότητες και ποσοστά εμφάνισης τιμών των μεταβλητών του γενικού ερωτηματολογίου	84
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.2</u> : Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις κλιμάκων HRQOL	86
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3</u> : Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ανα φύλο	94
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4</u> : Συχνότητα άσκησης.....	98
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5</u> : Πίνακας έντασης άσκησης (7 days recall).....	100
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3</u> : Δείκτες άσκησης και ποιότητας ζωής συμμετεχόντων στην έρευνα.....	121
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4</u> : Κατάσταση ερωτηματολογίων διατριβής.....	122
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5</u> : Πίνακας συσχετίσεων μεταβλητών	123
<u>ΠΙΝΑΚΑΣ 6.6</u> : Πίνακας στατιστικής ανάλυσης.....	124

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 1.1</u> : Ποσοστό υπέρβαρων και παχύσαρκων στον κόσμο	20
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 2.1</u> : Περιφερειακή διάρθρωση ποσοστού ανεργίας για το β' τρίμηνο 2006-07	31
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 2.2</u> : Ποσοστά ανεργίας ανά φύλο στην Ε.Ε., Η.Π.Α., Ιαπωνία και Ελλάδα το 2006.....	32
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 2.3</u> : Ποσοστό ανεργίας στις χώρες της Ε.Ε και Η.Π.Α, Ιαπωνία (2005-2006)...	35
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 2.4</u> : Ποσοστό ανεργίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα (2000-2006) .	35
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 2.5</u> : Παράμετροι που συνθέτουν την ποιότητα ζωής	46
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 2.6</u> : Κλίμακες κατάταξης τύπου LIKERT 4, 5 και 7 διαβαθμίσεων	48
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 2.7</u> : Γραμμική και οπτική αναλογική κλίμακα 10 εκατοστών	48
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 4.1</u> : Ποσοστό ανέργων κατά φύλο στην Ελλάδα το 2006	95
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 4.2</u> : Ποσοστό συμμετοχής των ανέργων κατά φύλο στην έρευνα	95
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 4.3</u> : Ποσοστά καπνιστών και μη καπνιστών	101
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 6.7</u> : Κατάσταση απασχόλησης κατά φύλο και ποσοστό ανεργίας.....	126
<u>ΓΡΑΦΗΜΑ 6.8</u> : Ποσοστό ανεργίας σε Ε.Ε., Η.Π.Α., Ιαπωνία και Ελλάδα τα έτη 2005,.... 2006 στο σύνολο, γυναίκες και άνδρες.....	127

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ

BF	Body Fat (λίπος σώματος)
BMI	Body Mass Index
BRFSS	Behavioral Risk Factor Surveillance System
CTVB	Council tax valuation bands (ζώνες φορολογικής αξιολόγησης)
ESRD	End-stage renal disease (τελευταίο στάδιο νεφρικής ασθένειας)
HRQOL	Health-Related Quality of Life, (σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής)
ILO	International Labor Organization (μέθοδος διεθνών γραφείων εργασίας)
IQOLA	international quality of life assessment project
LTPA	Leisure time physical activities (σωματικές δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)
M	Mean - Μέσος Όρος (M.O.)
	National Statistics Socio-Economic Classification (Εθνική στατιστική
NS-*SEC	κοινωνικοοικονομική ταξινόμηση)
SD	Standard Deviation (Τυπική Απόκλιση)
SES	Sosioeconomic Status (κοινωνικοοικονομική θέση)
SF-36	Short Form 36
WC ή	
WaC	waist circumference (περιφέρεια μέσης)
ΑΕΠ	Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
ΔΣΑ	Δείκτης Συχνότητας Άσκησης
ΔΣΔ	Δείκτης Σωματικής Δραστηριότητας
Ε.ΚΕ.ΠΙΣ.	Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση

ΕΣΥΕ	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος.
Κ.Ε.Κ.	Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης
NHANES	National Health and Nutrition Examination Surveys
ΟΑΕΔ	Οργανισμός Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
Σ.Ε.Κ.	Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η **ποιότητα ζωής** είναι βασικό μέλημα των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Παρόλο που οι συνθήκες διαβίωσης διαφέρουν σημαντικά μεταξύ των χωρών της διευρυμένης Ευρώπης, οι αξίες και οι προτεραιότητες που προσδιορίζουν την ποιότητα ζωής είναι οι ίδιες. Αυτό είναι το βασικό συμπέρασμα έκθεσης για τις συνθήκες διαβίωσης και την ποιότητα ζωής που εκπόνησαν από κοινού η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας. Η ικανοποιητική εργασία κατέχει την πρώτη θέση μεταξύ των παραγόντων ευζωίας σε όλη την Ευρώπη, ενώ η καταπολέμηση της ανεργίας θεωρείται το βασικό μέσο για τη βελτίωση των οικονομικών και κοινωνικών συνθηκών (Fahey Tony et al., 2004).

Ο πληθυσμός κάθε χώρας διακρίνεται σε **οικονομικά ενεργό** πληθυσμό ή απλά **εργατικό δυναμικό** και σε **οικονομικά μη ενεργό** πληθυσμό. Το **εργατικό δυναμικό** της οικονομίας **απαρτίζουν** τα άτομα που είναι **ικανά προς εργασία και θέλουν να εργαστούν**. Δεν ανήκουν στο εργατικό δυναμικό (οικονομικά μη ενεργός πληθυσμός) τα άτομα που δεν μπορούν (μικρά παιδιά, ηλικιωμένοι, ασθενείς, κλπ.), ή δεν θέλουν να εργαστούν (άεργοι).

Με βάση τα παραπάνω μπορούμε να δώσουμε τους εξής ορισμούς:

❖ **Απασχολούμενοι** είναι τα άτομα που εργάζονται επειδή θέλουν και μπορούν να εργαστούν.

❖ **Εργατικό δυναμικό** είναι όλα τα άτομα τα οποία μπορούν και θέλουν να εργαστούν.

❖ **Άνεργοι** είναι τα άτομα τα οποία μπορούν και θέλουν να εργαστούν, αλλά δεν βρίσκουν εργασία.

Κατά συνέπεια το εργατικό δυναμικό ισούται με το άθροισμα των απασχολουμένων και των ανέργων.

Η ανεργία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως από την αποτυχία σύνδεσης της

εκπαίδευσης και κατάρτισης με την αγορά εργασίας, από τις πολιτικές διαμόρφωσης του εργασιακού περιβάλλοντος, από τις εργασιακές σχέσεις, από τις διακυμάνσεις του οικονομικού κύκλου κ.α. Υπεύθυνη για την κατάγραφή των στοιχείων που σχετίζονται με την απασχόληση και την ανεργία, είναι η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ) μέσα από τις Έρευνες Εργατικού Δυναμικού. Βάση των ILO (International Labor Organization) και αυτών που ακολουθούνται για το σύνολο της Ευρωπαϊκής Ένωσης από την Eurostat, ο όρος «απασχολούμενος» περιλαμβάνει τα άτομα ηλικίας άνω των 15 ετών, που έχουν εργαστεί τουλάχιστον για μία ώρα κατά την εβδομάδα αναφοράς και αμείφθηκαν με μισθό, προμήθεια, ή σε είδος.

Τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (Κ.Ε.Κ.) ως εκπαιδευτικοί οργανισμοί αναλαμβάνουν το έργο της κατάρτισης κατά κύριο λόγο των **ανέργων** αλλά και των **εργαζόμενων**.

Τα ΚΕΚ έχουν στόχο την οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη των νομών και των περιφερειών και ειδικότερα την αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού. Η κατάρτιση, η δημιουργία νέων θέσεων εργασίας και η μείωση της ανεργίας είναι ο πρωταρχικός σκοπός τους. Αυτό το πετυχαίνουν υλοποιώντας προγράμματα συνεχιζόμενης κατάρτισης για ανέργους και εργαζόμενους. Τα προγράμματα Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης περιλαμβάνουν θεωρητική κατάρτιση και πρακτική άσκηση σε επιχειρήσεις, ενώ οι καταρτιζόμενοι συνήθως επιδοτούνται καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος.

Η καταπολέμηση της ανεργίας και η βελτίωση της οικονομικής κατάστασης των καταρτιζομένων οδηγεί σε βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία τους.

Η **υγεία** θεωρείται από όλους τους ανθρώπους διαχρονικά, το κυριότερο στοιχείο για μια ευτυχισμένη ζωή. Η έννοια της υγείας στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας διέφερε στους διάφορους πολιτισμούς. Η **Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.)** το 1946 στην

ιδρυτική της διακήρυξη όρισε την υγεία ως **“την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας”**. Πέρα όμως από την υγεία, η έννοια της **ευεξίας (wellness)** συζητείται επίσης πρόσφατα. Ως ευεξία θεωρείται η διαδικασία βελτιστοποίησης της υγείας και συχνά χρησιμοποιείται εναλλακτικά με τον όρο υγεία. Η ευεξία εκφράζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας κατ’ αναλογία με τις έννοιες νόσος (αντικειμενική) και αρρώστια (υποκειμενική) (Σουρτζή Π., 1998).

Η **ποιότητα ζωής** αναφέρεται στο βαθμό ευεξίας και ικανοποίησης που βιώνει ο ερωτώμενος μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, σε τομείς της ζωής του που θεωρεί σημαντικούς και που επηρεάζονται από την ασθένεια ή τη θεραπεία της (Iconomou G, 2003). Η έννοια της **ποιότητας ζωής** είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει την αίσθηση της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας.

Ο πιο συνηθισμένος τρόπος εκτίμησης της ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση μεταφρασμένων και έγκυρων ερωτηματολογίων που είναι διεθνώς αποδεκτά. Ένα από τα πιο γνωστά και ευρέως χρησιμοποιούμενα όργανα μέτρησης των διαστάσεων της ποιότητας ζωής είναι η επισκόπηση υγείας SF-36 (SF-36 health survey). Χρησιμοποιείται σε πολλές χώρες για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων υγείων και κλινικών ομάδων του πληθυσμού. Οι ερευνητές της μελέτης των ιατρικών αποτελεσμάτων (medical outcomes study, MOS) επέλεξαν μετά από επεξεργασία 36 ερωτήσεις από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων, που σχηματίστηκαν κατόπιν αξιολόγησης πολλών οργάνων μέτρησης τα οποία χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Το υπέρβαρο και η παχυσαρκία ορίζονται ως η ανώμαλη ή υπερβολική συσσώρευση λίπους που μπορεί να εξασθενίσει την υγεία. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) [Body mass index (BMI)] είναι ένας απλός δείκτης που χρησιμοποιείται συνήθως στην ταξινόμηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας στους ενήλικους πληθυσμούς. Ορίζεται ως το

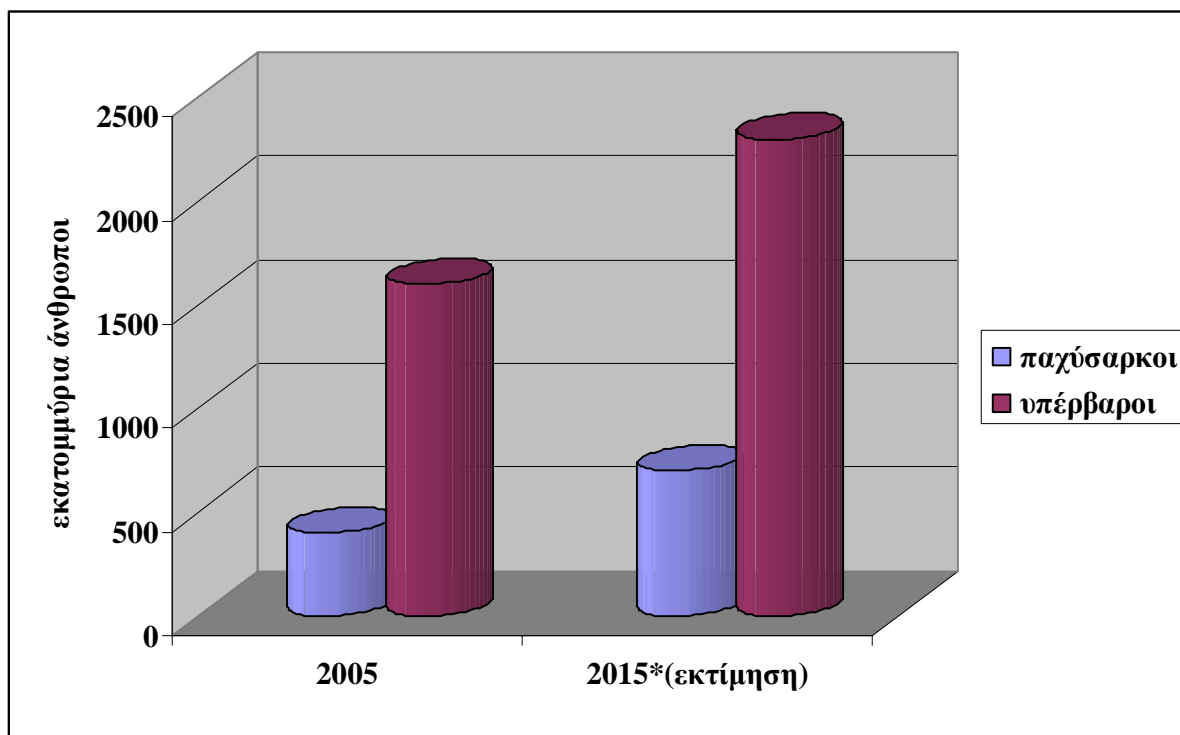
βάρος (σε χιλιόγραμμα) προς το τετράγωνο του ύψους (σε μέτρα) (kg/m^2). Ο ΔΜΣ παρέχει τη πιο χρήσιμη μέθοδο εκτίμησης, σε επίπεδο πληθυσμού, του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας. Εντούτοις, δεν είναι ευαίσθητη μέθοδος επειδή μπορεί να μην αντιστοιχεί στο ίδιο ποσοστό λίπους σε διαφορετικά άτομα. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (WHO) (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>) 9/2007, καθορίζει "το υπερβολικό βάρος" ως ΔΜΣ ίσο ή μεγαλύτερο από 25, και "την παχυσαρκία" ως ΔΜΣ ίσο ή μεγαλύτερο από 30. Υπάρχουν στοιχεία ότι ο κίνδυνος χρόνιας πάθησης στους πληθυσμούς αυξάνεται σταδιακά πέρα από ένα ΔΜΣ 21. Για τα νήπια και τα παιδιά η Π.Ο.Υ. προωθεί από τον Απρίλιο του 2006 εξειδικευμένα διαγράμματα ΔΜΣ.

Σύμφωνα με πρόσφατα στοιχεία της Π.Ο.Υ. το 2005:

- περίπου 1,6 δισεκατομμύρια ενήλικοι (ηλικίας άνω των 15 ετών) ήταν υπέρβαροι
- περίπου 400 εκατομμύρια ενήλικοι ήταν παχύσαρκοι.

Περαιτέρω εκτιμήσεις της ΠΟΥ δείχνουν ότι μέχρι το 2015, περίπου 2,3 δισεκατομμύρια ενήλικοι θα είναι υπέρβαροι και περισσότεροι από 700 εκατομμύρια θα είναι παχύσαρκοι. Επιπλέον, τουλάχιστον 20 εκατομμύρια παιδιά κάτω από την ηλικία 5 ετών ήταν υπέρβαροι σ' όλο τον κόσμο το 2005.

Το **Γράφημα 1.1.** παρουσιάζει το ποσοστό των υπέρβαρων και των παχύσαρκων στον κόσμο με βάση τα στοιχεία της ΠΟΥ για το 2005.



Γράφημα 1.1. Ποσοστό υπέρβαρων και παχύσαρκων στον κόσμο (στοιχεία ΠΟΥ 2005).

Κάποτε το πρόβλημα αυτό αφορούσε μόνο τις χώρες υψηλού εισοδήματος. Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία βρίσκονται όμως τώρα σε εντυπωσιακή άνοδο και στις χαμηλού και μέσου εισοδήματος χώρες, ιδιαίτερα στις αστικές περιοχές.

Η χαμηλή **σωματική δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου** συνδέεται με το υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία (Wyatt, Peters, Reed, Barry, & Hill, 2005), το διαβήτη (Wasserman & Zinman, 1994), τις καρδιαγγειακές ασθένειες την νοσηρότητα και τη θνησιμότητα (Chandrashekar & Anand, 1991; Helmrich, Ragland, & Paffenbarger, 1994). Η σωματική δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου με τη μείωση της αρτηριακής πίεσης σε υπερτασικές ομάδες του γενικού πληθυσμού (Braith, Pollock, Lowenthal, Graves, & Limacher, 1994), με την προστασία από την ανάπτυξη του διαβήτη II (Lynch et al., 1996; Rice, Janssen, Hudson, & Ross, 1999), με την αύξηση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη (Zinman, Ruderman, Campaigne, Devlin, & Schneider, 2004), και με τη μείωση του βάρους και της σπλαγχνικής συσσώρευσης λίπους (Ross et al., 2000). Επίσης βελτιώνει την καρδιοαναπνευστική ικανότητα και τη σωματική

απόδοση (Dunn et al., 1999). Η χαμηλή σωματική δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου συνδέεται με το χαμηλό εισόδημα (Kavanagh et al., 2005), τη χαμηλή (σύντομη) εκπαίδευση (Wister, 1996; Mensink, Loose, & Oomen, 1997), τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση (Lindström, Hanson, & Ostergren, 2001; Eyster et al., 2002), τη χαμηλή κοινωνική συμμετοχή, ιδιαίτερα μελών μειονοτικών ομάδων (Lindström & Sundquist, 2001).

Στην Ελλάδα αλλά και ειδικότερα στην περιοχή της Θεσσαλίας δεν υπάρχουν μελέτες που να εξετάζουν τους δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής των ανέργων.

Με βάση τα παραπάνω υποθέσαμε ότι η ποιότητα ζωής των ανέργων της Δ. Θεσσαλίας επηρεάζεται από το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο και το ΔΜΣ.

Λαμβάνοντας λοιπόν υπόψη ότι:

1. η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συμπεριλαμβανομένου του επιπέδου της απασχόλησης επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ενηλίκων,
2. τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής όλων των ανθρώπων ανεξαρτήτως ηλικίας,
3. στην Ελλάδα παρατηρείται έξαρση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας,
4. η περιοχή της Δυτικής Θεσσαλίας είναι μια περιοχή επιβαρυνμένη όσον αφορά τους οικονομικούς δείκτες ανάπτυξης με υψηλά ποσοστά ανεργίας και χρήζει στήριξης,
5. μέσα από τα προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης τα ΚΕΚ, στοχεύουν στην αύξηση της παραγωγικότητας, της απασχόλησης του βιοτικού επιπέδου και κατ' επέκταση της ποιότητας ζωής των καταρτιζομένων, επομένως ελκύουν ενήλικες ανέργους

εξετάσαμε την ποιότητα ζωής και το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας των ανέργων ενηλίκων των περιοχών Καρδίτσας και Τρικάλων που παρακολούθησαν σεμινάρια

επαγγελματικής κατάρτισης στα ΚΕΚ των παραπάνω νομών από τον Δεκέμβρη του 2006 μέχρι και το Μάρτη του 2007.

Δεν συμμετείχαν ή αποκλείστηκαν από τη μελέτη :

- οι ανήλικοι,
- τα άτομα που δεν ανήκαν στο εργατικό δυναμικό της χώρας,
- όσοι δεν συμπλήρωσαν το έντυπο συναίνεσης.

Ειδικότερα η παρούσα μελέτη:

1. Εξετάζει τους πολλαπλούς δείκτες ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις επιλεγμένες συμπεριφορές υγείας για τους ανέργους ενήλικους της Δυτικής Θεσσαλίας

2. Καθορίζει κατά πόσο η **ποιότητα ζωής** των ανέργων ενηλίκων της Δυτικής Θεσσαλίας επηρεάζεται από:

α) την **κοινωνικοοικονομική κατάσταση**

- εισόδημα
- χρόνος ανεργίας
- εκπαιδευτικό επίπεδο
- τόπος κατοικίας
- ιδιοκτησία
- οικονομικό μειονέκτημα παιδικής ηλικίας

β) το **επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας και το κάπνισμα**

γ) το **φύλο, την ηλικία και το Δείκτη Μάζας Σώματος**

3. Σκιαγραφεί το **προφίλ** (όσον αφορά το ΔΜΣ, τους δείκτες ποιότητας ζωής και το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας) **των ανέργων ενηλίκων της περιοχής της Δυτικής Θεσσαλίας.**

4. Εξετάζει τη **συνεισφορά** του ΔΜΣ, του Δείκτη Σωματικής Δραστηριότητας και του καπνίσματος στην ερμηνεία της διακύμανσης των δεικτών ποιότητας ζωής των ανέργων.

5. Ερευνά τις **συσχετίσεις** μεταξύ των παραγόντων υγείας και ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων.

Δεν υπάρχουν μελέτες που να εξετάζουν δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής ανέργων στην περιοχή της Θεσσαλίας ούτε στην Ελλάδα γενικότερα.

Είναι σημαντικό λοιπόν να εξεταστούν οι παραπάνω μεταβλητές με σκοπό :

1. την έκδοση συμπερασμάτων όσον αφορά την αποτελεσματικότητα των παραδοσιακών προγραμμάτων κατάρτισης α) στην ανάπτυξη υγιεινών συμπεριφορών των καταρτιζομένων β) στη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης
2. την υποβολή προτάσεων για βελτίωση του περιεχομένου των προγραμμάτων κατάρτισης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των καταρτιζομένων ανέργων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Πολύ λίγες μελέτες έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση των επιπτώσεων κάθε είδους ανεργίας στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των ανέργων. Μια από τις μελετημένες επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία είναι το χαμηλότερο επίπεδο ψυχολογικής ευημερίας μεταξύ των ανέργων (Janlert, 1997). Εντούτοις, παρά την υψηλή επικράτηση των αναταραχών στην ψυχική υγεία των γυναικών, τη διαφορετική θέση των ανδρών και των γυναικών στην αγορά εργασίας, και τις διαφορές φύλου στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας (Doyal, 2001), πιθανές διαφορές φύλου στις αντιδράσεις στην ανεργία έχουν εξεταστεί σπάνια. Πράγματι, πολλές μελέτες που εστιάζουν στην ανεργία έχουν περιλάβει άνδρες (Bartley & Owen, 1996). Η οικονομική πίεση της ανεργίας μπορεί να προκαλέσει φτωχή ψυχική υγεία, και οι μελέτες έχουν εκθέσει τα ευεργετικά αποτελέσματα της αποζημίωσης των ανέργων (Rodriguez, Frongillo, & Chandra, 2001). Εντούτοις, η ανεργία μπορεί επίσης να συνδεθεί με τη φτωχή ψυχική υγεία ως αποτέλεσμα της απουσίας μη οικονομικών οφελών που συνδέονται με την εργασία, όπως η κοινωνική θέση, ο αυτοσεβασμός, η σωματική και ψυχική δραστηριότητα, και η χρήση των δεξιοτήτων κάποιου (Bartley, 1994). Η δική μας μελέτη διερευνά τις επιπτώσεις της ανεργίας σε όλους τους δείκτες της ποιότητας ζωής καθώς επίσης και στον ΔΜΣ. Εξετάζει διαφορές των επιπτώσεων της ανεργίας ανάμεσα στα δύο φύλα, σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Δίνει επίσης έμφαση στις επιπτώσεις που μπορεί να έχουν διάφοροι δείκτες κοινωνικοοικονομικής κατάστασης όπως το εισόδημα και το εκπαιδευτικό επίπεδο στην ποιότητα ζωής των ανέργων μιας συγκεκριμένης περιοχής της Ελλάδας που για πολλά χρόνια υπέφερε και υποφέρει από την ανεργία.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που ακολουθεί έγινε με βασικό κριτήριο την ανεργία και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα

ζωής των ανέργων. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν : ανεργία (unemployment), ποιότητα ζωής (Quality of life), κοινωνικοοικονομική κατάσταση (SES), σωματική δραστηριότητα (Physical activity), Δείκτης Μάζας Σώματος (BMI).

2.1 ANEΡΓΙΑ

2.1.1 Μέτρηση της Ανεργίας

Το μέγεθος της ανεργίας μπορεί να μετρηθεί ως απόλυτο μέγεθος, για παράδειγμα, πεντακόσιες χιλιάδες άνεργοι. Συνήθως όμως η ανεργία υπολογίζεται ως ποσοστό επί τοις εκατό (%) του εργατικού δυναμικού, για παράδειγμα, 10%.

$$\text{Ποσοστό Ανεργίας} = \frac{\text{Αριθμός Ανέργων}}{\text{Εργατικό Δυναμικό}} \times 100$$

Το ποσοστό της ανεργίας μπορεί να διαφέρει κάθε χρόνο, καθώς μεταβάλλεται το απόλυτο μέγεθος της ανεργίας ή του εργατικού δυναμικού ή και τα δύο μαζί.

Τα στοιχεία για την ανεργία στηρίζονται συνήθως στις δηλώσεις των ίδιων των ανέργων στα ταμεία ανεργίας των κρατών. Ως εκ τούτου μια χώρα με πολύ υψηλότερα επιδόματα ανεργίας από μια άλλη, είναι δυνατόν να παρουσιάζει μεγαλύτερη ανεργία επειδή περισσότεροι άνεργοι κάνουν δήλωση ανεργίας για να λάβουν το επίδομα.

2.1.2 Είδη ανεργίας

Υπάρχουν τέσσερα είδη ή κατηγορίες ανεργίας: **η εποχιακή ανεργία, η ανεργία τριβής, η διαρθρωτική ανεργία και η ανεργία λόγω ανεπαρκούς ζήτησης (ή κεϋνσιανή ανεργία)** (Λιανός, Παπαβασιλείου, & Χατζηανδρέου, 2005).

Εποχιακή ανεργία: Είναι η ανεργία που οφείλεται στις μεταβολές που επέρχονται στην παραγωγική δραστηριότητα πολλών επιχειρήσεων, όπως για παράδειγμα, στις αγροτικές και τις τουριστικές επιχειρήσεις κατά τη διάρκεια του έτους. Οι μεταβολές της

παραγωγής οδηγούν σε μεταβολές της απασχόλησης και κατά συνέπεια σε μεταβολές της ανεργίας. Χαρακτηριστικό αυτού του είδους της ανεργίας είναι η επαναληπτικότητα και η σχετικά μικρή διάρκεια.

Ανεργία τριβής: Οφείλεται στην αδυναμία της αγοράς εργασίας να απορροφήσει τους ανέργους, παρά την ύπαρξη κενών θέσεων εργασίας, για τις οποίες οι άνεργοι διαθέτουν τα απαραίτητα προσόντα. Η ανεργία τριβής οφείλεται και στην αδυναμία των ανέργων να εντοπίζουν τις επιχειρήσεις με τις κενές θέσεις εργασίας αλλά και στην αδυναμία των επιχειρήσεων να εντοπίζουν τους άνεργους που μπορούν να καλύψουν τις κενές θέσεις εργασίας. Επίσης, περιλαμβάνονται τα άτομα που, εξαιτίας φυσικών αιτιών, καθίστανται ανίκανα προς εργασία. Γενικά το είδος αυτό της ανεργίας οφείλεται στην έλλειψη ενός αποτελεσματικού συστήματος πληροφοριών και θα πρέπει να διατηρείται σε ένα ελάχιστο επίπεδο πέρα από το οποίο δεν μπορεί να μειωθεί σε μια δυναμική κοινωνία.

Διαρθρωτική ανεργία: Είναι η ανεργία που οφείλεται στην αναντιστοιχία των διαθέσιμων προσόντων των ανέργων και αυτών που απαιτούνται για την κάλυψη των κενών θέσεων εργασίας που υπάρχουν. Για παράδειγμα, είναι δυνατόν σε μια οικονομία να υπάρχει ανεργία καθηγητών φυσικής αγωγής και έλλειψη οικονομολόγων. Η διαρθρωτική ανεργία οφείλεται σε τεχνολογικές μεταβολές, οι οποίες δημιουργούν νέα επαγγέλματα και απαξιώνουν άλλα, και σε αλλαγές στη διάρθρωση της ζήτησης, οι οποίες αυξάνουν τη ζήτηση ορισμένων αγαθών και ταυτόχρονα μειώνουν τη ζήτηση άλλων. Είναι προφανές ότι το είδος αυτό της ανεργίας οφείλεται στις αναντιστοιχίες μεταξύ της προσφοράς και της ζήτησης της εργασίας, επειδή κάποιοι κλάδοι απασχόλησης έχουν αυξανόμενη ζήτηση ενώ κάποιοι άλλοι πτωτική ζήτηση. Η μείωση αυτής της μορφής της ανεργίας απαιτεί επανακατάρτιση των ανέργων, με σκοπό την απόκτηση των απαραίτητων προσόντων για την κάλυψη των κενών θέσεων εργασίας.

Ανεργία Ανεπαρκούς Ζήτησης: Είναι γνωστή και ως Κεϋνσιανή ανεργία και

προέρχεται από την πτώση της οικονομικής δραστηριότητας που παρατηρείται στις φάσεις της καθόδου και της ύφεσης του οικονομικού κύκλου. Οφείλεται στην αδυναμία της συνολικής ζήτησης της οικονομίας να απορροφήσει τη συνολική προσφορά του εργατικού δυναμικού. Έχει κυκλικό χαρακτήρα και η χρονική της διάρκεια εξαρτάται από τη διάρκεια του οικονομικού κύκλου.

2.1.3 Συνέπειες της ανεργίας

Τρεις είναι οι βασικές οικονομικές συνέπειες της ανεργίας: **1^ο** δημιουργεί απώλεια παραγωγικών δυνάμεων και συγκεκριμένα της ανθρώπινης εργασίας, άρα η οικονομία παράγει λιγότερο από αυτό που θα μπορούσε να παράγει, **2^ο** σημαίνει απώλεια εισοδήματος για τον άνεργο και **3^ο** επιβαρύνει τον κρατικό προϋπολογισμό, εξαιτίας της παροχής των επιδομάτων ανεργίας.

Όπως γίνεται αντιληπτό οι συνέπειες της ανεργίας είναι μεγαλύτερες, γιατί πέρα από τις οικονομικές επιπτώσεις, η ανεργία δημιουργεί σοβαρά κοινωνικά προβλήματα.

Η ανεργία όταν αποκτά χρόνια χαρακτηριστικά (μακροχρόνια ανεργία), και πλήττει ακόμη πιο ειδικές πληθυσμιακές ομάδες (για παράδειγμα γυναίκες μονογονείς με ανήλικα τέκνα), μπορεί πολύ εύκολα να περιθωριοποιήσει και να αποκόψει κοινωνικά, επαγγελματικά και οικονομικά μεγάλο ποσοστό των πληττομένων ανέργων.

2.1.4 Η ανεργία στην Ευρώπη και στην Ελλάδα

Πρόσφατη έρευνα που έγινε ανάμεσα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Fahey Tony et al., 2004) έδειξε ότι η ανεργία θεωρείται η βασική αιτία της φτώχειας, πριν από τον αλκοολισμό, την αρρώστια, τη διάλυση της οικογένειας και την τοξικομανία. Η περικοπή των κοινωνικών παροχών αναφέρεται ως σημαντικός παράγοντας της φτώχειας στις υπό ένταξη και υποψήφιες χώρες, ενώ οι πολίτες στην ΕΕ των <15> θεωρούν την έλλειψη

εκπαίδευσης ως σημαντική αιτία φτώχειας. Ο αλκοολισμός αναφέρεται συχνότερα στις υπό ένταξη και τις υποψήφιες χώρες ως βασική αιτία της φτώχειας, ενώ η τοξικομανία αναφέρεται περισσότερο από τους πολίτες της ΕΕ των «15». Στο ερώτημα σχετικά με τις γενικότερες αιτίες της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, η κοινωνική αδικία αναφέρεται ως η βασική αιτία στην ΕΕ των «25», αν και μόνο το 35% των ερωτηθέντων στην ΕΕ των «15» έχουν αυτή την άποψη σε σύγκριση με την απόλυτη πλειοψηφία στις υπό ένταξη και υποψήφιες χώρες. Το 21% των ανέργων και το 18% των συνταξιούχων στις υπό ένταξη χώρες σε σύγκριση με το 13% μόνο των εργαζομένων αναφέρουν την απουσία κοινωνικής ενσωμάτωσης. Οι περισσότεροι Ευρωπαίοι πιστεύουν επίσης ότι η ανεργία είναι η σημαντικότερη αιτία της φτώχειας ή του κοινωνικού αποκλεισμού.

Το εισόδημα και άλλες υλικές συνθήκες, οι ανθρώπινες σχέσεις, η συμμετοχή σε μια ομάδα ή κοινότητα, η εκπαίδευση και οι ψυχολογική κατάσταση αποτελούν βασικούς παράγοντες που προσδιορίζουν την ευζωία. Οι αξίες και οι προτεραιότητες είναι παρεμφερείς στις 28 χώρες. Η έρευνα αποκάλυψε ότι η καλή υγεία, το επαρκές εισόδημα και η οικογένεια είναι οι τρεις βασικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην καλή ζωή για τους περισσότερους Ευρωπαίους. Οι περισσότεροι Ευρωπαίοι εξαρτώνται επίσης από τη στήριξη της οικογένειας για να τους προφυλάξει από τον κοινωνικό αποκλεισμό (Fahey Tony et al., 2004). Περισσότερα στοιχεία για την έκθεση διατίθενται στο διαδίκτυο στη διεύθυνση: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/105/en/1/ef04105en.pdf>.

Βασική διαπίστωση της έκθεσης είναι ότι ο βαθμός ικανοποίησης των πολιτών της Ευρώπης των «28» από τη ζωή τους συνδέεται στενά με το εισοδηματικό επίπεδο και με το κατά κεφαλή ΑΕΠ. Οι χαμηλοί βασικοί οικονομικοί δείκτες στις 13 νεοενταχθείσες και υποψήφιες χώρες εξηγούν το χαμηλό βαθμό ικανοποίησης από τις συνθήκες διαβίωσης. Ωστόσο, στην έκθεση τονίζεται ότι το αίσθημα του κοινωνικού αποκλεισμού δεν είναι περισσότερο έντονο στις υπό ένταξη χώρες το 64% του πληθυσμού των υπό ένταξη χωρών

(σε σύγκριση με 69% στην ΕΕ των 15) θεωρούν ότι είναι κοινωνικά ενταγμένοι παρά τα περισσότερα έντονα οικονομικά προβλήματα.

Η πλειοψηφία των Ευρωπαίων στα 28 σημερινά και μελλοντικά κράτη μέλη συμφωνούν ότι η εργασία δεν είναι μόνο πηγή εισοδήματος, αλλά και κοινωνικών επαφών και μιας καλύτερης γενικότερα ποιότητας ζωής, ενώ τονώνει συγχρόνως την αυτοεκτίμηση. Για παράδειγμα, από τους συμμετέχοντες στην έρευνα, αυτοί που είχαν μείνει άνεργοι για διάστημα τουλάχιστον δύο ετών κατά τα τελευταία πέντε έτη ανέφεραν ότι ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι με τη ζωή τους γενικά, με την οικογενειακή και κοινωνική ζωή καθώς και με την υγεία σε σύγκριση με αυτούς που είχαν σταθερή απασχόληση.

Ωστόσο, οι δύσκολες συνθήκες εργασίας επηρεάζουν αρνητικά το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή. Όσοι εργάζονται υπερωριακά ή κάνουν επίπονη και εξαντλητική από σωματικής και ψυχολογικής απόψεως εργασία δηλώνουν λιγότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους σε σχέση με άλλους που εργάζονται σε καλύτερες συνθήκες. Επίσης, το 20% περίπου των εργαζόμενων Ευρωπαίων δηλώνουν ότι οι κοινωνικές τους σχέσεις έχουν διαταραχθεί εξαιτίας της εργασίας τους.

Το ποσοστό αυτό είναι υψηλότερο στις υπό ένταξη και τις υπονήφιες χώρες (27%) σε σχέση με την ΕΕ των «15» (19%). Επιπλέον, το 61% αυτών που δηλώνουν ότι η εργασία τους είναι καταπιεστική από ψυχολογικής απόψεως, το 54% αυτών που κάνουν σωματικά κοπιαστική εργασία και το 49% όσων εργάζονται πολλές ώρες ισχυρίζονται ότι έχουν δυσκολίες στις σχέσεις με την οικογένειά τους και τους φίλους εξαιτίας της εργασίας τους. Περισσότεροι από ένας στους τρεις όσων εργάζονται τουλάχιστον 48 ώρες αναφέρουν ότι έχουν δύσκολες κοινωνικές σχέσεις. Ωστόσο, η διάκριση μεταξύ της μερικής και της πλήρους απασχόλησης δεν φαίνεται να επηρεάζει τις σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους. (Fahey Tony et al., 2004)

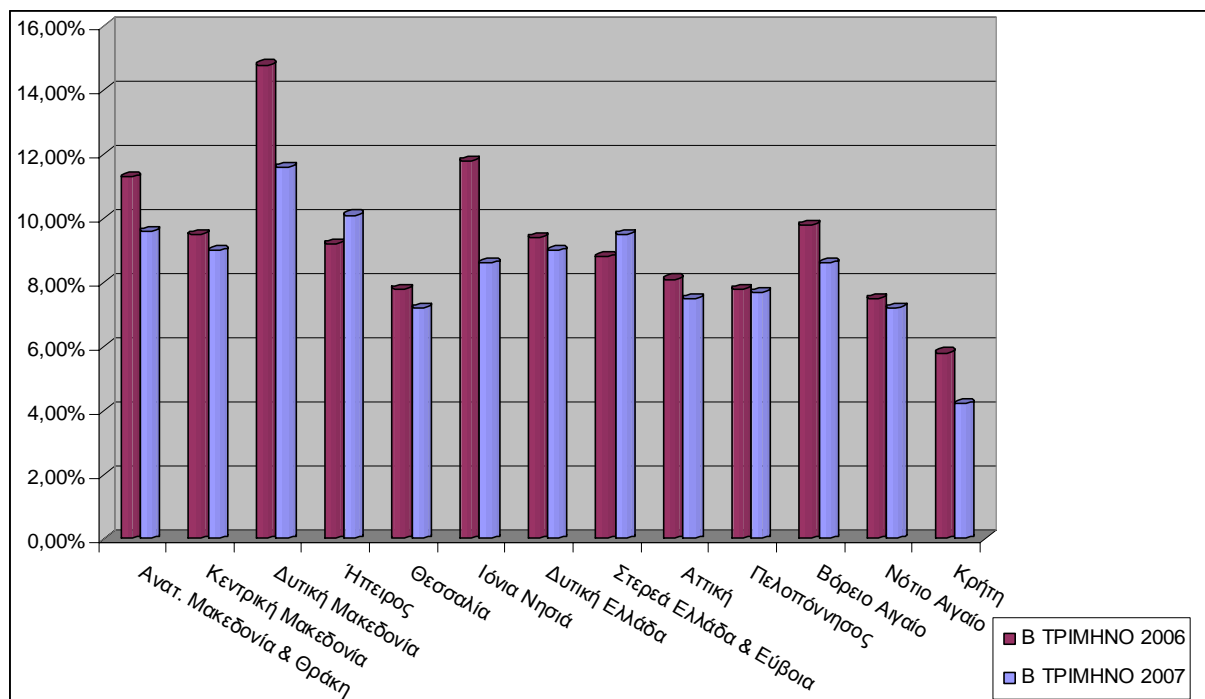
Σύμφωνα λοιπόν με τα τελευταία στοιχεία, στην Ελλάδα τα ποσοστά ανεργίας κατά την

τελευταία πενταετία κυμάνθηκαν ως επί το πλείστον σε επίπεδα γύρω στο 10% (European Commission > Eurostat Home page, http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=1996,39140985&_dad=portal&_schema=PORTAL&screen=detailref&language=en&product=STRIND_EMPLOI&root=STRIND_EMPLOI/emploi/em071). Κατά το 2006, το ποσοστό ανεργίας ανήλθε σε 8.9% την ώρα που ο ευρωπαϊκός μέσος όρος δεν ξεπερνά το 7.9%. Το ποσοστό των απασχολούμενων στο σύνολο του πληθυσμού διατηρεί την αυξητική τάση της τελευταίας διετίας, καταγράφοντας το 2006 ιστορικό υψηλό πενταετίας με ποσοστό 61%.

Ιδιαίτερη βαρύτητα στην ανάλυση της αγοράς εργασίας προσδίδεται στα χρονικά διαστήματα παρατεταμένης ανεργίας. Η λεγόμενη και ως **μακροχρόνια ανεργία** αποτελεί τον κύριο άξονα κάθε πολιτικής απασχόλησης καθότι παρουσιάζει εγγενή χαρακτηριστικά που καθιστούν την αντιμετώπισή της ιδιαίτερα δυσχερή. Έτσι, ενώ η κυκλική ανεργία μπορεί να αποδοθεί στην μεταβαλλόμενη οικονομική συγκυρία, τη δεδομένη κινητικότητα της σύγχρονης αγοράς εργασίας και συνεπώς να θεωρηθεί ότι υπάρχουν οικονομικοί παράγοντες που τείνουν να την εξαλείψουν, η μακροχρόνια ανεργία επιδρά ποικιλοτρόπως στον άνεργο με τέτοιον τρόπο που να δυσχεραίνει την επανένταξή του. Η θεωρητική προσέγγιση της μακροχρόνιας ανεργίας αναφέρει πως όταν ένας άνεργος έχει ξεπεράσει τους 12 μήνες εκτός της αγοράς εργασίας ανήκει στην ομάδα των μακροχρόνια ανέργων.

Όπως προαναφέρθηκε, κατά το Β' τρίμηνο του 2007, σύμφωνα με την Έρευνα Εργατικού Δυναμικού της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος, το ποσοστό των ανέργων, κυμάνθηκε στο επίπεδο του 8.1%. Σύμφωνα με την διατύπωση που αναφέρεται από την τριμηνιαία έκθεση της Ε.Σ.Υ.Ε., το ποσοστό αυτό είναι το χαμηλότερο που έχει σημειωθεί για την ελληνική επικράτεια από το 1998. Το ποσοστό του εργατικού δυναμικού στο σύνολο του πληθυσμού ηλικίας 15 ετών και άνω είναι 53.4% για το Β' τρίμηνο του 2007 από τα υψηλότερα ποσοστά των τελευταίων ετών.

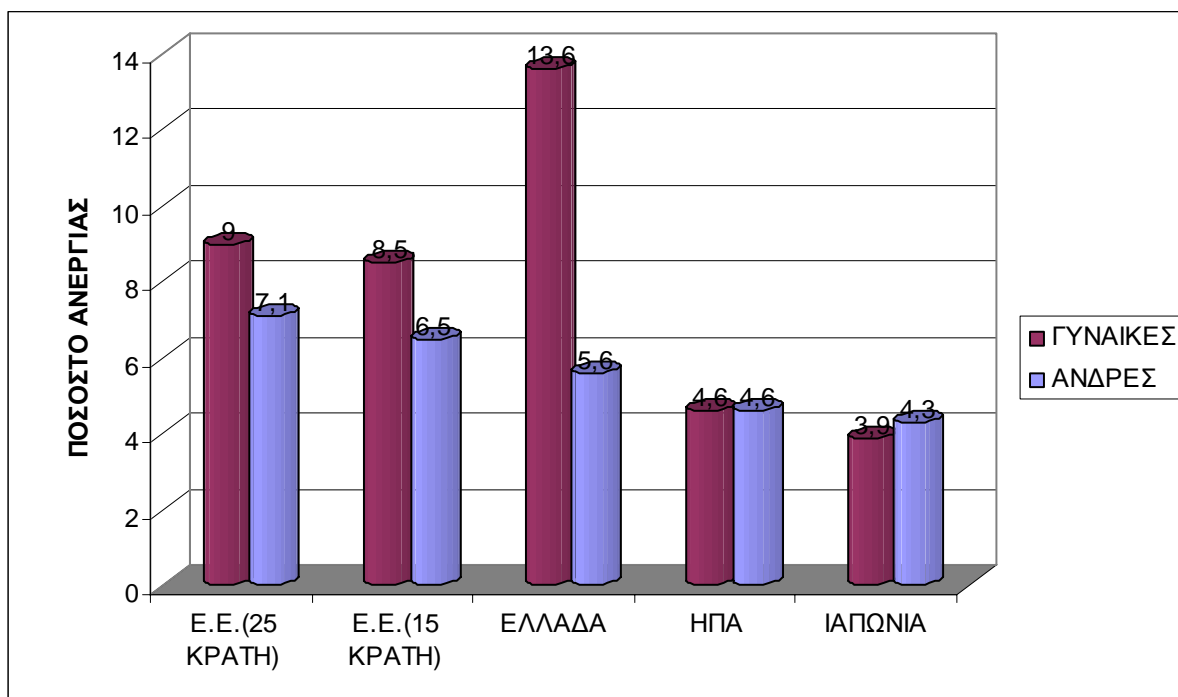
Το **γράφημα 2.1** δείχνει το ποσοστό ανεργίας για το Β τρίμηνο των ετών 2006 και 2007 στις διάφορες περιφέρειες της Ελλάδας με βάση τα στοιχεία της ΕΣΥΕ.



Γράφημα 2.1.: Περιφερειακή Διάρθρωση ποσοστού ανεργίας για το Β' τρίμηνο 2006-2007

Αναλύοντας τα επιμέρους χαρακτηριστικά της ανεργίας για την δεδομένη χρονική περίοδο αναφέρονται :

1. ως διάρθρωση για το φύλο, ποσοστό 13.6% για τις γυναίκες και 5.6% για τους άνδρες (παρά την πτωτική τάση, το ποσοστό των γυναικών παραμένει υπερδιπλάσιο όπως φαίνεται στο **γράφημα 2.2**)



Γράφημα 2.2 Ποσοστά ανεργίας ανά φύλο στην Ε.Ε., Η.Π.Α., Ιαπωνία και Ελλάδα το 2006 (πηγή ΕΣΥΕ).

2. ως διάρθρωση του ηλικιακού επιπέδου, για τις ηλικίες 15-29 ποσοστό 17.8%, για τις ηλικίες 30-44 ποσοστό 7.9%, για τις ηλικίες 45-64 4.4% ενώ για τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω ποσοστό που φτάνει στο 1.1%.

Πίνακας 2.1 Η ανεργία (%) κατά φύλο και ομάδες ηλικιών (Πηγή ΕΣΥΕ, έρευνα εργατικού δυναμικού 21/9/2007)

Β ΤΡΙΜΗΝΟ						
Ηλικία	2006			2007		
	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο	Άρρενες	Θήλειες	Σύνολο
15-29	12.5	24.4	17.8	11.8	23.6	17.0
30-44	4.4	12.4	7.9	4.0	11.5	7.2
45-64	3.1	6.6	4.4	2.5	6.7	4.1
65+	.8	1.7	1.1	1.4	1.1	1.3
Σύνολο	5.6	13.4	8.8	5.0	12.6	8.1

3. ως διάρθρωση εκπαιδευτικού επιπέδου, το ποσοστό ανεργίας βρίσκεται πάνω από το συνολικό ποσοστό κυρίως στους αποφοίτους ανώτερης τεχνικής επαγγελματικής εκπαίδευσης καθώς και σε όσους έχουν ολοκληρώσει την δευτεροβάθμια, το δε χαμηλότερο ποσοστό παρατηρείται στους απόφοιτους τριτοβάθμιας και πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Πίνακας 2.2 Η ανεργία (%) κατά φύλο και επίπεδο εκπαίδευσης (Πηγή ΕΣΥΕ, έρευνα εργατικού δυναμικού 21/9/2007).

Επίπεδο εκπαίδευσης	Β τρίμηνο					
	2006			2007		
	Άρρενες	Θήλεις	Σύνολο	Άρρενες	Θήλεις	Σύνολο
Διδακτορικό ή μεταπτυχιακό	5.8	6.9	6.3	4.6	8.6	6.2
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	4.0	8.1	6.0	4.0	7.8	5.8
Πτυχίο Ανώτερης Τεχνολογικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης	7.0	15.6	11.2	5.7	14.7	10.1
Απολυτήριο Μέσης Εκπαίδευσης	5.7	16.7	10.0	5.2	14.7	8.9
Απολυτήριο τριτάξιας Μέσης Εκπαίδευσης	6.8	16.9	9.8	4.8	17.0	8.6
Απολυτήριο Δημοτικού	4.8	10.7	7.0	4.8	10.4	6.9
Μερικές τάξεις Δημοτικού	2.4	4.1	3.1	2.1	9.7	5.4
Δεν πήγε καθόλου σχολείο	6.2	5.4	5.8	7.3	12.3	9.6
Σύνολο	5.6	13.4	8.8	5.0	12.6	8.1

4. το ποσοστό των νέων ανέργων, δηλαδή όσων εισέρχονται για πρώτη φορά στην αγορά εργασίας αναζητώντας απασχόληση ανέρχεται στο 36.75% του συνόλου, ενώ οι μακροχρόνια άνεργοι αποτελούν το 57.5% του συνόλου.

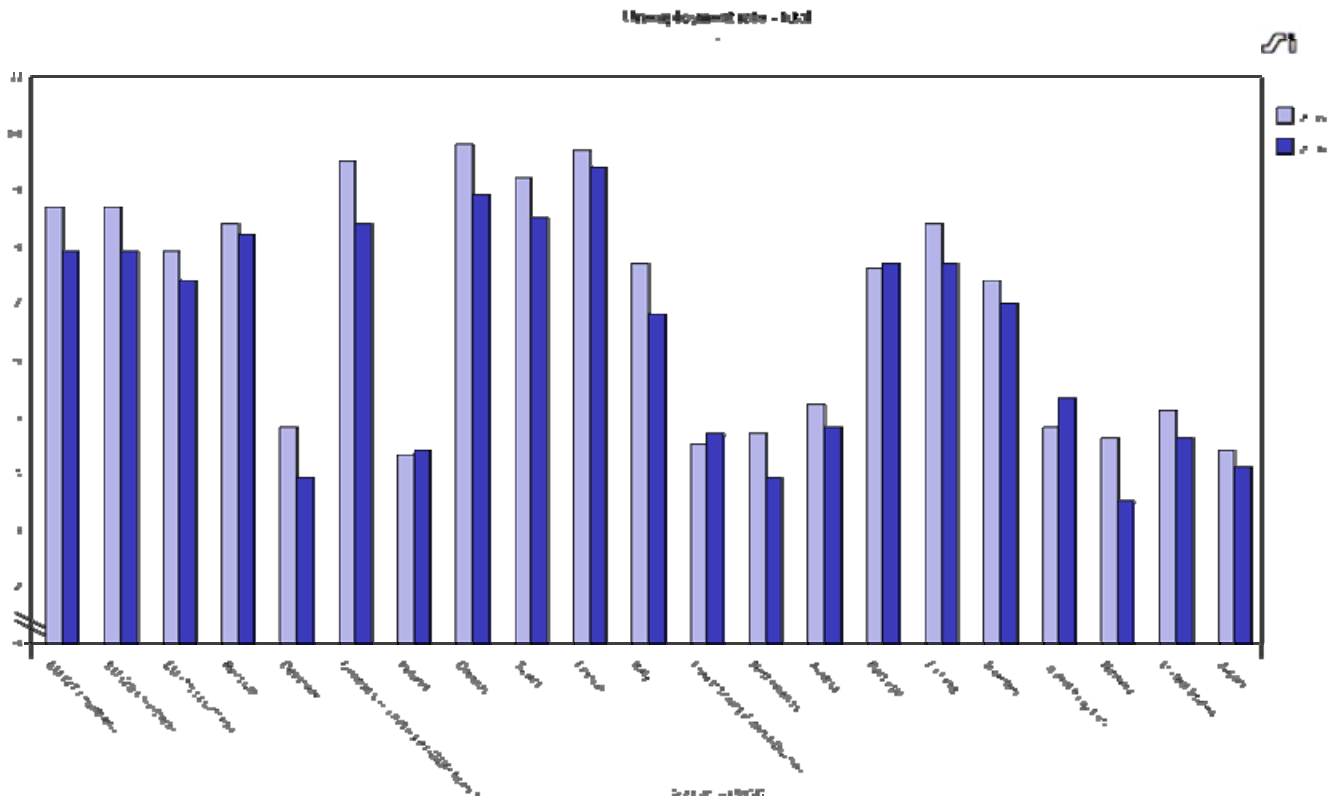
5. ως διάρθρωση του επιπέδου ανεργίας της ευπαθούς ομάδας των οικονομικών μεταναστών, εμφανίζεται ποσοστό 7.5% και ποσοστό απασχόλησης 71.8%.

6. ως περιφερειακή διάρθρωση για τις 13 περιφέρειες της Ελλάδας, τα ποσοστά εμφανίζονται στο γράφημα 2.1.

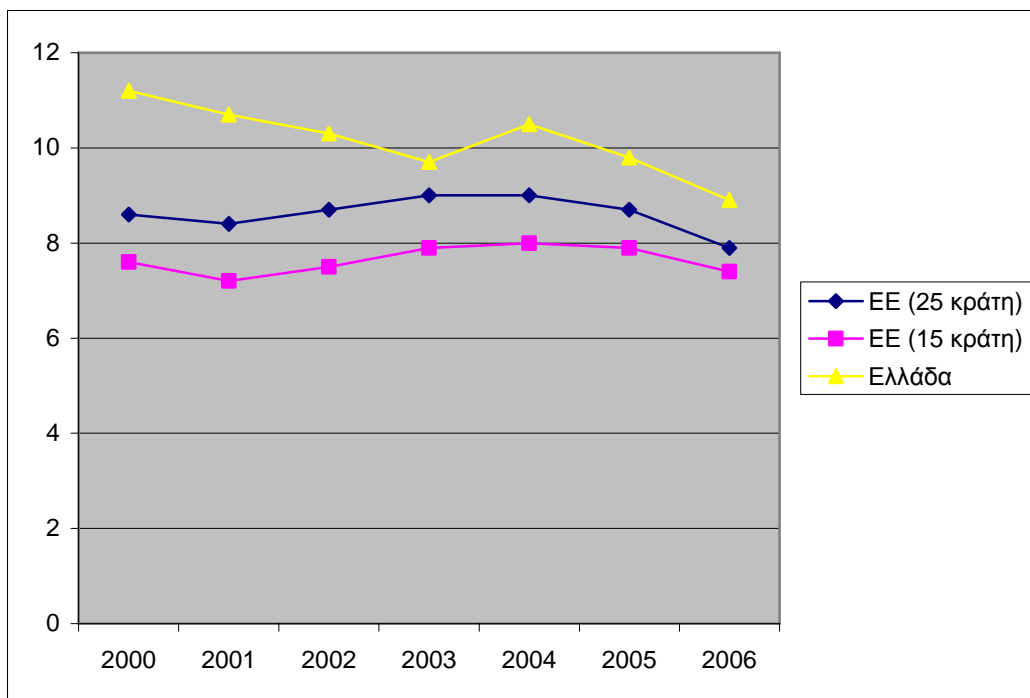
Η κατάσταση απασχόλησης στην Ελλάδα κατά φύλο και ποσοστό ανεργίας, από τον Ιανουάριο του 2004 μέχρι το Φεβρουάριο του 2007 παρουσιάζεται στην ενότητα 7 του παραρτήματος. Το συνολικό ποσοστό ανεργίας καθώς και το ποσοστό ανεργίας στους άνδρες και τις γυναίκες σε Ε.Ε., Η.Π.Α., Ιαπωνία και Ελλάδα παρουσιάζονται αναλυτικά στα γραφήματα της ενότητας 7 του παραρτήματος. Ο πίνακας 2.3 και τα γραφήματα 2.3 και 2.4 παρουσιάζουν το ποσοστό ανεργίας στις χώρες της Ε.Ε., Η.Π.Α. και Ιαπωνία σε διαφορετικές χρονικές περιόδους.

Πίνακας 2.3 : Ποσοστό ανεργίας στις χώρες της Ε.Ε. και Η.Π.Α., Ιαπωνία (2000-2006)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ΕΕ (27 κράτη)	8.6	8.4	8.8	9.0	9.0	8.7	7.9
ΕΕ (25 κράτη)	8.6	8.4	8.7	9.0	9.0	8.7	7.9
ΕΕ (15 κράτη)	7.6	7.2	7.5	7.9	8.0	7.9	7.4
Βέλγιο	6.9	6.6	7.5	8.2	8.4	8.4	8.2
Βουλγαρία	16.4	19.5	18.1	13.7	12.0	10.1	9.0
Τσεχική Δημ.	8.7	8.0	7.3	7.8	8.3	7.9	7.1
Δανία	4.3	4.5	4.6	5.4	5.5	4.8	3.9
Γερμανία	7.2	7.4	8.2	9.0	9.5	9.5	8.4
Εσθονία	12.8	12.4	10.3	10.0	9.7	7.9	5.9
Ιρλανδία	4.2	4.0	4.5	4.7	4.5	4.3	4.4
Ελλάδα	11.2	10.7	10.3	9.7	10.5	9.8	8.9
Ισπανία	11.1	10.3	11.1	11.1	10.6	9.2	8.5
Γαλλία	9.1	8.4	8.7	9.5	9.6	9.7	9.4
Ιταλία	10.1	9.1	8.6	8.4	8.0	7.7	6.8
Κύπρος	4.9	3.8	3.6	4.1	4.6	5.2	4.7
Λετονία	13.7	12.9	12.2	10.5	10.4	8.9	6.8
Λιθουανία	16.4	16.5	13.5	12.4	11.4	8.3	5.6
Λουξεμβούργο	2.3	2.0	2.7	3.7	5.1	4.5	4.7
Ουγγαρία	6.4	5.7	5.8	5.9	6.1	7.2	7.5
Μάλτα	6.7	7.6	7.5	7.6	7.4	7.3	7.3
Ολλανδία	2.8	2.2	2.8	3.7	4.6	4.7	3.9
Αυστρία	3.6	3.6	4.2	4.3	4.8	5.2	4.8
Πολωνία	16.1	18.2	19.9	19.6	19.0	17.7	13.8
Πορτογαλία	4.0	4.0	5.0	6.3	6.7	7.6	7.7
Ρουμανία	7.2	6.6	8.4	7.0	8.1	7.2	7.3
Σλοβενία	6.7	6.2	6.3	6.7	6.3	6.5	6.0
Σλοβακία	18.8	19.3	18.7	17.6	18.2	16.3	13.4
Φινλανδία	9.8	9.1	9.1	9.0	8.8	8.4	7.7
Σουηδία	5.6	4.9	4.9	5.6	6.3	7.4 ^(b)	7.0
Ην. Βασίλειο	5.3	5.0	5.1	4.9	4.7	4.8	5.3
Κροατία	:	:	14.7	14.1	13.6	12.6	:
Τουρκία	6.5	8.3	10.3	10.5	10.3	10.2	9.9
Νορβηγία	3.4	3.6	3.9	4.5	4.4	4.6	3.5
ΗΠΑ	4.0	4.8	5.8	6.0	5.5	5.1	4.6
Ιαπωνία	4.7	5.0	5.4	5.3	4.7	4.4	4.1



Γράφημα 2.3 : Ποσοστό ανεργίας στις χώρες της Ε.Ε. και Η.Π.Α., Ιαπωνία(2005-2006)



Γράφημα 2.4: Ποσοστό ανεργίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και την Ελλάδα (2000-2006)
Πηγή Eurostat

2.1.5 Καταπολέμηση της ανεργίας

Η καταπολέμηση, δηλαδή η μείωση της ανεργίας είναι πολύ δύσκολη. Σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες όπως και στην Ελλάδα, το ποσοστό ανεργίας υπερβαίνει το 10% κατά μέσο όρο τα τελευταία δέκα χρόνια.

Οι κυβερνήσεις στην προσπάθειά τους για την καταπολέμηση της ανεργίας παίρνουν δυο ειδών μέτρα, δηλαδή μέτρα που αυξάνουν τη συνολική ζήτηση και μέτρα επαγγελματικής κατάρτισης και επανεκπαίδευσης του οικονομικά ενεργού πληθυσμού. Τα μέτρα αύξησης της συνολικής ζήτησης είναι **δημοσιονομικά** (π.χ. αύξηση των κρατικών δαπανών για δημόσια έργα) και **νομισματικά** που αποβλέπουν στη μείωση του επιτοκίου, με σκοπό την ενίσχυση των ιδιωτικών επενδύσεων, της παραγωγής και της απασχόλησης. Τα δημοσιονομικά και νομισματικά μέτρα αποβλέπουν στην αύξηση της συνολικής ζήτησης και, συνεπώς, στη μείωση της ανεργίας που οφείλεται σε ανεπάρκεια της ζήτησης (Λιανός, Παπαβασιλείου, & Χατζηανδρέου, 2005).

Τα **μέτρα επαγγελματικής κατάρτισης και επανεκπαίδευσης** στόχο έχουν την απόκτηση επαγγελματικών γνώσεων και ειδικεύσεων των ανέργων, οι οποίες είναι απαραίτητες, προκειμένου να απασχοληθούν στις υπάρχουσες κενές θέσεις ανεργίας. Τα μέτρα αυτά έχουν στόχο τη μείωση της διαρθρωτικής ανεργίας.

Απαιτούνται ολοκληρωμένες πολιτικές σε όλα τα διοικητικά επίπεδα της χώρας, που να προωθούν την γυναικεία απασχόληση και την ενεργό συμμετοχή των τελευταίων στην κοινωνική και πολιτική ζωή της χώρας. Ταυτόχρονα απαραίτητες είναι και οι ενέργειες για τον απεγκλωβισμό από την φτώχεια και τον αποκλεισμό (αλλά και την άρση των αρνητικών συνεπειών τους), για ένα μεγάλο κομμάτι του πληθυσμού το οποίο ήδη τα βιώνει ως καθημερινή κατάσταση.

2.1.6 Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης

Ένας από τους λόγους που προκαλεί την ανεργία, είναι οι **τεχνολογικές αλλαγές** που υφίστανται οι επιχειρήσεις και γενικότερα η όλη **οικονομική δομή**. Ειδικότερα οι νέες τεχνολογίες επιφέρουν μια μεγάλη αναστάτωση στον όλο παραγωγικό ιστό και στις υπηρεσίες. Αυτή η μεταμόρφωση της οικονομίας θέτει εκ των πραγμάτων την πιεστική ανάγκη **οι εργαζόμενοι να καταρτιστούν εκ νέου** έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις ανάγκες της **νέας οικονομίας**, της κοινωνίας της πληροφορίας.

Τα ΚΕΚ έρχονται να καλύψουν ακριβώς αυτές τις νέες απαιτήσεις της νέας οικονομίας. Η επιμόρφωση των εργαζομένων είναι αναγκαία όσο ποτέ άλλοτε. Οι εργαζόμενοι πρέπει να συντονίσουν τα βήματά τους με τις νέες απαιτήσεις της νέας εποχής. Η ταχύτητα των τεχνολογικών εξελίξεων συμπαρασύρει το εργατικό δυναμικό στους ρυθμούς της. Τα ΚΕΚ αναλαμβάνουν το έργο αυτό της επιμόρφωσης. Χιλιάδες **εργαζόμενοι και άνεργοι** πέρασαν και περνούν την διαδικασία **κατάρτισης και επανακατάρτισης**.

Η κατάρτιση αφορά όλα τα επαγγέλματα και το σύνολο της οικονομίας.

Σε ότι αφορά τους άνεργους η κατάρτιση – επιμόρφωση αναφέρεται σε νέες ειδικότητες που έχει ανάγκη ο ευρύτερος οικονομικός ιστός. Μεγάλο μέρος της κατάρτισης καταλαμβάνει ο τομέας της πληροφορικής. Στις σημερινές συνθήκες η χρήση Η/Υ είναι απαραίτητη προϋπόθεση σε όλους τους κλάδους της παραγωγής και των υπηρεσιών. Ο Η/Υ είναι το σύγχρονο εργαλείο και ο κάθε εργαζόμενος πρέπει να έχει πρόσβαση σε αυτό. Ταυτόχρονα με την κατάρτιση οι άνεργοι κατά την διάρκεια της επιμόρφωσης αμείβονται, η αμοιβή αυτή αποτελεί μια ιδιότυπη επιδότηση της ανεργίας, δίνοντάς τους μια οικονομική ανακούφιση.

Τα ΚΕΚ δεν αποτελούν παρά ένα μηχανισμό **κατάρτισης και επανακατάρτισης** των ανέργων και εργαζομένων, έναν **ενδιάμεσο κρίκο** που ενώνει τον άνεργο με τον κόσμο των **επιχειρήσεων**, οπλίζοντάς τον με **νέες γνώσεις, ικανότητες και εργασιακές δεξιότητες** για

να είναι ικανός να προσαρμοστεί σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο εργασιακό περιβάλλον.

Η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων των ΚΕΚ αξιολογείται δύσκολα. Ο στόχος της αξιολόγησης είναι η εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της λειτουργίας του συνόλου της δομής και η επανατροφοδότηση των συντελεστών του έργου που αυτή παράγει. Ειδικότερα σκοπός της αξιολόγησης είναι η βελτίωση, η ανανέωση και ο εκσυγχρονισμός της δομής, ώστε να ανταποκρίνεται αποτελεσματικά στις ανάγκες των καταρτιζομένων τόσο σε σύγχρονη επαγγελματική κατάρτιση, η οποία αναγνωρίζεται και συνεκτιμάται από την αγορά εργασίας, όσο και σε άλλου τύπου στήριξη που προσφέρει το Γραφείο Προώθησης στην Απασχόληση.

2.1.7 Συνεχιζόμενη επαγγελματική κατάρτιση

2.1.7.1 Δομή, διάρκεια και στόχος

Η **Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση** περιλαμβάνει το σύνολο των δραστηριοτήτων επαγγελματικής κατάρτισης και επιμόρφωσης που υλοποιούνται εκτός του θεσμοθετημένου συστήματος τυποποιημένων βαθμίδων της Αρχικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης. Η Συνεχιζόμενη Επαγγελματική Κατάρτιση αποβλέπει στη ανανέωση, αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό των επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων των ανέργων που χρειάζονται εξειδίκευση, ώστε να αναζητήσουν εργασία, και των εργαζομένων που επιθυμούν την επαγγελματική εξέλιξη.

Οι δράσεις συνεχιζόμενης κατάρτισης στην Ελλάδα υλοποιούνται από ένα πλήθος φορέων που απευθύνονται σε διαφορετικές κατηγορίες του πληθυσμού και εποπτεύονται από διαφορετικά Υπουργεία. Το ισχύον θεσμικό πλαίσιο καθιερώνει τέσσερα πεδία άσκησης πολιτικών στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης:

- Πεδίο κατάρτισης των ανέργων
- Πεδίο κατάρτισης των εργαζομένων του ιδιωτικού τομέα

- Πεδίο κατάρτισης των εργαζομένων του ευρύτερου δημόσιου τομέα
- Πεδίο κατάρτισης κοινωνικά ευαίσθητων ομάδων.

Τα προγράμματα Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης είναι μικρής διάρκειας και οι ώρες κατάρτισης διαμορφώνονται από το αντικείμενο κατάρτισης, το περιεχόμενο του προγράμματος και την ομάδα στην οποία απευθύνεται το πρόγραμμα.

2.1.7.2 Φορείς - Εκπαιδευτικά προγράμματα

Στην Ελλάδα, οι φορείς του δημοσίου και ιδιωτικού τομέα που υλοποιούν προγράμματα Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης είναι τα **Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης** (Κ.Ε.Κ.). Τα Κ.Ε.Κ. αποτελούν φορείς παροχής υπηρεσιών Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης και την ευθύνη της πιστοποίησής τους έχει το Εθνικό Κέντρο Πιστοποίησης Δομών Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης και Συνοδευτικών Υποστηρικτικών Υπηρεσιών (Ε.ΚΕ.ΠΙΣ.). Τα Κ.Ε.Κ. υλοποιούν προγράμματα άτυπης συνεχιζόμενης κατάρτισης για τη σύνδεση κατάρτισης και απασχόλησης, προγράμματα κατά του κοινωνικού αποκλεισμού για ανέργους, αυτοαπασχολούμενους, ειδικές ομάδες και προγράμματα ενδοεπιχειρησιακής κατάρτισης. Τα προγράμματα Συνεχιζόμενης Επαγγελματικής Κατάρτισης περιλαμβάνουν θεωρητική κατάρτιση και πρακτική άσκηση σε επιχειρήσεις, ενώ οι καταρτιζόμενοι επιδοτούνται καθ' όλη τη διάρκεια του προγράμματος.

2.1.7.3 Εξετάσεις - Αποκτηθέντα προσόντα

Τα Κ.Ε.Κ. προτείνουν και εφαρμόζουν σύστημα αξιολόγησης των καταρτιζομένων ανάλογα με το υλοποιούμενο πρόγραμμα, ενώ μετά την επιτυχή ολοκλήρωση της κατάρτισης χορηγούν Βεβαίωση Παρακολούθησης του συγκεκριμένου προγράμματος κατάρτισης. Στα προγράμματα αυτά δίνεται ιδιαίτερη βαρύτητα στην προώθηση των καταρτιζομένων στην απασχόληση.

Στη δική μας μελέτη συμμετείχαν όλα τα ΚΕΚ που εδρεύουν στην περιοχή της Δυτικής

Θεσσαλίας, αλλά και αυτά που στη συγκεκριμένη περίοδο πραγματοποίησαν προγράμματα κατάρτισης ή επανακατάρτισης του εργατικού δυναμικού των νομών Τρικάλων και Καρδίτσας, ενοικιάζοντας τη δομή των ΚΕΚ που έχουν την έδρα τους στους παραπάνω νομούς.

2.2 ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.2.1 Η έννοια της υγείας

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ.), το 1946 στην ιδρυτική της διακήρυξη όρισε την υγεία ως **“την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας”**. Αυτός ο ορισμός προκάλεσε σημαντική κριτική στα επόμενα χρόνια, κυρίως επειδή προσδίδει στην υγεία μία κατάσταση πληρότητας, η οποία χαρακτηρίζεται ως ιδανική.

Στη διακήρυξη της Ottawa για την Προαγωγή Υγείας, η υγεία ορίζεται ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας **“να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον”**. Η υγεία εδώ αντιμετωπίζεται ως μια δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως “ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεούμενες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα” (Σουρτζή, 1998).

Η ολιστική αντίληψη της υγείας και η πολλαπλότητα των διαστάσεων που περιλαμβάνει είναι τα κοινά χαρακτηριστικά που εντοπίστηκαν στους ορισμούς σχετικά με την υγεία που εξετάστηκαν στην ανασκόπηση που επιχείρησε η Simmons (1989).

Οι διαστάσεις της υγείας αναφέρονται σε άτομα ή ομάδες και πηγάζουν από τις ακόλουθες θεωρητικές προσεγγίσεις :

α - η **βιοϊατρική**, όπου η υγεία αντιμετωπίζεται ως έλλειψη νόσου ή αναπηρίας ελέγχοντας παράγοντες όπως η νοσηρότητα, ο πόνος ή το επίπεδο σωματικής λειτουργίας,

β - η **ψυχολογική**, στην οποία η υγεία αντιμετωπίζεται ως η ικανότητα του ατόμου να εκπληρώνει τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις καταστάσεις της ζωής και,

γ - η **κοινωνιολογική**, στην οποία ο πολιτισμός και το περιβάλλον θεωρούνται ως οι βασικοί συντελεστές που επηρεάζουν την υγεία (Σουρτζή, 1998).

2.2.2 Παχυσαρκία και Δείκτης Μάζας Σώματος

Σε προηγούμενες εποχές το αυξημένο βάρος σώματος αποτελούσε ένδειξη ευημερίας, ίσως επειδή η επιβίωση του ανθρώπου σε περιόδους πολέμων και φτώχειας ήταν συνυφασμένη με την επαρκή πρόσληψη τροφής. Η παχυσαρκία σήμερα αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους κινδύνους για την παγκόσμια υγεία. Παρόλο που σήμερα η επιστήμη έχει κάνει τεράστια βήματα στην κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με την παχυσαρκία, το πρόβλημα είναι μεγαλύτερο από ποτέ. Σύμφωνα με υπολογισμούς της ΠΟΥ το οικονομικό κόστος της παχυσαρκίας καλύπτει μέχρι και το 7% του συνολικού κόστους για την υγεία παγκοσμίως.

Η παχυσαρκία ορίζεται ως κατάσταση υπερβολικής συσσώρευσης λίπους στο λιπώδη ιστό του ανθρώπου έτσι ώστε να αποτελεί σαφή κίνδυνο για την υγεία του. Σύμφωνα με τις κλίμακες ύψους – βάρους της Metropolitan Life Insurance Company, όταν το βάρος ενός ανθρώπου ξεπερνά το 120% του ιδανικού βάρους θεωρείται παχύσαρκος. Όπως αναφέρθηκε στην εισαγωγή ο ΔΜΣ ορίζεται ως το βάρος (σε χιλιόγραμμα) προς το τετράγωνο του ύψους (σε μέτρα), (kg/m^2) και αποτελεί μια μέθοδο εκτίμησης, του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Body Mass Index) τοποθετεί τους ανθρώπους σε κατηγορίες ελλιποβαρών (<18.5), κανονικού βάρους (18.5-24.9), υπέρβαρους (25-29.9) και παχύσαρκους (>30).

Ο **πίνακας 2.4** κατατάσει τους ανθρώπους σε ελλιποβαρείς, κανονικούς, υπέρβαρους ή παχύσαρκους, ανάλογα με την τιμή του ΔΜΣ και αντιστοιχεί αναλόγως τον κίνδυνο για την υγεία τους, που απορρέει εξαιτίας αυτής της κατηγοριοποίησης.

Πίνακας 2.4 ΔΜΣ και κίνδυνος θνησιμότητας

Κατηγορία	ΔΜΣ	Κίνδυνος επιπλοκών
Ελλιποβαρής	<18.50	Μικρός (υπάρχει όμως κίνδυνος άλλων προβλημάτων υγείας)
Κανονικού Βάρους	18.50-24.99	Συνήθης
Υπέρβαρος	25-29.9	Αυξημένος
Παχυσαρκία τύπου I	30-34.99	Μέτριος
Παχυσαρκία τύπου II	35-39.99	Σοβαρός
Παχυσαρκία τύπου III	≥40	Πολύ σοβαρός

Πηγή: Grundy, Blckburn, Higgins, Layer, Perri & Ryan 1999

Τα πιο σοβαρά προβλήματα για τη ζωή και την υγεία του ανθρώπου που σχετίζονται με την παχυσαρκία κατανέμονται σε 4 κατηγορίες σύμφωνα με την ΠΟΥ (2000) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.

1. Καρδιαγγειακά προβλήματα συμπεριλαμβανομένου της υπέρτασης, της στεφανιαίας νόσου και των εγκεφαλικών επεισοδίων,
2. καταστάσεις που συνδέονται με την αντίσταση στην ινσουλίνη π.χ. τύπου II σακχαρώδης διαβήτης,
3. ορισμένα είδη καρκίνου, όπως οι ορμονοεξαρτώμενοι και ο καρκίνος του παχέως εντέρου,
4. παθήσεις της χολυδόχου κύστης

Το βέβαιο είναι ότι η παχυσαρκία μειώνει την σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής των ανθρώπων.

2.2.3 Η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής

Το ενδιαφέρον της παγκόσμιας κοινότητας για την "**ποιότητα ζωής**" κλινικών και υγείων πληθυσμών, έχει αυξηθεί εντυπωσιακά τα τελευταία χρόνια. Η λέξη "ποιότητα ζωής" εμφανίζεται στην ιατρική βιβλιογραφία, από το 1966 μέχρι το 1974 40 φορές, την περίοδο 1986 έως 1994 10.000, ενώ από το 1995 μέχρι σήμερα (9/2007) καταγράφονται 75.000 αναφορές. Είναι προφανές ότι η έννοια της ποιότητας ζωής προκαλεί μεγάλο ενδιαφέρον. Παρ'όλα αυτά ο προσδιορισμός της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής αποτελεί ακόμα μια πολύπλοκη διαδικασία, που περιλαμβάνει την αποτίμηση και αξιολόγηση των αντικειμενικών επιπέδων της κατάστασης υγείας, μέσα από μια υποκειμενική αντίληψη και προσδοκία των εξεταζόμενων ατόμων.

Η καταγραφή και αποτίμηση των διαφορετικών διαστάσεων της υγείας υπολογίζεται μέσα από την αξιολόγηση όλων των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων της ζωής των ανθρώπων. Για το σκοπό αυτό έχουν σχεδιαστεί ειδικά «εργαλεία» καταγραφής των διαφόρων παραμέτρων της ποιότητας ζωής. Άλλα εστιάζουν στο να περιγράψουν το πώς αντιλαμβάνονται τα άτομα την κατάσταση της υγείας τους, και άλλα στους ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής, όπως είναι η κοινωνικοοικονομική θέση, η κοινωνική υποστήριξη, το γένος, κλπ.

Για την εκτίμηση των σωματικών παραμέτρων της ποιότητας ζωής εξετάζονται παράγοντες όπως η νοσηρότητα, ο πόνος, και το επίπεδο σωματικής λειτουργίας όπως αυτά αυτοεκτιμώνται από τα άτομα. Στις ψυχολογικές παραμέτρους εξετάζεται η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ατόμου με κλίμακες που αφορούν στην αυτοεκτίμηση, στην ευεξία, στη συνολική ικανοποίηση, στο άγχος, στην κατάθλιψη, και στην ικανότητα προσαρμογής. Η κοινωνική παράμετρος αντανακλά, το βαθμό γενικής ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, τη συμμετοχή του σε κοινωνικές δραστηριότητες, την άσκηση κοινωνικών ρόλων, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την κοινωνική στήριξη από το στενό του

περιβάλλον (φίλους – οικογένεια) (Παναγιωτάκη - Δαυΐδ, 2005).

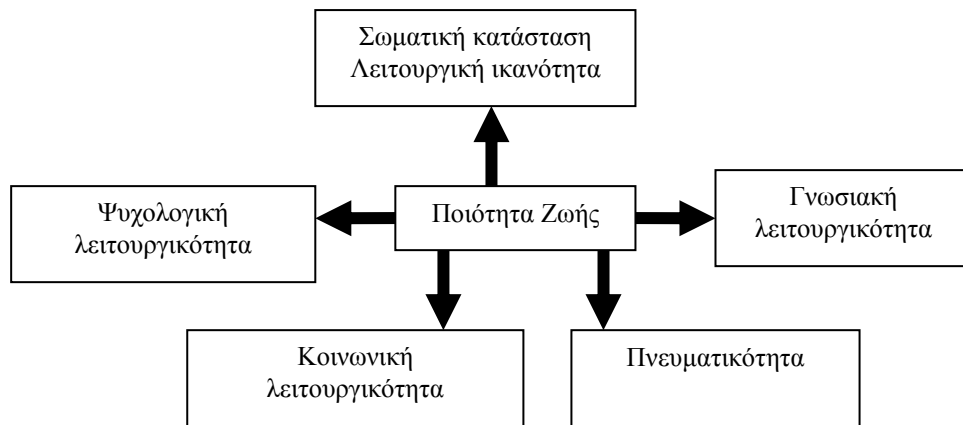
2.2.3.1 Η έννοια της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής

Για τον καθορισμό του όρου ποιότητα ζωής σε σχέση με θέματα που αφορούν στην υγεία, εισήχθη η έννοια της health-related quality of life, δηλαδή της συνυφασμένης με την υγεία ποιότητας ζωής. Παρά το ότι δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τον ορισμό, οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στο ότι η έννοια της ποιότητας ζωής είναι πολυδιάστατη και περιλαμβάνει την αίσθηση της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής ευεξίας. Θα πρέπει να εκφράζει την υποκειμενική εκτίμηση του ίδιου του εξεταζόμενου ανθρώπου.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, και εργασίας δημιουργεί νέα δεδομένα για τον άνθρωπο. Έτσι, έννοιες όπως *ποιότητα ζωής, ευ ζην, θετική στάση*, σήμερα αποκτούν νέες διαστάσεις. Καταστάσεις όπως το στρες λόγω εργασίας, η ανεργία, η κοινωνική επανένταξη αποκλεισμένων ομάδων στην κοινωνία και την αγορά εργασίας, η προσαρμογή των μεταναστών σε νέες συνθήκες, η χρήση ουσιών από νέους, οι σχέσεις μεταξύ των δύο φύλων, το άγχος του θανάτου, η αποκατάσταση από σωματικές αναπηρίες και η προαγωγή της δημιουργικότητας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

Ο Οικονόμου (2003 p.249) ανασκόπησε διάφορους ορισμούς της ποιότητας ζωής και κατέληξε σε ένα γενικό ορισμό. «Η ποιότητα ζωής αναφέρεται στο βαθμό ευεξίας και ικανοποίησης που βιώνει ο ασθενής μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, σε τομείς της ζωής του που θεωρεί σημαντικούς και που επηρεάζονται από την ασθένεια ή τη θεραπεία της».

Η έννοια της ποιότητας ζωής πρέπει να καλύπτει πέντε ευρείς παραμέτρους (Γράφημα 2.5):



*Γράφημα 2.5. Παράμετροι που συνθέτουν την ποιότητα ζωής
Πηγή: (Iconomou G, 2003)*

1. **Φυσική (σωματική) κατάσταση** - λειτουργική ικανότητα (physical functioning - functional ability), τεκμηριώνεται μέσα από την παρουσία ή απουσία συμπτωμάτων, κινητικότητας, καθημερινών δραστηριοτήτων, εργασιακής ικανότητας και αυτοφροντίδας.
2. **Ψυχολογική λειτουργικότητα** (psychological functioning), τεκμηριώνεται μέσα από την παρουσία ή απουσία άγχους, κατάθλιψης, θυμού, απελπισίας, προσωπικού ελέγχου, αυτοεκτίμησης και ικανοποίησης με τη ζωή.
3. **Γνωσιακή λειτουργικότητα** (cognitive functioning), τεκμηριώνεται μέσα από την παρουσία ή απουσία αντιληπτικής ικανότητας, έκπτωσης της μνήμης και ικανότητας εστίασης ή διατήρησης της προσοχής.
4. **Κοινωνική λειτουργικότητα** (social functioning), τεκμηριώνεται μέσα από την παρουσία ή απουσία κοινωνικής υποστήριξης, οικογενειακής ζωής, σεξουαλικής δραστηριότητας, κοινωνικών ή διαπροσωπικών σχέσεων και οικονομικών επιπτώσεων.

5. **Πνευματικότητα** (spirituality), τεκμηριώνεται μέσα από την αίσθηση ψυχικής ειρήνης, προσωπικής ανάπτυξης και θρησκευτικότητας.

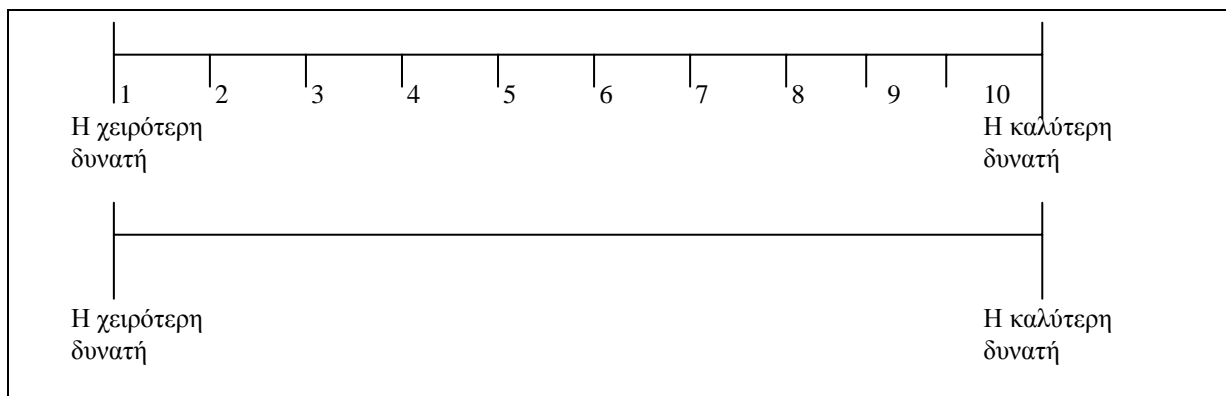
2.2.3.2 Πώς και από ποιόν εκτιμάται η ποιότητα ζωής;

Η ποιότητα ζωής πρέπει να αξιολογείται *από τον ίδιο τον εξεταζόμενο*, αφού μόνο αυτός είναι ικανός να περιγράψει με τον καλύτερο τρόπο εμπειρίες, ελπίδες και προσδοκίες που αφορούν ιδιαίτερες πτυχές της ζωής του, που μόνο αυτός γνωρίζει. Για παράδειγμα, ενώ υπάρχει σύμπτωση όσον αφορά εκτιμήσεις των τρίτων και των εξεταζομένων για φανερά συμπτώματα όπως η αϋπνία, ο εμετός, η ζάλη, κλπ παρατηρείται διάσταση απόψεων όταν γίνεται προσπάθεια αξιολόγησης των συμπτωμάτων του πόνου, της κόπωσης, του άγχους, της κατάθλιψης, της ανάγκης για ψυχοκοινωνική υποστήριξη και της συνολικής ποιότητας ζωής (Iconomidou G, 2003).

Η χρήση ερωτηματολογίων που συμπληρώνονται από τον εξεταζόμενο είναι η συνηθέστερη μέθοδος για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Παράλληλα και άλλες αποδεκτές τεχνικές, όπως η προσωπική και τηλεφωνική συνέντευξη ή αυτοματοποιημένα μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον προσδιορισμό των παραμέτρων της ποιότητας ζωής. Τα ερωτηματολόγια περιέχουν συνήθως κλειστές ερωτήσεις σε κλίμακες κατάταξης τύπου Likert 4, 5 ή 7 διαβαθμίσεων (Γράφημα 2.6). Σε άλλες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται γραμμικές ή οπτικές αναλογικές κλίμακες 10 εκατοστών (10 cm Linear or Visual Analogue Scales) (Γράφημα 2.7).

Καθόλου		Λίγο		Αρκετά		Πολύ		
1		2		3		4		
Καθόλου		Λίγο		Κάπως		Πολύ	Πάρα πολύ	
1		2		3		4	5	
Πολύ κακή	1	2	3	4	5	6	7	Εξαιρετική

Γράφημα 2.6. Κλίμακες κατάταξης τύπου LIKERT 4, 5 και 7 διαβαθμίσεων
Πηγή:(Iconomidou G, 2003)



Γράφημα 2.7. Γραμμική και οπτική αναλογική κλίμακα 10 εκατοστών:
Πηγή:(Iconomidou G, 2003)

Τρεις επιλογές έχει ένας ερευνητής που σκοπεύει να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής (Iconomidou G, 2003). Η πρώτη του επιλογή είναι η κατασκευή ερωτηματολογίου *ex novo*. Όμως, κάθε νέο εργαλείο πρέπει να σταθμιστεί, διαδικασία που είναι ιδιαίτερα χρονοβόρα. Εάν το ερωτηματολόγιο δεν σταθμιστεί, πιθανώς να υπάρξουν δυσκολίες στην αποδοχή των αποτελεσμάτων. Η δεύτερη επιλογή είναι η μετάφραση ενός συγκεκριμένου εργαλείου, με τη μέθοδο της διπλής μετάφρασης (double-back translation method) η οποία επίσης απαιτεί χρόνο (Χριστοδούλου, 2004). Η ερευνητική ομάδα που θα αναλάβει τη μετάφραση πρέπει επίσης να λάβει υπόψη πολλούς παράγοντες όπως πιθανές διαπολιτισμικές διαφορές και να φροντίσει για τη σωστή προσαρμογή του εργαλείου στο συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο.

Η τρίτη επιλογή που μάλλον θα πρέπει να προτιμηθεί, αφορά στη χρήση ήδη μεταφρασμένων έγκυρων και διεθνώς αποδεκτών ερωτηματολογίων, όπως το SF-36 που εμείς χρησιμοποιήσαμε στην παρούσα μελέτη.

Οι κυριότερες ψυχομετρικές ιδιότητες που πρέπει να πληροί ένα ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής σύμφωνα με τον Οικονόμου (2003) είναι οι εξής:

1. *Θεωρητικό υπόβαθρο*, δηλαδή επαρκής κάλυψη των κύριων τομέων που συνθέτουν την ποιότητα ζωής: σωματική, ψυχολογική, γνωσιακή, κοινωνική λειτουργικότητα και πνευματικότητα.
2. *Αξιοπιστία (reliability)*, κατά πόσο δηλαδή, η επανάληψη χορήγησής του κάτω από όμοιες συνθήκες στους ίδιους εξεταζόμενους, δίνει τα ίδια αποτελέσματα.
3. *Έγκυρότητα (validity)*, δηλαδή σε τι βαθμό μετρά επαρκώς αυτό που υποτίθεται ότι σχεδιάστηκε να μετρά.
4. *Εναισθησία (sensitivity)* στο να εντοπίζει αλλαγές σε διαφορετικές χρονικές περιόδους.
5. *Αποδοχή (acceptability)* τόσο από την πλευρά του εξεταζομένου όσο και την πλευρά του ερευνητικού προσωπικού, με σύντομο χρόνο συμπλήρωσης (10 - 15 λεπτά).

Τα τελευταία χρόνια έχουν εμφανιστεί στη διεθνή βιβλιογραφία περισσότερα από 600 ερωτηματολόγια που εκτιμούν την ποιότητα ζωής. Οι **κλίμακες ποιότητας της ζωής** (εργαλεία καταγραφής) χωρίζονται σε δύο κατατηγορίες: (1) **γενικές κλίμακες**, όπως η Short Form 36(SF-36) (Ware & Sherbourne, 1992), η Nottingham Health Profile, η World Health και, (2) **ειδικές** για κάθε περίπτωση, όπως το Arthritis Impact Measurement Scale και το European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Lung Cancer Module EORTC QLQ-LC13 (Bergman, Aaronson, Ahmedzai, Kaasa, &

Sullivan, 1994). Τα γενικά ερωτηματολόγια είναι χρήσιμα για τη μελέτη της ποιότητας ζωής διαφορετικών κοινωνικοοικονομικών και πολιτισμικών ομάδων του πληθυσμού, είτε αυτά είναι υγιή άτομα, είτε πάσχουν από κάποια νόσο. Είναι όμως λιγότερο ευαίσθητα από τα εξειδικευμένα για κάποια νόσο, τα οποία έχουν αναπτυχθεί για την εκτίμηση της κατάστασης της ευεξίας και της λειτουργικότητας συγκεκριμένων ομάδων ασθενών.

Ένα από τα πιο γνωστά ψυχομετρικά όργανα είναι η επισκόπηση υγείας SF-36 (SF-36 health survey) (Ware & Sherbourne, 1992), που χρησιμοποιείται παγκοσμίως για την αυτοεκτίμηση της ποιότητας ζωής αλλά και τη σύγκριση του επιπέδου υγείας διαφόρων πληθυσμιακών ομάδων, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών (Ware & Sherbourne, 1992). Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις, τις οποίες επέλεξαν οι ερευνητές της μελέτης των ιατρικών αποτελεσμάτων (medical outcomes study, MOS) μέσα από ένα σύνολο 149 ερωτήσεων, που δημιουργήθηκε κατόπιν αξιολόγησης διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2005).

Το SF-36 περιλαμβάνει οκτώ (8) κλίμακες μέτρησης, που περιέχουν από 2-10 ερωτήσεις η καθεμιά και αντιπροσωπεύουν τις διαστάσεις υγείας που μετρούνται συχνότερα, στα πιο γνωστά όργανα μέτρησης. Οι κλίμακες μέτρησης του SF-36 είναι:

1. σωματική λειτουργικότητα, (physical functioning), 10 ερωτήσεις,
2. σωματικός ρόλος, (role physical), 4 ερωτήσεις,
3. σωματικός πόνος, (bodily pain), 2 ερωτήσεις,
4. γενική υγεία, (general health), 5 ερωτήσεις,
5. ζωτικότητα, (vitality), 4 ερωτήσεις,
6. κοινωνική λειτουργικότητα, (social functioning), 2 ερωτήσεις,
7. ρόλος συναισθηματικός, (role-emotional), 3 ερωτήσεις και

8. ψυχική υγεία, (mental health), με 5 ερωτήσεις.

Υπάρχει μία ακόμη ερώτηση, που αναφέρεται στη μεταβολή της υγείας αλλά δεν συμπεριλαμβάνεται σε κάποια από τις οκτώ κλίμακες. Οι οκτώ κλίμακες σχηματίζουν δύο γενικότερες κλίμακες, για τη σωματική και ψυχική υγεία. Η αξιολόγηση των ερωτηματολογίων της δικής μας μελέτης έγινε με βάση το αρχείο αξιολόγησης των συγγραφέων του ερωτηματολογίου.

Παράλληλα με την δημιουργία του SF-36, ξεκίνησε μια προσπάθεια, μέσω του έργου IQOLA (international quality of life assessment project), α) να μεταφραστεί σε άλλες γλώσσες, β) να γίνουν οι απαραίτητοι έλεγχοι εγκυρότητας και γ) να τυποποιηθεί, έτσι ώστε να είναι δυνατή η σύγκριση ατομικών και ομαδικών αποτελεσμάτων. Τα τρία αυτά στάδια ορίζουν την διαδικασία που προτείνεται για τη χρήση του SF-36 σε άλλη γλώσσα. Έτσι τα αποτελέσματα μεταξύ διαφορετικών χωρών στις κλίμακες του SF-36 είναι άμεσα συγκρίσιμα. Το έργο IQOLA ουσιαστικά καθιέρωσε, τις διαδικασίες για τη μετάφραση του SF-36, τον έλεγχο υποθέσεων για τη βαθμολόγηση των ερωτήσεων και την κατασκευή των κλιμάκων πολλαπλών ερωτήσεων (multi-item scales) και, τέλος, για την τυποποίηση των αποτελεσμάτων. Στην Ελλάδα, η χρήση του SF-36 σε μελέτες ποιότητας ζωής του γενικού πληθυσμού ή ομάδων ασθενών είναι, μέχρι σήμερα περιορισμένη (Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2005).

2.2.3.3 Εγκυροποίηση SF 36

Για να είναι σωστά δομημένο και κατάλληλο για κλινική χρήση, ένα ερωτηματολόγιο πρέπει να διαθέτει ορισμένες ιδιότητες :

- 1) επαναληψιμότητα,
- 2) δομική εγκυρότητα (construct validity) (ποσοτική εκτίμηση του κατά πόσο το ερωτηματολόγιο μετρά την ειδική παράμετρο η οποία μας ενδιαφέρει),

- 3) αξιοπιστία (reliability),
- 4) να είναι εύχρηστο και κατανοητό,
- 5) ευαισθησία σε αλλαγές της ποιότητας ζωής,
- 6) τα δεδομένα των μετρήσεων να είναι δυνατόν να ερμηνευτούν και να αναλυθούν παραπέρα (Πάλλης Αθανάσιος, 2003).

Η εγκυροποίηση της ελληνικής μετάφρασης του γνωστού ψυχομετρικού οργάνου μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής SF-36, καθώς και η προτυποποίηση του με τον υπολογισμό ομαδικών αποτελεσμάτων ήταν ο σκοπός της έρευνας Ε. Παππά και συνεργατών (2005). Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 1426 κάτοικοι της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών και το ποσοστό απόκρισης ήταν 70,6%. Πραγματοποιήθηκαν οι επίσημοι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας που τεκμηριώνονται μέσα από το έργο IQOLA (international quality of life assessment). Τα ποσοστά των ελλειπουσών τιμών ήταν πολύ χαμηλά για όλες τις ερωτήσεις. Οι υποθέσεις κατασκευής των 8 κλιμάκων του SF-36 επιβεβαιώθηκαν από πολύ υψηλά ποσοστά επιτυχών ελέγχων εσωτερικής συνέπειας και διακρίνουσας εγκυρότητας, ο συντελεστής Cronbach's alpha για την εσωτερική συνοχή των κλιμάκων υπερέβη την προτεινόμενη τιμή 0.70 σε όλες τις περιπτώσεις. Η εγκυρότητα τεκμηριώνεται από την επιβεβαίωση αναμενόμενων και στατιστικά σημαντικών διαφορών στις βαθμολογίες μεταξύ ομάδων με διαφορετικά κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα αποδεικνύουν την υψηλή εγκυρότητα και αξιοπιστία των κλιμάκων του ελληνικού SF-36 και δικαιολογούν τη χορήγηση του σε έρευνες στην Ελλάδα, καθώς επίσης τη σύγκριση των ομαδικών αποτελεσμάτων με τα αντίστοιχα από ξένες μελέτες (Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2005).

Ένας από τους σκοπούς της μεταπτυχιακής διατριβής του Χριστοδούλου (2004), ήταν η διερεύνηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας, του ερωτηματολογίου MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). Το δείγμα αποτέλεσαν 80 μαθητές Γυμνασίου. Έγινε μια

προκαταρκτική μετάφραση του ερωτηματολογίου στην Ελληνική γλώσσα και έπειτα σχολιάστηκε από ειδικούς ψυχολόγους. Εξετάστηκε και αποδείχτηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου SF-36 σε ότι αφορά τη σταθερότητα στο χρόνο και έγινε έλεγχος της δομικής εγκυρότητας των μετρήσεων. Διαπιστώθηκε ότι, μετά από κάποιες αλλαγές στην διατύπωση και στην μορφή των ερωτήσεων, είναι αξιόπιστο και εγκυρότατο και για την μέτρηση της ποιότητας ζωής των Ελλήνων (Χριστοδούλου, 2004).

2.3 ΣΧΕΣΗ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

2.3.1 Ανεργία και ποιότητα ζωής

Οι βραχυπρόθεσμες συνέπειες της ανεργίας μεταξύ των νέων έχουν τεκμηριωθεί καλά σε διάφορες μελέτες όσον αφορά την κακή ψυχολογική υγεία, την κακή σωματική υγεία, την κατανάλωση οινοπνεύματος, και το κάπνισμα. Εντούτοις, μια από τις κρίσιμες ερωτήσεις στην έρευνα ανεργίας είναι εάν η ανεργία έχει μόνο βραχυπρόθεσμη επίδραση, ή εάν υπάρχει επίδραση πολλά χρόνια μετά το τέλος της ανεργίας. Αυτή η ερώτηση έχει ένα ειδικό ενδιαφέρον για τους νέους άνεργους, αφού η οικονομικά ενεργή ζωή λέγεται ότι έχει θεμελιώδη σημασία για την κοινωνικοποίηση των νεαρών ανδρών και γυναικών. Οι Hammarström και Janlert (2002) προσπάθησαν να ερευνήσουν τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της πρόωρης ανεργίας (συνολικά περισσότερο από ένα εξάμηνο ανεργίας μεταξύ των ηλικιών 16 και 21) στη συμπεριφορά υγείας και τα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα αποφοίτων σχολείου. Η έρευνα βασίστηκε σε πληροφορίες που συλλέχτηκαν μέσα από ερωτηματολόγια και διήρκεσε 14 χρόνια, από το 1981 μέχρι το 1995.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πρόωρη ανεργία μεταξύ των νεαρών ανδρών και γυναικών παρουσίασε σημαντική επεξηγηματική επίδραση στη συμπεριφορά καπνίσματος, στα ψυχολογικά συμπτώματα και στα σωματικά συμπτώματα (μόνο μεταξύ των ανδρών) μετά από μια συνεχή περίοδο 14 ετών. Κανένας συσχετισμός δεν βρέθηκε μεταξύ της πρόωρης ανεργίας και της πρόσφατης υπερβολικής κατανάλωσης οινοπνεύματος. Κατά συνέπεια η πρόωρη ανεργία μπορεί να συμβάλει στα ενήλικα προβλήματα υγείας και η ανεργία ανάμεσα στους νέους αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας, το οποίο παραμένει μέχρι ενός σημείου στην ώριμη ηλικία (Hammarström & Janlert, 2002).

Στη μελέτη που διεξήχθη στην Ισπανία το 2004 (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortáes, 2004) εξετάστηκαν οι διαφορές φύλου στις επιπτώσεις της ανεργίας στην ψυχική υγεία και αξιολογήθηκε εάν αυτά τα αποτελέσματα συνδέονται με τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ του γένους, των οικογενειακών ρόλων, και της κοινωνικής τάξης. Η ανάλυσή περιέλαβε 3881 εργαζόμενους και 638 άνεργους, ηλικίας 25 έως 64 χρονών, που πέρασαν από συνέντευξη στην Καταλανική έρευνα υγείας του 1994. Η ανεργία είχε μεγαλύτερη επίδραση στη ψυχική υγεία των ανδρών σε σχέση με αυτή των γυναικών. Τα αποτελέσματα αφορούσαν τις οικογενειακές ευθύνες και την κοινωνική τάξη. Η κατανόηση των αποτελεσμάτων της ανεργίας στη ψυχική υγεία απαιτεί την εκτίμηση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ του γένους, των οικογενειακών ευθυνών, και της κοινωνικής τάξης.

Μια από τις επιπτώσεις της ανεργίας στην υγεία, που έχουν μελετηθεί περισσότερο είναι το χαμηλότερο επίπεδο ψυχολογικής ευημερίας μεταξύ των ανέργων (Bartley, 1994; Dooley, Fielding, & Levi, 1996; Janlert, 1997). Εντούτοις, παρά την υψηλή επικράτηση των ψυχικών αναταραχών εξαιτίας της ανεργίας μεταξύ των γυναικών, η διαφορετική θέση των ανδρών και των γυναικών στην αγορά εργασίας, οι διαφορές φύλου στους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες της ψυχικής υγείας, καθώς και οι πιθανές διαφορές στις αντιδράσεις ανάμεσα στα δύο φύλα εξαιτίας της ανεργίας έχουν εξεταστεί σπάνια. Πράγματι, πολλές μελέτες που εστιάζουν στην ανεργία έχουν περιλάβει μόνο τους άνδρες (Bartley & Owen, 1996).

Η οικονομική πίεση εξαιτίας της ανεργίας μπορεί να προκαλέσει φτωχή ψυχική υγεία, και οι μελέτες έχουν εκθέσει τα ευεργετικά αποτελέσματα της αποζημίωσης των ανέργων (Rodriguez, Lasch, & Mead, 1997). Εντούτοις, η ανεργία μπορεί επίσης να συνδεθεί με τη φτωχή ψυχική υγεία ως αποτέλεσμα της απουσίας μη οικονομικών οφελών που παρέχονται

από την εργασία κάποιου, όπως η κοινωνική θέση, ο αυτοσεβασμός, η σωματική και ψυχική δραστηριότητα, και η χρήση των δεξιοτήτων (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortáes, 2004).

Ο αντίκτυπος της ανεργίας στη ψυχική υγεία των ανθρώπων θα μπορούσε να εξαρτηθεί από την επένδυσή τους στις οικογενειακές ευθύνες (που έχουν διαφορετικά χαρακτηριστικά για τους άνδρες και τις γυναίκες). Εντούτοις, λίγα είναι γνωστά για την επιρροή της κοινωνικής τάξης ως πιθανού καθοριστικού παράγοντα της σχέσης μεταξύ της ανεργίας και της ψυχικής υγείας ή των πιθανών αλληλεπιδράσεων μεταξύ του γένους, των οικογενειακών ρόλων, και της κοινωνικής τάξης.

Στόχος μελέτης που δημοσιεύτηκε το 2005 (Falba, Teng, Sindelar, & Gallo, 2005) ήταν να αξιολογήσει τον αντίκτυπο της ακούσιας απώλειας εργασίας λόγω προσωρινής ή μόνιμης απόλυσης, στην υποτροπή του καπνίσματος και της έντασης του καπνίσματος μεταξύ των παλαιότερων εργαζομένων. Τα στοιχεία προέρχονταν από τη μελέτη «υγείας και συνταξιοδότησης», μιας εθνικά αντιπροσωπευτικής έρευνας μεταξύ Αμερικανών ηλικίας 51-61ετών το 1991. 3052 συμμετέχοντες εργαζόμενοι και καπνιστές περιλήφθηκαν στο κύριο δείγμα. **Οι παλαιότεροι εργαζόμενοι είχαν πάνω από δύο φορές μεγαλύτερες πιθανότητες υποτροπής καπνίσματος εξαιτίας της ακούσιας απώλειας εργασίας. Περαιτέρω, εκείνοι που ήταν τρέχοντες καπνιστές πριν από τη αποχώρηση από την εργασία και που δεν εξασφάλισαν νέα απασχόληση βρέθηκαν να κάνουν περισσότερα τσιγάρα, κατά μέσον όρο, λόγω της απώλειας εργασίας.**

Η πίεση που προέρχεται από την απώλεια εργασίας, μαζί με άλλες σημαντικές αλλαγές που συνδέονται με την αποχώρηση από την εργασία κάποιου, θα έτεινε να αυξήσει την κατανάλωση τσιγάρων, παρότι θα έπρεπε να την μειώσει για να ξεπεράσει τις οικονομικές δυσκολίες. Αυτό δίνει έμφαση στην απώλεια εργασίας ως σημαντικού παράγοντα κινδύνου υγείας για τους παλαιότερους καπνιστές (Falba, Teng, Sindelar, & Gallo, 2005).

Τα στοιχεία της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής (HRQOL) χρησιμοποιούνται στις ΗΠΑ για να προσδιορίζουν τις διαφορές υγείας, και την πρόοδο των οργάνων ελέγχου στην επίτευξη των εθνικών στόχων υγείας για το 2010. Οι ενήλικοι χαμηλού εισοδήματος (δηλ. ετήσιο οικογενειακό εισόδημα < 15.000\$) ηλικίας ≥ 55 ετών είχαν ουσιαστικά περισσότερες ανθυγεινές ημέρες από τους χαμηλού εισοδήματος ενήλικους ηλικίας ≥ 65 ετών και τους ενήλικους ηλικίας 55 - 64 ετών που διέθεταν υψηλότερα εισοδήματα. Για να ελέγξει αυτά τα ευρήματα και να καθορίσει εάν επεκτείνονται στους χαμηλού εισοδήματος ενήλικους στις νεότερες ηλικίες, το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών ανέλυσε την σχετική με τη υγεία ποιότητα ζωής και τους σχετικούς παράγοντες μεταξύ ενός υποσυνόλου των συμμετεχόντων στις έρευνες συστημάτων επιτήρησης παραγόντων κινδύνου (BRFSS) των ετών 1995-2001. Έκθεση του 2003 συνοψίζει τα αποτελέσματα εκείνης της ανάλυσης, η οποία διαπίστωσε ότι **χαμηλού εισοδήματος ενήλικοι ηλικίας 45 – 64 ετών έχουν χειρότερη Ποιότητα Ζωής από όλους τους άλλους ενήλικους**. Η ανεργία, η ανικανότητα προς εργασία, και ο περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας εξηγούν μερικώς αυτές τις διαφορές στην ποιότητα ζωής σε αυτήν την ομάδα. **Η προσπάθεια μείωσης αυτών των παραγόντων κινδύνου και η βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και τις κοινωνικές υπηρεσίες (π.χ. προγράμματα επαγγελματικής κατάρτισης) θα μπορούσαν να αυξήσουν την ποιότητα και τα έτη υγιούς ζωής και να εξαλείψουν τις διαφορές υγείας για τα πρόσωπα αυτής της ηλικιακής ομάδας** ("Public health and aging: health-related quality of life among low-income persons aged 45-64 years--United States, 1995-2001", 2003).

2.3.2 Ανεργία και παχυσαρκία

Το 2002, οι γυναίκες στη Φιλανδία είχαν περίπου 2,7 εκατοστά και οι άνδρες περίπου 1,0 εκατοστό μεγαλύτερη περιφέρεια μέσης (WC) από ότι 10 χρόνια πριν. Η περιφέρεια μέσης αυξήθηκε περισσότερο από το ΔΜΣ μεταξύ των γυναικών, ειδικά μεταξύ των **άνεργων γυναικών**. Η μεγαλύτερη περιφέρεια μέσης μεταξύ των άνεργων γυναικών δεν εξηγήθηκε από τους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες ή τις συμπεριφορές υγείας. **Μεταξύ των ανδρών, η μικρότερη περιφέρεια μέσης συνδέθηκε με τη χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση**. Εντούτοις, οι σχέσεις εξαφανίστηκαν εν μέρει μετά από τη ρύθμιση για τις συμπεριφορές υγείας συμπεριλαμβανομένης της σωματικής δραστηριότητας στην εργασία. Η κοινωνικοοικονομική διαμόρφωση της WC είναι διαφορετική (αποκλίνουσα) και συγκεκριμένη ανάλογα με το γένος. Περισσότερη προσοχή πρέπει να δοθεί στην αύξηση της περιμέτρου της γυναικείας μέσης μεταξύ των γυναικών (Sarlio-Læhteenkorva, Silventoinen, Lahti-Koski, Laatikainen, & Jousilahti, 2006).

Σε άλλη μελέτη, στις κοινότητες μεταναστών στο Μόντρεαλ εξετάστηκαν οι σχέσεις μεταξύ της **ανεργίας** και της αυτοεκτιμημένης **υγείας**, των ψυχολογικών κινδύνων και της παχυσαρκίας όπως επίσης και υποθέσεις σχετικά με τους μηχανισμούς τροποποίησης μέσω των οποίων οι μετανάστες (άνδρες και γυναίκες) μπορούν να διατρέξουν έναν μεγαλύτερο κίνδυνο φτωχής υγείας από ότι οι μη-μετανάστες όταν ζουν σε περιοχές υψηλής ανεργίας. Μεταξύ των κοινοτήτων, οι παραλλαγές στις τρεις εκβάσεις υγείας ήταν μικρές, και οι διαφορές στην υγεία δεν συνδέθηκαν με τις διαφορές στην κοινοτική ανεργία. Οι σχέσεις μεταξύ της κοινοτικών ανέργων και της υγείας ποίκιλαν σύμφωνα με τη θέση μετανάστευσης (Zunzunegui, Forster, Gauvin, Raynault, & Douglas Willms, 2006).

Σε ατομικό επίπεδο, οι μετανάστες δεν διαφέρουν από τους μη-μετανάστες όσον αφορά τους τρεις δείκτες υγείας, εκτός του γεγονότος ότι οι δεύτερης γενεάς άνδρες είναι ελαφρώς βαρύτεροι. Εντούτοις, **ζώντας σε περιοχές υψηλής ανεργίας, οι μετανάστες τείνουν να**

αναφέρουν φτωχή σωματική και ψυχική υγεία σε σύγκριση με τους μη-μετανάστες. Μεταξύ των μεταναστών πρώτης γενιάς, η κοινοτική ανεργία συνδέθηκε με την ψυχολογική καταπόνηση. Μεταξύ των μεταναστών δεύτερης γενεάς, η πιθανότητα παχυσαρκίας και η φτωχή αυτοεκτιμημένη υγεία αυξήθηκαν σημαντικά για εκείνους που ζούσαν στις περιοχές με την υψηλή ανεργία, αλλά αυτές οι σχέσεις έφθασαν στη στατιστική σημασία μόνο για τους άνδρες. Τα συμπεράσματα μεταξύ των μεταναστών πρώτης γενιάς ερμηνεύονται από την πιθανή διάκριση στις περιοχές με τη χαμηλή διαθεσιμότητα εργασίας. Μεταξύ των δεύτερης γενεάς ατόμων, η φτωχή σωματική υγεία και η παχυσαρκία πιθανά είναι το αποτέλεσμα ανθυγιεινών συνηθειών που προέρχονται από την αντιλαμβανόμενη έλλειψη ευκαιριών ζωής (Zunzunegui, Forster, Gauvin, Raynault, & Douglas Willms, 2006).

Στόχος της μελέτης που έγινε στην Τουρκία ήταν να αξιολογηθεί η αλληλεπίδραση μεταξύ των **σωματικών δραστηριοτήτων επαγγελματικού και ελεύθερου χρόνου (LTPA)** καθώς επίσης και της **κοινωνικοοικονομικής θέσης (SES)**, του τρόπου ζωής και των διατροφικών συνηθειών στην επικράτηση του υπερβολικού βάρους και της **παχυσαρκίας** στις **εργαζόμενες και άνεργες νοικοκυρές** (όπως χαρακτηρίζονται από τους συγγραφείς) γυναίκες της Τουρκίας πριν την εμμηνόπαυση. Οι εργαζόμενες ήταν περισσότερο υπέρβαρες (47.3% εναντίον 36.2%) και οι άνεργες γυναίκες (νοικοκυρές) περισσότερο παχύσαρκες (42.2% εναντίον 11.6%). Το οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας, η συνήθεια για περπάτημα λιγότερο από 30 λεπτά/ημέρα, η κατανάλωση δύο γευμάτων/ημέρα, και η προτίμηση στα λαχανικά ήταν υψηλότερη στις άνεργες νοικοκυρές. Οι εργαζόμενες γυναίκες είχαν υψηλότερα σκορ όσον αφορά στις παραμέτρους: κοινωνικοοικονομική θέση, επίπεδο εκπαίδευσης, ποσοστό παντελούς έλλειψης περπατήματος, κατανάλωσης τριών γευμάτων την ημέρα, προτίμηση για κάπνισμα και κατανάλωση οινοπνεύματος. Η ομάδα των άνεργων νοικοκυρών είχε υψηλότερο επίπεδο γλυκόζης ενώ η ομάδα των εργαζόμενων γυναικών είχε υψηλότερη συνολική χοληστερόλη. Οι κύριοι προάγελτοι της παχυσαρκίας ήταν : η ηλικία, η

περιφέρεια μέσης (WaC), η κατανάλωση ενός ή δύο γευμάτων/ημέρα έναντι τριών ή τεσσάρων γευμάτων/ημέρα, το μεσημεριανό γεύμα στο σπίτι έναντι του μεσημεριανού γεύματος εκτός σπιτιού. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι θα πρέπει να γίνουν παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής για την αύξηση των σωματικών δραστηριοτήτων επαγγελματικού και ελεύθερου χρόνου (LTPA) και για τις εργαζόμενες και για τις άνεργες γυναίκες δεδομένου ότι η επικράτηση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας ήταν σε υψηλά επίπεδα και στις δύο κατηγορίες (Ersoy & Imamoglu, 2006).

Στη μελέτη που έγινε στο πανεπιστήμιο Lund με βάση τα στοιχεία της δημόσιας έρευνας υγείας του 2000 στη Σουηδία, οι ελλιποβαρείς, υπέρβαρες, και παχύσαρκες γυναίκες ηλικίας 18-34 ετών, συγκρίθηκαν με τις κανονικού βάρους γυναίκες της αντίστοιχης ηλικίας, σύμφωνα με κοινωνικοοικονομικά, ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορά υγείας, αυτοαναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία, και τοπικά χαρακτηριστικά. Ένα ποσοστό 17.5% των γυναικών, ηλικίας 18-34 έτη, ήταν ελλιποβαρείς ($BMI < 20$), 18.4% ήταν υπέρβαρες, και 7.0% παχύσαρκες. Το ποσοστό των ιδιαιτέρως ελλιποβαρών γυναικών με $BMI < 18.5$ ήταν 5.8% μεταξύ των γυναικών ηλικίας 18-34 ετών. Οι γυναίκες που ήταν ελλιποβαρείς είχαν σημαντικά υψηλότερες πιθανότητες να εκτελούν υπερωριακή εργασία, να είναι σπουδάστριες, ενώ είχαν χαμηλή συναισθηματική υποστήριξη και φτώχη αυτοαναφερόμενη γενική και ψυχολογική υγεία σε σχέση με τις γυναίκες κανονικού βάρους. **Οι γυναίκες που ήταν υπέρβαρες/παχύσαρκες ήταν άνεργες, είχαν χαμηλή εκπαίδευση και κοινωνική συμμετοχή, χαμηλή συναισθηματική υποστήριξη, ήταν καθημερινοί καπνιστές, είχαν έναν στατικό τρόπο ζωής και είχαν φτώχη γενική και ψυχολογική υγεία, έναντι των γυναικών κανονικού βάρους.**

Οι ελλιποβαρείς γυναίκες ήταν πιθανότερο να έχουν φτωχότερη ψυχολογική υγεία από τις γυναίκες κανονικού βάρους. Αντίθετα, οι υπέρβαρες και οι παχύσαρκες γυναίκες ήταν πιθανότερο να έχουν φτωχές σχετικές με την υγεία συμπεριφορές και έλλειψη εσωτερικής

εστίας ελέγχου, έναντι των κανονικού βάρους γυναικών. Τα παραπάνω προτείνουν διαφορετικές προληπτικές στρατηγικές με σκοπό να εξεταστούν οι κίνδυνοι υγείας γυναικών που είναι ελλειποβαρείς σε αντιδιαστολή με εκείνους που είναι υπέρβαροι/παχύσαρκοι (Ali & Lindström, 2006).

Η σχέση μεταξύ της καταλληλότητας για απασχόληση και της παχυσαρκίας, και ιδιαίτερα, πώς η παχυσαρκία και το υπερβολικό βάρος συνδέονται με το ποσοστό των ετών ανεργίας και της δυνατότητας για επανάκτηση της απασχόλησης ερευνήθηκε στο Γαλλικό πληθυσμό. Η ανάλυση των στοιχείων ενηλίκων που αποκρίθηκαν στην δεκαετή έρευνα υγείας του 2003 (Γαλλικό εθνικό ίδρυμα στατιστικών και οικονομικών μελετών) αποκάλυψε **ότι το ποσοστό του χρόνου που «ξοδεύεται» στην ανεργία κατά τη διάρκεια των ετών παραμονής στο εργατικό δυναμικό είναι σημαντικά υψηλότερο για κάθε kg/m² απόκλισης από το μέσο ΔΜΣ που επιτυγχάνεται στην ηλικία των 20 και ότι η πιθανότητα της επανάκτησης της απασχόλησης μετά από μια περίοδο ανεργίας είναι πολύ χαμηλότερη** (Paraponaris, Saliba, & Ventelou, 2005).

Στόχος άλλης μελέτης που έγινε σε τρεις δήμους της Bursa (Τουρκία) ήταν να αξιολογηθεί η κατάσταση παχυσαρκίας, οι παράγοντες και οι συνοδές ασθένειες που σχετίζονται με αυτή, ανάμεσα σε κατοίκους διαφορετικής κοινωνικοοικονομικής θέσης. Οι συμμετέχοντες που ζούσαν στο δημοτικό διαμέρισμα με το υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (SES) και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν χαμηλότερο ΔΜΣ και ποσοστό λίπους σώματος έναντι άλλων δημοτικών διαμερισμάτων. Η χαμηλότερη επικράτηση παχυσαρκίας (30.8% εναντίον 36.4% και 39.3%) σε εκείνο το δημοτικό διαμέρισμα οφειλόταν ενδεχομένως στη νεότερη ηλικία, τη χαμηλότερη αναλογία γυναικών, τη μεγαλύτερη επαγγελματική δραστηριότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό του καπνίσματος, μεγαλύτερη κατανάλωση λαχανικών, ελαιόλαδου, και τη μικρότερη πρόσληψη υδατανθράκων. Για την αξιολόγηση των παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν τον

κίνδυνο παχυσαρκίας, ερευνήθηκαν τα αποτελέσματα αυτών των παραγόντων στους άνδρες και τις γυναίκες χωριστά. **Ο καθιστικός τρόπος ζωής και η δυσλιπιδαιμία στους άνδρες που ήταν άνεργοι, το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, η υπέρταση στις γυναίκες και το οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας και στα δύο γένη βρέθηκε ότι σχετίζονται με αυξανόμενο κίνδυνο παχυσαρκίας.** Τα αποτελέσματα της μελέτης δίνουν έμφαση στο γεγονός ότι ειδικά η εκπαίδευση των γυναικών αποτελεί παράγοντα που χρήζει βελτίωσης για να εξασφαλιστεί μείωση της παχυσαρκίας στις ερχόμενες γενεές (Ersoy, Imamoglu, Tuncel, Erturk, & Ercan, 2005).

Η σχέση μεταξύ της **ανεργίας**, της επικράτησης των **προβλημάτων υγείας** και των **συμπεριφορών κινδύνου** τεκμηριώθηκε μέσα από την μελέτη που διεξήχθη στη Γαλλία χρησιμοποιώντας στοιχεία από την γαλλική εθνική έρευνα υγείας του 1991-1992. **Οι άνεργοι άνδρες βρέθηκαν να έχουν σημαντικά υψηλότερα σκορ κατάθλιψης, καπνίσματος, πολυποσίας και κατανάλωσης ψυχοφαρμάκων από ότι ο εργαζόμενος πληθυσμός** (Khlata, Sermet, & Le Pape, 2004).

Ο αντίκτυπος του τελευταίου σταδίου της νεφρικής ασθένειας (ESRD) στην ποιότητα της ζωής (QoL) μετρήθηκε από την άποψη των φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών συνεπειών, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας για εργασία στην έρευνα των Blake και συνεργατών (Blake, Codd, Cassidy, & O'Meara, 2000). Ερευνήθηκαν οι σχέσεις μεταξύ ποιότητας ζωής, θέσης απασχόλησης και σωματικής λειτουργίας στους ασθενείς ESRD ηλικίας 18-65 ετών, μέσω ενός προσαρμοσμένου από τον ερευνητή ερωτηματολογίου, το οποίο περιέλαβε έρευνα υγείας μέσω του ερωτηματολογίου SF 36. Η μέθοδος International Labor Organization (ILO) εφαρμόστηκε για να περιγράψει το ποσοστό απασχόλησης. Μελετήθηκαν 144 ασθενείς (85 άνδρες, 49 γυναίκες), εκ των οποίων 49 ασθενείς με αιμοδιάλυση, 35 με περιτοναϊκή διάλυση και 60 νεφρικοί ασθενείς μεταμόσχευσης. Η μέση ηλικία ήταν 44 ± 12 έτη. Τριάντα δύο ήταν άνεργοι με τη θέλησή τους, και 112 ανήκαν στο

εργατικό δυναμικό. Από τους τελευταίους, 49% ήταν άνεργοι, ενώ το εθνικό ποσοστό ήταν 10%. Η ποιότητα ζωής στην ομάδα ESRD μειώθηκε στο SF36 για τις φυσικές και κοινωνικές διαστάσεις έναντι των νορμών που ισχύουν για τον γενικό πληθυσμό. **Οι άνεργοι ασθενείς ESRD σημείωσαν σημαντικά χαμηλότερα σκορ από τους εργαζόμενους στη σωματική λειτουργία, το φυσικό ρόλο, σωματικό πόνο, γενική υγεία, και στις κλίμακες ζωτικότητας και συναισθηματικού ρόλου.** Οι πολλαπλοί συνοδοί νοσηρότητας ($p < .005$), ένα προνοσηρό φυσικό επάγγελμα ($p < .05$) η φτώχη σωματική λειτουργία ($p < .05$) πρόβλεψαν την ανεργία στην ESRD ανεξαρτήτως όλων των άλλων μεταβλητών. Η ηλικία ($p < .05$), το θηλυκό φύλο ($p < .05$) και η διάγνωση μυοπάθειας ($p < .005$) ήταν ανεξάρτητοι προάγγελοι της φτώχης σωματικής λειτουργίας. Οι συγγραφείς προτείνουν ότι για την επαγγελματική αποκατάσταση των ασθενών ESRD πρέπει να εξεταστεί η συμβολή της σωματικής λειτουργίας, των επαγγελματικών απαιτήσεων, συνοδών ασθενειών και ότι η εκδήλωση μυοπάθειας είναι βασικός παράγοντας φτώχης σωματικής λειτουργίας (Blake, Codd, Cassidy, & O'Meara, 2000).

Στόχος μελέτης που έγινε το 2000 στο Λονδίνο ήταν να αξιολογήσει τη σχέση της επίπτωσης, και της αποκατάστασης από περιοριστικές ασθένειες στη θέση απασχόλησης, την επαγγελματική κοινωνική τάξη, και το εισόδημα κατά τη διάρκεια του χρόνου σε ένα αρχικά υγιές δείγμα ανδρών και γυναικών εργασιακά ενεργού ηλικίας. Υπήρξαν μεγάλες διαφορές στον κίνδυνο ασθένειας ανάλογα με την επαγγελματική κοινωνική τάξη, με τους άνδρες και τις γυναίκες που ανήκαν στους λιγότερους ευνοϊκούς όρους απασχόλησης να έχουν σχεδόν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να αρρωστήσουν από εκείνους που ανήκαν στους ευνοϊκότερους όρους απασχόλησης. **Η ανεργία και η οικονομική αδράνεια είχαν επίσης μια ισχυρή επίδραση στην επίπτωση ασθένειας.** Ο λειτουργικός περιορισμός εξαιτίας της ασθένειας δεν ήταν μόνιμος για τους περισσότερους συμμετέχοντες στη μελέτη. Η θέση απασχόλησης αφορούσε επίσης την επάνοδο στην καλή υγεία. **Στους έχοντες ασφαλή**

(σίγουρη) **απασχόληση, μέσα από ευνοϊκές συνθήκες εργασίας, μειώνεται πολύ ο κίνδυνος να αναπτύξουν περιορισμούς από ασθένεια.** Η εξασφάλιση της απασχόλησης βελτιώνει την πιθανότητα της αποκατάστασης (Bartley, Sacker, & Clarke, 2004).

2.3.3 Παχυσαρκία και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επιρροής

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία αυξάνονται γρήγορα μεταξύ των παιδιών και των ενηλίκων (Wardle & Griffith, 2001; Zhang & Wang, 2004). Το 1998, η **ΠΟΥ** αναγνώρισε την παχυσαρκία ως σημαντική παγκόσμια επιδημία που βλάπτει τη δημόσια υγεία. Η πρόσφατη διάσκεψη παγκόσμιας υγείας που πραγματοποιήθηκε στη Γενεύη απαίτησε τη λήψη συγκεκριμένων δράσεων για να σταματήσει αυτή η επιδημία.

Διάφορες μελέτες έχουν εξετάσει την **σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και της παχυσαρκίας.** Μια ισχυρή αντίστροφη σχέση έχει βρεθεί στις λευκές γυναίκες (Laaksonen, Sarlio-Læhteenkorva, & Lahelma, 2004). Πολλές μελέτες έχουν εκθέσει μια παρόμοια σχέση για τους άνδρες. Οι πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, οι κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην παχυσαρκία διατηρούνται σε πολλές ανεπτυγμένες χώρες (Laaksonen, Sarlio-Læhteenkorva, & Lahelma, 2004; Stettler, Signer, & Suter, 2004; Wardle, Brodersen, Cole, Jarvis, & Boniface, 2006). Η καλύτερη κατανόηση των κοινωνικοοικονομικών διαφορών στην παχυσαρκία γίνεται, επομένως, όλο και περισσότερο σημαντική για τις προσπάθειες των κυβερνήσεων να μικρύνουν αυτές οι διαφορές και να μειωθεί η γενική επικράτηση της παχυσαρκίας.

Ένας τρόπος για την κατανόηση των κοινωνικοοικονομικών διαφορών στην παχυσαρκία είναι να εξεταστούν αυτές οι διαφορές με τη χρησιμοποίηση των εναλλακτικών δεικτών της κοινωνικοοικονομικής θέσης. Οι συνηθέστερα χρησιμοποιημένοι κοινωνικοοικονομικοί δείκτες περιλαμβάνουν την **εκπαίδευση** (Laaksonen, Sarlio-Læhteenkorva, & Lahelma, 2004; Manios, Panagiotakos, Pitsavos, Polychronopoulos, &

Stefanadis, 2005; Paeratakul, White, Williamson, Ryan, & Bray, 2002; Rosmond & Bjørntorp, 2000; Will, Zeeb, & Baune, 2005; Zhang & Wang, 2004) την **επαγγελματική κατηγορία** (Laaksonen, Sarlio-Lèahteenkorva, & Lahelma, 2004; Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003; Lawlor, Ebrahim, & Davey Smith, 2002; Paeratakul, White, Williamson, Ryan, & Bray, 2002; Rosmond & Bjørntorp, 2000; Stettler, Signer, & Suter, 2004; Wardle & Griffith, 2001; Will, Zeeb, & Baune, 2005), και το **εισόδημα** (Laaksonen, Sarlio-Lèahteenkorva, & Lahelma, 2004; Manios, Panagiotakos, Pitsavos, Polychronopoulos, & Stefanadis, 2005; Paeratakul, White, Williamson, Ryan, & Bray, 2002). Αν και κάθε ένας από αυτούς τους δείκτες απεικονίζει τη θέση κάποιου στην κοινωνικοοικονομική ιεραρχία, ο καθένας ξεχωριστά έχει επίσης τα δικά του συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Το εκπαιδευτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατηγορία μας δίνουν πληροφορίες για τη θέση και τον κοινωνικό ρόλο κάποιου. Επιπλέον, η εκπαίδευση περισσότερο από άλλους κοινωνικοοικονομικούς δείκτες συσχετίζεται με τη γνώση και τις δεξιότητες, ενώ η επαγγελματική κατηγορία μπορεί καλύτερα να απεικονίσει τα αποτελέσματα των συνθηκών εργασίας. Το εκπαιδευτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατηγορία επηρεάζουν επίσης την πρόσβαση των ανθρώπων στους υλικούς πόρους (Laaksonen, Sarlio-Lèahteenkorva, & Lahelma, 2004). Ένα βασικό μέτρο των υλικών πόρων είναι το εισόδημα, αλλά και άλλοι δείκτες των υλικών πόρων έχουν επίσης χρησιμοποιηθεί.

Εκτός από αυτούς τους βασικούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες και άλλα μέτρα του κοινωνικοοικονομικού μειονεκτήματος μπορούν να είναι χρήσιμα για μια καλύτερη κατανόηση της κοινωνικοοικονομικής θέσης κάποιου. **Το κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα στην παιδική ηλικία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο παχυσαρκίας στην ενηλικίωση, ακόμα και ανεξάρτητα από την τρέχουσα κοινωνικοοικονομική θέση κάποιου** (Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003; Lawlor, Ebrahim, & Davey Smith, 2002; Wardle & Griffith, 2001).

Η εμπειρία φτωχών κοινωνικοοικονομικών περιστάσεων μπορεί να συμβάλει σε δυσμενείς εκβάσεις της υγείας. Οι πληροφορίες για τους κοινωνικοοικονομικούς όρους παιδικής ηλικίας και την **αντιληπτή οικονομική ικανοποίηση** μπορούν, επομένως, να παρέχουν πρόσθετες πληροφορίες για τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές στην παχυσαρκία (Paeratakul, White, Williamson, Ryan, & Bray, 2002; Wardle & Griffith, 2001).

Η μεγαλύτερη μελέτη που έχει εξετάσει συστηματικά τις τάσεις στην σχέση SES (Socioeconomic Status) και παχυσαρκίας στους Αμερικανούς ενηλίκες δημοσιεύτηκε τον Οκτώβριο του 2004 (Zhang & Wang, 2004). Χρησιμοποιήθηκαν τα εθνικά αντιπροσωπευτικά στοιχεία που συλλέχθηκαν στις εθνικές έρευνες εξέτασης υγείας και διατροφής (National Health and Nutrition Examination Surveys - **NHANES**) που πραγματοποιήθηκαν τα διαστήματα 1971-1974 (NHANES I), 1976-1980 (NHANES II), 1988-1994 (NHANES III), και 1999-2000 (NHANES IV) από **28.543** ενήλικους 20 έως 60 ετών. Η παχυσαρκία καθορίστηκε από τις τιμές ΔΜΣ. Οι τάσεις στη σχέση μεταξύ των επιπέδων παχυσαρκίας και εκπαίδευσης αναλύθηκαν ελέγχοντας για την ηλικία, το φύλο, και το έθνος. Το επίπεδο εκπαίδευσης επιλέχθηκε ως μέτρο SES και κωδικοποιήθηκε ως εξής: χαμηλή εκπαίδευση (λιγότερο από γυμνάσιο), μέση εκπαίδευση (γυμνάσιο), και τριτοβάθμια εκπαίδευση (κολλέγιο ή υψηλότερα).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στις ΗΠΑ, **η αντίστροφη σχέση μεταξύ της κοινωνικοοικονομικής θέσης και της παχυσαρκίας έχει αποδυναμωθεί** κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τριών δεκαετιών, όταν αυξήθηκε εντυπωσιακά η επικράτηση της παχυσαρκίας. Υπάρχουν ιδιαίτερες παραλλαγές στις σχέσεις πέρα από το γένος και τις εθνικές ομάδες. Τα μεμονωμένα χαρακτηριστικά δεν είναι πιθανώς η κύρια αιτία της τρέχουσας επιδημίας παχυσαρκίας, ενώ οι κοινωνικοπεριβαλλοντικοί παράγοντες διαδραματίζουν έναν σημαντικό ρόλο. **Οι στρατηγικές για την πρόληψη και τη διαχείριση**

παχυσαρκίας πρέπει να στοχεύσουν σε όλες τις ομάδες SES μέσα από μια κοινωνική προοπτική.

Διάφορες μελέτες προσπάθησαν να συνδέσουν την **κοινωνικοοικονομική θέση παιδικής ηλικίας με την ενήλικη παχυσαρκία** (Laaksonen, Sarlio-Lëahteenkorva, & Lahelma, 2004; Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003; Lawlor, Ebrahim, & Davey Smith, 2002; Wardle, Brodersen, Cole, Jarvis, & Boniface, 2006). Η επίδραση της κοινωνικής τάξης κατά την παιδική ηλικία είναι γενικά ισχυρότερη από την επίδραση της ενήλικης κοινωνικής τάξης (Laaksonen, Sarlio-Lëahteenkorva, & Lahelma, 2004; Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003; Lawlor, Ebrahim, & Davey Smith, 2002). Η υψηλή πίεση αίματος, η δυσλιπιδαιμία, και η παχυσαρκία είναι συστατικά του συνδρόμου αντίστασης ινσουλίνης. Τα συστατικά αυτού του συνδρόμου είναι γνωστό ότι συγκεντρώνονται στην παιδική ηλικία, και αυτή η συγκέντρωση ακολουθεί στην ενηλικίωση.

Τα παρακάτω στοιχεία συνδέουν την κοινωνικοοικονομική θέση με την παχυσαρκία.

➤ Η **κοινωνική τάξη του πατέρα** συνδέεται αντιστρόφως με την **ενήλικη κεντρική και συνολική παχυσαρκία** (Laaksonen, Sarlio-Lëahteenkorva, & Lahelma, 2004; Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003; Lawlor, Ebrahim, & Davey Smith, 2002; Wardle, Brodersen, Cole, Jarvis, & Boniface, 2006) και συσχετίζεται αντιστρόφως με την παχυσαρκία στις γυναίκες, αλλά όχι στους άνδρες, μετά από ρύθμιση για τις περιστάσεις παιδικής ηλικίας (Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003).

➤ Οι άνδρες και γυναίκες που **κινήθηκαν ανοδικά**, όσον αφορά την κοινωνικοοικονομική θέση ήταν **λιγότερο παχύσαρκοι** από τους συμμετέχοντες που παρέμειναν στην ίδια κοινωνική τάξη με τους πατέρες τους. Τα αποτελέσματα για τη μεταξύ των γενεών κινητικότητα δείχνουν ότι η μακροπρόθεσμη επιρροή της κοινωνικής

τάξης παιδικής ηλικίας στην κεντρική και συνολική παχυσαρκία μπορεί να είναι **εν μέρει αντιστρέψιμη** (Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003).

➤ Τα επίπεδα παχυσαρκίας είναι υψηλά και αυξανόμενα, και οι κοινωνικοοικονομικές και εθνικές διαφορές που φαίνονται υποδεικνύουν ότι η παχυσαρκία θα συμβάλει στις αυξανόμενες ανισότητες υγείας καθώς αυτή η ομάδα θα ωριμάζει ηλικιακά (Wardle & Griffith, 2001).

➤ Η κεντρική παχυσαρκία εμφανίζεται ολοένα και περισσότερο σε μικρές ηλικίες και εμμένει στη μετέπειτα ζωή. Παιδί που είναι παχύσαρκο όταν μπαίνει στη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, θα συνεχίσει πιθανότατα να είναι παχύσαρκο. Η παχυσαρκία επικρατεί περισσότερο στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες αλλά κανένα στοιχείο δεν υπάρχει για την πιθανή αύξηση των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Οι νέες μαύρες γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας, από τους νέους μαύρους άνδρες αντίστοιχης ηλικίας (Wardle & Griffith, 2001).

➤ Η ένταξη σε χαμηλό SES στην παιδική ηλικία και στην ενηλικίωση συνδέθηκε ανεξάρτητα με την αυξανόμενη αντίσταση ινσουλίνης, τη δυσλιπιδαιμία, και τη γενική παχυσαρκία (Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003; Lawlor, Ebrahim, & Davey Smith, 2002).

➤ Η σχέση μεταξύ της κοινωνικής τάξης παιδικής ηλικίας και της αντίστασης στην ινσουλίνη ήταν ισχυρότερη από αυτή για την ενήλικη κοινωνική τάξη. Η επίδραση, στην αντίσταση ινσουλίνης και άλλους παράγοντες κινδύνου, όταν κάποιος ανήκει σε μια χειρωνακτική κοινωνική τάξη σε κάθε στάδιο στην εξέλιξη της ζωής ήταν **αθροιστική**, χωρίς στοιχεία αλληλεπίδρασης μεταξύ της παιδικής και της ενήλικης κοινωνικής τάξης (Lawlor, Ebrahim, & Davey Smith, 2002).

➤ Οι γυναίκες χαμηλού SES κατά την παιδική ηλικία παρέμειναν στον αυξανόμενο κίνδυνο της αντίστασης στην ινσουλίνη, της δυσλιπιδαιμίας, και της παχυσαρκίας — ακόμα κι αν κινήθηκαν προς τις μη χειρωνακτικές κοινωνικές τάξεις στην ενηλικίωση — έναντι των γυναικών που ήταν στις μη χειρωνακτικές κοινωνικές τάξεις και στα δύο στάδια (Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003; Lawlor, Ebrahim, & Davey Smith, 2002).

➤ Στη μελέτη των κοινωνικοοικονομικών διαφορών στην παχυσαρκία μεταξύ υπαλλήλων μέσης ηλικίας της πόλης του Ελσίνκι, **οι δείκτες του κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος παιδικής ηλικίας παρέμειναν συνδεδεμένοι με την παχυσαρκία, ανεξάρτητα από τις τρέχουσες κοινωνικοοικονομικές περιστάσεις.** Οι σχέσεις μεταξύ βασικών κοινωνικοοικονομικών δεικτών και παχυσαρκίας εξαφανίστηκαν μετά από τη ρύθμιση για τους κοινωνικοοικονομικούς όρους παιδικής ηλικίας και τους άλλους δείκτες της ενήλικης κοινωνικοοικονομικής θέσης. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι, εκτός από τις διαφορές στη γνώση και τη θέση, οι παραλλαγές στην παχυσαρκία από το εκπαιδευτικό επίπεδο και την επαγγελματική κατηγορία μπορούν να απεικονίσουν την άνιση διανομή των σχετικών υλικών πόρων (Laaksonen, Sarlio-Læahteenkorva, & Lahelma, 2004).

➤ Η **εγχώρια ιδιοκτησία** και οι **οικονομικές δυσκολίες** επίσης συνδέθηκαν με την παχυσαρκία σύμφωνα με τους Laaksonen και συνεργάτες (Laaksonen, Sarlio-Læahteenkorva, & Lahelma, 2004).

Τα έως τώρα αποτελέσματα δίνουν έμφαση στην ανάγκη να εξεταστεί η τροχιά του παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία, επειδή η περίοδος υψηλού κινδύνου μπορεί να φτάσει νωρίτερα. Η επιτήρηση των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών των νέων είναι κρίσιμης σπουδαιότητας για την επίλυση του προβλήματος της παχυσαρκίας και την επιτυχία των παρεμβάσεων δημόσιας υγείας (Wardle, Brodersen, Cole, Jarvis, & Boniface, 2006).

Η φτωχή ποιοτική διατροφή στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι ένας μηχανισμός

μέσω του οποίου οι φτωχές κοινωνικές καταστάσεις στην παιδική ηλικία οδηγούν στην αυξανόμενη αντίσταση ινσουλίνης, η οποία εμμένει στην ενηλικίωση. Οι δυσμενείς κοινωνικές περιστάσεις στην παιδική ηλικία, καθώς επίσης και την ενηλικίωση, συνδέονται έντονα και ανεξάρτητα με αυξανόμενο κίνδυνο αντίστασης στην ινσουλίνη και άλλων μεταβολικών παραγόντων κινδύνου (Lawlor, Ebrahim, & Davey Smith, 2002).

Το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία στην παιδική ηλικία, και ιδιαιτέρως στην εφηβεία τείνουν να εμμένουν στην ενηλικίωση (Will, Zeeb, & Baune, 2005). Ο κίνδυνος ενήλικου υπερβολικού βάρους είναι διπλά αυξανόμενος για τα άτομα που ήταν υπέρβαρα ως παιδιά έναντι των ατόμων που δεν είχαν υπερβολικό βάρος. Οι ψυχολογικές συνέπειες περιλαμβάνουν την κοινωνική και ψυχολογική πίεση, με τον αυξανόμενο κίνδυνο αρνητικής αυτοεκτίμησης, κοινωνική απομόνωση και αρνητική επιρροή στη σταδιοδρομία και τα οικογενειακά εισοδήματα.

Υπάρχουν ευρείες **γεωγραφικές παραλλαγές του υπερβολικού βάρους**. Το ποσοστό των υπέρβαρων παιδιών ηλικίας 7 έως 11 ετών κυμαίνεται κατά μέσο όρο από 10% έως 18% στην Ανατολική Ευρώπη, ενώ οι τιμές από τις χώρες της Νότιας Ευρώπης όπως η Ελλάδα και η Ισπανία είναι περίπου 20% με 35%. Προτείνεται ότι η χαμηλή επικράτηση της παχυσαρκίας στην Ανατολική Ευρώπη είναι συνέπεια του τεράστιου οικονομικού φορτίου και της σχετικής ένδειας μετά την πολιτική μετάβαση στη δεκαετία του '90 (Will, Zeeb, & Baune, 2005).

Οι μελέτες στις **βιομηχανικές χώρες** δείχνουν ότι τα παιδιά από τις οικογένειες με τη χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση πάσχουν ιδιαίτερα από το υπερβολικό βάρος. Στις λιγότερο βιομηχανοποιημένες κοινωνίες, το υπερβολικό βάρος βρίσκεται κυρίως μεταξύ των παιδιών από τις οικογένειες με την υψηλότερη κοινωνικοοικονομική θέση.

Υπάρχει μια έντονα αρνητική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής θέσης και παχυσαρκίας. Οι δυσμενείς κοινωνικές καταστάσεις στην παιδική ηλικία καθώς επίσης και

κατά την ενηλικίωση συνδέονται έντονα και ανεξάρτητα με την επικράτηση της παχυσαρκίας. Η σωστή αυτοεκτίμηση του βάρους σώματος σε συνδυασμό με ορθές πρακτικές ελέγχου βάρους είναι δυνατό να περιορίσουν την επιδημία της παχυσαρκίας. Η διάρκεια της παραμονής των οικογενειών των **μεταναστών** στη χαμηλή κοινωνική τάξη επηρεάζει την επικράτηση της παχυσαρκίας των παιδιών τους. Η υιοθέτηση **στατικών τρόπων ζωής** από τα παιδιά, όπως η ενασχόληση με τα ηλεκτρονικά παιχνίδια δημιουργούν ευνοϊκό κλίμα για την επικράτηση της παχυσαρκίας (Will, Zeeb, & Baune, 2005).

2.3.4 Ποιότητα ζωής και κοινωνικοοικονομική κατάσταση.

Οι πρόσφατες μελέτες έχουν περιγράψει μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του **εισοδήματος** και της υγείας (Rahkonen, Arber, Lahelma, Martikainen, & Silventoinen, 2000). Εντούτοις, είναι ασαφές εάν αυτό αποδίδεται κυρίως στην ένδεια και την υλική στέρηση. Η ερμηνεία αυτής της σχέσης γίνεται δύσκολη από την έλλειψη γνώσης σχετικά με αυτό που καθορίζει το εισόδημα και ποια είναι τα οφέλη υγείας από το υψηλό εισόδημα. **Επιπλέον, λίγα είναι γνωστά για τις αλλαγές της σχέσης μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας κατά τη διάρκεια των χρόνων ζωής των ανθρώπων και εάν οι οικονομικοί κλονισμοί ασκούν επίδραση στη σχέση αυτή.**

Για να διευκρινίσει αυτά τα ζητήματα η μελέτη του **Rahkonen και συνεργατών** ερεύνησε εάν η θέση απασχόλησης, τα εκπαιδευτικά προσόντα, και η επαγγελματική κατηγορία — που είναι παράγοντες που είναι πιθανό να προηγηθούν αιτιολογικά του εισοδήματος — άσκησαν παρόμοια επίδραση στη σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας στη Φινλανδία και εάν η σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας παρέμεινε ίδια, μειωμένη ή ενισχυμένη από το 1986 ως το 1994. Αυτό ήταν ιδιαίτερα ενδιαφέρον να εξεταστεί στη Φινλανδία επειδή κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80, η φινλανδική οικονομία άκμασε και το 1986 το ποσοστό ανεργίας ήταν 5%. Εντούτοις, στις αρχές της

δεκαετίας του '90 η Φινλανδία δοκίμασε μια γρήγορη και βαθιά οικονομική υποχώρηση. Το ποσοστό ανεργίας ανήλθε σε 18% το 1994. Τα στοιχεία προκύπτουν από δύο εθνικά αντιπροσωπευτικές "έρευνες συνθηκών διαβίωσης" από το 1986 και το 1994 συμπεριλαμβανομένων των ανθρώπων ηλικίας 15 ετών και άνω. Ο αριθμός αυτών που πέρασαν από συνέντευξη ήταν 12057 το 1986 και 8650 το 1994, και το ποσοστό απάντησης ήταν 87% και 73%, αντίστοιχα. Οι αναλύσεις περιορίστηκαν σε άνδρες και τις γυναίκες ηλικίας 25 – 64 ετών επειδή οι ανισότητες υγείας από την εκπαίδευση, τη θέση απασχόλησης, το επάγγελμα, και το εισόδημα μπορούν να μελετηθούν με σημασία μόνο στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό που έχει ολοκληρώσει την εκπαίδευσή του και δεν έχει ακόμα συνταξιοδοτηθεί.

Το καθαρό οικογενειακό διαθέσιμο εισόδημα και η «λιγότερο από καλή» αυτοαντιλαμβανόμενη υγεία μεταξύ των ανδρών και των γυναικών το 1986 και το 1994 παρουσίασαν γραμμική σχέση, όταν ρυθμίστηκαν μόνο για την ηλικία. Η σχέση όμως μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας μειώθηκε έντονα όταν ρυθμίστηκε για τη θέση απασχόλησης, την εκπαίδευση, και την κοινωνική τάξη. Μετά τις ρυθμίσεις δε βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική αλλαγή στη σχέση μεταξύ του εισοδήματος και της υγείας από το 1986 ως το 1994. Κατά τη διάρκεια της ύφεσης τα επίπεδα κοινωνικών παροχών μειώθηκαν, νέες αμοιβές για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες εισήχθησαν και η επιλεξιμότητα ήταν περιορισμένη. Εντούτοις, οι βασικές δομές ευημερίας παρέμειναν αμετάβλητες στη Φινλανδία και αυτές είναι πιθανό να έχουν προσωρινά διατηρηθεί ενάντια στα ξαφνικά δυσμενή αποτελέσματα της ύφεσης. Παραδείγματος χάριν, οι εισοδηματικές ανισότητες παρέμειναν σε χαμηλό επίπεδο στις αρχές της δεκαετίας του '90. Εκτός από τους παραπάνω κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες και άλλοι παράγοντες έχουν επιπτώσεις στις ανισότητες υγείας επίσης, όπως ο τρόπος ζωής και οι συνθήκες διαβίωσης (Rahkonen, Lahelma, Martikainen, & Silventoinen, 2002).

Οι ζώνες φορολογικής αξιολόγησης στη Μεγάλη Βρετανία (CTVBs, δηλ. ένα είδος δημοτικού φόρου) είναι μια κατηγοριοποίηση της αξίας της οικιακής **ιδιοκτησίας**. Ο στόχος της μελέτης που έγινε στη νοτιοανατολική Ουαλία ήταν να αξιολογηθεί το CTVBs ως μέτρο της κοινωνικοοικονομικής θέσης με την εξέταση των σχέσεων μεταξύ των επιλεγμένων εκβάσεων υγείας - τρόπου ζωής και CTVBs, με βάση δύο μέτρα της κοινωνικοοικονομικής θέσης: την εθνική στατιστική κοινωνικοοικονομική ταξινόμηση (NS-*SEC) και τον δείκτη ένδειας βασισμένο στην απογραφή του 2001. Στη μελέτη συμμετείχαν 12092 ερωτώμενοι και το CTVB ορίστηκε σε κάθε άτομο με βάση τους φορολογικούς καταλόγους των τοπικών αρχών. Υπήρξε σημαντική σχέση μεταξύ των κατηγοριών CTVB των δεικτών καπνίσματος και ψυχικής - σωματικής κατάστασης της υγείας. **Τα CTVBs συνδέθηκαν έντονα με τις εκβάσεις υγείας και τον τρόπο ζωής όπως διαμορφώθηκαν σε αυτήν την μελέτη.** Τα CTVBs είναι εύκολα διαθέσιμα και αξίζουν περαιτέρω εκτίμησης για την κοινωνικοοικονομική θέση στις επιδημιολογικές μελέτες (Fone et al., 2006).

Οι σχέσεις μεταξύ της εθνικής καταγωγής, της **κοινωνικοοικονομικής θέσης** (SES) και της σχετικής με την υγεία ποιότητας της ζωής (HRQoL) μελετήθηκαν σε έναν πολυεθνικό αστικό ασιατικό πληθυσμό, ρυθμίζοντας για την επιρροή άλλων γνωστών καθοριστικών παραγόντων HRQoL. Σε μια δυσανάλογα στρωματοποιημένη βασισμένη στον πληθυσμό έρευνα, οι Κινέζοι, Μαλαισιανοί και Ινδοί υπήκοοι της Σιγκαπούρης συμπλήρωσαν το σύντομης μορφής ερωτηματολόγιο SF36 και αξιολογήθηκαν για να καθορίσουν τα δημογραφικά, κοινωνικοοικονομικά, ψυχοκοινωνικά και άλλα χαρακτηριστικά. Το ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα ήταν 92.8%. Εθνικές διαφορές στην HRQoL υπήρξαν και για τις 8 κλίμακες SF- 36 ($p < .01$ για όλες τις κλίμακες εκτός από τη γενική υγεία), μεταξύ των 4122 Κινέζων, Μαλαισιανών και Ινδών που ερωτήθηκαν. Αυτές οι εθνικές ομάδες διέφεραν επίσης σε διάφορους γνωστούς καθοριστικούς παράγοντες HRQoL (π.χ., οι Κινέζοι δήλωναν περισσότερα χρόνια εκπαίδευσης και οι Ινδοί δήλωναν καλύτερη

πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες). Μετά από τη ρύθμιση για την επιρροή αυτών των παραγόντων, το έθνος και η κοινωνικοοικονομική θέση επηρέασαν ανεξάρτητα την HRQoL, με τις μέσες διαφορές στα αποτελέσματα του SF 36 λόγω εθνικής καταγωγής να κυμαίνονται από 1.4 έως 13.1 βαθμούς. Το **εκπαιδευτικό επίπεδο** και η **κατοικία** (δείκτες SES) συνδέθηκαν επίσης με τα αποτελέσματα στο SF 36 (0.5-0.6 αύξηση βαθμών για κάθε χρόνο εκπαίδευσης και 3.5-4.0 αύξηση σκορ για τον καλύτερο τύπο κατοικίας, αντίστοιχα). Η καλύτερη ποιότητα ζωής συνδέθηκε επίσης με την καλύτερη οικογενειακή υποστήριξη, και η φτωχότερη ποιότητα ζωής με τις οξείες και χρόνιες ιατρικές συνθήκες και τις άρρωστες ημέρες. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι **το έθνος και η κοινωνικοοικονομική θέση συνδέονται σημαντικά με την HRQOL** σε έναν πολυ-εθνικό, αστικό ασιατικό πληθυσμό (Thumboo et al., 2003).

2.3.5 Ποιότητα ζωής και σωματική δραστηριότητα

Αν και η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής έχει συνδεθεί με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα τα τελευταία χρόνια, ένα μεγάλο μέρος της έρευνας για τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας στην HRQOL έχει εστιαστεί στους πληθυσμούς με συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενειών, π.χ. στεφανιαίες καρδιακές παθήσεις (Hage, Mattsson, & Stéahle, 2003), οστεοαρθρίτιδα (Dias, Dias, & Ramos, 2003), νεφρική νόσος (Brodin, Ljungman, Hedberg, & Sunnerhagen, 2001) και ηπατικές ασθένειες (Hickman et al., 2004). Η περιγραφή της σχέσης μεταξύ της σωματικής δραστηριότητας και HRQOL στο γενικό πληθυσμό είναι λιγότερο επαρκής (Brown et al., 2003). Οι λίγες μελέτες που έχουν διεξαχθεί δείχνουν μια θετική σχέση μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και HRQOL (Brown et al., 2003; Ellingson & Conn, 2000; Peterson, Lowe, Peterson, & Janz, 2006; Rejeski, Brawley, & Shumaker, 1996; Rejeski & Mihalko, 2001).

Η συστηματική σωματική δραστηριότητα είναι βασικό στοιχείο ενός υγιεινού τρόπου ζωής και παραμένει σημαντική σε όλη την διάρκεια της ζωής του ανθρώπου από την παιδική

ηλικία μέχρι την τρίτη ηλικία. Τα οφέλη της τακτικής σωματικής δραστηριότητας στην υγεία είναι καλά τεκμηριωμένα, και περιλαμβάνουν τη μειωμένη εμφάνιση των στεφανιαίων καρδιακών παθήσεων (Powell, Thompson, Caspersen, & Kendrick, 1987) και του καρκίνου (Albanes, Blair, & Taylor, 1989), τη μειωμένη θνησιμότητα ανεξαρτήτως αιτίας (Leon & Connett, 1991; Paffenbarger, Hyde, Wing, & Hsieh, 1986), τη μείωση του μη-ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη καθώς επίσης και τα οφέλη μέσω της απώλειας βάρους και της μείωσης του υπέρβαρου. Οι μακροχρόνιες αλλαγές στο λιπώδη ιστό συνοδεύονται κυρίως από τις αλλαγές στα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και, σε μια μικρότερης έκτασης αλλαγή στην αεροβική ικανότητα (Koutedakis, Bouziotas, Flouris, & Nelson, 2005). Η σωματική δραστηριότητα συμβάλει στην βελτίωση της ποιότητας ζωής αφού προάγει την ψυχική υγεία και την λειτουργική κατάσταση του ατόμου, περιορίζοντας την ανικανότητα κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής του και μειώνοντας τα προβλήματα κατά την διάρκεια της τρίτης ηλικίας (Acree et al., 2006).

Τα άμεσα βιολογικά-σωματικά οφέλη της συστηματικής άσκησης, μέσω των οποίων αναμένονται επιδράσεις της στη βελτίωση της υγείας και της ποιότητας ζωής συνοψίζονται σύμφωνα με τον Harris (1997) κυρίως στα εξής :

- αύξηση της πυκνότητας της οστικής μάζας, η οποία μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης οστεοπόρωσης στη μετέπειτα ζωή,
- αποτελεσματικός έλεγχος του σωματικού βάρους και αποτροπή του κινδύνου της παχυσαρκίας,
- συμβολή στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης του αίματος (ιδιαίτερα σε υπερτασικά παιδιά/νέους) και στη διατήρηση ενός φυσιολογικού λιπιδαιμικού προφίλ και τέλος
- εξισορρόπηση αναπτυξιακών και επίκτητων αδυναμιών του ερειστικού και κινητικού συστήματος και καλλιέργεια της σωστής στάσης του σώματος.

2.3.6 Ποιότητα ζωής, σωματική δραστηριότητα - εισόδημα

Μια πρόσφατη μελέτη (Peterson, Lowe, Peterson, & Janz, 2006) εξέτασε τη σχέση μεταξύ ενός δραστήριου τρόπου διαβίωσης και του ρόλου της σωματικής λειτουργίας στη HRQOL σε ένα τυχαία επιλεγμένο δείγμα αγροτών ($n = 407$) από τις μεσοδυτικές περιοχές των ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι **ο ενεργητικός τρόπος διαβίωσης συνδέθηκε με τις μεγαλύτερες αυξήσεις στην HRQOL για εκείνους που ανέφεραν το χαμηλότερο εισόδημα**. Το μέγεθος επίδρασης της σχέσης μεταξύ του τρόπου ζωής και της HRQOL για την ομάδα με το χαμηλό εισόδημα ήταν υπερδιπλάσιο του μεγέθους επίδρασης στην ομάδα με το υψηλό εισόδημα. Για τη σωματική λειτουργία, το μέγεθος επίδρασης του τρόπου ζωής για την ομάδα χαμηλού εισοδήματος ήταν 3 φορές μεγαλύτερο από το μέγεθος επίδρασης στην ομάδα υψηλού εισοδήματος. Αν και έχει καταδειχθεί ότι τα άτομα χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης υιοθετούν σε μικρότερο βαθμό έναν ενεργητικό τρόπο διαβίωσης, αυτή η ομάδα χαμηλού SES μπορεί να έχει περισσότερο κέρδος από έναν ενεργητικό τρόπο ζωής. Τα συμπεράσματα δίνουν έμφαση στην ανάγκη για αυξανόμενη και συγκεκριμένα στοχοθετημένη προώθηση παρεμβάσεων για την υιοθέτηση ενεργητικού τρόπου διαβίωσης.

Χρησιμοποιώντας τα στοιχεία από 175.850 ενήλικους που συμμετείχαν στην έρευνα BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System) του 2001, εξετάστηκε η σχέση της επαρκούς σωματικής δραστηριότητας και τεσσάρων μέτρων υγείας και HRQOL που αναπτύχθηκαν από την Αμερικανική Διεύθυνση Υγείας (CDC). Έγιναν ρυθμίσεις για την ηλικία, τη φυλή/έθνος, το φύλο, την εκπαίδευση, το κάπνισμα, και το ΔΜΣ (Brown et al., 2003). Το ποσοστό των ενήλικων που ανέφεραν 14 ή περισσότερες ανθυγιεινές ημέρες (σωματικά ή ψυχικά), ήταν σημαντικά χαμηλότερο μεταξύ εκείνων που επέτυχαν τα συνιστώμενα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας από ότι στους σωματικά μη δραστήριους ενήλικους για όλες τις ηλικίες, φυλές/εθνότητες, και στους άνδρες και στις γυναίκες. Μετά

από ρύθμιση, η σχετική πιθανότητα εμφάνισης 14 ή περισσότερων ανθυγιεινών ημερών σε όσους πέτυχαν τα συνιστώμενα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας έναντι των μη δραστήριων ενηλίκων ήταν 0.67 (95% CI: 0.60, 0.74) για τους ενηλίκους ηλικίας 18–44 έτη, 0.40 (95% CI: 0.36, 0.45) για τους ενηλίκους ηλικίας 45–64 έτη, και .41 (95% CI: 0.36, 0.46) για τους ενηλίκους ηλικίας 65 ετών και άνω. Τα αποτελέσματα εμμένουν ακόμη και μεταξύ των ενηλίκων με μια χρόνια πάθηση όπως η αρθρίτιδα. Αυτά τα αποτελέσματα δίνουν έμφαση στην ανάγκη καθιέρωσης προγραμμάτων υγείας για να αυξηθεί η συμμετοχή στην τακτική σωματική δραστηριότητα (Brown et al., 2003). Εν περιλήψει, παρατηρήθηκε ότι **τα άτομα που επιτυγχάνουν τις συνιστώμενες οδηγίες σωματικής δραστηριότητας ήταν πιθανότερο να έχουν καλύτερη γενική HRQOL και καλύτερη αυτοαντιλαμβανόμενη κατάσταση υγείας.**

Η σωματική δραστηριότητα έχει επίσης μια ευεργετική επίδραση στην HRQOL στους ασθενείς με κατάθλιψη, στεφανιαία ασθένεια, και πολλαπλές δυσλειτουργίες οργάνων. Το 2001, μια ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σωματική δραστηριότητα, συχνά υπό μορφή άσκησης αντοχής ή/και αντίστασης, συνδέθηκε θετικά με την HRQOL, ανεξάρτητα από την ηλικία και την κατάσταση υγείας (Acree et al., 2006).

Η σωματική δραστηριότητα λοιπόν συνδέεται με την HRQOL στους κλινικούς πληθυσμούς, αλλά είναι λιγότερο γνωστό εάν αυτή η σχέση παραμένει στην τρίτη ηλικία, σε φαινομενικά υγιείς ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες. Μια μελέτη που έγινε στην πόλη Norman της Oklahoma, στις ΗΠΑ εξέτασε 112 εθελοντές άνδρες και γυναίκες (70 ± 8 έτη), που στρατολογήθηκαν μέσω διαφημίσεων. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο ιατρικού ιστορικού, το ερωτηματολόγιο SF36, και μια εκτίμηση επιπέδων σωματικής δραστηριότητας χρησιμοποιώντας την κλίμακα σωματικής δραστηριότητας του Johnson Space Center. Τα άτομα χωρίστηκαν σε μια ομάδα υψηλής σωματικής δραστηριότητας ($n = 62$) και σε μια ομάδα χαμηλής σωματικής δραστηριότητας ($n = 50$)

(Acree et al., 2006). Οι τιμές ποιότητας ζωής και στις οκτώ περιοχές που μετρά το ερωτηματολόγιο SF36, ήταν σημαντικά υψηλότερες ($p < .05$) στην ομάδα με την υψηλότερη σωματική δραστηριότητα. Επιπλέον, η πιο δραστήρια ομάδα περιείχε λιγότερες γυναίκες (44% έναντι 72%, $p = .033$), και είχε χαμηλότερα ποσοστά υπέρτασης (39% έναντι 60%, $p = .041$) από την λιγότερο δραστήρια ομάδα. Μετά τη ρύθμιση για το φύλο και την υπέρταση, η πιο δραστήρια ομάδα είχε υψηλότερες τιμές στις ακόλουθες πέντε περιοχές ποιότητας ζωής: σωματική λειτουργία (82 ± 20 έναντι 68 ± 21 , $p = .029$), φυσικός ρόλος (83 ± 34 έναντι 61 ± 36 , $p = .022$), σωματικός πόνος (83 ± 22 έναντι 66 ± 23 , $p = .001$), ζωτικότητα (74 ± 15 έναντι 59 ± 16 , $p = .001$), κοινωνική λειτουργία (92 ± 18 έναντι 83 ± 19 , $p = .040$). Η γενική υγεία, ο συναισθηματικός ρόλος και η ψυχική υγεία δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ($p > .05$) μεταξύ των δύο ομάδων (Acree et al., 2006). **Οι υγιείς ηλικιωμένοι που συμμετείχαν τακτικά σε σωματική δραστηριότητα, τουλάχιστον μέτριας έντασης, για περισσότερες από μια ώρες την εβδομάδα, είχαν υψηλότερα σκορ ποιότητας ζωής και στις σωματικές και στις διανοητικές περιοχές του SF36, από εκείνους που ήταν λιγότερο σωματικά δραστήριοι.** Επομένως, η ενσωμάτωση περισσότερης σωματικής δραστηριότητας στον τρόπο ζωής των υποκινητικών ηλικιωμένων ατόμων μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία τους (Acree et al., 2006).

Στόχος μελέτης στην οποία συμμετείχαν 9473 Βρετανοί (4521 άνδρες και 4952 γυναίκες) ήταν η διερεύνηση της επιρροής κοινωνικών, οικονομικών, και οικογενειακών παραγόντων στη συμμετοχή σε εβδομαδιαία άσκηση ελεύθερου χρόνου (Popham & Mitchell, 2006). Για τους περισσότερους από τους συμμετέχοντες, η συμμετοχή σε άσκηση μεταβλήθηκε κατά τη διάρκεια του χρόνου. Εκείνοι που δεν διέθεταν επαρκή χρόνο λόγω φόρτου εργασίας ή οικογενειακής ζωής ήταν λιγότερο πιθανό να συμμετέχουν σε σωματική δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου. Υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως

αντίκτυπο της φροντίδας των παιδιών, με τις γυναίκες να εμφανίζουν χειρότερα αποτελέσματα μακροπρόθεσμα. Η πολύωρη επαγγελματική απασχόληση μείωσε τη συμμετοχή σε άσκηση ελεύθερου χρόνου. Βρέθηκε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του οικογενειακού εισοδήματος και της εβδομαδιαίας συμμετοχής στην άσκηση. Αυτό ήταν στατιστικά σημαντικό για τους άνδρες αλλά όχι για τις γυναίκες. Εντούτοις, η σχέση αυτή μειώθηκε μετά από τη ρύθμιση για άλλες μεταβλητές. Η ανεργία συνδέθηκε με μια μειωμένη πιθανότητα άσκησης μεταξύ των γυναικών, αλλά όχι μεταξύ των ανδρών. Και για τους άνδρες και για τις γυναίκες, η συμμετοχή στη "χαμηλότερη εποπτική και τεχνική" κοινωνική τάξη συνδέθηκε με μια μειωμένη πιθανότητα εβδομαδιαίας άσκησης. Οι άνδρες, που δούλευαν σε «μικρό» εργοδότη, οι αυτοαπασχολούμενοι, και αυτοί που ανήκαν στη χαμηλότερη επαγγελματική κατηγορία είχαν μειωμένη πιθανότητα εβδομαδιαίας άσκησης. Η έλλειψη μιας στατιστικά σημαντικής ανεξάρτητης σχέσης μεταξύ του εισοδήματος και της συχνότητας άσκησης σε αυτήν την μελέτη ήταν ένα μη αναμενόμενο εύρημα και έρχεται σε αντίθεση με άλλες εργασίες. Μελέτη από την Αυστραλία, παραδείγματος χάριν, έδειξε ότι μερικοί τύποι σωματικών δραστηριοτήτων συνδέονται με την κοινωνικοοικονομική θέση (Kavanagh et al., 2005).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Η μελέτη έλαβε έγκριση από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με την υπ. Αριθμ. 1/14-11-2006 απόφαση.

3.1 ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Το δείγμα απετέλεσαν 364 ενήλικοι άνεργοι 18-64 ετών (32.6 ± 10.7) που παρακολούθησαν σεμινάρια επαγγελματικής κατάρτισης στα ΚΕΚ Καρδίτσας και Τρικάλων από το Δεκέμβριο του 2006 μέχρι το Μάρτιο του 2007. Οι άνεργοι επιλέχθηκαν από τα ΚΕΚ σε συνεργασία με τους υπευθύνους του ΟΑΕΔ ύστερα από κατάθεση βιογραφικού και συνέντευξη σε επιτροπή των Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης, που αποτελείται από τον διευθυντή κατάρτισης των ΚΕΚ, τον επιστημονικό υπεύθυνο του προγράμματος και τον υπεύθυνο παρακολούθησης της κατάρτισης. Η συμμετοχή ήταν προαιρετική. Εξηγήθηκε εκ των προτέρων η σημασία της συμμετοχής των καταρτιζομένων στην έρευνα και τα οφέλη που θα προέκυπταν από αυτή τόσο σε ατομικό (προσωπικοί δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής) όσο και σε επίπεδο κοινωνίας (τόπος - χώρα). Όλα τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, για την διευκόλυνση όμως της ανακοίνωσης των αποτελεσμάτων κωδικοποιήθηκαν με τη μορφή: 01KA01010701 (1^{ος} -2^{ος} χαρακτήρας = αριθμός προγράμματος, ο 3^{ος} και 4^{ος} χαρακτήρας δείχνει την πόλη, 5^{ος}-10^{ος} χαρακτήρας δείχνει την ημερομηνία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, 11^{ος} -12^{ος} χαρακτήρας δείχνει τον αύξοντα αριθμό του συμμετέχοντα. Από όλους τους συμμετέχοντες ζητήθηκε **γραφτή συναίνεση** για τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Το έντυπο της γραπτής συναίνεσης καθώς επίσης και η κατάσταση των Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης και των προγραμμάτων κατάρτισης που διενεργήθηκαν στο διάστημα της συλλογής των δεδομένων παρατίθενται στο παράρτημα 1 και 4 αντίστοιχα.

Μετά το τέλος της στατιστικής ανάλυσης ανακοινώθηκαν στους συμμετέχοντες τα ατομικά αποτελέσματα ποιότητας ζωής, τα οποία αναρτήθηκαν στους πίνακες ανακοινώσεων των ΚΕΚ με βάση τον κωδικό τους. Δείγμα των αποτελεσμάτων παρατίθεται στην ενότητα 3 του παραρτήματος.

3.2 ΟΡΓΑΝΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν, ανώνυμα,

- ❖ το ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής SF-36 (QoL) για να εκτιμηθούν η σωματική και ψυχική υγεία και το συνολικό σκορ ποιότητας ζωής (Ware & Sherbourne, 1992),
- ❖ ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο γενικών ερωτήσεων μέσα από το οποίο διερευνήθηκε η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (κατάσταση απασχόλησης, εισόδημα, εκπαίδευση κλπ) και καταγράφηκαν δημογραφικά στοιχεία (ΔΜΣ, ηλικία, εθνικότητα, κατοικία, φύλο, αριθμός μελών στην οικογένεια, εθνικότητα, ειδίκευση, κλπ),
- ❖ ερωτηματολόγιο ανάκλησης (7 days recall) για την αξιολόγηση των επίπεδων σωματικής δραστηριότητας, και της συχνότητας άσκησης (Godin & Shephard, 1985),
- ❖ ερωτηματολόγιο καπνίσματος (Papaioannou, Karastogiannidou, & Theodorakis, 2004).

Η μορφή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα παρουσιάζεται στην ενότητα 2 του παραρτήματος.

Το όργανο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα για την αξιολόγηση του επιπέδου σωματικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων αποτελούνταν ουσιαστικά από δύο ερωτηματολόγια. Το 7-Days Recall, ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τους Shephard και Godin (Godin & Shephard, 1985) και χρησιμοποιήθηκε για να αξιολογήσει την έντονη, μέτρια και ήπια σωματική δραστηριότητα σε μια χρονική περίοδο μιας εβδομάδας (τελευταία εβδομάδα). Αυτό το όργανο αποδείχτηκε σε έρευνα πάνω σε μια ομάδα υγείων ενηλίκων

αξιόπιστο και έγκυρο (Godin, Jobin, & Bouillon, 1986). Για την αξιολόγηση της συχνότητας συμμετοχής σε σωματική δραστηριότητα των συμμετεχόντων σε μια χρονική περίοδο μιας εβδομάδας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο που αναπτύχθηκε από τους Παπαϊωάννου και συνεργάτες (Papaioannou, Karastogiannidou, & Theodorakis, 2004) και θεωρείται απλό και εύκολο στη χρήση του.

Η τιμή του Δείκτη Σωματικής Δραστηριότητας (ΔΣΔ) υπολογίστηκε πολλαπλασιάζοντας τις αναφερόμενες τιμές κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου ανάκλησης (7 days recall), με τις αντίστοιχες τιμές των μεταβολικών ισοδυναμιών (MET). Ένα MET ισούται με την ενέργεια που δαπανά ένα κιλό σωματικού βάρους ανά ώρα σε κατάσταση ηρεμίας. Για την έντονη άσκηση η αναλογία σε ηρεμία των μεταβολικών ισοδυναμιών (MET) για τον υπολογισμό του επιπέδου έντασης αυτής της κατηγορίας σωματικής δραστηριότητας είναι 9 METs. Για τη μέτρια άσκηση η μέση τιμή METs είναι 5, ενώ για την ήπια άσκηση η μέση τιμή METs είναι 3. Η τιμή της συνολικής εβδομαδιαίας σωματικής δραστηριότητας υπολογίστηκε από το άθροισμα των τριών τιμών. Με βάση τα παραπάνω ο υπολογισμός του ΔΣΔ έγινε από τον τύπο: $\Delta\Sigma\Delta = (\text{χαμηλή άσκηση} \times 3) + (\text{μέτρια άσκηση} \times 5) + (\text{υψηλή άσκηση} \times 9)$.

Η τιμή του Δείκτη Συχνότητας Άσκησης (ΔΣΑ) υπολογίστηκε από το μέσο όρο των αναφερομένων τιμών κάθε ερώτησης του ερωτηματολογίου συχνότητας που αφορούσε την συχνότητα άσκησης κατά την τελευταία εβδομάδα, τις τελευταίες δύο εβδομάδες και τον τελευταίο μήνα.

Για τον υπολογισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) μετρήθηκαν το ύψος και το βάρος των εθελοντών με τη χρήση αναστημόμετρου και ψηφιακής ζυγαριάς ακριβείας (DIGITAL GLASS SCALE Model No. : KH5502). Όπως αναφέρεται στην εισαγωγή ο ΔΜΣ ορίζεται ως το βάρος (σε χιλιόγραμμα) προς το τετράγωνο του ύψους (σε μέτρα) (kg/m^2).

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε μέσω προσωπικής συνέντευξης (στο χώρο

των ΚΕΚ), προκειμένου να ενισχυθεί η κατανόηση των ερωτήσεων από τους ερωτηθέντες και να ελαχιστοποιηθούν οι ελλείπουσες τιμές (missing data) και για το SF-36 οι απαντήσεις κωδικοποιήθηκαν, αθροίστηκαν και ανάχθηκαν σε κλίμακα από 0 (χειρότερο επίπεδο υγείας) έως 100 (καλύτερο επίπεδο υγείας). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων και η διαχείριση των ελλειπουσών τιμών πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνουν οι Kalantar-Zadeh και συνεργάτες (2001).

3.3 ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ

Για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο **SPSS** (11.0). Υπολογίστηκαν :

- οι **συσχετίσεις** των διαφόρων μεταβλητών κατά Pearson,
- αναλύσεις **t test** για ανεξάρτητα δείγματα, για να ερευνηθεί εάν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μεταβλητών,
- **αναλύσεις διακύμανσης** (one & two-way analysis of variance) και ανάλυση post hoc (Scheffe test) για να ερευνηθεί εάν υπάρχουν αλληλεπιδράσεις μεταξύ παραγόντων και που τυχόν εντοπίζονται οι διαφορές ανάμεσα στις ομάδες, με ελάχιστο επίπεδο σημαντικότητας $p < .05$,
- **ανάλυση παλινδρόμησης** (linear regression analysis) για να εξεταστεί η συνεισφορά των ανεξάρτητων μεταβλητών στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής και για να ερευνηθεί η σχέση μεταξύ μίας εξαρτημένης μεταβλητής και πολλών ανεξάρτητων.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται ως ποσοστό επί του συνόλου (%) ή ως μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση (mean \pm SD).

Ο **πίνακας 6** του παραρτήματος παρουσιάζει τις στατιστικές αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν μέσα από το πρόγραμμα SPSS.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν σε σύνολο 364 ατόμων 285 γυναίκες και 79 άνδρες. Ο πίνακας 4.1 παρουσιάζει τις συχνότητες και τα ποσοστά των μεταβλητών του ερωτηματολογίου γενικών ερωτήσεων.

Πίνακας 4.1 Συχνότητες και ποσοστά εμφάνισης τιμών των μεταβλητών του ερωτηματολογίου γενικών ερωτήσεων.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΙΜΩΝ ΤΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ			
ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗΣ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΦΥΛΟ	ΑΝΔΡΕΣ	79	21.70%
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	285	78.30%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%
ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ	18-30	207	56.87%
	31-50	134	36.81%
	51-65	23	6.32%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%
ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΙ	242	66.48%
	ΥΠΕΡΒΑΡΟΙ	81	22.25%
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ	41	11.26%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΟΛΗ	243	66.76%
	ΧΩΡΙΟ	121	33.24%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%
ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ	ΙΔΙΟΚΤΗΤΕΣ ΣΠΙΤΙΟΥ	274	75.30%
	ΜΗ ΙΔΙΟΚΤΗΤΕΣ	90	24.70%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%
ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ	ΕΛΛΗΝΕΣ	342	93.96%
	ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ	22	6.04%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	39	10.86%
	ΛΥΚΕΙΟ	234	65.18%
	ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	86	23.96%
	ΣΥΝΟΛΟ	359	100.00%
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	ΑΝΕΙΔΙΚΕΥΤΟΙ ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΟΙ	44	12.09%
	ΗΜΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΟΙ	78	21.43%
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΟΙ	12	3.30%

	ΑΝΕΙΔΙΚΕΥΤΟΙ ΜΗ ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΟΙ	2	0.55%
	ΗΜΙΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΜΗ ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΟΙ	27	7.42%
	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΜΗ ΧΕΙΡΩΝΑΚΤΙΚΟΙ	60	16.48%
	ΣΥΝΟΛΟ	223	61.26%
	ΕΛΛΕΠΟΥΣΕΣ ΤΙΜΕΣ	141	38.74%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%
ΕΙΣΟΔΗΜΑ	ΛΙΓΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 12.000€	168	46.15%
	ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΑΠΟ 12.000€	196	53.85%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	ΣΟΒΑΡΕΣ	53	14.56%
	ΜΕΤΡΙΕΣ	201	55.22%
	ΚΑΜΙΑ	110	30.22%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%
ΤΩΡΙΝΕΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ	ΣΥΧΝΕΣ	76	20.88%
	ΠΕΡΙΣΤΑΣΙΑΚΕΣ	141	38.74%
	ΚΑΜΙΑ	147	40.38%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%
ΒΙΟΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ	151	41.48%
	ΚΑΠΩΣ ΙΚΑΝ/ΝΟΙ	163	44.78%
	ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΟΙ	50	13.74%
	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%

Επιπλέον, ο Πίνακας 6.6 του Παραρτήματος παρουσιάζει συνοπτικά τις στατιστικές αναλύσεις που έγιναν μέσα από το στατιστικό πακέτο SPSS, καθώς και τα αποτελέσματα σε επίπεδο σημαντικότητας $p < .01 (**)$ ή $p < .05 (*)$.

Ο Πίνακας 4.2 παρουσιάζει τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις για τις οκτώ (8) επιμέρους και τις τρεις (3) γενικές κλίμακες μέτρησης του γενικού ερωτηματολογίου SF-36 όπως προέκυψαν από την ανάλυση των αποτελεσμάτων σύμφωνα με τη διαδικασία που προτείνουν οι Kalantar-Zadeh και συνεργάτες (Kalantar-Zadeh, Kopple, Block, & Humphreys, 2001).

Πίνακας 4.2 Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις κλιμάκων της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής

ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΚΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ		
ΚΛΙΜΑΚΕΣ SF36	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ	ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ	84.67	16.34
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ	75.34	32.75
ΣΩΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ	75.17	25.91
ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	69.40	19.02
ΖΩΤΙΚΟΤΗΤΑ	66.62	18.09
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ	75.21	22.66
ΡΟΛΟΣ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΟΣ	66.40	39.43
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	65.73	20.29
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	74.18	16.91
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	68.60	18.01
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	72.28	17.33

4. 1 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ

4.1.1 Επίδραση εισοδήματος

Χρησιμοποιήθηκε **T-test** για ανεξάρτητα δείγματα για να εξεταστεί αν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές **Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)**, **Δείκτης Συχνότητας Άσκησης (ΔΣΑ)**, **Δείκτης Σωματικής Δραστηριότητας (ΔΣΔ)**, **κάπνισμα**, **σωματική υγεία**, **ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής**, μεταξύ ατόμων διαφορετικού **οικογενειακού εισοδήματος** που περιελάμβανε 2 κατηγορίες: (1) Αυτούς που είχαν οικογενειακό εισόδημα κάτω των 12.000€ και (2) αυτούς που είχαν οικογενειακό εισόδημα πάνω από 12.000€. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι : **υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές** μεταξύ των ατόμων στις μεταβλητές :

i. **ΔΜΣ:** $t(362)= 2.51, p<.01$. Τα άτομα με το μικρότερο εισόδημα ($M= 24.76, SD= 5.05$) είχαν μεγαλύτερο ΔΜΣ από τα άτομα με το μεγαλύτερο εισόδημα ($M= 23.54, SD= 4.06$),

ii. **σωματική υγεία:** $t(359)= -4.37, p<.01$. Τα άτομα με το μεγαλύτερο εισόδημα ($M= 77.76, SD= 14.03$) είχαν καλύτερη σωματική υγεία από τα άτομα με το μικρότερο εισόδημα ($M= 69.98, SD= 18.95$),

iii. **ψυχική υγεία:** $t(358)= -3.76, p<.01$. Τα άτομα με το μεγαλύτερο εισόδημα ($M= 71.90, SD= 15.11$) είχαν καλύτερη ψυχική υγεία από τα άτομα με το μικρότερο εισόδημα ($M= 64.70, SD= 20.29$),

iv. **συνολική ποιότητα ζωής:** $t(358)= -4.03, p<.01$. Τα άτομα με το μεγαλύτερο εισόδημα ($M= 75.68, SD= 14.22$) είχαν καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής από τα άτομα με το μικρότερο εισόδημα ($M= 68.26, SD= 19.71$).

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων στις μεταβλητές: i) Δείκτης Συχνότητας Άσκησης, $t(362)= -1.46, p>.05$. και ii) Δείκτης Σωματικής Δραστηριότητας: $t(362)= -1.36, p>.05$ και iii) κάπνισμα: $t(362)=.93, p>.05$.

4.1.2 Επίδραση χρόνου ανεργίας

Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (**one way anova**) για να εξεταστεί αν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΜΣ, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής, μεταξύ ατόμων διαφορετικής **χρονικής διάρκειας στην ανεργία**. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία και η συνολική ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή η χρονική διάρκεια ανεργίας, που περιελάμβανε τρεις κατηγορίες: (1) αυτούς που ήταν μέχρι ένα χρόνο άνεργοι, (2) αυτούς που ήταν από ένα μέχρι και τρία χρόνια άνεργοι και (3) αυτούς που ήταν πάνω από τρία χρόνια άνεργοι. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι **υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές** στις μεταβλητές:

i. **σωματική υγεία** $F(2,264)= 10.847, p<.01$. Οι μακροχρόνια άνεργοι είχαν χειρότερη σωματική υγεία ($M= 68.78, SD= 20.33$) από τα άτομα της δεύτερης ομάδας (1-3 χρόνια ανεργίας) ($M= 80.27, SD= 11.74$) και τα άτομα της πρώτης ομάδας (μέχρι ένα χρόνο άνεργοι ($M= 74.40, SD= 15.15$)).

ii. **ψυχική υγεία**, $F(2,264)= 8.510, p<.01$. Οι μακροχρόνια άνεργοι είχαν χειρότερη ψυχική υγεία ($M= 64.42, SD= 20.33$) από τα άτομα της δεύτερης ομάδας (1-3 χρόνια ανεργίας) ($M= 80.27, SD= 20.97$) και τα άτομα της πρώτης ομάδας (μέχρι ένα χρόνο άνεργοι ($M= 67.81, SD= 17.75$)).

iii. **συνολική ποιότητα ζωής** $F(2,264)= 12.076, p<.01$. Οι μακροχρόνια άνεργοι είχαν χειρότερη Συνολική Ποιότητα Ζωής ($M= 67.06, SD= 20.63$) από τα άτομα της δεύτερης ομάδας (1-3 χρόνια ανεργίας) ($M= 79.50, SD= 11.3$) και τα άτομα της πρώτης ομάδας (μέχρι ένα χρόνο άνεργοι ($M= 71.71, SD= 16.46$)).

iv. **Δείκτης Μάζας Σώματος** $F(2,267)= 5.968, p<.01$. Οι μακροχρόνια άνεργοι είχαν χειρότερο ΔΜΣ ($M= 25.44, SD= 5.44$) από τα άτομα της δεύτερης ομάδας (1-3 χρόνια

ανεργίας) ($M= 23.63$, $SD= 3.81$) και τα άτομα της πρώτης ομάδας (μέχρι ένα χρόνο άνεργοι ($M= 23.38$, $SD= 3.8$).

4.1.3 Επίδραση εκπαιδευτικού επιπέδου

Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (**one way anova**) για να εξεταστεί αν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΣΑ, ΔΣΔ, κάπνισμα, ΔΜΣ, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής, μεταξύ ατόμων διαφορετικού **εκπαιδευτικού επιπέδου**. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η ΔΣΑ, το κάπνισμα, ο ΔΜΣ, ο ΔΣΔ, η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία και η συνολική ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή το **εκπαιδευτικό επίπεδο**, το οποίο περιελάμβανε τρεις κατηγορίες: (1) αυτούς που τελείωσαν μέχρι και το γυμνάσιο (υποχρεωτική εκπαίδευση), (2) αυτούς που τελείωσαν το λύκειο και (3) τους αποφοίτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι: **υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές** στις μεταβλητές:

i. **ΔΣΑ** $F(2,356)= 4.701$, $p= .01$. Τα άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ασκούσαν περισσότερο ($M= 3.32$, $SD= 1.61$) από τα άτομα της δεύτερης εκπαιδευτικής ομάδας (απόφοιτοι λυκείου) ($M= 2.71$, $SD= 1.58$) και τα άτομα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης ($M= 3.14$, $SD= 2.04$).

ii. **σωματική υγεία** $F(2,353)= 4.080$, $p<.01$. Τα άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν καλύτερη σωματική υγεία ($M= 77.23$, $SD= 15.18$) από τα άτομα της δεύτερης εκπαιδευτικής ομάδας (απόφοιτοι λυκείου) ($M= 73.94$, $SD= 16.25$) και τα άτομα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης ($M= 68$, $SD= 22.49$).

iii. **ψυχική υγεία**, $F(2,353)= 4.080$, $p<.05$. Τα άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν καλύτερη ψυχική υγεία ($M= 72.03$, $SD= 15.81$) από τα άτομα της δεύτερης εκπαιδευτικής ομάδας (απόφοιτοι λυκείου) ($M= 68.13$, $SD= 17.64$) και τα άτομα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης ($M= 62.87$, $SD= 22.76$).

iv. **συνολική ποιότητα ζωής** $F(2,352)= 5.201, p<.01$. Τα άτομα τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν καλύτερη ψυχική υγεία ($M= 76.37, SD= 15.27$) από τα άτομα της δεύτερης εκπαιδευτικής ομάδας (απόφοιτοι λυκείου) ($M= 71.66, SD= 16.67$) και τα άτομα της υποχρεωτικής εκπαίδευσης ($M= 66.03, SD= 22.78$).

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές:

Κάπνισμα, $F(2,356)=.603, p>.05$, ΔΜΣ, $F(2,356)=.976, p>.05$ και ΔΣΔ, $F(2,356)= 2.035, p>.05$ μεταξύ ατόμων που ανήκουν σε διαφορετικό εκπαιδευτικό επίπεδο.

4.1.4 Επίδραση τύπου κατοικίας

Χρησιμοποιήθηκαν **T-test** για ανεξάρτητα δείγματα για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΣΑ, ΔΣΔ, κάπνισμα, ΔΜΣ, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής, μεταξύ ατόμων με διαφορετικό τόπο κατοικίας. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν ο ΔΣΑ, το κάπνισμα, ο ΔΜΣ, ο ΔΣΔ, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και η συνολική ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή ο **τόπος κατοικίας** ο οποίος περιελάμβανε τρεις κατηγορίες, (1) αυτούς που κατοικούσαν σε **πόλη** και (2) αυτούς που κατοικούσαν σε **χωριό**. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι: **δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές** στις μεταβλητές :

- i. ΔΣΑ : $t(362)=.216, p>.05$,
- ii. κάπνισμα: $t(362)= 1.043, p>.05$,
- iii. ΔΜΣ: $t(362)=.642, p=.087$ (οριακή τιμή), τα άτομα που ζούσαν στην πόλη είχαν καλύτερο δείκτη σωματικής δραστηριότητας.,
- iv. ΔΣΔ: $t(362)= 1.715, p>.05$,
- v. σωματική υγεία: $t(362)= -0.66, p>.05$,
- vi. ψυχική υγεία: $t(358)=.180, p>.05$ και

- vii. συνολική ποιότητα ζωής: $t(358) = -0.311, p > .05$ μεταξύ ατόμων που κατοικούν σε διαφορετικές τοποθεσίες (πόλη, χωριό).

4.1.5 Επίδραση ιδιοκτησίας

Χρησιμοποιήθηκαν **T-test** για ανεξάρτητα δείγματα για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΣΑ, ΔΣΔ, κάπνισμα, ΔΜΣ, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής, μεταξύ ατόμων με διαφορετική κατάσταση ιδιοκτησίας. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η ΔΣΑ, το κάπνισμα, ο ΔΜΣ, ο ΔΣΔ, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και η συνολική ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή η **ιδιοκτησία** που περιελάμβανε δύο κατηγορίες, (1) αυτούς που κατοικούσαν σε ιδιόκτητο σπίτι και (2) αυτούς που δεν κατοικούσαν σε ιδιόκτητο σπίτι. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι **υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές** στις μεταβλητές:

- i. **σωματική υγεία:** $t(359) = 3.71, p < .01$, τα άτομα που είχαν δικό τους σπίτι είχαν καλύτερη σωματική υγεία ($M = 76.42, SD = 14.48$) από τα άτομα που δεν είχαν δικό τους σπίτι ($M = 67.43, SD = 21.42$),
- ii. **ψυχική υγεία:** $t(358) = 2.49, p < .01$ τα άτομα που είχαν δικό τους σπίτι είχαν καλύτερη ψυχική υγεία ($M = 70.15, SD = 16.36$) από τα άτομα που δεν είχαν δικό τους σπίτι ($M = 63.94, SD = 21.68$),
- iii. **συνολική ποιότητα ζωής:** $t(358) = -.311, p < .01$ τα άτομα που είχαν δικό τους σπίτι είχαν καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής ($M = 74.19, SD = 15.22$) από τα άτομα που δεν είχαν δικό τους σπίτι ($M = 65.55, SD = 21.61$).

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές:

- i. ΔΣΑ : $t(362) = .216, p > .05$,
- ii. ΔΣΔ: $t(362) = 1.715, p > .05$,
- iii. κάπνισμα : $t(362) = -1.41, p > .05$,

iv. $\Delta\text{ΜΣ: } t(362) = -1.49, p > .05.$

4.1.6 Επίδραση οικονομικού μειονεκτήματος παιδικής ηλικίας

Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (**one way anova**) για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΣΑ, ΔΣΔ, κάπνισμα, ΔΜΣ, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής, μεταξύ ατόμων διαφορετικής οικονομικής κατάστασης στην παιδική τους ηλικία (πριν τα 12 χρόνια τους). Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν το κάπνισμα, ο ΔΜΣ, ο ΔΣΔ, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και η συνολική ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή οι οικονομικές δυσκολίες παιδικής ηλικίας που περιελάμβανε τρεις κατηγορίες, (1) αυτούς που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες στην παιδική τους ηλικία (2) αυτούς που αντιμετώπιζαν μέτριες οικονομικές δυσκολίες και (3) αυτούς που δεν αντιμετώπιζαν καμιά οικονομική δυσκολία στην παιδική τους ηλικία. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι **υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές** στις μεταβλητές:

i. **σωματική υγεία** $F(2,358) = 15.07, p < .01$. Τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες στην παιδική τους ηλικία είχαν καλύτερη σωματική υγεία ($M = 76.86, SD = 14.82$) από τα άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες ($M = 62.91, SD = 23.47$) και τα άτομα που αντιμετώπιζαν μέτριες οικονομικές δυσκολίες ($M = 75.71, SD = 14.65$),

ii. **ψυχική υγεία**, $F(2,357) = 10.43, p < .01$. Τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες στην παιδική τους ηλικία είχαν καλύτερη ψυχική υγεία ($M = 71.61, SD = 15.75$) από τα άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες ($M = 58.66, SD = 21.85$) και τα άτομα που αντιμετώπιζαν μέτριες οικονομικές δυσκολίες ($M = 69.6, SD = 17.21$),

iii. **συνολική ποιότητα ζωής** $F(2,357) = 13.44, p < .01$. Τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες στην παιδική τους ηλικία είχαν καλύτερη συνολική

ποιότητα ζωής ($M= 74.97$, $SD= 14.89$) από τα άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες ($M= 61.33$, $SD= 23.13$) και τα άτομα που αντιμετώπιζαν μέτριες οικονομικές δυσκολίες ($M= 73.72$, $SD= 15.69$),

iv. **ΔΜΣ** $F(2,361)= 8.76$, $p<.01$. Τα άτομα που δεν αντιμετώπιζαν οικονομικές δυσκολίες στην παιδική τους ηλικία είχαν μικρότερο ΔΜΣ κατά την ενηλικίωσή τους ($M= 23.52$, $SD = 3.85$) από τα άτομα που αντιμετώπιζαν σοβαρές οικονομικές δυσκολίες ($M= 26.47$, $SD= 5.98$) και τα άτομα που αντιμετώπιζαν μέτριες οικονομικές δυσκολίες ($M= 23.79$, $SD= 4.35$).

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές :

κάπνισμα, $F(2,361)=.21$, $p>.05$, ΔΣΔ, $F(2,361)=.34$, $p>.05$ και ΔΣΑ, $F(2,361)= 2.33$, $p>.05$.

4. 2 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ

4.2.1 Επίδραση φύλου

Χρησιμοποιήθηκαν **T-test** για ανεξάρτητα δείγματα για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΜΣ, ΔΣΑ, ΔΣΔ, κάπνισμα, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής μεταξύ ατόμων διαφορετικού φύλου. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι **υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές:**

i. **ΔΣΑ:** $t(362)= 4,34$ $p<.01$. Οι άνδρες ($M= 3.70$, $SD= 1.88$) ασκούσαν περισσότερο από τις γυναίκες ($M= 2.70$, $SD= 1.55$),

ii. **ΔΣΔ:** $t(362)= 2.19$ $p<.05$. Οι άνδρες ($M= 37.67$, $SD= 24.11$) είχαν καλύτερο δείκτη σωματικής δραστηριότητας από τις γυναίκες ($M= 31.10$, $SD= 21,48$),

iii. **συνολική ποιότητα ζωής:** $t(358)= 3.18$ $p<.01$. Οι άνδρες ($M= 77.41$, $SD= 15.69$) είχαν καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής από τις γυναίκες ($M= 70.86$, $SD= 17.52$),

iv. **ψυχική υγεία:** $t(358) = -3.41, p < .01$. Οι άνδρες ($M = 74.22, SD = 15.91$) είχαν καλύτερη ψυχική υγεία από τις γυναίκες ($M = 67.05, SD = 18.27$)

v. **σωματική υγεία:** $t(359) = 3.24, p < .01$. Οι άνδρες ($M = 79.09, SD = 14.64$) είχαν καλύτερη σωματική υγεία από τις γυναίκες ($M = 72.80, SD = 17.26$)

vi. **κάπνισμα.** $t(362) = 1.76, p = .055$. Οι άνδρες ($M = 1.46, SD = 1.89$) κάπνιζαν περισσότερο από τις γυναίκες ($M = 1.04, SD = 1.61$).

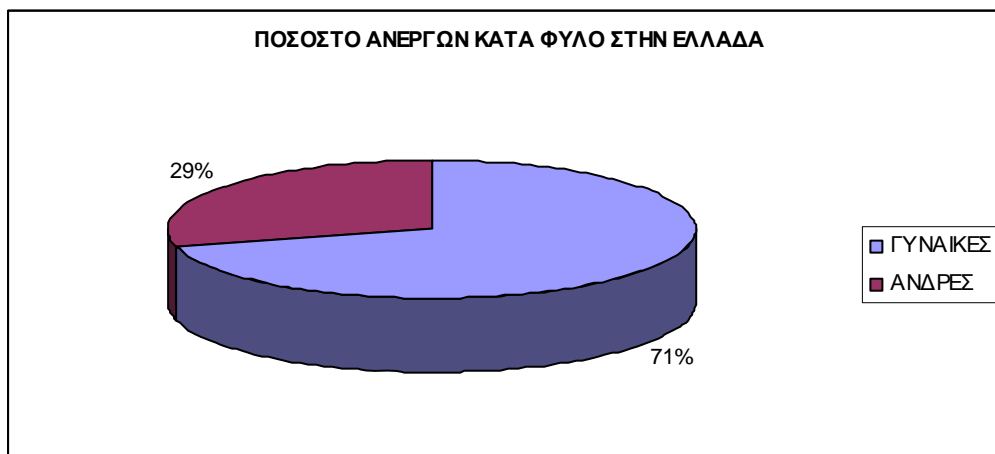
Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή ΔΜΣ $t(362) = .71, p > .05$.

Στον Πίνακα 4.2 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των δεικτών υγείας και ποιότητας ζωής των ανδρών και των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα.

Στα Γραφήματα 4.1 και 4.2 παρουσιάζεται το ποσοστό των ανέργων κατά φύλο στην Ελλάδα το 2006 και το ποσοστό συμμετοχής των ανέργων κατά φύλο στην έρευνά μας αντίστοιχα. Διακρίνεται το υψηλό ποσοστό ανεργίας των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες στην Ελλάδα το 2006 και ενώ αυτό συμφωνεί σε μεγάλο βαθμό με το ποσοστό της γυναικείας ανεργίας στην δική μας έρευνα, απέχει πολύ από το μέσο ποσοστό συμμετοχής των δύο φύλων στην Ευρώπη όπως αυτό παρουσιάζεται στο γράφημα 2.2 της σελίδας 32.

Πίνακας 4.3 Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις ανά φύλο

	ΦΥΛΟ	N	ΜΕΣΟΣ	ΤΥΠ. ΑΠΟΚΛΙΣΗ
ΔΜΣ	ΑΝΔΡΕΣ	79	24.43	3.69
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	285	24.01	4.80
ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤ/ΤΑΣ	ΑΝΔΡΕΣ	79	37.67	24.11
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	285	31.11	21.48
ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	ΑΝΔΡΕΣ	79	3.70	1.88
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	285	2.70	1.55
ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	ΑΝΔΡΕΣ	78	77.41	15.69
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	282	70.86	17.52
ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΑΝΔΡΕΣ	78	74.22	15.91
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	282	67.05	18.27
ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΑΝΔΡΕΣ	79	79.09	14.64
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	282	72.80	17.26
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	ΑΝΔΡΕΣ	79	1.46	1.88
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	285	1.05	1.61



Γράφημα 4.1 Ποσοστό ανέργων κατά φύλο στην Ελλάδα το 2006



Γράφημα 4.2 Ποσοστό συμμετοχής των ανέργων κατά φύλο στην έρευνα

4.2.2 Επίδραση ηλικίας

Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (**one way anova**) για να εξεταστεί αν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΜΣ, ΔΣΑ, ΔΣΔ, κάπνισμα, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής, μεταξύ ατόμων διαφορετικών **ηλικιακών ομάδων**. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η ΔΣΑ, ο ΔΣΔ, ο ΔΜΣ, το κάπνισμα, η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία και η συνολική ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή η ηλικία που περιελάμβανε 3 ομάδες: (1. 18-30ετών, 2. 31-50 ετών, και 3. 51-65

ετών. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι **υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές:**

i. **ΔΜΣ** $F(2,361)= 27.804, p<0,01$. Τα άτομα μικρότερης ηλικίας (18-30) είχαν μικρότερο Δείκτη Μάζας Σώματος ($M= 22.71, SD= 390$) από τα άτομα της δεύτερης ηλικιακής ομάδας (31-50) ($M= 25.59, SD= 476$) και τα άτομα της τρίτης ηλικιακής ομάδας (51-60 ετών) ($27.84, SD= 456$),

ii. **σωματική υγεία** $F(2,358)= 95.76, p<001$. Τα άτομα μικρότερης ηλικίας (18-30) είχαν καλύτερη σωματική υγεία ($M= 76.51, SD= 33.96$) από τα άτομα της δεύτερης ηλικιακής ομάδας (31-50) ($M= 72.78, SD= 18.34$) και τα άτομα της τρίτης ηλικιακής ομάδας (51-60 ετών) ($61.26, SD= 24.73$).

iii. **ψυχική υγεία** $F(2,357)= 5.903, p<.01$. Τα άτομα μικρότερης ηλικίας(18-30) είχαν καλύτερη ψυχική υγεία ($M= 70.38, SD= 15.56$) από τα άτομα της δεύτερης ηλικιακής ομάδας (31-50) ($M= 67.83, SD= 19.47$) και τα άτομα της τρίτης ηλικιακής ομάδας (51-60 ετών) ($57.17, SD= 24.86$),

iv. **συνολική ποιότητα ζωής** $F(2,357)= 7.763, p<.01$. Τα άτομα μικρότερης ηλικίας (18-30) είχαν καλύτερη συνολική ποιότητα ζωής ($M= 74.35, SD= 14.35$) από τα άτομα της δεύτερης ηλικιακής ομάδας (31-50) ($M= 71.21, SD= 18.88$) και τα άτομα της τρίτης ηλικιακής ομάδας (51-60 ετών) ($M= 60, SD= 25.79$).

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΣΑ, $F(2,361)= .295, p>.05$., ΔΣΔ, $F(2,361)= 1.021, p>.05$ και κάπνισμα $F(2,361)= .799, p>.05$, μεταξύ ατόμων διαφορετικών ηλικιακών ομάδων.

4.2.3 Επίδραση Δείκτη Μάζας Σώματος

Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (**one way anova**) για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΣΑ, ΔΣΔ, κάπνισμα, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής, μεταξύ ατόμων

διαφορετικών ομάδων ΔΜΣ. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η ΔΣΑ, ο ΔΣΔ, το κάπνισμα, η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία και η συνολική ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή ο ΔΜΣ ο οποίος περιελάμβανε 3 ομάδες: (1) κανονικούς (BMI<24.9), (2) υπέρβαρους (BMI=25-29.9) και (3) παχύσαρκους (BMI>30). Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι: **υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στη μεταβλητή σωματική υγεία**, $F(2,358)=4.041$, $p<.05$. Τα άτομα κανονικού βάρους είχαν υψηλότερο δείκτη σωματικής υγείας ($M=75.09$, $SD=15.46$) από τους παχύσαρκους ($M=67.07$, $SD=21.57$) και τους υπέρβαρους ($M=74.97$, $SD=17.83$).

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΣΑ $F(2,361)=1.178$, $p>.05$, ΔΣΔ $F(2,361)=1.334$, $p>.05$, κάπνισμα, $F(2,361)=1.723$, $p>.05$, ψυχική υγεία $F(2,361)=1.035$, $p>.05$, και συνολική ποιότητα ζωής $F(2,357)=2.529$, $p>.05$ μεταξύ ατόμων διαφορετικών ομάδων ΔΜΣ.

4.3 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ

Για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ διαφορετικών ομάδων συχνότητας άσκησης όσον αφορά το δείκτη σωματικής δραστηριότητας, πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης με εξαρτημένη μεταβλητή το δείκτη σωματικής δραστηριότητας και ανεξάρτητη μεταβλητή την ομάδα συχνότητας άσκησης, που περιελάμβανε 3 ομάδες (1) αυτούς που δεν κάνουν καμιά άσκηση, (2) αυτούς που ασκούνται λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα και (3) αυτούς που ασκούνται από δύο φορές την εβδομάδα και πάνω. Η ανάλυση έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τρεις ομάδες, $F(1, 363)=35.00$, $p<.01$. Post-hoc ανάλυση έδειξε ότι αυτοί που ασκούνταν δύο ή περισσότερες φορές την εβδομάδα είχαν υψηλότερο δείκτη σωματικής δραστηριότητας ($M. O.=42.19$) από αυτούς που ασκούνταν λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα ($M. O.=28.11$), οι οποίοι είχαν υψηλότερο δείκτη σωματικής δραστηριότητας από

αυτούς που δεν ασκούσαν καθόλου ($M. O. = 19.09$).

4.3.1 Επίδραση συχνότητας άσκησης

Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (**one way anova**) για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΜΣ, κάπνισμα, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής μεταξύ ατόμων διαφορετικών ομάδων **συχνότητας άσκησης (ΔΣΑ)**. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν ο ΔΜΣ, το κάπνισμα, η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία και η συνολική ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή η άσκηση η οποία περιελάμβανε 3 ομάδες: (1) αυτούς που δεν κάνουν καμιά άσκηση, (2) αυτούς που ασκούνται λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα και (3) αυτούς που ασκούνται από δύο φορές την εβδομάδα και πάνω. Ο Πίνακας 4.4 παρουσιάζει τα επίπεδα συχνότητας άσκησης των συμμετεχόντων όπως αυτά αποτυπώθηκαν στο ερωτηματολόγιο συχνότητας άσκησης.

Πίνακας 4.4 Συχνότητα άσκησης .

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ								
ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ			ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΔΥΟ ΕΒΔΟΜΑΔΕΣ			ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΜΗΝΑ		
ΦΟΡΕΣ ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΦΟΡΕΣ ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΦΟΡΕΣ ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0	116	31.87%	0	92	25.27%	0	67	18.41%
1	65	17.86%	1-2	94	25.82%	1-5	103	28.30%
2	66	18.13%	3-4	75	20.60%	6-10	84	23.08%
3	50	13.74%	5-6	37	10.16%	11-15	28	7.69%
4	23	6.32%	7-8	31	8.52%	16-20	41	11.26%
5	23	6.32%	9-10	20	5.49%	21-25	24	6.59%
6	21	5.77%	11+	15	4.12%	26+	17	4.67%
ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%	ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%

Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε ότι **υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στις μεταβλητές :**

i. **συνολική ποιότητα ζωής, $F(2,357) = 9.172, p < .01$.** Αυτοί που ασκούνταν περισσότερο από δύο φορές την εβδομάδα είχαν υψηλότερο σκορ στη συνολική ποιότητα ζωής ($M = 76.65, SD = 16.26$) από ότι τα άτομα που δεν κάνουν καμιά άσκηση ($M = 68.11,$

SD= 19.08) και από τα άτομα που ασκούνται λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα (M= 69.37, SD= 16.67),

ii. **σωματική υγεία** $F(2,358)= 9,242, p<.01$. Αυτοί που ασκούσαν περισσότερο από δύο φορές την εβδομάδα είχαν υψηλότερο σκορ στη σωματική υγεία (M= 78.36, SD= 15.49) από ότι τα άτομα που δεν κάνουν καμιά άσκηση (M= 69.39, SD= 18.77) και από τα άτομα που ασκούνται λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα (M= 71.72, SD= 16.57),

iii. **ψυχική υγεία** $F(2,357)= 8.419, p<.01$. Αυτοί που ασκούσαν περισσότερο από δύο φορές την εβδομάδα είχαν υψηλότερο σκορ στη ψυχική υγεία (M= 72.99, SD= 17.40) από ότι τα άτομα που δεν κάνουν καμιά άσκηση (M= 65.50, SD= 19.15) και από τα άτομα που ασκούνται λιγότερο από δύο φορές την εβδομάδα (M= 65.18, SD= 17.21).

Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΜΣ $F(2,361)= 1.723, p>.05$ και κάπνισμα $F(2,361)= .983, p>.05$.

4.3.2 Επίδραση έντασης άσκησης

Χρησιμοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μονής κατεύθυνσης (**one way anova**) για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΜΣ, κάπνισμα, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής μεταξύ ατόμων διαφορετικών ομάδων **Δείκτη Σωματικής Δραστηριότητας (ΔΣΔ)**. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν ο ΔΜΣ, το κάπνισμα, η σωματική υγεία, η ψυχική υγεία και η συνολική ποιότητα ζωής και ανεξάρτητη μεταβλητή ο Δείκτης Σωματικής Δραστηριότητας που περιελάμβανε 3 ομάδες: (1) αυτούς που είχαν ΔΣΔ από 20 και κάτω, (2) αυτούς είχαν ΔΣΔ από 21 έως 40, και (3) αυτούς είχαν ΔΣΔ από 41 και πάνω. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι **υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στις μεταβλητές :**

i. **συνολική ποιότητα ζωής**, $F(2,357)= 10.82, p<.01$. Αυτοί που ασκούσαν περισσότερο (3^η ομάδα) είχαν υψηλότερο σκορ στη συνολική ποιότητα ζωής (M= 76.85, SD= 14.57) από ότι τα άτομα που εκτελούσαν χαμηλής έντασης άσκηση(1^η ομάδα) (M=

66.31, SD= 19) και από τα άτομα που εκτελούσαν μέτριας έντασης άσκηση (2^η ομάδα) (M= 73.51, SD= 16.68),

ii. **σωματική υγεία** $F(2,358)= 9.81, p<.01$. Αυτοί που ασκούσαν περισσότερο (3^η ομάδα) είχαν υψηλότερο σκορ στη συνολική ποιότητα ζωής (M= 79.26, SD= 13.47) από ότι τα άτομα που εκτελούσαν χαμηλής έντασης άσκηση(1^η ομάδα) (M= 69.13, SD= 18.45) και από τα άτομα που εκτελούσαν μέτριας έντασης άσκηση (2^η ομάδα) (M= 70.33, SD= 16.85),

iii. **ψυχική υγεία** $F(2,357)=9.70, p<.01$. Αυτοί που ασκούσαν περισσότερο (3^η ομάδα) είχαν υψηλότερο σκορ στη συνολική ποιότητα ζωής (M= 72.54, SD= 16.03) από ότι τα άτομα που εκτελούσαν χαμηλής έντασης άσκηση (1^η ομάδα) (M= 62.52, SD= 19.55) και από τα άτομα που εκτελούσαν μέτριας έντασης άσκηση (2^η ομάδα) (M= 70.33, SD= 17.08). Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΜΣ $F(2,361)= 1.26, p>.05$ και κάπνισμα $F(2,361)= .12, p>.05$.

Ο **Πίνακας 4.5** δείχνει τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας των συμμετεχόντων με βάση τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου έντασης άσκησης (7 days recall)

Πίνακας 4.5 Πίνακας έντασης άσκησης (7 days recall)

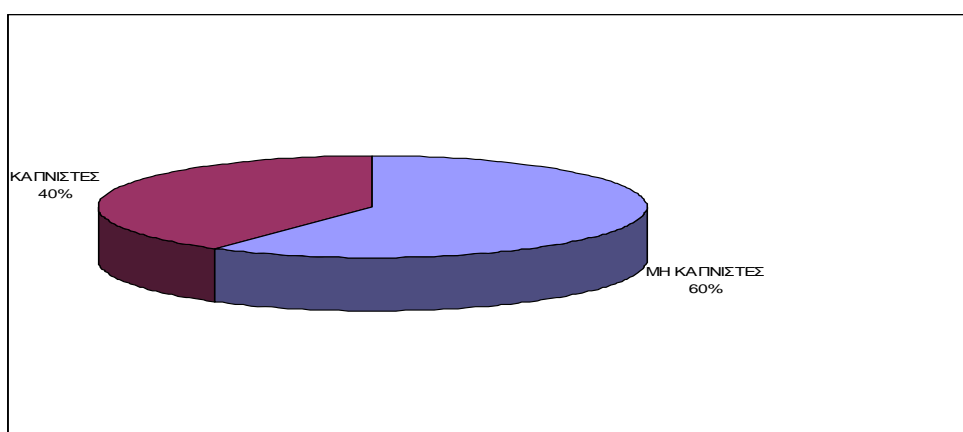
ΦΟΡΕΣ ΑΝΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ	ΕΝΤΟΝΗ ΑΣΚΗΣΗ		ΜΕΤΡΙΑΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗ		ΧΑΜΗΛΗΣ ΕΝΤΑΣΗΣ ΑΣΚΗΣΗ	
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
0	198	54.40%	112	30.77%	55	15.11%
1	61	16.76%	62	17.03%	25	6.87%
2	43	11.81%	75	20.60%	33	9.07%
3	26	7.14%	56	15.38%	39	10.71%
4	9	2.47%	17	4.67%	36	9.89%
5	13	3.57%	18	4.95%	45	12.36%
6	6	1.65%	8	2.20%	24	6.59%
7+	8	2.20%	16	4.40%	107	29.40%
ΣΥΝΟΛΟ	364	100.00%	364	100.00%	364	100.00%

4.4 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ

Χρησιμοποιήθηκε T-test για ανεξάρτητα δείγματα για να εξεταστεί αν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές ΔΜΣ, ΔΣΑ, ΔΣΔ, κάπνισμα, σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής, μεταξύ **καπνιστών και μη καπνιστών**. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι **δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές** μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών στις μεταβλητές:

- i. **ΔΜΣ** : $t(362) = 1.70$, $p > .05$ (οριακή τιμή $p = .09$). Οι μη καπνιστές είχαν μεγαλύτερο δείκτη BMI ($M = 24.43$, $SD = 4.88$) από τους καπνιστές ($M = 23.61$, $SD = 4.07$),
- ii. **ΔΣΑ**: $t(362) = .468$, $p > .05$. Οι μη καπνιστές είχαν μεγαλύτερο σκορ άσκησης ($M = 2.94$, $SD = 1.68$) απ' ότι οι καπνιστές ($M = 2.87$, $SD = 1.67$),
- iii. **ΔΣΔ**: $t(362) = .713$, $p > .05$,
- iv. **σωματική υγεία**: $t(359) = .83$, $p > .05$,
- v. **Ψυχική Υγεία**: $t(358) = .339$, $p > .05$.
- vi. **συνολική ποιότητα ζωής**: $t(358) = .514$, $p > .05$.

Το **Γράφημα 4.3** παρουσιάζει τα ποσοστά των συμμετεχόντων που κάπνιζαν και αυτών που δεν κάπνιζαν όπως αυτοί απάντησαν στο ερωτηματολόγιο που αφορούσε το κάπνισμα



Γράφημα 4.3 : Ποσοστά καπνιστών και μη καπνιστών

4.5 ΕΡΜΗΝΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

ΖΩΗΣ

1. Χρησιμοποιήθηκε **ανάλυση παλινδρόμησης** για να εξεταστεί η συνεισφορά των (ανεξάρτητων) μεταβλητών, **ΔΣΔ, κάπνισμα, ΔΜΣ**, στην ερμηνεία της διακύμανσης της (εξαρτημένης) μεταβλητής **συνολική ποιότητα ζωής**. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι τρεις μεταβλητές συνεισφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής. $R=.29$, $F(3,356)= 10.58$, $p<.01$. Από τις τρεις ανεξάρτητες μεταβλητές :

- i. ο ΔΣΔ συνέβαλλε με μοναδικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (Συνολική Ποιότητα ζωής) $\beta=.22$, $t= 4.28$, $p<.01$,
- ii. το κάπνισμα συνέβαλλε με στατιστικά σημαντικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (Συνολική Ποιότητα ζωής) $\beta= -.14$, $t= 2.85$, $p<.01$,
- iii. η συνεισφορά της μεταβλητής ΔΜΣ στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (συνολική ποιότητα ζωής) δεν ήταν στατιστικά σημαντική σε οριακό επίπεδο $\beta=.09$, $t= -1,87$, $p=.062$.

2. Χρησιμοποιήθηκε **ανάλυση παλινδρόμησης** για να εξεταστεί η συνεισφορά των (ανεξάρτητων) μεταβλητών, **ΔΣΔ, κάπνισμα, ΔΜΣ**, στην ερμηνεία της διακύμανσης της (εξαρτημένης) μεταβλητής **σωματική υγεία**. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι τρεις μεταβλητές συνεισφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής. $R=.31$, $F(3,357)= 12.93$, $p<.01$. Από τις τρεις ανεξάρτητες μεταβλητές :

- i. ο ΔΣΔ συνέβαλλε με μοναδικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (σωματική υγεία) $\beta=.24$, $t= 4.77$, $p<.01$,

ii. το **κάπνισμα** συνέβαλλε με στατιστικά σημαντικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής(σωματική υγεία) $\beta = -.10$, $t = -2.10$, $p < .05$,

iii. ο **ΔΜΣ** συνέβαλλε με στατιστικά σημαντικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής (σωματική υγεία) $\beta = -.15$, $t = -3.02$, $p < .01$.

3. Χρησιμοποιήθηκε **ανάλυση παλινδρόμησης** για να εξεταστεί η συνεισφορά των (ανεξάρτητων) μεταβλητών, **ΔΣΔ**, **κάπνισμα**, **ΔΜΣ**, στην ερμηνεία της διακύμανσης της (εξαρτημένης) μεταβλητής **ψυχική υγεία**. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι τρεις μεταβλητές συνεισφέρουν με στατιστικά σημαντικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής. $R = .26$, $F(3,356) = 8.61$, $p < .01$. Από τις τρεις ανεξάρτητες μεταβλητές :

i. ο **ΔΣΔ** συνέβαλλε με μοναδικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής(ψυχική υγεία) $\beta = .19$, $t = 3.68$, $p < .01$,

ii. το **κάπνισμα** συνέβαλλε με στατιστικά σημαντικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής(ψυχική υγεία) $\beta = -0.16$, $t = -3.23$, $p < .01$,

iii. ο **ΔΜΣ** δεν συνέβαλλε με στατιστικά σημαντικό τρόπο στην ερμηνεία της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής(ψυχική υγεία) $\beta = -.04$, $t = -.84$, $p > .05$.

Ο **Πίνακας 4.5** δείχνει τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις των οκτώ επιμέρους κλιμάκων αλλά και των τριών γενικότερων κλιμάκων που προκύπτουν από τις πρώτες με βάση το πρόγραμμα αξιολόγησης Kalantar-Zadeh και συνεργατών (Kalantar-Zadeh, Kopple, Block, & Humphreys, 2001).

4.6 ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Ο **ΔΜΣ** σχετίστηκε σε επίπεδο σημαντικότητας $p < .01$ με τη σωματική υγεία των ανέργων και σε επίπεδο $p < .05$ με τη συνολική ποιότητα ζωής. Ο **ΔΣΔ** και ο **ΔΣΑ**

συσχετίστηκαν με όλους τους δείκτες ποιότητας ζωής. Τέλος το **κάπνισμα** συσχετίστηκε επίσης με στατιστικά σημαντικό τρόπο με όλους τους δείκτες ποιότητας ζωής.

Οι συσχετίσεις μεταξύ του Δείκτη Μάζας σώματος, του ΔΣΑ, του ΔΣΔ, του καπνίσματος της σωματικής υγείας, της ψυχικής υγείας και της συνολικής ποιότητας ζωής των ανέργων ενηλίκων της δυτικής Θεσσαλίας παρουσιάζονται αναλυτικά στην ενότητα 5 του παραρτήματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αυτή η μελέτη έγινε σε μια περιοχή της Ελλάδας που διακρίνεται για τα υψηλά ποσοστά ανεργίας, τα χαμηλά επίπεδα εισοδήματος και γενικά για το κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα των κατοίκων της. Οι άνεργοι από μόνοι τους βιώνουν επιπλέον δυσκολίες άρα ένα επιπρόσθετο μειονέκτημα. Οι άνεργοι με το χαμηλότερο εισόδημα και τη χαμηλότερη σωματική δραστηριότητα δήλωναν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Επειδή κατά τεκμήριο οι άνεργοι έχουν χαμηλό εισόδημα, που κυρίως προέρχεται από το κρατικό επίδομα ανεργίας αν καταφέρουμε να αυξήσουμε α) το εισόδημά τους μέσω της μερικής ή πλήρους απασχόλησης β) τις ενεργητικές συμπεριφορές διαβίωσης πιθανότατα θα αυξήσουμε τη συνολική ποιότητα ζωής τους και θα βελτιώσουμε την υγεία τους.

Δεν έχουμε υπόψη αντίστοιχες μελέτες που να ερεύνησαν την ποιότητα ζωής και τους δείκτες υγείας των ανέργων αποκλειστικά.

5.1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ.

Πολλές μελέτες που έγιναν στο γενικό πληθυσμό δείχνουν μια θετική **σχέση μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και QoL** (Brown et al., 2003; Ellingson & Conn, 2000; Rejeski, Brawley, & Shumaker, 1996; Rejeski & Mihalko, 2001). Η δική μας μελέτη έδειξε επίσης την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών μεταξύ ατόμων διαφορετικών ομάδων Δείκτη Συχνότητας Άσκησης (ΔΣΑ) και Δείκτη Σωματικής Δραστηριότητας (ΔΣΔ) όσον αφορά την ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα δείχνουν τη συμβολή της σωματικής δραστηριότητας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ανέργων κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής και κατά συνέπεια συμφωνούμε με τα συμπεράσματα προηγούμενων μελετών (Acree et al., 2006; Brown et al., 2003; Peterson, Lowe, Peterson, & Janz, 2006). Τα αποτελέσματά μας υπογραμμίζουν τις ευεργετικές επιδράσεις της σωματικής

δραστηριότητας στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQOL) των ανέργων και δίνουν έμφαση στην ανάγκη για τη δημιουργία προγραμμάτων υγείας και για την αύξηση της συμμετοχής σε τακτική σωματική δραστηριότητα.

Σύμφωνα με τον Κρανιδιώτη, (1970) μια προσεκτικά επιλεγμένη αθλητική δραστηριότητα, συστήνεται ως θετικό θεραπευτικό μέτρο στους νευρωτικούς ασθενείς ανάλογα με τις ανάγκες που υπάρχουν σε κάθε περίπτωση και αυτό θα πρέπει να επεκταθεί στους αθλητές επίσης. Η πρακτική πτυχή αυτής της διαδικασίας θα πρέπει να είναι η προμήθεια πρόσθετων στοιχείων στον προσανατολισμό του δεδομένου αθλητή προς αυτό το είδος αθλητισμού που υποβοηθά τις εσωτερικές ανάγκες του. Θα λέγαμε ότι το ίδιο θα μπορούσε να ισχύσει και στις περιπτώσεις των ανέργων τις δικής μας έρευνας με τα χαμηλά επίπεδα ψυχικής υγείας, μετά από προσεκτική εξέταση των δικών τους αναγκών.

Το **εκπαιδευτικό επίπεδο** συσχετίζεται και επηρεάζει τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας των ανέργων και άρα επηρεάζει και την ποιότητα ζωής τους. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με αυτά προηγούμενων ερευνών (Mensink, Loose, & Oomen, 1997; Wister, 1996) και υποδεικνύουν την εν δυνάμει συμβολή των ΚΕΚ στη βελτίωση του εκπαιδευτικού επιπέδου των ανέργων μέσα από μακροχρόνιας διάρκειας προγράμματα κατάρτισης.

Το **εισόδημα** ως δείκτης κοινωνικοοικονομικής θέσης δεν συνδέθηκε με τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας πράγμα που συμφωνεί με τα συμπεράσματα της μελέτης που έγινε σε Βρετανικό πληθυσμό (Popham & Mitchell, 2006) ενώ διαφοροποιείται σε σχέση με τη μελέτη που έγινε στη Μελβούρνη της Αυστραλίας (Kavanagh et al., 2005).

5.2. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.

Προσπαθώντας να κατανοήσουμε τις κοινωνικοοικονομικές διαφορές στους δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής των ανέργων χρησιμοποιήσαμε εναλλακτικούς κοινωνικοοικονομικούς δείκτες όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο, το οικογενειακό εισόδημα, το οικονομικό μειονέκτημα κατά την παιδική τους ηλικία, η ιδιοκτησία και η επαγγελματική κατηγορία ή η εξειδίκευση.

Τα αποτελέσματά μας επιβεβαίωσαν την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών σε διαφορετικές ομάδες **εισοδήματος**, όσον αφορά το δείκτη μάζας σώματος και τους δείκτες ποιότητας ζωής (σωματική, ψυχική και συνολική ποιότητα ζωής). Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τα συμπεράσματα μελέτης σε γενικό Φιλανδικό πληθυσμό (Rahkonen, Arber, Lahelma, Martikainen, & Silventoinen, 2000) και επίσης συμφωνούν με τα συμπεράσματα της έκθεσης για τις συνθήκες διαβίωσης και την ποιότητα ζωής που εκδόθηκαν από κοινού η Ευρωπαϊκή Επιτροπή και το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας (Fahey Tony et al., 2004).

Διαφορές επίσης προέκυψαν στους δείκτες ποιότητας ζωής μεταξύ ανέργων διαφορετικού **εκπαιδευτικού επιπέδου**. Οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν καλύτερη σωματική υγεία, ψυχική υγεία, συνολική ποιότητα ζωής και ασκούσαν περισσότερο από τους αποφοίτους γυμνασίου και λυκείου πράγμα που δείχνει τη σπουδαιότητα της εκπαίδευσης στην υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών. Τα συμπεράσματα συμφωνούν με μελέτη σε Ασιατικό γενικό πληθυσμό (Thumboo et al., 2003), όσον αφορά τη σχέση εκπαιδευτικού επιπέδου και ποιότητας ζωής αλλά δεν επιβεβαιώνεται η επιρροή (σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο) του εκπαιδευτικού επιπέδου στον ΔΜΣ όπως σε μελέτη σε Ελληνικό πληθυσμό στην Αττική (Manios, Panagiotakos, Pitsavos, Polychronopoulos, &

Stefanadis, 2005). Ενδεχομένως η διαφοροποίηση να οφείλετε σε πολιτισμικές διαφορές ή στο διαφορετικό εύρος ηλικιών των δύο μελετών.

Η **ιδιοκτησία** ήταν παράγων που σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την ποιότητα ζωής των ανέργων. Οι άνεργοι που κατοικούσαν σε ιδιόκτητη κατοικία είχαν καλύτερη σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν δικό τους σπίτι. Είναι γνωστό ότι η αύξηση των ενοικίων τα τελευταία χρόνια δημιούργησε ένα πρόσθετο οικονομικό βάρος στους ανέργους. Η ιδιοκτησία λοιπόν μπορεί να χαρακτηριστεί σημαντικός παράγων καθορισμού της ποιότητας ζωής των ανέργων και κατά συνέπεια μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο κοινωνικοοικονομικής θέσης πράγμα που συμφωνεί με τα αποτελέσματα μελέτης σε γενικό Αγγλικό πληθυσμό (Fone et al., 2006). Παρόλα αυτά στους ανέργους δεν επιβεβαιώθηκε η σχέση του παράγοντα αυτού με το Δ.Μ.Σ. όπως αυτό έγινε στη μελέτη που συμμετείχαν μέσης ηλικίας εργαζόμενοι της πόλης του Ελσίνκι (Laaksonen, Sarlio-Læahteenkorva, & Lahelma, 2004). Όμως στη μελέτη μας το μεγάλο ποσοστό (75.3%) των ανέργων που κατοικούσαν σε ιδιόκτητο σπίτι ακολουθεί την ελληνική πραγματικότητα, που επιβεβαιώνει τη σημασία της ατομικής ιδιοκτησίας στην Ελλάδα και σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας το γεγονός σχετίζεται άμεσα με τους δείκτες ποιότητας ζωής.

Ο **αριθμός των ετών ανεργίας** φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής (συνολική ποιότητα ζωής σωματική και ψυχική υγεία) αλλά και τον Δ.Μ.Σ. των ανέργων. Σε όλες τις περιπτώσεις οι μακροχρόνια άνεργοι δήλωναν χειρότερη σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής, είχαν δε μεγαλύτερο Δ.Μ.Σ. από αυτούς που ήταν άνεργοι λιγότερο από 3 χρόνια. Το αποτέλεσμα αυτό συμφωνεί με τη μελέτη που έγινε σε γαλλικό πληθυσμό (Paraponaris, Saliba, & Ventelou, 2005).

Το κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα κατά την **παιδική ηλικία** έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να συμβάλλει σε δυσμενείς εκβάσεις της υγείας στην ενήλικη ζωή (Paeratakul, White,

Williamson, Ryan, & Bray, 2002). Φαίνεται ότι τούτο ισχύει και στη δική μας μελέτη αφού οι οικονομικές δυσκολίες που αντιμετώπισαν οι άνεργοι στην παιδική τους ηλικία επηρέασαν σημαντικά τόσο τον Δ.Μ.Σ. όσο και τους δείκτες ποιότητας ζωής τους αργότερα. Ανεξάρτητα από την παρούσα κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση το οικονομικό μειονέκτημα που βίωσαν στην παιδική τους ηλικία αύξησε το Δ.Μ.Σ. στην ενήλικη ζωή τους, πράγμα που συμφωνεί με προηγούμενες διεθνείς μελέτες (Laaksonen, Sarlio-Lèahteenkorva, & Lahelma, 2004; Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003). Επιπλέον στη δική μας έρευνα το κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα κατά την παιδική ηλικία χειροτέρευσε την αντιλαμβανόμενη σωματική, ψυχική υγεία και την συνολική ποιότητα ζωής των ανέργων της Δυτικής Θεσσαλίας.

Υπάρχει ανησυχία για την αύξηση χρόνιων παθήσεων και την αύξηση του αριθμού ανθρώπων ανίκανων να εργαστούν λόγω της ασθένειας. Αυτό το φαινόμενο συμβαίνει παράλληλα με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι αλλαγές στην αγορά εργασίας και στους όρους απασχόλησης μπορεί να συμβάλλουν σ' αυτές τις τάσεις ως ένα βαθμό.

Για παράδειγμα η μελέτη Bartley και συνεργατών (Bartley, Sacker, & Clarke, 2004) που βασίστηκε σε στοιχεία της βρετανικής έρευνας κατά το διάστημα 1991-2001 έδειξε ότι οι άνδρες και οι γυναίκες με τους λιγότερο ασφαλείς όρους απασχόλησης, ή οι άνεργοι, που έχουν τα χαμηλότερα εισοδήματα, είναι πιθανότερο να αναπτύξουν μια περιοριστική ασθένεια. Στη δική μας μελέτη είναι ενδιαφέρον ότι οι άνεργοι με τα χαμηλότερα εισοδήματα είχαν φτωχούς δείκτες ποιότητας ζωής και αυξημένο Δ.Μ.Σ. γεγονός που ίσως τους καθιστά υποψήφιους για μελλοντική ασθένεια.

Ο **τόπος κατοικίας**, ως δευτερεύων δείκτης κοινωνικοοικονομικής κατάστασης δεν φαίνεται να επηρεάζει τους δείκτες ποιότητας ζωής και υγείας των ανέργων ούτε σχετίζεται με το Δ.Μ.Σ. και τη σωματική δραστηριότητα. Πρέπει πάντως να σημειώσουμε, ότι οι

άνεργοι της μελέτης μας επι το πλείστο κατοικούσαν σε πόλη ή σε περιοχές πολύ κοντά σε αστικά κέντρα, δηλαδή είχαν υιοθετήσει έναν αστικό τρόπο ζωής.

Σε γενικές γραμμές, φαίνεται ότι η **κοινωνικοοικονομική κατάσταση** επηρεάζει άμεσα τους δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής των ανέργων. Με δεδομένο ότι η ανεργία από μόνη της αποτελεί παράγοντα που έχει άμεσες ή έμμεσες συνέπειες στον άνεργο που σχετίζονται με την οικονομική του κατάσταση αλλά και τη δημιουργία σοβαρών κοινωνικών προβλημάτων, θα πρέπει να ληφθούν επιπρόσθετα μέτρα για τη μείωσή της.

5.3. ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ.

Το **φύλο** αποδεικνύεται ισχυρός παράγων διάκρισης των ανέργων στη μελέτη μας. Σε όλες τις περιπτώσεις οι άνδρες άνεργοι είχαν καλύτερο δείκτη σωματικής δραστηριότητας και άσκησης από τις γυναίκες, παρόλο που κάπνιζαν περισσότερο από αυτές. Αυτό φαίνεται να επηρεάζει άμεσα και τους δείκτες ποιότητας ζωής και υγείας, αφού οι άνδρες είχαν καλύτερη σωματική υγεία, ψυχική υγεία και συνολική ποιότητα ζωής ενώ είχαν μικρότερο ΔΜΣ. Τα παραπάνω αποτελέσματα διαφοροποιούνται από τα αποτελέσματα της έρευνας που έγινε σε πληθυσμό εργαζόμενων και ανέργων της περιοχής της Καταλανίας (Ισπανία) (Artazcoz, Benach, Borrell, & Cortáes, 2004) στην οποία οι άνδρες είχαν χειρότερη ψυχική υγεία, ως γένος που αναλαμβάνει τις οικογενειακές ευθύνες και πιέζεται περισσότερο από την ανεργία. Όμως πρέπει να σημειώσουμε ότι οι άνδρες όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4.1, αποτελούσαν μόνο το 21.7 % των συμμετεχόντων στην έρευνα μας και είχαν μικρότερη μέση ηλικία (28.6) από τις γυναίκες (31.8).

Όπως αναμενόταν η **ηλικία** επηρέασε άμεσα τους δείκτες ποιότητας ζωής και υγείας, αφού σε κάθε περίπτωση οι μικρότεροι σε ηλικία άνεργοι είχαν καλύτερη σωματική υγεία, ψυχική υγεία, συνολική ποιότητα ζωής ενώ είχαν και μικρότερο ΔΜΣ. Ευχάριστη

διαπίστωση ήταν το γεγονός ότι δεν υπήρξαν διαφοροποιήσεις στους δείκτες σωματικής δραστηριότητας και συχνότητας άσκησης, λόγω ηλικίας, πράγμα που ενδεχομένως υποδηλώνει την πεποίθηση μερίδας ανέργων για τα ευεργετικά αποτελέσματα της άσκησης σε κάθε ηλικία.

Ο Δ.Μ.Σ. επηρέασε τη σωματική υγεία των ανέργων που συμμετείχαν στην έρευνα κατά στατιστικά σημαντικό τρόπο. Επίσης τα άτομα που είχαν μικρότερο εισόδημα και οι μακροχρόνια άνεργοι, είχαν μικρότερο ΔΜΣ. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με αυτά προηγούμενων ευρωπαϊκών μελετών σε γενικούς πληθυσμούς της Φιλανδίας και της Ελλάδας (Laaksonen, Sarlio-Làahteenkorva, & Lahelma, 2004; Manios, Panagiotakos, Pitsavos, Polychronopoulos, & Stefanadis, 2005). Το οικονομικό μειονέκτημα στην παιδική ηλικία επέδρασε στον ΔΜΣ στην ενήλικη ζωή των ανέργων, αφού όσοι αντιμετώπισαν πρώιμα οικονομικά προβλήματα είχαν μεγαλύτερο ΔΜΣ κατά την ενηλικίωσή τους. Τα αποτελέσματα συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες σε Φιλανδούς και Βρετανούς (Laaksonen, Sarlio-Làahteenkorva, & Lahelma, 2004; Langenberg, Hardy, Kuh, Brunner, & Wadsworth, 2003; Lawlor, Ebrahim, & Davey Smith, 2002; Wardle & Griffith, 2001). Η ηλικία ήταν ακόμη ένας παράγοντας που επηρέασε τον ΔΜΣ. Οι νεότεροι άνεργοι (18-30 ετών) όπως αναμένονταν είχαν σημαντικά μικρότερο ΔΜΣ σε σχέση με τους μεγαλύτερους τους (31 και πάνω). Ένα άλλο σημείο που θα πρέπει προσεκτικά να εξεταστεί είναι η συνεισφορά της μεταβλητής ΔΜΣ στην ερμηνεία της διακύμανσης των μεταβλητών της ποιότητας ζωής, σωματική υγεία και ψυχική υγεία. Δεν επιβεβαιώθηκε - παρότι υπάρχει μια σαφέστατα αντίστροφη σχέση - η σύνδεση με στατιστικά σημαντικό τρόπο του ΔΜΣ με την άσκηση (Δ.Σ.Δ. και Δ.Σ.Α.), όπως σε έρευνα που έγινε σε γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ (Wyatt, Peters, Reed, Barry, & Hill, 2005). Ενδεχομένως κοινωνικοοικονομικές ή διατροφικές διαφορές εξηγούν τη διαφοροποίηση αυτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Συχνά διατυπώνεται η άποψη ότι η **ανεργία** αποτελεί τη χειρότερη μορφή κοινωνικής διάκρισης. Έτσι η μείωση του φαινομένου της ανεργίας βρίσκεται στην ημερήσια διάταξη των οικονομικών οργανισμών και των οικονομικών επιτελείων, στην προσπάθειά τους να διατυπώσουν και να διαμορφώσουν ολοκληρωμένες στρατηγικές προώθησης της απασχόλησης. Η αντιμετώπιση της ανεργίας είναι πολύ σημαντικό οικονομικό ζήτημα καθώς αποτελεί βασικό δείκτη του παραγωγικού συστήματος της περιοχής που αντιπροσωπεύει και τα ΚΕΚ μέσα από ολοκληρωμένα προγράμματα κατάρτισης προσπαθούν να υλοποιήσουν το στόχο της εκάστοτε κυβέρνησης για μείωση της ανεργίας.

Οι άνεργοι διαφοροποιούνται βάση πολιτισμικών, εθνικών, θρησκευτικών και άλλων κριτηρίων. Αν επιχειρούσαμε να σκιαγραφήσουμε το **προφίλ** του ανέργου της περιοχής της Δ. Θεσσαλίας θα λέγαμε ότι αυτός είναι **μέσης ηλικίας**, 33 ετών, με χαμηλούς δείκτες ποιότητας ζωής, δηλαδή **φτώχη σωματική υγεία** (74.18), **ψυχική υγεία** (68.60), και συνολική ποιότητα ζωής (72.28). Ο μέσος άνεργος της έρευνάς μας έχει **υψηλό Δ.Μ.Σ.** (24.24) και **δεν είναι δραστήριος σωματικά** (Μέσος Δ.Σ.Δ. 34.6 ± 23.79). Είναι **απόφοιτος τουλάχιστο δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης** (65.18%) με **χαμηλό οικογενειακό εισόδημα** (46.15% κάτω των 12000€) και **αρκετές οικονομικές δυσκολίες**. **Κατοικεί σε ιδιόκτητη κατοικία** (75.3%), κυρίως **σε αστικά κέντρα** (66.76%). Είναι ως επί το πλείστο **γένους θηλυκού** (78.3%) και αυτό συμφωνεί με το πανελλήνιο ποσοστό (71%) (βλέπε γραφήματα 4.1 και 4.2).

Προγενέστερες μελέτες δείχνουν ότι άτομα με χαμηλή σωματική και ψυχική υγεία, είναι πιθανότερο να συμμετέχουν σε υψηλού κινδύνου συμπεριφορές ή να διατρέξουν κίνδυνο για εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, αλλά η κατανόηση των στοιχείων που οδηγούν σε αυτούς τους συσχετισμούς είναι δύσκολη. Είναι χαρακτηριστικό ότι **τρεις δείκτες που**

αντιπροσωπεύουν τις υγιεινές (ή μη) συμπεριφορές διαβίωσης, δηλαδή ενασχόληση με σωματική δραστηριότητα (Δ.Σ.Δ.) κάπνισμα και Δ.Μ.Σ. ερμήνευσαν κατά 45% την ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Ιδιαίτερα η ενασχόληση με τη σωματική δραστηριότητα εξήγησε κατά 22% την ποιότητα ζωής των ανέργων της έρευνάς μας καταδεικνύοντας για μια ακόμη φορά τη σημασία της σωματικής δραστηριότητας στη διατήρηση της ευζωίας.

Τα αποτελέσματα της τρέχουσας μελέτης προτείνουν την **αναγκαιότητα για επεμβάσεις που θα μειώσουν την υποκινητικότητα των ανέργων**, ιδιαίτερα στις **οικονομικά μειονεκτούσες ομάδες και στις γυναίκες** με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Η έρευνα πρέπει να συνεχιστεί και να εστιάσει συγκεκριμένα **στη διευκρίνιση των μεθόδων για την επιτυχή προώθηση της ενεργητικής διαβίωσης σε όλες τις ηλικιακές ομάδες** και ιδιαίτερα στα άτομα μειονεκτικής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, προκειμένου να γεφυρωθούν οι διαφορές υγείας μεταξύ των ανθρώπων.

Η επιρροή του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας στην υγεία των ανέργων είναι εμφανής και κατά συνέπεια θα πρέπει να ληφθούν άμεσα μέτρα για τον περιορισμό του φαινομένου που πλήττει περισσότερο τις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες. Τα ΚΕΚ έχουν από καιρό, ενσωματώσει στα προγράμματα κατάρτισης δύο υποχρεωτικές ενότητες διάρκειας 5 και 10 ωρών έκαστη που αφορούν θέματα (1) υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας και (2) εργατικής νομοθεσίας. **Πρότασή** μας είναι ότι θα πρέπει, είτε να υπάρξει ξεχωριστή **υποχρεωτική ενότητα που θα αφορά την άσκηση και τη διατροφή**, είτε τα θέματα αυτά να εξετάζονται μέσα από την ενότητα της υγιεινής και ασφάλειας στο χώρο εργασίας, με σκοπό την ευαισθητοποίηση των ανέργων στα συγκεκριμένα ζητήματα που βελτιώνουν την υγεία και την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, επιβάλλεται η **στήριξη προγραμμάτων επαγγελματικής κατάρτισης που να σχετίζονται με την πρόληψη και τη βελτίωση της**

υγείας των ανέργων (π.χ. στα επαγγέλματα που σχετίζονται με την αύξηση της ενεργητικής διαβίωσης και την προαγωγή υγιεινών συμπεριφορών). Επιπλέον, η **βελτίωση της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη και τις κοινωνικές υπηρεσίες** θα μπορούσε να αυξήσει άμεσα την ποιότητα και τα έτη υγιούς ζωής και να μειώσει τις διαφορές υγείας των ανέργων με τα μεγαλύτερα προβλήματα (μακροχρόνια άνεργοι, έχοντες μικρότερο εισόδημα, άτομα χωρίς ιδιόκτητη κατοικία).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίστηκε άμεσα με τους δείκτες ποιότητας ζωής και την άσκηση. Η γνώση αποδεικνύεται πηγή δύναμης στην προσπάθεια βελτίωσης της υγείας και της μακροζωίας. Θα πρέπει λοιπόν να υπάρξει **εμπλουτισμός των αναλυτικών προγραμμάτων** σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης **με σκοπό την υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών διαβίωσης.**

Τα παραπάνω προτείνουν επιπλέον έρευνες με σκοπό την **εξέταση των κινδύνων υγείας των μακροχρόνια ανέργων.** Επιπλέον απαιτούνται **πρόσθετες μελέτες** που να εστιάζουν **σε ευδιάκριτους πληθυσμούς** με αυξανόμενο κίνδυνο για φτωχή ποιότητα ζωής (π.χ. άτομα με ειδικές ανάγκες, μακροχρόνια άνεργοι, άνεργες γυναίκες, έχοντες πολύ χαμηλό εισόδημα κ.α.), για να κατανοήσουμε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους. Μια τέτοια κατανόηση μπορεί να βοηθήσει στο καλύτερο σχεδιασμό στρατηγικών για την αρχική πρόληψη. Επίσης **διαχρονικές και ποιοτικές μελέτες των παραγόντων που σχετίζονται α) με την ποιότητα ζωής των ανέργων, β) με την επίδραση του βαθμού απασχόλησης** (μερική απασχόληση) στους δείκτες υγείας, θα είχαν ιδιαίτερη αξία. Τέλος η **σύγκριση εργαζομένων και ανέργων της ίδιας περιοχής** θα επέτρεπε τον υπολογισμό συγκρίσιμων μεγεθών που αφορούν στους δείκτες ποιότητας ζωής και υγείας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΈΝΤΥΠΟ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΔΟΚΙΜΑΖΟΜΕΝΟΥ

ΘΕΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ : «Σχέση των δεικτών Υγείας και Ποιότητας Ζωής με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση ανέργων»

1. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να :

α) εξετάσει τους πολλαπλούς δείκτες ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία με βάση τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις επιλεγμένες συμπεριφορές υγείας για τους ενήλικους της Δυτικής Θεσσαλίας

β) καθορίσει κατά πόσο η ποιότητα ζωής των ενηλίκων της Δυτικής Θεσσαλίας επηρεάζεται από:

1. το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας.
2. την κοινωνικοοικονομική κατάσταση
 - 2.1. απασχόληση
 - 2.2. εισόδημα
 - 2.3. εκπαιδευτικό επίπεδο

2. Διαδικασία μετρήσεων

Θα χρειαστεί

- Να απαντήσετε στο ερωτηματολόγιο που ακολουθεί.
- Να συμμετάσχετε στη διαδικασία μέτρησης του ύψους και του βάρους σας

3. Κίνδυνοι και ενοχλήσεις

Δεν υπάρχουν κίνδυνοι για την υγεία σας αφού η μέθοδος συλλογής των στοιχείων είναι μη παρεμβατική.

4. Προσδοκούμενες ωφέλειες

Τα ευρήματα της εργασίας θα αποκαλύψουν ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής και της φυσικής δραστηριότητας των ενηλίκων της περιοχής σας και ακόμα εάν και κατά πόσο χρειάζονται παρεμβάσεις από την πολιτεία και άλλους φορείς για την βελτίωση των παραπάνω δεικτών. Με τη συμμετοχή σας στην μελέτη αυτή θα μάθετε χρήσιμες πληροφορίες για τη σωματική σας διάπλαση, τη σημασία της ενασχόλησής σας με φυσικές δραστηριότητες και γενικότερα για τους παράγοντες που επηρεάζουν την υγείας σας.

5. Δημοσίευση δεδομένων – αποτελεσμάτων

Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με τη δημοσίευση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων της, με την αυστηρή 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 σας δε θα φαίνεται πουθενά.

6. Πληροφορίες

Μη διστάσετε να κάνετε ερωτήσεις γύρω από το σκοπό, τον τρόπο πραγματοποίησης της εργασίας ή τον υπολογισμό της λειτουργικής σας ικανότητας. Αν έχετε κάποιες αμφιβολίες ή ερωτήσεις, ζητήστε μας να σας δώσουμε πρόσθετες εξηγήσεις.

7. Ελευθερία συναίνεσης

Η συμμετοχή σας στην εργασία είναι εθελοντική. Είστε ελεύθερος-η να μην συναινέσετε ή να διακόψετε τη συμμετοχή σας όποτε επιθυμείτε.

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

Ημερομηνία: __/__/__

Όνοματεπώνυμο
υπογραφή συμμετέχοντος

και

Υπογραφή ερευνητή

Όνοματεπώνυμο
υπογραφή παρατηρητή



2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΣΧΕΣΗ ΔΕΙΚΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΑΝΕΡΓΩΝ.

- 1) Ύψος:....., Βάρος:.....
- 2) Φύλο : ΑΝΔΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ
- 3) Ημερομηνία γέννησης:/...../19..... (ημέρα/μήνας/έτος)
- 4) Αριθμός μελών της οικογένειας(άτομα που ζουν στο ίδιο σπίτι):.....
- 5) Ζείτε σε πόλη ή σε χωριό;; ΠΟΛΗ ΧΩΡΙΟ
- 6) Ποια είναι η Εθνικότητά σας; :.....
- 7) Θέση απασχόλησης : ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ ΑΝΕΡΓΟΣ
- 8) Χρόνος που βρίσκεστε στην τωρινή κατάσταση απασχόλησης:.....
- 9) Ωράριο : ΠΛΗΡΕΣ ΜΕΡΙΚΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ
- 10) Επάγγελμα/ειδικότητα :
- 11) Το Εκπαιδευτικό σας επίπεδο
 - Δεν τελείωσα το δημοτικό
 - Δημοτικό,
 - Γυμνάσιο
 - Λύκειο (γενική ή τεχνική-επαγγελματική εκπαίδευση),
 - Τριτοβάθμια εκπαίδευση
- 12) Εκπαιδευτικό επίπεδο του πατέρα
 - Δεν τελείωσε το δημοτικό
 - Δημοτικό,
 - Γυμνάσιο
 - Λύκειο (γενική ή τεχνική-επαγγελματική εκπαίδευση),
 - Τριτοβάθμια εκπαίδευση
- 13) Εκπαιδευτικό επίπεδο της μητέρας
 - Δεν τελείωσε το δημοτικό
 - Δημοτικό,
 - Γυμνάσιο
 - Λύκειο (γενική ή τεχνική-επαγγελματική εκπαίδευση)
 - Τριτοβάθμια εκπαίδευση
- 14) Οικογενειακό Οικονομικό εισόδημα τώρα
 - Μικρότερο από 12.000 €
 - 12.000 έως 25.000 €
 - Μεγαλύτερο από 25.000 €
- 15) Δοκιμάσατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα γεγονότα ή περιστάσεις στην παιδική ηλικία;(πριν από τα 12α γενέθλιά σας)
 - σοβαρές οικονομικές δυσκολίες
 - μέτριες οικονομικές δυσκολίες
 - καμία οικονομική δυσκολία
- 16) Κατοικείτε σε ιδιόκτητη κατοικία; ΝΑΙ ΟΧΙ
- 17) Πόση δυσκολία αντιμετωπίζετε στην πληρωμή των κοινόχρηστων λογαριασμών; (ΔΕΗ, τηλέφωνο, νερό κλπ)
 - καμία,
 - περιστασιακές οικονομικές δυσκολίες,
 - συχνές
- 18) Πόσο ικανοποιημένος είστε με το βιοτικό σας επίπεδο;
 - ικανοποιημένος,
 - κάπως ικανοποιημένος,
 - δυσαρεστημένος
- 19) Επάγγελμα πατέρα:.....
- 20) Επάγγελμα μητέρας :.....
- 21) Επάγγελμα συζύγου :.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ (SF-36)
ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: (βάλτε μέσα σε κύκλο)

Αριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Αδύνατη
1	2	3	4	5

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα; (βάλτε μέσα σε κύκλο)

Πολύ καλύτερη τώρα από ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερα τώρα από ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ ότι ένα χρόνο πριν
1	2	3	4	5

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

	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 σπορ	1	2	3
B. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή.	1	2	3
Γ. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά	1	2	3
Δ. Όταν ανεβαίνετε <u>μερικούς</u> ορόφους	1	2	3
Ε. Όταν ανεβαίνετε <u>έναν</u> όροφο	1	2	3
ΣΤ. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο	1	2	3
Ζ. Όταν περπατάτε πάνω από <u>ένα χιλιόμετρο</u>	1	2	3
Η. Όταν περπατάτε <u>μερικές εκατοντάδες μέτρα</u>	1	2	3
Θ. Όταν περπατάτε περίπου <u>εκατό μέτρα</u>	1	2	3
Ι. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε	1	2	3

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στη δουλειά σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το <u>χρόνο</u> που συνήθως ξοδεύετε στις εργασίες σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Περιορίσατε <u>τα είδη</u> των εργασιών ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2
δ. <u>Δυσκολευτήκατε να εκτελέσετε</u> κάποια εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	1	2

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν - είτε στις εργασίες σας είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (λ.χ., επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

(κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
α. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως ξοδεύετε σε εργασίες ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
β. <u>Καταφέρατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε	1	2
γ. Κάνατε τις εργασίες σας ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ό τι συνήθως	1	2

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες; (βάλτε μέσα σε κύκλο)

Καθόλου πολύ	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα
1	2	3	4	5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες; (βάλτε μέσα σε κύκλο)

Καθόλου	Πολύ ήπιο	Ηπιο	Μέτριο	Έντονο	Πολύ έντονο
1	2	3	4	5	6

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); (βάλτε μέσα σε κύκλο)

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
1	2	3	4	5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πώς αισθανόσαστε και στο πώς ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα -

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Το μεγαλύτερο διάστημα	Σημαντικό διάστημα	Μερικές φορές	Μικρό διάστημα	Καθόλου
α. Αισθανόσαστε γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
β. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	1	2	3	4	5	6
γ. Αισθανόσαστε τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
δ. Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;	1	2	3	4	5	6
ε. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
στ. Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;	1	2	3	4	5	6
ζ. Αισθανόσαστε εξάντληση;	1	2	3	4	5	6
η. Ήσαστε ευτυχισμένος/ευτυχισμένη;	1	2	3	4	5	6
θ. Αισθανόσαστε κούραση;	1	2	3	4	5	6

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναίσθηματικά προβλήματα; (βάλτε μέσα σε κύκλο)

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

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;

(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Εντελώς Αλήθεια	Μάλλον Αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
α. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5
β. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	1	2	3	4	5
γ. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	1	2	3	4	5
δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΝΑΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σας με την άσκηση. Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (μιας πρόσφατης εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνετε τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας; (Γράψτε σε κάθε κύκλο πόσες φορές την εβδομάδα ασκήστε έντονα-μέτρια-ήπια, για περισσότερο από 15').

	ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
A) <u>έντονη άσκηση</u> - η καρδιά χτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία)	○
B) <u>μέτρια άσκηση</u> -όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλεϊ, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς)	○
Γ) <u>ήπια άσκηση</u> - ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. ψάρεμα, χαλαρό περπάτημα, δουλειές σπιτιού, κηπουρική, μπόουλινγκ,).	○

Βάλε σε κύκλο την απάντησή σου

Παρακαλούμε προσπαθήστε να θυμηθείτε ...

1. Πόσες φορές ασκηθήκατε την τελευταία εβδομάδα

0 1 2 3 4 5 6

2. Πόσες φορές ασκηθήκατε τις τελευταίες δύο εβδομάδες

0 1-2 3-4 5-6 7-8 9-10 11+

3. Πόσες φορές ασκηθήκατε τον τελευταίο μήνα

0 1-5 6-10 11-15 16-20 21-25 26+

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

Αν καπνίζετε, παρακαλούμε προσπαθήστε να θυμηθείτε ...

1. Πόσα τσιγάρα καπνίσατε χθες

1-5 6-10 11-15 16-20 20-25 25+

2. Πόσα τσιγάρα καπνίσατε προχθές

1-5 6-10 11-15 16-20 20-25 25+

3. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε κατά μέσο όρο τη μέρα

1-5 6-10 11-15 16-20 20-25 25+

Ευχαριστώ για τη συμμετοχή σου!!

3. ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

ΚΩΔΙΚΟΣ ΚΑΤΑΡΤΙΖΟΜΕΝΟΥ	Σωματική Λειτουργία	Σωματικός Ρόλος	Σωματικός Πόνος	Γενική Υγεία	Ζωτικότητα	Κοινωνική Λειτουργικότητα	Συναισθηματικός Ρόλος	Ψυχική Λειτουργία	Σωματική Υγεία	Ψυχική Υγεία	Συνολική Ποιότητα Ζωής	Σωματική δραστηριότητα
Κ. ΠΟΛΥ ΚΑΛΑ	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	119
Κ. ΠΟΛΥ ΔΕΣΧΗΜΑ	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1ΚΑΛ12010701	95	50	84	42	70	63	100	88	68	73	74	0
1ΚΑΛ12010702	95	50	84	82	65	88	100	68	75	81	79	37
1ΚΑΛ12010703	100	100	72	77	85	75	100	84	87	84	87	58
1ΚΑΛ12010704	100	75	84	77	90	88	67	80	85	80	83	51
1ΚΑΛ12010705	100	100	74	65	70	63	100	76	82	75	81	58
1ΚΑΛ12010706	90	100	100	72	70	75	100	80	86	79	86	21
1ΚΑΛ12010707	90	100	41	85	70	63	100	84	77	80	79	9
1ΚΑΛ12010708	90	100	100	77	75	100	67	76	88	79	86	8
1ΚΑΛ12010709	85	50	100	85	60	63	100	52	76	72	74	9
1ΚΑΛ12010710	100	100	84	97	40	75	100	8	84	64	76	0
1ΚΑΛ12010711	100	100	100	70	70	75	100	72	88	77	86	58
1ΚΑΛ12010712	85	50	100	85	45	100	67	52	73	70	73	6
1ΚΑΛ12010713	95	100	72	82	95	100	100	96	89	95	93	29
1ΚΑΛ12010714	85	50	22	65	20	25	33	4	48	29	38	9
1ΚΑΛ12010715	85	50	100	85	60	63	100	52	76	72	74	17
1ΚΑΛ12010716	90	100	100	87	85	100	100	88	92	92	94	35
1ΚΑΛ12010717	20	50	32	30	45	38	67	32	35	42	39	21
1ΚΑΛ12010718	50	50	41	42	25	75	100	52	42	59	54	21

4. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

Α/Α	ΠΟΛΗ	ΚΩΔΙΚΟΣ	ΗΜ/ΝΙΑ	ΦΟΡΕΑΣ	ΤΙΤΛΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ	ΑΝΕΡΓΟΙ
1	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	1ΚΑ131206	13/12/2006	ΚΕΕ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ Η/Υ	6
2	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	2ΚΑ141206	14/12/2006	ΚΕΕ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ Η/Υ	2
3	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	3ΚΑ141206	14/12/2006	ΚΕΕ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ Η/Υ	3
5	ΤΡΙΚΑΛΑ	1ΤΡ211206	21/12/2006	ΚΕΚ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΡΙΚΑΛΑ	ΤΕΧΝΙΚΟΣ Η/Υ	21
7	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	6ΚΑ281206	28/12/2006	ΚΕΚ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ(ΔΗΜΗΤΡΑ)	ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΝΕΩΝ ΚΑΛΛΙΤΕΧΝΩΝ ΣΤΟ ΘΕΑΤΡΟ ΣΚΙΩΝ, ΜΑΡΙΟΝΕΤΑ,ΚΟΥΚΛΟΘΕΑΤΡΟ	18
8	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	7ΚΑ110107	11/1/2007	ΕΝΙΑΙΟ ΚΕΚ ΑΥΤΟΔ/ΣΗΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΑΕ	ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΑ	18
9	ΚΑΛΑΜΠΑΚΑ	1ΚΑΛ12107	12/01/2007	ΚΕΚ ΑΚΜΗ	ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΑ	30
10	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	8ΚΑ220107	22/1/2007	ΚΕΚ ΕΥΡΩΙΔΕΑ	ΑΝΑΛΥΣΗ/ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΜΗΧΑΝΟΡΓΑΝΩΣΗΣ	13
11	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	9ΚΑ220107	22/1/2007	ΚΕΚ ΕΥΡΩΙΔΕΑ	ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΠΡΟΙΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΤΟΝ ΑΓΡΟΤΟΥΡΙΣΜΟ	15
12	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	10ΚΑ230107	23/1/2007	ΟΑΕΔ	ΑΝΕΡΓΟΙ	3
13	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	11ΚΑ240107	24/1/2007	ΣΔΕ	ΣΧΟΛΕΙΟ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΕΥΚΑΙΡΙΑΣ	11
14	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	12ΚΑ310107	31/1/2007	ΚΕΚ ΕΥΡΩΙΔΕΑ	ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΕΑΜWORK ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΚΑΙ ΕΠΙΠΕΦΟ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΣΕ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ	15
15	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	13ΚΑ240107	24/1/2007	ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΝΕΡΓΩΝ ΜΕΤΑΝΑΣΤΩΝ	4
16	ΤΡΙΚΑΛΑ	2ΤΡ020207	2/2/2007	ΚΕΚ ΕΥΡΩΠΡΟΟΔΟΣ	ΠΑΛΛΙΝΟΣΤΟΥΝΤΕΣ(ΠΡΩΗΝ ΕΣΣΔ)	13
17	ΤΡΙΚΑΛΑ	3ΤΡ020207	2/2/2007	ΚΕΚ ΕΥΡΩΠΡΟΟΔΟΣ	ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΞΥΛΟΥ	18
18	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	14ΚΑ090207	9/2/2007	ΕΝΙΑΙΟ ΚΕΚ ΑΥΤΟΔ/ΣΗΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΑΕ	ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ (ΑΛΒΑΝΟΙ)	1
19	ΣΟΦΑΔΕΣ	1ΣΟ250107	25/1/2007	ΚΕΚ ΣΟΦΑΔΩΝ	ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΑ	18
20	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	16ΚΑ160207	16/2/2007	ΕΝΙΑΙΟ ΚΕΚ ΑΥΤΟΔ/ΣΗΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΑΕ	ΣΤΕΛΕΧΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ & ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΔΙΚΤΥΩΝ	14
21	ΤΡΙΚΑΛΑ	4ΤΡ020207	2/2/2007	ΚΕΚ ΕΥΡΩΠΡΟΟΔΟΣ	ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗ	16
22	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	17ΚΑ210207	21/2/2007	ΕΝΙΑΙΟ ΚΕΚ ΑΥΤΟΔ/ΣΗΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΑΕ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΕΩΝ	13
23	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	18ΚΑ210207	21/2/2007	ΕΝΙΑΙΟ ΚΕΚ ΑΥΤΟΔ/ΣΗΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΑΕ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΑΕΡΙΩΝ ΚΑΥΣΙΜΩΝ	8
24	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	19ΚΑ200207	20/2/2007	ΕΝΙΑΙΟ ΚΕΚ ΑΥΤΟΔ/ΣΗΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΑΕ	ΜΗΧΑΝΟΓΡΑΦΗΜΕΝΟ ΛΟΓΙΣΤΗΡΙΟ	28
25	ΚΑΛΑΜΠΑΚΑ	3ΚΑΛ220207	22/2/2007	ΚΕΚ ΑΚΜΗ	ΚΑΤΑΡΤΙΣΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΟΝΟΜΩΝ	19
26	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	19ΚΑ220207	22/2/2007	ΕΝΙΑΙΟ ΚΕΚ ΑΥΤΟΔ/ΣΗΣ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ ΑΕ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ	8
27	ΚΑΛΑΜΠΑΚΑ	4ΚΑΛ220207	22/2/2007	ΚΕΚ ΑΚΜΗ (ΚΕΚ ΔΗΜΗΤΡΑ)	ΣΤΕΛΕΧΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΑΘΛΗΤΙΚΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΟΡΕΙΝΟΥ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	15
28	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	22ΚΑ070207	07/02/07	ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΝΕΡΓΩΝ	6
29	ΚΑΡΔΙΤΣΑ	21ΚΑ020307	02/03/07	ΚΕΚ ΔΗΜΗΤΡΑ	ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΑ ΠΑΚΕΤΑ	12
30	ΤΡΙΚΑΛΑ	5ΤΡ060207	06/02/07	ΕΝΙΑΙΟ ΚΕΚ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ - ΑΓΡΟΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	6
31	ΤΡΙΚΑΛΑ	6ΤΡ060207	06/02/07	ΕΝΙΑΙΟ ΚΕΚ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΤΡΙΚΑΛΩΝ	ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΩΝ ΜΟΡΦΩΝ ΤΟΥΡΙΣΜΟΥ - ΑΓΡΟΤΟΥΡΙΣΜΟΥ	10
	ΣΥΝΟΛΟ					364

5. ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

		1	2	3	4	5	6	7
1. ΔΜΣ	Συσχετίσεις Pearson	-	-.071	-.075	-.014	-.166**	-.051	-.106*
2. ΑΣΚΗΣΗ	Συσχετίσεις Pearson	-.071	-	.532**	-.050	.281**	.236**	.267**
3. ΔΕΙΚΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	Συσχετίσεις Pearson	-.075	.532**	-	-.050	.255**	.198**	.230**
4. ΚΑΠΝΙΣΜΑ	Συσχετίσεις Pearson	-.014	-.050	-.050	-	-.110*	-.171**	-.150**
5. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Συσχετίσεις Pearson	-.166**	.281**	.255**	-.110*	-	.797**	.932**
6. ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	Συσχετίσεις Pearson	-.051	.236**	.198**	-.171**	.797**	-	.949**
7. ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	Συσχετίσεις Pearson	-.106*	.267**	.230**	-.150**	.932**	.949**	-

** Συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.01 (2-tailed).

* Συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (2-tailed).

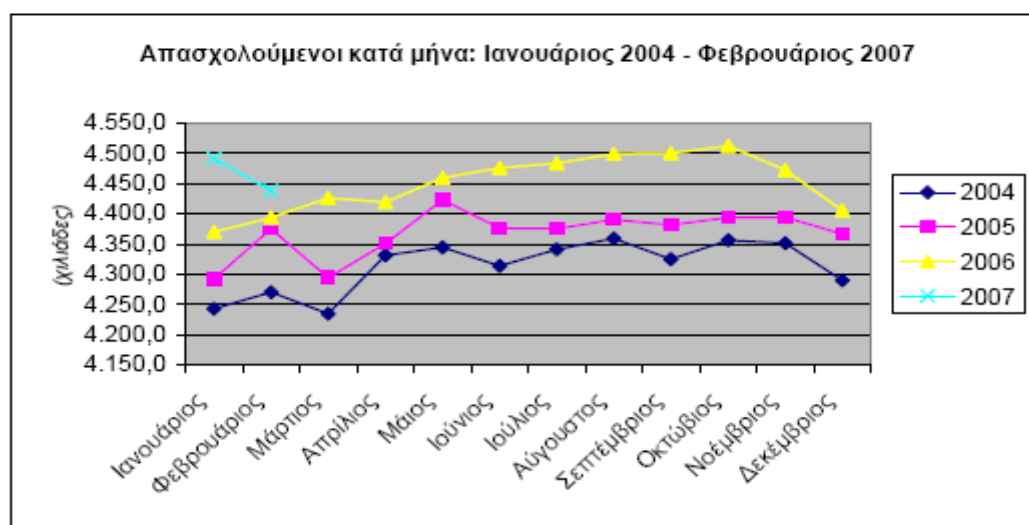
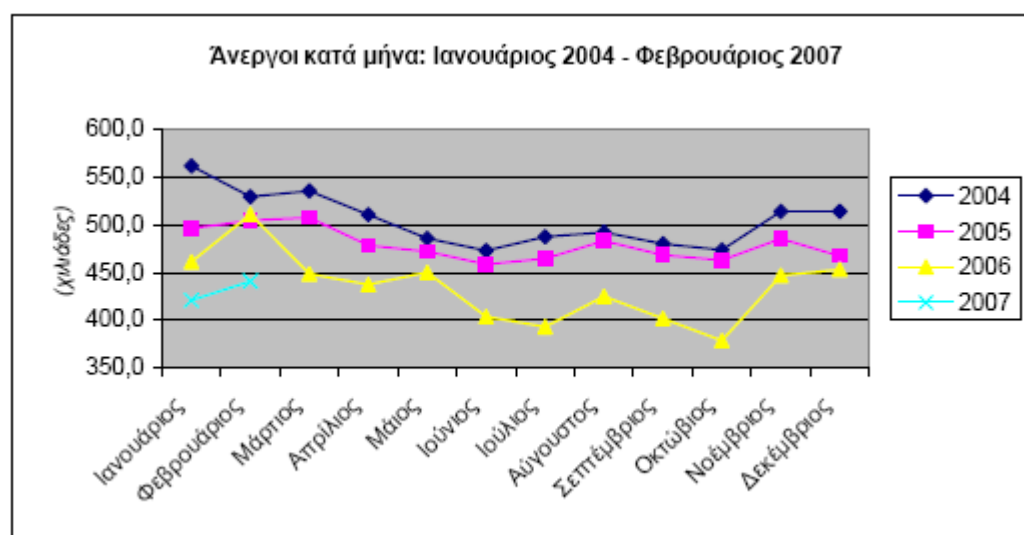
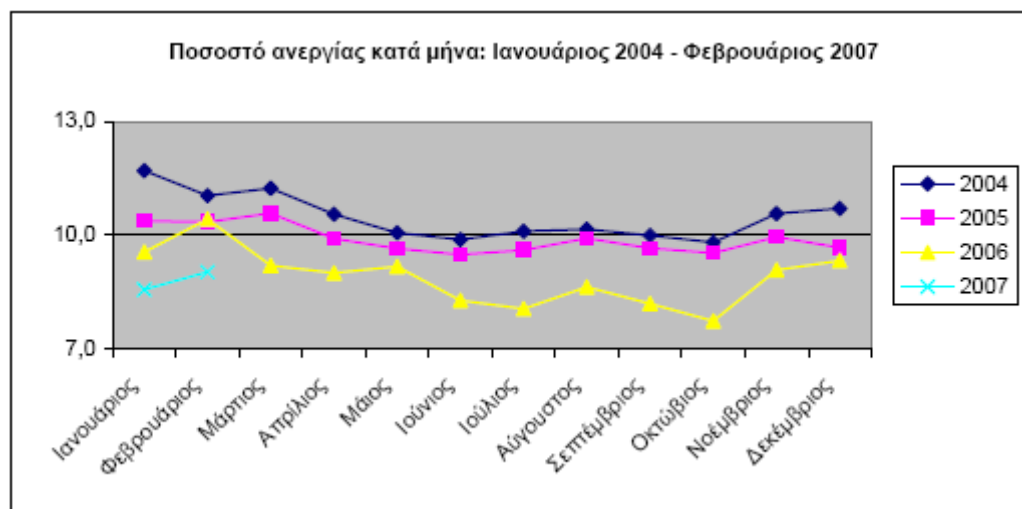
6. ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΟ ΠΑΚΕΤΟ	ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ	ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΜΕΘΟΔΟΣ	ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗ	ΟΜΑΔΕΣ	ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ
SPSS 11.0	ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΑ	T TEST ΓΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ	ΦΥΛΟ	1.ΑΝΔΡΕΣ 2.ΓΥΝΑΙΚΕΣ	1.ΔΜΣ, 2.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 3.ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 4.ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤ. ΖΩΗΣ**, 5.ΑΣΚΗΣΗ**, 6.ΔΣΔ*, 7.ΚΑΠΝΙΣΜΑ*
			ΔΜΣ	1. ΔΜΣ<25 2. ΔΜΣ=25-29,9 3. ΔΜΣ>30	1.ΚΑΠΝΙΣΜΑ 2.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ*, 3.ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, 4.ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, 5.ΑΣΚΗΣΗ, 6.ΔΣΔ
			ΗΛΙΚΙΑ	1. 18-30 ΕΤΩΝ 2. 31-50 ΕΤΩΝ 3. 50-64 ΕΤΩΝ	1.ΚΑΠΝΙΣΜΑ 2.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 3.ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 4.ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤ. ΖΩΗΣ**, 5.ΑΣΚΗΣΗ, 6.ΔΣΔ 7.ΔΜΣ**
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	T TEST ΓΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ	ΕΙΣΟΔΗΜΑ	1. <12.000€ 2. >12.000€	1.ΔΜΣ**, 2.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 3.ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 4.ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤ. ΖΩΗΣ**, 5.ΑΣΚΗΣΗ, 6.ΔΣΔ 7. ΚΑΠΝΙΣΜΑ
			ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	1. ΠΟΛΗ 2. ΧΩΡΙΟ	1.ΔΜΣ, 2.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, 3.ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, 4.ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, 5.ΑΣΚΗΣΗ, 6.ΔΣΔ
			ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	1. ΥΠΟΧΡ/ΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ 2. ΛΥΚΕΙΟ 3. ΤΡΙΤ/ΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	1.ΔΜΣ, 2.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 3.ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 4.ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤ. ΖΩΗΣ**, 5.ΚΑΠΝΙΣΜΑ 6.ΔΣΔ 7.ΑΣΚΗΣΗ**
			ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΕΡΓΙΑΣ	1. <1 ΧΡΟΝΟ 2. 1-3ΧΡΟΝΙΑ 3. >3 ΧΡΟΝΙΑ	1.ΔΜΣ, 2.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, 3.ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, 4.ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.
			ONE WAY ANOVA		

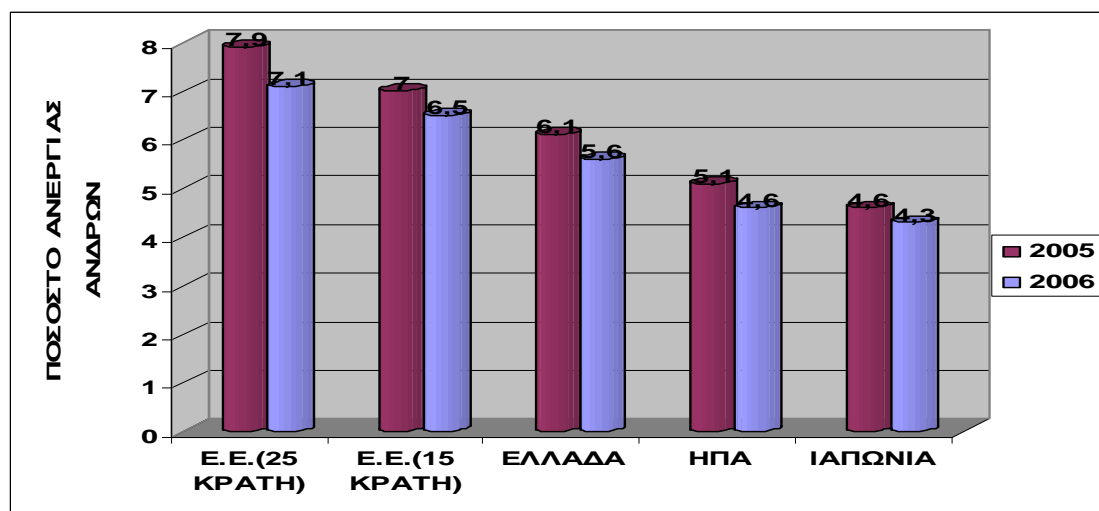
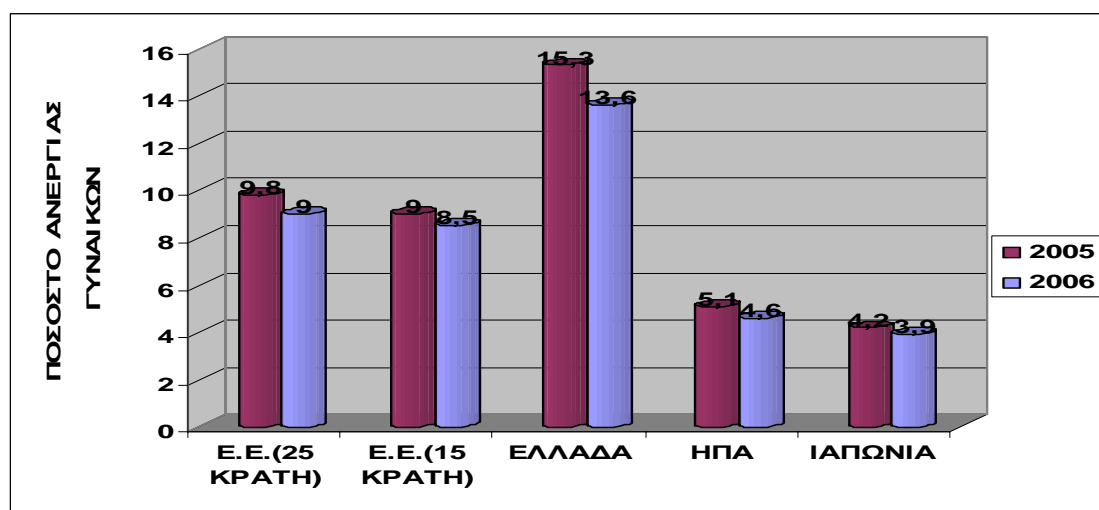
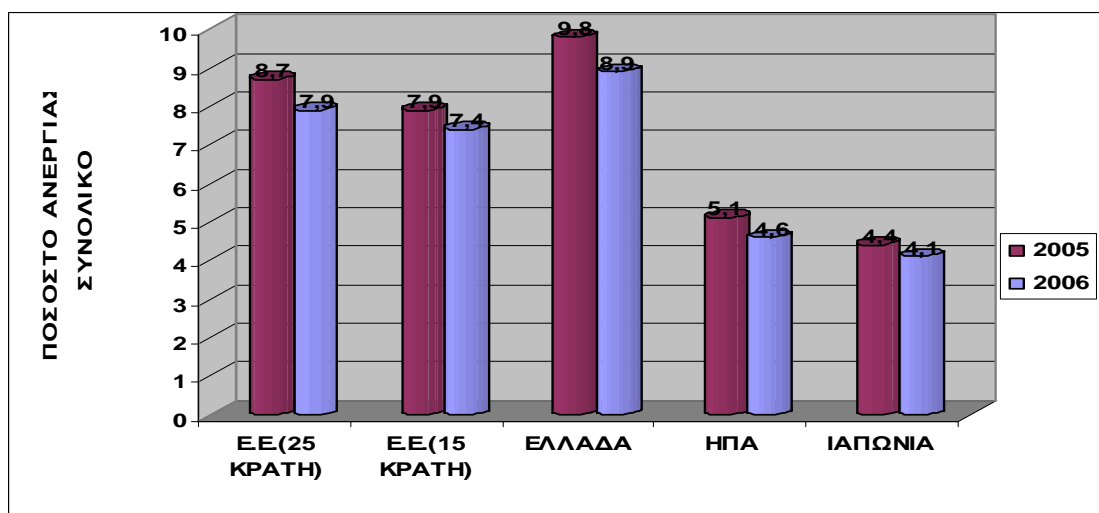
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ONE WAY ANOVA	ΑΣΚΗΣΗ (Επίδραση συχρότητας)	1.ΚΑΜΙΑ ΑΣΚΗΣΗ 2.<2ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ ΟΜΑΔΑ 3.>2ΦΟΡΕΣ/ΕΒΔ ΟΜΑΔΑ	1.ΔΜΣ, 2.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 3.ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 4.ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤ. ΖΩΗΣ**, 5.ΚΑΠΝΙΣΜΑ
		ΑΣΚΗΣΗ (Επίδραση έντασης)	1. ΔΣΔ ≤ 20 2. ΔΣΔ 21-40 3. ΔΣΔ ≥41	1.ΔΜΣ, 2.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 3.ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**, 4.ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤ. ΖΩΗΣ**, 5.ΚΑΠΝΙΣΜΑ
	Τ TEST ΓΙΑ ΑΝΕΞΑΡΤΗ ΤΑ ΔΕΙΓΜΑΤΑ	ΚΑΠΝΙΣΜΑ	1. ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ 2. ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	1.ΔΜΣ, 2.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, 3.ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ, 4.ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ, 5.ΑΣΚΗΣΗ, 6.ΔΣΔ
	ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟ ΜΗΣΗΣ	ΔΣΔ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΔΜΣ		ΣΥΝ. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**
		ΔΣΔ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΔΜΣ		ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**
		ΔΣΔ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΔΜΣ		ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**
ΟΛΕΣ	ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ	ΒΛΕΠΕ ΠΙΝΑΚΑ 5 ΤΟΥ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ		
* ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ <.05				
** ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ <.01				

7. ΓΡΑΦΗΜΑ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΦΥΛΟ, ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ.

Μηνιαία αποτελέσματα Έρευνας Εργατικού δυναμικού (Ιανουάριος 2004 - Φεβρουάριος 2007)
Πηγή ΕΣΥΕ



8. ΓΡΑΦΗΜΑ. ΠΟΣΟΣΤΟ ΑΝΕΡΓΙΑΣ ΣΕ Ε.Ε., Η.Π.Α., ΙΑΠΩΝΙΑ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ ΤΑ ΕΤΗ 2005, 2006 ΣΤΟ ΣΥΝΟΛΟ, ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΔΡΕΣ.



ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acree, L. S., Longfors, J., Fjeldstad, A. S., Fjeldstad, C., Schank, B., Nickel, K. J., et al. (2006). Physical activity is related to quality of life in older adults. *Health and quality of life outcomes*, 4, 37.
- Albanes, D., Blair, A., & Taylor, P. R. (1989). Physical activity and risk of cancer in the NHANES I population. *American journal of public health*, 79(6), 744-750.
- Ali, S. M., & Lindstrøm, M. (2006). Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. *European journal of public health*, 16(3), 325-331.
- Artazcoz, L., Benach, J., Borrell, C., & Cortáes, I. (2004). Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *American journal of public health*, 94(1), 82-88.
- Bartley, M. (1994). Unemployment and ill health: understanding the relationship. *Journal of epidemiology and community health*, 48(4), 333-337.
- Bartley, M., & Owen, C. (1996). Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. *BMJ (Clinical research ed.)*, 313(7055), 445-449.
- Bartley, M., Sacker, A., & Clarke, P. (2004). Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. *Journal of epidemiology and community health*, 58(6), 501-506.
- Bergman, B., Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Kaasa, S., & Sullivan, M. (1994). The EORTC QLQ-LC13: a modular supplement to the EORTC Core Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30) for use in lung cancer clinical trials. EORTC Study Group on Quality of Life. *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)*, 30A(5), 635-642.
- Blake, C., Codd, M. B., Cassidy, A., & O'Meara, Y. M. (2000). Physical function, employment and quality of life in end-stage renal disease. *Journal of nephrology*, 13(2), 142-149.
- Braith, R. W., Pollock, M. L., Lowenthal, D. T., Graves, J. E., & Limacher, M. C. (1994). Moderate- and high-intensity exercise lowers blood pressure in normotensive subjects 60 to 79 years of age. *The American journal of cardiology*, 73(15), 1124-1128.
- Brodin, E., Ljungman, S., Hedberg, M., & Sunnerhagen, K. S. (2001). Physical activity, muscle performance and quality of life in patients treated with chronic peritoneal dialysis. *Scandinavian journal of urology and nephrology*, 35(1), 71-78.
- Brown, D. W., Balluz, L. S., Heath, G. W., Moriarty, D. G., Ford, E. S., Giles, W. H., et al. (2003). Associations between recommended levels of physical activity and health-related quality of life. Findings from the 2001 Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) survey. *Preventive medicine*, 37(5), 520-528.
- Chandrashekar, Y., & Anand, I. S. (1991). Exercise as a coronary protective factor. *American heart journal*, 122(6), 1723-1739.
- Dias, R. C., Dias, J. M., & Ramos, L. R. (2003). Impact of an exercise and walking protocol on quality of life for elderly people with OA of the knee. *Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 8(3), 121-130.
- Dooley, D., Fielding, J., & Levi, L. (1996). Health and unemployment. *Annual review of public health*, 17, 449-465.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ (Clinical research ed.)*, 323(7320), 1061-1063.
- Dunn, A. L., Marcus, B. H., Kampert, J. B., Garcia, M. E., Kohl, H. W., 3rd, & Blair, S. N. (1999). Comparison of lifestyle and structured interventions to increase physical activity and cardiorespiratory fitness: a randomized trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, 281(4), 327-334.
- Ellingson, T., & Conn, V. S. (2000). Exercise and quality of life in elderly individuals. *Journal of gerontological nursing*, 26(3), 17-25.
- Ersoy, C., & Imamoglu, S. (2006). Comparison of the obesity risk and related factors in employed and unemployed (housewife) premenopausal urban women. *Diabetes research and clinical practice*, 72(2), 190-196.
- Ersoy, C., Imamoglu, S., Tuncel, E., Erturk, E., & Ercan, I. (2005). Comparison of the factors that influence obesity prevalence in three district municipalities of the same city with different socioeconomical status: a survey analysis in an urban Turkish population. *Preventive medicine*, 40(2), 181-188.
- Eyler, A. A., Matson-Koffman, D., Vest, J. R., Evenson, K. R., Sanderson, B., Thompson, J. L., et al. (2002). Environmental, policy, and cultural factors related to physical activity in a diverse sample of women: The Women's Cardiovascular Health Network Project--summary and discussion. *Women & health*, 36(2), 123-134.

- Fahey Tony , Maître Bertrand , Whelan Christopher , Anderson Robert , Domanski Henryk , Ostrowska Antonina , et al. (2004). *Quality of life in Europe*.
- Falba, T., Teng, H. M., Sindelar, J. L., & Gallo, W. T. (2005). The effect of involuntary job loss on smoking intensity and relapse. *Addiction (Abingdon, England)*, 100(9), 1330-1339.
- Fone, D. L., Dunstan, F., Christie, S., Jones, A., West, J., Webber, M., et al. (2006). Council tax valuation bands, socio-economic status and health outcome: a cross-sectional analysis from the Caerphilly Health and Social Needs Study. *BMC public health*, 6, 115.
- Godin, G., Jobin, J., & Bouillon, J. (1986). Assessment of leisure time exercise behavior by self-report: a concurrent validity study. *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique*, 77(5), 359-362.
- Godin, G., & Shephard, R. J. (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian journal of applied sport sciences. Journal canadien des sciences appliquées au sport*, 10(3), 141-146.
- Hage, C., Mattsson, E., & Stéahle, A. (2003). Long-term effects of exercise training on physical activity level and quality of life in elderly coronary patients--a three- to six-year follow-up. *Physiotherapy research international : the journal for researchers and clinicians in physical therapy*, 8(1), 13-22.
- Hammarström, A., & Janlert, U. (2002). Early unemployment can contribute to adult health problems: results from a longitudinal study of school leavers. *Journal of epidemiology and community health*, 56(8), 624-630.
- Helmrich, S. P., Ragland, D. R., & Paffenbarger, R. S., Jr. (1994). Prevention of non-insulin-dependent diabetes mellitus with physical activity. *Medicine and science in sports and exercise*, 26(7), 824-830.
- Hickman, I. J., Jonsson, J. R., Prins, J. B., Ash, S., Purdie, D. M., Clouston, A. D., et al. (2004). Modest weight loss and physical activity in overweight patients with chronic liver disease results in sustained improvements in alanine aminotransferase, fasting insulin, and quality of life. *Gut*, 53(3), 413-419.
- Iconomou G, K. H. P. (2003). Assessing quality of life of cancer patients in the context of clinical trials. *Forum of Clinical Oncology*, 2(3/4), 248-257.
- Janlert, U. (1997). Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 23, 79-83.
- Kalantar-Zadeh, K., Kopple, J. D., 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 : JASN*, 12(12), 2797-2806.
- Kavanagh, A. M., Goller, J. L., King, T., Jolley, D., Crawford, D., & Turrell, G. (2005). Urban area disadvantage and physical activity: a multilevel study in Melbourne, Australia. *Journal of epidemiology and community health*, 59(11), 934-940.
- Khlat, M., Sermet, C., & Le Pape, A. (2004). Increased prevalence of depression, smoking, heavy drinking and use of psycho-active drugs among unemployed men in France. *European journal of epidemiology*, 19(5), 445-451.
- Koutedakis, Y., Bouziotas, C., Flouris, A. D., & Nelson, P. N. (2005). Longitudinal modeling of adiposity in periadolescent Greek schoolchildren. *Medicine and science in sports and exercise*, 37(12), 2070-2074.
- Kranidiotis. (1970). The therapeutic value of sports activity in neurotic patients. 272-274.
- Laaksonen, M., Sarlio-Lähteenkorva, S., & Lahelma, E. (2004). Multiple dimensions of socioeconomic position and obesity among employees: The Helsinki Health Study. *Obesity research*, 12(11), 1851-1858.
- Langenberg, C., Hardy, R., Kuh, D., Brunner, E., & Wadsworth, M. (2003). Central and total obesity in middle aged men and women in relation to lifetime socioeconomic status: evidence from a national birth cohort. *Journal of epidemiology and community health*, 57(10), 816-822.
- Lawlor, D. A., Ebrahim, S., & Davey Smith, G. (2002). Socioeconomic position in childhood and adulthood and insulin resistance: cross sectional survey using data from British women's heart and health study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7368), 805.
- Leon, A. S., & Connett, J. (1991). Physical activity and 10.5 year mortality in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). *International journal of epidemiology*, 20(3), 690-697.
- Lindström, M., Hanson, B. S., & Ostergren, P. O. (2001). Socioeconomic differences in leisure-time physical activity: the role of social participation and social capital in shaping health related behaviour. *Social science & medicine (1982)*, 52(3), 441-451.
- Lindström, M., & Sundquist, J. (2001). Immigration and leisure-time physical inactivity: a population-based study. *Ethnicity & health*, 6(2), 77-85.
- Lynch, J., Helmrich, S. P., Lakka, T. A., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Salonen, R., et al. (1996). Moderately intense physical activities and high levels of cardiorespiratory fitness reduce the risk of non-insulin-dependent diabetes mellitus in middle-aged men. *Archives of internal medicine*, 156(12), 1307-1314.
- Manios, Y., Panagiotakos, D. B., Pitsavos, C., Polychronopoulos, E., & Stefanadis, C. (2005). Implication of socio-economic status on the prevalence of overweight and obesity in Greek adults: the ATTICA study.

- Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 74(2), 224-232.
- Mensink, G. B., Loose, N., & Oomen, C. M. (1997). Physical activity and its association with other lifestyle factors. *European journal of epidemiology*, 13(7), 771-778.
- Paeratakul, S., White, M. A., Williamson, D. A., Ryan, D. H., & Bray, G. A. (2002). Sex, race/ethnicity, socioeconomic status, and BMI in relation to self-perception of overweight. *Obesity research*, 10(5), 345-350.
- Paffenbarger, R. S., Jr., Hyde, R. T., Wing, A. L., & Hsieh, C. C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *The New England journal of medicine*, 314(10), 605-613.
- Papaioannou, A., Karastogiannidou, C., & Theodorakis, Y. (2004). Sport involvement, sport violence and health behaviours of Greek adolescents. *European journal of public health*, 14(2), 168-172.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., & Niakas, D. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 14(5), 1433-1438.
- Paraponaris, A., Saliba, B., & Ventelou, B. (2005). Obesity, weight status and employability: empirical evidence from a French national survey. *Economics and human biology*, 3(2), 241-258.
- Peterson, J. J., Lowe, J. B., Peterson, N. A., & Janz, K. F. (2006). The relationship between active living and health-related quality of life: income as a moderator. *Health education research*, 21(1), 146-156.
- Popham, F., & Mitchell, R. (2006). Leisure time exercise and personal circumstances in the working age population: longitudinal analysis of the British household panel survey. *Journal of epidemiology and community health*, 60(3), 270-274.
- Powell, K. E., Thompson, P. D., Caspersen, C. J., & Kendrick, J. S. (1987). Physical activity and the incidence of coronary heart disease. *Annual review of public health*, 8, 253-287.
- Public health and aging: health-related quality of life among low-income persons aged 45-64 years--United States, 1995-2001. (2003). *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 52(46), 1120-1124.
- Rahkonen, O., Arber, S., Lahelma, E., Martikainen, P., & Silventoinen, K. (2000). Understanding income inequalities in health among men and women in Britain and Finland. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 30(1), 27-47.
- Rahkonen, O., Lahelma, E., Martikainen, P., & Silventoinen, K. (2002). Determinants of health inequalities by income from the 1980s to the 1990s in Finland. *Journal of epidemiology and community health*, 56(6), 442-443.
- Rejeski, W. J., Brawley, L. R., & Shumaker, S. A. (1996). Physical activity and health-related quality of life. *Exercise and sport sciences reviews*, 24, 71-108.
- Rejeski, W. J., & Mihalko, S. L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 56, 23-35.
- Rice, B., Janssen, I., Hudson, R., & Ross, R. (1999). Effects of aerobic or resistance exercise and/or diet on glucose tolerance and plasma insulin levels in obese men. *Diabetes care*, 22(5), 684-691.
- Rodriguez, E., Frongillo, E. A., & Chandra, P. (2001). Do social programmes contribute to mental well-being? The long-term impact of unemployment on depression in the United States. *International journal of epidemiology*, 30(1), 163-170.
- Rodriguez, E., Lasch, K., & Mead, J. P. (1997). The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 27(4), 601-623.
- Rosmond, R., & Bjørntorp, P. (2000). Occupational status, cortisol secretory pattern, and visceral obesity in middle-aged men. *Obesity research*, 8(6), 445-450.
- Ross, R., Dagnone, D., Jones, P. J., Smith, H., Paddags, A., Hudson, R., et al. (2000). Reduction in obesity and related comorbid conditions after diet-induced weight loss or exercise-induced weight loss in men. A randomized, controlled trial. *Annals of internal medicine*, 133(2), 92-103.
- Sarlio-Læahtenkorva, S., Silventoinen, K., Lahti-Koski, M., Laatikainen, T., & Jousilahti, P. (2006). Socio-economic status and abdominal obesity among Finnish adults from 1992 to 2002. *International journal of obesity (2005)*, 30(11), 1653-1660.
- Stettler, N., Signer, T. M., & Suter, P. M. (2004). Electronic games and environmental factors associated with childhood obesity in Switzerland. *Obesity research*, 12(6), 896-903.
- Thumboo, J., Fong, K. Y., Machin, D., Chan, S. P., Soh, C. H., Leong, K. H., et al. (2003). Quality of life in an urban Asian population: the impact of ethnicity and socio-economic status. *Social science & medicine (1982)*, 56(8), 1761-1772.
- Wardle, J., Brodersen, N. H., Cole, T. J., Jarvis, M. J., & Boniface, D. R. (2006). Development of adiposity in adolescence: five year longitudinal study of an ethnically and socioeconomically diverse sample of young people in Britain. *BMJ (Clinical research ed.)*, 332(7550), 1130-1135.
- Wardle, J., & Griffith, J. (2001). Socioeconomic status and weight control practices in British adults. *Journal of epidemiology and community health*, 55(3), 185-190.

- Ware, J. E., Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483.
- Wasserman, D. H., & Zinman, B. (1994). Exercise in individuals with IDDM. *Diabetes care*, 17(8), 924-937.
- Will, B., Zeeb, H., & Baune, B. T. (2005). Overweight and obesity at school entry among migrant and German children: a cross-sectional study. *BMC public health*, 5(1), 45.
- Wister, A. V. (1996). The effects of socioeconomic status on exercise and smoking: age-related differences. *Journal of aging and health*, 8(4), 467-488.
- Wyatt, H. R., Peters, J. C., Reed, G. W., Barry, M., & Hill, J. O. (2005). A Colorado statewide survey of walking and its relation to excessive weight. *Medicine and science in sports and exercise*, 37(5), 724-730.
- Zhang, Q., & Wang, Y. (2004). Trends in the association between obesity and socioeconomic status in U.S. adults: 1971 to 2000. *Obesity research*, 12(10), 1622-1632.
- Zinman, B., Ruderman, N., Campaigne, B. N., Devlin, J. T., & Schneider, S. H. (2004). Physical activity/exercise and diabetes. *Diabetes care*, 27, S58-62.
- Zunzunegui, M. V., Forster, M., Gauvin, L., Raynault, M. F., & Douglas Willms, J. (2006). Community unemployment and immigrants' health in Montreal. *Social science & medicine* (1982), 63(2), 485-500.
- Λιανός, Παπαβασιλείου, & Χατζηανδρέου. (2005). *Αρχές Οικονομικής Θεωρίας*. Αθήνα: ΟΕΔΒ.
- Πάλλης Αθανάσιος. (2003). Ποιότητα Ζωής και ποιότητα περιθαλψής σε ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις εντεροπάθειες. Ηράκλειο Κρήτης: Πανεπιστήμιο Κρήτης Τμήμα Ιατρικής.
- Παναγιωτάκη - Δαυΐδ. (2005). Ποιότητα ζωής σε ασθενείς τελικού σταδίου. Ηθικά διλήμματα στον πόνο και την παρηγορητική ιατρική. <http://www.grpalliative.org/pdf/quality.pdf>.
- Σουρτζή. (1998). Προαγωγή Υγείας: Ιστορική Εξέλιξη. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 10(4), 179-185
- Χριστοδούλου Ισίδωρος. (2004). Ποιότητα Ζωής και Άσκηση στους Μαθητές της Β'θμιας Εκπ/σης: Διατμηματικό ΜΠΣ Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού των Πανεπιστημίων Αριστοτελείου, Δημοκρίτειου και Θεσσαλίας.