

**Υγιεινές-ανθυγιεινές συμπεριφορές, ψυχική υγεία και εστίες ελέγχου
συμπεριφορών υγείας.**

της
Ασημίνας Βράκα

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται
Στο καθηγητικό σώμα για την μερική εκπλήρωση των υποχρεώσεων
Απόκτησης του μεταπτυχιακού τίτλου του Διατμηματικού μεταπτυχιακού
Προγράμματος «ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΑΠΟΔΟΣΗ & ΥΓΕΙΑ» των Τμημάτων
Επιστήμης Φυσικής αγωγής και Αθλητισμού του Παν / μίου Θεσ /νίκης, του Παν /
μίου Θεσσαλίας και του Δημοκρίτειου Παν / μίου Θράκης στην κατεύθυνση
«Προπονητική Αθλημάτων»

Θεσσαλονίκη
2010

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων: Χασσάνδρα Μαίρη, Λέκτορας

2^{ος} Επιβλέπων: Θεοδωράκης Γιάννης, Καθηγητής

3^{ος} Επιβλέπων: Ζήση Βασιλική, Λέκτορας

Περίληψη

. Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής είναι το κλειδί για την υγεία, την ευεξία και την ευρωστία. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι δεν μπορούν να αλλάξουν αποτελεσματικά τον τρόπο ζωής τους, ακόμη και αν θέλουν. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει τις διαφορές ενηλίκων, ηλικίας 18-63 ετών, στην περιοχή της Λάρισας, σε υγιεινές /ανθυγιεινές συμπεριφορές, ως προς την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση και τον δείκτη μάζας σώματος. Οι συμπεριφορές που θα αξιολογηθούν είναι το κάπνισμα, η άσκηση, το αλκοόλ, και η διατροφή. Στη μελέτη συμμετείχαν 310 άτομα ηλικίας 18-63 ετών, τα οποία συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε το κάπνισμα, την άσκηση, το αλκοόλ, την διατροφή, την ψυχική υγεία και τις εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας. Όσο αναφορά τα αποτελέσματα παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές σε όλες τις μετρήσεις ανά ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση και δείκτη μάζας σώματος. Η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς υγείας, φαίνεται να σχετίζεται με την ταυτόχρονη υιοθέτηση και άλλων συμπεριφορών υγείας καθώς επίσης και η υιοθέτηση υγιεινών ή μη συμπεριφορών των ατόμων φαίνεται να επηρεάζεται από παράγοντες που αφορούν σε χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και ο δείκτης μάζας σώματος, αλλά και από ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως οι εστίες ελέγχου συμπεριφοράς.

Abstract

Leading a healthy life style is the key to health, well-being and welfare. However a lot of people are not able to change effectively their way of life, even if they want it. The purpose of the present study was to test the differences among adults, in Larissa, concerning healthy /unhealthy behaviors, in view of age, sex, educational level, marital status and body mass index. The behaviors which were examined were the following: smoking, exercise, alcohol and nutrition. 310 people, aged between 18 to 63 years old, participated in the study by answering a questionnaire regarding smoking, exercise, alcohol, nutrition, mental health and health locus of control. Concerning the results, important differences were noticed in every measurement per age, sex, educational level, marital status and body mass index. The adoption of healthy behavior, seems to be relative to the simultaneous adoption of some other health behaviors and also the adoption of healthy or unhealthy behaviors, seems to be affected by factors such as people's age, sex marital status, educational level and body mass index, as well as, by individuals mental characteristics, such as general health and locus of control regarding behavior.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	2
ABSTRACT	3
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	4
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	6
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	
Κάπνισμα.....	9
Φύλο και κάπνισμα.....	10
Μορφωτικό επίπεδο και κάπνισμα.....	11
Διατροφή.....	11
Άσκηση.....	13
Άσκηση και κάπνισμα.....	15
Φύλο / μορφωτικό επίπεδο και άσκηση.....	15
Αλκοόλ.....	16
Αλληλεπιδράσεις συμπεριφορών και ψυχική υγεία.....	17
Επίπεδο ελέγχου συμπεριφορών υγείας.....	20
III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	
Δείγμα.....	23
Όργανα μέτρησης.....	23
Διαδικασία μέτρησης.....	26
IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
Διαφορές ανά ηλικία.....	27
Διαφορές ανά φύλο.....	29
Διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο.....	31
Διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση.....	33

Διαφορές ανά δείκτη μάζας σώματος.....	35
Συσχετίσεις μεταξύ όλων των μεταβλητών.....	37
V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	42
Αδυναμίες της έρευνας.....	48
VI. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	50

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις όλων των μετρήσεων ανά ηλικιακή κατηγορία.....	28
Πίνακας 2. Ποσοστά συχνής χρήσης τσιγάρου ανά ηλικιακή ομάδα	29
Πίνακας 3. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις όλων των μετρήσεων ανά φύλο.....	29
Πίνακας 4. Ποσοστά καπνιστικών συμπεριφορών ανά φύλο.....	30
Πίνακας 5. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των μετρήσεων ανά μορφωτικό επίπεδο.....	32
Πίνακας 6. Ποσοστά συχνής χρήσης τσιγάρου ανά μορφωτικό επίπεδο.....	33
Πίνακας 7. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις όλων των μεταβλητών ανά οικογενειακή κατάσταση.....	33
Πίνακας 8. Ποσοστά τρέχουσας χρήσης τσιγάρου ανά οικογενειακή κατάσταση.....	34
Πίνακας 9. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις όλων των μεταβλητών ανά δείκτη μάζας σώματος.....	35
Πίνακας 10. Συσχετίσεις μεταξύ όλων των μεταβλητών.....	40

Υγιεινές-ανθυγιεινές συμπεριφορές, ψυχική υγεία και εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας.

Η μείωση των ασθενειών και εκφυλιστικών παθήσεων καθώς και η προαγωγή της ευεξίας και της ευρωστίας είναι σημαντικοί στόχοι για όλους μας. Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής είναι το κλειδί για την υγεία, την ευεξία και την ευρωστία. Ωστόσο, πολλοί άνθρωποι δεν μπορούν να αλλάξουν αποτελεσματικά τον τρόπο ζωής τους, ακόμη και αν θέλουν. Οι ειδικοί έχουν συμπεράνει ότι οι άνθρωποι που υιοθετούν υγιεινούς τρόπους ζωής διαθέτουν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά. Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορούν να τροποποιηθούν να υιοθετηθούν και από άλλους ανθρώπους, έτσι ώστε να αποκτήσουν πιο υγιεινές συνήθειες. Οι περισσότεροι ενήλικες (το 66%) θα προτιμούσαν να αλλάξουν την διατροφή τους για να βελτιώσουν την υγεία τους αντί να πάρουν φάρμακα. Εννιά στους δέκα ανθρώπους δηλώνουν ότι η φυσική δραστηριότητα είναι σημαντική για την υγεία. Τα δύο τρίτα σχεδόν των ενηλίκων νιώθουν «μεγάλο άγχος» τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα και θα ήθελαν να μειώσουν το επίπεδο του άγχους τους. Παρά τις στατιστικές αυτές, αυτοί που δηλώνουν ενδιαφέρον για την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών, συχνά αποτυγχάνουν να πραγματοποιήσουν μακρόχρονες αλλαγές. Αυτοί που πιστεύουν ότι η φυσική δραστηριότητα έχει αξία, αποτυγχάνουν να ακολουθήσουν ακόμη και μικρά προγράμματα άσκησης. Αν και η μείωση του άγχους είναι σημαντική, οι μισοί σχεδόν ανήλικοι πιστεύουν πως η αναζήτηση βοήθειας για συναισθηματικά προβλήματα στιγματίζεται από την κοινωνία, παρόλο που συχνά δεν διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες για να βοηθήσουν τον εαυτό τους. Οι αλλαγές προς έναν άλλο τρόπο ζωής είναι συχνά επιθυμητές, αλλά συχνά μη πραγματοποιήσιμες (Corbin, Lindsey, & Welk, 2001).

Οι έρευνες που έχουν αντικείμενο το πώς σχετίζονται τα πιστεύω των ατόμων όσον αφορά την υγεία τους και η συμπεριφορά τους ως προς αυτήν, δίνουν έμφαση στις προσδοκίες των ανθρώπων, σχετικά με τις συνέπειες των πράξεων και των συνηθειών τους. Είναι γνωστό για παράδειγμα ότι οι καπνιστές είναι ενήμεροι για τις βλάβες που προκαλεί το κάπνισμα, παρόλο αυτά συνεχίζουν να καπνίζουν. Οι πιθανοί λόγοι για την προφανή ασυμφωνία μεταξύ στάσεων και συμπεριφορών είναι οι εξής:

1. Οι άνθρωποι ίσως διαφέρουν στο πως αυτοί αντιλαμβάνονται τον έλεγχο της υγείας τους και στο πόσο είναι ικανοί να ελέγχουν την συμπεριφορά και τον τρόπο ζωής τους.
2. Οι δαπάνες για την υγεία ίσως αντισταθμίζονται από τα οφέλη όσον αφορά την προσωπική διάθεση και τις κοινωνικές σχέσεις.
3. Η υγεία και οι

ασθένειες κατέχουν διαφορετική θέση στην αντίληψη του κάθε ανθρώπου. 4. Η υγεία αυτή καθεαυτή αποτελεί μια από τις αξίες που παρακινεί τον άνθρωπο να αλλάξει συμπεριφορά και να ακολουθήσει ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής (Eiser, Eiser, Gammage & Morgan, 1989).

Η προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου επηρεάζει την υγεία άμεσα με τουλάχιστον δύο διαδικασίες. Η πρώτη προϋποθέτει τη μη υγιεινή συμπεριφορά όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών και την υγιεινή συμπεριφορά όπως η φυσική δραστηριότητα και η σωστή διατροφή. Η δεύτερη επηρεάζει άμεσα την υγεία του ανθρώπου και συγκεκριμένα τα ανοσολογικά και καρδιαγγειακά συστήματα. Η γενική ψυχική υγεία αποτελεί έναν ακόμη καθοριστικό παράγοντα για την υιοθέτηση ή και αλλαγή συμπεριφορών υγείας (World Health Organization, 2001). Στις μέρες μας έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες που αναφέρονται στο κάπνισμα, στο αλκοόλ και στις ψυχωτικές συμπεριφορές. Μελέτες που διεξήχθησαν σε πολλές χώρες και διάφορους πολιτισμούς έχουν δείξει ότι αδύναμοι άνθρωποι με χαμηλή αυτοπεποίθηση, υποφέρουν από πολλούς παράγοντες θνησιμότητας (Lim, Ma, Heng, Bhalla & Chew, 2007).

Οι υγιεινές-ανθυγιεινές συμπεριφορές σχετίζονται με τα προσωπικά χαρακτηριστικά του κάθε ανθρώπου. Κάποιοι άνθρωποι ακολουθούν υγιεινή συμπεριφορά είτε γιατί πιστεύουν πως αυτός ο τρόπος ζωής είναι σωστός, ή γιατί το προτείνει κάποιος ειδικός από τον χώρο υγείας, ή γιατί επηρεάζονται από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον (Marques, Ibanez, Ruiperez, Moya, & Ortet, 2005). Έρευνες που έχει μελετήσει τις εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας υποδεικνύουν ότι αυτός ο παράγοντας παίζει σημαντικό ρόλο στην υιοθέτηση υγιεινών ή ανθυγιεινών συμπεριφορών (Norman, Bennett, Smith & Murphy, 1998).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ενδιαφέρον παρουσιάζει η ταυτόχρονη μελέτη υγιεινών και ανθυγιεινών συμπεριφορών σε σχέση με την γενική ψυχική υγεία και τις εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας, σε Ελληνικό πληθυσμό. Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διενεργήσει μια αρχική μελέτη όπου θα εξετάζονταν οι διαφορές και οι σχέσεις μεταξύ υγιεινών συμπεριφορών (άσκηση και διατροφή), αλλά και ανθυγιεινών συμπεριφορών (κάπνισμα και αλκοόλ), σε σχέση με τη γενική ψυχική υγεία και τις εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Υγιεινές – ανθυγιεινές συμπεριφορές και υγεία

Κάπνισμα

Το καθημερινό κάπνισμα αποτελεί ένα σημαντικό δημόσιο πρόβλημα. Τα προβλήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα είναι η διάρκεια (χρόνια καπνίσματος) και η συχνότητα καπνίσματος. Οι περισσότεροι ενήλικες καπνιστές ξεκίνησαν να καπνίζουν πριν την ηλικία των 18. Πολλοί έφηβοι επιθυμούν να σταματήσουν το κάπνισμα αλλά μόνο ένα μικρό ποσοστό το πετυχαίνει (Hublet, et al., 2006)

Η οικουμενική εξάπλωση του τσιγάρου μοιάζει με σωστή επιδημία και έχει διαδοθεί τα τελευταία 45 χρόνια όχι μόνο μεταξύ αντρών και γυναικών αλλά και των παιδιών. Σε όλον τον κόσμο περίπου 3.000.000 άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από ασθένειες που συνδέονται άμεσα με το κάπνισμα. Συμβαίνει δηλαδή ένας θάνατος κάθε 13 δευτερόλεπτα και στην Αμερική το τίμημα φτάνει στους 320.000-400.000 θανάτους τον χρόνο, ενώ στην Αγγλία τους 100.000. Η προσφορά της Ελλάδας σε αυτήν την παγκόσμια θυσία είναι περίπου 15.000 ετησίως. (Μπιλάλης, 1997).

Δεν είναι μόνο οι ζωές που χάνονται εξαιτίας του τσιγάρου αλλά και η πρόωγη θνησιμότητα που παρατηρείται. Η ζωή ενός καπνιστή μειώνεται κατά 8-10 χρόνια από αυτή του μη καπνιστή και ίσως με νέες έρευνες η απώλεια ζωής να ανέλθει στα 18 έτη, όταν μάλιστα η κατανάλωση καπνού είναι άνω της τάξεως των 3 πακέτων ημερησίως.

Το κάπνισμα είναι η κύρια αιτία αθηροσκληρυντικών νόσων και θεωρείται ένας από τους 3 μείζονες παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία καρδιοπάθεια μαζί με την αρτηριακή υπέρταση και τις διαταραχές της χοληστερόλης. Το κάπνισμα λοιπόν, με την υπέρταση, τον σακχαρώδη διαβήτη και την υπερχοληστεριναιμία αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του εμφράγματος του μυοκαρδίου και των λοιπών καρδιαγγειακών παθήσεων. Έτεροι συνεργικοί παράγοντες είναι το άγχος, η παχυσαρκία, η καθιστική ζωή.

Πολυάριθμες έρευνες έχουν τεκμηριώσει υπερβολική συνολική θνησιμότητα ανάμεσα στους καπνιστές σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν καπνίσει ποτέ. Η διακοπή του καπνίσματος επιφέρει οφέλη στο σύνολο της θνησιμότητας ακόμη και στους πρώην καπνιστές. Μετά από 1 χρόνο διακοπής του καπνίσματος, υπάρχει μεγάλη μείωση της πιθανότητας καρδιακής προσβολής σε σύγκριση με εκείνους που

συνεχίζουν να καπνίζουν. Μετά από 15 χρόνια, το ποσοστό της θνησιμότητας σε εκείνους που σταματούν το κάπνισμα είναι περίπου τόσο χαμηλό, όσο σε εκείνους που δεν κάπνισαν ποτέ. (Μπιλάλης, 1997).

Φύλο και κάπνισμα

Σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat (2002) στις ευρωπαϊκές χώρες οι άνδρες καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες. Στοιχεία τελευταίων μελετών όμως δείχνουν ότι, παρά την τάση μείωσης του καπνίσματος γενικά, τα ποσοστά των εφήβων και των γυναικών που καπνίζουν τα τελευταία χρόνια δείχνουν αυξητικές τάσεις. Για παράδειγμα, σε μελέτη των Hublet, et al., (2006), εξετάστηκαν οι τάσεις του καπνίσματος μεταξύ εφήβων σε δέκα Ευρωπαϊκές χώρες και Καναδά. Ο στόχος της έρευνας ήταν να καταγραφούν οι διαφορετικές τάσεις του καπνίσματος μεταξύ Ευρωπαϊκών χωρών. Η έρευνα διήρκεσε από το 1990-2002, τις χρονικές περιόδους 1989-1990, 1993-1994, 1997-1998 και 2001-2002. Το δείγμα της έρευνας αποτελούταν από 1200 μαθητές ηλικίας 11-15 ετών, διαφορετικών χωρών όπως: Νορβηγία, Λετονία, Πολωνία, Αυστρία, Βέλγιο, Καναδάς, Φιλανδία, Ουγγαρία, Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία και Ελβετία. Οι μαθητές συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια με ερωτήσεις που αφορούσαν το κάπνισμα, συμπεριφορές με τις οποίες ρισκάρεις την υγεία σου, έξοδα υγείας και αξιολογήθηκαν και ατομικοί / κοινωνικοί παράγοντες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό καπνίσματος στα αγόρια ήταν της Φιλανδίας 22,7% όπου έως το 2002 μειώθηκε στο 16,4%. Το μεγαλύτερο ποσοστό κοριτσιών ανήκε πάλι στην Φιλανδία με 20,3% όπου το 2002 μειώθηκε στο 18%. Το μικρότερο ποσοστό καπνίσματος στα αγόρια βρέθηκε στην Ελβετία με 6,3%, όπου έως το 2002 αυξήθηκε στο 12,9% και 18% στην Λετονία στα κορίτσια όπου έως το 2002 αυξήθηκε στο 13,7%. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το συμπέρασμα των ερευνητών ότι μεταξύ των εφήβων στην Ευρώπη, τα κορίτσια ξεκινούσαν κάπνισμα νωρίτερα σε σύγκριση με τα αγόρια.

Ανάλογα αυξημένα ποσοστά γυναικών καπνιστριών εντοπίστηκαν και σε μελέτη φοιτητριών οδοντιατρικής σχολής σε πανεπιστήμιο της Ιαπωνίας (Naito, et al., 2003). Οι μελετητές υπογραμμίζουν ότι η αύξηση του καπνίσματος σε νέες γυναίκες στην Ιαπωνία αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα για τον έλεγχο του καπνίσματος.

Στοιχεία από ελληνικά στατιστικά δεδομένα (Forey, Hamling, Lee, & Wald, 2002), εμφανίζουν σταθερά τους άνδρες να καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες

και διαχρονικά (από την δεκαετία του '50 έως την δεκαετία του '90) , αλλά και σε όλο το φάσμα των ηλικιών (από 15 έως 85 ετών).

Μορφωτικό επίπεδο και κάπνισμα

Εκτός από το φύλο, μια σειρά άλλων μελετών έχει εντοπίσει διαφορές στη συνήθεια του καπνίσματος ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Στην Ιταλία, σε έρευνα των Gallus, et al., (2003), βρήκαν ότι άντρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αλλά γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο βρέθηκαν να είναι χρόνιοι καπνιστές σε μεγαλύτερη συχνότητα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μελέτη των Huisman, Kunst & Mackenbach, (2005), που αξιολόγησαν την συμπεριφορά του καπνίσματος, σε άτομα άνω των 16 ετών, ανά φύλο και μορφωτικό επίπεδο σε 11 ευρωπαϊκές χώρες. Αντικρουόμενα ήταν τα αποτελέσματα σε καπνίστριες άνω των 24 ετών όπου εμφανίστηκαν μορφωτικές ανισότητες κυρίως στις Βόρειο-ευρωπαϊκές χώρες. Στον αντίστοιχο ανδρικό πληθυσμό δεν παρατηρήθηκε το ίδιο εύρημα. Στις μεγαλύτερες ηλικίες όμως τα καπνιστικά μοτίβα (ή πρότυπα) ανδρών – γυναικών ήταν ίδια, με μεγαλύτερα ποσοστά καπνιστών στα χαμηλότερα μορφωτικά επίπεδα. Τέλος, οι γυναίκες ηλικίας 16-24 ετών από Ελλάδα και Πορτογαλία διέφεραν ως προς τις καπνιστικές τους συνήθειες σε σχέση με όλες τις άλλες Ευρωπαϊκές χώρες. Σε άλλη μελέτη με φοιτητές και φοιτήτριες πανεπιστημίου της Τουρκίας σαν καθοριστικοί παράγοντες στο τακτικό κάπνισμα μεταξύ φοιτητών του πανεπιστημίου αποτέλεσαν οι εξής παράγοντες: το φύλο, το υψηλό μορφωτικό επίπεδο της μητέρας, και οι φίλοι που καπνίζουν (Saatci, Inan, Bozdemir, Akpınar, & Ergun, 2004).

Διατροφή

Άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει την κατάσταση υγείας ενός ατόμου είναι η διατροφή. Η διατροφή ορίζεται ως το σύνολο των διεργασιών που εμπλέκονται στην πρόληψη και εκμετάλλευση ουσιών της τροφής από τους ζώντες οργανισμούς. Οι διεργασίες αυτές περιλαμβάνουν την πρόσληψη, πέψη, απορρόφηση και μεταβολισμό της τροφής. Αυτός ο ορισμός τονίζει τις βιοχημικές και φυσιολογικές λειτουργίες της τροφής που καταναλώνουμε, αλλά ο Αμερικάνικος Σύλλογος Διαιτολόγων (American Dietetic Association ADA) σημειώνει ότι η διατροφή ως ευρύτερη έννοια, μπορεί να ερμηνευτεί και να επηρεαστεί από μια πληθώρα ψυχολογικών, κοινωνιολογικών και οικονομικών παραγόντων. Ο πρωταρχικός ρόλος της τροφής που τρώμε είναι να μας εξασφαλίσει μια πληθώρα θρεπτικών συστατικών.

(Williams, 2003). Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στον έλεγχο του σωματικού βάρους. Η υπερβολική τροφή οδηγεί στην δημιουργία λίπους. Η μειωμένη τροφή αναγκάζει τον οργανισμό να αντλήσει ενέργεια από τα αποθέματά του. Η κανονική και ισορροπημένη διατροφή συμβάλλει στην διατήρηση του βάρους. Όταν ένα άτομο για παράδειγμα, έχει δέκα κιλά σωματικού λίπους παραπάνω, μία διατροφή ίση με την ενεργειακή κατανάλωση δεν επηρεάζει το σωματικό βάρος. Το σωματικό βάρος μειώνεται όταν η κατανάλωση ενέργειας είναι μεγαλύτερη από την πρόσληψη. Τα αποτελέσματα λοιπόν εμφανίζονται με το ισοζύγιο πρόσληψης και κατανάλωσης ενέργειας. Όταν αυτό είναι θετικό ως προς την πρόσληψη τότε η επιπλέον ενέργεια αποθηκεύεται με τη μορφή λίπους. Όταν είναι αρνητικό, τότε η επιπλέον ενέργεια που καταναλώνεται αντλείται από τις ενεργειακές αποθήκες. Όταν η κατανάλωση είναι ίση με την πρόσληψη τότε έχουμε την διατήρηση του σωματικού βάρους (Τοκμακίδης, 2002).

Τρώγοντας επαρκή ποσότητα φρούτων και λαχανικών, μας εξασφαλίζει βασική θρεπτική ανάπτυξη, διατήρηση των ιστών καθώς επίσης ενισχύει το ανοσοποιητικό σύστημα. Για να αντιληφθούμε αυτά τα οφέλη πρέπει να καταναλώνουμε ημερησίως 5-9 γεύματα φρούτων και λαχανικών. Σύμφωνα με πρόσφατες έρευνες λιγότεροι από έναν στους τέσσερις καταναλώνουν 5 ή περισσότερα γεύματα φρούτων ή λαχανικών την ημέρα. Επιπλέον αραιοκατοικημένες αγροτικές περιοχές, βρίσκονται σε μειονεκτική θέση εφόσον δεν έχουν άμεση πρόσβαση σε αποθήκες τροφίμων φρούτων και λαχανικών, τα οποία έχουν την τάση να είναι αρκετά ακριβά, σε σύγκριση με τα αστικά κέντρα (Doerksen & Estabrooks, 2007).

Η παραδοσιακή Ελληνική διατροφή, μία παραλλαγή της Μεσογειακής διατροφής έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον επιστημόνων για πολλά χρόνια προάγοντας ένα υγιές διατροφικό μοντέλο το οποίο είναι πλούσιο σε όσπρια, λαχανικά, φρούτα, δημητριακά και λάδι ενώ πιο σπάνιο είναι το κρέας. Οι Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες σχετίζονται με χαμηλά ποσοστά καρδιοπαθειών και με κάποιους τύπους καρκίνου. Τα τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε αύξηση της κατανάλωσης του κρέατος κατά 160% και 365% της κατανάλωσης τυροκομικών προϊόντων. Από την άλλη μεριά στα φρούτα παρατηρήθηκε μια μείωση κατά 31%. Αυτές οι αλλαγές σε συνδυασμό με τις αλλαγές του τρόπου ζωής, συντελούν στην αύξηση της θνησιμότητας εξαιτίας των καρδιακών παθήσεων και καρκίνου. Σε πρόσφατες έρευνες στον Ελλαδικό χώρο έχει παρατηρηθεί ότι η Ελληνική παραδοσιακή διατροφή έχει διατηρηθεί από άτομα τρίτης ηλικίας, σε αντίθεση με νέους ανθρώπους

οι οποίοι έχουν την τάση να απομακρύνονται από την παραδοσιακή διατροφή και να υιοθετούν περισσότερες δυτικές διατροφικές συνήθειες (Hassapidou & Fotiadou, 2001).

Οι περισσότερες χρόνιες ασθένειες προκαλούνται από την αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων, που περιλαμβάνουν γενετικούς παράγοντες και τον τρόπο ζωής. Για να μειώσει κανείς τον κίνδυνο προσβολής από κάποια από αυτές τις ασθένειες, θα πρέπει να μειώσει όσο το δυνατόν περισσότερο τους παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη αυτής της ασθένειας. Σε πρόσφατο άρθρο ο Steven N. Blair, (2009) έχει επισημάνει ότι ενώ πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει τα ευεργετικά αποτελέσματα της διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας, χωριστά στη μείωση διαφόρων παραγόντων κινδύνου σχετιζομένων με χρόνιες ασθένειες, λίγες είναι οι μελέτες που εξετάζουν τα αποτελέσματα της συνύπαρξης άσκησης και καλής διατροφής στην βελτίωση της υγείας (Williams, 2003). Παρόμοια αποτελέσματα είχαν οι Almeida και συνεργάτες, (1999) οι οποίοι αναφέρουν ότι μεγαλύτερη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες παρατηρήθηκε στους άντρες, σε νεότερες ηλικίες και στους συμμετέχοντες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Τέλος, σε πρόσφατη μελέτη στη Φιλανδία (Laaksonen, et al., 2007), με 60.000 περίπου συμμετέχοντες, βρέθηκε ότι το κάπνισμα, η χαμηλή κατανάλωση λαχανικών και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, τα οποία οδηγούν μακροπρόθεσμα σε καρδιαγγειακές παθήσεις και έχουν άμεση σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων, επηρεάζουν άμεσα την θνησιμότητα του πληθυσμού.

Άσκηση

Αν και σήμερα ζούμε στον τεχνολογικό αιώνα, ο οργανισμός υπόκειται ακόμα στους νόμους της λίθινης εποχής και συγκεκριμένα στο βασικό βιολογικό νόμο ο οποίος υποδεικνύει ότι: η δομή και η ικανότητα απόδοσης ενός οργάνου καθορίζονται από το γενετικό υλικό καθώς και από την ποιότητα και ποσότητα της επιβάρυνσής του. Όσο πιο έντονα - μέσα στα φυσιολογικά όρια - επιβαρύνεται ένα όργανο, τόσο μεγαλύτερη είναι η προσαρμογή του στην επιβάρυνση, η ικανότητά του για απόδοση καθώς και η ανθεκτικότητά του. Αν ο σύγχρονος άνθρωπος επιθυμεί να υπακούσει σε αυτόν τον νόμο, οφείλει παράλληλα με τη συνήθως φτωχή κινητικά επαγγελματική του δραστηριότητα, να εξασφαλίσει στον οργανισμό του και την απαραίτητη σωματική επιβάρυνση. Η ποσότητα και η ένταση της αθλητικής

δραστηριότητας θα είναι ατομικά διαφοροποιημένη ανάλογα με τις ικανότητες, τα κίνητρα αλλά και την φιλοδοξία του καθενός. (Koporka, 1994).

Στις αρχές του 21^{ου} αιώνα αντιμετωπίζουμε μια νέα επιδημία: την επιδημία της υποκινητικότητας. Η υποκινητικότητα σε συνδυασμό με την κακή διατροφή και τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής επιταχύνει την βιολογική φθορά. Προκαλεί πρόωρη ανάπτυξη εκφυλιστικών αρθροπαθειών, επισπεύδει την οστεοπόρωση και τη δημιουργία ενδοαγγειακών θρομβώσεων και κυρίως κάνει τον οργανισμό τρωτό στα καρδιαγγειακά νοσήματα που μαστιίζουν τον σημερινό άνθρωπο. Οι βλαβερές συνέπειες της καθιστικής ζωής μπορούν να καταπολεμηθούν με την προαγωγή της σωματικής άσκησης. Η αναγνώριση της ευεργετικής επίδρασης της άσκησης και του κινδύνου της αγυμνασίας στη δημόσια υγεία οδήγησαν στην διεξαγωγή επιδημιολογικών ερευνών στις χώρες της Ευρωπαϊκής ένωσης, που έδειξαν ότι πάνω από το 30% των Ευρωπαίων πολιτών διάγουν καθιστική ζωή, ενώ για τους Έλληνες το ποσοστό ανέρχεται στο 40%. Σύμφωνα με άλλη μελέτη των Kafatos, Manios, Giachetti, Almeida & Engstrom, (1999), στην Ελλάδα μόνο το 9% συμμετείχε σε φυσική δραστηριότητα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στη Φιλανδία είναι 50%. Ανάλογα είναι και τα ποσοστά πιο πρόσφατης έρευνας του Eurobarometer (2010), όπου αναφέρει ότι το 88% των Ελλήνων δεν συμμετέχει σε κανενός είδους φυσική/αθλητική δραστηριότητα, με αποτέλεσμα η Ελλάδα να συνεχίζει να βρίσκεται στα χαμηλότερα ευρωπαϊκά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Ακόμη, η υποκινητικότητα αυξάνεται με την ηλικία και είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες και σε οικονομικά ασθενέστερες τάξεις (Corbin, et al., 2001).

Το υγιές άτομο αισθάνεται και λειτουργεί καλύτερα, έχει χαμηλότερη νοσηρότητα, ισχυρότερη άμυνα του οργανισμού του και μεγαλύτερο προσδόκιμο όριο επιβίωσης. Η άσκηση επιδρά ευεργετικά σε όλα τα συστήματα, όργανα και λειτουργίες του ανθρώπινου οργανισμού και χρησιμεύει ως προστατευτικός παράγοντας σε πολλές παθήσεις όπως καρδιοπάθεια, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, εγκεφαλικά επεισόδια, παχυσαρκία, οστεοπόρωση και καρκίνο του παχέος εντέρου. Ακόμα η άσκηση θα μπορούσε να χρησιμεύσει και ως διέξοδος στις πιέσεις της σύγχρονης ζωής και να συμβάλλει στην ανακούφιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους, καθώς και στην βελτίωση της ψυχικής διάθεσης, της ευεξίας και της ποιότητας ζωής. (Corbin, et al., 2001).

Η ευεργετική επίδραση της τακτικής άσκησης δεν περιορίζεται μόνο στις βιολογικές προσαρμογές. Η άσκηση δεν θωρακίζει μόνο την υγεία, δεν αναχαιτίζει

μόνο τη βιολογική φθορά και δεν ανυψώνει μόνο τη βιολογική στάθμη του ανθρώπινου δυναμικού. Η ευεργετική της επίδραση επεκτείνεται και στις ψυχοκοινωνικές ιδιότητες της ανθρώπινης προσωπικότητας. Η συμβολή της στην ψυχολογική και κοινωνική ανάπτυξη του ατόμου είναι τεκμηριωμένη με ένα πλήθος ερευνητικών εργασιών. Πληθαίνουν οι έρευνες που δείχνουν ότι η σωματική άσκηση:

1. Βελτιώνει την διάθεση και δημιουργεί αίσθημα ευεξίας. Το αίσθημα εκείνο που κάνει τον άνθρωπο να νιώθει εσωτερική πληρότητα, ισορροπία, αυτοπεποίθηση και σιγουριά και του δίνει την ορμή να αντιμετωπίσει με αισιοδοξίες τις δυσκολίες, τις αντιξοότητες και τις προκλήσεις που επιφυλάσσει η καθημερινή ζωή.
2. Μειώνει τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης.
3. Μπορεί να βελτιώσει τη νοητική λειτουργία.
4. Έχει θετικά αποτελέσματα στην αυτοεκτίμηση και στην αυτοπεποίθηση (Corbin et al., 2001).

Άσκηση και κάπνισμα

Το κάπνισμα είναι η αιτία της εμφάνισης διαφόρων λειτουργικών προβλημάτων στον ανθρώπινο οργανισμό. Η άσκηση βοήθησε στην ελάττωση του καπνίσματος, ενώ σε γενικές γραμμές όσο πιο πολύ αθλούνται τα άτομα, τόσο πιο λίγο καπνίζουν. Φαίνεται ότι η άσκηση αποτρέπει τα άτομα από τη συνήθεια του καπνίσματος ή ότι μπορεί να ενισχύσει την προσπάθεια των καπνιστών να περιορίσουν ή να διακόψουν το κάπνισμα. (Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης και Λαπαρίδης 1998).

Τα άτομα που καπνίζουν έχουν αρνητικές στάσεις προς την άσκηση, αποφεύγουν την άσκηση και παραδέχονται τις πολύ θετικές στάσεις τους προς το κάπνισμα και την πρόθεσή τους να συνεχίσουν να είναι καπνιστές. (Μπεμπέτσος, Θεοδωράκης και Χρόνη 2000).

Φύλο / μορφωτικό επίπεδο και άσκηση

Και στη συμπεριφορά της άσκησης τόσο το φύλο όσο και το μορφωτικό επίπεδο σύμφωνα με έρευνες, φαίνεται να την επηρεάζουν. Έτσι, το 1997 στο Ηνωμένο Βασίλειο, οι Kearney, Graal, Damkjaer και Engstrom μελέτησαν την φυσική δραστηριότητα και τα στάδια αλλαγής της συμπεριφοράς σε πληθυσμό της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Συμμετείχαν 15.239 Ευρωπαίοι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 15% της Ιρλανδίας και Ιταλίας και το 46% της Ελλάδας και Πορτογαλίας ήταν στο στάδιο της σκέψης ως προς το ξεκίνημα κάποιας φυσικής δραστηριότητας. Επίσης, οι άντρες ήταν περισσότερο πιθανό να δραστηριοποιηθούν για φυσική

δραστηριότητα σε σύγκριση με τις γυναίκες καθώς επίσης οι συμμετέχοντες που είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ήταν περισσότερο δραστήριοι σε σύγκριση με αυτούς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Παρόμοια αποτελέσματα είχαν οι Almeida, et al., (1999) οι οποίοι αναφέρουν ότι μεγαλύτερη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες παρατηρήθηκε στους άντρες, σε νεότερες ηλικίες και στους συμμετέχοντες με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Αλκοόλ

Ένας ακόμη παράγοντας που επηρεάζει τον τρόπο ζωής και την υγεία μας είναι το αλκοόλ. Η μείωση της κατανάλωσης του αλκοόλ οδηγεί στην μείωση των παραγόντων κινδύνου για προσβολή από καρδιοπάθειες και γενικά για την θνησιμότητα. Οι πιθανότητες για καρδιοπάθειες αυξάνονται όταν η κατανάλωση αλκοόλ είναι υψηλή και μειώνονται όταν η κατανάλωση είναι χαμηλή ή μέτρια. Τα βλαβερά αποτελέσματα της υψηλής κατανάλωσης αλκοόλ σχετίζονται με την αύξηση των τριγλυκεριδίων καθώς επίσης και με την υπέρταση (Yoon, Oh, Baik, Park & Kim, 2004). Επίσης, σύμφωνα με στοιχεία της ίδιας έρευνας το 81.6% των αντρών και το 52.4% των γυναικών κατανάλωνε πρόσφατα αλκοόλ με μέσο όρο 30.1 ± 38.4 g για τους άντρες και 6.6 ± 13.2 g για τις γυναίκες. Ο Sieri και συνεργάτες (2002), σύγκριναν τις συνήθειες κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ 10 ευρωπαϊκών κρατών. Κατέληξαν ότι το φύλο ήταν ο δυνατότερος καθοριστικός παράγοντας κατανάλωσης αλκοόλ και στις 10 χώρες, με χαμηλότερη κατανάλωση από τις Ελληνίδες και υψηλότερη από τους Ισπανούς, σε σύνολο 35.955 συμμετεχόντων.

Οι Athyros, και συνεργάτες (2008), σε πρόσφατη έρευνα με Έλληνες συμμετέχοντες (N=4153) κατέληξαν ότι η υψηλή κατανάλωση αλκοόλ σχετιζόταν με αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης ασθενειών όπως μεταβολικό σύνδρομο, διαβήτη τύπου 2, καρδιαγγειακά νοσήματα, εγκεφαλικά, στεφανιαία νόσο, και περιφερειακή αρτηριακή νόσο. Τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ στους συγκεκριμένους συμμετέχοντες ήταν: 17% δεν είχαν ποτέ καταναλώσει αλκοόλ, το 23% ήταν περιστασιακοί πότες, το 27% ήπιοι, το 24% μέτριοι και το 9% ήταν βαρείς πότες. Τέλος, παρατήρησαν ότι η κατανάλωση αλκοόλ συσχετιζόταν σημαντικά θετικά με το βάρος σώματος.

Σχετικά με τα ποσοστά κατανάλωσης αλκοόλ στη χώρα μας τα πιο πρόσφατα στοιχεία που προκύπτουν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2004) δείχνουν ότι τα ποσοστά των γυναικών που απέχουν από το αλκοόλ ήταν υψηλότερα από εκείνα

των ανδρών. Και για το δύο φύλα το ποσοστό αυτών που απέχουν από το αλκοόλ αυξάνεται με την ηλικία, ενώ το ποσοστό αυτών που καταναλώνουν υπερβολική ποσότητα αλκοόλ (περισσότερο από δύο ποτήρια την ημέρα για τις γυναίκες και περισσότερα από τρία ποτήρια την ημέρα για τους άνδρες) μειώθηκε. Επίσης, τα άτομα που είχαν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, αυτοί που ήταν χήροι, ή διαμένουν εκτός της μείζονος περιοχής της Αθήνας ήταν πιο πιθανό να απέχουν από το αλκοόλ με τους αντίστοιχους ομολόγους τους. Αντίθετα, χωρισμένοι ή διαζευγμένοι άνδρες και γυναίκες ήταν πιο πιθανό να είναι υπερβολικοί πότες σε σχέση με τους παντρεμένους ομολόγους τους. Τα παραπάνω στοιχεία είναι από μελέτη που έγινε σε 14.367 Έλληνες (40%) και Ελληνίδες (60%) από 20 έως 63 ετών.

Αλληλεπιδράσεις συμπεριφορών και ψυχική υγεία

Υπάρχουν στοιχεία από μελέτες που δείχνουν ότι τα άτομα τείνουν να υιοθετούν είτε υγιεινά, είτε ανθυγιεινά προφίλ συμπεριφορών. Για παράδειγμα, οι Θεοδωράκης και Παπαϊωάννου (2002), εξέτασαν το προφίλ Ελλήνων μαθητών και μαθητριών σε ότι αφορά συμπεριφορές που έχουν σχέση με το κάπνισμα. Στην παραπάνω έρευνα πήραν μέρος 4.318 μαθητές και μαθήτριες (13-16 ετών) και εξετάστηκαν οι στάσεις των παιδιών προς τις υγιεινές συμπεριφορές, τις προθέσεις τους και τον αντιληπτό έλεγχο συμπεριφοράς. Η στατιστική ανάλυση ανέδειξε δύο χαρακτηριστικά προφίλ μαθητών / τριών. Η πρώτη και πολυπληθέστερη ομάδα από τους μαθητές υιοθετούν θετικές στάσεις και συμπεριφορές για έναν υγιεινό και αθλητικό τρόπο ζωής, και αρνητικές στάσεις και τρόπο ζωής για μη υγιεινές συμπεριφορές. Η δεύτερη και μικρότερη σε μέγεθος ομάδα υιοθετεί αρνητικές στάσεις και συνήθειες για την άσκηση και την υγιεινή διατροφή, ενώ επιλέγει θετικές στάσεις, για μη υγιεινές συμπεριφορές (κάπνισμα). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει μια συνοχή μεταξύ των συμπεριφορών υγείας που υιοθετούν οι μαθητές.

Σε έρευνα που έγινε σε Ελληνικό πληθυσμό από τους Pitsavos, Panagiotakos, Chrysohoou και Stefanadis (2001), για την αξιολόγηση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 51% των αντρών και το 39% των γυναικών ήταν καπνιστές, το 46% των αντρών και το 40% των γυναικών είχαν υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, το 8% των αντρών και το 6% των γυναικών έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη, το 20% των αντρών και το 15% των γυναικών ήταν

παχύσαρκοι, οι άντρες ήταν περισσότερο φυσικά δραστήριοι σε σχέση με τις γυναίκες, και τέλος το 9% των αντρών και το 38% των γυναικών είχαν ελαφριά συμπτώματα κατάθλιψης.

Μεταξύ των σημαντικότερων συμπεριφορικών παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία είναι το κάπνισμα, η διατροφή και το άγχος, σύμφωνα με την μελέτη των Kafatos et al., (1999). Βρέθηκε επίσης, ότι η σωματική δραστηριότητα αποτελούσε σημαντικό παράγοντα για την διατήρηση του σωματικού βάρους. Οι Krawczynski και Olszewski (2000), δοκίμασαν την εφαρμογή ενός προγράμματος φυσικής δραστηριότητας σε άτομα άνω των 60 ετών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στην ψυχολογία τους και στην πνευματική υγεία κατά την διάρκεια των 4 μηνών του προγράμματος.

Η φυσική δραστηριότητα και η ευεργετική της επίδραση στο άγχος έχει επίσης εντοπιστεί σε αρκετές έρευνες. Για παράδειγμα, οι Wada, Satoy, Tsunoda και Aizawa (2006), υποστηρίζουν ότι το 55% των εργαζόμενων στη Ιαπωνία που συμμετείχε σε φυσική δραστηριότητα λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα είχε πολύ άγχος, ενώ το 51.9% που συμμετείχε σε φυσική δραστηριότητα περισσότερο από μία φορά την εβδομάδα είχε λιγότερο άγχος, ενώ η κατανάλωση αλκοόλ δεν βρέθηκε να σχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης.

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ φυσικής δραστηριότητας, κατάστασης υγείας, ψυχολογικής ευεξίας σε ενήλικες γυναίκες έδειξε ότι οι γυναίκες που συμμετείχαν σε φυσικές δραστηριότητες διακρίνονταν από καλύτερη πνευματική υγεία, χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης και γενικά καλύτερη κατάσταση υγείας (Kull, 2002). Παρόμοιες μελέτες έχουν δείξει ότι η τακτική φυσική δραστηριότητα μειώνει τους καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου, μειώνει το σωματικό βάρος και βελτιώνει την ψυχοκοινωνική κατάσταση υγείας (Akbarbartoori, Lean & Hankey, 2008), όπως επίσης ότι η άσκηση βελτιώνει το επίπεδο της κατάστασης υγείας, την αυτοεκτίμηση και μειώνει τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης (Anderssen, Jerman, Holme & Ursin, 1999). Η ευεργετική επίδραση της άσκησης και της δίαιτας στην πνευματική υγεία και στην ποιότητα ζωής σε μεσήλικες με υψηλούς παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές ασθένειες εντοπίστηκε και στη μελέτη των Rensen, Anderssen, Jerman, Holme και Ursin (1999). Η πνευματική υγεία και η ποιότητα ζωής καθορίστηκαν πριν και μετά από ένα χρόνο άσκησης και δίαιτας σε 219 υγιείς ανθρώπους ηλικίας 41-50 χρόνων με υψηλούς παράγοντες κινδύνου σε καρδιαγγειακές ασθένειες. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 4 ομάδες: δίαιτα (n=55),

δίαιτα και άσκηση (n=67), άσκηση (n=54) και μη φυσική δραστηριότητα (n=43). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η άσκηση βελτίωσε το επίπεδο της κατάστασης υγείας, την αυτοεκτίμηση και μείωσε τα επίπεδα του άγχους και της κατάθλιψης.

Σε άλλη μελέτη που έγινε σε εργαζόμενους στην Ιαπωνία (Fujino, et al., 2001) βρέθηκε ότι οι έγγαμοι εργαζόμενοι, ήταν λιγότερο πιθανόν να αναπτύξουν προβλήματα πνευματικής υγείας σε σύγκριση με τους άγαμους εργαζόμενους, ενώ οι εργαζόμενοι με υψηλές απαιτήσεις εργασίας και πολύ άγχος έδειξαν να έχουν υψηλό ποσοστό ψυχικής διαταραχής κατά την διάρκεια της εργασίας τους.

Η διατροφική συμπεριφορά σχετίζεται επίσης με τις άλλες εξεταζόμενες συμπεριφορές. Σε μελέτη του Shelton (1998) στην Βρετανία, βρέθηκε ότι οι νέοι άντρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και με χαμηλή φυσική δραστηριότητα καθώς και οι γυναίκες καπνίστριες, ήταν λιγότερο πιθανόν να αναπτύξουν υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές. Παρόμοια αποτελέσματα είχαν και οι Doerksen και Estabrooks (2007), στην Αμερική, οι οποίοι εφάρμοσαν ένα παρεμβατικό πρόγραμμα με στόχο να εντάξει την σωστή διατροφή με φρούτα και λαχανικά και την άσκηση στον τρόπο ζωής των συμμετεχόντων. Στα αποτελέσματα βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες στο πειραματικό πρόγραμμα αύξησαν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, οι μη καπνιστές και τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο είχαν την τάση να καταναλώνουν περισσότερα λαχανικά και φρούτα καθώς και οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες.

Οι Bertakis και Azari (2006) υποστηρίζουν ότι η παχυσαρκία, η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα σχετίζονται σημαντικά με την αυξημένη συχνότητα επίσκεψης σε κέντρα ιατρικής περίθαλψης. Ειδικότερα, οι παχύσαρκοι ασθενείς που έχουν υψηλό κίνδυνο για προβλήματα υγείας, αυξάνουν συνεχώς τον αριθμό των επισκέψεων τους στα κέντρα ιατρικής περίθαλψης, αφού σύμφωνα με στοιχεία που παρουσιάζουν το 40.32% των ασθενών ήταν παχύσαρκοι, το 67.79% καπνιστές, και το 7.71% αντιμετώπιζε πρόβλημα με το αλκοόλ.

Σε μελέτη σε Ελληνικό πληθυσμό οι Θεοδωράκης και Χασάνδρα (2005) διερεύνησαν τις διαφορές μεταξύ ασκουμένων και μη ασκουμένων ατόμων ως προς το κάπνισμα. Στην έρευνα συμμετείχαν 291 άτομα 152 άντρες και 139 γυναίκες. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήσεις την άσκηση και το κάπνισμα αφού πρώτα συμπλήρωσαν τα δημογραφικά τους στοιχεία. Στα αποτελέσματα βρέθηκε ότι τα άτομα όσο περισσότερο ασκούνται τόσο λιγότερο καπνίζουν, τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα ασκούνται λιγότερο και καπνίζουν περισσότερο από τα άτομα

μικρότερης ηλικίας, τα μη ασκούμενα άτομα καπνίζουν περισσότερο από τα ασκούμενα και τα άτομα που ήταν στο παρελθόν αθλητές καπνίζουν λιγότερο σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν ποτέ ασχοληθεί με την άσκηση.

Εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας

Ο Armitage το 2003 διεξήγαγε μία έρευνα για τις σχέσεις μεταξύ πολυδιάστατων εστιών συμπεριφορών ελέγχου υγείας και αντιλαμβανόμενων συμπεριφορών ελέγχου. Σύμφωνα με την κοινωνική θεωρία του Rotter, (1966), σε κάθε δεδομένη κατάσταση, η πιθανότητα ότι ένα άτομο θα ενδώσει σε μια συγκεκριμένη συμπεριφορά είναι αποτέλεσμα δύο παραγόντων: 1. Την προσδοκία του ατόμου ότι η εν λόγω συμπεριφορά θα οδηγήσει σε κάποιο επιθυμητό αποτέλεσμα στην δεδομένη κατάσταση και 2. την αξία της ενίσχυσης προς το άτομο στην προαναφερθείσα κατάσταση. Σύμφωνα με αυτή την κοινωνική θεωρία, ο Rotter υποθέτει ότι υπάρχουν ατομικές διαφορές σε βαθμό κάποιοι αντιλαμβάνονται ότι έχουν αυτοί τον έλεγχο στο περιβάλλον. Από την άλλη πλευρά, κάποιοι πιστεύουν ότι ο έλεγχος βρίσκεται εσωτερικά, δηλαδή ότι ελέγχουν οι ίδιοι την συμπεριφορά τους και αναλαμβάνουν την ευθύνη των πράξεών τους. Στον τομέα της ψυχολογίας της υγείας η εξωτερική διάσταση έχει χωριστεί σε: ισχυρούς άλλους, στην τύχη και σε εσωτερικές εστίες ελέγχου. Συνεπώς οι εστίες ελέγχου διακρίνονται σε αυτούς που αναλαμβάνουν την ευθύνη για τις πράξεις τους, σε εκείνους που πιστεύουν ότι η υγεία τους εξαρτάται από τους ειδικούς και σε εκείνους που πιστεύουν ότι η υγεία εξαρτάται από τη μοίρα. Οι εστίες ελέγχου συμφωνούν με την προσωπική απόδοση της επιτυχίας ή της αποτυχίας. Άτομα με εσωτερικές εστίες ελέγχου πιστεύουν ότι τα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή τους είναι αποτέλεσμα προσωπικού ελέγχου, ενώ άτομα με εξωτερικές εστίες ελέγχου αισθάνονται ότι η ζωή τους επηρεάζεται από το περιβάλλον (Graffeo & Silvestri, 2004).

Οι εσωτερικές εστίες ελέγχου σχετίζονται σημαντικά με υγιεινές συμπεριφορές όπως η διατροφή. Για παράδειγμα, άτομα με υψηλές εσωτερικές εστίες ελέγχου ανέφεραν ότι καταναλώνουν λιγότερο κόκκινο κρέας και συγκεκριμένα λιγότερα από 3 γεύματα κόκκινου κρέατος την εβδομάδα. Συμπερασματικά οι εσωτερικές εστίες ελέγχου σχετίζονται σημαντικά με την συμπεριφορά ως προς την υγεία σε εργαζόμενες ενήλικες στο Λονδίνο (Gallaghan, 1998).

Οι άνθρωποι με υψηλές εσωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας ασχολούνται περισσότερο με την φυσική δραστηριότητα σε αντίθεση με εκείνους που πιστεύουν στην τύχη. Η τακτική φυσική δραστηριότητα σχετίζεται θετικά με εσωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας και αρνητικά με την τύχη και τους ισχυρούς άλλους. Οι εσωτερικές εστίες ελέγχου ασκούν μία δυνατή επιρροή στην συμπεριφορά υγείας σε ανθρώπους που εκτιμούν την υγεία τους σε αντίθεση με εκείνους που θέτουν άλλες προτεραιότητες στη ζωή τους. Η αυτοεκτίμηση σχετίζεται θετικά με τις εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας. Τα άτομα με θετική συμπεριφορά απέναντι στον εαυτό τους, πιστεύουν ότι είναι ικανοί να ελέγξουν τα αποτελέσματα της άσκησης. (Doganis, Theodorakis & Bagiatis, 1991). Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας, την διατροφή, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και την άσκηση έδειξε ότι η αξία της υγείας ήταν πιο σημαντική σε σχέση με την τύχη και τους ισχυρούς άλλους (Norman, 1998). Σύμφωνα όμως με μια έρευνα των Steptoe και Wardle (2004), οι εσωτερικές εστίες ελέγχου δεν σχετίζονταν με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ αλλά σχετίζονταν με τη διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα.

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζουν τα αποτελέσματα της μελέτης των Chung, Preveza, Papandreou και Pevezas (2006), οι οποίοι διερευνώντας τα ποσοστά μετατραυματικού άγχους, του τραυματισμού στην σπονδυλική στήλη και των εστιών ελέγχου συμπεριφοράς, το οποίο ποικίλει σε νέους, μεσήλικες και ηλικιωμένους ασθενείς έδειξαν ότι οι νέοι και οι μεσήλικες παρουσίασαν σημαντικές σχέσεις ως προς το μετατραυματικό άγχος, τις εστίες ελέγχου και γενικά τα προβλήματα υγείας, ενώ όσον αφορά τους ηλικιωμένους παρουσιάστηκε σημαντική ροπή ως προς την κοινωνική δυσλειτουργία και την κατάθλιψη. Συνεπώς τα παραπάνω αποτελέσματα υποδεικνύουν πιθανή σχέση μεταξύ ηλικίας και ψυχολογικών μεταβλητών στην αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας.

Σύνοψη

Συνοψίζοντας τα παραπάνω ευρήματα των μελετών που ανασκοπήθηκαν σημειώνονται τα εξής: Οι υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές (κάπνισμα, διατροφή, άσκηση και χρήση αλκοόλ) φαίνεται να διαφοροποιούνται ως προς το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, και τον δείκτη μάζας σώματος. Επίσης, ψυχολογικές μεταβλητές όπως η γενική ψυχική υγεία και οι εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας φαίνεται να παίζουν ρυθμιστικό ρόλο στην υιοθέτηση υγιεινών – ανθυγιεινών συμπεριφορών των ατόμων. Δεδομένης της έλλειψης σχετικών ερευνών γενικά σε αυτόν τον χώρο στην Ελλάδα, αλλά και ειδικότερα σε έρευνες που εξετάζουν όλες αυτές τις μεταβλητές μαζί, στην παρούσα μελέτη επιχειρείται να καλυφθεί αυτό το κενό στη βιβλιογραφία.

Πρωταρχικός σκοπός λοιπόν αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει τις διαφορές ενηλίκων, ηλικίας 18-63 ετών, στην περιοχή της Λάρισας, σε υγιεινές /ανθυγιεινές συμπεριφορές, ως προς την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση και τον δείκτη μάζας σώματος. Οι συμπεριφορές που θα αξιολογηθούν είναι το κάπνισμα, η άσκηση, το αλκοόλ, και η διατροφή. Δευτερεύων σκοπός ήταν να διερευνήσει τις σχέσεις μεταξύ των παραπάνω συμπεριφορών με τις ψυχολογικές μεταβλητές της γενικής ψυχικής υγείας και τις εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

Η έρευνα διεξήχθη στο νομό Λάρισας και οι συμμετέχοντες αποτελούνταν από 310 άτομα ηλικίας 18-63 ετών. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, μοιράστηκαν με τη μέθοδο τυχαίας δειγματοληψίας και οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα θα γίνει σε εθελοντική βάση. Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 20 με 25 λεπτά.

Όργανα μέτρησης

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 3 μέρη. Στο πρώτο μέρος συλλέγονται δημογραφικά και ατομικά στοιχεία, στο δεύτερο μέρος αξιολογούνται οι συμπεριφορές κάπνισμα, άσκηση, αλκοόλ και διατροφή. Στο τρίτο μέρος αξιολογούνται οι εστίες ελέγχου συμπεριφοράς και η γενική ψυχική υγεία.

Δημογραφικά: Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τα εξής στοιχεία: α) ημερομηνία γέννησης, β) φύλο, γ) σωματικό βάρος και ανάστημα για τον υπολογισμό του δείκτη μάζας σώματος, δ) οικογενειακή κατάσταση (έγγαμος, άγαμος) και αριθμός παιδιών, ε) βαθμίδα εκπαίδευσης που έχουν ολοκληρώσει (δημοτικό, γυμνάσιο, λύκειο, ΙΕΚ, ΑΕΙ/ΤΕΙ).

Συμπεριφορά / Κάπνισμα: το ερωτηματολόγιο που αξιολογούσε τη συμπεριφορά του καπνίσματος αποτελούνταν από 7 ερωτήσεις. Οι 5 πρώτες είναι όμοιες με αυτές που χρησιμοποιήθηκαν σε άλλες έρευνες (Kann et al., 2000; Sorensen et al. 2004). Οι 5 πρώτες ερωτήσεις κατέγραφαν τις συνήθειες των καπνιστών: 1) Έχεις ποτέ δοκιμάσει να καπνίσεις έστω και 1 ή 2 ρουφηξιές; 2) Έχεις καπνίσει περισσότερα από 1 τσιγάρα καθημερινά για έναν ολόκληρο μήνα; 3) Έχεις καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα; 4) Έχεις καπνίσει κατά τις 20 ή περισσότερες ημέρες του προηγούμενου μήνα; 5) Καπνίζεις περισσότερα από 10 τσιγάρα καθημερινά; Οι απαντήσεις σε αυτές τις 5 ερωτήσεις δίνονταν κυκλώνοντας οι συμμετέχοντες το ΝΑΙ ή ΟΧΙ. Οι 2 τελευταίες ερωτήσεις κατέγραφαν τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν κατά μέσο όρο α) την τελευταία εβδομάδα και β) την προηγούμενη μέρα. Οι συμμετέχοντες απαντούσαν συμπληρώνοντας τον αριθμό των τσιγάρων που κάπνισαν.

Συμπεριφορά / Άσκηση: το ερωτηματολόγιο «Άσκηση κατά τον Ελεύθερο Χρόνο» (Leisure-Time Exercise Questionnaire) χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό

της συμπεριφοράς της άσκησης σε μια εβδομάδα (Godin & Shephard, 1985). Οι συμμετέχοντες απαντούσαν στην ερώτηση: «Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (της τελευταίας εβδομάδας), πόσες φορές συμμετέχετε στις ακόλουθες δραστηριότητες για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας;». Οι κατηγορίες απάντησης που τους δίνονταν ήταν οι παρακάτω:

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

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

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

Συνολικός Δείκτης της Άσκησης: Ο Συνολικός Δείκτης της Άσκησης ή το συνολικό ενεργειακό κόστος είναι το άθροισμα του αριθμού των δραστηριοτήτων που πραγματοποιήθηκαν ανά κατηγορία, πολλαπλασιασμένα με τους αντίστοιχους μέσους όρους της τιμής του ενεργειακού κόστους ανά κατηγορία (π.χ. [έντονη ένταση X 9]+[μεσαία ένταση X 5]+ [χαμηλή ένταση X 3]. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της μέτρησης έχει υποστηριχθεί σε σχετικές εργασίες (Godin & Shephard, 1985; Kriska & Caspersen, 1997). Για την Ελλάδα έχει προσαρμοστεί και χρησιμοποιηθεί στην μελέτη Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων (Θεοδωράκης Γ. & Χασσάνδρα Μ., 2005).

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

Συμπεριφορά / Διατροφή: για την αξιολόγηση της διατροφικής συμπεριφοράς μεταφράστηκε στα ελληνικά το ερωτηματολόγιο “food behavior checklist” των Townsend, Kaiser, Joy, & Murphy (2003). Οι πρώτες 7 ερωτήσεις αφορούσαν την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών: 1. τρως περισσότερα από 1 είδος φρούτων καθημερινά; 2. κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, έφαγες πορτοκάλι ή ήπιες χυμό πορτοκαλιού; 3. τρως περισσότερο από 1 είδος λαχανικών την ημέρα; 4. πόσα γεύματα λαχανικών τρως κάθε μέρα; 5. τρως 2 ή περισσότερα γεύματα λαχανικών στο κυρίως γεύμα σου; 6. τρως φρούτα ή λαχανικά σαν σνακ; 7. πόσα γεύματα φρούτων τρως κάθε μέρα; Οι επόμενες 2 ερωτήσεις αφορούσαν την κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων: 8. πίνεις γάλα καθημερινά; 9. κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, ήπιες γάλα σκέτο ή με δημητριακά; Οι επόμενες 2 ερωτήσεις αφορούσαν την κατανάλωση λιπών και χοληστερίνης: 10. κατά την διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, έφαγες ψάρι; 11. τρως την πέτσα του κοτόπουλου; Οι τελευταίες 4 ερωτήσεις αφορούσαν την ποιότητα της διατροφής: 12. όταν ψωνίζεις, διαβάζεις πρώτα τις ενδείξεις συσκευασίας των τροφίμων πριν επιλέξεις τι θα αγοράσεις; 13. πίνεις συστηματικά αναψυκτικά; 14. αγοράζεις ενεργειακά ποτά (π.χ. Red Bull, Gatorade, κ.λπ.) ή άλλα ροφήματα φρούτων; 15. θα περιέγραφες τη δίαιτά σου σαν άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια ή φτωχή;

Ψυχική υγεία και εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας: Για την αξιολόγηση της ψυχικής υγείας, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο GHQ12 (General Health Questionnaire) των Lindstrom και Mohseni, (2008). Οι ερωτήσεις ήταν: «Κατά την διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων» 1) Ένωσες ένταση; 2) Είχες προβλήματα με τον ύπνο σου; 3) ήσουν ικανός να συγκεντρωθείς σε αυτά που έπρεπε να κάνεις; 4) Ένωσες ότι ήσουν χρήσιμος/η; 5) Ήσουν ικανός/η να πάρεις αποφάσεις για διαφορετικά θέματα; 6) Ήσουν ικανός να εκτιμήσεις ότι εσύ έκανες; 7) Ήσουν ικανός να αντιμετωπίσεις τα προβλήματά σου; 8) Έχεις αισθανθεί ευτυχισμένος/η; 9) Έχεις νιώσει ανίκανος να αντιμετωπίσεις τα προσωπικά σου προβλήματα; 10) Έχεις αισθανθεί δυστυχισμένος/η και απογοητευμένος/η; 11) Έχεις χάσει την πίστη σου στον εαυτό σου; 12) Έχεις νιώσει ανάξιος/α; Οι συμμετέχοντες απαντούσαν σε 4-θμια κλίμακα με ακραία στοιχεία το 1=πολλές φορές και το 4=σπάνια.

Για την αξιολόγηση των *εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας* χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο “Multidimensional Health Locus of Control” του Armitage, (2003). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 16 ερωτήσεις. Οι 4 πρώτες ερωτήσεις αξιολογούσαν τις εσωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφοράς και ήταν οι εξής: 1)

Ελέγχω την υγεία μου, 2) η υγεία μου επηρεάζεται κυρίως από το τι κάνω εγώ για τον εαυτό μου, 3) αν προσέχω τον εαυτό μου μπορώ να αποφύγω τις ασθένειες, 4) αν κάνω τις σωστές επιλογές μπορώ να παραμείνω υγιής. Οι 4 επόμενες ερωτήσεις αξιολογούσαν τον έλεγχο της συμπεριφοράς από ισχυρούς άλλους και ήταν οι εξής: 5) η τακτική επαφή με τον γιατρό μου είναι ο καλύτερος τρόπος για να αποφύγω ασθένειες, 6) όποτε δεν αισθάνομαι καλά πρέπει να συμβουλευομαι έναν επαγγελματία με ιατρική εκπαίδευση, 7) επαγγελματίες του χώρου υγείας ελέγχουν την υγεία μου, 8) σχετικά με την υγεία μου μπορώ να κάνω μόνο ό τι μου λέει ο γιατρός μου. Οι 4 επόμενες ερωτήσεις αξιολογούσαν τον έλεγχο της συμπεριφοράς από την τύχη και ήταν οι εξής: 9) ό τι και να κάνω, αν είναι να αρρωστήσω, θα αρρωστήσω, 10) η καλή μου υγεία οφείλεται κατά κύριο λόγο στην καλή μου τύχη, 11) ό τι και να κάνω, υπάρχει πιθανότητα να αρρωστήσω, 12) αν είναι γραφτό, θα παραμείνω υγιής. Οι 4 τελευταίες ερωτήσεις αξιολογούσαν την αξία που αποδίδουν τα άτομα στην υγεία τους και ήταν οι εξής: 13) αν δεν έχεις την υγεία σου, δεν έχεις τίποτα, 14) υπάρχουν πολλά πράγματα που με νοιάζουν περισσότερο από την υγεία μου, 15) η καλή υγεία είναι από τα μικρότερης σημασίας για μια ευτυχισμένη ζωή, 16) δεν υπάρχει τίποτα πιο σημαντικό από την υγεία. Οι συμμετέχοντες απαντούσαν σε 6-θμια κλίμακα με ακραία στοιχεία το 1=Διαφωνώ απολύτως και το 6= Συμφωνώ απολύτως.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν από την ερευνήτρια τυχαία σε ενήλικες άντρες και γυναίκες σε χώρους εργασίας, σε χώρους κοινωνικών συνεστιάσεων, σε χώρους σπουδών και σε χώρους αναψυχής. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν επιτόπου και οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για την εμπιστευτικότητα και την μυστικότητα των προσωπικών τους δεδομένων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διαφορές

Για να εξεταστούν οι διαφορές σε όλες τις μετρήσεις ανά ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση και δείκτη μάζας σώματος χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης «One-way Anova».

Διαφορές ανά ηλικία

Για να διερευνηθεί αν υπάρχουν διαφορές ανά ηλικία στις μεταβλητές που εξετάστηκαν, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες. Η Α ομάδα περιλάμβανε 97 άτομα ηλικίας κάτω των 30 ετών. Η Β ομάδα περιλάμβανε 51 άτομα με ηλικία 30 έως 40 έτη. Η Γ ομάδα περιλάμβανε 72 άτομα με ηλικία 40 έως 50 έτη. Τέλος η Δ ομάδα περιλάμβανε 88 άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών. Στον πίνακα 1 εμφανίζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις όλων των μετρήσεων ανά ηλικιακή κατηγορία. Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε σημαντικές διαφορές ανά ομάδα ηλικίας στις μεταβλητές α) εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας / εκτίμηση υγείας ($F_{3,304}=4.47, p =.004$), β) γενική ψυχική υγεία ($F_{3,280}=3.090, p =.028$), γ) Διατροφή / κατανάλωση φρούτων λαχανικών ($F_{3,305}=6.380, p =.000$), δ) Διατροφή / λίπη ($F_{3,305}=7.619, p =.000$), ε) Διατροφή / ποιότητα διατροφής ($F_{3,305}=6.261, p =.000$), και στ) Κατανάλωση αλκοόλ ($F_{3,305}=3.875, p =.010$). Οι αναλύσεις *posthoc* στη μεταβλητή “εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας / εκτίμηση υγείας” έδειξαν σημαντικές διαφορές της ομάδας Δ με τις ομάδες Α και Γ, δηλαδή η μεγαλύτερη ηλικιακή κατηγορία εκτιμούσαν περισσότερο τη σημαντικότητα της υγείας σε σχέση με τις ηλικίες των -30 και 40-50. Στη μεταβλητή γενική ψυχική υγεία, από την παρατήρηση των μέσων όρων η Α και η Δ ομάδες είχαν υψηλότερα σκορ σε σχέση με τις ομάδες Β και Γ. Οι αναλύσεις *Post – hoc*, όμως δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές σε όλους τους συνδυασμούς των ομάδων. Στη μεταβλητή διατροφή / κατανάλωση φρούτων και λαχανικών οι αναλύσεις έδειξαν σημαντικές διαφορές της ομάδας Δ με τις ομάδες Α και Β, δηλαδή η μεγαλύτερη ηλικιακή κατηγορία κατανάλωνε λιγότερα φρούτα και λαχανικά σε σχέση με τις ηλικίες των -30 και 30-40. Στη μεταβλητή διατροφή / κατανάλωση λιπών και χοληστερίνης οι αναλύσεις έδειξαν σημαντικές διαφορές της ομάδας Α με τις ομάδες Γ και Δ, δηλαδή η μικρότερη ηλικιακή κατηγορία κατανάλωνε λιγότερα λίπη και χοληστερίνη σε σχέση με τις ηλικίες των 40-50 και 50+. Στη μεταβλητή ποιότητα διατροφής οι αναλύσεις έδειξαν σημαντικές

διαφορές της ομάδας Δ με τις ομάδες Α και Β, δηλαδή η μεγαλύτερη ηλικιακή κατηγορία δήλωνε ότι είχε καλύτερη ποιότητα διατροφής σε σχέση με τις ηλικίες των -30 και 30-40. Στη μεταβλητή κατανάλωση αλκοόλ οι αναλύσεις έδειξαν σημαντικές διαφορές μόνο μεταξύ των ομάδων Α και Γ, δηλαδή η μικρότερη ηλικιακή κατηγορία δήλωνε ότι κατανάλωνε περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με την ηλικία των 40-50.

Πίνακας 1. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των μετρήσεων ανά ηλικιακή κατηγορία.

METABΛΗΤΕΣ	A ομάδα (-30) M (SD)	B ομάδα (30-40) M (SD)	Γ ομάδα (40-50) M (SD)	Δ ομάδα (50+) M (SD)
Εσωτερικές ΕΕΣ	4.95 (.75)	5.08 (.76)	4.75 (.88)	4.84 (.78)
Ισχυροί άλλοι ΕΕΣ	4.17 (1.03)	4.62 (.84)	4.42 (1.02)	4.38 (1.06)
Τύχη ΕΕΣ	2.84 (1.18)	3.02 (1.16)	3.05 (1.17)	3.25 (1.12)
Αξία υγείας	3.76 (.57)	3.80 (.68)	3.76 (.72)	4.07 (.65)
Γενική ψυχική υγεία	.45 (.50)	.22 (.42)	.29 (.45)	.40 (.49)
Φρούτα, λαχανικά.	.09 (.37)	.06 (.34)	-.01 (.37)	-.12 (.33)
Γάλα	.13 (.86)	-.01 (.88)	-.22 (.87)	.05 (.93)
Λίπη /χοληστερόλη	-.249 (.85)	-.14 (.81)	.20 (.66)	.18 (.68)
Ποιότητα διατροφής	-.11 (.47)	-.13 (.53)	.07 (.49)	.14 (.50)
Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας	31.47 (21.24)	31.08 (27.46)	26.63 (25.03)	25.18 (22.60)
Συμπεριφορά αλκοόλ	1.34 (.80)	1.03 (.77)	.93 (.71)	1.05 (.95)
Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας	41.31 (64.70)	27.91 (56.31)	26.01 (55.08)	34.20 (69.36)
Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας	1.34 (1.87)	.84 (1.54)	.95 (1.63)	.88 (1.71)

Για να εξεταστούν οι διαφορές ανά ηλικία στις μεταβλητές που αξιολογούσαν την καπνιστική συμπεριφορά έγιναν αναλύσεις χ^2 . Μόνο στη μεταβλητή συχνή χρήση τσιγάρου βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων χ^2 ($n=308$) = 8.73, $p=.033$, $\phi=.17$. Αναλυτικότερα, μόνο στην ηλικιακή κατηγορία Α τα ποσοστά αυτών που είχαν καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα ήταν μικρότερα σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν καπνίσει, ενώ σε όλες τις άλλες

ηλικιακές κατηγορίες τα ποσοστά αυτών που απάντησαν ότι είχαν καπνίσει έστω και μία μέρα τον προηγούμενο μήνα ήταν μεγαλύτερα σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν καπνίσει, όπως φαίνεται και στον πίνακα 2.

Πίνακας 2. Ποσοστά συχνής χρήσης τσιγάρου ανά ηλικιακή ομάδα.

Συχνή χρήση τσιγάρου	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A ηλικιακή ομάδα (N=97, 31.5%)	50 (41%)	47 (25.3%)
B ηλικιακή ομάδα (N=51, 16.6%)	19 (15.6%)	32 (17.2%)
Γ ηλικιακή ομάδα (N=71, 23.1%)	24 (19.7%)	47 (25.3%)
Δ ηλικιακή ομάδα (N=89, 28.9%)	29 (23.8%)	60 (32.3%)

Διαφορές ανά φύλο

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις όλων των μεταβλητών ανά φύλο παρουσιάζονται στον πίνακα 3.

Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε σημαντικές διαφορές ανά φύλο στις μεταβλητές: α) διατροφή / κατανάλωση λιπών-χοληστερόλης ($F_{1,307}=5.84, p=.016$), με τους άνδρες να έχουν χαμηλότερα σκορ από αυτά των γυναικών, β) κατανάλωση αλκοόλ ($F_{1,307}=39.23, p=.000$), με τους άνδρες να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες, γ) Αριθμός τσιγάρων που κάπνισαν την ημέρα την τελευταία εβδομάδα, ($F_{1,296}=16.30, p=.000$), με τους άντρες να καπνίζουν περισσότερα τσιγάρα την ημέρα, την τελευταία εβδομάδα σε σχέση με τις γυναίκες, δ) Αριθμός τσιγάρων που κάπνισαν την προηγούμενη ημέρα ($F_{1,305}=13.267, p=.000$), με τους άντρες να κάπνισαν περισσότερο την προηγούμενη μέρα σε σχέση με τις γυναίκες.

Πίνακας 3. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των μετρήσεων ανά φύλο

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ M (SD)	ΓΥΝΑΙΚΕΣ M (SD)
Εσωτερικές ΕΕΣ	4.83 (.85)	4.93 (.76)

Ισχυροί άλλοι ΕΕΣ	4.24 (1.06)	4.43 (.99)
Τύχη ΕΕΣ	3.02 (3.02)	3.02 (3.02)
Αξία υγείας	3.84 (.58)	3.87 (.70)
Γενική ψυχική υγεία	.37 (.48)	.36 (.48)
Φρούτα, λαχανικά.	.00 (.32)	-.00 (.39)
Γάλα	-.05 (.94)	.03 (.87)
Λίπη / χοληστερόλη	-.14 (.84)	.07 (.73)
Ποιότητα διατροφής	.00 (.51)	-.00 (.50)
Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας	27.02 (22.66)	30.64 (23.30)
Συμπεριφορά αλκοόλ	1.49 (.95)	.90 (.68)
Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας	52.78 (77.42)	22.91 (50.01)
Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας	1.51 (2.08)	.77 (1.43)

Για να εξεταστούν οι διαφορές ανά φύλο στις μεταβλητές που αξιολογούσαν την καπνιστική συμπεριφορά έγιναν αναλύσεις χ^2 . Σημαντικές σχέσεις μεταξύ καπνιστικής συμπεριφοράς και φύλου βρέθηκαν στη μεταβλητή «καπνιστές – μη καπνιστές» $\chi^2_{(1, n=309)} = 4.99, p = .025, \phi = .12$, στη μεταβλητή «πειραματισμός με το κάπνισμα» $\chi^2_{(1, n=309)} = 6.11, p = .013, \phi = .14$, και στη μεταβλητή «φανατικοί καπνιστές» $\chi^2_{(1, n=309)} = 8.58, p = .003, \phi = .16$. Στον πίνακα 4 φαίνεται η κατανομή των ποσοστών ανά φύλο και συμπεριφορά δείχνοντας ότι οι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τις γυναίκες και στις τρεις καπνιστικές συμπεριφορές.

Πίνακας 4. Ποσοστά καπνιστικών συμπεριφορών ανά φύλο.

Καπνιστική συμπεριφορά	Άνδρες (N=109, 35.3%)		Γυναίκες (N=200, 64.7%)	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Καπνιστές – μη καπνιστές	89 (81.7%)	20 (18.3%)	140 (70%)	60 (30%)

Πειραματισμός με το κάπνισμα	64 (58.7%)	45 (41.3%)	88 (44%)	112 (56%)
Φανατικοί καπνιστές	39 (35.8%)	70 (64.2%)	41 (20.5%)	159 (79.5%)

Διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο

Για να διερευνηθεί αν υπάρχουν διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο στις μεταβλητές που εξετάστηκαν, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε πέντε ομάδες. Η Α ομάδα περιλάμβανε τους συμμετέχοντες που είχαν ολοκληρώσει μόνο το δημοτικό. Η Β ομάδα περιλάμβανε τους συμμετέχοντες που είχαν ολοκληρώσει το γυμνάσιο. Η Γ ομάδα περιλάμβανε τους συμμετέχοντες που είχαν ολοκληρώσει το λύκειο. Η Δ ομάδα περιλάμβανε τους συμμετέχοντες που είχαν ολοκληρώσει το ΙΕΚ και η Ε ομάδα περιλάμβανε τους συμμετέχοντες που ολοκλήρωσαν το ΤΕΙ/ΑΕΙ. Στον πίνακα 5 εμφανίζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις όλων των μετρήσεων ανά μορφωτικό επίπεδο. Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε σημαντικές διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο στις μεταβλητές α) εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας / Σημαντικοί άλλοι ($F_{4,303}=3.21, p =.013$), β) εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας / Τύχη ($F_{4,303}=5.80, p =.000$), γ) Διατροφή / λίπη ($F_{4,304}=2.41, p =.049$), δ) Ποιότητα διατροφής ($F_{4,304}=8.40, p =.000$), ε) Αριθμός τσιγάρων που κάπνισαν την προηγούμενη ημέρα ($F_{4,302}=2.77, p =.027$). Οι αναλύσεις post-hoc στη μεταβλητή “εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας / τύχη” έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσαν τα ΑΕΙ / ΤΕΙ σε σχέση με αυτούς που ολοκλήρωσαν μόνο το δημοτικό και το γυμνάσιο, με την ομάδα των πτυχιούχων ΑΕΙ/ΤΕΙ να αποδίδει λιγότερο στην τύχη τις εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας σε σύγκριση με τις ομάδες του δημοτικού και του γυμνασίου. Στην μεταβλητή διατροφή/ποιότητα διατροφής οι αναλύσεις έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων που ολοκλήρωσαν το δημοτικό σε σχέση με αυτούς που ολοκλήρωσαν το λύκειο, ΙΕΚ και ΑΕΙ/ΤΕΙ, με την ομάδα αυτών που ολοκλήρωσαν μόνο το δημοτικό να δηλώνουν ότι έχουν υψηλή ποιότητα διατροφής σε σύγκριση με τις ομάδες που ολοκλήρωσαν το λύκειο, ΙΕΚ και ΑΕΙ/ΤΕΙ οι οποίοι δήλωναν χαμηλότερη ποιότητα διατροφής.

Πίνακας 5. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των μετρήσεων ανά μορφωτικό επίπεδο.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Α ομάδα ΔΗΜΟΤΙΚΟ	Β ομάδα ΓΥΜΝΑΣΙΟ	Γ ομάδα ΛΥΚΕΙΟ	Δ ομάδα ΙΕΚ	Ε ομάδα ΤΕΙ/ ΑΕΙ
Εσωτερικές ΕΕΣ	4.55 (.79)	4.78 (.95)	4.90 (.82)	4.87 (.81)	5.02 (.69)
Ισχυροί άλλοι ΕΕΣ	4.00 (.87)	4.26 (1.38)	4.48 (1.01)	4.02 (1.09)	4.51 (.89)
Τύχη ΕΕΣ	3.62 (1.02)	3.70 (1.11)	3.10 (1.231.23)	2.97 (1.15)	2.68 (1.01)
Αξία υγείας	4.16 (.65)	3.76 (.98)	3.88 (.72)	3.83 (.51)	3.77 (.54)
Γενική ψυχική υγεία	.56 (.50)	.43 (.51)	.35 (.48)	.38 (.49)	.29 (.45)
Φρούτα, λαχανικά.	-.09 (.34)	-.03 (.44)	.03 (.35)	.03 (.34)	-.02 (.39)
Γάλα	.07 (.99)	-.41 (.82)	-.01 (.88)	-.13 (.93)	.15 (.86)
Λίπη / χοληστερόλη	-.02 (.93)	-.07 (.88)	-.09 (.79)	-.13 (.86)	.19 (.60)
Ποιότητα διατροφής	.42 (.40)	.24 (.38)	-.00 (.51)	-.04 (.41)	-.13 (.51)
Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας	24.50 (23.15)	33.20 (4.54)	27.20 (24.61)	24.18 (25.94)	33.02 (22.12)
Συμπεριφορά αλκοόλ	.92 (1.14)	.84 (1.21)	1.09 (.68)	1.31 (1.00)	1.14 (.72)
Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας	26.48 (55.67)	26.88 (60.72)	43.46 (71.42)	43.00 (68.14)	20.17 (47.50)
Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας	.62 (1.47)	1.10 (2.02)	1.28 (1.78)	1.40 (2.02)	.64 (1.40)

Για να εξεταστούν οι διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο στις μεταβλητές που αξιολογούσαν την καπνιστική συμπεριφορά έγιναν αναλύσεις χ^2 . Σημαντικές σχέσεις μεταξύ καπνιστικής συμπεριφοράς και μορφωτικού επιπέδου βρέθηκαν στη μεταβλητή «καπνιστές – μη καπνιστές» $\chi^2_{(4, n=309)} = 15.86, p = .003, \text{phi} = .22$ και στη μεταβλητή «φανατικοί καπνιστές» $\chi^2_{(4, n=309)} = 15.93, p = .003, \text{phi} = .22$. Στον πίνακα 6 φαίνεται η κατανομή των ποσοστών ανά εκπαιδευτικό επίπεδο και συμπεριφορά δείχνοντας ότι διαφορετικό μοτίβο ακολουθείται στις 2 συμπεριφορές ανά μορφωτικό επίπεδο.

Πίνακας 6. Ποσοστά συχνής χρήσης τσιγάρου ανά μορφωτικό επίπεδο.

Μορφωτικό επίπεδο	Καπνιστές – Μη καπνιστές		Φανατικοί καπνιστές	
	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Α ομάδα: ΔΗΜΟΤΙΚΟ (N=27, 8.7%)	12 (44.4%)	15 (55.6%)	7 (25.9%)	20 (74.1%)
Β ομάδα: ΓΥΜΝΑΣΙΟ (N=19, 6.1%)	12 (63.2%)	7 (36.8%)	5 (26.3%)	14 (73.7%)
Γ ομάδα: ΛΥΚΕΙΟ (N=121, 39.2%)	94 (77.7%)	27 (22.3%)	42 (34.7%)	79 (65.3%)
Δ ομάδα: ΙΕΚ (N=47, 15.2%)	38 (80.9%)	9 (19.1%)	15 (31.9%)	32 (68.1%)
Ε ομάδα: ΤΕΙ-ΑΕΙ (N=95, 30.7%)	73 (76.8%)	22 (23.2%)	11 (11.6%)	84 (88.4%)

Διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις όλων των μεταβλητών ανά οικογενειακή κατάσταση παρουσιάζονται στον πίνακα 7. Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε σημαντικές διαφορές ανά φύλο στις μεταβλητές: α) Σημαντικοί άλλοι ($F_{1,273}=4.575.84, p=.033$), με τους έγγαμους να έχουν υψηλότερα σκορ από αυτά των άγαμων, β) φρούτα, λαχανικά, ($F_{1,298}=8.97, p=.003$), με τους άγαμους να καταναλώνουν περισσότερα φρούτα και λαχανικά σε σχέση με τους έγγαμους, γ) διατροφή / λίπη, ($F_{1,298}=7.43, p=.007$), με τους έγγαμους να καταναλώνουν περισσότερα λίπη σε σχέση με τους άγαμους, δ) ποιότητα διατροφής, ($F_{1,298}=10.44, p=.001$), με τους έγγαμους να έχουν υψηλότερα ποσοστά στην ποιότητα διατροφής σε σχέση με τους άγαμους ε) κατανάλωση αλκοόλ ($F_{1,298}=9.57, p=.002$), με τους άγαμους να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με τους έγγαμους, στ) Αριθμός τσιγάρων που κάπνισαν την προηγούμενη ημέρα, ($F_{1,296}=5.05, p=.025$), με τους άγαμους να έχουν καπνίσει περισσότερα τσιγάρα την προηγούμενη ημέρα σχέση με τους έγγαμους.

Πίνακας 7. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις όλων των μεταβλητών ανά οικογενειακή κατάσταση.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ΑΓΑΜΟΙ M (SD)	ΕΓΓΑΜΟΙ M (SD)
Εσωτερικές ΕΕΣ	4.94 (.70)	4.86 (.85)
Ισχυροί άλλοι ΕΕΣ	4.24 (.99)	4.44 (1.00)
Τύχη ΕΕΣ	2.94 (1.15)	3.14 (1.17)
Αξία υγείας	3.79 (.61)	3.89 (.67)
Γενική ψυχική υγεία	.43 (.49)	.30 (.46)
Φρούτα, λαχανικά.	.07 (.35)	-.05 (.36)
Γάλα	.09 (.87)	-.03 (.91)
Λίπη / χοληστερόλη	-.16 (.79)	.08 (.76)
Ποιότητα διατροφής	-.12 (.52)	.06 (.47)
Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας	31.18 (21.94)	30.64 (24.57)
Συμπεριφορά αλκοόλ	1.29 (.78)	.99 (.84)
Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας	41.63 (64.42)	28.96 (62.20)
Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας	1.32 (1.88)	.86 (1.60)

Για να εξεταστούν οι διαφορές ανά οικογενειακή κατάσταση στις μεταβλητές που αξιολογούσαν την καπνιστική συμπεριφορά έγιναν αναλύσεις χ^2 . Σημαντικές σχέσεις μεταξύ καπνιστικής συμπεριφοράς και φύλου βρέθηκαν μόνο στη μεταβλητή «τρέχουσα χρήση τσιγάρου» $\chi^2 (1, n=308) = 10.25, p = .016, \phi = .18$. Στον πίνακα 8 φαίνεται η κατανομή των ποσοστών ανά οικογενειακή κατάσταση και συμπεριφορά δείχνοντας ότι οι άγαμοι εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τους έγγαμους και στην τρέχουσα χρήση τσιγάρου.

Πίνακας 8. Ποσοστά τρέχουσας χρήσης τσιγάρου ανά οικογενειακή κατάσταση.

Τρέχουσα χρήση τσιγάρου	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Άγαμοι (N=123, 40%)	62 (46.7%)	61 (30.6%)

Έγγαμοι (N=185, 60%)

62 (33.5%)

123 (66.5%)

Διαφορές ανά δείκτη μάζας σώματος

Για να διερευνηθεί αν υπάρχουν διαφορές ανά ηλικία στις μεταβλητές που εξετάστηκαν, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες. Η Α ομάδα περιλάμβανε 41 με δείκτη μάζας σώματος κάτω του 20. Η Β ομάδα περιλάμβανε 188 άτομα με δείκτη μάζας σώματος 20-26. Η Γ ομάδα περιλάμβανε 58 άτομα με δείκτη μάζας σώματος 26-31. Τέλος η Δ ομάδα περιλάμβανε 21 άτομα με δείκτη μάζας σώματος άνω του 31. Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις όλων των μεταβλητών ανά δείκτη μάζας σώματος παρουσιάζονται στον πίνακα 9. Η ανάλυση διακύμανσης έδειξε σημαντικές διαφορές ανά ομάδα δείκτη μάζας σώματος στις μεταβλητές α) εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας / Αξία υγείας ($F_{3,304}=2.82, p =.039$), β) διατροφή/ γαλακτοκομικά προϊόντα ($F_{3,305}=5.62, p =.001$), γ) Διατροφή / λίπη ($F_{3,305}=2.78, p =.041$), δ) Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, ($F_{3,90}=5.47, p =.002$). Οι αναλύσεις posthoc στη μεταβλητή εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας / Αξία υγείας δεν έδωσαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιμέρους ομάδων, όμως από την παρατήρηση των μέσων όρων φαίνεται μία σταδιακή αύξηση του μέσου όρου όσο μετακινούμαστε από την ομάδα Α στην ομάδα Δ. Στη μεταβλητή “διατροφή / γαλακτοκομικά προϊόντα” έδειξαν σημαντικές διαφορές της ομάδας Γ με τις ομάδες Α και Β, δηλαδή η ομάδα με δείκτη μάζας σώματος 26-31 κατανάλωνε λιγότερα γαλακτοκομικά προϊόντα σε σχέση με τις ομάδες με δείκτη μάζας σώματος <20 και 20-26. Στη μεταβλητή επίπεδο φυσικής δραστηριότητας οι αναλύσεις έδειξαν σημαντικές διαφορές της ομάδας Α με τις ομάδες Γ και Δ, δηλαδή η ομάδα με το χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος <20 είχε μεγαλύτερο ποσοστό στο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με τις ομάδες με υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος 26-31 και 31+.

Πίνακας 9. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις όλων των μεταβλητών ανά δείκτη μάζας σώματος.

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Α ομάδα	Β ομάδα	Γ ομάδα	Δ ομάδα
	(-20)	(20-26)	(26-31)	(31+)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
Εσωτερικές ΕΕΣ	4.82 (.76)	4.91 (.79)	4.87 (.86)	4.96 (.72)

Ισχυροί άλλοι ΕΕΣ	4.37 (1.14)	4.33 (.99)	4.43 (1.05)	4.42 (.94)
Τύχη ΕΕΣ	3.06 (1.19)	2.98 (1.108)	3.18 (1.34)	3.14 (1.19)
Αξία υγείας	3.71 (.58)	3.81 (.64)	4.04 (.80)	4.01 (.50)
Γενική ψυχική υγεία	.48 (.50)	.32 (.46)	.40 (.49)	.40 (.50)
Φρούτα, λαχανικά.	.06 (.40)	.00 (.36)	-.03 (.36)	-.10 (.33)
Γάλα	.31 (.74)	.08 (.74)	-.22 (.86)	-.19 (.85)
Λίπη / χοληστερόλη	.00 (.85)	-.14 (.81)	.20 (.66)	.18 (.68)
Ποιότητα διατροφής	-.12 (.48)	-.00 (.50)	.10 (.52)	.04 (.50)
Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας	45.69 (25.98)	31.52 (23.72)	19.40 (13.21)	14.75 (15.54)
Συμπεριφορά αλκοόλ	1.12 (.64)	1.08 (.85)	1.20 (.87)	1.09 (.94)
Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας	24.65 (53.56)	31.02 (58.36)	38.16 (64.78)	61.90 (98.72)
Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας	.68 (1.38)	1.04 (1.69)	1.06 (1.70)	1.61 (2.47)

Συσχετίσεις μεταξύ όλων των μεταβλητών

Για να εξεταστούν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών έγινε ανάλυση συσχέτισης (Pearson correlation). Όπως φαίνεται και στον πίνακα 10, η γενική ψυχική υγεία συσχετίστηκε σημαντικά αρνητικά με τις μεταβλητές α) εσωτερικές εστίες ελέγχου, β) έλεγχο της συμπεριφοράς από ισχυρούς άλλους, γ) τρέχουσα χρήση τσιγάρου και δ) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης ενώ συσχετίστηκε θετικά με τις μεταβλητές α) έλεγχο της συμπεριφοράς από την τύχη και β) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας.

Η μεταβλητή εσωτερικές εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με την μεταβλητή έλεγχο της συμπεριφοράς από ισχυρούς άλλους ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με τις μεταβλητές α) έλεγχο της συμπεριφοράς από την τύχη, β) καπνιστές –μη καπνιστές, και γ) ποιότητα διατροφής.

Η μεταβλητή έλεγχος της συμπεριφοράς από ισχυρούς άλλους συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με τις μεταβλητές α) αξία υγείας, β) τρέχουσα χρήση τσιγάρου, γ) συχνή χρήση τσιγάρου, δ) φανατικοί καπνιστές, ε) επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και στ) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με την μεταβλητή αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας.

Η μεταβλητή έλεγχος της συμπεριφοράς από την τύχη συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με την μεταβλητή αξία υγείας.

Η μεταβλητή αξία υγείας συσχετίστηκε σημαντικά αρνητικά με τις μεταβλητές α) τρέχουσα χρήση τσιγάρου, β) φανατικοί καπνιστές και γ) επίπεδο φυσικής δραστηριότητας..

Η μεταβλητή καπνιστές –μη καπνιστές συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με τις μεταβλητές α) πειραματισμός με το κάπνισμα, β) τρέχουσα χρήση τσιγάρου, γ) συχνή χρήση τσιγάρου δ) φανατικοί καπνιστές, ε) κατανάλωση γάλακτος και στ) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με τις μεταβλητές α) Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας, β) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας και γ) συμπεριφορά αλκοόλ.

Η μεταβλητή πειραματισμός με το κάπνισμα συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με τις μεταβλητές α) τρέχουσα χρήση τσιγάρου, β) συχνή χρήση τσιγάρου, γ) φανατικοί καπνιστές, δ) επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, ε) κατανάλωση γάλακτος και στ) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με τις μεταβλητές α) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας, β) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας και γ) συμπεριφορά αλκοόλ.

Η μεταβλητή τρέχουσα χρήση τσιγάρου συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με τις μεταβλητές α) συχνή χρήση τσιγάρου, β) φανατικοί καπνιστές, γ) επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, δ) κατανάλωση γάλακτος και ε) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με τις μεταβλητές α) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας, β) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας και γ) συμπεριφορά αλκοόλ.

Η μεταβλητή συχνή χρήση τσιγάρου συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με τις μεταβλητές α) φανατικοί καπνιστές, β) επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, γ) κατανάλωση γάλακτος και δ) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με τις μεταβλητές α) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας, β) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας και γ) συμπεριφορά αλκοόλ.

Η μεταβλητή φανατικοί καπνιστές συσχετίστηκε σημαντικά αρνητικά με τις μεταβλητές α) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας, β) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας και γ) κατανάλωση αλκοόλ ενώ συσχετίστηκε θετικά με τις μεταβλητές α) επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, β) κατανάλωση γάλακτος και γ) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης.

Η μεταβλητή αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με τις μεταβλητές α) αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας, β) συμπεριφορά αλκοόλ ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με τις μεταβλητές α) επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, β) κατανάλωση γάλακτος και γ) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης.

Η μεταβλητή αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με την μεταβλητή κατανάλωση αλκοόλ ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με τις μεταβλητές α) επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, β) κατανάλωση γάλακτος και γ) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης.

Η μεταβλητή κατανάλωση αλκοόλ συσχετίστηκε σημαντικά αρνητικά με τις μεταβλητές α) κατανάλωση γάλακτος και β) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης.

Η μεταβλητή επίπεδο φυσικής δραστηριότητας συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με τις μεταβλητές α) κατανάλωση γάλακτος και β) κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης.

Η μεταβλητή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με την μεταβλητή ποιότητα διατροφής.

Η μεταβλητή κατανάλωση γάλακτος συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με την μεταβλητή κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης.

Πίνακας 10. Συσχετίσεις μεταξύ όλων των μεταβλητών

Μεταβλητές	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.
1. Γενική ψυχική υγεία		-.271**	-.219**	.160**	.107	-.096	-.073	-.122*	-.069	-.065	.091	.118*	.052	-.095	-.007	-.017	-.147*	.058
2. Εσωτερικές ΕΕΣ			.528**	-.199**	.107	-.119*	-.025	.022	.019	.083	-.041	-.042	.100	.174	-.052	-.058	.031	-.127*
3. Ισχυροί άλλοι ΕΕΣ				-.017	.148**	-.008	.048	.154**	.117*	.118*	-.103	-.126*	-.108	.277**	-.037	-.056	.192**	.060
4. Τύχη ΕΕΣ					.314**	.110	.011	.013	-.015	-.046	.051	.032	-.119*	-.231*	.012	-.060	.035	.095
5. Αξία Υγείας						-.041	-.084	-.104	-.123*	-.175**	.112	.101	-.069	-.246*	-.081	-.087	.045	.091
6. Καπνιστές – Μη καπνιστές							.552**	.480**	.438**	.299**	-.319**	-.358**	-.388**	.137	.018	.254**	.127*	.063
7. Πειραματισμός με το κάπνισμα								.653**	.673**	.497**	-.493**	-.552**	-.361**	.209*	.000	.247**	.155**	.054
8. Τρέχουσα χρήση τσιγάρου									.900**	.649**	-.662**	-.731**	-.349**	.196	-.102	.203**	.134*	.001
9. Συχνή χρήση τσιγάρου										.700**	-.711**	-.765**	-.353**	.295**	-.096	.200**	.123*	-.021
10. Φανατικοί καπνιστές											-.767**	-.834**	-.273**	.331**	-.050	.155**	.172**	-.037
11. Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας												.924**	.381**	-.230*	.019	-.167**	-.198**	.044
12. Αριθμός τσιγάρων προηγούμενης ημέρας													.363**	-.261*	.076	-.193**	-.199**	.036
13. Συμπεριφορά αλκοόλ														.066	.030	-.190**	-.293**	-.058
14. Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας															.010	.216*	.227*	-.090
15. Φρούτα και λαχανικά																.099	-.106	.152**
16. Γάλα																	.178**	-.021
17. Λίπη / χοληστερόλη																		.004
18. Ποιότητα διατροφής																		

* $p < .05$, ** $p < .01$.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πρωταρχικός σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εξετάσει τις διαφορές ενηλίκων, ηλικίας 18-63 ετών, στην περιοχή της Λάρισας, ως προς υγιεινές /ανθυγιεινές συμπεριφορές, ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση και τον δείκτη μάζας σώματος. Οι συμπεριφορές που αξιολογήθηκαν ήταν το κάπνισμα, η άσκηση, το αλκοόλ, και η διατροφή. Δευτερεύων σκοπός ήταν να διερευνήσει τις σχέσεις μεταξύ των παραπάνω συμπεριφορών με τις ψυχολογικές μεταβλητές της γενικής ψυχικής υγείας και τις εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όσον αφορά στη διατροφή, υπήρξαν διαφορές ανά ηλικία στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να δηλώνουν ότι καταναλώνουν λιγότερα φρούτα και λαχανικά σε σχέση με τα άτομα μικρότερων ηλικιών. Το παραπάνω εύρημα έρχεται σε αντίθεση με προηγούμενη μελέτη των Hassapidou & Fotiadou, (2001), οι οποίες υποστηρίζουν ότι η Ελληνική παραδοσιακή διατροφή έχει διατηρηθεί από άτομα τρίτης ηλικίας, σε αντίθεση με νέους ανθρώπους οι οποίοι έχουν την τάση να απομακρύνονται από την παραδοσιακή διατροφή και να υιοθετούν περισσότερες δυτικές διατροφικές συνήθειες. Τα αντικρουόμενα αποτελέσματα πιθανό να οφείλονται στον σχετικά μικρό αριθμό συμμετεχόντων της παρούσας μελέτης, είτε σε ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δείγματος, όπως π.χ. η γεωγραφική θέση. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι η Ελλάδα στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών είναι η υψηλότερη (σε γραμμάρια ανά άτομο / ανά μέρα) σε σχέση με τις άλλες χώρες της ευρωπαϊκής ένωσης (σύμφωνα με στοιχεία της Eurostat, του 2008). Παρόμοιες διαφορές εμφανίστηκαν στην κατανάλωση λιπών, με τα άτομα μικρότερης ηλικίας να δηλώνουν ότι καταναλώναν λιγότερα λίπη και χοληστερόλη σε σχέση με τα άτομα μεγαλύτερων ηλικιών. Αντίθετα, τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα δήλωσαν ότι είχαν καλύτερη ποιότητα διατροφής σε σχέση με τα άτομα μικρότερων ηλικιών.

Στην κατανάλωση αλκοόλ τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τα στατιστικά στοιχεία που δίνει και η Eurostat για την Ελλάδα με στοιχεία του 2001, όπου σε δείγμα 14.367 ατόμων, ηλικίας από 20 έως 63 ετών, αναφέρει ότι η κατανάλωση αλκοόλ μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας.

Τέλος, σημαντικές ήταν και οι διαφορές ανά ηλικία στην τρέχουσα χρήση τσιγάρου με τις μεγαλύτερες ηλικίες να δηλώνουν συχνότερη χρήση τσιγάρου σε

σχέση με την μικρότερη ηλικιακά κατηγορία (κάτω των 30 ετών). Τα αντίστοιχα στοιχεία της Eurostat (2002), δείχνουν ότι στην ηλικιακή κατηγορία από 55-64 ετών το 36.5% των ανδρών και μόλις το 8% των γυναικών είναι καπνιστές, στην κατηγορία από 35-44 ετών τα ποσοστά των καπνιστών ανεβαίνουν σημαντικά (57.9% άνδρες και 30.3% γυναίκες), ενώ στην μικρότερη ηλικιακή κατηγορία (από 15-24 ετών) τα ποσοστά των καπνιστών μειώνονται και πάλι (33.4% για τους άνδρες και 16.5% για τις γυναίκες). Οι διαφορετικές ηλικιακές κατηγορίες που έχουν επιλεγεί δεν μας επιτρέπουν άμεση σύγκριση των ποσοστών, παρόλα αυτά φαίνεται ότι τα παρόντα στοιχεία δεν ακολουθούν παράλληλη πορεία με αυτά της Eurostat, δεν διαφαίνεται δηλαδή στα δικά μας δεδομένα μια αντίστοιχη μείωση των καπνιστών στις μεγαλύτερες ηλικίες. Παρόλα αυτά, ο αριθμός του δείγματος που έχει χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη δεν μας επιτρέπει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Στην μέτρηση των εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές ανά ηλικιακή ομάδα στην μεταβλητή «εκτίμηση υγείας», με την ηλικιακή κατηγορία των 50 ετών και άνω να διαφέρει σημαντικά από τις ηλικίες κάτω των 30 και 40-50 ετών. Τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εκτιμούσαν περισσότερο την υγεία τους σε σχέση με τα άτομα μικρότερων ηλικιών. Το εύρημα δείχνει απόλυτα φυσιολογικό αφού στις μεγαλύτερες ηλικίες έχουν ήδη αρχίσει να εμφανίζονται τα πρώτα προβλήματα υγείας, τα οποία κάνουν τα άτομα να εκτιμούν περισσότερο την υγεία τους σε σχέση με τα τις μικρότερες ηλικίες, όπου τα προβλήματα υγείας είναι πιο σπάνια.

Σε όλες τις συμπεριφορές, εκτός από αυτήν της φυσικής δραστηριότητας, εντοπίστηκαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων. Τα αποτελέσματα σε γενικές γραμμές, δεν δείχνουν αν οι άνδρες ή οι γυναίκες τείνουν να έχουν περισσότερο υγιεινές συμπεριφορές. Για παράδειγμα, όσον αφορά στη διατροφή, οι άνδρες δηλώνουν ότι καταναλώνουν λιγότερα λίπη / χοληστερόλη σε σχέση με τις γυναίκες. Αντίθετα αποτελέσματα ωστόσο, αναφέρονται σε άλλες μελέτες όπως αυτή της Wardle και συνεργατών (2004), οι οποίοι εξέτασαν διαφορές φύλου σε διατροφικές συνήθειες νεαρών ενηλίκων από 23 χώρες (συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας). Τα αποτελεσμάτά τους έδειξαν ότι οι γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες δήλωσαν ότι αποφεύγουν φαγητά με υψηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά. Τα αντικρουόμενα αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται στις διαφορετικές μετρήσεις,

στον μικρό αριθμό του δείγματος της παρούσας μελέτης, αλλά και στο διαφορετικό εύρος ηλικιών μεταξύ των 2 ερευνών.

Αναφορικά με την κατανάλωση αλκοόλ τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι άντρες καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες. Ανάλογα είναι τα στατιστικά στοιχεία που δίνει και η Eurostat για την Ελλάδα με στοιχεία του 2001, όπου σε δείγμα 14.367 ατόμων (60% γυναίκες), αναφέρει ότι η κατανάλωση αλκοόλ, ανεξάρτητα από την ηλικία, είναι μεγαλύτερη στους άνδρες απ' ό,τι στις γυναίκες. Παρόμοια όμως είναι τα αποτελέσματα και σε άλλες χώρες, όπως για παράδειγμα σε έρευνα των Yoon, et al., (2004), με δείγμα από την Κορέα, όπου αναφέρουν ότι οι άνδρες καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με τις γυναίκες με μέσο όρο 30.1 ± 38.4 g για τους άντρες και 6.6 ± 13.2 g για τις γυναίκες.

Σχετικά με την συμπεριφορά του καπνίσματος τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θέλουν τους άντρες να προηγούνται των γυναικών στις καπνιστικές συνήθειες. Έτσι, στη μεταβλητή πειραματισμός με το κάπνισμα οι άντρες εμφανίζονται να έχουν δοκιμάσει να καπνίσουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τις γυναίκες. Υπερτερούσαν επίσης στις μεταβλητές «τρέχουσα χρήση τσιγάρου» και «συχνή χρήση τσιγάρου. Αντίθετα σε άλλες έρευνες, σε Ελληνικό πληθυσμό, υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι οι νεαρές κυρίως γυναίκες υπερτερούν στο κάπνισμα σε σχέση με τους άνδρες. Για παράδειγμα στην ηλικία των 15 ετών αλλά και σε ενήλικες γυναίκες η καθημερινή χρήση τσιγάρου αναφέρθηκε ότι ήταν υψηλότερη σε σχέση με αυτή των ανδρών του δείγματος, στην μελέτη των Currie και συνεργατών, (2000), αλλά και στην μελέτη των Koumi και Tsiantis, (2001), όπου αναφέρεται ότι μαθήτριες δήλωναν μεγαλύτερη πρόθεση να καπνίσουν σε σχέση με τα συνομήλικα αγόρια. Το πρόβλημα που φαίνεται να υπάρχει στην Ελλάδα για την αύξηση των νεαρών καπνιστριών φαίνεται όμως να το αντιμετωπίζουν και άλλες χώρες. Για παράδειγμα σε σχετική μελέτη των Hublet, et al., (2006), σε έφηβους, με συμμετέχοντες από χώρες της κεντρικής και βόρειας Ευρώπης αναφέρεται ότι τα κορίτσια ξεκινούσαν κάπνισμα νωρίτερα σε σύγκριση με τα αγόρια. Παρόμοια, σε έρευνα των Naito, et al., (2003) σε φοιτήτριες οδοντιατρικής σχολής σε πανεπιστήμιο της Ιαπωνίας, δηλώνεται ότι η αύξηση του καπνίσματος σε νέες γυναίκες στην Ιαπωνία αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα για τον έλεγχο του καπνίσματος.

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης στις μεταβλητές «αριθμός τσιγάρων προηγούμενης εβδομάδας» και «αριθμός τσιγάρων προηγούμενης μέρας» με τους άνδρες να δηλώνουν ότι κάπνισαν περισσότερο σε σχέση με τις

γυναίκες. Περαιτέρω μελέτη και ταυτόχρονες αναλύσεις ανά φύλο και ηλικία σε μεγαλύτερα δείγματα πληθυσμού από την Ελλάδα θα μπορέσουν να δώσουν πιο ακριβή στοιχεία για την εικόνα που παρουσιάζουν οι καπνιστικές συνήθειες των Ελλήνων.

Το μορφωτικό επίπεδο των ατόμων φαίνεται από πλειάδα μελετών να έχει επίδραση στις επιλογές των ατόμων σχετικά με συμπεριφορές υγείας. Συνήθως αποδίδεται στην καλύτερη ενημέρωση που έχουν σε θέματα υγιεινών συμπεριφορών, αλλά και στην καλύτερη πρόσβαση σε πληροφορίες, όπως και στην κοινωνική και οικονομική κατάσταση που συνήθως επηρεάζεται από την μόρφωση. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αντανάκλουν τις αναμενόμενες διαφορές στις συμπεριφορές υγείας. Έτσι, τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο δήλωσαν ότι πειραματίστηκαν λιγότερο με το κάπνισμα, και δήλωσαν μικρότερη κατανάλωση τσιγάρων την προηγούμενη εβδομάδα και ημέρα, σε σχέση με τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, παρομοίως και στην μεταβλητή «φανατικοί καπνιστές» όσοι ήταν απόφοιτοι ανωτέρων / ανωτάτων ιδρυμάτων και λυκείου σκόραραν χαμηλότερα από τους απόφοιτους δημοτικού και γυμνασίου. Αντικρουόμενα αποτελέσματα εντόπισαν και οι Gallus, et al., (2003). Βρήκαν ότι κυρίως άντρες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αλλά γυναίκες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο στην Ιταλία βρέθηκαν να είναι χρόνιοι καπνιστές.

Αναφορικά με την διατροφή, τα άτομα που τελείωσαν μόνο το δημοτικό δήλωσαν ότι είχαν υψηλή ποιότητα διατροφής και χαμηλότερη κατανάλωση λιπών σε σύγκριση με τα άτομα που ολοκλήρωσαν το λύκειο, ΙΕΚ και ΑΕΙ/ΤΕΙ οι οποίοι δήλωσαν χαμηλότερη ποιότητα διατροφής και μεγαλύτερη κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης.

Στις συμπεριφορές άσκηση και αλκοόλ δεν εντοπίστηκαν διαφορές ανά μορφωτικό επίπεδο. Επισημαίνεται για άλλη μια φορά ότι ο αριθμός των συμμετεχόντων στην παρούσα έρευνα δεν επιτρέπει ασφαλή συμπεράσματα για το προφίλ των συμπεριφορών υγείας ανά μορφωτικό επίπεδο. Σε μελέτη που έγινε στην Φιλανδία σε 60.000 άτομα από τους Laaksonen και συνεργάτες (2007), βρέθηκε ότι το κάπνισμα, η χαμηλή κατανάλωση λαχανικών και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας εξαρτιόταν σε μεγάλο βαθμό από το μορφωτικό επίπεδο τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες.

Στην μέτρηση των εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου δήλωσαν ότι αποδίδουν περισσότερο στην τύχη

τον έλεγχο των συμπεριφορών υγείας τους αλλά και περισσότερο στους ισχυρούς άλλους σε σχέση με τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο.

Η οικογενειακή κατάσταση, σύμφωνα με την Umberson (1987), παίζει σημαντικό ρόλο στα άτομα για το αν θα επιλέξουν να ακολουθήσουν υγιεινές ή ανθυγιεινές συμπεριφορές. Η ύπαρξη συζύγου και η παρουσία παιδιών στο σπίτι ωθούν τα άτομα να κάνουν πιο υγιεινές επιλογές στη συμπεριφορά τους. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι, πράγματι οι έγγαμοι δήλωναν υψηλότερη ποιότητα διατροφής, και μικρότερη κατανάλωση τσιγάρων την προηγούμενη μέρα σε σχέση με τους άγαμους. Παρόμοια αποτελέσματα έδωσε η έρευνα ως προς την κατανάλωση αλκοόλ, με τους άγαμους να δηλώνουν ότι καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με τους έγγαμους. Στα στατιστικά στοιχεία από την Eurostat για την Ελλάδα με στοιχεία του 2001, αναφέρεται ότι οι χήροι / χήρες καταναλώναν λιγότερο αλκοόλ σε σχέση με τους συμμετέχοντες με άλλη οικογενειακή κατάσταση, ενώ όσοι ήταν σε διάσταση ή διαζευγμένοι (ανεξαρτήτως φύλου) έπιναν σημαντικά περισσότερο αλκοόλ σε σύγκριση με τους έγγαμους συμμετέχοντες. Η σύγκριση των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας φαίνεται να συμφωνεί με τα παραπάνω στοιχεία, παρόλο που στην παρούσα έρευνα η οικογενειακή κατάσταση αξιολογήθηκε με τις επιλογές έγγαμος /άγαμος και όχι τόσο αναλυτικά όσο στην έρευνα της Eurostat.

Αντικρουόμενα όμως είναι κάποια από τα υπόλοιπα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τα οποία έδειξαν τους άγαμους να καταναλώνουν περισσότερα φρούτα και λαχανικά, λιγότερα λίπη, να έχουν υψηλότερη τρέχουσα χρήση τσιγάρου και συχνότερη χρήση τσιγάρου.

Όσον αφορά τις εστίες ελέγχου συμπεριφορών υγείας τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι οι έγγαμοι απέδιδαν περισσότερο από ότι οι άγαμοι στους ισχυρούς άλλους τον έλεγχο των υγιεινών συμπεριφορών τους, κάτι που φαίνεται να δικαιολογείται από την ύπαρξη και την σημαντικότητα που αποδίδουν οι έγγαμοι στα μέλη της οικογένειάς τους.

Οι διαφορές ανά ομάδα ατόμων με διαφορετικό δείκτη σώματος έδειξαν, όπως αναμενόταν, ότι τα άτομα με τον μικρότερο δείκτη σώματος είχαν μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα σε σχέση με τα άτομα με μεγαλύτερους δείκτες σώματος.

Οι σχέσεις μεταξύ υγιεινών και ανθυγιεινών συμπεριφορών των ατόμων συχνά φανερώνουν ότι τα άτομα τείνουν να ακολουθούν είτε ένα υγιεινό είτε ένα

ανθυγιεινό προφίλ συμπεριφορών υγείας. Για παράδειγμα, οι Chiolero, Wietlisbach, Ruffieux, Paccaud και Cornuz (2006) σε 18.000 συμμετέχοντες αξιολόγησαν υγιεινές και ανθυγιεινές συμπεριφορές Ελβετών ανδρών και γυναικών. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι οι καπνιστές συμμετείχαν λιγότερο σε φυσικές δραστηριότητες, κατανάλωναν λιγότερα φρούτα και λαχανικά, και κατανάλωναν περισσότερο αλκοόλ σε σχέση με τους μη καπνιστές αλλά και τους πρώην καπνιστές.

Από τις σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών από τα παρόντα δεδομένα αξίζει να συζητηθεί η μικρή προς μέτρια σχέση μεταξύ ατόμων που κάνουν συχνή χρήση τσιγάρου και των φανατικών καπνιστών με το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Παρόμοια αποτελέσματα σε Ελληνικό πληθυσμό είχαν και οι Θεοδωράκης και Χασάνδρα (2005) όπου αναφέρουν ότι τα άτομα όσο περισσότερο ασκούνται τόσο λιγότερο καπνίζουν. Η σχέση μεταξύ καπνίσματος και άσκησης έχει δώσει αρκετά αντικρουόμενα αποτελέσματα στη βιβλιογραφία. Ενδιαφέρον παρουσιάζει στη διερεύνηση αυτής της σχέσης η μελέτη των De Bourdeaudhuij & Van Oost, (1999), οι οποίοι συνέλεξαν δεδομένα από 3 ηλικιακές κατηγορίες Βέλγων και υποστηρίζουν ότι το κάπνισμα και όχι η άσκηση, ήταν ο καθοριστικός και διαχωριστικός παράγοντας, που κατάφερε να διακρίνει σε υγιεινό – ανθυγιεινό προφίλ τους συμμετέχοντες.

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί η μέτρια σχέση μεταξύ των μεταβλητών κατανάλωση αλκοόλ και φυσικής δραστηριότητας με την κατανάλωση λιπών / χοληστερόλης. Υποστηρικτικά είναι και τα αποτελέσματα των Sanchez, et al., (2009), όπου μελέτησαν το προφίλ συμπεριφορών υγείας σε υπέρβαρες γυναίκες. Από τα αποτελέσματά τους φάνηκε ότι σχεδόν το 80% των συμμετεχόντων είχαν και άλλες ταυτόχρονες ανθυγιεινές συμπεριφορές όπως χαμηλή φυσική δραστηριότητα, υψηλή πρόσληψη θερμίδων από κατανάλωση λιπών, χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και υψηλά ποσοστά καθιστικής ζωής (πάνω από 8 ώρες ημερησίως). Άλλη μελέτη των Doerksen και Estabrooks (2007) έδειξε ότι οι γυναίκες καπνίστριες ήταν λιγότερο πιθανόν να αναπτύξουν υγιεινές διατροφικές συμπεριφορές. Τέλος, και σε δείγμα ηλικιωμένων και μεσηλικών ατόμων βρέθηκε ότι ο δείκτης μάζας σώματος σχετιζόταν με την συμπεριφορά του καπνίσματος (Marcellini, et al., 2009).

Από τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας και συμπεριφορών υγείας, οι πιο υψηλές ήταν αυτές της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών «ισχυροί άλλοι» και «αξία υγείας» με το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Η κατεύθυνση και των 2 αυτών σχέσεων είναι αντίθετη από την πλειονότητα των άλλων σχετικών ερευνών. Για παράδειγμα, οι Norman, et al., (1998) όταν εξέτασαν τις σχέσεις μεταξύ εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας και των συμπεριφορών: αποφυγή καπνίσματος, αποφυγή αλκοόλ, συμμετοχή σε άσκηση και υγιεινή διατροφή βρήκαν ότι όλες οι συμπεριφορές σχετίστηκαν σημαντικά θετικά με τις εσωτερικές εστίες ελέγχου και αρνητικά με τις διαστάσεις τύχη και ισχυροί άλλοι. Σύμφωνα με τα παρόντα δεδομένα όμως, οι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι συμμετέχουν σε φυσικές δραστηριότητες γιατί σημαντικοί άλλοι τους το «επιβάλλουν» (θετική σχέση), ενώ η δική τους άποψη είναι ότι η φυσική δραστηριότητα έχει μικρή αξία για την υγεία τους (αρνητική σχέση). Αντίθετα αποτελέσματα σε Ελληνικό πληθυσμό έχουν εντοπίσει οι Kafatos, et al., (1999), όπου βρήκαν ότι η αξία υγείας σχετιζόταν θετικά με την φυσική δραστηριότητα, ενώ υποστηρικτικά ήταν τα αποτελέσματα της μελέτης του Norman, (1998) όπου η μεταβλητή έλεγχος της συμπεριφοράς από ισχυρούς άλλους σχετιζόταν αρνητικά με τη μεταβλητή φυσική δραστηριότητα. Τα αντικρουόμενα αποτελέσματα των ερευνών σε αυτό τον χώρο πιθανά να υποδηλώνουν την ισχυρή επίδραση κάποιας άλλης ή και άλλων μεταβλητών που καθορίζουν τη σχέση μεταξύ των εστιών ελέγχου συμπεριφορών υγείας και τις συμπεριφορές υγείας.

Αδυναμίες της έρευνας

Η σημαντικότερη αδυναμία της παρούσας μελέτης είναι ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων για εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για τις συμπεριφορές υγείας που εξετάστηκαν. Προτείνεται σε μελλοντικές μελέτες η συλλογή στοιχείων από μεγαλύτερα ποσοστά πληθυσμού για να εξαχθούν πιο έγκυρα συμπεράσματα για το προφίλ των συμπεριφορών υγείας. Επίσης, η γεωγραφική περιοχή που συλλέχθηκαν τα δεδομένα ήταν η περιοχή της Λάρισας, με αποτέλεσμα τα όποια συμπεράσματα να αφορούν μόνο σε αυτήν την περιοχή της Ελλάδας και σε τυχόν μη εντοπισμένες ιδιαιτερότητες. Ο μικρός αριθμός των δεδομένων επίσης, δεν επέτρεψε τη χρήση πιο κατάλληλων στατιστικών αναλύσεων, έτσι ώστε να μπορούν να εξηγηθούν καλύτερα τόσο οι διαφορές όσο και οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών που εξετάστηκαν.

Συμπερασματικά, η υιοθέτηση υγιεινών ή μη συμπεριφορών των ατόμων φαίνεται να επηρεάζεται από παράγοντες που αφορούν σε χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και ο δείκτης μάζας σώματος, αλλά και από ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως οι εστίες ελέγχου συμπεριφοράς. Ταυτόχρονα όμως η υιοθέτηση μιας συμπεριφοράς υγείας φαίνεται να σχετίζεται με την ταυτόχρονη υιοθέτηση και άλλων συμπεριφορών υγείας.

Σε μελλοντικές μελέτες προτείνεται, εκτός από την συλλογή μεγαλύτερου αριθμού δεδομένων, να συμπεριληφθούν και άλλες ταυτόχρονες μετρήσεις οι οποίες θα μας δώσουν χρήσιμες πληροφορίες για τους λόγους που τα άτομα υιοθετούν ή όχι υγιεινές συμπεριφορές, έτσι ώστε να υπάρχουν στοιχεία πάνω στα οποία θα βασιστούν μελλοντικές παρεμβάσεις για την προώθηση των υγιεινών συμπεριφορών στον Ελληνικό πληθυσμό, με απώτερο πάντα σκοπό την σωματική και ψυχική υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Akbarbartoori, M., Lean, MEJ & Hankey, CR. (2008). *European Journal of Clinical Nutrition*, 62, 1-9.
- Almeida, M., Graca, P., Afonso, C., D'Amicis, A., Lappalainen R. & Damkjae, S. (1999). Physical activity levels and body weight in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*: 2(1a), 105-113.
- Anderssen, S., Jerman, I., Holme, I., Rensen, M. & Ursin, H. (1999). The effect of exercise and diet on mental health and quality of life in middle-aged individuals with elevated risk factors for cardiovascular disease. *Sports of Sciences*, 17, 369-377.
- Armitage, C.J. (2003). The relationship between multidimensional Health Locus of control and perceived behavioural control: How are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control?. *Psychology and Health*, 6, 723-738.
- Bourdeaudhuij, I. & Van Oost, P. (1999). A cluster-analytical approach toward *physical activity* and other health related behaviors. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, Vol. 31 Issue 4. p. 605-612 8p.
- Chiolero, A., Wietlisbach, V., Ruffieux, C., Paccaud, F. & Cornuz, J. (2006). Clustering of risk behaviors with Cigarette consumption. *Preventive medicine*, 42, 348-333.
- Chung, M. Preveza, E., Papandreou, K. & Pevezas N, (2006). Spinal Cord Injury, Posttraumatic Stress and Locus of Control Among the Elderly: A Comparison with Young and Middle-Aged Patients.
- Corbin, Lindsey & Welk (2001). *Άσκηση Ευρωστία Υγεία*, 22-54.
- Doerksen, S., & Estabrooks, P. (2007). Brief fruit and vegetable messages integrated within a community physical activity program successfully change behavior. *Nutrition and physical activity* 10, 1479-5868.
- Doganis, G., Theodorakis, Y., & Bagiatis, K., (1991). Self-esteem and locus of control in adult females fitness program participants. *International Journal of Sport Psychology*, 10, 115-132.
- Eiser, C., Eiser, R., Gammage P. & Morgan, M. (1989). Health Locus of Control and Health Beliefs in Relation to Adolescent Smoking. *British Journal of Addiction*, 84, 1059-1065.
- Eurobarometer. (2010). Sport and Physical activity. How much exercise are people doing? (pp. 9-14). Belgium: TNS Opinion & Social Avenue Herrmann Debroux.

- Fujino, Mizoue, Izumi, Kumashiro, Hasegawa & Yoshimura (2001). Job stress and mental health among permanent night workers. *J Occup Health*, 43: 301-306.
- Bertakis & Azari (2006), The influence of obesity, Alcohol abuse, and Smoking on Utilization of Health Care Services, *Fam Med* 38(6):427-34.
- Gallaghan, P. (1998). Social support and locus of correlates of UK nurses health-related behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5), 1127-1133.
- Gallus, S., Pacifici, R., Colombo, P., Scarpino, V., Zuccaro, P., Bosetti, C., Apolone, G. & Vecchia, C. (2003). Smoking in Italy 2003. with a focus on the young, *Tumory*, 90: 171-174.
- Graffeo, L. & Silvestri, L. (2004). Relationship between Locus of control Health-Related variables. *College of Education artd Human Development University of New Orleans*.
- Hassapidou, M. & Fotiadou, E. (2001). Dietary intakes and food habits of adolescents in Northern Greece. *Food Sciences and Nutrition*, 52, 109-116.
- Hublet, A., Bacquer, D., Valimaa, R., Godeau, E., Schmid, H., Rahav G. & Maes, L. (2006). Smoking trends among adolescents from 1990 to 2002 in ten European countries and Canada, *Public Health* 6;280 1471-2458.
- Huisman, M., Kunst, AE. & Mackenbach, JP. (2005). Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries, *Tob Control*, 14(2): 106-113.
- International Smoking Statistics. A collection of historical data from 30 economically developed countries, 2nd edition, Barbara Forey, Jan Hamling, Peter Lee, Nicholas Wald, editors. Wolfson Institute of Preventive Medicine and Oxford University Press, London and Oxford; 2002.
- Kafatos, A., Manios, Y., Markaji, I., Giachetti, I., Almeida, M. & Engstrom, L. (1999). Regional, Demographic and national influences on attitudes and beliefs with regard to physical activity, body weight and health in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*, 2(1a) 87-95.
- Kearney, J., Graaf, C., Damkjaer, S. & Engstrom, L.M. (1997). Stages of change towards physical activity in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*, 2(1a) 115-124.
- Konopka, (1994). *Διατροφή και Άθληση*, 9-22.
- Koumi, I. & Tsiantis, I. (2001). Smoking Trends in Adolescence. *Health Promotion International*, 16(1): 65-72.
- Krawczynski, M. & Olszewski, H. (2000). Psychological well-being associated with a physical activity programme for persons over 60 years old. *Psychology of Sport and Exercise*, 1 57-63.

- Kull, M. (2002), The relationships between physical activity, health status and psychological well-being of fertility-aged women. *Scand J Med Sci Sports*, 12: 241-247.
- Laaksonen, Talala, Martelin, Rahkonen, Roos, Helakorpi, Laatikainen & Prattala, (2007). Health behaviors as explanations for educational level differences in cardiovascular and all-cause mortality: *European Journal of Public Health*, 18 (1), 38-43.
- Lim, W., Ma, S., Heng, D., Bhalla, V. & Chew, S. (2007). Gender, ethnicity health behaviour and self-rated health in Singapore. *Public Health*, 7;184 1471-2458.
- Marcellini, F., Giuli, C., Papa, R., Tirabassi, G., Faloia, E., Boscaro, M., Polito, A., Ciarapica, D., Zaccaria, M. & Mocchegiani, E. (2009). Obesity and body mass index (BMI) in relation to life-style and psycho-social aspects. *Archives of gerontology and geriatrics*, Vol. 49 Suppl 1, p. 195-206.
- Marques, M., Ibanez, M., Ruiperez, M., Moya, J. & Ortet, G. (2005). The self-Regulation inventory (SRI): Psychometric properties of a health related coping measure. *Personality and individual Differences*, 39 1043-1054.
- Naito, T., Miyaki, K., Naito, M., Yoneda, M., Suzuki, N., Hirofuji, N. & Nakayama, T. (2003). Parental Smoking and Smoking Status of Japanese dental Hygiene Students: A Pilot Survey at a Dental Hygiene School in Japan. *Public Health*, 6, 321-328.
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C. & Murphy, S. (1998). Health locus of control & health of value and health behaviors. *Journal of Health Psychology*, Vol 3(2), pp. 171-180.
- Norman, P. (1995). Health locus of control and health behaviour: An investigation into the role of health value and behaviour-specific efficacy beliefs. *Personality and Individual Differences*, Vol 18(2), p. 213-218.
- Pedersen, E., LaBrie, J. & Lac, A. (2008). Assessment of perceived and actual alcohol norms in varying contexts: Exploring Social Impact Theory among college students. *Addictive Behaviors*, 33 552-564.
- Pitsavos, C., Panagiotakos, D., Chrysohoou C. & Stefanadis C. (2003). Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design, and baseline characteristics of ATTICA study. *BMC Public Health*, 3: 32.
- Rotter J. (1966). Social Learning Theory, Chapter 16. p. 2.
- Saatci, Inan, Bozdemir, Akpınar, & Ergun (2004). Predictors of smoking behavior of first year university students: Questionnaire Survey. *Croatian Medical Journal*, 45(1):76-79.

- Sanchez, A., Norman, J., Sallis, J., Calfas, K., Rock, C. & Patrick, K. (2008). Patterns and correlates Of Multiple risk behaviours in overweight women. *Preventive Medicine*, Vol.46, Issue 3, p. 196-202.
- Shelton, N. (1998). What not to eat: Inequalities in healthy eating behavior. *Public Health*, Vol. 27, No.1, 36-44.
- Sieri, S., Agudo, A., Kesse, E., Klipstein-Grobusch, K., San-Jose, B., Welch, AA., Krogh, V., Luben, R., Allen, N., Overvad, K., Tjonneland, A., Clavel-Chapelon, F., Thjebaut, A., Miller, AB., Boeing, H., Kolyva, M., Saieva, C., Celantano, E., Ocke, MC., Peeters, PHM., Brustad, M., Kumle, M., Dorronsoro, M., Fernandez Feito, A., Mattisson, I., Weineball, L., Riboli, E. & Slimani, N. (2002). Patterns of alcohol consumption in 10 European countries participating in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) project. *Public Health Nutrition*, Vol. 5, Issue 6b, Dec. pp. 1287-1296.
- Stephoe, A. & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behavior revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *University College London*.
- Stephoe, A., Wardle, J., Nillapun, M., Jonwutiwes, K., Bellisle, F. (2004). Gender differences in food choice: the contribution of health beliefs and dieting. *Behav Med*, Apr;27(2):107-16.
- Steven N. Blair, (2009). Physical inactivity: The biggest public health problem of the 21st century. *Br J Sports, Med* 43:1-2.
- Wada, K., Satoy, T., Tsunoda, M. & Aizawa, Y. (2006). Associations of Health Behaviors on Depressive Symptoms among Employed Men in Japan. *International Health*, 44, 486-492.
- Williams M. (2003). *Διατροφή Υγεία Ευρωστία και Αθλητική Απόδοση*, 33-36.
- World Health Organization. (2001). The World Health Report (2001), Mental health: New understanding, new hope. Geneva: *World Health Organization*.
- Yoon, Y., Oh, S., Baik, H., Park, H. & Kim, W., (1998), Alcohol consumption and the metabolic syndrome in Korean adults. *Clinical nutrition* 80:217-24.
- Θεοδωράκης, Γ. & Χασσάνδρα Μ. (2005). Κάπνισμα και Άσκηση, Μέρος 2^ο: Διαφορές μεταξύ Ασκουμένων και μη Ασκουμένων, (3), 239-248.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ. και Λαπαρίδης, Κ. (1998). Άσκηση, κάπνισμα και υγεία. *Αθλητική Ψυχολογία*, 9, 53-72.
- Μπεμπέτσος, Ε., Θεοδωράκης, Γ. και Χρόνη, Α. (2000). Διαφορές καπνιστών μη καπνιστών ως προς την άσκηση και το κάπνισμα. *Αθλητική απόδοση και υγεία*, 2, 23-33.
- Μπιλάλης, Π. (1997). *Κάπνισμα και Υγεία*, 27-151.

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν σε υγιεινές – ανθυγιεινές συμπεριφορές.

Οι απαντήσεις είναι ανώνυμες και εμπιστευτικές

Παρακαλώ συμπληρώστε:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:/...../ 19

(ημέρα/μήνας/έτος)

ΑΝΤΡΑΣ: ΓΥΝΑΙΚΑ:

Σωματικό βάρος σε χιλιόγραμμα (kg):.....

Σωματικό ανάστημα σε μέτρα:

Οικογενειακή κατάσταση: _____ Αριθμός παιδιών:

Συμπληρώστε την ανώτερη βαθμίδα εκπαίδευσης από την οποία αποφοιτήσατε:

Δημοτικό: Γυμνάσιο: Λύκειο:

Μεταδευτεροβάθμια εκπαίδευση (Ι.Ε.Κ., Ι.Ι.Ε.Κ., κλπ.):

Τεχνολογική εκπαίδευση: , Μεταπτυχιακό: , Διδακτορικό:

Πανεπιστημιακή εκπαίδευση: , Μεταπτυχιακό: , Διδακτορικό:

Επάγγελμα: _____ Χρόνια Προϋπηρεσίας: _____

Απάντησε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις:

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

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

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

**ΦΟΡΕΣ /
ΕΒΔΟΜΑΔΑ**

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

| _____ |

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

| _____ |

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

| _____ |

Αν γυμνάζεσαι συστηματικά τι ακριβώς κάνεις; _____

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

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

<input type="checkbox"/>	Ποτέ
<input type="checkbox"/>	Μία μέρα την εβδομάδα ή πιο σπάνια
<input type="checkbox"/>	2 – 5 μέρες την εβδομάδα
<input type="checkbox"/>	Καθημερινά, λιγότερο από 4 ποτήρια
<input type="checkbox"/>	Καθημερινά, περισσότερο από 4 ποτήρια

Απάντησε στις παρακάτω ερωτήσεις που αφορούν τη διατροφή σου, κυκλώνοντας την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τις συνήθειές σου...

1. Τρως περισσότερα από 1 είδος φρούτων καθημερινά;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
2. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, έφαγες πορτοκάλι ή ήπιες χυμό πορτοκαλιού;	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
3. Τρως περισσότερο από 1 είδος λαχανικών την ημέρα;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
4. Πόσα γεύματα λαχανικών τρως κάθε μέρα;	_____ γεύματα λαχανικών				
5. Τρως 2 ή περισσότερα γεύματα λαχανικών στο κυρίως γεύμα σου;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
6. Τρως φρούτα ή λαχανικά σαν σνακ;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
7. Πόσα γεύματα φρούτων τρως κάθε μέρα;	_____ γεύματα φρούτων				
8. Πίνεις γάλα καθημερινά;	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
9. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, ήπιες γάλα σκέτο ή με δημητριακά;	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
10. Κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας, έφαγες ψάρι;	ΝΑΙ		ΟΧΙ		
11. Τρως την πέτσα του κοτόπουλου;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
12. Όταν φωνίζεις, διαβάζεις πρώτα τις ενδείξεις συσκευασίας των τροφίμων πριν επιλέξεις τι θα αγοράσεις;	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
13. Πίνεις συστηματικά αναψυκτικά; ®	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
14. Αγοράζεις ενεργειακά ποτά (π.χ.: Red Bull, Gatorade, κ.λπ.) ή άλλα ροφήματα φρούτων; ®	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Ποτέ	
15. Θα περιέγραφες τη διαίτά σου σαν άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια ή φτωχή;	Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή

Κατά την διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων ...	Πολλές φορές	Συχνά	Όχι πολύ συχνά	Σπάνια
1. Ένιωσες ένταση;	1	2	3	4
2. Είχες προβλήματα με τον ύπνο σου;	1	2	3	4
3. Ήσουν ικανός/η να συγκεντρωθείς σε αυτά που έπρεπε να κάνεις;	1	2	3	4

4. Ένωσες ότι ήσουν χρήσιμος/η;	1	2	3	4
5. Ήσουν ικανός/η να πάρεις αποφάσεις για διαφορετικά θέματα;	1	2	3	4
6. Ήσουν ικανός/η να εκτιμήσεις ότι εσύ έκανες;	1	2	3	4
7. Ήσουν ικανός/η να αντιμετωπίσεις τα προβλήματά σου;	1	2	3	4
8. Έχεις αισθανθεί ευτυχισμένος/η;	1	2	3	4
9. Έχεις νιώσει ανίκανος/η να αντιμετωπίσεις τα προσωπικά σου προβλήματα;	1	2	3	4
10. Έχεις αισθανθεί δυστυχισμένος/η και απογοητευμένος/η;	1	2	3	4
11. Έχεις χάσει την πίστη σου στον εαυτό σου;	1	2	3	4
12. Έχεις νιώσει ανάξιος/α;	1	2	3	4

Διάβασε προσεκτικά τις παρακάτω προτάσεις και...	...κύκλωσε μία από τις παρακάτω απαντήσεις, αυτή που σε εκφράζει καλύτερα					
1. Ελέγχω την υγεία μου.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
2. Η υγεία μου επηρεάζεται κυρίως από το τι κάνω εγώ για τον εαυτό μου.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
3. Αν προσέχω τον εαυτό μου, μπορώ να αποφύγω ασθένειες.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
4. Αν κάνω τις σωστές επιλογές, μπορώ να παραμείνω υγιής.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
5. Η τακτική επαφή με το γιατρό μου είναι ο καλύτερος τρόπος για να αποφύγω ασθένειες.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
6. Όποτε δεν αισθάνομαι καλά, πρέπει να συμβουλευόμαι έναν επαγγελματία με ιατρική εκπαίδευση.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
7. Επαγγελματίες του χώρου υγείας ελέγχουν την υγεία μου.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
8. Σχετικά με την υγεία μου, μπορώ να κάνω μόνο ό,τι μου λέει ο γιατρός μου.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
9. Ότι και να κάνω, αν είναι να αρρωστήσω, θα αρρωστήσω. ®	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
10. Η καλή υγεία μου οφείλεται κατά κύριο λόγο στην καλή μου τύχη. ®	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
11. Ότι και να κάνω, υπάρχει πιθανότητα να αρρωστήσω. ®	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
12. Αν είναι γραφτό, θα παραμείνω υγιής. ®	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
13. Αν δεν έχεις την υγεία σου, δεν έχεις τίποτα.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
14. Υπάρχουν πολλά πράγματα που με νοιάζουν περισσότερο από την υγεία μου. ®	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
15. Η καλή υγεία είναι από τα μικρότερης σημασίας για μια ευτυχισμένη ζωή. ®	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως
16. Δεν υπάρχει τίποτα πιο σημαντικό από την υγεία.	Διαφωνώ Απολύτως	Διαφωνώ	Σχεδόν Διαφωνώ	Σχεδόν Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απολύτως

Ευχαριστούμε πολύ