



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

# ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

του ΠΑΓΝΗ



Επιμέλεια εργασίας:

ΜΑΣΤΡΑΝΤΩΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΠΡΟΚΟΠΑΚΗ ΕΛΕΝΗ

ΤΖΕΛΕΠΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Επιβλέπων καθηγήτρια:

ΓΑΛΕΝΙΑΝΟΥ ΕΛΕΝΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, 2011

Ευχαριστούμε,

Το ιατρικονοσηλευτικό προσωπικό του ΠΑΓΝΗ, για τη συμμετοχή του στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της έρευνας.

Την κυρία Γαλενιανού Ελένη, για τη βοήθεια που μας παρείχε στη διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας.

Τις οικογένειές μας καθώς και όλους εκείνους που ήταν κοντά μας, έκαναν υπομονή και μας ενθάρρυναν καθ' όλη τη διάρκεια της πτυχιακής μας εργασίας.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σ.1
<b>ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΓΕΙΑ.....	σ.4
1.1 Ορισμός- εννοιολογική προσέγγιση.....	σ.4
1.2 Ολιστική θεώρηση της υγείας.....	σ.5
1.3 Συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία.....	σ.6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	σ.9
2.1 Ορισμός- εννοιολογική προσέγγιση.....	σ.9
2.2 Τα οφέλη της υγιεινής διατροφής στον ανθρώπινο οργανισμό.....	σ.10
2.3 Μεσογειακή διατροφή.....	σ.11
2.4 Διατροφικές συνήθειες του ελληνικού πληθυσμού.....	σ.13
2.5 Διατροφικές συνήθειες των εργαζομένων.....	σ.17
2.6 Η διατροφική συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών.....	σ.20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΘΛΗΣΗ.....	σ.24
3.1 Εννοιολογική προσέγγιση.....	σ.24
3.2 Τα οφέλη της άθλησης στον ανθρώπινο οργανισμό.....	σ.25
3.3 Αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.....	σ. 31
3.4 Άθληση γιατρών και νοσηλευτών.....	σ.34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ.....	σ. 37
4.1 Αλκοόλ.....	σ. 37
4.1.1 Ορισμός- εννοιολογική προσέγγιση.....	σ.37
4.1.2 Ιστορία της χρήσης του αλκοόλ.....	σ.37
4.1.3 Η επίδραση του αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό.....	σ.38
4.1.4 Οι κοινωνικές επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ.....	σ.39

4.2 Η κατανάλωση αλκοόλ από γιατρούς και νοσηλευτές.....	σ.40
4.3 Το κάπνισμα .....	σ. 43
4.3.1 Ορισμός.....	σ.43
4.3.2 Ιστορία της χρήσης του καπνού.....	σ.43
4.3.3 Αίτια του καπνίσματος.....	σ.44
4.3.4 Οι επιδράσεις του καπνίσματος στην ανθρώπινη υγεία.....	σ.44
4.3.5 Αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.....	σ.46
4.3.6 Μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος.....	σ.47
4.4 Το κάπνισμα σε γιατρούς και νοσηλευτές.....	σ.48
4.5 Γνώσεις, στάσεις και πεποιθήσεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με το κάπνισμα.....	σ.53
4.6 Παράγοντες που ωθούν ιατρούς και νοσηλευτές στη χρήση αλκοόλ και καπνού.....	σ.58
4.6.1 Επαγγελματικό στρες.....	σ.58
4.6.2 Συγκρούσεις.....	σ.59
4.6.3 Επιθετική παρενόχληση.....	σ.60
4.6.4 Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας.....	σ.61
4.6.5 Επαγγελματική εξουθένωση.....	σ.62
4.6.6 Άλλοι παράγοντες .....	σ.64

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	σ.66
5.1 Προαγωγή υγείας- εννοιολογική προσέγγιση.....	σ.66
5.2 Αρχές της προαγωγής υγείας.....	σ.67
5.3 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις συμπεριφορές υγείας.....	σ.68

## ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Μεθοδολογία.....	σ.72
ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.....	σ.76
Περιγραφική στατιστική.....	σ.76
Συσχετίσεις.....	σ.132
Συζήτηση .....	σ.148
Προτάσεις.....	σ.157
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>σ.159</b>

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Παρά την αλματώδη τεχνολογική πρόοδο που σημειώνεται σε όλους τους τομείς, ο παράγοντας άνθρωπος εξακολουθεί να παραμένει ο πιο σημαντικός συντελεστής επιτυχίας των αντικειμενικών σκοπών και στόχων κάθε οργανισμού. Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά τους υγειονομικούς οργανισμούς και το σύστημα υγείας κάθε χώρας, η συμβολή του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην επίτευξη των στόχων είναι καθοριστική σε κάθε περίπτωση.

Η σχέση μεταξύ εργασίας και υγείας είναι ένα θέμα που απασχολεί σε μεγάλο βαθμό τη σύγχρονη βιβλιογραφία, καθώς η ευημερία ενός οργανισμού συνδέεται άμεσα με την ευημερία του προσωπικού του. Η βιβλιογραφία επισημαίνει πως οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αποτελούν πρότυπα υιοθέτησης σωστών συμπεριφορών υγείας προς τους ασθενείς τους, γιατί τόσο ο τρόπος ζωής τους είναι εξιδανικευμένος από το ευρύ κοινό όσο και ο ρόλος τους ως εμπειρογνώμονες στον τρόπο ζωής και στην υγεία γενικότερα.

Ο βασικός προβληματισμός που μας οδήγησε στην επιλογή του θέματος είναι, η διερεύνηση των συμπεριφορών υγείας, του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και συγκεκριμένα τις διατροφικές συνήθειες που ακολουθούν, τη χρήση καπνού και αλκοόλ καθώς και τη σχέση τους με την άθληση.

Ο προβληματισμός αυτός αφορά στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη κατηγορία επαγγελματιών υγείας, αφ' ενός λόγω της εκπαίδευσής τους, γνωρίζουν ποιες συμπεριφορές υγείας είναι σωστές, αφετέρου έρχονται καθημερινά σε επαφή με άτομα που αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα υγείας που μπορεί να οφείλονται στον τρόπο ζωής που ακολουθούν. Αξίζει λοιπόν να διαπιστωθεί αν γνωρίζοντας τις συνέπειες ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής, επηρεάζονται ώστε να ακολουθήσουν οι ίδιοι, συνήθειες ή συμπεριφορές που να τους εξασφαλίζουν υγεία και ευεξία. Επιπλέον, κατά πόσο οι ίδιοι αποτελούν πρότυπο για τους ασθενείς τους, αναφορικά με τις συμπεριφορές υγείας που ακολουθούν στο χώρο του νοσοκομείου. Δεν είναι λίγες οι φορές που έχουν αναφερθεί περιστατικά, όπου επαγγελματίες υγείας φέρονται να καπνίζουν ή ακόμη και να καταναλώνουν ποσότητες αλκοόλ.

Διεθνώς, αρκετές είναι οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για τις συμπεριφορές υγείας των επαγγελματιών υγείας. Παρόλα αυτά, οι στάσεις και οι συνήθειες των Ελλήνων

ιατρών και νοσηλευτών όσον αφορά τη διατροφή, την άθληση, το κάπνισμα και το αλκοόλ, ως κύριες μορφές συμπεριφορών υγείας, είναι ελάχιστες. Η έλλειψη της γνώσης αυτής μας οδήγησε στην προσπάθεια διερεύνησης των συγκεκριμένων συμπεριφορών υγείας μεταξύ του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου.

Η πτυχιακή μας εργασία αποτελείται από δύο μέρη , το θεωρητικό και το εμπειρικό. Το θεωρητικό μέρος περιλαμβάνει πέντε κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην ολιστική θεώρηση της υγείας, καθώς και στους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την υγεία ενός πληθυσμού αλλά και τις συμπεριφορές που σχετίζονται μ' αυτή. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενής αναφορά στη διατροφή και συγκεκριμένα στα οφέλη της στον ανθρώπινο οργανισμό, στη Μεσογειακή διατροφή καθώς και στις διατροφικές συνήθειες του Ελληνικού πληθυσμού, των εργαζομένων και των επαγγελματιών υγείας. Στο τρίτο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους γίνεται μια εννοιολογική προσέγγιση για την άθληση, τα οφέλη της στον ανθρώπινο οργανισμό και παρατίθενται αποτελέσματα ερευνών για την Ελλάδα και το εξωτερικό καθώς και για την άθληση των γιατρών και των νοσηλευτών. Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια εκτενής αναφορά στη χρήση καπνού και αλκοόλ. Συγκεκριμένα, αναφέρονται οι επιδράσεις του αλκοόλ και του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό, αποτελέσματα ερευνών σε Ελλάδα και εξωτερικό, οι γνώσεις ,οι στάσεις και οι πεποιθήσεις των ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με αυτές τις αρνητικές συμπεριφορές υγείας καθώς και οι παράγοντες που τους ωθούν στη χρήση αλκοόλ και καπνού. Το τελευταίο κεφάλαιο του θεωρητικού μέρους, αφορά στην προαγωγή υγείας σε σχέση με τις συμπεριφορές υγείας που προαναφέρθηκαν καθώς και στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού.

Στο εμπειρικό μέρος της εργασίας παρατίθενται η μεθοδολογία έρευνας, η ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι συσχετίσεις και ακολουθεί η συζήτηση, τα συμπεράσματα καθώς και οι προτάσεις.

## ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΥΓΕΙΑ

### 1.1 Ορισμός- εννοιολογική προσέγγιση

Ένα από τα πολυπλοκότερα και αντιφατικότερα ζητήματα στη μελέτη της υγείας είναι ο ορισμός της. Ο πλέον γνωστός ορισμός είναι αυτός του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) , σύμφωνα με τον οποίο, υγεία είναι:

*«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας»* (Τούντας, 2000).

Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζεται πρώτα απ' όλα η ύπαρξη δύο παραμέτρων που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Αναγνωρίζεται επίσης, σε ό,τι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2002) η έννοια της ευεξίας που εισήγαγε ο ορισμός του ΠΟΥ αποτέλεσε το υπόβαθρο για να αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια πλούσιος προβληματισμός σχετικά με την έννοια της θετικής υγείας. Η θετική υγεία δεν ταυτίστηκε μόνο με την σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Ορισμένοι ερευνητές εξισώνουν τη θετική υγεία με τη δημιουργικότητα, το κέφι για ζωή, την αυτοπραγμάτωση και την ευημερία, ή ακόμα και με την ευτυχία, την πληρότητα και τη δράση. Άλλοι πάλι, ορίζουν τη θετική υγεία ως κατάσταση κατά την οποία το άτομο είναι σε θέση να επιδιώξει την εκπλήρωση των ρεαλιστικών του επιλογών, σε αντιστοιχία με τη βιολογική του δυνατότητα.

Στη διακήρυξη της Οτάβα το 1986, η υγεία ορίστηκε εκ νέου ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας "να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον". Η υγεία σ' αυτό τον ορισμό γίνεται αντιληπτή ως μία δυναμική διαδικασία, που μπορεί να βελτιώνεται σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υπάρχουσες εξωτερικές επιρροές, όπως "ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεούμενες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα".

Κάθε ορισμός της υγείας είναι ιδιαίτερα σημαντικός, καθώς προσδιορίζει όχι μόνο τι εννοείται ως υγεία, αλλά και το τι πράττει ο άνθρωπος για την προαγωγή ή τη διατήρησή της, καθώς και το ποιοι θα είναι οι στόχοι των ενεργειών αυτών (Καραδήμας,2005). Σύμφωνα με τον Σαρρή (2001), η υγεία είναι περισσότερο μία κατάσταση ύπαρξης όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας του, να διαμορφώνει νέους κανόνες και νέες αξίες. Η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν διαρκώς καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας, της αναπηρίας ή της ανικανότητας. Αυτό επιπλέον σημαίνει ότι η κατανομή των πόρων για την υγεία πρέπει να είναι ισομερής και η φροντίδα για την υγεία να είναι προσιτή στον καθένα.

## **1.2 Ολιστική θεώρηση της υγείας**

Όταν επιχειρείται να οριστεί η υγεία, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο τα φαινόμενα που σχετίζονται με την αρρώστια και το θάνατο, αλλά και τα φαινόμενα τα οποία αντανακλούν τη θετική υγεία (ψυχική και κοινωνική ευεξία, φυσική κατάσταση, δεξιότητες, δυνατότητες, κ.ά.), όπως αυτά διαπλέκονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου «συστήματος». Ένα σύστημα που αποτελείται από επιμέρους στοιχεία, τα οποία όλα μαζί παράγουν το χαρακτηριστικό προϊόν του συστήματος: την υγεία, είτε πρόκειται για την ατομική υγεία, είτε για την υγεία ενός πληθυσμού (Τούντας,2002).

Είναι γνωστό ακόμα ότι ο τεράστιος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του. Παράγοντες γενετικοί, περιβαλλοντικοί (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία, συνθήκες εργασίας ρύπανση περιβάλλοντος) παράγοντες συνθηκών ζωής (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση, χρήση εθιστικών ουσιών, συμπεριφορά), παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και παράγοντες εκπαίδευσης υγείας επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του δίπολου υγείας-ασθένειας.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2002), οι δυνάμεις που επιδρούν στη διαμόρφωση των βασικών διαστάσεων της υγείας, μπορούν να ταξινομηθούν σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: στους βιολογικούς παράγοντες, που περιλαμβάνουν την ηλικία, το φύλο και

την κληρονομικότητα, στους ευρύτερους περιβαλλοντικούς και κοινωνικούς-οικονομικούς παράγοντες, στους παράγοντες του πιο άμεσου περιβάλλοντος, όπως είναι η κατοικία, η εργασία, οι υπηρεσίες υγείας και στους παράγοντες που σχετίζονται με τις στάσεις και τις συμπεριφορές. Με βάση μάλιστα τις συγκλίνουσες εκτιμήσεις, η υγεία ενός ατόμου ή ενός πληθυσμού εξαρτάται κατά 20% από τους βιολογικούς παράγοντες, κατά 20-30% από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, κατά 10-20% από τις υπηρεσίες υγείας και κατά 40-50% από την ανθρώπινη συμπεριφορά. Η κατανόηση της δράσης αυτών των παραγόντων, καθώς και του τρόπου αλληλεπίδρασής τους διευκολύνει τη διαμόρφωση μιας σύγχρονης, ολιστικής αντίληψης για τον προσδιορισμό της υγείας, σύμφωνα με την οποία:

*«Υγεία είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον, που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να ζει δημιουργικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του και τις επιδιώξεις του» (Τούντας,2002).*

Η ολιστική αυτή προσέγγιση τονίζει ιδιαίτερα τον πολυπαραγωγικό και πολυδιάστατο χαρακτήρα της υγείας, καθώς εκτιμάται ότι η υγεία συσχετίζεται θετικά περισσότερο με το περιβάλλον(φυσικό, κοινωνικό, πολιτιστικό), ενώ επηρεάζεται ταυτόχρονα από τη βιολογική υπόσταση του ατόμου (γενετική προδιάθεση).Στο πλαίσιο αυτό ,η αρρώστια εκλαμβάνεται ως μία αποτυχημένη προσπάθεια του οργανισμού να προσαρμοστεί στις συνεχείς προκλήσεις και απειλές που προέρχονται από το περιβάλλον (Σαρρής, 2001).

### **1.3 Συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία**

Ως συμπεριφορά ορίζεται κάθε ενέργεια ή εκδήλωση ενός ζωντανού οργανισμού που μπορεί να παρατηρηθεί με αντικειμενικές μεθόδους. Η συμπεριφορά, μαζί με τα συναισθήματα και τις σκέψεις, συγκροτούν την προσωπικότητα του ανθρώπου (Τούντας.2000).

Ο ρόλος της συμπεριφοράς σε θέματα υγείας και ασθένειας λαμβάνει όλο και μεγαλύτερη προσοχή, καθώς οι σύγχρονες αιτίες θανάτου είναι συνήθως οι χρόνιες ασθένειες(πχ., οι καρδιαγγειακές παθήσεις) παρά οι μολυσματικές ασθένειες και οι διατροφικές διαταραχές, που ταλαιπωρούσαν παλαιότερα τον κόσμο. Έτσι, ακόμα και μια σχετικά μικρή αλλαγή των συνηθειών που σχετίζονται με την υγεία (π.χ., αλλαγή των

διατροφικών συνηθειών ή διακοπή χρήσης καπνού), θα μπορούσε να συμβάλλει σημαντικά στην βελτίωση της ποιότητας, αλλά και της «ποσότητας» ζωής στις σύγχρονες κοινωνίες (Sarafino,1999). Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, τη διατήρηση και την προστασία της ή την έκθεσή της σε κίνδυνο, ονομάζονται συμπεριφορές υγείας (Καραδήμας, 2005).

Σύμφωνα με τον Καραδήμα (2005), όλα τα άτομα λαμβάνουν μέτρα για να προστατέψουν την υγεία τους ή για να αποφύγουν μία ασθένεια. Οι συμπεριφορές αυτές, που δρουν προστατευτικά για την υγεία και που ανήκουν στην ευρύτερη ομάδα των «συμπεριφορών υγείας», περιλαμβάνουν κάθε δραστηριότητα, την οποία τα άτομα ασκούν , προκειμένου να διατηρήσουν ή να προάγουν την υγεία τους, άσχετα από το αντιλαμβανόμενο επίπεδο της υγείας τους ή από το εάν η συμπεριφορά αυτή όντως επιτυγχάνει το στόχο της. Τέτοιες συμπεριφορές ή συνήθειες είναι: π.χ. ο επαρκής ύπνος, η σωστή διατροφή, η άσκηση, η χρήση ζωνών ασφαλείας, οι προληπτικοί ιατρικοί έλεγχοι κ.α.

Ο Sarafino(1999), ανακεφαλαιώνοντας τα ευρήματα διαφόρων ερευνών σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας, καταλήγει σε τρία συμπεράσματα: Πρώτον, αν και είναι σχετικά σταθερές, συχνά αλλάζουν στην πάροδο του χρόνου. Δεύτερον, οι συμπεριφορές υγείας δεν είναι ισχυρά συνδεδεμένες μεταξύ τους. Για παράδειγμα η υγιεινή διατροφή δεν συνάδει απαραίτητα με την αποφυγή του καπνίσματος. Τρίτον, οι συμπεριφορές υγείας δεν φαίνεται να καθορίζονται από μία μόνο ομάδα στάσεων ή σκέψεων ή μαθήσεων. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να αποφύγει το κάπνισμα, για να προστατέψει την υγεία του, αλλά ταυτόχρονα να αποφεύγει τα λιπαρά, μόνο για να διατηρήσει τη γραμμή του σώματός του.

Μία σημαντική προοπτική στη μελέτη των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, είναι το πώς αυτές αλλάζουν σε σχέση με την κατάσταση υγείας του ατόμου. Οι Kasl και Cobb (1966) περιέγραψαν τις ακόλουθες συμπεριφορές σε σχέση με την κατάσταση της υγείας:

- τις συμπεριφορές σε κατάσταση υγείας, οι οποίες αναφέρονται σε καθετί που κάνει το άτομο, όταν θεωρεί ότι είναι υγιές με στόχο της πρόληψη της ασθένειας ή τον γρήγορο εντοπισμό της σε ένα ασυμπτωματικό στάδιο (π.χ., άσκηση, υγιεινή διατροφή, τακτές επισκέψεις στον οδοντίατρο, περιοδικά τσεκ απ, εμβολιασμοί κ.α.)

- τις συμπεριφορές σε κατάσταση νόσου , που αναφέρονται σε καθετί που κάνει το άτομο, όταν αισθάνεται άρρωστο, με στόχο να προσδιορίσει το επίπεδο της υγείας του και να βρει μια κατάλληλη θεραπεία(π.χ., διατύπωση παραπόνων, αναζήτηση βοήθειας ή συμβούλων, επίσκεψη σε ιατρό κ.α.)
- τις συμπεριφορές σε κατάσταση ασθένειας, που περιλαμβάνουν ότι κάνει το άτομο για να γίνει καλά, όταν θεωρεί τον εαυτό του ασθενή (π.χ.,λήψη φαρμάκων, ειδικές θεραπείες, ανάπαυση κ.α.).Συνήθως αυτές οι συμπεριφορές σχετίζονται με την παραμέληση των καθημερινών δραστηριοτήτων και συνηθειών του ατόμου, ώσπου να θεραπευτεί.

Γενικά, τα άτομα αποκτούν όλες αυτές τις συμπεριφορές μέσα από τις διαδικασίες μάθησης, άμεσης ή έμμεσης (μέσω παρατήρησης). Αν οι συμπεριφορές εγκαθιδρυθούν, τείνουν να γίνουν συνήθειες υγείας, όπου το άτομο τις ασκεί αυτόματα και χωρίς συχνά να το συνειδητοποιεί (Καραδήμας,2005).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2:ΔΙΑΤΡΟΦΗ

### 2.1 Ορισμός- εννοιολογική προσέγγιση

Διατροφή είναι η επιστήμη της τροφής που σχετίζεται με την υγεία. Ο σύγχρονος κλάδος της επιστήμης της διατροφής αναπτύχθηκε από ενδιαφέρον για τη μελέτη των κλινικών νόσων που προκαλούνται από μια συγκεκριμένη διατροφική ανεπάρκεια, όπως π.χ. το σκορβούτο (προκαλείται από έλλειψη βιταμίνης C), για να επικεντρωθεί τελικά σε πιο σύνθετες καταστάσεις, όπως οι καρδιοπάθειες, ο διαβήτης και η οστεοπόρωση (ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος,1997).

Σύμφωνα με τον Τούντα (2000), η διατροφή είναι ένας από τους πιο σημαντικούς εξωγενείς παράγοντες που επηρεάζουν την ανθρώπινη υγεία. Η ίδια η ζωή των ανθρώπων εξαρτάται από τη δυνατότητα λήψης τροφής, ενώ η προστασία και η προαγωγή της υγείας συναρτώνται με το είδος και την ποσότητα της τροφής, καθώς και με τις διατροφικές συνήθειες. Τόσο η έλλειψη όσο και η υπερκατανάλωση τροφής μπορεί να προκαλέσουν την εμφάνιση ορισμένων νοσημάτων.

Σε αντίθεση με άλλους κλάδους όπου η τεχνολογία είναι η βασική παράμετρος, στον κλάδο των τροφίμων ο ανθρώπινος παράγοντας αποτελεί την κινητήρια δύναμη: τι θέλει να τρώει ο κόσμος. Οι περισσότεροι όμως άνθρωποι δεν γνωρίζουν με βεβαιότητα αν κάποιο τρόφιμο είναι καλό ή κακό για την υγεία (ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος,1997).

Για να διαλυθεί η σύγχυση αυτή που υπάρχει στο μυαλό του ανθρώπου, καλό είναι να έχει κατά νου τρία βασικά στοιχεία αναφορικά με την επιστήμη της διατροφής. Το πρώτο στοιχείο είναι ότι η επιστημονική μελέτη της επίδρασης της διατροφής στα περίπλοκα λειτουργικά συστήματα του ανθρώπινου σώματος είναι δύσκολη. Ένα δεύτερο στοιχείο είναι ότι τα αποτελέσματα του τρόπου διατροφής στην υγεία είναι συσσωρευτικά και εκδηλώνονται ύστερα από πολλά χρόνια, πολύ περισσότερα από το μέσο διάστημα που καλύπτουν οι περισσότερες έρευνες. Κατά συνέπεια, πρέπει να γίνει προέκταση των αποτελεσμάτων των ερευνών αυτών, δηλαδή τα αποτελέσματα να αναχθούν σε διάστημα ίσο με τη μέση διάρκεια ζωής, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο σφαλμάτων. Το τελευταίο στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη, είναι ότι πολλές από τις λεγόμενες «δυτικές ασθένειες» είναι τόσο περίπλοκες,

ώστε είναι απίθανο να βρεθεί ένας και μόνο παράγοντας που να ευθύνεται για την εκδήλωσή τους, ούτε και μία μόνο θεραπεία (ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος,1997).

## **2.2 Τα οφέλη της υγιεινής διατροφής στον ανθρώπινο οργανισμό**

Η υγιεινή διατροφή παρέχει όλες τις θρεπτικές ουσίες που χρειάζεται το σώμα ώστε να είναι υγιές. Έχει ποικιλία και είναι πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, ενώ περιέχει ελάχιστα κεκορεσμένα λιπαρά, τα οποία βρίσκονται σε προϊόντα του εμπορίου, το κρέας, το πλήρες γάλα, το βούτυρο και το τυρί. Η διατροφή πρέπει να καλύπτει τις ανάγκες του σώματος σε ενέργεια συμβάλλοντας παράλληλα στη διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους (Πετρίδη,2008).

Με την υγιεινή διατροφή, ελαττώνεται ο κίνδυνος καρδιοπαθειών και άλλων παθήσεων, όπως κάποιες μορφές καρκίνου και διαβήτη. Η υγιεινή διατροφή είναι ιδιαίτερα ευεργετική για την καρδιά . Επιδρά με διάφορους τρόπους όπως π.χ. βοηθά να διατηρείται η ποσότητα χοληστερίνης στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα, βοηθά στη βελτίωση της αρτηριακής πίεσης και στη διατήρηση του σωματικού βάρους. Εκτός από τα θέματα υγείας, η υγιεινή διατροφή μπορεί επίσης να βελτιώσει την αυτοπεποίθηση και την εμφάνιση (Πετρίδη,2008).

Πιο συγκεκριμένα, ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η υιοθέτηση των διατροφικών οδηγιών που απεικονίζονται στην πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης νόσων που σχετίζονται άμεσα με τη διατροφή (όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, παχυσαρκία, διαβήτης, κ.ά.) (Nestlé,1995). Πολλοί ταυτίζουν την Μεσογειακή διατροφή με άνοστα και άγευστα φαγητά. Πρόκειται όμως, για μια αποδεδειγμένα υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, η οποία είναι ταυτόχρονα και εύγεστη. Αυτό οφείλεται στα λαχανικά, στα όσπρια αλλά και στα δημητριακά, τα οποία μπορούν να σερβιριστούν γαρνιρισμένα με ελαιόλαδο και άφθονα δημητριακά.

## **2.3 Μεσογειακή διατροφή**

Στις αρχές της δεκαετίας του 1950 ξεκίνησε μία μεγάλη έρευνα, γνωστή ως η μελέτη των 7 χωρών, όπου μελετήθηκαν οι διατροφικές συνήθειες ανθρώπων από τις εξής χώρες: Γιουγκοσλαβία, Ελλάδα, ΗΠΑ, Ιαπωνία, Ιταλία, Ολλανδία και Φινλανδία. Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, που διήρκεσε 30 χρόνια, έδειξαν ότι οι Κρητικοί εμφάνιζαν το μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο, καθώς και τον μεγαλύτερο μέσο όρο ζωής. Από τότε πολλές επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει ότι το αποτέλεσμα αυτό είχε τις ρίζες του στην παραδοσιακή Μεσογειακή Διατροφή των Κρητικών εκείνης της εποχής.

Το «μυστικό» της μακροζωίας των μεσογειακών λαών και δη των Κρητικών ήταν η απλή και λιτή διατροφή τους, η οποία βασιζόταν σε φυτικά τρόφιμα, φρούτα, λαχανικά, μη επεξεργασμένα δημητριακά, ελαιόλαδο και κόκκινο κρασί. Ένας επιπλέον παράγοντας που συνέβαλε σημαντικά στην καλή υγεία των εν λόγω πληθυσμών ήταν και ο φυσικός τρόπος ζωής τους (εργασία στην ύπαιθρο), που είχε ως αποτέλεσμα να εμφανίζουν οι Κρητικοί μεγαλύτερα ποσοστά καθημερινής σωματικής δραστηριότητας από τους υπόλοιπους πληθυσμούς (Nestlé,1995).

Ως επακόλουθο αυτών των συμπερασμάτων, έγινε προσπάθεια από μία ομάδα επιστημόνων στο πανεπιστήμιο του Harvard, με τη συμβολή πολλών ελλήνων επιστημόνων, να διαμορφωθούν διατροφικές οδηγίες σε επίπεδο τροφίμων με βάση τις αρχές της παραδοσιακής Μεσογειακής Διατροφής. Οι διατροφικές αυτές οδηγίες διαμορφώθηκαν με τη μορφή μιας πυραμίδας. Πρόκειται για την πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής, που, όπως πολλές επιστημονικές μελέτες έχουν δείξει, έχει πολλά πλεονεκτήματα έναντι άλλων προτύπων διατροφής (Nestlé,1995).

Αρχικά, ένα από τα οφέλη της Μεσογειακής διατροφής είναι ότι προστατεύει την καρδιά αλλά και προφυλάσσει από σοβαρές ασθένειες. Υπάρχουν επιστημονικά στοιχεία που συσχετίζουν την Μεσογειακή διατροφή με την προστασία από το σακχαρώδη διαβήτη, την παχυσαρκία και από ορισμένες μορφές καρκίνου. Τα πλούσια σε φυτικές ίνες δημητριακά που αποτελούν τη βάση της μεσογειακής διατροφής, φαίνεται ότι έχουν προστατευτική δράση κατά του καρκίνου του μαστού, του ενδομήτριου και του προστάτη. Η κατανάλωση άφθονων φρούτων και λαχανικών, που αποτελεί ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της, φαίνεται ότι έχει αντικαρκινική δράση, ιδιαίτερα όσον αφορά τον καρκίνο του πεπτικού συστήματος καθώς και άλλες μορφές καρκίνου. Ωστόσο, οι ειδικοί επισημαίνουν ότι δεν μπορεί κάποιος να



απομονώσει ένα συγκεκριμένο τρόφιμο ή μια κατηγορία τροφίμων και να την εξάρει ως αντικαρκινική. Είναι το σύνολο της Μεσογειακής Διατροφής που δρα ευεργετικά για την υγεία και όχι οι μεμονωμένες τροφές. Τέλος, επειδή τα τρόφιμα της συγκεκριμένης διατροφής είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικές ουσίες, θεωρούνται εξαιρετικά ευεργετικά και αντιγηραντικά (Vita,2003).

Η πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής χωρίζεται σε τρία επίπεδα βάσει της συχνότητας κατανάλωσης των τροφίμων που απεικονίζει (σε μηνιαία, εβδομαδιαία και καθημερινή βάση). Η πυραμίδα έχει στη βάση της τα τρόφιμα που πρέπει να καταναλώνονται καθημερινά και σε σημαντικές ποσότητες, ενώ αντίθετα στην κορυφή της βρίσκονται οι τροφές που πρέπει να καταναλώνονται αραιά και σε μικρότερες ποσότητες. Τα κύρια χαρακτηριστικά της είναι ότι είναι πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και λίγο επεξεργασμένα δημητριακά (ολικής αλέσεως). Περιλαμβάνει την καθημερινή κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων και τη χρήση του ελαιολάδου ως το κύριο λίπος της διαίτας. Ακόμα, περιλαμβάνει την κατανάλωση ψαριών, πουλερικών και οσπρίων σε εβδομαδιαία βάση, ενώ προτείνει τον περιορισμό στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος (Willett et al,1995).

Σήμερα Μεσογειακή διατροφή ονομάζεται η διαίτα των Ελλήνων, Ιταλών, Αλβανών, Ισπανών, Κύπριων, συμπεριλαμβανομένων και των Πορτογάλων που έχουν παραπλήσιες διατροφικές συνήθειες. Εξαιρούνται μόνο κάποιοι από τους λαούς της Β. Αφρικής που έχουν εντελώς διαφορετική φιλοσοφία ζωής και αντίστοιχα διαφορετικά διατροφικά πρότυπα (Λάγιου,1996).

Πρωταρχικός στόχος των διατροφικών οδηγιών που βασίζονται στη Μεσογειακή διαίτα είναι η διατήρηση του βάρους του κάθε ατόμου σε υγιή επίπεδα. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τόσο η ποικιλία όσο και η ποσότητα κατανάλωσης των διαφόρων τροφών. Στην πυραμίδα δίνεται έμφαση στις συχνότητες κατανάλωσης και όχι στις ακριβείς ποσότητές τους σε γραμμάρια. Έτσι, ο αριθμός των μικρομερίδων που αναγράφονται σε αυτή είναι ενδεικτικός και αντιστοιχεί στον μέσο άνθρωπο. Οι ακριβείς ποσότητες της κάθε τροφής εξαρτώνται από το βάρος, το ύψος, την ηλικία, το φύλο και το βαθμό της σωματικής δραστηριότητας του κάθε ατόμου (Willett et al,1995).



## 2.4 Οι διατροφικές συνήθειες του Ελληνικού πληθυσμού

Η διατροφή του ελληνικού πληθυσμού, παρά τις μεταβολές που παρατηρήθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες, εξακολουθεί να προσεγγίζει την κλασική προστατευτική «μεσογειακή διατροφή». Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας Hellas Health I, όπου χρησιμοποιήθηκε δείκτης ισορροπημένης διατροφής, με κατώτατο όριο ικανοποιητικών τιμών το 28, ο ελληνικός πληθυσμός έχει μέση τιμή 26,6 .

Σύμφωνα με τα ευρήματα, η μέση κατανάλωση ψαριού και θαλασσινών είναι περίπου 100 γρ./εβδομάδα, η μέση κατανάλωση κοτόπουλου είναι 100 γρ./εβδομάδα ενώ η μέση κατανάλωση κόκκινου κρέατος φτάνει τα 140 γρ./εβδομάδα. Παράλληλα, η κατανάλωση

οσπρίων και ξηρών καρπών αγγίζει μόλις το 25% της συνιστώμενης ποσότητας. Όσον αφορά στα δημητριακά, η μέση κατανάλωση είναι περίπου 4 μερίδες, δηλαδή η μισή της συνιστώμενης (Τούντας,2007).

Σχετικά με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η μέση κατανάλωση είναι 2 φρούτα και 2 μερίδες λαχανικών την ημέρα, δηλαδή κατά 50% χαμηλότερη της συνιστώμενης. Η μέση κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων (γάλα, τυρί και γιαούρτι) είναι περίπου 2 μερίδες την ημέρα και είναι σύμφωνη με τις αρχές της Μεσογειακής Διατροφής. Η μέση κατανάλωση των γλυκών είναι περίπου 2 μερίδες ανά εβδομάδα, με ένα σημαντικό ποσοστό των νέων ηλικίας 18-34 ετών να καταναλώνουν περισσότερες από 3 μερίδες γλυκών εβδομαδιαίως (Τούντας,2007).

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα ευρήματα σχετικά με την εστίαση εκτός οικίας, με ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 43% να δηλώνει ότι τρώει τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα εκτός οικίας. Οι άντρες (50%), τα υψηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα (60%), οι ανύπαντροι (66%) και οι νέοι ηλικίας 18-24 ετών (70%) είναι οι ομάδες του πληθυσμού που τρώνε πιο συχνά εκτός οικίας.

Αξιοσημείωτο είναι επίσης, ότι περίπου το 52% των ατόμων είχαν πρωινό περισσότερες από τις μισές μέρες της εβδομάδας ενώ το 1/3 των ερωτηθέντων δεν καταναλώνει ποτέ πρωινό. Η συνήθεια του πρωινού σχετίζεται σημαντικά με τη διάσταση «ψυχική υγεία» της Ποιότητας Ζωής. Δηλαδή τα άτομα που συνηθίζουν να παίρνουν τακτικά πρωινό δηλώνουν και σημαντικά καλύτερη ψυχική υγεία σε σχέση με τα άτομα που δεν τρώνε πρωινό (Τούντας,2007). Επίσης, επιστημονική έρευνα έχει αποδείξει ότι η κατανάλωση πρωινού γεύματος επηρεάζει τις λειτουργίες εκείνες του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη μνήμη, τη συγκέντρωση, την ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, τη νοητική επίδοση, τη διάθεση και τη διαχείριση πολύπλοκων πληροφοριών. Αντιθέτως, η μη κατανάλωση πρωινού έχει συσχετισθεί θετικά με την εμφάνιση παχυσαρκίας (Τζεϊρανάκη,2010).

Σύμφωνα με μία ακόμη έρευνα για τις διατροφικές συνήθειες, που πραγματοποιήθηκε από τον Ανδρικόπουλο, στην Αθήνα, το Ηράκλειο, τα Γιάννενα, την Πτολεμαΐδα και τη Νεμέα Κορινθίας, από τον Απρίλιο έως και το Σεπτέμβριο του 2008, σε δείγμα 869 ανδρών και γυναικών, ηλικιών από 18 έως 55 χρόνων αναφέρεται ότι, παρόλο που η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας συστήνει δύο με τρεις μερίδες φρούτων καθημερινά, οι ερωτηθέντες, σε ποσοστό

38,5%, δήλωσαν ότι καταναλώνουν λιγότερες από τέσσερις μερίδες την εβδομάδα. Σχετικά με τα λαχανικά, το 17,9% δηλώνουν ότι προσπαθούν να καταναλώσουν τέσσερις έως πέντε μερίδες ημερησίως. Τέλος σε ποσοστό 49,6% οι Έλληνες δηλώνουν πως καταναλώνουν κόκκινο κρέας περισσότερο από μία ή δύο φορές την εβδομάδα (Ευτυχίδου,2009).

Σύμφωνα με τα στοιχεία του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ) για το 2003, οι Έλληνες καταναλώνουν, κατά μέσο όρο, 422,7 κιλά φρούτων και λαχανικών το χρόνο, ποσότητα που κατατάσσει την Ελλάδα πρώτη μεταξύ των 15 παλαιότερων κρατών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, με 3.666 θερμίδες ανά ημέρα, ο ελληνικός πληθυσμός βρίσκεται στην 5η θέση, σε ό,τι αφορά στην πρόσληψη θερμίδων. Η μέση κατανάλωση ζάχαρης, το 2003, ήταν για την Ελλάδα 35,2 κιλά κατ' άτομο ετησίως. Μόνο 4 χώρες είχαν χαμηλότερη κατανάλωση στην Ε.Ε. των 15. Μεταξύ των ίδιων κρατών, η Ελλάδα ήταν δεύτερη στην ημερήσια πρόσληψη πρωτεϊνών (117,2 γρ./άτομο) και έκτη στην ημερήσια πρόσληψη λίπους (144,9 γρ./άτομο)( Τούντας, 2007).

Ωστόσο, τα ευρήματα της μελέτης EPIC (Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας) έδειξαν ότι οι σύγχρονοι Έλληνες έχουν μειώσει την κατανάλωση φρούτων, οσπρίων και ελαιόλαδου και έχουν αυξήσει την κατανάλωση κρέατος και τυριού και κατά συνέπεια την πρόσληψη κορεσμένων λιπιδίων. Στην μελέτη αυτή επίσης παρουσιάστηκε η αύξηση πρόσληψης κορεσμένων λιπιδίων ζωικής προέλευσης και μείωση στην πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων (κυρίως από το ελαιόλαδο), καθώς και δυσμενείς μεταβολές σε διατροφοεξαρτώμενους δείκτες (αύξηση στο επιπολασμό της υπέρτασης, στα επίπεδα χοληστερόλης αίματος και δείκτη μάζας σώματος) (Naska et al,2005).

Με την κακή διατροφή συνδέεται και ο υψηλός επιπολασμός της υπερχοληστερολαιμίας στον ελληνικό πληθυσμό. Σύμφωνα με την Hellas Health I, το 9,1% του πληθυσμού δηλώνει ότι έχει υψηλές τιμές χοληστερόλης, ενώ οι εκτιμήσεις του ΠΟΥ αποδίδουν στην υπερχοληστερολαιμία περισσότερους από 12.000 θανάτους ετησίως(Τούντας,2007).

Σύμφωνα με τη μελέτη «Αττική», πραγματοποιήθηκε εκτίμηση των διατροφικών συνθηκών μέσω ερωτηματολογίου, σε δείγμα 3.042 ατόμων εκ των οποίων τα 1.514 είναι άντρες και τα 1.528 είναι γυναίκες. Η μελέτη «Αττική» είναι μία διαχρονική μελέτη παρακολούθησης δείγματος του γενικού πληθυσμού. Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελεί το 40% του γενικού πληθυσμού (αντιπροσωπευτικό δείγμα) και απαρτίζεται από άτομα αστικών,

ημιαστικών και αγροτικών περιοχών. Όπως προέκυψε από τα αποτελέσματα φαίνεται αυξημένη η κατανάλωση κόκκινου κρέατος με ταυτόχρονη μείωση της πρόσληψης πουλερικών και ψαριών, μειωμένη κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων καθώς επίσης και αυξημένη κατανάλωση γλυκών σε σχέση με τις συνιστώμενες προσλήψεις. Αντίθετα, η κατανάλωση οσπρίων, φρούτων, λαχανικών, ελαιόλαδου και δημητριακών φαίνεται ικανοποιητική σύμφωνα πάντα με τις συνιστώμενες προσλήψεις. Επίσης, η πρόσληψη φρούτων, λαχανικών και δημητριακών βρίσκεται σε καλά επίπεδα συγκριτικά με την κατανάλωση που παρατηρείται στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Η μελέτη περιλάμβανε και την εκτίμηση της Μεσογειακής διατροφής η οποία βρέθηκε σχετικά χαμηλή τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες ανεξαρτήτου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, ενώ είχε αντίστροφη σχέση με την ηλικία (Αρβανίτη,2007).

Επιπροσθέτως, πανελλαδική μελέτη που διενήργησε το ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος (1997) σε δείγμα 1300 ατόμων ηλικίας άνω των 15 ετών, έδειξε ότι οι Έλληνες δεν καταναλώνουν στον βαθμό που συνιστάται από την πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής δημητριακά και τα προϊόντα τους, λαχανικά και φρούτα, και στον αντίποδα τρώνε πολύ κόκκινο κρέας και αρκετά περισσότερες πατάτες. Συγκεκριμένα, καταναλώνουν 46% λιγότερα δημητριακά, 60% λιγότερα φρούτα, 70% λιγότερα λαχανικά, 80% περισσότερες πατάτες και 340% περισσότερο κόκκινο κρέας από τις συνιστώμενες ποσότητες της Μεσογειακής Διατροφής. Από την έρευνα προέκυψε, ακόμη, ότι μόλις 4 στους 10 εφήβους ηλικίας 15-17 ετών τρώνε φρούτα μία φορά την ημέρα ή συχνότερα. Όσον αφορά στην κατανάλωση γλυκών, μέχρι και την ηλικιακή ομάδα των 35-44 ετών, καταναλώνονται από 50% έως και 100% περισσότερο από τις προτεινόμενες ποσότητες των διατροφικών οδηγιών, ενώ μετά τα 45 έτη η κατανάλωσή τους μειώνεται θεαματικά. Τέλος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα γαλακτοκομικά προϊόντα, στο σύνολό τους, καταναλώνονται σύμφωνα με τις διατροφικές οδηγίες, χωρίς να παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις από ηλικία σε ηλικία.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι ο Ελληνικός πληθυσμός διατηρεί αρκετά στοιχεία της Μεσογειακής διατροφής με ορισμένες αποκλίσεις που δείχνουν μια τάση υιοθέτησης «Δυτικοποιημένου» τρόπου διατροφής. Σύμφωνα με τον Καφάτο και συν(1998) οι Έλληνες αναγνωρίζουν ως βασικό προσδιορισμό της υγιεινής διατροφής την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών- πιθανόν λόγω της αφθονίας αυτών στη χώρα- καθώς και τη μείωση του λίπους, γεγονός που βεβαιώνει ότι γνωρίζουν τις βασικές αρχές μιας υγιεινής διατροφής, αλλά σε

ποσοστό μεγαλύτερο από 50% δεν σκέφτονται την υγιεινή διατροφή ούτε κάνουν αλλαγές στη διατροφή τους. Οι λόγοι που αναφέρονται ως εμπόδια για την υγιεινή διατροφή είναι η αδυναμία παραίτησης από τις αγαπημένες τροφές, η έλλειψη ισχυρής θέλησης και οι ακανόνιστες ώρες δουλειάς.

## 2.5 Οι διατροφικές συνήθειες των εργαζόμενων

Το οκτάωρο της εργασίας αντιπροσωπεύει το 1/3 της ημέρας. Αν σε αυτό προσθέσει κανείς τον χρόνο μετακίνησης προς και από αυτή, τότε σχεδόν το μισό της μέρας οι άνθρωποι βρίσκονται εκτός σπιτιού. Αν σε αυτό συνεκτιμηθεί το γεγονός ότι πολλοί εργαζόμενοι ακολουθούν κυκλικό ή και σπαστό ωράριο με βάρδιες, το θέμα του φαγητού αντιμετωπίζεται δύσκολα.

Σύμφωνα με τον Παπαλαζάρου (2009), ένα από τα συχνότερα διατροφικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν πλέον οι εργαζόμενοι είναι η έλλειψη χρόνου για την κατανάλωση του κυρίως γεύματος το μεσημέρι. Αναπόφευκτα για πολλούς το κυρίως γεύμα που έχει μαγειρευτεί στο σπίτι μετατίθεται στις βραδινές ώρες. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι αναγκάζονται να μένουν νηστικοί για πολλές ώρες, να τρώνε μια φορά την ημέρα και αργά το βράδυ και να καταναλώνουν πολλά έτοιμα γεύματα από έξω. Τα γεύματα αυτά συνήθως είναι πλούσια σε λιπαρά και φτωχά σε θρεπτικά συστατικά. Αυτό οδηγεί σε απώλεια της ενέργειας (ζωτικότητας) και των αμυνών του οργανισμού, σε προσθήκη βάρους και σε κακή ψυχολογική κατάσταση και κατάσταση υγείας. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι το σώμα για να λειτουργήσει σωστά έχει ανάγκη από την ενέργεια και τα θρεπτικά συστατικά όλη την ημέρα και όχι μια φορά την ημέρα. Ωστόσο με λίγη προσπάθεια και θέληση ο εργαζόμενος μπορεί να έχει μια καλή διατροφή (Μπάμπου και Μανωλαράκης, 2008).

Οι πιο πολλοί άνθρωποι έχουν την κακή συνήθεια να ξεκινούν τη μέρα τους χωρίς να τρώνε πρωινό. Είναι ίσως και το πιο σημαντικό και καθοριστικό λάθος που κάνουν και που σημαδεύει την διατροφική τους συμπεριφορά για το υπόλοιπο της ημέρας. Υπάρχουν αναρίθμητες μελέτες που τεκμηριώνουν την σπουδαιότητα του σωστού πρωινού. Μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα άτομα που καθημερινά τρώνε πρωινό είναι πιο δραστήρια, έχουν μεγαλύτερη ενεργητικότητα και καλύτερη αντίληψη στον χώρο της εργασίας. Ακόμα

καταναλώνουν μικρότερη ποσότητα φαγητού στην διάρκεια της ημέρας και νοιώθουν λιγότερο έντονα το αίσθημα της πείνας. Πρέπει να τονιστεί επίσης ότι το σώμα δεν λαμβάνει τροφή κατά την διάρκεια του 6ωρου – 8ωρου ύπνου με αποτέλεσμα να μην αναπληρώνει τα αποθέματά του σε θρεπτικά συστατικά (Μπάμπου και Μανωλαράκης,2008). Για το λόγο αυτό, σύμφωνα με τον Παπαλαζάρου (2008) η κατανάλωση πρωινού είναι απαραίτητη για τη σωστή ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Ένα πλούσιο πρωινό βοηθά επιπλέον στην ενεργοποίηση του μεταβολισμού.

Επίσης, στις ώρες του ύπνου ο οργανισμός δεν ενυδατώνεται. Γι' αυτό το λόγο, αμέσως μετά το πρωινό ξύπνημα, θα πρέπει να καταναλωθεί ένα ποτήρι νερό. Ο συνδυασμός χυμού, γαλακτοκομικών και δημητριακών, αποτελεί μια καλή διατροφική επιλογή που χορηγεί μια μεγάλη γκάμα θρεπτικών συστατικών στον οργανισμό και βοηθά στην καλή λειτουργία του εντέρου. (Μπάμπου και Μανωλαράκης,2008).

Ο σημαντικότερος παράγοντας που μπορεί να διαμορφώσει λανθασμένες διατροφικές συμπεριφορές σε έναν εργαζόμενο είναι η ελλιπής ενημέρωσή του πάνω σε θέματα διατροφής αλλά και οι κακές συνθήκες σίτισης στους εργασιακούς χώρους. Δεδομένου ότι κάθε εργαζόμενος περνά αρκετές ώρες της ημέρας στο χώρο εργασίας, η ποιότητα της διατροφής του στην εργασία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην επίτευξη μίας συνολικά ισορροπημένης διατροφής. Αποτελέσματα πρόσφατων επιδημιολογικών ερευνών δείχνουν ότι οι εργαζόμενοι συχνά υιοθετούν λανθασμένες διατροφικές συνήθειες τόσο σε επίπεδο ποιότητας τροφίμων όσο και σε επίπεδο θερμιδικού περιεχομένου των επιλογών τους (Παπαλαζάρου,2008). Έρευνα του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου έδειξε ότι τόσο οι γυναίκες όσο και οι άνδρες επισκέπτονται το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους (Καπίρη, χχ). Όπως αναφέρει η Καλλιανιώτη (2009) λίγοι είναι αυτοί που εφαρμόζουν τη συνήθεια του «τάπερ». Αντίθετα, το σπιτικό φαγητό στο γραφείο έχει γίνει πλέον καθημερινή συνήθεια των εργαζομένων σε χώρες του εξωτερικού.

Υπάρχουν ωστόσο έρευνες που υποστηρίζουν ότι υπάρχουν διαφορές στις διατροφικές συνήθειες μεταξύ αντρών και γυναικών. Φαίνεται μάλιστα ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να ακολουθούν τις διατροφικές συστάσεις για την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συμπεριφορών σε αντίθεση με τους άντρες όπου η διατροφή τους συχνά χαρακτηρίζεται φτωχική (Abel and McQueen, 1994). Οι λόγοι που προτείνονται για τη συμπεριφορά αυτή των γυναικών και τη μεγαλύτερη συνείδηση τους σε θέματα υγείας περιλαμβάνουν τόσο την

ανησυχία για την εμφάνιση τους καθώς και την εναρμόνιση τους με τα κοινωνικά πρότυπα ( Ross et all, 1998).

Χειρότερο ωστόσο θεωρείται, σύμφωνα με τους Μπάμπου και Μανωλαράκη(2008), όταν κάποιος κάτω από την πίεση της δουλειάς ή από την έλλειψη χώρου(καφετέρια, εστιατόριο)ή και τροφής μένει νηστικός στην εργασία. Τότε η πείνα θα «ξεσπάσει» στο μεσημεριανό γεύμα και πιθανότατα να τρώει την υπόλοιπη μέρα στο σπίτι. Ακόμα όμως και αυτοί που θέλουν να προσέξουν την διατροφή τους στο χώρο της δουλειάς αντιμετωπίζουν αρκετά προβλήματα. Πάντα θα υπάρχει κάποιος συνάδερφος που θα γιορτάζει κάποια γενέθλια ή κάποια προσωπική στιγμή. Όλο και κάποιο γλυκό ή κέρασμα θα βρίσκεται κάπου εκεί κοντά και θα αποτελεί ένα διαρκή πειρασμό στον οποίο αργά ή γρήγορα ο εργαζόμενος θα υποκύψει.

Αρκετοί ωστόσο, αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα με το φαγητό και τα κιλά τους όταν στον χώρο εργασίας τους υπάρχει οργανωμένη τραπεζαρία με μαγειρεμένο φαγητό. Αν κάποιος ακολουθήσει τη στιγμιαία παρόρμηση της όρεξης του τότε μπορεί να παρασυρθεί και να καταναλώσει αρκετά μεγάλη ποσότητα φαγητού. Πολλές φορές το φαγητό είναι μαγειρεμένο με πολλά λιπαρά. Άλλες πάλι φορές το αλάτι υπερβαίνει το κανονικό. Σε καμία περίπτωση το φαγητό της τραπεζαρίας δεν είναι σαν το σπιτικό. Και όσο νόστιμο και να είναι δεν πρέπει να υπάρχει μονοτονία στις διατροφικές επιλογές. Εβδομαδιαία ένας άνθρωπος πρέπει να καταναλώνει μια μεγάλη ποικιλία φαγητών (κρέας, ψάρι, κοτόπουλο, όσπρια, ρύζι, λαδερά κλπ) (Μπάμπου και Μανωλαράκης,2008).

Αν και οι περισσότεροι στρέφουν την προσοχή τους στο τι τρώνε στο χώρο του γραφείου, το μεγαλύτερο πρόβλημα έχει να κάνει με την κατανάλωση του νερού. Αν και η ποσότητα του νερού που πρέπει να καταναλώνει καθημερινά κάποιος είναι 6-8 ποτήρια αυτή συνολικά δεν υπερβαίνει τα 2-3. Στον εργάσιμο χρόνο και ειδικότερα στο γραφείο η κατανάλωση νερού σε πολλές περιπτώσεις δεν ξεπερνά το 1 ποτήρι. Πολλοί κάνουν το λάθος να θεωρούν τον καφέ που πίνουν σαν νερό. Το πρόβλημα έχει να κάνει με την καφεΐνη (ή με τις ταννίνες στο τσάι )που είναι διουρητική ουσία. Έτσι για κάθε φλιτζάνι τσαγιού καφέ που καταναλώνει, το σώμα αποβάλλει περίπου 1 ½ που σημαίνει ότι προοδευτικά το σώμα αφυδατώνεται (Μπάμπου και Μανωλαράκης,2008).

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται για όσους εργάζονται σε βάρδιες. Οι άνθρωποι αυτοί παρουσιάζουν με μεγαλύτερη συχνότητα, από ό,τι οι υπόλοιποι εργαζόμενοι, στομαχικές



διαταραχές, διάθεση για κατανάλωση φαγητού σε μη τακτά χρονικά διαστήματα, σημαντική απώλεια ή πρόσληψη βάρους. Πιθανή εξήγηση είναι η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων καφεΐνης για να μείνουν ξύπνιοι, όσοι έχουν νυχτερινή βάρδια, το πρόχειρο φαγητό και τα σνακ που τρώνε συχνά, η έλλειψη προγραμματισμένων γευμάτων κάθε μέρα και το γεγονός ότι δεν είναι εύκολο, λόγω ωραρίου να γυμναστούν.

## **2.6 Οι διατροφικές συνήθειες γιατρών και νοσηλευτών**

Μέσα από το κυκλικό ωράριο εργασίας οι νοσηλευτές αλλά και οι γιατροί βιώνουν έντονα συναισθήματα, όπως της δυσαρέσκειας του επαγγελματικού στρες καθώς και καταστάσεις που μεταβάλλουν τη ζωή και τις καθημερινές τους συνήθειες, συμπεριλαμβανομένων και των διατροφικών τους συνθηκών, που αποτελούν ένα πολύ σημαντικό παράγοντα για την υγεία.

Σε πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης με θέμα τις διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών/τριών στο ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου προέκυψε ότι το επίπεδο των γνώσεων του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής είναι αρκετά ικανοποιητικό. Συγκεκριμένα, 146 άτομα από το δείγμα δήλωσαν ότι γνωρίζουν πολύ καλά τη μεσογειακή διατροφή. Οι περισσότεροι είχαν ως κύρια πηγή ενημέρωσης τον ημερήσιο τύπο (79%). Μεγάλο είναι επίσης το ποσοστό του νοσηλευτικού προσωπικού που είχε ενημερωθεί από τα ΜΜΕ(67,5%)(Μακρή και Πλίγκου,2008).

Από την καταγραφή και ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι το 32,5% από το δείγμα του νοσηλευτικού προσωπικού λαμβάνει πρωινό καθημερινά, το οποίο είναι υπεύθυνο για την αποδοτικότητα και δημιουργικότητα του ατόμου κατά τη διάρκεια της ημέρας καθώς βοηθά και στην πνευματική διαύγεια. Το 61,8%, ωστόσο δήλωσε ότι δεν λαμβάνει πρωινό κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου, ποσοστό αρκετά υψηλό σε σχέση με προηγούμενη έρευνα του 2002 που ήταν 46%. Λόγω συνήθειας δεν λαμβάνει το 30,2%, ενώ ένα ποσοστό 51% καταναλώνει μόνο καφέ για πρωινό (Μακρή και Πλίγκου,2008).

Η υπερκατανάλωση ωστόσο καφεΐνης μπορεί να οδηγήσει σε διαταραχές ύπνου, αφυδάτωση και αγχώδη διαταραχή. Σε αντίστοιχη έρευνα που έγινε στην Πολωνία διαπιστώθηκε ότι κατά τη νυχτερινή βάρδια ποσοστό 99% καταναλώνει μόνο καφέ.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, η έλλειψη χρόνου είναι μια σημαντική αιτία και για τη μη κατανάλωση σπιτικού φαγητού, καθώς σε 116 άτομα καταγράφηκε ως η κυριότερη αιτία. Γενικά το ποσοστό που καταναλώνει σπιτικό φαγητό καθημερινά κυμαίνεται στο 65,5%, ποσοστό ίδιο με αντίστοιχη έρευνα του 2004 από τις Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου και αρκετά χαμηλό σε σχέση με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το ΤΕΙ Πάτρας που ήταν 94%. Κατά συνέπεια ένα μεγάλο μέρος της διατροφής των νοσηλευτών καλύπτεται πολλές φορές με την κατανάλωση πρόχειρων, υψηλών σε λιπαρά γευμάτων (Μακρή και Πλίγκου,2008).

Είδος καθημερινής και πολύ συχνά καταναλωμένης τροφής φάνηκε ότι αποτελεί το κρέας με ποσοστό 88,5% γεγονός που αποκλίνει από το πρότυπο της υγιεινής διατροφής, όπως αυτό περιγράφεται από τη μεσογειακή δίαιτα (Μακρή και Πλίγκου,2008). Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία το 1995 από τους Callaghan et al βρέθηκε ότι το 66% των νοσηλευτών περιλαμβάνει το κόκκινο κρέας στο καθημερινό του διαιτολόγιο. Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Εθνικό Δίκτυο Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας από τον Τούντα σε 13 νοσοκομεία της Ελλάδας( Αρέταιειο, Αιγινήτειο, Αγία Όλγα, Ευαγγελισμός, Σωτηρία, 1<sup>ο</sup> ΙΚΑ Πεντέλης, Σισμανόγλειο, Ωνάσειο, Αλεξάνδρα, Ιπποκράτειο, Αγία Ελένη, Ανδρέας Συγγρός και Γενικό Νοσοκομείο Σερρών) αποδείχθηκε ότι γιατροί και νοσηλευτές δεν τρώνε φρούτα και λαχανικά (περίπου οι 6 στους 10), αντίθετα προτιμούν το κόκκινο κρέας περισσότερο από δύο φορές την εβδομάδα (ο ένας στους 4). Υψηλότερη ωστόσο κατανάλωση κρέατος κάνουν κυρίως οι νοσοκομειακοί γιατροί (Κέζα,2009).

Αυτό που επίσης διαπιστώθηκε από την έρευνα του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, είναι ότι η κατανάλωση κρέατος γίνεται σε συνδυασμό με ζυμαρικά και λαχανικά καθώς δήλωσαν ότι καταναλώνουν ζυμαρικά 162 άτομα και λαχανικά 178 άτομα, γεγονός που δείχνει ότι κατά κάποιο τρόπο τηρείται το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση υδατανθράκων , που βρίσκονται κυρίως στα σιτηρά και τα προϊόντα τους (δημητριακά , ψωμί , ρύζι και μακαρόνια), στα φρούτα , στα λαχανικά , στο γάλα και τα γαλακτοκομικά. Σύμφωνα με τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων επίσης προέκυψε ότι μόλις το 1,5 % του δείγματος δεν καταναλώνει ποτέ γαλακτοκομικά προϊόντα

και το 0,5 % φαίνεται να μην καταναλώνει ποτέ φρούτα και λαχανικά(Μακρή και Πλίγκου,2008). Τα αποτελέσματα αυτά ταυτίζονται με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε Καναδούς γιατρούς όπου διαπιστώθηκε ότι καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά 4,8 φορές κατά μέσο όρο την ημέρα (Frank and Segura, 2009).

Από το ερωτηματολόγιο επίσης, προέκυψαν στοιχεία για τα προϊόντα που καταναλώνουν οι νοσηλευτές στο κυλικείο, όπου επιβεβαιώνεται η απομάκρυνση από τη μεσογειακή δίαιτα καθώς καταναλώνουν κυρίως καφέ και τυρόπιτες με ποσοστά 59% και 58,5% αντίστοιχα, ενώ τα γαλακτοκομικά και οι ξηροί καρποί καταλαμβάνουν την τελευταία θέση στις προτιμήσεις τους (Μακρή και Πλίγκου,2008).

Τέλος, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε επίσης από τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης σχετικά με τον τρόπο ζωής των νοσηλευτών του Πανεπιστημιακού και Βενιζέλειου νοσοκομείου Ηρακλείου βρέθηκε ότι το 59% του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού δεν ακολουθεί υγιεινή διατροφή. Συγκεκριμένα, δεν καταναλώνει πολλά φρούτα, λαχανικά, ψάρι και δημητριακά, όπως φαίνεται και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ισραήλ το 2009 από τους Danit et all, ενώ οι ιατροί και οι νοσηλευτές φαίνεται να προτιμούν να καταναλώνουν συχνά φαγητά που δεν χρειάζονται μεγάλη προετοιμασία, όπως για παράδειγμα ζυμαρικά. Αυτό εν μέρει οφείλεται στους ρυθμούς εργασίας που ακολουθούν, η οποία λόγω του εναλλασσόμενου ωραρίου, δεν τους επιτρέπει να αφιερώσουν αρκετό χρόνο για να ασχοληθούν με το διαιτολόγιό τους (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου,2004).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΘΛΗΣΗ**

### **3.1 Εννοιολογική προσέγγιση.**

Ως φυσική άσκηση συνήθως ορίζεται η σωματική κίνηση που παράγεται από τους σκελετικούς μύες με την κατανάλωση ενέργειας και που επιδρά θετικά στην υγεία. Η γυμναστική, εξάλλου, αποτελεί τύπο φυσικής άσκησης, με σχεδιασμένες, οργανωμένες και επαναλαμβανόμενες σωματικές κινήσεις, για τη βελτίωση ή διατήρηση μιας ή περισσότερων συνιστωσών της σωματικής ευεξίας (Τούντας, 2001).

Η επίδραση της φυσικής άσκησης στην υγεία ήταν γνωστή σε όλες τις περιόδους της ανθρώπινης ιστορίας. Όσο, βέβαια, οι άνθρωποι ζούσαν και εργάζονταν στην ύπαιθρο, ως κυνηγοί, γεωργοί ή πολεμιστές, η άσκηση του σώματος ήταν δεδομένη, λόγω της φύσης της ενασχόλησής τους. Ως ξεχωριστή και αναγκαία δραστηριότητα η άσκηση προέκυψε με τον

εκπολιτισμό και την αστικοποίηση, που περιόρισαν την καθημερινή σωματική δραστηριότητα (Τούντας, 2001).

Δεν είναι τυχαίο, λοιπόν, ότι η φυσική άσκηση, ως γυμναστική ή αθλητισμός, αναδεικνύεται σε σημαντική δραστηριότητα σε όλους τους αρχαίους πολιτισμούς, έστω κι αν αποτελούσε κατά κανόνα αποκλειστικά ανδρική υπόθεση. Σε ορισμένες μάλιστα περιπτώσεις, όπως στην αρχαία Ελλάδα και αργότερα στη Ρώμη, οι άνδρες της ιθύνουσας τάξης ξόδευαν για τη σωματική άσκηση περισσότερες ώρες απ' ό,τι για οποιαδήποτε άλλη καθημερινή τους ενασχόληση. Ο Πλούταρχος στο "Περί παιδων" αγωγής είναι ιδιαίτερα σαφής όταν δηλώνει «περί μεν την του σώματος επιμέλειαν διττάς εύρον επιστήμας οι άνθρωποι, την Ιατρικήν και την Γυμναστικήν, ων η μεν την υγείαν η δε την ευεξίαν εντίθεισι» (Τούντας, 2001). Αυτό επιβεβαιώνεται και από πιο σύγχρονα ευρήματα της μελέτης Attica που πραγματοποιήθηκε σε γενικό πληθυσμό από τη Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου σε συνεργασία με το τμήμα διατροφής του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου που αναφέρει ότι οι γυναίκες ασκούνται λιγότερο από τους άντρες (Νέτα, 2008).

### **3.2 Τα οφέλη της άθλησης στον ανθρώπινο οργανισμό.**

Σε ένα πρόσφατο EUFIC Review (Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Πληροφόρησης για τα Τρόφιμα) σχετικά με τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας, Οι Biddle et all (2000) του Πανεπιστημίου του Bristol αναφέρουν ότι πολλές έρευνες δείχνουν ότι όσοι είναι σωματικά δραστήριοι, ιδίως από τη μέση ηλικία και μετά, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να αποφύγουν τον πρόωρο θάνατο και τις σοβαρές παθήσεις. Μάλιστα, η προστατευτική επίδραση της σωματικής δραστηριότητας είναι ανάλογη αυτής που χαρίζει η αποφυγή του καπνίσματος. Τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας είναι πολλά και περιλαμβάνουν τα εξής:

#### **Μειωμένος κίνδυνος παχυσαρκίας και διατήρηση ενός φυσιολογικού βάρους.**

Όλο και περισσότερα στοιχεία συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι η μειωμένη σωματική δραστηριότητα αποτελεί σημαντικό παράγοντα αύξησης της παχυσαρκίας.

(www.eufic.org) Είναι ευρέως γνωστό ότι η ποσότητα και ο τύπος της σωματικής δραστηριότητας στην οποία συμμετέχει ο κάθε άνθρωπος παίζει σημαντικό ρόλο στην υγεία και το σωματικό του βάρος, το οποίο διακρίνεται σε: λιποβαρές, φυσιολογικό, υπέρβαρο, ήπια παχύσαρκο, μέτρια παχύσαρκο και σοβαρά παχύσαρκο βάση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Η κατηγοριοποίηση του σωματικού βάρους γίνεται παγκοσμίως μέσω του δείκτη μάζας σώματος.  $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Β}\acute{\alpha}\rho\omicron\varsigma \text{ (σε κιλά)}/\Upsilon\psi\omicron\varsigma \times \Upsilon\psi\omicron\varsigma \text{ (σε μέτρα)}$  ( Αλόγλου και Ντουντουλάκη , 2008).

Κατηγοριοποίηση σωματικού βάρους σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας-		
Λιποβαρές	Κάτω από 18.5	Χαμηλός (αλλά αυξημένος κίνδυνος άλλων κλινικών προβλημάτων)
"Φυσιολογικού" σωματικού βάρους	18.5-24.9	Μέσος
Υπέρβαρο	25.0-29.9	Αυξημένος
Ήπια παχύσαρκο	30.0-34.9	Πολύ αυξημένος
Μέτρια παχύσαρκο	35.0-39.9	Σοβαρός
Σοβαρά παχύσαρκο	>=40	Πολύ σοβαρός

Το αυξημένο βάρος είναι επιβλαβές για το σώμα, γιατί στα άτομα με υπερβάλλον σωματικό βάρος, οι ιστοί και οι γύρω αρθρώσεις δέχονται μεγαλύτερες τάσεις. Επιπρόσθετα, αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης μερικών τύπων καρκίνου (όπως καρκίνου του παχέος εντέρου, του μαστού, των νεφρών), διαβήτη και νοσημάτων της καρδιάς. Συμπερασματικά, τα άτομα που ασκούνται τακτικά μπορούν, όχι μόνο να διατηρήσουν ένα υγιές σωματικό βάρος, αλλά και να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων ασθενειών, καθώς και να έχουν πιο υγιή οστά και αρθρώσεις ( Αλόγλου και Ντουντουλάκη , 2008).

Πολλές έρευνες κατέδειξαν τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας και της καλής φυσικής κατάστασης κατά της παχυσαρκίας. Επίσης, η σωματική δραστηριότητα

φαίνεται να συντελεί στην προστασία κατά της αύξησης του σωματικού βάρους που συχνά εμφανίζεται στη μέση ηλικία (Erllichman et al, 2002).

Το Επίπεδο Σωματικής Δραστηριότητας (Physical Activity Level/PAL) του κάθε ατόμου υπολογίζεται από το πηλίκο της Συνολικής Ενεργειακής Δαπάνης και της Ενεργειακής Δαπάνης Ηρεμίας καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας (24 ώρες). Σε γενικές γραμμές, όσο πιο δραστήριο είναι ένα άτομο, τόσο μεγαλύτερο είναι το Επίπεδο Σωματικής του Δραστηριότητας (PAL). Χαμηλό PAL θεωρείται το  $< 1,49$  μέτριο  $\sim 1,5$  και αυξημένο το  $> 1,9$  (Biddle et al, 2000).

Ένα Επίπεδο Σωματικής Δραστηριότητας της τάξεως του  $\sim 1,8$  είναι απαραίτητο προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η αύξηση βάρους. Το επίπεδο αυτό αντιστοιχεί σε μέτρια σωματική δραστηριότητα, π.χ. περπάτημα της νοικοκυράς, του πωλητή, του μηχανικού, του εμπόρου (Biddle et al, 2000).

Για να εναρμονιστούν τα παραπάνω με τις συστάσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) που προτείνει 30 λεπτά σωματικής δραστηριότητας τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας, τα περισσότερα άτομα θα πρέπει να συμπεριλάβουν λίγες επιπλέον δραστηριότητες στη διάρκεια της ημέρας τους. Τα άτομα με έντονη δραστηριότητα θα έχουν μεγαλύτερο Επίπεδο Σωματικής Δραστηριότητας, καθώς ξοδεύουν περισσότερη ενέργεια (Biddle et al, 2000).

Αντίθετα, έχει φανεί ότι το χαμηλό και μέτριο Επίπεδο Σωματικής Δραστηριότητας σχετίζεται με αύξηση του ποσοστού σωματικού λίπους τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Συνεπώς, 60-90 λεπτά ζωηρό περπάτημα (ή κάποιας άλλης ισοδύναμης δραστηριότητας) την ημέρα, είναι απαραίτητα, για να υπάρχει διατήρηση σταθερού βάρους. Αν και η μείωση της ενεργειακής πρόσληψης μπορεί να συμβάλει στη διατήρηση της ενεργειακής ισορροπίας, δεν προσφέρει ισάξια οφέλη για την υγεία με τα οφέλη από την αύξηση της σωματικής δραστηριότητα (Biddle et al, 2000).

Από την παραπάνω έρευνα προκύπτει το συμπέρασμα ότι για να μπορέσει κάποιος να μειώσει το επίπεδο του σωματικού λίπους και να έχει τα ίδια οφέλη για την

υγεία του με αυτά που παρατηρούνται σε άτομα που ασκούνται τακτικά, είναι βασικό η σωματική δραστηριότητα να γίνει μέρος της καθημερινότητάς του (Biddle et al, 2000).

### **Μειωμένος κίνδυνος καρδιοπαθειών**

Οι σωματικά δραστήριοι άνθρωποι με μέτριο επίπεδο φυσικής κατάστασης είναι κατά 50% λιγότερο πιθανό να εμφανίσουν κάποια καρδιοπάθεια σε σύγκριση με τους συνομήλικούς τους που επιλέγουν την καθιστική ζωή. Οι παχύσαρκοι, που όμως παραμένουν σωματικά δραστήριοι, κινδυνεύουν λιγότερο από καρδιοπάθειες και διαβήτη σε σχέση με τους παχύσαρκους που δεν ασκούνται (Biddle et al, 2000).

### **Διαβήτης**

Η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2. Στα πολύ δραστήρια άτομα, ο κίνδυνος εμφάνισης του διαβήτη είναι μειωμένος κατά 33-50%. Και στους διαβητικούς η σωματική δραστηριότητα έχει αποδειχθεί ότι βοηθά στον έλεγχο των επιπέδων σακχάρου στο αίμα (Biddle et al, 2000).

### **Μειωμένος κίνδυνος καρκίνου**

Η μέτρια έως έντονη σωματική δραστηριότητα μειώνει τον κίνδυνο εκδήλωσης καρκίνου του παχέος εντέρου, του ορθού, του πνεύμονα και του μαστού (Biddle et al, 2000).

### **Υγεία των μυών και των οστών**

Η τακτική άσκηση χαρίζει πιο δυνατούς μύες, τένοντες και συνδέσμους και πιο δυνατά οστά. Οι ασκήσεις που περιλαμβάνουν φόρτιση με το σωματικό μας βάρος (π.χ. τρέξιμο, πατίνια, χορός) έχει αποδειχθεί ότι αυξάνουν την οστική πυκνότητα στους



εφήβους, βοηθούν στη διατήρηση της οστικής πυκνότητας στους ενήλικες και επιβραδύνουν την απώλεια της οστικής μάζας στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (οστεοπόρωση) (Biddle et all, 2000).

### **Μειώνει το στρες και επιδρά ευεργετικά στη φυσιολογία του ύπνου**

Μελέτες από το Ινστιτούτο Σωματικής Απόδοσης και Αποκατάστασης του Κέντρου Έρευνας και Ανάπτυξης Θεσσαλίας, ΚΕΤΕΑΘ, έχουν δείξει ότι, η σωματική άσκηση μπορεί να μειώσει το καθημερινό στρες και να βελτιώσει τη γενική υγεία, επιδρώντας ευεργετικά στην φυσιολογία του ύπνου και ολόκληρου του οργανισμού. Σύμφωνα με το ΑΠΕ-ΜΠΕ τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες που συμμετέχουν συστηματικά σε προγράμματα άσκησης, περισσότερες της μιας φορές την εβδομάδα ή ακόμη και μόνο σε βάρδια με ήπιο ρυθμό, σε ημερήσια βάση, για μια απόσταση έξι οικοδομικών τετραγώνων, είχαν καλύτερη ποιότητα και ποσότητα ύπνου από τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας( Ζώης , 2011).

Σύμφωνα με τον ίδιο, παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στις μελέτες του Ινστιτούτου Σωματικής Απόδοσης και Αποκατάστασης του Κέντρου Έρευνας και Ανάπτυξης Θεσσαλίας, όπου έξι μήνες συστηματικής αερόβιας άσκησης (σε στατικό ποδήλατο) μείωσαν σημαντικά τους δείκτες υπνικών απνοιών σε ασθενείς με υπνικές άπνοιες( Ζώης, 2011).

"Η συστηματική ενασχόληση με την άσκηση βελτιώνει τον ύπνο σε πολλά επίπεδα", υπογραμμίζει ο κ. Σακκάς και προσθέτει: "Η χρόνια άσκηση έχει βρεθεί ότι βελτιώνει την σωματική μας αντοχή μειώνοντας έτσι την αίσθηση της κόπωσης, προάγει έναν καλό ύπνο επιτρέποντας μια ηπιότερη μετάβαση μεταξύ των φάσεων του ύπνου, μειώνει τη μυϊκή ένταση που συσσωρεύεται κατά την διάρκεια της ημέρας, αυξάνει τη νοητική διαύγεια μέσω της καλύτερης οξυγόνωσης του εγκεφάλου, όπως και δυναμώνει και τονώνει την καρδιά και τους πνεύμονες. Επίσης, ενεργοποιεί το νευρικό και το ενδοκρινικό σύστημα, αυξάνει την έκκριση των ενδορφινών που αποτελούν το φυσικό αναλγητικό του οργανισμού και της επινεφρίνης που είναι το φυσικό διεγερτικό του

οργανισμού, ενώ μειώνει και την αίσθηση βαρεμάρας και ανίας καθώς επίσης το στρες και την ανησυχία( Ζώης , 2011).

### Ψυχική υγεία

Οι αρνητικές επιδράσεις της καθιστικής ζωής δεν περιορίζονται μόνο στην πρόκληση της αρρώστιας. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι η σωματική δραστηριότητα είναι ευεργετική για την ψυχολογική κατάσταση, βοηθά να αντιμετωπιστεί καλύτερα το στρες και βελτιώνει τις λειτουργίες του εγκεφάλου (όπως την ικανότητα λήψης αποφάσεων και σχεδιασμού και τη βραχυπρόθεσμη μνήμη), μειώνει το άγχος και βοηθά στον ύπνο. Με τη φυσική άσκηση προκαλείται καλύτερη αιμάτωση του κεντρικού νευρικού συστήματος, καθώς και αύξηση της σεροτονίνης και άλλων νευροδιαβιβαστών που βελτιώνουν τη σωματική και ψυχική διάθεση. Επιπλέον η άσκηση είναι απαραίτητη για τη συντήρηση της φυσικής δομής και λειτουργίας του σώματος (Τούντας, 2007).

Πορίσματα κλινικών δοκιμών δείχνουν ότι η άσκηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία ερεύνησε τη σχέση ανάμεσα στη σωματική δραστηριότητα και την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε ένα δείγμα 1501 γυναικών ηλικίας 18-65 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το 30% του δείγματος των γυναικών εμφάνιζαν συμπτώματα κατάθλιψης. Οι γυναίκες που ανέφεραν περισσότερες από 3.5 ώρες / εβδομάδα σωματικής δραστηριότητας κατά τον ελεύθερο χρόνο τους είχαν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης, σε σύγκριση με γυναίκες που ασκούνταν λιγότερες ώρες. Ωστόσο ο συσχετισμός αυτός βρέθηκε να ισχύει μόνο για δραστηριότητα που διεξάγεται κατά τον ελεύθερο χρόνο και όχι κατά την εργασία ή κατά τις μετακινήσεις ή κατά τη διάρκεια των οικιακών εργασιών. Η ένταση της δραστηριότητας βρέθηκε επίσης να σχετίζεται με την κατάθλιψη. Οι πιθανότητες εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης ήταν χαμηλότερες στις γυναίκες που ανέφεραν περισσότερες από 1.5 ώρες μέτριας έντασης δραστηριότητας κατά τον ελεύθερο χρόνο τους. Το ίδιο φάνηκε να ισχύει και για τις γυναίκες που ανέφεραν περισσότερο από 1.75 ώρες αυξημένης έντασης δραστηριότητα κατά τον ελεύθερο χρόνο τους. Αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης έδειξαν να έχουν οι γυναίκες που

αποθαρρύνονται να είναι δραστήριες από άλλους ενώ η γυναίκες που πραγματοποιούσαν κάποια δραστηριότητα μαζί με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους είχαν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν συμπτώματα κατάθλιψης (Teychenne, 2008)

Αξιολογώντας τα αποτελέσματα της μελέτης, οι ερευνητές τονίζουν ότι η ενθάρρυνση των γυναικών να πραγματοποιούν κάποια μορφή σωματικής δραστηριότητας που να απολαμβάνουν κατά τον ελεύθερο χρόνο τους, θα μπορούσε να αποτρέψει την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης. Επίσης τονίζουν ότι τα οφέλη ίσως είναι περισσότερα αν συμπεριλάβουν δραστηριότητες μεγαλύτερης έντασης. Ακόμη, επισημαίνουν ότι θα πρέπει να δοθεί έμφαση και στις κοινωνικές παραμέτρους της σωματικής δραστηριότητας εφόσον, όπως φαίνεται, έχει ευεργετικά αποτελέσματα για την πνευματική υγεία των γυναικών μόνο όταν πραγματοποιείται στα πλαίσια της ευχάριστης αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου (Teychenne, 2008)

Στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να συμβάλει στη μείωση του κινδύνου για γεροντική άνοια και νόσο του Αλτσχάιμερ.

Σύμφωνα με μελέτη που έγινε σε 6.000 γυναίκες η σωματική εξάσκηση βοηθά στη διατήρηση της πνευματικής διαύγειας και των διανοητικών ικανοτήτων. Το όφελος αυτό κερδίζεται και διατηρείται παρά το γεγονός ότι ο οργανισμός γερνά με την αύξηση της ηλικίας. Οι γυναίκες που συμμετείχαν υποβλήθηκαν αρχικά σε ένα τεστ (Mini-Mental State Exam) το οποίο είναι ένας γενικά αποδεκτός τρόπος μέτρησης των εγκεφαλικών λειτουργιών και των πνευματικών, διανοητικών ικανοτήτων (American Academy of Neurology, 2001).

Ακολούθως και όταν πέρασαν από 6 έως 8 χρόνια υπέβαλαν τις γυναίκες αυτές ξανά στο ίδιο τεστ. Επίσης αξιολόγησαν τις φυσικές και σωματικές δραστηριότητες (εργασία, εξάσκηση) της κάθε γυναίκας. Μεταξύ άλλων κατέγραψαν πόσο περπατούσαν κανονικά κάθε μέρα, πόσα σκαλιά ανεβοκατέβαιναν, τι είδους δραστηριότητες έκαναν μέσα στο σπίτι. Εκείνο που διαπίστωσαν ήταν ότι στην κατηγορία των γυναικών με υψηλή ενεργητικότητα υπήρχε πολύ λιγότερη εξασθένηση και μαρασμός των γνωστικών ικανοτήτων. Διαπίστωσαν ότι υπήρχε μια προστατευτική δράση μέχρι και 40% που

παρουσιάζονται λόγω της σωματικής εξάσκησης (American Academy of Neurology,2001).

Ένα σημαντικό στοιχείο που επίσης βρήκαν οι ερευνητές ήταν ότι ακόμη και λίγη εξάσκηση βοηθά. Όμως όταν ο βαθμός εξάσκησης ήταν μεγαλύτερος η προστατευτική δράση για τις γνωστικές πνευματικές ικανότητες ήταν μεγαλύτερη (American Academy of Neurology,2001).

### **3.3 Αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό.**

Η συνολική σωματική δραστηριότητα φαίνεται να παρουσιάζει μείωση τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως ως αποτέλεσμα μιας σειράς καινοτομιών που καθιστούν τη ζωή ευκολότερη. Το 40-60% περίπου του πληθυσμού της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) ακολουθεί έναν καθιστικό τρόπο ζωής ( Τούντας, 2001).

Όμως, τα τελευταία χρόνια, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η εξασφάλιση περισσότερου ελεύθερου χρόνου κυρίως στις αναπτυγμένες κοινωνίες, καθώς και η στροφή προς την πρόληψη της σύγχρονης νοσηρότητας η οποία οφείλεται μεταξύ άλλων και στην καθιστική ζωή, έδωσαν και πάλι στη φυσική άσκηση πρωτεύουσα σημασία( Τούντας, 2001).

Το 2008 εκδόθηκαν για τους Αμερικανούς και τους Ευρωπαίους πολίτες νέες κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με το είδος της σωματικής δραστηριότητας που συμβάλλει στη βελτίωση της υγείας (Πίνακας 1). Στις αμερικανικές οδηγίες, πολλές λεπτομέρειες δόθηκαν στην περιγραφή της ελάχιστης σωματικής δραστηριότητας που πρέπει να αποτελεί στόχο για τις διάφορες πληθυσμιακές ομάδες. Οι κατευθυντήριες γραμμές της ΕΕ ήταν, σε γενικές γραμμές, βασισμένες στις συστάσεις που δημοσιεύθηκαν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), και είναι πολύ λιγότερο αναλυτικές ( Τούντας, 2001).

Τόσο οι αμερικανικές όσο και οι ευρωπαϊκές οδηγίες συμφωνούν στο γεγονός ότι, όσον αφορά τις επιπτώσεις στην υγεία, έστω και λίγη σωματική δραστηριότητα είναι προτιμότερη από την πλήρη απουσία της. Οι οδηγίες της ΕΕ επικεντρώνονται κυρίως στο να συστήνουν πολιτικές και τρόπους δράσεις, σε κοινοτικό και εθνικό επίπεδο, οι οποίες θα διευκολύνουν τους ανθρώπους να είναι όλο και περισσότερο σωματικά δραστήριοι. Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει τον αθλητισμό, την υγεία, την εκπαίδευση, τις μεταφορές, το περιβάλλον, την

πολεοδομία, τη δημόσια ασφάλεια, την εργασία και τις υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους. Για παράδειγμα, οι φορείς παροχής υγειονομικής ασφάλισης θα μπορούσαν να προωθήσουν τη σωματική άσκηση με την προσφορά οικονομικών κινήτρων στους πελάτες, οι οποίοι μπορούν να αποδείξουν ότι είναι σωματικά ενεργοί (Σπαντιδέας, 2010).

**Πίνακας 1. Αμερικάνικες και ευρωπαϊκές συστάσεις για τη σωματική δραστηριότητα για ενήλικες**

Αμερικάνικες συστάσεις	Ευρωπαϊκές συστάσεις (βασισμένες στις συστάσεις του WHO <sup>3</sup> )
Τουλάχιστον 150 λεπτά/εβδομάδα σωματικής δραστηριότητας μέτριας έντασης ή 75 λεπτά/εβδομάδα έντονης αερόβιας δραστηριότητας	30 λεπτά, κατ'ελάχιστον, σωματικής δραστηριότητας μετριας έντασης 5 ημέρες την εβδομάδα ή τουλάχιστον 20 λεπτά έντονης αερόβιας δραστηριότητα 3 ημέρες την εβδομάδα
Η δραστηριότητα θα πρέπει να γίνεται σε διαστήματα διάρκειας 10 λεπτών, τουλάχιστον, και να είναι μοιρασμένη κατά μήκος ολόκληρης της εβδομάδας	Η συνολικά επιθυμητή διάρκεια της σωματικής δραστηριότητας μπορεί να επιτυγχάνεται και από διαστήματα σωματικής δραστηριότητας διάρκειας τουλάχιστον 10 λεπτών
Για να έχουν πρόσθετο όφελος οι ενήλικες θα πρέπει να αυξήσουν την αερόβια σωματική δραστηριότητα σε 300 λεπτά/εβδομάδα μέτριας έντασης ή σε 150 λεπτά/εβδομάδα έντονης δραστηριότητας	Δραστηριότητες που αυξάνουν τη μυϊκή δύναμη και αντοχή θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις παραπάνω συστάσεις 2 έως 3 ημέρες την εβδομάδα

<p>Οι ενήλικες θα πρέπει ακόμα να εφαρμόζουν δραστηριότητες μυϊκής ενδυνάμωσης, μέτριας ή υψηλής έντασης, στις οποίες θα συμμετέχουν όλες οι κύριες μυϊκές ομάδες, 2 ή περισσότερες μέρες της εβδομάδας</p>	
---	--

**Πηγή:** Ευρωπαϊκό Συμβούλιο Πληροφόρησης για τα Τρόφιμα

Σύμφωνα με τον Τούντα όσο αφορά στη σωστή άσκηση αναφέρει ότι για τους ενήλικες ενδείκνυται ελαφριά, αλλά τακτικά φυσική δραστηριότητα( για παράδειγμα, περπάτημα) πέντε μέρες την εβδομάδα. Πιο έντονη άσκηση σε γυμναστήριο ή σε κολυμβητήριο ενδείκνυται μέρα παρά μέρα. Οι μύες χρειάζονται συνήθως 24 ώρες για να αναλάβουν μετά από μέτρια, και 48 ώρες αν έχουν ασκηθεί στο μέγιστο όριο της αντοχής τους.

Το Αμερικάνικο κολλέγιο αθλητιατρικής συνιστά τουλάχιστον 30' άσκηση μέτριας έντασης τις περισσότερες μέρες της εβδομάδας. Αντίστοιχα, ο οργανισμός Αγωγής Υγείας της Μ. Βρετανίας συνιστά 30 λεπτά μέτριας έντασης τουλάχιστον 5 φορές (συνταγή 5x30') την εβδομάδα ή έντονη άσκηση πάνω από 20 λεπτά τρεις φορές την εβδομάδα.(συνταγή 3x20') ( Τούντας, 2007).

Οι παροτρύνσεις για φυσική άσκηση δε βρίσκουν ακόμη την πρέπουσα απήχηση. Ακόμα και στις ΗΠΑ μόνο το 15% του πληθυσμού ακολουθεί τη συνταγή 3x20' και το 22% τη συνταγή 5x30' ενώ το 25% δεν ασκείται καθόλου. Η έλλειψη φυσικής άσκησης είναι συχνότερη στις γυναίκες, στους ισπανόφωνους, στους μεσήλικες και στις εισοδηματικά ασθενέστερες τάξεις ( Τούντας, 2007).

Στην Ελλάδα, σε πρόσφατη έρευνα σε πανελλαδικό δείγμα αστικού πληθυσμού , το 74,4% δήλωσε ότι δεν ασχολείται με κάποιο είδος γυμναστικής, λόγω έλλειψης χρόνου(45,6%), λόγω έλλειψης διάθεσης( 19,4%), για λόγους υγείας (8.2%), για

οικονομικούς λόγους (8.2%), λόγω απαρésκειας για τη γυμναστική (6.9%), λόγω ηλικίας (3.3%), λόγω έλλειψης χώρου στο σπίτι (2.7%). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τη φυσική άσκηση, αφού φαίνεται να αθλείται το 50% των ανύπαντρων, το 20% των παντρεμένων και το 10% των χήρων και των διαζευγμένων. Μεγάλες είναι και οι διαφορές ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Το 70% των ατόμων που ασκούνται είναι μέσου και ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, ενώ από όσους δεν ασκούνται το 93% έχει τελειώσει μόνο τη πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Από όσους πάντως γυμνάζονται, μόνο το 14% ασκείται καθημερινά. Αυτό συμφωνεί και με τα ευρήματα της Hellas Health I, το 2006 όπου 34,5% των ανδρών και το 44,7% των γυναικών στον ελληνικό πληθυσμό δήλωναν αδρανείς (Τούντας, 2007).

Επιπλέον, σε πρόσφατα στοιχεία του Eurostat, οι Έλληνες μαζί με τους Ιταλούς και τους Πορτογάλους παρουσιάζουν τα μικρότερα ποσοστά σε ότι αφορά τη συνήθεια του περπατήματος (Τούντας, 2007).

### **3.4 Άθληση γιατρών και νοσηλευτών.**

Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα και στο εξωτερικό και διερευνούσαν αν οι γιατροί και οι νοσηλευτές αθλούνται τα αποτελέσματα διαφοροποιούνταν. Η διαφοροποίηση των αποτελεσμάτων αφορά κατά κύριο λόγο τη χώρα που διεξάγεται η έρευνα και όχι τη ειδικότητα των ερωτώμενων.

Όσο αφορά στην Ελλάδα σε μια έρευνα που διεξήχθη σε 13 εγχώρια νοσοκομεία από το Γ. Τούντα διαπιστώθηκε πως ένας στους δύο εργαζόμενους είναι αγύμναστος. Ενώ από όσους γυμνάζονται το 60% αθλείται 1-3 φορές την εβδομάδα και το 25% περισσότερο από 3 φορές την εβδομάδα (Τούντας, 2009).

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 43% των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι δε γυμνάζονται καθόλου ενώ το 28,5% ότι γυμνάζεται και το υπόλοιπο 28,5% ότι γυμνάζεται σπάνια (Πλίγκου και Μακρή, 2008). Κατά αυτό τον τρόπο διαπιστώνουμε ότι η συνήθεια της άθλησης από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές δε διαφοροποιείται κατά πολύ στην Ελλάδα.

Όσο αφορά το εξωτερικό μια έρευνα που διεξήχθη στην Εσθονία και 198 γυναίκες οικογενειακοί γιατροί το 92% ανέφερε ότι αθλούνταν κατά το παρελθόν με μέτριο ή υψηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας. Το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας δε σχετίζεται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, καταγωγή, δείκτης μάζας σώματος) παρόλο που μελέτες έχουν δείξει ότι οι γιατροί είναι σωματικά πιο δραστήριοι σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Το 59% ανέφερε ότι ακολουθούσε ήπια σωματική δραστηριότητα ενώ έντονη ακολούθησε το 34%. Ωστόσο το 56% των ερωτώμενων ανέφερε ότι κάθεται πάνω από 6 ώρες την ημέρα( Kadri S. et all, 2010).

Σε μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Μπαχρέιν διαπιστώθηκε ότι οι άντρες(44,3%) ήταν πιο ενεργοί όσο αφορά την άθληση από τις γυναίκες(18,2%). Η σωματική δραστηριότητα αυξανόταν όσο μεγάλωνε και η ηλικία των γιατρών και των νοσηλευτών. Καθώς και οι καπνιστές (55,6%) δήλωναν ότι αθλούνται πιο πολύ από τους μη καπνιστές( 25,8%). Όσο αφορά τους κυριότερους λόγους που αθλούνται ανέφεραν την ευεξία(31,25%), τη μείωση βάρους (25,86%) και τους λόγους υγείας (14,28%). Από την άλλη πλευρά ως λόγους που δεν αθλούνται δήλωσαν την έλλειψη χρόνου σε ποσοστό 42,42%, τις οικογενειακές υποχρεώσεις σε ποσοστό 18,18%, τις εργασιακές υποχρεώσεις σε ποσοστό 15,15% και την έλλειψη ενδιαφέροντος σε ποσοστό 7,78%(Samia B. et all, 2003).

Σε έρευνα που διεξήχθη σε καναδούς γιατρούς διαπιστώθηκε ότι οι γιατροί αθλούνται κατά μέσο όρο 4,7 ώρες την εβδομάδα δηλαδή 20-25 λεπτά ημερησίως, σωματική δραστηριότητα που παρόμοια με τη συνιστώμενη(30 λεπτά και πάνω σε καθημερινή βάση)(Erica and Carolina, 2009).

Τέλος στο Ισραήλ διαπιστώθηκε μέσω έρευνας πως το 50% των γιατρών δεν αθλούνται συχνά(Danit R. Et all, 2009).



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΑΛΚΟΟΛ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑ**

### **4.1 Το αλκοόλ**

#### **4.1.1 Ορισμός- Εννοιολογική προσέγγιση**

Αλκοολισμός είναι οποιαδήποτε χρήση αλκοολούχων ποτών που προκαλεί βλάβη στο άτομο, στην κοινωνία ή και στα δύο. Η εξάρτηση ενός ατόμου από το αλκοόλ γίνεται σε μεγάλο χρονικό διάστημα και ύστερα από συχνή και χωρίς μέτρο χρήση (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου ,2004).

Στη σύγχρονη κοινωνία ο αλκοολισμός θεωρείται μια από τις σοβαρότερες μάστιγες του αιώνα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας αλκοολισμός είναι : *«κάθε μορφή κατανάλωσης οινοπνευματωδών ποτών, η οποία ξεφεύγει από την παραδοσιακή και εθιμική χρήση οινοπνεύματος ή δεν ανταποκρίνεται στα πλαίσια της κοινωνικής συναναστροφής μέσα*

*σε μία συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, ανεξάρτητα από τους αιτιολογικούς παράγοντες μιας τέτοιας συμπεριφοράς» (Τζουρμανά ,2005).*

Η κατανάλωση οινοπνεύματος είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη διεθνώς. Στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες η κατά κεφαλήν κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών για το 1993 κυμαίνονταν από 6 έως 13 λίτρα. Η Ελλάδα παρουσίαζε το 1997 κατά κεφαλήν κατανάλωση 8,7 λίτρα και καταλάμβανε την 8<sup>η</sup> θέση μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης με πρώτο το Λουξεμβούργο με 14,8 λίτρα (Καραδήμας,2005).

#### **4.1.2 Ιστορία της χρήσης του αλκοόλ**

Το οινόπνευμα είναι το αρχαιότερο και το πιο πολυχρησιμοποιημένο ευφραντικό. Τα μνημεία που σώζονται από τον αρχαίο ελληνικό και ρωμαϊκό πολιτισμό, αποκαλύπτουν την ευρεία και άφθονη χρήση του κρασιού από τους θεούς καθώς και από τους θνητούς όλων των τάξεων (Τσαρούχας, 2000).

Στις πρωτόγονες κοινωνίες η χρήση οινοπνεύματος είχε πολλαπλά κίνητρα. Πρώτα - πρώτα ήταν σημαντική η θρεπτική του αξία. Ήταν το καλύτερο διαθέσιμο φάρμακο για κάποιες αρρώστιες και ιδιαίτερα για την ανακούφιση του πόνου. Διευκόλυνε τη θρησκευτική έκσταση και επικοινωνία με τις μυστικιστικές υπερκόσμιες δυνάμεις που πίστευαν ότι έλεγχαν το πεπρωμένο της φύσης και του ατόμου. Βοηθούσε στους κοινωνικούς εορτασμούς και στην ατομική διασκέδαση αυτών που συμμετείχαν, παίζοντας ρόλο μέσου λαϊκής ψυχαγωγίας. Επίσης, βοηθούσε τους λαούς αυτούς στη μείωση του άγχους, της υπερέντασης και των φόβων που συνδέονταν με την ανησυχία για την ασφάλεια ή την ανάγκη συμμετοχής σε επικίνδυνες δραστηριότητες όπως ο πόλεμος (Τσαρούχας, 2000).

Τα πράγματα όμως διαφοροποιούνται αρκετά στις σύγχρονες κοινωνίες όπου το αλκοόλ ως τροφή δεν έχει πια να προσφέρει τίποτα καθώς και ως φάρμακο έχει περιορισμένη αξία. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι παλαιότερες χρήσεις του οινοπνεύματος έχουν ξεχαστεί. Ένα ποτό εξακολουθεί να είναι η συμβολική επισφράγιση της φιλίας, της ειρήνης τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Συχνά σήμερα πολλοί άνθρωποι ανακαλύπτουν ότι ορισμένα ποτά τους βοηθούν να αντιμετωπίσουν τις καταθλιπτικές τους αναστολές, το άγχος

τους, την υπερέντασή τους, που έρχονται σε σύγκρουση με την εκπλήρωση κοινωνικών , οικογενειακών ή οικονομικών υποχρεώσεών τους (Τσαρούχας, 2000).

#### **4.1.3 Η επίδραση του αλκοόλ στον ανθρώπινο οργανισμό**

Η υψηλή και καθημερινή κατανάλωση αλκοόλ αυξάνει ουσιαστικά τον κίνδυνο πρόκλησης πολλών ασθενειών και τη θνησιμότητα. Παθήσεις που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ είναι η αλκοολική πολυνευροπάθεια, η υπέρταση, η πνευμονία, ο καρκίνος του οισοφάγου, το χρόνια πεπτικό έλκος, η παγκρεατίτιδα, η αναιμία και τέλος η κίρρωση του ήπατος ,η οποία είναι η σημαντικότερη ασθένεια που προκαλείται από την κατανάλωση του οινοπνεύματος (Κλωτσοτήρα, 2003).

Οι χρόνια αλκοολικοί ασθενείς , είναι περισσότερο επιρρεπείς σε όλες τις λοιμώξεις και στην ανάπτυξη διαφόρων μορφών καρκίνου, ενώ συγχρόνως εμφανίζουν πολύ συχνά δυσλειτουργίες του εγκεφάλου ως προς τη σκέψη, την κριτική ικανότητα, τη μάθηση και τη μνήμη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το άτομο που πάσχει από αλκοολικά προβλήματα να έχει ζαλάδες, θολή σκέψη, τρίκλισμα και μπέρδεμα στην ομιλία (Τσαρούχας, 2000).

Εκτός των άλλων, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ δυσχεραίνει σε μεγάλο βαθμό τη λειτουργία της όρασης, καθιστώντας την ιδιαίτερα θολή, όπως επίσης μπορεί να δηλητηριάσει το συκώτι και να δημιουργήσει ανεπανόρθωτες βλάβες στο στομάχι, με εμετούς και πόνους ως απόρροια της δυσλειτουργίας που προκαλείται στο πεπτικό σύστημα. (Τσαρούχας, 2000).

Τέλος, σε ό,τι αφορά τη συναισθηματική συμπεριφορά όσων καταναλώνουν οινόπνευμα, προκειμένου να πετύχουν τα αποτελέσματα που η κοινή εμπειρία τους έχει μάθει να περιμένουν, συνήθως καταναλώνουν μικρές ποσότητες αλκοόλ, περιμένοντας να μειωθεί η υπερέντασή τους, να ανακουφιστεί το άγχος τους και να αισθανθούν ευθυμία και χαρά. Υπό ευνοϊκές συνθήκες το οινόπνευμα δεν μειώνει απλώς την υπερένταση και το άγχος αλλά τα καταστέλλει τελείως, καθιστώντας δυνατή ακόμη και τη μεταβολή της συναισθηματικής κατάστασης σε κατάσταση αδιαφορίας ή ευθυμίας (Τσαρούχας, 2000).

#### 4.1.4 Οι κοινωνικές επιπτώσεις από την κατάχρηση αλκοόλ

Γενικότερα, υπάρχει ένα ευρύ φάσμα δυσάρεστων συνεπειών από την κατανάλωση αλκοόλ στα άτομα, στις οικογένειες και στην κοινότητα. Εξαιτίας της κατάχρησης αλκοόλ μπορούν να προκληθούν ατυχήματα στους εργασιακούς χώρους ,ατυχήματα στο σπίτι, κοινωνική περιθωριοποίηση, κοινωνικός αποκλεισμός, βία, αύξηση της εγκληματικότητας, προβλήματα στα πλαίσια της οικογένειας κ.ά. (Τσαρούχας, 2000).

Συχνά το αλκοόλ έχει ως αποτέλεσμα τη βίαιη συμπεριφορά, δηλαδή την εκτός ελέγχου συμπεριφορά του ατόμου που κάνει χρήση. Ο αλκοολισμός δικαιολογημένα αποκαλείται «οικογενειακή ασθένεια», λόγω του τεράστιου αντίκτυπου που έχουν τα εξαρτημένα μέλη στους γύρω τους. Οι περισσότερες διαταραχές που προκαλεί η εξάρτηση από το αλκοόλ αφορούν στη συμπεριφορά του χρήστη. Στις καθημερινές οικογενειακές συναλλαγές, τα μέλη της οικογένειας έρχονται αντιμέτωπα με την συγκεκριμένη προβληματική συμπεριφορά του αλκοολικού χρήστη, που είναι σύμπτωμα του αλκοολισμού, αν και αυτή σε πρώτη φάση μπορεί να μη φαίνεται ότι έχει σχέση με το πρόβλημα του ποτού. Με τον καιρό η οικογενειακή ζωή μπορεί να γίνει τόσο δυσβάσταχτη και να μετατραπεί σε καθημερινό μαρτύριο (Τσαρούχας, 2000).

Το αλκοόλ, εκτός από τα προβλήματα ενδο-οικογενειακής βίας που μπορεί να δημιουργήσει, αποτελεί και πηγή τροχαίων ατυχημάτων. Άνθρωπος και αλκοόλ αποτελούν σχεδόν πάντα ένα εκρηκτικό μίγμα που μπορεί να τινάξει στον αέρα ολόκληρο το ζήτημα της οδικής ασφάλειας. Τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν μία από τις πιο σημαντικές έμμεσες συνέπειες της κατάχρησης του αλκοόλ (Τσαρούχας, 2000).

Επιστήμονες υποστηρίζουν ότι ένας «πιωμένος» οδηγός δημιουργεί πάνω από έξι φορές περισσότερους νεκρούς και σοβαρά τραυματισμένους απ' ότι ένας οδηγός που δεν έχει πιει. Το αλκοόλ μειώνει σημαντικά την ικανότητα οδήγησης αφού δημιουργεί κενά προσοχής, μειώνει την ικανότητα όρασης , κάνει τα μάτια πολύ ευαίσθητα σε φώτα αντιθέτως ερχόμενων αυτοκινήτων, δημιουργεί κόπωση ,υπνηλία, συναισθήματα ευφορίας , υπερεκτίμησης δυνατοτήτων και υποτίμηση κινδύνων (Τσαρούχας, 2000).

Υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 10.000 οδηγοί ,επιβάτες, πεζοί και ποδηλάτες σκοτώνονται κάθε χρόνο σε τροχαία ατυχήματα, στα οποία η ικανότητα του οδηγού ελαττώνεται εξ' αιτίας της κατανάλωσης οινοπνεύματος (Κλωτσοτήρα, 2003).

Εν κατακλείδι τα προβλήματα που συνδέονται με την κατανάλωση αλκοόλ συγκαταλέγονται παγκοσμίως μεταξύ των σημαντικότερων προβλημάτων της δημόσιας υγείας και παρουσιάζουν σημαντικούς κινδύνους για την ευημερία και τη ζωή του ανθρώπου.

#### **4.2 Η κατανάλωση αλκοόλ από ιατρούς και νοσηλευτές**

Ο τρόπος ζωής που σχετίζεται με ασθένειες όπως η επικίνδυνη κατανάλωση αλκοόλ είναι μια αιτία για την αύξηση της ανησυχίας στον τομέα της δημόσιας υγείας. Είναι σημαντικό να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις συνήθειες των γιατρών, γιατί τόσο ο τρόπος ζωής τους είναι εξιδανικευμένος από το ευρύ κοινό, όσο και ο ρόλος τους είναι σημαντικός ως εμπειρογνώμονες στον τρόπο ζωής και στην υγεία γενικότερα. (Aasland, 1994).

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2006 μεταξύ νοσοκομειακών ιατρών στη Γερμανία βρέθηκε η πλειονότητα ανδρών ιατρών να κάνει επικίνδυνη χρήση αλκοόλ σε ποσοστό 61%. Σε σύγκριση με τους άνδρες ιατρούς, οι γυναίκες νοσοκομειακοί ιατροί απείχαν από το αλκοόλ ή έκαναν λιγότερο συχνή κατανάλωση. Συγκεκριμένα, οι άνδρες ιατροί έπιναν περίπου 4-5 φορές την εβδομάδα, ενώ αντίστοιχα οι γυναίκες 2-3 φορές. Η αντίληψη ότι περισσότερο οι άνδρες από τις γυναίκες ιατρούς καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες οινοπνεύματος, υποστηρίζεται επίσης από έρευνες σε γενικούς ιατρικούς πληθυσμούς που έχουν πραγματοποιηθεί και σε άλλες χώρες της Ευρώπης (Rosta, 2008). Ίδια αποτελέσματα έδειξε και έρευνα των Livingstom & Room (2009) αλλά και η έρευνα των Gilder et al (2008) σε γενικό πληθυσμό της Αμερικής.

Για παράδειγμα, σε ό,τι αφορά τα ποσοστά θνησιμότητας και κίρρωσης του ήπατος μεταξύ αρρένων ιατρών στη Σκωτία, που κάνουν κατάχρηση οινοπνεύματος, παρατηρείται αύξηση του κινδύνου του αλκοολισμού στην ηλικιακή ομάδα των ιατρών άνω των 45 ετών σε σύγκριση με άλλους επαγγελματίες της ίδιας ηλικιακής ομάδας (Harrison and Chick, 1996).

Μια αξιοσημείωτη διαπίστωση είναι τα υψηλά επίπεδα αποχής μεταξύ των ιατρών, ιδιαίτερα στις νεότερες ηλικιακές ομάδες. Ένας λόγος για τη μη κατανάλωση θα μπορούσε ενδεχομένως να βρίσκεται στις νέες τάσεις. Ένα αντιπροσωπευτικό παράδειγμα είναι το αυξανόμενο ποσοστό γενικότερα των νέων στη Γερμανία, οι οποίοι δεν καταναλώνουν

καθόλου αλκοόλ. Το παρόν δείγμα δεν υποστηρίζει προηγούμενες διαπιστώσεις, όπου νεότερες ηλικιακές ομάδες βρέθηκαν να είναι λιγότερο πιθανό να απέχουν από το οινόπνευμα. Επίσης, βρέθηκε να είναι μεγαλύτερο το ποσοστό αποχής από το οινόπνευμα μεταξύ των νοσοκομειακών ιατρών (9,5%) σε σύγκριση με το αντίστοιχο ποσοστό αποχής στο γενικό πληθυσμό της Γερμανίας (5,5 %) (Rosta, 2008).

Μελέτες σχετικά με την κατανάλωση αλκοόλ και τα επίπεδα επικινδυνότητας από γυναίκες χειρουργούς, μαιευτήρες και γυναικολόγους στη Νορβηγία, δείχνουν να υπάρχουν λιγότερες πιθανότητες αποχής τους από το οινόπνευμα σε σύγκριση με τους άνδρες χειρουργούς και περισσότερες πιθανότητες να πιουν 2-3 φορές το μήνα. Οι άνδρες χειρουργοί είναι πιο πιθανό να πίνουν συχνότερα σε σχέση με τους άνδρες μη χειρουργούς ενώ συγχρόνως εμφανίζονται με υψηλότερα ποσοστά επικίνδυνης κατανάλωσης οινόπνευματος σε σύγκριση με τις άλλες ειδικότητες του ίδιου φύλου (Rosta and Aasland, 2005).

Σχετικά με την πιθανότητα επικίνδυνης κατανάλωσης οινόπνευματος διαπιστώθηκε ότι τόσο οι γυναίκες χειρουργοί όσο και οι άνδρες χειρουργοί είχαν περισσότερες πιθανότητες επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ σε σύγκριση με τις γυναίκες και τους άνδρες ιατρούς από μη χειρουργικές ειδικότητες (Rosta and Aasland, 2005).

Αν και η εργασιακή κουλτούρα στα χειρουργικά τμήματα μπορεί κάλλιστα ν' αλλάξει τις γυναίκες, είναι επίσης πιθανό ότι η χειρουργική ειδικότητα επιλέγεται από μια ομάδα γυναικών που κατά πάσα πιθανότητα έχουν πιο αρρενωπά χαρακτηριστικά ως προς την προσωπικότητά τους. Στην πραγματικότητα μελέτες δείχνουν ότι οι γυναίκες που αποκτούν πρόσβαση σε παραδοσιακά ανδροκρατούμενα επαγγέλματα, έχουν υψηλότερο κίνδυνο από την κατανάλωση οινόπνευματος. Αυτή η άποψη υποστηρίζεται άλλωστε από τα πορίσματα της μελέτης που έλαβε χώρα στις χειρουργικές κλινικές της Νορβηγίας. Η χειρουργική ειδικότητα απαιτεί πολλές και απρόβλεπτες ώρες μέσα στο χειρουργείο, γεγονός που καθιστά δύσκολη την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων στις γυναίκες χειρουργούς, με συνέπεια την υιοθέτηση αρνητικών συμπεριφορών υγείας (Rosta and Aasland, 2005).

Εξίσου ανησυχητικό είναι το εύρημα του Plant και των συνεργατών του (1991), όπου οι νοσηλεύτριες των χειρουργικών τμημάτων στα νοσοκομεία της Νορβηγίας εμφανίζονται να έχουν περισσότερα αλκοολικά προβλήματα απ' ό,τι οι νοσηλεύτριες άλλων ειδικοτήτων. Το

ίδιο ισχύει και με τους άνδρες νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται στα χειρουργικά τμήματα σε σύγκριση με τους συναδέλφους τους των υπολοίπων τμημάτων (Rosta and Aasland, 2005).

Σε μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ελσίνκι η κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των ιατρών φαίνεται πάντως να είναι υψηλότερη από αυτή του γενικού πληθυσμού στη Φιλανδία (Juntunen et al, 1988).

Τέλος, σύμφωνα με επίσημες πληροφορίες του Εθνικού Κέντρου Αποκατάστασης Εξαρτημένων Ατόμων από το Αλκοόλ του Ηνωμένου Βασιλείου, η μέση ηλικία αλκοολικών ιατρών που τίθενται σε θεραπευτικά προγράμματα, κατόπιν παραπομπής τους σε ειδικό, είναι τα 43 έτη. Η μέση διάρκεια της αλκοολικής χρήσης είναι τα 6,7 χρόνια, με τους ιατρούς – χρήστες να αναπτύσσουν βαθμιαία εθισμό εξαιτίας της χρονοβόρας γραφειοκρατικής διαδικασίας στην οποία υποβάλλονται έως ότου λάβουν ειδική θεραπευτική υποστήριξη (Brooke et al,1991).

### **4.3 Το κάπνισμα**

#### **4.3.1 Ορισμός**

Το κάπνισμα είναι η εισπνοή και εκπνοή καπνού που βγαίνει από τα καιγόμενα φύλλα ή τρίμματα καπνού, από τσιγάρο , πούρο ή πίπα (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica, 2006).

#### **4.3.2 Ιστορία της χρήσης του καπνού**

Οι Ινδιάνοι της Αμερικής χρησιμοποιούσαν τον καπνό, κατά τρόπο που μοιάζει πολύ με τον σύγχρονο, πολύ πριν η Αμερική ανακαλυφθεί από τον Κολόμβο. Πίστευαν ότι ο καπνός είχε φαρμακευτικές ιδιότητες (αυτός ήταν ο κύριος λόγος εισαγωγής του στην Ευρώπη) και έπαιζε

σημαντικό ρόλο σε διάφορες τελετουργίες, όπως π.χ. το κάπνισμα της πίπας της ειρήνης (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica, 2006).

Η εξάπλωσή του σε παγκόσμια κλίμακα άρχισε με την εισαγωγή του στην Ευρώπη: το 1956 στη Γαλλία, το 1958 στην Πορτογαλία, το 1559 στην Ισπανία. Πορτογάλοι και Ισπανοί ναυτικοί τον μετέφεραν σε ολόκληρο τον κόσμο. Η καλλιέργεια του καπνού στην Αμερική από Ευρωπαίους αποίκους άρχισε στο Σάντο Ντομίνγκο το 1531, στην Κούβα το 1580, στη Βραζιλία το 1600, στη Βιρτζίνια το 1612 κλπ. Σύντομα ο καπνός έγινε το κύριο εξαγωγικό προϊόν των αποίκων, οι οποίοι το αντάλλαξαν με βιομηχανικά προϊόντα (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica, 2006).

Στην Ελλάδα ο καπνός εισήχθη πιθανώς κατά τα τέλη του 16<sup>ου</sup> ή στις αρχές του 17<sup>ου</sup> αιώνα. Καλλιεργήθηκε αρχικά στην κοιλάδα του Αξιού και στην Ξάνθη, αργότερα σε ολόκληρη την Μακεδονία και τη Θράκη και από 'κει θεωρείται ότι διαδόθηκε στην Μικρά Ασία και την υπόλοιπη Βαλκανική. (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica, 2006).

Η δυσμενής επίδραση του καπνού πάνω στον ανθρώπινο οργανισμό αρχικά δεν ήταν γνωστή. Από το 1950 όμως και μετά, αποδείχθηκε ότι το κάπνισμα συνδέεται στενά με την εμφάνιση διαφόρων καρδιαγγειακών νοσημάτων και παθήσεων. (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica, 2006).

#### **4.3.3 Αίτια του καπνίσματος**

Σύμφωνα με την European Health and Behavior Survey το ποσοστό των καπνιστών στη χώρα μας υπερβαίνει το 40%, ενώ οι άνδρες καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σύγκριση με τις γυναίκες. Συνήθως η έναρξη του καπνίσματος σημειώνεται στην εφηβεία ή μετεφηβεία, οπότε παράγοντες, όπως : η πίεση των συνομηλίκων, η εικόνα του ενήλικα που θέλει να προβάλλει το άτομο, ο ρόλος της διαφήμισης και των προτύπων κ.ά. διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο (Καραδήμας, 2005).



Μία σειρά ερευνών (Sarafino, 1999) έχουν δείξει ότι ένα άτομο είναι πιθανότερο να γίνει καπνιστής, εάν ισχύουν κάποια από τα επόμενα: τουλάχιστον ένας από τους δύο γονείς είναι καπνιστής, οι γονείς δε φαίνεται να αποθαρρύνουν ουσιαστικά το κάπνισμα, αδέρφια ή φίλοι είναι καπνιστές, έχει έντονη κοινωνική ζωή, υφίσταται πίεση από τους συνομηλίκους, έχει θετικές απόψεις για το κάπνισμα (π.χ. «το κάπνισμα σε χαλαρώνει»), δεν πιστεύει ότι είναι πιθανό να θιγεί η υγεία του (Καραδήμας, 2005).

Ιδιαίτερος σημαντικός είναι ο ρόλος του στρες, οπότε το κάπνισμα χρησιμοποιείται συχνά ως τρόπος διαχείρισής του. Αργότερα εξελίσσεται σε μια ισχυρότατη συνήθεια, ενώ ρόλο σε αυτό διαδραματίζει και η νικοτίνη. Η ουσία αυτή φτάνει σύντομα στον εγκέφαλο και συντελεί στην απελευθέρωση ακετυλοχολίνης και νορεπινεφρίνης, που βοηθούν στην ενδυνάμωση της μνήμης, της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής και της ευχαρίστησης, κάτι που λειτουργεί ως ισχυρότατος ενισχυτής για τη διακίνηση της συνήθειας (Καραδήμας, 2005).

#### **4.3.4 Οι επιδράσεις του καπνίσματος στην ανθρώπινη υγεία**

Ένα τσιγάρο έχει 3.000 ουσίες εκ των οποίων οι περισσότερες είναι τοξικές. Οι πιο γνωστές είναι η νικοτίνη, το μονοξείδιο του άνθρακα και η πίσσα. Η νικοτίνη είναι η ουσία εκείνη που προκαλεί την εξάρτηση και τον εθισμό σε κάθε καπνιστή (Κλωτσοτήρα, 2003).

Ουσιαστικά πρόκειται για ένα «δηλητήριο», το οποίο επιδρά άμεσα στους πνεύμονες, περνά στην κυκλοφορία του αίματος και επειδή επενεργεί στο κεντρικό νευρικό σύστημα προκαλεί εθισμό. Το μονοξείδιο του άνθρακα είναι βλαβερό αέριο που φτάνει στους πνεύμονες με τον καπνό και εμποδίζει τη δημιουργία οξυγονο-αιμοσφαιρίνης. Έτσι ο καπνιστής απορροφά συνεχώς λιγότερο οξυγόνο και έχει μειωμένη ενέργεια (Κλωτσοτήρα, 2003).

Το κάπνισμα σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) προκαλεί εθισμό, θεωρείται χρόνια νόσος, αποτελεί την πρώτη και κύρια αιτία θανάτου με δυνατότητα πρόληψης και παράλληλα θεωρείται ο μεγαλύτερος παράγοντας απορρόφησης οικονομικών πόρων του συνόλου των ασφαλιστικών συστημάτων (Γκατζιώρα και Τζωράκας, 2008).

Το κάπνισμα είναι σήμερα η σημαντικότερη συνήθεια στον πλανήτη μας, η οποία ευθύνεται για μια σειρά σοβαρών νοσημάτων, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι χρόνιες

αποφρακτικές πνευμονοπάθειες και ο καρκίνος του πνεύμονα (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου, 2004).

Πιο συγκεκριμένα, ο καρκίνος του πνεύμονα είναι σήμερα η πιο κοινή αιτία θανάτων από κάπνισμα στους άνδρες στις περισσότερες δυτικές χώρες .Στα τέλη του 20<sup>ου</sup> αιώνα , σε πολλές χώρες, ως και το ένα τρίτο του συνόλου των θανάτων από καρκίνο στους άνδρες και το 10% στις γυναίκες , αποδίδονταν στο κάπνισμα τσιγάρων. Σήμερα παρατηρείται μια τρέχουσα τάση των ανδρών να σταματήσουν το κάπνισμα, έτσι σιγά-σιγά το ποσοστό στους άνδρες μειώνεται (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου, 2004).

Λιγότερο αισιόδοξο είναι όμως το γεγονός ότι όλο και περισσότερες γυναίκες απέκτησαν τη συνήθεια του καπνίσματος κατά τις δεκαετίες του 1950 και του 1960. Η αναλογία των γυναικών που πεθαίνουν από καρκίνο ο οποίος έχει σχέση με το κάπνισμα, αυξάνεται συνεχώς. Από το 1987 ο καρκίνος του πνεύμονα έγινε η πρώτη αιτία θανάτου στις Αμερικανίδες, ξεπερνώντας ακόμη και τον καρκίνο του μαστού. Μάλιστα, ο αριθμός των γυναικών που πεθαίνουν λόγω καρκίνου του πνεύμονα, είναι μεγαλύτερος απ' ό,τι το άθροισμα των θανάτων λόγω καρκίνου του μαστού και του παχέος εντέρου που είναι αντίστοιχα η δεύτερη και τρίτη κυριότερη αιτία θανάτων λόγω καρκίνου στις γυναίκες (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, 2008).

Γενικά, ο κίνδυνος εμφάνισης μιας μορφής καρκίνου που σχετίζεται με τον καπνό εξαρτάται από την ένταση της συνήθειας του καπνίσματος , τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζονται την ημέρα ,την περιεκτικότητα του τσιγάρου σε πίσσα και το βάθος της εισπνοής (Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο, 2008).

Το κάπνισμα του τσιγάρου δεν συσχετίζεται μόνο με την εμφάνιση καρκίνου των πνευμόνων αλλά προκαλεί και άλλες βλαβερές συνέπειες στον ανθρώπινο οργανισμό όπως ελάττωση της πνευματικής διαύγειας, επιρροή στη γονιμότητα, μείωση της αίσθησης της όσφρησης, μείωση της γεύσης, μείωση της σωματικής ευεξίας και κιτρίνισμα των δοντιών (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου,2004).

Ωστόσο, παρά τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος που είναι γνωστές εδώ και πολλά χρόνια, πολλοί καπνιστές είναι απρόθυμοι να μιλήσουν για τις αδυναμίες ή την άγνοιά τους, ώστε να τους παρασχεθεί η κατάλληλη βοήθεια από ένα αρμόδιο πρόσωπο, ειδικό στο θέμα της οριστικής παύσης του καπνίσματος (Phengsavanh et al, 2008).

#### 4.3.5 Αποτελέσματα ερευνών στην Ελλάδα και στο εξωτερικό

Σύμφωνα με την κοινοτική δημοσκόπηση που έγινε στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την Παγκόσμια μέρα κατά του καπνίσματος (31 Μαΐου), φαίνεται ότι η Ελλάδα και η Κύπρος είναι οι δύο χώρες με τους περισσότερους καπνιστές στην Ευρώπη. Το 42% των Ελλήνων δηλώνουν καπνιστές, έναντι 32% του Ευρωπαϊκού μέσου όρου. Εννέα στους δέκα Έλληνες καπνιστές δηλώνουν πως καπνίζουν τακτικά και σε καθημερινή βάση, ενώ το 53% των Ελλήνων καπνιστών δηλώνουν πως καπνίζουν πάνω από 20 τσιγάρα ημερησίως (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου,2004).

Από το 1970, όπου δημοσιεύτηκαν οι ολέθριες επιπτώσεις του καπνίσματος στην υγεία, στα ανεπτυγμένα κράτη έχει καταμετρηθεί σταδιακή μείωση στην κατά κεφαλή κατανάλωση, αντίθετα στην Ελλάδα καταγράφεται αύξηση (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου,2004).

Η Ελλάδα έχει το θλιβερό προνόμιο να είναι πρώτη σε καπνιστές και κατέχει μια από τις πρώτες θέσεις σε αριθμό καπνιστών παγκοσμίως και την πρώτη θέση σε ολόκληρη την Ευρώπη. Στη χώρα μας καπνίζονται 78.000.000 τσιγάρα την ημέρα. Σε κάθε άτομο αντιστοιχούν κατά μέσο όρο 2.700 τσιγάρα το χρόνο, δηλαδή 7,5 την ημέρα για ολόκληρο τον πληθυσμό. Έτσι καταναλώνονται στην Ελλάδα 2,5 φορές περισσότερα τσιγάρα από το μέσο όρο κατανάλωσης στην Ευρώπη (Πηγή: Απογευματινή, 28-05-2010).

Έρευνα του Ελληνικού Ιδρύματος Καρδιολογίας έχει δείξει ότι 3 στα 10 ελληνόπουλα δοκίμασαν το τσιγάρο για πρώτη φορά σε ηλικία 13 ετών και έγιναν αμέσως συστηματικοί καπνιστές. Τα ανησυχητικά αυτά στοιχεία, μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι για να περιοριστεί η εξάπλωση και κατ' επέκταση οι συνέπειες του καπνίσματος στη χώρα μας ,απαιτείται ένα ολοκληρωμένο πλέγμα δράσεων και πρωτοβουλιών, με ιδιαίτερη έμφαση στις νεαρές ηλικίες (Γκατζιώρα και Τζωράκας,2008).

Περισσότεροι από 5.000 θάνατοι κάθε χρόνο στην Ελλάδα οφείλονται στο τσιγάρο και είναι τριπλάσιοι από αυτούς που είχαν ως αιτία τα τροχαία ατυχήματα Έρευνα του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου Αθήνας έδειξε ότι στην Ελλάδα καπνίζει το 45% του πληθυσμού δηλαδή 5.000.000 Έλληνες (Γκατζιώρα και Τζωράκας,2008).

Μετά τους Έλληνες, πρωταθλητές στο κάπνισμα είναι οι Κύπριοι, με ποσοστό 39%, οι Πολωνοί με 35%, οι Τσέχοι και οι Εσθονοί με ποσοστό 34% αντίστοιχα. Αντιθέτως, στη Σουηδία βρίσκονται οι λιγότεροι καπνιστές με ποσοστό 18%, ακολουθεί η Πορτογαλία με ποσοστό 24%, η Σλοβακία και η Μάλτα με ποσοστό 25% (Κουτελέκος, 2009).

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, τον τελευταίο χρόνο, το 31% των Ευρωπαίων καπνιστών προσπάθησαν να σταματήσουν το κάπνισμα. Εξ' αυτών, το 18% ζήτησε επιστημονική υποστήριξη, ενώ το ένα τρίτο χρησιμοποίησε φαρμακευτικές μεθόδους και άλλες θεραπείες προκειμένου να κόψει το κάπνισμα. Ωστόσο, πάνω από το 70% των Ευρωπαίων που προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα, ξανάρχισαν να καπνίζουν σε διάστημα μικρότερο των δύο μηνών. Στην Ελλάδα, το 3% των καπνιστών προσπάθησαν να κόψουν το κάπνισμα (Κουτελέκος, 2009).

#### **4.3.6 Μέτρα για τη διακοπή του καπνίσματος**

Το κάπνισμα ως επιβλαβής συνήθεια έχει απασχολήσει τη διεθνή κοινότητα εδώ και πολλές δεκαετίες. Εκτιμάται ότι τα επόμενα πενήντα χρόνια το κάπνισμα θα προκαλέσει 150 εκατομμύρια θανάτους σε όλο τον κόσμο (Μαρβάκη, 2007).

Ακόμα, ο Π.Ο.Υ. προειδοποιεί με έκθεση του ότι η «επιδημία καπνίσματος» επιδεινώνεται στις αναπτυσσόμενες χώρες και θα μπορούσε να κοστίσει ένα δισεκατομμύριο ανθρώπινες ζωές έως το 2020, αν δεν ληφθούν άμεσα μέτρα. Η έκθεση καλεί την διεθνή κοινότητα να υιοθετήσει έξι πολιτικές ελέγχου του καπνού: αύξηση των τιμών και των φόρων, απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού και των χορηγιών από εταιρείες καπνού, παροχή βοήθειας σε καπνιστές που θέλουν να το κόψουν και επιδημιολογική παρακολούθηση του καπνίσματος για την καλύτερη κατανόηση της «επιδημίας». Με βάση την έκθεση οι μισές από τις χώρες που εξετάστηκαν επιτρέπουν ακόμη το κάπνισμα σε δημόσιες υπηρεσίες και άλλους εργασιακούς χώρους, 74 χώρες επιτρέπουν το κάπνισμα σε νοσοκομεία και μόνο 20 χώρες έχουν επιβάλλει πλήρη απαγόρευση στις διαφημίσεις και στις χορηγίες (Κουτελέκος, 2009).

Στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το κύριο μέσο ελέγχου του καπνίσματος αποτέλεσε η απαγόρευση της διαφήμισης προϊόντων καπνού, όπως και η αύξηση της φορολογίας στα προϊόντα καπνού. Εκτιμάται ότι μια αύξηση της τάξης του 10% στην τιμή των τσιγάρων

επιφέρει μείωση της κατανάλωσης κατά 4% σε χώρες υψηλού κινδύνου (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica,2006).

Το άλλο βασικό βήμα ήταν η σταδιακή απαγόρευση του καπνίσματος στους χώρους εργασίας και κατόπιν σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους. Πρώτη η Ιρλανδία απαγόρευσε πλήρως το κάπνισμα σε όλους τους κλειστούς δημόσιους χώρους το 2004 και σταδιακά άρχισαν να ακολουθούν το παράδειγμά της και άλλες χώρες της Ε.Ε.. (Εγκυκλοπαίδεια Πάπυρος Larousse Britannica,2006).

Επειδή όμως υπάρχει σημαντική καθυστέρηση ανάμεσα στην έναρξη του καπνίσματος και στην εμφάνιση συμπτωμάτων, απαιτούνται εκτός από τα παραπάνω, και αποτελεσματικά προγράμματα διακοπής καπνίσματος στους ενήλικες για τα επόμενα 25 χρόνια. Τα προγράμματα διακοπής καπνίσματος θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να απευθύνονται σε μεγάλο αριθμό καπνιστών, να είναι εύκολα στην εφαρμογή τους, να είναι αποτελεσματικά και να διατηρούνται με το πέρασμα του χρόνου(Σταθόπουλος και Σουρτζή, 2007).

#### **4.4 Το κάπνισμα σε ιατρούς και νοσηλευτές**

Η μείωση του καπνίσματος αποτελεί βασικό στόχο της δημόσιας υγείας, διεθνώς, και στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες έχουν επιτευχθεί εντυπωσιακά αποτελέσματα προς αυτή την κατεύθυνση. Σημαντικό ρόλο στον αγώνα κατά του καπνίσματος παίζουν οι επαγγελματίες υγείας είτε με την προσωπική τους στάση ως θετικό παράδειγμα είτε συμβουλευοντας και θεραπεύοντας τους ασθενείς προκειμένου να διακόψουν το κάπνισμα (Phengsavanh et al, 2008).

Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό ζήτημα στον ιατρικό χώρο, καθώς οι γιατροί κατέχουν σημαντική θέση στην ανάπτυξη της πολιτικής για τη δημόσια υγεία και μπορούν έτσι να παίξουν καθοριστικό ρόλο στον έλεγχο και τον περιορισμό του αριθμού των καπνιζόντων ατόμων ανά τον κόσμο. Επιπροσθέτως, επειδή οι κίνδυνοι που προέρχονται από το κάπνισμα γίνονται καλύτερα γνωστοί από τους γιατρούς, έχει παρατηρηθεί ότι η μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος συμβαίνει νωρίτερα στην ιατρική κοινότητα σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, γεγονός το οποίο καταδεικνύει τον ηγετικό ρόλο που μπορεί να

διαδραματίζει η ιατρική κοινότητα στην προσπάθεια απαλλαγής της κοινωνίας από το κάπνισμα (Phengsavanh et al, 2008).

Αποδεδειγμένα σε πολλές χώρες του κόσμου οι γιατροί θέτουν στην πρώτη γραμμή των προσπαθειών τους να καταφέρουν να επηρεάσουν δραστικά τις συνήθειες του καπνίσματος των ασθενών τους. Είναι αναμφίβολα πολύ σημαντική και κρίσιμη η βοήθειά τους προς τους ασθενείς προκειμένου να σταματήσουν το κάπνισμα. Από αυτή την άποψη και μόνο, οι γιατροί μπορούν να θεωρηθούν προς τους ασθενείς και τους συναδέλφους τους ως ιδανικά πρότυπα ορθής πρακτικής και κατάλληλης συμπεριφοράς σε θέματα υγείας (Phengsavanh et al, 2008).

Από την άλλη πλευρά, δεν πρέπει να αγνοήσουμε το γεγονός ότι οι ιατροί που καπνίζουν όχι μόνο επηρεάζουν αρνητικά την προαγωγή υγείας των ασθενών τους, αλλά επίσης βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο στο να πεθάνουν οι ίδιοι από την εν λόγω βλαβερή συνήθεια.

Ως εκ τούτου, έχουν εκφραστεί ανησυχίες σχετικά με την προθυμία και το πραγματικό ενδιαφέρον των ιατρών, που οι ίδιοι καπνίζουν, να συμβουλεύουν τους ασθενείς τους να σταματήσουν το κάπνισμα, όπως επίσης έχουν εκφραστεί ανησυχίες σχετικά με το εάν οι ασθενείς που λαμβάνουν τέτοιες σοβαρές συμβουλές, γνωρίζουν ότι ο γιατρός τους έχει ο ίδιος καπνιστικές συνήθειες (Foulds, 2007).

Μία παγκόσμια έρευνα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων σχετικά με τη χρήση καπνού από τους επαγγελματίες υγείας στα τρία μεγαλύτερα νοσοκομεία του Βιετνάμ, έδειξε ότι η επικράτηση του καπνίσματος ανάμεσά τους βρίσκεται στο 13,4% και κατέχει δεσπόζουσα θέση μεταξύ των αντρών επαγγελματιών σε σύγκριση με γυναίκες συναδέλφους (35,6% έναντι 1,8%), ενώ διαφέρει σημαντικά σε επίπεδο ειδικοτήτων όπου γιατροί και οδοντίατροι εμφανίζουν ένα μεγαλύτερο ποσοστό από τους νοσηλευτές (23,0%, 10,5% και 7,7% αντίστοιχα) (Dao et al, 2008).

Στην Ελλάδα, βάσει έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε από το Εθνικό Δίκτυο Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας, στο βοηθητικό προσωπικό των νοσοκομείων οι καπνιστές ανέρχονται στο 57,9%, στο τεχνικό προσωπικό 47,1%, στο διοικητικό 43,3% και στο ιατρικό προσωπικό 42,5%. Το 1/3 του δείγματος: (719) άτομα κάπνιζε πάνω από 10 τσιγάρα την ημέρα (Τούντας, 2009).

Σε ό,τι αφορά το ιατρικό προσωπικό και τις καπνιστικές του συνήθειες παρόμοια είναι και τα ευρήματα μιας άλλης έρευνας που διεξήχθη σε ελληνικά νοσοκομεία μεταξύ Σεπτεμβρίου 2003 και Ιουνίου 2005, όπου συνολικά το 38,6% του πληθυσμού μελέτης (:1.284 ιατροί) ήταν καπνιστές, το 13,8% πρώην καπνιστές και το 47,6% μη καπνιστές. Το ποσοστό των καπνιστών μειωνόταν με την αύξηση της ηλικίας, ενώ ταυτόχρονα αυξανόταν σημαντικά το ποσοστό των πρώην καπνιστών. Το ποσοστό των ανδρών που κάπνιζαν για κάποιο διάστημα της ζωής τους (νυν και πρώην καπνιστές) ήταν σημαντικά υψηλότερο σε σχέση με αυτό των γυναικών ιατρών (59,3% έναντι 43,7%) (Γκίκας κ.ά., 2006).

Επιπροσθέτως, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε ό,τι αφορά στις καπνιστικές συνήθειες μεταξύ των υποομάδων της οικογενειακής κατάστασης, του τόπου γέννησης, της ειδικότητας, της επαγγελματικής σχέσης και του οικογενειακού ιστορικού καπνίσματος. Εξαίρεση αποτέλεσε ο τόπος κατοικίας όπου δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές. Το 83% των καπνιστών ανέφεραν ότι άρχισαν να καπνίζουν πριν από την ηλικία των 25 ετών: το 33% κατά τη διάρκεια του Λυκείου (13 -18 ετών) και το 50% κατά τη φοίτηση στην ιατρική σχολή (19-24 ετών). Ο μέσος όρος κατανάλωσης τσιγάρων ήταν  $21 \pm 12$ , με το 89% των καπνιστών να καταναλώνουν > 10 τσιγάρα ανά ημέρα. Το 42% των καπνιστών παρουσίαζαν ήπια εξάρτηση από τη νικοτίνη, το 33% μέτρια και το 15% σοβαρή εξάρτηση. Περισσότεροι από τους μισούς καπνιστές (το 57%) δήλωσαν ότι είχαν κάνει τουλάχιστον μία προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, ενώ το 11% των ανδρών και το 8% των γυναικών είχαν κάνει 4 ή παραπάνω προσπάθειες (Γκίκας κ.ά., 2006).

Το μόνο ενθαρρυντικό είναι ότι ο επιπολασμός του καπνίσματος στους Έλληνες ιατρούς μειώθηκε την τελευταία εικοσαετία: από 62,5% το 1983 στο περίπου 50% το 1992 και στο 39% το 2006. Ωστόσο, ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των Ελλήνων ιατρών είναι αρκετά υψηλότερος από αυτών των συναδέλφων τους σε πολλές άλλες ανεπτυγμένες χώρες όπως στις ΗΠΑ (άνδρες: 10%, γυναίκες: 2%), Ιαπωνία (άνδρες: 27%, γυναίκες: 7%), Γαλλία (άνδρες: 34%, γυναίκες: 25%), Ιταλία (άνδρες: 24,5%, γυναίκες: 23%), Φιλανδία (άνδρες: 7%, γυναίκες: 4%) και Εσθονία (άνδρες: 25%, γυναίκες: 11%). Επίσης, φαίνεται ότι οι Έλληνες ιατροί καπνίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ακόμη και σε σχέση με τους ιατρούς των αναπτυσσόμενων χωρών όπως είναι η Βραζιλία με επιπολασμό (7%), η Σενεγάλη (28%) και η Ινδία (13%) (Γκίκας κ.ά., 2006).

Αποτελέσματα μελέτης από τους Parma et al (2005) έδειξαν ότι οι άνδρες γιατροί στην Εσθονία που καπνίζουν αποτελούν το 24,9% και οι γυναίκες γιατροί το 10,8%. Οι Hodgetts et al

(2004) σε έρευνα που έκαναν μεταξύ των επαγγελματιών υγείας στη Βοσνία- Ερζεγοβίνη αποκάλυψαν ότι μόλις το 45% αυτών έχει καπνιστικές συνήθειες, απ' το οποίο ποσοστό το 51% αναφέρεται στις νοσηλεύτριες και το 40% στους ιατρούς.

Οι Bener et al (1993) σε έρευνα που διεξήγαγαν σε δυο χώρες του Κόλπου σχετικά με τις συνήθειες του καπνίσματος μεταξύ του ιατρικού προσωπικού, διαπίστωσαν τα εξής: στο Κουβέιτ, σε ό,τι αφορά τους άνδρες ιατρούς, αυτοί κατανέμονται σε καπνιστές, πρώην καπνιστές και μη καπνιστές με ποσοστά 45,3%, 17,9% και 36,8 % αντίστοιχα, ενώ μεταξύ των γυναικών ιατρών, αυτές αριθμούνται σε ποσοστό 16% ως καπνίστριες και σε ποσοστό 84% ως μη καπνίστριες. Ομοίως, στα Ηνωμένα Αραβικά Εμιράτα σε ό,τι αφορά τους άνδρες ιατρούς, αυτοί κατανέμονται σε καπνιστές, πρώην καπνιστές και μη καπνιστές με ποσοστά 43,9%, 14,9% και 41,2 % αντίστοιχα· ενώ μεταξύ των γυναικών ιατρών, αυτές αριθμούνται σε ποσοστό 8,2% ως καπνίστριες, 4,9% ως πρώην καπνίστριες και σε ποσοστό 86,9% ως μη καπνίστριες.

Σε αντίθεση με την παραπάνω έρευνα, το ποσοστό της καπνιστικής συμπεριφοράς μεταξύ των ιατρών στη Λαϊκή Δημοκρατία του Λάος εμφανίζεται να είναι κατά πολύ χαμηλότερο, μόλις 9,2%, και σε σύγκριση με άλλες παρόμοιες μελέτες, όπου τα ποσοστά καπνίσματος στο ιατρικό προσωπικό δείχνουν να είναι αρκετά υψηλότερα απ' αυτό. Ενδεικτικά, αναφέρονται τα ποσοστά καπνιστών ιατρών: στην Κίνα που είναι 16%, στη Δανία που είναι 15%, στην Ιταλία 28% και στο Παρίσι που είναι 34% (Phengsavanh et al, 2008).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το ποσοστό του καπνίσματος μεταξύ των ιατρών του Λάος τείνει να είναι χαμηλότερο επίσης και από εκείνο του γενικού πληθυσμού. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι καπνιστές γιατροί έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης ανά πάσα ώρα και στιγμή σε θεραπευτικά προγράμματα, ανεξάρτητα από το ό,τι η καπνιστική τους συμπεριφορά δε συμβαδίζει με τους κανόνες δεοντολογίας περί αφοσίωσης στο ρόλο τους ως αντι-καπνιστικά πρότυπα και παράγει μια όχι ιδιαίτερα τιμητική εικόνα του ιατρικού επαγγέλματος προς το κοινό. (Davis,1993) Ο αριθμός των ανδρών ιατρών που καπνίζουν, κυμαίνεται σε ποσοστό 17,3% σε σύγκριση με τον αριθμό των γυναικών ιατρών, που φθάνει στο 0,4% (Phengsavanh et al, 2008).

Εν τω μεταξύ, το μικρό ποσοστό γυναικών ιατρών που βρέθηκαν να καπνίζουν στο Λάος προκύπτει να είναι υψηλότερο από το αντίστοιχο ποσοστό της Μαλαισίας, της Κίνας και του Χονγκ Κονγκ, όπου εκεί καμία γυναίκα ιατρός δε βρέθηκε να καπνίζει. Αυτό οφείλεται σε



μεγάλο βαθμό στην επικρατούσα αντίληψη στις χώρες αυτές, σύμφωνα με την οποία θεωρείται κοινωνικά απαράδεκτο και ανήθικο οι γυναίκες να καπνίζουν. Αντίθετα, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία, διαπιστώθηκε υψηλότερη επικράτηση του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών ιατρών (34%) (Phengsavanh et al, 2008).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στον Καναδά, στην Αυστραλία και στη Νέα Ζηλανδία, τα ποσοστά των καπνιστών μεταξύ της ιατρικής κοινότητας μειώθηκαν δραματικά από 15-20% κατά το 1970 σε περίπου 5% στο τέλος του 20<sup>ου</sup> αιώνα. Ωστόσο, αυτά τα χαμηλά ποσοστά του καπνίσματος δεν είναι ομοιόμορφα μεταξύ των ιατρών σε ολόκληρο τον κόσμο. Για παράδειγμα, το ποσοστό των ανδρών ιατρών που καπνίζουν στην Κίνα κυμαίνεται περίπου στο 32% και 0% για τις γυναίκες ιατρούς αντίστοιχα, στην Ιταλία το ποσοστό είναι 28% (32% στους άνδρες), ενώ στην Τουρκία, τη Βοσνία και Ερζεγοβίνη περίπου το 40% μεταξύ του ιατρικού προσωπικού καπνίζει (Foulds, 2007).

Έκπληξη ωστόσο προκαλεί το γεγονός ότι μόνο το 5% των Αμερικανών ιατρών σήμερα καπνίζουν. Πολλοί αμερικανοί γιατροί καπνιστές αναφέρουν μάλιστα ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα ήδη από την εφηβική τους ηλικία και πιθανόν να είχαν εθιστεί στον καπνό πριν ακόμη από την απόφασή τους να σπουδάσουν ιατρική (Foulds, 2007).

Ομοίως, σύμφωνα με βιβλιογραφική έρευνα που διενήργησε το Τμήμα Νοσηλευτικής και Μαιευτικής του Πανεπιστημίου του Μπέλφαστ , πολλές σπουδάστριες των νοσηλευτικών σχολών αναφέρουν ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα πριν από την έναρξη του επίσημου κύκλου σπουδών στη σχολή τους (Rowe and Macleod, 2000).

Αυτό σημαίνει ότι, τόσο στο Ηνωμένο Βασίλειο όσο και στις Η.Π.Α. οι πολιτικές για το κάπνισμα , μέχρι και τα μέσα της δεκαετίας του 1990, δεν είχαν καταφέρει να λειτουργήσουν αποτελεσματικά, προκειμένου να ευαισθητοποιήσουν όσο το δυνατόν περισσότερους τότε νέους πολίτες και νυν καπνιστές-επαγγελματίες υγείας σχετικά με την απαγόρευση του καπνίσματος και την αυτοσυγκράτησή τους (Phengsavanh et al, 2008).

Τα ευρήματα όμως αυτά υπογραμμίζουν ταυτόχρονα και κάτι άλλο: τη σημασία της βελτίωσης και προώθησης της πεποίθησης των επαγγελματιών υγείας να λειτουργούν ως πρότυπα για τους ασθενείς τους με το να μην καπνίζουν. Ειδική προσοχή πρέπει να δοθεί στο εξής σύνθημα: «Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λειτουργούν ως πρότυπα μη καπνιστών για τους ασθενείς τους και το κοινό». Αυτό το μήνυμα θα πρέπει να ενσωματωθεί στους

κανονισμούς περιορισμού των τσιγάρων και στην πολιτική των νοσοκομείων και να αναγνωρίζεται ως ένα από τα αποτελεσματικά μέτρα για τον έλεγχο των τσιγάρων που καταναλώνονται στους χώρους γενικότερα των υπηρεσιών υγείας (Dao et al, 2008).

Είναι σημαντικό, επομένως, οι επαγγελματίες υγείας να προωθούν ενεργά την καταπολέμηση του καπνίσματος, τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τον εαυτό τους (Phengsavanh et al, 2008).

#### **4.5 Γνώσεις, στάσεις και πεποιθήσεις ιατρών και νοσηλευτών σχετικά με το κάπνισμα.**

Λαμβάνοντας υπόψη την ξεχωριστή θέση στην κοινωνία που κατέχουν οι ιατροί επιστήμονες καθώς και τη σημαντική συμβολή τους στην παροχή συμβουλών για την υγεία, που αφορούν στη διακοπή του καπνίσματος και τη θεραπεία απ' αυτό, κρίθηκε απαραίτητη η διεξαγωγή μελέτης από τους ερευνητές του Κέντρου Ελέγχου Καπνού της Νοτιοανατολικής Ασίας κατά το έτος 1992 για τον προσδιορισμό των γνώσεων και των στάσεων των γιατρών (που εργάζονταν σε νοσοκομεία της Λαϊκής Δημοκρατίας του Λάος) απέναντι στο κάπνισμα καθώς και τις πρωτοβουλίες για την καταπολέμησή του (Phengsavanh et al, 2008).

Σ' αυτή τη σύγχρονη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένας συνδυασμός ποσοτικών και ποιοτικών μεθόδων έρευνας. Το δείγμα αποτελούσαν 855 ιατροί, απ' τους οποίους το 52,9% των ερωτηθέντων ήταν άνδρες. Η ηλικία των ερωτηθέντων κυμάνθηκε από 24 έως 65 έτη, με μέσο όρο τα 40,6 χρόνια. Συνοπτικά, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι γιατροί είχαν υψηλές γνώσεις που συνδέονταν με τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία, όπως επίσης υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων και των στάσεων απέναντι στην αντι-καπνιστική συμπεριφορά απ' όλους τους γιατρούς, συμπεριλαμβανομένων και των καπνιστών (Phengsavanh et al, 2008).

Ειδικότερα, η πλειοψηφία των γιατρών (καπνιστών και μη καπνιστών) πιστεύουν ότι πρέπει να αποτελούν καλά παραδείγματα προς τους ασθενείς τους οδηγώντας τους σε μια ζωή δίχως καπνό. Όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στο κάπνισμα, οι περισσότεροι ερωτηθέντες γιατροί (καπνιστές και μη καπνιστές) έχουν μία θετική στάση για την καταπολέμηση του καπνίσματος. Βέβαια οι καπνιστές γιατροί σε σύγκριση με τους μη καπνιστές έδειξαν να έχουν περιορισμένη γνώση σχετικά με τη θνησιμότητα που προκαλεί το κάπνισμα και τον αντίκτυπο

που έχει στο νεογνικό θάνατο, ενώ έδειξαν να έχουν καλύτερες γνώσεις σε ό,τι αφορά άλλες επιπτώσεις που προκαλούνται στην υγεία του ανθρώπινου οργανισμού εξαιτίας του καπνίσματος. Προηγούμενες έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε νοσοκομεία της Λαϊκής Δημοκρατίας του Λάος ανέφεραν ότι το 93% των επαγγελματιών υγείας δήλωσαν ότι οι γνώσεις τους ήταν αρκετές ώστε να συμβουλεύουν τους ασθενείς για να σταματήσουν το κάπνισμα (Phengsavanh et al, 2008).

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας που πραγματοποιήθηκε μεταξύ επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομειακές μονάδες της Βοσνίας, τα οποία βρέθηκαν να είναι αρκετά θετικά. Στη Βοσνία όλοι οι γιατροί συνολικά συμφώνησαν ότι το κάπνισμα είναι βλαβερό για την υγεία του καπνιστή. Το 64,7% ωστόσο των καπνιστριών νοσηλευτριών δήλωσε τη φράση: *«ποτέ μη λες ποτέ, πάντα θα τύχει να δοκιμάσεις τουλάχιστον ένα τσιγάρο στη ζωή σου»*, ενώ το 80% των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας παραδέχθηκε ότι ο νεογνικός θάνατος σχετίζεται με το παθητικό κάπνισμα (Hodgetts et al, 2004).

Επιπλέον, υπήρξαν ορισμένες σημαντικές διαφορές μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών καπνιστών σχετικά με τον συμβουλευτικό ρόλο που θα πρέπει να έχουν σε θέματα υγείας που σχετίζονται με το παθητικό κάπνισμα. Έχουν την τάση δηλαδή οι μεν πρώτοι να είναι πιο ευαισθητοποιημένοι απέναντι στο θέμα του παθητικού καπνίσματος. Αν και παραδέχονται ομόφωνα και οι δύο κατηγορίες επαγγελματιών υγείας ότι θα πρέπει να απαγορευτούν οι πωλήσεις καπνού σε παιδιά και εφήβους, ωστόσο οι καπνιστές ιατροί τείνουν περισσότερο να συμβουλεύουν τους ασθενείς τους να αποφεύγουν το κάπνισμα όταν υπάρχουν γύρω τους παιδιά (Hodgetts et al, 2004).

Σε αντίστοιχη μελέτη μεταξύ Εσθονών ιατρών, διαπιστώθηκε η πλειονότητα αυτών να γνωρίζει για τη σχέση του καπνίσματος με τις διάφορες ασθένειες, με σημαντικές ωστόσο αποκλίσεις μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών. Η βοήθεια των μη καπνιστών γιατρών προς τους ασθενείς τους για τη διακοπή του καπνίσματος αποδείχθηκε να είναι πιο δραστική απ' ό,τι η βοήθεια των καπνιστών γιατρών. Οι περισσότεροι Εσθονοί γιατροί, ιδίως εκείνοι που κάπνιζαν, παρέλειπαν να θεωρούν τους εαυτούς τους πρότυπα σωστής συμπεριφοράς υγείας (Parna et al, 2005).

Οι Perrin et al (2006) σε έρευνα που διεξήγαγαν μεταξύ Αρμενίων γιατρών, διαπίστωσαν ότι οι γιατροί που κλήθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια για το κατά πόσο

αντιλαμβάνονται το ρόλο τους στην αλληλεπίδρασή τους με τους ασθενείς σε σχέση με το κάπνισμα, δήλωσαν ότι θα πρέπει όλοι οι επαγγελματίες υγείας να παροτρύνουν τους ασθενείς εκείνους που καπνίζουν, να μην καπνίζουν μπροστά στα παιδιά και φυσικά να σταματήσουν το κάπνισμα. Οι Αρμένιοι γιατροί επίσης συμφώνησαν ότι οι επαγγελματίες υγείας δε θα πρέπει να καπνίζουν μπροστά στους ασθενείς τους και ότι θα πρέπει να αποτελούν καλό παράδειγμα γι' αυτούς. Σε υψηλά επίπεδα υπήρξε και η δήλωση των γιατρών για τις πιθανότητες που έχει ένας ασθενής να ανταποκριθεί θετικά, όταν του ζητάει ο γιατρός να διακόψει οριστικά το κάπνισμα.

Οι Gunes et al (2005) διαπίστωσαν ότι η αρνητική στάση των γιατρών σχετικά με τη διακοπή του καπνίσματος επηρεάζει αρνητικά και την παροχή συμβουλών απέναντι στους ασθενείς τους. Αποδείχτηκε δηλαδή ότι οι μη καπνιστές άνδρες γιατροί ασκούσαν πιο συχνά συμβουλευτική προς τους ασθενείς τους απ' ό,τι οι συνάδελφοί τους καπνιστές. Μόλις το 26,5% απ' τους καπνιστές ιατρούς παραδέχθηκε ότι φροντίζει να καταγράφει στο ιστορικό του ασθενούς πληροφορίες για το κάπνισμα και να τους συμβουλεύει να το σταματήσουν, ένα ποσοστό με άλλα λόγια ιδιαίτερα μικρό. Αντιθέτως, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ελληνικά νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της διετίας 2003-2005 μεταξύ 1.284 Ελλήνων ιατρών βρέθηκε ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό ιατρών που κάπνιζαν (μόλις το 74,4%) να δηλώνουν ότι συμβουλεύουν συχνά ή πάντα τους ασθενείς τους να διακόψουν το κάπνισμα σε αντιδιαστολή μ' ένα εξαιρετικά υψηλότερο ποσοστό μη και πρώην καπνιστών (85,3% και 84,7% αντίστοιχα) να δηλώνουν ότι ασκούν περισσότερο συχνά συμβουλευτική αγωγή στους ασθενείς τους.

Οι Lian Zhang et al (2006) αναφέρουν ότι παράγοντες, όπως το φύλο, η ηλικία, η κατάρτιση και το επίπεδο των γνώσεων για τις επιβλαβείς επιπτώσεις του καπνίσματος, είχαν σχέση με την κοινωνική στάση και τη συμπεριφορά υγείας των ιατρών που εξέτασαν.

Παρόμοια είναι και τα ευρήματα δύο άλλων ερευνητών, των Willaing και Ladelund (2004), σύμφωνα με τα οποία η ατομική συμπεριφορά του καπνίσματος στο νοσηλευτικό προσωπικό ήταν έντονα συνδεδεμένη με τις γνώσεις και τις στάσεις του νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στο κάπνισμα καθώς και τις πρακτικές συμβουλές για την καταπολέμησή του. Εντούτοις, όσον αφορά τους γιατρούς στην ίδια έρευνα, αυτοί αν και είχαν γνώση για ορισμένες βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος, υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα των γνώσεων μεταξύ των καπνιστών και των μη καπνιστών γιατρών.

Το σίγουρο είναι ότι οι μεμονωμένες συνήθειες καπνίσματος μεταξύ του προσωπικού του νοσοκομείου επηρεάζουν έντονα τις γνώσεις σχετικά με το κάπνισμα (Willaing et al, 2003). Το συμπέρασμα αυτό επιβεβαιώνεται άλλωστε και από τη θεωρία της συμπεριφοράς, βάσει της οποίας υπάρχει συσχέτιση της γνώσης με την πρακτική αλλαγής της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Το υψηλό επίπεδο γνώσεων ενδέχεται να οδηγήσει σε θετικές στάσεις και απόψεις ορθής πρακτικής (Phengsavanh et al., 2008).

Σε έρευνα που έγινε σε νοσοκομείο της Δανίας στην περιοχή της Κοπεγχάγης το 1999, με σκοπό να εξεταστεί η σχέση που υπάρχει μεταξύ των ατομικών συνηθειών καπνίσματος ανάμεσα στο νοσοκομειακό προσωπικό και τις γνώσεις τους για τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία και το παθητικό κάπνισμα, βρέθηκε ότι, σε σύγκριση με πρώην και μη καπνιστές, οι καπνιστές επαγγελματίες υγείας υποτιμούν συστηματικά τις συνέπειες του καπνίσματος και του παθητικού καπνίσματος στην υγεία, ανεξαρτήτως ειδικότητας, τμήματος, φύλου και ηλικίας. Δεν υπάρχει δηλαδή συνέπεια στη σχέση μεταξύ της γνώσης των επιπτώσεων του καπνίσματος στην υγεία και της ειδικότητας ή του τμήματος. Αντίθετα, υπάρχουν σημαντικοί αντίστροφοι συσχετισμοί μεταξύ του καπνίσματος και της γνώσης των συνεπειών στην υγεία από την παρατεταμένη χρήση αλκοόλ και την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας (Willaing et al, 2003).

Με αφορμή τη μελέτη αυτή του 1999, μετά την πάροδο δύο ετών, το 2001 δηλαδή, πραγματοποιήθηκε στο ίδιο νοσοκομείο της Δανίας μία παρόμοια έρευνα με αντικείμενο εξέτασης τις καπνιστικές συνήθειες και τις στάσεις του προσωπικού του νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα της δεύτερης αυτής έρευνας έδειξαν σημαντική μείωση του αριθμού των καπνιστών μεταξύ του προσωπικού από 33% σε 26%. Εκείνοι που κάπνιζαν ακόμα ήταν πλέον λιγότερο απρόθυμοι να δεχθούν βοήθεια για να σταματήσουν το κάπνισμα, όπως επίσης ενοχλούνταν λιγότερο σε σχέση με το 1999 από το παθητικό κάπνισμα. Σταθερό παρέμενε το ποσοστό των διασωστών (τα 2/3 περίπου), που συνέχιζαν να πιστεύουν ότι δεν είναι απαράδεκτο να εφαρμοστούν οι κυρώσεις κατά των μελών του προσωπικού που παραβιάζουν τον κανονισμό απαγόρευσης του καπνίσματος (Kannegaard et al, 2005).

Σύμφωνα με τον Τούντα, το 45,6% του νοσοκομειακού προσωπικού καπνίζει και μάλιστα σε μεγάλο ποσοστό περισσότερο από μισό πακέτο την ημέρα. Οι εργαζόμενοι στα νοσοκομεία έχουν δηλαδή τη γνώση ότι καπνίζουν, αλλά αυτό δεν είναι αρκετό. Οι ανθυγιεινές συμπεριφορές δεν έχουν να κάνουν τόσο με το επίπεδο των γνώσεων, αλλά με το γενικότερο

πολιτιστικό επίπεδο της χώρας που παράγει την ευθύνη που έχει ο καθένας απέναντι στα θέματα υγείας και προάγει έναν ανθυγιεινό καταναλωτισμό. Για να αλλάξει αυτή η κατάσταση, την ευθύνη έχει η πολιτεία, η οποία πρέπει να αναπτύξει προγράμματα πρόληψης και προαγωγής της υγείας για όλο τον πληθυσμό και ειδικότερα για τα σχολεία και τις υπηρεσίες υγείας (Μαμάη, 2009).

#### **4.6 Παράγοντες που ωθούν ιατρούς και νοσηλευτές στην κατανάλωση αλκοόλ και καπνού.**

##### **4.6.1 Επαγγελματικό στρες**

Το στρες ορίζεται ως μια διαλογική ψυχολογική διαδικασία μεταξύ του ατόμου και της στρεσογόνου κατάστασης (Di Martino, 1992, Cox, 1993). Σύμφωνα με αυτό το πρότυπο το στρες παρουσιάζεται ως μία δυσαναλογία μεταξύ των εσωτερικών και εξωτερικών απαιτήσεων που αντιμετωπίζει κάποιος και τη δυνατότητα του να αντιμετωπίσει την εκάστοτε κατάσταση. Η βιβλιογραφία παρουσιάζει γενικά τα επαγγέλματα υγείας ως ιδιαιτέρως στρεσογόνα επαγγέλματα. Το στρες στον εργασιακό χώρο αναφέρεται συχνά ως επαγγελματικό στρες που οδηγεί ιατρούς και νοσηλευτές σε επικίνδυνη κατανάλωση καπνού και οινοπνεύματος (Φιλίππου, 2007).

Μελέτες έδειξαν ότι, οι παράγοντες που επηρεάζουν τις νοσηλεύτριες στην υιοθέτηση καπνιστικής συμπεριφοράς είναι παρόμοιοι με τους παράγοντες που αναφέρονται στο γενικό πληθυσμό γυναικών. Έχουν γίνει μάλιστα πολλές εικασίες σχετικά με το γιατί οι νοσηλεύτριες καπνίζουν και οι πιθανές εξηγήσεις περιλαμβάνουν ένα αγχωτικό και στρεσογόνο περιβάλλον εργασίας (Rowe and Macleod, 2000).

Ομοίως, έχουν εκφραστεί ποικίλες εικασίες και απόψεις σχετικά με το γιατί οι νοσηλεύτριες καταναλώνουν αλκοόλ. Ως πιο πιθανή εξήγηση αναφέρεται το αίσθημα του φόβου του θανάτου των ασθενών τους, που αντιμετωπίζουν στις μονάδες εντατικής θεραπείας, στα ογκολογικά τμήματα και στις αιματολογικές κλινικές, όπου εργάζονται.

Διαφορετική, πάλι, άποψη εκφράζουν οι νοσηλευτές που εργάζονται στα γενικά - χειρουργικά τμήματα, οι οποίοι ταξινομούν τον φόρτο εργασίας και τη στελέχωση ως σημαντικότερες πηγές άγχους γι' αυτούς (Φιλίππου, 2007). Εν τω μεταξύ, πορίσματα ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής καταδεικνύουν ένα ποσοστό της τάξεως του 8-12% εθισμένων ιατρών στο αλκοόλ να πάσχουν από υψηλά επίπεδα ψυχογενούς άγχους, ιδιαίτερα οι χειρουργοί (Florkowski et al, 2008).

Οι Tyler and Ellison (1994) ανέφεραν ότι οι νοσηλευτές σε χειρουργεία ταξινομούν τις συναισθηματικές πτυχές ως λιγότερο σημαντικές απ' ότι οι νοσηλευτές στην ογκολογία ή την αιματολογία. Γίνεται λοιπόν φανερό από τις παραπάνω μελέτες ότι οι πηγές στρες και οι ανάγκες των νοσηλευτών και των ιατρών διαφέρουν από τμήμα σε τμήμα (Φιλίππου, 2007).

Το υψηλότερο ποσοστό της επικίνδυνης κατανάλωσης οινοπνεύματος μεταξύ των γυναικών ιατρών χειρουργών σε σύγκριση με άλλες γυναίκες ιατρούς ενδέχεται να αντανακλά τον αριθμό των πιθανών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των συνθηκών εργασίας, καθώς και των γνωρισμάτων της προσωπικότητάς τους. Κάποιες μελέτες υποδεικνύουν ότι οι γυναίκες χειρουργοί γιατροί είναι πιο ανθεκτικές στην πίεση, . Ο υπερβολικός φόρτος εργασίας στα χειρουργικά τμήματα, καθώς και οι πολλές ώρες δουλειάς, η στέρηση ύπνου μπορεί να είναι σημαντικές πιέσεις (Rosta and Aasland, 2005).

Μελέτες επισημαίνουν ότι οι νοσηλευτές αλλά συχνά και οι γιατροί βιώνουν επαγγελματικό στρες κατά πολύ περισσότερο από τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα, σημαντικό ποσοστό των γιατρών που συμμετείχαν στις μελέτες εμφάνισαν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης: 10-56% [ενώ στους νοσηλευτές ήταν 15-50%], αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης : 13-47% [ενώ στους νοσηλευτές ήταν 7-37%] και μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα γιατρών: 4-59% [ενώ στους νοσηλευτές ήταν 25-76%]. Οι παράγοντες εκείνοι που θεωρούνται στρεσογόνοι από τους επαγγελματίες υγείας (συμπεριλαμβανομένων γιατρών και νοσηλευτών) είναι κυρίως, ο φόρτος εργασίας σε συνδυασμό με την έλλειψη προσωπικού, η περιορισμένη δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης, ο ανεπαρκής χρόνος μελέτης, η ισορροπία μεταξύ δουλειάς, οικογένειας και προσωπικής ανάπτυξης, όπως επίσης οι διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και οι συγκρούσεις μεταξύ τους (Μαρβάκη , 2007).

#### **4.6.2 Συγκρούσεις**

Οι επαγγελματικές συγκρούσεις αναφέρονται σαν μία σημαντική πηγή στρες για τους νοσηλευτές. Ιδιαίτερα η διεπαγγελματική σύγκρουση μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών εμφανίζεται ως ένα από τα πιο σοβαρά προβλήματα στους χώρους εργασίας τους (Hillhouse and Adler,1997).

Μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών το 2007, με θέμα τη διαχείριση των συγκρούσεων στο Νοσηλευτικό και Ιατρικό προσωπικό στα Δημόσια Παιδιατρικά Νοσοκομεία, έδειξε ότι η πλειοψηφία του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού επιλέγουν την αποφυγή για το χειρισμό των συγκρούσεων, ενώ οι manager νοσηλευτές και ιατροί υιοθετούν τη στρατηγική της διεκδίκησης. Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό συγκρούσεων με συναδέλφους εμφανίζεται στους ιατρούς (73,3%) ενώ στο νοσηλευτικό προσωπικό είναι (49,37%) (Κοντογιάννη, 2007).

Ως γνωστό η αποφυγή ή η διεκδίκηση δεν θεωρούνται αποτελεσματικές στρατηγικές για τη διαχείριση των συγκρούσεων στο χώρο του νοσοκομείου. Η επαγγελματική εμπειρία έχει αποδείξει ότι εκείνος που χάνει από την έλλειψη συνεργασίας μεταξύ του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού είναι τελικά ο ασθενής. Ο επαγγελματίας υγείας που πριν από λίγο συγκρούστηκε με άλλο συνάδελφό του, καταλήγει να νοσηλεύει τους ασθενείς του με ψυχρό, αδιάφορο και απρόσωπο τρόπο, με απάθεια και απογοήτευση. Ακόμη, είναι πιθανόν να αποσύρεται από τους άλλους, να εκδηλώνεται αρνητικά και οξύθυμα, να απουσιάζει συχνά από την εργασία του, να την εκτελεί λιγότερο αποτελεσματικά απ' ό,τι στο παρελθόν και να επιθυμεί να την εγκαταλείψει. Στην περίπτωση αυτή η κατανάλωση καπνού ή οινοπνεύματος αποτελεί για τον ίδιο την καλύτερη διέξοδο από το πρόβλημα στο οποίο έχει περιέλθει (Παπαγεωργίου, 2007).

Ακόμη όμως και στην περίπτωση που τα διάφορα είδη συγκρούσεων αποκτούν μορφή σωματικής βίας ή επιθετικής παρενόχλησης προς τους επαγγελματίες υγείας εκ μέρους των ασθενών τους, η επιλογή καπνού ή οινοπνεύματος φαντάζουν ως τα καλύτερα αγχολυτικά φάρμακα για την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων από τους πρώτους (Rogers et al, 1999).

#### **4.6.3 Επιθετική παρενόχληση**



Η επιθετική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο αποτελεί έναν από τους πιο σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες στο χώρο της υγείας, που ωθεί ιατρούς και νοσηλευτές σε καπνιστικές και αλκοολικές συμπεριφορές (Rogers et al, 1999).

Η εμφάνιση βίας και επιθετικής παρενόχλησης των νοσηλευτών σε όλους τους τομείς υγείας είναι χωρίς αμφιβολία ένα σύνθετο φαινόμενο της εργασιακής τους καθημερινότητας και πρακτικής. Η άσκηση βίας προς το προσωπικό των υγειονομικών υπηρεσιών έχει περιγραφεί ως ένα σημαντικό πρόβλημα (Rogers et al, 1999).

Στη νοσηλευτική βιβλιογραφία αναφέρονται συχνότερα, ως μορφές βίαιης παρενόχλησης: η σωματική βία, η λεκτική κακοποίηση, η σεξουαλική παρενόχληση και ο εκφοβισμός (Θεοφάνης και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου,2010).

Οι παρενοχλητικές αυτές συμπεριφορές προκαλούν στους εργαζόμενους συχνά συμπτώματα, τα οποία επηρεάζουν την ψυχολογία και την συμπεριφορά τους, όπως άγχος, αίσθημα φόβου, ευερεθιστότητα, απομόνωση, επιθετικότητα καθώς και χρήση καπνίσματος και αλκοόλ (Θεοφάνης και Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου,2010).

#### **4.6.4 Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας**

Οι υπηρεσίες υγείας είναι οργανισμοί που προσφέρουν φροντίδα σε 24ωρη βάση προς όφελος των πολιτών σε κάθε χώρα, με αποτέλεσμα οι επαγγελματίες υγείας να εργάζονται σε εναλλασσόμενα και ασταθή ωράρια εργασίας (Κορομπέλη και Σούρτζη, 2010).

Πολλές μελέτες αναφέρουν την ύπαρξη ψυχολογικών διαταραχών στους εργαζόμενους με εναλλασσόμενα ωράρια εργασίας, όπως είναι η χρόνια κόπωση, η κατάθλιψη, η συναισθηματική εξουθένωση (burn-out), ως συνέπεια του συνδυασμού ωραρίων εργασίας και απώλειας ύπνου. Η ανεπάρκεια του ποιοτικού ύπνου προκαλεί μία μορφή στρες που φέρει επιπτώσεις σε ψυχοσωματικό επίπεδο. Το βασικό συμπέρασμα αυτών των μελετών είναι ότι το ασταθές ωράριο εργασίας επιδρά καταστρεπτικά στη φυσική και διανοητική υγεία των επαγγελματιών υγείας ( συμπεριλαμβανομένων γιατρών και νοσηλευτών) (Κορομπέλη και Σούρτζη, 2010).

Βάσει ερευνητικών πορισμάτων έχει αποδειχτεί ότι οι εργαζόμενοι σε απογευματινό ωράριο εργασίας κοιμούνται περισσότερο, οι εργαζόμενοι σε πρωινό ωράριο κοιμούνται λιγότερο και οι εργαζόμενοι σε νυχτερινό ωράριο κοιμούνται ακόμη λιγότερο. Το ίδιο συμβαίνει και με τους ιατρούς που εργάζονται με ωράριο σε κατάσταση ετοιμότητας (on call), οι οποίοι κοιμούνται λιγότερες ώρες (Κορομπέλη και Σούρτζη, 2010).

Το στρες που δημιουργεί το εναλλασσόμενο ωράριο οδηγεί συχνά τους εργαζόμενους σε συμπεριφορές και στάσεις όπως μη σωστές διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση οινόπνευματος, έλλειψη σωματικής άσκησης καθώς και χρήση καπνού, οι οποίες συχνά δημιουργούν προβλήματα στο καρδιαγγειακό και γαστρεντερικό σύστημα (Κορομπέλη και Σούρτζη, 2010).

Μελέτη στη Φιλανδία αναφέρει ότι οι νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε ασταθές ωράριο ήταν πιο πιθανό να είναι υπέρβαρες και καπνίστριες σε σύγκριση με νοσηλεύτες που εργάζονταν σε ημερήσιες βάρδιες αποκλειστικά (Kivimäki et al, 2001).

Το κυκλικό ωράριο εργασίας φέρει επιπτώσεις και στην ψυχική υγεία των εργαζομένων επαγγελματιών υγείας. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές, συχνά, στο χώρο εργασίας τους έρχονται αντιμέτωποι με πολλούς στρεσογόνους παράγοντες όπως οι απαιτητικοί ασθενείς, η πίεση του χρόνου, ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη προσωπικού, το κυκλικό και νυχτερινό ωράριο εργασίας (για τους νοσηλευτές) καθώς και οι πολλές ώρες παραμονής στο νοσοκομείο (για τους γιατρούς). Η δυσαρέσκεια του ιατρικού αλλά κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού εκφράζεται με διάφορα ψυχοσωματικά συμπτώματα από τη μία (όπως π.χ. κατάθλιψη, χρόνια κόπωση, συναισθηματική εξουθένωση, θυμό, αίσθημα απελπισίας κ.ά.) και με επιζήμιες συμπεριφορές υγείας από την άλλη (καπνιστική συνήθεια και χρήση αλκοόλ) (Κορομπέλη και Σούρτζη, 2010).

#### **4.6.5 Επαγγελματική εξουθένωση**

Ενώ έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στο κυκλικό ωράριο εργασίας του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού, ταυτόχρονα τόσο οι ώρες όσο και ο φόρτος εργασίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην ευημερία των εργαζομένων. Αυτό σημαίνει ότι οι ελλείψεις σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, η αύξηση των αναγκών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε ρυθμό

μεγαλύτερο από τη στελέχωσή τους, καθώς και η εξάντληση αυτών από την εργασία, αποτελούν στρεσογόνους παράγοντες που συχνά φανερώνονται με συναισθηματικά και ψυχολογικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, κούραση, αϋπνία, κατάχρηση αλκοόλ - ουσιών και κατάθλιψη.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε τα τελευταία πέντε χρόνια από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο και συγκεκριμένα από το Εργαστήριο Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής έδειξε ότι, οι πολλές ώρες εργασίας των γιατρών στα νοσοκομεία (π.χ. 15 εικοσιτετράωρα το μήνα), οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας (ένας γιατρός για 50 ασθενείς) καθώς και η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες για τους επαγγελματίες υγείας και κυρίως για τους νοσοκομειακούς ιατρούς (Καρακώστα, 2010).

Επίσης, έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε κατά το χρονικό διάστημα 2005-2006 σε 282 νοσηλευτές και βοηθούς νοσηλευτών, οι οποίοι εργάζονταν σε πέντε δημόσια νοσοκομεία -δύο στην Αθήνα και τρία στην επαρχία- έδειξε ότι, ένα σημαντικό ποσοστό δείγματος (34,4% και 32% αντίστοιχα) ανέφερε ότι συχνά ένιωθε έντονα το αίσθημα της κόπωσης και είχε πονοκεφάλους. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής συμφωνούν με τα αντίστοιχα άλλων ερευνών και ενισχύουν την άποψη ότι το νοσηλευτικό επάγγελμα συνδέεται με αίσθημα κόπωσης, που συχνά φτάνει στα όρια της επαγγελματικής εξουθένωσης (Μαρβάκη, 2007).

Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί συχνά σε αισθήματα ανεπάρκειας, αναποτελεσματικότητας, αποτυχίας του εαυτού, καθώς και αποτυχία επίτευξης στόχων στον επαγγελματικό τομέα. Έχουν εντοπιστεί χαρακτηριστικά στο εργασιακό περιβάλλον, τα οποία μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως μεγάλος φόρτος εργασίας, σύγκρουση ρόλων, ένταση, διαπροσωπικές συγκρούσεις, έλλειψη ανταμοιβής, έλλειψη συμμετοχής των εργαζομένων στις αποφάσεις, καθώς επίσης ασάφεια των εργασιακών καθηκόντων και υποχρεώσεων (Μουστάκα και Μαλλιαρού, 2008).

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν αντίκτυπο στη συμπεριφορά υγείας των ιατρών και νοσηλευτών (κατανάλωση καπνίσματος και αλκοόλ που πολλές φορές φτάνει σε επικίνδυνα σημεία), με αποτέλεσμα να μειώνεται το υποστηρικτικό δίκτυο και να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με σημαντικά άτομα (Καραδήμας, 2005).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ελσίνκι για την αλκοολική συμπεριφορά των νοσοκομειακών ιατρών, βρέθηκε ότι η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ συσχετιζόταν, εκτός των άλλων (όπως λ.χ. ηλικία, επαγγελματική απογοήτευση, άγχος, σκέψεις αυτοκτονίας, δυσαρέσκεια λόγω των ασθενειών που συνδέονται με το οινόπνευμα κ.ά) και με τα συμπτώματα εξάντλησης (Juntunen et al, 1988).

Επιπροσθέτως, μεταξύ των αιτιολογικών παραγόντων που μπορεί κανείς να βρει για την αυξημένη κατανάλωση οινοπνεύματος και καπνού, παρατίθενται ορισμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του επαγγελματία υγείας, όπως η αίσθηση της αναζήτησης νέων δεδομένων, το άγχος της φύσης του επαγγέλματος, καθώς και ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, χαρακτηριστικό ιδιαίτερα των χειρουργικών τμημάτων και των μονάδων εντατικής θεραπείας (Rosta, 2008).

Τέλος, όσο αφορά στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ), σύμφωνα με τα πρακτικά του 2<sup>ου</sup> Συμποσίου «Επείγουσα και Εντατική Νοσηλευτική» που έγινε στο Βόλο (2004) αποδείχθηκε ότι ο θόρυβος των μηχανημάτων των ΜΕΘ θεωρείται ως ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας της επαγγελματικής υγείας, σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο. Δημιουργεί μείωση της απόδοσης στην εργασία, καθώς προκαλεί ψυχολογική και σωματική ένταση, με αποτέλεσμα μη υγιεινές συμπεριφορές (Μουστάκα και Μαλλιαρού, 2008).

#### **4.6.6 Άλλοι παράγοντες**

Στη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ελληνικά νοσοκομεία κατά τη διάρκεια της διετίας 2003-2005, με σκοπό τη διερεύνηση του επιπολασμού και των παραγόντων συσχέτισης του καπνίσματος μεταξύ των Ελλήνων ιατρών, αποκαλύφθηκε ότι το κάπνισμα σχετίζεται ισχυρά με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την ειδικότητα και την επαγγελματική σχέση των ιατρών. Με άλλα λόγια, διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες, οι ανύπαντροι –ιδιαίτερα οι χωρισμένοι/χήροι-, οι χειρουργοί/ αναισθησιολόγοι και οι ειδικευόμενοι ιατροί εμφάνιζαν την μεγαλύτερη πιθανότητα να καπνίζουν σε σχέση με τις αντίστοιχες ομάδες αναφοράς. Ενώ, η ηλικία, ο τόπος γέννησης και ο τόπος κατοικίας δεν βρέθηκε να ασκούν σημαντική επίδραση στις καπνιστικές συνήθειες των ιατρών (Γκίκας κ.ά., 2006).

Το ό,τι οι χειρουργοί και οι αναισθησιολόγοι καπνίζουν περισσότερο από τους ιατρούς άλλων ειδικοτήτων φαίνεται να αποτελεί διεθνές φαινόμενο αφού το εύρημα αυτό έχει διαπιστωθεί σε αρκετές ανάλογες μελέτες. Ενώ, ο υψηλότερος επιπολασμός καπνίσματος στους ειδικευόμενους ιατρούς ίσως να αποτελεί ελληνικό φαινόμενο, αν και υπάρχουν λίγες ανάλογες μελέτες με συγκρίσιμα στοιχεία. Πιθανώς, τα τελευταία ευρήματα αντικατοπτρίζουν τη στρεσογόνο φύση των χειρουργικών ειδικοτήτων και το μεγάλο φόρτο εργασίας που αντιμετωπίζουν οι ειδικευόμενοι ιατροί, παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν αρνητικά κάθε προσπάθειά τους να διακόψουν το κάπνισμα (Γκίκας κ.ά., 2006).

Ωστόσο, αξίζει να αναφερθεί ότι μεταξύ των ιατρικών υποειδικοτήτων, το υψηλότερο ποσοστό καπνιστών βρέθηκε στους ψυχίατρους (53%). Αν και παρόμοιο αποτέλεσμα αναφέρεται σε δύο μικρές ξένες μελέτες, το μικρό μέγεθος του δείγματος (N=32) αυτής της κατηγορίας των ιατρών δεν προσφέρει τη δυνατότητα γενίκευσης του συγκεκριμένου ευρήματος (Γκίκας κ.ά., 2006).

Εκτός από τον παράγοντα της ειδικότητας των ιατρών, τόσο οι άνδρες όσο και αυτοί που είχαν γεννηθεί σε αγροτική περιοχή είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να ήταν πρώην καπνιστές. Η πιθανότητα στο να είναι καπνιστής κάποιος ιατρός ήταν σχεδόν τετραπλάσια στους ιατρούς με οικογενειακό ιστορικό καπνίσματος σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν κανένα γονέα που να κάπνιζε. Η ισχυρή αυτή σχέση ανάμεσα στο κάπνισμα και στο οικογενειακό ιστορικό καπνίσματος, υποδεικνύει ότι οι ιατροί που καπνίζουν, κατά κάποιο τρόπο, είναι «θύματα» μιας κοινωνίας όπου το κάπνισμα είναι σύνηθες φαινόμενο, δεδομένου ότι από πολύ νωρίς «κληρονομούν» τη χρόνια πάθηση του καπνίσματος, η οποία στη μετέπειτα επαγγελματική τους πορεία τους παρεμποδίζει στο σημαντικό έργο της πρόληψης και προαγωγής υγείας των ασθενών (Γκίκας κ.ά., 2006).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ ΣΤΙΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **5.1 Προαγωγή υγείας.**

Ορισμένες από τις ενέργειες της καθημερινής ζωής συνδέονται ως ένα βαθμό με τον κίνδυνο κλονισμού της υγείας και της εμφάνιση ασθενειών ή τραυματισμού. Το κάπνισμα, η κατάχρηση στη κατανάλωση αλκοόλ, οι κακές διατροφικές συνήθειες, η απουσία σωματικής άσκησης, η επισφαλής οδήγηση αποτελούν συμπεριφορές που μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Το σύνολο των ενεργειών που αποσκοπούν στη προάσπιση, στη προαγωγή ή στη διατήρηση της υγείας ονομάζεται συμπεριφορά προστατευτική της υγείας (Αναγνωστόπουλος και Παπαδάτου, 1995).

Μία από τις σημαντικότερες πρόσφατες αλλαγές στο χώρο της υγείας διεθνώς, υπήρξε το αυξανόμενο ενδιαφέρον για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας και πρόληψης. Οι κοινωνίες άρχισαν να συνειδητοποιούν τα όρια της σύγχρονης θεραπευτικής - νοσοκομειακής ιατρικής απέναντι στα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας, όπως είναι ο καρκίνος, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, τα

χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και πρόσφατα το AIDS. Ταυτόχρονα, οι κρατικοί προϋπολογισμοί όλο και περισσότερο δυσκολεύονται ή αδυνατούν ακόμα να ανταποκριθούν στις διογκούμενες δαπάνες για την υγεία, που στη συντριπτική τους πλειοψηφία καταναλώνονται από το θεραπευτικό - νοσοκομειακό τομέα(Τούντας,2002).

Αυτά τα δύο φαινόμενα, των υψηλών δαπανών και της περιορισμένης αποτελεσματικότητας, που συνιστούν την πολυσυζητημένη κρίση της σύγχρονης Ιατρικής, έχουν οδηγήσει στην αναζήτηση νέων πολιτικών υγείας και στην αναβάθμιση άλλων, σε μια προσπάθεια να απαντηθούν αποτελεσματικά αλλά και οικονομικά τα σύγχρονα προβλήματα υγείας. Και κυρίως έχουν οδηγήσει στην ανάπτυξη της Πρόληψης, μιας που όλα σχεδόν τα μείζονα προβλήματα υγείας της εποχής μας είναι αιτιολογικά συνυφασμένα με το σύγχρονο τρόπο ζωής και με το σύγχρονο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον (Τούντας,2002).

Η ευρύτερη της έννοιας της πρόληψης είναι η προαγωγή της υγείας. Η Προαγωγή Υγείας σύμφωνα με τη διακήρυξη της Π.Ο.Υ. είναι η διαδικασία μέσα στην οποία τα άτομα γίνονται ικανά να αναπτύξουν τον έλεγχο πάνω στην υγεία τους και να τη βελτιώσουν. Η άποψη αυτή απορρέει από μια ευρύτερη αντίληψη που ταυτίζει την υγεία με τη δυνατότητα που έχει ένα άτομο ή μια ομάδα, να μπορεί από τη μια να πραγματοποιεί τις επιθυμίες του και να ικανοποιεί τις ανάγκες του και από την άλλη να μεταβάλλει το περιβάλλον ή να προσαρμόζεται σ' αυτό. Συνακόλουθα, η υγεία θα πρέπει να θεωρείται σαν συντελεστής της καθημερινής ζωής και όχι σαν αυτοσκοπός. Είναι δηλαδή μια θετική έννοια που δίνει έμφαση στις κοινωνικές και προσωπικές δυνατότητες και ικανότητες( Τούντας, 2002).

## **5.2 Αρχές της Προαγωγής της υγείας**

Σύμφωνα με την διακήρυξη του Π.Ο.Υ. η Προαγωγή Υγείας χαρακτηρίζεται από τις ακόλουθες αρχές:

- Η Προαγωγή Υγείας επικεντρώνεται περισσότερο στο σύνολο του πληθυσμού μέσα στα πλαίσια της καθημερινής του ζωής, παρά στα μεμονωμένα άτομα που διατρέχουν κάποιο συγκεκριμένο κίνδυνο να αρρωστήσουν. Καθιστά τα άτομα ικανά να αναλαμβάνουν αυθόρμητα ή οργανωμένα υπεύθυνη δράση για την υγεία τους, που όπως ήδη αναφέρθηκε,

αποτελεί σημαντικό συντελεστή της καθημερινής τους ζωής. Η επιδίωξη αυτή απαιτεί πλήρη και συνεχή πρόσβαση στην πληροφόρηση για Θέματα υγείας και τη μέγιστη δυνατή κοινοποίηση όλων των σχετικών πληροφοριών στο σύνολο του πληθυσμού ( Τούντας, 2002).

- Η Προαγωγή Υγείας κατευθύνει τη δράση της προς όλους τους παράγοντες που καθορίζουν την υγεία. Κατά συνέπεια η Προαγωγή Υγείας, εκτός από τη στενή συνεργασία των υπηρεσιών υγείας, προϋποθέτει και τη συμβολή όλων των φορέων που σχετίζονται με τους ευρύτερους αυτούς παράγοντες ( Τούντας, 2002).
- Η Προαγωγή υγείας συνδυάζει διάφορες αλλά συμπληρωματικές μεθόδους ή τρόπους προσέγγισης, όπως την επικοινωνία, την εκπαίδευση, τη νομοθεσία, τα οικονομικά μέτρα, τις οργανωτικές αλλαγές, την ανάπτυξη της κοινότητας καθώς και αυτογενείς τοπικές δραστηριότητες κατά των κινδύνων της υγείας ( Τούντας, 2002).
- Η Προαγωγή Υγείας στοχεύει ιδιαίτερα στην αποτελεσματική και ουσιαστική συμμετοχή του κοινού. Ο στόχος αυτός απαιτεί την ανάπτυξη επιδεξιότητων σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο που διευκολύνουν την αποσαφήνιση των προβλημάτων και τη λήψη των σωστών αποφάσεων (Τούντας, 2002).

Η Προαγωγή Υγείας είναι μια ευρύτερη δραστηριότητα στο χώρο της υγείας και της κοινωνίας και όχι μια ιατρική υπηρεσία. Γι' αυτό, όλοι οι επαγγελματίες της υγείας και ιδιαίτερα όσοι ασχολούνται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Προαγωγής Υγείας (Τούντας, 2002).

### **5.3 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις συμπεριφορές υγείας**

Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να οργανώσει ή να συμμετέχει σε προγράμματα πρόληψης που αφορούν την υγιεινή διατροφή, την άθληση, το κάπνισμα και το αλκοόλ. Με τα προγράμματα αυτά ο κοινωνικός λειτουργός βοηθάει τα άτομα να κατανοήσουν καλύτερα τις σχέσεις μεταξύ της διατροφής, της σωματικής άσκησης, του καπνίσματος, της κατάχρησης



αλκοόλ και της υγείας και εισάγει τις αναγκαίες αλλαγές στον τρόπο ζωής. Αυτά τα προγράμματα μπορούν να απευθύνονται σε μεγάλους στο χώρο εργασίας τους, στα παιδιά και στους νέους. Η πρόληψη μπορεί να περιλαμβάνει ενημέρωση των παιδιών για το πόσο ωφέλιμο είναι για την υγεία τους η σωστή διατροφή και η άθληση καθώς και η αποφυγή χρήσης καπνού και αλκοόλ( Ευγενίου κ.α., 2008).

Οι διατροφικές συνήθειες καθορίζονται συχνά στην παιδική ή στην εφηβική ηλικία και προκαθορίζουν με τον τρόπο αυτό τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζονται στην ενήλικη ζωή. Το σχολείο είναι το καταλληλότερο πεδίο δράσης για την προώθηση της υγείας, της υγιεινής διατροφής και των συνηθειών υγείας. Ο κοινωνικός λειτουργός εκτός από την ενημέρωση που θα κάνει στους μαθητές, θα απευθυνθεί και στους δασκάλους ή τους καθηγητές ώστε αυτοί να ενθαρρύνουν τα παιδιά να επιλέγουν ένα πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Τέλος, θα συνεργαστεί και με τους γονείς για τον τρόπο με τον οποίο μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα των γευμάτων όλης της οικογένειας στο σπίτι. Όπως και το σχολείο έτσι και ο χώρος εργασίας, αποτελεί ένα ιδανικό περιβάλλον για την προώθηση της υγιεινής διατροφής και των συμπεριφορών υγείας. Ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να ενημερώσει τους εργοδότες και τους εργαζόμενους ώστε να επιλέγουν ισορροπημένα γεύματα στα κυλικεία στο χώρο εργασίας και να προωθήσουν μια αθλητική δραστηριότητα, είτε στον χώρο εργασίας, είτε στο σπίτι ( Ευγενίου κ.α., 2008).

Όσον αφορά στο κάπνισμα και το αλκοόλ, τα προγράμματα πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης στοχεύουν στην εκμάθηση δεξιοτήτων γνωστικών και κοινωνικών, στη διαχείριση του στρες, στην αντιμετώπιση της κοινωνικής πίεσης και στην αποτελεσματική πληροφόρηση. Για την εγκατάλειψη της συνήθειας του καπνίσματος χρησιμοποιείται από τους ειδικούς ένα εύρος τεχνικών, όπως: ο αυτοέλεγχος, η συστηματική αποευσαισθητοποίηση, αποστροφικές τεχνικές η ακόμα και ειδικά φαρμακευτικά σκευάσματα. Βέβαια, η εγκατάλειψη της συνήθειας είναι έργο δύσκολο. Γενικά το 50% έως 80% όσων διακόπτουν το κάπνισμα, ξαναρχίζουν μέσα σε διάστημα ενός έτους. Πιο επιτυχείς στη σχετική προσπάθεια φαίνονται πως είναι όσοι είναι αποφασισμένοι να το κάνουν, όσοι είχαν λιγότερα συμπτώματα «απόσυρσης» της νικοτίνης (π.χ. ανησυχία, ένταση), είχαν ισχυρό κίνητρο για διακοπή (π.χ. νόμος, κανονισμός εταιρείας, παιδί στο σπίτι) και όσοι είναι πρόθυμοι να ξαναπροσπαθήσουν, εάν δεν τα καταφέρουν με την πρώτη φορά. Σημαντικά για την οριστική διακοπή, πέραν των

παραπάνω, είναι η λαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη για συνέχιση της προσπάθειας, αλλά και η πιθανή αύξηση του βάρους ( Ευγενίου κ.α., 2008).

Τα αποτελεσματικότερα προγράμματα πρόληψης της κατάχρησης αλκοόλ είναι αυτά, που συνδυάζουν μια ευρεία κοινοτική πολιτική και νομοθεσία, σε πρώτο στάδιο, και εν συνεχεία, θεραπευτικές παρεμβάσεις, όπως γνωσιακή- συμπεριφορική θεραπεία. Επίσης χρήσιμη είναι η συμμετοχή σε ομάδες στήριξης (π.χ. οι ανώνυμοι αλκοολικοί) αλλά μόνο ως συμπληρωματική μέθοδος. ( Ευγενίου κ.α., 2008).

Μια από τις σημαντικότερες ενέργειες δευτερογενούς πρόληψης αφορά στην έγκαιρη διάγνωση μέσω του κατάλληλου προληπτικού ελέγχου μιας ασθένειας, πριν αυτή εκδηλωθεί. Στόχος των ελέγχων αυτών είναι να εντοπιστούν τα άτομα που ανήκουν στους πληθυσμούς υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση ενός προβλήματος υγείας και τα οποία πιθανώς έχουν κάποιες αρχικές ενδείξεις του προβλήματος, ώστε έγκαιρα να ξεκινήσει η κατάλληλη ιατρική παρέμβαση και να αντιμετωπισθεί αποτελεσματικά η ασθένεια. Τα πιο διαδεδομένα προγράμματα ελέγχου αφορούν τις γυναίκες και την πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου στο στήθος (μαστογραφία) και στα γεννητικά όργανα (test pap) ( Καραδήμας, 2005).

## ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 1. Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστωθεί αν οι επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα οι γιατροί και οι νοσηλευτές ενός δημόσιου νοσοκομείου της Κρήτης, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ), ακολουθούν υγιεινές ατομικές συνήθειες και λαμβάνουν τα απαραίτητα μέτρα πρόληψης, προκειμένου να εξασφαλίσουν μια καλή ποιότητα ζωής.

Η διερεύνηση αυτού του θέματος θεωρείται σημαντική καθώς μέσα από τις γνώσεις, τις αντιλήψεις και τη συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών σε θέματα υγείας, μεταφέρουν στους νοσηλευόμενους διάφορα μηνύματα, τα οποία υιοθετούνται και ακολουθούνται απ' αυτούς, σε ότι αφορά τις διατροφικές συνήθειες, την άθληση και την κατανάλωση καπνού και αλκοόλ.

### 2. Ερευνητικές υποθέσεις

α) Αν οι συμπεριφορές υγείας των γιατρών και των νοσηλευτών επηρεάζονται από τις γνώσεις τους ως επαγγελματίες υγείας.

#### **Ερευνητικά ερωτήματα:**

- Αν οι γιατροί και οι νοσηλευτές ακολουθούν υγιεινή διατροφή;
- Αν αθλούνται;
- Αν κάνουν χρήση καπνού και αλκοόλ;
- Αν κάνουν προληπτικούς ελέγχους;

β) Αν υπάρχει διαφοροποίηση στις συμπεριφορές υγείας ανάλογα με το φύλο των ιατρών και των νοσηλευτών, όπως ισχύει στο γενικό πληθυσμό με τις γυναίκες να έχουν ορθότερες συμπεριφορές υγείας.

#### **Ερευνητικό ερώτημα:**

- Αν υπάρχει διαφοροποίηση ανάλογα με το επάγγελμα τους ως γιατροί και νοσηλευτές και ποιοι υιοθετούν ορθότερες συμπεριφορές.

### 3. Υλικό και μέθοδος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το μήνα Δεκέμβριο του 2010, σε 200 άτομα από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ), ανεξαρτήτου ηλικίας ή άλλων δημογραφικών χαρακτηριστικών.

### 4. Δειγματοληψία και τρόπος προσέγγισης του δείγματος

Η τεχνική δειγματοληψίας που χρησιμοποιήσαμε ήταν απλή και η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία. Συγκεκριμένα, από τα 1054 άτομα(ιατροί και νοσηλευτές) του ΠΑΓΝΗ, εκ των οποίων τα 427 είναι γιατροί και τα 627 είναι νοσηλευτές δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, προσεγγίσαμε ένα δείγμα 200 ατόμων το οποίο επιλέχθηκε τυχαία από τη σχετική λίστα με τον αριθμό των γιατρών και νοσηλευτών της κάθε κλινικής, προσεγγίζοντας 1 στα 3 άτομα.

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους γιατρούς και τους νοσηλευτές κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, με απευθείας συνομιλία με τον ερωτώμενο. Για να δοθεί άδεια πρόσβασης για τη διανομή του ερωτηματολογίου δόθηκε γραπτή έγκριση από τη διεύθυνση της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Με σκοπό να διασφαλιστεί η ανωνυμία, τα ερωτηματολόγια, μετά τη συμπλήρωσή τους, τοποθετήθηκαν σε τυχαία σειρά από τον κάθε ερωτώμενο μέσα σ' ένα κουτί.

Η μόνη δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν η έλλειψη χρόνου των ιατρών και των νοσηλευτών, με αποτέλεσμα να επισκεπτόμαστε καθημερινά όλες τις κλινικές, κυρίως τις ώρες αλλαγής βάρδιας, όπου ο φόρτος εργασίας τους ήταν μειωμένος.

#### 5.Τεχνική συλλογής δεδομένων – περιγραφή ερωτηματολογίου

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας, έγινε με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρεις θεματικές ενότητες: α) τα δημογραφικά στοιχεία, β) τις ατομικές συνήθειες και γ) τον προληπτικό έλεγχο.

Η ενότητα των δημογραφικών στοιχείων περιλαμβάνει ερωτήσεις για το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης, το επάγγελμα, τον τομέα και το ωράριο εργασίας των γιατρών και των νοσηλευτών.

Η δεύτερη θεματική ενότητα είναι χωρισμένη σε τέσσερις υποενότητες, τη διατροφή, την άθληση, το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ. Όσον αφορά στη διατροφή, οι ερωτήσεις που περιλήφθηκαν, αφορούν στην εβδομαδιαία κατανάλωση φαγητού εκτός οικίας, την εβδομαδιαία κατανάλωση έτοιμου ή προπαρασκευασμένου φαγητού, την κατανάλωση πρωινού, την παράληψη γευμάτων, την εβδομαδιαία κατανάλωση διαφόρων τροφών (όπως κόκκινο κρέας, λαχανικά, φρούτα, ψάρι κ.α.) καθώς και τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων από το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας.

Οι ερωτήσεις της υποενότητας της άθλησης περιλαμβάνουν ερωτήσεις για το αν οι γιατροί και οι νοσηλευτές γυμνάζονται, με ποια συχνότητα, τι είδος άθλησης προτιμούν και για ποιους λόγους δεν γυμνάζονται.

Στη συνέχεια, ακολουθούν οι ερωτήσεις της υποενότητας του καπνίσματος που διερευνούν αν οι γιατροί και οι νοσηλευτές καπνίζουν και συγκεκριμένα την ποσότητα των τσιγάρων που καπνίζουν ημερησίως και την ηλικία έναρξης του καπνίσματος. Επίσης, η υποενότητα αυτή περιλαμβάνει ερωτήσεις για τον τρόπο χρήσης καπνού, για το αν οι γιατροί και οι νοσηλευτές είναι συνεπείς ως προς τα μέτρα περί απαγόρευσης του καπνίσματος, ποιοι παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην επιλογή αυτή και τέλος αν έχουν κάνει προσπάθεια για να διακόψουν αυτή τη συνήθεια.

Η τέταρτη υποενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις που διερευνούν αν καταναλώνουν αλκοόλ, πόσα ποτήρια καταναλώνουν εβδομαδιαίως, τι ποτό προτιμούν, τον τόπο που καταναλώνουν αλκοόλ καθώς και ποιοι παράγοντες τους ωθούν στην κατανάλωση του.

Η τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου έχει επικεντρωθεί στον προληπτικό έλεγχο των γιατρών και των νοσηλευτών. Ειδικότερα, στο αν κάνουν προληπτικές εξετάσεις, σε ποια συχνότητα και ποιο είναι το είδος των εξετάσεων αυτών (μέτρηση αρτηριακής πίεσης, χοληστερόλης κ.α.)

## 6. Επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας

Για την επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες SPSS (Statistical Package for Social Sciences) έκδοση v.17 και ακολουθήθηκε η παρακάτω διαδικασία:

1. Καταχώρηση δεδομένων
2. Περιγραφική στατιστική (συχνότητες, ποσοστά, αριθμητικοί μέσοι, τυπικές αποκλίσεις)
3. Στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιούν μεταβλητές.
4. Πίνακες και Γραφήματα.

Η καταχώρηση των δεδομένων έγινε με την δημιουργία βάσεως δεδομένων στο SPSS. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε ποσοτικά.

Η παρουσίαση των ερευνητικών δεδομένων έγινε με στατιστικούς και αριθμητικούς πίνακες, με γραφήματα και ραβδογράμματα. Τα ευρήματα της έρευνας αναλύθηκαν σε σχέση με τις ερευνητικές υποθέσεις που είχαν τεθεί. Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία και τα πορίσματα της έρευνας ακολούθησε η διεξαγωγή συμπερασμάτων και η διατύπωση προτάσεων.

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε σε δύο στάδια. Αρχικά εφαρμόστηκε περιγραφική στατιστική με την χρήση πινάκων συχνοτήτων, όπου υπολογίστηκε η συχνότητα (N) και η σχετική συχνότητα (ποσοστό %) για τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην έρευνα. Έπειτα διερευνήθηκαν πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές (φύλο και επάγγελμα) και των μεταβλητών σχετικών με τις ατομικές συνήθειες

τους και τον προληπτικό έλεγχο της υγείας τους. Για την ανάλυση αυτή δημιουργήθηκαν πίνακες διπλής εισόδου (Crosstabulations). Το στατιστικό κριτήριο που χρησιμοποιήθηκε ήταν ο έλεγχος  $\chi^2$  – chi-Square Tests του Pearson. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε εξ'αρχής στο 95% ( $p < 5\%$ ).

Τέλος εφαρμόσαμε τον παράγοντα  $\chi^2$  – chi-square Tests και χρησιμοποιήσαμε τους πίνακες διπλής εισόδου (Crosstabulation) για ανάλυση και βρήκαμε στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.



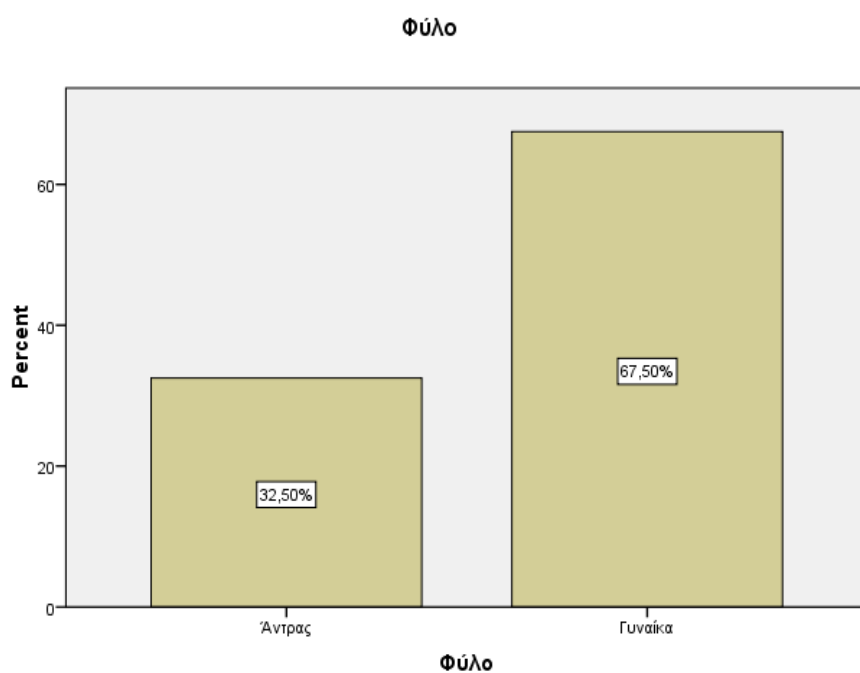
## ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ

#### Α) ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

##### Φύλο

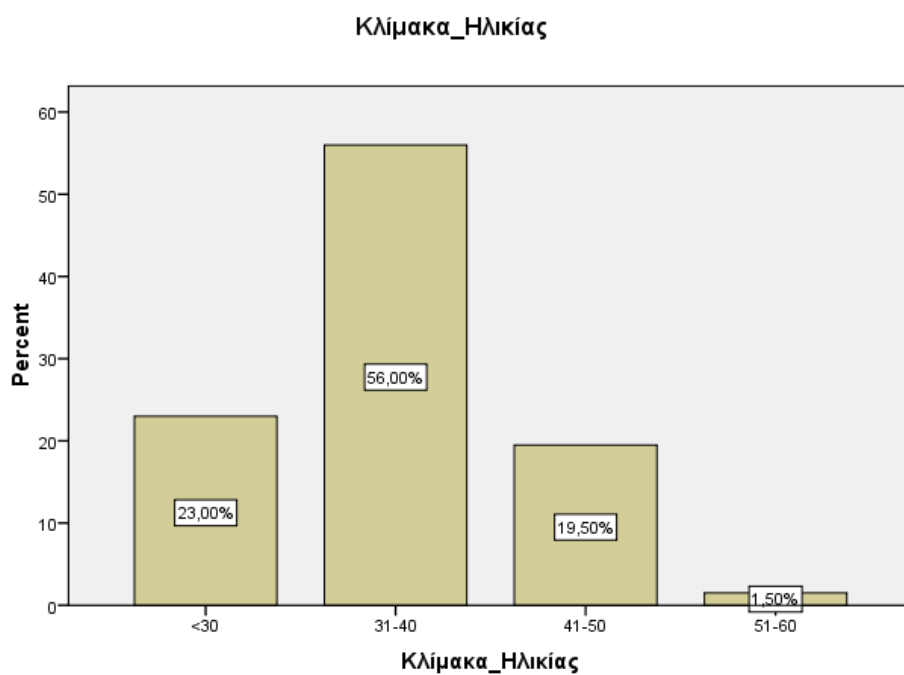
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άντρας	65	32,5	32,5	32,5
Γυναίκα	135	67,5	67,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	



Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε την αναλογία του δείγματος μας σε γυναίκες και άντρες. Οι άντρες γιατροί και νοσηλευτές αποτελούν το 32,5% και οι γυναίκες το 67,5% των ερωτηθέντων, ποσοστό διπλάσιο των αντρών.

**Κλίμακα\_Ηλικίας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<30	46	23,0	23,0	23,0
	31-40	112	56,0	56,0	79,0
	41-50	39	19,5	19,5	98,5
	51-60	3	1,5	1,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

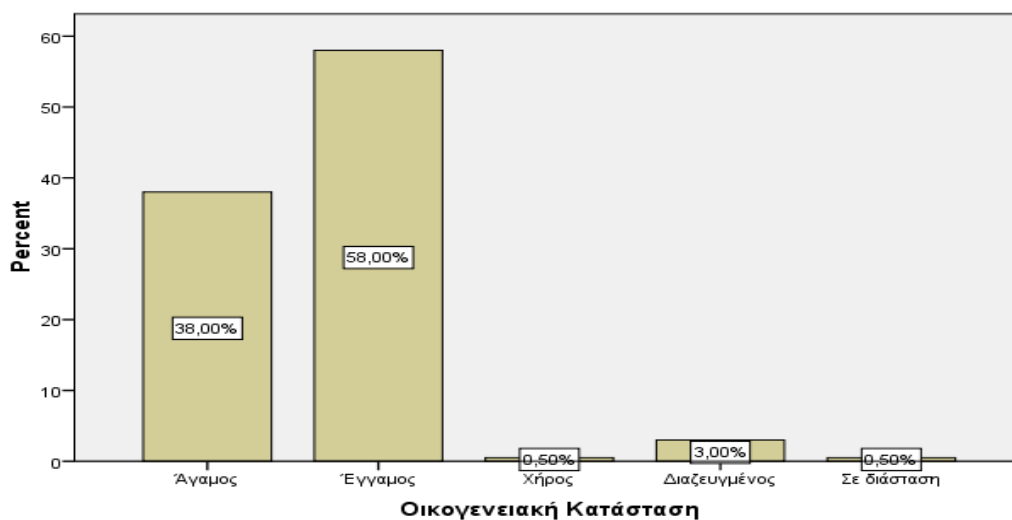


Όπως παρατηρείται στον παραπάνω πίνακα το 23% των ερωτηθέντων είναι κάτω από 30 ετών, το 56% είναι ηλικίας 31-40 ετών, το 19,5% δήλωσε 41-50 ετών ενώ μόλις το 1,5% ανήκει στη κατηγορία των 51-60 ετών. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος μας είναι νέοι έως 40 ετών.

### Οικογενειακή Κατάσταση

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άγαμος	76	38,0	38,0	38,0
Έγγαμος	116	58,0	58,0	96,0
Χήρος	1	,5	,5	96,5
Διαζευγμένος	6	3,0	3,0	99,5
Σε διάσταση	1	,5	,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

### Οικογενειακή Κατάσταση

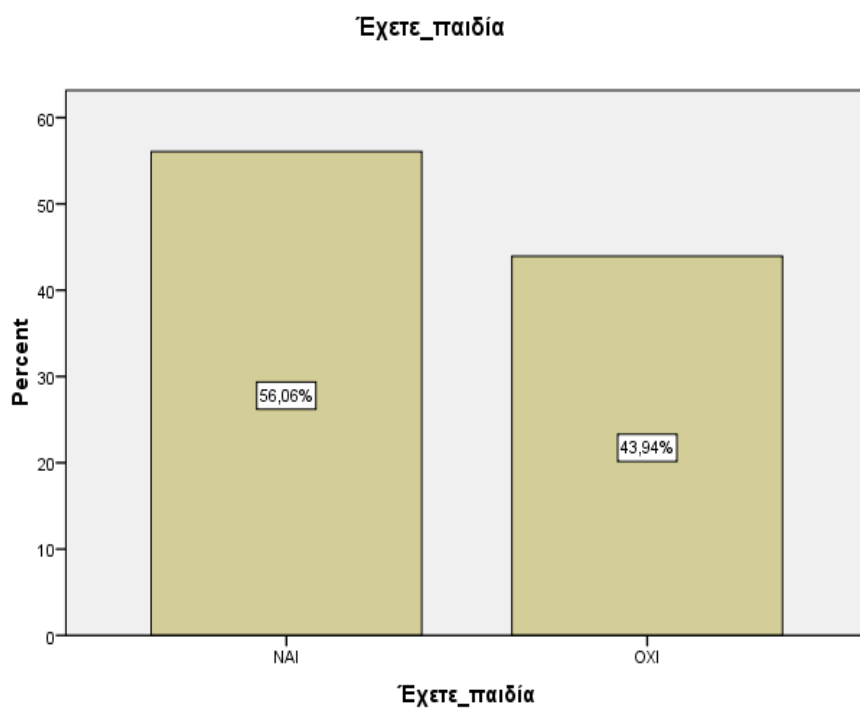


Ο παραπάνω πίνακας μας πληροφορεί για την οικογενειακή κατάσταση των γιατρών και των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα. Έτσι βλέπουμε ότι το 38% δηλώνουν

άγαμοι και το 58% έγγαμοι, που αποτελεί και την πλειοψηφία του δείγματος. Ενώ μόλις το 0,5% δηλώνει χήρος, το 3% διαζευγμένος και το 0,5% σε διάσταση.

**Έχετε\_παιδιά**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	111	55,5	56,1	56,1
	OXI	87	43,5	43,9	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		



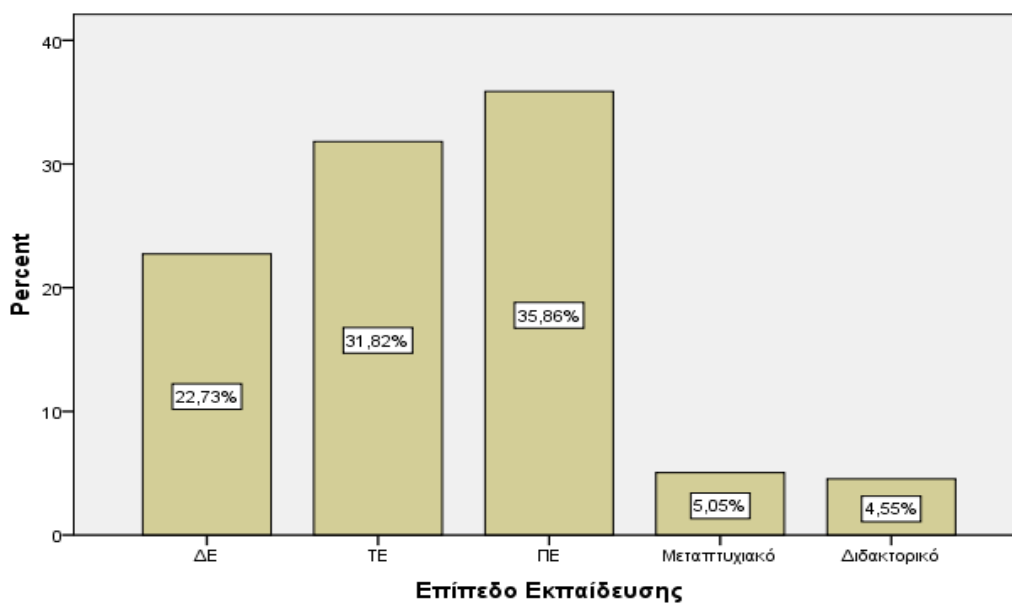
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα το 56,06% των ερωτώμενων έχει παιδιά σε αντίθεση με το 43,94% που δηλώνουν άτεκνοι. Διαπιστώνουμε ότι οι απαντήσεις σε αυτό το ερώτημα είναι σχεδόν μοιρασμένες.

**Επίπεδο Εκπαίδευσης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	ΔΕ	45	22,5	22,7	22,7
	ΤΕ	63	31,5	31,8	54,5
	ΠΕ	71	35,5	35,9	90,4
	Μεταπτυχιακό	10	5,0	5,1	95,5
	Διδακτορικό	9	4,5	4,5	100,0
	Total	198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		

#### Επίπεδο Εκπαίδευσης

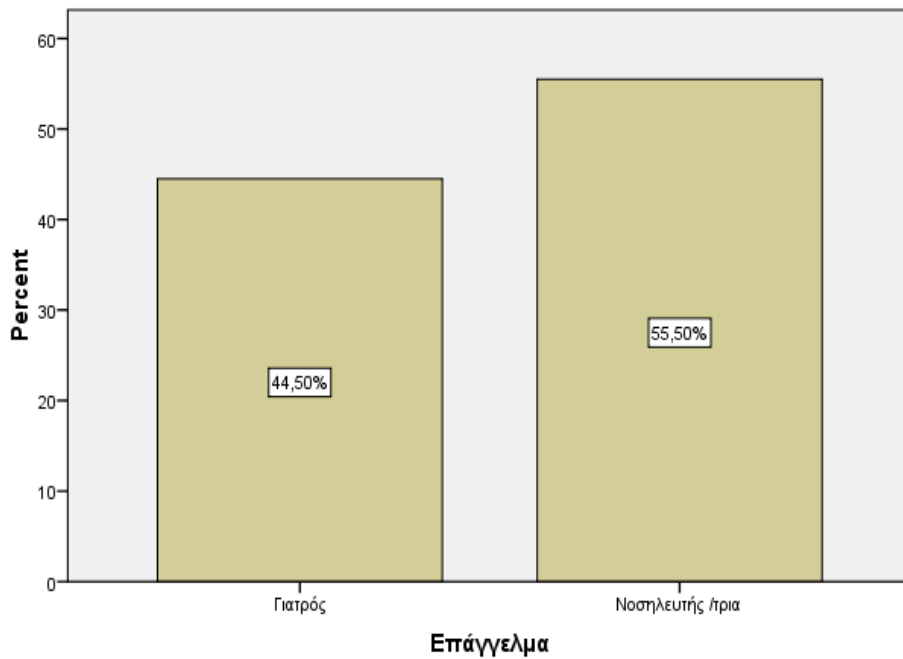


Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα το 22,73% είναι Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης εργαζόμενοι, το 31,82% είναι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, το 35,86% είναι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης ενώ το 5,05% έχουν κάνει μεταπτυχιακό και μόλις το 4,55% δηλώνει κατοχή διδακτορικού τίτλου.

### Επάγγελμα

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Γιατρός	89	44,5	44,5	44,5
Νοσηλεύτης /τρια	111	55,5	55,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

### Επάγγελμα

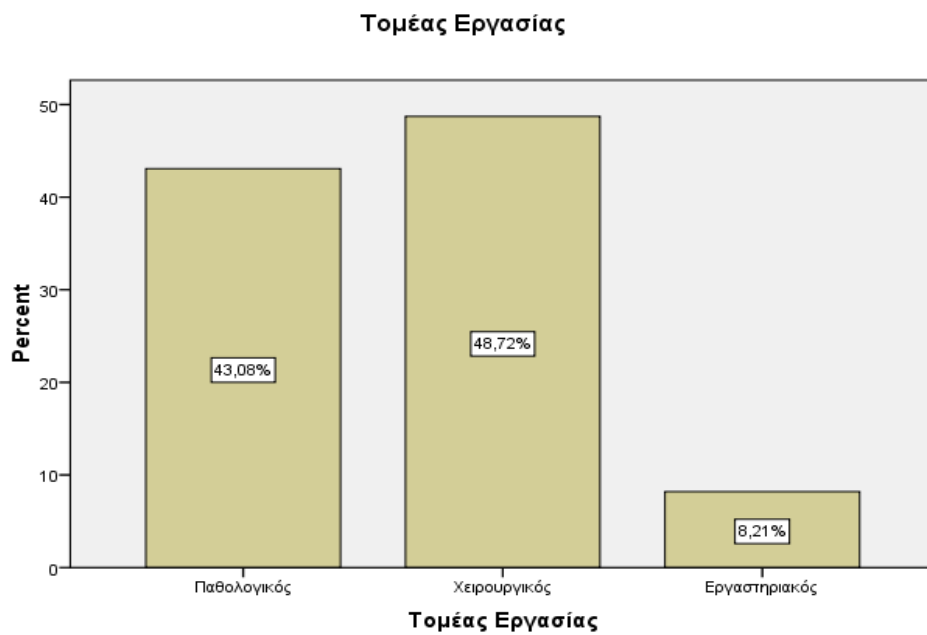


Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το 44,5% του δείγματος μας είναι γιατροί ενώ το 55,5% είναι νοσηλεύτες.



**Τομέας Εργασίας**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Παθολογικός	84	42,0	43,1	43,1
	Χειρουργικός	95	47,5	48,7	91,8
	Εργαστηριακός	16	8,0	8,2	100,0
	Total	195	97,5	100,0	
Missing	System	5	2,5		
Total		200	100,0		



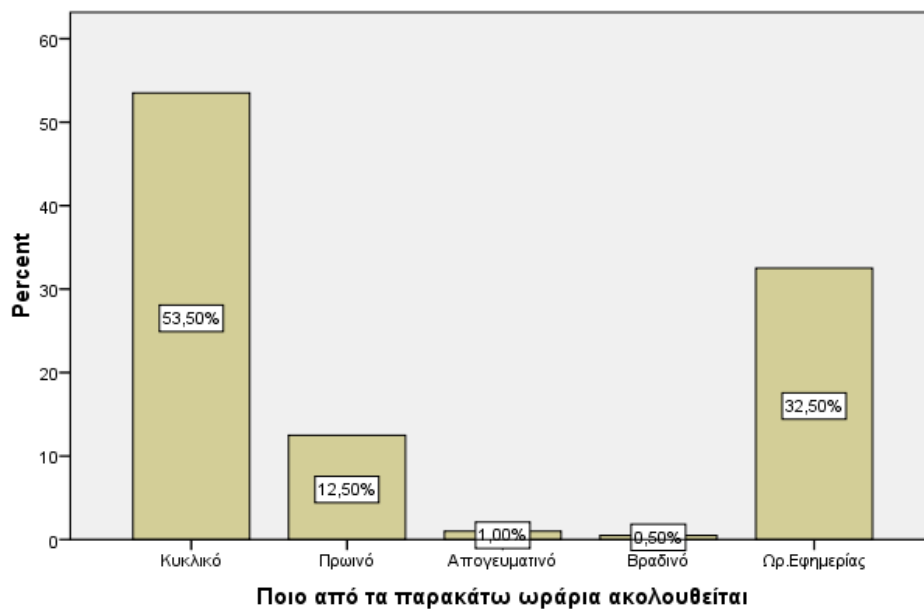
Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ότι ο παθολογικός τομέας εργασίας καταλαμβάνει το 43,08% του δείγματος, ο χειρουργικός το 48,72% και ο εργαστηριακός το 8,21%. Παρατηρούμε λοιπόν ότι το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό είναι κατά κύριο λόγο μοιρασμένο στο χειρουργικό και παθολογικό τομέα.

**Ποιο από τα παρακάτω ωράρια ακολουθείται**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Κυκλικό	107	53,5	53,5	53,5

Πρωινό	25	12,5	12,5	66,0
Απογευματινό	2	1,0	1,0	67,0
Βραδινό	1	,5	,5	67,5
Ωρ.Εφημερίας	65	32,5	32,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

#### Ποιο από τα παρακάτω ωράρια ακολουθείται



Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει το ωράριο εργασίας που ακολουθούν οι ερωτώμενοι. Έτσι βλέπουμε ότι κυκλικό ωράριο ακολουθεί το 53,5% δηλαδή ένας στους δύο. Πρωινό ωράριο ακολουθεί το 12,5% , ενώ μικρά ποσοστά είναι της απογευματινής βάρδιας( 1%) και της βραδινής (0,5%) δηλαδή μόνο 3 άτομα στα 200 που ερωτήθηκαν. Τέλος, το 32,5% ακολουθεί ωράριο εφημερίας.

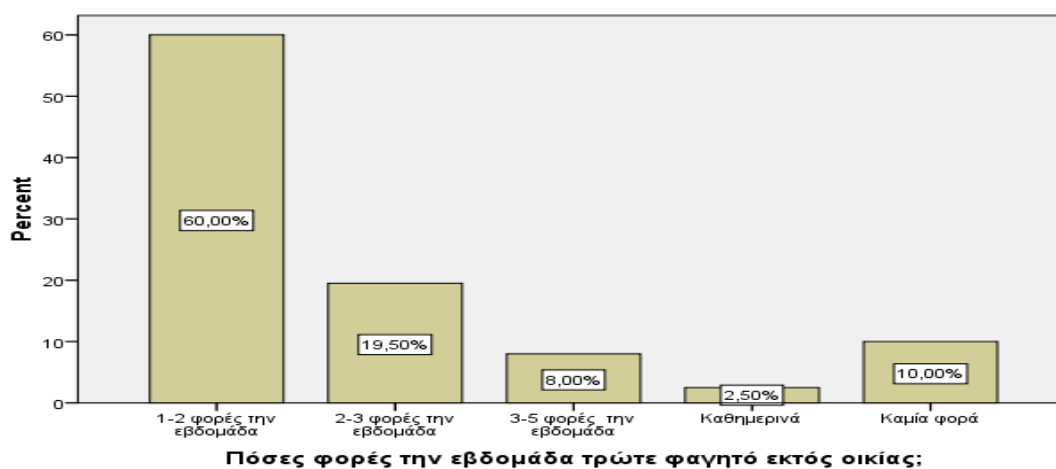
## Β) ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

### Ι) ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φαγητό εκτός οικίας;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	120	60,0	60,0	60,0
	2-3 φορές την εβδομάδα	39	19,5	19,5	79,5
	3-5 φορές την εβδομάδα	16	8,0	8,0	87,5
	Καθημερινά	5	2,5	2,5	90,0
	Καμία φορά	20	10,0	10,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φαγητό εκτός οικίας;

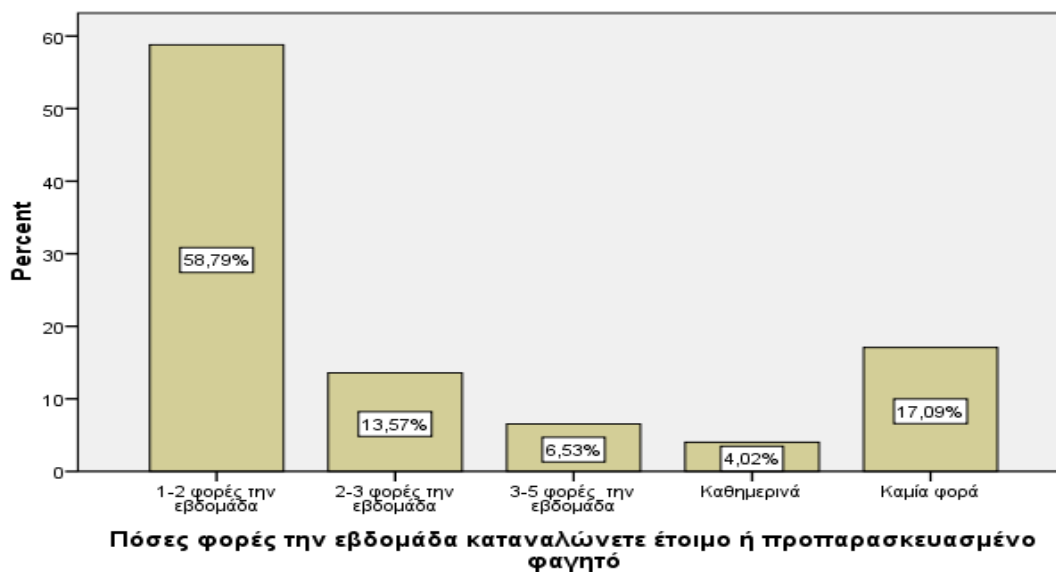


Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το 10% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καμία φορά την εβδομάδα δεν τρώει φαγητό εκτός οικίας. Το 60%, 1-2 φορές την εβδομάδα, το 19,5% 2-3 φορές, το 8% 3-5 φορές ενώ καθημερινά δηλώνει το 2,5%. Φαίνεται ότι το αθροιστικό ποσοστό του καμία και το 1-2 φορές ισούται με το 70% ενώ το 3-5 φορές και το καθημερινά συγκεντρώνει ποσοστό μόλις 10,5%. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία του 70% τρέφεται κατά κύριο λόγο στο σπίτι .

**Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	117	58,5	58,8	58,8
	2-3 φορές την εβδομάδα	27	13,5	13,6	72,4
	3-5 φορές την εβδομάδα	13	6,5	6,5	78,9
	Καθημερινά	8	4,0	4,0	82,9
	Καμία φορά	34	17,0	17,1	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό**

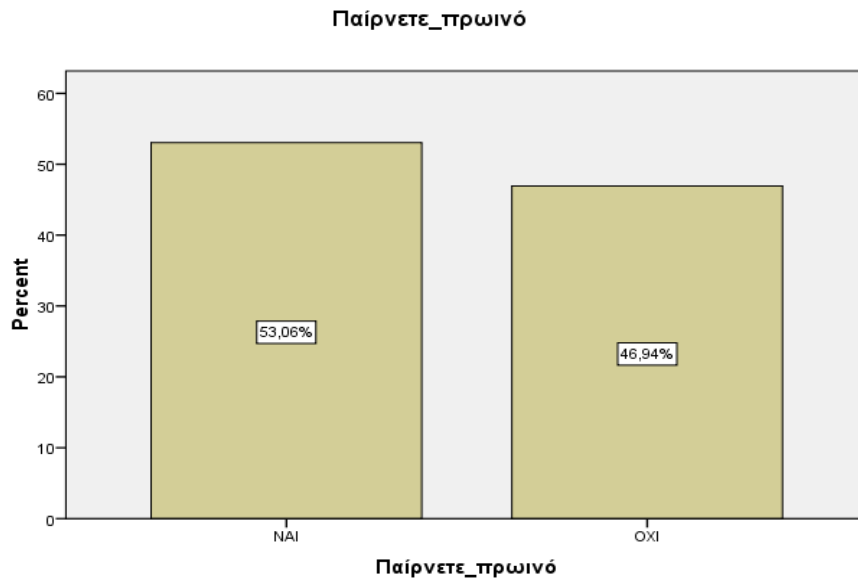


Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, το 17,09% των ερωτηθέντων δηλώνει ότι καμία φορά την εβδομάδα δεν καταναλώνει έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό. Το 58,79% 1-2 φορές την εβδομάδα, το 13,57% 2-3 φορές, το 6,53% 3-5 φορές ενώ καθημερινά δηλώνει το 4,02%. Συμπεραίνουμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος(περίπου το 75%) τρέφεται κυρίως με σπιτικό φαγητό.

**Παίρνετε\_πρωινό**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	104	52,0	53,1	53,1
	OXI	92	46,0	46,9	100,0
	Total	196	98,0	100,0	

Missing	System	4	2,0	
Total		200	100,0	



Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι παίρνει πρωινό το 53,06% του δείγματος ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων ( 46,94% ) παραλείπει το πρωινό γεύμα.

**Αν ναι, πόσο συχνά**

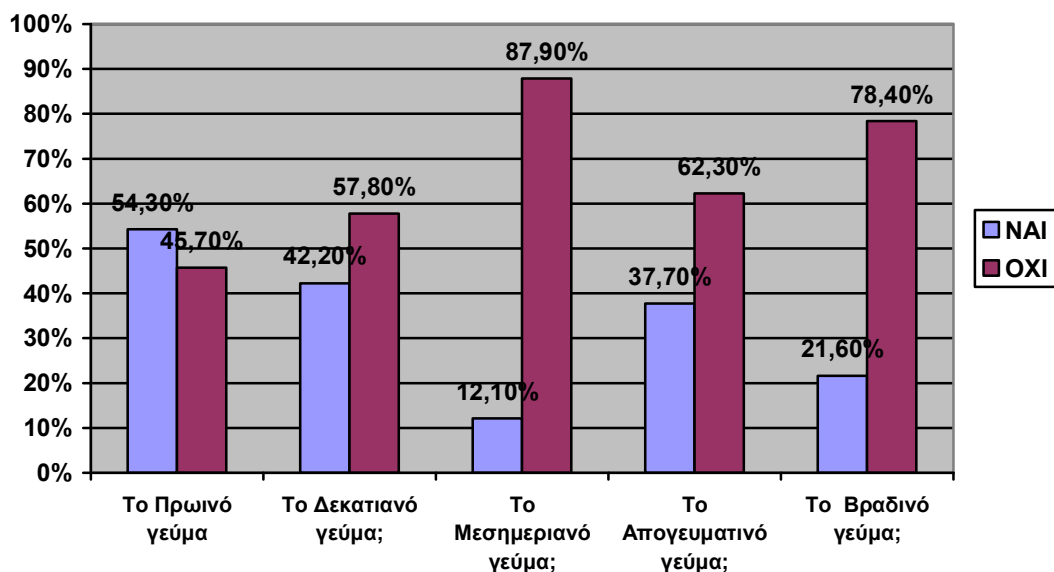
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάθε μέρα	54	27,0	45,4	45,4
	Συχνά	40	20,0	33,6	79,0
	Σπάνια	25	12,5	21,0	100,0
	Total	119	59,5	100,0	
Missing	System	81	40,5		
Total		200	100,0		



Στον πίνακα αυτό φαίνεται ότι από τους ερωτηθέντες παίρνουν καθημερινά πρωινό το 45,38%, το 33,61% συχνά ενώ, σπάνια το 21,01%. Δεν απάντησαν στην ερώτηση το 40,5% του δείγματος, ποσοστό που επιβεβαιώνεται από τον προηγούμενο πίνακα, όπου αναφέρεται ότι το 46,9% δεν παίρνει πρωινό.

Παραλείπετε ευκολότερα	Το Πρωινό γεύμα	Το Δεκατιανό γεύμα;	Το Μεσημεριανό γεύμα;	Το Απογευματινό γεύμα;	Το Βραδινό γεύμα;
ΝΑΙ	54,3%	42,2%	12,1%	37,7%	21,6%
ΟΧΙ	45,7%	57,8%	87,9%	62,3%	78,4%
Συνολικό %	100%	100%	100%	100%	100%





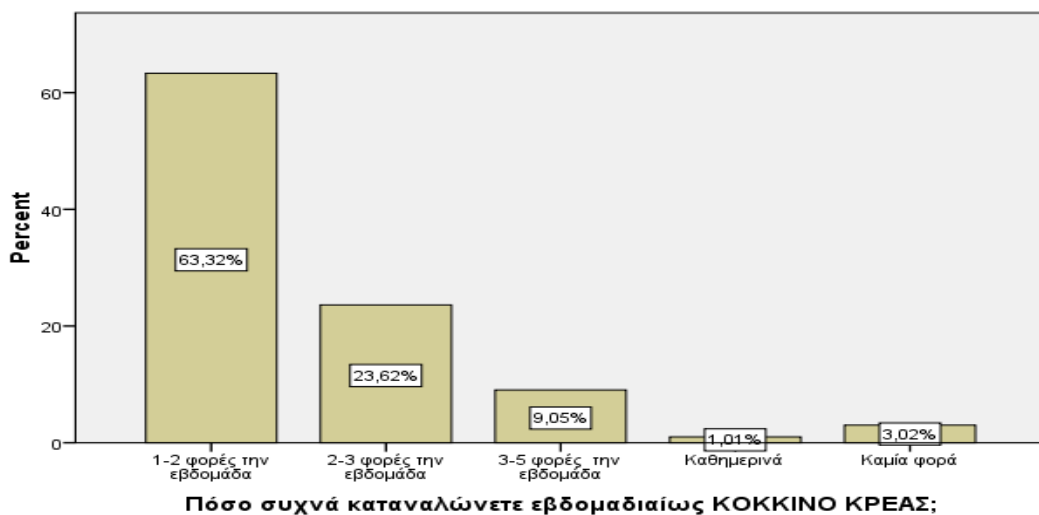
Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το πρωινό το παραλείπουν ευκολότερα το 54,3% ενώ δεν παραλείπεται από το 45,69%. Τα ποσοστά αυτά υποδηλώνουν ότι οι απαντήσεις των ερωτηθέντων είναι μοιρασμένες. Όσο αφορά στο δεκατιανό και εδώ οι απαντήσεις είναι σχεδόν μοιρασμένες, αφού δηλώνουν «ναι» το παραλείπουν, το 42,21% και «όχι» δεν το παραλείπουν το 57,79%.Όσο αφορά στο μεσημεριανό γεύμα, με μεγάλη διαφορά έχουμε «ναι, παραλείπεται ευκολότερα» σε ποσοστό 12,06% ενώ «όχι, δεν παραλείπεται» σε ποσοστό 87,94%, δηλαδή οι περισσότεροι ερωτηθέντες τρώνε μεσημεριανό. Συνεχίζοντας για το απογευματινό γεύμα, το 37,69% δηλώνει ότι το παραλείπει ευκολότερα ενώ δεν το παραλείπει το 62,31% του δείγματος. Για δε το βραδινό, το 21,61% δήλωσε ότι το παραλείπει ενώ ένα υψηλό ποσοστό των ερωτηθέντων (78,39%) δεν παραλείπει εύκολα το βραδινό γεύμα.

#### Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΚΟΚΚΙΝΟ ΚΡΕΑΣ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	126	63,0	63,3	63,3
	2-3 φορές την εβδομάδα	47	23,5	23,6	86,9
	3-5 φορές την εβδομάδα	18	9,0	9,0	96,0

	Καθημερινά	2	1,0	1,0	97,0
	Καμία φορά	6	3,0	3,0	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΚΟΚΚΙΝΟ ΚΡΕΑΣ;**



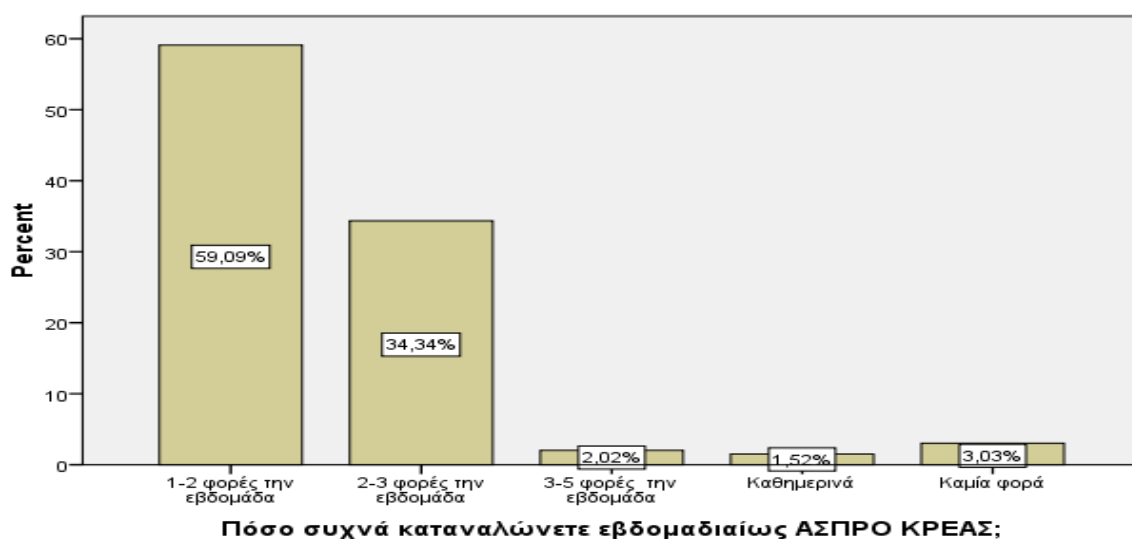
Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το 3% δεν καταναλώνει καμία φορά κόκκινο κρέας. Το 63,3% καταναλώνει 1-2 φορές την εβδομάδα, το 23,6% δηλώνει 2-3 φορές την εβδομάδα, ενώ 3-5 φορές την εβδομάδα δηλώνει το 9% και καθημερινά μόλις το 1%. Τα δύο τελευταία ποσοστά μας δίνουν ένα 10% που είναι πολύ μικρό ποσοστό. Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι καταναλώνουν κόκκινο κρέας τουλάχιστον 1-2 φορές την εβδομάδα.

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΑΣΠΡΟ ΚΡΕΑΣ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	117	58,5	59,1	59,1
	2-3 φορές την εβδομάδα	68	34,0	34,3	93,4
	3-5 φορές την εβδομάδα	4	2,0	2,0	95,5
	Καθημερινά	3	1,5	1,5	97,0
	Καμία φορά	6	3,0	3,0	100,0
Total		198	99,0	100,0	
Missing	System	2	1,0		
Total		200	100,0		

#### Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΑΣΠΡΟ ΚΡΕΑΣ;

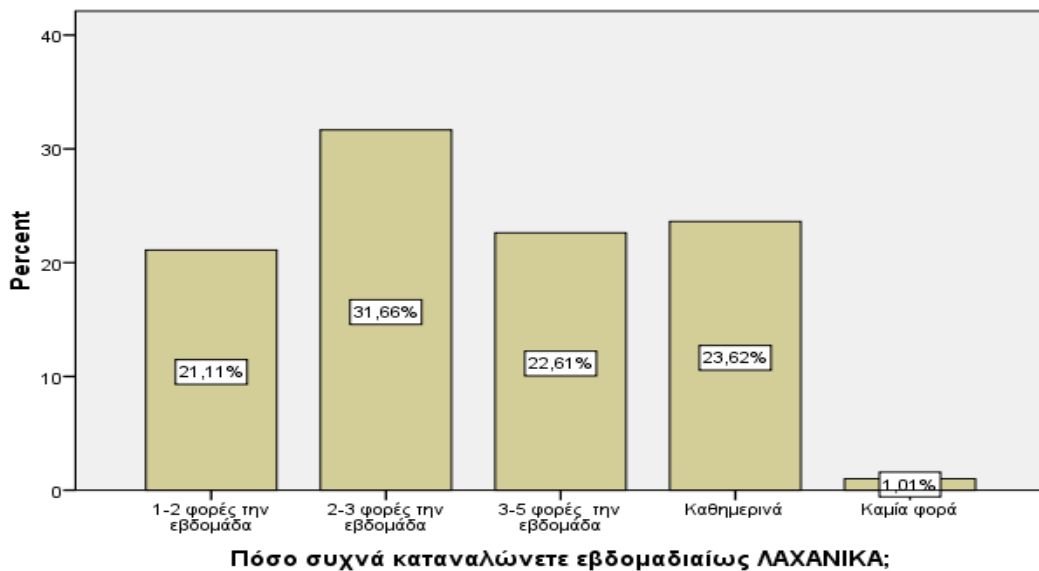


Όσον αφορά στην κατανάλωση άσπρου κρέατος, όπως φαίνεται παραπάνω, δήλωσαν ότι δεν το καταναλώνουν μόλις το 3,03%, που είναι ένα πολύ μικρό ποσοστό του δείγματος. Το 59,09%, μεγάλο ποσοστό του δείγματος καταναλώνει άσπρο κρέας 1-2 φορές την εβδομάδα ενώ 2-3 φορές καταναλώνει το 34,34%, 3-5 φορές την εβδομάδα το 2,02% και καθημερινά το 1,52% του δείγματος. Παρατηρείται ότι οι περισσότεροι ερωτώμενοι καταναλώνουν άσπρο κρέας κυρίως 1-2 φορές την εβδομάδα.

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΛΑΧΑΝΙΚΑ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	42	21,0	21,1	21,1
	2-3 φορές την εβδομάδα	63	31,5	31,7	52,8
	3-5 φορές την εβδομάδα	45	22,5	22,6	75,4
	Καθημερινά	47	23,5	23,6	99,0
	Καμία φορά	2	1,0	1,0	100,0
	Total		199	99,5	100,0
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΛΑΧΑΝΙΚΑ;**



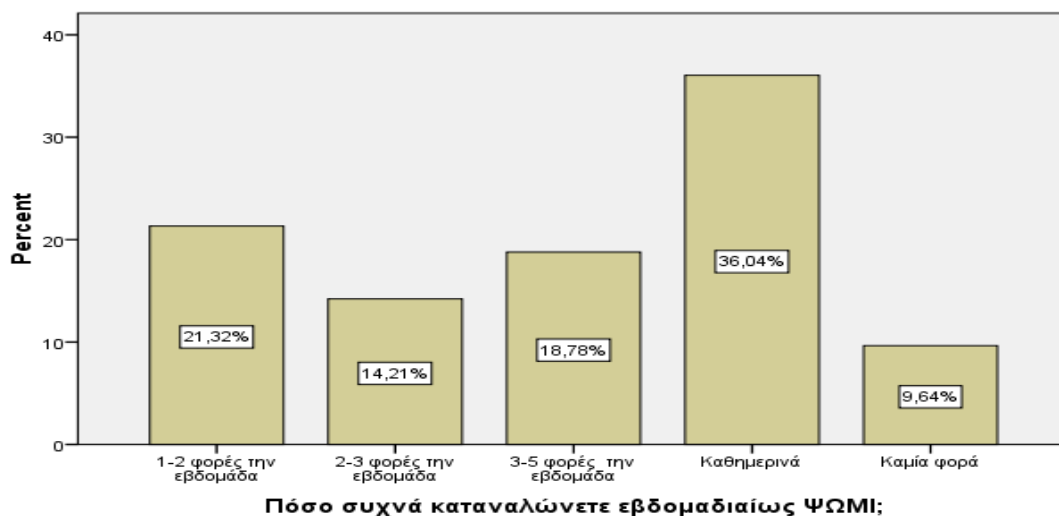
Όσο αφορά στην κατανάλωση λαχανικών καμία φορά δηλώνει το 1% του δείγματος μας, πολύ μικρό ποσοστό, 1-2 φορές την εβδομάδα το 21,1% και 2-3 φορές την εβδομάδα το

31,7%, σημαντικό ποσοστό σχεδόν το 1/3 του δείγματος. Το 22,6% των ερωτηθέντων καταναλώνει λαχανικά 3-5 φορές την εβδομάδα και καθημερινά το 23,6%.

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΨΩΜΙ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	42	21,0	21,3	21,3
	2-3 φορές την εβδομάδα	28	14,0	14,2	35,5
	3-5 φορές την εβδομάδα	37	18,5	18,8	54,3
	Καθημερινά	71	35,5	36,0	90,4
	Καμία φορά	19	9,5	9,6	100,0
	Total	197	98,5	100,0	
Missing	System	3	1,5		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΨΩΜΙ;**



Όσο αφορά στην κατανάλωση ψωμιού, καμία φορά δεν το καταναλώνει ένα μικρό ποσοστό του δείγματος (9,64%). Το 21,3% καταναλώνει ψωμί 1-2 φορές την εβδομάδα, 2-3 φορές το 14,2% ,3-5 φορές το 18,5% ενώ καθημερινά το 36%, δηλαδή ένας στους τρεις περίπου.

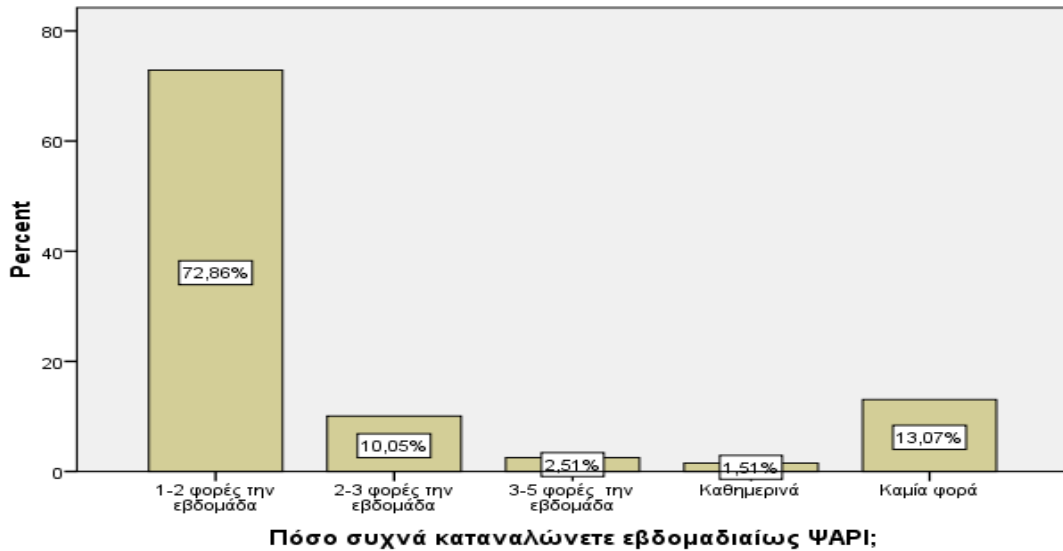
**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΨΑΡΙ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	145	72,5	72,9	72,9
	2-3 φορές την εβδομάδα	20	10,0	10,1	82,9
	3-5 φορές την εβδομάδα	5	2,5	2,5	85,4
	Καθημερινά	3	1,5	1,5	86,9
	Καμία φορά	26	13,0	13,1	100,0
	Total	199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΨΑΡΙ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	145	72,5	72,9	72,9
	2-3 φορές την εβδομάδα	20	10,0	10,1	82,9
	3-5 φορές την εβδομάδα	5	2,5	2,5	85,4
	Καθημερινά	3	1,5	1,5	86,9
	Καμία φορά	26	13,0	13,1	100,0
	Total		199	99,5	100,0
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΨΑΡΙ;**



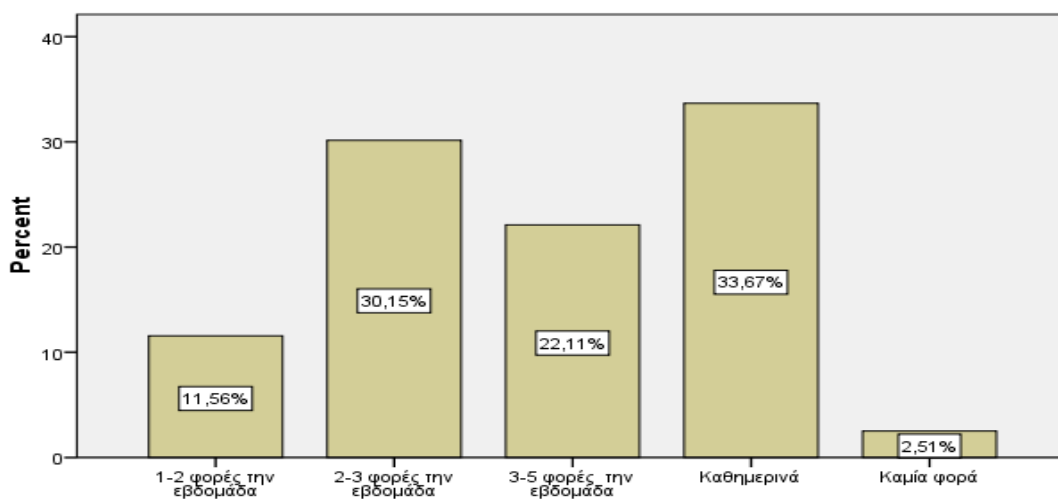
Όσο αφορά στην κατανάλωση ψαριού, καμία φορά δεν το καταναλώνει το 13,1%, ποσοστό μικρό για το δείγμα μας. Αντίθετα, ένα ιδιαίτερα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 72,9 %

δηλώνει ότι τρώει ψάρι 1-2 φορές την εβδομάδα , 2-3 φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 10,1% , 3-5 φορές το 2,5% και καθημερινά μόλις το 1,1% των ερωτηθέντων.

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΤΥΡΟΚΟΜΙΚΑ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	23	11,5	11,6	11,6
	2-3 φορές την εβδομάδα	60	30,0	30,2	41,7
	3-5 φορές την εβδομάδα	44	22,0	22,1	63,8
	Καθημερινά	67	33,5	33,7	97,5
	Καμία φορά	5	2,5	2,5	100,0
Total		199	99,5	100,0	
Missing	System	1	,5		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΤΥΡΟΚΟΜΙΚΑ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ;**



**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΤΥΡΟΚΟΜΙΚΑ ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ;**

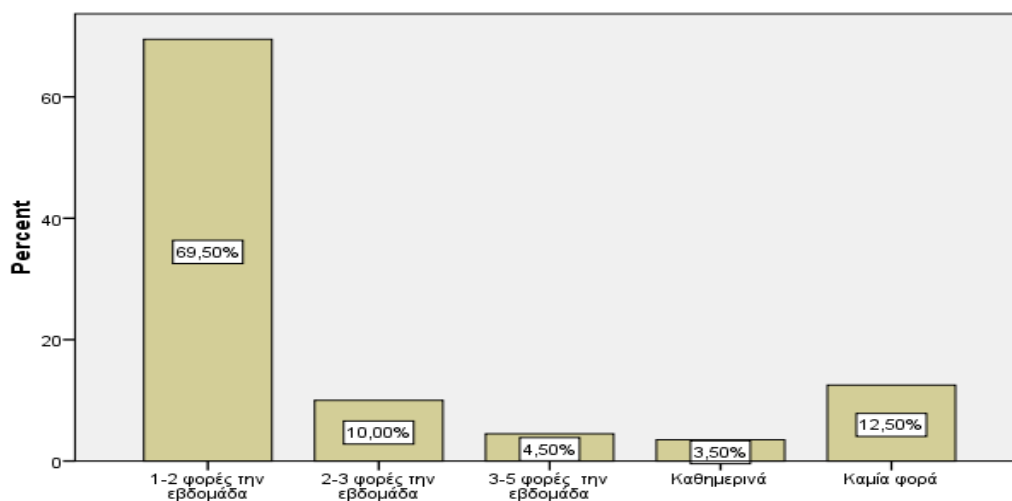


Όσο αφορά στην κατανάλωση τυροκομικών και γαλακτοκομικών προϊόντων καμία φορά δεν καταναλώνει το 2,5% και 1-2 φορές την εβδομάδα το 11,56%. Ενώ, 2-3 φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 30,2% δηλαδή περίπου ο ένας στους τρεις, 3-5 φορές το 22,1% και καθημερινά το 33,7% δηλαδή ο ένας στους τρεις ερωτώμενους.

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΑΥΓΟ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-2 φορές την εβδομάδα	139	69,5	69,5	69,5
2-3 φορές την εβδομάδα	20	10,0	10,0	79,5
3-5 φορές την εβδομάδα	9	4,5	4,5	84,0
Καθημερινά	7	3,5	3,5	87,5
Καμία φορά	25	12,5	12,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΑΥΓΟ;**



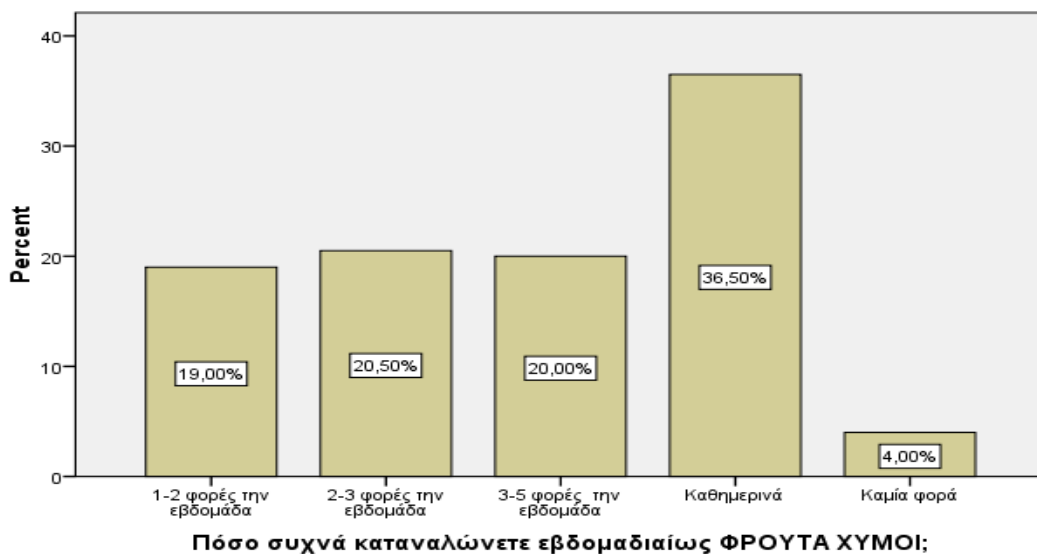
**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΑΥΓΟ;**

Σχετικά με την κατανάλωση αυγού καμία φορά δεν το καταναλώνει το 12,5%, 1-2 φορές το 69,5%, σημαντικό ποσοστό το οποίο υπολείπεται της εβδομαδιαίας κατανάλωσης που πρέπει να είναι 3 φορές την εβδομάδα σύμφωνα με την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής. Ενώ, 2-3 φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 10% , 3-5 φορές την εβδομάδα το 4,5% και καθημερινά μόλις το 3,5% των ερωτηθέντων.

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΦΡΟΥΤΑ ΧΥΜΟΙ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-2 φορές την εβδομάδα	38	19,0	19,0	19,0
2-3 φορές την εβδομάδα	41	20,5	20,5	39,5
3-5 φορές την εβδομάδα	40	20,0	20,0	59,5
Καθημερινά	73	36,5	36,5	96,0
Καμία φορά	8	4,0	4,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΦΡΟΥΤΑ ΧΥΜΟΙ;**



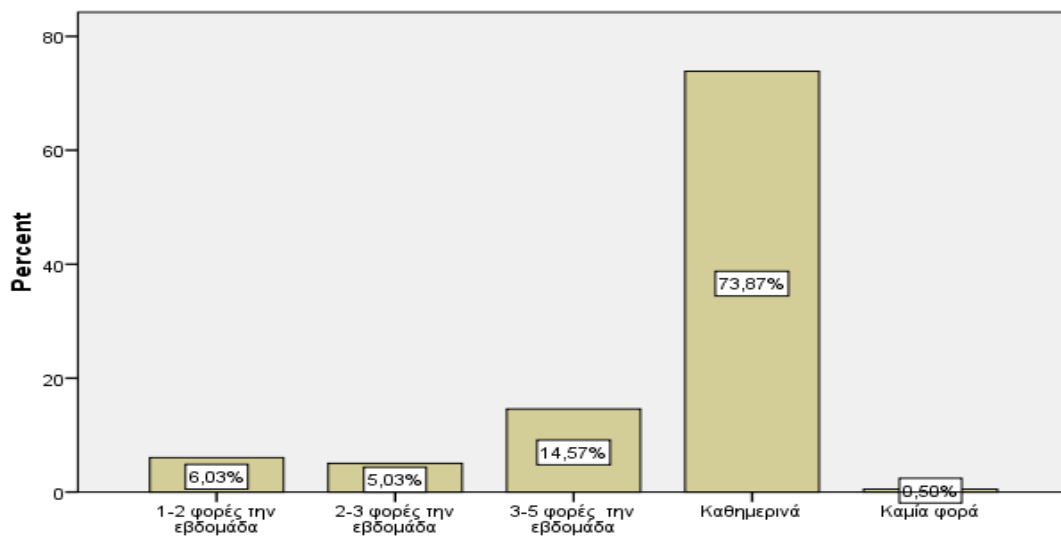
Σχετικά με την κατανάλωση χυμών και φρούτων, δεν καταναλώνει καθόλου το 4% του δείγματος, 1-2 φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 19%, 2-3 φορές την εβδομάδα το 20,5%, 3-5 φορές την εβδομάδα το 20%, ενώ καθημερινά 36,5%, όχι ιδιαίτερα ικανοποιητικό ποσοστό σύμφωνα με την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής.

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	12	6,0	6,0	6,0
	2-3 φορές την εβδομάδα	10	5,0	5,0	11,1
	3-5 φορές την εβδομάδα	29	14,5	14,6	25,6
	Καθημερινά	147	73,5	73,9	99,5
	Καμία φορά	1	,5	,5	100,0

Total		199	99,5	100,0
Missing	System	1	,5	
Total		200	100,0	

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ;**



**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ;**

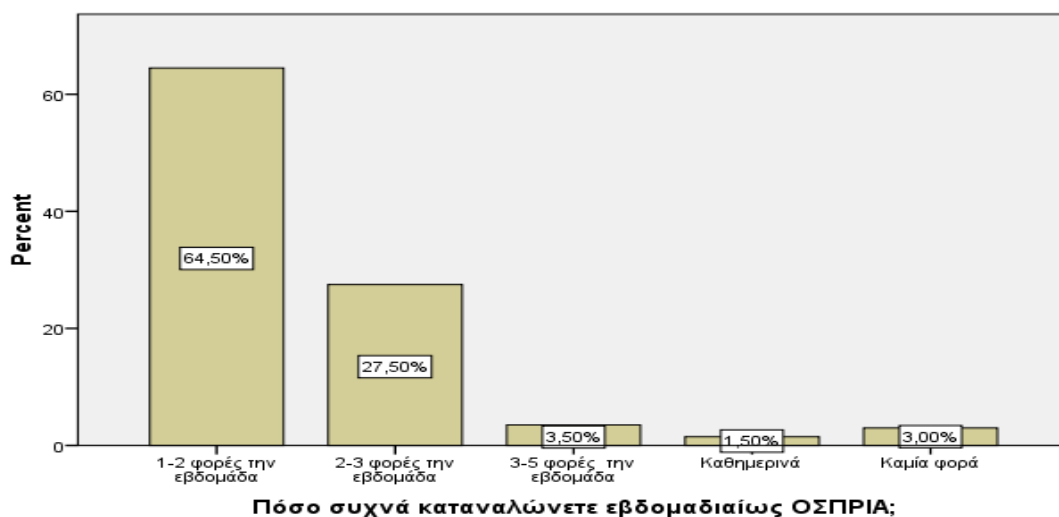
Όσον αφορά στην κατανάλωση ελαιόλαδου, καμία φορά δήλωσε μόλις το 0,5% των ερωτηθέντων, 1-2 φορές το 6%, 2-3 φορές το 5% ,3-5 φορές το 14,6% ενώ καθημερινά το 73,9%. Αθροιστικά τα δυο τελευταία ποσοστά μας δίνουν ένα πάρα πολύ καλό ποσοστό της τάξεως του 88,5%, που αποδεικνύει ότι το δείγμα μας καταναλώνει σχεδόν καθημερινά ελαιόλαδο.

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΟΣΠΡΙΑ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-2 φορές την εβδομάδα	129	64,5	64,5	64,5

2-3 φορές την εβδομάδα	55	27,5	27,5	92,0
3-5 φορές την εβδομάδα	7	3,5	3,5	95,5
Καθημερινά	3	1,5	1,5	97,0
Καμία φορά	6	3,0	3,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

#### Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΟΣΠΡΙΑ;



Σχετικά με την κατανάλωση οσπρίων, το 3% δήλωσε ότι δεν τα καταναλώνει καμία φορά ενώ το 64,5%, πολύ μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων τρώει όσπρια 1-2 φορές την εβδομάδα. 2-3 φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 27,5%, 3-5 φορές το 3,5% ενώ καθημερινά το 1,5%. Παρατηρείται ότι οι απαντήσεις των ερωτηθέντων αποκλίνουν από την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής που απαιτεί 3-4 μικρομερίδες οσπρίων εβδομαδιαίως.

#### Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΖΥΜΑΡΙΚΑ;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	105	52,5	52,5	52,5
	2-3 φορές την εβδομάδα	69	34,5	34,5	87,0
	3-5 φορές την εβδομάδα	14	7,0	7,0	94,0
	Καθημερινά	3	1,5	1,5	95,5
	Καμία φορά	9	4,5	4,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

#### Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΖΥΜΑΡΙΚΑ;

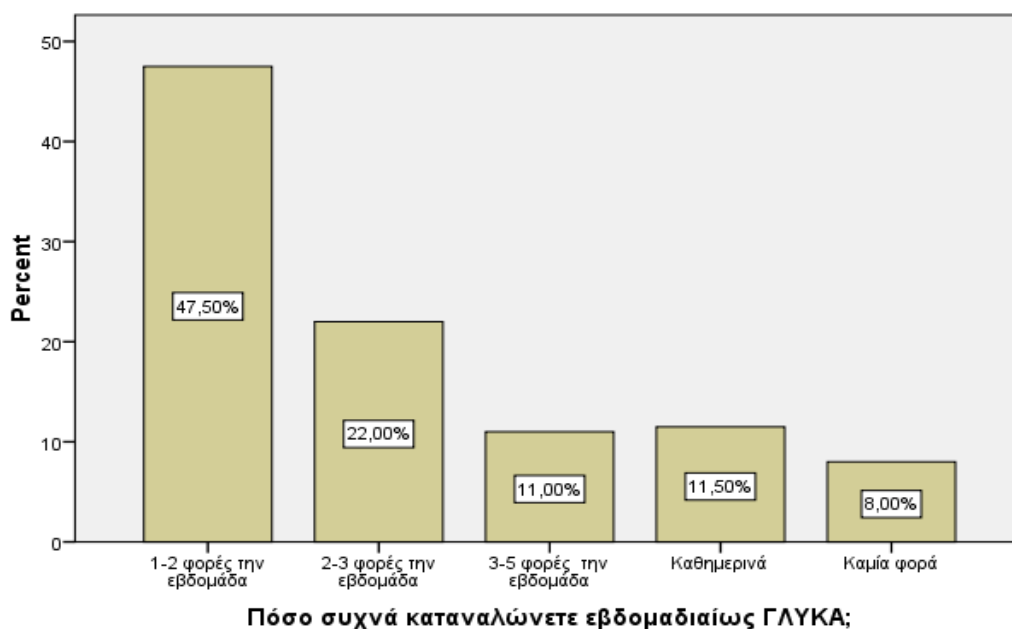


Σχετικά με την κατανάλωση ζυμαρικών, δηλώνει ότι δεν καταναλώνει το 4,5%. Ενώ, 1-2 φορές την εβδομάδα τρώει ζυμαρικά το 52,5% , σχεδόν το μισό των ερωτηθέντων που υπολείπεται από την καθημερινή κατανάλωση που ορίζει η πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής. 2-3 φορές εβδομαδιαίως καταναλώνει το 34,5% , ικανοποιητικό ποσοστό, 3-5 φορές την εβδομάδα το 7% ενώ καθημερινά μόλις το 1,5% των ερωτηθέντων.

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΓΛΥΚΑ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-2 φορές την εβδομάδα	95	47,5	47,5	47,5
2-3 φορές την εβδομάδα	44	22,0	22,0	69,5
3-5 φορές την εβδομάδα	22	11,0	11,0	80,5
Καθημερινά	23	11,5	11,5	92,0
Καμία φορά	16	8,0	8,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΓΛΥΚΑ;**



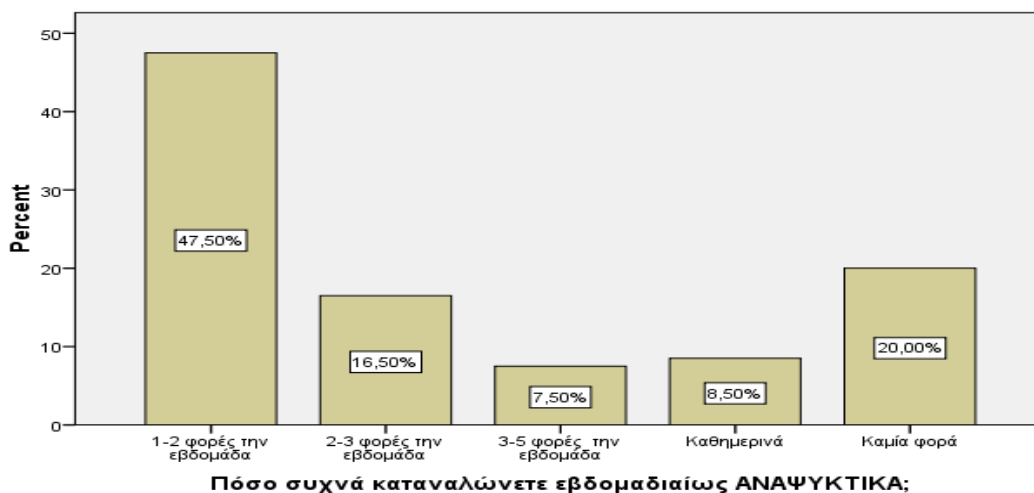
Σχετικά με την κατανάλωση γλυκών, το 8% δεν καταναλώνει καθόλου και 1-2 φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 47,5% . Τα δυο παραπάνω ποσοστά αθροιστικά μας δίνουν

55,5% που σημαίνει ότι ο ένας στους δυο περίπου ερωτηθέντες καταναλώνει ελάχιστα ή καθόλου γλυκά, γεγονός που συνάδει με την πυραμίδα της μεσογειακής διατροφής. 2-3 φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 22%, 3-5 φορές το 11% ενώ καθημερινά το 11,5%.

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-2 φορές την εβδομάδα	95	47,5	47,5	47,5
2-3 φορές την εβδομάδα	33	16,5	16,5	64,0
3-5 φορές την εβδομάδα	15	7,5	7,5	71,5
Καθημερινά	17	8,5	8,5	80,0
Καμία φορά	40	20,0	20,0	100,0
Total	200	100,0	100,0	

**Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ;**



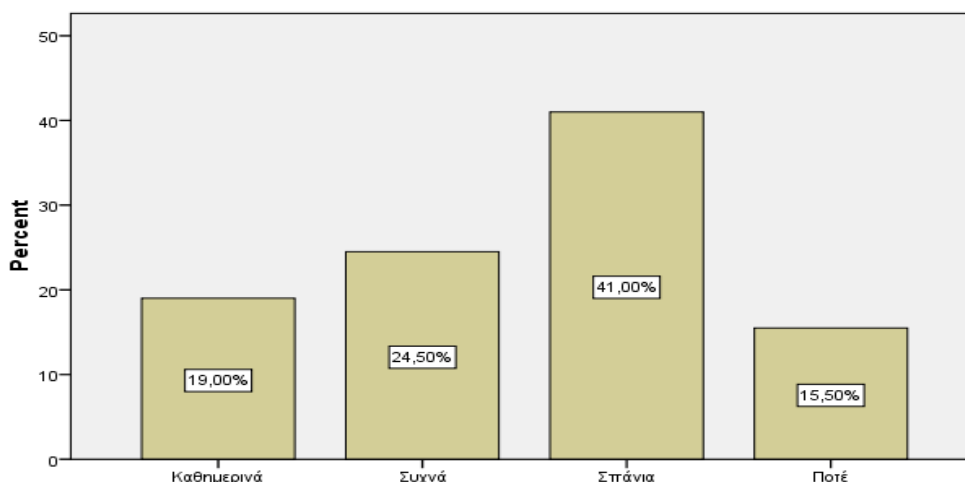


Σχετικά με την κατανάλωση αναψυκτικών, δεν καταναλώνει αναψυκτικά το 20% του δείγματος. 1-2 φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 47,5%, σχεδόν ο ένας στους δύο. Αθροιστικά τα δυο παραπάνω ποσοστά είναι 67,5% που σημαίνει ότι οι δυο στους τρεις ερωτηθέντες κάνουν ελάχιστη ως μηδενική κατανάλωση αναψυκτικών. 2-3 φορές την εβδομάδα καταναλώνει το 16,6% , 3-5 φορές το 7,5% , ενώ καθημερινά ένα μικρό ποσοστό της τάξεως του 8,5% του δείγματος.

**Επισκέπτεστε το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Καθημερινά	38	19,0	19,0	19,0
Συχνά	49	24,5	24,5	43,5
Σπάνια	82	41,0	41,0	84,5
Ποτέ	31	15,5	15,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

**Επισκέπτεστε το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;**



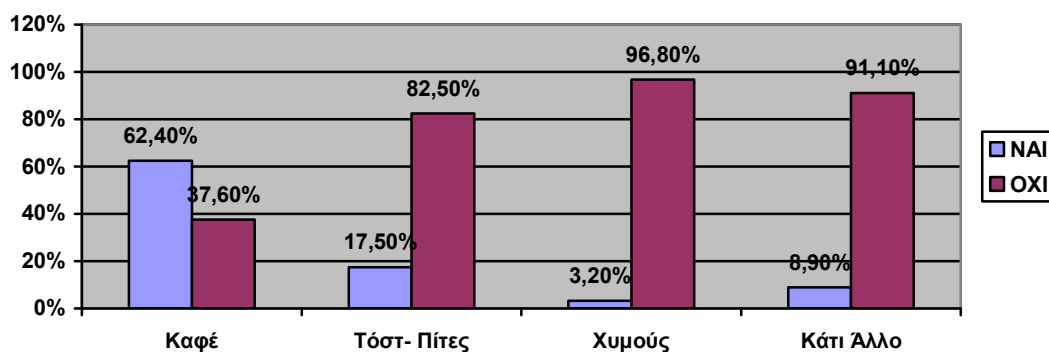
**Επισκέπτεστε το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;**

Όσο αφορά στη συχνότητα επίσκεψης του κυλικείου από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό βλέπουμε ότι καθημερινά το επισκέπτεται το 19% ενώ συχνά το 24,5%. Το 41%, ένα μεγάλο ποσοστό το επισκέπτεται σπάνια ενώ δεν το επισκέπτεται ποτέ το 15,5% του δείγματος μας. Σε γενικές γραμμές η επίσκεψη του κυλικείου από το δείγμα μας γίνεται κυρίως σπάνια.

#### Τι αγοράζετε και τι όχι από το κυλικείο

Αγοράζετε από το κυλικείο;	Καφέ	Τόστ- Πίτες	Χυμούς	Κάτι Άλλο
ΝΑΙ	62,4%	17,5%	3,2%	8,9%
ΟΧΙ	37,6%	82,5%	96,8%	91,1%
Συνολικό %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### Τι αγοράζετε και τι όχι από το κυλικείο



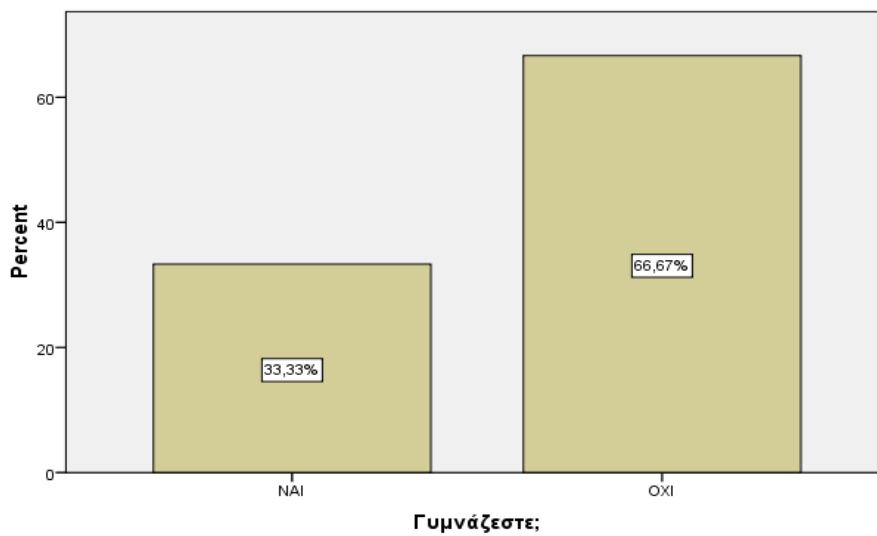
Ο παραπάνω πίνακας δείχνει ότι το 62,4% επισκέπτεται το κυλικείο για να αγοράσει καφέ. Το 17,5% για να αγοράσει τoστ και πίτες, ενώ μόλις το 3,2% για να αγοράσει χυμούς και τέλος για κάτι άλλο πέρα από τα παραπάνω επισκέπτονται το κυλικείο το 8,9%. Άρα το κύριο προϊόν που αγοράζουν οι ερωτηθέντες από το κυλικείο είναι ο καφές.

#### II) ΑΘΛΗΣΗ

### Γυμνάζεστε;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	64	32,0	33,3	33,3
	OXI	128	64,0	66,7	100,0
	Total	192	96,0	100,0	
Missing	System	8	4,0		
Total		200	100,0		

### Γυμνάζεστε;

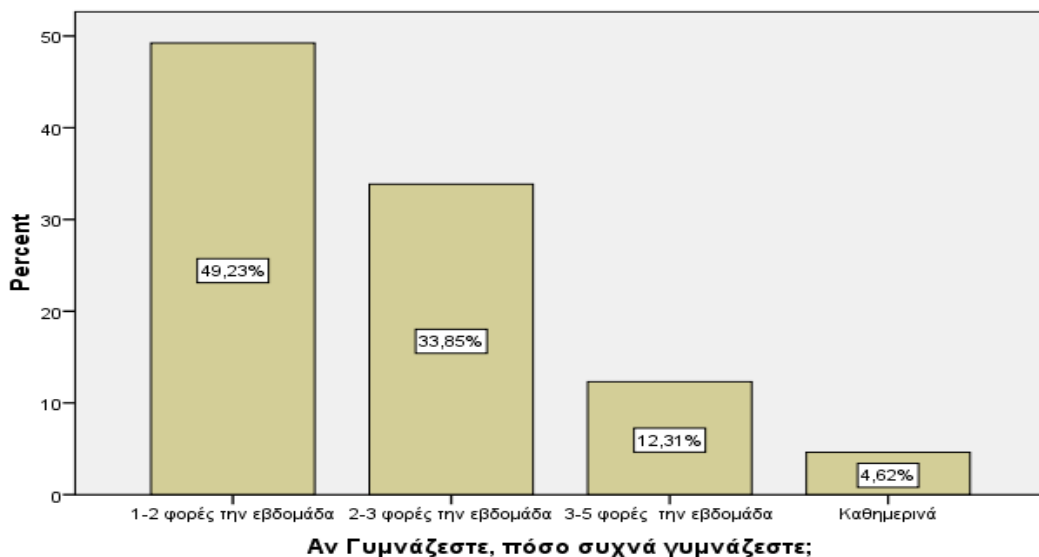


Από τον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι 66,67% των ερωτηθέντων γιατρών και νοσηλευτών δεν αθλούνται, ποσοστό πολύ μεγάλο έναντι του 33,33% που δήλωσαν ότι αθλούνται.

**Αν Γυμνάζεστε, πόσο συχνά γυμνάζεστε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-2 φορές την εβδομάδα	32	16,0	49,2	49,2
	2-3 φορές την εβδομάδα	22	11,0	33,8	83,1
	3-5 φορές την εβδομάδα	8	4,0	12,3	95,4
	Καθημερινά	3	1,5	4,6	100,0
Total		65	32,5	100,0	
Missing	System	135	67,5		
Total		200	100,0		

**Αν Γυμνάζεστε, πόσο συχνά γυμνάζεστε;**



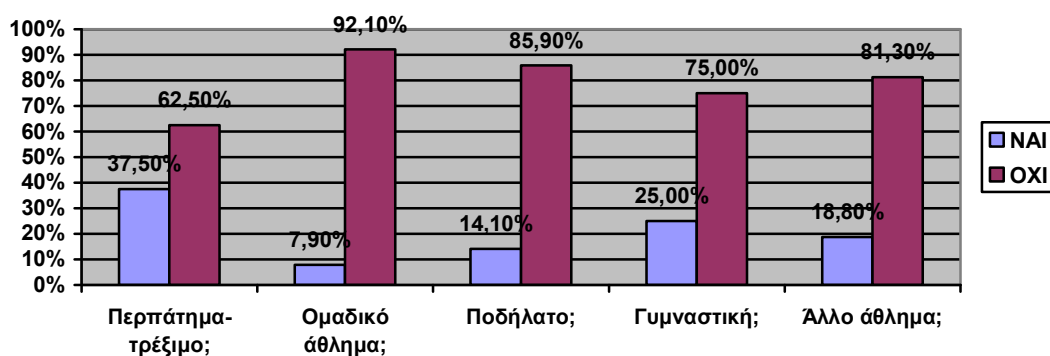
Όσο αφορά στη συχνότητα άθλησης των ερωτηθέντων, το 49,23% δηλώνει ότι γυμνάζεται 1-2 φορές την εβδομάδα, ποσοστό μεγάλο δηλαδή περίπου ο ένας στους δυο. 2-3 φορές την εβδομάδα γυμνάζεται το 33,85%. Αθροιστικά τα δυο παραπάνω ποσοστά μας δίνουν 83%,

ποσοστό που είναι πολύ μεγάλο αλλά, η συχνότητα άθλησης του είναι μικρότερη από αυτή που ορίζεται ως ιδανική, δηλαδή 3-5 φορές την εβδομάδα. 3-5 φορές αθλείται το 12,31% του δείγματός μας ενώ καθημερινά μόλις το 4,6% .

#### Τι άθλημα κάνετε;

Τι άθλημα κάνετε;	Περπάτημα-τρέξιμο;	Ομαδικό άθλημα;	Ποδήλατο;	Γυμναστική;	Άλλο άθλημα;
ΝΑΙ	37,5%	7,9%	14,1%	25,0%	18,8%
ΟΧΙ	62,5%	92,1%	85,9%	75,0%	81,3%
Συνολικό %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

#### Τι άθλημα κάνετε;

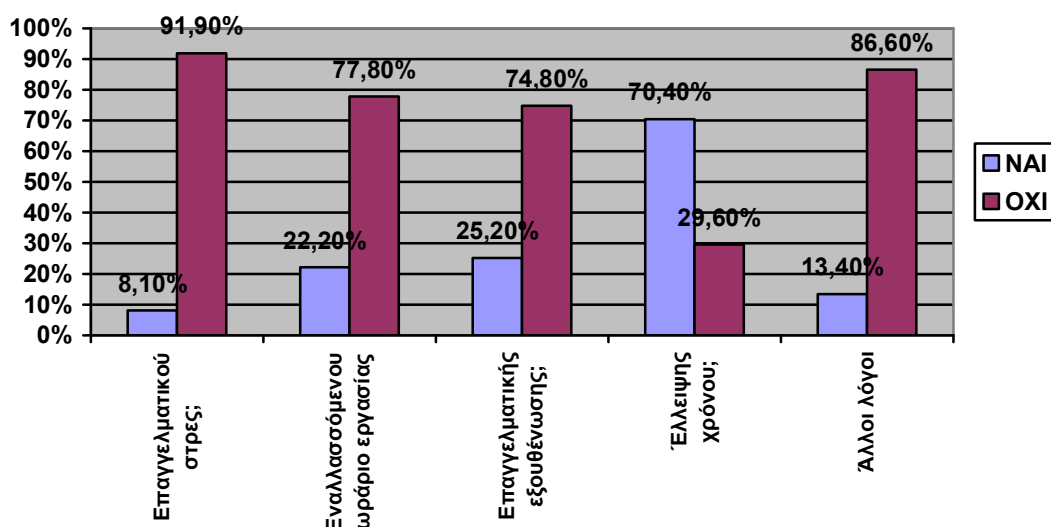


Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ποια είδη άθλησης προτιμούν οι γιατροί και οι νοσηλευτές που αθλούνται. Το 37,5% των ερωτηθέντων επιλέγουν το περπάτημα και το τρέξιμο. Μόλις το 7,94% ασχολούνται με κάποιο ομαδικό άθλημα ενώ το 14,06% κάνουν ποδήλατο, το 25% γυμναστική και κάποιο άλλο άθλημα το 18,75%.

### Λόγοι που δεν γυμνάζεστε

Δεν γυμνάζεστε λόγω	Επαγγελματικού στρες;	Εναλλασσόμενου ωράριο εργασίας	Επαγγελματικής εξουθένωσης;	Έλλειψης χρόνου;	Άλλοι λόγοι
ΝΑΙ	8,1%	22,2%	25,2%	70,4%	13,4%
ΟΧΙ	91,9%	77,8%	74,8%	29,6%	86,6%
Συνολικό %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### Λόγοι που δεν γυμνάζεστε



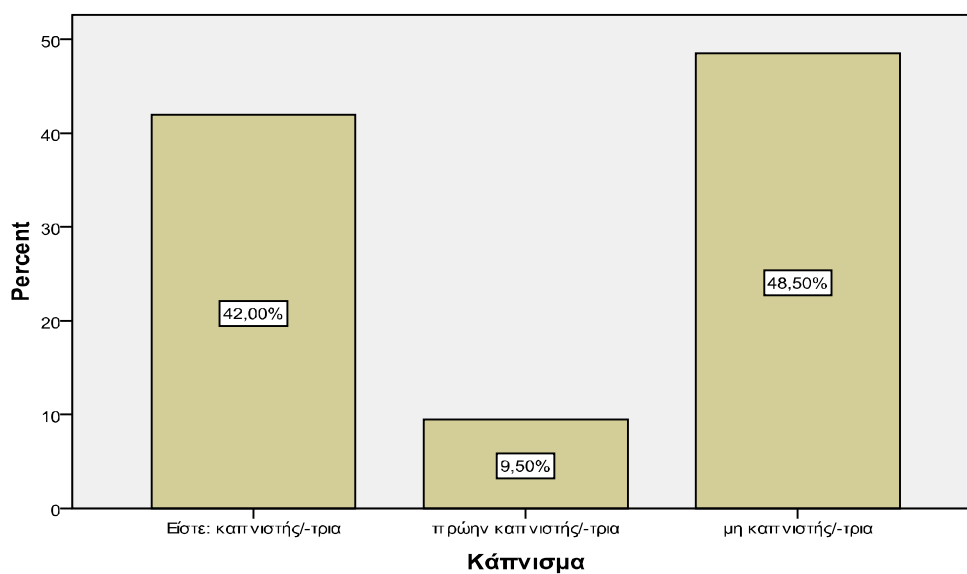
Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει τους λόγους που το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δεν γυμνάζεται. Το 18,5% αναφέρει ότι ευθύνεται το επαγγελματικό στρες, το 22,2% το ωράριο εργασίας, το 25,19% η επαγγελματική εξουθένωση και το 13,43% άλλους λόγους ενώ το 70,37% την έλλειψη χρόνου. Από τον πίνακα προκύπτει ότι ο σημαντικότερος λόγος που δεν αθλούνται οι γιατροί και η οι νοσηλεύτες είναι η έλλειψη χρόνου.

### III)ΚΑΠΝΙΣΜΑ

### Καπνίζετε;

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Είστε: καπνιστής/-τρια	84	42,0	42,0	42,0
πρώην καπνιστής/-τρια	19	9,5	9,5	51,5
μη καπνιστής/-τρια	97	48,5	48,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

### Κάπνισμα

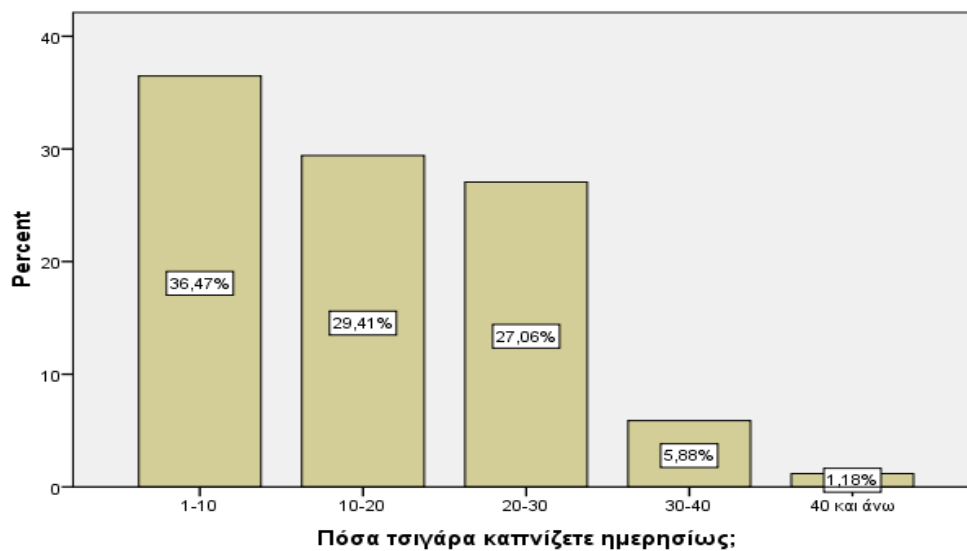


Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι το 42% των γιατρών και των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν είναι καπνιστές, το 9,5% είναι πρώην καπνιστές ενώ το 48,5% είναι οι μη καπνιστές. Δηλαδή περισσότεροι από το 1/3 των ερωτηθέντων καπνίζουν.

### Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-10	31	15,5	36,5	36,5
	10-20	25	12,5	29,4	65,9
	20-30	23	11,5	27,1	92,9
	30-40	5	2,5	5,9	98,8
	40 και άνω	1	,5	1,2	100,0
	Total	85	42,5	100,0	
Missing	System	115	57,5		
Total		200	100,0		

**Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;**



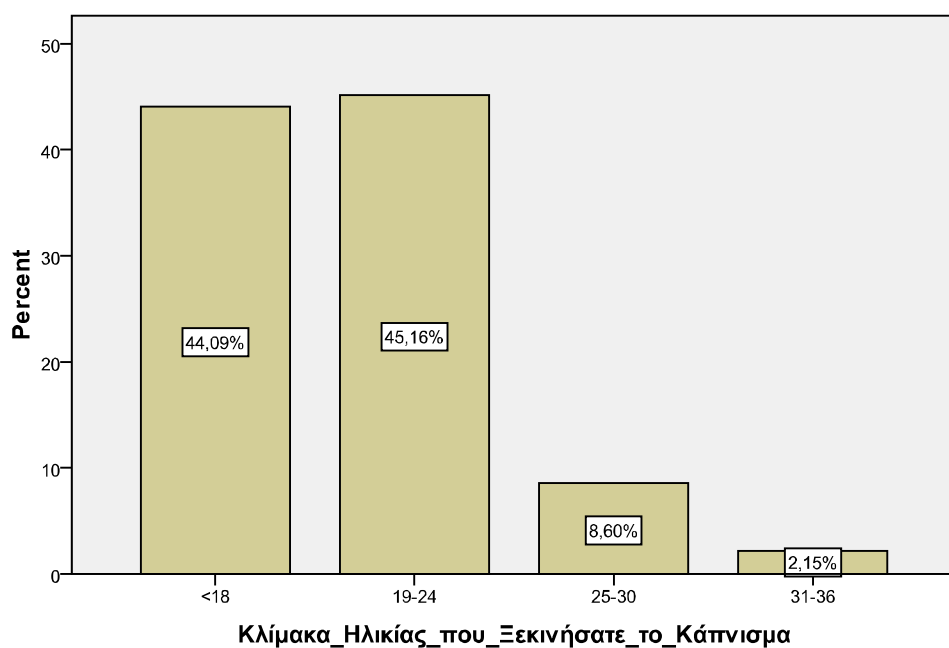
Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι από τους καπνιστές το 36,47%, η πλειοψηφία δηλαδή των καπνιστών, καπνίζει έως 10 τσιγάρα ημερησίως, το 29,42% καπνίζει 10-20 τσιγάρα, το 27% καπνίζει 20-30 τσιγάρα , το 5,88% καπνίζει 30-40 τσιγάρα και μόλις το 1,18% καπνίζει από 40 τσιγάρα και πάνω.



**Κλίμακα\_Ηλικίας\_που\_Ξεκινήσατε\_το\_Κάπνισμα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<18	41	20,5	44,1	44,1
	19-24	42	21,0	45,2	89,2
	25-30	8	4,0	8,6	97,8
	31-36	2	1,0	2,2	100,0
	Total	93	46,5	100,0	
Missing	System	107	53,5		
Total		200	100,0		

**Κλίμακα\_Ηλικίας\_που\_Ξεκινήσατε\_το\_Κάπνισμα**

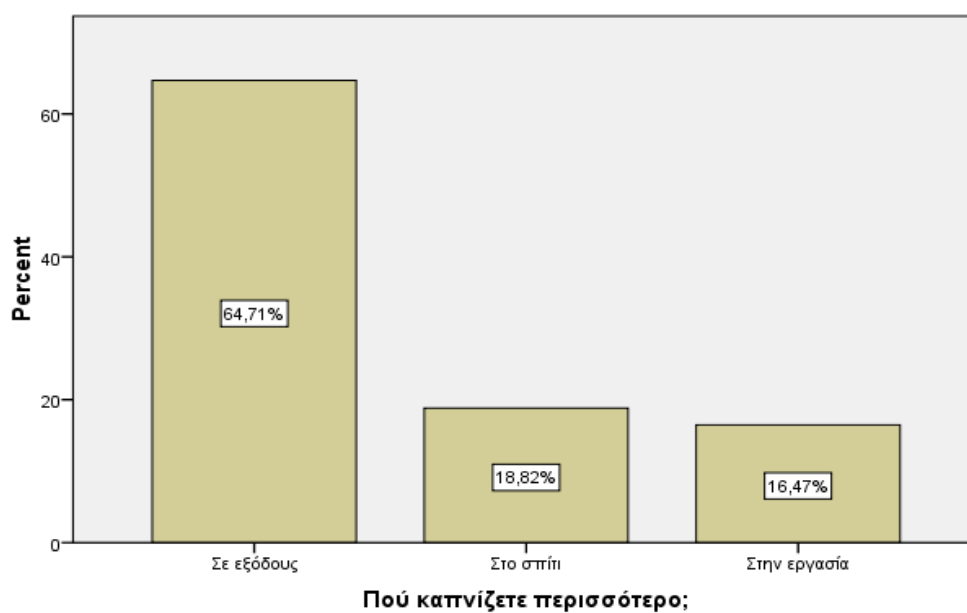


Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ότι το 44,09% ξεκίνησε το κάπνισμα πριν τα 18 του χρόνια δηλαδή περίπου οι μισοί ερωτώμενοι άρχισαν να καπνίζουν πριν την ενηλικίωση τους. Το 45,16% ξεκίνησε στην ηλικία των 19 έως 24 χρόνων ενώ ένα μικρό ποσοστό 8,6% ξεκίνησε να καπνίζει σε ηλικία 25 έως 30 χρόνων και το 2,15% μετά τα 31.

**Πού καπνίζετε περισσότερο;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σε εξόδους	55	27,5	64,7	64,7
	Στο σπίτι	16	8,0	18,8	83,5
	Στην εργασία	14	7,0	16,5	100,0
	Total	85	42,5	100,0	
Missing	System	115	57,5		
Total		200	100,0		

**Πού καπνίζετε περισσότερο;**



Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι 64,71% του δείγματός μας καπνίζει περισσότερο σε εξόδους, το 18,82% στο σπίτι και το 16,47% στην εργασία.

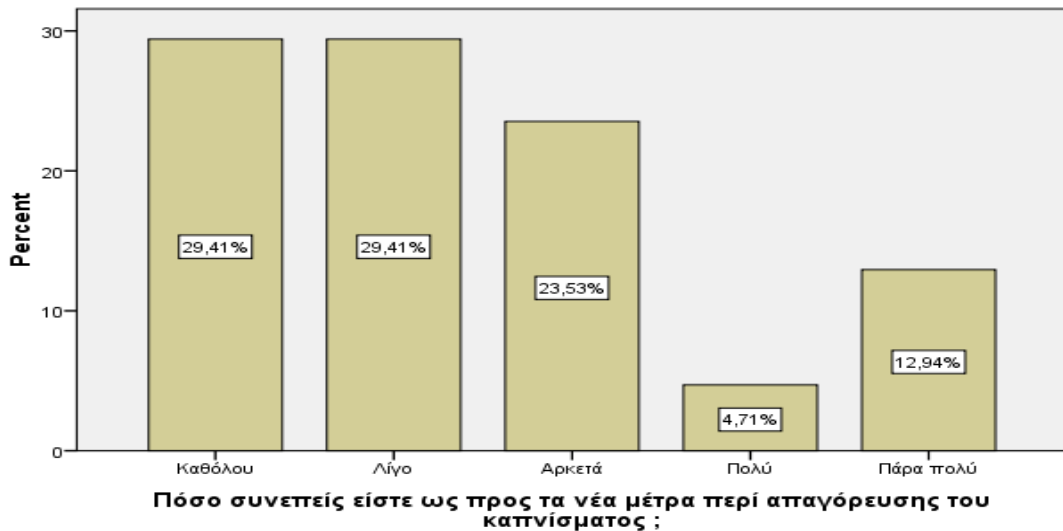
**Πόσο συνεπείς είστε ως προς τα νέα μέτρα περί απαγόρευσης του καπνίσματος ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	25	12,5	29,4	29,4
	Λίγο	25	12,5	29,4	58,8
	Αρκετά	20	10,0	23,5	82,4
	Πολύ	4	2,0	4,7	87,1
	Πάρα πολύ	11	5,5	12,9	100,0
	Total	85	42,5	100,0	
Missing	System	115	57,5		

**Πόσο συνεπείς είστε ως προς τα νέα μέτρα περί απαγόρευσης του καπνίσματος ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	25	12,5	29,4	29,4
	Λίγο	25	12,5	29,4	58,8
	Αρκετά	20	10,0	23,5	82,4
	Πολύ	4	2,0	4,7	87,1
	Πάρα πολύ	11	5,5	12,9	100,0
	Total	85	42,5	100,0	
Missing	System	115	57,5		
Total		200	100,0		

**Πόσο συνεπείς είστε ως προς τα νέα μέτρα περί απαγόρευσης του καπνίσματος ;**



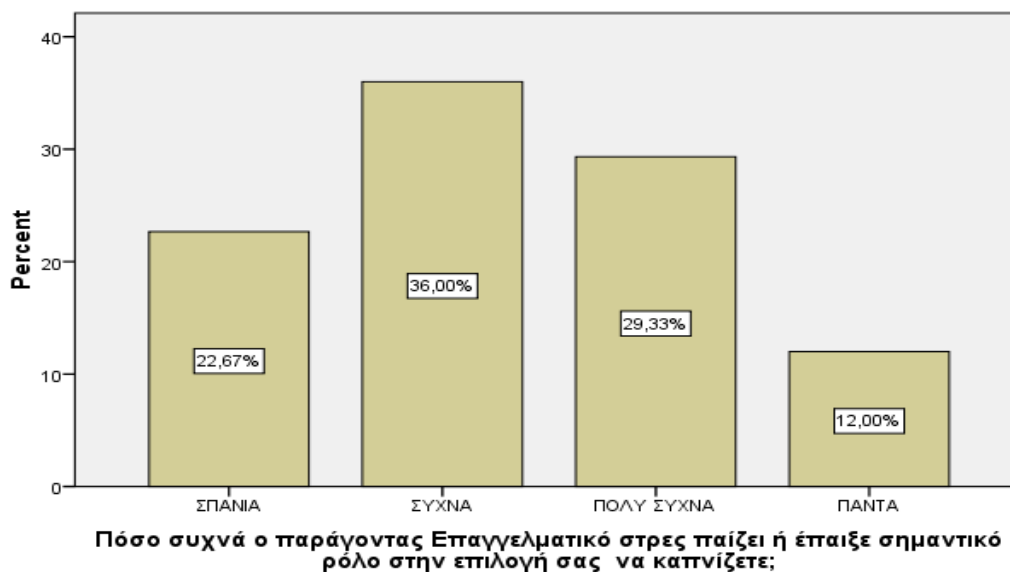
Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι το 29,41% δεν είναι καθόλου συνεπείς ως προς τα νέα μέτρα περί απαγόρευσης του καπνίσματος, επίσης το 29,41% απαντούν λίγο συνεπείς. Τα δυο παραπάνω ποσοστά αθροιστικά μας δίνουν 58,8%, σημαντικό ποσοστό που μας

δείχνει ότι περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους είναι λίγο ή καθόλου συνεπείς στα νέα μέτρα. Το 23,53% δηλώνει αρκετά συνεπείς, το 4,71% είναι συνεπείς και το 12,94% είναι πάρα πολύ συνεπείς.

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματικό στρες παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΠΑΝΙΑ	17	8,5	22,7	22,7
	ΣΥΧΝΑ	27	13,5	36,0	58,7
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	22	11,0	29,3	88,0
	ΠΑΝΤΑ	9	4,5	12,0	100,0
	Total	75	37,5	100,0	
Missing	System	125	62,5		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματικό στρες παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**



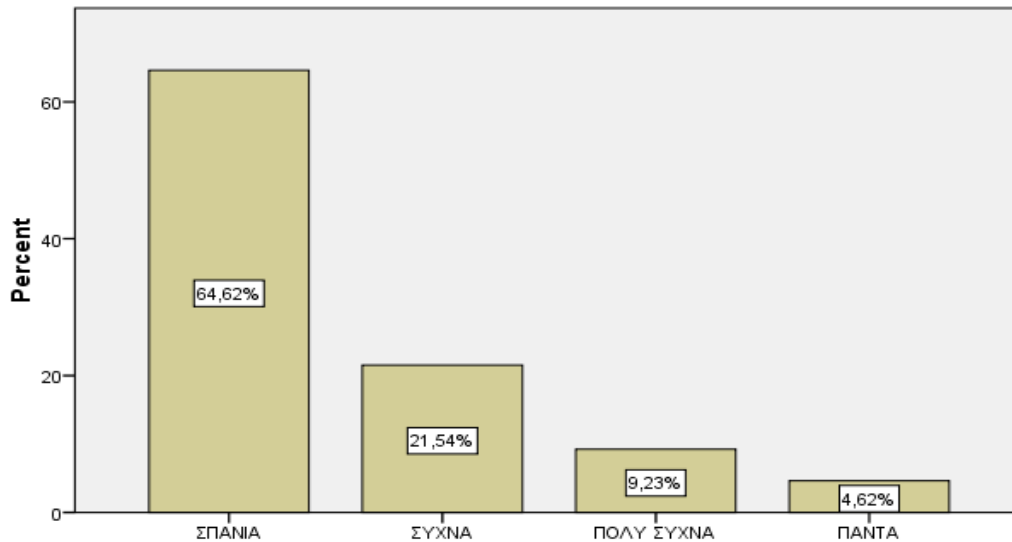
Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ότι για το 22,6% των ερωτώμενων σπάνια παίζει ρόλο το επαγγελματικό στρες στην επιλογή τους να καπνίζουν, ενώ το 36% δηλώνει συχνά, το 29,33% πολύ συχνά και μόνο το 12% υποστηρίζει ότι το στρες στην εργασία πάντα παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή τους να καπνίσουν.

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Συγκρούσεις με συναδέλφους παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΠΑΝΙΑ	42	21,0	64,6	64,6
ΣΥΧΝΑ	14	7,0	21,5	86,2
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	6	3,0	9,2	95,4
ΠΑΝΤΑ	3	1,5	4,6	100,0
Total	65	32,5	100,0	

Missing	System	135	67,5	
Total		200	100,0	

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Συγκρούσεις με συναδέλφους παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**



**Πόσο συχνά ο παράγοντας Συγκρούσεις με συναδέλφους παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**

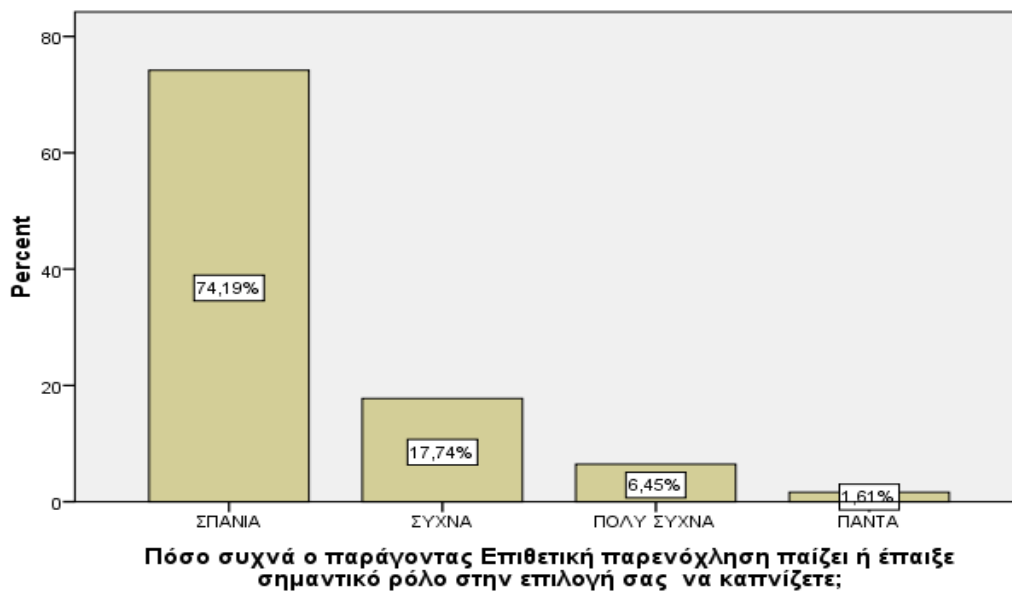
Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι για το 64,62% των ερωτηθέντων σπάνια παίζουν ρόλο οι συγκρούσεις με συναδέλφους στην επιλογή τους να καπνίσουν. Το 21,54% δηλώνει συχνά, το 9,23% πολύ συχνά και μόνο το 4,62% υποστηρίζει ότι πάντα οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους τους επηρεάζουν στο να καπνίσουν.

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επιθετική παρενόχληση παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΠΑΝΙΑ	46	23,0	74,2	74,2
	ΣΥΧΝΑ	11	5,5	17,7	91,9

	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	4	2,0	6,5	98,4
	ΠΑΝΤΑ	1	,5	1,6	100,0
	Total	62	31,0	100,0	
Missing	System	138	69,0		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επιθετική παρενόχληση παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**



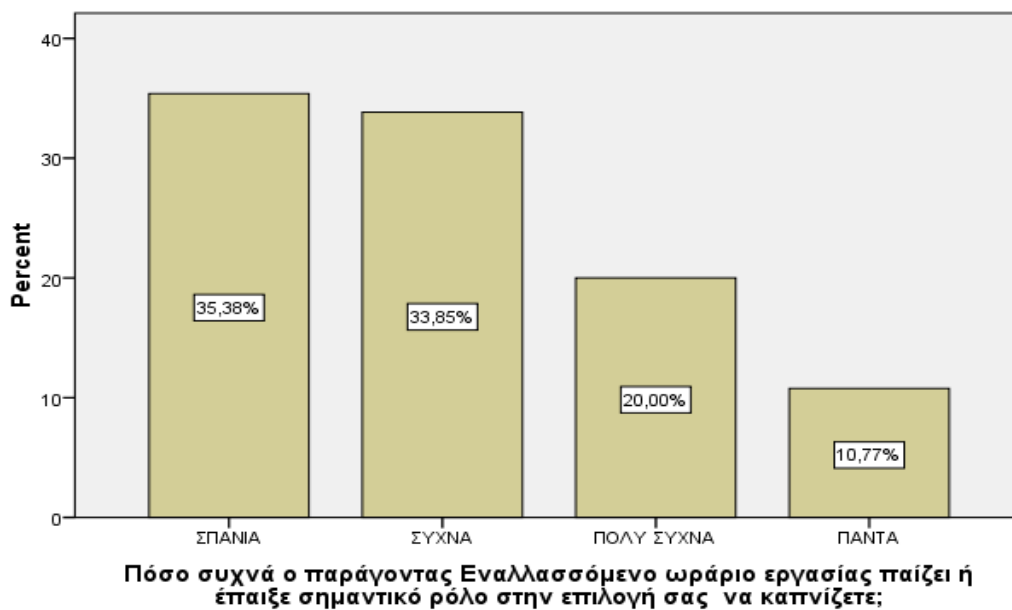
Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι για το 74,19% των ερωτώμενων σπάνια παίζει ρόλο η επιθετική παρενόχληση στην επιλογή τους να καπνίσουν, το 17,74% δηλώνει συχνά. Το 6,45% πολύ συχνά και το 1,61%, αρκετά μικρό ποσοστό, δηλώνει πάντα.

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**



		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΠΑΝΙΑ	23	11,5	35,4	35,4
	ΣΥΧΝΑ	22	11,0	33,8	69,2
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	13	6,5	20,0	89,2
	ΠΑΝΤΑ	7	3,5	10,8	100,0
	Total	65	32,5	100,0	
Missing	System	135	67,5		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**

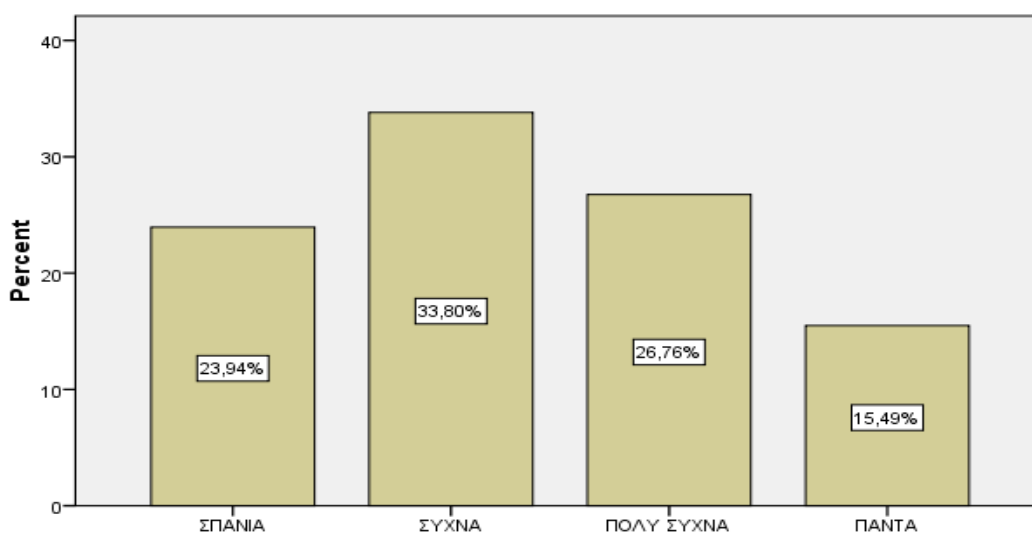


Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το 35,38% του δείγματος μας θεωρεί σπάνια ότι ο παράγοντας εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή τους να καπνίσουν. Το 33,85% δηλώνει συχνά, το 20% πολύ συχνά και το 10,77% πάντα.

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματική εξουθένωση παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΠΑΝΙΑ	17	8,5	23,9	23,9
	ΣΥΧΝΑ	24	12,0	33,8	57,7
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	19	9,5	26,8	84,5
	ΠΑΝΤΑ	11	5,5	15,5	100,0
	Total	71	35,5	100,0	
Missing	System	129	64,5		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματική εξουθένωση παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**



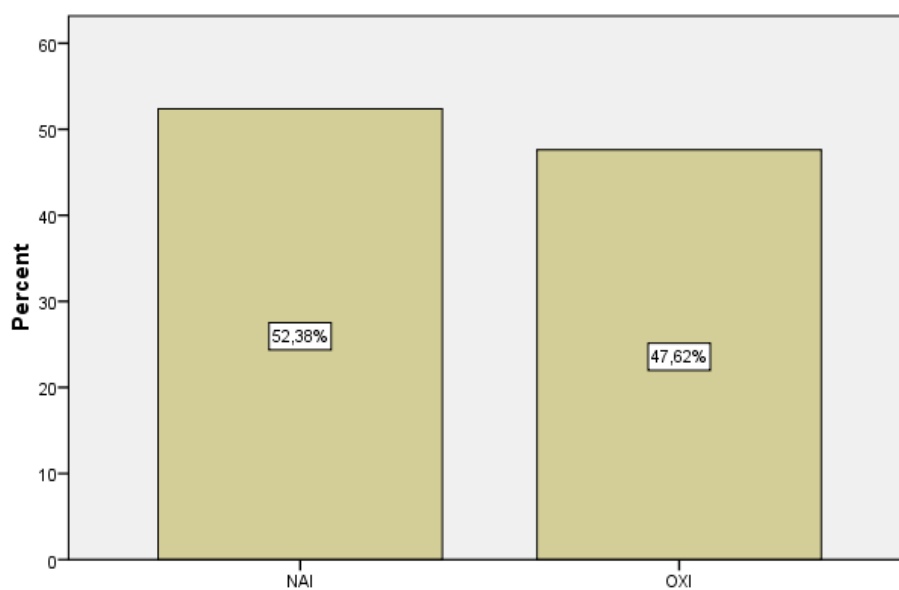
**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματική εξουθένωση παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;**

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το 23,94% του δείγματος μας δηλώνει ότι σπάνια ο παράγοντας επαγγελματική εξουθένωση παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή τους να καπνίσουν. Όμως το 33,8% δηλώνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση τους επηρεάζει συχνά να καπνίσουν και το 26,76% δηλώνει πολύ συχνά. Αθροιστικά τα δυο τελευταία ποσοστά μας δίνουν 60,5%, ποσοστό πολύ μεγάλο που υποδηλώνει πως η επαγγελματική εξουθένωση είναι από τους σημαντικούς παράγοντες που οδηγούν στο κάπνισμα. Ενώ το 15,49% δηλώνει πάντα.

**Έχετε κάνει προσπάθεια να διακόψετε το κάπνισμα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	44	22,0	52,4	52,4
	OXI	40	20,0	47,6	100,0
	Total	84	42,0	100,0	
Missing	System	116	58,0		
Total		200	100,0		

**Έχετε κάνει προσπάθεια να διακόψετε το κάπνισμα;**



**Έχετε κάνει προσπάθεια να διακόψετε το κάπνισμα;**

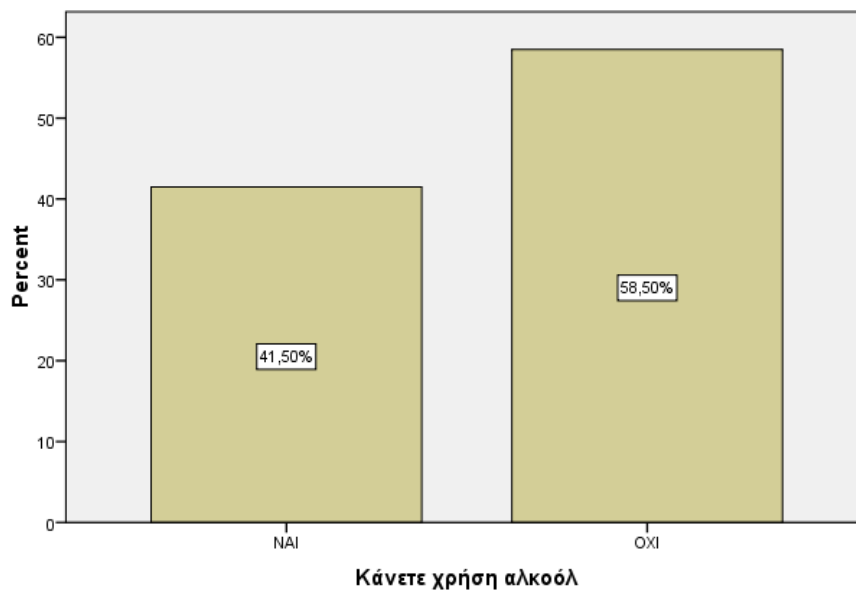
Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το 52,38% του δείγματος, δηλαδή περισσότεροι από τους μισούς, έχουν κάνει προσπάθεια να διακόψουν το κάπνισμα σε αντίθεση με το 47,62% που δεν έχουν προσπαθήσει.

**IV) ΑΛΚΟΟΛ**

**Κάνετε χρήση αλκοόλ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid NAI	83	41,5	41,5	41,5
OXI	117	58,5	58,5	100,0
Total	200	100,0	100,0	

### Κάνετε χρήση αλκοόλ

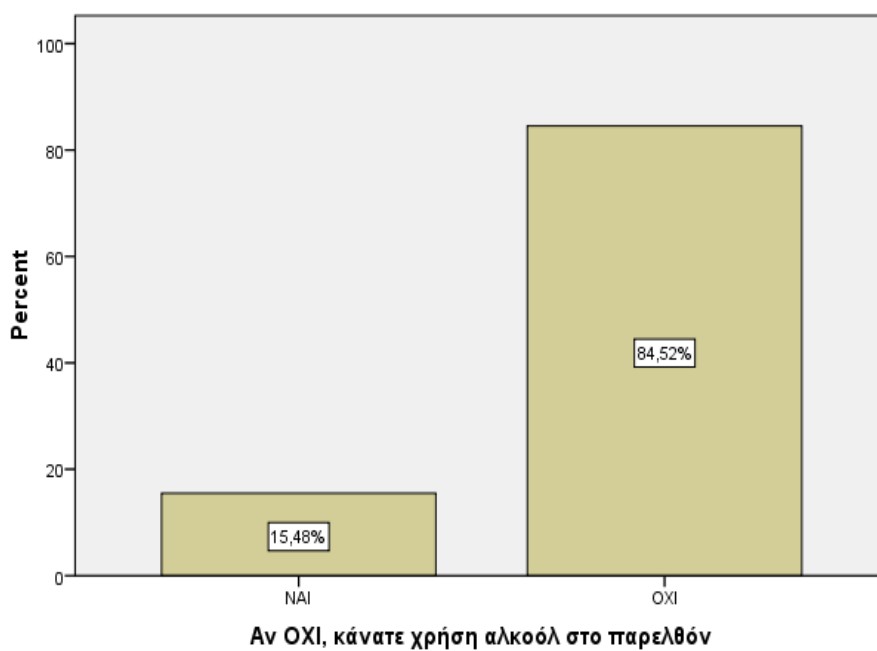


Ο παραπάνω πίνακας μας δείχνει ότι το 58,5% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού δεν κάνει χρήση αλκοόλ σε αντίθεση με το 41,5% των ερωτηθέντων που καταναλώνουν αλκοόλ.

### Αν ΟΧΙ, κάνατε χρήση αλκοόλ στο παρελθόν

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΝΑΙ	13	6,5	15,5	15,5
	ΟΧΙ	71	35,5	84,5	100,0
	Total	84	42,0	100,0	
Missing	System	116	58,0		
Total		200	100,0		

**Αν ΟΧΙ, κάνατε χρήση αλκοόλ στο παρελθόν**



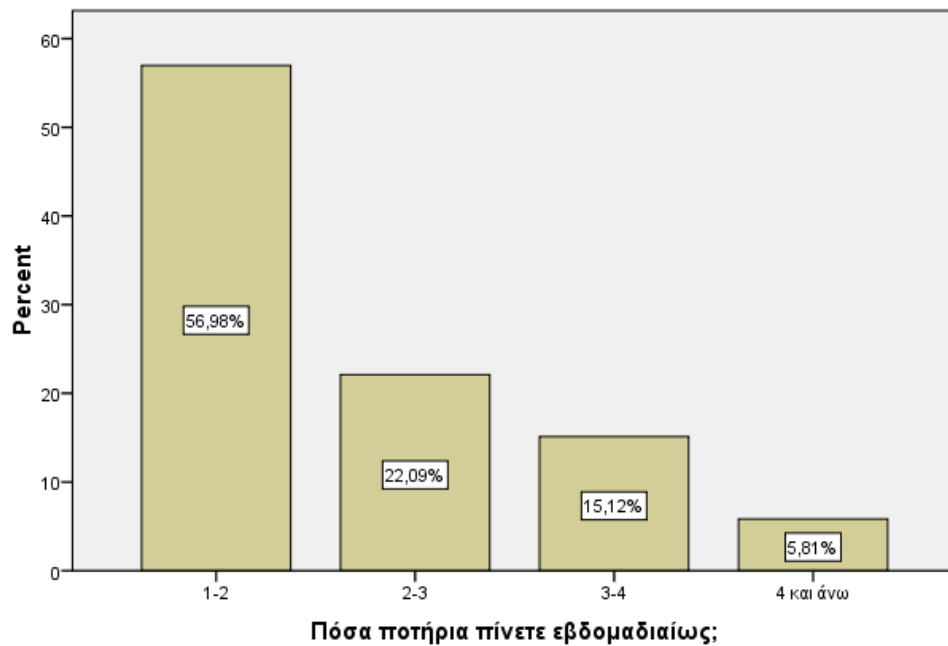
Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 84,52% δεν έκανε χρήση αλκοόλ, ποσοστό έξι φορές μεγαλύτερο σε σχέση με το 15,48% που δηλώνει ότι έκανε χρήση.

**Πόσα ποτήρια πίνετε εβδομαδιαίως;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1-2	49	24,5	57,0	57,0
2-3	19	9,5	22,1	79,1
3-4	13	6,5	15,1	94,2
4 και άνω	5	2,5	5,8	100,0
Total	86	43,0	100,0	

Missing	System	114	57,0
Total		200	100,0

**Πόσα ποτήρια πίνετε εβδομαδιαίως;**

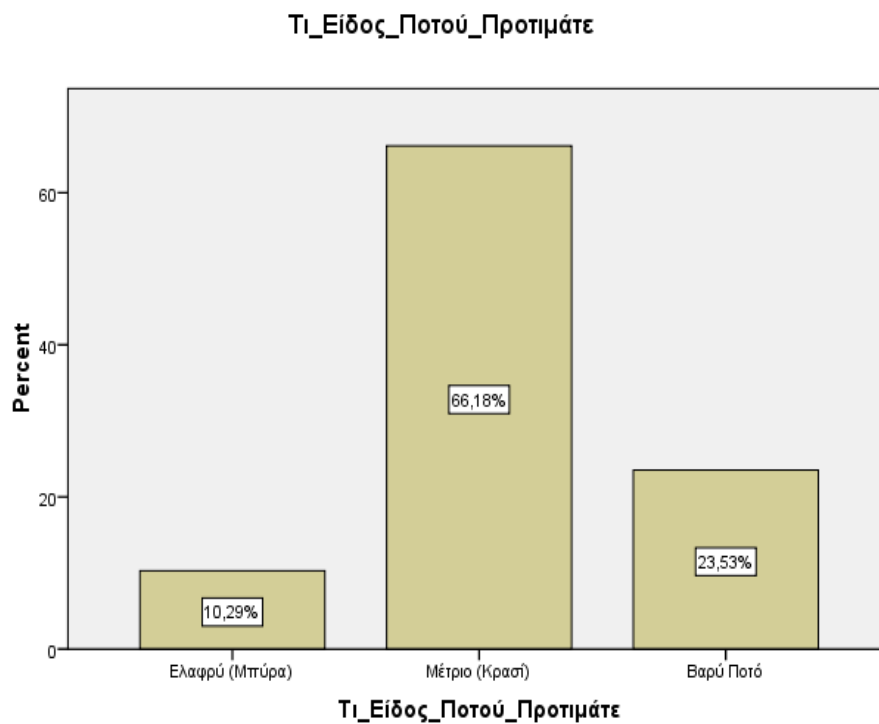


Ο πίνακας που απεικονίζεται παραπάνω μας δείχνει ότι το 56,98% πίνει 1-2 ποτήρια την εβδομάδα, δηλαδή κάνει ελάχιστη κατανάλωση. Το 22,09% 2-3 ποτήρια, το 15,12% 3-4 ποτήρια και μόλις το 5,81% πίνει πάνω από 4 ποτήρια εβδομαδιαίως.

**Τι\_Είδος\_Ποτού\_Προτιμάτε**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ελαφρύ (Μπύρα)	7	3,5	10,3	10,3
	Μέτριο (Κρασί)	45	22,5	66,2	76,5

	Βαρύ Ποτό	16	8,0	23,5	100,0
	Total	68	34,0	100,0	
Missing	System	132	66,0		
Total		200	100,0		



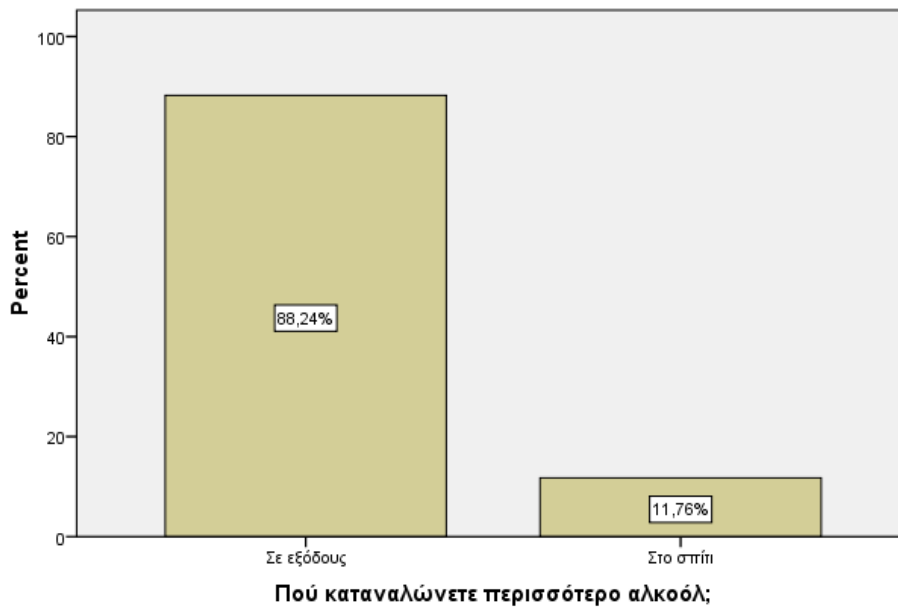
Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι μόλις το 10,29% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι προτιμούν ελαφριά ποτά (μπύρα) σε αντίθεση με την πλειοψηφία του 66,18% που ανέφερε ότι προτιμάει μέτριας περιεκτικότητας σε αλκοόλ ποτά όπως το κρασί, ποτό που συμπεριλαμβάνεται και στη μεσογειακή διατροφή. Τέλος, το 23,53% δήλωσε ότι προτιμά βαριά ποτά όπως το ουίσκι.



**Πού καταναλώνετε περισσότερο αλκοόλ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Σε εξόδους	75	37,5	88,2	88,2
	Στο σπίτι	10	5,0	11,8	100,0
	Total	85	42,5	100,0	
Missing	System	115	57,5		
Total		200	100,0		

**Πού καταναλώνετε περισσότερο αλκοόλ;**

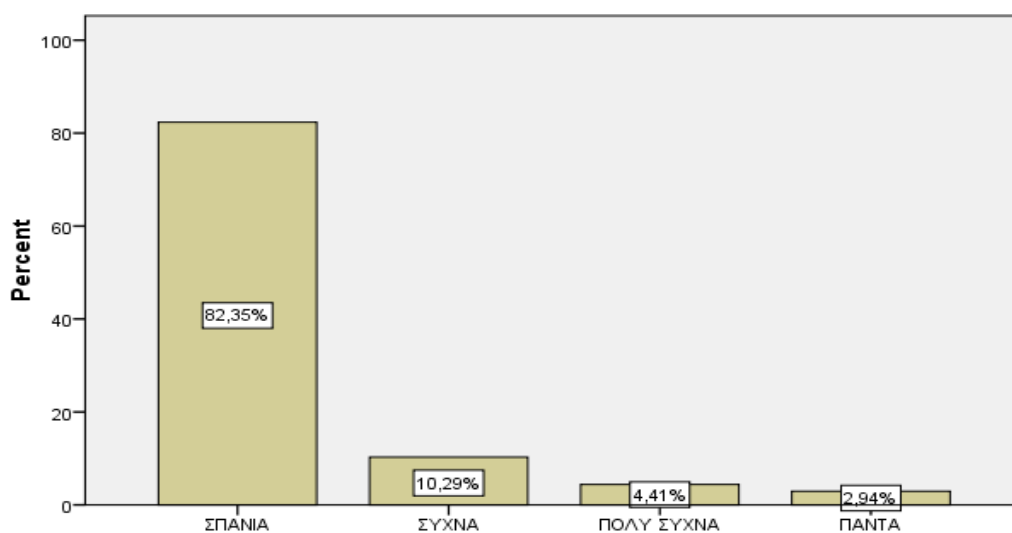


Όσον αφορά στο που καταναλώνεται περισσότερο αλκοόλ, όπως φαίνεται και παραπάνω, η συντριπτική πλειοψηφία του 88,24% αναφέρει ότι καταναλώνει αλκοόλ σε εξόδους σε αντίθεση με το 11,76% που προτιμά το σπίτι.

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματικό στρες παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΠΑΝΙΑ	56	28,0	82,4	82,4
	ΣΥΧΝΑ	7	3,5	10,3	92,6
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	3	1,5	4,4	97,1
	ΠΑΝΤΑ	2	1,0	2,9	100,0
	Total	68	34,0	100,0	
Missing	System	132	66,0		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματικό στρες παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**



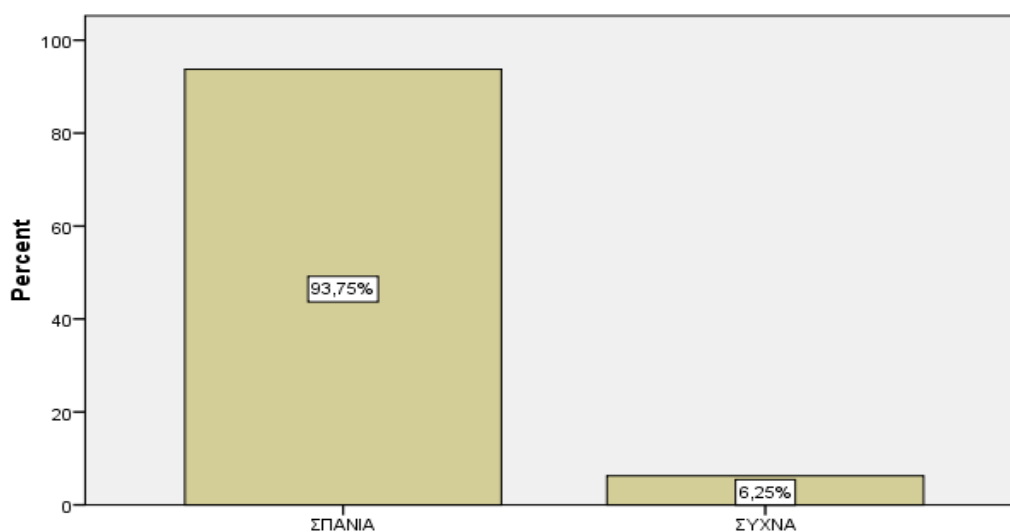
**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματικό στρες παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι το 82,35% του δείγματος μας δηλώνει ότι σπάνια το επαγγελματικό στρες παίζει ρόλο στην επιλογή του να καταναλώσει αλκοόλ. Το μεγάλο αυτό ποσοστό υποδηλώνει ότι το επαγγελματικό στρες δεν οδηγεί τους γιατρούς και τους νοσηλευτές στην κατανάλωση αλκοόλ. Αυτό φαίνεται από τα μικρά ποσοστά που καταλαμβάνει το συχνά (10,29%), το πολύ συχνά (4,41%) και το πάντα ( 2,94%)

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Συγκρούσεις με συναδέλφους παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΠΑΝΙΑ	60	30,0	93,8	93,8
	ΣΥΧΝΑ	4	2,0	6,3	100,0
	Total	64	32,0	100,0	
Missing	System	136	68,0		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Συγκρούσεις με συναδέλφους παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**



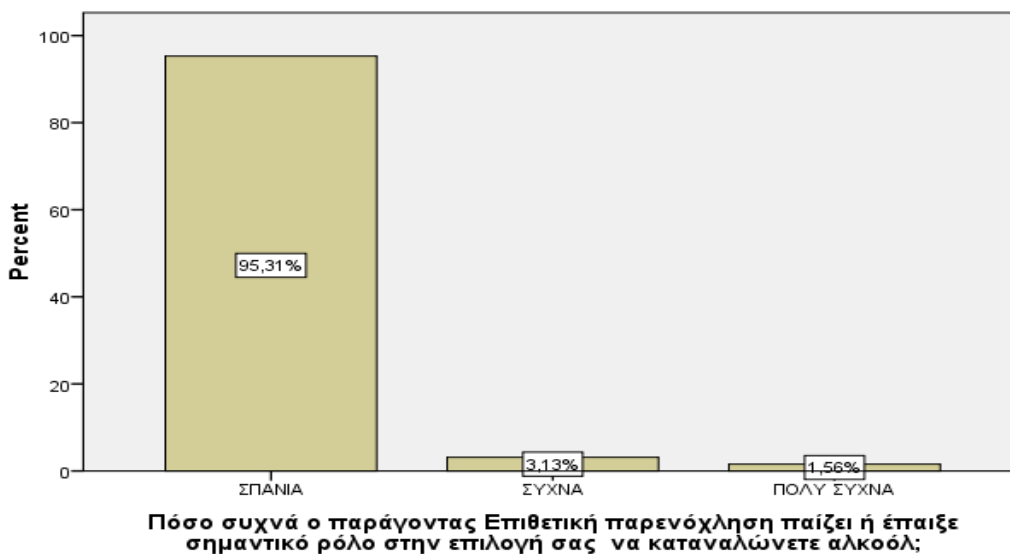
**Πόσο συχνά ο παράγοντας Συγκρούσεις με συναδέλφους παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**

Ο πίνακας αυτός μας δείχνει ότι το 93,75% των ερωτηθέντων, δηλαδή το μεγαλύτερο ποσοστό τους, δηλώνει πως σπάνια οι συγκρούσεις με τους συναδέλφους τους οδηγούν στην κατανάλωση αλκοόλ. Μόνο το 6,25% θεωρεί αυτό τον παράγοντα ως λόγο για την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ για τις παραμέτρους πολύ συχνά και πάντα δεν υπήρχαν καθόλου απαντήσεις.

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επιθετική παρενόχληση παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΣΠΑΝΙΑ	61	30,5	95,3	95,3
	ΣΥΧΝΑ	2	1,0	3,1	98,4
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	1	,5	1,6	100,0
	Total	64	32,0	100,0	
Missing	System	136	68,0		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επιθετική παρενόχληση παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**



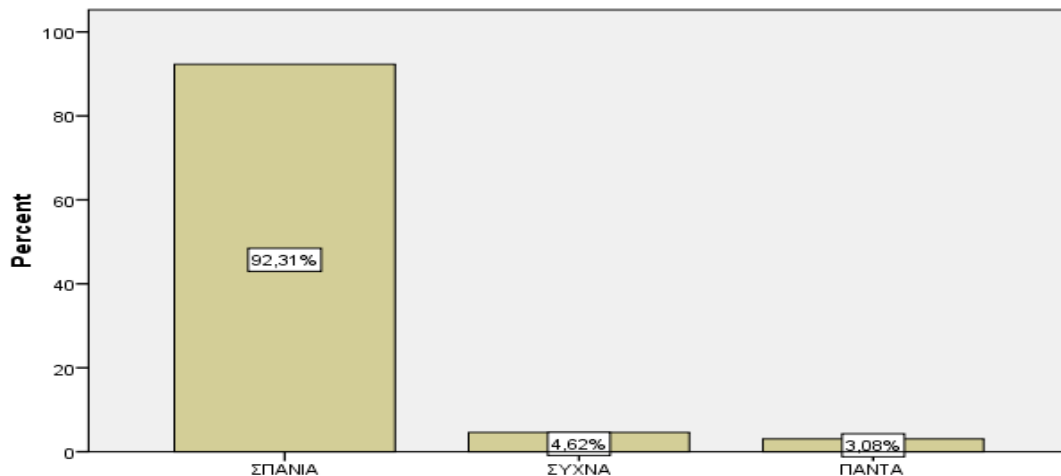
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, η επιθετική παρενόχληση αποτελεί σπάνιο παράγοντα για την κατανάλωση αλκοόλ, όπως ανέφερε το 95,31% των ερωτηθέντων. Αντίθετα, το 3,13% υποστήριξε πως συχνά συμβαίνει αυτό, ενώ πολύ συχνά το 1,56%. Δεν υπάρχουν καθόλου απαντήσεις για το δείκτη πάντα.

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΠΑΝΙΑ	60	30,0	92,3	92,3
ΣΥΧΝΑ	3	1,5	4,6	96,9
ΠΑΝΤΑ	2	1,0	3,1	100,0
Total	65	32,5	100,0	

Missing	System	135	67,5	
Total		200	100,0	

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**



**Πόσο συχνά ο παράγοντας Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**

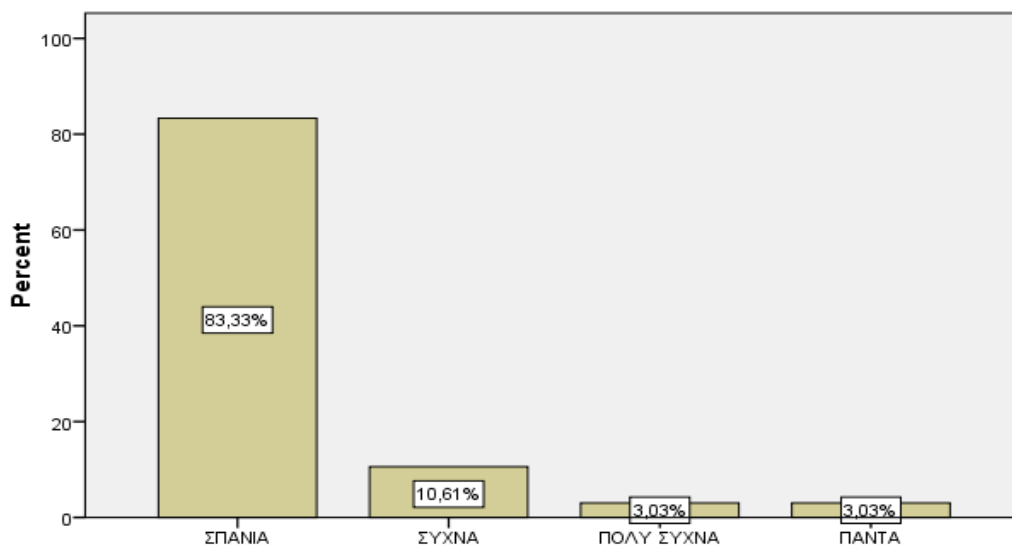
Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα, το εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας αποτελεί σπάνιο παράγοντα για την κατανάλωση αλκοόλ, όπως ανέφερε το 92,31% των ερωτηθέντων. Αντίθετα, το 4,62% υποστήριξε πως συχνά συμβαίνει αυτό, ενώ πάντα μόλις το 3,08%. Δεν υπάρχουν καθόλου απαντήσεις για το δείκτη πολύ συχνά.

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματική εξουθένωση παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ΣΠΑΝΙΑ	55	27,5	83,3	83,3

	ΣΥΧΝΑ	7	3,5	10,6	93,9
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	2	1,0	3,0	97,0
	ΠΑΝΤΑ	2	1,0	3,0	100,0
	Total	66	33,0	100,0	
Missing	System	134	67,0		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματική εξουθένωση παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**



**Πόσο συχνά ο παράγοντας Επαγγελματική εξουθένωση παίζει ή έπαιξε σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;**

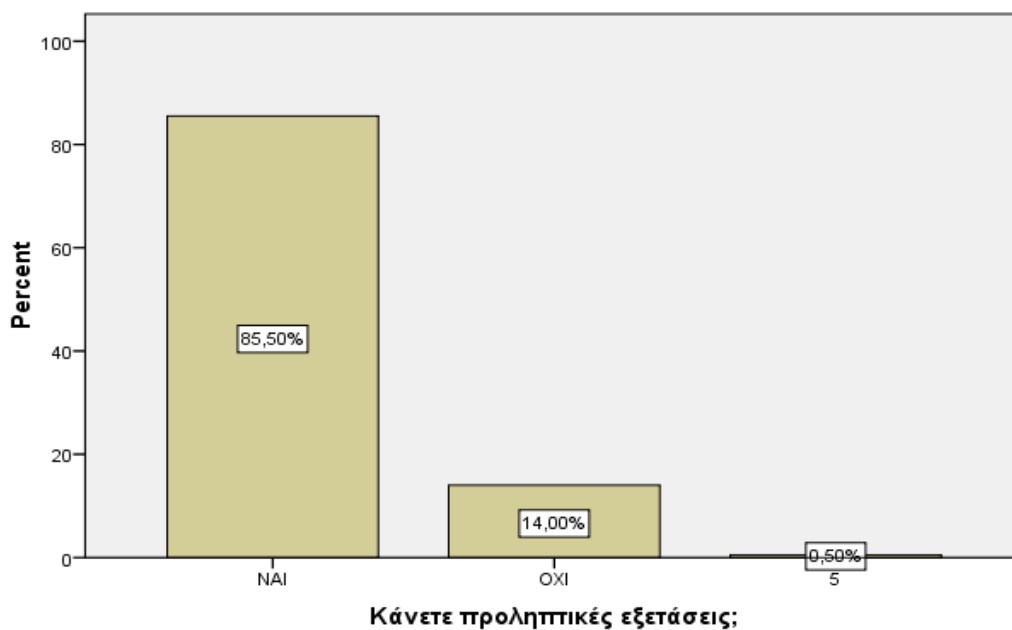
Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι η επαγγελματική εξουθένωση, αποτελεί σπάνιο παράγοντα για την κατανάλωση αλκοόλ, όπως ανέφερε το 83,33% των ερωτηθέντων. Αντίθετα, το 10,61% υποστήριξε πως συχνά συμβαίνει αυτό ενώ πολύ συχνά και πάντα το 3,03%.

### Γ)ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

### Κάνετε προληπτικές εξετάσεις;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NAI	171	85,5	85,5	85,5
	OXI	28	14,0	14,0	99,5
	5	1	,5	,5	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

### Κάνετε προληπτικές εξετάσεις;



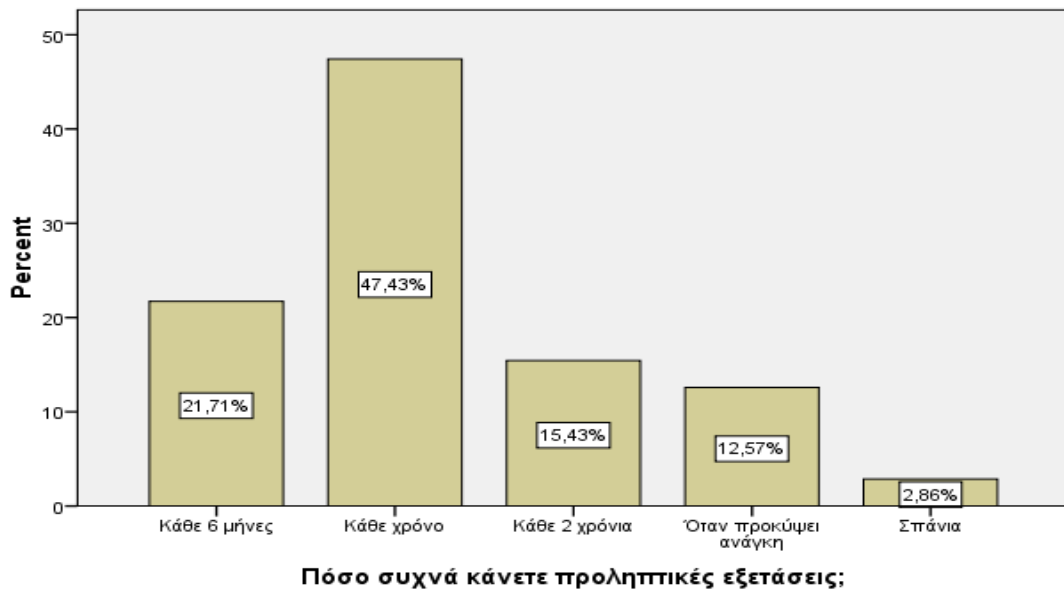
Παρατηρώντας τον παραπάνω πίνακα καταλαβαίνουμε ότι το 85,5% του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κάνει προληπτικές εξετάσεις, ποσοστό ιδιαίτερα σημαντικό σε αντίθεση με το 14% που δεν κάνει.



**Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κάθε 6 μήνες	38	19,0	21,7	21,7
	Κάθε χρόνο	83	41,5	47,4	69,1
	Κάθε 2 χρόνια	27	13,5	15,4	84,6
	Όταν προκύψει ανάγκη	22	11,0	12,6	97,1
	Σπάνια	5	2,5	2,9	100,0
	Total		175	87,5	100,0
Missing	System	25	12,5		
Total		200	100,0		

**Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις;**

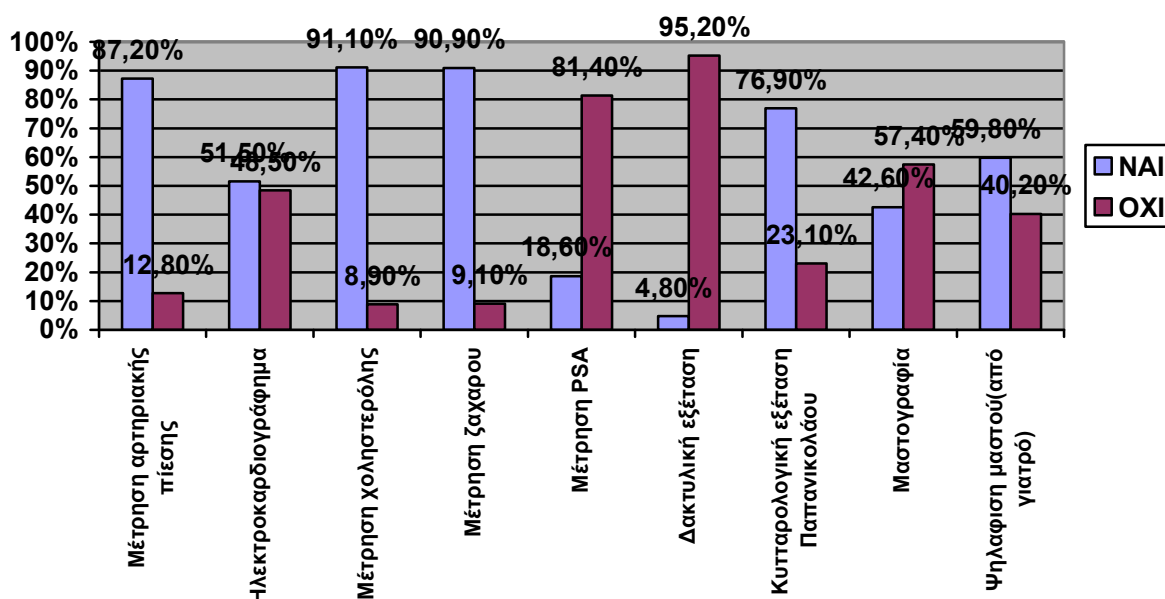


Στον παραπάνω πίνακα παρουσιάζεται η συχνότητα των προληπτικών εξετάσεων που ακολουθούν οι γιατροί και οι νοσηλευτές. Το 21.71% κάνει εξετάσεις κάθε 6 μήνες και το 47,43% κάθε χρόνο. Αθροιστικά τα δύο αυτά ποσοστά μας δίνουν το 69,14% , ιδιαίτερα σημαντικό ποσοστό του δείγματος που κάνει εξετάσεις 1-2 φορές το χρόνο. Το 15,43% κάνει προληπτικές εξετάσεις κάθε δύο χρόνια, το 12,57% όταν προκύψει ανάγκη και μόλις το 2,86% κάνει σπάνια

**Τι προληπτικές εξετάσεις κάνετε;**

Κάνετε προληπτικές εξετάσεις	Μέτρησης αρτηριακής πίεσης;	Ηλεκτροκαρδιογράφημα;	εξετάσεις Μέτρηση χοληστερόλης;	Μέτρηση σακχάρου;	Μέτρηση PSA	Δακτυλική εξέταση;	Κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου;	Μαστογραφία;	Ψηλάφηση μαστού (από γιατρό);
ΝΑΙ	87,2%	51,5%	91,1%	90,9%	18,6%	4,8%	76,9%	42,6%	59,8%
ΟΧΙ	12,8%	48,5%	8,9%	9,1%	81,4%	95,2%	23,1%	57,4%	40,2%
Συνολικό %	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## Τι προληπτικές εξετάσεις κάνετε;



Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης δεν παραλείπεται από το 87,2%, ενώ παραλείπεται από το 12,8%. Όσο αφορά στο ηλεκτροκαρδιογράφημα, εδώ οι απαντήσεις είναι σχεδόν μοιρασμένες, αφού δηλώνουν «ναι», το 51,5% και «όχι» το 48,5%. Όσο αφορά στη μέτρηση χοληστερόλης, η πλειοψηφία απάντησε «ναι» σε ποσοστό 91,10% ενώ «όχι» το 8,9%. Συνεχίζοντας για τη μέτρηση ζαχάρου, βλέπουμε ότι και εδώ το ποσοστό που κάνει την εξέταση αυτή είναι καθολικό, καθώς φτάνει το 90,9% ενώ, «όχι» δηλώνει το 9,10%. Για δε τη μέτρηση PSA το 18,6% του ανδρικού πληθυσμού του δείγματος απάντησε θετικά ενώ το 81,4% δήλωσε ότι δεν έχει κάνει αυτή την εξέταση. Στη συνέχεια, όσο αφορά στη δακτυλική εξέταση, η συντριπτική πλειοψηφία του 95,2% απάντησε «όχι» ενώ μόλις το 4,8% απάντησε θετικά. Κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου, που αφορά μόνο τον γυναικείο πληθυσμό, δηλώνει ότι κάνει το 76,9%, ποσοστό υψηλό σε σχέση με το 23,10% που δεν κάνει αυτή την εξέταση. Όσον αφορά στη μαστογραφία, το 57,4%, του γυναικείου πληθυσμού του δείγματός μας, δεν κάνει αυτή την εξέταση, σε σχέση με το 42,6% των γυναικών που κάνει μαστογραφία. Το ίδιο ισχύει και όσο αφορά στη ψηλάφηση μαστού από γιατρό, αφού το 59,8% των γυναικών του δείγματος δηλώνει «ναι» και το 40,2% «όχι».

## ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ

Στην έρευνα μας θέλαμε να εξετάσουμε τις απαντήσεις του δείγματος με τις ανεξάρτητες μεταβλητές, φύλο και επάγγελμα για να διαπιστώσουμε αν υπάρχουν πιθανές συσχετίσεις που να επαληθεύουν τα ερευνητικά μας ερωτήματα.

Για την αξιοποίηση των πληροφοριών του δείγματος διατυπώνουμε δύο ειδών υποθέσεις, τη μηδενική η οποία συμβολίζεται ως  $H_0$  και την εναλλακτική υπόθεση η οποία συμβολίζεται ως  $H_1$ . Η μηδενική υπόθεση βασίζεται στην παραδοχή ότι δεν υπάρχει σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης μεταβλητής πάνω στην εξαρτημένη, ενώ η εναλλακτική εκφράζει ακριβώς το αντίθετο, ότι δηλαδή αναμένεται στατιστικά σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης στην εξαρτημένη μεταβλητή. Μια στατιστικά σημαντική διαφορά, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, 1% και 1% σημαίνει απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης και κατά συνέπεια, αποδοχή της εναλλακτικής υπόθεσης.

### Συσχετίσεις φύλου με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας

Από τον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τους πίνακες Crosstab και τις τιμές του  $\chi^2$  όπου δεχόμαστε την εναλλακτική υπόθεση της στατιστικής ανάλυσης, δηλαδή ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (άνδρες και γυναίκες) και στις μεταβλητές που παραθέτουμε στον πίνακα.

Για την αποδοχή της μηδενικής υπόθεσης από τον πίνακα Chi-Square Test πρέπει το  $p > 0,05$  ενώ αντίθετα η απόρριψη της προς όφελος της εναλλακτικής γίνεται όταν  $p \leq 0,05$ .

	ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	p	Υπάρχει συσχέτιση των αντίστοιχων μεταβλητών
1)	Φύλο & Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φαγητό εκτός οικίας;	,001	NAI
2)	Φύλο & Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό	,004	NAI
3)	Φύλο & Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως κόκκινο κρέας;	,001	NAI

4)	Φύλο & Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως φρούτα-χυμούς;	,010	NAI
5)	Φύλο & Επισκέπτεστε το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;	,011	NAI
6)	Φύλο & Γυμνάζεστε;	,002	NAI
7)	Φύλο & Καπνίζετε;	,048	NAI
8)	Φύλο & Κάνετε χρήση αλκοόλ	,005	NAI
9)	Φύλο & Πόσα ποτήρια πίνετε εβδομαδιαίως;	,004	NAI
10)	Φύλο & Κάνετε προληπτικές εξετάσεις;	,018	NAI
11)	Φύλο & Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις;	,005	NAI

Φύλο & Διατροφή

**Crosstab**

		Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φαγητό εκτός οικίας;					Total	
		Καμία φορά	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές την εβδομάδα	3-5 φορές την εβδομάδα	Καθημερινά		
Φύλο	Αντρες	Count	3	31	23	6	2	65
		Expected Count	6,5	38,9	12,7	5,2	1,6	65,0
		% within Φύλο	4,6%	47,7%	35,4%	9,2%	3,1%	100,0%
		% within Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φαγητό εκτός οικίας	15,0%	26,1%	59,0%	37,5%	40,0%	32,7%
		% of Total	1,5%	15,6%	11,6%	3,0%	1,0%	32,7%
	Γυναίκες	Count	17	88	16	10	3	134
		Expected Count	13,5	80,1	26,3	10,8	3,4	134,0
		% within Φύλο	12,7%	65,7%	11,9%	7,5%	2,2%	100,0%
		% within Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φαγητό εκτός οικίας	85,0%	73,9%	41,0%	62,5%	60,0%	67,3%

	% of Total	8,5%	44,2%	8,0%	5,0%	1,5%	67,3%
Total	Count	20	119	39	16	5	199
	Expected Count	20,0	119,0	39,0	16,0	5,0	199,0
	% within Φύλο	10,1%	59,8%	19,6%	8,0%	2,5%	100,0%
	% within Πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε φαγητό εκτός οικίας	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	10,1%	59,8%	19,6%	8,0%	2,5%	100,0%

### Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	p
Pearson Chi-Square	17,771 <sup>a</sup>	4	,001
Likelihood Ratio	17,320	4	,002
Linear-by-Linear Association	8,370	1	,004
N of Valid Cases	199		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,63.

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (άνδρες- γυναίκες) και στο πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε φαγητό εκτός οικίας, γιατί το  $\chi^2=17,771$  και  $p=0,001<0,05$ . Το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι καμία φορά δεν τρώνε φαγητό εκτός οικίας είναι 12,7% , 1-2 φορές την εβδομάδα το 65,7% και 2-3 φορές την εβδομάδα 11,9% έναντι 4,6% , 47,7% και 35,4% των ανδρών. **Άρα οι άνδρες τρώνε φαγητό εκτός οικίας περισσότερο από τις γυναίκες και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.**

Crosstab

		Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό					Total	
		Καμία φορά	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές την εβδομάδα	3-5 φορές την εβδομάδα	Καθημερινά		
Φύλο	Άντρας	Count	9	30	17	5	4	65
		Expected Count	11,2	38,1	8,9	4,3	2,6	65,0
		% within Φύλο	13,8%	46,2%	26,2%	7,7%	6,2%	100,0%
		% within Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό	26,5%	25,9%	63,0%	38,5%	50,0%	32,8%
		% of Total	4,5%	15,2%	8,6%	2,5%	2,0%	32,8%
	Γυναίκα	Count	25	86	10	8	4	133
		Expected Count	22,8	77,9	18,1	8,7	5,4	133,0
		% within Φύλο	18,8%	64,7%	7,5%	6,0%	3,0%	100,0%
		% within Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό	73,5%	74,1%	37,0%	61,5%	50,0%	67,2%
		% of Total	12,6%	43,4%	5,1%	4,0%	2,0%	67,2%
Total	Count	34	116	27	13	8	198	
	Expected Count	34,0	116,0	27,0	13,0	8,0	198,0	
	% within Φύλο	17,2%	58,6%	13,6%	6,6%	4,0%	100,0%	
	% within Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	17,2%	58,6%	13,6%	6,6%	4,0%	100,0%	

### Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	p
Pearson Chi-Square	15,552 <sup>a</sup>	4	,004
Likelihood Ratio	14,731	4	,005
Linear-by-Linear Association	6,480	1	,011
N of Valid Cases	198		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,63.

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (άνδρες- γυναίκες) και στο πόσες φορές την εβδομάδα τρώνε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό, γιατί το  $\chi^2=15,552$  και  $p=0,004<0,05$ . Το ποσοστό των γυναικών που δήλωσαν ότι καμία φορά δεν τρώνε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό είναι 18,8%, 1-2 φορές την εβδομάδα το 64,7% και 2-3 φορές την εβδομάδα το 7,5% έναντι 13,8%, 46,2% και 26,2% των ανδρών. **Επομένως, οι άνδρες τρώνε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό περισσότερο από τις γυναίκες και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.**

### Crosstab

			Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως ΚΟΚΚΙΝΟ ΚΡΕΑΣ;					Total
			Καμία φορά	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές την εβδομάδα	3-5 φορές την εβδομάδα	Καθημερινά	
Φύλο	Άντρας	Count	2	30	19	13	1	65
		Expected Count	2,0	41,0	15,4	5,9	,7	65,0
		% within Φύλο	3,1%	46,2%	29,2%	20,0%	1,5%	100,0%



Γυναίκα	Count	4	95	28	5	1	133
	Expected Count	4,0	84,0	31,6	12,1	1,3	133,0
	% within Φύλο	3,0%	71,4%	21,1%	3,8%	,8%	100,0%
Total	Count	6	125	47	18	2	198
	Expected Count	6,0	125,0	47,0	18,0	2,0	198,0
	% within Φύλο	3,0%	63,1%	23,7%	9,1%	1,0%	100,0%
	% of Total	3,0%	63,1%	23,7%	9,1%	1,0%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	p
Pearson Chi-Square	18,584 <sup>a</sup>	4	,001
Likelihood Ratio	17,778	4	,001
Linear-by-Linear Association	14,663	1	,000
N of Valid Cases	198		

a. 4 cells (40,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,66.

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνεται ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (άνδρες- γυναίκες) και στο πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν εβδομαδιαίως κόκκινο κρέας, γιατί το  $\chi^2=18,584$  και  $p=0,001<0,05$ . Το 3,0% των γυναικών δήλωσε ότι δεν καταναλώνει εβδομαδιαίως κόκκινο κρέας, το 71,4% καταναλώνει 1-2 φορές την εβδομάδα, το 21,1% 2-3 φορές την εβδομάδα, το 3,8% 3-5 φορές την εβδομάδα και μόλις το 0,8% καταναλώνει καθημερινά κόκκινο κρέας, σε αντίθεση με τα αντίστοιχα ποσοστά 3,1%, 46,2%, 29,2%, 20,0% και 1,5% των ανδρών. **Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι οι άνδρες**

καταναλώνουν εβδομαδιαίως κόκκινο κρέας περισσότερο από τις γυναίκες σε στατιστικά σημαντικό βαθμό.

Crosstab								
			Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως φρούτα- χυμοί					Total
			Καμία φορά	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές την εβδομάδα	3-5 φορές την εβδομάδα	Καθημερινά	
Φύλο	Άντρας	Count	1	10	16	21	17	65
		Expected Count	2,6	12,4	13,1	13,1	23,8	65,0
		% within Φύλο	1,5%	15,4%	24,6%	32,3%	26,2%	100,0%
	Γυναίκα	Count	7	28	24	19	56	134
		Expected Count	5,4	25,6	26,9	26,9	49,2	134,0
		% within Φύλο	5,2%	20,9%	17,9%	14,2%	41,8%	100,0%
Total		Count	8	38	40	40	73	199
		Expected Count	8,0	38,0	40,0	40,0	73,0	199,0
		% of Total	4,0%	19,1%	20,1%	20,1%	36,7%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	p
Pearson Chi-Square	13,228 <sup>a</sup>	4	,010
Likelihood Ratio	13,183	4	,010
Linear-by-Linear Association	,000	1	,989
N of Valid Cases	199		

a. 1 cells (10,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,61.

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (άνδρες- γυναίκες) και στο πόσο συχνά καταναλώνουν εβδομαδιαίως φρούτα-χυμούς, γιατί το  $\chi^2=13,228^a$  και  $p=0,01<0,05$ . Το 5,2% των γυναικών δήλωσε ότι δεν καταναλώνει εβδομαδιαίως φρούτα και χυμούς, το 20,9% καταναλώνει 1-2 φορές την εβδομάδα, το 17,9% 2-3 φορές την εβδομάδα, το 14,2% 3-5 φορές την εβδομάδα και το 41,8% καταναλώνει καθημερινά φρούτα και χυμούς, σε αντίθεση με τα αντίστοιχα ποσοστά 1,5%, 15,4%, 24,6%, 32,3% και 26,2% των ανδρών. **Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι οι γυναίκες καταναλώνουν περισσότερα φρούτα και χυμούς από τους άνδρες και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.**

#### Crosstab

			Επισκέπτεστε το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;				Total
			Καθημερινά	Συχνά	Σπάνια	Ποτέ	
Φύλο	Άντρας	Count	20	18	19	8	65
		Expected Count	12,4	16,0	26,5	10,1	65,0
		% within Φύλο	30,8%	27,7%	29,2%	12,3%	100,0%
	Γυναίκα	Count	18	31	62	23	134
		Expected Count	25,6	33,0	54,5	20,9	134,0
		% within Φύλο	13,4%	23,1%	46,3%	17,2%	100,0%
Total		Count	38	49	81	31	199
		Expected Count	38,0	49,0	81,0	31,0	199,0
		% of Total	19,1%	24,6%	40,7%	15,6%	100,0%

Chi-Square Tests			
	$\chi^2$	df	P
Pearson Chi-Square	11,042 <sup>a</sup>	3	,011
Likelihood Ratio	10,781	3	,013
Linear-by-Linear Association	8,979	1	,003
N of Valid Cases	199		
a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,13.			

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (άνδρες- γυναίκες) και στην επίσκεψη στο κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας, επειδή το  $\chi^2=11,042a$  και  $p=0,011<0,05$ . Το 13,4% των γυναικών δήλωσε ότι επισκέπτεται καθημερινά το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας, το 23,1% συχνά, το 46,3% σπάνια και το 17,2% δεν το επισκέπτεται ποτέ, σε αντίθεση με τα αντίστοιχα ποσοστά 30,8%, 27,7%, 29,2% και 12,3% των ανδρών. **Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται λοιπόν ότι οι άνδρες επισκέπτονται το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους σε στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα από τις γυναίκες.**

Φύλο & Άθληση

Crosstab					
			Γυμνάζεστε;		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Φύλο	Άντρας	Count	30	32	62

		Expected Count	20,5	41,5	62,0
		% within Φύλο	48,4%	51,6%	100,0%
	Γυναίκα	Count	33	96	129
		Expected Count	42,5	86,5	129,0
		% within Φύλο	25,6%	74,4%	100,0%
Total		Count	63	128	191
		Expected Count	63,0	128,0	191,0
		% of Total	33,0%	67,0%	100,0%

Chi-Square Tests					
	$\chi^2$	df	P	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	9,853 <sup>a</sup>	1	,002		
Continuity Correction <sup>b</sup>	8,848	1	,003		
Likelihood Ratio	9,621	1	,002		
Fisher's Exact Test				,003	,002
Linear-by-Linear Association	9,801	1	,002		
N of Valid Cases	191				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,45.

b. Computed only for a 2x2 table

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (Άνδρες- Γυναίκες) και στην άθληση, επειδή το  $\chi^2=9,853^a$  και  $p=0,002<0,05$ .

Όπως φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα ένα μεγάλο ποσοστό των ανδρών δηλαδή το 48,4% γυμνάζεται έναντι του 25,6% των γυναικών. **Άρα οι άνδρες αθλούνται στατιστικά σημαντικά περισσότερο από τις γυναίκες.**

#### Φύλο & Κάπνισμα

Crosstab						
			Καπνίζεται;			Total
			Είστε: καπνιστής/- τρια	πρώην καπνιστής/- τρια	μη καπνιστής/- τρια	
Φύλο	Άντρας	Count	25	11	29	65
		Expected Count	27,4	6,2	31,4	65,0
		% within Φύλο	38,5%	16,9%	44,6%	100,0%
	Γυναίκα	Count	59	8	67	134
		Expected Count	56,6	12,8	64,6	134,0
		% within Φύλο	44,0%	6,0%	50,0%	100,0%
Total		Count	84	19	96	199
		Expected Count	84,0	19,0	96,0	199,0
		% of Total	42,2%	9,5%	48,2%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	P
Pearson Chi-Square	6,084 <sup>a</sup>	2	,048
Likelihood Ratio	5,673	2	,059

Linear-by-Linear Association	,000	1	,990
N of Valid Cases	199		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,21.

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (άνδρες- γυναίκες) και στο κάπνισμα καθώς το  $\chi^2=6,084^a$  και  $p=0,048<0,05$ . **Οι γυναίκες καπνίζουν σε μεγαλύτερο ποσοστό (44,0%) έναντι των ανδρών (38,5%) και η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική .**

Φύλο & χρήση αλκοόλ

Crosstab					
			Κάνετε χρήση αλκοόλ		Total
			ΝΑΙ	ΟΧΙ	
Φύλο	Άντρας	Count	36	29	65
		Expected Count	26,8	38,2	65,0
		% within Φύλο	55,4%	44,6%	100,0%
	Γυναίκα	Count	46	88	134
		Expected Count	55,2	78,8	134,0
		% within Φύλο	34,3%	65,7%	100,0%
Total		Count	82	117	199
		Expected Count	82,0	117,0	199,0
		% of Total	41,2%	58,8%	100,0%





### Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	P	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,010 <sup>a</sup>	1	,005		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7,164	1	,007		
Likelihood Ratio	7,956	1	,005		
Fisher's Exact Test				,006	,004
Linear-by-Linear Association	7,970	1	,005		
N of Valid Cases	199				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 26,78.

b. Computed only for a 2x2 table

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (άνδρες- γυναίκες) και στη χρήση αλκοόλ, επειδή το  $\chi^2=9,853^a$  και  $p=0,002 < 0,05$ .

**Φαίνεται λοιπόν ότι οι άνδρες με ποσοστό 55,4% καταναλώνουν στατιστικά σημαντικό περισσότερο αλκοόλ έναντι του 34,3% των γυναικών .**

Φύλο & προληπτικές εξετάσεις;

Crosstab					
			Κάνετε προληπτικές εξετάσεις		Total
			NAI	OXI	
Φύλο	Άντρας	Count	50	15	65
		Expected Count	55,5	9,5	65,0

		% within Φύλο	76,9%	23,1%	100,0%
	Γυναίκα	Count	120	14	134
		Expected Count	114,5	19,5	134,0
		% within Φύλο	89,6%	10,4%	100,0%
Total		Count	170	29	199
		Expected Count	170,0	29,0	199,0
		% of Total	85,4%	14,6%	100,0%

### Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	P	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,608 <sup>a</sup>	1	,018		
Continuity Correction <sup>b</sup>	4,639	1	,031		
Likelihood Ratio	5,305	1	,021		
Fisher's Exact Test				,030	,017
Linear-by-Linear Association	5,579	1	,018		
N of Valid Cases	199				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9,47.

b. Computed only for a 2x2 table

Από τον παραπάνω πίνακα φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο (άνδρες- γυναίκες) και στο αν κάνουν προληπτικές εξετάσεις, επειδή το  $\chi^2=5,608^a$  και  $p=0,018 < 0,05$ . **Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι οι γυναίκες σε μεγαλύτερο ποσοστό (89,6%) από τους άνδρες (76,9%) κάνουν προληπτικές εξετάσεις και η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική.**

Συσχετίσεις επαγγέλματος με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας

Επάγγελμα

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	ρ	Υπάρχει συσχέτιση των αντίστοιχων μεταβλητών
Επάγγελμα & Επισκέπτεστε το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;	,000	ΝΑΙ
Επάγγελμα & Γυμνάζεστε;	,040	ΝΑΙ
Επάγγελμα & Κάνετε χρήση αλκοόλ	,009	ΝΑΙ
Επάγγελμα & Κάνετε προληπτικές εξετάσεις;	,004	ΝΑΙ
Επάγγελμα & Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις;	,022	ΝΑΙ

Το επάγγελμα συσχετιζόμενο με τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας μας, δείχνει ότι απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση για τον κατάλογο των συσχετίσεων των μεταβλητών που ακολουθεί και δεχόμαστε την εναλλακτική που σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ανεξάρτητη μεταβλητή επάγγελμα & την κάθε μια εξαρτημένη μεταβλητή, επειδή το  $p < 0,05$ .

Οι πίνακες Crosstab δίνουν την παρακάτω ανάλυση:

Επάγγελμα & Επισκέπτεστε το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας σας

Crosstab							
			Επισκέπτεστε το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;				Total
			Καθημερινά	Συχνά	Σπάνια	Ποτέ	
Επάγγελμα	Γιατρός	Count	31	26	24	8	89

α		Expected Count	16,9	21,8	36,5	13,8	89,0
		% within Επάγγελμα	34,8%	29,2%	27,0%	9,0%	100,0%
	Νοσηλεύς /τρια	Count	7	23	58	23	111
		Expected Count	21,1	27,2	45,5	17,2	111,0
		% within Επάγγελμα	6,3%	20,7%	52,3%	20,7%	100,0%
Total	Count	38	49	82	31	200	
	Expected Count	38,0	49,0	82,0	31,0	200,0	
	% of Total	19,0%	24,5%	41,0%	15,5%	100,0%	

#### Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	P
Pearson Chi-Square	34,697 <sup>a</sup>	3	,000
Likelihood Ratio	36,235	3	,000
Linear-by-Linear Association	31,252	1	,000
N of Valid Cases	200		

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,80.

Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι οι γιατροί σε ποσοστό 34,8% επισκέπτονται καθημερινά το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους, το 29,2% συχνά, το 27% σπάνια και το 9% δεν το επισκέπτεται ποτέ, σε αντίθεση με τα αντίστοιχα ποσοστά 6,3%, 20,7%, 52,3% και 20,7% των νοσηλευτών/τριών. **Επομένως, οι ιατροί επισκέπτονται συχνότερα το κυλικείο σε αντίθεση με τους νοσηλευτές/τριες.** Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική επειδή  $\chi^2 = 34,697^a$  και  $p = 0,000 \leq 0,05$ .



Επάγγελμα & Άθληση

			Γυμνάζεστε;		Total
			NAI	OXI	
Επάγγελμα	Γιατρός	Count	35	50	85
		Expected Count	28,3	56,7	85,0
		% within Επάγγελμα	41,2%	58,8%	100,0%
	Νοσηλεύτης /τρια	Count	29	78	107
		Expected Count	35,7	71,3	107,0
		% within Επάγγελμα	27,1%	72,9%	100,0%
Total		Count	64	128	192
		Expected Count	64,0	128,0	192,0
		% within Επάγγελμα	33,3%	66,7%	100,0%
		% within Γυμνάζεστε;	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	33,3%	66,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	P	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,222 <sup>a</sup>	1	,040		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,613	1	,057		
Likelihood Ratio	4,212	1	,040		
Fisher's Exact Test				,046	,029
Linear-by-Linear Association	4,200	1	,040		
N of Valid Cases	192				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,33.

### Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	P	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4,222 <sup>a</sup>	1	,040		
Continuity Correction <sup>b</sup>	3,613	1	,057		
Likelihood Ratio	4,212	1	,040		
Fisher's Exact Test				,046	,029
Linear-by-Linear Association	4,200	1	,040		
N of Valid Cases	192				

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 28,33.

b. Computed only for a 2x2 table

**Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι οι γιατροί (41,2%) γυμνάζονται περισσότερο σε σχέση με τους νοσηλευτές /τριες (27,1%). Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική επειδή  $\chi^2 = 4,222^a$  και  $p = 0,04 < 0,05$ .**

Επάγγελμα & χρήση αλκοόλ

<b>Crosstab</b>					
			Κάνετε χρήση αλκοόλ		Total
			NAI	OXI	
Επάγγελμα	Γιατρός	Count	46	43	89
		Expected Count	36,9	52,1	89,0
		% within Επάγγελμα	51,7%	48,3%	100,0%
	Νοσηλεύτρες /τρια	Count	37	74	111
		Expected Count	46,1	64,9	111,0
		% within Επάγγελμα	33,3%	66,7%	100,0%
Total		Count	83	117	200
		Expected Count	83,0	117,0	200,0
		% within Επάγγελμα	41,5%	58,5%	100,0%
		% within Κάνετε χρήση αλκοόλ	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	41,5%	58,5%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	$\chi^2$	df	P	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	6,852 <sup>a</sup>	1	,009		
Continuity Correction <sup>b</sup>	6,117	1	,013		
Likelihood Ratio	6,866	1	,009		
Fisher's Exact Test				,010	,007
Linear-by-Linear Association	6,818	1	,009		



N of Valid Cases	200			
------------------	-----	--	--	--

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 36,94.

b. Computed only for a 2x2 table

**Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι οι ιατροί κάνουν χρήση αλκοόλ περισσότερο σε ποσοστό (51,7%) σε αντίθεση με τους νοσηλευτές /τριες (33,3%). Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική επειδή  $\chi^2 = 6,852^3$  και  $p = 0,009 \leq 0,05$ .**

Επάγγελμα & προληπτικές εξετάσεις

<b>Crosstab</b>					
			Κάνετε προληπτικές εξετάσεις;		Total
			NAI	OXI	
Επάγγελμα	Γιατρός	Count	69	20	89
		Expected Count	76,1	12,9	89,0
		% within Επάγγελμα	77,5%	22,5%	100,0%
	Νοσηλεύτης /τρια	Count	102	9	111
		Expected Count	94,9	16,1	111,0
		% within Επάγγελμα	91,9%	8,1%	100,0%
Total		Count	171	29	200
		Expected Count	171,0	29,0	200,0
		% within Επάγγελμα	85,5%	14,5%	100,0%
		% within Κάνετε προληπτικές εξετάσεις;	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	85,5%	14,5%	100,0%

**Chi-Square Tests**

	$\chi^2$	df	P	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	8,220 <sup>a</sup>	1	,004		
Continuity Correction <sup>b</sup>	7,103	1	,008		
Likelihood Ratio	8,262	1	,004		
Fisher's Exact Test				,005	,004

Linear-by-Linear Association	8,179	1	,004	
N of Valid Cases	200			

a. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 12,91.

b. Computed only for a 2x2 table

**Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι οι γιατροί κάνουν προληπτικές εξετάσεις σε μικρότερο ποσοστό (77,5%) από τους νοσηλευτές /τριες (91,9%). Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική επειδή  $\chi^2 = 8,220^a$  και  $p = 0,004 \leq 0,05$ .**

Επάγγελμα & Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις

Crosstab								
			Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις;					Total
			Σπάνια	Όταν προκύψει ανάγκη	Κάθε 2 χρόνια	Κάθε χρόνο	Κάθε 6 μήνες	
Επάγγελμα	Γιατρός	Count	6	7	13	33	12	71
		Expected Count	2,4	8,9	11,0	33,3	15,4	71,0
		% within Επάγγελμα	8,5%	9,9%	18,3%	46,5%	16,9%	100,0%
	Νοσηλεύτριάς	Count	0	15	14	49	26	104
		Expected Count	3,6	13,1	16,0	48,7	22,6	104,0
		% within Επάγγελμα	,0%	14,4%	13,5%	47,1%	25,0%	100,0%
Total		Count	6	22	27	82	38	175
		Expected Count	6,0	22,0	27,0	82,0	38,0	175,0
		% within Επάγγελμα	3,4%	12,6%	15,4%	46,9%	21,7%	100,0%
		% within Πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις;	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	3,4%	12,6%	15,4%	46,9%	21,7%	100,0%

Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	P
Pearson Chi-Square	11,409 <sup>a</sup>	4	,022
Likelihood Ratio	13,495	4	,009
Linear-by-Linear Association	3,252	1	,071
N of Valid Cases	175		

### Chi-Square Tests

	$\chi^2$	df	P
Pearson Chi-Square	11,409 <sup>a</sup>	4	,022
Likelihood Ratio	13,495	4	,009
Linear-by-Linear Association	3,252	1	,071
N of Valid Cases	175		

a. 2 cells (20,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,43.

Από τον παραπάνω πίνακα προκύπτει ότι οι γιατροί σε ποσοστό 8,5% κάνουν σπάνια προληπτικές εξετάσεις, το 9,9% όταν προκύψει ανάγκη, το 18,3% κάθε 2 χρόνια, το 46,5% κάθε χρόνο και το 16,9% κάθε 6 μήνες, σε αντίθεση με τα αντίστοιχα ποσοστά 0%, 14,4%, 13,5%, 47,1% και 25% των νοσηλευτών/τριών. **Επομένως, οι νοσηλευτές /τριες κάνουν πιο συχνά προληπτικές εξετάσεις σε αντίθεση με τους γιατρούς.** Η συσχέτιση αυτή είναι στατιστικά σημαντική επειδή  $\chi^2 = 11,409^a$  και  $p = 0,022 \leq 0,05$ .

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Έπειτα από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνάς μας και με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση που είχε προηγηθεί, καταλήξαμε στα εξής συμπεράσματα:

Όσον αφορά στη διατροφή η πλειοψηφία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (περίπου 70%) τρέφεται κατά κύριο λόγο στο σπίτι, αποφεύγοντας το έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό. Αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα της έρευνας του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, όπου το ποσοστό που καταναλώνει σπιτικό φαγητό καθημερινά κυμαίνεται στο 65,5%, ποσοστό ίδιο με αντίστοιχη έρευνα του 2004 από τις

Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου και αρκετά χαμηλό σε σχέση με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το ΤΕΙ Πάτρας που ήταν 94%(Μακρή και Πλίγκου,2008).

Όσον αφορά στο πρωινό γεύμα, παραλείπεται από τους περισσότερους. Αυτό συμφωνεί με τα ευρήματα της έρευνας του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, όπου το 61,8% δήλωσε ότι δεν λαμβάνει πρωινό κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου, ποσοστό αρκετά υψηλό σε σχέση με προηγούμενη έρευνα του 2002 που ήταν 46%(Μακρή και Πλίγκου,2008). Αντίθετα, το μεσημεριανό και το βραδινό το παραλείπουν ελάχιστοι.

Όσον αφορά στις τροφές που καταναλώνουν εβδομαδιαίως, σ' αυτές περιλαμβάνονται το κόκκινο και το άσπρο κρέας, το ψωμί και τα ζυμαρικά. Ιδιαίτερα η κατανάλωση κόκκινου κρέατος γίνεται ως επί το πλείστον από τους γιατρούς του δείγματος. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία το 1995 από τους Callaghan et al βρέθηκε ότι το 66% των νοσηλευτών περιλαμβάνει το κόκκινο κρέας στο καθημερινό του διαιτολόγιο. Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Εθνικό Δίκτυο Νοσοκομείων Προαγωγής Υγείας από τον Τούντα σε 13 νοσοκομεία της Ελλάδας( Αρέταισιο, Αιγινήτειο, Αγία Όλγα, Ευαγγελισμός, Σωτηρία, 1<sup>ο</sup> ΙΚΑ Πεντέλης, Σισμανόγλειο, Ωνάσειο, Αλεξάνδρα, Ιπποκράτειο, Αγία Ελένη, Ανδρέας Συγγρός και Γενικό Νοσοκομείο Σερρών) αποδείχθηκε ότι γιατροί και νοσηλευτές δεν τρώνε φρούτα και λαχανικά (περίπου οι 6 στους 10), αντίθετα προτιμούν το κόκκινο κρέας περισσότερο από δύο φορές την εβδομάδα (ο ένας στους 4). Υψηλότερη ωστόσο κατανάλωση κρέατος βρέθηκε να κάνουν κυρίως οι νοσοκομειακοί γιατροί (Κέζα,2009).

Ένα ακόμη συμπέρασμα είναι ότι η καθημερινή διατροφή των γιατρών και νοσηλευτών του δείγματός μας περιλαμβάνει κατά ένα μεγάλο ποσοστό (88,5%) ελαιόλαδο και αυτό πιθανόν να συμβαίνει λόγω της παραγωγής του ελαιολάδου στον τόπο που διεξάγεται η έρευνα αλλά και λόγω συνήθειας στη χρήση του σε βάθος αιώνων.

Οι τροφές που καταναλώνουν με μικρότερη συχνότητα οι γιατροί και οι νοσηλευτές του δείγματός μας είναι τα λαχανικά και τα φρούτα-χυμοί, τα γαλακτοκομικά και τα τυροκομικά, το αυγό, τα όσπρια και το ψάρι, τροφές που αποτελούν τη βάση της πυραμίδας της Μεσογειακής Διατροφής. Αυτό επιβεβαιώνεται και από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης σχετικά με τον τρόπο ζωής των νοσηλευτών του Πανεπιστημιακού και Βενιζέλειου νοσοκομείου Ηρακλείου όπου βρέθηκε ότι το 59% του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού δεν ακολουθεί υγιεινή διατροφή. Συγκεκριμένα, δεν

καταναλώνει πολλά φρούτα, λαχανικά, ψάρι και δημητριακά, όπως φαίνεται και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ισραήλ το 2009 από τους Danit et al, ενώ οι ιατροί και οι νοσηλευτές φαίνεται να προτιμούν να καταναλώνουν συχνά φαγητά που δεν χρειάζονται μεγάλη προετοιμασία, όπως για παράδειγμα ζυμαρικά. Αυτό εν μέρει οφείλεται στους ρυθμούς εργασίας που ακολουθούν, η οποία λόγω του εναλλασσόμενου ωραρίου, δεν τους επιτρέπει να αφιερώσουν αρκετό χρόνο για να ασχοληθούν με το διαιτολόγιό τους (Μπομπολάκη και Σταματελοπούλου, 2004).

Ένα θετικό συμπέρασμα της έρευνάς μας είναι ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές καταναλώνουν ελάχιστη ποσότητα γλυκών και αναψυκτικών, τροφές που θεωρούνται ανθυγιεινές και περιλαμβάνονται ελάχιστα στην πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής.

Αυτό που επίσης διαπιστώθηκε είναι ότι η επίσκεψη στο κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας γίνεται κυρίως για την αγορά καφέ. Αυτό επιβεβαιώνεται και από έρευνα του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης, όπου αναφέρεται ότι οι νοσηλευτές καταναλώνουν κυρίως καφέ και τυρόπιτες με ποσοστά 59% (Μακρή και Πλίγκου, 2008). Ένας λόγος που επηρεάζει την επιλογή τους αυτή, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι το ωράριο εργασίας, καθώς πίνουν μεγάλες ποσότητες καφεΐνης για να παραμένουν ξύπνιοι.

Όσον αφορά στην άθληση, διαπιστώσαμε ότι οι περισσότεροι γιατροί και νοσηλευτές δεν αθλούνται κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου ενώ οι ελάχιστοι που αθλούνται, κυρίως οι γιατροί, προτιμούν το περπάτημα ή το τρέξιμο συνήθως 1-2 φορές την εβδομάδα. Αυτό επιβεβαιώνεται και από μια έρευνα που διεξήχθη σε 13 εγχώρια νοσοκομεία από τον Τούντα όπου διαπιστώθηκε πως ένας στους δύο εργαζόμενους είναι αγύμναστος. Ενώ από όσους γυμνάζονται το 60% αθλείται 1-3 φορές την εβδομάδα και το 25% περισσότερο από 3 φορές την εβδομάδα (Τούντας, 2009). Το επαγγελματικό στρες, το εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας και η επαγγελματική εξουθένωση δεν επηρεάζουν την επιλογή τους να μην αθληθούν, παρόλο που με βάση την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Μπαχεϊν, όλα να παραπάνω αποτελούν εξίσου σημαντικούς παράγοντες ώστε οι γιατροί και οι νοσηλευτές να μην αθλούνται (Samia B. et al, 2003).

Όσον αφορά στο κάπνισμα συμπεράναμε ότι περισσότεροι από το 1/3 των ερωτηθέντων καπνίζουν. Αυτό επιβεβαιώνεται από έρευνα που διεξήχθη σε ελληνικά νοσοκομεία μεταξύ Σεπτεμβρίου 2003 και Ιουνίου 2005, όπου συνολικά το 38,6% του πληθυσμού μελέτης (1.284 ιατροί) ήταν καπνιστές, το 13,8% πρώην καπνιστές και το 47,6% μη καπνιστές (Γκίκας κ.α., 2006).

Θετικό ωστόσο είναι το γεγονός ότι η πλειοψηφία καπνίζει έως 10 τσιγάρα ημερησίως σε αντίθεση με έρευνα του Τούντα (2009) που διεξήχθη σε 13 εγχώρια νοσοκομεία όπου βρέθηκε ότι το 1/3 του δείγματος: (719) άτομα κάπνιζε πάνω από 10 τσιγάρα την ημέρα καθώς και από έρευνα που διεξήχθη σε ελληνικά νοσοκομεία μεταξύ Σεπτεμβρίου 2003 και Ιουνίου 2005, που έδειξε ότι ο μέσος όρος κατανάλωσης τσιγάρων ήταν  $21 \pm 12$ , με το 89% των καπνιστών να καταναλώνουν > 10 τσιγάρα ανά ημέρα (Γκίκας κ.ά., 2006).

Οι γιατροί και οι νοσηλευτές του δείγματός μας αποφεύγουν να καπνίζουν σε χώρους του σπιτιού ή της εργασίας τους, προτιμώντας το κάπνισμα σε εξόδους, παρόλο που οι περισσότεροι δηλώνουν ότι δεν είναι συνεπείς ως προς τα νέα μέτρα περί απαγόρευσης του καπνίσματος σε δημόσιους χώρους. Διαπιστώθηκε επίσης ότι ένα μεγάλο ποσοστό άρχισαν το κάπνισμα πριν την ενηλικίωσή τους, πριν δηλαδή ακολουθήσουν το επάγγελμα του γιατρού ή του νοσηλευτή. Ομοίως, σύμφωνα με βιβλιογραφική έρευνα που διενήργησε το Τμήμα Νοσηλευτικής και Μαιευτικής του Πανεπιστημίου του Μπέλφαστ, πολλές σπουδάστριες των νοσηλευτικών σχολών αναφέρουν ότι ξεκίνησαν το κάπνισμα πριν από την έναρξη του επίσημου κύκλου σπουδών στη σχολή τους (Rowe and Macleod, 2000). Αυτό διαφοροποιείται από έρευνα που διεξήχθη σε ελληνικά νοσοκομεία μεταξύ Σεπτεμβρίου 2003 και Ιουνίου 2005, που έδειξε ότι το 33% άρχισε το κάπνισμα κατά τη διάρκεια του Λυκείου (13 -18 ετών) ενώ το 50% κατά τη φοίτηση στην ιατρική σχολή (19-24 ετών) (Γκίκας κ.ά., 2006).

Οι λόγοι που τους οδηγούν να καπνίσουν είναι κυρίως το επαγγελματικό στρες καθώς και η επαγγελματική εξουθένωση. Η βιβλιογραφία παρουσιάζει γενικά τα επαγγέλματα υγείας ως ιδιαίτερος στρεσογόνα. Το στρες στον εργασιακό χώρο αναφέρεται συχνά ως επαγγελματικό στρες που οδηγεί ιατρούς και νοσηλευτές σε επικίνδυνη κατανάλωση καπνού και οιοπνεύματος (Φιλίππου, 2007). Έρευνα που πραγματοποιήθηκε τα τελευταία πέντε χρόνια από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο και συγκεκριμένα από το Εργαστήριο Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής έδειξε ότι, οι πολλές ώρες εργασίας των γιατρών στα νοσοκομεία (π.χ. 15 εικοσιτετράωρα το μήνα), οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας (ένας γιατρός για 50 ασθενείς) καθώς και η έλλειψη ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες για τους επαγγελματίες υγείας (Καρακώστα, 2010).

Ενθαρρυντικό είναι ωστόσο το συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι από τους μισούς που δήλωσαν ότι καπνίζουν, έχουν κάνει προσπάθεια να διακόψουν αυτή την συμπεριφορά,



συνειδητοποιώντας τις βλαβερές συνέπειες του καπνίσματος στον ανθρώπινο οργανισμό. Η διεξαγωγή μελέτης από τους ερευνητές του Κέντρου Ελέγχου Καπνού της Νοτιοανατολικής Ασίας κατά το έτος 1992 για τον προσδιορισμό των γνώσεων και των στάσεων των γιατρών απέναντι στο κάπνισμα και τις πρωτοβουλίες για την καταπολέμηση του έδειξε, ότι οι γιατροί είχαν υψηλές γνώσεις που συνδέονταν με τις συνέπειες του καπνίσματος στην υγεία. Επίσης, υπήρξε θετική συσχέτιση μεταξύ των γνώσεων και των στάσεων απέναντι στην αντι-καπνιστική συμπεριφορά απ' όλους τους γιατρούς, συμπεριλαμβανομένων και των καπνιστών. Όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στο κάπνισμα, οι περισσότεροι ερωτηθέντες γιατροί (καπνιστές και μη καπνιστές) είχαν μία θετική στάση για την καταπολέμηση του καπνίσματος (Phengsavanh et al, 2008).

Σε αντίθεση με το κάπνισμα, οι περισσότεροι γιατροί και νοσηλευτές αρνούνται τη χρήση αλκοόλ. Διαπιστώθηκε ότι στην πλειοψηφία τους πίνουν 1-2 ποτήρια την εβδομάδα, προτιμώντας μέτριας περιεκτικότητας σε αλκοόλ ποτά, όπως το κρασί, ποτό που συμπεριλαμβάνεται και στη μεσογειακή διατροφή. Από αυτούς που πίνουν, οι περισσότεροι καταναλώνουν αλκοόλ κυρίως σε εξόδους. Φαίνεται επίσης, ότι το επαγγελματικό στρες, οι συγκρούσεις με συναδέλφους, η επιθετική παρενόχληση, το εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας και η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελούν λόγους που τους οδηγούν σε αυτή τη συμπεριφορά. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τις βιβλιογραφικές μας αναφορές. Σύμφωνα με τον Φιλίππου (2007), ως πιο πιθανή εξήγηση για τη χρήση αλκοόλ από τους νοσηλευτές αναφέρεται το αίσθημα του φόβου του θανάτου των ασθενών τους, που αντιμετωπίζουν στις μονάδες εντατικής θεραπείας, στα ογκολογικά τμήματα και στις αιματολογικές κλινικές, όπου εργάζονται.

Όσον αφορά τις συγκρούσεις με συναδέλφους, σύμφωνα με τον Παπαγεωργίου (2007), η κατανάλωση καπνού ή οινοπνεύματος αποτελεί για τον επαγγελματία υγείας την καλύτερη διέξοδο από το πρόβλημα στο οποίο έχει περιέλθει.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται επίσης ότι παρενοχλητικές συμπεριφορές όπως, η σωματική βία, η λεκτική κακοποίηση, η σεξουαλική παρενόχληση και ο εκφοβισμός, προκαλούν στους εργαζόμενους νοσηλευτές συχνά συμπτώματα, τα οποία επηρεάζουν την ψυχολογία και την συμπεριφορά τους, όπως άγχος, αίσθημα φόβου, ευερεθιστότητα, απομόνωση, επιθετικότητα καθώς και χρήση καπνίσματος και αλκοόλ (Θεοφάνης και Καλοκαϊρινού-Αναγνωστοπούλου, 2010).

Σύμφωνα με τους Κορομπέλη και Σούρτζη (2010), το στρες που δημιουργεί το εναλλασσόμενο ωράριο οδηγεί συχνά τους εργαζόμενους σε συμπεριφορές και στάσεις όπως μη σωστές διατροφικές συνήθειες, κατανάλωση οινοπνεύματος, έλλειψη σωματικής άσκησης καθώς και χρήση καπνού, οι οποίες συχνά δημιουργούν προβλήματα στο καρδιαγγειακό και γαστρεντερικό σύστημα. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Ελσίνκι για την αλκοολική συμπεριφορά των νοσοκομειακών ιατρών, βρέθηκε ότι η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ συσχετιζόταν, εκτός των άλλων (όπως λ.χ. ηλικία, επαγγελματική απογοήτευση, άγχος, σκέψεις αυτοκτονίας, δυσαρέσκεια λόγω των ασθενειών που συνδέονται με το οινόπνευμα κ.ά) και με τα συμπτώματα εξάντλησης (Juntunen et al, 1988).

Όσον αφορά τους προληπτικούς ελέγχους, διαπιστώθηκε ότι οι περισσότεροι κάνουν 1-2 φορές το χρόνο, κυρίως οι νοσηλευτές. Οι προληπτικές εξετάσεις που κάνουν με μεγαλύτερη συχνότητα είναι η μέτρηση αρτηριακής πίεσης, η μέτρηση χοληστερόλης και η μέτρηση σακχάρου. Ενώ αποφεύγουν να κάνουν μέτρηση PSA (οι άντρες) και δακτυλική εξέταση. Όσον αφορά τις γυναικολογικές εξετάσεις (κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου, μαστογραφία και ψηλάφηση μαστού από γιατρό) διαπιστώθηκε ότι οι περισσότερες προτιμούν να κάνουν τεστ PAP ενώ λιγότερες από τις μισές κάνουν μαστογραφία ή ψηλάφηση μαστού από γιατρό. Αυτό συμφωνεί με έρευνα του Τούντα που διεξήχθη σε 13 εγχώρια νοσοκομεία όπου έδειξε ότι οι μισές εργαζόμενες δεν έχουν κάνει μαστογραφία, το 56,6% δεν ελέγχει τακτικά το μαστό και το 31,9% δεν έχει κάνει test pap (Κέζα, 2009).

Συνεχίζοντας με τις συσχετίσεις, αρχικά διαπιστώθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο φύλο και στο πόσες φορές οι γιατροί και οι νοσηλευτές τρώνε εκτός οικίας καθώς και έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι άντρες, που στην πλειοψηφία τους είναι γιατροί (N=49) τρώνε περισσότερο φαγητό εκτός οικίας ή έτοιμο και προπαρασκευασμένο φαγητό σε σχέση με τις γυναίκες. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη σχετική έρευνα Hellas Health I του Τούντα (2007) όπου πραγματοποιήθηκε σε γενικό πληθυσμό και αναφέρει ότι οι άνδρες σε ποσοστό 50% τρώνε τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα εκτός οικίας, προτιμώντας έτοιμο φαγητό. Αυτό μας οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η συνήθεια κατανάλωσης φαγητού εκτός οικίας της έρευνάς μας συμπίπτει με τα αποτελέσματα της έρευνας που έγιναν στον γενικό ελληνικό πληθυσμό.

Η επόμενη συσχέτιση αφορά στην κατανάλωση κόκκινου κρέατος όπου βρέθηκε ότι οι άντρες είναι αυτοί που καταναλώνουν περισσότερο κόκκινο κρέας σε σχέση με τις

γυναίκες. Αντίθετα, όσο αφορά στην κατανάλωση φρούτων και χυμών, οι γυναίκες είναι εκείνες που τα καταναλώνουν σε μεγαλύτερη ποσότητα. Αυτό επιβεβαιώνεται και από μια σχετική έρευνα που έγινε στη Ρωσία στο γενικό πληθυσμό όπου στα αποτελέσματα της αναφέρει ότι στις γυναίκες παρατηρείται μεγαλύτερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών ενώ στους άντρες μεγαλύτερη κατανάλωση κόκκινου κρέατος( Malara et all ,2003).

Επίσης, σε σχετική πτυχιακή εργασία του τμήματος κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης με θέμα τις διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο διαπιστώθηκε ότι οι άνδρες τρώνε 2-3 φορές την εβδομάδα κόκκινο κρέας σε ποσοστό 33,6% σε σχέση με τις γυναίκες που τρώνε 1-2 φορές την εβδομάδα σε ποσοστό 30,7% (Ευγενίου κ.α., 2008) . Το ίδιο προκύπτει και από πτυχιακή εργασία που αναφέρεται στις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών του ΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης (Μελισουργάκη και Ρεντίφη,2006).

Συνεχίζοντας διαπιστώθηκε από την έρευνα μας ότι οι άντρες επισκέπτονται το κυλικείο σε μεγαλύτερη συχνότητα από τις γυναίκες. Το συμπέρασμα αυτό διαφοροποιείται από μια ανάλογη έρευνα του Χαροκόπειου Πανεπιστημίου που έδειξε ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στο φύλο και στην επίσκεψη κυλικείου κατά τη διάρκεια εργασίας (Καπίρη, χχ).

Από τα παραπάνω μπορούμε να οδηγηθούμε στο συμπέρασμα ότι οι γυναίκες έχουν πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες από τους άντρες ,γεγονός που απαντά στην ερευνητική μας υπόθεση. Παρόμοια αποτελέσματα υποστηρίζει και μια έρευνα που αναφέρει ότι υπάρχουν διαφορές στις διατροφικές συνήθειες μεταξύ αντρών και γυναικών. Φαίνεται μάλιστα ότι οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να ακολουθούν τις διατροφικές συστάσεις για την υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συμπεριφορών σε αντίθεση με τους άντρες όπου η διατροφή τους συχνά χαρακτηρίζεται φτωχική (Abel and McQueen, 1994). Οι λόγοι που προτείνονται για τη συμπεριφορά αυτή των γυναικών και τη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση τους σε θέματα υγείας περιλαμβάνουν τόσο την ανησυχία για την εμφάνισή τους καθώς και την εναρμόνιση τους με τα κοινωνικά πρότυπα( Ross et all, 1998). Θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι καθώς οι γυναίκες είναι εκείνες που ασχολούνται κατά κύριο λόγο με το μαγείρεμα και την προετοιμασία του φαγητού για όλη την οικογένεια, είναι πιο ενημερωμένες σε θέματα διατροφής.

Όσο αφορά στην άθληση, αυτό που διαπιστώθηκε από την έρευνα μας είναι ότι οι άντρες αθλούνται περισσότερο από τις γυναίκες. Αυτό επιβεβαιώνεται και από ευρήματα

της μελέτης Attica που πραγματοποιήθηκε σε γενικό πληθυσμό από την Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική κλινική του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου σε συνεργασία με το τμήμα διατροφής του Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου που αναφέρει ότι οι γυναίκες ασκούνται λιγότερο από τους άντρες (Νέτα, 2008). Το ίδιο διαπιστώνεται και από μια άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γιατρούς και νοσηλευτές στο Μπαχρειν που αναφέρει ότι οι άντρες (44.3%) είναι πιο ενεργοί όσο αφορά την άθληση σε σχέση με τις γυναίκες (18,2%) (Samia et all, 2003). Επίσης, σε σχετική πτυχιακή εργασία του τμήματος κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης με θέμα τις διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο διαπιστώθηκε ότι οι φοιτητές αθλούνται περισσότερο από τις φοιτήτριες (Ευγενίου κ.α., 2008). Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι δεν διαφοροποιούνται τα αποτελέσματα ανάμεσα στο γενικό πληθυσμό και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο αφορά τη συσχέτιση φύλου με την άθληση.

Όσο αφορά στο κάπνισμα διαπιστώθηκε από την έρευνά μας ότι οι γυναίκες καπνίζουν περισσότερο από τους άντρες. Αποτελέσματα που επιβεβαιώνονται και από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο γενικό πληθυσμό η οποία αναφέρει ότι παρατηρείται μια τρέχουσα τάση των αντρών να σταματήσουν το κάπνισμα και των γυναικών αντίστοιχα να το αυξήσουν. Έτσι το ποσοστό των αντρών καπνιστών μειώνεται ( Μπομπολάκη & Σταματελοπούλου, 2004). Επίσης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τις Ρεντίφη και Μελισουργάκη (2006) βρέθηκε ότι το 56,3% των φοιτητών απάντησαν ότι καπνίζουν με τις φοιτήτριες να υπερισχύουν έναντι των φοιτητών με ποσοστό 64%. Αντίθετα, σε σχετική πτυχιακή εργασία του τμήματος κοινωνικής εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης με θέμα τις διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο διαπιστώθηκε ότι οι φοιτητές σε ποσοστό 56,7% καπνίζουν περισσότερο από τις φοιτήτριες σε ποσοστό 40,4%, δηλαδή οι φοιτητές καπνίζουν περισσότερο κατά 16,3 μονάδες από τις φοιτήτριες (Ευγενίου κ.α., 2008).

Προχωρώντας στο αλκοόλ, διαπιστώθηκε από την έρευνα μας ότι οι άντρες κάνουν μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ από τις γυναίκες. Μεγαλύτερη κατανάλωση αλκοόλ στους άντρες σε σχέση με τις γυναίκες σημειώθηκε και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε αποκλειστικά σε γιατρούς στη Γερμανία όπου αναφέρει ότι η πλειονότητα των αντρών κάνει χρήση αλκοόλ σε ποσοστό 61% έναντι των γυναικών που έκαναν λιγότερο συχνή χρήση ή απείχαν απ' αυτό ( Rosta, 2008). Ίδια αποτελέσματα έδειξε και έρευνα των Livingstom & Room (2009) αλλά και η έρευνα των Gilder et all (2008) σε αμερικάνικο πληθυσμό. Ανάλογα αποτελέσματα έδειξε και πτυχιακή εργασία του τμήματος κοινωνικής

εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης με θέμα τις διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο αναφέροντας ότι οι φοιτητές καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από τις φοιτήτριες (Ευγενίου κ.α., 2008).

Στον προληπτικό έλεγχο από την έρευνα μας συμπεραίνουμε ότι κάνουν περισσότερους προληπτικούς ελέγχους οι γυναίκες. Αυτό προκύπτει και από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον Καναδά σε γιατρούς και αναφέρει ότι περισσότεροι από τους μισούς άντρες γιατρούς και τα  $\frac{3}{4}$  των γυναικών έχουν κάνει προληπτικούς ελέγχους τα 2 τελευταία χρόνια ( Frank & Segura, 2009 ).

Όσο αφορά στο επάγγελμα (γιατροί και νοσηλεύτες) σε σχέση με την επίσκεψη του κυλικείου κατά τη διάρκεια της εργασίας, η έρευνά μας έδειξε ότι οι γιατροί σε ποσοστό 34,8% το επισκέπτονται περισσότερο σε καθημερινή βάση σε σχέση με τους νοσηλεύτες που αποτελούν μόλις το 6,3%, κυρίως για να αγοράσουν καφέ. Ένας πιθανός λόγος που οι γιατροί του δείγματός μας επισκέπτονται το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι ότι οι νοσηλεύτες στο κάθε τμήμα, διατηρούν ταμείο, το οποίο τους παρέχει τη δυνατότητα να φτιάξουν καφέ σε οποιαδήποτε βάρδια τους, σε αντίθεση με τους γιατρούς που υποχρεούνται να αγοράσουν καφέ από το κυλικείο.

Σχετικά με την άθληση, τα αποτελέσματα της έρευνας μας έδειξαν ότι οι ιατροί γυμνάζονται περισσότερο από τους νοσηλεύτες σε ποσοστό 41,2% έναντι 35,7%. Αυτό διαπιστώνεται από μία έρευνα που διεξήχθη στην Εσθονία όπου έδειξε ότι οι γιατροί είναι σωματικά πιο δραστήριοι (Kardi S. et all, 2010). Επίσης, σε σχετική πτυχιακή εργασία του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Κρήτης με θέμα τις διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών/τριών στο ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου έδειξε ότι ένα ποσοστό 43,0% (86 άτομα) δεν γυμνάζονται καθόλου (Μακρή και Πλίγκου, 2008).

Όσο αφορά στην κατανάλωση αλκοόλ, οι γιατροί καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ σε ποσοστό 51,7% σε αντίθεση με τους νοσηλεύτες 33,3%. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη μελέτη του Aasland (1994) που έδειξε ότι οι γιατροί συνηθίζουν να κάνουν χρήση αλκοόλ.

Πέρα από την παραπάνω έρευνα, λαμβάνοντας υπόψη τον αριθμό των αντρών ιατρών (N=49) προς τον αριθμό των αντρών νοσηλευτών (N=16) , και τον αριθμό των γυναικών ιατρών (N=40) προς τον αριθμό των γυναικών νοσηλευτών (N=94), βλέπουμε ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών είναι γυναίκες. Από τη συσχέτιση του φύλου με το αλκοόλ όπου φαίνεται ότι οι γυναίκες καταναλώνουν λιγότερο αλκοόλ από τους άντρες

συμπεραίνουμε ότι είναι αναμενόμενο αφού οι γιατροί που είναι άντρες σε αναλογία μεγαλύτερη από το ένα στους δύο, να καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ από τους νοσηλευτές που οι 94 στους 110 είναι γυναίκες.

Από τη συσχέτιση «επαγγέλματος» και προληπτικών εξετάσεων προκύπτει ότι οι γιατροί κάνουν σε μικρότερο ποσοστό 77,5% σε αντίθεση με τους νοσηλευτές 91,9%. Στο σημείο αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η πλειοψηφία των νοσηλευτών είναι γυναίκες και των γιατρών άνδρες. Από τη συσχέτιση φύλου με το αν κάνουν προληπτικές εξετάσεις φάνηκε ότι οι γυναίκες κάνουν περισσότερους προληπτικούς ελέγχους επομένως και οι νοσηλευτές που στην πλειοψηφία τους είναι γυναίκες είναι αναμενόμενο να κάνουν περισσότερους προληπτικούς ελέγχους από τους άνδρες.

Το ίδιο ισχύει και για την συσχέτιση «επαγγέλματος» με τη μεταβλητή «πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις», όπου έδειξε ότι οι νοσηλευτές, που στην πλειοψηφία τους είναι γυναίκες, κάνουν πιο συχνά προληπτικές εξετάσεις σε σχέση με τους ιατρούς, που είναι κυρίως άνδρες.

Από όλα τα παραπάνω, συμπεραίνουμε ότι οι νοσηλευτές ακολουθούν σωστότερες συμπεριφορές υγείας από τους ιατρούς, παρόλο που το μορφωτικό επίπεδο και οι γνώσεις των ιατρών σε θέματα υγείας είναι υψηλότερες από των νοσηλευτών.

Συμπερασματικά, με όσα αναφέρθηκαν παραπάνω απαντήθηκαν οι ερευνητικές μας υποθέσεις στα παρακάτω σημεία:

Όσον αφορά στην πρώτη ερευνητική μας υπόθεση φάνηκε από την έρευνά μας ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν ακολουθούν υγιεινή διατροφή, με βάση την πυραμίδα της Μεσογειακής διατροφής, παρόλο που τρέφονται κατά κύριο λόγο στο σπίτι. Επίσης, οι περισσότεροι από αυτούς δεν αθλούνται, κυρίως λόγω έλλειψης χρόνου. Θετικό είναι ωστόσο το γεγονός ότι ελάχιστοι καταναλώνουν αλκοόλ παρόλο που περισσότεροι από το 1/3 των ερωτηθέντων καπνίζει. Ωστόσο κάνουν συχνά προληπτικές εξετάσεις, κυρίως μέτρηση αρτηριακής πίεσης, μέτρηση χοληστερόλης και σακχάρου.

Συνεχίζοντας με την δεύτερη ερευνητική μας υπόθεση σχετικά με το αν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στις συμπεριφορές υγείας και τον προληπτικό έλεγχο των γυναικών και των ανδρών του δείγματος βρέθηκε ότι οι γυναίκες ακολουθούν πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες, δεν καταναλώνουν αλκοόλ και κάνουν συχνότερα προληπτικούς ελέγχους ενώ, δεν αθλούνται και καπνίζουν περισσότερο από τους άνδρες.

Επίσης φαίνεται ότι οι γιατροί αθλούνται περισσότερο από τους νοσηλευτές, παρόλο που κάνουν περισσότερη χρήση αλκοόλ απ' αυτούς. Οι νοσηλευτές ωστόσο κάνουν συχνότερα προληπτικές εξετάσεις. Σε ότι αφορά στις διατροφικές συνήθειες φαίνεται ότι οι νοσηλευτές έχουν σωστότερες χωρίς ωστόσο η διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Ολοκληρώνοντας την πτυχιακή μας εργασία θα θέλαμε να παραθέσουμε κάποιες προτάσεις που μπορούν να βελτιώσουν τις συμπεριφορές υγείας των γιατρών και των νοσηλευτών.

Όσον αφορά στη διατροφή και στην άθληση, θα πρέπει να ληφθούν μέτρα για την προώθηση υγιεινών διατροφικών προτύπων και συνηθειών στους χώρους εργασίας. Θα πρέπει να υπάρχει εξασφάλιση της διαθεσιμότητας υγιεινών τροφίμων και γευμάτων στο χώρο εργασίας και ανάπτυξη της δυνατότητας υγιεινών διατροφικών επιλογών για τους εργαζόμενους του νοσοκομείου. Για να υλοποιηθεί αυτό θα πρέπει να ληφθούν μέτρα, ώστε τα κυλικεία στα νοσοκομεία να προσφέρουν στους εργαζόμενους υγιεινές επιλογές διατροφής ενώ θα ήταν πολύ βοηθητικό να δημιουργηθεί κι ένα γυμναστήριο στο χώρο του νοσοκομείου.

Όσον αφορά στο κάπνισμα, οι παρεμβάσεις θα πρέπει να ξεκινήσουν από την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, να συνεχίζονται αργότερα στη βασική ιατρική και νοσηλευτική εκπαίδευση και να επαναλαμβάνονται συνεχώς κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας, λαμβάνοντας υπόψη τους διαφορετικούς παράγοντες που επηρεάζουν την καπνιστική συμπεριφορά των γιατρών και νοσηλευτών. Οι γιατροί και οι νοσηλευτές που θέλουν να διακόψουν το κάπνισμα μπορούν να συμμετέχουν σε ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα απεξάρτησης από το κάπνισμα στο ιατρείο διακοπής καπνίσματος του νοσοκομείου. Η δράση αυτή μπορεί να πραγματοποιηθεί με ομαδικές και ατομικές παρεμβάσεις.

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού για την επίτευξη όλων των παραπάνω θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός και υποστηρικτικός. Όσο αφορά στη διατροφή και την άθληση, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να ενημερώνει και να εκπαιδεύει τους γιατρούς και νοσηλευτές για θέματα υγιεινής διατροφής και σωματικής άσκησης μέσα από προγράμματα προαγωγής της υγείας. Οι προτάσεις του για τη βελτίωση των συνηθειών, θα πρέπει να βασίζονται στο τρίπτυχο αλλαγής της συμπεριφοράς: Γνώσεις-Περιβάλλον-Συμπεριφορά. Αποτελεσματική δράση αποτελούν επίσης και τα επιμορφωτικά σεμινάρια, στα οποία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο.



Όσο αφορά στο κάπνισμα, ο κοινωνικός λειτουργός θα πρέπει να προλαμβάνει την εκδήλωση προβλημάτων, δημιουργώντας συνθήκες ευεξίας κατά την εργασία, μέσα από προγράμματα προαγωγής υγείας. Στους στόχους των προγραμμάτων θα περιλαμβάνονται :

- α) η ενημέρωση για τους λόγους που οι γιατροί και νοσηλευτές συντηρούν και ενισχύουν την καπνιστική συμπεριφορά, β) η τροποποίηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων που αποτελούν εμπόδιο για την προσπάθεια διακοπής του καπνίσματος, γ) η παροχή γνώσεων και η υποστήριξη για τη διεξαγωγή μιας οργανωμένης προσπάθειας διακοπής (ημερομηνία διακοπής, ενημέρωση για τα στερητικά συμπτώματα, επίλυση των προσωπικών εμποδίων για την εμπλοκή στην προσπάθεια και υιοθέτηση εναλλακτικών συμπεριφορών αντί του καπνίσματος, ενίσχυση αίσθησης της αυτό-αποτελεσματικότητας, οργάνωση περιβάλλοντος για την αποφυγή υποτροπής, χορήγηση υλικού αυτό-βοήθειας), παροτρύνοντας τους γιατρούς και τους νοσηλευτές σε μια πιο ενεργή συμμετοχή στη μάχη κατά του καπνίσματος.

Ωστόσο για την υλοποίηση όλων αυτών χρειάζονται επίσης να πραγματοποιηθούν σημαντικές αλλαγές στο ρυθμό εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, όπως βελτίωση των συνθηκών εργασίας και αύξηση του αριθμού των εργαζομένων σε όποιο τμήμα είναι πραγματικά απαραίτητο, για να τους δοθούν περισσότερα κίνητρα προκειμένου να υιοθετήσουν συμπεριφορές που θα τους εξασφαλίσουν μια καλή ποιότητα ζωής.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλόγλου Ε., Ντουντουλάκη Ε. (2008) *Διατροφικές συνήθειες των φοιτητών, συγκριτική μελέτη στη ΣΕΥΠ και στη ΣΤΕΦ*, Πτυχιακή εργασία Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο.
- Αναγνωστόπουλος Φ., Παπαδάτου Δ.(1995) *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αρβανίτη,Φ.(2007)*Διατροφικές συνήθειες και η σχέση τους με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά σε τυχαία επιλεγμένο δείγμα του Ελληνικού πληθυσμού*. [<http://openarchives.gr/view/103578>]

- Γκατζιώρα, Π. και Τζωράκας, Π.( 2008). *Τρόποι ενημέρωσης εφήβων της πόλης του Ηρακλείου για θέματα υγείας: ο ρόλος του σχολικού- κοινοτικού νοσηλευτή*. Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο.
- Γκίκας, Α. κ.ά. (2006) Το κάπνισμα στους Έλληνες ιατρούς. Ανάγκη για άμεσες παρεμβάσεις. *Ιατρικό Βήμα*, 24-34.
- Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τον Καρκίνο: 2008-2012. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Αθήνα, 2008. [[www.ygeianet.gov.gr](http://www.ygeianet.gov.gr)]
- Ευγενίου Σ., Παρδάλου Τς., Φανάρη Μ. (2008) *Οι διατροφικές συνήθειες και άλλες συμπεριφορές υγείας των φοιτητών σε Ελλάδα και Κύπρο*. Πτυχιακή εργασία Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης. Ηράκλειο.
- Ευτιχίδου, Ν.(2009) *Υγιεινή διατροφή αλλά μόνο στη θεωρία, για τους Έλληνες*. [[www.iatrikathemata.gr](http://www.iatrikathemata.gr)]
- Ζώης Α.( 2011)
- Θεοφάνης, Φ. και Καλοκαιρινού – Αναγνωστοπούλου, Α. (2010) *Η ύπαρξη του εκφοβισμού στον εργασιακό χώρο των νοσηλευτών. Φαινόμενο- Πρόκληση για τους Διευθυντές των Νοσηλευτικών Υπηρεσιών*. Νοσηλευτική 49 (2), 141-147.
- Ίδρυμα Αριστείδης Δασκαλόπουλος (1997) *Τι εννοούμε με τον όρο διατροφή*(1<sup>ο</sup> μέρος). [[www.iad.gr/](http://www.iad.gr/)]
- Καλλανιώτη, Κ.(2009) *Διατροφικές παγίδες στο γραφείο*. [<http://ygeia.tanea.gr/>]
- Καπίρη, Ε.,(χ.χ.) *Παράγοντες που επιδρούν στην επιλογή τροφής και τις γευματικές συνήθειες στο χώρο εργασίας*. Πτυχιακή εργασία. Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας και Διατροφής. Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Αθήνα
- Καραδήμας, Ε.(2005) *Ψυχολογία της υγείας, θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυποθητώ-Γιώργος Δαρδάνος
- Καρακώστα, Ν. (2010) Έρευνα του Εργαστηρίου Υγιεινής της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. για το υγειονομικό προσωπικό των νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης. *Medical Express* 184. [[www.pitsilidis.gr](http://www.pitsilidis.gr)]
- Καφάτος Α., Μαρκατζή Ε., Kearney J., Gibney M.(1998) *Διατροφή και υγεία των Ελλήνων. Απόψεις και τάσεις στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. *Ιατρική* 73(5):391-402.
- Κέζα Λ. (2009) *Γιατροί στις ομορφιές τους*. [[www.tovima.gr](http://www.tovima.gr)]
- Κλωτσοτήρα, Β.Γ. (2003) Η πολιτική κατά της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και καπνίσματος, στα πλαίσια της Ε.Ε. Καταναλωτικά Βήματα, τεύχος Οκτωβρίου-Νοεμβρίου. [<http://kepka.org/index>]

- Κοντογιάννη, Α.( 2007)*Η διαχείριση των συγκρούσεων στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό στα δημόσια παιδιατρικά νοσοκομεία.* Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.
- Κορομπέλη, Α. και Σούρτζη, Π. (2010) *Οργάνωση του κυκλικού ωραρίου εργασίας σε υπηρεσίες υγείας για τη μείωση των επιπτώσεών του στους εργαζόμενους.* Νοσηλευτική 49 (2), 131-140.
- Κουτελέκος, Ι. (2009) *Για μια Ζωή Χωρίς Τσιγάρο.* Περιεγχειρητική Νοσηλευτική 2, 25-27. [[www.sydnnox.gr](http://www.sydnnox.gr)]
- Λάγιου,Π.(1996) *Διατροφικά στοιχεία ερευνών οικογενειακών προυπολογισμών και επιδημιολογικές συσχετίσεις.* Διδακτορική διατριβή, Ιατρική σχολή ,Πανεπιστήμιο Αθηνών. Αθήνα
- Μακρή,Μ. και Πλίγκου,Δ.(2008)*Οι διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών/τριων στο ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου.* Πτυχιακή εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης. Ηράκλειο.
- Μαρβάκη, Χρ., Δημουλά, Υ., Καμπισιούλη, Ευ., Χριστοπούλου, Ι., Βασταρδής, Λ., Γουρνή, Ι. και Καλογιάννη, Α. (2007) *Η επίδραση του επαγγέλματος στη ζωή του νοσηλευτικού προσωπικού.* Νοσηλευτική 46 (3), 406-413.
- Μουστάκα, Ε. και Μαλλιαρού, Μ. (2008) *Επαγγελματική εξουθένωση στις Μονάδες Εντατικής Θεραπείας.* [[www.medtime.gr](http://www.medtime.gr)]
- Μπάμπου, Σ. και Μανωλαράκης, Μ.(2008)*Διατροφή στο χώρο της δουλειάς.* [[www.diatrofi.gr](http://www.diatrofi.gr)]
- Μπομπολάκη,Δ. και Σταματελοπούλου,Α.(2004)*Νοσηλευτική και υγιεινός τρόπος ζωής, μια ολέθρια σχέση.* Πτυχιακή εργασία. Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης. Ηράκλειο.
- Νέτα, Σ. (2007)*Τρώμε λάθος ,καθόμαστε πολύ, κακό για την υγεία μας.* [[www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)]
- Νέτα, Σ. (2008)*Η καθιστική ζωή παχαίνει τους έλληνες.* [[www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr)]
- Παπαγεωργίου, Δ.Ε., Καραμπέτσου, Μ.Ι., Νικολακάκου, Χ.Β. και Παυλάτου, Ν.Δ. (2007) *Επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης νοσηλευτών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία.* Νοσηλευτική 46 (2), 237-245.
- Παπαλαζάρου,Α.(2009)*Η αξία των μικρογευμάτων στον εργασιακό χώρο.* [<http://www.nutrimed.gr/>]
- Παπαλαζάρου,Α.(2009)*Η διατροφή του εργαζόμενου.* [<http://ygeia.tanea.gr>]

- Πετρίδη,Κ.(2008) *Τι είναι υγιεινή διατροφή και γιατί πρέπει να τρώω υγιεινά.* [[www.rodostoday.gr](http://www.rodostoday.gr)]
- Σαρρής,Μ.(2001)*Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής.* Αθήνα: εκδόσεις Παπαζήση
- Σπαντιδέας Σ., (2010) *Σωματική δραστηριότητα και διατροφικές συνήθειες σε σχέση με τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου στη Τρίτη ηλικία.* Πτυχιακή εργασία
- Σταθόπουλος, Θ. και Σούρτζη, Π. (2007) *Η χρήση της πληροφορικής στην πρόληψη και διακοπή του καπνίσματος.* Νοσηλευτική 46 (4), 484-492.
- Τζεϊρανάκη,Ε.(2010)*Κανόνες διατροφικής συμπεριφοράς.* [[www.nutrimed.gr](http://www.nutrimed.gr)]
- Τζουρμανά, Α.( 2005) *Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις και απεξάρτηση από το αλκοόλ. Η περίπτωση του συλλόγου «Επιστροφή».* Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο.
- Το κάπνισμα αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου. Πηγή: *ΑΠΟΓΕΥΜΑΤΙΝΗ, 28 Μαΐου 2010.* [<http://nosmoker.blogspot.gr>]
- Τούντας ,Γ.(2007)*Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού.* Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. Αθήνα
- Τούντας Γ. (2004) *Αγωγή και Προαγωγή υγείας.* Αθήνα.[ [www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)]
- Τούντας Γ. (2007) *Φυσική άσκηση και υγεία.* Αθήνα.[ [www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)]
- Τούντας, Γ.(2000) *Κοινωνία και υγεία.* Αθήνα :εκδόσεις Οδυσσέας
- Τούντας,Γ.(2002)*Τι είναι η υγεία, η νέα ολιστική αντίληψη.* [[www.neahygeia.gr](http://www.neahygeia.gr)]
- Τσαρούχας, Κ. (2000) *Αλκοόλ: ένα σκληρό ναρκωτικό.* Άγκυρα, Αθήνα.
- Φιλίππου, Τζ. (2007) *Ποιοτικές συνθήκες εργασίας- Ασφαλείς Νοσηλευτές. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας σχετικά με τις επιπτώσεις του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην υγεία των νοσηλευτών.* Πρακτικά 14<sup>ου</sup> Παγκύπριου Συνεδρίου Νοσηλευτικής και Μαιευτικής. Λευκωσία, Κύπρος [[www.cyna.org](http://www.cyna.org)]
- Vita,(2003).*Καθημερινός οδηγός Μεσογειακής διατροφής.* Έκδοση του περιοδικού VITA

#### ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aasland, O.G. (1994) *Trends in smoking and drinking among Norwegian physicians.* Paper presented at the International Conference on Physician Health, September 16-20, Ottawa, Canada. [[alcalc.oxfordjournals.org](http://alcalc.oxfordjournals.org)]

- Abel, T. and McQueen D.(1994)*Determinants of selected unhealthy eating behaviours among male and female adults*. European Journal of public health 4. p 27-32.
- Bener, A., Gomes, J. and Anderson, J. A. (1993) *Smoking Habits Among Physicians into Two Gulf Countries*. Journal of the Royal Society of Health 113, 298-301. **[rsh.sagepub.com]**
- Biddle, S.J.H., Fox, K.R., & Boutcher, S.H. (2000). *Physical activity and psychological well-being*. London: Routledge.
- Brooke, D., Edwards, G. and Taylor, C. (1991) *Addiction as an occupational hazard: 144 doctors with drug and alcohol problems*. British Journal of Addiction 86 (8), 1011-1016. **[www.ncbi.nlm.nih.gov]**
- Cox, T. (1993) *Stress Research and Stress Management: Putting Theory to Work*. HSE Books, London,. **[http:// webcat.hud.ac.uk]**
- Danit S., Yaakov H., Geila R., Rozen R., Dorit A., Orna L., Carmit S., Baruch I., Racher G., Iris S. (2009) *A controlled intervention study of changing health providers, attitudes toward personal lifestyle habits and health promotion skills*. Nutrition 25, p 532-539. **[www.ncbi.nlm.nih.gov]**
- Dao, T.M., Nguyen, V.H. and Dao, N.P. (2008) *Smoking among Vietnamese health professionals: knowledge, beliefs, attitudes and health care practice*. Asia – Pacific journal of public health /Asia – Pacific Academic Consortium for Public Health 20 (1), 7-15. **[aph.sagepub.com]**
- Davis, R. M. (1993) *When Doctors Smoke*. Tobacco Control 2, 187-188. **[tobaccocontrol.bmj.com]**
- Di Martino, V. (1992) *Occupational Stress: A preventive approach*. Cited in: Hoel, H., Sparks, K. and Cooper, C.L. (2001) *The cost of violence / stress at work and the benefits of a violence / stress free- working environment*. International Labour Organisation, Geneva. **[www.presionlaboraltendenciosa.com/4p-03-bibliografia-referencial.html]**
- Erlichman J, Kerbey AL, James WP. (2002) *Physical activity and its impact on health outcomes. Paper 2: Prevention of unhealthy weight gain and obesity by physical activity: an analysis of the evidence*. Obesity Reviews 3:273-287.
- Florkowski, A., Gruszczyński, W., Gałeczki, P., Szubert, S., Klus, M. and Zboralski, K. (2008) *Doctors' alcohol problems*. Polski merkuriusz lekarski: organ Polskiego Towarzystwa Lekarskiego 25 (1), 40-41. **[www.ncbi.nlm.nih.gov]**

- Foulds, J. (2007) *How many medical doctors smoke?* [[www.healthline.com](http://www.healthline.com)]
- Frank E and Segura C (2009) *Health practises of Canadian physicians.* Can Fam Physician, 55:810-811. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Gidler DA., Lau P., Corey L., Ehlers CL. (2008) *Factors associated with remission from alcohol dependence in an American Indian community group.* American Journal of Psychiatry. Sep 165(9): 1172-8
- Gunes, G., Karaoglu, L., Genc, M.F., Pehlivan, E. and Egri, M. (2005) *University Hospital Physicians' Attitudes and Practices for Smoking Cessation Counseling in Malatya, Turkey.* Patient Education Counseling 56 (2), 147-153. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Harrison, D. and Chick, J. (1996) *Trends in alcoholism among male doctors in Scotland.* Addiction 89, 1613-1617. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Hillhouse, J. J. and Adler, C.M. (1997) *Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: result of cluster analysis.* Social Science and Medicine 45, 1781-1788. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Hodgetts, G., Broers, T. and Godwin, M. (2004) *Smoking Behavior, Knowledge and Attitudes among Family Medicine and Nurses in Bosnia and Herzegovina.* BMC Family Practice 5, 12. [[www.biomedcentral.com](http://www.biomedcentral.com)]
- Juntunen, J., Asp, S., Olkinuora, M., Arima, M., Strid, L. and Kauttu, K. (1988) *Doctors' drinking habits and consumption of alcohol.* British Medical Journal 297, 951-954. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Kannegaard, P., Kreiner, S., Gregersen, P. and Golstein, H. (2005) *Smoking Habbits and Attitudes to Smoking 2001 Among Hospital Staff at a Danish Hospital – Comparison with a Similar Study 1999.* Preventive Medicine 41, 321-327. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Kardi S., Heidi M., Ulle P., Jaak M., Ruth K., Anneli R., Marje O. (2010) *Physical activity of Estonian family doctors and their counseling for a healthy lifestyle a cross sectional study.* BMC Family Practise. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Kivimaeki, M., Kuisma, P., Virtanen, M. and Elovainio, M. (2001) *Does shift work lead to poorer health habits? A comparison between women who had always done shift work with those who have never done shift work.* Work and Stress 15 (1), 3-13. [[eprints.ucl.ac.uk](http://eprints.ucl.ac.uk)]
- Lian Zhang, M.D., Gang Zhou and Weifeng Wang (2006) *Study on Risk Factors for Smoking among Doctors in Henan, China.* Unpublished paper. [[2006.confex.com](http://2006.confex.com)]

- Livingstom M. and Room R. (2009) *Variats by age and sex in alcohol- related problem;atic behaviour per drinking volume and heavier drinking occasion*. Drug and Alcohol Depend 1:101 (3):169-75. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Malara B., Woznjak J., Miarcyricka- Jouczyk H., Jaskolecki H., Tyrpien M., Jocko J., (2003) *The assesment of food intake and declared satisfaction in medical students*. *Prezegl Lek 60. Suppl 6:12-5* [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Naska A, Orfanos P, Chloptsios Y, Trichopoulou A.(2005) *Dietary habits in Greece: The European Prospective Investigation into Cancer and nutrition (the EPIC project)*. Archives of Hellenic Medicine, 22(3):259-269. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Nestlé M.(1995) *Mediterranean diets: historical and research overview*. American Journal of Clinical Nutrition 61:1313-1320. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Parna, K., Raahu, K., Barengo, N.C., Rahu, M., Sandstrom P.H., Jormanainen, V.J. and Myllykangas, M.T. (2005) *Comparison of Knowledge, Attitudes and Behaviour Regarding Smoking Among Estonian and Finnish physicians*. Soz Praventivmed 50, 378-388. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Perrin, P.C., Merrill, R.M. and Lindsay, G.B. (2006) *Patterns of smoking behavior among physicians in Yerevan, Armenia*. Biomed Central Public Health 6. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Phengsavanh, A. et al. (2008) *Smoking Behavior and Tobacco Control among Medical Doctors in Lao PDR*. Postgraduate Studies & Research Department: University of Health Sciences, Vientianne, Lao People's Democratic Republic,. Advisors: Kingsada S.O. and Menorath, S. [[www.dfid.gov.uk](http://www.dfid.gov.uk)]
- Plant, M. L., Plant, M. A. and Foster, G. (1991) *Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses: a Scotish study*. Drug and Alcohol Dependence 28, 195-202. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Rogers, R., Salvage, G. and Cowell, R. (1999) *Nurses at Risk. A Guide to Health and Safety at Work*. Oxford: McMillan Press. [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Roos E., Lahelma E., Virtanen M., Prattala R., Pietinem P., (1998) *Gender, socioeconomic status and family status as determinants of food behaviour*. Soc Sci Med 46(12): 1519-29 [[www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)]
- Rosta, J. (2008) *Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany*. Alcohol and Alcoholism 43 (2), 198-203. [[alcalc.oxfordjournals.org](http://alcalc.oxfordjournals.org)]



- Rosta, J. and Aasland, O. G. (2005) *Female Surgeons' Alcohol use. A study of a national sample of Norwegian doctors*. Alcohol and Alcoholism 40, 436-440. **[alcalc.oxfordjournals.org]**
- Rowe, K. and Macleod Clark, J. (2000) *Why nurses smoke: a review of the literature*. International Journal of Nursing Studies 37 (2), 173-181. **[www.ncbi.nlm.nih.gov]**
- Samia B., Basim A., Jalal K. (2003) *Leisure- time physical activity habits among physicians*, Bahrain Medical Bulletin, Vol 25, No 2.
- Sarafino, E.P. (1999) *Health psychology. Biopsychosocial interactions* (3<sup>rd</sup> ed) New York: Wiley
- Teychenne Met all, (2008) *Associations between physical activity and depressive in women*. International journal of behavior nutrition and physical activity.
- Tyler, P.A. and Ellison, R.N. (1994) *Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing*. Journal of Advanced Nursing 19, 469-476. **[www.ncbi.nlm.nih.gov]**
- Willaing, I. and Ladelund, S. (2004) *Smoking Behavior Among Hospital Staff Still Influences Attitudes and Counseling on Smoking*. Nicotine Tobacco Res. 6 (2), 369-375. **[www.ncbi.nlm.nih.gov]**
- Willaing, I., Jørgensen, T. and Iversen, L. (2003) *How does individual smoking behaviour among hospital staff influence their knowledge of the health consequences of smoking?* Scandinavian Journal of public health 31 (2), 149-155. **[www.ncbi.nlm.nih.gov]**
- Willett WC, Sacks F, Trichopoulos A (1995) *Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating*. American Journal of Clinical Nutrition 61:1402-1406 **[www.ncbi.nlm.nih.gov]**

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### A. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άντρας  Γυναίκα

2. Ηλικία:.....

3. Οικογενειακή Κατάσταση: Άγαμος  Έγγαμος  Χήρας

Διαζευγμένος  Σε διάσταση  Άλλο

Έχετε παιδιά; Ναι  Όχι

4. Επίπεδο Εκπαίδευσης: ΔΕ  Πί  Μετ πτυχιακό Διδα ρικό

5. Επάγγελμα: Γιατρός  Οσηλευτής/τρια

6. Τομέας Εργασίας: Παθολογικός  Χειρουργικός  Εργαστηριακός

7. Ποιο από τα παρακάτω ωράρια ακολουθείτε;

Κυκλικό

Πρωινό

Απογευματινό

Βραδινό

Ωρ.Εφημερίας

## **B. ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ**

### **I. ΔΙΑΤΡΟΦΗ**

1. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φαγητό εκτός οικίας;

1-2 φορές την εβδομάδα

2-3 φορές την εβδομάδα

3-5 φορές την εβδομάδα

Καθημερινά

Καμία φορά

2. Πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνετε έτοιμο ή προπαρασκευασμένο φαγητό;

1-2 φορές την εβδομάδα

2-3 φορές την εβδομάδα

3-5 φορές την εβδομάδα

Καθημερινά

Καμία φορά

3. Παίρνετε πρωινό; ΝΑΙ  ΟΧΙ

4. Αν ναι, πόσο συχνά; Κάθε μέρα  Σπάνια  Ποτέ

5. Ποιο από τα γεύματα σας παραλείπετε ευκολότερα; (σημειώστε μέχρι 2 επιλογές)

Πρωινό  Δεκατιανό  Μεσημεριανό  Απογευματινό  Βραδινό

6. Πόσο συχνά καταναλώνετε εβδομαδιαίως τα παρακάτω;

	1-2 ΦΟΡΕΣ	2-3 ΦΟΡΕΣ	3-5 ΦΟΡΕΣ	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ	ΚΑΜΙΑ ΦΟΡΑ
ΚΟΚΚΙΝΟ ΚΡΕΑΣ					
ΑΣΠΡΟ ΚΡΕΑΣ					
ΛΑΧΑΝΙΚΑ					
ΨΩΜΙ					
ΨΑΡΙ					
ΤΥΡΟΚΟΜΙΚΑ- ΓΑΛΑΚΤΟΚΟΜΙΚΑ					
ΑΥΓΟ					
ΦΡΟΥΤΑ-ΧΥΜΟΙ					
ΕΛΑΙΟΛΑΔΟ					
ΟΣΠΡΙΑ					
ΖΥΜΑΡΙΚΑ					
ΓΛΥΚΑ					
ΑΝΑΨΥΚΤΙΚΑ					

7. Επισκέπτεστε το κυλικείο κατά τη διάρκεια της εργασίας σας;

Καθημερινά  Συχνά  Σπάνια  Ποτέ

8. Τι αγοράζετε από το κυλικείο; Καφέ  Τσάι-Πίτες  Χυμός  Άλλα

## II. ΑΘΛΗΣΗ

1. Γυμνάζεστε; ΝΑΙ  ΟΧΙ

2. Αν ΝΑΙ, πόσο συχνά γυμνάζεστε;

1-2 φορές την εβδομάδα

2-3 φορές την εβδομάδα

3-5 φορές την εβδομάδα

Καθημερινά

3. Τι είδους άθληση κάνετε;

Περπάτημα-Τρέξιμο  Μαδικό άθλημα  Γκολφ  Γυμναστική  Άλλο

4. Αν ΟΧΙ, για ποιους λόγους δε γυμνάζεστε;

Επαγγελματικό στρες

Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας;

Επαγγελματική εξουθένωση

Έλλειψη χρόνου

Άλλοι λόγοι

## III. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

1. Είστε: καπνιστής/-τρια  πρώην καπνιστής/-τρια  μη καπνιστής/-τρια

2. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε ημερησίως;

1-10	10-20	20-30	30-40	40 και άνω

3. Σε ποία ηλικία ξεκινήσατε το κάπνισμα;.....

4. Πού καπνίζετε περισσότερο; Σε εξόδους  Σπίτι  Στη εργασία

5. Πόσο συνεπείς είστε ως προς τα νέα μέτρα περί απαγόρευσης του καπνίσματος;

Καθόλου  λίγο  αρκετά  Πάρα πολύ

6. Πόσο συχνά οι ακόλουθοι παράγοντες παίζουν ή έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καπνίζετε;

	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
Επαγγελματικό στρες				
Συγκρούσεις με συναδέλφους				
Επιθετική παρενόχληση				
Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας				
Επαγγελματική εξουθένωση				

7. Έχετε κάνει προσπάθεια να διακόψετε το κάπνισμα; ΝΑΙ  ΟΧΙ

#### IV. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

1. Κάνετε χρήση αλκοόλ; ΝΑΙ  ΟΧΙ

2. Αν ΟΧΙ, κάνατε χρήση αλκοόλ στο παρελθόν; ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν κάνετε χρήση αλκοόλ, παρακαλούμε να μας απαντήσετε στις ακόλουθες ερωτήσεις.

3. Πόσα ποτήρια πίνετε εβδομαδιαίως;

1-2  2-3  4  και άνω

4. Τι ποτό προτιμάτε;.....

5. Πού καταναλώνετε περισσότερο αλκοόλ; Σε εξόδους  Σπίτι  Στη εργασία

6. Πόσο συχνά οι ακόλουθοι παράγοντες παίζουν ή έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην επιλογή σας να καταναλώνετε αλκοόλ;

	ΣΠΑΝΙΑ	ΣΥΧΝΑ	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	ΠΑΝΤΑ
Επαγγελματικό στρες				
Συγκρούσεις με συναδέλφους				
Επιθετική παρενόχληση				
Εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας				
Επαγγελματική εξουθένωση				

#### Γ. ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

1. Κάνετε προληπτικές εξετάσεις; ΝΑΙ  ΟΧΙ

2. Αν ναι, πόσο συχνά κάνετε προληπτικές εξετάσεις;

Κάθε 6 μήνες

Κάθε χρόνο

Κάθε 2 χρόνια

Όταν προκύψει ανάγκη

Σπάνια

3. Ποιες από τις παρακάτω προληπτικές εξετάσεις κάνετε;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης		
Ηλεκτροκαρδιογράφημα		



Μέτρηση χοληστερόλης		
Μέτρηση σακχάρου		
Μέτρηση PSA		
Δακτυλική εξέταση		
Κυτταρολογική εξέταση Παπανικολάου		
Μαστογραφία		
Ψηλάφηση μαστού (από γιατρό)		

Επάγγελμα & κάπνισμα

Crosstab

			Καπνίζετε;			Total
			Είστε: καπνιστής/-τρια	πρώην καπνιστής/-τρια	μη καπνιστής/- τρια	
Επάγγελμα	Γιατρός	Count	31	10	48	89
		Expected Count	37,4	8,5	43,2	89,0
		% within Επάγγελμα	34,8%	11,2%	53,9%	100,0%
		% within Καπνίζετε;	36,9%	52,6%	49,5%	44,5%
		% of Total	15,5%	5,0%	24,0%	44,5%
	Νοσηλεύτης /τρια	Count	53	9	49	111
		Expected Count	46,6	10,5	53,8	111,0

	% within Επάγγελμα	47,7%	8,1%	44,1%	100,0%
	% within Καπνίζετε;	63,1%	47,4%	50,5%	55,5%
	% of Total	26,5%	4,5%	24,5%	55,5%
Total	Count	84	19	97	200
	Expected Count	84,0	19,0	97,0	200,0
	% within Επάγγελμα	42,0%	9,5%	48,5%	100,0%
	% within Καπνίζετε;	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% of Total	42,0%	9,5%	48,5%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,447 <sup>a</sup>	2	,178
Likelihood Ratio	3,468	2	,177
Linear-by-Linear Association	2,813	1	,094
N of Valid Cases	200		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 8,46.