

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



*Τίτλος πτυχιακής εργασίας*

**Ανίχνευση και συγκριτική αποτίμηση συμπεριφορών  
διακινδύνευσης για την υγεία φοιτητών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης:  
η μελέτη ΛΑΤΩ**

**Επόπτης καθηγητής:** Δρ Γεώργιος Κριτσωτάκης

**Φοιτητές:** Καπαρουνάκης Νικόλαος Α.Μ. 6277  
Καρακωνσταντάκης Γεώργιος Α.Μ. 6209  
Κουναλάκης Γεώργιος Α.Μ. 6205

Ηράκλειο 2017



*Sublata causa tollitur effectus*

*Με την παύση των αιτίων αίρονται οι συνέπειες*

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση του παρόντος πονήματος και υπακούοντας σε ανάγκη εσωτερική απευθύνουμε θερμές ευχαριστίες στον Δρ. Κριτσωτάκη Γεώργιο, Επίκουρο Καθηγητή Τμήματος Νοσηλευτικής, επόπτη της πτυχιακής εργασίας για τη βοήθεια που αφειδώς προσέφερε και την αγαστή συνεργασία.

Για την υποστήριξη της οικογένειας εκφράζουμε σεβασμό.  
Για την ενίσχυση των φίλων εκφράζουμε ευγνωμοσύνη.

Αν τα ερευνητικά πορίσματα αποτελέσουν έναυσμα νέων επιστημονικών μελετών, για τους συντάκτες κλέος.

Αν η ανάγνωση της εργασίας ευαισθητοποιήσει πολίτες ακαδημαϊκούς στην κατεύθυνση αλλαγής βλαπτικών συμπεριφορών, για τους συντάκτες άφατη ικανοποίηση.

Αν επιτευχθούν αμφότερα, για τους συντάκτες Δικαίωση.

Ηράκλειο, 2017

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	5
ABSTRACT	7
<b>Α' ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ</b>	
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ	12
1.1 Κατανάλωση αλκοόλ	12
1.2 Διατροφή	16
1.3 Κάπνισμα	19
1.4 Φυσική δραστηριότητα	22
1.5 Ναρκωτικές ουσίες	24
1.6 Στοματική υγιεινή	27
1.7 Έκθεση στον ήλιο	29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ</b>	
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	33
2.1.1 Κατανάλωση αλκοόλ	33
2.1.2 Διατροφή	35
2.1.3 Κάπνισμα	38
2.1.4 Φυσική δραστηριότητα	42
2.1.5 Ναρκωτικές ουσίες	44
2.1.6 Στοματική υγιεινή	46
2.1.7 Έκθεση στον ήλιο	47
2.2 Ομαδοποίηση συμπεριφορών διακινδύνευσης της υγείας	49
2.3 Σκοπός ερευνητικής εργασίας	52
<b>Β' ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ</b>	
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	55
3.1 Εισαγωγή	55
3.2 Περιγραφή ερωτηματολογίου μελέτης	55
3.3 Σκοπός έρευνας και ερευνητική υπόθεση	56
3.4 Πληθυσμός της μελέτης	56
3.5 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	57
3.6 Δεοντολογία και διασφάλιση έρευνας	57
3.7 Ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα μελέτη	58
3.7.1 Κάπνισμα	59
3.7.2 Σωματική δραστηριότητα	59
3.7.3 Συχνότητα κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών	59

3.7.4 Συχνότητα κατανάλωσης πρόχειρου φαγητού	59
3.7.5 Συχνότητα παράλειψης πρωινού γεύματος	60
3.7.6 Συχνότητα ηλιακού εγκαύματος	60
3.7.7 Κατανάλωση οινοπνεύματος	60
3.7.8 Στοματική υγιεινή	60
3.7.9 Χρήση ναρκωτικών ουσιών	61
3.8 Στατιστική ανάλυση	61
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ</b>	
<b>ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ</b>	62
4.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος	62
4.2 Συμπεριφορικοί επιβαρυντικοί για την υγεία παράγοντες: 1 <sup>ο</sup> έτος	64
4.3 Συμπεριφορικοί επιβαρυντικοί για την υγεία παράγοντες: 4 <sup>ο</sup> έτος	67
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ</b>	
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	72
Περιορισμοί της μελέτης	80
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ</b>	
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</b>	82
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	85
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	
<b>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ</b>	95

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ** Η μετάβαση από τη μαθητική στη φοιτητική ζωή σηματοδοτεί για τους νεαρούς ενήλικες περίοδο παγίωσης, διεύρυνσης και απελευθέρωσης των προσωπικών τους επιλογών. Κατά το χρονικό αυτό διάστημα υιοθετούνται ή εμποδώνονται επικίνδυνες υγειονομικές συμπεριφορές σχετιζόμενες με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, τη φτώχη σε θρεπτικά συστατικά διατροφή, την αλόγιστη έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία, τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και την πλημμελή στοματική υγιεινή.

**ΣΚΟΠΟΣ** Στην παρούσα εργασία αξιολογήθηκαν οι συμπεριφορές υγείας των σπουδαστριών Νοσηλευτικής και των σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας Σ.Ε.Υ.Π. Τ.Ε.Ι. Κρήτης με ταυτόχρονη σύγκρισή τους κατά την αρχή και το τέλος των σπουδών τους στο πλαίσιο της μελέτης ΛΑΤΩ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ** Πρόκειται για μελέτη κοόρτης 261 πρωτοετών και 237 τελειόφοιτων σπουδαστριών τμημάτων Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας κατά το χρονικό διάστημα 2012 – 2015. Οι σπουδάστριες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο βασισμένο στις μελέτες HBSC, ESPAD με σκοπό τη διερεύνηση των συμπεριφορών τους στους τομείς της φυσικής δραστηριότητας, της διατροφής, της υπέρμετρης ευκαιριακής κατανάλωσης αλκοόλ, του καπνίσματος, της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, της στοματικής υγιεινής και της έκθεσης στον ήλιο. Οι στατιστικές αναλύσεις και τα μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκαν με το πρόγραμμα SPSS 21.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Οι σπουδάστριες Νοσηλευτικής διαφοροποιούνται θετικά κατά το πρώτο έτος σπουδών από τις ομόλογές τους Κοινωνικής Εργασίας στο θέμα της κατανάλωσης πρόχειρου φαγητού (31,4% έναντι 16,4%) και αρνητικά κατά το τέταρτο έτος σπουδών (4,1% έναντι 15,0%) με στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p=0,018$ ,  $p=0,024$  αντίστοιχα). Ταυτόχρονα διαπιστώνεται η αύξηση των συμπεριφορών διακινδύνευσης των σπουδαστριών Υγείας διαχρονικά στα θέματα της κατανάλωσης πρόχειρου φαγητού (31,4%-4,1%) και χρήσης ναρκωτικών ουσιών (6,6%-23,9%). Τάσεις διαφοροποίησης με χειρότερες επιδόσεις χαρακτηρίζουν τις τεταρτοετείς σπουδάστριες Υγείας έναντι των σπουδαστριών Πρόνοιας στα θέματα της στοματικής υγιεινής (71,1% έναντι 77,1%), της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών (6,2% έναντι 12,1%), και της περιστασιακής κατανάλωσης οινοπνεύματος

(64,9% έναντι 58,6%). Όμως, στα σταθμισμένα πολυπαραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης δεν φάνηκε καμία διαφορά μεταξύ των φοιτητριών Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας στις συμπεριφορές διακινδύνευσης για την υγεία που μελετήθηκαν.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Διαπιστώνονται ελάχιστη έως καθόλου διαφοροποίηση συμπεριφορών διακινδύνευσης της υγείας ανάμεσα στους δύο πληθυσμούς αναφοράς και κατά τις δύο καταγραφές. Προκύπτει ανάγκη σχεδιασμού και υλοποίησης προγραμμάτων προαγωγής της υγείας με σκοπό την προστασία της υγείας και της ευεξίας των σπουδαστριών αλλά και μακροπρόθεσμα του ευρύτερου κοινωνικού σχηματισμού που επηρεάζεται καταλυτικά από τις συμπεριφορές των επαγγελματιών Υγείας.

**ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ:** συμπεριφορές διακινδύνευσης, σπουδάστριες Νοσηλευτικής, σπουδάστριες Κοινωνικής Εργασίας, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών ουσιών, στοματική υγιεινή, φυσική δραστηριότητα, διατροφή, έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία.

## **ABSTRACT**

**BACKGROUND** For young adults transitioning from school student status to university student status signifies a period of establishing, consolidating and expanding their personal choices. During that time, health risk behaviors are adopted or solidified.

**AIM** The present study assesses multiple health risk behaviors of nursing and social work students at the T.E.I. of Crete with a parallel comparison of the results in the context of the LATO study.

**MATERIAL AND METHOD** A cohort study of 261 first year female students and 237 fourth year female students of the Departments of Nursing and Social Work was carried out during 2012-2015. A self-completed questionnaire based on the HBSC and ESPAD studies assessed students' physical activity, diet, alcohol consumption, smoking, illicit drug use, oral health and sun exposure. The statistical tests and logistic regression models were performed using SPSS 21.0.

**RESULTS** The rates of behavioral health risk factors were quite high and in regression analyses adjusted for potential confounders there were no statistically significant differences between the departments in both assessments. Nursing and social work students displayed higher risk of engaging in more behavioral risk factors during their final year of studies regarding delivery/junk food consumption, sunburns, hashish/marijuana use, number of sexual partners and condom use.

**CONCLUSIONS** No significant differences were noted concerning high-risk health behaviors between the two student populations. Furthermore, students demonstrate increase of harmful health habits over time. Nursing students share the patterns of their non-nursing peers in health risk behaviors compromising their future health and their health promoting role. This compromises their future health and their health promoting role and we need immediate action to address it as early as during undergraduate education.

**KEY-WORDS:** Health compromising behaviors, nursing students, social work students, tobacco use, alcohol consumption, illicit drug use, oral health care, physical activity, eating habits, exposure to sun radiation



## **Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η είσοδος των νεαρών ενηλίκων στην Τριτοβάθμια εκπαίδευση συνιστά ορόσημο στη ζωή τους καθώς, ταυτόχρονα με την ανάληψη ποικίλων ακαδημαϊκών καθηκόντων, αρκετοί από αυτούς απομακρύνονται-για πρώτη φορά ίσως-από την οικογενειακή εστία και εγκαθίστανται σε νέα πόλη (Arnett & Hughes 2012). Τα νέα βιώματα των πρωτοετών σπουδαστών περιλαμβάνουν την απελευθέρωση από τον καθημερινό γονεϊκό έλεγχο, την ανάληψη νέων, υπεύθυνων ρόλων τόσο σε ακαδημαϊκό όσο και σε προσωπικό επίπεδο καθώς και την προσπάθεια κοινωνικοποίησης στο νέο περιβάλλον. Οι νέες συνθήκες και τα δεδομένα που τις απαρτίζουν επιδρούν καταλυτικά στην ψυχοσύνθεση και την προσωπικότητα των ακαδημαϊκών πολιτών, καλλιεργώντας αισθήματα ενθουσιασμού και αισιοδοξίας (Arnett 2000).

Ταυτόχρονα όμως, οι συνθήκες του νέου περιβάλλοντος και η προσπάθεια των σπουδαστών να αντεπεξέλθουν σε αυτές αποτελούν στρεσογόνο εμπειρία (Von Ah et al. 2004). Οι σύνθετες και απαιτητικές κάποτε πανεπιστημιακές υποχρεώσεις, η πολυπλοκότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και η προσπάθεια ένταξης στο κοινωνικό σύνολο με επιτυχία φορτίζουν συναισθηματικά τους νεαρούς ενήλικες και συχνά οδηγούν στην υιοθέτηση ή στην εδραίωση συμπεριφορών υψηλού υγειονομικού κινδύνου (Ιντζικιώτου, Αβραάμ & Ιωαννίδου 2009). Κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ, αποχή από φυσικές δραστηριότητες και καθιστική ζωή, χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών, κατανάλωση πρόχειρου φαγητού και υιοθέτηση επικίνδυνων σεξουαλικών πρακτικών αποτελούν μερικές ανησυχητικές εκφάνσεις της καθημερινότητας των σπουδαστών και σπουδαστριών· αυτές οι συμπεριφορές διακινδύνευσης απαντούν στο φοιτητικό πληθυσμό είτε μεμονωμένα είτε συνδυαστικά, ως στοιχεία δηλαδή ενός ευρύτερου συμπλέγματος συμπεριφορών που χαρακτηρίζονται από επικινδυνότητα. Το φαινόμενο είναι διεθνές και υποστηρίζεται από πολυάριθμες μελέτες, αν και σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρούνται αποκλίσεις κατά φύλο ως προς την υιοθέτηση των παραπάνω πρακτικών (Stock, Wille & Kramer 2001, Keller et al. 2008, Stock et al. 2009).

Η παραπάνω διαπίστωση κίνησε το ενδιαφέρον των σύγχρονων μελετητών των επιστημών Υγείας που επιχειρούν να κατανοήσουν τις εκδηλώσεις συμπεριφορών υψηλού υγειονομικού κινδύνου, να προσδιορίσουν λοιπόν τα

στοιχεία που χαρακτηρίζουν και τις σχέσεις που συνέχουν συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ ή ο εθισμός σε εξαρτησιογόνες ουσίες τα οποία φαίνεται να υιοθετούνται από άτομα με κοινά χαρακτηριστικά (Hofstetter 2014). Τα αποτελέσματα των ερευνών είναι δηλωτικά και αποτυπώνονται στην πλούσια, διεθνή βιβλιογραφία. Προσπερνώντας τους προσωπικούς, κοινωνικούς και τους σχετιζόμενους με τις ακαδημαϊκές επιδόσεις παράγοντες, το φύλο φαίνεται να διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στην υιοθέτηση συγκεκριμένων πρακτικών· οι άνδρες εμφανίζουν συχνότερα προβλήματα με την κατάχρηση αλκοόλ και την αποχή από τις φυσικές δραστηριότητες (Saewyc et al. 1998, Von Bothmer & Fridlund 2005, Stock et al. 2009, Wicki, Kuntsche & Gmel 2010) καθώς και με τα ναρκωτικά (El Ansari et al. 2011), ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (Stock, Wille & Kramer 2001, Wu, Rose & Bancroft 2006) και έλλειψη επαρκούς ανάπαυσης (El Ansari et al. 2011). Παρά το γεγονός ότι αρκετές έρευνες στο διεθνή χώρο παρουσιάζουν διαφορετικά αποτελέσματα ως προς το συσχετισμό των βλαπτικών συμπεριφορών με το φύλο, ωστόσο αναγνωρίζουν το φαινόμενο της ομαδοποίησης επιμέρους συμπεριφορών, όπως τη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών με την υιοθέτηση επικίνδυνων σεξουαλικών πρακτικών (Jackson, Sweeting & Haw 2012) αλλά και την κατανάλωση αλκοόλ με το κάπνισμα (Rabanales Sotos et al. 2015, Noble et al. 2015).

Οι σπουδαστές Επιστημών Υγείας δε φαίνεται να εξαιρούνται από την υιοθέτηση ανάλογων συμπεριφορών· αξιοσημείωτη είναι η εκδήλωση βλαπτικών συμπεριφορών από φοιτητές τμημάτων Νοσηλευτικής σε βαθμό μεγαλύτερο από άλλους φοιτητές υγειονομικού και μη υγειονομικού προσανατολισμού κυρίως ως προς το κάπνισμα, τα χαμηλά ποσοστά φυσικής δραστηριότητας και την αναποτελεσματική διαχείριση του άγχους, όπως προκύπτει από μελέτες (Choi 2002, Patkar et al. 2003 Ficarra et al. 2011). Το φαινόμενο αυτό εδράζεται ασφαλώς σε πεποιθήσεις και συμπεριφορές λιγότερο ή περισσότερο επωφελείς που υιοθετήθηκαν στην εφηβεία (Von Ah et al 2004, Wu, Rose & Bancroft 2006, Smpokos et al. 2014), παγιώνεται όμως και επιτείνεται κατά τη διάρκεια των ακαδημαϊκών σπουδών. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι μικρό μόνο ποσοστό του φοιτητικού πληθυσμού του Τ.Ε.Ι. Κρήτης δεν επιδεικνύει απολύτως καμία επικίνδυνη συμπεριφορά υγείας (Kritsotakis et al. 2015, Kritsotakis et al. 2016).

Με αφετηρία τις παραπάνω διαπιστώσεις η παρούσα πτυχιακή εργασία φιλοδοξεί να προσπελάσει το ενδιαφέρον ερευνητικό ζήτημα της συγκριτικής αποτίμησης συμπεριφορών υγείας σπουδαστών διαφορετικού προσανατολισμού, όπως αυτές αποτυπώθηκαν στο πλαίσιο της έρευνας ΛΑΤΩ που διενεργείται στο Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Πληθυσμούς αναφοράς αποτελούν οι σπουδάστριες τμήματος Νοσηλευτικής και Κοινωνικών Εργασίας, τα ερωτηματολόγια των οποίων θα εκτιμηθούν και θα συνεκτιμηθούν προκειμένου να προσδιοριστούν υγειονομικά επικίνδυνες συμπεριφορές και να ανιχνευθούν τυχόν διαφορές ανάμεσα στους δύο τομείς σπουδών.

Στο Πρώτο Κεφάλαιο μελετώνται επτά διαφορετικές συμπεριφορές υψηλού κινδύνου μεταξύ των οποίων είναι η διατροφή, το κάπνισμα, η σωματική άσκηση, η κατανάλωση αλκοόλ, η χρήση ναρκωτικών ουσιών, ο αριθμός των εγκαυμάτων από έκθεση στην υπεριώδη ηλιακή ακτινοβολία και η στοματική υγιεινή. Πιο συγκεκριμένα, καταβάλλεται προσπάθεια να προσδιοριστεί επαρκώς το περιεχόμενό τους ενώ το κεφάλαιο συμπληρώνεται με την παράθεση αιτιολογικών παραγόντων, συνεπειών και επιδημιολογικών στοιχείων, τόσο εθνικών όσο και διεθνών, που θα επιτρέψουν στον αναγνώστη το σχηματισμό εναργούς εικόνας για το θέμα που κατά περίπτωση αναλύεται.

Στο Δεύτερο Κεφάλαιο πραγματοποιείται ανασκόπηση της διαθέσιμης επιστημονικής βιβλιογραφίας αναφορικά με το θέμα της σύγκρισης σπουδαστών υγειονομικού και μη υγειονομικού προσανατολισμού με άξονα τις ως άνω συμπεριφορές υγείας· ταυτόχρονα προσεγγίζεται το φαινόμενο της ομαδοποίησης επικίνδυνων συμπεριφορών υγείας και διερμηνεύεται ο σκοπός της παρούσας ερευνητικής εργασίας.

Στο Τρίτο Κεφάλαιο αναφέρονται τα σχετικά με τη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στοιχεία και στο Τέταρτο Κεφάλαιο ο αναγνώστης θα βρει συγκεντρωμένα τα ερευνητικά αποτελέσματα.

Η συζήτηση, η ερμηνεία και η ανάλυση των αποτελεσμάτων αποτελούν θεματική του Πέμπτου Κεφαλαίου ενώ στο Έκτο Κεφάλαιο αναπτύσσονται τα συμπεράσματα και οι σχετικές προτάσεις. Η μελέτη συμπληρώνεται με την παράθεση της βιβλιογραφίας και του παραρτήματος όπου παρουσιάζεται το ερωτηματολόγιο της έρευνας.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ**

### **ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΩΝ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: Η ΔΙΕΘΝΗΣ ΚΑΙ Η ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

#### **1.1 Κατανάλωση αλκοόλ**

Η παρασκευή και η κατανάλωση αλκοολούχων ποτών συνιστούν διαχρονική πρακτική, στενά συνυφασμένη με το πολιτισμικό υπόβαθρο της πλειονότητας των ανθρωπίνων κοινωνιών ανεξαρτήτως γεωγραφικής τοποθέτησης (W.H.O. 2014). Στη σύγχρονη εποχή η χρήση αλκοολούχων προϊόντων θεωρείται αποδεκτή κοινωνική πρακτική αν και είναι γνωστό ότι το αλκοόλ συγκαταλέγεται στις εθιστικές ουσίες και μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια εξάρτηση. Χαρακτηριστικό είναι ότι, μαζί με τον παιδικό υποσιτισμό, τις επισφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, την υψηλή αρτηριακή πίεση και την κατανάλωση μολυσματικού νερού, το αλκοόλ ευθύνεται για το ένα τέταρτο του συνολικού αριθμού θανάτων παγκοσμίως, ενώ ως μεμονωμένη συνήθεια προκαλεί το 5% του συνολικού φορτίου νόσων ανά τον κόσμο (W.H.O. 2009). Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το 6-7% των συνολικών θανάτων που επισυμβαίνουν στις ανεπτυγμένες χώρες μπορεί να αποδοθεί με βεβαιότητα στη συνδυασμένη δράση αλκοόλ, παχυσαρκίας και υπέρτασης (W.H.O. 2009). Ως αποκλειστικό αίτιο το αλκοόλ ευθύνεται, σύμφωνα πάντα με τις εκτιμήσεις του ίδιου Διεθνούς Οργανισμού, για το 20% των θανάτων που προκαλούνται από τροχαία δυστυχήματα, για το 30% των περιπτώσεων νεοπλασιών οισοφάγου και ήπατος αλλά και για την εκδήλωση επιληψίας και για την πρόκληση ανθρωποκτονιών καθώς και για το 50% των περιπτώσεων εκδήλωσης κίρρωσης του ήπατος (W.H.O. 2009).

Διεθνώς, η κατανάλωση σχετικών προϊόντων είναι υψηλή σε συγκεκριμένες χώρες της Αφρικής, στις αναπτυσσόμενες οικονομίες της αμερικανικής ηπείρου και ιδίως στη Λατινική Αμερική όπου προκαλεί έναν στους δώδεκα θανάτους αλλά και σε ορισμένες ανεπτυγμένες χώρες· αντίθετα, χαμηλά παρουσιάζονται τα ποσοστά κατανάλωσης στις χώρες της ανατολικής Μεσογείου και σε συγκεκριμένα αφρικανικά κράτη (W.H.O. 2009). Στον ευρωπαϊκό χώρο, πρωταγωνιστικό ρόλο στην κατανάλωση αλκοόλ διαδραματίζουν οι χώρες της ανατολικής Ευρώπης όπου καταναλώνεται, σύμφωνα με μελέτες, 2,5 φορές περισσότερο αλκοόλ ετησίως συγκριτικά με τα διεθνή επίπεδα που κυμαίνονται σε 6,2 λίτρα ετησίως· απόρροια

της κατάστασης αυτής είναι η καταγραφή υψηλών ποσοστών ανθρώπινων απωλειών σχετιζόμενων με τη συγκεκριμένη πρακτική που υπολογίζονται σε έναν ανά δέκα θανάτους (W.H.O. 2009). Περισσότερο διαδεδομένα είναι κατά σειρά τα βαριά αλκοολούχα ποτά, η μπίρα και το κρασί (W.H.O. 2014) ενώ ιδιαίτερα ευάλωτοι στη συνήθεια αποδεικνύονται οι άνδρες καθώς το 6% των θανάτων ανδρών παγκοσμίως αποδίδεται σε αυτή, συγκριτικά με το αντίστοιχο 1,1% που αφορά στις γυναίκες (W.H.O. 2009). Στον ελληνικό χώρο η μέση ετήσια κατανάλωση αλκοόλ κατά το χρονικό διάστημα 2003-2005 ήταν 9 λίτρα ενώ στην τριετία 2008-2010 παρατηρήθηκε μικρή μείωση με μέση ετήσια κατανάλωση 8,3 λίτρα (W.H.O. 2014). Από το σύνολο των αλκοολούχων προϊόντων που καταναλώνονται στη χώρα η πλειοψηφία αφορά στο κρασί (47%) ενώ ακολουθούν η μπίρα (28%) και τα βαριά οινοπνευματώδη ποτά (24%) (W.H.O. 2014). Κατά το έτος 2010 από το συνολικό αριθμό κρουσμάτων βαριάς επεισοδιακής μέθης η πλειονότητα αφορούσε άνδρες σε ποσοστό 47,6% και σε μικρότερο βαθμό γυναίκες σε ποσοστό 22,8%, ενώ την ίδια χρονιά εξάρτηση από το αλκοόλ ανέφερε το 4,2% του συνολικού ανδρικού πληθυσμού και το 1,3% του συνολικού γυναικείου πληθυσμού (W.H.O. 2014). Τα παραπάνω στοιχεία καθίστανται περισσότερο εύληπτα με την παράθεση σχετικών υγειονομικών δεδομένων: από το σύνολο των διαγνωσμένων ασθενών με κίρρωση του ήπατος το 2012, το αλκοόλ αποτελούσε αιτιολογικό παράγοντα για το 64,1% των περιπτώσεων εκδήλωσης σε άνδρες και αντίστοιχα για το 63,6% των περιπτώσεων εκδήλωσης σε γυναίκες ενώ ο χειρισμός οχημάτων υπό την επήρεια μέθης οδήγησε σε τροχαία δυστυχήματα τόσο άνδρες, σε ποσοστό 18,4%, όσο και γυναίκες, σε ποσοστό 7,3% (W.H.O. 2014).

Τα αίτια που οδηγούν τα άτομα στην κατανάλωση αλκοολούχων προϊόντων και συχνά στην εξάρτηση από αυτά είναι ποικίλα. Περιλαμβάνουν την ανώτερη κοινωνικο-οικονομική προέλευση, παρόλο που στις ανεπτυγμένες κοινωνίες το περιορισμένο εισόδημα και η κατάταξη χαμηλά στην κοινωνική ιεραρχία διασυνδέονται με προβλήματα αλκοολισμού, την νεαρή ηλικία, το φύλο με τους άνδρες να κατέχουν τα πρωτεία αν και παρατηρείται διεθνώς σταδιακή αύξηση του ποσοστού των γυναικών καταναλωτών, καθώς και το οικογενειακό ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ (W.H.O. 2014). Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθούν οι ψυχικές διαταραχές, το άγχος και η ανασφάλεια που δημιουργούνται σε συνθήκες

παγκόσμιας οικονομικής κρίσης αλλά και τα πρότυπα που επικρατούν στις σύγχρονες κοινωνίες. Σε κάθε περίπτωση, το πρόβλημα επιτείνεται από την εκάστοτε εθνική κουλτούρα αλλά και από τις εφαρμοζόμενες εθνικές πολιτικές στους τομείς της υγείας και της οικονομίας (W.H.O. 2014).

Παρόλο που η επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει την ήπια κατανάλωση αλκοόλ ως προστατευτικό παράγοντα έναντι της εκδήλωσης καρδιαγγειακών επεισοδίων (W.H.O. 2009), η ποσότητα του προϊόντος που καταναλώνεται, η ποιότητά του και το είδος της κατανάλωσης που κατά περίπτωση εφαρμόζεται- συστηματική ή περιστασιακή με οξεία μέθη-καθιστούν το αλκοόλ επιζήμιο παράγοντα διακινδύνευσης της ανθρώπινης υγείας (W.H.O. 2014) καθώς υπολογίζεται ότι προκαλεί πάνω από εξήντα διαφορετικά είδη ασθενειών (W.H.O. 2009). Οι μηχανισμοί δράσης του αλκοόλ είναι πολυσύνθετοι και περιλαμβάνουν την τοξικότητα οργάνων και ιστών, την αλλοίωση της αντίληψης και της συμπεριφοράς και τέλος την εξάρτηση (W.H.O. 2014). Πιο συγκεκριμένα, στα απότοκα της κατάχρησης αλκοολούχων προϊόντων συμπεριλαμβάνονται νευροψυχιατρικές νόσοι όπως η επιληψία και η κατάθλιψη, η κίρρωση του ήπατος, οι νεοπλασίες στόματος, φάρυγγα, λάρυγγα, οισοφάγου, εντέρου, παγκρέατος και μαστού, τα καρδιαγγειακά νοσήματα-υπολογίζεται ότι μεταξύ άλλων αιτιών το αλκοόλ ευθύνεται για το 61% των περιπτώσεων καρδιαγγειακών νόσων-καθώς και η εκδήλωση συνδρόμου εμβρυικού αλκοολισμού· επιπρόσθετα, αναγνωρίζεται η συνέργεια του αλκοόλ στην τέλεση ανθρωποκτονιών ή αυτοκτονιών, στην εφαρμογή επισφαλών σεξουαλικών πρακτικών που οδηγούν στην εκδήλωση σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων αλλά και στην αποδυνάμωση του ανοσοποιητικού συστήματος, καθιστώντας ευάλωτο κατ' αυτόν τον τρόπο τον ανθρώπινο οργανισμό σε λοιμώξεις όπως η πνευμονία και η φυματίωση (W.H.O. 2014).

Παράλληλα με τις επιπτώσεις στην ανθρώπινη υγεία οι συνέπειες από την κατάχρηση αλκοόλ επεκτείνονται και στον ευρύτερο κοινωνικό σχηματισμό. Αυτές διακρίνονται σε άμεσες, όπως το οικονομικό κόστος από την περίθαλψη, την ανακούφιση και την αποκατάσταση των πασχόντων από ασθένειες ή συμβάντα που σχετίζονται με τη χρήση αλκοόλ και σε έμμεσες, που περιλαμβάνουν το οικονομικό κόστος από την πρόωμη συνταξιοδότηση, την παροχή επιδομάτων λόγω

ανικανότητας άσκησης εργασίας και την ανεργία (W.H.O. 2014). Ενδεικτικό είναι ότι το έτος 2003 στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης δαπανήθηκαν για τους παραπάνω σκοπούς 125 δισεκατομμύρια €, ενώ στην Αμερική το έτος 2006 απαιτήθηκαν 233,5 δισεκατομμύρια \$ για την κάλυψη του σχετικού οικονομικού κόστους (W.H.O. 2014). Και αν για τις παραπάνω περιπτώσεις μπορούν να γίνουν εκτιμήσεις οικονομικής φύσης, οι επιπτώσεις στην ψυχολογία του ατόμου λόγω χρόνιου πόνου και κακής ποιότητας ζωής αλλά και στις οικογενειακές δομές δεν είναι δυνατόν να αποτιμηθούν, χωρίς ωστόσο αυτό να τις καθιστά λιγότερο σημαντικές.

Η αναγνώριση της ζημιογόνου δράσης του αλκοόλ και η διαβρωτική επίδρασή του τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο επέδρασε στη δραστηριοποίηση εθνικών κυβερνήσεων και υπερεθνικών οργανισμών σε μια προσπάθεια ανάσχεσης των επιβλαβών συνεπειών (W.H.O. 2014). Με δεδομένο ότι η εξάλειψη αυτού του παράγοντα θα συντελέσει στην επέκταση του προσδόκιμου ορίου ζωής κατά πέντε έτη (W.H.O. 2009) αλλά και ότι αν δε ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα η κατανάλωση αναμένεται να αυξηθεί δραματικά έως το 2025 (W.H.O. 2014), πραγματοποιούνται προσπάθειες διεθνώς για την αναδιαμόρφωση της σχετικής νομοθεσίας, την επένδυση κονδυλίων στη δόμηση προγραμμάτων ενημέρωσης και Αγωγής Υγείας, την αύξηση φόρων στα αλκοολούχα προϊόντα, την αύξηση του προβλεπόμενου ορίου ηλικίας για δυνατότητα αγοράς και κατανάλωσης αλκοόλ, την απαγόρευση διαφήμισης ανάλογων προϊόντων καθώς και τη δημιουργία εθνικών και διεθνών επιτροπών εποπτείας, με σκοπό την παρακολούθηση, καταγραφή και ερμηνεία των δεδομένων κατανάλωσης ανά χώρα (W.H.O. 2014). Στον ελληνικό χώρο η νομοθεσία κινητοποιήθηκε στην κατεύθυνση επιβολής φόρων σε συγκεκριμένα αλκοολούχα σκευάσματα-μπύρα και βαριά αλκοολούχα ποτά-και στην καθιέρωση του 18<sup>ου</sup> έτους ηλικίας ως κατώτατου ηλικιακού ορίου για κατανάλωση (W.H.O. 2014). Ωστόσο οι συνολικές προσπάθειες δεν είναι πλήρεις στο βαθμό που δεν επιβάλλονται περιορισμοί στην εμπορική διαφήμιση αλκοολούχων προϊόντων ή στη δυνατότητα ανάλογων εταιρειών να αποτελούν χορηγούς εκδηλώσεων, ενώ τέλος δεν υπάρχουν προειδοποιητικές οδηγίες στις συσκευασίες των προϊόντων (W.H.O. 2014).



## 1.2 Διατροφή

Η ενασχόληση με το ζήτημα της διατροφής ως παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε παθολογικές καταστάσεις αποκαλύπτει τους πολυποίκιλους τρόπους με τους οποίους επιδρά στον ανθρώπινο οργανισμό και τον διαμορφώνει. Υπό το πρίσμα αυτής της διαπίστωσης τα σχετιζόμενα με τη διατροφή προβλήματα υπάγονται σε ένα ευρύ και ετερόκλητο φάσμα που περιλαμβάνει ακραίες καταστάσεις, από την απίσχναση του σώματος, την ατελή βιολογική ανάπτυξη, τα προβλήματα από την έλλειψη συγκεκριμένων θρεπτικών συστατικών μέχρι και την παχυσαρκία (I.F.P.R.I. 2015-α). Αποτελεί παράδοξο γεγονός η εκδήλωση ανάλογων καταστάσεων όχι μόνο στις υποανάπτυκτες ή αναπτυσσόμενες χώρες αλλά και στις ήδη ανεπτυγμένες, όπου η διαθεσιμότητα τροφίμων είναι επαρκής και η πρόσβαση σε ενημερωτικά ερευνητικά πορίσματα ευχερής. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η παχυσαρκία ευθύνεται για το 5% των θανάτων παγκοσμίως υπό τη συνισταμένη επίδραση του καπνίσματος, της αρτηριακής υπέρτασης, της υψηλής συγκέντρωσης γλυκόζης στην αιματική κυκλοφορία και τη μειωμένη φυσική δραστηριότητα (W.H.O. 2009). Ο ίδιος Διεθνής Οργανισμός εκτιμά ότι το 2005 πάνω από ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι ανά τον κόσμο πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να χαρακτηριστούν υπέρβαροι (Δείκτης Μάζας Σώματος  $\geq 25$ ) και πάνω από 300 εκατομμύρια θεωρούνταν παχύσαρκοι (Δείκτης Μάζας Σώματος  $\geq 30$ )· τα παραπάνω αριθμητικά δεδομένα διαρκώς μεγεθύνονται ως αποτέλεσμα κακών διατροφικών επιλογών και αποχής από φυσικές δραστηριότητες, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των περιπτώσεων προέρχεται από την Αμερική, την Ευρώπη και την ανατολική Μεσόγειο (W.H.O. 2009). Κατ' αυτόν τον τρόπο δε φαίνεται παράδοξο το γεγονός ότι η παχυσαρκία αποτελεί κύριο παράγοντα πρόκλησης θανάτων παγκοσμίως, υποσκελίζοντας στον τομέα αυτό το φαινόμενο του υποσιτισμού (W.H.O. 2009).

Στις ανεπτυγμένες χώρες το 61% των θανάτων που προκύπτουν ως αποτέλεσμα καρδιαγγειακών επεισοδίων αποδίδεται στην υπερχοληστερολαιμία, τον υψηλό Δείκτη Μάζας Σώματος και την περιορισμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών· στον αντίποδα, οι υποανάπτυκτες και οι αναπτυσσόμενες χώρες κατέγραψαν το έτος 2004 10,4 εκατομμύρια θανάτους παιδιών εκ των οποίων το 39% αποδίδεται στον υποσιτισμό, την ελλιπή εφαρμογή της πρακτικής του

μητρικού θηλασμού καθώς και στην έλλειψη απαραίτητων για τον ανθρώπινο οργανισμό μικροστοιχείων όπως ο σίδηρος, η βιταμίνη Α και ο ψευδάργυρος (W.H.O. 2009). Την ίδια χρονιά, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, 112 εκατομμύρια παιδιά κάτω των 5 ετών ήταν λιποβαρή στις αναπτυσσόμενες χώρες με αποτέλεσμα να εκτίθενται στον κίνδυνο προσβολής από σοβαρές και εν δυνάμει θανατηφόρες λοιμώξεις (W.H.O. 2009). Το φύλο δε φαίνεται να διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο στην εκδήλωση προβλημάτων υγείας ως απόρροια της διατροφής αφού άνδρες και γυναίκες επηρεάζονται εξίσου· αντίθετα, η κουλτούρα κάθε εθνικού πολιτισμού, το γεωγραφικό υπόβαθρο και ο βαθμός οικονομικής ανάπτυξης αποτελούν καίριους παράγοντες για σχετιζόμενες με τη διατροφή πρακτικές, όπως η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (W.H.O. 2009).

Στον ελληνικό χώρο τα ποσοστά παχυσαρκίας για τους άνδρες το έτος 2010 ανέρχονταν στο 20% και για τις γυναίκες στο 22,6%· τέσσερα χρόνια αργότερα τα ποσοστά αναπροσαρμόστηκαν αυξητικά στο 21,9% για τους άνδρες και στο 23,8% για τις γυναίκες ενώ το ίδιο έτος οι υπέρβαρες γυναίκες συνιστούν το 55% του πληθυσμού και οι υπέρβαροι άνδρες το 66% (I.F.P.R.I. 2015-α, 2015-β). Τα δυσοίωνα αυτά στοιχεία συμπληρώνονται από αντίστοιχα ανησυχητικά υγειονομικά δεδομένα: το 2008 υψηλή αρτηριακή πίεση παρουσίαζε το 39% των ανδρών και το 33% των γυναικών, υψηλή συγκέντρωση γλυκόζης στην αιματική κυκλοφορία ανέφερε το 10% των ανδρών και το 8% των γυναικών αντίστοιχα, ενώ η υπερχοληστερολαιμία ταλάνιζε περίπου ανάλογα τα δύο φύλα, με τους άνδρες να ανέρχονται σε ποσοστό 50% και τις γυναίκες σε ποσοστό 46% (I.F.P.R.I. 2015-β). Η μελέτη των παραπάνω στοιχείων διερμηνεύει ίσως της αύξηση της επιχορήγησης του τομέα Υγείας και Πρόνοιας στην Ελλάδα από το 2,1% του κρατικού προϋπολογισμού το 1990 στο 10,8% το 2012 (I.F.P.R.I. 2015-β) όχι στην κατεύθυνση πρόληψης της ασθένειας και προαγωγής της υγείας αλλά μάλλον στην κατεύθυνση ανακούφισης και αποκατάστασης ασθενών που πάσχουν από προβλήματα σχετιζόμενα με τις διατροφικές επιλογές. Εξάλλου, για τη θεραπεία της παχυσαρκίας και των συνοδών προβλημάτων της τα Εθνικά Συστήματα Υγείας στην Ευρώπη αναλώνουν το 2%-4% του συνολικού προϋπολογισμού για την υγεία ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το ποσοστό αυτό κυμαίνεται από 5%-20% (I.F.P.R.I. 2015-α).

Οι επιπτώσεις από την υιοθέτηση εσφαλμένων διατροφικών συνηθειών καλύπτουν ευρύ φάσμα νόσων που κυμαίνονται από οξείες, επεισοδικές εκδηλώσεις φαινομένων έως και την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων. Η υψηλή αρτηριακή πίεση-αποτέλεσμα αυξημένης πρόσληψης άλατος και κατανάλωσης αλκοόλ-προκαλεί σοβαρές αλλοιώσεις στη δομή και τη λειτουργία των αρτηριών, οδηγώντας στην εκδήλωση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, καρδιαγγειακών νόσων και νεφρικής ανεπάρκειας (W. H. O. 2009). Παράλληλα, η υψηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπών οδηγεί στην ανάπτυξη υπερχοληστερολαιμίας και σε σύμφυτες με αυτήν παθολογικές καταστάσεις ενώ η διατροφή που ευνοεί την αυξημένη συγκέντρωση γλυκόζης στην αιματική κυκλοφορία προκαλεί κατ' έτος 6% των θανάτων παγκοσμίως από επιπλοκές που αποδίδονται σε αυτήν (W. H. O. 2009). Συμπληρωματικά, το αυξημένο σωματικό βάρος σχετίζεται με την εκδήλωση καρδιαγγειακών νοσημάτων, ισχαιμικών αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων, οστεοαρθρίτιδας αλλά και με την ανάπτυξη νεοπλασιών μαστού, προστάτη και εντέρου· τέλος, η επαρκής καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών θα δρούσε προστατευτικά, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, αποτρέποντας την εμφάνιση νεοπλασιών του γαστρεντερολογικού συστήματος σε ποσοστό 14,0%, την εκδήλωση ισχαιμικών καρδιαγγειακών επεισοδίων κατά 11% και την εκδήλωση αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων κατά 9,0% (W. H. O. 2009).

Η πραγμάτευση του ζητήματος της διατροφής υπογραμμίζει την ανάγκη άμεσης δραστηριοποίησης για την ανάσχεση υπαρκτού προβλήματος. Στην κατεύθυνση αυτή θα πρέπει να αναδιαμορφωθούν σε εθνικά πλαίσια τα οικονομικά και κοινωνικά δεδομένα για επίτευξη βελτιωμένης διατροφής, να υπάρξει αποφασιστικός στρατηγικός σχεδιασμός με χάραξη διεθνών και εθνικών πολιτικών αλλά και να διατεθούν επαρκή κονδύλια για έρευνες και εφαρμογή των πορισμάτων αυτών προκειμένου μέχρι το 2030 να έχει περιοριστεί σε σημαντικό βαθμό το σύνολο των προβλημάτων με διατροφικό υπόβαθρο (I.F.P.R.I. 2015-α).

Η επίτευξη επαρκούς και ισορροπημένης διατροφής συνιστά αντικειμενικό δείκτη ουσιαστικής κατοχύρωσης των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και έμπρακτη απόδειξη του περιορισμού των ανισοτήτων σε παγκόσμιο επίπεδο. Πράγματι, η εξασφάλισή της επιτρέπει στα άτομα να είναι δημιουργικά πραγματώνοντας τις κλίσεις και τις δυνατότητές τους, επιτυγχάνεται διάσπαση του επαναλαμβανόμενου

κύκλου ανέχειας και στέρησης και εξασφαλίζεται ευημερία όχι μόνο για τα μεμονωμένα άτομα ή τις οικογένειές τους αλλά και για τα ευρύτερα κοινωνικά μορφώματα στα οποία αυτοί υπάγονται (I.F.P.R.I. 2015-α).

### **1.3 Κάπνισμα**

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας το κάπνισμα αποτελεί την κύρια συμπεριφορά διακινδύνευσης της υγείας διεθνώς (W.H.O. 2012) ενώ παράλληλα συμπεριλαμβάνεται στους πέντε παράγοντες που σχετίζονται με την άνοδο των ποσοστών θνησιμότητας παγκοσμίως μαζί με την υψηλή αρτηριακή πίεση, την υψηλή συγκέντρωση γλυκόζης στο αίμα, την καθιστική ζωή και την παχυσαρκία (W.H.O. 2009). Το μέγεθος του προβλήματος που συνιστά η καπνιστική συνήθεια γίνεται περισσότερο εύληπτο μέσα από την παράθεση σχετικών επιδημιολογικών τεκμηρίων: υπολογίζεται ότι από το 2004 και έπειτα οι ετήσιες απώλειες ανθρώπινου δυναμικού παγκοσμίως ανέρχονται σε 5,1 εκατομμύρια (W.H.O. 2009, 2012)-δεδομένο που μεταφράζεται πρακτικά σε ένα θάνατο ανά έξι δευτερόλεπτα (W.H.O. 2012)-ενώ σε αυτούς θα πρέπει να προστεθούν επιπλέον 600.000 θάνατοι ως συνέπεια του παθητικού καπνίσματος (W.H.O. 2012). Οι προβλέψεις για το άμεσο μέλλον κάθε άλλο παρά ευοίωνες είναι καθώς η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας υπολογίζει σε οκτώ εκατομμύρια το σύνολο των απωλειών, αριθμό σημαντικά μεγαλύτερο από την αντίστοιχη απώλεια που προκαλείται από τη συνδυασμένη δράση φυματίωσης, ελονοσίας και συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (A.I.D.S.) σε όλο τον κόσμο (W.H.O. 2012).

Σε διεθνές επίπεδο, η χρήση καπνιστικών προϊόντων αποτελεί την κύρια αιτία εκδήλωσης νόσου ή πρόκλησης θανάτου στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες όπου τα ποσοστά επί του συνόλου των απωλειών υπολογίζονται σε 18% και 11% αντίστοιχα (W.H.O. 2009). Παρά τις συστηματικές προσπάθειες που καταβάλλονται τόσο από Διεθνείς Οργανισμούς όσο και από εθνικές κυβερνήσεις κρατών στην κατεύθυνση της μείωσης του αριθμού των καπνιστών, τα ποσοστά των τελευταίων μειώνονται με βραδείς ρυθμούς στις ανεπτυγμένες χώρες αλλά αυξάνονται στις υπό ανάπτυξη χώρες (W.H.O. 2009), όπου καπνιστές είναι στη συντριπτική πλειοψηφία οι άνδρες (W.H.O. 2012). Παράλληλα, εκτιμάται ότι, παρά την εντατικοποίηση από τους αρμόδιους φορείς

των προσπαθειών ανάσχεσης της συνήθειας του καπνίσματος, τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν στη θνησιμότητα των χωρών αυτών θα είναι αυξημένα για τουλάχιστον δύο ακόμα δεκαετίες λόγω των μακροπρόθεσμων επιπτώσεων της επιβλαβούς συνήθειας στον ανθρώπινο οργανισμό (W.H.O. 2009).

Στον ευρωπαϊκό χώρο το 25% του συνολικού αριθμού θανάτων του ανδρικού πληθυσμού αποδίδεται στις επιπτώσεις του καπνίσματος ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για το γυναικείο πληθυσμό εκτιμάται σε 7% (W.H.O. 2012). Πιο συγκεκριμένα, στην Ελλάδα το 2010 το 56% των ανδρών και το 34% των γυναικών πληρούσαν τις προϋποθέσεις για να χαρακτηριστούν καπνιστές· η υψηλότερη επίπτωση καπνίσματος παρατηρήθηκε στην ηλικιακή ομάδα των 40-54 ετών όσον αφορά στους άνδρες και αντίστοιχα στην ηλικιακή ομάδα των 25-39 ετών όσον αφορά στις γυναίκες (W.H.O. 2015). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας διαπιστώνει τάση περιστολής του καπνίσματος στη χώρα η οποία, αν συνεχιστεί, το έτος 2025 θα αναπροσαρμόσει βελτιωτικά τον πληθυσμό των καπνιστών στο 37% του πληθυσμού (W.H.O. 2015). Σε κάθε περίπτωση, το φορτίο που επωμίζεται η χώρα και εκδηλώνεται με τη μορφή νόσων και θανάτων δεν είναι αμελητέο: το 17% των θανάτων που σχετίζονται με μη μεταδοτικά νοσήματα διασυνδέεται με το κάπνισμα, ποσοστό που ανέρχεται δραματικά στο 87% όταν πρόκειται για νεοπλασίες τραχείας, βρόγχων και πνευμόνων (W.H.O. 2012). Αξιοπρόσεκτη είναι η υπαιτιότητα του καπνίσματος και στους θανάτους από μεταδοτικές νόσους καθώς σχετικές έρευνες διαπίστωσαν ότι ευθύνεται για το 19% των θανάτων που προέρχονται από φυματίωση και, αντίστοιχα, για το 23% των θανάτων από λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος (W.H.O. 2012).

Επιχειρώντας να ανιχνεύσει τις αιτίες που παρακινούν τα άτομα να υιοθετήσουν την πρακτική του καπνίσματος ο ερευνητής θα διαπιστώσει ένα ευρύ φάσμα αιτιολογικών παραγόντων: βίωση κακοποιητικών συμπεριφορών, προσπάθεια άμβλυνσης ψυχικών διαταραχών και συμπτωμάτων άγχους (Simanton, Schoen & Klein 2000), σύναψη φιλικών σχέσεων με καπνιστές, ύπαρξη μητέρας καπνίστριας στο οικογενειακό περιβάλλον (Alexopoulos et al. 2010) καθώς και διαβίωση σε υποβαθμισμένους αστικούς χώρους (Shohaimi et al. 2003). Ταυτόχρονα, καταλυτικός διαφαίνεται και ο ρόλος που διαδραματίζει το άγχος που προκαλούν οι σχολικές επιδόσεις, η αγωνία που δημιουργεί η ανασφάλεια της

αυτο-εικόνας των νεαρών ενηλίκων σε συνδυασμό με την προσπάθεια επίτευξης ιδεατού σωματικού βάρους αλλά και η έναρξη της σεξουαλικής ζωής (Suk Chung & Hwa Joung 2014).

Ανεξάρτητα από το αίτιο που οδηγεί κατά περίπτωση τα άτομα στην υιοθέτηση της καπνιστικής συνήθειας, τα αποτελέσματα είναι πάντα δραματικά: αύξηση της πιθανότητας θανάτου από νεοπλάσματα πνευμόνων ή άλλου είδους, εκδήλωση στεφανιαίας νόσου, εκδήλωση αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου και ανάπτυξη χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων συμπεριλαμβάνονται στα ανησυχητικά απότοκα του καπνίσματος (W.H.O. 2009). Σύμφωνα με σχετικούς υπολογισμούς της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας η υπό εξέταση συνήθεια ευθύνεται σε παγκόσμιο επίπεδο για 71% των περιπτώσεων εκδήλωσης νεοπλασιών στους πνεύμονες, για 42% των περιπτώσεων χρόνιων αναπνευστικών νοσημάτων και σε ποσοστό 10% για τις περιπτώσεις εκδήλωσης καρδιαγγειακών νόσων (W.H.O. 2009). Στα παραπάνω θα πρέπει να προστεθεί η ευθύνη του καπνίσματος στην εκδήλωση συγγενών παραμορφώσεων, αιφνίδιου βρεφικού θανάτου αλλά και χρόνιων αναπνευστικών προβλημάτων κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (W.H.O. 2012). Αξιοσημείωτο είναι πάντως ότι η χρήση καπνού δε συμβάλλει αποκλειστικά στην εκδήλωση χρόνιων, μη μεταδοτικών νοσημάτων αλλά και αντίστοιχα στην εκδήλωση μεταδοτικών νόσων όπως η φυματίωση (W.H.O. 2012).

Σε αναλογία με τις επιπτώσεις του στον ανθρώπινο οργανισμό το κάπνισμα φαίνεται να διαδραματίζει και ευρύτερο υπονομευτικό κοινωνικό ρόλο· η επένδυση χρημάτων από τους περιορισμένους οικογενειακούς προϋπολογισμούς των υπό ανάπτυξη κρατών για τη συγκεκριμένη δαπάνη υποσκάπτει τη δυνατότητα επαρκούς και ενδεδειγμένης σίτισης των παιδιών καθώς και τη μελλοντική τους εκπαίδευση (W.H.O. 2012), δομώντας κατ' αυτόν τον τρόπο ένα φαύλο κύκλο νόσων και αμάθειας που λειτουργεί ως τροχοπέδη στην επιδιωκόμενη κοινωνική πρόοδο. Ταυτόχρονα, οι κυβερνήσεις των κρατών καλούνται να αντιμετωπίσουν τα αποτελέσματα που προκύπτουν τόσο σε οικονομικό επίπεδο, αφού απαιτούνται αυξημένα κονδύλια από τα εθνικά συστήματα υγείας για ίαση ή ανακούφιση των πασχόντων, όσο και σε ευρύτερα κοινωνικό, στο βαθμό που οι κοινωνικοί

σχηματισμοί χάνουν πρόωρα πολύτιμο και παραγωγικό εργατικό δυναμικό (W.H.O. 2012).

Για την περιστολή όλων των παραπάνω φαινομένων η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εκτιμά ότι απαιτούνται διεθνείς συντονισμένες δράσεις αλλά και αντίστοιχες σε εθνικό επίπεδο όπως η ενημέρωση του κοινού για τους κινδύνους που ελλοχεύουν στο κάπνισμα, η απαγόρευση διαφήμισης καπνιστικών προϊόντων και η αύξηση φορολογίας σε αυτά αλλά και η παροχή της απαιτούμενης βοήθειας σε όσους επιδιώκουν να διακόψουν τη βλαβερή συνήθεια (W.H.O. 2012).

#### **1.4 Φυσική δραστηριότητα**

Ως φυσική δραστηριότητα προσδιορίζεται από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η κινητοποίηση του ανθρώπινου σώματος για την παραγωγή επιθυμητού έργου και περιλαμβάνει ενέργειες όπως η άθληση, οι μετακινήσεις, το παιχνίδι αλλά και οι οικιακές εργασίες (W.H.O. 2010-α). Εξ ορισμού λοιπόν είναι λανθασμένη η ταύτιση του όρου με την αποκλειστική συμμετοχή σε αθλοπαιδιές καθώς κάτι τέτοιο συνιστά προφανή περιορισμό του εύρους και της δυναμικής του. Η πολυμορφία της φυσικής δραστηριότητας ως έννοιας καταδεικνύεται κατά την προσπάθεια θεώρησής της διεθνώς: στις ανεπτυγμένες χώρες σχετικές ενέργειες πραγματοποιούνται κυρίως στον ελεύθερο χρόνο των ατόμων με σκοπό την αναψυχή ή την εκτόνωση ενώ στις υποανάπτυκτες και αναπτυσσόμενες χώρες η φυσική δραστηριότητα συντελείται σχεδόν αποκλειστικά κατά την επιτέλεση βιοποριστικής εργασίας ή κατά τις μετακινήσεις (W.H.O. 2009). Σε κάθε περίπτωση, παράγοντες που επηρεάζουν τη συμμετοχή σε ή την αποχή από φυσικές δραστηριότητες καθώς και το είδος των τελευταίων συμπεριλαμβάνουν τις κοινωνικές νόρμες, το φύλο, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τη γεωγραφική τοποθεσία αλλά και την ύπαρξη σχετικών υποδομών και την εγγύτητα σε αυτές (W.H.O. 2010-α).

Μελετώντας τα στατιστικά στοιχεία που προσπορίζει η διεθνής βιβλιογραφία ο ερευνητής δεν μπορεί παρά να θορυβηθεί: η αποχή από φυσικές δραστηριότητες αναγνωρίζεται ως αιτιολογικός παράγοντας για το 6% των θανάτων που καταγράφονται παγκοσμίως ενώ από κοινού με το κάπνισμα, την κατάχρηση αλκοόλ, την παχυσαρκία και την περιορισμένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών

προκαλούν το 61% των θανάτων ως συνέπεια καρδιαγγειακών συμβαμάτων (W.H.O. 2009). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προειδοποιεί ότι η αδράνεια αποτελεί έναν από τους πέντε κύριους παράγοντες αύξησης της θνησιμότητας σε παγκόσμιο επίπεδο ενώ ενδιαφέρον προκαλεί η διαπίστωση ότι το συνολικό φορτίο νόσου που προκαλείται από τη συνισταμένη επίδραση κακής διατροφής και αποχής από ενέργειες δραστηριοποίησης είναι εφάμιλλο με εκείνο που προκαλούν ο ιός του συνδρόμου επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (A.I.D.S.) και η φυματίωση συνδυαστικά (W.H.O. 2009). Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται ότι επιδρά αυξητικά στην εμφάνιση μη μεταδοτικών νοσημάτων, επηρεάζοντας αρνητικά την ποιότητα ζωής των πασχόντων (W.H.O. 2010-α).

Οι μετρήσεις της Eurostat για τον ελληνικό χώρο αποκαλύπτουν ότι, κατά το χρονικό διάστημα 2009-2010, μόνο το 15% των αγοριών και το 5% των κοριτσιών ηλικίας 15 ετών ανταποκρίνονταν στις οδηγίες για τα συνιστώμενα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (Eurostat 2015). Η διεύρυνση της ηλικιακής ομάδας ώστε να περιλαμβάνει παιδιά ηλικίας 11 έως 17 ετών διαφοροποιεί τα αποτελέσματα καθώς ένα ποσοστό 14,1% φαίνεται να ακολουθεί τις συστάσεις των επιστημόνων, με τα αγόρια να αποδεικνύονται περισσότερο ενεργητικά (18,1%) συγκριτικά με τα κορίτσια (10,3%) (W.H.O. 2011). Τα παραπάνω φειδωλά πορίσματα των στατιστικών δεδομένων προκαλούν έκπληξη με δεδομένη την υποχρεωτική συμμετοχή των μαθητών στο διδακτικό αντικείμενο της φυσικής αγωγής που τελείται σε όλα τα εκπαιδευτήρια πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Σύμφωνα με στοιχεία που αντλούνται από το ευρωβαρόμετρο για το έτος 2014, το 13% των ενήλικων Ελλήνων δήλωσε ότι συμμετείχε σε ενέργειες έντονης φυσικής δραστηριότητας τέσσερις φορές σε διάστημα εβδομάδας ενώ το 17% υποστήριξε ότι επιτέλεσε ενέργεια μέτριας έντασης τέσσερις φορές κατά το ίδιο χρονικό διάστημα (Special Eurobarometer 2014). Τέλος, σύμφωνα με σχετικές έρευνες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας οι ενήλικοι Έλληνες ανταποκρίνονται με επιτυχία στις οδηγίες για επίτευξη επαρκούς δραστηριοποίησης σε ποσοστό που ανέρχεται σε 84,6%, με τους άνδρες να επιτυγχάνουν οριακά καλύτερες επιδόσεις (87,6%) συγκριτικά με τις γυναίκες (81,8%) (W.H.O. 2011). Ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα που παρατέθηκαν είναι ανάγκη να υπογραμμιστεί η απουσία θεσμοθέτησης κατάλληλου ελεγκτικού μηχανισμού για το υπό εξέταση θέμα, ο



οποίος θα παρείχε έγκαιρες, έγκυρες και εμπειριστατωμένες μετρήσεις και μάλιστα σε βάθος χρόνου.

Με δεδομένες τις επιπτώσεις της αποχής από φυσικές δραστηριότητες που αριθμούν την υπερχοληστερολαιμία, την παχυσαρκία, την αυξημένη παρουσία γλυκόζης στην αιματική κυκλοφορία αλλά και την υπαιτιότητά της ως παράγοντα στην εμφάνιση νεοπλασιών μαστού και εντέρου σε ποσοστά 21%-25%, σακχαρώδους διαβήτη σε ποσοστό 27,0% και ισχαιμικών καρδιαγγειακών επεισοδίων σε ποσοστό 30% (W.H.O. 2009), είναι έκδηλη η ανάγκη αναπροσαρμογής των ακολουθούμενων πρακτικών για επίτευξη βέλτιστου επιπέδου υγείας και ευεξίας. Σε αυτό συνηγορεί και η διαπίστωση ότι εξάσκηση οποιασδήποτε μορφής για τουλάχιστον 150 λεπτά εβδομαδιαίως (W.H.O. 2010-α) δρα αποτρεπτικά στην εκδήλωση καρδιαγγειακών επεισοδίων και σακχαρώδους διαβήτη τύπου II, αναστέλλει το σχηματισμό συγκεκριμένων νεοπλασιών, μειώνει τα συμπτώματα των καταθλιπτικών επεισοδίων και τέλος, συμβάλλει στη διατήρηση υγιούς σωματικού βάρους καθώς και στη βελτίωση μυοσκελετικών προβλημάτων (W.H.O. 2009). Στην κατεύθυνση της ενθάρρυνσης ενεργητικών πρακτικών θα πρέπει να ανακοινωθούν από τους αρμόδιους κατευθυντήριες οδηγίες για το είδος, την ένταση, τη συχνότητα αλλά και τη διάρκεια της άσκησης κατά ηλικιακή ομάδα, με κατάλληλο κατά περίπτωση πρόγραμμα που θα ανταποκρίνεται στις ανάγκες και τις δυνατότητες των ατόμων που υπάγονται σε αυτήν· παράλληλα, είναι επιτακτική ανάγκη να δημιουργηθούν ή να ενεργοποιηθούν οι αντίστοιχοι φορείς που θα προωθήσουν προγράμματα φυσικής δραστηριότητας τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές πλαίσιο αλλά και να εξασφαλιστούν επαρκή κονδύλια για διαμόρφωση κατάλληλων υλικοτεχνικών υποδομών (W.H.O. 2010-α) σε κεντρικό και σε περιφερειακό επίπεδο.

### **1.5 Ναρκωτικές ουσίες**

Η ενασχόληση με τα στατιστικά στοιχεία που αφορούν στις ναρκωτικές ουσίες και η προσπάθεια εξαγωγής έγκυρων συμπερασμάτων βάσει αυτών είναι εκ προοιμίου σε μεγάλο βαθμό επισφαλείς· πράγματι, ο υπολογισμός των σχετικών δεδομένων είναι δυσχερής λόγω της παράνομης φύσης της εμπορίας και διακίνησης ανάλογων ουσιών (W.H.O. 2009) με αποτέλεσμα τα αριθμητικά

ποσοστά που αφορούν σε θανάτους και εκδήλωση νόσων να είναι προϊόντα υποεκτιμημένων, κατά προσέγγιση υπολογισμών. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας οι εθιστικές ουσίες-που περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα φυσικών ή συνθετικών σκευασμάτων όπως ινδική κάνναβη, όπιο, ηρωίνη, έκσταση, κοκαΐνη και αμφεταμίνες (U.N.O.D.C. 2015)-προκάλεσαν το 2014 το 0,4% των θανάτων παγκοσμίως, τόσο στις υποανάπτυκτες και στις αναπτυσσόμενες όσο και στις ανεπτυγμένες χώρες, ποσοστό που πρακτικά μεταφράζεται σε 245.000 ανθρώπινες απώλειες (W.H.O. 2009). Ειδικότερα, την πενταετία 2000-2004 παρατηρήθηκε διεθνώς αύξηση της χρήσης οπιούχων ναρκωτικών με τους χρήστες να αριθμούν 16 εκατομμύρια-εκ των οποίων 11 εκατομμύρια επιδίδονταν στη χρήση ηρωίνης-ως αποτέλεσμα της αυξημένης παραγωγής στο Αφγανιστάν και της συνακόλουθης διάθεσης στις διεθνείς αγορές (W.H.O. 2009). Το φαινόμενο επηρεάζει κυρίως τις αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου και σε μικρότερο συγκριτικά βαθμό τις υποανάπτυκτες και τις ανεπτυγμένες, με τις χώρες της Αμερικής και της ανατολικής Μεσογείου να βρίσκονται στην κορυφή του γραφικού διαγράμματος της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (W.H.O. 2009). Το έτος 2013 υπολογίζεται ότι 246 εκατομμύρια άτομα ηλικίας 15 έως 64 ετών έκαναν χρήση ψυχοτρόπων ουσιών, αριθμός αυξημένος κατά 3 εκατομμύρια συγκριτικά με το προηγούμενο έτος, από τα οποία 187.100 κατέληξαν σε θάνατο· οι χρήστες ενδοφλέβιων ναρκωτικών για την ίδια χρονική περίοδο ανέρχονταν σε 12,19 εκατομμύρια (U.N.O.D.C. 2015). Στην ανατολική και νοτιο-ανατολική Ευρώπη το 80% των εξαρτημένων από οπιοειδή σκευάσματα και το 15% των εξαρτημένων από την ινδική κάνναβη παρακολουθούσε το ίδιο έτος κάποιο πρόγραμμα απεξάρτησης ενώ τα ποσοστά στη δυτική και κεντρική Ευρώπη κυμαίνονταν στο 50% και στο 25% για τις ίδιες εξαρτησιογόνες ουσίες (U.N.O.D.C. 2015).

Το φύλο φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην έναρξη χρήσης όσο και στην ειδικότερη επιλογή ναρκωτικών ουσιών· τα 2/3 του συνολικού πληθυσμού των χρηστών είναι άνδρες ενώ οι γυναίκες, αν και αποτελούν τη μειοψηφία, παρακολουθούν σε μικρότερο ποσοστό προγράμματα απεξάρτησης, καθώς μόνο μία στις πέντε αναζητά τη βοήθεια των ειδικών (U.N.O.D.C. 2015). Δεν προκαλεί λοιπόν έκπληξη η διαπίστωση ότι οι άνδρες επηρεάζονται περισσότερο από ασθένειες που οφείλονται σε καταχρήσεις ουσιών, σε ποσοστό που αγγίζει το

75% (W.H.O. 2009). Ως προς το ζήτημα της ειδικότερης επιλογής σκευασμάτων, τα ευρωπαϊκά στατιστικά στοιχεία φανερώνουν ότι οι άνδρες προτιμούν τη χρήση ινδικής κάνναβης, κοκαΐνης και αμφεταμινών ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά χρήσης ηρεμιστικών (U.N.O.D.C. 2015). Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας εκτιμά ότι η χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών αποτελεί, μαζί με τις επισφαλείς σεξουαλικές πρακτικές, την κακοποίηση και την έλλειψη σιδήρου, κύριο παράγοντα για το συνολικό φορτίο νόσου που εκδηλώνουν νεαροί ενήλικες (W.H.O. 2009).

Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία που αφορούν στην Ελλάδα το έτος 2004 το 0,25% του γυναικείου πληθυσμού και το 0,77% του ανδρικού αντίστοιχα άνω των 15 ετών ανέφερε χρήση κάποιας ναρκωτικής ουσίας ενώ 93 Έλληνες ανά 100.000 κατοίκους πραγματοποίησαν ενδοφλέβια χορήγηση ουσιών (W.H.O. 2010-β). Παρόλο που η χώρα έχει αναπτύξει σχετικό νομοθετικό πλαίσιο, έχει διαρθρώσει προγράμματα απεξάρτησης και προωθεί διαφημιστικές εκστρατείες στην κατεύθυνση της πρόληψης, ωστόσο χαρακτηρίζεται από ελλείψεις και δυσλειτουργίες στον τομέα αυτό, καθώς στα δημόσια εκπαιδευτήρια δεν προβλέπεται ανάλογη διδακτική ενότητα, παρατηρείται απουσία δράσεων σε επίπεδο κοινότητας ενώ η αναμονή για ένταξη σε πρόγραμμα απεξάρτησης ανέρχεται στο χρονικό διάστημα των 36 μηνών (W.H.O. 2010-β).

Η έναρξη χρήσης οποιασδήποτε ναρκωτικής ουσίας διερμηνεύεται στο πλαίσιο πολυπαραγοντικών συνδρομών. Το διαταραγμένο οικογενειακό περιβάλλον, η παρουσία γονέων χρηστών, η παιδική κακοποίηση, ο εγκλεισμός σε σωφρονιστικό κατάστημα κράτησης, η σύναψη φιλικών σχέσεων ή η εγγύτητα με άτομα τοξικοεξαρτημένα, τα ελλιπή νομοθετικά πλαίσια και τα προβαλλόμενα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης είδωλα (U.N.O.D.C. 2015) αποτελούν αίτια που προκαλούν ή ενισχύουν την εξάρτηση από ψυχοτρόπους ουσίες. Σε κάθε περίπτωση και ανεξαρτήτως του αιτίου που προκαλεί τον εθισμό τα αποτελέσματα είναι καταστροφικά για την υγεία και περιλαμβάνουν, πέρα από το θάνατο λόγω υπερβολικής δόσης, πρόκληση αυτοκτονιών και τραυματισμών αλλά και μολύνσεις από τους ιούς της επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (H.I.V.) (W.H.O. 2009) και της ηπατίτιδας C (U.N.O.D.C. 2015) καθώς και από το μυκοβακτηρίδιο της φυματίωσης (W.H.O. 2010-β). Ταυτόχρονα, παρατηρούνται παράπλευρα αποτελέσματα που υποσκάπτουν τον κοινωνικό ιστό: αναστολή της εθνικής ανάπτυξης, κλονισμός του

αισθήματος ασφάλειας και γιγάντωση των φαινομένων κοινωνικής παθογένειας όπως η εγκληματικότητα και η τρομοκρατία (U.N.O.D.C. 2015) αποτελούν απειλές που προκύπτουν άμεσα ή έμμεσα από τη διακίνηση, εμπορία και χρήση ναρκωτικών.

Ο περιορισμός του φαινομένου, δύσκολος λόγω της κάρπωσης τεράστιου οικονομικού κέρδους από εμπόρους και διακινητές, είναι επιτακτικός. Απαιτείται πολιτική βούληση για την ανάπτυξη αποτελεσματικών προγραμμάτων Αγωγής Υγείας και επαρκών προγραμμάτων απεξάρτησης-υπολογίζεται ότι διεθνώς μόνο ένας στους έξι χρήστες έχει πρόσβαση σε θεραπευτικό πρόγραμμα-εκσυγχρονισμός της υφιστάμενης νομοθεσίας και επενδύσεις για την ενεργοποίηση κοινοτικών θεσμών, την ενίσχυση οικογενειών και την ενημέρωση μέσω σχολικών προγραμμάτων (U.N.O.D.C. 2015). Τέλος, η διακρατική συνεργασία και η δημιουργία κοινού διεθνούς νομοθετικού πλαισίου θα συντελέσουν αποφασιστικά στη μείωση του φαινομένου και των απότοκων συνεπειών του.

## **1.6 Στοματική υγιεινή**

Ο όρος στοματική υγεία χρησιμοποιείται συνήθως λανθασμένα για να περιγράψει την απουσία ουλοοδοντικών εκδηλώσεων όπως η τερηδόνα και η περιοδοντίτιδα. Στην πραγματικότητα, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ελέγχει τον παραπάνω ορισμό για την επάρκειά του και συμπληρώνει ότι η στοματική υγεία περιλαμβάνει πλήθος παραμέτρων όπως η λειτουργικότητα των δοντιών, η απουσία χρόνιου στοματοπροσωπικού πόνου και συνοδών κακώσεων, η μη εκδήλωση νεοπλασιών στόματος και οισοφάγου αλλά και η απουσία γενετικών μορφολογικών διαταραχών τύπου χειλοσχιστίας και υπερωιοσχιστίας (W.H.O. 2003-α). Η στοματική κοιλότητα ως τμήμα του κρανιοπροσωπικού συμπλέγματος διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο στην επίτευξη ποιοτικής διαβίωσης καθώς προστατεύει τον οργανισμό από μικροβιακές μολύνσεις και απειλητικές περιβαλλοντικές επιδράσεις ενώ ταυτόχρονα επιτρέπει την πραγματοποίηση βιολογικών λειτουργιών και προάγει την ουσιαστική διαπροσωπική επικοινωνία μέσω της εκφοράς έναρθρου λόγου (W.H.O. 2003-α).

Τα σχετιζόμενα με τη στοματική υγεία προβλήματα παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση διεθνώς (W.H.O. 2003-α) με κυριότερους πληθυσμούς αναφοράς τους

οικονομικά μη προνομιούχους και κοινωνικά περιθωριοποιημένους των επιμέρους εθνικών πλαισίων (W.H.O. 2003-α, Petersen 2008): ασφαλώς η διαπίστωση αυτή δεν είναι ανεξάρτητη από το γεγονός ότι η θεραπεία ανάλογων προβλημάτων είναι ιδιαίτερα κοστοβόρος στις ανεπτυγμένες χώρες-αποτιμάται ως η 4<sup>η</sup> κατά σειρά υψηλού κόστους θεραπεία (Petersen 2008)-και όχι πάντοτε διαθέσιμη στις υποανάπτυκτες (W.H.O. 2003-α). Στις βιομηχανοποιημένες χώρες η εμφάνιση τερηδόνας αφορά στο 60,0%-90,0% των παιδιών σχολικής ηλικίας και την πλειονότητα των ενηλίκων, με μεγάλη συχνότητα στις χώρες της Ασίας και της Λατινικής Αμερικής και σε μικρότερο βαθμό στις αφρικανικές (W.H.O. 2003-α). Περιοδοντίτιδα σοβαρού βαθμού καταγράφεται για το 5%-15% του παγκόσμιου πληθυσμού, από το οποίο ένα ποσοστό 2% διαγιγνώσκεται με επιθετική μορφή της νόσου, ενώ παράλληλα ιδιαίτερα συχνό πρόβλημα των παιδικών πληθυσμών αποτελεί η ουλίτιδα (W.H.O. 2003-α). Στον ευρωπαϊκό χώρο τα ποσοστά των ατόμων με αναφερόμενη ολική νωδότητα παρουσιάζουν διακυμάνσεις: τα χαμηλότερα ποσοστά καταγράφονται στην Λιθουανία (14%) και τα υψηλότερα στη Βοσνία-Ερζεγοβίνη (78%) (W.H.O. 2003-α). Οι νεοπλασίες του στόματος, που εκδηλώνονται συνηθέστερα στους ανδρικούς πληθυσμούς διεθνώς, ενσκήπτουν και στην Ευρώπη σε αυξημένα ποσοστά κυρίως στο κεντρικό και ανατολικό τμήμα της, στη Γερμανία και τη Δανία (W.H.O. 2003-α). Τα δεδομένα που κατέγραψε η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας για την Ελλάδα αναφέρουν την παρουσία προβλημάτων σχετιζόμενων με τη στοματική υγεία σε ποσοστό 1,2%-2,6% για παιδιά ηλικίας 12 ετών και σε ποσοστό άνω του 13,9% για ενήλικες ηλικίας από 33 έως 44 ετών (W.H.O. 2003-α).

Ανιχνεύοντας τους αιτιολογικούς παράγοντες που συντελούν στην εκδήλωση στοματικών προβλημάτων ο ίδιος Διεθνής Οργανισμός διαπιστώνει τη βλαπτική επίδραση του καπνίσματος-η συνήθεια ευθύνεται για περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις περιοδοντίτιδας σε παγκόσμιο επίπεδο-της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, της ανθυγιεινής διατροφής, του άγχους και της κατάχρησης αλκοόλ· άλλοι παράγοντες περιλαμβάνουν τους περιορισμένους οικονομικούς πόρους αλλά και συγκεκριμένα νοσήματα όπως το σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας (A.I.D.S.) που ευθύνεται για την εκδήλωση λευκοπλακίας, αιμορραγίας ούλων, νεκρωτικής περιοδοντίτιδας και σαρκώματος Karosi (W.H.O. 2003-α).

Τα αποτελέσματα που προκαλούνται από διαταραχές της στοματικής υγείας είναι πολύπλευρα και δεν περιορίζονται μόνο στον τομέα της αισθητικής. Η βίωση παροδικού ή χρόνιου πόνου αποτελεί επιβαρυντική εμπειρία για τα άτομα ενώ η ποιότητα ζωής κλονίζεται από τις λειτουργικές αδυναμίες και την κοινωνική απομόνωση· ταυτόχρονα, αποδεικνύεται επιστημονικά η συσχέτιση των συγκεκριμένων προβλημάτων με την εμφάνιση παθολογικών καταστάσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης (W.H.O. 2003-α). Τέλος, οι συνέπειες πλήττουν και το ευρύτερο κοινωνικό μόρφωμα στους επιμέρους τομείς του οποίου έχουν σοβαρό αντίκτυπο οι απώλειες χιλιάδων ωρών εργασίας ετησίως λόγω στοματικών παθήσεων (W.H.O. 2003-α).

Με δεδομένα τα προσδοκώμενα οφέλη από τον τακτικό στοματικό έλεγχο από τους ειδικούς που περιλαμβάνουν έγκαιρη διάγνωση διατροφικών ελλείψεων, μικροβιακών λοιμώξεων, αυτοάνοσων νοσημάτων και νεοπλασιών και κατ' επέκταση επίτευξη ποιοτικής διαβίωσης (W.H.O. 2003-α), είναι αναγκαία η δραστηριοποίηση Διεθνών Οργανισμών και εθνικών κυβερνήσεων. Αντικειμενικούς στόχους τους θα πρέπει να αποτελέσουν η αναδιάρθρωση των εθνικών στρατηγικών Υγείας στην κατεύθυνση της πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας στοματικών παθήσεων, η ενίσχυση σχετικών κοινοτικών δράσεων, η φθορίωση νερού, άλατος και γαλακτοκομικών προϊόντων αλλά και οι προσπάθειες θεραπείας των κοινωνικών ανισοτήτων· η ενεργοποίηση των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στον τομέα της έγκυρης πληροφόρησης των πληθυσμών θα έχει σαν αποτέλεσμα τον περιορισμό της καπνιστικής συνήθειας, της κατάχρησης αλκοόλ και της ανθυγιεινής διατροφής που συντελούν στην εμφάνιση στοματικών νόσων, ενώ ταυτόχρονα θα προάγει την αυτενέργεια στον τομέα της προσωπικής στοματικής φροντίδας (W.H.O. 2003-α, Petersen 2008).

### **1.7 Έκθεση στον ήλιο**

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας η καθημερινή έκθεση στην ηλιακή υπεριώδη ακτινοβολία για χρονικό διάστημα 10 έως 15 λεπτών εξασφαλίζει πολλαπλά οφέλη για τον ανθρώπινο οργανισμό. Η παραγωγή βιταμίνης D, η διέγερση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού συστήματος, η προαγωγή σχηματισμού αιμοσφαιρίων αλλά και η ανακουφιστική επίδραση σε νόσους όπως η

ψωρίαση, το έκζεμα και η ραχίτιδα αποτελούν εκφάνσεις της ευεργετικής δράσης της πρακτικής αυτής (W.H.O. 2003-β). Ωστόσο, ο ίδιος Διεθνής Οργανισμός προειδοποιεί ότι αλόγιστη έκθεση στο φυσικό ή τεχνητό υπεριώδες φως όχι μόνο αναστέλλει τα όποια ευεργετικά αποτελέσματα αλλά και συνιστά καταλύτη εκδήλωσης παθολογικών καταστάσεων σε τέτοιο βαθμό ώστε να αναγνωρίζεται ως σπουδαίος παράγοντας διακινδύνευσης της δημόσιας Υγείας (W.H.O. 2003-β). Διεθνώς καταγράφονται κατ' έτος 2 έως 3 εκατομμύρια περιπτώσεις διαφόρων μορφών καρκίνου του δέρματος με καλή πρόγνωση ενώ τα μελανώματα ανέρχονται σε 130 χιλιάδες επηρεάζοντας αυξητικά τη θνησιμότητα κυρίως πληθυσμών που φέρουν ανοιχτόχρωμα χαρακτηριστικά· αρκετές από τις περιπτώσεις αυτές αφορούν ενήλικες οι οποίοι κατά το χρονικό διάστημα της παιδικής ηλικίας τους εκτέθηκαν αλόγιστα στο ηλιακό φως (Saridi et al. 2009). Ο συνολικός αριθμός ανθρώπινων απωλειών από όλους τους τύπους καρκίνου του δέρματος υπολογίζεται σε 66 χιλιάδες ετησίως (W.H.O. 2003-β). Ιδιαίτερα ευάλωτοι αποδεικνύονται οι κάτοικοι της Αυστραλίας τα 2/3 των οποίων, σύμφωνα με εκτιμήσεις, θα εκδηλώσουν κάποια μορφή της παραπάνω νόσου μέχρι την ηλικία των 70 ετών (A.R.P.A.N.S.A. 2015). Πληθυσμούς σε άμεσο κίνδυνο αποτελούν και εκείνοι των αναπτυσσόμενων χωρών, ιδιαίτερα δε όσοι διαβιούν κοντά στον Ισημερινό, με πολλαπλή επίπτωση στις παιδικές ηλικίες και στους οικονομικά μη προνομιούχους (W.H.O. 2003-β). Από το συνολικό πλήθος των 12 έως 15 εκατομμυρίων ατόμων που οδηγούνται σε ολική απώλεια όρασης λόγω καταρράκτη κατ' έτος, το 20% ανέφερε υπερέκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία, ποσοστό που αναμένεται να αυξηθεί σημαντικά τις επόμενες δεκαετίες ως απόρροια της συνεχούς μείωσης του στρώματος όζοντος στην στρατόσφαιρα (W.H.O. 2003-β). Στον ευρωπαϊκό χώρο υπολογίζεται ότι το 25,0% των ατόμων ηλικίας από 16 έως 24 ετών των βορείων κρατών της ηπείρου επιδίδεται στη χρήση τεχνητών μεθόδων πρόκλησης μαυρίσματος· οι μέθοδοι αυτές ελέγχονται επιστημονικά για την επίδραση που ασκούν στην ανθρώπινη υγεία χωρίς, ωστόσο, να έχουν εξαχθεί μέχρι του παρόντος τελεσίδικα συμπεράσματα (W.H.O. 2003-β).

Η επαύξηση των βλαβερών συνεπειών από την αλόγιστη έκθεση στον ήλιο που καταγράφεται τα τελευταία χρόνια αποδίδεται στη συνδυασμένη δράση διαφορετικών αιτιολογικών παραγόντων, τροποποιήσιμων και μη τροποποιήσιμων.

Στους πρώτους υπάγονται ανθρώπινες πρακτικές όπως η μετακίνηση σε τουριστικά θέρετρα με αυξημένη ετήσια ηλιοφάνεια, οι ενδυματολογικές επιλογές, η παραμέληση χρήσης κατάλληλων αντηλιακών σκευασμάτων και μέσων προστασίας των ματιών αλλά και η παρατεταμένη ηλιοθεραπεία· στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά όπως η μείωση του προστατευτικού στρώματος όζοντος, η γεωγραφική θέση των χωρών-συνισταμένη του γεωγραφικού μήκους και πλάτους τους-η σύσταση του εδάφους ως ανακλαστικού μέσου και οι καιρικές συνθήκες που κατά περίπτωση επικρατούν (W.H.O. 2003-β).

Η διεθνής επιστημονική κοινότητα διερευνώντας τις συνέπειες της υπερέκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία, τόσο στην οξεία όσο και στη χρόνια τους μορφή, διαπιστώνει ότι αυτές εντοπίζονται κυρίως στην εκδήλωση δερματικών εξεργασιών και οφθαλμικών αλλοιώσεων (W.H.O. 2003-β, A.R.P.A.N.S.A. 2015). Η βιβλιογραφία καταγράφει μεταξύ άλλων ηλιακά εγκαύματα, εκφυλιστικές αλλοιώσεις δερματικών κυττάρων, ιστών και αιμοφόρων αγγείων, ακτινική κεράτωση, φωτοδερματίτιδα, πρόωρη γήρανση, φωτοκεράτωση, επιπεφυκίτιδα και εμφάνιση οφθαλμικού πτερυγίου· παράλληλα, διαπιστώνεται η κατασταλτική δράση της υπέρμετρης υπεριώδους ακτινοβολίας στο ανοσοποιητικό σύστημα που οδηγεί στην αναζωπύρωση λανθανόντων ιών και στην εκδήλωση λεμφώματος non-Hodgkin's (W.H.O. 2003-β).

Αναγνωρίζοντας τη σπουδαιότητα του υπό εξέταση φαινομένου ως παράγοντα διακινδύνευσης της δημόσιας Υγείας η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, σε συνεργασία με άλλους Διεθνείς Οργανισμούς, δημιούργησε το πρόγραμμα 'Intersun, the Global U V Project'. Σκοπός του προγράμματος αυτού είναι η παροχή έγκυρων και εμπειριστατωμένων επιστημονικών πληροφοριών σχετικά με την καταλυτική επίδραση της υπεριώδους ακτινοβολίας στην υγεία και στο περιβάλλον· επιπρόσθετα, αποσκοπεί στο να διαδραματίσει συμβουλευτικό ρόλο στην κατεύθυνση της ανάπτυξης στρατηγικού σχεδιασμού από τα επιμέρους κράτη για την πρόληψη και αντιμετώπιση των προκαλούμενων κινδύνων (W.H.O. 2003-β). Στο πλαίσιο της ανάληψης εθνικών πρωτοβουλιών εξαιρετικά αποτελεσματικό μέσο συνιστούν οι εκστρατείες ενημέρωσης καθώς παρουσιάζουν περιορισμένο κόστος-αποτιμάται σε 0,08\$ ανά άτομο-αποτελώντας κατ' αυτόν τον τρόπο προσιτή επιλογή για την πλειονότητα των κρατών (W.H.O. 2003-β). Ολοκληρώνοντας την



πραγμάτευση της παρούσας ενότητας θα πρέπει να επισημανθεί ο νευραλγικός ρόλος των τοπικών αρχών στη δημιουργία υλικοτεχνικών υποδομών σκίασης σε χώρους ευρύτερης συγκέντρωσης πληθυσμών και στη διάχυση έγκυρων πληροφοριών μέσω των εκπαιδευτικών φορέων στις νεανικές ηλικίες αλλά και ο αντίστοιχος των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στην ευαισθητοποίηση και δραστηριοποίηση του κοινού (W.H.O. 2003-β).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΣΧΟΛΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΦΟΙΤΗΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ: ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

#### 2.1.1 Κατανάλωση αλκοόλ

Το φαινόμενο της κατανάλωσης αλκοόλ φαίνεται ότι συνιστά ενδημικό πρόβλημα για το φοιτητικό πληθυσμό διεθνώς. Με την εξαίρεση δύο ερευνών που αποδεικνύουν τη συνειδητοποιημένη συμπεριφορά των φοιτητών υγειονομικών Σχολών στη Γερμανία (Keller et al. 2008) και στην Ελλάδα (Tirodimos et al. 2009) στο θέμα της κατανάλωσης αλκοολούχων ποτών η διεθνής βιβλιογραφία είναι κατηγορηματική και υπογραμμίζει τη διόγκωση υπαρκτού προβλήματος: ο φοιτητικός πληθυσμός Επιστημών Υγείας προβαίνει σε κατάχρηση αλκοόλ.

Η βλαπτική συμπεριφορά αυτή διερμηνεύεται στο πλαίσιο αυξημένων ακαδημαϊκών υποχρεώσεων, περίπλοκων διαπροσωπικών σχέσεων (Ιντζικιώτου, Αβραάμ & Ιωαννίδου 2009) αλλά ταυτόχρονα σχετίζεται και με παράγοντες όπως το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, η ηλικία, η ψυχική υγεία (Πολυκανδριώτη και συν. 2009) καθώς και ο τρόπος διαβίωσης κατά τη σπουδαστική περίοδο (Lorant et al. 2013). Την αυξητική τάση του φαινομένου διαπιστώνει έρευνα που διενεργήθηκε στον ελληνικό χώρο και συνδέει την καπνιστική συνήθεια με την κατανάλωση αλκοόλ (Διομήδους και συν. 2007), διαπίστωση που συνάδει με ανάλογα ευρήματα στους προπτυχιακούς φοιτητές Νοσηλευτικής (Κωνσταντινίδης και συν. 2014). Η απόκτηση πτυχίου και η επαγγελματική δραστηριοποίηση στο χώρο της υγείας δε φαίνεται να αναδιαμορφώνουν τις στάσεις των νοσηλευτών, καθώς στην Αγγλία επί συνόλου 325 ατόμων το 27,7% αναφέρει ημερήσια κατανάλωση 5-6 αλκοολούχων ροφημάτων (Blake et al. 2011). Ανησυχητικά είναι τα συμπεράσματα μελέτης που αφορά σε προπτυχιακούς φοιτητές Ιατρικής στην Κρήτη εκ των οποίων το 77,2% των ανδρών και το 58,0% των γυναικών αντίστοιχα δηλώνουν ότι καταναλώνουν αλκοόλ με σταθερή συχνότητα (Mammas et al. 2003), ενώ ανάλογη μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής διαπιστώνει ότι ένα ποσοστό 45,0% επί συνόλου 308 σπουδαστών καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ, χωρίς αυτό να συσχετίζεται με την κατεύθυνση σπουδών (Hensel, Engs & Middleton 2016).

Ανεξάρτητα από τους παράγοντες που οδηγούν στην υιοθέτηση της συνήθειας αυτής, οι μελέτες συγκλίνουν στο γεγονός της φυλετικής

διαφοροποίησης του φαινομένου στο σύνολο του ακαδημαϊκού πληθυσμού: οι άνδρες είναι ευάλωτοι στην κατάχρηση αλκοόλ (Stock, Wille & Krämer 2001, von Bothmer & Fridlund 2005, Stock et al. 2009, Wicki, Kuntsche & Gmel 2010, El Ansari et al. 2011). Μάλιστα, η συνήθεια αυτή φαίνεται να παγιώνεται νωρίς, ήδη από τα πρώτα εφηβικά χρόνια (Wu, Rose & Bancroft 2006). Οι πρωτοετείς φοιτητές στη Γερμανία επιδεικνύουν ανάλογες συμπεριφορές (Keller et al. 2008) ενώ το ίδιο συμβαίνει και με τους ομόλογούς τους στον Καναδά, ιδιαίτερα δε στα μικρότερα πανεπιστημιακά Ιδρύματα (Kwan et al. 2013). Η κατανάλωση αλκοόλ, ωστόσο, δεν παρουσιάζεται ως μεμονωμένη συνήθεια. Αυτό κατέδειξε πανεθνική έρευνα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής όπου η συντριπτική πλειοψηφία του 98% επί του συνόλου των μελετώμενων φοιτητών ανέφερε παράλληλη χρήση καπνιστικών και αλκοολούχων προϊόντων (Weitzman & Chen 2005). Στον ελληνικό χώρο το αντίστοιχο ποσοστό των νέων ανέρχεται σε 48,4% επί συνόλου 1185 ατόμων και, παρόλο που διαπιστώνεται ύφεση του φαινομένου συγκριτικά με προγενέστερες μελέτες, αποτελεί ένα από τα υψηλότερα στον ευρωπαϊκό χώρο (Arvanitidou et al. 2007). Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η πανεπιστημιακή κοινότητα στην Ισπανία, όπου η κατανάλωση αλκοόλ αναδεικνύεται σε μείζον πρόβλημα (Rabanales Sotos et al. 2015)· παρόλο που δε διαφαίνεται συσχέτιση του φαινομένου με το φύλο όπως αναγνωρίζουν έρευνες που σημειώθηκαν παραπάνω, ωστόσο υπάρχουν σαφείς ενδείξεις συσχέτισής του με την απομάκρυνση από την οικογενειακή εστία και τη διαβίωση εκτός αυτής (Papadaki et al. 2007, Rabanales Sotos et al. 2015). Παράλληλα, τεκμηριώνεται η επικίνδυνη πρακτική της οδήγησης οχημάτων έπειτα από κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών από σπουδαστές σε παγκόσμιο επίπεδο, όπως μαρτυρείται από διηπειρωτική έρευνα σε Αφρική, Ασία και Αμερική σε ποσοστό από 5% έως και 35% (Peltzer & Pengpid 2015). Τέλος, το γεγονός ότι οι νέοι αγνοούν την υπαιτιότητα του αλκοόλ στην εμφάνιση νόσων όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι νεοπλασίες συγκεκριμένου τύπου, η υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης (Nobile et al. 2006) αποτελεί κρίσιμο στοιχείο που υπονομεύει τη μελλοντική υγεία του νεανικού πληθυσμού και θα πρέπει να προβληματίσει την επιστημονική κοινότητα.

### 2.1.2 Διατροφή

Το ζήτημα της διατροφής αποδεικνύεται σοβαρή πρόκληση στην οποία αδυνατεί να αντεπεξέλθει η πλειονότητα των σπουδαστών Επιστημών Υγείας. Με την εξαίρεση πρωτοετών φοιτητών πανεπιστημιακών ιδρυμάτων της Γερμανίας οι οποίοι αναφανδόν παρουσιάζουν συνειδητοποιημένες συμπεριφορές στο θέμα της διατροφής (Keller et al. 2008), το σύνολο των βιβλιογραφικών μαρτυριών διατρανώνει την άγνοια και-κατά περιπτώσεις-την επιπολαιότητα που χαρακτηρίζουν του μελλοντικούς επαγγελματίες Υγείας. Σύμφωνα με τη μελέτη ΛΑΤΩ διαπιστώνεται απόκλιση των σπουδαστών από τις συνιστώμενες διατροφικές συνήθειες, γεγονός που επιτείνεται σε άμεση συσχέτιση με τη βελτίωση του κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου των μελετώμενων σπουδαστών (Συλιγάρδου 2016). Στο ίδιο εθνικό πλαίσιο, έρευνες μαρτυρούν την κατάχρηση έτοιμου φαγητού από τους σπουδαστές με ταυτόχρονη μειωμένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών (Tirodimos et al. 2009, Chourdakis et al. 2010): αν και οι φοιτήτριες παρουσιάζουν καλύτερες επιδόσεις και είναι σε μικρότερο βαθμό υπέρβαρες συγκριτικά με τους συναδέλφους τους (Tirodimos et al. 2009), ωστόσο τα ποσοστά παχυσαρκίας στο πλαίσιο των σπουδαστών Υγείας παραμένουν υψηλά (Chourdakis et al. 2010). Το ζήτημα της παχυσαρκίας υπογραμμίζεται και από έρευνα που διεξήχθη στους φοιτητές Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, όπου επί συνόλου 989 ατόμων το 40% των ανδρών και αντίστοιχα το 23% των γυναικών παρουσίαζαν Δείκτη Μάζας Σώματος μεγαλύτερο από 25,0 kg/m<sup>2</sup> (Bertsias et al. 2003). Στο ίδιο ακαδημαϊκό ίδρυμα διαπιστώθηκαν αυξημένες τιμές τριγλυκεριδίων και χοληστερόλης, ιδιαίτερα για τους καπνιστές, καθώς το 14,5% των ανδρών και το 5,1% των γυναικών παρουσίαζαν χαμηλές τιμές HDL (<0,9 mmol/l) ενώ τα ποσοστά για μέτρηση υψηλών τιμών LDL (>4,1 mmol/l) διαμορφώθηκαν σε 11,1% για τους άνδρες και σε 5,5% για τις γυναίκες (Mammas et al. 2003).

Η καπνιστική συνήθεια δε φαίνεται να λειτουργεί ανεξάρτητα από τις διατροφικές συνήθειες: οι Έλληνες φοιτητές Ιατρικής που καπνίζουν αναφέρουν αυξημένο ημερήσιο θερμιδικό φορτίο, αυξημένη πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών οξέων αλλά και μειωμένη πρόσληψη βιταμίνης C και φυτικών ινών, συγκριτικά με μη καπνιστές ή πρώην καπνιστές συμφοιτητές τους (Mammas et al. 2004). Το έλλειμμα γνώσης και η αποστασιοποίηση από τους κανόνες της ισορροπημένης

διατροφής χαρακτηρίζουν ακόμη και τους ενεργούς επαγγελματίες Υγείας οι οποίοι όχι μόνο αναφέρουν άγνοια των διατροφικών στοιχείων που οδηγούν σε αυξημένα ποσοστά τριγλυκεριδίων (Χαρίση, Γκέτσιος & Λαμπαδιάρη 2011) αλλά ταυτόχρονα δεν καταναλώνουν τη συνιστώμενη ημερήσια ποσότητα φρούτων και λαχανικών (Blake et al. 2011).

Η διατροφή του ευρύτερου σπουδαστικού πληθυσμού δε διαφοροποιείται από εκείνη των σπουδαστών Επιστημών Υγείας· μάλιστα, επηρεαζόμενη από τα δυτικά πρότυπα (Yannakoulia et al. 2004) φαίνεται να απομακρύνεται από παραδοσιακές επιρροές ήδη από τα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Είναι εξαιρετικής σημασίας το γεγονός ότι ήδη από τη νεαρή ηλικία της εφηβείας παγιώνονται ανθυγιεινές συνήθειες όπως ο περιορισμός λήψης πρωινού γεύματος, η μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών με ταυτόχρονη αύξηση της κατανάλωσης γλυκών και αναψυκτικών (Κοκκέβη και συν. 2010), ενώ η τελευταία αυτή συνήθεια σχετίζεται άμεσα με την παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων (Yannakoulia et al. 2004). Η επίτευξη ιδανικού βάρους απασχολεί ιδιαίτερα τα κορίτσια που δηλώνουν ότι ακολουθούν συγκεκριμένα διαιτολόγια για το σκοπό αυτό ως αποτέλεσμα δυσαρέσκειας που προκύπτει από την αυτοεικόνα τους (Yannakoulia et al. 2004), εφαρμόζουν επισφαλείς πρακτικές για την απώλεια βάρους (Wu, Rose & Bancroft 2006) αν και συχνά εκτιμούν λανθασμένα το σωματικό βάρος τους ως αυξημένο (Κοκκέβη και συν. 2010) και δηλώνουν ανακριβή σωματομετρικά στοιχεία σε σχετικές έρευνες (Clarke et al. 2014).

Σπουδαίο ρόλο στη διαμόρφωση των διατροφικών συνηθειών των ακαδημαϊκών πολιτών φαίνεται ότι διαδραματίζουν η οικογένεια-ιδιαίτερα δε το γνωστικό επίπεδο της μητέρας-(Bargiota et al. 2013) αλλά και το φύλο· το τελευταίο προκύπτει από έρευνες σύμφωνα με τις οποίες οι γυναίκες είναι πιο υγιείς και παρουσιάζουν μικρότερο σωματικό βάρος συγκριτικά με τους άνδρες σε χώρες όπως η Σουηδία (von Bothmer & Fridlund 2005), η Γερμανία (Stock, Wille & Krämer 2001) και η Αγγλία (El Ansari et al. 2011) αν και σε αντίστοιχη έρευνα στην Τουρκία τα παραπάνω πορίσματα επιβεβαιώνονται μόνο ως προς το αυξημένο βάρος των φοιτητών ενώ οι φοιτήτριες συχνά κρίνονται λιποβαρείς (Gungor et al. 2013). Με την εξαίρεση μελέτης στη νοτιοανατολική Ασία που υποστηρίζει την ισορροπημένη διατροφή των φοιτητών (Lee & Yuen Loke 2005), η πλειονότητα των μελετών

διεθνώς αναγνωρίζει την επικίνδυνη απόκλιση των φοιτητών από τις συνιστώμενες διατροφικές νόρμες. Πανευρωπαϊκή έρευνα διαπίστωσε την περιορισμένη κατανάλωση φρούτων σε συνδυασμό με τη σταθερή πρόσληψη λιπαρών από τους άνδρες (Steptoe et al. 2002), ενώ φτωχή σε θρεπτικά στοιχεία αποδείχτηκε η καθημερινή διατροφή των πρωτοετών φοιτητών στη Γερμανία (Keller et al. 2008). Περιορισμός στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών παρατηρείται στους φοιτητικούς πληθυσμούς της Ιταλίας (Teleman et al. 2015-β) και του Καναδά (Kwan et al. 2013), με τους φοιτητές της πρώτης χώρας να δηλώνουν στη συντριπτική τους πλειονότητα ότι δε λαμβάνουν πέντε γεύματα ημερησίως ενώ συχνά παραλείπουν το πρόγευμα (Teleman et al. 2015-α). Η διαμόρφωση, ωστόσο, υγιεινών διατροφικών συνηθειών φαίνεται ότι σχετίζεται άμεσα με το χώρο διαβίωσης κατά τη διάρκεια των σπουδών. Σταθεροί στις προτεινόμενες διατροφικές συνήθειες αποδεικνύονται όσοι διαμένουν στην οικογενειακή εστία σε αντίθεση με τους υπόλοιπους που αναφέρουν μείωση κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, θαλασσινών, ελαιολάδου και οσπρίων με ταυτόχρονη αύξηση στην πρόσληψη ζάχαρης και πρόχειρου φαγητού (Paradaki et al. 2007). Στην ίδια διαπίστωση καταλήγει πανευρωπαϊκή έρευνα (El Ansari, Stock & Mikolajczyk 2012) ενώ στην Αμερική παρατηρήθηκε η μειωμένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών κατά τη διάρκεια επτά ακαδημαϊκών εξαμήνων σπουδών, ιδιαίτερα για όσους φοιτητές επέλεξαν διαβίωση σε χώρους εκτός των πανεπιστημιακών εστιών (Small et al. 2013). Η παράθεση των στοιχείων που προηγήθηκαν διερμηνεύει τη διαπιστωμένη αύξηση του βάρους των πρωτοετών φοιτητών ως αποτέλεσμα ανισοζυγίου μεταξύ του αυξημένου προσλαμβανόμενου θερμιδικού φορτίου και της μειωμένης καταβολής ενέργειας για την επιτέλεση φυσικής δραστηριότητας (Wengreen & Moncur 2009). Με δεδομένο το νευραλγικό ρόλο που διαδραματίζουν οι διαιτητικές συνήθειες στη δημιουργία και εκδήλωση παθολογικών καταστάσεων όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα που συνδέονται με την παχυσαρκία (Farajan, Renti & Manios 2008), καθίσταται σαφής η ανάγκη αναδιαμόρφωσης της διατροφής των σπουδαστικών πληθυσμών στην κατεύθυνση της πρόληψης της νόσου αλλά και της προαγωγής της υγείας (Teleman et al. 2015-α).

### 2.1.3 Κάπνισμα

Οι φοιτητές Σχολών Επιστημών Υγείας υιοθετούν την καπνιστική συνήθεια κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ή εδραιώνουν τη συνήθεια αυτή. Ωστόσο, διαπιστώνονται διαφοροποιήσεις στο πλαίσιο της ευρύτερης και ανομοιογενούς-από άποψη επαγγελματικών ειδικοτήτων-αυτής ομάδας. Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η σύγκριση μεταξύ φοιτητών Ιατρικής και φοιτητών Νοσηλευτικής καταδεικνύει ότι οι δεύτεροι επιδίδονται σε μεγαλύτερο βαθμό σε χρήση προϊόντων καπνού συγκριτικά με τους πρώτους (Patkar et al. 2003). Η μεταξύ τους διαφορά διευρύνεται περαιτέρω καθώς τα δεδομένα της έρευνας επισημαίνουν τη μείωση του ποσοστού καπνιστών φοιτητών Ιατρικής στο διάστημα λίγο πριν την περάτωση των σπουδών τους (Patkar et al. 2003). Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν και στον ευρωπαϊκό χώρο: στην Ελλάδα οι σπουδαστές Νοσηλευτικής παρουσιάζουν αυξητική τάση όσον αφορά στο κάπνισμα (Διομήδους και συν. 2007, Κωνσταντινίδης και συν. 2014), ενώ μελέτη που διεξήχθη στη Γερμανία τεκμηρίωσε τη διαφοροποίηση των πρωτοετών φοιτητών Ιατρικής-μεταξύ άλλων-και στο θέμα του καπνίσματος συγκριτικά με τους φοιτητές άλλων Σχολών, οι οποίοι αποδεικνύονται περισσότερο επιρρεπείς σε συμπεριφορές υψηλού υγειονομικού κινδύνου (Keller et al. 2008). Η παραπάνω εικόνα των μελλοντικών γιατρών ως συνειδητοποιημένων επαγγελματιών Υγείας τείνει να διαφοροποιείται στον ευρωπαϊκό Νότο: σε αυτό συνηγορεί ο μαρτυρούμενος υψηλός επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ του ιατρικού φοιτητικού πληθυσμού στην Ελλάδα (Mammas et al. 2003, Παντσιδής, Παπαγεωργίου & Μπούρος 2012), ενώ στην Ιταλία οι ενεργοί επαγγελματίες Υγείας, παρόλο που αναγνωρίζουν τον καταλυτικό ρόλο που διαδραματίζουν στη διαμόρφωση πεποιθήσεων και αντιλήψεων ως πρότυπα συμπεριφοράς, παρουσιάζουν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά καπνίσματος (Ficarra et al. 2011).

Οι φοιτητές Νοσηλευτικής στην Ελλάδα δεν αποστασιοποιούνται από τους Ευρωπαίους συναδέλφους τους: στις καταχρήσεις τους περιλαμβάνεται η χρήση καπνού ως απόρροια του κοινωνικο-οικονομικού τους επιπέδου, της ψυχικής υγείας, της ηλικίας αλλά και τους έτους σπουδών (Πολυκανδριώτη και συν. 2009). Παράλληλα, διεθνής έρευνα διερμηνεύει την καπνιστική συνήθεια των επαγγελματιών νοσηλευτών στο πλαίσιο ανεπαρκούς ακαδημαϊκής εκπαίδευσης

και δραστηριοποίησης σε στρεσογόνο περιβάλλον (Rowe & Macleod 2000). Σε κάθε περίπτωση, αν και οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν ρητά το ρόλο που διαδραματίζουν στην αναδιαμόρφωση των απόψεων των ασθενών τους, εξακολουθούν να καπνίζουν τόσο στην Ελλάδα (Patelariou et al. 2011) όσο και στην Αυστραλία, όπου τίθενται υπέρ ή κατά αντικαπνιστικών προγραμμάτων αγωγής υγείας ανάλογα με το αν καπνίζουν ή όχι (McCann, Clark & Rowe 2005), επηρεαζόμενοι μεταξύ άλλων και από την ηλικία τους (Moxham, Dwyer & Reid-Searl 2013). Αντίστοιχα, οι καπνιστές σπουδαστές των Νοσηλευτικών Σχολών στην Αμερική δηλώνουν ενήμεροι για τα θετικά αποτελέσματα της διακοπής του καπνίσματος, χωρίς όμως να θεωρούν υποχρέωσή τους να κατευθύνουν τους ασθενείς στην κατεύθυνση αυτή, κωλυόμενοι από προσωπικές πεποιθήσεις στην επιτέλεση του κοινωνικού τους ρόλου (Lenz 2008, Duaso et al. 2017). Η παραπάνω διαπίστωση βρίσκεται σε αναλογία με πορίσματα αντίστοιχων μελετών στην Ελλάδα και στην Αγγλία. Στην πρώτη περίπτωση οι φοιτητές υιοθετούν συνήθειες χρήσης καπνού με ταυτόχρονη μείωση της φυσικής δραστηριότητας (Parathanasiou et al. 2012) και αναφορά άγνοιας σε αξιοσημείωτο ποσοστό των σοβαρών επιπτώσεων που επιφέρει το κάπνισμα (Φραντζεσκάκη και συν. 2003). Στην περίπτωση της Αγγλίας το 18,8% επί συνόλου 385 νοσηλευτών αναφέρει συστηματική χρήση καπνού, υπογραμμίζοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη διάσταση ανάμεσα στη θεωρητική γνώση και την πρακτική εφαρμογή της (Blake et al. 2011).

Ενήμεροι για τις βλαβερές επιπτώσεις του καπνίσματος δηλώνουν οι φοιτητές Ιατρικής στην Αλβανία αν και τα ποσοστά καπνιστών αυξάνονται προοδευτικά κατά τα έτη σπουδών: ενώ από τους πρωτοετείς φοιτητές καπνιστές δηλώνουν το 34% των ανδρών και το 5% των γυναικών, τα ποσοστά αυτά αναπροσαρμόζονται δραματικά στο πέμπτο έτος σπουδών όπου οι άνδρες καπνιστές ανέρχονται σε 55% του φοιτητικού πληθυσμού και αντίστοιχα οι γυναίκες σε 34% (Vakefilii et al. 2002). Ταυτόχρονα, ανησυχητικό κρίνεται το γεγονός ότι ελάχιστοι παραπάνω από τους μισούς δηλώνουν ότι ως επαγγελματίες Υγείας θα συμβουλεύουν τους ασθενείς τους να διακόψουν την καπνιστική συνήθεια (Vakefilii et al. 2002). Περισσότερο αισιόδοξη είναι πρόσφατη έρευνα στην Ισπανία η οποία διαπιστώνει μείωση του καπνίσματος στους φοιτητές Νοσηλευτικής και Φυσικοθεραπείας σε χρονικό διάστημα δεκαετίας: το ποσοστό



από 19,3% κατήλθε στο 18,2%, απόρροια ίσως της προσαρμογής της ισπανικής νομοθεσίας στις αντίστοιχες επιταγές του ευρωπαϊκού κοινοτικού δικαίου (Ordás et al. 2015). Ωστόσο, ανάσχεση του κλίματος αισιοδοξίας που καλλιεργείται από τα δεδομένα αυτά προκαλεί η διαπίστωση ελλιπούς γνώσης των φοιτητών αναφορικά με τη συσχέτιση της χρήσης καπνού με την εμφάνιση νεοπλασιών ουροδόχου κύστης και στεφανιαίας νόσου αλλά και την υπαιτιότητα του παθητικού καπνίσματος στην εκδήλωση άσθματος και γέννησης λιποβαρών βρεφών (Ordás et al. 2015).

Το κάπνισμα φαίνεται να είναι εδραιωμένη συνήθεια στους φοιτητικούς πληθυσμούς διεθνώς. Στη Γερμανία η συνήθεια υιοθετείται χωρίς ιδιαίτερη διαφοροποίηση από άνδρες και γυναίκες (Stock, Wille & Krämer 2001), ενώ στην Αγγλία φαίνεται ότι αφορά κυρίως τους άνδρες (El Ansari et al. 2011). Ανάλογα αποτελέσματα προκύπτουν από πανευρωπαϊκή έρευνα σε δεκατρείς χώρες, όπου διαπιστώθηκε ότι κατά τη δεκαετία 1990-2000 η χρήση καπνού αυξήθηκε τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες (Steptoe et al. 2002). Αν και η πλειοψηφία των καπνιστών αποτελείται από φοιτητές μη υγειονομικών Σχολών, ωστόσο η γνώση των αρνητικών συνεπειών του καπνίσματος δε φαίνεται να συνιστά ανασταλτικό παράγοντα για όσους φοιτητές Ιατρικής επιδίδονται στη συνήθεια αυτή (Alexopoulos et al. 2010). Αυτό ενισχύεται από τη διαπίστωση ότι οι επαγγελματίες Υγείας στον ελληνικό χώρο ξεκινούν το κάπνισμα κατά την περίοδο των προπτυχιακών σπουδών τους και παγιώνουν τη συνήθεια κατά την επαγγελματική τους σταδιοδρομία (Sotiropoulos et al. 2007).

Σε κάθε περίπτωση οι φοιτητές υγειονομικών Σχολών παρουσιάζουν μειωμένα ποσοστά καπνίσματος συγκριτικά με φοιτητές Πανεπιστημιακών Σχολών διαφορετικού προσανατολισμού (Tirodimos et al. 2009). Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει σύγχρονη έρευνα στην Τουρκία, όπου καταβλήθηκε προσπάθεια σύγκρισης γενικότερων συμπεριφορών υγείας ανάμεσα σε φοιτητές Νοσηλευτικής και φοιτητές Κοινωνικών Επιστημών. Οι πρώτοι φαίνεται να ανταποκρίνονται ευσυνείδητα στο περιεχόμενο των σπουδών τους με καλύτερες συνολικά επιδόσεις (Gulbeyaz et al. 2008). Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί και η σταδιακή βελτίωση των συμπεριφορών που χαρακτηρίζει τους φοιτητές των μεγαλύτερων εξαμήνων, γεγονός που εξηγείται από τη βαθμιαία γνωστική κατάρτιση στο πλαίσιο

οργανωμένου προγράμματος σπουδών (Gulbeyaz et al. 2008).

Τη συνύπαρξη καπνίσματος με την υπερκατανάλωση αλκοόλ πρεσβεύει εθνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε κατά την προηγούμενη δεκαετία στους φοιτητικούς πληθυσμούς των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής: το 98% των καπνιστών καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά ενώ ευαισθησία στο φαινόμενο παρουσιάζουν οι γυναίκες και όσοι αναφέρουν πρώιμη έναρξη καπνίσματος (Weitzman & Chen 2005). Την καταφυγή των νεαρών ενηλίκων στο κάπνισμα προσπάθησε να ερμηνεύσει μελέτη στον ίδιο εθνικό χώρο, έπειτα από διαπίστωση αυξημένου ποσοστού καπνιστών: τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες στρέφονται στο κάπνισμα ως θύματα κακοποιητικών συμπεριφορών και λόγω διαβίωσης σε στρεσογόνο περιβάλλον ενώ οι γυναίκες ειδικότερα αναφέρουν ως πρόσθετο αίτιο ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη (Simanton, Schoen & Klein 2000). Ο τελευταίος αυτός παράγοντας αναγνωρίζεται και από συγκριτική έρευνα μεταξύ Αμερικής και Νότιας Κορέας και συμπληρώνεται από το άγχος των σχολικών επιδόσεων, τη σύναψη σεξουαλικών σχέσεων καθώς και την αντίληψη περί σωματικού βάρους και τον έλεγχο αυτού, κυρίως για τους Κορεάτες (Suk Chung & Hwa Joung 2014). Στον ελληνικό χώρο καταλύτες για την έναρξη του καπνίσματος αποτελούν η σύναψη φιλικών σχέσεων με καπνιστές καθώς και η παρουσία μητέρας καπνίστριας στο οικογενειακό περιβάλλον (Alexopoulos et al. 2010).

Η διεπιστημονική σύγκριση του καπνίσματος στην Τριτοβάθμια Εκπαίδευση στην Κίνα δεν κατέδειξε ουσιαστικές διαφορές, τουλάχιστον ως προς τον πληθυσμό των καπνιστών. Από τους φοιτητές της Ιατρικής το 40,7% των ανδρών και το 4,4% των γυναικών δηλώνουν καπνιστές, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά για τους φοιτητές άλλων Σχολών διαμορφώνονται σε 45,1% και 6% αντίστοιχα (Tong et al. 2004). Αξιοσημείωτη διαφορά είναι ότι το 75,3% των φοιτητών Ιατρικής αναφέρει το κάπνισμα ως περιστασιακή συνήθεια σε σύγκριση με το αντίστοιχο 60,6% των υπόλοιπων φοιτητών. Σε κάθε περίπτωση διαπιστώνεται έλλειμμα γνώσης του φοιτητικού πληθυσμού της χώρας αυτής που οδηγεί στην υιοθέτηση βλαπτικών συνηθειών (Wang et al. 2009).

Η παράθεση όλων των παραπάνω στοιχείων αποκαλύπτει την ανάγκη αναδιαμόρφωσης των στάσεων και των αντιλήψεων των φοιτητών στο θέμα του καπνίσματος. Ανεξάρτητα από τις καλύτερες συνολικά επιδόσεις των σπουδαστών

Ιατρικής συγκριτικά με τις αντίστοιχες άλλων σπουδαστών Επαγγελματιών Υγείας και εκείνες σπουδαστών διαφορετικού επιστημονικού προσανατολισμού, διαπιστώνεται η ύπαρξη ανησυχητικού ποσοστού καπνιστών στα Πανεπιστήμια διεθνώς, γεγονός που καλεί σε εγρήγορση του ιθύνοντες στην κατεύθυνση της εξεύρεσης λύσεων για την ανάσχεση του προβλήματος (Patkar et al. 2003, Keller et al. 2008, Suk Chung & Hwa Joung 2014).

#### **2.1.4 Φυσική δραστηριότητα**

Η διενέργεια φυσικών δραστηριοτήτων οποιασδήποτε μορφής-ατομικών ή ομαδικών-και έντασης φαίνεται ότι, παράλληλα με τα άμεσα σωματικά οφέλη, προσφέρει αυτοπεποίθηση, ικανοποίηση, μείωση άγχους και περιορισμό καταθλιπτικών επεισοδίων, ασκώντας ευεργετική επίδραση στην εξάσκηση πνευματικών και νοητικών λειτουργιών (Hawker 2012). Είναι λοιπόν παράδοξο το γεγονός ότι, με την εξαίρεση των πρωτοετών φοιτητών Ιατρικής στη Γερμανία που δηλώνουν περισσότερο συνειδητοποιημένοι στο ζήτημα της φυσικής δραστηριότητας (Keller et al. 2008), η πλειονότητα των σπουδαστών Επαγγελματιών Υγείας δε φαίνεται να κινείται προς την ίδια κατεύθυνση. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι σπουδαστές Νοσηλευτικής στο Χογκ Κογκ αναφέρουν χαμηλά ποσοστά εξάσκησης κατά τα δύο τελευταία έτη σπουδών (Choi Hui 2002) ενώ στην Αγγλία επί συνόλου 325 ατόμων το 55,0% δηλώνει ότι δε συμμορφώνεται στις συστάσεις των ειδικών για επαρκή σωματική δραστηριότητα (Blake et al. 2011). Η εικόνα αυτή δε διαφοροποιείται στα ελληνικά Πανεπιστημιακά Ιδρύματα: σύμφωνα με έρευνα το 40% από 527 άνδρες σπουδαστές και το 23,0% από 462 γυναίκες σπουδάστριες χαρακτηρίζονται από αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος ( $>25,0 \text{ kg/m}^2$ ) (Bertsias et al. 2003) ενώ άλλη μελέτη διαπιστώνει ότι, παρά τη μείωση των ποσοστών παχυσαρκίας των φοιτητών Ιατρικής συγκριτικά με προγενέστερες μετρήσεις, αυτά παραμένουν υψηλά (Chourdakis et al. 2010), αποτελέσματα που μπορούν να ερμηνευθούν στο πλαίσιο όχι μόνο κακών διατροφικών επιλογών αλλά και περιορισμού φυσικών δραστηριοτήτων. Αξιοσημείωτη είναι η αντιστρόφως ανάλογη σχέση που διέπει τη βλαβερή συνήθεια του καπνίσματος και της εξάσκησης στο βαθμό που αύξηση της πρώτης έχει ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της δεύτερης, όπως φάνηκε από ερευνητικά πορίσματα στην Ελλάδα

(Parathanasiou et al. 2012). Ανεξάρτητα από τους παράγοντες που οδηγούν στην ανησυχητική αυτή εικόνα, είναι ανάγκη να υπάρξει διαφοροποίηση της κατάστασης αφού οι μελλοντικοί επαγγελματίες Υγείας αποτελούν πρότυπα συμπεριφοράς και μπορούν να παρωθήσουν τους ασθενείς τους στην υιοθέτηση και εμπέδωση υγιεινών πρακτικών (Choi Hui 2002, Parathanasiou et al. 2012, Lobelo & de Quevedo 2016), εφόσον βέβαια υπάρξει έγκαιρη ενημέρωση και επαρκής νουθεσία στην κατεύθυνση αυτή (Stark et al. 2012).

Αναμφίβολα, ο παραγκωνισμός της εξάσκησης ως καθημερινής πρακτικής παγιώνεται ήδη από την εφηβική ηλικία παρά τις σχετικές συστάσεις των ειδικών που επισημαίνουν τα οφέλη από το συνδυασμό αερόβιας γυμναστικής και ασκησιολογίου μυϊκής ενδυνάμωσης για άτομα νεαρής ηλικίας (Janssen & LeBlanc 2010): στην Ελλάδα διαπιστώθηκε ο σταδιακός περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας των εφήβων στο διάνυσμα του χρόνου (Κοκκέβη και συν. 2010) ενώ η πολύωρη παρακολούθηση τηλεοπτικών προγραμμάτων συνδέεται με την κατανάλωση γλυκισμάτων και αναψυκτικών (Yannakoulia et al. 2004). Ανεξάρτητα από το θέμα της διαφοροποίησης ως προς το φύλο που εγείρει η σύγκριση ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας-στην Κρήτη το πρόβλημα εντοπίζεται κυρίως στα αγόρια με έναν στου πέντε εφήβους να αδρανεύει (Smprokos et al. 2014) ενώ στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής η αδράνεια συσχετίζεται κυρίως με νεαρές έφηβες (Wu, Rose & Bancroft 2006)-η καθιστική ζωή συνιστά συμπεριφορά υψηλού υγειονομικού κινδύνου (Smprokos et al. 2014).

Διαφοροποιήσεις ως προς το φύλο ανιχνεύονται και στους σπουδαστικούς πληθυσμούς μη υγειονομικών Σχολών διεθνώς. Οι άνδρες παρουσιάζονται πιο δραστήριοι σε σχετικές έρευνες της Αγγλίας (El Ansari et al. 2011), της Ελλάδας (Tirodimos et al. 2009) καθώς και σε πανευρωπαϊκή έρευνα που διεξήχθη από το 1990 έως το 2000 (Steptoe et al. 2002), ενώ στον αντίποδα σουηδική μελέτη διαπίστωσε το αυξημένο ποσοστό παχύσαρκων φοιτητών που απέχουν από φυσικές δραστηριότητες (von Bothmer & Fridlund 2005). Σε κάθε περίπτωση η διεθνής βιβλιογραφία τεκμηριώνει τη φυσική νωχέλεια των ακαδημαϊκών πολιτών: στο Πανεπιστήμιο του Χογκ Κογκ παρατηρείται μείωση των ενεργητικών δράσεων ανεξαρτήτως φύλου (Lee & Yuen Loke 2005), αποτέλεσμα που συνάδει με το αντίστοιχο γερμανικών Πανεπιστημίων που αφορά σε προτυπιακούς φοιτητές

(Keller et al. 2008)· αντίστοιχα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής κατά τη διάρκεια επτά ακαδημαϊκών εξαμήνων σπουδών διαπιστώνεται μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων (Small et al. 2013), διαπίστωση που διερμηνεύει την αύξηση βάρους των πρωτοετών φοιτητών υπό τη συνισταμένη επίδραση και της διαφοροποίησης της διατροφής τους (Wengreen & Moncur 2009). Τα περιφερειακά Πανεπιστήμια του Καναδά χαρακτηρίζονται από αυξημένη καθιστική ζωή συγκριτικά με τα ομόλογά τους κεντρικά (Kwan et al. 2013), ίσως λόγω περιορισμένων επενδύσεων σε υλικοτεχνικές υποδομές και προγράμματα που θα επαύξαναν τη δραστηριοποίηση των σπουδαστών.

Η ολοκλήρωση της ενότητας που αφορά στη φυσική δραστηριότητα με τη διαπίστωση της καθολικής-σχεδόν-αποχής των σπουδαστών από σχετικές δράσεις δε θα ήταν ίσως πλήρης. Είναι αναγκαίο να επισημανθεί το ενδιαφέρον εύρημα διεθνών μελετών, σύμφωνα με τις οποίες η καθιστική ζωή συνυφαίνεται στενά με άλλες βλαβερές συνήθειες όπως το κάπνισμα (Kaczynski et al. 2008, Dumith et al. 2012, de Ruiter et al. 2014), το περιορισμένο σε θρεπτικά συστατικά διαιτολόγιο (Dumith et al. 2012) αλλά και τη φτωχή στοματική υγιεινή (Peltzer & Pengpid 2014), διαπίστωση που καθιστά αναπόδραστη την ανάληψη πρωτοβουλιών από τους αρμόδιους για θεραπεία του φαινομένου.

#### **2.1.5 Ναρκωτικές ουσίες**

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών από σπουδαστές επαγγελματιών Υγείας προκύπτει ως απόρροια πολυπαραγοντικών επιδράσεων. Οι ακαδημαϊκές υποχρεώσεις, η πραγματοποίηση πρακτικής άσκησης ως ολοκλήρωση του προπτυχιακού προγράμματος σπουδών και η σύναψη διαπροσωπικών σχέσεων ταλανίζουν του φοιτητές Νοσηλευτικής (Ιντζικιώτου, Αβραάμ & Ιωαννίδου 2009), ενώ άλλη έρευνα στον ελληνικό χώρο υπογραμμίζει ως καταλυτικής σημασίας την ηλικία, την ψυχική υγεία των φοιτητών καθώς και το κοινωνικο-οικονομικό τους υπόβαθρο (Πολυκανδριώτη και συν. 2009). Ενδιαφέρον στοιχείο αποτελεί η διαπίστωση ότι οι άρρενες φοιτητές παρουσιάζονται πιο ευάλωτοι στις βλαβερές συνήθειες χρήσης ινδικής κάνναβης και εν γένει ναρκωτικών ουσιών, ιδιαίτερα δε εκείνοι που είναι άνω των 25 ετών και λαμβάνουν μηνιαίως οικονομικό βοήθημα άνω των 200€ (Πολυκανδριώτη και συν. 2009).

Ωστόσο, το φύλο φαίνεται να διαδραματίζει καίριο ρόλο και στην περίπτωση χρήσης ανάλογων εθιστικών ουσιών από φοιτητές μη υγειονομικών σχολών· χρήστες είναι κυρίως οι άνδρες τόσο σε μελέτη στη Γερμανία (Stock, Wille & Krämer 2001) όσο και σε αντίστοιχη στην Αγγλία (El Ansari et al. 2011), ενώ η αυξημένη χρήση ινδικής κάνναβης από άνδρες μαρτυρείται και σε Τριτοβάθμιο Εκπαιδευτικό Ίδρυμα της Κρήτης (Kritsotakis et al 2016). Ανάλογα συμπεράσματα καταδεικνύει διεθνής πολυκεντρική έρευνα σε τριάντα χώρες: αν και αναγνωρίζει την προοδευτική αποκλιμάκωση χρήσης ινδικής κάνναβης στο διάνυσμα του χρόνου, ωστόσο προειδοποιεί ότι πράγματι οι άνδρες συνιστούν ομάδα υψηλού κινδύνου (Bogt et al. 2014). Τη μειωμένη χρήση ναρκωτικών ουσιών διαπιστώνει μελέτη που εκπονήθηκε στον Καναδά αλλά μόνο για τα κεντρικά ακαδημαϊκά Ιδρύματα σε αντίθεση με τα περιφερειακά, μικρότερα Ιδρύματα όπου η χρήση φαίνεται να είναι αυξημένη (Kwan et al. 2013).

Σε κάθε περίπτωση, είναι ενδιαφέρουσα η αναγνώριση του συσχετισμού χρήσης ναρκωτικών ουσιών με άλλες συμπεριφορές διακινδύνευσης της υγείας, όπως τουλάχιστον καταφαίνεται από την αποδελτίωση της διεθνούς βιβλιογραφίας. Κατ' αυτόν τον τρόπο μελετητές στη Γλασκόβη αναφέρουν τη συνύπαρξη χρήσης ουσιών με την εφαρμογή επικίνδυνων σεξουαλικών πρακτικών στα κορίτσια (Jackson C., Sweeting & Haw 2012) ενώ συγκριτική έρευνα Αμερικής και Νότιας Κορέας συσχετίζει την πρακτική της εισπνοής χημικών ουσιών-κόλλας και συναφών σκευασμάτων-με το κάπνισμα (Suk Chung & Hwa Joung 2014). Καθίσταται επομένως φανερό ότι, κατά περιπτώσεις, η χρήση ψυχοτρόπων ουσιών ανάγεται στο πλαίσιο υιοθέτησης πολλαπλών συμπεριφορών διακινδύνευσης της υγείας, διαμορφώνοντας ομαδοποιημένες βλαβερές συμπεριφορές. Στο πνεύμα αυτό ερευνητές στην Αγγλία συσχετίζουν το μελετώμενο φαινόμενο με το κάπνισμα, την κατάχρηση αλκοολούχων ποτών και με επισφαλείς σεξουαλικές πρακτικές (Hale & Viner 2016), ενώ η συσχέτισή του με την πλημμελή στοματική υγιεινή αποδεικνύεται σε πολυκεντρική έρευνα Ασίας, Αμερικής και Αφρικής (Peltzer & Pengpid 2014). Ο τελευταίος αυτός γεωγραφικός χώρος τροφοδοτεί τη βιβλιογραφία με ένα ακόμη ενδιαφέρον συμπέρασμα: τη σύνδεση χρήσης ναρκωτικών ουσιών με το φαινόμενο της επικίνδυνης οδήγησης οχημάτων που αφορά κυρίως τους άνδρες (Peltzer & Pengpid 2015).

Η παράθεση των παραπάνω στοιχείων αποδεικνύει ότι στα Πανεπιστημιακά Ιδρύματα διεθνώς το θέμα της χρήσης ψυχοτρόπων ουσιών είναι υπαρκτό, παρά τις εξάρσεις ή τις υφέσεις που παρουσιάζονται κατά περιπτώσεις. Το γεγονός αυτό πρέπει να αποτελέσει εφαλτήριο για τη διεξοδική ανάλυση των αιτιών του φαινομένου και αντίστοιχα την εξεύρεση κατάλληλων μέτρων ανάσχεσής του.

#### **2.1.6 Στοματική υγιεινή**

Η μελέτη της διεθνούς επιστημονικής βιβλιογραφίας δεν επέτρεψε το σχηματισμό εδραίας αντίληψης αναφορικά με τη στοματική υγιεινή των σπουδαστικών πληθυσμών, λόγω των περιορισμένων σχετικών αναφορών. Από έρευνα όμως που έλαβε χώρα στην Ιρλανδία προκύπτει πως οι σπουδαστές Νοσηλευτικής Επιστήμης δε θεωρούν σπουδαία τη μέριμνα για στοματική φροντίδα των ασθενών (McAuliffe 2007), στοιχείο που κατά πάσα πιθανότητα αντανακλά προσωπικές τους πεποιθήσεις και αντίστοιχες πρακτικές.

Από τους σπουδαστές μη υγειονομικών Σχολών οι γυναίκες φαίνεται να μεριμνούν περισσότερο για τη στοματική τους υγιεινή στη Γερμανία (Stock, Wille & Krämer 2001), δεδομένο που συνάδει με αντίστοιχα ευρήματα στον ακαδημαϊκό χώρο στην Κρήτη (Kritsotakis et al. 2016). Ωστόσο, η πλημμελής φροντίδα των δοντιών μαρτυρείται από πολυκεντρική έρευνα 26 Πανεπιστημίων διεθνώς, ενώ ταυτόχρονα συνδέεται με άλλες συνήθειες υψηλού υγειονομικού κινδύνου, όπως η χρήση καπνού και ναρκωτικών ουσιών, τη μειωμένη πρόσληψη φρούτων και λαχανικών καθώς και τον περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας (Peltzer & Pengpid 2014). Ταυτόχρονα, περιορισμένες παρουσιάζονται οι συνιστώμενες τακτικές επισκέψεις στους επαγγελματίες στοματικής υγείας (Peltzer & Pengpid 2014). Η διαπίστωση αυτή βρίσκεται σε συνάφεια με την αντίστοιχη της μη συμμόρφωσης νεαρών εφήβων που φέρουν ακίνητες ορθοδοντικές συσκευές στις οδηγίες των θεραπόντων τους (Azaripour et al. 2016), γεγονός που αποκαλύπτει ότι η περιορισμένη στοματική φροντίδα άρχεται από τα πρώτα εφηβικά χρόνια και παγιώνεται κατά την περίοδο της ενηλικίωσης.

Ολοκληρώνοντας την πραγμάτευση του θέματος της στοματικής υγιεινής είναι βάσιμη ίσως η εικασία ότι οι σπουδαστές επαγγελματιών Υγείας-μικρό μόνο δείγμα των οποίων εξετάστηκε εδώ-ενδιαφέρονται σε μεγαλύτερο βαθμό από τους

αντίστοιχους σπουδαστές διαφορετικών επιστημών για τη φροντίδα των δοντιών τους, λόγω της γνωστικής κατάρτισης που αποκτούν από τα προγράμματα σπουδών, ωστόσο θα πρέπει να βρει επιστημονικά ερείσματα σε σχετικές μελλοντικές δημοσιεύσεις.

### **2.1.7 Έκθεση στον ήλιο**

Η αλόγιστη έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία του ηλιακού φωτός αναγνωρίζεται ως βασικός παράγοντας που οδηγεί στη δημιουργία δερματικών αλλοιώσεων και κατ' επέκταση στην εκδήλωση δερματικών νεοπλασιών (Morrison 1996). Υπό το πρίσμα αυτής της διαπίστωσης θα ήταν αναμενόμενη η ευαισθητοποίηση των σπουδαστών επαγγελματιών Υγείας, ώστε να αποφεύγουν σχετικές συμπεριφορές υψηλής επικινδυνότητας, προσδοκία που ωστόσο δεν ικανοποιείται σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία. Στη Σουηδία οι φοιτητές Ιατρικής, αν και επιδεικνύουν καλύτερο γνωστικό υπόβαθρο συγκρινόμενοι με φοιτητές διαφορετικού προσανατολισμού, ωστόσο δεν κατορθώνουν να διαφοροποιηθούν από τους τελευταίους στο βαθμό έκθεσης στον ήλιο, αποδεικνύοντας ότι η επάρκεια γνώσεων δε συνιστά πάντοτε κίνητρο για υιοθέτηση υγειονομικά ορθών συμπεριφορών (Jerkegren et al. 1999). Οι ομόλογοί τους канаδοί φοιτητές παρουσιάζουν ανάλογα δείγματα τα οποία ερμηνεύονται στη βάση κοινωνικο-οικονομικών παραμέτρων, με θετική εξαίρεση όμως την αναπροσαρμογή των ακολουθούμενων πρακτικών μετά από την παρακολούθηση σεμιναρίων για την επαύξηση των γνώσεων (Gooderham & Guenther 1999). Ανησυχητικά είναι τα αποτελέσματα και από την Τουρκία, τόσο σε επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης όσο και σε επίπεδο επαγγελματικής δραστηριοποίησης. Στην πρώτη περίπτωση προκύπτει ότι οι πρωτοετείς φοιτητές δεν έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις ώστε να αποφεύγουν την υπερβολική έκθεση στον ήλιο, ενώ και οι τελειόφοιτοι, παρόλο που γνωστικά φαίνονται άρτια καταρτισμένοι, δε βελτιώνουν αντίστοιχα την καθημερινότητά τους σε πρακτικό επίπεδο (Yilmaz et al. 2015). Στη δεύτερη περίπτωση το γνωστικό έλλειμμα επανεμφανίζεται ως παράγοντας κινδύνου και αφορά κυρίως στους άνδρες νοσηλευτές, αν και στην πράξη η ελλιπής υιοθέτηση μέτρων προστασίας από την υπεριώδη ακτινοβολία χαρακτηρίζει και τα δύο φύλα (Andsoy et al. 2013). Τέλος, στην Αγγλία οι



νοσηλευτές γνωρίζουν τους κινδύνους και κατανοούν την ανάγκη για αναδιαμόρφωση των συμπεριφορών όμως φαίνεται ότι δεν έχουν απόλυτα ενστερνιστεί τη στενή συσχέτιση της έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία με την εμφάνιση παθογενών καταστάσεων όπως το μελάνωμα (Morrison 1996).

Η μελέτη της διεθνούς βιβλιογραφίας ως προς την ανίχνευση συμπεριφορών σχετιζόμενων με έκθεση στον ήλιο που επιδεικνύουν σπουδαστές μη υγειονομικών Σχολών προσπορίζει φειδωλά αποτελέσματα. Η έλλειψη ωστόσο ερευνητικών δεδομένων αντισταθμίζεται από έρευνα που διεξήχθη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής σύμφωνα με την οποία τα ηλικιακά εγκαύματα επισυμβαίνουν συνήθως στην ηλικιακή ομάδα των 18 έως 29 ετών, σε άτομα που δραστηριοποιούνται σε εξωτερικούς χώρους, καταναλώνουν αλκοόλ και είναι παχύσαρκα (Holman et al. 2014). Νομιμοποιείται λοιπόν ο ερευνητής να εικάσει βάσιμα ότι αυτή η δερματική βλάβη αφορά και τον ευρύτερο σπουδαστικό πληθυσμό, ο οποίος διακρίνεται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό-από τα ως άνω γνωρίσματα. Προς επίρρωση του συμπεράσματος αυτού έρευνα στη Νέα Υόρκη διαπίστωσε παρατεταμένους χρόνους παραμονής σπουδαστών στην ηλιακή ακτινοβολία με ταυτόχρονη περιορισμένη χρήση αντηλιακής προστασίας αλλά και επαναλαμβανόμενα επεισόδια ηλιακών εγκαυμάτων (Basch et al. 2012). Τα περιορισμένα μέτρα προστασίας των σπουδαστών υπογραμμίζουν δύο επιπλέον διεθνείς έρευνες (Spradlin et al. 2010, Pengpid & Peltzer 2015) αν και οι μελετώμενοι δηλώνουν ενήμεροι για τους πιθανούς κινδύνους (Spradlin et al. 2010). Ενδιαφέρον κρίνεται το στοιχείο της συσχέτισης του φαινομένου με το φύλο, όπως προκύπτει από σχετικές επιστημονικές αναφορές: αν και οι γυναίκες παρουσιάζονται περισσότερο συνειδητοποιημένες (Mermelstein & Riesenbergs 1992) και προχωρούν στη λήψη μέτρων αντηλιακής προστασίας σε μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με τους άνδρες σύμφωνα με έρευνα στη Σουηδία (Jerkegren et al. 1999) και με αντίστοιχη πολυκεντρική ευρωπαϊκή (Peacey et al. 2006), τελικά αναφέρουν συχνότερα επεισόδια ηλιακών εγκαυμάτων (Heckman et al. 2012). Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται στη βάση πεποιθήσεων αναφορικά με την ελκυστική εξωτερική εμφάνιση: οι γυναίκες δίνουν βαρύνουσα σημασία στις ψυχο-κοινωνικές τους ανάγκες (Norton, Holloway & Galvin 2014), συσχετίζουν τη χρώση της επιδερμίδας με το κάλλος (Heckman et al. 2012) και αναφέρουν δυσαρέσκεια

σχετικά με το χρώμα της τελευταίας (Hutchinson et al. 2015). Ως αποτέλεσμα αυτών οδηγούνται σε εκδήλωση ηλιακών εγκαυμάτων λόγω της παρατεταμένης έκθεσης σε ακτινοβολία παρά τη χρήση αντηλιακής προστασίας. Σε κάθε περίπτωση το φαινόμενο συσχετίζεται και με γενικότερους παράγοντες όπως η ηλικία (Pengpid & Peltzer 2015) και το ανώτερο κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο (Peacey et al. 2006, Pengpid & Peltzer 2015).

## **2.2 Ομαδοποίηση συμπεριφορών διακινδύνευσης της υγείας**

Η μελέτη των βλαπτικών για την υγεία συμπεριφορών που επιχειρήθηκε παραπάνω δε θα ήταν ίσως ολοκληρωμένη δίχως τη συνακόλουθη διερεύνηση του βαθμού στον οποίο οι συμπεριφορές αυτές συνδυάζονται. Πρόκειται για το φαινόμενο της ομαδοποίησης επικίνδυνων υγειονομικών συμπεριφορών το οποίο, σε αντίθεση με τη μελέτη μεμονωμένων παραγόντων, επιχειρεί να ανιχνεύσει, να κατανοήσει αλλά και να μεταβάλλει τα αίτια ή τις συνθήκες που οδηγούν στην υιοθέτηση των συμπεριφορών αυτών (Jessor 1991). Η στροφή του ερευνητικού ενδιαφέροντος προς την κατεύθυνση αυτή σχετίζεται με τη διαπίστωση ότι αρκετά χρόνια, μη μεταδοτικά νοσήματα απορρέουν από την έκθεση σε ποικίλους αιτιολογικούς παράγοντες (W.H.O. 2009, Sprokos et al. 2014) και άρα μπορούν να προληφθούν με την αποστασιοποίηση από συγκεκριμένες συμπεριφορές-καταλύτες (W.H.O. 2009). Πράγματι, ήδη από τις αρχές της νέας χιλιετίας, η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας διαπίστωνε ότι ένα ποσοστό 29% του συνόλου των ασθενειών που εκδηλώνονται στις βιομηχανοποιημένες χώρες της Βόρειας Αμερικής, της Ευρώπης και της Ασίας σχετίζεται με συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, η έλλειψη φυσικής άσκησης και η περιορισμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (W.H.O. 2002) ενώ η συνδυαστική παρουσία των παραπάνω ανιχνεύεται συστηματικά σε άτομα προερχόμενα από τις κατώτερες βαθμίδες της κοινωνικής ιεραρχίας και με περιορισμένη μόρφωση (Buck & Frosini 2012). Είναι λοιπόν αδήριτη ανάγκη να διαρραγεί ο συνεκτικός αυτός δεσμός, σε μια προσπάθεια βελτίωσης της συνολικής υγείας του ανθρώπινου πληθυσμού παγκοσμίως, μέσα από την εξονυχιστική μελέτη των συνδυασμένων συμπεριφορών διακινδύνευσης και την επικέντρωση του ερευνητικού ενδιαφέροντος σε ομάδες ατόμων με κοινά χαρακτηριστικά, ώστε η γνώση που θα αποκτηθεί να επενδυθεί σε

ουσιαστικές παρεμβάσεις για επίτευξη βελτιωτικών αλλαγών (Hofstetter et al. 2014).

Το φαινόμενο της ομαδοποίησης φαίνεται να αφορά και τα δυο φύλα (Jackson et al. 2012), μολονότι η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει διαφοροποιήσεις στο θέμα αυτό κατά χώρα. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Γλασκόβη διαπίστωσε τη συνύπαρξη χρήσης ουσιών και επισφαλών σεξουαλικών πρακτικών στο γυναικείο πληθυσμό ανεξάρτητα από το αναφερόμενο κοινωνικο-οικονομικό υπόβαθρο (Jackson et al. 2012). Παράλληλα, μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής υπογραμμίζει την ιδιαίτερα στενή σχέση που χαρακτηρίζει την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση προϊόντων καπνού, καθώς το 98% του μελετώμενου πληθυσμού αναφέρει αμφότερες πρακτικές, ενώ αναγνωρίζονται ως ομάδα αυξημένου κινδύνου οι γυναίκες (Weitzman & Chen 2005). Σε κάθε περίπτωση, η πλειονότητα των επιστημονικών εργασιών διασυνδέει την ομαδοποίηση βλαπτικών συμπεριφορών με το ανδρικό φύλο· στην Κρήτη, αν και περίπου το 1/5 του συνολικού εφηβικού πληθυσμού χαρακτηρίζεται από το φαινόμενο αυτό, αναγνωρίζεται ως ομάδα υψηλού κινδύνου ο πληθυσμός των αγοριών για συνδυασμένη παρουσία καπνίσματος, αλκοόλ, καθιστικής ζωής και παχυσαρκίας (Smprokos et al. 2014), διαπίστωση με την οποία συμφωνούν και άλλα ερευνητικά πορίσματα, τόσο από το ίδιο γεωγραφικό διαμέρισμα (Kritsotakis et al. 2016) όσο και από το διεθνή χώρο (El Ansari et al. 2011, Noble et al. 2015). Στην Αγγλία προκύπτει στενή διασύνδεση καπνίσματος, ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ (El Ansari et al. 2011) ενώ στην Αυστραλία ο συσχετικός αφορά και την κακή διατροφή (Noble et al. 2015).

Ανεξάρτητα από το ρόλο του φύλου στην υιοθέτηση συνδυασμού επικίνδυνων για την υγεία συμπεριφορών, η επιστημονική βιβλιογραφία δε φείδεται αναφορών που μαρτυρούν τη συνύπαρξη βλαβερών συνηθειών στα ακαδημαϊκά Ιδρύματα ανά τον κόσμο. Χαρακτηριστικό είναι ότι στο Τ. Ε. Ι. Κρήτης το 79,6% του φοιτητικού πληθυσμού αναφέρει την ταυτόχρονη συνύπαρξη περισσότερων από τέσσερις επιβαρυντικών συνηθειών (Kritsotakis et al. 2016), γεγονός που καταδεικνύει τον υψηλό επιπολασμό συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η στενή διασύνδεση ορισμένων επικίνδυνων πρακτικών μεταξύ τους, στο βαθμό που μεταβολή μιας από αυτές κατόπιν

κατάλληλων παρεμβάσεων μπορεί να οδηγήσει αντίστοιχα στη μεταβολή μιας άλλης (Prochaska 2008). Κατ' αυτόν τον τρόπο αποκτά ιδιαίτερη σημασία η διαπίστωση του συσχετισμού καπνίσματος και κατανάλωσης αλκοόλ στην Ιταλία (Nobile et al. 2006) και στη Βραζιλία (Dumith et al. 2012). Ερευνητικό πρόγραμμα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής απέδειξε ότι οι συμπεριφορές υγείας αλληλοσυνδέονται καθώς μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ από τον πληθυσμό ελέγχου οδήγησε σε περιορισμό της καπνιστικής συνήθειας, όπως συνέβη εξάλλου και με την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας (de Ruiter et al. 2014), διαπίστωση με την οποία συμφωνούν και έτερα ερευνητικά πορίσματα (Kaczynski et al. 2008, Parathanasiou et al. 2012). Άλλα παραδείγματα αφορούν στο συσχετισμό καπνίσματος, κατανάλωσης αλκοόλ και ναρκωτικών με επισφαλείς σεξουαλικές δραστηριότητες (Hale & Viner 2016), τη διασύνδεση χρήσης καπνού και ναρκωτικών παράλληλα με καθιστική ζωή και κακή διατροφή που οδηγούν τελικά σε φτωχή στοματική υγιεινή (Peltzer & Pengpid 2014), αλλά και τη συνύπαρξη κατανάλωσης αλκοόλ με συμπεριφορές σεξουαλικής διακινδύνευσης-αν και στην τελευταία αυτή περίπτωση έρευνα στην Αμερική αμφισβητεί την τελεσίδικη σύζευξη των δυο συμπεριφορών (Cooper 2006). Τέλος, έρευνα που αφορούσε σε φοιτητές Ιατρικής στην Ελλάδα κατέδειξε τη στενή σχέση καπνίσματος και διατροφής πλούσιας σε κορεσμένα λιπαρά οξέα αλλά φτωχή σε βιταμίνη C (Mammas et al. 2004).

Η σπουδαιότητα της παράθεσης των παραπάνω στοιχείων δεν εξαντλείται στην παρουσίαση ερευνητικών δεδομένων και επιδημιολογικών πορισμάτων· αντίθετα, καταδεικνύεται με ενάργεια ο διττός, νευραλγικός ρόλος που διαδραματίζει η μελέτη ομαδοποιημένων συμπεριφορών υγείας, τόσο στην κατεύθυνση της αναγνώρισης προστατευτικών για την υγεία των ατόμων παραγόντων, όπως το οικογενειακό και το κατάλληλο σχολικό περιβάλλον (Jackson A. et al. 2012), όσο και στην εμφατική διαπίστωση της ανάγκης εκπόνησης αποτελεσματικών προγραμμάτων Αγωγής Υγείας (Dumith et al. 2012, Jackson et al. 2012). Πράγματι, με δεδομένη την παρουσία παραγόντων κινδύνου ήδη από την εφηβική ηλικία είναι αναμενόμενη η παγίωση και επαύξησή τους και στην περίοδο της ενηλικίωσης (Andersen et al. 2004), γεγονός που θα πολλαπλασιάσει τους υγειονομικούς κινδύνους για την υγεία των νεαρών ενήλικων ατόμων (Kritsotakis et

al. 2016). Είναι λοιπόν ανάγκη οι θεσμοί της Πολιτείας να επενδύσουν στον τομέα της έρευνας ομαδοποιημένων συμπεριφορών και τα πορίσματα αυτής να αποκρυσταλλωθούν σε ουσιαστικές παρεμβάσεις προκειμένου, μέσω της εφαρμογής Προληπτικής Ιατρικής, να προστατευθεί το ανεκτίμητο εθνικό κεφάλαιο που συνιστούν οι νεαροί ενήλικες κάθε χώρας.

### **2.3 Σκοπός ερευνητικής εργασίας**

Τα πορίσματα των μελετών που κατά περίπτωση εξετάστηκαν είναι εύγλωττα και δεν μπορούν παρά να προβληματίσουν την επιστημονική κοινότητα, τόσο ως προς τα αίτια όσο και ως προς τους τρόπους αντίδρασης στο φαινόμενο της απόκτησης και εδραίωσης επικίνδυνων υγειονομικά συμπεριφορών. Η παραπάνω διαπίστωση εντούτοις αποτελεί υπόβαθρο γόνιμο για περαιτέρω ενδιαφέρουσες αναζητήσεις: σε ποιο βαθμό ο φοιτητικός πληθυσμός του Τ.Ε.Ι. Κρήτης Σχολής Σ.Ε.Υ.Π. αναφέρει συμπεριφορές διακινδύνευσης της υγείας του και ποιες είναι αυτές; Και ακόμη περισσότερο: η ακαδημαϊκή κατεύθυνση και το ανάλογο περιεχόμενο σπουδών αποτελούν παράγοντες ανασταλτικούς του ενστερνισμού σχετικών πρακτικών; Η προσπάθεια απάντησης των ερωτημάτων αυτών και υπομνηματισμού των αποτελεσμάτων που προκύπτουν θα αποτελέσουν κεντρική επιδίωξη του παρόντος πονήματος.

Σκοπούς λοιπόν της ερευνητικής εργασίας αποτελούν η επισήμανση συμπεριφορών υψηλού υγειονομικού κινδύνου στις σπουδάστριες τμημάτων Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Κρήτης, η σύγκριση αυτών για την ανίχνευση μετρήσιμων διαφορών καθώς και η εξαγωγή συμπερασμάτων.

Η σκοπιμότητα της ερευνητικής αυτής αναζήτησης ασφαλώς δε θα πρέπει να ερμηνεύεται αποκλειστικά στο πλαίσιο θεωρητικού ενδιαφέροντος και παράθεσης διαπιστωτικών τεκμηρίων: τα πορίσματά της θα διαδραματίσουν καίριο ρόλο στην ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση της σύζευξης επιμέρους συμπεριφορών διακινδύνευσης ώστε να εφαρμοστούν έγκαιρες παρεμβάσεις στην κατεύθυνση αλλαγής των βλαπτικών συμπεριφορών (Hofstetter 2014): η διαπίστωση εξάλλου του προβλήματος καθιστά αδήριτη ανάγκη την ανάληψη δράσης για τον περιορισμό του (Stock, Wille & Kramer 2001, Von Ah et al. 2004, Lee & Vuen Loke 2005, Keller et al. 2008), τόσο από τους θεσμοθετημένους φορείς όσο

και από τα ίδια τα ακαδημαϊκά Ιδρύματα. Παράλληλα, η σύγκριση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από το ερωτηματολόγιο της μελέτης ΛΑΤΩ και αφορούν στις σπουδάστριες Σχολής Σ.Ε.Υ.Π. τμήματος Νοσηλευτικής και τμήματος Κοινωνικής Εργασίας Τ.Ε.Ι. Κρήτης θα επιτρέψει τη διαμόρφωση εκτίμησης για το γνωστικό υπόβαθρο και την επιστημονική δυναμική των μελλοντικών επαγγελματιών Υγείας. Ταυτόχρονα, θα καταδείξει και την αποτελεσματικότητα του προγράμματος σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής ως προς τη μετάδοση επαρκών και εύληπτων γνώσεων και δεξιοτήτων για τη διαμόρφωση συνειδητοποιημένων επαγγελματιών Υγείας.

Σε κάθε περίπτωση, καθίσταται φανερή η σπουδαιότητα της μελέτης των επικίνδυνων υγειονομικά συμπεριφορών στην έγκαιρη ανίχνευση προβλημάτων, στην παρέμβαση αλλά και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του σπουδαστικού πληθυσμού, ιδιαιτέρως δε εκείνου του τμήματος που πρόκειται να στελεχώσει νευραλγικές θέσεις σε δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

## **Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1 Εισαγωγή**

Η παρούσα εργασία πραγματοποιείται στο πλαίσιο της προοπτικής μελέτης ΛΑΤΩ (LATO, Lifestyles and Attitudes in a Student Population), μιας μελέτης κοόρτης, η οποία περιλαμβάνει το σύνολο των πρωτοετών σπουδαστών του Τ.Ε.Ι. Κρήτης και διεξάγεται κάθε έτος από το 2012. Ο σκοπός αυτής της μελέτης είναι η παρακολούθηση και η καταγραφή των συμπεριφορών υγείας των φοιτητών και του τρόπου ζωής τους αλλά και των προσδιοριστών των αλλαγών τους με την πάροδο των ετών. Τελικό στόχο αποτελεί η ανίχνευση παραγόντων με προστατευτική δράση για την υιοθέτηση υγιεινομικά σωστών συμπεριφορών υγείας σε μια κρίσιμη για το σπουδαστικό πληθυσμό μεταβατική περίοδο.

Ο επιστημονικός υπεύθυνος για την υλοποίηση της παρούσας μελέτης είναι ο Δρ. Κριτσωτάκης Γεώργιος, Επίκουρος καθηγητής του τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Η μελέτη πραγματοποιείται στο πλαίσιο του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Διά Βίου Μάθηση», πράξη Αρχιμήδης ΙΙΙ-Ενίσχυση ερευνητικών ομάδων Τ.Ε.Ι. Κρήτης και συγχρηματοδοτείται από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο) και από εθνικούς πόρους (Εθνικό Στρατηγικό Πλαίσιο Αναφοράς 2007-2013).

#### **3.2 Περιγραφή ερωτηματολογίου μελέτης**

Το οριστικό ερωτηματολόγιο υλοποιήθηκε κατόπιν εκτενούς ανασκόπησης της σχετικής βιβλιογραφίας σε έντυπη αλλά και ηλεκτρονική μορφή, χρησιμοποιώντας μέρη των ερωτηματολογίων της μελέτης HBSC (Currie et al., 2011; Koller et al., 2009) και ESPAD (Hibell, 2014) καθώς και κλίμακες που χρησιμοποιούνται για πρώτη φορά στην Ελλάδα και απαρτίζονται από τις παρακάτω κύριες θεματικές ενότητες: Γενικές πληροφορίες–Δημογραφικά στοιχεία (ατομικά–γονέων), Διαμονή, Άσκηση και φυσική δραστηριότητα, Διατροφή (εκτός FFQ), Food Frequency Questionnaire, Έκθεση στον ήλιο, Οδηγική συμπεριφορά, Κοινωνικό κεφάλαιο, Κάπνισμα, Αλκοολούχα ποτά, Χρήση ουσιών Parent-Adolescent Communication Scale, Σχέσεις μεταξύ των φύλων και ερωτική ζωή, Life



satisfaction scale, Κοινωνικές σχέσεις και ελεύθερος χρόνος, Family Affluence Scale II, Πολιτικές πεποιθήσεις, Δημογραφικά–εργασία γονέων, Ικανοποίηση από οικογένεια, Φιλίες–Facebook, Ακαδημαϊκή πίεση–χαρακτηριστικά, General health, Στοματική Υγεία, Εικόνα σώματος, Ιστορικό αυτοκτονιών, Σωματομετρικά χαρακτηριστικά, Εργασία–χρήματα, Ειλικρίνεια απαντήσεων–αποδοχή ερωτηματολογίου.

### **3.3 Σκοπός έρευνας και ερευνητική υπόθεση**

Σκοπό της παρούσας ανάλυσης αποτελεί η συγκριτική μελέτη των συμπεριφορών που επιδεικνύουν οι σπουδάστριες τμήματος Νοσηλευτικής και τμήματος Κοινωνικής Εργασίας σε σχέση με τη διατροφή, το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, τη χρήση ναρκωτικών ουσιών, τη φυσική δραστηριότητα, τη στοματική υγιεινή και την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία. Οι θεματικές ενότητες που επιλέχθηκαν διαδραματίζουν μακροπρόθεσμα καταλυτικό ρόλο στην επίτευξη ποιοτικής διαβίωσης, εφόσον οι αναφερόμενες συμπεριφορές είναι θετικές, ή αντίθετα στην υπονόμηση της μελλοντικής υγείας των νεαρών ενηλίκων, στο βαθμό που επικίνδυνες επιλογές των σπουδαστών μπορεί να οδηγήσουν στην εκδήλωση χρόνιων και μεταδοτικών νοσημάτων, αναπηριών, μειωμένης ποιότητας ζωής μέσα από τον περιορισμό του επιπέδου υγείας και ευεξίας αλλά και σε πρώιμο θάνατο.

Η ερευνητική υπόθεση της παρούσας εργασίας συνίσταται στο ότι οι σπουδάστριες Νοσηλευτικής Επιστήμης θα επιδεικνύουν σε μεγαλύτερο βαθμό από τις ομόλογές τους Κοινωνικής Εργασίας υγειονομικές συμπεριφορές συνειδητοποιημένες, σύμφωνες με τα πορίσματα των Επιστημών Υγείας. Παράλληλα, αναμένεται ότι οι τελειόφοιτες σπουδάστριες Νοσηλευτικής θα διαφοροποιούνται θετικά από τις πρωτοετείς στις ως άνω συμπεριφορές, ως απόρροια της γνωστικής τους επάρκειας, της βίωσης εμπειριών στους χώρους πρακτικής άσκησης και της καλλιέργειας επιστημονικής σκέψης.

### **3.4 Πληθυσμός της μελέτης**

Τον πληθυσμό της μελέτης αποτελούν όλες οι νεοεισαχθείσες φοιτήτριες του Τ.Ε.Ι. Κρήτης στη σχολή ΣΕΥΠ οι οποίες εγγράφηκαν και παρακολούθησαν το Α΄

εξάμηνο σπουδών κατά το χειμερινό εξάμηνο του 2012. Τα κριτήρια επιλογής για την συμμετοχή των φοιτητών στην παρούσα ανάλυση ήταν:

- Ηλικία 18-19 ετών (να είναι η πρώτη εισαγωγή σε Α.Ε.Ι.-Τ.Ε.Ι. των συμμετεχόντων).
- Γνώση της ελληνικής γλώσσας στο βαθμό που να επιτρέπει την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
- Συμπλήρωση του εντύπου συγκατάθεσης.
- Γυναικείο φύλο, έτσι ώστε να υπάρχει επαρκής αριθμός ατόμων σε όλες τις συμπεριφορές υγείας

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την παρούσα εργασία το ακαδημαϊκό έτος 2012-2013 περιλάμβανε 121 φοιτήτριες Νοσηλευτικής και 140 φοιτήτριες Κοινωνικής Εργασίας για το πρώτο ερωτηματολόγιο, ενώ κατά την επανάληψη αυτού το ακαδημαϊκό έτος 2015-2016 ο αριθμός των φοιτητριών Νοσηλευτικής ήταν 97 και αυτός των φοιτητριών Κοινωνικής Εργασίας παρέμεινε 140.

### **3.5 Μέθοδοι συλλογής δεδομένων**

Οι φοιτήτριες συμμετείχαν στην μελέτη κατά την διάρκεια των υποχρεωτικών μαθημάτων. Η συμπλήρωση όλων των ερωτηματολογίων έγινε κατά την διάρκεια του μαθήματος, κατόπιν συνεννόησης με τους διδάσκοντες. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε ηλεκτρονικά σε μια ειδικά διαμορφωμένη σελίδα στο διαδίκτυο. Το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε με το ελεύθερο λογισμικό LimeSurvey, με την υποστήριξη του Γενικού Τμήματος του Τ.Ε.Ι. Κρήτης. Σε ορισμένες περιπτώσεις κατά τις οποίες προέκυψε πρόβλημα με το διαδίκτυο ή δεν επαρκούσαν οι υπολογιστές, οι φοιτητές συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο χειρόγραφα στις αίθουσες διαλέξεων. Οι συμμετέχοντες είχαν την δυνατότητα ερωτήσεων για τυχόν διευκρινήσεις.

### **3.6 Δεοντολογία και διασφάλιση ανωνυμίας**

Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα, δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιονδήποτε τρόπο η ταυτότητα

των συμμετεχόντων ενώ η ανωνυμία των τελευταίων και το προσωπικό απόρρητο τηρούνται στο ακέραιο και διασφαλίζονται σε κάθε φάση της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, δεσμεύοντας τα μέλη της ερευνητικής ομάδας. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με βάση τις αρχές της Διακήρυξης του Ελσίνκι για έρευνα σε ανθρώπους. Με βάση τις βασικές αρχές της Διακήρυξης, δεσμευόμαστε ότι τα αιτούμενα και συλλεχθέντα στοιχεία πρόκειται να χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για να υλοποιηθούν ο σκοπός και οι στόχοι της παρούσας μελέτης και θα είναι εμπιστευτικά. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι πρόσβαση σε αυτά θα έχουν μόνο όσα μέλη της ερευνητικής ομάδας είναι απολύτως απαραίτητα. Τα στοιχεία (π.χ. συμπληρωμένα ερωτηματολόγια) φυλάσσονται σε ερμάρια που κλειδώνουν στο Τμήμα Νοσηλευτικής. Λεπτομερής καταγραφή των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας που δεσμεύουν τους ερευνητές στην παρούσα μελέτη έχουν κατατεθεί και εγκριθεί κατά τη φάση αξιολόγησης της πρότασης και επίσης από την αρμόδια επιτροπή δεοντολογίας του Τ.Ε.Ι. Κρήτης.

### **3.7. Ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την παρούσα μελέτη**

Οι ερωτήσεις που επιλέχθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν, ήταν όσες αφορούσαν τις γενικές πληροφορίες και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων (και των γονέων τους) που ελέγχθηκαν ως συγχυτικοί παράγοντες. Οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν για την διερεύνηση συμπεριφορών υγείας των φοιτητριών Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας αφορούσαν την έλλειψη σωματικής άσκησης, την ελλιπή στοματική υγιεινή, διατροφικοί δείκτες όπως η μη λήψη πρωινού, η έλλειψη κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών καθώς και η κατανάλωση πρόχειρου φαγητού, την συχνότητα εγκαυμάτων από τον ήλιο, την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών, τη χρήση ναρκωτικών ουσιών και τέλος το κάπνισμα. Περιγράφονται αναλυτικά παρακάτω.

### **3.7.1. Κάπνισμα**

Η κύρια συμπεριφορά διακινδύνευσης για την υγεία που μελετήσαμε και συσχετίσαμε με τις υπόλοιπες ήταν το κάπνισμα. Η σχετική ερώτηση στο ερωτηματολόγιο διατυπώθηκε ως εξής: «Πότε συνέβη [αν συνέβη] για πρώτη φορά να καπνίσεις το πρώτο σου τσιγάρο και να καπνίζεις σε καθημερινή βάση». Η επόμενη σχετική ερώτηση ήταν ως εξής: «Αυτή τη περίοδο καπνίζεις; Αν ναι, πόσο κάπνισες τις τελευταίες 30 ημέρες;».

### **3.7.2. Σωματική δραστηριότητα**

Οι σχετικές με την άσκηση και φυσική δραστηριότητα ερωτήσεις οι οποίες χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό της άσκησης σε μία εβδομάδα, ήταν οι εξής: «Στη διάρκεια των προηγούμενων 7 ημερών, πόσες ημέρες έκανες φυσική δραστηριότητα [έντονη ή μέτρια άσκηση] συνολικά για τουλάχιστον 60 λεπτά της ώρας την ημέρα;» και «Πόσες φορές την τελευταία εβδομάδα έκανες κάτι από τα παρακάτω για περισσότερο από 15 λεπτά στον ελεύθερο χρόνο σου;». Η κατηγοριοποίηση έγινε σύμφωνα με τις οδηγίες του CDC.

### **3.7.3. Συχνότητα κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών**

Η συχνότητα κατανάλωσης διαφόρων τροφών διερευνήθηκε στο ερωτηματολόγιο με μια ερώτηση, η οποία ζητούσε από τους φοιτητές να δηλώσουν πόσες φορές την εβδομάδα καταναλώνουν διάφορες τροφές χρησιμοποιώντας κλίμακα τύπου Likert 7 διαβαθμίσεων (από «ποτέ» μέχρι «περισσότερο από μια φορά κάθε μέρα»). Για την παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν οι τροφές: φρούτα και λαχανικά.

### **3.7.4. Συχνότητα κατανάλωσης πρόχειρου φαγητού**

Η συχνότητα κατανάλωσης γρήγορου φαγητού διερευνήθηκε στο ερωτηματολόγιο με μια ερώτηση που ζητούσε να δηλώσουν οι φοιτητές πόσο συχνά παραγγέλνουν από έξω φαγητό (σουβλάκια, πίτσες, κρέπες κλπ), χρησιμοποιώντας κλίμακα τύπου Likert 7 διαβαθμίσεων (από «σχεδόν ποτέ» μέχρι «περισσότερο από μια φορά, κάθε μέρα»).

### **3.7.5. Συχνότητα παράλειψης πρωινού γεύματος**

Η συχνότητα παράλειψης πρωινού γεύματος διερευνήθηκε στο ερωτηματολόγιο με δύο ερωτήσεις όπου ζητούσαν από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν πόσο συχνά καταναλώνουν πρωινό: (α) τις καθημερινές και (β) τα Σαββατοκύριακα. Στην πρώτη ερώτηση χρησιμοποιήθηκε κλίμακα τύπου Likert 6 διαβαθμίσεων (από «δεν τρώω ποτέ πρωινό τις καθημερινές» μέχρι «και τις πέντε μέρες»). Στην δεύτερη ερώτηση χρησιμοποιήθηκε κλίμακα τύπου Likert 3 διαβαθμίσεων (από «δεν τρώω ποτέ πρωινό το Σαββατοκύριακο» μέχρι «συνήθως τρώω πρωινό και τις δυο ημέρες του Σαββατοκύριακου»). Υπήρχε σημείωση στο ερωτηματολόγιο ότι ως πρωινό εννοείται το γεύμα που τρώνε μέσα στα 60 λεπτά της ώρας από την στιγμή της πρωινής τους έγερσης. Στη περίπτωση που έπιναν μόνο καφέ ή γάλα συστήνονταν να σημειώσουν ότι δεν κατανάλωναν πρωινό.

### **3.7.6. Συχνότητα ηλιακού εγκαύματος**

Η συχνότητα ηλιακού εγκαύματος διερευνήθηκε στο ερωτηματολόγιο με μια ερώτηση, η οποία ζητούσε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν πόσες φορές είχαν (αν συνέβη) κόκκινο η επώδυνο έγκαυμα από τον ήλιο που διήρκεσε μια ημέρα ή περισσότερο, χρησιμοποιώντας κλίμακα 7 διαβαθμίσεων και οι δυνατές απαντήσεις ήταν: «Ποτέ», «1-2 φορές», «3-4 φορές», «5-7 φορές», «8-10 φορές», «11-15 φορές», «15 φορές και πάνω». Η λίστα περιελάμβανε τις εξής πιθανές επιλογές: α) σε όλη τη ζωή σου μέχρι και σήμερα β) στη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών μέχρι και σήμερα. Η παρούσα μελέτη εξέτασε τη συχνότητα εγκαυμάτων σε όλη τη ζωή των ερωτηθέντων.

### **3.7.7. Κατανάλωση οινοπνεύματος**

Η υπέρμετρη ευκαιριακή χρήση οινοπνεύματος τις τελευταίες 30 ημέρες τουλάχιστον μια φορά διερευνήθηκε με την ερώτηση: «Πόσες φορές ήπιες στη σειρά (δηλ. στην καθισιά σου) πέντε ή περισσότερα ποτά από το ίδιο ή από διαφορετικά αλκοολούχα ποτά;».

### **3.7.8. Στοματική υγιεινή**

Διερευνήθηκε το κάθε πότε οι συμμετέχοντες πλένουν τα δόντια τους.

### **3.7.9. Χρήση ναρκωτικών ουσιών (χασίς)**

Η σχετική ερώτηση διατυπώθηκε ως εξής: «έχεις ποτέ χρησιμοποιήσει κάποια από τις παρακάτω ουσίες; και πόσες φορές;» και επιλέχθηκε η χρήση χασίς / μαριχουάνας / κάνναβης. Οι απαντήσεις κατηγοριοποιήθηκαν σε: μη χρήστες «ποτέ» και σε χρήστες.

### **3.8 Στατιστική ανάλυση**

Οι ποσοτικές μεταβλητές αναφέρονται με βάση τη μέση τους τιμή (τυπική απόκλιση) ( $mean \pm sd$ ), ενώ για τις ποιοτικές έχουμε τις αντίστοιχες συχνότητες και τα ποσοστά. Για τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ ποιοτικών μεταβλητών και σύγκριση των συχνοτήτων που προκύπτουν σε κάθε κατηγορία των μεταβλητών, με τις αναμενόμενες συχνότητες πραγματοποιήθηκαν: έλεγχοι μέσω τιμών t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα, έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-Square test), ο ακριβής έλεγχος του Fisher (όταν οι παρατηρούμενες συχνότητες στον πίνακα συνάφειας, είναι μικρότερες σ' ένα κελί από 5) ή η διόρθωση του Monte-Carlo.

Τα πολυπαραγοντικά λογιστικά μοντέλα παλινδρόμησης χρησιμοποιήθηκαν για να βρεθούν εάν παρατηρούνται διαφορές μεταξύ των φοιτητών των 2 τμημάτων σε σχέση με το σύνολο των συμπεριφορών υγείας. Από τα λογιστικά πολυπαραγοντικά μοντέλα εκτιμήθηκαν ο σχετικός λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων (Odds Ratios) με το 95% διάστημα εμπιστοσύνης (95% CI), ενώ τα πολυπαραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης μετά τον έλεγχο για συγχυτικούς παράγοντες προσαρμόστηκαν για την ηλικία των φοιτητών, τη σύνθεση οικογένειας την τωρινή κατοικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονέων και την κατάσταση υγείας. Το σύνολο των ελέγχων της συγκεκριμένης μελέτης έγιναν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, ενώ η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS 21.0.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 4.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Ανατρέχοντας στα περιγραφικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού, όπως αυτά παρουσιάζονται στον πίνακα (πίνακας 1) με τίτλο Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού ανά τμήμα σπουδών, ο αναγνώστης διαπιστώνει ότι στη μελέτη συμμετείχαν 140 σπουδάστριες τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και 121 σπουδάστριες τμήματος Νοσηλευτικής-ο αριθμός για τη δεύτερη ομάδα μειώθηκε σε 97 κατά το Ζ' εξάμηνο σπουδών-με μέσο όρο ηλικίας  $18,3 \pm 0,6$  έτη. Η πλειονότητα των σπουδαστριών (92,7%) αναφέρει ως τόπο καταγωγής την Ελλάδα ενώ ως προς τον τόπο κατοικίας τα ποσοστά είναι περίπου εφάμιλλα με το 49,1% να διαβιού σε αστικά κέντρα και 50,9% σε αγροτικές περιοχές. Το 54% ανήκει σε παραδοσιακή, πυρηνική οικογένεια και ακολουθεί η μονογονεϊκή μορφή οικογένειας σε ποσοστό 31%. Το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των μητέρων του δείγματος είναι οριακά ανώτερο συγκρινόμενο με το αντίστοιχο των πατέρων σε όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης με εξαίρεση την υποχρεωτική: το 22% των μητέρων αποφοίτησε από το δημοτικό σχολείο συγκριτικά με το 28,6% των πατέρων, το 62,2% των πρώτων ολοκλήρωσε τη Μέση Εκπαίδευση ή κάποια τεχνική σχολή με το αντίστοιχο ποσοστό των δεύτερων να ανέρχεται σε 58%, ενώ ανώτατες σπουδές πραγματοποίησαν οι μητέρες σε ποσοστό 15,8% και οι πατέρες σε ποσοστό 13,3%. Σε ερώτημα σχετικό με την παρούσα διαμονή οι περισσότερες σπουδάστριες (79,3%) αναφέρουν διαβίωση μακριά από την οικογένειά τους, ακολουθούν σε ποσοστό 13,4% όσες παραμένουν στην οικογενειακή εστία ενώ μόνο το 7,3% παρακολουθεί τις σπουδές του αξιοποιώντας το θεσμό των πανεπιστημιακών εστιών. Για όλα τα παραπάνω κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στους υπό εξέταση σπουδαστικούς πληθυσμούς βάσει στατιστικών τιμών. Αντίθετα, στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,009$  επισημαίνεται στον τομέα της αναφερόμενης από τις σπουδάστριες υγείας: μόλις το 9,9% των σπουδαστριών τμήματος Νοσηλευτικής εκτιμά το επίπεδο της υγείας του ως εξαιρετικό σε αντίθεση με το 25,0% των

σπουδαστριών τμήματος Κοινωνικής Εργασίας. Παράλληλα, οι δεύτερες χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως καλή σε ποσοστό 59,3% ενώ οι πρώτες σε ποσοστό 76,9%, τεκμήρια που πιστοποιούν υπαρκτή διάσταση στο δείγμα, ενώ τα ποσοστά υφίστανται σε ανάλογα περίπου ποσοστά (15,7%, 13,2%) όσον αφορά στην αναγνώριση του επιπέδου υγείας ως μέτριου.

**Πίνακας 4.1:** Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά πληθυσμού ανά τμήμα σπουδών για το έτος 2012.

	Τμήμα σπουδών			p-value
	Συνολικά	Κοινωνική εργασία (N=140)	Νοσηλευτική (N=121)	
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	
<b>Ηλικία φοιτητών (έτη)</b>	18.3±0,6	18.3±0.5	18.4±0.6	0.877
<b>Ηλικία μητέρας (έτη)</b>	45.18±5.2	45.5±5.1	44.9±5.5	0.328
<b>Ηλικία πατέρα (έτη)</b>	50.16±5.9	50.7±6.0	49.6±5.8	0.199
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>p-value</b>
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας</b>				0.793
Χαμηλό	57 (22.0)	30 (21.6)	27 (22.5)	
Μέσο	161 (62.2)	85 (61.2)	76 (63.3)	
Υψηλό	41 (15.8)	24 (17.3)	17 (14.2)	
<b>Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα</b>				0.360
Χαμηλό	73 (28.6)	33 (27.3)	40 (29.9)	
Μέσο	148 (58.0)	68 (56.2)	80 (59.7)	
Υψηλό	34 (13.3)	20 (16.5)	14 (10.4)	
<b>Τόπος κατοικίας</b>				0.232
Αστική περιοχή	109 (49.1)	53 (45.3)	56 (53.3)	
Αγροτική περιοχή	113 (50.9)	64 (54.7)	49 (46.7)	
<b>Τύπος οικογένειας</b>				0.772
Μονογονεϊκή	81 (31.0)	47 (33.6)	34 (28.1)	
Παραδοσιακή	141 (54.0)	73 (52.1)	68 (56.2)	
Εκτεταμένα	15 (10.7)	15 (10.7)	13 (10.7)	
Ορφανός/ή	5 (3.6)	5 (3.6)	6 (5.0)	
<b>Τόπος γέννησης</b>				0.927
Ελλάδα	242 (92.7)	130 (92.9)	112 (92.6)	
Αλλού	19 (7.3)	10 (7.1)	9 (7.4)	
<b>Υγεία</b>				<b>0.009*</b>
Εξαιρετική	47 (18.0)	35 (25.0)	12 (9.9)	
Καλή	176 (67.4)	83 (59.3)	93 (76.9)	
Μέτρια	38 (14.6)	22 (15.7)	16 (13.2)	
<b>Διαμονή</b>				0.378
Με την οικογένεια	35 (13.4)	15 (10.7)	20 (16.5)	
Μένω στην εστία	19 (7.3)	11 (7.9)	8 (6.6)	
Μένω μόνος	207 (79.3)	114 (81.4)	93 (76.9)	

Συνοτομογραφίες: Mean=μέση τιμή, SD=τυπική απόκλιση, p-value=κρίσιμη τιμή.

Στατιστικά σημαντική διαφορά σε α=5% επίπεδο σημαντικότητας (δίπλευρος έλεγχος), σύμφωνα με τον έλεγχο t για δυο ανεξάρτητα δείγματα ή τον έλεγχο  $\chi^2$  Pearson.



#### **4.2 Συχνότητα επιβαρυντικών για την υγεία παραγόντων: 1<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο**

Στο πρώτο ερωτηματολόγιο σχετικά με τους παράγοντες που διαμορφώνουν τις συμπεριφορές υγείας απηχούνται οι συμπεριφορές και οι πεποιθήσεις των πρωτοετών σπουδαστριών, όπως αυτές αποκρυσταλλώθηκαν υπό τη συνισταμένη επίδραση οικογενειακών και ευρύτερων κοινωνικών παραγόντων. Η εξέταση του συγκεκριμένου πίνακα (πίνακας 2) αποδεικνύει τη διαφοροποίηση των σπουδαστριών τμήματος Νοσηλευτικής από τις ομολόγους τους τμήματος Κοινωνικής Εργασίας στο θέμα της κατανάλωσης πρόχειρου φαγητού: το 31,4% των πρώτων δεν καταναλώνει ποτέ πρόχειρο φαγητό, το 52,1% καταφεύγει στη λύση αυτή μόλις μία φορά σε διάστημα εβδομάδας ενώ μόνο το 16,5% επιδίδεται στη συνήθεια αυτή πάνω από δύο φορές εβδομαδιαίως. Τα αντίστοιχα ποσοστά που αφορούν στην Κοινωνική Εργασία κυμαίνονται σε 16,4%, 63,6% και 20,0% αντίστοιχα με αποτέλεσμα η τιμή  $p = 0,018$  να υπογραμμίζει στατιστικά σημαντική διαφορά. Στο θέμα της σωματικής άσκησης δεν προκύπτουν αξιόλογες στατιστικά διαφορές παρόλο που οι σπουδάστριες Υγείας επιδίδονται σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό (28,1%) σε έντονη άσκηση που περιλαμβάνει αεροβική γυμναστική και ασκησιολόγιο μυϊκής ενδυνάμωσης συγκριτικά με τις σπουδάστριες Πρόνοιας (17,9%). Οι τελευταίες, ωστόσο, ακολουθούν πρόγραμμα ηπιότερης εξάσκησης σε ποσοστό 55,0% παρουσιάζοντας αξιοσημείωτη διαφορά από το αντίστοιχο 48,8% των πρώτων χωρίς όμως και πάλι να στοιχειοθετείται στατιστικά σημαντική διαφορά.

Καλύτερα αποτελέσματα στο ζήτημα της στοματικής φροντίδας παρουσιάζουν οι μελλοντικές επαγγελματίες Υγείας καθώς μεριμνούν για τη στοματική τους υγιεινή πάνω από μία φορά ημερησίως σε ποσοστό 76,0% σε σχέση με το 70,0% των μελλοντικών κοινωνικών λειτουργών, ενώ λιγότερη επιμέλεια επιδεικνύει το 24,0% και το 30,0% των σπουδαστριών αντίστοιχα. Ενδιαφέρον παρουσιάζει η υγιεινή συνήθεια κατανάλωσης πρωινού γεύματος: το 25,6% των σπουδαστριών Νοσηλευτικής μεριμνά για καθημερινή λήψη του γεύματος συγκριτικά με το 17,9% των σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας.

**Πίνακας 4.2:** Περιγραφικά χαρακτηριστικά για τους παράγοντες της συμπεριφοράς υγείας ανά τμήμα για το 1<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο

	Τμήμα σπουδών		p-value
	Κοινωνική εργασία	Νοσηλευτική	
	(N=140)	(N=121)	
	N (%)	N (%)	
<b>Σωματική άσκηση</b>			0.142
Υψηλή	25 (17.9)	34 (28.1)	
Λιγότερη άσκηση (συχνότητα και λεπτά)	77 (55.0)	59 (48.8)	
Καθόλου	38 (27.1)	28 (23.1)	
<b>Ελλιπής στοματική υγιεινή</b>			0.275
Πάνω από 1 φορά/ημέρα	98 (70.0)	92 (76.0)	
1 φορά/ημέρα ή λιγότερο	42 (30.0)	29 (24.0)	
<b>Λήψη πρωινού</b>			0.202
Κάθε μέρα	25 (17.9)	31 (25.6)	
Κάποιες μέρες	97 (69.3)	80 (66.1)	
Ποτέ	18 (12.9)	10 (8.3)	
<b>Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών</b>			0.370
Πάνω από 1 φορά/ημέρα	12 (8.6)	14 (11.6)	
Κάποιες φορές σε κάποιες μέρες	124 (88.6)	106 (87.6)	
Ποτέ	4 (2.9)	1 (0.8)	
<b>Κατανάλωση πρόχειρου φαγητού</b>			<b>0.018*</b>
Ποτέ	23 (16.4)	38 (31.4)	
≤ 1 φορά/βδομάδα	89 (63.6)	63 (52.1)	
Πάνω από 2 φορές/βδομάδα	28 (20.0)	20 (16.5)	
<b>Έγκαυμα από τον ήλιο</b>			0.629
Ποτέ	76 (54.3)	70 (57.9)	
1-2 φορές	56 (40.0)	42 (34.7)	
Πάνω από 3 φορές	8 (5.7)	9 (7.4)	
<b>Κατανάλωση οινόπνευματος</b>			0.387
Ποτέ	67 (48.2)	52 (43.7)	
Περιστασιακά	70 (50.4)	67 (56.3)	
Συχνά	2 (1.4)	0 (0.0)	
<b>Χρήση ναρκωτικών</b>			0.763
Ποτέ	132 (94.3)	113 (93.4)	
Χρήστες	8 (5.7)	8 (6.6)	
<b>Κάπνισμα</b>			0.970
Μη-καπνιστές	53 (37.9)	44 (37.3)	
Πειραματικά	49 (35.0)	43 (36.4)	
Καπνιστές	38 (27.1)	31 (26.3)	

\*Στατιστικά σημαντική διαφορά σε  $\alpha=5\%$  επίπεδο σημαντικότητας (δίπλευρος έλεγχος), σύμφωνα με τον έλεγχο  $\chi^2$  Pearson ή Fisher exact test με τη διόρθωση του Monte-Carlo correction.

Η ποσοστιαία διαφορά δεν είναι ικανή ώστε να καταστήσει τη στατιστική διαφορά σημαντική, ωστόσο, είναι υπολογίσιμη και αποτελεί οπωσδήποτε πεδίο αναφοράς για μελλοντικές επιστημονικές αναζητήσεις. Η σποραδική κατανάλωση επιβεβαιώνεται και από τις δύο ομάδες σε σχεδόν ανάλογα ποσοστά (66,1%, 69,3%) ενώ η απουσία του γεύματος αφορά οριακά περισσότερο τον τομέα Πρόνοιας (12,9%) συγκριτικά με τον τομέα Υγείας (8,3%).

**Πίνακας 4.3:** Πολυπαραγοντική σχέση του τμήματος σπουδών με τους παράγοντες της συμπεριφοράς υγείας για το 1<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο

	Αστάθμιστο μοντέλο		Σταθμισμένο μοντέλο	
	Κοινωνική εργασία	Νοσηλευτική OR (95% CI)	Κοινωνική εργασία	Νοσηλευτική OR (95% CI)
<b>Σωματική άσκηση</b>				
Υψηλή		0.54 (0.3, 1.1) **		0.90 (0.7, 1.2)
Λιγότερη άσκηση		0.96 (0.5, 1.7)		1.00 (0.8, 1.3)
Καθόλου	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
<b>Ελλιπής στοματική υγιεινή</b>				
Πάνω από 1 φορά/ημέρα		1.36 (0.8, 2.4)		1.06 (0.8, 1.3)
1 φορά/ημέρα ή λιγότερο	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
<b>Λήψη πρωινού</b>				
Κάθε μέρα		0.45 (0.2, 1.1)**		0.87 (0.6, 1.2)
Κάποιες μέρες		0.67 (0.3, 1.5)		0.93 (0.7, 1.3)
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
<b>Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών</b>				
Πάνω από 1 φορά/ημέρα		0.21 (0.02, 2.2)		0.87 (0.4, 1.8)
Κάποιες φορές		0.29 (0.03, 2.6)		0.93 (0.5, 1.8)
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
<b>Κατανάλωση πρόχειρου φαγητού</b>				
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
≤ 1 φορά/βδομάδα		<b>2.33 (1.3, 4.3)*</b>		1.15 (0.9, 1.5)
Πάνω από 2 φορές/βδομάδα		<b>2.31 (1.1, 5.0)*</b>		1.14 (0.8, 1.5)
<b>Έγκαυμα από τον ήλιο</b>				
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
1-2 φορές		1.23 (0.7, 2.1)		1.03 (0.8, 1.3)
Πάνω από 3 φορές		0.82 (0.3, 2.2)		0.98 (0.6, 1.5)
<b>Κατανάλωση οινοπνεύματος</b>				
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
Περαστασιακά		0.97 (0.8, 1.2)		0.97 (0.8, 1.2)
Συχνά		1.28 (0.5, 3.4)		1.34 (0.5, 3.7)
<b>Χρήση ναρκωτικών</b>				
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
Χρήστες		0.86 (0.3, 2.3)		1.00 (0.6, 1.5)
<b>Κάπνισμα</b>				
Μη-καπνιστές	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
Πειραματικά		0.95 (0.5, 1.7)		1.00 (0.8, 1.3)
Καπνιστές		1.02 (0.5, 1.9)		1.03 (0.8, 1.3)

Όλα τα σταθμισμένα μοντέλα είναι προσαρμοσμένα για την ηλικία των φοιτητών, τη σύνθεση οικογένειας, την τωρινή κατοικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων και την κατάσταση υγείας. \* Στατιστικά σημαντική διαφορά σε α=5% επίπεδο σημαντικότητας, σύμφωνα με τη λογιστική παλινδρόμηση. \*\* Στατιστικά σημαντική διαφορά σε α=10% επίπεδο σημαντικότητας, σύμφωνα με τη λογιστική παλινδρόμηση.

Η οριακή αυτή σχέση επισημαίνεται και στην αποχή από την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών όπου με ποσοστό 0,8% έναντι 2,9% οι σπουδάστριες Νοσηλευτικής παρουσιάζουν μικρότερη αποκλίνουσα συμπεριφορά. Η σποραδική κατανάλωση δεν παρουσιάζει αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις ανάμεσα στους δύο

πληθυσμούς ενώ καθημερινή κατανάλωση αναφέρει το 11,6% των σπουδαστριών Νοσηλευτικής και το 8,6% των σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας χωρίς όμως να προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Οι μικρότερες διαφοροποιήσεις ανιχνεύονται στους παράγοντες του καπνίσματος και της χρήσης ναρκωτικών ουσιών. Στην πρώτη παράμετρο παρατηρείται αναλογία τόσο ως προς τις φοιτήτριες που απέχουν από την καπνιστική συνήθεια (37,3%, 37,9%) όσο και ως προς αυτές που επιδίδονται πειραματικά (36,4%, 35,0%) ή συστηματικά στο κάπνισμα (26,3%, 27,1%). Στην παράμετρο της χρήσης ναρκωτικών ουσιών διαπιστώνεται η αποχή της συντριπτικής πλειοψηφίας των φοιτητριών από ανάλογες πρακτικές ανεξαρτήτως τμήματος σπουδών ενώ αναλογία επισημαίνεται και στους χρήστες με ποσοστά 6,6% και 5,7% εις βάρος του τομέα Υγείας. Αποχή από την κατανάλωση αλκοόλ αναφέρει το 43,7% των σπουδαστριών Νοσηλευτικής και το 48,2% των σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας ενώ η διαφορά διευρύνεται στην περιστασιακή χρήση με ποσοστό 56,3% και 50,4%. Αξιοσημείωτα είναι, ωστόσο, τα μηδενικά ποσοστά του τομέα Υγείας στο ερώτημα της συχνής κατανάλωσης αλκοόλ (0,0%) που ακολουθούνται από τα ιδιαίτερα περιορισμένα ποσοστά του τομέα Πρόνοιας (1,4%). Ολοκληρώνοντας το σχολιασμό των στοιχείων το 34,7% των σπουδαστριών Υγείας αναφέρει ένα έως δύο επεισόδια ηλιακού εγκαύματος, το 7,4% πάνω από τρία ενώ το 57,9% εφαρμόζει πρακτικές που προφυλάσσουν από αντίστοιχο κίνδυνο. Τα ποσοστά των σπουδαστριών Πρόνοιας κυμαίνονται σε 5,7%, 40,0% και 54,3%, επιτυγχάνοντας οριακά καλύτερη επίδοση στο ζήτημα της επαναλαμβανόμενης έκθεσης στον ήλιο. Σε πολυπαραγοντικά μοντέλα ανάλυσης (πίνακας 3) σταθμισμένα για την ηλικία των φοιτητριών, τη σύνθεση της οικογένειάς τους, την παρούσα κατοικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο των γονιών τους και την αναφερόμενη κατάσταση της υγείας τους δε φαίνεται να προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ του τμήματος σπουδών και των ακολουθούμενων συμπεριφορών υγείας για τις πρωτοετείς σπουδάστριες.

#### **4.3 Συχνότητα επιβαρυντικών για την υγεία παραγόντων: 3<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο**

Το τρίτο ερωτηματολόγιο συμπεριφορών υγείας συμπληρώθηκε από σπουδάστριες του Ζ' εξαμήνου σπουδών δηλαδή ακαδημαϊκούς πολίτες που περατώνουν τις

προπτυχιακές τους σπουδές. Είναι λοιπόν εύλογο να θεωρηθεί ότι οι απαντήσεις που δόθηκαν αποτελούν δείκτες εμπέδωσης γνώσεων και πρακτικής εφαρμογής τους-τουλάχιστον για τον τομέα Υγείας-γεγονός που αφορά αμφιμερώς τόσο τα μεμονωμένα άτομα όσο και το τμήμα στο οποίο υπάγονται. Από τη μελέτη του σχετικού πίνακα (πίνακας 4) με τα αποτελέσματα διαπιστώνεται η διαφοροποίηση των σπουδαστριών Νοσηλευτικής στο θέμα της κατανάλωσης πρόχειρου φαγητού: μόνο το 4,1% δεν επιδίδεται στη συνήθεια ποτέ, το 68,0% καταφεύγει στη λύση του έτοιμου φαγητού περίπου μία φορά εβδομαδιαίως ενώ το 27,8% πάνω από δύο φορές στο ίδιο χρονικό διάστημα. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις σπουδάστριες Κοινωνικής Εργασίας διαμορφώνονται σε 15%, 60% και 25%, ενώ από τη σύγκριση των δυο πληθυσμιακών ομάδων προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,024$ . Διαφοροποίηση μεταξύ των δύο ομάδων επισημαίνεται και στο ζήτημα της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών χωρίς, ωστόσο, να δίνει στατιστικά σημαντικές διαφορές: μόνο το 6,2% του τομέα Υγείας καταναλώνει καθημερινά φρούτα και λαχανικά ενώ το 2,1% αναφέρει πλήρη αποστασιοποίηση από την υγιεινή αυτή συνήθεια· τα αντίστοιχα ποσοστά για τον τομέα Πρόνοιας κυμαίνονται σε 12,1% και 0,7%. Καλύτερες συμπεριφορές επιδεικνύουν οι μελλοντικές επαγγελματίες Υγείας στο θέμα της κατανάλωσης πρωινού γεύματος: το 45,8% καταναλώνει καθημερινά, το 44,8% το κάνει σποραδικά ενώ το 9,4% δεν το κάνει ποτέ· οι αντίστοιχες επιδόσεις της ομάδας σύγκρισης διαμορφώθηκαν σε 39,6%, 49,6% και 10,8%. Η μέριμνα για τη σωστή στοματική υγιεινή αποτελεί προτεραιότητα για το 71,1% και το 77,1% των σπουδαστριών ενώ αξιοσημείωτη είναι η απουσία ατόμων που επιδεικνύουν πλήρη αδιαφορία για το θέμα αυτό. Ως προς την κατανάλωση οινοπνεύματος οι διαφορές που προκύπτουν στις απαντήσεις «ποτέ» και «περιστασιακά» δεν είναι αξιοσημείωτες· αντίθετα, ενδιαφέρον παρουσιάζει η μηδενική ποσοστωση (0,0%) του τομέα Υγείας στην απάντηση «συχνά» συγκρινόμενη με το επίσης περιορισμένο ποσοστό του τομέα Πρόνοιας (1,4%). Διερμηνεύοντας τις απαντήσεις στο ζήτημα της σωματικής άσκησης ο μελετητής δεν μπορεί παρά να διαπιστώσει τα ελλείμματα των σπουδαστριών Νοσηλευτικής: το 41,7% ασκείται έντονα και συχνά-το αντίστοιχο ποσοστό των σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας ανέρχεται στο 51,4%, αν και η σύγκριση δεν είναι ικανή να δώσει στατιστικά σημαντική διαφορά-το 16,7% ασκείται λιγότερο

συστηματικά ενώ πλήρη αποχή από πρακτικές φυσικής δραστηριότητας αναφέρει το 41,7% συγκρινόμενο με το 30,4% της δεύτερης ομάδας. Τάση διαφοροποίησης παρατηρείται και στο κάπνισμα. Υψηλό είναι το ποσοστό όσων απέχουν από πρακτικές χρήσης ναρκωτικών ουσιών (76,1%, 81,2%) ωστόσο στους χρήστες υπάγεται το 23,9% των σπουδαστριών υγειονομικού προσανατολισμού, αυξημένο συγκρινόμενο με το 18,8% των ομολόγων τους από τον τομέα Πρόνοιας. Τέλος, καλύτερες φαίνεται να είναι οι επιδόσεις των μελλοντικών επαγγελματιών Υγείας στο ζήτημα της έκθεσης στην ηλιακή ακτινοβολία καθώς το 23,7% δεν έχει υποστεί έγκαυμα, το 37,1% αναφέρει ένα ή δύο επεισόδια και το 39,2% περισσότερα από τρία συγκριτικά με τα αντίστοιχα αναφερόμενα ποσοστά της έτερης ομάδας αναφοράς. Ολοκληρώνοντας τον υπομνηματισμό του τρίτου ερωτηματολογίου διαπιστώνεται εκ νέου ότι, σε πολυπαραγοντικά μοντέλα ανάλυσης σταθμισμένα για την ηλικία των φοιτητών, τη σύνθεση της οικογένειας προέλευσης, την παρούσα κατοικία, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των γονιών τους καθώς και για την αναφερόμενη κατάσταση της υγείας τους, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των τελειόφοιτων σπουδαστριών τμημάτων Νοσηλευτικής και Κοινωνικής Εργασίας ως προς επιβλαβείς υγειονομικά συμπεριφορές (πίνακας 5).

**Πίνακας 4.4** Περιγραφικά χαρακτηριστικά για τους παράγοντες της συμπεριφοράς υγείας ανά τμήμα για το 3<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο

	<b>Κοινωνική εργασία (N=140) N (%)</b>	<b>Νοσηλευτική (N=97) N (%)</b>	<b>p-value</b>
<b>Σωματική άσκηση</b>			0.197
Υψηλή	71 (51.4)	40 (41.7)	
Λιγότερη άσκηση (συχνότητα και λεπτά)	25 (18.1)	16 (16.7)	
Καθόλου	42 (30.4)	40 (41.7)	
<b>Ελλιπής στοματική υγιεινή</b>			0.296
Πάνω από 1 φορά/ημέρα	108 (77.1)	69 (71.1)	
1 φορά/ημέρα ή λιγότερο	32 (22.9)	28 (28.9)	
Ποτέ	-	-	
<b>Λήψη πρωινού</b>			0.631
Κάθε μέρα	55 (39.6)	44 (45.8)	
Κάποιες μέρες	69 (49.6)	43 (44.8)	
Ποτέ	15 (10.8)	9 (9.4)	
<b>Έλλειψη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών</b>			0.187
Πάνω από 1 φορά/ημέρα	17 (12.1)	6 (6.2)	
Κάποιες φορές σε κάποιες μέρες	122 (87.1)	89 (91.8)	
Ποτέ	1 (0.7)	2 (2.1)	
<b>Κατανάλωση πρόχειρου φαγητού</b>			0.024*
Ποτέ	21 (15.0)	4 (4.1)	
≤ 1 φορά/βδομάδα	84 (60.0)	66 (68.0)	
Πάνω από 2 φορές/βδομάδα	35 (25.0)	27 (27.8)	
<b>Έγκαυμα από τον ήλιο</b>			0.452
Ποτέ	24 (17.1)	23 (23.7)	
1-2 φορές	58 (41.4)	36 (37.1)	
Πάνω από 3 φορές	58 (41.4)	38 (39.2)	
<b>Κατανάλωση οινοπνεύματος</b>			0.420
Ποτέ	56 (40.0)	34 (35.1)	
Περιστασιακά	82 (58.6)	63 (64.9)	
Συχνά	2 (1.4)	-	
<b>Χρήση ναρκωτικών</b>			0.354
Ποτέ	112 (81.2)	70 (76.1)	
Χρήστες	26 (18.8)	22 (23.9)	
<b>Κάπνισμα</b>			0.134
Μη-καπνιστές	52 (37.1)	26 (26.8)	
Πειραματικά	63 (45.0)	45 (46.4)	
Καπνιστές	25 (17.9.0)	26 (26.8)	

\* Στατιστικά σημαντική διαφορά σε  $\alpha=5\%$  επίπεδο σημαντικότητας (δίπλευρος έλεγχος), σύμφωνα με τον έλεγχο  $\chi^2$  Pearson ή Fisher exact test με τη διόρθωση του Monte-Carlo correction.

**Πίνακας 4.5** Πολυπαραγοντική σχέση του τμήματος σπουδών με τους παράγοντες της συμπεριφοράς υγείας ανά φύλο για το 3<sup>ο</sup> ερωτηματολόγιο

	Αστάθμιστο μοντέλο		Σταθμισμένο μοντέλο	
	Κοινωνική εργασία (N=140) OR (95% CI)	Νοσηλευτική (N=97) <i>p for trend</i>	Κοινωνική εργασία (N=140) OR (95% CI)	Νοσηλευτική (N=97) <i>p for trend</i>
<b>Σωματική άσκηση</b>				
Επαρκής		1.69 (0.9, 3.0)		1.54 (0.8, 2.9)
Λιγότερη άσκηση		1.49 (0.7, 3.2)		1.28 (0.5, 3.0)
Καθόλου	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
<b>Ελλιπής στοματική υγιεινή</b>				
Πάνω από 1 φορά/ημέρα		1.05 (0.8, 1.3)		1.05 (0.8, 1.3)
1 φορά/ημέρα ή λιγότερο	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
Ποτέ	-	-	-	-
<b>Λήψη πρωινού</b>				
Κάθε μέρα		0.75 (0.3, 1.9)		1.14 (0.4, 3.0)
Κάποιες μέρες		0.96 (0.4, 2.4)		1.11 (0.4, 2.9)
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
<b>Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών</b>				
Πάνω από 1 φορά/ημέρα		5.67 (0.4, 74.4)		
Κάποιες φορές σε κάποιες μέρες		2.74 (0.2, 30.1)		
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
<b>Κατανάλωση πρόχειρου φαγητού</b>				
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
≤ 1 φορά/βδομάδα		<b>0.24 (0.01, 0.7)*</b>		0.85 (0.6, 1.2)
Πάνω από 2 φορές/βδομάδα		<b>0.25 (0.01, 0.8)*</b>		0.82 (0.5, 1.2)
<b>Έγκαυμα από τον ήλιο</b>				
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
1-2 φορές		1.54 (0.8, 3.1)		1.10 (0.8, 1.5)
Πάνω από 3 φορές		1.46 (0.7, 2.9)		1.07 (0.8, 1.4)
<b>Κατανάλωση οινοπνεύματος</b>				
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
Περιστασιακά		0.79 (0.5, 1.3)		0.93 (0.7, 1.2)
Συχνά		-		-
<b>Χρήση ναρκωτικών</b>				
Ποτέ	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
Χρήστες		0.74 (0.4, 1.4)		0.96 (0.7, 1.3)
<b>Κάπνισμα</b>				
Μη-καπνιστές	<i>Reference</i>		<i>Reference</i>	
Πειραματικά		0,62 (0,3,1,1)		0,92 (0,7,1,2)
Καπνιστές		0,46 (0,2, 0,9)*		0,87 (0,6, 1,2)

Όλα τα σταθμισμένα μοντέλα είναι προσαρμοσμένα για την ηλικία των φοιτητών, τη σύνθεση οικογένειας την τωρινή κατοικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο γονέων και την κατάσταση υγείας.

\*Στατιστικά σημαντική διαφορά σε  $\alpha=5\%$  επίπεδο σημαντικότητας, σύμφωνα με τη λογιστική παλινδρόμηση.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η σύγκριση των αποτελεσμάτων που προσπορίζουν τα δύο ερωτηματολόγια αναφορικά με το θέμα της κατανάλωσης αλκοόλ καταδεικνύει την απουσία κατάχρησης αλκοολούχων ποτών, τουλάχιστον στην οξεία μορφή της: καμία σπουδάστρια Νοσηλευτικής δεν απαντά θετικά στο ερώτημα της συχνής χρήσης ενώ περιορισμένο μόνο ποσοστό σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας (1,4%) πληροί διαχρονικά τις προϋποθέσεις για να ενταχθεί στην κατηγορία της κατάχρησης. Ωστόσο, ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η μείωση του ποσοστού φοιτητριών τομέα Υγείας από το πρώτο στο τρίτο ερωτηματολόγιο που αποκλείουν την κατανάλωση οινοπνεύματος: από 43,7% κατέρχεται σε 35,1% ενώ οι φοιτήτριες του τομέα Πρόνοιας ακολουθούν με πτώση από το 48,2% στο 40,0%. Τέλος, διαπιστώνεται αύξηση στην περιστασιακή χρήση αλκοόλ περίπου 8,0% ανάλογη και για τις δύο κατευθύνσεις σπουδών. Σε κάθε περίπτωση είναι φανερό η αυξητική τάση των σπουδαστριών Νοσηλευτικής στην κατανάλωση αλκοόλ συγκριτικά με τις σπουδάστριες Κοινωνικής Εργασίας έστω και αν τα ερευνητικά δεδομένα δεν παρέχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Τα αποτελέσματα συνάδουν με τα αντίστοιχα μελέτης των Κωνσταντινίδη και συν. (2014) όπου διαπιστώνεται ότι σε σύνολο 514 φοιτητών Τ.Ε.Ι. το 82,7% καταναλώνει αλκοολούχα σκευάσματα-συνήθως κατά τη διασκέδαση-το 2,9% αναφέρει επίσκεψη σε Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω οξείας μέθης ενώ το 2,7% παραδέχεται την οδήγηση υπό επήρεια μέθης. Αυξημένες χαρακτηρίζονται και οι αντίστοιχες επιδόσεις των προπτυχιακών φοιτητών Ιατρικής καθώς σε σύνολο 849 ατόμων το 77,2% των ανδρών και το 58,0% των γυναικών καταναλώνουν αλκοόλ σε τακτικά χρονικά διαστήματα (Mammas et al. 2003). Ανάλογα αποτελέσματα παρέχουν έρευνες τόσο στην Ισπανία όσο και στην Αμερική. Στην πρώτη περίπτωση εκτιμάται ότι το 44,5% των σπουδαστριών Νοσηλευτικής Επιστήμης προβαίνει σε κατάχρηση αλκοόλ (Rabanales Sotos et al. 2015) ενώ στη δεύτερη τεκμηριώνεται η καλύτερη συγκριτικά επίδοση των σπουδαστριών μη υγειονομικού προσανατολισμού: πιο συγκεκριμένα η σύγκριση 125 σπουδαστριών Νοσηλευτικής και 185 σπουδαστριών άλλης κατεύθυνσης κατέδειξε ότι μεγαλύτερο ποσοστό από τη δεύτερη ομάδα

απέχει από τη χρήση αλκοόλ (Hensel, Engs & Middleton 2016). Η ροπή αυτή φαίνεται να ακολουθεί του νοσηλευτές και στην επαγγελματική τους σταδιοδρομία: έρευνα στην Αγγλία τεκμηρίωσε ότι το 57,2% των νοσηλευτών καταναλώνουν περισσότερα από δύο ποτά εβδομαδιαίως ενώ τα 2/3 περισσότερα από τέσσερα ποτά ημερησίως (Blake et al. 2011). Αντίθετα, σε έρευνα των Διομήδους και συν. (2007) προκύπτουν ενθαρρυντικά αποτελέσματα αφού στο τμήμα Νοσηλευτικής Αθηνών το 58,8% απέχει από πρακτικές κατανάλωσης αλκοόλ, ποσοστό που για τις γυναίκες εκτιμάται στο 45,6%. Στην ίδια κατεύθυνση οι προπτυχιακοί σπουδαστές Ιατρικής στη Γερμανία παρουσιάζουν μικρότερα ποσοστά ευκαιριακής κατανάλωσης συγκρινόμενοι με τους σπουδαστές Νομικής (Keller et al. 2008), ενώ πολυκεντρική έρευνα που διεξήχθη σε δεκαεπτά χώρες της Ασίας, της Αμερικής και της Αφρικής απέδειξε ότι οι σπουδαστές Υγείας που πίνουν συνιστούν μικρό αναλογικά πληθυσμό (Peltzer et al. 2016).

Στο θέμα του καπνίσματος οι συνολικές επιδόσεις των σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας κρίνονται καλύτερες συγκρινόμενες με τις αντίστοιχες των ομολόγων τους Νοσηλευτικής Επιστήμης: ενώ στο πρώτο ερωτηματολόγιο παρουσιάζεται αναλογία απαντήσεων με παρεμφερή ποσοστά σε όλους τους τομείς, η εικόνα αλλάζει ριζικά στο τέταρτο έτος σπουδών. Το ποσοστό των σπουδαστριών Νοσηλευτικής που αναφέρει αποχή από την καπνιστική συνήθεια κατέρχεται στο 22,7% εν αντιθέσει με το αντίστοιχο σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας που κινείται αυξητικά στο 40,3%. Παρά το γεγονός ότι οι καπνίστριες μειώνονται και στους δύο πληθυσμούς αναφοράς, αυτό ανιχνεύεται κυρίως στον τομέα Πρόνοιας όπου σημειώνεται πτώση 11,0% περίπου και λιγότερο στον τομέα Υγείας όπου η πτώση είναι της τάξης του 2,0% με ταυτόχρονη αύξηση 10,0% περίπου των πειραματικών καπνιστριών. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιβεβαιώνουν το πόρισμα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής όπου η σύγκριση καπνιστών φοιτητών Ιατρικής και καπνιστών φοιτητών Νοσηλευτικής κατέδειξε ότι οι πρώτοι επιδίδονται σε μικρότερο βαθμό στην ανθυγιεινή αυτή συνήθεια (3,3%) συγκριτικά με τους δεύτερους (13,5%) (Patkar et al. 2003). Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και η μελέτη των Keller et al. (2008) στη Γερμανία όπου οι φοιτητές Ιατρικής παρουσίαζαν σημαντικά μικρότερο ποσοστό καπνίσματος (22,9%) σε σχέση με τους φοιτητές Παιδαγωγικών τμημάτων

(37,9%). Παρά τον εξαιρετικά υψηλό επιπολασμό καπνίσματος στα ελληνικά Πανεπιστημιακά Ιδρύματα οι φοιτητές Ιατρικής παρουσιάζουν καλύτερες επιδόσεις συγκρινόμενοι με φοιτητές μη υγειονομικού προσανατολισμού: ενώ στο πρώτο και στο δεύτερο έτος σπουδών το 29,3% των ανδρών και το 25,9% των γυναικών καπνίζουν και παρόλο που στα τελευταία έτη σπουδών οι πληθυσμοί αναπροσαρμόζονται αυξητικά σε 55,3% και 37,9% αντίστοιχα, τα ποσοστά αυτά είναι σε κάθε περίπτωση μικρότερα από εκείνα σπουδαστών άλλων ακαδημαϊκών τμημάτων (Alexopoulos et al. 2010). Ίδια εικόνα σχηματίζει ο ερευνητής και από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης όπου σε σύνολο 300 ατόμων το 35,2% των μελλοντικών γιατρών παραδέχεται την καπνιστική συνήθεια σε σχέση με το 64,8% των υπόλοιπων σπουδαστών (Tirodimos et al. 2009). Πολυκεντρική έρευνα σε δεκαεπτά χώρες της Ασίας, της Αμερικής και της Αφρικής διαπιστώνει τα μειωμένα ποσοστά καπνιστών μεταξύ των σπουδαστών υγειονομικού προσανατολισμού (Peltzer et al. 2016) ενώ και στην Κωνσταντινούπολη η σύγκριση σπουδαστών Νοσηλευτικής και Κοινωνικών Επιστημών οδηγεί στην καταγραφή μειωμένου ποσοστού καπνιστών στον πρώτο πληθυσμό (13,1%) έναντι του δεύτερου (25,4%) (Gulbeyaz et al. 2008). Περισσότερο μετριοπαθή τα αποτελέσματα έρευνας στην Ισπανία όπου οι Ordás et al. (2015) διαπίστωσαν τα αυξημένα ποσοστά καπνιστών προπτυχιακών φοιτητών Νοσηλευτικής και Φυσικοθεραπείας αν και αυτά φαίνεται ότι μειώνονται στο διάνυσμα του χρόνου, ενώ στην Κίνα μελέτη που διεξήχθη σε δώδεκα Πανεπιστήμια και αφορούσε σε 1896 φοιτητές δεν ανίχνευσε αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα στα ποσοστά καπνιστών φοιτητών Ιατρικής (40,7% άνδρες, 4,4% γυναίκες) και καπνιστών φοιτητών σχολών διαφορετικού προσανατολισμού (45,1% άνδρες, 6,0% γυναίκες) αν και οι πρώτοι χαρακτηρίζονταν περιστασιακοί καπνιστές σε ποσοστό 75,3% σε σχέση με το 60,6% των δεύτερων (Tong et al. 2004). Σε κάθε περίπτωση, το αυξημένο ποσοστό των μελλοντικών επαγγελματιών Υγείας που καπνίζουν μαρτυρείται από έρευνες στην Κρήτη (Κωνσταντινίδης και συν. 2014), την Αθήνα (Φραντζεσκάκη και συν. 2003, Πολυκανδριώτη και συν. 2009), τη Θράκη (Παντσίδης, Παπαγεωργίου & Μπούρος 2012) και την Αλβανία (Vakefilii et al. 2002).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης οι σπουδάστριες Νοσηλευτικής Επιστήμης παρουσιάζουν καλύτερες επιδόσεις στο θέμα της διατροφής

τουλάχιστον κατά το πρώτο έτος σπουδών. Πρωινό καθημερινά λαμβάνει το 25,6% σε σχέση με το 17,9% των σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας ενώ οι πρώτες αποκλείουν τη λήψη αυτού του γεύματος σε ποσοστό 8,3%, μικρότερο από το αντίστοιχο 12,9% των δεύτερων. Καθημερινή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών αναφέρει το 11,6% του τομέα Υγείας ενώ το 0,8% απέχει πλήρως από τη συνήθεια αυτή, ποσοστά σαφώς καλύτερα από τα αντίστοιχα 8,6% και 2,9% του τομέα Πρόνοιας. Αποστασιοποίηση από πρακτικές κατανάλωσης έτοιμου φαγητού αναφέρει το 31,4% των σπουδαστριών Νοσηλευτικής ενώ το 16,5% καταφεύγει στη λύση αυτή πάνω από δύο φορές σε χρονικό διάστημα εβδομάδας· οι αντίστοιχες επιδόσεις της δεύτερης ομάδας αναφοράς κυμαίνονται σε ποσοστά 16,4% και 20,0%. Κατά το τρίτο έτος σπουδών διαπιστώνεται ότι οι σπουδάστριες Υγείας διατηρούν το προβάδισμα στη λήψη πρωινού γεύματος (45,8%) έναντι των σπουδαστριών Πρόνοιας (39,6%) και παρουσιάζουν ελαφρώς καλύτερα αποτελέσματα στην αποφυγή του (9,4% έναντι 10,8%). Ωστόσο, διαφοροποίηση παρουσιάζεται στο ζήτημα της κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών όπου η απάντηση «ποτέ» δίνεται από το 2,1% των σπουδαστριών Νοσηλευτικής και το 0,7% των σπουδαστριών Κοινωνικής Εργασίας· η διαφοροποίηση σε σχέση με το πρώτο έτος σπουδών επεκτείνεται και στην καθημερινή κατανάλωση σχετικών προϊόντων με ποσοστά 6,2% και 12,1% αντίστοιχα. Δραματική αναπροσαρμογή ανιχνεύεται στην κατανάλωση πρόχειρου φαγητού όπου ως απάντηση «ποτέ» δίνει μόλις το 4,1% του τομέα Υγείας έναντι του 15,0% του τομέα Πρόνοιας ενώ συχνή κατανάλωση αναφέρει το 27,8% και το 25,0% των σπουδαστριών αντίστοιχα. Από το σύνολο των παραπάνω ερευνητικών δεδομένων στοιχειοθετείται η αποδυνάμωση των υγιεινών πρακτικών των σπουδαστριών Νοσηλευτικής Επιστήμης προϊόντος του χρόνου, με εξαίρεση την κατανάλωση πρωινού γεύματος. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με έρευνα δεκαεπτά χωρών της Ασίας, της Αμερικής και της Αφρικής όπου οι φοιτητές υγειονομικού προσανατολισμού παρουσίαζαν χειρότερες επιδόσεις στο ζήτημα της διατροφής συγκρινόμενοι με φοιτητές άλλων σχολών: το 47,3% των πρώτων αποφεύγει το πρωινό γεύμα, το 82,3% καταναλώνει λιγότερες από πέντε μερίδες φρούτων και λαχανικών ημερησίως ενώ καθημερινά κατανάλωση κόκκινου κρέατος αναφέρει το 51,4% με τα αντίστοιχα ποσοστά της ομάδας αναφοράς να κυμαίνονται σε 46,6%, 77,8% και 41,7% (Peltzer et al. 2016).

Σε έρευνα των Tirodimos et al. (2009) που διενεργήθηκε στο Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης φάνηκε ότι, μολονότι οι σπουδαστές Ιατρικής διαθέτουν επαρκείς γνώσεις για την υγιεινή διατροφή σε ποσοστό 63,1% έναντι του 52,6% των σπουδαστών μη υγειονομικού προσανατολισμού, ωστόσο δε διαφοροποιούνται θετικά στο θέμα της ενδεδειγμένης κατανάλωσης τροφών από τον υπόλοιπο σπουδαστικό πληθυσμό. Αντίθετα αποτελέσματα προσπορίζει έρευνα στη Γερμανία όπου οι σπουδαστές Ιατρικής επιδεικνύουν καλύτερες διατροφικές συμπεριφορές σε αντίθεση με τους ομολόγους τους Παιδαγωγικών Επιστημών και Νομικής οι οποίοι αναφέρουν περιορισμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Keller et al. 2008). Ανεξάρτητα από τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την επιχειρούμενη διεπιστημονική προσέγγιση του θέματος, η διεθνής βιβλιογραφία βρίθει αναφορών που καταδεικνύουν επιλήψιμες διατροφικές συνήθειες των μελλοντικών επαγγελματιών Υγείας τόσο Νοσηλευτικής Επιστήμης (Συλιγάρδου 2016) όσο και Ιατρικής (Bertsias et al. 2003, Mammias et al. 2004, Chourdakis et al. 2010). Ταυτόχρονα, προβληματισμοί ανακύπτουν και από τη μελέτη των διατροφικών συνηθειών μεικτών σπουδαστικών πληθυσμών σε διεθνές επίπεδο (Steptoe et al. 2002, El Ansari et al. 2011, Kwan et al. 2013, Teleman et al. 2015-β).

Οι πρωτοετείς σπουδάστριες που προέρχονται από τον τομέα Υγείας επιδεικνύουν τάση για καλύτερες συμπεριφορές αναφορικά με τη φυσική δραστηριότητα σε σχέση με εκείνες του τομέα Πρόνοιας: τις κατευθυντήριες οδηγίες για επαρκή άσκηση ακολουθεί το 28,1% των πρώτων έναντι του 17,9% των δεύτερων, απόκλιση που διαπιστώνεται-σε αρκετά μικρότερο βαθμό-και στην πλήρη αποστασιοποίηση από πρακτικές φυσικής κινητοποίησης όπου τα ποσοστά διαμορφώνονται σε 23,1% και 27,1% αντίστοιχα. Η παραπάνω εικόνα διαφοροποιείται στις τελειόφοιτες σπουδάστριες: το ποσοστό των ασκούμενων ατόμων έχει αυξηθεί αρκετά και για τους δύο πληθυσμούς αναφοράς, ωστόσο προηγείται πλέον ο τομέας Πρόνοιας με ποσοστό 51,4% σε σχέση με τον τομέα Υγείας που έπεται με ποσοστό 41,7%. Αυξητικά κινήθηκαν αμφότεροι οι πληθυσμοί και στο θέμα της πλήρους απομάκρυνσης από φυσικές δραστηριότητες με τη Νοσηλευτική να καταλαμβάνει αρνητική πρωτιά (41,7%) σε σχέση με την Κοινωνική Εργασία (30,4%). Είναι φανερό λοιπόν ότι στο διάνυσμα του ακαδημαϊκού χρόνου σημειώνεται πολωτική κίνηση των σπουδαστριών προς διαμετρικά αντίθετες

καταστάσεις, δηλαδή από την επαρκή εξάσκηση στην πλήρη απουσία φυσικής δραστηριότητας. Οι Peltzer et al. (2016) διαπίστωσαν σε πολυκεντρική έρευνα δεκαεπτά χωρών ότι το 52,4% των φοιτητών υγειονομικού προσανατολισμού τείνει να είναι αδρανές συγκριτικά με το 47,1% των φοιτητών άλλων τομέων, ποσοστά που υπογραμμίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά. Τη φυσική νωχέλεια των σπουδαστών υπερθεματίζει έρευνα των Gulbeyaz et al. (2008) που έλαβε χώρα στην Κωνσταντινούπολη: στην περίπτωση όμως αυτή το φαινόμενο χαρακτηρίζει από κοινού τόσο τους σπουδαστές Νοσηλευτικής όσο και εκείνους των Κοινωνικών Επιστημών. Αντίθετα αποτελέσματα παραδίδει γερμανική μελέτη σύμφωνα με την οποία το 57,2% των σπουδαστών Ιατρικής αναφέρουν περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας, ποσοστό υψηλό συγκρινόμενο με το 55,7% των σπουδαστών Παιδαγωγικών Επιστημών αλλά σε κάθε περίπτωση μικρότερο από το 68,6% των σπουδαστών Νομικής (Keller et al. 2008). Παρά τα αντικρουόμενα πορίσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας είναι γεγονός ότι οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν στο ζήτημα της γενικότερης απαξίωσης της φυσικής δραστηριότητας από τους σπουδαστικούς πληθυσμούς ανεξαρτήτων επιστημονικού προσανατολισμού (Lee & Yuen Loke 2005, Lorant et al. 2013, Small et al. 2013).

Παρόλο που δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τη σύγκριση των πληθυσμών αναφοράς στο θέμα της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, ο ερευνητής δεν μπορεί παρά να θορυβηθεί από τα στατιστικά δεδομένα: από τις πρωτοετείς φοιτήτριες το 6,6% της Νοσηλευτικής και το 5,7% της Κοινωνικής Εργασίας αναφέρουν χρήση ουσιών αν και η συντριπτική πλειοψηφία απέχει από ανάλογες πρακτικές σε ποσοστό 93,4% και 94,3%· τα ερευνητικά πορίσματα διαφοροποιούνται δραματικά κατά το τελευταίο έτος σπουδών όπου οι σπουδάστριες Υγείας που προβαίνουν σε χρήση ναρκωτικών ουσιών αυξάνονται σε ποσοστό 23,9% και οι ομόλογές τους Κοινωνικής Εργασίας σε ποσοστό 18,8% αντίστοιχα, στοιχεία που μαρτυρούν την επαύξηση του επικίνδυνου φαινομένου στο οικείο ακαδημαϊκό ίδρυμα. Ανάλογα ανησυχητικά αποτελέσματα προέκυψαν από μελέτης της Floyd (1991) κατά την οποία η σύγκριση σπουδαστών Νοσηλευτικής Επιστήμης και Φιλοσοφικής Σχολής κατέδειξε ότι οι πρώτοι χρησιμοποιούν συχνότερα μη συνταγογραφούμενα αναλγητικά φάρμακα και ταυτόχρονα αναφέρουν χρήση κοκαΐνης σε μεγαλύτερο βαθμό από τους δεύτερους.

Η διεθνής βιβλιογραφία υπήρξε φειδωλή στην τροφοδότηση της παρούσας μελέτης με συγκριτικές αποτιμήσεις ανάλογων συμπεριφορών σπουδαστών υγειονομικού και μη υγειονομικού προσανατολισμού. Ωστόσο, ο ερευνητής νομιμοποιείται να συμπεριλάβει στο σχηματισμό διεθνούς εικόνας εκτός των άλλων και μελέτες μεικτών σπουδαστικών πληθυσμών καθώς είναι εύλογο-έστω και αν απουσιάζει σχετική ρητή αναφορά-ότι ανάμεσά τους θα περιλαμβάνονται σπουδαστές ευρύτερου υγειονομικού προσανατολισμού. Κατ' αυτόν τον τρόπο διαπιστώνεται ότι στα Τριτοβάθμια Εκπαιδευτικά Ιδρύματα του Καναδά το 17,5% των φοιτητών παραδέχεται χρήση μαριχουάνας κατά τον τελευταίο μήνα και το 3,5% χρήση άλλων ναρκωτικών ουσιών (Kwan et al. 2013). Σε πολυκεντρική έρευνα Αγγλίας, Ουαλίας και Βόρειας Ιρλανδίας προκύπτει τακτική χρήση παράνομων ουσιών για το 3,2% των γυναικών και το 9,6% των ανδρών αλλά και σποραδική χρήση για το 22,3% και το 37,2% αντίστοιχα (El Ansari et al. 2011). Οι Stock, Wille & Krämer (2001) διαπιστώνουν στη Γερμανία ότι σε σύνολο 650 φοιτητών το 4,5% χρησιμοποιεί συχνά ινδική κάνναβη σε διάστημα εβδομάδας ενώ αμφεταμίνες χρησιμοποιεί το 0,3%. Σε κάθε περίπτωση τα ποσοστά που προκύπτουν στην παρούσα εργασία και αφορούν στους μελλοντικούς επαγγελματίες Υγείας είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά, συγκρινόμενα με ανάλογα ευρήματα τόσο της ελληνικής βιβλιογραφίας και διεθνούς ερευνητικής ανασκόπησης.

Η μέριμνα για τη σωστή στοματική υγιεινή αποτελεί ένα ακόμη πεδίο όπου παρατηρούνται διαφοροποιήσεις των πληθυσμών αναφοράς στο διάνυσμα του χρόνου. Ενώ κατά το πρώτο έτος σπουδών οι φοιτήτριες Νοσηλευτικής φροντίζουν τη στοματική τους υγιεινή σε ποσοστό 76,0% και εκείνες της Κοινωνικής Εργασίας σε ποσοστό 70,0%, κατά το τελευταίο έτος οι πρώτες παρουσιάζουν μείωση του ενδιαφέροντος για σχετικές πρακτικές (71,1%) σε αντίθεση με τη δεύτερη ομάδα που επιτυγχάνει βελτιωμένα συνολικά αποτελέσματα (77,1%). Κατ' αντιστοιχία στον τομέα Υγείας παρατηρείται αύξηση του ποσοστού πλημμελούς φροντίδας από 24,0% σε 28,9% και μείωση από 30,0% σε 22,9% στον τομέα Πρόνοιας. Τα παραπάνω αποτελέσματα βρίσκονται σε αναλογία με εκείνα πολυκεντρικής έρευνας δεκαεπτά χωρών σύμφωνα με την οποία το 35,5% των φοιτητών υγειονομικού προσανατολισμού μεριμνά λιγότερο από δύο φορές ημερησίως για τον οδοντικό καθαρισμό συγκριτικά με το 32,8% των φοιτητών έτερου

προσανατολισμού χωρίς, ωστόσο, να διαφοροποιούνται ιδιαίτερα στο θέμα της περιορισμένης προληπτικής οδοντιατρικής φροντίδας με ποσοστά 56,8% και 57,4% (Peltzer et al. 2016). Παρά το γεγονός της έλλειψης συγκριτικών δεδομένων μεταξύ σπουδαστικών ομάδων υγειονομικού και μη υγειονομικού προσανατολισμού στη διεθνή βιβλιογραφία, η τελευταία υπογραμμίζει το γενικό φαινόμενο της πλημμελούς στοματικής φροντίδας στα διεθνή ακαδημαϊκά κέντρα (Stock, Wille & Krämer 2001, Peltzer & Pengpid 2014) με κύριους πρωταγωνιστές τους άρρηνες φοιτητές (Peltzer & Pengpid 2014, Kritsotakis et al. 2016), κατά περιπτώσεις με στατιστικά σημαντικές διαφορές (Stock, Wille & Krämer 2001).

Το θέμα της προφύλαξής τους από την ηλιακή ακτινοβολία φαίνεται να αντιμετωπίζουν με σοβαρότητα και υπευθυνότητα τόσο οι πρωτοετείς σπουδάστριες Νοσηλευτικής Επιστήμης όσο και εκείνες Κοινωνικής Εργασίας αναφέροντας απουσία επεισοδίων ηλιακών εγκαυμάτων σε ποσοστό 57,9% και 54,3% αντίστοιχα· ταυτόχρονα, περισσότερα από τρία ανάλογα επεισόδια αναφέρει μόλις το 7,4% των πρώτων και το 5,7% των δεύτερων. Τα δεδομένα διαφοροποιούνται εντελώς κατά το τέταρτο έτος σπουδών οπότε τα ποσοστά μηδενικών αναφορών κατέρχονται δραματικά στο 23,7% για τον τομέα Υγείας και στο 17,1% για τον τομέα Πρόνοιας με ταυτόχρονη αύξηση των επαναλαμβανόμενων επεισοδίων ηλιακών εγκαυμάτων στο 39,2% και στο 41,4%, τεκμηριώνοντας την επιπόλαιη συμπεριφορά των τελειόφοιτων σπουδαστριών. Ανάλογα τεκμήρια-αν και περιορισμένα-παρέχει η ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με συγκριτικές μελέτες: Σε έρευνα 296 φοιτητών μεικτού προσανατολισμού στη Σουηδία αποδείχτηκε η γνωστική επάρκεια επί του θέματος των φοιτητών Ιατρικής έναντι των φοιτητών Οικονομικών Επιστημών, όχι όμως και η έμπρακτη διαφοροποίηση των πρώτων στο βαθμό έκθεσης στο ηλιακό φως (Jerkegren et al. 1999). Στην ίδια κατεύθυνση κινείται και το πόρισμα έρευνας στην Τουρκία όπου σε σύνολο 1178 φοιτητών Νοσηλευτικής οι τεταρτοετείς υπερέχουν των πρωτοετών συναδέλφων τους στη γνωστική επάρκεια χωρίς, ωστόσο, αυτό να αποκρυσταλλώνεται αντίστοιχα σε υιοθέτηση ασφαλών πρακτικών αποφυγής της υπερέκθεσης στο υπεριώδες φως (Yilmaz et al. 2015). Τέλος, οι επισφαλείς συνήθειες των ευρύτερων σπουδαστικών πληθυσμών σε σχέση με την έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία τεκμηριώνονται από μελέτες στον Καναδά (Gooderham &



Guenther 1999) και στη Νέα Υόρκη (Basch et al. 2012) ενώ μόνο από εργασία των Pengpid & Peltzer (2015), που αφορούσε σε εικοσιπέντε αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες χώρες της Αμερικής, της Ασίας και της Αφρικής, προκύπτει η περισσότερο συνειδητοποιημένη συμπεριφορά των σπουδαστών που εκτίθενται στον ήλιο σε ποσοστό 57,2%, με το 48,1% από αυτούς να λαμβάνει τα απαραίτητα προστατευτικά μέτρα που συνιστώνται από την επιστημονική κοινότητα.

### **Περιορισμοί μελέτης**

Η συγκεκριμένη μελέτη μπορεί να προσφέρει πολύτιμα στοιχεία στο αντικείμενο που μελετάει αλλά δεν στερείται περιορισμών οι οποίοι πρέπει να ληφθούν υπόψη στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια με συνέπεια σε ορισμένες μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένων και των συμπεριφορών υγείας, να υπάρχει η πιθανότητα ύπαρξης συστηματικού σφάλματος ανάκλησης (recall bias).

Επίσης ένας ακόμα περιορισμός εμπεριέχεται στο ενδεχόμενο οι φοιτητές να απαντούν σκοπίμως σωστά, χωρίς όμως αυτές οι απαντήσεις να αντικατοπτρίζουν τις πραγματικές τους συμπεριφορές (social desirability bias). Ο περιορισμός αυτός είναι αναπόσπαστος με τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια και συναντάται στο σύνολο των σχετικών μελετών. Ένα πιθανό παράδειγμα για τον συγκεκριμένο περιορισμό είναι σε ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων να δηλώνουν πως καταναλώνουν καθημερινά φρούτα και λαχανικά, εξιδανικεύοντας τις απαντήσεις τους, χωρίς αυτές να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Για να ενισχυθεί στο βαθμό που είναι δυνατό το ειλικρινές των απαντήσεων η παρούσα έρευνα διασφάλισε την ανωνυμία των συμμετεχόντων ενώ χρησιμοποιήθηκαν και ερωτήσεις επαλήθευσης.

Στην έρευνα το δείγμα δε θεωρείται αντιπροσωπευτικό του φοιτητικού πληθυσμού με αποτέλεσμα να γεννώνται θέματα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Στην συγκεκριμένη έρευνα το αξιοσημείωτο είναι πως οι φοιτητές του Τ.Ε.Ι. Κρήτης έχουν εισαχθεί μέσω Πανελλήνιων εξετάσεων και τα μόριά τους καθόρισαν στην πλειοψηφία των περιπτώσεων την εισαγωγή τους. Αυτό φαίνεται στο ότι προέρχονται από όλη την Ελλάδα αλλά και όλα τα κοινωνικο-οικονομικά επίπεδα,

στο ότι έμεναν τόσο σε αστικές όσο και σε αγροτικές περιοχές και στο ότι η αναλογία αγοριών-κοριτσιών είναι αντιπροσωπευτική του συνόλου της χώρας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η προσπάθεια ανίχνευσης και συγκριτικής αποτίμησης επικίνδυνων υγειονομικών συμπεριφορών των σπουδαστριών Σ.Ε.Υ.Π. δεν κατέδειξε παρά ευάριθμες διαφοροποιήσεις μεταξύ των πληθυσμών αναφοράς. Πιο συγκεκριμένα, οι σπουδάστριες του τομέα Υγείας παρουσιάζουν καλύτερες επιδόσεις κατά το πρώτο έτος σπουδών μόνο στο θέμα της κατανάλωσης πρόχειρου φαγητού σε σχέση με τις σπουδάστριες τομέα Πρόνοιας, γεγονός που τεκμηριώνεται με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,018$ ). Η ίδια διαφοροποίηση επισημαίνεται και στο τέταρτο ακαδημαϊκό έτος όπου, ωστόσο, παρατηρείται αντιστροφή των δεδομένων με τις σπουδάστριες τμήματος Κοινωνικής Εργασίας να παρουσιάζουν καλύτερες συνολικές επιδόσεις στο ζήτημα της κατανάλωσης ανθυγιεινού φαγητού συγκριτικά με εκείνες της Νοσηλευτικής, πάλι με στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,024$ ). Όμως, και στις δύο περιπτώσεις, σε πολυπαραγοντικά μοντέλα ανάλυσης, οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

Τα ερευνητικά δεδομένα που προκύπτουν από την εξέταση των υπόλοιπων παραγόντων διακινδύνευσης της υγείας δεν επιτρέπουν στον αναγνώστη να συμπεράνει περαιτέρω διαφοροποιήσεις μεταξύ των πληθυσμών αναφοράς, στο βαθμό που κάτι τέτοιο δεν προκύπτει από τα σταθμισμένα πολυπαραγοντικά μοντέλα ανάλυσης. Ωστόσο, είναι δυνατόν να διαπιστωθούν διαφοροποιήσεις συμπεριφορών στο διάνυσμα του χρόνου καθώς και διαμορφούμενες τάσεις σχετικά με συνήθειες που μελλοντικά ίσως αποκρυσταλλωθούν σε μετρήσιμες στατιστικά διαφορές. Ταυτόχρονα, σε κάποιες περιπτώσεις καταγράφονται οριακά μεγάλες διαφορές μεταξύ των τελειόφοιτων σπουδαστριών τομέα Πρόνοιας και εκείνων τομέα Υγείας εις βάρος των δεύτερων σε συνήθειες όπως η έντονη σωματική άσκηση, και η συχνή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών.

Η διαπίστωση ότι οι συμπεριφορές των μελλοντικών επαγγελματιών Υγείας όχι μόνο δε διαφοροποιούνται θετικά από τις αντίστοιχες σπουδαστών διαφορετικού προσανατολισμού, όπως εκτιμήθηκε κατά την ερευνητική υπόθεση, αλλά και επιδεινώνονται προϊόντος του ακαδημαϊκού χρόνου επιβάλλει την αναζήτηση των αιτίων του φαινομένου και την ανάληψη πρωτοβουλιών για

ουσιαστικές, αποτελεσματικές παρεμβάσεις. Η ανάγκη για άμεση δράση βρίσκει ερείσματα στη διεθνή βιβλιογραφία (Patkar et al. 2003), η οποία αναγνωρίζει την περιορισμένη αποδοτικότητα των μέχρι του παρόντος ακολουθούμενων πρακτικών (Smith 2007). Η εφαρμογή προγραμμάτων Αγωγής Υγείας ήδη από τα σχολικά έτη της Πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης αναγνωρίζεται από την επιστημονική κοινότητα ως καταλυτικής σημασίας στην επίτευξη μακροπρόθεσμων βελτιωτικών μεταβολών (Κωνσταντινίδης και συν. 2014, Συλιγάρδου 2016, Kritsotakis et al 2016). Παράλληλα, εθνικοί κοινωνικοί θεσμοί όπως η οικογένεια και τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης αλλά και ευρωπαϊκοί όπως οι αρμόδιες επιτροπές της Ευρωπαϊκής Ένωσης καλούνται να αρθούν στο ύψος του ρόλου και του λειτουργήματός τους με έγκυρη και έγκαιρη ενημέρωση αναφορικά με ζητήματα υγείας, καλλιέργεια ατομικών αντιστάσεων αλλά και υποστήριξη βελτιωτικών αλλαγών σε εθνικό επίπεδο.

Οι παραπάνω προτάσεις που αντικειμενικό σκοπό έχουν την καλλιέργεια της ατομικής συνείδησης και πρωτοβουλίας θα πρέπει να συμπληρωθούν και από ανάλογες παρεμβάσεις στους ακαδημαϊκούς χώρους, όπου εκπαιδεύονται οι μελλοντικοί επαγγελματίες Υγείας (Small et al. 2013, Rabanales Sotos et al. 2015). Επικαιροποίηση και αναδιάρθρωση των προγραμμάτων σπουδών (Blake et al. 2011, Stark et al. 2012, Ordás et al. 2015), εμπλουτισμός της διδακτικής πράξης, εισαγωγή και καθιέρωση ως υποχρεωτικών των μαθημάτων με αντικείμενο τη διατροφή και τη φυσική αγωγή, διαμόρφωση κατάλληλων χώρων αθλοπαιδιών ποικίλων κατευθύνσεων στα Τριτοβάθμια Ιδρύματα, αυστηρός έλεγχος των διατιθέμενων προς πώληση διατροφικών προϊόντων στα σπουδαστικά εντευκτήρια, παροχή ποιοτικών και διατροφικά κατάλληλων γευμάτων στις φοιτητικές λέσχες σίτισης, καθώς και στελέχωση των σταθμών υγείας που λειτουργούν εκεί με κατάλληλα καταρτισμένο επιστημονικό προσωπικό-ιατρούς, ψυχολόγους, διατροφολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς-αποτελούν μερικές μόνο προτάσεις ανάσχεσης των επικίνδυνων υγειονομικών συμπεριφορών που επιδεικνύουν οι σπουδαστικοί πληθυσμοί και ταυτόχρονης παγίωσης των θετικών συνηθειών τους.

Με την ολοκλήρωση του κεφαλαίου αυτού είναι ανάγκη να επισημανθεί για μια ακόμη φορά η σπουδαιότητα της ενίσχυσης των σπουδαστών Υγείας μέσα από την καλλιέργεια ορθών συμπεριφορών υγείας ή τη βελτίωση αυτών. Η προσπάθεια

αυτή θα προσφέρει όφελος διττό: οι ίδιοι οι νεαροί ενήλικες θα διαμορφώσουν στάσεις και αντιλήψεις που θα διασφαλίσουν μακροπρόθεσμα την υγεία και ευεξία τους αλλά και μέσα από το παράδειγμά τους, δρώντας μέσα από το λειτούργημά τους ως υπόδειγμα για τους ασθενείς τους αλλά και τον ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο, θα συνεισφέρουν στην κατοχύρωση μακρόχρονης αλλά κυρίως ποιοτικής διαβίωσης για το εθνικό σύνολο.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- ΔΙΟΜΗΔΟΥΣ Μ., ΓΑΛΑΝΗΣ Π., ΜΠΑΚΟΥΛΑ Χ., ΠΙΣΤΟΛΗΣ Ι., ΖΗΚΟΣ Δ., ΦΡΙΓΓΑΣ Α., ΛΙΑΣΚΟΣ Ι., «Αξιολόγηση των στάσεων των φοιτητών Νοσηλευτικής απέναντι στο κάπνισμα και στην κατανάλωση αλκοόλ», *Νοσηλευτική*, 2007, 46 (4): 523-528.
- ΙΝΤΖΙΚΙΩΤΟΥ Ε., ΑΒΡΑΑΜ Σ., ΙΩΑΝΝΙΔΟΥ Μ., *Συμπεριφορές υγείας των φοιτητών επιστημών υγείας σε σχέση με το άγχος*, πτυχιακή εργασία, Θεσσαλονίκη, 2009.
- ΚΟΚΚΕΒΗ Α., ΣΤΑΥΡΟΥ Μ., ΦΩΤΙΟΥ Α., ΚΑΝΑΒΟΥ Ε., «Διατροφή, φυσική δραστηριότητα και σωματικό βάρος στους εφήβους», 2010, ΕΠΙΨΥ, Πανελλήνια έρευνα στους μαθητές.
- ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΗΣ Θ., ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗ Ν., ΤΖΑΓΚΑΡΑΚΗ Ε., ΚΛΕΙΣΙΑΡΗΣ Χ., ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ Γ., «Κάπνισμα και κατανάλωση οινοπνεύματος σε προπτυχιακούς φοιτητές Νοσηλευτικής», *Νοσηλευτική*, 2014, 53 (1): 65-74.
- ΠΑΝΤΣΙΔΗΣ Γ., ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Δ., ΜΠΟΥΡΟΣ Δ., «Καπνιστικές συνήθειες, πεποιθήσεις και εκπαίδευση φοιτητών ιατρικής Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης», *Πνεύμων*, 2012, 25 (2): 198-207.
- ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗ Μ., ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Ε., ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Δ., ΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ Δ., ΚΑΡΥΩΤΗ Π., ΓΥΜΝΟΠΟΥΛΟΥ Ε., ΚΥΡΙΤΣΗ Ε., «Κατάχρηση ουσιών από το φοιτητικό πληθυσμό», *Νοσηλευτική*, 2009, 48 (4): 403-411.
- ΣΥΛΙΓΑΡΔΟΥ Ε, ΦΙΛΑΛΗΘΗΣ Τ, ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗΣ Γ. (2016). Ευμάρεια της οικογένειας, κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο και διατροφικές συνήθειες πρωτοετών φοιτητών. Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 9(1): 38-51.
- ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΑΚΗ Φ., ΜΠΕΧΡΑΚΗ Π., ΣΑΜΑΡΤΖΗΣ Λ, ΑΥΛΩΝΙΤΟΥ Ε., ΡΗΓΟΠΟΥΛΟΥ Α., «Κάπνισμα και φοιτητές της Ιατρικής Αθηνών», *Πνεύμων*, 2003, 16 (3): 306-313.
- ΧΑΡΙΣΗ Ε., ΓΚΕΤΣΙΟΣ Ι., ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ Μ., «Αξιολόγηση βασικών γνώσεων διατροφής σε ειδικευόμενους ιατρούς και νοσηλευτές ενός επαρχιακού πανεπιστημιακού νοσοκομείου-Επαγγελματίες υγείας και διατροφή», *Νοσηλευτική*, 2011, 50 (4): 404-409.

### ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- ALEXOPOULOS E., JELASTOPULU E., ARONIS K., DOUGENIS D., "Cigarette smoking among university students in Greece: a comparison between medical and other students", *Environ Health Prev Med*, 2010, 15: 115-120.
- ANDERSEN L., HASSELSTRØM H., GRØNFELDT V., HANSEN S., KARSTEN F., "The relationship between physical fitness and clustered risk, and tracking of clustered risk from adolescence to young adulthood: eight years follow-up in the Danish Youth and Sport Study", *Int J of Behav Nutr and Phys Act*, 2004, 1 (1): 6-9.

- ANDSOY I., GUL A., SAHIN A., KARABACAK H., "What Turkish nurses know and do about skin cancer and sun protective behaviour", *Asian Pac J Cancer Prev*, 2013, 14 (12): 7663-7668.
- ARNETT JJ., "Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties", *American psychologist*, 2000, 55 (5): 469-480.
- ARNETT JJ, HUGHES M., *Adolescence and emerging adulthood. A cultural approach*, 2012, England: Pearson Education Limited.
- ARVANITIDOU M., TIRODIMOS I., KYRIAKIDIS I., TSINASLANIDOU Z., SERETOPOULOS D., "Decreasing prevalence of alcohol consumption among Greek adolescents", *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2007, 33 (3): 411-417.
- AUSTRALIAN RADIATION PROTECTION AND NUCLEAR SAFETY AGENCY, (2015), *Sun exposure and health*, Australian Radiation And Nuclear Safety Agency, Μελβούρνη ([http://www.arpsa.gov.au/radiationprotection/factsheets/is\\_sunexposure.cfm](http://www.arpsa.gov.au/radiationprotection/factsheets/is_sunexposure.cfm)). Προσπελάστηκε 03/02/2017).
- AZARIPOUR A., WILLERSHAUSEN I., HASSAN M., EBENEZER S., WILLERSHAUSEN B., "Oral hygiene and dietary habits in adolescents with fixed orthodontics appliances: a cross-sectional study", *J Contemp Dent Pract*, 2016, 17 (3): 179-183.
- BARGIOTA A., DELIZONA M., TSITOURAS A., KOUKOULIS G., "Eating habits and factors affecting food choice of adolescents living in rural areas", *Hormones*, 2013, 12 (2): 246-253.
- BASCH C.H., HILLYER G., BASCH C.E., NEUGUT A., "Improving understanding about tanning behaviors in college students: a pilot study", *J Am Coll Health*, 2012, 60 (3): 250-256.
- BERTSIAS G., MAMMAS I., LINARDAKIS M., KAFATOS A., "Overweight and obesity in relation to cardiovascular disease risk factors among medical students in Crete, Greece", *BMC Public Health*, 2003, 3: 3.
- BLAKE H., MALIK S., PHOENIX K., PISANO C., "Do as I say, but not as I do: Are next generation nurses role models for health?", *Perspectives in Public Health*, 2011, 131 (5): 231-239.
- BOGT T., LOOZE de M., MOLCHO M., GODEAU E., HUBLET A., KOKKEVI A., KUNTSCHKE E., GABHAINN S., PEJNOVIC I., SIMONS-MORTON B., SZNITMAN S., VIENO A., VOLLEBERGH W., PICKETT W., "Do societal wealth, family affluence and gender account for trends in adolescent cannabis use? A 30 country cross-national study", *Addiction*, 2014, 109 (2): 273-283.
- BUCK D., FROSINI F., "Clustering of unhealthy behaviors over time. Implications for policy and practice", *The King's fund*, 2012, 1-24.
- CHOI H. W.-H., "The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in Hong-Kong", *Journal of Professional Nursing*, 2002, 18 (2): 101-111.
- CHOURDAKIS M., TZELOS T., PAPAISIS G., TOULIS K., KOUVELAS D., "Eating habits, health attitudes and obesity indices among medical students in northern Greece", *Appetite*, 2010, 55: 722-725.

- CLARKE P., SASTRY N., DUFFY D., AILSHIRE J., "Accuracy of self-reported versus measured weight over adolescence and young adulthood: findings from the national longitudinal study of adolescent health, 1996-2008", *Am J Epidemiol*, 2014, 180 (2): 153-159.
- COOPER M. L., "Does drinking promote risky sexual behavior? A complex answer to a simple question", *Association for Psychological Sciences*, 2006, 15 (1): 19-23.
- de RUITER W., CAIRNEY J., LEATHERDALE S., FAULKNER G., "A longitudinal examination of the interrelationship of multiple health behaviors", *Am J Pre Med*, 2014, 47 (3): 283-289.
- DUASO M., BAKHSHI S., MUJIK A., PURSSELL E., WHILE A., "Nurse's smoking habits and their professional smoking cessation practices. A systematic review and meta-analysis", *International Journal of Nursing Studies*, 2017, 67: 3-11.
- DUMITH S., MUNIZ L., TASSITANO R., HALLAL P., MENEZES A., "Clustering of risk factors for chronic diseases among adolescents from southern Brazil", *Preventive Medicine*, 2012, 54: 393-396.
- EL ANSARI W., STOCK C., JOHN J., DEENY P., PHILLIPS C., SNELGROVE S. et al., "Health promoting behaviors and lifestyle characteristics of students at seven universities in the UK", *Central European Journal of Public Health*, 2011, 19 (4): 197-204.
- EL ANSARI W., STOCK C., MIKOLAJCZYK R., "Relationships between food consumption and living arrangements among university students in four European countries-A cross sectional study", *Nutrition Journal*, 2012, 11: 28-34.
- EUROSTAT, (2015), *Your key to European statistics: Statistical Office of the European Union*, Λουξεμβούργο (<http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>). Προσπελάστηκε 01/02/2017).
- FARAJAN P., RENTI E., MANIOS V., "Obesity indices in relation to cardiovascular disease risk factors among young adult female students", *Br J Nutr*, 2008, 99 (4): 918-924.
- FICARRA M.G., GUALANO M.R., CAPIZZI S., SILIQUINI R., LIQUORI G., MANZOLI L. et al., "Tobacco use prevalence, knowledge and attitudes among italian hospital healthcare professionals", *European Journal of Public Health*, 2011, 21 (1): 29-34.
- FLOYD J., "Nursing students' stress levels, attitude towards drugs and drug use", *Archives of Psychiatric Nursing*, 1991, 5 (1): 46-53.
- GOODERHAM M., GUENTHER L., "Impact of sun awareness curriculum on medical student's knowledge, attitudes and behaviour", *J Cutan Med Surg*, 1999, 3 (4): 182-187.
- GULBEYAZ C., KURSAT D., OZGUL E., SERAP U., ZELIHA T., SEVIM S., SEYDA O., ZEHRA D., "Compararison of the health-promoting lifestyles of nursing and non-nursing students in Istanbul, Turkey", *Nursing and Health Sciences*, 2008, 10: 273-280.



- GUNGOR I., RATHFISCH G., KIZILKAYA N., YARAR M., KARAMANOGLU F., "Risk-taking behaviours and beliefs about fertility in university students", *Journal of Clinical Nursing*, 2013, 22: 3418-3427.
- HALE D., VINER R., "The correlates and course of multiple health risk behaviour in adolescence", *BMC Public Health*, 2016, 16: 458-469.
- HAWKER C., "Physical activity and mental well-being in student nurses", *Nurse Education Today*, 2012, 32: 325-331.
- HECKMAN C., DARLOW S., COHEN-FILIPIC J., KLOSS J., MANNE S., MUNSHI T., PERLIS C., "Psychosocial correlates of sunburn among young adult women", *Int J Environ Res Public Health*, 2012, 9 (6): 2241-2251.
- HENSEL D., ENGS R., MIDDLETON M., "Differences in drinking patterns between female nursing and non nursing students", *Nurse Educator*, 2016, 41 (1): 52-54.
- HOLMAN D., BERKOWITZ Z., GUY Jr G., HARTMAN A., PERNA F., "The association between demographic and behavioral characteristics and sunburn among U.S. adults-National Health Interview Survey", *Preventive Medicine*, 2014, 63: 6-12.
- HOFSTETTER H., DUSSELDORP E., van EMPELEN P., PAULUSSEN T. W.G.M., "A primer on the use of cluster analysis or factor analysis to assess co-occurrence of risk behaviors", *Preventive Medicine*, 2014, 67: 141-146.
- HUTCHINSON A., PRICHARD I., ETTRIDGE K., WILSON C., "Skin tone dissatisfaction, sun exposure and sun protection in Australian adolescents", *Int J Behav Med*, 2015, 22 (4): 435-442.
- INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE (2015-α), *Global Nutrition Report. Actions and Accountability to advance nutrition and sustainable development*, International Food Policy Research Institute, Ουάσινγκτον.
- INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE (2015-β), *Nutrition country profile: Greece*, International Food Policy Research Institute (<http://www.ifpri.org/publication/2015-nutrition-country-profile-greece>. Προσπελάστηκε 01/02/2017).
- JACKSON A. C., HENDERSON M., FRANK W. J., HAW J. S., "An overview of presentation of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood", *Journal of Public Health*, 2012, 34 (1): i31-i40.
- JACKSON C., SWEETING H., HAW S., "Clustering of substance use and sexual risk behavior in adolescence: analysis of two cohort studies", *BMJ Open*, 2012, 2: 1-10.
- JANSSEN I., LeBLANC A., "Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth", *Int J Behav Nutr Phys Act*, 2010, 7: 40-55.
- JERKEGREN E., SANDRIESER L., BRANDBERG Y., ROSDAHL I., "Sun related behaviour and melanoma awareness among Swedish university students", *Eur J Cancer Prev.*, 1999, 8 (1): 27-34.
- JESSOR R., "Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action" *Journal of Adolescent Health*, 1991, 12: 597-605.

- KACZYNSKI A., MANSKE S., MANNELL R., GREWAL K., "Smoking and physical activity: a systematic review", *Am J Health Behav*, 2008, 32 (1): 93-110.
- KELLER S., MADDOCK E. J., HANNÖVER W., THYRIAN J. R., BASLER H.-D., "Multiple health risk behavior in German first year university students", *Preventive Medicine*, 2008, 46: 189-195.
- KRITSOTAKIS G, PAPANIKOLAOU M, PHILALITHIS AE. Bullying, cyber-bullying and health risk behaviours in emerging adulthood: *Eur J Public Health*, 2015, 25 (suppl\_3): ckv175.093. DOI: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv175.093>
- KRITSOTAKIS G., PSARROU M., VASSILAKI M., ANDROULAKI Z., PHILALITHIS A.E. "Gender differences in the prevalence and clustering of multiple health risk behaviours in young adults", *J Adv Nurs*, 2016, 72 (9): 2098-2113.
- KWAN M., FAULKNER G., ARBOUR-NICITOPOULOS K., CAIRNEY J., "Prevalence of health-risk behaviours among Canadian post-secondary students: descriptive results from the National College Health Assessment", *BMC Public Health*, 2013, 13: 548-554.
- LEE L. T. R., YUEN LOKE J. T A., "Health-promoting behaviors and psychological well-being of university students in Hong-Kong", *Public Health Nursing*, 2005, 22 (3): 209-220.
- LENZ B., "Beliefs, knowledge and self-efficacy of nursing students regarding tobacco cessation", *American Journal of Preventive Medicine*, 2008, 35: 494-500.
- LOBELO F., de QUEVEDO I. G., "The evidence in support of physicians and health care providers as physical activity role models", *American J of Lifestyle Medicine*, 2016, 10 (1): 36-52.
- LORANT V., NICAISE P., SOTO V., d' HOORE W., "Alcohol drinking among college students: college responsibility for personal troubles", *BMC Public Health*, 2013, 13: 615-623.
- MAMMAS I., BERTSIAS G., LINARDAKIS M., TZANAKIS N., LABADARIOS D., KAFATOS A., "Cigarette smoking, alcohol consumption and serum lipid profile among medical students in Greece", *Eur J Public Health*, 2003, 13 (3): 278-282.
- MAMMAS I., BERTSIAS G., LINARDAKIS M., MOSCHANDREAS J., KAFATOS A., "Nutrient intake and food consumption among medical students in Greece assessed during a Clinical Nutrition Course", *Int J Food Sci Nutr*, 2004, 55 (1): 17-26.
- McAULIFFE A., "Nursing students practice in providing oral hygiene for patients", *Nurs Stand*, 2007, 21 (33): 35-39.
- McCann T., CLARK E., ROWE K., "Undergraduate nursing students attitudes towards smoking health promotion", *Nurs Health Sci*, 2005, 7 (3): 164-174.
- MERMELSTEIN R., RIESENBERG L., "Changing knowledge and attitudes about skin cancer risk factors in adolescents", *Health Psychol.*, 1992, 11 (6): 371-376.
- MORRISON G., "Sun exposure and skin cancer development: nurse's attitudes", *Nurs Stand*, 1996, 10 (36): 39-42.

- MOXHAM L., DWYER T., REID-SEARL K., "Graduate nurses and nursing student's behaviour: knowledge and attitudes toward smoking cessation", *Nurse Educ Today*, 2013, 33 (10): 1143-1147.
- NOBILE C., TRANI F., Di STASIO S., ANGELILLO I., "Cigarette smoking and alcohol behaviour among adolescents in Italy", *Public Health*, 2006, 120: 942-945.
- NOBLE N., PAUL C., TURON H., OLDMEADOW C., "Which modifiable health risk behaviors are related? A systematic review of the clustering of Smoking, Nutrition, Alcohol and Physical activity (SNAP) health risk factors", *Preventive Medicine*, 2015, 81: 16-41.
- NORTON E., HOLLOWAY I., GALVIN K., "Comfort vs Risk: a grounded theory about female adolescent behaviour in the sun", *J Clin Nurs*, 2014, 23 (13-14): 1889-1899.
- ORDÁS B., FERNÁNDEZ D., ORDÓNEZ C., MARQUÉS-SÁNCHEZ P., ÁLVAREZ M. J., MARTÍNEZ S., PINTO A., "Changes in use, knowledge, beliefs and attitudes relating to tobacco among nursing and physiotherapy students: a 10-year analysis", *J Adv Nurs*, 2015, 71: 2326-2337.
- PAPADAKI A., HONDROS G., SCOTT J., KAPSOKEFALOU M., "Eating habits of university students living at, or away from home in Greece", *Appetite*, 2007, 49: 169-176.
- PAPATHANASIOU G., PAPANDREOU M., GALANOS A., KORTIANOU E., TSEPIS E., KALFAKAKOU V., EVANGELOU A., "Smoking and physical activity interrelation in health science students. Is smoking associated with physical inactivity in young adults?", *Hellenic J Cardiol*, 2012, 53 (1): 17-25.
- PATELAROU E., VARDAVAS C., NTZILEPI P., WARREN C., BARBOUNI A., KREMASTINOJ J., CONOLLY G., BEHRAKIS P., "Nursing education and beliefs towards tobacco cessation and control: a cross-sectional national survey (GHPSS) among nursing students in Greece", *Tobacco Induced Diseases*, 2011, 9: 4-9.
- PATKAR A.A., HILL K., BATRA V., VERGARE M. J., LEONE F.T., "A comparison of smoking habits among medical and nursing students", *Chest*, 2003, 124 (4): 1415-1420.
- PEACEY V., STEPTOE A., SANDERMAN R., WARDLE J., "Ten year changes in sun protective behaviors and beliefs of young adults in 13 european countries", *Prev Med*, 2006, 43 (6): 460-465.
- PELTZER K., PENGPID S., "Oral health behaviour and social and health factors in university students from 26 low, middle and high income countries", *Int J Environ Res Public Health*, 2014, 11 (12) 12247-12260.
- PELTZER K., PENGPID S., "Drinking and driving among university students in 22 low, middle income and emerging economy countries", *Iran J Public Health*, 2015, 44 (10): 1330-1338.
- PELTZER K., PENGPID S., YUNG T., AOUNALLAH-SKHIRI H., REHMAN R., "Comparison of health risk behaviors, awareness and health benefit beliefs of health science

- and non-health science students: An international study”, *Nursing and Health Sciences*, 2016, 18: 180-187.
- PENGPID S., PELTZER K., “Sun protection use behaviour among university students from 25 low, middle income and emerging economy countries”, *Asian Pac J Cancer Prev*, 2015, 16 (4): 1385-1389.
- PETERSEN E. P., “World Health Organization. Global policy for improvement of oral health-World Health Assembly 2007”, *International Dental Journal*, 2008, 58: 115-121.
- PROCHASKA O.J., “Multiple health behavior research represents the future of preventive medicine”, *Preventive Medicine*, 2008, 46: 281-285.
- RABANALES SOTOS, J., LOPEZ G. A., PARRAGA M. I., CAMPOS R. M., SIMARRO H. M. J., LOPEZ-TORRES H. J., “Prevalence of hazardous drinking among nursing students”, *Journal of Advanced Nursing*, 2015, 71 (3): 581-590.
- ROWE K., MACLEOD J, “Why nurses smoke: a review of the literature”, *In J Nu Stud*, 2000, 37 (2): 173-181.
- SARIDI M., PAPPA V., KYRIAZIS I., TOSKA A., GIOLIS A., LIACHAPOULOU A., SKLIROS E., BIRBAS K., “Knowledge and attitudes to sun exposure among adolescents in Korinthos, Greece”, *Rural Remote Health*, 2009, 9, (4): 1162.
- SHOHAIMI S., LUBEN R., WAREHAM N., DAY N., BINGHAM S., WELCH A., OAKES S., KHAW K., “Residential area deprivation predicts smoking habit independently of individual educational level and occupational social class. A cross sectional study in the Norfolk cohort of the European Investigation into cancer”, *J Epidemiol Community Health*, 2003, 57 (4): 270-276.
- SIMANTOV E., SCHOEN C., KLEIN J., “Health compromising behaviors: why do adolescents smoke or drink?: identifying underlying risk and protective factors”, *Arch Pediatr Adolesc Med*, 2000, 154: 1025-1033.
- SMALL M., BAILEY-DAVIS L., MORGAN N., MAGGS J., “Changes in eating and physical activity behaviors across seven semesters of college: living on or off campus matters”, *Health Educ Behav*, 2013, 40 (4): 435-441.
- SMITH R.D., “A systematic review of tobacco smoking among nursing students”, *Nurse Education in Practice*, 2007, 7: 293-302.
- SMPOKOS E., LINARDAKIS M., PAPADAKI A., SARRI K., KAFATOS A., “Clustering of chronic disease behavioral risk factors among adolescents in Crete (Greece): associations with biological factors and cardiorespiratory fitness levels”, *Journal of Public Health*, 2014, 22: 433-442.
- SOTIROPOULOS A., GIKA A., SPANOU E., DIMITRELOS D., KARAKOSTAS F., SKLIROS E., APOSTOLOU O., POLITAKIS P., PAPPAS S., “Smoking habits and associated factors among greek physicians”, *Public Health*, 2007, 121: 333-340.
- SPECIAL EUROBAROMETER 412, (2014), *Sports and physical activity report*, European Commission Directorate-General for Education and Culture, Βρυξέλες.
- SPRADLIN K., BASS M., HYMAN W., KEATHLEY R., “Skin cancer knowledge, behaviors and attitudes of college students”, *South Med J*, 2010, 103 (10): 999-1003.

- STARK M. A., HOEKSTRA T., LINDSTROM D., BARTON B., "Caring for self and others: Increasing health care students' healthy behaviors", *Work*, 2012, 42: 393-401.
- STEPTOE A., WARDLE J., CUI W., BELLISLE F., ZOTTI A. M., BARANYAI R., SANDERMAN R., "Trends in smoking, diet, physical exercise and attitudes toward Health in European university students from 13 countries, 1990-2000", *Prev Med*, 2002, 35: 97-104.
- STOCK C., WILLE L., KRÄMER A., "Gender-specific health behaviors of German university students predict the interest in campus health promotion", *Health Promotion International*, 2001, 16 (2): 145-154.
- STOCK C., MIKOLAJCZYK R., BLOOMFIELD K., MAXWELL A.E., OZCEBE H., PETKEVICIENE J. et al. "Alcohol consumption and attitudes towards banning alcohol sales on campus among European university students", *Public Health*, 2009, 123: 122-129.
- SUK CHUNG S., HWA JOUNG K., "Risk factors for current smoking among American and south Korean adolescents, 2005-2011", *J Nurs Scholarship*, 2014, 46 (6): 408-415.
- TELEMAN A., de WAURE C., SOFFIANI V., POSCIA A., DI PIETRO M., "Nutritional habits in Italian university students", *Ann Ist Super Sanità*, 2015-α, 51 (2): 99-105.
- TELEMAN A., La MILIA D., POSCIA A., DI STEFANO F., PAVENTE P., FRISICALE E., LOHMEYER F., SOFFIANI V., de WAURE C., DI PIETRO M., RICCIARDI W., "Eating habits among Italian students", *Eur J Public Health*, 2015-β, 3 (25): 162-163.
- TIRODIMOS I., GEORGOUVIA I., SAVVALA T., KARANIKA E., NOUKARI D., "Healthy lifestyle habits among greek university students: differences by sex and faculty study", *Eastern Mediterranean Health Journal*, 2009, 3 (15): 722-728.
- TONG Z., BUOLING F., SHIUSHING W., WON C., SHU-HONG Z., "A comparison of smoking behaviors among medical and other college students in China", *Health Promotion International*, 2004, 19 (2): 189-196.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, (2015), *World Drug Report*, United Nations Office on Drugs and Crime, Νέα Υόρκη.
- VAKEFLIU Y., ARGJIRI D., PEPOSHI I., AGRON S., MELANI A., "Tobacco smoking habits, beliefs and attitudes among medical students in Tirana, Albania", *Prev Med*, 2002, 34: 370-373.
- VON AH D., EBERT S., NGAMVITROJ A., PARK N., KANG D-H., "Predictors of health behaviors in college students", *Journal of Advanced Nursing*, 2004, 48 (5): 463-474.
- VON BOTHMER M., FRIDLUND B., "Gender differences in health habits and in motivation for a healthy lifestyle among swedish university students", *Nursing and Health Sciences*, 2005, 7: 107-118.
- WANG D., OU C.-Q., CHEN M.-Y., DUAN N., "Health-promoting lifestyles of university students in Mainland China", *BMC Public Health*, 2009, 9: 1-9.

- WEITZMAN E., CHEN Y., “The co-occurrence of smoking and drinking among young adults in college: national survey results from the United States”, *Drug Alcohol Depend*, 2005, 80: 377-386.
- WENGREEN H., MONCUR C., “Change in diet, physical activity and body weight among young adults during the transition from high school to college”, *Nutr J*, 2009, 8: 32.
- WICKI M., KUNTSCHE E., GMEL G., “Drinking at European universities? A review of students alcohol use”, *Addictive Behaviors*, 2010, 35: 913-924.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2002), *The World Health Report 2002: Reducing risks, promoting healthy life*, World Health Organization, Γενεύη.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2003-α), *The World Oral Health Report 2003: Continuous improvement of oral health in the 21<sup>st</sup> century-the approach of the W.H.O. Global Oral Health Programme*, World Health Organization, Γενεύη.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2003-β), *Intersun. The Global UV Project. A Guide and Compendium to reduce the burden of disease resulting from exposure to UV radiation while enjoying the sun safely*, World Health Organization, Γενεύη.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2009), *Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks*, World Health Organization, Γενεύη.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2010-α), *Global Recommendations on physical activity for health*, World Health Organization, Γενεύη.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2010-β), *Atlas of Substance Use Disorders. Country profile: Greece*, World Health Organization, Γενεύη, ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/atlas\\_report/profiles/greece.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/atlas_report/profiles/greece.pdf?ua=1). Προσπελάστηκε 02/02/2017).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2011), *Global status report on non communicable diseases 2010*, World Health Organization, Γενεύη, ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458\\_eng](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng). Προσπελάστηκε 01/02/2017).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2012), *Global Report. Mortality attributable to tobacco*, World Health Organization, Γενεύη.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2014), *Global status report on alcohol and health*, World Health Organization, Λουξεμβούργο.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, (2015), *W.H.O Global report on trends in prevalence of tobacco smoking*, World Health Organization, Γενεύη.
- WU T.-Y., ROSE E. S., BANCROFT M. J., “Gender differences in health risk behaviors and physical activity among middle school students”, *The Journal of School Nursing*, 2006, 22 (91): 25-31.
- YANNAKOULIA M., KARAYANNIS D., TERZIDOU M., KOKKEVI A., SIDOSSIS L., “Nutrition related habits of greek adolescents”, *Eur J Clin Nutr.*, 2004, 58 (4): 580-586.

YILMAZ M., YAVUZ B., SUBASI M., KARTAL A., CELEBIOGLU A., KACAR H., ADANA F., OZYUREK P., ALTIPARMAK S., "Skin cancer knowledge and sun protection behavior among nursing students", *Jpn J Nurs Sci*, 2015, 12 (1): 69-78.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ  
Τρίμη Νοσηλευτικής

## Μελέτη ΛΑΤΩ - Έρευνα για τον τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές υγείας των φοιτητών



Επιστημονικός Υπεύθυνος: Δρ Γιώργος Κριστουλάκης

2<sup>η</sup> καταγραφή  
2013

Η έρευνα υλοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος «ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ II - Ετήσια έρευνα σχετικά με την ΤΣα»

### Οι πρώτες ερωτήσεις έχουν μερικές γενικές πληροφορίες για εένα, τις απαιτήσεις σου και την οικογένειά σου

1. Είναι άντρας ή γυναίκα? Άντρας  Γυναίκα

2. Σε ποια Τμήμα σπουδάζεις? (Μην έχεις αλλάξει άμεσα γραφείο σου στην περίπτωση)

3. ΣΥΝ - ΤΣα Κρήτης  
Νοσηλευτική  Κοινωνική Εργασία  Διοίκησης & Διαχείρισης

4. ΔΑΔ - ΤΣα Κρήτης  
Τουριστικών Επιχειρημάτων  Λογιστικής  Διαχείρισης Επιχειρημάτων

5. ΣΤΑΘ - ΤΣα Κρήτης  
Εφαρμοσμένες Πληροφορικής & Πολυμέσων  Ηλεκτρονικής  Μηχανολογίας  Πολυτεχνικών Λογιστικών

6. ΣΤΕΓ - ΤΣα Κρήτης  
Οικιακής Παραγωγής  Βιολογικών Εφαρμοσμένων Καλλιτεχνικών & Λογιστικής

7. Πόσο είναι το ετήσιο εισόδημα που είναι συνηθισμένος/ή ύψους (ανά άτομο από τα μέλη του και περιλαμβάνει):  
 $1^{\circ}$  - 0   $2^{\circ}$  - 0   $3^{\circ}$  - 1   $4^{\circ}$  - 0   $5^{\circ}$  - 0   $6^{\circ}$  - 0   $7^{\circ}$  - 2   $8^{\circ}$  - 010   $9^{\circ}$  - 018   $10^{\circ}$  - 027

8. Πόσο μέσο γεννηθήκατε?  
 Άνθρ.  Φοίτ.  Μην.  Άλλ.  Άλλο  Άλλα  Άλλα  Άλλ.  Άλλ.  Άλλ.  Άλλ.  Άλλ.  Άλλ.

9. Πόσο είναι γεννηθήκατε?  
 <1987  1988  1989  1990  1991  1992  1993  1994  1995  1996

10. Πόσο εργαζομένη (ή άντρας) γεννηθήκατε?  
 01  02  03  04  05  06  07  08  09  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30

11. Γεννηθήκατε στην Ελλάδα? Ναι  Όχι

15. Μέχρι την καταγραφή σου στο ΤΣα Πανεπιστήμιο ή αναγκάζονται σου έγραψες

16. Πόσο από τα παρακάτω περιγράφεις καλύτερα τη διατροφή σου τώρα που είσαι φοιτητής/τρια

17. Σε ποιο παρκάρι της Ελλάδας (ανά τη χρονιά) έγραψες μέσο να παρατάς στο ΤΣα Πανεπιστήμιο

18. Τυπολογία του Τυπογραφικού Σύστημα της διαίτησής σου είναι που μένεις τώρα

19. Σε ποια από βιβλία που σου έγραψες ή κωπείας σου μένεις τώρα

20. Πόσο φάει τον (ή τις) αλάτι (ή αλάτι) άμεσα από τα παρακάτω για (ή αλάτι) από 11 (ή αλάτι) στην Ελλάδα (ή αλάτι) σου (ή αλάτι) τα κατάλληλα (ή αλάτι) ΣΤ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

21. Τυπολογία διατροφής - η οποία είναι η σου

22. Μέγιστη διατροφή - άρα άμεσα σου

23. Άλλα διατροφή - άμεσα σου

24. Πόσο είναι η σου σου είναι...

25. Πόσο συχνά διαβάζεις τα βιβλία σου

24. Πόσο συχνά διαβάζεις τα βιβλία σου

25. Πόσο συχνά διαβάζεις τα βιβλία σου

26. Πόσο συχνά διαβάζεις τα βιβλία σου

27. Πόσο συχνά διαβάζεις τα βιβλία σου

26. Πόσο συχνά διαβάζεις τα βιβλία σου

27. Πόσο συχνά διαβάζεις τα βιβλία σου



Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις; Αν είναι μόνο ένα ή δύο ή τρία (γίνα) σημειώσε ότι δεν τσιγάρο. Πρέπει είναι να γράφει ποσα τσιγάρα από 80 τσιγάρα τσιγάρο από τη στιγμή που απορρίπτει από το φάκελο. (Γράφεται από αυτόν που το καπνίζει και από αυτόν που το καπνίζει κάποιος)

28. Τα καπνίζεις... Τα είδους καπνίζεις...

29. Πόσα πακέτα καπνίζεις ανά εβδομάδα (ή μήνα) από το 2010/2011...

30. Πόσα πακέτα καπνίζεις ανά εβδομάδα (ή μήνα) από το 2012/2013...

31. Πόσα πακέτα καπνίζεις ανά εβδομάδα (ή μήνα) από το 2014/2015...

32. Πόσα πακέτα καπνίζεις ανά εβδομάδα (ή μήνα) από το 2016/2017...

33. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

34. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

35. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

36. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

37. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

38. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

Η επίσημη ενότητα αφορά το κάπνισμα, το αλκοολόγιο κατά και άλλες ουσίες. Αν και γίνεται καλό έλεγχο των τελετών κατά για το θάνατο σου, όμως καλό να μάθουμε για τη δραστηριότητα σχετικά με τις στάσεις των νέων της ηλικίας σου.

Οι επίσημες δραστηριότητες αφορούν το κάπνισμα

39. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις ανά εβδομάδα (ή μήνα) από το 2010/2011...

40. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις ανά εβδομάδα (ή μήνα) από το 2012/2013...

41. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις ανά εβδομάδα (ή μήνα) από το 2014/2015...

42. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις ανά εβδομάδα (ή μήνα) από το 2016/2017...

Οι επίσημες δραστηριότητες είναι για το αλκοολόγιο κατά, η.χ. μπύρα, κρασί, σίδηρο, τσίπουρο, σουσιτσάκινα αλκοολόγια αναψυκτικά, σίδηρο, βίνα, σκωτία, κ.λπ.

43. Πόσα πακέτα αλκοολόγιο κατά (η.χ. μπύρα, κρασί, τσίπουρο, σουσιτσάκινα αλκοολόγια αναψυκτικά, σίδηρο, βίνα, σκωτία κ.λπ.)...

44. Πόσα πακέτα αλκοολόγιο κατά (η.χ. μπύρα, κρασί, τσίπουρο, σουσιτσάκινα αλκοολόγια αναψυκτικά, σίδηρο, βίνα, σκωτία κ.λπ.)...

Αν δεν πίνεις ΚΑΘΟΛΟΥ αλκοολόγια κατά σήμανε στην ερώτηση 58

45. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

46. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

47. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

48. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

49. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

50. Πόσα πακέτα τσιγάρα καπνίζεις κατά μέσο όρο (ανά εβδομάδα / μήνα / χρόνο κ.λπ.)

82. Σου αρέσει να ζεις σύμφωνα με άλλους με άλλες συνήθειες, φιλοσοφίες, γλώσσες, κουλτούρες από τη δική σου;

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όχι, καθόλου	λίγα	Πολύ	Πάρα πολύ

83. Αρέσει σου οργανωμένη ζωή σύμφωνα με άλλους, αρμόδια ή απαραίτητα στη περιοχή ή του τόπου (Τακτοποιημένη ζωή (Συνταγές, κάλυψη, Τακτά Συμβούλια Νέων (ΤοΣυ), εκλεκτικά κάλυψη, κλίμακα κλπ...))

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Όχι, σε κανένα	Σε ένα (1)	Σε δύο (2)	Πάντα από τρεις (3)

**Οι ενδιαφέροντες ερωτήσεις είναι για κάποιες άλλες συστάσεις**



75. Πόσο από τους φίλους σου πιστεύεις ότι... [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

	Όχι				
	Κανένα	λίγα	αρκετά	πολύ	όχι
... να είμαι υγιής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... να είμαι ευτυχισμένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... να μην ανασταλάω ποτέ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... γρήγορα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... να είμαι ευχαριστημένος ή χαρούμενος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

71. Έχεις πραγματοποιήσει ποτέ κάποια από τις παρακάτω ενέργειες, αν ναι, πόσες φορές; [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

	Όχι					
	Πολύ	>2 φορές	3-5 φορές	6-9 φορές	10-19 φορές	20-99 φορές
Ηρωτοδοτείς ή υποστηρίζεις κάποιον κάποιον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αναζητάς κάποιον κάποιον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Αρκετούς (π.χ. κρυφά, κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150 ή κάποια άλλη παραπομπή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Έχεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ναρκωτικά με ή χωρίς (όχι, κρυφά, κλπ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάνεις φωτογράφιση χωρίς άδεια ή άδεια για να αλλάξεις τη δική σου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάνεις φωτογράφιση κατά <u>από</u> απόλυτα <u>με</u> <u>από</u> απόλυτα για να αλλάξεις τη δική σου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Κάνεις κάποια ενέργεια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Πόσο έτοιμος (αν συνθη) είσαι ΕΡΩΤΗ ΟΡΘΗ να καθίσει από τη παρακάτω [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

	Πολύ	10 ετών	11 ετών	12 ετών	13 ετών	14 ετών	15 ετών	16 ετών	17 ετών	18 ετών	19 ετών	20 ετών
Να διαπραγματευτεί, διαπραγματευτεί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Να διαπραγματευτεί	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

75. Έχεις κανονίσει ποτέ ΜΑΡΤΥΡΙΑΣ Η ΕΞΕΤΑΣΗ ... Αν ναι, πόσες φορές; [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

	Πολύ	1-2 φορές	3-5 φορές	6-9 φορές	10-19 φορές	20-99 φορές	100 φορές
«Της διάρκειας των 12 τελευταίων μηνών πριν να είχα»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Της διάρκειας των 12 τελευταίων μηνών πριν να είχα»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
«Σε άλλη από τη δική πριν να είχα»	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. Μπορείς να είσαι ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΣ ΚΑΡΤΕΛ. Πόσο σίγουρος είσαι (έλεγχος για κρυφό, κρυφά, κρυφά, κρυφά ή κρυφά. Αν δεν είσαι σίγουρος, απαντάς 0 φορές [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα])

«Την ώρα»	_____	_____	_____
«Διακοπή κατά»	_____	_____	_____
«Μαγνητικό ή κρυφά»	_____	_____	_____

**Οι ενδιαφέροντες ερωτήσεις είναι για τις σχέσεις μεταξύ των φίλων και του σχολείου (2)**

75. Αισιό για ταξίδια θα έλεγες ότι... [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

- Είναι σε απόλυτη
- Είναι ενδιάμεση / η
- Είναι καταρτισμένη / η
- Είναι γαργαλισμένη / η
- Πραγματικά να μην ξέρω

76. Είχε ποτέ κάποια ενέργεια απόλυτα σιωπηρή (δηλαδή να έχεις κάποιον φίλο)

Ναι  Όχι  Δεν ξέρω

**Αν απαντήσεις ΟΧΙ ή ΔΕΝ ΒΕΒΟ στην παρακάτω ερώτηση, υπάρχει κάποια άλλη ερώτηση με αριθμό 81**

77. Σε ποια ηλικία είχες την πρώτη σου ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή; [Αν είχα ποτέ ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή]

11 ετών ή μικρότερα	12 ετών	13 ετών	14 ετών	15 ετών	16 ετών	17 ετών	18 ετών	19 ετών	20 ετών	21 ετών	Πάντα από
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78. Την τελευταία φορά που είχες ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή, πώς από απόλυτα με από απόλυτα

πρακτικά ποτέ ή σφυ αίσθησης, και για να αποφύγεις την εγκυμοσύνη

Δεν πραγματοποιήσαμε κάποια μέθοδο αντισύλληψης

[Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

Αποκλειστικά γέλη	<input type="checkbox"/>
Προφυλακτικό	<input type="checkbox"/>
«Τριβύζι» - Διακοπή της σεξουαλικής επαφής	<input type="checkbox"/>
Κάποια άλλη μέθοδος	<input type="checkbox"/>
Κάποια άλλη μέθοδος	<input type="checkbox"/>
Κάποια άλλη μέθοδος	<input type="checkbox"/>
Κάποια άλλη μέθοδος	<input type="checkbox"/>
Κάποια άλλη μέθοδος	<input type="checkbox"/>

79. Σε πόσο βαθμό πιστεύεις ότι είχες ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή (ανάλογα με τον χρόνο που σου πήρε) την τελευταία φορά (12 μήνες)

Με κανένα	Με 1	Με 2	Με 3	Με 4	Με 5	Με 6	Με 7	Με 8	Πάντα από 9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

85. Κατά τη διάρκεια των 12 τελευταίων μηνών, πόσες φορές... [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

	Καμία φορά	Μερικές φορές	Τη μεγαλύτερη φορά	Όχι τη φορά	Δεν θυμάμαι
... από 0 ή 1 φορές που είχα ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... είχα ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή από 2 ή περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... είχα ολοκληρωμένη σεξουαλική επαφή από 3 ή περισσότερες φορές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

81. Δίνεις βήματα για να είσαι... [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

Η καριέρα της «καριέρας» (10) βήματα την «καριέρα» βήματα [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα] να είσαι σίγουρος να έχεις, και η βία της (2) βήματα τη «καριέρα» βήματα [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα] να έχεις.

Σε ποια ηλικία της «καριέρας» θα έλεγες ότι βρισκόσαι γενικά αυτή την περίοδο; [Μόλις να ταξιδεύω είναι στην αρχή ή στο τέλος ή κάπου στο μέσο]

82. Πόσο έτοιμος είσαι να κάνεις σεξουαλική επαφή με κάποιον (συμφωνώ) αν ναι, πόσες φορές; [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

	Πολύ	1-2 φορές	3-5 φορές	6-9 φορές	10-19 φορές	20-99 φορές	100 φορές
Σε άλλη από τη δική σου πριν να είχα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Της διάρκειας των 12 τελευταίων μηνών πριν να είχα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ΟΙ ΠΑΡΑΚΑΤΟ 4 ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΤΑ ΚΟΡΙΘΙΑ ΤΑ ΑΓΟΡΑ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΟΥΝ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΕΛΙΔΑ ΜΕ ΑΡΙΘΜΟ 87**

83. Έχεις σκεφτεί ποτέ να κάνεις σεξουαλική επαφή

Ναι  Όχι

84. Έχεις κάποιον ποτέ ΠΑΡΑΚΑΤΟ (10) βήματα [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

Αν ξέρω τι είναι από τη ζωή  Όχι, αν ξέρω  Ναι, αν ξέρω

85. Έχεις ποτέ ποτέ έρωτα (αν πραγματοποιήσεις με τη βοήθεια άλλης ή άλλων εργασιών, ανεξάρτητα από τη φύση της)

Ναι  Όχι

86. Αν απαντήσεις ΝΑΙ, πόσες φορές; [Συμφωνώ από απόλυτα με από απόλυτα]

Ναι  Όχι  Δεν ξέρω ποτέ ποτέ

Τώρα στείλε ένα μήνυμα από το ΤΕΙ που να τα θεωρεί καλύτε ή καλύτε σου. Αν δεν υπάρχει τότε, στείλε κάποιο που θεωρεί σημαντικό φίλο ή φίλη σου από τους άλλους...

99. Είναι φίλος ή φίλη σου  Άνδρας  Γυναίκα  Δεν υπάρχει κάποια άδεια από το ΤΕΙ που να τα θεωρεί φίλος/ή σου

100. Σε ποια Τμήμα Σπουδάζεις

101. Πόσο είναι η χρηματική πρόβλεψη (ταξί/ξυλ/μήνας / μήνας / έτος ή 20/20/2020)

102. Έχεις παζλ ή/και σκακιά ή άλλα παιχνίδια κίβου σε ένα δωμάτιο φίλος

Παζλ  Μπαζούκι φάρδι  Σαζιά  Παζό σαζιά

103. Προσφέρεις εθελοντική εργασία σε κάποιο ταπεινό σύλλογο, ομάδα ή οργάνωση

Όχι, ποτέ  Ναι, πάντα  1 φορά το μήνα  1 φορά τον εβδομάδο

104. Ταυτίζεσαι ή φέρεις ή έχεις κάνει σε κάποια εκδήλωση της κατηγορίας σου (π.χ. ποταγία, χορευτική, μουσική βραδιά, έκθεση φωτογραφίας, αθλητικό κίνημα...)

Όχι, ποτέ για φάρδι  Μία φορά  Δύο φορές  Πάντα από τρεις φορές

105. Πόσες τηλεφωνικές συνομιλίες είχες με τους φίλους σου τον προηγούμενο εβδομάδο

Καμία  1-2 φορές  3-4 φορές  Πολύ λίγο, πάνω από 6

Στις επόμενες 2 ερωτήσεις σημειώστε πόσο συχνά είχατε τις συγκεκριμένες δραστηριότητες.

Στη σειρά θα ρωτηθεί για τις **αυθιματικές** και μετά για τις **αυθιματικές**.

Δώστε **μία** απόκριση για τη **αυθιματική** και **μία** απόκριση για τη **αυθιματική**.



106. Κατά τις μέρες της εβδομάδας (για **αυθιματικές**) στον ελεύθερο χρόνο σου, κυρίως πόσες ώρες **αυθιματικές** συνήθως... (Σημειώστε **μία** απόκριση **αυθιματική**)

	Ποτέ	Παρόμοιο - καμία	Παρόμοιο 1 ώρα	Παρόμοιο 2 ώρες	Παρόμοιο 3 ώρες	Παρόμοιο 4 ώρες	Παρόμοιο 5 ώρες	Πάντα από 6 ώρες
...αυθιματικές εργασίες, DVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...αυθιματικές αυθιματικές ή σε κάποια αυθιματική (π.χ. Παράδειγμα, Χόρ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...αυθιματικές στο δωμάτιο (internet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

108. Σημειώστε στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 20 πόσο **αυθιματικές** ή **αυθιματικές** είναι γενικά από τις σχέσεις στην οικογένειά σου

(Σημειώστε το **πρώτο** μόνο από τον αριθμό 1 στους παρακάτω κλίμακα την άποψή σου)

Τραυματικό κατά κατά σχέσεις  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

109. Αισθάνομαι φίλος, πόσο **αυθιματικές** φίλος και φίλος είναι

(Σημειώστε **μία** απόκριση **αυθιματική**)

**Αυθιματικές (αυθιματικές)**  
 Καμία  
 Ξεχωριστά  
 Δύο  
 Τρεις  
 4 ή περισσότερες

**Αυθιματικές (αυθιματικές)**  
 Καμία  
 Μία  
 Δύο  
 Τρεις  
 4 ή περισσότερες

105. Πόσο βρήκες την εβδομάδα συνήθως (βραδιάς ή με τους φίλους ή τις φίλες σου)

Καμία βραδιά  1 βραδιά  2 βραδιάς  3 βραδιάς  4 βραδιάς  5 βραδιάς  6 βραδιάς  7 βραδιάς

105. Αναβράχια από τα κέρδη σου υποστηρίζεις, και θα αξιολογούσα τις καλύτερές σου υποστηρίξεις στην παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 7, το 1 είναι η άποψη καλύτερη, το 7 το αντίθετο, και το 7 η άποψη χειρότερη. Σημειώστε πώς υποστηρίζεις τον εαυτό σου καλύτερα και χειρότερα

(Σημειώστε το **πρώτο** μόνο από τον αριθμό 1 στους παρακάτω κλίμακα την άποψή σου)

Άποψη καλύτερη  1  2  3  4  5  6  7  Άποψη χειρότερη

Είχε πριν ολοκληρωθεί το ερωτηματολόγιο, σημειώσε ακόμη ερωτήσεις για την υγεία σου

107. Πόσο άρρωστος είχες γενικά κατά τη διάρκεια της εβδομάδας  
 Το άρρωστο μου είναι 1 ΝΕΤΡΟ και  ΣΕΛΥΔΕΤΑ  ή υπερβολικά άρρωστος

108. Πόσο καλά (αυθιματικές) γενικά κατά τη διάρκεια της εβδομάδας  
 Ταξί/ξυλ  ΧΩΡΑ  ή υπερβολικά άρρωστος

105. Τον συνήθως κατά τις ώρες ελεύθερου χρόνου (δεν νύχτα, πόσες φορές)  
 Παζλ  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10