



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΙΤΛΟ:

«Η Εγγραμματοσύνη της Υγείας σε σχέση με τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και την εικόνα σώματος σε δείγμα νέων Ελλήνων ηλικίας 18-25 ετών»

Φοιτήτρια: Γλεντή Θεοδώρα

A.M.:213010

ΑΘΗΝΑ,2017



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΙΑΚΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΛΟΓΙΑΣ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Κωσταρέλλη Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια

Τριμελής Επιτροπή:

Κωσταρέλλη Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια

Ζμπάινος Δημήτρης, Επίκουρος Καθηγητής

Καραμέτου Παναγιώτα, Εργαστηριακό Διδακτικό Προσωπικό

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	7
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	8
ABSTRACT	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
1. ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΓ.Υ)	11
1.1 Ορισμός	11
1.2 Προσδιοριστικοί Παράγοντες.....	14
1.3 Πηγές Πληροφόρησης Εγγραμματοσύνης Υγείας.....	18
1.4 Εργαλείο Μέτρησης της Εγγραμματοσύνης Υγείας- HL.....	19
1.5 Εγγραμματοσύνη Διατροφής	20
1.6 Εγγραμματοσύνη Υγείας και Φυσική Δραστηριότητα	21
1.7 Εγγραμματοσύνη Υγείας και Παχυσαρκία	22
2. ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	22
2.1 Ορισμός και Προσδιοριστικοί Παράγοντες.....	22
2.2 Σχέση Φυσικής Δραστηριότητας με τις Χρόνιες Ασθένειες.....	25
2.3 Φυσική Δραστηριότητα και Καρδιολογικές Παθήσεις	27
2.4 Φυσική Δραστηριότητα και Διαβήτης	28
2.5 Φυσική Δραστηριότητα και Παχυσαρκία	28
2.6 Φυσική Δραστηριότητα και Ψυχικές Διαταραχές.....	29
3. ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	31
3.1 Ορισμός	31
3.2 Δημογραφικοί Παράγοντες.....	31
3.3 Εικόνα σώματος και φυσική δραστηριότητα.....	33
3.4 Εικόνα σώματος και χρόνιες παθήσεις	33
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	36
4.1 Σκοπός Έρευνας.....	36
4.2 Δείγμα.....	36
4.3 Μέθοδος.....	38
4.4 Ερευνητικά Εργαλεία	38
4.5 Περιγραφή Ερευνητικών Εργαλείων.....	39
4.6 Στατιστική Ανάλυση	41
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	41

5.1 Ηλικία & Ανθρωπομετρικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων.....	42
5.2 Απαντήσεις Ερωτηματολογίου Καταλληλότητας.....	43
6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	60
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	63
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	88

Εγώ, η Γλεντή Θεοδώρα, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- 1) Είμαι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων της πρωτότυπης αυτής εργασίας και από όσο γνωρίζω η εργασία μου δε συκοφαντεί πρόσωπα, ούτε προσβάλλει τα πνευματικά δικαιώματα τρίτων.
- 2) Αποδέχομαι ότι η ΒΚΠ μπορεί, χωρίς να αλλάξει το περιεχόμενο της εργασίας μου, να τη διαθέσει σε ηλεκτρονική μορφή μέσα από τη ψηφιακή Βιβλιοθήκη της, να την αντιγράψει σε οποιοδήποτε μέσο ή/και σε οποιοδήποτε μορφότυπο καθώς και να κρατά περισσότερα από ένα αντίγραφα για λόγους συντήρησης και ασφάλειας.

Αφιερωμένη στον μπαμπά μου....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την παρούσα πτυχιακή μελέτη ολοκληρώνεται η τεταρτοετής φοίτησή μου στο Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας του Χαροκοπείου Πανεπιστημίου. Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης συνέβαλαν αρκετοί άνθρωποι τους οποίους θέλω να ευχαριστήσω θερμά. Αρχικά, επιθυμώ να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κ. Κωσταρέλλη Βασιλική για τη πολύτιμη βοήθεια, την καθοδήγηση καθώς και τις συμβουλές της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στα άλλα δύο μέλη της τριμελούς επιτροπής, τον κ. Ζμπάινο Δημήτρη και την κ. Καραμέτου Παναγιώτα. Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνά μου, χωρίς την συνδρομή των οποίων δεν θα ήταν εφικτή η πραγματοποίηση αυτής της εργασίας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω πάνω από όλα την φίλη μου Ειρήνη και στη συνέχεια την μητέρα μου Δήμητρα, τον αδερφό μου Νίκο και τους φίλους μου Βαγγέλη και Ηλιάνα που πάντα είναι στο πλευρό μου και στους οποίους οφείλω ό,τι έχω καταφέρει μέχρι σήμερα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία, αποσκοπεί στην ανάδειξη των προσδιοριστικών παραγόντων εγγραμματοσύνης της υγείας και της σχέσης τους με τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και την εικόνα σώματος σε δείγμα νέων, ηλικίας 18-25 ετών, που κατοικούν στην Ελλάδα. Ειδικότερα, σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης είναι η μέτρηση των επιπέδων εγγραμματοσύνης υγείας σε ενήλικες, ηλικίας 18-25 ετών, και η πιθανή σχέση τους με τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Πρόκειται για μια μελέτη ασθενών – μαρτύρων (case control), η οποία διεξήχθη στον νομό Αττικής και στην οποία συμμετείχαν 210 υγιή άτομα, ηλικίας 18 – 25 ετών. Το σύνολο του δείγματος αποτελούσαν 115 άτομα με υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και 95 άτομα με χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Όσον αφορά στα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, περιλαμβάνουν ένα ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, τρόπου ζωής, άθλησης, τη σύντομη έκδοση του ερωτηματολογίου εγγραμματοσύνης της υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire σταθμισμένο στα Ελληνικά, HLS-EU 16) και ορισμένες παραμέτρους του ερωτηματολογίου Αξιολόγησης Εικόνας Σώματος (Multidimensional Body-Self Questionnaire- MBSRQ, Thomas F. Cash).

Από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων όσον αφορά την εγγραμματοσύνη υγείας (HL). Επιπλέον, οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε κανονικό βάρος, ενώ μόλις το 3% της ομάδας που αθλούνται και το 5% της ομάδας ελέγχου εμφανίστηκαν ως παχύσαρκοι. Τέλος, τα άτομα που αθλούνταν υπερίσχυαν ως προς το μεγαλύτερο ποσοστό των υποκατηγοριών της εικόνας σώματος, ενώ η ομάδα ελέγχου υπερίσχυε ως προς την στάση τους απέναντι στην εξωτερική εμφάνιση. Καταλήγοντας, από την παρούσα μελέτη προέκυψε η ανάγκη διεξαγωγής περισσότερων ερευνών, με την εν λόγω θεματολογία, σε υγιείς ανθρώπους νεαρής ηλικίας, καθώς διαπιστώθηκε ότι η πλειονότητα των ερευνών έχουν γίνει σε ηλικιωμένους και άτομα που αντιμετωπίζουν κάποια χρόνια ασθένεια.

ABSTRACT

The present thesis aims at featuring the determining factors of health literacy and their relation to levels of physical activity and body perception of Greek young people between 18 and 25 years old. To be more specific the present study measures the levels of health literacy of young adults aged between 18 and 25 years old and the possible relation to their levels of physical activity. Subjects in this case of control study were 210 healthy young adults both male and female aged between 18 and 25 years old, all residents of Attica area. According to the sample of the survey, high levels of physical activity performed 115 participants while low levels showed 95 participants. Assessment tools used were a questionnaire involving socio-demographic data, lifestyle and exercising data and a short version of the European Health Literacy Survey Questionnaire adapted in Greek, HLS-EU16, along with parameter of the Multidimensional Body Self Questionnaire- MBSRQ, Thomas F. Cash).

Analysis of the results demonstrated not significant statistical differences between groups as far as health literacy is concerned. Moreover, the majority of the participants was of normal weight, while only 3 % of those who exercised regularly and 5 % of the control group were overweight. Finally, results also revealed domination of the more physically active adults at the majority of subcategories of body perception while the control group dominated towards their attitude to physical appearance. In conclusion there is need for further study and analysis concerning the above thesis in relation to young adults as it was observed the majority of studies involved elderly people or people with chronic diseases.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι νεαροί ενήλικες ηλικίας 18-25 ετών συχνά υιοθετούν διαταραγμένες διατροφικές συμπεριφορές, λόγω της έντονης καθημερινότητας αλλά κυρίως της ελλιπούς πληροφόρησης τους σε θέματα διατροφής και υγείας (Kondilis, Kiriaze, Athanasoulia, Falagas:2008). Πρόκειται για ένα φαινόμενο το οποίο σχετίζεται άμεσα με ό,τι αποκαλείται Εγγραμματοσύνη Υγείας. Τα τελευταία χρόνια, ολοένα και περισσότερες επιστημονικές μελέτες διεξάγονται από ερευνητές πάνω στην εγγραμματοσύνη υγείας και στην σύνδεση αυτής με τη φυσική δραστηριότητα και την διατροφική συμπεριφορά των νεαρών ενηλίκων (Geboers, de Winter, Luten, Jansen, Reijneveld:2014). Ωστόσο, ο αριθμός των μελετών σχετικών με την εγγραμματοσύνη υγείας είναι ακόμα περιορισμένος. Μια από τις σημαντικότερες έρευνες που έχει διεξαχθεί σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης και στην Ελλάδα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Ευρωπαϊκού Προγράμματος Health Literacy Survey (HLS-EU) κατά τα έτη 2009-2012. Η εν λόγω έρευνα, στην Ελλάδα, πραγματευόταν το ζήτημα της επαρκούς εγγραμματοσύνης υγείας στον ελληνικό πληθυσμό καθώς και διερευνούσε τους παράγοντες επιρροής της (Κονδύλη et al:2009-2012) . Τέλος, οι Lanpher, Askew και Bennett (2016) ερεύνησαν την σχέση επιρροής της εγγραμματοσύνης της υγείας στην συμμετοχή του ατόμου στη φυσική δραστηριότητα και την εικόνα που διαμορφώνει για το σώμα του.

Σε μια προσπάθεια να διεξάγουμε ασφαλή συμπεράσματα για τον ρόλο της εγγραμματοσύνης της υγείας στον ρυθμό φυσικής δραστηριότητας, συντάχθηκαν 3 ερωτηματολόγια σχετικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, τον τρόπο ζωής, άθλησης, την εικόνα σώματος, τα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας καθώς και την αντίληψη των νέων Ελλήνων 18-25 ετών για το σώμα τους. Με την βοήθεια των πληροφοριών αυτών θα είναι δυνατό να καταγράψουμε τις πιθανές διαφορές και ομοιότητες μεταξύ των ατόμων που ασχολούνται συστηματικά και μη με την φυσική δραστηριότητα.

1. ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΕΓ.Υ)

1.1 Ορισμός

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, από το 1998, ορίζει ως εγγραμματοσύνη της υγείας όλες τις γνωστικές και κοινωνικές δεξιότητες οι οποίες δίνουν το κίνητρο και καθιστούν τα άτομα ικανά να αποκτούν πρόσβαση σε, να κατανοούν και να χρησιμοποιούν πληροφορίες σχετικές με την υγεία με τέτοιο τρόπο, ώστε να προάγουν και να διατηρούν αυτή σε καλά επίπεδα[1]. Τα τελευταία χρόνια, η εγγραμματοσύνη της υγείας έχει κερδίσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής και ερευνητικής κοινότητας, καθώς αποτελεί σημείο εστίασης για πολλές χώρες στον κόσμο. Πρόκειται για μια έννοια που ξεπερνά τα όρια της εκπαίδευσης για την υγεία και περιλαμβάνει περιβαλλοντικούς, πολιτικούς και κοινωνικούς παράγοντες μείζονος σημασίας για αυτήν. Σύμφωνα με τους Vozikis, Drivas και Milioris, η εγγραμματοσύνη της υγείας θεωρείται ευρέως παράγοντας «κλειδί» για την έννοια της υγείας και αποτελεί προτεραιότητα στην ατζέντα της δημόσιας υγείας. Χαμηλά επίπεδα αυτής, έχουν συσχετιστεί με χαμηλά επίπεδα υγείας, ευρύτερες ανισότητες καθώς και υψηλά κόστη συστημάτων υγείας[2].

Η έννοια της εγγραμματοσύνης της υγείας, αποτελεί ευρέως αντικείμενο μελέτης και έρευνας, εξαιτίας της άμεσης σύνδεσής της με την καλή ή κακή κατάσταση της υγείας των ατόμων και την ικανότητά τους να διαχειριστούν κατάλληλα τα προβλήματα της υγείας. Το γεγονός αυτό, αιτιολογεί και τους πολλούς ορισμούς που έχουν αποδοθεί στην συγκεκριμένη έννοια. Σαν συνέχεια του ορισμού του ΠΟΥ, το (HLS)-EU συνδέει τις γνώσεις για την υγεία με την παιδεία και τις γνώσεις των ανθρώπων, τα κίνητρα και τις ικανότητες να έχουν πρόσβαση, να κατανοούν, να αξιολογούν και να εφαρμόζουν πληροφορίες για την υγεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα να μπορούν να προβαίνουν σε κρίσεις και να λαμβάνουν αποφάσεις στην καθημερινή ζωή που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη, την πρόληψη των ασθενειών και την προαγωγή της υγείας για τη διατήρηση ή τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής[3]. Σε κάποια παραδείγματα, η εγγραμματοσύνη υγείας ορίζεται ως η κατανόηση της ανάγνωσης (the Reading subtest of Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA), ως η ανάγνωση της λεκτικής όψεως (the Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM), ως υπολογισμός

(the Numeracy subtest of TOFHLA) ή εντοπισμός συνωνύμων (the Short Assessment of Health Literacy for Spanish Adults, SAHLSA)[4,5,6].

Η έννοια αυτή, εκπροσωπεί έναν σχηματισμό δεξιοτήτων απαραίτητο για να λειτουργήσει το άτομο στον τομέα της υγείας και να ενεργεί κατάλληλα για την ενημέρωση της υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι δεξιότητες περιλαμβάνουν την ικανότητα της ανάγνωσης και της κατανόησης κειμένων καθώς και του εντοπισμού και της ερμηνείας πληροφοριών, την ικανότητα χρήσης ποσοτικών στοιχείων καθώς και την ικανότητα ομιλίας και ακοής[7,8]. Επίσης, στον ορισμό περιλαμβάνονται μια πρακτική γνώση διεργασιών της νόσου, η ικανότητα χρησιμοποίησης της τεχνολογίας, καθώς επίσης η ικανότητα αλληλεπίδρασης με τρίτους σε θέματα υγείας[9,10]. Τέλος, περιλαμβάνεται η δεξιότητα της κατανόησης και της χρήσης αριθμών στην καθημερινή ζωή[11].

Σύμφωνα με τους Elena T Carbone και Health D Gibbs, η εγγραμματοσύνη της υγείας, είναι αναμφίβολα ο πιο ισχυρός παράγοντας ο οποίος επηρεάζει την υγεία σε σχέση με άλλους παράγοντες, όπως η ηλικία, το εισόδημα, το καθεστώς απασχόλησης, το επίπεδο εκπαίδευσης και το φύλο[12]. Αποτελεί παράλληλα ένα εργαλείο και ένα μέσο. Ειδικότερα, όπως υποστηρίζει ο Kumaresan, πρόκειται για ένα εργαλείο που αποσκοπεί στην ενίσχυση των ατόμων, δίνοντάς τους την δυνατότητα να ελέγχουν την υγεία τους μέσω της σωστής χρήσης των πληροφοριών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, συγχρόνως, το προσωπικό και κοινωνικό όφελος των ατόμων. Από την άλλη πλευρά, η εγγραμματοσύνη της υγείας αποτελεί ένα μέσο για την ανάπτυξη τόσο του ατόμου όσο και του κοινωνικού συνόλου, καθώς βελτιώνει την πρόσβαση των πολιτών σε πληροφορίες που αφορούν την υγεία και την ικανότητά τους να τις χρησιμοποιούν[13].

Σύμφωνα με έρευνα του American Medical Association Council on Scientific Affair, οι ασθενείς με υψηλές ανάγκες για φροντίδα ίσως έχουν μικρότερη ικανότητα να διαβάζουν και να κατανοούν πληροφορίες απαραίτητες για να «λειτουργήσουν» επιτυχημένα σαν ασθενείς. Ασθενείς με ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας αντιμετωπίζουν ένα σύνθετο πρόβλημα επικοινωνιακών δυσκολιών, οι οποίες ίσως, μπορούν να επηρεάσουν τα αποτελέσματα της υγείας τους. Οι πολίτες του 21^{ου} αιώνα, συχνά, αντιμετωπίζουν εμπόδια στην προσπάθειά τους να βρουν πληροφορίες σχετικές με την εγγραμματοσύνη της υγείας αλλά και στην διαχείριση αυτών των πληροφοριών[14]. Η εγγραμματοσύνη υγείας έχει αναγνωριστεί ως ένας σημαντικός παράγοντας για την κατάσταση της υγείας των ασθενών και την διεξαγωγή

συμπερασμάτων ως προς αυτήν. Ωστόσο, σύμφωνα με τους Ownby et al., η σχετική συμβολή των δημογραφικών μεταβλητών, των γνωστικών ικανοτήτων, των ακαδημαϊκών δεξιοτήτων και των γνώσεων για την υγεία στις επιδόσεις στα τεστ της εγγραμματοσύνης υγείας δεν έχει διερευνηθεί διεξοδικά [15].

Σύμφωνα με την έρευνα «National Assessment of Adult Literacy» (NAAL) του Υπουργείου Παιδείας των ΗΠΑ, περίπου 80 εκατομμύρια ενήλικες στις ΗΠΑ είχαν περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας[16]. Οι ενήλικες μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες ακόμα και την κατανόηση οδηγιών σε ιατρικές συνταγές[17,18]. Παρά το γεγονός ότι ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού έχει χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας, ορισμένοι έχουν ακόμα υψηλότερη επικράτηση του προβλήματος. Τέτοιες ομάδες είναι οι ηλικιωμένοι, οι μειονότητες, τα άτομα που δεν έχουν ολοκληρώσει το γυμνάσιο καθώς και άτομα που ζουν κάτω από συνθήκες φτώχειας. Η έρευνα NAAL, ανέφερε μια ισχυρή σχέση μεταξύ της εγγραμματοσύνης υγείας και της φυλής ή εθνικότητας. Εκτός από την ηλικία, τη φυλή και εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο παίζει σημαντικό ρόλο στην εγγραμματοσύνη υγείας[16].

Η κατανομή των γνώσεων για την υγεία δεν είναι ανεξάρτητη από τις γενικές δεξιότητες αλφαριθμητισμού του πληθυσμού. Ειδικότερα, ενήλικες χωρίς δίπλωμα γυμνασίου οι οποίοι είναι μέλη των ομάδων του πληθυσμού των μειονοτήτων έχουν χαμηλότερες δεξιότητες γνώσεων για την υγεία από ότι έχουν τα υπόλοιπα μέλη του πληθυσμού[18]. Τα χαμηλά επίπεδα παιδείας μπορεί να επηρεάσουν την λειτουργία του περιβάλλοντος της υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζοντας την επικοινωνία ασθενούς-ιατρού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα να οδηγούνται σε υποβαθμισμένη ιατρική φροντίδα που συνδέεται με την κακή κατανόηση γραπτής ή προφορικής συμβουλής, δυσμενή αποτελέσματα υγείας και αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία. Επιπλέον παράγοντες που σχετίζονται με τα χαμηλά επίπεδα παιδείας είναι το γυναικείο φύλο, η φυλάκιση, καθώς και η οικονομική κατάσταση των ατόμων[19].

Όσον αφορά στις ευρωπαϊκές χώρες, παρατηρείται ότι το αντίκτυπο της εγγραμματοσύνης της υγείας είναι δύσκολο να μετρηθεί με συγκεκριμένα εργαλεία, καθώς αυτά εμφανίζονται σε περιορισμένο αριθμό γλωσσών, κυρίως αγγλικά, γαλλικά και ισπανικά. Για τον λόγο αυτό, υπάρχει περιορισμένος αριθμός ερευνών που αφορούν στο αντίκτυπο της χαμηλής εγγραμματοσύνης υγείας στο κόστος φροντίδας. Εν τούτοις, όπως υποστηρίζουν οι Vozikis, Drivas και Milioris, ένα από τα κεντρικά ζητήματα που απασχολούν την Ευρωπαϊκή

Ένωση είναι να αυξήσει την ικανότητα των πολιτών να λαμβάνουν καλύτερες αποφάσεις σχετικά με την υγεία τους, διασφαλίζοντάς τους εύκολη πρόσβαση σε σαφείς και αξιόπιστες πληροφορίες σχετικά με το πώς να έχουν καλή υγεία και σχετικά με τις ασθένειες και τις επιλογές θεραπείας[2].

1.2 Προσδιοριστικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με τους Morrow et al. και Baker et al., άτομα με επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας έχουν καλύτερη κατάσταση υγείας, σε σύγκριση με αυτούς που παρουσιάζουν περιορισμένες δεξιότητες σχετικές με αυτήν[20]. Αντίθετα, μελέτες των Berkman et al., δείχνουν ότι άτομα με χαμηλές δεξιότητες εγγραμματοσύνης υγείας έχουν ελλειπείς γνώσεις σχετικές με την υγεία και την κατανόηση[21].

Σύμφωνα με τους Vozikis, Drivas και Milioris, ως κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες της εγγραμματοσύνης της υγείας θεωρούνται η εκπαίδευση, η ηλικία, η εθνικότητα, η μετανάστευση, οι χρόνιες παθήσεις, το καθεστώς απασχόλησης, το εισόδημα και γενικά το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Σύμφωνα με τους Lalonde και Labonte, οι προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας είναι πολλοί, ποικίλλουν και περιλαμβάνουν φυσικούς, βιολογικούς παράγοντες, όπως ηλικία, γένος και εθνικότητα, παράγοντες συμπεριφοράς και τρόπου ζωής, όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, διατροφή και σωματική άσκηση, φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, το οποίο περιλαμβάνει ποιότητα στέγασης, τον χώρο εργασίας, το ευρύτερο αστικό και αγροτικό περιβάλλον καθώς και την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη[22].

Πιο συγκεκριμένα, η χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας, αφορά συνήθως άτομα που βρίσκονται σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση και άτομα που ανήκουν σε φυλετικές ή εθνικές μειονότητες. Τέτοια άτομα είναι πιο πιθανό να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, όπως διαβήτης, καρδιακές παθήσεις, αρθρίτιδα. Σύμφωνα με έρευνα των Vozikis et al., στα δημόσια Πανεπιστήμια και Τεχνολογικά Ιδρύματα στην Ελλάδα, αποδείχθηκε ότι οικονομικοί παράγοντες, όπως το οικογενειακό εισόδημα, δημογραφικοί παράγοντες όπως το γένος και συμπεριφορές σχετικές με την υγεία, δηλαδή κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα και σωματική άσκηση, σχετίζονταν με το επίπεδο εγγραμματοσύνης υγείας και την κατάσταση αυτής στο σύνολο των συμμετεχόντων[2].

Τα χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας σχετίζονται με αυξημένη θνησιμότητα και νοσηλεία, μικρότερη χρήση των υπηρεσιών πρόληψης, κακή συμμόρφωση με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα, δυσκολία στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας και ελλείψεις γνώσεις σχετικά με την ασθένεια και τις δεξιότητες αυτοδιαχείρισης ανάμεσα σε άτομα με χρόνιες παθήσεις[23,24]. Εξετάζοντας την εγγραμματοσύνη υγείας από οικονομική πλευρά, μια έκθεση από την Εθνική Ακαδημία των ΗΠΑ (1999) κατέληξε στο ότι η χαμηλή εγγραμματοσύνη της υγείας οδήγησε σε αύξηση των εθνικών ετήσιων δαπανών υγειονομικής περίθαλψης κατά 73δισ. δολάρια. Με άλλα λόγια, η ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας συνδέεται με αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Σε ευρωπαϊκή έρευνα που διεξήχθη σε οχτώ χώρες (Αυστρία, Βουλγαρία, Γερμανία, Ελλάδα, Ιρλανδία, Ολλανδία, Πολωνία και Ισπανία), διαπιστώθηκε ότι τουλάχιστον ένας στους δέκα που απάντησαν, εμφάνισαν ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας και σχεδόν ένας στους δύο είχε περιορισμένη εγγραμματοσύνη υγείας [25].

Τα επίπεδα περιορισμένης εγγραμματοσύνης υγείας είναι υψηλότερα μεταξύ ηλικιωμένων, μειονοτήτων, ατόμων χαμηλού εισοδήματος και εκείνων με κατώτερη του Λυκείου εκπαίδευση[26]. Άτομα με χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης ή να θεωρούνται καταθλιπτικά[21]. Σύμφωνα με τους Stewart et al., άτομα με χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας, είναι πιο πιθανό να συνδέονται με ανθυγιεινές συμπεριφορές, καθώς επίσης να έχουν μικρότερη πρόσβαση στην πρόληψη και στα προγράμματα θεραπειών[27].

Σε έρευνα που έχει διεξαχθεί στην Κίνα, βρέθηκε ότι το 14,4% των συμμετεχόντων εμφάνιζαν επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας. Πιο αναλυτικά, το 64,7% των συμμετεχόντων εμφάνιζε επαρκείς δεξιότητες αλλά μόνο το 22,4% είχε επαρκείς γνώσεις και επίσης μόνο το 6,6% είχε επαρκείς συμπεριφορές. Τα αποτελέσματα αυτά αποδεικνύουν ότι υπάρχει ένα κενό ανάμεσα στις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις συμπεριφορές στον κινεζικό πληθυσμό. Παράλληλα, σύμφωνα με τον Chang, σε πρόσφατη έρευνα στην Ταϊβάν βρέθηκε ότι περίπου το 41% των νέων μπορεί να ταξινομηθεί με υψηλή εγγραμματοσύνη υγείας, 49% με μέτρια και περίπου το 10% με χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας. Στην ίδια έρευνα, βρέθηκε ότι νέοι που προέρχονται από σχολεία με κύρος και έχουν γονείς με υψηλότερη εκπαίδευση είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν επαρκείς γνώσεις, δεξιότητες και συμπεριφορές. Οι νέες γυναίκες είχαν επίσης περισσότερες πιθανότητες να έχουν επαρκείς γνώσεις και συμπεριφορές. Η έρευνα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι γνώσεις που σχετίζονται με την

υγεία συνδέονται θετικά με τις δεξιότητες στην υγεία και τις συμπεριφορές[20]. Συμπληρώνοντας, τα ευρήματα της έρευνας της Κίνας ως προς το φύλο, οι Vozikis et al., σε έρευνα στην Ελλάδα, υποστηρίζουν ότι οι άνδρες εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας. Με άλλα λόγια, οι άνδρες έχουν μειωμένες πιθανότητες να βρίσκονται στα υψηλότερα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας[2].

Μελέτες έχουν δείξει ότι η εγγραμματοσύνη υγείας σχετίζεται με την ηλικία, το φύλο, την εθνικότητα και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών εμφανίστηκαν στα χαμηλότερα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας στην κλίμακα του National Assessment of Adult Literacy[28]. Έγχρωμοι και Ισπανοί, έχουν επίσης εμφανιστεί στα χαμηλότερα επίπεδα σε μετρήσεις της εγγραμματοσύνης υγείας. Τέλος, το εύρημα ότι αγγλόφωνοι Ισπανοί ίσως είναι σε μειονεκτική θέση συγκρινόμενοι με μη Ισπανούς, όταν η εγγραμματοσύνη της υγείας τους αξιολογείται στα αγγλικά, αποδεικνύει ότι η γλώσσα προτίμησης ίσως είναι επίσης ένα χαρακτηριστικό κλειδί[29].

Οι Levinthal et al., αξιολόγησαν την σχέση δημογραφικών και γνωστικών μεταβλητών στην επίδοση στο S-TOFHLA και βρήκαν ότι και οι δύο μεταβλητές σχετίζονται[30]. Οι Chin et al. βρήκαν ότι η ηλικία, η εκπαίδευση, οι βασικές γνωστικές ικανότητες και οι γνώσεις που σχετίζονται με τις ασθένειες σχετίζονται με τις επιδόσεις στα S-TOFHLA και REALM[31]. Άλλοι έχουν δείξει ότι η επίδοση στα τεστ εγγραμματοσύνης υγείας σχετίζεται με ποικίλες ικανότητες συμπεριλαμβανομένων της μνήμης, της ευφράδειας λόγου, της επιχειρηματολογίας και των γενικότερων πνευματικών λειτουργιών[32,33,34].

Σύμφωνα με τους Stewart et al., σε έρευνα που έγινε στις ΗΠΑ, άτομα που ανήκουν σε εθνικές και φυλετικές μειονότητες καθώς και άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είναι δυσανάλογα επηρεασμένα από ελλιπή εγγραμματοσύνη υγείας. Τέτοια άτομα εμφανίζουν επίσης υψηλά επίπεδα επικράτησης του καπνίσματος και δυσκολότερη εγκατάλειψη αυτού. Έτσι, χαμηλότερη εγγραμματοσύνη υγείας ίσως σχετίζεται μοναδικά με λιγότερα αποτελέσματα διακοπής του καπνίσματος σε αυτόν τον πληθυσμό[27].

Σε έρευνα που διεξήχθη στην Κίνα, οι Sun et al., υπέδειξαν ότι η εκπαίδευση έχει θετική και άμεση επίδραση στην πρότερη γνώση και την εγγραμματοσύνη υγείας. Η τελευταία, είναι επίσης επηρεασμένη από την πρότερη γνώση και την ηλικία. Είναι επίσης ένας άμεσος παράγοντας επίδρασης της συμπεριφοράς που σχετίζεται με την υγεία. Τέλος, κατέληξαν ότι

συμπεριφορές σχετικές με την υγεία και την κατάσταση αυτής έχουν ένα θετικό αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης[35].

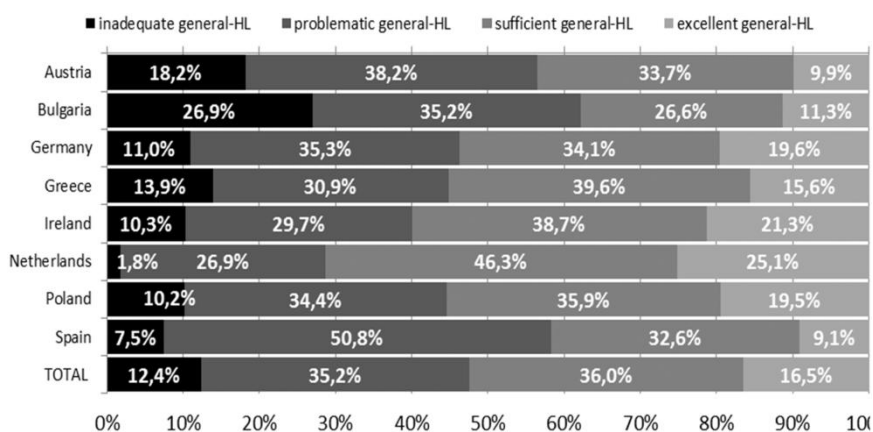
Η εκπαίδευση αποτελεί σημαντικό προσδιοριστικό παράγοντα της υγείας. Οι Don Nutbeam και Ilona Kickbusch υποστηρίζουν ότι άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, είναι πιο πιθανό να έχουν «κακή υγεία» ως ενήλικες. Ωστόσο, με την βελτίωση της εκπαίδευσης θα αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά μια από της κύριες αιτίες ανισότητας στον τομέα της υγείας[36].

Το 1993, έκθεση που διεξήχθη στην Αυστραλία πρότεινε τρεις στόχους για την εγγραμματοσύνη της υγείας. Ειδικότερα, οι στόχοι αφορούσαν τη βελτίωση των γενικών γλωσσικών δεξιοτήτων και του επιπέδου αλφαριθμητισμού του πληθυσμού, την βελτίωση γνώσεων και εγγραμματοσύνης υγείας για να μπορούν τα άτομα να κάνουν σωστές επιλογές σχετικά με την υγεία καθώς και την βελτίωση γνώσεων και εγγραμματοσύνης με τρόπους που καθιστούν τα άτομα ικανά να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη αλλαγή των συνθηκών που επηρεάζουν την υγεία[37]. Παράλληλα, πιο πρόσφατη έρευνα της Βρετανικής Κυβέρνησης προσδιόρισε το εύρος των κοινωνικών προσδιοριστικών παραγόντων της υγείας και των ανισοτήτων στον τομέα αυτής. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα αυτή προσδιορίζει με σαφήνεια την σχέση μεταξύ μορφωτικού επιπέδου και εγγραμματοσύνης της υγείας[38]. Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα και των δύο εκθέσεων υποδεικνύουν την σχέση αλληλεπίδρασης της εκπαίδευσης και της εγγραμματοσύνης υγείας, καθώς δείχνουν ότι η βελτίωση των συνολικών επιπέδων αλφαριθμητισμού του πληθυσμού είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την βελτίωση της ικανότητας των ατόμων να προβαίνουν σε υγιεινές επιλογές[36].

Επιπρόσθετα, με τους δημογραφικούς παράγοντες, τις γνωστικές ικανότητες και της ακαδημαϊκές δεξιότητες, οι γνώσεις σχετικά με την υγεία, σχετίζονται τόσο με τις επιδόσεις στα τεστ της εγγραμματοσύνης υγείας, όσο και σε αυτά της ίδιας της υγείας. Οι γνώσεις που αφορούν συγκεκριμένες ασθένειες, για παράδειγμα, έχουν συνδεθεί με την εγγραμματοσύνη της υγείας σχετικά με τον διαβήτη, την υπέρταση, το HIV, το άσθμα και τις καρδιαγγειακές παθήσεις[39,40].

Σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι καθοριστικοί παράγοντες των ανισοτήτων της υγείας, όπως αυτοί έχουν αναγνωριστεί από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή, περιλαμβάνουν τις συνθήκες διαβίωσης, τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και επηρεάζονται από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, την απασχόληση και τις συνθήκες εργασίας, το εισόδημα, την εκπαίδευση και την πρόσβαση στην κοινωνική προστασία. Η οικονομική ανισότητα εμφανίζεται ως καταλύτης σε θέματα υγείας, πράγμα το οποίο δικαιολογεί τις σοβαρές επιπτώσεις της υφιστάμενης οικονομικής κρίσης στον τομέα της υγείας[41,42].

Ολοκληρώνοντας, η μελέτη της υπάρχουσας κατάστασης αναδεικνύει την ανάγκη για τη δημιουργία παρεμβατικών προγραμμάτων για τη μείωση των ανισοτήτων υγείας και την αναβάθμιση των επιπέδων εγγραμματοσύνης υγείας.



Επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας ανά χώρα, 2011 [173].

1.3 Πηγές Πληροφόρησης Εγγραμματοσύνης Υγείας

Ο Kumaresan υποστήριξε ότι άτομα με χαμηλά επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας είναι πιο πιθανό να έχουν ένα χαμηλό επίπεδο πληροφόρησης και εγγραμματοσύνης επικοινωνιακής τεχνολογίας και μικρότερη πρόσβαση στο διαδίκτυο και στις διαδικτυακές πληροφορίες για την υγεία. Επιπρόσθετα, συμπλήρωσε ότι τέτοια άτομα είναι πιο πιθανό να μην είναι ικανά να αξιολογούν την ποιότητα των πληροφοριών από διαφορετικές πηγές καθώς και να κάνουν χαμηλότερη χρήση υπηρεσιών πρόληψης και υψηλότερη χρήση υπηρεσιών θεραπείας, η οποία συνεπάγεται υψηλότερο κόστος για την φροντίδα της υγείας[43].

Σε έρευνα που διεξήχθη σε 15 ευρωπαϊκές χώρες από το European Opinion Research Group το 2003, βρέθηκε ότι το 41% των ερωτηθέντων πιστεύουν ότι το διαδίκτυο αποτελεί μια καλή πηγή πληροφόρησης για την εγγραμματοσύνη της υγείας[44]. Οι Wilson et al., αποφάνθηκαν ότι περίπου το 50% των ατόμων που αναζητούν πληροφορίες σχετικές με την υγεία στο διαδίκτυο, θεωρούν ότι αυτό έχει μια σημαντική επίπτωση στην κατανόησή τους για τα προβλήματα υγείας και στην συνδιαλλαγή τους με τον γιατρό τους[45]. Επομένως, είναι σημαντικό ότι μέσω της βελτίωσης της τεχνολογίας της πληροφόρησης στις Ευρωπαϊκές χώρες, οι ιστότοποι που σχετίζονται με την υγεία είναι αξιόπιστοι και πληρούν τα κριτήρια ποιότητας, όπως η ευθύνη, η προσβασιμότητα και η χρηστικότητα[46]. Μεταξύ των Ευρωπαϊκών χωρών, οι χώρες με τον μεγαλύτερο αριθμό ερευνών που έχουν δημοσιευτεί στα πλαίσια της εγγραμματοσύνης υγείας είναι η Ολλανδία και η Σουηδία και ακολουθούν η Γερμανία, η Ιταλία και η Γαλλία. Σύμφωνα με τους Kondilis et al., οι ανισότητες στον αριθμό των ερευνών που έχουν δημοσιευθεί με θέμα την εγγραμματοσύνη της υγείας, υπάρχουν μεταξύ Ευρώπης, Νορβηγίας, Ελβετίας και ΗΠΑ. Επίσης, σημειώνεται ότι χρειάζεται να γίνουν περισσότερες έρευνες σε όλα τα πεδία της εγγραμματοσύνης υγείας στην Ευρώπη καθώς επίσης και θα πρέπει να διερευνηθούν περεταίρω οι δυνητικές επιζήμιες επιδράσεις της έλλειψης ερευνών για το συγκεκριμένο θέμα[47].

1.4 Εργαλείο Μέτρησης της Εγγραμματοσύνης Υγείας- HL

Υπάρχουν πολλά διαφορετικά όργανα ειδικά σχεδιασμένα για τη μέτρηση της HL, εστιάζοντας σε διάφορες πτυχές του ορισμού της HL, επομένως, κάνοντας άμεση σύγκριση μεταξύ διαφορετικών μελετών μέτρησης HL, που περιστασιακά είναι σχετικά δύσκολες. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μετρήσεις για την εκτίμηση της HL είναι: η ταχεία εκτίμηση του αλφαριθμητισμού ενηλίκων στην ιατρική (REALM) για την ανάγνωση της ικανότητας και της προφοράς, η δοκιμασία λειτουργικής υγείας σε ενήλικες (TOFHLA) για ανάγνωση κατανόησης και αριθμητικής και το νεώτερο ζωτικό σήμα (NVS) για την ανάγνωση κατανόησης και αριθμητικής χρησιμοποιώντας μια ετικέτα παγωτού [4].

Το REALM είναι ένα από τα παλαιότερα εργαλεία αξιολόγησης HL. Πρόκειται για μια δοκιμή αναγνώρισης λέξεων από μια λίστα με 66 λέξεις που σχετίζονται με την υγεία, αρχίζοντας με το πιο εύκολο και καταλήγοντας στις πιο δύσκολες λέξεις. Το TOFHLA είναι ένα

πιο πολύπλοκο όργανο αξιολόγησης HL, το οποίο έχει 2 μέρη και αποτελείται από 50 είδη ερωτήσεων κατανόησης ανάγνωσης και 17 τεστ αριθμητικής ικανότητας. Τέλος, η NVS είναι μια αξιολόγηση 6 στοιχείων που μετρά την ανάγνωση και κατανόηση μιας διατροφικής ετικέτας με μέσο χρόνο χορήγησης 3-6 λεπτά [5,6].

1.5 Εγγραμματοσύνη Διατροφής

Η εγγραμματοσύνη που αφορά θέματα διατροφής αποτελεί μια ακόμη σημαντική έννοια, η οποία έχει απασχολήσει έντονα την επιστημονική κοινότητα. Πρόκειται για μια έννοια, που σχετίζεται με τις ικανότητες που είναι αναγκαίες για να κατανοηθεί η αξία της σωστής διατροφής στη διατήρηση της καλής υγείας. Ο βαθμός της εγγραμματοσύνης της διατροφής σχετίζεται άμεσα με τον βαθμό που τα άτομα αποκτούν, επεξεργάζονται και κατανοούν πληροφορίες και υπηρεσίες διατροφής. Το γεγονός αυτό αναμφίβολα βοηθά τα άτομα ώστε να λάβουν τις κατάλληλες αποφάσεις για την διατροφή τους[48].

Βασικός στόχος της εγγραμματοσύνης της διατροφής είναι τα άτομα «να έρθουν σε επαφή» με τα τρόφιμα, έτσι ώστε να είναι δυνατό να λαμβάνουν τις κατάλληλες αποφάσεις αναφορικά με το ποια τρόφιμα πρέπει να επιλέγουν και σε ποιες ποσότητες, για να επιτευχθεί η διατήρηση της υγείας. Στη διαδικασία αυτή, εμπεριέχεται και η γνώση του ποια τρόφιμα πρέπει να αποφεύγονται και γιατί. Πρόκειται για μια ικανότητα που απαιτεί από το άτομο και άλλες δεξιότητες, πέρα από τις βασικές της ανάγνωσης, της γραφής, της ομιλίας και της ακοής για να ερμηνεύσει τις περίπλοκες πληροφορίες που σχετίζονται με τα τρόφιμα και τα θρεπτικά συστατικά τους[49].

Θα ήταν χρήσιμο να τονιστεί η σημασία της κατανόησης των διατροφικών πληροφοριών και της σωστής χρήσης τους στην διατήρηση της καλής κατάστασης της υγείας. Επίσης, η καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που συνεπάγονται κακές διατροφικές συνήθειες είναι μείζονος σημασίας για την διαμόρφωση αποτελεσματικών εκπαιδευτικών και παρεμβατικών προγραμμάτων. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η μόρφωση συνδέεται άμεσα με τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες καθώς επίσης και με τα υψηλά επίπεδα δεξιοτήτων σχετικών με την εγγραμματοσύνη της διατροφής[50].

Η έλλειψη της εγγραμματοσύνης σε θέματα διατροφής και η συνακόλουθη έλλειψη της εγγραμματοσύνης της υγείας οδηγούν συχνά στην εμφάνιση χρόνιων παθήσεων όπως ο διαβήτης και η υπέρταση, που με την σειρά τους σχετίζονται με την παχυσαρκία.

1.6 Εγγραμματοσύνη Υγείας και Φυσική Δραστηριότητα

Η εγγραμματοσύνη υγείας και η φυσική δραστηριότητα είναι θέματα ύψιστης σημασίας για την πρόληψη χρόνιων ασθενειών [127]. Η ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας αποτελεί κοινό πρόβλημα μεταξύ των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας και συνδέεται με κακές επιπτώσεις στην υγεία. Έρευνα των Geboers, de Winter et al. έδειξε ότι η ανεπαρκής εγγραμματοσύνη υγείας συνδέθηκε οριακά με την κακή συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες γραμμές για την σωματική άσκηση. Η αυτό-αποτελεσματικότητα εξήγησε το 32% της συσχέτισης μεταξύ της εγγραμματοσύνης υγείας και της συμμόρφωσης με τις κατευθυντήριες γραμμές για την σωματική άσκηση [128].

Η εγγραμματοσύνη υγείας έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με τη φυσική δραστηριότητα, αλλά υπάρχουν περιορισμένες έρευνες πάνω σε αυτή την σχέση. Η φυσική δραστηριότητα μετά από μια διάγνωση καρκίνου του μαστού σχετίζεται με πολλά οφέλη υγείας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εγγραμματοσύνη υγείας προέβλεψε τη φυσική δραστηριότητα μετά τη θεραπεία του καρκίνου του μαστού. Από τα τρία επίπεδα της εγγραμματοσύνης υγείας που προτάθηκαν από τον Nutbeam, η λειτουργική εγγραμματοσύνη φάνηκε να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της φυσικής δραστηριότητας. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τον ρόλο της εγγραμματοσύνης υγείας στη φυσική δραστηριότητα σε γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού και έχουν συνέπειες σε στοχοθετημένες παρεμβάσεις σωματικής άσκησης [129]. Έρευνα σε μεγαλύτερης ηλικίας άτομα, έδειξε επίσης ότι η εγγραμματοσύνη υγείας συνδέεται με την σωματική άσκηση. Οι αναλύσεις διαμεσολάβησης αποκάλυψαν ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί εν μέρει να μεσολαβήσει στη συσχέτιση μεταξύ της εγγραμματοσύνης υγείας και της σωματικής άσκησης. Αυτό υποδηλώνει ότι η εστίαση των παρεμβάσεων στην αυτο-αποτελεσματικότητα μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο για την υγεία μπορεί να είναι ένας καλός τρόπος για τη μείωση των ανισοτήτων υγείας που προκύπτουν από τις διαφορές στην εγγραμματοσύνη υγείας [130].

1.7 Εγγραμματοσύνη Υγείας και Παχυσαρκία

Η χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας σχετίζεται με τον αυξανόμενο κίνδυνο για την παχυσαρκία των ενηλίκων και η χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας αυτών, ίσως αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία. Γενικά, η χαμηλή εγγραμματοσύνη υγείας των ενηλίκων έχει σχετιστεί αναμφίβολα με δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία των παιδιών [131]. Η εγγραμματοσύνη υγείας επηρεάζει τις απόψεις και τις στάσεις των γονέων σχετικά με τις στρατηγικές απώλειας βάρους των παιδιών τους, ακόμα και μετά τον έλεγχο μεγάλου μέρους πιθανών συγχύσεων. Τα χαμηλότερα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας σχετίζονται με την έγκριση λιγότερων στρατηγικών ελέγχου βάρους και την έγκριση ενός στενότερου φάσματος στρατηγικών συνολικά [132].

2. ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

2.1 Ορισμός και Προσδιοριστικοί Παράγοντες

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ως φυσική δραστηριότητα οποιαδήποτε μορφή μυϊκής προσπάθειας που αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη πάνω από το επίπεδο της σωματικής ηρεμίας, δηλαδή οποιαδήποτε σωματική κίνηση που παράγεται από τους μύες και για την οποία απαιτείται κατανάλωση ενέργειας. Αυτό συνεπάγεται ότι φυσική δραστηριότητα μπορεί να θεωρηθεί πέρα από τη γυμναστική και τον αθλητισμό και οι δουλειές του σπιτιού. Για τους ενήλικες, η ιδανική διάρκεια της άσκησης είναι 2-3 φορές την εβδομάδα από 1 ώρα[51].

Σύμφωνα με το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενειών, ως φυσική δραστηριότητα ορίζεται οποιαδήποτε κίνηση του σώματος που παράγεται από την συρρίκνωση των σκελετικών μυών, η οποία αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη πάνω από το βασικά επίπεδο. Γενικά, αναφέρεται ότι η φυσική δραστηριότητα ενισχύει την υγεία[52].

Μερικοί άνθρωποι λανθασμένα συγχέουν τους όρους «φυσική κατάσταση» και «φυσική δραστηριότητα». Η φυσική κατάσταση αποτελείται από έννοιες όπως η καρδιοαναπνευστική αντοχή (αερόβια ισχύς), αντοχή σκελετικών μυών, δύναμη των σκελετικών μυών, ευελιξία, ισορροπία, ταχύτητα των κινήσεων, χρόνο αντίδρασης και σύνθεση του σώματος[52].

Οι Astrand και Rodahl σημειώνουν ότι σχεδόν το 100% της βιολογικής ύπαρξης του είδους μας κυριαρχείται από υπαίθρια δραστηριότητα. Το κυνήγι, η αναζήτηση τροφής όπως και άλλων ειδών πρώτης ανάγκης στην άγρια φύση αποτελούσαν γνωρίσματα της ανθρώπινης ζωής και εκατομμύρια χρόνια. Είναι προφανές ότι δεν υπάρχει τρόπος να επανέλθουμε στον φυσικό τρόπο ζωής μας. Ωστόσο, με εμβάθυνση στην βιολογική μας κληρονομιά, ίσως είμαστε ακόμα σε θέση να τροποποιήσουμε την τρέχουσα ζωή μας. Η γνώση της λειτουργίας του σώματος σε κατάσταση ηρεμίας, καθώς και κατά τη διάρκεια άσκησης κάτω από ποικίλες συνθήκες, είμαι σημαντική ως βάση για την βελτιστοποίηση της ύπαρξής μας[53].

Η σωματική δραστηριότητα είναι απαραίτητη για την βιωσιμότητα της υγείας των ατόμων, των κοινοτήτων και των εθνών. Όπως υποστηρίζουν Blair, Brodney, et al. η απλή μείωση του σωματικού βάρους ή ο δραστήριος τρόπος ζωής για σύντομο χρονικό διάστημα ίσως δεν είναι αρκετά για να διατηρηθεί μια υγιής κατάσταση[54].

Η επαναλαμβανόμενη σωματική δραστηριότητα που έχει ενσωματωθεί στην καθημερινή ρουτίνα, είναι απαραίτητη για να επιτευχθούν μακροχρόνια οφέλη[55,56]. Το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών και ο ΠΟΥ, συνιστούν ως ελάχιστο χρόνο σωματικής άσκησης την εβδομάδα 150 λεπτά. Εάν ένα άτομο είναι ενεργό για 30 λεπτά την ημέρα, η ποσότητα της εβδομαδιαίας φυσικής δραστηριότητας που προτείνεται από το Κέντρο Ελέγχου Ασθενειών και το ΠΟΥ, είναι εφικτή σε 5 ημέρες[52,57].

Σύμφωνα με τους Twisk et al., η φυσική δραστηριότητα και η διατροφή αποτελούν βασικούς προσδιοριστικούς παράγοντες του τρόπου ζωής και της υγείας του σύγχρονου ανθρώπου[58]. Η συμμετοχή στη φυσική δραστηριότητα καθορίζεται από κοινωνικούς και δημογραφικούς παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο ακόμα και το σωματικό βάρος[59,60]. Επίσης, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες καθώς και η επαγγελματική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο, μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας[61].

Το είδος της φυσικής δραστηριότητας ποικίλει ανάλογα με το φύλο και την ηλικία. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους Jones et al., οι ενήλικες άνδρες στρέφονται σε δραστηριότητες ανταγωνιστικού χαρακτήρα ενώ οι γυναίκες προτιμούν δραστηριότητες λιγότερο ανταγωνιστικές[62]. Η σωματική δραστηριότητα μεταβάλλεται στην νεαρή ενήλικη ζωή σύμφωνα με τις αλλαγές του τρόπου ζωής που υφίστανται κατά την μετάβαση από την εφηβεία στην ενηλικίωση. Τα γεγονότα της ζωής, όπως ο γάμος, τα παιδιά, η έναρξη της επαγγελματικής ζωής, σχετίζονται με μειωμένα επίπεδα σωματικής υγείας σε νεαρές ενήλικες γυναίκες[63]. Ο ρόλος της ηλικίας, του σωματικού βάρους αλλά και των ορμονικών λειτουργιών στη μυϊκή λειτουργία, αιτιολογούν τις διαφορές ανάμεσα σε ηλικιωμένους και νέους ενήλικες αναφορικά με την φυσική δραστηριότητα[64].

Σε έρευνα που διεξήχθη στον Καναδά, οι Criag et al. βρήκαν ότι οι πιο δημοφιλείς φυσικές δραστηριότητες για άνδρες και γυναίκες 20 ετών και άνω ήταν το περπάτημα, η εργασίες στον εξωτερικό χώρο του σπιτιού, η άσκηση κατοίκων, το ποδήλατο, η κολύμβηση και ο χορός[65]. Διάφορες αναφορές εκτιμούν ότι τα υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας είναι ικανά να παρατείνουν το προσδόκιμο ζωής σε σχέση με τον μέσο όρο ζωής κατά 2.1, 2.5, 5.1 χρόνια για τους άνδρες και 5.7 χρόνια για τις γυναίκες του σωματικά ενεργού πληθυσμού[66,67,68].

Τα αποτελέσματα των Besser και Dannenberg έδειξαν ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και η χώρα προέλευσης διαδραματίζουν ένα σημαντικό ρόλο στον καθορισμό του τρόπου διέλευσης ο οποίος σχετίζεται με την φυσική δραστηριότητα. Μειονότητες, άτομα με χαμηλό εισόδημα, κάτοικοι αστικών απομακρυσμένων περιοχών ήταν πιο πιθανό να επιτύχουν 30 λεπτά καθημερινής μεταφοράς περπατώντας. Συγκεκριμένα, το εισόδημα των νοικοκυριών, η φυλή, το μέγεθος της πόλης σχετίζονται με υψηλά επίπεδα μετακίνησης με τα πόδια[69].

Το ποσοστό των ατόμων που επιλέγουν το περπάτημα ή το ποδήλατο ως μέσα μετακίνησης ποικίλει ανάλογα με την τοποθεσία, το επίπεδο των υπηρεσιών μετακίνησης, τις εναλλακτικές λύσεις μεταφοράς και τα χαρακτηριστικά της γης. Έρευνα των Olvera et al. σε Γουινέα και Καμερούν, υπέδειξε ότι το περπάτημα και τα Μ.Μ.Μ. λειτουργούσαν συνδυαστικά σε ποσοστό 94% και 98% αντίστοιχα και 20% των ατόμων μετακινούνται με τα πόδια[70].

Σύμφωνα με την Cooper, τα χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σε ενηλικιωμένους σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης προβλημάτων υγείας,

έλλειψης ανεξαρτησίας και μικρότερο προσδόκιμο ζωής. Η αυξημένη δραστηριότητα πρέπει να προωθείται νωρίς στην ενήλικη ζωή για να διασφαλιστεί η διατήρηση της φυσικής κατάστασης στην μετέπειτα ζωή. Η προώθηση της δραστηριότητας στον ελεύθερο χρόνο είναι αναγκαίο να αυξηθεί σημαντικά σε νεότερους πληθυσμούς ηλικιακά, καθώς η καθημερινότητα αυτών γίνεται ολοένα πιο καθιστική[71].

Τα οφέλη της τακτικής σωματικής άσκησης είναι επαρκώς τεκμηριωμένα από την ιατρική βιβλιογραφία και τα προβλήματα που σχετίζονται με τον καθιστικό τρόπο ζωής είναι εμφανή. Οι ειδικοί δημόσιας υγείας, αγωνίζονται να προωθήσουν την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας στην αμερικανική κοινωνία. Σε έρευνα του 2007 του αμερικανικού περιοδικού Preventive Medicine αποδείχθηκε πως όλο και λιγότεροι Αμερικανοί είναι διατεθειμένοι να τρέξουν, να περπατήσουν ή να ασκηθούν. Σύμφωνα με τον Dr. Yansey , η προώθηση της φυσικής δραστηριότητας διαδραματίζει κρίσιμο ρόλο στην πρακτική της δημόσιας υγείας με δεδομένη την αύξησης του επιπολασμού, της αδράνειας και της καθιστικής συμπεριφοράς. Υπέδειξε επίσης την ουσιαστική προστασία κατά της παχυσαρκίας και των χρόνιων παθήσεων που απορρέει από την τακτική φυσική δραστηριότητα καθώς και την σημαντική συμβολή της στο καθιστικό τρόπο ζωής, στην καταπολέμηση των ανισοτήτων υγείας και την αυξανόμενη κατανόηση του κεντρικού ρόλου που διαθέτει στην υγεία και την ποιότητα ζωής[72].

2.2 Σχέση Φυσικής Δραστηριότητα με τις Χρόνιες Ασθένειες

Η σωματική αδράνεια είναι άμεσα συνδεδεμένη με αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία και αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας[73]. Οι περισσότερες μελέτες έχουν συνδέσει τη σωματική αδράνεια με υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας, η οποία αυξάνει τον κίνδυνο καρκίνου, καρδιαγγειακών παθήσεων υπέρτασης, διαβήτη τύπου II[74]. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σωματική αδράνεια είναι η κύρια αιτία για το 25% των διαγνώσεων καρκίνου του μαστού και του παχέος εντέρου. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την έλλειψη σωματικής άσκησης αφορούν όλες τις ηλικίες, τα φύλα, τους πολιτισμούς και τα κοινωνικοοικονομικά στρώματα[75].

Μια υποτιμημένη πρωταρχική αιτία των περισσότερων χρόνιων παθήσεων είναι η έλλειψη επαρκούς καθημερινής φυσικής δραστηριότητας (φυσική αδράνεια). Πλήθος

στοιχείων αποδεικνύουν την άποψη ότι οι μειώσεις στην καθημερινή φυσική δραστηριότητα είναι πρωταρχικές αιτίες των χρόνιων ασθενειών και ότι η άσκηση λειτουργεί ως επανορθωτική θεραπεία των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από την αδράνεια[76].

Ως χρόνια ασθένεια ορίζεται η ασθένεια που είναι αργή στη πορεία της (δεκαετίες) και μακρά στη συνέχισή της, σε αντίθεση με την οξεία ασθένεια η οποία χαρακτηρίζεται από μια ταχεία έναρξη και μια βραχεία πορεία[76]. Σύμφωνα με τους Booth et al. οι χρόνιες παθήσεις είναι οι κύριοι «δολοφόνοι» της σύγχρονης εποχής. Η φυσική αδράνεια είναι μια πρωταρχική αιτία των περισσότερων χρόνιων παθήσεων. Ιστορικά αποδεικτικά στοιχεία δείχνουν ότι η σωματική αδράνεια είναι επιβλαβής για την υγεία και για τις κανονικές λειτουργικές ικανότητες των οργάνων. Αντίθετα, η φυσική δραστηριότητα προλαμβάνει ή καθυστερεί την εμφάνιση χρόνιων παθήσεων πράγμα που σημαίνει ότι η χρόνια πάθηση δεν είναι απαραίτητο να αποτελεί μια αναπόφευκτη κατάληξη στη διάρκεια της ζωής[77].

Το Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Χρόνιων Παθήσεων υποστηρίζει ότι οι χρόνιες παθήσεις (καρδιακή νόσος, εγκεφαλικό επεισόδιο, παχυσαρκία, καρκίνος, διαβήτης, αρθρίτιδα) ευθύνονται για το 70% του συνόλου των θανάτων στις ΗΠΑ, οι οποίοι είναι ένα 1,7εκ. ετησίως[78]. Έτσι, απαιτούνται προσπάθειες για την αντιμετώπιση ζητημάτων δημόσιας υγείας που σχετίζονται με την φυσική αδράνεια με σκοπό την παροχή οργανωμένων προγραμμάτων για την αύξηση των μετρίων επιπέδων φυσικής δραστηριότητας σε ενήλικες των ΗΠΑ[79].

Οι Dunstan et al. υποστήριξαν ότι κάθε αύξηση, κατά μια ώρα, του χρόνου παρακολούθησης τηλεόρασης συσχετίζεται με 11% και 18% αύξηση των κινδύνων θνησιμότητας από όλα τα αίτια, σε έρευνα ανάμεσα σε 20.000 Αυστραλούς, άντρες και γυναίκες αντίστοιχα[80].

Μικρός αριθμός ατόμων σε ορισμένες χώρες πιστεύουν ότι το σωματικό βάρος και η σωματική δραστηριότητα ασκούν σημαντικές επιρροές στην υγεία[81]. Η καθιστική ζωή συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου II, καρδιαγγειακές παθήσεις και πρόωρη θνησιμότητα. Αυτό που είναι ανεπαρκώς εκτιμημένο είναι το υψηλό κόστος της σωματικής αδράνειας ακόμα και σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι Booth et al. έχουν επιστήσει την προσοχή για τα επόμενα χρόνια σχετικά με το κοινωνικό και ατομικό αντίκτυπο της αδράνειας αναφορικά με τις χρόνιες παθήσεις. Επισημαίνεται ότι, ενώ η άσκηση αποτελεί μια θεραπεία για την πρόληψη πολλών χρόνιων παθήσεων, η έλλειψη τακτικής άσκησης ή η

σωματική αδράνεια αποτελεί μια από τις πραγματικές αιτίες για πολλές από αυτές τις ασθένειες[82].

2.3 Φυσική Δραστηριότητα και Καρδιολογικές Παθήσεις

Το 1953, ο Morris και οι συνεργάτες του συνέκριναν οδηγούς λεωφορείων οι οποίοι είχαν καθιστική ζωή με οδηγούς που ήταν φυσικά δραστήριοι στο Λονδίνο. Οι σωματικοί ενεργοί οδηγοί είχαν 30% λιγότερο χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου από τους σωματικά αδρανείς οδηγούς λεωφορείων. Επιπλέον, βρέθηκε ότι οι σωματικά δραστήριοι οδηγοί που ανέπτυξαν στεφανιαία νόσο μεγαλώνοντας ήταν σε καλύτερη θέση, παρουσιάζοντας λιγότερο σοβαρές ασθένειες και χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από τους σωματικά αδρανείς οδηγούς[83].

Μια επιστημονική μελέτη από την Αμερικανική Εταιρία, το 2009 υποστήριξε ότι η φυσική αδράνεια αποτελεί έναν πρωταρχικό αιτιολογικό μηχανισμό για κάθε παράγοντα κινδύνου του μεταβολικού συνδρόμου-δυσπλιδαίμια, υπέρταση, υπογλυκαιμία, σπλαχνική παχυσαρκία, θρομβώσεις και προ-φλεγμονώδεις εκδηλώσεις[84].

Η ικανότητα άσκησης είναι ένας από τους πιο ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες του προσδόκιμου ζωής σε ασθενείς με αλλά και χωρίς καρδιακές παθήσεις. Οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια συχνά παρουσιάζουν ταυτόχρονα κλινικές καταστάσεις, όπως παχυσαρκία, αναιμία, πνευμονικές ή νεφρικές νόσους, σακχαρώδη διαβήτη, καρκίνο, κατάθλιψη και ψυχογενείς διαταραχές, οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν τη διάρκεια και την ποιότητα ζωής, συμπεριλαμβανομένων των καθημερινών δραστηριοτήτων και των επιδόσεων στις ασκήσεις. Αν αυτοί οι ασθενείς ασκούνται καθώς και το είδος της άσκησης προμηθεύει τον γιατρό με διάφορες πληροφορίες σχετικές με τις κλινικές αποφάσεις που καλείται να πάρει[85].

2.4 Φυσική Δραστηριότητα και Διαβήτης

Παρά το γεγονός της μείωσης της θνησιμότητας από καρδιαγγειακές παθήσεις στις ΗΠΑ, κάνοντας μια αναδρομή στο πρόσφατο παρελθόν, παρατηρείται ότι έχει υπάρξει μια αύξηση στον επιπολασμό του διαβήτη και της παχυσαρκίας και οι δυο από τους οποίους εγκυμονούν σημαντικούς καρδιαγγειακούς κινδύνους. Το Κέντρο Ελέγχου Παθήσεων εκτιμά τον επιπολασμό του διαβήτη το 2002 πάνω από 8% του πληθυσμού μεγαλύτερα των 19 ετών και πάνω από το διπλάσιο για άτομα πάνω από 64. Ο αυξημένος επιπολασμός της παχυσαρκίας και του διαβήτη τύπου II έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με ελλειπείς διατροφικές συνήθειες και ανεπαρκή άσκηση. Το Πρόγραμμα Πρόληψης Διαβήτη έχει σαφώς δείξει ότι μια παρέμβαση στον τρόπο ζωής που να εστιάζει στη διατροφή και την άσκηση είναι ικανή να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη τύπου II. Με δεδομένα τον αυξανόμενο επιπολασμό των καταστάσεων όπως του διαβήτη και της παχυσαρκίας καθώς και το ρόλο της διατροφής και του διαιτολογίου στην αιτιολογία τους, η κατανόηση σχετικά με το αν η ικανότητα να καταλάβει κάποιος διατροφικές πληροφορίες συμβάλλει στη κατάσταση της υγείας και είναι πολύ σημαντική[49].

Οι Lamonte, Blair και Church υπέθεσαν ότι οι κοντινή συμπεριφοριστική αιτία αντίστασης στην ινσουλίνη είναι η έλλειψη σωματικής άσκησης[86]. Η υψηλή ευαισθησία στην ινσουλίνη των ανδρών που ασκούνται, επιστρέφει στα επίπεδα καθιστικής ζωής μετά την παύση της προπόνησης για 38 ή 60 ώρες όπως έχει παρατηρηθεί[87,88]. Η προπόνηση με αντίσταση ενισχύει την ευαισθησία στην ινσουλίνη και βελτιώνει την ανοχή στη γλυκόζη σε ένα ευρύ φάσμα ανθρώπων[89].

2.5 Φυσική Δραστηριότητα και Παχυσαρκία

Η καθιστική ζωή αποτελεί έναν φαινότυπο παχυσαρκίας που εμποδίζεται κυρίως από την αυξημένη φυσική δραστηριότητα. Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος ελέγχου της παχυσαρκίας είναι η πρωτογενής πρόληψη της σωματικής αδράνειας μετρίου επιπέδου σωματική δραστηριότητα αντί τριτογενούς ή δευτερογενούς πρόληψης της παχυσαρκίας που σχετίζεται με συννοσηρότητες[90]. Τις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί μεγάλη αύξηση

της παχυσαρκίας που μπορεί να δημιουργήσει πολυάριθμες μεταβολικές δυσλειτουργίες (υπέρταση, δισλιπιδαιμία) που οδηγούν σε καρδιαγγειακές παθήσεις και διαβήτη. Η σωματική δραστηριότητα είναι μια καλή συνιστώσα συμπεριφοράς για την πρόληψη και θεραπεία της παχυσαρκίας. Τα παχύσαρκα άτομα δεν έχουν την τάση να είναι σωματικά δραστήρια[91].

Πρόκειται για ένα από τα σοβαρότερα προβλήματα της δημόσιας υγείας στον 21^ο αιώνα, που αποτελεί την 5^η συχνότερη αιτία παγκόσμιων θανάτων καθώς επίσης συνδέεται με υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών όπως ο διαβήτης τύπου II, καρδιαγγειακές παθήσεις και ασθένειες του ήπατος καθώς και την χαμηλή αυτοεκτίμηση, το άγχος, την κατάθλιψη και γενικότερα τον κοινωνικό στιγματισμό. Πολύ σημαντικός παράγοντας εκδήλωσης της παχυσαρκίας είναι η στάση των γονέων απέναντι στη διατροφή[92].

Οι Joyner και Pedersen υποστηρίζουν ότι η χαμηλή συχνότητα της παχυσαρκίας έχει σχέση με κακές οικονομικές συνθήκες[93]. Η κατάρρευση της Σοβιετικής Ένωσης στο τέλος της δεκαετίας του 1980 οδήγησε σε μειωμένη διαθεσιμότητα τροφής, αυξημένη φυσική δραστηριότητα και μείον 50% μείωση του επιπολασμού της παχυσαρκίας ενηλίκων στη Κούβα. Μετά την οικονομική ανάκαμψη, η παχυσαρκία αυξήθηκε κατά 50% από το 1993 έως το 1996[94].

2.6 Φυσική Δραστηριότητα και Ψυχικές Διαταραχές

Σε έρευνα που έγινε από τους Chorp-Hurley et al. Για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός προγράμματος άσκησης στον χώρο εργασίας πάνω στην ικανότητα εργασίας, στην απόδοση και στα συμπτώματα που αναφέρθηκαν από εργαζόμενους ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα στο γόνατο ή και στο ισχίο, βρέθηκε ότι υπήρχαν σημαντικές βελτιώσεις στην ικανότητα εργασίας και στα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν από ασθενείς (πόνος, λειτουργικότητα, καταθλιπτικά συμπτώματα) στην ομάδα άσκησης. Καμία βελτίωση δεν επεδείχθη στην ομάδα που δεν ασκούνταν. Έτσι, αποδείχθηκε ότι η άσκηση στον χώρο εργασίας βελτίωσε την ικανότητα για δουλειά και τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν από μεγαλύτερους ηλικιακά εργαζομένους με οστεοαρθρίτιδα[95].

Οι συσχετισμοί του καθιστικού χρόνου και της φυσικής δραστηριότητας με την κατάθλιψη είναι ασταθής. Οι διαταραχές διάθεσης είναι συχνό πρόβλημα σε άτομα μεγάλης

ηλικίας και τα συμπτώματα τους αποτελούν πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η συμμετοχή σε ένα τακτικό πρόγραμμα άσκησης είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος μείωσης ή πρόληψης της λειτουργικής παρακμής που σχετίζεται με την γήρανση[96].

Σύμφωνα με τους Van Uffelen et al., γυναίκες που κάθονται περισσότερο από 7 ώρες την ημέρα και γυναίκες που δεν κάνουν καμία φυσική δραστηριότητα είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης συγκριτικά με γυναίκες που κάθονται λιγότερο από 4 ώρες την ημέρα και ακολουθούν κάποια φυσική δραστηριότητα. Στα κύρια αποτελέσματα της έρευνας αποδεικνύεται ότι ο καθιστικός χρόνος δεν σχετίζεται με τα συμπτώματα κατάθλιψης. Ωστόσο, γυναίκες που δεν κάνουν κάποια φυσική δραστηριότητα είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν μελλοντικά συμπτώματα κατάθλιψης από ότι γυναίκες που ασκούνται. Καταλήγοντας, η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας σε επίπεδο ανάλογο με τις κατευθυντήριες γραμμές που πρέπει να ακολουθούνται, μπορεί να ανακουφίσει τα τρέχοντα συμπτώματα κατάθλιψης και να συμβάλει στη πρόληψη μελλοντικών συμπτωμάτων σε γυναίκες μέσης ηλικίας[97].

Η φυσική δραστηριότητα ιδιαίτερα σε υψηλό επίπεδο έντασης και υψηλή περιοχή συχνотήτων, μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση στην μυϊκή δύναμη και την πυκνότητα των οστών γυναικών μέσης ηλικίας. Οι Vann et al. διαπίστωσαν ότι η άσκηση χαμηλής έντασης δεν επηρεάζει την ανάπτυξη των οστών και του μεταβολισμού προ εμμηνοπαυσιακών γυναικών και δεν βελτιώνει την μυϊκή δύναμη και λειτουργία[98].

Ο τρόπος σκέψης για την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη μεταβάλλεται. Οι δύο παράγοντες που οδηγούν στην αλλαγή είναι η αναγνώριση της σημασίας των κοινωνικών συνεπειών της ασθένειας και η αναγνώριση των ιατρικών παρεμβάσεων που έχουν στόχο να αυξήσουν τη διάρκεια και την ποιότητα επιβίωσης. Η ποιότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα υγειονομικής περίθαλψης αξιολογούνται από τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Ωστόσο δεν υπάρχει ομοφωνία σχετικά με τον ορισμό της ποιότητας ζωής[99].

Η βέλτιστη διατροφή και σωματική δραστηριότητα συμβάλει σημαντικά στη συνολική ποιότητα ζωής σε οποιαδήποτε ηλικία και ιδιαίτερα στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας[100]. Τέλος, υπάρχει σταθερή συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία[101].

3. ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

3.1 Ορισμός

Η εικόνα σώματος είναι μια πολύπλευρη έννοια που αποτελείται από τις αντιλήψεις ενός ατόμου και τις στάσεις του απέναντι στο σώμα και την εμφάνισή του[102]. Σε γενικές γραμμές η εικόνα σώματος είναι η υποκειμενική άποψη της φυσικής εμφάνισης κάποιου που βασίζεται στην αυτοαντίληψη και στις στάσεις απέναντι στον εαυτό, συμπεριλαμβανομένων σκέψεων, πεποιθήσεων και συναισθημάτων[103]. Η εικόνα σώματος αποτελείται από δυο συνιστώσες: τις αντιλήψεις για την εμφάνιση του σώματος ενός ατόμου (γνώση- λογική) και τις συναισθηματικές αντιδράσεις σε αυτές τις αντιλήψεις (συναίσθημα)[104,105].

Η εικόνα σώματος περιλαμβάνει δυο διαφορετικές διαστάσεις. Η αξιολογική εικόνα σώματος αναφέρεται στις γνωστικές εκτιμήσεις και στα συναισθήματα που σχετίζονται με την εμφάνιση κάποιου και περιλαμβάνει διαφορές για τον ιδανικό εαυτό και αποτιμήσεις ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας για το σώμα. Αντίθετα οι επενδύσεις της εικόνας σώματος αναφέρονται στη γνωστική-συμπεριφοριστική σημασία της εμφάνισης στη προσωπική ζωή του ατόμου και την περίοπτη θέση του στην αίσθηση του εαυτού[106].

3.2 Δημογραφικοί Παράγοντες

Η ανάπτυξη της δυσαρέσκειας για την εικόνα σώματος μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες, μεταξύ των οποίων ο βαθμός εσωτερίκευσης από τις γυναίκες του λεπτού-ιδανικού προτύπου ομορφιάς που απεικονίζεται και ενισχύεται στις δυτικές κοινωνίες[107]. Σύμφωνα με τους Ricciardelli et al., πρόσθετοι παράγοντες που σχετίζονται με την διαφορά και την δυσαρέσκεια για την εικόνα σώματος περιλαμβάνουν το φύλο, τη φυλή-εθνικότητα, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση καθώς και τον δείκτη μάζα σώματος. Διαφορές ως προς το φύλο για την εικόνα σώματος αναδύονται συχνά μεταξύ των ηλικιών 8 και 10[108]. Σύμφωνα με τους van de Berg et al. τα κορίτσια έχουν την τάση να επιθυμούν ένα πιο αδύνατο σώμα και να έχουν περισσότερες ανησυχίες για την εικόνα σώματος συγκριτικά με τα αγόρια[109].

Όπως και στα κορίτσια, και οι πεποιθήσεις των αγοριών για την εικόνα της εμφάνισης τους είναι πιθανό να επηρεάζονται από τους παράγοντες των γονέων και των συνομηλίκων[110].

Αναφορικά με την φυλή-εθνικότητα οι ερευνητές βρήκαν ότι, γενικά, τα παιδιά των Αφροαμερικανών είναι λιγότερο δυσαρεστημένα με το βάρος τους, ακόμα και αν είναι βαρύτερα από τα παιδιά των λευκών[109]. Οι Paxton et al. βρήκαν ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση προέβλεπε δυσαρέσκεια για το σώμα σε αγόρια και κορίτσια, με τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικοοικονομικής κατάστασης να σχετίζονται με μεγαλύτερη δυσαρέσκεια για το σώμα[111]. Τέλος, ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται με την εικόνα σώματος μεταξύ των νέων εφήβων[111,112]. Έρευνες έχουν δείξει ότι νέοι έφηβοι με υψηλότερο δείκτη μάζα σώματος, ειδικά κορίτσια, επιθυμούν να είναι πιο αδύνατοι και είναι πιο δυσαρεστημένοι με τα σώματά τους[113,114,115].

Υπάρχουν πολλοί λόγοι για να υποπτευτεί κάποιος ότι η εικόνα σώματος σε ενήλικες γυναίκες μπορεί να διαφέρει και ενδεχομένως να είναι και πιο περίπλοκη από εκείνη των νεότερων γυναικών. Οι ενήλικες γυναίκες αντιμετωπίζουν πολλούς παράγοντες που επηρεάζουν την εικόνα σώματος. Για παράδειγμα, η γήρανση που σχετίζεται με φυσιολογικές μεταβολές, μετατοπίζει το γυναικείο σώμα πιο μακριά από το λεπτό-νέο-ιδανικό το οποίο είναι το κοινωνικό πρότυπο της γυναικείας ομορφιάς. Επιπλέον, οι προτεραιότητες της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες εξελίσσονται με την ηλικία. Ως εκ τούτου, οι ενήλικες γυναίκες υπολογίζουν διαφορετικά τις αλλαγές που μπορεί να επηρεάσουν την εικόνα σώματος σε όλη την διάρκεια της ζωής[116].

Πρόσθετες διαφορές στη ζωή που παρατηρήθηκαν σε ενήλικες γυναίκες και μπορούν να επηρεάσουν την εικόνα σώματος περιλαμβάνουν την εγκυμοσύνη, τον μειωμένο χρόνο για την φροντίδα του εαυτού, θετικές συμπεριφορές υγείας λόγω των απαιτήσεων της εργασίας, υποχρεώσεις των νοικοκυριών, ή/και του παιδιού, φροντίδα ηλικιωμένων καθώς και στρεσογόνους παράγοντες συχνότερους όσο προχωρεί η ζωή, όπως ο θάνατος ενός συζύγου ή φίλων/μελών οικογένειας[117,118,119].

3.3 Εικόνα σώματος και φυσική δραστηριότητα

Μεγάλο είναι το ενδιαφέρον των ερευνητών σχετικά με την εικόνα σώματος και την φυσική δραστηριότητα. Πολλές είναι οι έρευνες που εστιάζουν στην εικόνα σώματος των αθλητών και των μη- αθλητών. Σύμφωνα με τον Hausenblas, τα άτομα που αθλούνται παρουσιάζουν μια πιο θετική εικόνα σώματος από ότι τα άτομα που δεν αθλούνται, δηλαδή την ομάδα ελέγχου[120]. Τα άτομα με έντονη φυσική δραστηριότητα, φαίνεται πως έχουν μικρότερες ανησυχίες για την εικόνα σώματος από τα άτομα με ανύπαρκτη φυσική δραστηριότητα λόγω της αυξημένης αυτοεκτίμησής τους[121]. Ειδικότερα, οι γυναίκες που ασχολούνται με τον αθλητισμό προστατεύονται από τους κινδύνους και την αρνητική εικόνα σώματος εξαιτίας της αυτοεκτίμησης που εμφανίζεται λόγω του αθλητισμού[122].

Αντίθετα, άλλες έρευνες έχουν δείξει, πως οι αθλητές που αγωνίζονται σε υψηλά επίπεδα ή κάνουν πρωταθλητισμό έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποκτήσουν αρνητική εικόνα σώματος, λόγω των μεγάλων απαιτήσεων που έχουν στα αθλήματα που αγωνίζονται[123]. Λόγω της ανάγκης για αθλητικά επιτεύγματα, τα άτομα με έντονη φυσική δραστηριότητα, βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν μια αρνητική εικόνα σώματος[121]. Συγκεκριμένα, επικρατέστερη ήταν η αρνητική εικόνα σώματος στις αθλήτριες από ότι στους αθλητές[125].

3.4 Εικόνα σώματος και χρόνιες παθήσεις

Πολλοί νέοι είναι δυσαρεστημένοι με το βάρος και το σχήμα του σώματός τους, με περίπου το 40% των κοριτσιών και το 23% των αγοριών να είναι δυσαρεστημένοι γενικά με το σώμα τους[124]. Ένας λόγος για αυτή την δυσαρέσκεια ίσως είναι η ασυμφωνία μεταξύ του ιδανικού και του πραγματικού μεγέθους του σώματος. Τέτοιοι νέοι είναι στα υψηλότερα επίπεδα κινδύνου για χρόνια προβλήματα σχετικά με την εικόνα σώματος, τα οποία μπορεί να συμβάλλουν σε διατροφικές διαταραχές, κατάθλιψη και παχυσαρκία[111,133,134]. Σε γενικές γραμμές η έρευνα έχει δείξει ότι τα αγόρια έχουν υψηλότερο επίπεδο αυτοεκτίμησης από ότι τα κορίτσια[135] και τα αγόρια έχει επίσης αποδειχθεί ότι έχουν μια πιο θετική εικόνα για το σώμα τους από ότι τα κορίτσια[113].

Οι Farhat et al. εξέτασαν κατά πόσο η εικόνα σώματος μεσολαβεί στη σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και χρόνιων ασθενειών, οι οποίες σχετίζονται με πρακτικές σχετικές με την υγεία, όπως η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, σπάνια κατανάλωση πρωινού, η χρήση ηλεκτρονικών συσκευών και το κάπνισμα. Μεταξύ των αγοριών, η εικόνα σώματος βρήκαν ότι μεσολαβεί στις σχέσεις της παχυσαρκίας με τη χρήση ηλεκτρονικών συσκευών και με την σπάνια κατανάλωση πρωινού. Μεταξύ των κοριτσιών, μεσολαβεί στις σχέσεις της παχυσαρκίας με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, τη σπάνια κατανάλωση πρωινού, το κάπνισμα και την χρήσης ηλεκτρονικών συσκευών[136].

Οι αντιλήψεις για την εικόνα σώματος μπορεί να είναι ένα ουσιαστικό συστατικό των οδών που συνδέουν την εφηβική παχυσαρκία και τις χρόνιες παθήσεις που συνδέονται με πρακτικές σχετικές με την υγεία. Η εφηβική παχυσαρκία έχει συσχετιστεί με την ανάπτυξη της αρνητική εικόνας σώματος[111]. Η αρνητική εικόνα σώματος συνδέεται με ένα πλήθος αρνητικών συμπεριφορών και αποτελεσμάτων σχετικών με την υγεία συμπεριλαμβανομένων της διαταραγμένης ψυχικής υγείας (κατάθλιψη, χαμηλή αυτοεκτίμηση)[137], των συμπεριφορών κινδύνου (χρήση και κατάχρηση ουσιών)[138], της εσωτερίκευσης και της εξωτερίκευσης προβληματικής συμπεριφοράς[139], της χαμηλότερης εμπλοκής με την φυσική δραστηριότητα και της αυξημένης καθιστικής συμπεριφοράς[140] καθώς και των κακών διατροφικών επιλογών (ανθυγιεινή διατροφή, ελλιπής διατροφική πρόσληψη)[141]. Από την άλλη πλευρά, η θετική εικόνα σώματος έχει συνδεθεί με λιγότερα προβλήματα και συμπεριφορές σχετικές με το βάρος και με περισσότερες γονεϊκές και φιλικές στάσεις που ενθαρρύνουν την υγιεινή διατροφή[142].

Η παρουσία ενός μεσολαβητικού ρόλου της εικόνας σώματος στον τομέα της παιδικής παχυσαρκίας μπορεί να έχει επιπτώσεις στα προγράμματα πρόληψης. Ειδικότερα, η βελτίωση της εικόνας σώματος μεταξύ των υπέρβαρων-παχύσαρκων ατόμων μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη συμμετοχή στη φυσική δραστηριότητα, λιγότερη ενασχόληση με τις ηλεκτρονικές συσκευές, λιγότερο κάπνισμα και πιο συχνή κατανάλωση πρωινού[136].

Όπως ο Bruch αρχικά υποστήριξε, η βελτίωση της δυσλειτουργικής εικόνας σώματος είναι συχνά απαραίτητη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση και την βελτίωση διαταραγμένων διατροφικών συμπεριφορών[143]. Η θεραπεία της παχυσαρκίας φαίνεται να είναι αποτελεσματική στην βελτίωση της εικόνας σώματος ακόμη και με μικρές απώλειες βάρους[144,145]. Προβλήματα με την εικόνα σώματος είναι πολύ διαδεδομένα σε υπέρβαρα

και παχύσαρκα άτομα που ζητούν θεραπεία[146] και συνδέονται σταθερά με φτωχότερες εκβάσεις βάρους και αυξημένες πιθανότητες υποτροπής[147,148,149]. Επιπλέον, η κακή εικόνα σώματος σχετίζεται σταθερά με την έκδοση σε δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές διατροφής[150,151], που ενδέχεται να υπονομεύσουν την επιτυχή διαχείριση του βάρους.

Σύμφωνα με μελέτη, η εικόνα σώματος βελτιώθηκε κατά την διάρκεια της παρέμβασης, επιβεβαιώνοντας ότι τα προγράμματα απώλεια βάρους, ιδιαίτερα εκείνα τα οποία περιλαμβάνουν μια ενότητα για την εικόνα σώματος, μπορεί να είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για την βελτίωση αυτής[144,152]. Υπέρβαροι και παχύσαρκοι έφηβοι με ικανοποίηση για το σώμα τους είναι πιο πιθανό να κάνουν κάτι για να ελέγξουν το βάρος τους, ενώ έφηβοι με δυσαρέσκεια για το σώμα τους είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν ανθυγιεινές συμπεριφορές διαχείρισης βάρους και βρίσκονται σε κίνδυνο να πάρουν κιλά[153,154].

Μια έρευνα σε ενήλικες έδειξε ότι η εικόνα σώματος μερικώς μεσολαβεί στην σχέση ανάμεσα στη παχυσαρκία και την ψυχολογική δυσφορία[155]. Η φιλία είναι σημαντική στην βελτίωση της εικόνας σώματος και έχει συνδεθεί με την ικανοποίηση για το σώμα μεταξύ των εφήβων γενικά[156,157] καθώς και με την ψυχοκοινωνική υγεία μεταξύ των εφήβων με χρόνιες παθήσεις[158]. Το να έχει κάποιος μια υποστηρικτική ομάδα φίλων είναι ένα ουσιαστικό κομμάτι της υγιούς ανάπτυξης του εφήβου και για τους υπέρβαρους εφήβους ειδικότερα θα μπορούσε να είναι ένας προστατευτικός παράγοντας κατά της δυσαρέσκειας σώματος[159].

Συγκεκριμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια σύνδεση ανάμεσα στην δυσαρέσκεια του σώματος και προβλήματα ψυχικής υγείας σε νεότερους γυναικείους πληθυσμούς[160,161]. Στην πραγματικότητα, η δυσαρέσκεια για το σώμα έχει περιγραφεί ως ένας από τους πιο ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες διατροφικής παθολογίας σε γυναίκες εφήβους και σε νεαρές ενήλικες γυναίκες[162]. Παρά τη σημαντική σχέση της με διατροφικές διαταραχές, η δυσαρέσκεια για το σώμα συνδέεται και με άλλες αρνητικές ψυχολογικές συνέπειες, συμπεριλαμβανομένων της καταθλιπτικής διάθεσης, της αύξησης των αυτοκτονικών τάσεων και των αποπειρών αυτοκτονιών σε κορίτσια εφηβικής ηλικίας, ακόμα και μετά τον έλεγχο για κατάθλιψη[124,163,164]. Επιπλέον, οι επιπτώσεις της δυσαρέσκειας του σώματος, δεν εμφανίζονται μόνο στα αρνητικά ψυχολογικά αποτελέσματα. Η δυσαρέσκεια σώματος έχει αρνητικά επίσης αποτελέσματα σε συμπεριφορές σχετικές με την

υγεία, όπως αυξημένες συμπεριφορές ανθυγιεινού ελέγχου βάρους, στρες, κάπνισμα και μείωση φυσικής δραστηριότητας σε έφηβες και νεαρές ενήλικες γυναίκες[165,166].

Έρευνα των Jackson et al. σε Αφροαμερικανές και Καυκάσιες γυναίκες, έδειξε ότι αυτές που κατατάσσονταν ως δυσανεσθημένες με το σώμα τους ήταν δύο φορές πιο πιθανό να εμφανίσουν κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης συγκρινόμενες με γυναίκες που ήταν ικανοποιημένες με το σώμα τους[167]. Τέλος, οι Cornwell και Shmitt βρήκαν ότι ασθενείς με συστηματικό ερυθρεματώδη λύκο εμφάνισαν αρνητικότερη εικόνα σώματος σε σχέση με ασθενείς ρευματοειδούς αρθρίτιδας ή υγιείς γυναίκες[168].

Τα τελευταία χρόνια, οι άνδρες έχουν αρχίσει να ασχολούνται έντονα με την εικόνα του σώματός τους ενώ η δυσανεσθεια σώματος αυξάνεται στους νέους άνδρες. Συνεπώς η εικόνα σώματος αποτελεί ένα κύριο στοιχείο της ψυχολογικής λειτουργίας τόσο των ανδρών όσο και των γυναικών. Το λεπτό πρότυπο για τις γυναίκες και το μυώδες σώμα για τους άνδρες καθώς και ο βαθμός στον οποίο οι νέοι νιώθουν ικανοποιημένοι με το σώμα τους, έχει επιπτώσεις στην αντίληψη, την αυτοεκτίμηση, την κοινωνική συμπεριφορά και την σωματική υγεία[169].

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός Έρευνας

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να ερευνηθεί η πιθανή σχέση των επιπέδων της φυσικής δραστηριότητας και της εικόνας σώματος με τα επίπεδα ΕΓ.Υ σε άτομα ηλικίας 18-25 ετών που κατοικούν στην Ελλάδα.

4.2 Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται συνολικά από 210 άτομα, ηλικίας 18-25 ετών, από τα οποία 115 άτομα με υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και 95 άτομα με χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (καθιστική ζωή). Τα ερωτηματολόγια απευθύνονται σε χώρους εκγύμνασης

της περιοχής του Περιστερίου και του Ιλίου, αθλητικούς συλλόγους του Περιστερίου, στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο εκτός του Τμήματος Επιστήμης Διαιτολογίας και Διατροφής καθώς και στο Πάντειο Πανεπιστήμιο. Ωστόσο, στο δείγμα περιλαμβάνονται και άτομα ποικίλων επαγγελμάτων, τα οποία δεν σχετίζονται επαγγελματικά και άμεσα με τον αθλητισμό. Οι εθελοντές της ομάδας ελέγχου, είναι, ως επί το πλείστον, τελειόφοιτοι τόσο του Χαροκοπέιου Πανεπιστημίου όσο και του Παντείου Πανεπιστημίου. Η συμμετοχή στη μελέτη είναι εθελοντική.

Η έρευνα έλαβε χώρα στον νομό Αττικής και πιο συγκεκριμένα συμμετείχαν σε αυτήν οι δήμοι Περιστερίου, Ιλίου, Καλλιθέας, Μαραθώνα και Μαρκόπουλου, κατά την χρονική περίοδο Ιανουαρίου – Φεβρουαρίου 2017. Αρχικά, η προσέγγιση του δείγματος των αθλητών ήταν μια περίπλοκη διαδικασία. Υπήρχαν, γυμναστήρια που ανταποκρίθηκαν αμέσως θετικά, αλλά στον αντίποδα, υπήρχαν και άλλα τα οποία, κυρίως λόγω της έκτασης του ερωτηματολογίου, δεν είχαν τον απαιτούμενο χρόνο ώστε να συνεργαστούν. Για την σωστή συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, έπρεπε να ενημερωθούν πλήρως οι ενδιαφερόμενοι. Πιο συγκεκριμένα, υπήρχε προσωπική επαφή περίπου 10 λεπτών με τους γυμναστές-προπονητές και αυτοί με την σειρά τους διαμοίρασαν τα ερωτηματολόγια στο τέλος της προπόνησης. Στην συνέχεια, δόθηκε προθεσμία μιας εβδομάδας για να συμπληρωθούν και να συγκεντρωθούν όλα τα ερωτηματολόγια. Επίσης, υπήρχε ένας αριθμός ερωτηματολογίων ο οποίος στάλθηκε ηλεκτρονικά.

Από την άλλη πλευρά, η συλλογή των ερωτηματολογίων από τα άτομα που δεν ασχολούνται με τον αθλητισμό ήταν πιο εύκολη διαδικασία, καθώς υπήρχε άμεση επαφή μαζί τους και συνακόλουθη συμπλήρωση του εντύπου. Παρόλα αυτά, υπήρξαν παράπονα καθώς το ερωτηματολόγιο ήταν αρκετά εκτενές και ο χρόνος για την συμπλήρωσή του ήταν αρκετά περιορισμένος. Η διανομή και η συγκέντρωση των ερωτηματολογίων διήρκεσε από τις 9 Ιανουαρίου έως τις 13 Φεβρουαρίου.

Τα ερωτηματολόγια που μοιράστηκαν αρχικά ήταν 250 αλλά επεστράφησαν τα 210. Πιο συγκεκριμένα, εκατό ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε χώρους εκγύμνασης και αθλητικούς συλλόγους του Περιστερίου και του Ιλίου αλλά τα είκοσι από αυτά δεν συμπληρώθηκαν. Σαράντα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε φοιτητές του Παντείου Πανεπιστημίου αλλά επεστράφησαν τα είκοσι, ενώ εξήντα ερωτηματολόγια δόθηκαν σε τελειόφοιτους, κυρίως, φοιτητές στο Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο. Τέλος, πενήντα δόθηκαν σε

λοιπούς εθελοντές ποικίλλων επαγγελματιών. Η πλειοψηφία των εθελοντών συμμετείχε με μεγάλη προθυμία και κατά συνέπεια, στο τέλος της χρονικής προθεσμίας, συγκεντρώθηκε ένας μεγάλος αριθμός από τα ερωτηματολόγια που είχαν διαμοιραστεί.

4.3 Μέθοδος

Πρόκειται για μια μελέτη ασθενών – μαρτύρων (case - control study), η οποία έλαβε χώρα στον Ν. Αττικής. Το δείγμα αποτελούνταν από 210 άτομα, εκ των οποίων τα 115 παρουσίαζαν φυσική δραστηριότητα ενώ τα υπόλοιπα 95 άτομα δεν εμφάνιζαν φυσική δραστηριότητα. Αυτό προκύπτει σύμφωνα με την ερώτηση 18 του ερωτηματολογίου, στην οποία ζητείται ο ερωτώμενος, να απαντήσει, με ναι/όχι, στο αν γυμνάζεται. Το μέγεθος του δείγματος προέκυψε ύστερα από κατάλληλους υπολογισμούς για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Τα κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα αφορούν άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 18 – 25 ετών, οι οποίοι έχουν καλή υγεία.

4.4 Ερευνητικά Εργαλεία

Προκειμένου να επιτευχθούν οι επιμέρους στόχοι της έρευνας, ήταν αναγκαία η χρήση ενός ειδικά σχεδιασμένου ερωτηματολογίου στο οποίο εντυπώνονταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ο τρόπος ζωής και άθλησης, τα επίπεδα εγγραματοσύνης της υγείας καθώς και η εικόνα σώματος νέων Ελλήνων ηλικίας 18-25 ετών. Ειδικότερα, χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ερευνητικά εργαλεία:

- Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, τρόπου ζωής, άθλησης και εικόνα σώματος.
- Σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου εγγραματοσύνης της υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire σταθμισμένο στα Ελληνικά, HLS-EU 16).
- Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Εικόνας Σώματος (Multidimensional Body-Self Questionnaire- MBSRQ, Thomas F. Cash) .

Το ερωτηματολόγιο (Παράρτημα) μοιράστηκε στους εθελοντές, αφού πρώτα ενημερώθηκαν πλήρως για τον τρόπο συμπλήρωσης του και για τον σκοπό της έρευνας και αφού διαβεβαιώθηκαν ότι τα στοιχεία που θα προσκομίσουν, θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της εν λόγω μελέτης, σεβόμενη την νομοθεσία για τη διασφάλιση των προσωπικών δεδομένων.

4.5 Περιγραφή Ερευνητικών Εργαλείων

- **Ερωτηματολόγιο Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών, Τρόπου Ζωής, Άθλησης και Εικόνα Σώματος**

Αρχικά, το εν λόγω ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών, όπως το φύλο, η ηλικία, το ύψος και το βάρος νέων Ελλήνων ηλικίας 18-25 ετών. Έπειτα, ακολουθούν τρεις ερωτήσεις που σχετίζονται με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των νέων, όπως είναι το μορφωτικό επίπεδο, η εργασιακή και οικογενειακή κατάσταση. Τέλος, διατυπώνονται δεκαέξι ερωτήσεις που αφορούν τον τρόπο ζωής των νέων και ειδικότερα αν καπνίζουν, αν καταναλώνουν αλκοολούχα ποτά, ποια γεύματα καταναλώνουν, πόσο νερό πίνουν, αν παίρνουν συμπληρώματα διατροφής, αν πάσχουν από κάποια ασθένεια, πόσες ώρες κοιμούνται, πόσες ώρες παρακολουθούν τηλεόραση ή ασχολούνται με τον Η/Υ, αν, πόσο συχνά και πόση ώρα γυμνάζονται, τι είδος άθλημα κάνουν, πως μετακινούνται στην καθημερινότητα και πως αξιολογούν τη φυσική δραστηριότητά τους το τελευταίο μήνα.

- **Ερωτηματολόγιο εγγραματοσύνης της υγείας (European Health Literacy Survey Questionnaire σταθμισμένο στα Ελληνικά, HLS-EU 16)[126].**

Το ερωτηματολόγιο αυτό απαρτίζεται από δεκαέξι προτάσεις οι οποίες στοχεύουν να καταγράψουν τα επίπεδα εγγραματοσύνης της υγείας, με την χρήση πενταβάθμιας αξιολογικής κλίμακας (πολύ εύκολο, αρκετά εύκολο, αρκετά δύσκολο, πολύ δύσκολο, δεν γνωρίζω). Πρόκειται για ερωτήσεις που σχετίζονται με το κατά πόσο ο εθελοντής ξέρει, κρίνει,

αναζητεί πληροφορίες για θέματα υγείας καθώς επίσης ακολουθεί συμβουλές των επαγγελματιών υγείας.

Οι απαντήσεις στον εν λόγω ερωτηματολόγιο, σκοράρονται με την μέθοδο της διχοτόμησης κατηγοριών. Ειδικότερα, οι δύο κατηγορίες «αρκετά δύσκολο» και «πολύ δύσκολο» βαθμολογούνται με 0. Οι κατηγορίες «πολύ εύκολο» και «αρκετά εύκολο» βαθμολογούνται με 1. Η απάντηση «δεν γνωρίζω» βαθμολογείται ως χαμένη τιμή. Το ελάχιστο άθροισμα των βαθμολογιών είναι 0 και το μέγιστο είναι 16. Η συγκέντρωση 0-8 βαθμών δηλώνει ανεπαρκή εγγραμματοσύνη υγείας. Το άθροισμα 9-12 δηλώνει προβληματική εγγραμματοσύνη υγείας, ενώ το άθροισμα 13-16 δηλώνει επαρκή εγγραμματοσύνη υγείας.

- **Ερωτηματολόγιο Αξιολόγησης Εικόνας Σώματος (Multidimensional Body-Self Questionnaire- MBSRQ, Thomas F. Cash) [104].**

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τον Thomas F. Cash και στοχεύει να αναζητήσει πώς οι νέοι ηλικίας 18-25 ετών μπορεί να σκέφτονται, να αισθάνονται ή να συμπεριφέρονται σχετικά με την εικόνα σώματός του. Πρόκειται δηλαδή, για ένα ερωτηματολόγιο το οποίο, μέσω μιας πενταβάθμιας κλίμακας, (1=οπωσδήποτε διαφωνώ, 2=κυρίως διαφωνώ, 3=ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=κυρίως συμφωνώ, 5=οπωσδήποτε συμφωνώ), στοχεύει να υποδείξει σε ποιο βαθμό η κάθε δήλωση αντιπροσωπεύει τον χαρακτήρα του εθελοντή. Περιλαμβάνει 69 ερωτήσεις σχετικές με την εξωτερική εμφάνιση, την σωματική δύναμη, την υγεία, την φυσική κατάσταση και την γνώμη των τρίτων για την εικόνα σώματος των εθελοντών. Οι ερωτήσεις του MBSRQ εκτιμώνται από τις εξής παραμέτρους: κλίμακα ικανοποίησης από επιμέρους περιοχές του σώματος (Body Areas Satisfaction Scale, BASS), εμμονή με τον έλεγχο του σωματικού βάρους (Overweight Preoccupation Scale, OPS) και την εκτίμηση του σωματικού βάρους (Self-Classified Weight Scale, SCWS). Με βάση τις υποκατηγορίες που μας ενδιέφεραν στην εν λόγω μελέτη, από τις 69 ερωτήσεις επιλέχθηκαν οι 54.

Ο υπολογισμός του σκορ κάθε κατηγορίας, προκύπτει προσθέτοντας τις απαντήσεις που αντιστοιχούν σε κάθε ερώτηση και έπειτα διαιρώντας αυτές με τον αριθμό των ερωτήσεων που αντιστοιχούν σε κάθε κατηγορία. Όσο υψηλότερο είναι το αποτέλεσμα, τόσο πιο σημαντική είναι η εικόνα σώματος για το κάθε άτομο. Τα άτομα που συγκεντρώνουν υψηλό

σκορ νιώθουν ελκυστικά και άνετα με το σώμα τους, καθώς επίσης ασχολούνται έντονα με αθλητικές δραστηριότητες που συμβάλλουν στη θετική εικόνα του σώματος. Αντίθετα, τα άτομα που συγκεντρώνουν χαμηλό σκορ, δεν επηρεάζονται καθόλου ώστε να νιώθουν επιθυμητά και άνετα με το σώμα τους.

4.6 Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια, πραγματοποιήθηκε μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS 20. Πιο συγκεκριμένα, για να επιτευχθεί η σύγκριση μεταξύ ατόμων με υψηλή φυσική δραστηριότητα και των ατόμων με χαμηλή φυσική δραστηριότητα, εφαρμόστηκε ο έλεγχος Mann-Whitney U-Test. Ως μέσος όρος και τυπική απόκλιση παρουσιάζονται οι συνεχείς μεταβλητές ενώ ως ποσοστά (%) παρουσιάζονται οι κατηγορικές μεταβλητές. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο της ύπαρξης συσχετίσεων μεταξύ των διαφορετικών μεταβλητών ήταν η μη παραμετρική ανάλυση συσχετίσεων Spearman Rank Order Correlation.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS για τα windows, έκδοση 16. Για να ελεγχθούν οι διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων που συμμετείχαν στην έρευνα από ανεξάρτητα δείγματα, εφαρμόστηκε το Mann–Whitney U-Test. Για τον έλεγχο της ύπαρξης συσχετίσεων μεταξύ των διαφορετικών μεταβλητών εφαρμόστηκε μη παραμετρική ανάλυση συσχετίσεων Spearman rank order correlation. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο κεφάλαιο αυτό της ανάλυσης των δεδομένων, μετά την συλλογή και επεξεργασία των ερωτηματολογίων.

5.1 Ηλικία & Ανθρωπομετρικά Χαρακτηριστικά Συμμετεχόντων

Συνολικά οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 210 άτομα, εκ των οποίων το 21,4% (45) ήταν άνδρες που αθλούνταν και είχαν μέσο όρο ηλικίας 21,78 έτη, μέσο όρο βάρους 84kg, μέσο όρος ύψους 1,86m και Δείκτη Μάζα Σώματος (ΔΜΣ) 24,26 kg/ m². Το 15,7% (33) των ανδρών δεν αθλούνταν, και είχαν μέσο όρο ηλικίας 22,27 έτη, βάρος 80,12kg, ύψος 1,80m και Δείκτη Μάζα Σώματος (ΔΜΣ) 22,77kg/m². Στην συνέχεια, οι γυναίκες που αθλούνταν αντιπροσώπευαν το 33,33% (70) του δείγματος, με μέσο όρο ηλικίας 22,02 έτη, βάρος 61,21kg, ύψος 1,69m και Δείκτη Μάζα Σώματος (ΔΜΣ) 21,53kg/m². Τέλος, το 29,52% (62) των γυναικών δεν αθλούνταν και είχαν μέσο όρο ηλικίας 22,5 έτη, βάρος 62,36kg, ύψος 1,69m και Δείκτη Μάζα Σώματος (ΔΜΣ) 21,97kg/m². Στο σύνολο του δείγματος, προέκυψαν, από τα t-test, στατιστικά σημαντικές διαφορές που αφορούσαν το ύψος, το βάρος και τον δείκτη μάζα σώματος σε επίπεδο σημαντικότητας $\alpha=0,05$ ενώ δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά με την ηλικία (πίνακας 1).

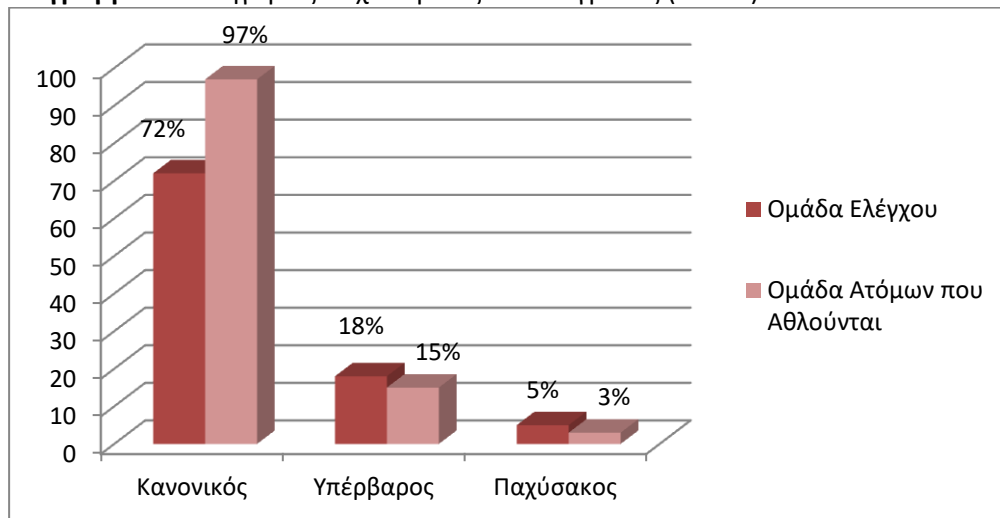
Πίνακας 1. Ηλικία & Ανθρωπομετρικά Χαρακτηριστικά Δείγματος (Μέσος Όρος - Τυπική Απόκλιση).

	Άντρες που αθλούνται (n=45)	Γυναίκες που αθλούνται (n=70)	Άντρες που δεν αθλούνται (n=33)	Γυναίκες που δεν αθλούνται (n=62)	Σύνολο (n=210)
Ηλικία(έτη)	21,78(2,74)	22,02(2,42)	22,27(2,35)	22,5(2,49)	22,14(2,49)
Βάρος(kg)	84(8,87)	61,21(8,58)	80,12(10,42)	62,36(10,55)	69,40(0,09)*
Ύψος(m)	1,86(0,07)	1,69(0,05)	1,80(0,07)	1,69(0,06)	1,74(0,09)*
ΔΜΣ(kg/ m²)	24,26(2,26)	21,53(2,68)	22,77(2,67)	21,97(3,22)	22,75(3,21)*

(* $p<0, 05$)

Στο παρακάτω διάγραμμα, εμφανίζονται οι κατηγορίες παχυσαρκίας του δείγματος. Πιο συγκεκριμένα, το 97% των ατόμων που αθλούνται παρουσιάζει κανονικό βάρος, το 15% είναι υπέρβαροι και το 3% είναι παχύσαρκοι. Σχετικά με την ομάδα ελέγχου, το 72% έχει κανονικό βάρος, το 18% είναι υπέρβαροι ενώ το 5% είναι παχύσαρκοι.

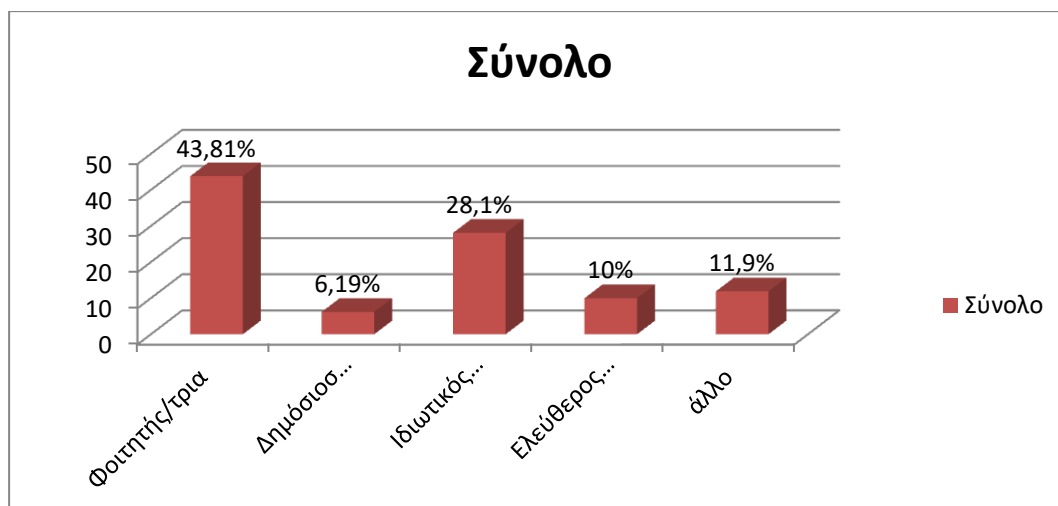
Διάγραμμα 1. Κατηγορίες παχυσαρκίας του Δείγματος (n=210).



5.2 Απαντήσεις Ερωτηματολογίου Καταλληλότητας

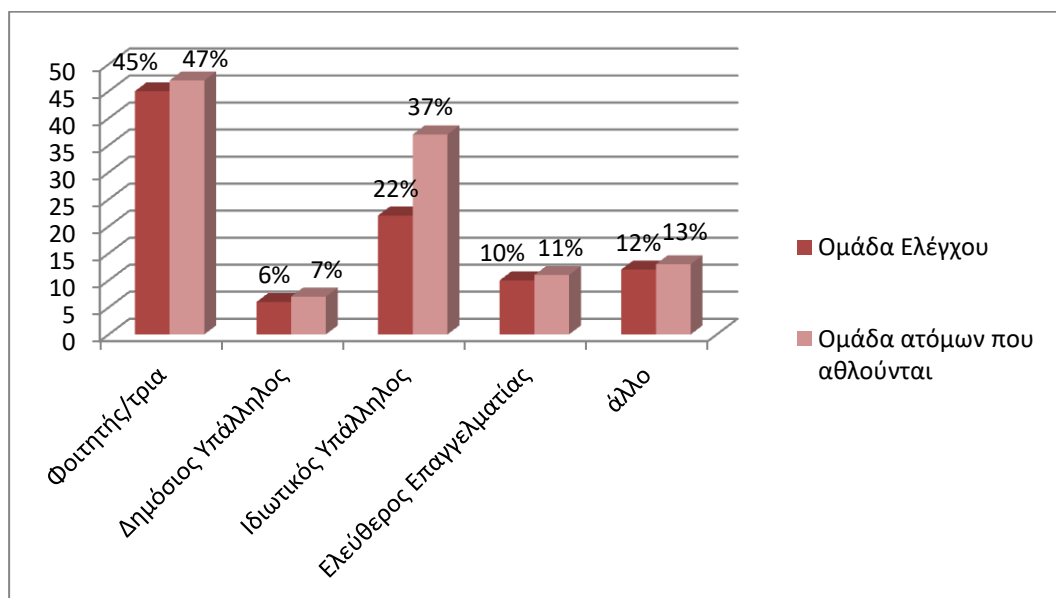
Μοιράστηκε ένα ερωτηματολόγιο καταλληλότητας με κοινές ερωτήσεις, τόσο για τα άτομα που αθλούνταν όσο και για αυτά που δεν αθλούνταν. Όσον αφορά στην επαγγελματική ενασχόληση του συνόλου των συμμετεχόντων, το 43,81% είναι φοιτητές, το 6,19% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 28,10% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 10% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, ενώ το 11,90% ασχολούνται με κάποιο άλλο επάγγελμα.

Διάγραμμα 2. Επαγγελματική Ενασχόληση Δείγματος (n=210).



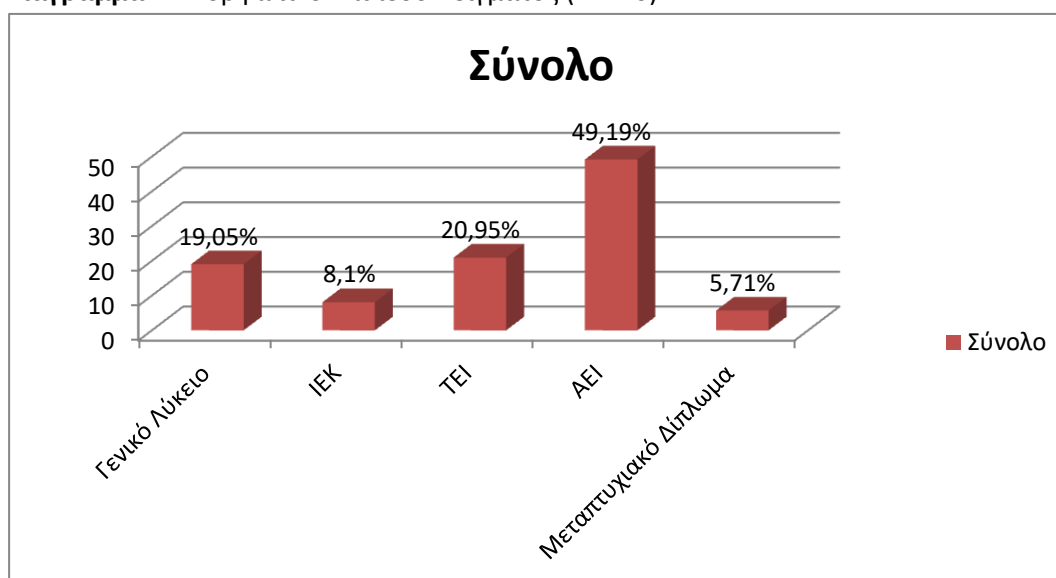
Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται η επαγγελματική ενασχόληση τόσο της ομάδας ελέγχου όσο και των ατόμων που αθλούνται. Παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό και των δυο πλευρών είναι φοιτητές.

Διάγραμμα 3. Επαγγελματική Ενασχόληση Ομάδας Ελέγχου (n=95) και Ομάδα Ατόμων που Αθλούνται(n=115).

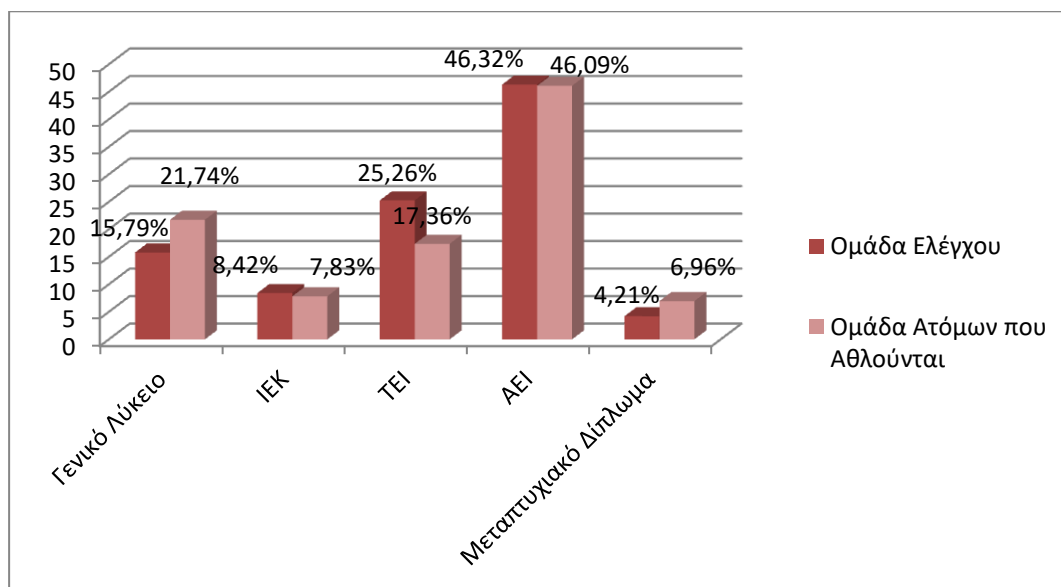


Στο παρακάτω διάγραμμα παρουσιάζεται το μορφωτικό επίπεδο του συνόλου του δείγματος, από το οποίο το υψηλότερο ποσοστό (46,19%), είναι απόφοιτοι Ανώτατων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων.

Διάγραμμα 4. Μορφωτικό Επίπεδο Δείγματος (n=210).

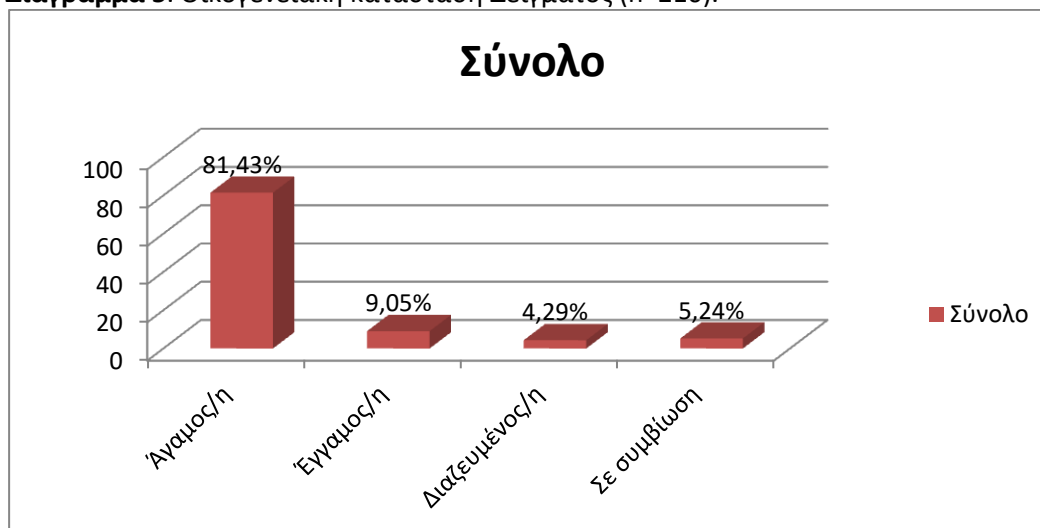


Διάγραμμα 4α. Μορφωτικό επίπεδο Ομάδας Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115).

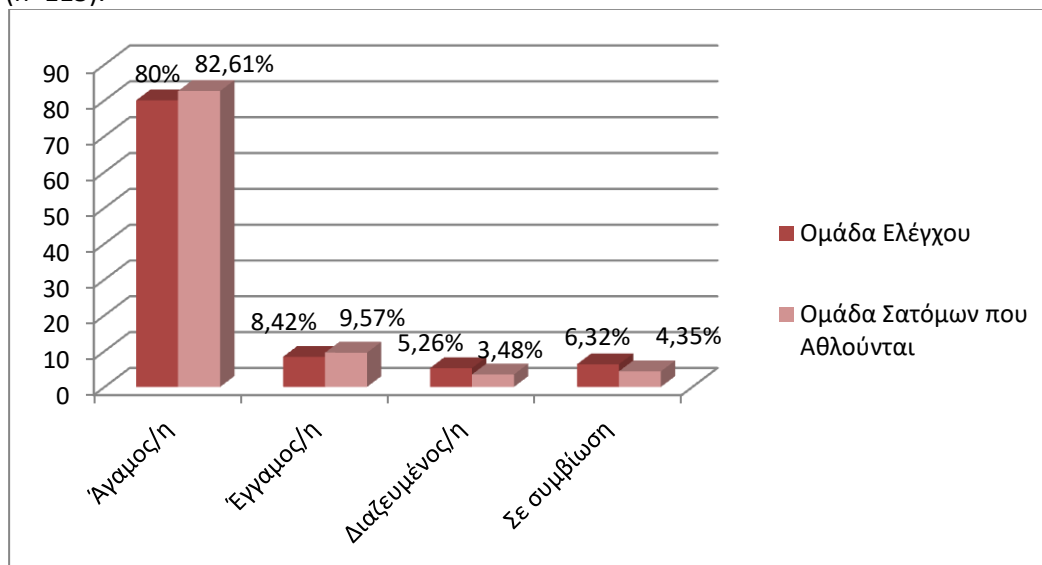


Παρακάτω παρουσιάζεται η οικογενειακή κατάσταση του συνολικού δείγματος, με την πλειοψηφία να εμφανίζεται ως άγαμη (81,43%). Ειδικότερα, το 80% της ομάδας ελέγχου και το 82,61% των αθλούμενων είναι ανύπαντροι.

Διάγραμμα 5. Οικογενειακή κατάσταση Δείγματος (n=210).

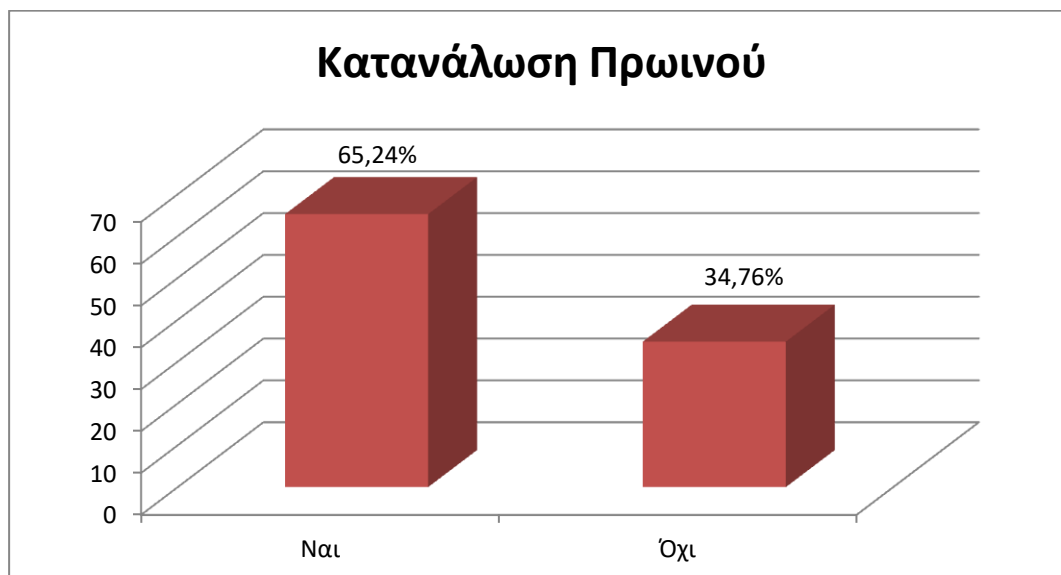


Πίνακες 5α. Οικογενειακή Κατάσταση Ομάδας Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115).

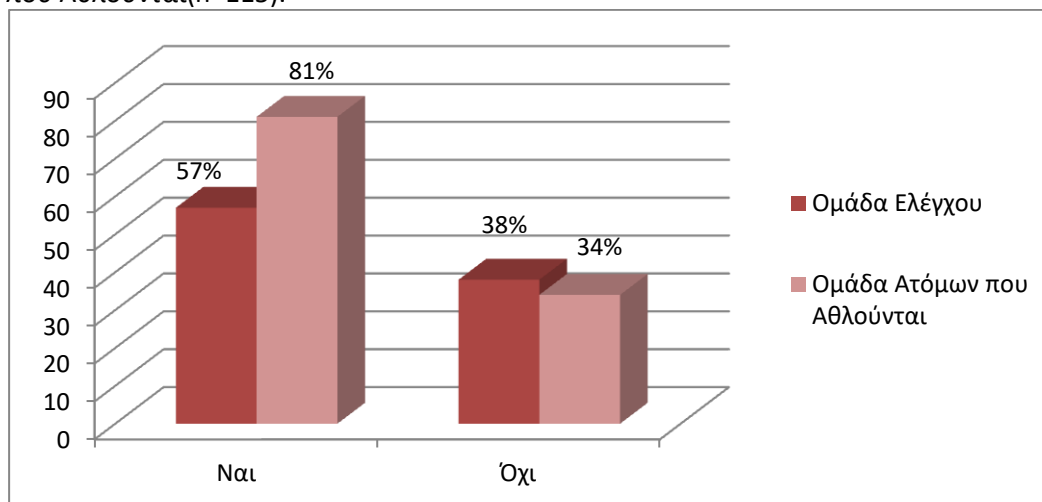


Στα επόμενα διαγράμματα εμφανίζονται τα ποσοστά κατανάλωσης όλων των γευμάτων, τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και ξεχωριστά της ομάδας ελέγχου και των αθλούμενων. Παρατηρείται ότι τα άτομα που αθλούνται καταναλώνουν πρωινό σε μεγάλο ποσοστό, 81%, ενώ η ομάδα ελέγχου σε ποσοστό 57%.

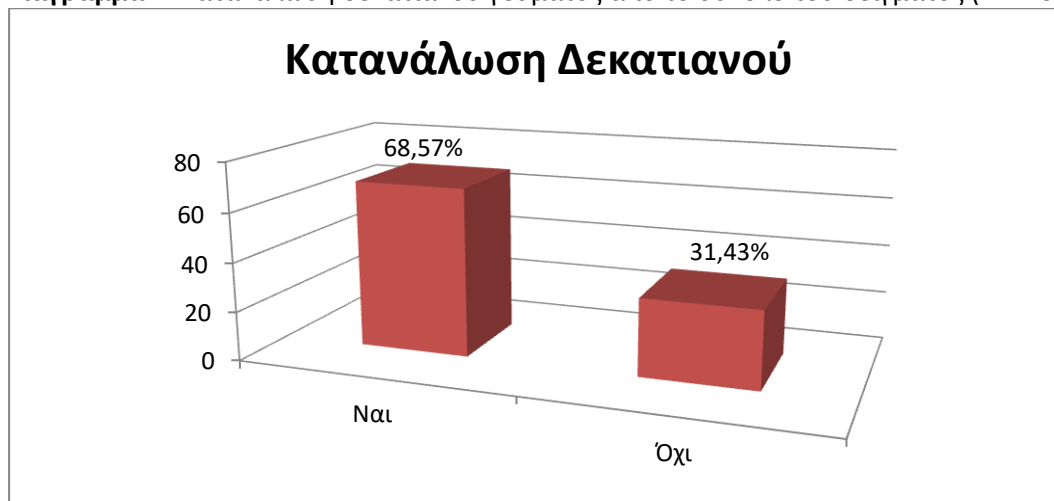
Διάγραμμα 6. Κατανάλωση πρωινού γεύματος από το σύνολο του δείγματος (n=210).



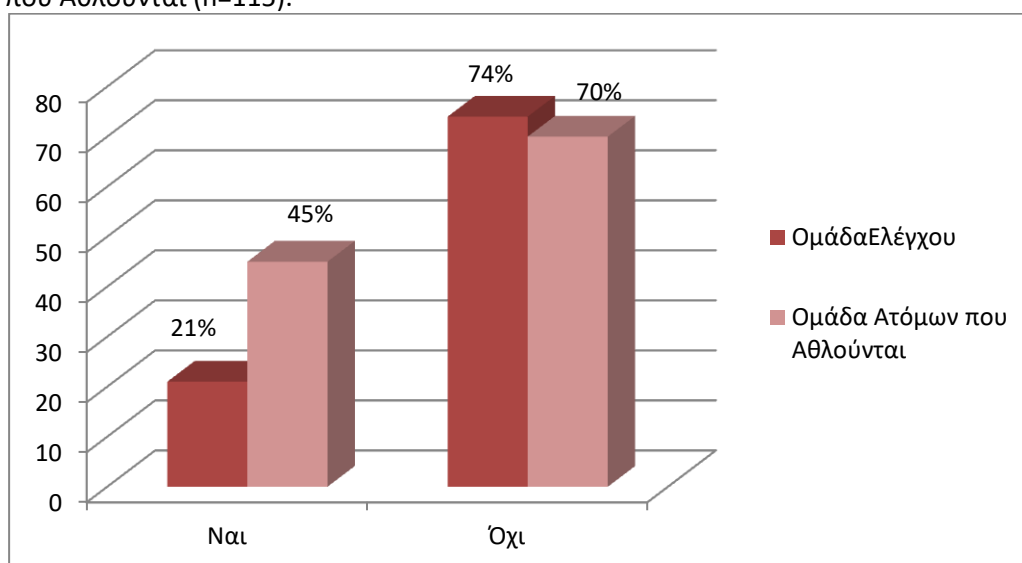
Διάγραμμα 6α. Κατανάλωση πρωινού γεύματος από την Ομάδα Ελέγχου (n=95) και Ομάδα Ατόμων που Αθλούνται(n=115).



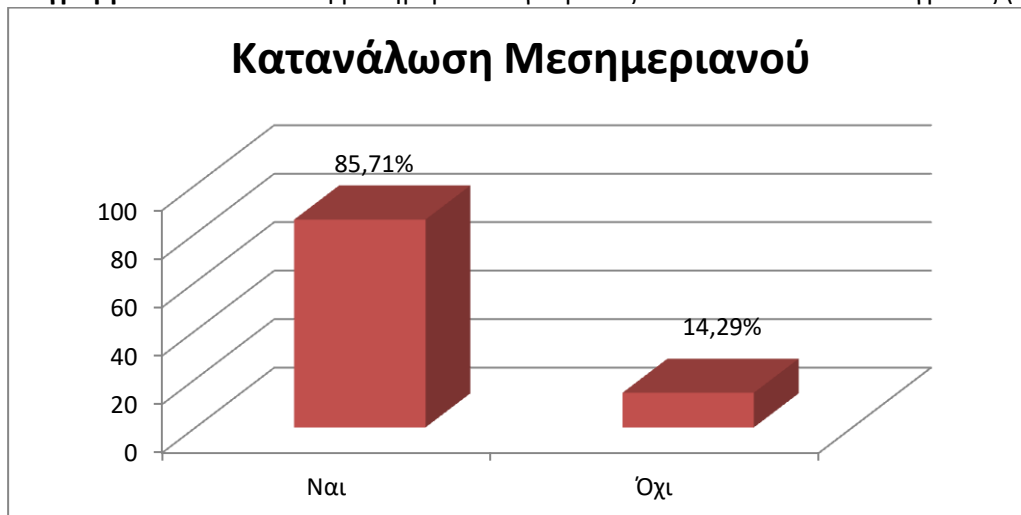
Διάγραμμα 7. Κατανάλωση δεκατιανού γεύματος από το σύνολο του δείγματος (n=210).



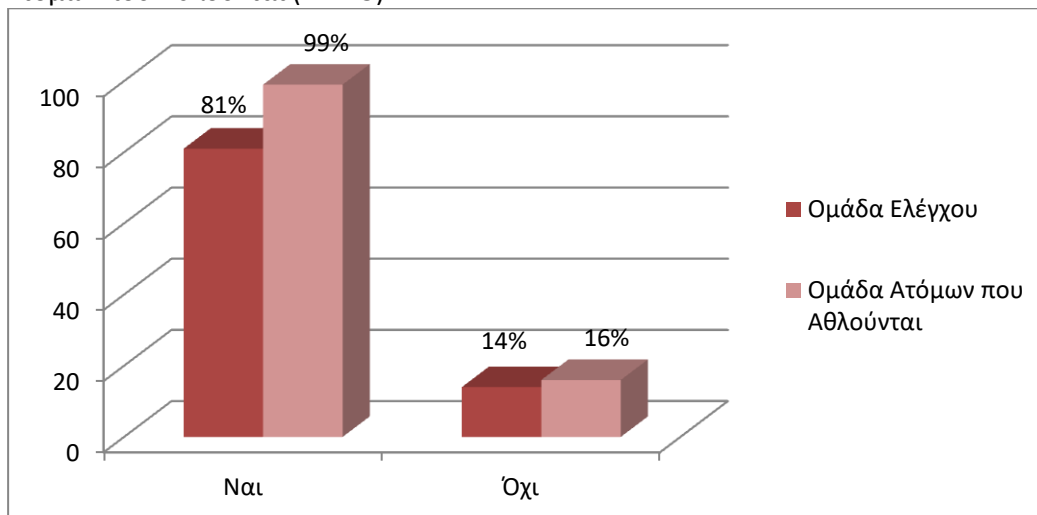
Διάγραμμα 7α. Κατανάλωση δεκατιανού γεύματος από την Ομάδα Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115).



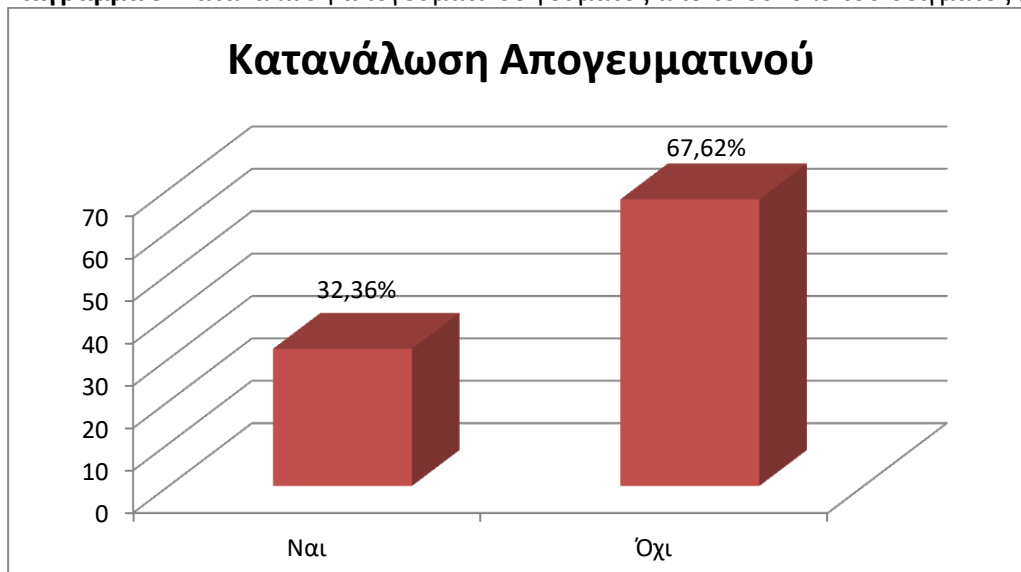
Διάγραμμα 8. Κατανάλωση μεσημεριανού γεύματος από το σύνολο του δείγματος (n=210).



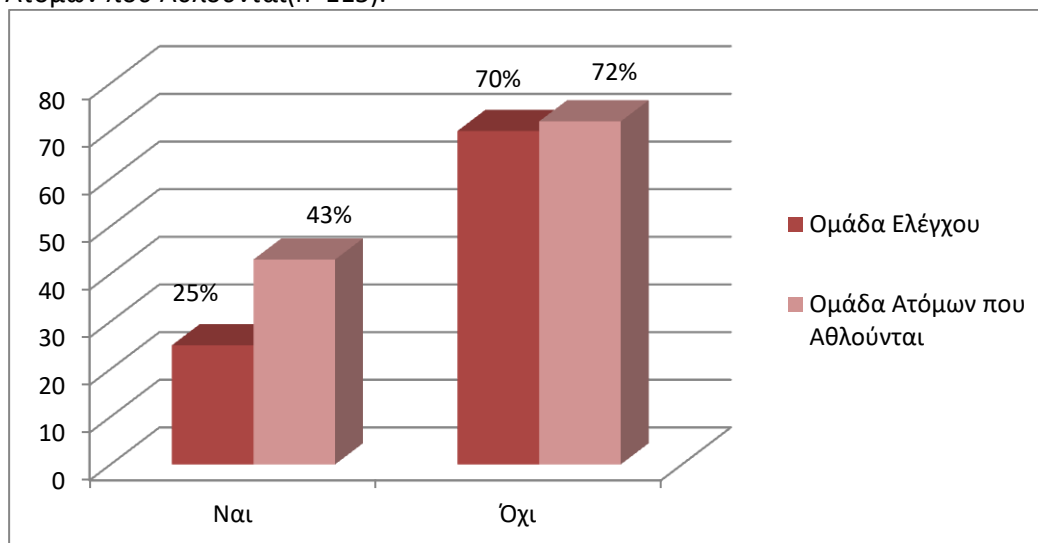
Διάγραμμα 8α. Κατανάλωση μεσημεριανού γεύματος από την Ομάδα Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115).



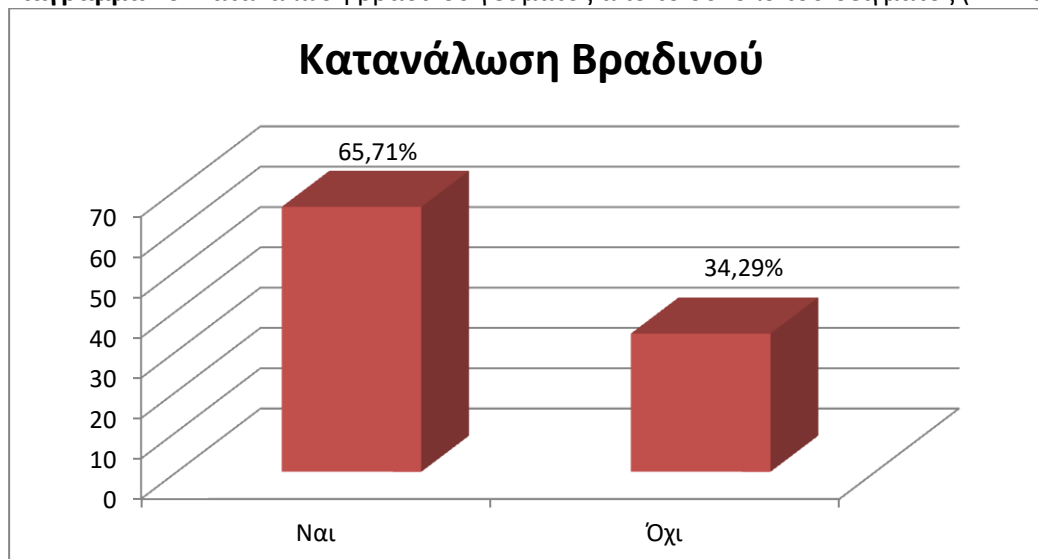
Διάγραμμα 9. Κατανάλωση απογευματινού γεύματος από το σύνολο του δείγματος (210).



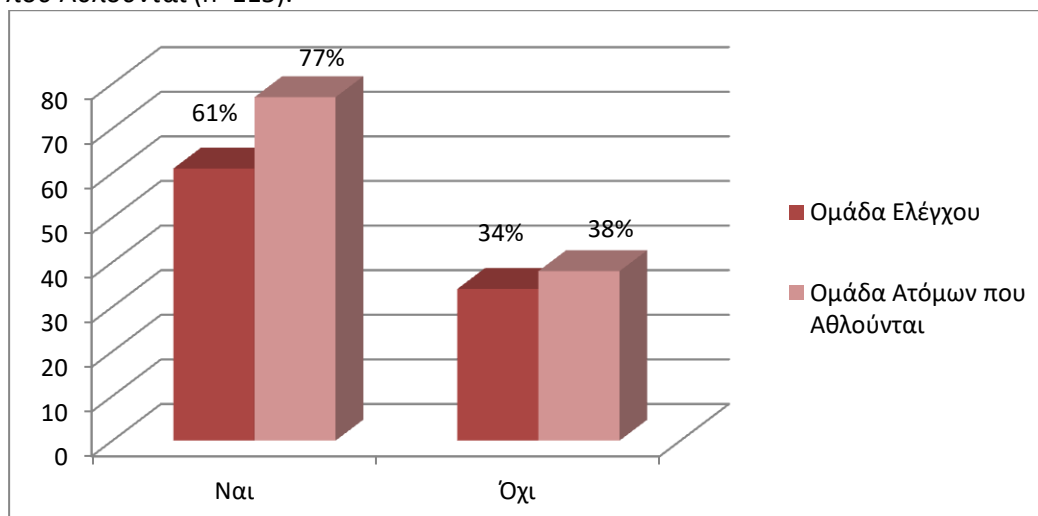
Διάγραμμα 9α. Κατανάλωση απογευματινού γεύματος από την Ομάδα Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται(n=115).



Διάγραμμα 10. Κατανάλωση βραδινού γεύματος από το σύνολο του δείγματος (n=210).

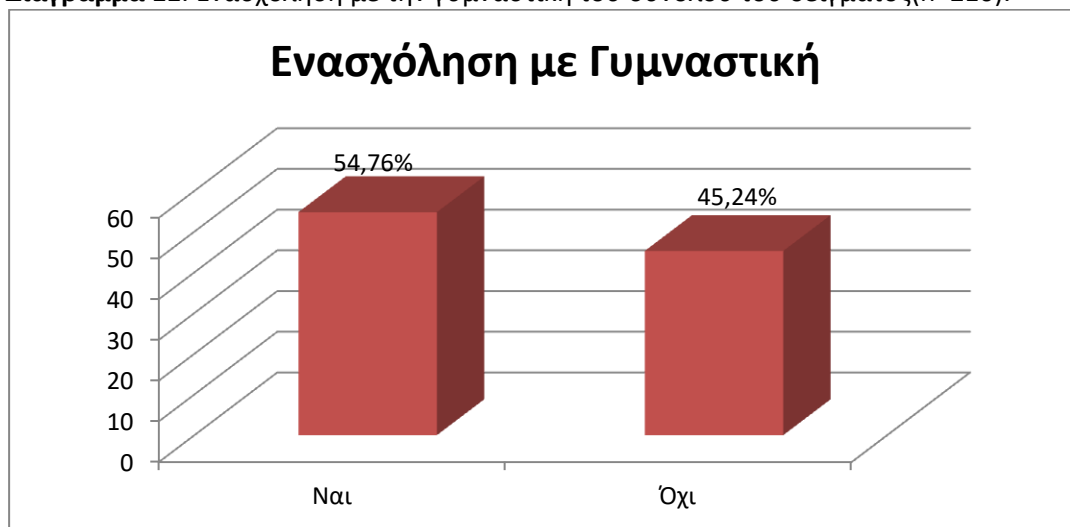


Διάγραμμα 10α. Κατανάλωση βραδινού γεύματος από την Ομάδα Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115).



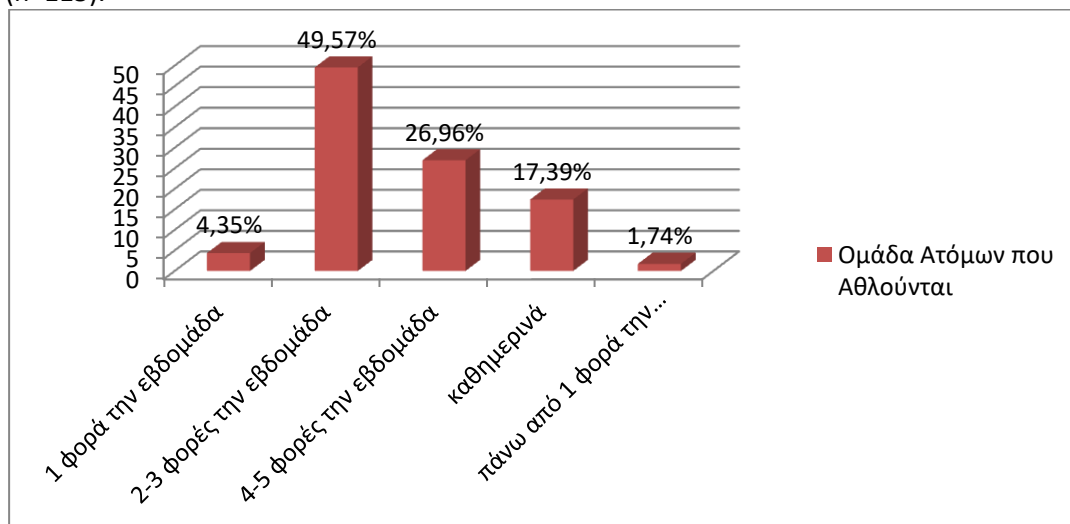
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το σύνολο του δείγματος καταναλώνει με σειρά προτεραιότητας μεσημεριανό(85,71%), βραδινό (65,71%), πρωινό (65,24%), απογευματινό (32,38%) και δεκατιανό (31,43%). Ειδικότερα, τα άτομα που γυμνάζονται φαίνεται να καταναλώνουν περισσότερο το μεσημεριανό (99%) και το πρωινό (81%) γεύμα, ενώ η ομάδα ελέγχου προτιμά το μεσημεριανό (81%) και το βραδινό (61%). Μικρότερη προτίμηση φαίνεται να δείχνουν και οι δυο ομάδες στην κατανάλωση δεκατιανού και απογευματινού.

Διάγραμμα 11. Ενασχόληση με την γυμναστική του συνόλου του δείγματος(n=210).

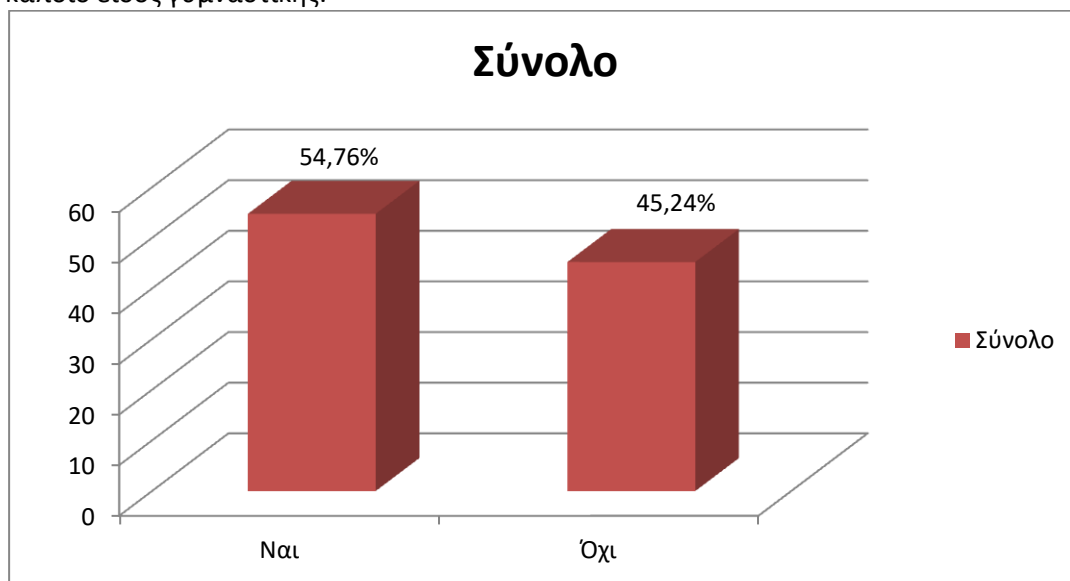


Στο παρακάτω διάγραμμα, παρουσιάζεται η συχνότητα της άσκησης των ατόμων που αθλούνται. Παρατηρείται ότι το 49,57% των αθλούμενων γυμνάζεται 2-3 φορές την εβδομάδα, ενώ μόλις το 1,74% αθλείται πάνω από μια φορά την ημέρα.

Διάγραμμα 12. Πόσο συχνή είναι η γυμναστική για το δείγμα της Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115).

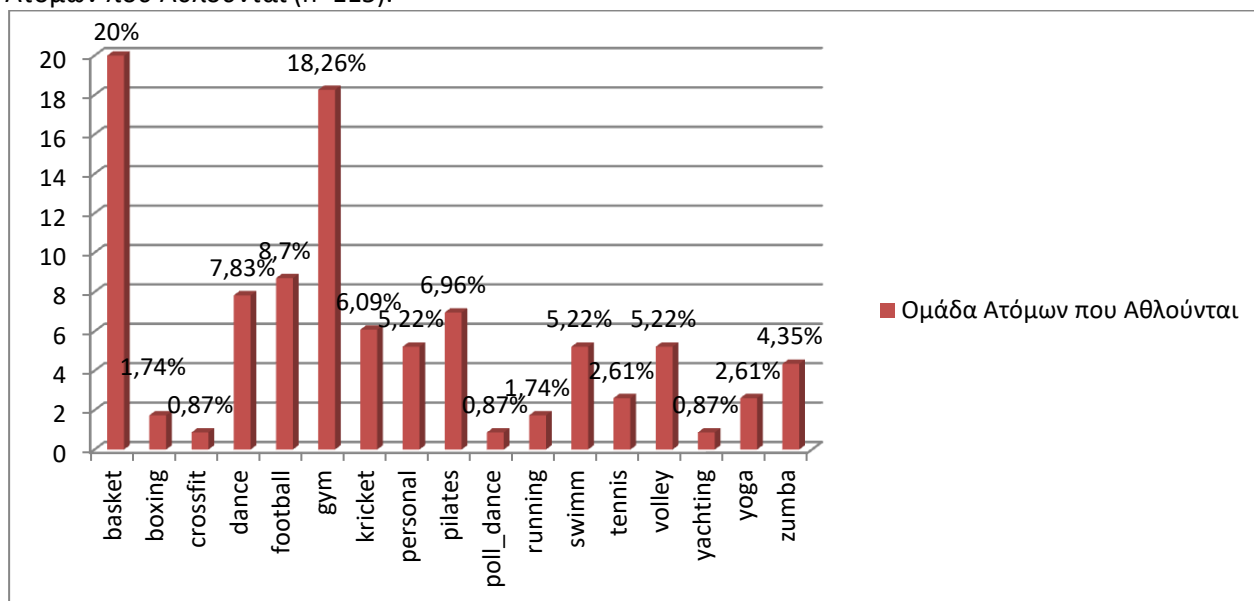


Διάγραμμα 13. Ενασχόληση Ομάδας Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται(n=115) με κάποιο είδος γυμναστικής.

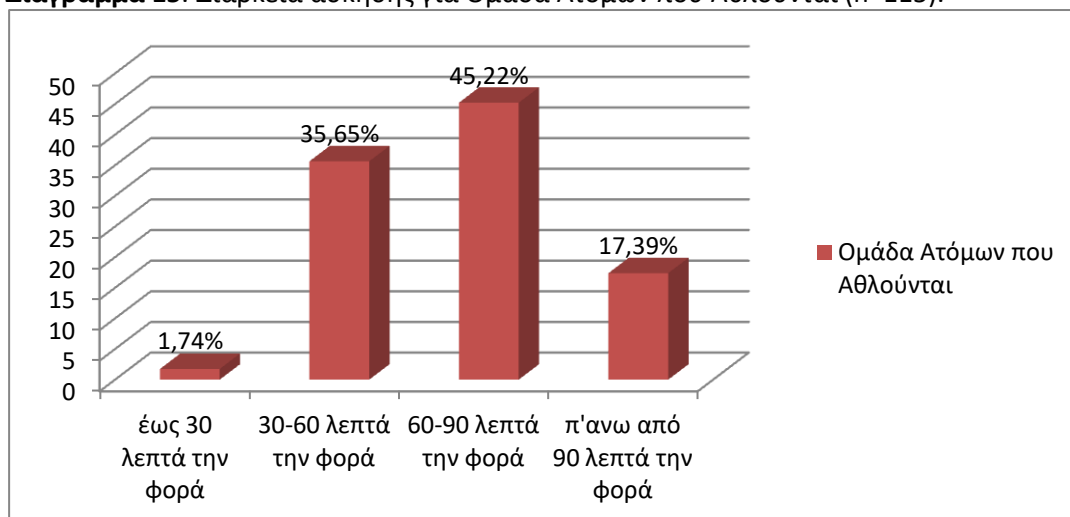


Στο ακόλουθο διάγραμμα, εμφανίζονται τα αθλήματα ή τα είδη γυμναστικής που προτιμούν τα άτομα του δείγματος που αθλούνται. Έτσι, προκύπτει ότι οι περισσότεροι επιλέγουν το μπάσκετ (20%) και ακολουθούν το γυμναστήριο (18,26%), το ποδόσφαιρο (8,70%) και ο χορός (7,83%). Τα υπόλοιπα είδη άσκησης συγκεντρώνουν χαμηλότερα ποσοστά προτίμησης.

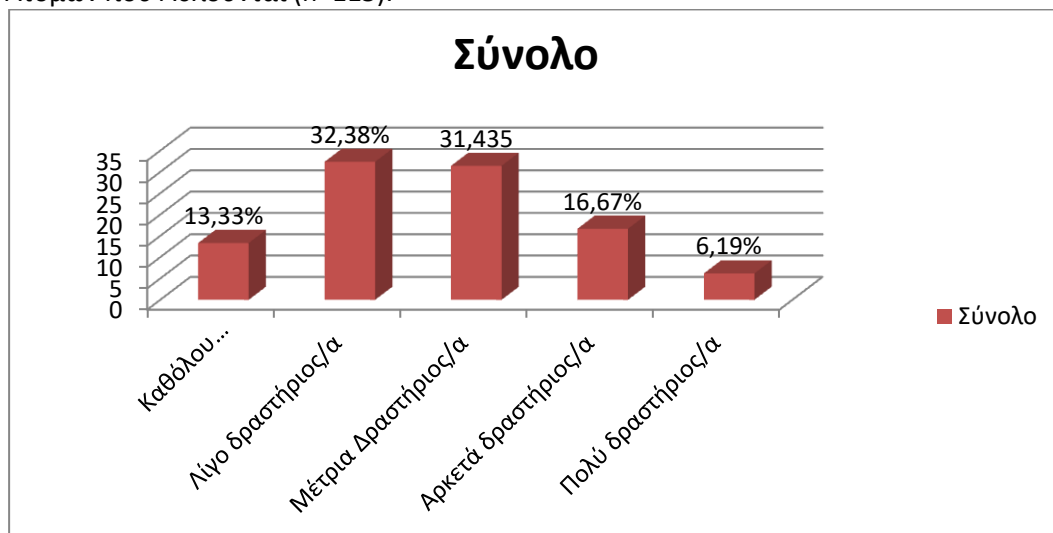
Διάγραμμα 14. Ποιο είναι το άθλημα ή το είδος γυμναστικής που ασχολείται το δείγμα της Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115).



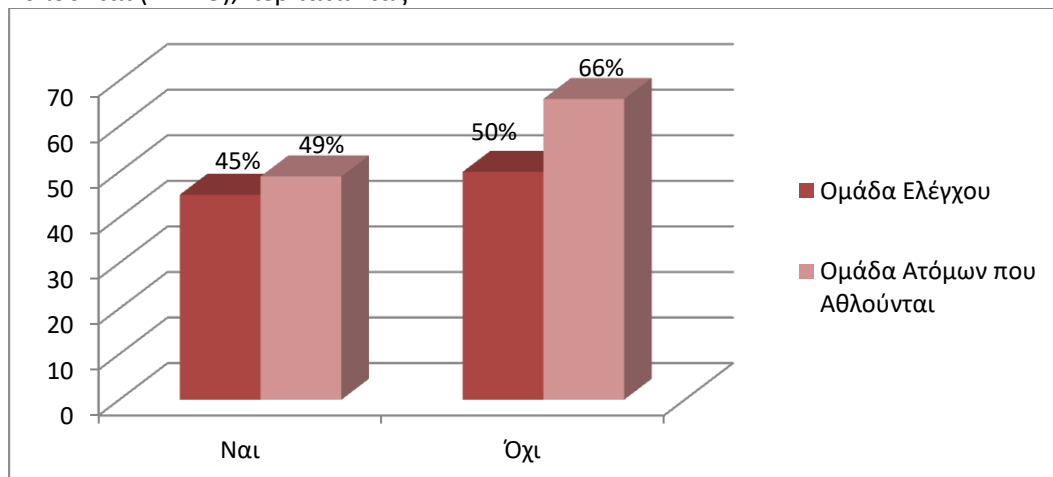
Διάγραμμα 15. Διάρκεια άσκησης για Ομάδα Ατόμων που Αθλούνται (n=115).



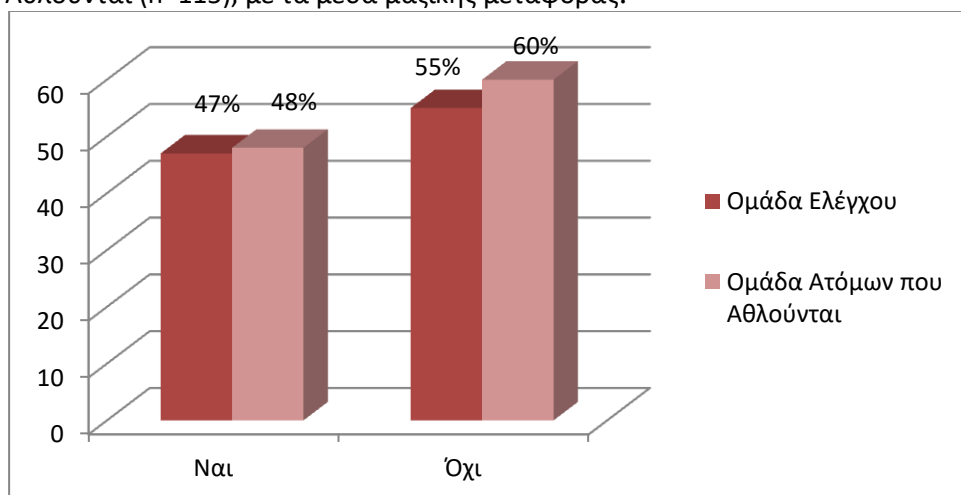
Διάγραμμα 16. Η φυσική δραστηριότητα τον τελευταίο χρόνο της Ομάδας Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115).



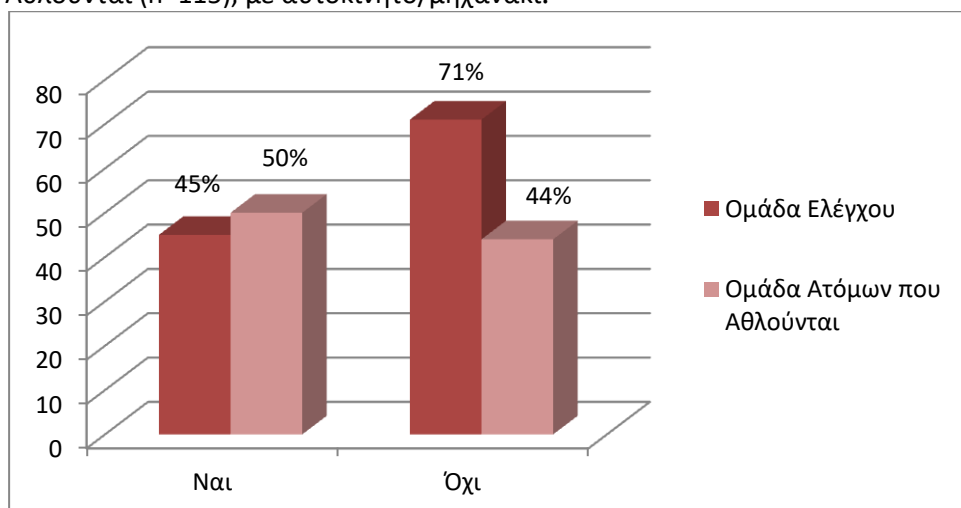
Διάγραμμα 17. Η καθημερινή μετακίνηση της Ομάδας Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115), περπατώντας.



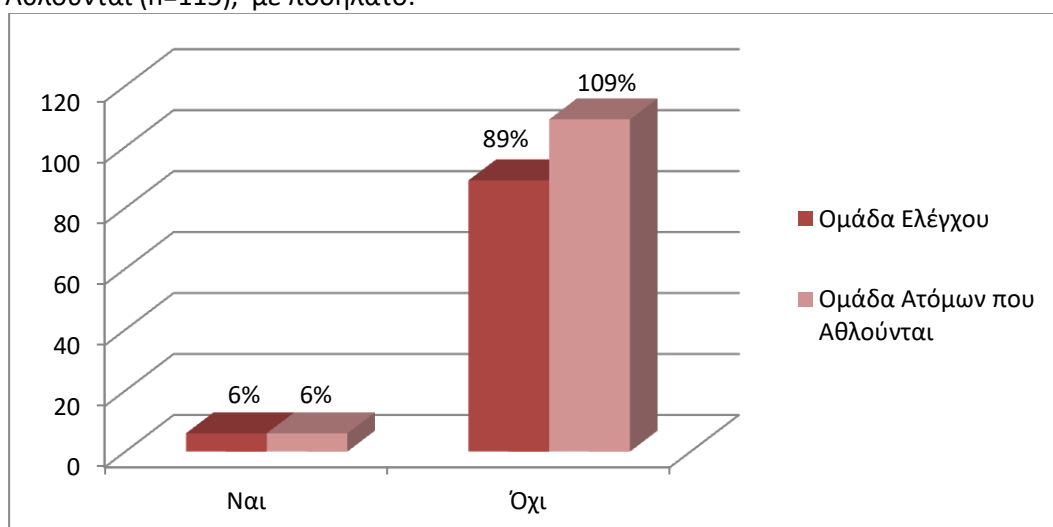
Διάγραμμα 18. Η καθημερινή μετακίνηση της Ομάδας Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115), με τα μέσα μαζικής μεταφοράς.



Διάγραμμα 19. Η καθημερινή μετακίνηση της Ομάδας Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115), με αυτοκίνητο/μηχανάκι.



Διάγραμμα 20. Η καθημερινή μετακίνηση της Ομάδας Ελέγχου (n=95) και Ομάδας Ατόμων που Αθλούνται (n=115), με ποδήλατο.



Από τα παραπάνω ερωτήματα, προκύπτει ότι το υψηλότερο ποσοστό των αθλούμενων προτιμά στη μετακίνηση του το αυτοκίνητο/μηχανάκι (50%) κι έπονται το περπάτημα (49%) και τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς (48%). Όσον αφορά στην ομάδα ελέγχου, αυτή φαίνεται να προτιμά τα Μέσα Μαζικής Μεταφοράς (47%) και έπονται ισάξια το αυτοκίνητο/μηχανάκι και το περπάτημα (45%).

Εγγραμματοσύνη Υγείας του Δείγματος

Στο ερωτηματολόγιο Εγγραμματοσύνης Υγείας HL-16, παρουσιάζονται τα υψηλά ποσοστά εγγραμματοσύνης υγείας. Το σύνολο του δείγματος είναι 180 άτομα λόγω του ότι οι απαντήσεις "Δεν Γνωρίζω" βαθμολογούνται ως χαμένη μεταβλητή. Το συμπέρασμα που εξάγεται είναι ότι από το σύνολο του δείγματος (n=180), το 56,1% (101) είναι η ομάδα ατόμων που αθλούνται και το 43,88% (79) είναι η ομάδα ελέγχου δηλαδή άτομα που δεν αθλούνται.

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο Εγγραμματοσύνη Υγείας HL. Στα αποτελέσματα παρουσιάζονται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση. Γίνεται σύγκριση των απαντήσεων των δύο ομάδων. Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε πως οι γυναίκες που αθλούνται και αυτές που δεν αθλούνται έχουν υψηλότερο σκορ εγγραμματοσύνης υγείας από τους άντρες του δείγματος αλλά δεν προκύπτει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Πίνακας 2. Συνολικό σκορ HL (μέσος όρος και τυπική απόκλιση).

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ)								
	Άτομα που Αθλούνται (n=101)			Ομάδα Ελέγχου (n=79)			Σύνολο(n=180)	
	Άντρες (n=36)	Γυναίκες (n=65)	Σύνολο (n=101)	Άντρες (n=26)	Γυναίκες (n=53)	Σύνολο (n=79)	Άντρες (n=62)	Γυναίκες (n=118)
HL	12,75(3,07)	13,12(3,09)	12,99(3,08)	12,34(3,44)	12,96(3,42)	12,75(3,42)	12,58(3,21)	13,05(3,26)

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέσος όρος (τυπική απόκλιση). Η σύγκριση γίνεται ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και της ομάδας των ατόμων που αθλούνται, με την χρήση του Mann-Whitney U test. *p<0,05, **p<0,01, p<0,001***

Εικόνα Σώματος του Δείγματος

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των επιμέρους κατηγοριών του ερωτηματολογίου αξιολόγησης εικόνας σώματος MBSRQ, ως μέσος όρος και τυπική απόκλιση. Με την βοήθεια του Mann Whitney U-Test γίνεται σύγκριση των παραγόντων, εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης, στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση, εκτίμηση της φυσικής κατάστασης, στάση ως προς την φυσική κατάσταση, εκτίμηση της κατάστασης της υγείας, στάση ως προς την υγεία και στάση ως προς την αντιμετώπιση των ασθενειών.

Ο πίνακας αυτός χωρίζει το δείγμα της έρευνας σε άτομα που αθλούνται και άτομα που δεν αθλούνται. Γίνεται λοιπόν σύγκριση του φύλου, άντρες –γυναίκες, και των απαντήσεων των επιμέρους κατηγοριών. Παρατηρείται, πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε επίπεδο σημαντικότητας 5% δηλαδή $p < 0,05$, 1% δηλαδή $p < 0,001$ και 10% δηλαδή $p < 0,01$ ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Παρατηρείται λοιπόν, στον πίνακα 3, ότι η εκτίμηση εξωτερικής εμφάνισης, η στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση, η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης, η στάση ως προς τη φυσική κατάσταση, η εκτίμηση της κατάστασης υγείας και η στάση ως προς την κατάσταση υγείας διαφέρουν σημαντικά στους άντρες που αθλούνται και μη, καθώς και στις γυναίκες που αθλούνται και δεν αθλούνται. Αρχικά, η εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης διαφοροποιείται στους άντρες (αθλούνται-δεν αθλούνται) σε επίπεδο σημαντικότητας, άρα $p < 0,05$ αλλά και στις γυναίκες (αθλούνται-δεν αθλούνται), άρα $p < 0,005$. Επίσης, για την στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση και τις γυναίκες υπάρχει στατιστική σημαντικότητα άρα $p < 0,001$ ενώ για τους άντρες δεν παρουσιάζεται καμία σημαντική απόκλιση. Η εκτίμηση της φυσικής κατάστασης διαφοροποιείται στους άντρες (αθλούνται- δεν αθλούνται), οπότε $p < 0,05$ και στις γυναίκες (αθλούνται- δεν αθλούνται), διαφοροποιείται σε επίπεδο σημαντικότητας, άρα $p < 0,001$.

Επιπλέον, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι από το σύνολο του δείγματος μόνο οι γυναίκες διαφέρουν σε σημαντικό επίπεδο στατιστικού ενδιαφέροντος, άρα $p < 0,05$ όσον αφορά τον παράγοντα στάση ως προς την φυσική κατάσταση. Για τους άντρες και τις γυναίκες του δείγματος, η εκτίμηση της κατάστασης της υγείας παρουσιάζει σημαντικότητα, άρα $p < 0,01$. Τέλος, η στάση ως προς την υγεία, διαφοροποιείται για τους άντρες σε επίπεδο σημαντικότητας, οπότε $p < 0,05$ καθώς και για το σύνολο των γυναικών, άρα $p < 0,001$. Για την

στάση ως προς την αντιμετώπιση των ασθενειών δεν διαπιστώνεται καμία σημαντική σε επίπεδο στατιστικού ενδιαφέροντος διαφορά μεταξύ των δυο ομάδων.

Πίνακας 3. Εικόνα σώματος (MBSRQ-Multidimensional Body Self Relations Questionnaire) του δείγματος (n=210).

ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ (ΤΥΠΙΚΗ ΑΠΟΚΛΙΣΗ)								
	<i>Άτομα που Αθλούνται (n=115)</i>			<i>Ομάδα Ελέγχου (n=95)</i>			<i>Σύνολο(n=210)</i>	
	Άντρες (n=45)	Γυναίκες (n=70)	Σύνολο (n=115)	Άντρες (n=33)	Γυναίκες (n=62)	Σύνολο (n=115)	Άντρες (n=78)	Γυναίκες (n=132)
Appearance Evaluation	3,22(0,41)*	3,51(0,40)*	3,18(0,40)	3,03(0,32)*	2,99(0,32)*	3,00(0,35)	3,14(0,38)	3,07(0,39)
Appearance Orientation	2,98(0,35)	2,93(0,27)***	2,95(0,30)	3,07(0,32)	3,13(0,31)***	3,11(0,31)	3,02(0,34)	3,02(0,31)
Fitness Evaluation	3,20(0,47)*	3,12(0,45)***	3,15(0,46)	3,13(1,19)	2,84(0,40)***	2,94(0,78)	3,17(0,85)	2,99(0,45)
Fitness Orientation	2,85(0,34)	2,82(0,34)**	2,83(0,34)	2,91(0,35)	2,96(0,34)**	2,95(0,34)	2,88(0,34)	2,88(0,34)
Health Evaluation	3,58(0,53)**	3,58(0,46)***	3,58(0,49)	2,87(0,41)**	3,22(0,41)***	3,10(0,44)	3,28(0,60)	3,41(0,47)
Health Orientation	3,52(0,42)*	3,60(0,42)	3,57(0,42)	3,23(0,43)*	3,47(0,41)	3,38(0,43)	3,40(0,45)	3,54(0,42)*
Illness Orientation	3,26(0,56)	3,19(0,41)	3,22(0,47)	3,13(0,35)	3,16(0,45)	3,15(0,42)	3,20(0,48)	3,18(0,43)

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέσος όρος (τυπική απόκλιση). Η σύγκριση γίνεται ανάμεσα στην ομάδα ελέγχου και της ομάδας των ατόμων που αθλούνται, με την χρήση του Mann-Whitney U test. *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001.

Appearance Evaluation= εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης, Appearance Orientation= στάση ως προς την εξωτερική εμφάνιση, Fitness Evaluation= εκτίμηση της φυσικής κατάστασης, Fitness Orientation= στάση ως προς της φυσικής κατάστασης, Health Evaluation= εκτίμηση της κατάστασης της υγείας, Health Orientation= στάση ως προς την υγεία, Illness Orientation= στάση ως προς την αντιμετώπιση ασθενειών

Συσχετίσεις

Για την διερεύνηση των σχέσεων των παραγόντων των ερωτηματολογίων Εγγραμματοσύνης Υγείας HL, Εικόνας Σώματος MBSRQ, Δείκτη Μάζας Σώματος και Ηλικία χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson r.

Πραγματοποιήθηκε συσχέτιση μεταξύ της εγγραμματοσύνης υγείας HL και ενός εκ των παραγόντων Εικόνας Σώματος (MBSRQ). Αναφέρονται μόνο τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα.

Πίνακας 4. Αποτελέσματα συσχέτισης ανάμεσα στην Εγγραμματοσύνη Υγείας HL και μιας στατιστικά σημαντικής παραμέτρου της Εικόνας Σώματος (MBSRQ).

Pearson r (p)	
Εκτίμηση της κατάστασης της υγείας (MBSRQ_HE)	+0,261 (0,000)

Στον πίνακα 4, από τον έλεγχο συσχετίσεων κατά Pearson που πραγματοποιήθηκε μεταξύ της εγγραμματοσύνης υγείας (HL) και της εκτίμησης της κατάστασης της υγείας (MBSRQ_HE), το Pvalue του δίπλευρου ελέγχου βρέθηκε 0,000 (τιμή Pearson correlation= +0,261). συνεπώς, σε επίπεδο σημαντικότητας 5% προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεταβλητών (HL- MBSRQ_HE) δηλαδή, η εγγραμματοσύνη υγείας σχετίζεται θετικά με την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας.

Πίνακας 5. Αποτελέσματα συσχέτισης ανάμεσα στον Δείκτη Μάζας Σώματος και στατιστικών σημαντικών παραμέτρων της Εικόνας Σώματος (MBSRQ).

Pearson r (p)	
Εκτίμηση της κατάστασης της υγείας (MBSRQ_HE)	-0,162 (0,019)
Στάση ως προς την κατάσταση της υγείας (MBSRQ_HO)	-0,29 (0,000)

Ωστόσο, στον πίνακα 5, μέσω του ελέγχου συσχετίσεων Pearson που διεξήχθη μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος και της εκτίμησης της κατάστασης της υγείας ($P\text{value}=0,019$) καθώς και της στάσης ως προς την κατάσταση της υγείας ($P\text{value}=0,000$), προκύπτει σε επίπεδο σημαντικότητας 5%, ότι υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών. Δηλαδή, ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται αρνητικά με την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας καθώς και με την στάση ως προς την κατάσταση της υγείας.

Τέλος στον πίνακα 6, υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και την στάση ως προς την αντιμετώπιση των ασθενειών ($P\text{value}=0,010$, τιμή Pearson correlation= $-0,178$) και στην ηλικία και την εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης ($P\text{value}=0,046$, τιμή Pearson correlation= $-0,138$). Δηλαδή, η ηλικία σχετίζεται αρνητικά με την στάση ως προς την αντιμετώπιση των ασθενειών και την εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης.

Πίνακας 6. Αποτελέσματα συσχέτισης ανάμεσα στην Ηλικία και κάποιων στατιστικών σημαντικών παραμέτρων της Εικόνας Σώματος (MBSRQ).

Pearson r (p)	
Στάση ως προς την αντιμετώπιση ασθενειών (MBSRQ_I)	-0,178 (0,010)
Εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης (MBSRQ_AE)	-0,138 (0,046)

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να εξεταστεί η πιθανή σχέση των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας και της εικόνας σώματος με τα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας σε νέους που ζουν στην Ελλάδα ηλικίας 18-25 ετών. Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 210 νέοι που κατοικούν στην Ελλάδα, εκ των οποίων το 45,2% (95) αθλούνται, ενώ το 54,7% (115) δεν αθλούνται, ηλικίας 18-25 ετών.

Από τα βασικά ευρήματα της έρευνας προκύπτει ότι τα άτομα που αθλούνται ανεξάρτητα από το φύλο σκοράρουν καλύτερα από τα άτομα της ομάδας ελέγχου όσον αφορά την εικόνα σώματος. Ωστόσο, καμία σημαντική διαφορά δεν διαπιστώθηκε εξετάζοντας τα επίπεδα της εγγραμματοσύνης υγείας που μελετήθηκαν τόσο στο σύνολο του δείγματος όσο και στις επιμέρους ομάδες των ατόμων που αθλούνται και των ατόμων που δεν αθλούνται. Από τις συσχετίσεις που διεξήχθησαν, συνεπάγεται ότι υπάρχουν θετικές όσο και αρνητικές οι οποίες θα αναφερθούν παρακάτω.

Η βασική διαφορά της εν λόγω μελέτης έγκειται στο ότι ασχολείται αποκλειστικά με νέους υγιείς ανθρώπους που κατοικούν στην Ελλάδα. Οι περισσότερες έρευνες με την συγκεκριμένη θεματολογία ασχολούνται είτε με ηλικιωμένους είτε με άτομα που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια. Το γεγονός αυτό αποτελεί την κύρια αιτία, για τον μικρό αριθμό δείγματος της έρευνας και την περιορισμένη βιβλιογραφία με θέμα τα νέα και υγιή άτομα.

Εγγραμματοσύνη Υγείας

Από το ερωτηματολόγιο της Εγγραμματοσύνης Υγείας HL, δεν εμφανίζονται στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα είτε κοιτάζοντας το δείγμα συνολικά είτε διαιρούμενο σε άτομα που αθλούνται και ομάδα ελέγχου. Βέβαια, τα ευρήματα αυτά αντικρούονται από προηγούμενες μελέτες όπου έχει βρεθεί ότι η εγγραμματοσύνη υγείας σχετίζεται με την φυσική δραστηριότητα. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο αριθμός των ερευνών πάνω σε αυτή την σχέση είναι αρκετά περιορισμένος, καθώς οι περισσότερες έρευνες επικεντρώνονται σε μεγαλύτερους ηλικιακά ανθρώπους ή ασθενείς. Ειδικότερα, σε έρευνα των Plummer et Chalmers σε γυναίκες- ασθενείς καρκίνου του μαστού, φάνηκε ότι η εγγραμματοσύνη υγείας προέβλεψε την φυσική δραστηριότητα μετά την θεραπεία. Από τα τρία επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας

του Nutbeam, η λειτουργική εγγραμματοσύνη υγείας φάνηκε ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της φυσικής δραστηριότητας. Έτσι, τα ευρήματα αυτά επισημαίνουν τον ρόλο της εγγραμματοσύνης υγείας στη φυσική δραστηριότητα σε γυναίκες που διαγνώστηκαν με καρκίνο του μαστού. Επίσης, την σύνδεση της εγγραμματοσύνης υγείας και φυσικής δραστηριότητας έρχονται να επιβεβαιώσουν οι Geboers, de Winter et al, με την έρευνα που έκαναν σε ηλικιωμένους.

Από την άλλη πλευρά, σε έρευνα που έγινε στη Ελλάδα από τους Vozikis et al., βρέθηκε ότι οι άντρες εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας. Η έρευνα αυτή, συμπληρώνεται από τα ευρήματα Chang στην Κίνα, σύμφωνα με τα οποία οι νέες γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν επαρκείς γνώσεις για την υγεία.

Κλείνοντας, στην συγκεκριμένη μελέτη δεν ήταν αναμενόμενο να βρεθούν μη στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα εξετάζοντας την σχέση της εγγραμματοσύνης της υγείας και της φυσικής δραστηριότητας. Σημαντικό παράγοντα για αυτή την εξέλιξη αποτέλεσε το μικρό δείγμα της μελέτης. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία περεταίρω διερεύνηση του θέματος σε μεγαλύτερο δείγμα ατόμων.

Εικόνα Σώματος

Από την στατιστική ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου αξιολόγησης εικόνας σώματος MBSRQ, εμφανίζονται διαφορές υπέρ των ατόμων που αθλούνται σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, χωρίς όμως να είναι όλες στατιστικά σημαντικές.

Από τα στοιχεία που προέκυψαν από την έρευνα, φαίνεται ότι οι άνδρες που αθλούνται εμφανίζουν πιο θετική στάση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου όσον αφορά τις ακόλουθες κατηγορίες της εικόνας σώματος: εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης, εκτίμηση της φυσικής κατάστασης, εκτίμηση της κατάστασης της υγείας και στάση της κατάστασης της υγείας. Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα της έρευνας αποδεικνύουν ότι οι γυναίκες που ασχολούνται με τον αθλητισμό υπερτερούν συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου στην εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης, στην εκτίμηση της φυσικής κατάστασης και στην εκτίμηση της κατάστασης της υγείας. Αντίθετα, η ομάδα ελέγχου στις γυναίκες εμφανίζει πιο θετική στάση σε σχέση με τις γυναίκες που αθλούνται στην στάση της εξωτερικής εμφάνισης καθώς και στην στάση της φυσικής κατάστασης. Τέλος, η κατηγορία της εικόνας σώματος που αφορά την στάση ως προς την αντιμετώπιση των ασθενειών, παρουσιάζει διαφορά υπέρ των ατόμων που

αθλούνται (άντρες- γυναίκες) χωρίς ωστόσο να είναι στατιστικά σημαντική.

Τα παραπάνω ευρήματα, συμφωνούν με την έρευνα των Hausenblas and Symons Downs, σύμφωνα με την οποία τα άτομα που αθλούνται αποδίδουν καλύτερα ως προς την εικόνα σώματος συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Η θετική στάση ως προς την φυσική κατάσταση και την ικανοποίηση από την εικόνα του σώματος των ατόμων που αθλούνται, ήταν αναμενόμενη, καθώς η χρόνια ενασχόληση με τον αθλητισμό έχει ως συνέπεια μια πολύ καλή φυσική και σωματική διάπλαση.

Ωστόσο, αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι παρά την γενικότερη θετική στάση των γυναικών που αθλούνται ως προς την εικόνα σώματος, αυτές δεν σημειώνουν τα καλύτερα αποτελέσματα σχετικά με την στάση της εξωτερικής εμφάνισης και την στάση ως προς την φυσική κατάσταση. Στις κατηγορίες αυτές, οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου έχουν καλύτερη αντίληψη.

Σύμφωνα με την έρευνα των Rudd et al., η αρνητική εικόνα σώματος ήταν επικρατέστερη μεταξύ των ατόμων που αθλούνται συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, λόγω των μεγάλων απαιτήσεων που έχουν στα αθλήματα που αγωνίζονται. Το εύρημα αυτό αντιτίθεται με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, σύμφωνα με τα οποία τα άτομα που αθλούνται εμφανίζουν θετικότερη στάση ως προς την εικόνα σώματος συγκριτικά με τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Τα ευρήματα αυτά συμπληρώνονται από την έρευνα των Bruin et al., κατά την οποία τα άτομα με έντονη φυσική δραστηριότητα έχουν μικρότερες ανησυχίες ως προς την εικόνα σώματος συγκριτικά με τα άτομα με ανύπαρκτη φυσική δραστηριότητα, λόγω της αυξημένης αυτοεκτίμησης των πρώτων.

Τα αποτελέσματα των συσχετίσεων έδειξαν ότι η εγγραμματοσύνη της υγείας σχετίζεται θετικά με την υποκατηγορία της εικόνας σώματος για την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας. Αντίθετα, από τις συσχετίσεις βρέθηκε ότι ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται αρνητικά με τις υποκατηγορίες για την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας και την στάση ως προς την κατάσταση της υγείας. Κλείνοντας, από μια άλλη συσχέτιση που πραγματοποιήθηκε φαίνεται ότι η στάση ως προς την αντιμετώπιση των ασθενειών και η εκτίμηση για την εξωτερική εμφάνιση σχετίζονται αρνητικά με την ηλικία.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σχετικά με την εγγραμματοσύνη υγείας δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, αλλά μεγάλο ενδιαφέρον προκαλούν τα υψηλότερα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας τα οποία έχουν οι γυναίκες (ομάδα ατόμων που αθλούνται- ομάδα ελέγχου) συγκριτικά με τους άντρες (ομάδα ατόμων που αθλούνται- ομάδα ελέγχου) καθώς και η θετική συσχέτιση της εγγραμματοσύνης υγείας με την υποκατηγορία της εικόνας σώματος, εκτίμηση κατάστασης υγείας.

Σημαντικά ευρήματα όσον αφορά την εικόνα του σώματος προέκυψαν από την παρούσα μελέτη. Συμπερασματικά, η ομάδα ελέγχου έχει χαμηλότερα επίπεδα εικόνας σώματος σε σχέση με τα άτομα που αθλούνται, είτε άντρες είτε γυναίκες. Επίσης, ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται αρνητικά με την εκτίμηση της κατάστασης της υγείας και την στάση ως προς της κατάσταση της υγείας. Αντίθετα, η ηλικία σχετίζεται αρνητικά με την στάση ως προς την αντιμετώπιση ασθενειών και την εκτίμηση της εξωτερικής εμφάνισης.

Η συγκεκριμένη μελέτη, είναι μια από τις πρώτες που έγιναν σχετικά με την εγγραμματοσύνη υγείας, την φυσική δραστηριότητα και την εικόνα σώματος σε υγιείς νέους ανθρώπους. Ωστόσο, εξαιτίας του περιορισμένου δείγματος της συγκεκριμένης μελέτης, προκύπτει η ανάγκη για περεταίρω διερεύνηση του εν λόγω θέματος. Τέλος, αναδεικνύεται η ανάγκη να γίνουν περισσότερες προσπάθειες ώστε να αυξηθούν τα επίπεδα εγγραμματοσύνης υγείας και φυσικής δραστηριότητας, μέσω προγραμμάτων υγείας, του σχολείου, του οικογενειακού περιβάλλοντος και των Μέσων Μαζικής Επικοινωνίας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. who.int/healthpromotion/conferences/7gsgp/track2/en/.
2. Vozikis A., Drivas K, Milioris K., (2014). *Health literacy among university students in Greece: determinants and with self-perceived health, health behaviours and health risks*. Archives of Public, 72:15.
3. Κονδύλη Β., Μαγουλάς Χ., Ιωαννίδη Ε., Αγραφιώτης Δ., (2009-2012). *The European Health Literacy Project. Η Ευρωπαϊκή Έρευνα για την Εγγραμματοσύνη σε Θέματα Υγείας*, 2.
4. Parker R.M., Baker D.W., Williams M.V., Nurss J.R., (1995). *The Test of Functional Health Literacy in Adults: a new instrument for measuring patients literacy skills*. J. Gen. Intern. Med.;10:537–541.
5. Murphy P.W., Davis T.C., Long S.W., Jackson R.H., Decker B.C., (1993). *Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM): a quick reading test for patients*. J. Read;37:124–130.
6. Lee S.Y., Bender D.E., Ruiz R.E., Cho Y.I., (2006). *Development of an easy-to-use Spanish health literacy test*. Health Serv. Res.; 41:1392–1412.
7. American Medical Association, (1999). *Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs*. J. Am. Med. Assoc., 281(6):552-557.

8. Baker D.W., (2006). *The meaning and the measure of health literacy*. J. Gen. Intern. Med., 21(8):878-883.
9. Nutbeam D., (2000). *Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century*. Health Promot. Intl., 15:259-267.
10. Milne E., Royle J.A., Miller M., et al., (2010). *Maternal folate and other vitamin supplementation during pregnancy and risk of acute lymphoblastic leukemia in the offspring*. Int. J. Cancer; 126(11):2690-2699.
11. Rothman R.L., Housam R., Weiss H., et al., (2006). *Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy*. Am. J. Prev. Med.; 31(5):391-398.
12. Carbone E.T., Gibbs H.D., (2013). *Measuring Nutrition Literacy: Problems and Potential Solutions*. J. Nutr. Disorders Ther., 3:1.
13. Kumerasan J., (2012). *WHO's health literacy work. Presentation at the Institute of Medicine Workshop on Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World*.
14. American Medical Association, (1999). *Health Literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association*. JAMA, 281:552-557.

15. Ownby R.L., Acevedo A., Waldrop-Valverde D., Jacobs R.J., Caballero J., (2014). *Abilities, skills and knowledge in measures of health literacy*.
16. Kutner M., Greenberg E., Jin Y., et al., (2006). *The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. NCES, 483.
17. Kirsch I.S., Jungeblut A., Jenkins L., et al., (1993). *Adult literacy in America: a first look at the findings of the National Adult Literacy Survey*. NCES, 275.
18. Rudd R.E., (2007). *Health literacy skills of U.S. adults*. Am. J. Health Behav.; 1:S8-18.
19. Berkman N.D, DeWalt D.A., Pignone M.P., et al., (2008). *Summary, Evidence Report/Technology Assessment*. No 87.
20. Xiao-Hua Y., Yi Y., Yan-Hui G., Si-Dong C., Ya X., (2014). *Status and Determinants of Health Literacy among Adolescents in Guangdong*. Vol 15, 8735-8739.
21. Berkman N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., Halpern D.J., Crotty K., (2011). *Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review*. Vol 155, No 2, 97-104.
22. World Health Organization, (2017). *Health Impact Assessment*. p.1.
23. Peterson P.N., Shetterly S.M., Clarke C.L., Allen L.A., Matlock D.D., et. al., (2009). *Low Health Literacy is Associated With Increased Risk of Mortality in Patients With Heart Failure*. Circulation, 120(18):S749-S749.

24. Gazmararian J.A., Williams M.V., Peel J., Baker D.W., (2003). *Health literacy and knowledge of chronic disease*. Patient Educ. Couns., 51(3):267-275.
25. USA National Academy on an Aging Society, (1999). *Low Health Literacy Skills Increase Annual Health Care Expenditures by \$73 Billion, In the Center for Health Care Strategies and National Academy on an Aging Society*.
26. Kutner M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C., (2006). *The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. NCES, 483.
27. Stewart D. W., Cano M.Á., Correa-Fernández V., Spears C.A., Li Y., et. al., (2014). *Lower health literacy predicts smoking relapse among racially/ethnically diverse smokers with low socioeconomic status*. BMC Public Health, 14:716.
28. Kutner M., Greenberg E., Jin Y., Paulsen C., (2006). *The health literacy of America's adults: results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy*. NCES, 483.
29. Aguirre A.C., Ebrahim N., Shea J.A., (2005). *Performance of the English and Spanish S-TOFHLA among publicly insured medicaid and medicare patients*. Patient Educ. Couns., 56:332–339.
30. Levinthal B.R., Morrow D.G., Tu W., Wu J., Murray M.D., (2008). *Cognition and health literacy in patients with hypertension*. J. Gen. Intern. Med., 23:1172–1176.

31. Chin J., Morrow D.G., Stine-Morrow E.A., Conner-Garcia .T, Graumlich J.F., (2011). *The process-knowledge model of health literacy: evidence from a componential analysis of two commonly used measures*. J. Health Commun., 16:222–241.
32. Wolf M.S., Curtis L.M., Wilson E.A., Revell W., Waite K.R., et al., (2012). *Literacy, cognitive function, and health: results of the LitCog study*. J. Gen. Intern. Med., 27:1300–1307.
33. Federman A.D., Sano M., Wolf M.S., Siu A.L., Halm E.A., (2009). *Health literacy and cognitive performance in older adults*. J. Am. Geriatr. Soc., 57:1475–1480.
34. Yost K.J., DeWalt D.A., Lindquist L.A., Hahn E.A., (2013). *The association between health literacy and indicators of cognitive impairment in a diverse sample of primary care patients*. Patient Educ. Couns., 93:319–326.
35. Sun X., Shi Y., Zeng Q., Wang Y., Du W., et. al., (2013). *Determinants of health literacy and behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model*. BMC Public Health, 13:261.
36. Nutbeam D., Kickbusch I., (2000). *Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century*. Health Promotion International, 15(3):183-184.
37. Nutbeam D., Wise M., Bauman A., Harris E., Leeder S., (2000). *Goals and Targets for Australia's Health in the Year 2000 and Beyond*. AGPS.
38. Department of Health, (1999). *Saving Lives: Our Healthier Nation*. HMSO.

39. Gazmararian J.A., Williams M.V., Peel J., Baker D.W., (2003). *Health literacy and knowledge of chronic disease*. Patient Educ. Couns., 51:267–275.
40. Hicks G., Barragan M., Franco-Paredes C., Williams M.V., Del R.C., (2006). *Health literacy is a predictor of HIV/AIDS knowledge*. Fam. Med., 38:717–723.
41. Borsch-Supan A., Jorges H., (2008). *The development process: Going longitudinal and including new countries, In: A. Borsch-Supan et al., Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007) – Starting the Longitudinal Dimension*. 314-315.
42. Council of the European Union, (2008). *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2008*. Brussels: Council of the European Union.
43. Kumaresan J., (2013). *Health Literacy Work of the World Health Organization, Health Literacy: Improving Health, Health Systems, and Health Policy Around the World: Workshop Summary*. National Academies Press(US).
44. Christmann S., (2005). *Health Literacy and Internet. Recommendations to promote Health Literacy by the means of the Internet*. EuroHealthNet.
45. Wilson P., Leitner C., Moussalli A., (2004). *Mapping the potential of eHealth, empowering the citizen through e-health tools and services, Presented at the eHealth conference*.

46. European Commission, (2002). *Quality Criteria for Health Related Websites. Communication from the Commission to the council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of Regions.*
47. Kondilis B., Kiriaze I., Athanasoulia A., Falagas M. (2008). *Mapping Health Literacy Research in the European Union: A Bibliometric Analysis.* PLOS Journals.
48. <https://www.diet.com/g/nutrition-literacy?get=nutrition-literacy>.
49. Diamond J.J., (2007). *Development of a reliable and construct valid measure of nutritional literacy in adults.* Nutrition Journal.
50. Lino M., Basiotis P.P., Anand R.S., Variyam, Jayachandran N., (1999). *The diet quality of Americans: Strong link with nutrition knowledge.* 49-51.
51. who.int/hia/about/glos/en/index1.html.
52. Centers for Disease Control and Prevention Physical activity for everyone, (2011).
53. Astrand P.O., Rodahl K., (1986). *Textbook of Work Physiology.*
54. Blair S.N., Brodney S., (1999). *Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues.* Med. Sci. Sport Exerc., 31:S646–S662.

55. Hamburg N.M., McMackin C.J., Huang A.L., Shenouda S.M., Widlansky M.E., et. al., (2007). *Physical inactivity rapidly induces insulin resistance and microvascular dysfunction in healthy volunteers*. *Arteriosclero. Thromb. Vasc. Biol.*, 27(12):2650–2656.
56. U.S. Department of Health and Human Services, (2008). *Physical Activity Guidelines for Americans*.
57. World Health Organization, (2010). *Global recommendations on physical activity for health*.
58. Twisk J.W., van Mechelen W., Kemper H.C., Post G.B., (1997). *The relation between “long- term exposure” to lifestyle during youth and young adulthood and risk factors for cardiovascular disease at adult age*. *Journal of Adolescent Health*, 20, 309-319.
59. DiPietro L., Williamson D.F., Carpensen C.J., Eaker E., (1993). *The descriptive epidemiology of selected physical activities and body weight among adults trying to lose weight: The behavioral risk factor surveillance system survey, 1989*. *International Journal of Obesity Relations and Metabolic Disorders*, 17, 69-76.
60. Sternfeld B., Ainsworth B.E., Quesenberry C.P.Jr., (1999). *Physical activity in a diverse population in women*. *Preventive Medicine*, 28, 313-323.
61. Trost S.W, Owen N., Bauman A.E., Sallis J.F., Brown W., (2002). *Correlates of adult’s participation in physical activity: Review and update*. *Medicine and Science in Sports & Exercise*, 34.

62. Jones D.A., Ainsworth B.E., Croft J.B., Macera C.A., Lloyd E.E. et. al., (1998). *Moderate leisure-time physical activity: who is meeting the public health recommendations? A national crosssectional study*. Archives of Family Medicine, 7,285-289.
63. Brown W.J., Trost S.G., (2003). *Life transitions and changing physical activity patterns in young women*. Am. J. Prev. Med., (2):140-143.
64. Samson M., Meeuwssen I., Crowe A., Dessens J.A., Duursma S.A., et. al., (2000). *Relationships between physical performance measures, age, height and body weight in healthy adults*. Age and Ageing, 29, 235-342.
65. Craig C.L., Russell S.J., Cameron B.A., Beaulieu A., (1997). *Foundation for joint action. Reducing Inactivity Report*. Canadian Fitness and Lifestyle Research Institute.
66. Ferrucci L., Izmirlian G., Leveille S., Phillips C.L., Corti M.C., et. al., (1999). *Smoking, physical activity, and active life expectancy*. Am. J. Epidemiol., 149:645–653.
67. Paffenbarger R.S.Jr., Hyde R.T., Wing A.L., Hsieh C.C., (1986). *Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni*. N. Engl. J. Med., 314:605–613.
68. Pekkanen J., Marti B., Nissinen A., Tuomilehto J., Punsar S., et. al., *Reduction of premature mortality by high physical activity: a 20-year follow-up of middle-aged Finnish men*. Lancet, 1:1473–1477.
69. Besser L.M., Dannenberg A.L., (2005). *Walking to public transit: steps to help meet physical activity recommendations*, Am. J. Prev. Med., 29(4):273–280.

70. Olvera L.D., Guézéré A., Plat D., Pochet P., (2013). *The burden of intermodality in Sub-Saharan African cities, In: Proceedings of the 13th World Conference on Transportation Research.*
71. Cooper R., Mishra G., Kuh D., (2011). *A lifetime of physical activity yields measurable benefits as we age.* Am. Jour., Vol 14.
72. *Getting People to Move: Challenges in Promoting Physical Activity.* (2007). Amer. Jour., Vol 32.
73. Bijnen F.C., Caspersen C.J., Mosterd W.L., (1994). *Physical inactivity as a risk factor for coronary heart disease: a WHO and international society and federation of cardiology position statement.* Bull, World Health Organ., 72(1): 1.
74. Warburton D.E.R., (2006). *Health benefits of physical activity: the evidence.* Can. Med. Assoc. J., 174(6): 801–809.
75. World Health Organization, (2014). *Physical activity.*
76. Booth F.W., Roberts C.K., Laye M.J., (2012). *Lack of exercise is a major cause of chronic diseases.* Compr. Physiol., (2):1143–1211.
77. Booth F.W., Laye M.J., (2010). *The future: genes, physical activity and health.* Acta. Physiol., 199:549.

78. Centers for Disease Control and Prevention *Chronic Disease Prevention and Health Promotion*. (2011).
79. Jones D.A., Ainsworth B.E., Croft J.B., Macera C.A., Lloyd E.E., et. al., (1998). *Moderate leisure-time physical activity: who is meeting the public health recommendations? A national cross-sectional study*. Arch. Fam. Med., (3):285-289.
80. Dunstan D.W., Barr E.L., Healy G.N., Salmon J., Shaw J.E., et. al., (2010). *Television viewing time and mortality: the Australian Diabetes, Obesity and Lifestyle Study (AusDiab)* Circulatio. 121:384–391.
81. Margetts B.M., Rogers E., Widhal K., Remaut de Winter A.M., Zunft H.J., (1999). *Relationship between attitudes to health, body weight and physical activity and level of physical activity in a nationally representative sample in the European Union*. Public Health Nutr., (1A):97-103.
82. Slentz C.A., Houmard J.A., Kraus W.E., (2009). *Exercise, abdominal obesity, skeletal muscle, and metabolic risk: evidence for a dose response*. Obesity (Silver Spring), 17(3):S27–33.
83. Morris J.N., Heady J.A., Raffle P.A., Roberts C.G., Parks J.W., (1953). *Coronary heart-disease and physical activity of work*, Lancet, 265:1053–1057.
84. Alberti K.G., Eckel R.H., Grundy S.M., Zimmet P.Z., Cleeman J.I., et. al., (2009). *Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention, National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International*

Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*, 120:1640–1645.

85. Piepoli M.F., Corrà U., Agostoni P., (2017). *Cardiopulmonary Exercise Testing in Heart Failure Patients with Specific Comorbidity*. *Ann. Am. Thorac. Soc.*
86. LaMonte M.J., Blair S.N., Church T.S., (2005). *Physical activity and diabetes prevention*. *J. Appl. Physiol.*, 99:1205–1213.
87. Oshida Y., Yamanouchi K., Hayamizu S., Nagasawa J., Ohsawa I., Sato Y., (1991). *Effects of training and training cessation on insulin action*. *Int. J. Sports Med.*, 12:484–486.
88. Burstein R., Polychronakos C., Toews C.J., MacDougall J.D., Guyda H.J., et. al., (1985). *Acute reversal of the enhanced insulin action in trained athletes. Association with insulin receptor changes*. *Diabetes*, 34:756–760.
89. Treserras M.A., Balady G.J., (2009). *Resistance training in the treatment of diabetes and obesity: mechanisms and outcomes*. *J. Cardiopulm Rehabi. Prev.*, 29:67–75.
90. Booth F.W., Roberts C.K., Laye M.J., (2012). *Lack of exercise is a major cause of chronic diseases*. *Compr. Physiol.*, (2):1143–1211.
91. Godin G., Amireault S., Bélanger-Gravel A., Vohl M.C., Pérusse L., (2009). *Prediction of leisure-time physical activity among obese individuals*. *Obesity (Silver Spring)*, (4):706–712.

92. Yin H.S., Sanders L.M., Rothman R.L., Shustak R., Eden S.K., et. al., (2014). *Parent Health Literacy and “Obesogenic” Feeding and Physical Activity-Related Infant Care Behaviors*. Vol 164, No 3.
93. Joyner M., Pedersen B.K., (2011). *Ten Questions About Systems Biology*. J. Physiol.
94. Rodriguez-Ojea A., Jimenez S., Berdasco A., Esquivel M., (2002). *The nutrition transition in Cuba in the nineties: an overview*. Public Health Nutr., 5:129–133.
95. Chopp-Hurley J.N., Brenneman E.C., Wiebenga E.G., Bulbrook B., Keir P.J., et. al., (2017). *Randomized Controlled Trial Investigating the Role of Exercise in the Workplace to Improve Work Ability, Performance, and Patient-Reported Symptoms Among Older Workers With Osteoarthritis*. J. Occup. Environ. Med.
96. Moreira Antunes H. K., Garcia Stella S., Ferreira Santos R., Amodeu Bueno O. F., Túlio de Mello M., (2005). *Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program*. Rev. Bras. Psiquiatr., Vol 27, No 4.
97. van Uffelen J.G.Z., van Gellecum Y.R., Sci M.Soc., Burton N.W., Peeters G., et. al., (2013). *Sitting-Time, Physical Activity, and Depressive Symptoms in Mid-Aged Women*. Vol 45, Issue 3,p.276-281.
98. Jaswinder C., Raymond L., Jin L., (2014). *Loading dose of physical activity is related to muscle strength and bone density in middle-aged women*. Vol 67, p.41-45.

99. Alison J.C., Gibson B., Robinson P.G., (2001). *Is quality of life determined by expectations or experience?*, BMJ.
100. Drewnowski A., Evans W.J., (2001). *Nutrition, physical activity, and quality of life in older adults: summary*. J. Gerontol. A. Biol. Sci. Med. Sci., No 2:89-94.
101. Bize R., Johnson J.A., Plotnikoff R.C., (2007). *Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review*. Prev Med., (6):401-415.
102. Cash T.F., Fleming E.C., Alindogan J., Steadman L., Whitehead A., (2002). *Beyond body image as a trait: The development and validation of the Body Image States Scale*. Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention. 10:103–113.
103. Cash T.F., Pruzinsky T., (2002). *Future challenges for body image theory, research, and clinical practice*. In: Cash TF, Pruzinsky T, editors. *Body images: A handbook of theory, research, and clinical practice*. Guilford Press, pp. 509–516.
104. Cash T.F., (1994). *Body image attitudes: Evaluation, investment, and affect*. Perceptual and Motor Skills, 78:1168–1170.
105. Tiggemann M., (1996). *‘Thinking’ versus ‘Feeling’ fat: Correlates of two indices of body image dissatisfaction*. Australian Journal of Psychology, 48:21–25.

106. Cash T.F., Melnyk S.E., Hrabosky J.I., (2004). *The assessment of body image investment: an extensive revision of the appearance schemas inventory*. Int. J. Eat. Disord., 35: 305-316.
107. Stice E., (2002). *Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review*. Psychological Bulletin, 128:825–848.
108. Ricciardelli L.A., McCabe M.P., Holt K.E., Finemore J., (2003). *A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children*. Applied Developmental Psychology, 24:475–495.
109. Van de Berg P.A., Mond J., Eisenberg M., Ackard D., Neumark-Sztainer D., (2010). *The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight, race/ethnicity, and socioeconomic status*. Journal of Adolescent Health, 47:290–296.
110. Ricciardelli L.A., McCabe M.P., Lillis J., Thomas K., (2006). *A longitudinal investigation of the development of weight and muscle concerns among preadolescent boys*. Journal of Youth and Adolescence, 35:177–187.
111. Paxton S.J., Eisenberg M.E., Neumark-Sztainer D., (2006). *Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: A five year longitudinal study*. Developmental Psychology, 42:888–899.
112. Gardner R.M., Sorter R.G., Friedman B.N., (1997). *Developmental changes in children's body images*. Journal of Social Behavior and Personality, 12:1019–1036.

113. Holsen I., Jones D.C., Birkeland M.S., (2012). *Body image satisfaction among Norwegian adolescents and young adults: A longitudinal study of the influence of interpersonal relationships and BMI*. *Body Image*, 9:201–208.
114. Rolland K., Farnill D., Griffiths R.A., (1996). *Children's perceptions of their current and ideal body sizes and body mass index*. *Perceptual and Motor Skills*, 82:651–656.
115. Wallander J.L., Taylor W.C., Grunbaum J.A., Franklin F., Harrison G.G., et al., (2009). *Weight status, quality of life, and self-concept in African American, Hispanic, and White fifth-grade children*. *Obesity*, 17:1363–1368.
116. Kilpela L.S., Becker C.B., Wesley N., Stewart T., (2015). *Body Image in Adult Women: Moving Beyond the Younger Years*. *Adv. Eat. Disord.*, 3(2):144-164.
117. Becker C.B, Diedrichs P.C., Jankowski G., Werchan C., (2013). *I'm not just fat, I'm old: Has the study of body image overlooked "old talk"* . *Journal of Eating Disorders*, 1(1):6.
118. Halliwell E., Dittmar H., (2003). *A qualitative investigation of women's and men's body image concerns and their attitudes towards aging*. *Sex Roles*, 49(11–12):675–684.
119. McLean S.A., Paxton S.J., Wertheim E.H., (2010). *Factors associated with body dissatisfaction and disordered eating in women in midlife*. *International Journal of Eating Disorders*, 43(6):527–536.

120. Hausenbals A. H., Downs S. D., (2001). *Comparison of body image between athletes and nonathletics: A meta-analytic review*. Journal of Applied Sport Psychology, 13,323-339.
121. Bruin K., Oudejans R., Bakker F., (2007). *Dieting and Body Image in Aesthetic Sports: A Comparison of Dutch female Gymnasts and non- aesthetic Sport Participants* Psychology of Sport and Exercise, 8:507-520.
122. Ginsberg L. R., Gray J.J., (2006). *The differential depiction of female athletes in judged and non-judged sport magazines*. Body Image 3:365-373.
123. Thomson R. A., Sherman R. T., (1999). *Athletes, athletic performance and eating disorders: Healthier Alternatives*. Journal of Social Issues, 55(2):317-337.
124. Bearman S., Presnell K., Martinez E., Stice E., (2006). *The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys*. Journal of Youth and Adolescence, 35:217–229.
125. Rudd A.N., Carter j., (2006). *Building positive body image among college athletes: A socially responsible approach*. Clothing Textiles Research Journal, 24(4):363-380.
126. Executive Agency for Health and Consumers, (2012). *HLS-EU. The European Health Literacy Project 2009-2012. Measurement of health literacy in Europe: HLS-EU-Q47; HLS-EU-Q16; and HLS-EU-Q86*.

127. Schaller A., Dejonghe L., Alayli-Goebbels A., Biallas B., Froboese I., (2016). *Promoting physical activity and health literacy: study protocol for a longitudinal, mixed methods evaluation of a crossprovider workplace-related intervention in Germany (The AtRisk study)*. BMC Public Health, 16:626.
128. Geboers B., de Winter A.F., Luten K.A., Jansen C.J., Reijneveld S.A., (2014). *The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators*. J. Health Commun., 2:61-76.
129. Plummer L.C., Chalmers K.A., (2016). *Health literacy and physical activity in women diagnosed with breast cancer*. School of Psychology, 1-6.
130. Geboers B., de Winter A., Luten K., and Reijneveld M., (2014). *Health literacy associated with compliance with guidelines for physical activity*. European Commission.
131. Rothman R.L., Housam R., Weiss H., Davis D., Gregory R., Gebretsadik T., et al., (2006). *Patient understanding of food labels: the role of literacy and numeracy*. Am. J. Preventive Med., 31:391-398.
132. Liechty J.M., Saltzman J.A., Musaad S.M., The STRONG Kids Team, (2015). *Health literacy and patient attitudes about weight control for children*. Elsevier, 200-208.

133. Mirza N.M., Mackey E.R., Armstrong B., Jaramillo A., Palmer M.M., (2011). *Correlates of self-worth and body dissatisfaction among obese Latino youth*. *Body Image*, 8:173–178.
134. Robins R.W., Trzesniewski K.H., (2005). *Self-esteem development across the lifespan*. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3):158–162.
135. Farhat T., Iannotti R.J., Caccavale L.J., (2014). *Adolescent Overweight, Obesity and Chronic Disease-Related Health Practices: Mediation by Body Image*. *Obes. Facts*, 7(1):1–14.
136. Ali M.M., Fang H., Rizzo J.A., (2010). *Body weight, self-perception and mental health outcomes among adolescents*. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 13(2).
137. Nieri T., Kulis S., Keith V.M., Hurdle D., (2005). *Body image, acculturation, and substance abuse among boys and girls in the southwest*. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(4):617–639.
138. ter Bogt T.F.M., van Dorsselaer S.A.F.M., Monshouwer K., Verdurmen J.E.E., Engels R.C.M.E., et. al., (2006). *Body Mass Index and Body Weight Perception as Risk Factors for Internalizing and Externalizing Problem Behavior Among Adolescents*. *Journal of Adolescent Health*, 39(1):27–34.
139. Iannotti R.J., Janssen I., Haug E., et al., (2009). *Interrelationships of adolescent physical activity, screen-based sedentary behaviour, and social and psychological health*. *International Journal of Public Health*, 54:S1–S8.

140. Stice E., Shaw H.E., (2002). *Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings*. Journal of Psychosomatic Research, 53(5):985–993.
141. Kelly A.M., Wall M., Eisenberg M.E., Story M., Neumark-Sztainer D., (2005). *Adolescent girls with high body satisfaction: Who are they and what can they teach us?*. Journal of Adolescent Health, 37(5):391–396.
142. Bruch H., (1962). *Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa*. Psychosomatic Medicine, 24: 187-194.
143. Dalle G.R., Cuzzolaro M., Calugi S., Tomasi F., Temperilli F., et. al., (2007). *The effect of obesity management on body image in patients seeking treatment at medical centers*. Obesity (Silver Spring), 15:2320-2327.
144. Foster G.D., Wadden T.A., Vogt R.A., (1997). *Body image in obese women before, during, and after weight loss treatment*. Health Psychology, 16:226-229.
145. Sarwer D.B., Thompson J.K., Cash T.F., (2005). *Body image and obesity in adulthood*. Psychiatric Clinics of North America, 28:69-87.
146. Teixeira P.J., Going S.B., Houtkooper L.B., Cussler E.C., Metcalfe L.L., et. al., (2006). *Exercise motivation, eating, and body image variables as predictors of weight control*. Medicine and Sciences in Sports and Exercise, 38:179-188.

147. Cooper Z., Fairburn C.G., Hawker D.M., (2003). *Cognitive-Behavioral Treatment of Obesity: A Clinician's Guide*. Guilford Press.
148. Teixeira P.J., Going S.B., Houtkooper L.B., Cussler E.C., Metcalfe L.L., et. al., (2004). *Pretreatment predictors of attrition and successful weight management in women*. International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders, 28:1124-1133.
149. Pelletier L.G., Dion S.C., (2007). *An examination of general and specific motivational mechanisms for the relations between body dissatisfaction and eating behaviors*. Journal of Social and Clinical Psychology, 26:303-333.
150. Stice E., (2002). *Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review*. Psychol. Bull, 128:825-848.
151. Ramirez E.M., Rosen J.C., (2001). *A comparison of weight control and weight control plus body image therapy for obese men and women*. Journal of Consulting Clinical Psychology, 69: 440-446.
152. Cromley T., Neumark-Sztainer D., Story M., Boutelle K.N., (2010). *Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents*. Journal of Adolescent Health, 47:263–269.
153. Flock M., Farhat T., Haynie D., (2009). *Association between weight status and weight control behaviors of US adolescents: Variation by body image*. Poster presented at the annual meeting of the National Institutes of Health Spring Research Festival.

154. Friedman K.E., Reichmann S.K., Costanzo P.R., Musante G.J., (2002). *Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress*. *Obesity*, 10:33–41.
155. Graham M.A., Eich C., Kephart B., Peterson D., (2000). *Relationship among body image, sex, and popularity of high school students*. *Perceptual and Motor Skills*, 90:1187–1193.
156. Stice E., Whitenton K., (2002). *Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation*. *Developmental Psychology*, 38:669–678.
157. Helgeson V.S., Reynolds K.A., Escobar O., Siminerio L., Becker D., (2007). *The role of friendship in the lives of male and female adolescents: Does diabetes make a difference?*. *Journal of Adolescent Health*, 40:36–43.
158. Bowker J.C., Spencer S.V., Salvy S.J., (2005). *Examining how overweight adolescents process social information: The significance of friendship quality*. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31:231–237.
159. Haines J., Neumark-Sztainer D., (2006). *Prevention of obesity and eating disorders: A consideration of shared risk factors*. *Health Education Research*, 21(6):770–782.
160. Paxton S.J., (2002). *Prepared for the Victorian Government Department of Human Services*. Melbourne: Victoria.

161. Jacobi C., Fittig E., (2010). *Psychosocial risk factors for eating disorders*. USA: Oxford University Press.
162. Rawana J.S., (2013). *The relative importance of body change strategies, weight perception, perceived social support, and self-esteem on adolescent depressive symptoms: Longitudinal findings from a national sample*. Journal of Psychosomatic Research, 75(1):49–54.
163. Crow S., Eisenberg M.E., Story M., Neumark-Sztainer D., (2008). *Suicidal behavior in adolescents: Relationship to weight status, weight control behaviors, and body dissatisfaction*. International Journal of Eating Disorders. 41(1):82–87.
164. Barker E.T., Galambos N.L., (2007). *Body dissatisfaction, living away from parents, and poor social adjustment predict binge eating symptoms in young women making the transition to university*. Journal of Youth and Adolescence, 36(7):904–911.
165. Johnson F., Wardle J., (2005). *Dietary restraint, body dissatisfaction, and psychological distress: A prospective analysis*. Journal of Abnormal Psychology, 114:119–125.
166. Jackson K.L., Janssen I., Appelhans B.M., Kazlauskaitė R., Karavolos K., et. al., (2014). *Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Archives of Women's Mental Health*. 17(3):177–187.
167. Cornwell C.J., Schmitt M.H., (1990). *Perceived health status, self-esteem and body image in women with rheumatoid arthritis or systemic lupus erythematosus*. Research in Nursing & Health, 13:99–107.

168. *The importance of body image for the psychological health of young men and women: Counseling interventions.* (2011). Hellenic Journal of Psychology 8(3):309-337.
169. Kondilis B.K., Kiriaze I.J., Athanasoulia A.P., Falagas M.E., (2008). *Mapping Health Literacy Research in the European Union: A Bibliometric Analysis.* PLoS ONE, Vol 3, Issue 6, p.2519.
170. Geboers B., de Winter A.F., Luten K.A., Jansen C.J., Reijneveld S.A., (2014). *The association of health literacy with physical activity and nutritional behavior in older adults, and its social cognitive mediators.* J. Health Commun., 2:61-76.
171. Lanpher M.G., Askew S., Bennett G.G., (2016). *Health Literacy and Weight Change in a Digital Health Intervention for Women: A Randomized Controlled Trial in Primary Care Practice.* J. Health Commun., 1:34-42.
172. Sørensen K., Pelikan J.M., Röthlin F., Ganahl K., Slonska Z., et. al., (2015). *Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU).* Eur. J. Public Health, 25(6):1053-1058.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

ΤΙΤΛΟΣ: «Η ΕΓΓΡΑΜΑΤΟΣΥΝΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΛΗΝΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 18-25 ΕΤΩΝ».

ΕΡΕΥΝΗΤΗΣ: ΓΛΕΝΤΗ ΘΕΟΔΩΡΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΩΣΤΑΡΕΛΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

Έχετε επιλεχθεί για να λάβετε μέρος σε μια έρευνα στα πλαίσια πτυχιακής μελέτης, εάν το επιθυμείτε. Παρακαλώ αφιερώστε λίγο χρόνο για να διαβάσετε τα όσα ακολουθούν, ώστε να κατανοήσετε τον σκοπό για τον οποίο γίνεται αυτή η έρευνα και τι περιλαμβάνει.

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η μέτρηση των επιπέδων Εγγραματοσύνης της Υγείας σε δείγμα ενηλίκων ηλικίας 18-25 ετών και η πιθανή σχέση τους με τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Με την βοήθεια των πληροφοριών αυτών, θα μπορέσουμε να ανιχνεύσουμε τις πιθανές διαφορές και τις ομοιότητες μεταξύ των ατόμων που ασχολούνται συστηματικά και μη με την φυσική δραστηριότητα.

Η έρευνα θα περιλαμβάνει την συμπλήρωση 3 ερωτηματολογίων, που θα αφορούν τον τρόπο ζωής, διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας, την εγγραμματοσύνη της υγείας και την εικόνα σώματος. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις αρκεί να είστε απολύτως ειλικρινείς. Ο χρόνος που απαιτείτε δεν ξεπερνά τα 30 λεπτά.

Όλες οι πληροφορίες που θα μας δώσετε είναι αυστηρά εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα στα πλαίσια της συγκεκριμένης έρευνας. Επιπρόσθετα, οποτεδήποτε μετανιώσετε ή θελήσετε να διακόψετε την συμμετοχή σας στην έρευνα, μπορείτε να το κάνετε χωρίς εξηγήσεις.

Για οποιεσδήποτε περαιτέρω πληροφορίες, παρακαλώ μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μας.

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ: Ελ.Βενιζέλου 70, 176 71 Αθήνα.

Γλεντή Θεοδώρα: hs213010@hua.gr

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6971771205

Επιβλέπουσα καθηγήτρια : Δρ. Β. Κωσταρέλλη

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 2109549368

E-mail: costarv@hua.gr

«Η ΕΓΓΡΑΜΑΤΟΣΥΝΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΛΗΝΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ 18-25 ΕΤΩΝ».

ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Συμφωνώ να συμμετέχω εθελοντικά στην έρευνα για την εγγραματοσύνη της υγείας σε σχέση με την φυσική δραστηριότητα και την εικόνα σώματος.

- Είμαι 18 ετών και άνω.
- Έχω διαβάσει όλες τις πληροφορίες που μου δόθηκαν και ενδεχόμενες απορίες μου έχουν αποσαφηνιστεί.
- Έχω ενημερωθεί για τον τρόπο που θα γίνει η έρευνα.
- Κατανοώ ότι η προσωπική μου ανάμιξη και οι πληροφορίες που θα καταθέσω για τον σκοπό της έρευνας θα είναι εμπιστευτικές.
- Κατανοώ ότι έχω την ευχέρεια να διακόψω την συνεργασία όποτε θελήσω, χωρίς εξηγήσεις.

Όνομα Εθελοντή (προαιρετικά) :

Υπογραφή :

Ημερομηνία :

Ως ερευνήτρια επιβεβαιώνω υπεύθυνα ότι έχω εξηγήσει στον/στην εθελοντή/τρια, που αναγράφεται παραπάνω, την φύση και τον σκοπό που γίνεται η έρευνα.

Όνομα Ερευνητή:

Υπογραφή :

Ημερομηνία :

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ,

ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ, ΑΘΛΗΣΗΣ& ΕΙΚΟΝΑ ΣΩΜΑΤΟΣ

Παρακαλούμε όπως απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις με απόλυτη ειλικρίνεια. Οι απαντήσεις είναι εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο στα πλαίσια της παρούσας εργασίας.

1. Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐
2. Ηλικία (έτη):
3. Ύψος (μέτρα):.....
4. Βάρος (κιλά):.....

5. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

Δημοτικό	
Γυμνάσιο	
Γενικό Λύκειο / Τεχνικό-Επαγγελματικό Λύκειο	
ΙΕΚ	
ΤΕΙ	
ΑΕΙ	
Κάτοχος Μεταπτυχιακού διπλώματος	
Κάτοχος Διδακτορικού διπλώματος	

6. Ποια είναι η εργασία σας;

Φοιτητής/τρια	
Δημόσιος Υπάλληλος	
Ιδιωτικός Υπάλληλος	
Ελεύθερος Επαγγελματίας	
Άλλο	

7. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Άγαμος/η	
Έγγαμος/η	
Διαζευγμένος/η	
Σε συμβίωση	

8. Καπνίζετε;

Ναι ☐ Όχι ☐

9. Αν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε περίπου;

Λιγότερο από 10 τσιγάρα την ημέρα	
Μισό πακέτο την ημέρα	
Έως ένα πακέτο την ημέρα	
Πάνω από ένα πακέτο την ημέρα	

10. Καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά;

Ναι ☐ Όχι ☐

11. Εάν ναι, πόσα ποτά πίνετε την εβδομάδα;

1 ποτό την εβδομάδα	
2-3 ποτά την εβδομάδα	
4-5 ποτά την εβδομάδα	
1 ποτό την ημέρα	
Πάνω από 1 ποτό την ημέρα	

12. Ποια από τα παρακάτω γεύματα τρώτε καθημερινά;

Πρωινό	
Δεκατιανό	
Μεσημεριανό	
Απογευματινό	
Βραδινό	

13. Πόσο νερό καταναλώνετε ημερησίως;

>1 λίτρο ☐ <1 λίτρο ☐

14. Παίρνετε συμπληρώματα διατροφής;

Ναι ☐ Όχι ☐

15. Πάσχετε από κάποια ασθένεια;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, από ποια;

16. Πόσες ώρες κοιμάστε την ημέρα κατά μέσο όρο;

Λιγότερες από 5 ώρες	
5-6 ώρες	
7-8 ώρες	
Πάνω από 9 ώρες	

17. Πόσες ώρες την ημέρα παρακολουθείτε τηλεόραση ή ασχολείστε με τον υπολογιστή;

Καθόλου	
Έως 2 ώρες	
Έως 4 ώρες	
Πάνω από 4 ώρες	

18. Γυμνάζεστε;

Ναι ☐ Όχι ☐

19. Εάν ναι, πόσο συχνά;

1 φορά την εβδομάδα	
2-3 φορές την εβδομάδα	
4-5 φορές την εβδομάδα	
Καθημερινά	
Πάνω από 1 φορά την ημέρα	

20. Ασχολείστε συστηματικά με κάποιο άθλημα ή κάποιο είδος γυμναστικής;

Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι με ποιο;.....(σημειώστε)

21. Πόση ώρα διαρκεί η άσκησή σας;

Έως 30 λεπτά την φορά	
30-60 λεπτά την φορά	
60-90 λεπτά την φορά	
Πάνω από 90 λεπτά την φορά	

22. Πώς μετακινείστε στην καθημερινότητά σας (μπορείτε να επιλέξετε πάνω από μία απαντήσεις);

Περπατώντας	
Με μέσα μαζικής μεταφοράς	
Με αυτοκίνητο/μηχανάκι	
Με ποδήλατο	
Άλλο	

23. Αξιολογείτε την φυσική σας δραστηριότητα τον τελευταίο μήνα;

Καθόλου δραστήριος/α	
Λίγο δραστήριος/α	
Μέτρια δραστήριος/α	
Αρκετά δραστήριος/α	
Πολύ δραστήριος/α	

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΓΓΡΑΜΜΑΤΟΣΥΝΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με βάση κλίμακα από πολύ εύκολο έως πολύ δύσκολο, **πόσο εύκολο θα λέγατε ότι είναι:**

	Πολύ Εύκολο	Αρκετά Εύκολο	Αρκετά Δύσκολο	Πολύ Δύσκολο	ΔΓ (ΑΥΘΟΡ ΜΗΤΑ)
1 ...να βρείτε πληροφορίες σχετικά με τις θεραπείες ασθενειών που σας απασχολούν;	☐	☐	☐	☐	☐
2 ...να βρείτε που μπορείτε να λάβετε βοήθεια από επαγγελματίες υγείας όταν είσαστε άρρωστος/άρρωστη; (Οδηγίες: όπως γιατρός, φαρμακοποιός, ψυχολόγος)	☐	☐	☐	☐	☐
3 ...να κατανοήσετε αυτό που σας λέει ο γιατρός σας;	☐	☐	☐	☐	☐
4 ...να κατανοήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας σχετικά με το πως πρέπει να πάρετε ένα φάρμακο που σας έχει γράψει στη συνταγή;	☐	☐	☐	☐	☐
5 ...να κρίνετε πότε χρειάζεται να πάρετε μία δεύτερη γνώμη από κάποιον άλλον γιατρό;	☐	☐	☐	☐	☐
6 ...να χρησιμοποιήσετε τις πληροφορίες που σας δίνει ο γιατρός σας για να αποφασίσετε πως θα αντιμετωπίσετε κάποια ασθένειά σας;	☐	☐	☐	☐	☐
7 ...να ακολουθήσετε τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας;	☐	☐	☐	☐	☐
8 ...να βρείτε πληροφορίες για το πως να αντιμετωπίσετε προβλήματα ψυχικής υγείας όπως το στρες ή η κατάθλιψη;	☐	☐	☐	☐	☐
9 ...να κατανοήσετε προειδοποιητικά μηνύματα για ανθυγιεινές συνήθειες όπως το κάπνισμα, η ήπια σωματική άσκηση, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ;	☐	☐	☐	☐	☐
10 ...να κατανοήσετε γιατί είναι αναγκαίο να κάνετε προληπτικές ιατρικές εξετάσεις; (Οδηγίες: μαστογραφία, εξέταση διαβήτη, έλεγχος αρτηριακής πίεσης)	☐	☐	☐	☐	☐
11 ...να κρίνετε εάν οι πληροφορίες σχετικά με τους παράγοντες κινδύνου για την υγεία που προβάλλονται στα μέσα ενημέρωσης είναι αξιόπιστες; (Οδηγίες: τηλεόραση, διαδίκτυο ή άλλα μέσα ενημέρωσης)	☐	☐	☐	☐	☐
12 ...να αποφασίσετε πως μπορείτε να προστατέψετε τον εαυτό σας από κάποια ασθένεια παίρνοντας πληροφορίες από τα μέσα ενημέρωσης; (Οδηγίες: εφημερίδες, φυλλάδια, διαδίκτυο και άλλα μέσα)	☐	☐	☐	☐	☐
13 ...να μάθετε για δραστηριότητες οι οποίες είναι καλές για την ψυχική ευεξία; (Οδηγίες: διαλογισμός, άσκηση, περπάτημα, πιλάτες κτλ.)	☐	☐	☐	☐	☐

14	...να κατανοήσετε συμβουλές για θέματα υγείας από την οικογένεια και το φιλικό σας περιβάλλον;	☐	☐	☐	☐	☐
15	...να κατανοήσετε πληροφορίες στα μέσα ενημέρωσης για το πως θα βελτιώσετε την υγεία σας;(Οδηγίες: διαδίκτυο, εφημερίδες, περιοδικά)	☐	☐	☐	☐	☐
16	...να κρίνετε ποιες καθημερινές σας συνήθειες σχετίζονται με την υγεία σας; (Οδηγίες: διατροφικές συνήθειες, άσκηση κτλ.)	☐	☐	☐	☐	☐

ΧΑΡΟΚΟΠΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

MBSRQ

ΟΔΗΓΙΕΣ – ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητέ φίλε / Αγαπητή φίλη,

Οι ακόλουθες σελίδες περιέχουν μια σειρά από δηλώσεις σχετικά με το πώς οι άνθρωποι μπορεί να σκέφτονται, να αισθάνονται ή να συμπεριφέρονται. Από εσάς ζητείτε να υποδείξετε **σε ποιο βαθμό η κάθε δήλωση αντιπροσωπεύει τον χαρακτήρα σας**. Για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, διαβάστε προσεκτικά κάθε δήλωση και αποφασίστε κατά πόσο σας εκφράζει. Χρησιμοποιείτε μια κλίμακα όπως δείχνετε παρακάτω και στη συνέχεια σημειώστε την επιλογή σου δίπλα από κάθε πρόταση τοποθετώντας τον αριθμό που σε αντιπροσωπεύει περισσότερο.

1. Οπωσδήποτε διαφωνώ.
2. Κυρίως διαφωνώ.
3. Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ.
4. Κυρίως συμφωνώ.
5. Οπωσδήποτε συμφωνώ.

Να θυμάσαι ότι δεν υπάρχουν «σωστές» ή «λανθασμένες» απαντήσεις ούτε «καλές» ή «κακές» επιλογές. Να απαντάς με ειλικρίνεια δηλώνοντας αυτό που πραγματικά είσαι και όχι αυτό που θα ήθελες να είσαι ή να δείχνεις. Δεν υπάρχουν χρονικοί περιορισμοί στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Φρόντισε όμως, να προχωράς γρήγορα και μην αφήνεις καμία πρόταση χωρίς απάντηση.

Γυρίστε τώρα στην πίσω σελίδα.

1. Οπωσδήποτε διαφωνώ.
2. Κυρίως διαφωνώ.
3. Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ.
4. Κυρίως συμφωνώ.
5. Οπωσδήποτε συμφωνώ.

1. Πριν βγω έξω, πάντα προσέχω την εμφάνιση μου.	
2. Προσέχω να αγοράζω ρούχα που να με κολακεύουν.	
3. Θα περνούσα τα περισσότερα τεστ φυσικής κατάστασης.	
4. Είναι σημαντικό να έχω σωματική δύναμη.	
5. Το σώμα μου είναι σεξουαλικά ελκυστικό.	
6. Δεν ακολουθώ ένα κανονικό πρόγραμμα εξάσκησης.	
7. Έχω τον έλεγχο της υγείας μου.	
8. Γνωρίζω παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση του σώματος.	
9. Έχω αναπτύξει σκόπιμα έναν υγιεινό τρόπο ζωής.	
10. Μου αρέσει ακριβώς όπως είμαι τώρα.	
11. Κοιτάζομαι στον καθρέπτη σε κάθε ευκαιρία.	
12. Πριν βγω έξω, χρειάζομαι πολύ ώρα για να ετοιμαστώ.	
13. Η φυσική μου κατάσταση είναι καλή.	
14. Το να συμμετέχω σε αθλήματα είναι ασήμαντο για μένα.	
15. Δεν αθλούμαι για να διατηρηθώ σε καλή φυσική κατάσταση.	
16. Η υγεία μου είναι ένα θέμα με αναπάντεχα σκαμπανεβάσματα	
17. Από τα πιο σημαντικά πράγματα για μένα είναι να προσέχω την υγεία μου.	

18. Δεν κάνω τίποτα, που ενδεχομένως να βλάψει την υγεία μου.	
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι θα με θεωρούσαν εμφανίσιμο /η.	
20. Είναι σημαντικό πάντα να φαίνομαι όμορφος/η.	
21. Χρησιμοποιώ πολύ λίγα προϊόντα περιποίησης	
22. Μαθαίνω εύκολα σωματικές δεξιότητες	
23. Το να είμαι γυμνασμένος/η (σε καλή φυσική κατάσταση) δεν είναι προτεραιότητα στη ζωή μου.	
24. Κάνω πράγματα για να αυξήσω τη σωματική μου δύναμη.	
25. Σπάνια είμαι σωματικά άρρωστος /η.	
26. Συχνά διαβάζω βιβλία και περιοδικά που αναφέρονται στην υγεία.	
27. Παίρνω την υγεία μου στα σοβαρά	
28. Μου αρέσει όπως δείχνω χωρίς τα ρούχα.	
29. Έχω επίγνωση αν η περιποίησή μου δεν είναι σωστή.	
30. Συνήθως φοράω ότι είναι βολικό, χωρίς να νοιάζομαι πως δείχνει.	
31. Δεν είμαι καλός /η στα αγωνίσματα ή στα παιχνίδια.	
32. Σπάνια σκέφτομαι τις αθλητικές μου δεξιότητες.	
33. Γυμνάζομαι για να βελτιώσω τις σωματικές μου αντοχές.	
34. Από τη μια μέρα στην άλλη δεν ξέρω πως θα αισθάνεται το σώμα μου.	
35. Εάν είμαι άρρωστος /η δεν δίνω μεγάλη προσοχή στα συμπτώματα.	
36. Δεν κάνω καμία σημαντική προσπάθεια να ακολουθώ μια ισορροπημένη και θρεπτική διαίτα.	
37. Μου αρέσει ο τρόπος που τα ρούχα ταιριάζουν σε μένα.	
38. Δεν με ενδιαφέρει τι νομίζουν οι άλλοι για την εμφάνιση μου.	

39. Φροντίζω ιδιαίτερα την περιποίηση των μαλλιών μου.	
40. Σιχαίνομαι την σωματική μου εμφάνιση.	
41. Δεν με ενδιαφέρει να βελτιώσω την απόδοση μου στις φυσικές δραστηριότητες.	
42. Προσπαθώ να είμαι σωματικά δραστήριος/α.	
43. Συχνά αισθάνομαι ευπρόσβλητος /η στις ασθένειες.	
44. Δίνω μεγάλη προσοχή στο σώμα μου για κάθε σημάδι ασθένειας.	
45. Εάν προσβληθώ από κρυολόγημα ή από γρίπη απλά το αγνοώ και συνεχίζω όπως συνήθως.	
46. Σωματικά δεν είμαι ελκυστικός /η.	
47. Πάντα προσπαθώ να βελτιώνω τη σωματική μου εμφάνιση.	
48. Ποτέ δεν σκέφτομαι την εμφάνιση μου.	
49. Είμαι πολύ καλά συγκροτημένος /η.	
50. Έχω πολλές γνώσεις σχετικά με τη φυσική κατάσταση.	
51. Ασχολούμαι με ένα άθλημα τακτικά κατά τη διάρκεια του χρόνου.	
52. Είμαι ένα σωματικά υγιές άτομο.	
53. Είμαι πολύ ενήμερος /η ακόμη και για τις μικρές αλλαγές στη σωματική μου υγεία.	
54. Στα πρώτα σημάδια μιας ασθένειας, ζητώ αμέσως ιατρική συμβουλή.	

Σας ευχαριστούμε

