



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
181069 ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΕΣ ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ: ΜΙΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΣΕ
ΦΟΙΤΗΤΕΣ/ΤΡΙΕΣ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Μητάκου Ευθυμία Ιοκάστη

Θεσσαλονίκη, Φεβρουάριος 2023



UNIVERSITY OF MACEDONIA
SCHOOL OF BUSINESS ADMINISTRATION
181069 DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION
MASTER IN HEALTH CARE MANAGEMENT

**HEALTH INEQUALITIES: A QUANTITATIVE STUDY ON GREEK
UNIVERSITY STUDENTS**

MASTER THESIS

Mitakou Efthimia Iokasti

Thessaloniki, February 2023

Στη μητέρα μου, Κόττα Ε. Χριστίνα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Βασίλειο Αλετρά, για την ευκαιρία που μου έδωσε να συνεργαστούμε και τη συνεχή καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη μητέρα μου, για την ενθάρρυνση κατά τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και οι καθημερινές συνήθειες των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών επηρεάζονται ενδεχομένως τόσο από κοινωνικούς όσο και από οικονομικούς παράγοντες όπως είναι το φύλο, η οικονομική κατάσταση κ.α. και οδηγούν σε κοινωνικές και υγειονομικές ανισότητες. **Σκοπός:** Αντικείμενο της παρούσας έρευνας τίθεται η διερεύνηση της ύπαρξης υγειονομικών ανισοτήτων, μέσω της στατιστικής ανάλυσης των δημογραφικών στοιχείων, των συνηθειών και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών του πανεπιστημίου Μακεδονίας. **Υλικά και μέθοδος:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου, χωρισμένο σε τρεις ενότητες. Η πρώτη αφορά το ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L που μετράει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και τον δείκτη VAS για την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων, η δεύτερη την καταγραφή των καθημερινών συνηθειών και η τρίτη την καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών των φοιτητών/τριών. Στην έρευνα συμμετείχαν 151 φοιτητές/τριες του Πανεπιστημίου Μακεδονίας. **Αποτελέσματα:** Ο μέσος όρος της μεταβλητής HRQL που εξήχθη από το ερωτηματολόγιο EQ-3D-3L είναι 0,828, η παραπάνω σχετίζεται με τη μεταβλητή ύψος ($p=0,039$), επίσης, εξαρτάται και από την ποιότητα του ύπνου ($p=0,004$). Η κατάσταση της υγείας (VAS) με μέσο όρο 85,93 εξαρτάται από την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού ($p=0,001$). Όταν η οικονομική κατάσταση παρουσιάζεται βελτιωμένη, αυξάνεται η κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων. Επίσης, η μεταβλητή VAS επηρεάζεται από την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων ($p=0,018$). Επιπλέον, χαμηλό δείκτη VAS εμφανίζουν όσοι ανήκουν στην κατηγορία «υπέρβαροι» ή «παχύσαρκοι». Ακόμα, η VAS σχετίζεται με το βάρος των φοιτητών/τριών ($p=0,017$) εμφανίζοντας μία ασθενή αρνητική συσχέτιση. Ταυτόχρονα επηρεάζεται από τη συχνότητα της άσκησης ($p=0,043$) και από την ποιότητα του ύπνου ($p=0,007$). Τέλος, βρέθηκε η ύπαρξη σχέσης με την ποσότητα τσιγάρων που καπνίζουν οι συμμετέχοντες ($p=0,043$) με τη χειρότερη κατάσταση υγείας να έχουν όσοι/ες καπνίζουν από 11 έως 20 τσιγάρα ανά ημέρα. Η ιδιότητα του καπνιστή βρέθηκε να εξαρτάται από την ηλικία ($p=0,023$), με περισσότερους τους πιο νέους να κάνουν χρήση καπνικών προϊόντων. Η κατανάλωση αναψυκτικών επηρεάζεται από το φύλο ($p=0,015$), καθώς οι άνδρες καταναλώνουν αναψυκτικά συχνότερα από τις γυναίκες. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη

χρόνιου νοσήματος οδηγεί τους φοιτητές/τριες να παραμένουν καθιστοί περισσότερες ώρες. Ο Δ.Μ.Σ. εξαρτάται από την ηλικία ($p=0,011$), την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος ($p=0,014$), με ποσοστό άνω του 50% όπου έχουν τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα βρίσκεται στην κατηγορία «υπέρβαρος» και «παχύσαρκος». Τέλος, εξαρτάται από την μεταβλητή τόπος διαμονής ($p=0,013$), καθώς όσοι διέμεναν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους σε αγροτική περιοχή είχαν χαμηλότερα ποσοστά στις κατηγορίες «υπέρβαρος» και «παχύσαρκος». Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση, οι άνεργοι/ες καταναλώνουν συχνότερα fast food. Ακόμα, οι φοιτητές όπου είχαν το χαμηλότερο εισόδημα, καταναλώνουν πιο συχνά γλυκά από τους υπόλοιπους. Το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού επηρεάζεται από το φύλο ($p=0,039$) με το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών να δήλωσε μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού «1.001€-1.500€», όμως το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών βρέθηκε στην κατηγορία «1.501€-2.000€». Ακόμα, εξαρτάται από τον τόπο που έχει διαμείνει κάποιος/α το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής του. Όσοι έχουν διαμείνει το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής του σε αγροτική περιοχή έχουν χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα. Αναφορικά με το είδος της ασφάλισης, βρέθηκε να εξαρτάται στατιστικώς σημαντικά από το φύλο ($p=0,021$). Στην κατοχή ιδιωτικής ασφάλισης το ποσοστό των φοιτητών/τριών όπου έχουν αυξάνεται, όσο αυξάνεται το εισόδημα. Τέλος, στην παρούσα έρευνα ο δείκτης HSDI, που δείχνει την ανισότητα στην κατάσταση υγείας του δείγματος βρέθηκε ίσος με 0,28. **Συμπεράσματα:** Υπάρχουν καθημερινές συνήθειες που επηρεάζονται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Επιπλέον, διαφοροποιείται η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και η κατάσταση της υγείας των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, καθώς και τις καθημερινές τους συνήθειες. Τέλος η τιμή του δείκτη HSDI φανερώνει την ύπαρξη ανισοτήτων στις καταστάσεις υγείας των συμμετεχόντων.

Λέξεις κλειδιά: EQ-5D-3L, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, υγειονομικές ανισότητες, καθημερινές συνήθειες, μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες, Health State Density Index

ABSTRACT

Introduction: The health-related quality of life and daily habits of postgraduate students are potentially influenced by both social and economic factors such as gender, economic status, etc. and lead to social and health inequalities. **Purpose:** The aim of this study is to investigate the existence of health inequalities through the statistical analysis of demographic data, habits and health-related quality of life of postgraduate students of the University of Macedonia. **Materials and methods:** The study was conducted using a questionnaire divided into three sections. The first one is the EQ-5D-3L questionnaire measuring health-related quality of life. As well as the VAS index for the health status of the participants, the second one is to record their daily habits and the third one is to record the demographic characteristics of the students. 151 students participated in the survey. **Results:** The mean of the HRQL variable extracted from the EQ-3D-3L questionnaire is 0.828. The above is related to the variable height ($p=0.039$), also it depends on the quality of sleep ($p=0.004$). Health status (VAS) with mean 85.93 depends on the economic status of the household ($p=0.001$), when it is shown improved the health status also increases. It is influenced by the presence of chronic diseases ($p=0.018$). In addition, those belonging to the category "overweight" or "obese" have a low VAS index. It is also related to the weight of students ($p=0.017$) showing a weak negative correlation. At the same time, it is influenced by the frequency of exercise ($p=0.043$) and by the quality of sleep ($p=0.007$). Finally, a relationship was found with the amount of cigarettes smoked by the participants ($p=0.043$), with the worst health status of those who smoked between 11 and 20 cigarettes per day. Smoking was found to be age dependent ($p=0.023$), with more young people using tobacco products. Soft drink consumption was influenced by gender ($p=0.015$), with men consuming soft drinks more often than women.. In addition, having a chronic disease leads students to remain sedentary for longer hours. B.M.I. is dependent on age ($p=0.011$), the presence of chronic disease ($p=0.014$) with more than 50% where they have at least one chronic disease being in the "overweight" and "obese" category. Finally, depending on the variable of place of residence ($p=0.013$), those who lived most of their lives in a rural area had lower rates in the categories "overweight" and "obese". Regarding occupational status, the unemployed were more likely to consume fast food. Even students where they had the lowest income consumed sweets more often than others. Monthly household income is influenced by gender ($p=0.039$) with the highest percentage of men reporting a monthly household income of

"1001€-1500€" but the highest percentage of women was found in the category "1501€-2000€". Still, depending on where a student has lived most of his/her life ($p=0.004$), those who have lived most of their life in a rural area have a lower monthly income. Regarding the type of insurance was found to be statistically significantly dependent on gender ($p=0.021$). In having private insurance the percentage of female students where they have it increases as income increases. Finally, in the present study the HSDI was found to be equal to 0.28. **Conclusions:** There are daily habits that are influenced by the demographic characteristics of the sample. In addition, the health-related quality of life and health status of postgraduate students varies according to their demographic characteristics as well as their daily habits. Finally HSDI value reveals the existence of inequalities in the health status of the participants.

Key words: EQ-5D-3L, health-related quality of life, health inequalities, daily habits, postgraduate students, Health State Density Index

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iv
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	v
ABSTRACT	vii
ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ.....	ix
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	xii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ.....	xv
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ.....	xvi
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
1.2 Αναμενόμενα οφέλη της έρευνας	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ	3
2.1 Ορισμός της ανισότητας	3
2.2 Φύλο και ανισότητες.....	3
2.3 Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	7
3.1 Η υγεία και οι παράγοντές της.....	7
3.2 Ορισμός των υγειονομικών ανισοτήτων.....	7
3.3 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ	11
4.1 Διατροφή.....	11
4.1.1 Δείκτης μάζας σώματος	12
4.1.2 Παχυσαρκία	13
4.2 Ποιότητα ύπνου	14
4.3 Κάπνισμα	17
4.4 Κατανάλωση Αλκοόλ	18
4.5 Κατανάλωση ανθρακούχων ποτών και αναψυκτικών	18

4.6 Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών	19
4.7 Κατανάλωση γλυκών	20
4.8 Σωματική άσκηση.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	22
5.1 Εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.....	22
5.2 Ερωτηματολόγιο EQ-15 D.....	22
5.3 Ερωτηματολόγιο EuroQol EQ-5D.....	23
5.4 Ερωτηματολόγιο Short Form 36.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	25
6.1 Δείγμα	25
6.2 Δειγματοληψία	25
6.3 Μέθοδος & διαδικασία συλλογής δεδομένων	26
6.3.1 Ερευνητικό πρωτόκολλο.....	26
6.3.2 Ζητήματα Ηθικής & Δεοντολογίας.....	27
6.3.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	31
7.1 Εισαγωγή στη στατιστική ανάλυση.....	31
7.2 Περιγραφική στατιστική.....	35
7.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	36
7.2.2 EQ-5D-3L	44
7.2.3 Συνήθειες	46
7.3 Επαγωγική στατιστική	52
7.3.1 Ερευνητικό ερώτημα 1.....	53
Εξαρτάται ο τρόπος ζωής από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;.....	53
7.3.2 Ερευνητικό ερώτημα 2.....	67
Εξαρτώνται η ασφάλιση, το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και ο Δείκτης Μάζας Σώματος από τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;	67
7.3.3 Ερευνητικό ερώτημα 3.....	75

Διαφοροποιείται η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;.....	75
7.3.4 Ερευνητικό ερώτημα 4.....	77
Διαφοροποιείται η κατάσταση της υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;	77
7.3.5 Ερευνητικό ερώτημα 5.....	81
Επηρεάζεται η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής από τον τρόπο ζωής των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;	81
7.3.6 Ερευνητικό ερώτημα 6.....	83
Επηρεάζεται η κατάσταση της υγείας από τον τρόπο ζωής των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;	83
7.3.7 Ερευνητικό ερώτημα 7.....	86
Ποια είναι η έκταση των ανισοτήτων στους μεταπτυχιακούς φοιτητές με βάση τον δείκτη Health Density State Index	86
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	88
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	93
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία:	93
Ελληνική Βιβλιογραφία	102
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	104
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ.....	111

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Δείκτης Μάζας Σώματος ενηλίκων	12
Πίνακας 2. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.....	37
Πίνακας 3. Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων.	37
Πίνακας 4. Μηνιαίο εισόδημα συμμετεχόντων.	38
Πίνακας 5. Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων.....	38
Πίνακας 6. Εξάμηνο σπουδών συμμετεχόντων.....	39
Πίνακας 7. Ασφάλιση υγείας συμμετεχόντων.....	40
Πίνακας 8. Αριθμός χρόνιων νοσημάτων συμμετεχόντων.....	41
Πίνακας 9. Επίσκεψη συμμετεχόντων σε ιατρό τον τελευταίο μήνα.....	42
Πίνακας 10. Νοσηλεία συμμετεχόντων τον τελευταίο χρόνο.....	42
Πίνακας 11. Τόπος διαμονής συμμετεχόντων το μεγαλύτερο διάστημα.....	42
Πίνακας 12. Δείκτης Μάζας Σώματος συμμετεχόντων.....	43
Πίνακας 13. Ύψος, Βάρος & Μέγεθος νοικοκυριού - Μέτρα κεντρικής τάσης και διασποράς. .	43
Πίνακας 14. Οι 5 διαστάσεις της HRQL (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).....	44
Πίνακας 15. HRQL & VAS - Μέτρα κεντρικής τάσης και διασποράς.....	45
Πίνακας 16. Συνήθειες συμμετεχόντων για αλκοόλ και αναψυκτικά.....	47
Πίνακας 17. Συνήθειες συμμετεχόντων για fast food & γλυκά.....	47
Πίνακας 18. Συνήθειες συμμετεχόντων για λαχανικά και φρούτα.....	48
Πίνακας 19. Τσιγάρα συμμετεχόντων ανά ημέρα.....	49
Πίνακας 20. Παράλειψη γεύματος συμμετεχόντων.....	50
Πίνακας 21. Άσκηση συμμετεχόντων.....	50
Πίνακας 22. Απαραίτητες θερμίδες ανά ημέρα.....	52

Πίνακας 23. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των συνηθειών (αλκοόλ, κάπνισμα, τσιγάρα ανά ημέρα) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.	53
Πίνακας 24. Πίνακας διασταύρωσης αλκοόλ-φύλο.	54
Πίνακας 25. Πίνακας διασταύρωσης αλκοόλ-επαγγελματική κατάσταση.	54
Πίνακας 26, Πίνακας διασταύρωσης κάπνισμα-ηλικία.	55
Πίνακας 27. Πίνακας διασταύρωσης τσιγάρα ανά ημέρα-ηλικία.	56
Πίνακας 28. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των συνηθειών (αναψυκτικά, fast food, γλυκά) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.	56
Πίνακας 29. Πίνακας διασταύρωσης αναψυκτικά-φύλο.	57
Πίνακας 30. Πίνακας διασταύρωσης αναψυκτικά-χρόνιο νόσημα.	58
Πίνακας 31. Πίνακας διασταύρωσης fast food-ηλικία.	58
Πίνακας 32. Πίνακας διασταύρωσης fast food-επαγγελματική κατάσταση.	59
Πίνακας 33. Πίνακας διασταύρωσης γλυκά-μηνιαίο εισόδημα.	60
Πίνακας 34. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των συνηθειών (λαχανικά, φρούτα, παράλειψη γεύματος) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.	61
Πίνακας 35. Πίνακας διασταύρωσης φρούτα-ιατρός.	62
Πίνακας 36. Πίνακας διασταύρωσης φρούτα-δείκτης μάζας σώματος.	62
Πίνακας 37. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των συνηθειών (άσκηση, καθιστός/ή) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.	63
Πίνακας 38. Πίνακας διασταύρωσης καθιστός/ή (ώρες ανά ημέρα)-χρόνιο νόσημα.	64
Πίνακας 39. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των συνηθειών (ποιότητα ύπνου, απαραίτητες θερμίδες) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.	64
Πίνακας 40. Πίνακας διασταύρωσης ποιότητα ύπνου-νοσηλεία.	65
Πίνακας 41. Πίνακας διασταύρωσης απαραίτητες θερμίδες-φύλο.	66

Πίνακας 42. Πίνακας διασταύρωσης απαραίτητες θερμίδες-επαγγελματική κατάσταση.....	66
Πίνακας 43. Πίνακας διασταύρωσης απαραίτητες θερμίδες-μηνιαίο εισόδημα.	67
Πίνακας 44. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των δημογραφικών χαρακτηριστικών (μηνιαίο εισόδημα και ασφάλιση) από τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά.	68
Πίνακας 45. Πίνακας διασταύρωσης μηνιαίο εισόδημα-φύλο.	69
Πίνακας 46. Πίνακας διασταύρωσης μηνιαίο εισόδημα-επαγγελματική κατάσταση.	69
Πίνακας 47. Πίνακας διασταύρωσης μηνιαίο εισόδημα-τόπος διαμονής.	70
Πίνακας 48. Πίνακας διασταύρωσης ασφάλιση-φύλο.....	71
Πίνακας 49. Πίνακας διασταύρωσης ασφάλιση-επαγγελματική κατάσταση.	71
Πίνακας 50. Πίνακας διασταύρωσης ασφάλιση-οικονομική κατάσταση νοικοκυριού.....	72
Πίνακας 51. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των δημογραφικών χαρακτηριστικών (Δείκτης Μάζας Σώματος και χρόνια νόσημα) από τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά.72	
Πίνακας 52. Πίνακας διασταύρωσης ΔΜΣ-ηλικία.	74
Πίνακας 53. Πίνακας διασταύρωσης ΔΜΣ-χρόνιο νόσημα	74
Πίνακας 54. Πίνακας διασταύρωσης ΔΜΣ-τόπος διαμονής.	75
Πίνακας 55.Αποτελέσματα των ελέγχων επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στη μεταβλητή HRQL.	76
Πίνακας 56. Αποτελέσματα των ελέγχων επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στη μεταβλητή VAS.	78
Πίνακας 57. Αποτελέσματα των ελέγχων επίδρασης των συνηθειών στη μεταβλητή HRQL.	81
Πίνακας 58. Αποτελέσματα των ελέγχων επίδρασης των συνηθειών στη μεταβλητή VAS.....	83

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 1. Το «μοντέλο του ουράνιου τόξου».....	9
Εικόνα 2. Το κοινωνικοοικονομικό μοντέλο του ύπνου.....	16
Εικόνα 3. Οι διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.	28

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1. Φύλο (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).....	36
Διάγραμμα 2. Ηλικία (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).....	37
Διάγραμμα 3. Μέσος όρος εξαμήνου (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).	40
Διάγραμμα 4. Χρόνιο νόσημα (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).....	41
Διάγραμμα 5. Υγεία σήμερα συγκριτικά με τους 12 τελευταίους μήνες (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).	46
Διάγραμμα 6. Κάπνισμα συμμετεχόντων (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).	49
Διάγραμμα 7. Καθιστός/ή (ώρες ανά ημέρα) (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).....	51
Διάγραμμα 8. Ποιότητα ύπνου συμμετεχόντων (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).	51
Διάγραμμα 9. Διασπορά/σκεδασμός HRQL-Ύψος.....	77
Διάγραμμα 10. Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα οικονομική κατάσταση νοικοκυριού.....	79
Διάγραμμα 11. Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα χρόνιο νόσημα.	79
Διάγραμμα 12 Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα δείκτης μάζας σώματος.	80
Διάγραμμα 13. Διασπορά/σκεδασμός VAS-Βάρος.....	81
Διάγραμμα 14. Μέσοι όροι της μεταβλητής HRQL, ανάλογα με τον παράγοντα ποιότητα ύπνου.	83
Διάγραμμα 15 Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα τσιγάρα ανά ημέρα.	84
Διάγραμμα 16. Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα άσκηση.	85
Διάγραμμα 17. Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα ποιότητα ύπνου.	85
Διάγραμμα 18. HSDC: EQ-5D-5L.....	87

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποσκοπεί στη μελέτη της ύπαρξης υγειονομικών ανισοτήτων σε μεταπτυχιακούς φοιτητές/τριες. Οι ανισότητες είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο, που χρίζει μεγάλης διερεύνησης. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, συναντώνται σημαντικές από αυτές μεταξύ των χωρών-μελών της, αλλά και στην κάθε χώρα ξεχωριστά, στις διαφορετικές υπο-ομάδες του πληθυσμού της (Ευρωπαϊκή Ένωση, 2017).

Η έρευνα, ορίζοντας τους παράγοντες ανισοτήτων ως τον κεντρικό άξονά της, επεκτάθηκε στις υγειονομικές ανισότητες και τους συντελεστές που τις τροφοδοτούν. Η διερεύνηση των παραπάνω βασίζεται στην πολυδιάστατη υπόθεση ότι όσο καλύτερη είναι η οικονομική κατάσταση ενός ατόμου, συνδυαστικά με τις συνήθειές του, καθώς και τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά (φύλο, εθνικότητα κ.α.), τόσο πιο βελτιωμένη είναι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του. Επιπρόσθετα, το εκπαιδευτικό επίπεδο, που αποτελεί παράγοντα ανισοτήτων στη βιβλιογραφία είναι μία μεταβλητή που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Spronk et al., 2021), όμως στην παρούσα έρευνα δε λήφθηκε υπόψιν, καθώς αποτελεί ενιαίο στοιχείο για όλους τους συμμετέχοντες/ουσες, αφού προϋπόθεση συμμετοχής στην έρευνα είναι η φοίτηση ως μεταπτυχιακός/ή φοιτητής/τρια στο πανεπιστήμιο Μακεδονίας. Η επιλογή του δείγματος της μελέτης εστιάστηκε σε μεταπτυχιακούς φοιτητές/τριες, γιατί έχουν μεγαλύτερο εύρος ηλικιών και επομένως αυξημένη διαφοροποίηση στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

1.2 Αναμενόμενα οφέλη της έρευνας

Η έρευνα αυτή, έχει ως σκοπό να διερευνήσει τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις συνήθειες πρόληψης και ρίσκου των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών, της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και της κατάστασης της υγείας αυτών. Επιπλέον, θα εξεταστούν δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως είναι το φύλο και το εισόδημα, καθώς αποτελούν πηγή υγειονομικών ανισοτήτων.

Λαμβάνοντας υπόψιν τους ολοένα και αυξανόμενους ρυθμούς της εργασιακής καθημερινότητας και την οικονομική κρίση, ο σύγχρονος άνθρωπος αναπτύσσει συνήθειες όπως είναι η συχνή κατανάλωση έτοιμου φαγητού, περιορισμό της άσκησης, πολλές ώρες καθιστικής ζωής και άγχος. Οι παραπάνω έχουν αντίκτυπο στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής του ατόμου. Τα βασικά ερευνητικά σημεία της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελούν η κατάσταση της υγείας και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών και οι καθημερινές συνήθειές τους, και η ύπαρξη υγειονομικών ανισοτήτων. Τέλος, διερευνάται η ύπαρξη σχέσης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και των καθημερινών συνηθειών, και δημογραφικών χαρακτηριστικών των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ

2.1 Ορισμός της ανισότητας

Ο όρος ανισότητα, χρησιμοποιείται για να αναδείξει τις ανομοιότητες που υπάρχουν μεταξύ των διαφορετικών ομάδων ενός πληθυσμού. Οι διαφορές αυτές, δεν είναι απαραίτητα άδικες. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ηλικία ενός ατόμου (McCartney et al., 2019). Η παραπάνω, είναι μια διαφορά η οποία είναι βιολογική, προκαθορισμένη και δεν επηρεάζεται από άλλους παράγοντες (Σαρρήs et al., 2002). Όμως, η πιο ορθολογική χρήση του όρου ανισότητα, αναφέρεται σε αυτές οι οποίες απορρέουν από ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης (McCartney et al., 2019). Ο παραπάνω είναι ένας γενικός όρος και απαρτίζεται από πολλές κατηγορίες, δύο εκ των οποίων αποτελούν οι εισοδηματικές και οι υγειονομικές ανισότητες. Η εισοδηματική ανισότητα, σε ορισμένες περιπτώσεις απορρέει από το φύλο ή την εθνικότητα των ατόμων, καθώς η κατανομή των διαθέσιμων πόρων δε γίνεται πάντα με κριτήριο την ισότητα και την ευημερία όλων των πολιτών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2017). Επιπλέον, αυτή εξαρτάται από την κοινωνικοοικονομική θέση ενός ατόμου, η οποία επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, με τον πιο καθοριστικό να αποτελεί το εισόδημα. Επιπροσθέτως, σημαντικό γεγονός είναι ότι οι οικονομικές απολαβές συχνά καθορίζονται από το μορφωτικό επίπεδο του ατόμου (Burtis και Hacker, 2017).

Οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες, με βάση το εισοδηματικό χάσμα που υπάρχει ανάμεσα στους πολίτες, είναι αρκετά αυξημένες σε κάποιες από τις χώρες του OECD και αξιοσημείωτες συναντώνται στην Ελλάδα, την Τουρκία, τη Λετονία, καθώς και την Ισλανδία (OECD, 2021).

2.2 Φύλο και ανισότητες

Παγκόσμια, οι γυναίκες αμείβονται με χαμηλότερους μισθούς σε σχέση με τους άνδρες συνάδελφους τους (Βιτσιλάκη et al., 2011). Όπως αναφέρει ο W.H.O. (2011), η ανισότητα των

φύλων αποτελεί ένα καθοριστικό παράγοντα που επιδρά στην υγεία των πολιτών και συχνά συνδυάζεται και με άλλους συντελεστές ανισοτήτων όπως είναι ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η καταγωγή, η οικονομική κατάσταση κ.α..

Σημαντικό ρόλο στη βιβλιογραφία κατέχει το φαινόμενο της γυάλινης οροφής. Ο όρος αυτός, χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά τον Μάρτιο του 1986 από δημοσιογράφους της εφημερίδας Wall Street Journal και έκτοτε χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα αόρατα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι γυναίκες εργαζόμενες κατά την επαγγελματική τους σταδιοδρομία, στην προσπάθειά τους να φτάσουν σε υψηλόβαθμες ηγετικές θέσεις. Το παραπάνω υφίσταται χάρις την εταιρική παράδοση και προκατάληψη που υπάρχει στις επιχειρήσεις (Zimmer, 2015). Το φαινόμενο της γυάλινης οροφής μας δείχνει ότι οι διακρίσεις με βάση το φύλο, την εθνικότητα ή άλλα χαρακτηριστικά αυξάνονται στις υψηλότερες θέσεις εργασίας, έναντι των διακρίσεων που ενδεχομένως να υπάρχουν σε μεσαίες ή χαμηλότερες θέσεις (Cotter et al., 2001). Το 2018, σημειώθηκε μείωση του χάσματος ανάμεσα στο ποσοστό των γυναικών και των ανδρών που εργάζονται, όμως η διαφορά στις μισθολογικές αποδοχές συνεχίζει να είναι μεγάλη. Το αναφερθέν συμβαίνει καθώς οι γυναίκες αμείβονται με χαμηλότερους μισθούς και έχουν μειωμένη πρόσβαση σε διευθυντικές θέσεις. Σημαντική επίπτωση είναι η εργασία μερικής απασχόλησης, καθώς αυτή εντείνεται στις γυναίκες που έχουν ανήλικα παιδιά στην οικογένειά τους. Τέλος, οι υπερωρίες, οι οποίες αποτελούν τρόπο αύξησης του εισοδήματος, πραγματοποιούνται πιο συχνά από άνδρες εργαζομένους, όπως έχει παρατηρηθεί (OECD, 2019 b).

Γενικά υπάρχουν διάφοροι δείκτες μέτρησης του φαινομένου της ανισότητας, πολλοί από αυτούς αναφέρονται παρακάτω. Για το θέμα της ανισότητας των φύλων χρησιμοποιείται κυρίως ο Δείκτης Κοινωνικών Θεσμών και Ισότητας των Φύλων (Social Institutions and Gender Index, SIGI) που μετράει τις διακρίσεις κατά των γυναικών και λαμβάνει τιμές από το 0% έως το 100%. Όταν είναι κοντά στο 0% σημαίνει ότι δεν υπάρχει καμία διάκριση σε βάρος των γυναικών, ενώ όσο η τιμή πλησιάζει το 100% φανερώνει υψηλό επίπεδο διακρίσεων κατά του γυναικείου φύλλου (OECD, 2019 c). Στον παραπάνω δείκτη την καλύτερη βαθμολογία την κατέχει η Ελβετία με 0,081, ενώ στη χειρότερη θέση βρίσκεται η Χιλή με αυτόν τον δείκτη να παίρνει την τιμή 0,361. Στην Ελλάδα η τιμή που λαμβάνει ο SIGI είναι 0,271 (OECD, 2022 c). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί

ότι η Ευρωπαϊκή Ένωση, σε μια προσπάθειά της να μειώσει τις ανισότητες στην Ευρώπη, δημιούργησε την επιτροπή για την ισότητα των φύλων (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2022).

2.3 Φτώχεια και κοινωνικός αποκλεισμός

Η φτώχεια είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, εφόσον αποτελείται από πολλές διαφορετικές καταστάσεις και παραμέτρους. Οδηγεί τα άτομα σε μειονεκτική θέση και σε φαινόμενα όπως είναι η ανεργία, η έλλειψη στέγασης και η χαμηλή υγειονομική περίθαλψη.

Η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός είναι ένα φαινόμενο που ξεκίνησε να αντιμετωπίζεται στην Ευρωπαϊκή Ένωση το 1980, καθώς τότε ξεκίνησαν τα τρία πρώτα προγράμματά της, με σκοπό να εφαρμοστούν στα κράτη-μέλη για την εξάλειψη αυτού. Ακόμα, η Ευρωπαϊκή Ένωση στην προσπάθειά της να τη μετρήσει, έχει ορίσει ένα «επίπεδο φτώχειας» για τα κράτη μέλη της. Το παραπάνω ορίζει αυτό το επίπεδο ως «το 60% του διάμεσου ισοδύναμου διαθέσιμου εισοδήματος» (Ράπανος et al., 2009). Για να μελετηθεί και να αναλυθεί το επίπεδο της φτώχειας χρησιμοποιούνται κάποιοι ευρέως διαδεδομένοι δείκτες αξιολόγησής της, ένας εκ των οποίων αποτελεί ο «δείκτης κατανομής εισοδήματος (S80/S20) σε πεντημόρια εισοδήματος». Ο παραπάνω, δείχνει τη «σχετική ανισότητα» στην κατανομή των εισοδημάτων και συγκρίνει τα εισοδήματα του 20% των πιο εύπορων με αυτά του 20% των πιο φτωχών του πληθυσμού. Σημαντικό ωστόσο μειονέκτημα του είναι ότι ο δείκτης αυτός δε μένει ανεπηρέαστος από τα ακραία εισοδήματα (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2021; Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος, 2009). Επιπλέον, σημαντικός είναι ο δείκτης G.I.N.I., ή αλλιώς «δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος» που μετράει την εισοδηματική ανισότητα και δεν επηρεάζεται από ακραίες τιμές. Αυτός ο δείκτης λαμβάνει τιμές από 0 έως 1. Όταν παίρνει την τιμή 0 δείχνει ότι υπάρχει πλήρης ισότητα στη χώρα, ενώ όσο πλησιάζει το 1, υποδηλώνει πλήρης ανισότητα. Στην Ελλάδα ο δείκτης G.I.N.I. λαμβάνει την τιμή 0,30. Η Σλοβακία έχει τον μικρότερο δείκτη στις χώρες του ΟΟΣΑ με τιμή 0,22, ενώ η Κόστα Ρίκα έχει τον μεγαλύτερο με 0,49 (OECD, 2022a).

Υπάρχουν αρκετοί κοινωνικοί, καθώς και οικονομικοί παράγοντες που οδηγούν στη φτώχεια και στον κοινωνικό αποκλεισμό των ατόμων. Οικονομικοί είναι, μεταξύ άλλων, ο

πληθωρισμός και η φορολογία που επιδρούν στην άνιση κατανομή των εισοδημάτων. Οι πιο σημαντικοί κοινωνικοί παράγοντες είναι το φύλο, η εκπαίδευση, ο αριθμός των μελών της οικογενείας, ο ρατσισμός και η γεωγραφική θέση. Συμπερασματικά, η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός οδηγούν σε δυσκολίες εύρεσης εργασίας και επηρεάζουν σε μεγάλο ποσοστό την υγεία των ατόμων διότι δημιουργούν προβλήματα προσβασιμότητας και χαμηλής ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Αποτέλεσμα είναι τα ψυχολογικά, καθώς και τα σωματικά προβλήματα που επιδρούν στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ανθρώπων (Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΙΣΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

3.1 Η υγεία και οι παράγοντές της

Η υγεία επηρεάζεται από διάφορους συντελεστές, όπως είναι η εκπαίδευση του ατόμου, η εργασία, καθώς και ο τρόπος ζωής του. Με τη διερεύνηση των παραπάνω παραγόντων, στοιχειοθετείται η ύπαρξη ή μη ύπαρξη των ανισοτήτων. Τα κύρια χαρακτηριστικά τους συνοψίζονται στις εξής δύο κατηγορίες, πρώτη είναι η κοινωνική τάξη και δεύτερη αποτελεί το κατά κεφαλήν εισόδημα. Τα παραπάνω φαίνεται να αποτελούν παράγοντες βαρύτητας και μεγάλης επιρροής, όσον αφορά τη θνησιμότητα και την υγεία των ανθρώπων (Τούντας, 2000). Η Ευρωπαϊκή επιτροπή έχει θεσμοθετήσει μια λίστα με ογδόντα οκτώ «δείκτες υγείας», οι οποίοι χρησιμοποιούνται για τη συγκέντρωση δεδομένων και την εφαρμογή νέων πολιτικών στρατηγικών στην Ευρώπη. Οι παραπάνω ομαδοποιούνται σε πέντε βασικές κατηγορίες, οι οποίες είναι: 1) τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η κοινωνική και οικονομική κατάσταση των πολιτών, 2) η υγεία τους, 3) οι συντελεστές οι οποίοι προσδιορίζουν την υγεία τους, 4) οι παρεμβάσεις που γίνονται στον κλάδο της υγείας 5) οι υπηρεσίες υγείας και η προαγωγή της υγείας εντός των χωρών (Ευρωπαϊκή Επιτροπή, 2022).

3.2 Ορισμός των υγειονομικών ανισοτήτων

Οι υγειονομικές ανισότητες αποτελούν μια σημαντική κατηγορία των ανισοτήτων και επηρεάζονται από οικονομικούς, κοινωνικούς, καθώς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν στην υγεία των ανθρώπων και την κάνουν πιο ευάλωτη (Σαρρής et al., 2002). Οι παραπάνω απορρέουν από την έλλειψη ισότιμης πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας από όλους τους πολίτες, καθώς και τη διαφορετική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας προς αυτούς (Patsali, et al., 2021).

Η ύπαρξη των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων στην υγεία εμφανίζεται ακόμα και σε χώρες με υψηλούς δείκτες οικονομικής ευημερίας (Boyd et al., 2021). Σημαντική συμβολή στη

βιβλιογραφία που αφορά τις ανισότητες στην υγεία, αποτέλεσε το «The Black Report» που δημοσιεύτηκε τον Απρίλιο του 1980 στο Ηνωμένο Βασίλειο. Το παραπάνω είναι μια έκθεση η οποία ανέδειξε την ύπαρξη σχέσης της κακής υγείας και της θνησιμότητας, με την κοινωνική ανισότητα που υπήρχε στον πληθυσμό της χώρας (Gray, 1982). Επιπρόσθετα, τόνισε την αδυναμία του εθνικού συστήματος υγείας να παρέχει υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες, μη πετυχαίνοντας τη μείωση των ανισοτήτων στη χώρα. Τα βασικά σημεία τα οποία ανέδειξε η έρευνα ήταν μεταξύ άλλων η αυξημένη θνησιμότητα σε όσους είχαν χαμηλότερη μόρφωση και μειωμένες οικονομικές αποδοχές, όπως και αυξημένη βρεφική θνησιμότητα στις οικογένειες με χαμηλότερο κοινωνικοοικονομικό προφίλ (Υφαντόπουλος, 2018).

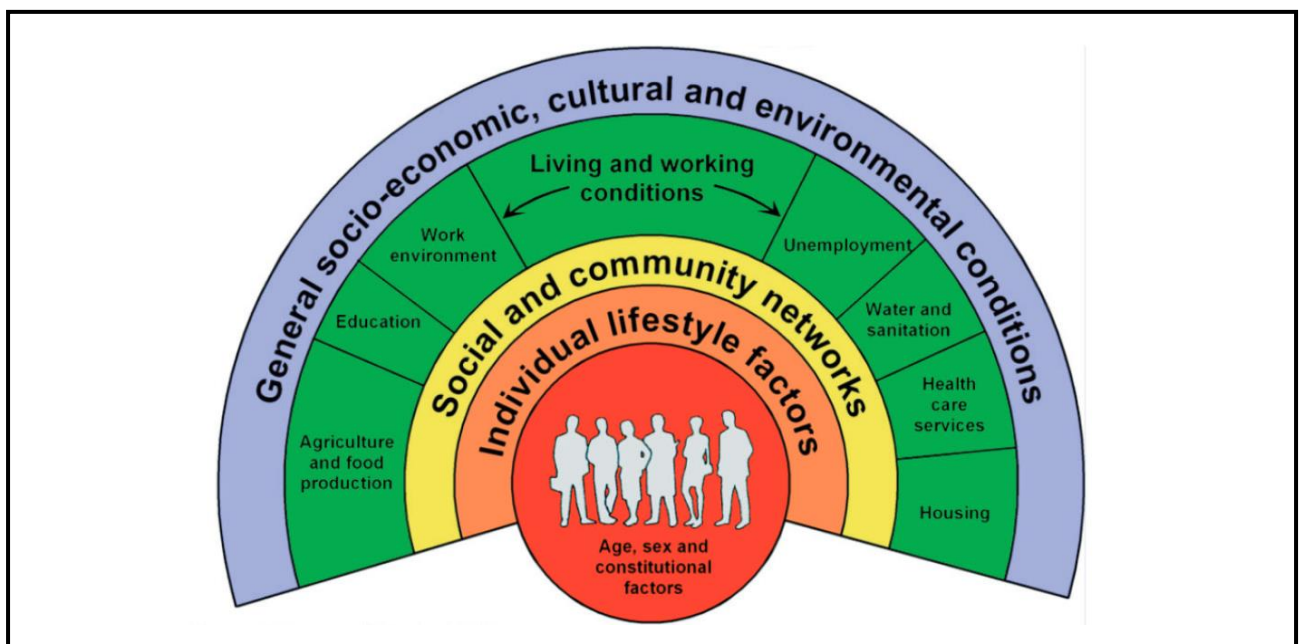
Σύμφωνα με υπολογισμούς του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου, οι απώλειες που συνδέονται με τις ανισότητες στον τομέα της υγείας κοστίζουν περίπου το 1,4% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος (Α.Ε.Π.) εντός της Ευρωπαϊκής Ένωσης (W.H.O. 2018).

Όπως επισημαίνει ο Υφαντόπουλος, (2018), η αρχή της ισότητας ενδέχεται να περιλαμβάνει την ίση πρόσβαση στις «κοινωνικές παροχές», την ίση πρόσβαση στην υγεία σε όλες τις γεωγραφικές περιοχές, την ίση «κατανάλωση των υπηρεσιών υγείας», καθώς και τις «ίσες ευκαιρίες για υγεία», όμως οι παραπάνω ορισμοί δε μπορούν να ικανοποιηθούν ταυτόχρονα.

Η έκθεση σε κινδύνους, δηλαδή η επαφή με παράγοντες που είναι επιβλαβείς για την υγεία, αποτελεί έναν σημαντικό συντελεστή ανισοτήτων. Συχνά αυτό παρατηρείται σε ανθρώπους που υφίστανται οικονομική και κοινωνική αδικία. Ακόμα, συνδέεται άμεσα με την εύρεση εργασίας, καθώς άντρες και γυναίκες με κακή υγεία εργάζονται λιγότερο σε σχέση με τους υγιείς (OECD, 2019 a).

Όπως αναφέρουν οι Arcaya, Arcaya και Subramanian (2015), χαρακτηριστικά των ανισοτήτων αποτελούν η κοινωνική ομάδα, η φυλή και η θρησκεία, καθώς αντικατοπτρίζουν την άδικη κατανομή των πόρων και ελλοχεύουν κινδύνους για τα άτομα που ανήκουν σε κάποια από αυτά. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η βρεφική θνησιμότητα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, καθώς είναι τρεις φορές μεγαλύτερη στους μη ισπανόφωνους εγχρώμους έναντι των λευκών ισπανόφωνων.

Άλλοι παράγοντες που οδηγούν σε υγειονομικές ανισότητες είναι η διατροφή, οι συνθήκες στέγασης και η ρύπανση της ατμόσφαιρας, καθώς επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την υγεία. Τέλος, σύμφωνα με τους Dohlgren και Whitehead (1992), παράγοντες υγειονομικών ανισοτήτων αποτελούν οι παρακάτω: «η ηλικία, το φύλο, οι κληρονομικοί παράγοντες, η φτώχεια, το εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης, οι συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, η ανεργία, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η διατροφή, η άσκηση, το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ, κ.α.».



Εικόνα 1. Το «μοντέλο του ουράνιου τόξου»

Πηγή: Dohlgren και Whitehead (1991)

Το παραπάνω σχήμα (Εικόνα 1) ονομάζεται το «μοντέλο του ουράνιου τόξου» και απεικονίζει τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία, όπως τους αναφέρουν οι Dohlgren και Whitehead (1991). Σε αυτό διαφαίνονται οι σχέσεις μεταξύ των ατόμων, του περιβάλλοντος και της υγείας τους. Οι άνθρωποι είναι τοποθετημένοι στο κέντρο του συστήματος και γύρω από αυτούς υπάρχουν οι διάφοροι παράγοντες που τους επηρεάζουν (UKRI, 2022).

3.3 Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ υπάρχει σχεδόν καθολική κάλυψη για το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών υγείας. Η ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε αυτές κατά το έτος 2020 έφτανε κατά μέσο όρο το 71%. Σε χώρες όπως είναι η Ελβετία, το ποσοστό ικανοποιημένων πολιτών έφτασε το 90%. Στην Ελλάδα, το παραπάνω ποσοστό ικανοποίησης ήταν στο 38%, η πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη ήταν και αυτή περιορισμένη, με περίπου 8% ανικανοποίητες ανάγκες για υγειονομική περίθαλψη (OECD, 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

4.1 Διατροφή

Είναι γεγονός ότι η σωστή διατροφή συμβάλει στην καλή υγεία (OECD,2021). Όμως, δεν υπάρχει ίση πρόσβαση από όλους σε μια σωστή και ισορροπημένη διατροφή. Οι διατροφικές συνήθειες εξαρτώνται κυρίως από οικογενειακούς, καθώς και κοινωνικούς παράγοντες. Επιπλέον, επηρεάζονται από τη διαθεσιμότητα των προϊόντων, καθώς και την τιμή τους (Paglia, 2019). Όπως αναφέρει το C.D.C. (2022), μια σωστή διατροφή περιλαμβάνει άπαχο κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλά σε λιπαρά, είναι χαμηλή σε νάτριο, κορεσμένα λιπαρά και ζάχαρη.

Ακόμα, μια ισορροπημένη διατροφή είναι βασισμένη σε τρόφιμα ολικής άλεσης, φρούτα, λαχανικά, θαλασσινά και πουλερικά και μπορεί να συμβάλει θετικά στον ανθρώπινο οργανισμό. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι η ισορροπημένη διατροφή έχει αυξημένη θετική συμβολή στη γονιμότητα των γυναικών (Gaskins et al., 2018). Σύμφωνα με τους Marangoni et al., (2019) τα τέσσερα ή πέντε γεύματα ημερησίως μπορούν να συμβάλουν θετικά στην υγεία του ατόμου έναντι των τριών κύριων γευμάτων.

Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη διατροφή και στη συμπεριφορά ενός ατόμου είναι αμφίδρομη (Kris-Etherton et al., 2021). Οι διατροφικές συνήθειες επιδρούν σε μεγάλο βαθμό στην ψυχολογική κατάσταση των ανθρώπων (Owen και Corfe, 2017). Οι αλλαγές στη διατροφή συχνά επηρεάζουν την ψυχική υγεία. Επιπλέον, η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου. Ακόμα, η διατροφή επηρεάζει τόσο την πρόληψη διαφόρων ψυχικών διαταραχών, όσο και τη θεραπεία τους (Kris-Etherton et al., 2021). Επίσης, η κακή διατροφή συνδέεται με προβλήματα στοματικής υγείας, όπως είναι η τερηδόνα και επιδρά αρνητικά στην ανάπτυξη των δοντιών, καθώς επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από την πρόσληψη βιταμινών A, C και D (Rajendra et al., 2021). Τέλος, υπάρχει σχέση με διάφορες καρδιαγγειακές παθήσεις, διαβήτη και θέματα ψυχικής υγείας, όπως είναι η κατάθλιψη (Bremner et al., 2020). Επιπρόσθετα, συναντώνται ψυχικές διαταραχές και κακή υγεία σε άτομα με μειωμένη πρόσβαση στην τροφή, λόγω χαμηλών εισοδημάτων (Gundersen και Ziliak, 2015). Η βελτίωση των

διατροφικών συνηθειών, με σκοπό την καλύτερη ψυχική υγεία, συμβάλει θετικά στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και στη μείωση του κόστους κυρίως όσον αφορά τα χαμηλότερα οικονομικά στρώματα (Adan et al., 2019).

Η κλιματική αλλαγή έχει διάφορες επιπτώσεις στην υγεία των ανθρώπων εξαιτίας των κοινωνικό-οικονομικών ανισοτήτων. Καθώς τα καλοκαίρια γίνονται πιο θερμά, υπάρχει έμμεση επίπτωση στην τιμή της ηλεκτρικής ενέργειας και κατ' επέκταση στην τιμή των τροφίμων με αποτέλεσμα να μειώνεται η πρόσβαση στην τροφή από τους οικονομικά ασθενέστερους (Paavola, 2017). Οι Gundersen και Ziliak (2015), με τη χρήση του όρου «food insecurity», δηλαδή ανασφάλεια στην πρόσβαση τροφής, αναφέρονται σε νοικοκυριά τα οποία έχουν μειωμένη πρόσβαση σε θρεπτικά και ασφαλή για την υγεία τρόφιμα (Hazzard et al., 2020), εξαιτίας τόσο κοινωνικών όσο και οικονομικών συνθηκών διαβίωσης. Το παραπάνω οδηγεί σε προβλήματα ψυχικής υγείας, με πιο σύνηθες να είναι η κατάθλιψη (Gundersen και Ziliak, 2015).

4.1.1 Δείκτης μάζας σώματος

Σύμφωνα με το National Institutes of Health (2000), ο δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ.) ενός ανθρώπου είναι το πηλίκο του κλάσματος όπου στον διαιρετέο βρίσκεται το βάρος του σε κιλά και στον διαιρέτη έχει το ύψος ενός ανθρώπου σε μέτρα, υψωμένο στο τετράγωνο. Όταν η τιμή του παραπάνω κλάσματος είναι μεγάλη, θεωρείται ότι υπάρχει υψηλή ποσότητα λίπους στο σώμα και vice versa. Στον Πίνακα 1, που ακολουθεί, παρουσιάζονται τα όρια του Δ.Μ.Σ. για ενήλικες, καθώς και οι κατηγορίες τους.

$$\Delta.Μ.Σ. = \frac{\text{Σωματικό βάρος(σε κιλά)}}{\text{Ύψος (σε μέτρα)}^2}$$

Πίνακας 1. Δείκτης Μάζας Σώματος ενηλίκων

Δ.Μ.Σ. < 18,5	Λιποβαρής
---------------	-----------

$18,5 \leq \Delta.Μ.Σ. \leq 24,9$	Φυσιολογικό βάρος
$25 \leq \Delta.Μ.Σ. \leq 29,9$	Υπέρβαρος
$\Delta.Μ.Σ. \geq 30$	Παχύσαρκος

4.1.2 Παχυσαρκία

Με τη χρήση του όρου παχυσαρκία γίνεται αναφορά στα άτομα τα οποία έχουν δείκτη μάζας σώματος ($\Delta.Μ.Σ.$) μεγαλύτερο ή ίσο του 30. Επιπλέον, η παχυσαρκία έχει χαρακτηριστεί ως επιδημία, καθώς συνδέεται με τον θάνατο 4.000.000 ανθρώπων ετησίως (OECD, 2022b). Ακόμα, αποτελεί μια ασθένεια η οποία έχει παρουσιάσει μεγάλη αύξηση τα τελευταία χρόνια (Normand et al., 2022).

Τα κύρια αίτια που οδηγούν στην αύξηση του σωματικού βάρους και στην παχυσαρκία, είναι η κακή διατροφή και η μειωμένη σωματική εκγύμναση (OECD, 2022b). Επιπλέον, αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου, καθώς οδηγεί σε ασθένειες όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, το εγκεφαλικό, η ανάγκη για αιμοκάθαρση, τα καρδιαγγειακά προβλήματα, καθώς και η ανάπτυξη αυτοάνοσων νοσημάτων (OECD, 2021a,b, Normand et al., 2022). Η παχυσαρκία επηρεάζει και αυξάνει τις ψυχικές διαταραχές που σχετίζονται με το άγχος και το στρες (Bremner et al., 2020). Ακόμα, στα άτομα με αυξημένο βάρος υπάρχει μεγάλη επίδραση της αυτοεκτίμησής τους ακόμα και όταν προσπαθούν να αποβάλουν τα επιπλέον κιλά καθώς μπορεί η νέα τους εικόνα να μην ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους (Normand et al., 2022). Τέλος, η παχυσαρκία συνδέεται με την πρόωρη θνησιμότητα (Hassan et al., 2016). Συμπερασματικά, η παχυσαρκία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Normand et al., 2022).

Το ποσοστό των ανθρώπων που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι στις χώρες του ΟΟΣΑ είναι 56% (OECD, 2021). Στην Ελλάδα το 57,22% του πληθυσμού έχει δείκτη μάζας σώματος

μεγαλύτερο από 25. Αναλυτικότερα, το 49,1% των γυναικών στη χώρα είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο και αντίστοιχα το 66,8% των ανδρών, ενώ στην Ευρώπη το 60,2% των ανδρών και το 45,7% των γυναικών είναι υπέρβαροι. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό παχυσαρκίας στη χώρα εμφανίζεται στην ηλικιακή ομάδα από 65 έως 74 ετών με ποσοστό 74,7%, ενώ το χαμηλότερο στην ομάδα από 18 έως 24 ετών με ποσοστό 23,4%. Όπως στην Ελλάδα, έτσι και στην υπόλοιπη Ευρώπη τα υψηλότερα και τα χαμηλότερα ποσοστά υπέρβαρων ή παχύσαρκων εμφανίζονται στις ίδιες ηλικιακές ομάδες, με ποσοστό 65,7% στους 65 με 74 ετών και 25% στους 18 έως 24. Τέλος, για τις υπόλοιπες χώρες του πλανήτη το μεγαλύτερο ποσοστό βρίσκεται στο Μεξικό με 75,2% του πληθυσμού να είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, ενώ το χαμηλότερο ποσοστό βρίσκεται στην Ιαπωνία με ποσοστό 27,2% να έχουν αυξημένο σωματικό βάρος (OECD, 2021; Eurostat, 2019).

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία ανάμεσα σε 418 ενήλικες, σε ηλικίες από 18 έως και 60 ετών, έδειξε ότι υπάρχει μεγαλύτερος κίνδυνος παχυσαρκίας σε πρώην καπνιστές, άτομα με χαμηλή ποιότητα ύπνου, ενώ ο κίνδυνος αυτός είναι μειωμένος σε γυναίκες, ανθρώπους που γυμνάζονται, καθώς και άτομα που είναι κάτοχοι πτυχίου τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (Ortega, 2013).

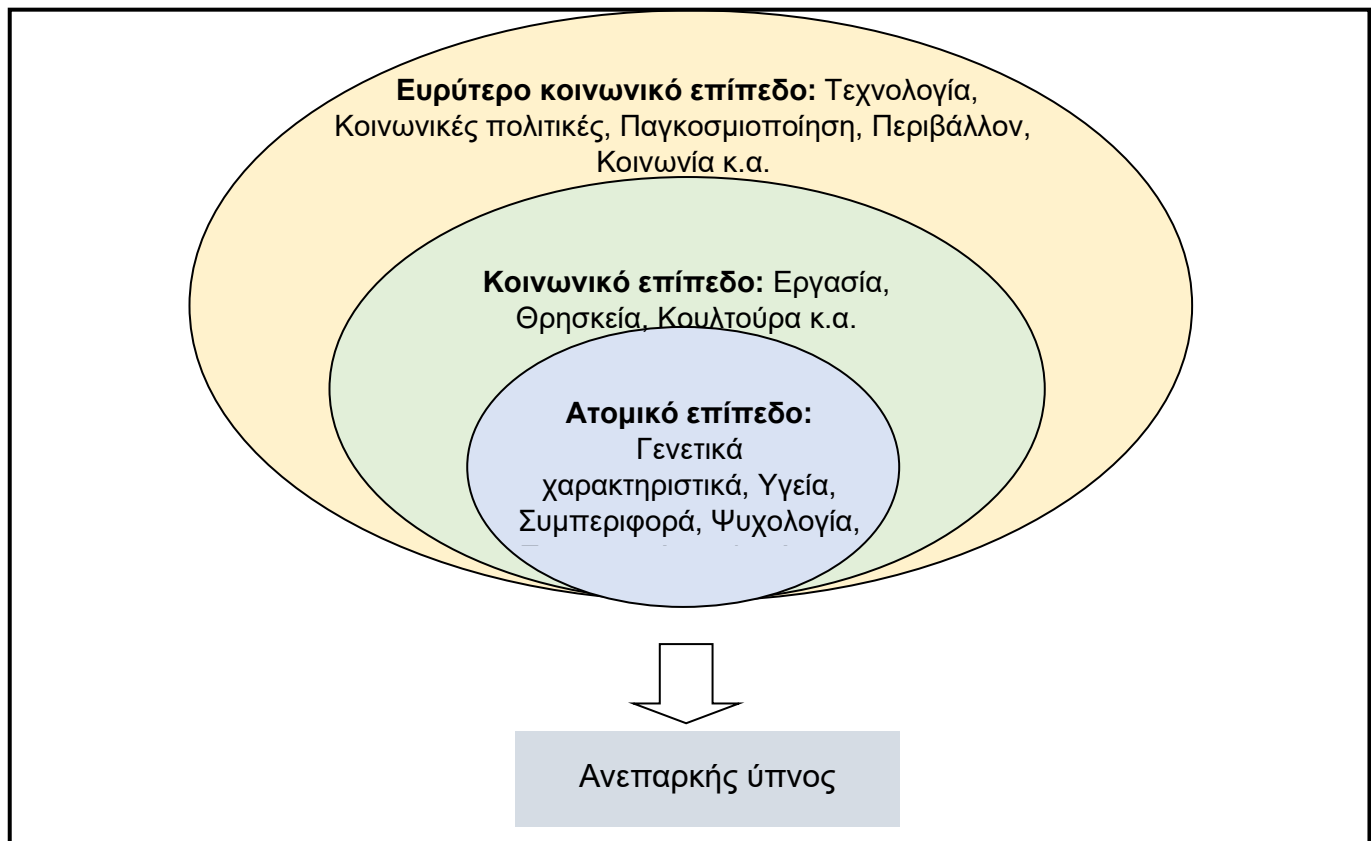
Το μεγαλύτερο μέρος των χωρών του ΟΟΣΑ έχει υιοθετήσει πολιτικές με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Αυτές οι πολιτικές περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων την αύξηση φόρου σε ανθυγιεινά προϊόντα, όπως είναι τα ανθρακούχα ποτά, με σκοπό τη μείωση της πρόσβασης. Επιπλέον, έχουν υιοθετηθεί διάφορες καμπάνιες που έχουν ως στόχο να στρέψουν τους ανθρώπους στην υιοθέτηση πιο υγιεινών τρόπων ζωής (OECD, 2022b). Όπως επισημαίνει ο OECD (2021), μπορεί να υπάρξει πρόληψη για πολλά από τα χρόνια νοσήματα με τη μείωση της έκθεσης σε κινδύνους, όπως η χρήση καπνικών προϊόντων, η παχυσαρκία, καθώς και η μειωμένη σωματική άσκηση.

4.2 Ποιότητα ύπνου

Ο ύπνος αποτελεί μια βιολογική ανάγκη για τον άνθρωπο (Grandner, 2017). Ο υγιής ύπνος είναι απαραίτητος για την υγεία και την ευημερία τόσο των παιδιών όσο και των ενηλίκων. Ο

«καλός ύπνος» κατά τη διάρκεια της νύχτας είναι 7 με 8 ώρες (Barbato, 2021). Η υψηλή ποιότητα ύπνου οδηγεί σε καλή υγεία και ποιότητα ζωής (WHO, 2004). Στο μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων ο ύπνος αποτελεί το 20% με 40% της ημέρας τους (Grandner, 2017). Η χαμηλή διάρκεια του στην καθημερινότητα ενός ανθρώπου είναι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας και συνδέεται άμεσα με το αυξημένο βάρος, την παχυσαρκία, τις ψυχικές διαταραχές όπως είναι το άγχος, η κατάθλιψη και άλλα προβλήματα υγείας (Grandner et al., 2013; WHO, 2004; Arenas et al., 2019). Επιπρόσθετα, ο χαμηλός σε ποιότητα ύπνος συμβάλει στον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη (Kolb και Martin, 2017). Οι διαταραχές του ύπνου συχνά επηρεάζονται από κοινωνικούς, οικονομικούς, περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες (Prasad et al., 2018). Όπως αναφέρουν οι Scott et al., (2021), η βελτίωση της ποιότητας του ύπνου συνδέεται με τη μείωση των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Επιπρόσθετα, το στρες αποτελεί σημαντική πηγή διαταραχών ύπνου. Στην Αμερική, περισσότεροι από 50.000.000 ενήλικες αντιμετωπίζουν προβλήματα και διαταραχές ύπνου (Pandi-Perumal et al., 2017).

Σύμφωνα με τον W.H.O. YFA(2004), τα πιο συχνά αίτια που σχετίζονται με τις διαταραχές του ύπνου είναι η εξωτερική θερμοκρασία, η λήψη φαρμακευτικών αγωγών και η στάση του σώματος. Τα παραπάνω εξαρτιόνται κυρίως από τον τρόπο ζωής του ατόμου, καθώς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Η έλλειψη ύπνου προκαλεί προβλήματα συμπεριφοράς, διαταραχές στη διάθεση, εργατικά και οδικά ατυχήματα, υπνηλία, μείωση πνευματικής συγκέντρωσης και αγχώδεις διαταραχές. Τέλος, σημαντική είναι η συμβολή του ποιοτικού ύπνου στο ανοσοποιητικό σύστημα του ανθρώπου (Besedovsky et al., 2019).



Εικόνα 2. Το κοινωνικοοικονομικό μοντέλο του ύπνου.

Το παραπάνω σχήμα (Εικόνα 2) δείχνει το «κοινωνικοοικονομικό μοντέλο του ύπνου». Συγκεκριμένα, σε αυτό εμφανίζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου και χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Η πρώτη απαρτίζεται από τους ευρύτερους κοινωνικούς παράγοντες, η δεύτερη εμπεριέχει τους κοινωνικούς και τέλος στην τρίτη είναι οι ατομικοί (Grandner, 2017). Τέλος, όπως επισημαίνουν οι Pandi-Perumal et al., (2017) υπάρχει συσχέτιση των φυλετικών ανισοτήτων και της ποιότητας του ύπνου. Σε έρευνα που έγινε στην Αμερική, για τα προβλήματα και τις διαταραχές του ύπνου, ανάμεσα σε λευκούς και μαύρους, βρέθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τους παράγοντες που σχετίζονται με τη διάρκεια, την ποιότητα και την πιθανότητα ανάπτυξης διαταραχών του ύπνου.

4.3 Κάπνισμα

Το κάπνισμα αποτελεί έναν σημαντικό κίνδυνο για την υγεία των ανθρώπων και συνδέεται με την πρόωγη θνησιμότητα. Κάθε χρόνο πεθαίνουν περισσότεροι από 8 εκατομμύρια άνθρωποι εξαιτίας του καπνίσματος, εκ των οποίων περίπου τα 1,2 εκατομμύρια είναι παθητικοί καπνιστές. Μεταξύ άλλων, αυξάνει την πιθανότητα για καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνο του πνεύμονα, του λάρυγγα και του στόματος, καθώς και άλλων παθήσεων του αναπνευστικού συστήματος (OECD, 2021). Ακόμα, το κάπνισμα συνδυαστικά με το στρες, καθώς και το χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, αποτελούν παράγοντες που ενισχύουν την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη (Kolb και Martin., 2017). Αξιοσημείωτο είναι ότι τουλάχιστον το 80% των καπνιστών ζουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος.

Σύμφωνα με τους Smith, Hill και Amos (2020), η μεγαλύτερη χρήση προϊόντων καπνού γίνεται από ομάδες με χαμηλό εισόδημα και κοινωνικοοικονομικό προφίλ. Όπως αναφέρουν οι Lucherini et al., (2019), η κοινωνική θέση, η εθνικότητα, το φύλο, ο σεξουαλικός προσανατολισμός και η οικονομική κατάσταση του ατόμου επηρεάζουν την ευαισθησία του προς τη χρήση καπνικών προϊόντων. Στη Δυτική Ευρώπη το κάπνισμα είναι δυο φορές πιο συνηθισμένο στις μειονότητες. Ένα συχνό μέτρο καταπολέμησης του καπνίσματος είναι η αύξηση της τιμής πώλησης των καπνικών προϊόντων μέσω της αυξήσεως της φορολογίας (Hill et al., 2013). Η χρήση υποκατάστατων προϊόντων καπνού ως μέτρο ενθάρρυνσης διακοπής του καπνίσματος, δε μειώνει τις ανισότητες, καθώς τα άτομα με υψηλότερα εισοδήματα υιοθετούν πιο εύκολα και γρήγορα τις νέες καινοτομίες, όπως είναι η χρήση ηλεκτρονικών προϊόντων καπνίσματος (Lucherini et al., 2019).

Το έτος 2019 το ποσοστό των καπνιστών στην Ελλάδα ήταν 24,9%, ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ βρισκόταν στο 16,5%. Το 2005 το τελευταίο ήταν στο 21,3%, κάτι που υποδηλώνει παγκόσμια τάση για μείωση στη χρήση των καπνικών προϊόντων (OECD, 2021).

4.4 Κατανάλωση Αλκοόλ

Η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί το πρώτο αίτιο θανάτου και αναπηρίας σε ολόκληρο τον κόσμο (OECD, 2021). Επιπλέον, είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας πρόωρης θνησιμότητας καθώς είναι συνδεδεμένος με τουλάχιστον 3 εκατομμύρια θανάτους ετησίως. Ακόμα, είναι ο πιο σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας κακής υγείας σε ολόκληρο στον κόσμο. Επιπρόσθετα, η κατανάλωση αλκοόλ αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους κινδύνους ανάπτυξης παθήσεων της στοματικής κοιλότητας (Çetinkaya et al., 2020), που μπορεί να οδηγήσουν σε μερική ή ολική απώλεια δοντιών (Rajendra et al., 2021).

Η κατανάλωση αλκοόλ συμβάλει στην άμβλυνση των ανισοτήτων στην υγεία καθώς επηρεάζει τόσο το προσδόκιμο ζωής όσο και τη θνησιμότητα ανάμεσα στις κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Στη βιβλιογραφία συναντάται το παράδοξο του αλκοόλ, το οποίο δείχνει ότι οι χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες καταναλώνουν το ίδιο ή λιγότερο αλκοόλ από τις υψηλότερες, όμως αντιμετωπίζουν μεγαλύτερα ποσοστά βλάβης από την κατανάλωσή του (Boyd et al., 2021).

Στην Ελλάδα κατά το έτος 2019 τα λίτρα αλκοόλ που καταναλώθηκαν κατά κεφαλήν από άτομα ηλικίας 15 ετών και πάνω ήταν 6,3 ενώ ο μέσος όρος των χωρών του ΟΟΣΑ για το ίδιο έτος ήταν 8,7. Ελπιδοφόρο όμως είναι το γεγονός ότι, όπως συμβαίνει και με τα προϊόντα καπνού, υπάρχει μείωση στην κατανάλωση οινοπνευματούχων ποτών παγκοσμίως (OECD, 2021).

4.5 Κατανάλωση ανθρακούχων ποτών και αναψυκτικών

Τα ανθρακούχα ποτά και τα αναψυκτικά με ζάχαρη έχουν μικρή θρεπτική αξία για τον ανθρώπινο οργανισμό (Tahmassebi et al., 2019; Scully et al., 2017). Πολλά από τα ανθρακούχα ποτά και τα αναψυκτικά που κυκλοφορούν στο εμπόριο είναι υπεύθυνα για την κακή στοματική υγεία των καταναλωτών τους. Καθώς τα παραπάνω χαρακτηρίζονται από υψηλές περιεκτικότητες ζάχαρης και πολλά οξέα, η κατανάλωσή τους οδηγεί σε αλλοίωση των δοντιών, καθώς και ανάπτυξη της τερηδόνας (Tahmassebi et al., 2019). Η σχέση ανάμεσα στην κατανάλωση αναψυκτικών και τη στοματική υγεία είναι ισχυρή, καθώς συχνά έχει ως αποτέλεσμα την απώλεια δοντιών. Η στοματική υγεία επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ανθρώπων και αποτελεί παράγοντα

που επιδρά στην υγεία τους. Ο καρκίνος του στόματος είναι ο όγδοος σε σειρά πιο συχνά πιο εμφανιζόμενος καρκίνος. Στο μεγαλύτερο ποσοστό των χωρών με χαμηλό ή μεσαίο κατά κεφαλήν Α.Ε.Π. η πρόσβαση σε στοματική υγειονομική περίθαλψη είναι αρκετά μειωμένη (Çetinkaya et al., 2020). Τα παραπάνω δεν επιδρούν αρνητικά μόνο στη στοματική υγεία, αλλά σε ολόκληρο τον ανθρώπινο οργανισμό και προκαλούν σημαντικά προβλήματα, όπως είναι η παχυσαρκία (Tahmassebi et al., 2019).

Οι Mullee et al., (2019), σε έρευνα που έγινε με 451.743 συμμετέχοντες/ουσες, σύγκριναν άτομα που κατανάλωναν λιγότερο από ένα ποτήρι αναψυκτικών με ζάχαρη, με άτομα που κατανάλωναν δύο ή περισσότερα ποτήρια αναψυκτικών με ζάχαρη την ημέρα. Οι τελευταίοι τεκμηριώθηκε ότι είχαν αυξημένες πιθανότητες θνησιμότητας και πιο πολλές παθήσεις του κυκλοφορικού και πεπτικού συστήματος.

Τα παραπάνω είναι γνωστά εδώ και δεκαετίες, όμως η κατανάλωση αναψυκτικών και ανθρακούχων ποτών έχει παρουσιάσει μεγάλη αύξηση τα τελευταία χρόνια στα παιδιά και στους εφήβους. Έτσι, πολλές χώρες λαμβάνουν μέτρα με σκοπό τη μείωση της κατανάλωσης αυτών των προϊόντων. Μερικές από τις πολιτικές περιορισμού που εφαρμόζουν οι κυβερνήσεις είναι η αύξηση της φορολογίας των ανθρακούχων ποτών, η απαγόρευση πώλησής τους σε σχολεία και οι περιορισμοί των διαφημίσεων στα μέσα μαζικής ενημέρωσης (Tahmassebi et al., 2019; Scully et al., 2017).

4.6 Κατανάλωση φρούτων και λαχανικών

Οι διατροφές οι οποίες είναι πλούσιες τόσο σε φρούτα όσο και σε λαχανικά βοηθούν σε μεγάλο βαθμό τον ανθρώπινο οργανισμό και είναι υπεύθυνες για την καλή υγεία (Slavin και Lloyd, 2012). Ακόμα, βοηθούν στο σωστό μεταβολισμό του ανθρώπου (Melse-Boonstra, 2020) και αποτελούν πηγή πολλών βιταμινών και αντιοξειδωτικών. Η αυξημένη κατανάλωσή τους έχει συνδεθεί με τη μειωμένη εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων και την πρόληψή της παχυσαρκίας (Slavin και Lloyd, 2012).

Όπως αναφέρουν οι Macieira, Barbosa και Teixeira, (2021), τα τελευταία χρόνια έχει σημειωθεί μεγάλη αύξηση στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε ολόκληρο τον κόσμο, καθώς είναι διαδεδομένα τα οφέλη τους για την υγεία των ανθρώπων. Οι Ganapathy και Nieves (2020), επισημαίνουν ότι τα οφέλη στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών είναι πολλά, καθώς όσοι/ες καταναλώνουν μεγάλη ποσότητα από αυτά, και ειδικότερα όσα έχουν σκούρο πράσινο ή πορτοκαλί χρώμα, παρουσιάζουν μεγαλύτερη σωματική δύναμη και υψηλότερη ταχύτητα βάρδιας σε σχέση με όσους δεν καταναλώνουν τόσο συχνά.

4.7 Κατανάλωση γλυκών

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στον οργανισμό λόγω της κατανάλωσης ζάχαρης είναι πολλά και ευρέως γνωστά. Η προσθήκη ζάχαρης στα τρόφιμα, αποτελεί εμπόδιο στη σωστή ανάπτυξη των παιδιών καθώς τα τρόφιμα υψηλής περιεκτικότητας σε αυτή έχουν έλλειψη θρεπτικών συστατικών. Επιπλέον, η κατανάλωση ζάχαρης αυξάνει τον δείκτη μάζας σώματος, οδηγεί σε παχυσαρκία και προβλήματα στοματικής υγιεινής, όπως είναι η τερηδόνα. Επιπρόσθετα, σχετίζεται με τον διαβήτη, καθώς και με διαταραχές του ύπνου (Paglia, 2019). Επίσης, η υπερβολική κατανάλωση έχει συσχετιστεί θετικά με τη θνησιμότητα και την εμφάνιση καρδιαγγειακών νόσων (Wölnerhanssen και Meyer-Gerspach, 2019). Ακόμα, η πρόσληψη ζάχαρης στον οργανισμό επηρεάζει τον μεταβολισμό και είναι συνδεδεμένη με την κακή υγεία (Freeman, et al., 2018). Πολλές φορές, στην προσπάθεια μείωσης της ζάχαρης γίνεται προσθήκη άλλων τεχνητών γλυκαντικών, τα οποία είναι συνδεδεμένα με την παχυσαρκία και επηρεάζουν αρνητικά τον μεταβολισμό των καταναλωτών (Wölnerhanssen και Meyer-Gerspach, 2019). Τέλος, αποτελεί έναν εθιστικό παράγοντα (Freeman et al., 2018).

4.8 Σωματική άσκηση

Η σωματική άσκηση συμβάλει στην καλή υγεία των ανθρώπων σε όλα τα ηλικιακά στάδια της ζωής τους. Οι ενήλικες συστήνεται να κάνουν το λιγότερο 150 λεπτά μέτριας ή 75 λεπτά έντονης άσκησης την εβδομάδα (OECD, 2021). Σύμφωνα με τους Porter et al., (2022), η αύξηση

της εβδομαδιαίας φυσικής δραστηριότητας σε παχύσαρκα άτομα έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των ημερών που χαρακτηρίζονται ως «ημέρες κακής υγείας». Επιπρόσθετα, η καθιστική ζωή, καθώς και η χαμηλή σε συχνότητα γυμναστική συμβάλουν στον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη (Kolb και Martin, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

5.1 Εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής

Η κατάσταση της υγείας των ατόμων έχει ποικίλους προσδιοριστικούς παράγοντες καθώς επηρεάζεται από την ψυχολογία του ατόμου, τη σωματική του κατάσταση και το κοινωνικοοικονομικό του προφίλ. Ο όρος «ποιότητα ζωής», όπως αυτός αναλύθηκε το 1980, περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις: φυσική, κοινωνική και ψυχολογική. Η πρώτη εμπεριέχει τέσσερις υποκατηγορίες οι οποίες είναι η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, η ικανότητα εργασίας και η φυσική λειτουργία. Η δεύτερη περιλαμβάνει τις διαστάσεις της οικογενειακής και κοινωνικής ζωής, ενώ η τρίτη χωρίζεται στις καθημερινές συνήθειες δηλαδή «τον τρόπο ζωής» και τους υποκειμενικούς παράγοντές της, δηλαδή «τη ζωτικότητα», «την εσωτερική ηρεμία», «τη διάθεση», «τους φόβους», «τις ανησυχίες», «την αντιμετώπιση του μέλλοντος» και «την αυτοεκτίμηση». Η προσπάθεια μέτρησης της ποιότητας ζωής συνδυαστικά με την υγεία, δηλαδή της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (health related quality of life) άρχισε το 1970 με τη δημιουργία διαφόρων ερωτηματολογίων (Υφαντόπουλος, 2018). Πλέον, με το πέρασμα των δεκαετιών, έχει καταγραφεί μεγάλη πρόοδος σε αυτόν τον τομέα (Παππά et al., 2005). Τα τρία πιο γνωστά εργαλεία μέτρησης είναι το Short Form 36 (SF-36), το EuroQol (EQ-5D) και το EQ-15D (Υφαντόπουλος, 2018).

5.2 Ερωτηματολόγιο EQ-15 D

Το ερωτηματολόγιο EQ-15 D δημιουργήθηκε το 1981 στη Σκανδιναβική χερσόνησο, ειδικότερα στη Φιλανδία. Ο λόγος της δημιουργίας του ήταν η αναζήτηση για ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης της κατάστασης υγείας των ανθρώπων. Το 1981 αναπτύχθηκε από τον Harry Sintonen ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης το οποίο είχε συνολικά 12 διαστάσεις (dimension) οι οποίες στη συνέχεια έγιναν 15 και κατά το έτος 1991 το ερωτηματολόγιο είχε την τελική του μορφή. Οι 15 διαστάσεις που περιλαμβάνει είναι «η κινητικότητα, η όραση, η ακοή, η αναπνοή, ο ύπνος, το

φαγητό, η ομιλία, η αφόδευση, οι συνήθειες δραστηριότητες, οι νοητικές λειτουργίες, η δυσφορία και τα συμπτώματά της, η κατάθλιψη, το ψυχολογικό στρες, η ζωτικότητα και η σεξουαλική δραστηριότητα». Η κάθε μια από τις παραπάνω διαστάσεις έχει πέντε επίπεδα (levels), τα οποία βρίσκονται σε μια ταξινομημένη κλίμακα, που κατατάσσει τη δυσκολία με την οποία πραγματοποιούνται τα παραπάνω. Τέλος, εκτός από τα παραπάνω, στο ερωτηματολόγιο υπάρχει μια κλίμακα αυτόαξιολόγησης της κατάστασης της υγείας του ατόμου από το 0 έως το 100, στην οποία το 100 είναι η απόλυτη υγεία, ενώ το 0 είναι η χειρότερη κατάσταση της υγείας του (Υφαντόπουλος, 2001; Υφαντόπουλος, 2018)

5.3 Ερωτηματολόγιο EuroQol EQ-5D

Στην Ευρώπη το 1987 αναπτύχθηκε το ερωτηματολόγιο EuroQol (EQ-5D). Αυτό προήλθε από το EQ-15D, καθώς η εμπειρία από το υπάρχον ερωτηματολόγιο βοήθησε στη δημιουργία του νέου χωρίς όμως να το αντικαταστήσει (Υφαντόπουλος, 2001; Υφαντόπουλος, 2018). Το παραπάνω αποτελεί ένα πολύ διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης, καθότι είναι μεταφρασμένο σε περισσότερες από 150 γλώσσες. Περιλαμβάνει 5 διαστάσεις για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, οι οποίες είναι: η «κινητικότητα (ΜΟ), η αυτοεξυπηρέτηση, οι συνήθειες δραστηριότητες, ο πόνος και το άγχος/ κατάθλιψη». Οι παραπάνω αξιολογούνται σε 3 επίπεδα (levels), (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001) τα οποία είναι ταξινομημένα στην παρακάτω κλίμακα: «δεν έχω κανένα πρόβλημα, έχω κάποια προβλήματα, έχω σημαντικό πρόβλημα». Επιπρόσθετα, εμπεριέχει μια κλίμακα στην οποία ο ερωτώμενος καλείται να απαντήσει κατά την εκτίμησή του σε αριθμημένη κλίμακα από το 0 («χειρότερη κατάσταση υγείας που μπορεί να φανταστεί») έως το 100 («καλύτερη κατάσταση υγείας που μπορεί να φανταστεί») (EuroQol Research Foundation, 2021). Τέλος, έρευνα που έγινε στην Πορτογαλία σε νέους ενήλικες έδειξε ότι το EQ-5D-5L ήταν πιο αποδοτικό σε σχέση με το EQ-5D-3L (Ferreira, et al., 2016).

5.4 Ερωτηματολόγιο Short Form 36

Ένα σημαντικό εργαλείο που βοηθάει να μετρηθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι το kidney disease quality of life (KDQOLT). Το παραπάνω απαρτίζεται από 134 ερωτήσεις, έχει υψηλή εγκυρότητα, αλλά είναι αρκετά χρονοβόρο. Από το παραπάνω προέκυψε το ερωτηματολόγιο Short Form 36 (SF-36) (Κοντοδημόπουλος et al., 2007), το οποίο εμπεριέχει 36 ερωτήσεις χωρισμένες σε οκτώ διαστάσεις (Υφαντόπουλος, 2018), με 2 έως 8 ερωτήσεις η κάθε μια από αυτές (Παππά et al., 2005). Οι διαστάσεις είναι «η φυσική λειτουργία, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, η διανοητική υγεία, η φυσική κατάσταση και η ψυχική υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δυο μεγάλες κατηγορίες, δηλαδή τη φυσική κατάσταση και τη νοητική κατάσταση (Υφαντόπουλος, 2018; Lins et al., 2016). Αποτελεί ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιημένα εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Van Rotterdam, 2021). Το παραπάνω ερωτηματολόγιο συναντάται και στη μορφή SF-12 που αποτελείται από 12 ερωτήσεις. (Υφαντόπουλος, 2018). Τέλος, σημαντικό είναι ότι το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες συμπεριλαμβανομένου και των ελληνικών (Κοντοδημόπουλος et al., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 Δείγμα

Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από φοιτητές και φοιτήτριες, οι οποίοι σπουδάζουν στην Ελλάδα. Συγκεκριμένα, πρόκειται για 151 μεταπτυχιακούς φοιτητές/τριες του Πανεπιστημίου Μακεδονίας που συμπλήρωσαν ειδικά διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο τη χρονική περίοδο Μάιος - Ιούνιος 2022.

Η συμμετοχή των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν εθελοντική και δεν έλαβαν κάποια αμοιβή για τη συμβολή τους στην έρευνα. Καθώς η συμπλήρωση ήταν ανώνυμη και δεν υπήρξε πρόσβαση στα email των συμμετεχόντων και στον ακριβή αριθμό αυτών, οι ερευνητές δε γνωρίζουν τον ακριβή αριθμό των ατόμων που κλήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Συνεπώς δεν μπορεί να υπολογιστεί το ποσοστό ανταπόκρισης σε αυτή. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε σε όλα τα ενεργά μεταπτυχιακά προγράμματα του Πανεπιστημίου Μακεδονίας συνοδευόμενο από την έγκριση της Επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Ωστόσο δεν προωθήθηκε από τις γραμματείες όλων των τμημάτων. Συγκεκριμένα στάλθηκε στους μεταπτυχιακούς φοιτητές/τριες των παρακάτω μεταπτυχιακών προγραμμάτων: 1) Π.Μ.Σ. στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, 2) Π.Μ.Σ. στη Διοίκηση Ανθρώπινων Πόρων, 3) Π.Μ.Σ. στα Εφαρμοσμένα Οικονομικά, 4) Π.Μ.Σ. στη Διοίκηση Επιχειρήσεων, 5) Π.Μ.Σ. στη Δημόσια Διοίκηση, 6) Δ.Π.Μ.Σ. στην Οικονομική Επιστήμη, 7) Π.Μ.Σ. στην Εφαρμοσμένη Πληροφορική, 8) Π.Μ.Σ. στη Φορολογική, Λογιστική και Χρηματοοικονομική Διοίκηση Στρατηγικών Αποφάσεων 9) Π.Μ.Σ. στην Αναλυτική των Επιχειρήσεων και Επιστήμη των Δεδομένων.

6.2 Δειγματοληψία

Η δειγματοληψία είναι ο σχεδιασμός επιλογής ενός μέρους του στατιστικού πληθυσμού. Στην παρούσα έρευνα, η δειγματοληψία ορίζεται ως μη πιθανοτική καθώς η επιλογή των μονάδων του δείγματος δεν διέπεται από τους νόμους των πιθανοτήτων. Ειδικότερα, συλλέξαμε δείγμα ευκολίας/ευκαιρίας καθώς η επιλογή του έγινε λόγω της εύκολης πρόσβασης στον παραπάνω

πληθυσμό. Χαρακτηριστικά του δείγματος ευκολίας είναι η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα, το χαμηλό κόστος και ο σύντομος χρόνος συλλογής των δεδομένων (Παπαγεωργίου, 2015). Επίσης, το δείγμα ορίζεται ως σκοπιμότητας/κρίσεως καθώς επιλέχθηκαν γι' αυτό μόνο οι μεταπτυχιακοί φοιτητές και φοιτήτριες. Η επιλογή να αποσταλεί το ερωτηματολόγιο σε μεταπτυχιακούς φοιτητές/τριες βασίστηκε στην υπόθεση ότι αυτοί/ές έχουν μεγαλύτερο ηλικιακό εύρος συγκριτικά με τους προπτυχιακούς. Έτσι, υπήρχε η προσδοκία να έχει μεγαλύτερη διακύμανση στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQL) και στην κατάσταση υγείας (VAS).

6.3 Μέθοδος & διαδικασία συλλογής δεδομένων

6.3.1 Ερευνητικό πρωτόκολλο

Το ερευνητικό σχέδιο της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση διαδικτυακού ερωτηματολογίου, το οποίο απευθύνθηκε σε μεταπτυχιακούς φοιτητές/τριες του Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Ειδικότερα, είναι μια συγχρονική ποσοτική έρευνα. Η επιλογή για τις ερωτήσεις βασίστηκε σε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για τις συνήθειες που επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων, καθώς και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά ως παράγοντες ανισοτήτων. Τέλος, οι συμμετέχοντες/ουσες κλήθηκαν να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα. Η δημιουργία του ερωτηματολογίου έγινε με τη χρήση της online ιστοσελίδας σχεδιασμού ερωτηματολογίων της Google (Google Forms). Όλες οι ερωτήσεις της έρευνας ήταν κοινές για όσους συμμετείχαν. Το ερωτηματολόγιο ξεκίνησε να αποστέλλεται στους μεταπτυχιακούς φοιτητές/τριες μέσω των γραμματειών του πανεπιστημίου Μακεδονίας την Παρασκευή 27 Μαΐου του 2022 και η διαδικτυακή πλατφόρμα (Google Forms) παρέμεινε ανοιχτή μέχρι και την Τρίτη 28 Ιουνίου 2022. Συνολικά η διαδικασία διήρκεσε 33 ημέρες. Σε όλες τις απαντήσεις υπήρχε η επιλογή δήλωσης συγκατάθεσης για την έρευνα, οπότε με το δείγμα που συγκεντρώθηκε ξεκίνησε η διαδικασία στατιστικής επεξεργασίας.

6.3.2 Ζητήματα Ηθικής & Δεοντολογίας

Ο ηλεκτρονικός σύνδεσμος (link) του ερωτηματολογίου της έρευνας στάλθηκε μαζικά μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) από τις γραμματείες των μεταπτυχιακών προγραμμάτων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας στα ακαδημαϊκά emails των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών. Η παραπάνω διαδικασία έχει ως σκοπό να διασφαλιστεί η ανωνυμία όλων των συμμετεχόντων. Επιπλέον, πρέπει να σημειωθεί ότι η λειτουργία αποθήκευσης των λογαριασμών email του Google Forms ήταν απενεργοποιημένη καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας.

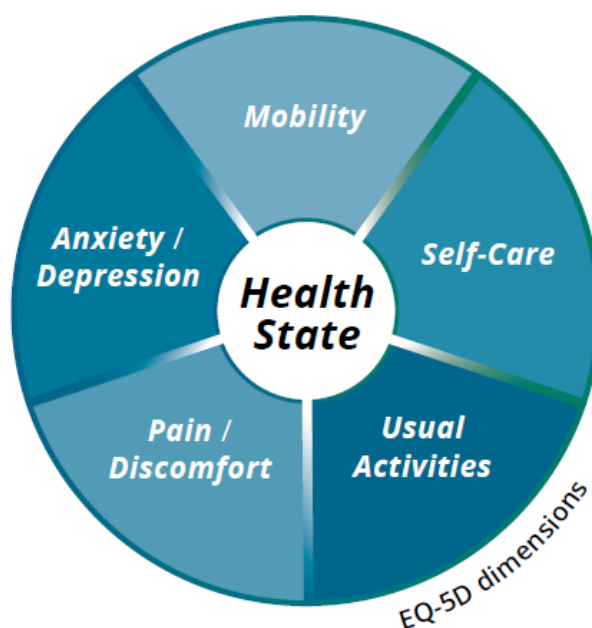
Σύμφωνα με τα παραπάνω έγινε αίτηση στην Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Μακεδονίας, στην οποία κατατέθηκε το ερευνητικό πρωτόκολλο της έρευνας και το ερωτηματολόγιο. Η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας του Πανεπιστημίου Μακεδονίας έδωσε την έγκρισή της στις 26 Μαΐου 2022 για την εν λόγω αίτηση με αριθ. πρωτ. 24/6-5-2022, «καθώς δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει γενικά με τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής της».

6.3.3 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Ως εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κλειστού τύπου. Το παραπάνω αποτελείται από τρεις ενότητες. Στην ενότητα Α βρίσκεται το ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L από το οποίο εξάγεται η κατάσταση της υγείας (VAS) και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQL). Στην ενότητα Β υπάρχει το ερωτηματολόγιο που καταγράφει τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και στην ενότητα Γ ερωτήσεις που στοχεύουν στην καταγραφή των συνηθειών των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών του δείγματος.

Ενότητα Α. Η πρώτη ενότητα αποσκοπεί στην αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών με τη χρήση του ερωτηματολογίου EuroQol EQ-5D-3L. Χρησιμοποιήθηκε η μεταφρασμένη στα ελληνικά έκδοση, η οποία είναι ελεγμένη ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της στον ελληνικό πληθυσμό (Yfantopoulos, 2001). Το ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L περιλαμβάνει συνολικά επτά ερωτήσεις και αποτελείται από δύο

βασικά μέρη, το περιγραφικό σύστημα (descriptive system) και την οπτική αναλογική κλίμακα (VAS scale). Οι πρώτες πέντε ερωτήσεις, αποτελούν τις πέντε διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Health Related Quality of Life-HRQL) και ως στόχο έχουν την αξιολόγηση των εξής διαστάσεων: κινητικότητα (mobility), αυτοεξυπηρέτηση (self-care), καθημερινές δραστηριότητες (usual activities), πόνος/δυσφορία (pain/discomfort) και άγχος/κατάθλιψη (anxiety/depression) (Εικόνα 3). Κάθε ερώτηση αποτελείται από τρεις κατηγορίες (1. «Δεν υπάρχουν προβλήματα», 2. «Υπάρχουν κάποια προβλήματα», 3. «Υπάρχουν σοβαρά προβλήματα»). Οι διαφορετικές καταστάσεις υγείας που μπορεί κανείς να συναντήσει είναι στο σύνολο τους 243 ή αλλιώς υπάρχουν 243 πιθανοί διαφορετικοί συνδυασμοί διαστάσεων-επιπέδων.



Εικόνα 3. Οι διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

Πηγή: EuroQol Research Foundation. EQ-5D-3L User Guide, 2021.

Όπως προκύπτει από τις πέντε διαστάσεις, η τιμή της HRQL υπολογίζεται μέσω ενός αλγορίθμου (York A1 Tariff), ο οποίος βασίζεται σε σταθμιστές για τον Βρετανικό πληθυσμό με τη μέθοδο του χρονικού αντισταθμίσματος (UK Time Trade-off based value set) (Dolanfer et al., 1995). Αυτή η τιμή αντιπροσωπεύει μία τιμή χρησιμότητας. «Κάθε κατάσταση της υγείας που

βιώνει το άτομο, [...], σχετίζεται με ένα επίπεδο ποιότητας ζωής. Επίσης, σε κάθε επίπεδο υγείας (ή ποιότητας ζωής) μπορεί να αντιστοιχηθεί μια τιμή που δηλώνει την προτίμηση του ατόμου για το επίπεδο αυτό, σε σχέση με άλλα επίπεδα, η οποία κατ' επέκταση θα αντανακλά στην ποιότητα ζωής που αντιστοιχεί σε αυτό το επίπεδο υγείας» (Κοντοδημόπουλος, 2016). Η κλίμακα τιμών που κυμαίνεται η HRQL, δηλαδή η χρησιμότητα, είναι στις περισσότερες των περιπτώσεων από 0 έως 1, όπου η πρώτη τιμή αντιπροσωπεύει την καλύτερη-πλήρη υγεία, ενώ η δεύτερη τη χειρότερη-θάνατος. Κάποιες φορές η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να εμφανίσει αρνητικές τιμές, οι οποίες αντικατοπτρίζουν καταστάσεις χειρότερες του θανάτου (Κοντοδημόπουλος, 2016).

Η έκτη ερώτηση αναφέρεται στην κατάσταση της υγείας σήμερα συγκριτικά με το τελευταίο έτος, πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, και αποτελείται από τρεις κατηγορίες (καλύτερη, παραμένει ίδια, χειρότερη). Η έβδομη ερώτηση ζητάει από τους φοιτητές/τριες να σημειώσουν πώς είναι η υγεία τους σήμερα σε εκατοντάβαθμη αριθμημένη κλίμακα (Visual Analogue Scale), όπου 0 είναι η χειρότερη υγεία που μπορούν να φανταστούν και 100 αντίστοιχα η καλύτερη. Από αυτήν την ερώτηση προκύπτει η μεταβλητή κατάσταση υγείας (VAS), με κλίμακα τιμών από το 0 έως το 100.

Ενότητα Β. Η ενότητα Β αποτελείται από το επινοημένο στην παρούσα έρευνα ερωτηματολόγιο που σκοπό έχει να ανιχνεύσει τις συνήθειες (τρόπο ζωής) των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών του δείγματος. Επεξηγηματικότερα, αποτελείται από τη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, την καπνιστική ιδιότητα, τη συχνότητα κατανάλωσης αναψυκτικών, έτοιμου φαγητού (fast food), γλυκών, λαχανικών και φρούτων, τη συχνότητα παράλειψης ενός γεύματος, τη συχνότητα άσκησης, τις ώρες ημερησίως που βρίσκονται καθιστοί/ές, την ποιότητα του ύπνου και την κατανάλωση των απαραίτητων θερμίδων ημερησίως.

Ενότητα Γ. Στην ενότητα Γ βρίσκεται το ερωτηματολόγιο που καταγράφει τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Αναλυτικότερα, υπάρχουν ερωτήσεις αναφορικά με το φύλο, την ηλικία, την ιθαγένεια, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική κατάσταση και το μέγεθος του νοικοκυριού. Επιπρόσθετα, στα χαρακτηριστικά που συλλέξαμε συγκαταλέγονται το μηνιαίο εισόδημα και η οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού, το εξάμηνο φοίτησης και ο μέσος όρος των μαθημάτων και η ασφάλιση υγείας. Τέλος, στόχος του

ερωτηματολογίου είναι να μετρήσει την ύπαρξη και τον αριθμό χρόνιων νοσημάτων, την επίσκεψη σε κάποιον ιατρό τον προηγούμενο μήνα και τη νοσηλεία το προηγούμενο έτος, το ύψος και το βάρος των φοιτητών/τριών, καθώς και τον τόπο διαμονής το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής τους. Ακολούθως, από τις μεταβλητές ύψος και βάρος υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ.) όπου και κατηγοριοποιήθηκαν οι φοιτητές/τριες. Το σύνολο του ερωτηματολογίου παρατίθεται στο παράρτημα Ι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

7.1 Εισαγωγή στη στατιστική ανάλυση

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, τα δεδομένα εξήχθησαν σε επεξεργάσιμη μορφή από το Google Forms στο πρόγραμμα Microsoft Excel, όπου έγινε ο καθαρισμός των δεδομένων (data cleaning) ώστε να είναι έτοιμα για τη στατιστική επεξεργασία. Συνολικά συλλέχθηκαν 155 απαντήσεις από τις οποίες οι 4 θεωρήθηκαν μη έγκυρες, καθώς υπήρχαν αντικρουόμενες απαντήσεις για την ύπαρξη ή μη και τον αριθμό των χρόνιων νοσημάτων και για τη χρήση ή όχι και τον αριθμό καπνικών προϊόντων. Αφού αφαιρέθηκαν οι παραπάνω απαντήσεις, το τελικό μέγεθος του δείγματος ήταν $N=151$. Στη συνέχεια για τη διενέργεια της στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων έγινε χρήση του λογισμικού IBM SPSS Statistics 29.0.0.0 (Statistical Package for Social Science). Τέλος για τη δημιουργία διαγραμμάτων και για την εύρεση του δείκτη Health State Density Index (HSDI), χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό Microsoft 365 Excel Version 2211.

Σε πρώτο στάδιο πραγματοποιήθηκε η επεξεργασία του ερωτηματολογίου EQ-5D-3L και η εξαγωγή του δείκτη για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών. Μέσω αλγορίθμου υπολογίστηκε η τιμή της μεταβλητής HRQL και ακολούθησε η κωδικοποίηση των υπόλοιπων μεταβλητών και η διευκρίνιση του είδους τους. Οι μεταβλητές αυτές ταξινομήθηκαν σε ποιοτικές (qualitative), οι οποίες αποτελούνται από τις διατακτικές (ordinal) και μη διατακτικές (nominal) και σε ποσοτικές (quantitative), οι οποίες αποτελούνται από τις διακριτές (discrete) και συνεχείς (continuous).

Η μεταβλητή «σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» [Health Related Quality of Life (HRQL)], όπως προέκυψε από το ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L, είναι ποσοτική και συνεχής με εύρος τιμών από 0 έως 1. Η επόμενη είναι η κατάσταση υγείας (VAS) η οποία είναι ποσοτική και συνεχής με εύρος κλίμακας από το 0 έως το 100, ενώ η μεταβλητή σημερινή κατάσταση υγείας είναι ποιοτική (διατακτική).

Για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, ως ποσοτικές ορίστηκαν οι παρακάτω μεταβλητές 1) το μέγεθος νοικοκυριού (διακριτή) 2) το ύψος (συνεχής) και 3) το βάρος (συνεχής). Το φύλο,

η ιθαγένεια, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική κατάσταση, ο μέσος όρος των μαθημάτων, η ασφάλιση υγείας, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, η επίσκεψη σε ιατρό τον προηγούμενο μήνα, η νοσηλεία το προηγούμενο έτος, καθώς και ο τόπος διαμονής για το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα της ζωής των συμμετεχόντων είναι ποιοτικές και μη διατακτικές μεταβλητές. Ενώ η ηλικία, το μηνιαίο εισόδημα και η οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού, το εξάμηνο σπουδών, ο αριθμός των χρόνιων νοσημάτων και ο δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ.) ορίζονται ως διατακτικές ποιοτικές μεταβλητές.

Αναφορικά με τις συνήθειες των φοιτητών/τριών, ως ποιοτικές, μη διατακτικές, μεταβλητές ταξινομήθηκαν το κάπνισμα, η ποιότητα του ύπνου και η κατανάλωση των απαραίτητων θερμίδων καθημερινά. Ως ποιοτικές διατακτικές μεταβλητές ταξινομήθηκαν το αλκοόλ, τα τσιγάρα ανά ημέρα, τα αναψυκτικά, τα fast food, τα γλυκά, τα λαχανικά, τα φρούτα, η παράλειψη γεύματος, η άσκηση και οι ώρες ανά ημέρα που είναι καθιστοί. Επιπλέον, στις συνήθειες των φοιτητών/τριών του δείγματος δεν εντοπίστηκαν ποσοτικές μεταβλητές.

Οι κατηγορίες από τις οποίες αποτελούνται οι ποιοτικές μεταβλητές των δημογραφικών χαρακτηριστικών είναι οι εξής: Φύλο («Ανδρας», «Γυναίκα»), Ηλικία («22-30», «31-40», «41-50», «51-60»), Ιθαγένεια («Ελληνική», «Άλλη»), Οικογενειακή κατάσταση («Άγαμος/η», «Παντρεμένος/η», «Διαζευγμένος/η», «Σε χηρεία»), Επαγγελματική κατάσταση («Άνεργος/η», «Ιδιωτικός υπάλληλος», «Δημόσιος υπάλληλος», «Ελεύθερος επαγγελματίας», «Άλλη»), Μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού («Κάτω από 500€», «501€-1000€», «1001€-1500€», «1501€-2000€», «Πάνω από 2000€»), Οικονομική κατάσταση νοικοκυριού («Δεν τα βγάζουμε πέρα», «Τα βγάζουμε πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες», «Τα βγάζουμε πέρα αλλά δε μας μένουν και πολλά στην άκρη», «Είμαστε άνετοι οικονομικά»), Εξάμηνο σπουδών («Α' εξάμηνο», «Β' εξάμηνο», «Γ' εξάμηνο», «Δ' εξάμηνο»), ΜΟ μαθημάτων («0,00-5,00», «5,01-6,00», «6,01-7,00», «7,01-8,00», «8,01-9,00», «9,01-10,00», «Είμαι στο Α' εξάμηνο, δεν έχω λάβει μέσο όρο»), Ασφάλιση υγείας («Έχω ιδιωτική ασφάλιση», «Έχω κοινωνική ασφάλιση», «Έχω μικτή ασφάλιση», «Όχι δεν έχω»), Χρόνιο νόσημα («Ναι», «Όχι»), Αριθμός χρόνιων νοσημάτων («1», «2», «3», «4», «5 και πάνω»), Ιατρός-τελευταίο μήνα («Ναι», «Όχι»), Νοσηλεία-τελευταίο χρόνο («Ναι», «Όχι»), Τόπος διαμονής-μεγαλύτερο διάστημα («Αγροτική περιοχή», «Αστική περιοχή»), Δείκτης μάζας

σώματος («<18,5 Λιποβαρής», «[18,5,25) Φυσιολογικό βάρος», «[25-30) Υπέρβαρος», «≥30 Παχύσαρκος»).

Οι κατηγορίες από τις οποίες αποτελούνται οι συνήθειες είναι οι εξής: η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, αναψυκτικών, fast food, γλυκών, λαχανικών, φρούτων, η παράλειψη γεύματος και η συχνότητα άσκησης («καθημερινά», «1-3 φορές την εβδομάδα», «μερικές φορές μέσα στο μήνα», «ποτέ»), κάπνισμα («συστηματικός/ή καπνιστής/στρια», «περιστασιακός/ή καπνιστής/στρια», «πρώην καπνιστής/στρια», «όχι δεν έχω καπνίσει ποτέ»), τσιγάρα ανά ημέρα («1-10», «11-20», «21-40», «περισσότερα από 40»), καθιστός/ή-ώρες ανά ημέρα («περισσότερο από 8 ώρες», «λιγότερο από 8 ώρες»), ποιότητα ύπνου («έλλειψη ύπνου», «κοιμάμαι επαρκώς»), κατανάλωση απαραίτητων θερμίδων («Ναι», «Όχι», «Δεν γνωρίζω»).

Για την εύρεση του δείκτη Health State Density Index (HSDI), που δείχνει την ύπαρξη ανισοτήτων στο δείγμα με βάση το προφίλ της κατάστασης υγείας των συμμετεχόντων, με τη χρήση της μεταβλητής York που υπολογίστηκε από το ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν παρόμοια με αυτή που χρησιμοποιείτε για την εύρεση του δείκτη G.I.N.I. και της καμπύλης του Lorenz. Επιλέχθηκε ο παραπάνω, καθώς μειώνεται αργά από τις τυχαίες διακυμάνσεις και ενδείκνυται για το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα.

Όσον αφορά την περιγραφική στατιστική, παρουσιάζονται τα δεδομένα όπως αυτά συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια. Για την παρουσίαση των ποσοτικών μεταβλητών της έρευνας έγινε χρήση περιληπτικών μέτρων, δηλαδή των μέτρων θέσεως/ κεντρικής τάσης και των μέτρων διασποράς. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν ο μέσος όρος (mean), η διάμεσος (median), η τυπική απόκλιση (standard deviation), το εύρος (range), η ελάχιστη (min) και η μέγιστη (max) τιμή και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος (interquartile range - IQR). Η παρουσίαση των ποιοτικών μεταβλητών έγινε με πίνακες απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων για κάθε κατηγορία όλων των μεταβλητών, καθώς και διαγράμματα.

Στην επαγωγική στατιστική, αφού ταξινομήθηκαν οι μεταβλητές ανάλογα με το είδος τους, εξετάστηκε για κάθε έλεγχο ένας αριθμός κριτηρίων για την εφαρμογή του καταλληλότερου τεστ. Ως ελάχιστο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας για τους ορίστηκε η τιμή $\alpha=0,05$. Στα δύο

πρώτα ερευνητικά ερωτήματα έγιναν έλεγχοι ανάμεσα σε ποιοτικές μεταβλητές. Συγκεκριμένα, για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας ανάμεσα σε δύο ποιοτικές μεταβλητές δημιουργήθηκαν σε πρώτο στάδιο πίνακες διασταύρωσης (crosstabs). Έπειτα, ελέγχθηκε το ποσοστό των κελιών που παρουσιάζουν αναμενόμενη/θεωρητική συχνότητα μικρότερη του 5 (expected frequency < 5), το οποίο ποσοστό λειτούργησε ως κριτήριο επιλογής για το κατάλληλο τεστ. Για να γίνει χρήση του Chi-square (X^2) τεστ πρέπει αυτό το ποσοστό να είναι μικρότερο του 20% του συνόλου των κελιών του πίνακα (Healey, 2005). Όταν το ποσοστό ήταν στην πραγματικότητα μεγαλύτερο ή ίσο του 20%, κατάλληλα για εφαρμογή κρίθηκαν τα Fisher-Freeman-Halton (FFH) και το Fisher's exact τεστ (F). Το Fisher's exact τεστ εφαρμόστηκε όταν το δείγμα υπό εξέταση ήταν μικρό, ή όταν το ποσοστό των κελιών που έχουν αναμενόμενη (θεωρητική) συχνότητα μικρότερη του 5 είναι περισσότερο από 20% (Agresti, 1990) και η εφαρμογή του γίνεται σε πίνακες όπου η διάστασή τους είναι 2x2. Επέκταση του παραπάνω τεστ για πίνακες μεγαλύτερων διαστάσεων (rxc) αποτελεί το Fisher-Freeman-Halton τεστ. Όπως προτείνουν οι Ozturk, et al., (2021) ο έλεγχος Fisher-Freeman-Halton παρουσιάζει παρόμοια αποτελέσματα με το Chi-square τεστ όταν το δείγμα είναι ισορροπημένο ή/και μεγάλο.

Στα ερευνητικά ερωτήματα 3,4,5 και 6 οι έλεγχοι εξετάζουν εάν δύο ποσοτικές μεταβλητές σχετίζονται ή εάν μία ποιοτική μεταβλητή επηρεάζει τις τιμές μίας ποσοτικής. Αναλυτικότερα, σε αρχικό στάδιο έγινε ο έλεγχος των κριτηρίων για το εάν είναι κατάλληλα για εφαρμογή παραμετρικά ή μη παραμετρικά τεστ.

Για να διαπιστώσουμε εάν δύο ποσοτικές μεταβλητές σχετίζονται μεταξύ τους, εξετάστηκε η κανονικότητα των κατανομών αυτών των μεταβλητών, για το σύνολο του δείγματος των φοιτητών/τριών με το τεστ Shapiro-Wilk. Κατά τη διαδικασία ελέγχου για το εάν μία ποιοτική μεταβλητή διαφοροποιείται ανάλογα με μία ποιοτική, ο έλεγχος της κανονικότητας έγινε με το τεστ Shapiro-Wilk.

Για το δεύτερο κριτήριο των παραμετρικών ελέγχων που αφορά την ύπαρξη έκκεντρων και ακραίων τιμών (outliers, extreme values) εξετάστηκε εάν αυτές βρίσκονται πάνω από 1.5IQRs και 3IQRs, αντίστοιχα.

Το τελευταίο κριτήριο που εξετάστηκε ήταν η ομοιογένεια των διακυμάνσεων (διασπορών) των κατανομών. Αρκετά μη παραμετρικά τεστ προϋποθέτουν την ύπαρξη ομοιογένειας στις διακυμάνσεις των κατανομών των κατηγοριών. Το Test of Homogeneity of Variance έδειξε για κάθε περίπτωση εάν πληρούνταν αυτό το κριτήριο ή όχι.

Τον έλεγχο των κριτηρίων για την εύρεση του κατάλληλου τεστ προς εφαρμογή στα ερευνητικά ερωτήματα 3, 4, 5 και 6, ακολούθησε η εφαρμογή αυτών. Τα τεστ που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτά τα ερωτήματα ήταν όλα μη παραμετρικά τεστ, καθώς απουσίαζε η κανονικότητα και υπήρχαν έκκεντρες και ακραίες τιμές. Για τον έλεγχο της συσχέτισης των ποσοτικών μεταβλητών έγινε χρήση του συντελεστή συσχέτισης Spearman (ρ).

Σύμφωνα με τους Dancey και Reidy (2007) οι τιμές από 0,01 έως 0,09 δείχνουν την απουσία ή μία αμελητέα γραμμική συσχέτιση, τιμές από 0,1 έως 0,39 υποδεικνύουν ασθενή (weak) γραμμική συσχέτιση, τιμές από 0,4 έως 0,69 δείχνουν μία μέτρια (moderate) γραμμική συσχέτιση και τιμές από 0,7 έως και 0,99 δείχνουν μία ισχυρή γραμμική συσχέτιση (strong).

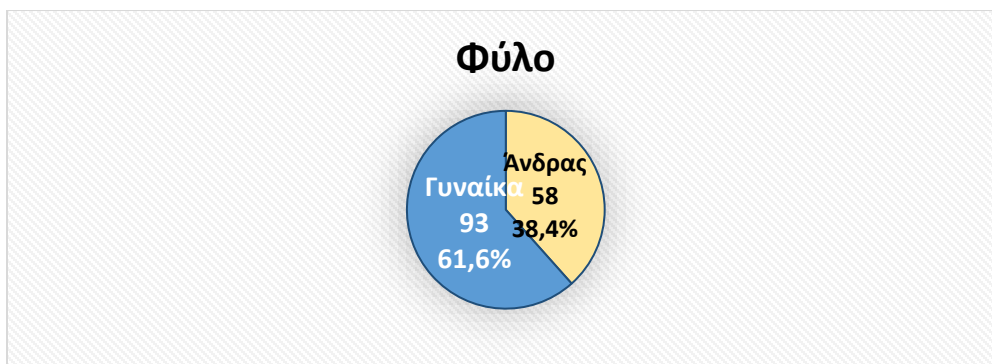
Στους ελέγχους αιτιότητας, εάν η ανεξάρτητη ποιοτική μεταβλητή (δημογραφικά χαρακτηριστικά και συνήθειες) επηρεάζει την εξαρτημένη ποσοτική μεταβλητή (HRQL και VAS) έγινε χρήση των μη παραμετρικών Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis και Median test. Αυτοί οι τρεις έλεγχοι κρίθηκαν ως καταλληλότεροι καθώς απουσίαζε η ύπαρξη της κανονικότητας και υπήρχαν έκκεντρες και ακραίες τιμές. Όταν η ομοιογένεια των διακυμάνσεων των κατανομών ανάμεσα στις κατηγορίες της ποιοτικής μεταβλητής απουσίαζε, έγινε χρήση του Median test, ενώ όταν οι κατανομές ήταν ομοιογενείς ως προς τις διακυμάνσεις τους χρησιμοποιήθηκαν οι έλεγχοι Mann-Whitney U και Kruskal-Wallis.

7.2 Περιγραφική στατιστική

Το πρώτο στάδιο της στατιστικής ανάλυσης είναι η περιγραφική στατιστική, στην οποία έγινε η παρουσίαση των απαντήσεων των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών για το σύνολο των ερωτήσεων. Το μέγεθος του δείγματος ($N=151$) δεν θα αναφέρεται σε κάθε μεταβλητή, παρά μόνο εάν υπάρχουν ελλείπουσες τιμές (missing values) όπου και θα αναγράφονται.

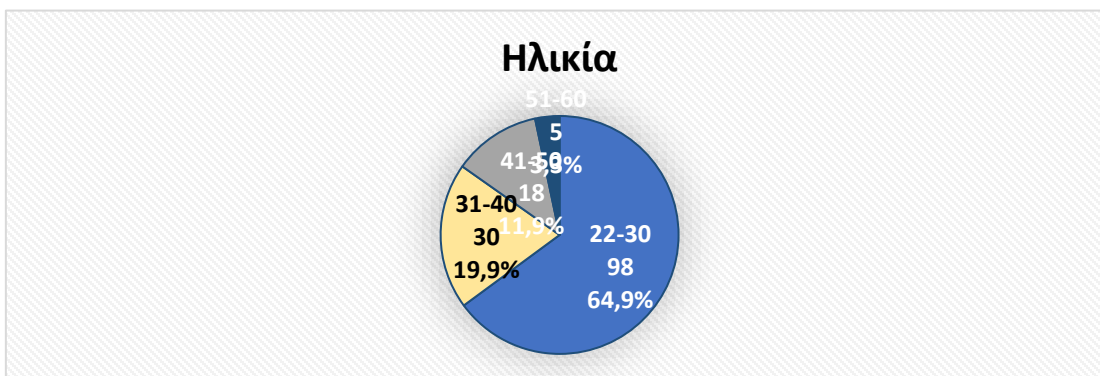
7.2.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αποτελούνται τόσο από ποιοτικές όσο και από ποσοτικές μεταβλητές. Αρχικά παρουσιάζονται οι πίνακες συχνότητων και ποσοστών των ποιοτικών μεταβλητών και στη συνέχεια ακολουθεί πίνακας με τα μέτρα θέσεως και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 1, στην πλειοψηφία του το δείγμα αποτελείται από γυναίκες.



Διάγραμμα 1. Φύλο (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).

Ακόμα, η πλειοψηφία του δείγματος αποτελείται από φοιτητές/τριες που η ηλικία τους κυμαίνεται από 22 έως 30 ετών. Ακολουθούν αυτοί/ές με ηλικίες 31-40 σε ποσοστό σχεδόν 20%. Αρκετά λιγότεροι/ες εμφανίζονται οι φοιτητές/τριες ηλικίας 41 έως 50 ετών, ενώ μόλις 5 συμμετέχοντες/ουσες βρέθηκαν να είναι άνω των 51 ετών (Διάγραμμα 2). Η εθνικότητα στο σύνολο του δείγματος βρέθηκε να είναι Ελληνική, είναι δηλαδή κοινή για όλους και δε θα αναφερθεί ξανά ως μεταβλητή στο υπόλοιπο της έρευνας.



Διάγραμμα 2. Ηλικία (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).

Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση οι μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες δήλωσαν σε πολύ μεγάλο ποσοστό (71,5%) ότι είναι άγαμοι, με τους παντρεμένους να ακολουθούν με ποσοστό 23,8%. Η κατηγορία «διαζευγμένος/η» συγκέντρωσε 6 απαντήσεις, ενώ αυτοί/ές που βρίσκονται σε χηρεία ήταν μόλις ένας/μία (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.

Οικογενειακή κατάσταση		
	N	%
Άγαμος/η	108	71,5%
Παντρεμένος/η	36	23,8%
Διαζευγμένος/η	6	4%
Σε χηρεία	1	0,7%

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την επαγγελματική κατάσταση των φοιτητών/τριών. Λίγοι παραπάνω από τους μισούς ερωτώμενους δήλωσαν ότι εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα. Αρκετά μικρότερα αλλά κοντινά μεταξύ τους ποσοστά βρέθηκαν να είναι άνεργοι ή να απασχολούνται στον δημόσιο τομέα. Το ποσοστό των ελεύθερων επαγγελματιών βρέθηκε κάτω από 10%, όπως και το αντίστοιχο αυτών που δήλωσαν την κατηγορία άλλη επαγγελματική κατάσταση (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Επαγγελματική κατάσταση συμμετεχόντων.

Επαγγελματική κατάσταση		
	N	%
Άνεργος/η	27	17,9%
Ιδιωτικός υπάλληλος	86	57%
Δημόσιος υπάλληλος	19	12,6%

Ελεύθερος επαγγελματίας	11	7,3%
Άλλη	8	5,3%

Στη μεταβλητή μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού οι απαντήσεις βρέθηκαν σχετικά ομοιόμορφα μοιρασμένες ανάμεσα στις κατηγορίες, εκτός από την κατηγορία όπου το εισόδημα είναι μικρότερο από 500€, η οποία με ποσοστό περίπου 8% είναι αυτή που συγκέντρωσε τις λιγότερες απαντήσεις. Η κατηγορία που επικρατεί των άλλων είναι αυτή όπου το εισόδημα του νοικοκυριού μηνιαίως κυμαίνεται από 1501€ έως 2000€ (Πίνακας 4).

Πίνακας 4. Μηνιαίο εισόδημα συμμετεχόντων.

Μηνιαίο εισόδημα		
	N	%
Κάτω από 500€	12	7,9%
500€-1000€	30	19,9%
1001€-1500€	36	23,8%
1501€-2000€	42	27,8%
Πάνω από 2000€	31	20,5%

Στη συνέχεια της ερώτησης για το ύψος του εισοδήματος του νοικοκυριού, οι μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες κλήθηκαν να περιγράψουν την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού στο οποίο ανήκουν. Περισσότεροι από τους μισούς δήλωσαν ότι τα βγάζουν πέρα αλλά δε τους μένουν και πολλά στην άκρη, με ακόλουθη κατηγορία να είναι αυτή όπου τα βγάζουν πέρα αλλά με πολύ μεγάλες δυσκολίες. Αυτοί/ές που ήταν άνετοι οικονομικά βρέθηκαν να είναι σχεδόν το 12%, ενώ μόλις το 2% του δείγματος δήλωσε ότι δεν τα βγάζει πέρα (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Οικονομική κατάσταση συμμετεχόντων.

Οικονομική κατάσταση		
	N	%
Δεν τα βγάζουμε πέρα	3	2%

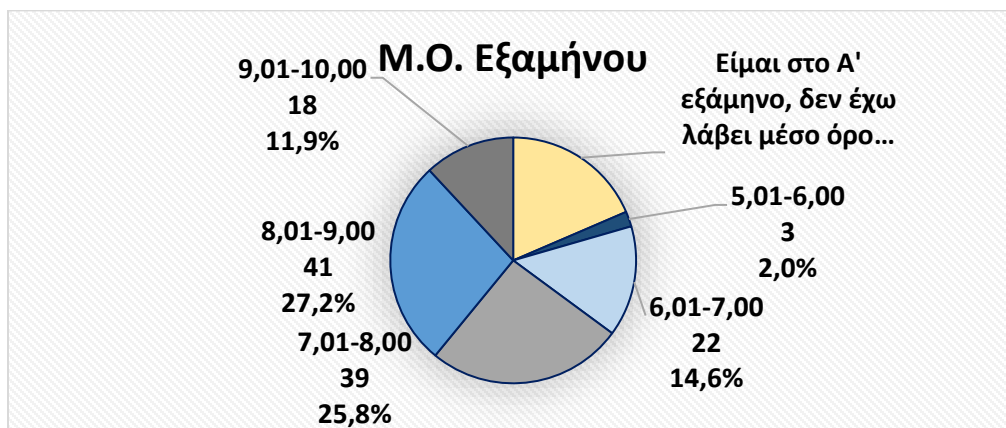
Τα βγάζουμε πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες	30	19,9%
Τα βγάζουμε πέρα αλλά δε μας μένουν και πολλά στην άκρη	100	66,2%
Είμαστε άνετοι οικονομικά	18	11,9%

Ακολουθεί ο Πίνακας 6 όπου παρουσιάζεται το εξάμηνο στο οποίο φοιτούν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες. Η πλειοψηφία αυτών βρίσκεται στο 2^ο εξάμηνο σπουδών (44,4%) και οι υπόλοιποι μοιράζονται σχεδόν ισόποσα στα άλλα τρία εξάμηνα.

Πίνακας 6. Εξάμηνο σπουδών συμμετεχόντων.

	Εξάμηνο	
	Συχνότητα	Ποσοστό
Α' εξάμηνο	31	20,5%
Β' εξάμηνο	67	44,4%
Γ' εξάμηνο	22	14,6%
Δ' εξάμηνο	31	20,5%

Επιπροσθέτως, οι φοιτητές/τριες ρωτήθηκαν για τον μέσο όρο των μαθημάτων τους (Διάγραμμα 3). Οι βαθμοί κινούνται σε υψηλά επίπεδα αφού μόνο το 16% βρίσκεται κάτω από 7 και περίπου 12% έχει μέσο όρο μαθημάτων πάνω από 9. Δεν παρουσίασε καμία απάντηση η κατηγορία όπου ο μέσος όρος βρίσκεται από 0 έως 5.



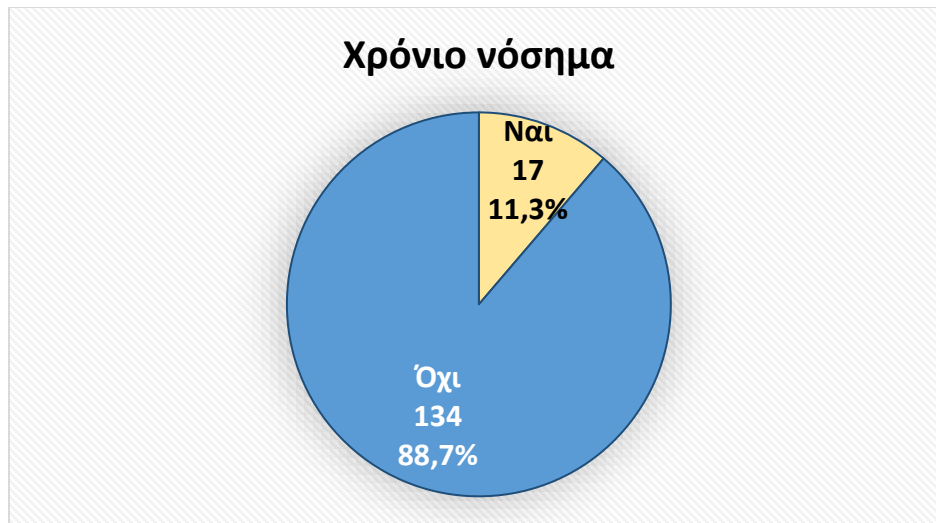
Διάγραμμα 3. Μέσος όρος εξαμήνου (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).

Αναφορικά με τον τρόπο που οι μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες είναι ασφαλισμένοι, ένα μεγάλο ποσοστό, άνω του 60%, δήλωσε πως έχει κοινωνική ασφάλιση. Ιδιωτικά και μεικτά ασφαλισμένοι ήταν περίπου 26% ενώ σχεδόν 9% δήλωσαν ότι δεν έχουν καμία ασφάλιση υγείας (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Ασφάλιση υγείας συμμετεχόντων.

Ασφάλιση υγείας		
	N	%
Ναι, έχω ιδιωτική ασφάλιση	24	15,9%
Ναι, έχω κοινωνική ασφάλιση	98	64,9%
Ναι, έχω μικτή ασφάλιση	16	10,6%
Όχι, δεν έχω	13	8,6%

Έπειτα, οι μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες ρωτήθηκαν για το εάν έχουν κάποιο χρόνιο νόσημα. Μόνο οι 17 από τους σύνολο 151 συμμετέχοντες/ουσες, δηλαδή το 11,3% δήλωσαν ότι έχουν τουλάχιστον ένα χρόνιο νόσημα (Διάγραμμα 4).



Διάγραμμα 4. Χρόνιο νόσημα (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).

Ειδικότερα, ένα χρόνιο νόσημα είχαν 14 φοιτητές/τριες, δύο χρόνια νοσήματα 2 φοιτητές/τριες και τρία χρόνια νοσήματα μόλις ένας (Πίνακας 8).

Πίνακας 8. Αριθμός χρόνιων νοσημάτων συμμετεχόντων.

Αριθμός χρόνιων νοσημάτων		
	N	%
1	14	9,3%
2	2	1,3%
3	1	0,7%
Total	17	11,3%
Missing	134	88,7%
Σύνολο	151	100%

Στην ερώτηση εάν έχουν επισκεφτεί κάποιον ιατρό τον τελευταίο μήνα πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, η πλειοψηφία του δείγματος (65,6%) ήταν αρνητική

(Πίνακας 9). Επιπλέον, ποσοστό 93,4% δήλωσε ότι δεν είχε χρειαστεί να νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο (Πίνακας 10).

Πίνακας 9. Επίσκεψη συμμετεχόντων σε ιατρό τον τελευταίο μήνα.

Ιατρός (τελευταίο μήνα)		
	N	%
Ναι	52	34,4%
Όχι	99	65,6%

Πίνακας 10. Νοσηλεία συμμετεχόντων τον τελευταίο χρόνο.

Νοσηλεία (τελευταίο χρόνο)		
	N	%
Ναι	10	6,6%
Όχι	141	93,4%

Η πλειοψηφία των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών του δείγματος δήλωσε ότι το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής της έχει διαμείνει σε αστική περιοχή, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 11.

Πίνακας 11. Τόπος διαμονής συμμετεχόντων το μεγαλύτερο διάστημα.

Τόπος διαμονής (μεγαλύτερο διάστημα)		
	N	%
Αγροτική περιοχή	43	28,5%
Αστική περιοχή	108	71,5%

Η επόμενη μεταβλητή προέκυψε από τον συνδυασμό του ύψους και τους βάρους που συμπλήρωσαν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες του δείγματος. Το περίπου 61% βρέθηκε να έχει φυσιολογικό βάρος, όπως φαίνεται από τον δείκτη μάζας σώματος, ενώ αρκετοί βρέθηκαν να είναι

υπέρβαροι (σχεδόν 28%). Περίπου 10% ήταν παχύσαρκοι, ενώ μόλις 2 άτομα βρέθηκαν στην κατηγορία «λιποβαρής» (Πίνακας 12).

Πίνακας 12. Δείκτης Μάζας Σώματος συμμετεχόντων.

Δείκτης Μάζας Σώματος		
	N	%
<18.5 Λιποβαρής	2	1,3%
[18.5,25) Φυσιολογικός βάρος	92	60,9%
[25,30) Υπέρβαρος	42	27,8%
≥30 Παχύσαρκος	15	9,9%

Τέλος, στον Πίνακα 13, παρουσιάζονται οι ποσοτικές μεταβλητές των δημογραφικών χαρακτηριστικών. Αυτές είναι το ύψος (μέτρα), το βάρος (κιλά) και το μέγεθος του νοικοκυριού στο οποίο ανήκουν τα υποκείμενα της έρευνας. Το μέσο ύψος και βάρος των φοιτητών/τριών είναι 1,71 (Τ.Α.=0,09) και 72,16 (Τ.Α.=15,87), αντίστοιχα, ενώ το μέσο μέγεθος του νοικοκυριού 2,57 (Τ.Α.=1,374).

Πίνακας 13. Ύψος, Βάρος & Μέγεθος νοικοκυριού - Μέτρα κεντρικής τάσης και διασποράς.

	Ύψος (μέτρα)	Βάρος (κιλά)	Μέγεθος νοικοκυριού
Μέσος	1,71	72,16	2,57
Διάμεσος	1,71	70	2
Τοπ. Απόκλιση	0,09	15,87	1,374
Εύρος	0,48	88	7
Ελάχιστο	1,48	42	1
Μέγιστο	1,96	130	8
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος (IQR)	0,13	21	4

7.2.2 EQ-5D-3L

Οι πέντε διαστάσεις που αποτελούν τη μεταβλητή «Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής» είναι η κινητικότητα, η αυτοεξυπηρέτηση, οι καθημερινές δραστηριότητες, ο πόνος/δυσφορία και το άγχος/κατάθλιψη. Οι παραπάνω παρουσιάζονται στον Πίνακα 14 μέσω των συχνοτήτων και των ποσοστών που συγκέντρωσε η κάθε κατηγορία. Η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης εμφανίστηκε χωρίς κανένα πρόβλημα από το σύνολο των ερωτώμενων. Στη διάσταση της κινητικότητας μόλις το 3,3% των ερωτώμενων δήλωσαν πως είχαν κάποια προβλήματα. Παρόμοια εικόνα παρουσιάζει η διάσταση «καθημερινές δραστηριότητες», αφού το 96% του δείγματος δεν αντιμετωπίζει πρόβλημα στις καθημερινές του δραστηριότητες. Αυξημένος παρουσιάζεται ο πόνος ή η δυσφορία που βιώνουν οι φοιτητές/τριες όπου προβλήματα σε αυτή τη διάσταση έχει το 22,5% του δείγματος. Τέλος, η διάσταση που εμφανίζει τα περισσότερα προβλήματα, αλλά και η μόνη όπου ένα μέρος του δείγματος δήλωσε πως αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα είναι το άγχος/κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, παρατηρείται πως το 60,9% του δείγματος αντιμετωπίζει κάποια προβλήματα, ενώ 7,9% σοβαρά προβλήματα, με μόλις περίπου το ένα τρίτο των ερωτώμενων να δηλώνουν ότι δεν έχουν προβλήματα με το άγχος ή την κατάθλιψη.

Πίνακας 14. Οι 5 διαστάσεις της HRQL (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).

	Κινητικότητα		Αυτοεξυπηρέτηση		Καθημερινές δραστηριότητες		Πόνος/ Δυσφορία		Άγχος/ Κατάθλιψη	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Κανένα πρόβλημα	146	96,7%	151	100%	145	96%	117	77,5%	47	31,1%
Κάποια προβλήματα	5	3,3%	-	-	6	4%	34	22,5%	92	60,9%
Σοβαρά προβλήματα	-	-	-	-	-	-	-	-	12	7,9%

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα μέτρα θέσης και διασποράς για τη μεταβλητή HRQL (σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής). Η μεταβλητή HRQL προέκυψε από την επεξεργασία των απαντήσεων μέσω του ειδικού αλγορίθμου, ο οποίος αντανακλά τις προτιμήσεις δείγματος που λήφθηκε από τον πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου. Επιπλέον, τα μέτρα παρουσιάζονται και για τη μεταβλητή VAS (κατάσταση υγείας) όπως συμπληρώθηκε από τους φοιτητές/τριες. Το εύρος των τιμών της μεταβλητής HRQL είναι από 0 έως 1 και της μεταβλητής VAS από 0 έως 100.

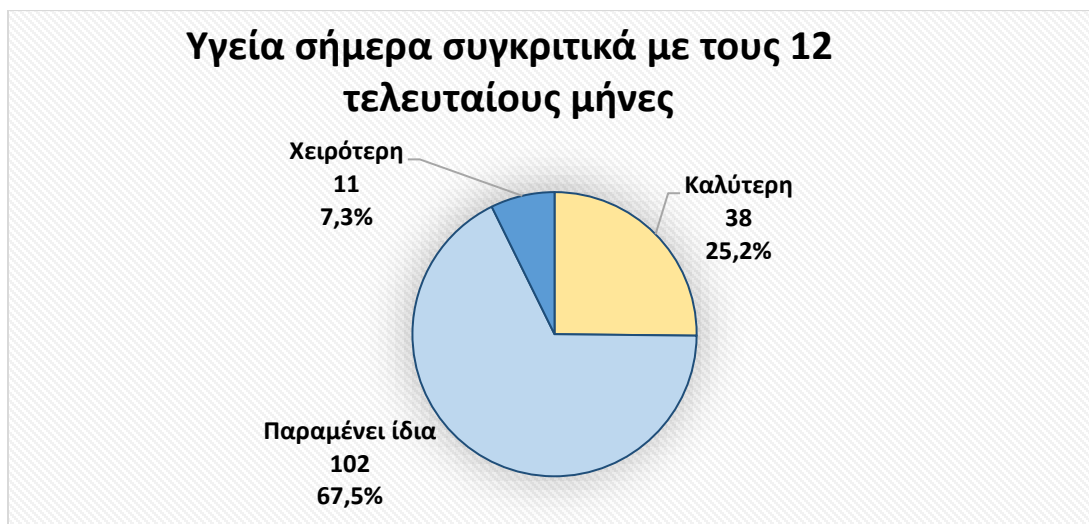
Πίνακας 15. HRQL & VAS - Μέτρα κεντρικής τάσης και διασποράς.

		HRQL	VAS
Αριθμητικός μέσος		0,828	85,93
Διάμεσος		0,848	90
Τυπ. Απόκλιση		0,181	12,089
Εύρος		0,814	70
Ελάχιστο		0,186	30
Μέγιστο		1	100
Ενδοτεταρτημοριακό εύρος		0,204	15
95% Διάστημα εμπιστοσύνης	Άνω άκρο	0,799	83,98
	Κάτω άκρο	0,857	87,87
Έλεγχος κανονικότητας	Shapiro-Wilk (p-τιμή)	<0,001	<0,001
Outliers	Highest*	1	100
	Lowest*	0,186	30

*Αναφέρεται μόνο μία τιμή στη γραμμή Highest και Lowest αντίστοιχα.

Η μεταβλητή HRQL έχει μέση τιμή 0,828 (T.A.=0,181) και παρατηρούνται τιμές σχεδόν σε όλο το εύρος της κλίμακας αφού η ελάχιστη τιμή που έχει λάβει είναι 0,186 και η μέγιστη 1. Η μεταβλητή VAS εμφανίζει μέσο όρο 85,93 (T.A.=12,089) και δεν λαμβάνει τιμές στο διάστημα [0,30). Και στις δύο μεταβλητές η κανονικότητα απουσίαζε (p<0,001) και υπήρχαν έκκεντρες και ακραίες τιμές.

Στην ερώτηση πώς είναι η κατάσταση της υγείας τους σήμερα συγκριτικά με τον τελευταίο χρόνο, οι μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες δήλωσαν ότι παραμένει ίδια σε ποσοστό 67,5%. Αρκετά χαμηλότερο ποσοστό είχε η απάντηση «καλύτερα» (25,5%) και πολύ χαμηλά ποσοστιαία βρέθηκε η κατηγορία «χειρότερη» (7,3%) (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 5. Υγεία σήμερα συγκριτικά με τους 12 τελευταίους μήνες (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).

7.2.3 Συνήθειες

Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι πίνακες απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων για τις συνήθειες των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών του δείγματος όπως αυτές βρέθηκαν μέσω του ερωτηματολογίου. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 16, περίπου οι μισοί ερωτώμενοι του δείγματος καταναλώνουν αλκοόλ μερικές φορές μέσα στο μήνα, προσεγγιστικά το 30% μία με τρεις φορές τη βδομάδα, μόλις το 2% σε καθημερινή βάση, ενώ 24 άτομα δήλωσαν ότι δεν καταναλώνουν αλκοόλ. Ακόμα, καθημερινή κατανάλωση αναψυκτικών βρέθηκε να κάνει το 6% του δείγματος, μία με τρεις φορές τη βδομάδα το 19,9% ενώ λίγο λιγότερο από το 50% απάντησε ότι πίνει αναψυκτικά μερικές φορές μέσα στο μήνα. Αρκετοί ήταν αυτοί/ές που δε καταναλώνουν αναψυκτικά ποτέ και συγκεκριμένα το 28,5%.

Πίνακας 16. Συνήθειες συμμετεχόντων για αλκοόλ και αναψυκτικά.

	Αλκοόλ		Αναψυκτικά	
	N	%	N	%
Καθημερινά	3	2%	9	6%
1-3 φορές τη βδομάδα	43	28,5%	30	19,9%
Μερικές φορές μέσα στο μήνα	81	53,6%	69	45,7%
Ποτέ	24	15,9%	43	28,5%

Σχετικά με την κατανάλωση fast food, περισσότεροι από το 50% των ερωτώμενων απάντησαν ότι τρώνε μερικές φορές μέσα στο μήνα. Σχεδόν το ένα τρίτο του συνόλου αυτών, δήλωσε ότι καταναλώνει μία με τρεις φορές τη βδομάδα, ενώ η κατανάλωση σε καθημερινή βάση είχε μόλις 3 απαντήσεις. Την κατηγορία «ποτέ» επέλεξε το 7,3%. Διαφορετική εικόνα με την κατανάλωση fast food παρουσίασε η κατανάλωση των γλυκών. Περίπου το 15% δήλωσε ότι καταναλώνει γλυκά σε καθημερινή βάση και μία με τρεις φορές τη βδομάδα σχεδόν το 34%. Μερικές φορές μέσα στο μήνα τρώει γλυκά λίγο λιγότερο από το 50% του δείγματος, ενώ το 6% δήλωσε ότι δεν καταναλώνει ποτέ γλυκά (Πίνακας 17).

Πίνακας 17. Συνήθειες συμμετεχόντων για fast food & γλυκά.

	Fast food		Γλυκά	
	N	%	N	%
Καθημερινά	3	2%	23	15,2%
1-3 φορές τη βδομάδα	48	31,8%	51	33,8%
Μερικές φορές μέσα στο μήνα	89	58,9%	68	45%
Ποτέ	11	7,3%	9	6%

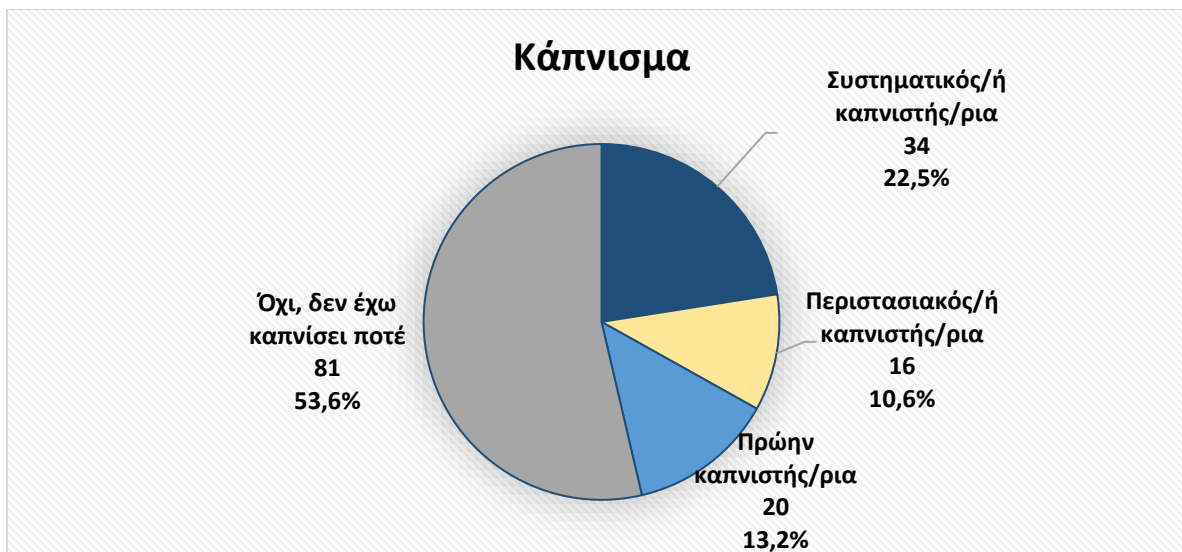
Ακολούθησαν οι ερωτήσεις για τη συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών και φρούτων από το σύνολο του δείγματος. Οι απαντήσεις παρουσιάζονται στον Πίνακα 18. Σχετικά με τα λαχανικά περίπου οι μισοί φοιτητές/τριες καταναλώνουν σε καθημερινή βάση, σχεδόν το 40% μία με τρεις

φορές τη βδομάδα, 7,9% μερικές φορές μέσα στο μήνα, ενώ μόλις μία απάντηση υπήρξε στην κατηγορία «ποτέ». Η συχνότητα κατανάλωσης φρούτων παρουσίασε παρόμοια εικόνα. Λίγο λιγότεροι από τους μισούς απάντησαν ότι καταναλώνουν φρούτα σε καθημερινή βάση, περίπου το ένα τρίτο του δείγματος μία με τρεις φορές τη βδομάδα, το 16% σχεδόν μερικές φορές μέσα στο μήνα και τέσσερις φοιτητές/τριες απάντησαν ότι δε καταναλώνουν ποτέ φρούτα.

Πίνακας 18. Συνήθειες συμμετεχόντων για λαχανικά και φρούτα.

	Λαχανικά		Φρούτα	
	N	%	N	Ποσοστό
Καθημερινά	78	51,7%	69	45,7%
1-3 φορές τη βδομάδα	60	39,7%	54	35,8%
Μερικές φορές μέσα στο μήνα	12	7,9%	24	15,9%
Ποτέ	1	0,7%	4	2,6%

Οι επόμενες δύο ερωτήσεις αφορούσαν την ιδιότητα του καπνιστή. Όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6, το 23% του δείγματος βρέθηκε να καπνίζει σε συστηματική βάση και το 10% περιστασιακά. Πρώην καπνιστές/στρίες ήταν το 13,2%, ενώ λίγο πάνω από τους μισούς φοιτητές/τριες απάντησαν ότι δεν έχουν καπνίσει ποτέ.



Διάγραμμα 6. Κάπνισμα συμμετεχόντων (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).

Από την κατηγορία των συστηματικών ή των περιστασιακών καπνιστών ζητήθηκε να προσδιορίσουν την ποσότητα τσιγάρων που καπνίζουν ανά ημέρα. Ειδικότερα, στον Πίνακα 19 διαφαίνεται ότι το 62% των καπνιστών καπνίζει 1 έως 10 τσιγάρα την ημέρα, το 34% αυτών 11 έως 20 τσιγάρα την ημέρα και μόλις το 4% καπνίζει 21 έως 40 τσιγάρα την ημέρα.

Πίνακας 19. Τσιγάρα συμμετεχόντων ανά ημέρα.

Τσιγάρα ανά μέρα		
	N	%
1-10	31	20,5%
11-20	17	11,3%
21-40	2	1,3%
Total	50	33,1%
Missing	101	66,9%
Σύνολο	151	100%

Στην επόμενη ερώτηση περισσότερο από το ένα τρίτο του δείγματος παραλείπει κάποιο γεύμα σε καθημερινή βάση και το 26,5% μία με τρεις φορές τη βδομάδα. Σε κοντινό ποσοστό

(21,9%) βρίσκονται και οι απαντήσεις της κατηγορίας «μερικές φορές μέσα στο μήνα». Την κατηγορία «ποτέ» επέλεξε το 12,6% (Πίνακας 20).

Πίνακας 20. Παράλειψη γεύματος συμμετεχόντων.

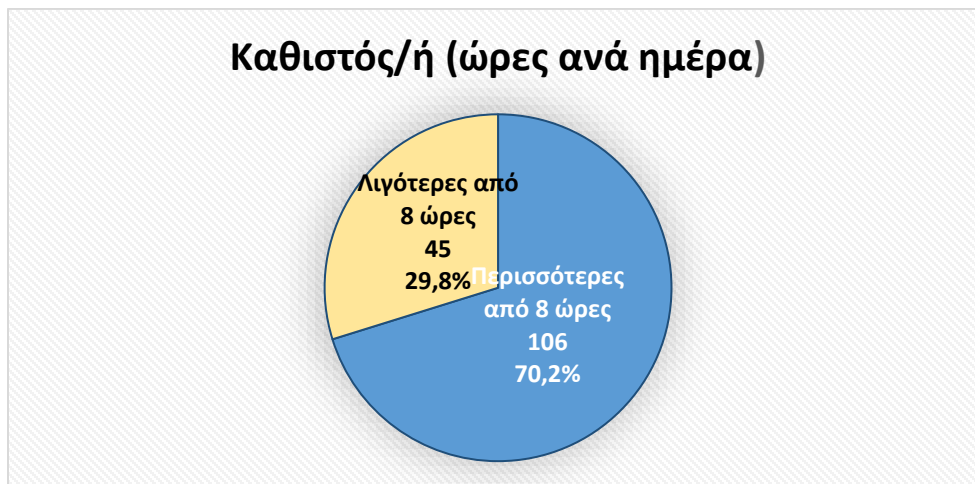
Παράλειψη γεύματος		
	N	%
Καθημερινά	59	39,1%
1-3 φορές τη βδομάδα	40	26,5%
Μερικές φορές μέσα στο μήνα	33	21,9%
Ποτέ	19	12,6%

Το μεγαλύτερο ποσοστό για τη συχνότητα που οι φοιτητές/τριες ασκούνται συγκέντρωσε η απάντηση «μία με τρεις φορές τη βδομάδα». Ακολούθησε η κατηγορία «μερικές φορές μέσα στο μήνα», ενώ αρκετά χαμηλότερα σε ποσοστά, λίγο μεγαλύτερα του 10%, βρέθηκαν οι κατηγορίες «καθημερινά» και «ποτέ» (Πίνακας 21).

Πίνακας 21. Άσκηση συμμετεχόντων.

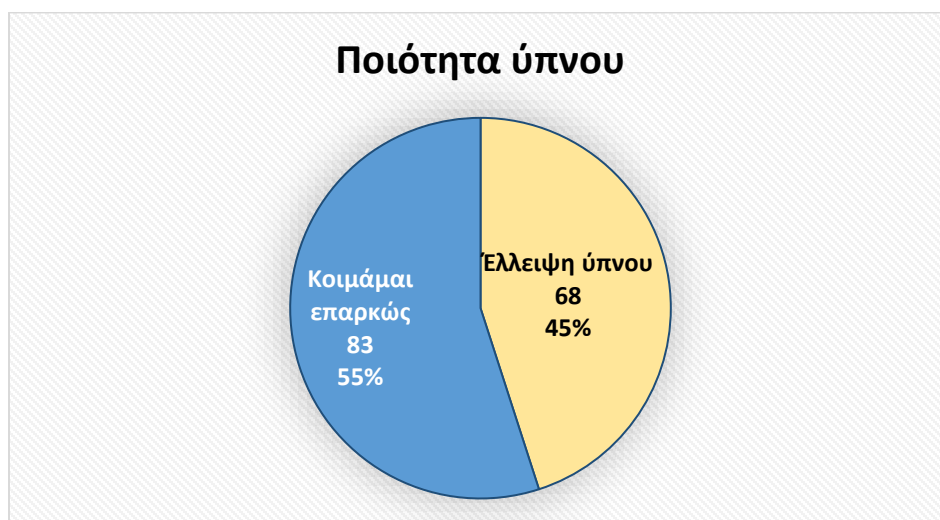
Άσκηση		
	N	%
Καθημερινά	17	11,3%
1-3 φορές τη βδομάδα	63	41,7%
Μερικές φορές μέσα στο μήνα	51	33,8%
Ποτέ	20	13,2%

Ακολούθησε η ερώτηση για το πόσες ώρες περνάει καθιστός/ή κάποιος/α ανά ημέρα. Αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος δήλωσε ότι περνάει καθημερινά καθιστό περισσότερες από 8 ώρες και συγκεκριμένα το 70,2% (Διάγραμμα 7).



Διάγραμμα 7. Καθιστός/ή (ώρες ανά ημέρα) (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).

Αντίθετα, σχετικά με την ποιότητα του ύπνου, οι απαντήσεις βρέθηκαν ισορροπημένες καθώς το 45% του δείγματος δήλωσαν ότι έχουν έλλειψη ύπνου, ενώ το 55% ότι κοιμάται επαρκώς (Διάγραμμα 8).



Διάγραμμα 8. Ποιότητα ύπνου συμμετεχόντων (Απόλυτη και σχετική συχνότητα).

Τέλος, σύμφωνα με τον Πίνακα 22, ενώ αρκετοί παραλείπουν σε καθημερινή βάση ένα γεύμα, το 63,6% δήλωσε ότι λαμβάνει τις απαραίτητες θερμίδες καθημερινά. Από τους υπόλοιπους ερωτώμενους το 29,1% δήλωσε ότι δε γνωρίζει εάν οι θερμίδες που καταναλώνει είναι αρκετές, ενώ το 7,3% του δείγματος απάντησε ότι καταναλώνει λιγότερες θερμίδες από αυτές που χρειάζεται.

Πίνακας 22. Απαραίτητες θερμίδες ανά ημέρα.

Απαραίτητες θερμίδες ανά ημέρα		
	N	%
Ναι	96	63,6%
Όχι	11	7,3%
Δεν γνωρίζω	44	29,1%

7.3 Επαγωγική στατιστική

Στο κομμάτι της επαγωγικής στατιστικής εξετάζεται η ύπαρξη τυχόν σχέσεων συσχέτισης και αιτιότητας, όπως αυτές προέκυψαν από τα ερευνητικά ερωτήματα. Οι έλεγχοι των κριτηρίων για την επιλογή του καταλληλότερου τεστ σε κάθε περίπτωση βρίσκονται στο παράρτημα II.

7.3.1 Ερευνητικό ερώτημα 1

Εξαρτάται ο τρόπος ζωής από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα είναι εάν οι καθημερινές συνήθειες των φοιτητών/τριών επηρεάζονται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Τόσο οι συνήθειες όσο και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που εξετάστηκαν είναι ποιοτικές μεταβλητές. Κατάλληλα για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας των μεταβλητών αυτών κρίθηκαν το Chi-square, το Fisher-Freeman-Halton και το Fisher τεστ. Στον Πίνακα 23 βρίσκονται τα αποτελέσματα των ελέγχων για το εάν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος επηρεάζουν την κατανάλωση αλκοόλ, την ιδιότητα του καπνιστή, καθώς και τα τσιγάρα ανά ημέρα που κάνει ένας καπνιστής.

Πίνακας 23. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των συνηθειών (αλκοόλ, κάπνισμα, τσιγάρα ανά ημέρα) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Αλκοόλ		Κάπνισμα		Τσιγάρα ανά ημέρα	
	Τιμή test	p-value	Τιμή test	p-value	Τιμή test	p-value
Φύλο	FFH=12,246	p=0,004	Chi-square=4,706	p=0,195	FFH=0,668	p=0,882
Ηλικία	FFH=10,167	p=0,285	FFH=17,144	p=0,023	FFH=12,229	p=0,028
Επαγγελματική κατάσταση	FFH=23,084	p=0,01	FFH=14,247	p=0,212	FFH=3,814	p=0,74
Μηνιαίο εισόδημα	FFH=11,771	p=0,393	FFH=11,495	p=0,466	FFH=8,348	p=0,312
Οικονομική Κατάσταση	FFH=15,265	p=0,053	FFH=13,547	p=0,086	FFH=5	p=0,578
Ασφάλιση	FFH=4,169	p=0,904	FFH=5,785	p=0,765	FFH=4,606	p=0,676
Χρόνιο νόσημα	FFH=4,19	p=0,217	FFH=3,36	p=0,36	FFH=0,362	p=1
Ιατρός	FFH=2,452	p=0,484	Chi-square=2,573	p=0,462	FFH=0,613	p=0,886
Νοσηλεία	FFH=3,588	p=0,278	FFH=2,761	p=0,37	FFH=1,972	p=0,597
Δείκτης Μάζας Σώματος	FFH=5,051	p=0,93	FFH=4,855	p=0,867	FFH=1,925	p=0,833
Τόπος διαμονής	FFH=2,061	p=0,556	Chi-square=3,129	p=0,372	FFH=1,493	p=0,568

Την κατανάλωση αλκοόλ βρέθηκε να επηρεάζει το φύλο [FFH=12,246, p=0,004] και η επαγγελματική κατάσταση που βρίσκεται κάποιος/α [FFH=23,084, p=0,01]. Ειδικότερα, στον Πίνακα 24 φαίνεται πως η πλειοψηφία των γυναικών δεν καταναλώνει αλκοόλ ή καταναλώνει μερικές φορές μέσα στο μήνα, ενώ οι άντρες καταναλώνουν συχνότερα. Στον Πίνακα 25 παρατηρείται πως οι δημόσιοι υπάλληλοι εμφανίζουν το υψηλότερο ποσοστό στην κατηγορία «ποτέ» και οι ελεύθεροι επαγγελματίες καταναλώνουν αλκοόλ καθημερινά σε ποσοστό 18,2%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό στα άλλα επαγγέλματα κυμαίνεται από 0% έως 2%.

Πίνακας 24. Πίνακας διασταύρωσης αλκοόλ-φύλο.

Φύλο		Αλκοόλ				Σύνολο
		Καθημερινά	1-3 φορές τη βδομάδα	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Ποτέ	
Ανδρας	N	3	23	27	5	58
	%	5,2%	39,7%	46,6%	8,6%	100%
Γυναίκα	N	-	20	54	19	93
	%	-	21,5%	58,1%	20,4%	100%
Σύνολο	N	3	43	81	24	151
	%	2%	28,5%	53,6%	15,9%	100%

Πίνακας 25. Πίνακας διασταύρωσης αλκοόλ-επαγγελματική κατάσταση.

Επαγγελματική κατάσταση		Αλκοόλ				Σύνολο
		Καθημερινά	1-3 φορές τη βδομάδα	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Ποτέ	
Άνεργος/η	N	-	10	13	4	27
	%	-	37%	48,1%	14,8%	100%
Ιδιωτικός υπάλληλος	N	1	28	45	12	86
	%	1,2%	32,6%	52,3%	14%	100%
	N	-	-	12	7	19

Δημόσιος υπάλληλος	%	-	-	63,2%	36,8%	100%
Ελεύθερος επαγγελματίας	N	2	2	6	1	11
	%	18,2%	18,2%	54,5%	9,1%	100%
Άλλη	N	-	3	5	-	8
	%	-	37,5%	62,5%	-	100%
Σύνολο	N	3	43	81	24	151
	%	2%	28,5%	53,6%	15,9%	100%

Έπειτα, η ιδιότητα του καπνιστή βρέθηκε να εξαρτάται μόνο από την ηλικία [FFH=17,144, $p=0,023$]. Ποσοστό μεγαλύτερο του 55% είχαν οι φοιτητές/τριες όπου δεν έχουν καπνίσει ποτέ και ανήκουν στις ηλικιακές ομάδες 22-30 και 31-40, ενώ διαφορετική εικόνα παρουσιάζουν οι ηλικίες 41-50 και 51-60, όπου ποσοστό άνω του 40% καπνίζει συστηματικά (Πίνακας 26).

Πίνακας 26, Πίνακας διασταύρωσης κάπνισμα-ηλικία.

Ηλικία		Κάπνισμα				Σύνολο
		Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	Πρώην καπνιστής/ρια	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	
22-30	N	19	13	8	58	98
	%	19,4%	13,3%	8,2%	59,2%	100%
31-40	N	5	2	6	17	30
	%	16,7%	6,7%	20%	56,7%	100%
41-50	N	8	1	5	4	18
	%	44,4%	5,6%	27,8%	22,2%	100%
51-60	N	2	-	1	2	5
	%	40,0%	-	20%	40%	100%
Σύνολο	N	34	16	20	81	151
	%	22,5%	10,6%	13,2%	53,6%	100%

Ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει κάποιος καθημερινά επηρεάζεται επίσης από την ηλικία [FFH=12,229, p=0,028]. Στον Πίνακα 27 φαίνεται πως η πλειοψηφία των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών στις ηλικίες 22-30 και 31-40 καπνίζουν από 1 έως 10 τσιγάρα την ημέρα, ενώ στις ηλικίες 41-50 και 51-60 καπνίζουν ημερησίως από 11 έως 20 τσιγάρα.

Πίνακας 27. Πίνακας διασταύρωσης τσιγάρα ανά ημέρα-ηλικία.

Ηλικία		Τσιγάρα ανά μέρα			Σύνολο
		1-10	11-20	21-40	
22-30	N	24	7	1	32
	%	75%	21,9%	3,1%	100%
31-40	N	4	2	1	7
	%	57,1%	28,6%	14,3%	100%
41-50	N	3	6	-	9
	%	33,3%	66,7%	-	100%
51-60	N	-	2	-	2
	%	-	100%	-	100%
Σύνολο	N	31	17	2	50
	%	62%	34%	4%	100%

Στη συνέχεια, ως προς την ανεξαρτησία τους από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, εξετάζεται η συχνότητα κατανάλωσης αναψυκτικών, fast food και γλυκών. Τα αποτελέσματα των τεστ βρίσκονται στον Πίνακα 28.

Πίνακας 28. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των συνηθειών (αναψυκτικά, fast food, γλυκά) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Αναψυκτικά		Fast Food		Γλυκά	
	Τιμή test	p-value	Τιμή test	p-value	Τιμή test	p-value
Φύλο	Chi-square=10,493	p=0,015	FFH=5,069	p=0,142	Chi-square=4,943	p=0,176
Ηλικία	FFH=8,912	p=0,388	FFH=33,679	p<0,001	FFH=12,122	p=0,145

Επαγγελματική κατάσταση	FFH=7,408	p=0,821	FFH=19,501	p=0,033	FFH=10,569	p=0,502
Μηνιαίο εισόδημα	FFH=8,024	p=0,788	FFH=13,141	p=0,257	FFH=20,746	p=0,032
Οικονομική Κατάσταση	FFH=6,999	p=0,618	FFH=13,225	p=0,111	FFH=7,303	p=0,579
Ασφάλιση	FFH=5,032	p=0,834	FFH=10,471	p=0,228	FFH=11,727	p=0,175
Χρόνιο νόσημα	FFH=7,521	p=0,044	FFH=3,482	p=0,264	FFH=4,938	p=0,15
Ιατρός	Chi-square=1,894	p=0,595	FFH=0,625	p=0,92	Chi-square=3,08	p=0,379
Νοσηλεία	FFH=5,201	p=0,115	FFH=3,737	p=0,267	FFH=1,908	p=0,59
Δείκτης Μάζας Σώματος	FFH=9,373	p=0,353	FFH=11,378	p=0,234	FFH=8,127	p=0,496
Τόπος διαμονής	Chi-square=1,016	p=0,797	FFH=5,864	p=0,106	Chi-square=0,658	P=0,883

Η κατανάλωση αναψυκτικών ποτών βρέθηκε να επηρεάζεται από το φύλο [Chi-square=10,493, p=0,015] και από την ύπαρξη ή όχι χρόνιων νοσημάτων [FFH=7,521, p=0,044]. Οι άνδρες καταναλώνουν αναψυκτικά συχνότερα από τις γυναίκες καθώς σχεδόν το 14% των ανδρών και μόλις το 1% των γυναικών πίνει αναψυκτικά σε καθημερινή βάση, ενώ την κατηγορία «ποτέ» επέλεξε περίπου το 24% των ανδρών και το 32% των γυναικών (Πίνακας 29). Εντύπωση προκαλεί πως η πλειοψηφία των φοιτητών/τριών όπου έχουν κάποιο χρόνιο νόσημα πίνει αναψυκτικά 1-3 φορές τη βδομάδα, συγκριτικά με την πλειοψηφία αυτών όπου δεν έχουν χρόνιο νόσημα, η οποία δήλωσε ότι καταναλώνει αναψυκτικά μερικές φορές μέσα στο μήνα (Πίνακας 30).

Πίνακας 29. Πίνακας διασταύρωσης αναψυκτικά-φύλο.

Φύλο	N	Αναψυκτικά				Σύνολο
		Καθημερινά	1-3 φορές τη βδομάδα	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Ποτέ	
Άνδρας	N	8	11	25	14	58

	%	13,8%	19,0%	43,1%	24,1%	100%
Γυναίκα	N	1	19	44	29	93
	%	1,1%	20,4%	47,3%	31,2%	100%
Σύνολο	N	9	30	69	43	151
	%	6%	19,9%	45,7%	28,5%	100%

Πίνακας 30. Πίνακας διασταύρωσης αναψυκτικά-χρόνιο νόσημα.

Χρόνιο νόσημα		Αναψυκτικά				Σύνολο
		Καθημερινά	1-3 φορές τη βδομάδα	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Ποτέ	
Ναι	N	2	7	4	4	17
	%	11,8%	41,2%	23,5%	23,5%	100%
Όχι	N	7	23	65	39	134
	%	5,2%	17,2%	48,5%	29,1%	100%
Σύνολο	N	9	30	69	43	151
	%	6%	19,9%	45,7%	28,5%	100%

Η συχνότητα κατανάλωσης fast food εξαρτάται από την ηλικία [FFH=33,679, $p<0,001$] και την επαγγελματική κατάσταση που βρίσκονται οι φοιτητές/τριες [FFH=19,501, $p=0,033$]. Στον Πίνακα 31 παρατηρείται πως οι μικρότεροι/ες ηλικιακά φοιτητές/τριες καταναλώνουν συχνότερα fast food συγκριτικά με αυτούς/ές που ανήκουν στις μεγαλύτερες ηλικιακά κατηγορίες. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση, οι άνεργοι/ες καταναλώνουν συχνότερα fast food από τα υπόλοιπα επαγγέλματα καθώς περίπου το 40% καταναλώνει από 1 έως 3 φορές τη βδομάδα (Πίνακας 32).

Πίνακας 31. Πίνακας διασταύρωσης fast food-ηλικία.

	Fast food
--	-----------

Ηλικία		Καθημερινά	1-3 φορές τη βδομάδα	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Ποτέ	Σύνολο
22-30	N	3	41	51	3	98
	%	3%	42%	52%	3%	100%
31-40	N	-	6	24	-	30
	%	-	20%	80%	-	100%
41-50	N	-	1	11	6	18
	%	-	6%	61%	33%	100%
51-60	N	-	-	3	2	5
	%	-	-	60%	40%	100%
Σύνολο	N	3	48	89	11	151
	%	2%	32%	59%	7%	100%

Πίνακας 32. Πίνακας διασταύρωσης fast food-επαγγελματική κατάσταση.

Επαγγελματική κατάσταση		Fast food				Σύνολο
		Καθημερινά	1-3 φορές τη βδομάδα	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Ποτέ	
Ανεργος/η	N	1	11	13	2	27
	%	3,7%	40,7%	48,1%	7,4%	100%
Ιδιωτικός υπάλληλος	N	2	29	53	2	86
	%	2,3%	33,7%	61,6%	2,3%	100%
Δημόσιος υπάλληλος	N	-	2	11	6	19
	%	-	10,5%	57,9%	31,6%	100%
Ελεύθερος επαγγελματίας	N	-	3	7	1	11
	%	-	27,3%	63,6%	9,1%	100%
Άλλη	N	-	3	5	-	8
	%	-	37,5%	62,5%	-	100%
Σύνολο	N	3	48	89	11	151

%	2%	31,8%	58,9%	7,3%	100%
---	----	-------	-------	------	------

Η κατανάλωση γλυκών βρέθηκε να εξαρτάται μόνο από το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού [FFH=20,746, p=0,032]. Ειδικότερα, στον Πίνακα 33, φαίνεται πως οι φοιτητές όπου είχαν το χαμηλότερο εισόδημα, καταναλώνουν πιο συχνά γλυκά από τους υπόλοιπους, ενώ η πλειοψηφία των άλλων εισοδηματικών κατηγοριών καταναλώνει γλυκά μερικές φορές μέσα στο μήνα.

Πίνακας 33. Πίνακας διασταύρωσης γλυκά-μηνιαίο εισόδημα.

Μηνιαίο εισόδημα		Γλυκά				Σύνολο
		Καθημερινά	1-3 φορές τη βδομάδα	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Ποτέ	
Κάτω από 500€	N	4	6	2	-	12
	%	33,3%	50%	16,7%	-	100%
500€-1000€	N	3	11	16	-	30
	%	10%	36,7%	53,3%	-	100%
1001€-1500€	N	4	7	20	5	36
	%	11,1%	19,4%	55,6%	13,9%	100%
1501€-2000€	N	10	14	17	1	42
	%	23,8%	33,3%	40,5%	2,4%	100%
Πάνω από 2000€	N	2	13	13	3	31
	%	6,5%	41,9%	41,9%	9,7%	100%
Σύνολο	N	23	51	68	9	151
	%	15,2%	33,8%	45,0%	6,0%	100%

Οι επόμενες τρεις συνήθειες που εξετάστηκαν για το εάν επηρεάζονται ή όχι από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά ήταν η συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών, η συχνότητα κατανάλωσης φρούτων και η συχνότητα που κάποιος παραλείπει ένα γεύμα (Πίνακας 34).

Πίνακας 34. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των συνηθειών (λαχανικά, φρούτα, παράλειψη γεύματος) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Λαχανικά		Φρούτα		Παράλειψη γεύματος	
	Τιμή test	p-value	Τιμή test	p-value	Τιμή test	p-value
Φύλο	FFH=2,779	p=0,408	FFH=2,192	p=0,581	Chi-square=0,674	p=0,879
Ηλικία	FFH=15,062	p=0,074	FFH=12,904	p=0,115	FFH=15,192	p=0,052
Επαγγελματική κατάσταση	FFH=14,273	p=0,289	FFH=14,628	p=0,187	FFH=11,507	p=0,448
Μηνιαίο εισόδημα	FFH=17,623	p=0,077	FFH=9,739	p=0,608	FFH=12,176	p=0,418
Οικονομική Κατάσταση	FFH=7,595	p=0,767	FFH=11,374	p=0,196	FFH=10,774	p=0,224
Ασφάλιση	FFH=9,009	p=0,472	FFH=2,529	p=0,988	FFH=5,842	p=0,765
Χρόνιο νόσημα	FFH=1,134	p=0,867	FFH=1,054	p=0,81	FFH=3,814	p=0,271
Ιατρός	FFH=1,188	p=0,805	FFH=7,791	p=0,043	Chi-square=6,385	p=0,094
Νοσηλεία	FFH=6,836	p=0,097	FFH=0,439	p=1	FFH=0,701	p=0,932
Δείκτης Μάζας Σώματος	FFH=15,973	p=0,064	FFH=16,54	p=0,031	FFH=10,154	p=0,266
Τόπος διαμονής	FFH=1,954	p=0,624	FFH=2,729	p=0,411	Chi-square=1,34	p=0,72

Η συχνότητα κατανάλωσης λαχανικών και η συχνότητα παράλειψης ενός γεύματος δεν εξαρτώνται, βάσει των αποτελεσμάτων, από κάποιο δημογραφικό χαρακτηριστικό. Από την άλλη μεριά, η συχνότητα κατανάλωσης φρούτων βρέθηκε εξαρτώμενη από το εάν κάποιος/α είχε επισκεφτεί έναν ιατρό τον τελευταίο μήνα πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου [FFH=7,791, p=0,043] και από τον δείκτη μάζας σώματος [FFH=16,54, p=0,031]. Συγκεκριμένα, όσοι είχαν επισκεφθεί κάποιον ιατρό των τελευταίο μήνα πριν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καταναλώνουν συχνότερα φρούτα από όσους δεν είχαν πραγματοποιήσει κάποια επίσκεψη (Πίνακας 35). Αναφορικά με το πώς ο δείκτης μάζας σώματος επηρεάζει την κατανάλωση φρούτων, στον Πίνακα 36, παρατηρείται ότι αυτοί που βρίσκονται στην κατηγορία

παχύσαρκοι τρώνε φρούτα συχνότερα από τους φοιτητές/τριες όπου είχαν φυσιολογικό βάρος. Η κατηγορία «Λιποβαρής» στο σύνολό της δήλωσε πως καταναλώνει φρούτα μερικές φορές μέσα στο μήνα, όμως πρέπει να σημειωθεί πως βρέθηκαν μόνο 2 φοιτητές/τριες σε αυτήν την κατηγορία.

Πίνακας 35. Πίνακας διασταύρωσης φρούτα-ιατρός.

Ιατρός (τελευταίο μήνα)		Φρούτα				Σύνολο
		Καθημερινά	1-3 φορές τη βδομάδα	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Ποτέ	
Ναι	N	31	12	7	2	52
	%	59,6%	23,1%	13,5%	3,8%	100%
Όχι	N	38	42	17	2	99
	%	38,4%	42,4%	17,2%	2%	100%
Σύνολο	N	69	54	24	4	151
	%	45,7%	35,8%	15,9%	2,6%	100%

Πίνακας 36. Πίνακας διασταύρωσης φρούτα-δείκτης μάζας σώματος.

Δείκτης μάζας σώματος		Φρούτα				Σύνολο
		Καθημερινά	1-3 φορές τη βδομάδα	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Ποτέ	
<18.5 Λιποβαρής	N	-	-	2	-	2
	%	-	-	100%	-	100%
[18.5,25) Φυσιολογικό βάρος	N	44	31	16	1	92
	%	47,8%	33,7%	17,4%	1,1%	100%
[25,30) Υπέρβαρος	N	15	19	6	2	42
	%	35,7%	45,2%	14,3%	4,8%	100%
≥30 Παχύσαρκος	N	10	4	-	1	15
	%	66,7%	26,7%	-	6,7%	100%

Σύνολο	N	69	54	24	4	151
	%	45,7%	35,8%	15,9%	2,6%	100%

Ακολούθησαν οι έλεγχοι για το εάν η συχνότητα που κάποιος/α ασκείται και οι ώρες που περνάει καθιστός/ή ανά ημέρα εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Τα αποτελέσματα εμφανίζονται στον Πίνακα 37.

Πίνακας 37. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των συνηθειών (άσκηση, καθιστός/ή) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Άσκηση		Καθιστός/η	
	Τιμή test	p-value	Τιμή test	p-value
Φύλο	Chi-square=2,325	p=0,508	Chi-square=0,221	p=0,638
Ηλικία	FFH=11,193	p=0,201	FFH=1,778	p=0,675
Επαγγελματική κατάσταση	FFH=15,62	p=0,149	FFH=2,4	p=0,675
Μηνιαίο εισόδημα	FFH=16,606	p=0,138	Chi-square=2,887	p=0,577
Οικονομική Κατάσταση	FFH=10,209	p=0,264	FFH=0,57	p=0,951
Ασφάλιση	FFH=7,358	p=0,589	FFH=1,483	p=0,702
Χρόνιο νόσημα	FFH=2,398	p=0,505	Chi-square=5,239	p=0,022
Ιατρός	Chi-square=1,821	p=0,61	Chi-square=2,843	p=0,092
Νοσηλεία	FFH=2,667	p=0,425	F=-	p=0,486
Δείκτης Μάζας Σώματος	FFH=8,306	p=0,461	FFH=3,317	p=0,323
Τόπος διαμονής	Chi-square=6,245	p=0,1	Chi-square=0,512	p=0,474

Η άσκηση δε φάνηκε να επηρεάζεται από κάποιο δημογραφικό χαρακτηριστικό. Οι ώρες ανά ημέρα που περνάει κάποιος καθιστός/ή βρέθηκαν να εξαρτώνται στατιστικώς σημαντικά μόνο από ένα χαρακτηριστικό, την ύπαρξη ή όχι χρόνιων νοσημάτων [Chi-square=5,239, p=0,022]. Η ύπαρξη ενός χρόνιου νοσήματος οδηγεί τους φοιτητές/τριες να παραμένουν καθιστοί περισσότερες ώρες από αυτούς/ές όπου δεν έχουν κάποιο χρόνιο νόσημα (Πίνακας 38).

Πίνακας 38. Πίνακας διασταύρωσης καθιστός/ή (ώρες ανά ημέρα)-χρόνιο νόσημα

Χρόνιο νόσημα		Καθιστός/η		Σύνολο
		Περισσότερες από 8 ώρες	Λιγότερες από 8 ώρες	
Ναι	N	16	1	17
	%	94,1%	5,9%	100%
Όχι	N	90	44	134
	%	67,2%	32,8%	100%
Σύνολο	N	106	45	151
	%	70,2%	29,8%	100%

Οι δύο τελευταίες συνήθειες που εξετάζονται για την ανεξαρτησία τους από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των φοιτητών/τριών είναι η ποιότητα του ύπνου και το εάν καταναλώνουν τις απαραίτητες θερμίδες καθημερινά. Τα αποτελέσματα αυτών των ελέγχων βρίσκονται στον Πίνακα 39.

Πίνακας 39. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των συνηθειών (ποιότητα ύπνου, απαραίτητες θερμίδες) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Ποιότητα ύπνου		Απαραίτητες θερμίδες	
	Τιμή test	p-value	Τιμή test	p-value
Φύλο	Chi-square=0,939	p=0,333	Chi-square=6,942	p=0,031
Ηλικία	FFH=1,56	p=0,696	FFH=10,904	p=0,061
Επαγγελματική κατάσταση	FFH=6,502	p=0,16	FFH=16,331	p=0,019
Μηνιαίο εισόδημα	Chi-square=4,136	p=0,388	FFH=19,918	p=0,005
Οικονομική Κατάσταση	FFH=5,289	p=0,131	FFH=7,368	p=0,24
Ασφάλιση	Chi-square=2,044	p=0,563	FFH=2,216	p=0,917
Χρόνιο νόσημα	Chi-square=0,734	p=0,392	FFH=4,856	P=0,08
Γιατρός	Chi-square=1,521	p=0,217	Chi-square=3,816	p=0,148
Νοσηλεία	F= -	p=0,043	FFH=2,675	p=0,241
Δείκτης Μάζας Σώματος	FFH=0,427	p=0,984	FFH=9,424	p=0,11
Τόπος διαμονής	Chi-square=0,017	p=0,895	Chi-square=4,023	p=0,134

Όπως φαίνεται, η ποιότητα του ύπνου βρέθηκε εξαρτημένη μόνο από το εάν κάποιος είχε νοσηλευτεί το τελευταίο έτος πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου [$F=$ -, $p=0,043$]. Η νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο το έτος που προηγήθηκε της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είχε σημαντική επίδραση καθώς το 80% των φοιτητών/τριών δήλωσαν πως παρουσίασαν έλλειψη στον ύπνο. Το αντίστοιχο ποσοστό γι' αυτούς όπου δεν είχαν νοσηλευτεί ήταν σχεδόν 43% (Πίνακας 40).

Πίνακας 40. Πίνακας διασταύρωσης ποιότητα ύπνου-νοσηλεία.

Νοσηλεία (τελευταίο χρόνο)		Ποιότητα ύπνου		Σύνολο
		Έλλειψη ύπνου	Κοιμάμαι επαρκώς	
Ναι	N	8	2	10
	%	80%	20%	100%
Όχι	N	60	81	141
	%	42,6%	57,4%	100%
Σύνολο	N	68	83	151
	%	45%	55%	100%

Τέλος, η κατανάλωση των απαραίτητων θερμίδων σε καθημερινή βάση, εμφανίζεται ως η συνήθεια με τις περισσότερες εξαρτήσεις από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά συνολικά. Ειδικότερα, φάνηκε να εξαρτάται από το φύλο [$\text{Chi-square}=6,942$, $p=0,031$], την επαγγελματική κατάσταση [$\text{FFH}=16,331$, $p=0,019$] και το μηναίο εισόδημα του νοικοκυριού [$\text{FFH}=19,918$, $p=0,005$]. Στον Πίνακα 41 διακρίνεται ότι ενώ παρόμοιο ποσοστό των δύο φύλων δεν καταναλώνουν τις απαραίτητες θερμίδες καθημερινά, οι άλλες δύο κατηγορίες παρουσιάζουν διαφορές. Περισσότερες γυναίκες, συγκριτικά με τους άνδρες, καταναλώνουν τις απαραίτητες θερμίδες και λιγότερες αντίστοιχα, δε γνωρίζουν εάν τις καταναλώνουν. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση των φοιτητών/τριών του δείγματος και τον τρόπο που αυτή επηρεάζει την κατανάλωση των απαραίτητων καθημερινά θερμίδων, παρατίθεται ο Πίνακας 42. Σε αυτόν

παρατηρείται ότι προσεγγιστικά το 52% των ανέργων και το 46% των ελεύθερων επαγγελματιών δεν γνωρίζει εάν καταναλώνει τις θερμίδες που χρειάζεται, σε αντίθεση με τα άλλα επαγγέλματα όπου εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά σε αυτήν την κατηγορία. Ακόμα, αυτοί που δεν ασκούν κάποιο επάγγελμα είχαν το χαμηλότερο ποσοστό στην κατανάλωση των απαραίτητων θερμίδων συγκριτικά με αυτούς που εργάζονται. Στον Πίνακα 43, παρατηρούμε ότι όσο αυξάνεται το εισόδημα, αυξάνεται το ποσοστό των φοιτητών/τριών όπου καταναλώνουν τις απαραίτητες θερμίδες καθημερινά και μειώνεται το ποσοστό των αυτών όπου δεν γνωρίζουν.

Πίνακας 41. Πίνακας διασταύρωσης απαραίτητες θερμίδες-φύλο.

Φύλο		Απαραίτητες θερμίδες			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	
Ανδρας	N	30	4	24	58
	%	51,7%	6,9%	41,4%	100%
Γυναίκα	N	66	7	20	93
	%	71%	7,5%	21,5%	100%
Σύνολο	N	96	11	44	151
	%	63,6%	7,3%	29,1%	100%

Πίνακας 42. Πίνακας διασταύρωσης απαραίτητες θερμίδες-επαγγελματική κατάσταση.

Επαγγελματική κατάσταση		Απαραίτητες θερμίδες			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	
Άνεργος/η	N	10	3	14	27
	%	37%	11,1%	51,9%	100%
Ιδιωτικός υπάλληλος	N	59	5	22	86
	%	68,6%	5,8%	25,6%	100%
Δημόσιος υπάλληλος	N	14	2	3	19
	%	73,7%	10,5%	15,8%	100%
Ελεύθερος επαγγελματίας	N	6	-	5	11
	%	54,5%	-	45,5%	100%

Άλλη	N	7	1	-	8
	%	87,5%	12,5%	-	100%
Σύνολο	N	96	11	44	151
	%	63,6%	7,3%	29,1%	100%

Πίνακας 43. Πίνακας διασταύρωσης απαραίτητες θερμίδες-μηνιαίο εισόδημα.

Μηνιαίο εισόδημα		Απαραίτητες θερμίδες			Σύνολο
		Ναι	Όχι	Δεν γνωρίζω	
Κάτω από 500€	N	4	3	5	12
	%	33,3%	25%	41,7%	100%
500€-1000€	N	16	2	12	30
	%	53,3%	6,7%	40%	100%
1001€-1500€	N	20	5	11	36
	%	55,6%	13,9%	30,6%	100%
1501€-2000€	N	29	1	12	42
	%	69%	2,4%	28,6%	100%
Πάνω από 2000€	N	27	-	4	31
	%	87,1%	-	12,9%	100%
Σύνολο	N	96	11	44	151
	%	63,6%	7,3%	29,1%	100%

7.3.2 Ερευνητικό ερώτημα 2

Εξαρτώνται η ασφάλιση, το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και ο Δείκτης Μάζας Σώματος από τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;

Στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα εξετάζεται αρχικά εάν το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού και η ασφάλιση υγείας εξαρτάται από τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος που χρησιμοποιήθηκαν σε αυτό το ερευνητικό ερώτημα είναι

στο σύνολό τους ποιοτικές μεταβλητές, οπότε για τον έλεγχο της ανεξαρτησίας τους κατάλληλα κρίθηκαν τα Chi-square, Fisher-Freeman-Halton (FFH) και Fisher (F) τεστ. Τα αποτελέσματα των ελέγχων που διενεργήθηκαν παρουσιάζονται στον Πίνακα 44.

Πίνακας 44. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των δημογραφικών χαρακτηριστικών (μηνιαίο εισόδημα και ασφάλιση) από τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Μηνιαίο εισόδημα		Ασφάλιση	
	Τιμή test	p-value	Τιμή test	p-value
Φύλο	Chi-square=10,078	p=0,039	Chi-square=9,783	p=0,021
Ηλικία	FFH=13,335	p=0,263	FFH=9,338	p=0,323
Επαγγελματική κατάσταση	FFH=43,067	p<0,001	FFH=28,399	p=0,001
Μηνιαίο εισόδημα	-	-	-	-
Οικονομική κατάσταση	-	-	FFH=15,244	p=0,044
Ασφάλιση	FFH=9,312	p=0,664	-	-
Χρόνιο νόσημα	FFH=2,829	p=0,597	FFH=0,39	p=1
Ιατρός	Chi-square=4,195	p=0,38	Chi-square=5,65	p=0,13
Νοσηλεία	FFH=3,403	p=0,472	FFH=1,756	p=0,624
Δείκτης Μάζας Σώματος	FFH=11,613	p=0,409	-	-
Τόπος διαμονής	Chi-square=15,417	p=0,004	FFH=3,274	p=0,353

Το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού επηρεάζεται από το φύλο [Chi-square=10,078, p=0,039] και από την επαγγελματική κατάσταση που βρίσκονται οι φοιτητές/τριες [FFH=43,067, p<0,001]. Ακόμα, εξαρτάται από τον τόπο που έχει διαμείνει κάποιος/α φοιτητής/τρια το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής του [Chi-square=15,417, p=0,004]. Ειδικότερα, στον Πίνακα 45 παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών δήλωσε μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού από 1001€ έως 1500€, ενώ το αντίστοιχο των γυναικών βρέθηκε στην κατηγορία «1501€-2000€». Εισόδημα μεγαλύτερο των 1501€ είχε προσεγγιστικά το 40% των ανδρών και το 54% των γυναικών, άρα οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού. Ακόμα, περίπου το 50% των ανέργων και αυτών που ασκούν άλλα επαγγέλματα από αυτά των

κατηγοριών, βρέθηκε με μηνιαίο εισόδημα κάτω των 1000€. Τα αντίστοιχα ποσοστά των ιδιωτικών υπαλλήλων και των ελεύθερων επαγγελματιών είναι περίπου 20%, ενώ των δημοσίων υπαλλήλων μόλις 5,3%. Υψηλότερο μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού έχουν οι δημόσιοι και οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (Πίνακας 46). Τέλος, στον Πίνακα 47, φαίνεται πως όσοι έχουν διαμείνει το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής του σε αγροτική περιοχή έχουν χαμηλότερο μηνιαίο εισόδημα από όσους έζησαν σε αστική περιοχή.

Πίνακας 45. Πίνακας διασταύρωσης μηνιαίο εισόδημα-φύλο.

Φύλο		Μηνιαίο εισόδημα					Σύνολο
		Κάτω από 500€	500€-1000€	1001€-1500€	1501€-2000€	Πάνω από 2000€	
Ανδρας	N	3	13	19	9	14	58
	%	5,2%	22,4%	32,8%	15,5%	24,1%	100%
Γυναίκα	N	9	17	17	33	17	93
	%	9,7%	18,3%	18,3%	35,5%	18,3%	100%
Σύνολο	N	12	30	36	42	31	151
	%	7,9%	19,9%	23,8%	27,8%	20,5%	100%

Πίνακας 46. Πίνακας διασταύρωσης μηνιαίο εισόδημα-επαγγελματική κατάσταση.

Επαγγελματική κατάσταση		Μηνιαίο εισόδημα					Σύνολο
		Κάτω από 500€	500€-1000€	1001€-1500€	1501€-2000€	Πάνω από 2000€	
Ανεργος/η	N	8	6	9	2	2	27
	%	29,6%	22,2%	33,3%	7,4%	7,4%	100%
Ιδιωτικός υπάλληλος	N	2	19	14	27	24	86
	%	2,3%	22,1%	16,3%	31,4%	27,9%	100%
	N	-	1	5	10	3	19

Δημόσιος υπάλληλος	%	-	5,3%	26,3%	52,6%	15,8%	100%
Ελεύθερος επαγγελματίας	N	-	2	5	3	1	11
	%	-	18,2%	45,5%	27,3%	9,1%	100%
Άλλη	N	2	2	3	-	1	8
	%	25%	25%	37,5%	-	12,5%	100%
Σύνολο	N	12	30	36	42	31	151
	%	7,9%	19,9%	23,8%	27,8%	20,5%	100%

Πίνακας 47. Πίνακας διασταύρωσης μηνιαίο εισόδημα-τόπος διαμονής.

Τόπος διαμονής (μεγαλύτερο διάστημα)		Μηνιαίο εισόδημα					Σύνολο
		Κάτω από 500€	500€-1000€	1001€-1500€	1501€-2000€	Πάνω από 2000€	
Αγροτική περιοχή	N	8	11	12	6	6	43
	%	18,6%	25,6%	27,9%	14%	14%	100%
Αστική περιοχή	N	4	19	24	36	25	108
	%	3,7%	17,6%	22,2%	33,3%	23,1%	100%
Σύνολο	N	12	30	36	42	31	151
	%	7,9%	19,9%	23,8%	27,8%	20,5%	100%

Αναφορικά με το είδος της ασφάλισης βρέθηκε να εξαρτάται στατιστικώς σημαντικά από το φύλο [Chi-square=9,783, p=0,021], την επαγγελματική [FFH=28,399, p=0,001] και την οικονομική [FFH=15,244, p=0,044] κατάσταση του νοικοκυριού. Αναλυτικότερα, ενώ η πλειοψηφία και των δύο φύλων δήλωσαν ότι έχουν κοινωνική ασφάλιση, το περίπου το 17% των ανδρών δήλωσε ότι δεν έχει ασφάλιση υγείας, ενώ το αντίστοιχο των γυναικών βρέθηκε μόλις 3,2% (Πίνακας 48). Στον Πίνακα 49, η πλειοψηφία όλων των επαγγελμάτων δήλωσε πως έχει κοινωνική ασφάλιση, όμως το 22% των ανέργων δεν ήταν ασφαλισμένο, ποσοστό που είναι μεγάλο συγκριτικά με τα αντίστοιχα των άλλων επαγγελμάτων (<10%). Τέλος, οι περισσότεροι/ες

φοιτητές/τριες όλων των κατηγοριών της οικονομικής κατάστασης, δήλωσαν πως έχουν κοινωνική ασφάλιση υγείας. Διαφορά παρατηρείται στην ιδιωτική ασφάλιση όπου το ποσοστό των φοιτητών/τριών όπου έχουν αυξάνεται, όσο αυξάνεται η οικονομική άνεση (Πίνακας 50).

Πίνακας 48. Πίνακας διασταύρωσης ασφάλιση-φύλο.

Φύλο		Ασφάλιση				Σύνολο
		Ναι, έχω ιδιωτική ασφάλιση	Ναι, έχω κοινωνική ασφάλιση	Ναι, έχω μικτή ασφάλιση	Όχι, δεν έχω	
Ανδρας	N	7	34	7	10	58
	%	12,1%	58,6%	12,1%	17,2%	100%
Γυναίκα	N	17	64	9	3	93
	%	18,3%	68,8%	9,7%	3,2%	100%
Σύνολο	N	24	98	16	13	151
	%	15,9%	64,9%	10,6%	8,6%	100%

Πίνακας 49. Πίνακας διασταύρωσης ασφάλιση-επαγγελματική κατάσταση.

Επαγγελματική κατάσταση		Ασφάλιση				Σύνολο
		Ναι, έχω ιδιωτική ασφάλιση	Ναι, έχω κοινωνική ασφάλιση	Ναι, έχω μικτή ασφάλιση	Όχι, δεν έχω	
Ανεργος/η	N	-	19	2	6	27
	%	-	70,4%	7,4%	22,2%	100%
Ιδιωτικός υπάλληλος	N	22	46	13	5	86
	%	25,6%	53,5%	15,1%	5,8%	100%
Δημόσιος υπάλληλος	N	-	17	1	1	19
	%	-	89,5%	5,3%	5,3%	100%
Ελεύθερος επαγγελματίας	N	-	10	-	1	11
	%	-	90,9%	-	9,1%	100%
Άλλη	N	2	6	-	-	8

	%	25%	75%	-	-	100%
Σύνολο	N	24	98	16	13	151
	%	15,9%	64,9%	10,6%	8,6%	100%

Πίνακας 50. Πίνακας διασταύρωσης ασφάλιση-οικονομική κατάσταση νοικοκυριού.

Οικονομική κατάσταση νοικοκυριού		Ασφάλιση				Σύνολο
		Ναι, έχω ιδιωτική ασφάλιση	Ναι, έχω κοινωνική ασφάλιση	Ναι, έχω μικτή ασφάλιση	Όχι, δεν έχω	
Δεν τα βγάζουμε πέρα	N	-	1	1	1	3
	%	-	33,3%	33,3%	33,3%	100%
Τα βγάζουμε πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες	N	1	26	2	1	30
	%	3,3%	86,7%	6,7%	3,3%	100%
Τα βγάζουμε πέρα αλλά δε μας μένουν και πολλά στην άκρη	N	19	60	10	11	100
	%	19%	60%	10%	11%	100%
Είμαστε άνετοι οικονομικά	N	4	11	3	-	18
	%	22,2%	61,1%	16,7%	-	100%
Σύνολο	N	24	98	16	13	151
	%	15,9%	64,9%	10,6%	8,6%	100%

Τα επόμενα δημογραφικά χαρακτηριστικά για τα οποία εξετάστηκε η ανεξαρτησία τους από τα υπόλοιπα ήταν ο δείκτης μάζας σώματος (Δ.Μ.Σ.) και το χρόνια νόσημα.

Πίνακας 51. Αποτελέσματα των ελέγχων ανεξαρτησίας των δημογραφικών χαρακτηριστικών (Δείκτης Μάζας Σώματος και χρόνια νόσημα) από τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Δείκτης Μάζας Σώματος	Χρόνια νόσημα
--	-----------------------	---------------

	Τιμή test	p-value	Τιμή test	p-value
Φύλο	FFH=6,494	p=0,068	Chi-square=0,079	p=0,779
Ηλικία	FFH=18,965	p=0,011	FFH=1,037	p=0,796
Επαγγελματική κατάσταση	FFH=12,566	p=0,346	FFH=5,41	p=0,198
Μηνιαίο εισόδημα	-	-	-	-
Οικονομική κατάσταση	FFH=6,191	p=0,802	FFH=2,434	p=0,541
Ασφάλιση	FFH=3,595	p=0,957	-	-
Χρόνιο νόσημα	FFH=10,214	p=0,014	-	-
Γιατρός	FFH=2,695	p=0,42	Chi-square=1,352	p=0,245
Νοσηλεία	FFH=1,001	p=0,902	F=-	p=1
Δείκτης Μάζας Σώματος	-	-	-	-
Τόπος διαμονής	FFH=9,808	p=0,013	F=-	p=0,779

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 51, ο Δ.Μ.Σ. εξαρτάται από την ηλικία [FFH=18,965, p=0,011], την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος [FFH=10,214, p=0,014] και την μεταβλητή τόπος διαμονής [FFH=9,808, p=0,013]. Σχετικά με την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος, δε φάνηκαν επιπλέον εξαρτήσεις πέρα από αυτή που αναφέρθηκε με το δείκτη μάζας σώματος. Οι ηλικιακά νεότεροι φοιτητές (>40 ετών) βρίσκονται στην πλειοψηφία τους με φυσιολογικό βάρος, σε αντίθεση με τους μεγαλύτερους (41-60 ετών) όπου εμφανίζουν υψηλά ποσοστά στις κατηγορίες «υπέρβαρος» και «παχύσαρκος» (Πίνακας 52). Ακόμα, η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος επηρεάζει τον δείκτη μάζας σώματος και συγκεκριμένα, ποσοστό άνω του 50% όπου έχουν τουλάχιστον ένα χρόνιο νόσημα βρίσκεται στην κατηγορία «υπέρβαρος» και «παχύσαρκος». Το αντίστοιχο ποσοστό γι' αυτούς όπου απουσιάζουν τα χρόνια νοσήματα είναι προσεγγιστικά 36%. Τέλος, όσοι διέμεναν μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους σε αγροτική περιοχή είχαν χαμηλότερα ποσοστά στις κατηγορίες «υπέρβαρος» και «παχύσαρκος» σε σύγκριση με όσους είχαν διαμείνει σε αστικές περιοχές (Πίνακας 54).

Πίνακας 52. Πίνακας διαστάρωσης Δ.Μ.Σ.-ηλικία.

Ηλικία		Δείκτης μάζας σώματος				Σύνολο
		<18.5 Λιποβαρής	[18.5,25) Φυσιολογικό βάρος	[25,30) Υπέρβαρος	≥30 Παχύσαρκος	
22-30	N	2	64	27	5	98
	%	2%	65,3%	27,6%	5,1%	100%
31-40	N	-	21	6	3	30
	%	-	70%	20%	10%	100%
41-50	N	-	6	7	5	18
	%	-	33,3%	38,9%	27,8%	100%
51-60	N	-	1	2	2	5
	%	-	20%	40%	40%	100%
Σύνολο	N	2	92	42	15	151
	%	1,3%	60,9%	27,8%	9,9%	100%

Πίνακας 53. Πίνακας διαστάρωσης Δ.Μ.Σ.-χρόνιο νόσημα

Χρόνιο νόσημα		Δείκτης μάζας σώματος				Σύνολο
		<18.5 Λιποβαρής	[18.5,25) Φυσιολογικό βάρος	[25,30) Υπέρβαρος	≥30 Παχύσαρκος	
Ναι	N	-	8	3	6	17
	%	-	47,1%	17,6%	35,3%	100%
Όχι	N	2	84	39	9	134
	%	1,5%	62,7%	29,1%	6,7%	100%
Σύνολο	N	2	92	42	15	151
	%	1,3%	60,9%	27,8%	9,9%	100%

Πίνακας 54. Πίνακας διασπαύρωσης Δ.Μ.Σ.-τόπος διαμονής.

Τόπος διαμονής		Δείκτης μάζας σώματος				Σύνολο
		<18.5 Λιποβαρής	[18.5,25) Φυσιολογικό βάρος	[25,30) Υπέρβαρος	≥30 Παχύσαρκος	
Αγροτική	N	2	31	9	1	43
περιοχή	%	4,7%	72,1%	20,9%	2,3%	100%
Αστική	N	-	61	33	14	108
περιοχή	%	-	56,5%	30,6%	13%	100%
Σύνολο	N	2	92	42	15	151
	%	1,3%	60,9%	27,8%	9,9%	100%

7.3.3 Ερευνητικό ερώτημα 3

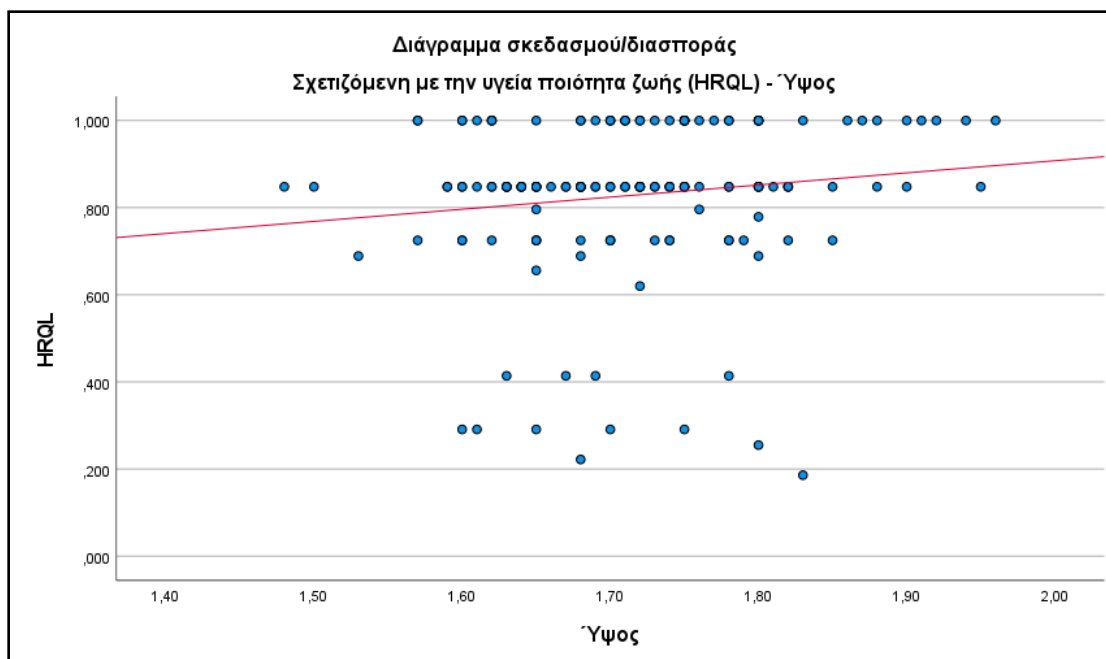
Διαφοροποιείται η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;

Για τη διερεύνηση του τρίτου ερευνητικού ερωτήματος χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μεταβλητή HRQL, η οποία περιγράφει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Στόχος του ερωτήματος είναι να διερευνηθεί εάν η μεταβλητή αυτή επηρεάζεται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Σε αυτά διακρίνονται τρεις ποσοτικές μεταβλητές, το μέγεθος του νοικοκυριού (διακριτή), το ύψος (συνεχής) και το βάρος (συνεχής). Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά είναι ποιοτικές μεταβλητές. Ο έλεγχος της συσχέτισης ανάμεσα στη μεταβλητή HRQL και τις ποσοτικές μεταβλητές «μέγεθος νοικοκυριού», «ύψος» και «βάρος» έγινε με τον συντελεστή συσχέτισης Spearman. Για τον έλεγχο της επίδρασης των ποιοτικών μεταβλητών στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής έγιναν τα μη παραμετρικά Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis και Median test. Στον Πίνακα 55 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα.

Πίνακας 55. Αποτελέσματα των ελέγχων επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στη μεταβλητή HRQL.

	Test	Τιμή test	p-value
Φύλο	Mann-Whitney U	U=2360	p=0,17
Ηλικία	Kruskal-Wallis	H=0,948	p=0,814
Οικογενειακή κατάσταση	Kruskal-Wallis	H=2,131	p=0,546
Επαγγελματική κατάσταση	Kruskal-Wallis	H=2,495	p=0,646
Μέγεθος νοικοκυριού	Spearman	rho=-0,016	p=0,844
Μηνιαίο εισόδημα	Kruskal-Wallis	H=1,079	p=0,898
Οικονομική κατάσταση	Median test	Chi-Square=3,529	p=0,317
Εξάμηνο	Kruskal-Wallis	H=4,829	p=0,185
ΜΟ εξαμήνου	Median test	Chi-Square=4,101	p=0,535
Ασφάλιση υγείας	Kruskal-Wallis	H=1,56	p=0,669
Χρόνιο νόσημα	Mann-Whitney U	U=935	p=0,202
Αριθμός χρόνιων νοσημάτων	Median test	Chi-square=0,486	p=0,784
Ιατρός	Mann-Whitney U	U=2253,5	p=0,182
Νοσηλεία	Mann-Whitney U	U=695	p=0,937
Ύψος	Spearman	rho=0,169	p=0,039
Βάρος	Spearman	rho=0,156	p=0,055
Δείκτης Μάζας Σώματος	Median test	Chi-square=1,788	p=0,618
Τόπος διαμονής	Kruskal-Wallis	H=2189	p=0,56

Όπως παρατηρείται στον παραπάνω πίνακα, η μεταβλητή HRQL σχετίζεται μόνο με το ύψος των φοιτητών/τριών ($p=0,039$). Ο συντελεστής Spearman ισούται με 0,169 και υποδεικνύει την ύπαρξη μίας χαμηλής σε ένταση συσχέτισης με θετικό πρόσημο. Ειδικότερα, όσο αυξάνεται το ύψος των φοιτητών/τριών παρουσιάζουν υψηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Η χαμηλή ένταση και το θετικό πρόσημο της σχέσης μεταξύ των δύο μεταβλητών επιβεβαιώνεται από το διάγραμμα διασποράς/σκεδασμού (Διάγραμμα 9).



Διάγραμμα 9. Διασπορά/σκεδασμός HRQL-Ύψος

7.3.4 Ερευνητικό ερώτημα 4

Διαφοροποιείται η κατάσταση της υγείας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;

Μέσω του τέταρτου ερευνητικού ερωτήματος ερευνάται η ποσοτική μεταβλητή VAS, η οποία περιγράφει την κατάσταση της υγείας όπως την όρισε το σύνολο του δείγματος σε κλίμακα [0,100]. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως αναφέρθηκαν και στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα, είναι στο σύνολό τους ποιοτικές μεταβλητές που παρουσιάζουν ποικιλία στον αριθμό των κατηγοριών που έχουν, εκτός από το μέγεθος νοικοκυριού, το ύψος και το βάρος που είναι ποσοτικές. Κατάλληλος για τον έλεγχο της συσχέτισης των ποσοτικών δημογραφικών χαρακτηριστικών με τη μεταβλητή VAS κρίθηκε ο συντελεστής Spearman. Για τις ποιοτικές μεταβλητές και εάν αυτές επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας εφαρμόστηκαν τα Mann Whitney U, Kruskal-Wallis και Median τεστ. Στον Πίνακα 56 εμφανίζονται τα αποτελέσματα για το σύνολο των ελέγχων.

Πίνακας 56. Αποτελέσματα των ελέγχων επίδρασης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στη μεταβλητή VAS.

	Test	Τιμή test	p-value
Φύλο	Mann-Whitney U	U=2365,5	p=0,2
Ηλικία	Kruskal-Wallis	H=6,153	p=0,104
Οικογενειακή κατάσταση	Kruskal-Wallis	H=0,232	p=0,972
Επαγγελματική κατάσταση	Kruskal-Wallis	H=3,841	p=0,428
Μέγεθος νοικοκυριού	Spearman	rho=-0,075	p=0,358
Μηνιαίο εισόδημα	Kruskal-Wallis	H=2,036	p=0,729
Οικονομική κατάσταση	Median test	Chi-Square=15,97	p=0,001
Εξάμηνο	Kruskal-Wallis	H=2,522	p=0,471
ΜΟ εξαμήνου	Median test	Chi-square=1,269	p=0,938
Ασφάλιση υγείας	Kruskal-Wallis	H=1,551	p=0,671
Χρόνιο νόσημα	Mann-Whitney U	U=741,5	p=0,018
Αριθμός χρόνιων νοσημάτων	Median test	Chi-square=0,736	p=0,692
Ιατρός	Mann-Whitney U	U=2309,5	p=0,296
Νοσηλεία	Mann-Whitney U	U=580	p=0,345
Ύψος	Spearman	rho=-0,023	p=0,778
Βάρος	Spearman	rho=-0,193	p=0,017
Δείκτης Μάζας Σώματος	Median test	Chi-square=9,726	p=0,02
Τόπος διαμονής	Kruskal-Wallis	U=1977,5	p=0,151

Παρατηρούμε ότι η κατάσταση της υγείας (VAS) εξαρτάται στατιστικώς σημαντικά από την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού, το χρόνιο νόσημα, το βάρος και τον δείκτη μάζας σώματος. Συγκεκριμένα, για την οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού [Chi-square=15,97, p=0,001], παρατηρώντας στο Διάγραμμα 10 τον μέσο όρο της κατάστασης υγείας όπως αυτός υπολογίστηκε για κάθε κατηγορία, συμπεραίνουμε πως όταν η οικονομική κατάσταση παρουσιάζεται βελτιωμένη αυξάνεται επίσης η κατάσταση της υγείας (VAS).



Διάγραμμα 10. Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα οικονομική κατάσταση νοικοκυριού.

*Η τυπική απόκλιση παρουσιάζεται σε παρένθεση δίπλα στα ονόματα των κατηγοριών

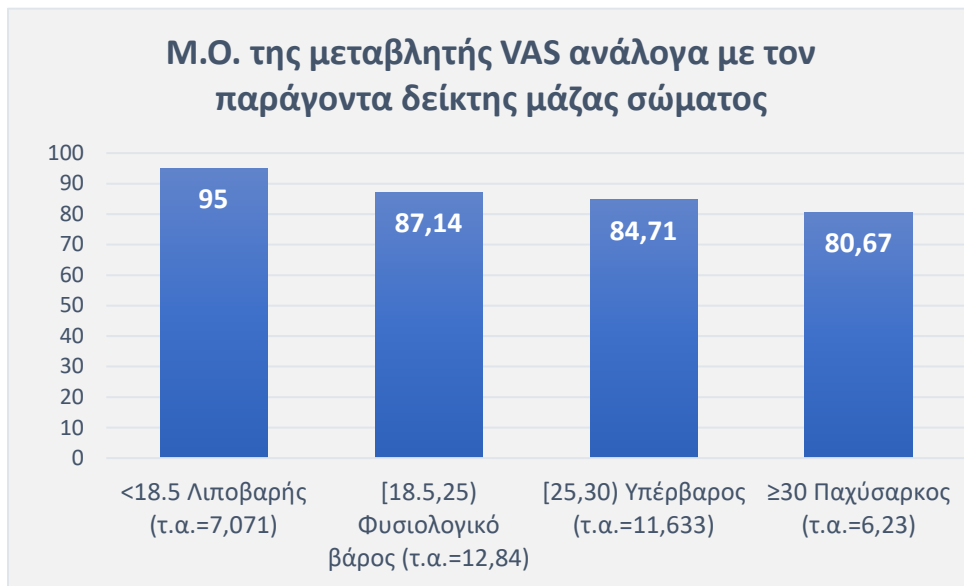
Η κατάσταση της υγείας επηρεάζεται από την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων [U=741,5, p=0,018]. Στο Διάγραμμα 11 φαίνεται πως όσοι/ες δεν έχουν κάποιο χρόνια νόσημα δήλωσαν πως έχουν κατάσταση υγείας καλύτερη από αυτούς που έχουν τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα.



Διάγραμμα 11. Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα χρόνια νόσημα.

*Η τυπική απόκλιση παρουσιάζεται σε παρένθεση δίπλα στα ονόματα των κατηγοριών

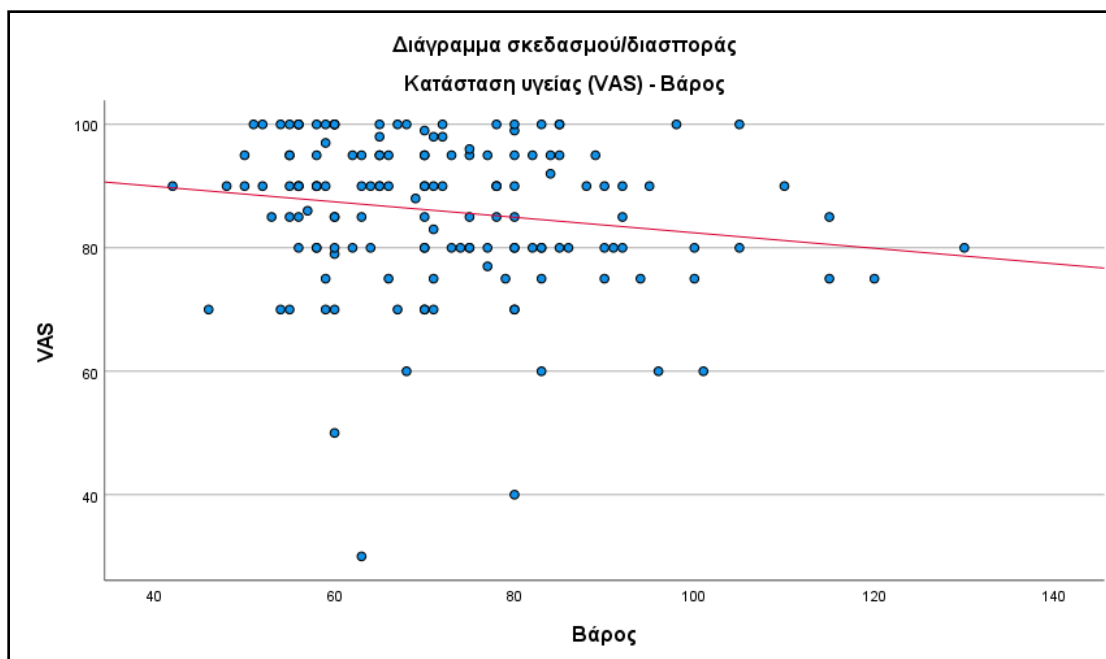
Επιπλέον, η μεταβλητή VAS εξαρτάται από τον δείκτη μάζας σώματος των φοιτητών/τριών (Δ.Μ.Σ.) [Chi-square=9,726, p=0,026]. Ειδικότερα, την καλύτερη κατάσταση υγείας παρουσιάζουν όσοι/ες ανήκουν στην κατηγορία λιποβαρής, ακολουθούν οι κατηγορίες με φυσιολογικό δείκτη μάζας σώματος και υπέρβαρος, ενώ όσοι/ες είναι παχύσαρκοι είχαν μέσο όρο για την κατάσταση της υγείας τους αρκετά χαμηλότερο από τους υπολοίπους (Διάγραμμα 12).



Διάγραμμα 12 Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα δείκτης μάζας σώματος.

**Η τυπική απόκλιση παρουσιάζεται σε παρένθεση δίπλα στα ονόματα των κατηγοριών*

Τέλος, η κατάσταση της υγείας σχετίζεται με το βάρος των φοιτητών/τριών [Spearman's rho= -0,193, p=0,017] εμφανίζοντας μία ασθενή αρνητική συσχέτιση. Με άλλα λόγια, όσο το βάρος ενός φοιτητή ή μίας φοιτήτριας αυξάνεται, η κατάσταση της υγείας επιβαρύνεται. Παρατίθεται το διάγραμμα σκεδασμού/διασποράς για την επιβεβαίωση αυτής της χαμηλής έντασης της συσχέτισης και της κατεύθυνσής της (Διάγραμμα 13).



Διάγραμμα 13. Διασπορά/σκεδασμός VAS-Βάρος

7.3.5 Ερευνητικό ερώτημα 5

Επηρεάζεται η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής από τον τρόπο ζωής των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;

Σε αυτό το ερευνητικό ερώτημα συμπεριλαμβάνεται η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQL) και οι συνήθειες των φοιτητών/τριών του δείγματος. Η μεταβλητή HRQL είναι ποσοτική, ενώ οι συνήθειες, στο σύνολό τους, είναι ποιοτικές μεταβλητές και εφαρμόστηκαν τα Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis και Median τεστ. Τα αποτελέσματα των ελέγχων παρουσιάζονται στον Πίνακα 57.

Πίνακας 57. Αποτελέσματα των ελέγχων επίδρασης των συνηθειών στη μεταβλητή HRQL.

	Test	Τιμή test	p-value
Αλκοόλ	Median test	Chi-square=3,0066	p=0,382

Κάπνισμα	Kruskal-Wallis	H=4,378	p=0,223
Τσιγάρα ανά ημέρα	Median test	Chi-square=0,939	p=0,625
Αναψυκτικά	Kruskal-Wallis	H=5,197	p=0,158
Fast food	Median test	Chi-square=1,696	p=0,638
Γλυκά	Kruskal-Wallis	H=2,244	p=0,523
Λαχανικά	Kruskal-Wallis	H=5,086	p=0,166
Φρούτα	Kruskal-Wallis	H=2,379	p=0,498
Παράλειψη γεύματος	Kruskal-Wallis	H=4,194	p=0,241
Άσκηση	Kruskal-Wallis	H=1,696	p=0,638
Καθιστός/η	Mann-Whitney U	U=1936	p=0,052
Ποιότητα ύπνου	Mann-Whitney U	U=2106	p=0,004
Απαραίτητες θερμίδες	Kruskal-Wallis	H=0,102	p=0,95

Στον παραπάνω πίνακα συμπεραίνουμε ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής διαφοροποιείται μόνο βάσει της ποιότητας του ύπνου [U=2106, p=0,004]. Παρατηρείται στο



Διάγραμμα 14 ότι αυτοί/ές που κοιμούνται επαρκώς εμφανίζουν υψηλότερο μέσο όρο σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQL), συγκριτικά με όσους δήλωσαν πως έχουν έλλειψη ύπνου.

Διάγραμμα 14. Μέσοι όροι της μεταβλητής HRQL, ανάλογα με τον παράγοντα ποιότητα ύπνου.

*Η τυπική απόκλιση παρουσιάζεται σε παρένθεση δίπλα στα ονόματα των κατηγοριών

Οι p-τιμές των υπόλοιπων ελέγχων εμφανίζονται όλες μεγαλύτερες του ελαχίστου επιπέδου σημαντικότητας, άρα οι συνήθειες σε αυτούς τους ελέγχους δεν επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

7.3.6 Ερευνητικό ερώτημα 6

Επηρεάζεται η κατάσταση της υγείας από τον τρόπο ζωής των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών;

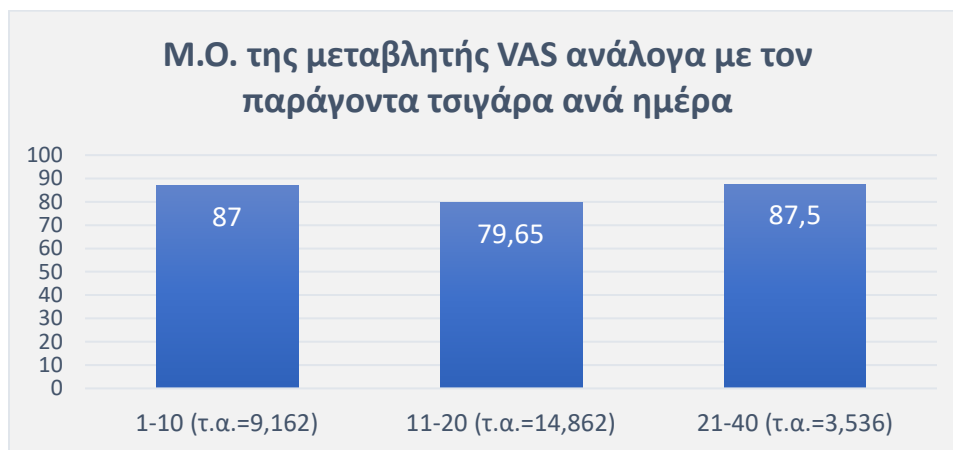
Η κατάσταση της υγείας (VAS) είναι ποσοτική μεταβλητή, ενώ οι συνήθειες των φοιτητών/τριών είναι ποιοτικές μεταβλητές. Έτσι, για τον έλεγχο εάν οι συνήθειες επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας του δείγματος έγινε χρήση του Median test, του Kruskal-Wallis και του Mann-Whitney U. Στον Πίνακα 58 παρατίθενται τα αποτελέσματα των ελέγχων για κάθε ένα από αυτά.

Πίνακας 58. Αποτελέσματα των ελέγχων επίδρασης των συνηθειών στη μεταβλητή VAS.

	Test	Τιμή test	p-value
Αλκοόλ	Median test	Chi-square=1,792	p=0,617
Κάπνισμα	Kruskal-Wallis	H=5,054	p=0,168
Τσιγάρα ανά ημέρα	Median test	Chi-square=6,275	p=0,043
Αναψυκτικά	Kruskal-Wallis	H=2,697	p=0,441
Fast food	Median test	Chi-square=0,185	p=0,98
Γλυκά	Kruskal-Wallis	H=4,568	p=0,206
Λαχανικά	Kruskal-Wallis	H=3,174	p=0,366
Φρούτα	Kruskal-Wallis	H=5,202	p=0,158
Παράλειψη γεύματος	Kruskal-Wallis	H=4,681	p=0,197
Άσκηση	Kruskal-Wallis	H=8,135	p=0,043
Καθιστός/ή	Mann-Whitney U	U=2230,5	p=0,526

Ποιότητα ύπνου	Mann-Whitney U	U=2105	p=0,007
Απαραίτητες θερμίδες	Kruskal-Wallis	H=0,185	p=0,911

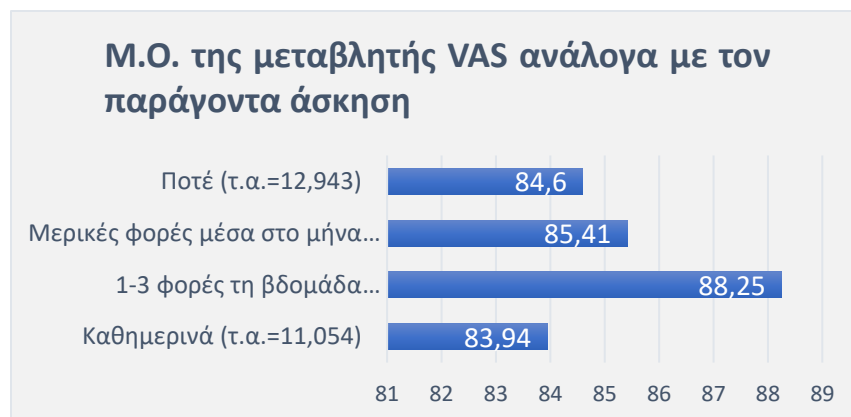
Παρατηρούμε ότι η κατάσταση της υγείας (VAS) διαφοροποιείται στατιστικώς σημαντικά ανάλογα με τα τσιγάρα ανά ημέρα, τη συχνότητα της άσκησης και την ποιότητα του ύπνου. Αναλυτικότερα, όσον αφορά τη σχέση αιτιότητας της κατάσταση υγείας με τα τσιγάρα ανά ημέρα [Chi-square=6,275, p=0,043] παρατίθεται το Διάγραμμα 15. Τη χειρότερη κατάσταση υγείας είχαν όσοι/ες κάπνιζαν από 11 έως 20 τσιγάρα ανά ημέρα. Προκαλεί εντύπωση ότι η κατηγορία των καπνιζόντων από 21 έως 40 τσιγάρων ανά ημέρα, παρουσιάζει υψηλότερο μέσο όρο VAS. Ίσως αυτό οφείλεται στη μικρή συγκέντρωση συμμετεχόντων στην κατηγορία αυτή και στον τυχαίο παράγοντα του να μην υπήρξε κάποιος με χαμηλή σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στην κατηγορία.



Διάγραμμα 15 Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα τσιγάρα ανά ημέρα.

*Η τυπική απόκλιση παρουσιάζεται σε παρένθεση δίπλα στα ονόματα των κατηγοριών

Ακόμα, η μεταβλητή VAS επηρεάζεται από τη συχνότητα της άσκησης [H=8,135, p=0,043] στατιστικώς σημαντικά. Αυτοί/ες που ασκούνται μία με τρεις φορές την εβδομάδα παρουσιάζουν τον υψηλότερο μέσο όρο, ενώ τον χαμηλότερο μέσο όρο έχουν οι μεταπτυχιακοί φοιτητές/τριες που δεν ασκούνται καθόλου (Διάγραμμα 16).



Διάγραμμα 16. Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα άσκηση.

*Η τυπική απόκλιση παρουσιάζεται σε παρένθεση δίπλα στα ονόματα των κατηγοριών

Τέλος, η κατάσταση της υγείας όπως αυτοαξιολογήθηκε από τους φοιτητές/τριες διαφοροποιείται από την ποιότητα του ύπνου [$U=2105$, $p=0,007$]. Αυτοί/ές που είχαν έλλειψη ύπνου εμφάνισαν μικρότερο μέσο όρο συγκριτικά με αυτούς που κοιμόταν επαρκώς, ωστόσο η διαφορά είναι μόλις 3 μονάδες στην 100βαθμια κλίμακα (Διάγραμμα 17).



Διάγραμμα 17. Μέσοι όροι της μεταβλητής VAS, ανάλογα με τον παράγοντα ποιότητα ύπνου.

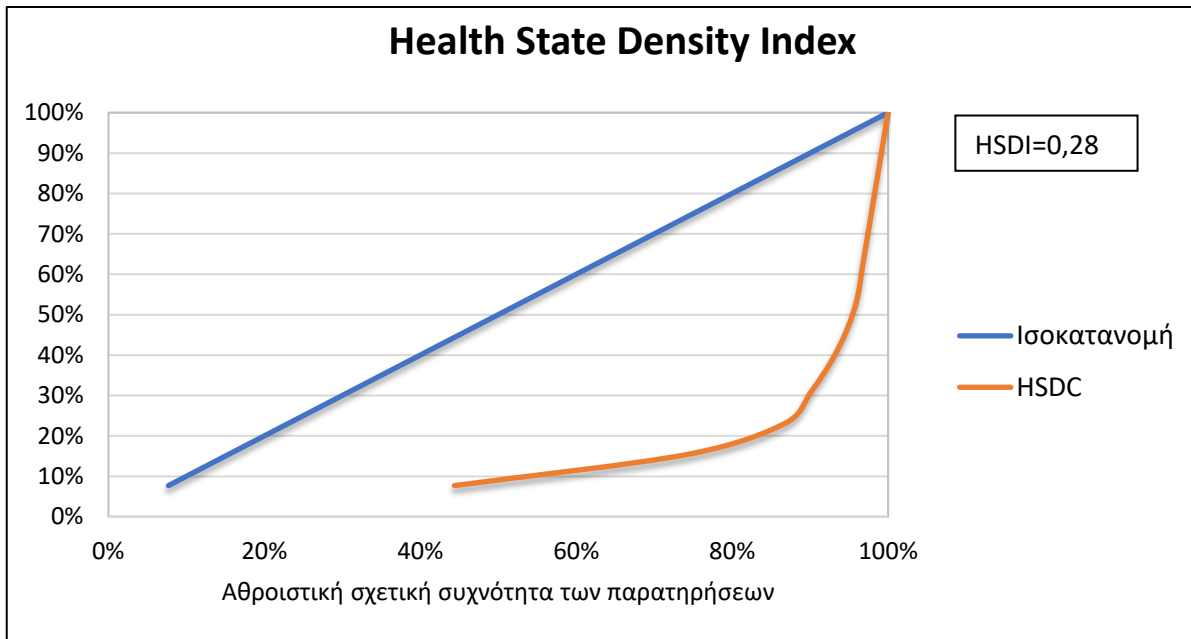
*Η τυπική απόκλιση παρουσιάζεται σε παρένθεση δίπλα στα ονόματα των κατηγοριών

Οι άλλες συνήθειες δε φαίνεται να επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας των φοιτητών/τριών του δείγματος καθώς οι p-τιμές των ελέγχων τους παρουσιάζονται μεγαλύτερες του ελαχίστου επιπέδου σημαντικότητας α ($\alpha=5\%$).

7.3.7 Ερευνητικό ερώτημα 7

Ποια είναι η έκταση των ανισοτήτων στους μεταπτυχιακούς φοιτητές με βάση τον δείκτη Health Density State Index

Ένας τρόπος περιγραφής των κατανομών των καταστάσεων της υγείας του EQ-5D-3L είναι ο δείκτης πυκνότητας κατάστασης υγείας (Health State Density Index) και η καμπύλη πυκνότητας της κατάστασης υγείας (Health State Density Curve), τα οποία αντιστοιχούν στον δείκτη G.I.N.I. και στην καμπύλη Lorenz. Ο δείκτης G.I.N.I. και η καμπύλη Lorenz χρησιμοποιούνται ευρύτατα για να περιγράψουν τις εισοδηματικές ανισότητες στον πληθυσμό. Αντίστοιχα, ο HSDI και η HSDC, συνοψίζουν τον βαθμό διαφοροποίησης στις καταστάσεις υγείας (ομοιομορφία της κατανομής των δεδομένων) των συμμετεχόντων. Την ομοιομορφία των δεδομένων αναπαριστά στο Διάγραμμα 18, η γραμμή της ισοκατανομής, όπου κάθε κατάσταση υγείας έχει την ίδια συχνότητα, ενώ η HSDC φανερώνει την πραγματική κατανομή των καταστάσεων των συμμετεχόντων και την απόκλιση από την πλήρη ισότητα. Ο δείκτης HSDI έχει εύρος τιμών $[0,1]$, όπου η τιμή 0 αναπαριστά την απόλυτη ανισότητα, και η τιμή 1 την απόλυτη ισότητα στο δείγμα, δηλαδή ίδιος αριθμός φοιτητών σε κάθε κατάσταση υγείας. Στην παρούσα έρευνα ο δείκτης HSDI βρέθηκε ίσος με 0,28, τιμή που φανερώνει την ύπαρξη ανισοτήτων στις καταστάσεις υγείας των συμμετεχόντων καθώς έχει το σχήμα \perp (Zamora et al., 2018).



Διάγραμμα 18. HSDC: EQ-5D-5L

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βασικός στόχος της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση υγειονομικών ανισοτήτων. Το παραπάνω έγινε με την ανεύρεση συσχετίσεων των δημογραφικών και των συνηθειών προστασίας και έκθεσης σε κινδύνους των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας. Καθώς και την εύρεση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής τους και κατά πόσο αυτή επηρεάζεται από δημογραφικά κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά και συνήθειες. Τέλος, υπολογίστηκε ο δείκτης Health State Density Index (HSDI), αντίστοιχος του συντελεστή G.I.N.I., που δείχνει την ύπαρξη ανισοτήτων στον πληθυσμό με τη χρήση της μεταβλητής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, ο οποίος έδειξε την ύπαρξη ανισοτήτων της κατάστασης υγείας μεταξύ των συμμετεχόντων. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι σε έρευνα που υπολογίστηκε ο δείκτης αυτός στην Αγγλία το έτος 2014 το αποτέλεσμα ήταν $HSDI=0,09$, δηλαδή μικρότερο της παρούσας (Zamora, et al., 2018).

Σύμφωνα με έρευνα που έγινε σε Πολωνούς φοιτητές/τριες, με τη χρήση του ερωτηματολογίου EQ-5D-3L και το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος να είναι γυναίκες, διαφαίνεται ότι ποσοστό μεγαλύτερο του 50% αισθάνεται μέτριο ή υπερβολικό άγχος/δυσφορία (Golicki et al., 2010). Επιπρόσθετα, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα με συμμετοχή 126 μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες/ουσες αναφέρουν την ύπαρξη άγχους στην καθημερινότητά τους. Σημειώνεται όμως ότι στη συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε διαφορετικό εργαλείο καταγραφής του άγχους το οποίο μετράει διαφορετικές διαστάσεις (Βελάνα, 2012). Η παρούσα έρευνα, συμφωνεί με τα παραπάνω αποτελέσματα, καθώς στο ερωτηματολόγιο EQ-5D-3L της ενότητας A, το 60% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι αισθάνεται «μέτριο άγχος ή κατάθλιψη» και το 8% ότι αισθάνεται «υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη». Οι περισσότεροι συμμετέχοντες/ουσες και σε αυτή την έρευνα ήταν γυναίκες.

Επιπλέον, όπως αναφέρουν οι Ong et al., (2021), στην έρευνά τους, υπάρχει μέτρια συσχέτιση του μέσου όρου της βαθμολογίας των φοιτητών/τριών και της υγείας τους. Αντίθετα, στην παρούσα έρευνα δε βρέθηκε κάποια παρόμοια συσχέτιση της βαθμολογίας με τον δείκτη

HRQL, ούτε με τον δείκτη VAS. Τέλος, σε έρευνα που έγινε στη Σουηδία με 17.138 συμμετέχοντες/ουσες, όσοι/ες από αυτούς/ές κατανάλωναν τρεις μερίδες φρούτων ή λαχανικών ημερησίως, δεν ήταν παχύσαρκοι, δεν κατανάλωναν συχνά αλκοόλ και έκαναν καθημερινά 30 λεπτά άσκηση, είχαν καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε σχέση με όσους δεν έκαναν τα παραπάνω (Rubaye et al., 2021). Οι Wang et al., (2020), σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επαρχία της Κίνας αναφέρουν ευρήματα πως όσοι είχαν χαμηλή κατάσταση υγείας, κατανάλωναν μικρές ποσότητες φρούτων και λαχανικών. Στην παρούσα έρευνα, συμπεραίνουμε ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής διαφοροποιείται μόνο από την ποιότητα του ύπνου, με όσους κοιμούνται επαρκώς να εμφανίζουν υψηλότερο μέσο όρο συγκριτικά με όσους δηλώνουν πως έχουν έλλειψη ύπνου. Όπως επισημαίνει και ο W.H.O., η υψηλή ποιότητα ύπνου οδηγεί σε καλή υγεία και ποιότητα ζωής (WHO, 2004). Για τις μεταβλητές λαχανικά, φρούτα, κατανάλωση αλκοόλ και άσκηση, δεν υπάρχει συσχέτιση με τη μεταβλητή της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

Η μεταβλητή VAS διαφοροποιείται στατιστικώς σημαντικά ανάλογα με τη συχνότητα της άσκησης των συμμετεχόντων/ουσών. Ακόμα, βρέθηκε η ύπαρξη σχέσης VAS με την ποιότητα του ύπνου των φοιτητών/τριών. Όπως αναφέρθηκε στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, η συχνή άσκηση και ο ποιοτικός ύπνος, έχουν θετικό αποτέλεσμα στην υγεία των ανθρώπων.

Επιπλέον, οι ώρες ανά ημέρα που βρίσκεται κάποιος/α καθιστός/ή βρέθηκαν να εξαρτώνται μόνο από την ύπαρξη ή όχι χρόνιων νοσημάτων, καθώς όσοι έχουν τουλάχιστον ένα βρίσκονται περισσότερες ώρες καθιστοί. Όπως επισημαίνουν οι Booth et al., (2012), η σωματική αδράνεια και η χαμηλής συχνότητας άσκηση αποτελεί ένα σημαντικό αίτιο που συμβάλει στην ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων.

Στην παρούσα έρευνα, βρέθηκε η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στον δείκτη VAS και το εισόδημα. Αναλυτικότερα, όσο καλύτερη η οικονομική κατάσταση του νοικοκυριού, τόσο καλύτερος είναι ο δείκτης VAS. Το παραπάνω αποτέλεσμα, είναι παρόμοιο με την έρευνα των Tan et al. (2018), καθώς οι συμμετέχοντες που είχαν καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, είχαν και υψηλότερο εισόδημα. Επιπλέον, ο δείκτης VAS σχετίζεται με την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, καθώς όποιος/α δήλωσε την ύπαρξη νοσημάτων είχε μέσο όρο 78,82 (14,634), ενώ

όσοι/ες δεν είχαν κάποιο, ο μέσος όρος τους βρέθηκε να είναι 86,63 (11,48). Το παραπάνω αποτελεί ένα εύρημα αναμενόμενο με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Ακόμα, ο δείκτης μάζας σώματος σχετίζεται με την παραπάνω μεταβλητή. Αναλυτικότερα, όσο μικρότερη κατηγορία έχει ο δείκτης μάζας σώματος, τόσο μεγαλύτερος ο δείκτης VAS. Όσοι/ες ήταν λιποβαρής είχαν μέσο όρο στον δείκτη VAS 95 (7,071), φυσιολογικό βάρος με μέσο όρο 87,14 (12,84), οι υπέρβαροι με 84,71 (11,633) και τέλος οι παχύσαρκοι με μέσο όρο 80,67 (6,23). Επιπλέον, αναφορικά με το βάρος των συμμετεχόντων, βρέθηκε ότι όσο το βάρος ενός φοιτητή ή μίας φοιτήτριας αυξάνεται, η κατάσταση της υγείας επιβαρύνεται. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνονται από την βιβλιογραφική ανασκόπηση, καθώς το υψηλό σωματικό βάρος έχει αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία και σχετίζεται με πληθώρα ασθενειών.

Όσον αφορά τον δείκτη μάζας σώματος, αυτός φαίνεται να επηρεάζει την κατανάλωση φρούτων. Συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι οι περισσότεροι που βρίσκονται στην κατηγορία «παχύσαρκοι», τρώνε πιο συχνά φρούτα από τους φοιτητές/τριες των υπολοίπων κατηγοριών. Όμως, όπως επισημαίνουν οι Charfi και Sabbah (2018), σε έρευνα που έγινε στην Αμερική, η συχνή κατανάλωση φρούτων συσχετίστηκε αντιστρόφως με την παχυσαρκία. Τέλος, παρατηρείται πως όσοι διέμεναν το μεγαλύτερο μέρος της ζωής τους σε αγροτική περιοχή είχαν χαμηλότερα ποσοστά στις κατηγορίες «υπέρβαρος» και «παχύσαρκος». Το παραπάνω, συμφωνεί με έρευνα που έγινε σε περίπου 215.000 άτομα, έδειξε ότι η διαβίωση σε περιοχές με υψηλότερη πυκνότητα ανθρώπων συσχετίστηκε θετικά με το Δ.Μ.Σ. και την παχυσαρκία, ενώ η ζωή σε πιο πράσινες περιοχές συσχετίστηκε αρνητικά (Anza-Ramirez et al., 2022). Η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος επηρεάζει τον δείκτη μάζας σώματος, με ποσοστό άνω του 50%, όσοι έχουν τουλάχιστον ένα χρόνια νόσημα, να βρίσκονται στις κατηγορίες «υπέρβαρος» και «παχύσαρκος». Το παραπάνω εύρημα επιβεβαιώνεται και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, δηλαδή όσοι έχουν αυξημένο σωματικό βάρος, εμφανίζουν πιο συχνά αυτοάνοσα νοσήματα.

Στο ερευνητικό ερώτημα εάν εξαρτάται ο τρόπος ζωής (καθημερινές συνήθειες) από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών, βρέθηκε ότι η κατανάλωση αλκοόλ και αναψυκτικών επηρεάζεται από το φύλο. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι άνδρες συμμετέχοντες καταναλώνουν πιο συχνά αλκοόλ και αναψυκτικά από ότι οι γυναίκες. Αναφορικά

με την κατανάλωση αλκοόλ, όπως επισημαίνουν οι Greaves, Poole και Brabete (2022), οι γυναίκες δέχονται μεγαλύτερη κοινωνική πίεση να απέχουν από την κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με τους άνδρες, οι οποίοι συχνά ενθαρρύνονται προς την κατανάλωση του.

Στην παρούσα έρευνα τη χειρότερη κατάσταση υγείας είχαν όσοι/ες κάπνιζαν από 11 έως 20 τσιγάρα ανά ημέρα. Η ιδιότητα του καπνιστή βρέθηκε να εξαρτάται μόνο από την ηλικία. Αντίστοιχα, ο αριθμός των τσιγάρων που καπνίζει κάποιος καθημερινά, συσχετίζεται μόνο με την ηλικία. Σύμφωνα με τους Cornelius et al. (2022), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, την πιο συχνή χρήση προϊόντων καπνού κάνει η ηλικιακή ομάδα 25-44 με ποσοστό 24,5%, καθώς και η ομάδα με ηλικίες 18-24, με ποσοστό 17,6%.

Στο ερευνητικό ερώτημα στο οποίο εξετάζεται εάν το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού και η ασφάλιση υγείας εξαρτάται από τα υπόλοιπα δημογραφικά χαρακτηριστικά, βρέθηκε ότι το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού επηρεάζεται από το φύλο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών δήλωσε μηνιαίο εισόδημα νοικοκυριού «1.001€-1.500€», όμως το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών βρέθηκε στην κατηγορία «1.501€-2.000€». Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι γυναίκες συνήθως αμείβονται με χαμηλότερους μισθούς σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους.

Συμπερασματικά, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως είναι το φύλο και η οικονομική κατάσταση των φοιτητών/τριών, ο δείκτης μάζας σώματος, καθώς και η ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων/ουσών, δείχνουν την ύπαρξη ανισοτήτων στον πληθυσμό των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών του πανεπιστημίου. Την ύπαρξη ανισοτήτων στην υγεία επιβεβαιώνει ο δείκτης ο HSDI. Επιπλέον, ορισμένες από τις συνήθειες των μεταπτυχιακών φοιτητών/τριών, όπως είναι το κάπνισμα, η άθληση, η ποιότητα ύπνου, η σωστή διατροφή και η διαμονή σε αστικές περιοχές σχετίζονται με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ή με την κατάσταση υγείας, μετρημένη με τον δείκτη VAS.

Η εξάλειψη των ανισοτήτων στην κοινωνία είναι ζωτικής σημασίας. Όπως επισημαίνουν οι McCartney et. al., (2013) οι αδικίες που απορρέουν από τις υγειονομικές ανισότητες, οδηγούν πολλές φορές, ακόμα και στον θάνατο όσων τις υφίστανται. Όμως, για την εξάλειψή τους πρέπει

να καταπολεμηθούν τα πραγματικά αίτια που οδηγούν σε αυτές. Τα παραπάνω, είναι μεταξύ άλλων η κοινωνικοοικονομική κατάσταση και οι συνθήκες διαβίωσης. Είναι ευθύνη της κοινωνίας και των φορέων της να εξαλείψουν αυτούς τους παράγοντες, καθώς οι μεμονωμένες πρακτικές δεν είναι τόσο αποτελεσματικές.

Η περίοδος κατά τη διάρκεια της φοίτησης, είναι συνυφασμένη με την ανεξαρτησία και την αυτονομία. Αποτελεί περίοδο ανάπτυξης θετικών και αρνητικών συμπεριφορών για την υγεία. Αυτές είναι η άθληση, το κάπνισμα, το αλκοόλ, ο χρόνος καθιστικής ζωής κ.α.. Τα παραπάνω επηρεάζουν την υγεία, την ψυχική υγεία, καθώς και σε πολλές περιπτώσεις τις ακαδημαϊκές επιδόσεις των φοιτητών (Ong, 2021). Μέτρα καταπολέμησης των αρνητικών για την υγεία συνήθειών και του τρόπου ζωής που μπορούν να βοηθήσουν τους φοιτητές των πανεπιστημίων είναι μεταξύ άλλων, η σωστή ενημέρωση και υποστήριξη των φοιτητών μέσω προγραμμάτων. Καθώς στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι το άγχος ήταν μια μεταβλητή αρκετά αυξημένη σε πολλούς φοιτητές, είναι αναγκαία τα προγράμματα με στόχο τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των φοιτητών. Επίσης, θετική επιρροή στο άγχος έχουν τα προγράμματα που μειώνουν την καθιστική ζωή και αυξάνουν τη σωματική δραστηριότητα (Lee et al., 2019).

Επιπρόσθετα, όσον αφορά το κάπνισμα, που εμφανίζεται κυρίως σε μικρότερες ηλικιακές ομάδες η σωστή ενημέρωση για τους κινδύνους και τις αρνητικές συνέπειες στην υγεία είναι ζωτικής σημασίας. Επιπρόσθετα, θα πρέπει να ενθαρρύνεται η χρήση των προγραμμάτων υποστήριξης διακοπής του καπνίσματος τόσο από το κράτος όσο και από τα ακαδημαϊκά ιδρύματα (İçmeli, 2016).

Η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική έρευνα έχει ως στόχο να συμβάλει στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία των υγειονομικών ανισοτήτων των φοιτητών/τριών. Καθώς το δείγμα δεν ήταν μεγάλο και έγινε μόνο σε ένα ανώτατο εκπαιδευτικό ίδρυμα, είναι σημαντικό να πραγματοποιηθούν και άλλες παρόμοιες έρευνες που θα μελετούν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των φοιτητών/τριών, τις συνήθειές τους και τη διερεύνηση ανισοτήτων σε αυτόν τον πληθυσμό, όχι μόνο σε μια μεγάλη πόλη όπως είναι η Θεσσαλονίκη αλλά και σε μικρότερες πληθυσμιακά περιοχές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση βιβλιογραφία:

Adan, R., Van der Beek, E. M., Buitelaar, J. K., Cryan, J. F., Hebebrand, J., Higgs, S., Schellekens, H., & Dickson, S. L., (2019), *Nutritional psychiatry: Towards improving mental health by what you eat*, European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology, 29(12), p.p. 1322-1332

Agresti, A., (1990), *Categorical Data Analysis*, New Jersey: Wiley-Interscience, p.p. 60

Anza-Ramirez, C., Lazo, M., Zafra-Tanaka, J. H., Avila-Palencia, I., Bilal, U., Hernández-Vásquez, A., Knoll, C., Lopez-Olmedo, N., Mazariegos, M., Moore, K., Rodriguez, D. A., Sarmiento, O. L., Stern, D., Tumas, N., & Miranda, J. J., (2022), *The urban built environment and adult B.M.I., obesity, and diabetes in Latin American cities*, Nature communications, 13(1), p.p. 1-9

Arcaya, M.C., Arcaya, A.L., Subramanian, S. V., (2015), *Inequalities in health: definitions, concepts, and theories.*, Glob Health Action, 8(1), p.p. 1-12

Barbato, G., (2021), *REM Sleep: An Unknown Indicator of Sleep Quality*, International journal of environmental research and public health, 18(24), p.p 1-12

Besedovsky L., Lange, T., Haack, H., (2019), *The Sleep-Immune Crosstalk in Health and Disease*, Physiol Rev, 99(3), p.p. 1325–1380

Booth, F. W., Roberts, C. K., & Laye, M. J., (2012), *Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. Comprehensive Physiology*, 2(2), p.p. 1143–1211

Boyd, J., Bambra, C., Purshouse, R.C., Holmes, J., (2021) *Behaviour: How Health Inequality Theory Can Enhance Our Understanding of the ‘Alcohol-Harm Paradox’*, Public Health 2021, 18 (6025), p.p. 1-12

Bremner, J.D., Moazzami, K., Wittbrodt, M.T., Nye, J.A., Lima, B.B., Gillespie, C.F., Rapaport, M.H., Pearce, B.D., Shah, A.J., Vaccarino, V., (2020), *Diet, Stress and Mental Health*, *Nutrients*, 12(8), p.p. 1-27

Burris, H., Hacker, M., (2017), *Birth outcome racial disparities: a result of intersecting social and environmental factors*, *Semin Perinatol*,41(6), p.p. 360– 366

C.D.C., (2022), *7 Strategies to Live a Heart-Healthy Lifestyle*, p.p. 1

Çetinkaya H, Romaniuk P., (2020), *Relationship between consumption of soft and alcoholic drinks and oral health problems*, *Cent Eur J Public Health*, 28(2), p.p. 94-102

Chari, M., Sabbah, W., (2018), *The relationships among consumption of fruits, tooth loss and obesity*, *Community dental health*, 35(3), p.p. 148–152

Cornelius, M. E., Loretan, C. G., Wang, T. W., Jamal, A., Homa, D. M. (2022), *Tobacco Product Use Among Adults - United States*, *Morbidity and mortality weekly report*, 71(11), p.p. 397–405.

Cotter, D. A., Hermsen, J. M., Ovadia, S., Vanneman, R. (2001), *The glass ceiling effect*, *Social Forces*, 80(2), p.p. 655-682

Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies, p.p. 11

Dancey, C., Ridey, J., (2007), *Statistics Without Maths for Psychology*, Harlow: Pearson Education Limited, p.p. 168-212

Dolan, P., Gudex, C., Kind, P., Williams, A., (1995). *A Social Tariff for EuroQol: Results from a UK General Populiaton Survey*. 138, p.p. 2-16

EuroQol Research Foundation, (2021), *EQ-5D-3L User Guide, Basic information on how to use the EQ-5D-3L instrument*, V.6.0 p.p. 1-34

Eurostat, (2019), *Overweight and obesity – B.M.I. statistics*, [ONLINE]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Overweight_and_obesity_BMI_statistics#Obesity_in_the_EU:_gender_differences [Accessed:10/7/2022]

Ferreira, L. N., Ferreira, P. L., Ribeiro, F. P., & Pereira, L. N. (2016). *Comparing the performance of the EQ-5D-3L and the EQ-5D-5L in young Portuguese adults*. *Health and quality of life outcomes*, 14 (89), p.p. 1-10

Freeman, C. R., Zehra, A., Ramirez V., Wiers, C. E., Volkow, N. D., Wang, G.J., (2018), *Impact of sugar on the body, brain, and behavior*, *IMR Pres*, 23(12), p.p. 2255-2266

Ganapathy, A., Nieves, J. W., (2020), *Nutrition and Sarcopenia-What Do We Know*, *Nutrients*, 12(6), p.p. 1-25

Gaskins, A. J., Chavarro, J. E., (2018), *Diet and fertility: a review*, *American journal of obstetrics and gynecology*, 218(4), p.p. 379–389

Golicki, D., Zawodnik S., Janssen, M.F., Kiljan A., Hermanowski, T., (2010), *Psychometric comparison of EQ-5D and EQ-5D-5L in student population.*, *EuroQol Group Executive Office*, 27(10), p.p. 201-212

Grandnerab, A., Jacksonac, N., Gerstnerac, J., Knutsond K., (2013) *Dietary nutrients associated with short and long sleep duration. Data from a nationally representative sample*, *Appetite*, 64, p.p. 71-80

Grandner, M., (2017) *Sleep, Health, and Society*, *Sleep Med Clin*, 12(1), p.p. 1–22

Gray, A.M., (1982), *Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment*, *Int J Health Serv*, 2(3), p.p. 349–380

Greaves, L., Poole, N., Brabete, A. C. (2022), *Sex, Gender, and Alcohol Use: Implications for Women and Low-Risk Drinking Guidelines*. International journal of environmental research and public health, 19(8), p.p. 1-16

Gundersen, C., Ziliak, J.P., (2015), *Food insecurity and health outcomes*, Health Affairs, 34(11), pp.1830–1839

Hassan, Y., Head, V., Jacob, D., Bachmann, M.O., Diu, S., Ford, J (2016), *Lifestyle interventions for weight loss in adults with severe obesity: A systematic review*, Clinical Obesity, 6(6), p.p. 395-403

Hazzard, V. M., Loth, K. A., Hooper, L., & Becker, C. B., (2020), *Food Insecurity and Eating Disorders: A Review of Emerging Evidence*. Current psychiatry reports, 22(74), p.p. 1-9

Healey, J., (2005), *STATISTICS: a tool for social research*, Seventh edition. California: Wadsworth publishing, p.p. 295-296

Hill, S., Amos, A., Clifford D., Platt S., (2013) *Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence*, Tobacco control, 23(2), p.p. 89–97.

İçmeli, Ö. S., Türker, H., Gündoğuş, B., Çiftci, M., & Aka Aktürk, Ü., (2016), *Behaviours and opinions of adolescent students on smoking.*, Tuberkuloz ve toraks, 64(3), p.p. 217–222.

Kolb, H., & Martin, S., (2017), *Environmental/lifestyle factors in the pathogenesis and prevention of type 2 diabetes.*, BMC medicine, 15(131) p.p. 1-11

Kris-Etherton, P. M., Petersen, K. S., Hibbeln, J. R., Hurley, D., Kolick, V., Peoples, S., Rodriguez, N., Woodward-Lopez, G., (2021), *Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety*, Nutrition reviews, 79(3), p.p. 247–260

Lee, E., & Kim, Y. (2019), *Effect of university students' sedentary behavior on stress, anxiety, and depression*, Perspectives in psychiatric care 55(2), p.p. 164–169

Lins, L., Carvalho, F., (2016), *SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review*, SAGE Open Medicine 4(1–12), p.p. 1-12

Lucherini, M., Sarah, H., Smith K., (2019), *Potential for non-combustible nicotine products to reduce socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and synthesis of best available evidence*, BMC Public Health, 19(1), p.p. 1-12

Macieira, A., Barbosa, J., Teixeira, P., (2021), *Food Safety in Local Farming of Fruits and Vegetables*, International journal of environmental research and public health, 18(18), p.p. 1-15

Marangoni, F., Martini, D., Scaglioni, S., Sculati, M., Donini, L. M., Leonardi, F., Agostoni, C., Castelnuovo, G., Ferrara, N., Ghiselli, A., Giampietro, M., Maffei, C., Porrini, M., Barbi, B., & Poli, A. (2019), *Snacking in nutrition and health*, international journal of food sciences and nutrition, 70(8), pp. 909–923

McCartney G, Popham F, McMaster R, Cumbers A., (2019), *Defining health and health inequalities*, Public Health, 172, p.p. 22-30

McCartney, G., Collins, C., & Mackenzie, M. (2013), *What (or who) causes health inequalities: theories, evidence and implications? Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 113(3), p.p. 221–227.

Melse-Boonstra, A., (2020), *Bioavailability of Micronutrients from Nutrient-Dense Whole Foods: Zooming in on Dairy, Vegetables, and Fruits*, Frontiers in nutrition, 7(101), p.p. 2-12

Mullee A, Romaguera D, Pearson-Stuttard J, Viallon V, Stepien M, Freisling H, Fagherazzi G, Mancini FR, Boutron-Ruault MC, Kühn T, Kaaks R, Boeing H, Aleksandrova K, Tjønneland A, Halkjær J, Overvad K, Weiderpass E, Skeie G, Parr CL, Quirós JR, Agudo A, Sánchez MJ, Amiano P, Cirera L, Ardanaz E, Khaw KT, Tong TYN, Schmidt JA, Trichopoulou A, Martimianaki G, Karakatsani A, Palli D, Agnoli C, Tumino R, Sacerdote C, Panico S, Bueno-de-Mesquita B, Verschuren WMM, Boer JMA, Vermeulen R, Ramne S,

Sonestedt E, van Guelpen B, Holgersson PL, Tsilidis KK, Heath AK, Muller D, Riboli E, Gunter MJ, Murphy N., (2019), *Association Between Soft Drink Consumption and Mortality in 10 European Countries*, JAMA Intern Med, 179(11), p.p. 1479–1490.

National Institutes of Health, (2000), *The Practical Guide Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*, North American Association for the Study of Obesity, p.p. 8-10

Normand, E., Montero, A., López-Nava, G. Bautista-Castaño, I., (2022), *Review about Psychological Barriers to Lifestyle Modification, Changes in Diet Habits, and Health-Related Quality of Life in Bariatric Endoscopy*. Nutrients 2022, 14 (595), p.p. 1-13

OECD, (2022) a, *Income inequality*, [ONLINE]. Available from: <https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm> [Accessed:20/4/2022]

OECD, (2022) b, *Healthy Eating and Active Lifestyles*, Best Practices in Public Health

OECD, (2022) c, *Social Institutions and Gender Index (SIGI) Policy Simulator*, [ONLINE], Available from: <https://sim.oecd.org/Default.ashx?lang=En&ds=SIGI&d1c=oece&cs=oecehttps://data.oecd.org/inequality/social-institutions-and-gender.htm> [Accessed: 10/7/2022]

OECD, (2021), *Health at a Glance 2021*, p.p. 17-32, 105-120, 125-150

OECD, (2019) a, *Health for Everyone? Social inequalities in health and health systems*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, p.p.15

OECD, (2019) b, *Women at Work in G20 countries: Progress and policy action*, p.p. 20

OECD, (2019) c, *The Social Institutions and Gender Index (SIGI) 2019: A revised framework for better advocacy*, p.p. 30

Ong, C.K.Y., Hutchesson, M.J., Patterson, A.J., Whatnall, M.C. *Is There an Association between Health Risk Behaviours and Academic Achievement among University Students?* Int. J. Environ. Res. Public Health, 18(16), p.p. 1-14

Ortega Anta, R. M., López-Solaber, A. M., Pérez-Farinós, N., (2013), *Associated factors of obesity in Spanish representative samples*, Nutricion hospitalaria, 28(5), p.p. 56–62.

Owen, L., & Corfe, B., (2017), *The role of diet and nutrition on mental health and wellbeing*, The Proceedings of the Nutrition Society, 76(4), p.p. 425–426

Ozturk, E., Basol, M., Goksuluk, D., Karahan, S., (2021), *Performance Comparison of Independence Tests in Two-Way Contingency Table: Accepted - November 2021*. REVSTAT-Statistical Journal, p.p. 1-16

Paavola J., (2017), *Health impacts of climate change and health and social inequalities in the UK*, Environmental Health, 16(1), p.p. 61-76

Paglia L. (2019). *The sweet danger of added sugars*. European journal of pediatric dentistry, 20(2), p.p. 1

Pandi-Perumal, S. R., Abumuamar, A. M., Spence, D. W., Chattu, V. K., Moscovitch, A., & BaHammam, A. S., (2017), *Racial/Ethnic and Social Inequities in Sleep Medicine: The Tip of the Iceberg?*, Journal of the National Medical Association, 109(4), 279–286,

Porter, J., You W., Estabrooksc, P., Jamie, Zoellnera M., (2022), *Relationships among changes in physical activity, quality of life, and obesity-Status following a behavioral interven appalachian adults*, Preventive Medicine Reports, 29, p.p. 1-6

Prasad, B., Saxena, R., Goel, N., Patel, S., (2018), *Genetic Ancestry for Sleep Research Leveraging Health Inequalities to Identify Causal Genetic Variants*, CHEST, 153(6), p.p. 1478– 1496.

Rajendra, S.A.B., Jones, T. (2021), *Tropical Oral Disease: Analysing Barriers, Burden, Nutrition, Economic Impact, and Inequalities*. *Frontiers in nutrition*, 8, 72923, p.p. 1-13

Rubaye, A., Johansson, K., Alrubaiy, L., (2020) *The association of health behavioral risk factors with quality of life in northern Sweden-A cross-sectional survey*. *J Gen Fam Med*, 21(5), p.p. 167–177.

Scott, A.J., Webb, T.L., Martyn-St. James, M., Rowse, G., Weich, S., (2021), *Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials*, *Sleep Med Rev*, 60 (101556), p.p. 1-19

Scully, M., Morley, B., Niven, P., Crawford, D., Pratt, I., & Wakefield, M. (2017). *Factors associated with high consumption of soft drinks among Australian secondary-school students*. *Public Health Nutrition*, 20(13), p.p. 2340-2348

Slavin, J., L., Lloyd, B., (2012), *Health benefits of fruits and vegetables*, *Advances in nutrition*, 3(4), p.p. 506–516

Smith C., Hill, S., and Amos A., (2020), *Impact of population tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and appraisal of future research direction*, *Tobacco Control*, 30, p.p. 87-95.

Spronk, I., Haagsma, J.A., Lubetkin, E.I., Polinder, S., Janssen, M.F., Bonsel, G.J., (2021), *Health Inequality Analysis in Europe: Exploring the Potential of the EQ-5D as Outcome*, *Front. Public Health* 9(744405), p.p. 1-12

Tahmassebi, J.F., BaniHani A., (2020), *Impact of soft drinks to health and economy: a critical review*, *European Archives of Pediatric Dentistry*, 21 p.p. 109–117

Tan, Z., Shi, F., Zhang, H., Li, N., Xu, Y., & Liang, Y., (2018), *Household income, income inequality, and health-related quality of life measured by the EQ-5D in Shaanxi, China: a cross-sectional study*, *international journal for equity in health*, 17(32), p.p. 1-10

UKRI, (2022), *The Dahlgren-Whitehead rainbow*, [Online] Available from: <https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/ukgwa/20220208115302/https://esrc.ukri.org/about-us/50-years-of-esrc/50-achievements/the-dahlgren-whitehead-rainbow/> [Accessed: 7/7/2022]

Van Rotterdam, F. J., Hensley, M., & Hazelton, M., (2021), *Measuring Change in Health Status Over Time (Responsiveness): A Meta-analysis of the SF-36 in Cardiac and Pulmonary Rehabilitation*, Archives of rehabilitation research and clinical translation, 3(2), p.p. 1-10

Wang, H., Cao, C., Guo, C., He, Y., Li, F., Xu, R., Liu, M., Liu, Z., Pan, Y., Liu, F., Liu, Y., Li, J., Cai, H., He, Z., & Ke, Y. (2020), *An evaluation of EQ-5D-3L health utility scores using five country-specific tariffs in a rural population aged 45-69 years in Huacounty, Henan province, China*. Health and quality of life outcomes, 18(1), p.p. 228-238

Wölnerhanssen, B. K., & Meyer-Gerspach, A. C. (2019). *Effekte von Zuckerkonsum auf die Gesundheit und mögliche Alternativen [Health effects of sugar consumption and possible alternatives]*. Therapeutische Umschau. Revue therapeutique, 76(3), p.p. 111-116.

W.H.O., (2018), *Health inequities and their causes*, [Online], Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes> [Accessed: 30/5/2022]

W.H.O., (2011), *Gender mainstreaming for health managers: a practical approach*, p.p.54

W.H.O. (2004), *W.H.O. technical meeting on sleep and health*, pp 2-4,14

Yfantopoulos, J., (2001), *The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument*, ArchHell Med, (18), p.p. 180-191

Zimmer, B., (2015), *The Phrase 'Glass Ceiling' Stretches Back Decades*, The Wall Street Journal, p.p.1-2

Zamora, B., Parkin, D., Feng, Y., Bateman, A., Herdman, M., Devlin, N. (2018) *New Methods for Analysing the Distribution of EQ-5D Observations*. OHE Research Paper, 18(03), p.p. 1-32

Ελληνική Βιβλιογραφία

Βελάνα, Μ., Μπαρμπούνη, Α., Μεράκου, Κ., Κουτής, Χ., Κρεμαστινού Τ., (2012), *Μελέτη διερεύνησης της ποιότητας ζωής σε φοιτητές Προγραμμάτων Μεταπτυχιακών Σπουδών της Δημόσιας Υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 29(2), p.p. 195-201

Βιτσιλάκη Χ., Φλωκιάλη Π., (2011), *Φύλο και απασχόληση*, Εκδόσεις Διάδραση, p.p.17

Ελληνική Στατιστική Αρχή, (2021), *Δελτίο τύπου: Οικονομική ανισότητα, Έρευνα Εισοδήματος και Συνθηκών Διαβίωσης των Νοικοκυριών: Έτος 2020*, p.p. 1-9

Ευρωπαϊκή Επιτροπή, (2022), *Ευρωπαϊκοί βασικοί δείκτες υγείας (ECHI)*, [ONLINE]. Available from: https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_el#ref-%CE%B5%CF%81%CE%B3%CE%B1%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%BF-%CE%B4%CE%B5%CE%B4%CE%BF%CE%BC%CE%AD%CE%BD%CF%89%CE%BD-echi [Accessed:10/7/2022]

Ευρωπαϊκή Ένωση, (2017), *Θεματικό ενημερωτικό δελτίο για το ευρωπαϊκό εξάμηνο, αντιμετώπιση ανισοτήτων*, [ONLINE]. Available from: https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_addressing-inequalities_el.pdf [Accessed:10/4/2022]

Κοντοδημόπουλος, Ν., Νιάκας, Δ., (2007), *Η χρήση του KDQOL-SF™ για μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής Ελλήνων αιμοκαθαιρομένων*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 24(6), p.p. 590-599

Κοντοδημόπουλος, Ν. (2016), *Η χρησιμότητα της μέτρησης της υγείας στις αποφάσεις κατανομής των πόρων*. [Πρωτότυπη Επιστημονική Μονογραφία], Αθήνα, p.p. 35

Οικονομική και Κοινωνική Επιτροπή της Ελλάδος, (2009), *Γνώμη της Ο.Κ.Ε. για την φτώχεια, Έννοια και μέτρηση της φτώχειας*, p.p. 1-42

Παπαγεωργίου, Ι., (2015), *Θεωρία δειγματοληψίας*, Αθήνα: Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις, p.p. 1-16

Παππά, Ε., Κοντοδημόπουλος, Ν., Νιάκας Δ., (2005), *Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού αστικού πληθυσμού*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23 (2), pp 159-166

Ράπανος, Β., Ν Καπλανόγλου, Γ., Harvey S., Gayer, T., (2009), *Δημοσιά Οικονομική Σύγχρονη Θεωρία Και Ελληνική Πραγματικότητα*, Εκδόσεις Κρητική, p.p. 504-507

Σαρρής Μ, Χρυσάκης Μ, Σούλης Σ. (2002), *Ανισότητες στην υγεία. Μια κριτική προσέγγιση*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 19(6) p.p. 672-687

Τούντας, Γ., (2000), *Κοινωνικές ανισότητες στην υγεία*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 17(4), p.p. 351-354

Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2018). *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. 2 η έκδοση. Αθήνα, Ελλάδα: Τυπωθήτω, p.p. 144, 550-554, 580, 657

Υφαντόπουλος, Γ.Ν. (2001), *Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3), p.p. 279-287,

Υφαντόπουλος, Γ., Σαρρής, Μ., (2001), *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3) p.p. 219-220

Patsali, M., Apostolakis, I., Sarafis, P., (2021), *Welfare state unmet health care needs and social policy to eliminate health inequalities*, Perioperative nursing, 10(3), p.p. 175-185

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ενότητα Α: Αξιολόγηση κατάστασης υγείας με τη χρήση του ερωτηματολογίου EQ-5D-3L

Συμπληρώστε κάθε απάντηση με βάση το πως είναι η κατάσταση της υγείας σας **σήμερα**.

1. Κινητικότητα

A. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	B. Έχω κάποια προβλήματα στο περπάτημα	Γ. Είμαι κατάκοιτος/η στο κρεβάτι
--	--	-----------------------------------

2. Αυτοεξυπηρέτηση

A. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπηρέτησή μου	B. Έχω κάποια προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι	Γ. Είμαι ανάκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ μόνος/η μου
---	--	---

3. Καθημερινές Δραστηριότητες (π.χ. εργασία, σπουδές, οικιακές δουλειές, οικογενειακές ή κοινωνικές ασχολίες)

A. Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου	B. Έχω κάποια προβλήματα στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου	Γ. Είμαι ανάκανος/η στο να εκτελώ τις συνήθεις δραστηριότητές μου
--	--	---

4. Πόνος/ Δυσφορία

A. Δεν αισθάνομαι καθόλου πόνο ή δυσφορία	B. Αισθάνομαι μέτριο πόνο ή δυσφορία	Γ. Αισθάνομαι υπερβολικό πόνο ή δυσφορία
---	--------------------------------------	--

5. Άγχος/Κατάθλιψη

A. Δεν αισθάνομαι άγχος ή κατάθλιψη	B. Αισθάνομαι μέτριο άγχος ή κατάθλιψη	Γ. Αισθάνομαι υπερβολικό άγχος ή κατάθλιψη
-------------------------------------	--	--

6. Συγκριτικά με την κατάσταση της υγείας μου τους τελευταίους 12 μήνες, η σημερινή μου κατάσταση είναι:

A. Καλύτερη	B. Παραμένει ίδια	Γ. Χειρότερη
-------------	-------------------	--------------

7. Θερμόμετρο υγείας:

Στην αριθμημένη κλίμακα από 0-100, όπου 100 σημαίνει η καλύτερη υγεία και 0 η χειρότερη υγεία. Σημειώστε πως είναι η υγεία σας **σήμερα**. _____

Ενότητα Β: Καθημερινές συνήθειες

1. Πόσο συχνά καταναλώνετε αλκοόλ;

A. Καθημερινά	B. 1-3 φορές την εβδομάδα	Γ. Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Δ. Ποτέ
---------------	---------------------------	--------------------------------	---------

2. Είστε καπνιστής/ρια; *

A. Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	B. Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	Γ. Πρώην καπνιστής/ρια (Προχωρήστε στην ερώτηση 4)	Δ. Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ (Προχωρήστε στην ερώτηση 4)
---------------------------------	----------------------------------	--	---

(Προχωρήστε στην ερώτηση 3)	(Προχωρήστε στην ερώτηση 3)	στην ερώτηση 4)	
-----------------------------	-----------------------------	-----------------	--

3. Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;

A. 1-10	B. 11-20	Γ. 21 έως 40	Δ. Περισσότερα από 40
---------	----------	--------------	-----------------------

4. Πόσο συχνά καταναλώνετε αναψυκτικά;

A. Καθημερινά	B. 1-3 φορές την εβδομάδα	Γ. Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Δ. Ποτέ
---------------	---------------------------	--------------------------------	---------

5. Πόσο συχνά καταναλώνετε έτοιμο φαγητό (fast food);

A. Καθημερινά	B. 1-3 φορές την εβδομάδα	Γ. Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Δ. Ποτέ
---------------	---------------------------	--------------------------------	---------

6. Πόσο συχνά καταναλώνετε γλυκά (σοκολάτες, καραμέλες κτλ.);

A. Καθημερινά	B. 1-3 φορές την εβδομάδα	Γ. Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Δ. Ποτέ
---------------	---------------------------	--------------------------------	---------

7. Πόσο συχνά καταναλώνετε λαχανικά;

A. Καθημερινά	B. 1-3 φορές την εβδομάδα	Γ. Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Δ. Ποτέ
---------------	---------------------------	--------------------------------	---------

8. Πόσο συχνά καταναλώνετε φρούτα;

A. Καθημερινά	B. 1-3 φορές την εβδομάδα	Γ. Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Δ. Ποτέ
---------------	---------------------------	--------------------------------	---------

9. Πόσο συχνά παραλείπετε κάποιο γεύμα (πρωινό, δεκατιανό, μεσημεριανό, απογευματινό, βραδινό);

A. Καθημερινά	B. 1-3 φορές την εβδομάδα	Γ. Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Δ. Ποτέ
------------------	------------------------------	-----------------------------------	------------

10. Πόσο συχνά ασκείστε;

A. Καθημερινά	B. 1-3 φορές την εβδομάδα	Γ. Μερικές φορές μέσα στο μήνα	Δ. Ποτέ
------------------	------------------------------	-----------------------------------	------------

11. Πόσες ώρες την ημέρα είστε καθιστός/στη;

A. Περισσότερες από 8 ώρες	B. Λιγότερες από 8 ώρες
----------------------------	-------------------------

12. Πώς θα περιγράφατε την ποιότητα του ύπνου σας;

A. Έλλειψη ύπνου	B. Κοιμάμαι επαρκώς
------------------	---------------------

13. Καταναλώνετε τις απαραίτητες θερμίδες που χρειάζεται ο οργανισμός σας καθημερινά;

A. Ναι	B. Όχι	Γ. Δεν γνωρίζω
--------	--------	----------------

Ενότητα Γ: Δημογραφικά, κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά

1. Φύλο

A. Άνδρας
B. Γυναίκα

2. Ηλικία

A. 22-30
B. 31-40
Γ. 41-50
Δ. 51-60
E. 61+

3. Ποια είναι η ιθαγένειά σας;

A. Ελληνική
B. Άλλη

4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

A. Άγαμος/η
B. Παντρεμένος/η
Γ. Διαζευγμένος/η
Δ. Σε χηρεία

5. Ποια είναι η επαγγελματική σας κατάσταση;

A. Άνεργος/η
B. Ιδιωτικός υπάλληλος
Γ. Δημόσιος υπάλληλος
Δ. Ελεύθερος επαγγελματίας
E. Άλλη

6. Ποιο είναι το μέγεθος του νοικοκυριού σας (σε άτομα); _____

7. Ποιο είναι το συνολικό μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού σας;

A. Κάτω από 500€
B. 501€-1000€
Γ. 1001€-1.500€
Δ. 1.501€-2.000€
E. Πάνω από 2.000€

8. Τι από τα παρακάτω εκφράζει καλύτερα την κατάσταση του νοικοκυριού σας;

A. Δεν τα βγάζουμε πέρα
B. Τα βγάζουμε πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες
Γ. Τα βγάζουμε πέρα αλλά δε μας μένουν και πολλά στην άκρη
Δ. Είμαστε άνετοι οικονομικά

9. Σε ποιο εξάμηνο φοιτάτε;

A. Ά εξάμηνο
B. Β εξάμηνο
Γ. Γ εξάμηνο
Δ. Δ εξάμηνο

10. Ποιος ήταν ο μέσος όρος της βαθμολογίας σας για το προηγούμενο εξάμηνο;

A. 0,00-5,00
B. 5,01-6,00
Γ. 6,01-7,00
Δ. 7,01-8,00
E. 8,01-9,00

ΣΤ. 9,01-10,00

Z. Είμαι στο Ά εξάμηνο, δεν έχω λάβει μέσο όρο
--

11. Έχετε ασφάλεια υγείας;

A. Έχω ιδιωτική ασφάλιση

B. Έχω κοινωνική ασφάλιση

Γ. Έχω μικτή ασφάλιση

Δ. Όχι, δεν έχω

12. Έχετε κάποιο χρόνιο νόσημα;

A. Ναι (Προχωρήστε στην ερώτηση 13)

B. Όχι (Προχωρήστε στην ερώτηση 14)

13. Ποιος είναι ο αριθμός των χρόνιων νοσημάτων που έχετε;

A. 1

B. 2

Γ. 3

Δ. 4

E. 5 και πάνω

14. Επισκεφτήκατε κάποιον γιατρό τον τελευταίο μήνα;

A. Ναι

B. Όχι

15. Έχετε νοσηλευτεί τον τελευταίο χρόνο;

A. Ναι

B. Όχι

16. Ποιο είναι το ύψος σας; _____

17. Ποιο είναι το βάρος σας; _____

18. Πού ζήσατε το μεγαλύτερο διάστημα της ζωής σας;

A. Αγροτική περιοχή
B. Αστική περιοχή

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ Ι

Κριτήριο για την επιλογή κατάλληλου τεστ για κάθε έλεγχο. Ποσοστό κελιών που παρουσιάζει αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη του 5 (expected frequency <5) σε κάθε έλεγχο

	Αλκοόλ	Κάπνισμα	Τσιγάρα ανά ημέρα	Αναψυκτικ ά	Fast Food	Γλυκά	Λαχανικά
Φύλο	25%	0%	33,30%	12,50%	37,50%	12,50%	37,50%
Ηλικία	56,30%	56,30%	75%	43,80%	56,30%	50%	56,30%
Επαγγ. κατάσταση	60%	60%	83,30%	50%	60%	60%	60%
Μηνιαίο εισόδημα	45%	50%	73,30%	35%	55%	45%	55%
Οικον. Κατάσταση	56,30%	56,30%	66,70%	43,80%	56,30%	50%	56,30%
Ασφάλιση	56,30%	50%	83,30%	50%	50%	43,80%	43,80%
Χρόνιο νόσημα	50%	37,50%	66,70%	37,50%	37,50%	25%	37,50%
Ιατρός	25%	0%	33,30%	12,50%	37,50%	12,50%	37,50%
Νοσηλεία	50%	37,50%	66,70%	50%	50%	50%	50%
Δείκτης μάζας σώματος	56,30%	50%	55,60%	50%	62,50%	43,80%	56,30%
Τόπος διαμονής	25%	12,50%	50%	12,50%	37,50%	12,50%	37,50%

	Φρούτα	Παράλειψη γεύματος	Άσκηση	Καθιστός/ή	Ποιότητα ύπνου	Απαραίτητες θερμίδες
Φύλο	25%	0%	0%	0%	0%	16,70%
Ηλικία	56,30%	50%	50%	25%	25%	41,70%
Επαγγ. κατάσταση	60%	55%	60%	20%	30%	40%
Μηνιαίο εισόδημα	45%	35%	50%	10%	0%	40%
Οικον. Κατάσταση	56,30%	50%	50%	25%	25%	41,70%
Ασφάλιση	50%	43,80%	43,80%	25%	0%	41,70%
Χρόνιο νόσημα	37,5%	37,50%	25%	0%	0%	33,30%
Ιατρός	25%	0%	0%	0%	0%	16,70%
Νοσηλεία	62,50%	50%	50%	25%	25%	33,30%
Δείκτης μάζας σώματος	50%	43,80%	43,80%	37,50%	25%	50%
Τόπος διαμονής	25%	0%	12,50%	0%	0%	16,70%

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 2

Κριτήριο για την επιλογή κατάλληλου τεστ για κάθε έλεγχο. Ποσοστό κελιών που παρουσιάζει αναμενόμενη συχνότητα μικρότερη του 5 (expected frequency <5) σε κάθε έλεγχο

	Μηνιαίο εισόδημα	Ασφάλιση	Δείκτης μάζας σώματος	Χρόνιο νόσημα
Φύλο	10%	12,50%	25%	0%
Ηλικία	50%	62,50%	56,30%	50%
Επαγγ. κατάσταση	60%	60%	60%	40%
Μηνιαίο εισόδημα	-	-	-	-
Οικον. Κατάσταση	50%	62,50%	56,30%	50%
Ασφάλιση	65%	-	56,30%	-
Χρόνιο νόσημα	50%	37,50%	50%	-
Ιατρός	10%	12,50%	25%	0%
Νοσηλεία	50%	37,50%	50%	25%
Δείκτης μάζας σώματος	55%	-	-	-

Τόπος διαμονής	10%	25%	37,50%	25%
----------------	-----	-----	--------	-----

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 3

Κριτήρια για την επιλογή κατάλληλου τεστ για κάθε έλεγχο. Κανονικότητα, outliers, ομοιογένεια διακυμάνσεων

	Κατηγορίες	Κανονικότητα	Outliers		Ομοιογένεια διακυμάνσεων
		Shapiro-Wilk (p-value)		Ενδεικτικές τιμές	Test of Homogeneity of variance (p-value)
Φύλο	Άνδρας	<0,001	Highest	1	0,7
			Lowest	0,186	
	Γυναίκα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
Ηλικία	22-30	<0,001	Highest	1	0,974
			Lowest	0,255	
	31-40	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	41-50	0,009	Highest	1	
			Lowest	0,62	
	51-60	0,115	Highest	1	
			Lowest	0,725	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	<0,001	Highest	1	0,38
			Lowest	0,186	
	Παντρεμένος/η	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	

	Διαζευγμένος/η	0,265	Highest	1	
			Lowest	0,291	
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος/η	<0,001	Highest	1	0,88
			Lowest	0,291	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	Δημόσιος υπάλληλος	0,001	Highest	1	
			Lowest	0,255	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	0,015	Highest	1	
			Lowest	0,725	
	Άλλη	0,016	Highest	1	
			Lowest	0,62	
Μηνιαίο εισόδημα	Κάτω από 500€	<0,001	Highest	1	0,867
			Lowest	0,291	
	500€-1000€	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
	1001€-1500€	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	1501€-2000€	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,255	
	Πάνω από 2000€	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
Οικονομική κατάσταση	Δεν τα βγάζουμε πέρα	0	Highest	0,848	ΌΧΙ
			Lowest	0,725	
	Τα βγάζουμε πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες	<0,001	Highest	1	

			Lowest	0,186	
	Τα βγάζουμε πέρα αλλά δε μας μένουν και πολλά στην άκρη	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
	Είμαστε άνετοι οικονομικά	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,414	
Εξάμηνο	Α' εξάμηνο	<0,001	Highest	1	0,471
			Lowest	0,291	
	Β' εξάμηνο	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	Γ' εξάμηνο	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
	Δ' εξάμηνο	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
ΜΟ εξαμήνου	Είμαι στο Α' εξάμηνο, δεν έχω λάβει μέσο όρο	<0,001	Highest	1	ΟΧΙ
			Lowest	0,291	
	5,01-6,00	.	Highest	0,848	
			Lowest	0,848	
	6,01-7,00	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	7,01-8,00	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
	8,01-9,00	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,62	
	9,01-10,00	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,255	
Ασφάλιση υγείας	Ναι, έχω ιδιωτική ασφάλιση	<0,001	Highest	1	0,534

			Lowest	0,222	
	Ναι, έχω κοινωνική ασφάλιση	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	Ναι, έχω μικτή ασφάλιση	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
	Όχι, δεν έχω	0,011	Highest	1	
			Lowest	0,291	
Χρόνιο νόσημα	Ναι	<0,001	Highest	1	0,461
			Lowest	0,291	
	Όχι	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
Αριθμός χρόνιων νοσημάτων	1	<0,001	Highest	1	ΌΧΙ
			Lowest	0,291	
	2		Highest	0,848	
			Lowest	0,848	
Ιατρός	Ναι	<0,001	Highest	1	0,599
			Lowest	0,186	
	Όχι	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
Νοσηλεία	Ναι	0,019	Highest	1	0,213
			Lowest	0,725	
	Όχι	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
Δείκτης μάζας σώματος	<18.5 Λιποβαρής		Highest	1	ΌΧΙ
			Lowest	0,848	

	[18.5,25) Φυσιολογικός βάρος	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	[25,30) Υπέρβαρος	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,255	
	>=30 Παχύσαρκος	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
Τόπος διαμονής	Αγροτική περιοχή	<0,001	Highest	1	0,37
			Lowest	0,291	
	Αστική περιοχή	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
Μέγεθος νοικοκυριού		<0,001	Highest	8	-
			Lowest	1	
Ύψος		0,11	Highest	OXI	-
			Lowest		
Βάρος		<0,001	Highest	130	-
			Lowest	42	

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 4

Κριτήρια για την επιλογή κατάλληλου τεστ για κάθε έλεγχο. Κανονικότητα, outliers, ομοιογένεια διακυμάνσεων

		Κανονικότητα	Outliers	Ομοιογένεια διακυμάνσεων
	Κατηγορίες	Shapiro-Wilk (p-value)	Ενδεικτικές τιμές	Test of Homogeneity of variance (p-value)

Φύλο	Άνδρας	<,001	Highest	100	0,431
			Lowest	40	
	Γυναίκα	<,001	Highest	100	
			Lowest	30	
Ηλικία	22-30	<,001	Highest	100	0,299
			Lowest	30	
	31-40	0,002	Highest	100	
			Lowest	40	
	41-50	0,037	Highest	100	
			Lowest	50	
	51-60	0,325	Highest	85	
			Lowest	75	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	<,001	Highest	100	0,627
			Lowest	30	
	Παντρεμένος/η	0,023	Highest	100	
			Lowest	60	
	Διαζευγμένος/η	0,059	Highest	95	
			Lowest	75	
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος/η	0,002	Highest	100	0,142
			Lowest	30	
	Ιδιωτικός υπάλληλος	<,001	Highest	100	
			Lowest	40	
	Δημόσιος υπάλληλος	0,291	Highest	100	
			Lowest	70	
	Ελεύθερος επαγγελματίας	0,544	Highest	100	
			Lowest	75	
	Άλλη	0,289	Highest	100	

			Lowest	50	
Μηνιαίο εισόδημα	Κάτω από 500€	0,02	Highest	100	0,158
			Lowest	70	
	500€-1000€	0,002	Highest	100	
			Lowest	40	
	1001€-1500€	<,001	Highest	100	
			Lowest	30	
	1501€-2000€	0,025	Highest	100	
			Lowest	70	
	Πάνω από 2000€	0,003	Highest	100	
			Lowest	60	
Οικονομική κατάσταση	Δεν τα βγάζουμε πέρα	0	Highest	80	OXI
			Lowest	70	
	Τα βγάζουμε πέρα με πολύ μεγάλες δυσκολίες	<,001	Highest	99	
			Lowest	30	
	Τα βγάζουμε πέρα αλλά δε μας μένουν και πολλά στην άκρη	<,001	Highest	100	
			Lowest	60	
	Είμαστε άνετοι οικονομικά	0,002	Highest	100	
			Lowest	70	
Εξάμηνο	Α' εξάμηνο	0,047	Highest	100	0,246
			Lowest	70	
	Β' εξάμηνο	<,001	Highest	100	
			Lowest	30	
	Γ' εξάμηνο	0,012	Highest	100	
			Lowest	75	

	Δ' εξάμηνο	0,002	Highest	100	
			Lowest	40	
ΜΟ εξαμήνου	Είμαι στο Α' εξάμηνο, δεν έχω λάβει μέσο όρο	0,087	Highest	100	OXI
			Lowest	70	
	5,01-6,00	0,637	Highest	100	
			Lowest	70	
	6,01-7,00	0,018	Highest	100	
			Lowest	70	
	7,01-8,00	<,001	Highest	100	
			Lowest	30	
	8,01-9,00	<,001	Highest	100	
			Lowest	40	
	9,01-10,00	0,103	Highest	100	
			Lowest	70	
Ασφάλιση υγείας	Ναι, έχω ιδιωτική ασφάλιση	0,089	Highest	100	0,602
			Lowest	70	
	Ναι, έχω κοινωνική ασφάλιση	<,001	Highest	100	
			Lowest	30	
	Ναι, έχω μικτή ασφάλιση	0,059	Highest	100	
			Lowest	60	
	Όχι, δεν έχω	0,126	Highest	100	
			Lowest	60	
Χρόνιο νόσημα	Ναι	<,001	Highest	90	0,705
			Lowest	40	
	Όχι	<,001	Highest	100	
			Lowest	30	

Αριθμός χρόνιων νοσημάτων	1	<,001	Highest	90	OXI
			Lowest	40	
	2	OXI	Highest	90	
			Lowest	75	
Ιατρός	Ναι	<,001	Highest	100	0,405
			Lowest	30	
	Όχι	<,001	Highest	100	
			Lowest	50	
Νοσηλεία	Ναι	0,06	Highest	100	0,4
			Lowest	75	
	Όχι	<,001	Highest	100	
			Lowest	30	
Δείκτης μάζας σώματος	<18.5 Λιποβαρής	OXI	Highest	100	OXI
			Lowest	90	
	[18.5,25) Φυσιολογικός βάρος	<,001	Highest	100	
			Lowest	30	
	[25,30) Υπέρβαρος	0,007	Highest	100	
			Lowest	60	
	>=30 Παχύσαρκος	0,134	Highest	90	
			Lowest	70	
Τόπος διαμονής	Αγροτική περιοχή	0,001	Highest	100	0,357
			Lowest	60	
	Αστική περιοχή	<,001	Highest	100	
			Lowest	30	

Μέγεθος νοικοκυριού		<,001	Highest	8	
			Lowest	1	
Ύψος		0,11	Highest	1,96	
			Lowest	1,48	
Βάρος		<,001	Highest	130	
			Lowest	42	

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 5

Κριτήρια για την επιλογή κατάλληλου τεστ για κάθε έλεγχο. Κανονικότητα, outliers, ομοιογένεια διακυμάνσεων

	Κατηγορίες	Κανονικότητα	Outliers		Ομοιογένεια διακυμάνσεων
		Shapiro-Wilk (p-value)		Ενδεικτικές τιμές	Test of Homogeneity of variance (p- value)
Αλκοόλ	Καθημερινά	0,335	Highest	0,848	OXI
			Lowest	0,186	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
Ποτέ	<0,001	Highest	1		
		Lowest	0,414		
Κάπνισμα	Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	<0,001	Highest	1	0,964
			Lowest	0,186	
	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	0,004	Highest	1	

			Lowest	0,414	
	Πρώην καπνιστής/ρια	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,255	
Τσιγάρα ανά ημέρα	1-10	<0,001	Highest	1	OXI
			Lowest	0,291	
	11-20	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	21-40		Highest	0,796	
			Lowest	0,796	
Αναψυκτικά	Καθημερινά	0,008	Highest	1	0,847
			Lowest	0,725	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,255	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	Ποτέ	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
Fast food	Καθημερινά	0,884	Highest	1	OXI
			Lowest	0,725	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
	Ποτέ	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,414	
Γλυκά	Καθημερινά	0,002	Highest	1	0,651

			Lowest	0,291	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,255	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	Ποτέ	0,026	Highest	1	
			Lowest	0,414	0,548
Λαχανικά	Καθημερινά	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	0,335
Φρούτα	Καθημερινά	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,255	0,655
	Ποτέ	0,4	Highest	1	
			Lowest	0,186	
Παράλειψη γεύματος	Καθημερινά	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,255	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
	Ποτέ	<0,001	Highest	1	

			Lowest	0,414	
Άσκηση	Καθημερινά	<0,001	Highest	1	0,774
			Lowest	0,291	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,222	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
	Ποτέ	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	
Καθιστός/ή	Περισσότερες από 8 ώρες	<0,001	Highest	1	0,441
			Lowest	0,186	
	Λιγότερες από 8 ώρες	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,255	
Ποιότητα ύπνου	Έλλειψη ύπνου	<0,001	Highest	1	0,321
			Lowest	0,186	
	Κοιμάμαι επαρκώς	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,291	
Απαραίτητες θερμίδες	Ναι	<0,001	Highest	1	0,333
			Lowest	0,222	
	Όχι	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,414	
	Δεν γνωρίζω	<0,001	Highest	1	
			Lowest	0,186	

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ 6

Κριτήρια για την επιλογή κατάλληλου τεστ για κάθε έλεγχο. Κανονικότητα, outliers, ομοιογένεια διακυμάνσεων

		Κανονικότητα	Outliers		Ομοιογένεια διακυμάνσεων
	Κατηγορίες	Shapiro-Wilk (p-value)			Test of Homogeneity of variance (p- value)
Αλκοόλ	Καθημερινά	0,52	Highest	88	OXI
			Lowest	70	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	40	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	50	
	Ποτέ	<0,001	Highest	100	
			Lowest	30	
Κάπνισμα	Συστηματικός/ή καπνιστής/ρια	0,002	Highest	100	0,729
			Lowest	40	
	Περιστασιακός/ή καπνιστής/ρια	0,024	Highest	100	
			Lowest	60	
	Πρώην καπνιστής/ρια	0,009	Highest	100	
			Lowest	50	
	Όχι, δεν έχω καπνίσει ποτέ	<0,001	Highest	100	
			Lowest	30	
Τσιγάρα ανά ημέρα	1-10	0,016	Highest	100	OXI
			Lowest	60	
	11-20	0,062	Highest	100	
			Lowest	40	
	21-40	OXI	Highest	90	
Lowest			85		

Αναψυκτικά	Καθημερινά	0,039	Highest	100	0,999
			Lowest	70	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	30	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	40	
	Ποτέ	0,023	Highest	100	
			Lowest	60	
Fast food	Καθημερινά	0,962	Highest	99	OXI
			Lowest	70	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	40	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	50	
	Ποτέ	0,021	Highest	100	
			Lowest	30	
Γλυκά	Καθημερινά	0,106	Highest	100	0,074
			Lowest	70	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	40	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	50	
	Ποτέ	0,117	Highest	100	
			Lowest	30	
Λαχανικά	Καθημερινά	<0,001	Highest	100	0,511
			Lowest	30	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	40	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	0,06	Highest	100	

			Lowest	70	
Φρούτα	Καθημερινά	<0,001	Highest	100	0,403
			Lowest	30	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	40	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	0,046	Highest	100	
			Lowest	70	
	Ποτέ	0,478	Highest	90	
			Lowest	70	
Παράλειψη γεύματος	Καθημερινά	0,014	Highest	100	0,319
			Lowest	60	
	1-3 φορές τη βδομάδα	0,009	Highest	100	
			Lowest	50	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	40	
	Ποτέ	<0,001	Highest	100	
			Lowest	30	
Άσκηση	Καθημερινά	0,485	Highest	100	0,982
			Lowest	60	
	1-3 φορές τη βδομάδα	<0,001	Highest	100	
			Lowest	30	
	Μερικές φορές μέσα στο μήνα	0,002	Highest	100	
			Lowest	50	
	Ποτέ	0,002	Highest	100	
			Lowest	40	
Καθιστός/ή	Περισσότερες από 8 ώρες	<0,001	Highest	100	0,675
			Lowest	30	
	Λιγότερες από 8 ώρες	<0,001	Highest	100	

			Lowest	60	
Ποιότητα ύπνου	Έλλειψη ύπνου	<0,001	Highest	100	0,341
			Lowest	30	
	Κοιμάμαι επαρκώς	<0,001	Highest	100	
			Lowest	40	
Απαραίτητες θερμίδες	Ναι	<0,001	Highest	100	0,18
			Lowest	30	
	Όχι	0,006	Highest	96	
			Lowest	70	
	Δεν γνωρίζω	<0,001	Highest	100	
			Lowest	40	