



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**Ο ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

ΝΟΥΛΑ Α. ΠΑΠΠΑ
Νοσηλεύτρια, ΠΕ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2011



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ**

**Ο ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ**

ΝΟΥΛΑ Α. ΠΑΠΠΑ
Νοσηλεύτρια, ΠΕ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2011

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου
Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο
202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
1.1 Γενικά.....	1
1.2 Κάπνισμα.....	4
1.3 Κατανάλωση αλκοόλ.....	11
1.4 Δείκτη Μάζας σώματος.....	15
1.5 Αυτοεκτιμώμενη υγεία.....	19
1.6 Σκοπός της ερευνητικής εργασίας.....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	22
2.1 ΜΕΘΟΔΟΙ.....	22
2.1.1 Δεδομένα.....	22
2.1.2 Επιλογή δείγματος.....	22
2.1.3 Το ερωτηματολόγιο.....	23
2.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....	26
2.2.1 Γενικά.....	26
2.2.2 Συχνότητα καπνίσματος.....	28
2.2.3 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.....	29
2.2.4 Δείκτης μάζας σώματος, συχνότητα ελλιποβαρών, υπέρβαρων και παχύσαρκων νοσηλευτών.....	30
2.2.5 Η αυτοεκτιμώμενη υγεία.....	32
2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	34
2.3.1 Το δείγμα.....	34
2.3.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	35
2.3.1.2 Εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	37
2.3.1.3 Συμπεριφορές υγείας.....	40
2.3.2 Συχνότητα καπνίσματος.....	43
2.3.3 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.....	46
2.3.4 Δείκτης μάζας σώματος, συχνότητα ελλιποβαρών, υπέρβαρων και παχύσαρκων νοσηλευτών.....	47
2.3.5 Η αυτοεκτιμώμενη υγεία.....	54
2.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	62
2.4.1 Συχνότητα καπνίσματος των νοσηλευτών.....	62
2.4.2 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.....	64
2.4.3 Βάρος σώματος νοσηλευτών.....	65
2.4.4 Η αυτοεκτιμώμενη υγεία.....	66
2.4.5 Περιορισμοί και δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων.....	68
2.4.6 Συμπεράσματα.....	70
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	71
ΑΒSTRACT.....	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι.....	87

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Πίνακας 1.1	Ποσοστό θανάτων που αποδίδεται στους δέκα πρώτους παράγοντες κινδύνου, στην Ελλάδα.....	3
Πίνακας 1.2	Ποσοστό χρόνων ζωής που χάνονται από πρόωρο θάνατο ή ανικανότητα (DALYs) που αποδίδεται στους πρώτους 10 παράγοντες κινδύνου, στην Ελλάδα.....	4
Πίνακας 1.3	Εκτιμώμενος επιπολασμός καπνίσματος και αριθμός καπνιστών >15 ετών παγκοσμίως το έτος 2000.....	5
Πίνακας 1.4	Εκτίμηση του ποσοστού του καπνίσματος σε γυναίκες και άντρες για το έτος 2009.....	6
Πίνακας 1.5	Επιπολασμός το καπνίσματος στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία.....	8
Πίνακας 1.6	Στάδια επιδημίας καπνίσματος.....	9
Πίνακας 1.7	Ετήσια κατανάλωση αλκοόλ σε άτομα ηλικίας >15 ετών σε Διάφορες χώρες με φθίνουσα σειρά κατανάλωσης το τελευταίο και προτελευταίο έτος.....	12
Πίνακας 1.8	Κατανάλωση του αλκοόλ στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία.....	14
Πίνακας 1.9	Ο δείκτης μάζας σώματος στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία.....	17

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Πίνακας 2.1	Αποκριθέντες και μη αποκριθέντες στο ερωτηματολόγιο.....	34
Πίνακας 2.2	Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	36
Πίνακας 2.3	Εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος.....	37
Πίνακας 2.4	Συμπεριφορές σχετικές με υγεία των νοσηλευτών.....	41
Πίνακας 2.5	Χαρακτηριστικά καπνιστών και μη καπνιστών.....	44
Πίνακας 2.6	Σχέσεις καπνίσματος με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών.....	46
Πίνακας 2.7	Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ.....	47
Πίνακας 2.8	Μέσος ΔΜΣ των νοσηλευτών κατά φύλο και δημογραφικό Χαρακτηριστικό ή σχετιζόμενη με την υγεία συμπεριφορά.....	48
Πίνακας 2.9	Συχνότητα, n (%), νοσηλευτών φυσιολογικού βάρους (ΔΜΣ 20-24.9), ελλιποβαρών (ΔΜΣ <20), υπέρβαρων (ΔΜΣ 25-29.9) και παχύσαρκων (ΔΜΣ>30).....	49
Πίνακας 2.10	Το βάρος σώματος των νοσηλευτών ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους και τις συμπεριφορές τους που σχετίζονται με την υγεία.....	51
Πίνακας 2.11	Οι υπέρβαροι κατά φύλο και δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που σχετίζονται Με υγεία.....	53
Πίνακας 2.12	Χαρακτηριστικά νοσηλευτών με αυτοαναφερόμενη καλή και κακή υγεία.....	55
Πίνακας 2.13	Συμπεριφορές υγείας των νοσηλευτών με αυτοαναφερόμενη καλή και κακή υγεία.....	56

Πίνακας 2.14 Αυτοαναφερόμενη κακή υγεία ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις συμπεριφορές υγείας, και τα εργασιακά χαρακτηριστικά του συνόλου των νοσηλευτών.....	58
Πίνακας 2.15 Αυτοαναφερόμενη κακή υγεία ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις συμπεριφορές υγείας, και τα εργασιακά χαρακτηριστικά, ξεχωριστά για γυναίκες και άντρες.....	60

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Γράφημα 1.1 Τα τέσσερα στάδια της παγκόσμιας επιδημίας καπνίσματος.....	10
Γράφημα 1.2 Κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα τα έτη 1976-2003.....	13

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Γράφημα 2.1 Ποσοστό απογευματινών και νυχτερινών βαρδιών την εβδομάδα.....	38
---	----

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΑΥ: Αυτοεκτιμώμενη υγεία (self rated health)

ΔΜΣ: Δείκτης μάζας σώματος (Body mass index)

ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

ΕΤΕ: Ενδοτεταρτημοριακό εύρος

ΛΑ: Λόγος αναλογιών

METs: Μεταβολικά ισοδύναμα του έργου (metabolic equivalent task score)

ΜΟ: Μέσος όρος

ΤΑ: Τυπική απόκλιση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1 Γενικά

Η ανθρώπινη συμπεριφορά αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την προστασία και προαγωγή της υγείας (1). Οι συμπεριφορές υγείας σήμερα είναι γνωστό ότι παίζουν ο σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση διαφόρων ασθενειών. Συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, οι διατροφικές συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ και άλλων εξαρτησιογόνων ουσιών, η φυσική άσκηση, επιδρούν άμεσα ή έμμεσα, στη διατήρηση της υγείας ή και στην εμφάνιση της αρρώστιας (2).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), το 2002, στην ετήσια αναφορά του με τίτλο: «Αναφορά για την Παγκόσμια Υγεία: μείωση των κινδύνων, προαγωγή μιας υγιεινής ζωής» επισημαίνει τους δέκα σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για την παγκόσμια υγεία:

1. έλλειψη βάρους
2. μη ασφαλείς σεξουαλικές πρακτικές
3. υψηλή αρτηριακή πίεση
4. κάπνισμα
5. κατανάλωση αλκοόλ
6. μη ασφαλές πόσιμο νερό
7. αποχέτευση και συνθήκες υγιεινής
8. ανεπάρκεια σιδήρου
9. έλλειψη σωματικής άσκησης
10. υψηλά επίπεδα χοληστερόλης και παχυσαρκία.

Οι παράγοντες αυτοί ευθύνονται για το 30% όλων των θανάτων παγκοσμίως.

Επιπλέον, στην αναφορά τονίζεται ότι στις αναπτυγμένες χώρες της Β. Αμερικής, της Ευρώπης και της Ασίας, το κάπνισμα, το αλκοόλ, την αρτηριακή πίεση, η χοληστερόλη και η παχυσαρκία ευθύνεται για τουλάχιστον για το ένα τρίτο όλων των

ασθενειών. Επίσης φαίνεται ότι παραπάνω από τα τρία τέταρτα των καρδιαγγειακών παθήσεων προκαλούνται από το κάπνισμα, την υψηλή αρτηριακή πίεση, τη χοληστερόλη ή το συνδυασμό τους. Ιδιαίτερα σημαντικό όμως, όπως τονίζεται και στην αναφορά του ΠΟΥ, είναι πως αυτοί οι παράγοντες κινδύνου είναι τροποποιήσιμοι αφού σχετίζονται άμεσα με την ατομική συμπεριφορά. Οι τροποποιήσεις των συμπεριφορών μπορούν να επιτευχθούν μέσω προγραμμάτων αγωγής και προαγωγής της υγείας (3).

Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας των πολιτών της Ελλάδας αλλά και των ανεπτυγμένων χωρών, συσχετίζονται αιτιολογικά με τον τρόπο ζωής και πιο ειδικά με τη συμπεριφορά, αλλά και με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο διαμένουν οι πολίτες. Βασικοί παράγοντες κινδύνου όπως η παχυσαρκία και η έλλειψη φυσικής άσκησης με την κακή διατροφή, το κάπνισμα είναι υπεύθυνοι για μεγάλο ποσοστό θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα στον ελληνικό πληθυσμό (3).

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αλλά και σε οι συμπεριφορές υγείας συμβάλλουν επίσης στην εμφάνιση των νεοπλασμάτων, που είναι δεύτερη αιτία θανάτου (3). Παρόμοιοι ισχυρισμοί μπορούν να τεκμηριωθούν για την πλειονότητα των νοσημάτων που προσδιορίζουν το νοσολογικό προφίλ των πολιτών της Ελλάδας. Η βελτίωση του επιπέδου υγείας του ελληνικού πληθυσμού προϋποθέτει την κατανόηση και την ανάγκη μελέτης των παραγόντων κινδύνου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (3), η αρτηριακή υπέρταση ήταν ο υπεύθυνος παράγοντας κινδύνου για το 25% των θανάτων που συνέβησαν στην Ελλάδα το 2002, ενώ στο κάπνισμα οφειλόταν το 19,3% των θανάτων. Ως σημαντικοί παράγοντες κινδύνου παρουσιάζονται επίσης η υψηλή χοληστερόλη, η

παχυσαρκία, η καθιστική ζωή και η μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών (Πίνακας 1.1).

Πίνακας 1.1 Ποσοστό θανάτων που αποδίδεται στους δέκα πρώτους παράγοντες κινδύνου στην Ελλάδα (2002)

Παράγοντας κινδύνου	Ποσοστό επί του συνόλου
1. Αρτηριακή Υπέρταση	25.0%
2. Κάπνισμα	19.3%
3. Υψηλή Χοληστερόλη	11.6%
4. Υψηλός Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)	8.3%
5. Καθιστική ζωή	5.0%
6. Χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών	3.9%
7. Ατμοσφαιρική ρύπανση	0.6%
8. Μη ασφαλές σεξ	0.5%
9. Επαγγελματικά καρκινογόνα	0.4%
10. Ναρκωτικά	0.3%
ΣΥΝΟΛΟ	74.9%

Πηγή: ΠΟΥ (2002) (3)

Αν μελετηθούν τα χρόνια ζωής που χάνονται από πρόωρο θάνατο ή ανικανότητα (DALYs), τόσο η κατάταξη όσο και τα ποσοστά των υπεύθυνων παραγόντων κινδύνου μεταβάλλονται. Έτσι, λαμβάνοντας υπόψη και την προκαλούμενη νοσηρότητα, ο πιο επιβλαβής παράγοντας κινδύνου είναι το κάπνισμα, καθώς εκτιμάται ότι σε αυτό οφείλεται το 12,9% των DALYs. Η αρτηριακή υπέρταση είναι υπεύθυνη για το 11,8%, το υπερβάλλον βάρος για το 8,5% και η υψηλή χοληστερόλη για το 7,6% των απωλειών. Αξίζει να τονιστεί η παρουσία της κατάχρησης αλκοόλ και της χρήσης ναρκωτικών μέσα στους 10 κυριότερους παράγοντες κινδύνου (Πίνακας 1.2).

Πίνακας 1.2 Ποσοστό χρόνων ζωής που χάνονται από πρόωρο θάνατο ή ανικανότητα (DALYs) που αποδίδεται στους πρώτους 10 παράγοντες κινδύνου, στην Ελλάδα (2002)

Παράγοντας κινδύνου	Ποσοστό επί του συνόλου
1. Κάπνισμα	12.9%
2. Αρτηριακή Υπέρταση	11.8%
3. Υψηλός Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)	8.5%
4. Υψηλή χοληστερόλη	7.6%
5. Κατάχρηση αλκοόλ	4.3%
6. Καθιστική ζωή	3.5%
7. Χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών	2.6%
8. Ναρκωτικά	1.7%
9. Μη ασφαλές σεξ	0.8%
10. Έλλειψη σιδήρου	0.5%
ΣΥΝΟΛΟ	54.2%

Πηγή: ΠΟΥ (2002) (3)

1.2 Κάπνισμα

Το κάπνισμα θεωρείται μια από τις μεγαλύτερες απειλές δημόσιας υγείας. Υπολογίζεται ότι 1.3 δισεκατομμύρια άτομα καπνίζουν παγκοσμίως. Από αυτούς ένα δισεκατομμύριο είναι άνδρες και 250 εκατομμύρια είναι γυναίκες (4). Κάθε χρόνο το κάπνισμα σκοτώνει πρόωρα πέντε εκατομμύρια ανθρώπους. Για τα επόμενα 20 χρόνια υπολογίζεται από τον ΠΟΥ ότι θα πεθάνουν πρόωρα 150 εκατομμύρια καπνιστές. Το 80% των θανάτων αυτών θα συμβούν σε αναπτυσσόμενες χώρες (5).

Ο επιπολασμός του καπνίσματος, παγκοσμίως, είναι μεγαλύτερος στους άνδρες από τις γυναίκες. Παρατηρείται χαμηλός επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των γυναικών των αναπτυσσόμενων χωρών, ενώ ο επιπολασμός του καπνίσματος μεταξύ των ανδρών και των γυναικών δεν παρουσιάζει μεγάλες διαφορές σε χώρες υψηλού εισοδήματος (6).

Μια συστηματική ανάλυση 139 μελετών για τον επιπολασμό του καπνίσματος σε ενήλικες (6) υπολόγισε ότι πάνω από 1.1 δισεκατομμύρια άτομα παγκοσμίως καπνίζουν, εκ των οποίων το 82% διαμένουν σε χώρες χαμηλού ή μεσαίου ετήσιου εισοδήματος. Στον παρακάτω πίνακα 1.3 παρουσιάζονται οι εκτιμήσεις του επιπολασμού για το έτος 2000 στις χώρες αυτές.

Πίνακας 1.3 Εκτιμώμενος επιπολασμός καπνίσματος και αριθμός καπνιστών >15 ετών παγκοσμίως το έτος 2000

	Επιπολασμός καπνίσματος (%)			Σύνολο καπνιστών	
	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Εκατομμύρια	Ποσοστό
Ανατολική Ασία και Ειρηνικός	63	5	34	429	38
Ευρώπη και Κεντρική Ασία	56	17	35	122	11
Λατινική Αμερική και Καραϊβική	40	24	32	98	9
Μέση Ανατολή και Βόρεια Αφρική	36	5	21	37	3
Νότια Ασία	32	6	20	178	15
Υπο-Σαχάρια Αφρική	29	8	18	56	6
Χώρες Χαμηλού και Μεσαίου Εισοδήματος	49	8	29	920	82
Χώρες Υψηλού Εισοδήματος	37	21	29	202	18

Πηγή: Disease Control Priorities in Developing Countries, Jha Prabhat et al, 2002 (6)

Σε πολλές βιομηχανοποιημένες χώρες, λόγω της μείωση της κατανάλωσης του καπνού, παρατηρείται μια μεταβολή στη «γεωγραφία» του καπνίσματος καθώς φαίνεται να μεταφέρεται από τις αναπτυγμένες χώρες στις αναπτυσσόμενες χώρες. Το 1995 οι περισσότεροι καπνιστές ζούσαν σε χώρες χαμηλού ή μεσαίου ετήσιου εισοδήματος (933 εκατομμύρια) απ' ό,τι σε χώρες υψηλού εισοδήματος (209 εκατομμύρια) (6). Στον πίνακα 1.4 φαίνεται ο επιπολασμός του καπνίσματος και η σειρά κατάταξης στην Ευρώπη σε άνδρες και γυναίκες.

Πίνακας 1.4 Εκτίμηση του ποσοστού του καπνίσματος σε γυναίκες (αριστερά) και άντρες (δεξιά) για το έτος 2009.

Σειρά	ΧΩΠΑ	%	Σειρά	ΧΩΠΑ	%
1	Austria	41.0	1	Russian Federation	70.0
2	Greece	39.0	2	Ukraine	65.0
3	Bulgaria	38.0	3	Belarus	64.0
3	Poland	38.0	4	Greece	63.0
5	Bosnia-Herzegovina	35.0	5	Armenia	61.0
5	Hungary	35.0	6	Georgia	57.0
7	Denmark	30.0	7	Latvia	53.0
7	Luxembourg	30.0	8	Turkey	51.0
7	Norway	30.0	9	Lithuania	50.0
10	Croatia	29.0	10	Bosnia-Herzegovina	49.0
11	Andorra	28.0	11	Bulgaria	49.0
11	Ireland	28.0	12	Estonia	48.0
11	Netherlands	28.0	13	Austria	47.0
11	Russian Federation	28.0	14	Kyrgyzstan	46.0
15	Czech Republic	27.0	14	Romania	46.0
15	France	27.0	16	Hungary	45.0
15	Serbia	27.0	16	Republic of Moldova	45.0
15	Spain	27.0	18	Albania	43.0
19	Germany	26.0	18	Kazakhstan	43.0
20	Estonia	25.0	20	Slovakia	41.0
21	Belgium	24.0	21	Serbia	40.0
21	Iceland	24.0	22	Croatia	39.0
21	Latvia	24.0	22	Luxembourg	39.0
21	Romania	24.0	24	Germany	37.0
21	Ukraine	24.0	24	Spain	37.0
21	United Kingdom	24.0	26	Andorra	36.0
27	Finland	23.0	26	France	36.0
27	Sweden	23.0	28	Czech Republic	35.0
27	Switzerland	23.0	28	Denmark	35.0
30	Belarus	22.0	30	Ireland	34.0
30	Lithuania	22.0	30	Italy	34.0
32	Malta	21.0	30	Portugal	34.0
32	Slovenia	21.0	33	Finland	33.0
34	Slovakia	20.0	33	Netherlands	33.0
34	Turkey	20.0	35	Malta	32.0
36	Italy	19.0	35	Slovenia	32.0
37	Israel	18.0	35	Switzerland	32.0
38	Portugal	15.0	38	Israel	31.0
39	Kazakhstan	9.0	39	Belgium	30.0
40	Georgia	6.0	39	Norway	30.0
41	Republic of Moldova	5.0	39	Poland	30.0
42	Albania	4.0	42	Iceland	29.0
43	Armenia	3.0	43	United Kingdom	26.0
43	Uzbekistan	3.0	44	Uzbekistan	23.0
45	Kyrgyzstan	2.0	45	Sweden	17.0
46	Azerbaijan	0.6			

Πηγή: The WHO Tobacco Free Initiative, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2010 (5)

Το ποσοστό του ενήλικου πληθυσμού που καπνίζει στις περισσότερες χώρες που ανήκουν στον Οργανισμό για την Οικονομική Συνεργασία και την Ανάπτυξη (ΟΟΣΑ, OECD) έχει μειωθεί σημαντικά τις τελευταίες δύο δεκαετίες. Η Ελλάδα όμως διατηρεί το υψηλότερο ποσοστό ενήλικων καπνιστών (39,7%) σε σύγκριση με το μέσο όρο στις χώρες του OECD (23,3%) (7).

Το 1994 ο επιπολασμός του καπνίσματος για τους Έλληνες και τις Ελληνίδες ήταν 46% και 28% αντίστοιχα (8). Ο ΠΟΥ υπολόγισε ότι για τη χώρα μας το 2009 ο επιπολασμός ήταν 63% και 39% αντίστοιχα (5).

Τα κάπνισμα στην Ελλάδα παραμένει σε πολύ υψηλά επίπεδα. Εξακολουθεί να εμφανίζει μια αυξητική παρά πτωτική τάση από το έτος 2000 και για τα δύο φύλα. Πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες υπολογίζουν διαφορετικό επιπολασμό του καπνίσματος στην Ελλάδα, ανάλογα με την ηλικία και τον τόπο διαμονής, όπως παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα 1.5. Το ποσοστό των ανδρών και γυναικών που καπνίζουν είναι αυξημένο στις μεγάλες πόλεις, σε σχέση με την Ελληνική περιφέρεια (9). Η διαφορά είναι πιο εμφανής μεταξύ των γυναικών που ζουν σε μεγάλες πόλεις και γυναικών που ζουν στην περιφέρεια.

Πίνακας 1.5 Επιπολασμός του καπνίσματος στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία

Έτος Μέτρησης	Πληθυσμός	Τόπος	Δείγμα	Ηλικία	Επιπολασμός Καπνίσματος			Μελέτη
					Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	
2007	Ενήλικες	Ελλάδα	1000	15+			42.1%	Martinez-Sanchez et al (2010) (15)
2005	Ενήλικες	Ελλάδα	5489	25-59	57%	23%	40%	Huisman et al (2005) (10)
2005	Μαθητές	Αθήνα	909	18-19			50.2%	Labiris et al (2005) (16)
2005	Μαθητές	B. Ελλάδα	9276	15-18	32.6%	26.7%	30%	Sichletidis et al (2006) (76)
2003	Φοιτητές	Κρήτη	865	20-24	33.2%	28.4%		Mammas et al (2003) (12)
2003	Φοιτητές	Αθήνα	430				28%	Avlonitou et al (2003) (13)
2003	Ενήλικες	Αθήνα	3042	18-89	51%	39%		Pitsavos et al (2003) (9)
2003	Ενήλικες Παιδιά	Κρήτη	1192 634	18+ 15	55%	38%	10%	Linardakis et al (2003) (11)
2000	Φοιτητές	Ιωάννινα- Αθήνα	794	17-30	44%	42.5%		Steptoe et al (2002) (14)
2000	Μαθητές	Θεσσαλονίκη - Αθήνα	8557	13-14 15-16 17-18			16.2% 32.1% 40.1%	Kokkevi et al (2000) (17)

Η επιδημία του καπνίσματος έχει ταξινομηθεί σε τέσσερα στάδια, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (5).

- Στο στάδιο 1 ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι χαμηλός (<20%) στους άνδρες και ελάχιστος στις γυναίκες.
- Στο στάδιο 2 ο επιπολασμός του καπνίσματος είναι υψηλός (>50%) στους άνδρες και αυξάνεται στις γυναίκες με καθυστέρηση περίπου δύο δεκαετιών.
- Στο στάδιο 3 παρατηρείται απότομη μείωση του επιπολασμού του καπνίσματος στους άνδρες και σταδιακή μείωση στις γυναίκες με διαφορά κάποιων δεκαετιών.

- Στο στάδιο 4 παρατηρείται μείωση του επιπολασμού και στα δύο φύλα (Πίνακας 1.6)

Πίνακας 1.6 Στάδια επιδημίας καπνίσματος

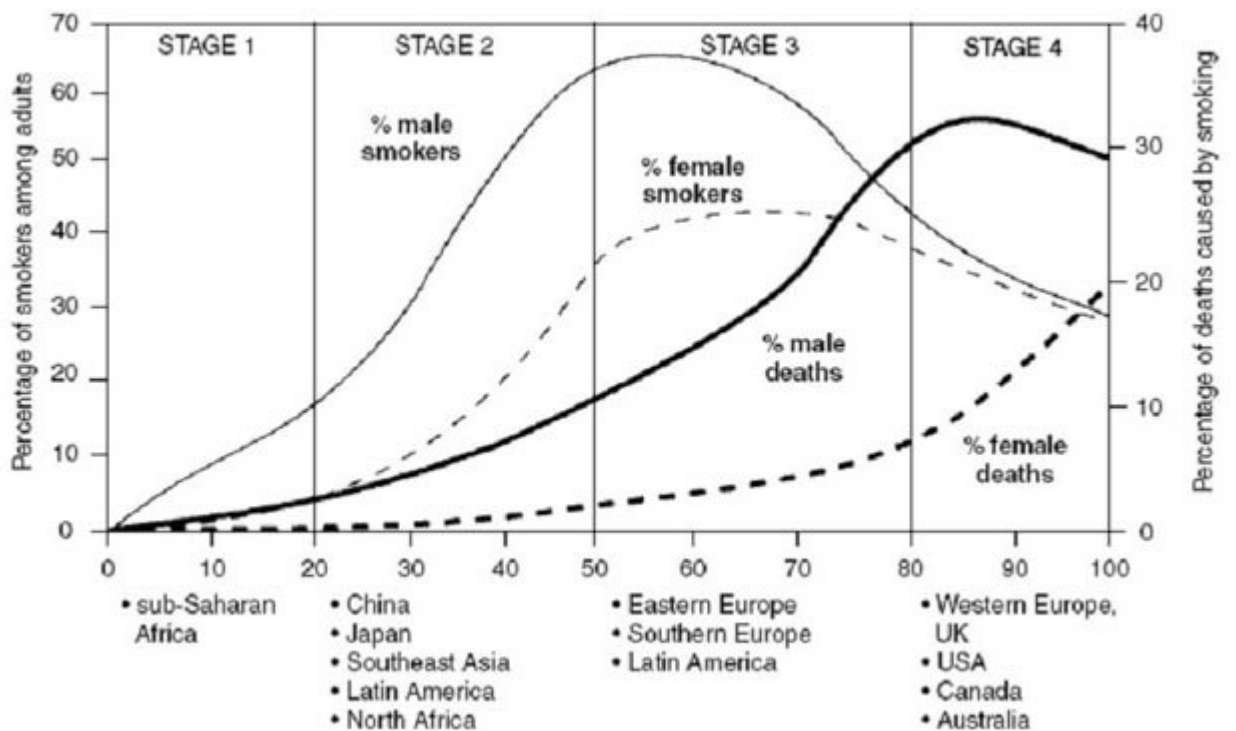
ΣΤΑΔΙΟ	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ
1	Χαμηλός επιπολασμός (<20%)	Ελάχιστος επιπολασμός
2	Υψηλός επιπολασμός (>50%)	Αυξανόμενος επιπολασμός
3	Απότομη μείωση	Σταδιακή μείωση
4	Μείωση	Μείωση

Σύμφωνα με την ταξινόμηση αυτή η χώρα μας βρίσκεται στο στάδιο 3.

Πρόσφατες μελέτες (10, 18-19) δείχνουν ότι πολλές βόρειες Ευρωπαϊκές χώρες είναι στο στάδιο 4 της καπνιστικής επιδημίας, με κύριο χαρακτηριστικό τις μεγάλες κοινωνικοοικονομικές διαφορές μεταξύ των καπνιστών και μη καπνιστών.

Παράλληλα φαίνεται ότι αρκετές χώρες της Νότιας Ευρώπης βρίσκονται στο στάδιο 3, όπου και δεν παρατηρούνται τόσο μεγάλες κοινωνικοοικονομικές διαφορές μεταξύ των καπνιστών και των μη καπνιστών.

Γράφημα 1.1 Τα τέσσερα στάδια της παγκόσμιας επιδημίας καπνίσματος



Πηγή: Lopez AD, Collishaw NE, and Piha T. (1994). A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 3: 242

Ένας από τους σημαντικούς ρόλους των νοσηλευτών είναι η προαγωγή της υγείας και η εκπαίδευση των ασθενών σε θέματα που αφορούν τον υγιεινό τρόπο ζωής και την αποφυγή των παραγόντων κινδύνου διαφόρων ασθενειών. Οι νοσηλευτές έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν ασθενείς να διακόψουν το κάπνισμα με ειδικές παρεμβάσεις που έχουν ως στόχο τη διακοπή του καπνίσματος (20). Μελέτες δείχνουν ότι οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις για τη διακοπή του καπνίσματος αυξάνουν την πιθανότητα διακοπής κατά 50% (21). Παρόλ' αυτά υπάρχουν φραγμοί στην επιτυχία μιας παρέμβασης, έτσι υπολογίζεται ότι μόνο ένα 20%-30% των νοσηλευτών παρέχει παρεμβάσεις διακοπής του καπνίσματος στους ασθενείς (21).

Οι κυριότεροι φραγμοί είναι οι καπνιστικές συνήθειες των ίδιων των νοσηλευτών (22). Υπάρχουν τρεις κύριοι λόγοι που θα μπορούσαν να εξηγήσουν γιατί καπνίζουν οι νοσηλευτές: το στρες που προκαλείται από την εργασία, η επίδραση του κοινωνικού περιβάλλοντος, και η επίδραση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (23, 32).

Από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται ότι στην Ελλάδα αρκετά μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών καπνίζει (24-26), ενώ φαίνεται να καπνίζουν λιγότερο νοσηλευτές σε άλλες χώρες (27-31). Επίσης φαίνεται ότι οι νοσηλευτές καπνίζουν περισσότερο από οποιαδήποτε άλλο κλάδο επαγγελματιών υγείας (26), και μεταξύ νοσηλευτών όσοι εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές, τμήματα επειγόντων περιστατικών και μονάδες εντατικής θεραπείας καπνίζουν περισσότερο από νοσηλευτές σε άλλα τμήματα νοσοκομείου (22).

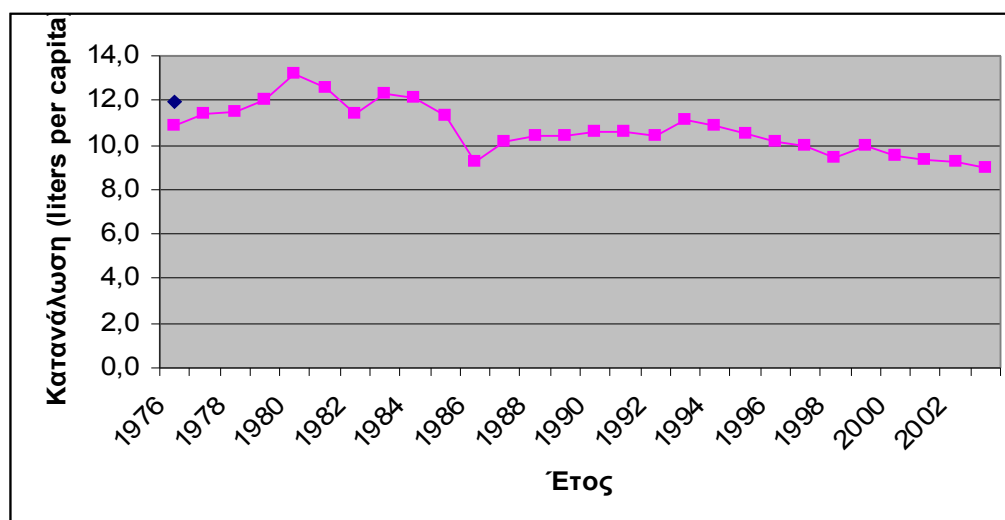
1.3 Κατανάλωση Αλκοόλ

Παρά το γεγονός ότι η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών στην Ελλάδα κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, σε σχέση με την Ευρωπαϊκή Ένωση, δεν μπορεί να παραβλέψει κανείς το γεγονός ότι η υπέρμετρη κατανάλωση οινοπνεύματος είναι υπεύθυνη για ένα αξιοσημείωτο ποσοστό της νοσηρότητας στον ελληνικό πληθυσμό. Η μέση κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα το 2003, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, ήταν 9.3 λίτρα κατ' άτομο ετησίως ενώ ο μέσος όρος της Ευρωπαϊκής Ένωσης το ίδιο έτος ήταν 15.1 λίτρα κατ' άτομο ετησίως (33). Στον πίνακα 1.7 φαίνεται η ετήσια κατανάλωση αλκοόλ (Liters per capita) σε άτομα ηλικίας >15 ετών σε διάφορες χώρες από τα έτη 1960 ως το 2003. Φαίνεται ότι η Ελλάδα από το 1980 έχει παρουσιάσει σημαντική μείωση στην ετήσια κατανάλωση αλκοόλ σε σχέση με άλλες χώρες και από τα στοιχεία του OECD Health Data 2010 (Γράφημα 1.2).

Πίνακας 1.7 Ετήσια κατανάλωση αλκοόλ σε άτομα ηλικίας >15 ετών σε διάφορες χώρες με φθίνουσα σειρά κατανάλωσης το τελευταίο ή προτελευταίο έτος

ΧΩΡΑ	Κατανάλωση Αλκοόλ (λίτρα κατά κεφαλήν)						
	1960	1970	1980	1990	2000	2003	2006
Λουξεμβούργου	13.1	12.8	13.4	14.8	15.4	15.5	
Ιρλανδία	4.9	7.0	9.6	11.2	14.2	13.5	13.4
Γαλλία		20.4	19.5	15.9	14.0	13.4	
Ουγγαρία	8.2	11.5	14.9	13.9	12.0	13.2	
Δανία	5.5	8.6	11.7	11.7	13.1	13.0	12.2
Τσεχία			11.7	11.3	11.8	12.1	11.9
Ισπανία		16.1	18.4	13.5	11.5	11.7	
Πορτογαλία			14.8	16.1	12.9	11.4	
Ηνωμένο Βασίλειο		7.1	9.4	9.8	10.4	11.2	10.9
Αυστρία	10.9	13.9	13.8	12.6	11.1	11.1	
Ελβετία	12.1	14.2	13.5	12.9	11.2	10.8	10.2
Βέλγιο	8.9	11.7	13.5	12.1	10.3	10.7	
Γερμανία	7.5	13.4		13.8	10.5	10.2	10.1
Αυστραλία	9.4	11.6	12.9	10.5	9.8	9.8	
Ολλανδία	3.7	7.8	11.5	9.9	10.1	9.7	
Φινλανδία	2.7	5.8	7.9	9.5	8.6	9.3	10.1
Νέα Ζηλανδία	5.3	9.8	11.8	10.1	8.9	8.9	9.4
Ελλάδα			13.2	10.6	9.5	9.3	
Σλοβακία	6.9	12.8	14.5	13.4	8.9	7.4	8.6
Κορέα				9.1	8.9	8.6	
Β. Αμερική	7.8	9.5	9.5	10.5		8.3	8.1
Ιαπωνία		6.1	7.1	9.2	8.6	8.4	7.9
Ιταλία	16.6	17.8	16.3	11.0	9.0	8.1	
Πολωνία				8.3	8.3	8.1	
Καναδάς	7.0	8.8	10.7	7.4	7.6	7.8	
Ισλανδία		3.8	4.3	5.2	6.1	6.5	7.2
Σουηδία	4.8	7.2	6.7	6.4	6.2	7.0	6.8
Νορβηγία	3.4	4.7	5.3	5.0	5.7	6.0	6.5
Μεξικό			3.3	4.9	4.8	4.6	
Τουρκία	0.9	1.1	1.8	1.4	1.5	1.5	1.2

Γράφημα 1.2 Κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα τα έτη 1976-2003



Πηγή : OECD (ΟΟΣΑ) *Health Data* 2010 (7)

Στον πίνακα 1.8 παρουσιάζεται η κατανάλωση του αλκοόλ του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας την τελευταία δεκαετία. Σε εθνική έρευνα το 1998 (1806 άνδρες και 1938 γυναίκες ηλικίας 12-64 ετών), 28.5% των ανδρών και 6.5% των γυναικών δήλωσαν ότι έκαναν κατανάλωση αλκοόλ πάνω από είκοσι φορές το μήνα (34).

Σε έρευνα 14367 Ελλήνων, ηλικίας 20-63 ετών (περίπου 60% ήταν γυναίκες), βρέθηκε ότι το ποσοστό των γυναικών που απείχαν από την κατανάλωση αλκοόλ ήταν μεγαλύτερο από το αντίστοιχο των ανδρών (35). Για και τα δύο φύλα το ποσοστό των ατόμων που απείχαν από την κατανάλωση αλκοόλ αυξανόταν με την ηλικία, ενώ το ποσοστό των ατόμων που έκαναν κατάχρηση στην κατανάλωση (πάνω από δύο ποτήρια ημερησίως για τις γυναίκες και πάνω από τρία ποτήρια για τους άνδρες) μειωνόταν με την ηλικία. Άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, χήροι ή άτομα που ζούσαν στην περιφέρεια ήταν πιο πιθανό να απέχουν από την κατανάλωση

αλκοόλ. Αντίθετα, διαζευγμένα άτομα βρέθηκε ότι ήταν πιο πιθανό να κάνουν κατάχρηση στην κατανάλωση σε σύγκριση με παντρεμένα ζευγάρια (35).

Επίσης πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι η ημερήσια κατανάλωση του αλκοόλ είναι υψηλότερη στους Έλληνες άνδρες από ότι στις Ελληνίδες (36).

Παρά τα ευνοϊκά επίσημα στοιχεία, πρέπει να σημειωθεί ότι η λήψη αλκοόλ γίνεται, σήμερα, περισσότερο μέσω της κατανάλωσης ποτών με υψηλή περιεκτικότητα σε αλκοόλη, ενώ παλαιότερα, η κύρια μορφή κατανάλωσης στην Ελλάδα ήταν το κρασί (33).

Πίνακας 1.8 Κατανάλωση αλκοόλ στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία

Έτος Μέτρησης	Πληθυσμός (Τόπος)	Δείγμα	Ηλικία	Μονάδα Μέτρησης	Κατανάλωση αλκοόλ		Μελέτη
					Ανδρες	Γυναίκες	
2000-2004	Ενήλικες (Ελλάδα)	5500	21-97	gr/ημέρα	28.5	9.9	Pazarlis P et al (2006) (36)
2000	Ενήλικες (Ελλάδα)	14367	20-63	Πάνω από 2 ποτήρια /ημέρα για γυναίκες και πάνω από 3 ποτήρια/ημέρα για άνδρες	27%	5%	San Jose B et al (2001) (35)
1984-1998	Ενήλικες (Ελλάδα)	4297 (1984) 3795 (1998)	12-64	Κατανάλωση > 20 φορές το μήνα	28.5%	6.5%	Kokkevi A. et al (2000) (34)

Όσον αφορά τους **νοσηλευτές** φαίνεται ότι δεν έχουν γίνει πολλές έρευνες στον Ελλαδικό χώρο. Διεθνείς μελέτες δείχνουν ότι ένα ποσοστό 16% κάνει μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ (37). Η μεγάλη κατανάλωση (binge drinking) ορίζεται ως πέντε αλκοολούχα ποτά την περίπτωση. Ειδικότερα, φαίνεται ότι μεγάλη κατανάλωση

κάνουν νοσηλευτές ογκολογικών τμημάτων (25,5%) και νοσηλευτές των τμημάτων επειγόντων περιστατικών (24,5%) (37).

1.4 Δείκτης Μάζας Σώματος

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το 2005 περίπου 1,6 δισεκατομμύρια άνθρωποι άνω των 15 ετών ήταν υπέρβαροι ενώ τουλάχιστον 400 εκατομμύρια παχύσαρκοι. Το ίδιο χρονικό διάστημα, υπολογίζεται ότι τουλάχιστον 20 εκατομμύρια παιδιά παγκοσμίως ήταν υπέρβαροι. Οι εκτιμήσεις του ΠΟΥ για το μέλλον είναι ανησυχητικές, καθώς υπολογίζεται ότι το 2015 ο αριθμός των υπέρβαρων ανθρώπων θα φθάσει τα 2,3 δισεκατομμύρια και των παχύσαρκων θα ξεπεράσει τα 700 εκατομμύρια (38).

Ο βαθμός παχυσαρκίας προσδιορίζεται με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), που υπολογίζεται από το πηλίκο του βάρους σώματος σε κιλά διαιρούμενο με το τετράγωνο του ύψους σε εκατοστά ($\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{kg}/\text{cm}^2$). Φυσιολογικό βάρος θεωρείται όταν ο ΔΜΣ είναι μεταξύ 20 και 25. Ελλιποβαρές θεωρείται το άτομο που έχει ΔΜΣ <20, υπέρβαρο εκείνο που έχει ΔΜΣ μεταξύ 25 και 30 και παχύσαρκο εκείνο που έχει ΔΜΣ μεταξύ 30 και 35. Τιμές ΔΜΣ μεγαλύτερες από 35 υποδηλώνουν πρόβλημα σοβαρής παχυσαρκίας, η οποία προδιαθέτει σε επικίνδυνες επιπλοκές (38).

Η παχυσαρκία ευθύνεται για μια σειρά χρόνιων και σοβαρών νοσημάτων, όπως στεφανιαία νόσος, αρτηριακή υπέρταση, εγκεφαλικά επεισόδια, καρδιακή δυσλειτουργία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 («των ενηλίκων», που τα τελευταία χρόνια όμως εμφανίζεται και σε παιδιά λόγω παχυσαρκίας), αύξηση της

χοληστερίνης, των τριγλυκεριδίων και του ουρικού οξέως, χολολιθίαση, αναπνευστική ανεπάρκεια και άπνοια του ύπνου. Επιπλέον, πολλοί τύποι καρκίνου όπως του μαστού, του ήπατος, της χοληδόχου κύστεως και του εντέρου συνδέονται με την παχυσαρκία. Η ουρική αρθρίτιδα καθώς και οι εκφυλιστικές παθήσεις των αρθρώσεων αποτελούν επιπλέον συνέπειες της παχυσαρκίας που μαζί με όλα τα παραπάνω νοσήματα διαταράσσουν τόσο την υγεία όσο και την ποιότητα ζωής των παχύσαρκων ατόμων (39).

Το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων είναι υψηλό και συνεχώς αυξάνεται σε βιομηχανοποιημένες χώρες. Το WHO MONICA project ανακοίνωσε διαφορετικά ποσοστά παχυσαρκίας σε αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες. Το χαμηλότερο ποσοστό παχυσαρκίας φαίνεται ότι το έχει η Γαλλία και η Σουηδία με 7-14%, ενώ το υψηλότερο ποσοστό (40%) το έχουν χώρες της Ανατολικής Ευρώπης. Το 50% των Γερμανών είναι υπέρβαροι, ενώ το 20% είναι παχύσαρκοι. Στην Ελβετία φαίνεται ότι το 38% του πληθυσμού είναι υπέρβαρο και 11% παχύσαρκο (40).

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας παίρνει ανησυχητικές διαστάσεις και στην Ελλάδα, καθώς εκτιμάται από τον ΠΟΥ ότι το 77.5% των ανδρών και 63.2% των γυναικών είναι υπέρβαροι ενώ το 30.3% των ανδρών και 26.4% των γυναικών είναι παχύσαρκοι (38).

Μερικές μελέτες δείχνουν ότι το ποσοστό των παχύσαρκων Ελλήνων είναι αρκετά αυξημένο στους ενήλικες. Τονίζεται όμως ότι έχει διεξαχθεί μικρός αριθμός επιδημιολογικών μελετών και αυτές περιορίζονται σε μια γεωγραφική περιοχή της Ελλάδας (41-44).

Πολλές έρευνες καταλήγουν ότι η μέση τιμή του ΔΜΣ φαίνεται να είναι μεγαλύτερη στους άνδρες από τις γυναίκες, ενώ φαίνεται ότι αυξάνεται ο ΔΜΣ στην τέταρτη δεκαετία ζωής των ανδρών και παραμένει αυξημένο μέχρι την όγδοη δεκαετία ενώ στις γυναίκες αυξάνεται σταδιακά μετά την τρίτη δεκαετία της ζωής. (43, 45, 36). Επιπλέον το ποσοστό των υπέρβαρων και των παχύσαρκων ατόμων αυξάνεται με την ηλικία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες, ενώ μελέτες δείχνουν ότι όσο αυξάνονται τα χρόνια εκπαίδευσης τόσο μειώνονται και τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων ανδρών και γυναικών (45, 46). Στον πίνακα 1.9 παρουσιάζεται ο δείκτης μάζας σώματος στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία.

Πίνακας 1.9 Ο δείκτης μάζας σώματος στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία

Έτος Μέτρησης	Πληθυσμός	Τόπος	Δείγμα	Ηλικία	Μονάδα Μέτρησης	Δείκτης Μάζας Σώματος			Μελέτη
						Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	
2001-2003	Ενήλικες	Κεντρική Ελλάδα	852	17-89	Μέσος ΔΜΣ	28.2	26.9	27.5	Koukoulis GN et al (2010) (44)
					Ποσοστό ΔΜΣ >30	27.8%	25.6%	26.6%	
					Ποσοστό ΔΜΣ 25-29.99	50.8%	29.3%	39.4%	
2003	Ενήλικες	Ελλάδα	17341	20-70	Μέσος ΔΜΣ	26.5	27.3	25.7	Kapntais E et al (2006) (43)
					Ποσοστό ΔΜΣ >30	26%	18.2%	22.5%	
					Ποσοστό ΔΜΣ 25-29.99	41.1%	29.9%	35.2%	
1989-2001	Φοιτητές Ιατρικής	Κρήτη	989	18-24	ΔΜΣ >25	40%	23%		Bertsias G et al (2003) (42)
2001-2002	Ενήλικες	Αττική	3042	20-70	Ποσοστό ΔΜΣ >30	20.0	15.0		Panagiotakos DB (2004) (46)
					Ποσοστό ΔΜΣ 25-29.99	53.0	31.0		
2000	Ενήλικες	Κεντρική Μακεδονία	4032	20-70	Μέσος ΔΜΣ	26.2	24.1		Krassas GE et al (2003) (41) και Tzotzas Th et al (2004) (45)
					Ποσοστό ΔΜΣ >30	11.6	23.9		
					Ποσοστό ΔΜΣ 25-29.99	50.0	28.1		

Το βάρος σώματος επηρεάζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Διεθνείς έρευνες υποδεικνύουν το ρόλο των περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως οι συνήθειες διατροφής, οι συνήθειες φυσικής άσκησης, τα συνολικά χρόνια εκπαίδευσης, το επάγγελμα και οι συνήθειες καπνίσματος, στο ποσοστό της παχυσαρκίας ενός πληθυσμού (47, 48).

Η Attica Study κατέληξε ότι ο υπέρβαρος και παχύσαρκος πληθυσμός ακολουθεί πιο συχνά μη υγιεινό τρόπο ζωής, κάνει μεγαλύτερη κατανάλωση οινοπνεύματος, έχει λιγότερα χρόνια εκπαίδευσης και δεν ακολουθεί υγιεινή διατροφή σε σχέση με τον πληθυσμό με φυσιολογικό ΔΜΣ (46).

Επιπλέον σε έρευνα που έγινε στην Κεντρική Μακεδονία με 4032 ενήλικες φαίνεται ότι ο ΔΜΣ ήταν αυξημένος σε άτομα που δεν έκαναν φυσική άσκηση. Φαίνεται επίσης ότι στις κατηγορίες επαγγελματιών οι δημόσιοι υπάλληλοι έχουν υψηλότερο ΔΜΣ από άλλες ομάδες επαγγελματιών, το οποίο οι συγγραφείς αναφέρουν ότι πιθανώς οφείλεται στην έλλειψη σωματικής άσκησης (45).

Όσον αφορά το κάπνισμα και το ΔΜΣ, αρκετές επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει σχέση μεταξύ του καπνίσματος και του χαμηλού βάρους σώματος, ιδιαίτερα μεταξύ των γυναικών (45) και ότι η διακοπή του καπνίσματος μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σωματικού βάρους (49, 50). Παράλληλα άλλη έρευνα υποστηρίζει ότι οι καπνιστές σε σχέση με τους μη καπνιστές καταναλώνουν περισσότερες θερμίδες κατά την ανάπαυση, ως 68kcal την ημέρα (51). Ιδιαίτερα ενδιαφέροντα είναι τα ευρήματα των Marti et al (1989) που υποστηρίζουν ότι η αντίστροφη σχέση καπνίσματος και βάρους σώματος στις γυναίκες συναντάται μόνο σε πληθυσμούς που έχουν υψηλά ποσοστά καπνίσματος (52).

Οι νοσηλευτές θα έπρεπε να παίζουν σημαντικό ρόλο σε μια εθνική προσπάθεια διαχείρισης της παχυσαρκίας και της πρόληψης των νοσημάτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία. Σε πάρα πολλές έρευνες όμως παρατηρείται ότι τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων νοσηλευτών πολλές φορές ξεπερνούν και τα ποσοστά του γενικού πληθυσμού (53-56). Το γεγονός αυτό αποτελεί πολύ σημαντική παρατήρηση καθώς θα περίμενε κανείς αυτή η ομάδα επαγγελματιών υγείας να γνωρίζει τους κινδύνους της παχυσαρκίας και τους τρόπους αντιμετώπισής της.

1.5 Αυτοεκτιμώμενη Υγεία (Self Rated Health)

Η αυτοεκτιμώμενη υγεία (AY) έχει καθιερωθεί ως δείκτης υγείας στην έρευνα στον τομέα της δημόσιας υγείας. Προοπτικές αλλά και συγχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εκτίμηση του επιπέδου υγείας είναι ισχυρός προσδιοριστής της θνησιμότητας (58-60), καθώς και δείκτης χρήσης υπηρεσιών υγείας (61).

Συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ και η φυσική άσκηση έχουν συσχετιστεί με την AY (62-64). Σε μελέτη για την επίδραση των συμπεριφορών υγείας στην AY, έχει προταθεί ότι καπνιστές και άτομα τα οποία δεν ασκούνται έχουν αυξημένη πιθανότητα μείωσης της AY τους (65). Η περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ σχετίζεται με καλή AY (66) και η AY μεταξύ των αθλητών είναι καλύτερη από αυτή των μη αθλητών (67).

Υπάρχει τάση να προσδίδεται διαφορετική αξία σε κάποιους παράγοντες όταν εκτιμάται η υγεία. Δεν χρησιμοποιείται από όλους το ίδιο πλαίσιο αναφοράς. Οι πιο ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν ως πλαίσιο αναφοράς τις λειτουργικές τους ικανότητες (68) ή συμπτώματα μιας ασθένειας (69). Αντίθετα οι

πιο νέοι χρησιμοποιούν πιο συχνά ως πλαίσιο αναφοράς τις συμπεριφορές υγείας τους όταν εκτιμούν το επίπεδο της υγείας τους (70).

Τα πλαίσια αναφοράς που χρησιμοποιούνται διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση ή διαφέρουν ακόμη ανάλογα με την φυλετική καταγωγή (68, 69). Όταν όμως υπάρχει διαθέσιμη, λεπτομερής ιατρική πληροφορία, τα κοινωνικά χαρακτηριστικά συμβάλλουν μόνο οριακά στην εκτίμηση της υγείας (68).

Οι νοσηλευτές απαρτίζουν ομάδα επαγγελματιών υγείας που παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην αντίληψη της υγείας και στις συμπεριφορές υγείας, λόγω της επαγγελματικής τους ενασχόλησης με τέτοια θέματα και λόγω του σημαντικού τους ρόλου ως εκπαιδευτές στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας (71).

Προοπτικές έρευνες έδειξαν ότι οι υψηλές απαιτήσεις, η έλλειψη ικανότητας επιβολής αποφάσεων και η έλλειψη υποστήριξης στο περιβάλλον εργασίας είναι προσδιοριστές της κακής ΑΥ (72, 73). Παρόμοια, συγχρονικές έρευνες ανέδειξαν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ κακής ΑΥ και έλλειψης ικανοποίησης από την εργασία (job satisfaction) (74), αυξημένου φόρτου εργασίας (74, 75) καθώς και έλλειψης υποστήριξης από τους συναδέλφους (peer support) (76). Επιπλέον, το stress και ο φόρτος εργασίας ίσως έχουν αθροιστική αρνητική επίδραση στην γενική και ψυχική υγεία των γυναικών επαγγελματιών υγείας (77).

1.6 Σκοπός της ερευνητικής εργασίας

Είναι αποδεδειγμένη η βλαπτική επίδραση των διαφόρων παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, παχυσαρκία, άσκηση) στην υγεία και το οικονομικό βάρος που επωμίζονται οι υπηρεσίες υγείας για την αντιμετώπιση αυτών των προλήψιμων συμπεριφορών.

Λαμβάνοντας υπόψη τις επιπτώσεις των συμπεριφορών αυτών στην υγεία και τον ρόλο των νοσηλευτών στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας κρίναμε ότι ήταν ιδιαίτερα σημαντική η συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις συμπεριφορές υγείας των νοσηλευτών καθώς αυτές επηρεάζουν την αυτοεκτίμηση της υγείας τους και την ικανότητα και τη διάθεσή τους να εκπληρώσουν το ρόλο τους ως εκπαιδευτές και προαγωγοί της υγείας.

Με βάση τα παραπάνω οι στόχοι αυτής της διδακτορική διατριβής ήταν οι εξής:

1. Η διεξοδική καταγραφή των συμπεριφορών υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ, βάρος σώματος και σωματική άσκηση) των νοσηλευτών.
2. Η μελέτη των σχέσεων μεταξύ των συμπεριφορών υγείας και των κοινωνικοδημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών.
3. Η μελέτη της επίδρασης των συμπεριφορών υγείας και των εργασιακών χαρακτηριστικών στην αυτοεκτιμώμενη υγεία των νοσηλευτών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1 ΜΕΘΟΔΟΙ

2.1.1 Δεδομένα

Τα δεδομένα προέρχονται από ερωτηματολόγιο το οποίο διανεμήθηκε στο νοσηλευτικό προσωπικό σε όλα τα νοσοκομεία της Βορειοδυτικής Ελλάδας το 2001. Τα νοσοκομεία που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Χατζηκώστα» του Νομού Ιωαννίνων και τα Γενικά Νοσοκομεία της Άρτας, της Πρέβεζας, των Φιλιατών, της Κέρκυρας και της Λευκάδας.

2.1.2 Επιλογή του δείγματος

Για την επιλογή του δείγματος ζητήθηκε αρχικά ονομαστικός κατάλογος του νοσηλευτικού προσωπικού ανά τμήμα από τη Νοσηλευτική Υπηρεσία κάθε νοσοκομείου. Το 2001 ο συνολικός αριθμός των νοσηλευτών που εργαζόταν στα εν λόγω νοσοκομεία ήταν 1329.

Στη συνέχεια με πίνακα τυχαίων αριθμών επιλέχτηκε από κάθε τμήμα ή μονάδα του κάθε νοσοκομείου ένα νοσηλευτής στους τρεις. Το τελικό δείγμα αποτελούνταν από 443 νοσηλευτές. Νοσηλευτές με μακροχρόνια αναρρωτική άδεια, εκπαιδευτική άδεια ή άδεια μητρότητας αποκλείστηκαν από την μελέτη.

Σε πρώτη φάση, διενεργήθηκε στις αρχές του 2001 πιλοτική μελέτη, όπου διανεμήθηκε το τελικό ερωτηματολόγιο σε πενήντα νοσηλευτές του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και του ΓΝ «Γ. Χατζηκώστα». Η πιλοτική μελέτη είχε ως αποτέλεσμα της τροποποίηση ορισμένων ερωτήσεων, που αφορούσαν κυρίως τον μέσο αριθμό βαρδιών.

Σε δεύτερη φάση, μετά από τις σχετικές εγκρίσεις των Επιστημονικών Συμβουλίων των νοσοκομείων, διανεμήθηκε στην αρχή της κάθε βάρδιας το αναμορφωμένο πλέον ερωτηματολόγιο στα 443 άτομα του δείγματος. Το κάθε ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από προσωπική επιστολή, που ανέφερε το σκοπό της έρευνας και το εμπιστευτικό του ερωτηματολογίου. Τα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν την ίδια μέρα στο τέλος κάθε βάρδιας. Για την επίτευξη της μέγιστης ανταπόκρισης στο ερωτηματολόγιο, ταχυδρομήθηκε στους νοσηλευτές που δεν απάντησαν σε αυτό, στη διεύθυνση του νοσοκομείου, μια προσωπική επιστολή και στη συνέχεια ακολούθησε και τηλεφωνική επικοινωνία ώστε να τονιστεί η σημασία της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

2.1.3 Το ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο συντάχθηκε βάσει του “Trent Lifestyle Survey”, του “Short form health survey” (SF-36) και του “Behavioral Risk Factor Surveillance Survey”. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη φαίνεται στο Παράρτημα, και περιείχε ερωτήσεις που αφορούσαν:

1. Δημογραφικά στοιχεία
2. Αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας (self rated health)
3. Συμπεριφορές υγείας
4. Χαρακτηριστικά εργασίας

Δημογραφικά Στοιχεία

Το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις για την ηλικία σε έτη συμπληρωμένα, το φύλο, το βάρος σε κιλά, το ύψος σε εκατοστά, την οικογενειακή κατάσταση, τον

αριθμό των παιδιών και το επίπεδο εκπαίδευσης. Ειδικότερα για την περιγραφή της οικογενειακής κατάστασης υπήρχαν τέσσερις επιλογές: παντρεμένος, ανύπαντρος, χήρος και διαζευγμένος. Παρομοίως για την εκπαίδευση υπήρχαν τρεις δυνατές επιλογές: απόφοιτος διετούς εκπαίδευσης νοσηλευτικής σχολής, απόφοιτος τεχνολογικής εκπαίδευσης νοσηλευτικής σχολής (TEI, τέσσερα έτη) και απόφοιτος πανεπιστημιακής νοσηλευτικής σχολής (AEI, τέσσερα έτη).

Αυτοεκτιμώμενο επίπεδο υγείας

Για τη μέτρηση του επιπέδου υγείας χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης αυτοεκτιμώμενη υγεία (self rated health). Χρησιμοποιήθηκε κλίμακα πέντε επιπέδων δηλαδή άριστη, καλή, μέτρια, κακή και πολύ κακή υγεία.

Συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία (Health related behaviors)

Για τη μέτρηση των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήσεις σχετικά με το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, την σωματική άσκηση και τις διατροφικές συνήθειες.

Για την καταγραφή της καπνιστικής συνήθειας των νοσηλευτών ερωτήθηκαν αν ήταν καπνιστές, μη καπνιστές ή πρώην καπνιστές. Οι καπνιστές ερωτήθηκαν πόσο καιρό καπνίζουν σε έτη συμπληρωμένα και πόσα τσιγάρα καπνίζουν την ημέρα κατά μέσον όρο, ενώ για την καταγραφή της κατανάλωσης αλκοόλ υπήρχαν οι εξής επιλογές: ποτέ, περιστασιακά, μια φορά την εβδομάδα, πάνω από μια φορά την εβδομάδα.

Για την εκτίμηση της άσκησης, ρωτήθηκαν αρχικά αν κάνουν προσπάθεια άσκησης και στη συνέχεια πόσες φορές την εβδομάδα για τουλάχιστον 20 λεπτά της

ώρας κάνουν κάποια άσκηση όπως τρέξιμο, αεροβική άσκηση, κολύμπι, χορό, ποδήλατο, ασκήσεις σε όργανα.

Για την καταγραφή των διατροφικών συνηθειών, συμπεριλήφθηκαν ερωτήσεις σχετικά με την εβδομαδιαία κατανάλωση κόκκινου κρέατος, την εβδομαδιαία κατανάλωση άσπρου κρέατος, την προσπάθεια αποφυγής λιπαρών τροφών και προσπάθεια κατανάλωσης τροφίμων με φυτικές ίνες.

Χαρακτηριστικά της εργασίας

Στο ερωτηματολόγιο περιλήφθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τη θέση του νοσηλευτή (νοσηλεύτης/τρια, προϊστάμενος/η, υπεύθυνος/η), το τμήμα ή τη μονάδα που εργάζεται, τα χρόνια προϋπηρεσίας σε έτη, και τον αριθμό των απογευματινών και νυχτερινών βαρδιών την εβδομάδα κατά μέσον όρο.

2.2 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

2.2.1 Γενικά

Αρχικά έγινε περιγραφική ανάλυση των δεδομένων. Χρησιμοποιήθηκαν μέθοδοι περιγραφικής στατιστικής για την παρουσίαση των κατανομών των μεταβλητών. Για την περιγραφή όλων των συνεχών μεταβλητών με κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μέσος (mean) και η τυπική απόκλιση (standard deviation). Ενώ για την περιγραφή των συνεχών μεταβλητών με μη κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο διάμεσος (median) και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος.

Ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson χρησιμοποιήθηκε για τις συσχετίσεις μεταξύ των κανονικά κατανεμημένων συνεχών μεταβλητών. Ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman χρησιμοποιήθηκε για να εκτιμήσει συσχετίσεις μεταξύ μη κανονικά κατανεμημένων μεταβλητών.

Για την περιγραφή των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε πίνακας συχνοτήτων. Πίνακες υπολογισμού χ^2 test εκτιμούν τις σχέσεις μεταξύ των κατηγορικών μεταβλητών. Συσχετίσεις μεταξύ κατηγορικών και συνεχών μεταβλητών εξετάστηκαν χρησιμοποιώντας το student's t-test για κανονικά κατανεμημένες μεταβλητές και το Mann-Whitney test για μη κανονικά κατανεμημένες μεταβλητές. Για τις κατηγορικές μεταβλητές με τρεις ή περισσότερες κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση της διαφοράς ANOVA ή το κριτήριο των Kruskal-Wallis για τις μη κανονικά κατανεμημένες μεταβλητές.

Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) κατηγοριοποιήθηκε σε τέσσερις κατηγορίες, ήτοι <20 για ελλιποβαρείς νοσηλευτές, 20-24.99 για νοσηλευτές φυσιολογικού βάρους, 25-29.99 για υπέρβαρους νοσηλευτές και >30 για παχύσαρκους νοσηλευτές.

Όλες οι τιμές πιθανοτήτων (p-values) που αναφέρονται βασίζονται σε αμφίπλευρα τεστ και συγκρίνονται σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας της τάξης

του 0.05. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν με το στατιστικό πακέτο SPSS Inc., Chicago, IL, USA, έκδοση 17.0.

2.2.2 Συχνότητα καπνίσματος

Για να μελετήσουμε τις σχέσεις μεταξύ του καπνίσματος και των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression).

Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η καπνιστική συνήθεια των νοσηλευτών. Οι μη καπνιστές και οι πρώην καπνιστές ομαδοποιήθηκαν στην ανάλυση και χαρακτηρίστηκαν ως μη καπνιστές. Η καπνιστική συνήθεια κωδικοποιήθηκε 0 για νοσηλευτές που ήταν μη καπνιστές και 1 για νοσηλευτές που ήταν καπνιστές. Κατηγορικές ανεξάρτητες μεταβλητές με πάνω από δύο κατηγορίες κωδικοποιήθηκαν κατάλληλα με ψευδομεταβλητές (dummy variables).

Η εκπαίδευση κατηγοριοποιήθηκε σε δύο ομάδες, τους νοσηλευτές με τέσσερα έτη σπουδών ΑΕΙ και ΤΕΙ, και τους νοσηλευτές με δύο έτη σπουδών. Επίσης σε δύο ομάδες κατηγοριοποιήθηκε και η θέση νοσηλευτών, σε προϊστάμενες/ους που περιλαμβάνει τις/τους προϊστάμενες/ους και τις/τους αναπληρώτριες/τές αυτών (υπεύθυνες/οι) και σε λοιπούς νοσηλευτές. Η κλινική εργασία ταξινομήθηκε σε εννέα ομάδες και περιλαμβάνει τη νοσηλευτική υπηρεσία, την παθολογική κλινική (που περιλαμβάνει και τμήματα του παθολογικού τομέα), την χειρουργική κλινική (που περιλαμβάνει και τμήματα του χειρουργικού τομέα), την παιδιατρική κλινική, τις μονάδες, τα τμήματα επειγόντων περιστατικών (που περιλαμβάνουν και τα εξωτερικά ιατρεία), το χειρουργείο (που περιλαμβάνει και την ανάνηψη, το αναισθησιολογικό και την αποστείρωση), την ογκολογική κλινική και την ψυχιατρική κλινική. Η ταξινόμηση αυτή έγινε διότι στα περισσότερα Γενικά Νοσοκομεία δεν υπάρχουν κλινικές υποειδικότητων.

Αρχικά όλες οι σχέσεις του καπνίσματος με δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά της εργασίας ελέγχθηκαν με μονοπαραγοντικά μοντέλα ανάλυσης

(univariate analysis). Όλες οι σχέσεις οι οποίες βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές εισήχθησαν σε πολυπαραγοντικό μοντέλο ανάλυσης (multivariate analysis).

2.2.3 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ

Για την περιγραφή των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε πίνακας συχνοτήτων. Για την περιγραφή όλων των συνεχών μεταβλητών με κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μέσος (mean) και η τυπική απόκλιση (standard deviation).

Η ηλικία κατηγοριοποιήθηκε ως εξής: 20-29, 30-39, 40-49, >50. Η εκπαίδευση κατηγοριοποιήθηκε σε δύο ομάδες, τους νοσηλευτές με τέσσερα έτη σπουδών, που περιλαμβάνει τους απόφοιτους ΑΕΙ και ΤΕΙ, και τους νοσηλευτές με δύο έτη σπουδών.

Η αυτοεκτιμώμενη υγεία (AY) διχοτομήθηκε σε καλή υγεία για νοσηλευτές που απάντησαν ότι είχαν άριστη και πολύ καλή υγεία και κακή υγεία για νοσηλευτές που απάντησαν ότι είχαν μέτρα, κακή και πολύ κακή υγεία

2.2.4 Δείκτης μάζας σώματος, συχνότητα ελλιποβαρών, υπέρβαρων και παχύσαρκων νοσηλευτών

Ο ΔΜΣ ταξινομήθηκε για ελλιποβαρή άτομα ως ΔΜΣ >19.99, για φυσιολογικό βάρος ως ΔΜΣ 20-24.99, για υπέρβαρους ως ΔΜΣ 25-29.99 και για παχύσαρκους ως ΔΜΣ>30. Η ηλικία κατηγοριοποιήθηκε σε τρεις κατηγορίες 25-34 έτη, 35-44 έτη και 45-55 έτη. Για την εκτίμηση της έντασης της φυσικής άσκησης υπολογίστηκαν τα μεταβολικά ισοδύναμα του έργου (metabolic equivalent task score, METh/εβδ). Ο υπολογισμός των MET έγινε για κάθε άσκηση ξεχωριστά και υπολογίστηκε ως το σύνολο των ωρών/εβδομάδα που το κάθε άτομο έκανε την κάθε άσκηση. Στη συνέχεια το σύνολο των ωρών/εβδομάδα πολλαπλασιάστηκε με το MET score της κάθε άσκησης, όπως αυτή έχει οριστεί από προηγούμενη έρευνα (71), π.χ. μία ώρα την εβδομάδα περπάτημα επί 3 MET –που αντιστοιχεί για το περπάτημα ισούται με 3 MET h/εβδ. Τέλος υπολογίστηκαν συνολικά για όλες τις ασκήσεις και για κάθε άτομο τα MET h/εβδ. Διαλέξαμε τα σημεία τομής (cutpoints) για την ανάλυση των δεδομένων μας να αυξάνονται ανά τρία MET, διότι τα τρία MET είναι η τιμή για μία ώρα περπατήματος.

Για την περιγραφή όλων των συνεχών μεταβλητών με κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μέσος (mean) και η τυπική απόκλιση (standard deviation). Για την περιγραφή των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε πίνακας συχνοτήτων. Πίνακες υπολογισμού χ^2 test εκτιμούν τις σχέσεις μεταξύ των κατηγορικών μεταβλητών.

Για να μελετήσουμε τις σχέσεις του ΔΜΣ 25-29.99 (υπέρβαροι) με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς με τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία χρησιμοποιήσαμε μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression). Ως εξαρτώμενη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ο ΔΜΣ, ο οποίος όμως διχοτομήθηκε και

κωδικοποιήθηκε 0 για νοσηλευτές που είχαν φυσιολογικό βάρος (ΔΜΣ 20-24.99) και 1 για νοσηλευτές που ήταν υπέρβαροι και είχαν ΔΜΣ 25-29.99. Οι ελλιποβαρείς και οι παχύσαρκοι νοσηλευτές δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση.

Λογιστική παλινδρόμηση έγινε στη συνέχεια και για τους παχύσαρκους νοσηλευτές, όπου ο ΔΜΣ διχοτομήθηκε και κωδικοποιήθηκε 0 για νοσηλευτές που είχαν φυσιολογικό βάρος (ΔΜΣ 20-24.99) και 1 για νοσηλευτές που ήταν παχύσαρκοι και είχαν ΔΜΣ >30. Οι ελλιποβαρείς και οι υπέρβαροι νοσηλευτές δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση.

Παρομοίως λογιστική παλινδρόμηση έγινε και για τους ελλιποβαρείς νοσηλευτές, όπου ο ΔΜΣ διχοτομήθηκε και κωδικοποιήθηκε 0 για νοσηλευτές που είχαν φυσιολογικό βάρος (ΔΜΣ 20-24.99) και 1 για νοσηλευτές που ήταν ελλιποβαρείς και είχαν ΔΜΣ <19.99. Οι παχύσαρκοι και οι υπέρβαροι νοσηλευτές δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση.

Αρχικά όλες οι σχέσεις του ΔΜΣ με δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές υγείας ελέγχθηκαν με μονοπαραγοντικά μοντέλα ανάλυσης (univariate analysis). Όλες οι σχέσεις οι οποίες βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές εισήχθησαν σε πολυπαραγοντικό μοντέλο ανάλυσης (multivariate analysis).

Έγινε επιπλέον ανάλυση ευαισθησίας, η οποία έλεγξε χωριστά τα δύο φύλα. Επειδή μόνο 43 άνδρες συμπεριλήφθηκαν στο δείγμα μας, για να αποφευχθεί η υπερπαραμετροποίηση (overfitting) το πολυπαραγοντικό μοντέλο ανάλυσης δεν κρίθηκε κατάλληλο για τους άνδρες. Καθώς επίσης για τους ελλιποβαρείς και τους παχύσαρκους νοσηλευτές λόγω του μικρού τους αριθμού στο δείγμα. (80)

2.2.5 Αυτοεκτιμώμενη υγεία (AY)

Για την περιγραφή των κατηγορικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε πίνακας συχνοτήτων. Πίνακες υπολογισμού X^2 test εκτιμούν τις σχέσεις μεταξύ των κατηγορικών μεταβλητών.

Η ηλικία ταξινομήθηκε σε τρεις κατηγορίες, ήτοι 19-29 ετών, 30-39 ετών και >40 ετών. Η οικογενειακή κατάσταση κατηγοριοποιήθηκε σε δύο κατηγορίες: τους παντρεμένους και τους υπόλοιπους, όπου περιλαμβάνονται οι ανύπαντροι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι. Ο τομέας εργασίας κατηγοριοποιήθηκε σε τέσσερις κατηγορίες: (1) τον παθολογικό τομέα, που περιλαμβάνει όλα τα τμήματα του παθολογικού τομέα, (2) τον χειρουργικό τομέα, που περιλαμβάνει όλα τα τμήματα του χειρουργικού τομέα, (3) τον εργαστηριακό τομέα που περιλαμβάνει τα τμήματα επειγόντων περιστατικών, τα εξωτερικά ιατρεία, το χειρουργείο, την ανάνηψη, την αποστείρωση, το αναισθησιολογικό και τις μονάδες και (4) τη νοσηλευτική υπηρεσία. Τα έτη προϋπηρεσίας κατηγοριοποιήθηκαν σε τρεις κατηγορίες σε <10 έτη, σε 11-20 έτη και σε >20 έτη. Ερωτηματολόγια στα οποία δεν είχε απαντηθεί η ερώτηση για την εκτίμηση της υγείας δεν συμπεριλήφθηκαν στην ανάλυση.

Για να μελετήσουμε τις σχέσεις μεταξύ της αυτοεκτιμώμενης υγείας (AY) και των συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία και των χαρακτηριστικών της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression). Ως εξαρτώμενη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η αυτοεκτιμώμενη υγεία, η οποία διχοτομήθηκε και κωδικοποιήθηκε 0 για νοσηλευτές που απάντησαν ότι είχαν άριστη και πολύ καλή υγεία και 1 για νοσηλευτές που απάντησαν ότι είχαν μέτρα, κακή και πολύ κακή υγεία.

Αρχικά όλες οι σχέσεις της αυτοεκτιμώμενης υγείας με συμπεριφορές υγείας και χαρακτηριστικά της εργασίας ελέγχθηκαν με μονοπαραγοντική ανάλυση (univariate analysis). Όλες οι σχέσεις οι οποίες βρέθηκαν να είναι στατιστικά σημαντικές εισήχθησαν σε πολυπαραγοντικό μοντέλο ανάλυσης (multivariate analysis).

Έγινε επιπλέον ανάλυση ευαισθησίας, η οποία έλεγξε χωριστά τα δύο φύλα. Επειδή μόνο 42 άνδρες υπήρχαν στο δείγμα μας, για να αποφευχθεί η υπερπαραμετροποίηση (overfitting) το πολυπαραγοντικό μοντέλο ανάλυσης δεν κρίθηκε κατάλληλο για τους άνδρες. (80)

2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.3.1 Το Δείγμα

Από τα 443 ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στο νοσηλευτικό προσωπικό της ΒΔ Ελλάδας, συνολικά συλλέχθηκαν 361 ερωτηματολόγια. Στον πίνακα 2.1 παρουσιάζεται το δείγμα της έρευνας, το ποσοστό απόκρισης (81.4%) και το ποσοστό μη απόκρισης (18.5%). Από το σύνολο των ερωτηματολογίων πάνω από τα μισά προερχόταν από τα δύο μεγάλα νοσοκομεία του Νομού Ιωαννίνων (Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων n=157, ΓΝ «Γ. Χατζηκώστα n=72) ενώ από την υπόλοιπη περιφέρεια Ηπείρου προέρχεται ένα τέταρτο των ερωτηματολογίων (ΓΝ Άρτας n=45, ΓΝ Πρέβεζας n=30, ΓΝ Φιλιατών n=15). Από την περιφέρεια Ιονίων Νήσων προέρχεται το υπόλοιπο των ερωτηματολογίων (ΓΝ Λευκάδας n=20, ΓΝ Κέρκυρας n=22). Από τον πίνακα 2.1 φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό μη απόκρισης στο ερωτηματολόγιο προέρχεται από το ΓΝ Λευκάδας (28.5%) και κυρίως το ΓΝ Κέρκυρας (46.3%).

Πίνακας 2.1 Αποκριθέντες και μη αποκριθέντες στο ερωτηματολόγιο κατά νοσοκομείο. Ταξινόμηση κατά φθίνουσα σειρά απόκρισης (%Α)

Νοσοκομείο ΒΔ Ελλάδας	Εργαζόμενοι νοσηλευτές	Αναμενόμενο Δείγμα	Πραγματικό Δείγμα	Μη αποκρι- θέντες
N	E [%N]	A (%E) [%N]	Π (%Α) [%N]	Μ (%Α) [%N]
ΓΝΙ Γ. Χατζηκώστα	232 [17.4]	77 (33.2) [17.4]	72 (93.5) [19.9]	5 (6.5) [6.1]
ΓΝ Άρτας	150 [11.3]	50 (33.3) [11.3]	45 (90.0) [12.5]	5 (10.0) [6.1]
ΓΝ Φιλιατών	50 [3.8]	17 (34.0) [3.8]	15 (88.2) [4.2]	2 (11.8) [2.4]
ΓΝ Πρέβεζας	110 [8.3]	36 (32.7) [8.1]	30 (83.3) [8.3]	6 (16.7) [7.3]
ΠΓΝ Ιωαννίνων	582 [43.8]	194 (33.3) [43.8]	157 (80.9) [43.5]	37 (19.1) [45.1]
ΓΝ Λευκάδας	84 [6.3]	28 (33.3) [6.3]	20 (71.4) [5.5]	8 (28.6) [9.8]
ΓΝ Κέρκυρας	122 [9.2]	41 (33.6) [9.3]	22 (53.7) [6.1]	19 (46.3) [23.2]
Σύνολο	1330 [100]	443 (33.3) [100]	361 (81.50) [100]	82 (18.5) [100]

2.3.1.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ο Πίνακας 2.2 παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά του δείγματος. Το δείγμα αποτελείται από 318 (88.3 %) γυναίκες και 43 (11.7%) άνδρες. Ο μέσος όρος της ηλικίας των νοσηλευτών είναι 36 έτη, με τα 22 έτη ως η μικρότερη ηλικία και τα 52 η μέγιστη ηλικία. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών είναι μεταξύ 30-39 ετών. Η πλειονότητα είναι παντρεμένοι και ο μέσος όρος παιδιών είναι κάτω των δύο. Το 53.1% των νοσηλευτών είναι απόφοιτοι τετραετούς ανώτατης πανεπιστημιακής (ΑΕΙ) ή ανώτερης τεχνολογικής (ΤΕΙ) νοσηλευτικής σχολής και το 46.9% είναι απόφοιτοι κάποιας διετούς νοσηλευτικής σχολής (ΜΤΕΝΣ, ΤΕΕ, ΙΕΚ). Το ποσοστό των νοσηλευτών με πτυχίο ανώτατης πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (ΑΕΙ) είναι πολύ μικρό (1.4%).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών νοσηλευτών ήταν μεταξύ 30-39 ετών, παντρεμένοι και απόφοιτοι διετούς νοσηλευτικής σχολής. Παρομοίως το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών νοσηλευτών ήταν μεταξύ 30-39 ετών, παντρεμένοι αλλά απόφοιτοι ΤΕΙ.

Δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ανδρών και γυναικών νοσηλευτών όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Μοναδική εξαίρεση αποτέλεσε ο μέσος αριθμός των παιδιών.

Πίνακας 2.2 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Χαρακτηριστικό	Σύνολο*	Άνδρες*	Γυναίκες*	p [†]
Φύλο	361 (100)	43 (11.7)	318 (88.3)	
Ηλικία (ΜΟ, ΤΑ)	36.1 (5.6)	35.8 (4.2)	36.2 (5.6)	0.693
20-29 ετών	32 (8.9)	2 (4.7)	30 (9.4)	
30-39 ετών	251 (69.5)	37 (86.0)	214 (67.3)	
40-49 ετών	70 (19.4)	4 (9.3)	66 (20.8)	
>50 ετών	8 (2.2)	0 (0.0)	8 (2.5)	0.119
Οικογενειακή κατάσταση				
Ανύπαντρος	66 (18.3)	10 (23.3)	56 (17.6)	
Παντρεμένος	285 (78.9)	31 (72.1)	254 (79.9)	
Διαζευγμένος	9 (2.5)	2 (4.7)	7 (2.2)	
Χήρος	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.3)	0.351
Αριθμός παιδιών (ΜΟ, ΤΑ)	1.96 (0.7)	1.70 (0.8)	1.99 (0.7)	0.031
Επίπεδο εκπαίδευσης				
Τετραετής ανωτάτη ΑΕΙ	5 (1.4)	0 (0.0)	5 (1.6)	
Τετραετής ανώτερη ΤΕΙ	189 (52.4)	21 (48.8)	168 (52.8)	
Διετής	167 (46.3)	22 (51.2)	145 (45.6)	0.593

*Οι τιμές αναγράφονται ως n (%), εκτός αν δηλώνεται αλλιώς

† Οι τιμές p υπολογίστηκαν με Fisher's exact test όπου συγκρίνονται ποσοστά και με t-test όπου συγκρίνονται μέσοι όροι μετά από έλεγχο κανονικότητας των συγκρινόμενων κατονομών με Kolmogoro-Smirnov test.

ΜΟ: μέσος όρος. ΤΑ: τυπική απόκλιση

2.3.1.2 Εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος

Ο πίνακας 2.3 παρουσιάζει τα εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών. Ο μέσος όρος των ετών προϋπηρεσίας είναι 13.5 έτη με το 1 έτος ως το μικρότερο χρόνο υπηρεσίας και τα 32 έτη ως τον μέγιστο χρόνο προϋπηρεσίας.

Πίνακας 2.3. Εργασιακά χαρακτηριστικά του δείγματος

Χαρακτηριστικό	Σύνολο*	Άνδρες*	Γυναίκες*	p [†]
Φύλο	361 (100)	43 (11.7)	318 (88.3)	
Χρόνια υπηρεσίας				
<10 έτη	96 (26.6)	14 (32.6)	82 (25.8)	
11-20 έτη	219 (60.7)	29 (67.4)	190 (59.7)	
>20 έτη	46 (12.7)	0 (0)	46 (14.5)	0.027
ΜΟ (ΤΑ)	13.49 (5.9)	11.63 (3.6)	13.74 (6.1)	0.028[†]
Τομέας				
Παθολογικός	113 (30.7)	6 (14.0)	107 (33.6)	
Χειρουργικός	87 (24.3)	19 (44.2)	68 (21.4)	
Εργαστηριακός	144 (40.2)	18 (41.9)	126 (39.6)	
Νοσηλευτική Υπηρεσία	17 (4.7)	0 (0.0)	17 (5.3)	0.002
Θέση				
Νοσηλεύτης/τρια	284 (78.7)	39 (90.7)	245 (77.0)	
Υπεύθυνος/η	32 (8.9)	3 (7.0)	29 (9.1)	
Προϊστάμενος/η	45 (12.5)	1 (2.3)	44 (13.8)	0.069
Κυκλικό ωράριο				
Όχι	102 (28.3)	3 (7.0)	99 (31.1)	
Ναι	259 (71.7)	40 (93.0)	219 (68.9)	0.000
Απογευματινές βάρδιες (Δ, ΕΤΕ)	2 (1.2)	2 (1.2)	2 (1.2)	0.028[‡]
Νυχτερινές βάρδιες (Δ, ΕΤΕ)	1 (0.2)	1 (1.2)	1 (0.2)	0.034[‡]

*Οι τιμές αναγράφονται ως n (%), εκτός αν δηλώνεται αλλιώς

[†] Οι τιμές p υπολογίστηκαν με Fisher's exact test όπου συγκρίνονται ποσοστά και με t-test όπου συγκρίνονται μέσοι όροι μετά από έλεγχο κανονικότητας των συγκρινόμενων κατανομών με Kolmogoro-Smirnov test.

[‡] Mann Whitney test

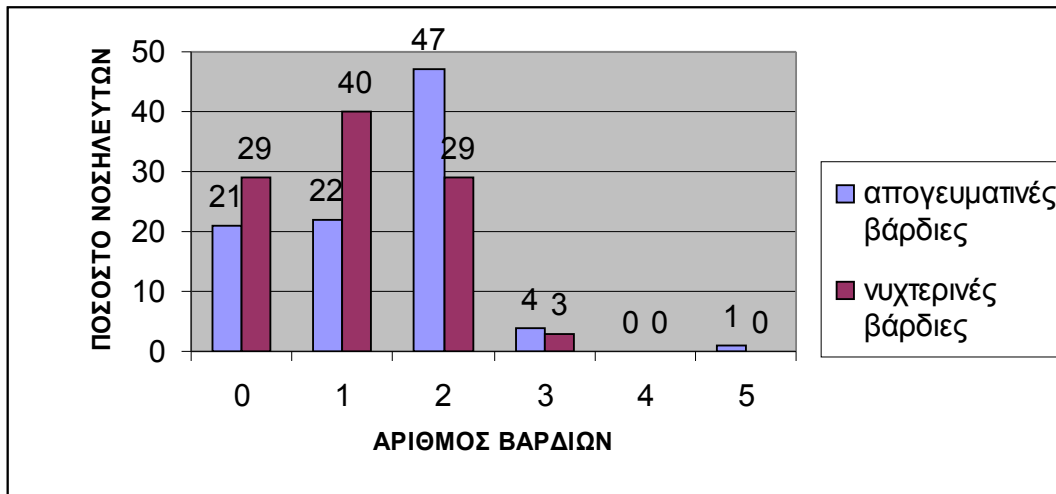
ΜΟ: μέσος όρος, ΤΑ: τυπική απόκλιση, Δ: διάμεσος, ΕΤΕ: ενδοτεταρτημοριακό εύρος

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών εργάζεται στον εργαστηριακό τομέα 144 (40.2%). Στον παθολογικό τομέα εργάζονται 113 νοσηλευτές (30.7%), στον χειρουργικό 87 (24.1%), και στη νοσηλευτική υπηρεσία 17 (4.8%). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν κλινικοί νοσηλευτές (78.7%) σε αντίθεση με ένα μικρό ποσοστό που ήταν προϊστάμενοι (12.5%) ή υπεύθυνοι τμημάτων (8.9%).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών νοσηλευτών έχει κατά μέσο όρο 11.63 έτη προϋπηρεσίας, εργάζεται σε κλινική του χειρουργικού τομέα ως κλινικός νοσηλευτής, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών νοσηλευτών έχει κατά μέσο όρο προϋπηρεσία 13.46 έτη, εργάζεται στον εργαστηριακό τομέα σε θέση κλινικής νοσηλεύτριας.

Η πλειονότητα των νοσηλευτών (71%) ανδρών και γυναικών, εργάζονται σε κυκλικό ωράριο με απογευματινές ή και νυχτερινές βάρδιες. Το 30.3% κάνει πάνω από δύο νυχτερινές βάρδιες την εβδομάδα και αντίστοιχα το 55% κάνει πάνω από δύο απογευματινές βάρδιες την εβδομάδα. Ο αριθμός των απογευματινών και νυχτερινών βαρδιών που κάνουν οι νοσηλευτές του δείγματος παρουσιάζονται στο γράφημα 2.1.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2.1 Ποσοστό απογευματινών και νυχτερινών βαρδιών την εβδομάδα



Οι διαφορές των χαρακτηριστικών εργασίας μεταξύ των δύο φύλων είναι στατιστικά σημαντικές σε ό,τι αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας, τον τομέα εργασίας και την εργασία σε κυκλικό ωράριο (Πίνακας 2.3).

2.3.1.3 Συμπεριφορές υγείας (Health related behaviors)

Στον πίνακα 2.4 παρουσιάζονται οι συμπεριφορές υγείας των νοσηλευτών, δηλαδή οι καπνιστικές συνήθειες, η κατανάλωση αλκοόλ, οι συνήθειες διατροφής, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) και η φυσική άσκηση.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών καπνίζει (46%), ενώ μόνο ένα μικρό ποσοστό (12.5%) έχει σταματήσει το κάπνισμα, το υπόλοιπο 41.5% δεν έχει καπνίσει ποτέ. Μεγάλο ποσοστό γυναικών (45.3%) και ανδρών (51.2%) νοσηλευτών είναι καπνιστές. Οι νοσηλευτές της παρούσας έρευνας βρέθηκε ότι καπνίζουν κατά μέσο όρο 13 έτη, ενώ παράλληλα καπνίζουν κατά μέσο όρο 17 τσιγάρα την ημέρα.

Οι περισσότεροι νοσηλευτές δηλώνουν ότι κάνουν περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ (42.7%), υπάρχει όμως και ένα ποσοστό (28.8%) το οποίο δηλώνει ότι δεν καταναλώνει καθόλου αλκοόλ. Οι περισσότερες γυναίκες (45.3%) κάνουν περιστασιακή κατανάλωση ενώ ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ανδρών (44.2%) καταναλώνει αλκοόλ πάνω από μία φορά την εβδομάδα. Υπάρχει σημαντική διαφορά στη συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ μεταξύ των δύο φύλων.

Το 49.3% του δείγματος κάνει προσπάθεια άσκησης. Μεταξύ των δύο φύλων δεν υπάρχει διαφορά στην προσπάθεια άσκησης, αλλά οι άνδρες δηλώνουν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι κάνουν προσπάθεια άσκησης από τις γυναίκες.

Παρά το γεγονός ότι ένα μεγάλο μέρος του δείγματος δηλώνει ότι κάνει προσπάθεια άσκησης, το ένα τρίτο του δείγματος (29.6%) φαίνεται ότι είναι υπέρβαρο. Συγκεκριμένα, το ένα τέταρτο περίπου (25.8%) των γυναικών και το 58.1% των ανδρών είναι υπέρβαρο. Το ποσοστό των παχύσαρκων νοσηλευτών είναι 5.3% στις γυναίκες και 18.6% στους άνδρες.

Πίνακας 2.4 Συμπεριφορές σχετικές με υγεία των νοσηλευτών

	Σύνολο n (%)	Γυναίκες n (%)	Άνδρες n (%)	p [†]
Κάπνισμα				
Καπνιστής	166 (46)	144 (45.3)	22 (51.2)	0.640
Πρώην καπνιστής	45 (12.5)	39 (12.3)	6 (14.0)	
Μη καπνιστής	150 (41.5)	135 (42.5)	15 (34.9)	
Κατανάλωση αλκοόλ				
Μη κατανάλωση	104 (28.8)	99 (31.1)	5 (11.6)	0.000
Περιστασιακά	154 (42.7)	144 (45.3)	10 (23.3)	
Μία φορά/εβδ	57 (15.8)	48 (15.1)	9 (20.9)	
>1 φορά/εβδ	46 (12.7)	27 (8.5)	19 (44.2)	
ΔΜΣ				
<20	28 (7.8)	28 (8.8)	0 (0.0)	0.000
20-24.9	201 (55.7)	191 (60.1)	10 (23.3)	
25-29.9	107 (29.6)	82 (25.8)	25 (58.1)	
>30	25 (6.9)	17 (5.3)	8 (18.6)	
ΔΜΣ ΜΟ (ΤΑ)	24.4 (4.0)	23.8 (3.8)	27.7 (4.2)	0.000
Φυσική άσκηση				
Ναι	178 (49.3)	151 (47.5)	27 (62.8)	0.074
Όχι	183 (50.7)	167 (52.5)	16 (37.2)	
Διατροφή πλούσια σε Φυτικές ίνες				
Ναι	306 (84.8)	271 (85.2)	35 (81.4)	0.502
Όχι	55 (15.2)	47 (14.8)	8 (18.6)	
Διατροφή Χαμηλών λιπαρών				
Ναι	277 (76.7)	250 (78.6)	27 (62.8)	0.033
Όχι	84 (23.3)	68 (21.4)	16 (37.2)	

Οι τιμές αναγράφονται ως n (%), εκτός αν δηλώνεται αλλιώς

† Οι τιμές p υπολογίστηκαν με X^2 , εκτός από τη σύγκριση των μέσων όρων όπου οι τιμές p υπολογίστηκαν με t-test. Οι προϋποθέσεις εφαρμογής των δοκιμασιών αυτών ισχύουν σε όλες τις περιπτώσεις.

Πάνω από 50% του δείγματος ανέφερε ότι κάνει προσπάθεια να αποφύγει λιπαρές τροφές και προσπαθεί να καταναλώνει τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες καθημερινά. Καταναλώνουν κατά μέσο όρο δύο φορές την εβδομάδα κόκκινο και άσπρο κρέας.

2.3.2. Συχνότητα καπνίσματος

Τα χαρακτηριστικά των καπνιστών και μη καπνιστών παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 2.5. Από τα 361 άτομα τα οποία συμμετείχαν στη μελέτη φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσοστό είναι καπνιστές (46%), ένα μικρό ποσοστό (12.1%) έχει σταματήσει το κάπνισμα, το υπόλοιπο ποσοστό (42.1%) των νοσηλευτών δεν έχει καπνίσει ποτέ. Πιο συγκεκριμένα το 51% των ανδρών και το 45% των γυναικών είναι καπνιστές. Το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών παρατηρήθηκε μεταξύ των κλινικών νοσηλευτών ηλικίας 30-39 ετών, με 11-20 έτη προϋπηρεσίας και με διετούς πτυχίο σπουδών. Επίσης παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών εργάζονται σε Παθολογική κλινική σε κυκλικό ωράριο.

Οι νοσηλευτές της παρούσας έρευνας βρέθηκε ότι καπνίζουν κατά μέσο όρο 13 έτη, ενώ παράλληλα βρέθηκε ότι καπνίζουν κατά μέσο όρο 17 τσιγάρα την ημέρα. Η σχέση του καπνίσματος και της εκπαίδευσης φαίνεται να είναι στατιστικώς σημαντική καθώς μεταξύ των νοσηλευτών με διετή εκπαίδευση το 55% είναι καπνιστές, ενώ μεταξύ των νοσηλευτών με τεταρτοετή εκπαίδευση το 40% είναι καπνιστές. Από τους καπνιστές οι περισσότεροι βρίσκονται μεταξύ της ηλικιακής ομάδας 30-39 ετών (80.8%), ενώ όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο μικρότερο είναι το ποσοστό τους που καπνίζει (Πίνακας 2.5), διαφορά σημαντική.

Πίνακας 2.5 . Χαρακτηριστικά καπνιστών και μη καπνιστών

Χαρακτηριστικά	Σύνολο	Καπνιστές	Μη καπνιστές [†]	p [‡]
Σύνολο	361 (100.0)	166 (46.0)	195 (54.0) [†]	
Φύλο				
Άνδρες	43 (11.9)	22 (13.3)	21 (10.8)	0.516
Γυναίκες	318 (88.1)	144 (86.7)	174 (89.2)	
Ηλικία				
20–29 ετών	32 (8.9)	14 (8.4)	18 (9.2)	0.000§
30–39 ετών	144 (69.5)	133 (80.1)	118 (60.5)	
40–49 ετών	70 (19.4)	18 (10.8)	52 (26.7)	
>50 ετών	8 (2.2)	1 (0.6)	7 (3.6)	
ΜΟ (ΤΑ)	36.1 (5.6)	35.3 (4.4)	36.8 (6.4)	0.008
Οικογενειακή κατάσταση				
Παντρεμένοι	285 (78.9)	128 (77.1)	157 (80.5)	0.440
Μη παντρεμένοι	76 (21.1)	38 (22.9)	38 (19.5)	
Επίπεδο εκπαίδευσης				
4 έτη εκπαίδευσης	194 (53.7)	74 (44.6)	120 (61.5)	0.001
2 έτη εκπαίδευσης	167 (46.3)	92 (55.4)	75 (38.5)	
Κλινική εργασίας				
Παθολογική	140 (38.8)	65 (39.2)	75 (38.5)	0.522§
Χειρουργική	65 (18.0)	29 (17.5)	36 (18.5)	
Παιδιατρική	62 (17.2)	27 (16.3)	35 (17.9)	
Εντατική Μονάδα	26 (7.2)	12 (7.2)	14 (7.2)	
Τμήμα επειγόντων	20 (5.5)	6 (3.6)	14 (7.2)	
Χειρουργείο	12 (3.3)	9 (5.4)	3 (1.5)	
Ογκολογική	22 (6.1)	10 (6.0)	12 (6.2)	
Ψυχιατρική	3 (0.8)	2 (1.2)	1 (0.5)	
Διοίκηση	11 (3.0)	6 (3.6)	5 (2.6)	
Θέση				
Κλινικός νοσηλευτής	284 (78.7)	136 (81.9)	148 (75.9)	0.158
Προϊστάμενος/η	77 (21.3)	30 (18.1)	47 (42.1)	
Προϋπηρεσίας (έτη)				
<10 έτη	97 (26.9)	45 (27.1)	52 (26.7)	0.05
11-20 έτη	218 (60.4)	110 (66.3)	108 (55.4)	
>20 έτη	46 (12.7)	11 (6.6)	35 (17.9)	
ΜΟ (ΤΑ)	13.5 (5.9)	12.9 (4.9)	13.9 (6.7)	0.114
Κυκλικό ωράριο				
Όχι	104 (28.8)	32 (19.3)	72 (36.9)	0.000
Ναι	257 (71.2)	134 (80.7)	123 (63.1)	
Καπνιστική συνήθεια				
Έτη καπνίσματος; ΜΟ (ΤΑ)		12.9 (4.3)		
Τσιγάρα / 24h; ΜΟ (ΤΑ)		16.5 (7.8)		

[†] πρώην καπνιστές και μη καπνιστές μαζί, 44 (12.2%) και 151 (41.8%) αντίστοιχα.

[‡] Οι τιμές p υπολογίστηκαν με chi-square test. Σε περιπτώσεις σύγκρισης -μέσων όρων- συνεχών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε t-test. Οι προϋποθέσεις εφαρμογής των δοκιμασιών αυτών ισχύουν σε όλες τις περιπτώσεις.

§ Οι τιμές p υπολογίστηκαν με Fisher's exact test καθώς υπάρχουν κελιά με τιμές κάτω από πέντε.

Στον πίνακα 2.6 παρουσιάζονται οι λόγοι αναλογιών (ΛΑ, odds ratio, OR) του καπνίσματος σε σχέση με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών μετά από μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση ο ΛΑ του καπνίσματος ήταν κατά 27% μεγαλύτερος για άνδρες νοσηλευτές, 23% μεγαλύτερος για νοσηλευτές που δεν ήταν παντρεμένοι και 2½ φορές μεγαλύτερος για νοσηλευτές που εργαζόταν στο χειρουργείο σε σχέση με αυτούς που δούλευαν στην Νοσηλευτική Υπηρεσία. Επίσης ο ΛΑ ήταν 46% μεγαλύτερος για τους κλινικούς νοσηλευτές σε σχέση με τους προϊστάμενους/ες. Ωστόσο, οι παραπάνω σχέσεις δεν ήταν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0.05. Οι μοναδικές σχέσεις που βρέθηκαν να είναι σημαντικές ήταν αυτές της εκπαίδευσης όπου ο ΛΑ του καπνίσματος ήταν δύο φορές μεγαλύτερο για νοσηλευτές με πτυχίο διετούς εκπαίδευσης σε σχέση με τους νοσηλευτές με πτυχίο τετραετούς εκπαίδευσης. Άλλη σχέση που βρέθηκε σημαντική ήταν η σχέση μεταξύ του καπνίσματος και της εργασίας σε κυκλικό ωράριο, όπου νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο είχαν 2½ φορές περισσότερες πιθανότητες να είναι καπνιστές από νοσηλευτές που δεν έκαναν κυκλικό ωράριο.

Αντίθετα, παρατηρήθηκε μείωση της πιθανότητας του καπνίσματος κατά 5% για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας, και 3% μείωση για κάθε ένα έτος αύξησης των ετών εργασίας (προϋπηρεσία) ως νοσηλευτής/τρια, παρότι η τελευταία σχέση δεν βρέθηκε να είναι στατιστικά σημαντική.

Στο πολυπαραγοντικό μοντέλο, η πιθανότητα του καπνίσματος ήταν 97% μεγαλύτερη για νοσηλευτές που εργαζόταν σε κυκλικό ωράριο. Επιπλέον, ενώ στο μονοπαραγοντικό μοντέλο η ηλικία και η εκπαίδευση είχαν επίδραση στο κάπνισμα, στο πολυπαραγοντικό μοντέλο οι παράγοντες αυτοί δεν παρέμειναν σημαντικοί.

Πίνακας 2.6 Σχέσεις καπνίσματος με δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά των νοσηλευτών

Ανεξάρτητη Μεταβλητή		Μονοπαραγοντική Ανάλυση		Πολυπαραγοντική Ανάλυση	
		ΛΑ (95% ΔΕ)	p	ΛΑ (95% ΔΕ)	p
Φύλο	Γυναίκες	1			
	Ανδρες	1.27 (0.67 - 2.39)	0.468		
Ηλικία	Κατ'έτος	0.95 (0.91 - 0.99)	0.009		
Οικ. κατάσταση	Παντρεμένοι	1			
	Μη παντρεμένοι†	1.23 (0.74 - 2.04)	0.429		
Εκπαίδευση	4 έτη	1			
	2 έτη	2.00 (1.31 - 3.03)	0.001	1.54 (0.96 - 2.47)	0.074
Κλινική	Νοσ. Υπηρεσία	1			
	Παθολογική	0.72 (0.21 - 2.50)	0.605		
	Χειρουργική	0.67 (0.19 - 2.42)	0.542		
	Παιδιατρική	0.64 (0.18 - 2.33)	0.502		
	Μονάδες	0.71 (0.17 - 2.94)	0.641		
	ΤΕΠ	0.36 (0.08 - 1.64)	0.186		
	Χειρουργείο	2.50 (0.43 - 14.61)	0.309		
	Ογκολογική	0.69 (0.16 - 2.97)	0.623		
Θέση	Ψυχιατρική	1.67 (0.12 - 24.26)	0.708		
	Προιστάμενος/η Νοσηλεύτης/τρια	1 1.46 (0.87 - 2.44)	0.150		
Προϋπηρεσία	Κατ'έτος	0.97 (0.94 - 1.01)	0.115		
Κυκ. ωράριο	Όχι	1			
	Ναι	2.37 (1.45 - 3.90)	0.001	1.97 (1.15 - 3.37)	0.01

ΛΑ = Λόγος αναλογιών ΔΕ = Διάστημα εμπιστοσύνης

† Μη παντρεμένοι: περιλαμβάνει τους ανύπαντρους, τους διαζευγμένους και τους χήρους

2.3.3 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ

Στον πίνακα 2.7 παρουσιάζεται η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ του νοσηλευτικού προσωπικού. Στο σύνολό του το προσωπικό φαίνεται να κάνει περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ.

Η πλειονότητα των νοσηλευτών που καταναλώνει συχνά αλκοόλ βρίσκεται μεταξύ των ηλικιών 30-39 ετών, είναι παντρεμένοι, είναι διετούς εκπαίδευσης (ΔΕ), είναι υπέρβαροι και δηλώνουν ότι έχουν κακή υγεία. Η πλειονότητα των νοσηλευτών που δηλώνει ότι δεν καταναλώνει καθόλου αλκοόλ είναι ηλικίας 30-39 ετών, παντρεμένοι, τετραετούς νοσηλευτικής εκπαίδευσης με φυσιολογικό βάρος.

Πίνακας 2.7 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ

Χαρακτηριστικό	Καθόλου	Περιστασιακά	Συχνά
Σύνολο	104 (28.8)	211 (58.4)	46 (12.7)
Φύλο			
Άνδρες	5 (4.8)	19 (9.0)	19 (41.3)
Γυναίκες	99 (95.2)	192 (91.0)	27 (58.7)
Ηλικία			
20–29 ετών	9 (8.7)	21 (10.0)	2 (4.3)
30–39 ετών	64 (61.5)	146 (69.2)	41 (89.1)
40–49 ετών	26 (25.0)	41 (19.4)	3 (6.5)
>50 ετών	5 (4.8)	3 (1.4)	0 (0)
ΜΟ (ΤΑ)	37.1 (5.7)	35.7 (5.6)	36.1 (3.4)
Οικογενειακή κατάσταση			
Παντρεμένοι	91 (87.5)	155 (73.5)	39 (84.8)
Μη παντρεμένοι	13 (12.5)	56 (26.5)	7 (15.2)
Επίπεδο εκπαίδευσης			
4 έτη εκπαίδευσης	66 (62.5)	109 (51.7)	19 (41.3)
2 έτη εκπαίδευσης	38 (36.5)	102 (48.3)	27 (58.7)
ΔΜΣ			
<20	8 (7.7)	18 (8.5)	2 (4.3)
20-24.99	56 (53.8)	126 (59.7)	19 (41.3)
25-29.99	33 (31.7)	54 (25.6)	20 (43.5)
>30	7 (6.7)	13 (6.2)	5 (10.9)
Αυτοεκτιμώμενη Υγεία			
Καλή	44 (43.6)	83 (39.9)	20 (44.4)
Κακή	57 (56.4)	125 (60.1)	25 (55.6)

2.3.4 Δείκτης Μάζας Σώματος, συχνότητα ελλιποβαρών, υπέρβαρων και παχύσαρκων νοσηλευτών

Στον πίνακα 2.8 παρουσιάζεται ο μέσος (mean) και η τυπική απόκλιση (standard deviation) του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) υπολογισμένος ξεχωριστά για κάθε δημογραφικό χαρακτηριστικό και συμπεριφορά υγείας σε άνδρες, γυναίκες και συνολικά. Ο μέσος ΔΜΣ των νοσηλευτών ήταν 24.34. Πιο συγκεκριμένα των

ανδρών ήταν 27.70, ενώ των γυναικών ήταν 23.87. Φαίνεται ότι, ενώ στους άντρες ο μέσος ΔΜΣ δεν αυξάνεται με την ηλικία, στις γυναίκες και συνολικά στα δύο φύλα ο μέσος ΔΜΣ αυξάνεται με κάθε δεκαετία ζωής.

Πίνακας 2.8 Μέσος ΔΜΣ των νοσηλευτών κατά φύλο και δημογραφικό χαρακτηριστικό ή σχετιζόμενη με την υγεία συμπεριφορά

Χαρακτηριστικό	N (%)	Μέσος ΔΜΣ (ΤΑ)		
		Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
Σύνολο		27.7 (4.2)	23.9 (3.8)	24.3 (4.0)
Ηλικία				
25-34	147 (40.7)	27.6 (5.7)	22.5 (2.7)	23.0 (3.4)
35-44	180 (49.9)	27.9 (3.4)	24.5 (4.2)	24.9 (4.3)
45-55	34 (9.4)	27.5 (2.1)	26.7 (3.6)	26.7 (3.5)
Οικογεν. κατάσταση				
Μη παντρεμένοι†	76 (21.2)	28.9 (7.1)	22.8 (3.4)	23.7 (4.7)
Παντρεμένοι	285 (78.9)	27.3 (2.3)	24.2 (3.8)	24.5 (3.8)
Εκπαίδευση				
4 έτη	194 (53.7)	28.7 (5.1)	23.9 (3.6)	24.5 (4.0)
2 έτη	167 (46.3)	26.8 (2.9)	23.8 (4.1)	24.2 (4.1)
Κάπνισμα				
Καπνιστές	166 (46.0)	27.4 (4.2)	23.6 (4.1)	24.1 (4.3)
Πρώην	45 (12.5)	28.1 (4.7)	24.1 (3.6)	24.5 (3.8)
Μη καπνιστές	150 (41.6)	28.4 (2.8)	23.9 (3.6)	24.5 (3.9)
Κατανάλωση αλκοόλ				
Καθόλου	104 (28.8)	25.9 (1.7)	24.5 (4.3)	24.6 (4.2)
Περιστασιακή	154 (42.7)	27.9 (6.3)	23.6 (3.6)	23.9 (3.9)
1 φορά/εβδ.	57 (15.8)	28.6 (3.5)	23.3 (2.4)	24.2 (3.2)
>1 φορά/εβδ.	46 (12.7)	27.8 (3.8)	24.0 (4.7)	25.5 (4.7)
Φυσική άσκηση				
Όχι	183 (50.7)	27.7 (2.2)	24.1 (3.9)	24.4 (3.9)
Ναι	178 (49.3)	27.8 (5.6)	23.7 (3.6)	24.3 (4.1)
MET h/εβδ				
<2,99	255 (70.8)	27.9 (4.4)	24.0 (3.8)	24.5 (4.1)
3-8,99	64 (17.8)	27.3 (4.1)	23.4 (3.7)	23.8 (3.9)
9-17,99	27 (7.2)	27.3 (0)	24.1 (4.3)	24.2 (4.3)
18-26,99	7 (1.9)	0	22.4 (3.2)	22.4 (3.2)
>27	8 (2.2)	0	23.4 (2.3)	23.4 (2.3)

† Μη παντρεμένοι= ανύπαντροι, διαζευγμένοι, χήροι, ΤΑ = τυπική απόκλιση

Πίνακας 2.9 Συχνότητα, n (%), νοσηλευτών φυσιολογικού βάρους (ΔΜΣ 20-24.9), ελλιποβαρών (ΔΜΣ <20), υπέρβαρων (ΔΜΣ 25-29.9) και παχύσαρκων (ΔΜΣ>30)

Μεταβλητές		20-24.99	< 20	p	25-29.99	p	>30	p
Σύνολο		201 (55.7)	28 (7.8)		107 (29.6)		25 (6.9)	
Φύλο	Άνδρες	10 (23.3)	0 (0)		25 (58.1)		8 (18.6)	
	Γυναίκες	191 (60.1)	28 (8.8)	0.615	82 (25.8)	0.000	17 (5.3)	0.000
Ηλικία	25-34	96 (65.3)	19 (67.9)		27 (18.4)		5 (3.4)	
	35-44	97 (53.9)	8 (28.6)		58 (32.2)		17 (9.4)	
	45-55	8 (23.5)	1 (3.6)	0.131	22 (64.7)	0.000	3 (8.8)	0.014
Οικ. κατάσταση	Παντρεμένοι	48 (63.2)	10 (13.2)		9 (11.8)		9 (11.8)	
	Μη παντρεμένοι†	153 (53.7)	18 (6.3)	0.244	98 (34.4)*	0.001	16 (5.6)	0.222
Εκπαίδευση	2 έτη	98 (58.7)	13 (7.8)		43 (25.7)		13 (7.8)	
	4 έτη	103 (53.1)	15 (7.7)	0.843	63 (33.0)	0.186	12 (6.2)	0.834
Κάπνισμα	Καπνιστές	101 (60.8)	13 (7.8)		43 (25.9)		9 (5.4)	
	Μη καπνιστές	80 (53.3)	12 (8.0)		46 (30.7)		12 (8.0)	
	Πρώην καπνιστές	20 (44.4)	3 (6.7)	0.931	18 (40)	0.113	4 (8.9)	0.357
Χρήση αλκοόλ	Καθόλου	56 (53.8)	8 (7.7)		33 (31.7)		7 (6.7)	
	Περιστασιακή	92 (59.7)	14 (9.1)		38 (24.7)		10 (6.5)	
	1 φορά/εβδομάδα	34 (59.6)	4 (7.0)		16 (28.1)		3 (5.3)	
	>1 φορά/εβδ.	19 (41.3)	2 (4.3)	0.951	20 (43.5)	0.078	5 (10.9)	0.420
Άσκηση	Όχι	96 (52.5)	17 (9.37)		56 (30.6)		14 (7.7)	
	Ναι	105 (59.0)	11 (6.2)	0.229	51 (28.7)	0.474	11 (6.2)	0.526
MET h/εβδ.	<2,99	141 (55.3)	16 (6.3)		78 (30.6)		20 (7.8)	
	3-8,99	38 (59.4)	6 (9.4)		16 (25.0)		4 (6.3)	
	9-17,99	14 (53.8)	3 (11.5)		9 (30.8)		1 (3.8)	
	18-26,99	3 (42.9)	2 (28.6)		2 (28.6)		0 (0)	
	>27	5 (62.5)	1 (12.5)	0.302	2 (25.0)	0.925	0 (0)	0.792

Οι τιμές p υπολογίστηκαν με chi-square test

†Μη παντρεμένοι περιλαμβάνει ανύπαντρους, διαζευγμένους και χήρους

Στον πίνακα 2.9 καταγράφεται η συχνότητα φυσιολογικού βάρους (ΔΜΣ 20-24.9), ελλιποβαρών (ΔΜΣ<20), υπέρβαρων (ΔΜΣ 25-24.9) και παχύσαρκων (ΔΜΣ 30+) νοσηλευτών. Στο σύνολο των νοσηλευτών, πάνω από τους μισούς (55.7%) είχαν φυσιολογικό βάρος, σχεδόν ένα τρίτο (29.6%) ήταν υπέρβαροι, και ένα μικρό ποσοστό ήταν ελλιποβαρείς (7.8%) ή παχύσαρκοι (6.9%). Μεταξύ των ανδρών το 23.3% είχε φυσιολογικό βάρος, πάνω από τους μισούς (58.1%) ήταν υπέρβαροι και 18.6% ήταν παχύσαρκοι, ενώ κανένας δεν ήταν ελλιποβαρής. Μεταξύ των γυναικών το 60.1% είχε φυσιολογικό βάρος, περίπου το ένα τέταρτο (25.8%) ήταν υπέρβαρες, ένα ποσοστό 5.3% ήταν παχύσαρκες και 8.8% ήταν ελλιποβαρείς.

Οι ελλιποβαρείς νοσηλευτές ήταν όλοι γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ελλιποβαρών νοσηλευτών είναι 24-35 ετών, παντρεμένες, μη καπνίστριες, που έκαναν περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ και που δεν ασκούνταν, χωρίς όμως να παρατηρούνται στατιστικώς σημαντικές διαφορές.

Η μεγαλύτερη συχνότητα υπέρβαρων νοσηλευτών παρατηρήθηκε στους νοσηλευτές 45-55 ετών, παντρεμένους, με τέσσερα έτη νοσηλευτικής εκπαίδευσης, που ήταν καπνιστές, που έκαναν κατανάλωση αλκοόλ πάνω από μία φορά την εβδομάδα και δήλωναν 9-17,99 MET h/εβδομάδα

Η μεγαλύτερη συχνότητα παχύσαρκων νοσηλευτών παρατηρήθηκε στους νοσηλευτές 35-44 ετών, ανύπαντρους, με διετή νοσηλευτική εκπαίδευση, που ήταν πρώην καπνιστές, που έκαναν κατανάλωση αλκοόλ πάνω από μία φορά την εβδομάδα και που δήλωναν τη μικρότερη προσπάθεια φυσικής άσκησης (<2.99 METh/εβδομάδα).

Οι διαφορές βάρους των νοσηλευτών σε σχέση με τις καπνιστικές τους συνήθειες, την συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ, και την άσκηση παρουσιάζονται στον πίνακα 2.9. Δεν υπήρξαν διαφορές βάρους μεταξύ των νοσηλευτών που κάπνιζαν ή μη, έκαναν περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ, μία φορά ή παραπάνω φορές την εβδομάδα κατανάλωση αλκοόλ ή καθόλου και ασκούνταν ή όχι.

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών με φυσιολογικό βάρος και των υπέρβαρων νοσηλευτών σε σχέση με το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση. Παρόμοια παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των νοσηλευτών με φυσιολογικό βάρος και των παχύσαρκων νοσηλευτών σε σχέση με το φύλο και την ηλικία.

Ο πίνακας 2.10 παρουσιάζει τις μονοπαραγοντικές και πολυπαραγοντικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτών με φυσιολογικό βάρος και αυτών που είναι ελλιποβαρείς, υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

Στην μονοπαραγοντική ανάλυση φαίνεται ότι η πιθανότητα να είναι κάποιος νοσηλευτής υπέρβαρος ήταν σχεδόν έξι φορές μεγαλύτερος για τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, σχεδόν δέκα φορές μεγαλύτερος για τους νοσηλευτές ηλικίας 45-55 ετών και τρεις φορές μεγαλύτερος για τους παντρεμένους σε σχέση με τους μη παντρεμένους. Στο πολυπαραγοντικό μοντέλο το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση ήταν οι ανεξάρτητοι παράγοντες που ήταν σημαντικοί.

Πίνακας 2.10 Το βάρος σώματος των νοσηλευτών ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους και τις συμπεριφορές τους που σχετίζονται με υγεία.

Χαρακτηριστικά		Υπέρβαροι				Παχύσαρκοι		Ελλιποβαρείς	
		Μονοπαραγοντική		Πολυπαραγοντική		Μονοπαραγοντική		Μονοπαραγοντική	
		ΛΑ (95% ΔΕ)	p	ΛΑ (95% ΔΕ)	p	ΛΑ (95% ΔΕ)	p	ΛΑ (95% ΔΕ)	p
Φύλο	Γυναίκες	1		1		1			
	Άνδρες	5.82 (2.67 - 12.67)	0.000	6.95 (2.84-17.03)	0.000	8.98 (3.13-25.78)	0.000	NA	
Ηλικία	Κατ' έτος	1.14 (1.08 - 1.19)	0.000	1.14 (1.02-1.27)	0.017	1.12 (1.03-1.21)	0.006	0.87 (0.78-0.96)	0.006
	25-34	1		1		1		1	
	35-44	2.13 (1.24-3.67)	0.006	1.54 (0.86-2.78)	0.150	3.36 (1.19-9.48)	0.022	0.42 (0.17-0.99)	0.049
	45-55	9.78 (3.92-24.41)	0.000	9.97 (3.80-25.92)	0.000	7.20 (1.45-35.76)	0.016	0.63 (0.07-5.35)	0.673
Οικογεν. κατάσταση†	Μη παντρεμένοι	1		1		1		1	
	Παντρεμένοι	3.42 (1.60 - 7.27)	0.001	3.66 (1.49-8.97)	0.005	0.56 (0.23-1.34)	0.193	0.56 (0.24-1.31)	0.182
Εκπαίδευση	4 έτη	1				1		1	
	2 έτη	0.71 (0.44-1.14)	0.151			1.14 (0.49-2.62)	0.760	0.91 (0.41-2.01)	0.817
Κάπνισμα	Καπνιστές	1				1		1	
	Μη καπνιστές	1.31 (0.78-2.19)	0.305			1.71 (0.68-4.25)	0.252	1.18 (0.51-2.73)	0.698
	Πρώην καπνιστές	2.10 (0.99-4.43)	0.051			2.36 (0.66-8.46)	0.187	1.23 (0.32-4.72)	0.766
Αλκοόλ	Περιστασιακά	1		1		1		1	
	Καθόλου	1.43 (0.81-2.53)	0.224	1.39 (0.74-2.63)	0.303	1.15 (0.41-3.19)	0.789	0.94 (0.37-2.38)	0.814
	1 φορά/εβδ	0.99 (0.48-2.07)	0.993	1.51 (0.69-3.48)	0.330	0.81 (0.21-3.13)	0.762	0.77 (0.24-2.51)	0.669
	>1 φορά/ εβδ	2.69 (1.28—5.64)	0.009	1.63 (0.69-3.87)	0.267	2.56 (0.78-8.37)	0.121	0.73 (0.15-3.49)	0.694
Άσκηση	Όχι	1				1		1	
	Ναι	0.83 (0.517-1.333)	0.442			0.72 (0.31-1.66)	0.437	0.59 (0.26-1.33)	0.203
MET h/εβδ	<2,99	1						1	
	3-8,99	0.75 (0.39-1.43)	0.368			0.74 (0.24-2.30)	0.605	1.39 (0.51-3.79)	0.549
	9-17,99	1.02 (0.41-2.54)	0.966			0.50 (0.063-4.04)	0.518	1.89 (0.49-4.28)	0.356
	18-26,99	1.19 (0.19-7.27)	0.851			NA	NA	5.88 (0.91-37.83)	0.062
	>27	0.71 (0.14-3.77)	0.691			NA	NA	1.76 (0.19-16.04)	0.615

ΛA = Λόγος αναλογιών ΔE = Διάστημα εμπιστοσύνης
 NA= Μη διαθέσιμο λόγω μηδενικού δείγματος
 †Μη παντρεμένοι περιλαμβάνει ανύπαντρους, διαζευγμένους και χήρους

Όσον αφορά την παχυσαρκία στην μονοπαραγοντική ανάλυση φαίνεται ότι η πιθανότητα να είναι κάποιος νοσηλευτής παχύσαρκος ήταν σχεδόν εννέα φορές μεγαλύτερος για τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες ($\Lambda A=8.98$, $p=0.000$), σχεδόν τέσσερις φορές μεγαλύτερος για τους νοσηλευτές ηλικίας 35-44 ετών και επτά φορές μεγαλύτερο για νοσηλευτές ηλικίας.

Στη μονοπαραγοντική ανάλυση, επίδραση στη λιποσαρκία είχε η ηλικία (για κάθε ένα έτος αύξησής της $\Lambda A=0.87$, $p=0.006$ 35-44 ετών ως προς 25-34 $\Lambda A=0.42$, $p=0.049$). Επειδή όλοι οι λιπόσαρκοι ήταν γυναίκες, δεν μπορούμε να ελέγξουμε αν το φύλο είχε επίδραση στη λιποσαρκία· αν η λιποσαρκία εμφανίζεται και στα δύο φύλα με την ίδια συχνότητα ($28/318=8.8\%$), θα περιμέναμε να είχαμε 4 λιπόσαρκους άντρες ($28 \times 43/318$)· δεν είχαμε κανέναν, και αυτό αποτελεί ένδειξη ότι η λιποσαρκία εξαρτάται, σε μονοπαραγοντική τουλάχιστον ανάλυση, και από το φύλο.

Πίνακας 2.11 Οι υπέρβαροι κατά φύλο και δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές που σχετίζονται με υγεία

Χαρακτηριστικό		Μονοπαραγοντική				Πολυπαραγοντική	
		Γυναίκες		Άνδρες		Γυναίκες	
		ΛΑ (95% ΔΕ)	p	ΛΑ (95% ΔΕ)	p	ΛΑ (95% ΔΕ)	p
Ηλικία	25-34 ετών	1		1		1	
	35-44 ετών	1.93 (1.05-3.52)	0.032	2.83 (0.60-13.35)	0.180	1.63 (0.86-3.06)	0.128
	45-55 ετών	10.83 (4.20-27.93)	0.000	NA	NA	7.51 (2.71-20.78)	0.000
Οικ. κατάσταση	Μη παντρεμένοι†	1		1		1	
	Παντρεμένοι	3.68 (1.50-9.03)	0.004	7.33 (1.30-41.35)	0.024	3.17 (1.16-8.66)	0.024
Εκπαίδευση	4 έτη	1		1		1	
	2 έτη	0.17 (0.03-0.95)	0.044	0.76 (0.45-1.27)	0.296	1.12 (0.62-2.02)	0.699
Κάπνισμα	Καπνιστές	1		1		1	
	Μη καπνιστές	1.85 (1.04-3.29)	0.037	0.39 (0.08-2.04)	0.265	1.56 (0.85-2.86)	0.151
	Πρώην καπνιστές	2.77 (1.22-6.27)	0.015	0.94 (0.08-11.15)	0.959	1.77 (0.69-4.52)	0.230
Κατανάλωση αλκοόλ	Περιστασιακή	1		1			
	Μη κατανάλωση	1.48 (0.57-3.84)	0.422	4.00 (0.29-53.46)	0.295		
	1 φορά/εβδ	0.78 (0.35-1.76)	0.557	4.00 (0.29-53.46)	0.295		
	>1 φορά/ εβδ	1.37 (0.75—2.48)	0.309	3.00 (0.50-17.95)	0.229		
Άσκηση	Όχι	1					
	Ναι	0.92 (0.54-1.54)	0.742				
MET h/εβδ	<2,99	1		1			
	3-8,99	0.83 (0.41-1.68)	0.600	0.57 (0.80-4.08)	0.577		
	9-17,99	1.02 (0.44-2.99)	0.780	NA	NA		
	18-26,99	1.53 (0.25-9.39)	0.65)	NA	NA		
	>27	0.92 (0.17-4.86)	0.919	NA	NA		

ΛΑ = λόγος αναλογιών ΔΕ=Διάστημα εμπιστοσύνης

NA= Μη διαθέσιμο λόγω μηδενικού δείγματος

†Μη παντρεμένοι περιλαμβάνει ανύπαντρους, διαζευγμένους και χήρους

Στον πίνακα 2.11 παρουσιάζονται οι σχέσεις διαφόρων παραμέτρων με την πιθανότητα να είναι κάποιος υπέρβαρος.

Στο μονοπαραγοντικό μοντέλο οι γυναίκες ηλικίας 35-44 ετών είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι υπέρβαρες κατά 93%, ενώ οι γυναίκες 45-55 είχαν 11 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι υπέρβαρες σε σχέση με τις γυναίκες ηλικίας 25-34 ετών. Η πιθανότητα να ήταν η νοσηλεύτρια υπέρβαρη είχε σχέση και με την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση και το κάπνισμα. Στο

πολυπαραγοντικό μοντέλο όμως η σχέση αυτή διατηρήθηκε μόνο για την ηλικία των 45-55 ετών ($\Lambda=7.51$ $p= 0.000$) και την οικογενειακή κατάσταση ($\Lambda=3.17$ $p= 0.024$).

Για τους άνδρες μόνο η οικογενειακή κατάσταση είχε μονοπαραγοντική επίδραση στην πιθανότητα να είναι υπέρβαροι ($\Lambda=7.33$ $p= 0.024$).

2.3.5 Αυτοεκτιμώμενη υγεία (AY) - self rated health (SRH)

Στον πίνακα 2.12 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των νοσηλευτών που δήλωσαν κακή υγεία σε σχέση με τους νοσηλευτές που δήλωσαν ότι έχουν καλή υγεία.

Μεγαλύτερη συχνότητα κακής AY είχαν νοσηλευτές που ήταν γυναίκες, μεταξύ 30-39 ετών, παντρεμένοι, που είχαν 11-20 χρόνια προϋπηρεσίας και που εργαζόταν σε κυκλικό ωράριο.

Πίνακας 2.12 Χαρακτηριστικά νοσηλευτών με αυτοαναφερόμενη καλή και κακή υγεία

	Καλή υγεία n (%)	Κακή υγεία n (%)	p †
Σύνολο	147 (41.5)	207 (58.5)	
Φύλο			
Άνδρες	30 (20.4)	13 (6.3)	0.000
Γυναίκες	117 (79.6)	194 (93.7)	
Ηλικία			
19–29 ετών	19 (12.9)	13 (6.3)	0.002
30–39 ετών	108 (73.5)	138 (66.7)	
>40 ετών	20 (13.6)	56 (27.1)	
Οικογενειακή κατάσταση			
Παντρεμένοι	105 (71.4)	175 (84.5)	0.003
Μη παντρεμένοι	42 (28.6)	32 (15.5)	
Εκπαίδευση			
4 έτη	85 (57.8)	103 (49.8)	0.134
2 έτη	62 (42.2)	104 (50.2)	
Τομέας εργασίας			
Παθολογικός	40 (27.2)	70 (33.8)	0.094
Χειρουργικός	43 (29.3)	42 (20.3)	
Εργαστηριακός	60 (40.8)	82 (39.6)	
Νοσ. Υπηρεσία	4 (2.7)	13 (6.3)	
Θέση			
Κλινικός νοσηλευτής	118 (80.3)	161 (77.8)	0.633
Υπεύθυνος/η	14 (9.5)	18 (8.7)	
Προϊστάμενος/η	15 (10.2)	28 (13.5)	
Έτη προϋπηρεσίας			
<10 έτη	51 (34.7)	45 (21.7)	0.023
11–20 έτη	81 (55.1)	133 (64.3)	
>20 έτη	15 (10.2)	29 (14.0)	
Κυκλικό ωράριο			
Όχι	31 (21.1)	69 (33.3)	0.012
Ναι	116 (78.9)	138(66.7)	

†Οι τιμές p υπολογίστηκαν με chi-square test

Οι συμπεριφορές υγείας των νοσηλευτών που δήλωσαν κακή υγεία σε σχέση με νοσηλευτές που δήλωσαν καλή υγεία παρουσιάζονται στον Πίνακα 2.13.

Νοσηλευτές με καλή υγεία δήλωσαν με μεγαλύτερη συχνότητα ότι ασκούνται σωματικά, ενώ δεν υπήρξαν διαφορές στην αυτοεκτίμηση της υγείας μεταξύ των

νοσηλευτών όσον αφορά τις κάπνιστικές τους συνήθειες, την κατανάλωση αλκοόλ και το δείκτη μάζας σώματος.

Πίνακας 2.13 Συμπεριφορές υγείας των νοσηλευτών με αυτοαναφερόμενη καλή και κακή υγεία

	Καλή υγεία	Κακή υγεία	p †
Κάπνισμα			
Καπνιστές	61 (41.5)	103 (59.8)	0.266
Πρώην καπνιστές	21 (14.3)	22 (10.6)	
Μη καπνιστές	65 (44.2)	82 (39.6)	
Κατανάλωση αλκοόλ			
Μη κατανάλωση	44 (29.9)	57 (27.5)	0.594
Περιστασιακή	57 (38.8)	95 (45.9)	
Μία φορά/εβδομάδα	26 (17.7)	30 (14.5)	
>1φορά/εβδομάδα	20 (13.6)	25 (12.1)	
Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI)			
<20	12 (8.2)	16 (7.7)	0.308
20–24.9	90 (61.2)	108 (52.2)	
25–29.9	36 (24.5)	69 (33.3)	
>30	9 (6.1)	14 (6.8)	
Φυσική άσκηση			
Ναι	91 (61.9)	83 (40.1)	0.000
Όχι	56 (38)	124(59.9)	

†Οι τιμές p υπολογίστηκαν με chi-square test.

Στον πίνακα 2.14 παρουσιάζεται ο λόγος αναλογιών (ΛΑ) της κακής ΑΥ σε σχέση με συμπεριφορές υγείας και χαρακτηριστικά εργασίας μετά από μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση. Στη μονοπαραγοντική ανάλυση ο ΛΑ της κακής υγείας ήταν κατά τέσσερις φορές μεγαλύτερος για την γυναίκες, 9% μεγαλύτερος για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας, δύο φορές μεγαλύτερος για τους παντρεμένους, δυο φορές μεγαλύτερος για τους νοσηλευτές που κάνουν προσπάθεια αποφυγής λιπαρών τροφών και 8% μεγαλύτερος για αύξηση κατά ένα έτος προϋπηρεσίας. Αντίθετα, η φυσική άσκηση και η εργασία σε κυκλικό ωράριο έδειξε

βελτίωση στην εκτίμηση της υγείας. Η εβδομαδιαία κατανάλωση άσπρου κρέατος και η εργασία στον χειρουργικό τομέα έδειξε καλύτερη αυτοαναφερόμενη υγεία, και κάθε μία ώρα αύξησης του ύπνου έδειξε επίσης βελτίωσή της κατά 27%.

Στο πολύπαραγοντικό μοντέλο, η πιθανότητα κακής υγείας αυξήθηκε κατά περίπου τρεις φορές για γυναίκες ως προς άντρες και δύο φορές για νοσηλευτές που έκαναν προσπάθεια αποφυγής λιπαρών τροφών ως προς όσους δεν έκαναν. Επιπρόσθετα η άσκηση φαίνεται πως έχει προστατευτική δράση, καθώς παρατηρήθηκε μείωση της αυτοαναφερόμενης κακής υγείας κατά 3 φορές. Επιπλέον, ενώ στο μονοπαραγοντικό μοντέλο η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο ύπνος, η εργασία στον χειρουργικό τομέα, τα έτη προϋπηρεσίας, και η εργασία σε κυκλικό ωράριο είχαν επίδραση στην αυτοαναφερόμενη κακή υγεία, στο πολυπαραγοντικό μοντέλο οι σχέσεις αυτές δεν διατηρήθηκαν.

Πίνακας 2.14 Αυτοαναφερόμενη κακή υγεία ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις συμπεριφορές υγείας, και τα εργασιακά χαρακτηριστικά του συνόλου των νοσηλευτών

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μονοπαραγοντική		Πολυπαραγοντική	
	ΛΑ (95%ΔΕ)	P	ΛΑ (95%ΔΕ)	P
Φύλο				
Ανδρες	1		1	
Γυναίκες	3.86 (1.92 – 7.63)	0.000	3.13 (1.45 - 6.73)	0.04
Ηλικία (ανά έτος)	1.08 (1.04 - 1.13)	0.000	1.03 (0.95 - 1.12)	0.103
ΔΜΣ (ανά kg/m ²)	1.04 (0.98 - 1.09)	0.200		
Οικογ. κατάσταση				
Μη παντρεμένοι	1		1	
Παντρεμένοι	2.19 (1.30 - 3.68)	0.003	1.29 (0.69 - 2.42)	0.412
Εκπαίδευση				
2 έτη	1			
3 ή 4 έτη	0.72 (0.47 -1.10)	0.135		
Άσκηση	0.41 (0.27 - 0.64)	0.000	0.37 (0.23 - 0.61)	0.000
Κάπνισμα				
Καπνιστές	1			
Πρώην καπνιστές	0.62 (0.32 - 1.22)	0.167		
Μη καπνιστές	0.72 (0.45 - 1.14)	0.158		
Κατανάλωση αλκοόλ				
Μη κατανάλωση	1			
>1/εβδομάδα	0.96 (0.48 - 1.96)	0.921		
1/εβδομάδα	0.86 (0.44 - 1.66)	0.656		
Περιστασιακά	1.28 (0.77 - 2.15)	0.335		
Κατανάλωση κόκκινου κρέατος	0.94 (0.76 - 1.15)	0.525		
Κατανάλωση άσπρου κρέατος	0.66 (0.49 - 0.88)	0.005	0.63 (0.45 - 0.87)	0.004
Αποφυγή λιπαρών τροφών	2.09 (1.27 - 3.44)	0.004	1.84 (1.04 -3.27)	0.013
Κατανάλωση φυτικών ινών	0.869 (0.48 – 1.56)	0.636		
Ώρες ύπνου (ανά ώρα)	0.73 (0.61 -0.88)	0.001	0.79 (0.65 – 0.96)	0.021
Τομέας εργασίας				
Νοσηλευτική	1			
Υπηρεσία				

	Μονοπαραγοντική		Πολυπαραγοντική	
Εργαστηριακός	0.42 (0.13 - 1.35)	0.146		
Παθολογικός	0.54 (0.16 - 1.76)	0.304		
Χειρουργικός	0.29 (0.08 - 0.97)	0.045		
Θέση εργασίας				
Προϊστάμενος/η	1			
Νοσηλεύτης/ρια	0.72 (0.37 - 1.41)	0.901		
Υπεύθυνος/η	0.69 (0.27 - 1.76)	0.341		
Προϋπηρεσία (ανά έτος)	1.09 (1.05 - 1.13)	0.000	1.04 (0.96 - 1.12)	0.340
Κυκλικό ωράριο	0.53 (0.33 - 0.87)	0.012	0.98 (0.54 - 1.79)	0.951

ΛΑ = Λόγος αναλογιών, ΔΕ = Διάστημα εμπιστοσύνης

Συμπεράσματα από την πολυπαραγοντική ανάλυση, που περιορίστηκε μόνο στις γυναίκες, όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 2.15 δείχνουν παρόμοια αποτελέσματα με αυτά της ανάλυσης για όλο το προσωπικό (όπως παρουσιάστηκε αμέσως προηγουμένως στον πίνακα 2.14). Τα δεδομένα για τους άνδρες νοσηλευτές δεν επαρκούσαν για να βγουν συμπεράσματα, αλλά ποιοτικά δείχνουν προς την ίδια κατεύθυνση.

Πίνακας 2.15 Αυτοαναφερόμενη κακή υγεία ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τις συμπεριφορές υγείας, και τα εργασιακά χαρακτηριστικά, ξεχωριστά για γυναίκες και άντρες

Χαρακτηριστικά		Γυναίκες		Άνδρες
		Μονοπαραγοντική	Πολυπαραγοντική	Μονοπαραγοντική
		ΛΑ (95% ΔΕ) p	ΛΑ (95% ΔΕ) p	ΛΑ (95% ΔΕ) p
Ηλικία	Κατ' έτος	1.07 (1.03 - 1.13) 0.001	1.04 (0.94 - 1.16) 0.578	1.36 (1.05 - 1.75) 0.020
		ΔΜΣ	ανά kg/m ²	1.10 (1.03 - 1.18) 0.006
Οικογενειακή κατάσταση	Μη παντρεμένοι	1	1	1
	Παντρεμένοι	2.24 (1.27 - 3.93) 0.005	1.35 (0.67 - 2.73) 0.330	1.29 (0.28 - 5.89) 0.643
Εκπαίδευση	2 έτη	1		1
	3 ή 4 έτη	0.76 (0.47 - 1.20) 0.225		0.26 (0.06 - 1.14) 0.126
Άσκηση		0.42 (0.26 - 0.67) 0.000	0.38 (0.22 - 0.67) 0.001	0.70 (0.18 - 2.77) 0.611
Κάπνισμα	Καπνιστές	1	1	1
	Πρώην καπνιστές	0.47 (0.23 - 0.99) 0.047	0.50 (0.21 - 1.18) 0.062	3.40 (0.52 - 22.41) 0.203
	Μη καπνιστές	0.61 (0.37 - 1.00) 0.050	0.56 (0.32 - 0.99) 0.038	1.36 (0.29 - 6.28) 0.694
Κατανάλωση αλκοόλ	Μη κατανάλωση	1		1
	>1/εβδομάδα	2.59 (0.96 - 7.03) 0.061		0.24 (0.30 - 1.87) 0.172
	1/εβδομάδα	1.15 (0.56 - 2.33) 0.706		0.95 (0.01 - 1.49) 0.094
	Περιστασιακά	1.43 (0.84 - 2.43) 0.185		0.28 (0.30 - 2.69) 0.274
Κατανάλωση κόκκινου κρέατος		1.00 (0.81 - 1.26) 0.936		0.61 (0.28 - 1.35) 0.225
Κατανάλωση άσπρου κρέατος		0.65 (0.47 - 0.88) 0.006	0.66 (0.46 - 0.94) 0.013	0.57 (0.23 - 1.40) 0.222
Αποφυγή λιπαρών τροφών		2.07 (1.18 - 3.61) 0.011	2.43 (1.24 - 4.77) 0.011	2.00 (0.45 - 8.94) 0.364
Κατανάλωση φυτικών ινών		1.07 (0.56 - 2.04) 0.833		1.25 (0.22 - 7.28) 0.804
Ώρες ύπνου	Κατ' ώρα	0.73 (0.61 - 0.88) 0.001	0.79 (0.65 - 0.98) 0.032	0.77 (0.35 - 1.71) 0.526
Τομέας εργασίας	Νοσ. Υπηρεσία	1		1
	Εργαστηριακός	0.50 (0.15 - 1.64) 0.254		1.92 (0.18 - 20.81) 0.591

Χαρακτηριστικά		Γυναίκες		Άνδρες
	Παθολογικός	0.35 (0.10 - 1.18) 0.412		
	Χειρουργικός	0.61 (0.18 - 2.00) 0.090		2.50 (0.24 - 26.47) 0.447
Θέση εργασίας	Προϊστάμενος/η	1		
	Νοσηλεύτης/ρια	0.79 (0.40 - 1.59) 0.953		
	Υπεύθυνος/η	0.82 (0.31 - 2.19) 0.525		
Προϋπηρεσία	Κατ' έτος	1.07 (1.03 - 1.11) 0.001	1.00 (0.91 - 1.09) 0.761	1.44 (1.08 - 1.93) 0.014
Κυκλικό ωράριο		0.59 (0.34 - 1.02) 0.079		0.85 (0.069-10.24) 0.896

ΛΑ = Λόγος αναλογιών ΔΕ=Διάστημα εμπιστοσύνης

2.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα, που μελέτησε τις σχετικές με υγεία συμπεριφορές των νοσηλευτών και τη σχέση τους με τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά τους και με την αυτοαναφερόμενη υγεία τους, διασαφηνίζει ότι μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών είναι καπνιστές, κάνουν κατά κύριο λόγο περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ, είναι στην πλειονότητά τους υπέρβαροι και εκτιμούν την υγεία τους ως κακή.

2.4.1 Συχνότητα καπνίσματος των νοσηλευτών

Η παρούσα συγχρονική μελέτη έδειξε ότι ένα μεγάλος αριθμός νοσηλευτών δηλώνει ότι είναι καπνιστές (46%). Σύμφωνα με στατιστικές του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, το ποσοστό των καπνιστών στον Ελληνικό πληθυσμό κυμαίνεται στο 38% (5,79). Φαίνεται ότι το ποσοστό των καπνιστών στο δείγμα μας είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των καπνιστών στο γενικό πληθυσμό, 42% (81, 82). Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται και στο ότι δεν υπήρξε μέχρι τώρα μια συστηματική πολιτική κατά του καπνίσματος στην Ελλάδα τόσο για το γενικό πληθυσμό όσο και για τους επαγγελματίες υγείας στους χώρους των νοσοκομείων μέχρι τώρα.

Το ποσοστό των νοσηλευτών που είναι καπνιστές της δικής μας έρευνας είναι σε παρόμοια επίπεδα με άλλες έρευνες που έγιναν σε νοσηλευτές που εργάζονται στην Αθήνα (83, 84) αλλά είναι σε χαμηλότερα επίπεδα από συναδέλφους νοσηλευτές της Βόρειας Ελλάδας και της Κρήτης (85, 86), Πίνακας 1.5. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε έρευνες που έγιναν σε νοσηλευτές στην Ισπανία (87), Ιταλία (88), Τουρκία (89), και Ιαπωνία (90). Έρευνες από την Φινλανδία (81), Καναδά (81), Βόρεια Αμερική (37, 91, 92), Αγγλία (93), Ιρλανδία (94), και

Αυστραλία (95) υπολογίζουν ότι το ποσοστό των νοσηλευτών που καπνίζει κυμαίνεται μεταξύ 4% και 26%. Τα χαμηλά αυτά ποσοστά μπορεί να αιτιολογηθούν από το γεγονός ότι τις τελευταίες δύο δεκαετίες οι περισσότερες βιομηχανοποιημένες χώρες έχουν παρατηρήσει μια πτωτική τάση του ποσοστού των καπνιστών τόσο στο νοσηλευτικό προσωπικό όσο και στο γενικό πληθυσμό, λόγω των αυστηρών πολιτικών μείωσης του καπνίσματος που έχουν επιβληθεί από τις κυβερνήσεις των χωρών.

Παρατηρήσαμε στην έρευνά μας, όταν κατηγοριοποιήσαμε τους καπνιστές κατά φύλο, ότι το ποσοστό των καπνιστών μεταξύ των ανδρών νοσηλευτών ήταν παρόμοιο με αυτό του γενικού πληθυσμού (9,19). Αντίθετα οι γυναίκες νοσηλεύτριες φαίνεται ότι καπνίζουν περισσότερο από τις γυναίκες του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας (86), όπως παρομοίως συμβαίνει και με τις γυναίκες νοσηλεύτριες από την Ισπανία, Ιταλία και Τουρκία (87-89). Ίσως αντικατοπτρίζουν μια τάση αύξησης του καπνίσματος μεταξύ των νεαρών γυναικών στην Ελλάδα. Μελέτες που διεξήχθησαν στην Αθήνα τα έτη 2000 και 2005 μεταξύ παιδιών ηλικίας 16-19 ετών που κάπνιζαν, έδειξαν μια αύξηση του ποσοστού των καπνιστών από 40% στο 50% στο διάστημα αυτών των πέντε ετών (16, 17).

Τα αποτελέσματά της έρευνάς μας δείχνουν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των καπνιστών βρίσκεται μεταξύ της ηλικίας των 30-39 ετών, που είναι σύμφωνο με παρόμοιες έρευνες που έγιναν στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας αλλά και σε νοσηλευτές ειδικά (82, 85, 86).

Νοσηλευτές διευτούς εκπαίδευσης και οι νοσηλευτές που εργάζονται σε κυκλικό ωράριο ήταν πιο πιθανό να είναι καπνιστές από νοσηλευτές τεταρτοετούς εκπαίδευσης, γεγονός που συμφωνεί με άλλες έρευνες που έγιναν μεταξύ νοσηλευτών για το επίπεδο εκπαίδευσης (89, 95) και το κυκλικό ωράριο (96, 97). Ίσως

αιτιολογείται από το γεγονός ότι στα Ελληνικά νοσοκομεία νοσηλευτές με λίγα χρόνια προϋπηρεσίας καθώς και νοσηλευτές διετούς εκπαίδευσης είναι πιο πιθανό να τοποθετηθούν σε τμήμα που απαιτείται κυκλικό ωράριο, σε σχέση με νοσηλευτές με περισσότερα χρόνια προϋπηρεσίας και τετραετούς εκπαίδευσης.

Νοσηλευτές που εργαζόταν στο Χειρουργείο ήταν πιο πιθανό να είναι καπνιστές. Δεν μπορέσαμε να βρούμε παρόμοια βιβλιογραφία για τον Ελληνικό χώρο, άλλα διεθνείς έρευνες έδειξαν ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά καπνίσματος σημειωνόταν μεταξύ νοσηλευτών που εργαζόταν σε ψυχιατρικές, γεροντολογικές κλινικές και σε τμήματα επειγόντων περιστατικών (37, 98, 99).

Τα μεγάλα ποσοστά των καπνιστών μεταξύ των νοσηλευτών υποδεικνύουν την ανάγκη για εκπαίδευση σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες του καπνίσματος. Επίσης υποδεικνύεται η ανάγκη συμβουλευτικής προσέγγισης του νοσηλευτικού προσωπικού για τη διακοπή του καπνίσματος και ενίσχυση του ρόλου του ως εκπαιδευτές για τη διακοπή του καπνίσματος και τις στρατηγικές πρόληψης σε ασθενείς και υγιείς του γενικού πληθυσμού. Οι νοσηλευτές, ιδίως οι νοσηλεύτριες, αποτελούν πρότυπα μη καπνίσματος.

2.4.2 Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ

Στο σύνολό του, το νοσηλευτικό προσωπικό του δείγματός μας κάνει περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ.

Τα αποτελέσματά μας συμβαδίζουν με άλλη έρευνα που έγινε στο γενικό πληθυσμό της Ελλάδας σε ότι αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, όπου άτομα τα οποία κάνουν συχνή κατανάλωση αλκοόλ τείνουν να είναι ανύπαντροι με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ενώ άτομα τα οποία απέχουν από την κατανάλωση αλκοόλ τείνουν να είναι παντρεμένοι με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (102).

Η κατανάλωση αλκοόλ μεταξύ των νοσηλευτών άλλων ερευνών στην Αγγλία, Β. Αμερική και Ιρλανδία φαίνεται να είναι πολύ μεγαλύτερη από το δικό μας δείγμα (100, 101).

2.4.3 Βάρος σώματος νοσηλευτών

Από τη μελέτη της συχνότητας των ελλιποβαρών, υπέρβαρων και παχύσαρκων νοσηλευτών, διασαφηνίσαμε ότι μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών είναι υπέρβαρο, όχι όμως παχύσαρκο ή ελλιποβαρές.

Συνολικά το ποσοστό των υπέρβαρων νοσηλευτών της μελέτης μας ήταν λιγότερο σε σχέση με τους ενήλικες του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας. Όταν μελετήσαμε όμως τα δύο φύλα ξεχωριστά, δείξαμε ότι το ποσοστό των υπέρβαρων ανδρών νοσηλευτών ήταν υψηλότερο από αυτό του γενικού ανδρικού πληθυσμού, ενώ το αντίθετο βρέθηκε για τις γυναίκες νοσηλεύτριες (43, 103). Επίσης εξετάζοντας τα δύο φύλα μαζί, βρήκαμε ότι το συνολικό ποσοστό παχύσαρκων και ελλιποβαρών νοσηλευτών ήταν μικρότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού (43, 103). Αντίθετα, διεθνείς έρευνες έδειξαν ότι άλλες χώρες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά υπέρβαρων και παχύσαρκων νοσηλευτών (104, 105).

Η σχέση της ηλικίας με την πιθανότητα υπέρβαρου ή παχύσαρκου νοσηλευτή που βρήκαμε, επιβεβαιώνεται και από άλλες έρευνες (105). Επίσης η παρούσα έρευνα δείχνει ότι οι παντρεμένοι νοσηλευτές και των δύο φύλων είναι πιο πιθανό να είναι υπέρβαροι. Τα αποτελέσματά μας συμφωνούν με έρευνες που έγιναν στο γενικό πληθυσμό (106), αλλά δεν βρέθηκαν αντίστοιχες έρευνες συγκεκριμένα για νοσηλευτικό προσωπικό.

Το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο της μελετούμενης περιοχής είναι ιδιαίτερο καθώς αντιπροσωπεύει έναν πληθυσμό 488435 κατοίκων, σύμφωνα με την απογραφή του 2001, και συμπεριλαμβάνει τέσσερις νομούς και δύο νησιά. Η συγκεκριμένη περιοχή παρουσιάζει σημαντικές κοινωνικοοικονομικές αποκλίσεις, συμπεριλαμβάνοντας και κάποιες περιοχές με το μικρότερο κατά κεφαλήν εισόδημα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας έδειξαν μια αντίστροφη σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της παχυσαρκίας, και τα οποία είναι συμβατά με αποτελέσματα σε γενικό πληθυσμό (106,107).

Οι συμπεριφορές υγείας δεν βρέθηκαν να έχουν σχέση με την πιθανότητα να είναι ο νοσηλευτής ελλιποβαρής, υπέρβαρος ή παχύσαρκος. Έρευνες σε γενικό πληθυσμό έχουν δείξει ότι οι πρώην καπνιστές και η μη προσπάθεια φυσικής άσκησης είναι σημαντικοί προσδιοριστές της παχυσαρκίας (106).

Γίνεται σαφής η ανάγκη συμβουλευτικής παρέμβασης σε παχύσαρκους νοσηλευτές, που θα στοχεύει στη μείωση της πρόσληψης των θερμίδων, στη βελτίωση του τύπου διατροφής και στην αύξηση της φυσικής άσκησης.

2.4.4 Αυτοεκτιμώμενη υγεία

Η παρούσα έρευνα δείχνει ότι συμπεριφορές υγείας όπως το κάπνισμα και η κατανάλωση αλκοόλ δεν σχετίζονταν με την αυτοεκτίμηση της υγείας, σε αντίθεση με την άσκηση, την κατανάλωση άσπρου κρέατος και την προσπάθεια αποφυγής λιπαρών τροφών που σχετίζονταν. Τα χαρακτηριστικά της εργασίας όπως το κυκλικό ωράριο, η θέση, τα χρόνια προϋπηρεσίας και η κλινική εργασία επίσης δεν έδειξαν να σχετίζονται με την αυτοεκτιμώμενη υγεία.

Προγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι παράγοντες κινδύνου, όπως το κάπνισμα, η συχνή κατανάλωση αλκοόλ και ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος είχαν ανεξάρτητη

επίδραση στην αυτοεκτιμώμενη υγεία. Οι παράγοντες αυτοί όμως δεν βρέθηκαν σημαντικοί στην έρευνά μας. Το γεγονός αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι οι νοσηλευτές δεν λαμβάνουν υπόψη τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου κατά την αυτοεκτίμηση της υγείας τους. Άλλη πιθανότητα είναι το σχετικά μικρό δείγμα μας δεν είχε τη δυνατότητα να εντοπίσει πιθανές διαφορές. Δεν υπάρχουν δεδομένα αναφορικά με ποιους παράγοντες λαμβάνονται υπόψη όταν ο Ελληνικός πληθυσμός εκτιμά την υγεία του. Επιπλέον δεν υπάρχουν άλλες δημοσιευμένες έρευνες σχετικά με την αυτοεκτίμηση υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού της Ελλάδας.

Παρατηρήσαμε μεγάλες διαφορές μεταξύ των δύο φύλων όσον αφορά την αυτοεκτίμηση υγείας. Μια πιθανή εξήγηση είναι ο σχετικά μικρός αριθμός ανδρών νοσηλευτών του δείγματος. Ο μικρός αριθμός των ανδρών δεν οφείλεται σε συστηματικό σφάλμα, αφού ο αριθμός των ανδρών νοσηλευτών υστερεί σε σχέση με τις γυναίκες νοσηλεύτριες γενικά στα νοσοκομεία της Ελλάδας. Επίσης, εικάζεται ότι οι Έλληνες γενικά και οι Ελληνίδες ειδικότερα εκφράζουν τα συμπτώματά τους πιο ανοιχτά από πολίτες άλλων χωρών (ωστόσο, δεν υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση για το γεγονός αυτό) (108). Συμβαδίζει όμως με άλλες διεθνείς έρευνες που αναφέρουν ότι οι νέες γυναίκες τείνουν να αυτοεκτιμούν την υγεία τους χαμηλότερα από του άνδρες (109, 110).

Τα αποτελέσματα μας σχετικά με την επίδραση του κυκλικού ωραρίου στην αυτοεκτιμώμενη υγεία συμβαδίζουν με τα αποτελέσματα άλλων ερευνών που καταλήγουν ότι το κυκλικό ωράριο δεν σχετίζεται με την αυτοεκτιμώμενη υγεία νοσηλευτών (111, 112). Επιπλέον η έρευνά μας δεν επιβεβαίωσε σχέση των ετών προϋπηρεσίας και του τομέα εργασίας με την αυτοεκτιμώμενη υγεία. Αναφορικά με τη θέση εργασίας και αντίθετα με τα δικά μας αποτελέσματα, πρόσφατη έρευνα

έδειξε ότι οι προϊστάμενοι τμημάτων έχουν αυξημένη πιθανότητα κακής αυτοεκτίμησης της υγείας, λόγω των υψηλών απαιτήσεων της θέσης (113).

2.4.5 Περιορισμοί και δυνατότητα γενίκευσης των ευρημάτων

Κάποιοι περιορισμοί της διατριβής θα πρέπει να επισημανθούν. Παρά την προσπάθειά μας να απαντηθούν όλα τα ερωτηματολόγια, κάτι τέτοιο τελικά δεν ήταν εφικτό. Για το λόγο αυτό ένας περιορισμός της παρούσας έρευνας ήταν η ελλιπής πληροφορία για τους μη αποκριθέντες στο ερωτηματολόγιο. Έγινε εκτίμηση για σφάλμα απόκρισης (assessment of response bias), συγκρίνοντας τους αποκριθέντες και τους μη αποκριθέντες κατά φύλο και νοσοκομείο. Συνολικά οι αποκριθέντες και οι μη αποκριθέντες δεν παρουσίασαν διαφορές κατά φύλο αλλά παρουσίασαν διαφορές κατά νοσοκομείο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των μη αποκριθέντων προέρχονται από τα δύο γενικά νοσοκομεία των νησιών Κέρκυρα και Λευκάδα. Για το λόγο αυτό δεν μπορούμε να εκτιμήσουμε αν υπάρχει κάποια ομάδα που συστηματικά δεν ανταποκρίθηκε στο ερωτηματολόγιο.

Το ύψος και το βάρος των νοσηλευτών ήταν αυτοαναφερόμενο και δεν μετρήθηκε από την ερευνήτρια. Αναφέρουμε όμως ότι παλιότερες έρευνες τεκμηρίωσης (validation studies) έχουν αποδείξει ότι ο υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος με αυτοαναφερόμενες τιμές βάρους και ύψους είναι αρκετά ακριβής και αξιόπιστος τρόπος για τον υπολογισμό της συχνότητας των υπέρβαρων και παχύσαρκων ενήλικων εργαζομένων (114, 115).

Επίσης η μέτρηση της κατανάλωσης του αλκοόλ δεν έγινε με λίτρα αλκοόλ αλλά αυτοαναφερόμενη αποχή, περιστασιακή ή συχνή κατανάλωση χωρίς να ορίζεται η κάθε κατηγορία.

Άλλος περιορισμός για την μελέτη της αυτοεκτιμώμενης υγείας ήταν η έλλειψη στοιχείων σχετικά με την παρουσία νόσου, που σύμφωνα με πολλές μελέτες

είναι ένα από τα κυριότερα στοιχεία που λαμβάνει κανείς υπόψη όταν εκτιμά την υγεία του.

Τέλος επειδή η παρούσα διατριβή είναι συγχρονική μελέτη δεν υπάρχει δυνατότητα διαχωρισμού αιτίας και αποτελέσματος καθώς όλοι οι παράμετροι μετρήθηκαν την ίδια στιγμή και δεν γνωρίζουμε την χρονική αλληλουχία τους. Οι πληροφορίες που συγκεντρώθηκαν δίνουν γενικές εικόνες επιπολασμού αλλά θέτουν και τη βάση για περαιτέρω διερεύνηση αιτιολογικών υποθέσεων.

2.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη διατριβή αυτή εξάγονται τα εξής συμπεράσματα:

- Μεγάλο ποσοστό των νοσηλευτών είναι καπνιστές, κάνουν κατά κύριο λόγο περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ, είναι στην πλειονότητά τους υπέρβαροι και εκτιμούν την υγεία τους ως κακή. Οι συμπεριφορές υγείας των νοσηλευτών ίσως αντικατοπτρίζουν τις αντίστοιχες τάσεις και την κουλτούρα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας.
- Τα μεγάλα ποσοστά των καπνιστών μεταξύ των νοσηλευτών υποδεικνύουν την ανάγκη για εκπαίδευση σχετικά με τις βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες του καπνίσματος. Επίσης υποδεικνύεται η ανάγκη συμβουλευτικής προσέγγισης του νοσηλευτικού προσωπικού για τη διακοπή του καπνίσματος και ενίσχυση του ρόλου του ως εκπαιδευτές για τη σημασία της διακοπής του καπνίσματος και τις στρατηγικές πρόληψης σε ασθενείς και υγιείς.
- Γίνεται σαφής η ανάγκη συμβουλευτικής παρέμβασης σε παχύσαρκα άτομα που να στοχεύει στη μείωση της πρόσληψης των θερμίδων, στη βελτίωση του τύπου διατροφής και στην αύξηση της φυσικής άσκησης.
- Οι νοσηλευτές δεν λαμβάνουν υπόψη τους τις συμπεριφορές υγείας όταν αυτοεκτιμούν την υγεία τους. Το γεγονός αυτό μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στην ικανότητά τους να προσεγγίζουν συμβουλευτικά τους ασθενείς σχετικά με την πρόληψη νοσημάτων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της διατριβής ήταν να καταγράψουμε την συχνότητα των συμπεριφορών υγείας τους νοσηλευτικού προσωπικού. Οι συμπεριφορές που καταγράψαμε ήταν: 1) του καπνίσματος, 2) της κατανάλωσης αλκοόλ, 3) του δείκτη μάζα σώματος με τα ποσοστά ελλιποβαρών, υπέρβαρων και παχύσαρκων νοσηλευτών. Επίσης μελετήσαμε την αυτοεκτιμώμενη υγεία των νοσηλευτών και τέλος εκτιμήσαμε τις σχέσεις των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με τις συμπεριφορές υγείας και την αυτοεκτιμώμενη υγεία.

Ένα τυχαίο δείγμα επιλέχθηκε από τα επτά νοσοκομεία της ΒΔ Ελλάδας. Το δείγμα αποτελούνταν από νοσηλευτές κάθε εκπαιδευτικής κατηγορίας και από κάθε τμήμα του κάθε νοσοκομείου. Τα δεδομένα προήρθαν από ερωτηματολόγιο το οποίο διανεμήθηκε στο νοσηλευτικό προσωπικό σε όλα τα νοσοκομεία της Βορειοδυτικής Ελλάδας το 2001. Υπολογίστηκαν οι συχνότητες των συμπεριφορών υγείας. Λογιστική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για να μελετηθούν οι σχέσεις των δημογραφικών και εργασιακών χαρακτηριστικών με τις συμπεριφορές υγείας και την αυτοεκτιμώμενη υγεία των νοσηλευτών.

Η ανάλυσή μας έδειξε ότι μεγάλο ποσοστό νοσηλευτών καπνίζει (46%). Ειδικότερα το 45.3% των γυναικών και το 51.2% των ανδρών νοσηλευτών είναι καπνιστές.

Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες δεν είχαν ανεξάρτητη σχέση με το κάπνισμα και από τους παράγοντες της εργασίας μόνο η εργασία σε κυκλικό ωράριο είχε ανεξάρτητη επίδραση στο κάπνισμα. Οι περισσότεροι νοσηλευτές δηλώνουν ότι κάνουν περιστασιακή κατανάλωση αλκοόλ. Ο μέσος ΔΜΣ των νοσηλευτών ήταν 24.34. Πιο συγκεκριμένα των ανδρών ήταν

27.70, ενώ των γυναικών ήταν 23.87. Ανεξάρτητη επίδραση στην παχυσαρκία είχε το ανδρικό φύλο (ΛΑ 8.98, [95% ΔΕ 3.13-25.78] $p=0.000$), η ηλικία για κάθε ένα έτος αύξησής της (ΛΑ 1.12 [95% ΔΕ 1.03-1.21] $p=0.006$), η ηλικία 35-44 έτη (ΛΑ 3.36[95% ΔΕ 1.19-9.48] $p=0.022$) καθώς και η ηλικία 45-55 έτη (ΛΑ 7.20 [95% ΔΕ 1.45-35.76] $p=0.016$). Η έρευνά μας καταλήγει ότι το νοσηλευτικό προσωπικό της ΒΔ Ελλάδας έχει αδύναμο προφίλ υγείας.

Συμπερασματικά οι συμπεριφορές υγείας του νοσηλευτικού προσωπικού ίσως αντικατοπτρίζουν τις γενικότερες τάσεις και κουλτούρα του γενικού πληθυσμού της Ελλάδας. Επιπλέον φαίνεται ότι οι νοσηλευτές δεν λαμβάνουν υπόψη τις συμπεριφορές υγείας, όταν εκτιμούν το επίπεδο της υγείας τους, κάτι που ίσως θα μπορούσε να επηρεάζει την ικανότητά τους να προάγουν υγιεινές συμπεριφορές και να εκπαιδεύουν τους ασθενείς σε θέματα προληπτικής ιατρικής.

ABSTRACT**Nurses' health study: Health related behaviors of nurses- a cross sectional study****Noula A. Pappas**

We aimed to determine the prevalence of smoking, alcohol consumption, average body mass index (BMI), the prevalence of underweight, overweight and obesity among nurses and self rated health among nurses working in hospitals in NW Greece. We also tried to identify sociodemographic and work related variables that were associated with these health related behaviours.

A random sample of nurses was selected from seven hospitals of NorthWest Greece. The sample consisted of nurses of all educational groups and from every hospital department of each hospital. A self-administered questionnaire was distributed to 443 nurses. Prevalence of the health related behaviours is estimated. Regression analysis was used to examine the relationship between sociodemographic and work related characteristics and health related behaviours -as well as SRH-among the nurses.

Our analysis showed that almost half of the nurses' smoked (46%). Moreover 51% of the male nurses and 45% of the female nurses reported being current smokers. Smoking was independently associated only with rotating shift work according to multiple logistic regression analysis. We also revealed that most of our sample occasionally consumes alcohol; The mean BMI of our sample was 24.34 (women 23.87, men 27.70). Male gender (OR 8.98, [95% CI 3.13-25.78] p=0.000) and age (OR 1.12 [95% CI 1.03-1.21] p=0.006) were independently associated with obesity. While health related behaviours were not independently associated with overweight or

obesity. Our study also indicates that the health profile of nurses in Greece is relatively poor for this occupational group.

We conclude that the high proportion of smokers and overweight nurses, the relatively low level of regular physical activity, as well as the low level of alcohol consumption, and the relatively healthy dietary habits found among the Greek nurses may reflect the respective trends in the general Greek population.

In addition our study implies that some major health related behaviours are not considered directly by the group of nurses studied when self rating their health. This may have a negative impact on their ability to promote health in their patient population.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1 Kasl SV, Cobb S. Health behaviour, illness behaviour and sick role behaviour. Arch Environ Health. 1966;12:246-267
- 2 Wardle J, Steptoe A. The European health and behaviour survey: rationale, methods and initial results from the United Kingdom. Soc Sci Med. 1991;33:925-937
- 3 WHO World Health Report: Reducing risks, promoting healthy life, World Health Organisation. Geneva, Switzerland 2003
- 4 Guindon GE, Boisclair D. (2003). Past, current, and future trends in tobacco use. Vol 2003: The World Bank. World Health Organisation. Geneva, Switzerland 2004
- 5 The WHO Tobacco Free Initiative, WHO Report on the Global Tobacco Epidemic: 2010. World Health Organisation. Geneva, Switzerland 2010.
- 6 Jha P et al. Estimates of Global and Regional Smoking Prevalence in 1995, by Age and Sex. AJPH. 2002;92 (6):1002-1007
- 7 OECD. Paris, France. OECD Economic Surveys: Greece. 2009
www.oecd.org/health/healthdata (accessed Sept 2010)
- 8 OECD Health Data 1999: A Comparative Analysis of 29 Countries. OECD Paris, France 2001
- 9 Pitsavos C, Panagiotakos D, Chrysohoou C, Stefanidis C. Epidemiology of cardiovascular risk factors in Greece: aims, design and baseline characteristics of the ATTICA study. BMC Public Health. 2003;3:33

- 10 Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tobacco Control*. 2005;14:106-114
- 11 Linardakis M, Sarri K, Bervanki F et al. Ten year evaluation of the initiation of a health education program in the school of Crete. *Paediatrici* 2003;66:436-437
- 12 Mammias I, Bertias G, Linardakis M, et al. Cigarette smoking, alcohol consumption and serum lipid profile among medical students in Greece. *Eur J Public Health* 2003;13:278-282.
- 13 Avlonitou I, Samartzias I, Rigopoulou A, et al. Evaluation of smoking habits in students of the Medical School of Athens. *Pneumon* 2003;15:329-330.
- 14 Steptoe A, Wardle J, Cui W, et al. Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1999-2000 *Prev Med* 2002;35:97-104
- 15 Martínez-Sánchez JM, Fernández E, Fu M, Gallus S, Martínez C, Sureda X, La Vecchia C, Clancy L. Smoking Behaviour, Involuntary Smoking, Attitudes towards Smoke-Free Legislations, and Tobacco Control Activities in the European Union. *PLoS One*. 2010 Nov 8;5 (11):e13881
- 16 Labiris G, Voutsinas A, Niakas D. Preliminary evaluation of the school smoking-prevention policy in Greece *Eur J Public Health*.2005;15:329-30
- 17 Kokkevi A, Terzidou M, Politikou K et al. Substance use among high school students in Greece: Outburst of illicit drug use in a society under change. *Drug Alcohol Depend*. 2000;58:181-8.
- 18 Cavelaars AEJM, Kunst AE, Geurts JJM et al. Educational differences in smoking: international comparison. *BMJ*. 2000;320:1102-1107

- 19 Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Preventive Medicine*. 2005;40 (6):756-764
- 20 Hogetts G, Broers T, Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among family medicine physicians and nurses in bosnia and Herzegovina. *BMC Public Health*. 2004;5:12
- 21 Froelicher ES, Kohlman VC. Tobacco free nurses. The facts on nurses and smoking. *J Cardiopulm Rehabil* 2005;25:198-199
- 22 Trinkoff A, Storr C. Substance use among nurses: differences between specialties. *Am J Public Health*. 1998;88:581-585
- 23 Rowe K, Macleod CJ. Why nurses smoke: a review of literature. *Int J Nurs Studies*. 2000;37:173-181
- 24 Beletsioti Stika P, Scriven A. Smoking among Greek nurses and their readiness to quit. *Int Nurs Rev*. 2006;53 (2):150-6
- 25 Vardavas CI, Bouloukaki I, Linardakis M et al. Smoke-free hospitals in Greece: Personnel percetios, compliance and smoking habit. *Tobacco Induced Diseases*. 2009; 5:8
- 26 Vagropoulos I, Tsilchorozidou T, Tsinopoulos G et al. Smoking habits among the hospital staff of a General Hospital in northern Greece: a long way ffor smoke-free hospitals. *Monaldi Arch Chest Dis*. 2006;65 (3):160-4
- 27 Cofta S, Staszewski R. Hospital staff and smoking habits: do we need modification of smoking behaviour in Polish hospitals? *J Physiol Pharmacol*. 2008;59:191-199
- 28 Ota A, Yasuda N, Okamoto Y et al. Relationship of job stress with nicotine dependence of smokers. A cross sectional study of female nurses in a general hospital. *J Occup Health*. 2004;46:220-224

- 29 McKenna H, Slater P, McCance T et al. The role of stress, peer influence and education levels on the smoking behaviour of nurses. *Int J Nurs Studies*. 2003;40:359-366.
- 30 Sarna L, Bialous SA, Jun HJ et al. Smoking trends in the Nurses' health study (1976-2003). *Nurs Res*. 2008;57 (6):374-382
- 31 Slater P, McElwee G, Fleming P et al. Nurses' smoking behaviour related to cessation practice. *Nurs Times*. 2006;102 (9):32-37
- 32 Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art.No.: CD001188. DOI: 10.1002/14651858.CD001188.pub3
- 33 Global status report on alcohol. World Health Organization. Geneva,Switzerland 2004
- 34 Kokkevi A et al. Sharp increase in illicit drug use in Greece: trends from a general population survey on licit and illicit drug use. *Eur Addiction Res*. 2000; 6 (1):42–49
- 35 San José B et al. Sociodemographic correlates of abstinence and excessive drinking in the Greek population. *Substance Use and Misuse*. 2001; 36 (4):463–475
- 36 Pazarlis P, et al, “Socio-demographic status and alcohol drinking patterns among healthy adults”, *Cent Eur J Public Health*. 2006;14 (4):160167
- 37 Trinkoff A, Storr C. Substance use among nurses: differences between specialties. *Am J Public Health*. 1998;88:581-585
- 38 WHO Consultation on Obesity. *Obesity:preventing and managing the global epidemic*. World Health Organisation, Geneva, Switzerland 1999

- 39 National Heart Lung and Blood Institute. Seventh report of the Joint National Committee of Prevention, Detection , Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7) Express (NIH Publication No 5233).Bethesda, MD :National Institute of Health, 2003
- 40 Heseke H, Schmid A. Epidemiology of obesity. Ther Umsch. 2000;57 (8):478-481
- 41 Krassas GE, Kelestimur F, Micic M, et al, 2003 Self-reported prevalence of obesity among 20,329 adults from large territories of Greece, Serbia and Turkey. Hormones 2: 49-5
- 42 Bertsiias G, Mammias I, Linardakis M et al. Overweight and Obesity in relation to cardiovascular risk factors among medical students in Crete, Greece. BMC Public Health. 2003;3:3-11.
- 43 Kapantais E, Tzotzas T, Ioannidis I et al. First National Epidemiological Survey on the prevalence of obesity and abdominal fat distribution in Greek adults. Ann Nutr Metab. 2006;50:330-338
- 44 Koukoulis GN, Sakka C, Katsaros F et al. high rates of obesity prevalence in adults living in Central Greece: data from the ARGOS study. Hormones. 2010;9 (3):253-262
- 45 Tzotzas Th, Konstantinidis Th, Bougoulia M et al. Factors associated with body mass index in adults from Northern Greece. Hormones. 2004;3 (2):111-119.
- 46 Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C et al. Epidemiology of overweight and obesity in a Greek adult population: The Attica Study. Obes Res. 2004;12 (12):1914-1920

- 47 Pomerleau J, McKeigue PM, Chaturvedi N. Factors associated with obesity in South Asian, Afro Caribbean and European women. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 1999;23:25-33
- 48 Paeratakul S, Lovejoy JC, Ryan DH et al. The relation of gender, race and socioeconomic status to obesity and obesity comorbidities in a sample of US adults. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2002;26:1205-1210
- 49 Albanes D, Jones DY, Micozzi MS et al. Associations between smoking and body weight in the US population: *Am J Public Health.* 1987 Apr;77(4):439-44.
- 50 Lissner L, Bengtsson C, Lapidus L et al. Smoking initiation and cessation in relation to body fat distribution based on data from a study of Swedish women. *Am J Public Health.* 1992;82:273-275
- 51 Kimm SYS, Glynn NW, Aston CE et al. Effects of race, cigarette smoking and use of contraceptive medications on resting energy expenditure in young women. *Am J Epidemiol.* 2001;154:718-724
- 52 Marti B, Tuomilehto J, Korhonen HJ et al. Smoking and leanness: evidence for change in Finland. *BMJ.* 1989;298:1287-1290
- 53 Miller SK, Alpert PT, Cross CL. *J Am Academy of Nurse Practi.* 2008;20;259-265.
- 54 Bener A, Alwash R, Gaber T, Lovasz G. Obesity and low back pain. *Coll Antropol.* 2003;27 (1):95-104
- 55 Jaarsma T, Stewart S, De Geest S et al. A survey of coronary risk factors and B-type natriuretic peptide concentrations in cardiac nurses from Europe: do nurses still practice what they preach? *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2004;3 (1)3-6

- 56 Schernhammer ES, Laden F, Speizer FE et al. Night shift work and risk of colorectal cancer in the Nurses' Health Study. *J National Cancer Institution*. 2003;95:825-828
- 57 Idler EL, Benyamini Y: Self rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38:21-37
- 58 Benyamini Y, Idler EL: Community studies reporting associations between self rated health and mortality. *Res Aging*. 1992;21 (3):392-401
- 59 Mossey JM, Shapiro E: Self rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*. 1982;72 (8):800-808
- 60 Miilunpalo S, Vuori I, Oja P, Pasanen M, Urponen H: Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population. *J Clin Epidemiol*; 1997;50 (5):517-528.
- 61 Wolinsky FD, Johnson RJ: The use of health services by older adults. *J Gerontol*. 1991; 46 (6):S345-357
- 62 Fylkesnes K, Forde OH: Determinants and dimensions involved in self evaluations of health. *Soc Sci Med*. 1992;35 (3):271-279.
- 63 Shulz R, Mittelmark M, Kronmal R, Polak JF, Hirsch CH, German P, Bookwala J: Predictors of perceived health status in elderly men and women. The Cardiovascular Health Study. *Journal of Aging and Health*. 1994;6:419-447.
- 64 Manderbacka K, Lundberg O, Marikainen P: Do risk factors and health behaviours contribute to self rating of health? *Soc Sci Med*. 1999;48 (12):1713-1720

- 65 Nies AH, Van Staveren WA: Relation of dietary quality, physical activity and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *Am J Public Health*. 2003;93 (2):318-323
- 66 Poikolainen K, Vartiainen E, Korhonen HJ: Alcohol intake and subjective health. *Am J Epidemiol*. 1996;144 (4): 346-350
- 67 Lamb KL, Roberts K, Brodle DA: Self perceived health among sports participants and non-sports participants. *Soc Sci Med*. 1990;31 (9): 963-969
- 68 Moum T: Self assessed health among Norwegian adults. *Soc Sci Med*. 1992;35 (7): 935-947
- 69 Eriksson I, Unden AL, Elofsson S: Self rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol*. 2001;30:326-333
- 70 Krause NM, Jay GM: What do global self rated health items measure? *Medical Care*. 2004; 32 (9): 930-942
- 71 Hope A, Kelleher CC, O'Connor M: Lifestyle practices and the health promoting environment of hospital nurses. *J Adv Nurs*. 1998;28 (2): 438
- 72 Cheng Y, Kawachi I, Coakley EH et al.: Associations between psychosocial work characteristics and health functioning in American women: prospective study. *BMJ*. 2000; 320: 1432-1436
- 73 Niedhammer I, Chea M: Psychosocial factors at work and self reported health: Comparative results of cross sectional and prospective analyses of the French GA cohort. *Occup Environ Med*. 2003; 60 (7): 509-515
- 74 Lindholm M, Dejin-Karlsson E, Ostergren PO et al.: Nurse managers' professional networks , psychosocial resources and self rated health. *J Adv Nurs*. 2003;42 (5): 506-515

- 75 Dermouti E, Baker AB, Friedhelm N, Schanfels WB: A model of burnout and life satisfactions amongst nurses. *J Adv Nurs*. 2000;32 (2):454
- 76 Lindholm M, Dejin-Karlsson E, Ostergren PO, Uden G: Nurse managers' professional networks, psychosocial resources and self rated health. *J Adv Nurs*. 2003;42 (5):506-515.
- 77 Estryng-behar M, Kaminski M, Peigne E, Bonnet N, Vaichere E, Gozlan C, Azoulay S, Giorgi M: Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med*. 1990;47 (1):20-28.
- 78 Ainsworth B et al. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities *Med Sci Sports Exerc*. 1993;25:71-80
- 79 Vardavas CI, Bouloukaki I, Linardakis M et al. Smoke-free hospitals in Greece: Personnel perceptions, compliance and smoking habit. *Tobacco Induced Diseases*. 2009, 5:8
- 80 Concato J, Feinstein AR, Holford TR. The risk of determining risk with multivariable models. *Ann Intern Med*. 1993 Feb 1;118 (3):201-10
- 81 Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev Med*. 2005;40 (6):756-764
- 82 Sichletidis L, Chloros D, Tsiotsios I. High prevalence of smoking in Northern Greece. *Prim Care Respir J*. 2006;15:92-97
- 83 Beletsioti Stika P, Scriven A. Smoking among Greek nurses and their readiness to quit. *Int Nurs Rev*. 2006;53 (2):150-6
- 84 Tselebis A, Panaghiotou A, Theotoka I, Ilias I. Nursing staff anxiety ersus smoking habits. *Int J Nurs Pract*. 2001;7 (3):221-3
- 85 Vardavas CI, Kafatos AG. Smoking policy and prevalence in Greece: an overview. *Eur J Public Health*. 2006;17 (2):211-213

- 86 Vagropoulos I, Tsilchorozidou T, Tsinopoulos G et al. Smoking habits
among the hospital staff of a general hospital in Northern Greece: a long way
for smoke-free hospitals. *Monaldi Arch Chest Dis.* 2006;65:60-164
- 87 Martinez C, Garcia M, Mendez E et al. Barriers and challenges for tobacco
control in a smoke-free hospital. *Cancer Nurs.* 2008;31 (2):88-94
- 88 Ficarra MG, Gualano MR, Capizzi S et al. Tobacco use prevalence,
knowledge and attitudes among Italian hospital healthcare professionals. *Eur*
J Public Health. 2010 March 10 [epub ahead of print]
- 89 Sezer H, Guler N, Sezer RE. Smoking among nurses in Turkey: Comparison
with other countries. *J Health Popul Nutr.* 2007;25 (1):107-111
- 90 Kitajima T, Ohida T, Harano S et al. Smoking behavior, initiating and
cessation factors among Japanese nurses: a cohort study. *Public Health.*
2002;116:347-352
- 91 Sarna LP, Brown JK, Lillington L, Rose M, Wewers ME, Brecht ML.
Tobacco Interventions by oncology nurses in clinical practice *Cancer.* 2000;
89: 881–889
- 92 Bialous SA, Sarna L, Wewers ME, Froelicher ES, Danao L. Nurses’
perspectives of smoking initiation, addiction, and cessation. *Nurs Res.*
2004;53 (6):387-395
- 93 Hall S, Vogt F and Marteau TM. A short report: survey of practice nurses’
attitudes towards giving smoking cessation advice *Fam Pract.* 2005;22: 614–
616
- 94 McKenna H, Slater P, McCance T, Bunting B, Spiers A, McElwee G:
Qualified nurses' smoking prevalence: their reasons for smoking and desire
to quit. *J Adv Nurs.* 2001;35:769-775
- 95 Nagle A, Schofield M, Redman S. Australian nurses’ smoking behaviour,
knowledge and attitude towards providing smoking cessation care to their
patients. *Health Promot Int.* 1999;14 (2):133-144

- 96 Nakata A, Swanson NG, Caruso CC. Nurses, smoking, and immunity: a
review. *Rehabil. Nurs.* 2010;35 (5):198-205
- 97 Shishani K, Nawafleh H, Jarrah S, Froelicher ES. Smoking patterns among
Jordanian health professionals: A study about the impediments to tobacco
control in Jordan. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2010 Sep 6. [epub ahead of print]
- 98 Plant ML, Plant MA, Foster J. Alcohol, tobacco and illicit drug use amongst
nurses: A Scottish study. *Drug Alcohol Depend.* 1991;28:195-202
- 99 Becker DM, Myers AH, Sacci M et al. Smoking behavior and attitudes
toward smoking among hospital nurses. *Am J Public Health.* 1986;76:1449-
1451
- 100 Callaghan P: Health beliefs and their influence on United Kingdom nurses'
health related behaviors. *J Adv Nurs.* 1999;29 (1):28-35
- 101 McKenna H, Slater P, McCance T, Bunting B, Spiers A, McElwee G: The
role of stress, peer influence and education levels on the smoking behaviour
of nurses. *Int J Nurs Studies.* 2003;40 (4):359-366
- 102 Pazarlis P, Mauri D, Cortinovis I, Katsigiannopoulos K, Alevizakis P,
Koukourakis G et al. Socio-demographic status and alcohol drinking patterns
among Greek healthy adults. *Cent Eur J Public Health.* 2006;14 (4):160-167
- 103 Koukoulis GN, Sakka C, Katsaros F, Goutou M, Tsirona S, Tsiapali E et al.
High rates of obesity prevalence in adults living in Central Greece: Data
from the ARGOS Study. *HORMONES.* 2010; 9 (3):253-262
- 104 Zapka JM, Lemon SC, Magner RP, Hale J. Lifestyle behaviours and weight
among hospital based nurses. *J Nurs Manag.* 2009 November; 17 (7): 853–
860.
- 105 Miller SK, Alpert PT, Cross CL. Overweight and obesity in nurses,
advanced practice nurses, and nurse educators. *J Am Ac Nurse Pract.*
2008;20:250-65

- 106 Martinez JA, Kearney JM, Kafatos A, Paquet S, Martinez-Gonzalez MA.
Variables independently associated with self-reported obesity in the
European Union. *Public Health Nutr.* 1999;2:125-33
- 107 Sobal J, Stunkard AJ. Socioeconomic status and obesity: a review of
literature. *Psychol Bull.* 1989;105:260-75
- 108 Daniilidou NV, Gregory S, Kyriopoulos JH, Zarvas DJ: Factors associated
with self rated health in Greece. *Eur J Publ Health.* 2004;14:209-211.
- 109 Gijsbers van Wijk C, van Vliet K, Kolk A, Everaerd W: Symptom sensitivity
and sex differences in physical morbidity: a review of health surveys in the
United States and The Netherlands. *Women Health.* 1991; 17:91-124.
- 110 Power C, Matthews S, Manor O: Inequalities in self rated health in the 1958
birth cohort: lifetime social circumstances or social mobility? *BMJ.*
1996;313:449-453.
- 111 Edell-Gustafsson U, Kritz KE, Bogren IK: Self reported sleep quality, strain
and health in relation to perceived working conditions in females. *Scand J
Caring Sci.* 2002;16: 179-187
- 112 Skipper J, Jung FD, Coffey LC: Nurses and shiftwork: effects on physical
health and mental depression. *J Adv Nurs.* 1990;15 (7): 835-842
- 113 Lindholm M, Dejin-Karlsson E, Ostergren PO et al.: Nurse managers'
professional networks , psychosocial resources and self rated health. *J Adv
Nurs.* 2003; 42 (5): 506-515
- 114 Rimm EB, Stampfer MJ, Colditz GA, Chute CG, Litin LB, Willett WC.
Validity of self-reported waist and hip circumferences in men and women.
Epidemiology. 1990;1:466-73.
- 115 Dekkers JC, van Wier MF, Hendriksen IJM, Twisk JWR and van Mechelen
W. Accuracy of self-reported body weight, height and waist circumference
in a Dutch overweight working population. *BMC Med Res Methodology.*
2008;8:69

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι
Το ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ της έρευνάς μας

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ
ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑΣ
Διευθυντής : Ιωάννης Π.Α. Ιωαννίδης

UNIVERSITY OF IOANNINA
MEDICAL SCHOOL
DEPARTMENT OF HYGIENE
AND EPIDEMIOLOGY
Chairman: John P. A. Ioannidis, MD

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

ΕΡΕΥΝΑ

Η ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ

ΤΜΗΜΑ 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

(συμπληρώνεται από τον ερευνητή)

- 1a. Φύλο (κλείστε σε κύκλο την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει)
1. Άνδρας
 2. Γυναίκα
- 1b. Πόσων ετών είσαι; ___ ___
- 1c. Ποιο είναι το ύψος σου; (σε εκατοστά) ___ ___ ___
- 1d. Ποιο είναι το βάρος σου; (σε κιλά) ___ ___ ___
- 1e. Ποια είναι η οικογενειακή σου κατάσταση;
1. Ανύπαντρος/η
 2. Παντρεμένος/η
 3. Διαζευγμένος/η
 4. Χήρος/α
- 1f. Έχεις παιδιά;
1. Ναι
 2. Όχι
- 1g. Πόσα παιδιά; ___ ___
- 1h. Έχεις σπουδάσει σε:
1. Διευτούς νοσηλευτική σχολή (ΙΕΚ, ΤΕΕ, ΜΤΕΝΣ)
 2. ΤΕΙ
 3. ΑΕΙ

ΤΜΗΜΑ 2. ΠΩΣ ΕΙΝΑΙ Η ΥΓΕΙΑ ΣΟΥ;

2a. Πως θα περιέγραφες την κατάσταση της υγείας σου;

1. Άριστη
2. Πολύ καλή
3. Καλή
4. Μέτρια
5. Κακή

ΤΜΗΜΑ 3. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

3a. Κάνεις κάποια προσπάθεια να ασκείς το σώμα σου;

1. Ναι
2. Όχι

3b. Με ποιον τρόπο και πόσες φορές την εβδομάδα, ασκείς το σώμα σου για τουλάχιστον 20 λεπτά της ώρας σε κάθε ένα από τα παρακάτω; (κλείστε σε κύκλο την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει)

ΦΟΡΕΣ ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ

a. Περπάτημα	0	1	2	3	4	5	6	7
b. Τρέξιμο.	0	1	2	3	4	5	6	7
c. Ποδήλατο.	0	1	2	3	4	5	6	7
d. Ασκήσεις με όργανα.	0	1	2	3	4	5	6	7
e. Χορό.	0	1	2	3	4	5	6	7
f. Αεροβική.	0	1	2	3	4	5	6	7
g. Με κάτι άλλο (τι;)	0	1	2	3	4	5	6	7

ΤΜΗΜΑ 4. ΚΑΠΝΙΣΜΑ

4a. Πώς θα περιέγραφες τον εαυτό σου;

1. Καπνιστής
2. Μη καπνιστής
3. Πρώην καπνιστής

4b. Εάν απάντησες καπνιστής

- a. Πόσα χρόνια καπνίζεις; ___ ___
- b. Πόσα τσιγάρα καπνίζεις το 24ώρο κατά μέσον όρο; ___ ___

ΤΜΗΜΑ 5. ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΚΟΟΛ

5a. Πόσο συχνά πίνεις οινοπνευματώδη ποτά;

1. Δεν πίνω καθόλου
2. Περιστασιακά όχι κάθε εβδομάδα
3. Μία φορά την εβδομάδα
4. Πάνω από μία φορά την εβδομάδα

ΤΜΗΜΑ 6. ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- 6a. Πόσες φορές την εβδομάδα τρως κόκκινο κρέας; ___ ___
- 6b. Πόσες φορές την εβδομάδα τρως άσπρο κρέας; ___ ___
- 6c. Κάνεις προσπάθειες να αποφύγεις τροφές με πολλά λίπη;
1. Ναι
 2. Όχι
- 6d. Κάνεις προσπάθειες να καταναλώνεις τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες;
1. Ναι
 2. Όχι

ΤΜΗΜΑ 7. ΥΠΝΟΣ

- 7a. Κατά μέσον όρο πόσες ώρες κοιμάσαι συνολικά το 24ώρο; ___ ___

ΤΜΗΜΑ 8. ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΟΥ

- 8a. Σε τι κλινική δουλεύεις τώρα; _____
- 8b. Τι θέση έχεις;
1. Νοσηλεύτρια/της
 2. Υπεύθυνη/ος
 3. Προϊσταμένη/ος
- 8c. Πόσα χρόνια προϋπηρεσία έχεις; ___ ___
- 8d. Πόσες νυχτερινές βάρδιες κάνεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα; ___ ___
- 8e. Πόσες απογευματινές βάρδιες κάνεις κατά μέσο όρο την εβδομάδα; ___ ___

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ, ___ ___ / ___ ___ / 2002

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ