

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Συσχέτιση της αισιοδοξίας, των διατροφικών συνηθειών  
και της αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας.**

**Μια ποσοτική και ποιοτική μελέτη »**

**ΚΑΡΓΑΚΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**  
**Κοινωνική Λειτουργός ΤΕ**

**Νοέμβριος 2014**

**ΣΠΑΡΤΗ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Συσχέτιση της αισιοδοξίας, των διατροφικών συνηθειών  
και της αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας.**

**Μια ποσοτική και ποιοτική μελέτη »**

**ΚΑΡΓΑΚΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

**Κοινωνική Λειτουργός ΤΕ**

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

**Επιβλέπουσα: Ρόχας Χιλ Ανδρέα Παόλα, Επίκουρη Καθηγήτρια**

**Μέλος: Ζυγά Σοφία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

**Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

**Νοέμβριος 2014**

**ΣΠΑΡΤΗ**

Copyright © ΚΑΡΓΑΚΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ, 2014

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

Υπογραφή

**Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

---

**Επιβλέπουσα: Ρόχας Χιλ Ανδρέα Παόλα, Επίκουρη Καθηγήτρια**

---

**Μέλος: Ζυγά Σοφία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

---

**Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

## Ευχαριστίες

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο των ακαδημαϊκών μου υποχρεώσεων ως φοιτήτρια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής της σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου το 2014 και δεν θα μπορούσε να υλοποιηθεί χωρίς τη συμβολή και τη στήριξη αρκετών σημαντικών ανθρώπων και συνεργατών, οι οποίοι υπήρξαν αρωγοί αυτής της προσπάθειας και τους οποίους θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά.

Θα ήθελα αρχικά να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα της μεταπτυχιακής εργασίας κα Ανδρέα Παόλα Ρόχας Χιλ - Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής, όχι μόνο για την άψογη συνεργασία μας, το συνεχές ενδιαφέρον της, την πολύπλευρη συμπαράστασή της και την εμπύχωση κατά τη διάρκεια της εκπόνησης και συγγραφής αυτής της εργασίας, αλλά κυρίως για την αγάπη και τον ενθουσιασμό που μου μεταλαμπάδευσε για τη γνώση και την έρευνα, καθώς και για τις συμβουλές - παρακαταθήκη σε επιστημονικό και προσωπικό επίπεδο- , νιώθοντας έτσι συνεχώς τυχερή που συνεργάστηκα μαζί της.

Ευχαριστώ επίσης θερμά την Πρόεδρο του Τμήματος Νοσηλευτικής κα Ζυγά Σοφία – Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, καθώς και την Πρόεδρο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος του Τμήματος κα Τσιρώνη Μαρία - Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, οι οποίες έκαναν αποδεκτή την πρότασή μου για συμμετοχή στην τριμελή εξεταστική επιτροπή και στήριξαν εμπράκτως τη διεξαγωγή της παρούσης μελέτης.

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στο διδάσκοντα του Τμήματος Νοσηλευτικής κ. Σαχλά Αθανάσιο, πρώτον διότι ως διδάσκων με έκανε να πιστέψω ότι μπορώ να ξεπεράσω τα «δυνατά» όρια του νου μου και να καταφέρω να ανακαλύψω εκείνα που κάποτε θεωρούσα «αδύνατα», και δεύτερον για τη σημαντική συμβολή του στο σχεδιασμό, στην υλοποίηση και στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της εργασίας. Υπήρξε πάντοτε «παρών» άμεσα, σε κάθε βήμα, σε κάθε ερώτημα, σε κάθε δυσκολία, καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της μελέτης. Οι γνώσεις που απέκτησα συνεργαζόμενη μαζί του ήταν και θα είναι πολύτιμες.

Οφείλω επίσης να ευχαριστήσω τον κ. Πρεζεράκο Παναγιώτη – Αναπληρωτή Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής, διότι ήταν ο πρώτος καθηγητής που μου έδωσε την ευκαιρία να γνωρίσω «ουσιαστικά» την έρευνα, μια σημαντική εμπειρία για την υλοποίηση και της παρούσης εργασίας.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Λυράκο Ν. Γεώργιο για τη χορήγηση άδειας χρήσης του Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή (GrLot-R) -βασικού εργαλείου της μελέτης- τον Πρόεδρο του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού κ Κριεμάδη και τους διδάσκοντες της σχολής Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητας Ζωής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για την έγκριση και διευκόλυνση διεξαγωγής της μελέτης.

Ευχαριστώ εκ βαθέων τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια κα Σταματοπούλου Μαρία για την ουσιαστική και έμπρακτη υποστήριξή της, καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μου.

Δεν θα μπορούσα να μην εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ και μια απέραντη ευγνωμοσύνη στο σύζυγό μου Δημήτρη και στην οικογένειά μου για τη συνεχή συμπαράσταση, υπομονή και υποστήριξή τους σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Χωρίς αυτούς, η παρακολούθηση και η ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος, θα παρέμενε ένα ανεκπλήρωτο όνειρο ζωής.

Κλείνοντας και ξεφεύγοντας λίγο από τα στενά όρια απόδοσης ευχαριστιών, δράττομαι της ευκαιρίας να χαρίσω σε όλους όσους διαβάσουν την παρούσα εργασία, μέρος του ποιήματος «Αν» του Κίπλινγκ με την ευχή να τους δίνει δύναμη, όπως δίνει σε εμένα:

Αν να κρατάς καλά μπορείς το λογικό σου, όταν τριγύρω σου όλοι  
τα 'χουν χαμένα και σ' εσέ της ταραχής τους ρίχνουν την αιτία,  
αν να εμπιστεύεσαι μπορείς τον ίδιο τον εαυτό σου όταν ο κόσμος δε σε πιστεύει,  
κι' αν μπορείς να του σχωρνάς αυτήν τη δυσπιστία...  
Αν ν' αντικρύξεις σου βαστά, το θρίαμβο και τη συμφορά παρόμοια  
κι' όμοια να φέρνεσαι σ' αυτούς τους δύο τυραννικούς απατεώνες...

Αν σου βαστά η ψυχή συντριμμένα να θωρείς όσα σου 'χουν ρουφήξει τη ζωή σου  
και πάλι να ξαναρχινάς να χτίζεις μ' εργαλεία που 'ναι φθαρμένα...  
Αν να ονειρεύεσαι μπορείς δίχως να γίνεσαι δούλος των ονείρων,  
κι αν να στοχάζεσαι μπορείς, δίχως να γίνει ο στοχασμός σκοπός σου...  
Αν νεύρα και καρδιά μπορείς, και σπλάχνα και μυαλό όλα να τα σφίξεις  
για σε να δουλέψουν ξαναρχής, κι' ας είναι από πολύ καιρό σωσμένα,  
και να κρατιέσαι πάντα ορθός, όταν δεν σου 'χει τίποτε απομείνει  
παρά μονάχα η θέληση, κράζοντας σε όλα αυτά «βαστάτε»...

Δική σου θα 'ναι τότε η Γη, μ' όλα και μ' ό,τι πάνω της κι' αν έχει  
και κάτι ακόμα πιο πολύ: Αληθινός άνθρωπος θά 'σαι, παιδί μου!

*Μια μελέτη με αντικείμενο την αισιοδοξία,  
δεν θα μπορούσε παρά να αφιερωθεί στους δύο ανθρώπους που από όταν ήρθαν  
στη ζωή μου με γεμίζουν πάντα με αισιοδοξία και όμορφα συναισθήματα*

*στις κορούλες μου*

*Φαφάελα και Νάγια*

**ΠΕΡΙΛΗΨΗ**



**Σκοπός:** Η διερεύνηση ύπαρξης σχέσης μεταξύ του βαθμού αισιοδοξίας, της αυτο-αξιολόγησης της γενικής κατάστασης της σωματικής υγείας-ευεξίας, τις διατροφικές συνήθειες και του τρόπου ζωής.

**Υλικό και Μέθοδος:** Διενεργήθηκε ποσοτική μελέτη σε 500 ενηλίκους στη Λακωνία. Χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο που αποτελείτο από ερωτήσεις αυτο-αξιολόγησης της υγείας-ευεξίας, διατροφικών συνηθειών και το Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R). Διεξήχθη ποιοτική μελέτη με τη πραγματοποίηση ατομικών συνεντεύξεων και ομάδων εστιασμένης συζήτησης. Όλοι οι έλεγχοι ήταν δίπλευροι και τα αποτελέσματα θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικά για  $p < 0.05$

**Αποτελέσματα:** Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι το 44,6% αξιολόγησε την υγεία του ως καλή, ενώ το 44,2% ως μέτρια. Αξιολογώντας τη μέση τιμή στη βαθμολογία στο GrLot-R, οι συμμετέχοντες μπορούν να χαρακτηριστούν ως πολύ αισιόδοξοι ( $20,47 \pm 4,017$ ). Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της βαθμολογίας της αυτο-αξιολόγησης της υγείας-ευεξίας με την άσκηση, τις ώρες ύπνου, την κατανάλωση φρούτων, γαλακτοκομικών, δημητριακών ολικής άλεσης, νερού και αρνητική με τα χρόνια νοσήματα και το κάπνισμα. Η υψηλότερη βαθμολογία στο GrLot-R σχετίστηκε στατιστικά με τη συχνότερη κατανάλωση φρούτων, σαλάτας, γαλακτοκομικών, ωμού ελαιόλαδου, δημητριακών ολικής άλεσης, νερού και με τη λιγότερη κατανάλωση κονσερβοποιημένων τροφίμων. Επίσης, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτο-αξιολόγησης της υγείας-ευεξίας και του GrLot-R. Από τις αναλύσεις της ποιοτικής μελέτης προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες δεν είχαν παρατηρήσει επίδραση συγκεκριμένων τροφών στην υγεία και αισιοδοξία τους, αλλά είχαν παρατηρήσει επίδραση της άσκησης, των χρόνιων νοσημάτων και του καπνίσματος στην υγεία και επίδραση της οικογένειας και του άγχους στην αισιοδοξία τους.

**Συμπεράσματα:** Ο τρόπος ζωής και η διατροφή επηρεάζουν καθοριστικά την αυτο-αξιολόγηση της γενικής σωματικής υγείας-ευεξίας και της αισιοδοξίας. Ενημερωτικές παρεμβάσεις για την προαγωγή της υγείας και τη μείωση των παραγόντων κινδύνου κρίνονται αναγκαίες.

**Λέξεις κλειδιά:** Προδιάθεση αισιοδοξίας και διατροφή, αισιοδοξία και σωματική - ψυχική υγεία

## **ABSTRACT**

**Aim:** The investigation of the existence of a relationship among the degree of optimism, self-assessment of overall physical health and well-being, nutritional habits and lifestyle.

**Material and Methods:** A quantitative study was conducted on 500 adults in Laconia. A standardised questionnaire was used which consisted of questions regarding self-assessment of overall physical health and well-being, nutritional habits as well as the Life Orientation Test (GrLot-R). A qualitative study was conducted with individual interviews and focus groups. All tests were two tailed and results were considered statistically significant at  $p < 0,05$ .

**Results:** The analysis revealed that 44,6% assessed their health as being good, whereas 44,2% as average. Following assessment of the average score of GrLot-R, the participants can be characterized as over optimistic ( $20,47 \pm 4,017$ ). There was also positive association between the self-assessment of health and well-being, exercise, hours of sleep, consumption of fruits, dairy products, high-fibre cereals and water, whereas there was a negative relation to chronic diseases and smoking. The highest GrLot-R score was statistically related to more frequent consumption of fruits, salads, dairy products, olive oil, high-fibre cereals and water and to the lower consumption of canned products. There was also a positive relation between the self-assessment of overall health and well-being and the GrLot-R. The qualitative study analysis showed that the participants had not observed any effects on their health and optimism from specific foods, but had recognized the impact of exercise, chronic diseases and smoking on their health, as well as an effect on their optimism from family and stress.

**Conclusions:** Lifestyle and nutrition definitively influence the self-assessment of overall physical health, well-being and optimism. Informative interventions for the promotion of health and the reduction of risk factors are deemed a necessity.

**Keywords:** Dispositional optimism and nutrition, optimism and physical-mental health

## Περιεχόμενα

1.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΈΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ.....	13
1.1	Η έννοια της αισιοδοξίας.....	13
1.2	Η έννοια της σωματικής υγείας και ευεξίας.....	15
1.3	Η έννοια της διατροφής.....	16
2.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΧΕΣΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑΣ, ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ. ....	19
2.1	Μελέτες αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και χρόνιων νοσημάτων / παθήσεων.....	19
2.2	Μελέτες αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και καρδιαγγειακών παθήσεων. .	22
2.3	Μελέτες αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και πόνου.....	26
2.4	Μελέτες αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και καρκίνου.....	28
2.5	Μελέτες αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και ψυχικής υγείας.....	31
2.6	Μελέτες αναφορικά με τη σχέση της αισιοδοξίας, των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής.....	34
	ΜΕΡΟΣ Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....	37
3.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....	37
3.1	Σκοπός της μελέτης.....	37
3.2	Ερευνητικές Υποθέσεις.....	38
3.3	Ερευνητική μεθοδολογία.....	39
3.4	Ερευνητικό εργαλείο διεξαγωγής της ποσοτικής μελέτης.....	40
3.5	Δείγμα μελέτης.....	42
3.6	Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	44
3.7	Στατιστική ανάλυση των δεδομένων της ποσοτικής μελέτης.....	45
3.8	Ανάλυση των δεδομένων της ποιοτικής μελέτης.....	45
3.9	Συναίνεση συμμετεχόντων και ηθικά θέματα.....	46
4.	ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	47
4.1	Αποτελέσματα ποσοτικής μελέτης.....	47
4.1.1	Περιγραφή του δείγματος.....	47
4.1.2	Συσχετίσεις ποσοτικής μελέτης.....	64
4.2	Αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης.....	102
4.2.1	Ανάλυση των ατομικών συνεντεύξεων.....	102
4.2.2	Αφηγηματική έκθεση – Αναφορά.....	111
4.2.3	Ανάλυση των ομάδων εστιασμένης συζήτησης.....	114
4.2.4	Αφηγηματική έκθεση.....	115
5	ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	127
6	ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	147
	Περιορισμοί της μελέτης.....	148

ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	149
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	179
Παράρτημα Ι.....	180
Παράρτημα ΙΙ.....	181
Παράρτημα ΙΙΙ.....	182
Παράρτημα ΙV.....	183
Παράρτημα V.....	184

## ΜΕΡΟΣ Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΒΑΣΙΚΕΣ ΈΝΝΟΙΕΣ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

#### 1.1 Η έννοια της αισιοδοξίας

Είναι κοινώς παραδεκτό ότι πολλά αποφθέγματα και η λαϊκή σοφία έχουν προωθήσει την πεποίθηση ότι τα θετικά ή τα αρνητικά συναισθήματα έχουν τον αντίστοιχο αντίκτυπο στη ζωή του ανθρώπου. Αποφθέγματα όπως «αν κοιτάξεις για πολλή ώρα την άβυσσο, στο τέλος και η άβυσσος θα κοιτάξει εσένα» του Νίτσε, καθώς και του Βολταίρου «αποφάσισα να είμαι ευτυχισμένος επειδή κάνει καλό στην υγεία», φαίνεται να επιβεβαιώνονται μέσω της επιστήμης<sup>1</sup>.

Η μελέτη πάνω στην έννοια, τον ορισμό της αισιοδοξίας, τους παράγοντες που τη διαμορφώνουν, καθώς και τους τομείς που αυτή επηρεάζει, φαίνεται να είναι πλέον ένα επίκαιρο ζήτημα. Περισσότερες μελέτες έχουν γίνει τα τελευταία οκτώ χρόνια πάνω σε αυτό το θέμα, από ότι τα τελευταία είκοσι<sup>1</sup>.

Η Segerstrom υποστηρίζει ότι σε γενικές γραμμές, περίπου το 80% των ανθρώπων που έχουν συμμετάσχει σε μελέτες, έχουν ταξινομηθεί ως αισιόδοξοι, ο Seligman θεωρεί ότι το 60 % είναι «περίπου» αισιόδοξοι, ενώ ο Tiger επισημαίνει ότι η αισιοδοξία αποτελεί ένα σημαντικό εξελικτικό στοιχείο για την επιβίωση και υποστηρίζει ότι είναι από τα πιο καθοριστικά και προσαρμοστικά χαρακτηριστικά του ανθρώπου<sup>2-4</sup>.

Το πρώτο κύμα της έρευνας επικεντρώθηκε στον καθορισμό της αισιοδοξίας και σαφώς στη δημιουργία εργαλείων μέτρησης αυτής, ώστε να επιτραπεί στη συνέχεια στους ερευνητές να τη διερευνήσουν. Οι προκύπτουσες μελέτες έδειξαν μια σχεδόν εκπληκτικά θετική εικόνα υπέρ των πλεονεκτημάτων μιας αισιόδοξης προοπτικής, είτε πρόκειται για την αισιοδοξία ως διάθεση, είτε για την αισιοδοξία όσον αφορά στον τρόπο που εξηγούμε τα γεγονότα που μας συμβαίνουν<sup>5,6</sup>.

Αρκετοί ερευνητές έχουν επιχειρήσει να ορίσουν την αισιοδοξία με διαφορετικούς τρόπους, με αποτέλεσμα να έχουν διαμορφωθεί διαφορετικά θεωρητικά μοντέλα και τρόποι μέτρησης, με δύο κυρίως να επικρατούν. Η πρώτη επιστημονική προσέγγιση αφορά το θεωρητικό μοντέλο των Scheier και Carver και τη θεωρία της

Προδιάθεσης Αισιοδοξίας (Theory of Optimism), οι οποίοι καθορίζουν την αισιοδοξία ως “*μία σφαιρική γενικευμένη τάση να πιστεύει κάποιος ότι θα βιώνει κυρίως τις καλές, αντί τις κακές εκβάσεις των καταστάσεων στη ζωή*”, συμπεριλαμβάνοντας τις θετικές προσδοκίες ενός ατόμου για το μέλλον<sup>5,7</sup>. Σύμφωνα με την εν λόγω θεωρία, οι άνθρωποι επηρεάζονται από τις προσωπικές τους πεποιθήσεις σχετικά με τα πιθανά αποτελέσματα και τις εκβάσεις των ενεργειών τους<sup>8</sup>.

Αρχικά, οι συγγραφείς θεωρούν δεδομένο ότι η συμπεριφορά κατευθύνεται από τους στόχους και ότι οι στόχοι είναι ιδιότητες ή καταστάσεις που θεωρούνται ως επιθυμητές ή ανεπιθύμητες. Οι άνθρωποι οργανώνουν τη συμπεριφορά τους προς τους στόχους που βλέπουν ως αξιούς ή επιθυμητούς να επιτευχθούν. Αντιθέτως, προσπαθούν να μείνουν μακριά από αυτές τις καταστάσεις ή τις ιδιότητες που βλέπουν ως ανεπιθύμητες. Όσο πιο σημαντικός και αξίος είναι ένας στόχος για το άτομο, τόσο περισσότερα κίνητρα θα δημιουργήσει ώστε να επιτευχθεί αυτός. Με άλλα λόγια, χωρίς έναν αξιόλογο στόχο, δεν δημιουργούνται κίνητρα για ενέργειες προς επίτευξή του. Το δεύτερο στοιχείο που περιλαμβάνεται στη συγκεκριμένη θεωρία και ορισμό, είναι η προσδοκία ενός ατόμου (σιγουριά ή αβεβαιότητα) για το αν θα επιτευχθεί ο στόχος. Η ύπαρξη αμφιβολίας δημιουργεί λιγότερα κίνητρα για την επίτευξη ενός στόχου, ενώ η ύπαρξη σιγουριάς και βεβαιότητας οδηγεί σε μεγαλύτερες και περισσότερες προσπάθειες, ακόμα και αν υπάρξει εμφάνιση δυσκολιών ή εμποδίων<sup>5,7</sup>.

Για να προβλέψει λοιπόν κανείς τη συμπεριφορά ενός ατόμου σε ένα συγκεκριμένο τομέα, θα πρέπει να μετρήσει συγκεκριμένη προσδοκία, ενώ για να προβλέψει τη συμπεριφορά σε ένα εύρος τομέων θα πρέπει να μετρήσει τη γενικευμένη προσδοκία ή αλλιώς την προδιάθεση αισιοδοξίας<sup>5,7,9</sup>. Για τη μέτρηση της Προδιάθεσης Αισιοδοξίας, αναπτύχθηκε το Test Προσανατολισμού στη ζωή ή LOT, το οποίο έκτοτε έχει αναθεωρηθεί σε μια έκδοση πιο σύντομη (Test-Revised ή LOT-R). Το μέτρο αυτό δεν διαχωρίζει τους ανθρωπίδους σε απαισιόδοξους και αισιόδοξους, αλλά παρέχει μια συνεχή κατανομή αναλόγως των βαθμολογιών,<sup>4,7,10</sup>.

Η δεύτερη επιστημονική προσέγγιση της αισιοδοξίας γίνεται με τη χρήση της έννοιας του «επεξηγηματικού ύφους» (Explanatory Style) των Peterson και Seligman, οι οποίοι όρισαν την αισιοδοξία και την απαισιόδοξία ως τον τρόπο που οι άνθρωποι εξηγούν τις εμπειρίες στη ζωή τους. Έτσι, οι αισιόδοξοι άνθρωποι χαρακτηρίζουν τα προβλήματα ή τα εμπόδια στη ζωή τους ως προσωρινά ή ασταθή, εξωτερικά και με

συγκεκριμένες αιτίες, ενώ οι απαισιόδοξοι τα χαρακτηρίζουν ως σταθερά ή μόνιμα, με εσωτερικά ή εξωτερικά αίτια. Για παράδειγμα, αν ένα αισιόδοξο άτομο αποτύχει στις εξετάσεις, θα αποδώσει την αποτυχία στην πιθανή δύσκολη εξέταση, στην ανεπαρκή διδασκαλία, σε μία πρόσφατη ασθένεια που το εμπόδισε να μελετήσει επαρκώς, ενώ ένα απαισιόδοξο θα αποδώσει την αποτυχία στη χαμηλή νοημοσύνη, στη φτωχή ικανότητά του να αποδώσει στις εξετάσεις ή στην τάση του για αναβολή της μελέτης<sup>11</sup>.

Οι Peterson και Steen θεωρούν ότι το πώς ερμηνεύουν τις δυσκολίες της ζωής τους οι άνθρωποι, επηρεάζει το πώς ανταποκρίνονται σε αυτές. Η εμφάνιση γεγονότων των οποίων αδυνατεί ο άνθρωπος να έχει τον έλεγχο, συμβαίνουν σε όλους. Η ερμηνεία όμως αυτών διαφοροποιείται αναλόγως. Ένας αισιόδοξος θα θεωρήσει τη δυσκολία ως εξωτερική και προσωρινή, ενώ ένας απαισιόδοξος θα τη θεωρήσει ως μόνιμη και αμετάβλητη. Η μέτρηση του «επεξηγηματικού ύφους» μπορεί να γίνει με τη χρήση του ερωτηματολογίου Attributional Style (ASQ), που αναπτύχθηκε από τον Peterson και τους συνεργάτες του. Άλλες εννοιολογικές δομές που σχετίζονται με την αισιοδοξία είναι η ελπίδα (hope), η απελπισία (hopelessness) και η ευτυχία (happiness), οι οποίες έχουν συσχετιστεί με την αισιοδοξία<sup>6,12-14</sup>.

## **1.2 Η έννοια της σωματικής υγείας και ευεξίας**

Η έννοια της ασθένειας και της υγείας διαφέρει ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις κοινωνικές συνθήκες, ενώ ιδιαίτερα τις τελευταίες δεκαετίες έχει αποτελέσει αντικείμενο φιλοσοφικών συζητήσεων και διαφωνιών. Ο Boorse, υποστηρικτής των τοποθετήσεων των νατουραλιστών, προσπάθησε να ορίσει την υγεία και την ασθένεια χρησιμοποιώντας αντικειμενικά κριτήρια και επιστημονικούς όρους με ρίζες στη βιολογία. Θεωρεί δε, ότι η ασθένεια είναι η ανικανότητα να εκτελέσει κανείς φυσιολογικές λειτουργίες με σχετική αποδοτικότητα και ότι η υγεία είναι απλά η απουσία μιας ασθένειας. Από την άλλη μεριά, υπάρχει η πεποίθηση ότι ο βαθμός της υγείας ενός ατόμου μπορεί να προσδιοριστεί για μια συγκεκριμένη στιγμή και όχι μόνιμα και ότι δεν αποτελεί το αντίθετο της ασθένειας, εφόσον συμπεριλαμβάνει έννοιες όπως η ευεξία και η ποιότητα ζωής. Για τον προσδιορισμό της υγείας, είναι ιδιαίτερως σημαντική η κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων<sup>15-17</sup>.



Στις 7 Απριλίου 1948 τα κράτη μέλη των Ηνωμένων Εθνών επικύρωσαν τη δημιουργία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, ο οποίος συστάθηκε με θεμελιώδη στόχο την "επίτευξη του υψηλότερου δυνατού επιπέδου προστασίας της υγείας από όλους τους λαούς. Ως αποτέλεσμα του στόχου ήταν η δημιουργία του ορισμού της υγείας ως «*μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας*», ενώ αναφορικά με τον όρο ευεξία, οι Goss και Cuddihy την περιγράφουν ως την «*ενεργό διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο αντιλαμβάνεται όλες τις πτυχές του εαυτού και κάνει τις επιλογές του προς μια πιο υγιή ύπαρξη, μέσα από την ισορροπία και την ενσωμάτωση σε πολλαπλές διαστάσεις της ζωής*»<sup>18,19</sup>.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να γίνει αναφορά ενός εκ των ορισμών της ασθένειας, δεδομένου ότι η χρήση του συγκεκριμένου όρου θα είναι συχνή στην παρούσα εργασία. Σύμφωνα με τον Turk, ασθένεια είναι «*η βιολογική ή φυσιολογική αντίδραση, που προκαλεί τη διακοπή συγκεκριμένης δομής του σώματος ή οργάνου μέσω παθολογικής, ανατομικής ή φυσιολογικής αλλαγής*»<sup>20</sup>.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι μη μεταδιδόμενες από άνθρωπο σε άνθρωπο ασθένειες, γνωστές ως χρόνιες ασθένειες, είναι μεγάλης διάρκειας και με γενικά αργή εξέλιξη. Υπάρχουν τέσσερις βασικοί τύποι χρόνιων νοσημάτων και αυτές είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις (συμπεριλαμβανομένου τις εγκεφαλικές), ο καρκίνος, τα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα και ο διαβήτης. Σύμφωνα με την International Classification Committee, με βάση τη βιοϊατρική ταξινόμηση των νοσημάτων η χρόνια νόσος (chronic disease) περιλαμβάνει νοσήματα όπως το διαβήτη, το άσθμα και την κατάθλιψη, ενώ σύμφωνα με τον Walker C, οι χρόνιες ασθένειες (chronic illness) αφορούν την εμπειρία του να ζεις με τη θλίψη, που συχνά συνοδεύει τη χρόνια νόσο και συχνά δεν αναγνωρίζονται από τα συστήματα υγείας, καθώς δεν εντάσσονται σε κάποιου είδους ταξινόμηση<sup>21-23</sup>.

### **1.3 Η έννοια της διατροφής**

Καθοριστικός παράγοντας προαγωγής και προάσπισης τόσο της ατομικής, όσο και της Δημόσιας Υγείας αποτελεί η διάδοση και υιοθέτηση υγιεινών διατροφικών συνηθειών. Η επιστημονική έρευνα έχει αποδείξει ότι πολλά από τα σοβαρότερα νοσήματα στα οποία αποδίδεται το μεγαλύτερο νοσολογικό φορτίο, συνδέονται άμεσα με παράγοντες που σχετίζονται με τη σύγχρονη διατροφή. Η συσχέτιση αυτή έχει φέρει τη διατροφή και τις διατροφικές συνήθειες στο άμεσο ενδιαφέρον της Δημόσιας Υγείας και την έχει αναδείξει σε μια από τις πρώτες προτεραιότητες για την προστασία και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού<sup>24</sup>.

*Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, διατροφή είναι «η πρόσληψη τροφής και εξετάζεται σε σχέση με τις διατροφικές ανάγκες του σώματος. Η κατάλληλη – καλή και επαρκής διατροφή, καλά ισορροπημένη σε συνδυασμό με την τακτική σωματική δραστηριότητα, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της καλής υγείας. Η κακή διατροφή μπορεί να οδηγήσει σε μειωμένη ανοσία, αυξημένη ευαισθησία σε ασθένειες, μειωμένη σωματική και πνευματική ανάπτυξη και σε μειωμένη παραγωγικότητα»<sup>24</sup>.*

Η μη υγιεινή διατροφή έχει συσχετιστεί με διάφορα νοσήματα και παθήσεις, όπως με την εμφάνιση παχυσαρκίας και μεταβολικών διαταραχών π.χ. σακχαρώδη διαβήτη, καρδιαγγειακών και εγκεφαλικών παθήσεων, με την εμφάνιση διαφόρων μορφών καρκίνου, με την οστεοπόρωση, τη σιδηροπενική αναιμία κ.α.<sup>25-31</sup>.

Η σχέση της διατροφής και της σωματικής υγείας είναι αρκετά γνωστή σε αντίθεση με τη γνώση που υπάρχει για τη σχέση της διατροφής με την ψυχική υγεία και την ψυχική διάθεση, μια σχέση που δύσκολα κατανοεί κανείς. Έχουν πραγματοποιηθεί τόσο συγχρονικές, όσο και προοπτικές μελέτες με αντικείμενο μελέτης τη σχέση διατροφής και των μη μεταδιδόμενων ασθενειών, μέρος των οποίων είναι και οι ψυχικές διαταραχές<sup>32</sup>.

Άτομα που έχουν εκδηλώσει ψυχικές διαταραχές όπως κατάθλιψη, διπολική διαταραχή, σχιζοφρένεια και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, φαίνεται να παρουσιάζουν ελλείψεις σε πολλά θρεπτικά συστατικά και βιταμίνες, σε ανόργανα άλατα, σε ω-3 λιπαρά οξέα κ.α.<sup>33</sup>. Σε πρόσφατη μετανάλυση επιβεβαιώθηκε η σχέση της υγιούς διατροφής με το μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης σε ενήλικες, ενώ σε άλλη παρόμοια μελέτη διαφάνηκε ότι η μεσογειακή διατροφή συνδέεται με 30% μειωμένο κίνδυνο εμφάνισής της. Αξίζει δε να σημειωθεί ότι η «φτωχή» διατροφή έχει

συνδεθεί με προβλήματα στην ψυχική υγεία νέων, ασχέτως άλλων σημαντικών σχετικών παραγόντων και συμπεριφορών<sup>34-37</sup>.

Η βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη επίδραση της διατροφής στην τροποποίηση γενικότερα της διάθεσης και της συμπεριφοράς, μέσω της δομής και της «χημείας» του εγκεφάλου, είναι αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνητών. Για παράδειγμα, η σεροτονίνη που οργανικά παράγεται από την τρυπτοφάνη, η ντοπαμίνη, οι εξωρφίνες, οι ετεροκυκλικές αμίνες και πολλές άλλες, που περιέχονται σε μια ποικιλία τροφών, μπορούν να λειτουργήσουν ως ρυθμιστές της διάθεσης. Παρ' όλα αυτά, η σχέση διατροφής και διάθεσης σε «φαινομενικά» φυσιολογικά άτομα εξαρτάται από την ώρα, την ημέρα, τον τύπο, τη σύνθεση και τα συστατικά των τροφίμων, την ποσότητα που καταναλώνεται, την ηλικία, καθώς και από πολλούς άλλους παράγοντες που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη<sup>38,39</sup>.

## **2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΧΕΣΗ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑΣ, ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ.**

### **2.1 Μελέτες αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και χρόνιων νοσημάτων / παθήσεων.**

Καθώς αυξάνεται ο αριθμός των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες, πολλές ερευνητικές προσπάθειες κατευθύνονται προς την κατανόηση της επιτυχούς ή μη διαδικασίας προσαρμογής του ατόμου στην ασθένεια. Ορισμένοι ασθενείς φαίνεται να προσαρμόζονται πιο εύκολα, ενώ άλλοι βιώνουν άγχος, κατάθλιψη και παρουσιάζουν περισσότερους περιορισμούς στη φυσική τους λειτουργία. Η αδυναμία προσαρμογής δεν μπορεί να ερμηνευτεί πάντα από την εξέλιξη της σοβαρότητας της νόσου, για αυτό και είναι αναγκαία η αξιολόγηση του αντίκτυπου διαφόρων ψυχολογικών χαρακτηριστικών, συμπεριλαμβανομένων της αισιοδοξίας<sup>40,41</sup>.

Μελέτη των Fournier et al σε χρόνιους ασθενείς σχετικά με την επίδραση της αισιοδοξίας στην προσαρμογή και αντιμετώπιση της ασθένειάς τους και συγκεκριμένα στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και στη σκλήρυνση κατά πλάκας, παρατηρήθηκε ότι οι αισιόδοξοι ασθενείς ήταν περισσότερο προσανατολισμένοι στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου, παρά στα συναισθήματα που αυτή τους προκαλούσε, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας και στη σταθερότητα της κατάστασής τους. Σημαντικό εύρημα της εν λόγω μελέτης, ήταν η συσχέτιση της αισιοδοξίας και της πορείας νοσημάτων. Η αισιοδοξία, αν και θεωρείται σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, φαίνεται να είχε θετική συμβολή όταν οι ασθενείς ένιωθαν ότι είχαν τον έλεγχο της νόσου, ενώ στις περιπτώσεις που η χρόνια ασθένεια ήταν ανεξέλεγκτη, αυτή επηρέαζε αρνητικά την ψυχική τους υγεία και το βαθμό αισιοδοξίας τους<sup>42</sup>.

Σε παρόμοια μελέτη των παραπάνω ερευνητών σε χρόνιους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή σκλήρυνση κατά πλάκας, αναφορικά με την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στην αισιοδοξία και στο προερχόμενο από την ασθένεια άγχος, παρατηρήθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μείωναν το βαθμό της αισιοδοξίας, ενώ σε μελέτη τους σε 73 ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας για το ρόλο της αισιοδοξίας στην προσαρμογή τους στην ασθένεια, διαπίστωσαν ότι οι θετικές προσδοκίες για την έκβασή της επηρέαζαν θετικά την ψυχική τους υγεία<sup>43,44</sup>.

Σε πολυκεντρική μελέτη των Kerka et al, οι οποίοι εξέτασαν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, την αισιοδοξία και τα χαρακτηριστικά του άγχους σε 1.529 ασθενείς με ποικίλες χρόνιες ασθένειες -και εφόσον είχαν συμπληρώσει έξι μήνες από την ολοκλήρωση της νοσηλείας -βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών, ιδιαίτερα δε όσον αφορά στην επίδραση του άγχους σε αυτήν. Αναλυτικότερα, υπήρξε θετική συσχέτιση του βαθμού αισιοδοξίας και της ποιότητας ζωής, με αποτέλεσμα όσο αυξανόταν το επίπεδο της αισιοδοξίας, τόσο αυξανόταν η ποιότητα ζωής. Αλληλένδετη ήταν η σχέση αισιοδοξίας και άγχους, καθώς φάνηκε ότι η αισιοδοξία μετρίαζε τις αρνητικές επιπτώσεις του άγχους στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής<sup>45</sup>.

Σε συγχρονική μελέτη των Morales Garcia et al, οι οποίοι διερεύνησαν τη σχέση της προδιάθεσης αισιοδοξίας ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, τον αριθμό νοσηλειών μέσα σε έναν χρόνο, την αυτοαξιολόγηση της υγείας και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής 239 ασθενών που υποβάλλονταν σε χρόνια αιμοκάθαρση, παρατηρήθηκε ότι οι απαισιόδοξοι ασθενείς είχαν υψηλότερο κίνδυνο να εισαχθούν για νοσηλεία ανεξαρτήτως της ηλικίας, του φύλου, της διάρκειας που βρίσκονταν σε αιμοκάθαρση και της ύπαρξης συνοσηρότητας. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι αισιόδοξοι ασθενείς παρουσίασαν καλύτερη ποιότητα ζωής όσον αφορά στις ψυχολογικές και κοινωνικές πτυχές, σε αντίθεση με τη φυσική κατάσταση και τις αλλαγές στην υγεία τους. Επιπλέον, παρουσίασαν μικρότερο αριθμό ανοσολογικών, γαστρεντερικών, καρδιαγγειακών, νευροαισθητηριακών, ουροποιητικών και δερματολογικών συμπτωμάτων από ότι οι απαισιόδοξοι, ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές σε αναπνευστικά και μυοσκελετικά συμπτώματα<sup>46</sup>.

Ενδιαφέρουσα είναι και η συγχρονική μελέτη των Vollmann et al στην οποία συμμετείχαν 118 άτομα τα οποία είχαν διαγνωστεί με χρόνιες εμβοές (tinnitus), όπου σύμφωνα με τα αποτελέσματά της η προδιάθεση αισιοδοξίας συσχετίστηκε με ηπιότερα συμπτώματα εμβοών και κατά συνέπεια με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Ειδικότερα, οι αισιόδοξοι ασθενείς ανέφεραν μειωμένα συμπτώματα ως αποτέλεσμα εμφάνισης λιγότερων συνεπειών της ασθένειας, μεγαλύτερου ελέγχου μέσω θεραπείας, μεγαλύτερης κατανόησης, εμφάνισης λιγότερης συναισθηματικής ανεπάρκειας, καθώς και παρουσίας λιγότερων συμπτωμάτων π.χ. άγχους<sup>47</sup>.

Σε μελέτη των Tsakoglia & Lyrakos οι οποίοι διερεύνησαν τη σχέση της προδιάθεσης αισιοδοξίας στην ποιότητα ζωής 96 ασθενών με μυοσκελετικά προβλήματα βρέθηκε ότι η αισιοδοξία ήταν ένας ανεξάρτητος παράγοντας που επηρέαζε θετικά τη σωματικής και ψυχική υγεία των ασθενών<sup>48</sup>.

Επιπρόσθετα, σε μετανάλυση 84 μελετών αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και κατάστασης της σωματικής υγείας (κυρίως μέσω των αυτο-αναφορών των συμμετεχόντων της εκάστοτε μελέτης), φαίνεται ότι η αισιοδοξία είναι ένας σημαντικός προγνωστικός δείκτης για τη σωματική υγεία και ευεξία. Σε ξεχωριστές αναλύσεις επικεντρωμένες στην επιβίωση, τη θνησιμότητα, τις καρδιαγγειακές νόσους, τους φυσιολογικούς δείκτες συμπεριλαμβανομένου του ανοσοποιητικού συστήματος, την εξέλιξη του καρκίνου και την έκβαση της εγκυμοσύνης, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει επίδραση της αισιοδοξίας στην κατάσταση της υγείας. Γενικότερα, η αισιοδοξία υπήρξε σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης τόσο των μεταβολών στη σωματική υγεία, όσο και των βιολογικών δεικτών που σχετίζονται με τους γνωστούς και ψυχολογικούς παράγοντες κινδύνου<sup>49</sup>.

Οι υποθέσεις για τους λόγους σύμφωνα με τους οποίους η αισιοδοξία επηρεάζει θετικά την υγεία είναι πολλοί. Μια υπόθεση είναι ότι η αισιοδοξία λειτουργεί προστατευτικά για την υγεία, όσον αφορά στην εκδήλωση στρες. Για παράδειγμα σε μελέτη των Peterson, Seligman, and Vaillant σε απόφοιτους του Harvard ηλικίας 25 ετών, στην οποία εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της τάσης του να είναι κανείς απαισιόδοξος και της αρνητικής ερμηνείας των συμβάντων στη ζωή και της υγείας τους, σε βάθος χρόνου 35 ετών, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που είχαν εκφραστεί απαισιόδοξα στα χρόνια της νεότητάς τους, παρουσίασαν φτωχότερη υγεία μακροπρόθεσμα σε σύγκριση με εκείνους που ήταν περισσότερο αισιόδοξοι<sup>6</sup>.

Μια ακόμη αξιόλογη μελέτη είναι αυτή των Ironson et al, οι οποίοι εξέτασαν την πιθανότητα επίδρασης της αισιοδοξίας στη βραδύτερη εξέλιξη της νόσου σε 177 άτομα με HIV για διάστημα δύο χρόνων<sup>50</sup>. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι αισιόδοξοι ασθενείς είχαν βραδύτερη εξέλιξη της νόσου και φάνηκε ότι ίδιοι υιοθετούσαν περισσότερο ελεγχόμενη συμπεριφορά, μικρότερη τάση αποφυγής αντιμετώπισης της ασθένειά τους και μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης. Ως εκ τούτου, η αισιοδοξία είναι ένας παράγοντας που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη λόγω της ευνοϊκής επίδρασής του.

## **2.2 Μελέτες αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και καρδιαγγειακών παθήσεων.**

Η θετική συμβολή της αισιοδοξίας στις καρδιαγγειακές παθήσεις έχει επιβεβαιωθεί σε αρκετές μελέτες. Σε διαχρονική μελέτη των Shepperd, Maroto & Pbert εξετάστηκε η σχέση προδιάθεσης αισιοδοξίας και επιλογής τρόπου ζωής χαμηλότερου κινδύνου για στεφανιαία νόσο σε 22 ασθενείς, οι οποίοι είχαν πρόσφατα υποστεί καρδιακή προσβολή ή είχαν πραγματοποιήσει χειρουργική επέμβαση καρδιάς ή είχαν διαγνωστεί με στηθάγχη ή είχαν υψηλή αρτηριακή πίεση ή άλλα καρδιαγγειακά νοσήματα. Οι ασθενείς συμμετείχαν σε ένα πρόγραμμα 18 εβδομάδων, κατά τη διάρκεια του οποίου παρατηρήθηκε ότι οι αισιόδοξοι ασθενείς ήταν πιο αποτελεσματικοί στην πρόσληψη μειωμένου κορεσμένου λίπους, στη μείωση του σωματικού λίπους, καθώς και στη μείωση των επιβαρυντικών παραγόντων εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, σύμφωνα με τα συνιστώμενα επίπεδα, από ότι οι απαισιόδοξοι ασθενείς, ενώ με το πέρας του προγράμματος παρουσίασαν μεγαλύτερη αύξηση της αερόβιας ικανότητάς τους<sup>51</sup>.

Φαίνεται λοιπόν, ότι η αισιοδοξία συμβάλλει στην πιο επιτυχημένη υιοθέτηση και επιλογή υγιούς τρόπου ζωής όταν αυτό επιβάλλεται για λόγους υγείας, εύρημα πολύ σημαντικό για την εξέλιξη και αποκατάστασή της, καθώς και για τη διάθεση των ασθενών για συνεργασία με σκοπό την βελτίωση της υγείας τους<sup>51</sup>.

Η επίδραση της αισιοδοξίας δεν φαίνεται να επηρεάζει μόνο την πιθανότητα εμφάνισης μιας νόσου, αλλά και την εξέλιξή της. Σκοπός της μελέτης των Scheier et al επί δείγματος 309 ατόμων ήταν να διερευνηθεί η επίδραση της αισιοδοξίας στα ποσοστά επανανοσηλείας, έπειτα από επέμβαση αορτοστεφανιαίας παράκαμψης με μόσχευμα. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι τα απαισιόδοξα άτομα είχαν περισσότερες πιθανότητες επανανοσηλείας, λόγω ευρέος φάσματος επιπλοκών και προβλημάτων σε σύγκριση με τα αισιόδοξα, ανεξαρτήτως κοινωνικο - δημογραφικών και άλλων μεταβλητών, υποδηλώνοντας έτσι ότι η αισιοδοξία έχει ευεργετικές συνέπειες τόσο στη σωματική ευεξία, όσο και στην ανάρρωση<sup>52</sup>.

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε από τους Kubzensky et al σε 1.306 λευκούς ηλικιωμένους άνδρες για τη συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, έπειτα από συμπλήρωση ερωτηματολογίου προσωπικότητας, παρακολούθηση για μια περίοδο 10 ετών και πραγματοποίηση ιατρικών εξετάσεων για τους παράγοντες κινδύνου

εμφάνισής της, παρατηρήθηκε ότι οι πιο αισιόδοξοι είχαν μικρότερο κίνδυνο παρουσίας της, ανεξάρτητα από την υιοθέτηση επιβλαβών συμπεριφορών όπως το κάπνισμα ή την κατανάλωση αλκοόλ<sup>53</sup>.

Στην προοπτική μελέτη 15 ετών των Giltay et al, με σκοπό τον προσδιορισμό της προδιάθεσης αισιοδοξίας ως ένα σταθερό ή μη στο χρόνο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και τη σχέση της με την καρδιαγγειακή θνησιμότητα σε δείγμα 887 ανδρών ηλικίας 64 – 84 ετών, ελευθέρων καρδιαγγειακής νόσου και καρκίνου, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με υψηλή προδιάθεση αισιοδοξίας παρουσίαζαν 50% χαμηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακής θνησιμότητας κατά το διάστημα των 15 ετών. Η σχέση όμως αυτή εξασθενούσε έπειτα από την προσαρμογή παραγόντων κινδύνου και συμπτωμάτων κατάθλιψης. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι ο Δείκτης Μάζας Σώματος, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και τα επίπεδα της HDL χοληστερόλης συσχετίστηκαν αρνητικά με την αισιοδοξία<sup>54</sup>.

Εξάλλου, σε μελέτη παρατήρησης των Hudetz et al, της οποίας επιμέρους στόχος της ήταν η διερεύνηση της σχέσεως της αισιοδοξίας με την ανάκτηση της μετεγχειρητικής γνωστικής λειτουργίας, οι ερευνητές χρησιμοποίησαν ως δείγμα 80 ασθενείς (40 ασθενείς που είχαν προγραμματιστεί να υποβληθούν σε καρδιοχειρουργική επέμβαση και 40 ασθενείς – ομάδα ελέγχου από άλλες κλινικές, που δεν νοσούσαν από στεφανιαία νόσο και δεν θα υποβάλλονταν σε καμία χειρουργική επέμβαση), ηλικίας τουλάχιστον 55 ετών. Παράλληλα με τη χρήση ερωτηματολογίων για την ψυχοκοινωνική αξιολόγηση, χρησιμοποιήθηκε το Intensive Care Delirium Screening Checklist για την αξιολόγηση του παραληρήματος, καθώς επίσης εκτιμήθηκε η λεκτική και μη μνήμη και οι εκτελεστικές λειτουργίες πριν και μετά την επέμβαση. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων αναφορικά με την αισιοδοξία, προέκυψε ότι συνδεόταν σημαντικά με την απουσία μετεγχειρητικού παραληρήματος έως και πέντε μέρες έπειτα από την επέμβαση, καθώς και με την προβλεπόμενη μετεγχειρητική γνωστική λειτουργία για μια εβδομάδα αντίστοιχα<sup>55</sup>.

Φαίνεται ότι η αισιοδοξία ή η απαισιοδοξία σχετίζονται με τη θνησιμότητα και την εξέλιξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων, με άγνωστο και ασαφή ακόμη το βιολογικό μηχανισμό. Σε αναζήτηση των πτυχών του παραπάνω θέματος, πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη σε 6.814 άτομα ηλικίας 45 – 84 ετών χωρίς καρδιαγγειακό νόσημα στο ατομικό τους ιστορικό, με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης



της αισιοδοξίας και της απαισιοδοξίας με επτά φλεγμονώδεις και αιμοστατικούς δείκτες, την ιντερλευκίνη -6 (IL-6), την C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP), το ινωδογόνο, την ομοκυστεΐνη, τον παράγοντα VIII, την ύ-διμερούς και την πλασμίνη - αντιπλασμίνη, πριν και μετά την προσαρμογή των κοινωνικο – δημογραφικών δεδομένων, της κατάθλιψη, του κυνισμού, συμπεριφορών υγείας, του Δείκτη Μάζας Σώματος, της υπέρτασης και του διαβήτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υψηλότερες βαθμολογίες στην αισιοδοξία συνδέονταν με χαμηλότερες συγκεντρώσεις της IL-6, του ινωδογόνου και της ομοκυστεΐνης, συσχέτιση που παρέμενε θετική, αν και ασθενής, ακόμη και έπειτα από την προσαρμογή των υπολοίπων παραπάνω δεδομένων, ενώ για τον παράγοντα VIII, την ύ-διμερούς και την πλασμίνη – αντιπλασμίνη δεν υπήρξε κάποια συσχέτιση ούτε με την αισιοδοξία, ούτε με την απαισιοδοξία των συμμετεχόντων<sup>56</sup>.

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε χρόνιους καρδιοπαθείς, έδειξε θετική συσχέτιση της αισιοδοξίας και της θετικής υποκειμενικής αξιολόγησης με τη σωματική υγεία και τη θετική ψυχολογική κατάσταση, καθώς επίσης και με τη θετική αντίληψη της ασθένειας (πχ περισσότερο ελέγξιμη κλπ). Η υποκειμενική αξιολόγηση της ασθένειας σχετιζόταν με το βαθμό αισιοδοξίας, με τη φυσική λειτουργικότητα και συναισθηματική ευεξία, και κατά συνέπεια με την καλύτερη προσαρμογή στη νόσο<sup>57</sup>.

Μια πολύ σημαντική μελέτη για τη διερεύνηση της σχέσης αισιοδοξίας και κινδύνου εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας τόσο λόγω του σκοπού της, όσο και λόγω της έλλειψης παρόμοιων μελετών, είναι αυτή των Kim, Smith & Kubzansky<sup>58</sup>. Πραγματοποιήθηκε σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 6.808 ατόμων άνω των 50 ετών, σε βάθος χρόνου παρακολούθησης 4 ετών. Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι η αισιοδοξία σχετιζόταν, σε ποσοστό 26%, με μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιακής ανεπάρκειας κατά τη διάρκεια παρακολούθησης, ενώ η σχέση αυτή διατηρήθηκε ακόμη και έπειτα από την προσαρμογή βιολογικών και συμπεριφορικών παραγόντων, κάτι που συνάδει με αποτελέσματα προηγούμενων μελετών.

Επιπρόσθετα, σε προγενέστερη μελέτη αναφορικά με την σχέση αισιοδοξίας και εκδήλωσης εγκεφαλικού επεισοδίου, εξετάστηκαν 6.044 άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών με διάρκεια παρακολούθησης δύο ετών, οι οποίοι δεν είχαν στο ατομικό τους ιστορικό εμφάνιση εγκεφαλικού. Από τα αποτελέσματα της μελέτης, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με μεγαλύτερα ποσοστά αισιοδοξίας είχαν μικρότερο κίνδυνο εκδήλωσης

επεισοδίου. Και στην εν λόγω μελέτη, η θετική επίδραση της αισιοδοξίας παρέμενε παρά την προσαρμογή κοινωνικο-δημογραφικών, βιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου<sup>59</sup>.

Αναφορικά με την επίδραση της ψυχικής υγείας στη σωματική υγεία, σύμφωνα με 5ετή προοπτική μελέτη που σκοπό είχε την αναζήτηση της επίδρασης της ψυχολογικής ευεξίας και συγκεκριμένα της συναισθηματικής ζωντάνιας και αισιοδοξίας στην εμφάνιση στεφανιαίας νόσου σε δείγμα 7942 μεσηλικών, χωρίς προηγούμενο ιστορικό στη νόσο, παρατηρήθηκε ότι η αισιοδοξία συνέβαλε στην μείωση του κινδύνου εκδήλωσης της νόσου σε ποσοστό 13%, λειτουργώντας έτσι προστατευτικά, ενώ μεταβλητές όπως η ηλικία, οι υγιείς συμπεριφορές ή άλλοι βιολογικοί παράγοντες κινδύνου, αν και πολύ σημαντικοί, δεν έδειξαν να επιδρούν στα ευρήματα αυτά<sup>60</sup>.

Τα αποτελέσματα μελετών με αντικείμενο την αισιοδοξία και τα καρδιαγγειακά νοσήματα όπως είναι φυσικό και αναμενόμενο δεν συνάδουν πάντα. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση της αισιοδοξίας και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής σε 95 άτομα ένα χρόνο αργότερα από την εκδήλωση εμφράγματος του μυοκαρδίου, έδειξε ότι η αισιοδοξία δεν συνέβαλε στη διακύμανση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ), ενώ η θετική της επίδραση υπήρξε αμελητέα σε αντίθεση με τον παράγοντα «κόπωση», ο οποίος έδειξε σημαντική θετική συσχέτιση, τονίζοντας ότι η αντιμετώπιση και η διαχείριση της κόπωσης είναι υψίστης σημασίας για τη ΣΥΠΖ ατόμων που έχουν υποστεί έμφραγμα του μυοκαρδίου<sup>61</sup>.

Αν και δεν έχουν διεξαχθεί αρκετές μελέτες διερεύνησης της αισιοδοξίας σε ανήλικο πληθυσμό εν συγκρίσει με αυτές των ενηλίκων, παρ' όλα αυτά, αξίζει να αναφερθεί μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 201 υγιείς μαύρους και λευκούς εφήβους ηλικίας 14 – 16 ετών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι έφηβοι που είχαν υψηλή βαθμολογία στο σκορ της αισιοδοξίας παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης καθ' όλη τη διάρκεια του 24ωρου, ενώ οι έφηβοι που είχαν υψηλή βαθμολογία στο σκορ της απαισιοδοξίας παρουσίαζαν το αντίθετο. Τα αποτελέσματα αυτά δεν φάνηκε να επηρεάζονται από μεταβλητές όπως το φύλο, την εθνικότητα, το ΔΜΣ, τις καθημερινές τους δραστηριότητες ή τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και είναι αξιοσημείωτα, καθώς ιδιαίτερα η νυχτερινή συστολική

αρτηριακή πίεση έχει μοναδική προγνωστική αξία για τον προσδιορισμό επικινδυνότητας εμφάνισης μελλοντικής υπέρτασης και των επιπλοκών αυτής<sup>62</sup>.

Επιπρόσθετα, σε συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 529 μη ισπανόφωνους λευκούς και 421 μη ισπανόφωνους μαύρους κατά τη διάρκεια της εφηβείας τους αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και 9 βιοδεικτών καρδιομεταβολικού κινδύνου, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ υψηλής βαθμολογίας στην αισιοδοξία και χαμηλών επιπέδων ιντερλευκίνης – 6 και ινσουλίνης και υψηλότερων επιπέδων HDL στους μαύρους, ενώ στους λευκούς αυτή η σχέση παρατηρήθηκε μόνο όσον αφορά χαμηλότερα επίπεδα γλυκόζης. Ανάμεσα στην ομάδα των μαύρων, παρατηρήθηκε ότι η βαθμολογία της αισιοδοξίας συσχετίστηκε αντίστροφα με την ιντερλευκίνη – 6 και τα τριγλυκερίδια, ενώ η βαθμολογία στην απαισιοδοξία συσχετίστηκε αντίστροφα με τη γλυκόζη, αλλά μόνο στους λευκούς, υποδεικνύοντας έτσι ότι καρδιομεταβολικοί κίνδυνοι υφίστανται στην εφηβεία και ποικίλουν ανάλογα με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η φυλή και η εθνικότητα σε αντίθεση με άλλες προαναφερόμενες μελέτες<sup>63</sup>. Επιπλέον, τα παραπάνω ευρήματα έρχονται σε αντίθεση με ευρήματα μελετών σε ενήλικες τα οποία έχουν συσχετιστεί όχι τόσο με τα επίπεδα αισιοδοξίας, όσο απαισιοδοξίας<sup>64,65</sup>.

Είναι σαφές ότι η συμβολή της αισιοδοξίας και η απαισιοδοξίας στην εμφάνιση και εξέλιξη των καρδιαγγειακών νοσημάτων είναι σημαντική. Οι παράγοντες που διέπουν αυτήν την σχέση δεν έχουν τεκμηριωθεί, η διαλεύκανσή τους όμως θα μπορέσει να μας δώσει συμπεράσματα τόσο για την επίδραση της αισιοδοξίας όσο και για την κατανόηση της αιτιολογίας εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου γενικότερα.

### **2.3 Μελέτες αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και πόνου.**

Μια ακόμη έννοια που έχει συσχετιστεί με την αισιοδοξία είναι ο πόνος και ο χρόνιος πόνος. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ένωση Μελέτης του Πόνου, ως πόνος ορίζεται *«η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που συνδέεται με πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη ή απλά με μία εμπειρία που περιγράφεται σε σχέση με μια τέτοια βλάβη. Ο πόνος είναι πάντα υποκειμενικός. Κάθε άτομο μαθαίνει την έννοια της λέξης αυτής μέσα από εμπειρίες τραυματισμού από την αρχή της ζωής του»* ενώ ως χρόνιος πόνος ορίζεται *«ο πόνος που διαρκεί για περισσότερο από τρεις μήνες»*<sup>66</sup>. Για τα

τουλάχιστον τελευταία 50 χρόνια, οι ερευνητές έχουν διερευνήσει τους ψυχοκοινωνικούς αυτούς παράγοντες και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ατόμων που πιθανόν να αναπτύξουν χρόνιο πόνο<sup>67</sup>.

Κατά την τελευταία δεκαετία, άρχισε να εντείνεται η άποψη ότι η αισιοδοξία επηρεάζει θετικά την πορεία και την αντίληψη του οξέος και χρόνιου πόνου, καθώς και ότι είναι αναγκαία η αντιμετώπισή του<sup>68</sup>. Όσον αφορά τη σχέση αισιοδοξίας και πόνου, σε μελέτη των Harkaraa et al διαφάνηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν αισιόδοξοι για την υγεία τους και για την πρόγνωση του πόνου στη μέση τους, παρουσίασαν μεγαλύτερη βελτίωση ακολουθώντας θεραπεία και ήταν πιθανόν να επιστρέψουν στην εργασία τους πιο γρήγορα σε αντίθεση με τους απαισιόδοξους συμμετέχοντες<sup>69</sup>.

Σε μελέτη των Geers et al υγιείς ενήλικες υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ανοχής στο κρύο (cold pressor task) προκειμένου να εξεταστεί η αντιμετώπιση και απάντηση στον πόνο που προκαλείται από το κρύο<sup>70</sup>. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, τα άτομα που ήταν περισσότερο αισιόδοξα, όχι μόνο παρουσίασαν μικρότερη ευαισθησία στον πόνο, αλλά επιπλέον παρουσιάστηκε λιγότερη δυσφορία προερχόμενη από τη διαδικασία CPT, ενώ παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα των Hood et al σε αντίστοιχη μελέτη<sup>71</sup>.

Σε νεότερη μελέτη των Geers et al σε 116 άτομα αναφορικά με την επίδραση της προδιάθεσης αισιοδοξίας σε εικονικό αναλγητικό, υπεβλήθησαν οι συμμετέχοντες στη διαδικασία ανοχής του πόνου στο κρύο (CPT) και στη συνέχεια οι μελετητές διερεύνησαν τη σχέση αισιοδοξίας και εικονικού φαρμάκου (placebo cream). Από την ανάλυση προέκυψε το εξής πολύ ενδιαφέρον γεγονός: από την ομάδα στην οποία τα άτομα υποβλήθηκαν στο εικονικό φάρμακο είχαν μεγαλύτερη ανταπόκριση τα αισιόδοξα άτομα από ότι τα απαισιόδοξα. Το συμπέρασμα αυτό είναι καθοριστικό για την κατανόηση του παράγοντα αισιοδοξία στην ανταπόκριση των ασθενών σε φαρμακολογικές ή μη θεραπείες για τον πόνο, η οποία μπορεί ενδεχομένως να λειτουργήσει ως μεσολαβητής και ρυθμιστής εικονικού φαρμάκου<sup>72</sup>.

Όσον αφορά στο ίδιο αντικείμενο, αποτελέσματα μελέτης διερεύνησης της αισιοδοξίας ως προβλεπτικού παράγοντα της καθημερινής χρήσης αναλγητικών φαρμάκων εφήβων με δρεπανοκυτταρική νόσο, έδειξαν ότι όσο σοβαρότερος ήταν ο πόνος, τόσο μεγαλύτερη ήταν η χρήση αναλγητικών και οπιοειδών φαρμάκων. Η αισιοδοξία λειτουργούσε ως σημαντικός ρυθμιστής της σχέσης πόνου και φαρμάκων. Στα άτομα με υψηλή και συγκρατημένη αισιοδοξία, ο πόνος σχετίστηκε θετικά με τη

χρήση οπιοειδών, ενώ η σχέση αυτή δεν ήταν παρούσα στα άτομα με χαμηλή αισιοδοξία, υποθέτοντας ότι τα αισιόδοξα άτομα μπορούσαν να αξιολογήσουν καλύτερα τη σχέση φαρμάκων και έντασης πόνου και τις προσδοκίες τους από τα αυτά<sup>73</sup>.

Σχετικά με την επίδραση της προδιάθεσης αισιοδοξίας στον πόνο, μελέτη έδειξε ότι η αισιοδοξία συσχετίζεται στατιστικά θετικά με τον έλεγχο του πόνου και αρνητικά με τον «καταστροφικό» πόνο (catastrophising), του οποίου μέρος είναι συμπεριφορά όπως η αίσθηση ανικανότητας και έλλειψης δεξιοτήτων αντιμετώπισης του πόνου, γεγονός που έχει μεγάλη επιρροή τόσο στον πόνο, όσο και την ανοχή του<sup>74</sup>. Όσο υψηλότερο ήταν το επίπεδο της αισιοδοξίας, τόσο μεγαλύτερος ήταν ο έλεγχος και η αντιμετώπιση του πόνου και επιπλέον παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με πιο θετική στάση, υιοθετούσαν στρατηγικές αντιμετώπισης του π.χ. απόσπαση προσοχής, ανάληψη δραστηριοτήτων που τους έδιναν τη δυνατότητα να απομακρύνονται από την αίσθηση του πόνου, με αποτέλεσμα την αίσθηση μείωσης της έντασής του.

Η αρνητική στατιστικά σχέση της αισιοδοξίας και των επιπέδων «καταστροφικού» πόνου, επιβεβαιώθηκε και σε μελέτη με δείγμα 140 ασθενείς με συμπτωματική οστεοαρθρίτιδα γονάτου, στην οποία παρατηρήθηκε ότι όσο υψηλότερη ήταν η προδιάθεση αισιοδοξίας, τόσο μειώνονταν τα επίπεδα έντασης του «καταστροφικού» πόνου<sup>75</sup>.

#### **2.4 Μελέτες αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και καρκίνου.**

Ο καρκίνος είναι μια σοβαρή και δυνητικά απειλητική για τη ζωή ασθένεια, η οποία έχει αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχολογική ευεξία των ασθενών<sup>76</sup>. Τα εκτιμώμενα στοιχεία του Διεθνούς Οργανισμού Ερευνών για τον Καρκίνο (International Agency for Research on Cancer) για το 2012 είναι αποθαρρυντικά. Σύμφωνα με αυτά, σημειώθηκαν 14,1 εκατομμύρια νέα κρούσματα καρκίνου, 8,2 εκατομμύρια θάνατοι από τον καρκίνο και 32,6 εκατομμύρια άνθρωποι ζουν με τον καρκίνο σε όλο τον κόσμο<sup>77</sup>.

Η επίδραση της θετικής ψυχολογίας και της αισιοδοξίας ως προγνωστικός δείκτης στην εξέλιξη, θεραπεία και επιβίωση ασθενών με καρκίνο δεν θα μπορούσε να μην αποτελέσει αντικείμενο προς μελέτη από την επιστημονική κοινότητα. Τα αποτελέσματα όμως των μελετών σε αυτό το πεδίο, φαίνεται και εδώ να είναι

αντικρουόμενα. Προοπτική μελέτη του Alison και των συνεργατών του αναφορικά με την σχέση αισιοδοξίας και επιβίωσης 101 ασθενών με καρκίνο κεφαλής και λαιμού - χωρίς προηγούμενη εκδήλωση άλλης μορφής καρκίνου- έδειξε σύμφωνα με τα αποτελέσματα ότι οι ασθενείς που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα απαισιοδοξίας, είχαν λιγότερες πιθανότητες επιβίωσης ένα χρόνο έπειτα από τη διάγνωση, ενώ η Προδιάθεση Αισιοδοξίας φαίνεται να επιδρούσε ανεξαρτήτως άλλων κοινωνικο-δημογραφικών και κλινικών μεταβλητών<sup>78</sup>.

Επιπρόσθετα, σε προοπτική μελέτη παρατήρησης του ίδιου ερευνητή και των συνεργατών του για τη διερεύνηση του ρόλου της προδιάθεσης αισιοδοξίας στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε 88 ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και λαιμού πριν και μετά τη θεραπεία, παρατηρήθηκε ότι πριν από την εφαρμογή θεραπείας οι αισιοδόξοι ανέφεραν λιγότερο πόνο και κούραση, καθώς και καλύτερη ποιότητα ζωής από ότι οι απαισιόδοξοι, οι οποίοι ανέφεραν επιδείνωση, αναφορές που συνεχίστηκαν και μετά τη θεραπεία, στοιχεία που υποδεικνύουν ότι μάλλον η αισιοδοξία σχετίζεται με την καλύτερη ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο<sup>79</sup>.

Στη μελέτη των Mazanec et al, βρέθηκε ότι η προδιάθεση αισιοδοξίας δεν λειτουργούσε ως σημαντικός προγνωστικός δείκτης στη ΣΥΠΖ σε νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με καρκίνο<sup>80</sup>. Αντίθετα, μελέτη σε 81 γυναίκες με καρκίνο μαστού, παρατηρήθηκε ότι η μεγαλύτερη ηλικία, η ολοκλήρωση θεραπείας και η υψηλότερη αισιοδοξία, αντιπροσώπευαν το 41% της διακύμανσης στη συναισθηματική ευεξία, η απουσία οικογενειακού ιστορικού καρκίνου του μαστού, ενώ η ολοκλήρωση της θεραπείας και η αισιοδοξία αντιπροσώπευαν το 43% της διακύμανσης στη λειτουργική ευεξία. Επιπλέον, η αισιοδοξία και η ικανοποίηση από την κοινωνική υποστήριξη αντιπροσώπευαν το 43% της διακύμανσης στην κοινωνική/οικογενειακή ευημερία, η απουσία θεραπείας και η απαισιοδοξία αντιπροσώπευαν το 31% της διακύμανσης του στρες για την ασθένεια, ενώ δεν σημειώθηκαν διαφορές αναφορικά με τη φυλή/εθνικότητα για οποιαδήποτε από τις μεταβλητές, αναδεικνύοντας έτσι τη θετική συμβολή της αισιοδοξίας στη ΣΥΠΖ σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού<sup>81</sup>.

Τη διερεύνηση ύπαρξης διαφοράς στη συνολική αισιοδοξία και απαισιοδοξία μεταξύ ομάδας ασθενών και ομάδας μαρτύρων, μελέτησαν η Sulkers και οι συνεργάτες της σε 33 έφηβους ασθενείς με καρκίνο<sup>82</sup>. Από τις αναλύσεις προέκυψε ότι οι ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα στη συνολική βαθμολογία της αισιοδοξίας από ότι οι υγιείς συνομήλικοί τους, αλλά όσον αφορά στην κλίμακα απαισιοδοξίας και της υποκλίμακές της, προέκυψε ότι οι ασθενείς παρουσίασαν χαμηλότερη βαθμολογία από

ότι οι υγιείς, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι τελικά τα ποσοστά υψηλής αισιοδοξίας δεν αντικατοπτρίζουν την καθατού υψηλή αισιοδοξία, αλλά ουσιαστικά την ύπαρξη χαμηλής απαισιοδοξίας, η οποία τείνει να παίζει καθοριστικό ρόλο. Αντίθετα, μελέτη σε παιδιά και έφηβους ηλικίας 7 έως 18 ετών με καρκίνο, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η υψηλή αισιοδοξία σχετίστηκε θετικά με λιγότερες αυτο-αναφορές πόνου και καλύτερη συναισθηματική/συμπεριφορική λειτουργία, ενώ η απαισιοδοξία σχετίστηκε με φτωχότερη πνευματική υγεία και λιγότερο καλή συμπεριφορική λειτουργία<sup>83</sup>.

Το ενδιαφέρον των ερευνητών δεν θα μπορούσε να μην στραφεί στη σχέση αισιοδοξίας και υιοθέτησης στρατηγικών αντιμετώπισης εκ μέρους των ασθενών με καρκίνο με σκοπό τη διαχείρισή του. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα συναφών ερευνών, οι ασθενείς με καρκίνο που παρουσίαζαν υψηλότερη βαθμολογία στην αισιοδοξία, έτειναν να εστιάζουν περισσότερο στις στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος της υγείας τους, γεγονός που απαιτεί πιο ενεργό ρόλο και που ενδεχομένως οφείλεται στο ότι η αισιοδοξία συνδέεται με θετικές προσδοκίες, σε αντίθεση με τους απαισιόδοξους<sup>84,85</sup>.

Αξιοσημείωτη είναι σχετική μετανάλυση, η οποία περιλάμβανε μελέτες από διάφορους πληθυσμούς όπως φοιτητές, αθλητές, στελέχη επιχειρήσεων, καρκινοπαθείς και ηλικιωμένους, αναφορικά με την προδιάθεση αισιοδοξίας και την ενεργό αντιμετώπιση/αναπροσαρμογή των συμμετεχόντων (coping) σε διαφορετικούς στρεσογόνους παράγοντες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, τα οποία συνάδουν και με αυτά άλλων ερευνητών, η υψηλή βαθμολογία στην προδιάθεση αισιοδοξίας συσχετιζόταν θετικά με την υιοθέτηση στρατηγικών αντιμετώπισης (coping strategies) και αρνητικά με την τάση αποφυγής υιοθέτησης αυτών<sup>86</sup>.

Τις ψυχολογικές και σωματικές λειτουργίες που σχετίζονται με τον καρκίνο του μαστού εξέτασαν οι Helgeson et al για πάνω από 4 χρόνια παρακολούθησης μετά τη θεραπεία σε 287 γυναίκες<sup>87</sup>. Περίπου οι μισές γυναίκες κατέδειξαν μικρή αλλά σταθερή βελτίωση κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, η οποία συσχετίστηκε με προσωπικά χαρακτηριστικά όπως την αισιοδοξία, την αυτο-εικόνα, τον αυτό-έλεγχο, καθώς και με κοινωνικά στοιχεία όπως η κοινωνική υποστήριξη, στοιχεία που με την σειρά τους συνέβαλαν στην καλύτερη ψυχική και σωματική λειτουργία. Η κοινωνική υποστήριξη παρατηρήθηκε ότι λειτουργούσε ως ρυθμιστής της σχέσης αισιοδοξία – προσαρμογή και σε μελέτη των Shelby et al, αμβλύνοντας έτσι τις αρνητικές επιπτώσεις της χαμηλής αισιοδοξίας στην ψυχολογική θλίψη, την ευημερία και τις ψυχοκοινωνικές λειτουργίες<sup>88</sup>.

Αντιθέτως, στη μελέτη της Matthews και Cook σε 93 γυναίκες, αναφορικά με την επίδραση της διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου μαστού, ως στρεσογόνους παράγοντες στη συναισθηματική ευεξία, η προδιάθεση αισιοδοξίας συσχετίστηκε θετικά με τη συναισθηματική ευεξία, αλλά όχι με τις στρατηγικές αντιμετώπισης, ενώ δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική η έμμεση επίδρασή της μέσω της κοινωνικής υποστήριξης<sup>89</sup>.

Οι David et al μελέτησαν την επίδραση της αισιοδοξίας και απαισιοδοξίας, καθώς και τις στρατηγικές αντιμετώπισης στη διαχείριση της θλίψης σε γυναίκες που είχαν προγραμματιστεί να πραγματοποιήσουν χειρουργική επέμβαση για καρκίνο του μαστού. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα η υψηλή αισιοδοξία είχε αρνητική συσχέτιση με τα επίπεδα της θλίψης / δυσφορίας (distress), ενώ το αντίστροφο ίσχυε στην περίπτωση υψηλής απαισιοδοξίας<sup>90</sup>.

Σε συγχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 106 γυναίκες με καρκίνο μαστού -πριν την έναρξη ακτινοθεραπείας- μέρος της οποίας ήταν η αξιολόγηση της προδιάθεσης αισιοδοξίας και των προσδοκιών ανταπόκρισης, παρατηρήθηκε ότι η απαισιοδοξία λειτουργούσε ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την ύπαρξη μεγαλύτερης θλίψης και λιγότερης συναισθηματικής ευεξίας, ενώ οι λιγότερο απαισιόδοξες γυναίκες αισθάνονταν καλύτερα κατά την έναρξη της ακτινοθεραπείας<sup>91</sup>. Επιπλέον, σε μελέτη όπου εξετάστηκαν 338 καρκινοπαθείς γυναίκες πριν από τη χειρουργική επέμβαση μαστού, διαπιστώθηκε ότι η προδιάθεση αισιοδοξίας συσχετίστηκε με χαμηλότερη ένταση του μετεγχειρητικού πόνου, τόσο σε κατάσταση ηρεμίας, όσο και ως αποτέλεσμα κίνησης, στοιχεία που θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη κατόπιν αναγνώρισης, για στοχευόμενες παρεμβάσεις προς ενίσχυση της ανάρρωσης<sup>92</sup>.

Γενικότερα, τα αποτελέσματα των ερευνών στο θέμα αισιοδοξία – καρκίνος, δεν φαίνονται να είναι σταθερά. Παρ' όλα αυτά, η αισιοδοξία μάλλον διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών με καρκίνο, ενώ ο ρόλος της απαισιοδοξίας θα πρέπει να εξετάζεται ως διαφορετικός παράγοντας από αυτόν της αισιοδοξίας, καθώς η επίδρασή της φαίνεται να είναι εξίσου καταλυτική.

## **2.5 Μελέτες αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και ψυχικής υγείας.**

Οι επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι ο βαθμός της αισιοδοξίας σχετίζεται με μια μυριάδα αποτελεσμάτων στην υγεία, τόσο στο γενικό πληθυσμό, όσο και σε ασθενείς. Η προδιάθεση αισιοδοξίας έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερη αντοχή στο



στρες και με μικρότερο κίνδυνο σε προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως είναι η κατάθλιψη και τα συμπτώματα άγχους. Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει την αρνητική σχέση της αισιοδοξίας και των συμπτωμάτων κατάθλιψης, τόσο σε άτομα μέσης και τρίτης ηλικίας, όσο και σε νέους ενήλικες, ενώ εξίσου αρνητική έχει διαφανεί να είναι η σχέση της αισιοδοξίας και του σχολικού άγχους σε εφήβους<sup>93-96</sup>.

Σε προοπτική μελέτη με σκοπό τη διερεύνηση σχέσης της προδιάθεσης αισιοδοξίας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων που πραγματοποιήθηκε σε 190 φοιτητές σε διάστημα παρακολούθησης 10 εβδομάδων, αποκαλύφθηκε ότι η αισιοδοξία, στην οποία μέρος των συμμετεχόντων σημείωσαν υψηλή βαθμολογία, λειτουργούσε ως προγνωστικός παράγοντας λιγότερων μελλοντικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων -ακόμα και έπειτα από την προσαρμογή της επίδρασης των αρχικών καταθλιπτικών συμπτωμάτων- καθώς και λιγότερων καθημερινών ενοχλημάτων<sup>97</sup>.

Επιπλέον, σε μελέτη αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας, απελπισίας και αυτοκτονικού ιδεασμού σε φοιτητές, έχει διαφανεί ότι η αισιοδοξία μετρίαζε τη συσχέτιση απελπισίας και αυτοκτονικού ιδεασμού, ενώ σε μεταγενέστερη μελέτη για τη σχέση βαρύτητας μιας ασθένειας και συμπτωμάτων άγχους σε 109 ηλικιωμένους, βρέθηκε ότι τα ποσοστά αισιοδοξίας και απαισιοδοξίας, έπειτα από την προσαρμογή των δημογραφικών στοιχείων και των γνωστικών, λειτουργικών και ψυχολογικών παραγόντων, επιδείνωνε την παραπάνω σχέση, οδηγώντας στο συμπέρασμα ότι οι θετικές ή αρνητικές προσδοκίες μπορούν να ενισχύσουν ή το αντίθετο, τη θλίψη που βιώνουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς<sup>98,99</sup>.

Σε μετανάλυση βρέθηκε ότι η αισιοδοξία σε μεσήλικες είναι προγνωστικός παράγοντας λιγότερων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ενώ σε 4ετή μελέτη με δείγμα 38.717 δημοσίου υπαλλήλους χωρίς προηγούμενο καταθλιπτικό ιστορικό, παρατηρήθηκε ότι και ενός βαθμού αύξηση της μέσης βαθμολογίας της αισιοδοξίας οδηγούσε σε 38% μικρότερη πιθανότητα έναρξης ψυχοθεραπείας για την κατάθλιψη και σε 32% μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικής διαταραχής, κατά το διάστημα της παρακολούθησης και επιπλέον ότι μείωνε το χρονική διάρκεια του καταθλιπτικού επεισοδίου<sup>100,101</sup>. Αξίζει να γίνει αναφορά στη μελέτη των Trivedi et al και στα σημαντικά αποτελέσματά της, καθώς παρατηρήθηκε ότι στη διερεύνηση της σχέσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων και καρδιακής ανεπάρκειας σε 502 τροφίμους φυλακών, η αισιοδοξία συσχετιζόταν αρνητικά με την ανησυχία περί σωματικής υγείας, ενώ υπήρξε θετική συσχέτιση της απαισιοδοξίας με καταθλιπτικά συμπτώματα<sup>102</sup>.

Στη διαχρονική μελέτη των Giltay et al παρατηρήθηκε αντίστροφη σχέση της αισιοδοξίας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε βάθος χρόνου παρακολούθησης 15 ετών με δείγμα ηλικιωμένους, ενώ σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες που βρίσκονταν σε προ-εμμηνοπαυσιακή φάση βρέθηκε ότι η χαμηλή αισιοδοξία συσχετιζόταν θετικά με αρχόμενη κατάθλιψη<sup>103,104</sup>. Αναφορικά με τη θλίψη που βιώνουν οι γυναίκες με προβλήματα υπογονιμότητας σε σχέση με τη διάρκεια θεραπείας, την ηλικία, τη γνωστική αξιολόγηση και την προδιάθεση αισιοδοξίας, μελέτη έδειξε ότι η αισιοδοξία συσχετιζόταν αρνητικά με τη θλίψη και επιπρόσθετα υπήρξε σημαντική στατιστικά σχέση μεταξύ αισιοδοξίας και φόβου, σχέση που λειτουργούσε ως προγνωστικός δείκτης της θλίψης<sup>105</sup>.

Το βαθμό της σχέσης ελπίδας και αισιοδοξίας με το βαθμό της κατάθλιψης σε άτομα που έχουν υποστεί κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις (ΚΕΚ), θέλησαν να ερευνηθούν οι Peleg et al<sup>106</sup>. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, παρ' όλο που το ποσοστό της ελπίδας και της αισιοδοξίας ήταν μικρότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού, παρ' όλα αυτά συσχετίστηκαν αρνητικά με το βαθμό της κατάθλιψης του δείγματος. Την επίδραση της προδιάθεσης αισιοδοξίας στην έκβαση ασθενών με ΚΕΚ εξέτασαν στη μελέτη τους η Ramanathan και οι συνεργάτιδές της, σύμφωνα με την οποία η προδιάθεση αισιοδοξίας συσχετίστηκε σημαντικά με τη θλίψη και με την καλύτερη ψυχολογική λειτουργία, ενώ από την άλλη, ο παράγοντας θλίψη μετρίαζε τη σχέση προδιάθεσης αισιοδοξίας και την αποτελεσματικότητα της γνωστικής λειτουργίας<sup>107</sup>.

Την υπόθεση σύνδεσης μεταξύ προδιάθεσης αισιοδοξίας, συμπτωμάτων κατάθλιψης και άλλων προβλημάτων υγείας μελέτησαν οι van der Velden et al, σε 662 θύματα καταστροφών εν συγκρίσει με 526 μη επηρεασμένα από καταστροφές άτομα<sup>108</sup>. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι θύματα που βαθμολογήθηκαν ως απαισιόδοξα παρουσίαζαν μεγαλύτερο κίνδυνο για την εμφάνιση σοβαρών καταθλιπτικών και ψυχαναγκαστικών συμπτωμάτων και προβλημάτων υγείας, ακόμη και έπειτα από 27 μήνες, από ότι τα αισιόδοξα. Παρ' όλα αυτά, το ποσοστό της απαισιόδοξίας στην ομάδα των μη θυμάτων λειτουργούσε ως ισχυρότερος ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου. Επίσης, στη μελέτη των Ironson et al σε άτομα με HIV, οι αισιόδοξοι ασθενείς παρουσίασαν μικρότερα ποσοστά κατάθλιψης, περισσότερο ελεγχόμενη συμπεριφορά και μικρότερη τάση αποφυγής αντιμετώπισης της ασθένειά τους<sup>50</sup>.

Το χρόνια στρες έχει συνδεθεί με απορυθμισμένη ανοσία, αυξημένα ποσοστά ευαισθησίας στον καρκίνο, εκδήλωση αυτοάνοσων νοσημάτων καθώς και διάφορες

φλεγμονώδεις νόσους, ενώ υπάρχουν στοιχεία που φανερώνουν την προστατευτική επίδραση της αισιοδοξίας στις αρνητικές επιπτώσεις του στρες στο ανοσοποιητικό σύστημα μετριάζοντας αυτές<sup>109-111</sup>. Για παράδειγμα, σε περιπτώσεις στρες σε φοιτητές συνοδευόμενου με μειωμένα επίπεδα των λεμφοκυττάρων και της λειτουργίας τους, οι αισιόδοξοι φοιτητές παρουσίασαν αυξημένο αριθμό κυτταροτοξικών T κυττάρων και βελτιωμένη δραστηριότητα των φυσικών κυτταροκτόνων κυττάρων (NKC) από ότι αυτή των απαισιόδοξων<sup>112</sup>. Επιπρόσθετα, σε μελέτη διερεύνησης της σχέσης προδιάθεσης αισιοδοξίας και των αλλαγών του ανοσοποιητικού και της διάθεσης προκαλούμενων από στρες, παρατηρήθηκε ότι σε κατάσταση στρες, η αισιοδοξία συσχετίστηκε αρνητικά με την παραγωγή IL-6<sup>113</sup>.

Τέλος, η αισιοδοξία φαίνεται να είναι αποδεκτή από ψυχιάτρους και άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ως ο προτεινόμενος τρόπος σκέψης και όπως έχει αναφερθεί στην ανασκόπηση 97 εργασιών των Leamy et al, η «ελπίδα και αισιοδοξία» αποτελούν τη μία από τις πέντε διαδικασίες για την αποκατάσταση της ψυχικής υγείας<sup>114</sup>.

## **2.6 Μελέτες αναφορικά με τη σχέση της αισιοδοξίας, των διατροφικών συνθηκών και του τρόπου ζωής.**

Είναι κοινώς παραδεκτό, σύμφωνα με τα αποτελέσματα πολυάριθμων μελετών, ότι η διατροφή και οι διατροφικές συνήθειες είναι ζωτικής σημασίας όχι μόνο για την ανάπτυξη του ανθρώπου, αλλά και για την πρόληψη και θεραπεία ασθενειών. Επίσης είναι θεμελιώδους σημασίας για την διατήρηση της καλής υγείας και λειτουργικότητας, ενώ πολλά στοιχεία δείχνουν την επίδραση που αυτή έχει στους δείκτες επιβίωσης<sup>115-119</sup>.

Η διατροφή, εκτός από τη σωματική υγεία, έχει συσχετιστεί με την ψυχική υγεία και διάθεση, είτε ως επιβαρυντικός παράγοντας κινδύνου εμφάνισης ψυχικών διαταραχών, είτε ως παράγοντας εξέλιξης και υποτροπής αυτών, καθώς και ως παράγοντας επίδρασης των συμπτωμάτων. Μερικές από τις ψυχικές νόσους που έχουν συσχετιστεί με τη διατροφή είναι η κατάθλιψη, η μείζων κατάθλιψη, η επιλόχεια κατάθλιψη και το στρες<sup>120-127</sup>.

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για τη διερεύνηση και κατανόηση της σχέσης αισιοδοξίας και διατροφής είναι αρκετά λίγες έως σήμερα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ώστε να οδηγήσουν σε σαφή συμπεράσματα και τα αποτελέσματα αυτών δεν είναι σταθερά, εφόσον δεν μπορεί να διασαφηνιστεί αν η αισιοδοξία επηρεάζει τις διατροφικές συνήθειες ή αν η ίδια επηρεάζεται από την υιοθέτηση πιο υγιεινών διατροφικών συνηθειών, ή αν συμβαίνουν και τα δύο.

Η υπόθεση ότι η διατροφή συνδέεται με το βαθμό αισιοδοξίας επιβεβαιώθηκε σε μελέτη των Boehm et al σε 990 άνδρες και γυναίκες, όπου σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, η υψηλότερη βαθμολογία στην αισιοδοξία συνδέθηκε αρνητικά με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοόλ και θετικά με τη διατροφή, το υγιέστερο προφίλ λιπιδίων και την άσκηση<sup>128</sup>. Το αξιοσημείωτο στην εν λόγω μελέτη, ήταν το γεγονός ότι η αισιοδοξία αν και δεν συσχετίστηκε με την ολική χοληστερόλη, συσχετίστηκε όμως θετικά με υψηλότερη HDL χοληστερόλη και με χαμηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων, χωρίς όμως να είναι σαφής η σχέση αυτή, αν δηλαδή ψυχολογικοί παράγοντες επηρέαζαν αυτό το αποτέλεσμα ή αν η αισιοδοξία επηρεάζει τις διατροφικές επιλογές και τον τρόπο ζωής των ατόμων. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε σε γυναίκες μετά την εμμηνόπαυση ως προς την διατροφή, το κάπνισμα, τον Δείκτη Μάζας Σώματος, την άσκηση και την περιφέρεια μέσης<sup>129</sup>.

Η σημαντική συμβολή των αντιοξειδωτικών, όπως των καροτενοειδών και της βιταμίνης E, στην υγεία του ανθρώπου έχει διαφανεί και αναγνωριστεί σε αρκετές μελέτες, καθώς βοηθούν τόσο στην αναστολή της οξείδωσης των μορίων, όσο και στη μείωση παραγωγής ελεύθερων ριζών, οι οποίες βλάπτουν τα κύτταρα και συμβάλλουν στην παθολογία ασθενειών<sup>130</sup>.

Η πρώτη μελέτη που πραγματοποιήθηκε με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης αισιοδοξίας και των αντιοξειδωτικών στο ορό είναι του Boehm και των συνεργατών του<sup>131</sup>. Εξετάστηκαν οι συγκεντρώσεις στο ορό εννέα διαφορετικών αντιοξειδωτικών σε 982 άτομα μέσης ηλικίας, λαμβάνοντας υπόψη τα δημογραφικά στοιχεία, την κατάσταση της υγείας τους και τις συμπεριφορές που σχετίζονταν με αυτήν μέσω αυτοαναφορών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η αισιοδοξία συνδέθηκε θετικά με μεγαλύτερες συγκεντρώσεις μιας ομάδας αντιοξειδωτικών, αυτής των καροτενοειδών, ενώ η σχέση αυτή διατηρείτο -έστω και ασθενής- ακόμη και έπειτα από την

προσαρμογή λοιπών παραγόντων, όπως των δημογραφικών στοιχείων και της κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων. Επιπλέον, διαφάνηκε ότι τα λιγότερα αισιόδοξα άτομα κατανάλωναν δύο ή και λιγότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών την ημέρα, σε αντίθεση με τα περισσότερα αισιόδοξα.

Την σχέση αισιόδοξιας, διατροφικών και υγιεινών συνηθειών μελέτησαν και οι Kelloniemi, Ek & Laitinen σε 8.690 άτομα, στην οποία φάνηκε ότι οι αισιόδοξοι κατανάλωναν περισσότερα φρέσκα λαχανικά και σαλάτες, φρούτα, μούρα, τυρί με χαμηλά λιπαρά από ότι οι απαισιόδοξοι, οι οποίοι κατανάλωναν σπάνια τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες και μεγαλύτερη ποσότητα αλκοόλ<sup>132</sup>. Επιπρόσθετα, μεγαλύτερα ποσοστά απαισιόδοξιας συνδέθηκαν τόσο με τους καπνιστές, όσο και με τα άτομα με ΔΜΣ από 30,0 kg/m<sup>2</sup> και άνω, υποδεικνύοντας έτσι ότι η έλλειψη αισιόδοξιας συνδέεται με πιο ανθυγιεινές συνήθειες.

Δεδομένης της σημαντικότητας πρόσληψης ωμέγα 3 λιπαρών οξέων μέσω της κατανάλωσης ψαριών στην υγεία του ανθρώπου, οι van de Rest et al μελέτησαν τη σχέση τους με το βαθμό αισιόδοξιας σε δείγμα 644 ατόμων, ηλικίας 60 – 80 ετών, χωρίς κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα<sup>133</sup>. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η υψηλότερη πρόσληψη ωμέγα 3 λιπαρών οξέων τύπου EPA και DHA συσχετίστηκε θετικά με υψηλότερη αισιόδοξια, αλλά μόνο όταν αυτή αξιολογήθηκε με το 4Q ερωτηματολόγιο αισιόδοξιας και όχι μέσω του ερωτηματολογίου Lot-R, δημιουργώντας ερωτήματα τόσο για τα αποτελέσματα, όσο και για τον τρόπο που αξιολογείται αυτή.

Τα αποτελέσματα δύο μελετών φαίνεται ότι συνδέουν την υψηλότερη αισιόδοξια με την επιλογή συμπεριφορών που οδηγούν σε καλύτερη υγεία, όπως την κατανάλωση υγιεινών τροφίμων, σε αντίθεση με τους απαισιόδοξους, οι οποίοι επέλεξαν περισσότερο την κατανάλωση «ανθυγιεινών» τροφίμων, προτείνοντας διάφορους λόγους που θα μπορούσαν να ερμηνεύσουν αυτή τη σχέση, η οποία δείχνει να είναι εξαιρετικά ευεργετική για τη σωματική και ψυχική υγεία<sup>134-135</sup>.

Η σχέση, καθώς φαίνεται, υφίσταται και είναι θετική, αλλά όπως προαναφέρθηκε, τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα δεν μπορούν με σαφήνεια να αποκαλύψουν αν η αισιόδοξια οδηγεί στην ορθότερη επιλογή διατροφής, ή αν η διατροφή αυξάνει τα επίπεδα αισιόδοξιας ή αν ισχύουν και τα δύο. Περαιτέρω μελέτη στο εν λόγω θέμα θα οδηγήσει σε περισσότερες και πιο σαφείς απαντήσεις, οι οποίες με τη σειρά τους θα μπορέσουν στο μέλλον να αποτελέσουν εργαλείο για την ανάπτυξη

και βελτίωση τόσο της σωματικής, όσο και της ψυχικής υγείας υγιούς και μη πληθυσμού.

## **ΜΕΡΟΣ Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **3.1 Σκοπός της μελέτης.**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση ύπαρξης σχέσης μεταξύ της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) με τις διατροφικές

συνήθειες και τη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής σωματικής υγείας - ευεξίας.

Επιμέρους στόχος ήταν η αναζήτηση πιθανής σχέσης της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) και της βαθμολογίας στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής σωματικής υγείας - ευεξίας με την επιλογή πιο υγιεινού τρόπου ζωής, η αναζήτηση πιθανής σχέσης μεταξύ των παραπάνω βαθμολογιών με την συχνότητα πραγματοποίησης προληπτικών / διαγνωστικών εξετάσεων ετησίως και με την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων στο ατομικό και οικογενειακό ιατρικό ιστορικό των συμμετεχόντων.

### **3.2 Ερευνητικές Υποθέσεις.**

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα αναφερθούν οι κύριες ερευνητικές υποθέσεις – ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης.

Υπόθεση 1: Ύπαρξη σχέσης της διατροφής και συχνότητας κατανάλωσης συγκεκριμένων τροφίμων με τη βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) / αισιοδοξία και τη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής σωματικής υγείας - ευεξίας.

Υπόθεση 2: Ύπαρξη σχέσης της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) / αισιοδοξία και της βαθμολογίας στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής σωματικής υγείας - ευεξίας.

Υπόθεση 3: Ύπαρξη σχέσης της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) / αισιοδοξία και της βαθμολογίας στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής σωματικής υγείας - ευεξίας με τη φυσική άσκηση, την κατανάλωση νερού, το αλκοόλ και την ενεργητική ή παθητική έκθεση σε καπνό.

Υπόθεση 4: Ύπαρξη σχέσης της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) / αισιοδοξία και της βαθμολογίας στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής σωματικής υγείας - ευεξίας με τον νυχτερινό ύπνο (ώρα και διάρκεια του νυχτερινού ύπνου).

Υπόθεση 6: Ύπαρξη σχέσης των προληπτικών εξετάσεων και του ατομικού / οικογενειακού ιστορικού χρόνιων νοσημάτων με τη βαθμολογία στο Τεστ

Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) / αισιοδοξία και τη βαθμολογία της αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας - ευεξίας.

Υπόθεση 7: Ύπαρξη σχέσης των δημογραφικών στοιχείων με τη βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) / αισιοδοξία και τη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής σωματικής υγείας - ευεξίας.

### 3.3 Ερευνητική μεθοδολογία.

Διενεργήθηκε περιεκτική βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους:

*dispositional optimism, optimism and health, optimism and physical - mental health, life orientation test, optimism and lifestyle – dietary*

Ως χρονικό διάστημα αναζήτησης τέθηκε η περίοδος 1985 – 2014, καθώς κυρίως κατά τα έτη αυτά, η αισιοδοξία ορίστηκε ως έννοια και άρχισε να γίνεται αντικείμενο μελέτης εκτενέστερα. Παράλληλα, τέθηκε γλωσσικός περιορισμός με την επιλογή άρθρων δημοσιευμένων στα αγγλικά και στα ελληνικά.

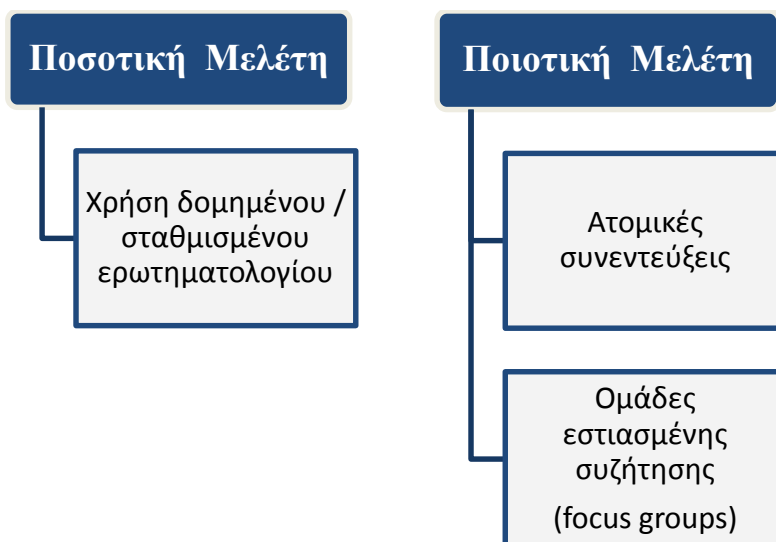
Δεδομένου ότι μεθοδολογικά στόχος ήταν να υπάρξει συνδυασμός μεθόδων για πιο αξιόπιστα και έγκυρα αποτελέσματα, να υπάρξει μεγαλύτερη εξασφάλιση των θετικών στοιχείων της κάθε μεθόδου, μείωση των αδυναμιών και αποφυγή του μεθοδολογικού περιορισμού, για τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων επιλέχθηκε ο μεθοδολογικός τριγωνισμός (triangulation)<sup>136</sup>.

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης μελέτης η μέθοδος που επιλέχθηκε για την ποσοτική μελέτη είναι η χρήση δομημένου / σταθμισμένου ερωτηματολογίου. Για την ποιοτική μελέτη επιλέχθηκαν ως μέθοδοι οι ατομικές ημιδομημένες συνεντεύξεις και οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus group: περιλαμβάνει συνεντεύξεις από έναν αριθμό ατόμων ταυτόχρονα - δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις ερωτήσεις και απαντήσεις μεταξύ ερευνητή και συμμετεχόντων - βασίζεται στην αλληλεπίδραση μέσα στην ομάδα με βάση τα θέματα που παρέχονται από τον ερευνητή) στις οποίες συζητήθηκαν οι βασικοί άξονες / υποθέσεις της παρούσης μελέτης<sup>137</sup>.

Οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης αποτελούν ένα χρήσιμο εργαλείο για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων, με σημαντικά πλεονεκτήματα (εύρος απόψεων,



αλληλεπίδραση μελών ομάδας) για αυτό και επιλέχθηκε ως μέθοδος στη παρούσα μελέτη<sup>138</sup> (Σχήμα 1).



**Σχήμα 1. Μέθοδοι συλλογής δεδομένων**

### **3.4 Ερευνητικό εργαλείο διεξαγωγής της ποσοτικής μελέτης.**

Για την εκπόνηση της μελέτης χρησιμοποιήθηκε αξιόπιστο και έγκυρο ερωτηματολόγιο, συνδυασμού τριών σταθμισμένων ερωτηματολογίων (93 στο σύνολο ερωτήσεις), το οποίο έχει σταθμιστεί σε πιλοτική μελέτη. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τα παρακάτω τρία (3) εργαλεία και χρειαζόταν συνολικά περίπου 10 λεπτά της ώρας για να συμπληρωθεί (Σχήμα 2):

- i. Ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας και ευεξίας.

Πρόκειται για 8 ερωτήσεις αυτοαναφοράς κλειστού τύπου, που διερευνούν την αυτο-αξιολόγηση της κατάστασης της γενικής σωματικής υγείας - ευεξίας των συμμετεχόντων σε πενταβάθμια κλίμακα αξιολόγησης (διαφωνώ απόλυτα – συμφωνώ απόλυτα). Το εν λόγω ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί σε πιλοτική μελέτη από την

Καργάκου και τους συνεργάτες της και έχει παρουσιάσει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής – Cronbach's  $a=0,719$ <sup>139</sup>. Επιπλέον, ο συντελεστής  $r$  του Pearson και ο δείκτης ενδοσυσχέτισης ICC είχαν αποκαλύψει εξαιρετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας (Pearson's  $r=0,928$ ;  $p<0,001$  και  $ICC=0,962$ ;  $p<0,001$ ) και όλες οι συσχετίσεις μεταξύ κάθε ερώτησης που το αποτελεί είχαν προκύψει στατιστικά σημαντικές (Pearson's  $r \geq 0,525$ ;  $p < 0,001$ ).

ii. Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (έκδοση GrLOT-R).

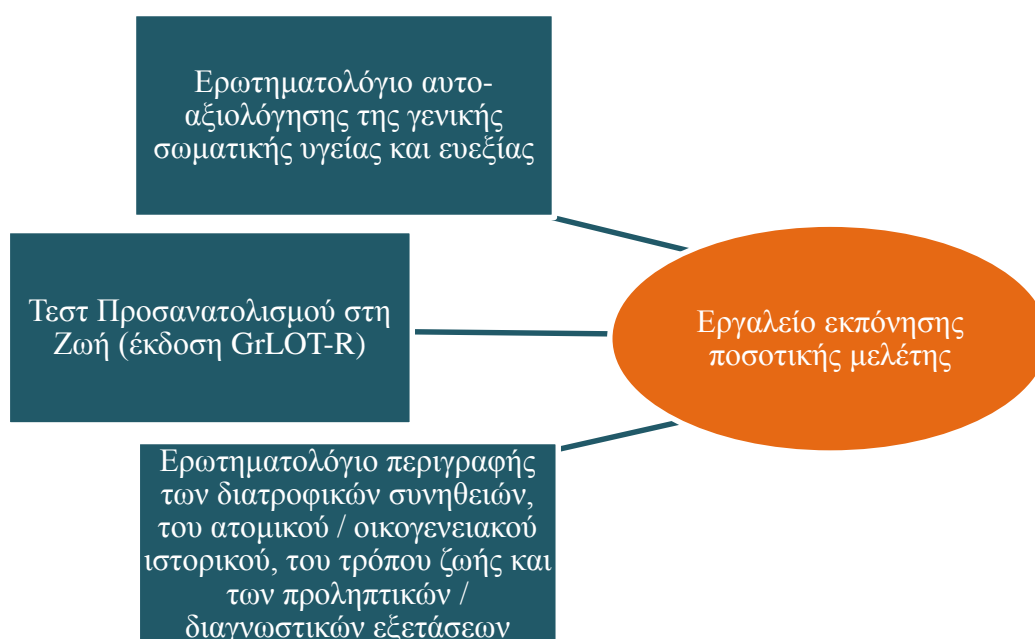
Πρόκειται για ένα τεστ αυτοαναφοράς 10 ερωτήσεων των Scheir , Carver & & Bridges, που εξετάζουν τις γενικευμένες θετικές προσδοκίες έκβασης σε κάθε άνθρωπο<sup>10</sup>. Το τεστ έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Lyrakos et al (2009) και αξιολογεί τη θετική στάση απέναντι στη ζωή (Προδιάθεση Αισιοδοξίας)<sup>140</sup>. Υπάρχουν τρεις ερωτήσεις που διατυπώνονται ως θετικές για την ύπαρξη αισιοδοξίας, τρεις ως αρνητικές και τέσσερις ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται για να καλύψουν το βασικό αντικείμενο μέτρησης του εργαλείου (fillers), οι οποίες δεν συμβάλλουν στο τελικό αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου. Για τη χρήση του ερωτηματολογίου έχει χορηγηθεί άδεια από τους συντάκτες του, ενώ για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και της βαθμολογίας των συμμετεχόντων, υπήρξε συνεργασία με ψυχολόγο. Κατά τη διενέργεια της στάθμισης του ερωτηματολογίου στην πιλοτική μελέτη, το GrLot-R ως μέρος του, παρουσίασε ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής – Cronbach's  $a = 0,72$ .

iii. Ερωτηματολόγιο περιγραφής των διατροφικών συνηθειών, του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού και τρόπου ζωής.

Το εν λόγω ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς έχει επίσης σταθμιστεί σε πιλοτική μελέτη από την Καργάκου και τους συνεργάτες της και έχει παρουσιάσει υψηλή αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής – Cronbach's  $a = 0,845$ <sup>139</sup>. Αποτελείται από 75

ερωτήσεις αυτοαναφοράς που αφορούν τις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων στις εξής κατηγορίες: πρόχειρες τροφές, είδη κρεάτων, φρούτα και λαχανικά ανάλογα με την περιεκτικότητά τους σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία, δημητριακά, όσπρια, γαλακτοκομικά, ροφήματα, ξηροί καρποί και τρόπος μαγειρέματος των τροφών. Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πόσο συχνά καταναλώνουν διάφορες τροφές σε εβδομαδιαία βάση, στοιχεία για τον τρόπο ζωής αυτών, στοιχεία του ατομικού και οικογενειακού τους ιστορικού και τις προληπτικού ελέγχου / διαγνωστικές εξετάσεις που πραγματοποιούν ετησίως.

- iv. Τέλος, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. (βλ. Παράρτημα)



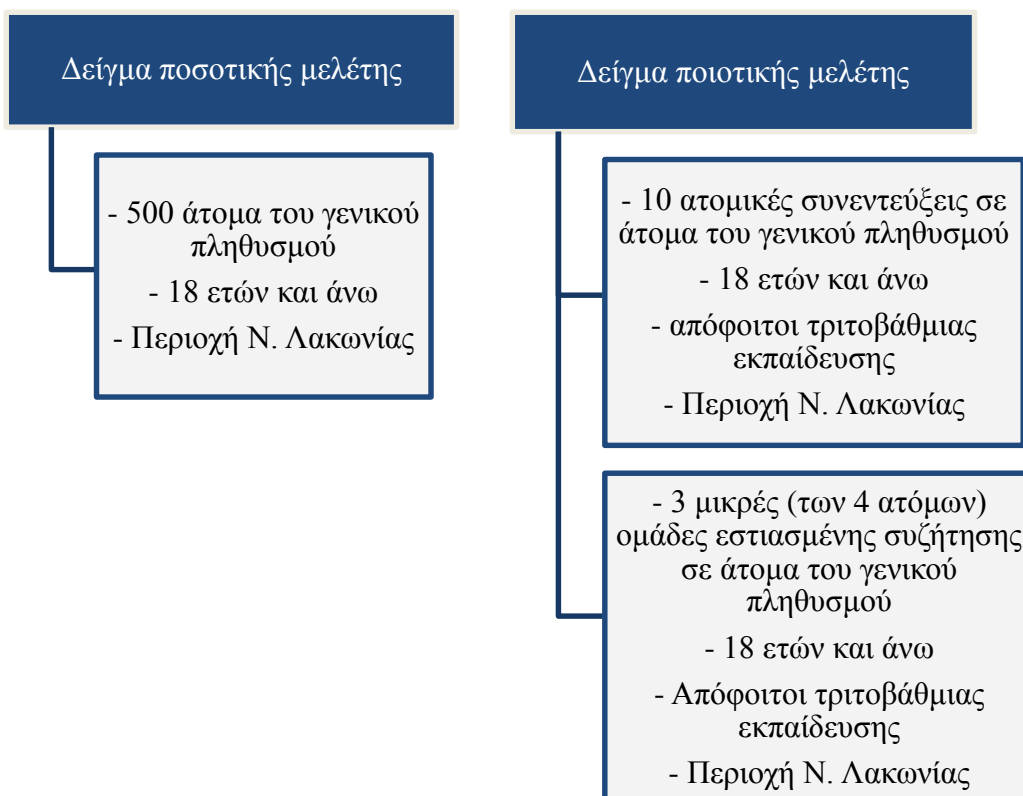
**Σχήμα 2. Ερευνητικό εργαλείο διεξαγωγής της ποσοτικής μελέτης**

### **3.5 Δείγμα μελέτης.**

Η μέθοδος δειγματοληψίας που υιοθετήθηκε είναι η δειγματοληψία μη πιθανότητας και συγκεκριμένα η περιστασιακή ή ευκολίας, σύμφωνα με την οποία κάθε στοιχείο του πληθυσμού δεν έχει την ίδια πιθανότητα να ενταχθεί στο δείγμα. Πρόκειται για μια μέθοδο που δεν αποδίδει τυχαίο δείγμα, αλλά χρησιμοποιείται πολύ

συχνά σε ανάλογες μελέτες, διότι προσφέρει ευκολία στη συγκρότηση δειγμάτων, καθώς η συγκρότηση πραγματικά τυχαίων δειγμάτων είναι μια αρκετά επίπονη και χρονοβόρος διαδικασία. Προκειμένου να μειωθούν οι αρνητικές επιπτώσεις της δειγματοληψίας ευκολίας, επιλέχθη ένα αρκετά μεγάλο δείγμα. Για την ποιοτική μελέτη επιλέχθηκε το δείγμα σκοπιμότητας (purposive sampling), το οποίο πληρούσε τα κριτήρια που είχαν τεθεί για τη συμμετοχή στη μελέτη<sup>141</sup>.

Όσον αφορά στο δείγμα της ποσοτικής μελέτης, διανεμήθηκαν 565 ερωτηματολόγια σε άτομα άνω των 18 ετών του γενικού πληθυσμού στο Νομό Λακωνίας, εκ των οποίων επεστράφησαν συμπληρωμένα τα 500 (συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης 88,5%), ενώ όσον αφορά στην ποιοτική μελέτη, το δείγμα στις ατομικές συνεντεύξεις αποτελείτο από 10 άτομα - εθελοντές, ενώ οι 3 ομάδες εστιασμένης συζήτησης αποτελείτο από 12 άτομα - εθελοντές (3 ομάδες των τεσσάρων ατόμων) συνολικά για τον καλύτερο έλεγχο των ομάδων. Οι μόνοι περιορισμοί - κριτήρια που τέθηκαν στην ποιοτική μελέτη ήταν οι συμμετέχοντες να είναι ενήλικες, να διαμένουν στον Νομό Λακωνίας και να έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση, θεωρώντας ότι πέραν της επιθυμίας που απαιτείται για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη, χρειάζεται και η γνώση, ώστε να απαντήσουν εις βάθος στα ερευνητικά ερωτήματα και να προσφέρουν δεδομένα στη μελέτη (Σχήμα 3)<sup>141</sup>.



### Σχήμα 3. Δείγμα μελέτης

#### 3.6 Διαδικασία συλλογής δεδομένων.

Για τη συλλογή των δεδομένων της ποσοτικής μελέτης, ενημερώθηκαν αναλυτικά εκ των προτέρων όλοι οι συμμετέχοντες για τον σκοπό της μελέτης, την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια με το εισαγωγικό σημείωμα. Μόνον όσα ερωτηματολόγια ήταν ενυπόγραφα συμπεριελήφθησαν στο δείγμα.

Για τη διεξαγωγή της ποιοτικής μελέτης και προκειμένου να εξασφαλιστεί η αξιοπιστία και φερεγγυότητα των ευρημάτων και της διαδικασίας εν γένει, υπήρξε συνεργασία με ψυχολόγο καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης (σχεδιασμός, συλλογή δεδομένων, ανάλυση και συμπεράσματα). Η ψυχολόγος ήταν γνώστης της ερευνητικής διαδικασίας και του υπό μελέτη θέματος, γνώστης της περιοχής, αλλά δεν ήταν μέλος της ερευνητικής ομάδας της συγκεκριμένης μελέτης. Η συνεργασία αυτή, έγινε με σκοπό να αποφευχθούν τυχόν αδυναμίες και μεροληψίες<sup>142</sup>.

Πριν τη διεξαγωγή των ατομικών συνεντεύξεων, πραγματοποιήθηκε πιλοτικά μια ατομική συνέντευξη, προκειμένου να ελεγχθεί ο ημιδομημένος οδηγός ερωτήσεων και τυχόν δυσκολίες. Η πιλοτική συνέντευξη δεν χρησιμοποιήθηκε στο τελικό δείγμα.

Η μέθοδος των ατομικών συνεντεύξεων ήταν η ημιδομημένη, τέθηκαν ανοικτές (open questions) και περιγραφικές ερωτήσεις (descriptive questions), εισαγωγικές και συμπερασματικές ερωτήσεις (introductory and conclusive questions), ερωτήσεις γνώμης (opinion questions), και διευκρινιστικές ερωτήσεις. Τα στάδια που ακολουθήθηκαν ήταν αρχικά ο σχεδιασμός / προετοιμασία των συνεντεύξεων, η πραγματοποίησή τους (interviewing), η απομαγνητοφώνηση και η προετοιμασία του υλικού για ανάλυση (transcribing), η ανάλυση (analyzing) και τέλος ο έλεγχος (verifying).

Αναφορικά με τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης, τα στάδια που ακολουθήθηκαν πριν την συνέντευξη ήταν η προετοιμασία για την επιλογή της ομάδας και αναζήτηση εθελοντών, καθώς και ο σχεδιασμός οδηγού για τα θέματα που πρέπει να σχολιασθούν, ο οποίος ήταν βασισμένος στις υποθέσεις – ερευνητικά ερωτήματα της παρούσης μελέτης. Για τη διεξαγωγή τους, επιλέχθηκε από κοινού ο χρόνος και ο

χώρος στον οποίο θα μπορούσε να διεξαχθεί η συζήτηση ομαλά και οι συμμετέχοντες τοποθετήθηκαν κυκλικά σε διάταξη, προκειμένου να υπάρχει βλεμματική επαφή και καλύτερη επικοινωνία. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν ήταν ανοικτού τύπου, εισαγωγικές, διερευνητικές, ερωτήσεις μετάβασης, ερωτήσεις «κλειδιά» και ερωτήσεις κλεισίματος.

### **3.7 Στατιστική ανάλυση των δεδομένων της ποσοτικής μελέτης.**

Για την ποσοτική ανάλυση των δεδομένων, υπολογίστηκαν οι απόλυτες (absolute) και σχετικές συχνότητες (relative frequencies) για τις ποιοτικές μεταβλητές, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκε η μέση τιμή (mean) και η τυπική απόκλιση (standard deviation). Για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής γραμμικής συσχέτισης του Pearson. Για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t για δύο ανεξάρτητα δείγματα, ενώ η ανάλυση διασποράς ως προς έναν παράγοντα (one factor Anova) χρησιμοποιήθηκε για τη σύγκριση των μέσων τιμών μεταξύ περισσότερων ομάδων<sup>143</sup>.

Στις περιπτώσεις που δεν ήταν εφικτό να θεωρηθεί η κανονικότητα των δεδομένων, λόγω μικρού μεγέθους δείγματος, εφαρμόστηκε ο έλεγχος των Mann - Whitney, αντί του ελέγχου t, και ο έλεγχος των Kruskal-Wallis, αντί της ανάλυσης διασποράς. Στις περιπτώσεις που παρουσιάστηκε παρέκκλιση από την υπόθεση της ισότητας των διακυμάνσεων, εφαρμόστηκε ο έλεγχος του Welch, ο οποίος είναι πιο ανθεκτικός από ότι η Anova<sup>143</sup>.

Για την ομαδοποίηση των συνηθειών διατροφής, άσκησης και κατανάλωσης αλκοόλ, εφαρμόστηκε η πολυμεταβλητή τεχνική της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (exploratory factor analysis) με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων Varimax<sup>144</sup>.

Για την στατιστική ανάλυση έγινε χρήση του στατιστικού πακέτου IBM SPSS Statistics 22.0 έκδοση για Windows και σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε ως επίπεδο σημαντικότητας το 5% <sup>145</sup>.

### **3.8 Ανάλυση των δεδομένων της ποιοτικής μελέτης.**

Τόσο οι ατομικές συνεντεύξεις, όσο και οι συζητήσεις στις ομάδες μαγνητοφωνήθηκαν, προκειμένου να καταστεί δυνατή η επαναληπτική ανάγνωση, απαραίτητη για την ανάλυση και τη μελέτη λεπτομερειών του λόγου.

Για την ανάλυση των συνεντεύξεων υιοθετήθηκε η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, τύπου θεματικής / σημασιολογικής ανάλυσης<sup>149</sup>. Τα δεδομένα αποτελούνται από φράσεις, προτάσεις, σκέψεις και λόγια, που χρησιμοποιήθηκαν στις συνεντεύξεις πάνω στα ερευνητικά ερωτήματα - στους βασικούς άξονες της μελέτης. Στη συνέχεια, όλα τα δεδομένα ομαδοποιήθηκαν σε παρόμοιες κατηγορίες - θεματικές και συγκρίθηκαν μεταξύ τους<sup>146</sup>.

Έπειτα από την ολοκλήρωση και των τριών focus groups, ακολούθησε η απομαγνητοφώνηση της συζήτησης, η ανάλυση των κειμένων, η κατανόηση, η ερμηνεία των απόψεων και ο εστιασμός στη διάδραση (interaction) της ομάδας. Η διαδικασία ανάλυσης των ομάδων εστιασμένης συζήτησης βασίστηκε στον καταμερισμό των συζητήσεων σε θεματικές περιοχές, σε επαναλαμβανόμενες αναγνώσεις των αποσπασμάτων, στη ταξινόμηση τους και στις σημειώσεις που κρατήθηκαν.

Τέλος, υπήρξε έλεγχος από τους όλους τους συμμετέχοντες στη ποιοτική μελέτη, κατά τη διάρκεια και έπειτα από την απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων, για την πιστοποίηση και συμφωνία των λεχθέντων, των μαγνητοφωνημένων και των γεγραμμένων στα αποτελέσματα και στην έκθεση.

### **3.9 Συναίνεση συμμετεχόντων και ηθικά θέματα.**

Πιθανοί κίνδυνοι για τους συμμετέχοντες δεν υπήρχαν. Κατά τη διενέργεια της μελέτης τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Η συμμετοχή στη μελέτη ήταν εθελοντική. Ως εκ τούτου, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, η συμμετοχή στις συνεντεύξεις καθώς και η συμμετοχή στις ομάδες εστιασμένης συζήτησης πραγματοποιήθηκαν με έγγραφη συναίνεση συμμετοχής και με βάση τις αρχές της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων, αφού πρώτα πραγματοποιήθηκε αναλυτική ενημέρωση των ατόμων του δείγματος για τους στόχους της μελέτης. Τέλος, χορηγήθηκε άδεια από όλους τους φορείς που συμμετείχαν στη μελέτη, οι οποίοι δεν επιβαρύνθηκαν οικονομικά.

## 4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### 4.1 Αποτελέσματα ποσοτικής μελέτης.

#### 4.1.1 Περιγραφή του δείγματος.

Στη μελέτη συμμετείχαν 500 άτομα, εκ των οποίων το 54,8% ήταν γυναίκες και το 45,2% ήταν άνδρες (Πίνακας 1). Η μέση ηλικία των ατόμων ήταν τα 35,27 ( $\pm$  11,850) έτη. Τα μισά περίπου άτομα (52,2%) ήταν άγαμα ενώ ένα υψηλό ποσοστό (39,4%) ήταν έγγαμα. Κατά μέσο όρο, οι συμμετέχοντες είχαν 0,56 ( $\pm$  1,01) παιδιά. Όσον αφορά στην εκπαίδευση των ατόμων, το 40,0% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ, ενώ το 21,4% είχε τελειώσει το Λύκειο. Υψηλό ήταν το ποσοστό των ατόμων με μεταπτυχιακό/διδακτορικό (16,6%) και των φοιτητών (12,8%). Το 34,8% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 22,4% ήταν άνεργοι και το 17,4% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι.

Όσον αφορά στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της σωματικής υγείας (Πίνακας 2), το 49,2% των ατόμων συμφωνούσε ότι αρκετά συχνά νιώθει την ανάγκη να ξεκουραστεί κατά τη διάρκεια της ημέρας. Σημαντικά είναι τα ποσοστά αυτών που ούτε συμφώνησαν ούτε διαφώνησαν (25,8%) και αυτών που διαφώνησαν (20,8%). Το 59,0% χαρακτήρισε τον οργανισμό του αρκετά ισχυρό στις ασθένειες, ενώ ένας στους τρεις περίπου (27,4%) ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε. Το 52,2% πίστευε ότι ακολουθεί φυσικούς τρόπους που ενδυναμώνουν την υγεία του. Ένας στους τρεις



περίπου (27,8%) ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε. Το 44,2% δεν μπορούσε να χαρακτηρίσει εάν η υγεία του είναι εξαιρετική. Το 37,2% συμφώνησε με την άποψη αυτή. Το 77,0% διαφώνησε με την άποψη ότι αρρωσταίνει πιο εύκολα από άλλους ανθρώπους. Το 59,4% θεωρούσε ότι είναι υγιές όσο και άλλοι συνομήλικοί του. Ένας στους τρεις περίπου (30,6%) ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε. Το 57,2% δεν θεωρούσε ότι η κατάσταση της υγείας του δεν είναι καλή όπως στο παρελθόν. Το 21,6% συμφώνησε ενώ το 17,8% δεν είχε σαφή άποψη επ' αυτού. Το 61,6% θεωρούσε ότι η υγεία του δεν θα χειροτερέψει. Το 26,4% δεν είχε σαφή άποψη επ' αυτού.

Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου αυτοαξιολόγησης της υγείας και ευεξίας προέκυψε υψηλή (Chronbach's  $\alpha = 0,733$ ).

Φύλο	Άνδρας	226 (45,2)
	Γυναίκα	274 (54,8)
Ηλικία	35,27 (11,850)*	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος /η	261 (52,2)
	Έγγαμος/η	197 (39,4)
	Συμβίωση	18 (3,6)
	Εν διαστάσει	3 (0,6)
	Διαζευγμένος/η	16 (3,2)
	Χήρος/α	5 (1,0)
Αριθμός παιδιών	0,56 (1,01)*	
Εκπαίδευση	Αναλφάβητος / η	1 (0,2)
	Δημοτικό	12 (2,4)
	Γυμνάσιο	33 (6,6)
	Λύκειο	107 (21,4)
	Φοιτητής /τρια	64 (12,8)
	Απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ	200 (40,0)
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	83 (16,6)
Εργασιακή Κατάσταση	Άνεργος /η	112 (22,4)
	Δημόσιος Υπάλληλος	174 (34,8)
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	87 (17,4)
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	46 (9,2)
	Αγρότης	29 (5,8)
	Συνταξιούχος	9 (1,8)
	Άλλο	43 (8,6)

Συχνότητα (%)

\* Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

**Πίνακας 1:** Δημογραφικά χαρακτηριστικά

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Νιώθω αρκετά συχνά την ανάγκη να ξεκουραστώ κατά τη διάρκεια της μέρας.	21 (4,2)	104 (20,8)	129 (25,8)	188 (37,6)	58 (11,6)
Νομίζω ότι ο οργανισμός μου είναι αρκετά ισχυρός στις ασθένειες (π.χ. ιώσεις, λοιμώξεις κλπ).	3 (0,6)	65 (13,0)	137 (27,4)	233 (46,6)	62 (12,4)
Πιστεύω ότι ακολουθώ φυσικούς τρόπους που ενδυναμώνουν την υγεία μου (άσκηση, διατροφή κλπ).	13 (2,6)	87 (17,4)	139 (27,8)	198 (39,6)	63 (12,6)
Θεωρώ ότι η υγεία μου είναι εξαιρετική.	3 (0,6)	53 (10,6)	221 (44,2)	186 (37,2)	37 (7,4)
Νομίζω ότι αρρωσταίνω πιο εύκολα από άλλους ανθρώπους.	105 (21,0)	280 (56,0)	82 (16,4)	31 (6,2)	2 (0,4)
Θεωρώ ότι είμαι υγιής όσο και άλλοι συνομήλικοί μου άνθρωποι.	7 (1,4)	43 (8,6)	153 (30,6)	243 (48,6)	54 (10,8)
Θεωρώ ότι η κατάσταση της υγείας μου δεν είναι καλή όπως στο παρελθόν.	70 (14,0)	216 (43,2)	89 (17,8)	108 (21,6)	17 (3,4)
Θεωρώ ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει.	92 (18,4)	213 (42,6)	132 (26,4)	52 (10,4)	11 (2,2)

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 2:** Αυτο-αξιολόγηση της σωματικής υγείας και ευεξίας  
Εξετάζοντας το κατά πόσο το περιεχόμενο των προτάσεων του Πίνακα 3 χαρακτηρίζει τους συμμετέχοντες, παρατηρείται ότι το 41,6% συμφώνησε και το 8,2% συμφώνησε απόλυτα, ότι σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένουν ότι θα τους

συμβεί το καλύτερο, ενώ το 31,2% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε. Η πλειοψηφία των ατόμων (32,4%) δήλωσε ότι ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί στην πρόταση «εάν είναι κάτι να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά», το 25,4% και 4,8% δήλωσαν ότι συμφωνούν ή συμφωνούν απόλυτα αντιστοίχως, ενώ υψηλό είναι το ποσοστό εκείνων που διαφώνησαν (31,2%). Το 38,8% δήλωσε ότι είναι αισιόδοξοι για το μέλλον τους, το 14,2% δήλωσε ότι είναι απόλυτα σύμφωνοι με αυτό και το 32,0% ότι ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί.

Σχετικά με τη δήλωση «σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω», το 36,6% διαφώνησε, το 36,0% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό συμφώνησε (17,6%). Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες (42,6%) διαφώνησαν με την πεποίθηση ότι σπάνια πιστεύουν ότι θα τους συμβούν καλά πράγματα, το 17,0% διαφώνησε απόλυτα και το 24,8% παρέμεινε ουδέτερο. Η πλειοψηφία των ατόμων (47,2%) συμφώνησε ότι συνολικά περιμένει περισσότερα καλά πράγματα, παρά κακά να της συμβεί, το 16,0% συμφώνησε απόλυτα και το 26,8% ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε. Ένα μεγάλο ποσοστό (40,0%) συμφώνησε ότι μπορεί εύκολα να χαλαρώσει, σχεδόν οι μισοί (49,0%) συμφώνησαν απόλυτα ότι τους αρέσει να κάνουν παρέα με τους φίλους τους, το 46,4% συμφώνησε ότι είναι σημαντικό να είναι απασχολημένοι συνέχεια με κάτι, ενώ όσον αφορά στη δήλωση «δεν θυμώνω εύκολα», ένας στους τρεις συμμετέχοντες (30,0%) ούτε συμφώνησε ούτε διαφώνησε. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) προέκυψε υψηλή (Chronbach's  $\alpha = 0,774$ ).

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.	22 (4,4)	73 (14,6)	156 (31,2)	208 (41,6)	41 (8,2)
Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω	22 (4,4)	111 (22,2)	129 (25,8)	200 (40,0)	38 (7,6)
Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.	31 (6,2)	156 (31,2)	162 (32,4)	127 (25,4)	24 (4,8)
Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.	9 (1,8)	66 (13,2)	160 (32,0)	194 (38,8)	71 (14,2)
Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.	1 (0,2)	2 (0,4)	35 (7,0)	217 (43,4)	245 (49,0)

Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.	1 (0,2)	27 (5,4)	91 (18,2)	232 (46,4)	149 (29,8)
Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.	47 (9,4)	183 (36,6)	159 (31,8)	88 (17,6)	23 (4,6)
Δεν θυμώνω πολύ εύκολα.	46 (9,2)	107 (21,4)	150 (30,0)	142 (28,4)	55 (11,0)
Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.	85 (17,0)	213 (42,6)	124 (24,8)	62 (12,4)	16 (3,2)
Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα, παρά κακά.	10 (2,0)	40 (8,0)	134 (26,8)	236 (47,2)	80 (16,0)

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 3:** Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή GrLot-R  
Διατροφικές συνήθειες σε εβδομαδιαία βάση.

Αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες του δείγματος σε κρέας, ψάρια και τα παράγωγά τους (Πίνακας 4), παρατηρείται ότι το 62,6% δήλωσε ότι κατανάλωνε κόκκινο κρέας από μια έως δυο φορές εβδομαδιαίως και το 17,2% τρεις φορές. Ένα υψηλό ποσοστό της τάξεως του 62,2% κατανάλωνε πουλερικά από μια έως δύο φορές σε εβδομαδιαία βάση, σχεδόν οι μισοί (48,2%) από τους συμμετέχοντες κατανάλωναν γαλακτοκομικά καθημερινά, ενώ το 22,8% από πέντε έως έξι φορές την εβδομάδα. Το 76,0% του δείγματος είχε συμπεριλάβει στη διατροφή του το ψάρι από μια έως δυο φορές την εβδομάδα, ενώ όσον αφορά στην κατανάλωση αυγού στην αντίστοιχη συχνότητα, το ποσοστό ήταν 59,0%.

Όσον αφορά στα λαχανικά (Πίνακας 5), το 59,2% κατανάλωνε μαρούλι από μία έως τρεις φορές σε εβδομαδιαία βάση, το 23,6% δεν κατανάλωνε καθόλου πιπεριά και το 56,8% κατανάλωνε από μια έως τρεις φορές την εβδομάδα. Το 29,2% δεν κατανάλωνε σπανάκι, ενώ το 58,2% κατανάλωνε από μια έως δύο φορές. Το 41,2% δεν περιελάμβανε στα γεύματά του το μπρόκολο, ενώ το 43,6% το πολύ έως δύο φορές την εβδομάδα. Το 42,4% κατανάλωνε ντομάτα από μία έως τρεις φορές την εβδομάδα και το 30,6% από τέσσερις έως πέντε φορές. Ένα μεγάλο ποσοστό συμμετεχόντων (41,8%) δεν κατανάλωνε καθόλου κόκκινη πιπεριά, ενώ το 37,0% το πολύ έως δύο φορές εβδομαδιαίως. Το 54,8% δεν κατανάλωνε κόκκινο λάχανο και το 27,8% κατανάλωνε από μία έως δύο φορές την εβδομάδα. Το καρότο δεν υπήρξε στη διατροφή των ατόμων σε ποσοστό 13,0%, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 47,2% κατανάλωνε από μια έως δύο φορές σε εβδομαδιαία βάση. Σχεδόν οι μισοί (51,0%) δεν συμπεριλάμβαναν καθόλου στη διατροφή τους την κίτρινη και πορτοκαλί πιπεριά, το

54,8% δεν καταναλώνει καθόλου καλαμπόκι, ενώ το 23,8% και το 21,0%, αντίστοιχα, τα περιλάμβαναν τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα. Περίπου ένας στους τρεις συμμετέχοντες (30,4%) δήλωσε ότι καταναλώνει σαλάτα σε καθημερινή βάση, ενώ το 39,6% από τέσσερις έως έξι φορές την εβδομάδα.

	Καμία φορά την εβδομάδα	Μια φορά την εβδομάδα	Δύο φορές την εβδομάδα	Τρεις φορές την εβδομάδα	Τέσσερις φορές την εβδομάδα	Πέντε φορές την εβδομάδα	Έξι φορές την εβδομάδα	Επτά φορές την εβδομάδα
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο κρέας;	19 (3,8)	163 (32,6)	160 (32,0)	86 (17,2)	41 (8,2)	22 (4,4)	5 (1,0)	4 (0,8)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πουλερικά όπως κοτόπουλο, γαλοπούλα;	8 (1,6)	126 (25,2)	185 (37,0)	98 (19,6)	31 (6,2)	30 (6,0)	15 (3,0)	7 (1,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γαλακτοκομικά (γάλα, τυρί, γιαούρτι, βούτυρο κλπ);	8 (1,6)	8 (1,6)	32 (6,4)	53 (10,6)	44 (8,8)	62 (12,4)	52 (10,4)	241 (48,2)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρια;	64 (12,8)	279 (55,8)	101 (20,2)	28 (5,6)	13 (2,6)	9 (1,8)	4 (0,8)	2 (0,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε αυγό;	80 (16,0)	166 (33,2)	129 (25,8)	66 (13,2)	29 (5,8)	18 (3,6)	3 (0,6)	9 (1,8)

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 4:** Εβδομαδιαίες διατροφικές συνήθειες κατανάλωσης κρέατος, ψαριών και των παραγώγων τους

	Καμία φορά την εβδομάδα	Μια φορά την εβδομάδα	Δύο φορές την εβδομάδα	Τρεις φορές την εβδομάδα	Τέσσερις φορές την εβδομάδα	Πέντε φορές την εβδομάδα	Έξι φορές την εβδομάδα	Επτά φορές την εβδομάδα
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μαρούλι;	48 (9,6)	95 (19,0)	95 (19,0)	106 (21,2)	61 (12,2)	44 (8,8)	24 (4,8)	27 (5,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πιπεριά;	118 (23,6)	138 (27,6)	85 (17,0)	61 (12,2)	44 (8,8)	16 (3,2)	16 (3,2)	22 (4,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε σπανάκι;	146 (29,2)	232 (46,4)	59 (11,8)	26 (5,2)	21 (4,2)	9 (1,8)	1 (0,2)	6 (1,2)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μπρόκολο;	206 (41,2)	158 (31,6)	60 (12,0)	35 (7,0)	15 (3,0)	11 (2,2)	8 (1,6)	7 (1,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ντομάτα;	26 (5,2)	58 (11,6)	68 (13,6)	86 (17,2)	85 (17,0)	68 (13,6)	49 (9,8)	60 (12,0)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινη πιπεριά;	209 (41,8)	131 (26,2)	54 (10,8)	31 (6,2)	33 (6,6)	14 (2,8)	11 (2,2)	17 (3,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο λάχανο;	274 (54,8)	94 (18,8)	45 (9,0)	42 (8,4)	15 (3,0)	7 (1,4)	6 (1,2)	17 (3,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καρότο;	65 (13,0)	122 (24,4)	114 (22,8)	73 (14,6)	44 (8,8)	27 (5,4)	26 (5,2)	29 (5,8)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κίτρινη - πορτοκαλί πιπεριά;	255 (51,0)	119 (23,8)	58 (11,6)	26 (5,2)	15 (3,0)	5 (1,0)	7 (1,4)	15 (3,0)

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καλαμπόκι;	274 (54,8)	105 (21,0)	63 (12,6)	25 (5,0)	16 (3,2)	7 (1,4)	3 (0,6)	7 (1,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε σαλάτα;	16 (3,2)	29 (5,8)	41 (8,2)	64 (12,8)	54 (10,8)	76 (15,2)	68 (13,6)	152 (30,4)

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 5:** Εβδομαδιαίες διατροφικές συνήθειες σε λαχανικά

Σχετικά με τα φρούτα (Πίνακας 6), το 66,0% των ατόμων δεν καταναλώνει καθόλου ακτινίδιο, ενώ μόλις το 18,0% μία φορά την εβδομάδα. Το 58,6% και το 36,0% περιλάμβανε στη διατροφή του το μήλο και τα πορτοκάλια, αντίστοιχα, το πολύ τρεις φορές την εβδομάδα, ενώ το 45,2% δήλωσε ότι καταναλώνει τα τελευταία από πέντε έως επτά φορές. Το 19,2%, το 47,8% και το 25,0% δεν καταναλώνει καρπούζι, ρόδι και κεράσια, αντίστοιχα, ενώ το 32,6%, το 34,2% και το 39,4%, αντίστοιχα, καταναλώνει τα παραπάνω το πολύ έως δύο φορές την εβδομάδα. Το 27,6% και το 15,8% δεν περιλάμβανε στη διατροφή του τα βερίκοκα και τα μανταρίνια, αντίστοιχα, ενώ το 36,8% και το 31,2% τα συμπεριλάμβανε από μία έως δύο φορές την εβδομάδα, αντίστοιχα. Ο ανανάς απουσίαζε από τη διατροφή των συμμετεχόντων σε ποσοστό 82,4% ενώ το 10,4% τον καταναλώνει το πολύ μια φορά την εβδομάδα. Γενικά τα φρούτα καταναλώνονταν από το 42,2% από μία έως τρεις φορές την εβδομάδα, ενώ πέντε φορές και επτά φορές την εβδομάδα καταναλώνονταν από το 10,0% και 23,0%, αντίστοιχα.

	Καμία φορά την εβδομάδα	Μια φορά την εβδομάδα	Δύο φορές την εβδομάδα	Τρεις φορές την εβδομάδα	Τέσσερις φορές την εβδομάδα	Πέντε φορές την εβδομάδα	Έξι φορές την εβδομάδα	Επτά φορές την εβδομάδα
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ακτινίδιο;	330 (66,0)	90 (18,0)	27 (5,4)	14 (2,8)	13 (2,6)	10 (2,0)	6 (1,2)	10 (2,0)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μήλο;	53 (10,6)	102 (20,4)	117 (23,4)	74 (14,8)	39 (7,8)	42 (8,4)	28 (5,6)	45 (9,0)

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καρπούζι;	96 (19,2)	76 (15,2)	87 (17,4)	78 (15,6)	49 (9,8)	43 (8,6)	24 (4,8)	47 (9,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ρόδι;	239 (47,8)	112 (22,4)	59 (11,8)	28 (5,6)	20 (4,0)	12 (2,4)	11 (2,2)	19 (3,8)

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 6:** Διατροφικές συνήθειες σε φρούτα σε εβδομαδιαία βάση

	Καμία φορά την εβδομάδα	Μια φορά την εβδομάδα	Δύο φορές την εβδομάδα	Τρεις φορές την εβδομάδα	Τέσσερις φορές την εβδομάδα	Πέντε φορές την εβδομάδα	Έξι φορές την εβδομάδα	Επτά φορές την εβδομάδα
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κεράσια;	125 (25,0)	91 (18,2)	106 (21,2)	71 (14,2)	30 (6,0)	24 (4,8)	26 (5,2)	27 (5,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε βερίκοκο;	138 (27,6)	92 (18,4)	92 (18,4)	68 (13,6)	38 (7,6)	28 (5,6)	17 (3,4)	27 (5,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πορτοκάλια;	28 (5,6)	49 (9,8)	62 (12,4)	69 (13,8)	66 (13,2)	61 (12,2)	63 (12,6)	102 (20,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μανταρίνι;	79 (15,8)	84 (16,8)	72 (14,4)	67 (13,4)	57 (11,4)	49 (9,8)	40 (8,0)	52 (10,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ανανά;	412 (82,4)	52 (10,4)	15 (3,0)	7 (1,4)	2 (0,4)	2 (0,4)	5 (1,0)	5 (1,0)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φρούτα (π.χ. αχλάδι, μπανάνα, σταφύλια);	26 (5,2)	72 (14,4)	59 (11,8)	80 (16,0)	51 (10,2)	50 (10,0)	47 (9,4)	115 (23,0)

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 6 (συνέχεια):** Διατροφικές συνήθειες σε φρούτα σε εβδομαδιαία βάση  
Όσον αφορά στα γλυκά (Πίνακας 7), το 22,6% των συμμετεχόντων, τα συμπεριελάμβανε στη διατροφή του δύο φορές την εβδομάδα και το 37,6% από τρεις



έως πέντε φορές. Κονσερβοποιημένα τρόφιμα κατανάλωνε μία φορά την εβδομάδα μόλις το 18,8%, ενώ το 74,0% καμία φορά. Ένας στους δύο περίπου κατανάλωνε λαδερά και όσπρια από δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα και το 18,8% κατανάλωνε τσάι μια φορά την εβδομάδα, το 13,4% από δύο έως τρεις φορές, ενώ σχεδόν οι μισοί (52,6%) δεν κατανάλωναν καθόλου. Το 30,8% κατανάλωνε λευκά ζυμαρικά από τρεις έως τέσσερις φορές, ενώ το 54,0% τα κατανάλωνε από μια έως δύο φορές. Το 41,4% περιελάμβανε στα γεύματά του ωμό ελαιόλαδο σε καθημερινή βάση, ενώ ένας στους τρεις (29,8%) το κατανάλωναν από τέσσερις έως έξι φορές την εβδομάδα. Το ποσοστό των ατόμων που δεν κατανάλωνε ξηρούς καρπούς ανέρχεται στο 21,2%, το 31,6% κατανάλωνε μία φορά την εβδομάδα, ενώ το 29,4% από δύο έως τρεις φορές. Περίπου οι μισοί (55,8%) δεν κατανάλωναν αποξηραμένα φρούτα καθόλου, το 23,2% το πολύ μία φορά την εβδομάδα, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τα δημητριακά ολικής άλεσης είναι 41,6% και 14,0% αντίστοιχα. Αναφορικά με το μαύρο ψωμί, το 40,6% δεν το κατανάλωνε καθόλου, το 24,8% από μία έως δύο φορές την εβδομάδα, ενώ μόλις το 14,6% το κατανάλωνε καθημερινά. Το αναποφλοϊώτο ρύζι δεν συμπεριλαμβανόταν στη διατροφή των συμμετεχόντων σε ποσοστό 77,2%, ενώ μόλις το 11,4% το κατανάλωνε μία φορά την εβδομάδα.

	Καμία φορά την εβδομάδα	Μια φορά την εβδομάδα	Δύο φορές την εβδομάδα	Τρεις φορές την εβδομάδα	Τέσσερις φορές την εβδομάδα	Πέντε φορές την εβδομάδα	Έξι φορές την εβδομάδα	Επτά φορές την εβδομάδα
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γλυκά;	38 (7,6)	99 (19,8)	113 (22,6)	73 (14,6)	56 (11,2)	59 (11,8)	22 (4,4)	40 (8,0)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κονσερβοποιημένα τρόφιμα;	370 (74,0)	94 (18,8)	18 (3,6)	10 (2,0)	4 (0,8)	3 (0,6)	1 (0,2)	0 (0,0)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λαδερά (μπάμιες, φασολάκια, αρακά, μπριάμ, λαχανόριζο, γεμιστά κλπ);	14 (2,8)	94 (18,8)	163 (32,6)	129 (25,8)	56 (11,2)	22 (4,4)	13 (2,6)	9 (1,8)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε όσπρια (φασόλια, φακές, ρεβίθια,	28 (5,6)	169 (33,8)	205 (41,0)	65 (13,0)	13 (2,6)	7 (1,4)	8 (1,6)	5 (1,0)

κουκιά, μπιζέλια κλπ);								
Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε πράσινο τσάι;	263 (52,6)	94 (18,8)	36 (7,2)	31 (6,2)	21 (4,2)	16 (3,2)	17 (3,4)	22 (4,4)

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 7:** Διατροφικές συνήθειες σε εβδομαδιαία βάση

	Καμία φορά την εβδομάδα	Μια φορά την εβδομάδα	Δύο φορές την εβδομάδα	Τρεις φορές την εβδομάδα	Τέσσερις φορές την εβδομάδα	Πέντε φορές την εβδομάδα	Έξι φορές την εβδομάδα	Επτά φορές την εβδομάδα
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λευκά ζυμαρικά;	31 (6,2)	116 (23,2)	154 (30,8)	115 (23,0)	39 (7,8)	24 (4,8)	11 (2,2)	10 (2,0)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ΩΜΟ ελαιόλαδο; π.χ. σαλάτα, προσθήκη μετά το μαγείρεμα.	29 (5,8)	32 (6,4)	39 (7,8)	44 (8,8)	51 (10,2)	53 (10,6)	45 (9,0)	207 (41,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ξηρούς καρπούς (καρύδια, αμύγδαλα, φουντούκια, φιστίκια);	106 (21,2)	158 (31,6)	87 (17,4)	60 (12,0)	34 (6,8)	16 (3,2)	11 (2,2)	28 (5,6)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε 2-3 αποξηραμένα φρούτα όπως σύκα, δαμάσκηνα, βερίκοκα, σταφίδες κλπ;	279 (55,8)	116 (23,2)	39 (7,8)	24 (4,8)	10 (2,0)	7 (1,4)	8 (1,6)	17 (3,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε δημητριακά ολικής άλεσης;	208 (41,6)	70 (14,0)	48 (9,6)	39 (7,8)	22 (4,4)	29 (5,8)	19 (3,8)	65 (13,0)
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μαύρο ψωμί;	203 (40,6)	71 (14,2)	53 (10,6)	42 (8,4)	18 (3,6)	22 (4,4)	18 (3,6)	73 (14,6)

Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε αναποφλοϊώτο ρύζι (άγριο ρύζι);	386 (77,2)	57 (11,4)	23 (4,6)	15 (3,0)	11 (2,2)	4 (0,8)	1 (0,2)	3 (0,6)
--	---------------	--------------	-------------	-------------	-------------	------------	------------	------------

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 7 (συνέχεια):** Διατροφικές συνήθειες σε εβδομαδιαία βάση

Σύμφωνα με τον Πίνακα 8, το 35,6% δεν γευμάτιζε έξω καμία φορά την εβδομάδα, ενώ σχεδόν ένας στους δύο συμμετέχοντες (50,4%) γευμάτιζε από μία έως δύο φορές την εβδομάδα. Το 36,0% δεν έπινε καθόλου αλκοόλ, ενώ το 43,4% δήλωσε ότι έπινε από μία έως δύο φορές την εβδομάδα. Αναφορικά με τον τρόπο μαγειρέματος, το 39,4% δήλωσε ότι δεν κατανάλωνε καθόλου τροφή μαγειρεμένη σε χύτρα ταχύτητας, το 31,0% από μια έως δύο φορές σε εβδομαδιαία βάση, ενώ τα αντίστοιχα ποσοστά όσον αφορά τη τσιγαρισμένη ή τηγανισμένη τροφή ανέρχονται σε 15,8% και 51,2%. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου των διατροφικών συνηθειών (Πίνακες 4 – 8) προέκυψε πολύ υψηλή (Chronbach's  $\alpha = 0,887$ ).

	Καμία φορά την εβδομάδα	Μια φορά την εβδομάδα	Δύο φορές την εβδομάδα	Τρεις φορές την εβδομάδα	Τέσσερις φορές την εβδομάδα	Πέντε φορές την εβδομάδα	Έξι φορές την εβδομάδα	Επτά φορές την εβδομάδα
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε έξω φαστ φουντ, ταβέρνες κλπ;	178 (35,6)	193 (38,6)	59 (11,8)	31 (6,2)	24 (4,8)	8 (1,6)	2 (0,4)	5 (1,0)
Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε αλκοόλ;	180 (36,0)	142 (28,4)	75 (15,0)	42 (8,4)	19 (3,8)	14 (2,8)	6 (1,2)	22 (4,4)
Πόσες φορές την εβδομάδα μαγειρεύετε σε χύτρα ταχύτητας;	197 (39,4)	81 (16,2)	74 (14,8)	61 (12,2)	27 (5,4)	24 (4,8)	12 (2,4)	24 (4,8)
Πόσες φορές την εβδομάδα τηγανίζετε ή τσιγαρίζετε τις τροφές;	79 (15,8)	132 (26,4)	124 (24,8)	90 (18,0)	39 (7,8)	14 (2,8)	12 (2,4)	10 (2,0)

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 8:** Διατροφικές συνήθειες, τρόπος μαγειρέματος

### Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό.

Αναφορικά με το ατομικό ιστορικό των συμμετεχόντων (Πίνακας 9), παρατηρείται ότι μόλις ένα άτομο είχε υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, το 94,0% δεν είχε κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα, επτά άτομα (1,4%) δήλωσαν ότι έχουν νοσήσει από κάποιας μορφής καρκίνο, το 18,0% έπασχε από δυσλειτουργία του θυρεοειδούς αδένου, το 13,2% ανέφερε ότι πάσχει από κάποιο μυοσκελετικό νόσημα, ενώ μόλις το 6,6% του δείγματος έπασχε από κάποιο άλλο χρόνια νόσημα.

Όσον αφορά στο οικογενειακό ιστορικό (Πίνακας 10), το 23,2% δήλωσε ότι έχει στο οικογενειακό του ιστορικό συγγενή που έχει υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο, ενώ ένα αρκετά υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων (42,8%) είχε συγγενή με καρδιαγγειακό νόσημα. Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης προέκυψε ότι το 38,8% είχαν συγγενή που έχει νοσήσει από καρκίνο, ενώ σχεδόν ένας στους τρεις (27,0%) είχαν συγγενή με σακχαρώδη διαβήτη. Ένα αρκετά υψηλό ποσοστό (42,6%) δήλωσαν ότι έχουν στο οικογενειακό τους ιστορικό θυρεοειδή, σχεδόν ένας στους πέντε συμμετέχοντες (18,8%) κάποιο μυοσκελετικό νόσημα, ενώ μόλις το 8,0% ανέφερε ότι έχει συγγενή που πάσχει από κάποιο άλλο χρόνια νόσημα που δεν έχει συμπεριληφθεί στο ερωτηματολόγιο.

	Ναι	Όχι
Έχετε πάθει εγκεφαλικό επεισόδιο;	1 (0,2)	499 (99,8)
Πάσχετε από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα;	30 (6,0)	470 (94,0)
Έχετε νοσήσει από καρκίνο;	7 (1,4)	493 (98,6)
Έχετε σακχαρώδη διαβήτη;	5 (1,0)	495 (99,0)
Πάσχετε από θυρεοειδή;	90 (18,0)	410 (82,0)
Έχετε κάποιο μυοσκελετικό νόσημα;	66 (13,2)	434 (86,8)
Πάσχετε από κάποιο άλλο χρόνια νόσημα;	33 (6,6)	467 (93,4)

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 9:** Ατομικό ιατρικό ιστορικό

	Ναι	Όχι
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό εγκεφαλικό επεισόδιο;	116 (23,2)	384 (76,8)
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό καρδιαγγειακό νόσημα;	214 (42,8)	286 (57,2)
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό καρκίνο;	194 (38,8)	306 (61,2)
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη;	135 (27,0)	365 (73,0)
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό θυρεοειδή;	213 (42,6)	287 (57,4)
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό μυοσκελετικό νόσημα;	94 (18,8)	406 (81,2)
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό κάποιο άλλο χρόνιο νόσημα;	40 (8,0)	460 (92,0)

Συχνότητα (%)

### Πίνακας 10: Οικογενειακό ιστορικό

#### Επισκέψεις σε γιατρούς, καπνιστικές συνήθειες, κατανάλωση νερού, ύπνος και άσκηση

Σύμφωνα με τον Πίνακα 11 παρατηρείται ότι το ένα υψηλό ποσοστό (86,4%) δήλωσε ότι επισκέπτεται τους ιατρούς όταν χρειάζεται, οι μισοί των συμμετεχόντων (50,2%) ήταν ενεργητικοί ή παθητικοί καπνιστές, ενώ ο μέσος αριθμός τσιγάρων ήταν τα 9,22 ( $\pm 10,766$ ) τσιγάρα. Ο μέσος όρος κατανάλωσης νερού ήταν τα 6,57 ( $\pm 3,531$ ) ποτήρια νερό. Όσον αφορά στην ώρα που οι ερωτηθέντες πέφτουν για ύπνο, το 29,0% έπεφτε για ύπνο το πολύ μέχρι τις 23:00, το 56,8% μεταξύ 23:00 – 1:00, το 14,2% μετά τις 1:00 το βράδυ, ενώ ο μέσος όρος ωρών ύπνου κατά τη διάρκεια της νύχτας ήταν 6,97 ( $\pm 1,288$ ) ώρες. Σχετικά με την άσκηση, σχεδόν ένας στους τρεις (28,6%) δεν γυμναζόταν καθόλου για τουλάχιστον μισή ώρα εβδομαδιαίως, το 16% γυμναζόταν τουλάχιστον δύο φορές, ενώ το 9,8% γυμναζόταν από έξι έως επτά φορές την εβδομάδα.

			Ναι	Όχι					
Επισκέπτεσθε τους γιατρούς όταν χρειάζεται;			432 (86,4)	68 (13,6)					
Καπνίζετε ή είστε εκτεθειμένος σε περιβάλλον που καπνίζει;			251 (50,2)	249 (49,8)					
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;			9,22 (10,766)*						
Πόσα ποτήρια νερό πίνετε την ημέρα;			6,57 (3,531)*						
Τι ώρα πέφτετε το βράδυ για ύπνο;			Έως τις 11		145 (29,0)				
			11 με 1		284 (56,8)				
			Μετά τη 1		71 (14,2)				
Πόσες ώρες κοιμάστε τη νύχτα;			6,97 (1,288)*						
	Καμία φορά την εβδομάδα	Μια φορά την εβδομάδα	Δύο φορές την εβδομάδα	Τρεις φορές την εβδομάδα	Τέσσερις φορές την εβδομάδα	Πέντε φορές την εβδομάδα	Έξι φορές την εβδομάδα	Επτά φορές την εβδομάδα	
Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεστε για παραπάνω από μισή ώρα;	143 (28,6)	49 (9,8)	80 (16,0)	78 (15,6)	52 (10,4)	49 (9,8)	22 (4,4)	27 (5,4)	

Συχνότητα (%)

\* Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)

**Πίνακας 11:** Επισκέψεις σε γιατρούς, καπνιστικές συνήθειες, κατανάλωση νερού, ύπνος και άσκηση

### Ετήσιες εξετάσεις.

Αναφορικά με τις ετήσιες εξετάσεις που πραγματοποιούσαν οι γυναίκες του δείγματος (Πίνακας 12), παρατηρείται ότι ένα υψηλό ποσοστό (89,5%) δήλωσε ότι έκανε γενικές εξετάσεις αίματος, το 61,1% πραγματοποιούσε γενική εξέταση ούρων, το 74,2% επισκεπτόταν το γιατρό για Τεστ Παπ και το 29,1% έκανε υπέρηχο άνω και κάτω κοιλίας. Το 45,1% προέβαινε σε έλεγχο πρώιμης διάγνωσης καρκίνου μαστού

(αυτοψηλάφηση, ιατρική ψηλάφηση, υπέρηχο μαστών, μαστογραφία), σχεδόν οι μισές γυναίκες του δείγματος (48,4%) πραγματοποιούσαν ετησίως μέτρηση της αρτηριακής πίεσης, το 40,4% και το 73,1% επισκεπτόταν ετησίως οφθαλμίατρο και οδοντίατρο αντίστοιχα, ενώ το 9,8% και το 2,9% πραγματοποιούσε ετησίως έλεγχο για οστεοπόρωση και κολονοσκόπηση αντίστοιχα. Από τις γυναίκες που πραγματοποιούσαν έλεγχο για οστεοπόρωση, εκείνες που είχαν συμπληρώσει το πεντηκοστό έτος της ηλικίας τους ήταν το 52,2%, ενώ για κολονοσκόπηση ήταν μόλις το 17,4%.

Σχετικά με τις ετήσιες εξετάσεις των ανδρών (Πίνακας 13), παρατηρείται ότι επίσης ένα υψηλό ποσοστό (75,6%) δήλωσε ότι έκανε γενικές εξετάσεις αίματος, το 39,1% πραγματοποιούσε γενική εξέταση ούρων ενώ μόλις το 9,8% επισκεπτόταν τον γιατρό για ουρολογική εξέταση πρώιμης διάγνωσης προστάτη (δακτυλική εξέταση, εξέταση αίματος για PSA). Περισσότεροι από τους μισούς (62,7%) και το 28,9% δήλωσαν ότι επισκέπτονταν ετησίως τον οδοντίατρο και τον οφθαλμίατρο, αντίστοιχα, το 15,6% έκανε υπέρηχο άνω και κάτω κοιλίας, ενώ καρδιολογική εξέταση έκανε σχεδόν ένας στους τρεις (36,9%). Από τους άνδρες που πραγματοποιούσαν ετησίως ουρολογική εξέταση πρώιμης διάγνωσης προστάτη (δακτυλική εξέταση, εξέταση αίματος για PSA) και κολονοσκόπηση, αυτοί που είχαν συμπληρώσει το πεντηκοστό έτος της ηλικίας τους ήταν το 33,3% και το 22,2%, αντίστοιχα.

<b>Εξετάσεις γυναικών</b>	<b>Συχνότητα (%)</b>	<b>Εξετάσεις ανδρών</b>	<b>Συχνότητα (%)</b>
Γενική εξέταση αίματος	246 (89,5)	Γενική εξέταση αίματος	170 (75,6)
Γενική εξέταση ούρων	168 (61,1)	Γενική εξέταση ούρων	88 (39,1)
Τέστ ΠΑΠ	204 (74,2)	Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	101 (44,9)
Έλεγχος πρώιμης διάγνωσης καρκίνου μαστού (αυτοψηλάφιση, ιατρική ψηλάφιση, υπέρηχο μαστών, μαστογραφία)	124 (45,1)	Ουρολογική εξέταση πρώιμης διάγνωσης προστάτη (δακτυλική εξέταση, εξέταση αίματος για PSA)	22 (9,8)
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	133 (48,4)	Κολonosκόπηση	13 (5,8)
Έλεγχος για οστεοπόρωση	27 (9,8)	Οφθαλμολογική εξέταση	65 (28,9)
Κολonosκόπηση	8 (2,9)	Οδοντιατρική εξέταση	141 (62,7)
Οφθαλμολογική εξέταση	111 (40,4)	Υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας	35 (15,6)
Οδοντιατρική εξέταση	201 (73,1)	Καρδιολογική εξέταση	83 (36,9)
Υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας	80 (29,1)		
<b>Εξετάσεις που πραγματοποιούν γυναίκες και άντρες &gt;50 ετών</b>			
<b>Εξετάσεις γυναικών</b>	<b>Συχνότητα (%)</b>	<b>Εξετάσεις ανδρών</b>	<b>Συχνότητα (%)</b>
Έλεγχος για οστεοπόρωση	12 (52,2)	Ουρολογική εξέταση πρώιμης διάγνωσης προστάτη (δακτυλική εξέταση, εξέταση αίματος για PSA)	12 (33,3)
Κολonosκόπηση	4 (17,4)	Κολonosκόπηση	8 (22,2)

Συχνότητα (%)

**Πίνακας 12:** Παρακαλώ σημειώστε ποιες από τις παρακάτω εξετάσεις κάνετε κάθε χρόνο



#### 4.1.2 Συσχετίσεις ποσοτικής μελέτης.

##### Μελέτη της αυτο – αξιολόγησης της γενικής κατάστασης της υγείας.

Η μέση βαθμολογία στην αυτο–αξιολόγηση της κατάστασης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας βρέθηκε ίση με 27,65 ( $\pm$  4,426) μονάδες. Αυτό υποδηλώνει ότι τα άτομα χαρακτηρίζουν κατά βάση την υγεία τους ως μέτρια. Αυτό προκύπτει και από τον Πίνακα 13, ο οποίος παρουσιάζει τη βαθμολογία αυτό-αξιολόγησης της υγείας κωδικοποιημένη σε κακή, μέτρια και καλή. 56 άτομα (11,2%) αξιολόγησαν την υγεία τους ως κακή, τα 221 (44,2%) ως μέτρια, ενώ τα 223 (44,6%) ως καλή. Από τον έλεγχο Welch προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία στην αυτό-αξιολόγηση μεταξύ αυτών που χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως κακή, μέτρια και καλή.

	N	Mean	Std. Deviation	p-value
Κακή	56 (11,2%)	21,6964	3,28035	<0,001*
Μέτρια	221 (44,2%)	26,0860	3,29970	
Καλή	223 (44,6%)	30,6996	3,13859	

Συχνότητα (%)

\*Welch test

**Πίνακας 13:** Βαθμολογία στην αυτό-αξιολόγηση μεταξύ αυτών που χαρακτηρίζουν την υγεία τους κακή, μέτρια και καλή

## **Μελέτη της αυτο-αξιολόγησης της γενικής κατάστασης της υγείας – ευεξίας.**

Στη συνέχεια θα πραγματοποιηθεί παρουσίαση των παραγόντων που επηρέασαν τη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων.

### Δημογραφικά στοιχεία.

Από τον Πίνακα 14 παρατηρείται ότι το σκορ αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας επηρεάζεται από το φύλο ( $p = 0,029$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p < 0,001$ ), τον αριθμό των παιδιών ( $p = 0,025$ ) και την εκπαίδευση ( $p = 0,001$ ). Οι άνδρες, οι άγαμοι, τα άτομα που δεν έχουν παιδιά και τα άτομα με ανώτατη εκπαίδευση έχουν υψηλότερο σκορ αυτό-αξιολόγησης. Επίσης, συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά και μάλιστα ελαφρά αρνητικά με την ηλικία των ατόμων ( $p = 0,001$ ). Όσο μικρότερα τα άτομα τόσο υψηλότερο σκορ έχουν.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Φύλο	Άνδρας	226	28,13	4,380	<b>0,029</b>
	Γυναίκα	274	27,26	4,432	
Ηλικία	-0,155*				<b>0,001</b>
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος / η	261	28,56	4,294	<b>&lt;0,001</b>
	Έγγαμος / η	197	26,56	4,335	
Αριθμός παιδιών	Κανένα παιδί	365	28,00	4,418	<b>0,025</b>
	Ένα παιδί	25	26,20	5,115	
	Δύο παιδιά	79	26,75	4,100	
	Τρία παιδιά	27	26,78	4,182	
Εκπαίδευση	Έως Γυμνάσιο	46	25,20	4,48	<b>0,001</b>
	Λύκειο	107	27,42	4,50	
	Φοιτητής/τρια	64	28,20	4,46	
	ΑΕΙ / ΤΕΙ	200	27,85	4,17	
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	83	28,42	4,48	
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργος / η	112	27,94	4,13	0,409
	Δημόσιος Υπάλληλος	174	27,75	4,26	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	87	27,29	4,72	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	46	28,35	4,08	
	Αγρότης	29	26,31	4,50	
	Άλλο	52	27,44	5,27	

\* Pearsons' r

**Πίνακας 14:** Σχέση του σκορ αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας με τα δημογραφικά στοιχεία

Ατομικό ιατρικό ιστορικό.

Μελετώντας τη σχέση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας και των δηλωθέντων στο ατομικό ιατρικό

ιστορικό (Πίνακας 15), προέκυψε ότι το σκορ αυτο-αξιολόγησης επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από και την ύπαρξη καρδιαγγειακού νοσήματος ( $p < 0,001$ ), θυρεοειδούς ( $p < 0,001$ ), μυοσκελετικού νοσήματος ( $p < 0,001$ ) και άλλου χρόνιου νοσήματος ( $p = 0,024$ ). Τα άτομα που δήλωσαν ότι δεν έπασχαν από τα παραπάνω, παρουσίασαν υψηλότερη μέση βαθμολογία αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πάσχετε από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα;	Όχι	470	27,84	4,342	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	30	24,67	4,729	
Πάσχετε από θυρεοειδή;	Όχι	410	28,04	4,326	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	90	25,89	4,471	
Έχετε κάποιο μυοσκελετικό νόσημα;	Όχι	434	28,00	4,303	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	66	25,38	4,577	
Πάσχετε από κάποιο άλλο χρόνια νόσημα;	Όχι	467	27,77	4,421	<b>0,024</b>
	Ναι	33	25,97	4,209	

**Πίνακας 15:** Σχέση του σκορ αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας με το ατομικό ιατρικό ιστορικό

#### Οικογενειακό ιστορικό.

Από τον Πίνακα 16 παρατηρείται ότι το σκορ αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από την ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου ( $p = 0,006$ ), καρδιαγγειακού νοσήματος ( $p < 0,001$ ), σακχαρώδη διαβήτη ( $p = 0,001$ ) και μυοσκελετικού νοσήματος ( $p < 0,001$ ) στο οικογενειακό ιστορικό των συμμετεχόντων. Τα άτομα που δεν είχαν στο οικογενειακό τους ιστορικό εγκεφαλικό επεισόδιο, καρδιαγγειακό νόσημα, σακχαρώδη διαβήτη και μυοσκελετικό νόσημα, παρουσίασαν υψηλότερο σκορ αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό εγκεφαλικό επεισόδιο;	Όχι	384	27,95	4,331	<b>0,006</b>
	Ναι	116	26,67	4,612	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό καρδιαγγειακό νόσημα;	Όχι	286	28,34	4,234	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	214	26,73	4,518	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό καρκίνου;	Όχι	306	27,84	4,356	0,234
	Ναι	194	27,36	4,530	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη;	Όχι	365	28,03	4,339	<b>0,001</b>
	Ναι	135	26,62	4,510	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό θυρεοειδή;	Όχι	287	27,88	4,314	0,192
	Ναι	213	27,35	4,564	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό μυοσκελετικό νόσημα;	Όχι	406	28,09	4,311	<b>&lt;0,001</b>
	Ναι	94	25,77	4,442	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό κάποιο άλλο χρόνια νόσημα;	Όχι	460	27,64	4,333	0,826
	Ναι	40	27,80	5,441	

**Πίνακας 16:** Σχέση του σκορ αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας με το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό

#### Ετήσιες εξετάσεις γυναικών.

Αξιολογώντας τον Πίνακα 17, παρατηρείται ότι η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης της υγείας - ευεξίας δεν επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από τις ετήσιες εξετάσεις που πραγματοποιούν οι γυναίκες, παρά μόνο από την οδοντιατρική εξέταση ( $p = 0,010$ ). Οι γυναίκες που δήλωσαν ότι επισκέπτονταν τον οδοντίατρο ετησίως, παρουσίασαν υψηλότερη μέση βαθμολογία στο σκορ αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας – ευεξίας.

#### Ετήσιες εξετάσεις ανδρών.

Όσον αφορά στις εξετάσεις που πραγματοποιούσαν οι άνδρες ετησίως και τη σχέση τους με τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης της υγείας - ευεξίας (Πίνακας 18), δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική σχέση. Οι ετήσιες εξετάσεις που πραγματοποιούν οι άνδρες, δεν επηρέασαν τη μέση βαθμολογία τους στο σκορ αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας – ευεξίας.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Γενική εξέταση αίματος	Όχι	29	27,17	3,929	0,912*
	Ναι	245	27,27	4,495	
Γενική εξέταση ούρων	Όχι	107	27,22	4,183	0,917*
	Ναι	167	27,28	4,597	
Τεστ Παπ	Όχι	71	27,24	4,710	0,965*
	Ναι	203	27,27	4,343	
Έλεγχος διάγνωσης καρκίνου μαστού (αυτοψηλάφιση, ιατρική ψηλάφιση, υπέρηχο μαστών, μαστογραφία)	Όχι	151	27,32	4,324	0,787*
	Ναι	123	27,18	4,577	
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	Όχι	142	27,44	4,391	0,493*
	Ναι	132	27,07	4,484	
Έλεγχος για οστεοπόρωση	Όχι	247	27,23	4,413	0,715*
	Ναι	27	27,56	4,677	
Οφθαλμολογική εξέταση	Όχι	164	27,10	4,451	0,479*
	Ναι	110	27,49	4,414	
Οδοντιατρική εξέταση	Όχι	74	26,12	4,191	<b>0,010*</b>
	Ναι	200	27,68	4,455	
Υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας	Όχι	195	27,27	4,255	0,941*
	Ναι	79	27,23	4,870	
<b>Εξετάσεις γυναικών &gt;50 ετών και αυτο-αξιολόγηση της σωματικής υγείας – ευεξίας</b>					
Έλεγχος για οστεοπόρωση	Όχι	11	26,00	4,025	0,976**
	Ναι	12	26,33	6,184	

\* t-test

\*\*Mann-Whitney

**Πίνακας 17:** Σχέση του σκορ αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας – ευεξίας με τις ετήσιες εξετάσεις των γυναικών

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Γενική εξέταση αίματος	Όχι	55	27,47	4,606	0,209*
	Ναι	170	28,33	4,309	
Γενική εξέταση ούρων	Όχι	137	27,88	4,416	0,314*
	Ναι	88	28,49	4,344	
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	Όχι	124	28,03	4,537	0,740*
	Ναι	101	28,23	4,219	
Ουρολογική εξέταση πρώιμης διάγνωσης προστάτη	Όχι	203	28,16	4,434	0,660*
	Ναι	22	27,73	4,014	
Οφθαλμολογική εξέταση	Όχι	160	28,02	4,372	0,588*
	Ναι	65	28,37	4,453	
Οδοντιατρική εξέταση	Όχι	84	28,11	4,867	0,974*
	Ναι	141	28,13	4,095	
Υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας	Όχι	190	28,25	4,378	0,292*
	Ναι	35	27,40	4,440	
Καρδιολογική εξέταση	Όχι	142	28,09	4,387	0,899*
	Ναι	83	28,17	4,417	
<b>Εξετάσεις ανδρών &gt;50 ετών και αυτο-αξιολόγηση της σωματικής υγείας - ευεξίας</b>					
Ουρολογική εξέταση πρώιμης διάγνωσης προστάτη	Όχι	24	26,54	5,267	0,476*
	Ναι	12	28,00	3,490	

\* t-test

\*\* Mann-Whitney

**Πίνακας 18:** Σχέση του σκορ αυτό-αξιολόγησης με τις ετήσιες εξετάσεις των ανδρών



Σχέση του σκορ αυτό-αξιολόγησης της σωματικής υγείας – ευεξίας με τις επισκέψεις σε γιατρούς, τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση νερού, τον ύπνο και την άσκηση.

Στον Πίνακα 19, παρατηρείται ότι η βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της σωματικής υγείας - ευεξίας επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από τη δήλωση των ατόμων αναφορικά με την επίσκεψη σε γιατρούς όταν χρειάζεται ( $p = 0,001$ ), από το αν καπνίζουν ή είναι παθητικοί καπνιστές ( $p = 0,002$ ), από τη συχνότητα άσκησης σε εβδομαδιαία βάση ( $p < 0,001$ ), από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν οι καπνιστές ( $p = 0,023$ ), την ποσότητα κατανάλωσης νερού ( $p = 0,008$ ) και από τον αριθμό των ωρών που κοιμούνται τη νύχτα ( $p < 0,001$ ). Τα άτομα που επισκέπτονταν τους γιατρούς, που δεν κάπνιζαν ή δεν ήταν παθητικοί καπνιστές, που ασκούσαν περισσότερο από 4 φορές εβδομαδιαίως για τουλάχιστον μισή ώρα, που έπιναν μεγαλύτερη ποσότητα νερού και κοιμούνταν περισσότερες ώρες τη νύχτα, παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της σωματικής υγείας - ευεξίας, ενώ υπήρξε αρνητική συσχέτιση του αριθμού τσιγάρων με αυτήν, δηλαδή, όσο λιγότερα τσιγάρα κάπνιζαν οι καπνιστές, τόσο αυξανόταν η βαθμολογία.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Επισκέπτεσθε τους γιατρούς όταν χρειάζεται	Όχι	68	25,93	4,918	<b>0,001</b>
	Ναι	432	27,93	4,286	
Καπνίζετε ή είστε εκτεθειμένος σε περιβάλλον που καπνίζει	Όχι	249	28,25	4,289	<b>0,002</b>
	Ναι	251	27,06	4,487	
Τι ώρα πέφτετε το βράδυ για ύπνο;	Έως τις 11	145	27,49	4,539	0,425
	11 με 1	284	27,86	4,434	
	Μετά τη 1	71	27,16	4,156	
Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεστε για παραπάνω από μισή ώρα;	Το πολύ μια φορά	192	26,02	4,358	<b>&lt;0,001*</b>
	2 με 4 φορές	210	28,14	4,017	
	Περισσότερες από 4 φορές	98	29,82	4,248	
					Pearson's r (p-value)
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα					-0,102 <b>(0,023)</b>
Πόσα ποτήρια νερό πίνετε την ημέρα;					0,119 <b>(0,008)</b>
Πόσες ώρες κοιμάστε τη νύχτα;					0,163 <b>(&lt;0,001)</b>

**Πίνακας 19:** Σχέση του σκορ αυτό-αξιολόγησης με τις επισκέψεις σε γιατρούς, τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση νερού, τον ύπνο και την άσκηση

Σχέση του σκορ αυτό-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας με τις διατροφικές συνήθειες.

Από τον Πίνακα 20 παρατηρείται ότι η βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας και ευεξίας συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη συχνότητα εβδομαδιαίας κατανάλωσης φρούτων ( $p < 0,001$ ), ντομάτας ( $p = 0,004$ ), πορτοκαλιών ( $p = 0,041$ ), ανανά ( $p = 0,046$ ), γαλακτοκομικών ( $p = 0,001$ ), αποξηραμένων φρούτων ( $p = 0,049$ ), δημητριακών ολικής άλεσης ( $p = 0,004$ ) και κατανάλωσης τσιγαρισμένης / τηγανισμένης τροφής ( $p = 0,002$ ). Τα άτομα που κατανάλωναν φρούτα, ντομάτα, πορτοκάλια, γαλακτοκομικά, δημητριακά ολικής άλεσης τουλάχιστον τέσσερις φορές την εβδομάδα, ανανά και 2 – 3 αποξηραμένα φρούτα δυο με τέσσερις φορές εβδομαδιαίως και κατανάλωναν τσιγαρισμένη / τηγανισμένη τροφή το πολύ μια φορά την εβδομάδα, παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της σωματικής υγείας και ευεξίας.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε έξω φαστ φουντ, ταβέρνες κλπ;	Το πολύ μια φορά	371	27,91	4,567	0,057*
	2 με 4 φορές	114	27,01	3,891	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φρούτα;	Το πολύ μια φορά	98	26,10	4,342	<0,001*
	2 με 4 φορές	190	27,53	4,245	
	Περισσότερες από 4 φορές	212	28,48	4,439	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε σαλάτα;	Το πολύ μια φορά	45	27,44	5,324	0,069*
	2 με 4 φορές	159	27,03	4,308	
	Περισσότερες από 4 φορές	296	28,02	4,314	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γλυκά;	Το πολύ μια φορά	137	28,02	4,200	0,334**
	2 με 4 φορές	242	27,69	4,255	
	Περισσότερες από 4 φορές	121	27,17	4,969	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο κρέας;	Το πολύ μια φορά	182	27,83	4,401	0,759*
	2 με 4 φορές	287	27,57	4,446	
	Περισσότερες από 4 φορές	31	27,32	4,482	
Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε αλκοόλ;	Το πολύ μια φορά	322	27,58	4,668	0,491**
	2 με 4 φορές	136	27,99	3,825	
	Περισσότερες από 4 φορές	42	27,12	4,346	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 20:** Σχέση του σκορ αυτό-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με τις διατροφικές συνήθειες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κονσερβοποιημένα τρόφιμα;	Το πολύ μια φορά	464	27,76	4,334	0,272*
	2 με 4 φορές	32	26,88	5,235	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μαρούλι;	Το πολύ μια φορά	143	27,38	4,318	0,135*
	2 με 4 φορές	262	27,50	4,467	
	Περισσότερες από 4 φορές	95	28,46	4,424	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πιπεριά;	Το πολύ μια φορά	256	27,30	4,378	0,075*
	2 με 4 φορές	190	27,81	4,562	
	Περισσότερες από 4 φορές	54	28,76	4,004	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ακτινίδιο;	Το πολύ μια φορά	420	27,51	4,451	0,245***
	2 με 4 φορές	54	28,46	4,219	
	Περισσότερες από 4 φορές	26	28,19	4,373	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε σπανάκι;	Το πολύ μια φορά	378	27,43	4,310	0,068***
	2 με 4 φορές	106	28,30	4,571	
	Περισσότερες από 4 φορές	16	28,69	5,747	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μπρόκολο;	Το πολύ μια φορά	364	27,38	4,435	0,068***
	2 με 4 φορές	110	28,38	4,383	
	Περισσότερες από 4 φορές	26	28,38	4,196	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 20 (συνέχεια):** Σχέση του σκορ αυτό-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με τις διατροφικές συνήθειες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ντομάτα;	Το πολύ μια φορά	84	26,89	4,157	<b>0,004*</b>
	2 με 4 φορές	239	27,28	4,488	
	Περισσότερες από 4 φορές	177	28,51	4,351	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινη πιπεριά;	Το πολύ μια φορά	340	27,51	4,490	0,350*
	2 με 4 φορές	118	27,74	4,321	
	Περισσότερες από 4 φορές	42	28,55	4,168	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μήλο;	Το πολύ μια φορά	155	27,15	4,320	0,079*
	2 με 4 φορές	230	27,63	4,340	
	Περισσότερες από 4 φορές	115	28,37	4,671	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καρπούζι;	Το πολύ μια φορά	172	27,34	4,127	0,267*
	2 με 4 φορές	214	27,61	4,687	
	Περισσότερες από 4 φορές	114	28,20	4,342	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ρόδι;	Το πολύ μια φορά	351	27,47	4,367	0,325*
	2 με 4 φορές	107	28,20	4,775	
	Περισσότερες από 4 φορές	42	27,79	3,948	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κεράσια;	Το πολύ μια φορά	216	27,41	4,299	0,107*
	2 με 4 φορές	207	27,54	4,528	
	Περισσότερες από 4 φορές	77	28,62	4,425	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 20 (συνέχεια):** Σχέση του σκορ αυτό-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με τις διατροφικές συνήθειες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο λάχανο;	Το πολύ μια φορά	368	27,49	4,416	0,069*
	2 με 4 φορές	102	27,70	4,596	
	Περισσότερες από 4 φορές	30	29,43	3,607	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καρότο;	Το πολύ μια φορά	187	27,33	4,203	0,346*
	2 με 4 φορές	231	27,73	4,634	
	Περισσότερες από 4 φορές	82	28,16	4,313	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε βερίκοκο;	Το πολύ μια φορά	230	27,19	4,263	0,053*
	2 με 4 φορές	198	27,87	4,537	
	Περισσότερες από 4 φορές	72	28,53	4,507	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πορτοκάλια;	Το πολύ μια φορά	77	26,78	4,564	<b>0,041*</b>
	2 με 4 φορές	197	27,42	4,283	
	Περισσότερες από 4 φορές	226	28,15	4,457	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μανταρίνι;	Το πολύ μια φορά	163	27,13	4,748	0,084*
	2 με 4 φορές	196	27,65	4,180	
	Περισσότερες από 4 φορές	141	28,26	4,324	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κίτρινη - πορτοκαλί πιπεριά;	Το πολύ μια φορά	374	27,43	4,406	0,109***
	2 με 4 φορές	99	28,44	4,464	
	Περισσότερες από 4 φορές	27	27,85	4,374	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 20 (συνέχεια):** Σχέση του σκορ αυτό-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με τις διατροφικές συνήθειες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καλαμπόκι;	Το πολύ μια φορά	379	27,51	4,422	0,459***
	2 με 4 φορές	104	28,01	4,482	
	Περισσότερες από 4 φορές	17	28,53	4,185	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ανανά;	Το πολύ μια φορά	464	27,63	4,332	0,046***
	2 με 4 φορές	24	29,46	4,413	
	Περισσότερες από 4 φορές	12	24,92	6,529	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γαλακτοκομικά;	Το πολύ μια φορά	16	23,19	4,806	0,001***
	2 με 4 φορές	129	27,39	4,327	
	Περισσότερες από 4 φορές	355	27,95	4,341	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λαδερά (μπάμιες, φασολάκια, αρακά, μπριάμ, λαχανόριζο, γεμιστά κλπ);	Το πολύ μια φορά	108	27,00	4,358	0,222*
	2 με 4 φορές	348	27,84	4,453	
	Περισσότερες από 4 φορές	44	27,73	4,321	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε όσπρια;	Το πολύ μια φορά	197	27,31	3,988	0,088***
	2 με 4 φορές	283	27,77	4,705	
	Περισσότερες από 4 φορές	20	29,25	4,216	
Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε πράσινο τσάι;	Το πολύ μια φορά	357	27,38	4,382	0,101*
	2 με 4 φορές	88	28,33	4,801	
	Περισσότερες από 4 φορές	55	28,31	3,948	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 20 (συνέχεια):** Σχέση του σκορ αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με τις διατροφικές συνήθειες



		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρια;	Το πολύ μια φορά	343	27,48	4,345	0,446***
	2 με 4 φορές	142	28,08	4,712	
	Περισσότερες από 4 φορές	15	27,53	3,292	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πουλερικά όπως κοτόπουλο, γαλοπούλα;	Το πολύ μια φορά	134	27,77	4,228	0,718*
	2 με 4 φορές	314	27,68	4,381	
	Περισσότερες από 4 φορές	52	27,19	5,191	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε αυγό;	Το πολύ μια φορά	246	27,51	4,131	0,158**
	2 με 4 φορές	224	27,57	4,589	
	Περισσότερες από 4 φορές	30	29,43	5,230	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λευκά ζυμαρικά;	Το πολύ μια φορά	147	27,86	4,083	0,711*
	2 με 4 φορές	308	27,61	4,535	
	Περισσότερες από 4 φορές	45	27,27	4,798	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ΩΜΟ ελαιόλαδο; π.χ. σαλάτα, προσθήκη μετά το μαγείρεμα;	Το πολύ μια φορά	61	27,64	4,401	0,824*
	2 με 4 φορές	134	27,46	4,176	
	Περισσότερες από 4 φορές	305	27,74	4,547	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ξηρούς καρπούς;	Το πολύ μια φορά	264	27,46	4,444	0,469*
	2 με 4 φορές	181	27,76	4,499	
	Περισσότερες από 4 φορές	55	28,22	4,099	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 20 (συνέχεια):** Σχέση του σκορ αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με τις διατροφικές συνήθειες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε 2-3 αποξηραμένα φρούτα όπως σύκα, δαμάσκηνα, βερίκοκα, σταφίδες κλπ;	Το πολύ μια φορά	395	27,44	4,431	<b>0,049*</b>
	2 με 4 φορές	73	28,82	4,532	
	Περισσότερες από 4 φορές	32	27,59	3,775	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε δημητριακά ολικής άλεσης;	Το πολύ μια φορά	278	27,32	4,454	<b>0,004*</b>
	2 με 4 φορές	109	27,24	4,457	
	Περισσότερες από 4 φορές	113	28,88	4,134	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μαύρο ψωμί;	Το πολύ μια φορά	274	27,66	4,508	0,835*
	2 με 4 φορές	113	27,47	4,502	
	Περισσότερες από 4 φορές	113	27,82	4,171	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε αναποφλοϊώτο ρύζι (άγριο ρύζι);	Το πολύ μια φορά	443	27,67	4,348	0,923*
	2 με 4 φορές	49	27,73	4,928	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε τροφή μαγειρευμένη σε χύτρα ταχύτητος;	Το πολύ μια φορά	278	27,85	4,463	0,319*
	2 με 4 φορές	162	27,60	4,235	
	Περισσότερες από 4 φορές	60	26,90	4,736	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε τηγανισμένη ή τσιγαρισμένη τροφή;	Το πολύ μια φορά	211	28,27	4,293	<b>0,002*</b>
	2 με 4 φορές	253	27,43	4,296	
	Περισσότερες από 4 φορές	36	25,64	5,383	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 20:** Σχέση του σκορ αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με τις διατροφικές συνήθειες

**Μελέτη του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R).**

Το συνολικό σκορ στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) υπολογίστηκε ίσο με 20,47 ( $\pm$  4,017) μονάδες. Η μέση τιμή στο σκορ που σημείωσαν οι συμμετέχοντες παρατηρείται ότι είναι αρκετά καλή, καθώς η χαμηλότερη πιθανή βαθμολογία είναι 0 μονάδες, ενώ η υψηλότερη πιθανή βαθμολογία είναι οι 24 μονάδες.

Στη συνέχεια πραγματοποιείται παρουσίαση των παραγόντων που επηρέασαν την αισιοδοξία των ατόμων.

#### Δημογραφικά στοιχεία.

Από τον Πίνακα 21 παρατηρείται ότι ο βαθμός στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση ( $p = 0,005$ ), τον αριθμό των παιδιών ( $p = 0,010$ ) και την εκπαίδευση ( $p < 0,001$ ). Οι έγγαμοι, τα άτομα που έχουν τρία παιδιά και οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης παρουσιάζουν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα αισιοδοξίας. Επίσης, η βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά και μάλιστα ελαφρά αρνητικά με την ηλικία των ατόμων ( $r = -0,155$ ;  $p = 0,001$ ). Όσο μικρότερα είναι τα άτομα, τόσο περισσότερη αισιοδοξία έχουν.

#### Ατομικό ιατρικό ιστορικό.

Μελετώντας τη σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) των συμμετεχόντων και των δηλωθέντων στο ατομικό τους ιατρικό ιστορικό (Πίνακας 22), παρατηρείται ότι δεν υπάρχει καμία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ αυτών. Η αισιοδοξία δεν επηρεάζεται από την ύπαρξη ή μη χρόνιων νοσημάτων.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
--	--	---	-----------	-----------------	---------

Φύλο	Άνδρας	226	20,36	3,932	0,566
	Γυναίκα	274	20,57	4,090	
Ηλικία	-0,155*				<b>0,001</b>
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος / η	261	20,01	4,074	<b>0,005</b>
	Έγγαμος / η	197	21,07	3,859	
Αριθμός παιδιών	Κανένα παιδί	365	20,09	4,075	<b>0,010</b>
	Ένα παιδί	25	21,84	3,132	
	Δύο παιδιά	79	21,23	3,613	
	Τρία παιδιά	27	21,63	4,387	
Εκπαίδευση	Έως Γυμνάσιο	46	19,39	4,155	<b>&lt;0,001</b>
	Λύκειο	107	20,64	3,760	
	Φοιτητής / τρια	64	19,75	4,273	
	ΑΕΙ / ΤΕΙ	200	20,13	3,943	
	Μεταπτυχιακό / Διδακτορικό	83	22,25	3,751	
Εργασιακή κατάσταση	Άνεργος / η	112	19,85	3,989	<b>0,004</b>
	Δημόσιος Υπάλληλος	174	20,67	3,705	
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	87	21,29	4,220	
	Ελεύθερος Επαγγελματίας	46	21,59	4,075	
	Αγρότης	29	19,97	3,289	
	Άλλο	52	19,08	4,545	

\* Pearsons' r

**Πίνακας 21:** Σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) με τα δημογραφικά στοιχεία

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
--	--	---	-----------	-----------------	---------

Πάσχετε από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα;	Όχι	470	20,54	3,941	0,231
	Ναι	30	19,40	5,021	
Πάσχετε από θυρεοειδή;	Όχι	410	20,52	3,979	0,573
	Ναι	90	20,26	4,199	
Έχετε κάποιο μυοσκελετικό νόσημα;	Όχι	434	20,56	4,006	0,198
	Ναι	66	19,88	4,067	
Πάσχετε από κάποιο άλλο χρόνιο νόσημα;	Όχι	467	20,48	4,028	0,908
	Ναι	33	20,39	3,913	

**Πίνακας 22:** Σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) με το ατομικό ιατρικό ιστορικό

#### Οικογενειακό ιστορικό.

Από τον Πίνακα 23 παρατηρείται ότι η βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) δεν επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από την ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου, καρδιαγγειακού νοσήματος, καρκίνου, σακχαρώδους διαβήτη, θυρεοειδούς ή άλλου χρόνιου νοσήματος στο οικογενειακό ιστορικό των συμμετεχόντων, ενώ παρατηρείται να επηρεάζεται μόνο από την απουσία μυοσκελετικού νοσήματος ( $p = 0,045$ ). Τα άτομα που δεν είχαν κάποιο μυοσκελετικό νόσημα, παρουσίασαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην αισιοδοξία.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
--	--	---	-----------	-----------------	---------

Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό εγκεφαλικό επεισόδιο;	Όχι	384	20,51	3,957	0,698
	Ναι	116	20,34	4,222	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό καρδιαγγειακό νόσημα;	Όχι	286	20,40	3,860	0,653
	Ναι	214	20,57	4,224	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό καρκίνου;	Όχι	306	20,48	3,890	0,971
	Ναι	194	20,46	4,218	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη;	Όχι	365	20,46	3,919	0,915
	Ναι	135	20,50	4,284	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό θυρεοειδή;	Όχι	287	20,48	3,833	0,937
	Ναι	213	20,46	4,261	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό μυοσκελετικό νόσημα;	Όχι	406	20,65	3,954	<b>0,045</b>
	Ναι	94	19,72	4,218	
Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό κάποιο άλλο χρόνιο νόσημα;	Όχι	460	20,47	3,971	0,931
	Ναι	40	20,53	4,568	

**Πίνακας 23:** Σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) με το οικογενειακό ιατρικό ιστορικό

#### Ετήσιες εξετάσεις γυναικών.

Αναφορικά με τη σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) και τις ετήσιες εξετάσεις των γυναικών του δείγματος (Πίνακας 24), παρατηρείται ότι το σκορ στο τεστ επηρεάζεται από την πραγματοποίηση εξέτασης Τεστ Παπ ( $p = 0,041$ ), πραγματοποίησης ελέγχου πρώιμης διάγνωσης καρκίνου μαστού ( $p = 0,030$ ) και οδοντιατρικής εξέτασης ( $p = 0,012$ ). Οι γυναίκες που έκαναν ετησίως το Τεστ Παπ, που πραγματοποιούσαν έλεγχο πρώιμης διάγνωσης καρκίνου μαστού και επισκέπτονταν τον οδοντίατρο ετησίως, παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στην αισιοδοξία.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Γενική εξέταση αίματος	Όχι	29	20,90	4,523	0,667*

	Ναι	245	20,55	4,051	
Γενική εξέταση ούρων	Όχι	107	20,20	4,416	0,209*
	Ναι	167	20,83	3,872	
Τεστ Παπ	Όχι	71	19,73	3,996	<b>0,041*</b>
	Ναι	203	20,88	4,098	
Έλεγχος πρώιμης διάγνωσης καρκίνου μαστού (αυτοψηλάφιση, ιατρική ψηλάφιση, υπέρηχο μαστών, μαστογραφία)	Όχι	151	20,10	4,201	<b>0,030*</b>
	Ναι	123	21,18	3,899	
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	Όχι	142	20,46	4,144	0,594*
	Ναι	132	20,72	4,055	
Έλεγχος για οστεοπόρωση	Όχι	247	20,47	4,138	0,163**
	Ναι	27	21,63	3,586	
Οφθαλμολογική εξέταση	Όχι	164	20,49	3,954	0,653*
	Ναι	110	20,72	4,311	
Οδοντιατρική εξέταση	Όχι	74	19,57	3,907	<b>0,012*</b>
	Ναι	200	20,96	4,110	
Υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας	Όχι	195	20,44	3,965	0,362*
	Ναι	79	20,94	4,405	
<b>Σχέση του σκορ αισιοδοξίας με ετήσιες εξετάσεις των γυναικών &gt;50 ετών</b>					
Έλεγχος για οστεοπόρωση	Όχι	11	20,55	3,267	0,235*
	Ναι	12	21,92	3,753	

\* t-test

\*\* Mann-Whitney

**Πίνακας 24:** Σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) με τις ετήσιες εξετάσεις των γυναικών

Ετήσιες εξετάσεις ανδρών.

Εξετάζοντας τη σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) και τις ετήσιες εξετάσεις των ανδρών του δείγματος (Πίνακας 25), παρατηρείται ότι το σκορ στο τεστ δεν επηρεάζεται από την πραγματοποίηση εξετάσεων.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Γενική εξέταση αίματος	Όχι	55	20,36	4,107	0,948*
	Ναι	170	20,32	3,873	
Γενική εξέταση ούρων	Όχι	137	20,09	3,951	0,242*
	Ναι	88	20,72	3,868	
Μέτρηση αρτηριακής πίεσης	Όχι	124	20,23	3,700	0,674*
	Ναι	101	20,46	4,194	
Ουρολογική εξέταση πρώιμης διάγνωσης προστάτη	Όχι	203	20,28	3,889	0,543**
	Ναι	22	20,82	4,283	
Οφθαλμολογική εξέταση	Όχι	160	20,48	3,645	0,441*
	Ναι	65	19,98	4,547	
Οδοντιατρική εξέταση	Όχι	84	20,24	3,403	0,779*
	Ναι	141	20,39	4,212	
Υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας	Όχι	190	20,37	3,935	0,720*
	Ναι	35	20,11	3,902	
Καρδιολογική εξέταση	Όχι	142	20,48	3,602	0,492*
	Ναι	83	20,08	4,429	
<b>Σχέση του σκορ αισιοδοξίας με ετήσιες εξετάσεις των ανδρών &gt;50 ετών</b>					
Ουρολογική εξέταση πρώιμης διάγνωσης προστάτη	Όχι	24	20,08	3,977	0,585*
	Ναι	12	21,33	4,658	

\*\* t-test

\*Mann-Whitney

**Πίνακας 25:** Σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) με τις ετήσιες εξετάσεις των ανδρών Σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) με τις επισκέψεις σε γιατρούς, τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση νερού, τον ύπνο και την άσκηση.



Από τον Πίνακα 26, παρατηρείται ότι η βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού τη ζωή (GrLot-R) δεν επηρεάζεται από την επίσκεψη των συμμετεχόντων σε γιατρούς όταν χρειάζεται, από το αν καπνίζουν ή είναι παθητικοί καπνιστές, από τη συχνότητα άσκησης σε εβδομαδιαία βάση, από τον αριθμό των τσιγάρων που καπνίζουν οι καπνιστές, καθώς και από τον αριθμό των ωρών που κοιμούνται τη νύχτα. Ο βαθμός αισιοδοξίας συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά και μάλιστα ελαφρά αρνητικά μόνο από την ποσότητα κατανάλωσης νερού ( $r = -0,092$ ;  $p = 0,039$ ). Τα άτομα που έπιναν περισσότερο νερό, παρουσίαζαν υψηλότερη αισιοδοξία.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Επισκέπτεσθε τους γιατρούς όταν χρειάζεται;	Όχι	68	19,59	4,559	0,051
	Ναι	432	20,61	3,912	
Καπνίζετε ή είστε εκτεθειμένος σε περιβάλλον που καπνίζει;	Όχι	249	20,81	3,931	0,063
	Ναι	251	20,14	4,080	
Τι ώρα πέφτετε το βράδυ για ύπνο;	Έως τις 11	145	20,37	3,967	0,732
	11 με 1	284	20,59	3,999	
	Μετά τη 1	71	20,21	4,222	
Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεστε για παραπάνω από μισή ώρα;	Το πολύ μια φορά	192	20,01	3,918	<0,113
	2 με 4 φορές	210	20,84	3,854	
	Περισσότερες από 4 φορές	98	20,59	4,476	
		Pearson's r (p-value)			
Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;		-0,026 (0,281)			
Πόσα ποτήρια νερό πίνετε την ημέρα;		0,092 ( <b>0,039</b> )			
Πόσες ώρες κοιμάστε τη νύχτα;		0,063 (0,159)			

**Πίνακας 26:** Σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) με τις επισκέψεις σε γιατρούς, τις καπνιστικές συνήθειες, την κατανάλωση νερού και τον ύπνο

#### Διατροφικές συνήθειες.

Αναφορικά με τον Πίνακα 27, παρατηρείται ότι η βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από τις διατροφικές συνήθειες και συγκεκριμένα από τη συχνότητα εβδομαδιαίας

κατανάλωσης φρούτων ( $p < 0,001$ ), σαλάτας ( $p < 0,001$ ), ανανά ( $p = 0,046$ ), γαλακτοκομικών ( $p = 0,001$ ), καρπουζιού ( $p = 0,007$ ), καρότου ( $p = 0,019$ ), βερίκοκου ( $p = 0,001$ ), πορτοκαλιών ( $p < 0,001$ ), μανταρινιών ( $p = 0,001$ ), κονσερβοποιημένων τροφίμων ( $p = 0,041$ ), μαρουλιού ( $p = 0,005$ ), πιπεριάς ( $p = 0,003$ ), ντομάτας ( $p < 0,001$ ), μήλου ( $p = 0,038$ ), ωμού ελαιόλαδου ( $p < 0,001$ ) και δημητριακών ολικής άλεσης ( $p = 0,033$ ).

Τα άτομα που κατανάλωναν τουλάχιστον τέσσερις φορές την εβδομάδα φρούτα, σαλάτα, γαλακτοκομικά, καρπούζι, καρότο, βερίκοκο, μαρούλι, ντομάτα, μήλο, πορτοκάλια, μανταρίνια, ωμό ελαιόλαδο και δημητριακά ολικής άλεσης, παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της αισιοδοξίας. Το ίδιο παρατηρείται να ισχύει για τα άτομα που κατανάλωναν δύο με τέσσερις φορές την εβδομάδα πιπεριά και ανανά και το πολύ μια φορά την εβδομάδα κονσερβοποιημένα τρόφιμα.

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε έξω	Το πολύ μια φορά	371	20,47	3,973	0,763*
	2 με 4 φορές	114	20,60	4,181	

φαστ φουντ, ταβέρνες κλπ;					
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φρούτα;	Το πολύ μια φορά	98	19,19	4,268	<b>&lt;0,001*</b>
	2 με 4 φορές	190	20,18	3,832	
	Περισσότερες από 4 φορές	212	21,33	3,880	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε σαλάτα;	Το πολύ μια φορά	45	18,62	4,716	<b>&lt;0,001*</b>
	2 με 4 φορές	159	19,58	3,747	
	Περισσότερες από 4 φορές	296	21,23	3,864	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γλυκά;	Το πολύ μια φορά	137	20,12	4,262	0,462*
	2 με 4 φορές	242	20,57	3,751	
	Περισσότερες από 4 φορές	121	20,69	4,247	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο κρέας;	Το πολύ μια φορά	182	20,72	3,911	0,394*
	2 με 4 φορές	287	20,26	4,050	
	Περισσότερες από 4 φορές	31	20,94	4,320	
Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε αλκοόλ;	Το πολύ μια φορά	322	20,58	3,877	0,539*
	2 με 4 φορές	136	20,15	4,299	
	Περισσότερες από 4 φορές	42	20,67	4,165	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κονσερβοποιημένα τρόφιμα;	Το πολύ μια φορά	464	20,59	3,973	<b>0,041*</b>

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 27:** Σχέση του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) με τις διατροφικές συνήθειες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μαρούλι;	Το πολύ μια φορά	143	19,66	4,065	<b>0,005*</b>
	2 με 4 φορές	262	20,60	3,981	
	Περισσότερες από 4 φορές	95	21,34	3,855	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πιπεριά;	Το πολύ μια φορά	256	19,87	4,042	<b>0,003*</b>
	2 με 4 φορές	190	21,11	3,916	
	Περισσότερες από 4 φορές	54	21,09	3,877	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ακτινίδιο;	Το πολύ μια φορά	420	20,45	4,024	0,245***
	2 με 4 φορές	54	20,81	3,972	
	Περισσότερες από 4 φορές	26	20,04	4,094	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε σπανάκι;	Το πολύ μια φορά	378	20,30	3,989	0,068***
	2 με 4 φορές	106	20,75	4,075	
	Περισσότερες από 4 φορές	16	22,56	3,829	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μπρόκολο;	Το πολύ μια φορά	364	20,21	4,068	0,068***
	2 με 4 φορές	110	21,22	3,623	
	Περισσότερες από 4 φορές	26	21,00	4,561	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ντομάτα;	Το πολύ μια φορά	84	19,67	3,551	<b>&lt;0,001*</b>
	2 με 4 φορές	239	20,03	4,235	
	Περισσότερες από 4 φορές	177	21,46	3,740	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 27 (συνέχεια):** Σχέση του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) με τις διατροφικές συνήθειες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινη πιπεριά;	Το πολύ μια φορά	340	20,26	4,022	0,210*
	2 με 4 φορές	118	20,97	4,152	
	Περισσότερες από 4 φορές	42	20,81	3,494	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μήλο;	Το πολύ μια φορά	155	20,04	4,391	<b>0,038*</b>
	2 με 4 φορές	230	20,37	3,648	
	Περισσότερες από 4 φορές	115	21,27	4,113	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καρπούζι;	Το πολύ μια φορά	172	19,71	3,991	<b>0,007*</b>
	2 με 4 φορές	214	20,75	4,041	
	Περισσότερες από 4 φορές	114	21,10	3,865	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ρόδι;	Το πολύ μια φορά	351	20,28	3,989	0,157*
	2 με 4 φορές	107	20,69	4,172	
	Περισσότερες από 4 φορές	42	21,48	3,750	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κεράσια;	Το πολύ μια φορά	216	20,34	4,066	0,154*
	2 με 4 φορές	207	20,31	4,051	
	Περισσότερες από 4 φορές	77	21,29	3,727	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο λάχανο;	Το πολύ μια φορά	368	20,40	4,067	0,729*
	2 με 4 φορές	102	20,75	3,951	
	Περισσότερες από 4 φορές	30	20,40	3,682	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 27 (συνέχεια):** Σχέση του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) με τις διατροφικές συνήθειες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καρότο;	Το πολύ μια φορά	187	19,92	3,887	<b>0,019*</b>
	2 με 4 φορές	231	20,60	4,235	
	Περισσότερες από 4 φορές	82	21,38	3,491	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε βερίκοκο;	Το πολύ μια φορά	230	19,77	4,145	<b>0,001*</b>
	2 με 4 φορές	198	20,98	3,705	
	Περισσότερες από 4 φορές	72	21,33	4,097	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πορτοκάλια;	Το πολύ μια φορά	77	19,55	4,194	<b>&lt;0,001*</b>
	2 με 4 φορές	197	19,74	3,906	
	Περισσότερες από 4 φορές	226	21,42	3,857	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μανταρίνι;	Το πολύ μια φορά	163	19,58	4,207	<b>0,001*</b>
	2 με 4 φορές	196	20,65	3,956	
	Περισσότερες από 4 φορές	141	21,25	3,694	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κίτρινη - πορτοκαλί πιπεριά;	Το πολύ μια φορά	374	20,18	3,964	<b>0,046***</b>
	2 με 4 φορές	99	21,70	4,009	
	Περισσότερες από 4 φορές	27	19,96	4,052	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καλαμπόκι;	Το πολύ μια φορά	379	20,23	3,944	0,459***
	2 με 4 φορές	104	21,20	4,102	
	Περισσότερες από 4 φορές	17	21,29	4,674	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 27 (συνέχεια):** Σχέση του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) με τις διατροφικές συνήθειες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ανανά;	Το πολύ μια φορά	464	20,54	3,947	<b>0,046***</b>
	2 με 4 φορές	24	21,08	4,149	
	Περισσότερες από 4 φορές	12	16,75	4,901	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γαλακτοκομικά;	Το πολύ μια φορά	16	18,75	4,074	<b>0,001***</b>
	2 με 4 φορές	129	20,24	3,844	
	Περισσότερες από 4 φορές	355	20,63	4,064	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λαδερά (μπάμιες, φασολάκια, αρακά, μπριάμ, λαχανόριζο, γεμιστά κλπ);	Το πολύ μια φορά	108	20,16	4,420	0,592*
	2 με 4 φορές	348	20,53	3,892	
	Περισσότερες από 4 φορές	44	20,82	3,996	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε όσπρια;	Το πολύ μια φορά	197	20,35	4,007	0,505***
	2 με 4 φορές	283	20,49	4,015	
	Περισσότερες από 4 φορές	20	21,45	4,199	
Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε πράσινο τσάι;	Το πολύ μια φορά	357	20,23	3,998	0,102*
	2 με 4 φορές	88	21,03	4,247	
	Περισσότερες από 4 φορές	55	21,15	3,649	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρια;	Το πολύ μια φορά	343	20,25	3,978	0,446***
	2 με 4 φορές	142	21,02	4,073	
	Περισσότερες από 4 φορές	15	20,27	4,131	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 27 (συνέχεια):** Σχέση του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) με τις διατροφικές συνήθειες

		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πουλερικά όπως κοτόπουλο, γαλοπούλα;	Το πολύ μια φορά	134	20,74	4,069	0,265*
	2 με 4 φορές	314	20,26	3,946	
	Περισσότερες από 4 φορές	52	21,08	4,274	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε αυγό;	Το πολύ μια φορά	246	20,64	3,998	0,137*
	2 με 4 φορές	224	20,15	3,993	
	Περισσότερες από 4 φορές	30	21,53	4,208	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λευκά ζυμαρικά;	Το πολύ μια φορά	147	20,65	4,074	0,799*
	2 με 4 φορές	308	20,38	4,043	
	Περισσότερες από 4 φορές	45	20,49	3,697	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ΩΜΟ ελαιόλαδο; π.χ. σαλάτα, προσθήκη μετά το μαγείρεμα;	Το πολύ μια φορά	61	18,75	3,837	<0,001*
	2 με 4 φορές	134	20,13	3,687	
	Περισσότερες από 4 φορές	305	20,96	4,092	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ξηρούς καρπούς;	Το πολύ μια φορά	264	20,16	4,211	0,186*
	2 με 4 φορές	181	20,78	3,918	
	Περισσότερες από 4 φορές	55	20,93	3,248	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 27 (συνέχεια):** Σχέση του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) με τις διατροφικές συνήθειες



		N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	p-value
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε 2-3 αποξηραμένα φρούτα όπως σύκα, δαμάσκηνα, βερίκοκα, σταφίδες κλπ;	Το πολύ μια φορά	395	20,32	4,087	0,261*
	2 με 4 φορές	73	20,93	3,838	
	Περισσότερες από 4 φορές	32	21,25	3,436	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε δημητριακά ολικής άλεσης;	Το πολύ μια φορά	278	20,08	4,066	<b>0,033*</b>
	2 με 4 φορές	109	20,72	4,105	
	Περισσότερες από 4 φορές	113	21,20	3,708	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μαύρο ψωμί;	Το πολύ μια φορά	274	20,09	4,139	0,069*
	2 με 4 φορές	113	20,93	3,731	
	Περισσότερες από 4 φορές	113	20,93	3,927	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε αναποφλοίοτο ρύζι (άγριο ρύζι);	Το πολύ μια φορά	443	20,51	3,967	0,441*
	2 με 4 φορές	49	20,04	4,306	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε τροφή μαγειρευμένη σε χύτρα ταχύτητος;	Το πολύ μια φορά	278	20,47	3,983	0,980*
	2 με 4 φορές	162	20,44	4,040	
	Περισσότερες από 4 φορές	60	20,57	4,172	
Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε τηγανισμένη ή τσιγαρισμένη τροφή;	Το πολύ μια φορά	211	20,78	3,928	0,337*
	2 με 4 φορές	253	20,27	3,963	
	Περισσότερες από 4 φορές	36	20,08	4,831	

\* ANOVA

\*\* Welch test

\*\*\* Kruskal-Wallis

**Πίνακας 27 (συνέχεια):** Σχέση του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) με τις διατροφικές συνήθειες

### Σχέση μεταξύ της βαθμολογίας στην αυτο-αξιολόγησης της γενικής κατάστασης της υγείας και της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R).

Από τον Πίνακα 28 προκύπτει ότι υπάρχει μια μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτο-αξιολόγησης της γενικής κατάστασης της υγείας - ευεξίας και του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R). Ο συντελεστής συσχέτισης  $r$  του Pearson βρέθηκε ίσος με 0,388 ( $p < 0,001$ ). Το ίδιο ισχύει και για κάθε φύλο ξεχωριστά.

	Pearson's $r$ ( $p$ -value)
Σύνολο	0,388 (<0,001)
Άνδρες	0,399 (<0,001)
Γυναίκες	0,297 (<0,001)

**Πίνακας 28:** Σχέση μεταξύ αυτο – αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας και του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R)

### Παραγοντική ανάλυση διατροφικών συνηθειών.

Στην προσπάθεια ομαδοποίησης των διατροφικών συνηθειών των ατόμων, εφαρμόστηκε η πολυμεταβλητή τεχνική της διερευνητικής παραγοντικής ανάλυσης (exploratory factor analysis). Το μέτρο των Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) βρέθηκε ίσο με 0,882 ενώ η στατιστική συνάρτηση του ελέγχου σφαιρικότητας του Bartlett ισούται με  $\chi^2 = 7005,988$  ( $p < 0,001$ ). Η υψηλή τιμή του μέτρου KMO και η απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης του ελέγχου του Bartlett συνηγορούν στο ότι η εφαρμογή της παραγοντικής ανάλυσης στα συγκεκριμένα δεδομένα θα δώσει ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Εφαρμόζοντας λοιπόν την τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης με τη μέθοδο περιστροφής των αξόνων Varimax, προέκυψαν 12 στατιστικά σημαντικοί παράγοντες που ερμηνεύουν το 60,28% της συνολικής διασποράς. Οι παράγοντες αυτοί αποτελούνται από ομάδες τροφών, που προέκυψαν λόγω της συχνότητας προτίμησης / κατανάλωσης των συμμετεχόντων και έχουν κοινά μεταξύ τους συστατικά. Οι 12 παράγοντες, οι μεταβλητές που αποτελούν τον καθένα, καθώς και το ποσοστό της διακύμανσης που ερμηνεύει ο καθένας, δίνονται στον Πίνακα 29.

Παράγοντας	Μεταβλητή	Συνολικό ποσοστό διακύμανσης που ερμηνεύεται
<b>Φλαβονοειδή (flavonoids)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση πιπεριάς	8,210
	Εβδομαδιαία κατανάλωση κόκκινης πιπεριάς	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση κόκκινου λάχανου	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση καρότου	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση κίτρινης - πορτοκαλί πιπεριάς	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση καλαμποκιού	
<b>Βιταμίνη C (vitamin C)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση μήλου	7,845
	Εβδομαδιαία κατανάλωση καρπουζιού	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση ροδιού	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση κερασιών	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση βερίκοκου	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση πορτοκαλιών	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση μανταρινιών	
<b>Βιταμίνη K και A (vitamin K &amp; A)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση φρούτων	6,920
	Εβδομαδιαία κατανάλωση σαλατών	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση μαρουλιού	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση καρότου	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση ΩΜΟΥ ελαιόλαδου	
<b>Σίδηρος (iron)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση σπανακιού	5,639
	Εβδομαδιαία κατανάλωση λαδερών	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση όσπριων	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση ψαριών	

**Πίνακας 29: Οι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση**

Παράγοντας	Μεταβλητή	Συνολικό ποσοστό διακύμανσης που ερμηνεύεται
<b>Πολυφαινόλες (polyphenols)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση πράσινου τσαγιού	5,250
	Εβδομαδιαία κατανάλωση 2-3 αποξηραμένων φρούτων	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση ξηρών καρπών	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση δημητριακών ολικής άλεσης	
<b>Κορεσμένα λιπαρά (saturated fat)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση φαγητού σε φαστ φουντ, ταβέρνες κλπ.	4,894
	Εβδομαδιαία κατανάλωση κόκκινου κρέατος	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση τηγανισμένης ή τσιγαρισμένης τροφής	
<b>Συντηρητικά (preservatives)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση κονσερβοποιημένων τροφίμων	4,042
	Εβδομαδιαία κατανάλωση ανανά	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση γαλακτοκομικών	
<b>Φολικό οξύ και Φυτικές λιγνάνες (folate and plant lignans)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση σπανακιού	3,939
	Εβδομαδιαία κατανάλωση μπρόκολου	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση μαύρου ψωμιού	
<b>Πηκτίνη (pectin)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση μήλου	3,754
	Εβδομαδιαία κατανάλωση αναποφλοϊώτου ρυζιού (άγριου ρυζιού)	
<b>Άσκηση (physical exercise)</b>	Εβδομαδιαία συχνότητα γυμναστικής	3,432
<b>Υδατάνθρακες και Χοληστερόλη (carbohydrates and cholesterol)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση γλυκών	3,404
	Εβδομαδιαία κατανάλωση αυγού	
	Εβδομαδιαία κατανάλωση λευκών ζυμαρικών	
<b>Αλκοόλ (alcohol)</b>	Εβδομαδιαία κατανάλωση αλκοόλ	2,949

**Πίνακας 29 (συνέχεια): Οι παράγοντες που προέκυψαν από την παραγοντική ανάλυση**

Τα ονόματα των παραγόντων προέκυψαν από το συστατικό που περιέχουν οι τροφές που ανήκουν σε κάθε παράγοντα:

Φλαβονοειδή (flavonoids): πιπεριά<sup>147</sup>, κόκκινη πιπεριά<sup>147</sup>, κόκκινο λάχανο<sup>147</sup>, καρότο<sup>147</sup>, κίτρινη - πορτοκαλί πιπεριά<sup>147</sup>, καλαμπόκι<sup>147</sup>.

Βιταμίνη C (vitamin C): μήλο<sup>148</sup>, καρπούζι<sup>148</sup>, ρόδι<sup>149</sup>, κεράσια<sup>148</sup>, βερίκοκο<sup>148</sup>, πορτοκάλια<sup>148</sup>, μανταρίνια<sup>148</sup>.

Βιταμίνη K και A (vitamin K & A): φρούτα<sup>150,152</sup>, σαλάτες<sup>150,152</sup>, μαρούλι<sup>151,152</sup>, καρότο<sup>151,152</sup>, ωμό ελαιόλαδο<sup>151,152</sup>.

Σίδηρος (iron): σπανάκι<sup>152</sup>, λαδερά<sup>152</sup>, όσπρια<sup>152</sup>, ψάρια<sup>152</sup>.

Πολυφαινόλες (polyphenols): πράσινο τσάι<sup>153</sup>, αποξηραμένα φρούτα<sup>154</sup>, ξηροί καρποί<sup>155</sup>, δημητριακά ολικής άλεσης<sup>156</sup>.

Κορεσμένα λιπαρά (saturated fat): φαγητό σε φαστ φουντ, ταβέρνες, κόκκινο κρέας, τηγανισμένη ή τσιγαρισμένη τροφή<sup>152</sup>.

Συντηρητικά (preservatives): κονσερβοποιημένα τρόφιμα<sup>157</sup>.

Φολικό οξύ και Φυτικές λιγνάνες (folate and plant lignans): σπανάκι<sup>158,159</sup>, μπρόκολο<sup>158,159</sup>, μαύρου ψωμιού<sup>149,160</sup>.

Πηκτίνη (pectin): μήλο<sup>161</sup>, αναποφλοιώτο ρύζι (άγριο ρύζι)<sup>162</sup>.

Υδατάνθρακες και Χοληστερόλη (carbohydrates and cholesterol): γλυκά<sup>152</sup>, αυγό<sup>152</sup>, ζυμαρικά<sup>152</sup>.

### **Πολυμεταβλητή σχέση του σκορ αυτό-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας με τους παράγοντες διατροφικών συνηθειών και άσκησης.**

Το σκορ αυτο-αξιολόγησης της γενικής υγείας – ευεξίας προβλέπεται / επηρεάζεται σημαντικά από τους παράγοντες (Πίνακας 30) «**Άσκηση (physical exercise)**», ( $\beta = 1,326$ ,  $t(48)=7,125$ ,  $p<0,001$ ), «**Κορεσμένα λιπαρά (saturated fat)**», ( $\beta = -0,553$ ,  $t(48)=-2,973$ ,  $p = 0,003$ ), «**Συντηρητικά (preservatives)**», ( $\beta = -0,453$ ,  $t(48)=-2,432$ ,  $p = 0,015$ ) και «**Βιταμίνη C (vitamin C)**», ( $\beta = 0,398$ ,  $t(48)=2,139$ ,  $p = 0,033$ ). Οι παράγοντες αυτοί ερμηνεύουν ένα σημαντικό ποσοστό του σκορ αυτο-αξιολόγησης της γενικής υγείας – ευεξίας ( $R^2 = 0,117$ ,  $F(4, 495) = 17,523$ ,  $p < 0,001$ ).

	Συντελεστής β	Στατιστική συνάρτηση t	p-value
Σταθερά	27,652	148,678	<0,001
Άσκηση (physical exercise)	1,326	7,125	<0,001
Κορεσμένα λιπαρά (saturated fat)	-0,553	-2,973	0,003
Συντηρητικά (preservatives)	-0,453	-2,432	0,015
Βιταμίνη C (vitamin C)	0,398	2,139	0,033

**Πίνακας 30:** Αποτελέσματα πολυμεταβλητής ανάλυσης παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή το σκορ αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας

**Πολυμεταβλητή σχέση της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) με τους παράγοντες διατροφικών συνηθειών.**

Η βαθμολογία στο **Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R)** προβλέπεται / επηρεάζεται σημαντικά από τους παράγοντες (Πίνακας 31) «**Βιταμίνη Κ και Α (vitamin K & A)**» ( $\beta = 0,885$ ,  $t(48) = 5,125$ ,  $p < 0,001$ ) «**Βιταμίνη C (vitamin C)**», ( $\beta = 0,538$ ,  $t(48) = 3,117$ ,  $p = 0,002$ ) και «**Συντηρητικά (preservatives)**», ( $\beta = -0,533$ ,  $t(48) = -3,089$ ,  $p = 0,002$ ). Οι παράγοντες αυτοί ερμηνεύουν ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης της βαθμολογίας στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R) ( $R^2 = 0,079$ ,  $F(3, 496) = 15,173$ ,  $p < 0,001$ ).

	Συντελεστής β	Στατιστική συνάρτηση t	p-value
Σταθερά	20,472	118,724	<0,001
<b>Βιταμίνη Κ και Α (vitamin K &amp; A)</b>	0,885	5,125	<0,001
<b>Βιταμίνη C (vitamin C)</b>	0,538	3,117	0,002
<b>Συντηρητικά (preservatives),</b>	-0,533	-3,089	0,002

**Πίνακας 31:** Αποτελέσματα πολυμεταβλητής ανάλυσης παλινδρόμησης με ανεξάρτητη μεταβλητή τη βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R)

## 4.2 Αποτελέσματα ποιοτικής μέλετης.

### 4.2.1 Ανάλυση των ατομικών συνεντεύξεων.

#### Περιγραφή του δείγματος.

Το μέρος αυτό της μελέτης περιλαμβάνει 10 συνεντεύξεις, από 10 διαφορετικούς ανθρώπους εκ των οποίων 6 ήταν γυναίκες και 4 άνδρες. Η ηλικία αυτών κυμαινόταν από 26 ετών έως 50 ετών. Σχετικά με την εργασιακή τους κατάσταση, 2 ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, 7 ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες και ένας ιδιωτικός υπάλληλος. Όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση, 6 ήταν έγγαμοι, 2 διαζευγμένοι και 1 συμβίωνα, ενώ αναφορικά με τον αριθμό των παιδιών, 7 είχαν δύο παιδιά, 2 είχαν 1 παιδί και 1 κανένα. Χρόνια νοσήματα είχαν μόνο 4 εξ αυτών και τέλος, 5 ήταν οι καπνιστές ή παθητικοί καπνιστές (Πίνακας 32).

Φύλο	Ηλικία	Εργασιακή κατάσταση	Οικογενειακή Κατάσταση	Αρ. Παιδιών	Ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων	Καπνιστές ή παθητικοί καπνιστές
Γυναίκα	42	Δημόσιος Υπάλληλος	Διαζευγμένη	2	Ναι	Μη καπνιστής
Γυναίκα	38	Δημόσιος Υπάλληλος	Έγγαμη	2	Ναι	Μη καπνιστής
Γυναίκα	26	Ελεύθ. επαγγελματίας	Συμβίωση	0	Όχι	5 τσιγάρα
Άνδρας	34	Ελεύθ. επαγγελματίας	Έγγαμος	2	Όχι	30 τσιγάρα
Γυναίκα	37	Ελεύθ. επαγγελματίας	Έγγαμος	2	Ναι	3 τσιγάρα
Γυναίκα	43	Ελεύθ. επαγγελματίας	Έγγαμη	2	Ναι	Παθητική καπνίστρια
Γυναίκα	49	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Διαζευγμένη	1	Ναι	10 τσιγάρα
Άνδρας	43	Ελεύθ. επαγγελματίας	Έγγαμος	2	Όχι	20 τσιγάρα
Άνδρας	50	Ελεύθ. επαγγελματίας	Έγγαμος	2	Όχι	Μη καπνιστής
Άνδρας	36	Ελεύθ. επαγγελματίας	Έγγαμος	1	Όχι	Μη καπνιστής

Πίνακας 32. Περιγραφή του δείγματος των ατομικών συνεντεύξεων

## Θεματική ανάλυση περιεχομένου των ατομικών συνεντεύξεων.

Θεματική – Άξονας 1. Αντίληψη – ερμηνεία της αισιοδοξίας από τους συνεντευξιαζόμενους.

Αναφορικά με το πώς αντιλαμβάνονταν ο κάθε συμμετέχων την αισιοδοξία, δύο άτομα δήλωσαν ότι αισιοδοξία είναι να έχεις θετικές προσδοκίες από τη ζωή και να δίνεις θετικές ερμηνείες σε ότι σου συμβαίνει, ένας δήλωσε: *«αισιοδοξία είναι μάλλον η στάση ζωής που έχει ο άνθρωπος, σύμφωνα με την οποία ευελπιστεί ότι θα του συμβούν κυρίως καλά πράγματα, ότι οποιοδήποτε εμπόδιο εμφανιστεί στη ζωή του θα το ξεπεράσει με κάποιο τρόπο»*, ένας απάντησε: *«η αισιοδοξία αφορά γενικά στον τρόπο που ελπίζουμε πώς θα εξελιχθούν τα γεγονότα στη ζωή μας. Αισιόδοξος είναι αυτός που ελπίζει ότι θα του συμβούν περισσότερα καλά παρά δυσάρεστα πράγματα, ενώ απαισιόδοξος είναι το αντίθετο»*, τρεις δήλωσαν: *«αισιοδοξία είναι να σκέφτεσαι θετικά για το μέλλον»*, ένας ανέφερε: *«αισιοδοξία είναι να βλέπεις το ποτήρι μισογεμάτο, να ξυπνάς το πρωί και να λες ότι μια ωραία μέρα ξεκινά και ότι τα καλύτερα έπονται»*, ένας άλλος απάντησε: *«η αισιοδοξία είναι τρόπος σκέψης. Το να σκέφτομαι θετικά κάποια πράγματα, είτε για αυτά που μου συμβαίνουν, είτε για αυτά που θα συμβούν στο μέλλον»*, ενώ ο τελευταίος ανέφερε γενικά ότι αισιοδοξία είναι μια θετική στάση ζωής που σε κάνει να βλέπεις τη θετική πλευρά της.

Θεματική – Άξονας 2. Κατηγορία στην οποία τοποθετούν τον εαυτό τους ως προς την αισιοδοξία.

Στο πώς αξιολόγησαν τον εαυτό τους αναφορικά με την αισιοδοξία, η πλειοψηφία (8) το χαρακτήρισε ως αισιόδοξο, ενώ 2 ως απαισιόδοξο. Αξίζει να αναφερθεί ότι αυτοί που απάντησαν ότι είναι απαισιόδοξοι, ήταν γυναίκες. Συγκεκριμένα, ένας συνεντευξιαζόμενος δήλωσε: *«Γενικά περιμένω να μου συμβούν καλά πράγματα, προσπαθώ να ελέγξω τα κακά και να είμαι προσανατολισμένη στο να δίνω ερμηνείες θετικές και με θετική προοπτική. Μου είναι πραγματικά πολύ δύσκολο να μην σκέφτομαι θετικά, για αυτό και επιλέγω να είμαι αισιόδοξη, διότι το αντίθετο μου είναι πολύ δύσκολο. Μπορεί να περάσω περιόδους που να μην είμαι καλά, δηλαδή μπορεί να υπάρξει μια μέρα που να βυθιστώ σε κάτι που με προβληματίζει, αλλά μετά δεν το αντέχω και το “πετάω” από το μυαλό μου. Θυμάμαι όμως ότι ανέκαθεν στις δυσκολίες*



ήμουν αισιόδοξη και σκέπτομαι ότι στα προβλήματα πάντα υπάρχει κάτι που μπορώ να κάνω. Προβληματίζομαι όταν βλέπω ανθρώπους που αναφέρονται συνεχώς στα προβλήματα τους και αναρωτιέμαι πως αντέχουν να σκέπτονται τόσο απαισιόδοξα», ενώ ένας άλλος συμμετέχων ανέφερε: «είμαι αισιόδοξη, αλλά υπάρχουν περίοδοι στη ζωή μου που μπορεί να νιώσω εγκλωβισμένη σε δυσκολίες και προβλήματα, όμως όταν περνάει ο καιρός βλέπω ότι δεν ήταν τελικά τόσο σοβαρά, όσο αρχικά φαινόταν και όταν βλέπω ότι τα έχω αντιμετωπίσει, νιώθω απίστευτη δύναμη και αισιοδοξία».

Όσον αφορά στα άτομα που αξιολόγησαν τον εαυτό τους ως απαισιόδοξο, χαρακτηριστικά ανέφεραν: «ανέκαθεν ήμουν και είμαι απαισιόδοξη. Πάντα σκεφτόμουν ότι κάτι θα “στραβώσει”, ότι δεν θα πάει καλά η δουλειά μου και παρ’ όλο που μπορεί να μην υπάρχουν τέτοιες ενδείξεις, εγώ σκέπτομαι το χειρότερο. Δεν βλέπω τίποτα θετικό» και «σε γενικές γραμμές είμαι απαισιόδοξη. Φοβάμαι ότι δεν θα γίνουν αυτά που θα ήθελα να γίνουν, ή δεν θα γίνουν όπως εγώ θα ήθελα».

Θεματική – Άξονας 3. Παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό αισιοδοξίας.

Σχετικά με το ποιού παράγοντες θεωρούσαν οι συνεντευξιαζόμενοι ότι επηρεάζουν το βαθμό της αισιοδοξίας ή της απαισιόδοξίας τους, αναφέρθηκαν ποικίλες απόψεις από το κάθε άτομο του δείγματος (κάποια άτομα ανέφεραν παραπάνω του ενός παράγοντες). Οκτώ από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι το οικογενειακό περιβάλλον που μεγάλωσαν έπαιξε καθοριστικό ρόλο στο γεγονός ότι ήταν αισιόδοξοι. Για παράδειγμα, τα παρακάτω ανέφεραν 4 εξ αυτών: «ένας σημαντικός παράγοντας ήταν ο τρόπος που μεγάλωσα. Μεγάλωσα χωρίς γκρίνια, χωρίς μιζέρια», «μεγάλωσα σε ένα περιβάλλον που ένιωθα συναισθηματική ασφάλεια, κυρίως από την πλευρά της μητέρας μου, η οποία με κάλυπτε συναισθηματικά και είχαμε πολύ καλή επικοινωνία, οι δικοί μου με στήριζαν από παιδί στις αποφάσεις μου», «βασικό ρόλο κατά τη γνώμη μου παίζει το περιβάλλον μέσα στο οποίο μεγαλώσαμε ή ζούμε», «οι γονείς μου ήταν αισιόδοξοι, δεν γκρίνιαζαν, δεν άκουγα στο σπίτι μου εκφράσεις όπως “όλα πάνε χάλια” ή “η κατάσταση, τα πράγματα δεν είναι καλά”. Είχαμε τις καθημερινές δυσκολίες, αλλά σε γενικές γραμμές ήταν χαρούμενοι άνθρωποι οι γονείς μου και νομίζω ότι αυτό ήταν πολύ σημαντικό στο ότι είμαι αισιόδοξη».

Ένας σημαντικός παράγοντας που αναφέρθηκε από 5 συνεντευξιαζόμενους ήταν το άγχος. Συγκεκριμένα δήλωσαν ότι το άγχος είναι ένας παράγοντας που μειώνει

το βαθμό αισιοδοξίας τους. Για παράδειγμα, ειπώθηκε :«στο ότι είμαι απαισιόδοξη, συμβάλλει κατά πολύ το άγχος που έχω στη δουλειά μου» και ένας άλλος ανέφερε :«μειώνει την αισιοδοξία μου το άγχος. Νιώθω ότι με πιέζει, αλλά ευτυχώς κρατά λίγο». Ένας παράγοντας που διαφάνηκε να επηρεάζει την αισιοδοξία σύμφωνα με 2 συμμετέχοντες ήταν η οικονομική τους κατάσταση ή η οικονομική τους ανασφάλεια, ενώ 4 διαφώνησαν ότι τα οικονομικά προβλήματα επηρέαζαν την αισιοδοξία τους.

Μερικές δηλώσεις σχετικά με το συγκεκριμένο θέμα ήταν: «η δουλειά και τα οικονομικά μου, με το άγχος που μου προκαλούν επηρεάζουν αρνητικά την αισιοδοξία μου και τη διάθεσή μου», «τα οικονομικά, η εργασία και το βιοποριστικό με κάνουν να σκέφτομαι απαισιόδοξα», ενώ μια αντίθετη άποψη ήταν «όταν έχω οικονομικά προβλήματα και αγχώνομαι, δεν χάνω την αισιοδοξία μου, γιατί πιστεύω ότι θα αλλάξουν τα πράγματα. Μπορεί να νιώσω ακόμη και απελπισία, αλλά θα είναι για πολύ λίγο αυτό, έπειτα από λίγες μέρες αποκτώ πάλι την αισιοδοξία μου».

Η συντροφικότητα και η αγάπη από τον σύντροφο/σύζυγο επίσης αναφέρθηκε ως παράγοντας επίδρασης στο βαθμό αισιοδοξίας από 4 άτομα. Συγκεκριμένα ο ένας συμμετέχων ανέφερε: «η μοναξιά βλέπω ότι επηρεάζει αρνητικά κάποιους ανθρώπους. Το ότι είμαι αισιόδοξη το οφείλω στο σύζυγό μου ο οποίος με φροντίζει και με αγαπά. Αυτό με βοηθά πολύ», άλλος ανέφερε ότι «όταν είμαι καλυμμένη συναισθηματικά πχ όταν είμαι καλά με το σύντροφό μου νιώθω περισσότερη αισιοδοξία» και ένας ακόμη ανέφερε ότι «όταν νιώθω ότι έχω ανθρώπους δίπλα μου που με στηρίζουν, που με βοηθούν, που με αγαπούν με κάνει να νιώθω πολύ αισιόδοξος. Ο γάμος μου, η σύζυγός μου και τα παιδιά μου ενισχύουν πολύ την αισιοδοξία μου», ενώ ο τέταρτος απάντησε ότι η αισιοδοξία του επηρεαζόταν από την ευημερία του σε προσωπικό/συναισθηματικό επίπεδο, δηλαδή από τη σχέση του.

Ένας συνεντευξιαζόμενος δήλωσε ότι τυχόν ενοχές που είχε, επηρέαζαν πάρα πολύ την αισιοδοξία του και συγκεκριμένα ανέφερε: «αυτό που για παράδειγμα επηρεάζει πολύ την αισιοδοξία μου, είναι οι ενοχές που έχω για τις ώρες που λείπω από το σπίτι, αν είμαι σπίτι νιώθω ενοχές που δεν είμαι στη δουλειά και φορτώνονται περισσότερη δουλειά οι υπάλληλοί μου, αν πάμε κάπου με το σύζυγο νιώθω τύψεις για τα παιδιά που δεν είναι μαζί μας και για τη δουλειά, τύψεις όταν διαβάζω τη κόρη μου, τύψεις όταν δεν τη διαβάζω», καθώς και ότι τα Μ.Μ.Ε με τις συχνά απογοητευτικές ειδήσεις επίσης την επηρέαζαν αρνητικά και την έκαναν περισσότερο απαισιόδοξη,

ενώ ένας άλλος ανέφερε ότι από όταν απέκτησε παιδί ο βαθμός της αισιοδοξίας του αυξήθηκε, σαν να απέκτησε νόημα και σκοπό η ζωή του.

Πέντε συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν ότι ο βαθμός αισιοδοξίας τους εξαρτιόταν και από τον καιρό, από το αν η μέρα π.χ. είναι βροχερή, κάτι που μειώνει την αισιοδοξία τους, ενώ ένα άτομο ανέφερε το αντίθετο, ότι δηλαδή το καλοκαίρι, λόγω υπερβολικής ζέστης μειωνόταν η αισιοδοξία του και το αιτιολόγησε λόγω της δυσφορίας που ένιωθε τότε. Επίσης η κουλτούρα αναφέρθηκε από δυο άτομα ως παράγοντας που επηρεάζει την αισιοδοξία, για παράδειγμα αναφέρθηκε το εξής: *«γενικά έχω παρατηρήσει ότι εδώ στην Ελλάδα και γενικότερα ο πληθυσμός της Ευρώπης, μάλλον λόγω κουλτούρας, είναι πολύ πιο απαισιόδοξος σε σχέση με άλλες χώρες, που μπορεί να είναι λιγότερα ανεπτυγμένες».*

Ολοκληρώνοντας αυτή τη θεματική σχετικά με τους παράγοντες που επηρέαζαν την αισιοδοξία των συμμετεχόντων, ένας ανέφερε ότι η πίστη στο Θείο ενίσχυε την αισιοδοξία του, συγκεκριμένα δήλωσε: *«με βοηθά πολύ η πίστη που έχω στο Θεό. Πιστεύω ότι θα μου φέρει ότι είναι καλύτερο για μένα, νιώθω ότι με συντροφεύει η θεϊκή παρουσία του και αυτό με κάνει να σκέφτομαι αισιόδοξα»*, ενώ ένα άλλο άτομο ανέφερε ότι το διάβασμα, η μελέτη και οι σπουδές του το βοήθησαν στο να αναπτύξει μια πιο αισιόδοξη φιλοσοφία ζωής. Ένας συνεντευξιαζόμενος δήλωσε ότι η ψυχοθεραπεία χρόνων που είχε κάνει το βοήθησε να αναγνωρίσει και να αξιοποιήσει δυνάμεις και δυνατότητες που είχε και δεν το γνώριζε, να νιώσει πιο δυνατό και πιο αισιόδοξο και δύο συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν ότι το σχολικό περιβάλλον επηρεάζει τη μελλοντική αισιοδοξία ενός ατόμου. Χαρακτηριστική είναι η εξής δήλωση πάνω σε αυτό: *«τα παιδιά μας περνάνε το μισό τους χρόνο στο σχολείο. Αν έχουν μια απαισιόδοξη δασκάλα η οποία συνέχεια παραπονιέται και γκρινιάζει τότε σίγουρα το παιδί επηρεάζεται αρνητικά».*

Θεματική – Άξονας 4. Αυτο-αξιολόγηση της υγείας.

Αναφορικά με το πώς αξιολογούσαν και πώς αντιλαμβάνονταν την κατάσταση της υγείας τους οι συνεντευξιαζόμενοι, 2 άτομα την αξιολόγησαν ως κακή, 3 ως μέτρια, 4 άτομα ως καλή και ένα άτομο τη χαρακτήρισε ως πολύ καλή. Επιπλέον, τα άτομα που είχαν χρόνια νοσήματα, θεωρούσαν ότι αυτά επηρέαζαν αρνητικά την αυτοαντίληψη της κατάστασης της υγείας τους. Μερικές από τις τοποθετήσεις ήταν:

*«Δεν είναι καλή η υγεία μου. Δεν είναι καλή επειδή έχω χρόνια νοσήματα (...) από τότε που ήμουν μικρή έχω προβλήματα υγείας αλλά καταφέρνω να τα ρυθμίζω σε ένα επίπεδο ώστε να μην επηρεάζεται η καθημερινότητά μου», «πολύ κακή. Έχω σπαστική κολίτιδα, αρχή έλκους στο στομάχι, θυρεοειδή και πόνους στον αυχένα που μου δημιουργούν πονοκεφάλους» και «σε γενικές γραμμές είναι καλή. Δεν έχω κάποιο πρόβλημα υγείας».*

Θεματική – Άξονας 5. Κάπνισμα, ύπνος, κατανάλωση νερού, άσκηση και υγεία.

Από τους 5 καπνιστές, μόνο 2 εξ αυτών ανέφεραν ότι η υγεία τους έχει επιβαρυνθεί από το κάπνισμα. Για παράδειγμα, αναφέρθηκαν αντίστοιχα τα εξής: *«εκείνο που κάνω και βλάπτω την υγεία μου είναι το κάπνισμα. Μεγαλώνοντας βλέπω ότι έχω αποκτήσει ευαισθησία π.χ. περισσότερες ιώσεις και βρογχίτιδες και δεν έχω αντοχή τόσο, όσο παλαιότερα και θεωρώ ότι οφείλεται στο κάπνισμα» και «λαχανιάζω από το κάπνισμα και δεν μπορώ να κάνω αυτά που έκανα κάποτε».*

Σχετικά με τον ύπνο και την επίδρασή του στην υγεία, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην επίδρασή του τόσο από άποψη διάρκειας, όσο και από την άποψη της ποιότητας του ύπνου. Συγκεκριμένα, 3 άτομα δήλωσαν ότι δε κοιμούνται αρκετές ώρες και αυτό επηρέαζε αρνητικά την υγεία τους, ενώ ένα άτομο μίλησε για την ποιότητα ύπνου και πόσο το επηρέαζε. Για παράδειγμα ανέφεραν: *«Κοιμάμαι ελάχιστες ώρες. Δεν κοιμάμαι καθόλου καλά. Δεν με παίρνει ο ύπνος...Και αυτό ναι, με επηρεάζει αρνητικά. Αν είμαι διακοπές και κοιμηθώ καλά, είμαι μια χαρά την επομένη μέρα. Σε γενικές γραμμές όμως μου λείπει ύπνος. Και για αυτό έχω νεύρα.»*, *«γενικά κοιμάμαι 7-8 ώρες. Όταν όμως δεν κοιμηθώ καλά μου δημιουργεί κόπωση την επόμενη μέρα, αλλά συναισθηματικά δεν με επηρεάζει και τόσο»*, *«με άλλη διάθεση ξεκινάς την δουλειά έχοντας κοιμηθεί 4 ώρες και με άλλη αν έχεις κοιμηθεί 7 ώρες» και «όταν δεν κοιμάμαι καλά δεν νιώθω καλά, και πάντα προσπαθώ να κοιμάμαι νωρίτερα για να ξυπνώ καλύτερα. Και η ποιότητα και η ποσότητα του ύπνου με επηρεάζουν πχ όταν δεν κοιμάμαι σπίτι μου δεν είναι η ποιότητα του ύπνου ίδια με αυτήν όταν κοιμάμαι σπίτι μου».* Επιπρόσθετα, 6 άτομα είχαν παρατηρήσει ότι η έλλειψη ύπνου σχετιζόταν με τη σωματική τους κόπωση.

Όσον αφορά στην ποσότητα κατανάλωσης νερού, 8 άτομα δεν κατανάλωναν αρκετό νερό κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ως αιτία ανέφεραν το γεγονός ότι ξεχνούσαν να πουν νερό π.χ. λόγω πολλής δουλειάς, ενώ μόνο 3 άτομα αναγνώριζαν τη

σημαντικότητα του νερού για τον οργανισμό τους. Για παράδειγμα, αναφέρθηκε: «δεν πίνω νερό. Ξεχνώ να πω όλη μέρα στη δουλειά. Πίνω καφέ και ξεχνιέμαι» και «δεν πίνω γιατί το ξεχνώ. Θα έπρεπε να πίνω περισσότερο. Στη δουλειά μπορεί να μην πω καθόλου».

Η άσκηση δεν ήταν μια δραστηριότητα που είχαν υιοθετήσει όλοι οι συμμετέχοντες. Ένα άτομο ασκείτο μόνο το καλοκαίρι με το κολύμπι, 2 άτομα ασκούσαν περιστασιακά, 6 άτομα δεν ασκούσαν καθόλου, ενώ μόνο 1 άτομο ανέφερε ότι ασκείτο τρεις φορές την εβδομάδα. Μερικές από τις τοποθετήσεις ήταν: «δεν ασκώμαι, παρά μόνο το καλοκαίρι με το κολύμπι, το οποίο με βοηθά να νιώθω καλά με το σώμα μου, βλέπω διαφορά όταν ασκώμαι, νιώθω πιο fit, δυνατή», «το περιμένω πως και πως να πάω για τρέξιμο ή περπάτημα. Ανανεώνομαι ψυχικά και σωματικά. Πάρα πολύ μου αρέσει και βλέπω ότι βοηθά πολύ την υγεία μου» και «θέλω να ασκώμαι γιατί με κάνει και νιώθω ευεξία, με περισσότερη ενέργεια, δεν το κάνω όμως λόγω έλλειψης χρόνου».

Θεματική – Άξονας 6. Διατροφικές συνήθειες.

Από τους 10 συνεντευξιζόμενους, οι μισοί ακολουθούσαν ένα υγιεινό διαιτολόγιο σε μόνιμη βάση, πλούσιο σε φρούτα και λαχανικά, επαρκή ποσότητα κατανάλωσης ψαριού και κρέατος, τροφές χωρίς λίπη, όσπρια κλπ. Ένα άτομο δεν ακολουθούσε ένα υγιεινό διαιτολόγιο αλλά ούτε ένα ανθυγιεινό, ενώ τα υπόλοιπα άτομα ανέφεραν ότι η διατροφή τους δεν ήταν σωστή, ούτε υγιεινή. Κάποιες από τις τοποθετήσεις τους ήταν οι παρακάτω: «προσπαθώ να τρώω πρωινό με δημητριακά ή καφέ με ψωμί ολικής αλέσεως με μέλι. Κατά τις 11-12 προσπαθώ να φάω κάτι με ξηρούς καρπούς και φρούτα. Το μεσημέρι ότι τρώω το συνοδεύω με σαλάτα, προσπαθώ δυο φορές την εβδομάδα να έχω όσπρια, μια φορά κοτόπουλο, να έχει ποικιλία το φαγητό και γενικά φρούτα και λαχανικά καθημερινώς όποια κι αν είναι», «προσπαθώ να ακολουθώ ένα υγιεινό διαιτολόγιο το οποίο να συμβαδίζει όμως και με αυτό της οικογένειας, δηλ δεν θα μαγειρέψω κάτι διαφορετικό για εμένα. Τρώω πολλά φρούτα, λαχανικά (κυρίως μαγειρεμένα), όχι γλυκά, όχι ψωμιά, όχι αλκοόλ, αλλά δεν προσέχω τα λιπαρά, διότι στην οικογένεια τα τρώνε. Τρώω πολλά γαλακτοκομικά. Ένα αρνητικό είναι ότι δεν έχω σταθερές ώρες που τρώω και δεν προλαβαίνω να τρώω συχνά και μικρά γεύματα» και «δεν έχω ακραίες διατροφικές συνήθειες αλλά δεν έχω και της άκρας υγιεινής, πολλές

σαλάτες πολλά φρούτα όχι. Τρώω σαλάτα και φρούτα μόνο σπασμωδικά». Επιπλέον, σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες ένα άτομο ανέφερε: «ακολουθώ τη διατροφή που έμαθα από το σπίτι μου και μου έχει γίνει πλέον βίωμα».

Θεματική – Άξονας 7. Διατροφή και αισιοδοξία.

Αναφορικά με τη σχέση αισιοδοξίας και διατροφής, μόνο ένα άτομο από τους συμμετέχοντες είχε παρατηρήσει ότι οι τροφές που κατανάλωνε επηρέαζαν το βαθμό της αισιοδοξίας του, όπως χαρακτηριστικά ανέφερε: «νιώθω ότι όταν προσπαθώ να δώσω βάση στη διατροφή μου, νιώθω καλύτερα και άρα νιώθω πιο αισιόδοξη...σίγουρα. Η διατροφή είναι πολύ σημαντικός παράγοντας γιατί όταν για παράδειγμα, για κάποιο λόγο πχ δουλειάς, υγείας ή για οποιοδήποτε άλλο λόγο, μπορεί να μην τραφώ σωστά και με όσα πρέπει, σίγουρα αυτό με ρίχνει ψυχολογικά. Κι έχω παρατηρήσει ότι όταν έχω κάποιο πρόβλημα με την υγεία μου και δεν μου επιτρέπεται να τρώω όλα όσα πρέπει, βλέπω ότι τα πράγματα που θα αντιμετώπιζα με άλλο τρόπο, τα βλέπω πιο μαύρα, πιο δύσκολα, ενώ όταν προσέχω τι τρώω και όχι οτιδήποτε, βλέπω ότι μπορώ να τα αντιμετωπίσω με καλύτερο τρόπο».

Γενικότερα για τη διατροφή και την αισιοδοξία, ένα άλλο άτομο ανέφερε: «η διάθεσή μου είναι καλύτερη και η αισιοδοξία μου όταν τρέφομαι σωστά και κυρίως με τροφές που πρέπει να τρώμε...και με τροφές που μου αρέσουν, νιώθω καλά όταν τις καταναλώνω», ενώ το ίδιο άτομο ανέφερε ότι όταν τρεφόταν σωστά δεν ένιωθε ενοχές, σε αντίθεση με τις φορές που κατανάλωνε κάτι που δεν πρέπει.

Οι υπόλοιποι συνεντευξιαζόμενοι δεν είχαν παρατηρήσει ύπαρξη σχέση αισιοδοξίας και διατροφής. Χαρακτηριστικές αναφορές ως προς αυτό είναι οι εξής: «Δεν έχω παρατηρήσει αν επηρεάζεται. Μπορεί να υπάρχει σχέση αλλά εγώ δεν το έχω προσέξει. Γενικά με το φαί δεν ασχολούμαι και παρά πολύ. Δεν το έχω σκεφτεί αυτό ποτέ...με βάζεις σε σκέψεις τώρα» και ένα άτομο θεωρεί ότι η διατροφή δεν έχει καμία σχέση με το βαθμό αισιοδοξίας του, συγκεκριμένα είπε: «αν και δεν το έχω σκεφτεί ποτέ και δεν το έχω παρατηρήσει, παρ' όλα αυτά, εγώ τρέφομαι παρά πολλά χρόνια σωστά και πάλι δεν είμαι αισιόδοξη. Και βλέπεις άλλους που τρώνε ότι να' ναι και τα βλέπουν όλα μια χαρά και θετικά. Μάλλον δεν έχει σχέση η απαισιοδοξία μου με τη διατροφή μου».

Τέσσερα άτομα ανέφεραν ότι όταν δεν τρέφονται σωστά π.χ. τρέφονται με λιπαρές τροφές, δεν κοιμούνται έπειτα καλά και λόγω έλλειψης ποιοτικού ύπνου, την επόμενη μέρα δεν έχουν καλή διάθεση. Τέλος, ένα άτομο ανέφερε ότι νιώθει πολύ καλά όταν ασχολείται με την παρασκευή υγιεινού φαγητού, διότι νιώθει ότι φροντίζει τον εαυτό του, ενώ ένα άλλο ανέφερε παρομοίως ότι τρεφόμενο σωστά νιώθει καλά, γιατί κάνει κάτι καλό για το ίδιο.

Θεματική – Άξονας 8. Κάπνισμα, ύπνος, κατανάλωση νερού, άσκηση και αισιοδοξία.

Σχετικά με το κάπνισμα, κανείς από τους συμμετέχοντες είτε καπνίζει, είτε εκτίθεται σε καπνό, δεν έχει παρατηρήσει να επηρεαζόταν ο βαθμός αισιοδοξίας με τον καπνό. Όσον αφορά στον ύπνο, 4 άτομα είχαν συνδυάσει την έλλειψή του με το άγχος και όχι με την αισιοδοξία, ενώ κανείς από τους συνεντευξιαζόμενους δεν είχε παρατηρήσει σχέση ποσότητας κατανάλωσης νερού με το βαθμό αισιοδοξίας. Τέλος, η άσκηση είτε σε εβδομαδιαία βάση, είτε εποχιακά, σύμφωνα με τις δηλώσεις 4 ατόμων επηρέαζε θετικά το βαθμό της αισιοδοξίας τους. Χαρακτηριστικές αναφορές ήταν οι εξής: *«με γεμίζει αισιοδοξία πολύ. Ανανεώνομαι ψυχικά και σωματικά»*, ένα άλλο άτομο ανέφερε *«νιώθω καλά να με φροντίζω»* και ένας ακόμη συμμετέχων δήλωσε: *«αν κάνουμε σωματική δραστηριότητα, παράγονται ουσίες οι οποίες σίγουρα επηρεάζουν τη διάθεση και άρα την αισιοδοξία μου ή τον τρόπο που εμφανίζεται αυτή η αισιοδοξία»*.

Θεματική – Άξονας 9: Αισιοδοξία και υγεία.

Αναφορικά με το αν υπάρχει σχέση της αισιοδοξίας και της υγείας, και οι 10 συνεντευξιαζόμενοι θεωρούσαν ότι το ένα σχετίζεται με το άλλο και ότι το ένα επηρεάζει το άλλο. Ένας συμμετέχων ανέφερε χαρακτηριστικά ότι τόσο η κακή υγεία η δική του, όσο και των συγγενών του, είναι ο σημαντικότερος παράγοντας μείωσης του βαθμού αισιοδοξίας του, ενώ ένας άλλος συμμετέχων δήλωσε: *«σε φάσεις της ζωής μου, που δεν είμαι αισιόδοξη λόγω καταστάσεων ή λόγω στρες, η υγεία μου χειροτερεύει. Αυτό έχει άμεση συσχέτιση με την υγεία μου. Και ως προς το χρόνιο νόσημα που έχω και ως προς τα συμπτώματα και με τις εργαστηριακές μου εξετάσεις. Ενώ όταν είμαι αισιόδοξη, τα πράγματα είναι καλύτερα για την υγεία μου, δηλαδή η υγεία μου και η διάθεσή μου είναι άμεσα συνδεδεμένη με το πόσο αισιόδοξη ή απαισιόδοξη είμαι»*.

Σχετικά με το εν λόγω θέμα, ένα ακόμη άτομο είπε: «όταν είμαι σε ένα κακό “Mood” και είμαι απαισιόδοξη, επηρεάζεται αντίστοιχα και το σώμα μου. Ενώ όταν έχω μια γενικότερη ευεξία και αισιοδοξία, νιώθω καλύτερα για την υγεία μου. Ίσως όταν είμαι αισιόδοξη και με πονάει κάτι, να μην δίνω και τόση σημασία». Για την αλληλεξάρτηση αισιοδοξίας και υγείας ανέφερε χαρακτηριστικά ένας συμμετέχων: *«Η κακή υγεία επηρεάζει την αισιοδοξία μου και η απαισιόδοξία μου επηρεάζει το σώμα μου. Είναι αλληλένδετα αυτά νομίζω»*, ενώ ένας ακόμη ανέφερε για τη σχέση αισιοδοξία και συμπτωμάτων: *«εννοώ ότι σε μια ίωση, αν η διάθεσή μου είναι καλή και νιώθω αισιόδοξος αυτή τη περίοδο, δεν θα την περάσω τόσο βαριά, όσο όταν θα είμαι πεσμένος ψυχολογικά»*.

#### **4.2.2 Αφηγηματική έκθεση – Αναφορά.**

Δεδομένου ότι βασική επιδίωξη ήταν να εξεταστεί το κατά πόσο τα άτομα αντιλαμβάνονταν την έννοια και τις πτυχές της αισιοδοξίας και κατά πόσο αυτές έχουν ομοιότητες μεταξύ τους, από την ανάλυση προέκυψε ότι όλοι οι συμμετέχοντες είχαν σχεδόν κοινή άποψη και αντίληψη για το τι είναι αισιοδοξία. Αξίζει να αναφερθεί ότι αρκετοί από τους συμμετέχοντες αναφέρθηκαν στην αισιοδοξία ως ένα



χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που υπάρχει ή δεν υπάρχει, υφίσταται ή δεν υφίσταται και είναι ή δεν είναι στη φύση του ανθρώπου, γεγονός που συμπίπτει με τον ορισμό της ως «προδιάθεση αισιοδοξίας», ενώ αναφορικά με το πώς ερμηνεύουν τα γεγονότα στη ζωή τους, συμπίπτει και με τον ορισμό της αισιοδοξίας σύμφωνα με τη θεωρία του «επεξηγηματικού ύφους». Ασχέτως σε ποια θεωρία βασίζεται η προσωπική ερμηνεία για το τι είναι αισιοδοξία, είναι πολύ σημαντικό το γεγονός ότι έχουν κοινά χαρακτηριστικά και κοινή βάση οι απόψεις τους. Η πλειοψηφία των συνεντευξιαζόμενων -όλοι οι άνδρες και η πλειοψηφία των γυναικών- χαρακτήρισαν τον εαυτό τους ως αισιόδοξο.

Αναφορικά με τους παράγοντες που διαμόρφωναν το βαθμό της αισιοδοξίας, οι απόψεις των συμμετεχόντων ποίκιλλαν, ενώ αρκετοί από αυτούς ανέφεραν παραπάνω από έναν παράγοντα. Ο παράγοντας που αναφέρθηκε από αρκετούς, ήταν αρχικά η επίδραση του οικογενειακού περιβάλλοντος μέσα στο οποίο μεγαλώνει και αναπτύσσεται ο άνθρωπος, καθώς η αισιοδοξία ή απαισιοδοξία των γονέων -σύμφωνα με τις τοποθετήσεις των συμμετεχόντων- επηρέαζε και επηρεάζει πολύ το βαθμό αισιοδοξίας των παιδιών τους. Οι μισοί συνεντευξιαζόμενοι ανέφεραν το άγχος ως ένα σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα του βαθμού της αισιοδοξίας, ενώ όσον αφορά στην επίδραση της οικονομικής κατάστασης και των τυχόν δυσκολιών στο βαθμό αισιοδοξίας, οι απόψεις δεν συνέπιπταν. Υπήρξαν αυτοί που πρέσβευαν ότι η αισιοδοξία τους επηρεαζόταν αρνητικά και αυτοί που πίστευαν ότι η οικονομική ανασφάλεια και δυσχέρεια δεν είναι πραγματικός και ουσιαστικός λόγος μείωσης της αισιοδοξίας, εφόσον όμως υπάρχουν και άλλες συνθήκες που την ευνοούν πχ ύπαρξη υποστηρικτικού και με κατανόηση περιβάλλοντος.

Το συναίσθημα της συντροφικότητας, αγάπης και επικοινωνίας, είτε σε σχέση με τον σύντροφο / σύζυγο, είτε γενικότερα σε σχέση με τα μέλη της οικογένειας, αναφέρθηκε επίσης ως ουσιαστικός παράγοντας θετικής επίδρασης στην αισιοδοξία, ενώ η μοναξιά που μπορεί να νιώθει κάποιος παρατηρήθηκε να έχει αρνητική. Από την ανάλυση προέκυψε ότι ενοχικές σκέψεις και τα ενοχικά συναισθήματα επίσης επιδρούσαν αρνητικά, ενώ η ύπαρξη παιδιού, λειτουργούσε ενισχυτικά στο βαθμό αισιοδοξίας, καθώς συντελούσε στην απόκτηση νοήματος και σκοπού στη ζωή.

Γενικά ο καιρός διαφάνηκε ότι ήταν ένας σημαντικός παράγοντας μείωσης του βαθμού αισιοδοξίας των συνεντευξιαζόμενων, κυρίως όταν δεν είναι καλός, όταν είναι

συννεφιασμένος και όταν βρέχει, ενώ η κουλτούρα είτε σε επίπεδο χώρας, είτε σε επίπεδο τοπικό, αναφέρθηκε ως ένας παράγοντας που επηρεάζει την γενική αισιοδοξία / απαισιοδοξία. Επιπρόσθετα έγινε αναφορά στη πίστη στο Θείο, η οποία επιδρούσε θετικά στην αισιοδοξία αυξάνοντας το βαθμό αυτής, σύμφωνα με συγκεκριμένη τοποθέτηση, ενώ αρνητικά επηρεάζουν τα Μ.Μ.Ε. με τη συχνή αναφορά άσχημων ειδήσεων.

Οι σπουδές, τα αναγνώσματα και η ψυχοθεραπεία, προέκυψε από την ανάλυση ότι συντελούσαν προσθετικά στη διαμόρφωση μιας φιλοσοφία ζωής που ενίσχυε την αισιοδοξία, καθώς διευρυνόταν το πνεύμα του ανθρώπου και συντελούσε στο να σκέπτεται πιο θετικά και πιο αισιόδοξα. Επιπρόσθετα, η θετική εμπειρία που αποκτά κανείς στο σχολικό περιβάλλον από την παιδική – σχολική ηλικία αναφέρθηκε ως ρυθμιστής του βαθμού αισιοδοξίας.

Αναφορικά με την αντίληψη της κατάστασης της υγείας, υπήρξε ποικιλία απόψεων. Υπήρξαν αξιολογήσεις της κατάστασης της υγείας ως κακή, μέτρια και καλή. Σημαντικό συμπέρασμα είναι ότι λιγότεροι από τους μισούς καπνιστές ή παθητικούς καπνιστές είχαν παρατηρήσει αν και κατά πόσο επιβαρυνόταν η υγεία τους από την καπνιστική συνήθεια, ενώ σχετικά με την ποσότητα κατανάλωσης νερού και τη φυσική άσκηση, η σπουδαιότητά τους δεν είχε συνειδητοποιηθεί και δεν είχε αναγνωριστεί από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων, κυρίως λόγω άγνοιας και έλλειψης χρόνου. Όσον αφορά στον ύπνο, στη διάρκεια και στην ποιότητά του, οι περισσότεροι είχαν παρατηρήσει και επισημάνει την επίδρασή του στην υγεία, κυρίως σε επίπεδο κόπωσης, ενώ φάνηκε ότι επηρεαζόταν από την ύπαρξη άγχους.

Στην ενότητα σχετικά με το υγιεινό διαιτολόγιο, οι μισοί συνεντευξιζόμενοι υιοθετούσαν ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο το οποίο συμπεριελάμβανε φρούτα, λαχανικά, ψάρι, ξηρούς καρπούς, γαλακτοκομικά, όσπρια, λαδερά, χωρίς πολλά γλυκά, μεγάλη ποσότητα ψωμιού και κατανάλωση αλκοόλ. Σημαντικό είναι, σύμφωνα με την ανάλυση, ότι οι διατροφικές συνήθειες είχαν διαμορφωθεί κατά πολύ από την πατρική τους οικογένεια, η οποία διαμόρφωσε τις συνήθειες αυτές, είτε μέσω προτύπων, είτε μέσω «εκπαίδευσης» από τους γονείς. Επίσης ο χρόνος φάνηκε ότι λειτουργούσε ανασταλτικά στην καθιέρωση ενός υγιεινού διαιτολογίου, καθώς η έλλειψή του λειτουργούσε ως τροχοπέδη στην κατανάλωση συχνών και υγιεινών γευμάτων.

Μόνον ένας από τους συμμετέχοντες είχε παρατηρήσει ότι όταν η διατροφή του συμπεριελάμβανε συγκεκριμένες τροφές, επηρεαζόταν ο βαθμός της αισιοδοξίας του και ότι αυτός αυξανόταν με την κατανάλωση φρούτων, λαχανικών, ξηρών καρπών και γενικότερα με την υιοθέτηση ενός υγιεινού διαιτολογίου, ενώ επίσης αναφέρθηκε στις συνεντεύξεις ότι και μόνο η «αδέα» ότι ακολουθούσαν μια ισορροπημένη διατροφή, επηρέαζε θετικά την ψυχολογία, κυρίως λόγω της φροντίδας που ένιωθαν ότι παρείχαν στον οργανισμό τους. Σημαντικό εύρημα είναι η άγνοια και η έλλειψη «αυτοπαρατήρησης» της επίδρασης της διατροφής στην ψυχική υγεία και συγκεκριμένα στο βαθμό αισιοδοξίας. Επιπλέον, σημειώθηκε άγνοια και έλλειψη «αυτοπαρατήρησης» της επίδρασης της καπνιστικής συνήθειας στο βαθμό αισιοδοξίας και γενικότερα στην ψυχική υγεία, ενώ φάνηκε ότι είχε παρατηρηθεί από συμμετέχοντες η σχέση του βαθμού αισιοδοξίας, της φυσικής άσκησης και της διάρκειας / ποιότητας ύπνου.

Ολοκληρώνοντας, η σχέση και αλληλεπίδραση της υγείας και του βαθμού αισιοδοξίας και γενικότερα της διάθεσης, ήταν παρατηρήσιμη και αναγνωρίσιμη από όλους τους συνεντευξιαζόμενους. Πολύ σημαντική είναι ήταν η επίδραση των αισιόδοξων και θετικών συναισθημάτων στη βαρύτητα και έκφραση των συμπτωμάτων και στην εξέλιξη των χρόνιων νόσων, καθώς και στην εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων.

#### **4.2.3 Ανάλυση των ομάδων εστιασμένης συζήτησης.**

##### **Περιγραφή του δείγματος των ομάδων εστιασμένης συζήτησης.**

Το δείγμα στις ομάδες εστιασμένης συζήτησης αποτελείτο από 12 ενήλικες, 6 άνδρες και 6 γυναίκες συνολικά. Η ηλικία τους κυμαινόταν από 25 έως 54 ετών (Πίνακας 33). Σχετικά με την εργασιακή τους κατάσταση, υπήρξαν 5 δημόσιοι

υπάλληλοι, 3 ελεύθεροι επαγγελματίες και 3 ιδιωτικοί υπάλληλοι. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων εθελοντών, 2 ήταν διαζευγμένοι, 1 ήταν χήρα, 3 σε συμβίωση, 1 ήταν άγαμος και 5 ήταν έγγαμοι, ενώ σχετικά με τον αριθμό των παιδιών τους, 5 από τους συμμετέχοντες είχαν δύο παιδιά, 3 συμμετέχοντες είχαν 1 παιδί και 4 άτομα δεν είχαν παιδιά. Χρόνια νοσήματα είχαν δύο άτομα, ενώ κάπνιζαν 5 από τους 12 συμμετέχοντες.

Αρ. Ομάδας	Φύλο	Ηλικία	Εργασιακή κατάσταση	Οικ. Κατάσταση	Αρ. Παιδιών	Χρόνια Νοσήματα	Καπνίζουν ή εκτίθενται σε καπνό
Ομάδα 1	Άνδρας	48	Δημόσιος Υπάλληλος	Διαζευγμένος	2	Όχι	Καπνιστής
	Γυναίκα	45	Δημόσιος Υπάλληλος	Χήρα	2	Όχι	Όχι
	Γυναίκα	26	Ελεύθ. επαγγελματίας	Συμβίωση	0	Όχι	Καπνιστής
	Άνδρας	25	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Συμβίωση	0	Όχι	Καπνιστής
Ομάδα 2	Άνδρας	34	Δημόσιος Υπάλληλος	Έγγαμος	2	Όχι	Καπνιστής
	Άνδρας	53	Δημόσιος Υπάλληλος	Άγαμος	0	Ναι	Όχι
	Γυναίκα	54	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Έγγαμη	2	Ναι	Όχι
	Γυναίκα	30	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Έγγαμη	1	Όχι	Όχι
Ομάδα 3	Γυναίκα	33	Δημόσιος Υπάλληλος	Συμβίωση	0	Όχι	Καπνιστής
	Γυναίκα	45	Ιδιωτικός Υπάλληλος	Διαζευγμένη	1	Όχι	Όχι
	Άνδρας	50	Ελεύθ. επαγγελματίας	Έγγαμος	2	Όχι	Όχι
	Άνδρας	36	Ελεύθ. επαγγελματίας	Έγγαμος	1	Όχι	Όχι

**Πίνακας 33. Περιγραφή του δείγματος των ομάδων εστιασμένης συζήτησης**

#### 4.2.4 Αφηγηματική έκθεση.

Η παρακάτω έκθεση, τα συμπεράσματα, οι τοποθετήσεις και οι εμπειρίες που παρατίθενται στη συνέχεια, αφορούν μόνο τους συγκεκριμένους εθελοντές - συμμετέχοντες των ομάδων εστιασμένης συζήτησης. Κατ' επέκταση δεν μπορεί να γίνει καμία γενίκευση των εν λόγω αποτελεσμάτων.

Θεματική – Άξονας 1. Αντίληψη – ερμηνεία της αισιοδοξίας από τους συνεντευξιαζόμενους.

Αναφορικά με την έννοια της αισιοδοξίας, όλοι οι συμμετέχοντες στη συζήτηση και στις τρεις ομάδες συμφώνησαν και κατέληξαν ότι η αισιοδοξία είναι μια στάση ζωής που περιλαμβάνει σκέψεις για ένα καλύτερο μέλλον και αφορά στον θετικό τρόπο που βλέπει κανείς τα πράγματα και τις καταστάσεις της ζωής. Υπήρξε κοινός παρανομαστής στις απόψεις των ατόμων, οι οποίοι συμπεριελάμβαναν στον όρο αισιοδοξία ότι τα πράγματα θα πάνε καλύτερα ή ακόμα και αν υπάρχουν δυσκολίες και προβλήματα, μπορεί κανείς να τα διαχειριστεί σκεπτόμενος ότι δεν θα είναι μόνιμα, εστιάζοντας στην προσωρινότητά τους. Μερικές απόψεις που αναφέρθηκαν σε αυτό το θέμα είναι οι εξής:

- i. *«Αισιοδοξία είναι να ξυπνάς το πρωί και να σκέφτεσαι ότι σήμερα τα πράγματα θα πάνε πολύ καλύτερα από χτες, να έχεις μια όμορφη διάθεση και ένα όμορφο συναίσθημα για το αύριο».*
- ii. *«Ίσως να συμπεριλαμβάνει και το γεγονός ότι και κάτι να μην πάει καλά, δεν πειράζει, αυτό είναι κάτι προσωρινό, και δεν αναιρεί ότι όλα τα άλλα πάνε μια χαρά και ότι μπορούν να πάνε καλύτερα. Το να είσαι αισιόδοξος σημαίνει επίσης το να μην το βάζεις κάτω, να μην παραιτείσαι».*
- iii. *«Είναι στάση ζωής, τόσο στην καθημερινότητα όσο και σε σημαντικά πράγματα που σου συμβαίνουν καλά ή άσχημα. Ο αισιόδοξος, ότι και να του συμβεί, θα δει τη θετική πλευρά των πραγμάτων. Θα σκεφτεί ότι χάσαμε μια μάχη, αλλά όχι τον πόλεμο. Ο απαισιόδοξος δεν θα πολεμήσει καν, από το φόβο πιθανής ήττας».*

Θεματική – Άξονας 2. Κατηγορία στην οποία τοποθετούν τον εαυτό τους ως προς την αισιοδοξία.

Σχετικά με το βαθμό αισιοδοξίας που τους χαρακτήριζε, από τη συζήτηση προέκυψε ότι η πλειοψηφία θεωρούσαν τον εαυτό τους αισιόδοξο, ενώ μόλις δύο άτομα θεωρούν τον εαυτό τους απαισιόδοξο. Συγκεκριμένα κάποιοι ανέφεραν τα εξής:

- i. *«Εννοείται ότι είμαι αισιόδοξη, δεν θα μπορούσα να είμαι το αντίθετο».*

- ii. *«Νομίζω ότι μάλλον είμαι απαισιόδοξη, πιάνω αρκετά συχνά τον εαυτό μου να σκέφτεται ότι δεν θα πάνε τα πράγματα όπως θα ήθελα και συχνά με «πιάνω» να μην μιλώ για κάτι ή να μην εύχομαι να συμβεί γιατί πιστεύω ότι θα το γρουσουζέψω».*
- iii. *«Σαφώς και δεν είμαι απαισιόδοξος. Ότι είναι να έρθει, ας έρθει. Θα το αντιμετωπίσουμε».*

### Θεματική – Άξονας 3. Παράγοντες που επηρεάζουν τον βαθμό αισιοδοξίας.

Πολλοί είναι οι παράγοντες που επηρέαζαν το βαθμό της αισιοδοξίας σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, οι οποίοι συζήτησαν εκτενώς το θέμα αυτό. Από τη συζήτηση διαφάνηκε ότι σχεδόν όλοι θεωρούσαν την υγεία ως ένα καθοριστικό παράγοντα και συμφώνησαν ότι διαμόρφωνε το βαθμό της αισιοδοξίας και το αντίστροφο, ότι δηλαδή η υγεία τους επηρεαζόταν ταυτόχρονα από την αισιοδοξία. Σχετικά με αυτό ανέφεραν:

- i. *«Σίγουρα η υγεία είναι πολύ σημαντική στο να είσαι αισιόδοξος, αλλά συμβαίνει και το αντίθετο. Αν δεν είσαι αισιόδοξος, χάνεις και την υγεία σου. Πιστεύω ότι αυτά είναι αλληλοεξαρτώμενα».*
- ii. *«Ως γιατρός, λόγω της φύσης της δουλειάς μου που σχετίζεται με την υγεία, για μένα όταν έχεις υγεία έχεις και αισιοδοξία. Όλοι έχουμε και θέλουμε το χρήμα, αλλά δεν το βάζω ίσα με την υγεία. Πρώτα η υγεία όχι μόνο η δική σου και των ανθρώπων που γνωρίζεις».*

Το οικογενειακό πλαίσιο στο οποίο μεγαλώνει και διαπλάθεται κανείς αποτέλεσε -σύμφωνα με την ανάλυση- έναν από τους πιο συχνά αναφερόμενους παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό της αισιοδοξίας. Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι τα παιδιά επηρεάζονται από τους γονείς τους, εφόσον ακόμη δεν έχουν αναπτύξει δική τους προσωπικότητα, όπως επηρεάστηκαν και οι ίδιοι. Επιπλέον, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν αρκετά στην ικανοποίηση που ένιωθαν μέσα στο γάμο τους, στην επικοινωνία που είχαν και στην αγάπη που εισέπραταν, τα οποία επηρέαχαν σύμφωνα με τα λεγόμενά τους την αισιοδοξία τους. Μερικές τοποθετήσεις ήταν οι παρακάτω:

- i. *«Παίζει μεγάλο ρόλο και σε τί περιβάλλον μεγάλωσες και από τον γάμο σου. Εγώ μεγάλωσα σε μια οικογένεια που παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίζαν δεν*

έχαναν την αισιοδοξία τους. Πάντα έλεγαν «αύριο θα είναι μια καλύτερη μέρα». Δεν γκρίνιαζαν, δεν παραπονούνταν, ήταν ικανοποιημένοι και πάντα έβλεπαν τις δυσκολίες από μια θετική ματιά. Έτσι είναι και η γυναίκα μου και αυτό με βοηθά πολύ. Αν η Ευδοκία ήταν απαισιόδοξη, δεν ξέρω πώς θα ήμουν και εγώ. Σίγουρα θα με επηρέαζε. Ενώ έχουμε αντιμετωπίσει διάφορα προβλήματα που θα μπορούσαν να μας ρίξουν, εμείς προσπαθούμε να σκεφτόμαστε ότι καλύτερα έπονται».

- ii. «Αν θεωρήσουμε ότι η οικογένεια παίζει ρόλο, τότε έτσι πιθανόν εξηγείται ότι είμαι γενικά απαισιόδοξη, διότι η σχέση των γονιών μου δεν ήταν και η καλύτερη. Ο πατέρας μου ήταν παθολογικά ζηλιάρης και καθημερινά είχαμε τσακωμούς στο σπίτι, μέχρι που η μητέρα μου έπεσε σε κατάθλιψη. Ίσως αυτό να με έχει επηρεάσει στην απαισιοδοξία μου».
- iii. «το οικογενειακό περιβάλλον επηρεάζει εκπαιδευτικά την αισιοδοξία των παιδιών εγώ πχ βλέπω ότι έχω υιοθετήσει συμπεριφορές και τρόπο σκέψης των γονέων μου».
- iv. «Και εμένα οι γονείς μου δεν είχαν την καλύτερη σχέση, αλλά δεν κράτησα αυτό από την οικογένειά μου. Νομίζω περισσότερο είχα κατά νου πώς να αποφύγω να επαναλάβω τα λάθη τους. Παίζει όμως ρόλο και ο σύντροφος. Εμένα με έχει βοηθήσει πολύ στο να βλέπω τα θετικά, να σκέφτομαι αισιόδοξα και να σκέφτομαι ότι υπάρχουν και χειρότερα».
- v. «είναι πως σε έχουν μάθει οι γονείς σου. Αν σε έχουν μάθει ότι αισιοδοξία και ευτυχία είναι να έχεις τρία αυτοκίνητα θα είσαι αισιόδοξος μόνο αν τα αποκτήσεις, γενικά όπως σε έχουν μάθει».

Επιπρόσθετα, μερικοί συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι η εργασιακή και οικονομική ασφάλεια που νιώθει κανείς είναι υψίστης σημασίας στην ύπαρξη θετικών σκέψεων και αισιόδοξων συναισθημάτων, ενώ άλλοι διαφώνησαν θεωρώντας ότι δεν υφίσταται αυτή η σχέση. Στη συνέχεια παρατίθενται κάποιες απόψεις:

- i. «Σήμερα όπως έχουν γίνει τα πράγματα με τις δουλειές και τα οικονομικά, πιστεύω ότι ένας παράγοντας είναι και το χρήμα. Αν δεν έχεις την δουλειά σου και στερείς από τα παιδιά σου και το σπίτι σου τα βασικά, όση αισιοδοξία και να είχες, την χάνεις. Το οικονομικό είναι πολύ σημαντικό, γιατί ακολουθούν και άλλα αν δεν το έχεις. Για παράδειγμα, αν δεν έχεις χρήματα, δεν έχεις και την

*υγεία σου κλπ. Οι περισσότεροι που ξέρω και όπως ακούω, έχουν χάσει την αισιοδοξία και το χαμόγελό τους».*

- ii. *«Αν δεν έχεις χρήματα, δηλ αν δεν έχεις δουλειά, να είσαι παραγωγικός και να μην είσαι άνεργος δεν έχεις υγεία, δεν μπορείς να πας στους γιατρούς κλπ το χρήμα υποκινεί τα πάντα».*

Το γενικότερο περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο ζει και δρα και περιλαμβάνει βασικές συνιστώσες -πέραν της άμεσης οικογενειακής επίδρασης- όπως τη γονιδιακή προέλευση της αισιοδοξίας, την επίδραση των Μ.Μ.Ε και την κουλτούρα, την ύπαρξη άγχους, την επίδραση του καιρού, αν δηλαδή η μέρα είναι ηλιόλουστη ή συννεφιασμένη και αν αυτό διαρκεί για μέρες, προτάθηκε από τους συμμετέχοντες ως ένας βασικός παράγοντας διαμόρφωσης του βαθμού αισιοδοξίας τους. Παρακάτω γίνεται αναφορά μερικών σχετικών απόψεων:

- i. *«Θεωρώ ότι το 50% αυτού που είσαι και του χαρακτήρα σου και το αν είσαι αισιόδοξος ή απαισιόδοξος οφείλεται στα γονίδια σου και κατά 50% γίνεσαι μέσω της οικογενείας σου που θα σου δημιουργήσει κάποιες συνήθειες και πρότυπα».*
- ii. *«Εμένα με γεμίζει αισιοδοξία το να περιβάλλομαι από αισιόδοξους ανθρώπους και αισιόδοξες σκέψεις. Δεν μπορώ τη μιζέρια. Με ρίχνει πολύ αυτό. Θέλω αισιόδοξους και χαρούμενους ανθρώπους. Η αισιοδοξία γύρω μου λειτουργεί ως ένεση στην δική μου αισιοδοξία».*
- iii. *«Πάντως, αν βλέπεις ειδήσεις και να μην είσαι απαισιόδοξος, θα γίνεις με αυτά που γίνονται. Για αυτό και έκοψα να βλέπω τηλεόραση. Τα ΜΜΕ Παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο».*

Θεματική – Άξονας 4. Αυτο-αξιολόγηση της υγείας.

Αναφορικά με το πώς αξιολόγησαν την κατάσταση της υγείας τους οι συμμετέχοντες, η πλειοψηφία των ατόμων τη χαρακτήρισε καλή, ενώ ελάχιστα άτομα την αξιολόγησαν ως κακή ή μέτρια. Χαρακτηριστικά ανέφεραν:

- i. *«Πέρα το αυχενικό που έχω και τους πονοκεφάλους που μου προκαλεί, η υγεία μου είναι πολύ καλή. Το θέμα είναι να τη βλέπουμε ανάλογα και με την ηλικία μας».*



- ii. *«Συγκριτικά με το παρελθόν δεν θα την χαρακτηρίζα και τόσο καλή. Περισσότερο θα έλεγα ότι είναι κακή. Έχω πρόβλημα με την μέση μου, το αυχενικό και τα χέρια μου λόγω δουλειάς, ενώ το πρόβλημα με τις αλλεργίες μου με έχει κουράσει και έχει επιδεινωθεί. Αν το θέσω και σύμφωνα με την ηλικία μου, ακόμα χειρότερα, διότι είμαι πολύ μικρή για να υποφέρω τόσο».*
- iii. *«Μέτρια μάλλον, και η σωματική μου υγεία επηρεάζεται από την ψυχική μου υγεία, μπορεί οι εξετάσεις να είναι καλές αλλά όταν δεν είμαι καλά ψυχικά και έχω άγχος έχω πονοκεφάλους κρίσεις πανικού. Η αντικειμενική υγεία μου είναι καλή, η υποκειμενική δεν είναι».*
- iv. *«Το θέμα της υγείας έχει να κάνει από ποιά σκοπιά το βλέπεις. Αν το θέσουμε εν συγκρίσει με την ηλικία μας ή με τον τρόπο ζωής, τότε νομίζω ότι μια χαρά. Αν το θέσουμε με την οπτική του πώς θα μπορούσε να είναι υπό άλλες συνθήκες, αν γυμναζόμασταν, αν δεν καπνίζαμε κλπ τότε δεν είναι τόσο καλή. Σε γενικές γραμμές όμως είναι καλή».*
- v. *«Εγώ πάλι μια χαρά είμαι. Αν εξαιρέσουμε ελάχιστες ιώσεις που κολλώ από την κόρη μου, που είναι λογικό, είμαι μια χαρά. Το πρόβλημα με την μέση μου που είχα στο παρελθόν, έχει σταματήσει από όταν έχασα λίγα κιλά».*

Θεματική – Άξονας 5. Κάπνισμα, ύπνος, κατανάλωση νερού, άσκηση και υγεία.

Όσον αφορά στην επίδραση του τρόπου ζωής στην υγεία και συγκεκριμένα τη καπνιστική συνήθεια, οι συμμετέχοντες στη συζήτηση δε στάθηκαν στην αρνητική επίδραση του καπνού στον οργανισμό ως σωματικά συμπτώματα π.χ. λαχάνιασμα, βήχας, χρόνια νοσήματα κλπ, αλλά συμφώνησαν ότι η διαφορά και η συνέπειες του καπνού στην υγεία καπνιστών και μη καπνιστών, γίνεται αντιληπτή κυρίως όταν διακόψει κάποιος αυτή τη συνήθεια, ενώ εστίασαν επίσης στο γεγονός ότι οι καπνιστές, για όσο διάστημα δε βιώνουν την αρνητική επίδραση του καπνίσματος στην υγεία τους, δεν αποφασίζουν να το διακόψουν, παρά τη γνώση και την ενημέρωση που έχουν για τις αρνητικές επιδράσεις του. Όσον αφορά στην ποσότητα κατανάλωσης νερού, από τη συζήτηση προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες δεν είχαν παρατηρήσει αν αυτή επιδρά με κάποιο τρόπο στην υγεία τους, αλλά είχαν παρατηρήσει ότι η ποσότητα νερού που καταλάωναν δεν είναι επαρκής και ότι συχνά μερικοί την αντικαθιστούσαν με αναψυκτικά και χυμούς (όχι φυσικούς). Αναφορικά με τον ύπνο, είχαν παρατηρήσει

ότι η έλλειψη του ή η κακή ποιότητα αυτού συμβάλει στην κόπωση, στην έλλειψη δυνάμεων και αντοχής, όπως και στην εμφάνιση ιώσεων. Μερικές απόψεις παρατίθενται στην συνέχεια:

- i. *«Τώρα είναι καλή. Υπάρχει όμως πάντα ο κίνδυνος, αν δεν προσέχω, να έχω τα ίδια προβλήματα που είχα και έκανα «μπαλονάκι». Η αλήθεια είναι ότι κάπνιζα πάνω από δύο πακέτα και από όταν το έκοψα νιώθω πολύ τεράστια διαφορά στον οργανισμό μου. Όμως το πρόβλημα δεν παύει να υπάρχει και να είναι πάντα το μυαλό μου εκεί, μην κάνω ακραία πράγματα και το επιβαρύνω».*
- ii. *«Γενικά ξέρουμε ότι το κάπνισμα αντικειμενικά επηρεάζει την υγεία, αλλά επειδή δεν έχεις συμπτώματα κάποιας συνέπειας του καπνίσματος δεν δίνεις σημασία, το οποίο είναι μια άσχημη ψευδαίσθηση και κοροϊδεύεις τον εαυτό σου π.χ. πολλοί μιλούν για το βήχα που έχει το τσιγάρο, αλλά εγώ ως καπνιστής δεν το έχω δει ποτέ στον οργανισμό μου».*
- iii. *«Εγώ νομίζω ότι τις συνέπειες του καπνού στην υγεία σου τις βλέπεις όταν κόψεις το τσιγάρο πχ ακούς που λένε ότι από όταν το έκοψα νιώθω άλλος άνθρωπος, ανεβαίνω τις σκάλες άνετα χωρίς να λαχανιάζω».*
- iv. *«Πάντως σαν τους ανθρώπους που δεν καπνίζουν, πιστεύω ότι δεν είμαστε».*
- v. *«Δυστυχώς έχω παρατηρήσει ότι πολλές φορές όταν διψάω, αντί να πω νερό, πίνω αναψυκτικά ή χυμό. Όχι φρέσκο, δεν μου αρέσει».*
- vi. *«Αν δεν κοιμηθώ καλά την επόμενη μέρα είμαι χάλια. Δεν μπορώ να συνέλθω και δεν έχω την αντοχή να ανταπεξέλθω στις υποχρεώσεις μου».*
- vii. *«Εγώ έχω παρατηρήσει ότι όταν περάσει ένα διάστημα που χρειάζεται να ξενοχτήσω για μέρες, όλως τυχαίως θα κολλήσω κάποια ίωση μετά. Νομίζω ότι εξασθενεί ο οργανισμός μου. Δεν ξέρω αν είναι ιδέα μου».*

Η άσκηση ως παράγοντας που επηρεάζει την υγεία αποτέλεσε αντικείμενο συζήτησης στις ομάδες, ενώ η πλειοψηφία των εθελοντών δεν ασκείται. Ο κύριος λόγος όπως συμπέραναν ήταν η έλλειψη χρόνου. Όσοι ασκούσαν είχαν παρατηρήσει ότι η άσκηση επιδρούσε θετικά στην υγεία τους. Οι απόψεις που συζητήθηκαν είναι οι εξής:

- i. *«Προσωπικά δεν γυμνάζομαι και δεν έχω χρόνο για αυτό. Θα ήθελα να το κάνω γιατί έχω παραμελήσει την υγεία μου και το σώμα μου, αλλά ο ελεύθερος χρόνος είναι σχεδόν ανύπαρκτος».*

- ii. *«Εγώ κατά καιρούς γυμνάζομαι στο γήπεδο, αλλά δεν πρόκειται για κάτι συστηματικό, αν και κανονικά επιβάλλεται έπειτα από το χειρουργείο που είχα. Συνήθως πάω όταν έχω παρέα, αλλιώς μόνος μου δεν το κάνω. Όταν όμως ασκούμαι, σαφώς νιώθω καλύτερα με το σώμα μου, νιώθω μεγαλύτερη ενέργεια και ευφορία».*

#### Θεματική – Άξονας 6. Διατροφικές συνήθειες.

Σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των συμμετεχόντων και με το αν ακολουθούσαν ένα υγιεινό διαιτολόγιο, διαπιστώθηκε ότι η πλειοψηφία δεν ακολουθούσε μια σωστή διατροφή π.χ. πλούσια σε φρούτα και λαχανικά, ενώ μάλιστα κάποιοι δεν το ακολουθούσαν συνειδητά ή λόγω έλλειψης χρόνου, όπως ανέφεραν. Αξίζει δε να αναφερθεί, όπως προέκυψε από την ανάλυση, ότι αρκετοί συμμετέχοντες είχαν συγχύσει το υγιεινό διαιτολόγιο με την δίαιτα. Υπήρξε παρανόηση στην ερμηνεία του τι είναι υγιεινό διαιτολόγιο και μερικοί θεωρούσαν ότι σωστή διατροφή είναι η δίαιτα και περιλαμβάνει στερήσεις και μέτρηση θερμίδων. Αυτό δε, υπήρξε αντικείμενο διαφωνίας των συμμετεχόντων. Επίσης υπήρξε η πεποίθηση ότι η υγιεινή διατροφή προϋποθέτει ένα οικονομικό κόστος εν συγκρίσει με τη μη υγιεινή. Αναφορικά με τα παραπάνω, ειπώθηκαν τα εξής:

- i. *«Είμαι όλη μέρα στους δρόμους με την δουλειά. Δεν προλαβαίνω να έχω ένα σταθερό πρόγραμμα και τρώω ότι να' ναι. Όταν είμαι στην δουλειά τρώω πρόχειρο φαγητό, αν και προσέχω να μην είναι τόσο παχυντικό».*
- ii. *«Η διατροφή μου είναι υγιεινή, με την κλασική ελληνική κουζίνα και το ελαιόλαδό της, τα όσπρια κλπ. Άλλωστε λόγω του προβλήματος με την καρδιά μου, έκοψα τα πάντα, τσιγάρο και προσέχω πολύ τα λιπαρά και γενικά την διατροφή μου. Μόνο όταν βγαίνω σε ταβέρνες με φίλους το χαλάω, αλλά αυτό δεν γίνεται συνέχεια. Μια φορά την εβδομάδα περίπου».*
- iii. *«Προσέχω πάρα πολύ. Από το τι θα περιλαμβάνει το πρωινό μου, μέχρι πριν πέσω για ύπνο, προσέχω πάρα πολύ. Και στο είδος του φαγητού και στην ποσότητα. Τρώω μικρές ποσότητες συχνά γεύματα, πολλά φρούτα και λαχανικά».*
- iv. *«Όταν ακολουθώ σωστό πρόγραμμα διατροφής και χάσω 2-3 κιλά, έχω παρατηρήσει ότι «πετάω». Δεν νιώθω εύκολα κόπωση, έχω λιγότερο άγχος,*

*περισσότερη ενέργεια και κυρίως με κάνει να νιώθω ικανοποίηση για αυτό που προσφέρω στον οργανισμό μου».*

- v. *«Πώς να κάνεις σωστή διατροφή αν δεν είσαι οικονομικά καλά; Για παράδειγμα, το ψάρι στοιχίζει, όπως και τα φρούτα και τα λαχανικά, οι ξηροί καρποί, τα δημητριακά... όλα αυτά στοιχίζουν. Μόνο τα όσπρια είναι φθηνά. Πολλές φορές το σκέφτομαι να αγοράσω κάτι υγιεινό λόγω κόστους, ενώ π.χ. τα μακαρόνια είναι πιο οικονομικά, ενώ αρκετές φορές το πρόχειρο μπορεί κοστίζει φθηνότερα».*

#### Θεματική – Άξονας 7. Διατροφή και αισιοδοξία.

Τη σχέση της διατροφής και του βαθμού αισιοδοξίας λίγοι μόνο συμμετέχοντες την είχαν παρατηρήσει και την ανέφεραν, ενώ οι περισσότεροι δεν την είχαν αναγνωρίσει. Σε αυτό που εστίασαν κυρίως ήταν στις ατομικές γευστικές προτιμήσεις, οι οποίες όπως συμφώνησαν επηρέαζαν τη διάθεσή τους. Για παράδειγμα, όταν κατανάλωναν τροφές που τους άρεσαν γευστικά, ένιωθαν πολύ καλύτερα. Επίσης εστίασαν στην ύπαρξη ή μη ενοχών και τύψεων όταν κατανάλωναν πρόχειρο φαγητό και στο θετικό συναίσθημα που απορρέει όταν προσέχει κανείς και φροντίζει τον εαυτό του μέσω της διατροφής. Μερικές τοποθετήσεις επί των συζητήσεων ήταν:

- i. *«Η αναμονή ενός καλού φαγητού, ενός φαγητού που σου αρέσει, χαίρεσαι και ανεβαίνει η διάθεσή σου».*
- ii. *«Το ‘απαγορευμένο’, το πρόχειρο και junk food φαγητό, χαίρομαι πολύ να το τρώω. Μου προσφέρουν “ηδονή”, με γεμίζει αισιοδοξία! Επιπλέον, δε χρειάζεται να μαγειρέψεις, δεν έχεις όλη τη διαδικασία να καθαρίζεις μετά, είναι γρήγορο, εύκολο... το να κάνει κάποιος άλλος είναι πιο νόστιμο. Εκείνη τη μέρα το χαίρομαι πολύ. Την επόμενη δεν ισχύει το ίδιο».*
- iii. *«Όταν δεν τρέφομαι σωστά, κάποιες φορές νιώθω τύψεις ότι αυτό που κάνω δεν είναι καλό για την υγεία μου και μετά το μετανιώνω».*
- iv. *«Όταν προσέχω την διατροφή μου, νιώθω όμορφα με το σώμα μου, δεν νιώθω δυσφορία και γενικά νιώθω ότι «με προσέχω» και αυτό με γεμίζει ενέργεια, όμορφη διάθεση και αισιοδοξία. Αν όμως φάω αργά ή κάτι παχυντικό, δεν ξέρω αν φταίνε οι τύψεις, αλλά ξυπνάω πολύ κακοδιάθετη και όλα μου φταίνε. Και μερικές φορές αυτό με προδιαθέτει αρνητικά με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζω*

*καθημερινά. Αν τρέφομαι σωστά, βλέπω καλύτερα τα πράγματα, έχω άλλη υπομονή στο σπίτι και στη δουλειά και έχω άλλη ενέργεια».*

Θεματική – Άξονας 8. Κάπνισμα, ύπνος, κατανάλωση νερού, άσκηση και αισιοδοξία.

Ελάχιστα άτομα από τις ομάδες είχαν παρατηρήσει να υπάρχει σχέση νερού, καπνίσματος και ύπνου στο βαθμό αισιοδοξίας ενός ατόμου. Οι περισσότεροι δεν είχαν σκεφτεί το ενδεχόμενο αυτό, ενώ όσον αφορά στο κάπνισμα δεν είχαν παρατηρήσει σχέση αισιοδοξίας και καπνού, αλλά ειπώθηκε ότι το κάπνισμα προσφέρει την ψευδαίσθηση της χαλάρωσης, το οποίο όμως αποτελεί συνέπεια της αυθυποβολής.

Αναφορικά με την φυσική άσκηση και την επίδραση της στην ψυχική υγεία και στο βαθμό της αισιοδοξίας, από την ανάλυση προέκυψε ότι αυτή η σχέση είχε συνειδητοποιηθεί από όλους τους συμμετέχοντες που ασκούσαν είτε συστηματικά είτε ευκαιριακά. Αξίζει όμως να γίνει αναφορά στο γεγονός, ότι τα άτομα που ασκούσαν και είχαν παρατηρήσει ότι η άσκηση σχετίζεται με την αισιοδοξία τους, την καλή διάθεση και τη ψυχική υγεία γενικότερα, εστίασαν στην συζήτηση στο είδος της άσκησης και στο μέρος που εκτελείται αυτή, παράγοντες οι οποίοι συντελούσαν στην αποκόμιση των προαναφερθέντων ευεργετικών ωφελειών. Χαρακτηριστικές απόψεις των συζητήσεων σε αυτό το θέμα είναι:

- i. «Αυτοί που καπνίζουν κοροϊδεύουν το εαυτό τους και ισχυρίζονται ότι δήθεν τους ηρεμεί και έτσι δικαιολογούν το να καπνίζουν. Αυτό δεν ισχύει φυσικά».*
- ii. «Ο ύπνος παίζει πολύ ρόλο, όντως. Αν δεν κλείσω επτά ώρες ύπνου τα βλέπω όλα μαύρα και βλέπω την κακή πλευρά των πραγμάτων».*
- iii. «Προσπαθώ να περπατάω 2-3 φορές την εβδομάδα με τον σύζυγο και περπατάμε αρκετά, π.χ. 1 ώρα. Αυτό με κάνει και ξεφεύγω από την καθημερινότητα, χαλαρώνω, συζητώ τα προβλήματά μας και μου φεύγει το άγχος. Με βοηθά αρκετά. Όταν έρχεται ο χειμώνας και λόγω του καιρού δεν μπορούμε να πάμε για περπάτημα, έχω τις μαύρες μου και μου φταίνε όλα. Και οργανικά και ψυχολογικά επηρεάζομαι από την άσκηση. Δεν είμαι σίγουρη αν φταίει η ίδια η άσκηση ή τι συνδυάζω με αυτή. Έχω συνδυάσει την άσκηση με νοιάξιμο για μένα, με χαλάρωση, με μοίρασμα. Και μόνη μου να πάω, όλο και κάποιον θα συναντήσω, θα έρθω κοντά με την φύση και νιώθω ότι είναι χρόνος που αφιερώνω για εμένα. Αυτό με κάνει να σκέφτομαι θετικά για το μέλλον».*

- iv. *«Η άσκηση επιδρά θετικά τόσο στο σώμα, όσο και στην ψυχολογία. Το “νους υγιής εν σώματι υγιές” δεν είναι τυχαίο για την ψυχική ηρεμία και γαλήνη. Είναι αγχολυτικό».*
- v. *«Όταν ασκούμαι το κάνω για διασκέδαση θέλω να περπατώ και εγώ στη φύση, με παρέα, διότι συζητάς και επικοινωνείς μαζί, έστω για μισή ώρα την ημέρα διότι με κάνει και χαίρομαι περισσότερο από το γυμναστήριο που είχα δοκιμάσει...Αυξάνεται η αισιοδοξία μου και ανεβαίνει η διάθεσή μου, με ανεβάζει ψυχολογικά. Η άσκηση και συγκεκριμένα για μένα το περπάτημα, είναι αισιοδοξία, ζωή, ζωντάνια. Και θέλω να είμαι χαλαρή για να ασκηθώ. Δεν θέλω να με πιέζει ο χρόνος».*

Θεματική – Άξονας 9: Αισιοδοξία και υγεία.

Όλοι σχεδόν οι συμμετέχοντες στις ομάδες είχαν παρατηρήσει και συμφώνησαν ότι η θετική διάθεση στη ζωή και κατ' επέκταση η αισιοδοξία επηρεάζει τη σωματική τους υγεία. Στη συζήτηση αναφέρθηκε εκτενώς ο τρόπος με τον οποίο η αρνητική διάθεση και η αρνητική ψυχολογία εκδηλώνεται ψυχοσωματικά, επηρεάζοντας και τη σωματική υγεία. Μερικές τοποθετήσεις παρατίθενται παρακάτω:

- i. *«Είμαι πολύ αισιόδοξος και νομίζω ότι αυτό επηρεάζει την υγεία μου. Τις περιόδους που μπορεί να χάνω μέρος της αισιοδοξίας μου, έχω παρατηρήσει ότι έχω πονοκεφάλους και με πιάνει η μέση μου. Ή όταν έχω άγχος. Το ίδιο ισχύει. Επιπλέον, νομίζω ότι όποιο πρόβλημα έχω σωματικό, γιγαντώνεται όταν δεν είμαι αισιόδοξος».*
- ii. *«Φαντάζομαι ότι θα συνδέονται με ψυχοσωματικό τρόπο, όμως δεν το έχω παρατηρήσει σχετικά με την αισιοδοξία. Με το άγχος ναι, το έχω προσέξει ότι μου βγαίνει ψυχοσωματικά».*
- iii. *«Τώρα με βάζετε σε σκέψεις. Λέτε όλα τα προβλήματα υγείας που έχω να σχετίζονται με την συνήθως απαισιοδοξία μου; Δεν το είχα σκεφτεί. Αν και ακούγεται λογικό».*

Εν κατακλείδι, οι συμμετέχοντες και στις τρεις ομάδες εστιασμένης συζήτησης:

- Συμφώνησαν ότι η αισιοδοξία είναι μια στάση ζωής που περιλαμβάνει σκέψεις για ένα καλύτερο μέλλον, όπου οι καταστάσεις στις οποίες θα έρθουν αντιμέτωποι θα έχουν θετική κατάληξη.
- Συμφώνησαν ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό αισιοδοξίας είναι: η κατάσταση της υγείας, το οικογενειακό πλαίσιο στο οποίο μεγαλώνει κανείς, η ικανοποίηση και η αγάπη που εισπράττουν μέσα στο γάμο τους, η ύπαρξη επικοινωνίας μέσα σε αυτόν, η πιθανή γονιδιακή προέλευση της αισιοδοξίας, τα ΜΜΕ, η κουλτούρα, το άγχος και ο καιρός.
- Οι πρώην καπνιστές και οι καπνιστές συμφώνησαν ότι τα αρνητικά αποτελέσματα της καπνιστικής συνήθειας φαίνονται όταν τη διακόψει κανείς, ενώ για τους καπνιστές, η έλλειψη σωματικών συμπτωμάτων λειτουργεί ανασταλτικά στην απόφασή τους για διακοπή του καπνίσματος.
- Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι δεν έχουν εντοπίσει – παρατηρήσει σχέση κατανάλωσης νερού και υγείας, αλλά είχαν συνειδητοποιήσει ότι κατανάλωναν μικρότερη ποσότητα από αυτή που θα έπρεπε.
- Η έλλειψη ή η κακή ποιότητα ύπνου ως επιβαρυντικός παράγοντας στην υγεία, αποτέλεσε αντικείμενο ομοφωνίας.
- Η άσκηση σύμφωνα με τους ασκούμενους συμμετέχοντες ήταν παράγοντας θετικής επίδρασης στην υγεία.
- Η έλλειψη ελεύθερου χρόνου ήταν ο λόγος μη άσκησης για τους μη ασκούμενους.
- Υπήρξε σύγχυση και άγνοια μεταξύ των συμμετεχόντων για το τι είναι υγιεινό διαιτολόγιο, θεωρώντας ότι πρόκειται για δίαιτα χαμηλής πρόσληψης θερμίδων.
- Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι η διατροφή ως γευστική προτίμηση επηρεάζει θετικά τη διάθεση, ενώ η κατανάλωση ανθυγιεινών τροφίμων τους δημιουργούσε ενοχές.
- Υπήρξε συμφωνία στην έλλειψη παρατήρησης επίδρασης της κατανάλωσης νερού και του καπνίσματος στο βαθμό αισιοδοξίας.
- Τα άτομα που ασκούσαν συμφώνησαν ότι η φυσική άσκηση είναι παράγοντας θετικής επίδρασης στο βαθμό αισιοδοξίας, εφόσον αυτή πραγματοποιείται με τον τρόπο και στο τόπο που οι ίδιοι επιθυμούν.
- Υπήρξε ομοφωνία ότι η θετική διάθεση και η αισιοδοξία επηρεάζουν θετικά την υγεία τους και το αντίστροφο.

- Τέλος, υπήρξε διχογνωμία όσον αφορά στην αρνητική επίδραση της οικονομικής και εργασιακής ανασφάλειας στο βαθμό αισιοδοξίας.

## **5 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Είναι κοινώς παραδεκτό, ότι τόσο οι διατροφικές συνήθειες, όσο και οι συνήθειες που αφορούν στον τρόπο ζωής, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη και εξέλιξη της σωματικής και ψυχικής υγείας του ανθρώπου, ενώ η αμφίδρομη σχέση της αισιοδοξίας και γενικότερα των θετικών συναισθημάτων με τη σωματική υγεία - ευεξία και με τις διατροφικές συνήθειες, έχει αποτελέσει αντικείμενο ενδιαφέροντος και διερεύνησης πολλών ερευνητών<sup>163,164</sup>.



Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη προσπάθεια ταυτόχρονης διερεύνησης της σχέσης αισιοδοξίας, αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας, της διατροφής και του τρόπου ζωής στον Ελλαδικό χώρο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικά με τη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της σωματικής υγείας - ευεξίας, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων τόσο στις ατομικές συνεντεύξεις, όσο και στις ομάδες εστιασμένης συζήτησης χαρακτήρισε την υγεία του ως καλή. Όσον αφορά στα αποτελέσματα της ποσοτικής μελέτης, από τα 500 άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη μέσω συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, το 44,6% αξιολόγησε την υγεία του ως καλή, το 44,2% ως μέτρια, ενώ μόλις το 11,2% την αξιολόγησε ως κακή, αποτελέσματα που δεν είναι συνεπή εν συγκρίσει με αυτά άλλων μελετών. Συγκεκριμένα, στη μελέτη των Nery Guimarães et al στη Βραζιλία, το ποσοστό των ατόμων που αξιολόγησαν την υγεία τους από καλή έως πολύ καλή ήταν 81,4%, ενώ στη μελέτη των Molarious στη Σουηδία το ποσοστό των ατόμων που χαρακτήρισαν την υγεία τους ως καλή ήταν 67% για τις γυναίκες και 72% για τους άνδρες<sup>165,166</sup>.

Αναφορικά με αντίστοιχες μελέτες στην Ελλάδα, τα αποτελέσματα επίσης δεν συμπίπτουν. Στη μελέτη των Alexopoulos & Geitona, το ποσοστό αυτών που χαρακτήρισαν την κατάσταση της υγείας τους ως πτωχή ανερχόταν στο 1/3 των ερωτηθέντων, ενώ στη μελέτη των Darviri et al, η αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους ήταν αρκετά καλύτερη από αυτήν της παρούσας εργασίας, καθώς σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, από τις ηλικιακές ομάδες 15-49 ετών, 30-49 ετών και 50-96 ετών, το 74,8%, 97,1% και το 91,4% αντίστοιχα αξιολόγησαν την υγεία τους ως καλή<sup>167,168</sup>. Επίσης, στη μελέτη των Zavras et al, ο συνολικός επιπολασμός της αντίληψης της κατάστασης της υγείας από καλή έως πολύ καλή το 2006 ήταν 71,0%, ενώ το 2011 ήταν 68,8%, ποσοστά αρκετά υψηλότερα από τα ποσοστά στη μελέτη μας<sup>169</sup>.

Το γεγονός ότι τα αποτελέσματα της ποσοτικής μελέτης δείχνουν χαμηλότερη τη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας των συμμετεχόντων, εν αντιθέσει με αντίστοιχες μελέτες στην Ελλάδα, που την παρουσιάζουν υψηλότερη, ενδεχομένως να οφείλεται στην οικονομική κρίση που υπόκειται η χώρα μας, καθώς σύμφωνα με ανασκόπηση των Simou & Koutsogeorgiou, η ψυχική υγεία των Ελλήνων έχει επιδεινωθεί, ενώ η αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους έχει επηρεαστεί αρνητικά λόγω της οικονομικής κατάστασης<sup>170</sup>.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της εργασίας, παρατηρήθηκε ότι η μέση τιμή στη βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) ανερχόταν στις 20,47 ( $\pm 4,017$ ) μονάδες. Δεδομένου ότι η χαμηλότερη πιθανή βαθμολογία είναι 0 μονάδες, ενώ η υψηλότερη πιθανή βαθμολογία είναι οι 24 μονάδες, με τη τιμή που σημείωσαν οι συμμετέχοντες κατατάσσονται στους πολύ αισιόδοξους, γεγονός που έρχεται σε μεγάλη αντίθεση με τα αποτελέσματα άλλων μελετών στην Ελλάδα. Στη μελέτη των Lyrakos et al που πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευτικό προσωπικό, η μέση τιμή ανερχόταν στις 14,4 μονάδες, ενώ στη μελέτη των Tsakoglia et al, η μέση τιμή ανερχόταν στις 15,5 μονάδες<sup>140,171</sup>. Επιπρόσθετα, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε φοιτητές στη Γαλλία η μέση τιμή της συγκεκριμένης βαθμολογίας ήταν 18,88, ενώ στη μελέτη των Moyer et al σε εγκύους στη Γκανά και στη μελέτη της Hassan σε νοσηλευτικό προσωπικό στο Πακιστάν, βρέθηκε ίση με 15,6 και 14,0 μονάδες αντίστοιχα<sup>172-174</sup>.

Στην Αμερική, σε μελέτη που διεξήχθη σε φοιτητές, η αντίστοιχη μέση τιμή ήταν 13,29, ενώ στη μελέτη των Wren et al σε ασθενείς ήταν 17,4 στους λευκούς και 16,6 στους μη λευκούς<sup>175,176</sup>. Επιπρόσθετα, στην πολυεθνική μελέτη των Roy et al στον γενικό πληθυσμό η μέση τιμή ήταν 19,9, τιμή που πλησιάζει αρκετά τα δικά μας αποτελέσματα<sup>56</sup>. Οι αποκλίσεις στα ευρήματα των παραπάνω μελετών, ενδεχομένως να οφείλονται στις διαφορές του δείγματος, για παράδειγμα διαφορές ως προς το φύλο, τη φυλή, το επάγγελμα, τη γεωγραφική περιοχή που διεξήχθη η μελέτη κ.α.

#### Σχέση της αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με τα δημογραφικά στοιχεία.

Αναφορικά με τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, η βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της σωματικής υγείας – ευεξίας διαφάνηκε να επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από το φύλο. Οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να σημειώσουν καλύτερη βαθμολογία, γεγονός που προέκυψε και από τις αναλύσεις της ποιοτικής μελέτης, στις οποίες όλοι οι άνδρες χαρακτήρισαν τον εαυτό τους αισιόδοξο, εν αντιθέσει με τις γυναίκες. Επιπρόσθετα, από τα αποτελέσματα της ποσοτικής μελέτης, παρατηρήθηκε ότι η παραπάνω βαθμολογία επηρεαζόταν στατιστικά σημαντικά από την εκπαίδευση. Συγκεκριμένα, τα άτομα που φοιτούσαν και οι έχοντες

ολοκληρώσει ανώτερη ή ανωτάτη βαθμίδα εκπαίδευσης, παρουσίασαν μεγαλύτερη μέση τιμή στη βαθμολογία.

Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με τα αποτελέσματα τόσο της μελέτης των Zavras et al, όσο και αυτής των Koukouli et al, που πραγματοποιήθηκαν στον Ελλαδικό χώρο, καθώς επίσης και με αυτά του Zack, ο οποίος εκπόνησε την μελέτη του σε 50 πολιτείες της Αμερικής στον γενικό πληθυσμό<sup>169,177,178</sup>.

Η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση έχουν διαφανεί να παίζουν καθοριστικό ρόλο στη βαθμολογία της αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας – ευεξίας. Πολλές είναι οι μελέτες που δείχνουν ότι ο γάμος λειτουργεί προστατευτικά στην υγεία των ατόμων, ενώ άλλες παρουσιάζουν μια αρνητική επίδραση, με συνέπεια το συγκεκριμένο θέμα να είναι αμφιλεγόμενο<sup>179</sup>. Για παράδειγμα, σε μελέτη των Jun Xu et al που εκπονήθηκε στη Νότια Κίνα αναφορικά με τη σχέση κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και την αντίληψη της υγείας, οι άγαμοι αξιολογούσαν θετικότερα την υγεία τους συγκριτικά με τους έγγαμους, διαζευγμένους κλπ γεγονός που συνάδει με τα αποτελέσματα της ποσοτικής μελέτης<sup>183</sup>.

Αντιθέτως, σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε αμερικανούς πολίτες, η αντίληψη για την υγεία ήταν καλύτερη στους έγγαμους από ότι στους άγαμους, ενώ σε παρόμοια μελέτη που εκπονήθηκε στην Κορέα, Ταιβάν, Ιαπωνία και Κίνα, διαπιστώθηκε ότι η αυτο-αξιολόγηση της υγείας επηρεαζόταν όχι τόσο από τον ίδιο τον γάμο, όσο από την ικανοποίηση που ένιωθαν οι συμμετέχοντες μέσα σε αυτόν<sup>181,182,179</sup>.

Η συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης και του μεγέθους της οικογένειας από τη μια, με την καλύτερη αυτο-αξιολόγηση της υγείας από την άλλη που παρατηρήθηκε στη παρούσα μελέτη, ενδέχεται να οφείλεται τόσο στο μεγάλο ποσοστό των άγαμων συμμετεχόντων στη μελέτη, όσο και από την οικονομική ύφεση στην Ελλάδα, η οποία πιθανόν αναστέλλει την απόφαση για γάμο ή την απόκτηση απογόνων.

Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων στην εργασία μας, παρατηρείται ότι επηρέασε αντίστροφα την παραπάνω βαθμολογία, γεγονός που συνάδει με τα αποτελέσματα άλλων μελετών<sup>165,167,169</sup>. Για παράδειγμα στη μελέτη των McFadden et al που πραγματοποιήθηκε σε γενικό πληθυσμό και σε άτομα ηλικίας 39 - 79 ετών στην

Αγγλία, απεδείχθη ότι η αύξηση της ηλικίας συνδεόταν με την πτωχή ή μέτρια αξιολόγηση της υγείας από τους συμμετέχοντες<sup>183</sup>.

Σχέση της αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με τον προληπτικό έλεγχο, το ατομικό και το οικογενειακό ιστορικό.

Αξιολογώντας τα ευρήματα της παρούσης μελέτης για τη σχέση της βαθμολογίας στο ερωτηματολόγιο αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας και των δηλωθέντων στοιχείων στο ατομικό ιατρικό ιστορικό, προέκυψε ότι το σκορ αυτο-αξιολόγησης επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από την ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, όπως αυτών του καρδιαγγειακού νοσήματος, της δυσλειτουργίας του θυρεοειδούς και των μυοσκελετικών νοσημάτων, γεγονός που παρατηρήθηκε τόσο από τις αναλύσεις των ατομικών συνεντεύξεων, όσο και των ομάδων εστιασμένης συζήτησης. Τα άτομα που δεν έπασχαν από τα παραπάνω, παρουσίασαν υψηλότερη μέση βαθμολογία ή αξιολογούσαν την κατάσταση της υγείας τους ως καλύτερη από αυτούς που δεν έπασχαν.

Τα παραπάνω ευρήματα συμπίπτουν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Alexopoulos & Geitona που πραγματοποιήθηκε σε 1.000 ενήλικους του γενικού πληθυσμού στην Ελλάδα, σύμφωνα με την οποία τα άτομα που έπασχαν από καρδιαγγειακά, μυοσκελετικά νοσήματα ή διαταραχές ψυχικής / νευρολογικής φύσεως, είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο να αξιολογήσουν την υγεία τους ως κακή<sup>167</sup>. Επιπλέον, φαίνεται αναμενόμενη η παραπάνω σχέση, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι τα συμπτώματα και οι ενοχλήσεις, που πολλές φορές αναφέρονται σε ερωτηματολόγια αντίληψης της υγείας, αντανακλούν την ύπαρξη ενός νοσήματος είτε σε κλινικό, είτε σε προ κλινικό στάδιο<sup>184,185</sup>.

Κατευθυντήριες γραμμές για την αξιολόγηση των κινδύνων εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, προτείνουν την εξέταση και καταγραφή ενός οικογενειακού / γονεϊκού ιατρικού ιστορικού, καθώς τα καρδιαγγειακά νοσήματα, κυρίως των γονέων, λειτουργούν ως παράγοντας κινδύνου στους απογόνους, ενώ αρκετές είναι οι μελέτες που επιβεβαιώνουν τη σύνδεση αυτή<sup>186,187</sup>. Επιπρόσθετα, οι καθιερωμένοι παράγοντες κινδύνου για εγκεφαλικό επεισόδιο σε ένα άτομο περιλαμβάνουν την ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου, την υπέρταση, το σακχαρώδη

διαβήτη και την παχυσαρκία στο οικογενειακό του ιστορικό, οι οποίοι επίσης κατά μεγάλο βαθμό είναι κληρονομήσιμοι<sup>188,189</sup>.

Οι χρόνιες παθήσεις στο οικογενειακό περιβάλλον έχουν ισχυρή ψυχολογική επίπτωση στις οικογένειες, όπως έντονο άγχος, αγωνία, ενοχές, σημαντική οικονομική επιβάρυνση, καθώς και σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία των μελών της, τα οποία βρίσκονται σε κίνδυνο στην περίπτωση που έχουν κληρονομήσει κάποιο νόσημα και δεν έχουν συμπτώματα ακόμη, ή το επιβαρύνουν με το τρόπο ζωής τους<sup>190</sup>. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, η απουσία χρόνιων νοσημάτων στο οικογενειακό ιστορικό, σχετιζόταν με υψηλότερη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της σωματικής υγείας – ευεξίας, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τις παραπάνω μελέτες.

Η προσωπική εκτίμηση της κατάστασης της υγείας και η χρήση διαφόρων υπηρεσιών υγείας και υγειονομικής περίθαλψης έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας αρκετών μελετών<sup>191-193</sup>. Σε μελέτη των Kentikelenis et al στον Ελλαδικό χώρο, παρατηρήθηκε ότι υπάρχει μια σημαντική αύξηση των ατόμων που δεν επισκέπτονταν τον γιατρό, ακόμη και όταν αυτό ήταν απαραίτητο, ενώ σε μελέτη που εκπονήθηκε στην Σουηδία, διαφάνηκε ότι οι επισκέψεις σε γιατρούς και σε υγειονομικές υπηρεσίες αυξάνονταν σε σχέση με το βαθμό σοβαρότητας μιας ασθένειας<sup>191,192</sup>. Σε έρευνα στη Φινλανδία, η αντίληψη της κατάστασης της υγείας συσχετίστηκε αντίστροφα με τις επισκέψεις σε γιατρούς, αποτέλεσμα -όπως και αυτό των παραπάνω μελετών- που έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα της παρούσης μελέτης, όπου η υψηλότερη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας συνδέθηκε με τις επισκέψεις στους γιατρούς όταν αυτό είναι απαραίτητο<sup>193</sup>. Πιθανότατα, η επίσκεψη στους γιατρούς να οδηγεί σε έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση διαφόρων νοσημάτων και δυσλειτουργιών του οργανισμού, οι οποίες με την σειρά τους συνδέονται με την καλύτερη αυτο-αξιολόγηση της υγείας.

Αναφορικά με τον προληπτικό έλεγχο και τις εξετάσεις που πραγματοποιούν ετησίως οι συμμετέχοντες στη μελέτη αυτή, παρ' όλο που ένα μεγάλο ποσοστό εξ αυτών πραγματοποιούσε ένα μέρος των προληπτικών εξετάσεων που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο, μόνο η οδοντιατρική εξέταση συνδέθηκε θετικά με τη βαθμολογία της αυτο-αξιολόγησης της υγείας – ευεξίας και αυτό μόνο για τις γυναίκες. Το αποτέλεσμα αυτό συμπίπτει με τα αποτελέσματα άλλων μελετών, καθώς είναι γνωστό ότι η στοματική υγεία μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης πολλών παθήσεων,

βελτιώνει την ποιότητα ζωής και μειώνει την ψυχολογική δυσφορία, που με τη σειρά τους επηρεάζουν τη συνολική ευεξία του ατόμου<sup>194-197</sup>. Κατά συνέπεια, φαίνεται ότι η καλύτερη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας – ευεξίας σχετίζεται με την ετήσια επίσκεψη στον οδοντίατρο. Το γεγονός ότι το εν λόγω αποτέλεσμα παρατηρείται μόνο στις γυναίκες του δείγματος, πιθανόν να οφείλεται στο ότι το ποσοστό των επισκέψεων σε οδοντίατρο ήταν μεγαλύτερο στις γυναίκες από ότι στους άνδρες του δείγματος.

#### Σχέση της αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με το κάπνισμα, τον ύπνο και τη φυσική άσκηση.

Ένας από τους πιο μελετημένους και αποδεδειγμένους παράγοντες κινδύνου για την υγεία είναι το ενεργητικό και παθητικό κάπνισμα<sup>198,199</sup>. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσης ποσοτικής μελέτης και της ανάλυσης των ατομικών συνεντεύξεων και των ομάδων εστιασμένης συζήτησης, το κάπνισμα ή η έκθεση σε περιβάλλον καπνιζόντων συνδέθηκε με τη χαμηλότερη βαθμολογία αυτο-αξιολόγησης της υγείας – ευεξίας. Επιπλέον, παρατηρήθηκε μια αντίστροφη σχέση του αριθμού τσιγάρων των καπνιζόντων με την εν λόγω βαθμολογία. Το αποτέλεσμα αυτό συμπίπτει με τα αποτελέσματα άλλων μελετών, όπως για παράδειγμα αυτής των Darviri et al στην Αθήνα<sup>200</sup> που πραγματοποιήθηκε σε εργαζομένους.

Αξιοσημείωτη είναι η μελέτη των Nakata et al που πραγματοποιήθηκε σε εργαζομένους 296 επιχειρήσεων στην Αμερική, στην οποία βρέθηκε ότι τόσο οι καπνιστές, όσο και οι παθητικοί καπνιστές σημείωσαν χαμηλότερη αυτο-αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους εν συγκρίσει με εκείνους που δεν έρχονταν καθόλου σε επαφή με τον καπνό, ενώ σε παρόμοια μελέτη σε αγροτικό ελληνικό πληθυσμό, διαφάνηκε ακριβώς το αντίθετο, με τους καπνιστές να παρουσιάζουν μεγαλύτερη βαθμολογία από τους μη καπνιστές<sup>201,168</sup>.

Από τις αναλύσεις των ατομικών συνεντεύξεων και των ομάδων εστιασμένης συζήτησης προέκυψε ότι ο ύπνος -τόσο από άποψη μειωμένων ωρών ύπνου, όσο και από άποψη κακής ποιότητας ύπνου- συσχετίστηκε αρνητικά με την αυτο-αξιολόγηση της υγείας. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ποσοτικής μελέτης, παρατηρήθηκε επίσης ότι η βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας – ευεξίας επηρεαζόταν από τις ώρες ύπνου που συμπλήρωναν τη νύχτα. Τα άτομα που κοιμόνταν

περισσότερες ώρες τη νύχτα, φαίνεται να παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία. Αντιθέτως, η ώρα που έπεφταν για ύπνο οι συμμετέχοντες δεν φάνηκε να επηρεάζει το συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Το εν λόγω εύρημα, συνάδει με τα αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην Κορέα, σύμφωνα με τα οποία οι λιγότερες ώρες ύπνου συνδέθηκαν με αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας τους ως πτωχή, ενώ και στις δύο μελέτες της Darviri et al στην Ελλάδα, η υψηλότερη βαθμολογία σχετίστηκε με την καλύτερη ποιότητα ύπνου και την ικανοποίηση που ένιωθαν οι συμμετέχοντες από αυτόν<sup>202,200,168</sup>.

Το γεγονός ότι η φυσική άσκηση συνδέεται με την καλή σωματική και ψυχική υγεία είναι αναμφισβήτητο και αποτελεί εύρημα πολλών μελετών, είτε αυτές αφορούν σε υγιή πληθυσμό, είτε σε πληθυσμό με χρόνια νοσήματα<sup>203</sup>. Στην παρούσα μελέτη εκείνοι που ασκούσαν, αξιολόγησαν ως καλύτερη την υγεία τους, σε αντίθεση με αυτούς που δεν ασκούσαν, εύρημα το οποίο προέκυψε τόσο στην ποσοτική μας μελέτη, όσο και από την ανάλυση των ομάδων εστιασμένης συζήτησης. Τα ευρήματα αυτά συνάδουν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Tsai et al σε άτομα άνω των 18 ετών στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, σύμφωνα με τα οποία η σωματική δραστηριότητα επηρέαζε την αντίληψη για την κατάσταση της υγείας των συμμετεχόντων και όπως διαφάνηκε από τη συστηματική ανασκόπηση των Bize et al, η άσκηση επηρέαζε την καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής<sup>204,205</sup>.

#### Σχέση της αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας με τη διατροφή.

Τη θετική σχέση διατροφής πλούσιας σε λαχανικά και φρούτα και αντίληψης της υγείας έχουν αναδείξει αρκετές μελέτες<sup>206-208</sup>. Όπως διαπιστώθηκε από τις αναλύσεις της ποιοτικής μελέτης, δεν προέκυψε σύνδεση της διατροφής με την υγεία, καθώς οι συμμετέχοντες δεν είχαν παρατηρήσει ή δεν είχαν εντοπίσει να επηρεάζεται η υγεία τους από τις διατροφικές τους συνήθειες.

Αντιθέτως, μελετώντας τα αποτελέσματα της ποσοτικής μελέτης, η βαθμολογία της αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας – ευεξίας επηρεαζόταν από τη συχνότητα κατανάλωσης φρούτων, και ειδικότερα, κατανάλωσης πορτοκαλιών και ανανά. Τα άτομα που καταλάωναν τουλάχιστον τέσσερις φορές εβδομαδιαίως γενικά φρούτα,

πορτοκάλια και τουλάχιστον δύο με τέσσερις φορές ανανά, παρουσίαζαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας.

Τα παραπάνω ευρήματα συνάδουν με τα αποτελέσματα της μελέτης των Södergren et al που διεξήχθη σε άτομα ηλικίας 55 – 65 ετών στην Αυστραλία, στην οποία παρατηρήθηκε ότι η μεγαλύτερη συχνότητα κατανάλωσης φρούτων σε μερίδες συνδεόταν -ανάλογα με την αύξησή της- με τη καλύτερη αντίληψη της κατάστασης της υγείας των συμμετεχόντων, ενώ στη μελέτη των Darviri et al σε ελληνικό πληθυσμό δεν διαπιστώθηκε η παραπάνω σχέση<sup>209,200</sup>. Η απόκλιση των παραπάνω αποτελεσμάτων, ενδέχεται να οφείλεται στη γεωγραφική περιοχή διεξαγωγής των μελετών, καθώς η παρούσα μελέτη αφορά την περιοχή της Λακωνίας, η οποία είναι αγροτική, πλούσια σε παραγωγή εσπεριδοειδών, ενώ αυτή των Darviri et al αφορά μια αστική περιοχή και συγκεκριμένα τη μεγαλύτερη, δηλαδή την Αθήνα. Επιπλέον, ένας σημαντικός παράγοντας στον οποίο πιθανόν να οφείλεται η παραπάνω διαφορά είναι η εκτενέστερη αναφορά των φρούτων και των υποκατηγοριών αυτών που είχαμε συμπεριλάβει στο εργαλείο μέτρησης των διατροφικών συνηθειών.

Επιπρόσθετα, η σύνδεση των παραπάνω φρούτων με την καλύτερη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας θα μπορούσε να σχετίζεται με το γεγονός ότι τα φρούτα και συγκεκριμένα τα πορτοκάλια λόγω της βιταμίνης C, καθώς και ο ανανάς, έχουν υψηλή αντιοξειδωτική δράση, η οποία συμβάλλει στην καλύτερη υγεία, στην ενίσχυση του ανοσοποιητικού, στην καλύτερη διαχείριση νοσημάτων και στην αναστολή δημιουργίας ελεύθερων ριζών, οι οποίες με τη σειρά τους εμπλέκονται στην παθογένεση και στη διαδικασία γήρανσης<sup>210-212</sup>. Αξίζει δε να σημειωθεί, ότι στη μελέτη των Kurowska et al παρατηρήθηκε ότι ο φυσικός χυμός πορτοκάλι βελτίωνε το προφίλ λιπιδίων του αίματος ασθενών με μέτρια υπερχοληστερολαιμία, που επίσης θα μπορούσε να εξηγήσει τη σχέση κατανάλωσης πορτοκαλιών και της παραπάνω βαθμολογίας στα αποτελέσματά μας<sup>213</sup>.

Ένα ακόμη στοιχείο που αναδείχθηκε από τη μελέτη, είναι η σχέση κατανάλωσης ντομάτας με τη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της γενικής υγείας - ευεξίας. Τα άτομα που κατανάλωναν περισσότερες από τέσσερις φορές την εβδομάδα ντομάτα, είχαν υψηλότερη βαθμολογία. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι η ντομάτα περιέχει λυκοπένιο, το οποίο έχει θετική συμβολή σε διάφορες ασθένειες, από τον



καρκίνο και τα καρδιαγγειακά νοσήματα έως το άσθμα, ενώ επιπρόσθετα έχει υψηλή αντιοξειδωτική δράση<sup>214,215</sup>.

Παρόμοια ήταν επίσης τα αποτελέσματα όσον αφορά στην κατανάλωση γαλακτοκομικών, τα οποία συνδέθηκαν με καλύτερη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας - ευεξίας. Η σχέση αυτή θα μπορούσε να οφείλεται στο ότι το ασβέστιο και η βιταμίνη D, των οποίων βασική πηγή είναι τα γαλακτοκομικά, είναι υψίστης σημασίας για τα οστά, για το κυκλοφορικό σύστημα, για την καλύτερη μυϊκή λειτουργία, για τη μετάδοση νευρικών σημάτων και για την ορμονική έκκριση, ενώ η έλλειψή τους έχει συνδεθεί με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα που προκαλείται από την οστεοπόρωση<sup>216</sup>. Επιπλέον, το ασβέστιο θεωρείται ότι συμβάλλει στη μείωση κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, στη μειωμένη απορρόφηση των λιπιδίων αυξάνοντας την απέκκρισή τους και μειώνοντας κατ' επέκταση τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα, ενώ συμβάλλει στη ρύθμιση της πίεσης του αίματος<sup>216</sup>.

Τα αποξηραμένα φρούτα, αποτελούν σημαντική πηγή πρόσληψης θρεπτικών συστατικών, ενώ έχει αποδειχθεί ότι είναι σημαντική πηγή αντιοξειδωτικών<sup>155,217</sup>. Σε αυτό το γεγονός ενδεχομένως να οφείλεται η θετική σχέση κατανάλωσης αποξηραμένων φρούτων και καλύτερης βαθμολογίας στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας – ευεξίας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα. Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Reddy et al οι οποίοι συνέκριναν φρέσκα με αποξηραμένα φρούτα, παρατηρήθηκε ότι τα αποξηραμένα φρούτα εξακολουθούσαν να είναι πλούσια σε πολυφαινόλες με υψηλή αντιοξειδωτική δράση, κυρίως λόγω χαμηλής περιεκτικότητας σε υγρασία, ενώ η θρεπτική τους αξία για τον οργανισμό εξακολουθούσε να είναι αξιοσημείωτη<sup>218</sup>.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, τα άτομα που κατανάλωναν δημητριακά ολικής άλεσης περισσότερο από τέσσερις φορές την εβδομάδα, σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας – ευεξίας, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στα οφέλη που προσφέρει η κατανάλωση αυτών, κυρίως λόγω των φυτικών ινών και των πιθανών προβιοτικών επιδράσεων που έχουν στον ανθρώπινο οργανισμό<sup>219</sup>. Επιπλέον, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα δημητριακά ολικής άλεσης λειτουργούν προστατευτικά σε διάφορες μορφές καρκίνου, στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων, στο διαβήτη και στην παχυσαρκία, ενώ ταυτόχρονα είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά, ιχνοστοιχεία, λιγνάνες,

βιταμίνες και μέταλλα, φυτοστερόλες και φυτοστανόλες που λειτουργούν προστατευτικά σε διάφορα νοσήματα<sup>220</sup>.

Η βαθμολογία στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας – ευεξίας, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, επηρεάστηκε από την κατανάλωση τηγανισμένης και τσιγαρισμένης τροφής και συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που σημείωναν μεγαλύτερη βαθμολογία, κατανάλωναν το πολύ μια φορά την εβδομάδα τσιγαρισμένη ή τηγανισμένη τροφή. Το εύρημα αυτό, συνάδει με τα αποτελέσματα της ανασκόπησης των Kremmyda et al, σύμφωνα με την οποία, η υπερβολική πρόσληψη λίπους αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων και στεφανιαίας νόσου, παχυσαρκίας και μεταβολικού συνδρόμου, διαβήτη, ανάπτυξης συγκεκριμένων τύπων καρκίνου όπως του παχέους εντέρου, παγκρέατος και μαστού, ενώ τα λιπαρά οξέα έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν τις φλεγμονώδεις διαδικασίες απορρυθμίζοντας έτσι το ανοσοποιητικό σύστημα<sup>221</sup>.

Είναι κοινώς παραδεκτό, ότι το ανθρώπινο σώμα αποτελείται κατά ένα μεγάλο ποσοστό από νερό, το οποίο είναι απαραίτητο για την κυτταρική ομοιόσταση και την ίδια τη ζωή, ενώ η απαραίτητη ποσότητα πρόσληψης νερού εξαρτάται από την ηλικία, από τη φυσική δραστηριότητα, από το φύλο, από το αν μια γυναίκα είναι θηλάζουσα ή έγκυος κ.α<sup>222,223</sup>. Σύμφωνα με τις αναλύσεις της παρούσας εργασίας, η βαθμολογία της αυτο-αξιολόγησης της υγείας – ευεξίας συσχετίστηκε θετικά με την ποσότητα κατανάλωσης νερού. Πιθανόν το παραπάνω αποτέλεσμα να συνδέεται με την καλύτερη λειτουργία των νεφρών, ενώ η μέτρια αφυδάτωση έχει συνδεθεί με τη μείωση της μυϊκής αντοχής, την σωματική κόπωση και τις κεφαλαλγίες<sup>224-226</sup>. Από τις αναλύσεις των ατομικών συνεντεύξεων και των ομάδων εστιασμένης συζήτησης, δεν προέκυψε κάποια σύνδεση της κατανάλωσης νερού και της αντίληψης της σωματικής υγείας.

Τέλος, από την πολυμεταβλητή ανάλυση για τη διερεύνηση της σχέσης της βαθμολογίας της αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας με τους παράγοντες διατροφικών συνηθειών και άσκησης, προέκυψε ότι η εν λόγω βαθμολογία προβλέπεται / επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από τους παράγοντες «Άσκηση (physical exercise)», «Κορεσμένα λιπαρά (saturated fat)», «Συντηρητικά (preservatives)», και «Βιταμίνη C (vitamin C)», γεγονός που συμφωνεί με αρκετές μελέτες<sup>203-205, 210-213, 221, 227-229</sup>.

### Σχέση της αισιοδοξίας με τα δημογραφικά στοιχεία.

Δεν είναι πολλές οι μελέτες που έχουν εξετάσει την επίδραση της ηλικίας στο βαθμό της αισιοδοξίας, ενώ τα αποτελέσματα αυτών είναι ασυνεπή. Στη μελέτη του Isaacowitz σε γενικό πληθυσμό στην Αμερική, διαφάνηκε ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας ερμήνευαν να γεγονότα της ζωής τους από μια πιο αισιόδοξη σκοπιά σε σύγκριση με τους νεότερους<sup>230</sup>. Αντιθέτως, στη μελέτη των Lachman et al σε αντίστοιχο πληθυσμό, βρέθηκε ότι οι νεότεροι είχαν μια πιο αισιόδοξη προοπτική για το μέλλον από ότι οι ηλικιωμένοι, αποτέλεσμα που συνάδει με τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης, σύμφωνα με τα οποία όσο η ηλικία αυξανόταν, τόσο μειωνόταν η αισιοδοξία των συμμετεχόντων<sup>231</sup>.

Το εν λόγω εύρημα ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι η αύξηση της ηλικίας συνήθως προαναγγέλλει μια σειρά από αρνητικά γεγονότα της ζωής, συμπεριλαμβανομένων του πένθους, της μείωσης της κοινωνικότητας, της αύξησης της μοναξιάς, της δυσκολίας διατήρησης υψηλής σωματικής και γνωστικής λειτουργίας και της μείωσης της παραγωγικότητας<sup>232,233</sup>.

Όσον αφορά στην εργασιακή κατάσταση, από τα αποτελέσματα παρατηρείται ότι οι ελεύθεροι επαγγελματίες σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή (GrLot-R), γεγονός που συνάδει με τα αποτελέσματα της μελέτης των Puri & Robinson, στην οποία οι αυτοαπασχολούμενοι ήταν περισσότερο αισιόδοξοι από τους μισθωτούς, ενώ ήταν πιο πιθανό να αναμένουν ότι η οικονομική τους κατάσταση θα βελτιωνόταν<sup>234</sup>. Μια ακόμη υπόθεση, είναι ότι οι ελεύθεροι επαγγελματίες επιλέγουν το τομέα που θέλουν να απασχοληθούν -στον οποίο νιώθουν περισσότερη ικανοποίηση- συνήθως εργάζονται μόνοι τους δίχως να υπάρχει κάποιος ανώτερός τους που να λειτουργεί ελεγκτικά, πιθανόν νιώθουν πιο παραγωγικοί, ενώ το ωράριο εργασίας τους διαμορφώνεται σύμφωνα με τις δικές τους ανάγκες, παράγοντες που πιθανά συμβάλλουν θετικά στο βαθμό αισιοδοξίας τους.

Η εμπειρική έρευνα δείχνει σταθερά ότι οι έγγαμοι είναι πιο ευπροσάρμοστοι ψυχολογικά, πιο υγιείς σωματικά και λιγότερο επιρρεπείς σε επικίνδυνες συμπεριφορές<sup>182,235,236</sup>. Στην παρούσα μελέτη διαφάνηκε ότι οι έγγαμοι σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στο GrLot-R, αποτέλεσμα που συνάδει με τα αποτελέσματα των μελετών των Coll & Draves και των Wren et al, προσδίδοντας έτσι μια προστατευτική επίδραση του γάμου στην ψυχολογία των ατόμων, ενώ για αρκετούς

ερευνητές, οι άνθρωποι ως κοινωνικά όντα, έχουν την ανάγκη να έχουν στενές σχέσεις με τους άλλους και να έχουν το αίσθημα του «ανήκειν» για να ευημερούν ψυχολογικά<sup>175,237,238</sup>.

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Gove et al, τα άτομα που είναι ευτυχισμένα και έχουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή είναι πιο πιθανό να παντρευτούν και είναι πιο θετικά στο να εισέλθουν στην δέσμευση ενός γάμου, από τα άτομα που δεν είναι ευτυχισμένα και ικανοποιημένα από τη ζωή<sup>239</sup>. Από τις αναλύσεις τόσο των ατομικών συνεντεύξεων, όσο και των ομάδων εστιασμένης συζήτησης, προέκυψε ότι δεν ήταν ο καθ' αυτός γάμος ως κατάσταση, ο οποίος επηρέαζε θετικά το βαθμό της αισιοδοξίας των συμμετεχόντων, όσο η ύπαρξη ικανοποίησης, αγάπης και επικοινωνίας μέσα σε αυτόν.

Στην ανασκόπηση του Hansen, αναφορικά με τη σχέση ευτυχίας και μητρότητας / πατρότητας, παρατηρήθηκε ασυμφωνία μεταξύ της λαϊκής πεποίθησης (folk theory) και των εμπειρικών δεδομένων<sup>240</sup>. Τα εμπειρικά δεδομένα δείχνουν ότι τα άτομα χωρίς παιδιά είναι πιο ευτυχισμένα, καθώς η ανατροφή αυτών συνεπάγεται ψυχικό και οικονομικό κόστος, γεγονός που δεν επιβεβαιώνεται στη μελέτη μας. Επιπλέον, σύμφωνα με τη λαϊκή πεποίθηση τα οφέλη από την απόκτηση παιδιών είναι πολύ σημαντικά<sup>240</sup>. Στην παρούσα μελέτη τα άτομα που είχαν αποκτήσει ένα παιδί, είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να σημειώσουν υψηλότερη βαθμολογία GrLot-R, γεγονός που ενδέχεται να συνδέεται με την παραπάνω λαϊκή πεποίθηση και τις θεωρίες που την αντιπροσωπεύουν, ενώ το αντίστοιχο αποτέλεσμα προέκυψε και από την ανάλυση των ατομικών συνεντεύξεων, σύμφωνα με την οποία, τα άτομα που είχαν παιδιά, ένιωθαν ότι έχουν έναν εξαιρετικά σημαντικό σκοπό στη ζωή τους, ο οποίος συνέβαλε θετικά στην αισιοδοξία τους.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η Ελλάδα είναι μία κατεξοχήν χώρα, όπου ο θεσμός και η έννοια της οικογένειας συνδέεται ιστορικά με αυτήν του γάμου, ο οποίος θεωρείται ότι συμβάλλει στη πληρότητα, ενώ η απόκτηση τέκνων έχει συνδεθεί με την επίτευξη ενός εκ των σκοπών του<sup>241</sup>. Ο αριθμός των παιδιών που παρατηρήθηκε ότι επηρέαζε θετικά την αισιοδοξία σύμφωνα με τα αποτελέσματα -και συγκεκριμένα η ύπαρξη ενός μόνο παιδιού- πιθανόν να οφείλεται στην υφιστάμενη οικονομική κατάσταση, δεδομένου ότι η απόκτηση περισσότερων παιδιών έχει μεγαλύτερο οικονομικό κόστος για την οικογένεια, κάτι που πιθανόν πλέον αποφεύγεται.

Δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που να διερευνούν τη σχέση εκπαιδευτικού επιπέδου και αισιοδοξίας. Στην ποσοτική μελέτη, η βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού για τη ζωή (GrLot-R) συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την εκπαίδευση και συγκεκριμένα, οι κάτοχοι μεταπτυχιακού / διδακτορικού διπλώματος και οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης σημείωσαν υψηλότερη μέση βαθμολογία από τις υπόλοιπες βαθμίδες εκπαίδευσης. Τα ευρήματα αυτά, θα μπορούσαν να συσχετιστούν με τα αποτελέσματα της μελέτης της Eicher και των συνεργατών της σε άτομα ηλικίας 16-20 ετών στην Ελβετία, στην οποία διαφάνηκε ότι η αισιοδοξία των ατόμων λειτουργούσε προστατευτικά στην πρόθεση πρόωρης εγκατάλειψης του σχολείου, όπως επίσης με τα αποτελέσματα της μελέτης του Komlósi, όπου βρέθηκε ισχυρή σχέση μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και του σκορ στη συναισθηματική νοημοσύνη ως γνώρισμα, το οποίο περιλαμβάνει και την αξιολόγηση της αισιοδοξίας<sup>242,243</sup>.

#### Σχέση της αισιοδοξίας τον προληπτικό έλεγχο και τη φυσική άσκηση.

Στη μετα-ανάλυση 84 μελετών των Rasmussen et al βρέθηκε ότι η αισιοδοξία είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της σωματικής υγείας<sup>49</sup>. Με βάση το συγκεκριμένο συμπέρασμα, είναι δυνατό να συμπεριληφθεί ο προληπτικός έλεγχος που κάνει κανείς, ως μέρος της καλύτερης σωματικής υγείας, καθώς σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι γυναίκες που πραγματοποιούσαν τεστ Παπ, προέβαιναν σε έλεγχο πρώιμης διάγνωσης καρκίνου μαστού και οδοντιατρική εξέταση ετησίως, είχαν υψηλότερη βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού στη ζωή.

Επιπλέον, σε μελέτη στη Σουηδία που σκοπό είχε την ανάπτυξη και εξέλιξη ερωτηματολογίου αναφορικά με τις στρατηγικές αντιμετώπισης του φόβου κατά τη διάρκεια της οδοντιατρικής φροντίδας, βρέθηκε ότι η αισιοδοξία ως “στρατηγική” συσχετιζόταν αρνητικά με τον φόβο της οδοντιατρικής φροντίδας, γεγονός, που θα μπορούσε επίσης να ερμηνεύσει τα αποτελέσματά μας αναφορικά με την ετήσια οδοντιατρική εξέταση<sup>244</sup>.

Παρ’ όλο που δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση της βαθμολογίας στο GrLot-R με τη συχνότητα άσκησης σε εβδομαδιαία βάση, από την ποιοτική μελέτη και συγκεκριμένα από τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης, προέκυψε ότι ο βαθμός της αισιοδοξίας επηρεαζόταν από το είδος της φυσικής άσκησης και το μέρος που αυτή

εκτελείτο. Θεωρούσαν δηλαδή οι συμμετέχοντες ότι δεν “ταιριάζουν” όλα τα είδη σωματικής άσκησης σε όλους τους ανθρώπους και ότι η θετική της επίδραση εξαρτάται από το είδος αυτής (ατομική ή ομαδική), καθώς και από το μέρος που επιλέγουν να ασκηθούν π.χ. γυμναστήριο, φύση κλπ. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να ερμηνευτεί με την εφαρμογή της θεωρίας του αυτοπροσδιορισμού στην άσκηση και τη σύνδεση αυτής με την ικανοποίηση ψυχολογικών αναγκών, όπως διαφάνηκε και στην ανασκόπηση των Teixeira et al<sup>245</sup>.

#### Σχέση αισιοδοξίας με τη διατροφή.

Η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών - συστατικά μιας υγιεινής διατροφής - συσχετίζεται θετικά με την αισιοδοξία, και η συσχέτιση αυτή σε αρκετές μελέτες φαίνεται να είναι ανεπηρέαστη από κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές. Στη μελέτη των Giltay et al, που πραγματοποιήθηκε σε άνδρες ηλικίας 64 – 84 ετών, διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ και οι διατροφικές συνήθειες πλούσιες σε φρούτα και λαχανικά συνδέονταν θετικά με υψηλά επίπεδα αισιοδοξίας<sup>54</sup>.

Επιπλέον, στη μελέτη των Kelloniemi et al, σε άτομα ηλικίας 31 ετών στην Φινλανδία, παρατηρήθηκε ότι διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά είναι συχνότερη στους αισιόδοξους από ότι στους απαισιόδοξους<sup>132</sup>. Τα παραπάνω αποτελέσματα συνάδουν με αυτά της παρούσας ποσοτικής μελέτης, καθώς παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας της αισιοδοξίας στο GrLOT-R και της συχνότητας κατανάλωσης φρούτων και λαχανικών.

Συγκεκριμένα, η υψηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα στο GrLOT-R συσχετίστηκε θετικά με την κατανάλωση ντομάτας, μαρουλιού, πιπεριάς, καρότου, βερίκοκων, μήλου, καρπουζιού, ανανά, πορτοκαλιών και μανταρινιού. Μία πιθανή ερμηνεία των αποτελεσμάτων αυτών, θα μπορούσε να είναι η θετική επίδραση των αντιοξειδωτικών, όπου σύμφωνα με τη μελέτη των Boehm et al, στην υπόθεση ότι υπάρχει σχέση της αισιοδοξίας και των αντιοξειδωτικών, παρατηρήθηκε ότι η αισιοδοξία συνδεόταν θετικά με μεγαλύτερες συγκεντρώσεις στον οργανισμό μιας ομάδας αντιοξειδωτικών και συγκεκριμένα των καροτενοειδών, ενώ οι Young and Woodside επισημαίνεται η σημαντικότητα των αντιοξειδωτικών στην παραγωγή ελεύθερων ριζών, οι οποίες ενοχοποιούνται για την καταστροφή κυττάρων και για την αρνητική επίδρασή τους στην παθοφυσιολογία νοσημάτων<sup>131,130</sup>.

Επιπρόσθετα, στη μελέτη των Payne et al που πραγματοποιήθηκε σε δύο ομάδες ηλικιωμένων (μια ομάδα με διαγνωσμένη κατάθλιψη και μία χωρίς κατάθλιψη), παρατηρήθηκε ότι η κατανάλωση αντιοξειδωτικών φρούτων και λαχανικών ήταν χαμηλότερη στα άτομα με κατάθλιψη, γεγονός που θα μπορούσε να συσχετιστεί με τα αποτελέσματά μας, καθώς έχει σημειωθεί η θετική επίδραση που έχουν τα αντιοξειδωτικά στην ψυχολογία<sup>246,247</sup>.

Αναφορικά με τη διαδεδομένη πλέον αντιοξειδωτική δράση της βιταμίνης C στην ψυχική υγεία, φαίνεται ότι η επίδρασή της στη μείωση του στρες, στη βελτίωση της διάθεσης και στη μείωση της «ψυχικής» και «πνευματικής» κόπωσης είναι πολύ σημαντική και αυτό θα μπορούσε να συνδεθεί με την υψηλή βαθμολογία στο GrLot-R της παρούσας μελέτης, όπου τα άτομα που κατανάλωναν πιο συχνά τροφές πλούσιες σε βιταμίνη C όπως η πιπεριά, το καρότο, τα βερίκοκα, τα πορτοκάλια και τα μανταρίνια, παρουσίασαν υψηλότερη βαθμολογία στο εν λόγω τεστ<sup>248</sup>. Επιπλέον, έχει προταθεί από τους Rebec and Pierce ότι η βιταμίνη C λειτουργεί ως νευροτροποποιητής τόσο στη ντοπαμίνη, όσο και στο γλουταμικό, διαμεσολαβώντας στην νευροδιαβίβαση<sup>249</sup>.

Η θετική σχέση της συχνότητας κατανάλωσης ωμού ελαιόλαδου με τη βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) όπως παρατηρήθηκε, θα μπορούσε να ερμηνευτεί με βάση τις ευεργετικές ιδιότητες που αυτό έχει στην υγεία. Αξίζει να σημειωθεί η σημαντική αντιοξειδωτική και αντιμικροβιακή δράση του ωμού ελαιόλαδου λόγω των βιοφαινόλων που περιέχει, το οποίο μειώνει τον κίνδυνο εκφυλιστικών ασθενειών και μικροβιακών λοιμώξεων και λόγω των αντιοξειδωτικών πιθανόν επηρεάζει τη διάθεση<sup>250</sup>.

Η επαρκής πρόσληψη νερού έχει συνδεθεί με την καλύτερη σωματική υγεία, με την καλύτερη γνωστική λειτουργία, με την αντοχή στην κόπωση κ.α<sup>226</sup>. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η βαθμολογία στο GrLot-R συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την ποσότητα κατανάλωσης νερού. Τα άτομα που κατανάλωναν περισσότερα ποτήρια νερού ημερησίως, ήταν πιο αισιόδοξα. Το γεγονός ότι η μέτρια αφυδάτωση έχει ενοχοποιηθεί για τη μείωση της διάθεσης και την πτώση της ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας, θα μπορούσε ενδεχομένως να ερμηνεύσει τα εν λόγω ευρήματα της εργασίας μας<sup>251,252</sup>.

Το μαγνήσιο είναι από τα σημαντικότερα μέταλλα για τον οργανισμό, καθώς έχει συνδεθεί με την καλύτερη λειτουργία του εγκεφάλου. Η ανεπάρκειά του έχει συνδεθεί με καταθλιπτικές διαταραχές και άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η ευερεθιστικότητα, η απαισιοδοξία, η θλίψη και το άγχος, ενώ σύμφωνα με τους Serefko et al προτείνεται η χορήγηση συμπληρώματος μαγνησίου για τη διαχείριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων<sup>253,254</sup>. Σημαντική πηγή μαγνησίου είναι τόσο τα γαλακτοκομικά, όσο και τα δημητριακά, όπου πιθανόν η κατανάλωσή τους επηρέασε τα αποτελέσματα αναφορικά με τη βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή, καθώς διαφάνηκε ότι συμμετέχοντες που κατανάλωναν τις συγκεκριμένες τροφές περισσότερες από τέσσερις φορές εβδομαδιαίως, σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία στο GrLot-R<sup>255</sup>.

Επιπλέον, η παραπάνω βαθμολογία ενδεχομένως να επηρεάστηκε από τη συχνότερη κατανάλωση των εν λόγω τροφών, καθώς είναι καλές πηγές πρόσληψης βιταμίνης D, η οποία σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Li et al επηρεάζει θετικά την ψυχολογία και λειτουργεί θεραπευτικά και προληπτικά στην κατάθλιψη<sup>256,257</sup>.

Παρ' όλο που δεν προέκυψε σύμφωνα με τις αναλύσεις των ατομικών συνεντεύξεων και των ομάδων εστιασμένης συζήτησης επίδραση της υγιεινής διατροφής στην αισιοδοξία των συμμετεχόντων, διαφάνηκε όμως μόνον από τις ατομικές συνεντεύξεις, ότι η υιοθέτηση υγιεινής διατροφής συμβάλλει γενικότερα στη δημιουργία θετικών συναισθημάτων, ενώ από την ανάλυση των ομάδων εστιασμένης συζήτησης προέκυψε ότι η κατανάλωση πρόχειρου φαγητού δημιουργούσε αφενός μια προσωρινή ευχαρίστηση στους συμμετέχοντες και αφετέρου συνδέθηκε με τη δημιουργία ενοχών και μετάνοιας. Η σύνδεση της ευχαρίστησης που δήλωσαν ότι νιώθουν οι συμμετέχοντες με την κατανάλωση πρόχειρου και γρήγορου φαγητού (junk – fast food) θα μπορούσε να σχετίζεται με το γεγονός ότι η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες και ζάχαρη οδηγεί στην απελευθέρωση ινσουλίνης που με την σειρά της προκαλεί την παραγωγή της σεροτονίνης, η οποία συμβάλλει στη δημιουργία ικανοποίησης, ευχάριστης διάθεσης και χαλάρωσης<sup>258</sup>.

Τέλος, από την πολυμεταβλητή ανάλυση για τη διερεύνηση της σχέσης της βαθμολογίας στο GrLot-R με τους παράγοντες διατροφικών συνηθειών, προέκυψε ότι η εν λόγω βαθμολογία προβλέπεται / επηρεάζεται στατιστικά σημαντικά από τους



παράγοντες «Βιταμίνη Κ και Α (vitamin K & A)» «Βιταμίνη C (vitamin C)», γεγονός που συμφωνεί και με άλλες μελέτες, ενώ αναφορικά με τον παράγοντα «Συντηρητικά (preservatives)», ο οποίος όπως προέκυψε από την ανάλυση επηρεάζει τη παραπάνω βαθμολογία, δεν βρέθηκαν στη βιβλιογραφία αντίστοιχες μελέτες που να συνάδουν ή μη με το εύρημα αυτό <sup>54,130-132, 246-250</sup>.

#### Σχέση αυτο-αξιολόγησης της γενικής σωματικής υγείας – ευεξίας και αισιοδοξίας.

Η αμφίδρομη σχέση της αισιοδοξίας και γενικότερα των θετικών συναισθημάτων, της αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας και ευεξίας με την επίδραση του τρόπου ζωής και των διατροφικών συνηθειών, είναι ένα αντικείμενο ενδιαφέροντος και διερεύνησης πολλών μελετών. Έχει σημειωθεί πόσο σημαντική είναι η επιρροή της συναισθηματικής κατάστασης και διάθεσης στην επιλογή υγιών τρόπων συμπεριφοράς (ή και το αντίστροφο) λόγω των ψυχοκοινωνικών διεργασιών που αυτή έχει στην υγεία και πόσο τα αρνητικά συναισθήματα συμβάλλουν στην εμφάνιση και εξέλιξη μιας ασθένειας, καθώς και διαφόρων φλεγμονών <sup>52,132,259,260</sup>.

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, αναφορικά με τη θετική συσχέτιση της συνολικής βαθμολογίας του Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (έκδοση GrLOT-R) που μετρά την αισιοδοξία και της συνολικής βαθμολογίας του ερωτηματολογίου αυτο-αξιολόγησης της σωματικής υγείας - ευεξίας, φάνηκε πως τα αισιόδοξα άτομα βλέπουν την υγεία τους από μια πιο θετική πλευρά, νιώθουν ότι ο οργανισμός τους είναι πιο ανθεκτικός στις λοιμώξεις και τις ιώσεις, ακολουθούν φυσικούς τρόπους που ενδυναμώνουν τον οργανισμό τους και δεν νιώθουν τόσο συχνά κόπωση.

Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις αναλύσεις των ατομικών συνεντεύξεων και των ομάδων εστιασμένης συζήτησης, σύμφωνα με τα οποία η αισιοδοξία επιδρούσε θετικά τόσο στην εμφάνιση μειωμένων συμπτωμάτων σε περιπτώσεις ιώσεων, λοιμώξεων και χρόνιων νοσημάτων, όσο και στη μικρότερη εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων καθώς και το αντίστροφο, ότι δηλαδή, ο χαμηλός βαθμός αισιοδοξίας επηρεάζει αρνητικά την υγεία, αποτελέσματα που συνάδουν με αυτά άλλων μελετών.

Πιο συγκεκριμένα στην πολυεθνική έρευνα των Roy et al στην Αμερική σε άτομα ηλικίας 45 έως 84 ετών, χωρίς ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, βρέθηκε ότι τα

αισιόδοξα άτομα παρουσίαζαν χαμηλότερες συγκεντρώσεις φλεγμονωδών δεικτών, από ότι τα απαισιόδοξα άτομα, τα οποία παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα φλεγμονής<sup>56</sup>.

Έχει επίσης παρατηρηθεί, ότι τα θετικά συναισθήματα και η θετική στάση συνδέεται με αυξημένες αποκρίσεις αντισωμάτων. Το ανοσοποιητικό σύστημα φαίνεται να απορρυθμίζεται από τα αρνητικά συναισθήματα και την αρνητική διάθεση, μηχανισμός που ενδέχεται να αποβεί επικίνδυνος για τον οργανισμό. Στην πειραματική μελέτη των Cohen et al, στην οποία συμμετείχαν 193 υγιείς εθελοντές ηλικίας 21 έως 55 ετών, τους οποίους χώρισαν σε δύο ομάδες και τους εξέθεσαν είτε σε ρινοϊούς, είτε στον ιό της γρίπης, παρατηρήθηκε ότι τα θετικά συναισθήματα σχετίζονταν με χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης της συγκεκριμένης ίωσης, με αναφορά λιγότερων συμπτωμάτων, καθώς επίσης με πιο θετικές ερμηνείες των διφορούμενων αισθήσεων και συμπτωμάτων, ανεξαρτήτως ιού, ηλικίας, φύλου, εκπαίδευσης, φυλής, μάζας σώματος, εποχής και επιπρόσθετα ότι η επίδραση των θετικών συναισθημάτων ήταν μεγαλύτερη από την επίδραση των αρνητικών<sup>261</sup>.

Τα αποτελέσματα αυτά, θα μπορούσαν να είναι μια πιθανή εξήγηση της θετικής συσχέτισης της υψηλής βαθμολογίας στην κλίμακα GrLOT-R και της υψηλής βαθμολογίας στην αυτο-αξιολόγηση της υγείας και ευεξίας στην παρούσα μελέτη. Επιπλέον, σύμφωνα με τα ευρήματα παλαιότερης τριακονταετούς έρευνας των Maruta et al σε 723 ασθενείς, η απαισιοδοξία συνδέθηκε σημαντικά με τη θνησιμότητα σε ποσοστό 19%, γεγονός που δείχνει την καθοριστική επίδραση της αισιοδοξίας<sup>262</sup>.

Αξίζει να γίνει αναφορά μετα-ανάλυσης 70 προοπτικών μελετών, σύμφωνα με την οποία τα θετικά ψυχολογικά στοιχεία σχετίζονταν με μειωμένη θνησιμότητα και γενικότερα με θετικά αποτελέσματα στην υγεία, τόσο σε υγιή πληθυσμό, όσο και σε ασθενείς. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι θετικά στοιχεία – γνωρίσματα της προσωπικότητας - όπως το χιούμορ και η αισιοδοξία, σχετίστηκαν σημαντικά με μειωμένη καρδιαγγειακή θνησιμότητα στον υγιή πληθυσμό, καθώς και με μειωμένα ποσοστά θανάτου σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια και ασθενείς του ιού της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας<sup>263</sup>.

Άλλοι παράγοντες που επηρεάζουν την αισιοδοξία.

Στην παράγραφο αυτή θα γίνει παρουσίαση παραγόντων που επηρεάζουν την αισιοδοξία, όπως προέκυψε από τις ατομικές συνεντεύξεις και τις ομάδες εστιασμένης συζήτησης. Οι παράγοντες αυτοί δεν είχαν συμπεριληφθεί στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην ποσοτική μελέτη.

Ένα από τα κύρια ευρήματα της ποιοτικής μελέτης, είναι ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρούσε ότι το οικογενειακό πλαίσιο και γενικότερα το περιβάλλον που μεγαλώνει και αναπτύσσεται κανείς, είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες διαμόρφωσης της αισιοδοξίας, ότι οι αισιόδοξοι γονείς μεγαλώνουν αισιόδοξα παιδιά και το αντίστροφο. Οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί και τα αποτελέσματα των μελετών που έχουν γίνει με αντικείμενο τη σχέση αισιοδοξίας γονέων και παιδιών είναι αντικρουόμενα. Έχει προταθεί, ότι η συμπεριφορά των παιδιών εναρμονίζεται με το περιβάλλον στο οποίο μεγαλώνουν, μιμούνται και υιοθετούν τη στάση που οι γονείς τους έχουν απέναντι στα γεγονότα και τις καταστάσεις στη ζωή τους, καθώς και τον τρόπο που τις ερμηνεύουν<sup>12</sup>.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τη μελέτη των Hasan & Power διαφάνηκε ότι η απαισιοδοξία των μητέρων σχετιζόταν με την απαισιοδοξία των παιδιών τους, ενώ δεν παρατηρήθηκε η ίδια σχέση όσον αφορά στην αισιοδοξία. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι η συμπεριφορά των γονέων και η μέθοδος διαπαιδαγώγησης που εφαρμόζαν στα παιδιά τους, επηρέαζε το βαθμό αισιοδοξίας των δεύτερων και συγκεκριμένα, τα απαισιόδοξα παιδιά είχαν μητέρες που δεν τα “άφηναν” να αυτονομηθούν, ενώ τα αισιόδοξα παιδιά είχαν γονείς που τους ασκούσαν μέτριο έλεγχο<sup>264</sup>.

Ένας παράγοντας ο οποίος φάνηκε να συνδέεται αρνητικά με την αισιοδοξία των συμμετεχόντων, όπως προέκυψε από τις αναλύσεις, ήταν το άγχος. Το αποτέλεσμα αυτό συμπίπτει με τα ευρήματα της μελέτης των Dewberry & Richardson που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, στην οποία διαφάνηκε ότι τα αγχώδη άτομα ήταν λιγότερα αισιόδοξα από τα μη αγχώδη. Παρεμφερή ήταν και τα αποτελέσματα της μελέτης των Zenger et al που πραγματοποιήθηκε σε 427 ασθενείς στη Γερμανία, σύμφωνα με τα οποία η υψηλότερη βαθμολογία στο Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή σχετίστηκε αντίστροφα με το άγχος<sup>265,266</sup>.

Τέλος, μερικοί επιπλέον παράγοντες που σύμφωνα με τις δηλώσεις και τις συζητήσεις των συμμετεχόντων στην ποιοτική μελέτη, επηρέαζαν θετικά το βαθμό

αισιοδοξίας τους, ήταν ο “καλός” καιρός και η πίστη στο Θείο, ενώ αρνητικά τα ΜΜΕ, αποτελέσματα που έχουν παρατηρηθεί και σε προγενέστερες μελέτες<sup>12,267,268</sup>.

## 6 ΚΕΦΑΛΑΙΟ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι μηχανισμοί που διέπουν την αισιοδοξία και η θετική της επίδραση στη σωματική, ψυχική και πνευματική υγεία του ανθρώπου έχουν γίνει συχνά αντικείμενο μελέτης τα τελευταία χρόνια.

Σαφώς το θέμα της υγείας και της αισιοδοξίας είναι πολυδιάστατο και όπως διαφάνηκε από τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης, επηρεάζεται τόσο από ενδογενείς παράγοντες π.χ. ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων, φυσική άσκηση, καπνιστική συνήθεια, άγχος, ύπνος, όσο και από εξωγενείς π.χ. οικογένεια, εκπαίδευση. Επιπρόσθετα, διατροφή πλούσια σε φρούτα και λαχανικά και ιδιαίτερα αυτά που εμπεριέχουν βιταμίνη C, σε τροφές με λιγότερα συντηρητικά και κορεσμένα λιπαρά, συμβάλλει στην καλύτερη αυτο-αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της σωματικής υγείας – ευεξίας, ενώ διατροφή πλούσια σε βιταμίνη C, K και A και λιγότερα συντηρητικά συμβάλλουν θετικά στην αισιοδοξία.

Είναι πολύ σημαντικό ότι από την ποιοτική μελέτη προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες δεν είχαν συνειδητοποιήσει επίδραση των διατροφικών τους συνηθειών στην αισιοδοξία ή την υγεία τους, παρ' όλο που στην ποσοτική μελέτη υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση. Επίσης, το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες στη ποιοτική μελέτη συνέγχεαν το υγιεινό διαιτολόγιο με τη δίαιτα, κατανάλωναν ανθυγιεινό φαγητό με σκοπό τη προσωρινή ευχαρίστηση και πρέσβευαν ότι η απόφασή τους για τη διακοπή της καπνιστικής συνήθειας εξαρτάτο από την εμφάνιση των συνεπειών της, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει έλλειψη ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης στους συγκεκριμένους τομείς.

Καθίσταται λοιπόν απαραίτητη και επιτακτική η ανάγκη εφαρμογής ειδικά σχεδιασμένων προγραμμάτων –κυρίως μέσω βιωματικής μάθησης- τα οποία θα απευθύνονται σε παιδιά, εκπαιδευτικούς, γονείς και θα λειτουργούν προληπτικά, εκπαιδευτικά και ενισχυτικά με σκοπό τη μείωση των παραγόντων κινδύνου για τη σωματική και ψυχική υγεία.

Η παρούσα μελέτη μπορεί να δώσει το έναυσμα για τη διεξαγωγή ομιλιών / ημερίδων και παρεμβάσεων με αντικείμενο την παραπάνω σχέση, προς γνωστοποίηση και ενημέρωση του ευρύ κοινού, καθώς και για τη διεξαγωγή περισσότερων μελετών στο μέλλον, εστιασμένων σε ειδικούς πληθυσμούς π.χ. χρόνιους πάσχοντες, φοιτητές, συγκεκριμένες ομάδες επαγγελματιών κλπ.

Τέλος, περαιτέρω μελέτες θα μπορέσουν ενδεχομένως να εξηγήσουν και να δώσουν νέα στοιχεία για την αιτιώδη σχέση της αισιοδοξίας και της σωματικής υγείας και ευεξίας. Η σωματική υγεία και ο υγιής τρόπος ζωής είναι αυτός που αναπτύσσει και επηρεάζει την αισιοδοξία, ή οι αισιόδοξοι επιλέγουν πιο υγιείς συμπεριφορές; Ποιοι άλλοι παράγοντες εμπλέκονται; Αυτά και παρόμοια ερωτήματα σχετικά με τη «φύση» της αισιοδοξίας και των παραγόντων που τη διαμορφώνουν, θα μπορέσουν εκτενείς και στοχευμένες μελέτες στο μέλλον να τα διαλευκάνουν, αναδεικνύοντας έτσι περισσότερο τις ευεργετικές της επιδράσεις.

## **Περιορισμοί της μελέτης.**

Παρόλο που παρατηρείται μια σχέση της αισιοδοξίας με την αυτο-αξιολόγηση της γενικής κατάστασης της σωματικής υγείας - ευεξίας, τόσο σύμφωνα με τα ποσοτικά, όσο και τα ποιοτικά αποτελέσματα της παρούσης μελέτης στο γενικό πληθυσμό, δεν μας επιτρέπεται να εξάγουμε σαφή και οριστικά συμπεράσματα, ούτε να γενικεύσουμε, καθώς η μελέτη μας αφορά μόνο τον νομό Λακωνίας.

#### **ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

1. Fredrickson BL. Cultivating positive emotions to optimize health. *Prev Treat.* 2000; 3(1a)
2. Segerstrom SC. *Breaking Murphy's Law.* New York: The Guilford Press; 2006
3. Seligman MEP. *Learned Optimism.* New York: Simon & Schuster, Inc; 1990
4. Tiger L. *Optimism: the biology of hope.* New York, Simon & Schuster, Inc; 1979. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health psychol.* 1985; 4: 219-247, 231-243

5. Carver CS, Scheier MF. Optimism, pessimism, and self-regulation. In Chang CE Ed. *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington DC: American Psychological Association; 2001
6. Peterson C, Seligman MEP, Vaillant GE. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *J pers soc psychol*. 1998; 55(1): 23-27
7. Carver CS, Scheier MF. Optimism. In Snyder RC & Lopez JS (Eds.). *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press; 2002. P. 231-243
8. Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, Magovern GJ, Lefebvre RC, Abbott RA et al. Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *J pers soc psychol*. 1989; 57(6): 1024-1040
9. Carver CS, Scheier MF. Optimism. In Lopez JS & Snyder RC (Eds.). *Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. (pp. 75–90). Washington DC: American Psychological Association; 2003. P. 75-90
10. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *J pers soc psychol*. 1994; 67: 1063–1078
11. Gillham JE, Shatte AJ, Reivich KJ, Seligman MEP. Optimism, pessimism, and explanatory style. In Chang CE (Ed.). *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington DC: American Psychological Association; 2001. P. 53-76
12. Peterson C, Steen TA. Optimistic explanatory style. In Snyder RC & Lopez JS (Eds.). *Handbook of Positive Psychology*. New York: Oxford University Press; 2002. P. 313-319

13. Peterson C, Semmel A, von Baeyer C, Abramson LY, Metalsky GI, Seligman MEP. The Attributional Style Questionnaire. *Cogn ther Res.*1982; 6: 287–299
14. Snyder CR, Shorey HS, Cheavens J, Pulvers KM, Virgil AH, Wiklund C. Hope and academic success in college. *J educ Psychol.* 2002; 94(4): 820-826
15. Schramme T. Lennart Nordenfelt's theory of health: Introduction to the theme. *Med health care philos.* 2007; 10(1): 3-4
16. Σαρρής Μ. Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα: Παπαζήση; 2001
17. Τούντας Γ. Κοινωνία και Υγεία. Αθήνα: Οδυσσέας-Νέα Υγεία; 2000
18. WHO. Constitution of the World Health Organization. 2006 available from: [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
19. Goss HB, Cuddihy TF. Wellness as higher education curriculum: A comprehensive framework for health education and promotion. In Cuddihy TF & Brymer E (Eds.). Edited Proceedings of the 26th ACHPER International Conference: Creating Active Futures, School of Human Movement Studies. Queensland University of Technology, Brisbane, QLD 4059:Australia Brisbane; 2009. P. 319-332
20. Turk D. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In Gatchel RJ & Turk DC (Eds.). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook.* New York (NY): The Guilford Press; 1996. P. 3-32
21. WHO. Noncommunicable diseases.2014  
available from: [http://www.who.int/topics/noncommunicable\\_diseases/en/](http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/)
22. Bentzen N. WONCA dictionary of general/family practice. Trondheim, Norway: WONCA International Classification Committee; 2003



23. Walker C. Recognising the changing boundaries of illness in defining terms of chronic illness: a prelude to understanding the changing needs of people with chronic illness. *Aust Health Rev.* 2001; 24(2): 207-214
24. WHO. Health topics. Nutrition. 2014  
available from: <http://www.who.int/topics/nutrition/en/>
25. Branca F, Nikogosian H, Lobstein L. Eds. Challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response (The). Copenhagen, WHO; 2007
26. Reddy KS, Katan MB. Diet, nutrition and the prevention of hypertension and cardiovascular diseases. *Public health nutr.* 2004; 7(1A): 167-186
27. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. Geneva, Technical Report Series. 1998; No.894 available from: [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO\\_NUT\\_NCD\\_98.1\\_\(p1-158\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_NCD_98.1_(p1-158).pdf)
28. WCRF - World Cancer Research Fund. Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective. World Cancer Research Fund and American Institute for Cancer Research. Washington DC; 1997
29. Garcia M, Jemal A, Ward EM, Center MM, Hao Y, Siegel RL, Thun MJ. Global Cancer Facts & Figures 2007. Atlanta GA: American Cancer Society; 2007
30. Prentice A. Diet, nutrition and the prevention of osteoporosis. *Public health nutr.* 2004; 7: 227-243
31. WHO. Food and health in Europe: a new basis for action. WHO regional publications. European series. 2004; No. 96  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0005/74417/E82161.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74417/E82161.pdf)
32. Jacka FN, Mykletun A, Berk M. Moving towards a population health approach to the primary prevention of common mental disorders. *BMC Med.* 2012; 14: 149

33. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994
34. Lai JS, Hiles S, Bisquera A, Hure AJ, McEvoy M, Attia J. A systematic review and meta-analysis of dietary patterns and depression in community-dwelling adults. *Am J Clin Nutr.* 2013; 14(1): 181-197
35. Psaltopoulou T, Sergentanis TN, Panagiotakos DB, Sergentanis IN, Kostis R, Scarmeas N. Mediterranean diet, stroke, cognitive impairment, and depression: a meta-analysis. *Ann Neurol.* 2013; 14(4): 580-591
36. Jacka F, Kremer P, Leslie E, Berk M, Patton G, Toumbourou J et al. Associations between diet quality and depressed mood in adolescents: results from the Australian healthy neighbourhoods study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010; 14(5): 435–442
37. Jacka FN, Kremer PJ, Berk M, de Silva-Sanigorski AM, Moodie M, Leslie ER et al. A prospective study of diet quality and mental health in adolescents. *PLoS One.* 2011; 14(9): e24805
38. Prasad C. Food, mood and health: a neurobiologic outlook. *Braz J Med Biol Res.* 1998; 31(12): 1517-1527
39. Rogers PJ, Lloyd HM. Nutrition and mental performance. *Proc Nutr Soc.* 1994; 53: 443-456
40. Antonak RF, Livneh H. Psychosocial adaptation to disability and its investigation among persons with multiple sclerosis. *Soc Sci Med.* 1995; 40: 1099–1108
41. Rudick RA, Miller D, Clough JD, Gragg LA, Farmer RG. Quality of life in multiple sclerosis. *Arch Neurol.* 1992; 49: 1237–1242
42. Fournier M, de Ridder D, Bensing J. How optimism contributes to the adaptation of chronic illness: a prospective study into the enduring effects of

- optimism on adaptation moderated by the controllability of chronic illness. *Pers Individ Differ*. 2002; 33(7): 1163-1183
43. Fournier M, de Ridder D, Bensing J. Is optimism sensitive to the stressors of chronic disease? The impact of type 1 diabetes mellitus and multiple sclerosis on optimistic beliefs. *Psychol Health*. 2003; 18(3): 277- 294
44. Fournier M, de Ridder D, Bensing J. Optimism and Adaptation to Multiple Sclerosis: What Does Optimism Mean? *J Behav Med*. 1999; 22(4): 303-326
45. Kepka S, Baumann C, Anota A, Buron G, Spitz E, Auquier P et al. The relationship between traits optimism and anxiety and health-related quality of life in patients hospitalized for chronic diseases: data from the SATISQOL study. *Health Qual Life Outcomes*. 2013; 11: 134
46. Morales García AI, Arenas Jiménez MD, Reig-Ferrer A, Álvarez-Ude F, Malek T, Moledous A et al. Dispositional optimism in patients on chronic haemodialysis and its possible influence on their clinical course. *Nefrologia*. 2011; 31(2): 199-205
47. Vollmann M, Scharloo M, Langguth B, Kalkouskaya N, Salewski C. Illness representations as mediators of the relationship between dispositional optimism and depression in patients with chronic tinnitus: A cross-sectional study. *Psychol Health*. 2014; 29: 81-93
48. Tsakogia Z, Lyrakos GN, Damigos D, Mayreas V, Dimoliatis IDK. The Effect of Dispositional Optimism in HRQOL in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain Conditions in Greece. *ISQOLS*. 2010; 6(1): 53-70
49. Rasmussen HN, Scheier MF, Greenhouse JB. Optimism and Physical Health: A Meta-analytic Review. *Ann Behav Med*. 2009; 37(3): 239-256
50. Ironson G, Balbin E, Stuetzle R, Fletcher MA, O’Cleirigh C, Laurenceau JP et al. Dispositional optimism and the mechanisms by which it predicts slower disease progression in HIV: proactive behavior, avoidant coping, and depression. *Int j behav Med*. 2005; 12(2): 86-97

51. Shepperd JA, Maroto JJ, Pbert LA. Dispositional Optimism as a Predictor of Health Changes among Cardiac Patients. *JRP*. 1996; 30: 517-534
52. Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, Schulz R, Bridges MW, Magovern Sr GJ et al. Optimism and Rehospitalization After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Arch Intern Med*. 1999; 159(8): 829-835
53. Kubzensky LD, Sparrow D, Vokonas P, Kawachi I. Is the glass half empty or half full? A prospective study of optimism and coronary heart disease in the normative aging study. *Psychosom Med*. 2001; 63: 910-916
54. Giltay EJ, Kamphuis MH, Kalmijn S, Zitman FG, Kromhout D. Dispositional Optimism and the Risk of Cardiovascular Death The Zutphen Elderly Study. *Arch Intern Med*. 2006; 166(4): 431-436
55. Hudetz JA, Hoffmann RG, Patterson KM, Byrne AJ, Iqbal Z, Gandhi Set al. Preoperative Dispositional Optimism Correlates With a Reduced Incidence of Postoperative Delirium and Recovery of Postoperative Cognitive Function in Cardiac Surgical Patients. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2010; 24(4): 560-567
56. Roy B, Diez-Roux AV, Seeman T, Ranjit N, Shea S, Cushman M. Association of optimism and pessimism with inflammation and hemostasis in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Psychonom Med*. 2010; 72(2): 134-40.
57. Karademas CE, Frokkai EF, Tsotra E, Papazachariou R. The Relation of Optimism to Cardiac Patients' Subjective Health Through Illness Representations: Does the Level of Optimism Matter? A Positive Psychology Perspective on Quality of Life. *Soc indic Res*. 2013; 51: 175-188
58. Kim ES, Smith J, Kubzansky LD. Prospective Study of the Association Between Dispositional Optimism and Incident Heart Failure. *Circ Heart fail*. 2014; 7: 394-400

59. Kim ES, Park N, Peterson C. Dispositional Optimism Protects Older Adults From Stroke. *The Health and Retirement Study. Stroke*. 2011; 42: 2855-2859
60. Boehm JK, Peterson C, Kivimaki M, Kubzansky L. A Prospective Study of Positive Psychological Well-Being and Coronary Heart Disease. *Health Psychol*. 2011; 30(3): 259-267
61. Brink E. Considering Both Health-Promoting and Illness-Related Factors in Assessment of Health-Related Quality of Life After Myocardial Infarction. *Open Nurs J*. 2012; 6: 90–94
62. Rääkkönen K, Marrhews KA. Do Dispositional Pessimism and Optimism Predict Ambulatory Blood Pressure During Schooldays and Nights in Adolescents? *J Pers*. 2008; 76(3): 605-630
63. Oreskovic NM, Goodman E. Association of Optimism With Cardiometabolic Risk in Adolescents. *J adolesc Health*. 2013; 52(4): 407-412
64. Kubzansky LD, Kubzansky PE, Maselko J. Optimism and pessimism in the context of health: bipolar opposites or separate constructs? *Pers Soc Psychol Bull*. 2004; 30: 943–956
65. Herzberg PY, Glaesmer H, Hoyer J. Separating optimism and pessimism: a robust psychometric analysis of the revised Life Orientation Test (LOT-R) *Psychol Assess*. 2006; 18: 433–438
66. International Association for the Study of Pain. CLASSIFICATION OF CHRONIC PAIN DESCRIPTIONS OF CHRONIC PAIN SYNDROMES AND DEFINITIONS OF PAIN TERMS. Seattle: IASP Press; 1994
67. Gatchel RJ, Epker J. Psychosocial predictors of chronic pain and response to treatment. In Gatchel RJ & Turk DC (Eds.). *Psychosocial factors in pain*. New York: Guilford Press; 1999. P. 412-434
68. McCracken LM, Eccleston C. A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*. 2005; 118: 164–169

69. Harkapaa K, Jarvikoski A, Estlander A. Health optimism and control beliefs as predictors for treatment outcome of a multimodal back treatment program. *Psychol Health*. 1996; 12: 123-134
70. Geers AL, Wellman JA, Helfer SG, Fowler SL, France CR. Dispositional optimism and thoughts of well-being determine sensitivity to an experimental pain task. *Ann Behav Med*. 2008; 36: 304–313
71. Hood A, Pulvers K, Carillo J, Merchant G, Thomas MD. Positive traits linked to less pain through lower pain catastrophizing. *Pers Individ Dif*. 2012; 52: 401–405
72. Geers AL, Wellman JA, Fowler SL, Helfer SG, France CR. Dispositional optimism predicts placebo analgesia. *J Pain*. 2010; 11: 1165–1171
73. Pence L, Valrie CR, Gil KM, Redding-Lallinger R, Daeschner C. Optimism Predicting Daily Pain Medication Use in Adolescents with Sickle Cell Disease. *J PAIN SYMPTOM MANAG*. 2007; 302-309
74. Bargiel-Matusiewicz K, Krzyszkowska A. Dispositional optimism and coping with pain. *Eur J Med Res*. 2009; 14(4): 271-274
75. Goodin BR, Glover TL, Sotolongo A, King CD, Sibille KT, Herbert MS et al. The Association of Greater Dispositional Optimism With Less Endogenous Pain Facilitation Is Indirectly Transmitted Through Lower Levels of Pain Catastrophizing. *J Pain*. 2013; 14(2): 126-135
76. WHO. Media centre. Cancer Fact sheet. 2014; No 297  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>
77. IARC. Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012 available from: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

78. Allison PJ, Guichard C, Fung K, Gilain L. Dispositional Optimism Predicts Survival Status 1 Year After Diagnosis in Head and Neck Cancer Patients. *J Clin Oncol.* 2003; 21: 543-548
79. Allison PJ, Guichard C, Gilain L. A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Qual Life Res.* 2000; 9(8): 951-960
80. Mazanec SR, Daly BJ, Douglas SL, Lipson AR. The Relationship Between Optimism and Quality of Life in Newly Diagnosed Cancer Patients. *Cancer Nurs.* 2010; 33(3): 235-243
81. Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Romero C, Husain I et al. Optimism, social support and psychosocial functioning among women with breast cancer. *Psycho-Oncology.* 2006; 15(7): 595-603
82. Sulkers E, Fleer J, Brinksma A, Roodbol PF, Kamps WA, Tissing WJE et al. Dispositional optimism in adolescents with cancer: Differential associations of optimism and pessimism with positive and negative aspects of well-being. *Br j health psychol.* 2013; 18: 474–489
83. Williams NA, Davis G, Hancock M, Phipps S. Optimism and Pessimism in Children with Cancer and Healthy Children: Confirmatory Factor Analysis of the Youth Life Orientation Test and Relations with Health-Related Quality of Life. *J Pediatr Psychol.* 2010; 35(6): 672–682.
84. Karademas EC, Karvelis S, Argyropoulou K. Stress-related predictors of optimism in breast cancer survivors. *Stress Health.* 2007; 23(3): 161-168
85. Friedman LC, Nelson DV, Baer PE, Lane M, Smith FE, Dwokin RJ. The relationship of dispositional optimism, daily life stress, and domestic environment to coping methods used by cancer patients. *J Behav Med.* 1992; 15(2): 127-141

86. Solberg Nes L, Segerstrom SC. Dispositional Optimism and Coping: A Meta-Analytic Review. *Pers Soc Psychol Rev.* 2006; 10(3): 235-251
87. Helgeson VS, Snyder P, Seltman H. Psychological and physical adjustment to breast cancer over 4 years: identifying distinct trajectories of change. *Health Psychol.* 2004; 23(1): 3-15
88. Shelby RA, Crespin TR, Wells-Di Gregorio S, Lamdan RM, Siegel JE, Taylor L. Optimism, Social Support, and Adjustment in African American Women with Breast Cancer. *J Behav.* 2008; 31(5): 433-444
89. Matthews EE, Cook PF. Relationships among optimism, well-being, self-transcendence, coping, and social support in women during treatment for breast cancer. *Psycho-oncol.* 2009; 18(7): 716-727
90. David D, Montgomery GH, Bovbjerg DH. Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Pers Individ Dif.* 2006; 40(2): 203-213
91. Sohl SJ, Schnur JB, Sucala M, David D, Winkel G, Montgomery GH. Distress and emotional well-being in breast cancer patients prior to radiotherapy: An expectancy-based model. *Psychol Health.* 2012; 27(3): 347-361
92. Bruce J, Thornton AJ, Scott NW, Marfizo S, Poewll R, Johnston M et al. Chronic preoperative pain and psychological robustness predict acute postoperative pain outcomes after surgery for breast cancer. *Br J Cancer.* 2012; 107(6): 937-946.
93. Bromberger JT, Matthews KA. A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women. *Psychol Aging.* 1996; 11(2): 207-13
94. Cohen L, de Moor C, Amato RJ. The association between treatment-specific optimism and depressive symptomatology in patients enrolled in a Phase I cancer clinical trial. *Cancer.* 2001; 91(10): 1949-1955



95. Shnek ZM, Irvine J, Stewart D, Abbey S. Psychological factors and depressive symptoms in ischemic heart disease. *Health Psychol.* 2001; 20(2): 141-145
96. Huan VS, Yeo LS, Ang RP, Chong WH. THE INFLUENCE OF DISPOSITIONAL OPTIMISM AND GENDER ON ADOLESCENTS' PERCEPTION OF ACADEMIC STRESS. *Adolescence.* 2006; 41(163): 533
97. Vickers KS, Vogeltanz ND. Dispositional optimism as a predictor of depressive symptoms over time. *Pers Individ Differ.* 2000; 28(2): 259-272
98. Hirsch J, Conner K. Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation. *Suicide Life Threat Behav.* 2006; 36: 661-669
99. Hirsch JK, Walker KL, Chang EC, Lyness JM. Illness burden and symptoms of anxiety in older adults: optimism and pessimism as moderators. *Int psychogeriatr.* 2012; 24(10): 1614-1621
100. Andersson G. The benefits of optimism: A meta-analytic review of the life orientation test. *Pers Individ Differ.* 1996; 21(5): 719-725
101. Karlsson H, Kroonström K, Nabi H, Oksanen T, Salo P, Virtanem M et al. Low Level of Optimism Predicts Initiation of Psychotherapy for Depression: Results from the Finnish Public Sector Study. *Psychother Psychosom.* 2011; 80: 238–244
102. Trivedi RB, Blumenthal JA, O'Connor C, Hinderliter A, Sueta-Dupree C, Johnson K et al. Coping Styles in Heart Failure Patients with Depressive Symptoms. *Psychosom Res.* 2009; 67(4): 339-346
103. Giltay EJ, Zitman FG, Kromhout D. Dispositional optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: the Zutphen Elderly Study. *J Affect Disord.* 2006b; 91: 45–52

104. Ipsit VV, Meeks TW, Thomposn WK, Depp CA, Zisook S, Allison M et al. Subthreshold Depression and Successful Aging in Older Women. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010; 18(3): 212–220
105. Krisko Schroder MA. Time in treatment, cognitive appraisal, dispositional optimism, and age as predictors of distress in women experiencing infertility. ETD Collection for Fordham University; 1997
106. Peleg G, Barak O, Harel Y, Rochberg J, Hoofien D. Hope, dispositional optimism and severity of depression following traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2009; 23(10): 800–808
107. Ramanathan DM, Wardecker BM, Slocomb JE, Hillary FG. Dispositional optimism and outcome following traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2011; 25(4): 328-337
108. Van der Velden PG, Kleber RJ, Fournier M, Grievink L, Drogendijk A, Gersons BPR. The association between dispositional optimism and mental health problems among disaster victims and a comparison group: A prospective study. *J Affect Disord*. 2007; 102(1-3): 35-45
109. Kemeny ME, Schedlowski M. Understanding the interaction between psychosocial stress and immune-related diseases: a stepwise progression. *Brain Behav Immun*. 2007; 21: 1009-1018
110. Segerstrom SC. Optimism, goal conflict, and stressor-related immune change. *J Behav Med*. 2001; 24: 441-467
111. Segerstrom SC. Optimism and immunity: do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain Behav Immun*. 2005; 19: 195-200
112. Segerstrom SC, Taylor SE, Kemeny ME, Fahey JL. Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *J Pers Soc Psychol*. 1998; 74: 1646–1655

113. Brydon L, Walker C, Wawrzyniak AJ, Chart H, Steptoe A. Dispositional optimism and stress-induced changes in immunity and negative mood. *Brain Behav Immun.* 2009; 23(6): 810–816
114. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br j Psychiatr.* 2011; 199: 445-452
115. Ohlhorst SD, Russell R, Bier D, Klurfeld DM, Li Z, Mein JR et al. Nutrition research to affect food and a healthy life span. *J Nutr.* 2013; 143(8): 1349 - 1354
116. Wijendran V, Hayes KC. Dietary n-6 and n-3 fatty acid balance and cardiovascular health. *Annu Rev Nutr.* 2004; 24: 597–615
117. Drew JE. Cellular Defence System Gene Expression Profiling of Human Whole Blood: Opportunities to Predict Health Benefits in Response to Diet. *Adv Nutr.* 2012; 3(4): 499-505
118. Boeing H, Bechthold A, Bub A, Ellinger S, Haller D, Kroke A et al. Critical review: vegetables and fruits in the prevention of chronic diseases. *Eur J Nutr.* 2012; 51(6): 637-663
119. Makarem N, Chandran U, Bandera EV, Parekh N. Dietary fat in breast cancer survival. *Annu Rev Nutr.* 2013; 33: 319-348
120. Yoto A, Murao S, Nakamura Y, Yokogoshi H. Intake of green tea inhibited increase of salivary chromogranin A after mental task stress loads. *J Physiol Anthropol.* 2014; 33(1): 20
121. Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA, Estruch R, Salas-Salvadó J, Corella D, Covas MI et al. Mediterranean dietary and depression: the PREDIMED randomized trial. *BMC Med.* 2013; 11: 208

122. Markhus MW, Skotheim S, Graff IE, Frøylad L, Braarud HC, Stormark KM et al. Low omega -3 index in pregnancy is a possible biological risk factor for postpartum depression. *PLoS One*. 2013; 8(7): e67617
123. Popa TA, Ladea M. Nutrition and depression at the forefront of progress. *J Med Life*. 2012; 5(4): 414-419
124. Akbaraly TN, Sabia S, Shipley MJ, Batty GD, Kivimaki M. Adherence to healthy dietary guidelines and future depressive symptoms: evidence for sex differentials in the Whitehall II study. *Am J Clin Nutr*. 2013; 97(2): 419-427
125. Romeu M, Aranda N, Giralt M, Ribot B, Nogues MR, Arija V. Diet, iron biomarkers and oxidative stress in a representative sample of Mediterranean population. *Nutr J*. 2013; 12: 102
126. Rink SM, Mendola P, Mumford SL, Poudrier JK, Browne RW, Wactawski-Wende J et al. Self-report of fruit and vegetable intake that meets the 5 a day recommendation is associated with reduced levels of oxidative stress biomarkers and increased levels of antioxidant defense in premenopausal women. *J Acad Nutr Diet*. 2013; 113(6): 776-785
127. Gottfried RJ, Gerring JP, Machell K, Yenokyan G, Riddle MA. The iron status of children and youth in a community mental health clinic is lower than that of a national sample. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2013; 23(2): 91-100
128. Boehm JK, Williams DR, Rimm EB, Ryff C, Kubzansky LD. Relation between Optimism and Lipids in Midlife. *Am J Cardiol*. 2013; 111(10): 1425-1431
129. Hingle MD, Wertheim BC, Tindle HA, Tinker L, Seguin RA, Rosal MC et al. Optimism and Diet Quality in the Women's Health Initiative. *J Acad Nutr Diet*. 2014; 114(7): 1036-1045
130. Young IS, Woodside JV. Antioxidants in health and disease. *J Clin Pathol*. 2001; 54: 176-186

131. Boehm JK, Williams DR, Rimm EB, Ryff C, Kubzansky LD. Association between optimism and serum antioxidants in the midlife in the United States study. *Psychosom Med.* 2013; 75(1): 2-10
132. Kelloniemi H, Ek E, Laitinen J. Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Apetite.* 2005; 45(2): 169-176
133. Van de Rest O, de Goede J, Sytsma F, Oude Griep LM, Geleijnse JM, Kromhout D et al. Association of n-3 long-chain PUFA and fish intake with depressive symptoms and low dispositional optimism in older subjects with a history of myocardial infarction. *Br J Nutr.* 2010; 103(9): 1381-1387
134. Sparks P, Shepherd R. Perceived behavioural control, unrealistic optimism and dietary change: An exploratory study. 1995; 24(3): 243-255
135. Soliah LL. The Role of Optimism Regarding Nutrition and Health Behavior. *AJLM.* 2011; 5(1): 63-68
136. Rothbauer P. Triangulation. In L. Given (Ed.). *The SAGE encyclopedia of qualitative research methods.* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc; 2008
137. Morgan DL. *Focus groups as qualitative research.* London: SAGE Publications, Inc; 1997
138. Μωραΐτη Α, Παπαδάτου Δ. Η Χρήση των Ομάδων Εστιασμένης Συζήτησης στη Συλλογή Ποιοτικών Δεδομένων. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.* 2010; 49(4): 347–354
139. Καργάκου Α, Σαχλάς Α, Ζυγά Σ, Τσιρώνη Μ, Ρόχας Χιλ ΑΠ. ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΗΣ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑΣ ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΥΤΟΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ. Στο 41<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΣΝΕ, ΕΣΝΕ: Κρήτη; 2014: 66
140. Lyrakos GN, Damigos D, Mavreas V, Kostopanagiotou G, Dimoliatis I. A translation and validation study of the Life Orientation Test Revised in the

- Greek speaking population of nurses among three hospitals in Athens and Ioannina. *Soc Indic Res.* 2010; 95(1): 129-142
141. Μαντζούκας Σ. Ποιοτική έρευνα σε έξι εύκολα βήματα η επιστημολογία, οι μέθοδοι και η παρουσίαση. *ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ.* 2007; 46(1): 88–98
142. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry.* Newbury Park, CA: Sage Publications; 1985
143. Pagano M, Gauvreau K. *Αρχές Βιοστατιστικής.* Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην; 2002
144. Δαφέρμος Β. *Παραγοντική Ανάλυση με τα SPSS, LISREL, EQS, AMOS και STATA.* Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΖΗΤΗ; 2013
145. Γαλάνης Π. Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ.* 2009; 26(5): 699-711
146. Βάμβουκας ΜΙ. *Εισαγωγή στην Ψυχοπαιδαγωγική Έρευνα και Μεθοδολογία.* Αθήνα: Γρηγόρης; 2002
147. USDA. *USDA Database for the Flavonoid Content of Selected Foods, Release 3.1;* 2013 available from: <http://www.ars.usda.gov/Services/docs.htm?docid=6231>
148. Kosheleva OV, Kodentsova VM. Vitamin C in fruits and vegetables. *Vopr Pitan.* 2013; 83(3): 45-52
149. Opara LU, Al-Ani MR, Al-Shuaibi YS. Physico-chemical Properties, Vitamin C Content, and Antimicrobial Properties of Pomegranate Fruit (*Punica granatum L.*). *Food bioproc tech.* 2009; 2(3): 315-321
150. Ortega Anta RM, González-Rodríguez LG, Navia Lombán B, López-Sobaler AM. Vitamin K adequacy in a representative sample of Spanish adults. *Dietary determinants.* *Nurs Hosp.* 2014; 29(1): 187-95
151. Suttie JW. *Vitamin K in Health and Disease.* Fl: CRC Press; 2009

152. U.S.D.A. Agricultural Research Service. USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Release 27; 2014 available from: <http://ndb.nal.usda.gov/ndb/>
153. Chen Z, Wang C, Chen J, Li X. Biocompatible, Functional Spheres Based on Oxidative Coupling Assembly of Green Tea Polyphenols. *J Am Chem Soc.* 2013; 135(11): 4179-4182
154. Vinson JA, Zubik L, Bose P, Samman N, Proch J. Dried fruits: excellent in vitro and in vivo antioxidants. *J Am Coll Nutr.* 2005; 24(1): 44-45
155. Vinson JA, Cai Y. Nuts, especially walnuts, have both antioxidant quantity and efficacy and exhibit significant potential health benefits. *Food Funct.* 2012; 3: 134-140
156. Jonnalagadda SS, Harnack L, Liu RH, McKeown N, Seal C, Liu S, Fahey GC. Putting the Whole Grain Puzzle Together: Health Benefits Associated with Whole Grains—Summary of American Society for Nutrition 2010 Satellite Symposium. *J Nutr.* 2011; 141(5): 1011S-1022S
157. Abdulmumeen HA, Risikat AN, Sururah AR. Food: Its preservatives, additives and applications. *IJCBS.* 2012; 1: 36-47
158. McKillop DJ, Pentieva K, Daly D, McPartlin JM, Hughes J, Strain JJ et al. The effect of different cooking methods on folate retention in various foods that are amongst the major contributors to folate intake in the UK diet. *Br J Nutr.* 2002; 88(6): 681-8
159. Vassallo N. *Polyphenols and Health: New and Recent Advances.* New York: Nova Publishers; 2008
160. Durazzo A, Zaccaria M, Polito A, Maiani G, Carcea M. Review Lignan Content in Cereals, Buckwheat and Derived Foods. *Foods.* 2013; 2: 53-63

161. Licht TR, Hansen M, Bergström A, Poulsen M, Krath BN, Markowski J et al. Effects of apples and specific apple components on the cecal environment of conventional rats: role of apple pectin. *BMC Microbiol.* 2010; 10: 13
162. Esa NM, Ling TB, Peng LS. By-products of Rice Processing: An Overview of Health Benefits and Applications. *J Rice Res.* 2013; 1: 107
163. FAO CORPORATE DOCUMENT REPOSITORY. Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. 2002 <http://www.fao.org/docrep/005/ac911e/ac911e06.htm#TopOfPage>
164. World Health Organization. World Health Report 2001 – Mental Health New Understanding, New Hope. 2001 available from: [http://scholar.google.gr/scholar\\_url?hl=el&q=http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/2/WHR\\_2001\\_gre.pdf%3Fua%3D1&sa=X&scisig=AAGBfm3ueI7zNn7CEUPr90fdZ4eA2onJKQ&oi=scholar&ei=kIAWVO\\_UE4mCPfSlgfAC&ved=0CB4QgAMoAjAA](http://scholar.google.gr/scholar_url?hl=el&q=http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42390/2/WHR_2001_gre.pdf%3Fua%3D1&sa=X&scisig=AAGBfm3ueI7zNn7CEUPr90fdZ4eA2onJKQ&oi=scholar&ei=kIAWVO_UE4mCPfSlgfAC&ved=0CB4QgAMoAjAA)
165. Nery Guimarães JM, Chor D, Werneck GL, Sá Carvalho, Medina Coeli C, Lopes CS et al. Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the *Pró-Saúde* cohort study. *BMC Public Health.* 2012; 12: 676
166. Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson HG et al. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health.* 2007; 17(2): 125-133
167. Alexopoulos EC, Geitona M. Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants. *Int J Environ Res Public Health.* 2009; 6: 2456-2469
168. Darviri C, Fouka G, Gnardellis C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC. Determinants of Self-Rated Health in a Representative Sample of a Rural Population: A Cross-Sectional Study in Greece. *Int J Environ Res Public Health.* 2012; 9(3): 943-954



169. Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health*. 2013; 23(2): 206-10
170. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy*. 2014; 115(2-3): 111-119
171. Tsakogia Z, Lyrakos GN, Damigos D, Mayreas V, Dimoliatis IDK. The Effect of Dispositional Optimism in HRQOL in Patients with Chronic Musculoskeletal Pain Conditions in Greece. *ARQOL*. 2010 Mar;6(1):53-70
172. Vautier S, Raufaste E, Cariou M. Dimensionality of the Revised Life Orientation Test and the status of filler items. *Int j Psychol*. 2003; 38(6): 390-400
173. Moyer CA, Ekpo G, Galhoun CL, Greene J, Naik S, Sippola E et al. Quality of life, optimism/pessimism, and knowledge and attitudes toward HIV Screening among pregnant women in Ghana. *Womens Health Issues*. 2008; 18(4): 301-9
174. Hassan S. OPTIMISM, SELF-CONFIDENCE AND WORK ENGAGEMENT OF WORKERS IN ACCOUNTS AND NURSING PROFESSIONS - GENDER DIFFERENCES. *Pakistan Business Review*. 2011; 12(4): 345-362
175. Hatchett GT, Park HL. Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Pers individ differ*. 2004; 36: 1755-1769
176. Wren PA, Janz NK, FitzGerald MP, Barber MD, Butgio KL, Cundiff GW et al. Optimism in women undergoing abdominal sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse. *J Am Coll Surg*. 2008; 207(2): 240-5
177. Koukouli S, Vlachonikolis IG, Philalithis A. Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Services Research*. 2002; 2: 20

178. Zack MM. Health-Related Quality of Life - United States, 2006 and 2010. Supplement. 2013; 62(03): 105-111
179. Chung W, Kim R. Does Marriage Really Matter to Health? Intra -and Inter-Country Evidence from China, Japan, Taiwan, and the Republic of Korea. PLoS One. 2014; 9(8): e104868
180. Xu J, Zhang J, Feng L, Qiu J. Self-rated health of population in southern China: association with socio-demographic characteristics measured with multiple-item self-rated health measurement scale. BMC Public Health. 2010; 10: 393
181. Amstadter AB, Begle AM, Cisler JM, Hernandez ME, Muzzy W, Acierno R. Prevalence and Correlates of Poor Self-Rated Health in the United States: The National Elder Mistreatment Study. Am J Geriatr Psychiatry. 2010; 18(7): 615–623
182. Hughes ME, Waite LJ. Marital Biography and Health at Mid-Life. J Health Soc Behav. 2009; 50(3): 344–358
183. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth AL, Khaw KT. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women. BMC Public Health. 2008; 8: 230
184. Benyamini Y. Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. Psychol Health. 2011; 26(11): 1407-13
185. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J health soc Behav. 1997; 38(1): 21-37
186. Greenland P, Alpert JS, Beller GA, Benjamin EJ, Budoff MJ, Fayad ZA et al. ACCF/AHA guideline for assessment of cardiovascular risk in asymptomatic adults: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart

Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2010; 56(25): e50-e103

187. Lloyd-Jones DM, Nam BH, D'Agostino RB Sr, Levy D, Murabito JM, Wang TJ et al. Parental cardiovascular disease as a risk factor for cardiovascular disease in middle-aged adults: a prospective study of parents and offspring. *JAMA*. 2004; 291(18): 2204-11
188. Harrison TA, Hindorff LA, Kim H, Wines RCM, Bowen DJ, McGrath BB et al. Family history of diabetes as a potential public health tool. *Am j prev Med*. 2013; 24(2): 152-159
189. Eguchi E, Iso H, Wada Y, Kikuchi S, Watanabe Y, Tamakoshi A. Parental History and Lifestyle Behaviors in Relation to Mortality From Stroke Among Japanese Men and Women: The Japan Collaborative Cohort Study. *J Epidemiol*. 2012; 22(4): 331–339
190. Genetic Alliance. The New York-Mid-Atlantic Consortium for Genetic and Newborn Screening Services. *Understanding Genetics: A New York, Mid-Atlantic Guide for Patients and Health Professionals*. Washington (DC): Genetic Alliance; 2009: 7
191. Krakau I. Perception of Health and Use of Health Care Services in a Swedish Primary Care District. A ten Year's Perspective. *Scand J Prim Health Care*. 1991; 9(2): 103-108
192. Kantikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stucker D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *The Lancet*. 2011; 378(9801): 1457-1458
193. 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): 517-28

194. Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century — the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community dent oral epidemiol.* 2003; 31(1): 3-23
195. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res.* 2011; 90(11): 1264-1270
196. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8: 126
197. Chang CS, Chang FM, Nakagaki H, Morita I, Tsuboi S, Sakakibara Y et al. Comparison of the oral health and self-rated general health status of undergraduate students in Taiwan and Japan. *J dent Sci.* 2010; 5(4): 221-228
198. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Involuntary Exposure to Tobacco Smoke: A Report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. Office on Smoking and Health; 2006
199. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health Effects of Light and Intermittent Smoking: A Review. *Circulation.* 2011; 121(13): 1518-1522
200. Darviri C, Artemiadis AK, Tigani X, Alexopoulos EC. Lifestyle and self-rated health: a cross-sectional study of 3,601 citizens of Athens, Greece. *BMC Public Health.* 2011; 11: 619
201. Nakata A, Takahashi M, Swanson NG, Ikeda T, Hojou M. Active cigarette smoking, secondhand smoke exposure at work and home, and self-rated health. *Public Health.* 2009; 123(10): 650 -656
202. Kim JH, Kim KR, Cho KH, Yoo KB, Kwon JA, Park EC. The association between sleep duration and self-rated health in the Korean general population. *J Clin Sleep Med.* 2013; 9(10): 1057-64

203. Penedo FJ, Dahn JR. Exercise and Well-Being: A Review of Mental and Physical Health Benefits Associated With Physical Activity. *Curr Opin Psychiatry*. 2005; 18(2): 189-193
204. Tsai J, Ford ES, Li C, Zhao G, Balluz LS. Physical activity and optimal self-rated health of adults with and without diabetes. *BMC Public Health*. 2010; 10: 365
205. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: A systematic review. *Prev med*. 2007; 45(6): 401–415
206. Burkert NT, Muckenhuber J, Großschädl F, Rásky É, Freidl W. Nutrition and Health – The Association between Eating Behavior and Various Health Parameters: A Matched Sample Study. *PLoS One*. 2014; 9(2): e88278
207. Lara J, McCrum LA, Mathers JC. Association of Mediterranean diet and other health behaviours with barriers to healthy eating and perceived health among British adults of retirement age. *Maturitas*. 2014; 79(3): 292-298
208. ZHENG XY, HAN YL, GUO C, ZHANG L, QIU Y, CHEN G. Progress in Research of Nutrition and Life Expectancy. *Biomed Environ Sci*. 2014; 27(3): 155-161
209. Södergren M, McNaughton SA, Salmon J, Ball K. Associations between fruit and vegetable intake, leisure-time physical activity, sitting time and self-rated health among older adults: cross-sectional data from the WELL study. *BMC Public Health*. 2012; 12: 551
210. Domitrović R. Vitamin C in disease prevention and therapy. *Biochemia Medica*. 2006; 16(2): 107-25
211. Lu XH, Sun DQ, Wu QS, Liu SH, Sun GM. Physico-chemical properties, antioxidant activity and mineral contents of pineapple genotypes grown in china. *Molecules*. 2014; 19(6): 8518-32

212. Wahlqvist ML. Antioxidant relevance to human health. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2013; 22(2): 171-6
213. Kurowska EM, Spence JD, Jordan J, Wetmore S, Freeman DJ, Piché LA et al. HDL-cholesterol-raising effect of orange juice in subjects with hypercholesterolemia. *Am J Clin Nutr.* 2000; 72(5): 1095-1100
214. Story EN, Kopec RE, Schwartz SJ, Harris GK. An update on the health effects of tomato lycopene. *Annu Rev Food Sci Technol.* 2010; 1: 189-210
215. Erdman Jr JW, Ford NA, Nindshield BL. Are the health attributes of lycopene related to its antioxidant function? *Arch Biochem Biophys.* 2009; 483(2): 229-235
216. Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium, Food and Nutrition Board, Institute of Medicine. *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D.* Washington, DC: National Academy Press; 2010
217. Shahidi F. *Dried Fruits: Phytochemicals and Health Effects.* John Wiley & Sons, Inc; 2013
218. Reddy CVK, Sreeramulu D, Raghunath M. Antioxidant activity of fresh and dry fruits commonly consumed in India. *Food res. Int.* 2010; 43: 285-288
219. Ross AB, Pere-Trépat E, Montoliu I, Martin FP, Collino S, Moco S et al. A whole-grain-rich diet reduces urinary excretion of markers of protein catabolism and gut microbiota metabolism in healthy men after one week. *J Nutr.* 2013; 143(6): 766-73
220. Slavin J. Why whole grains are protective: biological mechanisms. *Proc Nutr Soc.* 2003; 62: 129-134
221. Kremmyda LS, Tvrzicka E, Stankova B, Zak A. Fatty acids as biocompounds: their role in human metabolism, health and disease: a review. part 2: fatty acid

- physiological roles and applications in human health and disease. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.* 2011; 155(3): 195-218
222. Nicolaidis S. Physiology of thirst. In: Arnaud MJ, editor. *Hydration Throughout Life*. Montrouge: John Libbey Eurotext; 1998. P. 247
223. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA). Scientific Opinion on Dietary Reference Values for water. *EFSA Journal* 2010; 8(3): 1459
224. Tack I. Effects of Water Consumption on Kidney Function and Excretion. *Nutrition Today*. 2010; 45(6): S37-S40
225. Montain SJ, Smith SA, Mattot RP, Zientara GP, Jolesz FA, Sawka MN. Hypohydration effects on skeletal muscle performance and metabolism: a 31P-MRS study. *J Appl Physiol*. 1998; 84(6): 1889-1994
226. Maughan RJ. Impact of mild dehydration on wellness and on exercise performance. *Eur j clin Nutr*. 2003; 57(2): S19-S23
227. Katan MB. Nitrate in foods: harmful or healthy? *Am J Clin Nutr*. 2009; 90(1): 11-12
228. World Health Organization. Benzoic acid and sodium benzoate. Concise international chemical assessment document; 26. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2000
229. Tuormaa TE. The Adverse Effects of Food Additives on Health: A Review of the Literature with Special Emphasis on Childhood Hyperactivity. *J Orthomol Med*. 1994; 9(4): 225-243
230. Isaacowitz D. Correlates of well-being in adulthood and old age: a tale of two optimisms. *J res Pers*. 2005; 39: 224-244
231. Lachman ME, Rocke C, Rosnick C, Ryff CD. Realism and illusion in Americans' temporal views of their life satisfaction. *Psychol sci*. 2008; 19: 889-897

232. Rowe JW, Kahn RL. Successful Aging. *Gerontologist*. 1997; 37(4): 433-440
233. Gketsios I, Korompili I, Kostopoulou X, Armagos P, Ifanti E, Gkesouli E. Frequency of anxiety disorders in the elderly living in a Social Welfare residential home. *Interscientific Health Care*. 2011; 3(2): 52-58
234. Puri M, Robinson DT. Optimism and economic choice. *J financ Econ*. 2007; 86(1): 71-99
235. Dupre ME, Meadows SO. Disaggregating the effects of marital trajectories on health. *J fam issues*. 2007; 28: 623–652
236. Hope S, Rodgers B, Power C. Marital status transitions and psychological distress: Longitudinal evidence from a national population sample. *Psychol med*. 1999; 29: 381–389
237. Coll JE, Draves PR. An Examination of the Relationship between Optimism and Worldview among University Students. *Coll stud j*. 2008; 42(2): 395-401
238. Myers DG. Close relationships and quality of life. In Kahneman D, Diener E, & Schwarz N. (Eds). *Well-Being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation; 1999
239. Gove RW, Style B, Hughes M. The effect of marriage on the wellbeing of adults: A theoretical analysis. *J fam Issues*. 1990; 11: 4-35
240. Hansen T. Parenthood and Happiness: a Review of Folk Theories Versus Empirical Evidence. *Soc Indic Res*. 2012; 108: 29–64
241. Μουσούρου ΛΜ. Κοινωνιολογία της σύγχρονης οικογένειας. Αθήνα: Gutenberg – Γιώργος & Κώστας Δαριανός; 1998
242. Eicher V, Staerklé C, Clémence A. I want to quit education: A longitudinal study of stress and optimism as predictors of school dropout intention. *J Adolenc*. 2014; 37(7): 1021-30



243. Komlósi E. What emotional intelligence traits make citizens really active? An empirical study. *Expert syst appl.* 2014; 41(4) part 2: 1981-1987
244. Bernson JM, Elfström ML, Hekeberg M. Adaptive coping strategies among adults with dental fear. Further development of a new version of the Dental Coping Strategy Questionnaire. *Acta Odontol Scand.* 2012; 70(5): 414-20
245. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *IJBNPA.* 2012; 9: 78
246. Payne ME, Steck SE, George RR, Steffens DC. Fruit, vegetable, and antioxidant intakes are lower in older adults with depression. *J Acad Nutr Diet.* 2012; 112(12): 2022-7
247. Park JY, You JS, Chang KJ. Dietary taurine intake, nutrients intake, dietary habits and life stress by depression in Korean female college students: a case-control study. *J Biomed Sci.* 2010; 17(1): S40
248. Kennedy D, Veasey R, Watson A, Dodd F, Jones E, Maggini S et al. Effects of high – dose B vitamin complex with vitamin C and minerals on subjective mood and performance in healthy males. *Psychopharmacol.* 2010; 211(1): 55-68
249. Rebec V, Pierce C. A vitamin as neuromodulator: ascorbate release into the extracellular fluid of the brain regulates dopaminergic and glutamatergic transmission. *Prog Neurobiol.* 1994; 43: 537-565
250. Saija A, Uccella N. Olive biophenols: functional effects on human wellbeing. *Trends food sci technol.* 2000; 11(9-10): 357-363
251. Armstrong LE, Ganio MS, Casa DJ, Lee EC, McDermott BP, Klau JF et al. Mild Dehydration Affects Mood in Healthy Young Women. *J Nutr.* 2012; 142(2): 382-388

252. Petri NM, Dropulić N, Goran Kardum G. Effects of Voluntary Fluid Intake Deprivation on Mental and Psychomotor Performance. *Croat Med J.* 2006; 47(6): 855–861
253. Eby GA, Eby KL. Rapid recovery from major depression using magnesium treatment. *Med Hypotheses.* 2006; 67(2): 362-370
254. Serefko A, Szopa A, Wlaź P, Nowak G, Radziwoń-Zaleska M, Skalski M et al. Magnesium in depression. *Pharmacol Rep.* 2013; 65(3): 547-54
255. Volpe SL. Magnesium in Disease Prevention and Overall Health. *Adv Nutr.* 2013; 4: 378S-383S
256. Li G, Mbuagbow L, Samaan Z, Zhang S, Adachi JD, Papaioannou A et al. Efficacy of vitamin D supplementation in depression in adults: a systematic review protocol. *Syst Rev.* 2013; 2: 64
257. Hossein-nezhad A, Holick MF. Vitamin D for Health: A Global Perspective. *Mayo Clin Proc.* 2013; 88(7): 720-755
258. Wurtman J, Frusztajer NT. The serotonin power diet: use your brain's natural chemistry to cut cravings curb emotional overeating, and lose weight. New York: Rodale Inc; 2006
259. Matthews K, Räikkönen K, Sutton–Tyrrell K, Kuller L. Optimistic Attitudes Protect Against Progression of Carotid Atherosclerosis in Healthy Middle – Aged Women. *Psychosom Med.* 2004; 66(5): 640-644
260. Kiecolt–Glaser k, McGuire L, Robles F, Glaser R. Emotions, morbidity and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psychol.* 2002; 53: 83-107
261. Cohen S, Cuneyt A, Doyle W, Treanor J, Turner R. Positive Emotional Style Predicts Resistance to Illness After Experimental Exposure to Rhinovirus or Influenza A Virus. *Psychosom Med.* 2006; 68(6): 809-815

262. Maruta T, Colligan R, Malinchoc M, Offord K. Optimists vs Pessimist: Survival Rate Among Medical Patients Over a 30-Year Period. *Mayo Clin Proc.* 2000; 75(2): 140-143
263. Chida Y, Steptoe A. Positive psychological well-being and mortality: a quantitative review of prospective observational studies. *Psychosom Med.* 2008; 70: 741-756
264. Hasan N, Power TG. Optimism and pessimism in children: A study of parenting correlates. *Int j behav Dev.* 2002; 26(2): 185-191
265. Dewberry C, Richardson S. Effect of anxiety on optimism. *J Soc Psychol.* 1990; 130(6): 731-8
266. Zenger M, Brix C, Borowski J, Stolzenburg JU, Hinz A. The impact of optimism on anxiety, depression and quality of life in urogenital cancer patients. *Psycho-oncol.* 2010; 19(8): 879-86
267. Prodan I. *The Effect of Weather on Stock Returns: A Comparison Between Emerging and Developed Markets.* Hamburg: Anchor Academic Publishing; 2013
268. Lee DE, Neblett Jr EW, Jackson V. The Role of Optimism and Religious Involvement in the Association Between Race-Related Stress and Anxiety Symptomatology. *J black psychol.* 2014

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

**Παράρτημα I.** Έγκριση άδειας διεξαγωγής της μελέτης από τον Πρόεδρο του Τμήματος Οργάνωσης & Διαχείρισης Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου κ. Κρεμάδη.

**Παράρτημα II.** Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου Τεστ Προσανατολισμού στη Ζωή (GrLot-R) από τους συντάκτες του.

**Παράρτημα III.** Εισαγωγικό σημείωμα ερωτηματολογίου – έγγραφη συναίνεση συμμετοχής στη μελέτη.

**Παράρτημα IV.** Έγγραφη συναίνεση συμμετοχής στις συνεντεύξεις και στις ομάδες εστιασμένης συζήτησης (focus groups) της μελέτης.

**Παράρτημα V.** Εργαλείο – ερωτηματολόγιο εκπόνησης της ποσοτικής μελέτης.

## Παράρτημα Ι.

**Ημερομηνία:** Wed, 14 May 2014 15:14:01 +0300

**Από:** ΣΟΦΙΑ ΦΛΩΡΟΥ <sflorou@uop.gr>

**Προς:** nrspms1239@uop.gr, kargakou@gmail.com

**Θέμα:** ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΔΕΙΑΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αγαπητή κυρία Καργάκου,

Σε απάντηση της από 30/4/2014 αιτήσεώς σας για χορήγηση άδειας διεξαγωγής έρευνας στο πλαίσιο της εκπόνησης ερευνητικής εργασίας με θέμα "Διερεύνηση της σχέσης της Προδιάθεσης Αισιοδοξίας με τις Διατροφικές Συνήθειες και την αυτοαντίληψη της Σωματικής Υγείας - Ευεξίας", σας ενημερώνουμε ότι έλαβε γνώση ο Πρόεδρος του Τμήματος Οργάνωσης και Διαχείρισης Αθλητισμού Καθηγητής Αθανάσιος Κριεμάδης και συμφωνεί με τη διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης, η επίβλεψη της οποίας γίνεται από την Επίκουρο Καθηγήτρια Βιολογίας-Βιοχημείας Ανδρεα Παόλα Ρόχας Χιλ.

Με εκτίμηση,

Σοφία Φλώρου  
Γραμματέας  
Τμήματος Οργάνωσης &  
Διαχείρισης Αθλητισμού  
2731089662

## **Παράρτημα II.**

Άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου

Από: George Lyrakos <geolgr@hotmail.com>

29/9/13

**Προς:** Καργάκου Αικατερίνη

με χαρά έχετε την άδεια να το χρησιμοποιήσετε με την επιφύλαξη όμως του ποιος θα σας αξιολογήσει τα αποτελέσματα καθώς το εργαλείο μετρά χαρακτηριστικό της προσωπικότητας κάτι που σημαίνει πως μπορεί να αξιολογηθεί μόνο από ψυχολόγο. Επίσης μπορείτε να βρείτε το άρθρο μου για την επίδραση της αισιοδοξίας στην ποιότητα ζωής του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, όπως και το βιβλίο μου από τον εκδοτικό οίκο NOVA στην Νέα Υόρκη. Το άρθρο μπορείτε να το κάνετε free download. Εκεί υπάρχουν και οι τρόποι βαθμολόγησης.

Ενημερώστε με ποιος θα κάνει την αξιολόγηση για να σας στείλω και την εντυπη ελληνική μορφή του ερωτηματολογίου καθώς και την ελληνική βιβλιογραφία από το βιβλίο τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα του Σταλικά.

με εκτίμηση

Δρ Λυράκος Γεωργίος

### Παράρτημα ΙΙΙ.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Το παρόν ανώνυμο, δομημένο και αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο αποτελεί το κύριο εργαλείο της μελέτης με θέμα: «**Η αλληλεπίδραση της Αισιοδοξίας και των Διατροφικών Συνηθειών στην Σωματική Υγεία - Ευεξία**» που εκπονείται στο πλαίσιο της Διπλωματικής Εργασίας και των ακαδημαϊκών υποχρεώσεών μου ως μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, υπό την επίβλεψη της κας Ανδρέα Παόλα Ρόχας Χιλ, Επίκουρου Καθηγήτριας Βιολογίας - Βιοχημείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση ύπαρξης σχέσης της προδιάθεσης αισιοδοξίας και των διατροφικών συνηθειών, με την αυτο-αξιολόγηση της σωματικής υγείας και ευεξίας. Τα αποτελέσματα αυτής, αναμένεται να συμβάλλουν στον εντοπισμό παραγόντων που επιδρούν στο βαθμό της αισιοδοξίας και άρα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική, ανώνυμη και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ολιγόλεπτη. Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας και τις ειλικρινείς απαντήσεις σας.

Με εκτίμηση,

Η Επιβλέπουσα

Andrea Paola Rojas Gil, PhD  
Επίκουρη Καθηγήτρια

Η μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Καργάκου Αικατερίνη  
Κοινωνική Λειτουργός

**Έχω ενημερωθεί και συμφωνώ με τη συμμετοχή μου στην εν λόγω μελέτη,**

**Υπογραφή**

## Παράρτημα IV.



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ ΚΑΙ  
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η διεξαγωγή των συνεντεύξεων αποτελούν μέρος της μελέτης με θέμα:

**«Η αλληλεπίδραση της Αισιοδοξίας και των Διατροφικών Συνηθειών  
στην Σωματική Υγεία - Ευεξία»**

που εκπονείται στο πλαίσιο της Διπλωματικής Εργασίας και των ακαδημαϊκών υποχρεώσεών μου ως μεταπτυχιακή φοιτήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, υπό την επίβλεψη της κας Ανδρέα Παόλα Ρόχας Χιλ Επίκουρου Καθηγήτριας Βιολογίας – Βιοχημείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση ύπαρξης σχέσης της προδιάθεσης αισιοδοξίας και των διατροφικών συνηθειών, με την αυτο-αξιολόγηση της σωματικής υγείας και ευεξίας. Τα αποτελέσματα αυτής, αναμένεται να συμβάλλουν στον εντοπισμό παραγόντων που επιδρούν στον βαθμό της αισιοδοξίας και άρα στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η συμμετοχή σας στις συνεντεύξεις είναι εθελοντική και ανώνυμη. Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συμμετοχή σας και τις ειλικρινείς απαντήσεις σας.

Με εκτίμηση,

Η Επιβλέπουσα

Andrea Paola Rojas Gil, PhD  
Επίκουρη Καθηγήτρια

Η μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Καργάκου Αικατερίνη  
Κοινωνική Λειτουργός

**Έχω ενημερωθεί και συμφωνώ με τη συμμετοχή μου στην εν λόγω μελέτη,**

**Υπογραφή**



## Παράρτημα V.

Α. Αυτο – αξιολόγηση γενικής κατάστασης της υγείας						
		Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ, ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	Νιώθω αρκετά συχνά την ανάγκη να ξεκουραστώ κατά την διάρκεια της μέρας.					
2	Νομίζω ότι ο οργανισμός μου είναι αρκετά ισχυρός στις ασθένειες (π.χ. ιώσεις, λοιμώξεις κλπ).					
3	Πιστεύω ότι ακολουθώ φυσικούς τρόπους που ενδυναμώνουν την υγεία μου (άσκηση, διατροφή κλπ).					
4	Θεωρώ ότι η υγεία μου είναι εξαιρετική.					
5	Νομίζω ότι αρρωσταίνω πιο εύκολα από άλλους ανθρώπους.					
6	Θεωρώ ότι είμαι υγιής όσο και άλλοι συνομήλικοί μου άνθρωποι.					
7	Θεωρώ ότι η κατάσταση της υγείας μου δεν είναι καλή όπως στο παρελθόν.					
8	Θεωρώ ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει.					
Β. Τεστ Προσανατολισμού για τη Ζωή						
9	Σε στιγμές αβεβαιότητας συνήθως περιμένω να μου συμβεί το καλύτερο.					
10	Μπορώ εύκολα να χαλαρώσω					
11	Εάν κάτι μπορεί να μου πάει στραβά, θα πάει στραβά.					
12	Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου.					
13	Μου αρέσει να κάνω παρέα με τους φίλους μου.					
14	Είναι σημαντικό για μένα να απασχολούμαι συνέχεια με κάτι.					
15	Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω τα πράγματα να πάνε όπως τα θέλω.					
16	Δεν θυμώνω πολύ εύκολα.					
17	Σπάνια πιστεύω ότι θα μου συμβούν καλά πράγματα.					
18	Συνολικά περιμένω να μου συμβούν περισσότερα καλά πράγματα, παρά κακά.					

	Παρακαλώ απαντήστε πόσο συχνά καταναλώνετε τις παρακάτω τροφές,  <u>όταν αυτές υπάρχουν στην αγορά ή είναι η εποχή τους.</u>	Καμία φορά την εβδομάδα	Μια φορά την εβδομάδα	Δύο φορές την εβδομάδα	Τρεις φορές την εβδομάδα	Τέσσερις φορές την εβδομάδα	Πέντε φορές την εβδομάδα	Έξι φορές την εβδομάδα	Επτά φορές την εβδομάδα
19	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε έξω φαστ φουντ, ταβέρνες κλπ;								
20	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε φρούτα (π.χ. αχλάδι, μπανάνα, σταφύλια);								
21	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε σαλάτα;								
22	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γλυκά;								
23	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο κρέας;								
24	Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε αλκοόλ;								
25	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κονσερβοποιημένα τρόφιμα;								
26	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μαρούλι;								
27	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πιπεριά;								
28	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ακτινίδιο;								
29	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε σπανάκι;								
30	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μπρόκολο;								
31	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ντομάτα;								
32	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινη πιπεριά;								
33	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μήλο;								
34	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καρπούζι;								
35	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ρόδι;								
36	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κεράσια;								
37	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κόκκινο λάχανο;								
38	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καρότο;								
39	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε βερίκοκο;								
40	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πορτοκάλια;								
41	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μανταρίνι;								
42	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε κίτρινη - πορτοκαλί πιπεριά;								
43	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε καλαμπόκι;								

		Καμία φορά την εβδομάδα	Μια φορά την εβδομάδα	Δύο φορές την εβδομάδα	Τρεις φορές την εβδομάδα	Τέσσερις φορές την εβδομάδα	Πέντε φορές την εβδομάδα	Έξι φορές την εβδομάδα	Επτά φορές την εβδομάδα
44	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ανανά;								
45	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε γαλακτοκομικά (γάλα, τυρί, γιαούρτι, βούτυρο κλπ);								
46	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λαδερά (μπάμιες, φασολάκια, αρακά, μπριάμ, λαχανόριζο, γεμιστά κλπ);								
47	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε όσπρια (φασόλια, φακές, ρεβίθια, κουκιά, μπιζέλια κλπ);								
48	Πόσες φορές την εβδομάδα πίνετε πράσινο τσάι;								
49	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ψάρια;								
50	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε πουλερικά όπως κοτόπουλο, γαλοπούλα;								
51	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε αυγό;								
52	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε λευκά ζυμαρικά;								
53	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ΩΜΟ ελαιόλαδο; π.χ. σαλάτα, προσθήκη μετά το μαγείρεμα.								
54	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε ξηρούς καρπούς (καρύδια, αμύγδαλα, φουντούκια, φιστίκια);								
55	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε 2-3 αποξηραμένα φρούτα όπως σύκα, δαμάσκηνα, βερίκοκα, σταφίδες κλπ;								
56	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε δημητριακά ολικής άλεσης;								
57	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε μαύρο ψωμί;								
58	Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε αναποφλοιώτο ρύζι (άγριο ρύζι);								
59	Πόσες φορές την εβδομάδα μαγειρεύετε σε χύτρα ταχύτητας;								
60	Πόσες φορές την εβδομάδα τηγανίζετε ή τσιγαρίζετε τις τροφές;								
61	Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεστε για παραπάνω από μισή ώρα;								

<b>Δ. Ατομικό ιατρικό ιστορικό</b>			
62	Έχετε πάθει εγκεφαλικό επεισόδιο;	Ναι	Όχι
63	Πάσχετε από κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα;	Ναι	Όχι
64	Έχετε νοσήσει από καρκίνο;	Ναι	Όχι
65	Έχετε σακχαρώδη διαβήτη;	Ναι	Όχι
66	Πάσχετε από θυρεοειδή;	Ναι	Όχι
67	Έχετε κάποιο μυοσκελετικό νόσημα;	Ναι	Όχι
68	Πάσχετε από κάποιο άλλο χρόνιο νόσημα;	Ναι	Όχι
69	Αν ναι, ποιο;		
<b>Ε. Παρακαλώ σημειώστε ποιες από τις παρακάτω εξετάσεις κάνετε κάθε χρόνο.</b>			
	<b>Εξετάσεις γυναικών</b>		<b>Εξετάσεις ανδρών</b>
70	Γενική εξέταση αίματος		Γενική εξέταση αίματος
71	Γενική εξέταση ούρων		Γενική εξέταση ούρων
72	Τέστ ΠΑΠ		Μέτρηση αρτηριακής πίεσης
73	Έλεγχος πρώιμης διάγνωσης καρκίνου μαστού (αυτοψηλάφηση, ιατρική ψηλάφηση, υπέρηχο μαστών, μαστογραφία)		Ουρολογική εξέταση πρώιμης διάγνωσης προστάτη (δακτυλική εξέταση, εξέταση αίματος για PSA)
74	Μέτρηση αρτηριακής πίεσης		Κολonosκόπηση
75	Έλεγχος για οστεοπόρωση		Οφθαλμολογική εξέταση
76	Κολonosκόπηση		Οδοντιατρική εξέταση
77	Οφθαλμολογική εξέταση		Υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας
78	Οδοντιατρική εξέταση		Καρδιολογική εξέταση
79	Υπέρηχος άνω και κάτω κοιλίας		
80	Επισκέπτεσθε τους γιατρούς όταν χρειάζεται;	Ναι	Όχι
81	Καπνίζετε ή είστε εκτεθειμένος σε περιβάλλον που καπνίζει;	Ναι	Όχι
82	Πόσα τσιγάρα καπνίζετε την ημέρα;		
83	Πόσα ποτήρια νερό πίνετε την ημέρα;		
84	Τι ώρα πέφτετε το βράδυ για ύπνο;		
85	Πόσες ώρες κοιμάστε τη νύχτα;		

Στ. Οικογενειακό ιστορικό			
86	Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό εγκεφαλικό επεισόδιο;	Ναι	Όχι
87	Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό καρδιαγγειακό νόσημα;	Ναι	Όχι
88	Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό καρκίνο;	Ναι	Όχι
89	Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη;	Ναι	Όχι
90	Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό θυρεοειδή;	Ναι	Όχι
91	Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό μυοσκελετικό νόσημα;	Ναι	Όχι
92	Έχετε στο οικογενειακό σας ιστορικό κάποιο άλλο χρόνιο νόσημα;	Ναι	Όχι
93	Αν ναι, ποιο;		

### ΣΤ. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Φύλο	Έτος Γεννήσεως	Οικογενειακή Κατάσταση	
		<input type="checkbox"/> Άνδρας  <input type="checkbox"/> Γυναίκα	<input type="checkbox"/> Άγαμος /η <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Συμβίωση

Αριθμός Παιδιών	Εκπαίδευση	Εργασιακή Κατάσταση
	<input type="checkbox"/> Αναλφάβητος / η <input type="checkbox"/> Δημοτικό <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο <input type="checkbox"/> Λύκειο <input type="checkbox"/> Φοιτητής /τρια <input type="checkbox"/> Απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ	<input type="checkbox"/> Άνεργος /η <input type="checkbox"/> Δημόσιος Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Ιδιωτικός Υπάλληλος <input type="checkbox"/> Ελεύθερος Επαγγελματίας <input type="checkbox"/> Αγρότης <input type="checkbox"/> Συνταξιούχος