



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΙ ΕΥΡΩΠΑΙΟΙ ΗΛΙΚΙΑΣ 50 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ  
Έρευνα με γεωγραφική διάσταση και με προεκτάσεις για την  
υγειονομική πολιτική

Σπουδάστρια: Αικατερίνη Γκρίλλα

Επιβλέπων: Λεωνίδας Παρασκευόπουλος  
Επίκουρος Καθηγητής

Καλαμάτα 2008

Έγκριση

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Χρησιμοποιήσαμε δεδομένα που αφορούν 27.444 άτομα, ηλικίας 50 ετών και άνω, από 11 Ευρωπαϊκές χώρες. Εντοπίσαμε μεταβλητότητα μεταξύ των χωρών, όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης παχυσαρκίας. Η κατανομή συχνότητας της παχυσαρκίας εμφανίζεται να έχει μια σχέση με προσδιοριστές που από πολλούς θεωρούνται παράγοντες κινδύνου για την υγεία, ενώ εντοπίσαμε διαφορές μεταξύ των χωρών στη σχέση της κατανομής συχνότητας της παχυσαρκίας με καταστάσεις υγείας (γενική υγεία, κατάθλιψη, αλλά και νοσήματα όπως υπέρταση, υψηλά επίπεδα χοληστερόλης, καρδιαγγειακές παθήσεις και σακχαρώδη διαβήτη). Η ευρεία ετερογένεια στην παχυσαρκία μεταξύ των χωρών της Ευρώπης που παρατηρήσαμε πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω, προκειμένου να εντοπισθούν πεδία αποτελεσματικής πολιτικής.

Η παρακάτω δήλωση αποτελεί υποχρέωσή μας έναντι του φορέα που πραγματοποιεί και διευθύνει τη μελέτη «Ερευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη» (Survey in Health, Aging and Retirement in Europe), πάνω στα δεδομένα της οποίας στηρίχθηκε η παρούσα πτυχιακή εργασία.

## STATEMENT

“This paper uses data from the release 2 of SHARE 2004. This release is preliminary and may contain errors that will be corrected in later releases. The SHARE data collection has been primarily funded by the European Commission through the 5th framework programme (project QLK6-CT-2001-00360 in the thematic programme Quality of Life). Additional funding came from the US National Institute on Ageing (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064). Data collection in Austria (through the Austrian Science Foundation, FWF), Belgium (through the Belgian Science Policy Office) and Switzerland (through BBW/OFES/UFES) was nationally funded. The SHARE data set is introduced in Börsch-Supan et al. (2005); methodological details are contained in Börsch-Supan and Jürges (2005).”

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θέλω να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την πολύτιμη βοήθεια με συμβουλές, παραινέσεις και υλικό, ώστε να καταστεί δυνατή η εκπόνηση της εργασίας αυτής

- στον κο Λεωνίδα Παρασκευόπουλο, Επίκουρο Καθηγητή του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας και εισηγητή του θέματος.

- στην οικογένειά μου και σε όλους όσους επέδειξαν υπομονή και κατανόηση, κατά την εκπόνηση της εργασίας αυτής.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ .....	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ .....	
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ .....	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΩΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ	
1.1. Παχυσαρκία – καταγράφεται ως σοβαρό πρόβλημα της εποχής μας .....	3
1.1.1 Ορισμός της παχυσαρκίας .....	3
1.1.2 Παχυσαρκία - παράγοντας κινδύνου για την υγεία .....	4
1.1.3 Αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας .....	6
1.1.4 Παχυσαρκία από την παιδική ηλικία .....	8
1.1.5 Οικονομικό κόστος του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας .....	12
1.2 Γεωγραφική διάσταση της παχυσαρκίας .....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΙΟΥΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 50 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ	
2.1 Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας .....	18
2.1.1 Περί της μελέτης ΕΥΓΣΕ .....	18
2.1.1.1 Δειγματοληψία .....	20
2.1.1.2 Μεταβλητές .....	20
2.2 Τα αποτελέσματα της έρευνας .....	22
2.2.1 Δημογραφικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά και καταστάσεις υγείας .....	22
2.2.1.1 <u>Σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο</u> .....	22
2.2.1.2 <u>Σύνολο του δείγματος ανά ηλικιακές κατηγορίες, και φύλο</u> .....	26
2.2.1.3 <u>Σύνολο του δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης, και φύλο</u> .....	27
2.2.1.4 <u>Σύνολο του δείγματος ανά οικογενειακή κατάσταση, χώρα και φύλο</u> ...	29
2.2.1.5 <u>Καπνιστική συνήθεια στο σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο</u> ..	32
2.2.1.5 <u>Καταστάσεις υγείας στο σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο</u> ...	37
2.2.1.6 <u>Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας στο σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο</u> .....	42
2.2.2 <u>Συχνότητα της παχυσαρκίας μεταξύ των ενηλίκων Ευρωπαίων</u> .....	49
2.2.2.1 <u>Συχνότητα της παχυσαρκίας στο γενικό πληθυσμό ενηλίκων Ευρωπαίων</u> .....	49
2.2.2.2 <u>Ηλικία και συχνότητα της παχυσαρκίας ενηλίκων Ευρωπαίων</u> .....	54
2.2.2.3 <u>Επίπεδο εκπαίδευσης και συχνότητα της παχυσαρκίας ενηλίκων Ευρωπαίων</u> .....	58
2.2.2.4 <u>Οικογενειακή κατάσταση και συχνότητα της παχυσαρκίας ενηλίκων Ευρωπαίων</u> .....	61
2.2.2.5 <u>Κάπνισμα και συχνότητα της παχυσαρκίας ενηλίκων Ευρωπαίων</u> .....	64

2.3 Συσχέτιση βάρους και καταστάσεων υγείας .....	67
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	68
ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α: Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη, Ερωτηματολόγιο για Συμπλήρωση από τον Ερευνώμενο .....	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β: Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη, Ερωτηματολόγιο (τμήμα του ερωτηματολογίου με τις ερωτήσεις που συμπεριελήφθησαν στην έρευνά μας) .....	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ: Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη, Ερωτηματολόγιο (οι κάρτες των ερωτήσεων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνά μας) .....	77

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελ
2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδ.2.0	23
2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0 .....	24
2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαίες (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0 .....	25
2.4: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω),ανά ηλικιακή ομάδα ,ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	26
2.5: Ενήλικες άντρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω)ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	27
2.6:Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαίες (50 ετών και άνω) ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	27
2.7:Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών και γυναικών Ευρωπαίων (50ετών και άνω),ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	28
2.8:Οικογενειακή κατάσταση(συμβίωση/εργένικη) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	29
2.9:Οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση/εργένικη)ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	30
2.10:Οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση/εργένικη) ενηλίκων Ευρωπαίων ανδρών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	31
2.11:Οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση/εργένικη)ενηλίκων Ευρωπαίων γυναικών (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	32
2.12:Καπνιστική συνήθεια ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω),ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	33
2.13:Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά), ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	34
2.14: Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά), ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	36
2.15: : Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά), ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004 έκδοση2.0.....	36
2.16:Καταστάσεις υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	37
2.17: Καταστάσεις υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	39
2.18: Καταστάσεις υγείας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0 .....	40
2.19: Καταστάσεις υγείας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση .....	41
2.20:Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	43
2.21:Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	45
2.22: Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων	47

ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	
2.23: Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	49
2.24: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	50
2.25: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων αντρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	52
2.26: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	53
2.27: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή κατηγορία, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	55
2.28: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή κατηγορία, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	56
2.29: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή κατηγορία, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	57
2.30: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	59
2.31: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	60
2.32: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	60
2.33: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση/εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	61
2.34: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση/εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	62
2.35: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση/εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	63
2.36: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής) ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	65
2.37: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0 .....	66
2.38: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0 .....	66



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελ
2.1:Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0 .....	23
2.2:Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0 .....	24
2.3:Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊές (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0 .....	25
2.4:Ενήλικες ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	26
2.5:Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών και γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0...	26
2.6: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών και γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0...	26
2.7:Οικογενειακή κατάσταση (εργénικη/συμβίωση) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0....	29
2.8: Οικογενειακή κατάσταση (εργένικη/συμβίωση) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω),ανά χώρα (σε ποσοστά), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	30
2.9: Οικογενειακή κατάσταση (εργένικη/συμβίωση) ενηλίκων ανδρών και γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω),ανά χώρα (σε ποσοστά), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	31
2.10: Καπνιστική συνήθεια ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	32
2.11: Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω),ανά χώρα ,ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	33
2.12: Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω),ανά χώρα ,ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	35
2.13: : Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω),ανά χώρα ,ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	35
2.14:Καταστάσεις υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω),ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	37
2.15: Καταστάσεις υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω),ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	39
2.16: Καταστάσεις υγείας ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω),ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	40
2.17: Καταστάσεις υγείας ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω),ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	41
2.18: Καταστάσεις υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω) σε ποσοστά, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	42
2.19:Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας Ενηλίκων ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	43
2.20:Κατάσταση γενικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	44
2.21:Κατάσταση πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	44
2.22: Κατάσταση γενικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	46
2.23: Κατάσταση πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	46

2.24: : Κατάσταση γενικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	48
2.25: Κατάσταση πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	48
2.26:Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	50
2.27: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά)ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων(50 ετών και άνω),ανά χώρα,ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	51
2.28:Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά)ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων(50 ετών και άνω),ανά χώρα,ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	53
2.29:Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή κατηγορία, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	55
2.30: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή κατηγορία, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	56
2.31: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή κατηγορία, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	57
2.32: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	58
2.33: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	59
2.34: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	60
2.35: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση/εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	61
2.36: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση/εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	62
2.37: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση/εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	63
2.38: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής) ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	64
2.39: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0 .....	65
2.40: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0.....	66

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

MONICA	Multinational MONitoring of trends and determinants of CARDiovascular disease
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
SHARE	Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe
BMI	Body Mass Index
ΔΜΣ	Δείκτης Μάζας Σώματος
HRS	Health and Retirement Study
ELSA	English Longitudinal Study of Ageing
ΕΥΓΣΕ	Έρευνα για την Υγεία ,τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ελλάδα

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα μελέτη εκπονήθηκε στα πλαίσια των πτυχιακών εργασιών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας, της σχολής Διοίκησης και Οικονομίας του Τ.Ε.Ι Καλαμάτας.

Αντικείμενο της εργασίας είναι το φαινόμενο της παχυσαρκίας, υπό το πρίσμα της κοινωνικής επιδημιολογίας.

Η υπόθεση εργασίας είναι ότι η παχυσαρκία δεν εμφανίζεται ομοιόμορφα μεταξύ των Ευρωπαίων πολιτών.

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνήσει το φαινόμενο της παχυσαρκίας σε ηλικιωμένα άτομα (50 ετών και άνω) σε χώρες της Ευρώπης.

Για την προσέγγιση του σκοπού της εργασίας τέθηκαν δύο στόχοι. Ο πρώτος στόχος ήταν η διερεύνηση του φαινομένου της παχυσαρκίας από ιατρικής – επιδημιολογικής άποψης. Ο δεύτερος στόχος ήταν η πραγματοποίηση σχετικής έρευνας, για τη διερεύνηση του φαινομένου σε χώρες της Ευρώπης.

Για την επίτευξη του πρώτου στόχου μελετήσαμε σχετική βιβλιογραφία, που έχει αναπτυχθεί στα πλαίσια της ιατρικής και της κοινωνικής επιδημιολογίας. Για το δεύτερο στόχο αναζητήσαμε σχετικά δεδομένα και τα εντοπίσαμε στη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη». Πρόκειται για την πρώτη επιστημονική μελέτη που εξετάζει τους διαφορετικούς τρόπους ζωής ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω σε δώδεκα χώρες, από τη Σκανδιναβία έως τη Μεσόγειο (έντεκα Ευρωπαϊκές και το Ισραήλ). Η έρευνα, που εξέτασε δείγμα 45.051 ατόμων γεννημένων το 1954 και ενωρίτερα, εστιάστηκε σε θέματα όπως το οικογενειακό περιβάλλον, οι οικογενειακές σχέσεις, η εργασία, οι συντάξεις, η οικονομική ασφάλεια και η υγεία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το έτος 2004 και στην παρούσα εργασία επικεντρωθήκαμε στα δεδομένα που αφορούν ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, ύψος, βάρος), κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες (επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση), συμπεριφορές (κάπνισμα) και καταστάσεις υγείας (γενική και ψυχική, καθώς και παθήσεις που έχουν σχετιστεί με την παχυσαρκία). Για τις ανάγκες της παρούσας εργασίας συνολικά εξετάστηκε δείγμα 27.444 ατόμων από τις 11 Ευρωπαϊκές χώρες. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη λογισμική εφαρμογή στατιστικής ανάλυσης SPSS, έκδοση 11.5.

Η στατιστική μας ανάλυση περιορίστηκε στον εντοπισμό μιας αδρής σχέσης με χρήση πινάκων συχνοτήτων, μεταξύ της παχυσαρκίας και εξωγενών χαρακτηριστικών (όπως φύλλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και συμπεριφορών μη συμβατών με καλή υγεία), αλλά και καταστάσεων υγείας (γενικής και ψυχικής, καθώς και νοσημάτων που έχουν σε σειρά σχετικών μελετών σχετιστεί με την παχυσαρκία). Δεν πραγματοποιήσαμε έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των ευρημάτων μας, δηλαδή δεν ελέγξαμε αν η τύχη ευθύνεται αποκλειστικά για τις παρατηρούμενες σχέσεις. Επίσης, δεν εκτιμήσαμε γνωστικές συναρτήσεις (αιτιογνωστικές ή προγνωστικές), που αποτελούν το αντικείμενο επιδημιολογικών μελετών, καθόσον πρόκειται για συναρτήσεις παλινδρόμησης και ξεπερνούν τις δυνατότητες μιας πτυχιακής εργασίας.

Η εργασία, εκτός της παρούσας Εισαγωγής, είναι δομημένη σε δύο κεφάλαια και ένα συμπερασματικό τμήμα για τη σύνοψη των αποτελεσμάτων της έρευνας. Στο πρώτο κεφάλαιο περιγράφεται η ιατρική – επιδημιολογική προσέγγιση για το μέγεθος του προβλήματος της παχυσαρκίας, καθώς και των αιτιών της, που έχουν εντοπιστεί σε σχετικές μελέτες. Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται το υλικό, η μεθοδολογία, καθώς και τα αποτελέσματα της έρευνας για την συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες. Στο συμπερασματικό τμήμα συνοψίζονται τα ευρήματα και προτείνεται περαιτέρω έρευνα για την κατανόηση της ετερογένειας του φαινομένου, μεταξύ των χωρών της Ευρώπης.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

## Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΩΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1 Παχυσαρκία – καταγράφεται ως σοβαρό πρόβλημα της εποχής μας

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας την εποχή μας έχει λάβει τεράστιες διαστάσεις. Όπως είναι πλέον σήμερα γνωστό, η παχυσαρκία δεν αποτελεί μόνο κοσμητικό πρόβλημα, αλλά και σοβαρό πρόβλημα υγείας. Οι ανεπιθύμητες συνέπειές της αφορούν πρακτικά όλα τα συστήματα του οργανισμού και, επιπλέον, συνοδεύονται από σοβαρές κοινωνικές επιπτώσεις.<sup>1</sup> Είναι μία χρόνια και σοβαρή νόσος των αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών που πλήττει τόσο τους ενήλικες, όσο και τα παιδιά. Στην εποχή μας η επιδημία της παχυσαρκίας έχει λάβει μεγαλύτερες διαστάσεις από αυτές των λοιμοδών νοσημάτων και του υποσιτισμού, που μέχρι σήμερα αποτελούσαν τις σοβαρότερες απειλές για τη δημόσια και παγκόσμια υγεία.<sup>2</sup>

#### 1.1.1 Ορισμός της παχυσαρκίας

Ως παχυσαρκία συνήθως ορίζεται η κατάσταση στην οποία υπάρχει μη φυσιολογική ή υπερβολική συσσώρευση λίπους στο λιπώδη ιστό σε σημείο τέτοιο, ώστε να αποτελεί κίνδυνο για την υγεία. Ωστόσο, τα παχύσαρκα άτομα διαφέρουν όχι μόνο στο ποσό του υπερβάλλοντος λίπους που αποθηκεύουν, αλλά και στην τοπική κατανομή στο σώμα τους. Η κατανομή του λίπους, που είναι απόρροια της αύξησης του βάρους, καθορίζει τους κινδύνους που σχετίζονται με την παχυσαρκία, καθώς και το είδος των διαταραχών που θα προκληθούν. Παχύσαρκος θεωρείται κάποιος όταν υπερβεί κατά πολύ τις τιμές του φυσιολογικού του βάρους, δηλαδή του βάρους που θα έπρεπε να έχει για να θεωρείται φυσιολογικός. Οι τιμές αυτές συγκρίνονται με κάποιους δείκτες υγείας, οι οποίοι προέκυψαν ύστερα από επιδημιολογικές μελέτες και δείχνουν το βάρος που έχει κάποιος, επιτυγχάνοντας το χαμηλότερο ποσοστό νοσηρότητας. Οι δείκτες του ιδανικού βάρους βασίζονται σε πίνακες, όπου υπάρχει αντιστοιχία ύψους – βάρους. Άλλος ένας δείκτης είναι ο δείκτης μάζας σώματος (body mass index - BMI), ο οποίος προκύπτει από

<sup>1</sup> Κατσιλάμπρος, Ν.Α., Τσίγκος, Κ., «Παχυσαρκία: Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας», ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2000, σελ 15.

<sup>2</sup> «Είναι νόσος ή όχι η παχυσαρκία;» άρθρο στο [www.pachysarkia.net](http://www.pachysarkia.net), Ενημερωτικό δίκτυο για την θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας, 28/8/2007.

το λόγο του βάρους, σε κιλά, προς το ύψος, σε εκατοστά, υψωμένο στο τετράγωνο. Ο δείκτης της περιφέρειας είναι ακόμη μία ένδειξη κατανομής του λίπους στη μέση, σε σχέση με το ποσοστό λίπους σε ολόκληρο το σώμα, κάτι που παίζει σημαντικό ρόλο για τους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σύμφωνα με το δείκτη μάζας σώματος, υπέρβαρος θεωρείται κάποιος που έχει Δ.Μ.Σ. 25-29,9, ενώ παχύσαρκος τύπου 1 όταν ο Δ.Μ.Σ. είναι 30-34,9. Παχύσαρκος τύπου 2 όταν ο Δ.Μ.Σ. είναι 35-39,9 και παχύσαρκος τύπου 3 όταν Δ.Μ.Σ. είναι μεγαλύτερος του 40. Αντίθετα, φυσιολογικός θεωρείται κάποιος που έχει Δ.Μ.Σ. 18,5-24,9 και λιποβαρής όταν Δ.Μ.Σ. είναι μικρότερος του 18,5.<sup>3</sup>

### *1.1.2 Παχυσαρκία - παράγοντας κινδύνου για την υγεία*

Η παχυσαρκία συνδέεται με σοβαρές παθήσεις και σύμφωνα με τους ειδικούς γιατρούς η απώλεια βάρους δεν είναι μόνο θέμα αισθητικής, αλλά και υγείας. Ειδικότερα, τα παχύσαρκα άτομα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, χοληστερίνη και καρδιαγγειακές παθήσεις. Ειδικά για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, το 80% των πασχόντων είναι παχύσαρκοι και η απώλεια βάρους αποτελεί ίσως το μοναδικό μέσο που διαθέτει η σύγχρονη ιατρική για την πρόληψη της πάθησης. Είναι ενδεικτικό ότι μία μέτρια αλλά σταθερή απώλεια βάρους, μπορεί να μειώσει την εμφάνιση της πάθησης σε ποσοστό περίπου 50%. Εκτός όμως από τις σωματικές επιπτώσεις, η παχυσαρκία επιδρά αρνητικά και στην ψυχική υγεία του ατόμου. Ειδικά στον γυναικείο πληθυσμό η παχυσαρκία συνοδεύεται από κατάθλιψη, η αντιμετώπιση της οποίας, σε κάποιες περιπτώσεις, απαιτεί φαρμακευτική αγωγή. Άλλες ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται συχνά σε υπέρβαρα άτομα είναι το άγχος και τα συναισθήματα απελπισίας. Η παχυσαρκία έχει και οικονομικές επιπτώσεις, αφού σχεδόν το 2%-6% των δαπανών Υγείας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και τις ΗΠΑ αφορούν την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και των επιπλοκών της.<sup>4</sup>

Η αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας μεταξύ ατόμων όλων των ηλικιών έχει προσφάτως οδηγήσει σε αύξηση (κατά 30%) της εκδήλωσης διαβήτη τύπου 2 στις ΗΠΑ, ακόμη και στον παιδικό πληθυσμό. Ένας αριθμός μελετών έχει δείξει θετική

<sup>3</sup> «Παχυσαρκία η νέα επιδημία», άρθρο στο [www.fagito.gr/www.gourmet.gr.Food & taste](http://www.fagito.gr/www.gourmet.gr.Food & taste), 2/7/2007.

<sup>4</sup> «Παθολογικές, ψυχολογικές και οικονομικές οι επιπτώσεις», άρθρο στο [www.paxysarkia.gr/υγεία και διατροφή](http://www.paxysarkia.gr/υγεία και διατροφή), 2/7/2007.

συσχέτιση μεταξύ παχυσαρκίας και ανάπτυξης καρκίνου, ιδιαίτερα των ορμονοεξαρτώμενων καρκίνων και των όγκων του γαστρεντερικού συστήματος.

Γενικότερα, η παχυσαρκία αποτελεί μια κατάσταση ιδιαίτερα επιβαρυντική για την υγεία και συνδέεται με πλήθος ασθενειών, όπως είναι:

- Αρτηριακή υπέρταση: οι παχύσαρκοι έχουν διπλάσιες έως 2,5 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποστούν εγκεφαλικό επεισόδιο.
- Υπερλιπιδαιμία – καρδιαγγειακά επεισόδια: οι παχύσαρκοι, λόγω της διατροφής τους πλούσια σε κορεσμένους υδατάνθρακες και λίπη, παρουσιάζουν αυξημένες τιμές ολικής χοληστερόλης και κυρίως της LDL (κακή χοληστερίνη) και τριγλυκεριδίων. Λόγω της υπερλιπιδαιμίας, παχύσαρκα άτομα άνω των 50 ετών, μη καπνιστές και χωρίς άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες, έχουν υπερδιπλάσιες πιθανότητες να υποστούν ένα καρδιαγγειακό επεισόδιο, απ' ότι τα άτομα με κανονικό βάρος.
- Χολολιθίαση: λόγω της υψηλής χοληστερίνης, στη χοληδόχο κύστη ευνοείται ο σχηματισμός λίθων.
- Οστεοαρθρίτιδα: το αυξημένο βάρος επιβαρύνει σε μεγάλο ποσοστό τα οστά και τις αρθρώσεις, γεγονός που προκαλεί έντονους πόνους στις αρθρώσεις και δυσκαμψία.

Επιπλέον, οι παχύσαρκοι παρουσιάζουν:

- Δερματικές παθήσεις, που αναπτύσσονται στις πτυχές δέρματος, λόγω τριβής.
- Δύσπνοια, ακόμα και όταν δεν καταβάλλουν ιδιαίτερη σωματική προσπάθεια: αυτό οφείλεται στην πίεση που ασκεί το υπερβολικό πάχος στην καρδιά και το διάφραγμα.
- Πόνους στην ράχη και τις αρθρώσεις: το υπερβολικό βάρος επιβαρύνει κυρίως το κάτω μέρος της σπονδυλικής στήλης.
- Δυσκολία στον τοκετό: οι παχύσαρκες γυναίκες συχνά αντιμετωπίζουν μεγάλα προβλήματα κατά τον τοκετό, λόγω του αυξημένου όγκου τους.
- Υψηλό χειρουργικό κίνδυνο: οι παχύσαρκοι, που πρέπει να υποβληθούν σε κάποια εγχείρηση, παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν κάποιο



πρόβλημα κατά τη νάρκωση στη διάρκεια της επέμβασης και μετεγχειρητικά, απ' ότι τα άτομα που έχουν κανονικό βάρος.

- Υπνηλία.
- Μειωμένη σεξουαλική διάθεση και απόδοση.
- Δυσφορία, αίσθημα βάρους και υψηλής θερμοκρασίας.

### *1.1.3 Αιτιοπαθογένεια της παχυσαρκίας*

Για την εμφάνιση της παχυσαρκίας συμβάλλουν πολλοί παράγοντες (γενετικοί, ορμονικοί, περιβαλλοντικοί, δημογραφικοί και κοινωνικό-οικονομικοί), μερικοί από τους οποίους θα αναπτυχθούν παρακάτω.

- Κληρονομικότητα

Την τελευταία δεκαετία επιβεβαιώθηκε από τους ειδικούς ο ρόλος της κληρονομικότητας στην εμφάνιση της παχυσαρκίας. Δεδομένου ότι ο άνθρωπος είναι ετερογενής οντότητα, υποστηρίζεται ότι πολλά γονίδια ενέχονται στην εμφάνιση της, σε αντίθεση με τα τρωκτικά, όπου έχει διαπιστωθεί ένα «γονίδιο παχυσαρκίας».

- Υποθάλαμος-Ορμόνες

Από πολλά χρόνια είναι γνωστός στους ειδικούς ο ρόλος του κεντρικού νευρικού συστήματος και κυρίως του υποθαλάμου, στη ρύθμιση του βάρους και του ισοζυγίου ενέργειας. Η ρύθμιση αυτή επιτελείται από ένα πυκνό και ολοκληρωμένο δίκτυο, που ελαχιστοποιεί την επίδραση των μικρών διακυμάνσεων του ισοζυγίου ενέργειας στον λιπώδη ιστό, ελέγχει την όρεξη και τον κορεσμό. Υπάρχουν κυκλώματα που προάγουν την αύξηση της πρόσληψης τροφής και του βάρους (αναβολικά) και άλλα που ελαττώνουν την πρόσληψη τροφής και συμβάλλουν στην απώλεια βάρους (καταβολικά). Οι ορμόνες ενέχονται στην ομοιοστασία της ενέργειας: π.χ. η κορτιζόλη επιδρά στο νευροπεπτίδιο Υ (NPY) και ανταγωνίζεται τη δράση της ινσουλίνης και λεπτίνης στον υποθάλαμο. Όμως, οι ορμονικές διαταραχές είναι σχετικά σπάνια αίτια παχυσαρκίας. Τα πιο συχνά είναι ο υποθυρεοειδισμός και το ιατρογενές σύνδρομο Cushing (μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα). Σπανιότερα είναι η έλλειψη αυξητικής ορμόνης, το (ενδογενές) σύνδρομο Cushing, ο υπογοναδισμός, το ινσουλίνωμα και ο ψευδο-υποπαραθυρεοειδισμός. Η λεπτίνη είναι μια ορμόνη, που παράγεται στα λιποκύτταρα του υποδόριου και κοιλιακού λίπους. Στην κυκλοφορία είναι συνδεδεμένη με πρωτεΐνες, περνά τον αιματο-εγκεφαλικό

φραγμό, συνδέεται με τον υποδοχέα της στον υποθάλαμο, όπου ενεργοποιεί την κατανάλωση ενέργειας και αναστέλλει την πρόσληψη τροφής. Έχουν αναφερθεί μεταλλάξεις του γονιδίου της λεπτίνης και του υποδοχέα της, που προκαλούν σοβαρή παχυσαρκία σε μέλη δυο οικογενειών, όμως οι καταστάσεις αυτές είναι σπάνιες. Στην πλειονότητα των παχύσαρκων δεν διαπιστώθηκαν τέτοιες ανωμαλίες. Εικάζεται ότι υπάρχει αντίσταση στη λεπτίνη, λόγω αδυναμίας εισόδου στον εγκέφαλο ή σε μετά τον υποδοχέα βλάβες, που όμως δεν έχουν ακόμα εντοπισθεί.

- Περιβάλλον

Το περιβάλλον ασκεί σημαντική επίδραση στην εμφάνιση της παχυσαρκίας, όταν υπάρχει η γενετική προδιάθεση. Αυτό γίνεται εμφανές σε ορισμένους πληθυσμούς, όπου αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής, είχε ως αποτέλεσμα αύξηση του βάρους κατά 60% και εμφάνιση παχυσαρκίας. Οι Ινδιάνοι Pima που ζουν στις ΗΠΑ είναι κατά 25 κιλά παχύτεροι από άτομα της ίδιας φυλής που ζουν στο Μεξικό. Ειδικότερα σήμερα υπάρχει εύκολη πρόσβαση στην τροφή, με κατανάλωση πολλών γευματιδίων. Η τροφή περιέχει πολλές λιπαρές ουσίες (κυρίως κεκορεσμένα λίπη) με πολλούς ευαπορρόφητους υδατάνθρακες και ελάχιστες φυτικές ίνες, που έχουν ευχάριστη γεύση, αυξάνοντας την πρόσληψη θερμίδων. Παράλληλα, η κατανάλωση ενέργειας έχει μειωθεί. Οι συνθήκες εργασίας έχουν αλλάξει και η εργασία είναι καθιστική και σπάνια χειρωνακτική. Υπάρχει περιορισμός δραστηριοτήτων στην καθημερινή ζωή, λόγω των τεχνολογικών επιτευγμάτων και διευκολύνσεων (μετακίνηση με αυτοκίνητο - ανελκυστήρες, τηλεθέαση, ηλεκτρονικά παιχνίδια, ηλεκτρονικοί υπολογιστές), που περιορίζουν την κατανάλωση ενέργειας και προδιαθέτουν σε παχυσαρκία. Το βάρος αυξάνεται παράλληλα με την ηλικία και στα δύο φύλα. Υπάρχει αυξημένη επίπτωση στις γυναίκες, κυρίως μετά την ηλικία των 50 χρόνων με την εμμηνόπαυση, στις χαμηλές εισοδηματικές τάξεις και σε αστικές κοινωνίες, σε σχέση με τις αγροτικές. Η φυλή και η πολιτιστική υποδομή παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Γυναίκες της μαύρης φυλής έχει παρατηρηθεί ότι είναι παχύτερες από εκείνες της λευκής φυλής, αντίστοιχης ηλικίας. Τέλος, η ικανότητα ή μη του ατόμου να αντεπεξέρχεται στο stress του περιβάλλοντος, είναι ένας ακόμα παράγων που επηρεάζει το βάρος.<sup>5</sup>

Η επικρατούσα εξήγηση για την επιδημία της παχυσαρκίας είναι ότι οι αλλαγές που σημειώθηκαν τις τελευταίες δεκαετίες σε επίπεδο κοινωνίας, έχει οδηγήσει σε

---

<sup>5</sup> «Παχυσαρκία», άρθρο στο [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), 18/10/2007.

σημαντικά αυξημένη διάθεση και εξ αιτίας αυτής σε αυξημένη κατανάλωση τροφίμων υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος και επομένως μεγάλης ενεργειακής πυκνότητας, σε συνδυασμό με μειωμένη ανάγκη για σωματικές δραστηριότητες, οι οποίες μάλιστα είναι και λιγότερο απαιτητικές σε μυϊκή απόδοση. Ενώ όμως δεν υπάρχει καμιά αμφιβολία ότι τέτοιες ποιοτικές μεταβολές έχουν επιτελεστεί σε επίπεδο κρατών ή κοινωνιών, η ποσοτική συσχέτιση μεταξύ των αναφερθέντων αλλαγών και της αύξησης της συχνότητας της παχυσαρκίας δεν είναι για τους ειδικούς ξεκάθαρη. Φαίνεται επίσης δύσκολο να αποδειχτεί ότι διαφορές μεταξύ των ατόμων στις διαιτητικές συνήθειες και στη φυσική δραστηριότητα, επηρεάζουν μεταγενέστερα τον κίνδυνο για εμφάνιση παχυσαρκίας. Η κύρια αιτία για αυτές τις δυσκολίες προέρχεται από το γεγονός ότι είναι σχεδόν αδύνατο να υπάρξουν σαφή και έγκυρα στοιχεία για μεγάλες ομάδες και για μεγάλες χρονικές περιόδους, για τη δίαιτα και την σωματική δραστηριότητα σε ατομικό επίπεδο και πολύ περισσότερο σε πληθυσμιακό.

Φαίνεται ότι αρκετοί συμφωνούν ότι μία παγκόσμια επιδημία, αυτή της παχυσαρκίας, εξελίσσεται ραγδαία σε πολλές κοινωνίες, προκαλώντας πολλές και απειλητικές επιπτώσεις για την υγεία των πολιτών αυτών των κοινωνιών, εξ αιτίας του σχετιζόμενου με αυτήν κινδύνου της εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων και καρκίνου. Η αυξημένη πρόσληψη τροφής και άρα θερμίδων, ιδιαίτερα η αυξημένη πρόσληψη λίπους και ο καθιστικός τρόπος ζωής, είναι οι κύριες αιτίες αυτής της επιδημίας. Και βέβαια, αυτοί οι εξωγενείς παράγοντες επιδρούν σε ένα γενετικά προδιαθετιμένο άτομο, ώστε ο συνδυασμός αυτών να είναι το κύριο χαρακτηριστικό των μοντέρνων κοινωνιών.<sup>6</sup>

#### *1.1.4 Παχυσαρκία από την παιδική ηλικία*

Η παχυσαρκία συνήθως αρχίζει από την παιδική ηλικία. Το πρόβλημα με την παιδική παχυσαρκία είναι διττό. Πρώτον γιατί η παχυσαρκία έχει την τάση να επιμένει και κατά την ενήλικη ζωή και δεύτερον διότι συνδέεται άμεσα με την αύξηση της νοσηρότητας. Έχει βρεθεί ότι ένα παχύσαρκο παιδί ηλικίας 2-3 ετών έχει διπλάσιες πιθανότητες να γίνει και παχύσαρκος ενήλικας, απ' ό,τι ένα μη παχύσαρκο. Οι πιθανότητες αυτές εξαπλασιάζονται όταν πρόκειται για παχύσαρκους εφήβους. Αυτό σημαίνει ότι το 70-80% περίπου των παιδιών που είναι παχύσαρκα στην ηλικία 12-13 ετών, θα παραμείνουν έτσι και στην υπόλοιπη ζωή.

---

<sup>6</sup> «Διατροφική συμπεριφορά και σωματική δραστηριότητα», άρθρο στο [www.paxysarkia.gr/EIEΠ-ΑΡΘΡΑ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ](http://www.paxysarkia.gr/EIEΠ-ΑΡΘΡΑ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ), 2/7/2007.

Το δεύτερο μεγάλο πρόβλημα με την παιδική παχυσαρκία είναι ότι μπορεί να βάλει τις βάσεις για μια σειρά εκφυλιστικών νοσημάτων, τα οποία αν και τις περισσότερες φορές θα εκδηλωθούν αργότερα κατά την ενήλικη ζωή, τίποτα δεν αποκλείει την εμφάνισή τους και κατά την παιδική ηλικία. Η υπέρταση, η αύξηση των επιπέδων της χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, της χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών, ο υποαερισμός των πνευμόνων και οι άπνοιες κατά τη διάρκεια του ύπνου, τα ορθοπεδικά προβλήματα, η πρόωμη ήβη, ο υπερινσουλινισμός και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, είναι πολύ πιο συχνά στα παχύσαρκα παιδιά.<sup>7</sup>

Έχουν δημιουργηθεί πίνακες αναφοράς για την ανάπτυξη, οι οποίοι βασίζονται στη σχέση βάρους προς ηλικία και ύψους προς ηλικία. Όμως, αυτά τα στοιχεία αποτελούν ενδείξεις μόνο του μεγέθους του παιδιού και δεν παρέχουν καμιά ένδειξη του σχετικού πάχους του. Φαίνεται να ακολουθείται ένα πρότυπο όπου ο ΔΜΣ μεταβάλλεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας, αυξανόμενος απότομα κατά τη βρεφική ηλικία, μειούμενος κατά την προσχολική ηλικία και αυξανόμενος πάλι κατά την εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Οι ειδικοί πάντως δεν μπορούν να είναι σίγουροι αν το υπερβάλλον βάρος σε ένα παιδί οφείλεται σε καθυστέρηση ανάπτυξης ή σε περίσσεια λίπους.

Ως αίτια της παιδικής παχυσαρκίας, που μαστίζει ολοένα και περισσότερες χώρες, έχουν αναφερθεί μεταξύ άλλων και τα εξής:

- γενετική προδιάθεση
- παχύσαρκες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης μητέρες
- υπερβολική σίτιση κατά τη βρεφική και παιδική ηλικία
- τροφές με χαμηλή θρεπτική αξία και πολλές θερμίδες
- ακατάστατοι χρόνοι γευμάτων
- έλλειψη άσκησης που συνδέεται με αυξημένες ώρες τηλεθέασης
- αυξημένο στρες

Πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι υπάρχει υψηλός επιπολασμός της παιδικής παχυσαρκίας και ότι τα ποσοστά αυτής αυξάνονται επικίνδυνα. Η παχυσαρκία τείνει να είναι μάστιγα του 21<sup>ου</sup> αιώνα.

Δυστυχώς, η χώρα μας δεν αποτελεί εξαίρεση. Σε μείζον εθνικό και κοινωνικό πρόβλημα εξελίσσεται η παιδική παχυσαρκία στη χώρα μας, η οποία αρχίζει να «χτυπά»

---

<sup>7</sup> «Υπερτασικά το 30% των παχύσαρκων παιδιών», άρθρο στο [www.google.gr/athens new agency:news in Greek](http://www.google.gr/athens_new_agency:news_in_Greek), 14/9/2007.

τον ελληνικό πληθυσμό, κυριολεκτικά από την κούνια. Πρόσφατη μελέτη Ελλήνων επιστημόνων κατέδειξε ότι οι ελληνοπαίδες ξεπέρασαν σε βάρος ακόμη και τα παιδιά των ΗΠΑ, τα οποία επί σειρά ετών ήταν τα πλέον παχύσαρκα παιδιά του πλανήτη. Το πρόβλημα της παχυσαρκίας και ιδιαίτερα της παιδικής, έχει τεράστιες προεκτάσεις τόσο σε προσωπικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο: προοιωνίζεται αυξημένη νοσηρότητα σε νεαρή ηλικία, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι επιβαρύνεται η ποιότητα ζωής ενός τμήματος του πληθυσμού, που θα όφειλε να είναι υγιές και παραγωγικό.

Τα συμπτώματα που έχουν αναφερθεί ότι σχετίζονται με την παχυσαρκία στα παιδιά και στους εφήβους περιλαμβάνουν:

- **Ψυχοκοινωνικά προβλήματα:** Τα παιδιά που βρίσκονται στην προεφηβική ηλικία συσχετίζουν το σχήμα ενός υπέρβαρου σώματος με χαμηλή κοινωνικότητα και κακή ακαδημαϊκή απόδοση και φυσική κατάσταση, καθώς και με προβλήματα στο χαρακτήρα. Μεταξύ των εφήβων, συγχρονικές μελέτες δείχνουν σταθερά μια αρνητική συσχέτιση μεταξύ βάρους σώματος αφενός, και συνολικής αυτοεκτίμησης και εικόνας σώματος αφετέρου. Το υπερβάλλον βάρος κατά την εφηβεία μπορεί επίσης να συνδέεται με κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα στην ενήλικη ζωή. Μια μεγάλη προοπτική μελέτη στις ΗΠΑ έδειξε ότι οι γυναίκες που ήταν υπέρβαρες κατά την εφηβεία και τα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής τους, ήταν πιο πιθανό να έχουν χαμηλό εισόδημα, μεγαλύτερο ποσοστό φτώχειας και χαμηλότερα ποσοστά γάμων, σε σχέση με άλλες γυναίκες που εμφάνιζαν άλλες μορφές χρόνιων νοσημάτων κατά την εφηβεία
- **Προβλήματα υγείας – αυξημένη νοσηρότητα:** Τα παχύσαρκα παιδιά έχουν αυξημένο κίνδυνο για καρδιαγγειακές νόσους, που συνδέεται με δυσλιπιδαιμία (αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης, λιπιδίων και λιποπρωτεϊνών στο αίμα) και υπέρταση, που σχετίζεται με την αυξημένη συσσώρευση κοιλιακού λίπους.
- **Διαταραγμένο μεταβολισμό γλυκόζης και αντίσταση της ινσουλίνης.** Για πρώτη φορά καταγράφηκαν περιστατικά παιδιών, τα οποία υπέφεραν από διαβήτη των ενηλίκων.
- **Ορθοπεδικές επιπλοκές:** είναι καλά τεκμηριωμένο το γεγονός ότι τα παχύσαρκα παιδιά εμφανίζουν ορθοπεδικές διαταραχές, που η πιο σοβαρές αφορούν την ολίσθηση της κεφαλής της μηριαίας επίφυσης και τη νόσο Blount (μια οστική παραμόρφωση που οφείλεται στην υπερανάπτυξη της κνήμης). Επίσης, τα παιδιά

με υπερβάλλον βάρος έχουν αυξημένη ευαισθησία για διαστρέμματα του αστραγάλου

- Άλλες επιλοκές, όπως: ηπατικές και γαστρεντερικές διαταραχές, υπνική άπνοια και ενδοκρινικές διαταραχές

Υποστηρίζεται ότι η πιο σημαντική μακροπρόθεσμη συνέπεια της παιδικής παχυσαρκίας είναι η διατήρησή της κατά την ενήλικη ζωή. Πιο συγκεκριμένα, στην παιδική ηλικία έχουμε υπερπλαστική παχυσαρκία, ενώ στους ενήλικες συμβαίνει υπερτροφική παχυσαρκία. Η διαφορά είναι ότι στα παιδιά μεγαλώνει ο αριθμός των λιποκυττάρων, ενώ κατά την ενήλικη ζωή αυξάνει μόνο το μέγεθος αυτών (υπερτροφία). Με απλά λόγια, ένα παχύσαρκο παιδί στο οποίο δεν θα αντιμετωπιστεί το πρόβλημα έγκαιρα, είναι καταδικασμένο να γίνει ένας παχύσαρκος ενήλικας. Επίσης, τα αυξημένα επίπεδα λιπιδίων, η υπέρταση και η υπερινσουλιναίμια της παιδικής ηλικίας, μεταφέρονται όλα στην ενήλικη ζωή και η παρουσία της παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τις τιμές αυτών των μεταβλητών, κατά την ενήλικη ζωή.

Μεταξύ των ειδικών, οι αντικειμενικοί στόχοι των στρατηγικών αντιμετώπισης του βάρους για τα παιδιά θεωρείται ότι διαφέρουν από εκείνους για τους ενήλικες, γιατί πρέπει να ληφθούν υπόψη η σωματική και πνευματική ανάπτυξη των παιδιών. Έτσι, ενώ η αντιμετώπιση των ενηλίκων μπορεί να αποσκοπεί στην απώλεια βάρους, η θεραπεία των παιδιών στοχεύει στην πρόσληψη της αύξησης αυτού.<sup>8</sup>

Επίσης, ότι η θεραπεία των παχύσαρκων παιδιών, για να προληφθεί η εξέλιξή τους σε παχύσαρκους ενήλικες, μπορεί να θεωρηθεί ένας ειδικός στόχος για πρόληψη, καθότι η παιδική παχυσαρκία αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης παχυσαρκίας κατά την ενήλικη ζωή. Γι' αυτό το λόγο υποστηρίζεται ότι η θεραπεία της παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία θα πρέπει να συνδυάζεται με την ανάπτυξη επιλεγμένων προληπτικών στρατηγικών, που στοχεύουν σε ομάδες παιδιών υψηλού κινδύνου και να θεωρείται ως μέρος μιας καθολικής προσέγγισης, σε επίπεδο κοινότητας, της πρόληψης της παιδικής παχυσαρκίας. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα την αποφυγή εμφάνισης παχυσαρκίας στους ενήλικες.

Συνήθως τα παχύσαρκα άτομα ντρέπονται για την εικόνα του σώματός τους και αποφεύγουν να εμφανίζονται στους ελέγχους υγείας. Σε μελέτη που έγινε στη Δανία και

<sup>8</sup> «Αίτια της παιδικής παχυσαρκίας», άρθρο στο [www.paxysarkia.net/diatrofi](http://www.paxysarkia.net/diatrofi), 14/9/2007.

διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ του βαθμού της παχυσαρκίας και του ποσοστού ανταπόκρισης σε μία πρόσκληση για επανεξέταση μετά πάροδο πολλών χρόνων, το ποσοστό που δεν ανταποκρίθηκε στην επανεξέταση αυξανόταν όσο αυξημένος ήταν ο Δείκτης Μάζας Σώματος στην αρχική εξέταση. Στα άτομα με το χαμηλότερο σωματικό βάρος το ποσοστό που δεν ανταποκρίθηκε ήταν το 20%, ενώ από τα πιο παχύσαρκα άτομα το 45% δεν ανταποκρίθηκε.<sup>9</sup>

Συγχρονικές μελέτες σε πολλές εύπορες κοινωνίες δείχνουν μία αντιστρόφως ανάλογη σχέση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και του επιπολασμού της παχυσαρκίας. Ωστόσο, εκτός από τις ενδείξεις ότι το χαμηλό οικονομικό επίπεδο οδηγεί σε παχυσαρκία, υπάρχουν ενδείξεις ότι μπορεί να συμβαίνει και το αντίθετο. Τα παχύσαρκα άτομα μπορεί ακόμα να έχουν να αντιμετωπίσουν οικονομικά μειονεκτήματα, όπως για παράδειγμα να πληρώνουν υψηλότερα ασφάλιστρα στα διάφορα ασφαλιστικά προγράμματα.<sup>10</sup>

Είναι γεγονός ότι οι παχύσαρκοι νέοι δεν ανέρχονται στην ίδια κοινωνική τάξη, όπως οι μη παχύσαρκοι συνομήλικοί τους. Αυτό αποδεικνύεται μετά από μία μελέτη που διεξήχθη σε Δανούς στρατιώτες, η οποία έδειξε ότι μετά από στάθμιση για την κοινωνική τάξη των γονέων, τη μόρφωση και το επίπεδο ευφυΐας, λιγότεροι παχύσαρκοι άνδρες επιτύγχαναν την άνοδο σε μία υψηλή κοινωνική τάξη, σε σχέση με τους μη παχύσαρκους. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα μιας προοπτικής μελέτης νεαρών γυναικών στις ΗΠΑ, η οποία έδειξε ότι οι παχύσαρκες γυναίκες είχαν λιγότερες πιθανότητες να παντρευτούν και παρέμειναν λιγότερα χρόνια στο σχολείο, ενώ είχαν και λιγότερο εισόδημα, σε σύγκριση με τις μη παχύσαρκες.<sup>11</sup>

### *1.1.5 Οικονομικό κόστος του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας*

Η παχυσαρκία θεωρείται από πολλούς ως μιας μακροχρόνια νόσος με σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα, αλλά και δυσβάσταχτες οικονομικές επιπτώσεις για τα συστήματα υγείας. Η οικονομική επιβάρυνση που επιφέρει αυτή η καλπάζουσα επιδημία στα συστήματα υγείας είναι ιδιαίτερα μεγάλη. Μόνο στις Ηνωμένες Πολιτείες το συνδυασμένο άμεσο και έμμεσο κόστος της παχυσαρκίας υπολογίστηκε ότι έφτασε τα 123 δισεκατομμύρια δολάρια για το 2001, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο η αντιμετώπιση των επιπλοκών της παχυσαρκίας στοιχίζει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας περισσότερο από μισό

<sup>9</sup> «Παχυσαρκία: μία παγκόσμια επιδημία», άρθρο στο [www.paxysarkia.gr](http://www.paxysarkia.gr), 2/7/2007.

<sup>10</sup> Οπ. παρ. (1),σελ.121

<sup>11</sup> Οπ. παρ.

δισεκατομμύριο στερλίνες ετησίως. Οι ΗΠΑ είναι η χώρα που πλήττεται όσο καμία άλλη από τη μάστιγα της παχυσαρκίας και αποτελεί παράδειγμα προς αποφυγή, αλλά και εξαιρετική πηγή πληροφοριών, καθώς η καταγραφή και η παρακολούθηση των τάσεων γίνεται συστηματικά, εδώ και δεκαετίες. Τα πλέον πρόσφατα στατιστικά στοιχεία δείχνουν ότι το 30% των ενηλίκων Αμερικάνων ηλικίας 20 ετών και άνω, δηλαδή περίπου 60 εκατομμύρια άνθρωποι, είναι παχύσαρκοι.<sup>12</sup>

Το οικονομικό κόστος του υπερβάλλοντος βάρους και της παχυσαρκίας αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τους υπεύθυνους παροχής υπηρεσιών υγείας. Το οικονομικό κόστος υπολογίζεται από τρεις συνιστώσες:

1. Τα «άμεσα έξοδα», δηλαδή το κόστος για το άτομο, αλλά και για εκείνον που προσφέρει τις σχετικές υπηρεσίες, που αφορά τη θεραπεία της ίδιας της παχυσαρκίας.
2. Το κόστος από τις «χαμένες ευκαιρίες» για το άτομο, δηλαδή το προσωπικό αλλά και το κοινωνικό κόστος που συνδέεται με την παχυσαρκία και γενικά οφείλεται στον πρόωρο θάνατο ή τη σχετιζόμενη με την παχυσαρκία νοσηρότητα.
3. Τα «έμμεσα έξοδα», συνήθως υπολογιζόμενα ως απώλεια παραγωγικότητας, λόγω συχνών απουσιών από την εργασία και λόγω πρόωρου θανάτου.

Οι οικονομικές συνέπειες από παθήσεις που σχετίζονται με την παχυσαρκία συνήθως υπολογίζονται από μελέτες ανάλυσης του κόστους των ασθενειών. Τέτοιες μελέτες χρησιμεύουν στην ανάπτυξη της κοινωνικής πολιτικής γύρω από θέματα υγείας, αλλά θα πρέπει να αναγνωρίζονται οι περιορισμοί τους. Συνήθως δεν υπολογίζονται τα έμμεσα έξοδα, καθώς και αρκετά από τα άμεσα έξοδα πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου, ειδικά εκείνα που γίνονται έξω από το επίσημο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας. Γι' αυτό το λόγο, αρκετές εργασίες έχουν επικεντρωθεί στην επίδραση της παχυσαρκίας σε γενικότερους κοινωνικούς και οικονομικούς τομείς, συμπεριλαμβανομένης της συχνότητας των μακροχρόνιων απουσιών από την εργασία, για λόγους υγείας.

Το οικονομικό κόστος της παχυσαρκίας έχει εκτιμηθεί σε πολλές αναπτυγμένες χώρες και βρίσκεται στο επίπεδο του 2-3% του συνολικού κόστους παροχής υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για συντηρητικές εκτιμήσεις, που βασίζονται σε ποικίλα κριτήρια, αλλά

---

<sup>12</sup> Κατσιλάμπρος, Ν., «Κλινικά φροντιστήρια», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα, 2007,σελ.14



δείχνουν σαφώς ότι η παχυσαρκία αντιπροσωπεύει έναν από τους μεγαλύτερους παράγοντες εξόδων των κρατικών προϋπολογισμών για την υγεία.

Αν και δεν έχουν γίνει μελέτες γύρω από το οικονομικό κόστος της παχυσαρκίας στις αναπτυσσόμενες χώρες, η αυξανόμενη οικονομική επιβάρυνση από τα χρόνια μη μεταδοτικά νοσήματα μεταξύ των ενηλίκων σε αυτές τις χώρες, έχει ήδη γίνει αντιληπτή από αρκετούς διεθνείς οργανισμούς, συμπεριλαμβανομένων του ΠΟΥ και της Παγκόσμιας Τράπεζας. Το πραγματικό κόστος θεραπείας στις αναπτυσσόμενες χώρες ξεπερνάει εκείνο των αναπτυγμένων χωρών, λόγω των επιπλέον εξόδων για την εισαγωγή ακριβών φαρμάκων και συσκευών, καθώς και για την ανάγκη της ειδικής εκπαίδευσης του προσωπικού. Σε συνάρτηση με τα ήδη υπάρχοντα προβλήματα των ενδημικών, στις χώρες αυτές, παθήσεων από διαιτητικά ελλείμματα και των λοιμωδών νοσημάτων, η πρόληψη της παχυσαρκίας έχει όχι μόνο κρίσιμη σημασία, αλλά αποτελεί και τη μόνη λογική προσέγγιση στο σχεδιασμό των μέτρων δημόσιας υγείας στις αναπτυσσόμενες χώρες.<sup>13</sup>

Για πρώτη φορά στην ιστορία, τόσο οι Ευρωπαίοι πολίτες όσο και οι πολίτες της Βόρειας Αμερικής, αντιμετωπίζουν την απειλή της υπερβολικής κατανάλωσης τροφίμων. Στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες το φαγητό είναι άφθονο, αλλά λείπει η σωματική άσκηση, με αποτέλεσμα να συνοδεύουν την παχυσαρκία μια πληθώρα χρόνιων παθήσεων, που είναι δαπανηρές και το σπουδαιότερο θανατηφόρες. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, η παχυσαρκία απορροφά το 7% των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης στην Ευρωπαϊκή Ένωση και το ποσοστό αυτό αναμένεται να αυξηθεί. Στην Αγγλία το 2001, η παχυσαρκία προκάλεσε 18 εκ. ημέρες απουσιών από την εργασία, λόγω ασθένειας και 30.000 πρόωρους θανάτους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες ο παχύσαρκος μέσος ενήλικας προκαλεί ετήσιες ιατροφαρμακευτικές δαπάνες κατά 37% υψηλότερες, από τις δαπάνες του αντίστοιχου ενήλικα με φυσιολογικό βάρος. Στην Ολλανδία, 38.000 περιπτώσεις καρδιαγγειακών παθήσεων, σε ενήλικες άνω των 20 ετών, αποδίδεται σε ακατάλληλη διατροφή. Κατά την Ευρωπαϊκή Ένωση, η αντιμετώπιση του υπερβολικού βάρους και της παχυσαρκίας δεν είναι επιβεβλημένη μόνο για λόγους δημόσιας υγείας, αλλά και γιατί θα μειώσει τις υγειονομικές δαπάνες.<sup>14</sup>

<sup>13</sup> Οπ. παρ. (1), σελ. 110.

<sup>14</sup> «Η παχυσαρκία στους ενήλικες», άρθρο στο [www.google.gr](http://www.google.gr), 14/9/2007.

## 1.2 Γεωγραφική διάσταση της παχυσαρκίας

Διαστάσεις πραγματικής επιδημίας τείνει να πάρει η παχυσαρκία, καθώς περίπου ένα δισεκατομμύριο άνθρωποι σε όλο τον κόσμο είναι παχύσαρκοι, ενώ το 30% των παχύσαρκων παιδιών εμφανίζει υπέρταση. Σύμφωνα με εκτιμήσεις, το 2010 ο αριθμός των παχύσαρκων προβλέπεται να φτάσει στο 40% του πληθυσμού της Ευρώπης και των ΗΠΑ. Για να υπάρξει παχυσαρκία θα πρέπει οι προσλαμβανόμενες θερμίδες να είναι περισσότερες από τις καταναλισκόμενες. Πολυάριθμες μελέτες έχουν δείξει ότι για να υπάρξει σημαντικού βαθμού παχυσαρκία, θα πρέπει να συνεργήσουν πολλοί παράγοντες, τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί.

Οι ειδικοί αναφέρουν ότι από έρευνες για τα αίτια εμφάνισης της παχυσαρκίας σε ατομικό επίπεδο, αλλά και σε διάφορες χρονικές περιόδους και σε διάφορες γεωγραφικές τοποθεσίες σε πληθυσμιακό επίπεδο, φαίνεται ότι οι παράγοντες που διαταράσσουν το ενεργειακό ισοζύγιο πρέπει να θεωρηθούν και οι πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί, μέσω των οποίων τα γονίδια ή οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες, μπορούν να επιδράσουν αυξητικά στο σωματικό βάρος. Σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές της γης περιγράφεται μια μεγάλη διακύμανση στο σωματικό βάρος και στην συχνότητα της παχυσαρκίας. Έτσι, σύμφωνα με τα στατιστικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας στη μελέτη MONICA (Multinational Monitoring of trends and determinants of Cardiovascular disease), σε 48 διαφορετικές περιοχές του πλανήτη, το ποσοστό των ανδρών ηλικίας 35 έως 64 ετών που είναι παχύσαρκοι (έχουν δηλαδή Δ.Μ.Σ.>30 kg/m<sup>2</sup>) κυμαίνεται από 3% στο Πεκίνο έως 25% στην πρωτεύουσα της Μάλτας, και αντίστοιχα των γυναικών από το 9% πάλι στο Πεκίνο έως το 45% στο Kaunas της Λιθουανίας. Δεν υπάρχει κάποια μελέτη παγκόσμιας κλίμακας, που θα μας φανερώσει την τάση μεταβολής αυτών των συχνοτήτων. Όμως, στην πλειονότητα των πληθυσμιακών μελετών που προσδιορίστηκε η συχνότητα της παχυσαρκίας σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, αυτή έδειξε σαφή ανοδική τάση. Η τάση αυτή της ανόδου ήταν τόσο μεγαλύτερη, όσο μεγαλύτερη και η αρχική συχνότητα της παχυσαρκίας στον πληθυσμό. Όπως υπάρχει διακύμανση στη συχνότητα της παχυσαρκίας στις διάφορες γεωγραφικές περιοχές, έτσι παρατηρείται και μια ανάλογη διακύμανση στην ταχύτητα της αύξησης αυτής, με μεγαλύτερες σημειούμενες ταχύτητες σε κράτη με “μοντέρνο” τρόπο ζωής. Επειδή λοιπόν η παχυσαρκία εξαπλώνεται με ταχύτετους ρυθμούς σε πάρα πολλά μέρη του κόσμου, φαίνεται ότι η έκφραση “παχυσαρκία: παγκόσμια επιδημία” δικαιώνεται.

Τα πλέον ολοκληρωμένα δεδομένα, αναφορικά με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας παγκοσμίως, είναι εκείνα από το σχέδιο MONICA του ΠΟΥ, αν και οι πληθυσμοί δεν είναι υποχρεωτικά αντιπροσωπευτικοί των χωρών από τις οποίες προέρχονται. Υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία σε επίπεδο πληθυσμού, σχετικά με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας, για αρκετές Ευρωπαϊκές χώρες, συμπεριλαμβανομένων της Αγγλίας, της Φιλανδίας, της Γερμανίας, της Ολλανδίας και της Σουηδίας. Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία, γίνεται φανερό ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας έχει αυξηθεί κατά περίπου 10-40% στην πλειοψηφία των Ευρωπαϊκών κρατών, κατά τα τελευταία 10 χρόνια. Η πλέον δραματική αύξηση παρατηρήθηκε στην Αγγλία, όπου σημειώθηκε υπερδιπλασιασμός κατά τη διάρκεια της ανωτέρω περιόδου. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις ότι η αύξηση αυτή ήταν μικρότερη μεταξύ των γυναικών, κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών, τουλάχιστον σε μερικές Σκανδιναβικές χώρες.

Η παχυσαρκία είναι σχετικά συχνή στην Ευρώπη, ειδικά ανάμεσα στις γυναίκες και μάλιστα στις νότιες και ανατολικές Ευρωπαϊκές χώρες. Ο μέσος επιπολασμός παχυσαρκίας στα Ευρωπαϊκά κέντρα που συμμετείχαν στη μελέτη MONICA του ΠΟΥ μεταξύ του 1983 και του 1986, ήταν περίπου 15% στους άνδρες και 22% στις γυναίκες, αν και υπήρχε μεγάλη διακύμανση τόσο από χώρα σε χώρα, όσο και στο εσωτερικό της κάθε χώρας. Ο μικρότερος επιπολασμός βρέθηκε στο Γκόθενμπεργκ της Σουηδίας (άνδρες 7%, γυναίκες 9%) και ο μεγαλύτερος στο Κάουνας της Σοβιετικής Ένωσης (άνδρες 22%, γυναίκες 45%)

Τα πλέον πρόσφατα δεδομένα από μεμονωμένες εθνικού επιπέδου μελέτες, αναφέρουν ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας στις Ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνεται στο 10% - 20% για τους άντρες και στο 10% - 25% για τις γυναίκες. Σε συμφωνία με τα στοιχεία της μελέτης MONICA, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας είναι γενικά υψηλότερος στις γυναίκες απ' ό,τι στους άντρες.<sup>15</sup>

Δεν υπάρχουν σωστά ελεγμένα στοιχεία σε εθνικό επίπεδο για τον επιπολασμό της παχυσαρκίας στους ενήλικες της περιοχής της Ανατολικής Μεσογείου, εκτός από τη Σαουδική Αραβία. Έχουν γίνει διάφορες μελέτες, αλλά αφορούσαν μόνο κάποιες ομάδες πληθυσμού σε μερικές χώρες, όπως γυναίκες που παρακολουθούσαν προγράμματα υποβοηθούμενης γονιμότητας, ή και μελέτες που δεν ταξινομούσαν την παχυσαρκία ως  $BMI \geq 30$ . Παρά τα λίγα διαθέσιμα στοιχεία, θεωρείται ότι ο επιπολασμός της παχυσαρκίας μεταξύ των ενηλίκων σε χώρες της ανωτέρω περιοχής είναι υψηλός και ότι για τις

---

<sup>15</sup> Οπ. Παρ. (1),σελ.47

γυναίκες αποτελεί ιδιαίτερα σοβαρό πρόβλημα. Σε γενικές γραμμές ο επιπολασμός της παχυσαρκίας μεταξύ των γυναικών είναι μεγαλύτερος από εκείνον που αναφέρεται για τις γυναίκες, στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες.<sup>16</sup>

Μεταξύ 1990 και 1993 έλαβε χώρα μια μελέτη, με σκοπό να ερευνήσει τις επιδράσεις του φύλου, της ηλικίας και της περιοχικής κατανομής πάνω στο υπερβολικό βάρος και την παχυσαρκία, ανάμεσα σε έναν αριθμό τυχαία επιλεγμένων ενηλίκων από τη Σαουδική Αραβία. Αποδεικνύεται ότι οι γυναίκες της μελέτης είχαν μεγαλύτερο επιπολασμό παχυσαρκίας από τον ήδη δημοσιευμένο αντίστοιχο επιπολασμό σε βιομηχανικές χώρες και ήταν σαφώς μεγαλύτερος εκείνου των ανδρών από όλες τις περιοχές της Σαουδικής Αραβίας. Επιπλέον, στοιχεία από την Εθνική Έρευνα στη Διατροφή έδειξαν ότι το 38% των παντρεμένων γυναικών και το 15,8% των παντρεμένων ανδρών ήταν παχύσαρκοι. Μία πρόσφατη μελέτη στην περιοχή της Ισλαμικής Δημοκρατίας αποκάλυψε ότι η παχυσαρκία είναι συχνότερη στους άνδρες από ό,τι στις γυναίκες.<sup>17</sup>

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας για τις Ελληνίδες και τους Έλληνες, με συνεχώς αυξανόμενες διαστάσεις. Ευρήματα δείχνουν ότι πάνω από το 50% των ανδρών είναι υπέρβαροι, σε όλες σχεδόν τις ομάδες ηλικιών. Οι παχύσαρκοι άνδρες αποτελούν το 20% - 33% του συνόλου των ανδρών, με μεγαλύτερα ποσοστά στις ηλικίες άνω των 45 ετών. Στις γυναίκες πάνω από το ένα τρίτο είναι υπέρβαρες μετά τα 35 έτη, ενώ το ποσοστό της παχυσαρκίας διπλασιάζεται μετά τα 45 έτη και ξεπερνά το 50%, στην ομάδα 65 έως 74 ετών. Από τα ψηλά αυτά ποσοστά των παχύσαρκων ατόμων υπολογίζεται ότι πάνω από το 10% των θανάτων στην Ελλάδα επέρχονται πρόωρα, εξαιτίας της παχυσαρκίας. Αυτό σημαίνει ότι περίπου 7.000 θάνατοι ετησίως σχετίζονται με την παχυσαρκία.<sup>18</sup>

<sup>16</sup> Όπ. παρ. (1), σελ.49

<sup>17</sup> Όπ. παρ. (1), σελ.50

<sup>18</sup> «Παχυσαρκία», άρθρο στο [www.paxysarkia.gr](http://www.paxysarkia.gr), 2/7/2007.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΕ ΕΥΡΩΠΑΙΟΥΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 50 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ

#### 2.1 Τα εμπειρικά δεδομένα της έρευνας

Στην παρούσα εργασία διερευνήσαμε τη συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας και των σχετιζόμενων με την παχυσαρκία καταστάσεων υγείας στον πληθυσμό ηλικίας 50 ετών και άνω, σε χώρες της Ευρώπης. Επιπροσθέτως, διερευνήσαμε τη σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και κάποιων εξωγενών χαρακτηριστικών (που όπως αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο της εργασίας μας πρόκειται περί σοβαρών παραγόντων κινδύνου της υγείας), καθώς επίσης και αυτο - εκτίμησης του επιπέδου υγείας και μελετήσαμε πως τα ανωτέρω διαφοροποιούνται μεταξύ των εξεταζόμενων χωρών. Τέλος, αξιολογήσαμε κατά πόσο διαφορές στην κοινωνική - δημογραφική σύνθεση των χωρών, εξηγούν ευρεία ετερογένεια στη συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας μεταξύ των ηλικιωμένων στην Ευρώπη. Τα καλύτερα δεδομένα για τη μελέτη μας θα ήταν μια πρόσφατη αντιπροσωπευτική διακρατική έρευνα με λεπτομερή πληροφόρηση περί την υγεία, δεδομένα σωματικού βάρους και ύψους, κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορικούς παράγοντες. Τα στοιχεία που χρειαζόμαστε τα εντοπίσαμε στη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη - (EΥΓΣΕ)», που χρηματοδοτήθηκε κυρίως από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή.

##### 2.1.1 Περί της μελέτης EΥΓΣΕ

Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη είναι η πρώτη επιστημονική μελέτη που εξετάζει τους διαφορετικούς τρόπους ζωής ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω σε δώδεκα χώρες, από τη Σκανδιναβία έως τη Μεσόγειο (έντεκα Ευρωπαϊκές και το Ισραήλ). Η έρευνα, που εξέτασε δείγμα 45.051 ατόμων γεννημένων το 1954 και ενωρίτερα, εστιάστηκε σε θέματα όπως το οικογενειακό περιβάλλον, οι οικογενειακές σχέσεις, η εργασία, οι συντάξεις, η οικονομική ασφάλεια και η υγεία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν το έτος 2004 και στην παρούσα εργασία επικεντρωθήκαμε στα δεδομένα που αφορούν ατομικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία, ύψος, βάρος), κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες (επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή κατάσταση), συμπεριφορές

(κάπνισμα) και καταστάσεις υγείας (γενική και ψυχική, καθώς και παθήσεις που έχουν σχετιστεί με την παχυσαρκία).

Τα βασικά πλεονεκτήματα των δεδομένων της μελέτης ΕΥΓΣΕ είναι ότι αναφέρονται σε δια-κρατικές διαφοροποιήσεις 12 χωρών και ότι εστιάζουν σε άτομα ηλικίας 50 και άνω, δηλαδή μια ομάδα του πληθυσμού με τον υψηλότερο κίνδυνο για χρόνια προβλήματα υγείας και λειτουργικούς περιορισμούς, από όλους τους ενήλικες.

Η μελέτη ΕΥΓΣΕ είναι διεπιστημονική διεθνής έρευνα, που συνδυάζει πληροφορίες για την υγεία, την κοινωνικοοικονομική θέση, τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα των Ευρωπαίων ηλικίας 50 & άνω και των συζύγων τους. Η έκδοση δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2.0 περιέχει δεδομένα από τις χώρες Αυστρία, Βέλγιο, Δανία, Γαλλία, Γερμανία, Ελλάδα, Ισραήλ, Ιταλία, Κάτω Χώρες, Ισπανία, Σουηδία, Ελβετία, διαμορφώνοντας μια ισορροπημένη και αντιπροσωπευτική εικόνα των διαφορετικών ευρωπαϊκών περιοχών, από τη Σκανδιναβία, την κεντρική Ευρώπη και τη Μεσόγειο.

Η μελέτη ΕΥΓΣΕ σχεδιάστηκε στα πρότυπα των μελετών US Health and Retirement Study (HRS), στην Αμερική και της αντίστοιχης English Longitudinal Study of Ageing (ELSA), στην Αγγλία. Τα δεδομένα αφορούν την υγεία των ερωτώμενων (π.χ. αυτό-εκτιμώμενο επίπεδο υγείας, φυσική λειτουργία, γνωστική λειτουργία, συμπεριφορές υγείας, χρησιμοποίηση υγειονομικής περίθαλψης και δαπάνες), ψυχολογικές διαστάσεις της (π.χ. ψυχολογική υγεία, ευημερία, ικανοποίηση από τη ζωή), την κοινωνικοοικονομική τους θέση (π.χ. εργασία, εισόδημα, πλούτος και κατανάλωση, κατοικία, εκπαίδευση) και την υπάρχουσα κοινωνική υποστήριξη (π.χ. κοινωνικά δίκτυα, εθελοντικές δραστηριότητες).

Η μελέτη ΕΥΓΣΕ υλοποιήθηκε σε τέσσερα στάδια, από την δημιουργία των ερωτηματολογίων μέχρι τη συλλογή των στοιχείων. Στο πρώτο στάδιο, που άρχισε τον Ιανουάριο του 2002, οι ομάδες εργασίας παρήγαγαν ένα ερωτηματολόγιο στην αγγλική γλώσσα, το οποίο αφού αναθεωρήθηκε λεπτομερώς μεταφράστηκε στις απαραίτητες γλώσσες. Στο δεύτερο στάδιο, το μεταφρασμένο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιήθηκε σε δείγμα 75 ατόμων σε κάθε χώρα (Ιούνιος 2003). Στο τρίτο στάδιο, μετά από τις περαιτέρω βελτιώσεις του ερωτηματολογίου, τον Ιανουάριο/Φεβρουάριο του 2004 χρησιμοποιήθηκε σε γνήσια δείγματα (περίπου 100 αρχικοί ερωτώμενοι ανά χώρα συν τους συζύγους τους). Κατά τη διάρκεια του τέταρτου σταδίου έγινε εκτενής στατιστική ανάλυση των πειραματικών δεδομένων. Οι βελτιώσεις, βασισμένες σε αυτές τις αναλύσεις οδήγησαν στην τελική μορφή του ερωτηματολογίου. Το πρώτο κύμα ερευνών, περίπου 1.500

οικογενειών ανά χώρα, ξεκίνησε αρχές Απριλίου 2004 και τελείωσε στις περισσότερες χώρες τον Οκτώβριο του ίδιου έτους.

Τα στοιχεία συλλέχθηκαν με τη χρήση λογισμικού προγράμματος, από ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό και αφού συγκεντρώθηκαν υποβλήθηκαν σε επεξεργασία και μετατράπηκαν σε αρχεία των λογισμικών πακέτων στατιστικής επεξεργασίας δεδομένων SPSS και STATA.

#### 2.1.1.1 Δειγματοληψία

Όπως λεπτομερώς περιγράφεται σε ειδική έκδοση του Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing,<sup>19</sup> η δειγματοληψία έγινε με τρόπο που να αποτυπώνεται στο δείγμα μια αρκετά αντιπροσωπευτική εικόνα του πληθυσμού ηλικίας 50 ετών και άνω στις χώρες που συμμετείχαν στην έρευνα. Στην Ελλάδα χρησιμοποιήθηκαν οι τηλεφωνικοί κατάλογοι. Ο μέσος ρυθμός ανταπόκρισης ήταν 55,4%, με τη Γαλλία και Ολλανδία να έχουν τα υψηλότερα ποσοστά (69,4% και 61,6%, αντίστοιχα), ενώ η Ελβετία το χαμηλότερο (37,6%).

#### 2.1.1.2 Μεταβλητές

Οι μεταβλητές που μας απασχόλησαν στη μελέτη μας, συνοψίζονται παρακάτω:

**Παχυσαρκία:** Η βασική μεταβλητή ήταν η μέτρηση του σχετικού σωματικού βάρους. Οι ερωτώμενοι κατηγοριοποιήθηκαν σε κατηγορίες βάρους, ανάλογα με το Δείκτη Μάζας Σώματος (βάρος σε κιλά διαιρεμένο με το τετράγωνο του ύψους, σε μέτρα), ο οποίος υπολογίστηκε από τις αυτό-εκτιμήσεις βάρους και ύψους των ερωτώμενων. Για τη διαστρωμάτωση των ερωτώμενων της μελέτης σε κατηγορίες βάρους, ακολουθήσαμε τα παρακάτω: λιποβαρείς ( $\Delta\text{Μ}\Sigma < 18.5$ ), κανονικού βάρους ( $\Delta\text{Μ}\Sigma$ : 18.5-24.9), υπέρβαροι ( $\Delta\text{Μ}\Sigma$ : 25.0-29.9), παχύσαρκοι ( $\Delta\text{Μ}\Sigma$ :  $\geq 30.0$ ).

**Κατάσταση υγείας:** Εξετάσαμε πέντε χρόνια προβλήματα υγείας, που αποδεδειγμένα σχετίζονται με την παχυσαρκία, όπως αναλύθηκαν στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας. Πρόκειται για προβλήματα υγείας που έχουν διαγνωστεί και οι ερωτώμενοι απάντησαν σχετικά στην ερώτηση: “Έχεις ποτέ ενημερωθεί από το γιατρό

---

<sup>19</sup> Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, «Health, Ageing and Retirement in Europe, First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe», April 2005

σου ότι πάσχεις από κάποια από τις παρακάτω ασθένειες ...” όπως (1) διαβήτης ή υψηλό σάκχαρο στο αίμα (ο τύπος του διαβήτη δεν διευκρινιζόταν), (2) καρδιαγγειακή ασθένεια (επεισόδιο καρδιακής προσβολής, συμπεριλαμβανομένου του εμφράγματος του μυοκαρδίου ή θρόμβωση της στεφανιαίας ή κάποιο άλλο καρδιολογικό πρόβλημα), (3) υψηλή πίεση ή υπέρταση, (4) υψηλή χοληστερίνη, και (5) αρθρίτιδα, συμπεριλαμβανομένης της οστεοαρθρίτιδας ή ρευματισμών.

Ακόμη, αναλύσαμε υποκειμενικές εκτιμήσεις της γενικής κατάστασης υγείας, χρησιμοποιώντας ένα δείκτη για ανεκτή ή φτωχή υγεία, όπως οι ερωτώμενοι την εκτιμούν για τον εαυτό τους. Η κατάσταση υγείας εκτιμήθηκε με την ερώτηση: “Θα μπορούσες να πεις ότι η υγεία σου είναι εξαιρετική, πολύ καλή, καλή, ανεκτή, ή φτωχή;” Τέλος, χρησιμοποιήσαμε την κλίμακα κατάθλιψης EURO-D για να εκτιμήσουμε πως η παχυσαρκία σχετίζεται με την συναισθηματική υγεία. Η κλίμακα κατάθλιψης EURO-D βασίστηκε σε κατηγοριοποιημένες απαντήσεις, αν κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα πριν τη συνέντευξη οι ερωτώμενοι αντιμετώπισαν προβλήματα σχετικά με 12 συναισθήματα: λύπη ή κατάθλιψη, τάση αυτοκτονίας, ενοχή, πρόβλημα ύπνου, έλλειψη ενδιαφερόντων, έλλειψη συγκέντρωσης, έλλειψη όρεξης για φαγητό, ευερεθιστότητα, κούραση, αδυναμία ευχαρίστησης, και τάση να βάλλει τα κλάματα. Το όριο ύπαρξης κατάθλιψης ήταν η βαθμολογία 4 και άνω στην κλίμακα κατάθλιψης EURO-D.

**Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές:** Συμπεριλάβαμε στην ανάλυσή μας και κοινωνικο-δημογραφικές παραμέτρους, όπως ηλικία (ηλικιακές ομάδες 50-54, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80+), επίπεδο εκπαίδευσης (δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια), ένα δείκτη για την οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση ή εργένικη ζωή) και ως παράγοντα κινδύνου από ατομικές συμπεριφορές στην υγεία, χρησιμοποιήσαμε τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής).



## 2.2 Τα αποτελέσματα της έρευνας

Το θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης μας, που στηρίχθηκε σε έρευνες από το χώρο της επιδημιολογίας και της κλινικής ιατρικής, αναπτύχθηκε στο πρώτο κεφάλαιο. Η πηγή των στατιστικών δεδομένων που χρησιμοποιήσαμε, καθώς και χαρακτηριστικά της μελέτης ΕΥΓΣΕ, αναφέρθηκαν συνοπτικά στο πρώτο τμήμα του δεύτερου κεφαλαίου ανωτέρω. Στο παρόν τμήμα της εργασίας μας θα παρουσιάσουμε περιγραφικές στατιστικές αναλύσεις του δείγματός μας.

### 2.2.1 Δημογραφικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά και καταστάσεις υγείας

Η πρώτη ομάδα των περιγραφικών στατιστικών αναλύσεων (πίνακες συχνοτήτων) αφορούν τα δημογραφικά, κοινωνικά χαρακτηριστικά και καταστάσεις υγείας των ερωτηθέντων ατόμων του δείγματος:

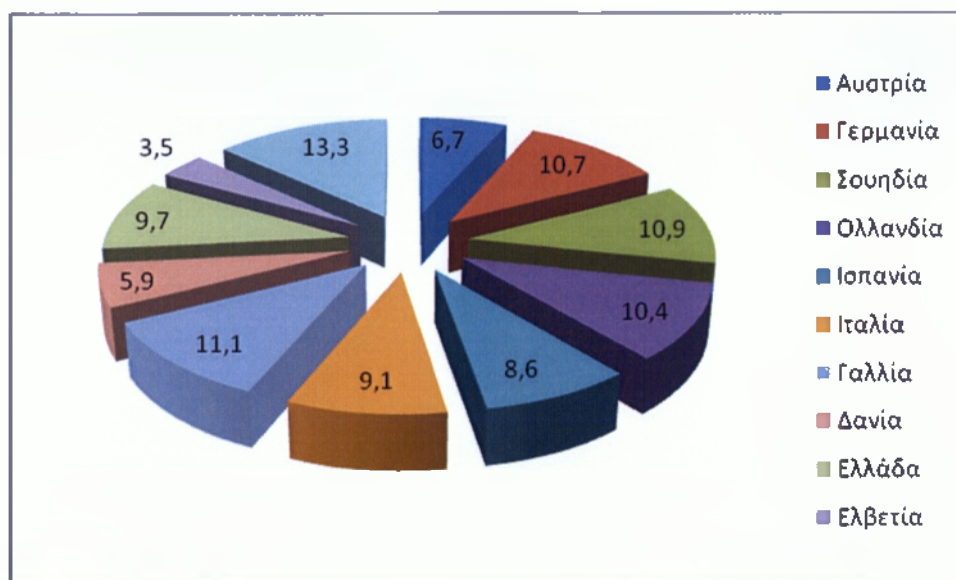
#### 2.2.1.1 Σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο

Από το σύνολο των δεδομένων της μελέτης ΕΥΓΣΕ αποκλείσαμε τους ερωτηθέντες κατοίκους του Ισραήλ (κυρίως διότι θεωρήσαμε ότι υπάρχουν διαφοροποιήσεις στον τρόπο ζωής τους, σε σχέση με τους κατοίκους των υπολοίπων Ευρωπαϊκών χωρών του δείγματος) και όσους ήταν μικρότερης ηλικίας από αυτή των 50 ετών, κατά τη χρονική στιγμή διενέργειας της έρευνας. Η επιλογή μας αυτή έγινε διότι το αποκαλούμενο «μεταβολικό σύνδρομο», που σχετίζεται με τις καταστάσεις υγείας που μελετάμε, σύμφωνα με σχετικές μελέτες εμφανίζεται κυρίως μετά την ηλικία των 50 ετών. Μετά από αυτούς τους αποκλεισμούς το δείγμα μας αριθμούσε τελικά 27.444 άτομα, ηλικίας 50 ετών και άνω, από 11 χώρες. Στο δείγμα αυτό συμμετείχαν κατά 13,3% άτομα προερχόμενα από το Βέλγιο και 3,5% από την Ελβετία (υψηλότερο και χαμηλότερο ποσοστό αντίστοιχα, με μέσο ποσοστό συμμετοχής 9,1%), ενώ οι Έλληνες συμμετείχαν σε ποσοστό 9,7% (Πίνακας 2.1).

**Πίνακας 2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Συχνότητα	Ποσοστό
Αυστρία	1.849	6,7
Γερμανία	2.941	10,7
Σουηδία	2.997	10,9
Ολλανδία	2.865	10,4
Ισπανία	2.353	8,6
Ιταλία	2.508	9,1
Γαλλία	3.038	11,1
Δανία	1.615	5,9
Ελλάδα	2.669	9,7
Ελβετία	960	3,5
Βέλγιο	3.649	13,3
Σύνολο	27.444	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



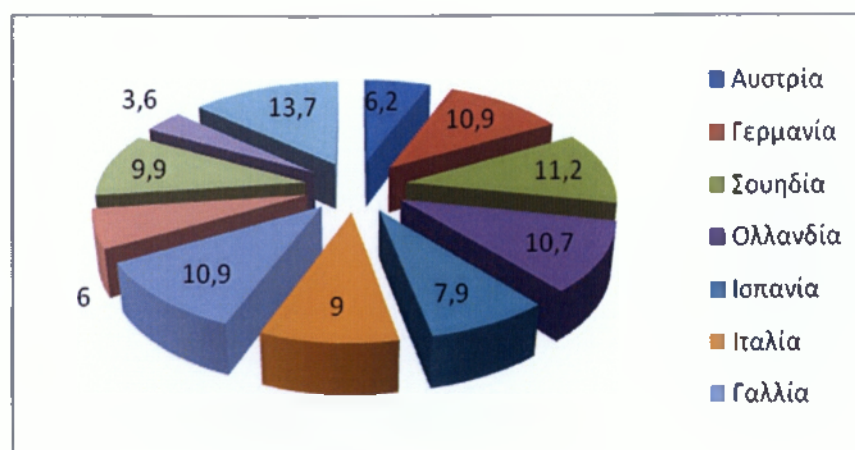
**Διάγραμμα 2.1: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Η κατανομή του δείγματος ανά φύλο (άντρες, γυναίκες) δεν διαφοροποιείται σημαντικά, σε σχέση με τη συμμετοχή που προαναφέρθηκε μεταξύ χωρών. Απλώς υπερέχουν οι γυναίκες σε κάθε χώρα και επομένως στο σύνολο, με μεγαλύτερη ποσοστιαία συμμετοχή στις περιπτώσεις των δειγμάτων των χωρών Ισπανίας και Αυστρίας (Πίνακες 2.2 & 2.3).

**Πίνακας 2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Συχνότητα	Ποσοστό
Αυστρία	777	6,2
Γερμανία	1.370	10,9
Σουηδία	1.407	11,2
Ολλανδία	1.348	10,7
Ισπανία	989	7,9
Ιταλία	1.126	9,0
Γαλλία	1.367	10,9
Δανία	757	6,0
Ελλάδα	1.241	9,9
Ελβετία	455	3,6
Βέλγιο	1.715	13,7
Σύνολο	12.552	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

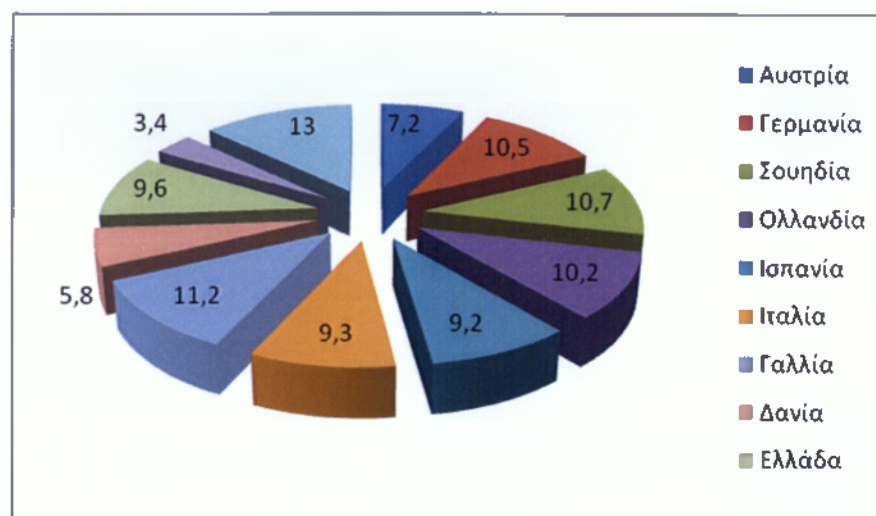


**Διάγραμμα 2.2: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊές (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Συχνότητα	Ποσοστό
Αυστρία	1.072	7,2
Γερμανία	1.571	10,5
Σουηδία	1.590	10,7
Ολλανδία	1.517	10,2
Ισπανία	1.364	9,2
Ιταλία	1.382	9,3
Γαλλία	1.671	11,2
Δανία	858	5,8
Ελλάδα	1.428	9,6
Ελβετία	505	3,4
Βέλγιο	1.934	13,0
Σύνολο	14.982	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



**Διάγραμμα 2.3: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊές (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

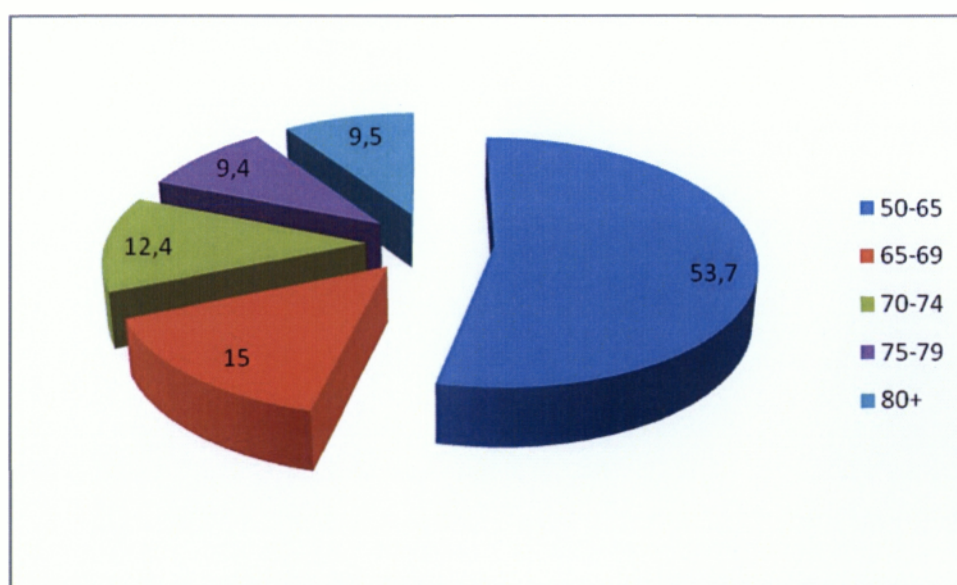
### 2.2.1.2 Σύνολο του δείγματος ανά ηλικιακές κατηγορίες, και φύλο

Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες από όλες τις χώρες (11) είναι μεταξύ 50 και 65 ετών (Διάγραμμα 2.4) και μεταξύ αυτών υπερέχουν ελαφρά οι της ηλικιακής ομάδας 55-59. Επί του συνόλου του δείγματος η ηλικιακή ομάδα 80+ αποτελεί το 9,5% (Πίνακες 2.4) και υπερτερούν οι γυναίκες των ανδρών (10,9% έναντι 7,8%), ενώ στις λοιπές ομάδες οι διαφοροποιήσεις ανά φύλο είναι αμελητέες (Πίνακες 2.5 & 2.6).

**Πίνακας 2.4: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Ηλικιακές ομάδες	Συχνότητα	Ποσοστό
50-54	5.047	18,4
55-59	5.111	18,6
60-64	4.581	16,7
65-69	4.111	15,0
70-74	3.411	12,4
75-79	2.578	9,4
80+	2.605	9,5
Σύνολο	27.444	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



**Διάγραμμα 2.4: Ενήλικες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.5: Ενήλικες άνδρες Ευρωπαίοι (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Ηλικιακές ομάδες	Συχνότητα	Ποσοστό
50-54	2.310	18,4
55-59	2.373	18,9
60-64	2.139	17,0
65-69	1.978	15,8
70-74	1.611	12,8
75-79	1.157	9,2
80+	984	7,8
Σύνολο	12.552	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

**Πίνακας 2.6: Ενήλικες γυναίκες Ευρωπαϊκές (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή ομάδα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Ηλικιακές ομάδες	Συχνότητα	Ποσοστό
50-54	2.737	18,4
55-59	2.738	18,4
60-64	2.442	16,4
65-69	2.133	14,3
70-74	1.800	12,1
75-79	1.421	9,5
80+	1.621	10,9
Σύνολο	14.892	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

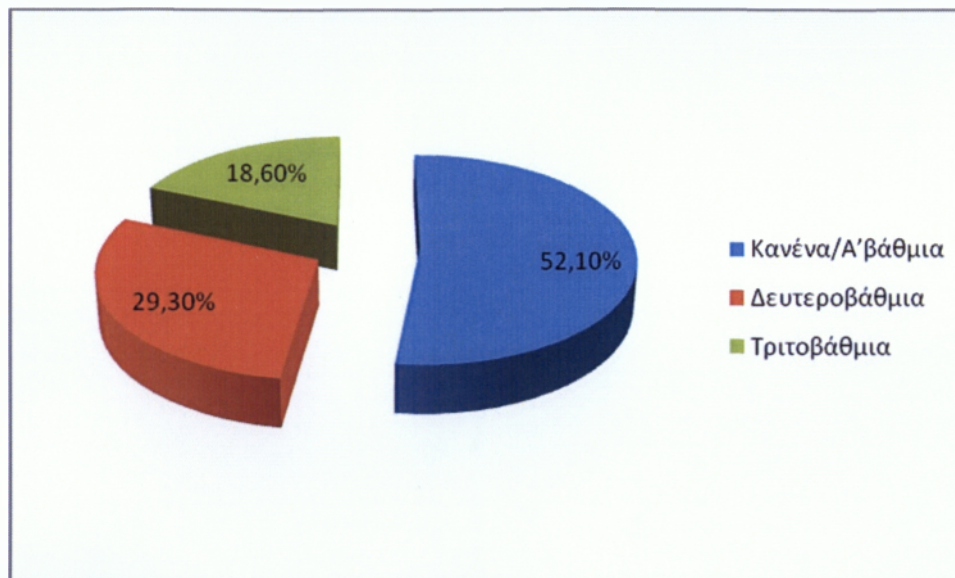
### 2.2.1.3 Σύνολο του δείγματος ανά επίπεδο εκπαίδευσης, και φύλο

Πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (52,1%) 50 ετών και άνω Ευρωπαίων, δεν έχουν φοιτήσει σε δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (Διάγραμμα 2.5) και περισσότεροι εξ' αυτών είναι γυναίκες. Το 1/3 περίπου (29,3%) έχει φοιτήσει σε δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης, με τους άντρες να υπερτερούν και η ψαλίδα μεταξύ ανδρών γυναικών διευρύνεται μεταξύ όσων έχουν ολοκληρώσει τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (18,6%) (Πίνακας 2,7 & Διάγραμμα 2.6).

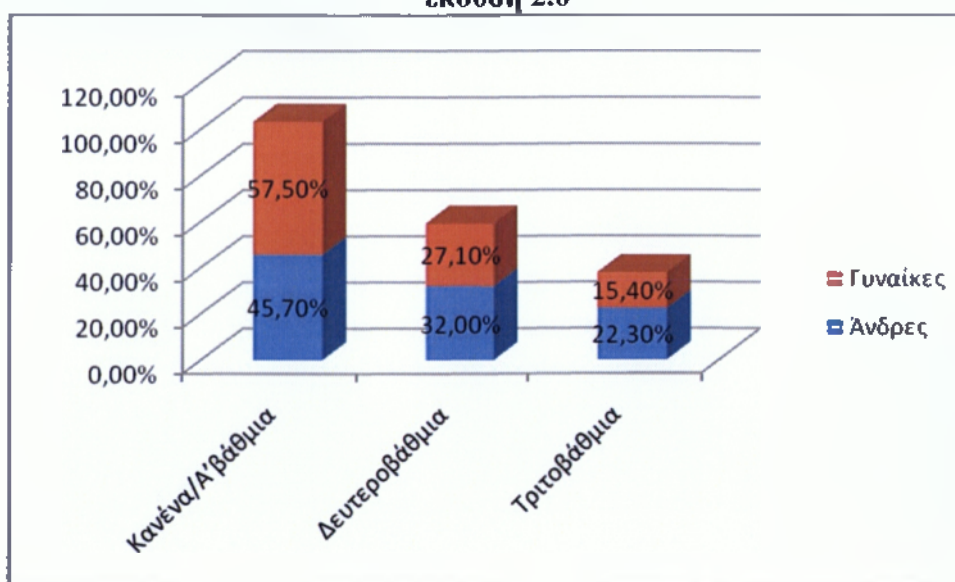
**Πίνακας 2.7: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών και γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

	Κανένα/Α'βάθμια	Δευτεροβάθμια	Τριτοβάθμια
Άνδρες	45,7%	32,0%	22,3%
Γυναίκες	57,5%	27,1%	15,4%
Σύνολο	52,1%	29,3%	18,6%

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



**Διάγραμμα 2.5: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών και γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**



**Διάγραμμα 2.6: Επίπεδο εκπαίδευσης ενηλίκων ανδρών και γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

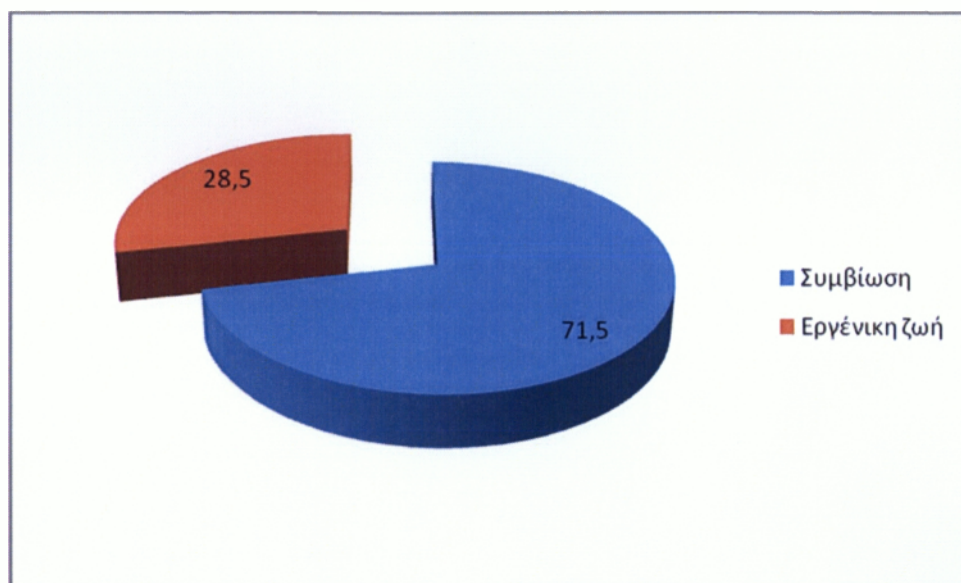
#### 2.2.1.4 Σύνολο του δείγματος ανά οικογενειακή κατάσταση, γώρα και φύλο

Ένα μεγάλο ποσοστό των ενηλίκων Ευρωπαίων, άνω του 50% (περίπου 71,5%) συμβιώνει με άλλο πρόσωπο, ενώ ένα μικρό ποσοστό, το οποίο καλύπτει περίπου το ¼ του δείγματος (28,5%) βιώνει εργένικη ζωή (Πίνακας 2.8 & Διάγραμμα 2.7)

**Πίνακας 2.8: Οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση / εργένικη) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Συμβίωση	19.570	71,3	71,5
Εργένικη	7.798	28,4	28,5
Υποσύνολο	27.368	99,7	
missing	76	3	
Σύνολο	27.444	100,0	100,0

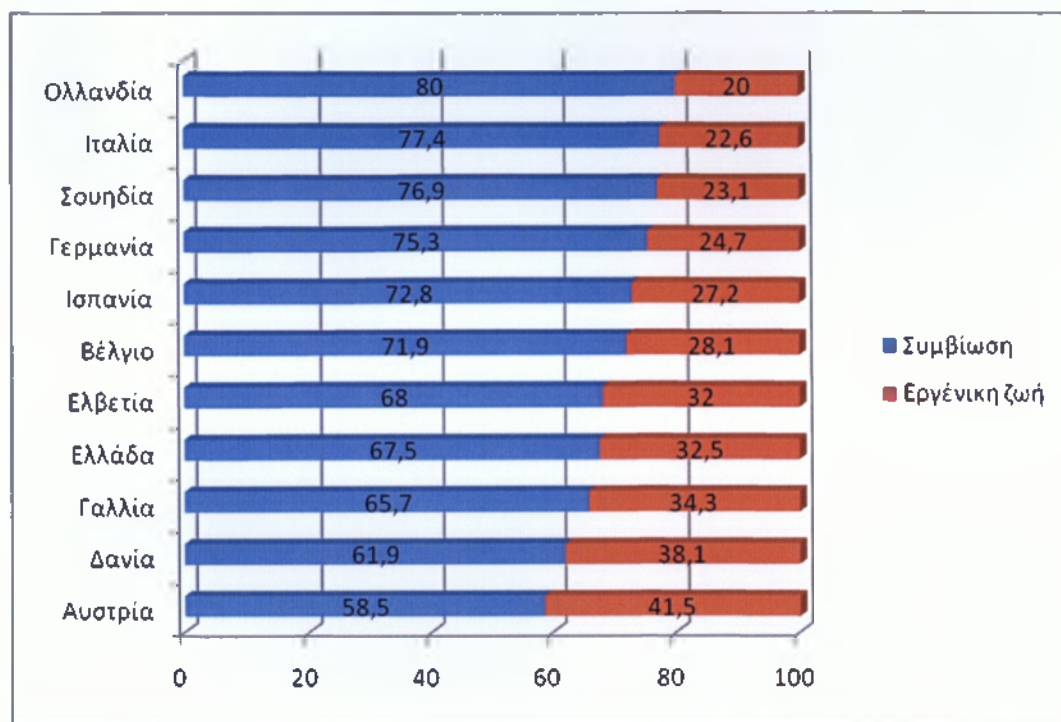
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



**Διάγραμμα 2.7: Οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση / εργένικη) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ποσοστά συμμετοχής στο δείγμα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**



Η Ολλανδία εμφανίζεται με το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) συμβίωσης και ακολουθεί η Ιταλία (77,4%), η Σουηδία (76,9%), η Γερμανία (75,3%) και λίγο χαμηλότερα βρίσκεται η Ελλάδα με (67,5). Η Αυστρία έχει τους περισσότερους εργένηδες (41,5%) και ακολουθεί η Δανία (38,1%) και η Γαλλία (34,3%) (Διάγραμμα 2.8 & Πίνακας 2.9).

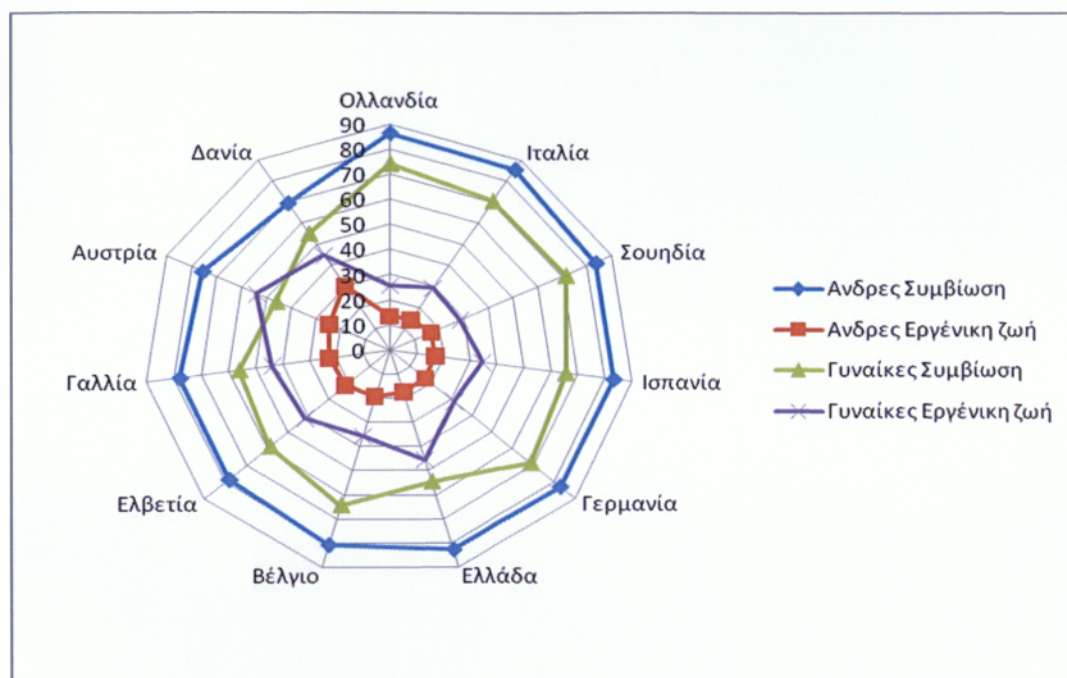


**Διάγραμμα 2.8 & Πίνακας 2.9: Οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση / εργένικη) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα (σε ποσοστά), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Συμβίωση	Εργένικη	Υποσύνολο
Αυστρία	58,5	41,5	100,0
Γερμανία	75,3	24,7	100,0
Σουηδία	76,9	23,1	100,0
Ολλανδία	80,0	20	100,0
Ισπανία	72,8	27,2	100,0
Ιταλία	77,4	22,6	100,0
Γαλλία	65,7	34,3	100,0
Δανία	61,9	38,1	100,0
Ελλάδα	67,5	32,5	100,0
Ελβετία	68,0	32,0	100,0
Βέλγιο	71,9	28,1	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Πολλές ενήλικες γυναίκες ζουν μόνες, προφανώς γιατί μετά το θάνατο του συζύγου δεν επεδίωξαν κάποιας μορφής συμβίωση, σε αντίθεση με τους άντρες. Το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται εντονότερο στην Αυστρία και ακολουθούν η Ελλάδα, η Δανία και η Γαλλία (Διάγραμμα 2.9 & Πίνακες 2.10, 2.11).



**Διάγραμμα 2.9: Οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση / εργένικη) ενηλίκων ανδρών & γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα (σε ποσοστά), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.10: Οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση / εργένικη) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα (σε ποσοστά), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Συμβίωση	Εργένικη	Υποσύνολο
Αυστρία	75,5	24,5	100,0
Γερμανία	82,8	17,2	100,0
Σουηδία	83,3	16,7	100,0
Ολλανδία	86,6	13,4	100,0
Ισπανία	83,0	17,0	100,0
Ιταλία	85,7	14,3	100,0
Γαλλία	77,6	22,4	100,0
Δανία	69,6	30,4	100,0
Ελλάδα	82,5	17,5	100,0
Ελβετία	78,4	21,6	100,0
Βέλγιο	80,6	19,4	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

**Πίνακας 2.11: Οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση / εργένικη) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα (σε ποσοστά), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Συμβίωση	Εργένικη	Υποσύνολο
Αυστρία	46,1	53,9	100,0
Γερμανία	68,7	31,3	100,0
Σουηδία	71,3	28,7	100,0
Ολλανδία	74,3	25,7	100,0
Ισπανία	65,4	34,6	100,0
Ιταλία	70,6	29,4	100,0
Γαλλία	56,1	43,9	100,0
Δανία	55,1	44,9	100,0
Ελλάδα	54,4	45,6	100,0
Ελβετία	58,5	41,5	100,0
Βέλγιο	64,3	35,7	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

#### 2.2.1.5 Καπνιστική συνήθεια στο σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο

Πάνω από τους μισούς (52,3%) ενήλικες Ευρωπαίους δεν καπνίζουν, λίγο παραπάνω από το ¼ του δείγματος ήταν κάποτε καπνιστές αλλά έχουν παραιτηθεί. Μόνο το (19,1%) είναι καπνιστές (Διάγραμμα 2.10 & Πίνακας 2.12).



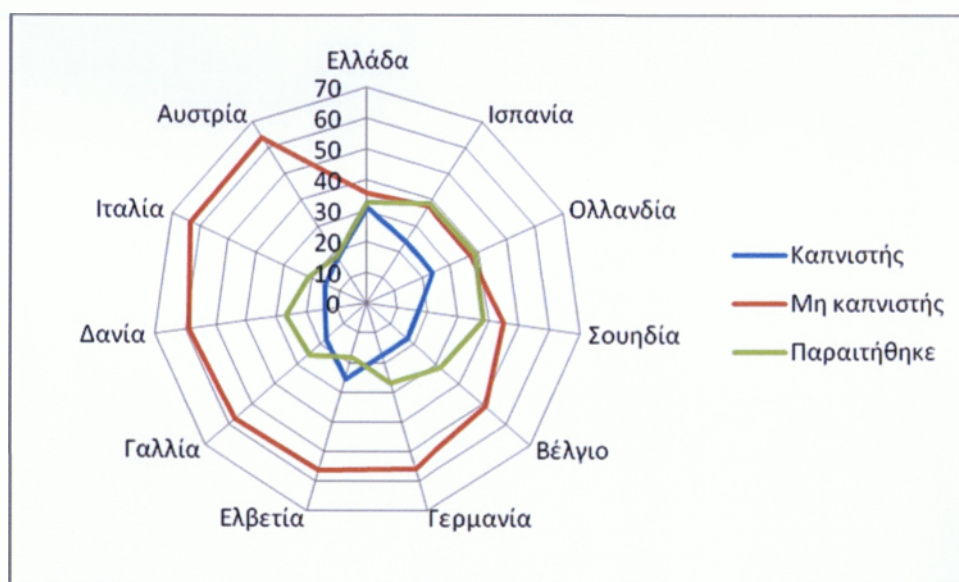
**Διάγραμμα 2.10: Καπνιστική συνήθεια ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.12: Καπνιστική συνήθεια ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Καπνιστής	5.239	19,1	19,2
Μη καπνιστής	14.358	52,3	52,6
Παραιτήθηκε	7.700	28,1	28,2
Υποσύνολο	27.309	99,5	
missing	135	0,5	
Σύνολο	27.444	100,0	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Οι Έλληνες καπνιστές είναι οι περισσότεροι (31,2%), ακολουθεί η Ελβετία (25,5%), η Ολλανδία και η Ισπανία (23,7%). Η Αυστρία είναι πρώτη σε μη καπνίζοντες ενήλικες με περισσότερους από τους μισούς του δείγματος (63,8%) και πολύ κοντά βρίσκεται η Ιταλία (63,5%). Οι χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά παραιτηθέντων από το κάπνισμα είναι η Ολλανδία και Ισπανία (38,7%), η Σουηδία (38,3%), αλλά και η Ελλάδα (Διάγραμμα 2.11 & Πίνακας 2.13).



**Διάγραμμα 2.11: Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

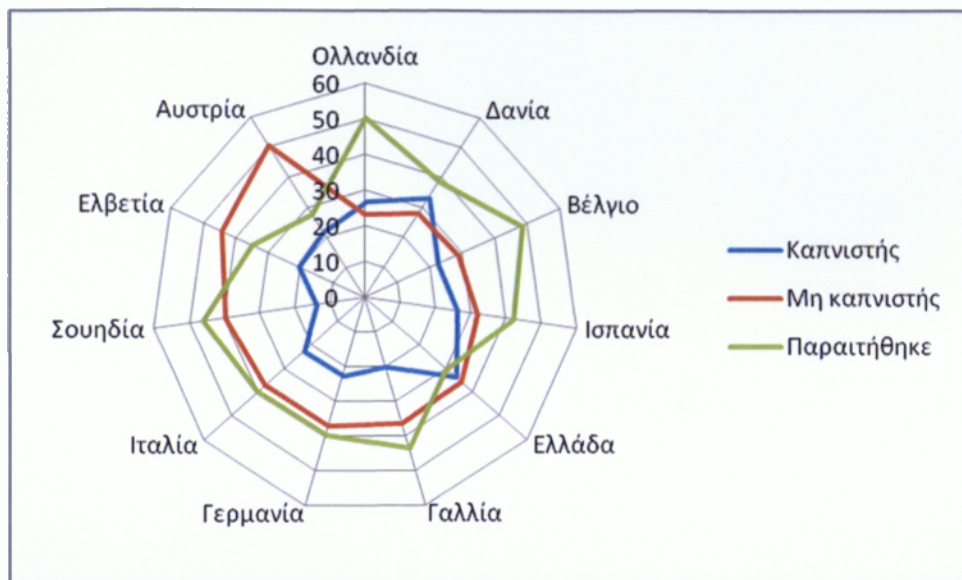
**Πίνακας 2.13: Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Καπνιστής	Μη καπνιστής	Παραιτήθηκε	Υποσύνολο
Αυστρία	17,9	63,8	18,3	100,0
Γερμανία	17,4	55,8	26,7	100,0
Σουηδία	16,7	45,0	38,3	100,0
Ολλανδία	23,7	37,5	38,7	100,0
Ισπανία	23,7	37,5	38,7	100,0
Ιταλία	15,4	63,5	21,1	100,0
Γαλλία	17,8	57,1	25,0	100,0
Δανία	14,1	58,8	27,0	100,0
Ελλάδα	31,2	35,9	32,8	100,0
Ελβετία	25,5	56,3	18,2	100,0
Βέλγιο	17,3	51,0	31,7	100,0

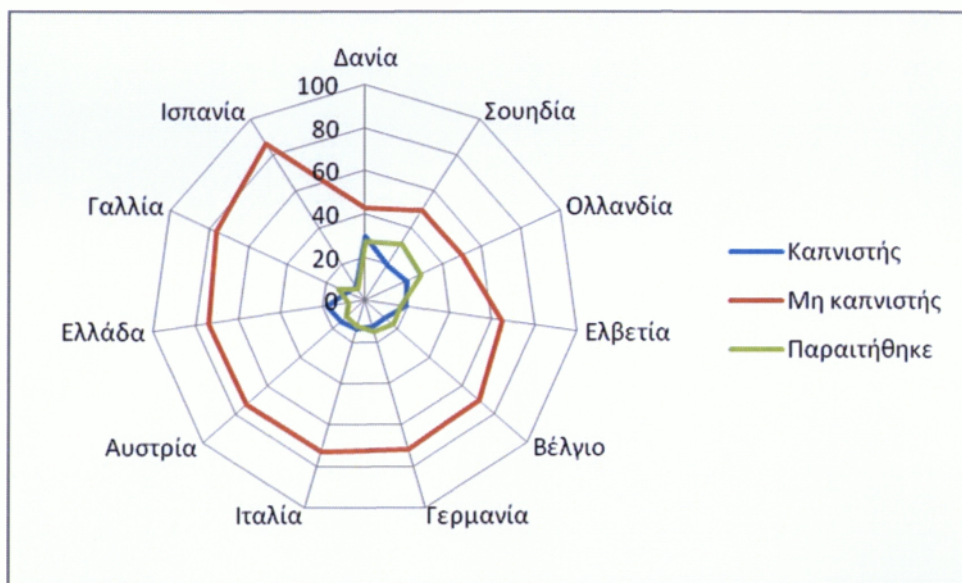
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Η Ελλάδα έχει τους περισσότερους καπνιστές ενήλικες άνδρες (33,8%), μετά η Δανία με μικρή διαφορά (33,1%), ενώ οι γυναίκες καπνίστριες της Δανίας είναι οι περισσότερες με λίγο μικρότερο ποσοστό από τους άντρες (29,5%). Οι Ολλανδέζες καπνίστριες ακολουθούν με σχετικά υψηλό ποσοστό (21,2%) και ακολουθούν οι Σουηδέζες (19,1%), οι Ελβετίδες (18,7%) και οι Ελληνίδες (18,2%). Οι ενήλικες γυναίκες στην Ισπανία φαίνεται να έχουν αποκτήσει την κακή συνήθεια του καπνίσματος σε περιορισμένο σχετικά βαθμό (7,6%). Οι μισοί ενήλικες άντρες της Αυστρίας (50,6%) είναι μη καπνίζοντες, ακολουθούν οι Ελβετοί (44,5%), οι Σουηδοί (39,7%), οι Ιταλοί (37,3%), οι Γερμανοί (37,2%), οι Γάλλοι (36,4%) και οι Έλληνες (35,9%). Μεγάλο ποσοστό των γυναικών της Ισπανίας (86,3%) ανήκουν στους μη καπνίζοντες και αμέσως μετά έχουμε την Γαλλία (77,0%), την Ελλάδα (74,1%), την Αυστρία (73,4%). Οι μισοί άντρες από το δείγμα της Ολλανδίας (50,3%) ήταν κάποτε καπνιστές οι οποίοι έχουν παραιτηθεί, όπως επίσης και μεγάλο ποσοστό των Βέλγων (48,5%) και των Σουηδών (46,2%). Από τις χώρες όπου οι γυναίκες παραιτήθηκαν από το κάπνισμα, η Σουηδία έχει το μεγαλύτερο ποσοστό (31,2%) και ακολουθούν η Ολλανδία (28,4%) και η Δανία (27,6%). Οι Ελληνίδες κατέχουν το μικρότερο ποσοστό του δείγματος σε αυτή την κατηγορία. (Διαγράμματα

2.12, 2.13 & Πίνακες 2.14, 1.15). Η πλειοψηφία των γυναικών ανήκει στους μη καπνίζοντες, ενώ οι άντρες σ' αυτούς που ήταν καπνιστές, αλλά έχουν παραιτηθεί.



**Διάγραμμα 2.12: Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**



**Διάγραμμα 2.13: Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.14: Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών  
Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Καπνιστής	Μη καπνιστής	Παραιτήθηκε	Υποσύνολο
Αυστρία	21,8	50,6	27,6	100,0
Γερμανία	22,8	37,2	39,9	100,0
Σουηδία	13,9	39,7	46,2	100,0
Ολλανδία	26,6	23,1	50,3	100,0
Ισπανία	26,1	32,1	41,9	100,0
Ιταλία	22,7	37,3	40,0	100,0
Γαλλία	20,0	36,4	43,5	100,0
Δανία	33,1	27,9	38,6	100,0
Ελλάδα	33,8	35,9	30,3	100,0
Ελβετία	20,6	44,5	35,0	100,0
Βέλγιο	22,7	28,9	48,5	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

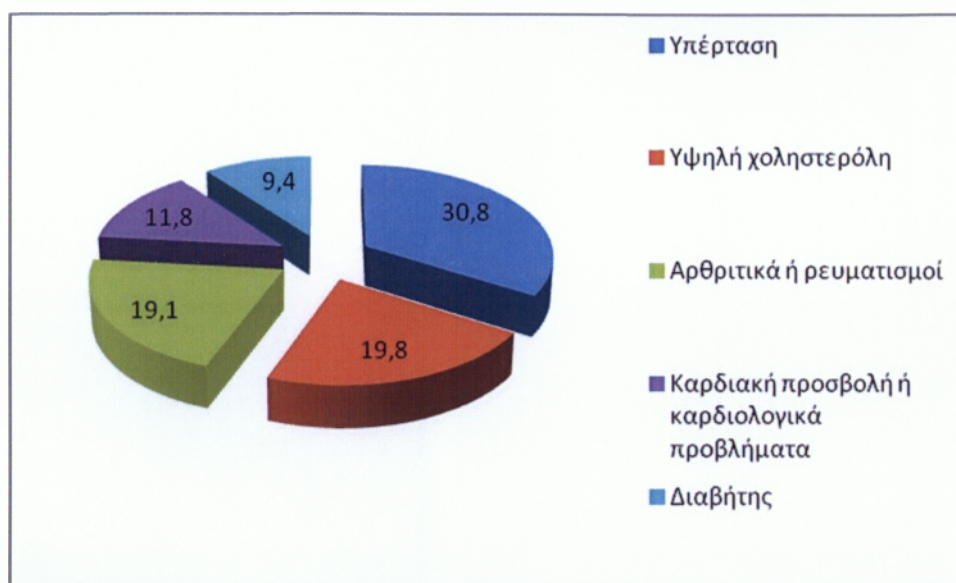
**Πίνακας 2.15: Καπνιστική συνήθεια (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών  
Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Καπνιστής	Μη καπνιστής	Παραιτήθηκε	Υποσύνολο
Αυστρία	15,0	73,4	11,5	100,0
Γερμανία	12,6	72,2	15,1	100,0
Σουηδία	19,1	49,6	31,2	100,0
Ολλανδία	21,2	50,4	28,4	100,0
Ισπανία	7,6	86,3	6,1	100,0
Ιταλία	13,9	73,2	12,9	100,0
Γαλλία	9,4	77,0	13,6	100,0
Δανία	29,5	42,9	27,6	100,0
Ελλάδα	18,2	74,1	7,6	100,0
Ελβετία	18,7	64,9	16,5	100,0
Βέλγιο	12,5	70,6	16,8	100,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

### 2.2.1.5 Καταστάσεις υγείας στο σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο

Όσον αφορά τα 5 βασικά προβλήματα υγείας που μελετήσαμε στο δείγμα μας, στα πλαίσια της έρευνάς μας, η υπέρταση εμφανίζεται στο δείγμα πιο συχνά (30,8%) και ακολουθούν η υψηλή χοληστερόλη (19,8) και τα αρθρικά ή ρευματισμοί (19,1%). Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα και διαβήτης είναι καταστάσεις αρνητικής υγείας που αφορούν περίπου έναν στους δέκα (11,8% και 9,3%, αντίστοιχα) ενήλικους Ευρωπαίους 50 ετών και άνω (Διάγραμμα 2.14 & Πίνακας 2.16).



**Διάγραμμα 2.14 & Πίνακας 2.16: Καταστάσεις υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό
Διαβήτης	2.557	9,3	9,4
Υπέρταση	8.421	30,7	30,8
Υψηλή χοληστερόλη	5.421	19,8	19,8
Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα	3.219	11,7	11,8
Αρθρικά ή ρευματισμοί	5.230	19,1	19,1
Υποσύνολο	27.312		
missing	132		
Σύνολο	27.444	100,0	100,0

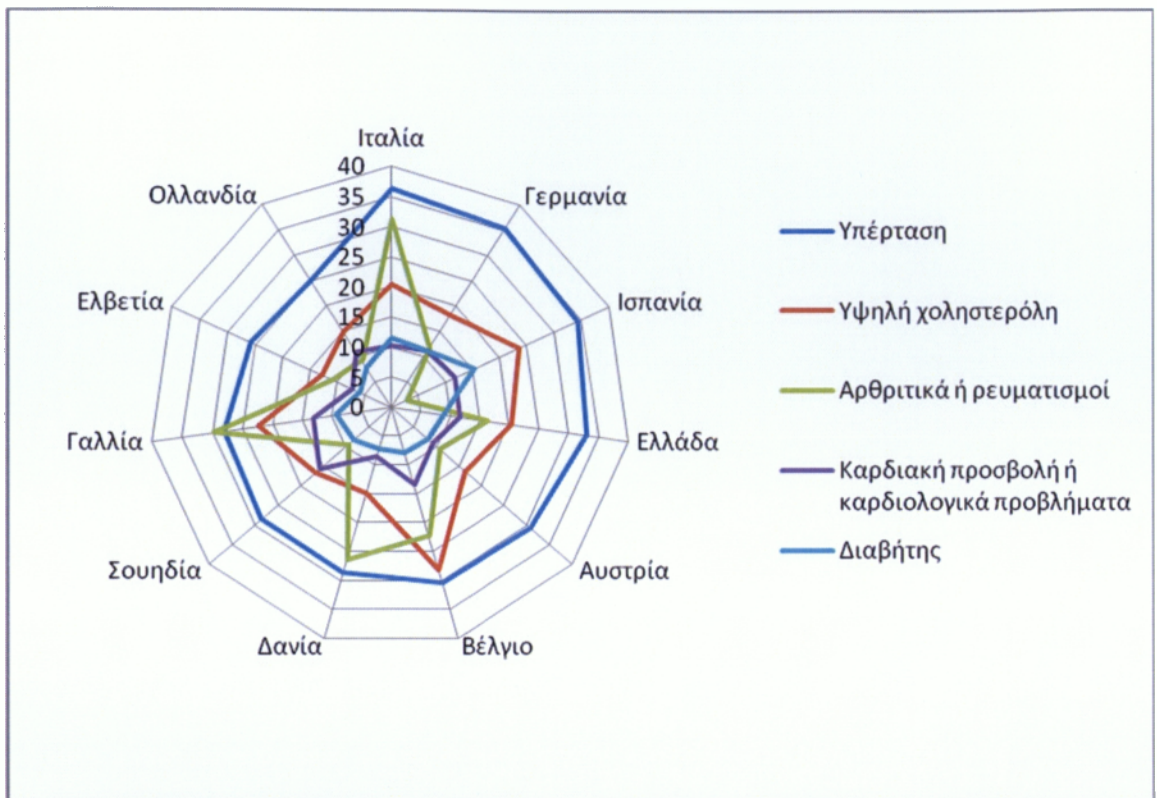
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Η υπέρταση εμφανίζεται πιο συχνά (άνω του μέσου όρου) στην Ιταλία (36,2%) στη Γερμανία (35,2%), στην Ισπανία (34,2%), στην Ελλάδα (33,0%) και στην Αυστρία (31%). Η υψηλή χοληστερόλη στο Βέλγιο (28,2%), στην Ισπανία (23,6%) στη Γαλλία (22,4%), στην Ελλάδα (20,4%) και στην Ιταλία (20,3%), ενώ αρθριτικά ή ρευματισμοί εμφανίζονται πιο συχνά στην Ιταλία (31,2%), Γαλλία (30,0%), Δανία (26,6%) και Βέλγιο (22,4%). Η καρδιακή προσβολή και τα καρδιολογικά προβλήματα εμφανίζονται πιο συχνά στη Σουηδία (15,9%), Βέλγιο (13,6%) και Γαλλία (13,2%), ενώ η Ελλάδα βρίσκεται στο μέσο όρο (11,6%). Ο διαβήτης εμφανίζεται πιο συχνά στην Ισπανία (15,1), στην Ιταλία (11,4%) και στη Γερμανία (11,0%), ενώ η Ελλάδα (8,7%) είναι κοντά στο μέσο όρο (Διάγραμμα 2.15 & Πίνακας 2.17).

Οι χώρες όπου οι καταστάσεις υγείας που εξετάζουμε εμφανίζονται σπανιότερα (κάτω του μέσου όρου του δείγματος) είναι η Ολλανδία και η Ελβετία. Χώρες με ένα μόνο από τα ανωτέρω προβλήματα να ξεπερνούν το μέσο όρο του δείγματος είναι η Αυστρία (υπέρταση), η Σουηδία (Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα) και η Δανία (Αρθριτικά ή ρευματισμοί), ενώ η χώρα που εμφανίζει συχνότερα τα 4 από τα 5 προβλήματα που εξετάζουμε είναι η Ιταλία (το πέμπτο: «Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα», βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο). Η Ελλάδα εμφανίζει συχνότερα τα 2 (υπέρταση και υψηλή χοληστερόλη) από τα 5 προβλήματα, ενώ στα 2 (Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα και Διαβήτη) βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο (Πίνακας 2.17).

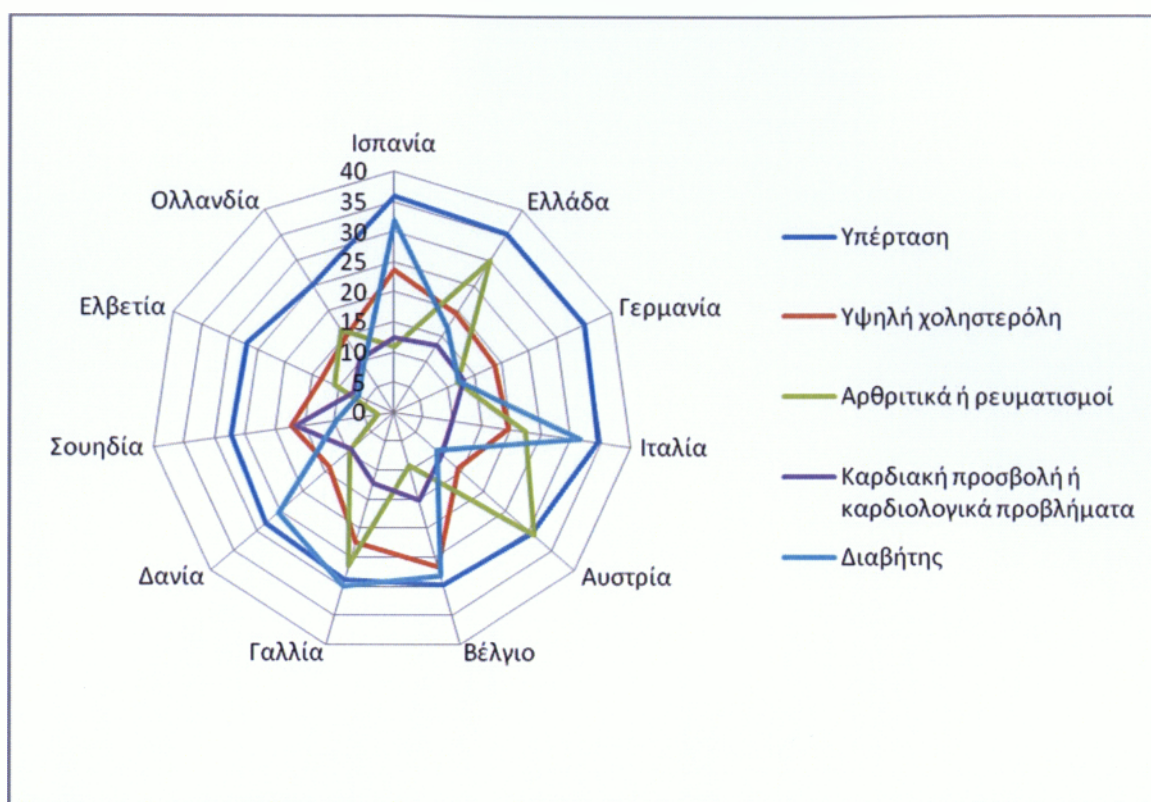
Οι άντρες εμφανίζουν πιο συχνά τα προβλήματα υγείας που εξετάζουμε, σε σχέση με τις γυναίκες, εκτός από την υψηλή χοληστερίνη σε εφτά από τις έντεκα χώρες, συμπεριλαμβανομένων και των Ελληνίδων (Διαγράμματα 2.16, 2.17, 2.18 & Πίνακες 2.18, 2.19).



**Διάγραμμα 2.15 & Πίνακας 2.17: Καταστάσεις υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Διαβήτης	Υπέρταση	Υψηλή χοληστερόλη	Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα	Αρθριτικά ή ρευματισμοί
Αυστρία	8,2	31,0	16,4	9,3	10,7
Γερμανία	11,0	35,2	18,2	11,2	11,7
Σουηδία	8,4	28,7	16,7	15,9	9,7
Ολλανδία	7,7	24,9	14,8	10,8	9,3
Ισπανία	15,1	34,2	23,6	11,6	2,7
Ιταλία	11,4	36,2	20,3	10,2	31,2
Γαλλία	9,3	28,2	22,4	13,2	30,0
Δανία	7,4	28,8	15,0	8,8	26,6
Ελλάδα	8,7	33,0	20,4	11,6	16,2
Ελβετία	5,8	25,7	12,8	7,2	10,9
Βέλγιο	8,0	30,6	28,2	13,6	22,4

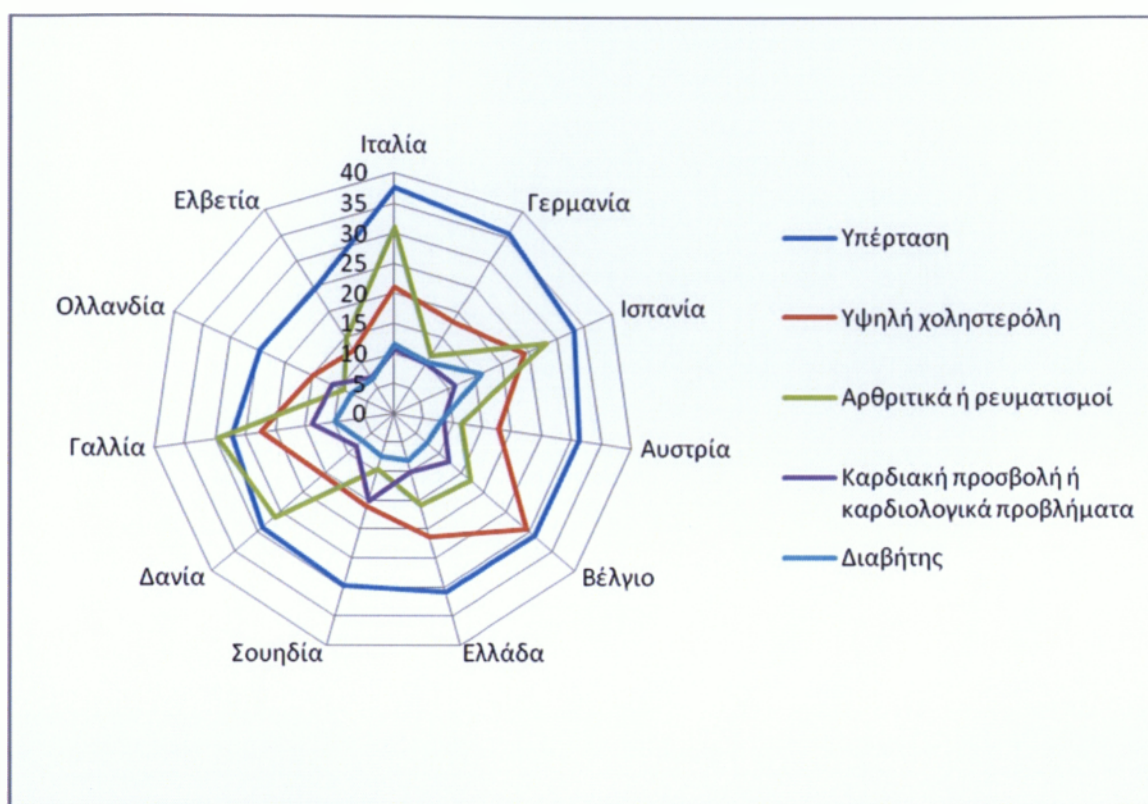
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



**Διάγραμμα 2.16 Πίνακας 2.18: Καταστάσεις υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Διαβήτης	Υπέρταση	Υψηλή χοληστερόλη	Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα	Αρθριτικά ή ρευματισμοί
Αυστρία	8,5	30,8	14,5	10,6	9,7
Γερμανία	12,0	35,1	18,6	12,8	12,0
Σουηδία	9,6	27,4	17,2	16,7	9,7
Ολλανδία	7,4	25,1	14,7	10,4	9,3
Ισπανία	13,8	35,7	23,4	12,3	31,8
Ιταλία	11,2	34,6	19,5	9,8	31,6
Γαλλία	8,4	29,1	22,5	12,4	30,1
Δανία	7,7	28,4	14,2	9,4	25,5
Ελλάδα	9,5	35,2	19,3	13,2	16,7
Ελβετία	4,6	27,1	13,2	7,5	6,4
Βέλγιο	8,9	29,9	26,8	15,2	28,4

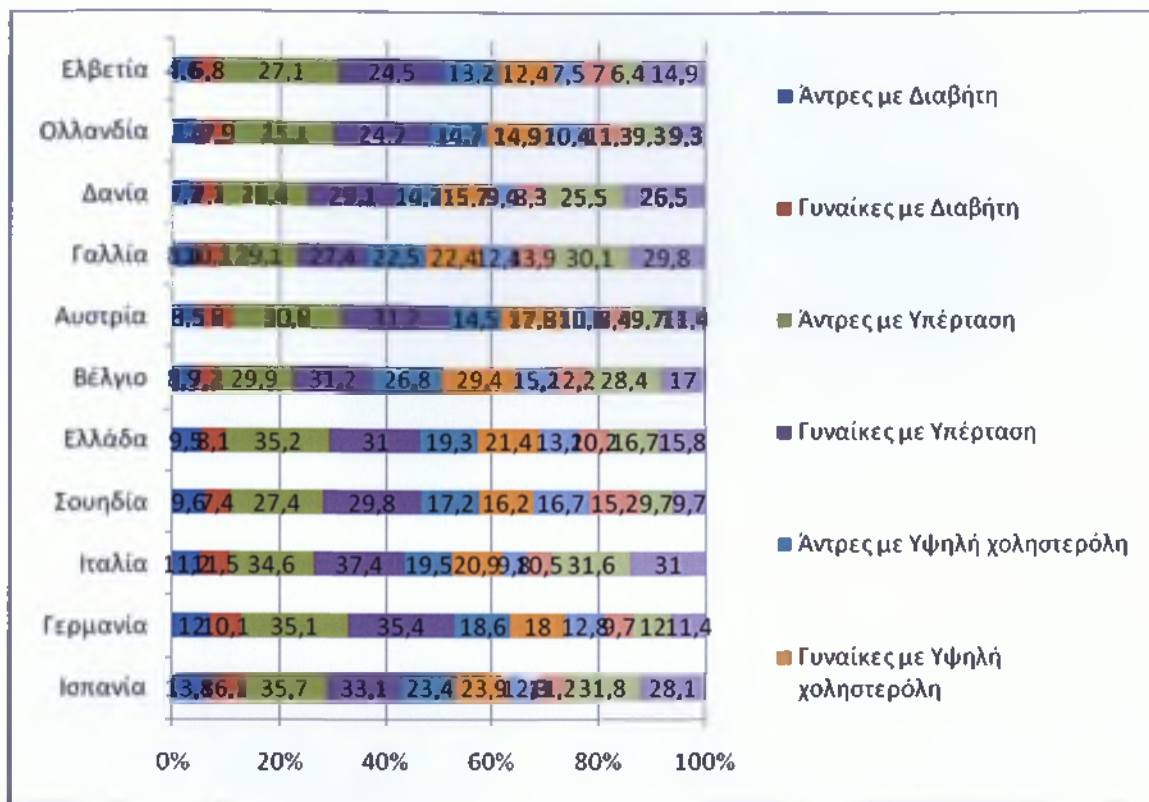
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



**Διάγραμμα 2.17 Πίνακας 2.19: Καταστάσεις υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Διαβήτης	Υπέρταση	Υψηλή χοληστερόλη	Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα	Αρθριτικά ή ρευματισμοί
Αυστρία	8,0	31,2	17,8	8,4	11,4
Γερμανία	10,1	35,4	18,0	9,7	11,4
Σουηδία	7,4	29,8	16,2	15,2	9,7
Ολλανδία	7,9	24,7	14,9	11,3	9,3
Ισπανία	16,1	33,1	23,9	11,2	28,1
Ιταλία	11,5	37,4	20,9	10,5	31,0
Γαλλία	10,1	27,4	22,4	13,9	29,8
Δανία	7,1	29,1	15,7	8,3	26,5
Ελλάδα	8,1	31,0	21,4	10,2	15,8
Ελβετία	6,8	24,5	12,4	7,0	14,9
Βέλγιο	7,2	31,2	29,4	12,2	17,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

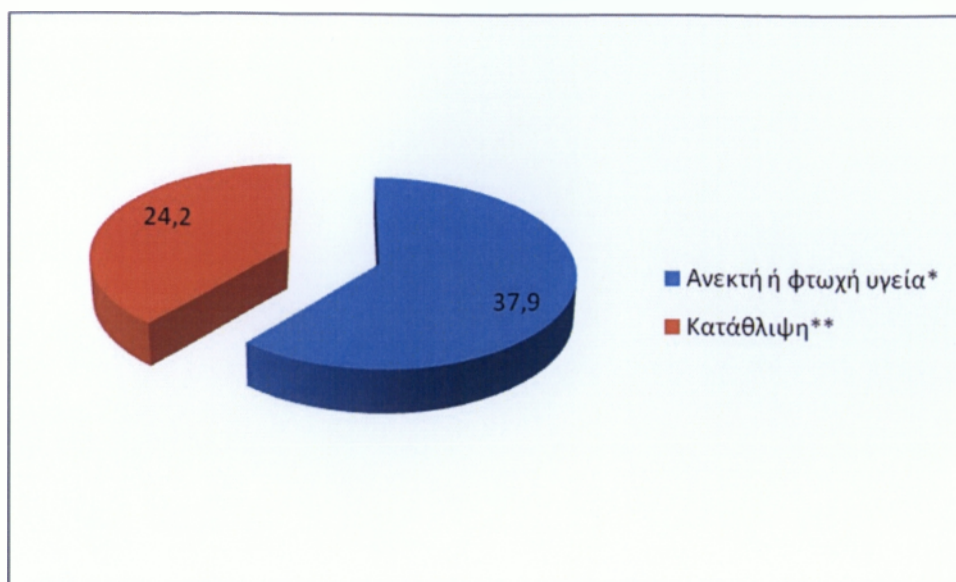


**Διάγραμμα 2.18 Καταστάσεις υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω) σε ποσοστά, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

2.2.1.6 Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας στο σύνολο του δείγματος, ανά χώρα και φύλο

Όπως έχει αναφερθεί στο προηγούμενο τμήμα της εργασίας μας, η κατάσταση γενικής υγείας αφορά υποκειμενικές εκτιμήσεις της γενικής κατάστασης υγείας, χρησιμοποιώντας ένα δείκτη για ανεκτή ή φτωχή υγεία, όπως οι ερωτώμενοι την εκτιμούν για τον εαυτό τους. Η κατάσταση πνευματικής υγείας εκτιμήθηκε με την κλίμακα κατάθλιψης EURO-D, με όριο ύπαρξης κατάθλιψης τη βαθμολογία 4 και άνω.

Είναι εντυπωσιακό ότι κάτι λιγότερο από 2 στους 5 ερωτηθέντες αυτό-εκτιμούν τη γενική κατάσταση της υγείας τους ως «ανεκτή ή φτωχή», ενώ κάτι λιγότερο από 1 στους 4 δηλώνουν ότι υποφέρουν από κατάθλιψη (Διάγραμμα 2.19 & Πίνακας 2.20).



**Διάγραμμα 2.19 & Πίνακας 2.20: Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

	Συχνότητα	Ποσοστό
Ανεκτή ή φτωχή υγεία*	10.401	37,9
Κατάθλιψη**	6.631	24,2

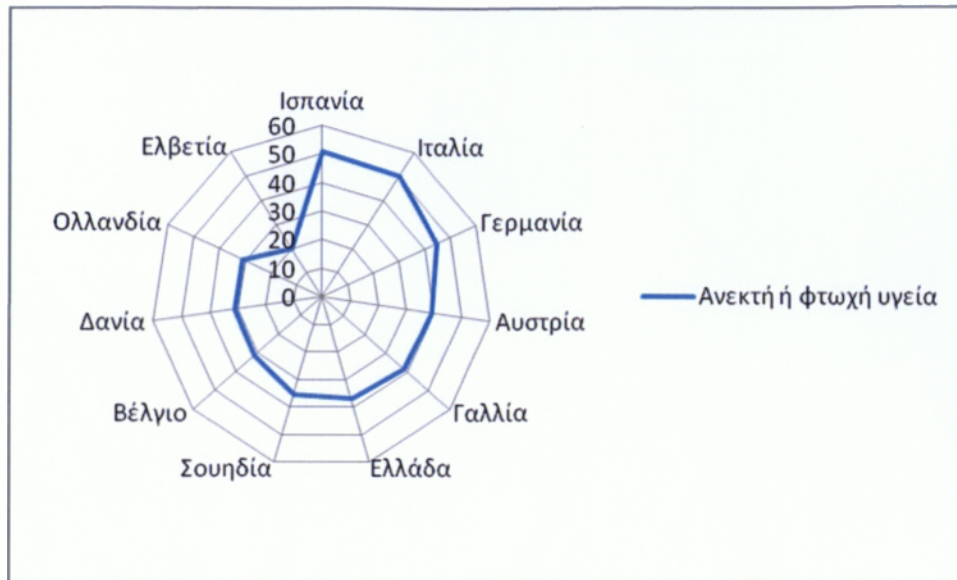
\* Απάντηση στην ερώτηση: “Θα μπορούσες να πεις ότι η υγεία σου είναι εξαιρετική, πολύ καλή, καλή, ανεκτή, ή φτωχή;”

\*\* Κλίμακα κατάθλιψης EURO-D

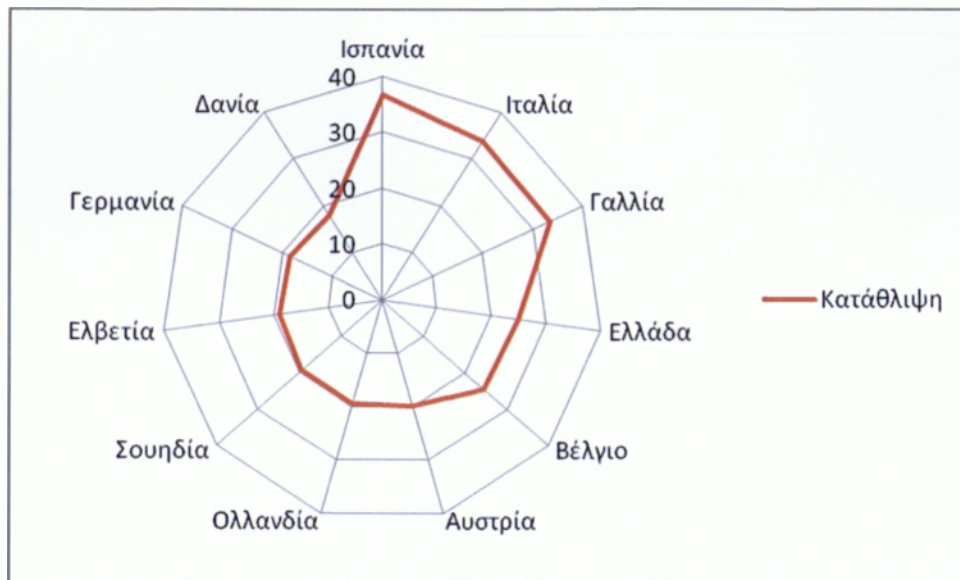
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Οι μισοί Ισπανοί του δείγματος αξιολογούν τη γενική τους υγεία ως ανεκτή ή φτωχή (50,8%), αλλά το ίδιο την αξιολογούν και οι μισοί Ιταλοί (50,4%). Ακολουθούν οι Γερμανοί (44,5%), οι Αυστριακοί (39,2%), οι Γάλλοι (38,3%), οι Έλληνες (37,0%), οι Σουηδοί (35,8%), οι Βέλγοι (31,4%), οι Δανοί (31,2%) και οι Ολλανδοί (31,1%) (Διάγραμμα 2.20 & Πίνακας 2.21).

Όσον αφορά την πνευματική υγεία, προηγείται η Ισπανία με τους περισσότερους ενήλικες με κατάθλιψη (36,8%), ακολουθεί η Ιταλία (33,8%), η Γαλλία (33,5%), η Ελλάδα (24,9%), το Βέλγιο (24,6%), η Αυστρία (19,9%), η Ολλανδία (19,4%), η Σουηδία (19,3%), η Ελβετία (18,8%), η Γερμανία (18,5%) και η Δανία (17,9%) (Διάγραμμα 2.20 & Πίνακας 2.21).



**Διάγραμμα 2.20: Κατάσταση γενικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**



**Διάγραμμα 2.21: Κατάσταση πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.21: Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενήλικων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Ανεκτή ή φτωχή υγεία	Κατάθλιψη
Αυστρία	39,2	19,9
Γερμανία	44,5	18,5
Σουηδία	35,8	19,3
Ολλανδία	31,1	19,4
Ισπανία	50,8	36,8
Ιταλία	50,4	33,8
Γαλλία	38,3	33,5
Δανία	31,2	17,9
Ελλάδα	37,0	24,9
Ελβετία	19,9	18,8
Βέλγιο	31,4	24,6

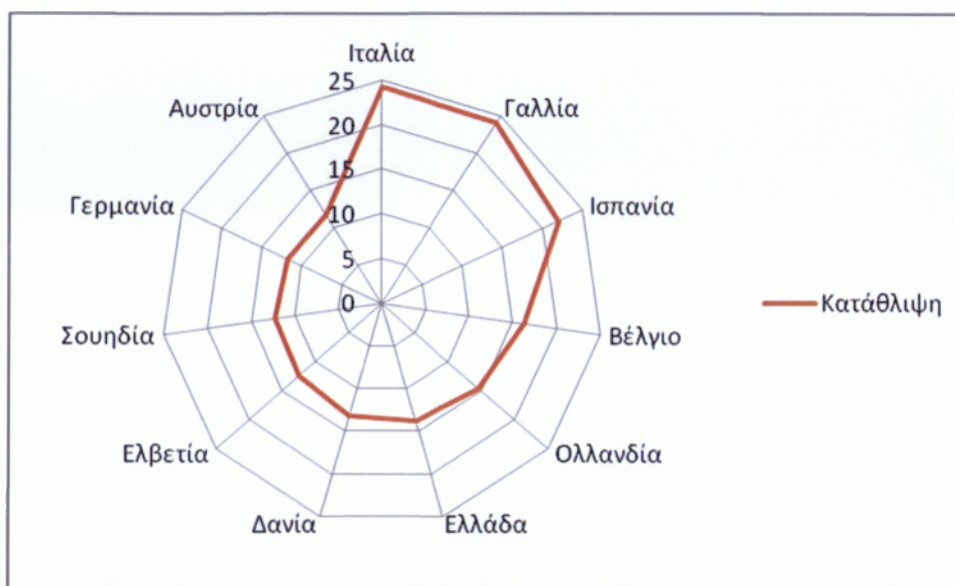
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Ανά φύλλο οι ανωτέρω κατανομές έχουν ως εξής, με τις γυναίκες σε δεινότερη θέση: Μεταξύ των αντρών οι Ιταλοί άντρες είναι οι περισσότεροι με ανεκτή ή φτωχή υγεία (45,8%) και ακολουθούν οι Ισπανοί (44,6%), οι Γερμανοί (42,7%), οι Γάλλοι (37,9%), οι Αυστριακοί (35,6%), οι Σουηδοί (32,5%), οι Ολλανδοί (30,4%), οι Έλληνες (29,7%), οι Βέλγοι (29,2%), οι Δανοί (28,7%), και οι Ελβετοί (17,3%). Όσον αφορά τις γυναίκες, πάνω από τις μισές γυναίκες του δείγματος της Ισπανίας θεωρούν ότι η υγεία είναι ανεκτή ή φτωχή (55,4%) και ακολουθούν οι γυναίκες της Ιταλίας (54,2%), της Γερμανίας (46,1%), της Ελλάδας (43,3%), της Αυστρίας (41,9%), της Σουηδίας (38,7%), της Γαλλίας (38,6%), της Δανίας (33,4%), του Βελγίου (33,3%), της Ολλανδίας (31,7%) και της Ελβετίας (22,2%) (Διαγράμματα 2.22, 2.24 & Πίνακες 2.22, 2.23).





**Διάγραμμα 2.22: Κατάσταση γενικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**



**Διάγραμμα 2.23: Κατάσταση πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

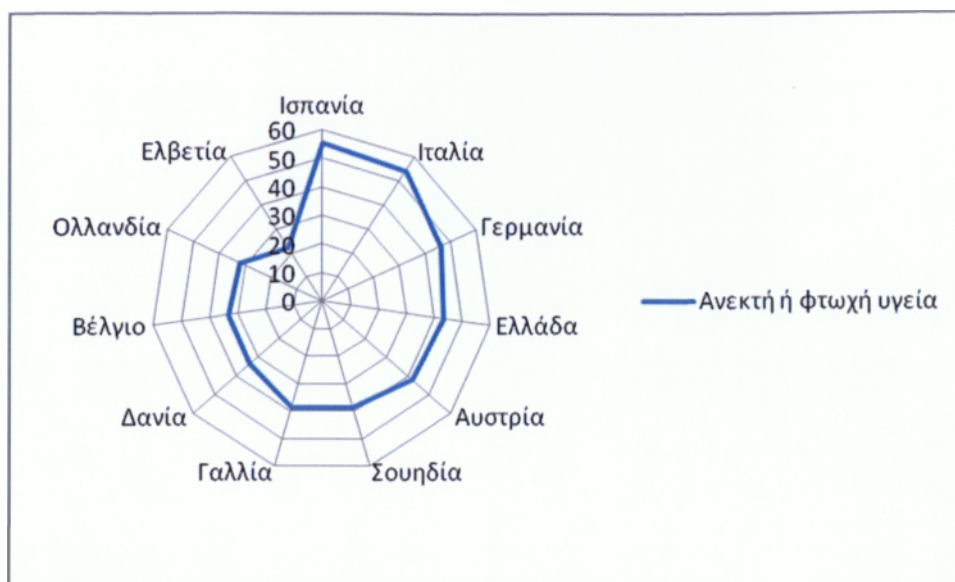
**Πίνακας 2.22: Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Ανεκτή ή φτωχή υγεία	Κατάθλιψη
Αυστρία	35,6	11,7
Γερμανία	42,7	11,8
Σουηδία	32,5	12,3
Ολλανδία	30,4	14,6
Ισπανία	44,6	22,1
Ιταλία	45,8	24,3
Γαλλία	37,9	24,1
Δανία	28,7	13,2
Ελλάδα	29,7	13,8
Ελβετία	17,3	12,4
Βέλγιο	29,2	16,4

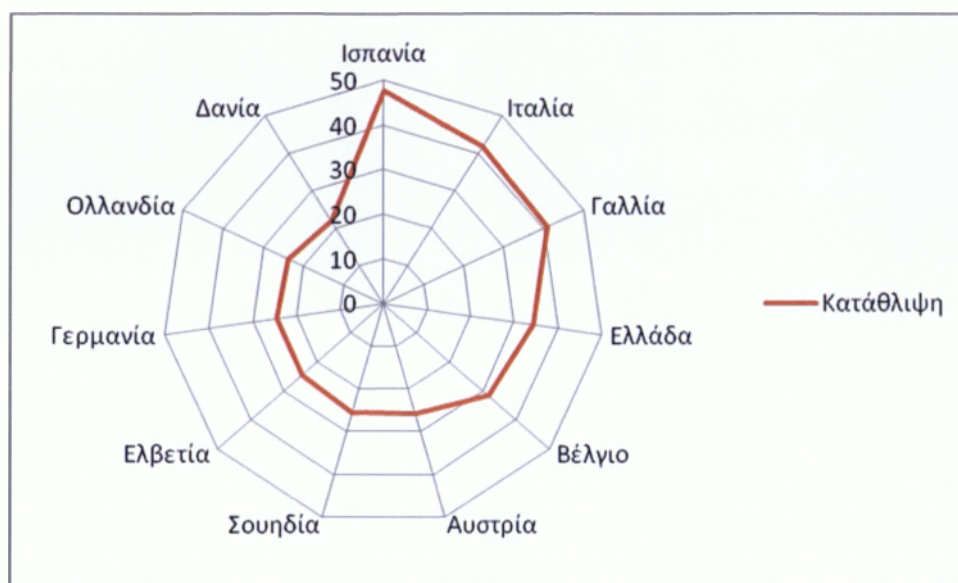
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Επίσης, μεταξύ των αντρών το (24,3%) των Ιταλών εκτιμήσαμε ότι δηλώνουν σε κατάσταση υγείας με κατάθλιψη και ακολουθούν οι Γάλλοι (24,1%), οι Ισπανοί (22,1%), οι Βέλγοι (16,4%), οι Ολλανδοί (14,6%), οι Έλληνες (13,8%). Μεταξύ των γυναικών, πρώτες είναι οι Ισπανίδες (47,5%) και ακολουθούν οι Ιταλίδες (41,6%), οι Γαλλίδες (41,0%), οι Ελληνίδες (34,6%) (Διαγράμματα 2.21, 2.23 & Πίνακες 2.22, 2.23).

Συμπερασματικά, οι άντρες της Ιταλίας δηλώνουν περισσότερο από τους άλλους ότι η υγεία τους είναι ανεκτή ή φτωχή και αντίστοιχα οι Ισπανίδες κατάθλιψη.



**Διάγραμμα 2.24: Κατάσταση γενικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**



**Διάγραμμα 2.25: Κατάσταση πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.23: Κατάσταση γενικής και πνευματικής υγείας (σε ποσοστά) ενήλικων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Ανεκτή ή φτωχή υγεία	Κατάθλιψη
Αυστρία	41,9	25,8
Γερμανία	46,1	24,5
Σουηδία	38,7	25,5
Ολλανδία	31,7	23,7
Ισπανία	55,4	47,5
Ιταλία	54,2	41,6
Γαλλία	38,6	41,0
Δανία	33,4	22,0
Ελλάδα	43,3	34,6
Ελβετία	22,2	24,6
Βέλγιο	33,3	31,8

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

### 2.2.2 Συχνότητα της παχυσαρκίας μεταξύ των ενήλικων Ευρωπαίων

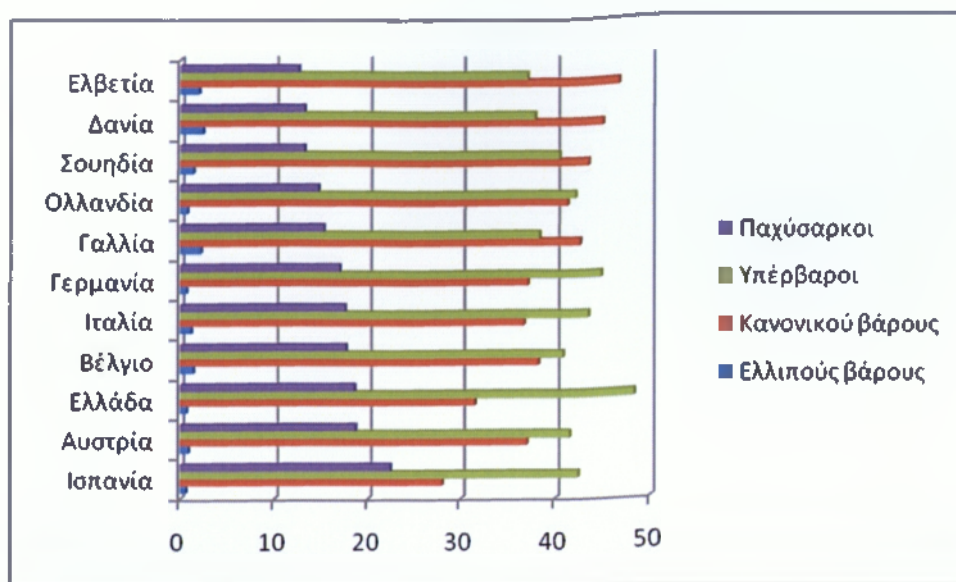
Σύμφωνα με τις κατηγορίες βάρους σώματος, που ορίσαμε στην ενότητα 2.1.1.2 ανωτέρω, η συχνότητα της παχυσαρκίας μεταξύ των ενήλικων Ευρωπαίων, θα περιγραφεί στην παρούσα ενότητα.

#### 2.2.2.1 Συχνότητα της παχυσαρκίας στο γενικό πληθυσμό ενήλικων Ευρωπαίων

Μετά από ανάλυση του δείγματος προέκυψε ότι η Ισπανία έχει τους περισσότερους παχύσαρκους (22,4%) και την ακολουθούν η Αυστρία (18,7%) και η Ελλάδα (18,6%), το Βέλγιο (17,7%), η Ιταλία (17,6%), η Γερμανία (17,0%), η Γαλλία (15,3%), η Ολλανδία (14,7%), η Δανία με τη Σουηδία (13,2%) και η Ελβετία (12,6%) (Διάγραμμα 2.26 & Πίνακας 2.24).

Είναι κρίσιμο ότι περίπου το ½ του δείγματος της Ελλάδας είναι υπέρβαροι (48,3%) και ακολουθεί η Γερμανία (44,8%), η Ιταλία (43,5%), η Ισπανία (42,4%), η

Ολλανδία (42,1%), το Βέλγιο (40,8%), η Σουηδία (40,4%), η Γαλλία (38,3%), η Δανία (37,8%) και η Ελβετία (37,0%) (Διάγραμμα 2.26 & Πίνακας 2.24).



**Διάγραμμα 2.26 & Πίνακας 2.24: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Χώρες	Ελλιπούς βάρους $\Delta\text{ΜΣ} < 18,5$	Κανονικού βάρους $18,5 < \Delta\text{ΜΣ} < 24,9$	Υπέρβαροι $25 < \Delta\text{ΜΣ} < 29,9$	Παχύσαρκοι $\Delta\text{ΜΣ} < 30$
Αυστρία	0,9	37,0	41,5	18,7
Γερμανία	0,7	37,1	44,8	17,0
Σουηδία	1,4	43,5	40,4	13,2
Ολλανδία	0,8	41,3	42,1	14,7
Ισπανία	0,6	28,0	42,4	22,4
Ιταλία	1,2	36,7	43,5	17,6
Γαλλία	2,2	42,6	38,3	15,3
Δανία	2,4	45,0	37,8	13,2
Ελλάδα	0,7	31,5	48,3	18,6
Ελβετία	2,0	46,7	37,0	12,6
Βέλγιο	1,4	38,2	40,8	17,7

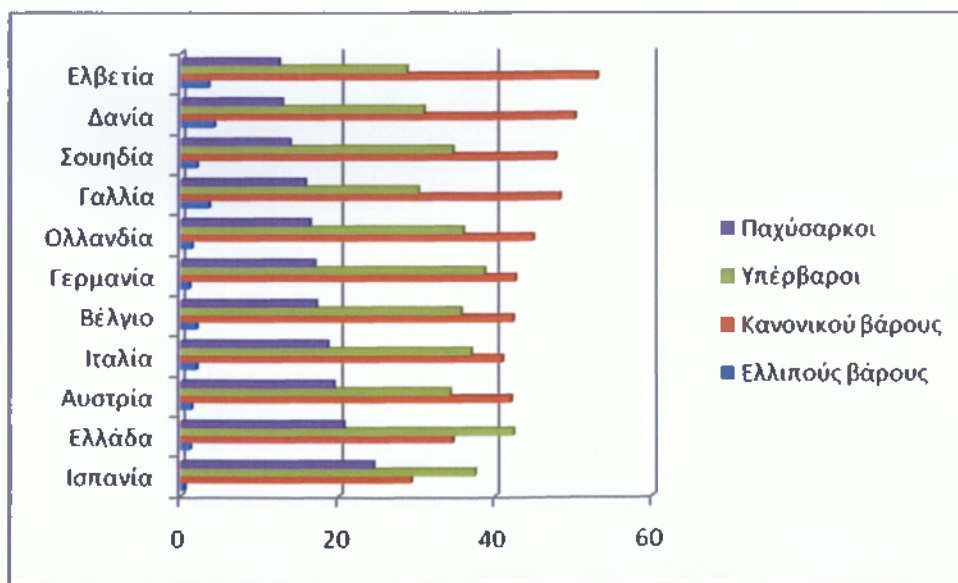
Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Από την άλλη πλευρά, κανονικού βάρους είναι σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες (46,7%) της Ελβετίας και ακολουθούν η Δανία (45,0%), η Σουηδία (43,5%),

η Γαλλία (42,6%), η Ολλανδία (41,3%), το Βέλγιο (38,2%), η Γερμανία (37,1%), η Αυστρία (37,0%), η Ιταλία (36,7%), η Ελλάδα (31,5%), και η Ισπανία (28,0%). Ενώ, η Δανία είναι η χώρα με τους περισσότερους ενήλικες των οποίων το βάρος είναι ελλιπές (2,4%) και ακολουθεί η Γαλλία (2,2%), η Ελβετία (2,0%), η Σουηδία με το Βέλγιο (1,4%), η Ιταλία (1,2%), η Αυστρία (0,9%), η Ολλανδία (0,8%), η Ελλάδα με τη Γερμανία (0,7%) και η Ισπανία (0,6%) (Διάγραμμα 2.26 & Πίνακας 2.24).

Συμπερασματικά, η Ελβετία με τους περισσότερους ενήλικες κανονικού βάρους, έχει και τους λιγότερους υπέρβαρους και παχύσαρκους. Αντίθετα, η Ελλάδα έχει τους πιο πολλούς υπέρβαρους, υψηλό ποσοστό παχύσαρκων και από τα μικρότερα ποσοστά ενηλίκων με κανονικό βάρος.

Ανά φύλλο, η συχνότητα της παχυσαρκίας μεταξύ των ενηλίκων Ευρωπαίων έχει ως εξής: Μεταξύ των γυναικών η Ισπανία έχει τις περισσότερες παχύσαρκες γυναίκες, σε ποσοστό υψηλότερο του μέσου όρου (24,4%) και ακολουθεί η Ελλάδα (20,6%), η Αυστρία (19,4%), η Ιταλία (18,6%), το Βέλγιο (17,1%), η Γερμανία (16,9%), η Ολλανδία (16,3%), η Γαλλία (15,7%), η Σουηδία (13,7%), η Δανία (12,7%) και η Ελβετία (12,3%) (Διάγραμμα 2.27 & πίνακας 2.26).



**Διάγραμμα 2.27: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.25: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων αντρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

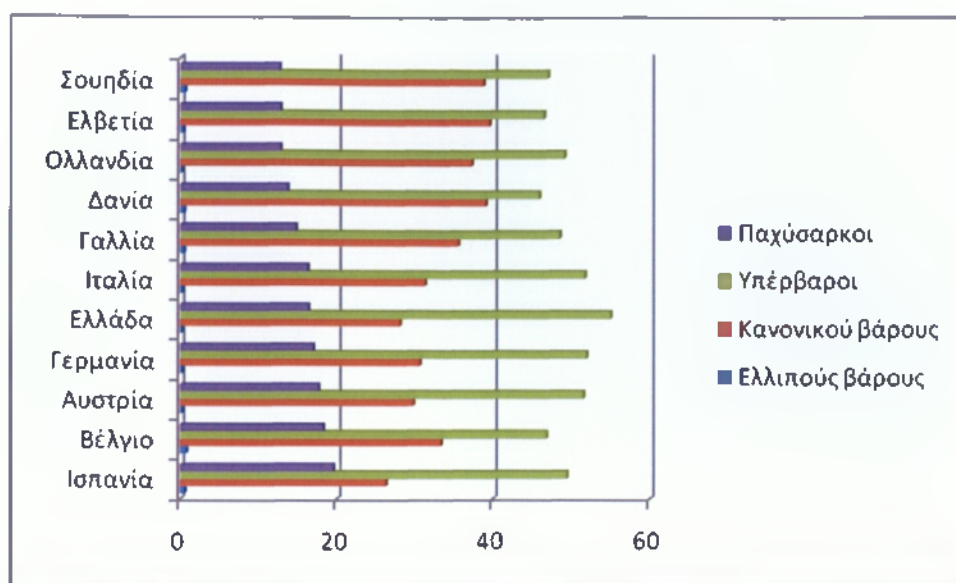
Χώρες	Ελλιπούς βάρους ΔΜΣ<18,5	Κανονικού βάρους 18,5<ΔΜΣ<24,9	Υπέρβαροι 25<ΔΜΣ<29,9	Παχύσαρκοι ΔΜΣ<30
Αυστρία	0,3	29,8	51,5	17,7
Γερμανία	0,3	30,6	51,9	17,0
Σουηδία	0,6	38,8	47,0	12,7
Ολλανδία	0,2	37,3	49,1	12,8
Ισπανία	0,6	26,3	49,4	19,6
Ιταλία	0,3	31,3	51,7	16,3
Γαλλία	0,5	35,6	48,5	14,8
Δανία	0,5	39,1	45,9	13,7
Ελλάδα	0,2	28,1	55,0	16,4
Ελβετία	0,4	39,6	46,5	12,8
Βέλγιο	0,8	33,4	46,8	18,3

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Το ποσοστό παχύσαρκων αντρών της Ισπανίας είναι χαμηλότερο του μέσου όρου, σε αντίθεση με τις γυναίκες, αλλά υπερβαίνει όλων των υπόλοιπων χωρών (19,6%). Ακολουθεί το Βέλγιο (18,3%), η Αυστρία (17,7%), η Γερμανία (17,0%), η Ελλάδα (16,4%), η Ιταλία (16,3%), η Γαλλία (14,8%), η Δανία (13,7%), η Ολλανδία με την Ελβετία (12,8%) και τέλος οι άντρες της Σουηδίας (12,7%) (Διάγραμμα 2.27 & Πίνακας 2.25).

Η Ελλάδα έχει τους περισσότερους υπέρβαρους άντρες (55,0%), υπεράνω του μέσου όρου, όπως και η Ιταλία (51,7%), η Γερμανία (51,9%), η Αυστρία (51,5%), η Ισπανία (49,4%), η Ολλανδία (49,1%) και η Γαλλία (48,5%). Υψηλά είναι και τα ποσοστά υπέρβαρων στη Σουηδία (47,0%), το Βέλγιο (46,8%), την Ελβετία (46,5%) και τη Δανία (45,9%) (Διάγραμμα 2.27 & Πίνακας 2.25).

Επίσης, μεγάλο ποσοστό των γυναικών της Ελλάδας είναι υπέρβαρες (42,4%) και ακολουθούν η Γερμανία (38,6%), η Ισπανία (37,4%), η Ιταλία (36,9%), η Ολλανδία (35,9%), το Βέλγιο (35,6%), η Σουηδία (34,5%), η Αυστρία (34,2%), η Δανία (30,8%), η Γαλλία (30,1%) και η Ισπανία (29,2%) (Διάγραμμα 2.28 & πίνακας 2.26).



Διάγραμμα 2.28 & Πίνακας 2.26: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά χώρα, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Χώρες	Ελλιπούς βάρους ΔΜΣ<18,5	Κανονικού βάρους 18,5<ΔΜΣ<24,9	Υπέρβαροι 25<ΔΜΣ<29,9	Παχύσαρκοι ΔΜΣ<30
Αυστρία	1,4	42,1	34,2	19,4
Γερμανία	1,1	42,7	38,6	16,9
Σουηδία	2,0	47,7	34,5	13,7
Ολλανδία	1,4	44,9	35,9	16,3
Ισπανία	0,5	29,2	37,4	24,4
Ιταλία	2,0	41,0	36,9	18,6
Γαλλία	3,5	48,3	30,1	15,7
Δανία	4,1	50,2	30,8	12,7
Ελλάδα	1,2	34,5	42,4	20,6
Ελβετία	3,4	53,0	28,6	12,3
Βέλγιο	2,0	42,4	35,6	17,1

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Από την άλλη πλευρά, πάνω από τις μισές Ελβετίδες έχουν κανονικό βάρος (53,0%) και οι μισές γυναίκες της Δανίας (50,2%). Ακολουθούν οι γυναίκες της Γαλλίας (48,3%), της Σουηδίας (47,7%), της Ολλανδίας (44,9%), της Γερμανίας (42,7%), του



Βελγίου (42,4%), της Αυστρίας (42,1%), της Ιταλίας (41,0%), της Ελλάδας (34,5%) και της Ισπανίας (29,2%) (Διάγραμμα 2.28 & πίνακας 2.26).

Επίσης, η Ελβετία έχει τους περισσότερους άντρες με κανονικό βάρος (39,6%), δεύτερη η Δανία (39,1%) και ακολουθούν η Σουηδία (38,8%), η Ολλανδία (39,1%), η Γαλλία (35,6%), το Βέλγιο (33,4%), η Ιταλία (31,7%), η Γερμανία (30,6%), η Αυστρία (29,8%), η Ελλάδα (28,1%), και η Ισπανία (26,3%) (Διάγραμμα 2.27 & Πίνακας 2.25).

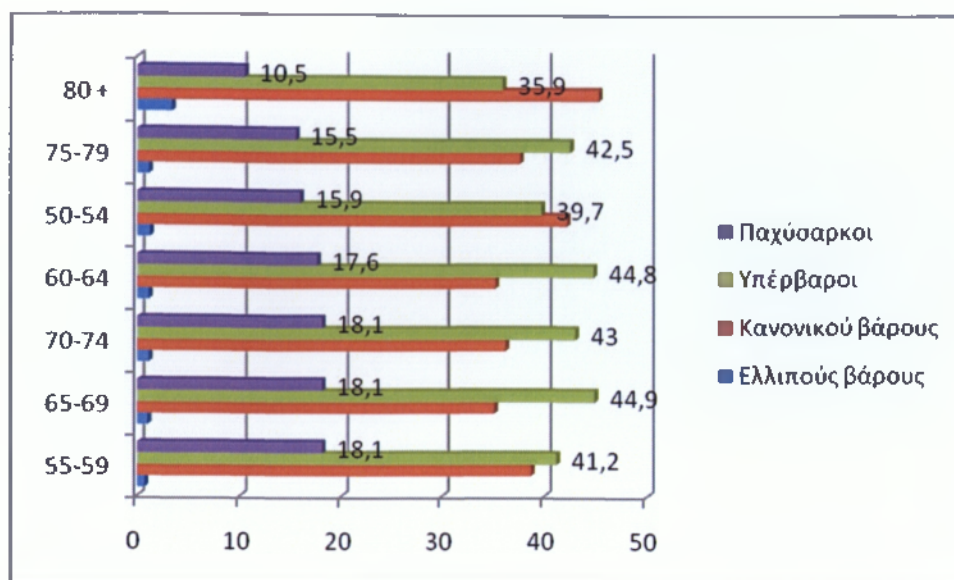
Οι περισσότερες γυναίκες ελλιπούς βάρους είναι αυτές της Δανίας (4,1%), και ακολουθούν οι γυναίκες της Γαλλίας (3,5%), της Ελβετίας (3,4%), της Σουηδίας, Ιταλίας και Βελγίου (2,0%), της Αυστρίας και Ολλανδίας (1,4%), της Ελλάδας (1,2%), της Γερμανίας (1,1%) και τέλος της Ισπανίας (0,5%) (Διάγραμμα 2.28 & πίνακας 2.26).

Οι άνδρες του Βελγίου βρίσκονται στην πρώτη θέση ενηλίκων με ελλιπές βάρος (0,8%), μετά από αυτούς βρίσκονται οι άντρες της Σουηδίας και Ισπανίας (0,6%) και ακολουθούν της Γαλλίας και Δανίας (0,5%), της Ελβετίας (0,4%), της Αυστρίας, Γερμανίας και Ιταλίας (0,3%) και τέλος της Ολλανδίας και Ελλάδας (0,2%) (Διάγραμμα 2.27 & Πίνακας 2.25).

Συμπερασματικά, το μεγαλύτερο πρόβλημα στις κατηγορίες βάρους το έχει η Ελλάδα, όπου σχεδόν οι μισές γυναίκες και οι μισοί άντρες είναι υπέρβαροι, αλλά και το ποσοστό των παχύσαρκων γυναικών είναι από τα μεγαλύτερα. Ακόμα, μεγάλο πρόβλημα εμφανίζει η Ισπανία, όπου οι ενήλικοι άντρες και γυναίκες είναι οι πρώτοι σε ποσοστά παχύσαρκων Ευρωπαίων.

#### 2.2.2.2 Ηλικία και συχνότητα της παχυσαρκίας ενηλίκων Ευρωπαίων

Ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την παχυσαρκία, όπως έχουμε αναφέρει στο προηγούμενο κεφάλαιο, είναι η ηλικία. Η ηλικιακή ομάδα 65-69 ετών έχει το μεγαλύτερο ποσοστό σε υπέρβαρους (44,9%) και παχύσαρκους (18,1%). Το ίδιο ποσοστό παχύσαρκων έχει και η ηλικιακή ομάδα 55-59 και 70-74 ετών. Οι Ευρωπαίοι 80 ετών και άνω αποτελούν πλειοψηφία σε άτομα ελλιπούς (3,3%) και κανονικού βάρους (45,3%) (Διάγραμμα 2.29 & Πίνακας 2.27).

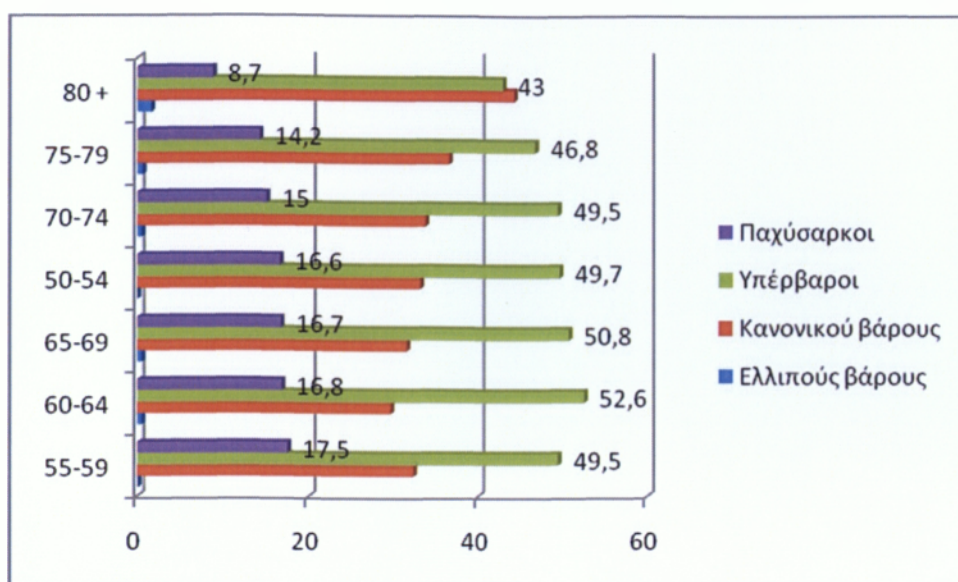


**Διάγραμμα 2.29 & Πίνακας 2.27: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή κατηγορία, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Ηλικίες	Ελλιπούς βάρους ΔΜΣ<18,5	Κανονικού βάρους 18,5<ΔΜΣ<24,9	Υπέρβαροι 25<ΔΜΣ<29,9	Παχύσαρκοι ΔΜΣ<30
50-54	1,2	42,2	39,7	15,9
55-59	0,7	38,7	41,2	18,1
60-64	1,1	35,2	44,8	17,6
65-69	1,0	35,1	44,9	18,1
70-74	1,1	36,2	43,0	18,1
75-79	1,1	37,6	42,5	15,5
80 +	3,3	45,3	35,9	10,5

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Οι περισσότεροι παχύσαρκοι άντρες (17,5) ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 55–59 ετών, ενώ πάνω από τους μισούς άνδρες της ομάδας 60-64 είναι υπέρβαροι (52,6%), όπως και οι μισοί από τις ηλικιακές κατηγορίες 65-69 (50,8%), 50-54 (49,7%), 55-59 και 70-74 (49,5%), ενώ κατά τι λιγότεροι στην 75-79 (46,8%) και 80+ (43,0%) (Διάγραμμα 2.30 & Πίνακας 2.28).

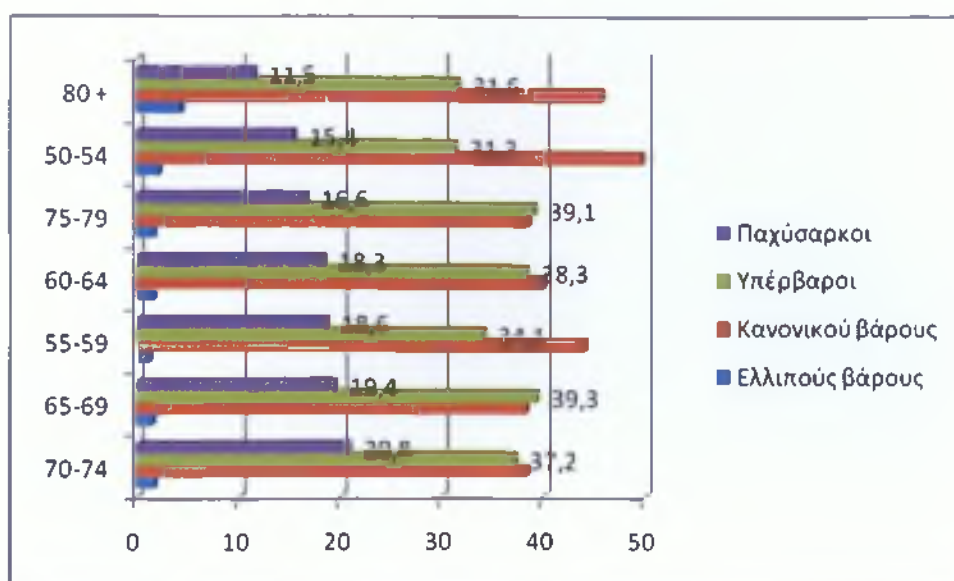


**Διάγραμμα 2.30 & Πίνακας 2.28: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή κατηγορία, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Ηλικίες	Ελλιπούς βάρους $\Delta\text{ΜΣ}<18,5$	Κανονικού βάρους $18,5<\Delta\text{ΜΣ}<24,9$	Υπέρβαροι $25<\Delta\text{ΜΣ}<29,9$	Παχύσαρκοι $\Delta\text{ΜΣ}<30$
50-54	0,0	33,2	49,7	16,6
55-59	0,1	32,4	49,5	17,5
60-64	0,5	29,7	52,6	16,8
65-69	0,5	31,6	50,8	16,7
70-74	0,5	33,8	49,5	15,0
75-79	0,6	36,6	46,8	14,2
80+	1,6	44,3	43,0	8,7

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2

Σε αντίθεση με τους άντρες, η ηλικιακή ομάδα 70-74 έχει τις περισσότερες παχύσαρκες γυναίκες (20,8%) και ακολουθούν η ομάδα 65-69 (19,4%), 55-59 (18,6%), 60-64 (18,3%), 75-79 (16,6%), 50-54 (15,4%) και 80+ (11,5%). Η κατηγορία γυναικών 65-69 ετών είναι αυτή με τις περισσότερες υπέρβαρες γυναίκες (39,3%), μετά η κατηγορία 75-79 (39,1%) και ακολουθούν 60-64 (38,0%), 70-74 (37,2%), 55-59 (34,1%), 80+ (31,6%) και 50-54 (31,3%) (Διάγραμμα 2.31 & Πίνακας 2.29).



**Διάγραμμα 2.31 & Πίνακας 2.29: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά ηλικιακή κατηγορία, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Ηλικίες	Ελλιπούς βάρους ΔΜΣ<18,5	Κανονικού βάρους 18,5<ΔΜΣ<24,9	Υπέρβαροι 25<ΔΜΣ<29,9	Παχύσαρκοι ΔΜΣ<30
50-54	2,1	49,7	31,3	15,4
55-59	1,2	44,2	34,1	18,6
60-64	1,6	40,0	38,3	18,3
65-69	1,5	38,3	39,3	19,4
70-74	1,7	38,4	37,2	20,8
75-79	1,6	38,5	39,1	16,6
80+	4,3	45,8	31,6	11,5

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Οι γυναίκες Ευρωπαϊές 80+ είναι οι περισσότερες με ελλιπές βάρους (4,3%) και ακολουθούν οι γυναίκες 50-54 ετών (2,1%), 70-74 (1,7%), 60-64 & 75-79 (1,6%) και 65-69 (1,5%). Οι γυναίκες ηλικίας 50-54 ετών έρχονται πρώτες σε κανονικό βάρους (49,7%) και ακολουθούν οι 80+ (45,8%), 55-59 (44,2%), 60-64 (40,0%), 75-79 (38,5%), 70-74 (38,4%) και 65-69 (38,3%) (Διάγραμμα 2.31 & Πίνακας 2.29).

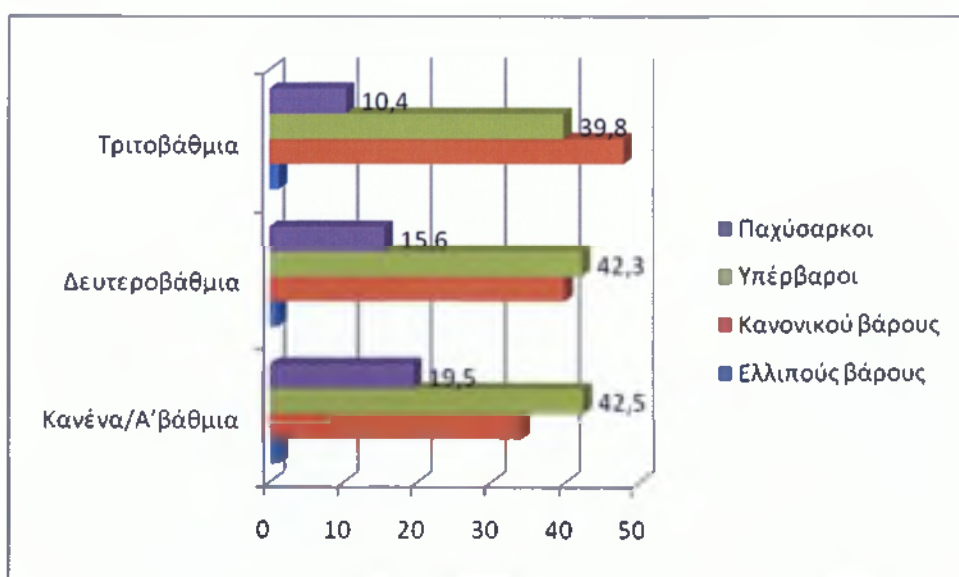
Οι Ευρωπαίοι άνδρες 80 ετών και άνω είναι οι περισσότεροι με ελλιπές (1,6%) και κανονικό βάρους (44,3%) από τις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες. Η ηλικιακή ομάδα 75-79 έχει το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό σε κανονικό βάρους (36,6%) και ακολουθούν οι

ομάδες 50-54 (33,2%), 55-59 (32,4%), 65-69 (31,6%), 60-64 (29,7%) (Διάγραμμα 2.30 & Πίνακας 2.28).

Συμπερασματικά, οι γυναίκες είναι παχύσαρκες σε μεγαλύτερη ηλικία (70-74) από αυτή των ανδρών (55-59). Μεγάλο πρόβλημα εμφανίζουν οι άντρες, κυρίως της ηλικιακής ομάδας 60-64, διότι εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ως υπέρβαροι. Εντούτοις, των παχύσαρκων γυναικών τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα από αυτά των αντρών.

### 2.2.2.3 Επίπεδο εκπαίδευσης και συχνότητα της παχυσαρκίας ενηλίκων Ευρωπαίων

Η επεξεργασία του δείγματος δείχνει ότι περίπου 1 στους 5 ενήλικες Ευρωπαίους με «κανένα επίπεδο εκπαίδευσης / Α'βάθμια εκπαίδευση» είναι παχύσαρκος, ενώ στα άτομα με «τριτοβάθμια εκπαίδευση» 1 στους 10. Δεν υφίσταται εντούτοις ιδιαίτερη μεταβλητότητα μεταξύ των επιπέδων εκπαίδευσης όσον αφορά τους υπέρβαρους, που κινούνται κοντά στο ύψος του (40,0%). Το (47,9%) των ενηλίκων Ευρωπαίων με τριτοβάθμια εκπαίδευση έχουν κανονικό βάρος, και ακολουθούν με (40,0%) τα άτομα με δευτεροβάθμια, ενώ μόλις το (34,2%) των ατόμων με «κανένα επίπεδο εκπαίδευσης / Α'βάθμια εκπαίδευση» έχουν κανονικό βάρος (Διάγραμμα 2.32 & Πίνακας 2.30).



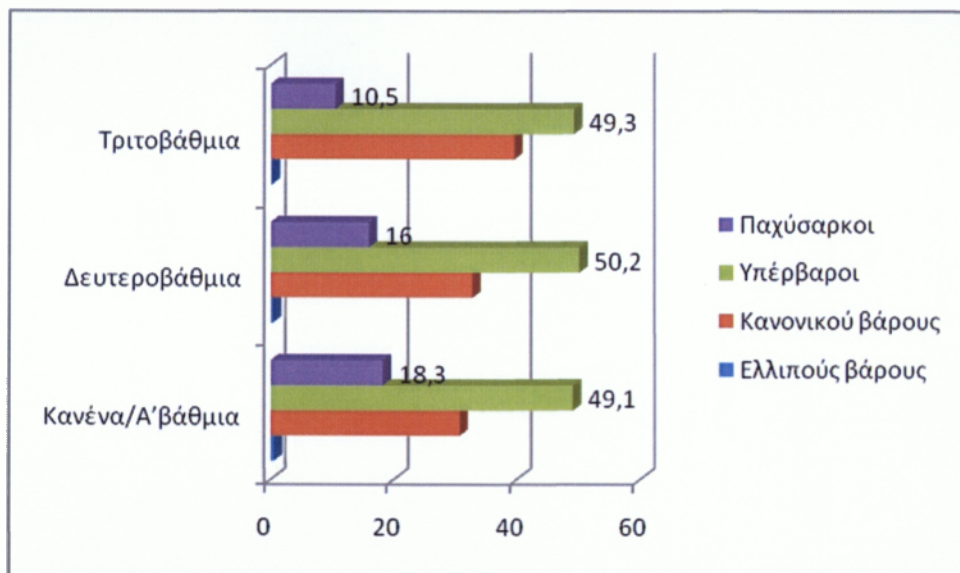
**Διάγραμμα 2.32: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.30: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Επίπεδο εκπαίδευσης	Ελλιπούς βάρους ΔΜΣ<18,5	Κανονικού βάρους 18,5<ΔΜΣ<24,9	Υπέρβαροι 25<ΔΜΣ<29,9	Παχύσαρκοι ΔΜΣ<30
Κανένα/Α'βάθμια	1,3	34,2	42,5	19,5
Δευτεροβάθμια	1,1	40,0	42,3	15,6
Τριτοβάθμια	1,3	47,9	39,8	10,4

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Ανά φύλλο η ανωτέρω εικόνα δεν διαφοροποιείται σημαντικά, όσον αφορά τους παχύσαρκους (με ανεπαίσθητη επιδείνωση για τις γυναίκες) και του κανονικού βάρους. Όμως, περίπου 1 στους 2 άνδρες ενήλικες Ευρωπαίους είναι υπέρβαροι, ανεξάρτητα από το επίπεδο εκπαίδευσή τους, σε αντίθεση με τις γυναίκες, που ακολουθούν αντίστοιχη μεταβλητότητα με τις παχύσαρκες (Διαγράμματα 2.33, 2.34 & Πίνακες 2.31, 2.32).

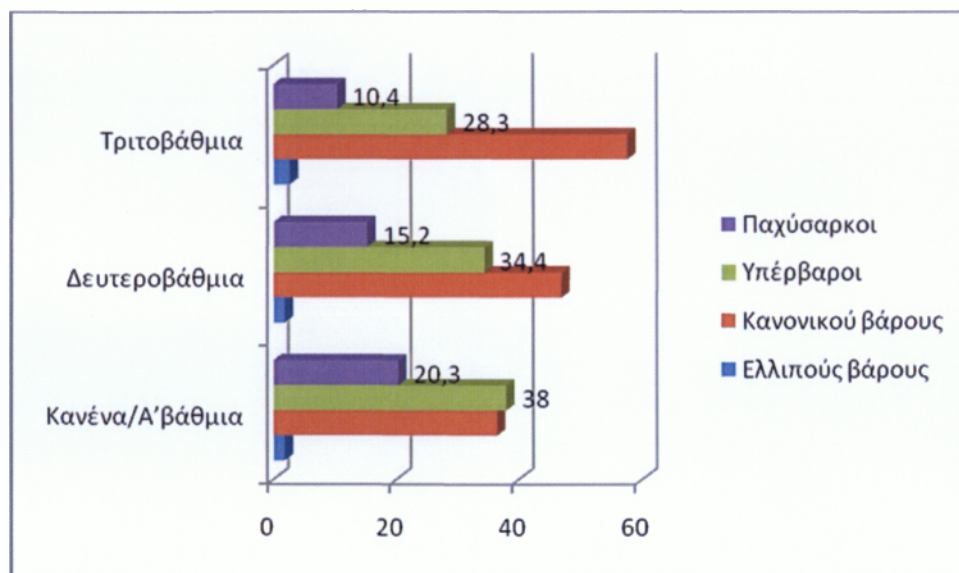


**Διάγραμμα 2.33: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.31: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Επίπεδο εκπαίδευσης	Ελλιπούς βάρους ΔΜΣ<18,5	Κανονικού βάρους 18,5<ΔΜΣ<24,9	Υπέρβαροι 25<ΔΜΣ<29,9	Παχύσαρκοι ΔΜΣ<30
Κανένα/Α'βάθμια	0,6	30,8	49,1	18,3
Δευτεροβάθμια	0,4	32,9	50,2	16,0
Τριτοβάθμια	0,2	39,7	49,3	10,5

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



**Διάγραμμα 2.34 & Πίνακας 2.32: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά επίπεδο εκπαίδευσης, ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

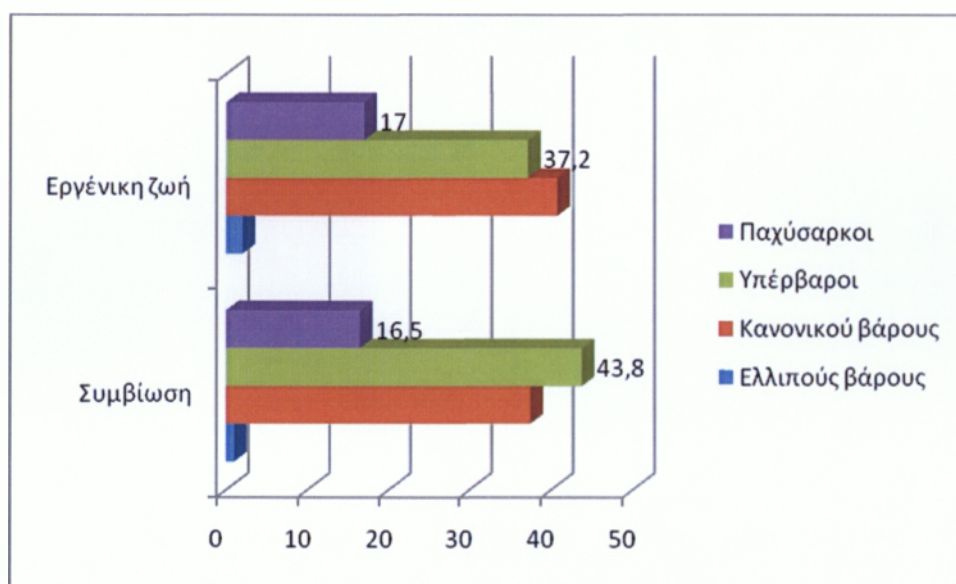
Επίπεδο εκπαίδευσης	Ελλιπούς βάρους ΔΜΣ<18,5	Κανονικού βάρους 18,5<ΔΜΣ<24,9	Υπέρβαροι 25<ΔΜΣ<29,9	Παχύσαρκοι ΔΜΣ<30
Κανένα/Α'βάθμια	1,8	36,5	38,0	20,3
Δευτεροβάθμια	1,8	47,0	34,4	15,2
Τριτοβάθμια	2,6	57,7	28,3	10,4

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Συμπερασματικά, οι περισσότερες γυναίκες με τριτοβάθμια εκπαίδευση έχουν κανονικό βάρος (57,7%), ενώ όπως συμβαίνει και με τους άντρες, οι περισσότερες υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες έχουν «κανένα/Α'βάθμια εκπαίδευση».

#### 2.2.2.4 Οικογενειακή κατάσταση και συχνότητα της παχυσαρκίας ενηλίκων Ευρωπαίων

Η κατανομή συχνοτήτων των παχύσαρκων ενηλίκων Ευρωπαίων ανάμεσα στις δύο καταστάσεις οικογενειακής ζωής είναι περίπου ομοιόμορφη (17,0% και 16,5%), αλλά διαφοροποιείται όσον αφορά τους υπέρβαρους, με όσους δηλώνουν κάποια μορφή συμβίωσης να εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό (48,3% έναντι 37,2%). Αντίστροφα, όσοι ζουν μόνοι εμφανίζονται συχνότερα με κανονικό βάρος (40,8% με 37,5%) (Διάγραμμα 2.35 & Πίνακας 2.33).



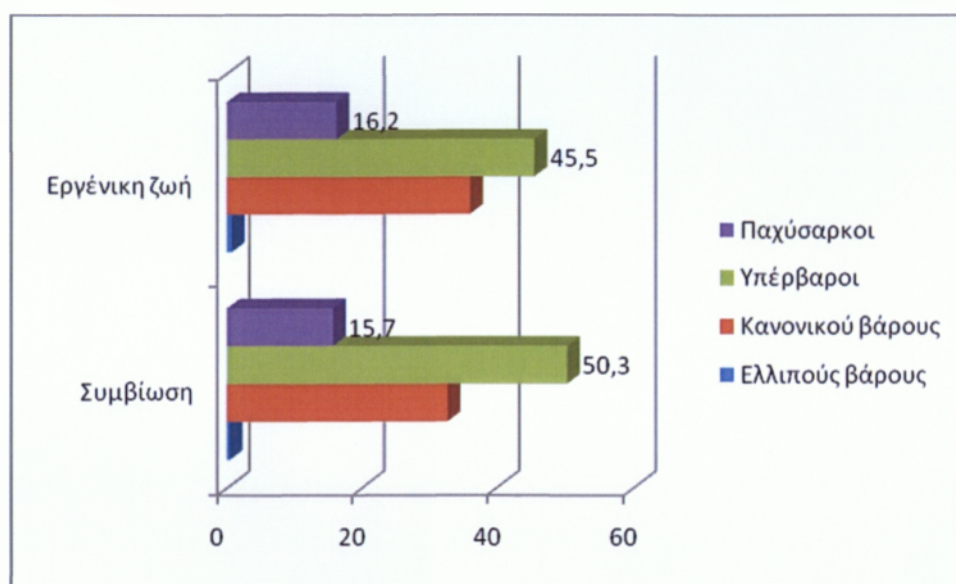
**Διάγραμμα 2.35 & Πίνακας 2.33: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση ή εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Οικογενειακή κατάσταση	Ελλιπούς βάρους $\Delta\text{ΜΣ}<18,5$	Κανονικού βάρους $18,5<\Delta\text{ΜΣ}<24,9$	Υπέρβαροι $25<\Delta\text{ΜΣ}<29,9$	Παχύσαρκοι $\Delta\text{ΜΣ}<30$
Συμβίωση	1,0	37,5	43,8	16,5
Εργένικη ζωή	2,0	40,8	37,2	17,0

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



Ανά φύλο η ανωτέρω περιγραφείσα σχέση δεν διαφοροποιείται μεταξύ των δύο καταστάσεων οικογενειακής ζωής, μόνο που στις γυναίκες κανονικού βάρους δεν καταγράφεται διαφοροποίηση (Διαγράμματα 2.36, 2.37 & Πίνακες 2.34, 2.35).

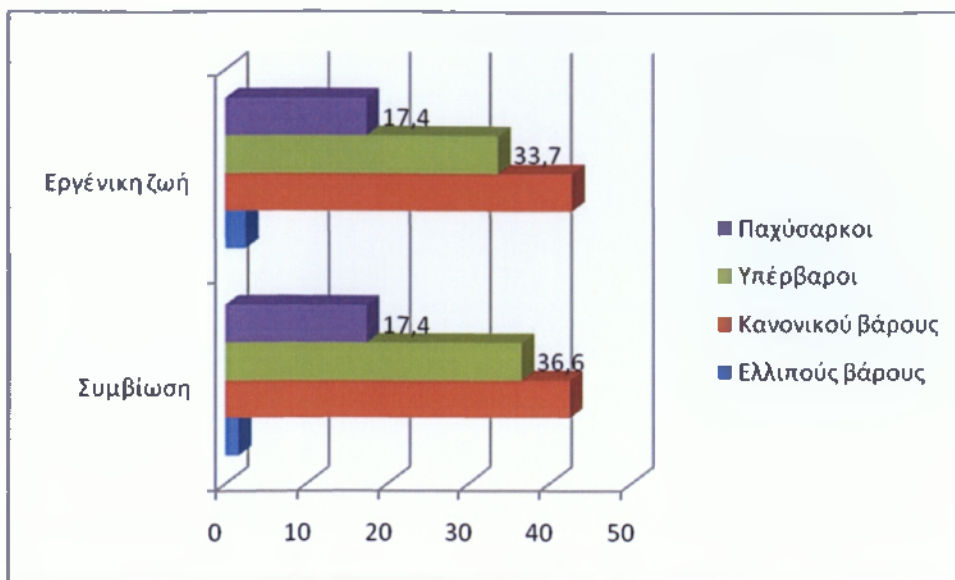


**Διάγραμμα 2.36: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση ή εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.34: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση ή εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Οικογενειακή κατάσταση	Ελλιπούς βάρους $\Delta\text{Μ}\Sigma < 18,5$	Κανονικού βάρους $18,5 < \Delta\text{Μ}\Sigma < 24,9$	Υπέρβαροι $25 < \Delta\text{Μ}\Sigma < 29,9$	Παχύσαρκοι $\Delta\text{Μ}\Sigma < 30$
Συμβίωση	0,4	32,8	50,3	15,7
Εργένικη ζωή	0,7	36,1	45,5	16,2

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



**Διάγραμμα 2.37: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση ή εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.35: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανά οικογενειακή κατάσταση (συμβίωση ή εργένικη ζωή), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

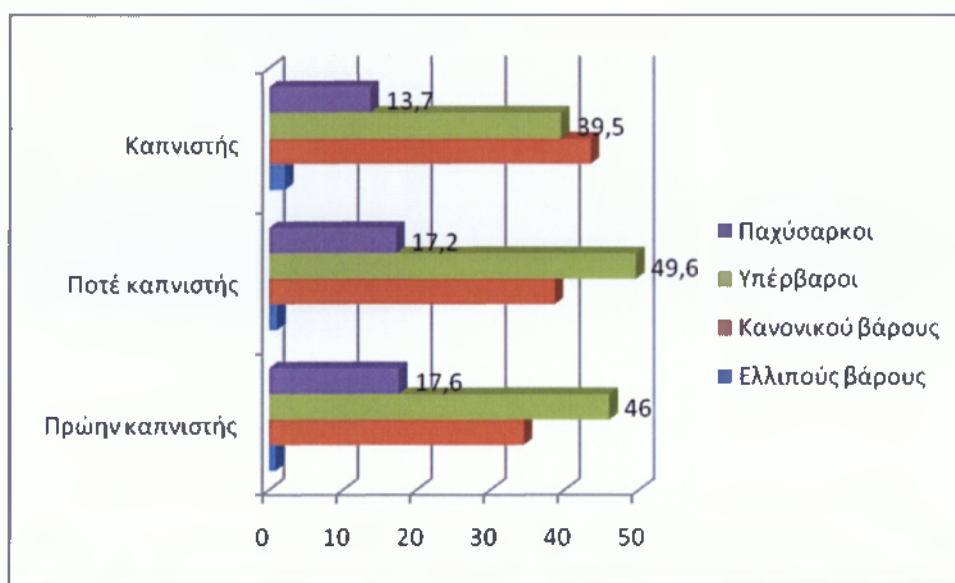
Οικογενειακή κατάσταση	Ελλιπούς βάρους $\Delta\text{ΜΣ}<18,5$	Κανονικού βάρους $18,5<\Delta\text{ΜΣ}<24,9$	Υπέρβαροι $25<\Delta\text{ΜΣ}<29,9$	Παχύσαρκοι $\Delta\text{ΜΣ}<30$
Συμβίωση	1,6	42,5	36,6	17,4
Εργένικη ζωή	2,5	42,8	33,7	17,4

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Μεταξύ των δύο φύλλων παρατηρούνται λίγο αυξημένα τα ποσοστά των παχύσαρκων γυναικών και περισσότερο αυξημένα τα ποσοστά των υπέρβαρων ανδρών, ανεξαρτήτως οικογενειακής κατάστασης.

### 2.2.2.5 Κάπνισμα και συχνότητα της παχυσαρκίας ενηλίκων Ευρωπαίων

Εμφανίζεται διαφοροποίηση σε όλες τις κατηγορίες βάρους μεταξύ καπνιστών και μη. Στο σύνολο των ατόμων, η κατανομή συχνοτήτων των παχύσαρκων ενηλίκων Ευρωπαίων ανάμεσα στις δύο κατηγορίες μη καπνιστών (ποτέ και πρώην καπνιστές) είναι περίπου ομοιόμορφη (17,2% και 17,6%), αλλά διαφοροποιείται από αυτή των καπνιστών (13,7%). Η ομοιομορφία μεταξύ των δύο κατηγοριών μη καπνιστών χάνεται στις λοιπές κατηγορίες βάρους σώματος και οι καπνιστές εμφανίζονται λιγότερο συχνά σε όλες τις κατηγορίες βάρους σώματος. Όσοι δεν κάπνισαν ποτέ εμφανίζονται βέβαια συχνότερα μεταξύ των υπέρβαρων (49,6% με 46,0%), αλλά και συχνότερα μεταξύ αυτών με κανονικό βάρος (38,7% με 34,5%). Οι καπνιστές εμφανίζονται μακράν συχνότερα (43,5%) μεταξύ αυτών με κανονικό βάρος, αλλά και λιγότερο συχνά μεταξύ υπέρβαρων (39,5%) (Διάγραμμα 2.38 & Πίνακας 2.36).



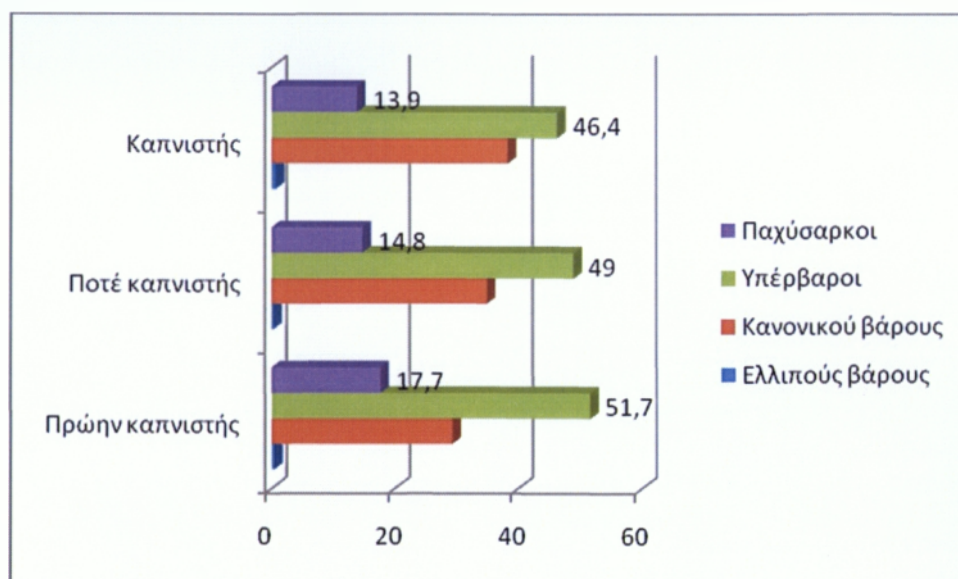
**Διάγραμμα 2.38: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.36: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Επίπεδο εκπαίδευσης	Ελλιπούς βάρους ΔΜΣ<18,5	Κανονικού βάρους 18,5<ΔΜΣ<24,9	Υπέρβαροι 25<ΔΜΣ<29,9	Παχύσαρκοι ΔΜΣ<30
Καπνιστής	2,1	43,5	39,5	13,7
Πρώην καπνιστής	0,9	34,5	46	17,6
Ποτέ καπνιστής	1,1	38,7	49,6	17,2

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Η εικόνα αλλάζει λίγο, όταν ελέγξουμε για το φύλλο, χωρίς όμως να αλλάζει αισθητά το πλεονέκτημα των καπνιστών, το οποίο ενισχύεται αισθητά στις γυναίκες (υπέρβαρες, αλλά και κανονικού βάρους). Συγκεκριμένα, οι πρώην καπνίστριες εμφανίζονται συχνότερα από τους άντρες μεταξύ των κανονικού βάρους (44,9% με 29,4%) και λιγότερο συχνά μεταξύ των υπέρβαρων (34,4% με 51,7%). Είναι εντυπωσιακό ότι οι γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ των παχύσαρκων (18,3%) γυναικών και ανδρών (Διαγράμματα 2.39, 2.40 & 2.37, 2.38).

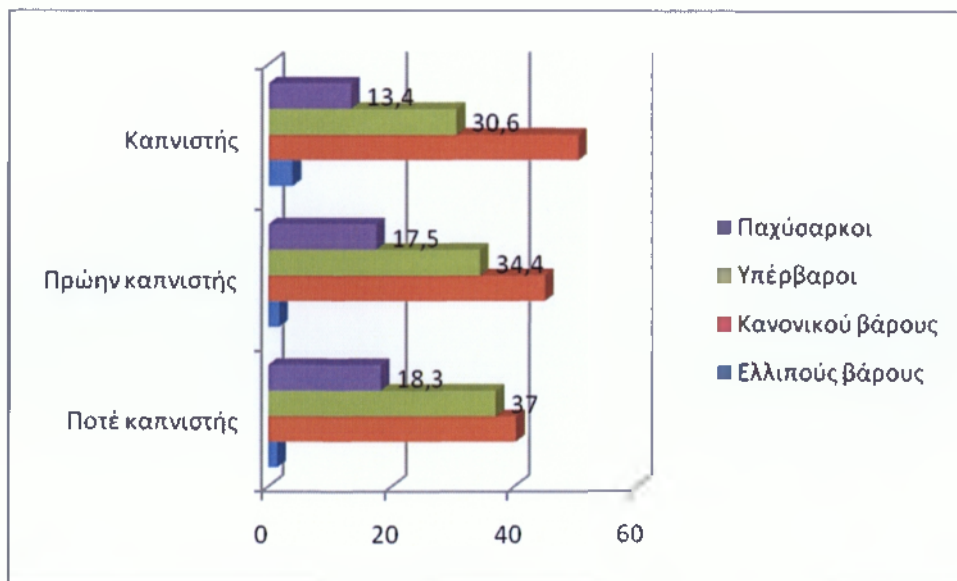


**Διαγράμμαμα 2.39: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

**Πίνακας 2.37: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων ανδρών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Επίπεδο εκπαίδευσης	Ελλιπούς βάρους $\Delta\text{ΜΣ}<18,5$	Κανονικού βάρους $18,5<\Delta\text{ΜΣ}<24,9$	Υπέρβαροι $25<\Delta\text{ΜΣ}<29,9$	Παχύσαρκοι $\Delta\text{ΜΣ}<30$
Καπνιστής	0,7	38,4	46,4	13,9
Πρώην καπνιστής	0,4	29,4	51,7	17,7
Ποτέ καπνιστής	0,3	35,0	49,0	14,8

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0



**Διάγραμμα 2.40 & Πίνακας 2.38: Κατηγορίες βάρους (σε ποσοστά) ενηλίκων γυναικών Ευρωπαίων (50 ετών και άνω), ανάλογα με τη σχέση του ερωτώμενου με το κάπνισμα (καπνιστής, πρώην καπνιστής, ποτέ καπνιστής), ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0**

Επίπεδο εκπαίδευσης	Ελλιπούς βάρους $\Delta\text{ΜΣ}<18,5$	Κανονικού βάρους $18,5<\Delta\text{ΜΣ}<24,9$	Υπέρβαροι $25<\Delta\text{ΜΣ}<29,9$	Παχύσαρκοι $\Delta\text{ΜΣ}<30$
Καπνιστής	3,9	50,3	30,6	13,4
Πρώην καπνιστής	1,8	44,9	34,4	17,5
Ποτέ καπνιστής	1,5	40,3	37,0	18,3

Πηγή: Επεξεργασία δεδομένων ΕΥΓΣΕ 2004-έκδοση 2.0

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η εκστρατεία κατά του καπνίσματος μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στην υπόθεση της παχυσαρκίας.

### **2.3 Συσχέτιση βάρους και καταστάσεων υγείας**

Κάθε μια από τις καταστάσεις υγείας (γενικής, ψυχικής και συγκεκριμένα νοσήματα), που έχουν συσχετισθεί με την παχυσαρκία και στα πλαίσια της προηγηθείσας ανάλυσης παρατηρήσαμε τις κατανομές συχνοτήτων τους από το δείγμα ατόμων σε 11 Ευρωπαϊκές χώρες, επηρεάζονται και από λοιπούς παράγοντες (πέραν της παχυσαρκίας). Η στατιστική εκτίμηση του μεγέθους της επίδρασης του σωματικού βάρους σε κάθε μια από αυτές τις καταστάσεις υγείας απαιτεί ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression), όμως μια τέτοια ανάλυση ξεπερνά τα όρια της παρούσης εργασίας. Επιχειρήσαμε, αντί αυτής, ανάλυση με πίνακες συχνοτήτων διπλής εισόδου (cross tabulation), αλλά αξιολογήσαμε ότι παρουσιάζει σοβαρές αδυναμίες και δεν παρουσιάζουμε τα αποτελέσματα εδώ.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: ΣΥΝΟΨΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μελετήσαμε δείγμα πληθυσμού από 11 Ευρωπαϊκές χώρες, για να μελετήσουμε τη συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας. Αφορούσε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω, διότι μετά τα 45 έτη ηλικίας εμφανίζεται το αποκαλούμενο «μεταβολικό σύνδρομο», που σχετίζεται με την παχυσαρκία, αλλά και με τις καταστάσεις υγείας που πολλές μελέτες αποδίδουν στην παχυσαρκία. Το δείγμα μας αριθμούσε 27.444 άτομα και συμμετείχαν κατά 13,3% άτομα προερχόμενα από το Βέλγιο και 3,5% από την Ελβετία (υψηλότερο και χαμηλότερο ποσοστό αντίστοιχα, με μέσο ποσοστό συμμετοχής 9,1%), ενώ οι Έλληνες συμμετείχαν σε ποσοστό 9,7%.

Περισσότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες από όλες τις χώρες είναι μεταξύ 50 και 65 ετών. Πάνω από τους μισούς ερωτηθέντες (52,1%) δεν έχουν φοιτήσει σε δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης και περισσότεροι εξ' αυτών είναι γυναίκες. Το 1/3 περίπου (29,3%) έχει φοιτήσει σε δευτεροβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης, με τους άντρες να υπερτερούν και η ψαλίδα μεταξύ ανδρών γυναικών διευρύνεται μεταξύ όσων έχουν ολοκληρώσει τριτοβάθμιο επίπεδο εκπαίδευσης (18,6%)

Ένα μεγάλο ποσοστό των ενήλικων Ευρωπαίων, άνω του 50% (περίπου 71,5%) συμβιώνει με άλλο πρόσωπο, ενώ ένα μικρό ποσοστό, το οποίο καλύπτει περίπου το ¼ του δείγματος (28,5%) βιώνει εργένικη ζωή. Η Ολλανδία εμφανίζεται με το μεγαλύτερο ποσοστό (80%) συμβίωσης και ακολουθεί η Ιταλία (77,4%), η Σουηδία (76,9%), η Γερμανία (75,3%) και λίγο χαμηλότερα βρίσκεται η **Ελλάδα με (67,5)**. Πολλές ενήλικες γυναίκες ζουν μόνες, προφανώς γιατί μετά το θάνατο του συζύγου δεν επεδίωξαν κάποιας μορφής συμβίωση, σε αντίθεση με τους άντρες. Το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται εντονότερο στην Αυστρία και ακολουθούν η **Ελλάδα**, η Δανία και η Γαλλία

Πάνω από τους μισούς (52,3%) ενήλικες Ευρωπαίους δεν καπνίζουν, λίγο παραπάνω από το ¼ του δείγματος ήταν κάποτε καπνιστές αλλά έχουν παραιτηθεί. Μόνο το (19,1%) είναι καπνιστές. Οι Έλληνες καπνιστές είναι οι περισσότεροι (31,2%), ακολουθεί η Ελβετία (25,5%), η Ολλανδία και η Ισπανία (23,7%). Η Αυστρία είναι πρώτη σε μη καπνίζοντες ενήλικες με περισσότερους από τους μισούς του δείγματος (63,8%) και πολύ κοντά βρίσκεται η Ιταλία (63,5%). Οι χώρες με τα μεγαλύτερα ποσοστά παραιτηθέντων από το κάπνισμα είναι η Ολλανδία και Ισπανία (38,7%), η Σουηδία (38,3%), αλλά και η **Ελλάδα**.

Όσον αφορά τα 5 βασικά προβλήματα υγείας που μελετήσαμε στο δείγμα μας και οι καταστάσεις γενικής και ψυχικής υγείας, η υπέρταση εμφανίζεται στο δείγμα πιο συχνά (30,8%) και ακολουθούν η υψηλή χοληστερόλη (19,8) και τα αρθρικά ή ρευματισμοί (19,1%). Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα και διαβήτης είναι καταστάσεις αρνητικής υγείας που αφορούν περίπου έναν στους δέκα (11,8% και 9,3%, αντίστοιχα) ενήλικες Ευρωπαίους 50 ετών και άνω. Η υπέρταση εμφανίζεται πιο συχνά (άνω του μέσου όρου) στην Ιταλία (36,2%) στη Γερμανία (35,2%), στην Ισπανία (34,2%), στην **Ελλάδα (33,0%)** και στην Αυστρία (31%). Η υψηλή χοληστερόλη στο Βέλγιο (28,2%), στην Ισπανία (23,6%) στη Γαλλία (22,4%), στην **Ελλάδα (20,4%)** και στην Ιταλία (20,3%), ενώ αρθρικά ή ρευματισμοί εμφανίζονται πιο συχνά στην Ιταλία (31,2%), Γαλλία (30,0%), Δανία (26,6%) και Βέλγιο (22,4%). Η καρδιακή προσβολή και τα καρδιολογικά προβλήματα εμφανίζονται πιο συχνά στη Σουηδία (15,9%), Βέλγιο (13,6%) και Γαλλία (13,2%), ενώ η **Ελλάδα βρίσκεται στο μέσο όρο (11,6%)**. Ο διαβήτης εμφανίζονται πιο συχνά στην Ισπανία (15,1), στην Ιταλία (11,4%) και στη Γερμανία (11,0%), ενώ η **Ελλάδα (8,7%) είναι κοντά στο μέσο όρο**.

Οι χώρες όπου τα προβλήματα υγείας που εξετάσαμε εμφανίζονται σπανιότερα (κάτω του μέσου όρου του δείγματος) είναι η Ολλανδία και η Ελβετία. Χώρες με ένα μόνο από τα ανωτέρω προβλήματα να ξεπερνούν το μέσο όρο του δείγματος είναι η Αυστρία (υπέρταση), η Σουηδία (Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα) και η Δανία (Αρθρικά ή ρευματισμοί), ενώ η χώρα που εμφανίζει συχνότερα τα 4 από τα 5 προβλήματα που εξετάσαμε είναι η Ιταλία (το πέμπτο: «Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα», βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο). Η **Ελλάδα εμφανίζει συχνότερα τα 2 (υπέρταση και υψηλή χοληστερόλη) από τα 5 προβλήματα**, ενώ στα 2 (**Καρδιακή προσβολή ή καρδιολογικά προβλήματα και Διαβήτη**) βρίσκεται κοντά στο μέσο όρο. Οι άντρες εμφανίζουν πιο συχνά τα προβλήματα υγείας που εξετάσαμε, σε σχέση με τις γυναίκες, εκτός από την υψηλή χοληστερίνη σε εφτά από τις έντεκα χώρες, συμπεριλαμβανομένων και των **Ελληνίδων**.

Κάτι λιγότερο από 2 στους 5 ερωτηθέντες αυτό-εκτιμούν τη γενική κατάσταση της υγείας τους ως «ανεκτή ή φτωχή», ενώ κάτι λιγότερο από 1 στους 4 δηλώνουν ότι υποφέρουν από κατάθλιψη. Οι άντρες της Ιταλίας δηλώνουν περισσότερο από τους άλλους ότι η υγεία τους είναι ανεκτή ή φτωχή και αντίστοιχα οι Ισπανίδες κατάθλιψη.

Όσον αφορά τώρα την παχυσαρκία, προέκυψε ότι η Ισπανία έχει τα περισσότερα παχύσαρκα άτομα (22,4%) και την ακολουθούν η Αυστρία (18,7%) και η **Ελλάδα**



(18,6%), το Βέλγιο (17,7%), η Ιταλία (17,6%), η Γερμανία (17,0%), η Γαλλία (15,3%), η Ολλανδία (14,7%), η Δανία με τη Σουηδία (13,2%) και η Ελβετία (12,6%).

Είναι κρίσιμο ότι περίπου το ½ του δείγματος της **Ελλάδας** είναι υπέρβαροι (48,3%) και ακολουθεί η Γερμανία (44,8%), η Ιταλία (43,5%), η Ισπανία (42,4%), η Ολλανδία (42,1%), το Βέλγιο (40,8%), η Σουηδία (40,4%), η Γαλλία (38,3%), η Δανία (37,8%) και η Ελβετία (37,0%). Η Ελβετία με τους περισσότερους ενήλικες κανονικού βάρους, έχει και τους λιγότερους υπέρβαρους και παχύσαρκους. Αντίθετα, η **Ελλάδα** έχει τους **πιο πολλούς υπέρβαρους, υψηλό ποσοστό παχύσαρκων και από τα μικρότερα ποσοστά ενηλίκων με κανονικό βάρος.**

Η **Ελλάδα** έχει τους περισσότερους υπέρβαρους άντρες (55,0%), υπεράνω του μέσου όρου, όπως και η Ιταλία (51,7%), η Γερμανία (51,9%), η Αυστρία (51,5%), η Ισπανία (49,4%), η Ολλανδία (49,1%) και η Γαλλία (48,5%). Υψηλά είναι και τα ποσοστά υπέρβαρων στη Σουηδία (47,0%), το Βέλγιο (46,8%), την Ελβετία (46,5%) και τη Δανία (45,9%). Επίσης, μεγάλο ποσοστό των γυναικών της **Ελλάδας** είναι υπέρβαρες (42,4%) και ακολουθούν η Γερμανία (38,6%), η Ισπανία (37,4%), η Ιταλία (36,9%), η Ολλανδία (35,9%), το Βέλγιο (35,6%), η Σουηδία (34,5%), η Αυστρία (34,2%), η Δανία (30,8%), η Γαλλία (30,1%) και η Ισπανία (29,2%).

Επομένως, το μεγαλύτερο πρόβλημα στις κατηγορίες βάρους το έχει η **Ελλάδα**, όπου σχεδόν οι μισές γυναίκες και οι μισοί άντρες είναι υπέρβαροι, αλλά και το ποσοστό των παχύσαρκων γυναικών είναι από τα μεγαλύτερα. Μεγάλο πάντως πρόβλημα εμφανίζει και η Ισπανία, όπου οι ενήλικοι άντρες και γυναίκες είναι οι πρώτοι σε ποσοστά παχύσαρκων Ευρωπαίων.

Οι γυναίκες είναι παχύσαρκες σε μεγαλύτερη ηλικία (70-74) από αυτή των ανδρών (55-59). Μεγάλο πρόβλημα εμφανίζουν οι άντρες, κυρίως της ηλικιακής ομάδας 60-64, διότι εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ως υπέρβαροι. Εντούτοις, των παχύσαρκων γυναικών τα ποσοστά είναι μεγαλύτερα από αυτά των αντρών.

Όσον αφορά κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος, καθώς και ατομικές συμπεριφορές μη συμβατές με καλή υγεία και το φαινόμενο της παχυσαρκίας, η ανάλυση του δείγματος έδειξε συνοπτικά τα εξής:

Οι περισσότερες γυναίκες με τριτοβάθμια **εκπαίδευση** έχουν κανονικό βάρος (57,7%), ενώ όπως συμβαίνει και με τους άντρες, οι περισσότερες υπέρβαρες και παχύσαρκες γυναίκες έχουν «κανένα/Α'βάθμια εκπαίδευση».

Η κατανομή συχνοτήτων των παχύσαρκων ενηλίκων Ευρωπαίων ανάμεσα στις δύο **καταστάσεις οικογενειακής ζωής** είναι περίπου ομοιόμορφη (17,0% και 16,5%), αλλά

διαφοροποιείται όσον αφορά τους υπέρβαρους, με όσους δηλώνουν κάποια μορφή συμβίωσης να εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό (48,3% έναντι 37,2%). Αντίστροφα, όσοι ζουν μόνοι εμφανίζονται συχνότερα με κανονικό βάρος (40,8% με 37,5%).

Εμφανίζεται διαφοροποίηση σε όλες τις κατηγορίες βάρους μεταξύ **καπνιστών και μη**. Στο σύνολο των ατόμων, η κατανομή συχνοτήτων των παχύσαρκων ενηλίκων Ευρωπαίων ανάμεσα στις δύο κατηγορίες μη καπνιστών (ποτέ και πρώην καπνιστές) είναι περίπου ομοιόμορφη (17,2% και 17,6%), αλλά διαφοροποιείται από αυτή των καπνιστών (13,7%). Όσοι δεν κάπνισαν ποτέ εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ των υπέρβαρων (49,6% με 46,0%), αλλά και συχνότερα μεταξύ αυτών με κανονικό βάρος (38,7% με 34,5%). Οι πρώην καπνίστριες εμφανίζονται συχνότερα από τους άντρες μεταξύ των ατόμων κανονικού βάρους (44,9% με 29,4%) και λιγότερο συχνά μεταξύ των υπέρβαρων (34,4% με 51,7%), ενώ οι γυναίκες που δεν κάπνισαν ποτέ εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ των παχύσαρκων (18,3%) γυναικών και ανδρών. Συμπερασματικά, φαίνεται ότι η εκστρατεία κατά του καπνίσματος μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στην υπόθεση της παχυσαρκίας.

Συνολικά από την ανάλυση προέκυψε ότι το φαινόμενο της παχυσαρκίας εμφανίζει ετερογένεια μεταξύ των 11 Ευρωπαϊκών χωρών. Οι ενήλικες χωρών της νότιας Ευρώπης εμφανίζονται συχνότερα ως παχύσαρκοι και υπέρβαροι. Διαφορές στα κοινωνικο-οικονομικά τους χαρακτηριστικά, καθώς και στις ατομικές συμπεριφορές αποτελούν δυνητικούς προσδιοριστές. Η ετερογένεια μπορεί εν μέρει να αποδοθεί στις διαφορές αυτές, αλλά απαιτούνται διαχρονικά δεδομένα. Η «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη» θα είναι χρήσιμη σε μερικά χρόνια για το σκοπό αυτό, όταν θα παρέχει δεδομένα με διαχρονικότητα.

Δεν διερευνήσαμε το μέγεθος της σχέσης μεταξύ καταστάσεων υγείας (γενικής, ψυχικής και συγκεκριμένα νοσήματα) και παχυσαρκίας, παρότι παρατηρήσαμε με τις κατανομές συχνοτήτων τους στο δείγμα 11 Ευρωπαϊκών χωρών ότι υπάρχει μια αδρή σχέση. Ο λόγος είναι ότι οι καταστάσεις υγείας επηρεάζονται και από λοιπούς παράγοντες (πέραν της παχυσαρκίας) και η στατιστική εκτίμηση του μεγέθους της επίδρασης του σωματικού βάρους σε κάθε μια από αυτές τις καταστάσεις υγείας απαιτεί ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης (logistic regression). Όμως μια τέτοια ανάλυση ξεπερνά τα όρια της παρούσης εργασίας.

Συμπερασματικά, διαχρονικά δεδομένα και εκτίμηση του μεγέθους της σχέσης των προσδιοριστών με την παχυσαρκία, θα δώσουν επαρκείς εξηγήσεις της ετερογένειας και επομένως προτάσεις πολιτικής για τον έλεγχο του φαινομένου της παχυσαρκίας.

Κλείνοντας, είναι απαραίτητη η εξής παρατήρηση: Η στατιστική ανάλυση που παρουσιάσαμε στην παρούσα εργασία περιορίστηκε στη χρήση πινάκων συχνοτήτων και διαγραμμάτων, χωρίς έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των ευρημάτων, δηλαδή δεν ελέγξαμε αν η τύχη ευθύνεται αποκλειστικά για τις παρατηρούμενες αδρές σχέσεις.

## ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Κατσιλάμπρος, Ν.Α., Τσίγκος, Κ., (2000), «Παχυσαρκία: Η πρόληψη και η αντιμετώπιση μιας παγκόσμιας επιδημίας», ΒΗΤΑ, Αθήνα, σελ 15.

Κατσιλάμπρος, Ν., «Κλινικά φροντιστήρια», Ιατρική Εταιρεία Αθηνών, Αθήνα, 2007, σελ. 14.

Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, «Health, Ageing and Retirement in Europe, First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe», April 2005

### Διαδίκτυο

«Είναι νόσος ή όχι η παχυσαρκία;», άρθρο στο [www.paxysarkia.net](http://www.paxysarkia.net), Ενημερωτικό δίκτυο για την θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας, 28/8/2007.

«Αίτια της παιδικής παχυσαρκίας», άρθρο στο [www.paxysarkia.net/diatrofi](http://www.paxysarkia.net/diatrofi), 14/9/2007.

«Παχυσαρκία: μία παγκόσμια επιδημία», άρθρο στο [www.paxysarkia.gr](http://www.paxysarkia.gr), 2/7/2007.

«Παχυσαρκία», άρθρο στο [www.paxysarkia.gr](http://www.paxysarkia.gr), 2/7/2007.

«Διατροφική συμπεριφορά και σωματική δραστηριότητα», άρθρο στο [www.paxysarkia.gr/EIEΠ-ΑΡΘΡΑ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ](http://www.paxysarkia.gr/EIEΠ-ΑΡΘΡΑ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ), 2/7/2007.

«Παθολογικές, ψυχολογικές και οικονομικές οι επιπτώσεις», άρθρο στο [www.paxysarkia.gr/υγεία και διατροφή](http://www.paxysarkia.gr/υγεία και διατροφή), 2/7/2007.

«Παχυσαρκία η νέα επιδημία», άρθρο στο [www.fagito.gr/www.gourmet.gr.Food & taste](http://www.fagito.gr/www.gourmet.gr.Food & taste), 2/7/2007.

«Υπερτασικά το 30% των παχύσαρκων παιδιών», άρθρο στο [www.google.gr/athens new agency:news in Greek](http://www.google.gr/athens_new_agency:news_in_Greek), 14/9/2007.

«Παχυσαρκία», άρθρο στο [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), 18/10/2007.

«Η παχυσαρκία στους ενήλικες», άρθρο στο [www.google.gr/](http://www.google.gr/), 14/9/2007.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση  
και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη

**Ερωτηματολόγιο  
για Συμπλήρωση από τον Ερευνώμενο**



					Νοικοκυριό-ID							Ατομικό-ID	
1	9	0	4	2						0	0		

Ημερομηνία Συνέντευξης:  //  //

Ερευνητή ID: \_\_\_\_\_

Αρχικά Ερευνώμενου: \_\_\_\_\_

## “50+ στην Ευρώπη”

# Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη

### Ερωτηματολόγιο για Συμπλήρωση από τον Ερευνώμενο

## Πώς να ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΕΤΕ αυτό το ερωτηματολόγιο

Οι περισσότερες από τις ερωτήσεις στις επόμενες σελίδες μπορούν να απαντηθούν τσεκάροντας απλώς το κουτάκι από κάτω ή δίπλα από την απάντηση που ισχύει για εσάς.

Παρακαλώ τσεκάρτε **ΕΝΑ (1)** κουτάκι:

Σωστό  ή   
Λάθος

Παρακαλώ προχωρήστε ερώτηση προς ερώτηση. Αφήστε ερωτήσεις μόνο αν υπάρχουν σαφείς οδηγίες για να κάνετε κάτι τέτοιο.

Παράδειγμα:

Έχετε παιδιά;

<sub>1</sub> Ναι

<sub>5</sub> Όχι



Πηγαίνετε στην ερώτηση ...



Αν τσεκάρτε "Ναι" σε αυτό το παράδειγμα, θα προχωρήσετε στην επόμενη ερώτηση.

Αν τσεκάρτε "Όχι" σε αυτό το παράδειγμα, θα προχωρήσετε στην ερώτηση που δίδεται από τις οδηγίες!

## Πώς να ΕΠΙΣΤΡΕΨΕΤΕ αυτό το Ερωτηματολόγιο

Εάν, όταν θα έχετε συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο, ο ερευνητής είναι ακόμη στο σπίτι σας, παρακαλούμε δώστε το πίσω σε αυτόν ή αυτήν. Εάν όχι, παρακαλούμε επιστρέψτε το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο στον προπληρωμένο φάκελο όσο το δυνατόν νωρίτερα μπορείτε. Εάν χρειάζεστε έναν φάκελο για να αντικαταστήσετε τον προηγούμενο, παρακαλώ καλέστε στην Κάπτα Research στο 210 4895000.

**ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΑΡΧΙΣΤΕ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ 1 ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΣΕΛΙΔΑ**

**ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΠΑΡΑΜΕΙΝΟΥΝ ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΗΚΕΣ. ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΚΑΙ ΠΑΛΙ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ**



**1. Πόσο ευχαριστημένος/η είστε με τη ζωή σας γενικά;**  
(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

Πολύ ικανοποιημένος/ η	<input type="checkbox"/>	1
Κάπως ικανοποιημένος/ η	<input type="checkbox"/>	2
Κάπως δυσαρεστημένος/ η	<input type="checkbox"/>	3
Πολύ δυσαρεστημένος/ η	<input type="checkbox"/>	4

**2. Εδώ είναι ένας κατάλογος δηλώσεων που οι άνθρωποι έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τις ζωές τους ή το πώς αισθάνονται. Θα θέλαμε να μάθουμε πόσο συχνά πιστεύετε ότι αυτό ισχύει για εσάς, εάν συμβαίνει καθόλου.**

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	Συχνά ▼	Μερικές Φορές ▼	Σπάνια ▼	Ποτέ ▼
α) Η ηλικία μου με αποτρέπει από το να κάνω πράγματα που θα ήθελα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
β) Αισθάνομαι πως ό,τι μου συμβαίνει δεν το ελέγχω καθόλου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
γ) Αισθάνομαι ότι μένω έξω από τα πράγματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
δ) Μπορώ να κάνω τα πράγματα που θέλω να κάνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ε) Οι οικογενειακές υποχρεώσεις με αποτρέπουν από το να κάνω ό,τι θέλω να κάνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
η) Η έλλειψη χρημάτων με εμποδίζει να κάνω τα πράγματα που θέλω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
θ) Περιμένω ανυπόμονα την επόμενη μέρα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
η) Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει νόημα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ι) Γενικά, κοιτάζω πίσω τη ζωή μου με μια αίσθηση ευτυχίας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ι) Αισθάνομαι γεμάτος/ η ενέργεια αυτές τις μέρες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
κ) Αισθάνομαι ότι η ζωή είναι γεμάτη ευκαιρίες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ι) Αισθάνομαι ότι το μέλλον διαφαίνεται καλό για μένα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	▲ Συχνά	▲ Μερικές φορές	▲ Σπάνια	▲ Ποτέ

3. Εδώ είναι μερικές ακόμη δηλώσεις που οι άνθρωποι έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τις ζωές τους και το πώς αισθάνονται. Παρακαλώ πείτε μας εσείς προσωπικά πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε δήλωση.

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	συμφωνώ απολύτως	συμφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	διαφωνώ	διαφωνώ απολύτως
	▼	▼	▼	▼	▼
α) Επιδιώκω τους στόχους μου πολύ ενεργητικά	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
β) Σε αβέβαιες περιόδους, συνήθως περιμένω το καλύτερο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
γ) Είμαι πάντα αισιόδοξος για το μέλλον μου	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
δ) Σχεδόν ποτέ δεν περιμένω να πάνε τα πράγματα όπως θέλω	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
ε) Εξακολουθώ να βρίσκω τρόπους να λύνω ένα πρόβλημα όταν οι άλλοι έχουν παραιτηθεί	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
ς) Σπανίως βασίζομαι στο να μου συμβούν καλά πράγματα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
ζ) Δεδομένων των προηγούμενων εμπειριών μου αισθάνομαι καλά προετοιμασμένος για το μέλλον	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
	▲	▲	▲	▲	▲
	συμφωνώ απολύτως	συμφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	διαφωνώ	διαφωνώ απολύτως

#### 4. Πόσο συχνά βιώσατε τα ακόλουθα συναισθήματα κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	Σχεδόν συνέχεια ▼	Τον περισσότερο χρόνο ▼	Κάποιες στιγμές ▼	Σχεδόν καθόλου ▼
α) Αισθάνθηκα κατάθλιψη	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
β) Αισθάνθηκα ότι όλα όσα έκανα ήταν μια προσπάθεια	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
γ) Ο ύπνος μου ήταν ανήσυχος	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
δ) Ήμουν ευτυχισμένος	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
ε) Αισθάνθηκα μοναξιά	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
η) Αισθάνθηκα ότι οι άνθρωποι δεν ήταν φιλικοί	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
θ) Απήλαυσα τη ζωή	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
η) Αισθάνθηκα λυπημένος	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
ι) Αισθάνθηκα ότι οι άνθρωποι δεν με συμπαθούσαν	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
ι) Δεν μπορούσα να συνεχίσω	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
κ) Δεν ήθελα να τρώω, η όρεξή μου ήταν κακή	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
ι) Είχα πολύ ενέργεια	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
μ) Αισθάνθηκα κουρασμένος/ η	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
ν) Αισθάνθηκα πραγματικά ξεκούραστος όταν ξύπνησα το πρωί	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>
	▲ Σχεδόν συνέχεια	▲ Τον περισσότερο χρόνο	▲ Κάποιες στιγμές	▲ Σχεδόν καθόλου

5. Οι ακόλουθες δηλώσεις αφορούν τις προσδοκίες των ανθρώπων από τους άλλους. Παρακαλώ πείτε μας πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε εσείς προσωπικά με κάθε δήλωση.

a) **Ήμουν πάντα ικανοποιημένος με την ισορροπία μεταξύ αυτού που έχω δώσει στον σύντροφό μου και αυτού που έχω λάβει σε αντάλλαγμα**

<sub>1</sub> Συμφωνώ απόλυτα

<sub>8</sub> Δεν ταιριάζει

<sub>2</sub> Συμφωνώ

<sub>3</sub> Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

<sub>4</sub> Διαφωνώ

<sub>5</sub> Διαφωνώ απόλυτα

b) **Ελάμβανα πάντα επαρκή εκτίμηση για την παροχή φροντίδας στην οικογένειά μου**

<sub>1</sub> Συμφωνώ απόλυτα

<sub>8</sub> Δεν ταιριάζει

<sub>2</sub> Συμφωνώ

<sub>3</sub> Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

<sub>4</sub> Διαφωνώ

<sub>5</sub> Διαφωνώ απόλυτα

c) **Στην τρέχουσα κύρια δραστηριότητά μου (επάγγελμα, φροντίδα σπιτιού, εθελοντική εργασία) ήμουν πάντα ικανοποιημένος/ η με τις ανταμοιβές που ελάμβανα για τις προσπάθειές μου**

<sub>1</sub> Συμφωνώ απόλυτα

<sub>2</sub> Συμφωνώ

<sub>3</sub> Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

<sub>4</sub> Διαφωνώ

<sub>5</sub> Διαφωνώ απόλυτα

d) **Έχω απογοητευθεί πάρα πολύ ή πληγωθεί από κάποιον/ α τον/ την οποίο /α εμπιστεύτηκα**

<sub>1</sub> Συμφωνώ απόλυτα

<sub>2</sub> Συμφωνώ

<sub>3</sub> Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

<sub>4</sub> Διαφωνώ

<sub>5</sub> Διαφωνώ απόλυτα

**6. Οι ακόλουθες δηλώσεις σχετίζονται με τα καθήκοντα που μπορεί να έχουν στην οικογένειά τους. Παρακαλώ πείτε μας πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε δήλωση.**

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	συμφωνώ απολύτως	συμφωνώ	ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	διαφωνώ	διαφωνώ απολύτως
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Το καθήκον των γονέων είναι να κάνουν το καλύτερο για τα παιδιά τους ακόμη και εις βάρος της δικής τους ευημερίας.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
b) Το καθήκον των παππούδων και γιαγιάδων είναι το να είναι εκεί για τα εγγόνια σε δύσκολες περιπτώσεις (όπως διαζύγιο των γονέων ή ασθένεια).	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
c) Το καθήκον των παππούδων και γιαγιάδων είναι να συμβάλλουν στην οικονομική εξασφάλιση των εγγονιών και των οικογενειών τους.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
d) Το καθήκον των παππούδων και γιαγιάδων είναι να βοηθούν τα παιδιά τους (ζευγάρι) στη φροντίδα των εγγονιών.	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**7. Κατά τη γνώμη σας, ποιος – η οικογένεια ή το Κράτος -- θα πρέπει να φέρει την ευθύνη για καθένα από τα ακόλουθα...:**

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	Ολοκλη- ρωτικά η Οικογένει α	Κυρίως η Οικογένει α	Και οι Δύο Εξίσου	Κυρίως το Κράτος	Ολοκλη- ρωτικά το Κράτος
	▼	▼	▼	▼	▼
a) Οικονομική ενίσχυση για ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
b) Βοήθεια με δουλειές του νοικοκυριού για ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη, όπως βοήθεια με το καθάρισμα, το πλύσιμο;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
c) Προσωπική φροντίδα για ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη, όπως η περιποίηση ή η βοήθεια με το μπάνιο ή το ντύσιμο;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**8. Υπάρχουν μερικές φορές σημαντικά ζητήματα για τα οποία διαφωνούμε με κοντινά μας άτομα, και τα οποία επομένως μπορούν να οδηγήσουν σε συγκρούσεις. Παρακαλώ πείτε μας πόσο συχνά, εάν συμβαίνει, βιώνετε σύγκρουση με κάθε ένα από τα ακόλουθα άτομα (Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)**

	Συχνά ▼	Μερικές φορές ▼	Σπάνια ▼	Ποτέ ▼	Δεν ταιριάζει ▼
α) Γονείς	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
β) Πεθερικά	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
γ) Σύντροφο/ Σύζυγο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
δ) Παιδιά	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
ε) Άλλα μέλη της οικογένειας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>
η) Φίλους, συναδέλφους, γνωστούς	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

**9. Πόσο συχνά βιώνετε συγκρούσεις με τα παιδιά σας ή τους γαμπρούς/νύφες σας για την εκπαίδευση και την ανατροφή του εγγονού/ών σας;**

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ	Δεν ταιριάζει
	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>8</sub>

**10. Μοιραζόσαστε ή μοιραστήκατε ποτέ ένα νοικοκυριό με έναν/μία σύζυγο ή έναν/μία σύντροφο;**

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

<sub>1</sub> Ναι

<sub>5</sub> Όχι



Πηγαίνετε στην ερώτηση 12.



**11. Ποιος μέσα στο ζευγάρι έχει ή είχε την κύρια ευθύνη για τα ακόλουθα καθήκοντα;**

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι σε κάθε σειρά)

	Εγώ ο/η ίδιος/α μόνο	Εγώ ο/η ίδιος/α κυρίως	Εγώ ο/η ίδιος/α και ο/η σύντροφός μου εξίσου	Ο/η σύντροφός μου κυρίως	Ο/η σύντροφός μου μόνο	Δεν ταιριάζει
	▼	▼	▼	▼	▼	▼
a) Ανατροφή παιδιών	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
b) Απόκτηση χρημάτων	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
c) Μαγείρεμα, καθάρισμα σπιτιού, πλύσιμο ρούχων και σιδέρωμα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
d) Φροντίδα ηλικιωμένων	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

**12. Ακολουθώς, ενδιαφερόμαστε για θέματα ιατρικών συμβουλών και πρόληψης. Έχετε έναν "γενικό γιατρό" (δηλ. έναν γιατρό στον οποίο συνήθως απευθύνεστε για τα συνηθισμένα προβλήματα υγείας σας);**

<sub>1</sub> Ναι

<sub>5</sub> Όχι

➔ Πηγαίνετε στην  
ερώτηση 14.



**13. Πόσο συχνά ο γενικός γιατρός σας...**

	Σε κάθε επίσκεψη ▼	Σε κάποιες επισκέψεις ▼	Ποτέ ▼
a) ...ρωτά πόση είναι η σωματική σας δραστηριότητα;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
b) ... σας λέει ότι θα πρέπει να ασκείστε τακτικά;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
c) ...ρωτά για το αν πέφτετε κάτω;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
d) ... ελέγχει την ισορροπία σας ή τον τρόπο που περπατάτε	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
e) ... ελέγχει το βάρος σας;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>
η) ... σας ρωτάει για οποιαδήποτε φάρμακα παίρνετε, είτε χωρίς συνταγή είτε με συνταγή άλλου γιατρού;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>

14. Τον περασμένο χρόνο κάνατε εμβόλιο γρίπης;
- <sub>1</sub> Ναι → Πηγαίνετε στην ερώτηση 16.
- <sub>5</sub> Όχι
15. Τον περασμένο χρόνο σας συμβούλεψε κάποιος γιατρός να κάνετε εμβόλιο γρίπης;
- <sub>1</sub> Ναι
- <sub>5</sub> Όχι
16. Τα τελευταία δύο χρόνια, κάνατε εξέταση ματιών από επαγγελματία για οφθαλμολογική φροντίδα, όπως οφθαλμίατρο ή οπτικό;
- <sub>1</sub> Ναι
- <sub>5</sub> Όχι
17. Εάν είστε γυναίκα: Τα τελευταία δύο χρόνια, κάνατε μαστογραφία (ακτινογραφία μαστού);
- <sub>1</sub> Ναι <sub>8</sub> Δεν ταιριάζει (για άνδρες)
- <sub>5</sub> Όχι
18. Μερικοί φορείς υγειονομικής περίθαλψης κάνουν εξετάσεις όπως η σιγμοειδοσκόπηση ή η κολonosκόπηση για να ελέγξουν για καρκίνο παχέως εντέρου (κόλον). Σας συνέστησε τα περασμένα δέκα χρόνια κάποιος φορέας υγειονομικής περίθαλψης κάποια από αυτές τις εξετάσεις;
- <sub>1</sub> Ναι
- <sub>5</sub> Όχι
19. Κάνατε ποτέ σιγμοειδοσκόπηση ή κολonosκόπηση; Εάν ναι, περίπου πόσον καιρό πριν κάνατε την πιο πρόσφατη;
1. Ναι, έκανα μία από αυτές τις εξετάσεις πριν από λιγότερο από 10 χρόνια
2. Ναι, έκανα μία από αυτές τις εξετάσεις πριν από 10 ή περισσότερα χρόνια
3. Όχι, δεν έκανα ποτέ καμία από αυτές τις εξετάσεις



20. Μια άλλη εξέταση ανιχνεύει λανθάνουσα αιμορραγία στα κόπρανά σας. Για αυτήν την εξέταση, βάζετε ένα μικρό δείγμα κοπράνων πάνω σε μια ειδική ταινία. Τα τελευταία δέκα χρόνια, κάνατε αυτήν την εξέταση;

<sub>1</sub> Ναι → Πηγαίνετε στην ερώτηση 22.

<sub>5</sub> Όχι



21. Τα τελευταία δέκα χρόνια, σας συνέστησε κάποιος φορέας υγειονομικής περίθαλψης αυτήν την εξέταση;

<sub>1</sub> Ναι

<sub>5</sub> Όχι

22. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τον πόνο στις αρθρώσεις. Έχετε ενοχληθεί από πόνο στα ισχία, στα γόνατα ή σε άλλες αρθρώσεις (σε πάνω ή κάτω άκρα) για τουλάχιστον 6 μήνες;

<sub>1</sub> Ναι

<sub>5</sub> Όχι → Πηγαίνετε στην ερώτηση 30.



23. Μπορείτε να προσδιορίσετε τη θέση του αρθρικού πόνου σας;  
(Παρακαλώ τσεκάρτε όλα όσα ισχύουν)

a). Πόνος στα ισχία

b). Πόνος στα γόνατα

c). Πόνος σε άλλες αρθρώσεις

24. Έχετε πόνο στις αρθρώσεις τις περισσότερες μέρες;

<sub>1</sub> Ναι

<sub>5</sub> Όχι

25. Παίρνετε αυτήν την περίοδο φάρμακα για τον πόνο στις αρθρώσεις σας;

<sub>1</sub> Ναι

<sub>5</sub> Όχι → Πηγαίνετε στην ερώτηση 27.



26. **Είναι ελεγχόμενος ο πόνος όταν παίρνετε φάρμακα;**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	Ναι
<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	Κάπως
<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	Όχι

27. **Είπατε στον γενικό γιατρό σας ή σε οποιονδήποτε άλλο γιατρό για τον πόνο στις αρθρώσεις σας;**

<input type="checkbox"/> <sub>1</sub> Ναι	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub> Όχι	➔ Πηγαίνετε στην ερώτηση 30.
---	---	------------------------------



28. **Όταν είπατε στον/στην γιατρό για τον πόνο σας, εκείνος ή εκείνη**

	Ναι	Όχι
	▼	▼
a) ...έλεγε τις αρθρώσεις σας;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
b) ...πρότεινε φαρμακευτική αγωγή για αυτόν τον πόνο;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
c) ...σας είπε για τις πιθανές παρενέργειες ή τους κινδύνους από τα αντιφλεγμονώδη;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

29. **Σας έχουν ποτέ...**

	Ναι	Όχι
	▼	▼
a) ... στείλει για φυσιοθεραπεία ή σε πρόγραμμα άσκησης για τον πόνο στις αρθρώσεις σας;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
b) ... πει κάποιος γιατροί ότι πρέπει να υποβληθείτε σε εγχείρηση ή σε αντικατάσταση της άρθρωσης για τον τωρινό σας πόνο;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
c) ... στείλει κάποιος γιατροί σε ορθοπεδικό χειρουργό για τον πόνο στις αρθρώσεις που έχετε τώρα;	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**30. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη στέγασή σας. Παρακαλώ απαντήστε κάθε ερώτηση τσεκάροντας είτε “ναι” είτε “όχι”. Έχει το σπίτι σας... ;**

	Nαι ▼	Όχι ▼
a) Ένα εσωτερικό μπάνιο ή ντους μονάχα για την προσωπική χρήση του νοικοκυριού σας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
b) Μια εσωτερική τουαλέτα μονάχα για την προσωπική χρήση του νοικοκυριού σας	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
c) Κεντρική θέρμανση	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
d) Air condition	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
e) Ανελκυστήρα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
f) Μπαλκόνι, ταράτσα ή κήπο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**31. Επιπλέον, όσον αφορά στην κατοικία σας, θα λέγατε ότι...**

	1. Ναι ▼	5. Όχι ▼
a) ... δεν έχει αρκετό χώρο	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
b) ... κοστίζει πάρα πολύ	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
c) ... δεν έχει αρκετό φως	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
d) ... έχει ανεπαρκείς εγκαταστάσεις θέρμανσης ή ψύξης	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**32. Και σχετικά με την περιοχή που περιβάλλει άμεσα την κατοικία σας, θα λέγατε ότι....**

(Παρακαλώ σημειώστε “ναι” ή “όχι” για κάθε ερώτηση)

	1. Ναι ▼	5. Όχι ▼
a) ... έχει επαρκείς διευκολύνσεις, όπως φαρμακείο, ιατρική φροντίδα, παντοπωλείο και λοιπά σε λογική απόσταση	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
b) ... έχει ικανοποιητικές δυνατότητες δημόσιας μεταφοράς	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
c) ... έχει ρύπανση, θόρυβο ή άλλα περιβαλλοντικά προβλήματα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
d) ... πλήγεται από βανδαλισμούς ή εγκληματικότητα	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>

**33. Έχετε αυτήν την περίοδο ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα κατοικίδια ζώα στο νοικοκυριό σας?**

(Παρακαλώ τσεκάρτε όλα τα κουτάκια που ισχύουν)

a) Σκύλο	<input type="checkbox"/>	Κανένα κατοικίδιο ζώο στο νοικοκυριό	<input type="checkbox"/>
b) Γάτα	<input type="checkbox"/>		
c) Πουλί	<input type="checkbox"/>		
d) Ψάρι	<input type="checkbox"/>		
e) Άλλα κατοικίδια ζώα	<input type="checkbox"/>		

**34. Τέλος, έχουμε κάποιες γενικές ερωτήσεις για σας. Σε ποια θρησκεία ανήκετε ή αισθάνεστε περισσότερο συνδεδεμένος;**

(Παρακαλώ τσεκάρτε ένα κουτάκι)

Προτεσταντική (π.χ., Λουθηρανική ή Αγγλικανική εκκλησία)	<input type="checkbox"/>	1
Προτεσταντική (ευαγγελιστής) ελεύθερη εκκλησία / άλλη προτεσταντική	<input type="checkbox"/>	2
Ρωμαιοκαθολική	<input type="checkbox"/>	3
Ελληνική ή Ρωσική Ορθόδοξη	<input type="checkbox"/>	4
Εβραϊκή	<input type="checkbox"/>	5
Ισλαμική	<input type="checkbox"/>	6
Ινδουιστική	<input type="checkbox"/>	7
Βουδιστική	<input type="checkbox"/>	8
Εσωτερική, Νέας Εποχής (New Age)	<input type="checkbox"/>	9
Άλλο (Παρακαλώ διευκρινίστε): _____	<input type="checkbox"/>	10
Δεν ανήκω ή δεν αισθάνομαι συνδεδεμένος με καμία θρησκεία	<input type="checkbox"/>	96

**35. Έχοντας υπόψη σας το σήμερα (παρόν), περίπου πόσο συχνά προσεύχεστε;**

(Παρακαλώ τσεκάρτε ένα κουτάκι)

Περισσότερο από μία φορά την ημέρα	<input type="checkbox"/>	1
Μία φορά την ημέρα ή σχεδόν κάθε μέρα	<input type="checkbox"/>	2
Μερικές φορές την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	3
Μία φορά την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	4
Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα	<input type="checkbox"/>	5
Ποτέ	<input type="checkbox"/>	6

**36. Έχετε λάβει θρησκευτικές διδαχές από τους γονείς σας;**

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

Ναι	<input type="checkbox"/>	1
Όχι	<input type="checkbox"/>	5

**37. Πολλοί άνθρωποι στην Ελλάδα κλίνουν προς ένα κόμμα μακροπρόθεσμα, ακόμη και αν ψηφίζουν περιστασιακά κάποιο άλλο. Προς ποιο κόμμα κλίνετε;**

(Παρακαλώ τσεκάρετε ένα κουτάκι)

ΠαΣοκ	<input type="checkbox"/>	1
Νέα Δημοκρατία	<input type="checkbox"/>	2
ΚΚΕ	<input type="checkbox"/>	3
Συνασπισμός	<input type="checkbox"/>	4
ΔΗΚΚΙ	<input type="checkbox"/>	5
ΛΑΟΣ	<input type="checkbox"/>	6
Άλλο κόμμα: _____	<input type="checkbox"/>	7
Κανένα	<input type="checkbox"/>	96

**38. Τέλος, παρακαλώ δηλώστε το φύλο και την ηλικία σας:**

**a) Είμαι...**

Ανδρας	<input type="checkbox"/>	1
Γυναίκα	<input type="checkbox"/>	2

**b) Γεννήθηκα το**     **(έτος)**

Σας ευχαριστούμε πολύ που διαθέσατε τον χρόνο σας για να απαντήσετε στις ερωτήσεις μας. Παρακαλώ δώστε το ερωτηματολόγιο στον ερευνητή. Όλες οι απαντήσεις σας θα παραμείνουν εμπιστευτικές.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση  
και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη

**Ερωτηματολόγιο**  
(τμήμα του ερωτηματολογίου με τις ερωτήσεις που συμπεριελήφθησαν στην έρευνά  
μας)

Σε αυτή τη συνέντευξη, θα θέσουμε ερωτήσεις σχετικά με τα οικονομικά της οικογένειας, για παράδειγμα σχετικά με τις αποταμιεύσεις σας για τα γηρατειά και τυχόν οικονομική ενίσχυση στα παιδιά και άλλους συγγενείς. Χρειαζόμαστε να κάνουμε αυτές τις ερωτήσεις μονάχα σε ένα πρόσωπο του ζευγαριού, εκτός και εάν δεν είναι ενημερωμένοι ο καθένας για τις αποταμιεύσεις ή την ενίσχυση που παρέχεται σε συγγενείς του άλλου. Θα πρέπει να κάνουμε αυτές τις ερωτήσεις σε καθένα σας ξεχωριστά ή μπορούμε να ρωτήσουμε μονάχα μια φορά και για τους δυο μαζί;

1. Ξεχωριστά

2. Μαζί

ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΜΟΝΑΧΑ ΕΝΑΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟ ΕΡΕΥΝΩΜΕΝΟ

1. Όνομα του ατόμου 1

2. Όνομα του ατόμου 2

Θα ήθελα να αρχίσω με μερικές ερωτήσεις σχετικά με τα προσωπικά σας στοιχεία.

Ποιο μήνα γεννηθήκατε; ΜΗΝΑΣ

1. Ιανουάριος

2. Φεβρουάριος

3. Μάρτιος

4. Απρίλιος

5. Μάιος

6. Ιούνιος

7. Ιούλιος

8. Αύγουστος

9. Σεπτέμβριος

10. Οκτώβριος

11. Νοέμβριος

12. Δεκέμβριος

Ποιο έτος γεννηθήκατε; ΕΤΟΣ: (1875..2004)

Γεννηθήκατε στην Ελλάδα;

1. Ναι

2. Όχι

2. Όχι

Σε ποια χώρα γεννηθήκατε; Παρακαλώ αναφέρετε τη χώρα στην οποία ανήκε ο τόπος γέννησης σας κατά τη γέννηση σας.

Ποιο έτος ήρθατε να ζήσετε στην Ελλάδα;  
(1875..2004)

Έχετε Ελληνική υπηκοότητα?

1. Ναι

2. Όχι

Ποια είναι η υπηκοότητά σας?

Παρακαλώ κοιτάξτε την κάρτα 2. Ποιο είναι το υψηλότερο πιστοποιητικό ή απολυτήριο που έχετε αποκτήσει ;

1. Δημοτικό
2. Γυμνάσιο (3τάξιο)
3. Γενικό ή Επαγγελματικό Λύκειο (ΤΕΛ, ΤΕΕ, Πολυκλαδικό) ή 6τάξιο Γυμνάσιο
4. ΙΕΚ
5. Κανένα πτυχίο ακόμη/Ακόμη στο σχολείο
6. Τίποτα
7. Κάτι άλλο ή στο εξωτερικό

Ποιο άλλο εκπαιδευτικό πιστοποιητικό ή απολυτήριο σχολείου έχετε αποκτήσει ;

Παρακαλώ κοιτάξτε την κάρτα 3. Ποια πτυχία ανώτερης εκπαίδευσης ή επαγγελματικής εκπαίδευσης έχετε;

1. (Διετής) νοσηλευτική σχολή
2. ΤΕΙ
3. ΑΕΙ, Ανώτατες στρατιωτικές
4. Μεταπτυχιακά (Μ80, ΜΒ?)
5. Διδακτορικό ΡΜ5
6. Ακόμη στην ανώτερη εκπαίδευση ή την επαγγελματική κατάρτιση
7. Κανένα
8. Άλλο

Παρακαλώ κοιτάξτε την κάρτα 4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση ;

1. Έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο (όχι σε διάσταση)
2. Συμβίωση σε μόνιμη βάση
3. Παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/τη σύζυγο (σε διάσταση)
4. Ποτέ παντρεμένος/η
5. Διαζευγμένος/η
6. Χήρος/α

1. Έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο (όχι σε διάσταση )

Ποια χρονιά παντρευτήκατε?  
(1890..2004)

Ποια χρονιά αρχίσατε να συζείτε?  
(1890..2004)

3. Παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/τη σύζυγο (σε διάσταση)

Ποια χρονιά παντρευτήκατε?  
(1890..2004)

5. Διαζευγμένος/η

Ποια χρονιά χωρίσατε?

ΑΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΑΠΟ ΕΝΑ ΔΙΑΖΥΓΙΑ ΚΑΤΑΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΠΙΟ ΠΡΟΣΦΑΤΟ  
(1890..2004)

6. Χήρος/α



Τώρα έχω μερικές ερωτήσεις σχετικά με την υγεία σας.

Θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι 1.Πολύ καλή  
2.Καλή 3.Μέτρια 4.Κακή 5.Πολύ κακή

Θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: 1. Αριστη  
2.Πολύ καλή 3.Καλή 4.Μέτρια 5.Κακή

Κάποιοι άνθρωποι υποφέρουν από χρόνια ή μακράς διάρκειας προβλήματα υγείας. Με τον όρο μακράς διάρκειας εννοούμε ότι σας έχει ταλαιπωρήσει για καιρό ή είναι πιθανό να σας προσβάλλει για καιρό. Έχετε κάποιο μακράς διάρκειας πρόβλημα υγείας, ασθένεια, ανικανότητα, ή αναπηρία;

**ΣΥΜΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΟΝΤΑΣ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

1.Ναι

2.Όχι

Για τους \_ τελευταίους έξι μήνες τουλάχιστον, σε ποια έκταση περιοριστήκατε λόγω ενός προβλήματος υγείας σε δραστηριότητες που συνήθως κάνουν οι άνθρωποι ;

1.Σοβαρά περιορισμένος 2.Περιορισμένος, άλλα όχι σοβαρά 3.Μη περιορισμένος

Παρακαλώ κοιτάξτε την κάρτα 6. Σας είπε ποτέ γιατρός ότι έχετε κάποια από τις ασθένειες αυτής της κάρτας ; Παρακαλώ πείτε μου τον αριθμό ή τους αριθμούς των ασθενειών.

**ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΛΕΣ ΟΣΕΣ ΙΣΧΥΟΥΝ**

1. Έμφραγμα, Καρδιακή προσβολή, Θρόμβωση στεφανιαίων ή άλλη καρδιακή νόσος, όπως χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια

2. Υψηλή (αρτηριακή) πίεση αίματος ή Υπέρταση

3. Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος

4. Εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου

5. Σακχαρώδης διαβήτης

6. Χρόνια πνευμονική νόσος, χρόνια βρογχίτιδα, ή εμφύσημα

7. Άσθμα

8. Αρθρίτιδα (συμπεριλαμβανομένης της οστεοαρθρίτιδας) ή «ρευματικά»

9. Οστεοπόρωση

10. Καρκίνος ή νεόπλασμα, συμπεριλαμβανομένου μέρους της λευχαιμίας και του λεμφώματος ΑΛΛΑ εξαιρώντας «μικρά» νεοπλασμάτα δέρματος

11. Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ή πεπτικό έλκος

12. Νόσος του Πάρκινσον

13. Καταρράκτης

14. Κάταγμα ισχίου ή μηρού

15. Καμία

16. Άλλη ή άλλες ασθένειες που δεν αναφέρθηκαν

Ποιες άλλες παθήσεις έχετε ?

Παρακαλώ κοιτάξτε την κάρτα 7. Για τους τελευταίους έξι μήνες, τουλάχιστον, έχετε ενοχληθεί από κάποια από τις παθήσεις αυτής της κάρτας ; Πείτε μου παρακαλώ τον αριθμό ή τους αριθμούς.

1. Πόνος στη μέση, στα γόνατα, στα ισχία ή σε οποιαδήποτε άλλη άρθρωση

2. Καρδιακό πρόβλημα ή στηθάγχη, θωρακικός πόνος κατά την άσκηση

3. Δύσπνοια, δυσκολία στην αναπνοή

4. Επίμονος βήχας

5. Πρησμένα πόδια

6. Προβλήματα ύπνου

7. Πτώσεις ή πεσίματα

8. Φόβος για πτώσεις

9. Ζάλη, λιποθυμίες ή σκοτοδίνη

10. Προβλήματα στομάχου ή εντέρου, συμπεριλαμβανομένων της δυσκοιλιότητας, του μετεωρισμού, των διαρροιών

11. Ακράτεια ούρων ή ακούσια απώλεια ούρων

12. Τίποτε

13. Άλλα συμπτώματα, που δεν αναφέρθηκαν ακόμη

Περίπου πόσο είναι το βάρος σας ?

ΒΑΡΟΣ ΣΕ ΚΙΛΑ

Το ύψος σας ?

ΥΨΟΣ ΣΕ ΕΚΑΤΟΣΤΑ

Παρακαλώ κοιτάξτε την κάρτα 9. Πρέπει να καταλάβουμε τις δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι άνθρωποι σε ποικίλες δραστηριότητες εξαιτίας ενός προβλήματος υγείας ή σωματικού προβλήματος. Παρακαλώ πείτε μου αν έχετε κάποια δυσκολία σε κάθε μία από τις καθημερινές δραστηριότητες της κάρτας 9. Αποκλείστε κάθε δυσκολία που περιμένετε να διαρκέσει λιγότερο από τρεις μήνες. Εξαιτίας ενός προβλήματος υγείας, δυσκολεύεστε να κάνετε οποιαδήποτε από τις δραστηριότητες αυτής της κάρτας?

Οι επόμενες ερωτήσεις είναι σχετικές με το κάπνισμα και την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών. Έχετε ποτέ καπνίσει τσιγάρα, πούρα, στριφτά τσιγάρα ή πίπα σε καθημερινή βάση για μία περίοδο τουλάχιστον ενός έτους ;

1..Ναι

2.Όχι

Καπνίζετε σήμερα?

1. Ναι

2. Όχι το έχω σταματήσει

Πόσα χρόνια καπνίζετε/καπνίζατε συνολικά;

Πόσα πούρα ή στριφτά τσιγάρα καπνίζετε/καπνίζατε την ημέρα κατά μέσο όρο?

Προηγουμένως μιλήσαμε για τη σωματική σας υγεία. Ένα άλλο μέτρο της υγείας σας είναι η συναισθηματική υγεία ή το ευ ζην, δηλαδή, πως αισθάνεστε για πράγματα που συμβαίνουν γύρω σας.

Τον τελευταίο μήνα , ήσασταν λυπημένος ή καταθλιπτικός;

1.Ναι

2.Όχι

Τι ελπίζετε για το μέλλον?

1. Κάποιες ελπίδες αναφέρονται

2. Καμία ελπίδα δεν αναφέρεται

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

Η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση  
και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη

**Ερωτηματολόγιο**  
(οι κάρτες των ερωτήσεων που συμπεριελήφθησαν στην έρευνά μας)

## ΚΑΡΤΑ 2

1. Δημοτικό

2. Γυμνάσιο (3τάξιο)

3. Γενικό ή Επαγγελματικό Λύκειο  
(ΤΕΛ, ΤΕΕ, Πολυκλαδικό) ή 6τάξιο  
Γυμνάσιο

4. ΙΕΚ

95. Κανένα πτυχίο ακόμη /Ακόμη στο  
σχολείο

96. Τίποτα

97. Κάτι άλλο ή στο εξωτερικό

## ΚΑΡΤΑ 3

1. (Διαιτητής) νοσηλευτική σχολή
2. ΤΕΙ
3. ΑΕΙ, Ανώτατες στρατιωτικές
4. Μεταπτυχιακά (MSC, MBA)
5. Διδακτορικό PhD
  
95. Ακόμη στην ανώτερη εκπαίδευση ή την επαγγελματική κατάρτιση
  
96. Κανένα
  
97. Άλλο

## ΚΑΡΤΑ 4

1. Έγγαμος/η και ζώντας μαζί με τον/την σύζυγο (όχι σε διάσταση)
2. Συμβίωση σε μόνιμη βάση
3. Παντρεμένος/η, ζώντας χωριστά από τον/τη σύζυγο (σε διάσταση)
4. Ποτέ παντρεμένος/η
5. Διαζευγμένος/η
6. Χήρος/α

## ΚΑΡΤΑ 6

1. Έμφραγμα, Καρδιακή προσβολή, Θρόμβωση στεφανιαίων ή άλλη καρδιακή νόσος, όπως χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια
2. Υψηλή (αρτηριακή) πίεση αίματος ή Υπέρταση
3. Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος
4. Εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου
5. Σακχαρώδης διαβήτης
6. Χρόνια πνευμονική νόσος, χρόνια βρογχίτιδα, ή εμφύσημα
7. Άσθμα
8. Αρθρίτιδα (συμπεριλαμβανομένης της οστεοαρθρίτιδας) ή «ρευματικά»
9. Οστεοπόρωση
10. Καρκίνος ή νεόπλασμα, συμπεριλαμβανομένης της λευχαιμίας και του λεμφώματος ΑΛΛΑ εξαιρώντας «μικρά» νεοπλάσματα δέρματος
11. Έλκος στομάχου ή δωδεκαδάκτυλου ή πεπτικό έλκος
12. Νόσος του Πάρκινσον
13. Καταρράκτης
14. Κάταγμα ισχίου ή μηρού
96. Καμία
97. Άλλη ή άλλες ασθένειες που δεν αναφέρθηκαν