



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Συσχέτιση Φυσικής Δραστηριότητας και Ποιότητας Ζωής
εργαζομένων στον τομέα της υγείας - Προσωπικές απόψεις
και στάσεις για τη Σωματική Άσκηση**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θεοδώρα Φιλιππούλου

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Δ. Καρακατσάνη, Αν. Καθηγήτρια, Επιβλέπουσα

Κ. Σουλιώτης, Αν. Καθηγητής

Μ.Σαρίδη, Επιστημονικός Συνεργάτης Πανεπιστημίου Πελοποννήσου

Κόρινθος Ιούνιος 2017

Copyright © Θεοδώρα Φιλιππούλου, 2017

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	9
1.1. Οι θέσεις του Π. Ο. Υ. για την σωματική άσκηση.....	9
1.2 Κατευθυντήριες γραμμές της Ε.Ε. για την σωματική άσκηση.....	12
1.3 Οι θέσεις του Συμβουλίου της Ε.Ε. για την σωματική άσκηση.....	17
1.4 Ο Κανονισμός της Ε.Ε. για την σωματική άσκηση.....	20
1.5 Πρωτοβουλίες στην Ελλάδα για την σωματική άσκηση.....	22
1.6 Εργασιακός αθλητισμός - Παγκόσμιο ενδιαφέρον.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	32
2.1. Τα οφέλη της σωματικής άσκησης στη σωματική υγεία.....	32
2.2 Τα οφέλη της σωματικής άσκησης στην ψυχική υγεία.....	38
2.3 Η σωματική άσκηση και η επίδραση της στην ποιότητα ζωής.....	44
2.4 Η σχέση του ελεύθερου χρόνου με τη σωματική άσκηση και την ποιότητα ζωής.....	50
2.5 Η έλλειψη σωματικής άσκησης. Παράγοντες και επιπτώσεις.....	55
2.6 Οι συνέπειες της υπέρ-άσκησης στη ζωή του ατόμου.....	61
2.7 Η σωματική άσκηση στα επαγγέλματα υγείας. Παράμετροι και αποτελέσματα.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	70
3.1. Υλικό και μέθοδος της μελέτης.....	70
3.2. Εργαλεία της έρευνας.....	70
3.2.1 Επισκόπηση Υγείας SF-36.....	70
3.2.2 Διεθνές ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας IPAQ.....	72
3.2.3 Ερωτηματολόγιο εκτίμησης των προσωπικών απόψεων για την σωματική άσκηση και την ΠΖ.	73
3.2.4 Ερωτηματολόγιο βασικών δημογραφικών στοιχείων.	73

3.3 Στατιστική ανάλυση.....	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	95
4.1 Συζήτηση	95
4.2 Συμπεράσματα.....	97
ΠΗΓΕΣ- ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	99
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	124
ABSTRACT.....	125
ΠΙΝΑΚΕΣ	
ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα.....	74
ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Λόγοι για τους οποίους οι ερωτηθέντες ειλέγουν ή θα επέλαγαν να ασκηθούν σωματικά.....	80
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Αναφερόμενοι λόγοι υγείας ως παράγοντες για σωματική άσκηση.....	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. Λόγοι που εμποδίζουν τους εργαζόμενους να ασκηθούν επαρκώς.....	81
ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Καταγραφή τιμών στις παραμέτρους Ποιότητας Ζωής των ερωτηθέντων.....	82
ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων ως προς την Ποιότητα Ζωής.....	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Επίπτωση της εμφάνισης προβλημάτων υγείας στην Ποιότητα Ζωής....	84
ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Η Ψυχική Ηρεμία ως παράμετρος της Ποιότητας Ζωής των συμμετεχόντων.....	85
ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Η Οικονομική άνεση ως παράμετρος της Ποιότητας Ζωής των συμμετεχόντων.....	86
ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Η επίδραση του παράγοντα της μόρφωσης στις παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής.	87
ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Η επίδραση της Οικονομικής κατάστασης στις παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής.....	88
ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Οι κλίμακες της σωματικής έντασης σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας.....	90
ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Σωματική ένταση κατά τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου.....	91
ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Τα επίπεδα της ΦΔ αναφορικά με την υπηρεσία των εργαζομένων.....	92
ΠΙΝΑΚΑΣ 15. Επιθυμία για περισσότερη άσκηση.....	93
ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Συσχετισμοί των ερωτηματολογίων.....	94

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Φύλο των εργαζομένων.....	75
ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων.....	76
ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Οικογενειακή κατάσταση.....	76
ΓΡΑΦΗΜΑ 4. Υπηρεσία των εργαζομένων.....	77
ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων.....	77
ΓΡΑΦΗΜΑ 6. Παράγοντες που νοηματοδοτούν την ποιότητα ζωής.....	78
ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Συχνότητα αναφοράς προβλημάτων υγείας των συμμετεχόντων.....	79
ΓΡΑΦΗΜΑ 8. Συχνότητα αναφοράς χρήσης φαρμάκων από τους συμμετέχοντες.....	79
ΓΡΑΦΗΜΑ 9. Μέσες τιμές στις παραμέτρους Ποιότητας Ζωής των ερωτηθέντων	83
ΓΡΑΦΗΜΑ 10. Βαθμίδες Φυσικής Δραστηριότητας των εργαζομένων	89

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Έχει πλέον τεκμηριωθεί μέσα από πλήθος ερευνών τις τελευταίες δεκαετίες ότι η φυσική δραστηριότητα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη ζωή μας. Η συστηματική φυσική δραστηριότητα, σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, έχει ευεργετική δράση τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχική μας υγεία. Η άσκηση αυξάνει τη μακροζωία, αλλά βελτιώνει και την ποιότητα της ζωής. Επιπλέον, είναι κοινώς αποδεκτό από την αρχαιότητα, πως η φυσική δραστηριότητα και κατ' επέκταση ο αθλητισμός είναι έκφραση πολιτισμού, αλλά και δείκτης της ποιότητας ζωής μιας κοινωνίας. Είναι, επομένως, κυρίαρχος ο ρόλος της στη διαδικασία κοινωνικοποίησης όλων των πολιτών και τη βελτίωση της ποιότητας της φυσικής και κοινωνικής ζωής.

Ωστόσο η συζήτηση για τον ορισμό και τους συντελεστές της ποιότητας ζωής συνεχίζεται μέχρι σήμερα, όπως συνεχίζονται και οι διαφορές απόψεων εντός της επιστημονικής κοινότητας αλλά και ευρύτερα στους πολίτες. Οι μεταβολές των αναγκών που σημειώνονται με το πέρασμα του χρόνου και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, αποτελούν πρόβλημα στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Η έλλειψη ακρίβειας στον ερμηνευτικό καθορισμό της, αποτελεί εμπόδιο για ομάδα ερευνητών, στον προσδιορισμό της σχέσης με την φυσική δραστηριότητα. Οι MacAuley και Elavsky (2005) υποστηρίζουν ότι δεν είναι απολύτως δυνατή η μέτρηση της επίδρασης των φυσικών δραστηριοτήτων στην ενίσχυση της ποιότητας της ζωής. Επιπλέον η ίδια η φυσική δραστηριότητα δεν είναι απλό να αξιολογηθεί, επειδή αποτελεί μια πολυδιάστατη συμπεριφορά (Wareham & Rennie, 1998).

Θα μπορούσαμε ωστόσο να πούμε, ότι το όφελος τεκμαίρεται από την σκοπιά της αντίπερα όχθης, καθώς η απουσία σωματικής άσκησης αποτελεί την τέταρτη κύρια εστία κινδύνου για την υγεία των πολιτών (World Health Organization, 2010), συμπέρασμα που οδήγησε τόσο τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας όσο και μια σειρά θεσμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης στη διαμόρφωση συγκεκριμένων θέσεων και προτάσεων, που

προσανατολίζονται και επικεντρώνονται αποκλειστικά σε ζητήματα της σωματικής άσκησης και όχι στην διατροφή ή σε συναφή θέματα (EU Physical Activity Guidelines, 2008).

Σκοπός της παρούσας έρευνας, ήταν να ανιχνεύσει τη σχέση της φυσικής δραστηριότητας ως συμπεριφορά υγείας, με την ποιότητα ζωής των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας, καθώς και τις διαφορές που παρουσιάζονται στις παραπάνω μεταβλητές αναφορικά με το φύλο, την υπηρεσία, την μόρφωση, την οικονομική κατάσταση αλλά και να ανιχνεύσει την προσωπική γνώμη των συμμετεχόντων στη έρευνα, για τα οφέλη της σωματικής άσκησης. Στον Ελλαδικό χώρο έχουν γίνει έρευνες που αφορούν συμπεριφορές υγείας, όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ αλλά και οι διατροφικές συνήθειες, ως παράγοντες κινδύνου αλλά και ως παράμετροι Ποιότητας Ζωής των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας. Ωστόσο η συμμετοχή στην φυσική δραστηριότητα έχει ερευνηθεί ελάχιστα και κυρίως ενταγμένη μέσα στα γενικά πλαίσια συμπεριφορών υγείας.

Επίσης, μέρος της έρευνας αποσκοπεί στην ανίχνευση των παραγόντων που πιθανόν λειτουργούν αποτρεπτικά από την συμμετοχή στην σωματική άσκηση. Η έρευνα θα συμβάλλει στο να καταγραφούν αρχικά η φυσική δραστηριότητα και οι δείκτες της ποιότητας ζωής των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας και στην συνέχεια να αξιολογηθεί η πιθανή σχέση μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών. Συχνά θεωρείται προφανές ότι οι επαγγελματίες υγείας - και ειδικότερα το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό - γνωρίζουν λόγω της εκπαίδευσης τους τα οφέλη της άσκησης στην υγεία και αξίζει να διαπιστωθεί αν επηρεάζονται θετικά ώστε να υιοθετήσουν οι ίδιοι μια συμπεριφορά την οποία συχνά προτείνουν στους ασθενείς τους.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που προέκυψαν από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ήταν ότι:

- 1) Θα υπάρξει θετική συσχέτιση μεταξύ Φυσικής Δραστηριότητας και Ποιότητας Ζωής.
- 2) Οι συμμετέχοντες με χαμηλό δείκτη Φυσικής Δραστηριότητας θα αναφέρουν χαμηλή Ποιότητα Ζωής.

- 3) Οι συμμετέχοντες με υψηλό δείκτη Φυσικής Δραστηριότητας θα αναφέρουν υψηλή Ποιότητα Ζωής.
- 4) Οι συμμετέχοντες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο θα αναφέρουν χαμηλή συχνότητα συμμετοχής στη Φυσική Δραστηριότητα.
- 5) Οι συμμετέχοντες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο θα αναφέρουν υψηλή συχνότητα συμμετοχής στη Φυσική Δραστηριότητα.
- 6) Θα υπάρξει διαφορά στην Φυσική Δραστηριότητα και στην Ποιότητα Ζωής μεταξύ των υπηρεσιών.
- 7) Η συμμετοχή στην Φυσική Δραστηριότητα και η Ποιότητα Ζωής θα επηρεαστεί από το φύλλο των συμμετεχόντων.
- 8) Η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και το ωράριο της εργασίας, θα είναι ο κύριος παράγοντας αποχής από την Φυσική Δραστηριότητα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Οι θέσεις του Π. Ο. Υ. για τη σωματική άσκηση

Η σωματική άσκηση διαδραματίζει ρόλο μείζονος σημασίας στη ζωή του ατόμου. Η πραγματιστική της ωφέλεια πηγάζει από τις ευεργετικές της συνέπειες στη σωματική ρώμη, στην ψυχική υγεία και στην πνευματική ανάταση του ανθρώπου. Το γεγονός αυτό τεκμαίρεται και από την σκοπιά της αντίπερα όχθης, καθώς η απουσία σωματικής δραστηριότητας αποτελεί την τέταρτη κύρια εστία κινδύνου για την παγκόσμια θνησιμότητα (World Health Organization, 2010). Πιο συγκεκριμένα, το έλλειμμα σωματικής άσκησης είναι υπεύθυνο για το 6% των θανάτων παγκοσμίως και έπεται της αρτηριακής πίεσης (13%), η οποία βρίσκεται στην κορυφή, της χρήσης καπνού (9%) και της υπεργλυκαιμίας (6%), (World Health Organization, 2009).

Το συγκεκριμένο επιστημονικό εύρημα, σε συνδυασμό με την απουσία συγκροτημένης πολιτικής εκ μέρους πολλών χωρών, ιδιαίτερα εκείνων με μεσαίο ή χαμηλό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν, αλλά και η ανάγκη πρόληψης σε παγκόσμιο επίπεδο στον τομέα των μη μεταδιδόμενων ασθενειών οδήγησε τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας στη λήψη συγκεκριμένων θέσεων για το ζήτημα της σωματικής άσκησης (World Health Organization, 2010). Οι θέσεις αυτές διακρίνονται για τον οικουμενικό τους χαρακτήρα, αντιπροσωπεύουν την ολότητα του πληθυσμού και την ποικιλομορφία των διακριτών χαρακτηριστικών του και στοχεύουν στη βελτίωση των ποσοστών της σωματικής άσκησης σε παγκόσμιο επίπεδο.

Αρχικά, σύμφωνα με την έκθεση *Global recommendations on physical activity for health* (2010) προκρίθηκε η πληθυσμιακή διαστρωμάτωση με βάση το κριτήριο της ηλικίας. Οι ηλικιακές ομάδες που προέκυψαν είναι τρεις: Η πρώτη ομάδα, περιλαμβάνει τον ανήλικο πληθυσμό που συγκροτείται από παιδιά και εφήβους ηλικίας 5 έως 17 ετών. Η δεύτερη ομάδα ενέχει στους κόλπους της τον ενήλικο πληθυσμό που ηλικιακά

τοποθετείται μεταξύ 18 έως 64 ετών και η τρίτη ομάδα απαρτίζεται από τα ενήλικα άτομα, που η ηλικία τους είναι από 65 ετών και άνω.

Η παραπάνω έκθεση προβλέπει για τα άτομα της ηλικιακής ομάδας 5-17 ετών, καθημερινή σωματική άσκηση ήπιας ή απαιτητικής έντασης και διάρκειας 60 λεπτών (World Health Organization, 2010). Παράλληλα, αναφέρεται πως η επιπρόσθετη άσκηση είναι θεμιτή, διότι διαπιστώνονται πολλαπλά οφέλη για την υγεία. Ακόμη, τονίζεται ότι η αερόβια γυμναστική πρέπει να κατέχει τη μερίδα του λέοντος στην καθημερινή σωματική άσκηση. Επίσης, προβλέπεται η ενσωμάτωση ασκήσεων έντονης έντασης στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα και θεωρούνται απαραίτητες οι δραστηριότητες, οι οποίες συνδράμουν στην ενδυνάμωση των μυών και των οστών, ενώ υπογραμμίζεται η ανάγκη τέλεσής τους, τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα (World Health Organization, 2010, σελ. 20). Παιδιά και έφηβοι που είναι ενεργοί και δραστήριοι στις σωματικές ασκήσεις σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους που επιδεικνύουν οκνηρία και απάθεια παρουσιάζουν πολλαπλάσια οφέλη στο ευρύτερο φάσμα της υγείας. Ειδικότερα, διαπιστώνονται υψηλότερα επίπεδα καρδιοαναπνευστικής και μυϊκής αντοχής, αύξηση της μυϊκής δύναμης, μείωση του σωματικού λίπους και παρατηρείται ενισχυμένη υγεία των οστών, καθώς και μειωμένα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (World Health Organization, 2010).

Όσον αφορά τους ενήλικες (18-64), η ίδια έκθεση περιλαμβάνει εκτενή αναφορά για τις σωματικές ασκήσεις και θέτει περιορισμούς στο προτεινόμενο πρόγραμμα για τις έγκυες γυναίκες και τα άτομα με καρδιακά προβλήματα. Δηλώνεται ρητά πως η υιοθέτησή του δεν υποπίπτει σε περιορισμούς, που άπτονται των κατηγοριών του φύλου, του εισοδήματος ή της εθνικότητας (World Health Organization, 2010). Η σωματική άσκηση περιλαμβάνει ένα ευρύ σύνολο δραστηριοτήτων και απαρτίζεται από τον ελεύθερο χρόνο φυσικής δραστηριότητας, τον τρόπο μεταφοράς (π.χ. περπάτημα ή ποδηλασία), την επαγγελματική άσκηση (δηλαδή την εργασία), τις δουλειές εντός του σπιτιού, το παιχνίδι, τα αθλήματα ή την προγραμματισμένη άσκηση. Στόχος του προτεινόμενου προγράμματος, το οποίο βασίστηκε στα τεκμήρια της υπάρχουσας βιβλιογραφίας είναι η βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής και μυϊκής αντοχής, η υγεία των οστών και η μείωση του κινδύνου των μη μεταδιδόμενων νόσων και της κατάθλιψης (World Health Organization, 2010).

Οι κατευθυντήριες γραμμές του προγράμματος για την ένταση, το χρόνο και το είδος της γυμναστικής είναι σαφείς. Τα άτομα της ηλικιακής ομάδας 18-64 ετών προτρέπονται να εκτελούν τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας έντασης αερόβια σωματική δραστηριότητα όλη την εβδομάδα ή να κάνουν τουλάχιστον 75 λεπτά έντονης έντασης αεροβική φυσική άσκηση. Εφικτή λύση για την αποτελεσματικότητα του προγράμματος είναι ακόμη, ένας ισοδύναμος συνδυασμός ασκήσεων μέτριας και έντονης έντασης. Επιπλέον, η αερόβια δραστηριότητα πρέπει να γίνεται σε κύκλους που θα έχουν ελάχιστη διάρκεια τα 10 λεπτά. Για την αποκόμιση επιπρόσθετων οφελών για την υγεία, οι ενήλικες θα πρέπει να αυξήσουν τη μέτριας έντασης αερόβια σωματική τους δραστηριότητα σε 300 λεπτά την εβδομάδα, ή να συμμετέχουν σε 150 λεπτά έντονης έντασης αεροβική φυσική δραστηριότητα την εβδομάδα, ή να υιοθετήσουν ένα ισοδύναμο συνδυασμό δραστηριοτήτων μέτριας και έντονης έντασης. Παράλληλα, ασκήσεις που συμβάλλουν στη μυϊκή αύξηση θα ήταν ωφέλιμο να διεξάγονται συμπεριλαμβάνοντας κύριες μυϊκές ομάδες σε 2 η παραπάνω μέρες (World Health Organization, 2010).

Οι συστάσεις του προγράμματος που αναφέρονται παραπάνω ισχύουν για συγκεκριμένες συνθήκες-καταστάσεις υγείας. Εν προκειμένω, αναφορικά με την καρδιοαναπνευστική υγεία, γίνεται λόγος για τη στεφανιαία νόσο, τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τα εγκεφαλικά επεισόδια και την υπέρταση, ενώ αναφέρονται περιπτώσεις όπως ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υγεία των οστών, η οστεοπόρωση και η κατάθλιψη (World Health Organization, 2010).

Για την ηλικιακή ομάδα άνω των 65, η σωματική άσκηση περιλαμβάνει δραστηριότητες, όπως τη σωματική εξάσκηση κατά τον ελεύθερο χρόνο, τον τρόπο μεταφοράς (π.χ. περπάτημα ή ποδηλασία), την επαγγελματική κατάσταση (αν το άτομο εξακολουθεί να ασχολείται), τις οικιακές εργασίες, το παιχνίδι, τα αθλήματα ή την προγραμματισμένη άσκηση στο πλαίσιο των καθημερινών, οικογενειακών και κοινοτικών δραστηριοτήτων. Στόχος των οδηγιών του προγράμματος είναι η βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής και μυϊκής κατάστασης, η διατήρηση της ακεραιότητας των οστών, η μείωση του κινδύνου των μη μεταδοτικών ασθενειών και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης και της γνωστικής εξασθένησης (World Health Organization, 2010).

Οι ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω θα πρέπει να πραγματοποιούν τουλάχιστον 150 λεπτά μέτριας έντασης αερόβια σωματική δραστηριότητα καθόλη τη διάρκεια της εβδομάδας ή τουλάχιστον 75 λεπτά έντονης έντασης αερόβια σωματική δραστηριότητα

ή ένα ισοδύναμο συνδυασμό μέτριας και έντονης έντασης άσκηση. Η αερόβια δραστηριότητα πρέπει να διεξάγεται σε περιόδους τουλάχιστον 10 λεπτών διάρκειας. Για επιπλέον οφέλη για την υγεία, οι ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω θα πρέπει να αυξήσουν τη μέτριας έντασης αερόβια σωματική δραστηριότητα σε 300 λεπτά την εβδομάδα, ή να συμμετέχουν σε αερόβια σωματική δραστηριότητα 150 λεπτών έντονης έντασης, ή να ακολουθήσουν ένα ισοδύναμο συνδυασμό μέτριας και δραστηριότητα έντονης έντασης (World Health Organization, 2010).

Πολίτες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας, ιδιαίτερα εκείνοι με κακή κινητικότητα, θα πρέπει να δραστηριοποιούνται σωματικά 3 ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα για την ενίσχυση της ισορροπίας και την πρόληψη των πτώσεων. Ως προς τη μυϊκή ενδυνάμωση, πρέπει να περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα μεγάλες μυϊκές ομάδες για 2 ή περισσότερες ημέρες την εβδομάδα. Όταν οι ενήλικες αυτής της ηλικιακής ομάδας δεν είναι σε θέση να υλοποιούν τις συνιστώμενες προτάσεις λόγω συνθηκών υγείας, μια τελεσφόρα λύση κρίνεται η σωματική δραστηριοποίησή τους στο μέτρο των ικανοτήτων τους και των επιτρεπόμενων περιστάσεων. Επισημαίνεται ακόμη, ότι η προώθηση και η διευκόλυνση της τακτικής σωματικής άσκησης σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας είναι ιδιαίτερα σημαντική, ακριβώς, επειδή διαπιστώνεται εμπειρικά πως αυτή η ομάδα του πληθυσμού είναι πολύ συχνά, η λιγότερο σωματικά δραστήρια (World Health Organization, 2010).

Η έκθεση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας καταλήγει σε συγκεκριμένα συμπεράσματα αναφορικά με την υιοθέτηση των αρχών εκ μέρους των κρατών. Αρχικά, θεωρείται αδήριτη ανάγκη η αναθεώρηση των αστικών και χωροταξικών σχεδίων, η λήψη περιβαλλοντικών πολιτικών σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, με την προοπτική να διασφαλιστεί ότι δραστηριότητες όπως το περπάτημα, η ποδηλασία και άλλες μορφές σωματικής δραστηριότητας θα καταστούν προσιτές και ασφαλείς (World Health Organization, 2010). Ακολούθως, διαπιστώνεται η ανάγκη δημιουργίας τοπικών εγκαταστάσεων άθλησης για τα παιδιά, η διευκόλυνση της φυσικής μεταφοράς στην εργασία (π.χ. ποδηλασία και περπάτημα) και η στήριξη άλλων στρατηγικών σωματικής δραστηριότητας για το ενεργό τμήμα του πληθυσμού. Τέλος, εκφέρεται η άποψη για την αναγκαιότητα διασφάλισης ευκαιριών και δημιουργίας προγραμμάτων εκ μέρους του σχολείου για τη σωματική άσκηση των μαθητών (World Health Organization, 2010).

1.2 Κατευθυντήριες γραμμές της Ε.Ε. για τη σωματική άσκηση

Η στρατηγική πολιτική της Ε.Ε., αναφορικά με τη σωματική άσκηση εφάπτεται κατά κανόνα, στις υποδείξεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η ομάδα εργασίας *Αθλητισμού και Υγείας* της Ε.Ε., στην οποία υπάρχει η δυνατότητα ελεύθερης συμμετοχής σε όλα τα κράτη-μέλη, έλαβε εντολή από τη σύνοδο των υπουργών αθλητισμού των κρατών-μελών, κατά την φινλανδική προεδρία το Νοέμβριο του 2006, να συντάξει ένα σύνολο κατευθυντήριων γραμμών για τη σωματική άσκηση σε ευρωπαϊκό επίπεδο. Ο βασικός στόχος ήταν να τεθούν προτεραιότητες για τις πολιτικές που θα συνέδραμαν στην αύξηση της σωματικής άσκησης. Ειδικότερα, κατά την περίοδο 2002-2006, εκδόθηκαν πέντε ψηφίσματα του Συμβουλίου που προέτρεπαν την Ε.Ε., να αναλάβει δράση για την καταπολέμηση της παχυσαρκίας, σε σχέση με τη διατροφή και τη σωματική άσκηση (EU Physical Activity Guidelines, 2008).

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ύπαρξη ολοκληρωμένων πολιτικών που αποβλέπουν στην αύξηση της σωματικής άσκησης στην καθημερινή ζωή, είναι η στενή και συνεπής συνεργασία μεταξύ των αρμόδιων φορέων του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα για τη χάραξη πολιτικών στους κλάδους του αθλητισμού, της υγείας, της παιδείας, των μεταφορών, του πολεοδομικού σχεδιασμού, του εργασιακού περιβάλλοντος, του ελεύθερου χρόνου κλπ. Η θέση αυτή ισχυροποιείται από την αντίληψη πως η ενοποίηση των πολιτικών, που αμφοτέρως προωθούν τη σωματική άσκηση, θα όριζε ως αναπόφευκτη επιλογή για τους πολίτες, την επιλογή ενός υγιεινού τρόπου ζωής (EU Physical Activity Guidelines, 2008).

Οι συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές, όπως συντάχθηκαν στο ψήφισμα του 2008, απευθύνονται ως επί το πλείστον στους αρμόδιους φορείς των κρατών-μελών που είναι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής. Σκοπός είναι να λειτουργήσουν ως έναυσμα, για την εκπόνηση και έκδοση προτρεπτικών οδηγιών στην κατηγορία της σωματικής άσκησης. Η ιδιαίτερη αξία της συνεισφοράς της Ε.Ε. έγκειται από τη μία πλευρά, στο ότι εστιάζει στην εφαρμογή των υφισταμένων συστάσεων του Π.Ο.Υ για τη σωματική άσκηση και από την άλλη πλευρά, στο ότι προσανατολίζεται και επικεντρώνεται αποκλειστικά στη σωματική άσκηση (και όχι στη διατροφή ή σε συναφή θέματα). Επισημαίνεται επίσης, ότι οι κατευθυντήριες γραμμές της Ε.Ε. αποτελούν συνέχεια της Λευκής Βίβλου για τον αθλητισμό, με τη διαφορά πως προτείνονται πιο συγκεκριμένες συστάσεις πολιτικής κατεύθυνσης (EU Physical Activity Guidelines, 2008).

Αποδέκτες των κατευθυντήριων γραμμών είναι οι φορείς λήψης αποφάσεων σε όλα τα επίπεδα (ευρωπαϊκό, εθνικό, περιφερειακό, τοπικό) τόσο του δημόσιου όσο και του ιδιωτικού τομέα. Ενώ επιβεβαιώνεται η προσέγγιση που υιοθέτησε ο Π.Ο.Υ, επιτελείται προσπάθεια να οριστούν χρήσιμα βήματα για τη μετατροπή των στόχων σε στοχευμένη δράση. Η εκπόνηση εθνικών συστάσεων για τη σωματική άσκηση πρέπει να συμβαδίζει με το σχεδιασμό και την αξιολόγηση των πολιτικών και των παρεμβάσεων για την επίτευξη των στόχων που περιέχονται στις οδηγίες του Π.Ο.Υ (EU Physical Activity Guidelines, 2008).

Αρχικά, οι συγκεκριμένες κατευθυντήριες γραμμές προσδιορίζουν μεθοδολογικά τον τρόπο υλοποίησης του στρατηγικού πλάνου (EU Physical Activity Guidelines, 2008). Τονίζεται η ανάγκη καθορισμού και κοινοποίησης διασαφηνισμένων στόχων. Αφού οριοθετηθούν και προσδιοριστούν οι στόχοι, ακολουθεί ο ορισμός της πληθυσμιακής ομάδας γύρω από την οποία απευθύνεται η εκάστοτε δράση και καθορίζεται με ποια βήματα θα επιτευχθεί η υλοποίηση του σχετικού θεωρητικού πλάνου.

Ακολούθως, ο σχεδιασμός προβλέπει την κατάτμηση του πλάνου σε συγκεκριμένα στάδια κατά τη φάση υλοποίησης, η οποία πρέπει να περιλαμβάνει ακριβές χρονοδιάγραμμα, σημεία τομής και αποτελέσματα (EU Physical Activity Guidelines, 2008). Παράλληλα, η υλοποίηση του πλάνου απαιτεί φυσικά πρόσωπα για τη διεκπεραίωσή του και την ανάληψη των ανάλογων πρωτοβουλιών και ευθυνών. Γι' αυτό και καθορίζονται τα πρόσωπα που θα έχουν σαφώς προσδιορισμένο πεδίο δράσης στη νομοθετική στήριξη και στο στρατηγικό σχεδιασμό.

Επίσης, η πραγμάτωση ενός στρατηγικού πλάνου έχει ως βασικό πυλώνα για την αποτελεσματικότητά του, τη διάθεση κονδυλίων εκ μέρους του κρατικού μηχανισμού. Βασικό προαπαιτούμενο είναι ο καθορισμός της διασφάλισης και του τρόπου σύνδεσης των χρηματοδοτικών πηγών (εθνικός προϋπολογισμός, περιφερειακοί και τοπικοί προϋπολογισμοί, ιδιωτικές επιχειρήσεις). Αφού υλοποιηθούν τα παραπάνω βήματα, κρίνεται θεμιτή η δημιουργία ενός γόνιμου και υποστηρικτικού περιβάλλοντος για την εφαρμογή των πολιτικών (EU Physical Activity Guidelines, 2008). Σε επόμενο στάδιο, αναζητούνται οι πολιτικοί τομείς και φορείς, που με εποικοδομητικό τρόπο θα στηρίξουν αυτή την προσπάθεια.

Αλλωστε, το εκάστοτε πλάνο πέρα από το υποστηρικτικό περιβάλλον που δημιουργούν οι εμπνευστές τους, χρειάζεται και την αποδοχή του ευρύτερου κοινού.

Κατ' αρχήν, θεωρείται απαραίτητο να διεγερθεί το ενδιαφέρον για τις πολιτικές δράσεις. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης είναι εφικτό να λειτουργήσουν ως γέφυρα για την επί τα βελτίω αντιμετώπιση της κρατικής πρωτοβουλίας από το κοινό (EU Physical Activity Guidelines, 2008). Τέλος, κρίνεται σκόπιμο να παρακολουθούνται και να αξιολογούνται διαρκώς τα αποτελέσματα, να ανταποκρίνονται στο πλαίσιο, όπως αυτό διαμορφώνεται από τις ιδιαίτερες πολιτισμικές-κοινωνιολογικές συνθήκες στο δεδομένο χωροχρόνο.

Όπως, έχει ήδη επισημανθεί οι καθορισθέντες στόχοι επιτυγχάνονται μόνο μέσω της συνεργασίας μεταξύ των υπουργείων, των οργανισμών και των διαφορετικών επαγγελματικών φορέων, σε όλα τα επίπεδα διακυβέρνησης (εθνικό, περιφερειακό, τοπικό) και σε συνεργασία με τον ιδιωτικό τομέα και τις οργανώσεις εθελοντών. Πρόκειται για τη πολύπλευρη δια-τομεακή προσέγγιση για την οποία έγινε ήδη λόγος και η σωστή θέσπισή της είναι υπεύθυνη για την αναμενόμενη αύξηση του επιπέδου σωματικής άσκησης στον πληθυσμό. Συμπερασματικά, τομείς όπως, ο αθλητισμός, η υγεία, η παιδεία, οι μεταφορές, ο πολεοδομικός σχεδιασμός, η δημόσια ασφάλεια και το εργασιακό περιβάλλον είναι συνιστώσες του ολικού σχεδίου.

Άλλες κατευθυντήριες γραμμές που δεν έχουν μεθοδολογικό αλλά περιγραφικό χαρακτήρα γύρω από το πλάνο δράσης περιγράφονται εκτενώς στο κείμενο *Steps to health: a European framework to promote physical activity for health* (WHO, 2007). Βασικός στόχος είναι η βελτίωση της υγείας του κοινωνικού συνόλου και των υποομάδων του. Ο στρατηγικός σχεδιασμός οφείλει να δίνει έμφαση στη βελτίωση των συνθηκών και του περιβάλλοντος που επηρεάζουν τις συνθήκες υγείας και ζωής. Προς την ίδια κατεύθυνση, θα πρέπει να προβλέπει την αντιμετώπιση ορισμένων βασικών αιτιών που οδηγούν αναπόφευκτα σε προβλήματα υγείας. Τέτοια προβλήματα προς αντιμετώπιση είναι η μείωση των ανισοτήτων όσον αφορά την κατάσταση της υγείας μεταξύ των υποπληθυσμών, η αύξηση της ευαισθητοποίησης για την υιοθέτηση σωστών υγειονομικών επιλογών, καθώς και η δημιουργία υπηρεσιών που θα προωθούν τα επίπεδα υγείας.

Επιπροσθέτως, η ιστορία δείχνει ότι οι επιτυχείς στρατηγικές του παρελθόντος για τη σωματική άσκηση ήταν πολύπλευρες και περιεκτικές. Γι' αυτό, θα πρέπει οι μελλοντικές προσπάθειες να περιλαμβάνουν στοιχεία, όπως η ευαισθητοποίηση του κοινού, οι πολλαπλές επεμβάσεις στη σωματική δραστηριότητα, τα πρότυπα, η ανάπτυξη ηγεσίας, η συγκρότηση ενεργών υποδομών, η ανανέωση και η περάτωση πολιτικών (WHO, 2007).

Εντούτοις, κύριο μέλημα θεωρείται η προσπάθεια να επικεντρωθούν οι στρατηγικές στις ομάδες στόχους, με έμφαση στον ανενεργό πληθυσμό, δίχως να λησμονείται το κομμάτι του κοινωνικού συνόλου που ήδη δραστηριοποιείται.

Επιπλέον, η στρατηγική θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από το στοιχείο της ολότητας, ώστε να επωφεληθεί από τα επιμέρους στοιχεία και να λάβει κάθετο και οριζόντιο συνάμα χαρακτήρα (WHO, 2007). Η κάθετη προσέγγιση περιλαμβάνει την απρόσκοπτη ροή των πληροφοριών και τη συμμετοχή σε εθνικό, περιφερειακό και τοπικό επίπεδο. Πρόκειται δηλαδή, για τη διοικητική-θεσμική λειτουργία. Αντίθετα, η οριζόντια προσέγγιση περιλαμβάνει τη συνεργασία μεταξύ τομέων όπως η υγεία, η παιδεία, οι μεταφορές, η πολεοδομία, η αναψυχή, οι κοινωνικές υπηρεσίες και ο αθλητισμός.

Ακόμη, ένα στρατηγικό πλάνο θα πρέπει να συγκροτείται στις αρχές της συμπληρωματικότητας και της συνεργασίας (WHO, 2007). Η σωματική άσκηση είναι καθοριστικός παράγοντας για τον τρόπο ζωής και είναι βασικός άξονας αντιμετώπισης του φαινομένου της παχυσαρκίας. Συνδέεται επίσης, με την υγιεινή διατροφή και με χρόνια προβλήματα υγείας. Συνεπώς, η υλοποίηση μιας στρατηγικής θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τα παραπάνω δεδομένα για τη συλλογική δραστηριότητα.

Δεν αρμόζει να λησμονηθεί το γεγονός, ότι ένας στρατηγικός σχεδιασμός θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από το στοιχείο της βιωσιμότητας (WHO, 2007). Κρίνεται αναγκαία η ανάπτυξη τοπικών στρατηγικών που θα υποστηρίζονται στη βάση των εθνικών σχεδίων. Αξιόλογα στοιχεία σε αυτή την προσπάθεια είναι οι πόροι και τα εργαλεία, η έρευνα, η αξιολόγηση, η ανάπτυξη υποδομών, οι εκστρατείες επικοινωνίας. Τέλος, η βιωσιμότητα θα πρέπει να έχει τις ρίζες της στις τοπικές δεσμεύσεις για τις συνεχιζόμενες ενέργειες και τις επενδύσεις στο σχεδιασμό, τα προγράμματα, τις εγκαταστάσεις, τους ανοιχτούς χώρους και τα συστήματα ενεργητικής μεταφοράς.

Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του στρατηγικού σχεδιασμού πρέπει να είναι η τεκμηρίωση και η αποτελεσματικότητα (WHO, 2007). Αφενός κρίνεται αναγκαίο να καθορίζονται ρεαλιστικοί στόχοι αφετέρου πρέπει να οριοθετούνται τα αποτελέσματα σε συγκεκριμένα χρονικά πλαίσια. Ταυτόχρονα, η δημιουργία μηχανισμών ορίζεται ως απαραίτητη προϋπόθεση, ούτως ώστε, να παρακολουθείται η πρόοδος και να παρέχονται έγκαιρα και ουσιαστικά δεδομένα σχετικά με τα αποτελέσματα. Η εθνική στρατηγική θα ενσωματώσει εν συνεχεία την έρευνα, την αξιολόγηση του προγράμματος και την

πολιτική ανάπτυξης της και θα βοηθά τις κοινότητες να πραγματοποιήσουν ουσιαστικές μετρήσεις και αξιολογήσεις σχετικά με τις δικές τους.

Ένα τελευταίο στοιχείο των κατευθυντήριων γραμμών της Ε.Ε. είναι η ορθή και αποτελεσματική κοινοποίηση του στρατηγικού σχεδιασμού (WHO, 2007). Οι εθνικές στρατηγικές για τη σωματική δραστηριότητα οφείλουν να εξετάσουν την ανάπτυξη επικοινωνιακών εκστρατειών υψηλού επιπέδου που θα αυξάνουν τη συνολική ευαισθητοποίηση σχετικά με τα οφέλη της σωματικής άσκησης και θα ενθαρρύνουν την αλλαγή/τροποποίηση της συμπεριφοράς. Τα μηνύματα, θεωρείται απαραίτητο, να είναι σαφή και να απευθύνονται σε βασικά τμήματα του πληθυσμού. Οι εθνικές στρατηγικές επικοινωνίας με τη σειρά τους, θα πρέπει να στηρίζουν τις τοπικές εκστρατείες και να είναι αρκετά ευέλικτες, ώστε να χρησιμοποιηθούν πολλαπλά. Ωφέλιμο είναι επίσης, να δημιουργηθούν δίκτυα για να επιτρέπουν στις κοινότητες να μοιράζονται τα σχέδια και τα επιτυχή στρατηγικά πλάνα. Εντέλει, τα κράτη-μέλη είναι σε θέση να αναπτύξουν μηχανισμούς για τη συνεχή επικοινωνία και την ανταλλαγή πληροφοριών αναφορικά με τις στρατηγικές τους.

1.3 Οι θέσεις του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη σωματική άσκηση

Σύμφωνα με το Συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Ένωσης τα οφέλη της σωματικής άσκησης, εσωκλείουν την τακτική αθλητική δραστηριότητα σε όλη την πορεία της ζωής, είναι υψίστης σημασίας και συμβάλλουν στη μείωση του κινδύνου της καρδιαγγειακής νόσου, καθώς και στην αντιμετώπιση ορισμένων τύπων καρκίνου και διαβήτη. Επίσης, επιφέρει βελτιώσεις στην μυοσκελετική υγεία, ενώ ως προς το σώμα, συμβάλλει στον έλεγχο του βάρους. Από την πλευρά της ψυχοπνευματικής υπόστασης του ατόμου οι θετικές επιπτώσεις της σωματικής άσκησης είναι εμφανείς στην ανάπτυξη της ψυχικής υγείας και της γνωστικής διεργασίας.

Οι θέσεις του Συμβουλίου της Ε.Ε. συνοψίζονται στο *Ψήφισμα του Συμβουλίου και των αντιπροσώπων των κυβερνήσεων των κρατών-μελών, συνερχομένων στα πλαίσια του Συμβουλίου, της 21ης Μαΐου 2014, σχετικά με το πρόγραμμα εργασιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον αθλητισμό*. Η σωματική άσκηση, όπως συνιστάται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας κρίνεται σημαντική για όλες τις ηλικίες και η συνεισφορά της

εμπεριέχει πραγματιστικά πλεονεκτήματα για τα παιδιά, τον εργαζόμενο πληθυσμό και τους ηλικιωμένους.

Επιπλέον, σύμφωνα με την ίδια έκθεση του Συμβουλίου, η σωματική δραστηριότητα αποτελεί προαπαιτούμενη αρχή για έναν υγιεινό τρόπο ζωής και συμβάλλει στην επίτευξη των βασικών στόχων που ορίζονται στο πλαίσιο του προγράμματος *Ευρωπαϊκή Στρατηγική 2020*, ιδίως σε σχέση με την ανάπτυξη, την παραγωγικότητα και την υγεία. Παρατηρείται ακόμη το γεγονός πως, ενώ οι προσπάθειες έχουν ενταθεί από τις δημόσιες αρχές για την προώθηση της σωματικής άσκησης, η οποία με τη σειρά της μετατρέπεται σε αρωγό βελτίωσης της υγείας (HEPA), ορισμένα κράτη-μέλη τα τελευταία χρόνια, δεν έλαβαν τα απαραίτητα μέτρα. Η αρνητική συνέπεια που προκλήθηκε δεν ήταν άλλη από τη γλαφυρή απεικόνιση των ποσοστών αδράνειας στη σωματική άσκηση, που παραμένουν σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα στην Ευρωπαϊκή Ένωση. Η πλειονότητα των Ευρωπαίων πολιτών δε συμμετέχει σε επαρκείς -για την σωματική ευεξία- φυσικές δραστηριότητες, με το 60% να δηλώνει πως ποτέ ή σπάνια ασχολείται με αθλήματα ή γενικότερα με την άσκηση. Η έλλειψη ελεύθερου χρόνου είναι η πιο συχνή αιτία στα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά τμήματα του πληθυσμού που δρα αποτρεπτικά στην προσπάθεια εκγύμνασης.

Επιπροσθέτως, η έλλειψη σωματικής άσκησης έχει αναγνωριστεί ως ο κορυφαίος παράγοντας κινδύνου που ευθύνεται για την πρόωρη θνησιμότητα και για διάφορες μορφές ασθένειας σε χώρες με υψηλό ακαθάριστο εγχώριο προϊόν. Η πραγματικότητα αυτή αποτελεί φαινόμενο με οικουμενικές διαστάσεις. Σε στενότερα γεωγραφικά πλαίσια προκαλεί 1 εκατομμύριο θανάτους ετησίως στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του Π.Ο.Υ.

Τα μειονεκτήματα, που είναι απότοκα της έλλειψης σωματικής άσκησης στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι καταγεγραμμένα. Η άλλη όψη του νομίσματος ενισχύει την επιχειρηματολογία υπέρ της σωματικής άσκησης, καθώς δηλώνει ότι οι άμεσες και έμμεσες δαπάνες που γίνονται για την αντιμετώπιση προβλημάτων ευθέως σχετιζόμενων με την απουσία φυσικής δραστηριότητας είναι ιδιαίτερα μεγάλες. Οι διαστάσεις του ζητήματος γίνονται ευρύτερα κατανοητές, όταν εξετάζονται υπό το πρίσμα της πρόωρης υπεργήρανσης του πληθυσμού των ευρωπαϊκών κοινωνιών.

Ενστερνιζόμενο πορίσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, το Συμβούλιο της Ε.Ε. υποστηρίζει ότι η καθιστική συμπεριφορά δυνητικά αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την πορεία της υγείας, ανεξαρτήτως της επίδρασης της σωματικής δραστηριότητας.

Παρατηρείται επίσης, όσον αφορά τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, ότι λαμβάνουν χώρα τεράστιες διαφορές μεταξύ των κρατών-μελών. Ορισμένες χώρες επιδεικνύουν σημαντική πρόοδο ως προς την αύξηση του ποσοστού των πολιτών που πληρούν το ελάχιστο επίπεδο των συνιστώμενων μέτρων σωματικής δραστηριότητας. Αντιθέτως, άλλα κράτη είτε παραμένουν στάσιμα είτε υποχωρούν. Μολοταύτα, η παρουσία σημαντικών δυνατοτήτων θεωρείται ισχυρό εχέγγυο για την υιοθέτηση επιτυχημένων προσεγγίσεων και την ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών ΗΕΡΑ.

Στον τομέα της παιδείας, γίνεται λόγος για το μάθημα της *Φυσικής αγωγής*. Εντός των σχολικών δομών, είναι σε θέση να προσδιοριστεί ως αποτελεσματικό εργαλείο για την αύξηση της ευαισθητοποίησης σχετικά με τη σημασία της ΗΕΡΑ. Κοντολογίς, τα σχολεία μπορούν με προσιτούς, λυσιτελείς και στοχοπροσηλωμένους τρόπους να επιδιώκουν την υλοποίηση δραστηριοτήτων στον εν λόγω τομέα.

Πέραν της παιδείας, υπάρχουν τομείς, ιδίως του αθλητισμού και της υγείας, που κάλλιστα μπορούν να συμβάλουν στην ενίσχυση της σωματικής άσκησης και να προσφέρουν νέες ευκαιρίες για τους πολίτες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ώστε να δραστηριοποιηθούν έτι περαιτέρω. Επομένως, μια στρατηγική χαρακτηριζόμενη από δια-τομεακή προσέγγιση στην προσπάθεια προώθησης ΗΕΡΑ, θα θέτει ως δεδομένη τη συμμετοχή σε όλα τα επίπεδα όλων των αρμόδιων υπουργείων, φορέων και οργανισμών, ιδίως το αθλητικό κίνημα, λαμβάνοντας υπόψη τις υφιστάμενες και τις εν εξελίξει εργασίες της πολιτικής στον εκάστοτε χωροχρόνο.

Οι κατευθυντήριες γραμμές της Ε.Ε. για τη σωματική άσκηση, όπως αναφέρεται από τους αντιπροσώπους των κυβερνήσεων των κρατών μελών, που συνήλθαν στο πλαίσιο του Συμβουλίου, στα συμπεράσματά τους την 27^η Νοεμβρίου 2012 σχετικά με το πρόγραμμα ΗΕΡΑ, και από το Συμβούλιο με τίτλο, *Υγιής Γήρανση σε όλο τον κύκλο ζωής*, υποστηρίζουν αυτή τη δια-τομεακή προσέγγιση που θα καλύπτει όλους τους θεματικούς άξονες για την προώθηση ΗΕΡΑ. Τα κράτη μέλη, που συνήλθαν στο πλαίσιο του Συμβουλίου, σχετικά με το πρόγραμμα εργασιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον αθλητισμό, για την περίοδο 2011-2014, αναγνώρισε την ανάγκη να περατωθεί η συνεργασία μεταξύ της Επιτροπής και των κρατών-μελών στον τομέα του αθλητισμού σε ορισμένους τομείς προτεραιότητας συμπεριλαμβανομένης της ενίσχυσης της ΗΕΡΑ.

Πιο συγκεκριμένα, η ανάπτυξη μιας δια-τομεακής προσέγγισης που αφορά τους τομείς της πολιτικής, του αθλητισμού, της υγείας, της εκπαίδευσης, του περιβάλλοντος

και των μεταφορών, λαμβάνει υπόψη τις κατευθυντήριες γραμμές της Ε.Ε., άλλους συναφείς τομείς και τις εθνικές ιδιαιτερότητες. Κοντολογίς, προτείνεται η προοδευτική ανάπτυξη και εφαρμογή εθνικών στρατηγικών και δια-τομεακών πολιτικών που αποσκοπούν στην προβολή και υιοθέτηση ΗΕΡΑ, σύμφωνα με την εθνική νομοθεσία και πρακτική, έχοντας προσδιορισμό συγκεκριμένων δράσεων όπου κρίνεται σκόπιμο.

1.4 Ο κανονισμός της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τη σωματική άσκηση

Με τον κανονισμό (ΕΕ) αριθ. 282/2014 του ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του συμβουλίου της 11ης Μαρτίου 2014, σχετικά με τη θέσπιση τρίτου προγράμματος για τη δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας (2014-2020) και την κατάργηση της απόφασης αριθ. 1350/2007/ΕΚΤ δημιουργήθηκε το τρίτο πρόγραμμα για την οριοθέτηση των δράσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης στον τομέα της υγείας και η διάρκειά του καλύπτει τη χρονική περίοδο 2014-2020. Πρόκειται για ένα πολυετές πλάνο που αποβλέπει στη βελτίωση της υγείας των πολιτών της Ευρωπαϊκής Ένωσης και στη μείωση των ανισοτήτων μεταξύ των ανθρώπων. Η δράση εστιάζει στην υλοποίηση συγκεκριμένων στόχων, που αποβλέπουν στην επίλυση διασυνοριακών ζητημάτων στον υγειονομικό κλάδο. Με τον τρόπο αυτό, το πρόγραμμα συμβάλλει στη λήψη τεκμηριωμένων αποφάσεων προωθώντας την υλοποίηση ενός συστήματος πληροφοριών και γνώσεων για την υγεία, λαμβάνοντας υπόψη σχετικές δραστηριότητες διάφορων ειδικευμένων, διεθνών οργανισμών, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) και ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Ο.Ο.Σ.Α).

Ειδικότερα, το πρόγραμμα προσδιορίζει, διαδίδει και προωθεί τεκμηριωμένες και ορθές πρακτικές για οικονομικώς αποδοτικά μέτρα πρόληψης των νόσων και της προαγωγής της υγείας. Στοχεύει, κυρίως στους κύριους παράγοντες κινδύνου και συγκεκριμένα, στη χρήση καπνού, ναρκωτικών και αλκοόλ, στις ανθυγιεινές διαιτητικές συνήθειες, στην παχυσαρκία, στην έλλειψη σωματικής άσκησης, καθώς και στο HIV/AIDS, στη φυματίωση και στην ηπατίτιδα. Τα παραπάνω θα συνδράμουν στην κατάλληλη πρόληψη, ενώ θα συμβάλλουν στη βελτίωση της οικονομικής βιωσιμότητας των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης. Με αφορμή τα παραπάνω, αναφέρεται επίσης, πως τα χρόνια νοσήματα ευθύνονται για ποσοστό άνω του 80% των πρόωρων θανάτων στην Ένωση. Η αξία της συγκεκριμένης πρότασης σε συνδυασμό με την

αναφορά για μια πιο υγιή και δραστήρια ζωή για τον ηλικιωμένο πληθυσμό υπογραμμίζει την αξία της σωματικής άσκησης στο συγκεκριμένο κανονισμό.

Το πρόγραμμα περιλαμβάνει συνολικά 21 άρθρα. Τα δύο πρώτα αφορούν γενικές διατάξεις που σχετίζονται με τους κανονισμούς για τη θέσπιση του προγράμματος και τους γενικούς στόχους στην προσπάθεια βελτίωσης της ζωής των πολιτών της Ε.Ε. Έπειτα, ακολουθούν οι ειδικοί στόχοι και οι δείκτες μέτρησής τους στο άρθρο 3. Πιο συγκεκριμένα, σκοπός είναι ο προσδιορισμός, η διάδοση και η προώθηση τεκμηριωμένων και ορθών πρακτικών για αποδοτικά μέτρα προαγωγής της υγείας από την οικονομική σκοπιά. Επίσης, η πρόοδος στην ετοιμότητα και στο συντονισμό, ο προσδιορισμός και η ανάπτυξη κοινών εργαλείων και μηχανισμών σε ευρωπαϊκό επίπεδο για την αντιμετώπιση ελλείψεων και η αύξηση της πρόσβασης στην ιατρική εμπειρογνομosύνη συμπληρώνουν τη φαρέτρα των στόχων που τίθενται. Οι δείκτες για την αποτελεσματικότητα των στόχων συσχετίζονται με την έκταση της εφαρμογής των κανονισμών εκ μέρους των κρατών.

Ως προς το σκέλος της χρηματοδότησης, τονίζεται ότι οι πιστώσεις για τα χρηματοδοτικά κονδύλια εγκρίνονται από το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο και το Συμβούλιο, ενώ αναφέρεται ρητά πως τρίτες χώρες, δυνητικά θα συμμετέχουν, με την προϋπόθεση της τήρησης συγκεκριμένων διμερών ή πολυμερών συμφωνιών. Οι χρηματοδοτικές συνεισφορές της Ένωσης λαμβάνουν τη μορφή επιχορηγήσεων ή δημόσιων συμβάσεων ή κάποια μορφή παρέμβασης για την επιτέλεση δράσεων με σαφή προστιθέμενη αξία για την Ευρωπαϊκή Ένωση. Οι πιστώσεις δεν υπερβαίνουν το 60% των επιλέξιμων δαπανών για δράσεις σχετικές με τους στόχους του προγράμματος, ενώ η συνεισφορά είναι εφικτό να ανέλθει έως το 80% των δαπανών σε πολύ σπάνιες περιπτώσεις. Ακόμη, υπάρχει η πρόβλεψη κατανομής του 30% του συνολικού ποσού σε χώρες που το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν τους δεν υπερβαίνει το 90% του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Διευκρινίζεται πως οι επιχορηγήσεις δίδονται για τη λειτουργία φορέων που χαρακτηρίζονται από μη κυβερνητικό και μη κερδοσκοπικό χαρακτήρα, δρουν στον τομέα της δημόσιας υγείας και δραστηριοποιούνται στην πλειονότητα των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Στον τομέα της υλοποίησης αναφέρεται ότι εκπονούνται ετήσια προγράμματα εργασίας με γνώμονες την προστασία των προσωπικών δεδομένων και την καθιέρωση μηχανισμών για την διασφάλιση της εμπιστευτικότητας. Προάγεται επίσης, η συνοχή και η συμπληρωματικότητα με άλλες πολιτικές στον ευρωπαϊκό χώρο. Ειδικά στο άρθρο 13

περιγράφεται παραστατικά ο έλεγχος της φάσης υλοποίησης. Η παρακολούθηση, η αξιολόγηση και η διάδοση των αποτελεσμάτων επιτυγχάνεται μέσω της συνεργασίας της επιτροπής της Ε.Ε. και των κρατών-μελών και μέχρι τις 30 Ιουνίου του 2017, υπάρχει ρύθμιση για την εκπόνηση αξιολογικής έκθεσης. Τα αποτελέσματα της έκθεσης διακρίνονται για το ρυθμιστικό και το δομικό τους χαρακτήρα, καθώς στοχεύουν στον αναπροσδιορισμό του προγράμματος σε περίπτωση μη επιτυχούς εφαρμογής συγκεκριμένων δράσεων, ιδίως εκεί, όπου παρατηρούνται κωλύματα.

Παράλληλα, τα κράτη δρουν επικουρικά με την Επιτροπή καθώς ορίζουν σημεία επαφής. Ακόμη, αξιοποιούνται μηχανισμοί για τον έλεγχο των δαπανών με σκοπό την προστασία των οικονομικών συμφερόντων της Ε.Ε. και με την εφαρμογή προληπτικών μέτρων κατά της απάτης, της διαφθοράς και κάθε άλλης παράνομης δραστηριότητας. Η Επιτροπή ή οι εκπρόσωποί της, και το Ελεγκτικό Συνέδριο ασκούν την εξουσία λογιστικού ελέγχου και η Ευρωπαϊκή Υπηρεσία Καταπολέμησης της Απάτης (OLAF) διενεργεί έρευνες, συμπεριλαμβανομένων επιτόπιων ελέγχων και επιθεωρήσεων για την αντιμετώπιση φαινομένων διαφθοράς.

Ο κανονισμός ολοκληρώνεται με τα άρθρα 19, 20 και 21, όπου περιγράφονται με δωρικό τρόπο τόσο οι μεταβατικές όσο και οι τελικές διατάξεις που αφορούν τη διάθεση των κονδυλίων, την έναρξη του προγράμματος και τη λήξη της ισχύος του προηγούμενου κανονισμού, που τοποθετούνται αμφότερα την 1^η Ιανουαρίου του 2014. Το κείμενο του κανονισμού ολοκληρώνεται με ορισμένες συμπερασματικές επισημάνσεις των εισηγητών. Κοντολογίς, σύμφωνα με τα γραφόμενα, το πρόγραμμα συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας και στην πρόληψη νόσων με τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος για έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής. Στόχος είναι η προστασία των πολιτών της Ε.Ε. από διασυννοριακές απειλές κατά της υγείας και η συμβολή του προγράμματος σε καινοτόμα, αποδοτικά και βιώσιμα συστήματα υγείας. Επιπροσθέτως, επιδιώκεται η διευκόλυνση των πολιτών της Ε.Ε. αλλά και η πρόσβασή τους στην υγειονομική περίθαλψη.

1.5 Πρωτοβουλίες στην Ελλάδα για τη σωματική άσκηση

Η αναγκαιότητα λήψης μέτρων για τη σωματική άσκηση στην Ελλάδα δεν πηγάζει μονάχα από τις προβλεπόμενες τοποθετήσεις του Π.Ο.Υ και της Ε.Ε., αλλά και από την

εσωτερική κατάσταση στον τομέα της δημόσιας υγείας. Η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες και επιλογές, η έλλειψη σωματικής άσκησης, η παχυσαρκία, το άγχος και η έλλειψη μέτρων ασφαλείας κατά την οδήγηση, είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που προκαλούν νόσους και ατυχήματα που ευθύνονται για το μεγαλύτερο αριθμό θανάτων στις δυτικές και άλλες υπό ανάπτυξη κοινωνίες.

Για την Ελλάδα, εν προκειμένω, τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι υπεύθυνα για το 48% των θανάτων στον πληθυσμό και έχουν ως βασικούς παράγοντες κινδύνου την κακή διατροφή, την έλλειψη σωματικής άσκησης, την παχυσαρκία και το κάπνισμα. Όλοι οι παράγοντες είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τις καθημερινές συνήθειες. Ως σημαντικές εστίες κινδύνου παρουσιάζονται επίσης η υψηλή χοληστερόλη, η καθιστική ζωή και η μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Το κράμα που δημιουργείται από την έλλειψη σωματικής άσκησης, την υιοθέτηση καθιστικού τρόπου ζωής και την κακή διατροφή, είναι υπεύθυνο για τα υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας στη χώρα. Υπό το ορισμένο πλαίσιο των υφιστάμενων συνθηκών η ελληνική πολιτεία εκπόνησε την περίοδο 2008-2012 το *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία*. Πρόκειται για ένα στρατηγικό πλάνο αποτελούμενο από στοχευμένες πολιτικές, όπου η πρόληψη κατέχει εξέχοντα ρόλο, ενώ με την αρωγή της πανεπιστημιακής κοινότητας τίθενται ρεαλιστικοί ποσοτικοί και ποιοτικοί στόχοι. Όπως αναφέρεται στο *Εθνικό σχέδιο δράσης για τη δημόσια υγεία 2008-2012*, το ποσοστό των παχύσαρκων στον ελληνικό πληθυσμό ήταν 16,4% το 2006, (14,3% στους άνδρες και 18,3% στις γυναίκες). Αν συνυπολογιστούν και οι υπέρβαροι, το ποσοστό του πληθυσμού με μη φυσιολογικό βάρος ανέρχεται στο 57,7%. Ο αριθμός αυτός καθιστά τον ελληνικό πληθυσμό το δεύτερο πιο υπέρβαρο λαό στην Ευρώπη, πίσω από το Ηνωμένο Βασίλειο.

Αξίζει να επισημανθεί πως το *Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία* σχεδιάστηκε μετά από ανάλυση των διαθέσιμων επιδημιολογικών στοιχείων, των κατευθύνσεων της πολιτικής και διοικητικής ηγεσίας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και έλαβε τη γνωμοδότηση και τη συγκατάθεση της επιστημονικής κοινότητας και της Κοινωνίας των Πολιτών. Επίσης, είναι προϊόν εκτεταμένης δημόσιας διαβούλευσης με όλα τα συμβαλλόμενα μέρη. Ο σχεδιασμός στηρίχθηκε στις κατευθυντήριες οδηγίες, στους στόχους και στη στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αναφορικά με τη Δημόσια Υγεία. Ειδικότερα, το στρατηγικό αυτό

πλάνο αποτελείται από 16 επιμέρους ειδικά σχέδια δράσης, τα οποία περιλαμβάνουν συγκεκριμένη στρατηγική και ένα σύνολο δράσεων για την ολιστική διαχείριση και αντιμετώπιση των καθοριστικών παραγόντων που επιδρούν στην υγεία του πληθυσμού.

Η αναγκαιότητα άμεσης επέμβασης στον τομέα της δημόσιας υγείας πηγάζει από τις μεταβολές στο κοινωνικό περιβάλλον και τους τρόπους υγειονομικής συμπεριφοράς. Η βιομηχανοποίηση, η αστικοποίηση και η ευρεία χρήση των μηχανοκίνητων μέσων μεταφοράς έχουν οδηγήσει σε ελάττωση της φυσικής δραστηριότητας, ακόμη και στις αναπτυσσόμενες χώρες, σε τέτοιο βαθμό ώστε πλέον το 60% του πληθυσμού παγκοσμίως να μην ασκείται επαρκώς (Department of Health, 2004). Τα φαινόμενα αυτά οδηγούν στην αύξηση της παχυσαρκίας. Επιπροσθέτως, η παχυσαρκία ερμηνεύεται και από την ποσοστιαία μεταβολή της τάξης του 56,1% ως προς το ποσοστό συμμετοχής των λιπιδίων στη συνολική θερμιδική κατανάλωση, καθώς αυξάνει σταδιακά από το 27% το 1960 και φτάνει στο 35,6% το 2003 (World Health Organization, 2008). Στόχοι του *Εθνικού Σχεδίου Δράσης για την Δημόσια Υγεία* είναι αφενός η βελτίωση των γνώσεων του πληθυσμού, αναφορικά με σημαντικούς παράγοντες κινδύνου και αφετέρου η τροποποίηση επί τα βελτίω των στάσεων και των συμπεριφορών του πληθυσμού, ως προς την αντιμετώπιση και τη διαχείριση σημαντικών παραγόντων κινδύνου. Ακόμη, επιδιώκεται η καλύτερευση της ποιότητας ζωής, η δημιουργία κοινωνικών προτύπων και συμπεριφορών πρόληψης. Εν γένει, γίνεται μια συνολική προσπάθεια για την υιοθέτηση υγιεινότερου και προστατευτικού για τον ανθρώπινο βίο, τρόπου ζωής.

Επίσης, κατόπιν κυβερνητικής απόφασης εγκρίθηκε το 2014 το οργανωτικό πλαίσιο για το σχέδιο *Προγράμματα Άθλησης για όλους*. Το σχέδιο αυτό βασίστηκε στα αποτελέσματα ερευνών αναφορικά με τη θετική επίδραση της σωματικής άσκησης στην υγεία και στην ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου, καθώς και στην αναγκαιότητα λήψης τέτοιων μέτρων, λόγω του σύγχρονου τρόπου ζωής. Πιο συγκεκριμένα, τα Π.Α.γ.Ο. υλοποιούνται με την ευθύνη του Υπουργείου Πολιτισμού και Αθλητισμού μέσω της Γενικής Γραμματείας Αθλητισμού (Γ.Γ.Α.), σε συνεργασία με τους Οργανισμούς Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.) και άλλους φορείς. Οι εν λόγω φορείς δεν είναι άλλοι παρά αθλητικές ομοσπονδίες, αθλητικά σωματεία και κέντρα, μορφωτικοί και πολιτιστικοί σύλλογοι, φορείς διοργάνωσης προγραμμάτων εργασιακής άθλησης, φορείς τριτοβάθμιας εκπαίδευσης κ.λ.π. Τα προγράμματα αυτά απευθύνονται στο σύνολο των πολιτών ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, κοινωνικής και οικονομικής

κατάστασης. Σκοπός είναι η βελτίωση του βιολογικού επιπέδου των αθλουμένων, η καλλιέργεια αθλητικού χαρακτήρα και αθλητικής συνείδησης, η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου και η αναψυχή των πολιτών.

Τα Π.Α.γ.Ο. διακρίνονται σε δομημένα και μη δομημένα, τα οποία με τη σειρά τους διακρίνονται ανάλογα με το δομικό χαρακτήρα τους και τη χρονική έκταση σε γενικά ή ειδικά και σε μεγάλης ή μικρής διάρκειας. Δομημένα είναι τα Π.Α.γ.Ο. που υλοποιούνται δύο έως τρεις φορές την εβδομάδα, σε συγκεκριμένο αθλητικό χώρο, με σταθερή συμμετοχή αθλουμένων κάτω από την εποπτεία και την καθοδήγηση πτυχιούχου Φυσικής Αγωγής.

Τα γενικά δομημένα Π.Α.γ.Ο απευθύνονται σε άτομα ηλικίας 4 έως 18 ετών. Το πρόγραμμα *Άσκηση στην προσχολική ηλικία* απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 4-6 ετών και εφαρμόζονται σχεδιασμένα πλάνα κινητικής αγωγής σε νηπιαγωγεία και παιδικούς σταθμούς και αντίστοιχα προγράμματα μύησης σε αθλητικές δραστηριότητες παιγνιώδους μορφής. Ακολούθως, το πρόγραμμα *Παιδί και Αθλητισμός* απευθύνεται σε παιδιά ηλικίας 6-12 ετών σε εξωσχολικό ωράριο. Εφαρμόζονται αθλητικές δραστηριότητες, αφενός με σκοπό την υιοθέτηση της φυσικής άσκησης και της αθλητικής αγωγής ως τρόπου ζωής και αφετέρου θέτουν ως στόχο τη μύηση και εξάσκηση σε συγκεκριμένα αθλήματα. Επιπροσθέτως, το τελευταίο πρόγραμμα *Άσκηση στην εφηβική ηλικία* που απευθύνεται στο νεανικό πληθυσμό ηλικίας 13-18 ετών ενέχει στους κόλπους του διαδεδομένες ή μη διαδεδομένες αθλητικές δραστηριότητες, όπως χορούς, ρυθμική γυμναστική, αεροβική γυμναστική κ.λπ. Τέλος, υπάρχουν εναλλακτικά καινοτόμα και μη κατηγοριοποιημένα γενικά δομημένα Π.Α.γ.Ο. που δεν μπορούν να ενταχθούν στις παραπάνω κατηγορίες και τα οποία προτείνονται από τους φορείς υλοποίησης.

Παράλληλα, υπάρχουν τα γενικά δομημένα Π.Α.γ.Ο. που απευθύνονται σε άτομα ηλικίας από 19 έως 65 ετών και σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Το σχέδιο δράσης *Άσκηση ενηλίκων* απευθύνεται στο σύνολο του πληθυσμού και περιλαμβάνει προγράμματα φυσικής κατάστασης και αθλητικών δραστηριοτήτων, άθληση σε χώρους εργασίας και σε οικισμούς εκτός του ιστού της πόλης. Το πρόγραμμα *Άθληση και γυναίκα* απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 19 έως 65 ετών, με σκοπό τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης και της κινητικής αναψυχής. Περιλαμβάνει ποικίλα είδη σωματικής άσκησης, όπως αεροβική γυμναστική, θεραπευτική γυμναστική που αποβλέπει στη

βελτίωσης της φυσικής κατάστασης και της μυϊκής ενδυνάμωσης, καθώς και διάφορες αθλητικές δραστηριότητες. Ακόμη, το πρόγραμμα *Άθληση και νέοι* που απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 19 έως 30 ετών, περιέχει πλάνα σωματικής άσκησης γύρω από τη φυσική κατάσταση, τις αθλητικές δραστηριότητες και τη γυμναστική. Στην συγκεκριμένη κατηγορία δύνανται να συμμετέχουν σπουδαστές και φοιτητές, στρατευμένοι και νέοι εκτός τυπικών δομών εκπαίδευσης, και δίνεται έμφαση στη συνεργασία με τυπικές ή άτυπες οργανώσεις νεολαίας. Επιπλέον, υπάρχει το πρόγραμμα *Άσκηση στην τρίτη ηλικία* για τον πληθυσμό άνω των 65 ετών, όπου εφαρμόζονται προγράμματα φυσικών και κινητικών δραστηριοτήτων σε χώρους, όπως τις Λέσχες Φιλίας ή σε συνεργασία με αυτές ή σε άλλες ενδεδειγμένες τοποθεσίες. Υπάρχουν τέλος, άλλα δύο προγράμματα. Το ένα ονομάζεται *Άσκηση στα πανεπιστήμια* και ο σκοπός του είναι η άσκηση φοιτητών, σπουδαστών, διδασκόντων και λοιπών εργαζομένων στα Α.Ε.Ι.–Τ.Ε.Ι., σε χώρους άθλησης στα Α.Ε.Ι. – Τ.Ε.Ι. ή σε αθλητικά κέντρα. Το άλλο πρόγραμμα με τίτλο *Άσκηση σε χώρους εργασίας* προσδιορίζει την άσκηση εργαζομένων σε ειδικά διαμορφωμένα μέρη στο χώρο εργασίας τους. Τέλος, υπάρχουν και καινοτόμα και μη κατηγοριοποιημένα γενικά δομημένα Π.Α.γ.Ο. και πρόκειται για προγράμματα που δεν μπορούν να ενταχθούν στις παραπάνω κατηγορίες και προτείνονται από τους φορείς υλοποίησης.

Η έτερη κατηγορία, τα ειδικά δομημένα Π.Α.γ.Ο. μεγάλης διάρκειας και απευθύνονται σε άτομα με συγκεκριμένα κοινωνιολογικά ζητήματα. Το πρόγραμμα *Άσκηση ατόμων με αναπηρίες* πραγματοποιείται σε ειδικά σχολεία και ιδρύματα, αλλά και στα πλαίσια του ελεύθερου χρόνου. Μπορούν να λάβουν συμμετοχή άτομα με νοητική υστέρηση, κινητικές διαταραχές, προβλήματα όρασης και ακοής, καθώς και με ασθένειες που απαιτούν μακροχρόνια θεραπεία. Το πρόγραμμα *Άσκηση στα κέντρα απεξάρτησης* απευθύνεται σε άτομα εξαρτημένα (από ναρκωτικές ουσίες, αλκοόλ κ.λ.π.), στο στάδιο της πρόληψης, της θεραπείας και της επανένταξης, ενώ το αντίστοιχο πλάνο δράσης *Άσκηση στα κέντρα Ψυχικής Υγείας* είναι δομημένο για άτομα με συναισθηματικές διαταραχές, με δυσκολίες κοινωνικής προσαρμογής, με ψυχικά νοσήματα, με διαταραχές προσωπικότητας κ.α.. Παράλληλα, δημιουργήθηκε το στρατηγικό σχέδιο *Άσκηση στις φυλακές* με την προοπτική να βοηθηθούν ανήλικοι και ενήλικοι των δύο φύλων, οι οποίοι είναι έγκλειστοι στη φυλακή. Υπάρχει ακόμη η πρόβλεψη, για τη σωματική άσκηση των παλιννοστούντων, των Ρομά και των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, μέσω του

προγράμματος *Άσκηση ευαίσθητων κοινωνικά ομάδων*. Παράλληλα, συγκροτήθηκαν καινοτόμα και μη κατηγοριοποιημένα Ειδικά Δομημένα Π.Α.γ.Ο που δεν εντάσσονται στις παραπάνω ομάδες.

Τα δομημένα Π.Α.γ.Ο. μικρής διάρκειας μπορούν να είναι γενικά και ειδικά, με βάση το περιεχόμενό τους και χειμερινά ή θερινά, ανάλογα με το χρόνο. Τα χειμερινά Π.Α.γ.Ο. απευθύνονται σε όλες τις ηλικίες για αθλητικές δραστηριότητες, όπως: χειμερινό σκι, πεζοπορία, ορειβασία, ορεινή ποδηλασία, ράφτινγκ, καγιάκ, αναρρίχηση, προσανατολισμός κ.λπ.. Τα θερινά Π.Α.γ.Ο. από την άλλη πλευρά, περιλαμβάνουν προγράμματα για όλες τις ηλικίες σε αθλητικές δραστηριότητες, όπως: ποδήλατο, κολύμβηση, αθλήματα παραλίας (πετοσφαίριση, ποδόσφαιρο κ.λπ.), άσκηση στο νερό, ιστιοπλοΐα, θαλάσσιο σκι, ιστιοσανίδα κ.λπ.. Παράλληλα και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν καινοτόμα και μη κατηγοριοποιημένα Π.Α.γ.Ο. τα οποία δεν μπορούν να ενταχθούν στις παραπάνω κατηγορίες και προτείνονται από τους φορείς υλοποίησης.

Τα μη δομημένα Π.Α.γ.Ο. μεγάλης διάρκειας περιλαμβάνουν διάφορους χώρους, όπου τελείται σωματική άσκηση, όπως *Αθλητικά κέντρα ελεύθερης άθλησης, Αθλοχώροι στην γειτονιά, Άσκηση στα Πάρκα Άθλησης και Υγείας, Αθλοχώροι στην γειτονιά, Άσκηση στα Πανεπιστήμια, Άσκηση σε χώρους εργασίας*. Σκοπός είναι η αξιοποίηση των αθλητικών υποδομών για την υλοποίηση Π.Α.γ.Ο. (οικογενειακός αθλητισμός κλπ), με παράλληλες δραστηριότητες, στο πλαίσιο ενός ελεύθερου ωραρίου (χρονικές ζώνες).

Τέλος, τα μη δομημένα Π.Α.γ.Ο. μικρής διάρκειας αποτελούνται από ένα σύνολο αθλητικών δραστηριοτήτων, που λαμβάνουν χώρα στο βουνό, στα αθλητικά κέντρα, στην παραλία, στα θερινά αθλητικά κέντρα και στις αθλητικές κατασκηνώσεις. Στόχος είναι η αξιοποίηση των αθλητικών υποδομών και του εξοπλισμού σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως η ορεινή ποδηλασία, η πεζοπορία, η ορειβασία και οι δραστηριότητες εντός και εκτός νερού.

Αξίζει να επισημανθεί πως έχει δομηθεί και ένα πρόγραμμα, *Οι Εκδηλώσεις Άθλησης για Όλους (Ε.Α.γ.Ο.)*, που περιλαμβάνουν αθλητικά γεγονότα και εκφράζουν με γόνιμο και αποτελεσματικό τρόπο τη φιλοσοφία και τους στόχους του κινήματος του μαζικού αθλητισμού, αλλά ταυτόχρονα συμβάλλουν αποτελεσματικά στην ποιοτική και ποσοτική αναβάθμισή του. Οι Ε.Α.γ.Ο. είναι προσβάσιμοι σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από τη συμμετοχή τους στα Π.Α.γ.Ο. και στόχος είναι να δίνεται η ευκαιρία σε όλους τους πολίτες να συμμετέχουν σε δραστηριότητες άθλησης και ψυχαγωγίας καθ' όλη τη

διάρκεια της χρονιάς, ενώ αποτελούν συνοδευτική – συμπληρωματική ενέργεια για αυτούς που συμμετέχουν στα Π.Α.γ.Ο.

Η διάρκεια των Γενικών και Ειδικών Π.Α.γ.Ο. είναι 32 εβδομάδες (8 μήνες), ενώ η αντίστοιχη των προγραμμάτων μικρής διάρκειας είναι έως και 12 εβδομάδες (3 μήνες). Ο αριθμός των αθλούμενων ανά τμήμα είναι 13 έως 25. Εξαιρέσεις αποτελούν τα τμήματα της τρίτης ηλικίας και της προσχολικής ηλικίας, όπου τα άτομα ανά τμήμα είναι 8-20, καθώς και τα τμήματα ατόμων με αναπηρίες, ή ανθρώπων που βρίσκονται σε κέντρα ψυχικής υγείας ή απεξάρτησης και ο αριθμός τους είναι μεταξύ 7-12. Η διάρκεια της ημερήσιας σωματικής άσκησης οριοθετείται στα 60 λεπτά και η συχνότητα είναι 2-3 φορές την εβδομάδα.

Πέραν, των προαναφερθέντων πρωτοβουλιών του Υπουργείου Υγείας, έχει εκδοθεί και βιβλίο αναφορικά με τη σωματική άσκηση. Στο πλαίσιο του προγράμματος *Συμμαχία για την υγεία-άσκηση: Ανάπτυξη προγραμμάτων άσκησης ως μέσο πρόληψης και αποκατάστασης χρόνιων παθήσεων-παρεμβατικά προγράμματα*. εκδόθηκε το σύγγραμμα, *Η άσκηση ως μέσο πρόληψης και αποκατάστασης χρόνιων παθήσεων* (2013). Το βιβλίο αποτελεί μία πανελλήνια προσπάθεια έγκριτων καθηγητών ελληνικών πανεπιστημίων όπου περιγράφονται εκτενώς τα οφέλη της σωματικής άσκησης ως προς την υπέρταση, τις καρδιοπάθειες, τις χρόνιες πνευμονοπάθειες, το σακχαρώδη διαβήτη, την παχυσαρκία, τις νεφροπάθειες, την αρθρίτιδα, το στρες, το άγχος και την κατάθλιψη. Παρουσιάζονται εξειδικευμένα προγράμματα εκγύμνασης για την αντιμετώπιση των παραπάνω προβλημάτων, καθώς και είδη προπόνησης, ανάλογα με τις ανάγκες που προκύπτουν από την ηλικία, το φύλο, τον τρόπο ζωής και την καθημερινότητα του ατόμου.

1.6 Εργασιακός αθλητισμός-Παγκόσμιο ενδιαφέρον

Με τον όρο *εργασιακός αθλητισμός* καλείται το σύνολο των αθλητικών δραστηριοτήτων ή σωματικών ασκήσεων που οργανώνονται με πρωτοβουλία των εργοδοτών μιας επιχείρησης και απευθύνονται στους εργαζόμενούς τους. Ο σκοπός ενέχει διττή σημασία για τις δύο πλευρές, καθώς αφενός επιδιώκεται η βελτίωση της υγείας των εργαζομένων και αφετέρου η αύξηση της παραγωγικότητας της επιχείρησης ή του εργασιακού κλάδου γενικότερα.

Σύμφωνα με τη σύγχρονη διεθνή βιβλιογραφία, οι επιδιώξεις αυτές επαληθεύονται σε ερευνητικές προσπάθειες. Όπως υποστηρίζουν οι Rongen, Robroek, & Burdorf (2014) η υλοποίηση των εν λόγω προγραμμάτων επιδρά θετικά στους παράγοντες, που οδηγούν στην αύξηση τόσο της παραγωγικότητας όσο και των κερδών των επιχειρήσεων. Επιπλέον, μία τέτοια παροχή προκαλεί θετικό αντίκτυπο στους εργαζόμενους, οι οποίοι μα τη σειρά τους αυξάνουν την παραγωγικότητά τους (Lachti, Lahelma, & Rahkonen, 2012). Άλλωστε, η βελτίωση της υγείας των εργαζομένων, κατά την έρευνα του Wanzel (1994), επιφέρει μείωση στα έξοδα και αύξηση στα κέρδη.

Ως προς το χρόνο εφαρμογής, προγράμματα εργασιακού αθλητισμού εφαρμόστηκαν για πρώτη φορά σε Η.Π.Α και Καναδά. Πιο συγκεκριμένα, στα τέλη της δεκαετίας του 1960 αρκετές επιχειρηματικές μονάδες στις Η.Π.Α. ανέλαβαν τη δημιουργία προγραμμάτων σωματικής άσκησης στον εργασιακό χώρο, όπου υπήρχε η δυνατότητα της αφιλοκερδούς συμμετοχής εκ μέρους των εργαζομένων (Shephard, 1986). Στην Ευρώπη, η ειδική ευρωπαϊκή επιτροπή για θέματα αθλητισμού, από το 1983 ακόμη, μέσα από τις εργασίες του συνεδρίου με τίτλο *Sport, Work and Well-being* που έλαβε χώρα στη Φινλανδία αποφάσισε πως πρέπει να δοθούν κίνητρα στις επιχειρήσεις για την υιοθέτηση προγραμμάτων εργασιακού αθλητισμού.

Στην πράξη, παρατηρήθηκαν πολλά οφέλη, κυριότερα εκ των οποίων ήταν η αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων, η μείωση των εξόδων για νοσήλια και ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, η ελαχιστοποίηση των ατυχημάτων στον εργασιακό χώρο, καθώς και η δημιουργία ομαδικού κλίματος κατά τη διάρκεια της εργασίας (Kaman, 1987). Σε μελέτη του Shephard (1988) το δείγμα των εταιρειών που παρακολούθηθηκε και στις οποίες εφαρμόστηκαν προγράμματα εργασιακού αθλητισμού, παρατηρήθηκε αύξηση της παραγωγικότητας κατά 7%. Σε επίπεδο υγείας, οι εργαζόμενοι παρουσίασαν περιορισμένο άγχος συγκριτικά με τους ανενεργούς αθλητικά συναδέλφους τους (Bertera, 1990).

Η αξία του εργασιακού αθλητισμού έγκειται, κατά τον Chenoweth (2008), σε σαφώς προσδιορισμένους παράγοντες. Τέτοιοι είναι ο χρόνος και ο χώρος εργασίας. Επί παραδείγματι, οι πλείστοι των εργαζομένων δαπανούν το $\frac{1}{3}$ της μέρας στον εργασιακό τους χώρο, ενώ η σωματική άσκηση στον χώρο της εργασίας δεν απαιτεί σπατάλη επιπλέον χρόνου και εισοδήματος για μετάβαση σε άλλο χώρο, όπου τα πρόσωπα ενδεχομένως να είναι μη οικεία.

Επίσης, στα μάτια των εργαζομένων που αθλούνται εντός εργασιακού χώρου, οι εργοδότες και τα διευθύνονται στελέχη κρίνονται θετικά, όπως αναφέρεται σε έρευνα του Pressler και των συνεργατών του (2010). Κατά μία άλλη έρευνα, οι ίδιες οι επιχειρήσεις που εφαρμόζουν προγράμματα εργασιακού αθλητισμού θεωρούνται πιο δημοφιλείς στους ανέργους (Bennie, Timperio, Crawford, Dunstan, & Salmon, 2010). Αξίζει να επισημανθεί, πως σε αξιολογητική έκθεση, οι υπάλληλοι εταιρείας, αναφορικά με τις μέρες αναρρωτικής άδειας, κατέταξαν πολύ ψηλά την αποχή από τη σωματική άσκηση ως αιτία (Meyers & Donham, 1982). Ακόμη, φαίνεται πως τα πρόσωπα του στενού, οικείου, διαπροσωπικού κύκλου επηρεάζουν την άποψη του ανθρώπου-εργάτη. Ιδιαίτερα, οι γυναίκες, οι ηλικιωμένοι και τα χαμηλόβαθμα στελέχη επηρεάζονται περισσότερο (Rogers, Charvoz, & Wilson, 2014).

Άλλη έρευνα, αναφέρει πως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της αθλητικής δραστηριότητας και του άγχους στην εργασία, όπως και της ικανοποίησης από τη δουλειά με τη συμμετοχή σε αθλητικά προγράμματα (Trigonis, Harahousou, Kabitsis, & Matsouka, 2004). Παράλληλα, παρατηρήθηκαν πολλαπλά οφέλη στην υγεία, όπως μειώσεις της τάξης του 8.6% στο ποσοστό καπνιστών, 10% στα ποσοστά πίεσης, 11% στη χοληστερόλη και κατά 8% στις επισκέψεις για αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας σε βιομηχανικούς εργάτες (Harris, 1991). Μάλιστα, τα δραστήρια άτομα σε σύγκριση με τα ανενεργά, ως προς τη σωματική άσκηση, απουσιάζουν λιγότερες μέρες το χρόνο από την εργασία για λόγους υγείας (Baun, 1995). Σε μία άλλη ερευνητική προσπάθεια, επισημαίνεται ότι στις βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες, το 80% του εργατικού πληθυσμού υποφέρει από αυχενικό σύνδρομο και πόνους στην σπονδυλική στήλη (Blair & Mitchell, 1988). Στη Σουηδία, μια χώρα όπου το 24% του συνόλου των ημερών απουσίας από την εργασία οφείλεται σε τέτοιους πόνους, μεγάλη αυτοκινητοβιομηχανία εφαρμόζοντας προγράμματα εργασιακού αθλητισμού πέτυχε ταχεία ανάρρωση των εργαζομένων της σε σύγκριση με τους μη ενεργούς σε αθλητικές δραστηριότητες (Melamed & Manfred, 1995). Το ίδιο παρατηρείται και σε έρευνα του Bertera (1990), όπου εξήχθη το συμπέρασμα πως επιχειρήσεις που εφαρμόζουν προγράμματα εργασιακού αθλητισμού, οι εργαζόμενοι απουσιάζουν 7% λιγότερες μέρες τον πρώτο χρόνο και 12% το δεύτερο. Ακόμη τα κέρδη αυξάνονται καθώς οι εταιρείες αποκομίζουν 1.11\$ τον πρώτο χρόνο και 2.05\$ το δεύτερο για κάθε 1 δολλάριο που αρχικά δαπανήθηκε.

Εν ολίγοις, τα συμπεράσματα που απορρέουν από τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας από τα προγράμματα εργασιακού αθλητισμού, που εφαρμόζονται παγκοσμίως παρουσιάζουν θετικές συνέπειες ως προς τη σωματική και τη ψυχική υγεία των εργαζόμενων, αλλά και την οικονομική ευρωστία των επιχειρήσεων. Το γεγονός αυτό τεκμαίρεται και από την αύξηση των αγώνων εργασιακού αθλητισμού που λαμβάνουν χώρα σε ολόκληρο των πλανήτη και ιδιαίτερα στην Ε.Ε., όπως φαίνεται και από τις πρωτοβουλίες του οργανισμού European Federation Company Sports (EFCS).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Τα οφέλη της σωματικής άσκησης στη σωματική υγεία

Σύμφωνα με τον Φιλόστρατο, αρχή της γυμναστικής αποτελεί η ανθρώπινη φύση, η οποία ρέπει προς την κίνηση (Κιρινιάρης, 1961). Ο Πλάτωνας, μέσω του διαλόγου που πραγματοποιείται στο έργο *Νόμοι*, αναφέρει πως ο άνθρωπος εμφανίζει σημάδια έντονης κινητικότητας, ήδη από την παιδική ηλικία, καθώς *τὸ νέον κινεῖσθαι δὲ αἰεὶ ζητεῖν καὶ φθέγγεσθαι*. Την ίδια αντίληψη για την παραπάνω συμπεριφορά, κατά τα πρώιμα στάδια της ύπαρξης του ατόμου, ενστερνίζεται και ο Αριστοτέλης στο έργο *Πολιτικά*, όπου υποστηρίζει πως *οὐ γὰρ δύναται τὸ νέον ἡσυχάζειν*. Ο Ιπποκράτης, από την οπτική της ιατρικής αξιολογεί τη γυμναστική ως μέσο πρόληψης και προφύλαξης, καθώς δεν είναι εφικτό να είναι κάποιος υγιής, αν δεν αθλείται (Θεοδωράκου, 2010). Επομένως, ήδη από τα αρχαία χρόνια, τονίζεται στην ελληνική βιβλιογραφία της εποχής, τόσο η πηγή όσο και η αξία της σωματικής άσκησης στον ανθρώπινο βίο.

Τα πορίσματα των ερευνητικών προσπαθειών του 21^{ου} αιώνα πιστοποιούν τις αντιλήψεις των αρχαίων ιστορικών χρόνων. Όπως υποστηρίζουν οι Sharkey & Gaskill (2006), η σωματική άσκηση προάγει τη φυσική κατάσταση, ενισχύει την αεροβική ικανότητα και τη μυϊκή δύναμη, υποβοηθά τον έλεγχο του σωματικού βάρους, ενισχύει την αποδοτικότητα κατά τη διάρκεια της εργασίας και προωθεί την ενεργητικότητα. Τα οφέλη της σωματικής άσκησης είναι ποικίλα και πιστοποιούνται ιδιαίτερα στην θετική τους επίδραση στις μη μεταδιδόμενες ασθένειες, καθώς οι 4 βασικές μη μεταδιδόμενες ασθένειες (World Health Organization, 2005), η καρδιαγγειακή νόσος, ο διαβήτης τύπου 2, ο καρκίνος και η χρόνια ασθένεια του πνεύμονα αθροιστικά αντιπροσωπεύουν αφενός το 59% από τα 57 εκατομμύρια θανάτους ετησίως και αφετέρου το διπλάσιο του αριθμού των θανάτων που προκύπτουν από όλες τις μολυσματικές ασθένειες (συμπεριλαμβανομένου του ιού HIV / AIDS, της φυματίωσης και της ελονοσίας).

Αξίζει να τονιστεί πως εφόσον η σωματική άσκηση είναι η ενέργεια, η φυσική κατάσταση είναι το αποτέλεσμα, ο σκοπός δηλαδή, κατά την τελεολογική αντίληψη του Αριστοτέλη. Το επίπεδο της φυσικής κατάστασης επομένως, προσδιορίζει το επίπεδο και

το βαθμό καταβολής κόπου εκ μέρους του ανθρώπου. Με τον όρο σωματική άσκηση νοείται οποιαδήποτε σωματική κίνηση που παράγεται από τους σκελετικούς μυς και οδηγεί σε ενεργειακή δαπάνη. Πρόκειται για μια δραστηριότητα, κατά την οποία προγραμματισμένες, δομημένες και επαναλαμβανόμενες σωματικές κινήσεις εκτελούνται για τη βελτίωση ή τη διατήρηση ενός ή περισσότερων συστατικών της φυσικής κατάστασης (Hardman & Stensel, 2003). Αντίθετα, με τον όρο φυσική κατάσταση προσδιορίζεται το σύνολο των χαρακτηριστικών που κάνουν κτήμα τους ή που επιδιώκουν να προσεγγίσουν οι άνθρωποι με την καταβολή κόπου για τη βελτίωση της υγείας. Με τον όρο υγεία, σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, που διατυπώθηκε το 1948, περιγράφεται *μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευημερίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας*. Ο ορισμός, ωστόσο, δέχεται κριτική κυρίως λόγω της χωροχρονικής του υιοθέτησης και συχνά προτείνεται η λύση υιοθέτησης ενός άλλου ορισμού, όπου θα λαμβάνεται υπόψη η ικανότητα προσαρμογής και αυτοδιαχείρισης του ατόμου (Huber και συν., 2011).

Ως συνισταμένη, η φυσική κατάσταση απαρτίζεται από συγκεκριμένους δείκτες που σχετίζονται με την υγεία. Αυτοί οι δείκτες είναι η καρδιοαναπνευστική αντοχή, η μυϊκή αντοχή, η μυϊκή δύναμη, η σύνθεση του σώματος και η ευελιξία. Κατά τον Gallahue (2002), η φυσική κατάσταση ορίζεται ως μια θεμιτή κατάσταση υγείας, η οποία επηρεάζεται από την τακτική, το βαθμό φυσικής δραστηριότητας, την γενετική ιδιοσύσταση και τη διατροφική αξία των γευμάτων που καταναλώνει το άτομο. Συνεπώς, το τελικό αποτέλεσμα που προκύπτει ως προς τη φυσική κατάσταση του ατόμου, είναι ένα σύνολο που απαρτίζεται από τα ατομικά χαρακτηριστικά της ανθρώπινης υπόστασης, όπως η κληρονομικότητα, το φύλο, η ηλικία, οι πιθανές νόσοι κλπ., το είδος και η ποσότητα της διατροφής και κυρίως, οι ώρες σωματικής άσκησης, το πρόγραμμα που υιοθετείται, η ένταση, η συχνότητα και η συνέπεια με την οποία αυτό εκτελείται.

Ως προς τα οφέλη τα φυσικής άσκησης αυτά εντοπίζονται τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση προβληματικών καταστάσεων και ασθενειών, αλλά και στη βελτίωση της καθημερινότητας των υγιών ανθρώπων. Έχει παρατηρηθεί ότι η οστική μάζα (Kohrt, Bloomfield, Little, Nelson, & Yingling, 2004) και η πυκνότητα της οστικής μάζας (Tobias, Steer, Mattocks, Riddoch, & Ness, 2007) είναι αμφοτέρως υψηλότερες σε παιδιά που είναι σωματικά δραστήρια σε σχέση με εκείνα που είναι λιγότερο ενεργά. Μάλιστα, το γεγονός αυτό τεκμαίρεται και από το αποτέλεσμα μιας άλλης μελέτης, η

οποία έδειξε ότι οι ανήλικοι μαθητές που είχαν αρχίσει να δραστηριοποιούνται στην αντισφαίριση, πριν φτάσουν στην εφηβεία είχαν διαφορά 20% στην πλευρική οστική πυκνότητα, ενώ όσοι ξεκίνησαν την ενασχόληση με το τένις μετά την εφηβεία είχαν διαφορά κάτω από 10% κατά τη σύγκριση του βραχίονα που χρησιμοποιούσαν σε σχέση με το μη κυρίαρχο χέρι (Kannus και συν., 1995).

Μελέτες αποδεικνύουν ότι οι σωματικά δραστήριοι άνθρωποι έχουν 33-50% χαμηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2, σε σύγκριση με αδρανή άτομα. Ιδιαίτερα για εκείνα τα άτομα που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο έως και 64% (Department of Health, 2004). Αξίζει να αναφερθεί ότι κάθε αύξηση 500 kcal (2100 kJ) στον τομέα της ενεργειακής δαπάνης, μέσω της σωματικής άσκησης ανά εβδομάδα, συσχετίστηκε με μειωμένη συχνότητα εμφάνισης του διαβήτη τύπου 2 κατά 6% (Helmrich, Ragland, Leung, & Paffenbarger, 1991). Μια φινλανδική μελέτη (Ekblom-Bak, E., Hellenius, Ekblom, O., Engstrom, & Ekblom, B., 2009) εξέτασε 2.017 υγιείς άνδρες και 2.352 υγιείς γυναίκες ηλικίας 45-64 για μια μέση περίοδο 9,4 ετών. Ο κίνδυνος του διαβήτη τύπου 2 μειώθηκε κατά 60-70% μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας σε σύγκριση με άτομα που ανέφεραν χαμηλό επίπεδο σωματικής δραστηριότητας. Τα ευρήματα αυτά ισχύουν και για τα υπέρβαρα άτομα, καθώς και για τα άτομα με φυσιολογικό βάρος.

Επίσης, η σωματική δραστηριότητα είναι ένας σημαντικός ανεξάρτητος προστατευτικός παράγοντας κατά της στεφανιαίας νόσου σε άνδρες και γυναίκες, την ώρα που οι σωματικά αδρανείς πολίτες διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο πάθησης (Buttriss & Hardman, 2005). Τα ποσοστά και οι πιθανότητες εμφάνισης της παραπάνω μη μεταδιδόμενης ασθένειας επιβεβαιώνονται και σε άλλη μελέτη (Press, Freestone, & George, 2003). Αναφορικά με τη στεφανιαία νόσο, σε έτερη ερευνητική προσπάθεια (Tanasescu και συν., 2002) εξετάστηκε το είδος της άσκησης σε σχέση με τον κίνδυνο εμφάνισης της εν λόγω νόσου σε μια μεγάλη ομάδα ανδρών, η οποία έλαβε μέρος σε σωματικές δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, οι ασκήσεις βάρους και η κωπηλασία. Παρατηρήθηκε πως οι άνδρες που έτρεξαν για μία ώρα ή περισσότερο την εβδομάδα παρουσίασαν μείωση του κινδύνου κατά 42% σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου που δεν ασκούσαν. Ομοίως, εκείνοι που ασκούσαν με βάρη για 30 λεπτά ή περισσότερο την εβδομάδα είχαν μείωση του κινδύνου κατά 23% σε σύγκριση με τους άνδρες που δεν

δραστηριοποιούνταν. Στην κωπηλασία, μία ώρα εκγύμνασης ή περισσότερο την εβδομάδα συσχετίστηκε με μείωση του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου κατά 18% .

Ακόμη, ευεργετικά είναι τα οφέλη της σωματικής άσκησης στην περίπτωση του καρκίνου. Σύμφωνα με τα πορίσματα μιας άλλης ερευνητικής προσπάθειας (Lee, 2003) παρατηρήθηκε μείωση του κινδύνου στην περίπτωση του καρκίνου του μαστού, της τάξης του 20-40% για τα άτομα που εκτελούν έντονη σωματική δραστηριότητα για 30-60 λεπτά, πέντε ημέρες ανά εβδομάδα. Επίσης, οι πιο δραστήριοι άνθρωποι μειώνουν κατά 30% τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, συγκριτικά με τα άτομα που δε γυμνάζονται (Warburton, Charlesworth, Ivey, Nettlefold, & Bredin, 2010). Ενεργοί άνδρες και γυναίκες, από τη σκοπιά της φυσικής δραστηριότητας παρουσίασαν μείωση 30% και 40% αντίστοιχα, ως προς τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου και οι γυναίκες εμφάνισαν 20%-30% μείωση του σχετικού κινδύνου για καρκίνο του μαστού σε σύγκριση με άτομα του ίδιου φύλου που δεν είχαν έφεση στη σωματική άσκηση (Lee, 2003). Ακόμη, για υγιείς άνδρες και γυναίκες που συμμετέχουν σε τακτική σωματική άσκηση, ο κίνδυνος καρκίνου του παχέος εντέρου μειώνεται από 10% έως και 70% (I.A.R.C., 2002; A.I.C.R., 2007; Gerhardsson de Verdier, Steineck, Hagman, Rieger, & Norell, 1990; Slattery, Edwards, Ma, Friedman, & Potter, 1997; Nilsen, Romundstad, Petersen, Gunnell, & Vatten, 2008). Οι άνδρες και οι γυναίκες που ανέφεραν υψηλής έντασης σωματική δραστηριότητα, καθώς και οι άνδρες που δαπανούσαν ενεργειακά περισσότερα από 2500 kcal ανά εβδομάδα σε υψηλής έντασης σωματική δραστηριότητα, έδειξαν ότι περιορίζεται ο κίνδυνος ανάπτυξης καρκίνου του παχέος εντέρου μετέπειτα στη ζωή τους κατά 50% (A.I.C.R., 2007).

Ο καρκίνος του προστάτη είναι η δεύτερη πιο κοινή μορφή καρκίνου σε παγκόσμιο επίπεδο, και η πέμπτη πιο κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες (I.A.R.C., 2014). Σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις πρόκειται για αδenoκαρκίνωμα, μια αδενική κακοήθεια, ενώ περίπου 1,1 εκατομμύρια κρούσματα καταγράφηκαν σε όλο τον κόσμο το 2012, αντιπροσωπεύοντας το 15% όλων των νέων περιπτώσεων καρκίνου στους άνδρες. Το γεγονός πως η σωματική άσκηση σε συνδυασμό με την ανάλογη διατροφή, συμβάλλουν από κοινού στην καύση λίπους, δύναται να αποτελέσει μία ιδανική λύση, αφού τα αυξημένα ποσοστά λίπους του σώματος (που αξιολογείται από τον δείκτη μάζας σώματος, την περίμετρο της μέσης και την αναλογία μέσης-ισχίων) είναι μια αιτία που

συμβάλλει στη δημιουργία καρκίνου του προστάτη (W.C.R.F., 2014). Επίσης, πλήθος μελετών κατέδειξε πως η σωματική δραστηριότητα προκαλεί μείωση 20-40% στην περίπτωση εμφάνισης καρκίνου της μήτρας (I.A.R.C., 2002; A.I.C.R., 2007, Furberg & Thune, 2003).

Επιπλέον, ως προς τα εγκεφαλικά επεισόδια διαπιστώθηκε μείωση 25-30% μεταξύ των ενεργών ατόμων που ακολουθούσαν προγράμματα γυμναστικής (Sattelmair, Kurth, Buring, & Lee, 2010). Στην περίπτωση των εγκεφαλικών επεισοδίων, ωστόσο, η βελτίωση της αερόβιας γυμναστικής δεν φαίνεται να οδηγεί σε βελτίωση της κινητικής ικανότητας των κάτω άκρων για τα άτομα που έχουν ήδη προσβληθεί (Saunders, Greig, Young, & Mead, 2004). Αντίθετα, παρατηρήθηκε ότι η φυσική κατάσταση κατέστη καλύτερη της αρχικής και ο καρδιακός ρυθμός σταθεροποιήθηκε, μετά από 12 εβδομάδες κυκλικής προπόνησης (Brinkmann & Hoskins, 1979).

Μια αύξηση σε ενεργειακές δαπάνες από τη φυσική δραστηριότητα της τάξης των 1000 kcal (4200 kJ) την εβδομάδα, συσχετίστηκε με μείωση κατά 20% του κινδύνου θνησιμότητας (Myers και συν., 2004). Ως προς το σκέλος της θνησιμότητας, επισημαίνεται και σε άλλη έρευνα ότι το περπάτημα με ελάχιστη διάρκεια το δίωρο ανά εβδομάδα συνδέεται με μείωση της συχνότητας εμφάνισης πρόωρου θανάτου κατά 39%-54% από οποιαδήποτε αιτία και κατά 34%-53% από καρδιαγγειακή νόσο, μεταξύ των ασθενών με διαβήτη (Gregg, Gerzoff, Caspersen, & Narayan, 2003).

Η άσκηση κατά την περίοδο της καρδιακής αποκατάστασης, σε σύγκριση με την τακτική άσκηση, μειώνει τόσο τη συνολική θνησιμότητα κατά 20% όσο και τη θνησιμότητα που σχετίζεται ειδικά με την καρδιακή νόσο, δηλαδή την καρδιακή θνησιμότητα κατά 26% (Taylor και συν., 2004). Οι μελέτες συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι η αερόβια άσκηση είναι ευεργετικότερη σε σχέση με την άσκηση ενδυνάμωσης. Επίσης, η μεγαλύτερης έντασης και διάρκειας αερόβια άσκηση μειώνει περισσότερο τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (Swain & Franklin, 2002).

Επιπροσθέτως, σωματικά δραστήριοι άνδρες και γυναίκες παρουσιάζουν 7% και 6% αντίστοιχα, υψηλότερη χοληστερόλη HDL από τα ανενεργά άτομα (Førde, Thelle, Arnesen, & Mjos, 1986). Μετά από ένα πρόγραμμα διάρκειας 12 εβδομάδων, η HDL χοληστερόλη αυξήθηκε έως και κατά 16% γεγονός που συνδέθηκε άμεσα με την ποσότητα της σωματικής άσκησης (Wood και συν., 1983; Dengel, Hagberg, Pratley, Rogus, & Goldberg, 1998; Hagberg, Ferrell, Dengel, & Wilund, 1999).

Ως προς την υπέρταση, παρατηρήθηκε πως άτομα με οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης, όταν ακολουθούν αυξημένης έντασης σωματική δραστηριότητα μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης της υπέρτασης ακόμη και 42%, ενώ με την επιλογή ενός προγράμματος ήπιας σωματικής άσκησης μειώνεται ο κίνδυνος κατά 26% (Hagberg, Park, & Brown, 2000). Σε μια προληπτική μελέτη παρατηρήθηκε ότι με τη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες με μέτρια συχνότητα ανά την εβδομάδα, μειώνεται κατά 50% η ανάπτυξη υπέρτασης, σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο για υπέρταση, ηλικίας 30-44 ετών (Stamler και συν., 1989).

Στην περίπτωση της οστεοαρθρίτιδας, έχει αποδειχθεί ότι παρά το γεγονός πως περιορίζεται ο πόνος μετά την προπόνηση με ένα φυσιοθεραπευτή, είναι δύσκολο για τους ασθενείς να συνεχίσουν μόνοι τους και αυτοβούλως. Η αντίληψη τους είναι ότι, παρά τις θετικές επιπτώσεις της σωματικής δραστηριότητας, η άσκηση φθείρει τις αρθρώσεις. Για τον λόγο αυτό συνίσταται η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, ώστε να ξεπεράσουν αυτό το εμπόδιο (Hendry, Williams, Markland, Wilkinson, & Maddison, 2006; Thorstenson, Henriksson, Von Porat, Sjodahl, & Roos, 2006).

Επιπλέον, οι κινητικές ικανότητες των ασθενών με νόσο Πάρκινσον βελτιώθηκαν μετά από μια εβδομάδα περπατήματος, όπου διένυαν 4 χιλιόμετρα κάθε μέρα σε μια ορεινή περιοχή (Sunvisson, Lokk, Ericson, Winblad, & Ekman, 1997). Ομάδες που έλαβαν παρέμβαση στο σκέλος της σωματικής άσκησης, έλαχαν βελτιώσεων που συνέβαλαν τα μέγιστα σε σχέση με την πρότερη κατάστασή τους. Παρατηρήθηκε αυξημένη ταχύτητα κατά το βάδισμα, αυξημένη ευλυγισία της σπονδυλικής στήλης, βελτιωμένη αξονική κινητικότητα, ανάκαμψη της κινητικής ικανότητας, αυξημένη μυϊκή δύναμη και μείωση του αριθμού των πτώσεων (Crizzle & Newhouse, 2006).

Τέλος, σε ζητήματα γνωστικών λειτουργιών, επιβεβαιώθηκε σε έρευνα πως περισσότερες αερόβιες ασκήσεις που υιοθετήθηκαν από παιδιά, συσχετίστηκαν θετικά με υψηλότερες βαθμολογίες σε ακαδημαϊκά τεστ ανάγνωσης και ορθογραφίας, όπου αξιολογήθηκε η ικανότητά τους να προφέρουν σωστά και να διευκρινίζουν σταδιακά όλο και πιο δύσκολες λέξεις (Scudder και συν., 2014). Άλλωστε, η χρόνια σωματική άσκηση επιφέρει θετικά πλεονεκτήματα στο μαθητικό πληθυσμό, ως προς τη μνημονική ικανότητα, την ακαδημαϊκή επίδοση, την πειθαρχία, τη συμπεριφορά και την επίλυση προβλημάτων (Keays & Allison, 1995).

Κοντολογίς, η σωματική άσκηση επιφέρει ένα σύνολο ευεργετικών αποτελεσμάτων στην υγεία του ατόμου. Η δράση της έχει προληπτικό χαρακτήρα αλλά και παρεμβατικό ρόλο μείζονος σημασίας για τη βελτίωση της ζωής του πολίτη που αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας. Επιπλέον, φαίνεται πως βοηθά όχι μόνο τη σωματική κατάσταση αλλά και ένα σημαντικό τμήμα των γνωστικών λειτουργιών αναβαθμίζοντας με τον τρόπο αυτό την υπόσταση του ανθρώπου.

2.2 Τα οφέλη της σωματικής άσκησης στην ψυχική υγεία

Η σωματική άσκηση διαδραματίζει ρόλο μείζονος σημασίας στη σωματική κατάσταση του ανθρώπου, καθώς αποδεικνύεται ευεργετική στην φυσική κατάσταση, στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και των μη μεταδιδόμενων ασθενειών. Ανάλογη προσπάθεια μικρότερου βιβλιογραφικού εύρους και λιγότερων ερευνητικών κειμένων ωστόσο, έχουν διεκπεραιωθεί για τις επιδράσεις της σωματικής άσκησης στην ψυχική υγεία. Ο Bircher (2005) ορίζει την υγεία, ως μια δυναμική κατάσταση ευημερίας χαρακτηριζόμενη από ένα σωματικό και ψυχικό δυναμικό, το οποίο ικανοποιεί τις απαιτήσεις από τη ζωή ανάλογα με την ηλικία, τον πολιτισμό, και την ατομική ευθύνη. Συνεπώς, η υγεία προσδιορίζεται και αξιολογείται διμερώς τόσο ως προς το σωματικό όσο και ως προς το ψυχικό σκέλος.

Με τον όρο *ψυχική υγεία* χαρακτηρίζεται μια κατάσταση ευεξίας στην οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, αντιμετωπίζει τα καθημερινά άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και γόνιμα, ενώ είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητα του/της (World Health Organization, 2001). Σχετικά με τις αναμενόμενες θετικές επιδράσεις που απορρέουν από την σωματική άσκηση στην ψυχική υγεία, γενικοί ιατροί αναφέρουν μια σειρά από ψυχοκοινωνικά οφέλη, όπως η χαλάρωση, η αυξημένη κοινωνική επαφή, η προώθηση της αυτό-φροντίδας και η αυτό-οργάνωση (Smith, Gould, See Tai, & Illife, 1996).

Η αξία του ορισμού έγκειται στο γεγονός πως η ψυχική υγεία είναι υπεύθυνη για την πορεία της ζωής του ατόμου και για τη διάρκεια του ανθρώπινου βίου. Σύμφωνα με έρευνα, τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές έχουν διάρκεια ζωής 15 με 30 έτη λιγότερα, συγκριτικά με τον υπόλοιπο υγιή πληθυσμό (Saravane και συν., 2009). Μάλιστα η ψυχική υγεία επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από το οικονομικό status της

οικογένειας σε μικρο-επίπεδο και της κοινωνίας σε μακρο-επίπεδο, στην οποία είναι ενταγμένος ο άνθρωπος. Το ποσοστό των ενηλίκων που αναφέρει ψυχολογικά προβλήματα είναι σημαντικά υψηλότερο μεταξύ των πιο μειονεκτικών ομάδων από κοινωνικοοικονομική άποψη (A.I.H.W., 2006).

Ψυχικά προβλήματα που απειλούν τη ζωή του ατόμου είναι το άγχος, η κατάθλιψη, η σχιζοφρένεια, η απομόνωση, οι φοβίες κλπ. Σχεδόν το 20% όλων των ανθρώπων βιώνει μια αγχώδη διαταραχή κάποια στιγμή στη ζωή του και περίπου το 10% υποφέρει από άγχος σε κάθε δεδομένη χρονική στιγμή (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, & Eshleman, 1994; Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001). Το άγχος ορίζεται ως ένα σύνολο ψυχολογικών και συμπεριφορικών απαντήσεων που προστατεύουν τα άτομα από κάποιον κίνδυνο (Coutinho και συν., 2010). Κλινικά αναφέρεται ως μια δυσάρεστη, υποκειμενική κατάσταση χαρακτηριζόμενη από αόριστη και διάχυτη ανησυχία, η οποία συχνά συνοδεύεται από φυσικές αντιδράσεις, όπως η εφίδρωση, η μυϊκή ένταση, ο τρόμος, και η ταχυκαρδία (Cheniaux, 2011). Οι πιο συχνές διαταραχές άγχους είναι η κοινωνική φοβία και οι ειδικές φοβίες (Kessler και συν., 1994; Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001).

Παρά το γεγονός πως είναι περιορισμένες οι μελέτες αναφορικά με το στρες και τη σωματική άσκηση, ερευνητικά κείμενα που περιλαμβάνουν δείγματα με ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Paluska & Schwent, 2000), παιδιά και εφήβους (Larun, Nordheim, Ekeland, Hagen, & Heian, 2006), αποδεικνύουν ότι η σωματική δραστηριότητα είναι επωφελής για αυτές τις ηλικιακές ομάδες. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η συχνότητα ως προς την εφαρμογή. Η συμμετοχή σε τακτική σωματική άσκηση βελτιώνει την ψυχοκοινωνική υγεία και μειώνει το στρες (Economos, Hildebrandt, & Hyatt, 2008).

Παράλληλα, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως οι στρεσογόνες καταστάσεις και η κατάθλιψη, τα οποία είναι στενά συνδεδεμένα με το άγχος, έχουν αυξηθεί σημαντικά στον τομέα της νεολαίας κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών (Twenge, 2000). Μια μελέτη που αξιολόγησε τις καρδιακές ανάγκες μαθητών λυκείου, διαπιστώθηκε ότι σχεδόν το 60% του δείγματος είχε χαρακτηρίσει τα επίπεδα του άγχους, ως υψηλά ή πολύ υψηλά (Makrides, Veinot, Richard, McKee, & Gallivan, 1998). Σε μια άλλη έρευνα, όπου αξιολογήθηκαν φοιτητές εκείνη τη φορά, σε δείγμα 232 σπουδαστών εξήχθη το συμπέρασμα ότι εκείνοι που ήταν σωματικά δραστήριοι ήταν λιγότερο πιθανό να

παρουσιάζουν άγχος και πετύχαιναν καλύτερες βαθμολογικά επιδόσεις στην επίλυση προβλημάτων (Largo-Wight, Peterson, & Chen, 2005).

Σε μια νορβηγική μελέτη (Martinsen, Sandvik, & Kolbjornsrud, 1989), η οποία έλαβε χώρα σε ένα ψυχιατρικό νοσοκομείο, ασθενείς με διαταραχή πανικού και αγοραφοβία πήραν μέρος σε ένα πρόγραμμα θεραπείας 8 εβδομάδων. Το κύριο μέρος της θεραπείας αποτελούταν από τη φυσική δραστηριότητα, με 1 ώρα άθλησης ανά 5 ημέρες την εβδομάδα, και δυναμική ομαδική θεραπεία, η οποία διεξαγόταν 3 φορές την εβδομάδα. Αξίζει να επισημανθεί πως, ενώ τα επίπεδα άγχους μειώθηκαν σημαντικά κατά τη διάρκεια της περιόδου θεραπείας, μετά το πέρας των 8 εβδομάδων, στο πρώτο έτος παρακολούθησης οι περισσότεροι ασθενείς βρέθηκαν να έχουν υποτροπιάσει.

Από τη σκοπιά της επιστήμης της βιολογίας, έχει επιβεβαιωθεί πειραματικά η αντίληψη ότι η σωματική δραστηριότητα επηρεάζει την λειτουργία διάφορων μορίων σηματοδότησης, που είναι γνωστά ως νευροδιαβιβαστές και με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η μείωση των επιπέδων του άγχους και της έντασης (Casper, 2005). Την ίδια χρονιά, ερευνητική προσπάθεια πάνω σε πειραματόζωα απέδειξε ότι η σωματική δραστηριότητα βελτιώνει τη σύνθεση και το μεταβολισμό νευροδιαβιβαστών, όπως η νοραδρεναλίνη, η σεροτονίνη και η ντοπαμίνη (Meeusen, 2005). Επίσης, η σωματική δραστηριότητα προκαλεί την απελευθέρωση ενδορφινών (ενδογενή οπιοειδή) στον εγκέφαλο, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε μια αίσθηση ηρεμίας και αλλά και βελτίωση της διάθεσης μετά την άσκηση (Peluso & De Andrade, 2005).

Σε μια άλλη ερευνητική προσπάθεια αξιολογήθηκαν 145 φοιτητές και παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα άγχους είχαν κακές διατροφικές συνήθειες και ήταν λιγότερο δραστήριοι σωματικά (Hudd, Dumlao, Erdmann-Sager, Murray, Phan, Soukas, κ, 2000). Στις περιπτώσεις αυτές, δηλαδή στα άτομα με μεγάλα επίπεδα στρες προκρίνεται η αερόβια προπόνηση συγκριτικά με ασκήσεις δύναμης ή κινησιολογίας (Steptoe, Edwards, Moses, & Mathews, 1989). Παράλληλα, οι πολεμικές τέχνες είναι πιο αποτελεσματικές στη μείωση του αγοραφοβικού άγχους και στην αύξηση της αυτό-αποτελεσματικότητας απ' ότι άλλοι τύποι ασκήσεων, όπως η ποδηλασία (Bodin & Martinsen, 2004). Διαπιστώνεται επομένως, ότι τόσο οι επιλογές ως προς τη διατροφή και τις καθημερινές συνήθειες όσο και ο συνδυασμός με το είδος της σωματικής άσκησης από κοινού καθορίζουν και τα ανάλογα αποτελέσματα στην υγεία του ατόμου.

Η ψυχική υγεία εντέλει, ιδιαίτερα στο ζήτημα του άγχους σχετίζεται με τη γενικότερη ποιότητα ζωής. Η σωματική άσκηση έχει συσχετιστεί με την καλή ψυχική υγεία στην περίπτωση των ηλικιωμένων, η οποία περιλαμβάνει τη διανοητική διέγερση, την αποφυγή του καπνίσματος και την υγιεινή διατροφή (Flicker, Lautenschlager, & Almeida, 2006). Η κατανάλωση πράσινης σαλάτας, λαχανικών, φρούτων σε συνδυασμό με την τακτική άσκηση και άλλες συνήθειες άμεσα σχετιζόμενες με την υγεία, όπως η επιλογή καφέ χωρίς καφεΐνη προσανατολίζονται πιο εποικοδομητικά προς ένα υγιέστερο τρόπο αντιμετώπισης του άγχους (Endler & Parker, 1990). Ακόμη ένα αίτιο, που προκαλεί την παχυσαρκία σε άτομα με αυξημένο άγχος είναι και ο καθιστικός τρόπος ζωής καθώς υπάρχουν ενδείξεις για αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας σε παιδιά και εφήβους που περνούν πολύ χρόνο μπροστά στην τηλεόραση (Salmon, Campbell, & Crawford, 2006).

Επισημαίνεται πως το άγχος σε αυξημένα επίπεδα και για μεγάλη χρονική παρουσία είναι αιτία για μελλοντική εμφάνιση μιας άλλης ψυχικής νόσου, της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο κοινές ψυχικές διαταραχές. Ορίζεται ως μια διαταραχή της διάθεσης και χαρακτηρίζεται από τα συναισθήματα της θλίψης, της απώλειας ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες, από συναισθήματα απόγνωσης και περιλαμβάνει σε ακραίες περιπτώσεις αυτοκτονικές σκέψεις ή αυτοενοχοποίηση (DHAC, & AIHW, 1999). Ακόμη, το άτομο με κατάθλιψη μπορεί να αισθάνεται ακεφιά, ανορεξία, δυσφορία, αϋπνία, υπερυπνία, κόπωση, αδυναμία, απάθεια, ελαττωμένη πνευματική απόδοση και αδυναμία επίτευξης στόχων (Dunn & Dishman, 2004).

Το 2000, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατέταξε τις καταθλιπτικές διαταραχές ως το τέταρτο μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στον κόσμο. Διαπιστώνεται σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων, με την κατάθλιψη στις γυναίκες να είναι η τέταρτη κατά σειρά νόσος σε συνολική επιβάρυνση και έβδομη στον ανδρικό πληθυσμό (Ustun, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2000). Ειδικότερα, υψηλά επίπεδα άγχους στο λύκειο συνδέονται με την κατάθλιψη και με μικρότερη συνολική διάρκεια ικανοποίησης από τη ζωή (Weinstein & Laverghetta, 2009). Γενικότερα ωστόσο, οι διαταραχές της ψυχικής υγείας επηρεάζουν τους τομείς των γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών πεδίων, επιδρώντας στη ζωή και περισσότερο στην παραγωγικότητα.

Ο Martinsen (1990) σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση ενασχολήθηκε με τα αποτελέσματα της άσκησης σε ασθενείς, που διαγνώστηκε ότι πάσχουν από κλινική κατάθλιψη. Αρχικά, βρέθηκε ότι οι ασθενείς αυτοί είχαν την τάση να υιοθετούν καθιστική ζωή και χαρακτηρίζονταν από μειωμένη ικανότητα σωματικής εργασίας σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Μια ενδιαφέρουσα μελέτη που διεξήχθη στην Ιαπωνία (Yoshiuchi και συν., 2006) αξιολόγησε τη φυσική δραστηριότητα 184 ατόμων, ηλικίας 65-85 ετών, με ένα επιταχυνσιόμετρο και ένα βηματόμετρο για ένα έτος. Παρατηρήθηκε μια σημαντική αρνητική σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι Mahoney, Schweder, & Stattin (2002), σε άλλη έρευνα διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι που ασχολούνται με εξωσχολικές δραστηριότητες (συμπεριλαμβανομένων των αθλητικών γεγονότων) είχαν σημαντικά χαμηλότερη καταθλιπτική διάθεση συγκριτικά με μη-συμμετέχοντες. Αυτό υποστηρίχθηκε και από τους Fredricks και Eccles (2006), οι οποίοι ανακάλυψαν ότι η συμμετοχή σε ομαδικά αθλήματα συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Άρα, σε προληπτικό στάδιο φαίνεται ότι η σωματική άσκηση ως μεμονωμένος παράγοντας δρα με εποικοδομητικό τρόπο στην αποφυγή καταθλιπτικού επεισοδίου.

Το 1999, ο Blumenthal και οι συνεργάτες του δημοσίευσαν μια μελέτη στην οποία 156 ασθενείς ηλικίας 50 έως 77 ετών χωρίστηκαν τυχαία σε τρεις ομάδες θεραπείας. Η διαδικασία διήρκεσε τέσσερις μήνες. Η πρώτη ομάδα υποβλήθηκε σε θεραπεία με σερτραλίνη (Zoloft), όπου έκαστος ασθενής λάμβανε 50-200 mg ανά ημέρα. Η δεύτερη ομάδα ακολούθησε προπόνηση με 30 λεπτά περπάτημα και ελαφρύ τρέξιμο, 3 φορές την εβδομάδα. Η τρίτη ομάδα έλαβε φαρμακευτική θεραπεία με σερτραλίνη και ακολούθησε σινάμα πρόγραμμα σωματικών ασκήσεων. Δε βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά στην επίδραση της θεραπείας μεταξύ των τριών ομάδων, καθώς όλες παρουσίασαν ευεργετικά αποτελέσματα από την θεραπεία (Blumenthal και συν., 1999).

Σε μετέπειτα προσπάθεια, με επικεφαλής τον ίδιο ερευνητή (Blumenthal και συν., 2007) αναφέρθηκε ότι σε ενήλικες με μείζονα κατάθλιψη, η αποτελεσματικότητα της άσκησης παρουσιάζεται παρεμφερής με την αντίστοιχη των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και τείνει να είναι καλύτερη από εκείνη του εικονικού φαρμάκου. Το 2006, οι Trivedi, Greer, Granneman, Chambless, & Alexander δημοσίευσαν ένα άρθρο στο οποίο μελετήθηκαν οι περιπτώσεις 17 ασθενών που δεν βελτιώθηκε η κατάστασή τους με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και οι οποίοι ακολούθησαν προγράμματα σωματικής

άσκησης για 12 εβδομάδες, συνεχίζοντας παράλληλα τη λήψη της ίδιας φαρμακευτικής αγωγής κατά τη διάρκεια του χρόνου παρακολούθησης. Το αποτέλεσμα που προέκυψε ήταν πως οι ασθενείς που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη παρουσίασαν σημαντικά μειωμένα ποσοστά κατάθλιψης.

Μια άλλη μορφή ψυχικής νόσου, επιπρόσθετα επικίνδυνη για τη ψυχική υγεία του ανθρώπου είναι η σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από ψυχωτικά θετικά συμπτώματα, όπως παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη ομιλία και σκέψη, αρνητικά συμπτώματα συμπεριφοράς, όπως αβουλησία, αλογία, αμβλυμμένη ή ισοπεδωτική επίδραση καθώς και σοβαρά νευρογνωστικά και κοινωνικά-γνωστικά ελλείμματα (DSM-IV, 1994).

Έχει υπολογιστεί ότι τα άτομα που πάσχουν από την παραπάνω ασθένεια συχνά πεθαίνουν 11 με 15 χρόνια πρόωρα (Crump, Winkleby, Sundquist, & Sundquist, 2013; Nielsen, Uggerby, Jensen, & McGrath, 2013) και βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο σε μια σειρά από φυσικές συνθήκες υγείας συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων (CVD), της παχυσαρκίας, του καρκίνου, του μεταβολικού συνδρόμου και του διαβήτη (Cimo, Stergiopoulos, E., Cheng, C., Bonato, S., & Dewa, 2012; Crump και συν., 2013). Σε μια μελέτη, (Beebe και συν., 2005) οι υπεύθυνοι του προγράμματος παρακολούθησαν 10 σχιζοφρενείς ασθενείς σε ένα πλάνο 16 εβδομάδων με επίκεντρο το περπάτημα εκτός από το τακτικό πρόγραμμα θεραπείας τους. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, η ομάδα που ακολουθούσε το πρόγραμμα εκγύμνασης εμφάνισε λιγότερα ψυχωτικά συμπτώματα μετά την παρέμβαση. Παρόλα αυτά, ο Faulkner (2005) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σωματική άσκηση μπορεί να ανακουφίσει δευτερεύοντα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κοινωνική απόσυρση.

Τα αποτελέσματα των ερευνητικών προσπαθειών αποδεικνύουν ότι η σωματική άσκηση είναι επωφελής σε προληπτικό στάδιο και μάλιστα συγκεκριμένοι τύποι ασκήσεων βοηθούν στην αντιμετώπιση κατηγοριών του άγχους. Το ίδιο συμπέρασμα ισχύει και στην περίπτωση της κατάθλιψης. Σε δεύτερο στάδιο φαίνεται ότι οι ενδείξεις είναι κάτι παραπάνω από ικανοποιητικές στο επίπεδο της θεραπείας, αλλά πρέπει να επισημανθεί η ανάγκη διεξαγωγής και πραγμάτωσης περαιτέρω ερευνητικών προσπαθειών για την εξειδίκευση των αποτελεσμάτων.

2.3 Η σωματική άσκηση και η επίδρασή της στην ποιότητα ζωής

Η παράφραση της φράσης “*οὐκ ἐν τῷ μεγάλῳ τὸ εὖ κείμενον εἶναι, ἀλλὰ ἐν τῷ εὖ τὸ μέγα*”, (Αθήναιος, 200μ.Χ.), όπως αποτυπώνεται στη ρήση “*οὐκ ἐν τῷ πολλῷ τὸ εὖ, ἀλλ’ ἐν τῷ εὖ τὸ πολὺ*”, όπου υποδηλώνεται η αξία της ποιότητας και όχι της ποσότητας στον ανθρώπινο βίο, παρέχει μια πρώτη εικόνα για την *ποιότητα ζωής*. Πρόκειται για μια σύζευξη λέξεων με ετερόκλητες ερμηνείες που εμπεριέχουν πολύσημες σημασίες, πολύπλευρα επίπεδα αξιολόγησης και υποκειμενικές οπτικές ανάλογα με τη σχολή ή τον κλάδο που την ερμηνεύει.

Επί παραδείγματι, οι κλινικοί γιατροί εξετάζουν τις φυσικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους, οι οποίοι δίνουν έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές διαστάσεις της υγείας (Υφαντόπουλος, 2003). Αντίθετα, η ποιότητα ζωής με την κοινωνιολογική διάστασή της παραπέμπει στις ατομικές και συλλογικές δυνατότητες των ατόμων για ψυχοσωματική ισορροπία μέσω φυσικών δραστηριοτήτων κατά τον ελεύθερο χρόνο (Κωνσταντινάκος, 2010). Οι Eiser και Morse (2001) συμπληρώνουν ότι ο κάθε άνθρωπος έχει τη δική του αντίληψη-οπτική για το τι θεωρείται ποιότητα ζωής και υποστηρίζουν τη γνώμη πως ως συνισταμένη απαρτίζεται από συγκεκριμένες συνιστώσες όπως, ο τρόπος ζωής, οι παλιές εμπειρίες και τα σχέδια-στόχοι για το μέλλον. Καθίσταται, συνεπώς, σαφές πως η ασάφεια των όρων προκαλεί μια σειρά θεωρητικών αντιλήψεων η οποία μετατρέπεται σε πολυποίκιλους ορισμούς με σκοπό την προσέγγιση μιας πιο εφικτά αντικειμενικής περιγραφής και ερμηνείας.

Για τον W.H.O, η έννοια *ποιότητας ζωής* είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την υποκειμενική γνώμη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, στο πλαίσιο των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του αξιακού συστήματος της κοινωνίας, όπου διαβιούν, την ώρα που τα παραπάνω συνδέονται με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους (THE WHOQOL GROUP, 1995). Οι Felce και Perry (1995) διέκριναν τους ορισμούς της ποιότητας ζωής με τον ακόλουθο τριαδικό τρόπο. Στην πρώτη κατηγορία ενέταξαν τους ορισμούς που αφορούν την ποιότητα των συνθηκών ζωής ενός ατόμου. Στην δεύτερη υπάγονται οι προσεγγίσεις που αφορούν την ικανοποίηση του ανθρώπου από τις συνθήκες ζωής, ενώ στην τρίτη περιλαμβάνονται οι απόψεις που αφορούν ένα συνδυασμό της ικανοποίησης και των

καθημερινών καταστάσεων ζωής. Σε πιο ευρύ και γενικευμένο πλαίσιο ερμηνεύουν την ποιότητα ζωής, ως το σύνολο μιας σειράς αντικειμενικά μετρήσιμων όρων ζωής που βιώνονται από ένα άτομο. Πρόκειται για μια σειρά όρων όπως, η φυσική υγεία, οι προσωπικές περιστάσεις (πλούτος, συνθήκες διαβίωσης, κ.λπ.), οι κοινωνικές σχέσεις, οι λειτουργικές δραστηριότητες, οι αναζητήσεις, καθώς και οι ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές επιρροές.

Ως προς τη συσχέτιση της σωματικής άσκησης με την ποιότητα ζωής, οι Rejeski και Mihalko (2001) διέκριναν πως η υπαρκτή έλλειψη ακρίβειας στον ερμηνευτικό καθορισμό της ποιότητας ζωής αποτελεί εμπόδιο στον προσδιορισμό της σχέσης. Οι McAuley και Elavsky (2005) συμφωνώντας στο ίδιο μοτίβο υποστήριξαν ότι δεν είναι απολύτως δυνατή η μέτρηση της επίδρασης των φυσικών δραστηριοτήτων στην ενίσχυση της ποιότητας ζωής, εκτός αν με ακρίβεια υιοθετηθεί μια λειτουργική και αξιόπιστη μεθοδολογικά αξιολόγηση αυτής της έννοιας. Μια άλλη προσέγγιση υποστηρίζει πως υπάρχουν τρεις μεγάλες φιλοσοφικές προσεγγίσεις για τον καθορισμό της ποιότητας της ζωής (Brock, 1993). Η πρώτη περιγράφει τα χαρακτηριστικά της θεμιτά υγιής ζωής που υπαγορεύονται από κανονιστικά ιδεώδη, τα οποία στηρίζονται σε θρησκευτικά, φιλοσοφικά, ή άλλα συστήματα. Η δεύτερη προσέγγιση βασίζεται στην ικανοποίηση των ατομικών προτιμήσεων. Ακόμη και σε ένα πλαίσιο περιορισμένων πόρων, οι άνθρωποι θα επιλέξουν εκείνα τα πράγματα που θα βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Ο τρίτος ορισμός εδράζεται στην εμπειρία των ατόμων. Ένα άτομο βιώνει τη ζωή του ως καλή και επιθυμητή, από τη δική του οπτική και στην προσέγγιση αυτή, παράγοντες όπως, τα συναισθήματα της χαράς, της ευχαρίστησης, της ικανοποίησης και της πραγμάτωσης από τη ζωή είναι υψίστης σημασίας.

Μια άλλη ταξινόμηση επιχειρήθηκε από τον Flanagan (1982), ο οποίος περιέλαβε 15 παράγοντες ποιότητας ζωής, οι οποίοι εν συνεχεία ταξινομήθηκαν σε 5 κατηγορίες. Η πρώτη περιλαμβάνει τη σωματική και υλική ευημερία, στους κόλπους της οποίας ευρίσκονται η οικονομική άνεση, η ασφάλεια και η υγεία. Η δεύτερη κατηγορία εμπεριέχει τις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους και περιλαμβάνει τις συζυγικές σχέσεις, την ανατροφή των παιδιών, αλλά και τις σχέσεις με τους συγγενείς και τους στενούς φίλους. Η τρίτη αντιπροσωπεύει τις κοινωνικές και κοινοτικές δραστηριότητες όπως, η παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους, η συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες, ενώ η τέταρτη ενέχει την προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση, στην

οποία απαντώνται η πνευματική ανάπτυξη, η προσωπική στοχοθέτηση, η αυτογνωσία, το ενδιαφέρον για τη δουλειά, η δημιουργικότητα και η εμπειρία. Η τελευταία κατηγορία ενασχολείται με τον ελεύθερο χρόνο εντάσσοντας την κοινωνικοποίηση και τις δραστηριότητες αναψυχής. Ο Maslow (1954), από τη σκοπιά του, πρότεινε μια ταξινόμηση των ανθρώπινων αναγκών σε πέντε κατηγορίες: φυσιολογικές, ασφάλειας και προστασίας, αίσθημα του «ανήκειν» και αγάπη, εκτίμηση και αυτοπραγμάτωση. Οι ανάγκες αυτές σχηματίζουν μια ιεραρχία, στην οποία οι πρότερες ανάγκες είναι θεμιτό να ικανοποιηθούν, ώστε να συνεχίσει το άτομο απρόσκοπτα την ανάπτυξή του.

Η πολυπλοκότητα της έννοιας που μελετάται καθώς και η επιστημονική ανάγκη αντικειμενικής καταγραφής, προώθησαν την ανάπτυξη μεθόδων ποσοτικής μέτρησης της ποιότητας ζωής και των μεταβολών της (Υφαντόπουλος & Σαρρή, 2001). Σύμφωνα με το Σαρρή (2001), πάνω στους προσδιοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων ή των ομάδων του πληθυσμού, είναι δυνατή η ένταξή τους σε διάφορες κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία αποτελεί την κοινωνικο-οικονομική δομή και λειτουργία της κοινωνίας και αποτελείται από τον τρόπο παραγωγής, τις σχέσεις παραγωγής, τους καταμερισμούς εργασίας και την κοινωνική διαστρωμάτωση. Η δεύτερη εστιάζει στο οικονομικό-πολιτικό σκέλος, καθώς αναφέρεται στο επίπεδο κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης και ευημερίας, στους τύπους διανομής εισοδήματος, στον προγραμματισμό, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των τομέων της οικονομίας. Μια άλλη δέσμη κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, όπως ο τρόπος ζωής, τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά της κατοικίας, η αστική και αγροτική διάρθρωση, οι κοινωνικο-οικονομικές ανισότητες εντοπίζονται στην τρίτη θεώρηση, ενώ στην τέταρτη, εκείνη των ψυχο-κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων, διακρίνονται τα ήθη και τα έθιμα, τα επίπεδα αλφαριθμητισμού, η ποιότητα του εκπαιδευτικού συστήματος, οι συνήθειες, η νοοτροπία, οι τάσεις και οι στάσεις, η κοινωνική συμπεριφορά και η άσκηση κοινωνικών ρόλων. Στους περιβαλλοντολογικούς παράγοντες υπάγονται το επίπεδο μόλυνσης του οικολογικού περιβάλλοντος και ο βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων, ενώ στην κατηγορία των γεωφυσικών παραγόντων αξιολογούνται ο φυσικός πλούτος, οι πρώτες ύλες, η παραγωγικότητα γης και οι κλιματολογικές συνθήκες. Στους δημογραφικούς παράγοντες διακρίνονται ο ρυθμός εξέλιξης του πληθυσμού, η αστική και αγροτική πυκνότητα, η εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, η σύνθεση του πληθυσμού ανά φύλο, ηλικία, επάγγελμα.

Τέλος, στους υγειονομικούς και ιατρικούς παράγοντες ανήκουν τόσο το επίπεδο και η εξέλιξη υγειονομικών, επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων όσο και των πρακτικών.

Η πολυπλοκότητα των κατηγοριών, των οπτικών και των παραγόντων που εμπíπτουν στην αξιολόγηση της έννοιας της ποιότητα ζωής, οδήγησε στην δημιουργία μιας σειράς οργάνων ποιοτικής και ποσοτικής μέτρησης. Είναι χαρακτηριστικό το γεγονός πως σύμφωνα με την έρευνα του Cummins το 1996 διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν περισσότερα από 100 εργαλεία μέτρησης και καθορισμού της ποιότητας ζωής, που καθένα από αυτά την ορίζει με διαφορετικό τρόπο. Ενδεικτικά, αναφέρονται ο δείκτης λειτουργικότητας Karnofski (1969) The Karnofski Performance Index – K.P.I.), ο δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (The Katz Index of activities of Daily Living, 1963), ο δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής (The Spitzer Quality of Life Index, 1981), το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (The General Health Questionnaire, 1972), η Επισκόπηση Υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey, 1992). Τέλος υπάρχουν δείκτες όπως, Sickness Impact Profile (S.I.P), Duke Health Profile (D.H.P.), Nottingham Health Profile (N.H.P.), Health Status Measure for Children, (H.S.M.C.) κλπ.

Πρέπει να επισημανθεί το γεγονός πως το εκπαιδευτικό σύστημα, οι διαπροσωπικές οικογενειακές σχέσεις, το επίπεδο μόρφωσης των γονέων, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην ποιότητα ζωής (Borraccino και συν., 2009; Veenhoven, 2004). Άλλωστε, η κοινωνική γνωστική θεωρία της συμπεριφοράς που εστιάζει στη σημασία της μάθησης μέσω της μίμησης από τη συμπεριφορά των γονέων και τη λήψη ενισχύσεων από άλλους κατά τους Andersen και Wold (1992) ενισχύει την αντίληψη της σημασίας του οικογενειακού παράγοντα στην συμβολή τους στην ποιότητα ζωής. Επίσης, ο τρόπος ζωής και οι πεποιθήσεις για την υγεία καθιερώνονται νωρίς στη ζωή, θέτοντας το μοτίβο για τα επόμενα έτη (Filer, Lauer, & Leupker, 1994). Ιδιαίτερα, ως προς τη σωματική άσκηση, η έρευνα των Vilhjamsson & Thorlindsson (1998) σε εφηβικό πληθυσμό, κατέδειξε παραστατικά πως η συναισθηματική στήριξη από τον πατέρα, τη μητέρα και τα αδέρφια σχετίστηκε, η καθεμία ξεχωριστά με μεγαλύτερη συμμετοχή των εφήβων στην σωματική άσκηση.

Επιπρόσθετοι παράγοντες επιρροής αποτελούν το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, αλλά και η μόρφωση των γονέων. Αξίζει να επισημανθεί πως, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο, συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και είναι πιο εμφανές στην περίπτωση των γυναικών (Salonna Van Dijk,

Madarasova και συν., 2008). Παράλληλα η άποψη αυτή τεκμαίρεται και από πόρισμα έρευνας, σύμφωνα με την οποία, τα άτομα με πανεπιστημιακή εκπαίδευση στην Ευρώπη ασκούνται περισσότερο από τα άτομα με λιγότερη εκπαίδευση (Martinez και συν., 2001).

Γενικότερα, η συμβολή της σωματικής άσκησης στην ποιότητα ζωής αποδεικνύεται στο γεγονός πως η πρώτη μειώνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας, στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού επεισοδίου, διαβήτη τύπου 2, καθώς και του καρκίνου του παχέος εντέρου και του μαστού (W.H.O., 2005; W.H.O., 2004). Ειδικά, ως προς την περίπτωση του διαβήτη τύπου 2, η απώλεια βάρους με δίαιτα και άσκηση μειώνει τη συχνότητα εμφάνισης του, μεταξύ των ατόμων υψηλού κινδύνου κατά περίπου 40%-60% πάνω από 3-4 χρόνια (Williamson, Vinicor, & Bowman, 2004).

Επιπροσθέτως, άνδρες και γυναίκες που ανέφεραν αυξημένα επίπεδα φυσικής κατάστασης και δραστηριότητας βρέθηκε να έχουν μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας κατά 20-35% (Macera, Hootman, & Sniezek, 2003; Macera & Powell, 2001). Μάλιστα, οι περισσότερες αναλύσεις έχουν δείξει μια μείωση τουλάχιστον 50% της θνησιμότητας μεταξύ των ιδιαίτερα δραστήριων ατόμων σε σύγκριση με μη δραστήρια άτομα (Myers και συν., 2004). Σε άλλη έρευνα, άνθρωποι που δεν ασχολούνταν με τη γυμναστική και μετέπειτα δραστηριοποιήθηκαν, σε μια πενταετή περίοδο παρουσίασαν μια μείωση της τάξης του 44% σε προληπτικό κίνδυνο συγκριτικά με τα άτομα που παρέμεναν ανενεργά υπό το πρίσμα της σωματικής άσκησης (Blair Kohl, Barlow, Paffenbarger, Gibbons, & Macera, 1995). Ως προς το κομμάτι της πρόωρης θνησιμότητας, έρευνα δείχνει ότι η ταυτόχρονη υιοθέτηση υγιεινών διατροφών (Loprinzi & Walker, 2015) και μέτριας ή έντονης σωματικής δραστηριότητας σε σύγκριση με καμία ή μόνο μία από αυτές τις συμπεριφορές, σχετίζεται περισσότερο με μειωμένο κίνδυνο πρόωρης θνησιμότητας (Abdelmawgoud και συν., 2015).

Στο ψυχολογικό σκέλος, η άσκηση προκαλεί ευχαρίστηση που συνδέεται με την ευημερία και την ικανοποίηση από τη ζωή (Clarke & Haworth, 1994). Η απελευθέρωση ενδογενών «οπιοειδών» του οργανισμού κατά την φυσική δραστηριότητα, όπως η έκκριση β-ενδορφίνης και β-λιποτροφίνης, προκαλούν ψυχική εφορία κατά τη διάρκεια ή μετά το πέρας της άσκησης (Dunn & Dishman, 1991). Η θετική ψυχική υγεία με τη σειρά της αποτελείται από βασικούς τομείς που περιλαμβάνουν την ευημερία και θετικές καταστάσεις του μυαλού και δυναμικά επηρεάζει την εμφάνιση, την πορεία και τα αποτελέσματα της τόσο σωματικά όσο και ως προς τις ψυχικές ασθένειες. Για

παράδειγμα, η βιβλιογραφία έχει καταδείξει θετική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και του άγχους με καρδιαγγειακά και εγκεφαλικά νοσήματα (Kuper, Marmot, & Hemingway, 2002; Carson και συν., 2002). Μολοταύτα, η σωματική άσκηση επιφέρει θετικά αποτελέσματα τόσο στο άγχος (Cameron & Hudson, 1986) όσο και στο θυμό (Buchman, Sallis, Criqui, Dimsdale, & Kaplan, 1991) σε προληπτικό και κατασταλτικό επίπεδο.

Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι τα φυσιολογικά σε βάρος παιδιά παρουσίαζαν καλύτερα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής συγκριτικά με τα υπέρβαρα παιδιά (Schwimmer, Burwinkle, & Varni, 2003). Μάλιστα, η πρόληψη της παχυσαρκίας μεταξύ των παιδιών και των εφήβων έχει αυξηθεί στις περισσότερες δυτικές χώρες τις τελευταίες δεκαετίες, διότι η πρόσφατη κοσμική τάση φαίνεται να συνδέεται στενότερα με αυξημένη οκνηρία (καθιστικές δραστηριότητες, όπως η παρακολούθηση τηλεόρασης), και με αυξημένη πρόσληψη υδατανθράκων ή λίπους (Prentice & Jebb, 1995; Fogelholm, Ma, Ènnisto, Pietinen, & Vartiainen, 1996; Bar-Or και συν., 1998).

Η φυσική δραστηριότητα εντέλει, σε αντίθεση με την παχυσαρκία, δεν είναι απλό να αξιολογηθεί, επειδή αποτελεί μια πολυδιάστατη συμπεριφορά (Wareham & Rennie, 1998). Η σωματική δραστηριότητα τοποθετείται σε μια ποικιλία από διαφορετικούς τομείς, κατά τη μεταφορά, την οικογενειακή ζωή, την εργασία και την αναψυχή. Επίσης, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη τα δεδομένα του χωροχρόνου στα οποία εντάσσεται ο άνθρωπος. Για παράδειγμα οι φυλακισμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν συνήθως μια κακή κατάσταση υγείας στην σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Fazel, & Baillargeon, 2011). Συμπεριφορές, όπως η χρήση ενδοφλέβιων ναρκωτικών, η κατάχρηση σε αλκοόλ, το κάπνισμα, και η αδράνεια είναι σε θέση να αυξήσουν τον κίνδυνο νοσηρότητας, θνησιμότητας και των ψυχικών τους διαταραχών (Brinded Simpson, Laidlaw, Fairley, & Malcolm και, 2001; Fischer και συν., 2012).

Συνεπώς, ένα κλίμα που σέβεται και προστατεύει τα βασικά ατομικά, πολιτικά, οικονομικά, κοινωνικά και πολιτιστικά δικαιώματα είναι θεμελιώδους σημασίας για την προαγωγή της ψυχικής υγείας. Χωρίς την ασφάλεια και την ελευθερία που παρέχεται από τα δικαιώματα είναι πολύ δύσκολο να διατηρηθεί ένα υψηλό επίπεδο της ψυχικής υγείας (Gostin, 2001). Ο συνδυασμός του κλίματος αυτού και των οφελών της σωματικής άσκησης συμβάλλει στη βελτίωση της καθημερινότητας του ατόμου, τόσο προληπτικά όσο και κατασταλτικά.

2.4 Η σημασία του ελεύθερου χρόνου για την σωματική άσκηση και την ποιότητα ζωής.

Η τακτική σωματική δραστηριότητα παρέχει πολλαπλά οφέλη στη σωματική και ψυχολογική υπόσταση του ατόμου. Ως τέτοια λογίζονται, η βελτίωση της ψυχολογικής ευεξίας, η διατήρηση του ιδανικού σωματικού βάρους, καθώς και η πρόληψη στο σκέλος της θνησιμότητας και ειδικότερα ως προς τον πρόωγο θάνατο (Fischer & Bryant, 2008). Γενικότερα, η σωματική δραστηριότητα είναι ένας βασικός παράγοντας στη μείωση του κινδύνου πολλών προβλημάτων υγείας, όπως η υπέρταση, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η οστεοπόρωση και ο διαβήτης τύπου 2 (Haskell και συν., 2007). Επίσης, η βελτίωση της φυσικής κατάστασης συνδράμει στην αντιμετώπιση διαφορετικών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, ανάμεσα στους οποίους συμπεριλαμβάνονται το προφίλ των λιπιδίων, η αρτηριακή πίεση, τα ποσοστά της ινσουλίνης, ο διαβήτης και η ομοιόσταση (Department of Health, 1996). Σημαντικό ρόλο, επομένως, διαδραματίζει η έκταση του ελεύθερου χρόνου στη ζωή του ατόμου, καθώς κατά κύριο λόγο, τότε ασκείται σωματικά.

Ο όρος *ελεύθερος χρόνος* ορίζεται ως το χρονικό διάστημα, που αποτελείται από έναν αριθμό δραστηριοτήτων, όπου το άτομο έχει τη δυνατότητα με την ελεύθερη βούληση, να ξεκουραστεί, να διασκεδάσει, να ασχοληθεί με τον εαυτό του, να επεκτείνει τους πνευματικούς ορίζοντες, να βελτιώσει τις δεξιότητες του αφιλοκερδώς ή να αυξήσει την εθελοντική συμμετοχή του στη ζωή της κοινότητας, μετά την εκπλήρωση επαγγελματικών, οικογενειακών και κοινωνικών του καθηκόντων (Dumazedier, 1960). Ένας άλλος ορισμός χαρακτηρίζει τον ελεύθερο χρόνο ως το υπόλοιπο που προκύπτει, αν από το σύνολο της μέρας αφαιρεθούν οι ώρες εργασίας ή άλλες υποχρεώσεις-καθήκοντα και περιλαμβάνει δραστηριότητες, οι οποίες χαρακτηρίζονται από ένα αίσθημα συγκριτικής ελευθερίας (Parker, 1976).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω πρέπει να διασαφηνιστεί ο χαρακτήρας του χρόνου που δαπανάται για τις υποχρεώσεις, τις αρμοδιότητες και το χρόνο φροντίδας, ώστε να διευκρινιστεί με πιο εποικοδομητικό τρόπο ο ελεύθερος χρόνος. Σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α., οι άνθρωποι κοιμούνται κατά μέσο όρο 8 ώρες και 22 λεπτά την ημέρα. Ο ύπνος αντιπροσωπεύει, συνεπώς, περίπου το 77% του μέσου χρόνου προσωπικής

φροντίδας. Το δεύτερο σημαντικό στοιχείο που αντιπροσωπεύει σημαντικό τμήμα της παραπάνω χρονικής κατηγορίας, είναι η κατανάλωση, η οποία αποτελεί το 14% φροντίδας ή 1 ώρα και 37 λεπτά ανά ημέρα κατά μέσο όρο στις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α. Έτσι, ο ύπνος και η κατανάλωση γευμάτων, κατά μέσο όρο αντικατοπτρίζουν από κοινού το 90% του χρόνου προσωπικής φροντίδας (OECD, 2009). Σε μια μελέτη από εθνικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στις Ηνωμένες Πολιτείες και τον Καναδά, η συμμετοχή σε σωματικές δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο συσχετίστηκε θετικά με τη γενική ευημερία και την ψυχική διάθεση, ενώ διαπιστώθηκε αρνητική συσχέτιση με την κατάθλιψη και το άγχος (Stephens, 1988). Μάλιστα, η σωματική δραστηριότητα κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου συνδέεται συχνά με την παχυσαρκία (King και συν., 2001). Αν κάποιος αθλείται, δηλαδή, στον ελεύθερο χρόνο, μειώνονται οι πιθανότητες παχυσαρκίας εν αντιθέσει με τους μη δραστήριους για τους οποίους οι πιθανότητες αυξάνονται.

Αναφέρεται πως σε όλες τις χώρες του Ο.Ο.Σ.Α η παρακολούθηση εκπομπών στην τηλεόραση ή το ραδιόφωνο είναι οριακά η πιο δημοφιλής δραστηριότητα αναψυχής κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου και καλύπτει σχεδόν το 40% του χρόνου. Τα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ της μέγιστης τιμής του 48%, με επικεφαλής το Μεξικό και ελάχιστης τιμής το 25% της Νέας Ζηλανδίας (OECD, 2009). Στην αντίπερα όχθη, η σωματική άσκηση κατά τη διάρκεια του ελεύθερου χρόνου συγκεντρώνει χαμηλά ποσοστά συμμετοχής επί του συνόλου. Πιο συγκεκριμένα, ο μέσος όρος κυμαίνεται γύρω στο 8%, με μέγιστη τιμή το 12% που εντοπίζεται στην Ισπανία και ελάχιστη το 5% σε χώρες, όπως το Βέλγιο το Μεξικό, η Νέα Ζηλανδία και οι Ηνωμένες Πολιτείες (OECD, 2009). Τονίζεται πως ως ορισμός του χρόνου άσκησης κατά τον ελεύθερο χρόνο, χαρακτηρίζεται η άσκηση που πραγματοποιείται κατά την ελεύθερη ώρα για τουλάχιστον 20 λεπτά χωρίς διακοπή και είναι τόσο επίπονη, ώστε να αυξηθούν ουσιαστικά και σταθερά οι καρδιακοί παλμοί και η αναπνοή (Sallis, Hovel, Hofstetter, Faucher, Elder, & Blanchard, 1989).

Πορίσματα ερευνών ανέδειξαν ότι οι άνθρωποι παρουσιάζουν πιο ευχάριστα συναισθήματα τις ημέρες που είναι σωματικά δραστήριοι απ' ότι τις ημέρες που δεν αθλούνται (Steptoe, Kimbell, & Basford, 1998). Μάλιστα, πρόσφατες ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας αποκάλυψαν ότι περίοδοι άσκησης και παρέμβασης με προγράμματα διάρκειας 4-32 εβδομάδων είναι υπεύθυνες για συναισθηματικές καταστάσεις, όπως η

ευχάριστη διάθεση και η ευθυμία (Reed & Buck, 2009; Reed & Ones, 2006). Ωστόσο, παρά τις ισχυρές ενδείξεις για τα οφέλη που προκύπτουν για την υγεία από τη συμμετοχή σε τακτική σωματική δραστηριότητα, τα ποσοστά συμμετοχής μειώνονται σταδιακά κατά τη διάρκεια ζωής (Dishman & Buckworth, 1996). Τα στοιχεία τεκμηριώνουν αυτή τη διαπίστωση, καθώς ο χαρακτήρας της συμμετοχής κατά τη σωματική δραστηριότητα στην παιδική ηλικία, την εφηβεία και την ενηλικίωση των νέων μπορεί να καθορίσει την ποιότητα της ζωής κατά τα επόμενα χρόνια (Buckworth, 2001).

Συνολικά, ως προς το φύλο, παρατηρείται ότι στην επικράτεια της Ευρωπαϊκής Ένωσης, οι άνδρες αθλούνται ή συμμετέχουν σε άλλες φυσικές δραστηριότητες περισσότερο από τις γυναίκες. Αυτή η διαφορά είναι ιδιαίτερα εμφανής στην ηλικιακή ομάδα 15-24, όπου οι νέοι άνδρες τείνουν να ασκούνται ή να αθλούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα πολύ περισσότερο από τις νέες γυναίκες (74% έναντι 55%). Το ποσοστό της τακτικής σωματικής δραστηριότητας μειώνεται με την ηλικία. Το 71% των γυναικών και το 70% των ανδρών στην ηλικιακή ομάδα των 55+ δηλώνει πως ασκείται ή ενασχολείται με τον αθλητισμό ποτέ ή σπάνια. (Eurobarometer, 2014).

Οι προαναφερθείσες διαφορές μεταξύ των φύλων έχουν επισημανθεί σε αρκετές μελέτες (Caspersen, Pereira, & Curran, 2000) και αντικατοπτρίζουν τις διαφορές ως προς τη συμπεριφορά, την εργασία και τις οικογενειακές ευθύνες μεταξύ των δύο φύλων. Σε γενικές γραμμές, οι γυναίκες έχουν λιγότερο ελεύθερο χρόνο, πιο κατακεραματισμένο πρόγραμμα και προσέχουν περισσότερο τα παιδιά από τους άνδρες. Ένα σημαντικό εύρημα είναι ότι η βελτίωση των προοπτικών εργασίας των γυναικών κατά την παρουσία τους στην δημόσια σφαίρα δεν είναι αρκετή για τη βελτίωση των ποσοστών, ως προς τον ελεύθερο χρόνο για την αναψυχή και τη συνολική κατάστασή τους (Craig & Mullan, 2015).

Ένα άλλο σοβαρό ζήτημα που αφορά την ποσότητα του ελεύθερου χρόνου στις γυναίκες σχετίζεται με το είδος των εργασιακών σχέσεων. Η απασχόληση των γυναικών ανήλθε στο υψηλότερο ποσοστό του το 2014 (64%), ενώ οι άνδρες, παρά τη μείωση της απασχόλησης, λόγω της κρίσης, το αντίστοιχο ποσοστό ανήλθε στο 75% (European Commission, 2015). Παρατηρείται ακόμη, πως οι γυναίκες εργάζονται κυρίως σε καθεστώς ημι-απασχόλησης ή σε κυκλικά ωράρια. Η εργασία μερικής απασχόλησης έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην οικονομική ανεξαρτησία των γυναικών. Επισημαίνεται πως οι εργαζόμενοι που εργάζονται κάτω από 20 ώρες την εβδομάδα

έχουν χαμηλότερες αποδοχές και υψηλότερους κινδύνους επαγγελματικού διαχωρισμού, ενώ βρίσκονται αντιμέτωποι με το φάσμα της υπο-απασχόλησης, την προσωρινή εργασία και τη δυσχερή πρόσβαση σε παροχές κοινωνικής ασφάλισης. Το 2012 το 38% των γυναικών στη μερική απασχόληση εργαζόταν λιγότερο από 20 ώρες, εκ των οποίων, το 12% λιγότερο από 10 ώρες. Το ποσοστό αυτό αντιπροσωπεύει το 68% του συνόλου των εργαζομένων με μερική απασχόληση που εργάζονται λιγότερο από 10 ώρες στην Ευρώπη των 28 (EIGE, 2014). Αξίζει να τονιστεί πως, η προσωρινή εργασία συνδέεται συχνά με λιγότερη ασφάλεια και χειρότερες εργασιακές καταστάσεις (Eurofund, 2015a).

Σε μια πρόσφατη μελέτη, διαπιστώθηκε ότι η αύξηση του επιπέδου της συνήθους σωματικής δραστηριότητας, τόσο κατά τη διάρκεια της εργασίας όσο και κατά τον ελεύθερο χρόνο σχετίζεται με μειωμένη θνησιμότητα από κάθε αιτία και περιορισμένη συχνότητα εμφάνισης της καρδιαγγειακής νόσου (Khaw και συν., 2006). Επίσης, σύμφωνα με μία άλλη μελέτη, μέτρια ή υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας κατά τις ώρες εργασίας ή τον ελεύθερο χρόνο μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου μεταξύ των ανδρών και των γυναικών. Παράλληλα, το καθημερινό περπάτημα και η μετάβαση προς και από την εργασία με το ποδήλατο μειώνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου μεταξύ των γυναικών (Hu και συν., 2007).

Γενικότερα, τα επακόλουθα οφέλη που προκύπτουν από την άσκηση κατά τον ελεύθερο χρόνο βρίσκονται σε συνάρτηση με χαρακτηριστικά όπως, το φύλο, την ηλικία, τις εργασιακές σχέσεις, το μορφωτικό κεφάλαιο και την κατάσταση του ατόμου ανά χρονική περίοδο. Όλοι οι προαναφερθέντες παράγοντες με τον έναν ή τον άλλον τρόπο επηρεάζουν την καθημερινότητα του ατόμου και τον ελεύθερο χρόνο του, ποσοτικά και ποιοτικά.

Για παράδειγμα, σε δείγμα πληθυσμού από τη Δανία (Schnohr και συν., 2004), οι ερευνητές παρατήρησαν ότι τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ήταν πιο συχνά σωματικά ανενεργά και είχαν έφεση στο κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, ενώ εμφάνιζαν αυξημένα επίπεδα παχυσαρκίας. Σε μια άλλη έρευνα, η οποία πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία (MacDougall, Cooke, Owen, Willson, & Bauman, 1997) παρατηρήθηκε ότι η χαμηλή φυσική κατάσταση συνδέθηκε έντονα με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και τη μειωμένη ημερήσια κινητικότητα, το μικρό αριθμό κοινωνικών συνδέσεων και με ελάχιστο βαθμό ικανοποίησης συνολικά.

Ως προς την ατομική κατάσταση σε σχέση με κάποια συγκυρία, εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο σωματικά δραστήριες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους απ' ό,τι πριν από την εγκυμοσύνη τους, ενώ περισσότερο από το ένα τρίτο υιοθετούν καθιστικό τρόπο ζωής κατά τη διάρκεια της (Evenson, Savitz, & Huston, 2004). Επιπρόσθετα, οι διαστάσεις της φτώχειας επηρεάζουν συγκεκριμένες ομάδες ως προς την ποιότητα του χρόνου τους. Τα παιδιά, οι νέοι άνθρωποι, οι μονογονεϊκές οικογένειες, τα νοικοκυριά με τρία ή περισσότερα εξαρτώμενα παιδιά, τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και οι μετανάστες (Eurofund, 2015b) βρίσκονται στο επίκεντρο του φαινομένου. Οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι πολύ περισσότερο επιρρεπείς σε κίνδυνο φτώχειας και κοινωνικού αποκλεισμού απ' ό,τι οι ηλικιωμένοι άνδρες.

Επιπλέον, η εργασιακή κατάσταση, η επαγγελματική δραστηριότητα διαμορφώνουν από κοινού κάποιους δείκτες της αντίληψης για την ποιότητα ζωής. Οι συνταξιούχοι, τα άτομα στον τομέα της φυσικής αγωγής και της εκπαίδευσης, αλλά και εκείνοι που εργάζονται με μερική απασχόληση ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σχετικά με τη χρήση του χρόνου τους σε σχέση με εκείνους που βρίσκονται υπό καθεστώς πλήρους απασχόλησης και τους αυτοαπασχολούμενους. Τα άτομα που εργάζονται στην τριτοβάθμια εκπαίδευση ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, παρά το γεγονός πως είχαν υψηλότερα εισοδήματα. Αυτό εξηγείται από το αυξημένο φάσμα των αρμοδιοτήτων και της πιο απαιτητικής δουλειάς, που αμφότερα τους αφήνουν λιγότερο χώρο και χρόνο για την απόλαυση της ιδιωτικής τους ζωής (Eurostat, 2015).

Ακόμη, οι μειονότητες τείνουν να έχουν χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας στον ελεύθερο χρόνο κατά την παιδική ηλικία και εμφανίζουν λιγότερο ικανοποιητικά αποτελέσματα συνολικά στην υγεία ως ενήλικες, ενώ λαμβάνουν μικρότερη κοινωνική υποστήριξη (Hovell και συν., 1991). Επισημαίνεται ακόμη, ότι μεταξύ των εθνοτικών μειονοτήτων, η καθιστική ζωή είναι πιο διαδεδομένη συμπεριφορά στον τρόπο ζωής απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό (Mouton, Calmbach, Dhanda, Espino, & Hazuda, 2000). Επίσης, παρά τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας, οι ηλικιωμένοι είναι πολύ λιγότερο ενεργοί από το επιθυμητό ως προς τη σωματική δραστηριότητα (Yusuf και συν., 1996). Οι περισσότεροι ενασχολούνται με δραστηριότητες, όπως η οικιακή εργασία, οι μετακινήσεις με τα πόδια στο γραφείο, στα καταστήματα, το ταχυδρομείο κλπ. (Lawlor, Taylor, Bedford, & Ebrahim, 2002). Τα στοιχεία αυτά δείχνουν ότι η έλλειψη ασφάλειας είναι ένας σημαντικός ανασταλτικός

παράγοντας για τους ηλικιωμένους ως προς την ενασχόληση με την σωματική άσκηση (DiPietro, 2001).

Συνεπώς, προκύπτει από τα παραπάνω το συμπέρασμα πως τα οφέλη της σωματικής άσκησης είναι πολυεπίπεδα και πολύπλευρα. Ο ελεύθερος χρόνος είναι προϊόν της διαφοράς που προκύπτει από την αφαίρεση του χρόνου εργασίας, καθηκόντων και προσωπικής φροντίδας από το συνολικό χρόνο. Οι παράγοντες ωστόσο, που καθορίζουν το χρόνο των υποχρεώσεων και ατομικής φροντίδας αποτελεί μια συνισταμένη που ενέχει τις συνιστώσες του φύλου, της ηλικίας, της εργασίας, της περίπτωσης και του μορφωτικού κεφαλαίου. Άρα, η σωματική άσκηση κατά τον ελεύθερο χρόνο επηρεάζεται άμεσα από τις παραπάνω συνιστώσες και οριοθετεί εν μέρει το πεδίο επιλογών και δυνατοτήτων του ατόμου ως προς την ενασχόληση με τις σωματικές δραστηριότητες.

2.5 Η έλλειψη σωματικής άσκησης. Παράγοντες και επιπτώσεις.

Η απουσία σωματικής άσκησης λογίζεται ως η κύρια αιτία για το 21-25% των περιπτώσεων του καρκίνου του μαστού και τον καρκίνο του παχέος εντέρου, για το 27% των περιπτώσεων του διαβήτη και το 30% περίπου των ισχαιμικών επεισοδίων καρδιακής νόσου (World Health Organization, 2009). Σε παγκόσμιο επίπεδο, μια ανάλυση του 2012 κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το ποσοστό του συνόλου των θανάτων που σχετίζεται με την έλλειψη σωματικής άσκησης ανέρχεται σε 9% (Lee, Shiroma, Lobelo, Puska, Blair, & Katzmarzyk, 2012). Η πραγματικότητα αυτή καταδεικνύει γλαφυρά τις αρνητικές συνέπειες που προκύπτουν από την απουσία φυσικής δραστηριότητας εκ μέρους των ατόμων ανά τον κόσμο.

Παρά τα παραδεδεγμένα οφέλη για την υγεία που συνδέονται με τη σωματική δραστηριότητα, ένα μεγάλο ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού παραμένει σωματικά ανενεργό. Παγκοσμίως, το 80% των εφήβων ηλικίας μεταξύ 13-15 ετών δεν επιτυγχάνει τους στόχους που θέτει ο Π.Ο.Υ., ενώ ακόμη υψηλότερο είναι το ποσοστό στην Ευρώπη των 28, όπου εκτιμάται ότι το 83% της ηλικιακής ομάδας 11-15 παραμένει άπραγο από τη σκοπιά της σωματικής άσκησης (Hallal, Andersen, Bull, Guthold, Haskell, & Ekelund, 2012).

Σε σχέση με τις κατευθυντήριες γραμμές του Π.Ο.Υ., το 26% των ενηλίκων σε όλη την Ευρώπη είναι ανεπαρκώς δραστήριο από άποψη φυσικής κατάστασης (WHO, 2010). Ειδικότερα, στις 28 χώρες της Ε.Ε. το ποσοστό των ατόμων που δεν ενασχολούνται με

τη σωματική άσκηση προσεγγίζει το ποσοστό του 28,6%. Αντίθετα το 71,4% ταξινομείται ως επαρκώς ενεργό σύμφωνα με τις οδηγίες του Π.Ο.Υ. (Gerovasili, Agaku, Vardavas, & Filippidis, 2015). Πρακτικά, ένας στους 3 πολίτες της Ε.Ε., σύμφωνα με τα πορίσματα της ερευνητικής προσπάθειας, δεν αθλείται. Αξίζει να επισημανθεί πως το 59,1% των συμμετεχόντων χαρακτηρίστηκε ως ιδιαίτερα ενεργό. Μολοταύτα, μεταξύ των χωρών παρατηρείται μεγάλη διαφορά ως προς τα ποσοστά άθλησης. Τα υψηλότερα ποσοστά ανενεργών ατόμων σημειώθηκαν σε χώρες της Νότιας Ευρώπης, όπως η Κύπρος (53,7%), η Πορτογαλία (50,6%) και η Μάλτα (48,7%). Η Ελλάδα, η οποία εμπίπτει στην γεωγραφική κατηγορία των νότιων μεσογειακών χωρών σημείωσε ποσοστό 38,1%, σχεδόν 10 ποσοστιαίες μονάδες πάνω από το μέσο όρο. Αντιθέτως, τα χαμηλότερα ποσοστά εμφανίστηκαν στη Βόρεια και τη Δυτική Ευρώπη. Συγκεκριμένα στη Σουηδία (12,4%), την Ολλανδία (14,9%) και την Φινλανδία (15,9%) σημειώθηκαν τα χαμηλότερα ποσοστά αποχής από δραστηριότητες σωματικής άσκησης (Gerovasili, Agaku, Vardavas, & Filippidis, 2015). Τα αποτελέσματα αυτά πιστοποιούνται και σε άλλη μελέτη, όπου στις μεσογειακές χώρες η σωματική άσκηση ήταν λιγότερο συχνή στην Πορτογαλία, την Ελλάδα και την Ισπανία και τα ποσοστά ήταν εμφανώς χαμηλότερα απ' ό τι στις περισσότερες βόρειες χώρες. Επίσης, παρατηρήθηκαν ιδιαίτερα χαμηλά επίπεδα ενασχόλησης των γυναικών στην Πορτογαλία (36,7%) και στην Ελλάδα (48,9%), (Steptoe και συν., 2002).

Η αναφορά στο γυναικείο φύλο δεν είναι τυχαία, αφού συγκριτικά με το ανδρικό παρουσιάζει μειωμένες επιδόσεις στο σκέλος της σωματικής άσκησης. Οι άνδρες είναι 10% πιο πιθανό να είναι σωματικά δραστήριοι από τις γυναίκες, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ευκαιρίες που παρουσιάζονται στους νέους για την ενασχόληση με τις σωματικές δραστηριότητες μπορεί να είναι προκατειλημμένες βάσει του φύλου (Currie, Zanotti, Morgan, Currie, de Looze, & Roberts, 2012). Σε άλλη μελέτη, οι άνδρες ανέφεραν πιο υψηλά επίπεδα φυσικής κατάστασης από τις γυναίκες σε 17 από 20 χώρες, ιδιαίτερα στους νεότερους ενήλικες (Bauman και συν., 2009).

Γενικότερα, πρέπει να τονιστεί πως η ενασχόληση με τον αθλητισμό είναι αποτέλεσμα των συνθηκών του περιβάλλοντος στο οποίο ζει το άτομο, των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του ιδίου, όπως η ηλικία, το φύλο, η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η πρόσβαση σε τεχνολογίες καθώς και η οργάνωση του κράτους σε επίπεδο δομών. Μόνο μέσω μιας ολικής προσέγγισης στα δεδομένα του χωροχρόνου είναι δυνατή μια

αξιόπιστη προσέγγιση των αιτιών που προκαλούν τα χαμηλά επίπεδα σωματικής αδράνειας.

Αρχικά, ως προς την ηλικία, αναφέρεται ότι συγκριτικά με νεότερες –ηλικιακά– ομάδες, οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζουν την υψηλότερη έλλειψη σωματικής δραστηριότητας (Florindo, Guimaraes, Cesar, De Azevedo Barros, Alves, & Goldbaum, 2009; Zhao, Ford, Li, & Balluz, 2011). Σημαντικά χαμηλότερη σωματική δραστηριότητα (10% διαφορά) παρατηρείται με την αύξηση της ηλικίας, όπως υποστηρίζεται από τον Bauman και τους συνεργάτες του (2009). Παράλληλα, οι Dawson, Hillsdon, Boller, & Foster (2007) παρατήρησαν ότι περίπου το 53% των ατόμων του δείγματος τους ανέφεραν τουλάχιστον ένα εμπόδιο, που δικαιολογούσε την αποχή από τη συμμετοχή στο περπάτημα, με την κακή υγεία να είναι το πιο συχνά αναφερόμενο. Άλλα εμπόδια, που δρουν αποτρεπτικά στην ενασχόληση με τον αθλητισμό είναι η έλλειψη χρόνου, η κούραση, η φυσική αδυναμία, ο φόβος των πτώσεων, οι κακές καιρικές συνθήκες, η απουσία εγκαταστάσεων, καθώς και η έλλειψη ενδιαφέροντος για άσκηση εκ μέρους των ατόμων του προσωπικού κύκλου (Trost, Owen, Bauman, Sallis, & Brown, 2003).

Άλλη σημαντική παράμετρος που επηρεάζει την ενασχόληση με τη φυσική άσκηση είναι η δόμηση της περιοχής. Οι Handy, Boarnet, & Ewing (2002), ανέφεραν ότι ένα δομημένο περιβάλλον ενέχει αρχικά στο σύνολό του, τον πολεοδομικό σχεδιασμό, δηλαδή το σχεδιασμό της πόλης και τα φυσικά στοιχεία της. Σε δεύτερο στάδιο, εμπεριέχει τη χρήση γης, την τοποθεσία και την πυκνότητα, όπου περιλαμβάνονται οι κατοικίες, τα εμπορικά καταστήματα, οι βιομηχανικές μονάδες και τα δάση. Τέλος, περιλαμβάνει το σύστημα μεταφοράς, την υποδομή των δρόμων, τα πεζοδρόμια και τους ποδηλατόδρομους. Άνθρωποι που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές είναι λιγότερο πιθανό να αθλούνται (Farrell, Hollingsworth, Propper, & Shields, 2013). Επίσης, τα άτομα που έχουν πρόσβαση σε χώρους με πράσινο είναι 27% περισσότερο σωματικά δραστήρια (Coombes, Jones, & Hillsdon, 2010). Ακόμη, μια έρευνα στη Σουηδία, εντόπισε θετική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων φυσικής δραστηριότητας και της βελτίωσης της ποιότητας των χώρων με πράσινο (De Jong, Albin, Skarback, Grahn, & Bjork, 2012). Επιπλέον, χώρες όπως, η Αυστραλία, ο Καναδάς, η Νέα Ζηλανδία και οι ΗΠΑ που επιδεικνύουν έντονης έντασης φυσική δραστηριότητα σε σχέση με τη δραστηριότητα μέτριας έντασης και το περπάτημα διαθέτουν ανεπτυγμένες

εγκαταστάσεις για σωματικές δραστηριότητες και ένα ιστορικό μακροπρόθεσμων πλάνων προώθησης της άσκησης (Bauman, Bull, Chey, Craig, Ainsworth, Sallis και συν., 2009). Η πιο απτή απόδειξη της αποτελεσματικότητας ενός σωστά οργανωμένου χώρου πιστοποιείται στην περίπτωση της Δανίας, όπου η οικοδόμηση υποδομών για την προώθηση της ποδηλασίας είχε ως αποτέλεσμα μια αύξηση 50% στην ποδηλασία κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες. (Danish Ministry of Transport and Energy, 2007).

Παράλληλα μια έτερη κοινή διαπίστωση είναι πως σε πυκνοκατοικημένες περιοχές, η άναρχη δόμηση σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά περπατήματος και υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (Ewing, Schmid, Killingsworth, Zlot, & Raudenbush, 2003). Τα χαρακτηριστικά μιας γειτονιάς, όπως η αισθητική, η ευκολία και η προσβασιμότητα των χώρων άθλησης έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται τόσο με το χαρακτήρα όσο και με την ποιότητα της σωματικής δραστηριότητας (King, Castro, Wilcox, Eyster, Sallis, & Brownson, 2000; Ball, Bauman, Leslie, & Owen, 2001). Μια ανασκόπηση δεκατεσσάρων μελετών δείχνει μια συνεπή συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων ενός δομημένου περιβάλλοντος (μεγαλύτερη πυκνότητα κατοικιών, συνδεσιμότητα) με το περπάτημα και την ποδηλασία. Τα άτομα που ζουν σε πολυσύχναστες γειτονιές καταγράφουν διπλάσιες αποστάσεις βαδίσματος την εβδομάδα συγκριτικά με άτομα που ζουν σε γειτονιές με λιγότερη κίνηση (Saelens, Sallis, & Frank, 2003), ενώ εκείνοι που ζουν σε γειτονιές με υψηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο είναι πιο πιθανό να ανταποκριθούν σε υγιείς προτροπές και κατευθυντήριες γραμμές διατροφής και άθλησης, ανεξάρτητα από το ατομικό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Kaufman, 2002). Οι συμπεριφορές αυτές ερμηνεύονται από το γεγονός πως η ατομική συμπεριφορά παρουσιάζεται και αξιολογείται πάνω στη βάση της αλληλεπίδρασης μεταξύ των ατόμων και του περιβάλλοντος της κοινότητας στην οποία ζουν (Sallis, Cervero, Ascher, Henderson, Kraft, & Kerr, 2006).

Παρά το αναντίρρητο γεγονός, ότι η τεχνολογική επανάσταση ωφέλησε πολλούς πληθυσμούς σε όλο τον κόσμο, ταυτόχρονα έχει συμβάλει έμμεσα στην έλλειψη σωματικής άσκησης προκαλώντας ένα μεγάλο οικονομικό-υγειονομικό κόστος στην παγκόσμια επιδημία των μη μεταδιδόμενων ασθενειών (World Health Organization, 2011). Το 2009, η έλλειψη σωματικής άσκησης είχε χαρακτηριστεί ως η τέταρτη κύρια εστία κινδύνου για μη μεταδοτικές ασθένειες αντιπροσωπεύοντας περισσότερους από 3.000.000 θανάτους (World Health Organization, 2009). Είναι γεγονός πως κατά τις

τελευταίες δεκαετίες, η τεχνολογική και η μηχανική πρόοδος από κοινού πέτυχαν τη μείωση των κινήσεων του σώματος που απαιτούνται για την ολοκλήρωση μιας σειράς εργασιών, τόσο στη δουλειά όσο και στο σπίτι. Η πραγματικότητα αυτή, παρά τις αρνητικές συνέπειες στη φυσική κατάσταση είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των φυσικών δυσκολιών και των τραυματισμών που αντιμετωπίζουν οι περισσότεροι άνθρωποι στο χώρο εργασίας τους (Hallal και συν., 2012).

Επιπροσθέτως, στον τομέα των τηλεπικοινωνιών, παρατηρήθηκε πως η πρόσβαση στο διαδίκτυο αυξήθηκε ραγδαία ιδιαίτερα την περίοδο 1997-2009. Πιο συγκεκριμένα σημειώθηκε αύξηση από 0.01% σε 4.3% στον πληθυσμού χωρών με χαμηλό εισόδημα, 0.21% έως και 23.8% σε χώρες μεσαίου εισοδήματος και από το 11.2% έως και 51.9% στις χώρες υψηλού εισοδήματος. Παράλληλα η δυνατότητα χρήσης του κινητού αυξήθηκε ομοίως την περίοδο 1997-2009. Από 0.05% έως 28.9% αυξήθηκε στις χώρες με χαμηλό εισόδημα, από το 1% έως και 71% στις χώρες μεσαίου εισοδήματος και από 17.9% έως και 96.3% σε υψηλού εισοδήματος χώρες. Η αυξημένη πρόσβαση στις τεχνολογίες της πληροφορίας, της επικοινωνίας και των μηχανοκίνητων οχημάτων έχει συνδεθεί με την καθιστική ζωή, καθώς και με τον πλούτο, τόσο εντός όσο και μεταξύ των χωρών (Pratt, Sarmiento, Montes, Ogilvie, Marcus, Perez, και συν., 2012). Αξιοσημείωτο, είναι πως μια πλήρης ανάλυση των στοιχείων για τις ΗΠΑ ανέδειξε ότι η καθημερινή δαπάνη ενέργειας σε σχέση με την εργασία, στο σκέλος της σωματικής δραστηριότητας, έχει μειωθεί περισσότερο από 100 θερμίδες ανά ημέρα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 50 ετών. (Brownson, Boehmer, & Luke, 2005).

Ακόμη, η ενασχόληση με τον αθλητισμό σχετίζεται θετικά και με το είδος του επαγγέλματος. Το ποσοστό των ατόμων που ασχολούνται με τον αθλητισμό ή την άσκηση τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα αγγίζει το 58% για τα διευθυντικά στελέχη, το 44% για τους υψηλά αμειβόμενους εργαζόμενους και το 45% των αυτοαπασχολούμενων ατόμων. Το ποσοστά υποχωρούν στο 39% για τους εργάτες, στο 37% για τους ανέργους και στο 27% για τις νοικοκυρές. Ωστόσο, το ποσοστό των ατόμων που εμπλέκονται με τον αθλητισμό ή την άσκηση τακτικά (τουλάχιστον πέντε φορές την εβδομάδα) δεν διέφεραν ανάμεσα στις κοινωνικο-επαγγελματικές κατηγορίες.

Η ίδια έρευνα έδειξε παρόμοια εμπλοκή με τον αθλητισμό ή τη δραστηριότητα, ανάλογα με τα επίπεδα της εκπαίδευσης ατόμων. Το 68% των ανθρώπων που εγκατέλειψαν την εκπαίδευση από την ηλικία των 15 ετών ανέφεραν ότι δεν ασκούνται

επαρκώς, σε σύγκριση με το 27% εκείνων των οποίων η εκπαίδευση συνεχίστηκε έως την ηλικία των 20 (Eurobarometer, 2014). Επομένως, δικαιολογείται η άποψη πως η έλλειψη σωματικής άσκησης είναι φαινόμενο που επαναλαμβάνεται πιο συχνά μεταξύ των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ή χαμηλό εισόδημα ή που βρίσκονται σε κατάσταση ανεργίας (Crespo, Smit, Andersen, Carter-Pokras, & Ainsworth, 2000).

Δεν πρέπει να λησμονηθεί πως οι παραπάνω παράγοντες, όταν δρουν αρνητικά στην ενασχόληση του ατόμου με την σωματική άσκηση, σχετίζονται έμμεσα με παθήσεις που αμφισβητούν την ποιότητα ζωής του εκάστοτε πολίτη. Επισημαίνεται πως αρκετές αναλύσεις έχουν συνδέσει άμεσα το δείκτη μάζας σώματος και το βάρος που αποκτάται κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής με αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης (Witteman και συν., 1989), σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Ford, Williamson, & Liu, 1997), και έμφραγμα του μυοκαρδίου (Willett και συν., 1995). Στην περίπτωση της υπέρτασης, επτά εκατομμύρια θάνατοι κάθε χρόνο παγκοσμίως οφείλονται στη συγκεκριμένη νόσο. Μάλιστα, οι υπερτασικοί ασθενείς διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφράγματος του μυοκαρδίου, καθώς και αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης καρδιακής ανεπάρκειας, εγκεφαλικού επεισοδίου και νεφρικής νόσου (Chobanian και συν., 2003).

Σε μια άλλη περίπτωση, εκείνη της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας οι ασθενείς με χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας είναι πιο πιθανό να εισαχθούν στο νοσοκομείο με οξείες εξάρσεις της νόσου τους (Garcia-Aymerich, Lange, Benet, Schnohr, & Anto, 2006), ενώ πολλά από τα νοσήματα που συνδέονται με τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια συμπεριλαμβανομένης της νόσου της στεφανιαίας αρτηρίας, της περιφερειακής αγγειακής νόσου, της δυσανεξίας στη γλυκόζη και της οστεοπόρωσης συνδέονται με την σωματική αδράνεια (Decramer και συν., 2008). Εναλλακτικά, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να αυξήσει το προσδόκιμο ζωής από 1,8 χρόνια για τους ενήλικες με τη σωματική δραστηριότητα σε χαμηλό μεταβολικό ισοδύναμο επίπεδο έργου έως και 4,5 έτη για εκείνα τα άτομα που βρίσκονται στο υψηλότερο μεταβολικό ισοδύναμο επίπεδο έργου ανά εβδομάδα (Moore και συν., 2012). Συνεπώς, τα κράτη σε εθνικό επίπεδο μπορούν μέσω οικονομικών προγραμμάτων να μειώσουν τις μισθολογικές ανισότητες και τα επίπεδα της ανεργίας, ενώ μέσω της συνεργασίας με τα διοικητικά κέντρα των περιφερειών είναι σε θέση να δημιουργήσουν χώρους άθλησης, ώστε να αντιμετωπιστούν τα προβλήματα που άπτονται στον κρατικό μηχανισμό.

2.6 Οι συνέπειες της υπερ-άσκησης στη ζωή του ατόμου

Η έλλειψη σωματικής άσκησης είναι υπεύθυνη για τη δημιουργία ή την επιδείνωση μιας σειράς προβλημάτων στη ζωή του ατόμου, όπως η παχυσαρκία, η ενίσχυση στρεσογόνων καταστάσεων και η μείωση του προσδόκιμου ζωής. Εν αντιθέσει με την απουσία της σωματικής άσκησης, που εκφράζει ένα σημαντικό τμήμα του παγκόσμιου πληθυσμού, η υπερβολή ως προς την ενασχόληση με τη φυσική δραστηριότητα προκαλεί μια πληθώρα αποτελεσμάτων, ενίοτε διφορούμενων, όπως υποστηρίζεται στη βιβλιογραφία. Το σύνδρομο της υπερ-προπόνησης ή υπερ-άσκησης περιγράφει μια χρόνια ανισορροπία μεταξύ της εκγύμνασης και της αποκατάστασης στους αθλούμενους, η οποία συνδέεται με τη συσσώρευση κόπωσης, την εμφάνιση διαφορετικών φυσικών και ψυχολογικών συμπτωμάτων και την ανικανότητα απόδοσης για ένα διάστημα που διαρκεί για εβδομάδες ή και μήνες, ενώ διαφοροποιείται από βραχυπρόθεσμες ή έντονες δραστηριότητες και από την τοπική μυϊκή υπερκόπωση (Kuipers & Keizer, 1988).

Έχει υποστηριχθεί η άποψη πως η έντονη σωματική άσκηση είναι υπεύθυνη για μια σειρά θετικών επιρροών ως προς τις κινητικές δεξιότητες και την ακαδημαϊκή επίδοση. Ωστόσο, παρουσιάστηκαν αρνητικά αποτελέσματα τόσο ως προς τη διαδικασία τεκμηρίωσης-αιτιολόγησης μιας ενέργειας, κατά τη διάρκεια μιας εργασίας όσο και ως προς τις λεκτικές δεξιότητες (Etnier, Salazar, Landers, Petruzzello, Han, & Nowell, 1997). Ως προς το γνωστικό σκέλος, σε μία άλλη έρευνα εκ μέρους του Tenenbaum, Yuval, Elbaz, Gar-Eli, & Weinberg (1993) αξιολογήθηκαν 118 παίκτες ομάδων χειροσφαίρισης ως προς την ικανότητα λήψης αποφάσεων, ενόσω οι ίδιοι είτε περπατούσαν είτε έτρεχαν σε έναν διάδρομο. Παράλληλα, υπήρχε μια προσομοίωση ως προς τις συνθήκες ενός αγώνα σε μια οθόνη και παρουσιάζονταν ταυτόχρονα μια σειρά από σενάρια κατά τη διάρκεια του. Οι συμμετέχοντες απαντούσαν προφορικά και αξιολογούνταν από ειδικούς. Ανεξαρτήτως του αγωνιστικού επιπέδου και της φυσικής κατάστασής τους, ως προς τη λήψη αποφάσεων, οι αθλητές του δείγματος παρουσίασαν βελτιωμένες επιδόσεις κατά τη διάρκεια άσκησης υψηλής έντασης έναντι της χαμηλής. Ακόμη, σύμφωνα με τους Sibley και Etnier (2003) η οξεία άσκηση έχει μικρή, αλλά σημαντικά θετική επίδραση στη γνωστική απόδοση των παιδιών. Από τις τρεις αυτές μελέτες εξάγεται το συμπέρασμα πως με την αυξημένης δυσκολίας σωματική άσκηση

είναι δυνατόν να παρθούν καλύτερες αποφάσεις συγκριτικά με μια περίοδο σωματικής αδράνειας, μολονότι η ερμηνευτική αιτιολόγησή τους παρουσιάζει δυσκολίες.

Μια πρώιμη μελέτη που διεξήχθη από τους Levitt και Gutin (1971) μελέτησε τους χρόνους αντίδρασης των ανδρών και τις κινήσεις τους σε μια διαδικασία επιλογής-απόκρισης, ενώ οι ίδιοι έτρεχαν σε έναν διάδρομο με ταχύτητες που παρήγαγαν καρδιακούς παλμούς της τάξης των 115, 145, ή 175 ανά λεπτό. Οι χρόνοι αντίδρασης των συμμετεχόντων ακολούθησαν μια καμπυλόγραμμη σχέση. Ο χρόνος αντίδρασης βελτιωνόταν, όταν ο καρδιακός ρυθμός αυξανόταν στους 115 παλμούς. Στη συνέχεια επέστρεφε στα κανονικά επίπεδα, όταν προσέγγιζε τους 145 παλμούς και σημείωνε δραστική μείωση, καθώς προσέγγιζε τους 175 παλμούς. Συνεπώς, ο χρόνος αντίδρασης βελτιωνόταν γραμμικά, ως συνάρτηση του καρδιακού ρυθμού και εμφάνιζε αρνητικό πρόσημο σε αυξημένα επίπεδα σωματικής άσκησης. Ως προς τη γραμμικότητα αυτή, οι Salmela και Ndoye (1986) σε μια άλλη προσομοίωση, χρησιμοποιώντας το ποδήλατο ως μέσο άσκησης, εξέτασαν τον χρόνο αντίδρασης των συμμετεχόντων. Ανέφεραν ότι η γνωστική απόδοση ακολούθησε μια ανεστραμμένη λειτουργία σχήματος U, με το χρόνο αντίδρασης να παρουσιάζεται βελτιωμένος, όταν ο καρδιακός ρυθμός βρισκόταν στους 115 παλμούς ανά λεπτό, συγκριτικά με το χρόνο αναπαύσεως ή την προπόνηση αυξημένης έντασης στους 145 παλμούς ανά λεπτό. Σε μια επιπρόσθετη μελέτη, όπου εξετάστηκαν 102 δρομείς μαραθωνίου, το 12% εμφάνισε εμφραγματικές ουλές στην καρδιακή απεικόνιση του μαγνητικού συντονισμού σε διαφορετικές περιπτώσεις (ισχαιμικές και μη ισχαιμικές). Πρόκειται για ένα εύρημα που εμφανίστηκε με τριπλάσια συχνότητα συγκριτικά με ελέγχους σε κοινό πληθυσμό της ίδιας ηλικίας (Breuckmann και συν., 2009).

Επίσης, έχει επισημανθεί τόσο ο αυξημένος κίνδυνος στεφανιαίων επεισοδίων όσο και μια σειρά από κακοήθεις αρρυθμίες κατά τη διάρκεια της έντονης άσκησης. Μολοταύτα, η συχνότητα εμφάνισης της συσχέτισης μεταξύ της σωματικής άσκησης και της ανακοπής της καρδιάς σε άτομα ηλικίας κάτω των 35 ετών έχει αποδειχθεί ότι είναι χαμηλή (Berdowski και συν., 2013). Άλλωστε, η τακτική, έντονη άσκηση συνδέεται με διαρθρωτικές και λειτουργικές αλλαγές της καρδιάς (La Gerche, Taylor, & Prior, 2009). Το συγκεκριμένο εύρημα είναι αναμενόμενο, καθώς η βαθιά καρδιακή αναδιαμόρφωση πραγματώνεται κατά βάση στους αθλητές αντοχής και λαμβάνει τη διττή μορφή, της αιτίας και του αποτελέσματος, αφενός λόγω των αυξημένων απαιτήσεων οξυγόνου και

αφετέρου εξαιτίας της ανάγκης διεκπεραίωσης υψηλών καρδιακών εξόδων του αίματος κατά τη διάρκεια της αναπνοής (La Gerche, Burns, Taylor και συν., 2012). Το αποτέλεσμα σε τέτοιες περιπτώσεις είναι η αύξηση του όγκου των τεσσάρων καρδιακών θαλάμων, αλλά και η εμφάνιση αυξητικών τάσεων στον αντίστοιχο όγκο της μάζας των κοιλιακών τοιχωμάτων. Η μεγέθυνση της καρδιακής μάζας θεωρείται ότι οφείλεται στην αύξηση του μεγέθους των μυοκυττάρων (υπερτροφία) που συνδέεται με μικρή ή μηδαμινή αύξηση στην εξωκυττάρια εναπόθεση (ίνωση). Η τελευταία αποτελεί χαρακτηριστικό της καρδιακής ανακατασκευής σε δευτερογενείς διεργασίες ασθενειών, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η υπέρταση και η βαλβιδική καρδιακή νόσος (Hill & Olson, 2008).

Επίσης, η υπερβολική προπόνηση για παρατεταμένη χρονική περίοδο μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση των επινεφριδίων (Kreher & Schwartz, 2012). Η αξία των αδένων αυτών, παρά το μικρό χώρο που καταλαμβάνουν στο ανθρώπινο σώμα, έγκειται στο γεγονός πως παράγουν σημαντικές ορμόνες, οι οποίες θεωρούνται απαραίτητες για την καθημερινότητα, όπως η αλδοστερόνη, η κορτιζόλη, και η αδρεναλίνη. Οι ορμόνες αυτές προσδιορίζουν την αντίδραση του οργανισμού στο άγχος και ρυθμίζουν την αρτηριακή πίεση, τον μεταβολισμό, καθώς και άλλες λειτουργίες μείζονος σημασίας. Ωστόσο, η επίδραση της οξείας σωματικής άσκησης σε ασθενείς με χρόνια αϋπνία μπορεί να μειώσει το άγχος έως και 5 ώρες (Focht & Koltyn, 1999). Η χρόνια αϋπνία είναι μια διαταραχή του ύπνου που χαρακτηρίζεται από μακροχρόνιες δυσκολίες κατά την έναρξη και τη διάρκεια του ύπνου, όπου το άτομο είτε ξυπνάει πολύ νωρίς, είτε δεν αναπαύεται επαρκώς σε αυτό το χρονικό διάστημα. Το συγκεκριμένο φαινόμενο συχνά συνδέεται με επαγγελματικά και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, όπως η ημερήσια κόπωση, οι διαταραχές της διάθεσης, τα γνωστικά ελλείμματα, και η κακή ποιότητα ζωής (American Psychiatric Association, 1994). Τεκμαίρεται επομένως, η άποψη των Peluso και De Andrade (2005), σύμφωνα με την οποία, η άσκηση παράλληλα με τα ευεργετικά της αποτελέσματα, είναι σε θέση να επιδράσει αρνητικά στην ψυχική υγεία των ασκούμενων, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της υπερ-άσκησης και του συνδρόμου της υπερβολικής προπόνησης.

Άξιο μνείας αποτελεί το γεγονός πως οι δραστηριότητες, όταν λαμβάνουν χώρα σε υψηλή ένταση, η συχνότητα αυτής της έντασης σημειώνει πτώση κατά τα τελικά στάδια, ιδιαίτερα σε ανταγωνιστικό πλαίσιο, λόγω της επακόλουθης προκαλούμενης κόπωσης

(Bradley, Sheldon, Wooster, Olsen, Boanas, & Krstrup, 2009; Sykes, Twist, Nicholas, & Lamb, 2011). Το εύρημα αυτό είναι συνεπές με πορίσματα άλλης έρευνας, όπου αποστάσεις που καλύφθηκαν με χαμηλή ταχύτητα απεδείχθη πως επαναλήφθηκαν και σε μεταγενέστερες περιόδους σωματικής άθλησης με την ίδια επιτυχία ως προς τους χρόνους, ενώ οι αποστάσεις που διανύθηκαν με μεγάλη ταχύτητα δεν κατέστη δυνατό να επαναληφθούν με το πέρας του χρόνου (Aughey, 2010). Άλλωστε σε δραστηριότητες υψηλής έντασης παρατηρείται μείωση της τεστοστερόνης, μιας ουσίας που είναι απαραίτητη για τη βελτίωση των επιδόσεων των αθλητών. Μια άλλη μελέτη παρουσίασε στοιχεία που παρουσίαζαν μείωση έως και 40% του συνολικού επιπέδου τεστοστερόνης μετά από εξαντλητική άσκηση αντοχής, γεγονός που έχει καταγραφεί από διάφορους συγγραφείς (Dufaux, Hoederath, Heck, & Hollmann, 1979). Επίσης, ύστερα από διαδρομές 15 και 25 χιλιομέτρων, τα βασικά επίπεδα της ολικής τεστοστερόνης επέστρεψαν στις αρχικές τους τιμές, αλλά μετά από μαραθώνιο, το επίπεδο της ολικής τεστοστερόνης παρέμεινε μειωμένο για διάστημα 2-3 ημερών. (Keizer, Janssen, Menheere, & Kranenburg, 1989). Τέλος, κατά τους Black, O'Connor και McCully (2005) η συνολική διάθεση, η ένταση του μυϊκού πόνου και ο χρόνος που δαπανάται για αποθεραπεία από την κούραση από κοινού έβαιναν επί τα χείρω σε άτομα με χρόνια υπερκόπωση, λόγω της εξαντλητικής προπόνησης, παρά τη μικρή αύξηση της έντασης σε ποσοστό 28%.

2.7 Η σωματική άσκηση στα επαγγέλματα υγείας – Παράμετροι και αποτελέσματα

Είναι κοινά παραδεκτό πως η συμμετοχή στις συνιστώμενες ποσότητες της σωματικής άσκησης αποτελεί αναπόσπαστο μέρος στον τομέα της πρόληψης των ασθενειών, αλλά και θετική προσπάθεια στην κατεύθυνση της προαγωγής της υγείας (Halal και συν., 2012). Ωστόσο, επισημαίνεται πως το 33% των ενηλίκων και το 80% των εφήβων παγκοσμίως δεν καταφέρνουν την επίτευξη των προβλεπόμενων στόχων για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας (Hallal και συν., 2012). Καθίσταται σαφές, πως η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας στη σωματική άσκηση διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο στην διαμόρφωση της κοινής γνώμης, μολοταύτα μια σειρά παραγόντων εμποδίζει την ενασχόλησή τους με τη φυσική άσκηση.

Σε μια ερευνητική προσπάθεια που πραγματοποιήθηκε στη Βραζιλία, οι επαγγελματίες υγείας ρωτήθηκαν σχετικά με τη συνολική γνώση τους γύρω από ζητήματα που άπτονται στο σκέλος της σωματικής άσκησης και των συστάσεων για την υγεία. Η συντριπτική πλειονότητα των επαγγελματιών ανέφερε πως χρειάζεται περισσότερες πληροφορίες. Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι της κοινότητας της υγειονομικής περίθαλψης και οι νοσηλευτές απάντησαν πως χρειάζονται επιπρόσθετες γνώσεις κατά 97%, ενώ οι ιατροί κατά 80% (Burdick και συν., 2015). Ως προς τις γνώσεις των εργαζομένων των επαγγελμάτων υγείας, αναφορικά με τις ασθένειες που προκύπτουν από την έλλειψη σωματικής άσκησης στον τρόπο και την ποιότητα ζωής καταγράφηκαν τα ακόλουθα αποτελέσματα: περισσότερο από το 80% των ομάδων αναφέρθηκαν στο διαβήτη τύπου 2, ενώ ένα ποσοστό άνω του 75% έκανε λόγο για την υψηλή πίεση του αίματος, την κατάθλιψη και την καρδιακή προσβολή ως συνέπειες της σωματικής αδράνειας. Επιπλέον, έξι στους δέκα από όλες τις ομάδες κατέταξαν την οστεοπόρωση, ως πιθανή συνέπεια της σωματικής αδράνειας (Burdick και συν., 2015). Ακόμη, πολλά παραδοσιακά εμπόδια που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία και εμποδίζουν την ενασχόληση με τη γυμναστική παρουσιάστηκαν και στη συγκεκριμένη έρευνα. Οι κυριότεροι παράγοντες που δρουν ανασταλτικά ως προς τη δραστηριοποίηση με τη σωματική άσκηση είναι η έλλειψη χρόνου, εκπαίδευσης και κατάρτισης, καθώς και η απουσία θεσμικής υποστήριξης (Bull, Jamrozik, & Blanksby, 1995; Faulkner & Biddle, 2001).

Μια διαφορετική μελέτη που έλαβε χώρα στην Ελλάδα, η οποία αποτελεί την πρώτη προσπάθεια στη χώρα, αξιολόγησε τη συσχέτιση μεταξύ των συμπεριφορών προστασίας της υγείας και της ποιότητας ζωής ανάμεσα στους εργαζομένους των επαγγελμάτων υγείας (Tountas, Manios, Dimitrakaki, & Tzavara, 2007). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2000 και διεξήχθη σε επτά νοσοκομεία (τόσο δημόσια όσο και ιδιωτικά) στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Από το συνολικό δείγμα των 7155 ατόμων που εργάζονταν σε αυτά τα επτά νοσοκομεία αξιολογήθηκε ένα τυχαία επιλεγμένο αντιπροσωπευτικό δείγμα 395 υπαλλήλων. Αφού καθορίστηκε το δείγμα, οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν στις ακόλουθες επαγγελματικές κατηγορίες: διοικητικό, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό, καθώς και το ιατρικό, που αποτελείται από γιατρούς και νοσηλευτές. Εξετάστηκαν τέσσερις βασικές προληπτικές-προστατευτικές συμπεριφορές υγείας, οι οποίες δεν ήταν άλλες από τη μεσογειακή διατροφή, τη

σωματική άσκηση, το κάπνισμα και τη κατανάλωση αλκοόλ. Η υγεία των εργαζομένων σε συσχέτιση με την ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο SF-36.

Το κυριότερο συμπέρασμα που εξήχθη ήταν πως το τεχνικό και το διοικητικό προσωπικό των νοσοκομείων ανέφεραν πιο υγιεινές συμπεριφορές από το ιατρικό και το βοηθητικό προσωπικό. Ειδικότερα, οι περισσότεροι που εξετάστηκαν από το τεχνικό προσωπικό (66%) ανέφεραν περισσότερες από δύο προστατευτικές συμπεριφορές υγείας. Η συγκεκριμένη ομάδα ακολουθούταν από το διοικητικό προσωπικό (42%) και το τμήμα των νοσηλευτών (41%). Αντίθετα, οι περισσότεροι εργαζόμενοι από το βοηθητικό προσωπικό (47%) και την ομάδα των γιατρών (34%) ανέφεραν λιγότερες από δύο ευνοϊκές για την υγεία συμπεριφορές. Αυτές οι διαφορές μπορούν να αιτιολογηθούν, όταν εντάσσονται στο πλαίσιο θεώρησης του εργασιακού περιβάλλοντος, καθώς και στις μεταβολές που έπονται από τις πολιτιστικές, ιεραρχικές και κοινωνικοοικονομικές ανισότητες μεταξύ των εργαζομένων του νοσοκομείου (Chyun, Amend, Newlin, Langerman, & Melkus, 2003). Τις περισσότερες φορές, οι συνθήκες εργασίας για το τεχνικό και το διοικητικό προσωπικό είναι λιγότερο αγχωτικές και απαιτητικές σε σύγκριση με το ιατρικό προσωπικό, αφήνοντας τους έτσι χώρο και χρόνο για πιο υγιεινές επιλογές τρόπου ζωής (κανονικός αριθμός γευμάτων στο σπίτι, προπόνηση κλπ).

Σημαντική παράμετρος αποτελεί και τα φύλο. Στις περισσότερες βιομηχανοποιημένες κοινωνίες ο διαθέσιμος ελεύθερος χρόνος για τις εργαζόμενες γυναίκες είναι ελάχιστος και τις αποτρέπει στο να συμμετέχουν σε κάθε είδους σωματική δραστηριότητα εξαιτίας της υφής και των απαιτήσεων της εργασιακής απασχόλησης, της πιθανής μητρότητας και των καθηκόντων που προκύπτουν από την τεύρατία (Blackburn, Browne, Brooks, & Jarman, 2002; Schor, 2003).

Σε διαφορετική ερευνητική προσπάθεια σε ευρωπαϊκό επίπεδο, τέθηκε ως στόχος η διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη γρήγορη κατανάλωση τροφίμων, τη σωματική άσκηση, την κατανάλωση αλκοόλ και τη χρήση παυσίπονου σε ένα δείγμα 2.623 γιατρών, νοσηλευτών και κατοίκων από την Ελλάδα, την Πορτογαλία, τη Βουλγαρία, τη Ρουμανία, την Τουρκία, την Κροατία και την Π.Γ.Δ.Μ. Από το συνολικό δείγμα, οι 627 ήταν γιατροί, οι 1.431 ήταν νοσηλευτές και 565 ήταν κάτοικοι. Εντός του συνολικού δείγματος, τα ποσοστά ανταπόκρισης ήταν 22,1% για τους γιατρούς (κυμαίνεται από 15 έως 36% στις χώρες), 50,5% για τους νοσηλευτές (που κυμαίνονται από 43%-67%) και 20,0% για τους κατοίκους

(κυμαινόμενη από 4-29%). Το μεγαλύτερο δείγμα συλλέχθηκε στην Ελλάδα (N = 594), και το μικρότερο στην Κροατία (N = 193).

Τα κυριότερα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν στη συγκεκριμένη προσπάθεια ήταν η σημαντικά υψηλή θετική συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη γρήγορη κατανάλωση τροφίμων, την ελάχιστη σωματική άσκηση, την υψηλότερη κατανάλωση αλκοόλ και τη συχνότερη χρήση παυσίπονου. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας από την Τουρκία, την Ελλάδα και τη Βουλγαρία ανέφεραν τις πιο δυσμενείς εμπειρίες. Η υψηλή συναισθηματική εξάντληση επηρέαζε περισσότερο από το 50% των εργαζομένων στα επαγγέλματα υγείας στην Τουρκία και περισσότερο από το 35% στην Ελλάδα και τη Βουλγαρία. Μεγάλα επίπεδα κατάθλιψης παρατηρήθηκαν στην Τουρκία με την Ελλάδα να έπεται δεύτερη. Η Ελλάδα κατέλαβε και τη δεύτερη θέση στην κατανάλωση αλκοόλ και την απουσία σωματικής άσκησης, ενώ η συναισθηματική εξάντληση ήταν επίσης αρκετά υψηλή. Επισημαίνεται ακόμη πως η ίδια έρευνα κατέδειξε στους επαγγελματίες υγείας, μεγάλη συχνότητα κατανάλωσης *γρήγορου φαγητού* με μέσο όρο περίπου τέσσερις φορές την εβδομάδα.

Είναι παραδεκτό πως η μικρότερη συμμετοχή στη σωματική άσκηση σχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση κυρίως σε γιατρούς έκτακτης ανάγκης (Goldberg και συν., 1996), οδοντίατρους (Gorter, Eijkman, & Hoogstraten, 2000) και στους εργαζόμενους ασθενοφόρων (Moustou, Panagoroulou, Montgomery, & Benos, 2010). Ακόμη, η συχνή κατανάλωση *γρήγορου φαγητού* σε άνδρες και σε γιατρούς σχετίζεται με την μικρότερη ροπή των ανδρών στην προετοιμασία υγιεινών γευμάτων, εξαιτίας του πολυάσχολου προγράμματός τους (Anderson, Rafferty, Lyon-Callo, Fussman, & Imes, 2011).

Αξίζει να τονιστεί το γεγονός πως η επαγγελματική εξουθένωση έχει προσδιοριστεί ως ένα σοβαρό ζήτημα για τους νοσηλευτές, τους γιατρούς και τους κατοίκους μέσα σε ένα μεγάλο αριθμό πολιτισμών και χωρών, μεταξύ των οποίων είναι οι ΗΠΑ (Shanafelt και συν., 2012), ο Καναδάς (Boudreau, Grieco, Cahoon, Robertson, & Wedel, 2006), το Ηνωμένο Βασίλειο (Sharma, Sharp, Walker, & Monson, 2008), και η Ελλάδα (Zis, Anagnostopoulos, & Sykioti, 2014). Άλλη ευρωπαϊκή μελέτη ανέδειξε πως η βία εκ μέρους των ασθενών, οι διαφορετικές πτυχές της ομαδικής εργασίας που συντελείται από το προσωπικό του νοσοκομείου, η εργασία πλήρους απασχόλησης, οι σταθερές νυχτερινές βάρδιες και η πίεση του χρόνου ήταν καθοριστικοί παράγοντες της

επαγγελματικής εξουθένωσης και της έλλειψης σωματικής άσκησης σε νοσηλευτές από 10 ευρωπαϊκές χώρες (Estryn-Behar και συν., 2008).

Αποτελέσματα άλλων ερευνών, αναφορικά με τη σωματική άσκηση ανέδειξαν ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στην πρωτοβάθμια περίθαλψη οι γιατροί είναι πιο δραστήριοι και αποτελεσματικοί ως προς την προώθηση της υγείας σε σχέση με άλλους επαγγελματίες (Frank, & Harvey, 1996; Frank, E., Rothenberg, R., Lewis, C., & Belodoff, B.F., 2000), ενώ την ίδια ώρα οι γυναίκες-γιατροί είναι πιο πιθανό να συμβουλευθούν τους ασθενείς αναφορικά με την πρόληψη στον τομέα της σωματικής άσκησης συγκριτικά με τους άνδρες (Frank, & Harvey, 1996). Ακόμη οι γιατροί που ασκούνταν τακτικά ήταν επίσης πιο αποτελεσματικοί ως προς την παροχή βοήθειας σε ασθενείς, ώστε να ασκηθούν πιο τακτικά και συστηματικά (Brotans και συν., 2005; Lobelo, Duperly, & Frank, 2009).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου το 43% των νοσηλευτών που ερωτήθηκαν δήλωσαν ότι δε γυμνάζονται καθόλου, το 28,5% δήλωσε πως γυμνάζεται επαρκώς και το υπόλοιπο 28,5% ανέφερε ότι ασκείται σπάνια (Πλίγκου & Μακρή, 2008). Διαπιστώνεται συνεπώς, ότι η ενασχόληση με τη σωματική άσκηση εκ μέρους των ιατρών και των νοσηλευτών δε διαφοροποιείται κατά πολύ στην Ελλάδα συγκριτικά με τα παγκόσμια δεδομένα.

Παράλληλα, το επαγγελματικό στρες, το εναλλασσόμενο ωράριο εργασίας και η επαγγελματική εξουθένωση με βάση μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Μπαχρέιν, αποτελούν εξίσου σημαντικούς παράγοντες, ώστε οι γιατροί και οι νοσηλευτές να μην έχουν το απαιτούμενο χρονικό διάστημα για να αθλούνται (Bahram, Abbas, Kamal, & Fakhro, 2003). Το γεγονός καθίσταται ανησυχητικό, αν ληφθεί υπόψη η δεδομένη πραγματικότητα, σύμφωνα με την οποία οι νοσοκόμες αντιπροσωπεύουν τη μεγαλύτερη επαγγελματική ομάδα στην υγειονομική περίθαλψη των συστημάτων διεθνώς (Agrawal, Berlin, Grote, & Scheidler, 2012). Παράλληλα, οι Payne, Jones, & Harris (2005) βρήκαν πως το εργασιακό άγχος σχετίζεται με λιγότερη συχνή άσκηση και μεγαλύτερη κατανάλωση υψηλών λιπιδίων στα τρόφιμα.

Η ψυχική υγεία αποκτά μεγαλύτερη σημασία, όταν πρόκειται για επαγγελματίες υγείας, καθώς εργάζονται πολλές ώρες και διαθέτουν λίγο χρόνο για να τον περάσουν με την οικογένειά τους (Shiwani, 2009). Περισσότερο από το 75% των επαγγελματιών του τομέα της υγείας δεν ασκείται, ενώ λιγότερο από το 13% των γιατρών ακολουθεί τη

συνιστώμενη σωματική άσκηση στο Πακιστάν. Αυτό επηρεάζει και την οικογενειακή τους ζωή, όπου μόνο το 34,5% των επαγγελματιών του τομέα της υγείας είναι σε θέση να περνούν το χρόνο τους με τις οικογένειές τους όσο θα προτιμούσαν (Ahmad και συν., 2015). Γενικότερα, τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι επαγγελματίες του τομέα της υγείας δεν εξασκούνται πάνω σε αυτά που διατείνονται.

Γενικότερα, τα επίπεδα ψυχικής υγείας, διατροφής και άσκησης πρέπει να βελτιωθούν για να προωθηθεί το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης με σκοπό την ατομική και τη συνολική ευημερία της κοινότητας (Ahmad και συν., 2015). Συνεπώς, η γνώση και η πίστη στα οφέλη για την υγεία που προκύπτουν από τη σωματική δραστηριότητα μπορούν να παρακινήσουν την αρχική εμπλοκή, αλλά τα συναισθήματα της απόλαυσης και της ευθυμίας φαίνεται να είναι ισχυρότερα κίνητρα για τη συνέχιση της συμμετοχής σε προγράμματα γυμναστικής τόσο για τα επαγγέλματα υγείας όσο και για τον κοινό πληθυσμό (Morgan, Shephard, & Finucane, 1984).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 Υλικό και μέθοδος της μελέτης

Η παρούσα συγχρονική μελέτη (cross-sectional) πραγματοποιήθηκε μεταξύ Σεπτεμβρίου και Νοεμβρίου του 2016 στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου. Για τη διεξαγωγή της μελέτης ζητήθηκε και ελήφθη σχετική άδεια από τη διοίκηση του νοσοκομείου, μετά από σύμφωνη εισήγηση του επιστημονικού συμβουλίου. Όλοι οι προβλεπόμενοι κανόνες δεοντολογίας τηρήθηκαν ώστε να εξασφαλιστεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων και να υπάρξει η απαραίτητη εχεμύθεια ως προς τις πληροφορίες, με τη διαβεβαίωση ότι τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας. Διανεμήθηκαν 220 ερωτηματολόγια από τα οποία συμπληρώθηκαν τα 186. Τα 3 από αυτά απορίφθηκαν λόγω ελλειπών στοιχείων. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν εντός του ωραρίου εργασίας των συμμετεχόντων. Το δείγμα αφορά όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, δηλαδή την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική, οι οποίες εξετάζονται συγκριτικά (πίνακας 5.). Κατά την συμπλήρωση και συλλογή των ερωτηματολογίων δεν παρουσιάστηκαν προβλήματα, αντιθέτως υπήρξε προθυμία και συνεργασία εκ μέρους των συμμετεχόντων.

3.2 Εργαλεία της έρευνας

Τα εργαλεία μελέτης που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή στοιχείων εκτίμησης της ποιότητας ζωής και της συμμετοχής στην σωματική άσκηση, ήταν:

3.2.1 Το ερωτηματολόγιο της Επισκόπησης Υγείας SF-36, Short Form Health Survey (Ware, 1993, 2000)

Η «επισκόπηση υγείας SF-36», έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε πλήθος δημοσιεύσεων. Συνίσταται από δυο αθροιστικούς παράγοντες, αυτούς της «φυσικής και ψυχολογικής υγείας» (Ware, 2000). Στον παράγοντα της «φυσικής υγείας» εμπερικλείονται οι κλίμακες της «φυσικής λειτουργικότητας», του «φυσικού ρόλου», του «σωματικού πόνου» και της «γενικής υγείας», ενώ ο παράγοντας της «ψυχολογικής υγείας» αποτελείται από τις κλίμακες της «ζωτικότητα», της «κοινωνικής λειτουργικότητας», του «συναισθηματικού ρόλου» και της «πνευματικής υγείας» (Ware, Kosinski, & Dewey, 2000). Στον Ελληνικό πληθυσμό, τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της «επισκόπησης υγείας SF-36» εμφανίζονται επαρκώς τεκμηριωμένα (Anagnostopoulos, Niakas, & Pappa, 2005; Anagnostopoulos, Niakas, & Tountas, 2009; Κοντοδημόπουλος, Φραγκούλη, Παππά, & Νιάκας, 2004; Pappa, Kontodimopoulos, & Niakas, 2005).

Οι κλίμακες υγείας του ερωτηματολογίου SF-36 είναι οι παρακάτω:

1. Φυσική λειτουργικότητα (Physical Functioning). Αξιολογείται το επίπεδο υγείας σε σχέση με τον περιορισμό σωματικών δραστηριοτήτων όπως περπάτημα, ανέβασμα σκάλας κ.ά.
2. Ρόλος συναισθηματικός (Emotional Role). Προσδιορίζει κατά πόσο επηρεάζονται οι καθημερινές δραστηριότητες και η εργασία από συναισθηματικά προβλήματα.
3. Ρόλος φυσικός (Physical Role). Αξιολογείται το επίπεδο φυσικής υγείας στις καθημερινές δραστηριότητες και στην εργασία.
4. Ζωτικότητα (Vitality). Προσδιορίζει το αίσθημα ζωντάνιας ή κούρασης στο χρονικό διάστημα που ορίζεται από τις σχετικές ερωτήσεις.
5. Πνευματική υγεία (Mental Health). Αξιολογείται η γενική ψυχική υγεία με ερωτήσεις που αφορούν καταστάσεις όπως το άγχος, η μελαγχολία, ο εκνευρισμός κ.ά.
6. Κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning). Προσδιορίζει το βαθμό που οι κοινωνικές δραστηριότητες επηρεάζονται από τη φυσική υγεία και τα συναισθήματα.
7. Πόνος (Bodily Pain). Αξιολογείται η ένταση και η διάρκεια του πόνου και πως αυτό επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες και στην εργασία.
8. Γενική υγεία (General Health). Προσδιορίζει την κατάσταση της υγείας την χρονική στιγμή που γίνεται η ερώτηση.

Οι κλίμακες Φυσικής λειτουργικότητας, Ρόλος φυσικός, Πόνος και Γενική υγεία, συγκροτούν την γενική κλίμακα της Φυσικής Υγείας (Physical Health/Physical Component). Οι κλίμακες Πνευματική υγεία, Κοινωνική λειτουργικότητα, Ρόλος συναισθηματικός και Ζωτικότητα, συγκροτούν την γενική κλίμακα της Ψυχικής Υγείας (Mental Health/ Mental Component).

3.2.2 Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας (ΦΔ) IPAQ sort self-answered-8 items. (Craig et al., 2003).

Τα ερωτηματολόγια αξιολόγησης της ΦΔ εξετάζουν τη συχνότητα, τη διάρκεια, την ένταση και τον τύπο της ΦΔ στις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, τον εργάσιμο χρόνο καθώς και την εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Συγκεκριμένα το Διεθνές Ερωτηματολόγιο ΦΔ (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ) θεωρείται ένα από τα πλέον έγκυρα και αξιόπιστα όργανα (Craig et al., 2003; Maddison et al., 2007) και έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες που αφορούν σε ενήλικες (Ishii et al., 2010; Pan et al., 2009; Panagiotakos et al., 2008; Pitsavos et al., 2008). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα και τη διάρκεια συμμετοχής σε ΦΔ όλων των τύπων, οι οποίες συνιστούν τους εξής δείκτες: (α) ΦΔ κατά το βόδισμα, (β) μέτριας έντασης ΦΔ, (γ) υψηλής έντασης ΦΔ και (δ) ολική ΦΔ (Craig et al., 2003; Parathanasiou et al., 2009). Συμπληρωματικά, το ερωτηματολόγιο περιέχει μία ερώτηση για τον χρόνο καθιστικής ζωής και μια ερώτηση για την ένταση της σωματικής δραστηριότητας κατά την εργασία, τις μετακινήσεις, τις δουλειές του σπιτιού και τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου. Αναφορικά με τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά του IPAQ, βρέθηκαν ικανοποιητικοί έως υψηλοί συντελεστές εγκυρότητας και αξιοπιστίας (Craig et al., 2003; Maddison et al., 2007), με ανάλογα αποτελέσματα και στην Ελληνική έκδοση του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου (Parathanasiou et al., 2010; Parathanasiou et al., 2009).

Η Φυσική Δραστηριότητα των εργαζομένων ανιχνεύτηκε μέσω της συμπλήρωσης του Διεθνούς Ερωτηματολογίου Φυσικής Δραστηριότητας IPAQ για το χρονικό διάστημα των τελευταίων 7 ημερών (short version). Οι ερωτήσεις αφορούν τον αριθμό ημερών και λεπτών ανα ημέρα, που ξοδεύτηκαν σε δραστηριότητες έντονης και μέτριας

έντασης καθώς και στο περπάτημα. Κάθε ερώτηση συμπληρώνεται με παραδείγματα ώστε να είναι κατανοείται η έννοιά της.

Αναλυτικά το IPAQ αποτελείται από τέσσερεις δείκτες. Την ΦΔ κατά το βάδισμα, την μέτριας έντασης ΦΔ, την υψηλής έντασης ΦΔ και την ολική ΦΔ. Οι δείκτες για την ΦΔ κατά το βάδισμα, καθώς και της μέτριας και της υψηλής έντασης ΦΔ υπολογίζονται με τον πολλαπλασιασμό των ημερών ανά εβδομάδα, των λεπτών ανά ημέρα και του «MET» των αντίστοιχων τύπων της ΦΔ, όπου ως MET ορίζεται το μεταβολικό ισοδύναμο το οποίο θεωρητικά προσεγγίζει τον μεταβολισμό ενός ενήλικα σε κατάσταση ηρεμίας (American Thoracic Society & American College of Chest Physicians, 2002). Η ολική ΦΔ αποτελεί το άθροισμα των τριών επιμέρους δεικτών.

3.2.3 Ερωτηματολόγιο εκτίμησης των προσωπικών απόψεων για την σωματική άσκηση και την ΠΖ.

Το ερωτηματολόγιο αυτό δομήθηκε ειδικά για την παρούσα μελέτη και περιλαμβάνει εννέα προτάσεις. Οι πέντε από αυτές είναι τύπου Likert και ανιχνεύουν την γνώμη των συμμετεχόντων αναφορικά με τη σημαντικότητα της σωματικής άσκησης και την πιθανή συμβολή της σε διάφορους τομείς όπως η κοινωνικότητα, η ψυχολογική ισορροπία και η ευεξία. Μια ερώτηση εστιάζει στους λόγους υγείας που μπορεί να αποτελούν έναυσμα ή στόχο για σωματική άσκηση και μια ακόμη σχετικά με τους λόγους που εμποδίζουν την συμμετοχή στην σωματική άσκηση. Το ερωτηματολόγιο κλείνει με μια γενική ερώτηση για το αν επιθυμούν να ασκούνται περισσότερο ή όχι, και με μια επιπλέον όπου σημειώνονται οι σημαντικότεροι παράγοντες για μια καλή ΠΖ.

3.2.4 Ερωτηματολόγιο βασικών δημογραφικών στοιχείων

Εξετάζεται το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η οικονομική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων στην έρευνα. Επίσης καταγράφεται η υπηρεσία στην οποία ανήκουν (ιατρική, νοσηλευτική, διοικητική ή τεχνική), η ενδεχόμενη ύπαρξη ασθενειών και η λήψη φαρμάκων για μακρές χρονικές περιόδους. Οι παραπάνω

παράμετροι ελέγχεται αν και κατά πόσον συνδέονται με την ΠΖ και τη ΦΔ των εργαζομένων.

3.3 Αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης

Η στατιστική ανάλυση του δείγματος έγινε με το πρόγραμμα SPSS 20. Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών έγινε χρήση των μέσων τιμών (mean), των τυπικών αποκλίσεων (Standard Deviation=SD) και των διαμέσων. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες επιλέχθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση αναλογιών χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Για την post hoc ανάλυση των ευρημάτων χρησιμοποιήθηκε η διόρθωση κατά LSD. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

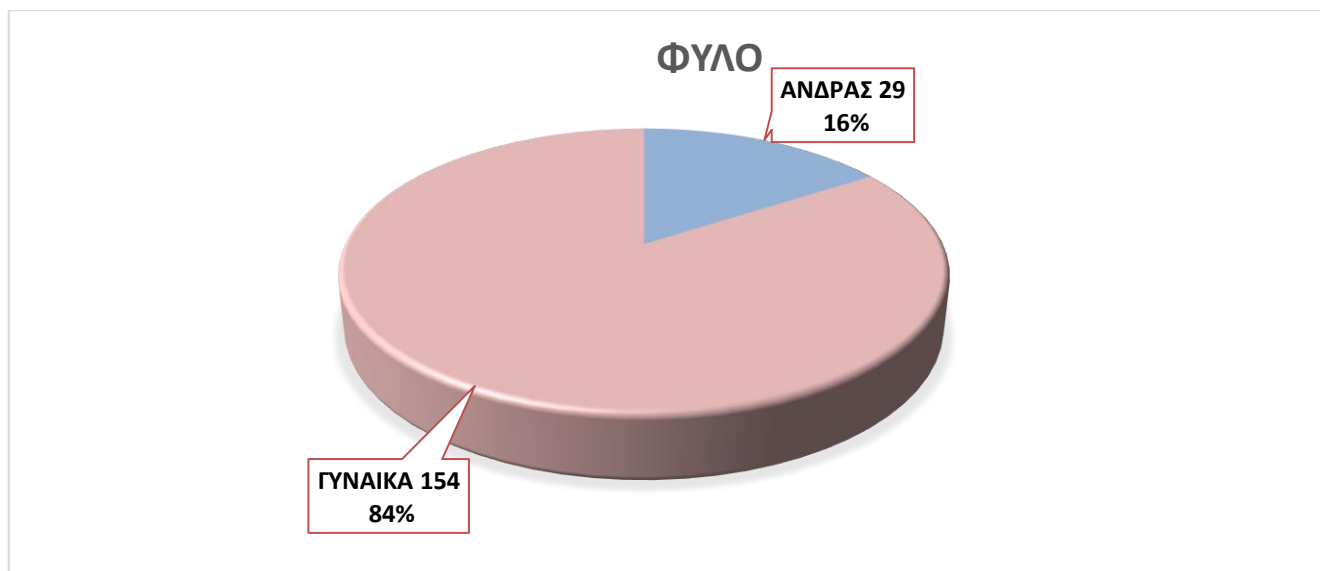
Τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι έχουν μέση ηλικία τα 44 έτη, με το νεώτερο να είναι 28 και ο μεγαλύτερος 62 χρονών (πίνακας 1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα

	N	Ελάχιστη	Μέγιστη	M.O.	Τυπική Απόκλιση	Διακύμανση
ΗΛΙΚΙΑ	183	28	62	44,49	6,101	37,218

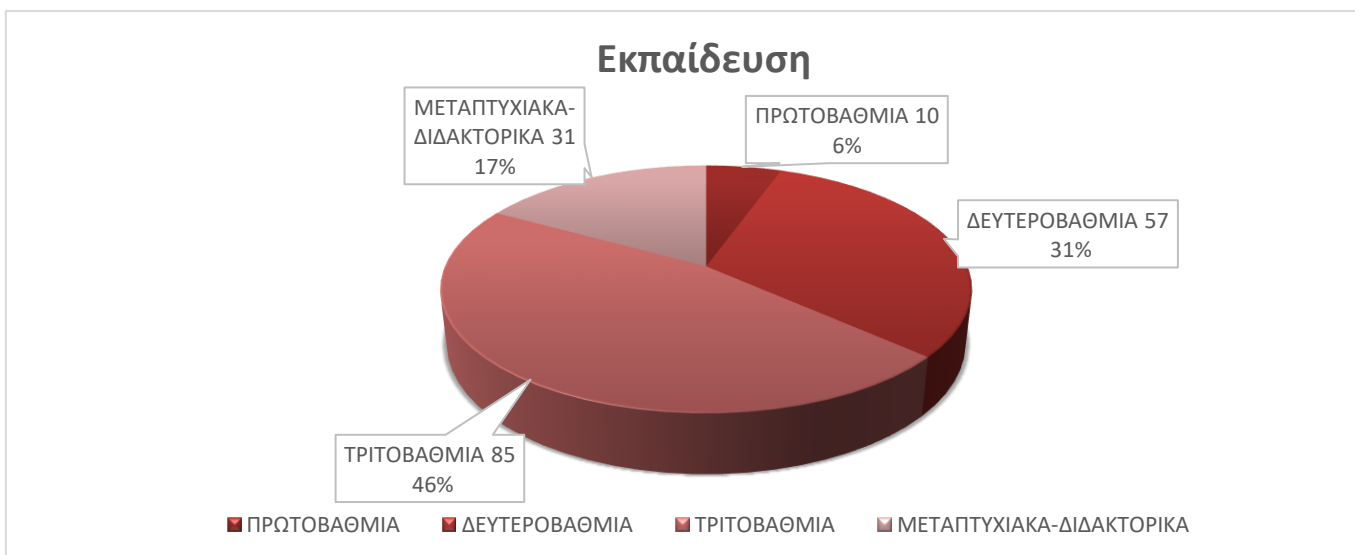
Ως προς το φύλο, οι γυναίκες αποτελούσαν το 84% του δείγματος και οι άνδρες το 16% (γράφημα1)

ΓΡΑΦΗΜΑ 1. Φύλο των εργαζομένων



Το μορφωτικό επίπεδο εμφανίζεται υψηλό, με το 60% του δείγματος να συγκεντρώνεται στην τριτοβάθμια εκπαίδευση και πάνω. Συγκεκριμένα οι 85 ήταν τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (46%) και 31 επιπλέον (17%) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακών ή διδακτορικών τίτλων. Απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης ήταν 57 εργαζόμενοι (31%) και μόλις 10 είχαν πρωτοβάθμια εκπαίδευση (6%) (γράφημα 2).

ΓΡΑΦΗΜΑ 2. Εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων



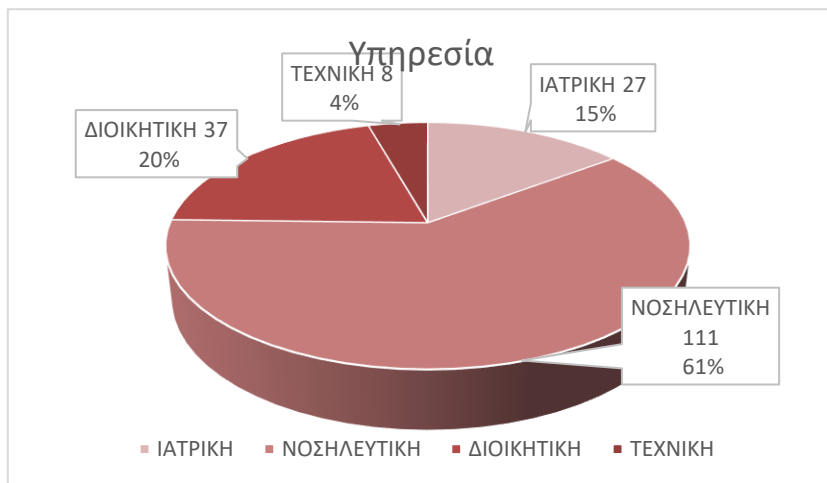
Οι περισσότεροι συμμετέχοντες (74%) δηλώνουν έγγαμοι, άγαμοι 15%, διαζευμένοι 8% και το 3% ήταν σε χηρεία (γράφημα 3).

ΓΡΑΦΗΜΑ 3. Οικογενειακή κατάσταση



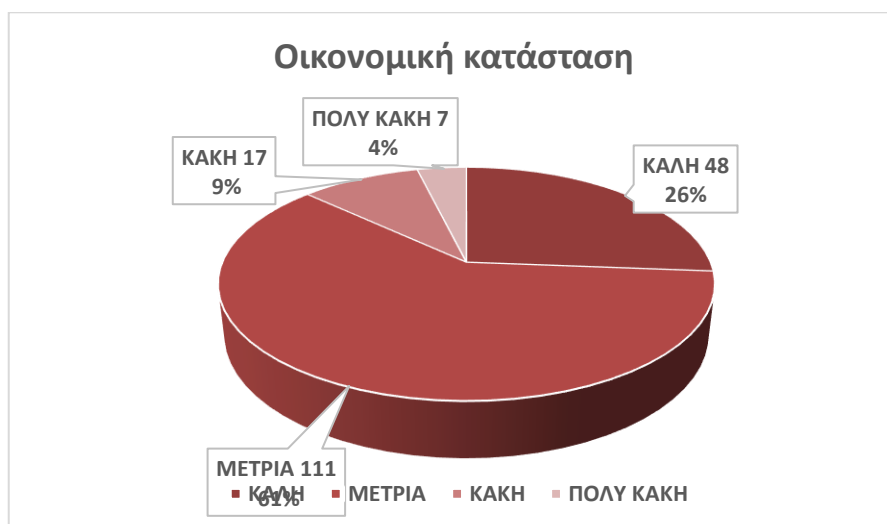
Οι συμμετέχοντες εργαζόμενοι του νοσοκομείου στην έρευνα απαντώνται σε όλες τις υπηρεσίες του χώρου. Η πλειονότητα αυτών (111) προέρχεται από τη νοσηλευτική (61%), ακολουθεί η διοικητική με 37 (20%), η ιατρική με 27 (15%) και η τεχνική με 8 (4%) (γράφημα 4).

ΓΡΑΦΗΜΑ 4. Υπηρεσία των εργαζομένων.



Οι συμμετέχοντες δηλώνουν μέτρια οικονομική κατάσταση σε ποσοστό 61%, καλή το 26%, κακή το 9% και πολύ κακή το 4% από αυτούς (γράφημα 5).

ΓΡΑΦΗΜΑ 5. Οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων



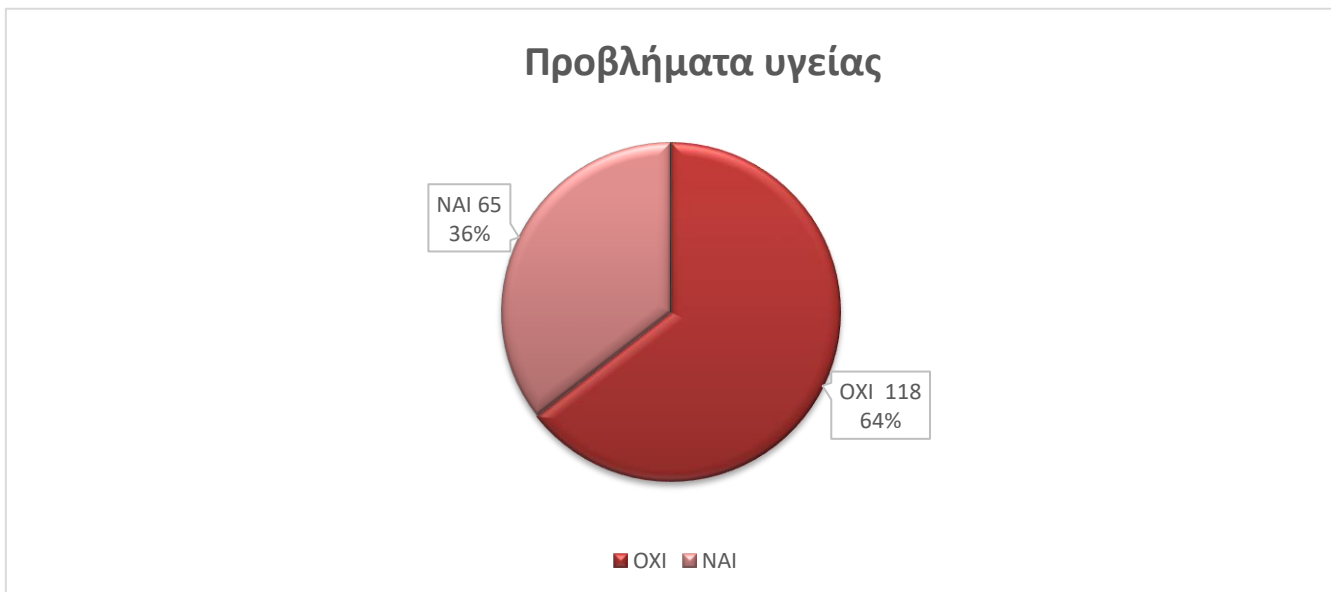
Στην ιεράρχηση των παραγόντων που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής, οι συμμετέχοντες προκρίνουν την υγεία, την οικογένεια και την ψυχική ηρεμία. Πιο αναλυτικά, 170 εργαζόμενοι αναφέρουν την υγεία ως έναν από τους τρεις πιο σημαντικούς παράγοντες για Ποιότητα Ζωής, 111 την οικογενειακή γαλήνη, 93 την ψυχική ηρεμία, 58 την οικονομική άνεση, 46 την ασφάλεια, ενώ οι υπόλοιποι παράγοντες σημειώνουν αισθητά χαμηλότερες προτιμήσεις (γράφημα 6).

ΓΡΑΦΗΜΑ 6. Παράγοντες που νοσηματοδοτούν την ποιότητα ζωής



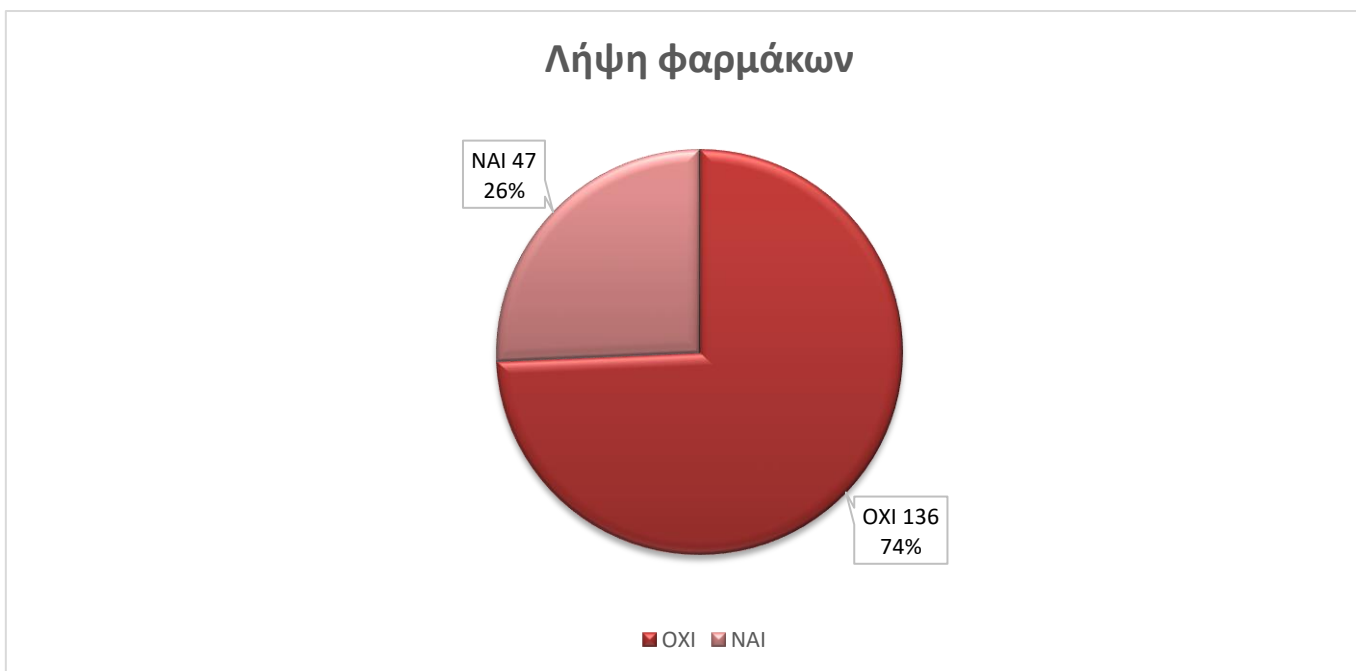
Προβλήματα υγείας αναφέρει περίπου το ένα τρίτο των εργαζομένων στο νοσοκομείο (γράφημα 7).

ΓΡΑΦΗΜΑ 7. Συχνότητα αναφοράς προβλημάτων υγείας των συμμετεχόντων



Ένας στους τέσσερις εργαζόμενους αναφέρει μακροχρόνια χρήση φαρμάκων (γράφημα 8)

ΓΡΑΦΗΜΑ 8. Συχνότητα αναφοράς χρήσης φαρμάκων από τους συμμετέχοντες



Σχετικά με τους λόγους που ωθούν τους εργαζόμενους να ασκήσουν το σώμα τους, προηγείται στις αναφορές η βελτίωση της φυσικής κατάστασης (62%), ακολουθεί η μείωση του άγχους (58,5%), η πρόληψη θεμάτων υγείας (56%), και η ευχαρίστηση της άθλησης με 38%. Ο παράγοντας της κοινωνικότητας ως κίνητρο συγκεντρώνει το 11,5% των προτιμήσεων (πίνακας 2).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2. Λόγοι για τους οποίους οι ερωτηθέντες επιλέγουν ή θα επέλεγαν να ασκηθούν σωματικά.

ΛΟΓΟΙ ΓΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ	N	%
ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΣΗ	69	37,70
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ	21	11,50
ΜΕΙΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ	107	58,50
ΦΥΣΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	113	61,70
ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΓΕΙΑΣ	102	55,70

Ειδικότερα, όταν η στόχευση της σωματικής άσκησης αφορά τα θέματα υγείας, η πιο συχνή εγγραφή αναφέρεται στον έλεγχο του σωματικού βάρους (63%). Η βελτίωση των μυοσκελετικών προβλημάτων συγκεντρώνει το 40% των αναφορών και ακολουθεί η πρόληψη καρδιολογικών με 39%. Αναλυτικά όλες οι εγγραφές εμπεριέχονται στον πίνακα 3.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. Αναφερόμενοι λόγοι υγείας ως παράγοντες για σωματική άσκηση

ΛΟΓΟΙ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΣΚΗΣΗ	N	%
ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	72	39,3
ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	115	62,8
ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ	44	24
ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΑΚΧΑΡΟΥ	20	11
ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ	34	18,6
ΥΠΕΡΤΑΣΗ	16	8,7
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	73	40

Για τη μειωμένη σωματική άσκηση των εργαζομένων οι λόγοι εστιάζονται στην έλλειψη ελεύθερου χρόνου (58%), στο ωράριο εργασίας (41%), αλλά και στη αμέλεια που οι ίδιοι αναφέρουν (37%) (πίνακας 4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Λόγοι που εμποδίζουν τους εργαζόμενους να ασκηθούν επαρκώς.

	N	%
ΕΛΛΕΙΨΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	106	58
ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	75	41
ΑΜΕΛΕΙΑ	67	37
ΑΛΛΟ	13	7

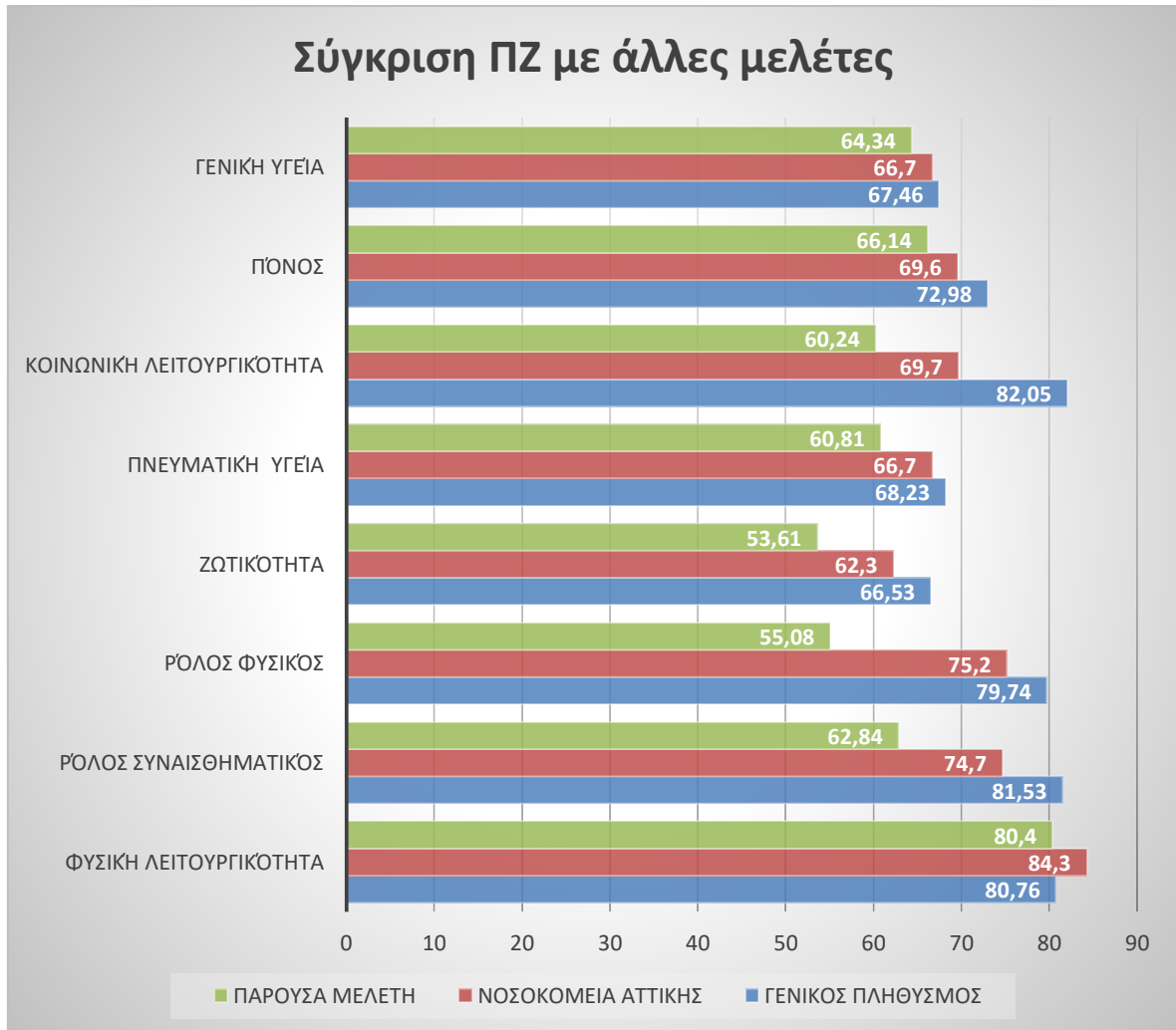
Η Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) των συμμετεχόντων στην έρευνα μετρήθηκε με την κλίμακα SF-36 και οι τιμές που βρέθηκαν ανά κατηγορία περιγράφονται στον πίνακα 5 και το γράφημα 9.

Σε σύγκριση δε με τις ανάλογες τιμές για το μέσο ελληνικό πληθυσμό (Παππά και συν, 2005) οι παρούσες τιμές είναι αισθητά χαμηλότερες σε όλες τις κατηγορίες (πλην της Φυσικής Λειτουργικότητας), και οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά πολύ σημαντικές. Επίσης στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες είναι οι τιμές συγκριτικά με προγενέστερη έρευνα σε εργαζόμενους σε νοσοκομεία της Αττικής (Τριανταφύλλου, 2010), σε όλες τις κατηγορίες ΠΖ (πλην του Πόνου και της Γενικής Υγείας) (γράφημα 9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 5. Καταγραφή τιμών στις παραμέτρους Ποιότητας Ζωής των ερωτηθέντων

SF-36	Ελάχιστη	Μέγιστη	Μέση	Τυπική απόκλιση
Φυσική λειτουργικότητα	0	100	80,40	20,59
Ρόλος συναισθηματικός	0	100	62,84	36,86
Ρόλος φυσικός	0	100	55,08	37,84
Ζωτικότητα	5	100	53,61	16,01
Πνευματική υγεία	24	100	60,81	15,26
Κοινωνική λειτουργικότητα	0	100	60,24	24,53
Πόνος	0	100	66,14	27,99
Γενική υγεία	20	100	64,34	17,32
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	17,5	100	66,49	19,06
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	11,2	100	59,38	17,91

ΓΡΑΦΗΜΑ 9. Μέσες τιμές στις παραμέτρους Ποιότητας Ζωής των ερωτηθέντων



Ως προς την ανάλυση του ερωτηματολογίου της Επισκόπησης Υγείας SF-36, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τις παραμέτρους της Ζωτικότητας, της Κοινωνικής Λειτουργικότητας, του Πόνου, της Γενικής Υγείας και της συγκεντρωτικής κατηγορίας Φυσικής Υγείας, με τις γυναίκες να εμφανίζουν συγκριτικά μεγαλύτερη επιβάρυνση σε αυτούς τους δείκτες υγείας (t-test). (Πίνακας 6).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6. Διαφορές μεταξύ των δυο φύλων ως προς την Ποιότητα Ζωής

SF-36 / ΦΥΛΟ	M.O	M.O.	t	p	ΔΙΑΦΟΡΑ M.O.
	ΑΝΔΡΩΝ	ΓΥΝΑΙΚΩΝ			
Φυσική λειτουργικότητα	86,03	79,34	1,612	0,109	6,69033
Ρόλος συναισθηματικός	60,9	63,20	-0,305	0,760	-2,28392
Ρόλος φυσικός	62,06	53,76	1,084	0,280	8,30273
Ζωτικότητα	58,96	52,59	1,979	0,049	6,36748
Πνευματική υγεία	63,44	60,31	1,014	0,312	3,13455
Κοινωνική λειτουργικότητα	71,55	58,11	2,754	0,006	13,43484
Πόνος	76,37	64,22	2,167	0,032	12,15853
Γενική υγεία	71,72	62,95	2,538	0,012	8,76959
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	74,05	65,07	2,356	0,020	8,98030
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	63,72	58,56	1,425	0,156	5,15563

Αναφορικά με τα προβλήματα υγείας, η βαθμολογία του SF-36 έδειξε ότι η ύπαρξή τους επηρεάζει αρνητικά σχεδόν όλες τις παραμέτρους της ποιότητας ζωής (Πίνακας 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7. Επίπτωση της εμφάνισης προβλημάτων υγείας στην Ποιότητα Ζωής

SF-36 / ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	M.O	M.O.	t	p	ΔΙΑΦΟΡΑ M.O.
	ΟΧΙ	ΝΑΙ			
Φυσική λειτουργικότητα	85,92	70,38	5,227	0,000	15,53911
Ρόλος συναισθηματικός	64,68	59,48	0,913	0,362	5,20209
Ρόλος φυσικός	59,78	46,53	2,293	0,023	13,24967
Ζωτικότητα	55,50	50,11	2,191	0,030	5,39129
Πνευματική υγεία	61,42	59,68	0,732	0,465	1,73623
Κοινωνική λειτουργικότητα	64,72	52,11	3,424	0,001	12,60919
Πόνος	72,30	54,96	4,190	0,000	17,34778
Γενική υγεία	70,67	52,84	7,643	0,000	17,83181
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	72,17	56,18	5,915	0,000	15,99210
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	61,58	55,33	2,274	0,024	6,25448

Συμπληρωματικά, σε σχέση με τους παράγοντες που οι συμμετέχοντες θεωρούν σημαντικούς για την ποιότητα ζωής, όσοι ανέφεραν ως σημαντική την Ψυχική Ηρεμία φαίνεται να εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές στην παράμετρο του

Φυσικού Ρόλου ($p: 0,022$). Ακολούθως όσοι ανέφεραν ως σημαντική την Οικονομική Άνεση σημειώνουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην παράμετρο της Κοινωνικής Λειτουργικότητας ($p: 0,016$). (πίνακες 8,9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 8. Η Ψυχική Ηρεμία ως παράμετρος της Ποιότητας Ζωής των συμμετεχόντων

SF-36	ΨΥΧΙΚΗ ΗΡΕΜΙΑ		
	t	p	ΔΙΑΦΟΡΑ Μ.Ο.
Φυσική λειτουργικότητα	-0,770	0,442	-2,34803
Ρόλος συναισθηματικός	-1,567	0,119	-8,50657
Ρόλος φυσικός	-2,302	0,022	-12,73297
Ζωτικότητα	-0,602	0,548	-1,43176
Πνευματική υγεία	-0,904	0,367	-2,04831
Κοινωνική λειτουργικότητα	0,468	0,640	1,70251
Πόνος	-0,862	0,390	-3,56989
Γενική υγεία	-0,136	0,892	-0,34946
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	-1,693	0,092	-4,75009
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	-0,978	0,330	-2,59757

ΠΙΝΑΚΑΣ 9. Η Οικονομική άνεση ως παράμετρος της Ποιότητας Ζωής των συμμετεχόντων

SF-36	ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΕΣΗ		
	t	p	ΔΙΑΦΟΡΑ Μ.Ο.
Φυσική λειτουργικότητα	-0,605	0,546	-1,98262
Ρόλος συναισθηματικός	0,623	0,534	3,65517
Ρόλος φυσικός	1,239	0,217	7,44000
Ζωτικότητα	0,739	0,461	1,88612
Πνευματική υγεία	0,699	0,486	1,69967
Κοινωνική λειτουργικότητα	2,423	0,016	9,32069
Πόνος	0,448	0,655	1,99552
Γενική υγεία	-0,485	0,628	-1,33862
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	0,504	0,615	1,52857
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	1,465	0,145	4,16165

Η ανάλυση διακύμανσης ANOVA έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη μόρφωση των συμμετεχόντων για τις παραμέτρους της Φυσικής Λειτουργικότητας (F: 2,710, p: 0,047), του Φυσικού Ρόλου (F: 3,824, p:0,011), της Πνευματικής Υγείας (F: 4,723, p:0,003) και του συνόλου της Φυσικής Υγείας (F: 3,156, p:0,26).

Ο έλεγχος post-hoc κατά LSD εμφανίζει για τη Φυσική λειτουργικότητα διαφορές ανάμεσα σε πρωτοβάθμια (67,0±18,73), με τριτοβάθμια εκπαίδευση (82,49±21,32, p:0,024) και πρωτοβάθμια με κατόχους μεταπτυχιακών / διδακτορικών τίτλων (84,83±17,053, p:0,017)

Διαφορές παρατηρούνται επίσης στο Φυσικό Ρόλο μεταξύ τριτοβάθμιας (63,88±36,84) με πρωτοβάθμια (30,0 ±36,89) (p:0.007) και δευτεροβάθμια (49,12±35,34) (p:0,021) εκπαίδευση.

Στην Πνευματική Υγεία οι διαφορές είναι μεταξύ κατόχων μεταπτυχιακών / διδακτορικών τίτλων ($66,06 \pm 14,52$) σε σχέση με τους αποφοίτους της πρωτοβάθμιας ($48,4 \pm 11,99$, $p: 0,001$) και δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. ($57,82 \pm 14,63$, $p: 0,014$) και μεταξύ πρωτοβάθμιας / τριτοβάθμιας ($13,98 \pm 4,95$, $p: 0,05$).

Στο σύνολο της Φυσικής Υγείας παρατηρούνται διαφορές ανάμεσα σε τριτοβάθμια ($70,26 \pm 18,98$) με δευτεροβάθμια $62,21 \pm 18,80$, $p: 0,013$) και πρωτοβάθμια εκπαίδευση ($56,25 \pm 15,31$, $p: 0,027$)

Στους παραπάνω τομείς της Ποιότητας Ζωής οι απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης σημειώνουν χαμηλότερες τιμές αναφορικά με τις άλλες βαθμίδες (πίνακας 10).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10. Η επίδραση του παράγοντα της μόρφωσης στις παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής.

SF-36 / ΜΟΡΦΩΣΗ	F	p
Φυσική λειτουργικότητα	2,710	0,047
Ρόλος συναισθηματικός	1,534	0,207
Ρόλος φυσικός	3,824	0,011
Ζωτικότητα	1,254	0,292
Πνευματική υγεία	4,723	0,003
Κοινωνική λειτουργικότητα	2,381	0,071
Πόνος	0,879	0,453
Γενική υγεία	1,501	0,216
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	3,156	0,026
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	2,234	0,086

Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την Ποιότητα Ζωής εμφανίζονται και ως προς την οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων. Οι έχοντες μέτρια οικονομικά ($50,49 \pm 37,50$) εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές στην κατηγορία του Φυσικού Ρόλου ($F:2,818$, $p: 0,041$) σε σχέση με όσους έχουν καλά οικονομικά ($68,22 \pm 34,87$) ($p:0,007$). Επίσης αυτοί που αναφέρουν πολύ κακή οικονομική κατάσταση ($37,14 \pm 24,640$) έχουν χαμηλότερες τιμές στην κατηγορία της Ζωτικότητας ($F:3,813$, $p:0,11$) σε σχέση με την μέτρια ($53,40 \pm 14,97$) ($p: 0,008$) και καλή οικονομική κατάσταση ($57,55 \pm 15,87$) ($p:0,002$) (πίνακας 11).

ΠΙΝΑΚΑΣ 11. Η επίδραση της Οικονομικής κατάστασης στις παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής.

	F	p
SF-36 / ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Φυσική λειτουργικότητα	0,719	0,542
Ρόλος συναισθηματικός	0,485	0,693
Ρόλος φυσικός	2,818	0,041
Ζωτικότητα	3,813	0,011
Πνευματική υγεία	0,565	0,639
Κοινωνική λειτουργικότητα	1,098	0,351
Πόνος	0,851	0,468
Γενική υγεία	1,451	0,230
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	1,588	0,194
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	1,356	0,258

Η ανάλυση του ερωτηματολογίου για τη Φυσική Δραστηριότητα (ΦΔ) δεν εμφάνισε στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο, την υπηρεσία, τη μόρφωση, την οικογενειακή και οικονομική κατάσταση των εργαζομένων του

νοσοκομείου. Οι ερωτηθέντες αναφέρουν έντονη ΦΔ σε ποσοστό 16%, μέτρια σε ποσοστό 41%, ενώ το 43% αναφέρει χαμηλή ΦΔ. Οι βαθμίδες της ΦΔ και η ποσοστιαία κατανομή τους φαίνεται στο γράφημα 10.

ΓΡΑΦΗΜΑ 10. Βαθμίδες Φυσικής Δραστηριότητας των εργαζομένων



Στην ερώτηση για την σωματική ένταση στους τομείς της εργασίας, των μετακινήσεων, των οικιακών εργασιών και των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου(ψυχαγωγία, άθληση), το μεγαλύτερο ποσοστό χαμηλής σωματικής έντασης

(52,7%), καταγράφεται στις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και το υψηλότερο (42,3%) για τις οικιακές εργασίες (πίνακας 12).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12. Οι κλίμακες της σωματικής έντασης σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας

ΕΝΤΑΣΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ 7 ΜΕΡΕΣ	ΕΝΤΟΝΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΧΑΜΗΛΗ
ΣΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ	29.8 %	45.9%	24.3%
ΣΤΙΣ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ	15.4%	60,4%	24,2%
ΣΤΙΣ ΔΟΥΛΕΙΕΣ ΤΟΥ ΣΠΙΤΙΟΥ	42,3%	47,3%	10,4%
ΓΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	13,2%	34,1%	52,7%

Η σωματική ένταση στην εργασία, στις μετακινήσεις και στις δουλειές του σπιτιού δεν φαίνεται να επηρεάζει την Ποιότητα Ζωής. Ωστόσο, η ένταση κατά τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου όπως προκύπτει από τον πίνακα 13 δείχνει ότι συνδέεται με τις περισσότερες από τις παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής με την μεγαλύτερη αρνητική συσχέτιση να καταγράφεται στον δείκτη της Ζωτικότητας ($p < 0,000$) και της Φυσικής Λειτουργικότητας ($p: 0,001$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 13. Σωματική ένταση κατά τις δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου

SF-36	F	p
Φυσική λειτουργικότητα	7,270	0,001
Ρόλος συναισθηματικός	2,269	0,106
Ρόλος φυσικός	1,888	0,154
Ζωτικότητα	11,383	0,000
Πνευματική υγεία	2,556	0,080
Κοινωνική λειτουργικότητα	5,152	0,007
Πόνος	4,281	0,015
Γενική υγεία	1,051	0,352
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	5,048	0,007
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	4,552	0,012

ΠΙΝΑΚΑΣ 14. Τα επίπεδα της ΦΔ αναφορικά με την υπηρεσία των εργαζομένων

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ		ΥΠΗΡΕΣΙΑ				ΣΥΝΟΛΟ
		ΙΑΤΡΙΚΗ	ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ	ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ	ΤΕΧΝΙΚΗ	
ΧΑΜΗΛΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	N	11	52	14	2	79
	% ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	13,9%	65,8%	17,7%	2,5%	100,0%
	% ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	40,7%	46,8%	37,8%	25,0%	43,2%
	% ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	6,0%	28,4%	7,7%	1,1%	43,2%
ΜΕΤΡΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	N	13	40	18	3	74
	% ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	17,6%	54,1%	24,3%	4,1%	100,0%
	% ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	48,1%	36,0%	48,6%	37,5%	40,4%
	% ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	7,1%	21,9%	9,8%	1,6%	40,4%
ΕΝΤΟΝΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ	N	3	19	5	3	30
	% ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	10,0%	63,3%	16,7%	10,0%	100,0%
	% ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	11,1%	17,1%	13,5%	37,5%	16,4%
	% ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	1,6%	10,4%	2,7%	1,6%	16,4%
ΣΥΝΟΛΟ	N	27	111	37	8	183
	% ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ	14,8%	60,7%	20,2%	4,4%	100,0%
	% ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ	14,8%	60,7%	20,2%	4,4%	100,0%

Όπως φαίνεται στον πίνακα 15, το σύνολο σχεδόν των εργαζομένων απάντησε θετικά στην ερώτηση αν θα ήθελαν να ασκούνται στην καθημερινότητά τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 15. ΕΠΙΘΥΜΙΑ ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΗ ΑΣΚΗΣΗ

	N	%
OXI	18	9,8
ΝΑΙ	165	90,2

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης του Pearson (r) με τις κατηγορίες της Ποιότητας Ζωής με την ηλικία των συμμετεχόντων, αλλά και μεταξύ τους. Όπως προκύπτει, η ηλικία εμφανίζει σημαντική αρνητική συσχέτιση με την Πνευματική ($r: -0,188, p:0,011$) και την Ψυχολογική Υγεία ($r: -0,163, p:0,028$), πολύ σημαντική αρνητική συσχέτιση με την Φυσική Λειτουργικότητα ($r: -0,246, p:0,001$) και το σύνολο της Φυσικής Υγείας ($r: -0,192, p: 0,009$).

Στον ίδιο πίνακα έχει συμπεριληφθεί η συσχέτιση του συγκεντρωτικού σκορ του ερωτηματολογίου IPAQ με τις κατηγορίες της Ποιότητας Ζωής και την ηλικία, όπου διαφαίνεται μια θετική συσχέτιση της έντασης φυσικής δραστηριότητας των εργαζομένων με τη Ζωτικότητα ($r: 0,157, p: 0,034$) και την Κοινωνική Λειτουργικότητα ($r: -0,171, p: 0,02$).

ΠΙΝΑΚΑΣ 16. Συσχετίσεις Pearson (r)

		Συνολική δραστηριότητα ΙΡΑΟ ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	ΗΛΙΚΙΑ	Φυσική λειτουργικότητα	Ρόλος συναισθηματικός	Ρόλος φυσικός	Ζωτικότητα	Πνευματική υγεία	Κοινωνική λειτουργικότητα	Πόνος	Γενική υγεία
Συνολική δραστηριότητα	r											
ΙΡΑΟ ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	p											
ΦΥΣΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	r	0,004										
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	p	0,958										
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	r	0,100	0,602**									
ΥΓΕΙΑ	p	0,181	0,000									
ΗΛΙΚΙΑ	r	-0,030	-	-0,163*								
	p	0,688	0,192**	0,028								
Φυσική λειτουργικότητα	r	0,055	0,660**	0,271**	-							
	p	0,462	0,000	0,000	0,246**							
Ρόλος συναισθηματικός	r	-0,040	0,462**	0,798**	-							
	p	0,590	0,000	0,000	0,103	0,165*						
Ρόλος φυσικός	r	-0,062	0,801**	0,542**	-							
	p	0,406	0,000	0,000	0,111	0,290**	0,536**					
Ζωτικότητα	r	0,157*	0,462**	0,712**	-							
	p	0,034	0,000	0,000	0,099	0,270**	0,284**	0,318**				
Πνευματική υγεία	r	0,121	0,304**	0,730**	-							
	p	0,105	0,000	0,000	0,188*	0,115	0,344**	0,221**	0,708**			
Κοινωνική λειτουργικότητα	r	0,171*	0,565**	0,799**	-							
	p	0,020	0,000	0,000	0,140	0,277**	0,423**	0,427**	0,558**	0,528**		
Πόνος	r	0,095	0,805**	0,515**	-							
	p	0,202	0,000	0,000	0,114	0,456**	0,317**	0,473**	0,455**	0,333**	0,519**	
Γενική υγεία	r	-0,066	0,566**	0,316**	-							
	p	0,375	0,000	0,000	0,127	0,348**	0,155*	0,235**	0,287**	0,182*	0,388**	0,350**
	p		0,000	0,000	0,087	0,000	0,036	0,001	0,000	0,014	0,000	0,000

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ΦΔ των εργαζομένων σε νοσοκομεία και η σχέση της με την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ). Οι ερευνητικές υποθέσεις, όπως προσεγγίστηκαν με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία έτειναν στην εκτίμηση ότι τα επίπεδα ΦΔ και ΠΖ θα σχετίζονταν με το μορφωτικό επίπεδο, την οικονομική κατάσταση των εργαζομένων αλλά και με τον τομέα της εργασίας τους. Επίσης θα ήταν αναμενόμενη μια θετική επίδραση της ΦΔ στην ΠΖ, αν και η ΦΔ επηρεάζεται αρνητικά από τα ωράρια εργασίας και την έλλειψη ελεύθερου χρόνου. Παράλληλα εκτιμήθηκαν παράγοντες που λειτουργούν ως κίνητρα για τη ΦΔ και διαμορφώνουν εν γένει τη στάση των εργαζομένων απέναντι στη σωματική άσκηση.

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, οι εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας (στο σύνολό του εξεταζόμενου δείγματος) δεν έχουν ικανοποιητική Φυσική Δραστηριότητα, με τα ευρήματα αυτά να είναι κοντά σε αυτά που αποδίδονται στον ελληνικό γενικό πληθυσμό (Gerovasili, Agaku, Vardavas, & Filippidis, 2015), αλλά και σε ομάδες επαγγελματιών υγείας στην Ελλάδα επίσης (Πλίγκου & Μακρή, 2008).

Ο διαχωρισμός της ΦΔ σε τρεις βαθμίδες (χαμηλή, μέτρια, έντονη) δεν εμφανίζει στατιστικά σημαντικές διαφορές αναφορικά με την ΠΖ του δείγματος. Ωστόσο, η ένταση της ΦΔ (μετρούμενη σε MET), φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με τη Ζωτικότητα και την Κοινωνική Λειτουργικότητα των συμμετεχόντων.

Η ένταση της σωματικής δραστηριότητας των εργαζομένων για ψυχαγωγία, άθληση και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα για τους περισσότερους από τους ερωτηθέντες, και φαίνεται να συνδέεται με πολλούς τομείς της ΠΖ, συγκεκριμένα με την Φυσική Λειτουργικότητα, τη Ζωτικότητα, την Πνευματική Υγεία, την Κοινωνική Λειτουργικότητα, τον Πόνο, την Φυσική και Ψυχική Υγεία.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα αναφέρουν ως λόγους άσκησης (σε συχνότητα πάνω από 55%) την βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης, την πρόληψη ζητημάτων υγείας και την μείωση του άγχους που βιώνουν. Αναφορικά δε με τα θέματα υγείας, προτεραιότητα ως προς την άσκηση έχει ο έλεγχος του σωματικού βάρους, η αντιμετώπιση των μυοσκελετικών ενοχλήσεων και η πρόληψη καρδιολογικών προβλημάτων, ευρήματα που συμφωνούν με προγενέστερες μελέτες στον ελλαδικό χώρο (Ζαρώτης και συνεργάτες, 2008).

Ως βασικοί παράγοντες που αποτρέπουν από την άσκηση τους συμμετέχοντες στην έρευνα, αναφέρονται η έλλειψη ελεύθερου χρόνου, το ωράριο εργασίας αλλά και η αμέλεια. Καθίσταται προφανές ότι τα προγράμματα εργασίας στο χώρο της υγείας με τον κυλιόμενο χαρακτήρα τους δεν ευνοούν την σχεδίαση και την οργάνωση του ελεύθερου χρόνου. Επιπλέον όπως προκύπτει από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων η εργασία στο νοσοκομειακό περιβάλλον είναι συχνά απαιτητική σε σωματική δραστηριότητα και σε συνδυασμό με τις επίσης απαιτητικές εργασίες του σπιτιού φαίνεται να συμπιέζουν έντονα την ανάπτυξη δραστηριοτήτων σχετικών με την άσκηση του σώματος.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο της ΠΖ, σε όλες τις κατηγορίες που αναλύθηκαν σημειώθηκαν χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με άλλες μελέτες (Pappa, et al., 2005, Τριανταφύλλου, 2010). Αυτές οι διαφορές είναι στατιστικά πολύ σημαντικές, και ως ένα βαθμό θα πρέπει να αποδοθούν σε τρεις παράγοντες. Α) Στο σχετικά γηρασμένο πληθυσμό των εργαζομένων στα ελληνικά νοσοκομεία, Β) στην επιδείνωση των συνθηκών εργασίας λόγω μείωσης του προσωπικού και Γ) στην οικονομική κρίση που διέρχεται η χώρα τα τελευταία έτη με σαφή αντίκτυπο σε όλα τα επίπεδα της ΠΖ. Να σημειωθεί ότι τα στοιχεία των συγκρινόμενων μελετών για την ΠΖ ελήφθησαν πριν την οικονομική κρίση στην Ελλάδα.

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ως προς την ΠΖ επιβεβαιώνουν - όπως απαντάται γενικότερα σε ανάλογες μελέτες (Pappa, et al., 2005) - ότι οι γυναίκες αναφέρουν υποδεέστερη ΠΖ σε σχέση με τους άνδρες, όπως και ότι οι έχοντες υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης σημειώνουν καλύτερες τιμές στους δείκτες ΠΖ .

Όπως ήταν αναμενόμενο, η ύπαρξη προβλημάτων υγείας επηρεάζει αρνητικά τους περισσότερους από τους τομείς της ΠΖ των συμμετεχόντων, με τα ανάλογα ευρήματα να είναι πολύ σημαντικά στατιστικά.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ούτε η οικογενειακή κατάσταση ούτε η υπηρεσία στην οποία ανήκουν οι συμμετέχοντες συνδέονται με την ΠΖ. Ωστόσο οι δείκτες της Ζωτικότητας και του Φυσικού Ρόλου εμφανίζουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την οικονομική κατάσταση των ερωτηθέντων.

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως προκύπτει από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με ανάλογες μελέτες, η ΠΖ των εργαζόμενων στο νοσοκομείο όπου έγινε η έρευνα εμφανίζεται υποβαθμισμένη, τόσο ως προς το γενικό πληθυσμό, όσο και προς τους εργαζόμενους σε άλλα νοσοκομεία. Αυτή η διαπίστωση είναι ανησυχητική, καθώς προβλέπεται ότι οι συνθήκες εργασίας θα επιδεινώνονται διαρκώς τα επόμενα χρόνια.

Η ΦΔ των εργαζομένων επίσης εμφανίζεται χαμηλή και οι τιμές που μετρήθηκαν δεν φαίνεται να αποκλίνουν από άλλες μελέτες. Ωστόσο εδώ η ΦΔ δεν συσχετίζεται στατιστικά με την ΠΖ όπως θα ήταν ίσως αναμενόμενο. Η άσκηση και το επίπεδο ΦΔ δεν μπορούν από μόνα τους να βελτιώσουν την Ποιότητα Ζωής, η οποία αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο που εξαρτάται από πολλούς παράγοντες.

Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων προβάλεται ως καθοριστικό στοιχείο για την επαρκή ΦΔ ο παράγοντας του ελεύθερου χρόνου. Η έλλειψή του και η δυσκολία οργάνωσής του - συνέπεια του ιδιαίτερου προγράμματος εργασίας στα νοσοκομεία -, αναστέλει πολλές δραστηριότητες σωματικής άσκησης. Αυτή τη διαπίστωση σε συνδυασμό με την επιθυμία σχεδόν όλων των εργαζομένων για περισσότερη άσκηση (στοιχείο που προκύπτει από την έρευνα), εξάγει το συμπέρασμα ότι θα ήταν να ωφέλιμο να αναπτυχθούν στρατηγικές διαχείρισης του ελεύθερου χρόνου αλλά και τροποποίησης του τρόπου ζωής, τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε κεντρικό σχεδιασμό από την πλευρά της πολιτείας. Για να είναι περισσότερο αντιπροσωπευτικά τα αποτελέσματα, η συσχέτιση της σωματικής άσκησης και της Ποιότητας Ζωής των εργαζόμενων στα

επαγγέλματα υγείας, θα ήταν χρήσιμο να επεκταθεί σε μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων, και να αξιοποιηθούν περισσότερα εργαλεία καταγραφής της Φυσικής Δραστηριότητας.

ΠΗΓΕΣ - ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΠΗΓΕΣ

Απόφαση. Θέμα: Έγκριση Οργανωτικού Πλαισίου Προγραμμάτων Άθλησης για Όλους. Αριθ. ΥΠΠΟΑ/ΓΔΥΑ/ΔΑΟΠΑΑΕΥΔΣ/ΤΣΠΕΠΑΟ/187200/13385/1259/891 – ΦΕΚ Β 1774 – 17.06.2016.

Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τη Δημόσια Υγεία 2008-2012.

Κανονισμός (ΕΕ) αριθ. 282/2014 του ευρωπαϊκού κοινοβουλίου και του συμβουλίου της 11ης Μαρτίου 2014 σχετικά με τη θέσπιση τρίτου Προγράμματος για τη δράση της Ένωσης στον τομέα της υγείας (2014-2020) και την κατάργηση της απόφασης αριθ. 1350/2007/ΕΚ.

Eurobarometer (2014). *Sport and physical activity - Europa*.

Eurofound (2015a). *Families in the economic crisis: Changes in policy measures in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurofound (2015b). *Recent developments in temporary employment: Employment growth, wages and transitions*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

European Commission (2015). *Strategic Engagement for Gender Equality 2016-19*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

EU Physical Activity Guidelines (2008). *Recommended Policy Actions in Support of Health-Enhancing Physical Activity*, Brussels.

Eurostat (2015). Quality of life in Europe: facts and views - leisure and social relations, available at:

http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php/Quality_of_life_in_Europe_-_facts_and_views_leisure_and_social_relations.

THE WHOQOL GROUP (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41(10), 1403-1409.

World Cancer Research Fund, American Institute for Cancer Research. *Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer. A global perspective* (2007). Washington (DC): American Institute for Cancer Research (AICR).

World Health Organization (2001). *Strengthening mental health promotion*. Geneva, World Health Organization (Fact sheet no. 220).

World Health Organization (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization (2005). *Preventing chronic diseases: a vital investment*. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization (2006). *Constitution of the World Health Organization*. www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

World Health Organization (2008). *WHO European Action Plan For Food And Nutrition Policy 2007-2012*. Denmark: WHO Regional office for Europe.

World Health Organisation (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organisation (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organisation (2011). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Geneva: World Health Organization.

WHO Regional Office for Europe (2007). *Steps to health: a European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αθήναιος. (200 μ.Χ.). Δειπνοσοφισταί, 14, 629a-b).

Αριστοτέλης. (n.d.). Πολιτικά.

Γεροδήμος, Β. (2013). Η άσκηση ως μέσο πρόληψης και αποκατάστασης χρόνιων παθήσεων. Γεροδήμος: Τρίκαλα.

Θεοδωράκου, Κ. (2010). Γυμναστική: Μια πολύπλευρη προσέγγιση. Αθήνα: Τελέθριον.

Κοντοδημόπουλος, Ν., Φραγκούλη, Δ., Παππά, Ε., & Νιάκας, Δ. (2004). Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21, 451-462.

Κωνσταντίνος, Π. (2010). Οι δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου: Κοινωνική και οργανωτική διάσταση. Αθήνα: Πεδίο.

Abdelmawgoud, A., Brown, C.J., Sui, X., Fonarow, G.G., Kokkinos, P.F., Bittner, V., και συν. (2005). Relationship of physical activity and healthy eating with mortality and incident heart failure among community-dwelling older adults with normal body mass index, *ESC Heart Fail.*, 2, 20–24.

Agrawal, V., Berlin, B., Grote, K., & Scheidler, G. (2012). Creating and sustaining change in nursing care delivery. *Health International*, 12, 52–63.

[Ahmad, W.](#), [Taggart, F.](#), [Shafique, M.S.](#), [Muzafar, Y.](#), [Abidi, S.](#), [Ghani, N.](#), και συν. (2015). Diet, exercise and mental-wellbeing of healthcare professionals (doctors, dentists and nurses) in Pakistan. *PeerJ*, 17(3), e1250.

American Thoracic Society and American College of Chest Physicians. (2002). ATS/ACCP statement on cardiopulmonary exercise testing. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 167, 211-277

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Press.

Anagnostopoulos, F., Niakas, D., & Pappa, E. (2005). Construct validation of the Greek SF-36 health survey. *Quality of Life Research*, 14, 1959-1965.

Anagnostopoulos, F., Niakas, D., & Tountas, Y. (2009). Comparison between exploratory factor-analytic and SEM-based approaches to constructing SF-36 summary scores. *Quality of Life Research*, 18, 53-63.

Arbuckle, J. L. (2007). *Amos 16 user's guide*. United States of America: Amos Development Corporation.

Andersen, N., & Wold, B. (1992). Parental and peer influences on leisure time physical activity in young adolescents. *Res Q Exerc Sport*, 63, 341-348.

Anderson, B., Rafferty, A.P., Lyon-Callo, S., Fussman, C., & Imes, G. (2011). Fast-food consumption and obesity among Michigan adults. *Prev Chronic Dis*, 8(4), A71.

Aughey, R.J. (2010). Football player work rate: evidence of fatigue and pacing? *Int J SportsPhysiol Perform*, 5(3), 394–405.

Australian Institute of Health and Welfare-A.I.H.W. (2006). *Chronic disease and associated risk factors in Australia*. Cat. no. PHE 81. Canberra: AIHW.

Bahram, S., Abbas, B., Kamal, J., & Fakhro, E. (2003). Leisure time physical activity habits among physicians. *Bahrain Med Bull*, 25(2), 80-2.

Ball, K., Bauman, A., Leslie, E., & Owen, N. (2001). Perceived environmental and social influences on walking for exercise in Australian adults. *Prev Med*, 33(5), 434–40.

Bar-Or, O., Foreyt, J., Bouchard, C., Brownell, K., Dietz, W.H., Ravussin, E., και συν. (1998). Physical activity, genetic and nutritional considerations in childhood weight management. *Med Sci Sports Exerc*, 30(1), 2-10.

Bauman, A., Bull, F., Chey, T., Craig, C., Ainsworth, B.E., Sallis, J.F., και συν. (2009). The international prevalence study on physical activity: results from 20 countries. *Int J Behav Nutr Phys Act.*, 6(1), 21.

Baun, B.W. (1995). The Impact of Worksite Health Promotion Programs on Absenteeism. In R.L. Kaman (Eds.), *Worksite Health Promotion Economics*, (pp. 10-14), Champaign IL: Human Kinetics Publishers.

Beebe, L.H., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Allen, S.S., & Kuldau, J. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 661-76.

Bennie, J., Timperio, A., Crawford, D., Dunstan, D., & Salmon, J. (2011). Associations between social ecological factors and self-reported short physical activity breaks during work hours among desk-based employees. *Preventive Medicine*, 53(1), 44-47.

Berdowski, J., de Beus, M.F., Blom, M. [Bardai, A](#), [Bots, M.L](#), [Doevendans, P.A](#), και συν. (2013). Exercise-related out-of-hospital cardiac arrest in the general population: incidence and prognosis. *Eur Heart J*, 34(47), 3616-23.

Bertera, L.R. (1990). Planning and implementing health promotion in the workplace: A case study of the Du Pont company experience. *Health Education Quarterly*, 17(3), 307-327.

Bircher, J. (2005). Towards a dynamic definition of health and disease. *Med Health Care Philos*, 8(3), 335-41.

Black, C.D., O'Connor, P.J., & McCully, K.K. (2005). Increased daily physical activity and fatigue symptoms in chronic fatigue syndrome. *Dyn Med*, 4(1), 10.

Blackburn, R.M., Browne, J., Brooks, B., & Jarman, J. (2002). Explaining gender segregation. *Br J Sociol*, 53(4), 513–36.

Blair, S.N., Kohl, H.W. III, Barlow, C.E., Paffenbarger, R.S. Jr, Gibbons, L.W., & Macera, C.A. (1995). Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA*, 273(14), 1093-8.

Blair, S.N., & Mitchell, S.B. (1988). Cost Effectiveness of Worksite Health Promotion Programs. In N. B. Oldridge, C. Foster, & D. H. Schmidt (Eds.), *Cardiac Rehabilitation and Clinical Exercise Programs: Theory and Practice*, (σσ. 283-297), Movement Publications, Ithaca, NY.

Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Moore, K.A., Craighead, W.E., Herman, S., Khathri, P., και συν. (1999). Effects of exercise training on older patients with major depression. *Archives of Internal*, 159(19), 2349-56.

Blumenthal, J.A., Babyak, A., [Doraiswamy, P.M.](#), [Watkins, L.](#), [Hoffman, B.M.](#), [Barbour, K.A.](#), και συν. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosom Med*, 69(7), 587–596.

Bodin, T., & Martinsen, E.W. (2004). Mood and self-efficacy during acute exercise in clinical depression. A randomized, controlled study. *J. Sport Exerc. Psychol.*, 26(4), 623–633.

Borraccino, A., Lema, P., Lannotti, R., Zambon, A., Dalmasso, P., Lazzeri, G., και συν. (2009). Socio-economic effects on meeting PA guidelines: comparison among 32 countries. *Med Sci Sports Exerc*, 41(4), 749-756.

Boudreau, R.A., Grieco, R.L., Cahoon, S.L., Robertson, R.C., & Wedel, R.J. (2006). The pandemic from within: two surveys of physician burnout in Canada. *Can J Commun Ment Health*, 25(2), 71–88.

Bradley, P.S., Sheldon, W., Wooster, B. Olsen, P., Boanas, P., & Krustup, P. (2009). High-intensity running in English F.A. Premier League soccer matches. *J Sports Sci*, 27(2), 159–168.

Breuckmann, F., Mohlenkamp, S., Nassenstein, K., Lehmann, N., Ladd, S., Schermund, A., και συν. (2009). Myocar-dial late gadolinium enhancement: prevalence, pattern, and prognostic relevance in marathon runners. *Radiology*, 251(1), 50-7.

Brinded, P.M., Simpson, A.I., Laidlaw, T.M., Fairley, N., & Malcolm, F. (2001). Prevalence of psychiatric disorders in New Zealand prisons: a national study. *Aust N Z J Psychiatry*, 35(2), 166-73.

Brinkmann, J., & Hoskins, T. (1979). Physical conditioning and altered self-concept in rehabilitated hemiplegic patients. *Phys Ther*, 59, 859-65.

Brotons, C., Bjorkelund, C., Bulc, M., Ciurana, R., Godycki-Cwirko, M., Jurgova, E., και συν. (2005). Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine* 2005, 40(5), 595-601.

Brownson, R.C., Boehmer, T.K., & Luke, D.A. (2005). Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? *Annu Rev Public Health*, 26, 421-43.

Buchman, B.P., Sallis, J.F., Criqui, M.H., Dimsdale, J.E., & Kaplan, R.M. (1991). Physical activity, physical fitness, and psychological characteristics of medical students. *J Psychosom Res*, 35(2), 197-208.

Buckworth, J. (2001). Exercise adherence in college students: Issues and preliminary results. *Quest*, 53(3), 335-345.

Bull, F.C., Jamrozik, K., & Blanksby, B.A. (1995). Beliefs and behaviour of general practitioners regarding promotion of physical activity. *Aust J Public Health*, 19(3), 300-4.

[Burdick, L.](#), [Mielke, G.I.](#), [Parra, D.C.](#), [Gomes, G.](#), [Florindo, A.](#), [Bracco, M.](#), και συν. (2015). Physicians', nurses' and community health workers' knowledge about physical activity in Brazil: A cross-sectional study. *Preventive Medicine Reports*, 2, 467-472.

Buttriss, J., & Hardman, A. (2005). Physical activity: where are we now? In: *Cardiovascular Disease: Diet, Nutrition and Emerging Risk Factors: The Report of the British Nutrition Foundation Task Force*, (S Stanner ed.), 234-44. Blackwell Publishing: Oxford.

Cameron, O.G., & Hudson, C.J. (1986). Influence of exercise on anxiety level in patients with anxiety disorders. *Psychosomatics*, 27(10), 720-3.

Casper, R.C. (2005). Psychiatric disorders, mood and cognitive function: the influence of nutrients and physical activity. *World Review of Nutrition and Dietetics*, 95, 1-16.

Caspersen, C.J., Pereira, M.A., & Curran, K.M. (2000). Changes in physical activity patterns in the United States, by sex and cross-sectional age. *Med Sci Sports Exerc*, 32(9), 1601-1609.

- Cheniaux, E. (2011). *Manual de psicopatologia*. 4a edicao. Rio de Janeiro: Guanabara.
- Chenoweth, D. (2008). *Προγράμματα Υγείας & Άθλησης στον Εργασιακό χώρο*. Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Ιωάννης Τριγώνης. Αθήνα: Τελέθριον.
- Chobanian, A.V., Bakris, G.L., Black, H.R., Cushman, W.C., Green, L.A., Izzo, J.L., και συν. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206-1252.
- Chyun, D.A., Amend, A.M., Newlin, K., Langerman, S., & Melkus, G.D. (2003). Coronary heart disease prevention and lifestyle interventions: cultural influences. *J Cardiovasc Nurs*, 18(4), 302–318.
- Clarke, S.G., & Haworth, J.T. (1994). “Flow” experience in the daily lives of sixth-form college student British. *Journal of Psychology*, 85(4), 511-523.
- Cimo, A., Stergiopoulos, E., Cheng, C., Bonato, S., & Dewa, C.S. (2012). Effective lifestyle interventions to improve type II diabetes self-management for those with schizophrenia or schizoaffective disorder: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 12(1), 24.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care (DHAC) and Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). (1999). *National Health Priority Areas Report: Mental Health 1998*. AIHW Cat. No. PHE 13. DHAC and AIHW: Canberra.
- Coombes, E., Jones, A. P., & Hillsdon, M. (2010). The relationship of physical activity and overweight to objectively measured greenspace accessibility and use. *Social science & medicine*, 70(6), 816–822.
- Coutinho, F.C., Dias, G.P., do Nascimento Bevilaqua, M.C., Gardino, P.F., Pimentel Range, B., & Nardi, A.E. (2010). Current concept of anxiety: implications from Darwin to the DSM-V for the diagnosis of generalized anxiety disorder. *Expert Rev Neurother*, 10, 1307-20.
- Craig, L., & Mullan, K. (2015). Parental leisure time: a gender comparison in five countries. *Social Politics*, 20(3), 1-29.
- Craig, C. L., Marshall, A. L., Sjostrom, M., Bauman, A. E., Booth, M. L., Ainsworth, B. E., et al. (2003). International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 35, 1381- 1395.

Crespo, C.J., Smit, E., Andersen, R.E., Carter-Pokras, O., & Ainsworth, B.E. (2000). Race/ethnicity, social class, and their relation to physical inactivity during leisure time: results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Am J Prev Med.*, 18, 46–53.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., & Roberts, C. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HSBC) study: international report from the 2009/10 survey.* WHO Regional Office for Europe.

Crizzle, A.M., & Newhouse, I.J. (2006). Is physical exercise beneficial for persons with Parkinson's disease? *Clin J Sport Med.*, 16(5), 422-5.

Crump, C., Winkleby, M.A., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *The American Journal of Psychiatry*, 170(3), 324–333.

Cummins, R.A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38(3), 303–328.

Danish Ministry of Transport and Energy (2007). More bikes on safe roads in Denmark. <http://www.trm.dk/graphics/SynkronLibrary/trafikministeriet/Publikationer/2007/Cykelstrategi.pdf>.

Dawson, J., Hillsdon, M., Boller, I., & Foster, C. (2007). Perceived barriers to walking in the neighbourhood environment and change in physical activity levels over 12 months. *British Journal of Sports Medicine*, 41(9), 562–568.

Decramer, M., Rennard, S., Troosters, T., Mapel, D.W., Giardino, N., Mannino, D., και συν. (2008). COPD as a lung disease with systemic consequences: clinical impact, mechanisms, and potential for early intervention. *COPD*, 5(4), 235–256.

De Jong, K., Albin, M., Skarback, E., Grahn, P., & Bjork, J. (2012). Perceived green qualities were associated with neighbourhood satisfaction, physical activity, and general health: results from a cross-sectional study in suburban and rural Scania, southern Sweden. *Health & Place*, 18(6), 1374–80.

Dengel, D.R., Hagberg, J.M., Pratley, R.E., Rogus, E.M., & Goldberg, A.P. (1998). Improvements in blood pressure, glucose metabolism, and lipoprotein lipids after

aerobic exercise plus weight loss in obese, hypertensive middle-aged men. *Metabolism*, 47(9), 1075-82.

Department of Health and Human Services. (1996). *Physical Activity and Health: a report of the Surgeon General*. Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta.

Department of Health. (2004). *At Least Five a Week: A Report from the Chief Medical Officer*. Department of Health: London.

Diet, Nutrition, Physical Activity, and Prostate Cancer. (2014). Available at: www.wcrf.org/sites/default/files/Prostate-Cancer-2014-Report.pdf.

DiPietro, L. (2001). Physical activity in aging: changes in patterns and their relationship to health and function. *J Gerontol*, 56A (Special Issue II), 13–22.

Dishman, R.K., & Buckworth, J. (1996). Increasing physical activity: A quantitative study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 28(6), 706-719.

DSM-IV. (1994). American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Vol. 4. American Psychiatric Association; Washington, DC: 1994.

Dufaux, B., Hoederath, A., Heck, H., & Hollmann, W. (1979). Serum testosterone levels during the first hours and days after a prolonged physical exercise and the influence of physical training. *Fourth Int Sympf Biochem Exer*. Abstract 47, Brussel.

Dumazedier, J. (1960). Current problems of the sociology of leisure. *International Social Science Journal*, 4(4), 522-531.

Dunn, A.L., & Dishman R.K. (1991), *Exercise and the neurobiology of depression*. In: *Exercise and Sport Sciences Reviews*, vol. 19, J.O. Holloszy (Ed.). Baltimore: Williams and Wilkins, p. 41-98.

Economos, C., Hildebrant, L., & Hyatt, R. (2008). College freshman stress and weight change: Differences by gender. *American Journal of Health Behavior*, 32(1), 16-25.

EIGE. (2014). *Gender equality and economic independence: Part-time work and selfemployment*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eiser, C., & Morse, R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84(3), 205-211.

- Ekblom-Bak, E., Hellenius, M.L., Ekblom, O., Engstrom, L.M., & Ekblom, B. (2009). Fitness and abdominal obesity are independently associated with cardiovascular risk. *J Intern* 266(6), 547–557.
- Endler, N., & Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(5), 844-854.
- Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Oginska, H., Camerino, D., Le Nizet, O., Conway, P.M., και συν. (2007). The impact of social work environment, teamwork characteristics, burnout, and personal factors upon intent to leave among European nurses. *Med Care*, 45(10), 939–950.
- Etnier, J.L., Salazar, W., Landers, D.M., Petruzzello, S.J., Han, M., & Nowell, P. (1997). The influence of physical fitness and exercise upon cognitive functioning: a meta-analysis. *J. Sport Exerc. Psychol.*, 19(3), 249–277.
- Evenson, K.R., Savitz, D.A., & Huston, S.L. (2004). Leisure-time physical activity among pregnant women in the US. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 18(6), 400-7.
- Ewing, R., Schmid, T., Killingsworth, R., Zlot, A., & Raudenbush, S. (2003). Relationship between urban sprawl and physical activity, obesity, and morbidity. *Am J Health Promot*, 18(1), 47–57.
- Farrell, L., Hollingsworth, B., Propper, C., & Shields, M. (2013). *The socio-economic gradient in physical inactivity in England*. The Centre for Market and Public Organisation. Working Paper No 13/311. Bristol.
- Faulkner, G. (2005). Exercise as an adjust treatment for schizophrenia. In: G. Faulkner, & A. Taylor (Eds.), *Exercise, Health and Mental Health: Emerging Relationships* (pp. 27-45). London: Routledge.
- Faulkner, G. & Biddle, S. (2001). Predicting physical activity promotion in health care settings. *Am J Health Promot*, 16(2), 98–106.
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). *The health of prisoners*. *Lancet*, 377, 956-65.
- Felce, D., & Perry J. (1995). Quality of life: its definition and measurement. *Research in development disabilities*, 16(1), 51-74.
- Flicker, L., Lautenschlager, N.T, & Almeida, O.P. (2006). Healthy mental ageing. *J Br Menopause Soc*, 12(3), 92–6.
- Florindo, A.A., Guimaraes, V.V., Cesar, C.L.G., De Azevedo Barros, M.B., Alves, M.C.G.P., & Goldbaum, M. (2009). Epidemiology of leisure, transportation,

occupational, and household physical activity: prevalence and associated factors.

Journal of Physical Activity and Health, 6(5), 625–632.

Filer, L.J., Lauer, R.M., Leupker, R.V. (1994). *Prevention of atherosclerosis and hypertension beginning in youth*. New York: Lea & Febiger.

Fischer, D.V., & Bryant, J. (2008). Effect of certified personal trainer services on stage of exercise behavior and exercise mediators in female college students. *Journal of American College Health*, 56(4), 369-376.

Fischer, J., Butt, C., Dawes, H., Foster, C., Neale, J., Plugge, E., και συν. (2012). Fitness levels and physical activity among class A drug users entering prison. *Br J Sports*, 46(16), 1142-4.

Flanagan, J.C. (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of of physical Medicine and Rehabilitation*, 63(2), 56-9.

Focht, B.C., & Koltyn, K.F. (1999). Influence of resistance exercise of different intensities on state anxiety and blood pressure. *Med Sci Sports Exerc*, 31(3), 456-63.

Fogelholm, M., MaÈnnistoÈ, S., Pietinen, P., & Vartiainen, E. (1996). Determinants of energy balance and overweight in Finland 1982 and 1992. *Int J Obes*, 20(12), 1097-1104.

Ford, E., Williamson, D., & Liu, S. (1997). Weight change and diabetes incidence: finding from a national cohort of US adults. *Am J Epidemiol*, 146(3), 214-222.

Førde, O.H., Thelle, D.S., Arnesen, E., & Mjos, O.D. (1986). Distribution of high density lipoprotein cholesterol according to relative body weight, cigarette smoking and leisure time physical activity. The Cardiovascular Disease Study in Finnmark 1977. *Acta Med Scand*, 219, 167-71.

Frank, E., & Harvey, L.K. (1996). Prevention advice rates of women and men physicians. *Arch Fam Med*, 5(4), 215-219.

Frank, E., Rothenberg, R., Lewis, C., & Belodoff, B.F. (2000). Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the women physicians' health study. *Arch Fam Med*, 9(4), 359-367

Fredricks, J.A., & Eccles, J.S. (2006). Is extracurricular participation associated with beneficial outcomes? Concurrent and longitudinal relations. *Developmental Psychology*, 42(4), 698-713.

Furberg, A.S., & Thune, I. (2003). Metabolic abnormalities (hypertension, hyperglycemia and overweight), lifestyle (high energy intake and physical inactivity) and endometrial cancer risk in a Norwegian cohort. *Int J Cancer*, *104*(6), 669-76.

Gallahue, D.L. (2002). *Αναπτυξιακή Φυσική Αγωγή για τα σημερινά παιδιά* (3rd edition). Μτφρ. Χρ. Ευαγγελινού, Α. Παππά. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Garcia-Aymerich, J., Lange, P., Benet, M., Schnohr, P., & Anto, J.M. (2006). Regular physical activity reduces hospital admission and mortality in chronic obstructive pulmonary disease: a population based cohort study. *Thorax*, *61*(9), 772–778.

Gerhardsson de Verdier, M., Steineck, G., Hagman, U., Rieger, E., & Norell, S.E. (1990). Physical activity and colon cancer. A case-referent study in Stockholm. *Int J Cancer*, *46*(54), 2390-7.

Gerovasili, V., Agaku, I.T., Vardavas, C.I., & Filippidis, F.T. (2015). Levels of physical activity among adults 18-64 years old in 28 European countries. *Prev Med.*, *81*, 87-91.

Goldberg, R., Boss, R.W., Chan, L., Goldberg, J., Mallon, W.K., Moradzadeh, D., και συν. (1996). Burnout and its correlates in emergency physicians: four years' experience with a wellness booth. *Acad Emerg Med*, *3*, 1156–1164.

Gorter, R.C., Eijkman, M.A.J., & Hoogstraten, J. (2000). Burnout and health among Dutch dentists. *Eur J Oral Sci*, *108*(4), 261–267.

Gostin, L. (2001). Beyond moral claims. A human rights approach to mental health. Special section: keeping human rights on the bioethics agenda. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, *10*(3), 264–274.

Gregg, E.W., Gerzoff, R.B., Caspersen, C.J., & Narayan, K.M. (2003). Relationship of walking to mortality among US adults with diabetes. *Arch Intern Med*, *163*(12), 1440-7.

Hagberg, J.M., Ferrell, R.E, Dengel, D.R., & Wilund, K.R. (1999). Exercise training-induced blood pressure and plasma lipid improvements in hypertensives may be genotype dependent. *Hypertension*, *34*(1), 18-23.

Hagberg, J.M., Park, J.J., & Brown, M.D. (2000). The Role of Exercise Training in the Treatment of Hypertension, *Sports Medicine*, *30*(3), 193-206.

Hallal, P.C., Andersen, L.B., Bull, F.C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 20-30.

Handy, S.L., Boarnet, M.G., Ewing, R., & Killingsworth, R.E. (2002). How the built environment affects physical activity: views from urban planning. *Am J Prev Med*, 23(2), 64–73.

Hardman, A.E., & Stensel, D.J. (2003). *Physical Activity and Health: The Evidence Explained*. Routledge: Abingdon.

Harris, J. (1991). Corporate Wellness Program for Hourly Workers. *Journal of Health Education*, 22(3), 200-205.

Haskell, W.L., Lee, I.M., Pate, R.R., Powell, K.E., Blair, S.N., Franklin, B.A., και συν. (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Med Sci Sports Exerc*, 39(8), 1423-34.

Helmrich S.P., Ragland, D.R., Leung, R.W., & Paffenbarger, R.S. (1991). Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 1991, 325(3), 147-52.

Hendry, M., Williams, N.H., Markland, D., Wilkinson, C., & Maddison, P. (2006). Why should we exercise when our knees hurt? A qualitative study of primary care patients with osteoarthritis of the knee. *Fam Pract*, 23(5), 558-67.

Hill, J.A., & Olson, E.N. (2008). Cardiac plasticity. *N. Engl. J. Med.*, 358(13), 1370-80.

Hovell, M.F., Sallis, J.F., Hofstetter, C.R., Barrington, E., Hackley M., Elder, J., και συν. (1991). Identification of correlates of physical activity among Latino adults. *J Commun Health*, 16, 23–36.

Hu, G., Jousilahti, P., Borodulin, K., Barengo N.C., Lakka T.A., Nissinen, A., και συν. (2007). Occupational, commuting and leisure-time physical activity in relation to coronary heart disease among middle-aged Finnish men and women. *Atherosclerosis*, 194(2), 490-497.

Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., και συν. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d416 doi: 10.1136/bmj.d416.

Hudd, S., Dumlao, J., Erdmann-Sager, D., Murray, D., Phan, E., Soukas, N., & Yokozuku, N. (2000). Stress at college: Effects on health habits, health status and self-esteem. *Yale University College Journal*, 34, 217-228.

International Agency for Research on Cancer, *World Cancer Report* (2014), ed. Stewart BW and Wild CP: International Agency for Research on Cancer, 2014.

International Agency Research Against Cancer. (2002). *Weight control, physical activity and cancer. Chemoprevention*. International Agency Research Against Cancer (IARC), IARC Press.

Ishii, K., Shibata, A., & Oka, K. (2010). Environmental, psychological and social influences on physical activity among Japanese adults: Structural equation modeling analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7. Retrieved 16 September, 2010, from BioMed Central Ltd.

Kaman, L.R. (1987). Costs and benefits of corporate health promotion. *Fitness in business*, 2, 39-44.

Kannus P, Haaposallo H, Sankelo M, Sievðnen H, Pasanen M, Heinonen A., και συν. (1995). Effect of starting age of physical activity on bone mass in the dominant arm of tennis and squash players. *Ann Intern Med*, 123(1), 27-31.

Kaufman, P.R. (2002). Rural poor have less access to supermarkets, larger grocery stores. *Rural Dev Perspect*, 13(3), 19–26.

Keays, J.J., & Allison, K.R. (1995). The effects of regular/moderate to vigorous physical activity on student outcomes: A review. *Canadian Journal of Public Health*, 86(1), 62-65.

Keizer, H., Janssen, G.M.E., Menheere, P., & Kranenburg, G. (1989). Changes in basal plasma testosterone, cortisol and dehydro-epiandrosterone sulfate in previously untrained males and females preparing for a marathon. *Int J Sports Med*, 10, 139-45.

Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., & Eshleman, S. (1994). Lifetime and 12-months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorder in United States. *Archives of General Psychiatry*, 5(1), 8-19.

Khaw, K.T., Jakes, R., Bingham, S., Welch, A., Luben, R., Day, N., και συν. (2006). Work and leisure time physical activity assessed using a simple, pragmatic, validated questionnaire and incident cardiovascular disease and all-cause mortality in men and

women: The European Prospective Investigation into Cancer in Norfolk prospective population study. *Int J Epidemiol*, 35(4), 1034–43.

King, A.C., Castro, C., Wilcox, S., Eyster, A.A., Sallis, J.F., & Brownson, R. (2000). Personal and environmental factors associated with physical inactivity among different racial-ethnic groups of US middle-aged and older-aged women. *Health Psychol*, 19, 354–64.

King, G.A., Fitzhugh, E.C., Bassett, D.R., McLaughlin, J.E., Strath, S.J., Swartz, A.M., και συν. (2001). Relationship of leisure time physical activity and occupational activity to the prevalence of obesity. *International Journal of Obesity*, 25(5), 606-612.

Κιρινιάρης, Κ. (1961). *Φιλόστροφου Γυμναστικός*. Αθήνα: Εκδοτικός Οίκος Πέτρου Πατσιλινάκου.

Kohrt, W.M., Bloomfield, S.A., Little, K.D., Nelson, M.E., & Yingling, V.R. (2004). American College of Sports Medicine Position Stand: physical activity and bone health. *Medicine and Science in Sports and Medicine*, 36(11), 1985–96.

Kreher, J.B., & Schwartz, J.B. (2012). Overtraining syndrome: a practical guide. *Sports Health*, 4(2), 128–138.

Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-8.

Kuipers, H., & Keizer, H.A. (1988). Overtraining in elite athletes. *Sports Med*, 6(2), 79-92.

Kuper, H., Marmot, M., & Hemingway, H. (2002). A systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine*, 2(3), 267–314.

La Gerche, A., Burns, A.T., Taylor, A.J., [Macisaac, A.I.](#), [Heidbüchel, H.](#), & [Prior, D.L.](#) (2012). Maximal oxygen consumption is best predicted by measures of cardiac size rather than function in healthy adults. *Eur. J. Appl. Physiol.*, 112(6), 2139-47.

La Gerche, A., Taylor, A.J., & Prior, D.L. (2009). Athlete's heart: the potential for multimodality imaging to address the critical remaining questions. *JACC Cardiovasc. Imaging.*, 2(3), 350-63.

Lahti, J., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2012). Changes in leisure-time physical activity and subsequent sickness absence: A prospective cohort study among middle-aged employees. *Preventive Medicine*, 55(6), 618-622.

Largo-Wight, E., Peterson, M., & Chen, W. (2005). Perceived problem solving, stress, and health among college students. *American Journal of Health Behavior*, 29(4), 360-370.

Larun, L., Nordheim, L.V., Ekeland, E., Hagen, K.B., & Heian, F. (2006). Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19(3):CD004691.CD004691.

Lawlor, D., Taylor, M., Bedford, C., & Ebrahim, S. (2002). Is housework good for health? Levels of physical activity and factors associated with activity in elderly women. Results from the British Women's Heart and Health Study. *J Epidemiol Commun Health*, 56(6), 473–8.

Lee, I.M. (2003). Physical activity and cancer prevention – data from epidemiological studies, *Med Sci Sports Exerc*, 35(11), 1823–7.

Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., & Katzmarzyk, P.T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380(9838), 219-229.

Levitt, S., & Gutin, B. (1971). Multiple choice reaction time and movement time during physical exertion. *Research Quarterly*, 42(4), 405–411.

Lobelo, F., Duperly, J., & Frank, E. (2009). Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med*, 43(1), 89-92.

Loprinzi, P.D., & Walker, J.F. (2015). Combined association of physical activity and diet with C-reactive protein among smokers. *J. Diabetes Metab. Disord*, 14, 51.

MacDougall, C., Cooke, R., Owen, N., Willson, K., & Bauman, A. (1997). Relating physical activity to health status, social connections and community facilities. *Aust N Z J Public Health*, 21(6), 631-637.

Macera, C.A., Hootman, J.M., & Sniezek, J.E. (2003). Major public health benefits of physical activity. *Arthritis Rheum*, 49(1), 122-8.

Macera, C.A., & Powell, K.E. (2001). Population attributable risk: implications of physical activity dose. *Med Sci Sports Exerc*, 33(6), S635-9.

Maddison, R., Mhurchu, C. N., Jiang, Y., Hoorn, S. V., Rodgers, A., Lawes, C. M. M., et al. (2007). International physical activity questionnaire (IPAQ) and new Zealand physical activity questionnaire (NZPAQ): A doubly labelled water validation.

International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 4. Retrieved 20 September, 2010, from BioMed Central Ltd.

Mahoney, J.L., Schweder, A.E., & Stattin, H. (2002). Structured after-school activities as a moderator of depressed mood for adolescents with detached relations to their parents. *Journal of Community Psychology*, 30(1), 69-86.

Μακρή, Μ., & Πλίγκου, Δ. (2008). *Οι διατροφικές συνήθειες των νοσηλευτών/τριών στο ΠΑ.Γ.Ν. Ηρακλείου*. Ηράκλειο: Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης.

Makrides, L., Veinot, P., Richard, J., McKee, E., & Gallivan, T. (1998). A cardiovascular health needs assessment of university students living in residence. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne de Sante Publique*, 89(3), 171–175.

Martinez-Gonzalez, M.A., Varo, J.J., Santos, J.L., De Irala, J., Gibney, M., Kearney, J., και συν. (2001). Prevalence of physical activity during leisure time in the European Union. *Med Sci Sports Exerc*, 33(7), 1142–6.

Martinsen, E.W. (1990). Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sports Med* 9(6), 380–9.

Martinsen, E.W., Sandvik, L., & Kolbjornsrud, O.B. (1989). Aerobic exercise in the treatment of non-psychotic mental disorder. An exploratory study. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 43, 521-9.

Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

McAuley, E., & Elavsky, S. (2005). Physical activity, aging, and quality of life: implications for measurement. In: Zhu W, Chodzko-Zajko W, editors. *Measurement issues in aging and physical activity*. Champaign: Human Kinetics;

Melamed, S., & Manfred, S.G. (1995). Objective and Subjective Work Monotony: Effects on Job Satisfaction, Psychological Distress, and Absenteeism in Blue-Collar Workers. *Journal of Applied Psychology*, 80(1), 29-42.

Meeusen, R. (2005). Exercise and the brain. Insight in new therapeutic modalities. *Annual Transplant*, 10(4), 49-51.

Meyers, R., & Donham, W.G. (1982). The Psychometric Properties of The Health Locus of Control Scale With Medical and Surgical Patients. *Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 783-787.

Moore, S.C., Patel, A.V., Matthews, C.E., Berrington de Gonzalez, A., Park, Y., Katki, H.A., και συν. (2012). Leisure time physical activity of moderate to vigorous intensity and mortality: a large pooled cohort analysis. *PLoS med*, 9(11), 1001335.

Morgan, P.P., Shephard, R.J., & Finucane, R. (1984). Health beliefs and exercise habits in an employee fitness programme. *Can J Appl Sport Sci*, 9(2), 87-93.

Mouton, C.P., Calmbach, W.L., Dhanda, R., Espino, D.V., & Hazuda H. (2000). Barriers and benefits to leisure time physical activity among older Mexican Americans. *Arch Fam Med*, 9(9), 892–897.

Moustou, I., Panagopoulou, E., Montgomery, A.J., & Benos, A. (2010). Burnout predicts health behaviors in ambulance workers. *Open Occup Health Saf J*, 2, 16–18.

Myers, J., Kaykha, A., George, S., Abella, G., Zaheer N., Lear S., και συν. (2004). Fitness versus physical activity patterns in predicting mortality in men. *Am J Med*, 117(12), 912-8.

Nielsen, R.E., Uggerby, A.S., Jensen, S.O., & McGrath, J.J. (2013). Increasing mortality gap for patients diagnosed with schizophrenia over the last three decades — a Danish nationwide study from 1980 to 2010. *Schizophrenia Research*, 146(1-3), 22–27.

Nilsen, T.I., Romundstad, P.R., Petersen, H., Gunnell, D., & Vatten, L.J. (2008). Recreational physical activity and cancer risk in subsites of the colon. Nord-Trondelag Health Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 17(1), 183-8.

OECD (2009). *Society at a glance*. Chapter 2, Special focus: Measuring leisure in OECD countries.

Paluska, S.A., & Schwent, T.L. (2000). Physical activity and mental health: current concepts. *Sports Medicine*, 29(3), 167–80.

Pan, S. Y., Cameron, C., DesMeules, M., Morrison, H., Craig, C. L., & Jiang, X. H. (2009). Individual, social, environmental and physical environmental correlates with physical activity among Canadians: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 9. Retrieved 30 September, 2010, from BioMed Central Ltd.

Panagiotakos, D., Pitsavos, C., Lentzas, Y., Skoumas, Y., Papadimitriou, L., Zeimbekis, A., et al. (2008). Determinants of physical inactivity among men and women from Greece: A 5-year follow-up of the Attica study. *Annals of Epidemiology*, 18, 387-394.

Papathanasiou, G., Georgoudis, G., Georgakopoulos, D., Katsouras, C., Kalfakakou, V., & Evangelou, A. (2010). Criterion-related validity of the short international physical activity questionnaire against exercise capacity in young adults. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation*, 17, 380-386.

Papathanasiou, G., Georgoudis, G., Papandreou, M., Spyropoulos, P., Georgakopoulos, D., Kalfakakou, V., et al. (2009). Reliability measures of the short international physical activity questionnaire (IPAQ) in Greek young adults. *Hellenic Journal of Cardiology*, 50, 283-294.

Pappa E., Kontodimopoulos N., Niakas D., 2005. Validating and norming of the Greek SF-36 Health Survey. *J Qual Life Res.*, 14(5), pp. 1433-8.

Parker, R.S. (1976). *The Sociology of Leisure*. London: Allen & Unwin.

Payne, N., Jones, F., & Harris, P.R. (2005). The impact of job strain on the predictive validity of the theory of planned behaviour: an investigation of exercise and healthy eating. *Br J Health Psychol*, 10(1), 115-131.

Peluso, M., & De Andrade, L. (2005). Physical activity and mental health: the association between exercise and mood. *Clinics*, 60(1), 61-70.

Πλάτωνας, (385-382). *Νόμοι*.

Pitsavos, C., Kavouras, S. A., Panagiotakos, D. B., Arapi, S., Anastasiou, C. A., Zombolos, S., et al. (2008). Physical activity status and acute coronary syndromes survival. *Journal of the American College of Cardiology*, 51, 2034-2039.

Pratt, M., Sarmiento, O.L., Montes, F., Ogilvie, D., Marcus, B.H., Perez, L.G., και συν. (2012). The implications of megatrends in information and communication technology and transportation for changes in global physical activity. *Lancet*, 380(9838), 282–293.

Prentice, A.M., & Jebb, S.A. (1995). Obesity in Britain: gluttony or sloth. *Br J Med*, 311(7002), 437-439

Press, V., Freestone, I., & George, C.F. (2003). 'Physical activity: the evidence of benefit in the prevention of coronary heart disease', *QJM*, 96(4), 245–51:

<http://qjmed.oxfordjournals.org/content/96/4/245.full>.

Pressler, A., Knebel, U., Esch, S., Kölbl, D., Esefeld, K., Scherr, J., και συν. (2010). An internet-delivered exercise intervention for workplace health promotion in

overweight sedentary employees: A randomized trial. *Preventive Medicine*, 51(3-4), 234-239.

Reed, J., & Buck, S. (2009). The effect of regular aerobic exercise on positive-activated affect: A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(6), 581–594.

Reed, J., & Ones, D.S. (2006). The effect of acute aerobic exercise on positive-activated affect: A meta-analysis. *Psychology of Sport and Exercise*, 7(5), 477–514.

Rejeski, W.J., & Mihalko, S.L. (2001). Physical activity and quality of life in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56, Spec No 2, 23-35.

Rogers, N., Charvoz, J., & Wilson, C. (2014). Employee Wellness and Health Promotion at the University of Arizona: A Program Report. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112(8), 1255-77.

Rongen, A., Robroek, S., & Burdorf, A. (2014). The importance of internal health beliefs for employees' participation in health promotion programs. *Preventive Medicine*, 67, 330-334.

Saelens, B.E., Sallis, J.F., & Frank, L.D. (2003). Environmental correlates of walking and cycling: findings from the transportation, urban design, and planning literatures. *Ann Behav Med*, 25(2), 80–91.

Sallis, J.F., Hovel, M.F., Hofstetter, C.R., Faucher, P., Elder, J.P., & Blanchard, J. (1989). A multivariate study of determinants of vigorous exercise in a community sample. *Prevention Medicine*, 18(1), 20-34.

Sallis, J.F., Cervero, R.B., Ascher, W., Henderson, K.A., Kraft, M.K., & Kerr, J. (2006). An ecological approach to creating active living communities. *Annual Review of Public Health*, 27, 297–322.

Salmela, J.H., & Ndoye, O. D. (1986). Cognitive distortions during progressive exercise. *Perceptual and Motor Skills*, 63, 1067–1072.

Salmon, J., Campbell, K.J., & Crawford, D. (2006). Television viewing habits associated with obesity risk factors: a survey of Melbourne schoolchildren. *Medical Journal of Australia*, 184(2), 64-67.

Saravane, D., Feve, B., Frances, Y., Corruble, E., Lancon, C., Chanson, P., και συν. (2009). Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale*, 35(4), 330-9.

Σαρρής Μ. (2001). *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήσης.

- Saunders, D.H., Greig, C.A., Young, A., & Mead, G.E. (2004). Physical fitness training for stroke patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1. Art. No. CD003316. DOI: 10.1002/14651858.CD003316.pub2.k.
- Sattelmair, J.R., Kurth, T., Buring, J.E., & Lee, I.M. (2010). Physical activity and risk of stroke in women, *Stroke: Journal of the American Heart Association*, *41*(6), 1243-1250.
- Shanafelt, T.D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L.N., Sotile, W., Satele, D., και συν. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*, *172*(8), 1377–1385.
- Sharma, A., Sharp, D.M., Walker, L.G., & Monson, J.R.T. (2008). Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service. *Psycho-Oncol*, *17*(6), 570–576.
- Schnohr, C., HOjbjerg, L., Riegels, M., Ledet, L., Larsen, T., Schultz-Larsen, K., και συν. (2004). Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity, and obesity on mortality? A prospective population study. *Scand J Public Health*, *32*, 250-256.
- Schwimmer, J.B., Burwinkle, T.M., & Varni, J.M. (2003). Health-Related Quality of Life of Obese Children and Adolescents. *Jama*, *289*(14), 1813-1819.
- Sharkey, B.J. & Gaskill, S.E. (2006). *Fitness and health* (6th edition).
- Shephard, R.J. (1986). *The economic benefits of enhanced fitness*. Human Kinetics Publishers. Champaign, Illinois.
- Shephard, R.J. (1988). Sport, leisure and well-being, an ergonomics perspective. *Ergonomics*, *31*(11), 1501-1517.
- Shiwani, M.H. (2009). Editorial Health of Doctors: a cause of concern. *Journal of the Pakistan Medical Association*, *59*(3), 194-195.
- Sibley, B.A., & Etnier, J.L. (2003). The relationship between physical activity and cognition in children: a meta-analysis. *Pediatr Exerc Sci*, *15*(3), 243–256.
- Slattery, M.L., Edwards, S.L., Ma, K.N., Friedman, G.D., & Potter, J.D (1997). Physical activity and colon cancer. A public health perspective. *Ann Epidemiol*, *7*(2), 137-45.

- Smith, P.A., Gould, M.M., See Tai, S., & Illife, S. (1996). Exercise as therapy? Results from group interviews with general practice teams involved in an inner-London 'prescription for exercise' scheme. *Health Ed*, 55, 439–46.
- Stamler, R., Stamler, J., Gosch, F.C., Civinelli, J., Fishman, J., McKeever, P., και συν. (1989). Primary prevention of hypertension by nutritional-hygienic means. *JAMA*, 262(12), 1801-7.
- Stephens, T. (1988). Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys. *Preventive Medicine*, 17(1), 35-47.
- Stephoe, A., Edwards, S., Moses, J., & Mathews, A. (1989). The effects of exercise training on mood and perceived coping ability in anxious adults from the general population. *J Psychosom Res*, 33(5), 537–547.
- Stephoe, A., Kimbell, J., & Basford, P. (1998). Exercise and the experience and appraisal of daily stressors: A naturalistic study. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(4), 363–374.
- Stephoe, A., Wardle, J., Cui, W., Bellisle, F., Zotti, A.M., Baranyai, R., και συν. (2002). Trends in smoking, diet, physical exercise, and attitudes toward health in European university students from 13 countries, 1990-2000. *Prev Med.*, 35(2), 97-104.
- Sunvisson, H., Lokk, J., Ericson, K., Winblad, B., & Ekman, S.L. (1997). Changes in motor performance in persons with Parkinson's disease after exercise in a mountain area. *J Neurosci Nurs*, 29, 255-60.
- Sykes, D., Twist, C., Nicholas, C., & Lamb, K. (2011). Changes in locomotive rates during senior eliterugby league matches. *J Sports Sci*, 29(12), 1263–1271.
- Swain, D.P., & Franklin, B.A. (2002). Is there a threshold intensity for aerobic training in cardiac patients? *Med Sci Sports Exerc*, 34(7), 1071-5.
- Tanasescu, M, Leitzmann, M.F., Rimm, E.B., Willet, W.C., Stampfer M.J., και συν. (2002). Exercise type and intensity in relation to coronary heart disease in men. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), 1994–2000.
- Taylor, R.S., Brown, A., Ebrahim, S., Jolliffe, J., Noorani, H., Rees, K., και συν. (2004). Exercise-based rehabilitation for patients with coronary heart disease. Systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Am J Med*, 116(10), 682-92.

Tenenbaum, G., Yuval, R., Elbaz, G., Gar-Eli, M., & Weinberg, R. (1993). The relationship between cognitive characteristics and decision making. *Canadian Journal of Applied Physiology*, *18*(1), 48–62.

Thorstenson, C.A., Henriksson, M., Von Porat, A., Sjodahl, C., & Roos, E.M. (2007). The effect of eight weeks of exercise on knee adduction moment in early knee osteoarthritis. A pilot study. *Osteoarthritis Cartilage*, *15*(10), 163-70.

Tobias, J.H., Steer, C.D., Mattocks, C.G. Riddoch, C., & Ness, A.R. (2007). Habitual levels of physical activity influence bone mass in 11-year-old children from the United Kingdom: findings from a large population-based cohort. *Journal of Bone and Mineral Research*, *22*, 101–9.

Tountas, Y., Manios, Y., Dimitrakaki, C., & Tzavara, C. (2007). Relationship between basic protective health behaviours and health related quality of life in Greek urban hospital employees. *Int J Public Health*, *52*(6), 341–347.

Τριανταφύλλου, Δήμητρα. (2010). Η ποιότητα ζωής και το επίπεδο υγείας των εργαζομένων σε ελληνικά νοσοκομεία. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ), 126-128.

Trigonis, I., Harahousou, Y., Kabitsis, C., & Matsouka, O. (2004). Programas deportivos en el lugar de trabajo y sus beneficios para la salud de los empleados. *Leisure and Sport: an multidisciplinary view*, *27*, 105-123.

Trivedi, M.H., Greer, T.L., Granneman, B.D., Chambliss, H.O., & Alexander, J. (2006). Exercise as an augmentation strategy for treatment of major depression. *Journal of Psychiatric Practice*, *12*(4), 205-13.

Trost, S.G., Owen, N., Bauman A.E., Sallis J.F., & Brown W. (2003). Correlates of adults' participation in physical activity: review and update. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *34*(12), 1996-2001.

Twenge, J.M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952–1993. *Journal of Personality & Social Psychology*, *79*(6), 1007–1021.

Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C.J.L. (2000). Global burden of depressive disorders in the year. *British Journal of Psychiatry* *184*, 386-92.

- Yusuf, H., Croft, J., Giles, W., Anda, R.F., Casper, M.L., Caspersen, C.J., και συν. (1996). Leisure-time physical activity among older adults. *Arch Intern Med*, 156(12), 1321–6.
- Υφαντόπουλος Γ., & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229.
- Υφαντόπουλος Ι. (2003). Η Μέτρηση της Ποιότητας Ζωής στα Οικονομικά της Υγείας. *Νέα Υγεία*, 36, 4-7.
- Vilhjansson, R., & Thorlindsson, T. (2008). Factors related to physical activity: a study of adolescents. *Social Science & Medicine*, 47(5), 665-675.
- Wanzel, S.R. (1994). Decades of worksite fitness programs – Progress or Rhetoric? *Sports Medicine*, 17(5), 324-337.
- Warburton, D.E.R., Charlesworth, S., Ivey, A., Nettlefold, L., & Bredin, S.S.D. (2010). A systematic review of the evidence of Canada's Physical Activity Guidelines for Adults', *Int J Behav Nutr Phys Act*, 7(1), 39.
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. (1993). SF 36 Health survey manual and interpretation guide. Boston, MA: New England Medical Center, Health Institute.
- Ware, J. E. (2000). SF-36 health survey update. *Spine*, 25, 3130-3139.
- Ware, J. E., Kosinski, M. A., & Dewey, J. E. (2000). How to score version 2 of the SF-36 health survey. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Wareham, N.J., & Rennie, K.L. (1998). The assessment of physical activity in individuals and populations: Why try to be more precise about how physical activity is assessed? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 22, S30–S38.
- Weinstein, L., & Laverghetta, A. (2009). College student stress and satisfaction with life. *College Student Journal*, 43(4), 1161-1162.
- Willett, W.C., Manson, J.E., Stampfer, M.J., Colditz, G.A., Rosner, B., Speizer, F.E., και συν. (1995). Weight, weight change, and coronary heart disease in women: risk within the 'normal' weight range. *JAMA*, 273(6), 461-465.
- Williamson, D.F., Vinicor, F., & Bowman, B.A. (2004). Primary prevention of type 2 diabetes mellitus by lifestyle intervention: implications for health policy. *Ann Intern Med*, 140(11), 951-7.

Witteman, J.C., Willett, W.C., Stampfer, M.J., [Colditz, G.A.](#), [Sacks, F.M.](#), [Speizer, F.E.](#), και συν. (1989). A prospective study of nutritional factors and hypertension among US women. *Circulation*, 80(5), 1320-1327.

Wood, P.D., Haskell, W.L., Blair, S.N., Williams, P.T., Krauss, R.M., Lindgren, F.T., και συν. (1983). Increased exercise level and plasma lipoprotein concentrations. A one-year, randomized, controlled study in sedentary, middle-aged men. *Metabolism*, 32, 31-9.

Ψήφισμα του Συμβουλίου και των αντιπροσώπων των κυβερνήσεων των κρατών-μελών, συνερχομένων στα πλαίσια του Συμβουλίου, της 21ης Μαΐου 2014, σχετικά με το πρόγραμμα εργασιών της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τον αθλητισμό (2014-2017), (2014/C 183/03).

Yoshiuchi, K., Nakahara, R., Kumano, H., Kuboki, T., Togo, F., Watanabe, E., και συν. (2006). Yearlong physical activity and depressive symptoms in older Japanese adults. Cross-sectional data from the Nakojana study. *American Journal of Geriatrics and Psychiatry* 14, 621-4.

Ζαρώτης, Γ., Tokarski, W., Κοντάκος, Α. και Κατσαγκόλης, Α. (2008), Ελεύθερος Χρόνος. Φυσική Δραστηριότητα – Υγεία και Ποιότητα Ζωής, Αθήνα: Ατραπός

Zhao, G., Ford, E.S., Li, C., & Balluz, L.S. (2011). Physical activity in U.S. Older adults with diabetes mellitus: prevalence and correlates of meeting physical activity recommendations. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 132–137.

Zis, P., Anagnostopoulos, F., & Sykioti, P. (2014). Burnout in medical residents: a study based on the job demands-resources model. *Neurology*, 85(11), 81-84.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Συσχέτιση Φυσικής Δραστηριότητας και Ποιότητας Ζωής εργαζομένων στον τομέα της υγείας - Προσωπικές απόψεις και στάσεις για τη Σωματική Άσκηση

Τα τελευταία χρόνια έχει υποστηριχθεί εκτενώς στη διεθνή βιβλιογραφία ότι η Φυσική Δραστηριότητα (ΦΔ) προάγει την Ποιότητα Ζωής (ΠΖ).

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνηθεί η επίδραση της ΦΔ στην ΠΖ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας, και οι προσωπικές τους πεποιθήσεις για τα οφέλη της άσκησης.

Διενεργήθηκε συγχρονική μελέτη στο Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου με τη χρήση των ερωτηματολογίων «Επισκόπηση Υγείας SF-36» και «Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας» IPAQ sort-form. Οι προσωπικές απόψεις των ερωτηθέντων ως προς τη σωματική άσκηση καταγράφηκαν μέσω συμπληρωματικών ερωτήσεων. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το SPSS 20.

Στην έρευνα συμμετείχαν 184 εργαζόμενοι, (154 γυναίκες και 29 άντρες με μέσο όρο ηλικίας 45 έτη), από όλες τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, οι οποίοι στην πλειονότητά τους (63%) ήταν πτυχιούχοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και πάνω. Από τους συμμετέχοντες το 26% δήλωσε καλή οικονομική κατάσταση και το 61% μέτρια. Ως σημαντικότερος παράγοντας ΠΖ αναφέρθηκε η υγεία. Ο σημαντικότερος λόγος υγείας για άσκηση ήταν ο έλεγχος του σωματικού βάρους (63%). Οι γυναίκες εμφάνισαν χαμηλότερους δείκτες ΠΖ από τους άντρες, και οι έχοντες υψηλότερη μόρφωση είχαν στατιστικά υψηλότερους

δείκτες ΠΖ. Η ΦΔ στους συμμετέχοντες εμφανίζεται έντονη 16%, μέτρια 41% και χαμηλή 43%. Η συνολική ΦΔ (IPAQ) συσχετίζεται με τη Ζωτικότητα ($p: 0,034$) και την Κοινωνική Λειτουργικότητα ($p: 0,020$). Κυριότεροι λόγοι ελλειπούς σωματικής άσκησης ήταν η έλλειψη ελεύθερου χρόνου (58%) και το ωράριο εργασίας (41%).

Η χαμηλή ΦΔ κατά τον ελεύθερο χρόνο εμφανίζει πολύ σημαντική συσχέτιση με την ΠΖ (Φυσική Υγεία $p: 0,000$, Ψυχολογική Υγεία $p: 0,024$), στοιχείο που θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω σε ευρύτερο κοινό και με μεγαλύτερα δείγματα συμμετεχόντων.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα Ζωής, Φυσική Δραστηριότητα, ελεύθερος χρόνος, επαγγελματίες υγείας.

ABSTRACT

Relation of Physical Activity and Quality of Life for Health Workers - Personal Views and Attitudes about Physical Exercise

In recent years, it has been widely reported in the global literature that Physical Activity (AD) promotes Quality of Life (QoL).

The purpose of this study was to investigate the effect of AD in QoL on health workers, and their personal beliefs about the benefits of exercise.

A cross-sectional study was conducted at the Corinth General Hospital using the SF-36 Health Survey and IPAQ sort-form International Questionnaire of Physical Activity. The personal views of the respondents about PA were recorded through supplementary questions. The results were analyzed using SPSS 20.

In the survey participated 184 employees (154 women and 29 men with an average age of 45, from all the hospital services, and most of whom (63%) were graduates of higher education and above. Of the participants 26% had good financial status and 61% moderate. Health was mentioned as the most important factor for QL. Body weight control reported as the main health reason for exercise (63%). Women showed lower QoL scores than men. Also participants with higher education had statistically higher QoL indicators. The PA of participants is 16%, moderate 41% and low 43%. Total IPAQ score correlates with Life (p: 0,034) and Social Functionality (p: 0,020). Lack of leisure time (58%) and working hours (41%) reported as the main reasons for low PA. Low PA in leisure time has a very significant correlation with QoL (Physical Health p: 0.000, Psychological Health p: 0.024), but this field should be further investigated wider in the future.

Keywords: Quality of Life, Physical Activity, Leisure time, Health Professionals.

