

ΕΛΛΑΔΑ 2010-2011:
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ, ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ
& ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

του
Σπυρίδωνα Δημοσχάκη

Μεταπτυχιακή διατριβή που υποβάλλεται στο καθηγητικό σώμα για τη μερική ολοκλήρωση των απαιτήσεων για την απόκτηση του μεταπτυχιακού τίτλου του Διατμηματικού Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Άσκηση και Ποιότητα Ζωής» των Τμημάτων Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Δημοκρίτειου Παν/μίου Θράκης και του Παν/μίου Θεσσαλίας.

Κομοτηνή

2012

Εγκεκριμένο από το καθηγητικό σώμα:

1^{ος} Επιβλέπων: Κουθούρης Χαρίλαος, Επικ. Καθηγητής

2^{ος} Επιβλέπων: Αλεξανδρής Κωνσταντίνος, Επικ. Καθηγητής

3^{ος} Επιβλέπων: Κουστέλιος Αθανάσιος, Καθηγητής

13364/1

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Με την ολοκλήρωση αυτής της διατριβής θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην πραγματοποίησή της. Πρώτα απ'όλα οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον υπεύθυνο καθηγητή κ. Κουθούρη Χαρίλαο, Επίκουρο καθηγητή του ΤΕΦΑΑ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για την ουσιαστική και επιστημονική καθοδήγηση που μου παρείχε καθ'όλη τη διάρκεια της μεταπτυχιακής μου διατριβής.

Επίσης, ευχαριστώ τους ιδιοκτήτες της Kappa Research κ. Ρουτζούνη Αλέξιο και Ρουτζούνη Κωνσταντίνο. Χωρίς την πολύτιμη βοήθειά τους η εκπόνηση αυτής της έρευνας δε θα ήταν δυνατή. Τέλος, εκφράζω τις ευχαριστίες μου σε όλους τους ,άγνωστους για εμένα, ανθρώπους που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας.

Η διατριβή είναι αφιερωμένη σε όλους τους Έλληνες που πολέμησαν στα βουνά για να μπορούμε σήμερα εμείς «ελεύθεροι» να κάνουμε σκι.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σπυρίδων Α. Δημοσχάκης : Ελλάδα 2010-2011: Οικονομική Κρίση, Ποιότητα Ζωής και Φυσική Δραστηριότητα.

(Υπό την επίβλεψη του κ. Χαρίλαου Κουθούρη, Επικ. Καθηγητή)

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η εξέταση πιθανής αλληλεπίδρασης μεταξύ του επιπέδου ποιότητας ζωής, του δείκτη φυσικής δραστηριότητας και ποικίλων κοινωνικοοικονομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των Ελλήνων πολιτών που έλαβαν μέρος στην έρευνα με σημαντική παράμετρο τη διαφοροποίηση της συχνότητας συμμετοχής σε δράσεις αθλητισμού λόγω της πρόσφατης σοβαρής οικονομικής κρίσης στη χώρα. Εξεταζόμενοι στην έρευνα ήταν 995 κάτοικοι των πόλεων Αθηνών και Θεσσαλονίκης ηλικίας 18 ετών και άνω, εκ των οποίων το 50.55% ήταν άντρες και το 49.45% ήταν γυναίκες. Για την αξιολόγηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36, ενώ για την εκτίμηση του δείκτη φυσικής δραστηριότητας το ερωτηματολόγιο Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποστήριξαν ότι το επίπεδο ποιότητας ζωής του δείγματος ήταν σχετικά υψηλό ($M.O=71.83$ & $SD= 19.97$), αντίθετα το 25% του δείγματος παρουσίασε μηδενική φυσική δραστηριότητα, καταγράφοντας ποσοστό 40% των Ελλήνων πολιτών ως υπέρβαρους. Ακόμη σημειώθηκε χαμηλή αλλά θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδου ποιότητας ζωής και δείκτη φυσικής δραστηριότητας ($p<.05$) όπως και χαμηλή αρνητική συσχέτιση μεταξύ Δείκτη Μάζας Σώματος και Επιπέδου Ποιότητας Ζωής ($r= -.115$). Αντίθετα σημειώθηκε υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής σωματικής υγείας με τη ψυχική υγεία, ($r=.798$) σε επίπεδο $p<.05$ ενώ το διαφορετικό επίπεδο του οικογενειακού εισοδήματος δεν επηρέασε αντίστοιχα τη συμμετοχή σε δράσεις φυσικής δραστηριότητας. Η παρούσα έρευνα διαπίστωσε τη θετική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου ποιότητας ζωής και δεικτών φυσικής δραστηριότητας και επιβεβαίωσε την αρνητική συσχέτιση μεταξύ BMI και επιπέδου ποιότητας ζωής και δεικτών φυσικής δραστηριότητας. Συμπερασματικά αποδείχθηκε υψηλή αφοσίωση των Ελλήνων πολιτών για συνέχιση της συμμετοχής τους σε δράσεις άσκησης, καθώς μόνο το 11% του δείγματος δήλωσε ότι η οικονομική κρίση στη χώρα θα επηρεάσει αρνητικά και θα μειώσει τη συχνότητα της φυσικής τους δραστηριότητας.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, φυσική δραστηριότητα ελεύθερου χρόνου, έρευνα αγοράς, BMI, εκπαιδευτικό επίπεδο.

ABSTRACT

Spyridon A. Dimoschakis: Hellas 2010-2011: economic crisis, quality of life and physical activity.

(Under the supervision of Mr. Charilaos Kouthouris, Assistant Professor)

The aim of this research was the investigation of possible interaction of quality of life, the indicator of physical activity and various socioeconomic and demographic characteristics of the Greek citizens that took part in this research, with the important parameter being the differentiation of frequency participation in sport actions because of the recent severe economic crisis. Also a market research took place in order to answer the question whether people will change their attitude at gymnastics with payment. The sample of the research consisted of 995 residents of Athens and Thessaloniki aged 18 years and older. The 50.55% of the sample were men and the 49.45% were women. For the evaluation of quality of life was used the questionnaire Short-Form SF-36 Health Survey while for the evaluation of physical activity was used the Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire. The results of the research showed that the level of quality of life was relatively high with average 71.83 and SD=19.97 .At the opposite side 25% of the sample presented no physical activity at all with consequence 40% of the Greek citizens to be overweight. Also there was weak positive correlation between quality of life and physical activity ($p<.05$) and weak negative correlation between BMI and level of Quality of Life ($r=-.115$). In contrary high positive correlation was found between the total physical health and the mental health ($r=.798$, $p<.05$), while the different level of family income didn't affect respectively the participation in actions of physical activity. The present study found positive correlation between the level of quality of life and indicators of physical activity and confirmed the negative correlation between BMI and Quality of Life and indicators of physical activity. In conclusion it was proved high dedication of the Greek citizens to continue their participation in actions of physical activity, since only the 11% of the sample stated that economic crisis will affect negatively and will reduce the frequency of their physical activity.

Key words: quality of life, leisure time physical activity, market research, BMI, educational level.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	iii
ABSTRACT	iv
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	vii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ	viii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ	x
I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
Γενικά	1
Σημασία της έρευνας.....	3
Σκοπός της έρευνας.....	4
Ερευνητικές υποθέσεις	4
Μηδενικές υποθέσεις	5
Περιορισμοί & οριοθετήσεις	7
Θεωρητικοί & λειτουργικοί ορισμοί	7
II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	10
Ανασκόπηση έννοιας της ποιότητας ζωής.....	10
Ανάλυση του ερωτηματολογίου SF-36.....	11
Έρευνες σχετικές με την ποιότητα ζωής και τη φυσική δραστηριότητα	11
Έρευνες σχετικές με την ποιότητα ζωής και το σωματικό βάρος.....	14
Έρευνες σχετικές με την ποιότητα ζωής και άλλες ανθρώπινες παραμέτρους.....	15
Αξιοπιστία ερωτηματολογίου SF-36.....	17
Εγκυρότητα του ερωτηματολογίου SF-36	20
Ανασκόπηση μεθόδων αξιολόγησης της ανθρώπινης φυσικής δραστηριότητας	22
Ανάλυση της μεθόδου (οργάνου) του Godin Leisure Time Exercise Questionnaire	23
Αξιοπιστία και εγκυρότητα του Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire	24

III.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	27
	Δείγμα.....	27
	Όργανα μέτρησης.....	27
	Διαδικασία μέτρησης	28
IV.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	29
V.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ	51
VI.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	57
VII.	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	60
VIII.	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	69
	Παράρτημα 1[Ερωτηματολόγιο SF-36]	69
	Παράρτημα 2.....[Ερωτηματολόγιο Godin Leisure-Time Activity Questionnaire]	74
	Παράρτημα 3[Ερωτηματολόγιο έρευνας αγοράς]	75
	Παράρτημα 4.....[Ερωτηματολόγιο δημογραφικών χαρακτηριστικών].....	78

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1. Περιοχή κατοικίας του δείγματος.....	29
Πίνακας 2. Φύλο του δείγματος της έρευνας.....	29
Πίνακας 3. Εθνικότητα του δείγματος της έρευνας.....	30
Πίνακας 4. Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος.....	31
Πίνακας 5. Τύπος κατοίκησης-διαμονής του δείγματος.....	36
Πίνακας 6. Αίτια που δε συμμετείχε το δείγμα με τη συχνότητα που θα ήθελε στις διάφορες μορφές άσκησης.....	41

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1. Κατανομή της ηλικίας του δείγματος.....	30
Σχήμα 2. Κατανομή του σωματικού ύψους του δείγματος.....	32
Σχήμα 3. Κατανομή του σωματικού βάρους του δείγματος.....	32
Σχήμα 4. Δείκτης μάζας σώματος (BMI) των ερωτηθέντων.....	33
Σχήμα 5. Συνολική φυσική δραστηριότητα του δείγματος.....	34
Σχήμα 6. Εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος.....	34
Σχήμα 7. Σχέση εργασίας-απασχόλησης του δείγματος.....	35
Σχήμα 8. Κατανομή του οικογενειακού οικονομικού εισοδήματος της έρευνας.....	37
Σχήμα 9. Πεποίθηση του δείγματος για το ποιο ήταν το οικονομικό του επίπεδο προ Κρίσης.....	37
Σχήμα 10. Ποσοστό συμμετοχής του δείγματος σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή, πριν την οικονομική κρίση.....	38
Σχήμα 11. Ποσοστό συμμετοχής του δείγματος σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση πριν την οικονομική κρίση.....	38
Σχήμα 12. Ποσοστό συμμετοχής του δείγματος σε δημοτικά προγράμματα άσκησης πριν την οικονομική κρίση.....	39
Σχήμα 13. Ποσοστό συμμετοχής του δείγματος σε δημόσια πάρκα ή ανοικτά κέντρα άθλησης και αναψυχής πριν την οικονομική κρίση.....	39
Σχήμα 14. Διακύμανση εισοδήματος του δείγματος για το έτος 2010.....	41
Σχήμα 15. Ποσοστό επιρροής της μείωσης του εισοδήματος των ερωτηθέντων για το έτος 2010, στη συμμετοχή τους σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή.....	42
Σχήμα 16. Ποσοστό επιρροής της μείωσης του εισοδήματος των ερωτηθέντων για το έτος 2010, στη συμμετοχή τους σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση.....	42
Σχήμα 17. Ποσοστό επιρροής της μείωσης του εισοδήματος των ερωτηθέντων για το έτος 2010, στη συμμετοχή τους σε δημοτικά προγράμματα άσκησης.....	43

- Σχήμα 18.** Ποσοστό επιρροής της μείωσης του εισοδήματος των ερωτηθέντων για το έτος 2010, στη συμμετοχή τους σε δημόσια κέντρα-πάρκα άθλησης και αναψυχής.....43
- Σχήμα 19.** Πεποίθηση του δείγματος για το αν θα μειωθεί περαιτέρω το ετήσιο εισόδημά του για το έτος 2011 και μετά.....44
- Σχήμα 20.** Πεποίθηση του δείγματος για το κατά πόσο θα επηρεάσει περαιτέρω μείωση του εισοδήματός του για το 2011 και μετά, τη συμμετοχή του σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή.....44
- Σχήμα 21.** Πεποίθηση του δείγματος για το κατά πόσο θα επηρεάσει περαιτέρω μείωση του εισοδήματός του για το 2011 και μετά, τη συμμετοχή του σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση.....45
- Σχήμα 22.** Πεποίθηση του δείγματος για το κατά πόσο θα επηρεάσει περαιτέρω μείωση του εισοδήματός του για το 2011 και μετά, τη συμμετοχή του σε δημοτικά προγράμματα άσκησης.....45
- Σχήμα 23.** Πεποίθηση του δείγματος για το κατά πόσο θα επηρεάσει περαιτέρω μείωση του εισοδήματός του για το 2011 και μετά, τη συμμετοχή του σε δημόσια πάρκα-κέντρα άθλησης και αναψυχής.....46
- Σχήμα 24.** Αποτελέσματα της συνολικής ποιότητας ζωής του δείγματος της έρευνας.....48

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

AMOS	SPSS Software
BMI	Δείκτης Μάζας Σώματος
BRSS	Behavioral Risk Factor Surveillance Survey
BSHS	Burns Specific Health Scale
C-HAQ	Childhood Health Assessment Questionnaire
DASH	Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand Questionnaire
ESOMAR	Essential Organization of Market Research
WHO	World Health Organization
GDS	Geriatric Depression scale
GLTEQ	Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
p-value	Επίπεδο Στατιστικής Σημαντικότητας
SD	Standard Deviation
STAI	Spielberger State-Trait Anxiety Inventory
SF-36	Generic Short Form Questionnaire for Evaluation of Quality of Life
SPA	Social physique Anxiety
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
Vo2max	Μέγιστη Πρόσληψη Οξυγόνου
ΕΣΥΕ	Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
MET	Μεταβολικό Ισοδύναμο
M.O.	Μέσος Όρος
ΣΕΔΕΑ	Σύλλογος Εταιριών Δημοσκόπησης και Έρευνας Αγοράς
ΤΕΦΑΑ	Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού

ΕΛΛΑΔΑ 2010-2011: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ, ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ.

Ζούμε και μεγαλώνουμε σε ένα όλο και πιο απαιτητικό και ανταγωνιστικό περιβάλλον. Οι ρυθμοί ζωής επιταχύνονται και πλέον ο άνθρωπος για να προλάβει να διεκπεραιώσει της καθημερινές του υποχρεώσεις, αφήνει κατά μέρους βασικές λειτουργικές ανάγκες για τον οργανισμό του όπως είναι η ξεκούραση (ύπνος) και η φυσική δραστηριότητα. Την ποιότητα διατροφής του την έχει ήδη υποβαθμίσει. Αποτέλεσμα η παχυσαρκία, η οποία έχει εξελιχθεί ως η πρώτη μάστιγα των ανεπτυγμένων χωρών, μιας και λόγω αυτής έχουμε ως παράγωγα πάρα πολλές παθήσεις όπως σακχαρώδη διαβήτη, καρδιοαναπνευστικά προβλήματα κ.ά.. Σε αυτό λοιπόν το πλαίσιο και λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή συγκυρία που ονομάζεται οικονομική κρίση, η οποία πλήττει και τη χώρα μας, αποφάσισα να ερευνήσω την οικονομική κρίση, την ποιότητα ζωής και τη φυσική δραστηριότητα, το πώς αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζονται-συσχετίζονται με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και την εργασιακή απασχόληση. Επίσης, λαμβάνοντας υπόψη την οικονομική κρίση εξετάστηκε η πρόθεση του κόσμου για αλλαγή η όχι συμπεριφοράς απέναντι στη γυμναστική επί μισθώσει.

Η επιστημονική έρευνα στον τομέα της ποιότητας ζωής είναι περιορισμένη εν συγκρίσει με άλλους ερευνητικούς τομείς. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια ο ερευνητικός τομέας της ποιότητας ζωής συγκεντρώνει όλο και περισσότερο ερευνητικό ενδιαφέρον και μάλιστα με εκθετικό ρυθμό. Η ποιότητα ζωής είναι συνυφασμένη με την καθημερινότητα του ατόμου, η οποία καθημερινότητα οριοθετείται από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο διαβιώνει το άτομο, καθώς και από τις προσωπικές του επιλογές.

Η ποιότητα ζωής είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τον ψυχολογικό δείκτη του κάθε ατόμου. Έτσι λοιπόν, πολλοί κοινωνιολόγοι εξετάζουν ποιες είναι οι παράμετροι που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και κατ'επέκταση τον ψυχολογικό δείκτη του ατόμου ή ακόμα καλύτερα και μιας ολόκληρης κοινωνίας. Η ποιότητα ζωής είναι ένδειξη του βιοτικού επιπέδου και θα πρέπει η διασφάλιση και η βελτίωσή της να είναι στην ημερήσια ατζέντα κάθε κοινωνικού κράτους πρόνοιας. Οι Nussbaum και Sen (1993) αναφέρουν στο βιβλίο τους ότι η ποιότητα ζωής είναι ένα πολυδιάστατο θέμα το οποίο δε μπορεί να

εξεταστεί μονομερώς με απλή αριθμητική. Οι Nussbaum και συν.(1993) υποστηρίζουν ότι μέχρι και οι παραδόσεις και οι συνήθειες της τοπικής κοινωνίας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής.

Μια από τις παραμέτρους που έχει εξεταστεί επανειλημμένως αν επηρεάζει και οριοθετεί την ποιότητα ζωής είναι η φυσική δραστηριότητα. Η φυσική δραστηριότητα με τη σειρά της έχει ερευνηθεί αν επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο του ατόμου, το οικονομικό του επίπεδο, τις αθλητικές εγκαταστάσεις-υποδομές που υπάρχουν στην περιοχή που διαβιώνει, από το φιλικό του περιβάλλον καθώς και από άλλες παραμέτρους. Καταλαβαίνουμε λοιπόν την πολυδιάστατη υπόσταση της ποιότητας ζωής και τη δυσκολία στην ακριβή προσέγγισή της αλλά και στην ερμηνεία της. Πολλά όργανα-εργαλεία έχουν δημιουργηθεί για την αξιολόγησή της. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ευρέως διαδεδομένο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής, το ερωτηματολόγιο Health Survey Short Form SF-36.

Στα παλαιότερα χρόνια οι έρευνες με στόχο την προάσπιση και γενικότερα την προώθηση της υγείας περιορίζονταν στο να εξετάζουν τους ρυθμούς θνησιμότητας και της μειωμένης πιθανότητας εμφάνισης παθήσεων (Drewnowski & Evans, 2001). Οι έρευνες αυτές όμως δεν εμπεριείχαν τον ποιοτικό έλεγχο, ο οποίος θα μπορούσε να μας δείξει λειτουργικές βλάβες και ανικανότητες των ανθρώπων στην καθημερινότητά τους. Έτσι λοιπόν, οι Drewnowski και συν. (2001) αναφέρουν ότι η υγεία αντιμετωπίστηκε κάτω από ένα νέο πρίσμα, ως όχι μόνο η απουσία θνησιμότητας ή νοσηρότητας-παθογένειας αλλά και ως μια κατάσταση με σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές προεκτάσεις.

Πέρα από την περιορισμένη έρευνα στην ποιότητα ζωής, ακόμα πιο περιορισμένη είναι η έρευνα που αφορά τη σχέση της ποιότητας ζωής με τη φυσική δραστηριότητα, όχι τόσο σε κλινικούς πληθυσμούς αλλά όσο σε υγείς (Bize, Johnson & Plotnikoff, 2007). Η κατάδειξη της θετικής συσχέτισης μεταξύ της ποιότητας ζωής και της φυσικής δραστηριότητας θα πρέπει να είναι το κίνητρο, για τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά αλλά και για το κράτος πρόνοιας, για μεγαλύτερη ενεργή συμμετοχή στη φυσική δραστηριότητα. Στόχος η αποφυγή μελλοντικής εμφάνισης διαφόρων παθήσεων, ειδικότερα για τη νέα γενιά η οποία υποεκτιμά τους κινδύνους της σωματικής και ψυχικής υγείας.

Όλο αυτό το πλαίσιο λοιπόν της ποιότητας ζωής και της συμμετοχής των πολιτών ή όχι στη φυσική δραστηριότητα, εντάσσεται στη χώρα μας σε ένα άλλο ευρύτερο πλαίσιο, αυτό της οικονομικής κρίσης. Της οικονομικής κρίσης που βιώνει το ίδιο το κράτος αλλά και ο κάθε πολίτης του ξεχωριστά. Μπορεί αυτή η οικονομική κρίση να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των πολιτών; Μπορεί αυτή η οικονομική κρίση να

επηρεάσει τη φυσική δραστηριότητα των πολιτών; Αυτά είναι ερωτήματα που έχουν απαντηθεί στη συνέχεια της παρούσας έρευνας.

Αν μειωθεί η οικονομική δυνατότητα των πολιτών ποια θα είναι η πρόθεσή τους απέναντι στη φυσική δραστηριότητα κυρίως αυτής που διεξάγεται σε κέντρα άθλησης ή στη φύση που απαιτείται συνδρομή ή οικονομική συμμετοχή; Έγινε προσπάθεια απάντησης στο ερώτημα αυτό μέσω ερωτηματολογίου έρευνας αγοράς, το οποίο αξιολογήθηκε και παρουσιάστηκε παρακάτω με νούμερα και ποσοστά, κάτι το οποίο θα βοηθήσει τον κλάδο της Φυσικής Αγωγής και όχι μόνο.

Συνοψίζοντας λοιπόν, στην έρευνα αυτή καταγράφηκε και αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής σε εργαζόμενους και μη, εξάγοντας συμπεράσματα για το ποια είναι η επίδραση της φυσικής δραστηριότητας σε αυτή. Επίσης, έγινε συσχετισμός των παραπάνω αποτελεσμάτων με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και δημιουργήθηκε τελικά μέσω της έρευνας ένα πλαίσιο-θεωρία στο ποια είναι η συμπεριφορά και τα χαρακτηριστικά του κόσμου, κάτι το οποίο θα δώσει στοιχεία και ανατροφοδότηση στους συναδέλφους της επιστήμης της Φυσικής Αγωγής αλλά και άλλων επιστημών όπως της Ψυχολογίας. Επίσης, έγινε έρευνα αγοράς για τη στάση του κόσμου απέναντι στη γυμναστική επί μισθώσει όπως είναι τα γυμναστήρια και οι εταιρίες υπαίθριων δραστηριοτήτων αναψυχής για τα έτη 2010 και 2011. Η έρευνα αγοράς έχει ιδιαίτερη σημασία για τον επιχειρηματικό και μη τομέα της Φυσικής Αγωγής γιατί έγινε μέσα στο δυσμενές οικονομικό περιβάλλον που βιώνει η χώρα μας, το οποίο ονομάζεται οικονομική κρίση ή κατ'άλλους χρηματοπιστωτική κρίση ή κατ'άλλους κρίση αξιών.

Σημασία της έρευνας

Εξήχθησαν συμπεράσματα για το ποια είναι η επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στην ποιότητα ζωής. Επίσης, έγινε συσχετισμός των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με την ποιότητα ζωής και τη φυσική δραστηριότητα και δημιουργήθηκε τελικά μέσω της έρευνας ένα πλαίσιο-θεωρία στο ποια είναι η συμπεριφορά και τα χαρακτηριστικά του κόσμου, κάτι το οποίο θα δώσει στοιχεία και ανατροφοδότηση στους συναδέλφους του κλάδου της Φυσικής Αγωγής αλλά και άλλων επιστημονικών κλάδων όπως της Ψυχολογίας.

Επίσης, έγινε έρευνα αγοράς για τα έτη 2010-2011 και ενώ η χώρα είχε ήδη εισέλθει σε οικονομική ύφεση και εξετάστηκε ποια θα είναι η στάση του κόσμου απέναντι στη γυμναστική επί μισθώσει, όπως είναι τα γυμναστήρια και οι εταιρίες υπαίθριων δραστηριοτήτων αναψυχής. Η στάση του κόσμου συσχετίστηκε με τα παραπάνω

αποτελέσματα και θα μπορούμε πλέον να έχουμε μια εικόνα για το ποια θα είναι η στάση του κόσμου απέναντι στη γυμναστική, απέναντι στον κλάδο μας, απέναντι στο μέλλον του εργασιακού μας χώρου όπου δραστηριοποιούμαστε.

Σκοπός της έρευνας

Ο σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει την ποιότητα ζωής σε εργαζόμενους και μη και να τη συσχετίσει με το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος. Επίσης, να γίνει έρευνα αγοράς για το αν άλλαξε ή θα αλλάξει η στάση του κόσμου απέναντι στη γυμναστική επί μισθώσει μέσα στο περιβάλλον οικονομικής ύφεσης που έχει εισέλθει η χώρα, για τα έτη 2010-2011.

Ερευνητικές υποθέσεις

- 1) Οι συμμετέχοντες με χαμηλό δείκτη φυσικής δραστηριότητας θα αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής.
- 2) Οι συμμετέχοντες με υψηλό δείκτη φυσικής δραστηριότητας θα αναφέρουν υψηλή ποιότητα ζωής.
- 3) Οι συμμετέχοντες με $BMI > 25 \text{kg/m}^2$ θα αναφέρουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τους αντίστοιχους με $BMI < 24,9$.
- 4) Οι συμμετέχοντες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο θα αναφέρουν υψηλή ποιότητα ζωής.
- 5) Οι συμμετέχοντες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο θα αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής.
- 6) Οι εργαζόμενοι θα αναφέρουν υψηλή ποιότητα ζωής.
- 7) Οι άνεργοι θα αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής.
- 8) Οι συμμετέχοντες με υψηλό ετήσιο εισόδημα θα αναφέρουν υψηλή ποιότητα ζωής.
- 9) Οι συμμετέχοντες με χαμηλό ετήσιο εισόδημα θα αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής.
- 10) Οι συμμετέχοντες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο θα έχουν υψηλή φυσική δραστηριότητα.
- 11) Οι συμμετέχοντες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο θα έχουν χαμηλή συχνότητα συμμετοχής σε δράσεις φυσικής δραστηριότητας.
- 12) Οι συμμετέχοντες με $BMI > 25 \text{kg/m}^2$ θα έχουν χαμηλή φυσική δραστηριότητα.
- 13) Οι συμμετέχοντες με $BMI < 24,9$ θα έχουν υψηλή φυσική δραστηριότητα.

- 14) Οι συμμετέχοντες με χαμηλό ετήσιο εισόδημα θα έχουν χαμηλή φυσική δραστηριότητα.
- 15) Οι συμμετέχοντες με υψηλό ετήσιο εισόδημα θα έχουν υψηλή συχνότητα συμμετοχής σε δράσεις φυσικής δραστηριότητας.
- 16) Η οικονομική κρίση θα επηρεάσει αρνητικά τη συχνότητα συμμετοχής σε αθλητικές δραστηριότητες επί μισθώσει.
- 17) Οι συμμετέχοντες με πλήρη ή μερική απασχόληση θα έχουν υψηλή φυσική δραστηριότητα.
- 18) Οι άνεργοι συμμετέχοντες θα έχουν χαμηλή φυσική δραστηριότητα.
- 19) Οι συμμετέχοντες με χαμηλή ποιότητα ζωής θα έχουν μικρότερη συχνότητα συμμετοχής στις διάφορες μορφές άσκησης έναντι εκείνων με υψηλή ποιότητα ζωής, πριν την οικονομική κρίση στη χώρα μας.
- 20) Οι εργαζόμενοι θα έχουν μικρότερη πρόθεση στο να μειώσουν την άθληση επί πληρωμή, σε πιθανή μείωση του ετήσιου εισοδήματός τους, έναντι των ανέργων.
- 21) Οι συμμετέχοντες με χαμηλή φυσική δραστηριότητα θα έχουν μεγαλύτερη πρόθεση στο να μειώσουν τις δαπάνες για άσκηση σε σχέση με αυτούς με υψηλή φυσική δραστηριότητα.
- 22) Η έλλειψη χρημάτων και χρόνου θα είναι η κύρια αιτία μείωσης της συχνότητας άθλησης στα κέντρα άθλησης που απαιτούν συνδρομή.
- 23) Ανεξαρτήτως εργασιακής σχέσης και απασχόλησης, οι συμμετέχοντες θα πιστεύουν ότι θα μειωθεί περαιτέρω το ετήσιο εισόδημά τους το 2011.

Μηδενικές υποθέσεις

1. Οι συμμετέχοντες με χαμηλό δείκτη φυσικής δραστηριότητας δεν θα αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής.
2. Οι συμμετέχοντες με υψηλό δείκτη φυσικής δραστηριότητας δεν θα αναφέρουν υψηλή ποιότητα ζωής.
3. Οι συμμετέχοντες με $BMI > 25 \text{kg/m}^2$ δεν θα αναφέρουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τους αντίστοιχους με $BMI < 24,9$.
4. Οι συμμετέχοντες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο δεν θα αναφέρουν υψηλή ποιότητα ζωής.
5. Οι συμμετέχοντες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δεν θα αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής.
6. Οι εργαζόμενοι δεν θα αναφέρουν υψηλή ποιότητα ζωής.

7. Οι άνεργοι δεν θα αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής.
8. Οι συμμετέχοντες με υψηλό ετήσιο εισόδημα δεν θα αναφέρουν υψηλή ποιότητα ζωής.
9. Οι συμμετέχοντες με χαμηλό ετήσιο εισόδημα δεν θα αναφέρουν χαμηλή ποιότητα ζωής.
10. Οι συμμετέχοντες με υψηλό μορφωτικό επίπεδο δεν θα έχουν υψηλή φυσική δραστηριότητα.
11. Οι συμμετέχοντες με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο δεν θα έχουν χαμηλή συχνότητα συμμετοχής σε δράσεις φυσικής δραστηριότητας.
12. Οι συμμετέχοντες με $BMI > 25 \text{ kg/m}^2$ δεν θα έχουν χαμηλή φυσική δραστηριότητα.
13. Οι συμμετέχοντες με $BMI < 24,9$ δεν θα έχουν υψηλή φυσική δραστηριότητα.
14. Οι συμμετέχοντες με χαμηλό ετήσιο εισόδημα δεν θα έχουν χαμηλή φυσική δραστηριότητα.
15. Οι συμμετέχοντες με υψηλό ετήσιο εισόδημα δεν θα έχουν υψηλή συχνότητα συμμετοχής σε δράσεις φυσικής δραστηριότητας.
16. Η οικονομική κρίση δεν θα επηρεάσει αρνητικά τη συχνότητα συμμετοχής στις αθλητικές δραστηριότητες επί μισθώσει.
17. Οι συμμετέχοντες με πλήρη ή μερική απασχόληση δεν θα έχουν υψηλή φυσική δραστηριότητα.
18. Οι άνεργοι συμμετέχοντες δεν θα έχουν χαμηλή φυσική δραστηριότητα.
19. Οι συμμετέχοντες με χαμηλή ποιότητα ζωής δεν θα έχουν μικρότερη συχνότητα συμμετοχής στις διάφορες μορφές άσκησης έναντι εκείνων με υψηλή ποιότητα ζωής, πριν την οικονομική κρίση στη χώρα μας.
20. Οι εργαζόμενοι δεν θα έχουν μικρότερη πρόθεση στο να μειώσουν την άθληση επί πληρωμή, σε πιθανή μείωση του ετήσιου εισοδήματός τους, έναντι των ανέργων.
21. Οι συμμετέχοντες με χαμηλή φυσική δραστηριότητα δεν θα έχουν μεγαλύτερη πρόθεση στο να μειώσουν τις δαπάνες για άσκηση σε σχέση με αυτούς με υψηλή φυσική δραστηριότητα.
22. Η έλλειψη χρημάτων και χρόνου δεν θα είναι η κύρια αιτία μείωσης της συχνότητας άθλησης στα κέντρα άθλησης που απαιτούν συνδρομή.
23. Ανεξαρτήτως εργασιακής σχέσης και απασχόλησης, οι συμμετέχοντες δεν θα πιστεύουν ότι θα μειωθεί περαιτέρω το ετήσιο εισόδημά τους το 2011.

Περιορισμοί-οριοθετήσεις

Η έρευνα θα πραγματοποιηθεί στα δύο μεγάλα αστικά κέντρα της χώρας μας, Αθήνα και Θεσ/νίκη όπου είναι συγκεντρωμένο το μεγαλύτερο ποσοστό των πολιτών. Επειδή δεν υπάρχουν ανάλογα δεδομένα από τις επαρχιακές πόλεις της χώρας, τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευθούν με ασφάλεια για όλη την επικράτεια.

Θεωρητικοί & λειτουργικοί ορισμοί

Ποιότητα Ζωής

Το ερευνητικό ενδιαφέρον πάνω στην ποιότητα ζωής κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος στην ερευνητική κοινότητα. Το ενδιαφέρον αυτό δε περιορίζεται μόνο σε υγιείς πληθυσμούς αλλά και σε κλινικούς. Ο ορισμός που δίνει ο Iconomou (2003) είναι ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται στο βαθμό ευεξίας και ικανοποίησης που βιώνει ο ερωτώμενος μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Οι Carr, Gibson και Robinson (2001) έδωσαν τον ορισμό ότι ποιότητα ζωής είναι ένα γενικό πλαίσιο το οποίο αποσαφηνίζεται από το κατά πόσο περιορίζεται η ικανότητα ενός ατόμου να πραγματοποιήσει μια απλή δραστηριότητα εξαιτίας μιας αρρώστιας/ψυχικής βλάβης. Οι Kolotkin, Meter και Williams (2001) υποστηρίζουν ότι ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται στη σωματική/ψυχική υγεία και στην κοινωνικότητα, οι οποίες επηρεάζονται από τις εμπειρίες, πεποιθήσεις, προσδοκίες και στάσεις ζωής. Ο Fayers (2007) στο βιβλίο του ισχυρίζεται ότι δεν υπάρχει κάποιος παγκόσμιος διαπιστευμένος ορισμός της ποιότητας ζωής κάτι το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τους Eiser και Morse (2001) , οι οποίοι υποστηρίζουν ότι ένας ορισμός που είναι σχετικά αποδεκτός είναι αυτός του WHO (World Health Organization), ο οποίος αναφέρει ότι ποιότητα ζωής είναι η κατάσταση της ολοκληρωμένης σωματικής/ψυχικής υγείας και κοινωνικότητας και όχι απαραίτητα η απουσία κάποιας ασθένειας ή δυσλειτουργίας. Οι Eiser και συν. (2001) προσθέτουν ότι ο κάθε άνθρωπος έχει τη δική του οπτική για το τι θεωρείται 'ποιότητα ζωής' και η οποία εξαρτάται από τον παρόντα τρόπο ζωής, τις παλιές εμπειρίες και τα σχέδια/στόχοι για το μέλλον. Ουσιαστικά η ποιότητα ζωής είναι η σφαιρική αποτίμηση της ζωής και περιλαμβάνει ένα γενικό συναίσθημα, θετικό ή αρνητικό, χωρίς να εστιάζει συγκεκριμένα σε ένα ή περισσότερα πεδία.

Φυσική Δραστηριότητα

Στη βελτίωση της ποιότητας ζωής συμβάλει σημαντικά η φυσική δραστηριότητα διότι προάγει τη λειτουργική κατάσταση του ατόμου καθώς και τη ψυχική του υγεία. Οι Pitta και συν. (2006) αναφέρουν ότι φυσική δραστηριότητα θεωρείται κάθε σωματική κίνηση που παράγεται από τους σκελετικούς μύες που έχει ως αποτέλεσμα την κατανάλωση ενέργειας. Έτσι συμπληρώνουν, 'η φυσική δραστηριότητα στην καθημερινότητα θεωρείται το σύνολο των εθελοντικών κινήσεων που παράγονται κατά τη διάρκεια της καθημερινής σωματικής λειτουργικότητας από τους σκελετικούς μύες'. Ο τεχνικός ορισμός των Cavill, Kahlmeier και Racioppi (2006) είναι ότι φυσική δραστηριότητα είναι κάθε δύναμη που προέρχεται από τους σκελετικούς μύες και έχει ως αποτέλεσμα την κατανάλωση ενέργειας πάνω από το επίπεδο ηρεμίας. Προσθέτουν επίσης ότι η φυσική δραστηριότητα είναι μία από τις πιο βασικές ανθρώπινες λειτουργίες και το θεμελιώδες μέσο βελτίωσης της σωματικής και ψυχικής υγείας. Ο ορισμός των Plasqui και Westerterp (2007) συμφωνεί με τους παραπάνω και προσθέτουν ότι το εύρος της κατανάλωσης ενέργειας από οποιαδήποτε σωματική κίνηση εξαρτάται από το σωματικό μέγεθος και τη σωματική σύσταση. Σημειώνουν επίσης ότι η σωματική δραστηριότητα μπορεί να προέλθει είτε λόγω κάποιας αθλητικής δραστηριότητας είτε όχι. Τα αθλήματα είναι συνήθως οργανωμένα με κανόνες και ανταγωνιστικά, με στόχο τη διατήρηση ή βελτίωση της σωματικής κατάστασης. Οι μη αθλητικές δραστηριότητες μπορούν να διαιρεθούν σε διάφορες κατηγορίες όπως α)ελεύθερου χρόνου, β)οικιακές, γ)προσωπικής φροντίδας, δ) μεταφοράς, ε)ενασχόλησης. Τα οφέλη της άσκησης είναι πολλαπλά για τον ανθρώπινο οργανισμό. Μειώνεται ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, μειώνεται η υψηλή αρτηριακή πίεση και προλαμβάνεται η εμφάνιση καρκίνου, σακχαρώδη διαβήτη και οστεοπόρωσης. Πέρα όμως από τα οφέλη και τις αλλαγές στη φυσική κατάσταση, πολλαπλά είναι τα οφέλη και στον ψυχολογικό τομέα. Μειώνεται για παράδειγμα η κατάθλιψη και το ψυχικό στρες ενώ αυξάνεται παράλληλα η αυτοπεποίθηση και η γενικότερη διάθεση.

Οικονομική Κρίση

Γενικότερα δεν υπάρχει κάποιος διαπιστευμένος ορισμός της οικονομικής κρίσης. Η Ambrozy (2010) αναφέρει ότι η παρούσα οικονομική κρίση δεν είναι μια πιστωτικού και οικονομικού χαρακτήρα κρίση αλλά κρίση πολιτισμού. Η άποψή της είναι ότι για να ξεπεραστεί η κρίση θα πρέπει να υπάρξει υπερπαραγωγή, κάτι το οποίο μπορεί να γίνει με παρεμβάσεις οι οποίες δεν προέρχονται απαραίτητα από οικονομικές θεωρίες και την

εφαρμογή τους σε θέματα που άπτονται της οικονομίας. Ο ορισμός που δίνει η Ambrozy (2010) για την οικονομική κρίση είναι ότι είναι μια αρνητική περίοδος ύφεσης στον οικονομικό κύκλο και συμπληρώνει ότι υπάρχουν τρεις θεωρίες για ποιο λόγο δημιουργείται μια οικονομική κρίση.

Η πρώτη θεωρία υποστηρίζει ότι η κυκλική ανάπτυξη δημιουργεί άνισες κατανομές των καινοτομιών που προέρχονται από σημαντικές τεχνολογικές και παραγωγικές αλλαγές σε μια συγκεκριμένη περίοδο. Η δεύτερη θεωρία είναι αυτή της υποκατανάλωσης, η οποία βασίζεται στην ασυμμετρία εισοδήματος και στην απορρέουσα ασυμμετρία επενδύσεων. Η συσσώρευση κεφαλαίου δηλαδή που οδηγεί σε μειωμένη κατανάλωση και η οποία είναι αντιστρόφως ανάλογη με τις επενδύσεις-ανάπτυξη. Η τρίτη θεωρία είναι αυτή των οικονομικών κύκλων, η οποία ισχυρίζεται ότι η προέλευση των οικονομικών κύκλων σχετίζεται με την επέκταση των δανείων, την αλλαγή των οικονομικών ρυθμών (π.χ. ανάπτυξη) και τελικά τη νομισματική επέκταση (Ambrozy, 2010).

Ένας άλλος ορισμός της οικονομικής κρίσης είναι αυτός του Θεοδώρου (2006), ο οποίος αναφέρει ότι είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μία οικονομία χαρακτηρίζεται από μία διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Ο Kotz (2008) ισχυρίζεται ότι η οικονομική κρίση που βιώνουμε ξεκίνησε και αναπτύχθηκε τάχιστα τέλη του καλοκαιριού του 2008 στις Η.Π.Α., συνθλίβοντας το παγκόσμιο χρηματοπιστωτικό σύστημα. Προσθέτει ότι η οικονομική κρίση που βιώνουμε, θα πρέπει να τη δούμε σαν μια προσπάθεια για μεγαλύτερη ανάπτυξη του κεφαλαίου. Είναι δηλαδή μια συστηματική κρίση μιας συγκεκριμένης φόρμας του καπιταλισμού, ονόματι νεοφιλελεύθερος καπιταλισμός (Kotz, 2008). Ο Cline (2002) συμπληρώνει ότι 'η δημόσια πολιτική στις χρηματοπιστωτικές κρίσεις στις αναδύμενες αγορές στηρίζεται στην οικονομική θεωρία ζήτησης δανειστή την ύστατη στιγμή, όταν η χώρα είναι φερέγγυα και στη θεωρία αναγνωρίζει ότι η φημολογούμενη ζημιά είναι η εγγύηση που επιτρέπει τη χορήγηση δανείων χωρίς εμπράγματα εξασφαλίσεις.

II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Ανασκόπηση της έννοιας ‘Ποιότητα Ζωής’

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί η ποιότητα ζωής είναι η αίσθηση-εικόνα που έχει ένα άτομο για τη σωματική/ψυχική υγεία και για την κοινωνικότητά του, μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, μέσα από την ικανότητά του να πραγματοποιήσει μια απλή δραστηριότητα. Είναι δηλαδή μια σφαιρική αποτίμηση ζωής μια δεδομένη χρονική στιγμή, η οποία επηρεάζεται από τις εμπειρίες, πεποιθήσεις, προσδοκίες και στάσεις ζωής του ατόμου.

Πολλά ερωτηματολόγια έχουν κατασκευαστεί με στόχο την αποτύπωση και βαθμονόμηση της ποιότητας ζωής σε κλινικούς και υγιείς πληθυσμούς. Κάποια από τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιούνται σε υγιείς πληθυσμούς είναι το MOS 36- Item Short form Health Survey (SF-36), το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί και στην παρούσα έρευνα, το QLQ Questionnaire και το WHOQOL-BREF Questionnaire, το οποίο είναι αποτέλεσμα διεθνούς συνεργασίας για την ποιότητα ζωής μέσω της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας. Η ανεπτυγμένη μορφή του ερωτηματολογίου αυτού είναι το WHOQOL-100 Questionnaire. Κάποια από τα ερωτηματολόγια που ερευνούν την ποιότητα ζωής στα παιδιά είναι το C-HAQ Questionnaire και το TACQOL Questionnaire.

Στους κλινικούς πληθυσμούς, μέσω της βιβλιογραφίας, διακρίνεται μεγαλύτερη εξειδίκευση των ερωτηματολογίων ανάλογα με την ασθένεια. Το UFS-QOL Questionnaire ερευνά την ποιότητα ζωής σε άτομα που πάσχουν από λειομτώματα της μήτρας. Το DASH Questionnaire ερευνά την ποιότητα ζωής μέσω ερωτήσεων για τα συμπτώματα που παρουσιάζουν οι ασθενείς καθώς και για την ικανότητα που έχουν να πραγματοποιήσουν συγκεκριμένες δραστηριότητες. Άλλα ερωτηματολόγια για κλινικούς πληθυσμούς είναι το Asthma Quality of Life Questionnaire που απευθύνεται σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια άσθμα καθώς και το OAB Questionnaire που αξιολογεί την επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από υπερδραστήρια ουροδόχο κύστη. Τέλος, υπάρχει μέχρι και ειδικά κατασκευασμένο ερωτηματολόγιο που ερευνά την ποιότητα ζωής

των ατόμων με προχωρημένες ασθένειες λίγο πριν το τέλος της ζωής τους (McGill Quality of life Questionnaire).

Ανάλυση του ερωτηματολογίου SF-36

Το SF-36 είναι ένα γενικής φύσεως ερωτηματολόγιο μέτρησης του επιπέδου υγείας και της γενικότερης ποιότητας ζωής. Περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις οι οποίες χωρίζονται σε 8 κατηγορίες. Οι 8 αυτές κατηγορίες ομαδοποιούνται σε δύο άλλες μεγαλύτερες. Οι 8 επιμέρους κατηγορίες είναι α)σωματική λειτουργία, β)σωματικός ρόλος, γ)σωματικός πόνος, δ) γενική υγεία, ε)ζωτικότητα, στ) κοινωνική λειτουργία, η) συναισθηματικός ρόλος, θ) νοητική υγεία. Οι τέσσερις πρώτες κατηγορίες αποτελούν τον παράγοντα Σωματική Υγεία ενώ οι άλλες τέσσερις τον παράγοντα της Ψυχικής Υγείας (Ware et al., 1998). Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου είναι διαβαθμισμένες σύμφωνα με τη 5-βάθμια κλίμακα Likert και το εύρος της συνολικής βαθμολογίας κυμαίνεται από 0-100, με το 100 να αντιπροσωπεύει την ιδανική υγεία.

Έρευνες σχετικές με την ποιότητα ζωής και τη φυσική δραστηριότητα

Μία από τις έρευνες που χρησιμοποίησε το ερωτηματολόγιο SF-36 και ασχολήθηκε με την ποιότητα ζωής και τη φυσική δραστηριότητα ήταν αυτή των Durmaz Eyigor και Karapolat (2007) , σκοπός της οποίας ήταν να αποσαφηνιστεί η επίδραση ενός ομαδικού προγράμματος γυμναστικής στη σωματική απόδοση, στη μυϊκή δύναμη και στην ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένες γυναίκες. Τριαντατρείς γυναίκες άνω των 65 ετών προσφέρθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, εκ των οποίων 20 από αυτές κατάφεραν να ολοκληρώσουν τη διαδικασία. Το πρόγραμμα παρέμβασης διήρκεσε 8 εβδομάδες και είχε ως στόχο να αυξήσει τη μυϊκή δύναμη και να βελτιώσει τη σωματική απόδοση και αντοχή. Το πρόγραμμα ήταν μέτριας έντασης και διεξαγόταν τρεις φορές την εβδομάδα, από μία ώρα, σε κλινική αποκατάστασης και περιελάμβανε 10 λεπτά περπάτημα, 40 λεπτά ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης, ισορροπίας και ευλυγισίας και 10 λεπτά αποκατάσταση-χαλάρωμα.

Η αξιολόγηση χωρίστηκε σε δύο μέρη. Σε αξιολόγηση πριν από το πρόγραμμα παρέμβασης και μετά το πρόγραμμα παρέμβασης, η οποία περιελάμβανε συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SF-36 καθώς και πραγματοποίηση κάποιων τεστ φυσικής απόδοσης όπως χρονομέτρηση 20 μέτρων περπατήματος, χρονομέτρηση ανεβοκατεβάσματος σκάλας και χρονομέτρηση 6 λεπτών περπατήματος. Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές

διαφορές βελτίωσης μετά την παρεμβατική περίοδο. Συγκεκριμένα οι γυναίκες βελτίωσαν αισθητά τους χρόνους εκτέλεσης στις δοκιμασίες φυσικής δραστηριότητας, αύξησαν τη δύναμή τους και σημείωσαν καλύτερα ποσοστά στο ερωτηματολόγιο SF-36. Οι Durmaz και συν. (2007) προσθέτουν ότι παράλληλα βελτιώθηκε η εκτέλεση δραστηριοτήτων των γυναικών μέσα στην καθημερινότητα, τους δημιουργήθηκε το αίσθημα ότι είναι πιο ενεργές και ότι έχουν πλέον καλύτερη φυσική κατάσταση. Έτσι, δημιουργήθηκε το κίνητρο στις γυναίκες της τρίτης ηλικίας να συνεχίσουν τη συστηματική γυμναστική.

Σε μία άλλη έρευνα που έγινε στην τρίτη ηλικία αλλά με δείγμα αυτή τη φορά άντρες, ήταν αυτή των Amodeu, Garcia, Mello, Moreira και Santos (2005). Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να εξετάσει τα αποτελέσματα της προπόνησης αντοχής σε άνδρες τρίτης ηλικίας πάνω στην κατάθλιψη, στο άγχος και στην ποιότητα ζωής. Το δείγμα της έρευνας ήταν 46 παχύσαρκοι άντρες ηλικίας 60 έως 75 ετών, οι οποίοι προσφέρθηκαν να συμμετάσχουν εθελοντικά. Τα 46 άτομα χωρίστηκαν ισόποσα σε δυο ομάδες. Στην ομάδα ελέγχου και στην πειραματική ομάδα. Η πειραματική ομάδα ακολούθησε για έξι μήνες, με τρεις φορές την εβδομάδα επί 20 λεπτά, ένα αερόβιο πρόγραμμα εκγύμνασης σε κυκλοεργόμετρο. Στην αρχή της έρευνας ζητήθηκε και από τα 46 άτομα να συμπληρώσουν 3 ερωτηματολόγια. Η συμπλήρωση επαναλήφθηκε και μετά το τέλος του παρεμβατικού προγράμματος των 6 μηνών. Για την αξιολόγηση της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε το GDS (Geriatric Depression Scale), για το άγχος το ερωτηματολόγιο STAI (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory) και για την ποιότητα ζωής το SF-36 (Generic Questionnaire for Evaluation of Quality of Life).

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι βελτιώθηκε σημαντικά το αίσθημα ποιότητας ζωής στην πειραματική ομάδα, ενώ παράλληλα μειώθηκε ο δείκτης κατάθλιψης και άγχους. Η ομάδα ελέγχου παρέμεινε στα αρχικά επίπεδα αξιολόγησης χωρίς να σημειώσει κάποια ιδιαίτερη μεταβολή. Καταλαβαίνουμε λοιπόν την άρρηκτη θετική συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και φυσικής άσκησης μέσω ενός προγράμματος αερόβιας αντοχής. Οι Amodeu και συν. (2005), αναφέρουν ότι η αερόβια προπόνηση αντοχής προλαμβάνει την κατάθλιψη και το κατασταλτικό άγχος στην τρίτη ηλικία βελτιώνοντας παράλληλα την ποιότητα ζωής. Προσθέτουν ακόμα ότι βοηθά ή αντικαθιστά φαρμακευτικές και ψυχιατρικές θεραπείες.

Ποιά όμως θα πρέπει να είναι η ένταση της αερόβιας προπόνησης έτσι ώστε να επιτευχθούν τα μέγιστα αποτελέσματα βελτίωσης στην ποιότητα ζωής των ασκούμενων; Την απάντηση στο ερώτημα αυτό προσπάθησαν να δώσουν οι Blair, Church, Earnest Martin και Thompson (2009). Ο σκοπός της έρευνάς τους ήταν να εξετάσει τις αλλαγές

στην ποιότητα ζωής μέσω διαφορετικών εντάσεων άσκησης. Οι μελετητές υπέθεσαν ότι η μεσαία έντασης άσκηση θα βελτίωνε σημαντικά την ποιότητα ζωής. Το δείγμα της έρευνας ήταν 430 υπέρβαρες ή παχύσαρκες μεταεμμηνοπαυσιακές γυναίκες, ηλικίας 45-75 ετών, που ακολουθούσαν καθιστική ζωή. Το δείγμα χωρίστηκε σε τέσσερις ομάδες. Μία ομάδα ελέγχου και τρεις με αυξανόμενη ενεργειακή δαπάνη. Οι αλλαγές στην ποιότητα ζωής ελέγχθησαν με το ερωτηματολόγιο SF-36.

Τα αποτελέσματα των Blair και συν. (2009) έδειξαν ότι η τέταρτη ομάδα, με τη μεγαλύτερη ενεργειακή δαπάνη, είχε τη μεγαλύτερη μεταβολή στην πρόβλεψη της μέγιστης αερόβιας ικανότητας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ακολούθησε η τρίτη ομάδα, μετά η δεύτερη και τέλος η ομάδα ελέγχου. Τα συμπεράσματα που εξήγαγαν οι Blair και συν. (2009) ήταν: α) ότι η βελτίωση της ποιότητας ζωής εξαρτάται από το επίπεδο έντασης της φυσικής δραστηριότητας και συγκεκριμένα όσο πιο υψηλό το επίπεδο έντασης τόσο μεγαλύτερη η βελτίωση της ποιότητας ζωής και β) ότι η ποιότητα ζωής δεν είχε κάποια συσχέτιση με την απώλεια σωματικού βάρους.

Τα συμπεράσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τις απόψεις των Evangelidou, Gillison, Skevington και Standage, (2009) και Gillison, Skevington και Standage, (2006), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η μεγαλύτερη βελτίωση στην ποιότητα ζωής επιτυγχάνεται με την ήπιας έντασης άσκηση και ότι υπάρχει υψηλή συσχέτιση σωματικού βάρους και ποιότητας ζωής. Αναλυτικότερα, η έρευνα των Evangelidou και συν. (2009) ήταν μια μετα-ανάλυση σε άλλες έρευνες, που είχε ως στόχο να εξετάσει την επίδραση της άσκησης στην ποιότητα ζωής σε ασθενείς και μη πληθυσμούς.

Η μετα-ανάλυση περιελάμβανε 54 έρευνες, στις οποίες συμμετείχαν συνολικά 7937 άνθρωποι, οι οποίοι ακολούθησαν πρόγραμμα παρέμβασης από 1 έως 26 μήνες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παρεμβατικά προγράμματα που διήρκεσαν 3 έως 6 μήνες έφεραν μικρή σε αριθμούς αλλά μεγάλη σε σημαντικότητα βελτίωση της ποιότητας ζωής, σε υγιή άτομα και σε άτομα που βρίσκονταν σε φάση αποκατάστασης από κάποιο πρόβλημα υγείας. Στα άτομα με χρόνιες παθήσεις που ακολούθησαν τα παρεμβατικά προγράμματα με στόχο τη θεραπεία ή τη διαχείριση των προβλημάτων αυτών, υπήρξε ελάχιστη μεταβολή στην ποιότητα ζωής. Η ήπιας έντασης άσκηση έφερε σημαντικά υψηλότερη βελτίωση στον ψυχολογικό τομέα της ποιότητας ζωής εν συγκρίσει με τη μέτριας έντασης άσκησης. Ωστόσο, το αντίθετο ίσχυσε στον τομέα του σωματικού επιπέδου. Η μέτριας έντασης άσκηση σημείωσε καλύτερα αποτελέσματα στον τομέα του σωματικού επιπέδου σε σχέση με την ήπιας έντασης άσκησης. Η συνολική ποιότητα ζωής αναφέρουν οι Evangelidou και συν.(2009) βελτιώθηκε περισσότερο στην ήπιας έντασης

άσκηση παρά στην μέτριας άσκησης. Στα άτομα που έπασχαν από κάποια ασθένεια αν και δε μεταβλήθηκε η συνολική ποιότητα ζωής, μειώθηκε σημαντικά το ποσοστό του ψυχολογικού τομέα.

Έρευνες σχετικές με την ποιότητα ζωής και το σωματικό βάρος

Στο ερευνητικό κομμάτι ποιότητα ζωής και σωματικό βάρος οι Martin και συν. (2009) ,όπως έχω σημειώσει παραπάνω, ανέφεραν ότι η ποιότητα ζωής δεν είχε κάποια συσχέτιση με την απώλεια σωματικού βάρους. Τα αποτελέσματα ωστόσο της έρευνας των Gillison και συν. (2006) έδειξαν κάτι διαφορετικό. Στην έρευνα συμμετείχαν 580 μαθητές από σχολεία, στους οποίους μετρήθηκε το σωματικό βάρος, το σωματικό ύψος και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI). Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να εκτιμήσει την επικράτηση των εξωτερικών στόχων άσκησης και να εξετάσει ένα μοντέλο ψυχολογικών μεθόδων συνδεδεμένων με την αυτοαποφασιστικότητα, σε συσχέτιση με την άσκηση αναψυχής και την ποιότητα ζωής. Έτσι, δόθηκαν ερωτηματολόγια στους μαθητές τα οποία εξέταζαν: α) το πώς αξιολογούν το βάρος τους, β) το πώς το περιβάλλον τους αξιολογεί το βάρος τους, γ) το βαθμό στον οποίο ένα άτομο αγχώνεται όταν θεωρεί ότι η φυσική του κατάσταση αξιολογείται αρνητικά από άλλους SPA (Social Physique Anxiety), δ) το περιεχόμενο του στόχου της άσκησης και ε) τα κίνητρα της άσκησης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αδύνατοι μαθητές είχαν υψηλότερο δείκτη κοινωνικοσωματικής ανησυχίας SPA και σημαντικά υψηλότερο δείκτη ποιότητας ζωής εν συγκρίσει με τους παχύσαρκους. Επίσης, οι αδύνατοι μαθητές είχαν υψηλότερο δείκτη αυτοαποφασιστικότητας και επίδρασης από εξωτερικούς παράγοντες.

Μια άλλη έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. και ασχολήθηκε με το σωματικό βάρος, τη φυσική δραστηριότητα και την ποιότητα ζωής ήταν αυτή των Amonkar, Hassan και Madhavan (2003). Στην έρευνα αυτή χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο BRSS (Behavioral Risk Factor Surveillance Survey) το οποίο απαντήθηκε τηλεφωνικώς από 182.372 άτομα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 43,7% των ερωτηθέντων δεν ήταν υπέρβαροι ($BMI < 24,9 \text{ kg/m}^2$), το 35,9% ήταν υπέρβαροι ($BMI = 25-29,9 \text{ kg/m}^2$), το 13,8% ήταν παχύσαρκοι ($BMI = 30-34 \text{ kg/m}^2$) και το 6,6% ήταν υπερβολικά παχύσαρκοι ($BMI > 35 \text{ kg/m}^2$). Το 22% ανέφερε ότι έχει άριστο επίπεδο υγείας και το 33,1% ανέφερε ότι έχει πολύ καλό επίπεδο. Το 54,9% των ερωτηθέντων προσπάθησαν να μειώσουν το σωματικό τους βάρος μέσω της διατροφής, το 6,2% μέσω της άσκησης και το 17,2% μέσω της διατροφής και της άσκησης.

Η έρευνα έδειξε ότι τα αποτελέσματα στις τρεις κατηγορίες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής μειώνονταν καθώς αύξανε το BMI. Στην κατηγορία παχυσαρκία και ψυχική υγεία οι ερωτηθέντες που ακολουθούσαν κάποιο διατροφικό πρόγραμμα ή πρόγραμμα άσκησης παρουσίασαν μικρότερη πιθανότητα κατά 32% να βιώσουν περισσότερες από 14 μέρες κακής υγείας εν συγκρίσει με αυτούς που δεν ακολουθούσαν κανένα πρόγραμμα. Αντίστοιχα στην κατηγορία της ψυχικής υγείας οι ερωτηθέντες που ακολουθούσαν κάποιο πρόγραμμα άσκησης ή διατροφής παρουσίασαν μικρότερη πιθανότητα κατά 13% να βιώσουν περισσότερες από 14 μέρες κακής ψυχικής υγείας σε σχέση με αυτούς που δεν ακολουθούσαν κάποιο πρόγραμμα. Τέλος, οι Amonkar και συν. (2003) αναφέρουν ότι στους περιορισμούς δραστηριοτήτων λόγω παχυσαρκίας η πιθανότητα να βιώσουν περισσότερες από 14 μέρες κακής υγείας λόγω αυτών των περιορισμών ήταν κατά 73% μεγαλύτερη στους υπερβολικά παχύσαρκους και 22% μεγαλύτερη στους παχύσαρκους ερωτηθέντες εν συγκρίσει με τους μη υπέρβαρους. Οι ερωτηθέντες που ακολουθούσαν κάποιο πρόγραμμα διατροφής και άσκησης παρουσίασαν κατά 25% μικρότερη πιθανότητα να βιώσουν περισσότερες από 14 μέρες κακής υγείας. Αντίθετα, οι υπερβολικά παχύσαρκοι και οι παχύσαρκοι ήταν πιθανότερο να βιώσουν περισσότερες από 14 μέρες κακής υγείας όσον αφορά τη σωματική και ψυχική υγεία. Μας δείχνει δηλαδή η έρευνα την αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ BMI και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και τη θετική συσχέτιση της άσκησης και της διατροφής με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Έρευνες σχετικές με την ποιότητα ζωής και άλλες ανθρώπινες παραμέτρους

Μια έρευνα που ήλεγξε τις διατροφικές συνήθειες, τη συχνότητα της άσκησης, τη δέσμευση στην άσκηση, τα κίνητρα για άσκηση, την ποιότητα ζωής και τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά ήταν αυτή των Beumont, Hay, Mond, Owen και Rodgers (2004). Η έρευνα διεξήχθη στην Αυστραλία και έλαβαν μέρος 400 γυναίκες ηλικίας 18-45 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η καταναγκαστική γυμναστική και η γυμναστική για λόγους εμφάνισης και μείωσης του σωματικού λίπους είχαν σχέση με υψηλά επίπεδα διαταραχής των διατροφικών συνηθειών και με μειωμένη ποιότητα ζωής. Επίσης, δεν υπήρχε κάποια συσχέτιση μεταξύ της συμπεριφοράς στην άσκηση και της ποιότητας ζωής μετά από ομαλοποίηση των διατροφικών συνηθειών. Οι Beumont και συν. (2004) συνεχίζοντας, προσθέτουν ότι τα ψυχοπαθολογικά επίπεδα από τη διαταραχή των διατροφικών συνηθειών δεν αυξήθηκαν στις γυναίκες που γυμνάζονταν συχνά, ακόμα και σε πολύ υψηλά επίπεδα. Το ενοχικό αίσθημα μετά από απουσία σε

πρόγραμμα γυμναστικής και η γυμναστική που είχε ως πρωταρχικό σκοπό την εμφάνιση, ήταν οι κύριοι παράγοντες πρόβλεψης διατροφικών διαταραχών και μειωμένης ποιότητας ζωής. Έτσι, αναφέρουν οι Beumont και συν.(2004) τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η άσκηση είναι υπερβολική όταν η αναβολή της συνδέεται με αίσθημα ενοχής ή με την εξωτερική εμφάνιση.

Φεύγοντας από τους υγιείς πληθυσμούς και εξετάζοντας γυναίκες ασθενείς με καρκίνο του μαστού, θα συναντήσουμε την έρευνα των McDaniel και συν.(2001), σκοπός της οποίας ήταν να εξετάσει την επίδραση ενός παρεμβατικού αερόβιου προγράμματος μέτριας έντασης πάνω στην κούραση, στη φυσική απόδοση, στη συναισθηματική διαταραχή και στην ποιότητα ζωής. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 48 γυναίκες ηλικίας 28 έως 75 ετών. Πριν ακολουθήσουν αγωγή χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας αξιολογήθηκε το επίπεδο κόπωσης, η φυσική απόδοση, η συναισθηματική διαταραχή και η ποιότητα ζωής. Εν συνεχεία το δείγμα χωρίστηκε σε ομάδα ελέγχου και πειραματική ομάδα και επαναξιολογήθηκαν οι παραπάνω παράμετροι με το πέρας της θεραπείας. Στην πειραματική ομάδα το παρεμβατικό πρόγραμμα διήρκεσε 6 εβδομάδες για όσες γυναίκες ακολούθησαν ακτινοθεραπεία και 4 έως 6 μήνες για αυτές που ακολούθησαν χημειοθεραπεία. Το προπονητικό ερέθισμα ξεκίνησε από 10 έως 15 λεπτά ημερησίως και έφτασε μέχρι τα 30 λεπτά για 5 έως 6 φορές την εβδομάδα.

Τα αποτελέσματα των McDaniel και συν.(2001) έδειξαν ότι οι γυναίκες της ομάδας ελέγχου παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα φυσικής απόδοσης, υψηλότερα επίπεδα διαταραχής διάθεσης και υψηλότερα επίπεδα κόπωσης εν συγκρίσει με την πειραματική ομάδα. Επίσης, με το πέρας της θεραπείας η σωματική απόδοση της ομάδα ελέγχου μειώθηκε κατά 48%, ενώ της πειραματικής ομάδας μόνο κατά 16%. Ο συναισθηματικός τομέας αυξήθηκε ελάχιστα και στις δύο ομάδες ενώ ο κοινωνικός τομέας αυξήθηκε ελάχιστα για την πειραματική ομάδα και μειώθηκε για την ομάδα ελέγχου. Συνολικά η έρευνα έδειξε ότι η μέσω του παρεμβατικού προγράμματος μειώθηκε το επίπεδο κόπωσης και οι συναισθηματικές διαταραχές, ενώ παράλληλα βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής και η σωματική απόδοση.

Είναι σαφές λοιπόν το επίπεδο σημαντικότητας της φυσικής δραστηριότητας και της βελτίωσης που επιφέρει αυτή στη συνολική ποιότητα ζωής. Μέσω των παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης βελτιώθηκε η εκτέλεση δραστηριοτήτων των συμμετεχόντων μέσα στην καθημερινότητά τους, τους δημιουργήθηκε το αίσθημα ότι είναι πιο ενεργά άτομα και ότι έχουν καλύτερη φυσική κατάσταση. Επίσης, τους δημιουργήθηκε το κίνητρο για συνέχιση της συστηματικής άσκησης. Οι έρευνες έδειξαν επίσης ότι μειώθηκε

ο δείκτης κατάθλιψης και άγχους των συμμετεχόντων στις έρευνες, ότι οι ομάδες ελέγχου δεν είχαν κάποια μεταβολή στην ποιότητα ζωής και ότι η άσκηση μπορεί να βοηθήσει φαρμακευτικές και ψυχιατρικές θεραπείες.

Αερόβια προγράμματα άσκησης και μεικτά προγράμματα άσκησης βελτιώνουν την ποιότητα ζωής. Ωστόσο, υπάρχει διχογνωμία μεταξύ των ερευνητών όσον αφορά το ιδανικό επίπεδο έντασης για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Από τη μια πλευρά υπάρχει η άποψη όσο μεγαλύτερη η ένταση της άσκησης τόσο μεγαλύτερη η βελτίωση στην ποιότητα ζωής και από την άλλη πλευρά η άποψη ότι η ήπιας έντασης άσκηση έχει καλύτερα αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι η ήπιας έντασης άσκηση έφερε σημαντικά υψηλότερη βελτίωση στον ψυχολογικό τομέα της ποιότητας ζωής εν συγκρίσει με τη μέτριας έντασης άσκηση, ενώ το αντίθετο συνέβη στον τομέα του σωματικού επιπέδου. Επιπρόσθετα υπάρχει αντιπαράθεση απόψεων για τη συσχέτιση δείκτη μάζας σώματος και ποιότητας ζωής.

Ένα άλλο από τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας είναι ότι μέσω των παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης μειώθηκε στους κλινικούς πληθυσμούς το επίπεδο κόπωσης και οι συναισθηματικές διαταραχές, ενώ παράλληλα βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής και η σωματική απόδοση. Τέλος, να σημειωθεί ότι η καταναγκαστική γυμναστική και η γυμναστική για λόγους εμφάνισης και μείωσης του σωματικού λίπους είχαν σχέση με υψηλά επίπεδα διαταραχής των διατροφικών συνηθειών καθώς και με μειωμένη ποιότητα ζωής.

Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου SF-36

Το SF-36 έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε πάρα πολλές έρευνες σε όλο τον κόσμο και θεωρείται ένα από τα πιο αξιόπιστα και έγκυρα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής. Κάποιες από τις έρευνες που ασχολήθηκαν με την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου είναι οι παρακάτω.

Οι Gandek, Hays, Mangione, Metzger και Sorkin (2008) στην έρευνά τους αρχικά σύγκριναν τα αποτελέσματα από τη βιετναμέζικη έκδοσή τους με εκείνα παλαιότερων ερευνών που χρησιμοποίησαν την αγγλική έκδοση και διεξήχθησαν στις Η.Π.Α. Στη συνέχεια διεξήγαγαν αναλύσεις για κάθε ένα από τα οκτώ κομμάτια του SF-36 για να γίνει αξιολόγηση των κομματιών για το αν πληρούν τις υποθέσεις βαθμολόγησης σαν απλές αθροιστικές κλίμακες. Η ανάλυση των δεδομένων διεξήχθη από τα στατιστικά προγράμματα SPSS 13.0 και AMOS 5.0. Τα αποτελέσματα των Gandek και συν. (2008) έδειξαν ότι στις κατηγορίες σωματική λειτουργία, κοινωνική λειτουργία, πνευματική υγεία

και σωματικός ρόλος τα δεδομένα συνέπλεαν με εκείνα των ερευνών που διεξήχθησαν σε μεγάλους πληθυσμούς των Η.Π.Α και της δυτικής Ευρώπης. Στις άλλες τέσσερις κατηγορίες του SF-36 τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλίμακα του σωματικού πόνου είχε μεγαλύτερη επίδραση στη ψυχική υγεία παρά στη σωματική συγκριτικά με τους δυτικούς πληθυσμούς. Ο συναισθηματικός ρόλος αντιθέτως είχε μεγαλύτερη επίδραση στη σωματική υγεία παρά στη ψυχική. Τέλος, οι Gandek και συν. (2008) αναφέρουν ότι τα κομμάτια της ζωτικότητας και της γενικής υγείας είχαν μεγαλύτερη επίδραση-επιρροή στη ψυχική υγεία και όχι και στις δυο παράλληλα σωματική/ψυχική βάσει των αποτελεσμάτων στους δυτικούς πληθυσμούς.

Στην έρευνα των Seney και Steffen (2008), η εσωτερική εγκυρότητα και η test-retest αξιοπιστία ελέγχθηκαν από το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 15.0 και υπολογίστηκαν χρησιμοποιώντας το κριτήριο Cronbach Alpha. Οι Seney και συν.(2008) έθεσαν ως όριο για να θεωρηθούν αξιόπιστα τα αποτελέσματα το $\geq 0,7$. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και τα 8 κομμάτια του SF-36 είχαν συντελεστή Cronbach Alpha $\geq 0,7$. Η κοινωνική λειτουργία είχε τα χαμηλότερα αποτελέσματα εσωτερικής εγκυρότητας κάτι το οποίο αναφέρουν οι Seney και συν.(2008) συμπίπτει με αποτελέσματα παλαιότερων ερευνών.

Οι Andresen, Curnay, Froehlich-Grobe και White (2008), αναφέρουν ότι το SF-36 είναι ένα αξιόπιστο και με υψηλή εσωτερική εγκυρότητα όργανο. Η εσωτερική εγκυρότητα κυμάνθηκε στην έρευνά τους από 0,76-0,94 και η αξιοπιστία από 0,88-0,94 βάσει του συντελεστή Cronbach. Ωστόσο όμως υποστηρίζουν ότι το SF-36 δίνει περιορισμένη εικόνα της γενικής ποιότητας ζωής για άτομα με δυσλειτουργίες. Σε αυτό το συμπέρασμα συμφωνούν και οι Hagell, Hobart και Tornqvist (2008), οι οποίοι στην έρευνά τους σημειώνουν ότι οι δύο γενικές κατηγορίες του SF-36 για άτομα που πάσχουν από τη νόσο Parkinson δεν είναι αξιόπιστοι δείκτες της σωματικής και ψυχικής υγείας. Αναλυτικότερα η αξιοπιστία μέσω του test-retest ήταν γενικότερα καλή με συντελεστή Cronbach $\geq 0,74$. Οι Hagell και συν. (2008) προσθέτουν ότι η factor analysis δεν είχε αποτέλεσμα στην ομαδοποίηση των 8 κατηγοριών στις δύο μεγάλες υποομάδες. Έτσι όλα τα κομμάτια ομαδοποιήθηκαν σαν ξεχωριστές μεταβλητές. Όταν τα δεδομένα ξανααναλύθηκαν και εντάχθηκαν στις ομάδες της Ψυχικής και Σωματικής Υγείας οι συσχετίσεις ήταν διαφορετικές σε σύγκριση με τους υπόλοιπους πληθυσμούς που έχουν λάβει μέρος σε παρόμοιες έρευνες.

Στην έρευνα των McDonald, McGillivray, Seiler και Soohoo (2002), εξετάστηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου DASH συσχετιζόμενη με εκείνη του SF-36. Το δείγμα της έρευνας ήταν 90 άτομα με ειδικές ανάγκες, με δυσπλασίες και προβλήματα στον άνω

κορμό. Τα δύο ερωτηματολόγια έδειξαν υψηλές συσχετίσεις κατά Pearson $r=.36$ έως $r=.62$, με το SF-36 να έχει υψηλότερα ceiling και floor effects. Οι McDonald και συν. (2002) προσθέτουν ότι τα γενικής φύσης ερωτηματολόγια όπως το SF-36 είναι λιγότερο ευαίσθητα στους κλινικούς πληθυσμούς με ανατομικά ή μη προβλήματα.

Μια άλλη έρευνα που έγινε σε κλινικούς πληθυσμούς ήταν αυτή των Leese et al.(2008). Σκοπός της έρευνας ήταν να επιβεβαιώσει την αξιοπιστία του SF-36 και των υποενοτήτων του σε άτομα που έπασχαν από σχιζοφρένεια. Επίσης να συγκρίνει με τη βοήθεια των δεικτών Cronbach α και Tarkkonen την αξιοπιστία των συνολικών σκορ της σωματικής και ψυχικής υγείας μέσω δυο διαφορετικών factor analysis. Το δείγμα της έρευνας χωρίστηκε σε τρεις ομάδες. Οι δύο ομάδες προήλθαν με τυχαία επιλογή από τέσσερις ευρωπαϊκές πόλεις και η τρίτη από ένα ίδρυμα ερευνών της Ολλανδίας. Τα αποτελέσματα των Leese και συν. (2008) έδειξαν ότι υπήρξαν διαφορές στη ψυχική υγεία μεταξύ των ομαδοποιημένων δεδομένων ανά πόλη. Συνολικά 8 συντελεστές Cronbach α ήταν ελάχιστα κάτω από το όριο του 0,7 ($>0,65$). Μόνο τρεις συντελεστές ήταν $<0,65$. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι τα τρία αυτά χαμηλά αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται στην ασυνέπεια που επέδειξαν κάποιοι από τους ασθενείς κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Υψηλή συσχέτιση υπήρξε μεταξύ του σωματικού ρόλου και του συναισθηματικού ρόλου καθώς και μεταξύ της πνευματικής υγείας, της ζωτικότητας και της γενικής υγείας. Η γενική αξιοπιστία αναφέρουν οι Leese και συν. (2008) ήταν $>0,7$ με την αξιοπιστία της υποομάδας της ψυχικής υγείας να είναι $>0,8$.

Φεύγοντας από τους κλινικούς πληθυσμούς και πηγαίνοντας σε υγιείς οι Guo, Liu, Qu και Sun (2009), εξέτασαν την εγκυρότητα και αξιοπιστία του SF-36 σε 1200 οικοδόμους εσωτερικούς μετανάστες, της Κίνας. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής Cronbach α θέτοντας ως όριο αξιοπιστίας $\geq 0,7$. Επίσης οι τιμές των αποτελεσμάτων στις 8 υποενοότητες χωρίστηκαν στη μέση και ελέγχθηκε μέσω των συγκρίσεων των δύο μισών η εσωτερική σταθερότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συντελεστής Cronbach α για όλο το ερωτηματολόγιο ήταν 0,821 ενώ για κάθε μια από τις 8 ομάδες του SF-36 ο συντελεστής ήταν μεγαλύτερος του 0,7. Με τη μέθοδο ελέγχου της αξιοπιστίας της εσωτερικής σταθερότητας και συγκεκριμένα μέσω της σύγκρισης των συντελεστών συσχέτισης των δύο μισών, κάθε μιας από τις 8 ομάδες του SF-36, αποδείχθηκε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν σταθερό με επίδοση 0,798 κατά Cronbach α . Οι Guo και συν. (2009) μια εβδομάδα μετά την πρώτη συμπλήρωση επανέλαβαν τη διαδικασία με σκοπό να αξιολογηθεί η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου μέσω της μεθόδου test-retest. Η επανάληψη έδειξε συντελεστή Cronbach α και για τα 8 κομμάτια

>0,7 και οι Guo και συν. (2009) σημειώνουν ότι το SF-36 είχε υψηλή αξιοπιστία στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής σε υγιή άτομα.

Μια άλλη έρευνα που εξετάστηκε η αξιοπιστία και εγκυρότητα του SF-36 σε υγιή πληθυσμό ήταν αυτή των Lim, Seubsman και Sleigh, (2008). Συμμετείχαν 1388 φοιτητές της Ταϊλάνδης ,οι οποίοι συμπλήρωσαν το μεταφρασμένο SF-36. Τα αποτελέσματα τη έρευνας έδειξαν ότι στις 6 από τις 8 κατηγορίες του ερωτηματολογίου η αξιοπιστία ξεπέρασε το όριο του 0,70 κατά Cronbach. Η αξιοπιστία για την κοινωνική λειτουργία ήταν χαμηλή στο 0,55 ενώ η ζωτικότητα ήταν ελάχιστα κάτω από το όριο στο 0,68. Οι Lim και συν. (2008) αναφέρουν ότι υψηλά ceiling και floor effect βρέθηκαν στο κομμάτι της σωματικής λειτουργίας ίσως λόγω προβλημάτων μετάφρασης.

Εγκυρότητα του ερωτηματολογίου SF-36

Μια από τις έρευνες που εξέτασαν την εγκυρότητα του ερωτηματολογίου SF-36 ήταν αυτή των Motamed, Sadeghi-Hassanabadi και Zare, (2005). Η έρευνα διεξήχθη στην ιατρική σχολή Shiraz του Ιράν. Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στα περσικά και μοιράστηκε στους υπαλλήλους της σχολής. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συνολικός συντελεστής Cronbach α και για τις 8 ομάδες του SF-36 ήταν 0,87. Η εγκυρότητα του SF-36 ήταν σημαντική. Οι Motamed και συν. (2005) αναφέρουν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν πιο αξιόπιστο για τη σωματική υγεία απ'ότι για τη ψυχική. Επίσης η εγκυρότητα για τη ψυχική υγεία ήταν σημαντικά διαφορετική μεταξύ των φύλων αλλά όχι μεταξύ των ηλικιών. Οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερα σκορ απ'ότι οι άντρες στους σωματικούς και συναισθηματικούς περιορισμούς λόγω προβλημάτων ($P < 0,005$). Επίσης υπήρξε σημαντική γραμμική σχέση μεταξύ των χρόνων γάμου και της σωματικής υγείας με συντελεστή συσχέτισης κατά Spearman 0,25. Όσο πιο πολλά τα χρόνια γάμου τόσο πιο μικρά τα σκορ για τη σωματική λειτουργία και τη σωματική υγεία. Οι Motamed και συν. (2005) θεωρούν το SF-36 έγκυρο όργανο για αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ευρύτερους πληθυσμούς υποστηρίζοντας ότι κάποια κομμάτια της ψυχικής υγείας χρειάζονται επανεξέταση.

Φεύγοντας από το Ιράν και πηγαίνοντας στην Κίνα, οι Koh et al. (2006) θεωρούν ότι το SF-36 είναι ένα έγκυρο όργανο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Η έρευνα διεξήχθη σε άτομα που έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα. Οι δύο υποομάδες του SF-36 με τις καλύτερες ψυχομετρικές ιδιότητες ήταν η σωματική λειτουργία και ο σωματικός πόνος, οι οποίες είχαν υψηλή συσχέτιση με το κινέζικο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης υγείας C-HAQ. Οι Koh και συν. (2006) αναφέρουν επίσης ότι η εκτίμηση της επίδρασης

της νόσου του κάθε ασθενή συσχετιζόταν σημαντικά με τη σωματική και κοινωνική λειτουργία.

Οι Lim και συν. (2008) αναφέρουν στην έρευνά τους ότι υψηλότερες συσχετίσεις βρέθηκαν στις ομάδες με παρόμοιες κατασκευές όπως ψυχική υγεία και ζωτικότητα απ'ότι σε αυτές με αντίθετες κατασκευές όπως σωματική λειτουργία και συναισθηματικός ρόλος. Τα αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι τα σκορ του SF-36 ήταν υψηλότερα για τους υγιείς πληθυσμούς απ'ότι για τους ασθενείς. Οι Lim και συν. (2008) θεωρούν το SF-36 ένα έγκυρο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής σε υγιείς πληθυσμούς. Σε αυτό συμφωνούν και οι Gandek, Goshtasebi, Montazeri και Vahdanimia, (2005) καθώς και οι Sersic και Vuletic (2006) προσθέτοντας οι δεύτεροι ότι κάποιες υποομάδες του ερωτηματολογίου είχαν υψηλά ceiling και floor effects. Στην έρευνα των Sersic και συν. (2006) ο συντελεστής Cronbach α εξετάστηκε και για τις δύο μεγάλες υποομάδες του SF-36 καθώς και για τις 8 επιμέρους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συντελεστής κυμάνθηκε από 0,78-0,94 ξεπερνώντας κατά πολύ το αποδεκτό όριο του 0,7. Οι διμεταβλητές συσχετίσεις κατά Pearson μεταξύ των υποομάδων του SF-36 κυμάνθηκαν από $r=.45$ μεταξύ της ψυχικής υγείας και του σωματικού ρόλου έως $r=.75$ μεταξύ της ψυχικής υγείας και της ζωτικότητας.

Σε έρευνα των Kontodimopoulos, Niakas και Pappa, (2005) που έγινε στην Ελλάδα η αξιοπιστία και η εσωτερική συνοχή εξετάστηκε μέσω του συντελεστή Cronbach α , ο οποίος κυμάνθηκε από 0,79-0,95. Οι συσχετίσεις μεταξύ των 8 υποομάδων του SF-36 κυμάνθηκαν από $r=.38$ έως $r=.71$. Στη γειτονική Τουρκία ο Pinar (2005) εξέτασε την εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου σε άτομα που έπασχαν από καρκίνο. Μέσω της factor analysis βρέθηκε ότι όλοι οι παράγοντες του SF-36 ήταν ίσοι ή μεγαλύτεροι του 0,61 κάτι το οποίο ικανοποίησε τα κριτήρια πρόβλεψης του $\geq 0,45$. Αυτό έδειξε ότι όλες οι ερωτήσεις του SF-36 είχαν σημαντική συσχέτιση με τις υποομάδες στις οποίες ανήκαν.

Η έρευνα των Augustovski, Elornio, Lewin και Rubinstein (2008) διεξήχθη στην Αυστραλία και ο σκοπός της ήταν να εξετάσει την εγκυρότητα του SF-36 χρησιμοποιώντας σαν σημείο σύγκρισης και αναφοράς το ερωτηματολόγιο BSHS (Burns Specific Health Scale). Το δείγμα της έρευνας ήταν άτομα που είχαν αναρρώσει από εγκαύματα και προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν 2 χρόνια μετά το ατυχές συμβάν τους. Τα αποτελέσματα των Augustovski και συν. (2008) έδειξαν ότι ο συντελεστής συσχέτισης των 8 υποομάδων του SF-36 και των δυο μεγάλων (σωματική/ψυχική υγεία) έναντι του BSHS κυμάνθηκε μεταξύ $r=.37$ και $r=.79$. Το εύρος αυτό δείχνει μέτρια έως καλή

συσχέτιση των συντελεστών του SF-36 με εκείνους του BSHS. Οι συγγραφείς προσθέτουν ότι τα αποτελέσματα των μετρήσεων και των δύο ερωτηματολογίων είναι παρόμοια σε όλες τις φάσεις των μετρήσεων κάτι το οποίο δείχνει πως το SF-36 είναι ένα έγκυρο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής σε πληθυσμό που είχε κατά το παρελθόν υποστεί εγκαύματα.

Οι Corica et al. (2006) ήλεγξαν την εγκυρότητα του SF-36 σε παχύσαρκους ασθενείς και τη σχέση του με το BMI. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το υψηλό BMI είχε μεγάλη συσχέτιση με τη γενικότερη χαμηλή ποιότητα ζωής αλλά και με τα χαμηλά ποσοστά των επιμέρους 8 υποομάδων. Η μεγαλύτερη συσχέτιση παρατηρήθηκε με τη σωματική δραστηριότητα και κυρίως με τις υποομάδες του σωματικού ρόλου, του συναισθηματικού ρόλου, της γενικής υγείας και του σωματικού πόνου. Αντιθέτως, η ψυχική υγεία, η ζωτικότητα και η κοινωνική λειτουργία δεν είχαν συσχέτιση με το BMI.

Ανασκόπηση μεθόδων αξιολόγησης της ανθρώπινης φυσικής δραστηριότητας

Η καταγραφή, η ποσοτικοποίηση και η αξιολόγηση της φυσικής δραστηριότητας έχει απασχολήσει τον ερευνητικό τομέα από παλιά, για αυτό και έχουν δημιουργηθεί πάρα πολλά ερωτηματολόγια-όργανα μέτρησης της φυσικής δραστηριότητας.

Κάποια από τα ερωτηματολόγια που απευθύνονται σε όλες τις ηλικίες και τα φύλα είναι το Oxford Physical Activity Questionnaire (OPAQ), το Activity Questionnaire for Adults and Adolescents (AQuAA) και το International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Κάποια από τα ερωτηματολόγια που ερευνούν τη φυσική δραστηριότητα σε παιδιά και εφήβους είναι το Adolescent Physical Activity Recall Questionnaire (APARQ), το Child/Adolescent Activity Log (CAAL) και το Children's Leisure Activities Study Survey (CLASS). Ένα από τα ερωτηματολόγια που ερευνά τη φυσική δραστηριότητα σε ηλικιωμένους είναι το Physical Activity Scale for the Elderly (PASE) ενώ ένα άλλο που ερευνά τη φυσική δραστηριότητα στις γυναίκες είναι το Women's Health Initiate Physical Activity Questionnaire (WHI).

Επίσης, υπάρχουν ερωτηματολόγια που αξιολογούν τη φυσική δραστηριότητα και έχουν σαν γνώμονα όχι τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του δείγματος αλλά τον χρόνο. Ερευνούν δηλαδή τη φυσική δραστηριότητα μέσα σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο όπως το 7-day Physical Activity Recall (PAR), το Previous Day Physical Activity Recall (PDPAR) και το Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire (GLTEQ), το οποίο χρησιμοποιήθηκε και στην παρούσα έρευνα.

Ανάλυση της μεθόδου (οργάνου) του Godin «Leisure-Time Exercise Questionnaire»

Ο Gaston Godin σε μια από τις έρευνές του ήθελε να αποσαφηνίσει τους καθοριστικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη φυσική δραστηριότητα στα παιδιά. Λόγω της έλλειψης έγκυρων οργάνων μέτρησης της φυσικής δραστηριότητας, κατασκεύασε το δικό του όργανο-ερωτηματολόγιο (Godin, 2011). Το ερωτηματολόγιο Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire (GLTEQ) θεωρείται ως ένα μικρής κλίμακας ερωτηματολόγιο που καταγράφει τη φυσική δραστηριότητα μιας εβδομάδας. Αποτελείται από τρεις ερωτήσεις όπου καταγράφεται πόσες φορές ο συμμετέχοντας μέσα στην εβδομάδα που πέρασε έκανε κάποιες συγκεκριμένες δραστηριότητες για περισσότερα από 15 λεπτά στον ελεύθερό του χρόνο. Η πρώτη ερώτηση αφορά έντονης άσκησης δραστηριότητες, η δεύτερη μέτριας έντασης και η τρίτη μικρής έντασης. Το GLTEQ θεωρείται ένα έγκυρο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης της φυσικής δραστηριότητας του ελεύθερου χρόνου, για αυτό και έχει χρησιμοποιηθεί σε πάρα πολλές έρευνες.

Μια από τις έρευνες που χρησιμοποιήθηκε το GLTEQ ήταν αυτή των Goldfield et al. (2011). Σκοπός της έρευνας ήταν να βρεθεί η συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας, της έντασης της φυσικής δραστηριότητας, της σωματικής εμφάνισης και των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η μέτρια και δυνατή σε ένταση φυσική δραστηριότητα δε συσχετίζεται με συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους αλλά με την καλή αυτοπεποίθηση των συμμετεχόντων για το σώμα τους. Επίσης, η συνολική φυσική δραστηριότητα ήταν αντιστρόφως ανάλογη με την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων. Οι Goldfield και συν. (2011) αναφέρουν ότι παρουσιάστηκε υψηλή συσχέτιση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας μειωμένου άγχους και συναισθημάτων ικανοποίησης για το σωματικό βάρος και τη γενικότερη εμφάνιση. Οι συσχετίσεις αυτές ήταν μέτριες όσον αφορά την έντονη άσκηση.

Οι Ekkekakis, Hall, Petruzzello και Thome (2008) εξέτασαν την προτίμηση και ανοχή στην ένταση της άσκησης σε συσχέτιση με το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, το οποίο καταγράφηκε μέσω του GLTEQ. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλή συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας της δυνατής άσκησης και της προτίμησης και ανοχής στην άσκηση. Αντιθέτως δεν υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας της μέτριας και ήπιας έντασης άσκησης με την προτίμηση και ανοχή στην άσκηση.

Στην έρευνα των Gliottoni, Motl και Snook (2009) συμμετείχαν 74 ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Τους δόθηκε να φορέσουν ένα επιταχυνσιόμετρο για μια βδομάδα και στο τέλος αυτής συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια GLTEQ και IPAQ

(International Physical Activity Questionnaire). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρξαν υψηλές συσχετίσεις μεταξύ του επιταχυνσιόμετρου και του GLTEQ ($r=.64$, $p<.001$). Υψηλές συσχετίσεις υπήρξαν και μεταξύ του GLTEQ και του IPAQ ($r=.71$, $p<.001$). Σε μια παρόμοια έρευνα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας σχετίζεται με την έλλειψη φυσικής δραστηριότητας (Motl, Schapiro & Snook, 2008) . Κάτι στο οποίο συμφωνούν και οι McAuley, Motl, Suh, Weikert και Wynn (2010).

Οι Scarmeas et al. (2011) μελέτησαν τη φυσική δραστηριότητα σε άτομα τρίτης ηλικίας. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι η φυσική δραστηριότητα είναι συνδεδεμένη με μειωμένο ρίσκο παρουσίασης της ασθένειας Alzheimer. Αν και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν μηδαμινή φυσική δραστηριότητα και αυτοί που έχουν την υψηλότερη ουσιαστικά είναι πολύ χαμηλή έναντι του υπόλοιπου πληθυσμού, παρ'όλα αυτά, αυτό το μικρό σκορ είναι αρκετό για να μειώσει το ρίσκο ανάπτυξης Alzheimer. Σε μια άλλη έρευνα που χρησιμοποιήθηκε το GLTEQ ήταν αυτή της Harrison (2010), σκοπός της οποίας ήταν να εξεταστεί ποιές ιδιαιτερότητες-χαρακτηριστικά παρουσιάζουν τα άτομα που έχουν μεγαλύτερο το δεύτερο δάκτυλο του ποδιού τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για τους άντρες υπήρχε συσχέτιση μεταξύ συχνότητας άσκησης και του δεύτερου μεγαλύτερου δακτύλου ($r=.42$, $p=.008$). Ωστόσο κάτι τέτοιο δεν ίσχυσε για τις γυναίκες ($r=-.018$, $p=.445$).

Τέλος, μια έρευνα που χρησιμοποίησε το GLTEQ και εξέτασε τη σχέση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής σε υγιή άτομα ήταν αυτή των Bize και Plotnikoff (2009). Το δείγμα της έρευνας ήταν 573 εργαζόμενοι ηλικίας 20 έως 68 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι όσο πιο υψηλό ήταν το επίπεδο της γενικής υγείας τόσο πιο αυξημένη ήταν η ενεργειακή δαπάνη και η φυσική δραστηριότητα. Επίσης, όσο πιο υψηλό ήταν το επίπεδο της γενικής υγείας τόσο πιο μειωμένο ήταν το BMI.

Αξιοπιστία και εγκυρότητα του Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire

Το GLTEQ θεωρείται από πολλούς μελετητές ως ένα έγκυρο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης της φυσικής δραστηριότητας. Η διαδικασία ελέγχου του βαθμού εγκυρότητας του ερωτηματολογίου, από τον Gaston Godin, περιελάμβανε μέτρηση της VO₂max (μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου), μέτρηση του ποσοστού του σωματικού λίπους και συσχετίσεις των δύο παραπάνω μετρήσεων με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου (Godin, 2011). Τα αποτελέσματα της έρευνας εγκυρότητας του Godin (2011) έδειξαν ότι η συσχέτιση μεταξύ του ερωτηματολογίου και της VO₂max ήταν $r=.24$, $p<.001$ και η

συσχέτιση μεταξύ ερωτηματολογίου και ποσοστού σωματικού λίπους ήταν $r=.13$, $p<.01$. Σε άλλη έρευνα αξιοπιστίας που έκανε ο Gaston Godin και συν. (1985) για το ερωτηματολόγιό του μέσω της μεθόδου test-retest, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο συντελεστής συσχέτισης για την ελαφριά άσκηση ήταν $r=.48$ για τη μέτριας έντασης άσκηση ήταν $r=.46$, για την υψηλής έντασης άσκηση ήταν $r=.94$ ενώ το συνολικό σκορ αξιοπιστίας ήταν 0,74. Ο Gaston (2011) θεωρεί ότι το ερωτηματολόγιό του είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο όργανο μέτρησης της φυσικής δραστηριότητας που δεν απαιτεί ιδιαίτερα προσόντα για να συμπληρωθεί και να εφαρμοστεί.

Μια έρευνα που εξέτασε την εγκυρότητα και αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ήταν αυτή του Bandman (2008). Το δείγμα της έρευνάς τους ήταν 78 Αμερικανοί υπήκοοι ηλικίας 20 έως 59 ετών. Η αξιοπιστία εξετάστηκε μέσω της μεθόδου test-retest με χρονικό κενό μεταξύ των δύο μετρήσεων ένα μήνα. Ο βαθμός συσχέτισης για τη χαμηλής έντασης άσκηση ήταν $r=.24$. Για τη μέτριας έντασης άσκηση ο βαθμός συσχέτισης ήταν $r=.36$ και για την υψηλής έντασης άσκηση ήταν $r=.84$. Η εγκυρότητα εξετάστηκε μέσω της συσχέτισης των συντελεστών. Τα κριτήρια και τα στοιχεία των μεθόδων εγκυρότητας που χρησιμοποιήθηκαν ήταν άσκηση σε δαπεδοεργόμετρο, vital capacity (μέγιστος όγκος εκπνεόμενου αέρα μετά από μια μέγιστη εισπνοή), ποσοστό σωματικού λίπους, η VO_{2max} και ο μέσος όρος 14 ιστορικών ενεργειακής δαπάνης μέσω του επιταχυνσιόμετρου CALTRAC.

Μια άλλη έρευνα που εξέτασε την εγκυρότητα του GLTEQ ήταν αυτή των Jurimae, Jurisson, (1996). Το δείγμα της έρευνας ήταν παιδιά 10, 12 και 13 ετών. Στα παιδιά δόθηκε να φορέσουν μετρητή θερμίδων Caltrac για δυο εργάσιμες μέρες και για ένα σαββατοκύριακο. Τα αποτελέσματα αρχικά έδειξαν ότι η ενεργειακή δαπάνη ήταν χαμηλότερη τα σαββατοκύριακα απ'ότι τις καθημερινές αλλά οι αναλύσεις έδειξαν ότι οι διαφορές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές $p>.05$. Οι Jurimae και συν. (1996) αναφέρουν ότι ο συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στον μετρητή και το GLTEQ για τις καθημερινές ήταν $r=.88$ ενώ για τα σαββατοκύριακα ήταν $r=.821$ με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p<.05$.

Τα αποτελέσματα της έρευνας του Bandman (2008) έδειξαν ότι ο βαθμός συσχέτισης του GLTEQ με το δαπεδοεργόμετρο ήταν $r=.57$. Το ποσοστό σωματικού λίπους έδειξε αρνητική συσχέτιση ($r=-.43$) ενώ ο μέσος όρος των ιστορικών της φυσικής δραστηριότητας κυμάνθηκε από 0,31 έως 0,36. Η vital capacity δεν είχε καμία συσχέτιση ενώ το επιταχυνσιόμετρο είχε βαθμό συσχέτισης $r=.32$ και εκφράστηκε μέσω MET – min/day. Τέλος, η VO_{2max} είχε συντελεστή συσχέτισης $r=.56$. Ο Bandman (2008) θεωρεί

ότι το ερωτηματολόγιο είναι έγκυρο και αξιόπιστο και ότι ανιχνεύει σχεδόν αποκλειστικά τη δομημένη φυσική δραστηριότητα. Στην έρευνα των Sallis και συν. (1993) εξετάστηκε επίσης η εγκυρότητα και αξιοπιστία του GLTEQ. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι για την αξιοπιστία ο συνολικός συντελεστής συσχέτισης μέσω της μεθόδου test-retest ήταν $r=.81$, ενώ για την εγκυρότητα ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ του ερωτηματολογίου και των θερμίδων ανά ημέρα ήταν $r=.39$.

Οι Jacobs και συν. (1993) στην έρευνά τους έδειξαν ότι η αξιοπιστία του GLTEQ μέσω του test-retest είχε συντελεστή συσχέτισης $r=.62$ ενώ για την εγκυρότητα ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ του ερωτηματολογίου και του ποσοστού σωματικού λίπους ήταν $r=-.43$

III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από 995 άτομα, εκ των οποίων οι 695 διέμεναν στην πόλη της Αθήνας και οι 300 στην πόλη της Θεσσαλονίκης. Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό και αποτελούνταν από άνδρες και γυναίκες ηλικίας 18 ετών και άνω. Η δειγματοληψία στηρίχθηκε στην απογραφή της ΕΣΥΕ (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία Ελλάδος) του 2001.

Όργανα μέτρησης

Τα τμήματα του ερωτηματολογίου ήταν τρία. Το πρώτο τμήμα αξιολόγησε την ποιότητα ζωής, το δεύτερο μέρος τη φυσική δραστηριότητα των συμμετεχόντων και το τρίτο μέρος συγκέντρωσε στοιχεία των συμμετεχόντων αναφορικά α) με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, β) τις συνθήκες και συχνότητα συμμετοχής τους σε δραστηριότητες άσκησης και γ) απόψεις σχετικά με την αλλαγή συνθηκών αναφορικά της άσκησης των συμμετεχόντων αντίστοιχα της μείωσης του εισοδήματός τους λόγω της οικονομικής κρίσης στη χώρα.

Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής επελέγη το ερωτηματολόγιο SF-36. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου διαβαθμίζονται σύμφωνα με τη 5-βάθμια κλίμακα Likert και τα τελικά αποτελέσματα εξήχθησαν βάσει του προγράμματος SF Health Outcomes Software της εταιρίας Quality Metric Incorporated.

Η φυσική δραστηριότητα καταγράφηκε και αξιολογήθηκε μέσω του GLTEQ (Godin & Shepard, 1985). Ο δείκτης-επίπεδο φυσικής δραστηριότητας του GLTEQ περιλαμβάνει τρεις ερωτήσεις ανοικτού τύπου που καλύπτουν τη συχνότητα της έντονης, μέτριας και ήπιας άσκησης που πραγματοποιείται για τουλάχιστον 15 λεπτά κατά τον ελεύθερο χρόνο του ερωτηθέντα, μέσα σε μια τυπική εβδομάδα. Το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας υπολογίζεται από το άθροισμα των τιμών των τριών ερωτήσεων αφού πρώτα το αποτέλεσμα της κάθε ερώτησης έχει πολλαπλασιαστεί με το αντίστοιχο μεταβολικό ισοδύναμο MET. Για την έντονη άσκηση ο συντελεστής MET είναι 9, για τη μέτρια άσκηση ο συντελεστής MET είναι 5 και για την ήπια άσκηση ο συντελεστής είναι 3.

Διαδικασία μέτρησης

Η συλλογή των στοιχείων έγινε από την εταιρία δημοσκοπήσεων ΚΑΠΑ RESEARCH από 23 έως 28 Φεβρουαρίου του 2011, με την μέθοδο των τηλεφωνικών συνεντεύξεων και βάσει ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου. Ως μέθοδος δειγματοληψίας χρησιμοποιήθηκε η πολυσταδιακή δειγματοληψία με χρήση quota ως προς τη γεωγραφική κατανομή του πληθυσμού, το φύλο και την ηλικία.

Η ΚΑΠΑ RESEARCH είναι μέλος της ESOMAR και του ΣΕΔΕΑ και τηρεί τους κώδικες δεοντολογίας για τη διεξαγωγή και δημοσιοποίηση ερευνών κοινής γνώμης. Για την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS έκδοση 10.0.

IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος

Μετά την ανάλυση των στατιστικών πινάκων που παρείχαν πληροφορίες για το δείγμα, παρατηρήθηκε ότι το 69,8% του δείγματος κατοικεί στην Αττική και το 30,2% κατοικεί στη Θεσσαλονίκη. Επιλέχθηκαν σκοπίμως αυτές οι δύο περιοχές διότι σε αυτές είναι συγκεντρωμένα τα 2/3 του πληθυσμού της Ελλάδος (Πίνακας 1).

Πίνακας 1. Περιοχή κατοικίας του δείγματος.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Αττική	695	69,8	69,8	69,8
Θεσσαλονίκη	300	30,2	30,2	100,0
Σύνολο	995	100,0	100,0	

Αναφορικά με το φύλο του δείγματος το 50,55% των ερωτηθέντων ήταν άντρες και το 49,45% ήταν γυναίκες (Πίνακας 2). Από τους ερωτηθέντες το 99,5% ήταν ελληνικής εθνικότητας και το 0,5% άλλης εθνικότητας (Πίνακας 3).

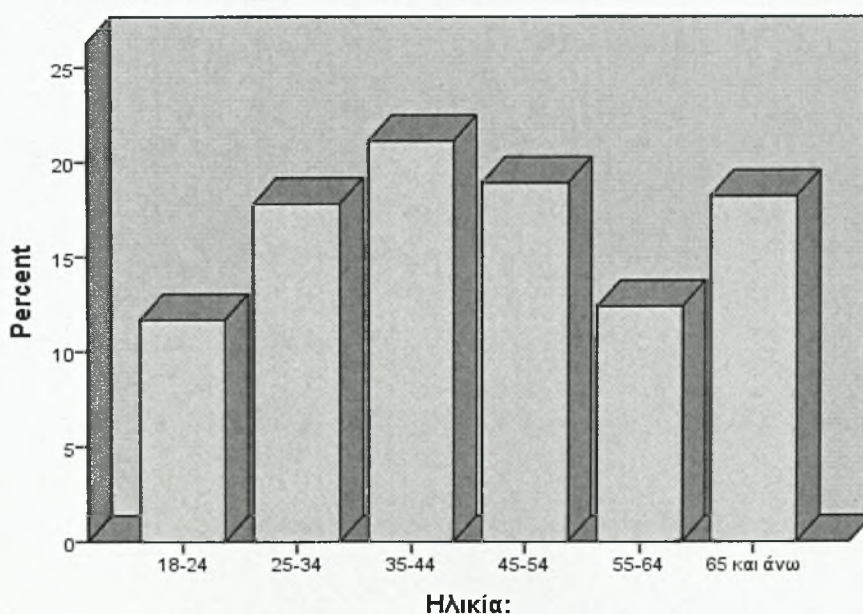
Πίνακας 2. Φύλο του δείγματος της έρευνας.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Άνδρας	492	49,4	49,4	49,4
Γυναίκα	503	50,6	50,6	100,0
Σύνολο	995	100,0	100,0	

Πίνακας 3. Εθνικότητα του δείγματος της έρευνας.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ελληνική	990	99,5	99,5	99,5
Άλλη	5	,5	,5	100,0
Total	995	100,0	100,0	

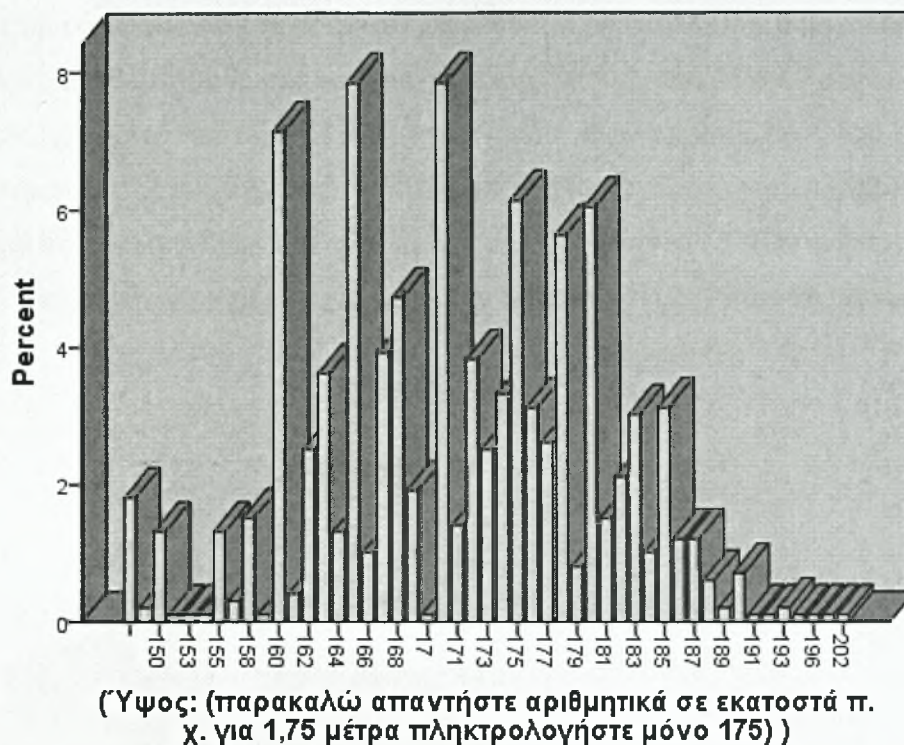
Αναφορικά με την κατανομή της ηλικίας του δείγματος το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων ανήκει στην κατηγορία 35-44 ετών με ποσοστό 21,1%. Το αμέσως μεγαλύτερο ποσοστό είναι της κατηγορίας 45-54 ετών με 18,9% και η τρίτη μεγαλύτερη κατηγορία είναι >65 ετών με ποσοστό 18,2%. Τέταρτη έρχεται η κατηγορία 25-34 ετών με ποσοστό 17,8% (Σχήμα 1). Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος, το 65,4% των ερωτηθέντων ήταν παντρεμένοι ενώ το δεύτερο μεγαλύτερο ποσοστό ήταν αυτό των ελεύθερων με 29,2%. Τέλος, το 2,51% του δείγματος ήταν χήροι ενώ το 2,81% δεν απάντησε στην ερώτηση (Πίνακας 4).

**Σχήμα 1.** Κατανομή της ηλικίας του δείγματος.

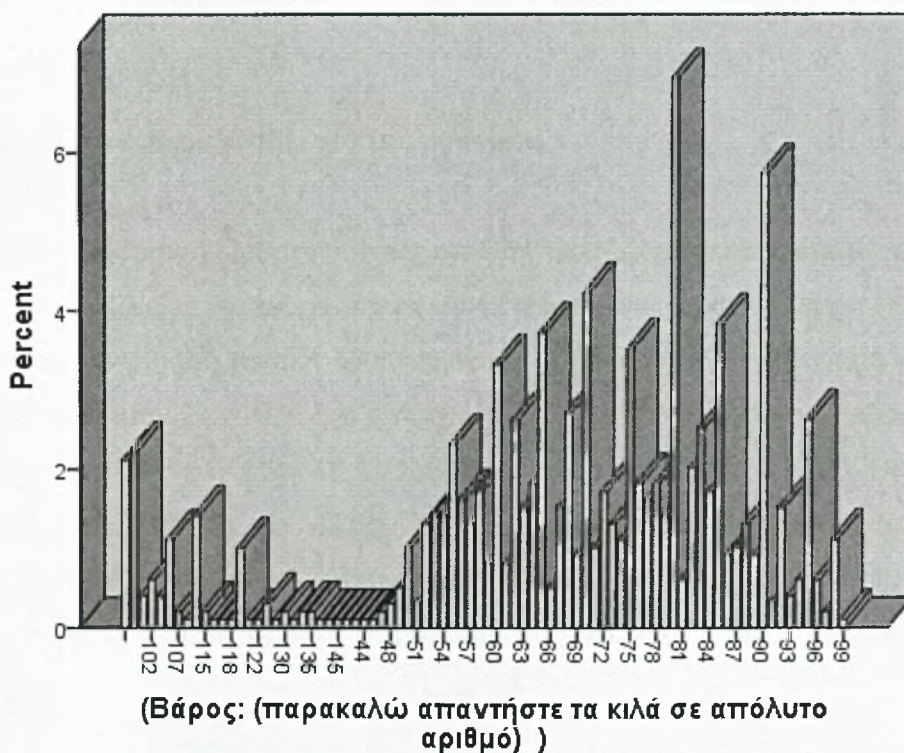
Πίνακας 4. Οικογενειακή κατάσταση του δείγματος

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ελεύθερος	291	29,2	29,2	29,2
Παντρεμένος	651	65,4	65,4	94,7
Χήρα/ος	25	2,5	2,5	97,2
Δεν απαντώ	28	2,8	2,8	100,0
Σύνολο	995	100,0	100,0	

Αναφορικά με το ύψος του δείγματος ο Μ.Ο. ήταν 171.7cm με SD=8.779cm. Η μέγιστη τιμή ήταν 202cm ενώ η ελάχιστη 145cm. Η διακύμανση του ύψους του δείγματος φαίνεται αναλυτικότερα στο σχήμα 2. Όσον αφορά το βάρος του δείγματος ο Μ.Ο. ήταν 77.33kg με SD=17.037kg. Η μέγιστη τιμή ήταν 150kg ενώ η ελάχιστη 40kg. Η διακύμανση του σωματικού βάρους του δείγματος φαίνεται αναλυτικότερα στο σχήμα 3.

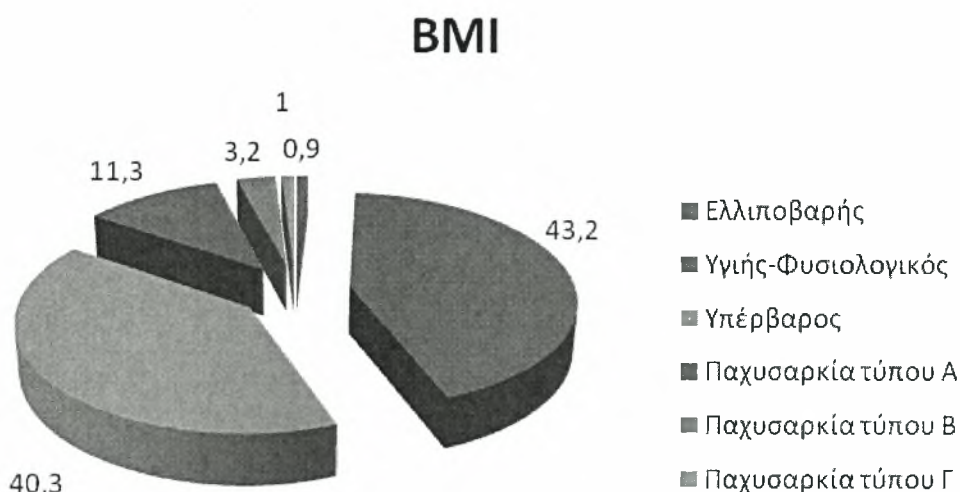


Σχήμα 2. Κατανομή σωματικού ύψους του δείγματος.



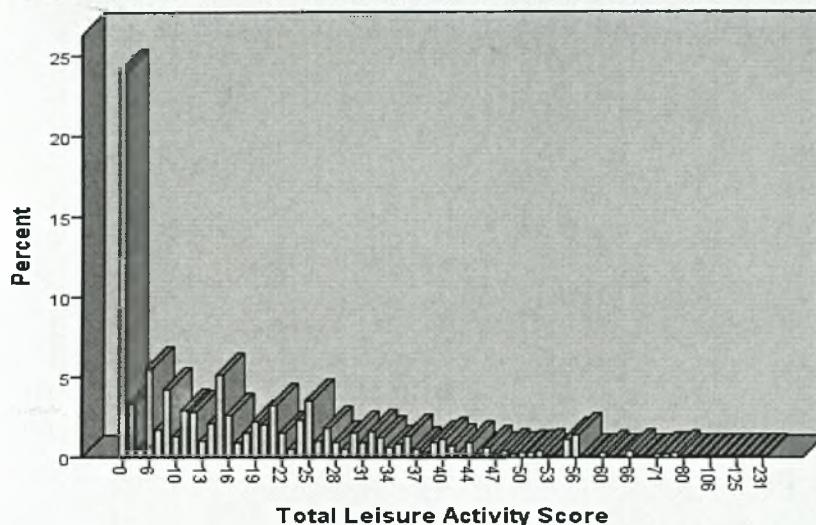
Σχήμα 3. Κατανομή του σωματικού βάρους του δείγματος.

Όσον αφορά το BMI ελλιποβαρή χαρακτηρίστηκαν τα άτομα με BMI <18.5 , υγιή-φυσιολογικά τα άτομα με BMI από 18.5-24.9 και υπέρβαρα τα άτομα με BMI από 25-29.9 . Τα άτομα με BMI από 30-34.9 ανήκουν στην παχυσαρκία τύπου 1, από 35-39.9 στην παχυσαρκία τύπου 2 και τέλος τα άτομα με BMI >40 ανήκουν στην παχυσαρκία τύπου 3. Εξετάζοντας λοιπόν το BMI του δείγματος, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι το 43,2% του δείγματος είναι υγιές-φυσιολογικό, το 40,3% είναι υπέρβαρο και το 15,57% ανήκει σε μια από τις τρεις κατηγορίες παχυσαρκίας (Σχήμα 4). Ο Μ.Ο. για το BMI ήταν 26.06 και η SD=4.53 .



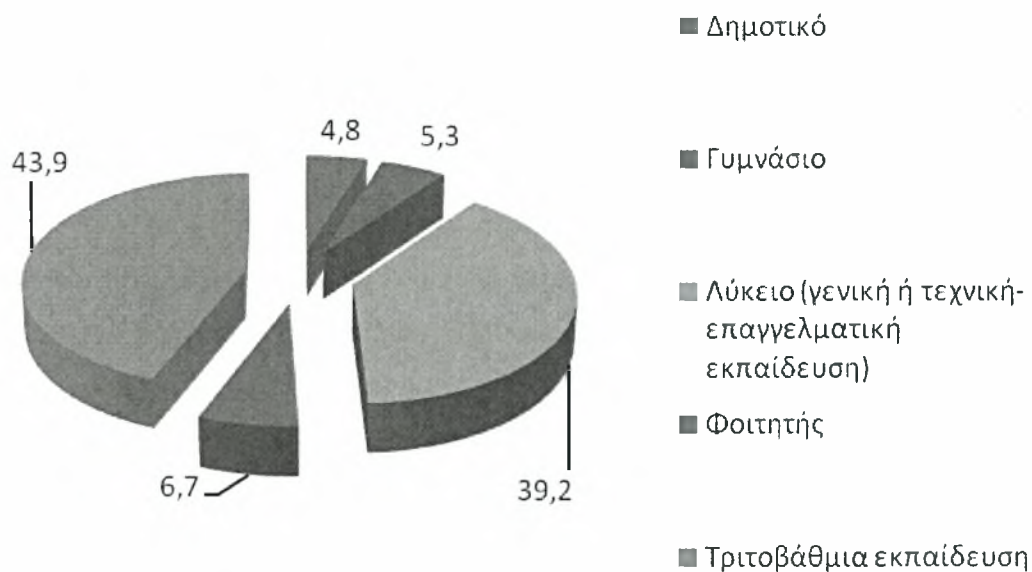
Σχήμα 4. Δείκτης μάζας σώματος (BMI) των ερωτηθέντων.

Όσον αφορά τη φυσική δραστηριότητα του δείγματος, τα αποτελέσματα των στατιστικών αναλύσεων έδειξαν ότι η μεγαλύτερη συγκέντρωση των αποτελεσμάτων ήταν προς τη μηδενική και τη χαμηλή φυσική δραστηριότητα (Σχήμα 5). Η μέγιστη τιμή της φυσικής δραστηριότητας ήταν 231 MET ενώ η ελάχιστη ήταν 0 MET. Ο Μ.Ο της φυσικής δραστηριότητας των ερωτηθέντων ήταν 18,32 MET ενώ η SD ήταν 21,024 MET. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο το 43,6% του δείγματος είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 39,4% είναι απόφοιτοι λυκείου ενώ το 6,74% είναι φοιτητές. Τέλος, το 5,33% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι γυμνασίου, ενώ το 4,83% είναι απόφοιτοι δημοτικού (Σχήμα 6).

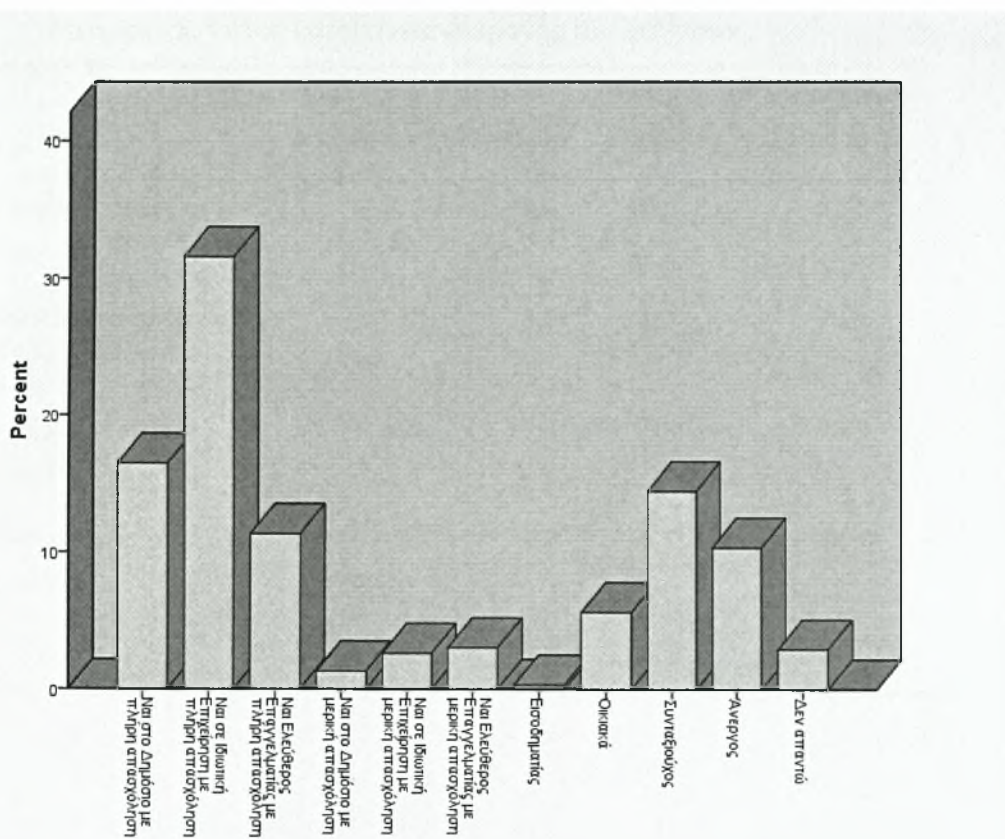


Σχήμα 5. Συνολική φυσική δραστηριότητα του δείγματος.

Εκπαιδευτικό Επίπεδο



Σχήμα 6. Εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος.



Σχήμα 7. Σχέση εργασίας-απασχόλησης του δείγματος.

Αναφορικά με τη σχέση εργασίας των ερωτηθέντων, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 31,6% των ερωτηθέντων εργάζονται στον ιδιωτικό τομέα με πλήρη απασχόληση, το 16,5% εργάζονται στον δημόσιο τομέα με πλήρη απασχόληση ενώ το 14,5% είναι συνταξιούχοι. Επίσης, το 11,4% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες με πλήρη απασχόληση και το 10,4% είναι άνεργοι (Σχήμα 7).

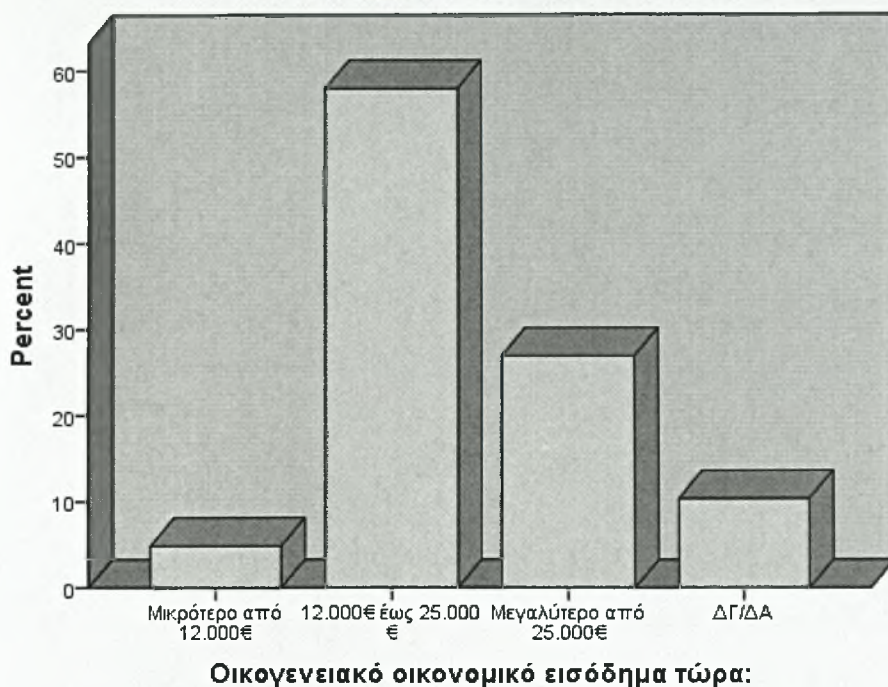
Σχετικά με τον τύπο κατοίκησης-διαμονής του δείγματος οι στατιστικές αναλύσεις της έρευνας έδειξαν ότι το 62,61% του δείγματος διαμένει σε διαμέρισμα μέσα στην πόλη, το 8,24% σε μονοκατοικία μέσα στην πόλη, το 19,4% κατοικεί σε διαμέρισμα στα προάστια ενώ το 9,75% σε μονοκατοικία στα προάστια (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Τύπος κατοίκησης-διαμονής του δείγματος.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο Ποσοστό	Αθροιστικό Ποσοστό
Διαμέρισμα μέσα στην πόλη	623	62,6	62,6	62,6
Μονοκατοικία μέσα στην πόλη	82	8,2	8,2	70,9
Διαμέρισμα στα προάστια	193	19,4	19,4	90,3
Μονοκατοικία στα προάστια	97	9,7	9,7	100,0
Σύνολο	995	100,0	100,0	

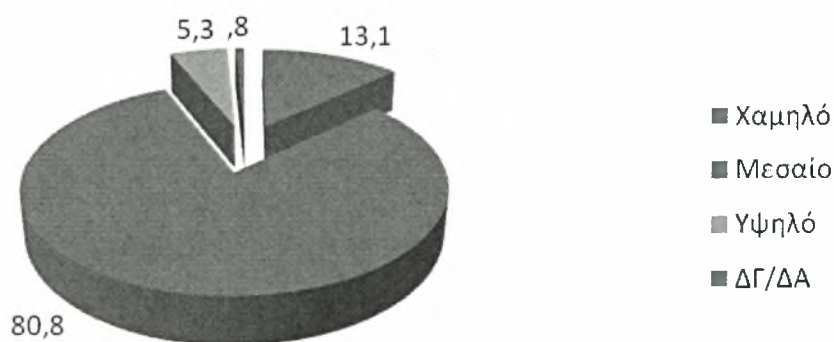
Όσον αφορά την κατανομή του οικογενειακού οικονομικού εισοδήματος του δείγματος έτσι όπως διαμορφώθηκε την εποχή που έγινε η έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό συγκέντρωσε η κατηγορία με εισόδημα από 12.000-25.000€, με ποσοστό 57,9%. Δεύτερη έρχεται η κατηγορία με εισόδημα μεγαλύτερο των 25.000€ με ποσοστό 26,9% και τελευταία η κατηγορία με εισόδημα μικρότερο των 12.000€ με ποσοστό 4,8%. Πρέπει να σημειωθεί ότι το 10,4% των ερωτηθέντων δεν απάντησαν σε αυτό το πεδίο του ερωτηματολογίου (Σχήμα 8).

Σχετικά με την πεποίθηση του δείγματος για το ποιο ήταν το οικονομικό του επίπεδο πριν από την οικονομική κρίση στη χώρα μας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 80,8% του δείγματος θεωρεί ότι ανήκε οικονομικά, προ κρίσης, σε μεσαίο οικονομικό επίπεδο. Το 13,07% θεωρεί ότι ανήκε σε χαμηλό οικονομικό επίπεδο, ενώ το 5,33% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ανήκε σε υψηλό οικονομικό επίπεδο (Σχήμα 9).



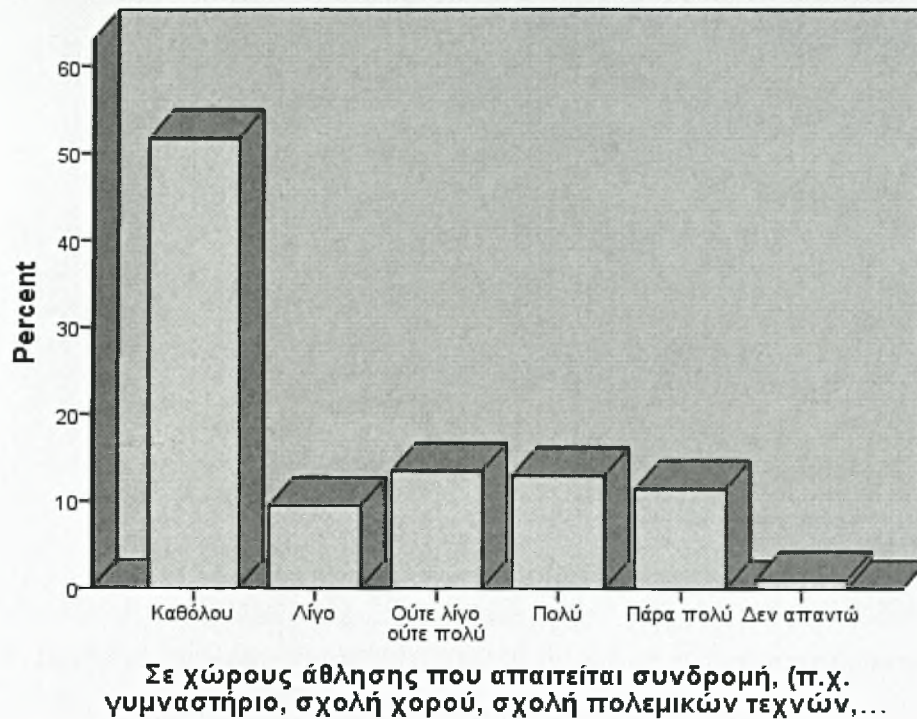
Σχήμα 8. Κατανομή του οικογενειακού οικονομικό εισοδήματος του δείγματος της έρευνας.

Πριν από την οικονομική κρίση στη χώρα μας σε ποιο οικονομικό επίπεδο ανήκατε;

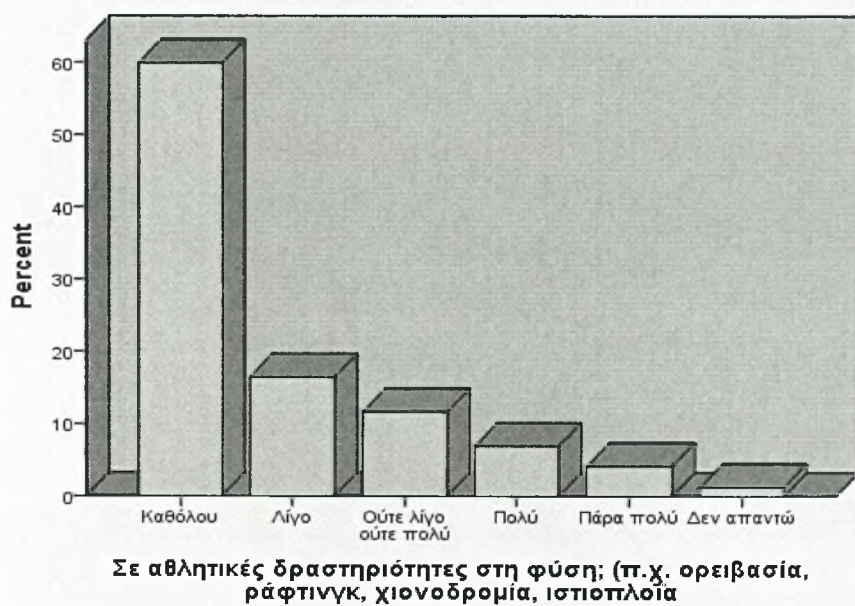


Σχήμα 9. Δήλωση του δείγματος για το ποιο ήταν το οικονομικό του επίπεδο προ κρίσης.

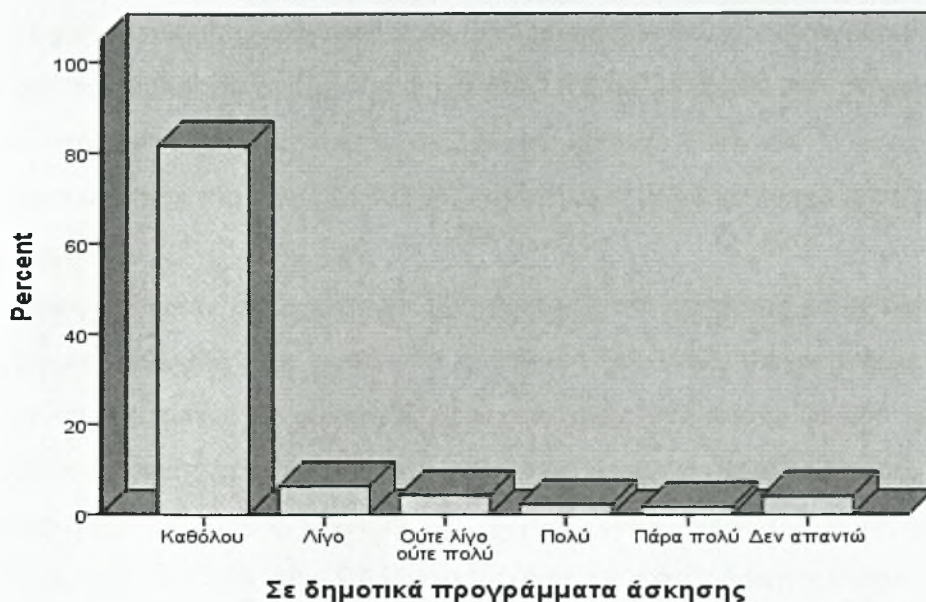
Στο πεδίο του ερωτηματολογίου πόσο συμμετείγατε στις παρακάτω μορφές άσκησης πριν από την οικονομική κρίση στη χώρα μας οι απαντήσεις ήταν οι εξής:



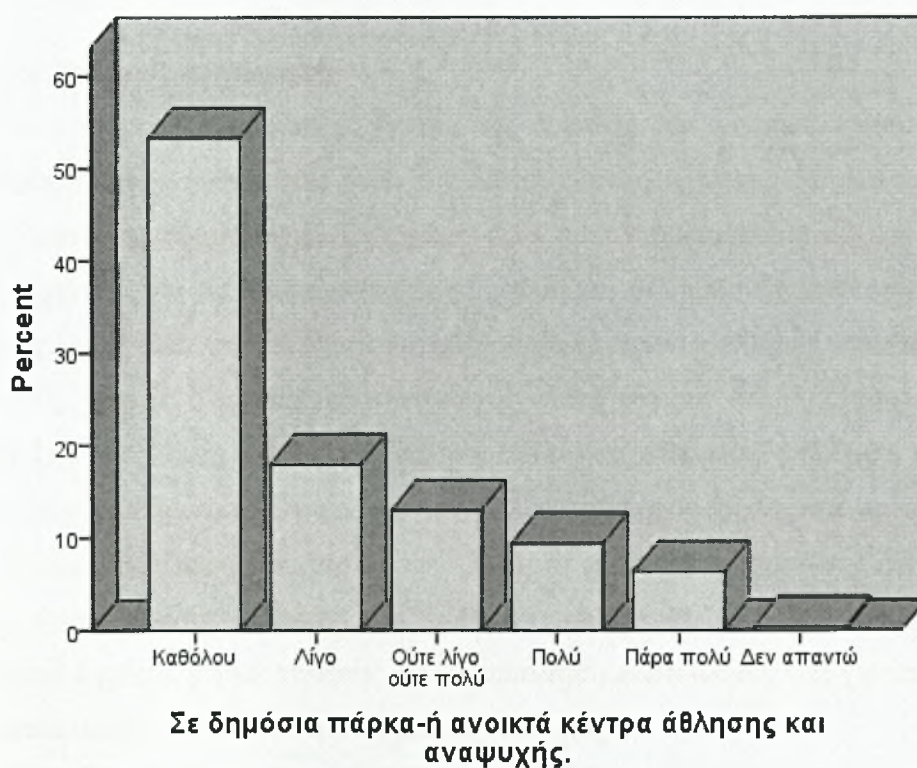
Σχήμα 10. Ποσοστό συμμετοχής του δείγματος σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή, πριν την οικονομική κρίση.



Σχήμα 11. Ποσοστό συμμετοχής του δείγματος σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση πριν την οικονομική κρίση.



Σχήμα 12. Ποσοστό συμμετοχής του δείγματος σε δημοτικά προγράμματα άσκησης πριν την οικονομική κρίση.



Σχήμα 13. Ποσοστό συμμετοχής του δείγματος σε δημόσια πάρκα ή ανοικτά κέντρα άθλησης και αναψυχής πριν την οικονομική κρίση.

Αναλύοντας τα σχήματα 10 έως 13 το 47,34% των ερωτηθέντων συμμετείχε έστω και λίγο σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή, πριν από την οικονομική κρίση. Το 38,89% των ερωτηθέντων συμμετείχε έστω και λίγο σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση πριν την οικονομική κρίση, το 14,39% συμμετείχε έστω και λίγο σε δημοτικά προγράμματα άσκησης και τέλος το 46,39% ασκήθηκε σε δημόσια πάρκα-κέντρα άθλησης και αναψυχής.

Βλέπουμε λοιπόν ότι σχεδόν το μισό ποσοστό του δείγματος ασκούταν έστω και λίγο σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή (47,34%). Μεγάλη ήταν επίσης η συμμετοχή του δείγματος σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση. Τα δύο πέμπτα του δείγματος συμμετείχαν έστω και λίγο στις ανάλογες δραστηριότητες. Ωστόσο, το δείγμα είχε μεγαλύτερη συχνότητα άθλησης σε χώρους που απαιτείται συνδρομή (πάρα πολύ:11.46%, πολύ:12.96%, λίγο 9,45%) απ'ότι στις αθλητικές δραστηριότητες στη φύση (πάρα πολύ:4.12%, πολύ:6.83%, λίγο 16.38%). Η συμμετοχή στα δημοτικά προγράμματα άσκησης ήταν μικρή με 14,39% ενώ η άθληση σε δημόσια πάρκα-κέντρα συγκέντρωσε μεγάλο ποσοστό (46,39%) με τους περισσότερους ερωτηθέντες να απαντούν ότι έχουν συμμετάσχει "λίγο" (17,87%) και "ούτε λίγο ούτε πολύ" (12,89%).

Εμπόδια προς την άσκηση

Ο κυριότερος λόγος που το δείγμα της έρευνας δεν ασκούσε κάποιες από τις προαναφερθέντες δραστηριότητες ήταν η έλλειψη χρόνου (Πίνακας 6). Δεύτερος λόγος αποχής ή μειωμένης συμμετοχής στους χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή ήταν η έλλειψη χρημάτων, για τις δραστηριότητες στη φύση και τα δημόσια πάρκα άθλησης ήταν η έλλειψη παρέας ενώ για τα δημοτικά προγράμματα ήταν η έλλειψη εγκαταστάσεων. Τρίτος λόγος αποχής ή μειωμένης συμμετοχής στους χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή ήταν η έλλειψη παρέας, για τις δραστηριότητες στη φύση η έλλειψη χρημάτων, για τα δημοτικά προγράμματα άσκησης ήταν η έλλειψη πληροφόρησης και για τα δημόσια πάρκα άθλησης η έλλειψη εγκαταστάσεων. Τέταρτη αιτία περιορισμού της άθλησης του δείγματος στους χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή, στις δραστηριότητες στη φύση και στα δημόσια πάρκα άθλησης ήταν η απάντηση «κάτι άλλο», ενώ για τα δημοτικά προγράμματα άσκησης ήταν η έλλειψη παρέας (Πίνακας 6).

Οι κυριότερες απαντήσεις-αίτια στο πεδίο «κάτι άλλο» που εμπόδισαν τη συμμετοχή στις παραπάνω μορφές άσκησης ,μιας και το δείγμα απάντησε περιφραστικά, ήταν κατά κύριο λόγο τα προβλήματα υγείας, ο αρνητισμός και η έλλειψη ενδιαφέροντος

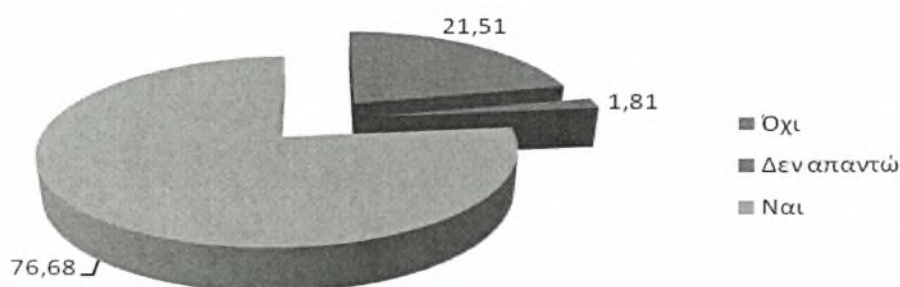
απέναντι στη συγκεκριμένη μορφή άσκησης, καθώς και λόγοι λοχειάς ή ανατροφής τέκνων.

Πίνακας 6. Αίτια που δε συμμετείχε το δείγμα με τη συχνότητα που θα ήθελε στις διάφορες μορφές άσκησης.

ΑΙΤΙΑ	Χώροι άθλησης που απαιτείται συνδρομή	Αθλητικές δραστηριότητες στη φύση	Άσκηση σε δημοτικά προγράμματα	Άσκηση σε δημόσια πάρκα-κέντρα αναψυχής
Έλλειψη χρόνου	43,82%	39,40%	22,64%	32,26%
Έλλειψη χρημάτων	32,36%	22,91%	4,82%	2,71%
Έλλειψη πληροφόρησης	2,21%	5,23%	17,29%	7,44%
Έλλειψη παρέας	19,30%	25,23%	14,17%	20,30%
Έλλειψη εγκαταστάσεων	7,24%	6,13%	20%	19,60%
Κάτι άλλο	14,37%	13,07%	11,76%	9,85%
Δεν απαντώ	6,53%	7,24%	10,25%	11,26%

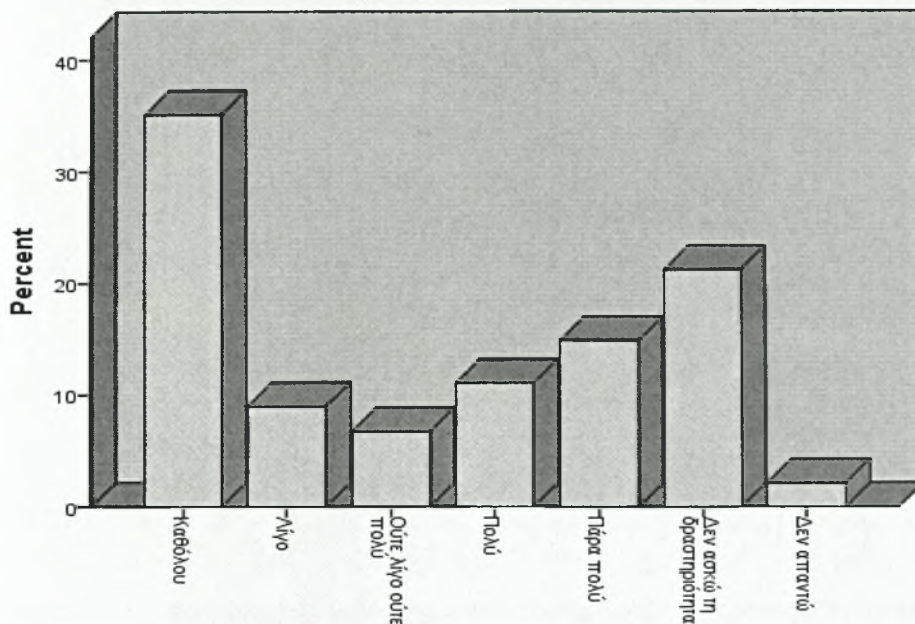
Αναφορικά με την πεποίθηση του δείγματος για το αν μειώθηκε το ετήσιο εισόδημά του για το έτος 2010, το 76,68% ανέφερε ότι το εισόδημά του μειώθηκε έστω και λίγο, το 21,51% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι το ετήσιο εισόδημά του δε μειώθηκε καθόλου ενώ το 1,81% των ερωτηθέντων δεν απάντησε σε αυτό το πεδίο του ερωτηματολογίου (Σχήμα 14).

Το προσωπικό σας εισόδημα μειώθηκε έστω και λίγο το 2010;

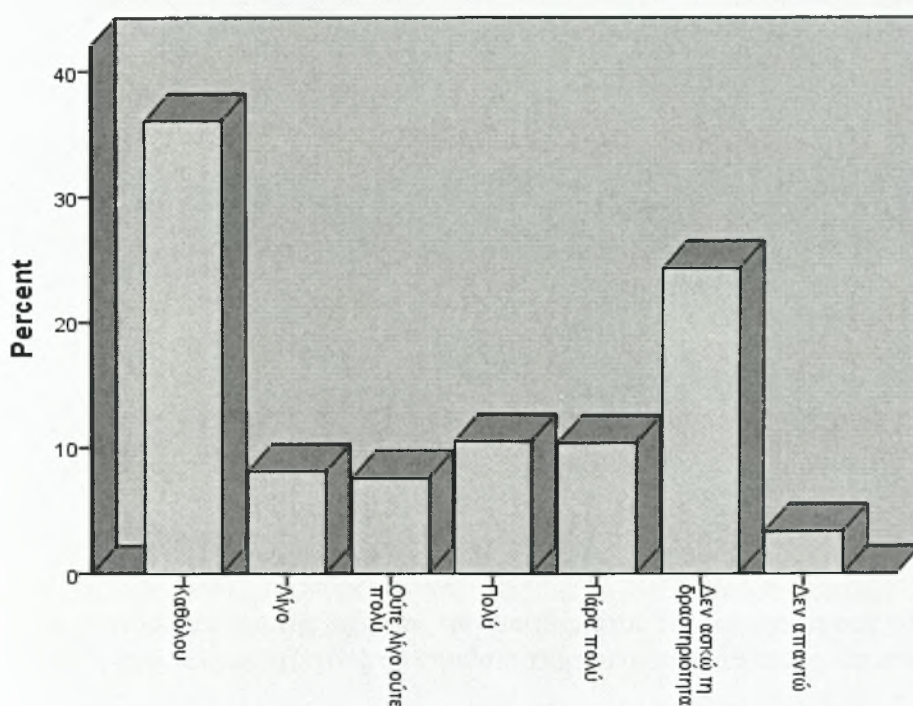


Σχήμα 14. Διακύμανση εισοδήματος του δείγματος για το έτος 2010.

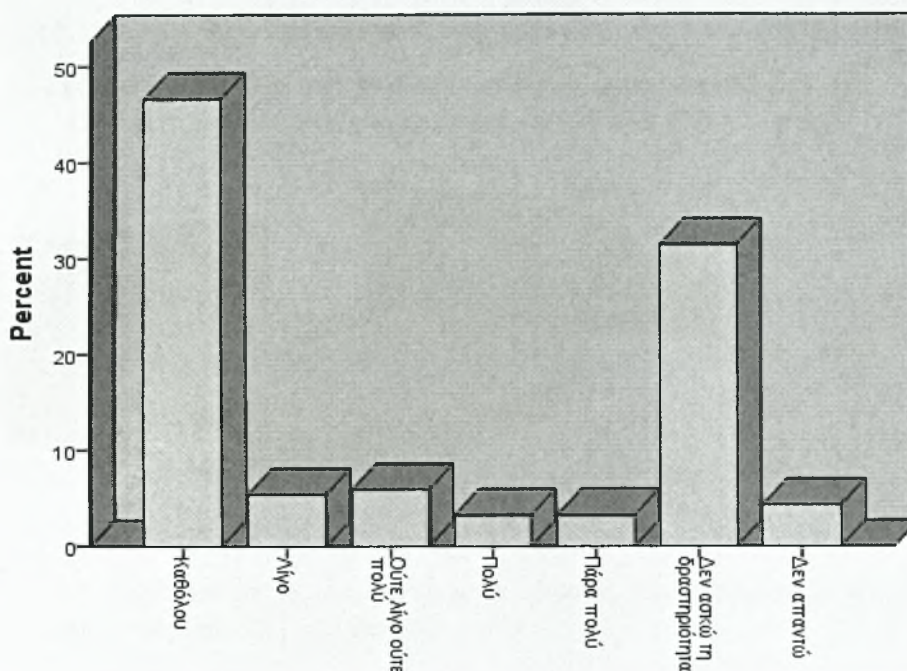
Στην ερώτηση πόσο επηρέασε η μείωση του εισοδήματός σας στις παρακάτω μορφές άσκησης, οι απαντήσεις ήταν οι εξής:



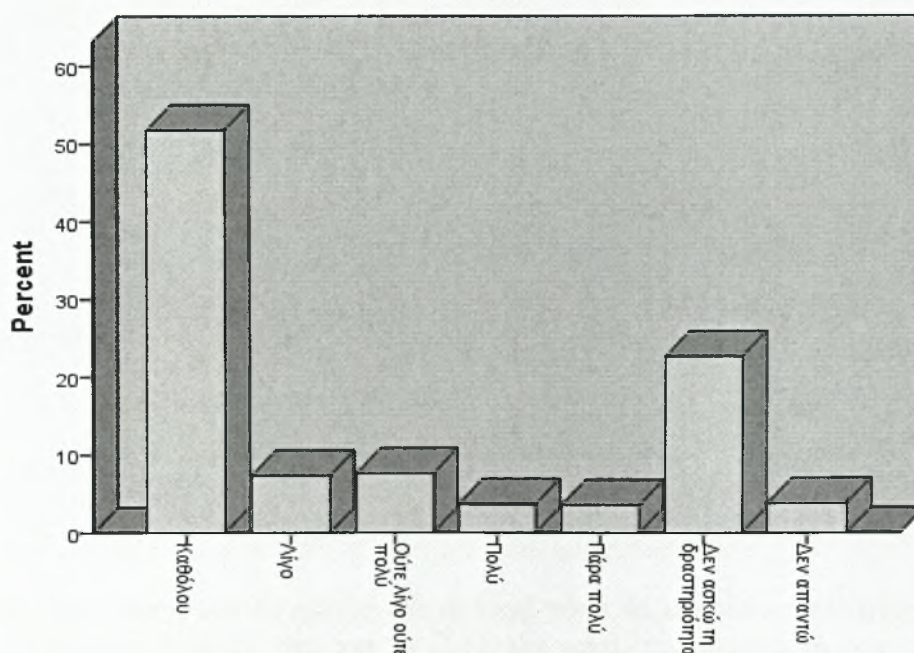
Σχήμα 15. Ποσοστό επιρροής της μείωσης του εισοδήματος των ερωτηθέντων για το έτος 2010, στη συμμετοχή τους σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή.



Σχήμα 16. Ποσοστό επιρροής της μείωσης του εισοδήματος των ερωτηθέντων για το έτος 2010, στη συμμετοχή τους σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση.



Σχήμα 17. Ποσοστό επιρροής της μείωσης του εισοδήματος των ερωτηθέντων για το έτος 2010, στη συμμετοχή τους σε δημοτικά προγράμματα άσκησης.

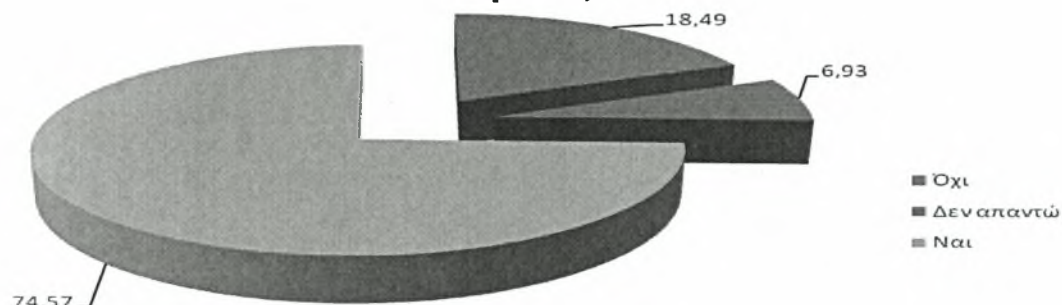


Σχήμα 18. Ποσοστό επιρροής της μείωσης του εισοδήματος των ερωτηθέντων για το έτος 2010, στη συμμετοχή τους σε δημόσια κέντρα-πάρκα άθλησης και αναψυχής.

Όσον αφορά την πεποίθηση του δείγματος για το αν θα μειωθεί περαιτέρω το ετήσιο εισόδημα του για το έτος 2011 και μετά το 74,57 των ερωτηθέντων απάντησε ναι

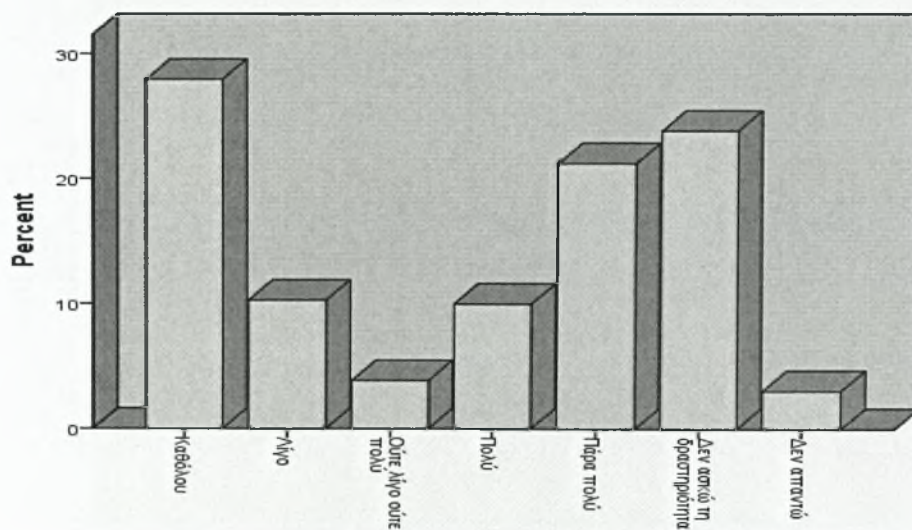
ότι θα μειωθεί, το 18,49% απάντησε ότι δε θα μειωθεί περαιτέρω το εισόδημά του για το 2011 και μετά, ενώ το 6,93% δεν απάντησε στο συγκεκριμένο πεδίο (σχήμα 19).

**Πιστεύετε ότι το προσωπικό σας εισόδημα
θα μειωθεί περαιτέρω από το 2011 και
μετά;**

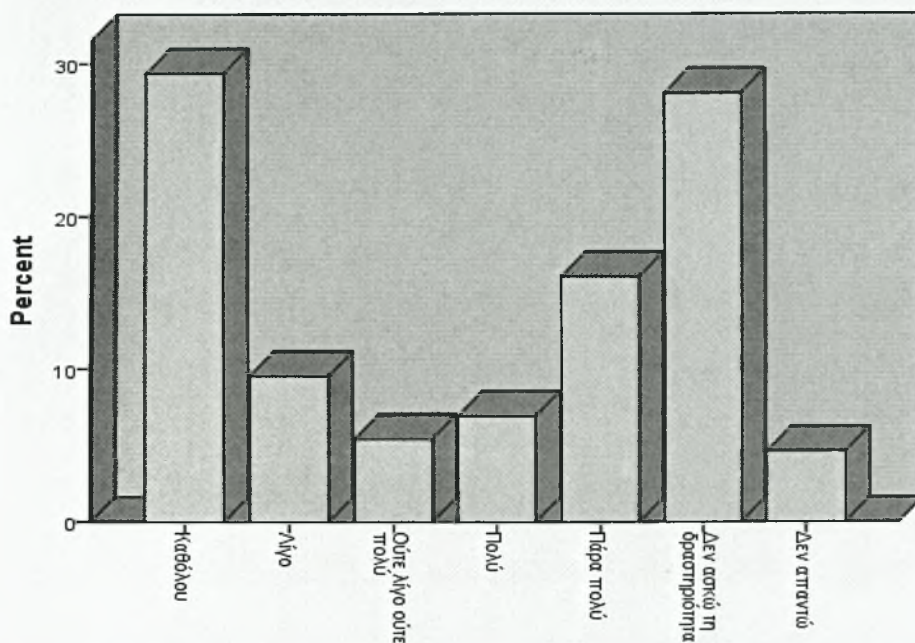


Σχήμα 19. Πεποίθηση του δείγματος για το αν θα μειωθεί περαιτέρω το ετήσιο εισόδημά του για το έτος 2011 και μετά.

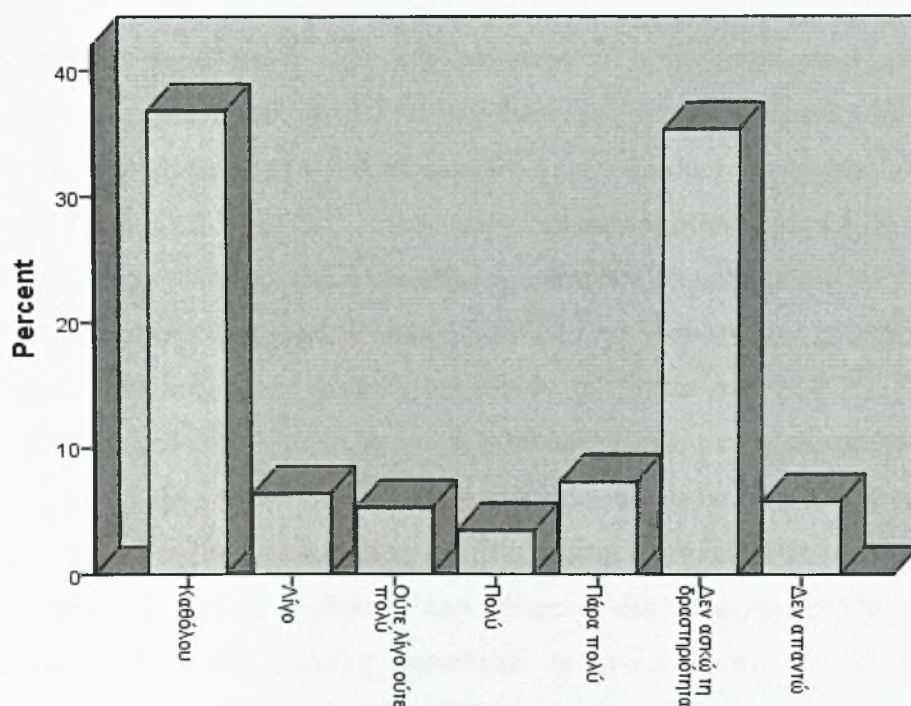
Στην ερώτηση πραιτέρω μείωση στο εισόδημά σας, από το 2011 και μετά, πόσο πιστεύετε ότι θα επηρεάσει τη συμμετοχή σας στις παρακάτω μορφές άσκησης, δόθηκαν οι εξής απαντήσεις:



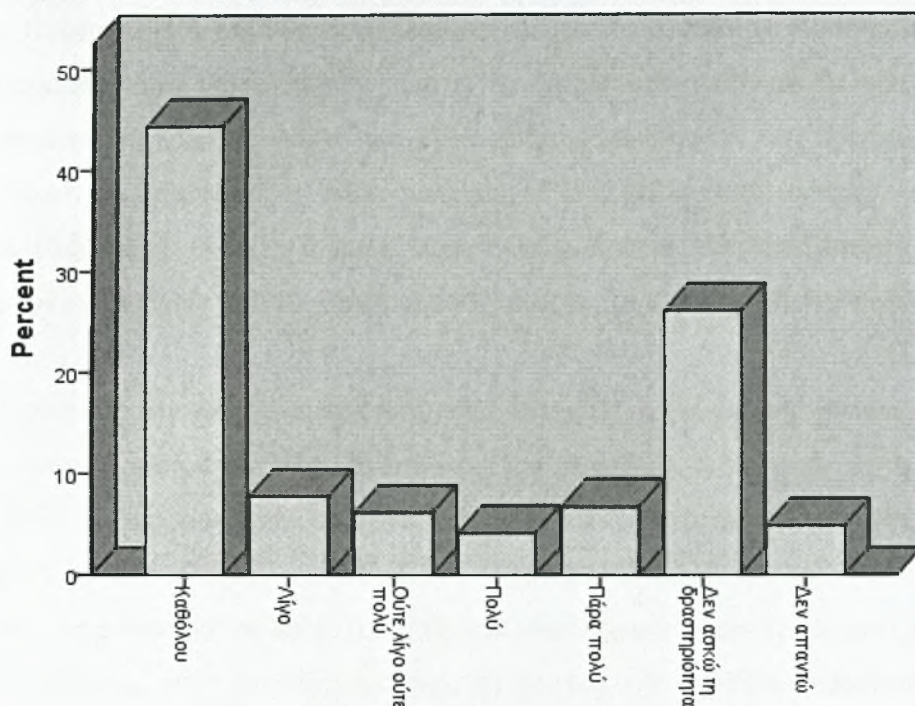
Σχήμα 20. Πεποίθηση του δείγματος για το κατά πόσο θα επηρεάσει περαιτέρω μείωση του εισοδήματός του για το 2011 και μετά, τη συμμετοχή του σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή.



Σχήμα 21. Πεποίθηση του δείγματος για το κατά πόσο θα επηρεάσει περαιτέρω μείωση του εισοδήματός του για το 2011 και μετά, τη συμμετοχή του σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση.



Σχήμα 22. Πεποίθηση του δείγματος για το κατά πόσο θα επηρεάσει περαιτέρω μείωση του εισοδήματός του για το 2011 και μετά, τη συμμετοχή του σε δημοτικά προγράμματα άσκησης.



Σχήμα 23. Πεποίθηση του δείγματος για το κατά πόσο θα επηρεάσει περαιτέρω μείωση του εισοδήματός του για το 2011 και μετά, τη συμμετοχή του σε δημόσια πάρκα-κέντρα άθλησης και αναψυχής.

Ουσιαστικά έγινε καταγραφή και σύγκριση το πόσο επηρέασε η μείωση του εισοδήματος τη συμμετοχή του δείγματος στις διάφορες μορφές άσκησης (σχήμα 15 έως 18) καθώς και το ποια θα είναι η πιθανή μεταβολή σε ενδεχόμενη περαιτέρω μείωση του εισοδήματος (σχήμα 20 έως 23). Βάσει των αποτελεσμάτων που έχουν παρατεθεί παραπάνω, το δείγμα απάντησε ότι η οικονομική κρίση δεν επηρέασε καθόλου την άθληση σε χώρους που απαιτείται συνδρομή κατά 35,05%, με το ποσοστό των ερωτηθέντων που δεν ασκούνται καθόλου στους χώρους αυτούς να ανέρχεται στο 21,21%. Το 14,89% σημείωσε ότι επηρεάστηκε πάρα πολύ. Σε πιθανή μελλοντική μείωση του ετήσιου εισοδήματος για το 2011 το ποσοστό των ερωτηθέντων που δε θα επηρεαστεί καθόλου θα είναι 27.94% , επτά δηλαδή ποσοστιαίες μονάδες κάτω εν συγκρίσει με εκείνο του 2010. Επίσης, το ποσοστό των ερωτηθέντων που δήλωσαν ότι θα επηρεαστούν πάρα πολύ ανέρχεται σε 21,21%, έξι μονάδες παραπάνω από το ποσοστό του 2010. Επίσης, περαιτέρω μείωση του εισοδήματος για το 2011 θα αυξήσει το ποσοστό των ερωτηθέντων που δεν ασκούν τη δραστηριότητα κατά 2,61%.

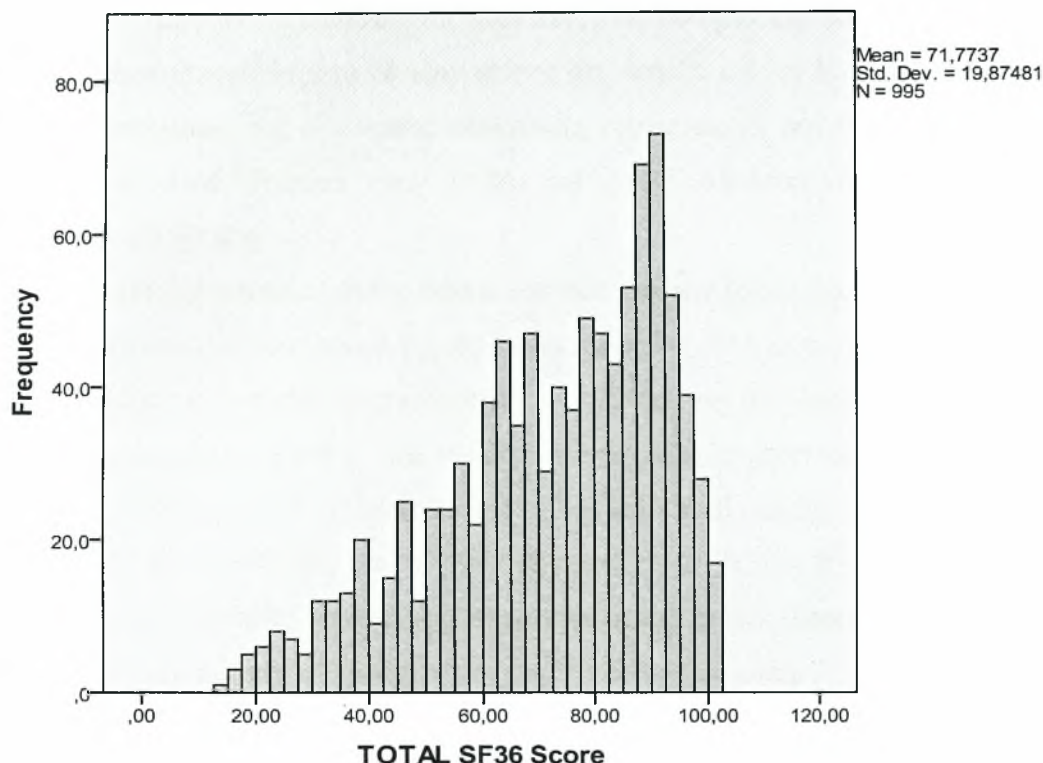
Όσον αφορά τις αθλητικές δραστηριότητες στη φύση το δείγμα της έρευνας απάντησε ότι η οικονομική κρίση δεν επηρέασε καθόλου την άσκησή τους σε αυτή κατά 36.03% για το έτος 2010. Το ποσοστό των ερωτηθέντων που δεν ασκούνται καθόλου μέσω

δραστηριοτήτων στη φύση ανέρχεται σε 24,4%. Το 10,33% δήλωσε ότι επηρεάστηκε πάρα πολύ για το έτος 2010. Σε πιθανή μελλοντική μείωση του ετήσιου εισοδήματος για το 2011 το ποσοστό των ερωτηθέντων που δε θα επηρεαστεί καθόλου θα είναι 29.35%, 6,68% δηλαδή λιγότερο από εκείνο του 2010. Επίσης το ποσοστό των ερωτηθέντων που απάντησαν ότι θα επηρεαστούν πάρα πολύ σε πιθανή μελλοντική μείωση για το 2011 ανήλθε σε 16.08%, έξι μονάδες δηλαδή πάνω εν συγκρίσει με τα αποτελέσματα του 2010, ενώ το ποσοστό εκείνων που θα σταματήσουν πλήρως τη δραστηριότητα αυξήθηκε κατά 3,64%.

Περνώντας στα δημοτικά προγράμματα άσκησης το δείγμα της έρευνας απάντησε ότι η οικονομική κρίση δεν επηρέασε καθόλου την άσκησή τους σε αυτά για το έτος 2010 κατά 46,58%. Το ποσοστό των ερωτηθέντων που δεν ασκούνται καθόλου σε δημοτικά προγράμματα άσκησης ανέρχεται σε 31,41%. Για το έτος 2010 το 3,22% του δείγματος δήλωσε ότι επηρεάστηκε πολύ η άσκησή του στα δημοτικά προγράμματα. Σε πιθανή περαιτέρω μείωση του εισοδήματος του δείγματος, το ποσοστό εκείνων που θα επηρεαστούν πάρα πολύ στη συγκεκριμένη μορφή άσκησης ανήλθε σε 7,24% (αυξήθηκε κατά 4 ποσοστιαίες μονάδες) ενώ το ποσοστό εκείνων που δεν θα ασκήσουν περαιτέρω τη συγκεκριμένη μορφή άσκησης αυξήθηκε κατά 3,87%.

Τέλος, οι συμμετέχοντες στην έρευνα απάντησαν ότι δεν επηρεάστηκε καθόλου η άθλησή τους σε δημόσια πάρκα-κέντρα άθλησης και αναψυχής κατά 51,75% για το έτος 2010. Το ποσοστό εκείνων που δεν ασκούνται καθόλου σε δημόσια πάρκα-κέντρα αναψυχής ανήλθε σε 22,58% ενώ εκείνοι που δήλωσαν ότι επηρεάστηκε πάρα πολύ η άθλησή τους έφτασαν το 3,49%. Πιθανή μελλοντική μείωση του εισοδήματος για το 2011 θα αυξήσει το ποσοστό εκείνων που θα διακόψουν τη δραστηριότητα κατά 3,55% και εκείνων που θα επηρεαστούν πάρα πολύ κατά 3,24%.

Τα αποτελέσματα του συνολικού σκορ της ποιότητας ζωής που έχουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα παρατίθεται στο σχήμα 24. Ο Μ.Ο της συνολικής ποιότητας ζωής ήταν 71,77 ενώ η $SD=19,87$. Η μέγιστη τιμή για την ποιότητα ζωής ήταν 100 ενώ η ελάχιστη τιμή ήταν 14. Περνώντας στις δύο μεγάλες υποομάδες της ποιότητας ζωής στη σωματική και ψυχική υγεία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο Μ.Ο της σωματικής υγείας ήταν 75,28 με $SD=17,84$ ενώ για τη ψυχική υγεία ο Μ.Ο ήταν 65,02 με $SD=23,2$. Η μέγιστη τιμή για τη σωματική υγεία ήταν 100 ενώ η ελάχιστη 15,4. Στη ψυχική υγεία η μέγιστη τιμή ήταν 100 ενώ η ελάχιστη 4.



Σχήμα 24. Αποτελέσματα της συνολικής ποιότητας ζωής του δείγματος της έρευνας.

Δείκτες συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας

Σε συνέχεια των περιγραφικών στατιστικών αποτελεσμάτων των δεδομένων του δείγματος, παρατίθεται σειρά συσχετίσεων μεταξύ των σημαντικότερων μεταβλητών της έρευνας. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι υπήρξε χαμηλή αλλά θετική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ του SF-36 και της συνολικής φυσικής δραστηριότητας $r=.225$. Το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν $p<.05$, άρα η παραπάνω συσχέτιση είναι στατιστικώς σημαντική.

Η συνολική φυσική δραστηριότητα είχε ασθενή θετική συσχέτιση με τις δύο μεγάλες υποομάδες του SF-36. Αναλυτικότερα, η συσχέτιση μεταξύ της συνολικής φυσικής δραστηριότητας και της σωματικής υγείας ήταν $r=.247$ με $p<.05$. Η συσχέτιση της συνολικής φυσικής δραστηριότητας με τη συνολική ψυχική υγεία ήταν $r=.203$ με $p<.05$. Επομένως οι παραπάνω συσχετίσεις είναι στατιστικά σημαντικές. Το συνολικό σκορ του SF-36 είχε ισχυρή θετική συσχέτιση με την υποκατηγορία της σωματικής υγείας $r=.928$, κάτι το οποίο ίσχυσε και για τη ψυχική υγεία $r=.957$, πράγμα το οποίο ικανοποιεί το στατιστικώς αποδεκτό όριο του $r>.7$ περί ισχυρής θετικής συσχέτισης

Το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας και για τις δύο συσχετίσεις ήταν $p < .05$ καθιστώντας έτσι αυτές τις συσχετίσεις στατιστικώς σημαντικές. Τα στατιστικά αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι υπήρξε υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκατηγορίας της συνολικής σωματικής υγείας με τη συνολική ψυχική υγεία. Ο συντελεστής κατά Pearson ήταν $r = .801$ με $p < .05$ υποδεικνύοντας έτσι στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Ο δείκτης μάζας σώματος βάσει των στατιστικών έδειξε ότι είχε ασθενή αρνητική συσχέτιση με το συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής $r = -.116$ με $p < .05$ όπως επίσης και με το συνολικό σκορ φυσικής δραστηριότητας $r = -.120$ με $p < .05$. Παρατηρούμε λοιπόν ότι οι παραπάνω συσχετίσεις είναι και οι δυο στατιστικώς σημαντικές. Ασθενής αρνητική συσχέτιση ίσχυσε και για τις υποκατηγορίες της σωματικής υγείας και της ψυχικής υγείας με το BMI. Οι συντελεστές κατά Pearson ήταν $r = -.171$ και $P = -.081$ αντίστοιχα, με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < .05$. Επομένως παρατηρήθηκαν στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις και σε αυτή την περίπτωση.

Αναλύοντας τη συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ του SF-36 και του εκπαιδευτικού επιπέδου των ατόμων του δείγματος τα αποτελέσματα δεν απέρριψαν τη μηδενική υπόθεση. Η κατανομή του SF-36 δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης. Όσον αφορά τη συσχέτιση του SF-36 και το οικογενειακό εισόδημα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση περί ισότητας της κατανομής της ποιότητας ζωής ανάμεσα στα επίπεδα της μεταβλητής του οικογενειακού εισοδήματος. Επομένως, στατιστικώς η κατανομή του SF-36 διαφέρει ανάμεσα στις κατηγορίες του οικονομικού εισοδήματος με παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας (p -value) $p = .017$. Ειδικότερα, μετά τη διενέργεια του ελέγχου των ανά δύο κατηγοριών συγκρίσεων διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα ζωής διαφέρει για τις κατηγορίες οικογενειακού εισοδήματος 12.000-25.000€ και >25.000€. Αναλυτικότερα, παρατηρήθηκε ότι οι ερωτηθέντες που έχουν εισόδημα >25.000€ παρουσιάζουν μεγαλύτερη ποιότητα ζωής από τους ερωτηθέντες με εισόδημα 12.000-25.000€. Για τα άτομα που δεν απάντησαν στη συγκεκριμένη ερώτηση του ερωτηματολογίου και για τα άτομα που είχαν οικογενειακό εισόδημα <12.000 η συνολική ποιότητα ζωής είναι ίδια. Αντιθέτως, ισχύει η μηδενική υπόθεση για τη συνολική φυσική δραστηριότητα των ερωτηθέντων και τις κατηγορίες του οικογενειακού εισοδήματος. Δηλαδή η συνολική φυσική δραστηριότητα ήταν ίδια ανάμεσα στις κατηγορίες του οικογενειακού εισοδήματος με $p = .676$.

Στην ερώτηση προς το δείγμα της έρευνας για το αν εργάζεται και με ποια εργασιακή σχέση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατανομή της συνολικής ποιότητας ζωής στις διάφορες κατηγορίες εργασιακής απασχόλησης είναι ίδια. Ισχύει δηλαδή η μηδενική υπόθεση με $p=.104$ ($>0,05$). Αντιθέτως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση περί ισότητας της συνολικής φυσικής δραστηριότητας ανά τις διάφορες κατηγορίες εργασιακής απασχόλησης. Συγκεκριμένα διαφέρει η συνολική φυσική δραστηριότητα ανάμεσα στα άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά και τους άνεργους, έχοντας οι δεύτεροι μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα. Διαφορά υπάρχει επίσης μεταξύ των ερωτηθέντων που εργάζονται σε ιδιωτική επιχείρηση με πλήρη απασχόληση και τους άνεργους. Οι άνεργοι σημείωσαν επίσης μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα. Μεταξύ των υπολοίπων κατηγοριών εργασιακής απασχόλησης δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη συνολική φυσική δραστηριότητα.

Εξετάζοντας την υπόθεση περί ισότητας της συνολικής φυσικής δραστηριότητας με τις διάφορες εκπαιδευτικές κατηγορίες-επίπεδα, απορρίφθηκε η μηδενική υπόθεση άρα η συνολική φυσική δραστηριότητα διαφέρει στατιστικώς σημαντικά ($p<.05$) στα εκπαιδευτικά επίπεδα. Αναλυτικότερα, διαφορές στη φυσική δραστηριότητα υπάρχουν ανάμεσα στους ερωτηθέντες με εκπαιδευτικό επίπεδο δημοτικό και φοιτητή με τον δεύτερο να παρουσιάζει μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα. Ανάμεσα στους ασκούμενους με εκπαιδευτικό επίπεδο γυμνάσιο και φοιτητή, πάλι ο φοιτητής σημείωσε μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα. Στα εκπαιδευτικά επίπεδα Λυκείου και φοιτητή παρομοίως με παραπάνω ο φοιτητής είχε μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα, κάτι το οποίο ίσχυσε και ανάμεσα στις κατηγορίες τριτοβάθμια εκπαίδευση και φοιτητή. Μεταξύ των υπολοίπων κατηγοριών εκπαιδευτικού επιπέδου δεν παρατηρήθηκαν διαφορές στη συνολική φυσική δραστηριότητα.

V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα έρευνα συνέλεξε πλήθος αποτελεσμάτων και υποστήριξε συμπεράσματα- τόσο για την ποιότητα ζωής όσο και για τη φυσική δραστηριότητα και τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Αρχικά εξήχθησαν συμπεράσματα για τα χαρακτηριστικά του δείγματος, το οποίο είναι αντιπροσωπευτικό του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδος λόγω της υψηλής εξωτερικής εγκυρότητας που παρουσιάζει η συγκεκριμένη έρευνα λόγω του σχεδιασμού της. Αναλυτικότερα, το δείγμα της έρευνας σημείωσε χαμηλή συνολική φυσική δραστηριότητα, με το 25% των ερωτηθέντων να παρουσιάζουν μηδενική φυσική δραστηριότητα. Παράλληλα, το 40,3% του δείγματος ήταν υπέρβαρο, το 15,6% ανήκε σε μια από τις τρεις κατηγορίες παχυσαρκίας και το 43,2% ήταν υγιές-φυσιολογικό. Το μισό και παραπάνω δείγμα δηλαδή της έρευνας (55,9%) ήταν πάνω από το φυσιολογικό όριο BMI. Περνώντας στην εργασιακή απασχόληση παρατηρήθηκε ότι το 17,79% των ερωτηθέντων εργάζονται στον δημόσιο τομέα με μερική ή πλήρη απασχόληση ενώ στον ιδιωτικό τομέα το 48,53% εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα με πλήρη ή μερική απασχόληση, οι συνταξιούχοι κάλυψαν το 14,47%, οι άνεργοι το 10,33% και τα οικιακά το 5,63% του δείγματος. Όσον αφορά το οικογενειακό εισόδημα το 57,89% είχε εισόδημα από 12.000-25.000€, το 26,93% είχε εισόδημα μεγαλύτερο των 25.000€ ενώ το 4,82% είχε εισόδημα μικρότερο των 12.000€.

Φεύγοντας από τα χαρακτηριστικά του δείγματος και περνώντας στις επιμέρους συσχετίσεις η έρευνα έδειξε ότι υπήρξε ασθενή θετική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ του SF-36 και της συνολικής φυσικής δραστηριότητας κάτι στο οποίο συμφωνούν μέσω των ερευνών τους οι Durmaz και συν. (2007); Amodeu και συν. (2005); MacDaniel και συν. (2001). Μια άλλη έρευνα που ασχολήθηκε με την επίδραση της φυσικής δραστηριότητας ήταν αυτή των Valenti et al. (2008). Τα αποτελέσματα των Valenti και συν.(2008) έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής κάτι το οποίο μπορούμε να πούμε ότι έρχεται λίγο σε αντίθεση με την ασθενή θετική συσχέτιση της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, προσθέτουν οι Valenti και συν. (2008) ότι η έντονη άσκηση είχε σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν επίσης ότι η συνολική φυσική δραστηριότητα είχε ασθενή θετική συσχέτιση με τις δύο μεγάλες υποομάδες του SF-36. Επίσης, το SF-36 είχε ισχυρή θετική συσχέτιση με τις δύο γενικές υποκατηγορίες της σωματικής και ψυχικής υγείας κάτι το οποίο βρίσκει σύμφωνους τους Gandek και Ware (1998). Υψηλή συσχέτιση υπήρξε και μεταξύ της συνολικής σωματικής υγείας με τη συνολική ψυχική υγεία κάτι στο οποίο συμφωνούν και οι Sersic και συν. (2006).

Βάσει των στατιστικών αναλύσεων της έρευνας, το BMI είχε ασθενή αρνητική συσχέτιση με το συνολικό σκορ της ποιότητας ζωής, το οποίο έρχεται σε συμφωνία με τους Amonkar, Hassan, Joshi και Madhavan (2003), η έρευνα των οποίων έδειξε την αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ BMI και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής. Σύμφωνοι είναι και οι Gillison, Skevington και Standage (2006), οι οποίοι σημείωσαν ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνά τους με χαμηλό BMI είχαν υψηλότερο δείκτη ποιότητας ζωής. Οι Amonkar και συν. (2003) προσέθεσαν επίσης ότι οι δύο μεγάλες υποκατηγορίες της ποιότητας ζωής είχαν αρνητικό δείκτη συσχέτισης με το BMI, κάτι το οποίο ισχύει και στην παρούσα έρευνα.

Φεύγοντας από τη συσχέτιση BMI και ποιότητας ζωής και περνώντας στη συσχέτιση BMI και φυσικής δραστηριότητας οι Belanger-Gravel, Godin και Nolin (2008) στην έρευνά τους σημειώνουν ότι όσο πιο μεγάλο το BMI τόσο πιο μικρή η φυσική δραστηριότητα, κάτι το οποίο έρχεται σε σύμπτωση με την ασθενή αρνητική συσχέτιση που είχε το BMI με το συνολικό σκορ της φυσικής δραστηριότητας της παρούσας έρευνας. Σε αυτή τη θεωρία καταλήγουν και οι Bize και Plotnikoff (2009) τα αποτελέσματα των οποίων έδειξαν ότι όσο πιο υψηλό ήταν το επίπεδο της γενικής υγείας, τόσο πιο αυξημένη ήταν η ενεργειακή δαπάνη και κατ'επέκταση η φυσική δραστηριότητα, ενώ παράλληλα τόσο πιο μειωμένο ήταν το BMI.

Αναφορικά με τη συσχέτιση της ποιότητας ζωής και του εκπαιδευτικού επιπέδου η έρευνα έδειξε ότι στατιστικώς η κατανομή του SF-36 δεν διαφέρει ανάμεσα στα πεδία του εκπαιδευτικού επιπέδου. Κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίθεση με τους Karlsson και Sullivan (1998), οι οποίοι στην έρευνά τους σημειώνουν ότι η ποιότητα ζωής συσχετίζεται με τους κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου όπως χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ανεργία, διαζύγιο καθώς και τη διαβίωση-διαμονή σε μολυσμένες και υποβαθμισμένες περιοχές. Συγκεκριμένα οι Karlsson και συν. (1998) αναφέρουν ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνά τους που είχαν τελειώσει μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση σημείωσαν τα χειρότερα ποσοστά σωματικής υγείας. Επίσης, οι άνεργοι έφεραν χαμηλότερα ποσοστά γενικής υγείας και κατ'επέκταση ποιότητας ζωής εν συγκρίσει με τους εργαζόμενους, κάτι το

οποίο έρχεται επίσης σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας όπου η κατανομή της ποιότητας ζωής στις διάφορες κατηγορίες εργασιακής απασχόλησης είναι ίδια. Οι Karlsson και συν. (1998) συνεχίζοντας, προσθέτουν ότι οι χωρισμένοι είχαν επίσης χαμηλότερα ποσοστά ποιότητας ζωής εν συγκρίσει με τους παντρεμένους, ειδικότερα στις κατηγορίες της κοινωνικής λειτουργικότητας και ψυχικής υγείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν επίσης ότι ίσχυσε η μηδενική υπόθεση για τη συνολική φυσική δραστηριότητα των ερωτηθέντων και τις κατηγορίες του οικογενειακού εισοδήματος. Αντιθέτως οι Ford και συν. (1990) ισχυρίζονται, βάσει της έρευνάς τους, ότι οι γυναίκες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είχαν τη χαμηλότερη φυσική δραστηριότητα ενώ οι γυναίκες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό δείκτη είχαν την υψηλότερη φυσική δραστηριότητα από όλες τις ομάδες, ξοδεύοντας σημαντικά περισσότερο χρόνο μέσα στην εβδομάδα για γυμναστική καθώς και εργασίες στο σπίτι. Οι άντρες ανεξαρτήτου κατηγορίας έφεραν τα ίδια αποτελέσματα. Οι άντρες με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ξόδευαν σημαντικά περισσότερο χρόνο μέσα στην εβδομάδα περπατώντας και κάνοντας θελήματα και εξωτερικές δουλειές για το σπίτι ενώ οι άντρες με υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ήταν πιο ενεργοί στη γυμναστική κατά τον ελεύθερο χρόνο. Ο Raudsepp (2006) στην έρευνά του εξέτασε τη σχέση μεταξύ του κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και της φυσικής δραστηριότητας των εφήβων. Τα αποτελέσματα της έρευνάς έδειξαν ότι η κοινωνική τάξη και η κοινωνική υποστήριξη των γονέων ήταν σημαντικά συσχετιζόμενες με τη φυσική δραστηριότητα των εφήβων. Αναφέρει επίσης ότι το οικονομικό επίπεδο των οικογενειών δεν είχε κάποια συσχέτιση με τη φυσική δραστηριότητα των εφήβων. Κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Ford και συν. (1990) και ενισχύει το αποτέλεσμα της συγκεκριμένης έρευνας περί μηδενικής υπόθεσης μεταξύ της συνολικής φυσικής δραστηριότητας και των κατηγοριών του οικογενειακού εισοδήματος.

Σύμφωνοι με τους Ford και συν. είναι και οι Clelant, Salmon, Timperio και Venn (2005) όπου στην έρευνά τους οι συμμετέχοντες ,που ήταν παιδιά και είχαν υψηλό κοινωνικοοικονομικό δείκτη, είχαν μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα από τα παιδιά με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό δείκτη. Επίσης τα παιδιά με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό δείκτη είχαν υψηλότερα ποσοστά παχυσαρκίας απ'ότι εκείνα με υψηλό. Οι Guiomar και Jorge (1999) στην έρευνά τους εξέτασαν τη συσχέτιση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας των εφήβων με τη φυσική δραστηριότητα των γονέων καθώς και με το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι τα αγόρια είχαν υψηλότερη φυσική δραστηριότητα από τα κορίτσια καθώς και ότι δεν υπήρξε κάποια

συσχέτιση μεταξύ του εισοδήματος και του εκπαιδευτικού επιπέδου των γονέων με τη φυσική δραστηριότητα των εφήβων.

Οι Cerin και Leslie (2008) εν αντιθέσει ισχυρίζονται ότι το οικογενειακό εισόδημα ήταν το κοινωνικοοικονομικό κριτήριο με τη μεγαλύτερη επίδραση στη φυσική δραστηριότητα αναψυχής-ελεύθερου χρόνου. Συγκεκριμένα οι Cerin και συν. (1999) αναφέρουν ότι όσο πιο υψηλό ήταν το οικογενειακό εισόδημα τόσο μεγαλύτερη η φυσική δραστηριότητα αναψυχής (π.χ. περπάτημα) κάτι το οποίο εξηγείται, όπως αναφέρουν, λόγω της περιοχής που διαμένει το συγκεκριμένο δείγμα καθώς και των υποδομών που αυτή φέρει (π.χ. πάρκα, πλατείες). Οι Hwang, So, Song και Oh (2010) συμφωνούν με τα παραπάνω σημειώνοντας ότι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο είχε σχετική συσχέτιση με τη φυσική δραστηριότητα και προσθέτουν ότι οι γυναίκες και η μεγάλη ηλικία είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας.

Περνώντας στη συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας και των κατηγοριών εργασιακής απασχόλησης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση περί ισότητας της συνολικής φυσικής δραστηριότητας ανά τις διάφορες κατηγορίες εργασιακής απασχόλησης. Συγκεκριμένα όπως έχω ήδη προαναφέρει διαφέρει η συνολική φυσική δραστηριότητα ανάμεσα στα άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά και τους άνεργους, έχοντας οι δεύτεροι μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία είναι και οι Ainsworth, Quesenberry και Sternfeld (1999) όπου τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι οι γυναίκες με υψηλότερη φυσική δραστηριότητα ήταν οι μικρότερες σε ηλικία, πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, ανύπαντρες και χωρίς παιδιά, ενώ οι γυναίκες που ασχολούνταν με τα οικιακά είχαν τη χαμηλότερη φυσική δραστηριότητα και ήταν μεγαλύτερες σε ηλικία με παιδιά.

Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα διαφορά υπάρχει επίσης μεταξύ των ερωτηθέντων που εργάζονται σε ιδιωτική επιχείρηση με πλήρη απασχόληση και τους άνεργους. Οι άνεργοι σημείωσαν επίσης μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα. Κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των Van Domelen et al. (2011) στην έρευνα των οποίων οι εργαζόμενοι με πλήρη απασχόληση είχαν λιγότερη καθιστική ζωή και μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα απ'ότι οι άνεργοι υγιείς συμμετέχοντες. Οι Van Domelen και συν. (2011) προσθέτουν ότι οι άνεργοι και μη υγιείς συμμετέχοντες είχαν τη χαμηλότερη φυσική δραστηριότητα ενώ για τις γυναίκες η φυσική δραστηριότητα ήταν ίδια για όλες τις κατηγορίες εκτός από εκείνη των μη υγιών και άνεργων γυναικών. Με αυτή τη θεωρία συμφωνούν και οι Mitchell και Porpham (2007), οι οποίοι στην έρευνά τους αναφέρουν ότι όσο πιο πολύ αυξανόταν το κοινωνικοοικονομικό μειονέκτημα τόσο

πιο πολύ μειωνόταν ή εκμηδενιζόταν η φυσική δραστηριότητα. Ωστόσο όμως όταν έμπαινε και ο παράγοντας της εργασιακής απασχόλησης η φυσική δραστηριότητα αυξανόταν κατακόρυφα.

Εξετάζοντας την υπόθεση περί ισότητας της συνολικής φυσικής δραστηριότητας με τις διάφορες εκπαιδευτικές κατηγορίες-επίπεδα, απορρίφθηκε η μηδενική υπόθεση, άρα η συνολική φυσική δραστηριότητα διαφέρει στατιστικώς σημαντικά ($p < .05$) στα εκπαιδευτικά επίπεδα. Αναλυτικότερα, η έρευνα έδειξε ότι υπάρχουν διαφορές στη φυσική δραστηριότητα ανάμεσα στους ερωτηθέντες με εκπαιδευτικό επίπεδο δημοτικό και φοιτητή με τον δεύτερο να παρουσιάζει μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα. Επίσης, ανάμεσα στους ασκούμενους με εκπαιδευτικό επίπεδο γυμνάσιο και φοιτητή, πάλι ο φοιτητής σημείωσε μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα. Στα εκπαιδευτικά επίπεδα Λυκείου και φοιτητή παρομοίως με παραπάνω ο φοιτητής είχε μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα, κάτι το οποίο ίσχυσε και ανάμεσα στις κατηγορίες τριτοβάθμια εκπαίδευση και φοιτητή. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία είναι οι Schnohr et al. (2004), η έρευνα των οποίων έδειξε ότι το δείγμα με το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχε τη χαμηλότερη φυσική δραστηριότητα, καθώς και οι Baecke, Burema και Frijters (1982), οι οποίοι σημείωσαν ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο είχε θετική συσχέτιση με τη φυσική δραστηριότητα κατά τον ελεύθερο χρόνο και για τα δύο φύλα. Τέλος οι Droomers, Machenbach και Schrijvers (2001), σημείωσαν ότι οι οικογένειες με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν οικογένειες με χαμηλό εισόδημα και οι οποίες είχαν ένα παιδί. Πρόσθεσαν επίσης ότι τα άτομα με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν περισσότερες πιθανότητες να ελαττώσουν τη φυσική δραστηριότητα στο μέλλον, με τους νέους να παρουσιάζουν μεγαλύτερες πιθανότητες έναντι των γηραιότερων.

Τα αποτελέσματα που εξήχθησαν από τα στατιστικά για το ποιες είναι οι συνήθειες του κοινού όσον αφορά τη γυμναστική επί μισθώσει και μη, καθώς και η έρευνα αγοράς που έγινε για το ποια θα είναι η μελλοντική συμπεριφορά του δείγματος, μας δίνουν μια εικόνα και τάση του πώς θα κινηθεί ο κλάδος της φυσικής αγωγής στο μέλλον. Αναλυτικότερα, οι τρεις κυριότεροι λόγοι, κατά σειρά σημαντικότητας, που επηρεάζουν τη συχνότητα άσκησης του δείγματος της έρευνας στις διάφορες μορφές άσκησης είναι η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη χρημάτων και η έλλειψη παρέας. Στα δημοτικά προγράμματα άσκησης στη θέση της έλλειψης χρημάτων μπαίνει η έλλειψη πληροφόρησης, ενώ στα δημόσια πάρκα-κέντρα άθλησης και αναψυχής στη θέση της έλλειψης παρέας μπαίνει η έλλειψη εγκαταστάσεων.



Η οικονομική κρίση επηρέασε την άθληση σε χώρους που απαιτείται συνδρομή και περαιτέρω μείωση θα επηρεάσει πάρα πολύ τους ασκούμενους σε ποσοστό 7%, ενώ το 2,61% θα διακόψει πλήρως τη συγκεκριμένη μορφή άσκησης. Τα ίδια περίπου ποσοστά ίσχυσαν και για τις δραστηριότητες στη φύση καθώς και για τα δημοτικά προγράμματα άσκησης, με τη διαφορά ότι το ποσοστό που θα διακόψει τη δραστηριότητα στη φύση ανέρχεται σε 3,64% ενώ στα δημοτικά προγράμματα σε 3,87%.

VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το δείγμα της έρευνας παρουσίασε χαμηλή φυσική δραστηριότητα με το 25% των ερωτηθέντων να παρουσιάζουν μηδενική φυσική δραστηριότητα. Παράλληλα, το 40,3% του δείγματος ήταν υπέρβαρο και το 15,6% ανήκε σε μια από τις τρεις κατηγορίες παχυσαρκίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν επίσης ότι υπάρχει ασθενή θετική συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της φυσικής δραστηριότητας, κάτι το οποίο είναι σύμφωνο με τη διεθνή βιβλιογραφία. Τίθεται λοιπόν προβληματισμός για το χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και κατ'επέκταση της ποιότητας ζωής που παρουσιάζουν οι Έλληνες πολίτες.

Επίσης, βάσει των στατιστικών αναλύσεων της παρούσας έρευνας το BMI είχε ασθενή αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής. Όσο χαμηλότερο δηλαδή το BMI τόσο σχετικά μεγαλύτερος ο δείκτης της ποιότητας ζωής. Το αποτέλεσμα αυτό είναι ουσιαστικά άλλο ένα «καμπανάκι» για το επίπεδο της ποιότητας ζωής των Ελλήνων πολιτών, τη στιγμή που το 56% του πληθυσμού έχει BMI πάνω από το φυσιολογικό όριο. Ασθενή αρνητική συσχέτιση υπήρξε και μεταξύ BMI και συνολικής φυσικής δραστηριότητας.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν επηρέασε τη συνολική ποιότητα ζωής, κάτι το οποίο έρχεται σε αντιπαράθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία και απαιτείται προφανώς περαιτέρω διερεύνηση. Στη συσχέτιση φυσικής δραστηριότητας και οικογενειακού εισοδήματος ίσχυσε η μηδενική υπόθεση, ωστόσο η διεθνής βιβλιογραφία είναι διχασμένη και χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση επίσης. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι άνεργοι είχαν τη μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα έναντι των υπολοίπων κατηγοριών εργασιακής απασχόλησης, κάτι το οποίο έρχεται σε αντίθεση με κάποιες έρευνες του εξωτερικού όπου οι εργαζόμενοι είχαν μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα. Όσον αφορά τη συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας και του εκπαιδευτικού επιπέδου, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι φοιτητές είχαν τη μεγαλύτερη φυσική δραστηριότητα, κάτι το οποίο μπορεί να συνδέεται με την παραπάνω θεωρία περί ανέργων και φυσικής δραστηριότητας.

Όσον αφορά το πώς θα κινηθεί η αγορά απέναντι στη γυμναστική επί μισθώσει τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ενδεχόμενη περαιτέρω μείωση του εισοδήματος θα επηρεάσει σημαντικά τις επιχειρήσεις. Υπολογίζεται ότι περίπου 7% θα μειώσει τη φυσική του

δραστηριότητα επί πληρωμή, ενώ το 3-4% θα διακόψει. Οι κύριοι λόγοι περιορισμού της συχνότητας άσκησης είναι η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη χρημάτων και η έλλειψη παρέας. Γίνεται κατανοητό λοιπόν ότι μέσα στο οικονομικό πλαίσιο που διαβιώνουμε όπου το οικογενειακό εισόδημα μειώνεται, όλο και περισσότερος κόσμος προσπαθεί να βρει ένα επιπλέον εισόδημα για να ανταπεξέλθει στις οικονομικές του υποχρεώσεις και απαιτήσεις, κάτι το οποίο φυσικά του μειώνει τον ελεύθερο χρόνο και τη δυνατότητα εύρεσης παρέας για άθληση. Κατ'επέκταση όλο και περισσότεροι ασκούμενοι θα μειώσουν ή θα διακόψουν τη φυσική τους δραστηριότητα, κάτι το οποίο θα μειώσει την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, θα δημιουργηθούν παθογενέσεις και νοσηρότητα τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε εθνικό μέσω του ασφαλιστικού τομέα και του τομέα υγείας και πρόνοιας.

Τίθεται λοιπόν προβληματισμός για το πού οδεύει η ελληνική κοινωνία και για το πώς διαμορφώνονται τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της. Ποια θα είναι η στάση που πρέπει να κρατήσουν οι Έλληνες επιχειρηματίες της φυσικής αγωγής απέναντι στο κοινό, ώστε να μείνουν ζωντανές οι επιχειρήσεις τους σε βάθος χρόνου καθώς θα εντείνεται η οικονομική ύφεση; Ποια θα είναι η στάση της πολιτείας και του κράτους πρόνοιας απέναντι στην άθληση σε δημόσια πάρκα-κέντρα τη στιγμή που μειώνεται το εισόδημα των πολιτών και ο κόσμος δηλώνει ότι δεν υπάρχουν εγκαταστάσεις και απέναντι στα δημοτικά προγράμματα άσκησης όπου υπάρχει έλλειψη πληροφόρησης του κοινού; Ποια θα είναι η στάση της πολιτείας απέναντι στην επιστήμη της φυσικής αγωγής τη στιγμή που καταρρακώνεται το εκπαιδευτικό σύστημα;

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

Θα μπορούσε η έρευνα:

- να επαναληφθεί για τα έτη 2012 και 2013 και να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο ερευνών για να έχουμε εικόνα της τάσης και της γωνίας της καμπύλης των θετικών ή αρνητικών αλλαγών.
- Επίσης θα μπορούσε η έρευνα αυτή να γενικευτεί και στις επαρχιακές πόλεις και την περιφέρεια γενικότερα, με στόχο τόσο να συγκριθούν τα αποτελέσματα μεταξύ των δύο μεγάλων αστικών κέντρων με την περιφέρεια όσο και να βγει μια πιο σφαιρική εικόνα για όλη την Ελλάδα.

- Ακόμα θα μπορούσε να γίνει παρόμοια έρευνα σε άτομα με ειδικές ανάγκες τα οποία είναι ενεργά μέλη της ελληνικής κοινωνίας καθώς και αποκλειστικά σε οικονομικούς μετανάστες.
- Τέλος, θα μπορούσε να γίνει περαιτέρω έρευνα για το αν η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο γιατί τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν ότι δεν ισχύει κάτι τέτοιο, πράγμα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία.

VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ambrozy, M. (2010). Phenomenon of economic crisis in the context of definition of values. Globalization and crises in modern economy. In A. Lapinskas, V. Naviskas, K. Schelle & S. Vojtonic (pp.7-11). Slovakia: *Eastern European Development Agency*.
- Amireault, S., Belanger-Gravel, A., Godin, G., Perusse, L. & Vohl Marte-Claude, (2009). Prediction of leisure-time physical activity among obese individuals. *Obesity*, 17, 706-712.
- Amodeu, F., Garcia, S., Mello, M., Moreira, H. & Santos, R. (2005). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 266-271.
- Amonkar, M., Hassan, K., Joshi, V. & Madhavan, S. (2003). Obesity and health related of life : a cross-sectional analysis of the U.S. population. *International Journal of Obesity*, 27, 1227-1232.
- Anna, L. & Hobart J. (2008). Testing the SF-36 in Parkinson's disease. Implications for reporting rating scale data. *Journal of Neurology*, 246-254.
- Andersen, E., Caburnay, C., Froehlich-Grobe, K. & White, G. (2008). Measuring health-related quality of life for persons with mobility impairments: an enabled version of the Short-Form 36. *Quality of Life Research*, 7, 751-770.
- Ainsworth, B., Quesenberry, C. & Sternfeld, B. (1999). Physical activity patterns in a diverse population of women. *Preventive Medicine*, 28, 313-323.

- Ainsworth, B., Hartman, J., Jacobs, D. & Leon, S.(1993). A simultaneous evaluation of 10 commonly used physical activity questionnaires. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25, 81-91.
- Augustovski, F., Lewin, G., Elorrio, E. & Rubinstein A. (2008). The Argentine-Spanish SF-36 health survey was successfully validate for local outcome research. *Journal of Clinical Epidimiology*, 61, 1279-1284.
- Ayatollahi, R., Motamed N., Sadeghi-Hassanabadi, A. & Zare, N. (2005). Validity and reliability of the persian translation of the SF-36 version 2 questionnaire. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 11(3), 127-132.
- Baecke, J., Burema, J. & Frijters, J. (1982). A short Questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *American Journal of Clinical Nutrition*, 36, 936-942.
- Bandmann, E. (2008). *Physical Activity Questionnaires. A Critical Review of Methods Used in Validity and Reproducibility Studies*. GIH-The Swedish School Of Sport and Health Sciences, Sweden.
- Belanger-Gravel, A., Godin, G. & Nolin B. (2008). Mechanism by which BMI influences leisure-time physical activity behavior. *Obesity*, 16, 1314-1317.
- Beumont, V., Hay, J., Mond, M., Owen, C. & Rodgers, B. (2004). Relationships between exercise behavior, eating-disordered behavior and quality of life in a community sample of women : when is exercise excessive? *European Eating Disorders Review*, 12, 265-272.
- Bize, R. & Plotnikoff, R. (2009). The relationship between a short measure of health status and physical activity in a workplace population. *Psychology, Health and Medicine*, 14(1), 53-61.

- Bize, R., Johnson, J. & Plotnicoff, R. (2007). Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systemic review. *Preventive Medicine*, 45, 401-415.
- Blair, S., Church, T., Earnest, C., Martin, C. & Thompson, A. (2009). Exercise dose and quality of life. *Archives of Internal Medicine*, 169(3), 269-278.
- Buono, J., Micale, G., Nelson, A., Roby, J. & Sallis, F. (1993). Seven day recall and other physical activity self reports in children and adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25, 99-108.
- Carr, A., Gibson, B. & Robinson, P. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, www.bmj.com.
- Cavill, N., Kahlmeier, S. & Racioppi F. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. World Health Organisation.
- Cerin, E. & Leslie E. (2008). How socio-economic status contributes to participation in leisure-time physical activity. *Social Science & Medicine*, 66, 2596-2609.
- Cleland, V., Salmon, J., Timperio, A. & Venn A. (2005). Trends in children's physical activity and weight status in high and low socio-economic status areas of Melbourne, Victoria, 1985-2001. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29(4), 337-342.
- Cline, W. (2002). Private sector involvement in financial crisis resolution definition, measurement and implementation. Social Science Research Network, www.ssrn.com.
- Corica, F., Corsonello, A., Kapolone, G., Lucchetti, M., Melchionda, N., Marchesini, G. & Quovadis Study Group (2006). Construct validity of the short form-36 health survey and its relationship with BMI in obese outpatients. *Obesity*, 14, 1429-1437.

- Dawson, A., Edgar, D., Hankey, G., Phillips, M. & Wood F. (2010). Demonstration of the validity of the SF-36 for measurement of the temporal recovery of quality of life outcomes in burns survivors. *Burns Journal*, 36, 1013-1020.
- Diener, E., Morris, N. & Scharz, N. (1999). *Well-being : The Foundations of Hedonic Psychology*, New York : Russell Sage Foundation,.
- Drewnowski, A. & Evans, W. (2001). Nutrition, physical activity and quality of life in older adults: summary. *Journals of Gerontology*, 56A, 89-94.
- Droomers, M., Machenbach, P. & Schrijvers, M. (2001). Educational level and decreases in leisure time physical activity: predictors from the longitudinal globe study. *Journal of Epidemiology*, 55, 562-568.
- Durmaz, B., Eyigor, S. & Karapolat, H. (2007). Effects of a group based exercise program on the physical performance, muscle strength and quality of life in older women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45, 259-271.
- Eiser, C. & Morse R. (2001). A review of measures of quality of life for children with chronic illness. *Archives of Disease in Childhood*, 84, 205-211.
- Ekkekakis, P., Hall, E., Petruzzelo, S. & Thome, J. (2008). The preference for and tolerance of the intensity of exercise questionnaire: a psychometric evaluation among college women. *Journal of Sports Sciences*, 26(5), 499-510.
- Evangelidou, S., Gillison, B., Sato A., Skevington, S. & Standage, M. (2009). The effects of exercise interventions on quality of life in clinical and healthy populations; a metaanalysis. *Social Science and Medicine*, 68, 1700-1710.
- Fayers, P. (2007). *Quality of life : the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. U.S.A.: Wiley Publications.
- Ford, E., Merritt, R., Weath, G., Powell, K., Washburn, R., Kriska, A. & Haile, G. (1990). *American Journal of Epidemiology*, 14(12), 1246-1256.

- Gandek, B., Hays, R., Mangione, C., Metzger, Q. & Sorkin, D. (2008). Evaluating the SF-36 health survey in older Vietnamese Americans. *Journal of Aging and Health*, 20(4), 420-436.
- Gandek, B., Gshtasebi, A., Montazeri, A. & Vahdanimia, M. (2005). The short-form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*, 14, 875-882.
- Gandek, B. & Ware, J. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Gillison, B. (2007). *Maintaining adolescents involvement in exercise and quality of life: a self-determination theory approach*. University of Bath, Australia.
- Gillison, B., Skevington, M. & Standage M. (2006). Relationships among adolescents weight perceptions, exercise goals, exercise motivation, quality of life and leisure-time exercise behaviour : a self-determination theory approach. *Health, Education, Research*, 21(6), 836-847.
- Gliottoni, R., Motl, R. & Snook, E. (2009). The effect of walking mobility on the measurement of physical activity using accelerometry in multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 23, 248-258.
- Godin, G. (2011). The Godin-Shepard leisure-time physical activity questionnaire. *Health and Fitness Journal of Canada*, 4(1), 18-22.
- Goldfield, G., Henderson, K., Buchholz, A., Obeid, N., Nguyen Hien & Flament, M. (2011). Physical activity and psychological adjustment in adolescents. *Journal of Physical Activity and Health*, 8, 157-163.
- Guiomar, S. & Jorge, M. (1999). Adolescent's physical activity: association with socio-economic status and parental participation among a Portuguese sample. *Sport, Education and Society*, 4(2), 193-199.

- Hagell, P., Tornqvist, G., Liu, J., Qu, B., Sun, G. & Zhang, Y. (2009). Reliability and validity testing of the SF-36 questionnaire for the evaluation of the quality of life of Chinese urban construction workers. *The Journal of International Medical Research*, 37, 1184-1190.
- Harrison, M. (2010). An exploratory study of the relationship between second toe length and androgen-linked behaviors. *Journal of Social, Evolutionary and Cultural Psychology*, 4, 241-253.
- Iconomou, G. (2003). Assessing quality of life of cancer patients in the context of clinical trials. *Forum of Clinical Oncology*, 2(3/4), 248-257.
- Jurimae, T. & Jurisson, A. (1996). The validity of the Godin-Shepard physical activity questionnaire in children. *Biology of Sport*, 13(4), 291-295.
- Karlsson, J. & Sullivan, M. (1998). The Swedish SF-36 health survey 3. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1105-1113.
- Koh, T., Leong, P., Tsou, Y., Lim, H., Pong, Y., Chong, Y. & Seow, A. (2006). The reliability, validity and sensitivity to change of the Chinese version of SF-36 in oriental patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 45, 1023-1028,
- Kolotkin, L., Meter, K. & Williams, R. (2001). Quality of life and obesity. The international association for the study of obesity. *Obesity Reviews*, 2, 219-229.
- Kontodimopoulos, N., Niakas, D. & Pappa, E. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 health Survey. *Quality of Life Research*, 14, 1433-1438.
- Kotz, D. (2009). The financial and economic crisis of 2008: a systemic crisis of neoliberal capitalism. *Review of Radical Political Economics*, 41(3), 305-317.

- Leese, M., Scheme, A., Koeter, M., Meijer, K., Bindman, J., Mazzi, M., Puschner, B., Burti, L., Becker, T., Moreno, M., Celani, D., White, I. & Thonicroft, G. (2008). SF-36 scales, and simple sums of scales were reliable quality of life summaries for patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61, 588-596.
- Lim, L., Seubsman, S. & Sleight, A. (2008). Thai SF-36 health survey: tests of data quality, scaling assumptions, reliability and validity in health men and women. *Health and Quality of Life Outcomes*, www.hqlo.com.
- McAuley, E., Motl, R., Suh, Y., Weikert, M. & Wynn, D. (2010). Accelerometry in persons with multiple sclerosis: measurement of physical activity or walking mobility? *Journal of the Neurological Sciences*, 72(1), 88-96.
- McDaniel, R., Mock, V., Pickett, M., Ropka, M., Lin, E., Rhores, V., Stewart, K., Grimm, P., Krumm, S. & McCorcle, R. (2001). Fatigue and quality of life outcomes of exercise during cancer treatment. *Cancer Practice*, 9(3), 119-127.
- McDonald, A., McGillivray, G., Seiler, G. & Soohoo, F. (2002). Evaluation of the construct validity of the DASH questionnaire by correlation to the SF-36. *The Journal of Hand Surgery*, 27A, 537-541.
- Mitchell, R. & Popham, F. (2007). Relation of employment status to socioeconomic position and physical activity types. *Preventive Medicine*, 45, 182-188.
- Motl, R., Schapiro, R. & Snook, E., (2008). Neurological impairment as confounder of moderater of association between symptoms and physical activity in multiple sclerosis. *International Journal of Ms Care*, 10, 99-105.
- Nussbaum, M. & Sen, A. (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Pinar, R. (2005). Reliability and construct validity of the SF-36 in Turkish cancer patients. *Quality of Life Research*, 14, 259-264.

- Pitta, F., Troosters, T., Probst, V.S., Spruit, M.A., Decramer, M. & Goselink, R. (2006). Quantifying physical activity in daily life with questionnaires and motion sensors in COPD. *European Respiratory Journal*, 27, 1040-1055.
- Plasqui, G. & Westerterp, K. (2007). Physical activity assessment with accelerometers: an evaluation against doubly labeled water. *Obesity*, 15(10), 2371-2379.
- Raudsepp, L. (2006). The relationship between socio-economic status, parental support and adolescent physical activity. *Acta Paediatrica*, 95, 93-98.
- Scarmeas, N., Luchsinger, J., Schupf, N., Brickman, A., Cosentino, S., Tang Ming X. & Stern, Y. (2011). Physical activity, diet and risk of Alzheimer disease. *Journal of American Medical Association*, 302(6), 627-637.
- Schnohr, C., Højbjerg, L., Riegels, M., Ledet, L., Larsen, T., Schultz-Larsen, K., Petersen, L., Prescott, E. & Grønboek, M. (2004). Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity and obesity on mortality? *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 250-256.
- Seney, M. & Steffen Teresa (2008). Test-retest reliability and minimal detectable change on balance and ambulation tests, the 36-Item short-form health survey, and the unified Parkinson disease rating scale in people with parkinsonism. *American Physical Therapy Association*, 88, 733-746.
- Sersic, D. & Vuletic, G. (2006). Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: framework for subjective health research. *Croatian Medical Journal*, 47, 95-102.
- Valenti, M., Porzio, G., Aielli, F., Verna, L., Cannita, K., Manno, R., Masedu, F., Marchetti, P. & Ficorella, C. (2008). Physical exercise and quality of life in breast cancers survivors. *International Journal of Medical Sciences*, 5(1), 24-28.

Van Domelen, D., Koster, A., Caserotti, P., Brychta, R., Chen, K., McClain, J., Troiano, R., Berrigan, D. & Harris, T. (2011). Employment and physical activity in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(2), 136-145.

VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Παρακαλούμε συμπληρώστε στη συνέχεια κάποιες ερωτήσεις σχετικά με το επίπεδο της ποιότητας ζωής σας.

FYS01A

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: [Συμπληρώστε τον κύκλο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Φτωχή
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FYS01B

2. Συγκριτικά με ένα χρόνο πριν, πώς θα εκτιμούσατε τώρα την υγεία σας σε γενικές γραμμές;

Πολύ καλύτερη	Κάπως καλύτερη	Σχεδόν ίδια	Κάπως χειρότερη	Πολύ χειρότερη
τώρα απ'ότι ένα	τώρα απ'ότι ένα	όπως ένα	τώρα απ'ότι	τώρα απ'ότι ένα
χρόνο πριν	χρόνο πριν	χρόνο πριν	ένα χρόνο πριν	χρόνο πριν
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν τις δραστηριότητες που πιθανόν να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας. Μήπως η υγεία σας τώρα, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Σε αυτή την περίπτωση, πόσο; [Συμπληρώστε τον κύκλο σε κάθε γραμμή].

Ναι, με	Ναι, με	Όχι, δεν με
		περιορίζει

	περιορίζει πολύ	περιορίζει λίγο	καθόλου
FYS02A			
A. Δραστηριότητες ενέργειας και δύναμης, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, που συμμετέχουν στον έντονο αθλητισμό	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS02B			
B. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η ώθηση μιας ηλεκτρικής σκούπας, το bowling, ή ένα παιχνίδι γκολφ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS02C			
Γ. Η μετακίνηση ή το σήκωμα των προϊόντων αγοράς από το σουπερ μάρκετ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS02D			
Δ. Το ανέβασμα σκαλοπατιών αρκετών ορόφων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS02E			
Ε. Το ανέβασμα σκαλοπατιών ενός ορόφου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS02F			
Στ. Κάμψη, γονάτισμα, σκύψιμο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS02G			
Ζ. Περπάτημα πάνω από ένα χιλιόμετρο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS02H			
Η. Περπάτημα αρκετών εκατοντάδων μέτρων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS02J			
Θ. Περπάτημα εκατό μέτρων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS02K			
Ι. Το να ντύνομαι και να κάνω μπάνιο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, σας παρουσιάστηκαν είτε στη δουλειά σας, είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή σας δραστηριότητα κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

Ναι Όχι

FYS03A

A. Μειώσατε το συνολικό χρόνο που εργαζόσασταν

ή κάνατε άλλες δραστηριότητες

FYS03B

B. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε

FYS03C

Γ. Περιοριστήκατε στο είδος εργασίας ή άλλων δραστηριοτήτων

FYS03D

Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση μιας εργασίας ή άλλων δραστηριοτήτων (π.χ. καταβάλατε περισσότερη δύναμη)

5. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων είχατε κάποιο από τα ακόλουθα προβλήματα με την εργασία σας ή με άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων (όπως μελαγχολία ή άγχος);

ΝΑΙ ΟΧΙ

NOH04A

A. Μειώσατε το συνολικό χρόνο που εργαζόσασταν ή κάνατε άλλες δραστηριότητες

NOH04B

B. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε

NOH04C

Γ. Εργαστήκατε ή κάνατε δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως

6. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων μέχρι πιο σημείο η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους τους γείτονες ή άλλες κοινωνικές ομάδες;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FYS06A

7. Πόσο σωματικό πόνο είχατε κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων;

Καθόλου	Πολύ Ήπιο	Ήπιο	Μέτριο	Σοβαρό	Πολύ Σοβαρό
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FYS06B

8. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων πόσο παρεμπόδισε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Εξαιρετικά
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσασταν και στο πως ήταν γενικά η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση παρακαλώ δώστε εκείνη την απάντηση που έρχεται πιο κοντά σε ότι αισθανθήκατε. Για πόσο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων....

	Όλο το χρονικό διάστημα	Το περισσότερο χρονικό διάστημα	Αρκετό από το χρονικό διάστημα	Μερικό από το χρονικό διάστημα	Λίγο από το χρονικό διάστημα	Καθόλου
NOH07A	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A. Αισθανθήκατε

γεμάτοι ενέργεια

NOH07B

Β. Είστε πολύ
νευρικοί

NOH07C

Γ. Αισθανθήκατε ότι
σας απορρίπτουν
και τίποτα δεν
μπορούσε να σας
ανεβάσει τη διάθεση

NOH07D

Δ. Αισθανθήκατε
ήρεμοι και χαλαροί

NOH07E

Ε. Είχατε πολλή
ενέργεια

NOH07F

ΣΤ. Αισθανθήκατε
απελπισία και
μελαγχολία

NOH07G

Ζ. Αισθανθήκατε
φθαρμένοι

NOH07H

Η. Ήσασταν
ευτυχείς

NOH07J

Θ. Αισθανθήκατε
κουρασμένοι

NOH05B

10. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων πόσο η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (επίσκεψη σε φίλους, σε συγγενείς κ.λπ.);

Όλο το χρονικό διάστημα	Το περισσότερο χρονικό διάστημα	Μερικό από το χρονικό διάστημα	Λίγο από το χρονικό διάστημα	Καθόλου
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Πόσο αλήθεια ή ψέμα είναι κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις για σας;

	Εντελώς αλήθεια	Μάλλον αλήθεια	Δεν ξέρω	Μάλλον ψέμα	Εντελώς ψέμα
FYS08A					
A. Φαίνομαι να αρρωσταίνω λίγο πιο εύκολα απ' ό,τι οι άλλοι	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS08B					
B. Είμαι τόσο υγιής όσο οποιοσδήποτε άλλος που γνωρίζω	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS08C					
Γ. Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
FYS08D					
Δ. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Στη συνέχεια θα θέλαμε να μας απαντήσετε σε κάποια ερωτήματα σχετικά με τη συμμετοχή σας σε δράσεις σωματικής άσκησης και εάν η οικονομική κρίση στη χώρα μας διαφοροποιεί τις συνήθειές σας.

12. Σε διάστημα μίας εβδομάδας, πόσες φορές κατά μέσο όρο συμμετέχετε στις ακόλουθες μορφές ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά τη φορά, στον ελεύθερό σας χρόνο;

Μορφή & Ένταση άσκησης	Συχνότητα άσκησης (αριθμός φορών ανά εβδομάδα)	Καμία φορά

<p style="text-align: center;">FIT1</p> <p style="text-align: center;">έντονη άσκηση</p> <p>η καρδιά χτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης)</p>		
<p style="text-align: center;">FIT2</p> <p style="text-align: center;">μέτρια άσκηση</p> <p>όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλει, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς)</p>		
<p style="text-align: center;">FIT3</p> <p style="text-align: center;">ήπια άσκηση</p> <p>ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα)</p>		

PROCR

13. Πριν από την οικονομική κρίση στη χώρα μας σε ποιο οικονομικό επίπεδο ανήκατε?

- Χαμηλό
- Μεσαίο
- Υψηλό

14. Πόσο συμμετείχατε στις παρακάτω μορφές άσκησης πριν από την οικονομική κρίση στη χώρα μας;

PROGYM	PROOUT	PROLA	PROPARK
<p>Σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή, (π.χ. γυμναστήριο, σχολή χορού, σχολή πολεμικών τεχνών, κολυμβητήριο κ.τ.λ.)</p>	<p>Σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση; (π.χ. ορειβασία, ράφτινγκ, χιονοδρομία, ιστιοπλοΐα κ.τ.λ.)</p>	<p>Σε δημοτικά προγράμματα άσκησης</p>	<p>Σε δημόσια πάρκα-ή ανοικτά κέντρα άθλησης και αναψυχής.</p>
1.Καθόλου	1.Καθόλου	1.Καθόλου	1.Καθόλου

2.Λίγο	2.Λίγο	2.Λίγο	2.Λίγο
3.Ούτε λίγο ούτε πολύ	3.Ούτε λίγο ούτε πολύ	3.Ούτε λίγο ούτε πολύ	3.Ούτε λίγο ούτε πολύ
4.Πολύ	4.Πολύ	4.Πολύ	4.Πολύ
5.Πάρα πολύ	5.Πάρα πολύ	5.Πάρα πολύ	5.Πάρα πολύ
6. Δεν απαντώ	6. Δεν απαντώ	6. Δεν απαντώ	6. Δεν απαντώ

15. Ποιοι είναι οι κύριοι λόγοι που δε συμμετείχατε με τη συχνότητα που θα θέλατε στις παρακάτω μορφές άσκησης; (μπορείτε να συμπληρώσετε πάνω από ένα λόγο)

PROGYM2	PROOUT2	PROLA2	PROPARK2
Σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή, (π.χ. γυμναστήριο, σχολή χορού, σχολή πολεμικών τεχνών, κολυμβητήριο κ.τ.λ.)	Σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση; (π.χ. ορειβασία, ράφτινγκ, χιονοδρομία, ιστιοπλοΐα κ.τ.λ.)	Σε δημοτικά προγράμματα άσκησης	Σε δημόσια πάρκα-κέντρα άθλησης και αναψυχής.
1. Έλλειψη χρόνου	1. Έλλειψη χρόνου	1. Έλλειψη χρόνου	1. Έλλειψη χρόνου
2. Έλλειψη χρημάτων	2. Έλλειψη χρημάτων	2. Έλλειψη χρημάτων	2. Έλλειψη χρημάτων
3. Έλλειψη Πληροφόρησης	3. Έλλειψη Πληροφόρησης	3. Έλλειψη Πληροφόρησης	3. Έλλειψη Πληροφόρησης
4. Έλλειψη Παρέας	4. Έλλειψη Παρέας	4. Έλλειψη Παρέας	4. Έλλειψη Παρέας
5. Έλλειψη εγκαταστάσεων	5. Έλλειψη εγκαταστάσεων	5. Έλλειψη εγκαταστάσεων	5. Έλλειψη εγκαταστάσεων
6. Κάτι άλλο...	6. Κάτι άλλο...	6. Κάτι άλλο...	6. Κάτι άλλο...
6. Δεν απαντώ	6. Δεν απαντώ	6. Δεν απαντώ	6. Δεν απαντώ

NOWCR

16. Το προσωπικό σας εισόδημα μειώθηκε έστω και λίγο το 2010;

1. Ναι

2. Όχι
3. Δεν απαντώ

17. Πόσο επηρέασε η μείωση του εισοδήματός σας τη συμμετοχή σας στις παρακάτω μορφές άσκησης;

NOWGYM	NOWCLUB	NOWLA	NOWPARK
Σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή, (π.χ. γυμναστήριο, σχολή χορού, σχολή πολεμικών τεχνών, κολυμβητήριο κ.τ.λ.)	Σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση; (π.χ. ορειβασία, ράφτινγκ, χιονοδρομία, ιστιοπλοΐα κ.τ.λ.)	Σε δημοτικά προγράμματα άσκησης	Σε δημόσια πάρκα-κέντρα άθλησης και αναψυχής.
1.Καθόλου	1.Καθόλου	1.Καθόλου	1.Καθόλου
2.Λίγο	2.Λίγο	2.Λίγο	2.Λίγο
3.Ούτε λίγο ούτε πολύ	3.Ούτε λίγο ούτε πολύ	3.Ούτε λίγο ούτε πολύ	3.Ούτε λίγο ούτε πολύ
4.Πολύ	4.Πολύ	4.Πολύ	4.Πολύ
5.Πάρα πολύ	5.Πάρα πολύ	5.Πάρα πολύ	5.Πάρα πολύ
6. Δεν απαντώ	6. Δεν απαντώ	6. Δεν απαντώ	6. Δεν απαντώ

AFTERCR

18. Πιστεύετε ότι το προσωπικό σας εισόδημα θα μειωθεί περαιτέρω από το 2011 και μετά?

1. Ναι
2. Όχι
3. Δεν απαντώ

19. Περαιτέρω μείωση στο ετήσιο εισόδημά σας, από το 2011 και μετά, πόσο πιστεύετε ότι θα επηρεάσει τη συμμετοχή σας στις παρακάτω μορφές άσκησης?

AFTERGYM	AFTEROUT	AFTERLA	AFTERPAIK
Σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή, (π.χ. γυμναστήριο, σχολή χορού, σχολή πολεμικών τεχνών, κολυμβητήριο κ.τ.λ.)	Σε αθλητικές δραστηριότητες στη φύση; (π.χ. ορειβασία, ράφτινγκ, χιονοδρομία, ιστιοπλοΐα κ.τ.λ.)	Σε δημοτικά προγράμματα άσκησης	Σε δημόσια πάρκα-κέντρα άθλησης και αναψυχής.
1.Καθόλου 2.Λίγο 3.Ούτε λίγο ούτε πολύ 4.Πολύ 5.Πάρα πολύ 6. Δεν απαντώ	1.Καθόλου 2.Λίγο 3.Ούτε λίγο ούτε πολύ 4.Πολύ 5.Πάρα πολύ 6. Δεν απαντώ	1.Καθόλου 2.Λίγο 3.Ούτε λίγο ούτε πολύ 4.Πολύ 5.Πάρα πολύ 6. Δεν απαντώ	1.Καθόλου 2.Λίγο 3.Ούτε λίγο ούτε πολύ 4.Πολύ 5.Πάρα πολύ 6. Δεν απαντώ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

DIM1. Φύλο:

1. Άνδρας
2. Γυναίκα

DIM2. Ηλικία:

DIM3. Εθνικότητα:

DIM4. Πόλη διαμονής:

DIM5. Οικογενειακή κατάσταση:

Ελεύθερος Παντρεμένος

DIM6. Ύψος: _____

DIM7. Βάρος: _____

DIM8. Το εκπαιδευτικό σας επίπεδο:

1. Δημοτικό
2. Γυμνάσιο
3. Λύκειο (γενική ή τεχνική-επαγγελματική εκπαίδευση)
4. Φοιτητής

5. Τριτοβάθμια εκπαίδευση

DIM9.Οικογενειακό οικονομικό εισόδημα τώρα:

1. Μικρότερο από 12.000€
2. 12.000€ έως 25.000€
3. Μεγαλύτερο από 25.000€

DIM10.Εργάζεστε;

1. Ναι, πλήρη απασχόληση **DA.Δημόσιο** **DB.Ιδιωτική Επιχ.** **DC.Ελεύθ Επαγγ.**
2. Ναι, μερική απασχόληση **DC.Δημόσιο** **DD.Ιδιωτική Επιχ.** **DE.Ελεύθ Επαγγ.**
3. Εισοδηματίας
4. Οικιακά
5. Συνταξιούχος
6. Άνεργος
7. Δεν απαντώ

DIM11.Διαμένω σε:

1. Διαμέρισμα μέσα στην πόλη
2. Μονοκατοικία μέσα στην πόλη
3. Διαμέρισμα στα προάστια
4. Μονοκατοικία στα προάστια

Σας ευχαριστούμε που συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο!

