

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ
ΑΥΤΟΑΝΤΙΑΛΗΨΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Της
Θεοδώρας Κυριακίδου

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

Κομοτηνή

2010

Εγκεκριμένο από το Καθηγητικό σώμα:

1ος Επιβλέπων: Μπάτσιου Σοφία,, Επικ.Καθηγήτρια

2ος Επιβλέπων: Αντωνίου Παναγιώτης, Επικ. Καθηγητής

3ος Επιβλέπων: Τσιάντης Ιωάννης, Αναπλ. Καθηγητής



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.: 9153/1

Ημερ. Εισ.: 24/06/2011

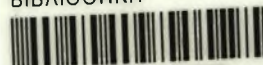
Δωρεά: _____

ΔΤαξιθετικός Κωδικός: Δ

796.087

ΚΥΡ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ



004000102967

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Θεοδώρα Κυριακίδου: Η επίδραση προγράμματος άσκησης στη σωματική αυτοαντίληψη εφήβων με διαγνωσμένες ψυχοκοινωνικές διαταραχές
(Με την επίβλεψη της κ. Σοφίας Μπάτσιου, Επικ. Καθηγήτριας)

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να εξετάσει εάν η συμμετοχή εφήβων, με διαγνωσμένες ψυχοκοινωνικές διαταραχές, σε πρόγραμμα άσκησης επικεντρωμένο στις αθλοπαιδιές, επιδρά στο επίπεδο της αυτοαντίληψής τους. Στο πρόγραμμα συμμετείχαν 9 έφηβοι (8 αγόρια και 1 κορίτσι), ηλικίας 12 – 19 ετών, οι οποίοι λάμβαναν ψυχοκοινωνική υποστήριξη σε τρεις θεραπευτικές δομές εφήβων στην Αθήνα. Στόχος του προγράμματος ήταν η εκμάθηση ενός ομαδικού αθλήματος (πετοσφαίριση) και η ψυχαγωγία μέσω του παιχνιδιού. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στη μέθοδο διδασκαλίας, η οποία ενίσχυε το κίνητρο για συμμετοχή, τη συνεργατικότητα και την τοποθέτηση ατομικών στόχων βελτίωσης. Η διάρκεια εφαρμογής του ήταν 12 εβδομάδες (2φορές/εβδομάδα/90λεπ./ συνεδρία). Οι έφηβοι συμπλήρωσαν πριν και μετά το πρόγραμμα άσκησης, το “Physical Self Description Questionnaire”, προκειμένου να αξιολογηθεί η επίδραση της άσκησης στις ένδεκα κλίμακες σωματικής αυτοαντίληψης που ερευνά το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο (Δύναμη, Σωματικό Λίπος, Φυσική Δραστηριότητα, Αντοχή, Αθλητική Ικανότητα, Συντονισμός, Υγεία, Εμφάνιση, Ευλυγισία, Συνολική Σωματική Αυτοαντίληψη και Αυτοεκτίμηση). Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες στο πρόγραμμα είχαν υψηλότερες τιμές στο ερωτηματολόγιο μετά τη λήξη του προγράμματος. Ωστόσο στατιστικά σημαντική διαφορά (Wilcoxon Signed Ranks Test $p < 0.05$) σημειώθηκε στις κλίμακες που αφορούσαν στην υγεία ($z=2,120$), εμφάνιση ($z=2,056$), ευλυγισία ($z=2,312$), σωματικό λίπος ($z=1,963$) και στη συνολική σωματική αυτοαντίληψη ($z=2,111$). Στην κλίμακα της αυτοεκτίμησης διαπιστώθηκε τάση βελτίωσης. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επισημαίνουν τη σπουδαιότητα της εισαγωγής καλά σχεδιασμένων προγραμμάτων άσκησης σε δομές που φιλοξενούν εφήβους με ψυχοκοινωνικές διαταραχές, όπως και την ανάγκη για περαιτέρω έρευνες προκειμένου να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Λέξεις κλειδιά: έφηβοι, ψυχοκοινωνικές διαταραχές, σωματική αυτοαντίληψη, αυτοεκτίμηση, άσκηση.

ABSTRACT

Theodora Kiriakidou: The impact of an exercise programme on physical self concept of adolescents with diagnosed psychosocial disorders
(Under the supervision of Sophia Batsiou, Assistant Professor)

The aim of this study was to investigate whether the participation of adolescents, with diagnosed psychosocial disorders, in an exercise programme based on team sports, will affect their physical self -concept. Nine adolescents participated to the programme (8 boys and 1 girl), aged 12 – 19 years old, who received psychosocial support in three therapeutic units in Athens. The aim of the programme was the introduction to a team sport (volleyball) and recreation through their involvement to the game. Particular emphasis was given to the teaching style, which enhanced motivation, cooperation and personal goal setting. The duration of the intervention programme was 12 weeks (two times / week, 90 min/ session). Participants completed the ‘Physical Self Description Questionnaire’ twice (beginning to end) in order to evaluate the effect of exercise on 11 scales of the physical self-concept questionnaire (Strength, Body Fat, Activity, Endurance, Sport Competence, Coordination, Health, Appearance, Flexibility, General Physical Self Concept and Self-Esteem). The results showed that the participants achieved higher scores in the questionnaire after the completion of the programme. However, statistically significant (Wilcoxon Signed Ranks Test $p < 0,05$) improvements were found in the scales of health ($z = 2,120$), appearance ($z = 2,056$), flexibility ($z = 2,312$), body fat ($z = 1,963$) and general physical self-concept ($z = 2,111$). The improvement in self-esteem nearly reached significant levels. The results of the present study indicate the necessity of engaging well planned exercise programmes in units that host adolescents with diagnosed psychosocial disorders, as well as the need for further research so that we can have more secure results.

Key words: adolescents, psychosocial disorders, physical self-concept, self-esteem, exercise.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | |
|---|------|
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ | ii |
| ABSTRACT..... | iv |
| ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ | v |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ | vii |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ..... | viii |
| ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ | ix |
| | |
| I. ΕΙΣΑΓΩΓΗ | 1 |
| Ορισμός του προβλήματος | 3 |
| Σημασία της έρευνας | 4 |
| Σκοπός της έρευνας | 4 |
| Υποθέσεις της έρευνας | 5 |
| Περιορισμοί της έρευνας | 6 |
| Οριοθετήσεις της έρευνας | 7 |
| Θεωρητικοί ορισμοί | 7 |
| | |
| II. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ | 9 |
| Συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες και ψυχοκοινωνική υγεία εφήβων | 9 |
| Παρεμβατικά προγράμματα άσκησης σε υγιείς εφήβους και νεαρούς ενήλικες | 14 |
| Παρεμβατικά προγράμματα άσκησης σε ενήλικες με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές | 19 |
| Παρεμβατικά θεραπευτικά προγράμματα άσκησης για εφήβους | 25 |
| Μηχανισμοί επίδρασης της άσκησης στην ψυχική υγεία | 28 |
| Άσκηση και σωματική αυτοαντίληψη | 30 |
| | |
| III. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ | 34 |
| Δείγμα | 34 |
| Περιγραφή των Οργάνων | 34 |
| Παρεμβατικό Πρόγραμμα | 36 |
| Αποδοχή του προγράμματος από τους εφήβους | 37 |
| Σχεδιασμός της έρευνας | 39 |

| | |
|--|----|
| IV. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ | 40 |
| V. ΣΥΖΗΤΗΣΗ | 51 |
| VI. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ..... | 60 |
| VII. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ | 63 |
| VIII. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ..... | 73 |
| Παράρτημα Α: Παροχή άδειας μετάφρασης του ερωτηματολογίου από τον δημιουργό του..... | 73 |
| Παράρτημα Β: Το Ερωτηματολόγιο Περιγραφής της Κατάστασης του Σώματός μου | 77 |
| Παράρτημα Γ: Το επίπεδο αυτοαντίληψης των εφήβων σε κλίμακες του ερωτηματολογίου στις δύο μετρήσεις | 86 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

| | |
|--|----|
| Πίνακας 1. Συντελεστές α Cronbach, για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του «Ερωτηματολογίου Περιγραφής της Κατάστασης του Σώματός μου» | 36 |
| Πίνακας 2. Ατομικές επιδόσεις των εφήβων, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις όλου του δείγματος στις δύο μετρήσεις, σε όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου | 42 |
| Πίνακας 3. Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων του ερωτηματολογίου μετά την εφαρμογή του παρεμβατικού προγράμματος | 50 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

| | |
|---|----|
| Σχήμα 1. Το μοντέλο σχέσης άσκησης και αυτοεκτίμησης | 33 |
| Σχήμα 2. Μέση βαθμολογία των εφήβων σε όλες τις κλίμακες και στις δύο μετρήσεις | 43 |
| Σχήμα 3. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της υγείας, στις δύο αξιολογήσεις | 43 |
| Σχήμα 4. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα του συντονισμού, στις δύο αξιολογήσεις | 44 |
| Σχήμα 5. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης, στις δύο αξιολογήσεις | 45 |
| Σχήμα 6. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της αυτοεκτίμησης, στις δύο αξιολογήσεις | 45 |
| Σχήμα 7. Βαθμολογία εφήβου ‘’No1’’ , σε όλες τις παραμέτρους, στις δύο αξιολογήσεις | 46 |
| Σχήμα 8. Βαθμολογία εφήβου ‘’No3’’ , σε όλες τις παραμέτρους, στις δύο αξιολογήσεις | 47 |
| Σχήμα 9. Βαθμολογία εφήβου ‘’No2’’ , σε όλες τις παραμέτρους, στις δύο αξιολογήσεις | 48 |
| Σχήμα 10. Βαθμολογία εφήβου ‘’No4’’ , σε όλες τις παραμέτρους, στις δύο αξιολογήσεις | 49 |

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

| | |
|-----|--------------------------------|
| Δ | Δύναμη |
| ΣΛ | Σωματικό Λίπος |
| ΦΔ | Φυσική Δραστηριότητα |
| Α | Αντοχή |
| ΑΙ | Αθλητική Ικανότητα |
| Σ | Συντονισμός |
| Υ | Υγεία |
| Ε | Εμφάνιση |
| ΕΥ | Ευλυγισία |
| ΣΣΑ | Συνολική Σωματική Αυτοαντίληψη |
| ΑΥ | Αυτοεκτίμηση |

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΥΤΟΑΝΤΙΑΛΗΨΗ ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΕΣ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι ψυχικές ασθένειες αποτελούν συχνό, παγκόσμιο φαινόμενο. Οι ψυχικές διαταραχές που αποτελούσαν το 11% των αιτιών θανάτου παγκοσμίως το 1990, προβλέπεται να αυξηθούν στο 15% μέχρι το έτος 2020. Η κατάθλιψη ήταν η τέταρτη κύρια αιτία θανάτου το 1990, ενώ το 2020 εκτιμάται ότι θα είναι η δεύτερη μετά το έμφραγμα του μυοκαρδίου (WHO, 2001a). Η ψυχική ασθένεια αποδιοργανώνει το άτομο κοινωνικά και σχετίζεται με αυτοκτονικούς ιδεασμούς και απόπειρες, χρήση ουσιών και αλκοόλ, καθώς και έντονο συναίσθημα εγκατάλειψης και μοναξιάς. Εκτός από τις σοβαρές αυτές καταστάσεις, ένας μεγάλος αριθμός ατόμων υποφέρει από μια γενικότερη αίσθηση κακής ψυχικής υγείας, η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματικό άγχος, χαμηλή αυτοεκτίμηση και εικόνα σώματος, απελπισία, χρόνιο στρες. Τα παραπάνω αφορούν όλες τις κοινωνικές ομάδες, ανεξάρτητα από εθνικότητα, επίπεδο εκπαίδευσης, εισόδημα, φύλο (Fox, 1999).

Σε μεγάλο βαθμό η περίοδος που εμφανίζονται και εξελίσσονται οι ψυχικές διαταραχές είναι αυτή της εφηβείας, η οποία χαρακτηρίζεται από έντονη συναισθηματική αστάθεια (Τσιάντης, 2001). Το ποσοστό των παιδιών και εφήβων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες κυμαίνεται μεταξύ 10 - 20%. Εκτιμάται ότι το 7% απαιτεί φαρμακευτική αντιμετώπιση ή άλλου είδους θεραπεία (Ekeland, Heian & Hagen, 2005). Τέτοιες διαταραχές, είναι η κατάθλιψη, οι ψυχώσεις, οι διαταραχές άγχους, οι διαταραχές διατροφής, η παραβατικότητα, η χρήση ουσιών κλπ.

Η περίοδος αυτή είναι ούτως ή άλλως μια δύσκολη περίοδος, όπου συντελούνται ραγδαίες αλλαγές και πολλές φορές η εκδήλωση μη φυσιολογικών συμπεριφορών θεωρείται ως φυσιολογική αντίδραση της εφηβείας (Τσιάντης, 2001). Η πλειονότητα των εφήβων με ψυχοκοινωνικές δυσκολίες δε λαμβάνει την κατάλληλη αντιμετώπιση και θεραπεία (Patten, Choi, Vickers & Pierce, 2001) και αυτό μπορεί να οδηγήσει σε χρόνιες καταστάσεις ή να αποβεί μοιραίο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (2001), η αυτοκτονία είναι μία από τις τρεις κύριες

αιτίες θανάτου σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες. Το πρόβλημα γίνεται ακόμη μεγαλύτερο αν ληφθούν υπόψη και οι αποτυχημένες απόπειρες ή ο αυτοκτονικός ιδεασμός (Wild, Flisher & Lombard, 2004).

Η συμβολή της συστηματικής σωματικής δραστηριότητας για τη βελτίωση και διατήρηση της υγείας του ανθρώπου είναι καλά τεκμηριωμένη. Παράλληλα με τα σωματικά οφέλη που απορρέουν από την αθλητική ενασχόληση, θεωρείται πλέον πολύ σημαντική και η συμβολή της στην προαγωγή της ψυχικής υγείας (DiLorenzo et al., 1999; Fox, 1999 ; Yeung, 1996). Ωστόσο η πλειονότητα των ερευνητικών μελετών αφορά σε ενήλικες και όχι στην πολύ κρίσιμη για την εμφάνιση ψυχοκοινωνικών δυσκολιών νεαρή ηλικία και κυρίως την εφηβεία.

Ερευνες σε μεγάλα αντιπροσωπευτικά δείγματα εφήβων έδειξαν ότι η συστηματική συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες μπορεί να αποτελέσει σημαντικό προστατευτικό παράγοντα για την εμφάνιση ψυχοκοινωνικών διαταραχών (Ferron, Narring, Caudey & Michaud, 1999; Kirkcaldy, Shephard & Siefen, 2002 ; Pastor, Balaguer, Pons & Garcia-Merita, 2003; Steptoe & Butler, 1996). Η συχνή ενασχόληση με διάφορα αθλήματα σχετίζεται άμεσα με στοιχεία της συμπεριφοράς και προσωπικότητας των εφήβων που υποδηλώνουν σωματική και ψυχική υγεία. Οι ασκούμενοι έφηβοι έχουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση, καλύτερη εικόνα σώματος, είναι πιο κοινωνικοί (Kirkcaldy et al., 2002) και έχουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους, καταθλιπτικών και σωματικών συμπτωμάτων (Ferron et al., 1999 ; Pastor et al., 2003), σε σχέση με τους μη ασκούμενους. Υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ της αθλητικής ενασχόλησης και της υιοθέτησης ενός υγιούς τρόπου ζωής από τους εφήβους, θετικότερης αντιμετώπισης των προβλημάτων και μεγαλύτερης εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, καλύτερης πρόβλεψης για τη μελλοντική τους υγεία και για τα αποτελέσματα των προσπαθειών τους (Ferron et al., 1999 ; Kirkcaldy et al., 2002; Pastor et al. 2003; Steptoe et al., 1996). Αντίθετα, η συσχέτιση μεταξύ αθλητικής δραστηριότητας και εθισμού σε διάφορες ουσίες (αλκοόλ, κάνναβη) είναι αρνητική (Ferron et al., 1999; Kirkcaldy et al., 2002).

Παρεμβατικά προγράμματα άσκησης που εφαρμόστηκαν σε υγιείς εφήβους και νεαρούς ενήλικες είχαν θετική επίδραση σε τομείς της ψυχικής υγείας και συνέβαλαν στη μείωση των επιπέδων άγχους των ασκούμενων σε σύγκριση με τους μη ασκούμενους, όπως και στη βελτίωση του βαθμού αυτοαντίληψης και αυτοεκτίμησής τους (Asci, 2003). Ακόμη μεγαλύτερη βελτίωση στους παραπάνω τομείς διαπιστώθηκε στις περιπτώσεις που οι ασκούμενοι αξιολογούσαν θετικά το

πρόγραμμα άσκησης (Boyd & Hrycaiko, 1997) και όταν οι στόχοι αυτού του προγράμματος ήταν προσανατολισμένοι στην ενίσχυση ψυχολογικών παραμέτρων (Goni & Zulaika, 2000).

Ορισμός του προβλήματος

Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχει ικανοποιητικός αριθμός ερευνών σχετικά με τη θετική επίδραση παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης σε δείγματα ενηλίκων με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές. Έχει διαπιστωθεί ότι η άσκηση συμβάλλει στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ενήλικες με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και διαταραχές άγχους (Craft, 2005 ; Dunn, Trivedi, Kampert, Clark & Chambless, 2002 ; Dunn, Trivedi, Kampert, Clark & Chambless, 2005 ; Kirckaldy et al., 2002). Η θετική αυτή επίδραση σχετίζεται με τη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας (Craft, 2005), της αυτοαντίληψης και αυτοεκτίμησης του ασθενή (Van de Vliet et al., 2002), μέσω της παρακίνησης, της επίτευξης των στόχων, της προσπάθειας και της επιτυχίας που συνυπάρχουν σε σωστά δομημένα προγράμματα άσκησης (Craft, 2005).

Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων η άσκηση συμβάλλει στην ψυχική υγεία, είναι περισσότερο έμμεσοι παρά άμεσοι (Pastor et al., 2003). Φαίνεται ότι αρχικά υπάρχει θετική επίδραση της άσκησης στα επίπεδα της φυσικής αυτοαντίληψης. Η ενασχόληση με αθλητικές δραστηριότητες οδηγεί σε υψηλό βαθμό φυσικής ικανότητας, αυτοαποτελεσματικότητας, κοινωνικότητας, αποδοχής του σώματος και βελτίωσης της εικόνας “εαυτού”. Αυτό με τη σειρά του οδηγεί σε βελτίωση της συνολικής αυτοεκτίμησης, η οποία αποτελεί σημαντική παράμετρο συναισθηματικής σταθερότητας και ψυχικής ισορροπίας (Van de Vliet et al., 2002). Για πολλούς ειδικούς η αυτοεκτίμηση αποτελεί τον πιο αποφασιστικό δείκτη ψυχικής υγείας, καθώς αντιπροσωπεύει τη συνολική αξία που δίνει ο κάθε άνθρωπος για τον εαυτό του (Fox, 1999).

Οι Andrews και Andrews (2003), που μελέτησαν την επίδραση και καταλληλότητα των αθλητικών δραστηριοτήτων ως κύριο μέσο αποκατάστασης σε μία μονάδα παραβατικών εφήβων στη Βρετανία, παρατήρησαν ότι για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων αυτών μεγάλη σημασία είχε η μέθοδος διδασκαλίας και όχι τόσο το είδος της δραστηριότητας. Σε άλλη έρευνα διαπιστώθηκε ότι η συμμετοχή εφήβων με ψυχογενή ανορεξία σε επιβλεπόμενο πρόγραμμα άσκησης αυξανόμενης έντασης, είχε θετική επίδραση σε σωματικές, συναισθηματικές

και κοινωνικές παραμέτρους (Thien, Thomas, Markin & Laird Birmingham, 2000 ; Tokumura, Yoshiba, Tanaka, Nanri & Watabane, 2003).

Οι Dunn και συν.(2005) υποστήριζαν ότι η άσκηση μπορεί από μόνη της να λειτουργήσει ως αποτελεσματικό θεραπευτικό μέσο για την αντιμετώπιση ήπιου και μέτριου βαθμού μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής, με την προϋπόθεση βέβαια ότι πληροί τις γενικότερες προδιαγραφές που ισχύουν για τη συχνότητα και διάρκειά της (συστηματική αερόβια άσκηση, διάρκειας τουλάχιστον 30 λεπτών, τρεις φορές την εβδομάδα). Το ερώτημα που προκύπτει είναι εάν η συμμετοχή των εφήβων σε προγράμματα άσκησης που αποβλέπουν στην ψυχαγωγία, μπορεί να συμβάλλει θετικά στο επίπεδο αυτοαντίληψής τους.

Σημασία της έρευνας

Η σημασία της παρούσας έρευνας έγκειται στη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη συμβολή της άσκησης στη θεραπευτική αντιμετώπιση της ψυχικής νόσου των εφήβων. Μέσα από την παρατήρηση της πορείας του συγκεκριμένου παρεμβατικού προγράμματος άσκησης θα εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με το αν και με ποιο τρόπο η συμμετοχή των εφήβων στη δραστηριότητα της πετοσφαίρισης βελτιώσει την αντίληψή τους για το σώμα τους. Παράλληλα θα εξεταστεί η αποτελεσματικότητα της μεθόδου διδασκαλίας η οποία θα στηρίζεται στη συνεργατικότητα, την τοποθέτηση ατομικών στόχων βελτίωσης και την ψυχαγωγία μέσω του παιχνιδιού.

Η παρούσα μελέτη πιθανά να αποτελέσει κίνητρο αλλά και αρωγό τόσο για τους υπεύθυνους των προγραμμάτων αντιμετώπισης και υποστήριξης των εφήβων με ψυχοκοινωνικές διαταραχές, που ενδιαφέρονται πραγματικά να εντάξουν σ' αυτά νέα αποτελεσματικά και ακίνδυνα μέσα για την υγεία τους, όσο και για τους καθηγητές φυσικής αγωγής για περαιτέρω έρευνα στον ευαίσθητο αυτόν τομέα της ψυχικής υγείας.

Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας ήταν η μελέτη της επίδρασης ενός τρίμηνου προγράμματος άσκησης, σκοπός του οποίου ήταν η αναψυχή και είχε ως αντικείμενο τη δραστηριότητα της πετοσφαίρισης, στους επιμέρους τομείς της σωματικής αυτοαντίληψης, καθώς και στη συνολική αυτοεκτίμηση των εφήβων με διαγνωσμένες ψυχοκοινωνικές διαταραχές.

Υποθέσεις της έρευνας

Ερευνητικές υποθέσεις (Υ). Το παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης θα βελτιώσει σημαντικά τον τρόπο που οι έφηβοι αντιλαμβάνονται και περιγράφουν τομείς της σωματικής τους αυτοαντίληψης. Ειδικότερα, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος:

1. $Y_{(\Delta)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για τη δύναμή τους.
2. $Y_{(\Sigma\Delta)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για το σωματικό τους λίπος.
3. $Y_{(\Phi\Delta)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για τη φυσική τους δραστηριότητα.
4. $Y_{(A)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για την αντοχή τους.
5. $Y_{(AD)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για την αθλητική τους ικανότητα.
6. $Y_{(\Sigma)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για τον συντονισμό του σώματός τους.
7. $Y_{(Y)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για την υγεία τους.
8. $Y_{(E)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για την εμφάνισή τους.
9. $Y_{(EY)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για την ευλυγισία τους.
10. $Y_{(\Sigma\Sigma A)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά το επίπεδο της συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης των εφήβων.
11. $Y_{(AY)}$: Θα έχει βελτιωθεί σημαντικά το επίπεδο της αυτοεκτίμησης των εφήβων.

Μηδενικές υποθέσεις (Υ₀). Το παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης δε θα βελτιώσει σημαντικά τον τρόπο που οι έφηβοι αντιλαμβάνονται και περιγράφουν τομείς της σωματικής τους αυτοαντίληψης. Ειδικότερα, μετά την ολοκλήρωση του προγράμματος:

1. $Y_{0(\Delta)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για τη δύναμή τους.

2. $Y_{O(\Sigma\Lambda)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για το σωματικό τους λίπος.
3. $Y_{O(\Phi\Delta)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για τη φυσική τους δραστηριότητα.
4. $Y_{O(A)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για την αντοχή τους.
5. $Y_{O(AD)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για την αθλητική τους ικανότητα.
6. $Y_{O(\Sigma)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για τον συντονισμό του σώματός τους.
7. $Y_{O(Y)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για την υγεία τους.
8. $Y_{O(E)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για την εμφάνισή τους.
9. $Y_{O(EY)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά η αντίληψη των εφήβων για την ευλυγισία τους.
10. $Y_{O(\Sigma\Sigma A)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά το επίπεδο της συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης των εφήβων.
11. $Y_{O(\Lambda Y)}$: Δεν θα έχει βελτιωθεί σημαντικά το επίπεδο της αυτοεκτίμησης των εφήβων.

Περιορισμοί της έρευνας

Βασικός περιορισμός της παρούσας έρευνας ήταν το μικρό δείγμα όπως επίσης και η έλλειψη ομάδας ελέγχου η οποία θα επέτρεπε τη σύγκριση των αλλαγών στη σωματική αυτοαντίληψη μεταξύ των εφήβων που συμμετείχαν στο πρόγραμμα άσκησης και αυτών που ακολούθησαν το καθιερωμένο πρόγραμμα των ξενώνων. Δυστυχώς στην Ελλάδα οι δομές που φιλοξενούν εφήβους με ψυχοκοινωνικές διαταραχές είναι πολύ περιορισμένες και δεν υπάρχει η δυνατότητα εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων σε μεγάλο αριθμό εφήβων. Στους συγκεκριμένους ξενώνες που εφαρμόστηκε το πρόγραμμα συμμετείχε μεγαλύτερος αριθμός εφήβων από αυτόν του δείγματος. Οι έφηβοι αυτοί όμως δεν συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα είτε γιατί ολοκληρώνονταν η παραμονή τους στους ξενώνες νωρίτερα από την ολοκλήρωση του τρίμηνου προγράμματος άσκησης είτε γιατί η εισαγωγή τους στους ξενώνες πραγματοποιήθηκε μετά την έναρξη του προγράμματος άσκησης. Η τυχαία παρουσία

μιας μόνο εφήβου κατά την περίοδο της πραγματοποίησης της έρευνας δεν επέτρεψε την μελέτη πιθανών διαφορών στη σωματική αυτοαντίληψη μεταξύ των δύο φύλων.

Ένας άλλος περιορισμός ήταν στην επιλογή του ομαδικού αθλήματος που θα διδάσκονταν. Στη συγκεκριμένη περίπτωση επελέγη η διδασκαλία της πετοσφαίρισης και όχι κάποιας άλλης, για πρακτικούς λόγους. Δεν ήταν δυνατό να εξασφαλιστούν πόροι για να διατεθεί χώρος σε κλειστό γυμναστήριο και έτσι το πρόγραμμα εφαρμόστηκε τους καλοκαιρινούς μήνες σε ένα υπαίθριο χώρο μαζικής άθλησης, μέρος του οποίου μπορούσε να προσαρμοστεί σε γήπεδο πετοσφαίρισης χωρίς να απαιτείται ιδιαίτερος εξοπλισμός και χωρίς να ενοχλούνται οι υπόλοιποι ασκούμενοι. Επιπλέον, οι ερευνητές πίστευαν ότι τουλάχιστον στην αρχή του προγράμματος δεν θα έπρεπε να υπάρχει έντονη σωματική επαφή μεταξύ των συμμετεχόντων.

Τέλος, το παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης δεν ήταν δυνατό να εφαρμοστεί τρεις φορές την εβδομάδα όπως ήταν ο αρχικός σχεδιασμός, λόγω του ήδη πιεσμένου προγράμματος των ξενώνων. Έτσι περιορίστηκε στις δύο φορές την εβδομάδα.

Οριοθετήσεις της έρευνας

Οι προϋποθέσεις που απαιτούνταν για να συμμετάσχει ένας έφηβος στην έρευνα ήταν:

- Να είναι φιλοξενούμενος/η των ξενώνων σε καθημερινή βάση.
- Να υπάρχει συγκατάθεση από το ιατρικό προσωπικό των ξενώνων για τη συμμετοχή του/της στο παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης.
- Ο χρόνος παραμονής- παρακολούθησης των προγραμμάτων των ξενώνων να συμπίπτει με το χρόνο εφαρμογής του παρεμβατικού προγράμματος. (Από την έρευνα αποκλείστηκαν όσοι έφηβοι εισήχθησαν στους ξενώνες μετά την έναρξη του προγράμματος ή ολοκλήρωσαν την παραμονή τους στους ξενώνες πριν το τέλος του τρίμηνου προγράμματος άσκησης).

Θεωρητικοί ορισμοί

Σωματική Αυτοαντίληψη Η σωματική αυτοαντίληψη (physical self-perception) είναι η αντίληψη που έχει το άτομο για το σώμα του και πιο συγκεκριμένα για την εικόνα, τη φυσική κατάσταση και τις λειτουργίες του σώματός του (Fox, 2000).

Αυτοεκτίμηση. Ο όρος δηλώνει το πόσο ένα άτομο εκτιμάει τον εαυτό του, πόσο καλός/ή πιστεύει ότι είναι και πόσο αξίζει. Άτομα με θετική ή υψηλή αυτοεκτίμηση χαρακτηρίζονται από αυτοσεβασμό και αυτοπεποίθηση, ενώ άτομα με αρνητική ή χαμηλή αυτοεκτίμηση συνήθως υποτιμάνε τον εαυτό τους και μπορεί να εκδηλώσουν ρισκοκίνδυνες ή αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Modrcin-Talbot et al., 1998).

Κατάθλιψη. Είναι μια κατάσταση θλίψης και μελαγχολίας. Όταν κάποιος/α έχει κατάθλιψη συνήθως περιγράφει τον εαυτό του/της λυπημένο/η, απεγνωσμένο/η, αποθαρρυσμένο/η και απογοητευμένο/η. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (γνωστή και ως κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη, μονοπολική διαταραχή ή απλώς κατάθλιψη) είναι μία κοινή διαταραχή της διάθεσης στην ψυχολογία και την ψυχιατρική, στην οποία η καθημερινότητα ενός ατόμου διαταράσσεται από την έντονη θλίψη, μελαγχολία ή απελπισία. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα όλων των ηλικιών που πάσχουν από κατάθλιψη είναι 30 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Brown & Blanton, 2002)

Ψύχωση. Οποιαδήποτε κύρια διαταραχή οργανικής ή ψυχικής προέλευσης που χαρακτηρίζεται από αποδιοργάνωση της προσωπικότητας και απώλεια επαφής με την πραγματικότητα, συχνά με ψευδαισθήσεις ή παραισθήσεις (Dorland's Medical Dictionary, 1997).

Σχιζοφρένεια. Η σχιζοφρένεια ανήκει στην ομάδα των ψυχώσεων. Πρόκειται για μια ψυχική νόσο ή ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της μορφής και του περιεχομένου της σκέψης (π.χ. παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις), του συναισθήματος (απροσφορότητα συναισθήματος), της αίσθησης του εαυτού και των σχέσεων με τον έξω κόσμο (π.χ. απώλεια των ορίων του «εγώ», απόσυρση) και της συμπεριφοράς (παράδοξη ή άσκοπη συμπεριφορά) (Dorland's Medical Dictionary, 1997).

Διαταραχές άγχους. Ψυχικές διαταραχές στις οποίες κυριαρχεί το άγχος και η συμπεριφορά αποφυγής, όπως η αγοραφοβία, η κοινωνική φοβία, η απλή φοβία, η ψυχαναγκαστική διαταραχή, η διαταραχή πανικού, το μετατραυματικό στρες και η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (Dorland's Medical Dictionary, 1997).

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί γίνεται μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τα εξής έξι θέματα:

α) Συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες και ψυχοκοινωνική υγεία εφήβων,

β) Παρεμβατικά προγράμματα άσκησης σε υγιείς εφήβους και νεαρούς ενήλικες,

γ) Παρεμβατικά προγράμματα άσκησης σε ενήλικες με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές

1) Κατάθλιψη,

2) Αγχώδεις διαταραχές,

3) Σχιζοφρένεια,

δ) Παρεμβατικά θεραπευτικά προγράμματα άσκησης για εφήβους,

ε) Μηχανισμοί επίδρασης της άσκησης στην ψυχική υγεία

1) Φυσιολογικοί μηχανισμοί

2) Ψυχολογικοί μηχανισμοί, και

στ) Άσκηση και σωματική αυτοαντίληψη

Συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες και ψυχοκοινωνική υγεία εφήβων

Στις έρευνες που ανασκοπούνται στο παρόν κεφάλαιο, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ της συστηματικής αθλητικής ενασχόλησης και διαφόρων παραμέτρων της ψυχοκοινωνικής υγείας. Χρησιμοποιήθηκε μεγάλο δείγμα εφήβων και μελετήθηκε το κατά πόσο οι ασκούμενοι έφηβοι έχουν περισσότερα ψυχολογικά «εφόδια» σε σχέση με τους μη ασκούμενους συνομηλίκους τους.

Οι Kirkcaldy και συν. (2002), μελέτησαν τις συσχετίσεις μεταξύ της συχνότητας ενασχόλησης των εφήβων με διάφορα αθλήματα, της εικόνας του εαυτού τους, της φυσικής και ψυχικής υγείας τους, και του γενικότερου τρόπου ζωής τους έχοντας ως δείγμα 988 μαθητές και μαθήτριες γυμνασίου, ηλικίας 14 έως 18 ετών. Οι μαθητές συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε κοινωνικοδημο-

γραφικά και οικογενειακά χαρακτηριστικά, παραμέτρους ψυχικής και σωματικής υγείας, καθώς και ερωτήσεις σχετικές με θέματα εξαρτήσεων από ουσίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η συχνή ενασχόληση με ομαδικά παιχνίδια παίζει θετικό ρόλο στη συμπεριφορά, προσωπικότητα, φυσική και ψυχική υγεία και την υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε στατιστικά υψηλή συσχέτιση μεταξύ αθλητικής ενασχόλησης και καλής εικόνας του εαυτού τους, όπως και της αντίστασής τους σε εθισμούς. Σε σχέση με τους μηχανισμούς που εμπλέκονται, διαπιστώθηκε ότι όχι τόσο το ίδιο το ομαδικό παιχνίδι, αλλά ίσως περισσότερο οι κοινωνικές συνιστώσες που εμπιέρονται σ' αυτό, συμβάλλουν στα παραπάνω οφέλη. Οι μεγαλύτερες διαφορές μεταξύ ασκουμένων και μη, εντοπίστηκαν στις παραμέτρους που σχετίζονταν με την αυτοεικόνα και την κοινωνική προσαρμογή.

Σκοπός της μελέτης των Steptoe και συν. (1996), ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της συχνότητας ενασχόλησης με ομαδικά παιχνίδια και της ψυχοσυναισθηματικής υγείας. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν όλοι οι 16χρονοι έφηβοι, οι οποίοι ήταν γεννημένοι στη Βρετανία στη χρονική περίοδο μιας εβδομάδας, από τους οποίους τελικά ανταποκρίθηκαν 2223 αγόρια και 2838 κορίτσια. Μία από τις παράμετρους που εξετάστηκε ήταν η συναισθηματική υγεία, η οποία αξιολογήθηκε μέσω της συμπλήρωσης δύο ερωτηματολογίων. Το ένα περιείχε έναν κατάλογο με ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα και το δεύτερο σχετίζονταν με συναισθηματικές διαταραχές. Άλλες παράμετροι που εξετάστηκαν μέσω των ερωτηματολογίων ήταν η συχνότητα συμμετοχής σε εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες, η ένταση της δραστηριότητας, όπως και το οικονομικοκοινωνικό επίπεδο και η κατάσταση υγείας του κάθε έφηβου. Όπως προέκυψε από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν, το συναισθηματικό άγχος ήταν πιο έντονο στα κορίτσια, τα οποία παράλληλα ήταν λιγότερο δραστήρια από τα αγόρια. Διαπιστώθηκε επίσης υψηλή συσχέτιση μεταξύ μικρότερου ποσοστού ψυχολογικών συμπτωμάτων, καλής υγείας, ανώτερου οικονομικοκοινωνικού επιπέδου και μεγάλης συχνότητας συμμετοχής σε αθλήματα. Υψηλή ήταν όμως η συσχέτιση και μεταξύ της μεγάλης συχνότητας συμμετοχής σε αθλήματα και της συναισθηματικής υγείας ανεξάρτητα από τον οικονομικοκοινωνικό παράγοντα και την κατάσταση υγείας

Παρομοίως, η έρευνα των Ferron και συν. (1999), σε δείγμα ελβετών εφήβων ηλικίας 15-20 ετών, στηρίχτηκε στην υπόθεση ότι η συμμετοχή σε διάφορες

αθλητικές δραστηριότητες θα απέτρεπε τους εφήβους από την έκθεση της υγείας τους σε κίνδυνο και θα αποτελούσε εγγύηση για την υιοθέτηση ενός μελλοντικού υγιούς τρόπου ζωής. Η παραπάνω υπόθεση επιβεβαιώθηκε και μάλιστα διαπιστώθηκε, από τη μελέτη των αποτελεσμάτων, ότι οι πιο δραστήριοι νέοι είχαν ξεκάθαρη άποψη ότι η κατάσταση της υγείας του κάθε ατόμου είναι προσωπική του υπόθεση. Αυτοί είχαν λιγότερες σωματικές ενοχλήσεις σε σχέση με τους μη αθλούμενους, μεγαλύτερη αισιοδοξία για τη μελλοντική τους υγεία, καλύτερη εικόνα σώματος, μικρότερη πιθανότητα απόπειρας αυτοκτονίας, μεγαλύτερη συχνότητα χρήσης ζώνης ασφαλείας στο αυτοκίνητο, προφυλακτικών και μικρότερη συχνότητα χρήσης ουσιών (αλκοόλ, κάνναβη). Μία ακόμη διαπίστωση αυτής της έρευνας ήταν η μικρότερη συμμετοχή των κοριτσιών σε αθλητικές δραστηριότητες.

Οι Harison και Narayan (2003), διαπίστωσαν σε ένα μεγάλο δείγμα μαθητών γυμνασίου ότι οι έφηβοι που συμμετείχαν συστηματικά μόνο σε αθλητικές δραστηριότητες ή και σε συνδυασμό με άλλες εξωσχολικές δραστηριότητες εμφάνιζαν καλύτερη εικόνα του εαυτού τους, είχαν χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικού άγχους, αυτοκτονικής συμπεριφοράς και χαμηλότερα ποσοστά οικογενειακής χρήσης ουσιών και σωματικής και σεξουαλικής κακοποίησης συγκριτικά με εφήβους που συμμετείχαν μόνο σε άλλες εξωσχολικές δραστηριότητες και σε εφήβους που δεν αθλούνταν καθόλου, ούτε συμμετείχαν σε άλλες εξωσχολικές δραστηριότητες.

Τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, φυσικής/σωματικής κατάστασης, συμμετοχής σε εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες και τη σχέση τους με την ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε παιδιά 8-12 ετών, εξετάστηκαν από τους Tomson, Pangrazi, Friedman & Hutchinon (2003). Ο κίνδυνος εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν μεγαλύτερος 2,8 – 3,4 φορές στα αγύμναστα παιδιά, 1,3-2.4 φορές στα παιδιά που δεν συμμετείχαν σε εξωσχολικές αθλητικές δραστηριότητες και 1,5-4 φορές στα παιδιά που δεν πληρούσαν τα επιθυμητά επίπεδα καλής φυσικής/σωματικής κατάστασης.

Εξετάστηκε από τους Pastor και συν. (2003), η άμεση και έμμεση επίδραση της αθλητικής ενασχόλησης στην αντίληψη που έχουν οι έφηβοι για την υγεία τους σε σχέση με τους μηχανισμούς επίδρασης της άσκησης στην ψυχική υγεία. Το δείγμα που έλαβε μέρος στην έρευνα ήταν 1038 έφηβοι, ηλικίας 15 έως 18 ετών, οι οποίοι συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο κατέγραφε τη συχνότητα συμμετοχής τους σε διάφορες αθλητικές δραστηριότητες και την αντίληψη που είχαν για την

υγεία τους. Η έμμεση επίδραση της αθλητικής ενασχόλησης στην υγεία τους εξετάστηκε μέσω επιμέρους παραγόντων που περιλαμβάνονταν στο ερωτηματολόγιο, όπως το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ, την υποκειμενική αίσθηση κατάθλιψης και άγχους, τα ψυχοσωματικά συμπτώματα, καθώς και την αντίληψη του ατόμου για τη φυσική του κατάσταση. Σκοπός της παραπάνω έρευνας ήταν να διερευνήσει εάν η αθλητική ενασχόληση συνδέεται με την αντίληψη καλής υγείας και εάν ναι, με ποιους μηχανισμούς. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι έφηβοι που συμμετείχαν συχνότερα σε αθλητικές δραστηριότητες είχαν σε μεγάλο βαθμό την αίσθηση της καλής υγείας (άμεση επίδραση). Παράλληλα κατανάλωναν μικρότερες ποσότητες αλκοόλ, κάπνιζαν λιγότερα τσιγάρα, εκδήλωναν λιγότερα αισθήματα κατάθλιψης και άγχους, είχαν λιγότερα ψυχοσωματικά συμπτώματα, καθώς και σε μεγαλύτερο βαθμό την αίσθηση της καλής φυσικής κατάστασης (έμμεση επίδραση). Διαπιστώθηκε ακόμη ότι η έμμεση επίδραση ήταν μεγαλύτερη από την άμεση, κυρίως λόγω της στενής σχέσης μεταξύ της αίσθησης καλής φυσικής κατάστασης και της αίσθησης καλής υγείας. Με βάση τα παραπάνω οι ερευνητές υποστήριξαν ότι είναι πολύ πιθανό η εισαγωγή και άλλων σχετικών παραγόντων-μεταβλητών, όπως π.χ. η αυτοεκτίμηση, θα ενίσχυε περισσότερο την έμμεση επίδραση της αθλητικής ενασχόλησης στην αίσθηση καλής σωματικής και ψυχικής υγείας.

Σε ανάλογη έρευνα που έγινε σε μεγάλο δείγμα εφήβων, εξετάστηκαν οι παράγοντες εκείνοι που ήταν ενδεικτικοί για την παραμονή καταθλιπτικών συμπτωμάτων τέσσερα χρόνια μετά την αρχική αξιολόγηση (Patten et al., 2001). Αρχικά, από δείγμα 7.960 εφήβων, ηλικίας 12-18 ετών, διαπιστώθηκε μέσω τηλεφωνικών συνεντεύξεων ότι 1.176 έφηβοι εμφάνιζαν αξιοσημείωτα καταθλιπτικά συμπτώματα, χωρίς να βρίσκονται υπό παρακολούθηση και θεραπεία. Κατά την επαναξιολόγηση που διεξήχθη μετά από χρονικό διάστημα τεσσάρων ετών, ποσοστό 40% των παραπάνω ατόμων βρέθηκε ότι εξακολουθούσαν να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Κύρια χαρακτηριστικά των εφήβων με καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν α) το φύλο, όπου υπερίσχυαν σημαντικά τα κορίτσια, β) η επιθετικότητα, μέσω της εμπλοκής σε καυγάδες και της χρήσης φυσικής βίας, και γ) η έλλειψη συμμετοχής σε αθλητικές δραστηριότητες. Άλλα χαρακτηριστικά ήταν το κάπνισμα και οι διαταραχές ύπνου. Με βάση το γεγονός ότι η πλειονότητα των καταθλιπτικών εφήβων δεν λαμβάνει θεραπεία (Patten et al., 2001), τα παραπάνω αποτελέσματα υποδεικνύουν, σύμφωνα με τους ερευνητές, την ανάγκη ανάπτυξης δευτεροβάθμιων παρεμβάσεων για την πρόληψη εμφάνισης σοβαρότερων

καταστάσεων (απόπειρες αυτοκτονίας, μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, κατάχρηση αλκοόλ κλπ).

Οι Modrcin-Talbot, Pullen, Ehrenberger, Zandstra και Muenchen (1998), από την έρευνά τους σε δείγμα εφήβων 12-19 ετών, που επισκέπτονταν εξωνοσοκομειακές δομές ψυχικής υγείας, διαπίστωσαν ότι οι έφηβοι οι οποίοι αθλούνταν είχαν υψηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης, η οποία αποτελεί κύριο παράγοντα ψυχικής υγείας. Οι ίδιοι ερευνητές επεσήμαναν την ανάγκη εφαρμογής παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης στις παραπάνω δομές, προκειμένου να διερευνηθεί η συμβολή της άσκησης στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των εφήβων.

Ένα πολύ ενδιαφέρον ερώτημα που τίθεται από πολλούς ερευνητές είναι το κατά πόσο η συμμετοχή μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης ψυχικών διαταραχών ή αντίθετα εάν η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών μειώνει τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες (Kirkcaldy et al., 2002 ; Ferron et al., 1999 ; Steptoe et al., 1996). Έχει διαπιστωθεί για παράδειγμα ότι οι έφηβοι-θύματα σωματικής ή σεξουαλικής κακοποίησης έχουν πολύ χαμηλά ποσοστά συμμετοχής σε αθλητικές δραστηριότητες (Harison et al., 2003). Παρομοίως σε έρευνα που σύγκρινε τη συχνότητα συμμετοχής σε σπορ των εφήβων με και χωρίς απόπειρα αυτοκτονίας διαπιστώθηκε ότι οι πρώτοι είχαν αξιοσημείωτα μικρή συχνότητα συμμετοχής (Tomogi & Zalar, 2000). Η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η έλλειψη επιρροής από συνομηλίκους όπως και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης είναι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας στους εφήβους. Αυτά όμως ακριβώς τα χαρακτηριστικά είναι εκείνα που εμποδίζουν τη συμμετοχή των εφήβων σε αθλητικές δραστηριότητες. Η έλλειψη δραστηριότητας, η μειωμένη ενέργεια η απουσία ευχαρίστησης και ενδιαφερόντων είναι χαρακτηριστικά συμπτώματα κατάθλιψης και όταν αυτά είναι εμφανή στους εφήβους απαιτείται ιδιαίτερη ενθάρρυνση και υποστήριξη προκειμένου να συμμετέχουν σε αθλητικές δραστηριότητες (Tomogi et al., 2000). Άλλωστε απόδειξη της στενής σχέσης μεταξύ άσκησης και ψυχικής υγείας αποτελεί και η διαπίστωση, μετά από μελέτη σε εθνικά και αντιπροσωπευτικά δείγματα εφήβων, ότι η μεγαλύτερη συμμετοχή σε αθλήματα και σε έντονες δραστηριότητες αναψυχής σχετίζεται με υψηλότερο ποσοστό ψυχοσυναισθηματικής υγείας, (Fox, 1999 ; Kirkcaldy et al., 2002).

Παρεμβατικά προγράμματα άσκησης σε υγιείς έφηβους και νεαρούς ενήλικες

Στις έρευνες που ακολουθούν έγινε προσπάθεια να συγκριθούν παράμετροι ψυχικής υγείας, όπως π.χ. τα επίπεδα αυτοεκτίμησης, αυτοαντίληψης και άγχους, πριν και μετά την εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης προκειμένου να διαπιστωθούν πιθανές επιδράσεις τους.

Δύο ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας επιβεβαιώνουν τη θετική συμβολή της άσκησης στην ψυχική υγεία. Οι Calfas και Taylor (1994), μετά από την ανασκόπηση σχετικών ερευνών, των οποίων δείγματα ήταν έφηβοι 11-21 ετών, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες και της βελτίωσης της αυτοεκτίμησης, αυτοαντίληψης, αυτοαποτελεσματικότητας, μείωσης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των διαταραχών άγχους. Οι ερευνητές πρότειναν τη συμμετοχή των εφήβων σε μέτριας ή υψηλής έντασης αερόβια άσκηση, τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα και ελάχιστο χρόνο άσκησης συνολικά 60 λεπτών. Σύμφωνα μάλιστα με τους Norris, Cargoll και Cochrane (1992), η αερόβια άσκηση φαίνεται να έχει οφέλη στον ψυχολογικό τομέα όταν είναι υψηλής έντασης. Οι Ekeland, Heian και Hagen (2005), διαπίστωσαν ότι η άσκηση έχει θετική επίδραση, μικρής διάρκειας στην αυτοεκτίμηση παιδιών και εφήβων, ηλικίας 3-20 ετών. Οι ίδιοι ερευνητές υπογράμμισαν την ανάγκη για υψηλότερης ποιότητας έρευνες με πιο μακροπρόθεσμα αποτελέσματα.

Το παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης διάρκειας 10 εβδομάδων που εφάρμοσε σε σχετικά αγύμναστα νεαρά άτομα ο Ascí (2003), αφορούσε σε δείγμα 20 υγιών φοιτητριών, με μέσο όρο ηλικίας 21,35 ετών, το οποίο συγκρίθηκε με αντίστοιχο δείγμα ελέγχου που το αποτελούσαν μη ασκούμενες φοιτήτριες. Το ομαδικό αυτό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε τρεις φορές την εβδομάδα, περιλάμβανε συνδυασμό αερόμπικ και βήματα χορού (aerobic & step dance). Ήταν διάρκειας 50 λεπτών και είχε ένταση που αντιστοιχούσε στο 60-80% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας. Τα κριτήρια για την επιλογή του συγκεκριμένου προγράμματος άσκησης ήταν η ρυθμικότητα, μουσικότητα και η χορευτική του φύση, που σε συνδυασμό με τις δυνατότητες κοινωνικότητας που παρείχε, υπέθεσαν ότι θα ήταν δημοφιλές στο γυναικείο φύλο. Οι παράμετροι που εξετάστηκαν ήταν τα επίπεδα άγχους (trait anxiety) και η σωματική αυτοαντίληψη (physical self-concept) κατά την έναρξη, τη μέση και τη λήξη του προγράμματος, και η σύγκρισή τους με τα αντίστοιχα της ομάδας ελέγχου. Η αξιολόγηση έγινε με τη χρήση δύο σχετικών με τις παραμέτρους

αυτές ερωτηματολογίων, το State-Trait Anxiety Scale και το Physical Self-Description Questionnaire. Από την επεξεργασία των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι σημειώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων άγχους των ασκουμένων σε σχέση με τις μη ασκούμενες φοιτήτριες. Όσον αφορά στη σωματική αυτοαντίληψη, διαπιστώθηκε ότι παρουσίασαν βελτίωση μόνο σε τέσσερις από τις ένδεκα υποκλίμακες του ερωτηματολογίου (φυσική δραστηριότητα, αθλητική ικανότητα, συντονισμός και ευλυγισία), ενώ στις υπόλοιπες επτά, που σχετίζονταν με την εμφάνιση, την αυτοεκτίμηση, την υγεία κ.λ.π., η βαθμολογία τους κυμάνθηκε στα ίδια επίπεδα, χωρίς διαφορές από την αντίστοιχη της ομάδας ελέγχου.

Τη θετική επίδραση της άσκησης σε όλες τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου σωματικής αυτοαντίληψης απέδειξαν με την έρευνά τους οι Gopi και συν. (2000), όταν κατά τη διάρκειά της ακολουθηθούν συγκεκριμένες παιδαγωγικές μέθοδοι με σκοπό την ενίσχυση της αυτοαντίληψης των μαθητών. Σκοπός αυτής της έρευνας ήταν η σύγκριση των επιπέδων αυτοαντίληψης 46 μαθητών και μαθητριών που ακολούθησαν δύο διαφορετικά προγράμματα φυσικής αγωγής στο σχολείο τους. Οι 29 μαθητές ακολούθησαν το τυπικό πρόγραμμα φυσικής αγωγής του σχολείου, ενώ οι υπόλοιποι 27 μαθητές συμμετείχαν σε πρόγραμμα φυσικής αγωγής με το ίδιο περιεχόμενο αθλητικών δραστηριοτήτων, με τη διαφορά ότι κατά τη διάρκεια εφαρμογής του ακολουθήθηκαν παιδαγωγικές μέθοδοι που απέβλεπαν στην ενίσχυση της αυτοαντίληψής τους. Στις μεθόδους αυτές περιλαμβάνονταν η τοποθέτηση ατομικών στόχων για κάθε μαθητή, οι οποίοι αξιολογούνταν κάθε εβδομάδα ώστε να παρέχεται άμεση πληροφόρηση της προσωπικής τους βελτίωσης, η τροποποίηση των κανονισμών των αθλημάτων (ποδόσφαιρο, καλαθοσφαίριση κλπ) ώστε να μην υπάρχει ανταγωνισμός και να εξασφαλίζεται η ενεργός συμμετοχή και επιτυχία όλων των μαθητών, η συνεχής παρακίνηση και προφορική ανταμοιβή που δίνονταν σε κάθε ευκαιρία, ώστε να υπάρχει θετική ενίσχυση της αυτοαντίληψης. Τα δύο διαφορετικά προγράμματα φυσικής αγωγής εφαρμόστηκαν για έξι μήνες, με συχνότητα δύο φορές την εβδομάδα.

Όπως και η παραπάνω ερευνητική ομάδα, έτσι και οι Marsh και Peart (1988), διαπίστωσαν ότι η μέθοδος διδασκαλίας είναι αυτή που συμβάλει στη βελτίωση των ψυχολογικών παραμέτρων και όχι τόσο το περιεχόμενο του προγράμματος άσκησης. Προκειμένου να ερευνηθούν την παραπάνω υπόθεση, 137 έφηβες μαθήτριες, 11-14 ετών χωρίστηκαν σε δύο πειραματικές ομάδες και μία ομάδα ελέγχου. Οι δύο

πειραματικές ομάδες ακολούθησαν το ίδιο πρόγραμμα άσκησης, δηλαδή συμμετείχαν σε 14 μαθήματα αερόβιας άσκησης και μυϊκής ενδυνάμωσης, διάρκειας 35 λεπτών, για έξι εβδομάδες. Η διαφορά μεταξύ των πειραματικών ομάδων ήταν ότι το πρόγραμμα της μίας είχε συναγωνιστική και παρακινητική μορφή, όπου οι μαθήτριες συνεργάζονταν ανά δύο και έδιναν έμφαση στην προσωπική βελτίωση ενώ το πρόγραμμα της δεύτερης είχε ανταγωνιστική μορφή: η κάθε μαθήτρια προσπαθούσε μόνη της να ξεπεράσει τις άλλες και η απόδοση συγκρίνονταν με βάση την απόδοση της καλύτερης. Διέφεραν επίσης και οι προφορικές οδηγίες του εκπαιδευτή, ο οποίος στη μία ομάδα ενίσχυε την προσπάθεια ενώ στη δεύτερη τη νίκη. Όπως φάνηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας, βελτίωση της σωματικής αυτοαντίληψης παρατηρήθηκε μόνο στην ομάδα που ακολούθησε το πρόγραμμα με τη συναγωνιστική μορφή, ενώ αντίθετα τα επίπεδα της σωματικής αυτοαντίληψης μειώθηκαν στην ανταγωνιστική ομάδα.

Παρομοίως, οι Lindwall και Lindgren (2005), μετά την εφαρμογή ενός παρεμβατικού προγράμματος άσκησης, διάρκειας 6 μηνών σε αγύμναστες έφηβες, διαπίστωσαν σημαντική βελτίωση της σωματικής τους αυτοαντίληψης, καθώς και μείωση των επιπέδων άγχους για το πώς φαίνεται το σώμα τους στους άλλους (Social Physique Anxiety). Το παρεμβατικό αυτό πρόγραμμα ήταν προσανατολισμένο στην ενίσχυση της αίσθησης ικανότητας και αυτονομίας των εφήβων, οι οποίες μπορούσαν να επιλέξουν τη δραστηριότητα που τους ταίριαζε μέσα από μια μεγάλη ποικιλία αθλητικών δραστηριοτήτων. Μέριμνα ελήφθη ώστε στο χώρο άθλησης να εξασφαλιστεί η μη παρουσία ατόμων του άλλου φύλου προκειμένου να αποφευχθεί η τυχόν ανασταλτική επίδραση που θα είχε η παρουσία τους στις συμμετέχουσες σε σχέση με την εικόνα του σώματός τους και τη σωματική τους αυτοαντίληψη. Οι κύριοι τομείς της σωματικής αυτοαντίληψης όπου παρατηρήθηκε θετική επίδραση της άσκησης ήταν ο τομέας της φυσικής κατάστασης, της σωματικής δύναμης και της σωματικής αυτοεκτίμησης.

Ιδιαίτερα σημαντική φαίνεται να είναι η συμβολή παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης σε εφήβους με χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης, σωματικής αυτοαντίληψης και εικόνας σώματος (Boyd et al., 1997; Burgess, Grogan, & Burwitz, 2005). Οι Burgess και συν. (2005), διαπίστωσαν ότι το παρεμβατικό πρόγραμμα 6 εβδομάδων που εφαρμόστηκε σε 50 έφηβες, 13-15 ετών, με χαμηλή εικόνα σώματος και σωματική αυτοαντίληψη είχε ως αποτέλεσμα την ενίσχυση των παραπάνω παραμέτρων. Το πρόγραμμα αυτό, σε αντίθεση με τα καθιερωμένα μαθήματα

φυσικής αγωγής του σχολείου, περιλάμβανε χορό αερόμπικ, καθώς αυτή η δραστηριότητα θεωρήθηκε ως το πλέον κατάλληλο κίνητρο συμμετοχής λόγω του φύλου των ασκουμένων, της κοινωνικής υπόστασής του, της στενής σχέσης του με παραμέτρους όπως η εικόνα σώματος και η εξωτερική εμφάνιση και λόγω της έλλειψης ανταγωνιστικών στοιχείων. Οι τομείς της σωματικής αυτοαντίληψης που ενισχύθηκαν περισσότερο ήταν η σωματική ελκυστικότητα και η σωματική αυτοεκτίμηση.

Για τον ίδιο σκοπό οι Boyd και συν. (1997), μελέτησαν την επίδραση ενός παρεμβατικού προγράμματος άσκησης, διάρκειας 6 εβδομάδων στην αυτοεκτίμηση 181 προ-έφηβων και έφηβων μαθητριών, ηλικίας 9 έως 16 ετών. Το πρόγραμμα των προ-έφηβων περιλάμβανε ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης με χρήση του σωματικού βάρους ως αντίσταση, αερόβιες δραστηριότητες, δρομικά παιχνίδια, καθώς και ψυχοκινητική αγωγή (πλευρικότητα, προσανατολισμός, ισορροπία κλπ). Για τις μεγαλύτερες ηλικίες εφαρμόστηκε η κυκλική προπόνηση, που περιλάμβανε 12 σταθμούς μυϊκής ενδυνάμωσης χρησιμοποιώντας ως αντίσταση το βάρος τους ή μικρά βαρακια. Για την αξιολόγηση της σωματικής αυτοαντίληψης και της συνολικής αυτοεκτίμησης συμπληρώθηκε το «Self Description Questionnaire» (Marsh, Richards, Johnson, Roche & Tremayne, 1994). Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι σημειώθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση της αυτοεκτίμησης μόνο στις προ-έφηβες, οι οποίες είχαν χαμηλότερα αρχικά επίπεδα αυτοεκτίμησης και σωματικής αυτοαντίληψης πριν την έναρξη εφαρμογής του προγράμματος. Παρατηρήθηκε ακόμη ότι η ομάδα που είχε τη μεγαλύτερη βελτίωση (προ-έφηβες) ήταν και η ομάδα που αξιολόγησε θετικότερα το πρόγραμμα άσκησης. Αντίθετα, όσο μεγάλωνε ηλικιακά η ομάδα, τόσο λιγότερο θετικά αξιολογήθηκε η παρέμβαση. Οι περιορισμοί της συγκεκριμένης μελέτης σύμφωνα με τους ερευνητές ήταν το μικρό δείγμα και το υψηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο του δείγματος που συνεπάγεται υψηλότερα αρχικά επίπεδα αυτοεκτίμησης των μαθητριών. Αντίθετα, σε έφηβους με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι επιδράσεις της άσκησης τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο αποδείχθηκαν ιδιαίτερα σημαντικές (Annesi, 2004; Bonhauser et al., 2005). Την πειραματική ομάδα της έρευνας των Fonhauser και συν. (2005), αποτέλεσαν 98 έφηβοι, ηλικίας 15 ετών, μαθητές σχολείου μιας υποβαθμισμένης περιοχής του Σαντιάγο, στη Χιλή. Το παιδαγωγικό υπόβαθρο του προγράμματος στηρίχτηκε στην αρχή ότι τα άτομα αποφασίζουν τι θέλουν να μάθουν και άρα είναι ενεργά μέλη στη λήψη αποφάσεων κατά τη μαθησιακή διαδικασία.

Έτσι, ο σχεδιασμός και οι τρόποι εφαρμογής του παρεμβατικού προγράμματος έγιναν από κοινού από τους μαθητές και καθηγητές του σχολείου, καθώς και τους τοπικούς παράγοντες. Το πρόγραμμα εφαρμόστηκε για μια σχολική χρονιά, 3 φορές την εβδομάδα και το κάθε μάθημα διαρκούσε 90 λεπτά. Η ομάδα ελέγχου ακολούθησε το συνηθισμένο πρόγραμμα φυσικής αγωγής, μία φορά την εβδομάδα διάρκειας 90 λεπτών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, εκτός από τη σημαντική βελτίωση σε σωματικές παραμέτρους όπως η φυσική κατάσταση, αξιοσημείωτη βελτίωση διαπιστώθηκε και σε ψυχολογικές παραμέτρους. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε 13,7% και 2,3% μείωση των επιπέδων άγχους στην πειραματική και στην ομάδα ελέγχου αντίστοιχα και 2,8% βελτίωση της αυτοεκτίμησης στην πειραματική ομάδα, ενώ αντίθετα στην ομάδα ελέγχου η αυτοεκτίμηση μειώθηκε κατά 0.1%. Αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη διάρκεια του παρεμβατικού προγράμματος η συμμετοχή ξεπέρασε το 80% . Το ίδιο σημαντικά αποτελέσματα διαπιστώθηκαν και στην έρευνα του Annesi (2004), όσον αφορά στην επίδραση της άσκησης στην αυτοαποτελεσματικότητα, στα επίπεδα άγχους και στα καταθλιπτικά συμπτώματα σε 54 αφροαμερικάνους προέφηβους μαθητές, ηλικίας 9-12 ετών, χαμηλού και μετρίου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου. Το παρεμβατικό πρόγραμμα ήταν εξωσχολικό, εφαρμόζονταν σε ομάδα των 12-15 μαθητών ανά εκπαιδευτή. Η συνολική του διάρκεια ήταν 12 εβδομάδες, με συχνότητα εφαρμογής 3 φορές την εβδομάδα, διάρκειας 45 λεπτών το κάθε μάθημα. Περιλάμβανε καρδιοαναπνευστικές δραστηριότητες χαμηλής, μέτριας και υψηλής έντασης με τη μορφή μη ανταγωνιστικών παιχνιδιών, καθώς και ασκήσεις αντίστασης. Μία φορά την εβδομάδα το μάθημα περιλάμβανε στρατηγικές παρακίνησης, όπως τοποθέτηση στόχων, ενίσχυση του αυτοδιαλόγου, κοινωνική αλληλεπίδραση και υποστήριξη κλπ. Διαπιστώθηκε ότι ενώ το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας των μαθητών αυξήθηκε μειώθηκαν τα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Συνοψίζοντας τα συμπεράσματα των παραπάνω ερευνητών, μπορεί να υποστηριχθεί ότι υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για τη θετική συμβολή της άσκησης σε ψυχικές παραμέτρους απαραίτητες για τη διασφάλιση της ψυχικής υγείας των εφήβων. Φαίνεται επίσης ότι όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα αυτών των παραμέτρων, τόσο μεγαλύτερη είναι η επίδραση της άσκησης. Κύρια προϋπόθεση βέβαια για θετικά αποτελέσματα φαίνεται να έχει περισσότερο η μέθοδος διδασκαλίας παρά το είδος της δραστηριότητας.

Παρεμβατικά προγράμματα άσκησης σε ενήλικες με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές

Στο παρόν υποκεφάλαιο θα γίνει μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την επίδραση θεραπευτικών παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης σε ενήλικες με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές όπως η κλινική κατάθλιψη, οι διαταραχές άγχους και οι ψυχώσεις. Ιδιαίτερη αναφορά θα γίνει στην κλινική κατάθλιψη, λόγω της μεγάλης συχνότητάς της στη σύγχρονη εποχή και λόγω του γεγονότος ότι τις περισσότερες φορές συνυπάρχει με άλλες σοβαρές ψυχικές διαταραχές ως κύριο σύμπτωμα (Craft & Landers, 1998).

Η θετική επίδραση της άσκησης σε παραμέτρους ψυχικής υγείας είναι τόσο άμεσες (Yeung, 1996), όσο και μακροπρόθεσμες (Di Lorenzo et al., 1999). Η συστηματική φυσική δραστηριότητα σχετίζεται με μειωμένη παρουσία συναισθηματικών, αγχωδών διαταραχών (Goodwin, 2003 ; Salmon, 2001 ; Schmitz, Kruse & Kugler, 2004) και καλό επίπεδο ποιότητας ζωής (Atlantis, Chow, Kirby & Singh, 2004). Οι Morgan και O'Connor (1988), ανέφεραν ότι το 1987, το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας των Ηνωμένων Πολιτειών (US National Institute Mental Health) εξέδωσε ανακοίνωση σύμφωνα με την οποία η άσκηση: α) συμβάλλει στην καλή ψυχική υγεία, β) μειώνει το στρες και το περιστασιακό άγχος και γ) έχει συναισθηματικά οφέλη σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα (Callaghan, 2004).

Παρά το γεγονός ότι τα ψυχολογικά οφέλη της συστηματικής συμμετοχής σε φυσικές δραστηριότητες είναι καλά τεκμηριωμένα, σχετικά πρόσφατα οι έρευνες έχουν προσανατολιστεί στην εξέταση της επίδρασης της άσκησης σε άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές (Richardson et al., 2005). Η μέχρι τώρα υπάρχουσα βιβλιογραφία περιορίζεται κυρίως σε έρευνες σε μη κλινικούς πληθυσμούς (Lawlor & Horker, 2005, Salmon, 2001), στις οποίες διαπιστώθηκε αντικαταθλιπτική και αγχολυτική επίδραση της άσκησης σε υγιείς ανθρώπους ενώ αντίθετα σε ανθρώπους που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές νόσους η έρευνα δεν έχει προχωρήσει (Salmon, 2001). Στην ψυχιατρική περίθαλψη ο παρεμβατικός ρόλος της άσκησης φαίνεται να είναι παραμελημένος. Σε επίσημα επιστημονικά εγχειρίδια ψυχικής υγείας υπάρχουν ελάχιστες αναφορές σχετικά με τη θεραπευτική δυνατότητα των προγραμμάτων άσκησης (Callaghan, 2004).

1. Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συχνή ψυχική διαταραχή. Η κλινική κατάθλιψη αντιπροσωπεύει μια σοβαρή κατάσταση έντονης, διάχυτης κακής διάθεσης,

ανηδονίας και αυτοαπόρριψης. Αποτελεί μείζον ιατρικό πρόβλημα και ο κίνδυνος εμφάνισης της διαταραχής κυμαίνεται από 10-25% στις γυναίκες και από 5-12% στους άντρες. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης συνδέονται με σημαντικές δυσκολίες στην κοινωνική συμπεριφορά του ασθενή, πολλές φορές με ανικανότητα εργασίας και χαρακτηριστική μείωση της ικανότητας εκτέλεσης των καθημερινών δεξιοτήτων του (Van de Vliet et al., 2002). Αυτή αποτελεί τον κυριότερο παράγοντα που ευθύνεται για την αυτοκτονία. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας σε άτομα όλων των ηλικιών που πάσχουν από κατάθλιψη είναι 30 φορές μεγαλύτερος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (Brown & Blanton, 2002).

Σύγχρονες μετα-αναλύσεις και ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας σχετικά με την επίδραση παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης σε καταθλιπτικούς ασθενείς, επισημαίνουν τον θεραπευτικό ρόλο της άσκησης (Craft et al., 1998 ; Craft & Perna, 2004 ; Fox, 1999 ; Jorm, Christensen, Griffiths & Rodgers, 2002 ; Paluska & Schwenk, 2000). Σύμφωνα με αυτές, τόσο η αερόβια όσο και η αναερόβια άσκηση είναι το ίδιο αποτελεσματικές. Μεγαλύτερα οφέλη έχουν οι ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Συγγραφείς ανέφεραν ότι η άσκηση μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική με άλλες παραδοσιακές μορφές θεραπείας όπως η ψυχοθεραπεία (Craft et al., 1998 ; Paluska & Schwenk, 2000). Οι Craft και συν. (1998), υποστήριζαν ότι το περιβάλλον άσκησης έχει ιδιαίτερα μεγάλη σημασία. Τόνισαν μάλιστα ότι ειδικά για τους ασθενείς που νοσηλεύονται είναι προτιμότερο να ασκούνται εκτός του χώρου νοσηλείας. Οι Craft και Perna (2004), παρότρυναν τους ειδικούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης να συστήνουν την άσκηση στους καταθλιπτικούς ασθενείς τους με κύρια έμφαση στη συχνότητα και όχι στην ένταση ή στη διάρκεια της άσκησης.

Σκοπός της έρευνας των Dunn και συν. (2002) και Dunn και συν. (2004), ήταν να διερευνηθεί αφενός εάν η άσκηση μπορεί να αποτελέσει από μόνη της ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό μέσο για τη θεραπεία ήπιου ή μέτριου βαθμού μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και αφετέρου ποια θα πρέπει να είναι η συνιστώμενη ποσότητά της. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε 4 ομάδες και ακολούθησαν για 12 εβδομάδες προγράμματα αερόβιας άσκησης. Αυτά διέφεραν μεταξύ των ομάδων ως προς την εβδομαδιαία συνολική κατανάλωση ενέργειας (χαμηλή ή υψηλή) και ως προς τη συχνότητα (3 ή 5 φορές την εβδομάδα). Οι ερευνητές από τη μελέτη των αποτελεσμάτων κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η άσκηση μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική και λιγότερο δαπανηρή σε σύγκριση με άλλες θεραπείες

(φαρμακευτική αγωγή ή ψυχοθεραπείες) για την αντιμετώπιση ήπιου και μέτριου βαθμού κατάθλιψης υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι πληροί τις γενικότερες προδιαγραφές που ισχύουν για τη δημόσια υγεία (συστηματική αερόβια άσκηση, διάρκεια τουλάχιστον 30 λεπτών τις περισσότερες φορές την εβδομάδα).

Παρομοίως οι Dimeo και συν. (2001), διαπίστωσαν στατιστικά σημαντική μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της κατάθλιψης σε 12 ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή μέτριου ή σοβαρού βαθμού μετά από ένα 30λεπτο καθημερινό παρεμβατικό πρόγραμμα αερόβιας άσκησης, συνολικής διάρκειας 10 ημερών. Οι παραπάνω ασθενείς δεν άλλαξαν τη φαρμακευτική τους αγωγή κατά τη διάρκεια του προγράμματος άσκησης ενώ οι 10 από τους παραπάνω ασθενείς πριν την εφαρμογή το προγράμματος άσκησης έπασχαν από μη “θεραπεύσιμη κατάθλιψη”, δεν είχαν δηλαδή βελτίωση, αν και ακολουθούσαν διπλή φαρμακευτική αγωγή για διάστημα μεγαλύτερο των 4 εβδομάδων. Τη θεραπευτική αξία της άσκησης επιβεβαιώνουν τα θετικά αποτελέσματα του παρεμβατικού προγράμματος στο χρόνο των 10 ημερών, η οποία στη συγκεκριμένη έρευνα υπερίσχυσε της φαρμακοθεραπείας.

Η αποτελεσματικότητα παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης σε καταθλιπτικούς ασθενείς διαπιστώθηκε σε δύο ακόμη πρόσφατες μελέτες, (Craft, 2005 ; Knapen et al., 2003). Στην έρευνα των Knapen και συν. (2003), μετά από 16 εβδομάδες άσκησης υπήρξε παρόμοια βελτίωση στη σωματική αυτοαντίληψη των ασθενών, είτε αυτοί είχαν ακολουθήσει ένα ψυχοκινητικό πρόγραμμα εστιασμένο στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης, είτε ένα λιγότερο δομημένο και εξατομικευμένο ψυχοκινητικό πρόγραμμα. Η βελτίωση δηλαδή της φυσικής κατάστασης των ασκουμένων δεν σχετιζόταν σημαντικά με την ενίσχυση της σωματικής αυτοαντίληψης . Παρομοίως, οι άμεσες αντικαταθλιπτικές επιδράσεις της άσκησης που παρατηρήθηκαν από τις 3 πρώτες εβδομάδες εφαρμογής του παρεμβατικού προγράμματος, συνολικής διάρκειας 9 εβδομάδων, δεν μπορούν να αποδοθούν στις φυσιολογικές προσαρμογές, οι οποίες δεν επιτυγχάνονται σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα, αλλά σε άλλους μηχανισμούς μέσω των οποίων επιδρά η άσκηση (Craft, 2005).

Τέλος, η εισαγωγή της άσκησης ως μέρος ενός ευρύτερου τρίμηνου παρεμβατικού προγράμματος σε καταθλιπτικούς ασθενείς είχε ως αποτέλεσμα στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στα επίπεδα της σοβαρότητας της κατάθλιψης, του άγχους, της συνολικής αυτοεκτίμησης και σωματικής αυτοεκτίμησης ενισχύοντας την

άποψη ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις δεν πρέπει να περιορίζονται μόνο στην φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία αλλά πρέπει να προσεγγίζονται μέσω ενός πολυδιάστατου μοντέλου παρέμβασης (Van de Vliet et al., 2003).

2. Αγχώδεις διαταραχές

Οι διαταραχές άγχους αν και έχουν σαφώς μικρότερη συχνότητα εμφάνισης από τις καταθλιπτικές διαταραχές, επηρεάζουν τη ζωή εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο. Συνήθως κατατάσσονται σε δύο κατηγορίες: στο χαρακτηριστικό και στο περιστασιακό άγχος. Το περιστασιακό άγχος αναφέρεται σε μία άμεση, παροδική ψυχολογική αντίδραση ως προς ένα συγκεκριμένο γεγονός ή ερέθισμα. Από την άλλη μεριά, το χαρακτηριστικό άγχος υποδεικνύει μια μόνιμη, μακροχρόνια τάση άγχους, μια γενικευμένη αγχώδη διαταραχή. Οι διαταραχές πανικού, αποτελούν επίσης μια αγχώδη διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια πανικού και φόβο και έχει χαρακτηριστικά τόσο περιστασιακού όσο και χαρακτηριστικού άγχους (Paluska & Schwenk, 2000).

Αρκετές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό να εξεταστεί η επίδραση της άσκησης στις αγχώδεις διαταραχές και έχουν επισημάνει την ανάγκη για περισσότερες έρευνες στον τομέα αυτό (Callaghan, 2004 ; Fox, 1999 ; Jorm et al., 2004 ; Meyer & Broocks, 2000 ; Paluska & Schwenk, 2000). Χαρακτηριστικά, οι Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz και Salazar (1991), εξέτασαν την επίδραση της άσκησης στο περιστασιακό και χαρακτηριστικό άγχος (Callaghan, 2004 ; Paluska & Schwenk, 2000). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η άσκηση σχετίζονταν με μειωμένα επίπεδα άγχους και είχε παρόμοια αποτελέσματα με άλλα παρεμβατικά μοντέλα όπως ο διαλογισμός και οι τεχνικές χαλάρωσης. Η χρόνια φυσική δραστηριότητα συμβάλει στη μείωση του χαρακτηριστικού άγχους και το πιο ενδιαφέρον εύρημα είναι ο ρόλος της διάρκειας της άσκησης. Διαπιστώθηκε ότι τα προγράμματα άσκησης θα πρέπει να υπερβαίνουν σε διάρκεια τα 21 λεπτά για τουλάχιστον 10 εβδομάδες προκειμένου να επιτευχθεί σημαντική μείωση του χαρακτηριστικού άγχους.

Οι Martinsen και συν. (1989), σύγκριναν τη θεραπευτική επίδραση ενός αερόβιου προγράμματος και ενός προγράμματος ενδυνάμωσης/χαλάρωσης, διάρκειας 8 εβδομάδων σε νοσηλεύομενους ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές (Paluska et al., 2000). Όπως διαπιστώθηκε, και τα δύο παραπάνω προγράμματα συνέβαλαν σε σημαντική μείωση των επιπέδων άγχους των συμμετεχόντων. Στη θετική επίδραση της συστηματικής αερόβιας άσκησης σε ασθενείς με διαταραχές πανικού κατέληξαν

οι Broocks και συν. (1998), μετά από την έρευνα που διεξήγαγαν και μάλιστα ότι αυτή μπορεί να είναι το ίδιο αποτελεσματική με τη φαρμακοθεραπεία (Jorm et al., 2004 ; Meyer et al., 2000 ; Paluska et al., 2000).

Οι Broman-Fulks, Berman, Rabian και Webster (2004), πραγματοποίησαν ένα παρεμβατικό πρόγραμμα αερόβιας άσκησης μεγάλης ή μικρής έντασης στο οποίο συμμετείχαν 54 άτομα με αυξημένα επίπεδα ευαισθησίας στο άγχος. Η ευαισθησία στο άγχος (anxiety sensitivity) αποτελεί χαρακτηριστικό δείκτη για κρίση πανικού και διαταραχές πανικού. Το πρόγραμμα άσκησης εφαρμόστηκε τρεις φορές την εβδομάδα με συνολική διάρκεια 2 εβδομάδων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, τόσο το πρόγραμμα υψηλής έντασης όσο και το πρόγραμμα χαμηλής έντασης συνέβαλαν στη μείωση των επιπέδων ευαισθησίας στο άγχος, ωστόσο οι μεγαλύτερες επιδράσεις παρατηρήθηκαν στην ομάδα που ακολούθησε το αερόβιο πρόγραμμα υψηλής έντασης.

3. Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια ανήκει στην ομάδα των ψυχώσεων. Πρόκειται για μια ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από προβλήματα στην αντίληψη της πραγματικότητας. Συνήθως τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν ακουστικές και οπτικές παραισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, συχνά απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα και αποδιοργανωμένη ομιλία και σκέψη, γεγονός που τους δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην κοινωνική τους αλληλεπίδραση. Ακόμη, τα άτομα που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν έντονη εσωστρέφεια και γενική αποδιοργάνωση του «εγώ» (DSM IV, 2004).

Η ανασκόπηση των Faulkner και Biddle (1999), σχετικά με παρεμβατικά προγράμματα άσκησης που εφαρμόστηκαν σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, έδειξε ότι η άσκηση μπορεί να μειώσει τα δευτερεύοντα συμπτώματα της σχιζοφρένειας, όπως είναι η κατάθλιψη, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η κοινωνική απομόνωση. Για κάποιους ανθρώπους η άσκηση μπορεί να αποτελέσει έναν τρόπο αντιμετώπισης των κυρίων συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας όπως είναι οι ακουστικές παραισθήσεις. Τα αποτελέσματα της έρευνας των Faulkner και Sparkes (1999), σε 3 ασθενείς με σχιζοφρένεια έδειξαν ότι το παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης, διάρκειας 10 εβδομάδων βοήθησε στη μείωση των ακουστικών παραισθήσεων, ενίσχυσε την αυτοεκτίμηση, βελτίωσε την ποιότητα του ύπνου και τη γενική συμπεριφορά των συμμετεχόντων και πρόσφερε ευκαιρίες για κοινωνικότητα. Οι ίδιοι συγγραφείς

επεσήμαναν τη μεγάλη ανάγκη εισαγωγής προγραμμάτων άσκησης ως πρόσθετη θεραπεία στην ψυχιατρική μεταρρύθμιση.

Ο Belcher (1988), παρατήρησε 92% μείωση των παραισθήσεων σε εξηντάχρονο ασθενή με χρόνια σχιζοφρένεια μετά από παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης, διάρκειας 20 εβδομάδων. Το παρεμβατικό πρόγραμμα διάρκειας 16 εβδομάδων που ακολούθησαν 10 ασθενείς με σχιζοφρένεια οδήγησε σε σημαντική μείωση του σωματικού λίπους, αύξηση της φυσικής κατάστασης, μείωση του δείκτη μάζας σώματος και μείωση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων (Beebe et al., 2005).

Οι Fogarty και Happell (2005), πραγματοποίησαν μια ποιοτική έρευνα, κατά την οποία εξέτασαν τα οφέλη ενός τρίμηνου παρεμβατικού προγράμματος σε 6 ασθενείς με σχιζοφρένεια, οι οποίοι φιλοξενούνταν σε μια κοινοτική μονάδα φροντίδας. Τα αποτελέσματα ήταν πολύ ενθαρρυντικά καθώς παρατηρήθηκε βελτίωση της φυσικής κατάστασης, ενθουσιασμός και διάθεση των ατόμων να συνεχίσουν να αθλούνται στο μέλλον. Οι συγγραφείς επεσήμαναν ότι τα παραπάνω οφέλη επιτεύχθηκαν κυρίως λόγω της εξατομικευμένης μορφής του προγράμματος ανάλογα με το επίπεδο φυσικής κατάστασης του κάθε αθλούμενου, της παρακίνησης και συνοχής της ομάδας και των ευκαιριών που υπήρξαν για δημιουργία κοινωνικών σχέσεων.

Το συμπέρασμα που προέκυψε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας ήταν ότι τα άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές, όπως είναι η κλινική κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και η σχιζοφρένεια, χαρακτηρίζονται από μειωμένη φυσική δραστηριότητα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Πολλά συμπτώματα της ψυχικής νόσου όπως η έλλειψη ενέργειας, ενδιαφέροντος και παρακίνησης και η γενικότερη αίσθηση κόπωσης οδηγούν σε έναν περισσότερο καθιστικό τρόπο ζωής και χάνεται κάθε διάθεση για άσκηση. Τα άτομα με αγχώδεις διαταραχές τείνουν να αποφεύγουν την αερόβια άσκηση λόγω του φόβου ότι η φυσική προσπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε φυσιολογικές αντιδράσεις όπως η ταχυκαρδία, υπεραερισμό, δύσπνοια, συμπτώματα δηλαδή που συνδέουν με τα συμπτώματα της διαταραχής πανικού. Έτσι δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος μεταξύ αποφυγής της άσκησης, μείωσης της καρδιαναπνευστικής ικανότητας και απουσία ελέγχου του σώματος. Παράλληλα πολλές ψυχικές νόσοι όπως είναι η κλινική κατάθλιψη, χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση. Υπάρχει δηλαδή αρνητική συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου αυτοεκτίμησης και των επιπέδων κατάθλιψης και άγχους. Ο συνδυασμός χαμηλής σωματικής αυτοαντίληψης, κακής φυσικής υγείας και φυσικής κατάστασης παρουσία

και άλλων ψυχοσωματικών προβλημάτων, έλλειψης ενέργειας και γενικότερης αίσθησης κόπωσης, μπορούν να οδηγήσουν σε ένα φαύλο κύκλο έλλειψης αυτοπεποίθησης στον εαυτό τους, αποφυγής κάθε φυσικής δραστηριότητας, μειωμένου επιπέδου φυσικής υγείας και φυσικής κατάστασης. Γι' αυτούς ακριβώς τους λόγους η εισαγωγή θεραπευτικών προγραμμάτων άσκησης σε ψυχιατρικά ασθενείς είναι επιβεβλημένη (Knapen et al., 2003 ; Lawlor et al., 2005 ; Tomori et al., 2000).

Παρεμβατικά θεραπευτικά προγράμματα άσκησης για εφήβους

Παρά το γεγονός ότι η συστηματική φυσική δραστηριότητα φαίνεται να έχει σημαντικά φυσιολογικά και ψυχολογικά οφέλη σε καταθλιπτικούς ενήλικες, δεν υπάρχει επαρκής έρευνα που να υποστηρίζει τα οφέλη αυτά σε καταθλιπτικούς εφήβους (Nabkasorn et al., 2006). Υπάρχει περιορισμένη πληροφόρηση για την επίδραση παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης στα παιδιά και στους εφήβους με διαγνωσμένες ψυχοκοινωνικές διαταραχές. Σε έρευνα στις Η.Π.Α., που έγινε σχετικά με την ύπαρξη, τους στόχους και τις ανάγκες θεραπευτικών προγραμμάτων αναψυχής σε τυχαίο δείγμα 250 μονάδων εφήβων, που έκαναν χρήση ουσιών, διαπιστώθηκε ότι σε λιγότερες από τις μισές μονάδες εφαρμόζονταν τέτοιου είδους προγράμματα (Nation, Benschoff & Malkin, 1996). Οι ατομικές και ομαδικές αθλητικές δραστηριότητες ήταν ένα από τα κύρια περιεχόμενα των προσφερομένων προγραμμάτων αναψυχής. Κύριοι στόχοι αυτών των προγραμμάτων ήταν η βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, της αυτοεκτίμησης και των επιπέδων συνεργασίας/εμπιστοσύνης των εφήβων. Οι βασικότερες ανάγκες που αναφέρθηκαν ήταν η παροχή πληροφόρησης για την αποτελεσματική συμμετοχή των νέων σ' αυτά τα προγράμματα, η παροχή συμβουλευτικής από ειδικό αναψυχής, καθώς και η κατάλληλη εκπαίδευση του προσωπικού.

Οι Nabkasorn και συν. (2006), διερεύνησαν την επίδραση των παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης σε 49 έφηβες, ηλικίας 18-20 ετών, με διάγνωση ήπιας ή μέτριας κατάθλιψης. Οι έφηβες χωρίστηκαν σε δύο ομάδες, την πειραματική, που ακολούθησε ένα πρόγραμμα άσκησης, και την ελέγχου, τα άτομα της οποίας ασχολήθηκαν με τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητές τους, για ένα διάστημα 8 εβδομάδων. Το πρόγραμμα άσκησης περιλάμβανε ομαδικό χαλαρό τρέξιμο, διάρκειας περίπου 30 λεπτών, 5 φορές την εβδομάδα, που αντιστοιχούσε στο 50% της μέγιστης πρόσληψης οξυγόνου της κάθε εφήβου. Στη συνέχεια για ένα πρόσθετο

διάστημα 8 εβδομάδων αντιστράφηκε το πρόγραμμα των παραπάνω ομάδων, δηλαδή η πειραματική ομάδα έγινε ομάδα ελέγχου και αντίστροφα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, μετά την εφαρμογή του ομαδικού αυτού προγράμματος άσκησης διαπιστώθηκε βελτίωση τόσο των φυσιολογικών (καρδιοαναπνευστική ικανότητα) όσο και των ψυχολογικών παραμέτρων (μείωση καταθλιπτικής διάθεσης, μείωση αντίδρασης του συμπαθητικού στο ψυχοσωματικό στρες). Τονίσθηκε από τους ερευνητές, ότι για τα παραπάνω οφέλη πιθανά να συνέβαλε ο ομαδικός χαρακτήρας του προγράμματος, που ενίσχυσε το κίνητρο και τη μεγάλη συμμετοχή στο πρόγραμμα.

Πολύ ενθαρρυντικά ήταν τα αποτελέσματα από την εφαρμογή παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης σε παραβατικούς έφηβους (Andrews et al., 2003 ; MacMahon, 1990 ; MacMahon & Gross, 1988). Παρόλο που οι παραβατικοί έφηβοι αποτελούν έναν ανομοιογενή πληθυσμό, κάποια ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους μπορούν να γενικευτούν όπως είναι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων και η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Κατά συνέπεια παρεμβατικά προγράμματα που στοχεύουν στην ενίσχυση αυτών των χαρακτηριστικών είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την πρόληψη και τη θεραπεία των παραβατικών εφήβων (MacMahon, 1990). Συγκεκριμένα, στην έρευνα των MacMahon και συν. (1988), συγκρίθηκε η επίδραση δύο προγραμμάτων αερόβιας άσκησης διαφορετικής έντασης σε παραβατικούς έφηβους, ηλικίας 14-18 ετών. Από τα αποτελέσματα διαπιστώθηκε ότι το πιο έντονο αερόβιο πρόγραμμα είχε θετικότερη επίδραση στη μείωση των επιπέδων κατάθλιψης και στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των εφήβων. Στην ανασκόπησή του ο MacMahon (1990), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η εισαγωγή προγραμμάτων αερόβιας άσκησης, ως θεραπευτικό μέσο σε μονάδες παραβατικών εφήβων αποτελεί μία ανέξοδη, εύκολη στην εφαρμογή δυνατότητα, η οποία πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη.

Οι Andrews και συν. (2003), στην έρευνά τους μελέτησαν την επίδραση και καταλληλότητα των αθλητικών δραστηριοτήτων ως κύριο μέσο αποκατάστασης σε μία μονάδα παραβατικών εφήβων στη Βρετανία. Στη μονάδα αυτή φιλοξενούνταν έφηβοι οι οποίοι είχαν διαπράξει διαφόρων ειδών παραβάσεις ή έφηβοι που εγκατέλειπαν συχνά τα σπίτια τους και συχνά έθεταν τους εαυτούς τους ή άλλους σε κίνδυνο. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα των παραπάνω ενοίκων ήταν η επιθετικότητα, βίαιη συμπεριφορά, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απόγνωση, αυτοκαταστροφικές πράξεις και χρήση ουσιών. Σκοπός της έρευνας ήταν να εξεταστεί η ανταπόκριση των νέων

σε διάφορα είδη δραστηριοτήτων, μεθόδους διδασκαλίας και στόχους, όπως επίσης και κατά πόσο αυτή διαφέρει με βάση το φύλο, τα επίπεδα αυτοεκτίμησης και την ικανότητα του κάθε παιδιού. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η προσωπική παρατήρηση από τον ερευνητή, η οποία γίνονταν δύο φορές την εβδομάδα, για 8 μήνες. Ένα από τα συμπεράσματα της παρατήρησης ήταν ότι η αποτελεσματικότητα των αθλητικών δραστηριοτήτων ως μέσο για την αποκατάσταση των παραβατικών εφήβων εξαρτάται σε σημαντικό βαθμό από τη μέθοδο διδασκαλίας και όχι τόσο από το είδος της δραστηριότητας. Η διδασκαλία θα πρέπει να έχει συγκεκριμένους στόχους και να είναι εξατομικευμένη, αναγνωρίζοντας και χρησιμοποιώντας διαφορετική ενίσχυση και παρακίνηση για κάθε έφηβο. Κάποιοι από αυτούς ήδη «κουβαλάνε» το στίγμα του «χαμένου», με βάση τα κοινωνικά κριτήρια και με κανένα τρόπο δεν πρέπει η αθλητική δραστηριότητα να τους το υπενθυμίζει μέσα από τον ανταγωνισμό. Για τους πιο ευαίσθητους, η αθλητική δραστηριότητα θα πρέπει να γίνεται σε ατομική βάση ή σε μικρές ομάδες χωρίς να αναμένεται μεγάλος βαθμός συνεργασίας μεταξύ τους. Για κάποιους άλλους θα πρέπει να δίνεται η αίσθηση της αυτονομίας μέσω της δραστηριότητας. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι είναι πολύ λεπτές οι διαφορές στην οργάνωση και παρουσίαση ενός μαθήματος, ώστε αυτό να χαρακτηριστεί καλό ή κακό. Η αξία της αθλητικής δραστηριότητας ως θεραπευτικού μέσου είναι μεγάλη κάτω από ειδικές συνθήκες γι' αυτό και πρέπει να προσανατολιστούν προς το σκοπό αυτό περισσότερες έρευνες.

Η άσκηση, τα τελευταία χρόνια έχει χρησιμοποιηθεί ως θεραπευτικό μέσο και σε περιπτώσεις εφήβων που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία (Thien, Thomas, Markin & Laid Birmingham, 2000 ; Tokumura, Yoshihara, Tanaka, Nanri & Watabane, 2003). Η ψυχογενής ανορεξία είναι μία κατάσταση που εμφανίζεται κυρίως σε κορίτσια, η οποία χαρακτηρίζεται από υπερβολικά μεγάλη απώλεια βάρους. Οι έφηβες παρά το γεγονός ότι είναι πολύ αδύνατες, βλέπουν τον εαυτό τους πολύ χοντρό και οδηγούνται σε εξαντλητικές δίαιτες και υπερβολική άσκηση, που μπορεί να έχει και μοιραία αποτελέσματα (αυτοκτονία, καρδιακά προβλήματα, λοιμώξεις) (Αλεξανδρίδης & Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, 2001). Ωστόσο, διαπιστώθηκαν θετικά αποτελέσματα σε περιπτώσεις εφήβων όπου στο θεραπευτικό τους πρόγραμμα προστέθηκε πρόγραμμα επιβλεπόμενης άσκησης, η οποία όμως δεν επηρέαζε αρνητικά το δείκτη μάζας σώματος και το ποσοστό του σωματικού τους λίπους. Το πρόγραμμα αυτό αποτελείτο από 7 σταδιακά αυξανόμενης έντασης επίπεδα και συμπεριλάμβανε διατάσεις, ισομετρικές ασκήσεις και αερόβια άσκηση χαμηλής

έντασης. Το σωματικό βάρος αυξήθηκε και η έμμηνος ρύση αποκαταστάθηκε τόσο στις ασκούμενες όσο και στις μη ασκούμενες έφηβες. Επιπρόσθετα, η συμμετοχή των εφήβων τρεις φορές την εβδομάδα για διάστημα τριών μηνών στο πρόγραμμα άσκησης είχε θετική επίδραση σε σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικές παραμέτρους (Thien et al., 2000). Παρόμοια έρευνα έδειξε ότι η συμμετοχή για μέσο διάστημα 10 μηνών σε επιβλεπόμενο πρόγραμμα άσκησης (30 λεπτά στατικό ποδήλατο, σε ένταση που αντιστοιχούσε στο ατομικό αναερόβιο κατώφλι, 5 φορές την εβδομάδα), οδήγησε σε μεγαλύτερη αύξηση του δείκτη μάζας σώματος, μείωση των επιπέδων συναισθηματικού στρες σε σχέση με τις μη ασκούμενες και θεωρήθηκε από τις έφηβες ως ευχάριστη και διασκεδαστική δραστηριότητα (Tokumura et al., 2003).

Μηχανισμοί επίδρασης της άσκησης στην ψυχική υγεία

Διάφορες υποθέσεις έχουν γίνει σχετικά με τους μηχανισμούς μέσω των οποίων απορρέουν τα ψυχολογικά οφέλη της συστηματικής αθλητικής δραστηριότητας. Οι κυριότεροι εντάσσονται σε δύο γενικές κατηγορίες, τους φυσιολογικούς και ψυχοκοινωνικούς μηχανισμούς (Craft et al., 2004 ; Fox, 1999 ; Paluska & Shwenk, 2000,).

1. Φυσιολογικοί μηχανισμοί:

Ένας από τους επικρατέστερους φυσιολογικούς μηχανισμούς ειδικά στην περίπτωση των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η υπόθεση των μονοαμινών (Craft et al., 2004). Σύμφωνα με αυτή, η άσκηση οδηγεί σε ενίσχυση των αμινεργικών συναπτικών διαβιβαστών του εγκεφάλου μέσω της αυξημένης διαθεσιμότητας των μονοαμινών - εγκεφαλικών νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη, ντοπαμίνη και νοραδρεναλίνη) στο πλάσμα και στην ουρία. Ο μηχανισμός αυτός της άσκησης μοιάζει με τη δράση της φαρμακοθεραπείας σε ασθενείς με κατάθλιψη στους οποίους η λειτουργία των αμινεργικών διαβιβαστών φαίνεται να είναι διαταραγμένη (Paluska et al., 2000 ; Szabo, Billett & Turner, 2001).

Άλλος δημοφιλής μηχανισμός είναι η υπόθεση των ενδορφίνων, οι οποίες σχετίζονται με θετική διάθεση και μια γενικότερη αίσθηση καλής ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση υπάρχει αυξημένη συγκέντρωση β-ενδορφίνης μετά το τέλος της άσκησης, η οποία μειώνει τον πόνο και δημιουργεί μια κατάσταση ευφορίας (Craft et al., 2004 ; Fox, 1999 ; Paluska et al., 2000). Ένας τρίτος πιθανός μηχανισμός, αν και ο λιγότερο αποδεκτός (Paluska et al., 2000) είναι αυτός της

θερμογένεσης, σύμφωνα με την οποία η αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος που παρατηρείται μετά την άσκηση οδηγεί σε αυξημένη χαλάρωση και βελτίωση της διάθεσης (Craft et al., 2004 ; Fox, 1999 ; Paluska et al., 2000).

2. Ψυχολογικοί μηχανισμοί:

Η θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας που αρχικά προτάθηκε από τον Bandura (1977), είναι ένας από τους ψυχολογικούς μηχανισμούς που ερευνώνται. Η αυτοαποτελεσματικότητα σχετίζεται με την πεποίθηση του ατόμου ότι κατέχει τα απαραίτητα εφόδια προκειμένου να φέρει σε πέρας μια εργασία, καθώς επίσης και την εμπιστοσύνη στον εαυτό του ότι αυτή η συγκεκριμένη εργασία μπορεί να ολοκληρωθεί με τα αναμενόμενα επιθυμητά αποτελέσματα. Η αίσθηση αυτή της αποτελεσματικότητας προσφέρει κίνητρο και διάθεση για επιμονή προκειμένου τα άτομα να ανταποκριθούν στους στόχους τους, προσδοκίες επιτυχίας, έλεγχο των σκέψεων και συναισθημάτων τους και αυτοεκτίμηση. Άτομα με χαμηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, όπως συνήθως είναι τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, αντιμετωπίζουν τις διάφορες καταστάσεις με άγχος και χωρίς εμπιστοσύνη για την κατάκτηση των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Η άσκηση μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό μέσο για την ενίσχυση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας του ατόμου. Σύμφωνα με τον Bandura (1997), προκειμένου ένα παρεμβατικό πρόγραμμα να οδηγήσει σε αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα, θα πρέπει το άτομο να μάθει πώς να έχει αυτοέλεγχο, να τοποθετεί στόχους και να χρησιμοποιεί την κοινωνική υποστήριξη για τη διατήρηση της επιθυμητής συμπεριφοράς. Κατά συνέπεια, μαθαίνοντας το άτομο να ελέγχει τη συμπεριφορά του καθώς αθλείται, να τοποθετεί μακροπρόθεσμους και βραχυπρόθεσμους στόχους επίδοσης, να δέχεται θετική υποστήριξη από τον πτυχιούχο φυσικής αγωγής και άλλα πρόσωπα σημαντικά, να αποκτά αυτοπεποίθηση και να βιώνει την εμπειρία της κυριαρχίας του εαυτού του (mastery experience). Μέσω αυτής της εμπειρίας, η αίσθηση του ελέγχου και της επιτυχίας μπορεί να μεταφερθεί και στην καθημερινή του ζωή βελτιώνοντας την ψυχική του υγεία. (Craft, 2005 ; Craft et al., 2004 ; Paluska et al., 2000).

Ένας δεύτερος προτεινόμενος ψυχολογικός μηχανισμός στηρίζεται στη θεωρία της απόσπασης (distraction theory). Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, η φυσική δραστηριότητα αποσπά το άτομο από καταθλιπτικές σκέψεις, δυσάρεστα συναισθήματα και επώδυνα σωματικά ενοχλήματα, βελτιώνοντας έτσι τη διάθεσή του (Craft, 2005 ; Craft et al., 2004 ; Paluska et al., 2000). Η άσκηση έχει αποδειχτεί πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με άλλες αποσπαστικές δραστηριότητες, όπως η

χαλάρωση, η κοινωνική επαφή κλπ (Craft, 2005 ; Craft et al., 2004). Σύμφωνα με τους Faulkner και συν. (1999), η αποσπαστική ικανότητα είναι το πρωτεύον ψυχολογικό όφελος της άσκησης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια καθώς η διέγερση που αυτή προκαλεί, αποσπά το άτομο από τις “φωνές” που ακούει.

Η υπόθεση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης θεωρείται ένας ακόμη ψυχολογικός μηχανισμός της άσκησης. Η κοινωνική αποδοχή και συναναστροφή συνδέονται με την αυτοεκτίμηση του ατόμου, ενώ η κοινωνική απάθεια συνήθως συνοδεύει την ψυχική νόσο, όπως π.χ. παρατηρείται στα άτομα με κατάθλιψη. Η κοινωνική αλληλεπίδραση που μπορεί η άσκηση να προσφέρει μέσω της αθλητικής δραστηριότητας και της συμμετοχής σε ομαδικά προγράμματα άσκησης, καθώς και η αμοιβαία υποστήριξη που οι ασκούμενοι προσφέρουν ο ένας στον άλλο μπορούν να συμβάλουν στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και στην ποιότητα ζωής του ατόμου (Fox, 1999 ; Nabkasorn et al., 2005 ; Paluska et al., 2000,).

Συνοψίζοντας, οι μηχανισμοί που εμπλέκονται στη θετική επίδραση της άσκησης είναι δύσκολο να απομονωθούν (Fox, 1999). Είναι πολύ πιθανό ότι ένας συνδυασμός των παραπάνω φυσιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών επηρεάζουν τη σχέση της άσκησης με την ψυχική υγεία (Craft et al., 2004 ; Paluska et al., 2000). Η κυριαρχία του καθένα από τους μηχανισμούς αυτούς εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά της άσκησης, όπως είναι η ένταση και η διάρκεια, τα χαρακτηριστικά του ατόμου, καθώς και από περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν την άσκηση. Οι πιο σημαντικοί είναι αυτοί που σχετίζονται με τη διαδικασία της άσκησης, παρά οι φυσιολογικές προσαρμογές, για την άμεση και μακροπρόθεσμη βελτίωση των διαφόρων παραμέτρων της ψυχικής υγείας (Fox, 1999).

Άσκηση και σωματική αυτοαντίληψη

Η σωματική αυτοαντίληψη (physical self-perception) είναι η αντίληψη που έχει το άτομο για το σώμα του και πιο συγκεκριμένα για την εικόνα, τη φυσική κατάσταση και τις λειτουργίες του σώματός του. Ο όρος αυτός έχει πάρει κυρίαρχη θέση στη γενικότερη αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του (αυτοαντίληψη), γιατί το σώμα μέσα από την εξωτερική του εμφάνιση, τα χαρακτηριστικά του, και τις λειτουργίες του παρέχει την ουσιαστική αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του κόσμου. Παρέχει το κύριο όχημα για επικοινωνία, χρησιμοποιείται για να εκφράσει την κοινωνική θέση και τη σεξουαλικότητα και κατ' επέκταση παίζει κύριο ρόλο στη γενικότερη αυτοαξιολόγηση του ατόμου. Επομένως, δεν προκαλεί έκπληξη το

γεγονός ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της σωματικής αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης του ατόμου (Fox, 2000). Ειδικά στους εφήβους, σύμφωνα με την Harter (1990), η συνολική τους αυτοεκτίμηση είναι σε πολύ μεγάλο βαθμό συνάρτηση της σωματικής τους αυτοαντίληψης (Bowker, Gadbois & Cornock, 2003). Αυτή η συσχέτιση μεταξύ της σωματικής αυτοαντίληψης και της αυτοεκτίμησης είναι ξεχωριστής σημασίας αν ληφθεί υπόψη ότι η αυτοεκτίμηση αποτελεί για πολλούς ειδικούς τον πιο αποφασιστικό δείκτη ψυχικής υγείας, καθώς αντιπροσωπεύει την συνολική αξία που δίνει το κάθε άτομο στον εαυτό του (Fox, 1999). Οι ψυχικές διαταραχές συχνά συνοδεύονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση, συνεπώς η ενίσχυσή της αποτελεί κύριο στόχο των θεραπευτικών μεθόδων (Fox, 2000).

Τα τελευταία χρόνια έχει γίνει μια πολυδιάστατη/ιεραρχική προσέγγιση της αυτοεκτίμησης. Σύμφωνα με αυτή, η συνολική αυτοεκτίμηση βρίσκεται στην κορυφή της ιεραρχίας και επηρεάζεται από χαμηλότερους στην ιεραρχία τομείς, όπως είναι ο ακαδημαϊκός, ο κοινωνικός, ο σωματικός, συναισθηματικός κλπ. Με τη σειρά τους ο καθένας από αυτούς τους τομείς χωρίζεται σε επιμέρους υποκατηγορίες που τον συνθέτουν και τον επηρεάζουν. Έτσι δημιουργείται ένα πολυδιάστατο ιεραρχικό μοντέλο το οποίο ξεκινάει από τις χαμηλότερες στην ιεραρχία υποκατηγορίες και καταλήγει στη διαμόρφωση της συνολικής αυτοεκτίμησης (Harter, 1985 ; Fox, 2000 ; Raustorp, Stahle, Gudasic, Kinnunen & Mattson 2005).

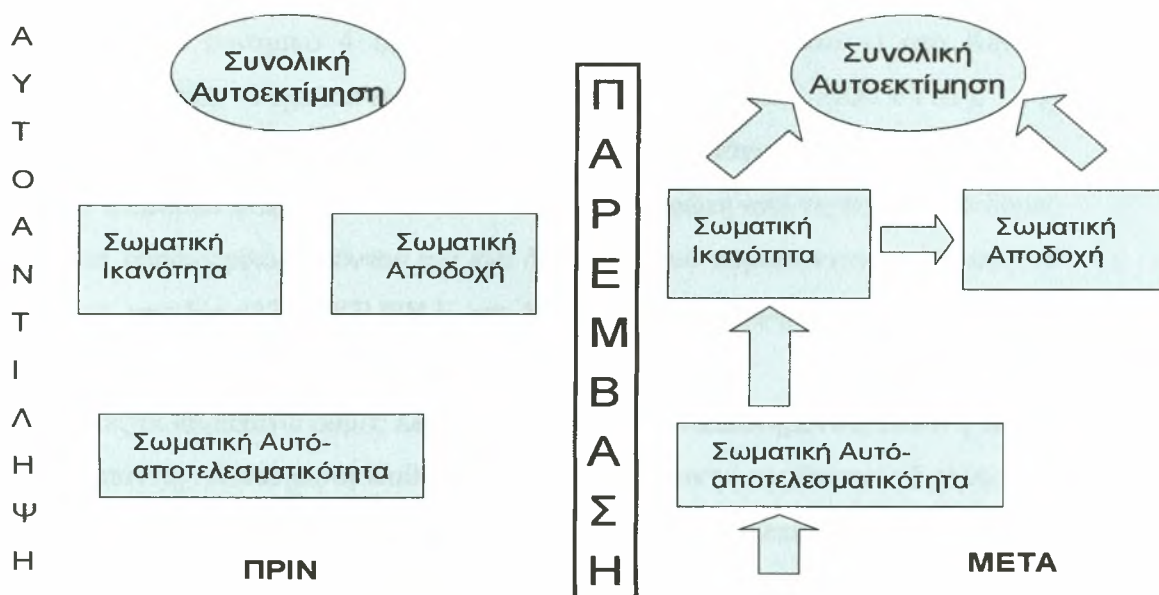
Η μελέτη της σωματικής αυτοαντίληψης έχει τις ρίζες της στο παραπάνω μοντέλο της αυτοεκτίμησης, το οποίο έχει υιοθετηθεί από τους ψυχολόγους της αθλητικής επιστήμης (Fox & Corbin, 1989 ; Marsh et al., 1994 ; Sonstroem & Morgan, 1989). Ειδικότερα οι Sonstroem et al. (1989), εισήγαγαν το μοντέλο άσκησης και αυτοεκτίμησης (Exercise and Self- Esteem Model – EXSEM) (Σχήμα 1.), προκειμένου να περιγράψουν πώς η άσκηση και τα παρεμβατικά προγράμματα άσκησης επηρεάζουν τη σωματική αυτοαντίληψη και κατ' επέκταση τη συνολική αυτοεκτίμηση (Fox, 2000 ; Lindwall et al., 2005). Σύμφωνα με το παραπάνω μοντέλο, η άσκηση αρχικά ενισχύει τη σωματική αυτοαντίληψη μέσω των ψυχοκοινωνικών μηχανισμών. Η ενίσχυση της σωματικής αυτοαντίληψης οδηγεί σε βελτίωση της συνολικής αυτοεκτίμησης, η οποία αποτελεί δείκτη ψυχικής υγείας (Van de Vliet et al., 2002). Η θεωρία αυτή υποδεικνύει ότι υπάρχει μια έμμεση σχέση μεταξύ σωματικής αυτοαντίληψης και ψυχικής υγείας, όπου η συνολική αυτοεκτίμηση παίζει το ρυθμιστικό ρόλο. Με άλλα λόγια προκειμένου η ενισχυμένη σωματική αυτοαντίληψη να έχει θετική επίδραση σε άτομα με ψυχικές διαταραχές,

όπως π.χ. κατάθλιψη, διαταραχές άγχους κλπ, θα πρέπει να έχει προηγουμένως υπάρξει ενίσχυση και της συνολικής αυτοεκτίμησης αυτών των ατόμων (Harter, 1990; Van de Vliet et al., 2002). Ωστόσο άλλοι ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι η ενίσχυση της σωματικής αυτοαντίληψης μπορεί να έχει άμεση επίδραση στην ψυχική νόσο, ανεξάρτητα από την ενίσχυση της συνολικής αυτοεκτίμησης (Fox, 2000 ; Van de Vliet et al., 2003). Όλα τα παραπάνω υποδεικνύουν την αναγκαιότητα για περισσότερες έρευνες προκειμένου να μελετηθεί η άμεση ή έμμεση επίδραση της σωματικής αυτοαντίληψης σε σχέση με τις ψυχικές διαταραχές (Fox, 2000).

Υπάρχει επαρκής επιστημονική απόδειξη ότι η άσκηση μπορεί ν' αλλάξει τις αντιλήψεις των ατόμων για το σώμα τους θετικά (Fox, 2000). Η θετική επίδραση παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης στα επίπεδα σωματικής αυτοαντίληψης διαπιστώθηκε από μελέτες τόσο σε υγιή πληθυσμό (Boyd et al., 1997 ; Burgess et al., 2005 ; Goni et al., 2000 ; Lindwall et al., 2005 ; Marsh et al., 1988 ; McAuley, Mihalko & Bane, 1997), όσο και σε άτομα με διαγνωσμένες ψυχοκοινωνικές διαταραχές (Knarpen et al., 2003 ; Van de Vliet et al., 2003). Ένα σημαντικό όμως συμπέρασμα των μελετητών αυτών είναι ότι η άσκηση από μόνη της δεν αρκεί. Τα προγράμματα άσκησης θα πρέπει να περιέχουν συγκεκριμένες στρατηγικές που να αποβλέπουν στην ενίσχυση της σωματικής αυτοαντίληψης. Θα πρέπει δηλαδή να αξιολογούνται θετικά από τους συμμετέχοντες (Boyd et al., 1997), να περιέχουν στρατηγικές παρακίνησης (Knarpen et al., 2003), να παρέχουν θετική ανατροφοδότηση (Burgess et al., 2005 ; Goni et al., 2000), να είναι ελκυστικά για τους συμμετέχοντες (Fox, 2000), να εκτελούνται σε περιβάλλον όπου οι συμμετέχοντες αισθάνονται άνετα (Bowker et al., 2003), να στηρίζονται στη συνεργασία και όχι στον ανταγωνισμό (Goni et al., 2000 ; Marsh et al., 1988), στην προσωπική βελτίωση (Boyd et al., 1997), στην τοποθέτηση ατομικών στόχων (Goni et al., 2000). Από τις μελέτες προέκυψε ότι για την ενίσχυση της σωματικής αυτοαντίληψης μεγαλύτερη σημασία έχει η αντίληψη των ίδιων των ατόμων για τη φυσική τους κατάσταση, παρά οι φυσιολογικές προσαρμογές και οι αλλαγές στη φυσική κατάσταση που επέρχονται με την άσκηση (Fox, 2000 ; Knarpen, 2003), και γι' αυτό επιλέγουν προγράμματα άσκησης τα οποία τους ενδιαφέρουν χωρίς να εστιάζουν στη βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης (Knarpen, 2003). Οι μηχανισμοί της αυτοαποτελεσματικότητας, της κυριαρχίας του εαυτού, της κοινωνικότητας, συμβάλουν στη βελτίωση των αντιλήψεων των ατόμων για τη φυσική τους κατάσταση, την εικόνα σώματος, την αίσθηση ελέγχου πάνω στο σώμα

τους, τη σωματική τους υγεία, τη σχέση τους με τους άλλους, την αυτονομία τους, την αυτοαποδοχή τους (Fox, 2000 ; Knäuper et al., 2003). Ειδικά για τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση και σωματική αυτοαντίληψη, η άσκηση φαίνεται να έχει τις μεγαλύτερες επιδράσεις (Boyd et al., 1997; Fox, 2000 ; Knäuper et al., 2003).

Συνοψίζοντας, η επίδραση κατάλληλα σχεδιασμένων προγραμμάτων άσκησης για την ενίσχυση της σωματικής αυτοαντίληψης διαφαίνεται μεγάλη και αυτό είναι πολύ σημαντικό αν ληφθεί υπόψη ότι υπάρχουν βάσιμες υποψίες ότι η σωματική αυτοαντίληψη επιδρά άμεσα στη βελτίωση των ψυχικών διαταραχών ή έμμεσα, μέσω της ενίσχυσης της συνολικής αυτοεκτίμησης. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στους εφήβους καθώς φαίνεται να υπάρχει στενή συσχέτιση μεταξύ σωματικής αυτοαντίληψης και συνολικής αυτοεκτίμησης, που είναι κύριος δείκτης της ψυχικής υγείας. Τέλος, φαίνεται ότι τα άτομα που έχουν να κερδίσουν τα περισσότερα ψυχολογικά οφέλη από τα προγράμματα άσκησης είναι αυτά που χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοαντίληψη, όπως είναι τα άτομα με ψυχική νόσο.



Σχήμα 1. Το μοντέλο σχέσης άσκησης και αυτοεκτίμησης [Sonstroem & Morgan, (1989), σελ 332].

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Δείγμα

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν 9 έφηβοι, ηλικίας 12- 19 ετών (8 αγόρια και 1 κορίτσι), με διαγνωσμένες ψυχοκοινωνικές διαταραχές. Τα άτομα αυτά παρουσίαζαν σοβαρές καταθλιπτικές διαταραχές (έφηβοι Νο 1, 2, 4 και 8) με μία περίπτωση απόπειρας αυτοκτονίας (έφηβος Νο1), διαταραχές άγχους (έφηβοι Νο 3, 5 και 7) και ψυχώσεις (έφηβοι Νο 6 και 9). Οι έφηβοι αυτοί λάμβαναν ψυχοκοινωνική υποστήριξη και θεραπεία σε τρία κέντρα-ξενώνες της Αθήνας: α) στον Θεραπευτικό Ξενώνα Εφήβων «Ιρις», της Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.), με δυναμικό 5 εφήβων (Εφηβοι Νο 1, 2 και 3), β) στο Κέντρο Ημέρας Εφήβων της Εταιρείας Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου (Ε.Ψ.Υ.Π.Ε.) με δυναμικό 4 εφήβων (Εφηβοι Νο 4 και 5) και γ) στο Κέντρο Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Εφήβων (ΚΕ.ΨΥ.Ε.), της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών με δυναμικό 6 εφήβων (Εφηβοι Νο 6, 7, 8 και 9). Στην πρώτη από τις παραπάνω δομές («Ιρις») οι έφηβοι φιλοξενούνταν για ένα διάστημα που κυμαίνονταν από 6 έως 18 μήνες, ενώ στις δύο άλλες (ΚΕ.ΨΥ.Ε. και Κέντρο Ημέρας Εφήβων) απασχολούνταν τις πρωινές ώρες, 5 φορές την εβδομάδα.

Όλες οι παραπάνω δομές λειτουργούσαν υπό την επιστημονική ευθύνη του κ. Ιωάννη Τσιάντη, Αναπληρωτή Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και στελεχώνονταν από επιστημονική ομάδα (Παιδοψυχίατροι, Ψυχολόγοι, Ειδικοί Παιδαγωγοί, Κοινωνικοί Λειτουργοί). Στα προγράμματα των παραπάνω μονάδων συμπεριλαμβάνονταν οι δραστηριότητες της φωτογραφίας, κηπουρικής, δραματοθεραπείας και της μουσικοθεραπείας.

Περιγραφή των οργάνων

Για το σκοπό της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το "Physical Self-Description Questionnaire" (PSDQ) (Marsh et al., 1994). Η αξιοπιστία και εγκυρότητά του είναι ικανοποιητική και έχει επιβεβαιωθεί από πολλές έρευνες (Asci, 2005 ; Gurin, Marsh,

& Famose, 2004 ; Marsh et al., 1994 ; Marsh, Marco, Abcy, 2002). Είναι ένα ψυχομετρικό εργαλείο για εφήβους 12 ετών και άνω. Περιλαμβάνει 70 συνολικά ερωτήσεις, οι οποίες αποτελούν μία δέσμη 11 ψυχομετρικών κλιμάκων (Παράρτημα Β). Οι κλίμακες αυτές είναι: αυτοεκτίμηση (8 ερωτήσεις), συνολική σωματική αυτοαντίληψη (6) και 9 επιμέρους τομείς της: δύναμη (6), σωματικό λίπος (6), φυσική δραστηριότητα (6), υγεία (8), εμφάνιση (6), αντοχή (6), αθλητική ικανότητα (6), συντονισμό (6), ευλυγισία (6).

Το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε στην ελληνική γλώσσα (Ερωτηματολόγιο Περιγραφής της Κατάστασης του Σώματός μου) ακολουθώντας τη διαδικασία της διπλής μετάφρασης από δύο ανεξάρτητους μεταφραστές σε κάθε φάση, αγγλικά-ελληνικά (την ερευνήτρια και μία καθηγήτρια της αγγλικής γλώσσας) και ελληνικά-αγγλικά (καλοί γνώστες της αγγλικής γλώσσας- κάτοχοι διπλώματος Proficiency). Στη συνέχεια ελέγχθηκε από δίγλωσσο άτομο (native speaker). Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του, ως προς το κριτήριο της εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεων του, συμπληρώθηκε δύο φορές από 12 άτομα, με διαφορά 4 ημερών. Οι συντελεστές α του Cronbach για όλες τις παραμέτρους κυμάνθηκαν από .70-.97 (Πίνακας 1). Από την ανάλυση pair t-test δε διαπιστώθηκε διαφορά σημαντική σε επίπεδο $p < 0.05$ σε καμία από τις παραμέτρους του.

Το "Physical Self-Description Questionnaire" συμπληρώθηκε δύο φορές από τους εφήβους, πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος άσκησης προκειμένου να μελετηθούν πιθανές μεταβολές στην αντίληψη που έχουν για το σώμα τους. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε ατομικά από κάθε έφηβο, ο οποίος έπρεπε να επιλέξει μία απάντηση σε κάθε ερώτηση από την 6βαθμια κλίμακα Likert, με 1: λάθος και 6: σωστό. Συγκεκριμένα το κάθε άτομο θα έπρεπε να απαντήσει σε ερωτήσεις όπως : «Όταν είμαι αδιάθετος/η, αισθάνομαι τόσο άσχημα που δεν μπορώ να σηκωθώ ούτε από το κρεβάτι μου» (υγεία), «Εκτελώ τα διάφορα αθλήματα και δραστηριότητες με συντονισμό και χάρη» (συντονισμός), «Ασχολούμαι με φυσικές δραστηριότητες (όπως jogging, χορό, ποδηλασία, αερόμπικ, γυμναστήριο ή κολύμβηση) τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα» (φυσική δραστηριότητα), «Η μέση μου είναι πολύ μεγάλη» (σωματικό λίπος), «Τα περισσότερα αθλήματα είναι εύκολα για μένα» (αθλητική ικανότητα), «Αισθάνομαι καλά για τον τρόπο που φαίνομαι και για το τι μπορώ να κάνω με το σώμα μου» (συνολική σωματική αυτοαντίληψη), «Κανείς δεν πιστεύει ότι έχω καλή εξωτερική εμφάνιση» (εμφάνιση), «Θα τα πήγαινα καλά σε ένα τεστ δύναμης» (δύναμη), «Τα μέρη του σώματός μου

λυγίζουν και κινούνται σωστά προς τις περισσότερες κατευθύνσεις» (ευλυγισία), «Νομίζω ότι θα κατάφερα να τρέξω μια μεγάλη απόσταση χωρίς να κουραστώ» (αντοχή), «Αισθάνομαι ότι η ζωή μου δεν είναι πολύ χρήσιμη» (αυτοεκτίμηση).

Πίνακας 1. Συντελεστές α Cronbach, για τον έλεγχο της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου.

| | | | | | | | |
|----------------------|------------|--------------------------|------------|-----------|------------|--------------|------------|
| Υγεία | .90 | Λίπος σώματος | .97 | Εμφάνιση | .70 | Αντοχή | .91 |
| Συντονισμός | .70 | Αθλητική ικανότητα | .94 | Δύναμη | .83 | Αυτοεκτίμηση | .83 |
| Φυσική δραστηριότητα | .90 | Συνολ. Σωμ. αυτοαντίληψη | .93 | Ευλυγισία | .87 | | |

Παρεμβατικό πρόγραμμα

Η εφαρμογή του παρεμβατικού προγράμματος έγινε τους καλοκαιρινούς μήνες. Πραγματοποιήθηκε σε έναν υπαίθριο χώρο μαζικής άθλησης που βρίσκονταν κοντά στους τρεις ξενώνες. Το πρόγραμμα άσκησης για κάθε ξενώνα ήταν διάρκειας 12 εβδομάδων. Διεξάγονταν 2 φορές την εβδομάδα και είχε διάρκεια 90 λεπτά.

Επιλέχθηκε η εκμάθηση μιας αθλοπαιδιάς (πετοσφαίριση), ως η πλέον κατάλληλη αθλητική δραστηριότητα, λόγω αφενός της ιδιαίτερης προτίμησης που δείχνουν τα παιδιά και οι νέοι και αφετέρου των πολυδιάστατων στόχων που περικλείουν, όπως είναι η κοινωνικοποίηση, η συνεργατικότητα, η αίσθηση της ομάδας, η τήρηση των κανονισμών και η ανάπτυξη πολύπλευρων κινητικών δεξιοτήτων (ΥΠΕΠΘ, 1995; Μουντάκης, 1992). *‘‘Αν οι νέοι μάθουν αρκετά καλά κάποια αθλοπαιδιά θα συνεχίσουν να ασχολούνται μ’ αυτήν σε όλη τους τη ζωή, αν υπάρχουν οι προϋποθέσεις (δια βίου άσκηση)’’* (ΥΠΕΠΘ, 1995, σελ. 26-27). Η επιλογή του αθλήματος της πετοσφαίρισης έγινε για καθαρά πρακτικούς λόγους. Στο συγκεκριμένο υπαίθριο χώρο άθλησης υπήρχε ένα γήπεδο καλαθοσφαίρισης και ένα μικρότερο γήπεδο πετοσφαίρισης χωρίς φιλέ. Το γήπεδο καλαθοσφαίρισης δεν ήταν ποτέ διαθέσιμο λόγω της προσέλευσης των παιδιών της γειτονιάς και για το λόγο αυτό το πρόγραμμα περιορίστηκε στη δραστηριότητα της πετοσφαίρισης.

Οι έφηβοι ενημερώθηκαν αρχικά από το προσωπικό των ξενώνων για το επικείμενο πρόγραμμα άσκησης. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε μια προκαταρκτική συνάντηση σε κάθε ξενώνα όπου έγινε η πρώτη γνωριμία μεταξύ των

εφήβων και της καθηγήτριας φυσικής αγωγής, που θα αναλάμβανε το σχεδιασμό και εφαρμογή του παρεμβατικού προγράμματος. Πραγματοποιήθηκε μια μικρή συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων γύρω από τα οφέλη της άσκησης και τις εμπειρίες τους. Η πρώτη συνάντηση αφιερώθηκε στην ενημέρωση των εφήβων σχετικά με τη δομή, το περιεχόμενο και τους στόχους του προγράμματος, καθώς και σε συζήτηση γενικότερου περιεχομένου. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στον “προσανατολισμό στο έργο”. Τονίσθηκε δηλαδή η σημασία της τοποθέτησης ατομικών στόχων για κάθε έφηβο με σκοπό την προσωπική βελτίωση και όχι τη διάκριση ή τη σύγκριση, η αξία της προσπάθειας που καταβάλλει κάποιος όταν θέλει να πετύχει ένα στόχο και το πόσο σημαντικά είναι τα λάθη για τη μάθηση (Παπαϊωάννου, Θεοδωράκης & Γούδας, 1999).

Το ημερήσιο πρόγραμμα της κάθε συνάντησης περιελάμβανε την εκμάθηση των επιμέρους δεξιοτήτων του αθλήματος και την εφαρμογή τους σε παιχνίδι με προσαρμοσμένους κανόνες, ανάλογα με τους στόχους. Συγκεκριμένα η κάθε συνάντηση περιελάμβανε:

- Υποδοχή των εφήβων και ενημέρωση για τις δεξιότητες που θα ακολουθούσαν (5 λεπτά).
- Προθέρμανση – δρομικές, αλτικές ασκήσεις (10 λεπτά).
- Εισαγωγή της νέας δεξιότητας της πετοσφαίρισης και εξάσκηση (15 λεπτά).
- Ατομική ή προπόνηση σε ζευγάρια με βάση τους προσωπικούς στόχους των εφήβων, π.χ. προσπάθεια για αύξηση του αριθμού της πάσας “πάνω από το κεφάλι”, μεγαλύτερη απόσταση εκτέλεσης του σερβίς από το φιλέ, κλπ. (10 λεπτά)
- Ομαδικό παιχνίδι με εισαγωγή της νέας δεξιότητας (20 – 30 λεπτά).
- Ασκήσεις ενδυνάμωσης μεγάλων μυϊκών ομάδων (10 λεπτά).
- Χαλάρωση – αναπνευστικές ασκήσεις (5 λεπτά).
- Συζήτηση – αξιολόγηση του μαθήματος (5 λεπτά).

Οι έφηβοι για λόγους ασφαλείας συνοδεύονταν πάντα από δύο άτομα του προσωπικού των ξενώνων.

Αποδοχή του προγράμματος από τους εφήβους

Τα προβλήματα ήταν αρκετά κατά τη διάρκεια των πρώτων συναντήσεων, τα οποία εστιάζονταν κυρίως στη διαφορά επιπέδου μεταξύ των συμμετεχόντων ή σε προηγούμενες αρνητικές τους εμπειρίες στους χώρους άθλησης, οι οποίες τους αποθάρρυναν να συμμετέχουν λόγω του φόβου νέας αποτυχίας.

Κάποιοι έφηβοι, αυτοί με περιορισμένες κινητικές ικανότητες, δεν ήθελαν να συμμετάσχουν ή ξεκινούσαν και με την πρώτη αποτυχημένη προσπάθεια εγκατέλειπαν χωρίς να ξαναπροσπαθήσουν. Στις παρακινήσεις της ερευνήτριας να συνεχίσουν απαντούσαν ότι «δεν μπορώ και ότι δεν θα τα καταφέρω ποτέ γιατί δεν είμαι καλός στα αθλήματα» ή «έχω ξανακάνει γυμναστική και δεν μου άρεσε καθόλου». Η ερευνήτρια δεν επέμενε εκείνη τη στιγμή αλλά κατά τη διάρκεια της εξάσκησης των υπολοίπων τους ζητούσε να συμμετέχουν προβάλλοντας ως πολύ ενδιαφέρουσα την άσκηση που θα ακολουθούσε. Η διαβάθμιση της δυσκολίας εκτέλεσης των ασκήσεων, (πολυεπίπεδη- ξεκινώντας την άσκηση από ένα χαμηλό επίπεδο δυσκολίας για να φτάσει στο ανώτερο), συνέβαλε σημαντικά στο βαθμό ενεργούς συμμετοχής τους. Ιδιαίτερα ο έφηβος Νο3, ο οποίος ξεχώριζε τόσο για τη σωματική του ανάπτυξη όσο και για τις ικανότητές του, θεωρούσε ότι γι' αυτόν το πρόγραμμα άσκησης ήταν πολύ εύκολο, γι' αυτό γελούσε και ήταν επικριτικός προς τους άλλους αποκαλώντας τους μάλιστα «χοντρούς» ή «άχρηστους» κλπ. Δεν έκανε ποτέ προθέρμανση, ενώ παρακολουθούσε τη δραστηριότητα σχολιάζοντας αρνητικά. Έπαιρνε μέρος μόνο κατά τη διεξαγωγή του παιχνιδιού, στη διάρκεια του οποίου επιχειρούσε μόνο ατομικές ενέργειες. Το πρόβλημα εξαλείφθηκε τελείως όταν στη διαδικασία του παιχνιδιού άρχισαν να συμμετέχουν ενεργά οι δύο συνοδοί του Ξενώνα «Ιρις». Η συνεργασία με τα άλλα μέλη της ομάδας του επετεύχθη όταν τέθηκε ο περιορισμός ότι θα έπρεπε να γίνουν 3 πάσες πριν περάσει η μπάλα στο αντίπαλο γήπεδο. Ιδιαίτερα θετικά λειτούργησε η παρότρυνση της ερευνήτριας να συνεργαστεί μαζί της γιατί με τη δική του βοήθεια θα μειωνόταν σημαντικά ο χρόνος εκμάθησης της δραστηριότητας από τους άλλους εφήβους.

Η πιο δύσκολη ίσως περίπτωση ήταν αυτή της μοναδικής εφήβου, που συμμετείχε στο πρόγραμμα (έφηβος Νο4). Η έφηβος αυτή αντιμετώπιζε μεγάλη φοβία με τα σκυλιά και δεν δεχόταν να αθλείται έξω από το συγκεκριμένο κέντρο (Κέντρο Ημέρας). Κατά συνέπεια αποφασίστηκε για το κέντρο αυτό οι έφηβοι να αθλούνται στη μικρή αυλή του, γεγονός που περιόριζε αρκετά τις επιλογές και τον τρόπο διδασκαλίας της πετοσφαίρισης, χωρίς ωστόσο να αποτελεί απαγορευτικό παράγοντα για την επίτευξη κάποιων σημαντικών στόχων. Η έφηβος παρόλα αυτά δε συμμετείχε καθόλου στο πρόγραμμα εκμάθησης των δεξιοτήτων της πετοσφαίρισης. Ωστόσο, επειδή η ίδια είχε ιδιαίτερη αγάπη προς τη μουσική, η ερευνήτρια αποφάσισε η προθέρμανση να γίνεται μέσα στο σαλόνι του κέντρου με τη χρήση ασκήσεων αερόμπικ, στις οποίες και συμμετείχε.

Δεν θα πρέπει να παραλειφθεί και ο ρόλος των συνοδών, στην ενθάρρυνση των εφήβων. Οι συνοδοί των εφήβων δεν ήταν πάντα οι ίδιοι. Παρατηρήθηκε ότι στις περιπτώσεις που οι συνοδοί δεν ήταν απλοί παρατηρητές αλλά συμμετείχαν και βοηθούσαν στη διεξαγωγή των μαθημάτων, οι έφηβοι επιδείκνυαν μεγαλύτερο ενθουσιασμό και διάθεση να συμμετάσχουν και ευχαριστιόντουσαν περισσότερο το μάθημα. Αυτή η διαπίστωση, με το πέρασμα του χρόνου ώθησε όλους σχεδόν τους συνοδούς να συμμετέχουν στα μαθήματα.

Μετά από αυτό το δύσκολο «αναγνωριστικό» διάστημα διάρκειας δύο, τριών εβδομάδων περίπου, δεν απαιτήθηκε πλέον κανένας ιδιαίτερος χειρισμός. Όλοι οι έφηβοι συμμετείχαν με χαρά στα μαθήματα, ενθουσιάζονταν από τη βελτίωσή τους και ζητούσαν προγράμματα ασκήσεων που να μπορούν να εκτελούν μόνοι τους τις μέρες που δεν είχαν γυμναστική. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι μετά το τέλος του τρίμηνου προγράμματος οι έφηβοι ζητούσαν πληροφορίες σχετικά με το πώς θα γυμνάζονταν μόνοι τους, τί διατροφή έπρεπε να ακολουθήσουν και αν θα συνεχίζονταν το πρόγραμμα.

Από τα παραπάνω μπορεί να συμπεράνει κανείς ότι ο σεβασμός στην ιδιαιτερότητα του κάθε εφήβου και το ενδιαφέρον που έδειξε η παιδαγωγός στις προσωπικές τους δυσκολίες και ικανότητες, ήταν καθοριστικός παράγοντας για τη δημιουργία ενός αμοιβαίου κλίματος εμπιστοσύνης που ειδικά αυτοί οι έφηβοι είχαν στερηθεί στη ζωή τους.

Σχεδιασμός της έρευνας

Η ανεξάρτητη μεταβλητή της παρούσας έρευνας ήταν το πρόγραμμα εξάσκησης, ενώ οι εξαρτημένες ήταν οι κλίμακες του ερωτηματολογίου, δηλ. η υγεία, ο συντονισμός, η φυσική δραστηριότητα, το σωματικό λίπος, η αθλητική ικανότητα, η συνολική σωματική αυτοαντίληψη, η εμφάνιση, η δύναμη, η ευλυγισία, η αντοχή, η συνολική αυτοεκτίμηση.

Η παρουσίαση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με περιγραφική στατιστική. Η ποσοτική προσέγγιση έδειξε το ποσοστό βελτίωσης του κάθε συμμετέχοντα σε κάθε κλίμακα του ερωτηματολογίου. Για τη διαπίστωση διαφορών μεταξύ των βαθμολογιών που πέτυχαν οι έφηβοι σε όλες τις κλίμακες του τεστ PSDQ, πριν και μετά τη συμμετοχή τους στο παρεμβατικό πρόγραμμα, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση paired t-test (Wilcoxon Signed Ranks Test, $p < 0.05$). Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών εξετάστηκε με το συντελεστή συσχέτισης Pearson.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι συντελεστές alpha Cronbach των ένδεκα κλιμάκων του ερωτηματολογίου κυμάνθηκαν σε υψηλά επίπεδα (.77-.98), τεκμηριώνοντας την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου ως προς το κριτήριο της εσωτερικής συνοχής των ερωτήσεών του, αν και το δείγμα ήταν μικρό (πίνακας 3). Στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται τα στοιχεία των αθλητών (φύλο, ηλικία), καθώς και οι επιμέρους βαθμολογίες τους στις κλίμακες του ερωτηματολογίου κατά τη διάρκεια των δύο αξιολογήσεων και το ποσοστό βελτίωσής τους. Παρουσιάζονται ακόμη οι μέσοι όροι της βαθμολογίας όλων των συμμετεχόντων ανά κλίμακα καθώς και οι τυπικές αποκλίσεις.

Το επίπεδο της σωματικής αυτοαντίληψης στο σύνολο των εφήβων με ψυχοκοινωνικές διαταραχές ήταν χαμηλό, σε όλες τις κλίμακες. Κυμαίνονταν κοντά στο μέσο όρο. Η χαμηλότερη επίδοση, με άριστα το 6 σημειώθηκε στην κλίμακα του λίπους σώματος (3.33) και η υψηλότερη στην κλίμακα της υγείας (4.08) κατά την αρχική μέτρηση ενώ κατά τη δεύτερη, η χαμηλότερη σημειώθηκε στην κλίμακα της φυσικής κατάστασης (3.35) και η υψηλότερη στην κλίμακα της αυτοεκτίμησης (4.36) (Πίνακας 2).

Επαληθεύτηκαν οι 5 ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας έρευνας και συγκεκριμένα οι $Y_{(ΣΛ)}$, $Y_{(Υ)}$, $Y_{(Ε)}$, $Y_{(ΕΥ)}$, και $Y_{(ΣΣΑ)}$. Οι έφηβοι σημείωσαν καλύτερες επιδόσεις κατά τη δεύτερη αξιολόγηση σε όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου εκτός από αυτή της φυσικής δραστηριότητας που παρέμεινε σταθερή. Ωστόσο, στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των βαθμολογιών που πέτυχαν όλοι οι συμμετέχοντες κατά την πρώτη και δεύτερη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαπιστώθηκε σε 5 από τις 11 κλίμακες του και συγκεκριμένα στην υγεία ($z=2,120$, $p<0.05$), στο λίπος του σώματος ($z=1,963$, $p<0.05$), στη συνολική σωματική αυτοαντίληψη ($z=2,111$, $p<0.05$), στην εμφάνιση ($z=2,056$, $p<0.05$) και στην ευλυγισία ($z=2,312$, $p<0.05$). Στις κλίμακες του συντονισμού, της δύναμης, της αντοχής και της αθλητικής ικανότητας διαπιστώθηκε βελτίωση η οποία όμως δεν

ήταν στατιστικά σημαντική ($p>.05$). Τέλος, στην κλίμακα της συνολικής αυτοεκτίμησης διαπιστώθηκε τάση βελτίωσης ($z=1,825$, $p=0.068$) (Σχήμα 2).

Τα μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης που διαπιστώθηκαν ήταν στις κλίμακες της ευλυγισίας (26.56%), της συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης (25.87%) και του λίπους σώματος (25.22%), ενώ τα χαμηλότερα στην αντοχή (12.05%), στη δύναμη (7.31%) και στη φυσική δραστηριότητα (- 0.5%) (Πίνακας 2).

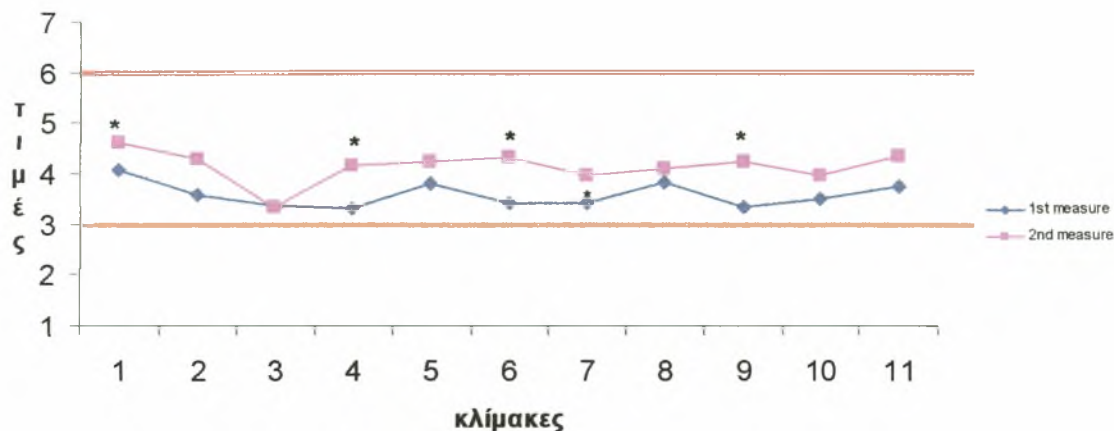
Οι τρεις (No1, 2 και 9) από τους εννέα συμμετέχοντες εφήβους βελτίωσαν τη βαθμολογία τους σε όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου. Οι δύο από αυτούς είχαν καταθλιπτική διαταραχή (1,2) και ο ένας ψύχωση (9). Τα ποσοστά βελτίωσής τους στην υγεία ήταν αντίστοιχα 9.09%, 69,23% και 14%, στο συντονισμό 40,36%, 158% και 6.83%, στη φυσική δραστηριότητα 16%, 18,79% και 3,51%, στο σωματικό λίπος 183%, 100,4% και 76,67%, στην αθλητική ικανότητα 116%, 100% και 6%, στη συνολική σωματική αυτοαντίληψη 50%, 158% και 13,87%, στην εμφάνιση 33%, 100,37% και 3,51%, στη δύναμη 66%, 62,4% και 6,58%, στην ευλυγισία 115,51%, 89,87% και 10,35%, στην αντοχή 72,41%, 127,32% και 13,2% και στην αυτοεκτίμηση 113%, 51,93% και 43,76%. Ένας έφηβος (No8), βαθμολογήθηκε χαμηλότερα στην κλίμακα της υγείας (-2,42%) ενώ βελτίωσε τη βαθμολογία του στις υπόλοιπες δέκα (συντονισμός 129,3%, φυσική δραστηριότητα 72,4%, σωματικό λίπος 12,78%, αθλητική ικανότητα 100%, συνολική σωματική αυτοαντίληψη 133%, εμφάνιση 37, 59%, δύναμη 115,5%, ευλυγισία 129,3%, αντοχή 33% και αυτοεκτίμηση 58,68%). Μόνο δύο από τους συμμετέχοντες (No6 και 7), είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε 7 και 6 κλίμακες αντίστοιχα κατά τη δεύτερη μέτρηση. Δύο συμμετέχοντες (No3 και 5) είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε έξη και επτά κλίμακες, ενώ το σκορ τους παρέμεινε σταθερό σε μία και δύο κλίμακες αντίστοιχα. Η μοναδική κοπέλα (No4) που συμμετείχε στο πρόγραμμα είχε μεγαλύτερη βαθμολογία σε επτά κλίμακες (λίπος σώματος 47,46%, αθλητική ικανότητα 11,66%, συνολική σωματική αυτοαντίληψη 92,59%, εμφάνιση 18,85%, δύναμη 9,42%, ευλυγισία 33,33% και αυτοεκτίμηση 3,59%), χαμηλότερη σε δύο (φυσική δραστηριότητα -52,28% και αντοχή -27,27%) ενώ παρέμεινε σταθερή σε δύο κλίμακες (υγεία και συντονισμό). Στις κλίμακες του συντονισμού και της αντοχής σημειώθηκαν οι χαμηλότερες βαθμολογίες κατά τη δεύτερη μέτρηση (Πίνακας 2).

Πίνακας 2. Ατομικές επιδόσεις των εφήβων, μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις όλου του δείγματος στις δύο μετρήσεις, σε όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου.

| | Μετρήσεις | No1 | No2 | No3 | No4 | No5 | No6 | No7 | No8 | No9 | Mean S.D |
|--------------------------------|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| φύλο | | A | A | A | Γ | A | A | A | A | A | |
| ηλικία | | 13 | 13.5 | 14 | 14 | 13 | 19 | 19 | 18 | 17 | 15.61± 2.59 |
| Υγεία | Πριν | 2.75 | 3.25 | 5.00 | 3.62 | 4.00 | 3.75 | 5.37 | 5.50 | 3.62 | 4.08± .95 |
| | Μετά | 3.00 | 5.50 | 5.50 | 3.62 | 5.50 | 3.75 | 5.50 | 5.37 | 4.13 | 4.62± .99* |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 9.09 | 69.23 | 10 | 0 | 37.5 | 0 | 2.42 | -2.42 | 14 | 13.23 |
| Συντο- νισμός | Πριν | 1.66 | 2.00 | 3.50 | 3.16 | 6.00 | 5.00 | 5.00 | 1.16 | 4.83 | 3.59± 1.72 |
| | Μετά | 2.33 | 5.16 | 5.00 | 3.16 | 5.83 | 4.83 | 4.66 | 2.66 | 5.16 | 4.31± 1.25 |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 40.36 | 158 | 42.85 | 0 | -2.91 | - | -7.29 | 129.3 | 6.83 | 20.05 |
| Φυσική δραστη- ριότητα | Πριν | 1.00 | 2.66 | 6.00 | 5.33 | 3.50 | 3.66 | 2.16 | 1.16 | 4.83 | 3.37± 1.78 |
| | Μετά | 1.16 | 3.16 | 5.33 | 3.50 | 4.00 | 4.00 | 2.00 | 2.00 | 5.00 | 3.35± 1.41 |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 16 | 18.79 | -2.91 | - | 14.28 | 9.28 | -8 | 72.4 | 3.51 | -0.5 |
| Αίπος σώματος | Πριν | 1.00 | 2.16 | 5.83 | 3.16 | 5.33 | 6.00 | 1.00 | 2.66 | 2.83 | 3.33± 1.95 |
| | Μετά | 2.83 | 4.33 | 6.00 | 4.66 | 5.83 | 4.83 | 1.00 | 3.00 | 5.00 | 4.17± 1.61* |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 183 | 100.4 | 2.9 | 47.46 | 9.38 | - | 0 | 12.78 | 76.67 | 25.22 |
| Αθλητική ικανότητα | Πριν | 1.00 | 1.83 | 5.50 | 2.83 | 6.00 | 5.50 | 5.00 | 1.00 | 5.50 | 3.80± 2.10 |
| | Μετά | 2.16 | 3.66 | 5.66 | 3.16 | 5.66 | 5.16 | 4.83 | 2.00 | 5.83 | 4.24± 1.53 |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 116 | 100 | 2.9 | 11.66 | -6 | -6.58 | -3.51 | 100 | 6 | 11.57 |
| Συν. Σωμ. Αυτοαντί- ληψη | Πριν | 1.00 | 2.00 | 5.00 | 2.16 | 5.66 | 5.83 | 3.50 | 1.00 | 4.83 | 3.44± 1.96 |
| | Μετά | 1.50 | 5.16 | 5.50 | 4.16 | 6.00 | 5.33 | 3.50 | 2.33 | 5.50 | 4.33± 1.58* |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 50 | 158 | 10 | 92.59 | 6 | -9.38 | 0 | 133 | 13.87 | 25.87 |
| Εμφάνιση | Πριν | 1.00 | 2.66 | 1.66 | 3.50 | 6.00 | 5.50 | 4.50 | 1.33 | 4.83 | 3.44± 1.87 |
| | Μετά | 1.33 | 5.33 | 2.00 | 4.16 | 6.00 | 5.16 | 4.83 | 1.83 | 5.00 | 3.96± 1.76* |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 33 | 100.4 | 20.48 | 18.85 | 0 | -6.58 | 7.33 | 37.59 | 3.51 | 15.11 |
| Δύναμη | Πριν | 1.00 | 1.33 | 5.83 | 3.50 | 6.00 | 4.50 | 6.00 | 1.16 | 5.16 | 3.83± 2.15 |
| | Μετά | 1.66 | 2.16 | 5.33 | 3.83 | 6.00 | 4.66 | 5.33 | 2.50 | 5.50 | 4.11± 1.63 |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 66 | 62.4 | -9.38 | 9.42 | 0 | 3.5 | - | 115.5 | 6.58 | 7.31 |
| Ευλυγσία | Πριν | 1.16 | 3.16 | 4.50 | 3.00 | 5.16 | 4.00 | 4.00 | 1.16 | 4.83 | 3.35± 1.42 |
| | Μετά | 2.50 | 6.00 | 3.83 | 4.00 | 6.00 | 4.16 | 2.75 | 2.66 | 5.33 | 4.24± 1.30* |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 115.5 | 89.87 | - | 33.33 | 16.27 | 4 | - | 129.3 | 10.35 | 26.56 |
| Αντοχή | Πριν | 1.16 | 1.83 | 5.66 | 3.50 | 5.33 | 5.00 | 2.83 | 1.00 | 5.00 | 3.52± 1.84 |
| | Μετά | 2.00 | 4.16 | 5.66 | 2.75 | 6.00 | 4.66 | 2.50 | 1.33 | 5.66 | 3.96± 1.71 |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 72.41 | 127.3 | 0 | - | 12.57 | -7.29 | -13.2 | 33 | 13.2 | 12.5 |
| Αυτοεκτί- μηση | Πριν | 1.00 | 3.62 | 5.13 | 3.62 | 5.63 | 4.25 | 5.50 | 2.13 | 3.13 | 3.76± 1.54 |
| | Μετά | 2.13 | 5.50 | 5.00 | 3.75 | 6.00 | 3.88 | 5.50 | 3.38 | 4.50 | 4.36± 1.25 |
| | Ποσοστό διαφοράς (%) | 113 | 51.93 | -2.6 | 3.59 | 6.57 | -9.53 | 0 | 58.68 | 43.76 | 15.95 |

*: στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των μετρήσεων ($p < 0.05$).

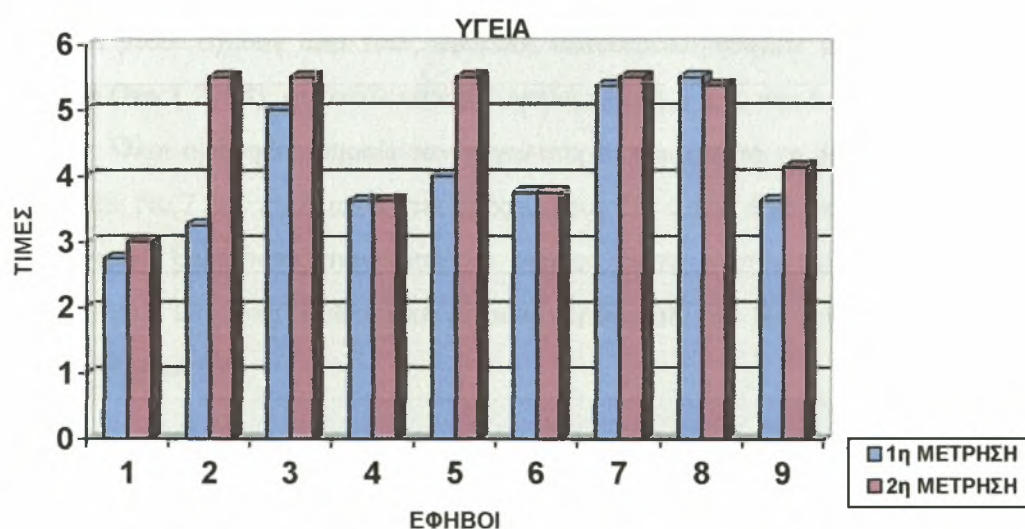
Σωματική Αυτοαντίληψη



1: Υγεία, 2: Συντονισμός, 3: Φυσική δραστηριότητα, 4: Λίπος σώματος, 5: Αθλητική ικανότητα, 6: Συνολική σωματική αυτοαντίληψη, 7: Εμφάνιση, 8: Δύναμη, 9: Ευλυγισία, 10: Αντοχή, 11: Αυτοεκτίμηση. * $p < .05$

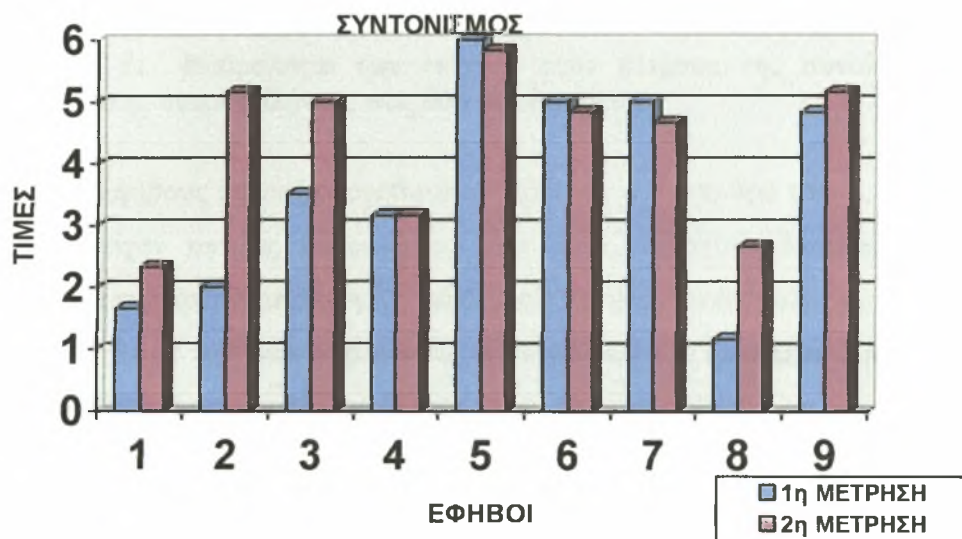
Σχήμα 2. Μέση βαθμολογία των εφήβων σε όλες τις κλίμακες και στις δύο μετρήσεις.

Κατά την αρχική αξιολόγηση όλοι οι έφηβοι θεώρησαν ότι η υγεία τους ήταν από ικανοποιητική έως καλή. Οι έφηβοι No2, No3, No5 και No7 ήταν αυτοί που αξιολόγησαν με πολύ υψηλή βαθμολογία την κλίμακα της υγείας τους μετά τη λήξη του παρεμβατικού προγράμματος. Ωστόσο τα μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης σημείωσαν οι έφηβοι No2 και No5, με 69,2% και 37,5 αντίστοιχα (Σχήμα 3).



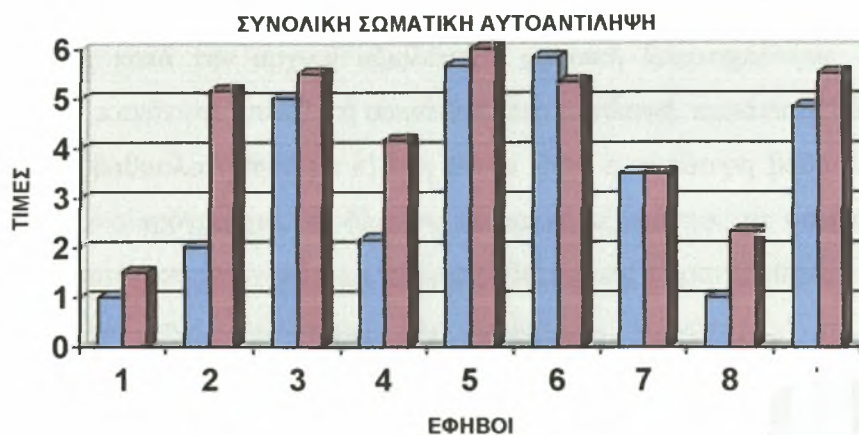
Σχήμα 3. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της υγείας, στις δύο αξιολογήσεις.

Μεγάλη διαφοροποίηση μεταξύ των εφήβων σημειώθηκε στην κλίμακα του συντονισμού. Κατά την αρχική μέτρηση, τέσσερις αυτοαξιολογήθηκαν με βαθμολογία αρκετά πάνω από το μέσο όρο, αγγίζοντας και τα όρια του άριστου, δύο σχεδόν με το μέσο όρο και οι τρεις αρκετά έως πολύ κάτω από το μέσο όρο. Κατά τη δεύτερη αξιολόγηση μόνο ένας (No9), από αυτούς που είχαν αυτοαξιολογηθεί με υψηλή βαθμολογία, τη βελτίωσε στο τέλος του παρεμβατικού προγράμματος ενώ οι άλλοι τη μείωσαν. Το μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσης είχαν οι έφηβοι No2 και No8. Η βαθμολογία του No4 παρέμεινε στα ίδια επίπεδα (Σχήμα 4).



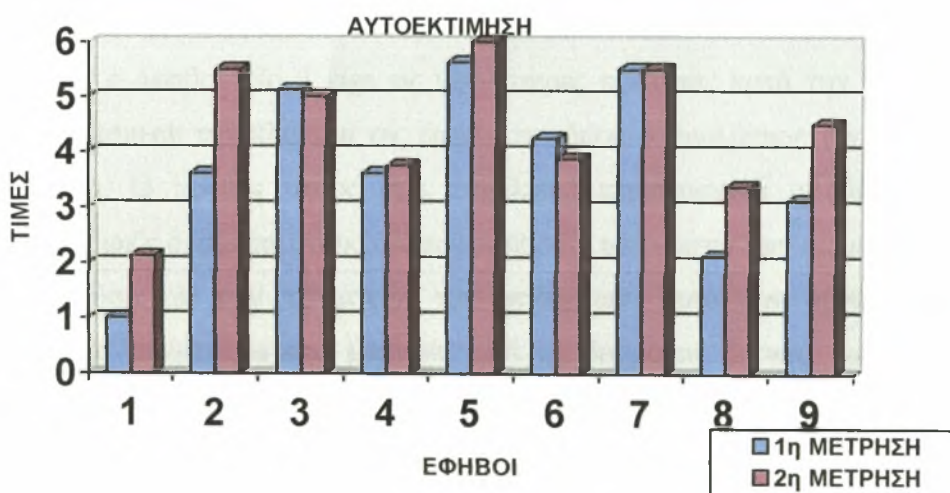
Σχήμα 4. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα του συντονισμού, στις δύο αξιολογήσεις.

Στην κλίμακα της συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης κατά την αρχική μέτρηση, οι μισοί σχεδόν από τους εφήβους αυτοαξιολογήθηκαν με πολύ χαμηλή βαθμολογία (No 1,2,4,8), οι υπόλοιποι με υψηλή (No 3,5,6,9) και ένας με τον μέσο όρο (No 7). Όλοι οι έφηβοι σημείωσαν μεγαλύτερες τιμές κατά τη δεύτερη μέτρηση εκτός από τον No 7 που παρέμεινε σταθερός και τον No 6 που είχε μια μικρή μείωση. Τις μεγαλύτερες βελτιώσεις σημείωσαν οι έφηβοι με τις χαμηλότερες βαθμολογίες κατά την αρχική μέτρηση. Ενδεικτική είναι η περίπτωση του No 2 που βελτιώθηκε κατά 158% (Σχήμα 5).



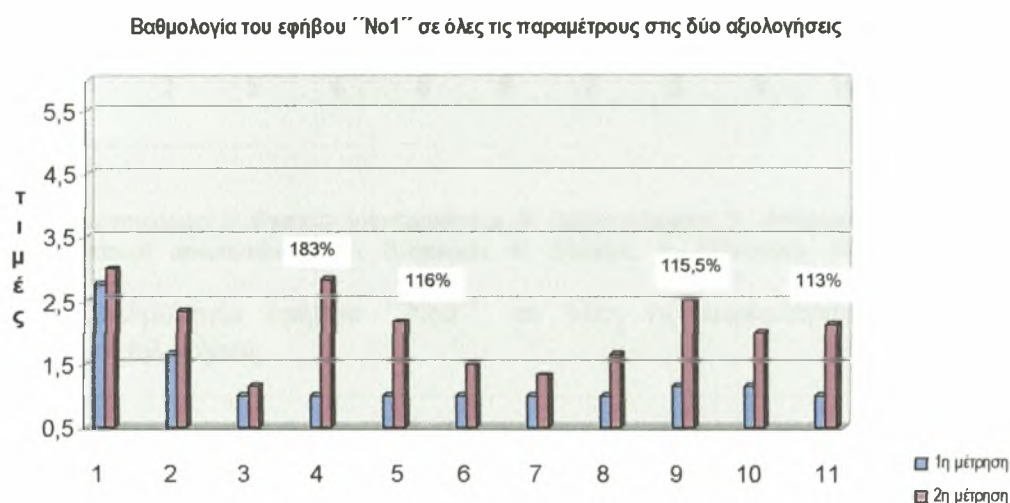
Σχήμα 5. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης, στις δύο αξιολογήσεις.

Τέσσερις από τους εφήβους αυτοαξιολογήθηκαν σχεδόν με το μέσο όρο (No 2, 4, 6 και 9) και τρεις είχαν υψηλές βαθμολογίες (No 3, 5, 7) στην κλίμακα της αυτοεκτίμησης κατά την πρώτη μέτρηση. Οι υπόλοιποι δύο σημείωσαν πολύ χαμηλές βαθμολογίες (No 1, 8) με τον έναν από αυτούς να σημειώνει την κατώτερη δυνατή (No 1). Οι έφηβοι αυτοί είχαν και τη μεγαλύτερη βελτίωση κατά τη δεύτερη μέτρηση (113% και 59% αντίστοιχα) και ακολούθησαν οι No 2 (52%), και No 9 (44%). Σχεδόν σταθεροί παρέμειναν οι υπόλοιποι τέσσερις με τους No 4 και 5 να σημειώνουν μικρή βελτίωση (3,5 και 6,5%) και τους No 3 και 6 μικρή μείωση (-2,5 και -9,5%) (Σχήμα 6). Οι βαθμολογίες των εφήβων στις υπόλοιπες κλίμακες του ερωτηματολογίου και στις δύο αξιολογήσεις απεικονίζονται στο Παράρτημα Γ.



Σχήμα 6. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της αυτοεκτίμησης, στις δύο αξιολογήσεις.

Ο έφηβος (No1) είχε πολύ χαμηλές επιδόσεις σε όλες τις κλίμακες. Σε εφτά μάλιστα από αυτές κατά την αρχική αξιολόγηση (φυσική δραστηριότητα, λίπος σώματος, αθλητική ικανότητα, συνολική σωματική αυτοαντίληψη, εμφάνιση, δύναμη και αυτοεκτίμηση) βαθμολογήθηκε με «1», η οποία ήταν η κατώτερη βαθμολογία. Μετά το παρεμβατικό πρόγραμμα, σε όλες τις κλίμακες αξιολόγησε με υψηλότερη βαθμολογία τον εαυτό του. Μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης παρατηρήθηκαν στην κλίμακα της υγείας, της ευλυγισίας, της αθλητικής ικανότητας, και της αυτοεκτίμησης (Σχήμα 7).

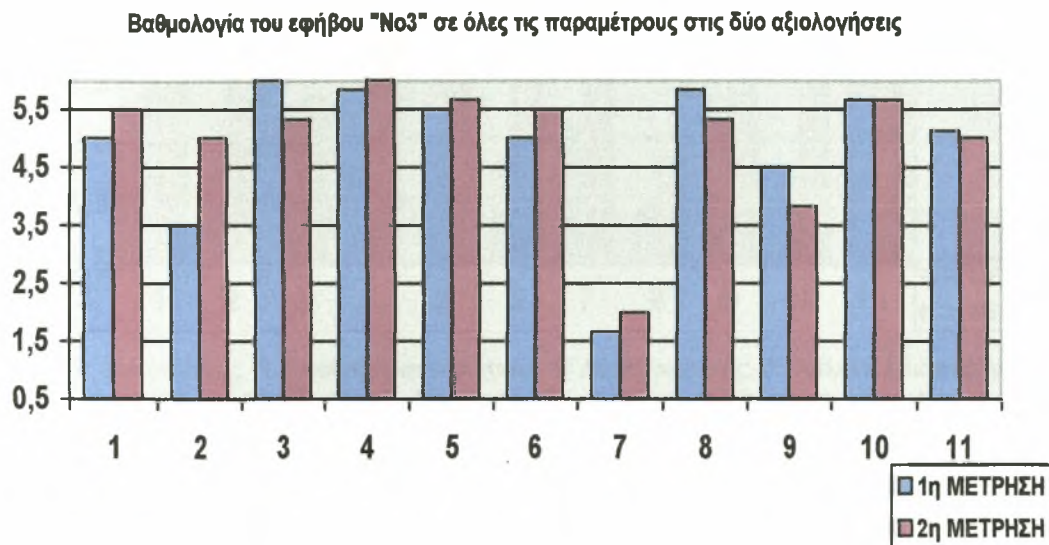


1: Υγεία, 2: Συντονισμός, 3: Φυσική δραστηριότητα, 4: Λίπος σώματος, 5: Αθλητική ικανότητα, 6: Συνολική σωματική αυτοαντίληψη, 7: Εμφάνιση, 8: Δύναμη, 9: Ευλυγισία, 10: Αντοχή, 11: Αυτοεκτίμηση

Σχήμα 7. Βαθμολογία εφήβου "No1", σε όλες τις παραμέτρους, στις δύο αξιολογήσεις.

Αντιθέτως, ο έφηβος No 3 είχε τις υψηλότερες επιδόσεις κατά την πρώτη αξιολόγηση, με εξαίρεση την κλίμακα της εμφάνισης όπου βαθμολόγησε τον εαυτό του πολύ χαμηλά. Ο έφηβος αυτός είχε ασχοληθεί περιστασιακά με διάφορα αθλήματα και ξεχώριζε ανάμεσα στους άλλους εφήβους, τόσο λόγω των σωματικών του προσόντων, όσο και των αθλητικών του επιδόσεων. Αυτό είχε αρχικά ως αποτέλεσμα να μη συμμετέχει στο μάθημα γιατί το θεωρούσε βαρετό και τους υπόλοιπους εφήβους «ανίκανους». Το πρόβλημα αυτό ξεπεράστηκε με τη συμμετοχή των δύο αντρών συνοδών και τον «προβιβασμό» του σε βοήθo της προπονήτριας. Κατά τη δεύτερη αξιολόγηση διαπιστώθηκε βελτίωση στις κλίμακες της υγείας, συντονισμού, λίπους σώματος, αθλητικής ικανότητας, συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης και εμφάνισης και μείωση στις κλίμακες της φυσικής

δραστηριότητας, της δύναμης και της ευλυγισίας. Η βαθμολογία του στην κλίμακα της αντοχής παρέμεινε σταθερή (Σχήμα 8).



1: Υγεία, 2: Συντονισμός, 3: Φυσική δραστηριότητα, 4: Λίπος σώματος, 5: Αθλητική ικανότητα, 6: Συνολική σωματική αυτοαντίληψη, 7: Εμφάνιση, 8: Δύναμη, 9: Ευλυγισία, 10: Αντοχή, 11: Αυτοεκτίμηση

Σχήμα 8. Βαθμολογία εφήβου "No3", σε όλες τις παραμέτρους, στις δύο αξιολογήσεις.

Ο έφηβος No2 βαθμολόγησε τον εαυτό με πολύ χαμηλές έως χαμηλές βαθμολογίες κατά την αρχική αξιολόγηση ενώ κατά την τελική αξιολόγηση με μέτριες έως πολύ υψηλές βαθμολογίες (Σχήμα 9). Βελτιώθηκε σε όλες τις κλίμακες και είχε τα μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης (Πίνακας 2). Ειδικότερα στις κλίμακες του συντονισμού και της συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης είχε τις ίδιες αρχικές και τελικές τιμές με ποσοστό βελτίωσης 158%. Πολύ υψηλά ποσοστά βελτίωσης διαπιστώθηκαν επίσης στις κλίμακες του λίπους σώματος (100,5%), της αθλητικής ικανότητας (100%), της εμφάνισης (100,4%), της ευλυγισίας (90%) και της αντοχής (127%).

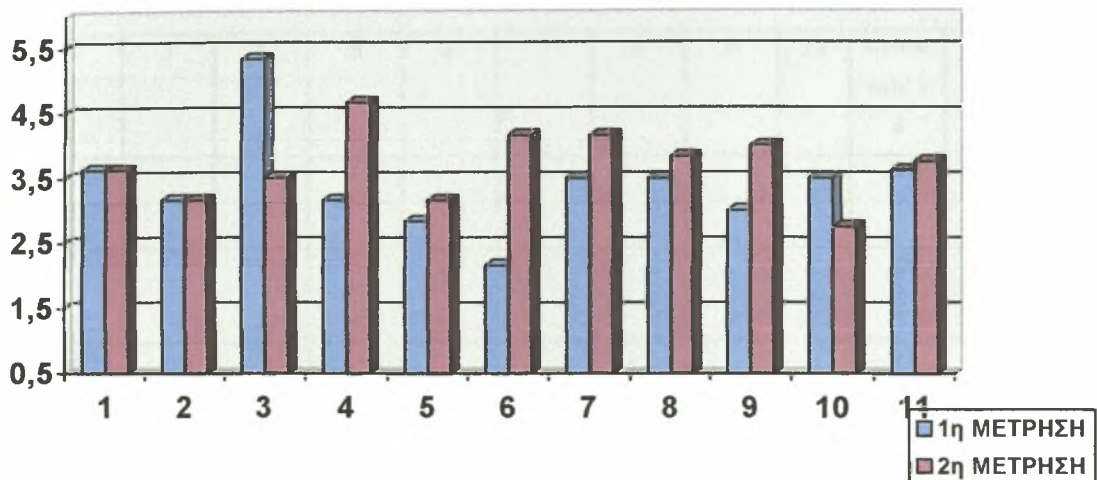


1: Υγεία, 2: Συντονισμός, 3: Φυσική δραστηριότητα, 4: Λίπος σώματος, 5: Αθλητική ικανότητα, 6: Συνολική σωματική αυτοαντίληψη, 7: Εμφάνιση, 8: Δύναμη, 9: Ευλυγισία, 10: Αντοχή, 11: Αυτοεκτίμηση

Σχήμα 9. Βαθμολογία εφήβου "No2", σε όλες τις παραμέτρους, στις δύο αξιολογήσεις.

Η μοναδική έφηβος που συμμετείχε στο παρεμβατικό πρόγραμμα (No4) είχε μέτριες έως χαμηλές τιμές κατά την πρώτη αξιολόγηση με εξαίρεση την κλίμακα της φυσικής δραστηριότητας όπου η βαθμολόγησή της ήταν υψηλή. Η έφηβος αξιολόγησε τον εαυτό της με μεγαλύτερη βαθμολογία σε 7 κλίμακες (λίπος σώματος, ευλυγισία, συνολική σωματική αυτοαντίληψη, αθλητική ικανότητα, εμφάνιση, δύναμη και αυτοεκτίμηση) κατά την δεύτερη αξιολόγηση και το μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσης (93%) διαπιστώθηκε στην κλίμακα που είχε τη μικρότερη τιμή κατά την πρώτη αξιολόγηση (συνολική σωματική αυτοαντίληψη) (Πίνακας 2). Η βαθμολογία της στις κλίμακες της υγείας και του συντονισμού παρέμεινε σταθερή ενώ μείωση σημειώθηκε στην κλίμακα της φυσικής δραστηριότητας και της αντοχής (Σχήμα 10).

Βαθμολογία της εφήβου "No4" σε όλες τις παραμέτρους στις δύο αξιολογήσεις



1: Υγεία, 2: Συντονισμός, 3: Φυσική δραστηριότητα, 4: Λίπος σώματος, 5: Αθλητική ικανότητα, 6: Συνολική σωματική αυτοαντίληψη, 7: Εμφάνιση, 8: Δύναμη, 9: Ευλυγισία, 10: Αντοχή, 11: Αυτοεκτίμηση

Σχήμα 10. Βαθμολογία της εφήβου "No4", σε όλες τις παραμέτρους, στις δύο αξιολογήσεις.

Από τη συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων του ερωτηματολογίου παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ: α) της αντοχής με τη συνολική σωματική αυτοαντίληψη (.93**), τη φυσική δραστηριότητα (.91**), την αθλητική ικανότητα (.86**), το λίπος σώματος (.84**) και το συντονισμό (.83**), β) της αθλητικής ικανότητας με τη δύναμη (.90**) και τη συνολική σωματική αυτοαντίληψη (.85**), γ) της φυσικής δραστηριότητας με τη συνολική σωματική αυτοαντίληψη (.88**) και το λίπος σώματος (.84**), δ) του συντονισμού με τη συνολική σωματική αυτοαντίληψη (.90**), την αθλητική ικανότητα (.89**) και την ευλυγισία (.83**). Όλες οι παραπάνω συσχετίσεις διαπιστώθηκαν σε επίπεδο σημαντικότητας $p < 0.001$. Η αυτοεκτίμηση είχε σημαντική συσχέτιση με τον συντονισμό (.89**) και τη δύναμη (.83**) στο ίδιο επίπεδο ($p < 0.001$) και με την ευλυγισία (.76*), την υγεία (.75*), τη συνολική σωματική αυτοαντίληψη (.75*), την αθλητική ικανότητα (.71*) και την εμφάνιση (.70*) σε επίπεδο $p < 0.05$ (Πίνακας 3).

Πίνακας 3. Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων του ερωτηματολογίου μετά την εφαρμογή του παρεμβατικού προγράμματος.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Cronbach's α | Αριθμός ερωτή- σεων |
|---|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-----|-----------------|---------------------------|
| 1. Υγεία | | | | | | | | | | | .77 | 8 |
| 2. Συντο - νισμός | .52 | | | | | | | | | | .88 | 6 |
| 3. Φυσική δραστη - ριότητα | .18 | .69* | | | | | | | | | .91 | 6 |
| 4. Λίπος σώματος | .01 | .48 | .84** | | | | | | | | .94 | 6 |
| 5. Αθλη - τική ικανότητα | .31 | .89** | .79* | .49 | | | | | | | .98 | 6 |
| 6. Συνολ. Σωματική αυτοαντί - ληψη | .34 | .90** | .88** | .75* | .85** | | | | | | .96 | 6 |
| 7. Εμφά - νιση | .21 | .75* | .36 | .22 | .58 | .70* | | | | | .94 | 6 |
| 8. Δύνα - μη | .30 | .72* | .67* | .36 | .90** | .69* | .51 | | | | .96 | 6 |
| 9. Ευλυ - γισία | .35 | .83** | .57 | .55 | .61 | .83** | .83** | .41 | | | .83 | 6 |
| 10. Αντο - χή | .10 | .83** | .91** | .84** | .86** | .93** | .54 | .70* | .76* | | .96 | 6 |
| 11. Αυτο - εκτίμηση | .75* | .89** | .48 | .26 | .71* | .75* | .70* | .83** | .76* | .61 | .89 | 8 |

** $p < 0.001$, * $p < 0.05$

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μελέτη της επίδρασης ενός παρεμβατικού προγράμματος εξάσκησης στη σωματική αυτοαντίληψη εφήβων με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές. Στόχος του προγράμματος ήταν η διδασκαλία και εξάσκηση των συμμετεχόντων στις δεξιότητες της πετοσφαίρισης με απώτερο σκοπό την ψυχαγωγία τους.

Η σωματική αυτοαντίληψη, ειδικά στην εφηβεία, αποτελεί σημαντικό δείκτη ψυχικής υγείας αφού σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη συνολική αυτοεκτίμηση (Bowker et al., 2003; Harter, 1990). Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα σωματικής αυτοαντίληψης των εννέα εφήβων με διαγνωσμένες ψυχοκοινωνικές διαταραχές, κατά την αρχική αξιολόγηση, κυμάνθηκαν στο επίπεδο του μέσου όρου, που σημαίνει ότι επιβεβαιώνονται μερικώς τα συμπεράσματα προηγούμενων ερευνών, ότι δηλ. τα άτομα με ψυχική νόσο χαρακτηρίζονται από χαμηλή σωματική αυτοαντίληψη σε σύγκριση με τους υγιείς (Knäpen et al., 2003 ; Van de Vliet, 2002). Οι ερευνητές προηγούμενων μελετών, τη χαμηλή σωματική αυτοαντίληψη την ερμήνευσαν ως συνέπεια των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι ψυχικά ασθενείς όπως της έλλειψης ενέργειας, ενδιαφέροντος, κινήτρων, καθώς και της γενικότερης αίσθησης κόπωσης, τα οποία οδηγούν σε έναν πιο καθιστικό τρόπο ζωής, σε μειωμένη καρδιοαναπνευστική ικανότητα και σε κακή σωματική υγεία (Knäpen et al., 2003).

Υπάρχει επαρκής επιστημονική απόδειξη ότι η άσκηση μπορεί ν' αλλάξει τις αντιλήψεις των ατόμων για το σώμα τους θετικά (Fox, 2000). Η θετική επίδραση παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης στα επίπεδα σωματικής αυτοαντίληψης έχει επιβεβαιωθεί από μελέτες τόσο σε υγιή πληθυσμό (Boyd et al., 1997 ; Burgess et al., 2005 ; Goni et al., 2000 ; Lindwall et al., 2005 ; Marsh et al., 1988 ; McAuley, Mihalko & Bane, 1997), όσο και σε άτομα με διαγνωσμένες ψυχοκοινωνικές διαταραχές (Knäpen et al., 2003 ; Van de Vliet et al., 2003). Το παραπάνω συμπέρασμα επιβεβαιώθηκε και στην παρούσα έρευνα, καθώς παρατηρήθηκε

βελτίωση στους μέσους όρους όλων των κλιμάκων του ερωτηματολογίου μετά τη λήξη του παρεμβατικού προγράμματος άσκησης, εκτός από εκείνον της φυσικής δραστηριότητας. Η μη βελτίωση της κλίμακας της φυσικής δραστηριότητας μπορεί να αποδοθεί στο περιεχόμενο των 6 προτάσεων του ερωτηματολογίου που αφορούσαν στη φυσική δραστηριότητα και οι οποίες αναφέρονταν σε μεγαλύτερη συχνότητα άσκησης από αυτή που εφαρμόστηκε, όπως για παράδειγμα «Ασκούμε ή ασχολούμαι με δραστηριότητες τρεις ή τέσσερις φορές την εβδομάδα, οι οποίες με κάνουν να λαχανιάζω και διαρκούν τουλάχιστον 30 λεπτά» ή «Ασχολούμαι με αθλήματα, ασκήσεις, χορό ή άλλες φυσικές δραστηριότητες σχεδόν κάθε μέρα». Το παρεμβατικό πρόγραμμα που εφαρμόστηκε είχε συχνότητα μόνο δύο φορές την εβδομάδα, εξαιτίας του φόρτου του προγράμματος των μονάδων. Είναι πολύ πιθανό να είχε ενισχυθεί και η αντίληψη για τον τομέα της φυσικής δραστηριότητας αν οι συνθήκες επέτρεπαν την εφαρμογή ενός προγράμματος άσκησης μεγαλύτερης συχνότητας την εβδομάδα.

Στατιστικά σημαντική ήταν η βελτίωση σε πέντε από τις έντεκα κλίμακες του ερωτηματολογίου και συγκεκριμένα στις κλίμακες της υγείας, στο λίπος του σώματος, στη συνολική σωματική αυτοαντίληψη, στην εμφάνιση και στην ευλυγισία. Τα μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης σημειώθηκαν στις κλίμακες της ευλυγισίας (26.56%), της συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης (25.87%) και του λίπους σώματος (25.22%). Αυτές οι τρεις κλίμακες ανήκαν στις κλίμακες με τις χαμηλότερες τιμές κατά την αρχική αξιολόγηση, επιβεβαιώνοντας το συμπέρασμα ότι όσο πιο χαμηλά είναι τα επίπεδα σωματικής αυτοαντίληψης, τόσο πιο θετική είναι η επίδραση των προγραμμάτων άσκησης (Fox, 2000).

Η μυϊκή ευλυγισία-ελαστικότητα και η αρθρική ευκαμψία μειώνονται κατά την παιδική ηλικία και την εφηβεία εξαιτίας της μειωμένης συμμετοχής τους σε διάφορες φυσικές δραστηριότητες (Gallahue, 2002). Το πρόβλημα αυτό είναι ακόμη σοβαρότερο στους εφήβους με ψυχικές διαταραχές οι οποίοι συμμετέχουν λιγότερο σε φυσικές δραστηριότητες από τους συνομηλίκους τους χωρίς διαταραχές (Tomogi & Zalar, 2000). Η πετοσφαίριση είναι ένα άθλημα που ευνοεί την ανάπτυξη της ευλυγισίας, προσφέρει δυνατότητες μετακίνησης των μελών του σώματος προς όλες τις κατευθύνσεις και επίπεδα και επιστρατεύει τις περισσότερες αρθρώσεις του ανθρώπινου σώματος. Η ενασχόληση των εφήβων με το άθλημα της πετοσφαίρισης πιθανά βελτίωσε σημαντικά την αρχική αντίληψή τους για το πόσο ευλύγιστο είναι το

σώμα τους με αποτέλεσμα να διαπιστωθεί το μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσης στη σχετική κλίμακα του ερωτηματολογίου.

Η σημαντική βελτίωση της εικόνας των εφήβων για το σώμα τους, η οποία στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αντιπροσωπεύεται κυρίως από τις κλίμακες του σωματικού λίπους, της εμφάνισης και της συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης αποτελεί πολύ ενθαρρυντικό εύρημα. Η σωματική αυτοεκτίμηση των εφήβων είναι ο πιο σημαντικός δείκτης της συνολικής τους αυτοεκτίμησης (Harter, 1990). Η εικόνα σώματος σύμφωνα με τον Ferron (1997), έχει καθοριστική σημασία στην εφηβεία καθώς τα νεαρά άτομα έχουν να αντιμετωπίσουν τόσο τις αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα τους, όσο και το αυξημένο ενδιαφέρον προς και από το άλλο φύλο. Το πώς οι έφηβοι προσαρμόζονται σε αυτές τις αλλαγές επηρεάζει το επίπεδο της συνολικής τους αυτοεκτίμησης (Bowker et al., 2003).

Πολύ ενθαρρυντική επίσης είναι η στατιστικά σημαντική ενίσχυση της αντίληψης των εφήβων για τη σωματική τους υγεία, καθώς αυτή επηρεάζει και επηρεάζεται άμεσα από την ψυχική υγεία. Η αίσθηση κακής σωματικής υγείας σχετίζεται με μειωμένη συναισθηματική και ψυχική υγεία και αντίστροφα. Υπάρχει στενή συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης ψυχολογικών συμπτωμάτων και συχνότητας εμφάνισης σωματικών ασθενειών, γεγονός που υποδεικνύει ότι οι συναισθηματικές διαταραχές είναι συχνότερες στα λιγότερο υγιή άτομα (Steptoe & Butler, 1996). Η αίσθηση κακής σωματικής υγείας αποτρέπει τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες, με αποτέλεσμα να μην έχει την ευκαιρία το άτομο να ωφεληθεί από τις ευεργετικές επιδράσεις που μπορεί να προσφέρει η άσκηση. Από την άλλη, υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ της αθλητικής ενασχόλησης και της υιοθέτησης ενός υγιούς τρόπου ζωής από τους εφήβους, θετικότερης αντιμετώπισης προβλημάτων και μεγαλύτερης εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, στη μελλοντική τους υγεία και στα αποτελέσματα των προσπαθειών τους (Ferron et al., 1999 ; Kirkcaldy et al., 2002 ; Pastor et al., 2003 ; Steptoe & Butler, 1996).

Στους τομείς της σωματικής αυτοαντίληψης που αφορούν στο συντονισμό, τη δύναμη, την αντοχή και την αθλητική ικανότητα, οι έφηβοι σημείωσαν καλύτερες επιδόσεις κατά τη δεύτερη μέτρηση, ωστόσο η βελτίωση αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Ο συντονισμός δε βελτιώθηκε στατιστικά σημαντικά παρόλο που το συγκεκριμένο άθλημα ευνοεί την ενίσχυση αυτής της ικανότητας. Αυτό ίσως να οφείλεται στη μικρή περίοδο του παρεμβατικού προγράμματος. Επίσης, η μη στατιστικά σημαντική βελτίωση των κλιμάκων του συντονισμού αλλά και της

αθλητικής ικανότητας ίσως να οφείλεται και στη διατύπωση των σχετικών ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Ερωτήσεις, όπως π.χ. «Εκτελώ τα διάφορα αθλήματα και δραστηριότητες με συντονισμό και χάρη» (συντονισμός) ή «Τα περισσότερα αθλήματα είναι εύκολα για μένα» (αθλητική ικανότητα), είναι δύσκολο να απαντηθούν θετικά στο άθλημα της πετοσφαίρισης σε τόσο μικρό χρονικό διάστημα, δεδομένου ότι είναι ένα δύσκολο τεχνικά άθλημα που απαιτεί πολύ ανεπτυγμένο οπτικοκινητικό συντονισμό και αθλητική ικανότητα. Στην έρευνα των Ascí και συν. (2003), όπου χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο, διαπιστώθηκε θετική επίδραση της αερόβιας άσκησης στους τομείς της αθλητικής ικανότητας και του συντονισμού σε υγιή άτομα. Το περιεχόμενο του προγράμματος περιλάμβανε επαναλαμβανόμενες κινήσεις αερόμπικ χορού και στεπ 3 φορές την εβδομάδα, οι οποίες είναι πιο εύκολα εκτελέσιμες από τις δεξιότητες της πετοσφαίρισης. Στην ίδια έρευνα διαπιστώθηκε επίσης βελτίωση στις κλίμακες της φυσικής δραστηριότητας και ευλυγισίας, οι άλλοι τομείς όμως της σωματικής αυτοαντίληψης παρέμειναν αμετάβλητοι. Στην έρευνα των Knapen και συν. (2003), σε ενήλικες με διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές όπου χρησιμοποιήθηκε παρόμοιο ερωτηματολόγιο (Physical Self-Perception Profile – Fox & Corbin, 1989), όλοι οι τομείς της σωματικής αυτοαντίληψης ενισχύθηκαν σημαντικά. Η διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ εκείνης και της παρούσας έρευνας πιθανά να οφείλεται στη μεγαλύτερη διάρκεια του παρεμβατικού προγράμματος (16 εβδομάδες), στη συχνότητά του (3 φορές την εβδομάδα) και στο περιεχόμενό του (ποικιλία φυσικών δραστηριοτήτων ή αερόβια άσκηση και άσκηση με αντιστάσεις). Στην παρούσα έρευνα το περιεχόμενο των ημερήσιων προγραμμάτων άσκησης απέβλεπε στην εκμάθηση των βασικών δεξιοτήτων της δραστηριότητας της πετοσφαίρισης προκειμένου να μπορούν οι ασκούμενοι να τις χρησιμοποιήσουν στο παιχνίδι και όχι στη βελτίωση της φυσικής κατάστασης. Αν στο ασκησιολόγιο του προγράμματος περιλαμβάνονταν αερόβιες δραστηριότητες ή ασκήσεις με αντιστάσεις, δεν αποκλείεται να είχαν βελτιωθεί και οι κλίμακες της αντοχής και δύναμης, όπως διαπιστώθηκε στην έρευνα των Knapen και συν. (2003). Διαπιστώθηκε ότι και στην ομάδα των ατόμων με διαγνωσμένες ψυχοκοινωνικές διαταραχές ισχύει η αρχή της εξειδίκευσης, ότι δηλαδή ένα συγκεκριμένο είδος άσκησης προκαλεί ειδικές προσαρμογές στον οργανισμό, στις οποίες αποδίδονται τα αποτελέσματα της προπόνησης (McArdle, Katch & Katch, 2000).

Οι έφηβοι κατά τη δεύτερη μέτρηση βελτίωσαν τη βαθμολογία τους στην κλίμακα του ερωτηματολογίου που αφορούσε στη συνολική τους αυτοεκτίμηση και αυτή η βελτίωση πλησίασε το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ($p = 0.068$). Η μη στατιστικά σημαντική επίδραση του παρεμβατικού προγράμματος στην αυτοεκτίμηση, αποδίδεται στην πολύ σταθερή δομή που αυτή έχει, καθώς επηρεάζεται από ποικίλα γεγονότα ζωής. Έχει αποδειχθεί ότι δεν είναι ρεαλιστικό να αναμένονται σημαντικές αλλαγές στο επίπεδο της αυτοεκτίμησης μετά από χρόνο άσκησης 10-12 εβδομάδων (Fox, 2000). Αξίζει ωστόσο να σημειωθεί ότι οι δύο από τους εφήβους που είχαν τα χαμηλότερα επίπεδα αυτοεκτίμησης κατά την πρώτη αξιολόγηση σημείωσαν και τα μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης μετά το παρεμβατικό πρόγραμμα. Οι MacMahon και συν. (1988), διαπίστωσαν ότι είχε θετική επίδραση στην ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των εφήβων με κατάθλιψη το έντονο αερόβιο πρόγραμμα, στοιχείο το οποίο δεν υπήρχε στο παρεμβατικό πρόγραμμα της παρούσας εργασίας.

Ανεξάρτητα όμως από το επίπεδο της συνολικής αυτοεκτίμησης, η βελτίωση της σωματικής αυτοαντίληψης που διαπιστώθηκε στην παρούσα έρευνα σε έφηβους με ψυχοκοινωνικές διαταραχές αποτελεί σημαντικό εύρημα αν ληφθεί υπόψη η σημασία που έχει η σωματική αυτοαντίληψη στην εφηβεία (Harter, 1990), όπως και το γεγονός ότι υπάρχουν βάσιμες υποψίες ότι η βελτίωση της σωματικής αυτοαντίληψης έχει άμεση θετική επίδραση στην ψυχική υγεία (Van de Vliet et al., 2003 ; Fox, 2000). Οι τομείς της σωματικής αυτοαντίληψης που ενισχύθηκαν σημαντικά στην παρούσα έρευνα είναι πολύ σημαντικοί για την εφηβεία και ιδιαίτερα οι τομείς της υγείας, εμφάνισης, σωματικού λίπους και συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης, για τους λόγους που αναλύθηκαν παραπάνω. Πιθανά να είχε διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική ενίσχυση και στους υπόλοιπους τομείς που εξέταζε το ερωτηματολόγιο αν το πρόγραμμα άσκησης ήταν μεγαλύτερης διάρκειας και συχνότητας.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι από τους τέσσερις εφήβους που παρουσίαζαν καταθλιπτικές διαταραχές (No 1, 2, 4 και 8), οι τρεις (No 1,2 και 8) ήταν αυτοί με τις χαμηλότερες βαθμολογίες κατά την αρχική συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Ειδικά ο έφηβος No1 είχε ανησυχητικά χαμηλές τιμές, γεγονός που επισημάνθηκε προς το προσωπικό των ξενώνων, οι οποίοι ενημέρωσαν την ερευνήτρια ότι ο έφηβος αυτός εκείνη την περίοδο εμφάνιζε οξεία φάση κατάθλιψης και αυτοαπόρριψης. Κατά τη δεύτερη αξιολόγηση, οι έφηβοι No1 και No2 βελτίωσαν

τη βαθμολογία τους σε όλες τις κλίμακες του ερωτηματολογίου και ο Νο 8 βελτιώθηκε σε όλες εκτός από μία (υγεία) στην οποία είχε πολύ μικρή μείωση (-2,42%). Αξίζει επίσης να σημειωθεί ότι ο Νο2 ήταν ο έφηβος με τα μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης. Από τα παραπάνω διαπιστώνεται ότι οι έφηβοι με καταθλιπτικές διαταραχές είχαν τις χαμηλότερες αρχικές τιμές σωματικής αυτοαντίληψης και ήταν αυτοί που οφελήθηκαν περισσότερο από το παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης.

Η μοναδική κοπέλα που συμμετείχε στο πρόγραμμα ήταν ο τέταρτος έφηβος που παρουσίαζε καταθλιπτικές διαταραχές (No4) και οι αρχικές της τιμές κυμάνθηκαν από χαμηλές έως μέτριες, με εξαίρεση την κλίμακα της φυσικής δραστηριότητας όπου η βαθμολόγησή της ήταν υψηλή. Οι ερωτήσεις που σχετιζόνταν με την κλίμακα αυτή πιθανά να παρερμηνεύτηκαν από την έφηβο καθώς αφορούσαν φυσικές δραστηριότητες που διαρκούν πάνω από 30 λεπτά τουλάχιστον 3-4 φορές την εβδομάδα, ενώ η συγκεκριμένη έφηβος δεν αθλούνταν καθόλου κατά την έναρξη του προγράμματος. Η τιμή αυτή στην κλίμακα της φυσικής δραστηριότητας δικαιολογημένα μειώθηκε κατά τη δεύτερη αξιολόγηση (-53%). Η έφηβος αυτή είχε τις μεγαλύτερες δυσκολίες προσαρμογής στο πρόγραμμα άσκησης. Αρχικά συμμετείχε ελάχιστα στο πρόγραμμα και μόνο τις τελευταίες εβδομάδες αυξήθηκε αισθητά ο χρόνος συμμετοχής της. Κατά τη δεύτερη αξιολόγηση, η έφηβος αξιολόγησε τον εαυτό της με μεγαλύτερη βαθμολογία σε 7 κλίμακες (λίπος σώματος, ευλυγισία, συνολική σωματική αυτοαντίληψη, αθλητική ικανότητα, εμφάνιση, δύναμη και αυτοεκτίμηση). Το μεγαλύτερο ποσοστό βελτίωσής της (93%) διαπιστώθηκε στην κλίμακα που είχε την μικρότερη τιμή κατά την πρώτη αξιολόγηση (συνολική σωματική αυτοαντίληψη). Είναι πιθανόν η έφηβος αυτή να είχε μεγαλύτερη συμμετοχή και βελτίωση αν ακολουθούσε ένα πιο εξατομικευμένο πρόγραμμα μουσικοκινητικής αγωγής ή αν υπήρχαν και άλλα κορίτσια στο πρόγραμμα.

Αναφορικά με τις συσχετίσεις μεταξύ των 11 κλιμάκων του ερωτηματολογίου διαπιστώθηκε ότι η συνολική σωματική αυτοαντίληψη σχετίζεται σημαντικά με τον συντονισμό, τη φυσική δραστηριότητα, την αντοχή και την ευλυγισία. Μικρότερο ήταν το επίπεδο συσχέτισής της με το λίπος σώματος, την εμφάνιση, τη δύναμη και την αυτοεκτίμηση. Η αυτοεκτίμηση σχετίζεται σημαντικά με το συντονισμό και σε μικρότερο βαθμό με τη δύναμη, την ευλυγισία, την υγεία, τη συνολική σωματική αυτοαντίληψη, την αθλητική ικανότητα και την εμφάνιση. Οι παραπάνω συσχετίσεις μπορούν να αποτελέσουν τον οδηγό αυτών που αναλαμβάνουν το σχεδιασμό

προγραμμάτων άσκησης που αποσκοπούν στην ενίσχυση της σωματικής αυτοαντίληψης, η οποία όπως προέκυψε, επηρεάζεται από πολλές παραμέτρους. Κατά συνέπεια πολλά προγράμματα μπορούν να έχουν έμμεση επίδραση στη σωματική αυτοαντίληψη. Η υψηλή συσχέτισή της με τη φυσική δραστηριότητα πιθανά υποδηλώνει ότι τα προγράμματα θα πρέπει να έχουν μεγάλη συχνότητα και διάρκεια (κλίμακα φυσικής δραστηριότητας). Έμμεση βελτίωση της σωματικής αυτοαντίληψης και αυτοεκτίμησης έχουν τα προγράμματα που αποβλέπουν στην προαγωγή της φυσικής κατάστασης και ειδικότερα της αερόβιας ικανότητας, του συντονισμού και της ευλυγισίας. Η μεγάλη συσχέτιση της σωματικής αυτοαντίληψης με τόσες πολλές παραμέτρους ενισχύει την άποψη ότι περισσότερο η συμμετοχή σε καλά σχεδιασμένα προγράμματα εξασφαλίζει τη βελτίωση του επιπέδου της σωματικής αυτοαντίληψης και όχι τόσο το περιεχόμενό τους. Ωστόσο δεν πρέπει να θεωρηθεί αυτονόητο ότι η άσκηση συμβάλλει από μόνη της στη βελτίωση της σωματικής αυτοαντίληψης, ούτε επίσης ότι οι έφηβοι σίγουρα θα ανταποκριθούν στο πρόγραμμα άσκησης. Η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, λόγω της χαμηλής αυτοεκτίμησης, αυτοαντίληψης, της έλλειψης ενέργειας, της κακής διάθεσης κλπ, μειώνει τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες (Burgess et al., 2005 ; Knarpen et al., 2003 ; Kirkcaldy et al., 2002 ; Steptoe et al., 1996 ; Ferron et al., 1999) και έτσι πολλοί από τους εφήβους στερούνται όλα τα ψυχολογικά οφέλη που μπορούν να έχουν από τη συμμετοχή τους σε προγράμματα άσκησης.

Αντίθετα αποτελέσματα μπορεί να έχει η ενασχόληση με τον αθλητισμό σε ένα ανταγωνιστικό και συγκριτικό πλαίσιο. Είναι πολύ λεπτές οι διαφορές στην οργάνωση και παρουσίαση ενός μαθήματος φυσικής αγωγής, ώστε αυτό να αποτελέσει μια θετική ή αρνητική εμπειρία. Η ιδιαιτερότητα του κάθε έφηβου απαιτεί μεγάλη προσοχή στην επιλογή της κατάλληλης διδακτικής μεθόδου και προσέγγισης, προκειμένου να υπάρξει η σωστή παρακίνηση και ενίσχυση. Κάποια από αυτά τα άτομα «κουβαλάνε» ήδη το στίγμα του «χαμένου», με βάση τα κοινωνικά κριτήρια και με κανένα τρόπο δεν πρέπει η αθλητική δραστηριότητα να τους το υπενθυμίζει μέσα από τον ανταγωνισμό. Το πρόγραμμα θα πρέπει να είναι καλά σχεδιασμένο, ευέλικτο και εξατομικευμένο, με μεγάλη ευαισθησία στην προσωπικότητα και τις δυσκολίες του κάθε έφηβου. Οι παιδαγωγικές αρχές δεν διαφέρουν από αυτές που εφαρμόζονται σε υγιείς εφήβους. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία αθλητικών δραστηριοτήτων που μπορούν να διδαχθούν, τοποθετώντας ατομικούς στόχους βελτίωσης, ενισχύοντας τη συμμετοχή και συνεργασία, αποφεύγοντας τον

ανταγωνισμό και επιβραβεύοντας την προσπάθεια και την ατομική βελτίωση. Με αυτό τον τρόπο εξασφαλίζεται η εμπιστοσύνη και η αποδοχή του εφήβου να συμμετάσχει και δημιουργούνται οι βάσεις ώστε ο αθλητισμός να αποτελέσει διέξοδο και τρόπο ζωής.

Για να επιτευχθεί η ενίσχυση της σωματικής αυτοαντίληψης με όλα τα θετικά οφέλη που αυτό συνεπάγεται θα πρέπει τα προγράμματα άσκησης να είναι κατάλληλα σχεδιασμένα και προσανατολισμένα ούτως ώστε να αποβλέπουν σ' αυτό τον σκοπό, δηλαδή στην ενίσχυση της σωματικής αυτοαντίληψης. Αποτελεσματικά είναι τα προγράμματα εκείνα που αξιολογούνται θετικά από τους συμμετέχοντες (Boyd et al., 1997), παρέχουν κίνητρα για άσκηση και θετική ανατροφοδότηση (Knarpen et al., 2003 ; Burgess et al., 2005 ; Goni et al., 2000), στηρίζονται στην προσωπική βελτίωση και στην τοποθέτηση ατομικών στόχων (Boyd et al., 1997 ; Goni et al., 2000). Στη συγκεκριμένη έρευνα δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στους παραπάνω τομείς και το πρόγραμμα σχεδιάστηκε με σκοπό αφενός να παρέχει θετική ανατροφοδότηση σε όλους τους εφήβους που συμμετείχαν και αφετέρου να τους προσφέρει έναν αριθμό επιτυχημένων αθλητικών εμπειριών ούτως ώστε να ενισχυθεί το αίσθημα ικανότητας γιατί η ικανότητα και η επιτυχία είναι βασικός παράγοντας παρακίνησης (Παπαϊωάννου et al., 1999). Οι συμμετέχοντες αξιολόγησαν θετικά το πρόγραμμα όπως προέκυψε από την καθολική συμμετοχή τους στα τελευταία μαθήματα. Πολλοί μάλιστα από αυτούς ζήτησαν οδηγίες για το πώς θα γυμνάζονται μόνοι τους και πώς θα βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες.

Μία άλλη παράμετρος που συνέβαλε σημαντικά στη δραστηριοποίηση των εφήβων και κατ' επέκταση στην επιτυχία του παρεμβατικού προγράμματος, ήταν η ενεργή συμμετοχή των συνοδών και η αναγνώριση - επιβράβευση που αυτοί παρείχαν στους εφήβους. Γιατί όπως υποστήριζαν οι Boyd και συν. (1997), καθοριστικό ρόλο στην παρακίνηση των εφήβων παίζει η θετική ανατροφοδότηση από άτομα που οι ίδιοι εμπιστεύονται και θεωρούν σημαντικά.

Η ψυχική νόσος στην εφηβική ηλικία παίρνει μεγάλες διαστάσεις στη σύγχρονη εποχή καθώς οι προστατευτικοί παράγοντες μειώνονται και οι νέοι βρίσκονται πιο εκτεθειμένοι παρά ποτέ σε καταστάσεις που μπορούν να κλονίσουν την ψυχική υγεία και ισορροπία τους. Η βελτίωση της σωματικής αυτοαντίληψης που διαπιστώθηκε στην παρούσα έρευνα σε έφηβους με ψυχοκοινωνικές διαταραχές αποτελεί σημαντικό εύρημα αν ληφθεί υπόψη αφενός η σημασία που έχει η σωματική αυτοαντίληψη στην εφηβεία και αφετέρου το γεγονός ότι υπάρχουν βάσιμες υποψίες

ότι η βελτίωση της σωματικής αυτοαντίληψης έχει άμεση θετική επίδραση στην ψυχική υγεία (Van de Vliet et al., 2003 ; Fox, 2000), ανεξάρτητα από τη βελτίωση της αυτοεκτίμησης. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επισημαίνουν την αναγκαιότητα εισαγωγής κατάλληλα προσανατολισμένων προγραμμάτων άσκησης σε δομές που φιλοξενούν εφήβους με ψυχοκοινωνικές διαταραχές. Οι έφηβοι θα πρέπει να αποκτήσουν τουλάχιστον τη θετική εμπειρία και χαρά του αθλητισμού από σωστά εκπαιδευμένο προσωπικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Το επίπεδο της σωματικής αυτοαντίληψης στο σύνολο των εφήβων με ψυχοκοινωνικές διαταραχές ήταν χαμηλό. Ιδιαίτερα χαμηλές τιμές σημειώθηκαν στις κλίμακες του λίπους σώματος, της φυσικής δραστηριότητας, της εμφάνισης, της συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης και της ευλυγισίας. Οι έφηβοι με καταθλιπτικές διαταραχές είχαν χαμηλότερες αρχικές τιμές σωματικής αυτοαντίληψης σε σχέση με τους εφήβους που παρουσίαζαν άλλες ψυχικές διαταραχές (ψυχώσεις, αγχώδεις διαταραχές).

Διαπιστώθηκε βελτίωση στους μέσους όρους όλων των κλιμάκων του ερωτηματολογίου μετά τη λήξη του παρεμβατικού προγράμματος άσκησης, εκτός από εκείνον της φυσικής δραστηριότητας, ο οποίος παρέμεινε αμετάβλητος. Στατιστικά σημαντική ήταν η βελτίωση σε πέντε από τις έντεκα κλίμακες του ερωτηματολογίου (υγεία, λίπος σώματος, συνολική σωματική αυτοαντίληψη, εμφάνιση και ευλυγισία). Πιθανά να είχε διαπιστωθεί στατιστικά σημαντική ενίσχυση και στους υπόλοιπους τομείς που εξέταζε το ερωτηματολόγιο αν το πρόγραμμα άσκησης ήταν μεγαλύτερης διάρκειας και συχνότητας.

Τα μεγαλύτερα ποσοστά βελτίωσης σημειώθηκαν στις κλίμακες της σωματικής αυτοαντίληψης με τις χαμηλότερες αρχικές τιμές (ευλυγισία, λίπος σώματος, συνολική σωματική αυτοαντίληψη) και οι έφηβοι που οφελήθηκαν περισσότερο από το παρεμβατικό πρόγραμμα άσκησης ήταν αυτοί με τις χαμηλότερες αρχικές τιμές σωματικής αυτοαντίληψης, επιβεβαιώνοντας το συμπέρασμα ότι όσο πιο χαμηλά είναι τα επίπεδα σωματικής αυτοαντίληψης, τόσο πιο θετική είναι η επίδραση των προγραμμάτων άσκησης (Fox, 2000).

Οι έφηβοι βελτίωσαν τη βαθμολογία τους στην κλίμακα του ερωτηματολογίου που αφορούσε στη συνολική τους αυτοεκτίμηση. Η βελτίωση αυτή άγγιξε τα όρια του να είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0.068$).

Οι τομείς της σωματικής αυτοαντίληψης που ενισχύθηκαν σημαντικά στην παρούσα έρευνα είναι πολύ σημαντικοί για την εφηβεία και ιδιαίτερα οι τομείς της

εμφάνιση, σωματικού λίπους και συνολικής σωματικής αυτοαντίληψης, καθώς η σωματική αυτοεκτίμηση των εφήβων είναι ο πιο σημαντικός δείκτης της συνολικής τους αυτοεκτίμησης (Harter, 1990).

Η συνολική σωματική αυτοαντίληψη σχετίζεται σημαντικά με τον συντονισμό, τη φυσική δραστηριότητα, την αντοχή και την ευλυγισία και σε μικρότερο βαθμό με το λίπος σώματος, την εμφάνιση, τη δύναμη και την αυτοεκτίμηση. Η αυτοεκτίμηση σχετίζεται σημαντικά με το συντονισμό και σε μικρότερο βαθμό με τη δύναμη, την ευλυγισία, την υγεία, τη συνολική σωματική αυτοαντίληψη, την αθλητική ικανότητα και την εμφάνιση. Η μεγάλη συσχέτιση της σωματικής αυτοαντίληψης με τόσες πολλές παραμέτρους ενισχύει την άποψη ότι περισσότερο η συμμετοχή σε καλά σχεδιασμένα προγράμματα εξασφαλίζει τη βελτίωση του επιπέδου της σωματικής αυτοαντίληψης και όχι τόσο το περιεχόμενο.

Η μεγαλύτερη επιτυχία του προγράμματος ήταν η συνολική συμμετοχή των εφήβων και η θετική εμπειρία του αθλητισμού που αποκόμισαν. Αυτό αποδόθηκε στον καλό σχεδιασμό του και στην ιδιαίτερη έμφαση που δόθηκε από τον υπεύθυνο στον “προσανατολισμό στο έργο” και όχι στον “προσανατολισμό στο Εγώ”.

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επισημαίνεται η ανάγκη διεξαγωγής περαιτέρω ερευνών με στόχο τη μελέτη της επίδρασης παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης σε εφήβους με ψυχοκοινωνικές διαταραχές. Οι έρευνες αυτές θα πρέπει: α) να είναι μεγαλύτερης διάρκειας και συχνότητας, β) να έχουν μεγαλύτερο δείγμα εφήβων και των δύο φύλων, γ) να έχουν ομάδα ελέγχου, που θα επιτρέπει τη σύγκριση των αποτελεσμάτων τους, δ) να εξασφαλίζουν την επαναξιολόγηση των εφήβων μετά από ένα χρονικό διάστημα από την ολοκλήρωση των προγραμμάτων για να διαπιστωθεί εάν τα θετικά αποτελέσματα της άσκησης παραμένουν μετά από τη διακοπή της. Παράλληλα, θα ήταν πολύ χρήσιμο να εφαρμοσθούν διαφορετικά αντικείμενα διδασκαλίας ώστε να μπορούν να συγκριθούν και να διαπιστωθούν τα πλέον κατάλληλα και αποτελεσματικά. Αυτά τα αντικείμενα διδασκαλίας θα πρέπει να είναι πάντα προσαρμοσμένα στις ιδιαιτερότητες του κάθε εφήβου και να τηρούν τις αρχές της συνεργατικότητας, της θετικής ενίσχυσης και της τοποθέτησης ατομικών ρεαλιστικών στόχων. Τέλος, θα είχε ενδιαφέρον να εξεταστεί και να συγκριθεί η επίδραση της άσκησης σε ομάδες εφήβων με διαφορετικά είδη ψυχικών διαταραχών (π.χ. καταθλιπτικές διαταραχές, ψυχώσεις, αγχώδεις διαταραχές). Με αυτό τον τρόπο ίσως εξαχθούν χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με

το εάν η άσκηση μπορεί να έχει θετική επίδραση σε όλες τις ψυχικές διαταραχές όπως και για το ποιες δραστηριότητες είναι οι πλέον κατάλληλες για κάθε μία από αυτές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεξανδρίδης, Α. & Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη, Α. (2001). Οι διαταραχές της διατροφής. Στο: Τσιάντης, Ι. & Ξυπολυτά-Ζαχαριάδη Α. (Επιμ.) *Ψυχοσωματικά Προβλήματα των Παιδιών* (σελ. 121-148). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Andrews, J.P. & Andrews, G.J. (2003). Life in a secure unit: the rehabilitation of young people through the use of sport. *Social Science & Medicine*, 56, 531-550.
- Annesi, J.J. (2004). Relationship between self-efficacy and changes in rated tension and depression for 9 to 12 year old children enrolled in a 12 week after-school physical activity program. *Perceptual and Motor Skills*, 99, 191-194.
- Asci, F. H. (2003). The effects of physical fitness training on trait anxiety and physical self-concept of female university students. *Psychology of Sport and Exercise*, 4, 255-264.
- Atlantis, E., Chow, C.M., Kirby, A., & Singh, M.F. (2004). An effective exercise-based intervention for improving mental health and quality of life measures: a randomized controlled trial. *Preventive Medicine*, 39, 424-434.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York, NY: WH Freeman & Company.
- Beebe, L., Tian, L., Morris, N., Goodwin, A., Allen, S., & Kuldau, J. (2005). Effects of exercise on mental and physical health parameters of persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 661-676.

- Belcher, T. (1988). Behavioral reduction of overt hallucinatory behaviour in a chronic schizophrenic. *Journal of Behavioral Therapy & Experimental Psychiatry*, 19(1), 69-71.
- Bonhauser, M., Fernandez, G., Puschel, K., Yanez, F., Montero, J., Thompson, B., & Coronado, E. (2005). Improving physical fitness and emotional well-being in adolescents of low socioeconomic status in Chile: results of a school-based controlled trial. *Health Promotion International*, 20(2), 113-122.
- Bowker, A., Gadbois, S., & Cornock, B. (2003). Sports participation and self-esteem: variations as a function of gender and gender role orientation. *Sex Roles*, 49, 47-58.
- Boyd, K.R. & Hrycaiko, D.W. (1997). The effect of a physical activity intervention package on the self-esteem of pre-adolescent and adolescent females. *Adolescence*, 32, 693-708.
- Broocks, A., Meyer, T., Bandelow, B., George, A., Bartmann, U., Ruther, E., & Hillmer-Vogel, U. (1997). Exercise avoidance and impaired endurance capacity in patients with panic disorder. *Neuropsychobiology*, 36, 182-187.
- Broman-Fulks, J., Berman, M., Rabian, B., & Webster, M. (2004). Effects of aerobic exercise on anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 42(2), 125-136.
- Brown, D.R. & Blanton, C.J. (2002). Physical activity, sports participation and suicidal behavior among college students. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 34(7), 1087-1096.
- Burgess, G., Grogan, S., & Burwitz, L. (2005). Effects of a 6-week aerobic dance intervention on body image and physical self-perceptions in adolescent girls. *Body Image*, 3(1), 57-66.
- Calfas, K., & Taylor, W. (1994) Effects of physical activity on psychological variables in adolescents. *Pediatric Exercise Science*, 6, 406-423.

- Callaghan, P. (2004). Exercise: a neglected intervention in mental health care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 476-483.
- Craft, L.L. (2005). Exercise and clinical depression: examining two psychological mechanisms. *Psychology of Sport and Exercise*, 6(2), 151-171.
- Craft, L. & Landers, D. (1998). The effect of exercise on clinical depression and depression resulting from mental illness: a meta-analysis. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 20, 339-357.
- Craft, L. & Perna, F. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Primary Care Companion Journal of Clinical Psychiatry*, 6(3), 103-113.
- DiLorenzo, T.M., Bargman, E.P., Stucky-Ropp, R., Brassington, G.S., Frensch, P.A. & LaFontaine, T. (1999). Long-term effects of aerobic exercise on psychological outcomes. *Preventive Medicine*, 28, 75-85.
- Dimeo, F., Bauer, M., Varahram, I., Proest, G., & Halter, U. (2001). Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. *British Journal of Sports Medicine*, 35, 114-117.
- Dorland's Ιατρικό Λεξικό* (1997). Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- DSM-IV-TR™* (2004). American Psychiatric Association. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.
- Dunn, A.L., Trivedi, M.H., Kampert, J.B., Clark C.G. & Chambliss, H.O. (2002). The DOSE study. A clinical trial to examine efficacy and dose response of exercise as treatment for depression. *Controlled Clinical Trials*, 23(5), 584-603.
- Dunn, A.L., Trivedi, M.H., Kampert, J.B., Clark C.G. & Chambliss, H.O. (2005). Exercise treatment for depression. Efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(1), 1-8.

- Ekeland, E., Heian, F., & Hagen, K.B. (2005). Can exercise improve self esteem in children and young people? A systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Sports Medicine*, 39, 792-798.
- Faulkner, G., & Biddle, S. (1999). Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: A review of literature. *Journal of Mental Health*, 8, 441- 457.
- Faulkner, G., & Sparkes, A. (1999). Exercise as therapy for schizophrenia: an ethnographic study. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 21, 52-69.
- Ferron, C. (1997). Body image in adolescence: Cross-cultural research – Results of the preliminary phase of a quantitative survey. *Adolescence*, 32, 735-744.
- Ferron, C., Narring, F., Cauderay, M. & Michaud, P.A. (1999). Sport activity in adolescence: associations with health perceptions and experimental behaviors. *Health Education Research*, 14(2), 225-33.
- Fogarty, M., & Happell, B. (2005). Exploring the benefits of an exercise program for people with schizophrenia: a qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 341-351.
- Fox, K.R. (1999). The influence of physical activity on mental well-being. *Public Health Nutrition*, 2(3A), 411-418.
- Fox, K. (2000), Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228-240.
- Fox, K.R. & Corbin C.B. (1989). The Physical Self-Perception Profile: Development and preliminary validation. *Journal of Sport & Exercise Psychology* 11, 408-430.
- Gallahue, D. (2002). *Αναπτυξιακή Φυσική Αγωγή για τα Σημερινά Παιδιά*. Μεταφρ.-επιμ. Ευαγγελινού, Χ., Παππά, Α., Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

- Goni, A. & Zulaika, L. (2000). Relationships between physical education classes and the enhancement of fifth grade pupils' self-concept. *Perceptual and Motor Skills*, 91, 246-250.
- Goodwin, R.D. (2003). Association between physical activity and mental disorders among adults in the United States. *Preventive Medicine* 36(6), 698-703.
- Gurin, F., Marsh, H. W., & Famose, J-P. (2004). Testing the generalizability of the Physical Self-Description Questionnaire with French adolescents. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, 19-38.
- Harison, P.A. & Narayan, G. (2003). Differences in behavior, psychological factors and environmental factors associated with participation in school sports and other activities in adolescence. *The Journal of School Health*, 73(3), 113-120.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-perception Profile for Children*. Denver, CO: University of Denver.
- Harter, S. (1990). Causes, correlates and the functional role of global self-worth: A life span perspective. In J. Kolligan & R. Sternberg (Eds.), *Perceptions of competence and incompetence across the life-span* (pp. 67-97). New Haven. CT: Yale University Press.
- Jorm, A., Christensen, H., Griffiths, K., & Rodgers, B. (2002). Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. *Medical Journal of Australia*, 176(7), S84-S96.
- Jorm, A., Christensen, H., Griffiths, K., Parslow, R., Rodgers, B., & Blewitt, K. (2004). Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety disorders. *Medical Journal of Australia*, 181(7), S29-S46.
- Kirkcaldy, B.D., Shephard, R.J. & Siefen, R.G. (2002). The relationship between physical activity and self-image and problem behaviour among adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 544-550.

- Knapen, J., Van de Vliet, P., Van Coppenolle, H., David, A., Peuskens, J., Knapen, K., & Pieters, G. (2003). The effectiveness of two psychomotor therapy programmes on physical fitness and physical self-concept in nonpsychotic psychiatric patients: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 17, 637-647.
- Lawlor, D.A. & Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomised controlled trials. *British Medical Journal*, 322(7289), 763-767.
- Lindwall, M., & Lindgren, E.C. (2005). The effects of a 6-month exercise intervention programme on physical self-perceptions and social physique anxiety in non-physically active adolescent Swedish girls. *Psychology of Sport and Exercise*, 6, 643-658.
- McArdle, W.D., Katch, F.I., & Katch, V.L. (2001).. *Φυσιολογία της Άσκησης*. Επιμ. Κλεισούρας, Β. Εκδ. Αθήνα: Συμμετρία.
- MacMahon, J.R., & Gross, R.T. (1988). Physical and psychological effects of aerobic exercise in delinquent adolescent males. *American Journal of Diseases of Children*, 142, 1361-1366.
- MacMahon, J.R. (1990). The psychological benefits of exercise and the treatment of delinquent adolescents. *Sports Medicine*, 9(6), 344-351.
- Marsh, H.W., Richards, G.E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: psychometric properties and a multitrait- method analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 270-305.
- Marsh, H. W. (2002). A multidimensional physical self-concept: A construct validity approach to theory, measurement, and research. *Psychology*, 9(4), 459-493.

- Marsh, H.W, Marco, I.T., & Abcy, F.H. (2002). Cross-cultural validity of the physical self-description questionnaire: comparison of factor structures in Australia, Spain and Turkey. *Research Quarterly for Exercise and Sport* , 73(3), 257-270.
- Marsh, H., & Peart, N. (1988). Competitive and cooperative physical fitness training programs for girls: effects on physical fitness and multidimensional self-concepts. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 10, 390-407.
- Martinsen, E.W., Hoffart, A., & Solberg, O. (1989). Aerobic and non-aerobic forms of exercise in the treatment of anxiety disorders. *Stress Medicine*, 5, 115-120.
- McAuley, E., Mihalko, S., & Bane, S. (1997). Exercise and self-esteem in middle-aged adults: multidimensional relationships and physical fitness and self-efficacy influences. *Journal of Behavioral Medicine*., 20(1), 67-83.
- Meyer, T., & Broocks, A. (2000). Therapeutic impact of exercise on psychiatric diseases. *Sports Medicine*, 30(4), 269-279.
- Modrcin-Talbott, M.A., Pullen, L., Ehrenberger, H., Zandstra, K. & Muenchen, B. (1998). *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 21, 159-171.
- Morgan, W.P. & O'Connor, P.J. (1988). Exercise and mental health. In R.K. Dishman (ed.), *Exercise Adherence: Its impact on Public Health* (pp. 91-121). Human Kinetic Books, Champaign, IL.
- Μουντάκης, Κ. (επιμ.) (1992). *Η Φυσική Αγωγή στο Γυμνάσιο και στο Λύκειο*. Θεσσαλονίκη: Σάλλτο.
- Nabkasorn, C., Miyai, N., Sootmongkol, A., Junprasert, S., Yamamoto, H., Arita, M., & Miyashita, K. (2006). Effects of physical exercise on depression, neuroendocrine stress hormones and physiological fitness in adolescent females with depressive symptoms. *European Journal of Public Health*, 16(2), 179-184.

- Nation, J., Benschhoff, J., & Malkin, M. (1996). Therapeutic recreation programs for adolescents in substance abuse treatment facilities. *Journal of Rehabilitation*, 62, 10-16.
- Norris, R., Carroll, D. & Cochrane, R. (1992). The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *Journal of Psychosomatic Research*, 36(1), 55-65.
- Παπαϊωάννου, Α., Θεοδωράκης, Γ. & Γούδας, Μ. (1999). *Για μια καλύτερη διδασκαλία της φυσικής αγωγής*, Θεσσαλονίκη: Σάλλτο.
- Paluska, S.A. & Schwenk, T.L. (2000). Physical activity and mental health. *Sports Medicine*, 29(3), 167-180.
- Pastor, Y., Balaguer, I., Pons, D. & Garcia-Merita, M. (2003). Testing direct and indirect effects of sports participation on perceived health in Spanish adolescents between 15 and 18 years of age. *Journal of Adolescence*, 26, 717-730.
- Patten, C.A., Choi, W.S., Vickers, K.S. & Pierce, J. (2001). Persistence of Depressive Symptoms in Adolescents. *Neuropsychopharmacology*, 25, S89-S91.
- Petruzzello, S.J., Landers, D.M., Hatfield, B.D., Kubitz, K.A., & Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise. *Sports Medicine*, 11, 143-182.
- Raustorp, A., Stable, A., Gudasic, H., Kinnunen, A., & Mattson, E. (2005). Physical activity and self-perception in school children assessed with the children and youth-physical self-perception profile. *Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports*, 15, 126-134.
- Richardson, C.R., Faulkner, G., McDevitt, J., Skrinar, G.S., Hutchinson, D.S. & Piette, J.D. (2005). Integrating physical activity into Mental Health Services for persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 56(3), 324-331.

- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise on anxiety, depression and sensitivity to stress: a unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21(1), 33-61.
- Schmitz, N., Kruse, J. & Kugler, J. (2004). The association between physical exercises and health-related disorders: results from a cross-sectional survey. *Preventive Medicine*, 39(6), 1200-1207.
- Stephoe, A. & Butler, N. (1996). Sports participation and emotional wellbeing in adolescents. *Lancet*, 347, 1789-92.
- Sonstroem, R.J., & Morgan, W.P. (1989). Exercise and self-esteem: Rational and model. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21, 329-337.
- Szabo, A., Billet, E., & Turner, J. (2001). Phenylethamine, a possible link to the antidepressant effects of exercise? *British Journal of Sports Medicine*, 35, 342-343.
- Thien, V., Thomas, A., Markin, D. & Laird Birmingham, C. (2000). Pilot study of a graded exercise program for the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 101-106.
- Tokumura, M., Yoshiba, S., Tanaka, T., Nanri, S. & Watabane, H. (2003). Prescribed exercise training improves exercise capacity of convalescent children and adolescents with anorexia nervosa. *European Journal of Pediatrics*, 162, 430-431.
- Tomori, M., & Zalar, B. (2000). Sport and physical activity as possible protective factors in relation to adolescent suicide attempts. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 405-413.
- Tomson, L.M., Pangrazi, R.P., Friedman, G. & Hutchison, N. (2003). Childhood Depressive Symptoms, Physical Activity and Health Related Fitness. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 25, 419-439.

- Τσιάντης, Ι. (2001). Κατάθλιψη και απόπειρες αυτοκτονίας σε παιδιά και εφήβους. Στο Τσιάντης, Ι. (Επιμ.) *Εισαγωγή στην Παιδοψυχιατρική* (σελ. 105-134). Αθήνα: Καστανιώτη.
- Van de Vliet, P., Knapen, J., Onghena, P., Fox, K.R., David, A., Morres, I. Van Coppenolle, H. & Pieters, G. (2002). Relationships between self-perceptions and negative affect in adult Flemish psychiatric in-patients suffering from mood disorders. *Psychology of Sport and Exercise*, 3, 309-322.
- Van De Vliet, P., Knapen, J., Fox, K.R., Onghena, P., David, A., Probst, M., Van Coppenolle, H., & Pieters, G. (2003). Changes in psychological well-being in female patients with clinically diagnosed depression: an exploratory approach in a therapeutic setting. *Psychology, Health & Medicine*, 8 (4), 399-408.
- World Health Organization (2001a). *Atlas: mental health resources in the world*. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (2001). *The World Health Report 2001. Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: Author.
- Wild, L.G., Flisher, A.J. & Lombard, C. (2004). Suicidal ideation and attempts in adolescents: associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*. 27, 611-624.
- Yeung, R.R. (1996). The acute effects of exercise on mood state. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(2), 123-141.
- ΥΠ.Ε.Π.Θ, Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Τμήμα Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (1995). *Η Φυσική Αγωγή στο Δημοτικό Σχολείο – Βιβλίο για τον Διδάσκοντα*. Αθήνα: ΟΕΔΒ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Παροχή άδειας μετάφρασης του ερωτηματολογίου από τον δημιουργό του

Εισερχόμενα
 Νέο μήνυμα
 Φάκελοι
 Αναζήτηση
 Αποσύνδεση
 Εμφάνιση φακέλου
 Sent Items

Χρήση χώρου: 544,16 MB / 2048,00 MB (26,57%)

Sent Items: physical self-description questionnaire (13 of 207)

Χαρακτηρισμός ως: Μεταφορά Αντιγραφή **Μηνύματος προς:** Επιστροφή στο φάκελο Sent Items ◀ ▶

Διαγραφή Απάντηση Προώθηση Ανακατεύθυνση Εμφάνιση συνομιλίας Μαύρη λίστα Λευκή λίστα
Πηγαίο μήνυμα Αποθήκευση Εκτύπωση Επικεφαλίδες

Ημερομηνία: Tue, 19 Apr 2005 13:40:55 +0300 [19/04/2005 13:40:55 EEST]

Από: Θεοδώρα Κυριακίδου <tkiriaki@phyed.duth.gr>

Προς: self@uws.edu.au , h.marsh@uws.edu.au

Θέμα: physical self-description questionnaire

Dear Mr Marsh,

I am a postgraduate student of the Department of Physical Education, Komotini, Greece.

I am preparing my dissertation which will be based on the effect of exercise in the psychosocial health of adolescents with psychiatric disorders. The exercise intervention will have a 3- month duration and will include games with ball, mainly volleyball and basketball.

By searching the relevant literature I was very happy to see the PSDQ which I think is very appropriate for my research. Therefore, I would be grateful if I could have your permission to translate it into greek and use it for this purpose. My idea is to use PSDQ at the beginning of the intervention (1st week) and repeat it at the end of the intervention (12th week).

This intervention will take place in 3 youth hostels for mentally disordered adolescents in Athens, which are under the scientific directory of Prof. John Tsiantis, Director of the Department of Child Psychiatry, "Agia Sophia" Children's Hospital, Athens University Medical School.

I would be grateful to have your permission and also to get information on how I could get/buy the manual of the PSDQ.

Yours sincerely,
Dora Kiriakidou

Διαγραφή Απάντηση Προώθηση Ανακατεύθυνση Εμφάνιση συνομιλίας Μαύρη λίστα Λευκή λίστα
Πηγαίο μήνυμα Αποθήκευση Εκτύπωση Επικεφαλίδες

Χαρακτηρισμός ως: Μεταφορά Αντιγραφή **Μηνύματος προς:** Επιστροφή στο φάκελο Sent Items ◀ ▶

Εισερχόμενα Νέο μήνυμα Φάκελοι Αναζήτηση Αποσύνδεση Εμφάνιση φακέλου Εισερχόμενα

Χρήση χώρου: 544,16 MB / 2048,00 MB (26,57%)

Εισερχόμενα: Fwd: Re: PSDQ Information & materials (28 of 935)

Χαρακτηρισμός ως: Μεταφορά Αντιγραφή Μηνύματος προς:

Επιστροφή στο φάκελο Εισερχόμενα

Διαγραφή Απάντηση Προώθηση Ανακατεύθυνση Εμφάνιση συνομιλίας Μαύρη λίστα Λευκή λίστα
Πηγαίο μήνυμα Αποθήκευση Εκτύπωση Επικεφαλίδες

Ημερομηνία: Wed, 20 Apr 2005 06:24:34 +1000 [19/04/2005 23:24:34 EEST]

Από: Herb Marsh <H.Marsh@uws.edu.au>

Προς: tkiriaki@phyed.duth.gr

Θέμα: Fwd: Re: PSDQ Information & materials

Τμήμα(τα): 2 sport 2june2001.DOC 227 KB

Λήψη όλων των συνημμένων σε .zip αρχείο

<> 1 ανώνυμο 5,64 KB

Dora:

Thank you for your interest in my research. I am happy for you to use the PSDQ for purposes of your research. The PSDQ (including permission to use it) appears in

Marsh, H. W., Richards, G. E., Johnson, S., Roche, L., & Tremayne, P. (1994). Physical Self-Description Questionnaire: Psychometric properties and a multitrait-multimethod analysis of relations to existing instruments. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 270-305.

also see

Gurin, F., Marsh, H. W., & Famose, J-P. (2004). Testing the generalizability of the Physical Self-Description Questionnaire with French adolescents. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 26, 19-38.

Marsh, H. W. (1994). The importance of being important: Theoretical models of relations between specific and global components of physical self-concept. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 16, 306-325.

Marsh, H. W. (1996). Construct validity of Physical Self-Description Questionnaire responses: Relations to external criteria. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 18(2):111-131.

Marsh, H. W. (1996). Physical Self Description Questionnaire: Stability and discriminant validity. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 67, 249-264.

Marsh, H. W. (1998). Age and gender effects in physical self-concepts for adolescent elite-athletes and non-athletes: A multi-cohort-multi-occasion design. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 20(3), 237-259.

Marsh, H. W. (1999). Cognitive Discrepancy Models: Actual, Ideal, Potential, and Future Self-Perspectives of Body Image. *Social Cognition*, 17, 46-75.

Marsh, H. W. (1999). Cognitive Discrepancy Models: Actual, Ideal, Potential, and Future Self-Perspectives of Body Image. *Social Cognition*, 17(1), 46-75.

Marsh, H. W. (2002). A multidimensional physical self-concept: A construct validity approach to theory, measurement, and research. *Psychology The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 9, 459-493.

Marsh, H. W., & Roche, L. A. (1996). Predicting self-esteem from perceptions of actual and ideal

ratings of body fatness - is there only one ideal supermodel. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 67(1):13-23.

Marsh, H. W., & Roche, L. A. (1996). Predicting self-esteem from perceptions of actual and ideal ratings of body fatness - is there only one ideal supermodel. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 67(1):13-23.

Marsh, H. W., Asci, F. H., Tomas-Marco, I. (2002). Multitrait-multimethod analyses of two physical self-concept instruments: A cross-cultural perspective. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 24, 99-119

Marsh, H. W., Hey, J., Roche, L. A., & Perry, C. (1997). The structure of physical self-concept: Elite athletes and physical education students. *Journal of Educational Psychology*, 89, 369-380.

Marsh, H. W., Tomas-Marco, I. & Asci, F. H. (2002). Cross-cultural validity of the physical self description questionnaire: Comparison of factor structures in Australia, Spain, and Turkey. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 73 (3) 257-270.

I also included a copy of a conference paper that provides an overview of the PSDQ research.

Good luck with your research.

=====

Date: Tue, 19 Apr 2005 13:40:55 +0300
 From: =?iso-8859-7?b?yOXv5P7x4SA=? =?iso-8859-7?b?yvXx6eHq3+Tv9Q==?= <tkiriaki@phyed.duth.gr>
 To: self@uws.edu.au, h.marsh@uws.edu.au
 Subject: physical self-description questionnaire
 User-Agent: Internet Messaging Program (IMP) 3.2.8-cvs
 X-Originating-IP: 195.134.68.6
 X-Scanned-By: MIMEDefang 2.51 on 192.108.114.110
 X-Greylist: Sender IP whitelisted, not delayed by milter-greylist-1.6 (mail.duth.gr [127.0.0.1]); Tue, 19 Apr 2005 13:40:56 +0300 (EEST)

Dear Mr Marsh,

I am a postgraduate student of the Department of Physical Education, Komotini, Greece.

I am preparing my dissertation which will be based on the effect of exercise in the psychosocial health of adolescents with psychiatric disorders. The exercise intervention will have a 3- month duration and will include games with ball, mainly volleyball and basketball.

By searching the relevant literature I was very happy to see the PSDQ which I think is very appropriate for my research. Therefore, I would be grateful if I could have your permission to translate it into greek and use it for this purpose. My idea is to use PSDQ at the beginning of the intervention (1st week) and repeat it at the end of the intervention (12th week).

This intervention will take place in 3 youth hostels for mentally disordered adolescents in Athens, which are under the scientific directory of Prof. John Tsiantis, Director of the Department of Child Psychiatry, "Agia Sophia" Children`s Hospital, Athens University Medical School.

I would be grateful to have your permission and also to get information on how I could get/buy the manual of the PSDQ.

Yours sincerely,
 Dora Kiriakidou

Διαγραφή Απάντηση | Προώθηση | Ανακατεύθυνση | Εμφάνιση συνομιλίας | Μαύρη λίστα | Λευκή λίστα |
 Πηγαίο μήνυμα | Αποθήκευση | Εκτύπωση | Επικεφαλίδες

<https://webmail.duth.gr/horde/imp/message.php?mailbox=INBOX&index=28>

22/5/2010

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Το «Ερωτηματολόγιο Περιγραφής της Κατάστασης του Σώματός μου»

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΟΥ
ΣΩΜΑΤΟΣ ΜΟΥ**



**Ελληνική έκδοση για εφήβους του ερωτηματολογίου
PHYSICAL SELF-DESCRIPTION QUESTIONNAIRE (Marsh)**

ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ

Αυτή είναι μια ευκαιρία να γνωρίσεις τον εαυτό σου. Δεν είναι τεστ, ούτε υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις. Επειδή το κάθε άτομο διαφέρει από το άλλο, ο καθένας θα δώσει διαφορετικές απαντήσεις. Βεβαιώσου ότι οι απαντήσεις σου δείχνουν το πώς νιώθεις για τον εαυτό σου. Σε παρακαλώ, μην συζητήσεις τις απαντήσεις σου με κανέναν άλλον ενώ συμπληρώνεις το ερωτηματολόγιο. Οι απαντήσεις σου θα κρατηθούν μυστικές.

Το ερωτηματολόγιο αυτό αναφέρεται στο πώς ο κάθε άνθρωπος περιγράφει τον εαυτό του ως προς τη σωματική του κατάσταση. Στις επόμενες σελίδες θα σου ζητηθεί να σκεφτείς για την συνολική σωματική σου κατάσταση. Για παράδειγμα, πόσο εμφανίσιμος/η είσαι, πόσο δυνατός/ή είσαι, πόσο καλός/ή είσαι στα αθλήματα, αν γυμνάζεσαι συχνά, αν κάνεις συντονισμένες κινήσεις, αν αρρωσταίνεις πολύ συχνά και άλλα. Απάντησε σε κάθε πρόταση όπως ακριβώς νιώθεις τώρα και όσο πιο γρήγορα μπορείς. Σε παρακαλώ, μην αφήσεις κενή απάντηση.

Όταν είσαι έτοιμος/η να ξεκινήσεις σε παρακαλώ διάβασε κάθε πρόταση και διάλεξε την απάντησή σου. Για κάθε πρόταση, υπάρχουν 6 πιθανές απαντήσεις και 6 αριθμοί που αντιστοιχούν σε κάθε απάντηση:

1 = «Λάθος», 2 = «Σχεδόν λάθος», 3 = «Πιο λάθος από σωστό», 4 = «Πιο σωστό από λάθος», 5 = «Σχεδόν σωστό» και 6 = «Σωστό».

Διάλεξε μια απάντηση για κάθε πρόταση και βάλε σε κύκλο τον αριθμό που βρίσκεται κάτω από την απάντησή σου. Μην συζητήσεις με κανέναν άλλον ή μην πεις δυνατά την απάντησή σου.

Πριν ξεκινήσεις, ας δούμε τρία παραδείγματα. Έχω ήδη απαντήσει στα δύο από τα τρία παραδείγματα για να δεις πώς γίνεται. Στο τρίτο παράδειγμα θα πρέπει να διαλέξεις εσύ την απάντησή σου και να βάλεις τον αντίστοιχο αριθμό σε κύκλο.

| | Λάθος | Σχεδόν λάθος | Πιο λάθος παρά σωστό | Πιο σωστό παρά λάθος | Σχεδόν σωστό | Σωστό |
|----------------------------------|-------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 1. Μου αρέσει να διαβάζω κόμικς. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

(Έβαλα σε κύκλο τον αριθμό 6 κάτω από την απάντηση «Σωστό». Αυτό σημαίνει ότι μου αρέσει πολύ να διαβάζω κόμικς. Αν δεν μου άρεσε, θα έβαζα σε κύκλο τον αριθμό 1 («Λάθος») ή τον αριθμό 2 («Σχεδόν λάθος»).

| | Λάθος | Σχεδόν Λάθος | Πιο Λάθος παρά σωστό | Πιο σωστό παρά Λάθος | Σχεδόν σωστό | Σωστό |
|--|-------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 2. Γενικά, μου αρέσει να συγυρίζω τα πράγματά μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

(Εβαλα σε κύκλο τον αριθμό 3 κάτω από την απάντηση «Πιο λάθος παρά σωστό» γιατί σίγουρα δεν μου αρέσει να συγυρίζω τα πράγματά μου, αλλά ούτε είμαι και τελείως ακατάστατος/η).

| | Λάθος | Σχεδόν Λάθος | Πιο Λάθος παρά σωστό | Πιο σωστό παρά Λάθος | Σχεδόν σωστό | Σωστό |
|-----------------------------------|-------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 3. Μου αρέσει να βλέπω τηλεόραση. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

(Για την παραπάνω πρόταση, θα πρέπει να διαλέξεις ποια είναι η καλύτερη απάντηση για σένα. Αρχικά θα πρέπει να αποφασίσεις αν η απάντησή σου ανήκει στο «Σωστό» ή «Λάθος» ή αν είναι κάπου ενδιάμεσα. Αν σου αρέσει πολύ να βλέπεις τηλεόραση, τότε θα απαντήσεις «Σωστό», βάζοντας σε κύκλο τον τελευταίο αριθμό (6). Αν δεν σου αρέσει καθόλου να παρακολουθείς τηλεόραση, τότε θα απαντήσεις «Λάθος», βάζοντας σε κύκλο τον πρώτο αριθμό (1). Αν δεν σου αρέσει πολύ να βλέπεις τηλεόραση, αλλά παρακολουθείς μερικές φορές, τότε θα πρέπει να διαλέξεις ανάμεσα στον αριθμό 2 («Σχεδόν λάθος») ή στον αριθμό 3 («Πιο λάθος παρά σωστό»)).

- Αν θέλεις να αλλάξεις μια απάντησή σου που έχεις ήδη βάλει σε κύκλο, τότε διάγραψε με ένα Χ αυτόν τον κύκλο, και βάλε ένα νέο κύκλο σε ένα άλλο νούμερο αυτής της πρότασης.
- Να είσαι σίγουρος/η ότι ο κύκλος σου είναι στην ίδια σειρά με την πρόταση που απαντάς. Μην αφήσεις καμία απάντηση κενή, ακόμη και αν δεν είσαι τελείως σίγουρος/η ποιο νούμερο να βάλεις σε κύκλο.

Αν έχεις ερωτήσεις μπορείς να σηκώσεις το χέρι σου. Αν όχι, μπορείς να ξεκινήσεις.

** ΣΕΛΙΔΑ 1 **

| | Λάθος | Σχεδόν λάθος | Πιο λάθος παρά σωστό | Πιο σωστό παρά λάθος | Σχεδόν σωστό | Σωστό |
|--|-------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 1. Όταν είμαι αδιάθετος/η, αισθάνομαι τόσο άσχημα που δεν μπορώ να σηκωθώ ούτε από το κρεβάτι μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Αισθάνομαι σιγουριά όταν εκτελώ συντονισμένες κινήσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Μερικές φορές την εβδομάδα ασκούμε ή παίζω τόσο έντονα που αυτό με κάνει να ανασαίνω πολύ γρήγορα (να λαχανιάζω). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Είμαι πολύ χοντρός/ή. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι καλός/ή στα αθλήματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Είμαι ικανοποιημένος/η με τον τύπο της σωματικής μου κατάστασης. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Είμαι ελκυστικός/ή για την ηλικία μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Είμαι ένα δυνατό άτομο ως προς το σώμα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Είμαι αρκετά καλός/ή όταν λυγίζω, περιστρέφω και στρίβω το σώμα μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Μπορώ να τρέξω μεγάλη απόσταση χωρίς να σταματήσω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Γενικά, τα καταφέρνω καλά σε οτιδήποτε κάνω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Συνήθως «κολλάω» οποιαδήποτε αρρώστια κυκλοφορεί (γρίπη, ιούς, κρύμα κλπ). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Ελέγχω με ευκολία τις κινήσεις του σώματός μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

** ΣΕΛΙΔΑ 2 **

| | Λάθος | Σχεδόν Λάθος | Πιο Λάθος παρά σωστό | Πιο σωστό παρά λάθος | Σχεδόν σωστό | Σωστό |
|---|-------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 14. Συχνά ασκούμε ή ασχολούμαι με δραστηριότητες που με κάνουν να ανασαίνω πολύ γρήγορα (να λαχανιάζω). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Η μέση μου είναι πολύ μεγάλη. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Είμαι καλός/ή στα περισσότερα αθλήματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Ως προς τη σωματική μου κατάσταση, είμαι χαρούμενος/η με τον εαυτό μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Έχω όμορφο πρόσωπο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Έχω πολλή δύναμη στο σώμα μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Το σώμα μου είναι ευλύγιστο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 21. Θα τα πηγαινα καλά σε ένα τεστ σωματικής αντοχής. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Δεν έχω πολλά για τα οποία να είμαι υπερήφανος/η. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Είμαι τόσο συχνά αδιάθετος/η που δεν μπορώ να κάνω όλα τα πράγματα που θέλω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Είμαι καλός/ή στις συντονισμένες κινήσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Ασκούμε ή ασχολούμαι με δραστηριότητες τρεις ή τέσσερις φορές την εβδομάδα, οι οποίες με κάνουν να λαχανιάζω και διαρκούν τουλάχιστον 30 λεπτά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Έχω πολύ λίπος στο σώμα μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Τα περισσότερα αθλήματα είναι εύκολα για μένα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

** ΣΕΛΙΔΑ 3 **

| | Λάθος | Σχεδόν Λάθος | Πιο Λάθος παρά σωστό | Πιο σωστό παρά Λάθος | Σχεδόν σωστό | Σωστό |
|---|-------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 28. Αισθάνομαι καλά για τον τρόπο που φαίνομαι και για το τι μπορώ να κάνω με το σώμα μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Έχω καλύτερη εξωτερική εμφάνιση από τους περισσότερους φίλους μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Είμαι δυνατότερος/η από τους περισσότερους συνομηλίκους μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Το σώμα μου είναι άκαμπτο και καθόλου ευλύγιστο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Θα μπορούσα να κάνω jogging για 5 χιλιόμετρα χωρίς να σταματήσω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Αισθάνομαι ότι η ζωή μου δεν είναι πολύ χρήσιμη. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 34. Σπάνια αδιαθετώ ή αρρωσταίνω. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 35. Μπορώ να εκτελώ τις περισσότερες φυσικές δραστηριότητες με αρμονικές κινήσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 36. Ασχολούμαι με φυσικές δραστηριότητες (όπως jogging, χορό, ποδηλασία, αερόμπικ, γυμναστήριο ή κολύμβηση) τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 37. Είμαι υπέρβαρος/η. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 38. Είμαι ικανός/ή στα αθλήματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 39. Ως προς τη σωματική κατάσταση, αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 40. Είμαι άσχημος/η. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 41. Είμαι αδύναμος/η και δεν έχω μυς. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

** ΣΕΛΙΔΑ 4 **

| | Λάθος | Σχεδόν Λάθος | Πιο Λάθος παρα σωστό | Πιο σωστό παρα Λάθος | Σχεδόν σωστό | Σωστό |
|--|-------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 42. Τα μέρη του σώματός μου λυγίζουν και κινούνται σωστά προς τις περισσότερες κατευθύνσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 43. Νομίζω ότι θα κατάφερα να τρέξω μια μεγάλη απόσταση χωρίς να κουραστώ. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 44. Γενικά, δεν είμαι καλός/ή. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 45. Αδιαθετώ συχνά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 46. Διαπιστώνω ότι το σώμα μου εκτελεί με ευκολία συντονισμένες κινήσεις. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 47. Ασχολούμαι με πολλά αθλήματα, χορό, γυμναστήριο ή άλλες φυσικές δραστηριότητες. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 48. Το στομάχι μου είναι πολύ μεγάλο. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 49. Είμαι καλύτερος στα αθλήματα από τους περισσότερους φίλους μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 50. Αισθάνομαι καλά γι' αυτό που είμαι και γι' αυτά που μπορώ να κάνω με το σώμα μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 51. Έχω καλή εξωτερική εμφάνιση. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 52. Θα τα πήγαινα καλά σε ένα τεστ δύναμης. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 53. Νομίζω ότι είμαι αρκετά ευλύγιστος/η για τα περισσότερα αθλήματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 54. Μπορώ να είμαι σωματικά δραστήριος/α για μεγάλο χρονικό διάστημα χωρίς να κουράζομαι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 55. Τα περισσότερα πράγματα που κάνω, τα κάνω καλά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 56. Όταν είμαι αδιάθετος/η μου παίρνει καιρό για να γίνω καλά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

** ΣΕΛΙΔΑ 5 **

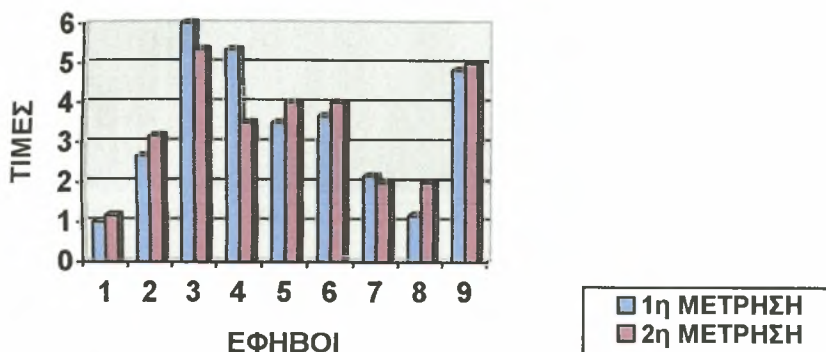
| | Λάθος | Σχεδόν Λάθος | Πιο Λάθος παρά σωστό | Πιο σωστό παρά Λάθος | Σχεδόν σωστό | Σωστό |
|---|-------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------|-------|
| 57. Εκτελώ τα διάφορα αθλήματα και τις δραστηριότητες με συντονισμό και χάρη. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 58. Ασχολούμαι με αθλήματα, ασκήσεις, χορό ή άλλες φυσικές δραστηριότητες σχεδόν κάθε μέρα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 59. Οι άλλοι πιστεύουν ότι είμαι χοντρός/ή. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 60. Έχω καλή απόδοση στα αθλήματα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 61. Αισθάνομαι καλά γι' αυτό που είμαι ως προς τη σωματική κατάσταση. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 62. Κανείς δεν πιστεύει ότι έχω καλή εξωτερική εμφάνιση. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 63. Είμαι καλός/ή στο να σηκώνω βαριά αντικείμενα. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 64. Νομίζω ότι θα πήγαινα καλά σε ένα τεστ ευλυγισίας. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 65. Είμαι καλός/ή σε δραστηριότητες αντοχής, όπως στους δρόμους αντοχής, αερόμπικ, ποδηλασία, κολύμβηση. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 66. Γενικά, έχω πολλά πράγματα για τα οποία μπορώ να είμαι υπερήφανος/η. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 67. Χρειάζεται να πηγαίνω στο γιατρό - επειδή αρρωσταίνω - πιο συχνά από τους περισσότερους συνομηλίκους μου. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 68. Γενικά, είμαι μια αποτυχία. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 69. Συνήθως παραμένω υγιής ακόμη και όταν οι φίλοι μου είναι αδιάθετοι. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 70. Τίποτα από ότι κάνω δεν φαίνεται να πηγαίνει καλά. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ

**Το επίπεδο αυτοαντίληψης των εφήβων σε κλίμακες του ερωτηματολογίου στις
δύο μετρήσεις**

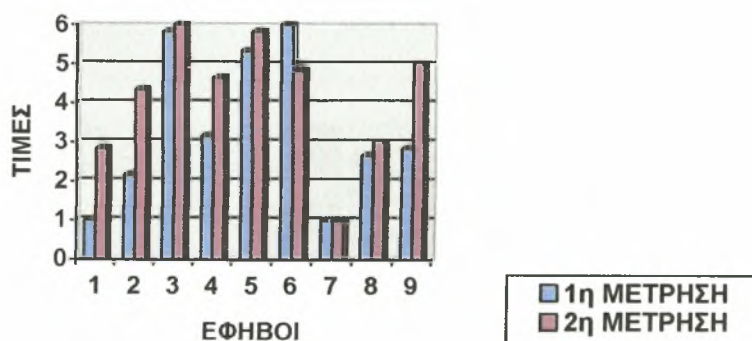
Στα σχήματα που ακολουθούν απεικονίζονται οι βαθμολογίες των εφήβων στις υπόλοιπες κλίμακες του ερωτηματολογίου και στις δύο αξιολογήσεις.

ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ



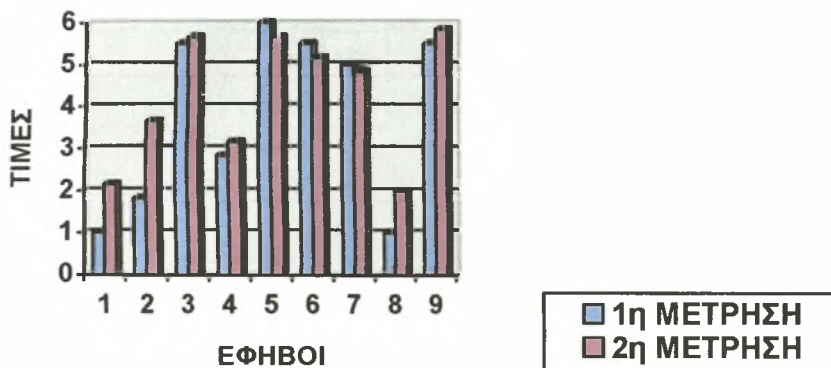
Σχήμα 1. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της φυσικής δραστηριότητας, στις δύο αξιολογήσεις.

ΛΙΠΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ



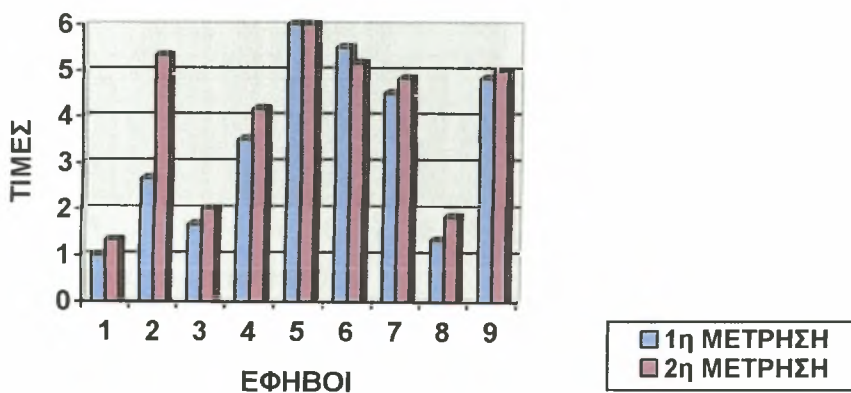
Σχήμα 2. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα του λίπους σώματος, στις δύο αξιολογήσεις.

ΑΘΛΗΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

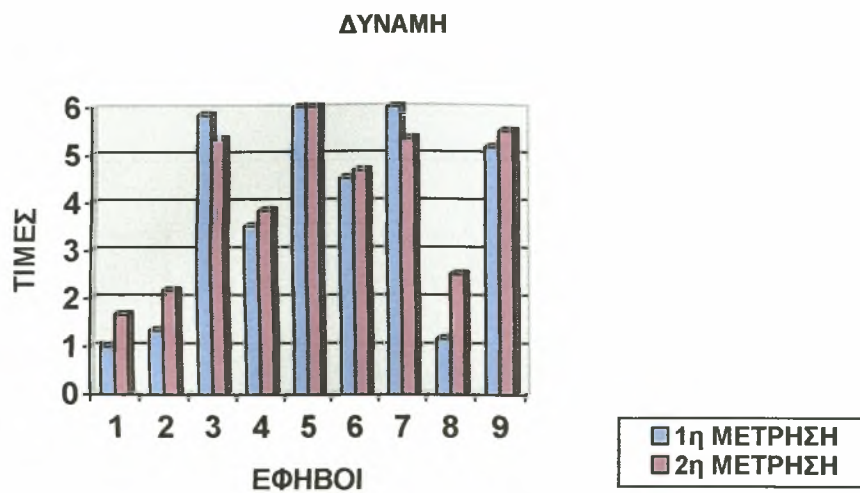


Σχήμα 3. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της αθλητικής ικανότητας, στις δύο αξιολογήσεις.

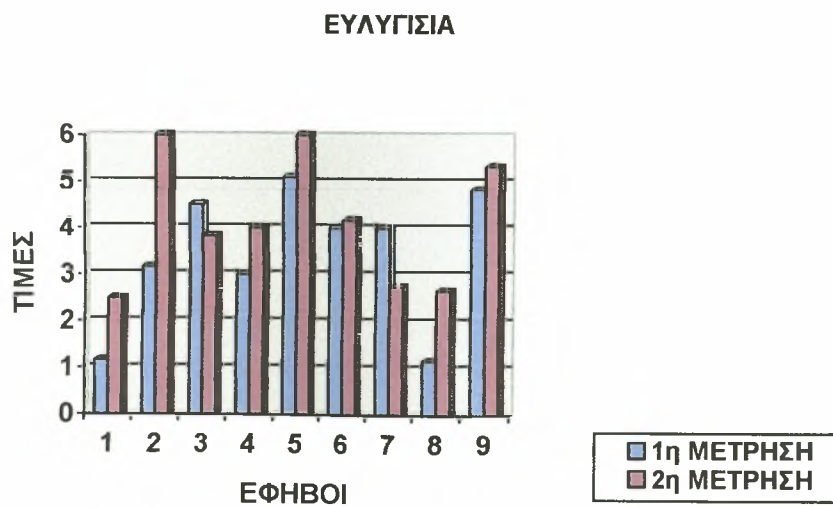
ΕΜΦΑΝΙΣΗ



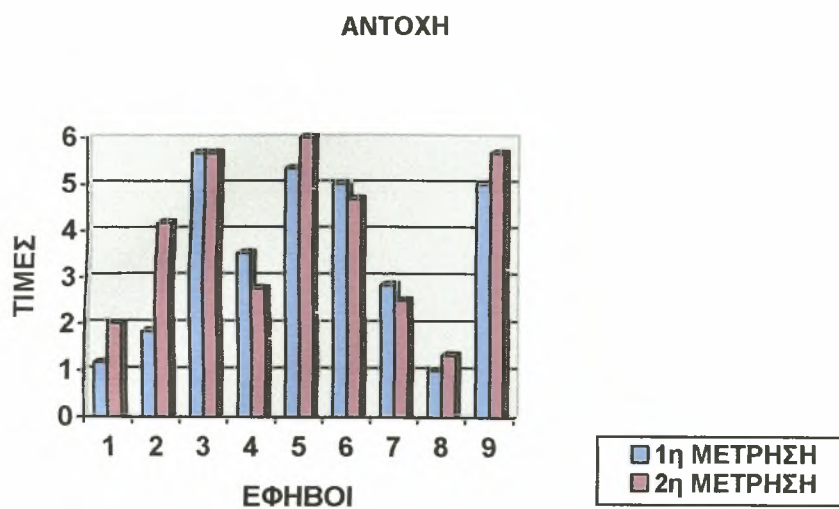
Σχήμα 4. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της εμφάνισης, στις δύο αξιολογήσεις.



Σχήμα 5. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της δύναμης, στις δύο αξιολογήσεις.



Σχήμα 6. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της ευλυγισίας, στις δύο αξιολογήσεις.



Σχήμα 7. Βαθμολογία των εφήβων στην κλίμακα της αντοχής, στις δύο αξιολογήσεις.