



Διπλωματική Εργασία

ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΚΑΘΑΡΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ
ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Καλαμβόκη Δανάη

ΥΠΕΥΘΥΝΟΙ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ

Χατζηγεωργιάδης Αντώνης
Μωρρές Ιωάννης

Τρίκαλα, 2017

Ένα μεγάλο ευχαριστώ...

....στην οικογένεια μου που με στήριξε σε όλη την διάρκεια των σπουδών μου. Στους καθηγητές μου κ. Αντώνη Χατζηγεωργιάδη & κ. Ιωάννη Μωρρέ που με βοήθησαν να ολοκληρώσω την διπλωματική μου εργασία. Τέλος, τους καθηγητές κ. Δημήτρη Κοκαρίδα & κα. Γεωργία Μαγγουρίτσα για την φιλική καθοδήγηση τους, τους ασθενείς, καθώς και την κλινική «ΟΙΚΟΣ ΓΑΛΗΝΗΣ "Η ΑΓΙΑ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ"» Χ. ΣΤΟΦΟΡΟΥ Α.Ε., για την φιλοξενία της καθ' όλη την διάρκεια της έρευνας.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	3
Εισαγωγή.....	4
Ανασκόπηση βιβλιογραφίας	4
Περιγραφή της σχιζοφρένειας	4
Αρίθμηση των ψυχώσεων κατά Diagnostic Statistical Manual (DSM-IV)	5
Παράγοντες ρίσκου για τη σχιζοφρένεια.....	5
Κλασικές αντιψυχωτικές θεραπείες.....	6
Θεωρία αυτοκαθορισμού	6
Σχιζοφρένεια και θεωρία αυτοκαθορισμού.....	8
Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και παράμετροι υγείας σε σχιζοφρενείς	8
Συνοδευόμενα ψυχικά νοσήματα της σχιζοφρένειας	9
Γενικές επιπτώσεις απουσίας άσκησης στη σχιζοφρένεια	9
Επίδραση της άσκησης στη σχιζοφρένεια.....	9
Περιγραφικά προγράμματα ερευνών	10
Μεθοδολογία	14
Συμμετέχοντες	14
Διαδικασία	14
SIMPAQ.....	15
Αποτελέσματα	17
Πίνακας 1 «Περιγραφικά στατιστικά για τους Συμπεριφορικούς Ρυθμιστές»	17
Πίνακας 2 «Περιγραφικά στατιστικά για την Φυσική Δραστηριότητα (SIMPAQ)»	17
Πίνακας 3 «Συντελεστές Συσχέτισης μεταξύ Συμπεριφορικών Ρυθμιστών και Φ. Δραστηριότητας»	18
Πίνακας 4 «Συντελεστές Συσχέτισης μεταξύ Συμπεριφορικών Ρυθμιστών και Φ. Δραστηριότητας»....	18
Αναλύσεις.....	18
Συζήτηση	21
Βιβλιογραφία	25
Παράρτημα.....	30

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της εργασίας ήταν να εξετάσει στο πλαίσιο της θεωρίας του αυτοκαθορισμού τους μηχανισμούς κινητοποίησης για φυσική δραστηριότητα σε εσω-ασθενείς με χρόνιες ψυχικές (ψυχωτικές) διαταραχές.

Στην έρευνα συμμετείχαν 17 άτομα (15 άντρες και 2 γυναίκες, 18-70 ετών), εσώκλειστοι ασθενείς ψυχιατρικής κλινικής, οι περισσότεροι εκ των οποίων συμμετείχαν συστηματικά σε προγράμματα άσκησης. Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν στα ερωτηματολόγια Behavioral Regulation for Exercise και Simple Physical Activity Questionnaire (SIMPAQ), με σκοπό να καταγραφεί, αντιστοίχως, η καθημερινή τους φυσική δραστηριότητα και οι συμπεριφορικοί ρυθμιστές που έχουν να κάνουν με τους μηχανισμούς κινητοποίησης. Σύμφωνα με τις αναλύσεις συσχέτισης των συλλεγμένων δεδομένων παρατηρήθηκε πως υπάρχει σημαντική σύνδεση μεταξύ των ωρών βάρδιας ανά ημέρα και τους ρυθμιστές παρακίνησης που σχετίζονται με τις προσωπικές αξίες και αντιλήψεις των ασθενών (SIMPAQ3 & Identified, $r = .71$, $p < 0.05$). Σημαντική είναι και η αρνητική συσχέτιση μεταξύ των ωρών που παραμένουν οι ασθενείς στο κρεβάτι και των ρυθμιστών που ενέχουν αισθήματα ενοχών (SIMPAQ1b & Introjected, $r = -.64$ $p < 0.05$). Επίσης, καταγράφηκε συσχέτιση και μεταξύ του χρόνου που αφιερώνουν οι ασθενείς σε άλλες δραστηριότητες και στους ρυθμιστές που σχετίζονται με τις προσωπικές αξίες (SIMPAQ3A & Identified, $r = .73$ $p < 0.05$). Οι ώρες που αφιερώνονται σε άλλες δραστηριότητες συσχετίστηκαν με τον ρυθμιστή της έλλειψης παρακίνησης για φυσική δραστηριότητα (SIMPAQ5 & Amotivated, $.61$ $p < 0.05$). Τέλος, η παραμονή σε ανενεργή κατάσταση κατά το πρωινό ξύπνημα σχετίστηκε με την εξωτερική παρακίνηση (SIMPAQ1b & External, $r = .49$ $p < 0.05$). Οι αναλύσεις δείχνουν πως υπάρχει σχέση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και των συμπεριφορικών ρυθμιστών κινητοποίησης της θεωρίας του αυτοκαθορισμού σε ασθενείς με χρόνιες ψυχικές διαταραχές ασθενείς. Συγκεκριμένα, η καθιστικότητα συνδέθηκε με συμπεριφορικούς ρυθμιστές με εξωτερικό περιεχόμενο και σε αντιθετική σχέση με ενοχικές σκέψεις. Τέλος, οι συμπεριφορικοί ρυθμιστές που ενπεριέχουν ενοχικά αισθήματα συνδέονται με την φυσική δραστηριότητα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Η σχιζοφρένεια κατατάσσεται στα ψυχικά νοσήματα. Τα συμπτώματα μπορεί να γίνονται εμφανή με διαφορετικό τρόπο ανά ασθενή, όμως τα πιο κοινά είναι οι ψευδαισθήσεις, οι παραισθήσεις, η αδυναμία συγκέντρωσης, η αποδιοργανωμένη ομιλία και συμπεριφορά ή κάποιες άλλες φορές οι ασθενείς δηλώνουν ότι υπάρχουν συνομωσίες εναντίον τους. Αποτέλεσμα των παραπάνω συμπτωμάτων είναι οι ασθενείς να αντιμετωπίζουν προβλήματα στην κοινωνική, επαγγελματική και προσωπική τους ζωή (Bowie et al., 2008).

Η νόσος συνήθως εμφανίζεται συνήθως στην μετάβαση από την εφηβεία στην ενήλικη ζωή. Τα περισσότερα κρούσματα συμβαίνουν σε άνδρες, επιπλέον στην εκδήλωση της ασθένειας συμβάλλει αρνητικά η φαρμακευτική αγωγή καθώς και η χρήση ουσιών. Όμως, τα παραπάνω είναι γενικά χαρακτηριστικά και δεν είναι αντικειμενικά κριτήρια.

Το επίπεδο φυσικής κατάστασης των ασθενών έχει γίνει θέμα για πολλές έρευνες. Είναι γνωστό το γεγονός πως η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται αρνητικά από την φαρμακευτική αγωγή που ακολουθούν, το κάπνισμα, την καθιστική ζωή κ.α. Η παχυσαρκία και το κάπνισμα άλλωστε είναι δύο από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που επιβαρύνουν την νόσο με συνοδευόμενες παθήσεις (Compton, 2006). Για αυτό το λόγο η φυσική δραστηριότητα συμβάλλει θετικά στην σωματική, κατά κύριο λόγο, και ψυχική κατάσταση των ασθενών. Έρευνες έχουν δείξει ότι το προσδόκιμο ζωής των ασθενών μειώνεται κατά δέκα περίπου χρόνια, επομένως η άσκηση επιδρά θετικά στην παράταση ζωής μειώνοντας τους κινδύνους από πιθανές καρδιοαναπνευστικές παθήσεις, διαβήτη κ.α. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, πως η σωματική δραστηριότητα συμβάλλει θετικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας χωρίζονται σε δύο κατηγορίες στα θετικά και στα αρνητικά (APA, 1994). Τα θετικά είναι τα χαρακτηριστικά συμπτώματα ενός ατόμου που πάσχει από την νόσο και είναι οι παραισθήσεις, αισθητηριακές διαταραχές (όσφρηση, ακοή, ομιλία, γεύση, όραση), οι οποίες χαρακτηρίζονται ως τυπικά κρούσματα της ασθένειας, και αντιμετωπίζονται σε μεγάλο βαθμό με φαρμακευτική αγωγή. Τα αρνητικά συμπτώματα σχετίζονται με το συναίσθημα, την κοινωνικότητα, την όρεξη για

ζωή, την αδυναμία ευχαρίστησης, την οικονομική κατάσταση και είναι δύσκολο να ρυθμιστούν με φαρμακευτική αγωγή (Chamone, 1986).

ΑΡΙΘΜΗΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΩΣΕΩΝ ΚΑΤΑ Diagnostic Statistical Manual (DSM-IV) (APA, 2013)

Το φάσμα των ψυχικών διαταραχών περιλαμβάνει:

- Σχιζοφρένεια : τα συμπτώματα είναι εμφανή για τουλάχιστον έξι μήνες.
- Σχιζοφρενικομορφική διαταραχή: τα συμπτώματα είναι εμφανή τουλάχιστον για ένα μηνά όμως λιγότερο από έξι μήνες
- Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή: τα συμπτώματα είναι ψυχωτικά και μανιακά επεισόδια και διαρκούν για συγκεκριμένη χρονική περίοδο.
- Παραληρητική διαταραχή: τα συμπτώματα είναι εμφανή για τουλάχιστον ένα μήνα
- Σύντομη ψυχωτική πάθηση: τα συμπτώματα είναι εμφανή για μια μέρα έως μια εβδομάδα
- Εξασθενημένη ψυχωτική διαταραχή: τα συμπτώματα μπορεί έχουν σημειωθεί για σύντομο χρονικό διάστημα στο παρελθόν και είναι ξανά εμφανή σε μικρότερο ποσοστό.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΡΙΣΚΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Αναφορικά στους παράγοντες ρίσκου για εμφάνιση της ασθένειας παίζει ρόλο η κληρονομικότητα. Όμως, αυτό δεν μπορούμε να το ορίσουμε με σιγουριά, διότι τα συμπτώματα και γενικά η εκδήλωση της ασθένειας διαφέρει από άτομο σε άτομο. Άλλος λόγος που μας δυσκολεύει στο να ορίσουμε τα γενετικά χαρακτηριστικά της ασθένειας είναι ότι πολλά γονίδια που σχετίζονται με την σχιζοφρένεια γίνονται εμφανή και σε άλλες ασθένειες όπως η κατάθλιψη, ο αυτισμός κ.α. (Gejman et al., 2011). Αυτοί είναι οι κύριοι λόγοι που γενετικά είναι δύσκολο να προσδιορίσουμε τους παράγοντες ρίσκου.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί πως στους παράγοντες ρίσκου συγκαταλέγονται οι πιθανές επιπλοκές κατά την κύηση ή την γέννηση οι οποίες γίνονται εμφανείς στο μέλλον. Άτομα υψηλού ρίσκου είναι οι χρήστες ουσιών και οι κλινικοί πληθυσμοί. Στατιστικά οι άνδρες έχουν μεγαλύτερα ποσοστά εκδήλωσης της ασθένειας σε σχέση με τις γυναίκες. Επίσης

υψηλότερα ποσοστά παρατηρούνται στους κατοίκους των μεγάλων αστικών κέντρων σε αντίθεση με τους κατοίκους της επαρχίας.

ΚΛΑΣΙΚΕΣ ΑΝΤΙΨΥΧΩΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Οι αντιψυχωτικές θεραπείες που εφαρμόζονται είναι πιο εύκολα διαχειρίσιμες σε σχέση με παλαιότερες, αυτό όμως δεν αποκλείει την πιθανότητα παρενεργειών. Κάθε περίπτωση ασθενούς έχει και την σχετική θεραπεία και η διάρκεια της διαφέρει. Η εκάστοτε θεραπεία εφαρμόζεται σε στάδια και είναι αναγκαίο να ολοκληρώνεται, πέρα από την σχετική φαρμακευτική αγωγή που χρειάζεται σε κάθε ασθενή και τις συνεδρίες που εφαρμόζονται με τον γιατρό προτείνονται και άλλα είδη θεραπειών όπως είναι οι οικογενειακές θεραπείες ή τα προγράμματα φυσικής άσκησης. Παρόλα αυτά κάθε περίπτωση πρέπει να εξετάζεται μεμονωμένα και να ακολουθείται η κατάλληλη θεραπεία για τον εκάστοτε ασθενή.

ΘΕΩΡΙΑ ΑΥΤΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ

Σύμφωνα με την θεωρία του αυτοκαθορισμού (Deci and Ryan, 1985), η έννοια της κινητοποίησης, αναφορικά στο κομμάτι της άσκησης, ορίζεται από τους εξής συμπεριφοριστικούς ρυθμιστές, οι οποίοι είναι:

Οι εξωτερικοί (external), δηλαδή όταν η κινητήριος δύναμη ενασχόλησης με την άσκηση είναι μια διάκριση υλική ή κάποια εξωτερικού χαρακτήρα απολαβή, όπως μία αναγνώριση εξωτερικής εικόνας.

Οι ρυθμιστές που σχετίζονται με τις ενοχές (introjected), δηλαδή όταν το άτομο ακολουθεί ένα πρόγραμμα άσκησης γιατί του έχει επιβληθεί να το κάνει, ή γιατί μπορεί να αισθάνεται υποχρεωμένος ότι πρέπει να συμμετέχει και η μη συμμετοχή του έχει ως πιθανά αποτελέσματα ενοχικά συναισθήματα.

Οι ρυθμιστές που σχετίζονται με προσωπικές αντιλήψεις και αξίες (identified), δηλαδή όταν η συμμετοχή στην άσκηση σχετίζεται με προσωπικές πεποιθήσεις που υποκινούν το άτομο να είναι ενεργό και δραστήριο.

Οι εσωτερικοί (internal), δηλαδή όταν το άτομο αναγνωρίζει τα θετικά συναισθήματα που δύναται να δημιουργήσει ένα πρόγραμμα άσκησης και αναγνωρίζει έτσι την χαρά της συμμετοχής.

Τα κίνητρα έχουν τεθεί με στόχο τα άτομα είτε να ξεκινήσουν να είναι δραστήρια, είτε να καταφέρουν να παραμείνουν δραστήρια ακόμη και δια

βίου. Έρευνες αναφέρουν ότι τα εσωτερικά παρακινημένα άτομα και άτομα που έχουν υιοθετήσει αξίες και πεποιθήσεις θετικές προς την άσκηση τείνουν να παραμένουν περισσότερο καιρό ενεργοί σε προγράμματα άθλησης. Τα συγκεκριμένα κίνητρα ονομάζονται και ενδογενή (Ryan and Deci, 2000a, 2000b). Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι είναι σημαντικό να προάγουμε την δημιουργία ή την ενίσχυση των χαρακτηριστικών των συγκεκριμένων κινήτρων.

Η επιτυχία για ισχυροποίηση ή και διαμόρφωση συνθήκων που να εξυπηρετούν τους ενδογενείς ρυθμιστές του ατόμου επιτυγχάνεται εάν καταφέρουμε να καλύψουμε συγκεκριμένες ψυχολογικές ανάγκες των ατόμων που θα μπορούσαν αλλιώς να χαρακτηριστούν και ως μηχανισμοί ενίσχυσης και ενδυνάμωσης των ενδογενών κινήτρων, οι οποίες είναι:

Η επιδεξιότητα, δηλαδή η αντίληψη ότι το άτομο κατέχει μια δεξιότητα και μπορεί να την εκτελέσει σωστά .

Η αυτονομία, δηλαδή η ικανότητα του ατόμου να αισθάνεται πως έχει επιλογές και μπορεί να πάρει αποφάσεις και πρωτοβουλίες, πάντοτε όμως σε ένα προστατευμένο πλαίσιο.

Το ελάχιστο ουσιαστικό κοινωνικό γίνεσθαι, δηλαδή όταν το άτομο λειτουργεί σε ένα κοινωνικό σύνολο το οποίο αλληλοεπιδρά θετικά και έχει μια ουσιαστική κοινωνική συσχέτιση και ανταπόκριση.

Στοχεύοντας, λοιπόν, στην ενίσχυση και την δημιουργία συνθηκών ώστε να καλλιεργηθούν οι προαναφερθείσες ψυχολογικές ανάγκες, οι Morres et al (2014) έχουν περιγράψει αναλυτικά την υιοθέτηση ορισμένων πρακτικών τεχνικών οι οποίες αναφορικά στα παραπάνω είναι:

Για την επιδεξιότητα, να θέτονται ρεαλιστικοί στόχοι, λίγο ανταγωνιστικοί με προοδευτικό βαθμό δυσκολίας. Καλό θα ήταν επίσης να παραλείπονται να τονίζονται εξωτερικά κίνητρα καθώς και θα πρέπει να τονίζονται οι κανόνες ασφάλειας.

Για την αυτονομία, καλό θα ήταν να παρέχεται στους ασκούμενους θετική ανατροφοδότηση, να τους παρέχονται επιλογές αναφορικά με τα χαρακτηριστικά της άσκησης, όπως επίσης να έχουν άποψη σε αποφάσεις που σχετίζονται με την εκγύμναση τους, πάντα όμως στο διακριτικά καθοδηγούμενο πλαίσιο που αναφερθήκαμε παραπάνω.

Για την ανάπτυξη του γίνεσθαι καλό θα ήταν να εξαλειφθεί το στοιχείο του ανταγωνισμού, να γίνονται προσπάθειες ώστε να καλλιεργηθεί το στοιχείο της ομαδικότητας έτσι ώστε να προάγεται στους ασκούμενους το αίσθημα του ανήκειν.

ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΥ

Όπως έχουμε προαναφέρει σύμφωνα με τη θεωρία του αυτοκαθορισμού, για να καταφέρει ένα άτομο να παραμείνει σωματικά δραστήριο για περισσότερο χρόνο η εφόρου ζωής, τα κίνητρα του πρέπει να είναι είτε εσωτερικά, είτε να συσχετίζονται με τις αντιλήψεις και τις αξίες του. Επισημαίνεται επίσης, ότι οι μηχανισμοί ενίσχυσης των ρυθμιστών είναι η ικανοποίηση των τριών ψυχολογικών αναγκών της επιδεξιότητας, της αυτονομίας, και της ελάχιστης ουσιαστικής συσχέτισης. Η θεωρία του αυτοκαθορισμού έχει τις ίδιες επιδράσεις και στα άτομα που είναι ψυχικά ασθενή. Έρευνες τονίζουν ότι η ικανοποίηση των τριών προαναφερθέντων ψυχολογικών αναγκών σε ψυχικά ασθενείς ενισχύει τα ποσοστά που σχετίζονται με τη διασκέδαση και την υγεία ως αντίληψη της άσκησης και αξιολογώντας ως πιο σημαντική την ικανοποίηση του κοινωνικού γίνεσθαι (Ryan and Deci, 2002). Αποτελέσματα ερευνών που σχετίζονται με τη θεωρία του αυτοκαθορισμού, δείχνουν ότι άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια αναγνωρίζουν τη βελτίωση των παραμέτρων της φυσικής τους κατάστασης, όσον αφορά το είδος της άσκησης προτιμούν δυναμικά ομαδικά προγράμματα και δηλώνουν ότι ξεκινούν την εξάσκηση και μεμονωμένα (Fogarty and Happell, 2004).

ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΗΚΑ ΚΑΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΥΓΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΣ

Έχει τονιστεί ότι το επίπεδο φυσικής κατάστασης των ασθενών και γενικότερα η ποιότητα ζωής τους επηρεάζεται αρνητικά. Οι ανθρωπομετρικοί δείκτες των ασθενών προμηνύουν κίνδυνους που οφείλονται σε κακό τρόπο ζωής . Πιο αναλυτικά, παρουσιάζονται παρακάτω δεδομένα σχετικών ερευνών: α) αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας τα οποία συνδέονται με καρδιαγγειακά επεισόδια (Gledhil and Jamnik, 2003), β) αυξημένα ποσοστά καρδιαγγειακής πίεσης (Shannon et al, 2013), γ) αυξημένα ποσοστά

χοληστερίνης που σχετίζονται με σοβαρές παθήσεις όπως διαβήτης, παχυσαρκία κ.α. δ) η αρτηριακή πίεση σύμφωνα με την American Association Guidelines είναι σε υψηλά επίπεδα. Συμπεραίνουμε λοιπόν, ότι τα παραπάνω δεδομένα συμβάλλουν αρνητικά στη γενική φυσική κατάσταση πράγμα που επιβεβαιώνεται μέσα από μετρήσεις για το VO₂max, που τα αποτελέσματα δείχνουν πιο χαμηλή μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου από το προβλεπόμενο και κατ' επέκταση κακή αερόβια φυσική κατάσταση.

ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΑ ΨΥΧΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

Έχουμε αναφέρει ότι ο τρόπος ζωής ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια επηρεάζει αρνητικά και τη συναισθηματική και την ψυχολογική τους κατάσταση, πράγμα που πολλές φορές έχει αντίκτυπο και στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν. Δεν είναι λίγες οι φορές που έχουν παρουσιαστεί συμπτώματα κατάθλιψης, μανιακά επεισόδια ή γενικά κακή ψυχολογική κατάσταση, τα οποία έχουν οδηγήσει πολλές φορές και σε κρούσματα αυτοκτονίας. Άλλα αποτελέσματα ερευνών παρουσιάζουν εξασθένηση της λειτουργίας του εγκεφάλου (Bond et al, 2011).

ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΣ ΤΗΣ ΑΠΟΥΣΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Έχει τονιστεί ότι η απουσία άσκησης τόσο σε ασθενείς όσο και υγιή πληθυσμό έχει αρνητικές επιπτώσεις. Σε αυτό το σημείο όμως τονίζεται πως η σχιζοφρένεια σε συνδυασμό με την απουσία οποιασδήποτε μορφής άσκησης έχει σοβαρότερες επιπτώσεις στην υγεία τους. Τέτοια παραδείγματα θα μπορούσαν να είναι το μειωμένο προσδόκιμο ζωής, περίπου 10-25 χρόνια, καθώς και η εμφάνιση σοβαρών ασθενειών, όπως ο καρκίνος (Laurson et al., 2012).

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Προγράμματα άσκησης έχουν προταθεί σε ασθενείς με σχιζοφρένεια και ως παρεμβατικές μορφές θεραπείας, καθώς η άσκηση έχει φανεί ότι συμβάλλει θετικά στην καθυστέρηση ή στην μείωση σχετικών παραμέτρων που έχουν προαναφερθεί, οι οποίες συμβάλλουν αρνητικά στη γενική ποιότητα της ζωής τους. Έρευνες έχουν δείξει: α) τη μείωση του σωματικού

βάρους, β) τη μείωση της αρτηριακής πίεσης, όπως και γ) τη βελτίωση όσον αφορά τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ασθένειας (Shannon, 2013).

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΩΝ

Σύμφωνα με τους Roman et al. (2012), στο πρόγραμμα άσκησης της έρευνας συμμετείχαν 27 αγγλόφωνοι ασθενείς ηλικίας 18 έως 68 ετών στην πλειοψηφία άνδρες. Έπασχαν από διάφορες μορφές σχιζοφρένειας και ήταν εξωσθενείς. Αρχικά εξετάστηκαν στο ότι είναι ικανοί να ασκηθούν και καταγράφηκαν ορισμένοι σωματομετρικοί και ψυχολογικοί παράγοντες τους. Πιο αναλυτικά έγινε κατάταξη της ψύχωσης τους σύμφωνα με το *Statistical Manual for Mental Disorders* (APA,2000), ερευνήθηκε εάν έγινε κάποια αλλαγή την τελευταία περίοδο στην φαρμακευτική τους αγωγή, καταγράφηκαν οι καρδιακοί σφυγμοί ηρεμίας και σε άσκηση, όπως επίσης και η αρτηριακή πίεση θέλοντας να εξεταστεί αν οι ασθενείς πάσχουν από συμπτώματα υπέρτασης ή υπότασης, καθώς και έγινε διάγνωση για πιθανές ανατομικές και νευρομυϊκές ανωμαλίες κυρίως στην σπονδυλική στήλη. Το πρόγραμμα γυμναστικής που ακολουθήσαν ήταν διάρκειας 16 εβδομάδων. Εμπειρείχε 5 έως 20 λεπτά περπάτημα σε ομαδικό πλαίσιο προσπαθώντας έτσι να αναπτύξουν τις κοινωνικές σχέσεις μεταξύ των ασθενών. Κατά την διάρκεια της άσκησης δινόταν συνεχής ανατροφοδότηση. Μετά το τέλος των προπονήσεων απαντούσαν προσωπικά ημερολόγια τα οποία αφορούσαν τη θεωρία του αυτοκαθορισμού (Hsieh et. al., 2005). Σύμφωνα με δηλώσεις των ασθενών, οι οποίες κατατάχθηκαν σε 5 θεματικές κατηγορίες που αφορούσαν την υγεία, την αυτονομία, την επιδεξιότητα, την κοινωνικότητα και την προσωπική ευεξία, το κομμάτι της κοινωνικοποίησης ήταν το πιο σημαντικό κίνητρο για αυτούς. Επίσης δήλωσαν ότι προτιμούν τα δυναμικά ομαδικά προγράμματα που λαμβάνουν χώρα σε εξωτερικό χώρο. Τέλος τα δεδομένα της έρευνας τονίζουν πως αυξήθηκαν τα εσωτερικά κίνητρα για την εξάσκηση.

Σύμφωνα με τους Shannon et.al (2013), στο πρόγραμμα άσκησης της έρευνας συμμετείχαν 13 σχιζοφρενείς, 7 άνδρες και 6 γυναίκες. Το προγράμματα είχαν διάρκεια 12 εβδομάδες. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς εξασκούσαν για 30 λεπτά στο 50-70% της μέγιστης προσπάθειας τους. Συγκριτικές έρευνες για πριν και μετά την άσκηση παρουσιάζουν βελτίωση της αντοχής, και της αερόβιας κατάστασης των ασθενών. Παρατηρήθηκε επίσης

μείωση του βάρους περίπου στα 3 κιλά, καθώς και μείωση των καρδιακών σφυγμών και της αρτηριακής πίεσης, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση του ρίσκου των καρδιαγγειακών παθήσεων. Στη συγκεκριμένη έρευνα επισημαίνεται η συσχέτιση της παχυσαρκίας με τις εγκεφαλικές διαταραχές, μανιακά επεισόδια και κατάθλιψη, παθήσεις που επηρεάζουν και συνδέονται άμεσα με την σχιζοφρένεια. Η επίδραση της άσκησης στη συνολική υγεία των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της θνησιμότητας είτε από σωματικούς, είτε από ψυχικούς παράγοντες. Οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν την ευεξία που τους προσφέρει η άσκηση και αυξήθηκε η αυτοπεποίθησή τους, αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των κρουσμάτων αυτοκτονίας και τη βελτίωση της γενικής διάθεσής τους, γεγονός πολύ σημαντικό σε ασθενείς με σχιζοφρένεια διότι παρατηρείται φθορά της φαιάς ουσίας του εγκεφάλου (Soreca, 2009).

Σύμφωνα με τους Browne et al. (2016), στο πρόγραμμα άσκησης συμμετείχαν 16 ασθενείς και είχε διάρκεια 10 εβδομάδες. Αρχικά οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε διάφορες σωματικές και ψυχολογικές μετρήσεις, ώστε να τεθούν και οι αντίστοιχοι στόχοι για τον καθένα. Πιο αναλυτικά με σκοπό να ενισχυθεί η αυτονομία των ασθενών ο καθένας είχε ένα βηματομετρητή που του έδινε μηνύματα και τον ενθάρρυνε να φτάσει το ελάχιστο όριο των 2000 βημάτων/ημέρα. Επιπλέον 2 φορές την εβδομάδα συμμετείχαν σε ομαδικούς περίπατους διάρκειας 30 λεπτών όπου είχαν συνεχή ανατροφοδότηση από τους επιβλέποντες. Κατά την διάρκεια της άσκησης προωθούνταν ο διάλογος μεταξύ των συμμετεχόντων για διαφορά θέματα θέλοντας έτσι να αναπτύξουν τις σχέσεις και την κοινωνικότητα τους, όπως επίσης και στο τέλος κάθε προπόνησης γινόταν συζήτηση όπου εκδηλώνονταν εμπειρίες και συναισθήματα που βίωναν οι ασθενείς κατά την διάρκεια της εξάσκησης τους. Κάθε εβδομάδα σύμφωνα με την πρόοδο του κάθε ασθενή ο στόχος διαμορφωνόταν διαφορετικά. Μετά το πέρας το 10 εβδομάδων παρατηρήθηκε ότι ο ημερήσιος στόχος βημάτων είχε φτάσει σε κάποιους μέχρι και στα 10000 βήματα/ημέρα, όπως επίσης οι ασθενείς δήλωσαν ότι είναι πιο ενεργοί στην ζωή τους και το κομμάτι της προπόνησής τους είχε γίνει ρουτίνα, με προτίμηση σε ομαδικούς περίπατους. Σχετικά με τους φυσιολογικούς και ψυχικούς παράγοντες των ασθενών παρατηρήθηκε βελτίωση του βάρους και του BMI τους, μείωση της αρτηριακής πίεσης,

επιπροσθέτως δήλωσαν πιο κοινωνικοί, έτσι αρνητικά συμπτώματα της ασθένειας όπως η ανηδονία, η έλλειψη κοινωνικότητας και βούλησης είχαν ένα ποσοστό μείωσης, όπως επίσης στα θετικά συμπτώματα όπου η αποδιοργανωμένη συμπεριφορά βελτιώθηκε.

Σύμφωνα με τους Kaltsatou et al. (2014), στο πρόγραμμα συμμετείχαν 31 εξασθενείς οι οποίοι είχαν έντονη καθιστική ζωή. Αρχικά αξιολογήθηκαν φυσιολογικοί παράμετροι καθώς και η φαρμακευτική τους αγωγή. Η διεξαγωγή του προγράμματος είχε διάρκεια 16 εβδομάδες όπου οι ασκούμενοι συμμετείχαν για μια ώρα, τρεις φορές εβδομαδιαίως σε πρόγραμμα ελληνικών παραδοσιακών χορών. Η ρουτίνα που ακολουθούν περιελάμβανε 10 λεπτά προθέρμανση κυρίως αερόβια, στη συνέχεια το κυρίως μέρος που ήταν ένα 40λεπτο πρόγραμμα παραδοσιακών χορών με έντονα κομμάτια αναερόβιου χαρακτήρα και τέλος αφιερώνονταν 10 λεπτά σε αποθεραπεία. Κατά την διάρκεια των προγραμμάτων υπήρχε έντονο το αίσθημα της κοινωνικότητας μεταξύ των ασθενών. Μετά το πέρας του προγράμματος, παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της κοινωνικότητας των ασθενών, βελτίωση της γενικής ψυχολογίας τους. Αναλυτικότερα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα της Global Assessment (Startup et al., 2002) ώστε να αξιολογηθούν οι επιπτώσεις στην κοινωνική και επαγγελματική ζωή των ασθενών και κλίμακα αξιολόγησης των θετικών και αρνητικών συμπτωμάτων της ασθένειας. Σχετικά με την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια όπως Quality of Life Enjoyment and Satisfaction. Αναφορικά στους παράγοντες της φυσικής κατάστασης των ασθενών παρατηρήθηκε μείωση του σωματικού βάρους που οφειλόταν στο κομμάτι της υποξίας του χορού. Επιπλέον βελτιώθηκε η δύναμη των ασθενών και ιδιαίτερα το κομμάτι της ισορροπίας, το οποίο εξασκήθηκε από φιγούρες που εκτέλεσαν κατά την διάρκεια του προγράμματος. Στη συγκεκριμένη έρευνα τονίζεται, επίσης, ότι οι παραδοσιακοί χοροί μπορούν να λειτουργήσουν και ως παρεμβατικά προγράμματα θεραπείας για τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια.

Σύμφωνα με τους Κοκαρίδα et al (2013), στην έρευνα που διεξήχθη για την αξιολόγηση της επίδρασης της άσκησης στα άτομα με σχιζοφρένεια, τα οποία χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες (πειραματική, ελέγχου) οι συμμετέχοντες συνολικά ήταν τριάντα εκ των οποίων οι είκοσι άνδρες και οι δέκα γυναίκες, η πλειοψηφία των ασθενών ήταν εσώκλειστοι σε κλινική. Οι

ηλικίες κυμαίνονται από τα τριάντα οκτώ έτη μέχρι τα εξήντα. Το πρόγραμμα είχε διάρκεια οχτώ εβδομάδες και περιλάμβανε τρεις φορές την εβδομάδα προγράμματα εκγύμνασης διάρκειας μιας ώρας. Συγκεκριμένα αποτελούνταν από πέντε λεπτά προθέρμανση που εστίαζε και σε αναπνευστικές ασκήσεις και ευλυγισίας, δεκάλεπτα προγράμματα με περπάτημα, επιπλέον αφιέρωναν εικοσιπέντε λεπτά σε προγράμματα ενδυνάμωσης και ισορροπίας και τέλος το πεντάλεπτο κομμάτι της αποθεραπείας. Με το πέρας της έρευνας το πιο θετικό ήταν πως δεν υπήρξαν περιπτώσεις εγκατάλειψης, όπως συνηθίζεται σε τέτοιους πληθυσμούς (Archie, 2003). Σκοπός της έρευνας ήταν να αναδυθούν θετικά αποτελέσματα ενασχόλησης με την σωματική άσκηση σε συνδυασμό πάντα με την φαρμακευτική αγωγή. Έτσι έχουμε μεγαλύτερα ποσοστά ασθενών, οι οποίοι παραμένουν σωματικά δραστήριοι (Fassino, 2007).

Σύμφωνα με τους Μαγγουρίτσα et al. (2014), το πρόγραμμα αφορούσε τριάντα ασθενείς με σχιζοφρένια που χωρίστηκαν τυχαία σε τρεις ομάδες των δέκα ατόμων (ελέγχου, πειραματική με αμοιβές που συμμετείχε σε προγράμματα άσκησης και πειραματική με αμοιβές παρατήρησης). Στους συμμετέχοντες καταμετρήθηκαν είκοσι άνδρες και δέκα γυναίκες ηλικίας από τρανταχτώ έως εξήντα ενός χρονών, οι οποίοι ήταν εσώκλειστοι ασθενείς σε κλινική. Κύριος στόχος του προγράμματος ήταν να δραστηριοποιηθούν σωματικά οι ασθενείς με σκοπό την αυτοβελτίωση της εικόνας του εαυτού τους καθώς επίσης να αναπτυχθούν θετικές αντιλήψεις γύρω από το κομμάτι της άσκησης, για αυτό το λόγο τα προγράμματα άσκησης συνοδεύονταν από συνεδρίες καθοδήγησης με ειδικούς ψυχολόγους. Το πρόγραμμα της άσκησης είχε διάρκεια 8 εβδομάδες και επαναλαμβάνονταν τρεις φορές την εβδομάδα για 45 λεπτά. Οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν για την αξιολόγηση της Σωματικής Κάθεξης (Body-Cathexis Scale) και για τη μέτρηση της αυτοεκτίμησης (Rosenberg Self-Esteem Scale) μέσω ερωτηματολογίων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι συμμετέχοντες που εστίασαν στην ανάπτυξη και μόνο των θετικών αντιλήψεων στο κομμάτι της άσκησης ανέπτυξαν αντιλήψεις που θα τις εφαρμόσουν και μετά την λήξη του παρεμβατικού προγράμματος συνδυαστικά με την αγωγή τους.

Συμπεραίνουμε, λοιπόν, τις ευεργετικές ιδιότητες της άσκησης τόσο σωματικά, όσο και ψυχικά. Τα γενικά συμπεράσματα των ερευνών δείχνουν ότι η

άσκηση έχει σημαντικά οφέλη ως προς την βελτίωση της ποιότητάς ζωής των ασθενών, προλαμβάνοντας ασθένειες που οφείλονται κυρίως στον συνδυασμό της καθιστικής ζωής και της φαρμακευτικής αγωγής (Roick, 2007). Σε γενικό πλαίσιο παρατηρείται ότι όσο πιο ενδιαφέρον είναι το είδος της άσκησης προς τους ασκούμενους, τόσο πιο εύκολα αναγνωρίζουν τα θετικά οφέλη που τους προσφέρει με αποτέλεσμα να παραμένουν σωματικά δραστήριοι περισσότερο χρόνο (Vancampfort, 2011). Όπως επίσης λειτουργούν ως συμπληρωματικές θεραπείες καθώς βοηθούν στην μείωση των ορισμένων ψυχωτικών συμπτωμάτων. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι να ωθούμε και να προσπαθούμε οι ασθενείς να έχουν ένα ευχάριστο συναίσθημα κατά την διάρκεια και το πέρας της εξάσκησης τους, ώστε να αισθάνονται τα οφέλη της άσκησης και να την θεωρούν μια ευχάριστη διέξοδο. Για αυτούς τους λόγους θα πρέπει να στοχεύουμε στην περισσότερη παραμονή των ασθενών στην άσκηση ώστε να μπορούμε να επενδύσουμε πάνω στα θετικά αποτελέσματα της άσκησης. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως οι έρευνες που εξετάζουν την επίδραση της άσκησης σε συνδυασμό με την φαρμακευτική αγωγή είναι σε πρώιμο στάδιο και υπάρχουν πολλά κομμάτια διερεύνησης (Richardson, 2005).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 17 ασθενείς (12 άνδρες και 5 γυναίκες), οι οποίοι είχαν εμφανίσει συμπτώματα σχιζοφρένειας και νοσηλεύονταν στην ιδιωτική ψυχιατρική κλινική Τρικάλων. Μία φορά την εβδομάδα, οι φοιτητές του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, της ΣΕΦΑΑ Τρικάλων, με ειδικότητα ειδικής αγωγής εφάρμοζαν προγράμματα άσκησης υπό την επίβλεψη του αρμόδιου καθηγητή, όπου οι ασθενείς είχαν την επιλογή να συμμετέχουν. Από τους συμμετέχοντες συστηματικά ενεργοί στα προγράμματα άθλησης ήταν οι 12 ασθενείς.

ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Μετά την έγκριση της πρότασης από την εσωτερική επιτροπή δεοντολογίας της Σχολής Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, η συγγραφέας μαζί με τους αρμόδιους καθηγητές ήρθε σε επαφή

με ιδιωτική ψυχιατρική κλινική και στην συνέχεια παρακολούθησε μερικές προπονητικές μονάδες των ασθενών ως παρατηρήτρια.

Τα προγράμματα που εφαρμόζαν οι φοιτητές διεξάγονταν μια φορά εβδομαδιαίως και ήταν διάρκειας 45 λεπτών. Κάθε φοιτητής είχε στην επίβλεψη του από έναν έως τρεις ασθενείς. Το πρόγραμμα γυμναστικής περιλάμβανε ένα αερόβιο κομμάτι και στη συνέχεια ασκήσεις ενδυνάμωσης του σώματος και πολλές φορές στο τέλος της προπόνησης για αποθεραπεία οι ασθενείς έπαιζαν κάποιο ομαδικό παιχνίδι. Τέλος οι φοιτητές και ο αρμόδιος καθηγητής ενθάρρυναν τους συμμετέχοντες να εφαρμόζουν κομμάτια των προγραμμάτων και μόνοι τους στον ελεύθερο χρόνο τους.

Στην συνέχεια η συγγραφέας οργάνωσε προσωπικές συναντήσεις των 30 λεπτών με τους ασθενείς, όπου τους ενημέρωνε για το θέμα της έρευνας και με συγκατάθεση τους συμπλήρωναν εγκεκριμένα ημερολόγια που αφορούσαν στην καθημερινότητα τους, στους λόγους που εξασκούνται ή όχι, καθώς και στην αξιολόγηση της προόδου τους, σύμφωνα με την θεωρία του αυτοπροσδιορισμού.

Ερωτηματολόγια

1. SIMPLE PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE (SIMPAQ)

Ένα πιθανό πρόβλημα στην εφαρμογή της καθημερινής φυσικής δραστηριότητας σε χώρους ψυχικής υγείας είναι η δυσκολία αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων. Η σωματική δραστηριότητα μπορεί να αξιολογηθεί διπλά, αντικειμενικά και με αυτό-καταγραφή, η διευκόλυνση που παρέχουν τα ερωτηματολόγια, το κόστος και η ακρίβεια είναι παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή συγκεκριμένων νορμών. Υπάρχει μεγάλη ποικιλία στην επιλογή των μετρήσεων, όπως οι ανθρωπομετρικές μέθοδοι και πυκνομετρικές, οι οποίες παρά το γεγονός ότι μεγιστοποιούν την ακρίβεια της μέτρησης δεν είναι χρήσιμες για κλινική ρουτίνα. Οι αντικειμενικές συσκευές παρακολούθησης όπως τα επιταχυνσιόμετρα έχουν χρησιμοποιηθεί εκτενώς για ερευνητικούς σκοπούς σε ψυχιατρικά κέντρα, παρόλα αυτά μπορεί να είναι υπερβολικά ακριβές και κοστοβόρες, ώστε να εξασφαλίζεται η καθημερινή εντατική κλινική χρήση. Τα ερωτηματολόγια που αυτοσυμπληρώνονται παρέχουν μία εφικτή, πιο οικονομική εναλλακτική λύση στο κομμάτι της αντικειμενικής αξιολόγησης με διαφορετικά επίπεδα συμφωνίας και

συσχετισμού των αντικειμενικών κριτηρίων. Οι Soundly et al (2013) διεξήγαγαν μία συνοπτική ανασκόπηση της επιλογής, της χρήσης των ψυχομετρικών ιδιοτήτων της σωματικής άσκησης, που χρησιμοποιήθηκαν σε μελέτες αξιολόγησης της σωματικής δραστηριότητας σε άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια, επισημαίνοντας τους μεθοδολογικούς περιορισμούς σε κάποιες μελέτες και κάνοντας αναφορά στους συντελεστές εγκυρότητας για τα ερωτηματολόγια αυτοέλεγχου. Στην ανασκόπηση εντοπίστηκαν έξι μοναδικά ερωτηματολόγια αυτοελέγχου που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της σωματικής δραστηριότητας σε επτά διαφορετικές μελέτες, όπου οι συμμετέχοντες έπασχαν από ψυχικές ασθένειες. Ο αριθμός των διαφορετικών ερωτηματολογίων που χρησιμοποιούνται τονίζει την απουσία συγκεκριμένης μεθόδου αξιολόγησης και την έλλειψη συμφωνίας μεταξύ των ερευνητών που διερευνούν τη σχέση της φυσικής δραστηριότητας και ψυχικής ασθένειας ως προς το καταλληλότερο ερωτηματολόγιο για χρήση σε ψυχιατρικούς πληθυσμούς, το οποίο περιορίζει και τη σύγκριση μεταξύ των μελετών. Η μέτρηση της σωματικής δραστηριότητας μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από ψυχικές ασθένειες παρουσιάζει μοναδικές προκλήσεις, δεδομένα από πολλές διαφορετικές διαγνώσεις και ένα ευρύ φάσμα από χαρακτηριστικά συμπτώματα διαφόρων ψυχιατρικών ασθενειών. Για παράδειγμα η κλινική μεταβολή στη διάθεση μπορεί να επηρεάζει την ικανότητα να ανταποκρίνεται με ακρίβεια στα ερωτηματολόγια αυτοέλεγχου ειδικά μεταξύ των ατόμων που παρουσιάζουν διακυμάνσεις των συμπτωμάτων, όπως η διπολική διαταραχή. Τα ψυχωτικά συμπτώματα, η αντίληψη των συνθηκών σε υπερβολικό βαθμό, ξεφεύγοντας από τα όρια του φυσιολογικού, τα σοβαρά συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους είναι επίσης πιθανό να επηρεάζουν τη χρησιμότητα των μέτρων του αυτοελέγχου. Δεδομένου ότι η σωματική δραστηριότητα αποτελεί βασική στρατηγική για την πρόληψη της καρδιομεταβολικής νόσου, η οποία είναι κύρια αιτία πρόωρης θνησιμότητας σε άτομα με χρόνιες ψυχικές διαταραχές, απαιτείται επείγοντως να διαμορφώσουμε νέο μέτρο γι' αυτόν τον πληθυσμό.

2. ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΣΤΗΝ ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ.

Τα κίνητρα των συμμετεχόντων για τη συμμετοχή τους σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας αξιολογήθηκαν με τη χρήση του Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire-2 (BREQ-2; Markland and Tobin, 2004) (Moustaka, Vazou et al., 2010). Ζητήθηκε στους συμμετέχοντες να απαντήσουν το BREQ-2 βάσει των λόγων που ασκούνται ή που θα ήθελαν να ξεκινήσουν να συμμετέχουν την άσκηση. Το BREQ-2 μέτρα τέσσερις διαφορετικούς συσχετισμούς ενασχόλησης με την άσκηση (π.χ. εσωτερικούς, εξωτερικούς, βάσει των ενοχών και βάσει των προσωπικών αξιών). Κάθε υποκατηγορία αξιολογήθηκε με βάση τέσσερα στοιχεία, εκτός από την κατηγορία που σχετίζεται με τις ενοχές, η οποία περιλαμβάνει 3 στοιχεία. Παράδειγμα αξιολόγησης για εσωτερικά είναι: " θα ξεκινούσα να συμμετέχω στην φυσική δραστηριότητά γιατί έχει πλάκα", για τα κίνητρα βάσει των προσωπικών αξιών είναι: " εκτιμώ τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας", για κίνητρα βάσει των ενοχών: "αισθάνομαι ενοχές όταν δεν συμμετέχω σε προγράμματα άσκησης", των εξωτερικών ρυθμιστών είναι: " συχνά συμμετέχω σε προγράμματα άσκησης, γιατί οι άλλοι μου λένε ότι θα έπρεπε" και χωρίς κίνητρα : "δεν βλέπω το λόγο να είμαι σωματικά δραστήριος". Όλες οι κατηγορίες αξιολογούνται μεταξύ 0 (όχι απόλυτα) και 4 (απόλυτα σίγουρος).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πίνακας 1. Αξιοπιστία του (Simple Physical Activity Questionnaire-SIMPAQ)

	Cronbach's Alpha
Εξωτερικοί	.61
Ενδοπροβαλλόμενοι	.41
Ταύτισης	.66
Εσωτερικοί	.54
Απουσία Κινήτρου	.73

Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά για τους Συμπεριφορικούς Ρυθμιστές

Ρυθμιστές Συμπεριφοράς	N	Minimum	Maximum	Mean	Standard Deviation
Εξωτερικοί	17	0	12.00	6.00	4.06

Ενδοπροβαλλόμενοι	17	0	9.00	4.47	2.85
Ταύτισης	17	6.00	16.00	11.06	3.17
Εσωτερικοί	17	6.00	15.00	12.06	2.63
Απουσία Κινήτρου	17	4.00	10.00	6.82	1.70

Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά για την Φυσική Δραστηριότητα (Simple Physical Activity Questionnaire-SIMPAQ)

	N	Minimum	Maximum	Mean	Standard Deviation
Simpaq1	17	7.45	10.30	8.76	.88
Simpaq1a	17	20.30	22.45	21.57	.63
Simpaq1b	17	6.00	8.00	6.75	.53
Simpaq2	17	12.00	15.45	19.99	.99
Simpaq2a	17	2.00	14.30	11.95	2.92
Simpaq2b	17	0	3.00	1.51	.98
Simpaq3	17	0	.30	.13	.09
Simpaq3a	17	0	240.00	95.88	72.38
Simpaq4	17	0	.21	.065	.06
Simpaq4b	17	0	40.00	28.24	18.79
Simpaq5	17	0	.30	.07	.10

Στατιστικά σημαντικό: *0.05; **0.01

Πίνακας 4. Συντελεστές Συσχέτισης (Spearman rank order correlation coefficients) μεταξύ Συμπεριφορικών Ρυθμιστών και Φυσικής Δραστηριότητας

	Εξωτερικοί	Ενδοπροβαλλόμενοι	Ταύτισης	Εσωτερικοί	Απουσία Κινήτρου
Simpaq 1	.41	-.52*	-.23	-.13	.19
Simpaq1a	-.16	-.23	-.26	-.01	-.02
Simpaq1b	.49*	-.64**	-.21	-.29	.10
Simpaq2	-.37	.35	.06	.24	-.25
Simpaq2a	-.44	.41	.13	.10	-.19
Simpaq2b	.22	-.13	-.22	.30	-.00
Simpaq3	-.17	.42	.71**	.10	.34
Simpaq3a	-.15	.42	.73**	-.11	.35
Simpaq4	-.15	.18	.46	-.13	-.10
Simpaq4b	.21	-.21	.01	-.25	-.10
Simpaq5	.47	-.29	.51*	-.17	.61**

Στατιστικά σημαντικό: *0.05; **0.01

Αναλύσεις

Σύμφωνα με τις αναλύσεις των συντελεστών συσχέτισης μεταξύ των συμπεριφορών ρυθμιστών και της δραστηριότητας παρατηρήθηκαν ορισμένα

στατιστικά αποτελέσματα ($p < 0.05$). Πιο αναλυτικά, παρατηρούνται δύο αρνητικές συσχετίσεις:

SIMPAQ1 και Ενδοπροβαλλόμενη Παρακίνηση (-.52*), οι δύο μεταβλητές αναφέρονται στο μέσο όρο των ωρών που περνούν οι ασθενείς στο κρεβάτι (Simpraq1) και στις ενοχές του ατόμου, δηλαδή το άτομο νιώθει τύψεις αν χάσει κάποια μέρα άσκησης. Όσο πιο μεγάλος ο μέσος ορός των ωρών που περνάει ο ασθενής στο κρεβάτι, τόσο χαμηλότερο κίνητρο που σχετίζεται με τις ενοχές έχει. Όσο έχει μεγαλύτερο κίνητρο που σχετίζεται με τις ενοχές τόσο μικρότερος και ο μέσος ορός παραμονής στο κρεβάτι.

SIMPAQ1b και Ενδοπροβαλλόμενη Παρακίνηση, (-.64**), οι δύο μεταβλητές αναφέρονται στην ώρα που σηκώνονται οι ασθενείς από το κρεβάτι (Simpraq1b) και στους ρυθμιστές κινητοποίησης που σχετίζονται με τις ενοχές του ατόμου, δηλαδή το άτομο νιώθει τύψεις αν χάσει κάποια μέρα άσκησης. Όσο πιο αργά σηκώνεται από το κρεβάτι τόσο χαμηλότερο κίνητρο που σχετίζεται με τις ενοχές. Όσο περισσότερο κίνητρο που σχετίζεται με τις ενοχές (introjected) έχει, τόσο πιο νωρίς σηκώνεται από το κρεβάτι.

Επιπλέον παρατηρούνται 5 θετικές συσχετίσεις. SIMPAQ1b και Εξωτερική Παρακίνηση (.49*), οι δύο μεταβλητές αναφέρονται στην ώρα που σηκώνονται οι ασθενείς από το κρεβάτι και στους εξωτερικούς ρυθμιστές παρακίνησης του ατόμου, δηλαδή στοχεύουν σε κάποια υλική διάκριση, ή πνευματική διάκριση. Όσο πιο αργά ξυπνάει ο ασθενής το πρωί, τόσο πιο μεγάλο εξωτερικό κίνητρο έχει. Όσο περισσότερο παρακινημένος εξωτερικά είναι ο ασθενής, τόσο πιο αργά ξυπνάει. Όσο λιγότερο είναι παρακινημένος εξωτερικά ο ασθενής, τόσο πιο νωρίς ξυπνάει. Νωρίτερα ξυπνάνε όσοι ασθενείς είναι λιγότερο εξωτερικά παρακινημένοι.

SIMPAQ3 και Παρακίνηση Ταύτισης (.71**), οι δύο μεταβλητές αναφέρονται στις ώρες βάρδιας ανά ημέρα (Simpraq3) και στους ρυθμιστές κινητοποίησης, που σχετίζονται με τις προσωπικές αξίες του ατόμου, άρα οι ίδιοι ασθενείς κατανοούν τα οφέλη της άσκησης για την υγεία τους. Όσο μεγαλύτερος ο μέσος όρος βάρδιας, τόσο πιο πολύ είναι ανεπτυγμένο το κίνητρο που σχετίζεται με τις προσωπικές αξίες. Όσο περισσότερο ανεπτυγμένο είναι το κίνητρο που σχετίζεται με τις προσωπικές αξίες τόσο μεγαλύτερος και ο μέσος όρος βάρδιας ανά ημέρα. Όσο λιγότερο ο ασθενής

είναι παρακινημένος με βάση τις προσωπικές του αξίες, τόσο μικρότερος και ο μέσος όρος ωρών βάδισης ανά ημέρα. Όσο μικρότερος ο μέσος όρος βαδιστής ανά ημέρα, τόσο λιγότερο παρακινημένος είναι από τις προσωπικές του αξίες ο ασθενής.

SIMPAQ3A και Παρακίνηση Ταύτισης (.73**), οι δύο μεταβλητές σχετίζονται με τις ώρες που αφιερώνει ο ασθενής σε άλλες δραστηριότητες (Simpaq3a) και στους κινητήριους ρυθμιστές, που σχετίζονται με τις προσωπικές αξίες του ατόμου, άρα οι ίδιοι ασθενείς κατανοούν τα οφέλη της άσκησης για την υγεία τους. Όσο μεγαλύτερος ο μέσος όρος των ωρών που αφιερώνει ο ασθενής σε άλλες δραστηριότητες, τόσο περισσότερο είναι παρακινημένος από τις προσωπικές του αξίες. Όσο περισσότερο ο ασθενής είναι παρακινούμενος από τις προσωπικές του αξίες, τόσο περισσότερες ώρες αφιερώνει σε άλλες δραστηριότητες. Όσο λιγότερο χρόνο αφιερώνει σε άλλες δραστηριότητες, τόσο λιγότερο είναι παρακινημένος βάση των προσωπικών του αξιών. Όσο λιγότερο είναι παρακινούμενος, βάση των προσωπικών του αξιών, τόσο λιγότερο χρόνο αφιερώνει σε άλλες φυσικές δραστηριότητες.

SIMPAQ5 και Παρακίνηση Ταύτισης (.51*), οι δύο μεταβλητές αναφέρονται στο μέσο όρο των ωρών που αφιερώνουν σε άλλες φυσικές δραστηριότητες ανά εβδομάδα (Simpaq5) και στους κινητήριους ρυθμιστές, που σχετίζονται με τις προσωπικές αξίες του ατόμου, δηλαδή οι ίδιοι ασθενείς κατανοούν τα οφέλη της άσκησης για την υγεία τους. Όσο μεγαλύτερος ο μέσος όρος των ωρών που αφιερώνει σε λοιπές φυσικές δραστηριότητες, ο ασθενής, ανά εβδομάδα, τόσο περισσότερο είναι παρακινημένος βάση των προσωπικών του αξιών. Όσο περισσότερο ο ασθενής είναι παρακινημένος βάσει των προσωπικών του αξιών, τόσο περισσότερες ώρες αφιερώνει σε άλλες φυσικές δραστηριότητες ανά εβδομάδα. Όσο λιγότερο ο ασθενής είναι παρακινημένος βάση των προσωπικών του αξιών, τόσο λιγότερες ώρες αφιερώνει την εβδομάδα σε άλλες φυσικές δραστηριότητες. Όσο λιγότερο χρόνο ο ασθενής αφιερώνει σε άλλες φυσικές δραστηριότητες, ανά εβδομάδα, τόσο λιγότερο είναι παρακινημένος βάση των προσωπικών του αξιών.

SIMPAQ5 και Απουσία Κινήτρου (.61*), οι δύο μεταβλητές αναφέρονται στο μέσο όρο των ωρών που αφιερώνουν οι ασθενείς σε άλλες φυσικές δραστηριότητες ανά εβδομάδα (Simpaq5) και στους ασθενείς της κατηγορίας,

που δεν έχουν κάποιο κίνητρο παρακίνησης, ώστε να συμμετέχουν σε προγράμματα φυσικής δραστηριότητας. Οι ασθενείς που δεν έχουν κίνητρο αφιερώνουν λιγότερες ώρες ανά εβδομάδα σε άλλες φυσικές δραστηριότητες. Ο μέσος όρος των ωρών, που αφιερώνουν οι ασθενείς χωρίς κίνητρο σε άλλες δραστηριότητες είναι πολύ μικρός

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία που παρατέθηκε στην εισαγωγή της παρούσας μελέτης, για να αξιολογηθούν τα ευρήματα των ερευνών οι ασθενείς πριν την έναρξη των προγραμμάτων άσκησης πραγματοποιούν κάποιες εξετάσεις σχετικά με τα σωματομετρικά και ψυχολογικά χαρακτηριστικά τους, των οποίων τα ευρήματα συγκρίνονται με αντίστοιχες εξετάσεις μετά το πέρας των προγραμμάτων. Σε γενικό πλαίσιο παρατηρείται η μείωση του βάρους, σε συνδυασμό με την μείωση των καρδιακών σφυγμών ηρεμίας που έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή καρδιαγγειακών παθήσεων. Η γενική υγεία των ασθενών επιβαρύνεται λόγω των αυξημένων ποσοστών παχυσαρκίας, στα οποία οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι πιο επιρρεπείς. Στο ψυχολογικό κομμάτι παρατηρείται η αύξηση της αυτοπεποίθησης και της γενικής εικόνας του σώματος τους καθώς και βελτίωση της διάθεσης, γεγονός που μπορεί να αποτρέψει κρούσματα αυτοκτονίας και μείωση ποσοστών κατάθλιψης που είναι ένα συχνό φαινόμενο σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Σύμφωνα με τις αξιολογήσεις που έγιναν παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες αυξάνουν τα εσωτερικά τους κίνητρα και αναγνωρίζουν την χαρά της συμμετοχής στην άσκηση, θεωρία που επιβεβαιώνεται από το ότι σημειώθηκε αύξηση της κοινωνικότητας και οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι προτιμούν την συμμετοχή σε ομαδικά προγράμματα.

Ένα πολύ υσοσχόμενο εργαλείο αξιολόγησης της φυσικής δραστηριότητας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη είναι το SIMPAQ. Ο λόγος είναι ότι θεωρείται αξιόπιστο και ειδικά σε κλινικούς πληθυσμούς είναι γιατί μέσω μεθοδολογικών περιορισμών μπορεί να δώσει έγκυρα αποτελέσματα, τα οποία μάλιστα επαληθεύονται. Επιπλέον σχετικά με άλλες μεθόδους αξιολόγησης το κόστος εφαρμογής του είναι πολύ μικρό. Στα

θετικά στοιχεία που συμβάλλουν στην προτίμηση του είναι ο μικρός χρόνος εφαρμογής του. Τέλος, είναι εύκολα διαχειρίσιμο από ασθενείς και αξιολογητές πράγμα εξαιρετικά σημαντικό για χώρους που συνεργάζονται με ασθενείς. Εν κατακλείδι, το συγκεκριμένο μέσο επιλέγεται για τους παραπάνω λόγους.

Η ανάλυση των δεδομένων της παρούσας μελέτης οδηγεί στην ερμηνεία των παρακάτω: Σύμφωνα με την πρώτη αρνητική συσχέτιση, μεταξύ του Simraq1 και την Ενδοπροβαλλόμενη Παρακίνηση, παρατηρούμε ότι ο χρόνος παραμονής στο κρεβάτι είναι άμεσα συνδεδεμένος με το ποσοστό κινητοποίησης του ασθενή. Συμπεραίνουμε, δηλαδή, πως όσο μεγαλύτερος ο χρόνος παραμονής των ασθενών στο κρεβάτι, τόσο μικρότερο κίνητρο παρακίνησης που σχετίζεται με τις ενοχές έχουν.

Προτείνεται, βάσει των παραπάνω συμπερασμάτων, οι καθηγητές Φυσικής Αγωγής που δραστηριοποιούνται σε κλινικούς χώρους να τείνουν να καλλιεργούν ως ρυθμιστή κινητοποίησης τις ενοχές, γιατί δίνει κίνητρα άσκησης στους ασθενείς να είναι φυσικά δραστήριοι.

Σύμφωνα με την δεύτερη αρνητική συσχέτιση, μεταξύ του Simraq1b και την Ενδοπροβαλλόμενη Παρακίνηση, παρατηρούμε πως η ώρα που σηκώνονται οι ασθενείς από το κρεβάτι σχετίζεται από τον ρυθμιστή παρακίνησης του ασθενή. Συμπεραίνουμε λοιπόν, πως πιο αργά σηκώνονται από το κρεβάτι οι ασθενείς που έχουν χαμηλότερο ποσοστό κινητοποίησης στις ενοχές.

Οι γυμναστές κλινικών πληθυσμών θα πρέπει να δίνουν ερεθίσματα βάσει του ρυθμιστή κινητοποίησης των ενοχών, διότι παρατηρούμε ότι υπάρχει ανταπόκριση στην αλλαγή νοοτροπίας των ασθενών στο κομμάτι της φυσικής δραστηριότητας.

Εν κατακλείδι, παρατηρούμε πως οι αρνητικές συσχετίσεις του Simraq1 και 1b με την Ενδοπροβαλλόμενη Παρακίνηση, σχετικά με τον χρόνο παραμονής και την ώρα που σηκώνονται από το κρεβάτι σχετίζεται από τον ρυθμιστή παρακίνησης που είναι συνδεδεμένος με τις ενοχές. Όσο μειωμένο το ποσοστό παρακίνησης, τόσο αυξάνονται οι ώρες κατάκλισης των ασθενών.

Προτείνουμε σε γυμναστές ασθενών με ψυχικά νοσήματα να προσπαθούν να ενεργοποιούν ερεθίσματα σχετικά με τις ενοχές των

ασθενών, ώστε να είναι περισσότερη ώρα δραστήριοι μέσα στην ημέρα τους. Βλέπουμε πως υπάρχει ανταπόκριση στην κινητοποίηση των ασθενών, πράγμα που είναι θετικό για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους σε σωματικό και ψυχικό επίπεδο.

Σύμφωνα με την τρίτη θετική συσχέτιση, μεταξύ του Simpraq1b και την Εξωτερική Παρακίνηση, παρατηρούμε πως το ποσοστό της εξωτερικής παρακίνησης των ασθενών είναι συνδεδεμένο με την ώρα που σηκώνονται από το κρεβάτι. Καταλήγουμε λοιπόν, πως νωρίτερα θα σηκωθούν οι ασθενείς με μικρότερο ποσοστό εξωτερικής παρακίνησης, καθώς επίσης και πως θα σηκωθούν αργότερα όσο ασθενείς έχουν αυξημένο ποσοστό εξωτερικής παρακίνησης.

Οι καθηγητές Φυσικής Αγωγής πρέπει να κατανοήσουν, πως σύμφωνα με τα παραπάνω η κινητοποίηση ασθενών βάσει εξωτερικών ρυθμιστών παρακίνησης μπορεί να αυξήσει την δραστηριοποίηση των ασθενών ώστε να σηκωθούν νωρίτερα από το κρεβάτι αλλά, δεν είναι η ιδανικότερη μορφή παρακίνησης, ώστε να είναι από μόνοι τους δραστήριοι οι ασθενείς. Παρόλα αυτά, υπάρχουν περιπτώσεις που αυτός ο ρυθμιστής παρακίνησης είναι ο καταλληλότερος.

Σύμφωνα με την τέταρτη θετική συσχέτιση μεταξύ του Simpraq3 και την Παρακίνηση Ταύτισης, παρατηρούμε την σύνδεση που έχουν οι ρυθμιστές κινητοποίησης, που σχετίζονται με τις προσωπικές αξίες των ασθενών, στον μέσο όρο των ωρών βάρδιας κάθε εβδομάδα, δηλαδή, όσο μεγαλύτερος είναι ο μέσος όρος βάρδιας ανά εβδομάδα παρατηρούμε και μεγαλύτερο ποσοστό παρακίνησης που σχετίζεται με τις προσωπικές αξίες και αντιθέτως, όσο μικρότερος ο μέσος όρος βάρδιας των ασθενών, τόσο μικρότερος ο ρυθμιστής παρακίνησης που σχετίζεται με τις προσωπικές αξίες.

Ο ρυθμιστής παρακίνησης που σχετίζεται με τις προσωπικές αξίες του ατόμου παρατηρούμε, πως είναι ένας ισχυρός ρυθμιστής κινητοποίησης των ασθενών. Αυτό, καλό θα ήταν να το έχουν υπόψιν τους οι καθηγητές Φυσικής Αγωγής, ώστε να δίνουν τα κατάλληλα ερεθίσματα.

Σύμφωνα με την πέμπτη θετική συσχέτιση μεταξύ του Simpraq3a και την Παρακίνηση Ταύτισης, τονίζουμε το κατά πόσο συνδέεται η ενασχόληση με άλλες δραστηριότητες και το ποσοστό παρακίνησης που σχετίζεται με τις προσωπικές αξίες του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούμε περισσότερη

ενασχόληση με άλλες δραστηριότητες, στους ασθενείς με αυξημένο το κίνητρο που σχετίζεται με τις προσωπικές αξίες και αντίθετα παρατηρούμε μικρότερη ενασχόληση με λοιπές δραστηριότητες σε ασθενείς με μικρά ποσοστά παρακίνησης, σχετικά με τις προσωπικές τους αξίες.

Σύμφωνα με την έκτη θετική συσχέτιση, μεταξύ του Simpaq5 και Παρακίνηση Ταύτισης, τονίζεται πως ο μέσος όρος των ωρών ενασχόλησης με άλλες φυσικές δραστηριότητες εβδομαδιαίως, έχει σχέση σημαντικά από το ποσοστό παρακίνησης που σχετίζεται με τις προσωπικές αξίες του ατόμου.

Οι γυμναστές που δραστηριοποιούνται σε κλινικούς χώρους θα πρέπει να παρακινούν και να δίνουν τα κατάλληλα ερεθίσματα στους ασθενείς-ασκούμενους τους βάσει του παραπάνω ρυθμιστή, με σκοπό να κατανοήσουν τα οφέλη της άσκησης και να τα θεωρούν κομμάτι της καθημερινότητας τους. Με αυτό τον τρόπο στοχεύουμε στην δια βίου άσκηση και συστηματική κινητοποίηση των ασθενών.

Εν κατακλείδι, ο μέσος των ωρών που αφιερώνουν σε λοιπές δραστηριότητες είναι αυξημένος σε ασθενείς με αυξημένο το ποσοστό παρακίνησης που σχετίζεται με τις προσωπικές αξίες του ατόμου και από την άλλη μεριά, παρατηρούμε μικρότερο μέσο όρο των ωρών ενασχόλησης με άλλες δραστηριότητες εβδομαδιαίως σε ασθενείς με μικρότερο ποσοστό κινητοποίησης που σχετίζεται με τις προσωπικές αξίες του ατόμου.

Με λίγα λόγια ασθενείς που έχουν μεγάλα ποσοστά κινητοποίησης βάσει των προσωπικών αξιών έχουν αυξημένα ποσοστά του μέσου όρου των ωρών που αφιερώνουν σε βόλτα και σε άλλα είδη φυσικών δραστηριοτήτων σε εβδομαδιαίο επίπεδο. Συμπερασματικά, οι ασθενείς που εκτιμούν τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας και τα θεωρούν αναπόσπαστο της καθημερινότητας τους, παραμένουν περισσότερο χρόνο σωματικά δραστήριοι.

Σύμφωνα με την έβδομη συσχέτιση, μεταξύ του Simpaq5 και την Απουσία Κινήτρου, συγκρίνουμε το πως ο μέσος όρος των ωρών ενασχόλησης με άλλες δραστηριότητες επηρεάζεται από το αν υπάρχει ή όχι ρυθμιστής κινητοποίησης. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, πως ο μέσος όρος των ωρών που οι ασθενείς ασχολούνται με άλλες δραστηριότητες εβδομαδιαίως είναι σημαντικά μειωμένος, όταν οι ασθενείς ανήκουν στην κατηγορία όπου δεν έχουν κάποιο κίνητρο παρακίνησης.

Στοχεύοντας, πάντα, στην έναρξη και την διατήρησης της δραστηριοποίησης των ασθενών, οι καθηγητές Φυσικής Αγωγής, θα πρέπει να μεριμνήσουν ώστε να εκμαιεύουν και να καλλιεργούν τα κατάλληλα ερεθίσματα κινητοποίησης των ασθενών. Βασικό μέλημα θα πρέπει να είναι όχι μόνο η μεμονωμένη, ή η ανά αραιά διαστήματα συμμετοχή αλλά η συστηματική φυσική δραστηριότητα. Ιδανικό θα ήταν το γεγονός οι ασθενείς να κατανοήσουν τα γενικά οφέλη της άσκησης, έτσι ώστε, να ασκούνται και μόνοι τους χωρίς την παρουσία γυμναστή, ακολουθώντας όμως πάντα, τις οδηγίες που έχουν λάβει από τον γυμναστή και τον γιατρό τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, 4th Edition, Washington DC.

American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association, 4th edition, Washington DC.

American Psychiatric Association (APA) (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association, 5th edition, Washington DC.

Archie, W., Wilson, J.H., Osborne, S., Hobbs, H. and McNiven, J. (2003). Pilot study: access to fitness facility and exercise levels in olanzapine-treated patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 628-632.

Bond, D.J., Lang, D.J., Noronha, M.M., Kunz, M., Torres, I.J., Su, W., Honer, W.G., Lam, R.W., Yatham, L.N. (2011). The association of elevated body mass index with reduced brain volumes in first-episode mania. *Biological Psychiatry*, 70, 381–387.

Bowie, C. R., Leung, W. W., Reichenberg, A., McClure, M. M., Patterson, T. L., Heaton, R. K., & Harvey, P. D. (2008). Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. *Biological Psychiatry*, 63(5), 505–511.

Browne, J., Penn, DL. Battaglini, CL., Ludwig, K. (2016). Work out by Walking: A Pilot Exercise Program for Individuals With Schizophrenia

Spectrum Disorders. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 204(9):651-657.

Chamove AS. (1986). Positive short-term effect of activity on behaviour in chronic schizophrenic patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 25,125-133.

Compton, MT., Daumit, GL., Druss, BG. Cigarette smoking and overweight/obesity among individuals with serious mental illnesses: A preventive perspective. *Harvard Review of Psychiatry* 2006;14, 212-222.

Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press, New York.

Deci, E.L. (1985). *Instinct motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press, New York.

Fassino, S., Amianto, F., Abbate Daga, G. and Leombruni, P. (2007). Personality and psychopathology correlates of dropout in an outpatient psychiatric service, *Panminerva Med.*, 49(1), 7-15.

Faulkner, G., Taylor, A., Munro, S., Selby P., Gee, C. (2007). The acceptability of physical activity programming within a smoking cessation service for individuals with severe mental illness. *Patient Educ. Couns.*, 66, 123–126.

Fogarty, M., Happell, B. and Pininkahana, J. (2004). The benefits of an exercise program for people with schizophrenia: A pilot study. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 28, 173-176.

Gejman, P. V., Sanders, A. R., & Kendler, K. S. (2011). Genetics of schizophrenia: New findings and challenges. *Annual Review of Genomics and Human Genetics*. doi: 10.1146/annurev-genom-082410-101459.

Gledhill, N., Jamnik, V. (2003). *Canadian Physical Activity, Fitness and Lifestyle Approach*. 3rd. Canadian Society for Exercise Physiology, Ottawa, Canada.

Hsieh, H.F., Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687.

Kaltsatou, A. C., Kouidi, E. I., Anifanti, M. A., Douka, S. I., & Deligiannis, A. P. (2014). Functional and psychosocial effects of either a traditional dancing or a formal exercising training program in patients with chronic heart failure: a comparative randomized controlled study. *Clinical Rehabilitation*, 28(2), 128-138.

Kokaridas, D., Maggouritsa, G., Stoforos, P., Patsiaouras, A., theodorakis, Y., Diggelidis, N. (2013). The effect of a token economy system program and physical activity on improving quality of life of patients with schizophrenia: a pilot study. *American journal of Applied Psychology*, 2, 6, 80-88.

Laursen, T.M., Munk-Olsen, T., Vestergaard, M. (2012). Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiatry*, 25, 83–88. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835035ca.

Maggouritsa, G., Kokaridas, D., Theodorakis, I., Patsiaouras, A., Mouzas, O., Dimitrakopoulos, S., & Diggelidis, N. (2014). The effect of a physical activity programme on improving mood profile of patients with schizophrenia. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12(3), 273-284

Moustaka, F. C., Vlachopoulos, S. P., Vazou, S., Kaperoni, M., Markland,

D. A. (2010). Initial Validity Evidence for the Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire-2 Among Greek Exercise Participants. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(4), 269-276.

Morres, I, Stathi, A., Martinsen, E.W., Sorensen, M. (2014). Physical exercise and majordepressing disorder in adult patients. In: Papaioannou AG, Hackford D, eds. *Routledge Companion to Sport and Exercise Psychology: Global perspectives and fundamental concepts*. London, Taylor & Francis, 823-834.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000a). Self-determination theory and facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Phychologist*, 55, 68-78.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000b). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.

Soreca, I., Rosano, C., Jennings, J.R., Sheu, L.K., Kuller, L.H., Matthews, K.A., Aizenstein, H.J., Gianaros, P.J. Gain in adiposity across 15 years is associated with reduced gray matter volume in healthy women. (2009) *Psychosom. Med.*, 71, 485–490. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181a5429d.

Startup, M., Jackson, MC., and Bendix, S. (2002). The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Clin Psychol*, 41 (Pt 4), 417–422.

Vancampfort, D., Probst, M., Sweers, K., Maurissen, K., Knapen, J., De Hert, M. (2011). Relationships between obesity, functional exercise capacity, physical activity participation and physical self-perception in people with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 123, 423–430.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press, Princeton, NJ.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self –image (Rev.ed.)*. Wesleyan University Press, Middletown, CT.

Roick, C., Fritz-Wieacker, A., Matschinger, H., Heider, D., Schindler, J., Riedel- Heller, S. and Angermeyer, MC. (2007). Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 268–276.

Richardson, G., Faulkner, J., McDevitt, G., Skrinar, D., Hutchinson and J. Piette, “Integrating physical activity into mental health services for individuals with serious mental illness”, *Psychiatric Services*, 56(3), 2005, 324–331.

Warren, JM., Ekelund, U., Besson, H., Mezzani, A., Geladas, N., Vanhees, L. (2010). Assessment of physical activity, a review of methodologies with reference to epidemiological research: a report of the exercise physiology section of the European Association of Cardiovascular Prevention and

Rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation*, 17(2), 127-139.

Strath, S.J., Kaminsky, L.A., Ainsworth, B.E., et al. (2013). Guide to the Assessment of Physical Activity: Clinical and Research Applications A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 128(20), 2259-2279.

Soundy, A., Roskell, C., Stubbs, B., Vancampfort, D. (2013). Selection, Use and Psychometric Properties of Physical Activity Measures to Assess Individuals with Severe Mental Illness; a Narrative Synthesis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28, 2, 135-151.

Vancampfort, D., Correll, C.U., Probst, M., et al. (2013). A review of physical activity correlates in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 285-291.

Behavioral Regulation for Exercise

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τους λόγους για τους οποίους θα ξεκινούσες να γυμνάζεσαι. Σημειώστε κατά πόσο οι δηλώσεις ισχύουν για σένα κυκλώνοντας έναν αριθμό για κάθε δήλωση.

Παράδειγμα:		Σίγουρα Όχι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η	Ναι	Σίγουρα ναι
Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι για να βελτιώσω την υγεία μου.		0	1	2	3	4
1	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή λένε πως πρέπει.	0	1	2	3	4
2	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή αισθάνομαι ενοχές που δεν γυμνάζομαι.	0	1	2	3	4
3	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή εκτιμώ τα οφέλη της γυμναστικής.	0	1	2	3	4
4	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή είναι διασκεδαστικό.	0	1	2	3	4
5	Δεν βλέπω γιατί πρέπει να γυμνάζομαι.	0	1	2	3	4
6	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή οι άλλοι (φίλοι, οικογένεια, σύντροφος, γιατρός) λένε πως πρέπει.	0	1	2	3	4
7	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή αισθάνομαι άσχημα που δεν το κάνω.	0	1	2	3	4
8	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή είναι σημαντικό για μένα να γυμνάζομαι συστηματικά.	0	1	2	3	4
9	Δεν βλέπω τον λόγο γιατί θα πρέπει να μπαίνω στον κόπο να γυμνάζομαι.	0	1	2	3	4
10	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή θα το ευχαριστιόμουν	0	1	2	3	4

Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή ...		Σίγουρα όχι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρη/ος	Ναι	Σίγουρα Ναι
11	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή οι άλλοι δεν θα ήταν ευχαριστημένοι μαζί μου εάν δεν το έκανα.	0	1	2	3	4
12	Δεν βρίσκω νόημα στο να γυμνάζομαι.	0	1	2	3	4
13	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή αισθάνομαι σαν αποτυχία το γεγονός ότι δεν γυμνάζομαι.	0	1	2	3	4
14	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή είναι σημαντικό για μένα να κάνω την προσπάθεια να γυμνάζομαι.	0	1	2	3	4
15	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή θεωρώ ότι η γυμναστική είναι μία ευχάριστη δραστηριότητα.	0	1	2	3	4
16	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή αισθάνομαι πίεση από τους άλλους (φίλοι, οικογένεια, σύντροφος, γιατρός) να γυμνάζομαι.	0	1	2	3	4
17	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή νιώθω γεμάτος ενέργεια που θέλω να εκτονώσω.	0	1	2	3	4
18	Θα ξεκινούσα να γυμνάζομαι επειδή θα αντλήσω ευχαρίστηση και ικανοποίηση από την γυμναστική.	0	1	2	3	4
19	Νομίζω πως η γυμναστική είναι χάσιμο χρόνου.	0	1	2	3	4



Κωδικός

Ημερομηνία

Simple Physical Activity Questionnaire (SIMPAQ)

Εισαγωγή: Θα σας ρωτήσω για το τί κάνετε τις **τελευταίες εφτά ημέρες**, συμπεριλαμβανομένου του χρόνου που περάσατε στο κρεβάτι καθισμένος ή ξαπλωμένος, ή που περπατήσατε, ασκηθήκατε, κτλ.

- 1A. Τί ώρα συνήθως πήγατε για ύπνο τις τελευταίες εφτά ημέρες;
Μεταξύ _____ και _____ μμ;

Απάντηση: _____ πμ/μμ

1. Μέσος όρος ωρών
την εβδομάδα στο
κρεβάτι ανά νύχτα:

- 1B. Τί ώρα συνήθως σηκωθήκατε από κρεβάτι τις τελευταίες εφτά ημέρες;

Απάντηση: _____ πμ/μμ

- 2A. Άρα, απομένουν περίπου _____ ώρες καθημερινά εκτός κρεβατιού. Από αυτές τις _____ ώρες, πόσο χρόνο ήσασταν καθισμένος ή ξαπλωμένος, όπως όταν τρώτε, διαβάζετε, βλέπετε τηλεόραση ή χρησιμοποιείτε υπολογιστή ή το τηλέφωνο; *Είτε στην εργασία, στην μετακίνηση, στην αναψυχή ή στο σπίτι;*

Απάντηση: _____ ώρες _____ λεπτά / ημέρα

2A. Μέσος όρος ωρών
καθιστικής ζωής ανά
ημέρα:

- 2B. Πόσο από τον παραπάνω χρόνο κοιμόσαστε μέσα στην ημέρα;

Απάντηση: _____ ώρες _____ λεπτά / ημέρα

3. Απομένουν περίπου _____ ώρες καθημερινά για άλλες δραστηριότητες. Ποιές ημέρες τις τελευταίες 7ημέρες περπατήσατε για να γυμνασθείτε ή για αναψυχή ή για να πάτε και επιστρέψετε από ένα μέρος σε ένα άλλο; Πόσα λεπτά συνήθως περπατήσατε αυτές τις ημέρες;

Δευτέρα	Τρίτη	Τετάρτη	Πέμπτη	Παρασκευή	Σάββατο	Κυριακή

3. Μέσος όρος ωρών
βάδισης ανά ημέρα:

- 4A. Τώρα σκεφτείτε οποιαδήποτε άσκηση και σπορ που κάνετε, όπως ελαφρύ τροχάδην, τρέξιμο, κολύμπι, ποδήλατο, στο γυμναστήριο, γιόγκα, _____ (πχ.1) ή _____ (πχ.1) (δές βοήθημα). Ποιές ημέρες τις προηγούμενες 7ημέρες κάνατε κάποια από αυτά τα είδη άσκησης/σπορ ή κάτι παρόμοιο;

- 4B. Τι είδους άσκηση ή σπορ κάνατε και πόσο χρόνο αφιερώσατε την φορά ανά ημέρα;

	Άσκηση ή Σπορ και ένταση (0-10)	Αριθμός συνεδριών	Λεπτά	Σύνολο
πχ	Άσκηση με βάρη (5/10); τένις (9/10)	1;1	15; 50	65
Δευτέρα				
Τρίτη				
Τετάρτη				
Πέμπτη				
Παρασκευή				
Σάββατο				
Κυριακή				
	Σύνολο			

4. Μέσος όρος ωρών
άσκησης/σπορ ανά
ημέρα:

5. Τώρα σκεφτείτε οποιαδήποτε άλλη φυσική δραστηριότητα την οποία κάνατε ως μέρος της εργασίας σας, ή δραστηριότητα που κάνατε στο σπίτι όπως κηπουρική, γλάστρες, ή οικιακές εργασίες. Πόσα λεπτά αφιερώσατε σε αυτές τις δραστηριότητες τις περισσότερες ημέρες; *Δεν συμπεριλαμβάνουμε το περπάτημα, άσκηση ή σπορ.*

Απάντηση: _____ λεπτά / ημέρα

5. Μέσος όρος ωρών
άλλων φυσικών
δραστηριοτήτων ανά
ημέρα: