

Ελληνικό Περιοδικό
Διοίκησης
Αθλητισμού & Αναψυχής

Hellenic Journal
of Sport & Recreation
Management

2013
Volume 10 (2), 1 - 19



Ελληνικό Περιοδικό Διοίκησης Αθλητισμού & Αναψυχής
τόμος 10 (2), 1 - 19
Δημοσιεύτηκε: Δεκέμβριος, 2013

Hellenic Journal of Sport & Recreation Management
Volume 10 (2), 1 - 19
Released: December, 2013



Ελληνική Εταιρία
Διοίκησης Αθλητισμού

Hellenic Association
for
Sport Management

<http://www.elleda.gr>
ISSN 1791-6933



Διερεύνηση του επιπέδου Ποιότητας ζωής στην Ελλάδα κατά την οικονομική κρίση της περιόδου 2010-2011

Σπυρίδων Δημοσχάκης & Χαρίλαος Κουθούρης
Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση πιθανής αλληλεπίδρασης μεταξύ του επιπέδου ποιότητας ζωής των Ελλήνων πολιτών και ποικίλων κοινωνικο-οικονομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης 2010-2011. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 995 κάτοικοι των πόλεων Αθηνών και Θεσσαλονίκης ηλικίας 18 ετών έως 66 ετών, εκ των οποίων το 50.55% ήταν άντρες και το 49.45% ήταν γυναίκες. Για την αξιολόγηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. Τα αποτελέσματα της έρευνας υποστήριξαν ότι το επίπεδο ποιότητας ζωής των Ελλήνων πολιτών ήταν υψηλό ($M.O=71.83$ & $SD=19.97$), ωστόσο καταγράφηκε ότι ποσοστό 40% των πολιτών ήταν υπέρβαρα άτομα. Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ του δείκτη μάζας σώματος και του συνολικού επιπέδου ποιότητας ζωής ($p<.05$), ενώ αντίθετα σημειώθηκε υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της σωματικής υγείας και της ψυχικής υγείας ($p<.05$) των συμμετεχόντων. Επίσης, υποστηρίχθηκε ότι πιθανή περαιτέρω οικονομική ύφεση για τα επόμενα έτη στην Ελλάδα θα επηρεάσει αρνητικά τη συμμετοχή των πολιτών σε αθλητικές δραστηριότητες και δράσεις κινητικής αναψυχής.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα ζωής, BMI, εκπαιδευτικό επίπεδο, οικονομική κρίση, αθλητικές δραστηριότητες

Ηλεκτρονική διεύθυνση επικοινωνίας: melikertis@yahoo.gr

Hellas 2010-2011: Economic crisis and Quality of Life

Spyridon Dimoschakis & Charilaos Kouthouris
Department of Physical Education & Sport Sciences, University of Thessaly

Abstract

The aim of the present study was to investigate possible interactions between Greek citizen's quality of life and various socioeconomic and demographic characteristics, during the severe economic crisis of 2010-2011. The sample of the research consisted of 995 residents of Athens and Thessaloniki cities, aged between 18 and 66 years old. The 50.55% of the sample were men and the 49.45% were women. For the evaluation of quality of life factors was used the Short-Form of SF-36 Health Survey. The results of the study showed that the quality of life level was high ($M=71.83$ and $SD=19.97$), while 40% of the Greek citizens were over weighted. Also results supported a negative correlation between BMI and the total level of Quality of Life ($p<.05$). Contrary a positive correlation was

supported between Quality of Life and physical health and the mental health ($p < .05$). Finally, further possible recession in the next years could affect negatively citizen's participation in physical and sport recreation activities

Key words: quality of life, BMI, educational level, economic crisis, sport recreation activities

e - mail: melikertiis@yahoo.gr

Εισαγωγή

Οι ρυθμοί ζωής επιταχύνονται και πλέον ο άνθρωπος για να προλάβει να διεκπεραιώσει της καθημερινές του υποχρεώσεις, αφήνει κατά μέρους βασικές λειτουργικές ανάγκες για τον οργανισμό του όπως είναι η ξεκούραση (ύπνος) και η φυσική δραστηριότητα. Την ποιότητα διατροφής του την έχει ήδη υποβαθμίσει. Αποτέλεσμα η παχυσαρκία, η οποία έχει εξελιχθεί ως η πρώτη μάστιγα των ανεπτυγμένων χωρών, μιας και λόγω αυτής έχουμε ως παράγωγα πάρα πολλές παθήσεις όπως σακχαρώδη διαβήτης, καρδιοαναπνευστικά προβλήματα κ.ά. Σε αυτό λοιπόν το πλαίσιο και λαμβάνοντας υπόψη τη διεθνή συγκυρία που ονομάζεται οικονομική κρίση, η οποία πλήττει και την Ελλάδα μαζί με ολόκληρη την Ευρώπη, ερευνήθηκε η ποιότητα ζωής και το πώς επιδρά με βάση την οικονομική κρίση και πώς επηρεάζονται-συσχετίζονται με τα κοινωνικο- δημογραφικά χαρακτηριστικά και την εργασιακή απασχόληση.

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

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

Στα παλαιότερα χρόνια οι έρευνες είχαν ως στόχο την προάσπιση και γενικότερα την προώθηση της υγείας. Επίσης, περιορίζονταν στο να εξετάζουν τους ρυθμούς θνησιμότητας και της πιθανότητας εμφάνισης παθήσεων (Drewnowski & Evans, 2001). Οι έρευνες αυτές όμως δεν εμπεριείχαν τον ποιοτικό έλεγχο, ο οποίος θα μπορούσε να δείξει λειτουργικές βλάβες και ανικανότητες των ανθρώπων στην καθημερινότητά τους. Έτσι λοιπόν, οι Drewnowski και συν. (2001) αναφέρουν ότι η υγεία αντιμετωπίστηκε κάτω από ένα νέο πρίσμα, ως όχι μόνο η απουσία θνησιμότητας ή νοσηρότητας-παθολογείας, αλλά και ως μια κατάσταση με σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές προεκτάσεις. Όλο αυτό το πλαίσιο λοιπόν της ποιότητας ζωής εντάσσεται στη χώρα μας σε ένα άλλο ευρύτερο πλαίσιο, αυτό της οικονομικής κρίσης. Της οικονομικής κρίσης που βιώνει το ίδιο το κράτος αλλά και ο κάθε πολίτης του ξεχωριστά.

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

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Φυσική Δραστηριότητα

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

Ποιότητα Ζωής

Το ερευνητικό ενδιαφέρον πάνω στην ποιότητα ζωής κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος στην ερευνητική κοινότητα. Το ενδιαφέρον αυτό δε περιορίζεται μόνο σε υγείες πληθυσμούς αλλά και σε κλινικούς. Ο ορισμός που δίνει ο Iconomidou (2003) είναι ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται στο βαθμό ευεξίας και ικανοποίησης που βιώνει ο ερωτώμενος μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Οι Carr, Gibson και Robinson (2001) έδωσαν τον ορισμό ότι ποιότητα ζωής είναι ένα γενικό πλαίσιο το οποίο αποσαφηνίζεται από το κατά πόσο περιορίζεται η ικανότητα ενός ατόμου να πραγματοποιήσει μια απλή δραστηριότητα εξαιτίας μιας αρρώστιας/ψυχικής βλάβης. Οι Kolotkin, Meter και Williams (2001) υποστηρίζουν ότι ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται στη σωματική/ψυχική υγεία και στην κοινωνικότητα, οι οποίες επηρεάζονται από τις εμπειρίες, πεποιθήσεις, προσδοκίες και στάσεις ζωής. Όσον αφορά την οικονομική κρίση δεν υπάρχει κάποιος διαπιστευμένος ορισμός. Ο ορισμός που δίνει η Ambrozy (2010) είναι ότι η οικονομική κρίση είναι μια αρνητική περίοδος ύφεσης στον οικονομικό κύκλο.

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

Το SF-36 έχει μεταφραστεί και χρησιμοποιηθεί σε πάρα πολλές έρευνες σε όλο τον κόσμο και θεωρείται ένα από τα πιο αξιόπιστα και έγκυρα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής. Οι Andresen, Curnay, Froehlich-Grobe και White (2008), αναφέρουν ότι το SF-36 είναι ένα αξιόπιστο και με υψηλή εσωτερική εγκυρότητα όργανο. Η εσωτερική εγκυρότητα κυμάνθηκε στην έρευνά τους από 0,76-0,94 και η αξιοπιστία από 0,88-0,94 βάσει του συντελεστή Cronbach. Μια άλλη έρευνα που εξετάστηκε η αξιοπιστία και εγκυρότητα του SF-36 σε υγιή πληθυσμό ήταν αυτή των Lim, Seubsmann και Sleight, (2008). Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι στις 6 από τις 8 κατηγορίες του ερωτηματολογίου η αξιοπιστία ξεπέρασε το όριο του 0,70 κατά Cronbach.

Οι Corica και συν. (2006) έλεγξαν την εγκυρότητα του SF-36 σε παχύσαρκους ασθενείς και τη σχέση του με το BMI. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το υψηλό BMI είχε μεγάλη συσχέτιση με τη γενικότερη χαμηλή ποιότητα ζωής αλλά και με τα χαμηλά ποσοστά των επιμέρους 8 υποομάδων. Η μεγαλύτερη συσχέτιση παρατηρήθηκε με τη σωματική δραστηριότητα και κυρίως με τις υποομάδες του σωματικού ρόλου, του

συναισθηματικού ρόλου, της γενικής υγείας και του σωματικού πόνου. Αντιθέτως, η ψυχική υγεία, η ζωτικότητα και η κοινωνική λειτουργία δεν είχαν συσχέτιση με το BMI. Τα αποτελέσματα ωστόσο της έρευνας των Gillison και συν. (2006) έδειξαν κάτι διαφορετικό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αδύνατοι μαθητές είχαν σημαντικά υψηλότερο δείκτη ποιότητας ζωής εν συγκρίσει με τους παχύσαρκους.

Μια άλλη έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. και ασχολήθηκε με το σωματικό βάρος, τη φυσική δραστηριότητα και την ποιότητα ζωής, ήταν αυτή των Amonkar, Hassan και Madhavan (2003). Η έρευνα έδειξε ότι τα αποτελέσματα στις τρεις κατηγορίες της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής μειώνονταν καθώς αύξανε το BMI. Με λίγα λόγια η έρευνα υποστηρίζει την αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ BMI και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς και τη θετική συσχέτιση της άσκησης και της διατροφής με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Έρευνες σχετικές με την ποιότητα ζωής και το σωματικό βάρος

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

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

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

Έρευνες σχετικές με την ποιότητα ζωής και άλλες ανθρώπινες παραμέτρους

Μια έρευνα που έλεγξε τις διατροφικές συνήθειες, τη συχνότητα της άσκησης, τη δέσμευση στην άσκηση, τα κίνητρα για άσκηση, την ποιότητα ζωής και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά ήταν αυτή των Beumont, Hay, Mond, Owen και Rodgers, (2004). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Αυστραλία κι έλαβαν μέρος 400 γυναίκες ηλικίας 18-45 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η καταναγκαστική γυμναστική και η γυμναστική για λόγους εμφάνισης και μείωσης του σωματικού λίπους είχαν σχέση με

υψηλά επίπεδα διαταραχής των διατροφικών συνηθειών και με μειωμένη ποιότητα ζωής. Επίσης, δεν υπήρχε κάποια συσχέτιση μεταξύ της συμπεριφοράς στην άσκηση και της ποιότητας ζωής μετά από ομαλοποίηση των διατροφικών συνηθειών. Οι Beumont και συν., (2004) συνεχίζοντας, προσθέτουν ότι τα ψυχοπαθολογικά επίπεδα από τη διαταραχή των διατροφικών συνηθειών δεν αυξήθηκαν στις γυναίκες που γυμνάζονταν συχνά, ακόμα και σε πολύ υψηλά επίπεδα. Το ενοχικό αίσθημα μετά από απουσία σε πρόγραμμα γυμναστικής και η γυμναστική που είχε ως πρωταρχικό σκοπό την εμφάνιση, ήταν οι κύριοι παράγοντες πρόβλεψης διατροφικών διαταραχών και μειωμένης ποιότητας ζωής. Έτσι, αναφέρουν οι Beumont και συν., (2004) τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η άσκηση είναι υπερβολική όταν η αναβολή της συνδέεται με αίσθημα ενοχής ή με την εξωτερική εμφάνιση.

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

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

Είναι σαφές λοιπόν το επίπεδο σημαντικότητας της φυσικής δραστηριότητας και της βελτίωσης που επιφέρει αυτή στη συνολική ποιότητα ζωής. Μέσω των παρεμβατικών προγραμμάτων άσκησης βελτιώθηκε η εκτέλεση δραστηριοτήτων των συμμετεχόντων μέσα στην καθημερινότητά τους, τους δημιουργήθηκε το αίσθημα ότι είναι πιο ενεργά άτομα και ότι έχουν καλύτερη φυσική κατάσταση. Επίσης, δημιουργήθηκε το κίνητρο για συνέχιση της συστηματικής άσκησης. Οι έρευνες έδειξαν επίσης ότι μειώθηκε ο δείκτης κατάθλιψης και άγχους των συμμετεχόντων στις έρευνες, ότι οι ομάδες ελέγχου δεν είχαν κάποια μεταβολή στην ποιότητα ζωής και ότι η άσκηση μπορεί να βοηθήσει φαρμακευτικές και ψυχιατρικές θεραπείες.

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

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

Αξιοπιστία του ερωτηματολογίου SF-36.

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

Οι Gandek, Hays, Mangione, Metzger και Sorokin (2008) στην έρευνά τους αρχικά σύγκριναν τα αποτελέσματα από τη βιενναμέζικη έκδοσή τους με εκείνα παλαιότερων ερευνών που χρησιμοποίησαν την

αγγλική έκδοση και διεξήχθησαν στις Η.Π.Α. Στη συνέχεια διεξήγαγαν αναλύσεις για κάθε ένα από τα οκτώ κομμάτια του SF-36 για να γίνει αξιολόγηση των κομματιών για το αν πληρούν τις υποθέσεις βαθμολόγησης σαν απλές αθροιστικές κλίμακες. Η ανάλυση των δεδομένων διεξήχθη από τα στατιστικά προγράμματα SPSS 13.0 και AMOS 5.0. Τα αποτελέσματα των Gandek και συν., (2008) έδειξαν ότι στις κατηγορίες σωματική λειτουργία, κοινωνική λειτουργία, πνευματική υγεία και σωματικός ρόλος τα δεδομένα συνέπλεαν με εκείνα των ερευνών που διεξήχθησαν σε μεγάλους πληθυσμούς των Η.Π.Α και της δυτικής Ευρώπης. Στις άλλες τέσσερις κατηγορίες του SF-36 τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κλίμακα του σωματικού πόνου είχε μεγαλύτερη επίδραση στη ψυχική υγεία παρά στη σωματική συγκριτικά με τους δυτικούς πληθυσμούς. Ο συναισθηματικός ρόλος αντιθέτως είχε μεγαλύτερη επίδραση στη σωματική υγεία παρά στη ψυχική. Τέλος, οι Gandek και συν., (2008) αναφέρουν ότι τα κομμάτια της ζωτικότητας και της γενικής υγείας είχαν μεγαλύτερη επίδραση-επιρροή στην ψυχική υγεία και όχι και στις δυο παράλληλα σωματική/ψυχική βάσει των αποτελεσμάτων στους δυτικούς πληθυσμούς.

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

Οι Andresen, Curnay, Froehlich-Grobe και White (2008) αναφέρουν ότι το SF-36 είναι ένα αξιόπιστο και με υψηλή εσωτερική εγκυρότητα όργανο. Η εσωτερική εγκυρότητα κυμάνθηκε στην έρευνά τους από 0,76-0,94 και η αξιοπιστία από 0,88-0,94 βάσει του συντελεστή Cronbach. Ωστόσο όμως υποστηρίζουν ότι το SF-36 δίνει περιορισμένη εικόνα της γενικής ποιότητας ζωής για άτομα με δυσλειτουργίες. Σε αυτό το συμπέρασμα συμφωνούν και οι Hagell και συν., (2009), οι οποίοι στην έρευνά τους σημειώνουν ότι οι δύο γενικές κατηγορίες του SF-36 για άτομα που πάσχουν από τη νόσο Parkinson δεν είναι αξιόπιστοι δείκτες της σωματικής και ψυχικής υγείας. Αναλυτικότερα η αξιοπιστία μέσω του test-retest ήταν γενικότερα καλή με συντελεστή Cronbach $\geq 0,74$. Οι Hagell και συν., (2009) προσθέτουν ότι η factor analysis δεν είχε αποτέλεσμα στην ομαδοποίηση των 8 κατηγοριών στις δύο μεγάλες υποομάδες. Έτσι όλα τα κομμάτια ομαδοποιήθηκαν σαν ξεχωριστές μεταβλητές. Όταν τα δεδομένα αναλύθηκαν ξανά και εντάχθηκαν στις ομάδες της Ψυχικής και Σωματικής Υγείας, οι συσχετίσεις ήταν διαφορετικές σε σύγκριση με τους υπόλοιπους πληθυσμούς που έχουν λάβει μέρος σε παρόμοιες έρευνες.

Στην έρευνα των McDonald, McGillivray, Seiler και Soohoo (2002) εξετάστηκε η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου DASH συσχετιζόμενη με εκείνη του SF-36. Το δείγμα της έρευνας ήταν 90 άτομα με ειδικές ανάγκες, με δυσπλασίες και προβλήματα στον άνω κορμό. Τα δύο ερωτηματολόγια έδειξαν υψηλές συσχετίσεις κατά Pearson $r = .36$ έως $r = .62$, με το SF-36. Οι McDonald και συν. (2002) προσθέτουν ότι τα γενικής φύσης ερωτηματολόγια όπως το SF-36 είναι λιγότερο ευαίσθητα στους κλινικούς πληθυσμούς με ανατομικά ή μη προβλήματα.

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

Μια άλλη έρευνα που εξέτασε την αξιοπιστία και εγκυρότητα του SF-36 σε υγιή πληθυσμό ήταν αυτή των Lim, Seubsman και Sleight (2008). Συμμετείχαν 1388 φοιτητές της Ταϊλάνδης, οι οποίοι συμπλήρωσαν το μεταφρασμένο SF-36. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι στις 6 από τις 8 κατηγορίες του ερωτηματολογίου η αξιοπιστία ξεπέρασε το όριο του $.70$ κατά Cronbach. Η αξιοπιστία για την κοινωνική λειτουργία ήταν χαμηλή στο $.55$, ενώ η ζωτικότητα ήταν ελάχιστα κάτω από το όριο στο $.68$.

Εγκυρότητα του ερωτηματολογίου SF-36

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

Στην Κίνα, οι Koh και συν., (2006) υποστήριξαν ότι το SF-36 είναι ένα έγκυρο όργανο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής. Η έρευνα διεξήχθη σε άτομα που έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα. Οι δύο υποομάδες του SF-36 με τις καλύτερες ψυχομετρικές ιδιότητες ήταν η σωματική λειτουργία και ο σωματικός πόνος, οι οποίες είχαν υψηλή συσχέτιση με το κινέζικο ερωτηματολόγιο αξιολόγησης υγείας C-HAQ. Οι Koh και συν., (2006) αναφέρουν επίσης ότι η εκτίμηση της επίδρασης της νόσου του κάθε ασθενή συσχετιζόταν σημαντικά με τη σωματική και κοινωνική λειτουργία.

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

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

Η έρευνα των Augustovski, Elornio, Lewin και Rubinstein (2008) διεξήχθη στην Αυστραλία και ο σκοπός της ήταν να εξετάσει την εγκυρότητα του SF-36 χρησιμοποιώντας ως σημείο σύγκρισης και αναφοράς το ερωτηματολόγιο BSHS (Burns Specific Health Scale). Το δείγμα της έρευνας ήταν άτομα που είχαν αναρρώσει από εγκαύματα και προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν 2 χρόνια μετά το ατύχημα συμβάν τους. Τα αποτελέσματα των Augustovski και συν., (2008) έδειξαν ότι ο συντελεστής συσχέτισης των 8 υποομάδων του SF-36 και των δυο μεγάλων (σωματική/ψυχική υγεία) έναντι του BSHS κυμάνθηκε μεταξύ $r = .37$ και $r = .79$. Το εύρος αυτό δείχνει μέτρια έως καλή συσχέτιση των συντελεστών του SF-36 με εκείνους του BSHS. Οι συγγραφείς προσθέτουν ότι τα αποτελέσματα των μετρήσεων και των δύο ερωτηματολογίων είναι παρόμοια σε όλες τις φάσεις των μετρήσεων κάτι το οποίο δείχνει πως το SF-36 είναι ένα έγκυρο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής σε πληθυσμό που είχε κατά το παρελθόν υποστεί εγκαύματα.

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

Στόχος της έρευνας

Ο στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της έννοιας της ποιότητας ζωής σε εργαζόμενους και μη εργαζόμενους Έλληνες πολίτες και η συσχέτισή της με κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων μέσα στο οικονομικό περιβάλλον ύφεσης της χώρας για τα έτη 2010-2011. Επίσης, η διερεύνηση για πιθανή αλλαγή των στάσεων των πολιτών έναντι της συμμετοχής τους σε δράσεις άσκησης και αναψυχής.

Οι υποθέσεις της έρευνας συνοψίζονται στις ακόλουθες:

- Οι συμμετέχοντες με υψηλό δείκτη φυσικής δραστηριότητας θα ανέφεραν υψηλή ποιότητα ζωής.
- Οι συμμετέχοντες με BMI>25kg/m² θα ανέφεραν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τους αντίστοιχους με BMI<24,9.
- Η οικονομική κρίση θα επηρέαζε αρνητικά τη συχνότητα συμμετοχής σε αθλητικές δραστηριότητες.
 - Ανεξαρτήτως εργασιακής σχέσης και απασχόλησης, οι συμμετέχοντες θα πιστεύουν ότι θα μειωθεί περαιτέρω το ετήσιο εισόδημά τους το 2011.

Μεθοδολογία

Εξεταζόμενοι:

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

Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

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

Όργανα αξιολόγησης

Τα τμήματα του ερωτηματολογίου ήταν δύο. Το πρώτο τμήμα αξιολόγησε την ποιότητα ζωής και το δεύτερο τμήμα συγκέντρωσε στοιχεία των συμμετεχόντων αναφορικά: α) με δημογραφικά χαρακτηριστικά, β) με απόψεις σχετικά με την αλλαγή συνηθειών άσκησης των συμμετεχόντων λόγω της οικονομικής κρίσης στη χώρα. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής επελέγη το ερωτηματολόγιο SF-36. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου διαβαθμίζονται σύμφωνα με τη 5-βάθμια κλίμακα Likert και τα τελικά αποτελέσματα εξήχθησαν βάσει του προγράμματος SF Health Outcomes Software της εταιρίας Quality Metric Incorporated.

Αποτελέσματα

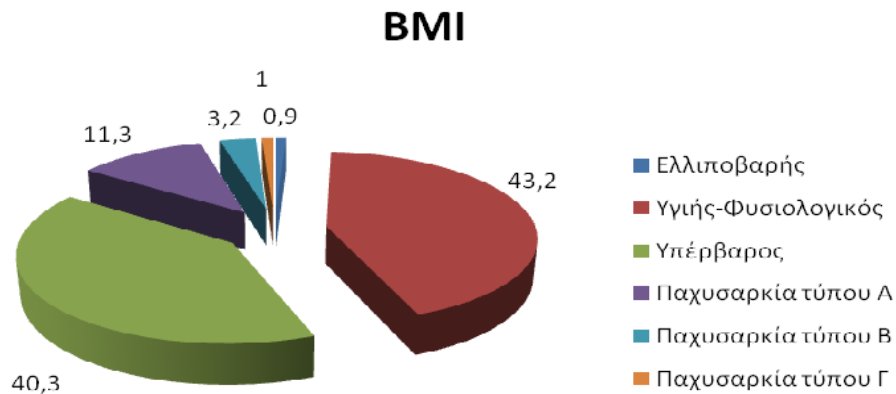
Το 69,8% του δείγματος δήλωσε ως πόλη κατοικίας την Αθήνα και το 30,2% τη Θεσσαλονίκη. Επιλέχθηκαν σκοπίμως αυτές οι δύο περιοχές διότι σε αυτές είναι συγκεντρωμένα τα 2/3 του πληθυσμού της Ελλάδος. Αναφορικά με το φύλο του δείγματος το 50,55% των ερωτηθέντων ήταν άντρες και το 49,45% ήταν γυναίκες. Από τους ερωτηθέντες το 99,5% ήταν ελληνικής εθνικότητας και το 0,5% άλλης εθνικότητας.

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

Αναφορικά με το ύψος του δείγματος ο Μ.Ο. ήταν 171.7cm με SD=8.779cm. Η μέγιστη τιμή ήταν 202cm ενώ η ελάχιστη 145cm. Όσον αφορά το βάρος του δείγματος ο Μ.Ο. ήταν 77.33kg με SD=17.037kg. Η μέγιστη τιμή ήταν 150kg ενώ η ελάχιστη 40kg. Όσον αφορά το BMI, ελλιποβαρή χαρακτηρίστηκαν τα άτομα με BMI <18.5, υγιή-φυσιολογικά τα άτομα με BMI από 18.5-24.9 και υπέρβαρα τα άτομα με BMI από 25-29.9. Τα άτομα με BMI από 30-34.9 ανήκουν στην παχυσαρκία τύπου 1, από 35-39.9 στην παχυσαρκία τύπου 2 και τέλος τα άτομα με BMI >40 ανήκουν στην παχυσαρκία τύπου 3. Εξετάζοντας λοιπόν το BMI του δείγματος, η στατιστική ανάλυση έδειξε ότι το 43,2% του δείγματος είναι υγιές-φυσιολογικό, το 40,3% είναι υπέρβαρο και

το 15,57% ανήκει σε μια από τις τρεις κατηγορίες παχυσαρκίας (Γράφημα 1). Ο Μ.Ο. για το BMI ήταν 26.06 και η $SD=4.53$.

Γράφημα 1. Δείκτης μάζας σώματος (BMI) του δείγματος.



Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο το 43,6% του δείγματος είναι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, το 39,4% είναι απόφοιτοι λυκείου ενώ το 6,74% είναι φοιτητές. Τέλος, το 5,33% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι γυμνασίου, ενώ το 4,83% είναι απόφοιτοι δημοτικού.

Σχέση εργασίας-απασχόλησης του δείγματος.

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

Σχετικά με τον τύπο κατοίκησης-διαμονής του δείγματος οι στατιστικές αναλύσεις της έρευνας έδειξαν ότι το 62.61% του δείγματος διαμένει σε διαμέρισμα μέσα στην πόλη, το 8.24% σε μονοκατοικία μέσα στην πόλη, το 19.4% κατοικεί σε διαμέρισμα στα προάστια ενώ το 9.75% σε μονοκατοικία στα προάστια.

Όσον αφορά την κατανομή του οικογενειακού οικονομικού εισοδήματος του δείγματος έτσι όπως διαμορφώθηκε την εποχή που έγινε η έρευνα, το μεγαλύτερο ποσοστό συγκέντρωσε η κατηγορία με εισόδημα από 12.000-25.000€, με ποσοστό 57,9%. Δεύτερη έρχεται η κατηγορία με εισόδημα μεγαλύτερο των 25.000€ με ποσοστό 26,9% και τελευταία η κατηγορία με εισόδημα μικρότερο των 12.000€ με ποσοστό 4,8%. Πρέπει να σημειωθεί ότι το 10,4% των ερωτηθέντων δεν απάντησαν σε αυτό το πεδίο του ερωτηματολογίου (Γράφημα 2).

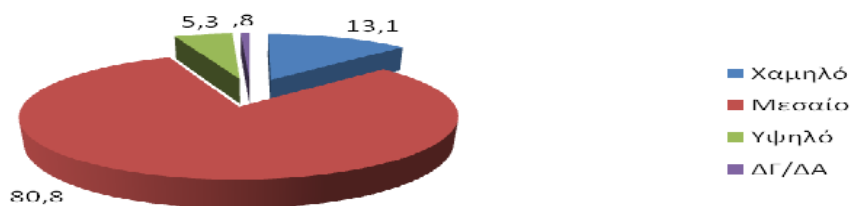
Σχετικά με την άποψη του δείγματος για το ποιο ήταν το οικονομικό του επίπεδο πριν από την οικονομική κρίση στη χώρα μας, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 80,8% του δείγματος θεωρεί ότι ανήκε οικονομικά, προ κρίσης, σε μεσαίο οικονομικό επίπεδο. Το 13,07% θεωρεί ότι ανήκε σε χαμηλό οικονομικό επίπεδο, ενώ το 5,33% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι ανήκε σε υψηλό οικονομικό επίπεδο (Γράφημα 3).

Γράφημα 2. Κατανομή του οικογενειακού οικονομικό εισοδήματος του δείγματος.



Γράφημα 3. Δήλωση του δείγματος για το οικονομικό του επίπεδο προ κρίσης.

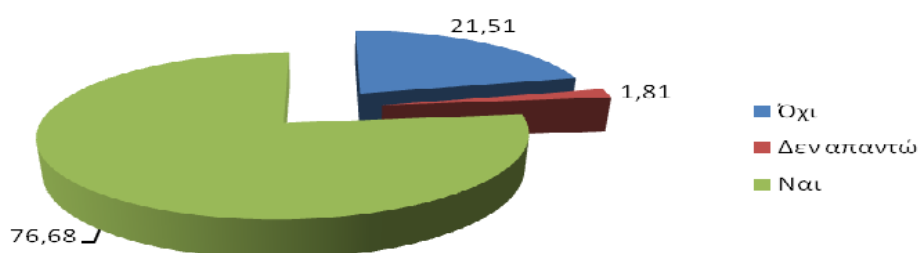
Πριν από την οικονομική κρίση στη χώρα μας σε ποιο οικονομικό επίπεδο ανήκατε;



Αναφορικά με την άποψη του δείγματος για το αν μειώθηκε το ετήσιο εισόδημά του για το έτος 2010, το 76,68% ανέφερε ότι το εισόδημά του μειώθηκε έστω και λίγο, το 21,51% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι το ετήσιο εισόδημά του δε μειώθηκε καθόλου, ενώ το 1,81% των ερωτηθέντων δεν απάντησε σε αυτό το πεδίο του ερωτηματολογίου (Γράφημα 4).

Γράφημα 4. Διακόμανση εισοδήματος του δείγματος για το έτος 2010.

Το προσωπικό σας εισόδημα μειώθηκε έστω και λίγο το 2010;



Όσον αφορά την άποψη του δείγματος για το αν θα μειωθεί περαιτέρω το ετήσιο εισόδημα του για το

έτος 2011 και μετά το 74,57 των ερωτηθέντων απάντησε ναι ότι θα μειωθεί, το 18,49 απάντησε ότι δε θα μειωθεί περαιτέρω το εισόδημά του για το 2011 και μετά, ενώ το 6,93% δεν απάντησε στο συγκεκριμένο πεδίο (Γράφημα 5).

Γράφημα 5. Αντίληψη για την περαιτέρω μείωση στο ετήσιο εισόδημά για το έτος 2011 και μετά.



Ο κυριότερος λόγος που το δείγμα της έρευνας δεν ασκούσε κάποια φυσική δραστηριότητα ήταν η έλλειψη χρόνου (Πίνακας 1). Δεύτερος λόγος αποχής ή μειωμένης συμμετοχής στους χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή ήταν η έλλειψη χρημάτων, για τις δραστηριότητες στη φύση και τα δημόσια πάρκα άθλησης ήταν η έλλειψη παρέας ενώ για τα δημοτικά προγράμματα ήταν η έλλειψη εγκαταστάσεων. Τρίτος λόγος αποχής ή μειωμένης συμμετοχής στους χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή ήταν η έλλειψη παρέας, για τις δραστηριότητες στη φύση η έλλειψη χρημάτων, για τα δημοτικά προγράμματα άσκησης ήταν η έλλειψη πληροφόρησης και για τα δημόσια πάρκα άθλησης η έλλειψη εγκαταστάσεων. Τέταρτη αιτία περιορισμού της άθλησης του δείγματος στους χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή, στις δραστηριότητες στη φύση και στα δημόσια πάρκα άθλησης ήταν η απάντηση «κάτι άλλο», ενώ για τα δημοτικά προγράμματα άσκησης ήταν η έλλειψη παρέας. Οι κυριότερες απαντήσεις-αιτία στο πεδίο «κάτι άλλο» που εμπόδισαν τη συμμετοχή στις παραπάνω μορφές άσκησης μιας και το δείγμα απάντησε περιφραστικά, ήταν κατά κύριο λόγο τα προβλήματα υγείας, ο αρνητισμός και η έλλειψη ενδιαφέροντος απέναντι στη συγκεκριμένη μορφή άσκησης, καθώς και λόγοι λοχείας ή ανατροφής τέκνων.

Πίνακας 1. Αίτια μη συμμετοχής σε μορφές άσκησης.

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

Στην έρευνα έγινε καταγραφή και σύγκριση το πόσο επηρέασε η μείωση του εισοδήματος τη συμμετοχή του δείγματος στις διάφορες μορφές άσκησης καθώς και το ποια είναι η πιθανή μεταβολή σε ενδεχόμενη περαιτέρω μείωση του εισοδήματος (πίνακας 2). Βάσει των αποτελεσμάτων το δείγμα δήλωσε για το 2010 ότι η συμμετοχή του σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή, επηρεάστηκε πολύ κατά 19,8% και ότι περαιτέρω μείωση θα το επηρεάσει επιπλέον 11%. Παρομοίως στις δραστηριότητες στη φύση το δείγμα δήλωσε ότι επηρεάστηκε κατά 15,7% λόγω κρίσης και ότι θα επηρεαστεί για το 2011 και μετά άλλες 7 ποσοστιαίες μονάδες.

Όσον αφορά τα δημοτικά προγράμματα άσκησης το δείγμα δήλωσε ότι επηρεάστηκε πολύ λόγω κρίσης σε ποσοστό 4,8% για το 2010 και πιθανή συνέχιση της κρίσης θα το επηρεάσει επιπρόσθετα 6 ποσοστιαίες μονάδες. Παρόμοια ήταν τα ποσοστά της επίδρασης της οικονομικής κρίσης στη συμμετοχή του δείγματος σε δημόσια κέντρα ή ανοικτά κέντρα άθλησης και αναψυχής.

Τα αποτελέσματα του συνολικού σκορ της ποιότητας ζωής που έχουν οι συμμετέχοντες στην έρευνα παρατίθεται στο σχήμα 9. Ο Μ.Ο της συνολικής ποιότητας ζωής ήταν 71.77 ενώ η SD=19.87. Η μέγιστη τιμή για την ποιότητα ζωής ήταν 100 ενώ η ελάχιστη τιμή ήταν 14. Περνώντας στις δύο μεγάλες υποομάδες της ποιότητας ζωής στη σωματική και ψυχική υγεία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο Μ.Ο της σωματικής υγείας ήταν 75.28 με SD=17.84 ενώ για τη ψυχική υγεία ο Μ.Ο ήταν 65,02 με SD=23.2. Η μέγιστη τιμή για τη σωματική υγεία ήταν 100 ενώ η ελάχιστη 15,4. Στη ψυχική υγεία η μέγιστη τιμή ήταν 100 ενώ η ελάχιστη 4.

Πίνακας 2. Ποσοστό συμμετοχής πριν την οικονομική κρίση σε χώρους άθλησης και ποσοστό επίδρασης της οικονομικής κρίσης στη συμμετοχή του δείγματος σε χώρους άθλησης για το έτος 2010 & μετά.

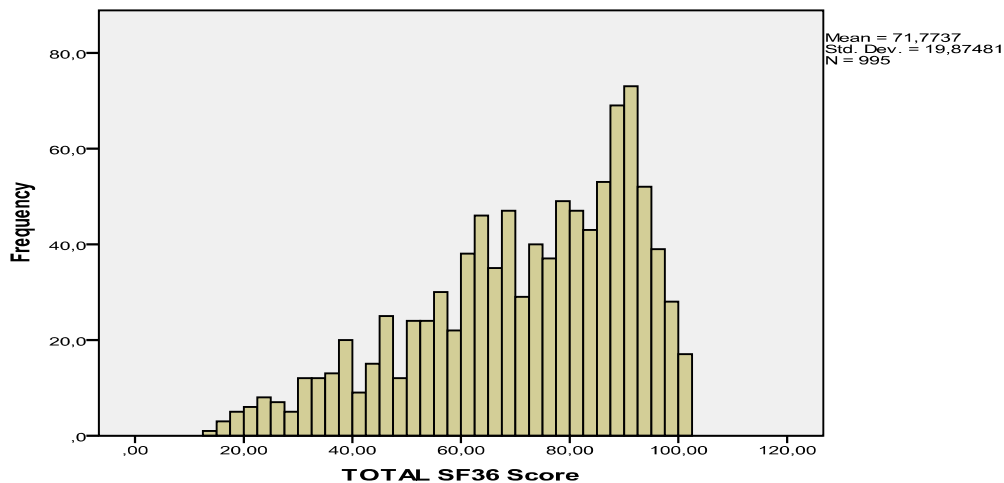
Ποσοστό συμμετοχής	Σε χώρους άθλησης που απαιτείται συνδρομή			Σε δραστηριότητες στη φύση (πχ ορειβασία, καταδύσεις χιονοδρομίες)			Σε δημοτικά προγράμματα άσκησης			Σε δημόσια πάρκα ή ανοικτά κέντρα άθλησης και αναψυχής		
	Κ	Μ	Π	Κ	Μ	Π	Κ	Μ	Π	Κ	Μ	Π
Πριν την οικονομική κρίση	51,7	2,9	4,5	9,9	8	0,9	1,5	10,4	3,9	52,8	30,5	14,4
Έτος 2010	26,7	1,9	9,8	7,3	1,8	5,7	4,9	8,4	4,8	38,7	11	5,3
Άποψη για τα επόμενα χρόνια	27,9	4,1	1,1	9,3	4,9	3	6,8	11,5	11	44,3	13,8	10,8

Κ= Καθόλου, Μ= Μεσαίο, Π= Πολύ

Δείκτες της κλίμακας της Ποιότητας Ζωής

Το συνολικό σκορ του SF-36 είχε ισχυρή θετική συσχέτιση με την υποκατηγορία της σωματικής υγείας $r=.928$, κάτι το οποίο ίσχυσε και για τη ψυχική υγεία $r=.957$, πράγμα το οποίο ικανοποιεί το στατιστικό αποδεκτό όριο του $r>.7$ περί ισχυρής θετικής συσχέτισης. Το παρατηρούμενο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας και για τις δύο συσχετίσεις ήταν $p<.05$ καθιστώντας έτσι αυτές τις συσχετίσεις στατιστικά σημαντικές. Τα στατιστικά αποτελέσματα έδειξαν επίσης ότι υπήρξε υψηλή θετική συσχέτιση μεταξύ της υποκατηγορίας της συνολικής σωματικής υγείας με τη συνολική ψυχική υγεία. Ο συντελεστής κατά Pearson ήταν $r=.801$ με $p<.05$ υποδεικνύοντας έτσι στατιστικά σημαντική συσχέτιση (Γράφημα 6).

Γράφημα 6. Αποτελέσματα της συνολικής ποιότητας ζωής του δείγματος της έρευνας.



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

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

Τέλος στην ερώτηση για το αν το δείγμα εργάζεται και με ποια εργασιακή σχέση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η κατανομή της συνολικής ποιότητας ζωής στις διάφορες κατηγορίες εργασιακής απασχόλησης είναι ίδια ($p > .05$).

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα συνέλεξε πλήθος αποτελεσμάτων και υποστήριξε συμπεράσματα, τόσο για την ποιότητα ζωής όσο και για τη φυσική δραστηριότητα και τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Αρχικά εξήχθησαν συμπεράσματα για τα χαρακτηριστικά του δείγματος, το οποίο είναι αντιπροσωπευτικό του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδος λόγω της υψηλής εξωτερικής εγκυρότητας που παρουσιάζει η συγκεκριμένη έρευνα λόγω του σχεδιασμού της. Αναλυτικότερα, το δείγμα της έρευνας σημείωσε χαμηλή συνολική φυσική δραστηριότητα, με το 25% των ερωτηθέντων να παρουσιάζουν μηδενική φυσική δραστηριότητα. Παράλληλα, το 40,3% του δείγματος ήταν υπέρβαρο, το 15,6% ανήκε σε μια από τις τρεις κατηγορίες παχυσαρκίας και το 43,2% ήταν υγιές-φυσιολογικό. Το μισό και παραπάνω δείγμα δηλαδή της έρευνας

(55,9%) ήταν πάνω από το φυσιολογικό όριο BMI. Περνώντας στην εργασιακή απασχόληση παρατηρήθηκε ότι το 17,79% των ερωτηθέντων εργάζονται στο δημόσιο τομέα με μερική ή πλήρη απασχόληση ενώ στον ιδιωτικό τομέα το 48,53% εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα με πλήρη ή μερική απασχόληση. Οι συνταξιούχοι κάλυψαν το 14,47%, οι άνεργοι το 10,33% και τα οικιακά το 5,63% του δείγματος. Όσον αφορά το οικογενειακό εισόδημα το 57,89% είχε εισόδημα από 12.000-25.000€, το 26,93% είχε εισόδημα μεγαλύτερο των 25.000€ ενώ το 4,82% είχε εισόδημα μικρότερο των 12.000€.

Παράλληλα, η έρευνα έδειξε ότι υπήρξε ασθενή θετική συσχέτιση μεταξύ του συνολικού σκορ του SF-36 και της συνολικής φυσικής δραστηριότητας κάτι στο οποίο συμφωνούν μέσω των ερευνών τους οι Durmaz, Eyigor και Karapolat (2007) καθώς και οι Amodeu συν., (2005) και MacDaniel και συν. (2001). Μια άλλη έρευνα που σχολήθηκε με την επίδραση της φυσικής δραστηριότητας ήταν αυτή των Valenti και συν. (2008). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής κάτι το οποίο έρχεται σε αντίθεση με την ασθενή θετική συσχέτιση της παρούσας έρευνας. Συγκεκριμένα, οι Valenti και συν. (2008) προσθέτουν ότι η έντονη άσκηση είχε σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής.

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

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

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

Αναφορικά με τη συσχέτιση της ποιότητας ζωής και του εκπαιδευτικού επιπέδου η έρευνα έδειξε ότι στατιστικώς η κατανομή του SF-36 δε διαφέρει ανάμεσα στα πεδία του εκπαιδευτικού επιπέδου. Κάτι τέτοιο έρχεται σε αντίθεση με τους Karlsson και Sullivan (1998), οι οποίοι στην έρευνά τους σημειώνουν ότι η ποιότητα ζωής συσχετίζεται με τους κοινωνικούς παράγοντες κινδύνου όπως χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ανεργία, διαζύγιο καθώς και τη διαβίωση-διαμονή σε μολυσμένες και υποβαθμισμένες περιοχές. Συγκεκριμένα οι Karlsson και συν. (1998) αναφέρουν ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνά τους που είχαν τελειώσει μόνο την υποχρεωτική εκπαίδευση σημείωσαν τα χειρότερα ποσοστά σωματικής υγείας. Επίσης, οι άνεργοι έφεραν χαμηλότερα ποσοστά γενικής υγείας και κατ' επέκταση ποιότητας ζωής εν συγκρίσει με τους εργαζόμενους, κάτι το οποίο έρχεται επίσης σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας όπου η κατανομή της ποιότητας ζωής στις διάφορες κατηγορίες εργασιακής απασχόλησης είναι ίδια. Οι Karlsson και συν. (1998) προσθέτουν ότι οι χωρισμένοι είχαν επίσης χαμηλότερα ποσοστά ποιότητας ζωής εν συγκρίσει με τους παντρεμένους, ειδικότερα στις κατηγορίες της κοινωνικής λειτουργικότητας και ψυχικής υγείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν επίσης ότι ίσχυσε η μηδενική υπόθεση για τη συνολική φυσική δραστηριότητα των ερωτηθέντων και τις κατηγορίες του οικογενειακού εισοδήματος. Αντιθέτως οι Ford και συν. (1990) ισχυρίζονται, βάσει της έρευνάς τους, ότι οι γυναίκες με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό

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

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

Εν αντιθέσει, οι Cerin και Leslie (2008) ισχυρίζονται ότι το οικογενειακό εισόδημα ήταν το κοινωνικο-οικονομικό κριτήριο με τη μεγαλύτερη επίδραση στη φυσική δραστηριότητα αναψυχής-ελεύθερου χρόνου. Συγκεκριμένα οι Cerin και συν. (1999) αναφέρουν ότι όσο πιο υψηλό ήταν το οικογενειακό εισόδημα τόσο μεγαλύτερη η φυσική δραστηριότητα αναψυχής (π.χ. περπάτημα) κάτι το οποίο εξηγείται, όπως αναφέρουν, λόγω της περιοχής που διαμένει το συγκεκριμένο δείγμα καθώς και των υποδομών που αυτή φέρει (π.χ. πάρκα, πλατείες).

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

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

Εξετάζοντας την υπόθεση περί ισότητας της συνολικής φυσικής δραστηριότητας με τις διάφορες

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

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

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

Συμπεράσματα

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

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

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

δραστηριότητα, κάτι το οποίο μπορεί να συνδέεται με την παραπάνω θεωρία περί ανέργων και φυσικής δραστηριότητας.

Όσον αφορά το πώς θα κινηθεί η αγορά απέναντι στη γυμναστική επί μισθώσει, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ενδεχόμενη περαιτέρω μείωση του εισοδήματος θα επηρεάσει σημαντικά τις επιχειρήσεις. Υπολογίζεται ότι περίπου 7% θα μειώσει τη φυσική του δραστηριότητα επί πληρωμή, ενώ το 3-4% θα διακόψει. Οι κύριοι λόγοι περιορισμού της συχνότητας άσκησης είναι η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη χρημάτων και η έλλειψη παρέας. Γίνεται κατανοητό, λοιπόν, ότι μέσα στο οικονομικό πλαίσιο που διαβιώνει σήμερα ο άνθρωπος, όπου το οικογενειακό εισόδημα μειώνεται, όλο και περισσότεροι προσπαθούν να βρουν ένα επιπλέον εισόδημα για να ανταπεξέλθουν στις οικονομικές τους υποχρεώσεις και απαιτήσεις, κάτι το οποίο φυσικά μειώνει τον ελεύθερο χρόνο και τη δυνατότητα εύρεσης παρέας για άθληση. Κατ' επέκταση όλο και περισσότεροι ασκούμενοι θα μειώσουν ή θα διακόψουν τη φυσική τους δραστηριότητα, κάτι το οποίο θα μειώσει την ποιότητα ζωής τους. Επίσης, θα δημιουργηθούν παθογενέσεις και νοσηρότητα τόσο σε προσωπικό επίπεδο, όσο και σε εθνικό μέσω του ασφαλιστικού τομέα και του τομέα υγείας και πρόνοιας.

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

Προτάσεις για μελλοντικές έρευνες

- Η έρευνα να επαναληφθεί για τα έτη 2012 και 2013 και να γίνει σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο ερευνών για να έχουμε εικόνα της τάσης και της γωνίας της καμπύλης των θετικών ή αρνητικών αλλαγών.
- Επίσης θα μπορούσε η έρευνα αυτή να γενικευτεί και στις επαρχιακές πόλεις και την περιφέρεια γενικότερα, με στόχο τόσο να συγκριθούν τα αποτελέσματα μεταξύ των δύο μεγάλων αστικών κέντρων με την περιφέρεια όσο και να βγει μια πιο σφαιρική εικόνα για όλη την Ελλάδα.
- Ακόμα παρόμοια έρευνα θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί σε άτομα με ειδικές ανάγκες τα οποία είναι ενεργά μέλη της ελληνικής κοινωνίας καθώς και αποκλειστικά σε οικονομικούς μετανάστες.
- Τέλος, η περαιτέρω έρευνα θα μπορούσε να εστιάσει στο αν η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από το εκπαιδευτικό επίπεδο γιατί τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν ότι δεν ισχύει κάτι τέτοιο, πράγμα το οποίο έρχεται σε αντίθεση με τη διεθνή βιβλιογραφία.

Βιβλιογραφία

- Ainsworth, B., Quesenberry, C. & Sternfeld, B. (1999). Physical activity patterns in a diverse population of women. *Preventive Medicine*, 28, 313-323.
- Ambrozy, M. (2010). Phenomenon of economic crisis in the context of definition of values. Globalization and crises in modern economy. In A. Lapinskas, V. Naviskas, K. Schelle & S. Vojtonic (pp.7-11). Slovakia: *Eastern European Development Agency*.
- Amodeu, F., Garcia, S., Mello, M., Moreira, H., & Santos, R., (2005). Depression, anxiety and quality of life scores in seniors after an endurance exercise program. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(4), 266-271.
- Amonkar, M., Hassan, K., Joshi, V., & Madhavan, S. (2003). Obesity and health related of life : a cross-sectional analysis of the U.S. population. *International Journal of Obesity*, 27, 1227-1232.
- Andersen, E., Caburnay, C., Froehlich-Grobe, K., & White, G. (2008). Measuring health-related quality of life

- for persons with mobility impairments: an enabled version of the Short-Form 36. *Quality of Life Research*, 7, 751-770.
- Augustovski, F., Lewin, G., Elorrio, E., & Rubinstein A. (2008). The Argentine-Spanish SF-36 health survey was successfully validate for local outcome research. *Journal of Clinical Epidimiology*, 61, 1279-1284.
- Baecke, J., Burema, J., & Frijters, J. (1982). A short Questionnaire for the measurement of habitual physical activity in epidemiological studies. *American Journal of Clinical Nutrition*, 36, 936-942.
- Belanger-Gravel, A., Godin, G., & Nolin B. (2008). Mechanism by which BMI influences leisure-time physical activity behavior. *Obesity*, 16, 1314-1317.
- Beumont, V., Hay, J., Mond, M., Owen, C., & Rodgers, B. (2004). Relationships between exercise behavior, eating-disordered behavior and quality of life in a community sample of women : when is exercise excessive? *European Eating Disorders Review*, 12, 265-272.
- Bize, R., & Plotnikoff, R. (2009). The relationship between a short measure of health status and physical activity in a workplace population. *Psychology, Health and Medicine*, 14(1), 53-61.
- Carr, A., Gibson, B., & Robinson, P. (2001). Is quality of life determined by expectations or experience? *British Medical Journal*, ανακτήθηκε από www.bmj.com.
- Cerin, E., & Leslie E. (2008). How socio-economic status contributes to participation in leisure-time physical activity. *Social Science & Medicine*, 66, 2596-2609.
- Cavill, N., Kahlmeier, S., & Racioppi F. (2006). *Physical activity and health in Europe: evidence for action*. World Health Organisation.
- Clelant, V., Salmon, J., Timperio, A., & Venn A. (2005). Trends in children's physical activity and weight status in high and low socio-economic status areas of Melbourne, Victoria, 1985-2001. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 29(4), 337-342.
- Corica, F., Corsonello, A., Kapolone, G., Lucchetti, M., Melchionda, N., Marchesini, G., & Quovadis Study Group (2006). Construct validity of the short form-36 health survey and its relationship with BMI in obese outpatients. *Obesity*, 14, 1429-1437.
- Drewnowski, A., & Evans, W. (2001). Nutrition, physical activity and quality of life in older adults: summary. *Journals of Gerontology*, 56A, 89-94.
- Droomers, M., Machenbach, P., & Schrijvers, M. (2001). Educational level and decreases in leisure time physical activity: predictors from the longitudinal globe study. *Journal of Epedemiology*, 55, 562-568.
- Durmaz, B., Eyigor, S., & Karapolat, H. (2007). Effects of a group based exercise program on the physical performance, muscle strength and quality of life in older women. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45, 259-271.
- Ford, E., Merritt, R., Weath, G., Powell, K., Washburn, R., Kriska, A., & Haile, G. (1990). *American Journal of Epidemiology*, 14(12), 1246-1256.
- Gandek, B., Hays, R., Mangione, C., Metzger, Q., & Sorkin, D. (2008). Evaluating the SF-36 health survey in older Vietnamese Americans. *Journal of Aging and Health*, 20(4), 420-436.
- Gandek, B., & Ware, J. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the international quality of life assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912.
- Gandek, B., Gshatsebi, A., Montazeri, A., & Vahdanimia, M. (2005). The short-form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Quality of Life Research*, 14, 875-882.
- Gillison, B., Skevington, M., & Standage M. (2006). Relationships among adolescents weight perceptions, exercise goals, exercise motivation, quality of life and leisure-time exercise behaviour: A self-determination theory approach. *Health, Education, Research*, 21(6), 836-847.
- Guiomar, S., & Jorge, M. (1999). Adolescent's physical activity: association with socio-economic status and parental participation among a Portuguese sample. *Sport, Education and Society*, 4(2), 193-199.
- Hagell, P., Tornqvist, G., Liu, J., Qu, B., Sun, G., & Zhang, Y. (2009). Reliability and validity testing of the SF-36 questionnaire for the evaluation of the quality of life of Chinese urban construction workers. *The Journal of International Medical Research*, 37, 1184-1190.
- Iconomou, G. (2003). Assessing quality of life of cancer patients in the context of clinical trials. *Forum of Clinical Oncology*, 2(3/4), 248-257.
- Karlsson, J., & Sullivan, M. (1998). The Swedish SF-36 health survey 3. Evaluation of criterion-based validity: results from normative population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1105-1113.
- Koh, T., Leong, P., Tsou, Y., Lim, H., Pong, Y., Chong, Y., & Seow, A. (2006). The reliability, validity and sensitivity to change of the Chinese version of SF-36 in oriental patients with reumatoid arthritis. *Rheumatology*, 45, 1023-1028.

- Kolotkin, L., Meter, K., & Williams, R. (2001). Quality of life and obesity. The international association for the study of obesity. *Obesity Reviews*, 2, 219-229.
- Kontodimopoulos, N., Niakas, D., & Pappa, E. (2005). Validating and norming of the Greek SF-36 health Survey. *Quality of Life Research*, 14, 1433-1438.
- Leese, M., Scheme, A., Koeter, M., Meijer, K., Bindman, J., Mazzi, M., Puschner, B., Burti, L., Becker, T., Moreno, M., Celani, D., White, I., & Thonicroft, G. (2008). SF-36 scales, and simple sums of scales were reliable quality of life summaries for patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Epidemiology*, 61, 588-596.
- Lim, L., Seubsman, S., & Sleight, A. (2008). Thai SF-36 health survey: tests of data quality, scaling assumptions, reliability and validity in health men and women. Health and Quality of Life Outcomes, ανακτήθηκε από www.hqlo.com.
- McDaniel, R., Mock, V., Pickett, M., Ropka, M., Lin, E., Rhores, V., Stewart, K., Grimm, P., Krumm, S., & McCorcle, R. (2001). Fatigue and quality of life outcomes of exercise during cancer treatment. *Cancer Practice*, 9(3), 119-127.
- McDonald, A., McGillivray, G., Seiler, G., & Soohoo, F. (2002). Evaluation of the construct validity of the DASH questionnaire by correlation to the SF-36. *The Journal of Hand Surgery*, 27A, 537-541.
- Mitchell, R., & Popham, F. (2007). Relation of employment status to socioeconomic position and physical activity types. *Preventive Medicine*, 45, 182-188.
- Nussbaum, M., & Sen, A. (1993). *The Quality of Life*. Oxford: Oxford University Press.
- Pitta, F., Troosters, T., Probst, V.S., Spruit, M.A., Decramer, M., & Goselink, R. (2006). Quantifying physical activity in daily life with questionnaires and motion sensors in COPD. *European Respiratory Journal*, 27, 1040-1055.
- Plasqui, G., & Westerterp, K. (2007). Physical activity assessment with accelerometers: an evaluation against doubly labeled water. *Obesity*, 15(10), 2371-2379.
- Raudsepp, L. (2006). The relationship between socio-economic status, parental support and adolescent physical activity. *Acta Paediatrica*, 95, 93-98.
- Seney, M., & Steffen Teresa (2008). Test-retest reliability and minimal detectable change on balance and ambulation tests, the 36-Item short-form health survey, and the unified Parkinson disease rating scale in people with parkinsonism. *American Physical Therapy Association*, 88, 733-746.
- Sersic, D., & Vuletic, G. (2006). Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: framework for subjective health research. *Croatian Medical Journal*, 47, 95-102.
- Schnohr, C., Højbjerg, L., Riegels, M., Ledet, L., Larsen, T., Schultz-Larsen, K., Petersen, L., Prescott, E., & Grønboek, M. (2004). Does educational level influence the effects of smoking, alcohol, physical activity and obesity on mortality? *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, 250-256.
- Valenti, M., Porzio, G., Aielli, F., Verna, L., Cannita, K., Manno, R., Masedu, F., Marchetti, P., & Ficorella, C. (2008). Physical exercise and quality of life in breast cancers survivors. *International Journal of Medical Sciences*, 5(1), 24-28.
- Van Domelen, D., Koster, A., Caserotti, P., Brychta, R., Chen, K., McClain, J., Troiano, R., Berrigan, D., & Harris, T. (2011). Employment and physical activity in the U.S. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(2), 136-145.

Υπεύθυνος έκδοσης: Ελληνική Εταιρεία Διοίκησης Αθλητισμού, **Υπεύθυνος συντακτικής επιτροπής:** Χαρίλαος Κουθούρης, **Συντάκτες:** Αυθίνος Ιωάννης, Γαργαλιάνος Δημήτρης, Κριεμάδης Αθανάσιος, Κώστας Γεώργιος, Τζέτζης Γεώργιος, Κουστέλιος Αθανάσιος, Αλεξανδρής Κωνσταντίνος, Γουλμάρης Δημήτριος, Θεοδωράκης Νικόλαος, Τσίτσου Ροδούλα, Τσίτοκαρη Ευθυμία, Παπαδημητρίου Δήμητρα, Γλυνιά Ελένη, Νάτσις Παντελής, Κιάφας Ζαχαρίας, Δράκου Αμαλία, Μπάρλας Αχιλλέας, **Τεχνικός έλεγχος & Στοιχειοθεσία:** Ζαφειρούδη Αγλαΐα.
