



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΕΥΕΞΙΑΣ ΤΟΥ
ΑΤΟΜΟΥ ΜΕΣΩ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΣΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΑΘΛΗΣΗΣ»**

**«THE ROLE OF THE COMMUNITY NURSE IN PROMOTING THE WELL-BEING OF
INDIVIDUALS THROUGH ACTIVITIES IN AREAS OF SPORT»**



ΣΥΝΤΑΚΤΕΣ: ΣΠΥΡΟΠΟΥΛΟΥ ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ

ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΒΡΕΤΤΕΑ ΒΕΝΕΤΙΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΡΟΜΠΟΛΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ

ΠΑΤΡΑ, 2018

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Ρομπόλα Περικλή εργαστηριακό συνεργάτη του τμήματος για την καθοδήγησή του και τη σημαντική βοήθεια που μας προσέφερε καθ' όλη τη διαδικασία της συγγραφής της παρούσας πτυχιακής.

Ιδιαίτερα ευχαριστούμε τα ίδια τα άτομα τα οποία δέχτηκαν να συνεργαστούν και να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια, η συμμετοχή των οποίων ήταν καθοριστική για την διεξαγωγή της έρευνας.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την οικογένειά μας για την πολύτιμη υποστήριξη και προσφορά τους καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων που αθλούνται, καθώς και η βελτίωση της φυσικής τους κατάστασης, η αποκατάσταση κάποιας αναπηρίας η “διόρθωση” μιας χρόνιας ασθένειας , πιθανότατα να αποτελούν κίνητρο για τα άτομα αυτά. Ωστόσο η παρουσία του κοινοτικού νοσηλευτή στην προώθηση της άσκησης στην κοινότητα έχει καταλυτικό ρόλο ως προς την προαγωγή της υγείας και της ευεξίας των ατόμων.

Σκοπός: Ήταν η διερεύνηση των οφελών της σωματικής δραστηριότητας σε χώρους άθλησης αλλά και το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην προαγωγή της άσκησης και τη βελτίωση της υγείας μέσω αυτής.

Μεθοδολογία: Πρόκειται για μία ποσοτική έρευνα που αποτελείται από δείγμα 60 προπονητών της Πάτρας και της Αθήνας , οι οποίοι απάντησαν σε 15 ερωτήσεις. Η προσέγγιση του δείγματος πραγματοποιήθηκε με κοινοποίηση του ερωτηματολογίου σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Η ανάλυση του ερωτηματολογίου καθώς και η περιγραφική στατιστική ανάλυση των μεταβλητών μελετήθηκε με τη χρήση του “Frequencies” του SPSS.

Αποτελέσματα: Το 65% από τους συμμετέχοντες της έρευνας ήταν άντρες ηλικίας 20-25 ετών όπου 41,7% απασχολούνται σε κολυμβητήρια και 33,3% σε ομαδικά αθλήματα. Το 48,1% του δείγματος των αθλούμενων αποτελείται από ενήλικες. Υποστήριξη σε θέματα υγείας παρέχουν οι προπονητές(37,9%), καθώς και παροχή Α βοθηιών (58,1%). Ωστόσο σημαντική φαίνεται να είναι η παρουσία του κοινοτικού νοσηλευτή στην παροχή Α βοθηιών είτε ως απλοί συμμετέχοντες (43,5%) είτε ως μέλη του προσωπικού(67,2%), γεγονός που μειώνει τη νοσοκομειακή αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας (41,4%).

Συμπεράσματα: Η παρουσία του κοινοτικού νοσηλευτή σε συνεργασία με τον προπονητή είναι ζωτικής σημασίας για την προαγωγή της υγείας και της ευεξίας. Γενικότερα ο κοινοτικός νοσηλευτής αντιπροσωπεύει έναν χρήσιμο οδηγό για την κοινότητα και τα μέλη της , οδηγώντας τα στην επίτευξη μέγιστης ποιότητας ζωής καθώς και σωματικής και ψυχικής υγείας.

Λέξεις κλειδιά: χώροι άθλησης, άσκηση, κοινοτικός νοσηλευτής

ABSTRACT

Introduction: The promotion of the physical and mental health of people who exercise, as well as the improvement of their physical condition, the rehabilitation of a disability, the "correction" of a chronic illness, are likely to be an incentive for these individuals. However, the presence of the community nurse in promoting community work has a catalytic role in promoting people's health and well-being.

Purpose: It was to investigate the benefits of physical activity in sports areas and how important is the role of Community nurse to promote exercise and better health through this.

Methodology: This is a quantitative survey consisting of a sample of 60 coaches from Patras and Athens, who answered 15 questions. The sample approach was carried out by submitting the questionnaire to social media. The analysis of the questionnaire as well as the descriptive statistical analysis of the variables was studied using the "Frequencies" of SPSS.

Results: 65% of the survey participants were men aged 20-25 years, where 41.7% were employed in swimming pools and 33.3% in group sports. 48.1% of the sample of the adults are adults. Healthcare support is provided by coaches (37.9%) as well as A-Assistance (58.1%). However, the presence of the community nurse in the provision of A Aids, either as simple participants (43.5%) or as staff members (67.2%), seems to be significant, reducing the hospital treatment of a health problem (41.4%).

Conclusions: The presence of the community nurse in co-operation with the coach is vital to promote health and well-being. In general, the community nurse represents a useful guide for the community and its members, leading them to achieve maximum quality of life as well as physical and mental health.

Keywords: sports facilities, workout, community nurse

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	2
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	3
ABSTRACT	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ	9
1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	9
1.2 Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ.....	9
1.3 ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ-ΑΣΚΗΣΗ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	12
2.1 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ	12
2.2 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ:	14
2.2.1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ	14
2.2.2 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ:	18
2.2.3 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ:	20
2.2.4 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ.....	22
2.2.5 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.	24
2.2.6 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ.....	26
2.2.6.1 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ:	26
2.2.6.2 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ:.....	27
2.2.6.3 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ:	29
2.3 ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡ-ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΥΤΗΝ.	29
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3° ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ	31
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	38
ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ	38
ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ	39
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....	39
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	40
ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	40
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	41

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	73
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	77

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) , υγεία ορίζεται ως «μία κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς ως την απουσία νόσου ή αναπηρίας». Υγεία του ατόμου οφείλεται στην σωματική άσκηση, τόσο λόγω της μείωσης της πιθανότητας εμφάνισης χρόνιων παθήσεων, όσο και λόγω της βελτίωσης της ψυχικής υγείας.

Στο άκουσμα της σωματικής άσκησης, συνειρμικά ο νους πηγαίνουν στους χώρους άθλησης και κυρίως σε προπονητές, δηλαδή άτομα με εξειδίκευση στην φυσική αγωγή. Παρόλα αυτά, για την προαγωγή της υγείας και της φυσικής άσκησης του ατόμου, εξίσου σημαντικό ρόλο λαμβάνει και ο κοινοτικός νοσηλευτής καθώς η πρακτική του συνδράμει στην πρόληψη νόσων ,στην προαγωγή της υγείας και δίνει ιδιαίτερη έμφαση στην διαχείριση οξέων και χρόνιων περιστατικών. Με βασικότερο παραλήπτη το άτομο και την οικογένεια, αλλά και με την εξειδικευμένη γνώση και τις ικανότητές του, είναι σε θέση να βελτιώσει καθημερινές συνθήκες διαβίωσης των ατόμων, λαμβάνοντας υπόψη μεμονωμένα περιστατικά κάθε φορά και εξετάζοντάς τα σύμφωνα με συγκεκριμένα δεδομένα και υπό συγκεκριμένες περιστάσεις.

Καταληκτικά είναι χρήσιμο σε αυτό το σημείο να τονιστεί ο στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας, ο οποίος είναι η προσπάθεια ανάδειξης πως ένας κοινοτικός νοσηλευτής είναι επαρκής εκπαιδευόμενος και κατάλληλος ώστε να εργαστεί σε χώρους άθλησης, προάγοντας την ευεξία του ατόμου μέσω φυσικών δραστηριοτήτων και αποτελώντας ταυτόχρονα πολύτιμο και συνδεδετικό κρίκο ανάμεσα στον τομέα της νοσηλευτικής και στην επιστήμη φυσικής αγωγής.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1° ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ): «Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας ή αναπηρίας». Ο ίδιος οργανισμός επίσης, ορίζει την ψυχική υγεία ως «μία κατάσταση ευημερίας κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να ανταπεξέλθει στις φυσιολογικές πιέσεις που δημιουργεί η ζωή, να εργαστεί παραγωγικά και αποδοτικά και να είναι σε θέση να συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο όπου ανήκει». Τα υψηλά επίπεδα ψυχικής υγείας επιτρέπουν τη βίωση της ζωής ως ευχάριστης ή ακόμη και ικανοποιητικής (HelvikA.S., etal. 2011).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με το The Oxford Dictionary of Sports Science and Medicine, ψυχική υγεία είναι μια πνευματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την απουσία ταλαιπωρίας και μεγάλων δυσκολιών, σε προσωπικό και κοινωνικό επίπεδο. Τα άτομα με ψυχική υγεία έχουν την ικανότητα να ξεπερνούν τις πηγές στρες του περιβάλλοντος και να εργάζονται παραγωγικά, είτε με άλλους είτε μόνα τους. Συνήθως, είναι σε θέση και θέλουν να προσπαθούν να βελτιώσουν τόσο τις συνθήκες της κοινωνίας, όσο και τις προσωπικές τους (Kent, 1994).

1.2 Η ΕΙΚΟΝΑ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ

Η εικόνα του σώματος αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια μέσω της οποίας περιγράφεται το πώς νιώθει κάθε άνθρωπος για το σώμα του και για την φυσική του εμφάνιση (Cash&Pruzinky,2002). Το πώς ένα άτομο αντιμετωπίζει το σώμα εξαρτάται από την διάθεση του , τις εμπειρίες του , το περιβάλλον στον οποίο ζει , από τα προβλήματα που αντιμετωπίζει καθημερινά τα οποία επηρεάζουν την ψυχική του υγεία και κατά πόσο πιστεύει ότι το σώμα του απέχει από το ιδανικό. Η εικόνα του σώματος ολοένα και απασχολεί ένα σημαντικό ποσοστό του πληθυσμού και έχει να κάνει με το μέγεθος ,, τη διαμόρφωση και το βάρος του σώματος. Ωστόσο πολύ σημαντικό είναι να αγαπάμε το σώμα μας όπως κι αν είναι αυτό και να ελέγχουμε τις σκέψεις μας προς αυτό καθώς και να μην αφήνουμε καταστάσεις να επηρεάζουν τη γνώμη μας για το σώμα μας, που θα μας έκανα να νιώσουμε άβολα. Παρόλα αυτά τα άτομα που προσπαθούν να χάσουν βάρος χωρίς λόγο και τα άτομα που υπερεκτιμούν

την αξία του σώματός τους, παραμελώνοντας τη φροντίδα υγείας τους, έχουν λανθασμένη άποψη για την εικόνα του σώματος.

Επιπλέον η κοινωνία σε συνδυασμό με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, φαίνονται να είναι εκείνοι οι οποίοι διαστρεβλώνουν την εικόνα του σώματος με αποτέλεσμα πολλοί ενήλικες να δηλώνουν πως δεν τους αρέσει το σώμα τους και να καταφεύγουν σε γυμναστήρια, σε δίαιτες και χειρουργικές επεμβάσεις κ.α. (Pope, Borowiecki & Cohane 2004). Πολλοί άνθρωποι δηλώνουν δυσαρεστημένοι με το σώμα τους ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, κάτι το οποίο αποτελεί σοβαρό κοινωνικό πρόβλημα, σύμφωνα με έρευνα, η οποία επισημαίνει ότι «ήδη από τα πέντε τους χρόνια τα παιδιά λένε ότι δεν τους αρέσει το σώμα τους». Η μελέτη έδειξε ότι τα σωματικά οφέλη της φυσικής άσκησης και τα ψυχικά δεν συμβαδίζουν απόλυτα, ενώ διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες έχουν περισσότερα ψυχικά οφέλη σε σχέση με τους άντρες ενώ τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι πιθανό να νιώσουν καλύτερα με τη νέα τους εικόνα. (Dercik & Williams, 2004).

Το πιο σημαντικό όμως είναι ο κάθε άνθρωπος να αγαπάει το σώμα του και να μπορεί να κρίνει τότε η απώλεια ή πρόσληψη βάρους είναι «απαραίτητη» χωρίς να επηρεάζεται από κοινωνικά μοντέλα και από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και να αντιλαμβάνεται τη σημαντικότητα της πράξης αυτής.

1.3 ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ-ΑΣΚΗΣΗ

Με τον όρο αθλητισμός εννοείται κάθε αυστηρά δομημένη φυσική δραστηριότητα με αυστηρούς κανόνες, υψηλό ανταγωνισμό και εξειδίκευση με βασικό στόχο την μεγιστοποίηση της απόδοσης (Berger, Pargman και Weinberg, 2007). Παράλληλα, είναι η συστηματική σωματική καλλιέργεια και δράση με συγκεκριμένο τρόπο, ειδική μεθοδολογία και παιδαγωγική με σκοπό την ύψιστη σωματική απόδοση, ως επίδοση σε αθλητικούς αγώνες στο αθλητικό και κοινωνικό γίνεσθαι. Είναι ένας κοινωνικός θεσμός ο οποίος αντικατοπτρίζει τη δεδομένη κοινωνία και τον πολιτισμό της. Για παράδειγμα, στην αρχαία Ελλάδα, ο αθλητισμός στην Αθήνα είχε το ρόλο κοινωνικού και πολιτισμικού αγαθού καθώς και παιδαγωγικού χαρακτήρα, σε αντίθεση με την Σπάρτη που είχε ρόλο στρατιωτικής εκπαίδευσης. Ωστόσο είναι σημαντικός ο διαχωρισμός της άσκησης από τον αθλητισμό.

Με τον όρο άσκηση εννοούμε κάθε συστηματική κίνηση του σώματος ή συμμετοχή του ατόμου σε φυσικές δραστηριότητες η οποία έχει κάποια χρονική διάρκεια, χαμηλότερα επίπεδα ανταγωνισμού και στην οποία εμπλέκονται μεγάλες μυϊκές ομάδες του σώματος (Berger, Pargman και Weinberg, 2007). Πιο συγκεκριμένα, η άσκηση θεωρείται άθληση όταν

αποκτά ανταγωνιστικό χαρακτήρα. Δηλαδή, κάποιος που τρέχει στο δρόμο σημαίνει ότι κάνει άσκηση ενώ το ίδιο άτομο εάν είχε αντίπαλο για το ποιος θα βγει πρώτος ή μετρούσαν χρονόμετρο θεωρείται άθληση. Άλλες έννοιες που χρησιμοποιούνται στο πλαίσιο του αθλητισμού και της άσκησης είναι η φυσική δραστηριότητα και η φυσική κατάσταση:

Φυσική δραστηριότητα: Η φυσική δραστηριότητα είναι ο ευρύτερος όρος στον οποίο περιλαμβάνονται όλες οι μορφές της κίνησης του ανθρώπινου σώματος, κάθε σωματική άσκηση και σπορ που ενεργοποιούν τους μυς τους σώματος και απαιτούν αυξημένη κατανάλωση ενέργειας (Berger, Pargman και Weinberg, 2007).

Φυσική κατάσταση: Η φυσική κατάσταση εκφράζει την ικανότητα των ατόμων να παράγουν μυϊκό έργο ή να εκτελούν φυσικές δραστηριότητες, ενώ η καλή φυσική κατάσταση είναι η ικανότητα του ανθρώπινου οργανισμού να λειτουργεί με επάρκεια και αποτελεσματικότητα (Biddle & Mutrie, 2008). Γενικώς ανάμεσα στον αθλητισμό, την άσκηση και τη φυσική δραστηριότητα υπάρχουν και ορισμένες εμφανής διαφορές, όπως είναι οι θεατές και οι κανόνες που υπάρχουν στον αθλητισμό, όμως από αυτά επιδιώκει κανείς τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης, την ενδυνάμωση του σώματος, την αναψυχή, την διασκέδαση, τον περιορισμό του στρες καθώς και την βελτίωση της υγείας (Θεοδωράκης, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2° ΟΦΕΛΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

2.1 ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ

Η σωματική και ψυχική υγεία κάθε ατόμου είναι άμεσα συνδεδεμένη με άσκηση, μια φυσική μέθοδος για την πρόληψη και αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων. Ένα μέρος της σωματικής δραστηριότητας είναι η άσκηση, εξασφαλίζει την ενίσχυση της φυσικής κατάστασης και της υγείας του ατόμου καθώς και η μείωση της πιθανότητας εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων (Twisk Q.W. et al,2002),παχυσαρκίας ,υπέρτασης (Williams L.C. et al) και άλλων χρόνιων παθήσεων. Ωστόσο ,η σωματική δραστηριότητα δεν συμβάλει μόνο στην καλή πνευματική, σωματική, ψυχική υγεία και πνευματική και ψυχική ισορροπία. Δηλαδή, οι σωματικές και ψυχικές διαταραχές διέπονται από αμφίδρομες και συνήθεις σχέσεις (Hayashi K et al 2002). Σύμφωνα με πειραματικές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, οι νευροβιολογικοί και ψυχολογικοί μηχανισμοί αντικατοπτρίζουν τη σχέση φυσικής δραστηριότητας και ψυχικής υγείας. Πιο αναλυτικά, η άσκηση η οποία προκαλεί αύξηση της θερμοκρασίας του σώματος, οδηγεί στην παραγωγή μονοαμινών (νορεπινεφρίνη, ντοπαμίνη, σεροτονίνη) που βελτιώνουν την ψυχολογική κατάσταση των καταθλιπτικών. Επιπλέον παράγονται στον εγκέφαλο ενδορφίνες που λειτουργούν ως παυσίπονα, προκαλούν αίσθημα ευφορίας και αυτοπεποίθησης. Οι ωφέλειες της άσκησης είναι πολλαπλές καθώς δεν περιορίζονται μόνο στο σώμα , αλλά επεκτείνονται στα διάφορα συστήματα του οργανισμού συμπεριλαμβάνοντας και τη λειτουργία του εγκεφάλου:

1. Ισχυροποιεί το μυοκάρδιο και επιβραδύνει το ρυθμό λειτουργίας του.
2. Αυξάνει τη μυϊκή και οστική μάζα, ισχυροποιώντας τον σκελετό μας, βελτιώνει τους βιοδείκτες (πχ σωματική σύσταση) που σχετίζονται με την υγεία.
3. Βελτιώνει το μεταβολισμό, διαλύει το σωματικό λίπος, μειώνει την κακή και αυξάνει την καλή χοληστερίνη.
4. Βοηθά στον έλεγχο του βάρους σε συνδυασμό με σωστή διατροφή.
5. Δίνει χρόνια στη ζωή και ζωή στα χρόνια.
6. Αναβαθμίζει την ποιότητα της ζωής , θωρακίζει την υγεία και την ευρωστία.
7. Οι ευεργετικές ιδιότητες επεκτείνονται στην νοημοσύνη και στην ψυχολογία
8. Η ανεπαρκής άσκηση συνεπάγεται καρδιακούς κινδύνους.

9. Προάγει τη νοητική λειτουργία : αυξάνει την αιμάτωση του νευρικού δικτύου διευκολύνοντας την οξυγόνωση του εγκεφάλου, αύξηση έκκρισης σεροτονίνης και ντοπαμίνης, που διεγείρουν τον εγκέφαλο και τον κάνουν να λειτουργεί πιο γρήγορα, αυξάνει την νευρογένεση και τη συγκέντρωση του ενδογενούς νευροτροφικού παράγοντα του εγκεφάλου (BDNF), ο οποίος βοηθά στην ενίσχυση και ανάπτυξη των νευρώνων.

10. Πρόληψη και βελτίωση άγχους και κατάθλιψης. Ωστόσο πολλοί ερευνητές αμφισβητούν το πόσο ωφέλιμη μπορεί να είναι η άσκηση για την ψυχική υγεία και τη νοητική κατάσταση, θεωρώντας πως η γενετικοί παράγοντες επηρεάζουν την ασκησιογενή συμπεριφορά. Παρόλα αυτά τα άτομα που ασκούνται έχουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, αυτοεκτίμηση, ευχαρίστηση και ποιότητα ζωής από αυτά των ατόμων που δεν ασκούνται. Συμπερασματικά η συστηματική άσκηση συμβάλλει στη μείωση του άγχους και του στρες, προλαμβάνει η αντιμετωπίζει την κατάθλιψη, βελτιώνει την αυτοπεποίθηση, τη διάθεση και τον ύπνο και κοινωνικοποιεί το άτομο. Ακόμα ενισχύει το καρδιαναπνευστικό, αμυντικό, μυϊκό σύστημα, προστατεύει και καταπολεμάει χρόνιες ασθένειες (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση κ.τ.λ.) μειώνει τη χρησιμότητα και τη νοσηρότητα χωρίς περιορισμούς στην ηλικία.

Παρόλο που ένας υγιής νους, δεν προϋποθέτει ένα υγιές σώμα και δεν υπάρχει σχέση αιτιότητας μεταξύ τους, σύγχρονη επιστημονική έρευνα έχει δείξει την αδιάρρηκτη σχέση μεταξύ νου-σώματος διαψεύδοντας τις αντιλήψεις περί ανεξαρτησίας του σώματος από το πνεύμα με λίγα λόγια το ένα επιδρά στο άλλο. Ωστόσο η άσκηση δεν έχει ευεργετικές ιδιότητες μόνο και στις νοητικές, ψυχολογικές ιδιότητες της ανθρώπινης προσωπικότητας. Έρευνες αποδεικνύουν ότι σώμα και πνεύμα είναι αλληλένδετα και η σωματική άσκηση έχει πολλά πλεονεκτήματα όπως:

- Προκαλούν αίσθημα εφορίας : Κατά τη διάρκεια της άσκησης οι νευρικοί μηχανισμοί που έχουν σχέση με την ευφορία, εκκρίνουν ενδορφίνες(ενδογενή οπιοειδή) που συμμετέχουν σε συναισθηματικές καταστάσεις όπως ευφορία και ευεξία.

- Αναλγητική επίδραση: διεγείρονται οι αλγοϋποδοχείς κατά την άσκηση, αυξάνοντας την οδό του πόνου και αμβλύνοντάς τον.

2.2 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ

2.2.1. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΑΙΔΙ: Η σωματική άσκηση φαίνεται να είναι εξαιρετικά ωφέλιμη για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη. Ήδη από την εποχή πριν την ινσουλίνη η αξία της άσκησης ήταν αναγνωρισμένη από γιατρούς του 18^{ου} αιώνα. Ο Αριστοτέλης που υποστήριζε ότι η άσκηση αποτελεί θεραπεία πολλών διαταραχών, γιατρός Sushruta που υποστήριζε ότι η «φυσική άσκηση» μπορεί να αποτελέσει θεραπεία για τον ΣΔ κ.α. Ύστερα από την ανακάλυψη της ινσουλίνης ο Joslin μαζί με άλλους ερευνητές έθεσαν την άσκηση ως μια από τις τρεις βασικές αρχές για την αντιμετώπιση του ΣΔ. Ωστόσο σύμφωνα με έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η φυσική άσκηση φαίνεται να είναι ωφέλιμη μόνο σε περιπτώσεις μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη, ενώ σε περιπτώσεις ινσουλινοεξαρτώμενου δεν έχουν βρεθεί επαρκή στοιχεία που να υποστηρίζουν την ωφέλεια της άσκησης. Πολλοί ερευνητές όμως θεωρούν πως η άσκηση ωφελεί τον ΣΔ αρκεί να συνδυάζεται με ινσουλίνη και δίαιτα (Νταφόγιαννη-Κούρη Χρυσούλα, 1995)

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΣΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ: Κατά την έντονη σωματική άσκηση, η ανάγκη του οργανισμού σε ενέργεια αυξάνουν. Ωστόσο για να μπορέσει να ανταπεξέλθει ο οργανισμός θα πρέπει να είναι ρυθμισμένα το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό και το ενδοκρινολογικό σύστημα. Έτσι όταν ένα άτομο ασκείται έντονα το σώμα του προσαρμόζεται για να λειτουργήσει καλύτερα, διότι ξεπερνά τα επίπεδα της φυσικής του κατάστασης. Οι αερόβιες ασκήσεις κατ' επανάληψη αυξάνουν την μέγιστη κατανάλωση σε οξυγόνο, το οποίο είναι μέτρο ικανότητας για άσκηση, διότι η προσαρμογές που συμβαίνουν κατά την άσκηση αυτή, δημιουργούν αλλαγές στα κεντρικά και περιφερικά οργανικά συστήματα. Κατά την άσκηση αυτή η καρδιά φτάνει στο μέγιστο βαθμό απόδοσης με αποτέλεσμα να μεταφέρεται περισσότερο οξυγόνο στους ασκούμενους μύες. Η αυξημένη αυτή καρδιακή απόδοση οφείλεται στη αύξηση όγκου παροχής αίματος σε κάθε καρδιακή συστολή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της συνολικής αιμοσφαιρίνης ώστε να διευκολυνθεί η μεταφορά οξυγόνου και η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος. Όταν συμβαίνουν μεταβολές στην περιφέρεια, περισσότερο οξυγόνο απελευθερώνεται από την αρτηριακή ροή. Έτσι με την αερόβια άσκηση έχουμε λιγότερη συγκέντρωση γαλακτικού οξέος από την αναερόβια γλυκόλυση. Επιπλέον, λόγω της σωματικής άσκησης συγκεντρώνονται μεγαλύτερα αποθέματα ενέργειας στις μυϊκές ίνες

και στο γλυκογόνου του ήπατος, αυξημένη μιτοχονδριακή και ενζυμική δράση, αύξηση αναλογίας τριχοειδών σε σχέση με τις μυϊκές ίνες , μείωση της ολικής χοληστερόλης του πλάσματος , των τριγλυκεριδίων και των λιποπρωτεϊνών. Άτομα που ασκούνται συστηματικά παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ινσουλίνης νηστείας, ενώ αμβλύνεται η ινσουλινική αντίδραση στην πρόκληση της γλυκόζης. Επίσης η γλυκόζη στο πλάσμα διατηρείται σε φυσιολογικά επίπεδα και παρουσιάζει αυξημένη ευαισθησία στην ινσουλίνη. Ωστόσο όταν ένα άτομο διακόπτει τη συστηματική του άσκηση για λίγες ημέρες , έχει το αντίθετο αποτέλεσμα, δηλαδή αποκτά ανοχή στην γλυκόζη και μειώνεται η ευαισθησία του στην ινσουλίνη. (Νταφόγιαννη-Κούρτη Χρυσούλα, 1995)

Ο οργανισμός έχει την ικανότητα να αποθηκεύει και να κινητοποιεί ενέργεια όταν αυτό είναι απαραίτητο. Έτσι οι υδατάνθρακες αποθηκεύονται ως γλυκογόνο στο ήπαρ, τα λιπαρά οξέα ως τριγλυκερίδια στο λιπώδη ιστό και στους μύες. Όταν ο οργανισμός ασκείται έντονα τότε απελευθερώνονται περισσότεροι υδατάνθρακες και λιπίδια στον ενεργοποιημένο μυ και μετατρέπονται σε ενέργεια. Δηλαδή όταν η άσκηση διαρκεί περισσότερο από λίγα λεπτά τα αποθέματα ενέργειας που βρίσκονται σε μορφή γλυκόζης ή λιπαρών οξέων διατίθενται στην κυκλοφορία. Ο Chrislom και οι συνεργάτες του απέδειξαν για υγιή άτομα που ασκούνται σε μέτρια ένταση με σεσημασμένη χρήση γλυκόζης, ότι η γλυκόζη που παράχθηκε από το ήπαρ, αντιστοιχεί στο επίπεδο της γλυκόζης που προσλήφθηκε. Έχει διαπιστωθεί επίσης ότι η πρόσληψη γλυκόζης από τους μύες αυξάνεται ανάλογα με την ένταση της άσκησης (Νταφόγιαννη-Κούρτη Χρυσούλα, 1995).

ΠΙΝΑΚΑΣ 3.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΟΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

♦ **Η γλυκόζη στο αίμα μειώνεται από :**

- ⇒ την ύπαρξη υπερινσουλιναϊμίας κατά την σωματική άσκηση.
- ⇒ την παράταση της σωματικής άσκησης πάνω από 30-60 λεπτά ή μετά από έντονη σωματική άσκηση.
- ⇒ τη μεσολάβηση χρονικού διαστήματος άνω των τριών ωρών από το προηγούμενο γεύμα.
- ⇒ τη μη λήψη πρόσθετων θερμίδων πριν ή κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης.

♦ **Η γλυκόζη στο αίμα αυξάνεται από :**

- ⇒ την ύπαρξη υποϊνσουλιναϊμίας κατά τη σωματική άσκηση.
- ⇒ την εκτέλεση έντονης σωματικής άσκησης.
- ⇒ τη λήψη υπερβολικών πρόσθετων θερμίδων (υδατανθράκων) πριν και κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης.
- ⇒ την ύπαρξη έντονου στρες κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης.

♦ **Η γλυκόζη στο αίμα παραμένει αμετάβλητη από :**

- ⇒ την εκτέλεση μέτριας έντασης σωματικής άσκησης ή και μικρής χρονικής διάρκειας σωματικής άσκησης.
- ⇒ την ύπαρξη σχετικά χαμηλών επιπέδων ινσουλίνης στο αίμα.
- ⇒ την λήψη πρόσθετων θερμίδων πριν ή και κατά τη διάρκεια της σωματικής άσκησης χωρίς να είναι αναγκαίες.

Ahlborg G, Felig P, Hagenfeldt H. et al. J. Clin Invest 1974^[83]

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ: Οι παράγοντες που καθορίζουν την ανταπόκριση της ινσουλίνης κατά την σωματική άσκηση, εξαρτώνται από την ισορροπία της γλυκόζης που προσλαμβάνεται από την περιφέρεια και της γλυκόζης που παράγεται στο ήπαρ. Η διάθεση της γλυκόζης στην περιφέρεια, εξαρτάται από :

1. Τη συγκέντρωση της ινσουλίνης.
2. Την συγκέντρωση κατεχολαμινών, κορτιζόλης και αυξητικής ορμόνης.

3. Αλλαγές στη θέση, στον αριθμό των υποδοχέων ινσουλίνης και στην πρόσδεση της ινσουλίνης στον υποδοχέα.

4. Αλλαγές μετά την πρόσδεση της ινσουλίνης στον υποδοχέα.

Ωστόσο σε σταθερή κατάσταση όπου η άσκηση είναι μέτριας έντασης, η παραγωγή γλυκόζης του ήπατος αντιστοιχεί σε αυτή που χρησιμοποιείται από την περιφέρεια, ανεξάρτητα από την ινσουλίνη. Παρόλα αυτά έντονη σωματική άσκηση σε μικρό χρονικό διάστημα δημιουργεί υπογλυκαιμία, λόγω του ότι η παραγωγή γλυκόζης του ήπατος είναι μεγαλύτερη από τη διάθεσή της. (Νταφόγιαννη-Κούρτη Χρυσούλα,1995)

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ (ΓΕΝΙΚΑ): Τα άτομα με ΣΔ παρουσιάζουν έλλειψη στην έκκριση ινσουλίνης, ένα γεγονός το οποίο βελτιώνεται μέσω της άσκησης, διότι αυξάνεται η ευαισθησία της ινσουλίνης. Ωστόσο για τη διόρθωση της μεταβολικής κατάστασης χρειάζεται παράλληλα σωστή διατροφή, προσαρμογή στο πρόγραμμα ινσουλίνης και μέτρηση σακχάρου για την πρόληψη της υπογλυκαιμίας ή της υπεργλυκαιμίας. Η ανταπόκριση του μεταβολισμού και των ορμονών στην σωματική άσκηση, εξαρτάται από την ένταση της άσκησης, το σχήμα ινσουλίνης πριν από αυτή, την ισορροπημένη διατροφή, τα σημεία των ενέσεων και τον συγχρονισμό με τις προηγούμενες ενέσεις. Άρα τα επίπεδα γλυκόζης μπορεί να αυξάνονται να μειώνονται ή να παραμένουν ίδια. Η γλυκαιμική ανταπόκριση αποδεικνύεται κατά τη διάρκεια της άσκησης, όταν αυξάνεται η δράση της ινσουλίνης. Ωστόσο, σε περίπτωση υπερινσουλιναιμίας προκαλείται υπογλυκαιμία. Η ινσουλίνη προλαμβάνει τη μείωση της δημιουργίας ηπατικής γλυκόζης και προάγει την παραγωγή της στην σωματική άσκηση, με αποτέλεσμα την απορρόφησή της από τον συσπώμενο μυ.

Η υπερινσουλιναιμία συμβαίνει για τους εξής λόγους :

- Όταν γίνει ινσουλίνη ταχείας δράσης πριν από τη σωματική άσκηση, κατά τη διάρκεια της άσκησης φτάνει στο μέγιστο βαθμό απόδοσης με αποτέλεσμα να επιταχύνεται η αυξημένη απορρόφηση ινσουλίνης και συνεπώς να καταναλώνεται γλυκόζη.

- Η ενδιάμεσης δράσεως ινσουλίνη αυξάνει τα επίπεδα της ινσουλίνης στην περιφέρεια με αποτέλεσμα την αυξημένη κατανάλωση ενέργειας.

Σε υποϊνσουλιναιμία μειώνεται η ανασταλτική δράση της ινσουλίνης για να παραχθεί ηπατική γλυκόζη και η δράση της για την αντίληψη της γλυκόζης. Επίσης η ανταπόκριση των ρυθμιστικών ορμονών είναι μεγαλύτερη στα άτομα με ΣΔ. Έτσι σε περίπτωση υποϊνσουλιναιμίας σε συνδυασμό με έντονη σωματική άσκηση δημιουργεί υπεργλυκαιμία λόγω της υπερβολικής δράσης των ρυθμιστικών ορμονών (οι ορμόνες αυτές διεγείρουν την αύξηση της παραγωγής γλυκόζης μεγαλύτερης απ' όσο χρειάζεται να καταναλώσει ο

οργανισμός). Τέλος με υποϊνσουλιναίμια που αποτελεί ένδειξη φτωχής ρύθμισης σε άτομα με ΣΔ ύστερα από έντονη άσκηση. (Νταφόγιαννη-Κούρτη Χρυσούλα,1995)

ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

ΑΕΡΟΒΙΑ ΑΣΚΗΣΗ: Η κλινική πρακτική σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια έχει βελτιώσει την αποκατάσταση, καθώς τα οφέλη που κερδίζουν οι ασθενείς είναι πολλά περισσότερα από του κινδύνους που αντιμετωπίζουν. Κατά την αερόβια άσκηση βελτιώνεται η καρδιακή αντοχή, ο μεταβολισμός, το λιπιδιακό προφίλ και η ευαισθησία στην εμφάνιση κοιλιακών αρρυθμιών. Επιπλέον έχει παρατηρηθεί βελτίωση σε αιμοδυναμικές παραμέτρους, στην κινητική της νοραδρεναλίνης και στον αυτόνομο έλεγχο του καρδιακού ρυθμού. Επίσης βελτιώνει την λειτουργία του ενδοθελίου και διευκολύνει την αιματική ροή στους οξειδωτικούς μυς στην κόπωση. Άλλα οφέλη της αερόβιας άσκησης είναι τα εξής :

1. Βελτίωση της μεταβολικής, ιστολογικής και λειτουργικής εικόνας των σκελετικών μυών.

2. Αύξηση αρτηριοφλεβώδους διαφοράς οξυγόνου(ο μυϊκός ιστός μπορεί να χρησιμοποιήσει παραπάνω οξυγόνο για την παραγωγή ενέργειας).

3. Αύξηση καρδιακού όγκου, μείωση της μεγαλοκαρδίας, βελτίωση της μυοκαρδιακής τροφοδοσίας. Αυτό το είδος της άσκησης πραγματοποιείται σε εργομετρικό ποδήλατο, κατόπιν παρακολούθησης του οξυγόνου της Α.Π και της καρδιακής συχνότητας. Η διάρκεια της άσκησης αυτής είναι 60 λεπτά από 2 έως 7 φορές την εβδομάδα για ασθενείς με λιγότερα συμπτώματα.(Ζέρβα Ευθυμία ,2011)

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗ ΑΕΡΟΒΙΑ ΑΣΚΗΣΗ: Η διαλειμματική είναι η αερόβια άσκηση στην οποία μεσολαβούν παύσεις, δηλαδή μεσολαβεί κάθε φορά ένα διάστημα ανάπαυσης. Αποτελείται από άσκηση χαμηλής και μέτριας έντασης εναλλάξ, η οποία προσφέρει μεγάλη ένταση με βελτίωση στην λειτουργία των περιφερικών μυών ενώ συγχρόνως επιβαρύνει λιγότερο το μυοκάρδιο. Επίσης βελτιώνει την αερόβια ικανότητα την ποιότητα ζωής των ασθενών καθώς και την αντιστροφή της προσαρμογής της αριστερής κοιλίας. Έρευνες έδειξαν ότι ένα πρόγραμμα ΔΑΕ υψηλής έντασης που αντιστοιχεί στο 90%και στο 95% μέγιστης καρδιακής συχνότητας, βελτιώνει την ικανότητα για άσκηση και τη λειτουργικότητα του μυοκαρδίου. Μελέτες σε πειραματόζωα διάρκειας 2 μηνών, υψηλής έντασης καρδιακή ανεπάρκεια ισχαιμικής αιτιολογίας , έδειξαν αναδιαμόρφωση και βελτίωση της μυοκαρδιακής λειτουργίας. Πιο αναλυτικά σημειώνεται :

- Μείωση υπερτροφίας της μυοκαρδιακής μάζας.

- Μείωση διάτασης αριστερής κοιλίας.
- Αύξηση συσταλτικότητας, βελτίωση διαστολικής λειτουργίας.

Μέσω αυτής της έρευνας διαπιστώθηκε και σε ασθενείς ότι τρίμηνη άσκηση αυξημένης έντασης είναι ασφαλής, άριστα ανεκτή και προτιμητέα. Προϋπόθεση για συνταγογράφηση ΔΑ είναι να διενεργηθεί μέγιστη καρδιοαναπνευστική δοκιμασία κόπωσης. Τέλος η υψηλής έντασης ΔΑ σε συνδυασμό με τη μυϊκή ενδυνάμωση, είχε σημαντική βελτίωση στη λειτουργική ικανότητα , στην μυϊκή ισχύ, στη λειτουργικότητα του ενδοθηλίου σε σύγκριση με μειωμένης έντασης ΔΑ. (Ζέρβα Ευθυμία, 2011)

ΙΣΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ: Εφαρμόζεται από ειδικές συσκευές τα ισοκινητικά δυναμόμετρα με συγκεκριμένη γωνιακή ταχύτητα. Χρησιμοποιείται μόνο ως εργαλείο αξιολόγησης της αντοχής και της δύναμης. (Ζέρβα Ευθυμία,2011)

ΙΣΟΜΕΤΡΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ :Είναι ένας στατικός τύπος άσκησης ο οποίος συμβαίνει χωρίς αισθητή αλλαγή του μήκους του μυός ή χωρίς ορατή αρθρική κίνηση. Αφορά κυρίως την άρση και μεταφορά βάρους για τους ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια. Κατά τη διάρκεια ισομετρικής άσκησης γίνεται συστολή αγγείων μεγάλης χωρητικότητας που οφείλεται στην αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού και πιθανότατα να οδηγήσει σε αύξηση της δεξιάς και αριστερής κοιλιακής πίεσης πλήρωσης λόγω αυξημένης επιστροφής αίματος στην καρδιά. Πιο αναλυτικά σε ασθενείς με χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια σε μέτριας έντασης σύντομη άσκηση μειώθηκε ο όγκος παλμού και η καρδιακή παροχή, ενώ αυξήθηκε η ΑΠ και η καρδιακή συχνότητα. Επίσης κατά τη διάρκεια ισομετρικής άσκησης παράγεται γαλακτικό οξύ το οποίο απελευθερώνεται στην κυκλοφορία μετά το τέλος, με αποτέλεσμα να εκκρίνεται διοξείδιο του άνθρακα για αποφυγή της οξειδωσης και να δημιουργούνται αυξημένες απαιτήσεις σε οξυγόνο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να νιώθει δύσπνοια μετά από εργασίες ισομετρικής φύσεως. Συμπερασματικά η ισομετρική άσκηση αποτελεί δείκτη αξιολόγησης ασθενών με ΧΚΑ καθώς και κατά πόσο οι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες και δεν αποτελεί ενδεικνυόμενο τρόπο άσκησης διότι καταπονεί το καρδιαγγειακό σύστημα (Ζέρβα Ευθυμία, 2011).

ΙΣΟΤΟΝΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ: Κατά τον Pollock μέσω της άσκησης αντίστασης αυξάνεται η μυϊκή δύναμη κυρίως των κάτω άκρων που αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόγνωσης της καρδιακής ανεπάρκειας. Γενικά είναι σημαντική η αύξηση ή διατήρηση της μυϊκής μάζας των ασθενών αυτών και μέσω της αντίστασης βελτιώνονται οι κεντρικοί και περιφερικοί παράγοντες, το οποίο επιτυγχάνεται με χαμηλής έντασης άσκηση με λίγες επαναλήψεις(αναλογία άσκησης-ανάπαυσης 2 προς 1). Για καλύτερα αποτελέσματα η αντίσταση θα πρέπει να εφαρμόζεται σε μεγάλες μυϊκές ομάδες, διότι αυτοί οι μυς εργάζονται

πιο πολύ στις καθημερινές δραστηριότητες. Πρόγραμμα διάρκειας 12 εβδομάδων αυξάνει την μυϊκή δύναμη πάνω από 15% και την πρόσληψη οξυγόνου 10-18% σύμφωνα με την Meyer. Κατά την εφαρμογή άσκησης αντίστασης το καρδιαγγειακό σύστημα ανταποκρίνεται ως αντανάκλαση της πίεσης φόρτισης του μυοκαρδίου και του αγγειακού συστήματος. Για να μειωθεί αυτή η πίεση θα πρέπει η αντίσταση να μην είναι μεγάλη, θα πρέπει να διαρκεί 1-3 sec και η παύση να είναι 1-2sec.(Ζέρβα,2011)

2.2.3 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας αποτελεί μια χρόνια πάθηση , πιθανότατα αυτοάνοσης αιτιολογίας κατά την οποία το ανοσοποιητικό επιτίθεται και καταστρέφει τη μυελίνη των νευραξόνων του ΚΝΣ, δημιουργώντας απομειλύνωση με αποτέλεσμα να δημιουργείται σπαστικότητα , ατονία , μειωμένη ισορροπία , αταξία και κόπωση. Το σημείο της καταστροφής μπορεί να υπάρχει σε κινητικές οδούς και έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία ή δυσκολία της κίνησης. Επίσης η αυξημένη μυϊκή τονικότητα και οι αλλεπάλληλες εκούσιες μυϊκές κινήσεις , επιφέρουν μεγαλύτερη κατανάλωση οξυγόνου δημιουργώντας έτσι γρήγορη κόπωση. Επιπλέον οι ασθενείς με ΣΚΠ εμφανίζουν μειωμένη αρτηριοφλεβική διαφορά οξυγόνου στους λειτουργούμενους μυς καθώς και μεταβολικές διαταραχές όπως μειωμένη παρουσία ενζύμων σε αερόβια γλυκόλυση. Η ασθένεια αυτή οφείλεται για πρόκληση αναπηρίας κυρίως σε άτομα νεαρής ηλικίας. Ωστόσο αίσθηση κόπωσης και κακουχίας δεν θα πρέπει να αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για τους ασθενείς να συμμετέχουν σε προγράμματα άσκησης.

Παρόλο που έρευνες στο παρελθόν υποστήριζαν ότι κάθε μορφή άσκησης επιδεινώνει τα συμπτώματα της ασθένειας , νέες έρευνες έδειξαν ότι η συστηματική και οργανωμένη άσκηση βοηθά μειώνοντας τη συχνότητα των κρίσεων και της επιπλοκής της πάθησης. Η συστηματική αερόβια άσκηση γίνεται σε δαπεδόμετρο δυο συνεδρίες την εβδομάδα διάρκειας 30min και έντασης 55-80% της μέγιστης καρδιακής συχνότητας , επωφελεί την καρδιακή λειτουργία, τη βάρδια, τη φυσική κατάσταση, μειώνει την κατανάλωση οξυγόνου σε κατάσταση ηρεμίας , καθώς βελτιώνει το αίσθημα κόπωσης και κατάθλιψης. Επιπλέον προάγει τη νευρογέννηση και αυξάνει τα επίπεδα των νευροτροπικών παραγόντων. Όμοια οι ασκήσεις με αντιστάσεις βελτιώνουν τη δύναμη , την ισορροπία , την ικανότητα κίνησης. Επιπλέον προάγουν τη λειτουργική ικανότητα και βάρδια σε άτομα με μέτριο βαθμό αναπηρίας. Τέλος η άσκηση των αναπνευστικών μυών επιδρά θετικά βελτιώνοντας την αερόβια κατάσταση. Επομένως η συστηματική άσκηση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στην

καθημερινότητα των ασθενών , διότι βελτιώνει την ποιότητα ζωής τους.(Θ. Καστανιάς, Σ.Τοκμακίδης , 2008)

ΑΕΡΟΒΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΣΚΠ: Οι ασθενείς με ΣΚΠ αποφεύγουν συχνά να γυμνάζονται , λόγω των αναπνευστικών νευρολογικών, κινητικών προβλημάτων και της κούρασης. Ωστόσο η αερόβια άσκηση προάγει τη ζωτικότητα και τη λειτουργική ικανότητα και μειώνει το αίσθημα κόπωσης, λόγω της αύξησης καρδιακής παροχής, του όγκου των μιτοχονδρίων του πνευμονικού αερισμού , της αιμοσφαιρίνης των τριχοειδών αγγείων. Παρόλα αυτά πολλές έρευνες υποστηρίζουν ότι η αερόβια άσκηση δεν δείχνει να βελτιώνει ιδιαίτερα τη μέγιστη πρόσληψη οξυγόνου , ενώ στην πλειοψηφία των ερευνών φαίνεται πως η αερόβια ικανότητα βελτιώνεται κατά 5-25% λόγω της άσκησης.

Οι αντιθέσεις αυτές στις έρευνες προκύπτουν είτε γιατί χρησιμοποιούνται διαφορετικές μέθοδοι είτε λόγω διαφοράς του βαθμού αναπηρίας, στην ένταση και στη διάρκεια εφαρμογής του προπονητικού πρωτοκόλλου.(Θ. Καστανιάς, Σ.Τοκμακίδης , 2008)

ΜΥΙΚΗ ΕΝΔΥΝΑΜΩΣΗ ΚΑΙ ΣΚΠ: Οι ασθενείς με ΣΚΠ χαρακτηρίζονται από έλλειψη ισορροπίας και δύναμης με αυξημένο κίνδυνο πτώσεων και συνεπώς καταγμάτων. Για αυτό το λόγο είναι αναγκαίο να κάνουν ασκήσεις που αυξάνουν τη δύναμη , προάγουν την ισορροπία και το νευρομυϊκό συντονισμό, προστατεύοντας τους ασθενείς από πτώση , βελτιώνοντας έτσι την υγεία τους και την ποιότητα ζωής τους. Προγράμματα ασκήσεων με αντιστάσεις και ασκήσεις στο νερό μπορούν να βελτιώσουν την δύναμη, να αυξήσουν τη ροπή των μυών και παράλληλα να μειώσουν το αίσθημα κόπωσης. Τα προγράμματα αυτά μπορεί να διαρκούν 10 εβδομάδες με προπόνηση 2 φορές την εβδομάδα που επιφέρουν βελτίωση στη ροπή των καμπτηρών και εκτεινόμενων μυών της κνήμης κατά 16-57% των μυών του αγκώνα κατά 6-29% των απαγωγών και των προσαγωγών μυών του ώμου κατά 3-11%.

Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν τη σημαντικότητα εκγύμνασης των κάτω άκρων σε ασθενείς προχωρημένης ηλικίας ειδικά αυτό δεν σημαίνει ότι πρέπει να παραμελούνται τα άνω άκρα καθώς το σώμα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια άρρηκτη ολότητα. Παράλληλα η χρήση ζωνών με βάρος αυξάνει την ισχύ των κάτω άκρων κατά μέσο όρο 22%. Ωστόσο βασικό στοιχείο για τη σωστή άσκηση είναι τα προγράμματα που εφαρμόζονται να είναι προσαρμόσιμα και τροποποιημένα βάσει της κατάστασης του ασθενούς. Τέλος πρόγραμμα με αντιστάσεις διάρκειας 8 εβδομάδων επιφέρει αύξηση ισχύος των εκτεινόμενων μυών του ποδιού πάνω από 30% με παράλληλη επίδραση στην ισορροπία και στην κινητικότητα.

(Θ. Καστανιάς, Σ.Τοκμακίδης , 2008)

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ: Υπάρχουν όμως κάποιοι περιορισμοί στην άσκηση οι οποίοι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την διεξαγωγή γυμναστικών προγραμμάτων ώστε να μην επιφέρουν τα αντίθετα αποτελέσματα. Οι περιορισμοί αυτοί αναφέρονται ακολούθως:

- **Επιδείνωση συμπτωμάτων:** χρήζει θεραπεία με κορτικοστεροειδή. Κατά τη διάρκεια της θεραπείας η σωματική άσκηση θα πρέπει να διακόπτεται ή να εκτελούνται ασκήσεις μέτριας έντασης όπως διατάσεις και ασκήσεις κινητικότητας.

- **Θερμοαισθησία :** μια αύξηση της θερμοκρασίας κατά 5 βαθμούς κελσίου όπου επηρεάζει αρνητικά την λειτουργία του ΚΝΣ. Σε αυτή την περίπτωση επιβάλλεται περιβαλλοντικός έλεγχος και τεχνικές διευκόλυνσης όπως κλιματιστικό, δροσερά ρούχα , άσκηση στο νερό, επαρκής ενυδάτωση, αποφυγή εκγύμνασης τις θερμές ώρες της μέρας.

- **Κόπωση:** είναι χαρακτηριστική για τα άτομα με ΣΚΠ , γι' αυτό απαιτείται επαρκής ανάπαυση απαραίτητως μετά το πρόγραμμα άσκησης.

- **Ισορροπία και συντονισμός :** ο πτωχός μυϊκός έλεγχος, η κόπωση, οι δυσκολίες στην όραση και η δυσκολία των κινήσεων κ.α. καθιστούν την άσκηση μερικές φορές αρκετά επικίνδυνη. Για την αντιμετώπιση των καταστάσεων αυτών προτείνονται ασκήσεις όπου ελέγχεται το σωματικό βάρος πχ ποδήλατο, κωπηλασία άσκηση στο νερό κλπ. Απαιτείται ένα περιβάλλον ελεύθερο χωρίς εμπόδια καθώς και η επίβλεψη από τον προπονητή κρίνεται απαραίτητη (Θ. Καστανιάς, Σ.Τοκμακίδης , 2008).

2.2.4 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

ΦΥΣΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΓΙΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Η ψυχοκινητική ανάπτυξη στο κάθε παιδί καθώς και η σωματική δεν είναι ίδια καθώς κάθε παιδί θέλει δική του εξατομικευμένη αντιμετώπιση. Υπάρχουν παιδιά που αναπτύσσουν δεξιότητες στο μέγιστο βαθμό σε σχέση με την ηλικία τους, ενώ άλλα παρουσιάζουν καθυστέρηση στην ωρίμανση και εξέλιξη των δεξιοτήτων τους. Αυτά είναι τα παιδιά με ειδικές ανάγκες τα οποία παρόλο που μπορούν να φθάσουν βαθμιαία σε πλήρη έκφραση μερικών ικανοτήτων, δεν θα φθάσουν οι δεξιότητές τους το μέγιστο βαθμό ωρίμανσης. Ένας εκπαιδευτικός φυσικής αγωγής προκειμένου να μπορέσει να εκπαιδεύσει παιδιά με ειδικές ανάγκες, πρέπει να γνωρίζει ποιες είναι οι κατηγορίες τους, τί επιπτώσεις έχει η κατάστασή τους στην υγεία και στην κίνηση και πώς η άσκηση επιδρά και πώς γίνεται η αντιμετώπιση. Συχνότητα παιδιών με ειδικές ανάγκες:

- 8-11% των παιδιών χρειάζονται ειδική αγωγή, ενώ το 80% αυτών ανήκουν στις εξής περιπτώσεις :

1. Διαταραχές ομιλίας: αποτελούν το 1/3 των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Ωστόσο αυτά τα παιδιά όταν εκτός από την έκφραση λόγου, παρουσιάζουν και διαταραχή στην αντίληψη του λόγου, επηρεάζεται η κινητική του συμπεριφορά με αποτέλεσμα τη δυσκολία της αντίληψης των παραγγελμάτων.

2. Μαθησιακές δυσκολίες: 45% των παιδιών με ειδικές ανάγκες. Δυσκολεύονται στην άσκηση διότι δεν μπορούν να προσανατολιστούν στο χώρο, έχουν διαταραχή ισορροπίας, δυσκολία οπτικοκινητικής αντίληψης κ.α.

3. Νοητική υστέρηση: τα παιδιά με νοητική υστέρηση κατά κανόνα έχουν καθυστέρηση ή δυσκολίες στον κινητικό τομέα. Το 90% αυτών των παιδιών έχουν μέση ή ελαφρά καθυστέρηση ως προς την σωματική άσκηση ενώ τα παιδιά με βαριά νοητική υστέρηση δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν, γι' αυτό εκπαιδεύονται μόνο για να γίνουν ασκήσιμα.

4. Συναισθηματικές διαταραχές: σε αυτήν την κατηγορία ανήκουν άτομα με ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, διάσπαση προσοχής, μελαγχολία, σχιζοφρένια κ.α. Σε μερικές περιπτώσεις η άσκηση φαίνεται να είναι ωφέλιμη και να αποτελεί μέρος της θεραπείας. Ωστόσο σε άλλες περιπτώσεις έχει αντίθετη δράση, δημιουργεί στρες επιβαρύνοντας έτσι την ήδη διαταγμένη ψυχική κατάσταση.

5. Υψηλής βαρηκοΐας και κώφωση: η διαταραχή που παρουσιάζει το παιδί στην αντίληψη και έκφραση της γλώσσας επηρεάζει τις κινητικές του δεξιότητες.

6. Πολλαπλές μειονεξίες: παιδιά με σωματικές αναπηρίες, βαριά νοητική υστέρηση.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΜΕΙΟΝΕΞΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΕΙΔΙΚΕΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Οι κινητικές δραστηριότητες των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι περιορισμένες, είτε λόγω της καθαρής αναπηρίας τους, είτε λόγω της ελλιπής φυσικής αγωγής, στις μειωμένες απαιτήσεις από τα άτομα αυτά, καθώς και της λανθασμένης αντίληψης των γονέων για άσχημες επιπτώσεις της άσκησης στα παιδιά με ειδικές ανάγκες. Η ανεπαρκής άσκηση παρόλο που επιδεινώνει τις ήδη υπάρχουσες αναπηρίες, οδηγώντας σε μόνιμες παραμορφώσεις, μειώνει την κοινωνικότητα των ατόμων με αποτέλεσμα να απομονώνονται στο σπίτι.

Όλα αυτά έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ψυχολογία καθώς και στην προσωπικότητα των ανθρώπων αυτών. Για την καλή φυσική κατάσταση αυτών των παιδιών απαιτείται άσκηση και ισορροπημένη διατροφή. Για όλους τους παραπάνω λόγους η άσκηση αποκτά μεγαλύτερη σημασία για τα άτομα με ειδικές ανάγκες, διότι κοινωνικοποιεί το παιδί, το βοηθά μέσα από

τις δεξιότητες που αποκτά να καταλάβει ότι «μπορεί» , η μια ικανότητα φέρνει την άλλη με αποτέλεσμα το παιδί να αποκτά δεξιότητες σε αναπτυξιακούς και κινητικούς τομείς.

Τέλος πέρα από την ανάπτυξη σε συναισθηματικό επίπεδο και αναπτυξιακό, η άσκηση συμβάλλει στην πρόληψη νοσημάτων και δευτεροπαθών επιπλοκών της κύριας νόσου καθώς και αποκαθιστά τις φυσικές αναπηρίες και τα οργανικά νοσήματα.

2.2.5 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Στη ζωή των σύγχρονων ανθρώπων έχουν υιοθετηθεί κακές συνήθειες όπως είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, η κατανάλωση αλκοόλ αλλά και το άγχος οι οποίες είναι βλαβερές για την υγεία. Θεράποντας αυτών των βοηθειών σε ένα βαθμό, θα μπορούσε να θεωρηθεί η άθληση, η οποία διατηρεί έναν άνθρωπο υγιή και αυξάνει το όριο ζωής του. Διάθεση σε εξωτερικούς χώρους και οι ασκήσεις αντοχής ενισχύουν το ανοσοποιητικό σύστημα, αλλά επιφέρουν και ευεξίας το άτομο με αποτέλεσμα η βιολογική εξασθένηση του ατόμου να γίνεται με αργούς ρυθμούς, κάνοντας την να νιώθει 10 έως και 15 χρόνια νεότερο. Σύμφωνα με μελέτη που έχει γίνει, οι κωπηλάτες έχουν μεγαλύτερο δώρο ζωής από το μέσο άνθρωπο. Αυτό μπορούμε να το επιβεβαιώσουμε από την σύγκριση που έγινε ανάμεσα σε κωπηλάτες των πανεπιστημίων του Harvard και Yale Σε σχέση με άλλους συμφοιτητές όπου διαπιστώθηκε ότι είχαν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής κατά έξι χρόνια περίπου.

Επίσης, η scare μεγάλων αποστάσεων έχουν μεγάλη διαφορά στην διάρκεια ζωής από το μέσο άνθρωπο. Εν αντιθέτι, ο πρωταθλητισμός, επιδρά αρνητικά στο άτομο και έτσι μειώνεται το όριο ζωής του, σε σχέση με τη συστηματική άσκηση, η οποία αυξάνει το όριο ζωής και επιδρά θετικά στο άτομο. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι δρομείς και τα άτομα που ασχολούνται με διάφορα είδη άθλησης έχουν εξαιρετικά υψηλό μέσο όρο ζωής. Όσο ηλικία του ανθρώπου αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου, τα οστά γίνονται πιο εύθραυστα εξαιτίας της μείωσης του ασβεστίου και άλλων σημαντικών μεταλλικών στοιχείων.

Το ποσοστό των ηλικιωμένων που έχουν σπάσει κάποιο λόγω πτώσης ανέρχεται στο 33% και η αναδημιουργία του στην ηλικία αυτή απαιτεί μεγάλο χρονικό διάστημα (Gregg E., et al., 2000). Έχει διαπιστωθεί, με έρευνα που έχει γίνει, ότι η άθληση στα ηλικιωμένα άτομα παίζει σημαντικό ρόλο, καθώς επιφέρει σκλήρυνση των οστών τους. Στις γυναίκες ηλικίας 60 με 95 ετών που αθλούνται συστηματικά (30 λεπτά την εβδομάδα επί 3 χρόνια) παρατηρήθηκε αύξηση του ασβεστίου σε ποσοστό 4,2%, ενώ σε μη αθλούμενες γυναίκες ίδιας ηλικίας υπήρχε απώλεια ασβεστίου κατά 2,5% στο ίδιο χρονικό διάστημα. Εκτός από όσα αναφέρθηκαν παραπάνω, η φυσική δραστηριότητα ασκεί εξίσου σημαντικές επιδράσεις στο κοινωνικό

πνευματικό επίπεδο. Η αρκετές οικονομικές δυσκολίες, η συνταξιοδότηση, ο θάνατος του συντρόφου η φίλων, η γήρανση, οι ασθένειες και η μοναχικότητα, μεταβάλλουν ή αποδυναμώνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας, όπως αναφέρει ο McPherson (1990). Λίγο αργότερα, ο ίδιος ερευνητής το 1994 ανέφερε ότι η φυσική δραστηριότητα βοηθά τα άτομα τρίτης ηλικίας να αναπτύξουν νέες φιλικές σχέσεις, τα βοηθά να διαχειρίζονται σωστά ουσιαστικές απώλειες της ζωής ακόμη και να αποκτήσουν νέους θετικούς ρόλους κατά τη συνταξιοδότηση.

Παρόλο που έρευνες επισημαίνουν όλο και περισσότερο τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας στην Τρίτη ηλικία, στις ΗΠΑ το 50% των Αμερικανών άνω των 50 ετών δεν αφιερώνει καθόλου χρόνο στην φυσική δραστηριότητα. Ο αριθμός αυτός των ατόμων ειδικότερα για τις «μεγαλύτερες» γυναίκες ανέρχεται στο 70%. Σύμφωνα με το «Εθνικό πρόγραμμα δράσης» , υπάρχουν τεκμηριωμένα επιστημονικά-ερευνητικά στοιχεία που αποδεικνύουν τα οφέλη στην υγεία της φυσικής δραστηριότητας για άτομα όλων των ηλικιών, που διατηρούνται για το υπόλοιπο της ζωής τους. Επιπλέον η σωματική δραστηριότητα ωφελεί τα άτομα στην παράταση του χρόνου ζωής τους, να περιορίσουν τις δυσλειτουργίες της υγείας τους και τις επιπλοκές στην υγεία που προκύπτουν με το πέρασμα των χρόνων.

Κάποια από τα οφέλη της άσκησης σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ:

Άμεσα-βραχυπρόθεσμα οφέλη:

- Γλυκόζη: Βοηθά στην ρύθμιση των επιπέδων της στο αίμα.
- Κατεχολαμίνες: Διεγείρουν τα επίπεδα της αδρεναλίνης και νοραδρεναλίνης.
- Βελτίωση ύπνου: αυξάνει την ποιότητα και ποσότητα ύπνου

Έμμεσα-μακροπρόθεσμα οφέλη:

- Βελτίωση της καρδιοαναπνευστικής λειτουργίας.
- Μυϊκή ενδυνάμωση.
- Ευκινησία, ευλυγισία.
- Βοηθά στη διατήρηση της ισορροπίας και συντονισμού που ευθύνονται για κινδύνους πτώσεων στην Τρίτη ηλικία.

• Βελτιώνει την ταχύτητα των κινήσεων που φυσιολογικά μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Η άσκηση βοηθά στην καθυστέρηση της μείωσης της ταχύτητας. Σύμφωνα με αναφορά των Poon, Chodzko-Zajko Tomporowski (2006) η σωματική άσκηση επιδρά στην ψυχολογία του ατόμου, βελτιώνοντας την ψυχική του υγεία και ευεξία. Πιο συγκεκριμένα ο Π.Ο.Υ αναφέρεται στα ψυχολογικά οφέλη της άσκησης:

Άμεσα-βραχυπρόθεσμα οφέλη:

- Χαλάρωση-εκτόνωση στο άτομο

- Μείωση άγχους και ανησυχίας σε σημαντικό βαθμό(Lander's , Hatfield, Kubitz, Salazar 1991)

- Αύξηση επιπέδου διάθεσης(Nieman, Henson , Gusewich , Warren, Potson, Buttenvorth & Nehlsen-Cannarella 1993)

- Γενικότερα ευεξία

Έμμεσα-Μακροπρόθεσμα

- Ικανοποίηση για την ζωή
- Ενίσχυση αυτοεκτίμησης.
- Θεραπεία νοητικών-πνευματικών ασθενειών πχ κατάθλιψη, νευρώσεις.
- Καθυστέρηση στη μείωση ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών.
- Καθυστέρηση στις εξασθενήσεις της κινητικότητας.
- Μάθηση νέων δεξιοτήτων.

Ωστόσο εκτός από τα ψυχολογικά οφέλη της άσκησης υπάρχουν εξίσου οφέλη σε κοινωνικό-πνευματικό επίπεδο.

Άμεσα-Βραχυπρόθεσμα οφέλη:

- Ενδυναμώνει τον ρόλο τους στην κοινωνία και αυξάνει την κοινωνικοποίηση τους.
- Κοινωνική και πολιτισμική ενσωμάτωση: αλληλεπίδραση με άλλα άτομα.

Έμμεσα-Μακροπρόθεσμα οφέλη:

- Τα άτομα δραστηριοποιούνται και δεν αποσύρονται τόσο εύκολα από την κοινωνία, παράλληλα συνεισφέρουν στο κοινωνικό τους περιβάλλον.

- Δημιουργία φιλικών σχέσεων και γνωριμιών.
- Διευρύνεται το κοινωνικό πεδίο των ατόμων.

(Κυριαζή Χριστίνα , 2006)

2.2.6 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ: ΑΓΧΟΣ , ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

2.2.6.1 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ

Η έννοια του άγχους αφορά σταθερές προδιαθέσεις ή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας κάποιου ή μεταβατικές συγκινησιακές αντιδράσεις αγωνίας, ανησυχίας, ή ακόμη και νευρικότητας με διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Αποτελείται από το γνωστικό επίπεδο άγχους το οποίο είναι η νοητική διάσταση του άγχους που προκαλεί

ανησυχία, απόσπαση προσοχής και επηρεάζει τις νοητικές παραστάσεις, και σε σωματικό επίπεδο που αφορά τις διαστάσεις του άγχους σε φυσιολογικό και συναισθηματικό επίπεδο. Συχνά συμπτώματα του άγχους είναι η μεγάλη καρδιακή συχνότητα και μυϊκή ένταση καθώς και διαταραχές του στομάχου κ.α. (Martens et al., 1999). Μελέτες σχετικές με το άγχος, ανεξάρτητα από το είδος ή τις μεθόδους εκτίμησής του, έδειξαν ότι η άσκηση έχει άμεση σχέση με τη μείωση του.

Η άσκηση επιδρά θετικά είτε σε χρόνια μορφή είτε σε ημερήσια, ενώ οι διαφορές στη μείωση του άγχους σε σχέση με μεθόδους ψυχολογικής υποστήριξης είναι μηδαμινές. (Petrouzello S. J et al. 2001). Επιπλέον η άσκηση προκαλεί μείωση του άγχους ανεξαρτήτως φύλου και ηλικίας κάτι που διατηρείται για 2-4 ώρες μετά το πέρας της. (Morgan W.P. 1993, Tuson K.M., Sinyor D. 2002). Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι ύστερα από αθλητική δραστηριότητα σημειώθηκε μέτρια μείωση του άγχους χωρίς διαφορές των δύο φύλων, ηλικιών και ατόμων με διαφορετική φυσική κατάσταση.

Η μείωση του άγχους με τη βοήθεια της άσκησης αποδείχθηκε και από ψυχοφυσιολογικές μετρήσεις όπως η ηλεκτρομυογράφημα και η ηλεκτροεγκεφαλογράφημα, που τόνισαν τη θετική της επίδραση, η οποία όμως δεν αφορούσε περιπτώσεις ατόμων με σοβαρές και μακροχρόνιες καταστάσεις άγχους (Tuson K.M., Sinyor D. 2003). Τέλος, άλλες μελέτες έδειξαν ότι η αερόβια άσκηση συμβάλλει στη μείωση του άγχους κατάστασης και συστολικής πίεσης του αίματος ατόμων είτε με φυσιολογική πίεση, είτε με υπέρταση που ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μεταβολές διατηρήθηκαν μόνο κατά την περίοδο της άσκησης (Raglin J.S., Morgan W.P. 1998).

2.2.6.2 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη προσεγγίζεται σε πολλά επίπεδα, όπως το ψυχαναλυτικό, συμπεριφορικό, κοινωνιολογικό, υπαρξιακό και βιολογικό. Αναφέρεται κυρίως στην αδυναμία επίτευξης συγκεκριμένων στόχων, στην απελπισία, στη μετατροπή του ενστίκτου της επιθετικότητας προς τον εαυτό, στην απώλεια ενίσχυσης και έννοιας της ύπαρξης, αλλά και σε νευροβιολογικές διαταραχές (Akiskal H.S., McKinney W.T., 1999). Μελέτες έδειξαν ότι ένα στα 4-5 άτομα έχει πρόβλημα κατάθλιψης έστω μια φορά στη ζωή του (Dishman R.K. 1999), ενώ συχνά μπορεί να αισθάνεται ακεφιά, ανορεξία, δυσφορία, αϋπνία, υπερυπνία, κόπωση, αδυναμία, απάθεια, ελαττωμένη πνευματική απόδοση και αδυναμία επίτευξης στόχων (Dunn A.L., Dishman R.K. 2004). Ως μέσο θεραπείας συνήθως χρησιμοποιείται η φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο επειδή τα φάρμακα δημιουργούν παρενέργειες οι ερευνητές αναζητούν

άλλους τρόπους θεραπείας όπως είναι η σωματική άσκηση. Το πρόγραμμα θεραπείας του κάθε ασθενή θα πρέπει να δομείται ανάλογα με το προφίλ του ασθενή και τα χαρακτηριστικά της ψυχικής δυσλειτουργίας που παρουσιάζει (American Psychiatric Association, 2004).

Οι ασκήσεις που προτιμώνται σε περιπτώσεις κατάθλιψης είναι τα αεροβικά προγράμματα όπως περπάτημα και τζόκινγκ. (Landers D., Arent S., 2007). Η συστηματική άσκηση είναι ωφέλιμη στη μείωση της κατάθλιψης σε σχέση με την καθιστική ζωή. Έρευνες έδειξαν ότι καλύτερα αποτελέσματα προκύπτουν από το συνδυασμό της άσκησης και της ψυχοθεραπείας καθώς τα άτομα που συμμετείχαν σε πρόγραμμα συμβουλευτικής με άσκηση είχαν πιο θετικά αποτελέσματα σε σχέση με αυτά που συμμετείχαν απλώς στο πρόγραμμα. Επιπλέον μελέτες που διεξήχθησαν έδειξαν ότι η άσκηση δρα σημαντικά ως αντικαταθλιπτικό μέσο με παρόμοια αποτελέσματα άλλων θεραπευτικών μεθόδων. (Simons A.D et al 2003).

Επίσης η αερόβια άσκηση είναι πολύ ευεργετική για την κατάθλιψη καθώς προγράμματα αερόβιας άσκησης σε άτομο με ελαφρά ή μέτριας έντασης κατάθλιψη διάρκειας εννέα εβδομάδων με συχνότητα τρεις φορές την εβδομάδα και χρονική διάρκεια μια ώρα κάθε φορά, έδειξε θετικά αποτελέσματα στα καταθλιπτικά άτομα (Martinsen E.W., et al. 2001). Επομένως η φυσική άσκηση είναι δυνατό να προλάβει την κατάθλιψη αλλά και να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα στη θεραπεία ασθενών με ήπια ή μέτρια κατάθλιψη σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή. (Biddle S. Etal. 2000). Σε περιπτώσεις που η συγκεκριμένη νόσος δεν είναι κλινικής μορφής, ασκήσεις χαμηλής έντασης, ευκινησίας, αλλά και όργανα με αντιστάσεις (Cohn V.S., 2010) βοηθούν πολύ. Επιπλέον, μανιοκαταθλιπτικά άτομα που ασκούνται έχουν εξίσου πολλαπλά οφέλη (Wright K., et al. 2009).

Μια άλλη μελέτη των Blumenthal T. et al 2002 έδειξε ότι μέτριας έντασης άσκηση έχει τα ίδια αποτελέσματα με τη φαρμακευτική θεραπεία. Η εξέταση των ασθενών αυτών με τα από χρόνια έδειξε ότι τα άτομα που λάμβαναν μόνο φαρμακευτική θεραπεία είχαν περισσότερες υποτροπές σε σχέση με άτομα που συνδύαζαν τη φυσική άσκηση. Συμπερασματικά η άσκηση των καταθλιπτικών ατόμων σε ομάδες ενισχύει την ομαδικότητα και την κοινωνική αποδοχή κάτι το οποίο δεν υπάρχει στη ζωή τους. Επιπλέον ο γυμναστής ενισχύει την αυτοπεποίθηση του ατόμου, το ενθαρρύνει, ενώ παράλληλα τα αρνητικά σχόλια και οι χειρονομίες θα πρέπει να αποφεύγονται. Ωστόσο άλλα άτομα ωφελούνται από την ομαδική άσκηση ενώ άλλα άτομα αποκτούν άσχημες εμπειρίες, κάτι το οποίο εξαρτάται από την κρίση του γυμναστή που πρέπει να στοχεύει στις ανάγκες του κάθε ατόμου ξεχωριστά για τη μεγιστοποίηση των ψυχολογικών και φυσιολογικών οφελών του ασθενή (Grand T., 2000).

2.2.6.3 ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

Αν και είναι δύσκολος ο έλεγχος του βάρους σε άτομα με σχιζοφρένεια, σχετικές έρευνες δείχνουν ότι μικρές αλλαγές μπορούν να επιτευχθούν.

Οι ερευνητές συνιστούν στρατηγικές παρεμβάσεις για άσκηση και διατροφή, σε συνδυασμό με στρατηγικές αλλαγής συμπεριφοράς ,που περιλαμβάνει μείωση της κατανάλωσης θερμίδων κατά 500 ή 1000 θερμίδες την ημέρα και άσκηση για 150 λεπτά την εβδομάδα.

Για τους παχύσαρκους ασθενείς προτείνεται άσκηση για 200 με 300 λεπτά την εβδομάδα (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003).Για την άσκηση των ατόμων με σχιζοφρένεια, ένα βασικό πρόβλημα είναι η έλλειψη παρακίνησης . Ωστόσο, έχουν γίνει ενδιαφέρουσες προσπάθειες άσκησης των ατόμων αυτών. Προσεχτικά σχεδιασμένα προγράμματα αερόβιας άσκησης, αλλά και ασκήσεων δύναμης μεσαίας έντασης πιστεύεται ότι μπορούν να είναι χρήσιμα για τη βελτίωση της διάθεσης, τη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων με ψυχικές νόσους και ιδιαίτερα των τόμων με σχιζοφρένεια. Παράλληλα, σχετικές επισκοπήσεις ερευνών για άτομα με σχιζοφρένεια αναδεικνύουν την αξία της άσκησης στη μείωση της κατάθλιψης, του άγχους, της έντασης και της πίεσης, τη βελτίωση της διάθεσης, της αυτοεκτίμησης, της εικόνας του σώματος, την απόκτηση κοινωνικού ενδιαφέροντος, τη βελτίωση της συμπεριφοράς και του ύπνου και τη σημασία της άσκησης ως στρατηγικής αντιμετώπισης συμπτωμάτων, όπως είναι οι παραισθήσεις. Οι συνήθεις μορφές άσκησης που προτείνονται είναι φυσικές δραστηριότητες μεσαίας έντασης, για 30λεπτά και 3 με 5 φορές της εβδομάδα.

2.3. ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡ-ΑΣΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΕΘΙΣΜΟΣ ΣΕ ΑΥΤΗΝ

Ανεξαρτήτως τα θετικά αποτελέσματα που επιφέρει φυσική δραστηριότητα, στοιχεία που πρόσφατες μελέτες παρουσιάζουν επιφυλακτικοί υποστήριξη για τα αποτελέσματα που επιφέρει άσκηση και ταυτοποιούν τους κινδύνους που προκύπτουν από αυτήν.

Σύμφωνα με τους Morgan και συνεργάτες(2013) Οι περισσότεροι αθλητές που ασκούνται συστηματικά και μακροχρόνια απογοητεύονται από την απόδοσή τους και έτσι υπερβαίνουν τα όρια των φυσικών ικανοτήτων τους. Η επίπτωση αυτή αυξάνεται τα τελευταία χρόνια κυρίως τους δρομείς και σε όσους κάνουν χρήση αναβολικών φαρμάκων. Το κρούσμα αυτό ονομάζεται σύνδρομο υπέρ προπονήσεις και χαρακτηρίζεται από υπερβολική εξάσκησης ένα άθλημα.

Η διάγνωση του συνδρόμου της υπέρ προπονήσεις γίνεται όταν ο αθλητής έχει αισθητή πτώση στην αθλητική του απόδοση, ύστερα από αποχή 1-2 εβδομάδων. Η επιμονή

κόπωση, η μειωμένη ικανότητα να εκτελέσει δραστηριότητες, η έντονη προπόνησή, οι διαταραχές του ύπνου, η μειωμένη λίμπιντο και η απώλεια ορέξεις, αλλαγές στη διάθεση όπως η απάθεια, η ευερεθιστότητα και η κατάθλιψη, είναι εικόνα καταθλιπτικής διαταραχής που συνοδεύει το σύνδρομο υπερ- άσκησης. Σύμφωνα με τους Armstrong και Vanttest (2011), η θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής γίνεται με τη χρήση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

Ποια είναι όμως η κατάλληλη δοσολογία τις ασκήσεις για να είναι ευεργετική;

Το αμερικανικό κολλέγιο αθλητικής, συνιστά 30 λεπτά μέτριας έντασης δραστηριότητας επί πέντε ημέρες την εβδομάδα ή τουλάχιστον 20 λεπτά δραστηριότητας υψηλής έντασης επί 3 ημέρες την εβδομάδα(Haskell et al., 2007). Τα 30 λεπτά κάθε μέρας μπορούν να συσσωρευτούν από 10 λεπτές περιόδους. Η ένταση(πόσο σκληρά), η συχνότητα (πόσο συχνά) και η διάρκεια(επί πόσο χρόνο) συνθέτουν την συνταγή της άσκησης. Ωστόσο, η έρευνα έχει δείξει ότι η συνολική ποσότητα της δραστηριότητας (λεπτά φυσικής δραστηριότητας μέτριας έντασης)είναι πιο σημαντική από οποιοδήποτε άλλο στοιχείο των ωφελημάτων στην υγεία(USDHHS,2008)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΑΞΗ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΟΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Η Κοινωνική/Δημόσια Νοσηλευτική αποτελεί ένα συγκερασμό νοσηλευτικής πρακτικής και πρακτικής δημόσιας υγείας. Κύριος στόχος της Κοινωνικής Νοσηλευτικής είναι η προστασία της υγείας και η προαγωγή της μέσα στην κοινότητα, και η διατήρηση της υγείας των ατόμων, των οικογενειών. Σχετίζεται με τον εντοπισμό των πληθυσμών υψηλού κινδύνου και δεν αποτελεί απλώς μια περιστασιακή ανταπόκριση στις απαιτήσεις του πληθυσμού. Έχει τοποπεριοχικό χαρακτήρα, δίνει έμφαση στην περίθαλψη οξέων και χρόνιων περιστατικών, συμπεριλαμβάνοντας την άσκηση νοσηλευτικής σε σπίτια, ιατρεία και σε περιπατητικούς ασθενείς. Οι υπηρεσίες της Κοινωνικής Νοσηλευτικής είναι άμεσες, όπου πρωταρχικοί παραλήπτες των υπηρεσιών αυτών είναι το άτομο και η οικογένεια. Επίσης η άσκηση Κοινωνικής Νοσηλευτικής έχει συνεργατικό χαρακτήρα και βασίζεται στην έρευνα και στη θεωρία.

Οι κοινωνικοί νοσηλευτές θα πρέπει να εργάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε επίκεντρό τους να είναι ο άνθρωπος, έτσι ώστε να μπορούν να προσφέρουν κάτι παραπάνω από άμεση φροντίδα. Η νοσηλευτική που έχει ως αντικείμενο τον πληθυσμό :

- Επικεντρώνεται στο σύνολο του πληθυσμού.
- Αξιολογεί το υγειονομικό επίπεδο.
- Εξετάζει τους καθοριστικούς παράγοντες της υγείας.
- Δίνει έμφαση σε όλα τα επίπεδα πρόληψης.
- Παρεμβαίνει σε κοινότητες, συστήματα, άτομα και οικογένειες.

Οι κοινωνικοί νοσηλευτές που έχουν ως αντικείμενο τους τον πληθυσμό πρέπει να επικεντρώνονται στους πολυάριθμους υποπληθυσμούς, που απαρτίζουν την κοινότητα. Επιπλέον θα πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να εκτιμούν τις υγειονομικές ανάγκες και τους πόρους της κοινότητας και να προσδιορίζουν τις ηθικές αξίες τους. Τέλος θα πρέπει να συνεργάζονται με την κοινότητα για την ανάπτυξη προγραμμάτων που θα ικανοποιούν τις ανάγκες υγείας καθώς και να μπορούν να αξιολογούν το αποτέλεσμα αυτών των προγραμμάτων ύστερα από την υλοποίησή τους.

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Δημόσια υγεία είναι το σύνολο των ενεργειών της κοινωνίας, σε συλλογικό επίπεδο ώστε να εξασφαλίσει συνθήκες μέσα στις οποίες οι άνθρωποι μπορούν να είναι υγιείς (Ιατρικό Ινστιτούτο 2003). Εστιάζει στους πληθυσμούς με προσανατολισμό την κοινότητα για την πρόληψη και την ευεξία «για τη μείωση της επίπτωσης και της επιβάρυνσης από τις βασικές αιτίες θανάτου και ανικανότητας». Προτεραιότητες της δημόσιας υγείας είναι επίσης τα ψυχικά νοσήματα, τα προβλήματα συμπεριφοράς, η χρήση ουσιών κτλ. Προλαμβάνει από τραυματισμούς, προάγει και ενθαρρύνει υγιείς συμπεριφορές κτλ.

Επιπλέον εστιάζονται σε συμπεριφορές οι οποίες αποτελούν αιτίες θανάτου όπως η χρήση καπνού, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ. Στόχος της είναι η προαγωγή της σωματικής και ψυχικής υγείας και πρόληψη των νοσημάτων, τραυματισμών και αναπηρίας. Οι τρεις θεμελιώδεις λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας είναι η αξιολόγηση, η ανάπτυξη πολιτικής και η διασφάλισή της. Πιο αναλυτικά :

- Αξιολόγηση: 1) Παρακολουθεί την κατάσταση υγείας και εντοπίζει προβλήματα στην κοινότητα.

- 2) Θέτει τη διάγνωση και διερευνά τους κινδύνους για την υγεία στην κοινότητα.

- Ανάπτυξη πολιτικής : 1) Ενημερώνει, εκπαιδεύει και αναθέτει αρμοδιότητες στους ανθρώπους σχετικά με θέματα υγείας.
2) Κινητοποιεί κοινοτικούς μηχανισμούς για εύρεση λύσεων στα προβλήματα υγείας.
3) Αναπτύσσει πολιτικές και σχέδια για την υγεία.

- Διασφάλιση: 1) Διαβεβαιώνει για την διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας.
2) Εξασφαλίζει αποτελεσματική δημόσια υγεία και ικανό εργατικό δυναμικό για την ατομική φροντίδα υγείας.

3.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΟΤΙΚΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Ένας νέος όρος, όποιος αναγνωρίστηκε πρόσφατα, είναι αυτός της «κοινωνικής νοσηλευτικής» με τον οποίο δηλώνεται η εφαρμογή της νοσηλευτικής για την περίθαλψη των ατόμων, των οικογενειών και των ομάδων εκεί όπου ζουν, εργάζονται ή πηγαίνουν σχολείο ή καθώς κινούνται μέσω του συστήματος της υγειονομικής περίθαλψης. (MC Twen and Pullis, 2008). Η κοινωνική νοσηλευτική εστιάζει στην διαχείριση δύσκολων και χρόνια περιστατικών, ενώ ταυτόχρονα απευθύνεται και παρέχει υπηρεσίες στο ίδιο το άτομο και στην οικογένεια.

Ο κύριος στόχος της κοινοτικής νοσηλευτικής είναι η πρόληψη της νόσου και η προαγωγή υγιών κοινοτήτων. Έχοντας ως επίκεντρο το άτομο και γενικότερα τον πληθυσμό, η νοσηλευτική της κοινοτικής υγείας επικεντρώνεται στο εύκολο στο σύνολο του πληθυσμού, βασίζεται στην αξιολόγηση του υγειονομικού επίπεδο του πληθυσμού, εξετάζει ευρύτερα τους βασικούς παράγοντες της υγείας, δίνει έμφαση σε όλα τα επίπεδα της πρόληψης και παρεμβαίνει σε κοινότητες, συστήματα, άτομα και οικογένειες.

Σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότερη εφαρμογή της νοσηλευτικής της δημόσιας η κοινοτικής υγείας έχουν οι κοινοτικοί νοσηλευτές, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την παρέμβαση στην υγεία της κοινότητας. Έτσι λοιπόν είναι υπόχρεοι, εκτός από τη λήψη συνεντεύξεων και την αξιολόγηση της υγείας, να αξιολογούν ακόμα τις υγειονομικές ανάγκες, ενός κοινωνικού συνόλου και να εντοπίζουν τις ηθικές και κοινωνικές αξίες του. Επίσης, η κοινοτική νοσηλευτές οφείλουν να προχωρούν σε συνεργασία με την κοινότητα στην εφαρμογή προγραμμάτων, που θα εξυπηρετούν τις υπάρχουσες ανάγκες υγείας.

Στο σημείο αυτό, είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι η νοσηλευτική από την σύλληψη της, έχει εστιάσει στο να βοηθά άτομα, ώστε να διατηρούν και να προάγουν την υγεία τους. Οι κοινοτικοί νοσηλευτές είναι οι αρμόδιοι ώστε να δώσουν συμβουλές για την προαγωγή υγείας. Ο Parse (1990) Ισχυρίζεται ότι η προαγωγή υγείας έχει ως κίνητρο την επιθυμία να αυξηθεί η ευεξία και να φτάσουμε στην καλύτερη πιθανή υγεία. Ακριβώς αυτή την επιθυμία ενισχύω ρόλος του νοσηλευτή της κοινότητας, καθώς η αγωγή υγείας αποτελεί αναπόσπαστο μέρος των καθηκόντων του για την προαγωγή υγείας, τη πρόληψη της νόσου και την διατήρηση της άλλης της υγείας.

Με την θεμελιώδη αυτή η αρχή για την νοσηλευτική, της αγωγής της υγείας, ο κοινοτικός νοσηλευτής είναι σε θέση να κατανοήσει τη συμπεριφορά υγείας αλλά και να κάνει πράξη τις γνώσεις αυτές σε κατάλληλες παρεμβάσεις και στρατηγικές που αποσκοπούν στην βελτίωση της υγείας, στην πρόληψη και την αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών. Με άλλα λόγια, με την αγωγή υγείας προωθείται η δεξιά, εξαλείφεται η Ανικανότητα και τα άτομα δραστηριοποιούνται για την προαγωγή της προσωπικής υγείας τους και ευεξίας τους.

Οι νοσηλευτές έχουν την καταρτισμένη γνώση να συντελέσουν στην βελτίωση της υγείας και της ευεξίας της κοινότητας, καθώς και να επηρεάσουν συμπεριφορές σε θέματα υγείας με τη βοήθεια πρωτότυπων δραστηριοτήτων που ενσωματώνουν πολιτισμικές, γλωσσικές και εκπαιδευτικές δραστηριότητες αγωγής υγείας και πληροφοριακό υλικό για ευρεία διανομή (Meade et al ,2007 , Watters 2003).

Είναι σημαντικό να προστεθεί πως κοινοτικός νοσηλευτής είναι ο πλέον κατάλληλος για να ενημερώσει το κοινό για την ανάγκη φυσικής δραστηριότητας, λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, τη φυσική κατάσταση και το γένος του πελάτη. Για το λόγο αυτό, οι δραστηριότητες προαγωγής της φυσικής αγωγής που συλλαμβάνονται από το νοσηλευτή, ποικίλουν και απευθύνονται σε μεμονωμένες κατηγορίες ατόμων κάθε φορά. Παραδείγματος χάριν υπάρχουν διαφορετικές δραστηριότητες για τα παιδιά και τους εφήβους και διαφορετικές για τους ενήλικες, ενώ ταυτόχρονα διαφορετικές δραστηριότητες αποσκοπούν στο αρσενικό φύλο, διαφορετικές το θηλυκό.

Πιο συγκεκριμένα, ανάλογα με το φύλο διαφοροποιούνται τα πρότυπα φυσικής δραστηριότητας, με τις διαφορές να γίνονται αντιληπτές την περίοδο της εφηβείας. Τα αγόρια παρουσιάζουν αυξημένο επίπεδο σωματικής δραστηριότητας μέχρι την ηλικία των 11 ετών και μια μείωση από την ηλικία των 13 ετών, ενώ τα κορίτσια έφηβοι αυξάνουν την δραστηριότητα τους μέχρι 12 ή 13 ετών και μετά την μειώνουν. Η μείωση αυτή οφείλεται σε ειδικούς και διαφορετικούς παράγοντες για κάθε φύλο, έτσι ώστε προτείνεται ότι οι παρεμβάσεις πρέπει να εφαρμοστούν πριν την αναμενόμενη μείωση της δραστηριότητας αλλά και ταυτόχρονα λαμβάνοντας υπόψη από το νοσηλευτή ατομικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες του ατόμου.

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η κοινοτική νοσηλευτική, στην ουσία έχει ως αντικείμενο της τον πληθυσμό με αποτέλεσμα να επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες ομάδες ανθρώπων για την προαγωγή της υγείας και για την πρόληψη ασθενειών. Ας αναφερθούν επομένως σε αυτό το σημείο ορισμένες κοινότητες ατόμων (κοινότητα σχολείου, επαγγελματικού χώρου, οικογένεια) για τις οποίες ο κοινοτικός νοσηλευτής προβλέπει φυσικές δραστηριότητες για τη βελτίωση της υγείας.

ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΠΡΟΑΓΩΓΗ: Το ενδιαφέρον για την Δια βίου προαγωγή της άσκησης έχει τροφοδοτηθεί από το γεγονός ότι οι περισσότεροι καρδιαγγειακοί κίνδυνοι είναι εμφανείς κατά την πρώιμη παιδική ηλικία. Ανάμεσα στους κινδύνους που αποτελούν αίτια της στεφανιαίας νόσου, ο επικρατέστερος είναι η σωματική αδράνεια. Όταν ένας άνθρωπος ξεκινά να αθλείται από πολύ μικρή ηλικία είναι πιθανόν να συνεχίσει και στο υπόλοιπο της ζωής του, ενώ στην αντίθετη περίπτωση είναι λιγότερο πιθανό να αλλάξουν οι ανθυγιεινές συμπεριφορές που έχουν καθιερωθεί. Το φύλο καθώς και το είδος σωματικής άσκησης επηρεάζουν τα κίνητρα για την άσκηση και θα πρέπει να εξετάζονται κατά τον σχεδιασμό προγραμμάτων για εφήβους. Οι Κατευθυντήριες Οδηγίες Φυσικής Δραστηριότητας 2008 προωθούν τη δια βίου σωματική δραστηριότητα αρχίζοντας από την ηλικία των 6 ετών.

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ: Η συχνή φυσική δραστηριότητα ωφελεί άμεσα και μακροπρόθεσμα την υγεία των παιδιών και των εφήβων.

Παρά το γεγονός αυτό, το φαινόμενο της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας είναι πολύ σύνθητες και δικαιολογεί τις στρατηγικές για την αλλαγή του τρόπου ζωής τους, καθώς έρευνες για την σωματική δραστηριότητα, στοχεύουν στο σχεδιασμό κατάλληλων για την ηλικία, το φύλο και τον πολιτισμό παρεμβάσεων στην προώθηση της της διά βίου φυσικής δραστηριότητας.

Το σχολείο αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην προαγωγή της συμμετοχής των παιδιών στις δραστηριότητες, καθώς επίσης συμβάλλει στην επίτευξη του στόχου μιας «ενεργούς» γενιάς, ενθαρρύνοντας την συνεχή συμμετοχή σε δραστηριότητες και διδάσκοντας την αξία της άσκησης (Trost & Loprinzi, 2008). Τα σχολεία αποτελούν ιδανικό περιβάλλον για την προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας λόγω επαφής με συνομήλικα παιδιά και με εκπαιδευτικούς που εκδηλώνουν ενδιαφέρον για την προαγωγή υγείας, λόγω κατάλληλων εγκαταστάσεων και αλληλεπιδράσεων με κοινοτικούς φορείς δραστηριότητας.

Επίσης τα σχολικά προγράμματα προάγουν την αύξηση επιπέδων της σωματικής δραστηριότητας, της φυσικής κατάστασης, της αερόβιας ικανότητας καθώς και του χρόνου που δαπανάται σε μέτρια έως έντονη δραστηριότητα, ενώ ταυτόχρονα στοχεύουν στις συμπεριφορές σωματικής δραστηριότητας, στις δεξιότητες αλλαγής συμπεριφοράς καθώς και στην συμμετοχή των γονέων.

Για εφήβους και παιδιά, προτείνετε μια μέτρια η έντονη φυσική δραστηριότητα, διάρκειας τουλάχιστον 60 λεπτών κάθε μέρα ή έστω τριών ημερών την εβδομάδα. Για την ηλικία αυτής συνίσταται αερόβιες ασκήσεις, ασκήσεις μυϊκής ενδυνάμωσης και δραστηριότητες ενδυνάμωσης των οστών. Επίσης, η σωματική δραστηριότητα πρέπει να είναι κατάλληλη για την ηλικία και ευχάριστη, περιλαμβάνοντας ποικιλία δράσεων. Στόχος των παρεμβάσεων είναι η μείωση του καθιστικού τρόπου ζωής, ο οποίος όμως μπορεί να επιτευχθεί με την βαθμιαία αύξηση της άσκησης κατά 10% ανά εβδομάδα (Benett & Sothern, 2009).

Ωστόσο, για παιδιά προσχολικής ηλικίας τρία έως πέντε ετών, δεν υπάρχουν κατευθυντήριες οδηγίες για την σωματική δραστηριότητα, παρότι υπάρχει αυξημένος αριθμός παχυσαρκίας στην προσχολική ηλικία. Η ομάδα αυτή χρειάζεται εξίσου παρεμβάσεις για την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, διότι τότε αποκτούνται συνήθειες για την σωματική άσκηση (Williams, Carter & Dennison, 2009).

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΧΩΡΟ: Η προαγωγή υγείας στον επαγγελματικό χώρο γίνεται ολοένα και πιο σημαντική, λόγω της καθιστικής εργασίας, της γήρανσης του εργατικού δυναμικού και τα χρόνια νοσημάτων. Επαγγελματικοί χώροι είναι ιδανικοί για την προαγωγή αλλαγών στην υγεία, καθώς τα προγράμματα

προαγωγής συμβάλλουν στην παραγωγικότητα των εργαζομένων, βοηθώντας τους να παραμείνουν υγιείς. Επιστημονικά δεδομένα τονίζουν την ανάγκη για την εφαρμογή προγραμμάτων ευεξίας, επικεντρωμένη στην διατροφή και τη σωματική άσκηση, επειδή είναι δυνατό να μειωθούν οι να βελτιωθούν καρδιαγγειακές παθήσεις.

Το πρόγραμμα Ευκαιρίες Ευεξίας στο Χώρο Εργασίας προάγει την ευεξία μέσω προγραμμάτων διατροφής και σωματικής δραστηριότητας, βηματομέτρων, μαθημάτων ομαδικής γυμναστικής, μαθημάτων απώλειας βάρους και ανταμοιβών .Διαφορές στο δείκτη BMI Και την λιπώδη μάζα παρατηρήθηκαν μεταξύ των ομάδων παρεμβάσεις και των ομάδων ελέγχου μετά από 12 μήνες (Racette et al., 2009). Ωστόσο, παρατηρήθηκαν βελτιώσεις με εξατομικευμένες εκτιμήσεις υγείας και προσωποποιημένες αναφορές χωρίς την παρέμβαση. Η 12-μηνια κλινική μελέτη Move to Improve (Κίνηση για Βελτίωση), η οποία πραγματοποιήθηκε στους χώρους εργασίας της Home Depot, έδειξε ότι η σωματική δραστηριότητα αυξήθηκε στο 51% στους χώρους παρέμβασης, σε σύγκριση με 25% στις περιοχές ελέγχου (Dishman, DeJoy, Wilson, & Vandenberg, 2009). Οι συμμετέχοντες υπερέβησαν 300 λεπτά μέτριας έως έντονης δραστηριότητας την εβδομάδα και τα 9.000 βήματα την ημέρα.

ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ: Οι οικογενειακές δραστηριότητες είναι σημαντικές για την προαγωγή ενός υγιεινού τρόπου ζωής σε παιδιά και εφήβους. Ο τρόπος ζωής των γονέων επηρεάζει αφενός τους εφήβους για την ανάπτυξη ενός ενεργητικού ή μη τρόπου ζωής ως ενήλικες και αφετέρου την φυσική συμπεριφορά των παιδιών ως πρότυπο προς μίμηση (Crossman, Sullivan & Benin, 2006). Επίσης τα οικογενειακά προγράμματα ενθαρρύνουν τους γονείς να αλλάξουν τις συμπεριφορές τους και να δραστηριοποιηθούν με τα παιδιά τους σε εμπειρίες δόμησης σχέσεων. Με άλλα λόγια, η συμμετοχή της οικογένειας αυξάνει τις υγιεινές συνήθειες δώσω τα γονέων όσο και των παιδιών, σε μια ηλικία που είναι δυνατό να καλλιεργηθεί η συχνή σημαντική δραστηριότητα, προσφέροντας δύο πιο θετικά οφέλη υγείας (Madsen, McCulloch & Crawford, 2009).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Μεθοδολογία έρευνας

Κίνητρο για την διεξαγωγή μιας έρευνας συνήθως είναι ένας προβληματισμός , ένα ερευνητικό ερώτημα. Αρχικά ο ερευνητής να σχεδιάσει τη μεθοδολογία που θα υιοθετήσει σε σχέση με το αντικείμενο που θα μελετήσει και με τον προβληματισμό που καλείται να επιλύσει. Η έρευνα διεξήχθη σε χώρους άθλησης και πιο συγκεκριμένα αναφέρεται στους προπονητές. Και πιο συγκεκριμένα αναφέρεται στο κατά πόσο οι προπονητές σε διάφορους χώρους άθλησης κρίνουν απαραίτητη την παρουσία κοινοτικού νοσηλευτή στο χώρο τους και κατά πόσο αποτελεί πολύτιμο κρίκο για την αποφυγή τραυματισμών.

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι κατά πόσο οι προπονητές σε διάφορους χώρους άθλησης θεωρούν πολύτιμη την παρουσία του κοινοτικού νοσηλευτή στον χώρο τους.

Στόχοι της έρευνας είναι :

- Πώς σχετίζεται η σωματική άσκηση με την ψυχική υγεία.
- Τη χρησιμότητα του κοινοτικού νοσηλευτή στους χώρους άθλησης.
- Για ποιους λόγους επιλέγουν τα άτομα να συμμετάσχουν σε προγράμματα άσκησης.

Ωστόσο στα πλαίσια της έρευνας προέκυψαν κάποιες ερευνητικές υποθέσεις :

1. Η φυσική άσκηση ακολουθεί τα πρότυπα της εποχής;
2. Οι πολίτες καταφεύγουν σε χώρους άθλησης προκειμένου να αθληθούν;
3. Ο κοινοτικός νοσηλευτής μπορεί να συνεισφέρει στην προαγωγή της φυσικής άσκησης και στην προαγωγή του ατόμου;
4. Για ποιους λόγους ένα άτομο παρακολουθεί ένα πρόγραμμα άσκησης;
5. Ποιες ηλικίες αφορά;
6. Ποιοι είναι η κίνδυνοι που διατρέχουν;
7. Κατά πόσο ο κοινοτικός νοσηλευτής θα μπορούσε να συμβάλει σε χώρους άθλησης , ποιο είναι το όφελος αυτού;

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για το σκοπό αυτής της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος, η οποία χρησιμοποιεί στατιστικές μεθόδους επεξεργασίας του μεγάλου όγκου δεδομένων που αποκτάται κατά τη διάρκεια της έρευνας. Δημιουργήθηκε η online εκδοχή του ερωτηματολογίου, χρησιμοποιώντας τις Φόρμες του Google, για διευκόλυνση των συμμετεχόντων και μείωση του χρόνου που θα αφιερώσουν στην έρευνα.

Τελικά, το δείγμα της έρευνας αποτελείται από 60 προπονητές από την πόλη της Πάτρας και της Αθήνας.

Αναφορικά με τη μέθοδο που χρησιμοποιήθηκε για την επιλογή του δείγματος, θα πρέπει να σημειωθεί ότι η προσέλκυση των ενδιαφερόμενων πραγματοποιήθηκε με δύο τρόπους. Η προσέλκυση των περισσότερων συμμετεχόντων έγινε μέσα από το Facebook. Η προσέλκυση δείγματος μέσω του Facebook αναφέρεται από διάφορους ερευνητές ως μία αποτελεσματική μέθοδος δειγματοληψίας τα τελευταία χρόνια, λόγω της μεγάλης αύξησης του αριθμού των χρηστών και ιδίως των νεαρής σε ηλικία ατόμων (π.χ. Baltar και Brunet, 2012; Wells και Link, 2014). Ωστόσο, υπήρξε και πρόσκληση συμμετοχής στο ερωτηματολόγιο μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, στην προσωπική ηλεκτρονική διεύθυνση κάποιων προπονητών, που περιείχε το σύνδεσμο που οδηγούσε στην φόρμα της Google.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Για τη συγκέντρωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που δημιουργήθηκε από τις ερευνήτριες και τον ερευνητή. Το ερωτηματολόγιο κρίθηκε ως το πλέον κατάλληλο εργαλείο, δεδομένου ότι χρησιμοποιείται για τη μέτρηση των απόψεων των υποκειμένων της έρευνας (Harris & Brown, 2010; Muijs, 2010). Ένα ακόμη σημαντικό πλεονέκτημα του ερωτηματολογίου που οδήγησε στην απόφαση για τη χρησιμοποίησή του είναι ότι μπορεί να διανεμηθεί ταυτόχρονα σε ένα μεγάλο αριθμό συμμετεχόντων και για αυτό το λόγο μπορεί να συμβάλλει στην απόκτηση ενός πιο αντιπροσωπευτικού δείγματος του πληθυσμού (Harris & Brown, 2010).

Ο λόγος που χρησιμοποιήθηκε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο σε αυτή την έρευνα έγκειται στην συντομία και την απλότητά του να ολοκληρωθεί καθώς αποτελείται από μόνο 15 ερωτήσεις. Το ερωτηματολόγιο συμπλήρωναν 7 ερωτήσεις σχετικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του κάθε συμμετέχοντα. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις σχετιζόταν με:

* Φύλο

- * Ηλικία
- * Επίπεδο Εκπαίδευσης
- * Χώρος Απασχόλησης
- * Έτη Εμπειρίας
- * Ειδίκευση
- * Ηλικιακές ομάδες αθλουμένων

Η κωδικοποίηση των ερωτηματολογίων έγινε στο πρόγραμμα Excel και η στατιστική επεξεργασία στο πρόγραμμα SPSS V 24.

Όλα τα στοιχεία της έρευνας κωδικοποιήθηκαν και καταχωρήθηκαν σε ένα αρχείο δεδομένων (Data File) για την ανάλυση και επεξεργασία τους. Η διαδικασία της ανάλυσης ξεκίνησε με τον καθορισμό των μεταβλητών και την καταχώρηση όλων των πληροφοριών που αφορούσαν την κάθε μεταβλητή. Η περιγραφική στατιστική των μεταβλητών του ερωτηματολογίου μελετήθηκε με τη χρήση του 'Frequencies' του SPSS.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ένας περιορισμός της συγκεκριμένης έρευνας σχετίζεται με το χρονικό διάστημα και το δείγμα της. Το δείγμα θα μπορούσε να είναι από ολόκληρη τη χώρα, ώστε να έχει αντιπροσωπευτικότητα στο σύνολο του πληθυσμού των προπονητών που απασχολούνται σε χώρους άθλησης.

Ακόμα, ένας δεύτερος περιορισμός της έρευνας θα μπορούσε να είναι η υποκειμενικότητα των συμμετεχόντων σε σχέση με τη συμβολή ενός νοσηλευτή στην προαγωγή της ευεξίας στους χώρους άθλησης.

ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η συμμετοχή στην έρευνα γινόταν εθελοντικά και ανώνυμα, με επεξήγηση για τον σκοπό της έρευνας και για την προστασία των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων. Σε όλα τα στάδια της διαδικασίας ήταν ξεκάθαρο ότι οι συμμετέχοντες μπορούσαν να διακόψουν τη συμμετοχή τους και να αποχωρήσουν οποτεδήποτε ήθελαν.

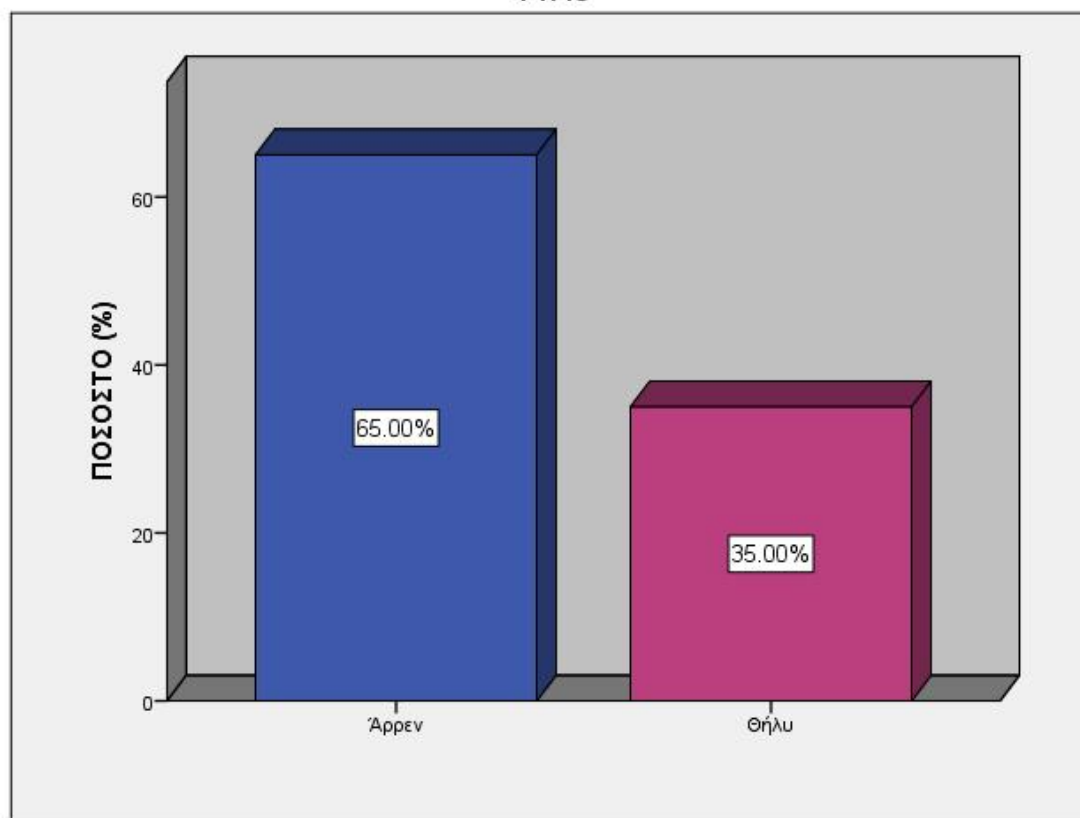
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η πλειοψηφία των ατόμων που συμμετείχε στην έρευνα είναι άντρες με ποσοστό 65%, ενώ οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν το 35% του δείγματος.

Πίνακας 1: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με το φύλο των ερωτηθέντων

ΦΥΛΟ	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID Άρρεν	39	65.0	65.0	65.0
Θήλυ	21	35.0	35.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

ΦΥΛΟ

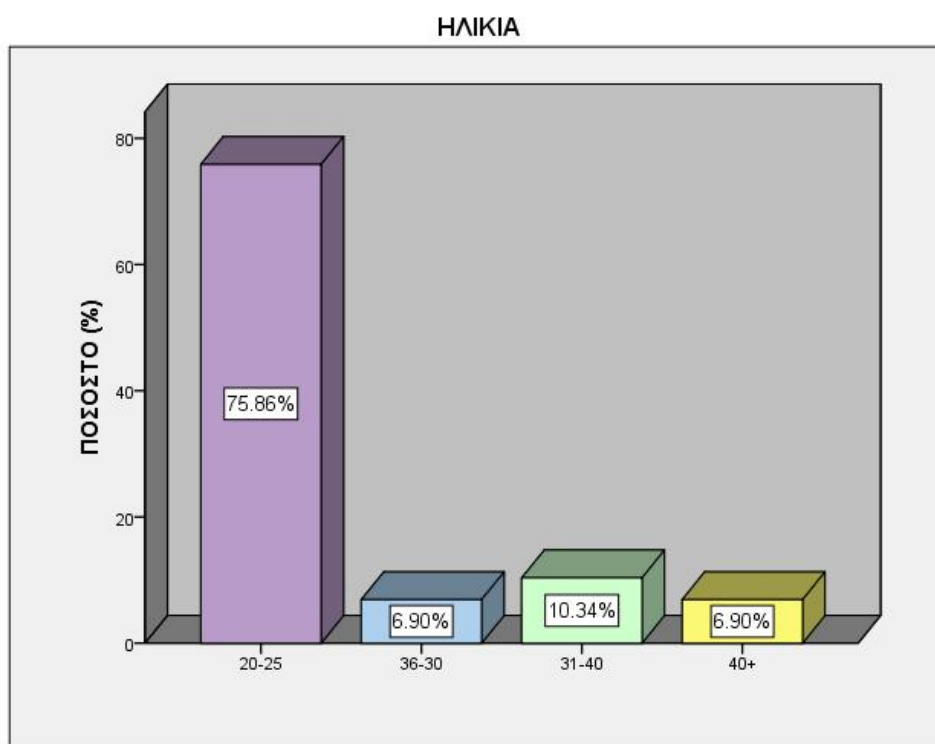


Γράφημα 1: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με το Φύλο των ερωτηθέντων

Από τα άτομα που πήραν μέρος στην έρευνα, οι περισσότεροι είναι 20-25 ετών (75.9%). Ακολουθούν όσοι είναι 31-40 ετών (10.3%). Αυτοί που είναι 26-30 ετών και 40+ ετών βγάζουν το ίδιο ποσοστό ίσο με 6.9%.

Πίνακας 2: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με την ηλικία των ερωτηθέντων

ΗΛΙΚΙΑ		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID	20-25	44	73.3	75.9	75.9
	26-30	4	6.7	6.9	82.8
	31-40	6	10.0	10.3	93.1
	40+	4	6.7	6.9	100.0
	Total	58	96.7	100.0	
MISSING	System	2	3.3		
TOTAL		60	100.0		



Γράφημα 2: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με την ηλικία των ερωτηθέντων

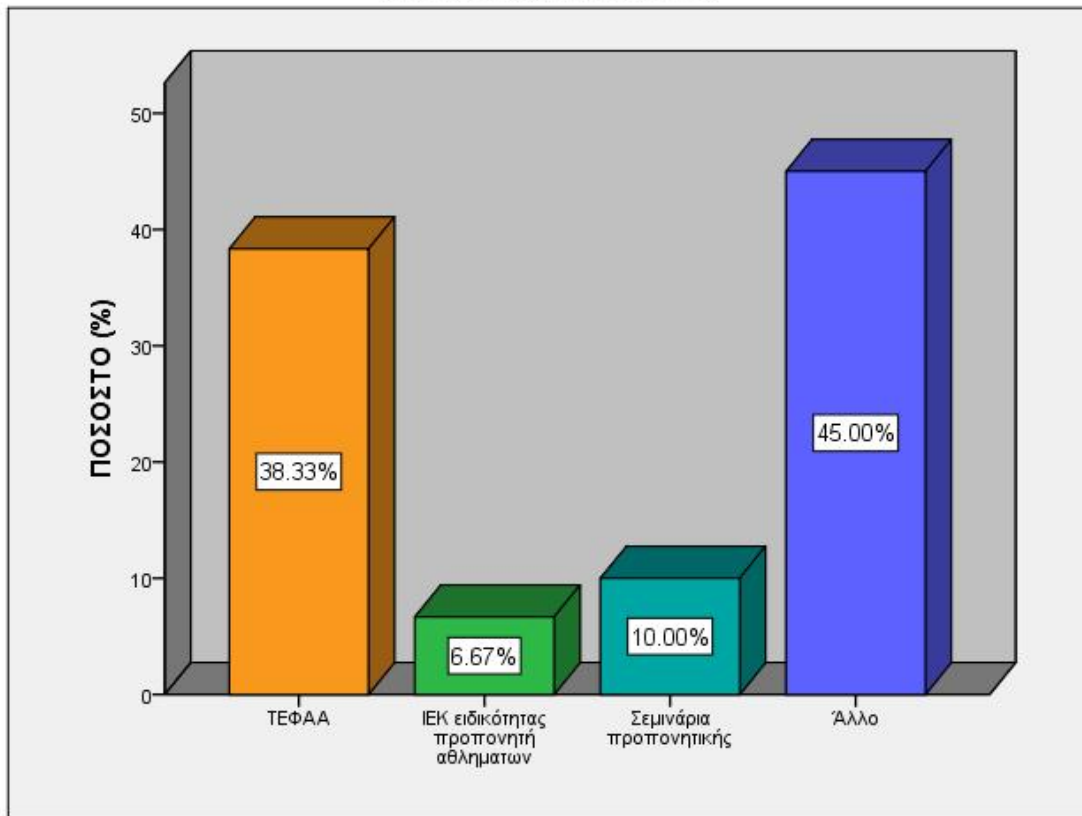
Από τους συμμετέχοντες, οι περισσότεροι έχουν κάποια άλλη εκπαίδευση που δεν αντιστοιχεί στις επιλογές της ερώτησης (45%). Ακολουθούν οι απόφοιτοι ΤΕΦΑΑ (38.3%) και

όσοι έχουν παρακολουθήσει σεμινάρια προπονητικής (10%). Οι απόφοιτοι ΙΕΚ ειδικότητας προπονητή αθλημάτων συγκεντρώνουν ποσοστό 6.7%.

Πίνακας 3: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
VALID ΤΕΦΑΑ	23	38.3	38.3	38.3
ΙΕΚ προπονητή αθλημάτων	4	6.7	6.7	45.0
Σεμινάρια προπονητικής	6	10.0	10.0	55.0
Άλλο	27	45.0	45.0	100.0
Total	60	100.0	100.0	

ΕΠΙΠΕΔΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ



Γράφημα 3: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων

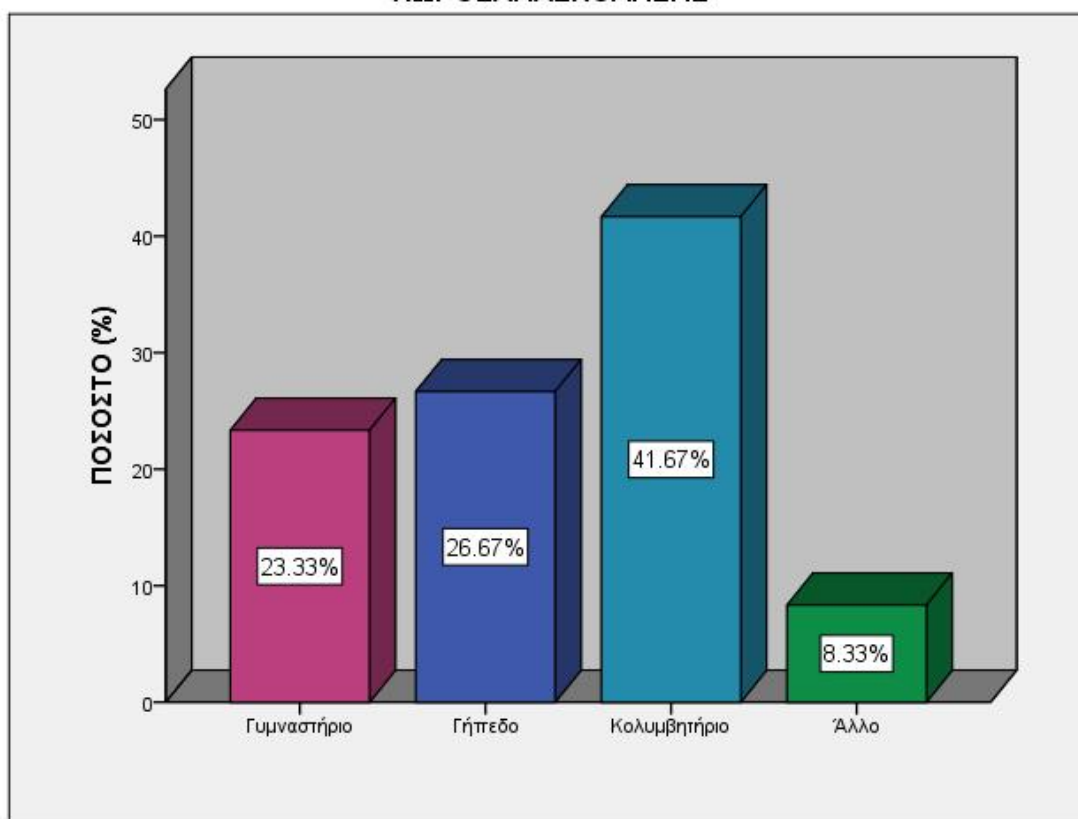
Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων, απασχολείται σε κολυμβητήριο (41.7%). Ακολουθούν όσοι απασχολούνται σε γήπεδο (26.7%), γυμναστήριο (23.3%) και σε κάποιον άλλο χώρο (8.3%).

Πίνακας 4: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με το χώρο απασχόλησης των ερωτηθέντων

ΧΩΡΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ					
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent	

Valid	Γυμναστήρι ο	14	23.3	23.3	23.3
	Γήπεδο	16	26.7	26.7	50.0
	Κολυμβητή -ριο	25	41.7	41.7	91.7
	Άλλο	5	8.3	8.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

ΧΩΡΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ



Γράφημα 4: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με το χώρο απασχόλησης των ερωτηθέντων

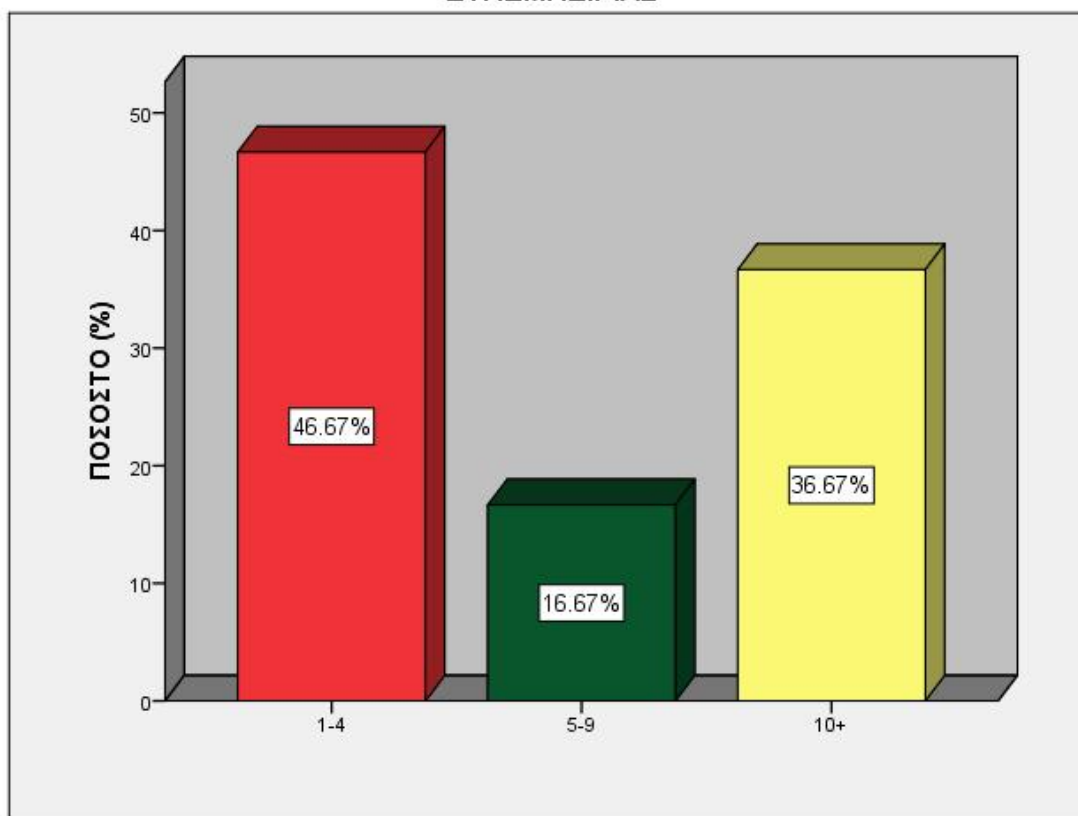
Σχετικά με τα έτη εμπειρίας των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία έχει 1-4 έτη (46.7%) και ακολουθούν όσοι έχουν 10+ έτη (36.7%) και όσοι έχουν 5-9 έτη εμπειρίας (16,7%).

Πίνακας 5: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με τα έτη εμπειρίας των ερωτηθέντων

**ΕΤΗ
ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-4	28	46.7	46.7	46.7
	5-9	10	16.7	16.7	63.3
	10+	22	36.7	36.7	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

ΕΤΗΜΠΕΙΡΙΑΣ



Γράφημα 5: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με τα έτη εμπειρίας των ερωτηθέντων

Η ερώτηση σχετικά με την εξειδίκευση των συμμετεχόντων ήταν ανοικτή και οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή περισσότερης της μίας απάντησης. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (33.3%) είχαν εξειδίκευση στα ομαδικά αθλήματα, ακολουθούν όσοι είχαν εξειδίκευση στον υγρό στίβο (30.6%) και αυτοί που είναι εξειδικευμένοι στο personal training and fitness (19.4%). Το 11.1% των συμμετεχόντων έχει εξειδίκευση στα ατομικά αθλήματα ενώ αυτοί που έχουν εξειδίκευση στον κλασικό αθλητισμό ή σε κάτι άλλο συγκεντρώνουν εξίσου ποσοστό 2.8%.

Πίνακας 6: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με την εξειδίκευση των ερωτηθέντων

ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ^a	ΚΛΑΣΣΙΚΟΣ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΣ	2	2.8%	3.3%
	ΥΓΡΟΣ ΣΤΙΒΟΣ	22	30.6%	36.7%
	ΟΜΑΔΙΚΑ ΑΘΛΗΜΑΤΑ	24	33.3%	40.0%
	ΑΤΟΜΙΚΑ ΑΘΛΗΜΑΤΑ	8	11.1%	13.3%
	PERSONAL TRAINING AND FITNESS	14	19.4%	23.3%
	ΑΛΛΟ	2	2.8%	3.3%
Total		72	100.0%	120.0%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				



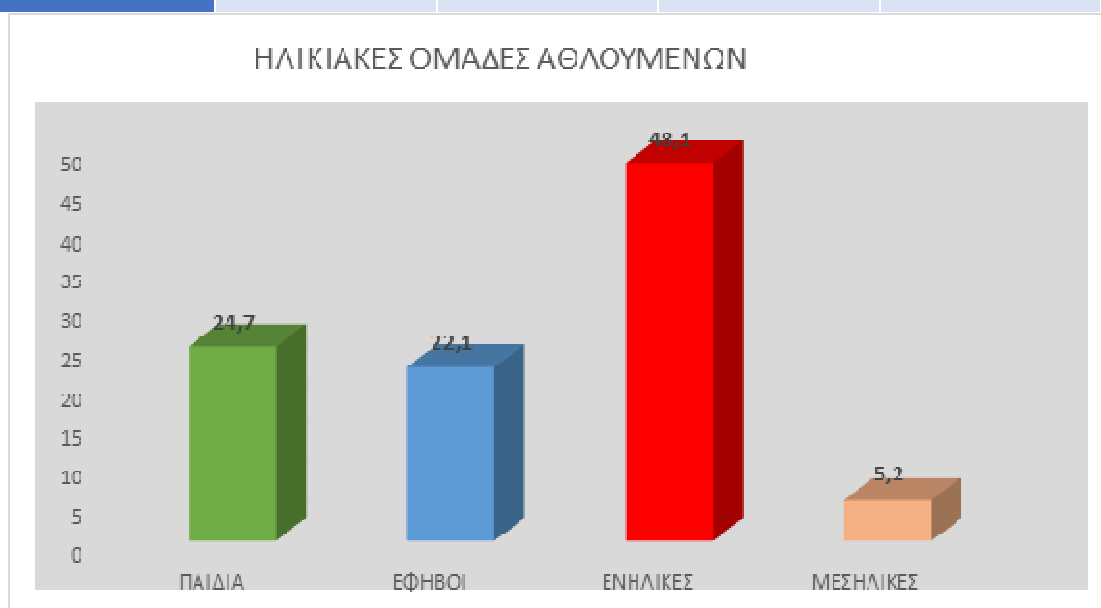
Γράφημα 6: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με την εξειδίκευση των ερωτηθέντων

Η ερώτηση σχετικά με τις ηλικιακές ομάδες των αθλούμενων που έχουν υπό την επίβλεψή τους οι συμμετέχοντες ήταν ανοικτή και οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή περισσότερης της μίας απάντησης. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (48.1%) δήλωσαν ότι προπονούν ενήλικες, ακολουθούν όσοι προπονούν παιδιά (24.7%) και αυτοί που προπονούν εφήβους (22.1%). Το 5.2% των συμμετεχόντων έχει υπό την επίβλεψή του μεσήλικες.

Πίνακας 7: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με τις ηλικιακές ομάδες αθλούμενων

ΣΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΜΑΔΕΣ ΑΘΛΟΥΜΕ- ΝΩΝ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
ΣΗΛΙΚΙΑΚΕΣ ΟΜΑΔΕΣ ΑΘΛΟΥΜΕ- ΝΩΝ ^a	ΠΑΙΔΙΑ	19	24.7%	31.7%
	ΕΦΗΒΟΙ	17	22.1%	28.3%

	ΕΝΗΛΙΚΕΣ	37	48.1%	61.7%
	ΜΕΣΗΛΙΚΕΣ	4	5.2%	6.7%
Total		77	100.0%	128.3%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				

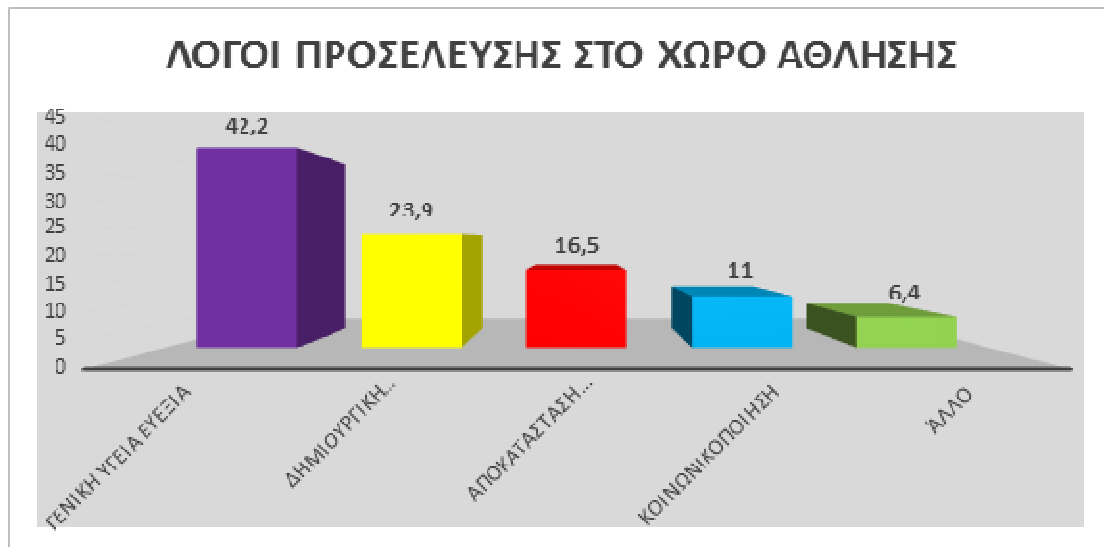


Γράφημα 7: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με τις ηλικιακές ομάδες αθλούμενων

Η ερώτηση σχετικά με τους λόγους που προσέρχεται κανείς στο χώρο άθλησης της εποπτείας των συμμετεχόντων ήταν ανοικτή και οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή περισσότερης της μίας απάντησης. Η απάντηση Γενική Υγεία – Ευεξία συγκέντρωσε το μεγαλύτερο ποσοστό (42.2%), ακολουθεί η δημιουργική εκμετάλλευση ελεύθερου χρόνου με ποσοστό 23.9%, η αποκατάσταση τραυματισμών/δυσλειτουργιών με ποσοστό 16.5% και η κοινωνικοποίηση με ποσοστό 11%. Άλλοι λόγοι προσέλευσης αθλούμενων στους χώρους άθλησης συγκεντρώνουν ποσοστό σύμφωνα με τους συμμετέχοντες 6.4%.

Πίνακας 8: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με τους λόγους προσέλευσης στο χώρο άθλησης

ΛΟΓΟΙ				
ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ				
Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
ΛΟΓΟΙ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ a	ΓΕΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	46	42.2%	79.3%
	ΕΥΕΞΙΑ			
	ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΚΗ ΕΚΜΕΤΑΛΛΕΥΣΗ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥ ΧΡΟΝΟΥ	26	23.9%	44.8%
	ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΩΝ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ	18	16.5%	31.0%
	ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΠΟΙΗΣΗ	12	11.0%	20.7%
	ΑΛΛΟ	7	6.4%	12.1%
Total		109	100.0%	187.9%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				



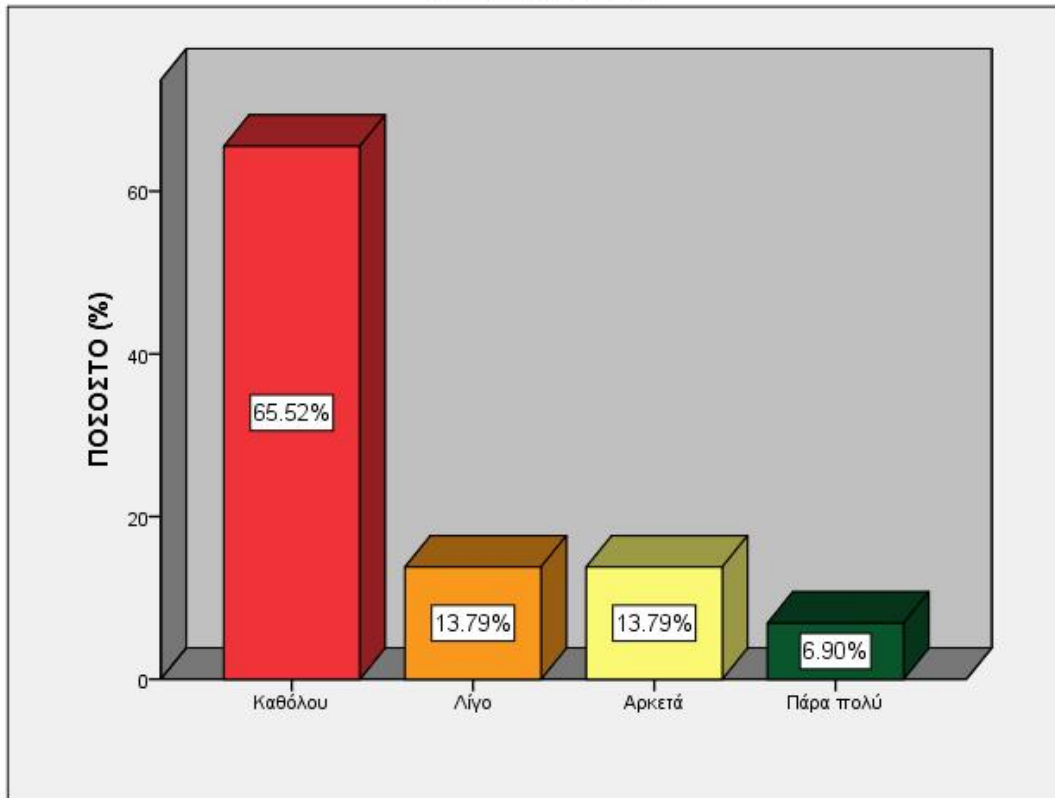
Γράφημα 8: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με τους λόγους προσέλευσης στο χώρο άθλησης

Στην ερώτηση σχετικά με τη συχνότητα εποπτείας ΑΜΕΑ, σε ποσοστό 65.5% οι ερωτηθέντες απαντούν ότι δεν έχουν καθόλου υπό την εποπτεία τους ΑΜΕΑ, ενώ ποσοστό 13.8% συγκεντρώνουν εξίσου αυτοί που επιβλέπουν λίγο και αυτοί που επιβλέπουν αρκετά ΑΜΕΑ. Με 6.9% κάποιιοι από τους συμμετέχοντες επιβλέπουν πάρα πολύ περιπτώσεις ΑΜΕΑ.

Πίνακας 9: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με την εποπτεία ΑΜΕΑ

ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΑΜΕΑ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	38	63.3	65.5	65.5
	Λίγο	8	13.3	13.8	79.3
	Αρκετά	8	13.3	13.8	93.1
	Πάρα πολύ	4	6.7	6.9	100.0
	Total	58	96.7	100.0	
Missing	System	2	3.3		
Total		60	100.0		

ΕΠΟΠΤΕΙΑ ΑΜΕΑ



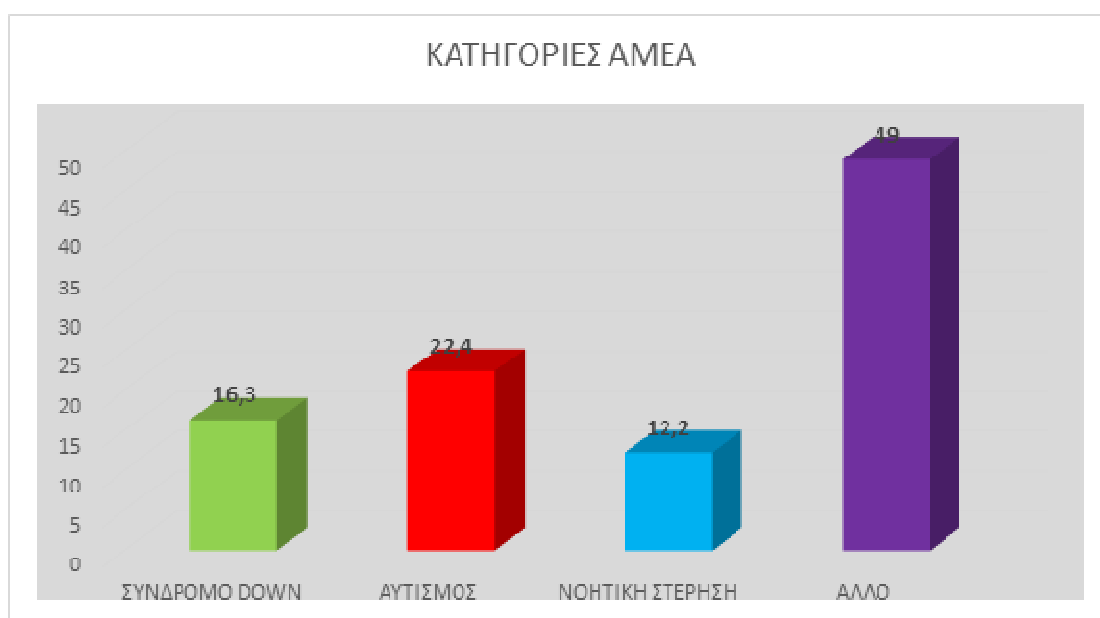
Γράφημα 9: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με την εποπτεία ΑΜΕΑ

Η ερώτηση σχετικά με τις κατηγορίες ΑΜΕΑ που έχουν υπό την επίβλεψή τους οι συμμετέχοντες ήταν ανοικτή και οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή περισσότερης της μίας απάντησης. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (49%) δήλωσαν ότι προπονούν άλλη κατηγορία ΑΜΕΑ, ακολουθούν όσοι προπονούν άτομα με αυτισμό (22.4%) και αυτοί που προπονούν άτομα με σύνδρομο Down (16.3%). Το 12.2% των συμμετεχόντων έχει υπό την επίβλεψή του άτομα με νοητική στέρωση.

Πίνακας 10: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με τις κατηγορίες ΑΜΕΑ

\$ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΜΕΑ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
\$ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΑΜΕΑ ^a	ΣΥΝΔΡΟΜΟ DOWN	8	16.3%	20.5%

	ΑΥΤΙΣΜΟΣ	11	22.4%	28.2%
	ΝΟΗΤΙΚΗ ΥΣΤΕΡΗΣΗ	6	12.2%	15.4%
	ΑΛΛΟ	24	49.0%	61.5%
Total		49	100.0%	125.6%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				



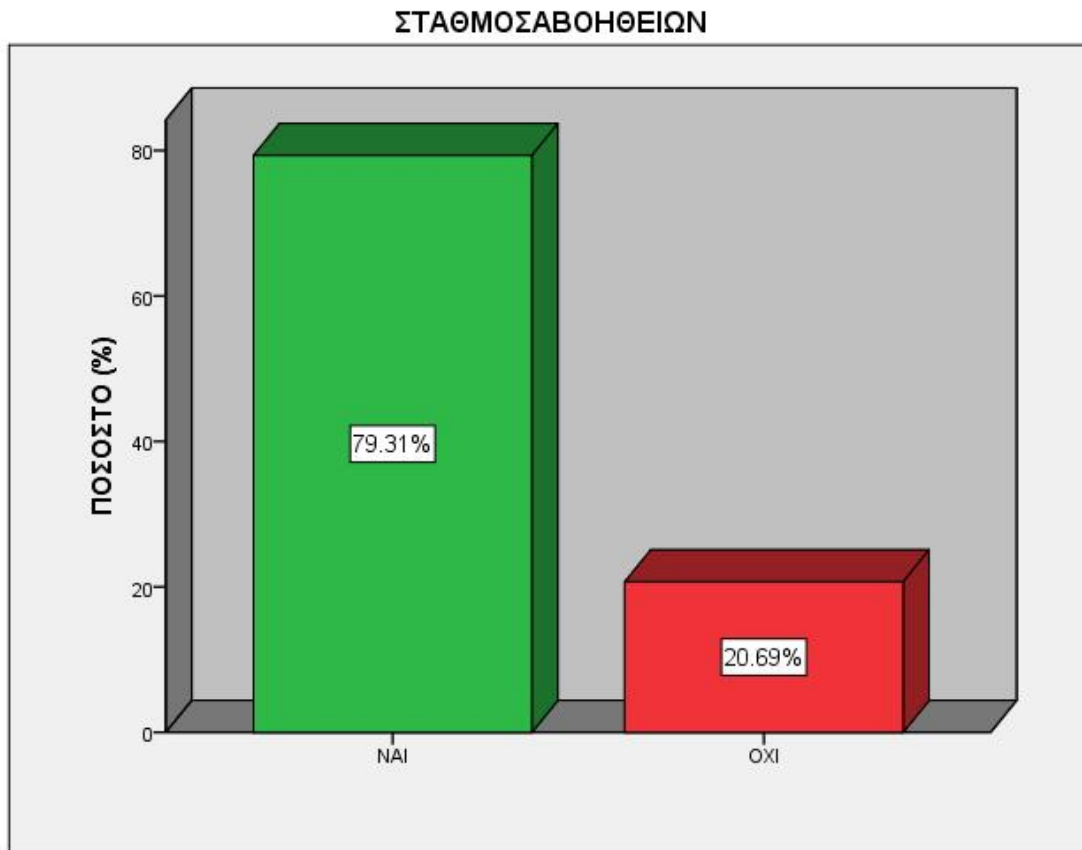
Γράφημα 10: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με τις κατηγορίες ΑΜΕΑ

Στην ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη σταθμού Α βοηθειών στο χώρο τους, σε ποσοστό 79.3% οι ερωτηθέντες απαντούν ότι υπάρχει τέτοιος σταθμός, ενώ σε ποσοστό 20.7% οι ερωτηθέντες απαντούν αρνητικά.

Πίνακας 11: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με την ύπαρξη σταθμού Α βοηθειών

ΣΤΑΘΜΟΣ Α ΒΟΗΘΕΙΩΝ				
	Frequency	Percent	Valid	Cumulative

				Percent	Percent
Valid	ΝΑΙ	46	76.7	79.3	79.3
	ΟΧΙ	12	20.0	20.7	100.0
	Total	58	96.7	100.0	
Missing	System	2	3.3		
Total		60	100.0		



Γράφημα 11: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με την ύπαρξη σταθμού Α βοηθειών

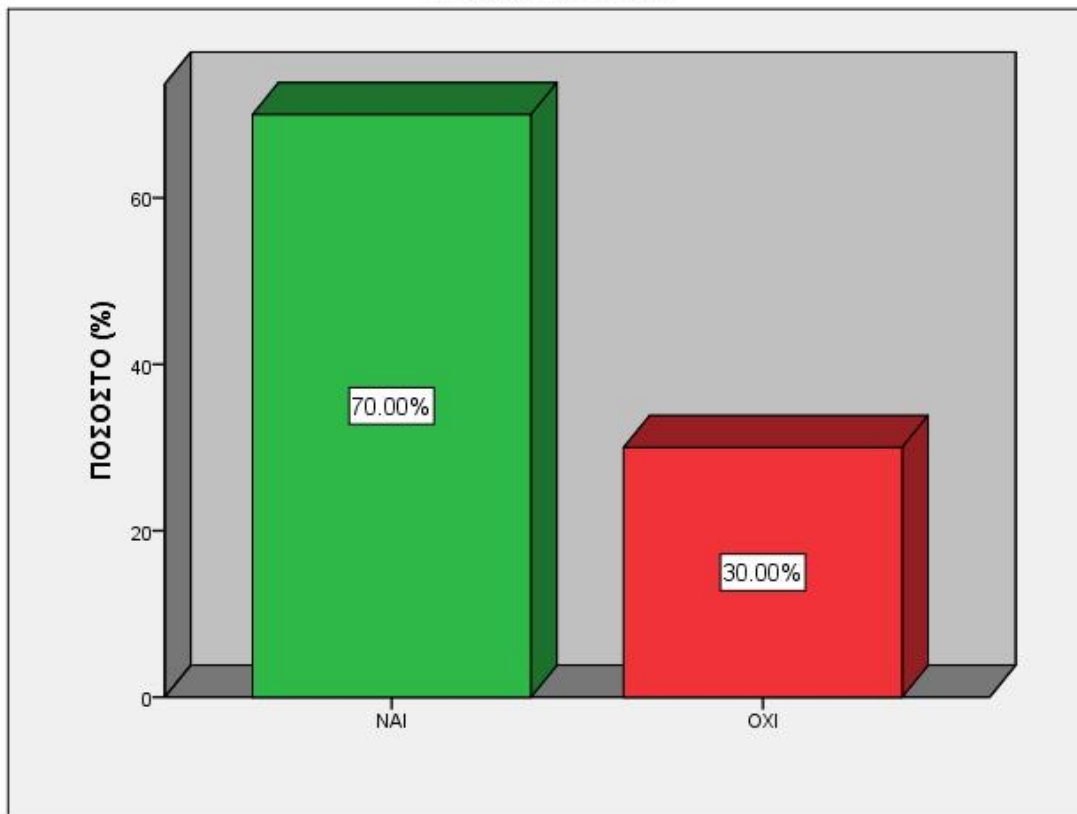
Στην ερώτηση σχετικά με την τήρηση φακέλου υγείας στο χώρο τους, σε ποσοστό 70% οι ερωτηθέντες απαντούν ότι τηρείται φάκελος υγείας, ενώ σε ποσοστό 30% οι ερωτηθέντες απαντούν αρνητικά.

Πίνακας 12: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με την τήρηση φακέλου υγείας

ΦΑΚΕΛΟΣΥ					
Γ Ε Ι Α Σ					
		Frequency	Percent	Valid	Cumulative

					Percent	Percent
Valid	N A I	4	2	7 0 . 0	7 0 . 0	7 0 . 0
	O X I	1	8	3 0 . 0	3 0 . 0	1 0 0 . 0
	T o t a l	6	0	1 0 0 . 0	1 0 0 . 0	

ΦΑΚΕΛΟΣΥΓΕΙΑΣ

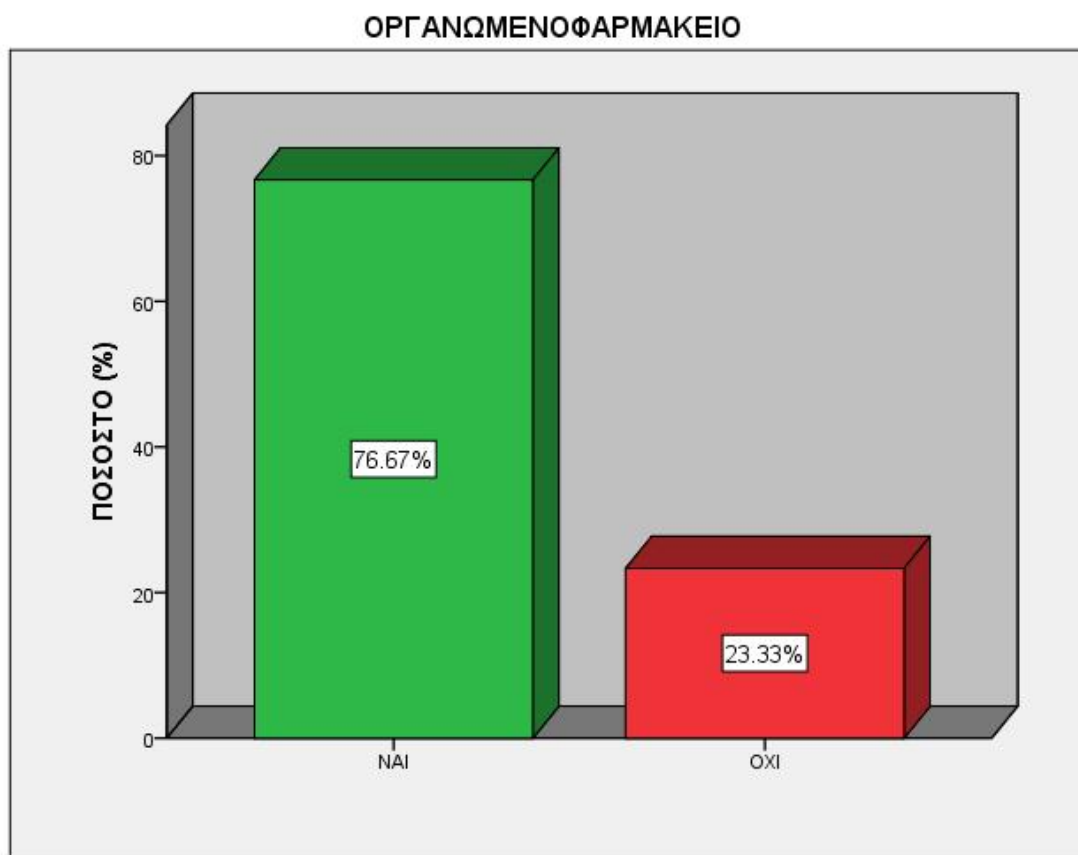


Γράφημα 12: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με την τήρηση φακέλου υγείας. Στην ερώτηση σχετικά με την ύπαρξη οργανωμένου φαρμακείου στο χώρο τους, σε ποσοστό 76.7% οι ερωτηθέντες απαντούν ότι υπάρχει οργανωμένο φαρμακείο, ενώ σε ποσοστό 23.3% οι ερωτηθέντες απαντούν αρνητικά.

Πίνακας 13: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με την ύπαρξη οργανωμένου φαρμακείου

ΟΡΓΑΝΩ- ΜΕΝΟ ΦΑΡΜΑ- ΚΕΙΟ

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ν Α Ι	4	6	76.7	76.7
	Ο Χ Ι	1	4	23.3	100.0
	T o t a l	6	0	100.0	



Γράφημα 13: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με την ύπαρξη οργανωμένου φαρμακείου

Παρακάτω παρουσιάζονται οι συχνότητες εμφάνισης των περιεχομένων του οργανωμένου φαρμακείου που υπάρχει στο χώρο των ερωτηθέντων . Η συγκεκριμένη ερώτηση ήταν ανοικτή και οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή περισσότερης της μίας απάντησης. Αναφέροντας τα μεγαλύτερα ποσοστά του δείγματος, 46 προπονητές (ποσοστό 14% του δείγματος) δήλωσαν ότι υπάρχει στο φαρμακείο αντισηπτικό spray, 43 προπονητές (ποσοστό 13.1% του δείγματος) δήλωσαν ότι υπάρχουν εξίσου αποστειρωμένες γάζες και επίδεσμοι, 41 προπονητές (ποσοστό 12.5% του δείγματος) δήλωσαν ότι έχουν λευκοπλάστ, 37 προπονητές (ποσοστό 11.2% του δείγματος) δήλωσαν ότι υπάρχουν γάντια και 35

προπονητές (ποσοστό 10.6% του δείγματος) δήλωσαν ότι στο φαρμακείο υπάρχουν
 π α γ ο κ ύ σ τ ε ς .

Πίνακας 14: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με τα περιεχόμενα του φαρμακείου

ΣΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ				
Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
ΣΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟΥ a	ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΜΕΝΕΣ ΓΑΖΕΣ	43	13.1%	86.0%
	ΑΝΤΙΣΗΠΤΙΚΑ SPRAY	46	14.0%	92.0%
	ΓΑΝΤΙΑ	37	11.2%	74.0%
	ΣΤΟΜΑΤΟΦΑΡΥΓΓΙΚΟΙ ΑΕΡΑΓΩΓΟΙ	12	3.6%	24.0%
	ΛΕΥΚΟΠΛΑΣΤ	41	12.5%	82.0%
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΟΡΟΣ	30	9.1%	60.0%
	ΠΑΓΟΚΥΣΤΕΣ	35	10.6%	70.0%
	ΕΠΙΔΕΣΜΟΙ	43	13.1%	86.0%
	ΝΑΡΘΗΚΕΣ	20	6.1%	40.0%
	ΑΥΤΟΜΑΤΟΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΙ ΑΠΙΝΙΔΩΤΕΣ	15	4.6%	30.0%
	ΑΛΛΟ	7	2.1%	14.0%
Total		329	100.0%	658.0%
a.Dichotomy group tabulated				

at value 1.



Γράφημα 14: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με τα περιεχόμενα του φαρμακείου

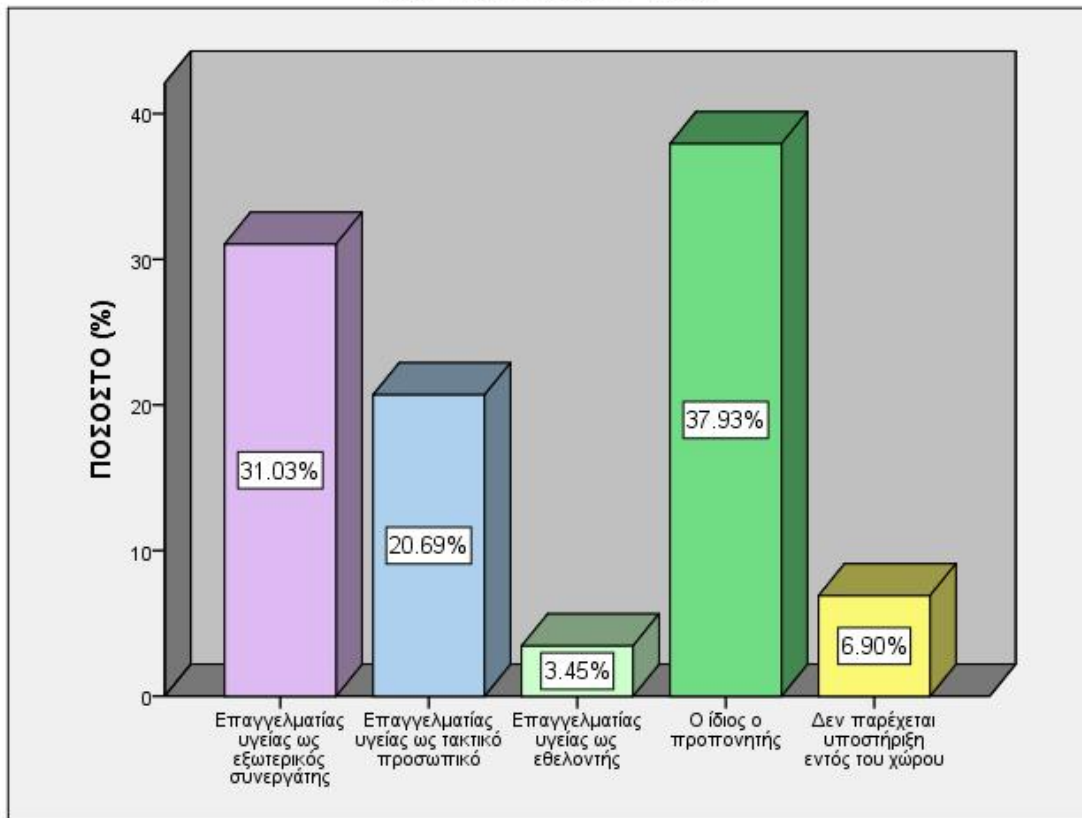
Στην ερώτηση σχετικά με το ποιος παρέχει υποστήριξη σε θέματα υγείας, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (37.9%) απάντησαν τον ίδιο τον προπονητή. Ακολουθούν με ποσοστό 31% οι επαγγελματίες υγείας ως εξωτερικοί συνεργάτες και οι επαγγελματίες υγείας ως τακτικό προσωπικό (20.7%). 6.9% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι δεν παρέχεται υποστήριξη εντός του χώρου, ενώ το 3.4% δηλώνει ότι παρέχουν υποστήριξη στο χώρο οι επαγγελματίες υγείας ως εθελοντές.

Πίνακας 15: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με την παροχή υποστήριξης σε θέματα υγείας

ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Επαγγελματίας υγείας ως	18	30.0	31.0	31.0

	εξωτερικός συνεργάτης				
	Επαγγελματίας υγείας ως τακτικό προσωπικό	12	20.0	20.7	51.7
	Επαγγελματίας υγείας ως εθελοντής	2	3.3	3.4	55.2
	Ο ίδιος ο προπονητής	22	36.7	37.9	93.1
	Δεν παρέχεται υποστήριξη εντός του χώρου	4	6.7	6.9	100.0
	Total	58	96.7	100.0	
Missing	System	2	3.3		
Total		60	100.0		

ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ



Γράφημα 15: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνότητων των απαντήσεων σχετικά με την παροχή υποστήριξης σε θέματα υγείας

Η ερώτηση σχετικά με το επίπεδο που παρέχεται υποστήριξη σε θέματα υγείας ήταν ανοικτή και οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή περισσότερης της μίας απάντησης. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (58.1%) δήλωσαν ότι παρέχεται υποστήριξη στην παροχή Α βοηθειών, ακολουθεί η άσκηση συμβουλευτικής (25.6%) και η προαγωγή αποκατάστασης (9.3%). Το 4.7% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι παρέχεται υποστήριξη στην αγωγή υγείας ενώ το 2.3% τονίζει την παροχή υποστήριξης σε κάτι άλλο.

Πίνακας 16: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με το επίπεδο παροχής υποστήριξης

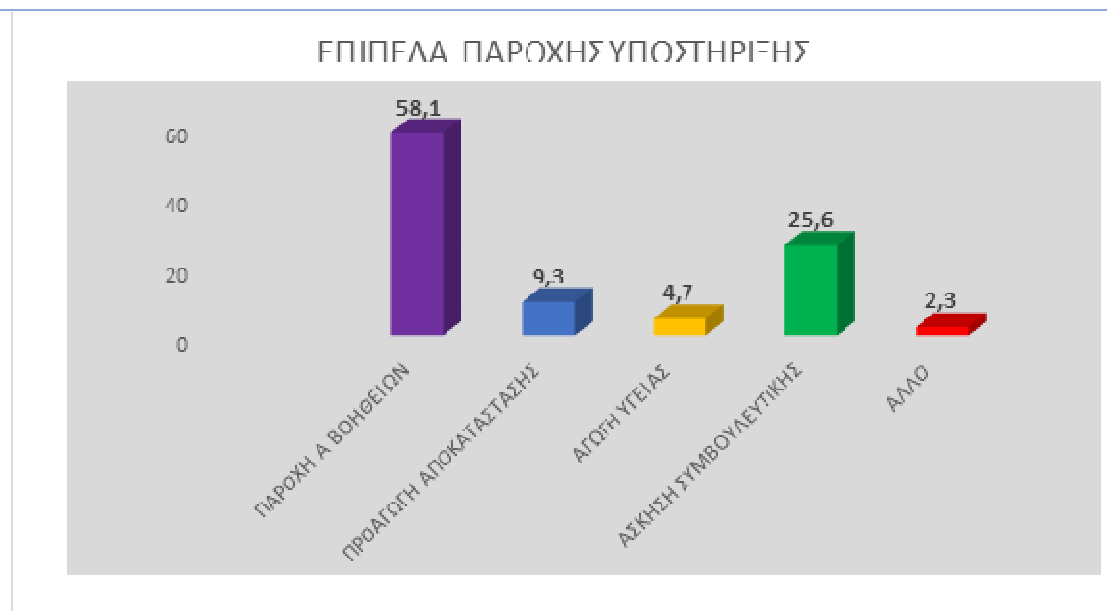
ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΟΧΗΣ

ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Frequencies

		Response		Percent	of
		s		Cases	
		N	Percent		
\$ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ^a	ΠΑΡΟΧΗ Α ΒΟΗΘΕΙΩΝ	50	58.1%	89.3%	
	ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	8	9.3%	14.3%	
	ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	4	4.7%	7.1%	
	ΑΣΚΗΣΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗΣ	22	25.6%	39.3%	
	ΑΛΛΟ	2	2.3%	3.6%	
	Total		86	100.0%	153.6%

a. Dichotomy group tabulated at value 1.

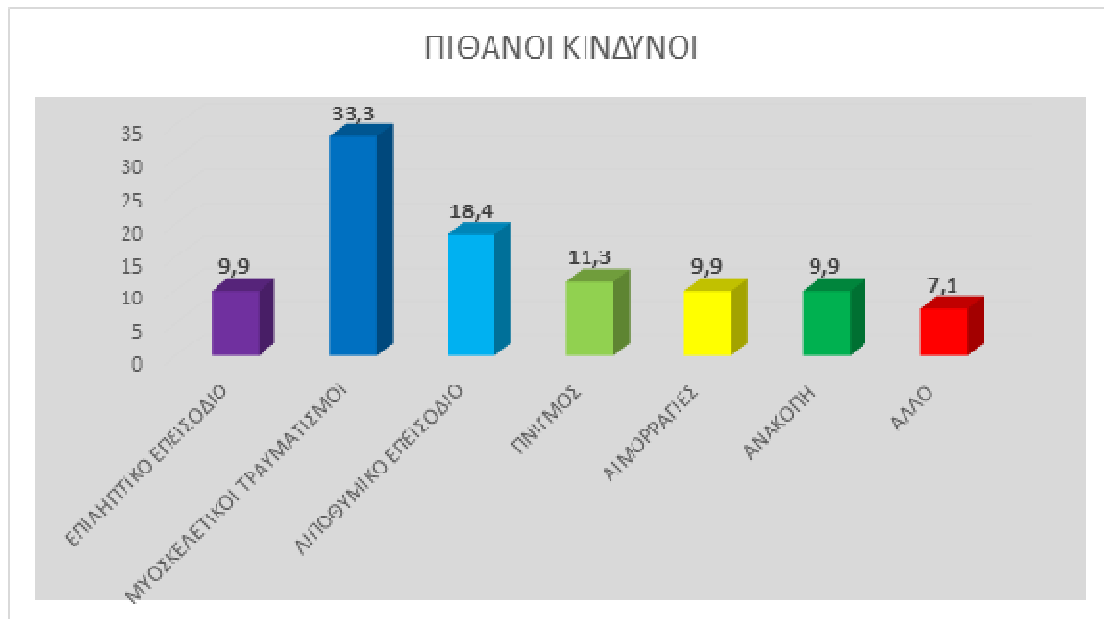


Γράφημα 16: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με το επίπεδο παροχής υποστήριξης

Η ερώτηση σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους που αντιμετωπίζει ένας αθλούμενος ήταν ανοικτή και οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή περισσότερης της μίας απάντησης. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (33.3%) δήλωσαν ότι υπάρχει ο κίνδυνος για μυοσκελετικούς τραυματισμούς, ακολουθεί το λιποθυμικό επεισόδιο (18.4%) και ο πνιγμός (11.3%). Το 9.9% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι υπάρχει εξίσου ο κίνδυνος επιληπτικού επεισοδίου, αιμορραγίας και ανακοπής ενώ το 7.1% τονίζει την ύπαρξη κάποιου άλλου κινδύνου.

Πίνακας 17: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους άθλησης

ΠΙΘΑΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
ΠΙΘΑΝΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ^a	ΕΠΙΛΗΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	14	9.9%	24.1%
	ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙ- ΚΟΙ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜ ΟΙ	47	33.3%	81.0%
	ΛΙΠΟΘΥΜΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ	26	18.4%	44.8%
	ΠΝΙΓΜΟΣ	16	11.3%	27.6%
	ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ	14	9.9%	24.1%
	ΑΝΑΚΟΠΗ	14	9.9%	24.1%
	ΑΛΛΟ	10	7.1%	17.2%
Total		141	100.0%	243.1%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				



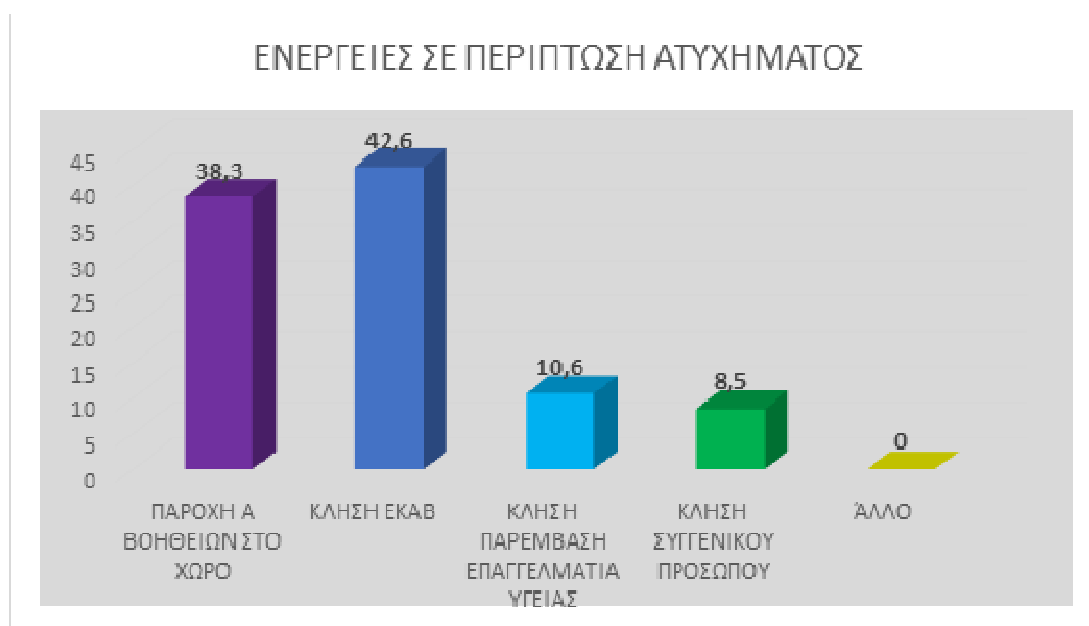
Γράφημα17: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με τους πιθανούς κινδύνους άθλησης

Η ερώτηση σχετικά με τις πρώτες ενέργειες σε περίπτωση προβλήματος υγείας/ατυχήματος που απαιτείται ιατρονοσηλευτική φροντίδα ήταν ανοικτή και οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή περισσότερης της μίας απάντησης. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (42.6%) δήλωσαν ότι θα κάνουν κλήση ΕΚΑΒ, ακολουθεί η παροχή Ά βοηθειών στο χώρο (38.3%) και η κλήση και παρέμβαση επαγγελματία υγείας ως εξωτερικού συνεργάτη (10.6%). Το 8.5% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι πραγματοποιεί κλήση συγγενικού προσώπου για παραλαβή του πάσχοντος.

Πίνακας 18: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με τις πρώτες ενέργειες σε περίπτωση ατυχήματος

ΣΣΕ					
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ					
ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ					
Frequencies					
		Responses		Percent of Cases	
		N	Percent		
ΣΣΕ	ΠΑΡΟΧΗ Α	36	38.3%	62.1%	
ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ	ΒΟΗΘΕΙΩΝ				
ΑΤΥΧΗΜΑΤΟΣ	ΣΤΟ ΧΩΡΟ				

a				
	ΚΛΗΣΗ ΕΚΑΒ	40	42.6%	69.0%
	ΚΛΗΣΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙ Α ΥΓΕΙΑΣ	10	10.6%	17.2%
	ΚΛΗΣΗ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ	8	8.5%	13.8%
Total		94	100.0%	162.1%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				



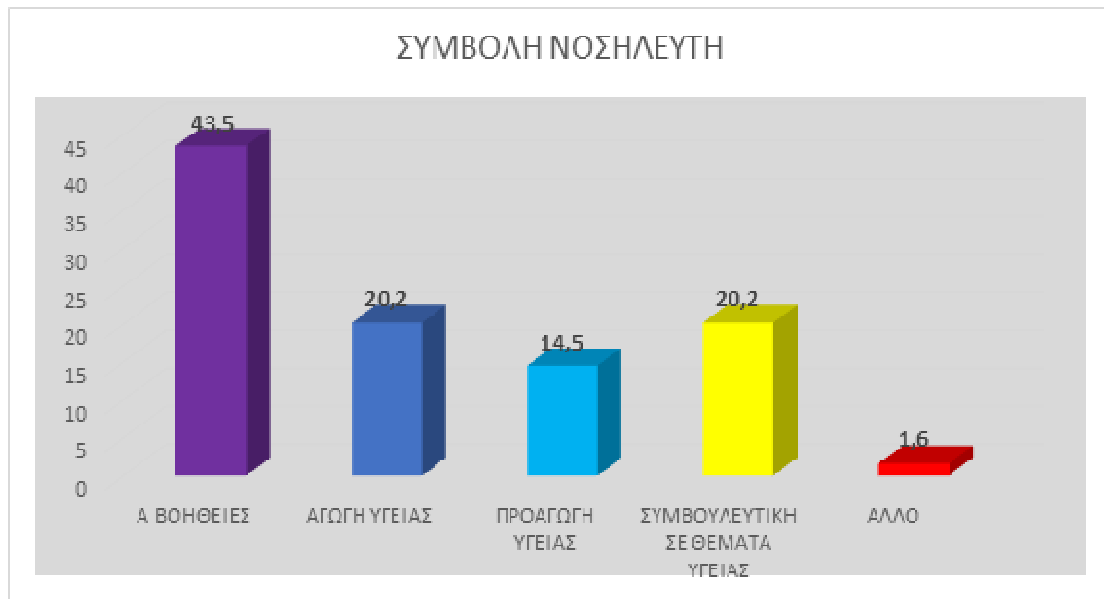
Γράφημα 18: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με τις πρώτες ενέργειες σε περίπτωση ατυχήματος

Η ερώτηση σχετικά με τη συμβολή ενός νοσηλευτή στο χώρο ήταν ανοικτή και οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή περισσότερης της μίας απάντησης. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (43.5%) δήλωσαν ότι ένας νοσηλευτής συμβάλλει στις Ά βοήθειες, ακολουθούν εξίσου η αγωγή υγείας και η συμβουλευτική σε θέματα υγείας (20.2%). Το

14.5% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι ένας νοσηλευτής συμβάλλει στην προαγωγή υγείας ενώ το 1.6% σε κάτι άλλο.

Πίνακας 19: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με τη συμβολή ενός νοσηλευτή

ΣΥΜΒΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ Frequencies				
		Responses		Percent of Cases
		N	Percent	
ΣΥΜΒΟΛΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ^a	Α ΒΟΗΘΕΙΕΣ	54	43.5%	93.1%
	ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	25	20.2%	43.1%
	ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ	18	14.5%	31.0%
	ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙ ΚΗ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ	25	20.2%	43.1%
	ΑΛΛΟ	2	1.6%	3.4%
Total		124	100.0%	213.8%
a. Dichotomy group tabulated at value 1.				



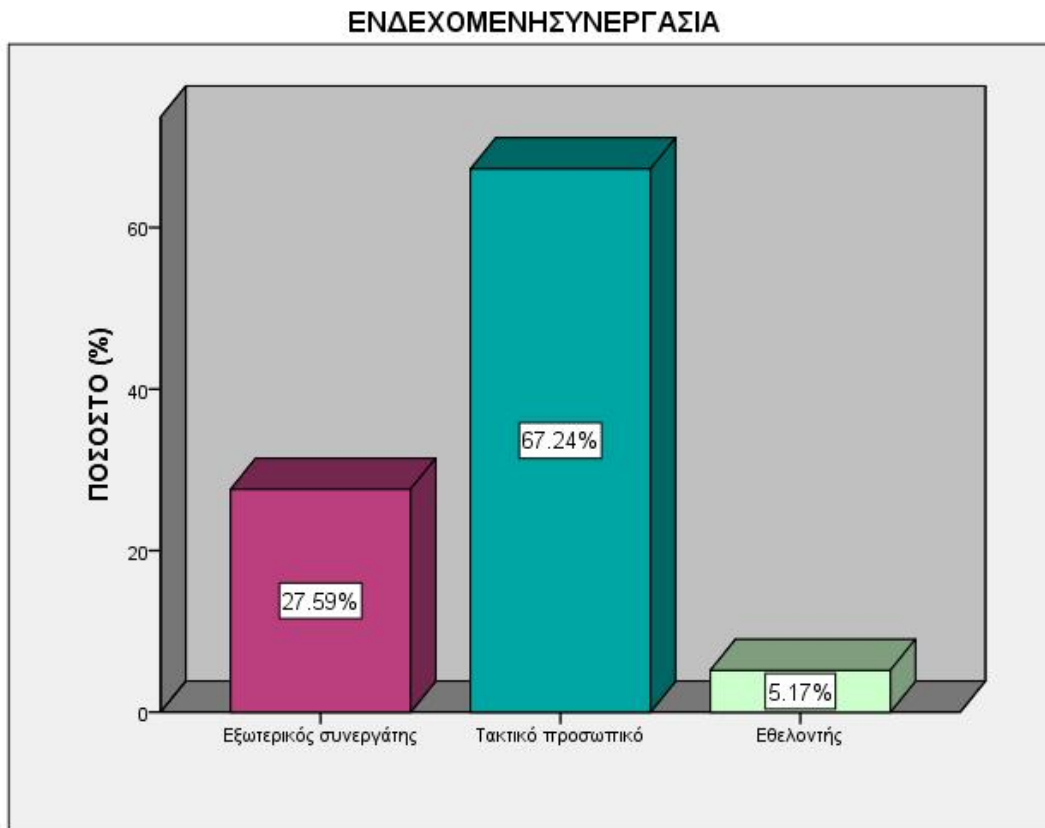
Γράφημα 19: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με τη συμβολή ενός νοσηλευτή

Στην ερώτηση σχετικά με την επιθυμητή ιδιότητα ενός νοσηλευτή σε ενδεχόμενη συνεργασία, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (67.2%) απάντησαν ότι θα επιθυμούσαν ο νοσηλευτής να ανήκει στο τακτικό προσωπικό του χώρου. Ακολουθούν με ποσοστό 27.6% όσοι απάντησαν ότι θέλουν τον νοσηλευτή ως εξωτερικό συνεργάτη και με ποσοστό 5.2% όσοι θα ήθελαν ο νοσηλευτής να είναι εθελοντής.

Πίνακας 20: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με την επιθυμητή ιδιότητα του νοσηλευτή

ΕΝΔΕΧΟΜ ΕΝΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙ Α					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εξωτερικός συνεργάτης	16	26.7	27.6	27.6
	Τακτικό προσωπικό	39	65.0	67.2	94.8
	Εθελοντής	3	5.0	5.2	100.0
	Total	58	96.7	100.0	
Missing	System	2	3.3		

Total	60	100.0		
-------	----	-------	--	--



Γράφημα 20: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με την επιθυμητή ιδιότητα του νοσηλευτή

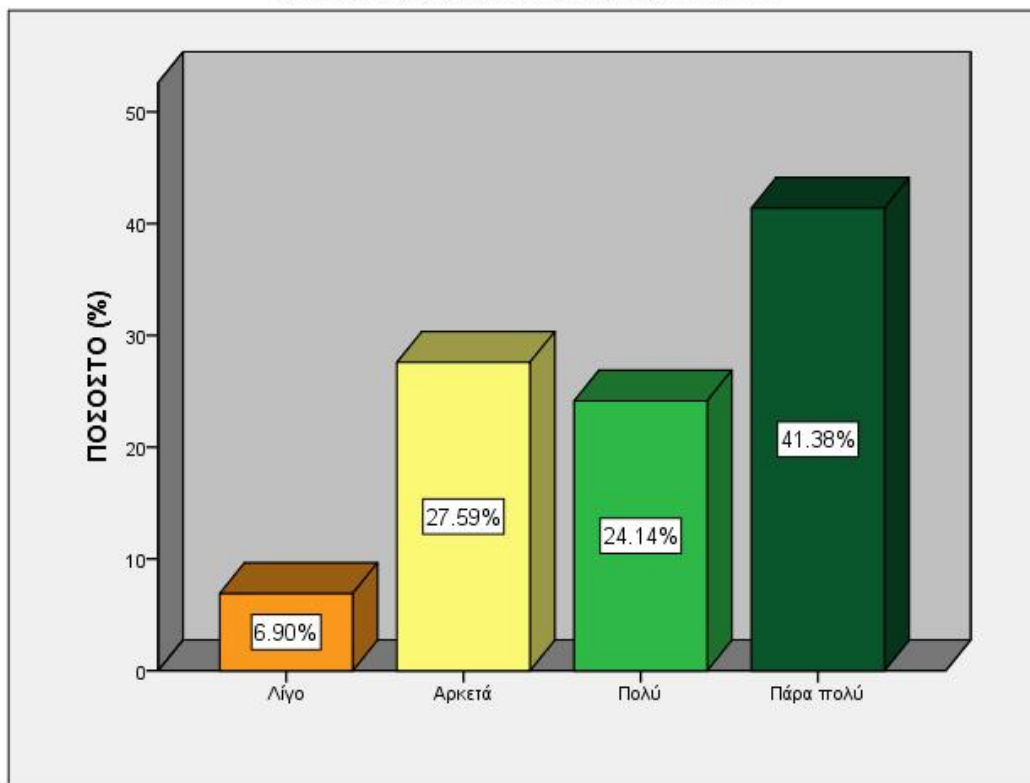
Στην ερώτηση σχετικά με το πόσο η παρουσία νοσηλευτή στο χώρο μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματική προ νοσοκομειακή αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας, σε ποσοστό 41.4% οι ερωτηθέντες απαντούν πάρα πολύ, 27.6% απαντούν αρκετά και 24.1% απαντούν πολύ. Με 6.9% κάποιοι από τους συμμετέχοντες απαντούν ότι η παρουσία του νοσηλευτή θα βοηθήσει λίγο.

Πίνακας 21: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με την αποτελεσματική παρουσία ενός νοσηλευτή

ΑΠΟΤΕΛΕΣ
ΜΑ
ΠΑΡΟΥΣΙΑ
Σ
ΝΟΣΗΛΕΥΤ
Η

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λίγο	4	6.7	6.9	6.9
	Αρκετά	16	26.7	27.6	34.5
	Πολύ	14	23.3	24.1	58.6
	Πάρα πολύ	24	40.0	41.4	100.0
	Total	58	96.7	100.0	
Missing	System	2	3.3		
Total		60	100.0		

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ



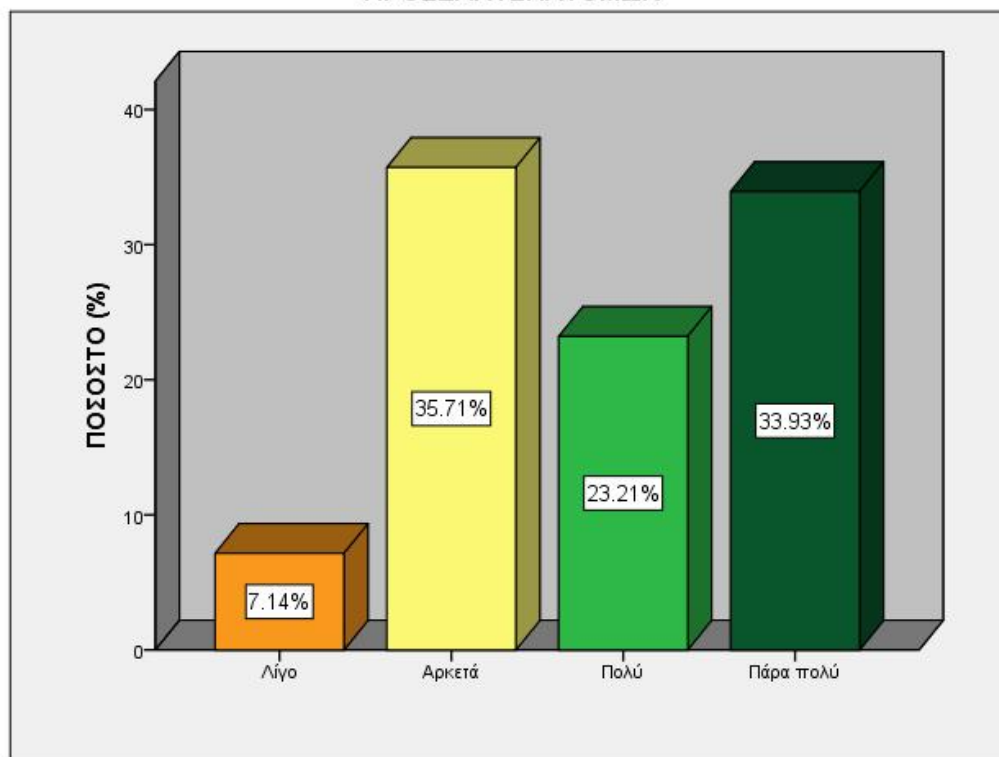
Γράφημα 21: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με την αποτελεσματική παρουσία ενός νοσηλευτή

Στην ερώτηση σχετικά με το πόσο μπορεί να ενισχύσει η συνεργασία με ένα νοσηλευτή την προσέλκυση ατόμων της κοινότητας σε χώρους άθλησης, σε ποσοστό 35.7% οι ερωτηθέντες απαντούν αρκετά, 33.9% απαντούν πάρα πολύ και 23.2% απαντούν πολύ. Με 7.1% κάποιος από τους συμμετέχοντες απαντούν ότι η συνεργασία με έναν νοσηλευτή θα ενισχύσει λίγο την προσέλκυση ατόμων.

Πίνακας 22: Συχνότητες απαντήσεων σχετικά με τη συνεργασία με έναν νοσηλευτή και την προσέλκυση ατόμων

ΠΡΟΣΕΛΚΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Λίγο	4	6.7	7.1	7.1
	Αρκετά	20	33.3	35.7	42.9
	Πολύ	13	21.7	23.2	66.1
	Πάρα πολύ	19	31.7	33.9	100.0
	Total	56	93.3	100.0	
Missing	System	4	6.7		
Total		60	100.0		

ΠΡΟΣΕΛΚΥΣΗ ΑΤΟΜΩΝ



Γράφημα 22: Διαγραμματική απεικόνιση των συχνοτήτων των απαντήσεων σχετικά με τη συνεργασία με έναν νοσηλευτή και την προσέλκυση ατόμων

ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ένας φυσικά ενεργός τρόπος ζωής έχει πολλά οφέλη σωματικής και ψυχικής υγείας για άτομα όλων των ηλικιών. Τις τελευταίες δεκαετίες, στην άσκηση και τη σωματική δραστηριότητα οι κατευθυντήριες γραμμές έχουν εξελιχθεί από την εστίαση στη δομημένη, έντονη άσκηση σε μια μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα ενταγμένη στον καθημερινό τρόπο ζωής.

Οι νοσηλευτές, λόγω της συχνής επαφής τους με ασθενείς και της ικανότητας ανάπτυξης εμπιστοσύνης και θεραπευτικών σχέσεων, μπορούν να βοηθήσουν άτομα κάθε ηλικίας να κάνουν αλλαγές στην συμπεριφορά τους ως προς την υγεία, όπως η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας. Ιδιαίτερα όταν βρίσκονται σε χώρους άθλησης, ένας σημαντικός τους ρόλος είναι να αξιολογούν και να συμβουλεύουν τους αθλούμενους σχετικά με τα οφέλη της σωματικής άσκησης. Η αξιολόγηση του τρέχοντος επιπέδου δραστηριότητας πρέπει να γίνεται κάθε φορά και μετά την αξιολόγηση, ο νοσηλευτής θα πρέπει να προσπαθήσει να ανακαλύψει ποιες φυσικές δραστηριότητες ο αθλούμενος απολαμβάνει και είναι σε θέση να κάνει, χωρίς ενδεχόμενο κίνδυνο για την υγεία του. Οι συμβουλευτικές και εκπαιδευτικές στρατηγικές είναι απαραίτητες για την έναρξη και τη συνέχιση οποιουδήποτε προγράμματος φυσικής δραστηριότητας. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει ενιαία στρατηγική, αλλά ο κάθε αθλούμενος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια ξεχωριστή περίπτωση.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα ύπαρξης των νοσηλευτών στους χώρους άθλησης. Αναλυτικότερα, η έρευνα έδειξε ότι οι περισσότεροι προπονητές που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν άντρες (65%), ηλικίας 20-25 ετών (75.9%), οι οποίοι απασχολούνται κυρίως σε κολυμβητήρια (41.7%) και έχουν 1-4 έτη εμπειρίας (46.7%) και εξειδίκευση στα ομαδικά αθλήματα (33.3%).

Η κυριότερη ηλικιακή ομάδα αθλούμενων είναι οι ενήλικες (48.1%), οι οποίοι επισκέπτονται τους χώρους άθλησης κυρίως για να αποκτήσουν γενική υγεία και ευεξία (42.2%). Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των προπονητών δεν έχει υπό την εποπτεία του καθόλου ΑΜΕΑ (65.5%). Οι περισσότεροι δηλώνουν ότι στο χώρο που εποπτεύουν υπάρχει σταθμός Α βοηθειών (79.3%), τηρείται φάκελος υγείας (70%) και υπάρχει οργανωμένο φαρμακείο (76.7%) με τα αντισηπτικά spray (14%), τις αποστειρωμένες γάζες (13.1%) και τους επιδέσμους (13.1%) να αποτελούν τα κύρια περιεχόμενά του.

Το δείγμα δηλώνει ότι υποστήριξη σε θέματα υγείας παρέχουν κατά κύριο λόγο οι ίδιοι ως προπονητές (37.9%), ως επι το πλείστον στην παροχή Α βοηθειών (58.1%). Οι μυοσκελετικοί - κινητικοί τραυματισμοί (33.3%) έρχονται πρώτοι στους πιθανούς κινδύνους

που αντιμετωπίζει ο αθλούμενος, γεγονός που σημαίνει ότι ο προπονητής, εφόσον παρέχει ο ίδιος υποστήριξη σε θέματα υγείας, θα πρέπει να είναι σε θέση να γνωρίζει πώς να αντιμετωπίσει αυτούς τους τραυματισμούς. Ωστόσο, οι περισσότεροι προπονητές του δείγματος, σε περίπτωση προβλήματος υγείας/ ατυχήματος που απαιτεί ιατρονοσηλευτική φροντίδα καλούν το ΕΚΑΒ (42.6%).

Σχετικά με την ύπαρξη κάποιου νοσηλευτή στο χώρο της εποπτείας τους, οι συμμετέχοντες στην έρευνα προπονητές τονίζουν ότι ένας νοσηλευτής θα συμβάλλει περισσότερο στις Α βοήθειες (43.5%). Ακόμη, οι πιο πολλοί προπονητές θα προτιμούσαν ο νοσηλευτής να αποτελεί μέλος του τακτικού προσωπικού του χώρου άθλησης (67.2%). Η πλειοψηφία πιστεύει επίσης, ότι η παρουσία ενός νοσηλευτή στο χώρο άθλησης θα μπορούσε να οδηγήσει σε πάρα πολύ αποτελεσματική προ νοσοκομειακή αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας (41.4%) και ότι η συνεργασία αυτή θα προσέλκυε αρκετά άτομα της κοινότητας στους χώρους άθλησης (35.7%).

Όλα τα παραπάνω συμπεράσματα αποδεικνύουν πόσο πολύτιμο κρίκο θα μπορούσε να αποτελέσει ένας νοσηλευτής με την παρουσία του σε έναν χώρο άθλησης, βοηθώντας τον προπονητή με τις γνώσεις, τις δεξιότητες και τις εμπειρίες του να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά οποιοδήποτε περιστατικό που χρήζει άμεσης ιατρικής αντιμετώπισης πριν το νοσοκομείο. Μελέτες πάνω στο ίδιο αντικείμενο, έχουν δείξει ότι οι τραυματισμοί που σχετίζονται με τον αθλητισμό και τη δραστηριότητα είναι πολύ συνηθισμένοι, όχι μόνο μεταξύ των επαγγελματιών αθλητών αλλά και μεταξύ του γενικού πληθυσμού. Από το 2011 έως το 2014 υπήρχαν 8,6 εκατομμύρια τραυματισμοί που σχετίζονται με αθλητικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες στις Η.Π.Α. μεταξύ ατόμων όλων των ηλικιών, σύμφωνα με έκθεση των Κέντρων Ελέγχου Νόσων (CDC, 2016).

Ο νοσηλευτής που απασχολείται σε χώρους άθλησης ενσωματώνει στην στρατηγική του τη σωματική άσκηση, την ευεξία και την πρόληψη των ασθενειών. Οι νοσηλευτές βοηθούν τους αθλούμενους να ζήσουν έναν υγιεινό τρόπο ζωής αναπτύσσοντας μια ρουτίνα άσκησης και ένα σχέδιο διατροφής.

Παρόλο που πλέον είναι νομικά απαραίτητο κάθε χώρος άθλησης να διαθέτει έναν επαγγελματία υγείας – νοσηλευτή, ο τομέας της νοσηλευτικής γυμναστικής βρίσκεται ακόμη στα αρχικά στάδια, και αντιμετωπίζεται με αρκετή δυσπιστία από τους ιδιοκτήτες αυτών των χώρων. Ωστόσο, όπως αποδεικνύεται και από τη συγκεκριμένη έρευνα, εφόσον οι χώροι άθλησης τείνουν να αποτελούν καθημερινούς χώρους προαγωγής της υγείας και ευεξίας του ατόμου αλλά και της αποκατάστασης σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, το προσωπικό οφείλει να είναι όσο το δυνατόν καλύτερο και εξοπλισμένο με τις απαραίτητες

γνώσεις και ειδικότητες για την παροχή οποιασδήποτε ιατρικής υποστήριξης. Σε αυτό το πλαίσιο, ένας νοσηλευτής πρέπει να θεωρείται αυτόματα απαραίτητο μέλος του προσωπικού, ώστε υπό την καθοδήγησή του, οι αθλούμενοι να αποκτήσουν μέσω της σωστής και μη επιβλαβούς άσκησης, υγεία και ευεξία στην καθημερινότητά τους.

Συμπεραίνοντας από τα παραπάνω που σχετίζονται με τη θεωρία και από την πραγμάτωση της έρευνας, η σωματική άσκηση συσχετίζεται με την καλή σωματική υγεία και ψυχική υγεία καθώς και με την επίτευξη πλήρους ευεξίας. Η φράση “νοῦς ὑγιής ἐν σώματι ὑγιεῖ” δεν χρησιμοποιήθηκε τυχαία από τους Αρχαίους Έλληνες, διότι η σωματική υγεία συνδέεται άμεσα με το πνεύμα. Η εξέλιξη της φυσικής άσκησης, σήμερα, φέρει πολλά οφέλη για το άτομο σε συνδυασμό με ένα σωστό πρόγραμμα διατροφής. Καθώς και είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο το πώς η φυσική άσκηση συμβάλλει στην προαγωγή της υγείας και στην ποιότητα ζωής. Ωστόσο για να γίνει αυτό σημαντική είναι η συμβολή των νοσηλευτών καθώς και των προπονητών, οι οποίοι βοηθούν τα άτομα στο να προσαρμοστούν στην άσκηση, συμβουλεύοντας τα και πληροφορώντας τα για τα οφέλη και τους ενδεχόμενους κινδύνους, αλλά και στην ανάπτυξη αθλητικής συμπεριφοράς. Η άσκηση λοιπόν μπορεί να λειτουργήσει ευεργετικά στο σώμα και στην ψυχή πολλών ατόμων που αντιμετωπίζουν είτε ψυχικές ασθένειες, είτε χρόνια νοσήματα, είτε σωματικές αναπηρίες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Akiskal H.S., McKinney W.T. (1999). Overview of recent research in depression Arch. Gen. Psychiatry. 32:285-291. 1975.
- Bandura, A. (1975). Self-efficacy:Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 84(2):191-215
- American psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-IV. Washington. DC: American Psychiatric Association.
- Boreham C1, Twisk J, Neville C, Savage M, Murray L, Gallagher A. (2002). Associations between physical fitness and activity patterns during adolescence and cardiovascular risk factors in young adulthood: the Northern Ireland Young Hearts Project University of Ulster. Newtownabbey, Northern Ireland. United Kingdom
- Baltar, F., Brunet, I. (2012). Social research 2.0: virtual snowball sampling method using Facebook. Internet Research.22(1). 57-74
- Biddle S, Fox K, Boucher S. (2000). Physical activity and psychological well being. (pp. 67-72).London: Routledge
- Biddle S, Mutrie N. (2008). Psychology of physical activity: Determinants well-being and interventions. (pp.33-40). London: Routledge
- Blumenthal T., Evans D, Link D.. (2000). A global analysis of Caenorhabditis elegans operons. Nature417:851-854.
- Bonnie G. Berger, David Pargman, Robert S. Weinberg. (2007). Foundations of exercise psychology 2nd ed.Morgantown, WV : Fitness Information Technology
- BOUCHARD C. & BLAIR S. N. & HASKELL W. L. (2007). Physical activity and health. United States: Human Kinetics.
- Cash, T.F. and Pruzinsky, T. (eds.) (2002). <<Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice>>. The Guilford Press. New York.
- Conn V.S. (2010). Depressive symptom outcomes after physical activity interventions: Meta-analysis Findings. Annals of behavioural Medicine.39.128-138.
- Depcik, E., Williams, L. (2004). Journal of Applied Sport Psychology :training and body satisfaction of body-image-disturbed college women.16(3): 287-299
- Dishman R.K., Landy F.J. (1999). Psychological factors and prolonged exercise. In: Perspectives in Exercise Science and Sports Medicine. D.R. Lamb and R. Murray (Eds.): p. 281-355

- Dunn A.L., Dishman R.K.. (2004). Exercise and the neurobiology of depression. In: Exercise and Sport Sciences Reviews, vol. 19. J.O. Holloszy (Ed.). Baltimore: Williams and Wilkins. p. 41-98
- Faulkner, G., Soundy, G., Lloyd, K. (2003). Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 108. 324-332.
- Grand T.. (2000). Physical activity and mental health: National consensus statements and guidelines for practice. London: Health Education Authority.
- Gregg E., Pereira M., Caspersen C. J. (2000). Physical activity, falls, and fractures among older adults: A review of the epidemiologic evidence. *Journal of the American Geriatrics Society*. 48. 883-893.
- Harris D. (1985). Comparative effectiveness of running therapy and psychotherapy. In: Exercise and mental health. W.P. Morgan and S.E. Goldston (Eds.). Washington DC: Hemisphere. p. 123-130
- Harris. L.R., Brown. G.T.L. (2010). Mixing interview and questionnaire methods: Practical problems in aligning data. *Practical Assessment, Research & Evaluation* .15(1) 1-19.
- Hayashi K., Sato J., Fujiwara N., Kaita M., Fukuharu M., Hu X., Kuriki K., Hoshino H., Kato R., Tokudome S., Sato Y. (2002): Associations between physical strength, cerebral function and mental health in independent living elderly Japanese women. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 7(3). 123-8.
- Helvik A.S., Engedal K., Krokstad S., Selbaek G. (2011). A comparison of life satisfaction in elderly medical inpatients and the elderly in a population-based study: Nord-Trøndelag Health Study 3. *Scandinavian journal of public health*. 39(4). 337-44.
- KENT. M. (1994). *The Oxford dictionary of sports science and medicine*. Oxford. Oxford University Press.
- LANDERS. D., ARENT. S. (2007). Physical activity and mental health. *Handbook of sport psychology* .New Jersey. John Wiley & Sons. Inc. (pp.469-491).
- Leonard W., Poon, Wojtek J., Chodzko-Zajko, Phillip D., Tomporowski. *Human Kinetics*. (2006). *Active Living, Cognitive Functioning, and Aging Τόμος 1 του Aging. exercise and cognition series*
- Martens R., Vealey R., Burton D. (1999). *Competitive anxiety in sport*. Champaign. IL: Human Kinetics. p. 117-190.
- Martinsen E. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordvegian Journal of Psychiatry*. 62. 25-29

- Morgan W.P., Ellickson K.A. (1989). Health, anxiety, and physical activity. In: Anxiety in sports, an interventional perspective, D. Hackfort and C.D. Spielberger (Eds.). New York: Hemisphere. p.172-175.
- Muijs, D. (2010). Doing Quantitative Research in Education: With SPSS. London: Sage.
- National Health Statistics Reports. (2016). Διαθέσιμο στο: <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhsr/nhsr099.pdf>, Προσπελάστηκε: 10/6/2018.
- Olivardia, R., Pope, H. G., Jr., Borowiecki, J. J. III, & Cohane, G. H. (2004). Biceps and Body Image: The Relationship Between Muscularity and Self-Esteem, Depression, and Eating Disorder Symptoms. *Psychology of Men & Masculinity*. 5(2). 112-120.
- Petruzzello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A., & Salazar, W. (1991). A Meta-Analysis on the Anxiety-Reducing Effects of Acute and Chronic Exercise: Outcomes and Mechanisms. *Sports Medicine*. 11(3). 143-182.
- Physical Activity Guidelines for Americans. (2008). Διαθέσιμο στο: <https://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>, Προσπελάστηκε: 11/6/2018.
- Raglin J.S., Morgan W.P. (1998). Influence of exercise and quiet rest on state anxiety and blood pressure. *Medicine and Science in Sports and Exercise* .19:456-463
- Ross E. Andersen. PHD. Steven N. Bleur. PED. Lawrence j. Cheskin.MD, Susan j. (1997). Encouraging patients to become more physically, Active: "The physician's Role". American college of physician's .
- Simons A.D., McGowan C.R., Epstein L.H., Kupfer D.J., Roberston. R.J.. (1985). Exercise as a treatment for depression: An update. *Clinical Psychology Review* 5:553-568
- Tuson K.M., Sinyor D. (1993). On the affective benefits of acute aerobic exercise: taking stock after years of research. In: *Exercise psychology: 92 the influence of physical exercise on psychological processes*. P. Seraganian (Ed.). New York: Wiley and Sons. p. 80-121.
- Twisk JW, Kemper HC, van Mechelen W. (2000). Tracking of activity and fitness and the relationship with cardiovascular disease risk factors. *Med Sci Sports Exerc*. 2000; 32:1455-61.
- Wells, T., Link, M. (2014). Facebook User Research Using a Probability-Based Sample and Behavioral Data. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 19(4). 1042-1052.

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αγγελοπούλου-Σακαντάμη, Ν. (2004). Ειδική Αγωγή , Αναπτυξιακές Διαταραχές και Χρόνιες Μειονεξίες, Θεσσαλονίκη.ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ.

- Ανδρουλάκη, Ζ., Κούτα - Νικολάου, Χ., Κριτσωτάκης, Γεώργιος(επιμ). (2014). Κοινωνική Νοσηλευτική .Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη
- Ζέρβα, Ε. (2011). Επίδραση του είδους άσκησης στην καρδιαναπνευστική αποκατάσταση ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, Διδακτορική διατριβή, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/28612#page/64/mode/2up>
- Θεοδωράκης, Γ. (2010). Άσκηση, Ψυχική Υγεία και Ποιότητα Ζωής. Θεσσαλονίκη:Εκδόσεις Χριστοδουλίδη.
- Καμπά, Ε. (2013). Προαγωγή Υγείας και Νοσηλευτική Πράξη. Αθήνα:ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΛΑΓΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ.
- Καστανιάς, Θ., Τοκμακίδης, Σ. (2008). <<Η άσκηση ως μέσο προαγωγής της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας>>. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 25(6):721
- Κλεισούρας, Β. (2011). Εργοφυσιολογία. Αθήνα: Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης
- Κυριαζή, Χ. (2006). Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία: γνωστική, ψυχολογική και κινητική λειτουργία. Διδακτορική διατριβή.Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader>
- Νταφόγιαννη-Κούρτη, Χ. (1995). Εκπαίδευση του διαβητικού παιδιού στη ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη σε σχέση με τη σωματική άσκηση. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/5041#page/17/mode/2up>
- Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., Τσελίκια, Α. (2013). Κοινωνική Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας, Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών. Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

"Ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή στην προαγωγή της ευεξίας του ατόμου μέσω δραστηριοτήτων σε χώρους άθλησης."

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας στο Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας ,με σκοπό να ερευνήσουμε τα οφέλη της σωματικής δραστηριότητας και πως ένας νοσηλευτής μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο κρίκο.

Αποτελείται από 7 γενικές ερωτήσεις και 15 ειδικές ερωτήσεις.Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και ανώνυμη,ενω οι απαντήσεις σας θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Ευχαριστούμε για το χρόνο σας!

Οι φοιτητές/τριες:

Βρεττέα Βενετία- Κωνσταντίνα

Παναγόπουλος Δημήτριος

Σπυροπούλου Ανδρονίκη

A.Γενικές ερωτήσεις

A.1.Φύλο

- [Ελεγχος] Άρρεν
- [Ελεγχος] Θήλυ

A.2.Ηλικία

- § [Ελεγχος] 20-25
- § [Ελεγχος] 26-30
- § [Ελεγχος] 31-40
- § [Ελεγχος] 40+

A.3.Επίπεδο Εκπαίδευσης

- § [Ελεγχος] ΤΕΦΑΑ
- § [Ελεγχος] ΙΕΚ ειδικότητας Προπονητή Αθλημάτων

- § [Ελεγχος] Σεμινάρια Προπονητικής
- § [Ελεγχος] Άλλο

A.4.Χώρος Απασχόλησης

- § [Ελεγχος] Γυμναστήριο
- § [Ελεγχος] Γήπεδο
- § [Ελεγχος] Κολυμβητήριο
- § [Ελεγχος] Άλλο

A.5.Έτη Εμπειρίας

- § [Ελεγχος] 1-4
- § [Ελεγχος] 5-9
- § [Ελεγχος] 10+

A.6.Ειδίκευση

- § [Ελεγχος] Κλασικός Αθλητισμός
- § [Ελεγχος] Υγρός Στίβος
- § [Ελεγχος] Ομαδικά αθλήματα
- § [Ελεγχος] Ατομικά αθλήματα
- § [Ελεγχος] Personal training and fitness
- § [Ελεγχος] Άλλο

A.7.Ηλικιακές ομάδες αθλουμένων

- § [Ελεγχος] Παιδιά (3-11 ετών)
- § [Ελεγχος] Έφηβοι (12- 17 ετών)
- § [Ελεγχος] Ενήλικες
- § [Ελεγχος] Μεσήλικες

B. Ειδικές ερωτήσεις

B.1.Για ποιους λόγους προσέρχεται κανείς στο χώρο άθλησης της εποπτείας σας;

- § [Ελεγχος] Γενική Υγεία - Ευεξία
- § [Ελεγχος] Δημιουργική εκμετάλλευση ελεύθερου χρόνου
- § [Ελεγχος] Αποκατάσταση τραυματισμών/δυσλειτουργιών

§ [Ελεγχος] Κοινωνικοποίηση

§ [Ελεγχος] Άλλο

B.2. Πόσο συχνά έχετε υπό την εποπτεία σας ΑΜΕΑ;

1 2 3 4 5

Καθόλου [Ελεγχος] [Ελεγχος] [Ελεγχος] [Ελεγχος] [Ελεγχος] Πάρα
πολύ

B.3. Ποιές κατηγορίες ΑΜΕΑ προπονείτε;

§ [Ελεγχος] Σύνδρομο Down

§ [Ελεγχος] Αυτισμός

§ [Ελεγχος] Νοητική στέρηση

[Ελεγχος] Άλλο

B.4. Υπάρχει σταθμός πρώτων βοηθειών στο χώρο σας;

§ [Ελεγχος] Ναι

§ [Ελεγχος] Όχι

B.5. Τηρείται φάκελος υγείας στο χώρο άθλησης σας;

§ [Ελεγχος] Ναι

§ [Ελεγχος] Όχι

B.6. Υπάρχει οργανωμένο φαρμακείο;

§ [Ελεγχος] Ναι

§ [Ελεγχος] Όχι

B.7. Αν ναι, τι από τα ακόλουθα περιλαμβάνει;

§ [Ελεγχος] Αποστειρωμένες Γάζες

§ [Ελεγχος] Αντισηπτικά - ψυκτικά spray

§ [Ελεγχος] Γάντια

§ [Ελεγχος] Στοματοφαρυγγικούς αεραγωγούς

§ [Ελεγχος] Λευκοπλάστ

§ [Ελεγχος] Φυσιολογικό ορό

§ [Ελεγχος] Παγοκύστες

- § [Έλεγχος] Επιδέσμους
- § [Έλεγχος] Νάρθηκες
- § [Έλεγχος] Αυτόματο εξωτερικό απινιδωτή
- § [Έλεγχος] Άλλο

B.8. Ποιός παρέχει υποστήριξη σε θέματα υγείας;

- § [Έλεγχος] Επαγγελματίας υγείας ως εξωτερικός συνεργάτης
- § [Έλεγχος] Επαγγελματίας υγείας ως τακτικό προσωπικό
- § [Έλεγχος] Επαγγελματίας υγείας ως εθελοντής
- § [Έλεγχος] Ο ίδιος ο προπονητής
- § [Έλεγχος] Δεν παρέχεται υποστήριξη εντός του χώρου
- § [Έλεγχος] Προσδιορίστε την ιδιότητα του προσώπου:

B.9. Σε ποιά επίπεδα παρέχεται υποστήριξη σε θέματα υγείας;

- § [Έλεγχος] Παροχή πρώτων βοηθειών
- § [Έλεγχος] Προαγωγή αποκατάστασης
- § [Έλεγχος] Αγωγή Υγείας
- § [Έλεγχος] Άσκηση συμβουλευτικής
- § [Έλεγχος] Άλλο

B.10. Ποιούς πιθανούς κινδύνους αντιμετωπίζει ένας αθλούμενος;

- § [Έλεγχος] Επιληπτικό επεισόδιο
- § [Έλεγχος] Μυοσκελετικοί - Κινητικοί τραυματισμοί
- § [Έλεγχος] Λιποθυμικό επεισόδιο
- § [Έλεγχος] Πνιγμός
- § [Έλεγχος] Αιμοραγίες
- § [Έλεγχος] Ανακοπή
- § [Έλεγχος] Άλλο

B.11. Σε περίπτωση προβλήματος υγείας/ατυχήματος που απαιτείται ιατρονοσηλευτική φροντίδα τί ακολουθείται;

- § [Έλεγχος] Παροχή πρώτων βοηθειών στο χώρο
- § [Έλεγχος] Κλήση Ε.Κ.Α.Β.
- § [Έλεγχος] Κλήση και παρέμβαση επαγγελματία υγείας ως εξωτερικού συνεργάτη.

- § [Ελεγχος] Κλήση συγγενικού προσώπου για παραλαβή του πάσχοντος.
- § [Ελεγχος] Άλλο

B.12. Σε ποιά από τα ακόλουθα θεωρείται ότι θα συμβάλλει ένας νοσηλευτής στο χώρο σας;

- § [Ελεγχος] Πρώτες βοήθειες
- § [Ελεγχος] Αγωγή Υγείας
- § [Ελεγχος] Προαγωγή Υγείας
- § [Ελεγχος] Συμβουλευτική σε θέματα υγείας
- § [Ελεγχος] Άλλο

B.13. Σε ενδεχόμενη συνεργασία με κάποιον νοσηλευτή, ποια ιδιότητα θα επιθυμούσατε να φέρει;

- § [Ελεγχος] Εξωτερικός Συνεργάτης
- § [Ελεγχος] Τακτικό Προσωπικό
- § [Ελεγχος] Εθελοντής
- § [Ελεγχος] Άλλο

B.14. Πόσο η παρουσία νοσηλευτή στο χώρο σας μπορεί να οδηγήσει σε αποτελεσματική

προνοσοκομειακή αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας;

1 2 3 4 5

Καθόλου [Ελεγχος] [Ελεγχος] [Ελεγχος] [Ελεγχος] [Ελεγχος] Πάρα
πολύ

B.15. Πόσο μπορεί να ενισχύσει η συνεργασία σας με ένα νοσηλευτή την προσέλκυση ατόμων της κοινότητας σε χώρους άθλησης;

1 2 3 4 5

Καθόλου [Ελεγχος] [Ελεγχος] [Ελεγχος] [Ελεγχος] [Ελεγχος] Πάρα
πολύ
