



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Διευθυντής: Καψωριτάκης Ανδρέας

Διδακτορική Διατριβή

**«Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα διατροφής
της τρίτης ηλικίας στον Νομό Λάρισας»**

υπό
ΚΑΚΟΥΣΙΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗΣ

Νοσηλεύτριας

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διδακτορικού Διπλώματος

Λάρισα, 2025

© 2025 Κακούσιου Αικατερίνη

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα (Ν. 5343/32 αρ. 202 παρ. 2).

Εγκρίθηκε από τα Μέλη της Επταμελούς Εξεταστικής Επιτροπής:
(Αριθμ. Πρωτ..3340 (εξ)/02 Ιουνίου 2025)):

1^{ος} Εξεταστής (Επιβλέπων): Ανδρέας Καψωριτάκης, Καθηγητής Παθολογίας -
Γαστρεντερολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

2^{ος} Εξεταστής: Σπυρίδων Ποταμιάνος, Ομότιμος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

3^{ος} Εξεταστής: Μάρκος Σγάντζος, Αναπληρωτής Καθηγητής Ανατομίας - Ιατρικής
Αποκατάστασης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

4^{ος} Εξεταστής: Κων/νος Μακαρίτης, Καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου
Θεσσαλίας

5^{ος} Εξεταστής: Αναστάσιος Μανωλάκης, Επίκουρος Καθηγητής Γαστρεντερολογίας
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

6^{ος} Εξεταστής: Ιωάννης Μπαλογιάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Χειρουργικής
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

7^{ος} Εξεταστής: Αλεξάνδρα Μπαργιώτα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας –
Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η διδακτορική μου διατριβή είναι το αποτέλεσμα προσωπικής και χρόνιας διαδρομής, αλλά χωρίς τη συναισθηματική στήριξη, την ενθάρρυνση και την επιμονή αγαπημένων προσώπων δεν θα ήταν εφικτή η πραγματοποίησή της.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Ανδρέα Καψωριτάκη, Καθηγητή Παθολογίας - Γαστρεντερολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για την επιστημονική του υποστήριξη και καθοδήγηση, που συντέλεσαν στη βέλτιστη δομή της διδακτορικής διατριβής καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησής της.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της επταμελούς επιτροπής: τον κ. Σπύρο Ποταμιάνο, Επίτιμο Καθηγητή Γαστρεντερολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, τον κ. Μάρκο Σγάντζο, Αναπληρωτή Καθηγητή Ανατομίας – Ιατρικής Αποκατάστασης της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, τον κ. Αναστάσιο Μανωλάκη, Επίκουρο Καθηγητή Γαστρεντερολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, τον κ. Κων/νο Μακαρίτση, Καθηγητή Παθολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, τον κ. Ιωάννη Μπαλογιάννη, Αναπληρωτή Καθηγητή Χειρουργικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και την κ. Αλεξάνδρα Μπαργιώτα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, που δέχτηκαν την πρόσκληση να συμμετάσχουν στην επιτροπή και να βοηθήσουν στην περάτωση της παρούσας διατριβής.

Σαν μία πράξη εκτίμησης της προσφοράς της, ευχαριστώ την κ. Ανδριάννα Κουλιοπούλου, γραμματέα του ΠΜΣ «Η διατροφή στην υγεία και στη νόσο».

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στον φίλο μου κ. Γιώργο Κρομμύδα, σαν μία κίνηση αναγνώρισης και ευγνωμοσύνης της επιστημονικής συνεισφοράς του στην ολοκλήρωση της διδακτορικής διατριβής μου.

Στα αγαπημένα μου ξαδέρφια, Ιωακείμ Καρεπίδη και Κορίνα Θεοδώρου, οφείλω ένα μεγάλο «ευχαριστώ» για την ηθική στήριξή τους.

Στις συναδέλφους μου, Νίκη Κυριτσάκα, Ζηνοβία Στεργίου, Δήμητρα Κωστοπούλου και στη φίλη μου Βασιλική Παππά, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου για την πολύτιμη συμβολή τους στην εύρεση μελών ΚΑΠΗ, για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στα μέλη των ΚΑΠΗ που συμμετείχαν στην έρευνα.

Εκφράζω τις ευχαριστίες μου στην αείμνηστη κ. Ζιώγα Ευθυμία και στον νυν Διευθυντή της Δ/σης Κοινωνικής Πολιτικής και Πρόνοιας κ. Θεόδωρο Κυρόπουλο, για τη διευκόλυνση που μου παρείχαν ώστε να διεξαχθεί η έρευνα στα ΚΑΠΗ.

Τελευταία, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον πνευματικό μου πατέρα Αρχιμανδρίτη Ειρηναίο Βαϊόπουλο, Ηγούμενο της Ι. Μονής Αγ. Νικοδήμου του Αγιορείτη, στον Πυργετό Λάρισα, για την πνευματική του στήριξη και καθοδήγηση.

Αφιερώνω την διδακτορική διατριβή στον σύζυγό μου Χρήστο Λεϊλετζόγλου και στις κόρες μου Μαρκέλλα και Μαρία, οι οποίοι, με την ανιδιοτελή στήριξή τους κατά τη διάρκεια των δύσκολων στιγμών, μου έδωσαν την ευκαιρία να την ολοκληρώσω.

Βιογραφικό Σημείωμα:

Όνομα : Αικατερίνη
Επίθετο : Κακούσιου
Όνομα πατρός: Σπύρος
Όνομα μητρός: Σταμούλω
Έτος γέννησης: 17/08/1969
Τόπος γέννησης: Μίλτενμπεργκ Γερμανίας
Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμη, με δύο(2) παιδιά
Τηλ. Αφαίρεση προσωπικών δεδομένων (Υπηρεσία Βιβλιοθήκης &
email: Πληροφόρησης Πανεπιστημίου Θεσσαλίας)

Βασικές προπτυχιακές σπουδές:

21ο Δημοτικό σχολείο Λάρισας (1975-1980)
6ο Γυμνάσιο Λάρισας (1981-1983)
6ο Γενικό Λύκειο Λάρισας (1984-1987)

Σπουδές:

1992 έτος κτήσης πτυχίου Νοσηλευτικής από το Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Λάρισας

2017 έτος κτήσης μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών με θέμα «Η διατροφή στην υγεία και στη νόσο», της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Χρήση Ηλεκτρονικών υπολογιστών

Γνώση χειρισμού Microsoft Office

Ξένες γλώσσες :

Αγγλικά (επιπέδου Proficiency)

Εργασιακή προϋπηρεσία:

2000 έως 2003 Νοσηλεύτρια στο Πρόγραμμα Κοινωνικής Εργασίας του Οργανισμού Κοινωνικής Αλληλεγγύης του Δήμου Λαρισαίων.

2004 έως σήμερα Νοσηλεύτρια στο Γ' ΚΑΠΗ του Δήμου Λαρισαίων.

Διδακτική προϋπηρεσία:

2023 2ο ΔΙΕΚ Λάρισας. Διδασκαλία στο μάθημα «Στοιχεία Νευρολογίας – Ψυχιατρικής»

Περιεχόμενα

Περιεχόμενα.....	6
Abstract.....	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	11
Εισαγωγή.....	12
Το ελληνικό διατροφικό μοντέλο - Μεσογειακή διατροφή.....	14
Διατροφικές μεταβολές και διατροφικές ανάγκες απόμων τρίτης ηλικίας	15
Διατροφή και ποιότητα ζωής.....	24
Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της	27
5.1. Χαρακτηριστικά της οικονομικής κρίσης.....	27
5.2 Ιστορική αναδρομή οικονομικής κρίσης	28
5.2.1 Αρχαία Ελλάδα.....	28
5.2.2 Οικονομικές κρίσεις και Βυζάντιο.....	28
5.2.3 Ιστορική αναδρομή οικονομικής κρίσης 1827-1843-1893-1932-2012 (Χρεοκοπία προ των πυλών)	29
Επίδραση της οικονομικής κρίσης στις διατροφικές συνήθειες.....	34
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	40
7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	41
7.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	41
7.2 Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης.....	41
7.3 Διαδικασία της έρευνας.....	42
7.4 Ερευνητικά εργαλεία.....	42
7.5 Στατιστική ανάλυση.....	44
8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	45
ΜΕΡΟΣ Α.....	45
ΜΕΡΟΣ Β.....	59
ΜΕΡΟΣ Γ.....	61
ΜΕΡΟΣ Δ.....	67
9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	78
9.1 Περιορισμοί.....	86
9.2 Συμπεράσματα - προτάσεις.....	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	90

Περίληψη

Το χρηματοπιστωτικό σύστημα σε παγκόσμια κλίμακα γνώρισε μία τις μεγαλύτερες υφέσεις. Η κρίση ξεκίνησε το 2008 από τις Η.Π.Α. και επεκτάθηκε με ταχύτατους ρυθμούς σε όλες σχεδόν τις χώρες, με βαρύτερο αντίκτυπο στην Ελλάδα. Η οικονομική κρίση λόγω των χρόνιων διαρθρωτικών προβλημάτων της, διόγκωσε το κλίμα των κοινωνικών ανισοτήτων με έντονη επίπτωση στην υγεία των ευπαθών ομάδων. Παρά το τυπικό πέρας της οικονομικής κρίσης υπάρχουν ενδείξεις ότι το αποτύπωμά της παραμένει ισχυρό. Σκοπός της έρευνας ήταν να ανιχνευτούν οι πρώτες επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στις διατροφικές συνήθειες του Ελληνικού πληθυσμού τρίτης ηλικίας στην περιοχή της Λάρισας (Κεντρική Ελλάδα), αλλά και να αναγνωριστούν οι τρόποι αντίδρασής του στα νέα οικονομικά δεδομένα. Επιπλέον, να προσδιοριστεί ο βαθμός οικονομικής δυσπραγίας και το επίπεδο ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τη ζωή. Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης που επεκτάθηκε σε τρεις χρονικές περιόδους: 2018-2019, 2020-2021 και 2022-2023. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς: α) Ερωτηματολόγιο διατροφής, β) Ο Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή (Life Satisfaction Index [LSI-20]), γ) Η κλίμακα FAS (Financial Ability Scale), δ) Ερωτηματολόγιο επίδρασης κοινωνικών παραγόντων στη διατροφή και ε) Ερωτηματολόγιο βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Στην έρευνα συμμετείχαν 224 γυναίκες και 76 άνδρες (74,7% και 25,3% αντίστοιχα). Η πλειονότητα ήταν έγγαμοι (192 άτομα, 64,0%), άγαμοι 6 άτομα (2,0), ενώ σε χηρεία ήταν 83 άτομα (27,6%).

Μετά την κρίση παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στο ποσοστό των ατόμων που βρίσκονταν στην εισοδηματική κατηγορία μέχρι 699 ευρώ (από 16% πριν από την κρίση στο 41% μετά την κρίση) και μικρή αύξηση στην κατηγορία 700-1399 ευρώ (από 48,7% σε 50%). Ωστόσο, στις υψηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες σημειώθηκε μεγάλη πτώση (από 26,7% σε 8% για την κατηγορία 1400-2000 ευρώ και από 8,7% σε 1,0% για εισοδήματα άνω των 2000 ευρώ).

Το ποσοστό που ανέφερε «κακό» επίπεδο διατροφής εκτοξεύθηκε από το 2% πριν από την κρίση, στο 25,7% μετά την κρίση κατά την περίοδο 2018-2019 και κατόπιν περιορίστηκε στο 4,3% και 3,7% κατά τις περιόδους 2020-2021 και 2022-2023. Το πολύ καλό επίπεδο διατροφής υποχώρησε σημαντικά από το 29,3% στο 6% την

περίοδο 2018-2019 για να σταθεροποιηθεί στη συνέχεια σε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα στο 12,3%, διαφορές στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$).

Ο δείκτης ικανοποίησης από τη ζωή υποχώρησε από την τιμή $4,27 \pm 0,54$ την περίοδο 2018-2019, στην τιμή $3,68 \pm 0,67$ την περίοδο 2022-2023, διαφορά στατιστικά σημαντική ($f=229,911$ $p < 0,001$), ενώ το ίδιο διάστημα ο δείκτης οικονομικής δυσπραγίας υποχώρησε σταδιακά από την τιμή $3,10 \pm 0,73$ την περίοδο 2018-2019, στην τιμή $2,96 \pm 0,76$ την περίοδο 2020-2021 και τελικά στην τιμή $2,85 \pm 0,76$ την περίοδο 2022-2023, διαφορά στατιστικά σημαντική ($F=50,510$ $p < 0,001$). Η οικονομική κατάσταση βελτιώνεται περισσότερο στα χωριά σε σχέση με τις πόλεις: η μέση τιμή του δείκτη οικονομικής δυσπραγίας υποχωρεί από 3,16 στις πόλεις στο 2,93 στο τέλος της μελέτης (7% πτώση), ενώ στα χωριά από το 3,04 οδηγείται στο 2,77, πτώση 10% περίπου, διαφορά στατιστικά σημαντική ($F=297,000$ $p=0,031$). Η ικανοποίηση από τη ζωή (μέση τιμή) υποχωρεί εντυπωσιακά στην πόλη σε σχέση με τα χωριά, από 4,32 στο 3,48 (πτώση 19,4%), ενώ στα χωριά υποχωρεί από το 4,21 στο 3,94, πτώση κατά 6,4%. Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές: $F=75,101$ $p < 0,001$.

Στην παρούσα διατριβή αναδεικνύεται το ισχυρό αποτύπωμα της οικονομικής κρίσης στη διατροφή των ηλικιωμένων, μετά το τυπικό πέρας της οικονομικής κρίσης. Η καθήλωση του εισοδήματος σε χαμηλά επίπεδα και η αδυναμία αγοράς ειδικών και/ή ποιοτικών προϊόντων διατροφής, σύμφωνα με τις ανάγκες του ηλικιωμένου και τη συννοσηρότητά του (πηγές πρωτεϊνών υψηλής διατροφικής αξίας και προϊόντα ειδικής διατροφής) συνοδεύονται από αύξηση του δείκτη οικονομικής δυσπραγίας και από περαιτέρω πτώση της ικανοποίησης από τη ζωή, που δείχνει να επιδεινώνεται σημαντικά με την πάροδο των ετών.

Λέξεις - κλειδιά: Οικονομική κρίση, λιτότητα, διατροφή, ηλικιωμένοι, ικανοποίηση από τη ζωή

Abstract

The global crisis of the financial system, which began in 2008 in the USA and spread to almost all countries, was particularly felt in our country. The health of vulnerable groups has deteriorated significantly, as chronic digestive problems and inequalities have increased due to the economic crisis. Despite the formal end of the financial crisis there are indications that the imprint of the crisis remains strong. The purpose of the research was not only to detect the first effects of the economic crisis on the eating habits of the Greek elderly population in the area of Larissa (Central Greece) but also to identify the ways of their reaction to the new economic data. In addition, to determine the degree of economic hardship and the level of satisfaction of the elderly with life. This is a prospective observational study that spanned three time periods: 2018-2019, 2020-2021 and 2022-2023. Self-report questionnaires were used: a) Diet questionnaire, b) The Life Satisfaction Index (LSI-20), c) The FAS (Financial Ability Scale, renamed to Financial Misery Index), d) Questionnaire of the influence of social factors on nutrition and e) Questionnaire of basic demographic characteristics. The study comprised 224 women and 76 men (74.7% and 25.3% respectively). The majority were married (192 people, 64.0%), single 6 people (2.0), while 83 people (27.6%) were widowed. After the crisis there was a significant increase in the percentage of people belonging to the income category up to 699 euros (from 16% before the crisis to 41% after the crisis) and a small increase in the category 700-1399 euros (from 48.7% to 50 %). However, in the highest income categories there was a large drop (from 26.7% to 8% for the €1400-2000 category and from 8.7% to 1.0% for incomes above €2000. The percentage reporting a “poor” level of nutrition climbed from 2% before the crisis, up to 25.7% after the crisis in 2018-2019 and then narrowed to 4.3% and 3.7% in the periods 2020-2021 and 2022-2023. The very good level of nutrition dropped significantly from 29.3% to 6% in 2018-2019 to then stabilize at significantly lower levels at 12.3%, differences statistically significant ($p < 0.001$). The life satisfaction index decreased from 4.27 ± 0.54 in the period 2018-2019, to 3.68 ± 0.67 in the period 2022-2023, a statistically significant difference ($F=229.911$, $p < 0.001$), while in the same period the economic hardship index gradually declined from the value of 3.10 ± 0.73 in the period 2018-2019, to the value of 2.96 ± 0.76 in the period 2020-2021 and finally to the value of 2.85 ± 0.76 in 2022-2023, difference statistically significant ($F=50.510$, $p < 0.001$). The economic situation

improves more in rural areas than in urban ones: the mean value of the economic hardship index drops from 3,16 in the cities to 2,93 at the end of the study (7% drop), while in the villages it goes from 3,04 to 2,77, a drop of about 10%, a statistically significant difference ($F=297,000$, $p=0,031$). Life satisfaction (average value) drops dramatically in urban areas compared with villages, from 4,32 to 3,48 (a 19,4% drop), while in the villages, it drops from 4,21 to 3,94, a drop by 6,4%. The differences were statistically significant: $F=75.101$, $p<0.001$.

In this thesis, the strong imprint of the financial crisis on the nutrition of the elderly, after the formal end of the financial crisis, is highlighted. The fixation of income at low levels and the inability to purchase special and/or quality food products, according to the needs of the elderly and their co-morbidity (protein sources of high nutritional value and special food products) are accompanied by an increase in the economic hardship index and by further decline in life satisfaction, which appears to worsen significantly over the years.

Key words: Financial crisis, austerity, nutrition, elderly, life satisfaction

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Σύμφωνα με την επιστήμη της γηριατρικής, η γήρανση θεωρείται ως ένα βιολογικό φαινόμενο που χαρακτηρίζεται από «ετερογένεια σε κυτταρικό, σωματικό και μοριακό επίπεδο»¹. Είναι μια πολυδιάστατη διαδικασία που χαρακτηρίζεται από πολλές φυσικές, κοινωνικές και φυσιολογικές αλλοιώσεις που συμβαίνουν στον άνθρωπο κατά τη διάρκεια της ζωής. Η «Εθνική Πολιτική για τους Ηλικιωμένους - National Policy on Older Persons» ορίζει ως «ηλικιωμένους» τους ανθρώπους που ηλικιακά είναι 60 χρονών και πάνω, αλλά αυτή η ηλικία διαφέρει παγκοσμίως. Μία χώρα πιστεύεται πως γερνάει, αν το σύνολο των πολιτών της ξεπεράσει το ηλικιακό φάσμα των 65 ετών σε ποσοστό 7%. Από δημογραφικής άποψης, γήρανση θεωρείται όταν ο αριθμός των ηλικιωμένων (60+ ετών) είναι μεγαλύτερος από το σύνολο του πληθυσμού μιας χώρας σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο².

Αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων έχει σημειωθεί σε όλες σχεδόν τις χώρες του κόσμου. Σύμφωνα με τα δεδομένα από το World Population Prospects: Αναθεώρηση του 2015, έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων τα τελευταία χρόνια και αυτή η αύξηση πρόκειται να επιταχυνθεί την επόμενη δεκαετία. Σε παγκόσμια κλίμακα αναμένεται πως το ποσοστό των ηλικιωμένων από 60 ετών και άνω θα αυξηθεί κατά 56%, από 901 εκατομμύρια σε 1,4 δισεκατομμύρια μεταξύ 2015-2030. Μέχρι το 2050, ο παγκόσμιος ηλικιωμένος πληθυσμός αναμένεται να είναι υπερδιπλάσιος, φτάνοντας σχεδόν τα 2,1 δισεκατομμύρια³. Τα δεδομένα από το World Population Prospects: Αναθεώρηση του 2017, δείχνουν ότι η Ευρώπη είχε εκείνη τη στιγμή το 25% του πληθυσμού της σε ηλικία 60 ετών και άνω και ποσοστό που εκτιμάται να φτάσει στο 35% το 2050. Η παγκόσμια αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού αναμένεται να είναι 65% στην Ασία, 14% στην Αφρική και 11% στη Λατινική Αμερική και την Καραϊβική από το 2017 έως το 2050. Το τρέχον παγκόσμιο σενάριο προβλέπει ότι άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών θα αυξηθούν από 137 εκατομμύρια το 2017 σε 425 εκατομμύρια το 2050, φτάνοντας σχεδόν στα 909 εκατομμύρια το 2100⁴.

Καθώς ο παγκόσμιος πληθυσμός γερνάει και οι πρόοδοι στην υγειονομική περίθαλψη και την ιατρική έχουν αυξήσει τη διάρκεια ζωής, η εστίαση τώρα είναι στην εξασφάλιση ετών ζωής που είναι παραγωγικά, υγιή και ποιοτικά τόσο για τους ηλικιωμένους ενήλικες όσο και για την κοινωνία στην οποία ζουν. Παράλληλα με την εύρεση τρόπων βελτίωσης

της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που εξακολουθεί να αποτελεί πρόκληση, ποικίλες μελέτες τονίζουν την αξία της διατροφής ως έναν σημαντικό και άμεσα τροποποιήσιμο παράγοντα κινδύνου για την πρόληψη ασθενειών δείχνοντας σταθερά μια σχέση μεταξύ διατροφής και υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των ηλικιωμένων^{5,6}. Ωστόσο, οι ηλικιωμένοι συνήθως διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν διατροφικές ελλείψεις που οφείλονται είτε σε χαμηλή διαιτητική πρόσληψη είτε σε έκπτωση του μηχανισμού απορρόφησης ή σε αποτυχία μετατροπής σε ενεργές μορφές και η ανεπάρκεια ορισμένων θρεπτικών συστατικών είναι γνωστό ότι επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία που είναι πολύ συχνή στον ηλικιωμένο πληθυσμό^{7,8}.

Το μοντέλο της μεσογειακής διατροφής, που είχε αρχικά οριστεί από τον πρωτοπόρο Αμερικανό φυσιολόγο Ancel Keys, σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο σοβαρών χρόνιων ασθενειών και θεωρείται υπεύθυνο για τα μειωμένα ποσοστά καρδιαγγειακών συμβάντων και μακροζωίας σε ενήλικες που κατοικούσαν στη μεσόγειο θάλασσα⁹.

Όμως, παρά τα αποδεδειγμένα ευεργετικά αποτελέσματα κατά της ασθένειας, η προσκόλληση στην παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή μειώνεται ραγδαία τις τελευταίες δεκαετίες¹⁰. Στοιχεία από την Κεντρική-Νότια Ιταλία έδειξαν ότι το ποσοστό των ατόμων που ακολουθούσαν μεσογειακό διατροφικό πρότυπο το 2009 ήταν ίσο με το χαμηλότερο ποσοστό προσκόλλησης που καταγράφηκε στις μελέτες κατά τη δεκαετία του '60¹¹. Οικολογικές μελέτες ανέφεραν σημαντική μετατόπιση από αυτό το διατροφικό μοτίβο σε όλη την Ευρώπη και μια διαδικασία «δυτικοποίησης» των διατροφικών συνηθειών, ιδιαίτερα με ομάδες τροφίμων μη μεσογειακές¹². Μεταξύ των πιθανών αιτιών, είναι η αύξηση των τιμών σε πολλά βασικά προϊόντα τροφής της μεσογειακής διατροφής και θεωρείται ως αιτία που οδηγεί τους ανθρώπους να αφήσουν αυτό το διατροφικό μοτίβο υπέρ των λιγότερο ακριβών, ενεργειακά πυκνών, τροφίμων που έχουν συνήθως και χαμηλότερη διατροφική ποιότητα¹³.

Προηγούμενες μελέτες υποδεικνύουν ότι η ποιότητα της διατροφής εμφανίζει μια κοινωνικοοικονομική κλίση και ακολουθεί μια γραμμική συσχέτιση μεταξύ του κόστους των τροφίμων και των διατροφικών προτύπων¹⁴. Επιπλέον, μεταγενέστερα στοιχεία έχουν αναδείξει την πιθανή εμπλοκή της οικονομικής κρίσης στην παρακμή του προτύπου της μεσογειακής διατροφής, δείχνοντας πώς οι υλικοί πόροι έχουν γίνει ισχυροί καθοριστικοί παράγοντες της τήρησης της μεσογειακής διατροφής αμέσως μετά την οικονομική ύφεση που ξεκίνησε το 2007-2008¹⁵.

Το ελληνικό διατροφικό μοντέλο - Μεσογειακή διατροφή

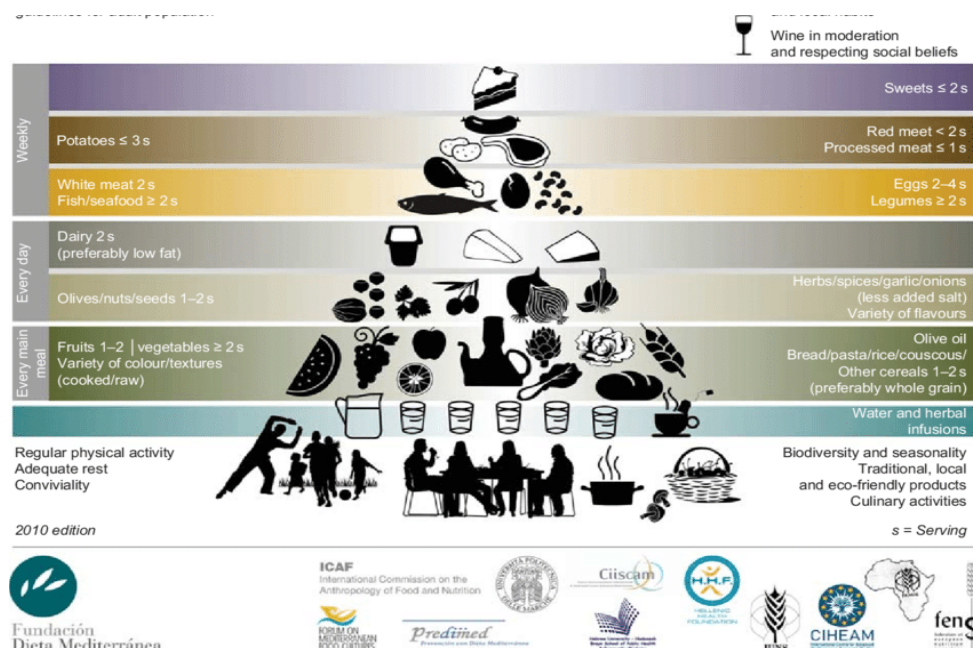
Κατά το πέρασμα των αιώνων, η διατροφή στην περιοχή της Μεσογείου έχει επηρεαστεί από διάφορους πολιτισμούς και κατά συνέπεια έχει εξελιχθεί, αναλογιζόμενοι τη διατροφή στην κλασική Ελλάδα και μετά στη Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία που είχε ως βάση το ψωμί, το ελαιόλαδο και το κρασί. Ωστόσο, παρά τις διακυμάνσεις και ανάλογα με τις εκάστοτε τοπικές συνθήκες, πρόκειται για μία ημι-χορτοφαγική διατροφή, με καθημερινή κατανάλωση φρούτων εποχής και λαχανικά, ελαιόλαδο για το μαγείρεμα, ψωμί και πλήρες γάλα, συχνή πρόσληψη τυριού, ψαριών, αυγών, ξηρών καρπών, μέτρια κατανάλωση κρασιού με τα γεύματα και λίγο κρέας, συνήθως κοτόπουλο, κουνέλι, αρνί ή κατσίκι. Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, σε αντίθεση με ορισμένες πεποιθήσεις, η μεσογειακή διατροφή (MedDiet) δεν είναι χαμηλή σε λιπαρά, αλλά αξίζει να τονιστεί ότι η κύρια πηγή λίπους είναι το ελαιόλαδο και οι ξηροί καρποί¹⁶.

Άλλο σημαντικό χαρακτηριστικό αυτής της δίαιτας ήταν η λιτότητα, η οποία επιβαλλόταν από την έλλειψη τροφής κατά τη διάρκεια του χειμώνα ή σε περιόδους οικονομικών περιορισμών. Η παραδοσιακή MedDiet έχει διαμορφωθεί έντονα από το περιβάλλον στο οποίο δημιουργήθηκε, το οποίο ήταν κυρίως αγροτικό και από μια σειρά άλλων παραγόντων όπως η πολιτιστική κληρονομιά. Καθώς το φαγητό είναι συνήθως μια κοινωνική εμπειρία, με την ευχαρίστηση που προκύπτει από το φαγητό να εξαρτάται και από την παρέα της οικογένειας ή των φίλων, τον τρόπο μαγειρέματος, τα μεγέθη των μερίδων, η UNESCO αναγνώρισε τη MedDiet ως Άυλη Πολιτιστική Κληρονομιά της Ανθρωπότητας το 2010¹⁷. Αυτή η επικάλυψη της διατροφής από τα πολιτισμικά στοιχεία μπορεί, ωστόσο, να δημιουργήσει επιπλοκές στην εφαρμογή της MedDiet στον σύγχρονο κόσμο, επειδή τα πλεονεκτήματα της δίαιτας μπορούν να εκδηλωθούν μόνο αν υπάρχει επαρκής τήρησή της¹⁸.

Τα δεδομένα από διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι η διατροφή είναι βασικός παράγοντας για την προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής και για την πρόληψη πολλών χρόνιων ασθενειών. Σε ότι αφορά στη μεσογειακή διατροφή, είναι αποδεδειγμένες οι προστατευτικές επιδράσεις της έναντι πολλών χρόνιων ασθενειών, μεταξύ των οποίων είναι ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο καρκίνος, οι διαταραχές κατά τη γήρανση και η συνολική θνησιμότητα. Μελέτες σε ζώα και ανθρώπους έχουν αποκαλύψει τους βιολογικούς μηχανισμούς που ρυθμίζουν τα ευεργετικά αποτελέσματα της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής που έχει συσχετιστεί με μείωση των λιπιδίων, αντικαρκινική,

αντιμικροβιακή και αντιοξειδωτική δράση και επιπλέον, η μεσογειακή διατροφή θεωρείται περιβαλλοντικά βιώσιμη¹⁹.

Το νέο μεσογειακό μοντέλο διατροφής δίνει βαρύτητα στην επιλογή τροφίμων με βάση την ποιότητα και την ποσότητα καθώς και στις οδηγίες που σχετίζονται με τις αναλογίες και τη συχνότητα που καταναλώνονται οι μερίδες των βασικών ομάδων τροφίμων. Η Μεσογειακή διατροφή περιέχει τροφές από όλες τις ομάδες και καθίσταται υγιεινή ή ανθυγιεινή από τον τρόπο που επιλέγονται τα τρόφιμα και μαγειρεύονται. Τα τρόφιμα με τη μεγαλύτερη ενεργειακή πρόσληψη βρίσκονται στη βάση της πυραμίδας και στα ανώτερα επίπεδα βρίσκονται οι τροφές που καταναλώνονται σε μέτριες ποσότητες (προϊόντα ζωικής προέλευσης, σάκχαρα και λίπη). Η ισορροπημένη σύνθεση των κύριων γευμάτων θα πρέπει να περιλαμβάνει φρούτα, λαχανικά και δημητριακά, που συμπληρώνονται με τρόφιμα που έχουν μικρότερη συμβολή στην ημερήσια πρόσληψη ενέργειας όπως γαλακτοκομικά προϊόντα και πηγές πρωτεΐνης²⁰.



Εικόνα 1. Η νέα έκδοση της μεσογειακής πυραμίδας, η οποία πλέον περιλαμβάνει ένα νέο τρόπο ζωής και όχι μόνο την κατανάλωση τροφής²⁰.

Διατροφικές μεταβολές και διατροφικές ανάγκες ατόμων τρίτης ηλικίας

Η γήρανση χαρακτηρίζεται από διάφορες σωματικές, λειτουργικές και γνωστικές αλλαγές στο ανθρώπινο σώμα. Για την υγιή γήρανση, η σωστή διατροφή είναι βασικός και καθοριστικός παράγοντας. Οι λανθασμένες διατροφικές συνήθειες μεταξύ των

ηλικιωμένων έχουν ως αποτέλεσμα την εξέλιξη ορισμένων χρόνιων ασθενειών όπως ο διαβήτης τύπου II, η αθηροσκλήρωση, η στεφανιαία νόσος και ο υποσιτισμός. Αυτό βλάπτει την ποιότητα ζωής με αποτέλεσμα τη σωματική, λειτουργική και γνωστική έκπτωση. Η μείωση της πρόσληψης τροφής σχετίζεται με ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά, με αποτέλεσμα την εξασθένηση της υγείας και ανάπτυξη προβλημάτων που σχετίζονται με τη γήρανση. Η απώλεια της οστικής πυκνότητας είναι συχνή μεταξύ των ηλικιωμένων, αυξάνοντας τον κίνδυνο οστεοπόρωσης. Η σαρκοπενία, η απώλεια μυϊκής μάζας και ο υποσιτισμός είναι μερικά άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την ηλικία που έχουν ως αποτέλεσμα απώλεια δύναμης, αντοχής, αντίστασης σε ασθένειες και λειτουργική έκπτωση. Διάφοροι παράγοντες μεταξύ των οποίων σωματικοί, κοινωνικοί, αλλά και συσχετιζόμενοι με τη φυσιολογία του γηρασμένου οργανισμού συμβάλλουν στη μειωμένη πρόσληψη τροφής μεταξύ των ηλικιωμένων, με αποτέλεσμα τις ελλείψεις σε θρεπτικά συστατικά που συμβάλλουν έμμεσα στην κακή κατάσταση της υγείας τους^{2,21}.

Η διαδικασία της γήρανσης χαρακτηρίζεται από απώλεια όρεξης που οδηγεί σε μειωμένη πρόσληψη τροφής και, κατά συνέπεια, οι ηλικιωμένοι δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις συνιστώμενες ανάγκες τους σε θρεπτικά συστατικά. Αυτή η ακούσια φυσιολογική μείωση της πρόσληψης τροφής με την προχωρημένη ηλικία αναφέρεται ως «ανορεξία». Σχεδόν το 20-30% των ηλικιωμένων υποφέρουν από ανορεξία, η οποία συμβάλλει σημαντικά στην αδυναμία των ανθρώπων²². Η μελέτη των Theou et al., διαπίστωσε ότι το 12-28% των ηλικιωμένων είναι αδύναμοι, με υψηλότερο επιπολασμό στις γυναίκες από τους άνδρες²³ ενώ η μελέτη των Campitelli et al., διαπίστωσε ότι η αδυναμία είναι διαδεδομένη στο 19-44% του ηλικιωμένου πληθυσμού²⁴.

Η μείωση της πρόσληψης θερμίδων σχετίζεται με πολλούς παράγοντες που επιδεινώνουν το γηριατρικό σύνδρομο της ανορεξίας. Οι φυσιολογικοί παράγοντες που ενισχύουν τη διαδικασία της ανορεξίας περιλαμβάνουν αισθητηριακές διαταραχές, ορμονικές αλλαγές και αλλαγές στον γαστρεντερικό σωλήνα και τη στοματική υγεία. Η μείωση της αισθητηριακής λειτουργίας επηρεάζει την πρόσληψη τροφής στους ηλικιωμένους τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά. Η διαταραχή της γευστικής και οσφρητικής λειτουργίας μεταβάλλει την αντίληψη για το φαγητό στον ηλικιωμένο πληθυσμό²².

Η ανοσμία ή η μειωμένη όσφρηση είναι συχνή σε αυτή την ηλικιακή ομάδα, λόγω των αλλαγών στα οσφρητικά επιθηλιακά κύτταρα. Ομοίως, η υπογευσία ή η μειωμένη αίσθηση της γεύσης είναι επίσης διαδεδομένη στους ηλικιωμένους και αυτό μπορεί να οφείλεται στον μειωμένο αριθμό ή έλλειψη ευαισθησίας των θηλών της γλώσσας και των γευστικών καλύκων²². Έχει αποδειχθεί ότι περισσότερο από το 60% των ατόμων ηλικίας 65-80 ετών

και το 80% των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών έχουν μειωμένη αίσθηση γεύσης. Επίσης, οι αλλαγές στη στοματική κοιλότητα, όπως η αυξημένη ξηρότητα και ο αυξημένος ινώδης λιπώδης ιστός στον σιελογόνο αδέν, συμβάλλουν στη μειωμένη αίσθηση της γεύσης²⁵. Εκτός από την αισθητηριακή βλάβη, ορμόνες όπως η χολοκυστοκινίνη (CCK), η γκρελίνη, η λεπτίνη, η ινσουλίνη, το πεπτίδιο-1 που μοιάζει με γλυκαγόνο και το πεπτίδιο YY (PYY), συμβάλλουν επίσης στη μειωμένη πρόσληψη τροφής. Οι ηλικιωμένοι είναι γνωστό ότι έχουν μειωμένη ανταπόκριση στο CCK, την ορμόνη που εμπλέκεται στην παροχή κορεσμού. Με τη γήρανση, η συγκέντρωση της CCK στο πλάσμα αυξάνεται και αυτό οδηγεί σε πρόωμο κορεσμό και ως εκ τούτου μειώνεται η πρόσληψη τροφής. Το GLP-1 και το PYY στέλνουν θετική ανατροφοδότηση στο στόμαχο και έτσι καταστέλλουν την όρεξη. Η γκρελίνη ή η ορμόνη της πείνας, ρυθμίζει την πρόσληψη τροφής ενισχύοντας τη γαστρική κένωση. Η γήρανση σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα γκρελίνης στο πλάσμα, καθυστερώντας την γαστρική κένωση και συμβάλλοντας στη μειωμένη πρόσληψη τροφής. Τα αυξημένα επίπεδα λεπτίνης στην κυκλοφορία και τα χαμηλά επίπεδα ινσουλίνης σχετίζονται επίσης με την ανορεξία στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, τα αυξημένα επίπεδα προφλεγμονωδών κυτοκινών όπως η Ιντερλευκίνη 1 (IL-1), η IL6 και ο Παράγοντας Νέκρωσης των Όγκων - άλφα (TNF-α) καθυστερούν τη γαστρική κένωση και αυξάνουν τα επίπεδα λεπτίνης, η οποία με τη σειρά της μειώνει την πρόσληψη τροφής^{25,26,27}. Οι ανωμαλίες στη γαστρική κινητικότητα, η χρόνια γαστρίτιδα, η αργή κινητικότητα του εντέρου, οι μειωμένες γαστρικές εκκρίσεις και η μειωμένη σύσπαση της χοληδόχου κύστης έχουν ως αποτέλεσμα την κα^{θυ}στερημένη γαστρική κένωση και συμβάλλουν στη μειωμένη πρόσληψη τροφής^{1,22}, παράλληλα με την ξηροστομία που συμβάλλει επίσης σε αυτήν την κατάσταση²⁸. Η κακή εφαρμογή των οδοντοστοιχιών αλλά και η κακή ποιότητα οδοντοστοιχίας περιορίζουν την κατανάλωση τροφής στους ηλικιωμένους καθώς σχετίζονται με προβλήματα μάσησης και συμβάλλουν στην κακή διατροφική τους κατάσταση²⁹. Εκτός από φυσιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με την ηλικία, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης την πρόσληψη τροφής στους ηλικιωμένους. Η κατάθλιψη, η διάθεση, η απάθεια, η κοινωνική απομόνωση, η φτώχεια, η χηρεία και οι περιβαλλοντικές αλλαγές είναι γνωστό ότι αυξάνουν το επίπεδο άγχους, το οποίο επηρεάζει το διατροφικό πρότυπο και λειτουργεί ως παράγοντας κινδύνου για ανορεξία²⁶.

Όλοι αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων σε θρεπτικά συστατικά, και παρόλο που οι ενεργειακές ανάγκες μειώνονται με την ηλικία, εντούτοις η ανάγκη για πρωτεΐνες και ορισμένα θρεπτικά συστατικά αυξάνονται ώστε να διατηρηθεί η

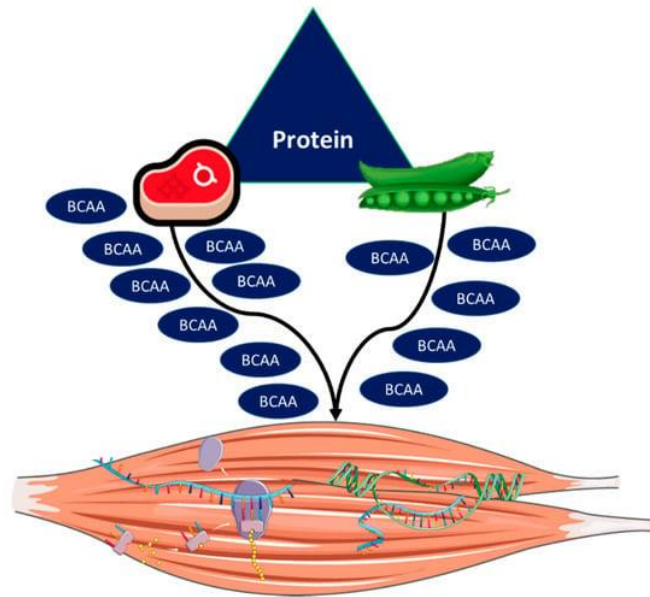
εύρυθμη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού. Γίνεται λοιπόν κατανοητό, ότι οι διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων δεν συνάδουν με τις συνήθειες τους, κάνοντας τις συστάσεις για τα αναγκαία θρεπτικά συστατικά των ηλικιωμένων πιο αναγκαίες από ποτέ.

Ο δείκτης RDA (Recommended Dietary Allowances), που αναφέρεται στη μέση ημερήσια πρόσληψη θρεπτικών συστατικών που θεωρείται επαρκής για να καλύψει τις ανάγκες σε θρεπτικά συστατικά σχεδόν όλων των υγιών ατόμων ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, αντιστοιχεί στην πρόσληψη πρωτεΐνης 0,8 g/κilo σωματικού βάρους/ημέρα., σύμφωνα με το National Academies of Sciences, Engineering and Medicine³⁰.

Ωστόσο, η αξία του δείκτη RDA είναι υπό συζήτηση^{31,7} καθώς βασίστηκε σε μελέτες ισοζυγίου αζώτου, ενώ επιπλέον, δεν προσφέρει συγκεκριμένες συστάσεις για ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίοι φαίνεται να χρειάζονται υψηλότερες προσλήψεις πρωτεΐνης για να διατηρήσουν τη μεταβολική ομοιόσταση. Ως εκ τούτου, για την πρόληψη ή την αναβολή της μυϊκής ατροφίας που σχετίζεται με την ηλικία προτείνεται μεγαλύτερη ποσότητα πρωτεΐνης από την συνιστώσα ημερήσια πρόσληψη που αντιστοιχεί σε 1,0–1,5 g/κilo σωματικού βάρους/ημέρα όπως προέκυψε από διάφορες μελέτες στις οποίες οι ηλικιωμένοι ενήλικες που ανέφεραν πρόσληψη πρωτεΐνης υψηλότερη από την συνιστώσα έδειξαν καλύτερη σωματική λειτουργία^{32,33}.

Οι Nanri et al., το 2018 ανέφεραν ότι η πρόσληψη πρωτεϊνών συσχετίστηκε αντιστρόφως με τον επιπολασμό της αδυναμίας στους Ιάπωνες άνδρες και γυναίκες³⁴. Οι Rahi et al. διαπίστωσαν ότι η υψηλή πρόσληψη πρωτεϊνών ($\geq 1,0$ g/kg ΣΒ/ημέρα) συσχετίστηκε με 59% χαμηλότερο επιπολασμό ευθραυστότητας³⁵, ενώ οι Sandoval-Insausti et al. αναλύοντας δεδομένα της μελέτης Seniors-ENRICA στην Ισπανία, σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας ≥ 60 ετών, ανέφεραν αυξανόμενες πιθανότητες αδυναμίας για μειωμένα επίπεδα πρόσληψης πρωτεΐνης³⁶. Οι συγγραφείς παρατήρησαν ότι ο επιπολασμός της αδυναμίας ήταν χαμηλότερος σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με μέση πρόσληψη πρωτεΐνης 1,28 g/kg ΣΒ/ημέρα. Τέλος, μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση που περιελάμβανε περισσότερους από 18.000 ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που κατοικούν σε πέντε διαφορετικές χώρες κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η κατανάλωση υψηλής ποσότητας πρωτεΐνης συσχετίστηκε με χαμηλότερο κίνδυνο αδυναμίας³⁷. Αξίζει να σημειωθεί ότι εκτός από την ποσότητα της πρωτεΐνης, τα δεδομένα δείχνουν ότι η καλύτερη διατήρηση της μυϊκής μάζας σχετίζεται με την κατανάλωση ζωικής πρωτεΐνης από ότι η φυτική πρωτεΐνη. Έχει επίσης προταθεί από έρευνες ότι η κατάλληλη πηγή πρωτεΐνης (πρωτεΐνη υψηλής ποιότητας), ο χρόνος πρόσληψης πρωτεΐνης και η

συμπλήρωση ή η περιεκτικότητα σε αμινοξέα είναι γνωστό ότι ενισχύουν την απορρόφηση πρωτεΐνης στους ηλικιωμένους³⁸.

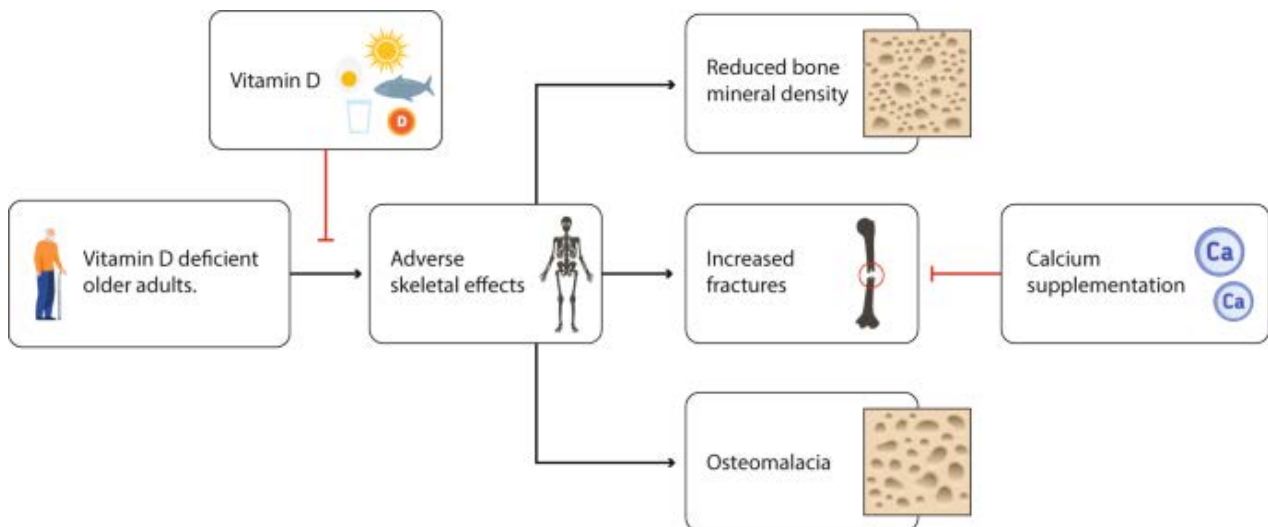


Εικόνα 2. Η πρωτεΐνη ζωικής προέλευσης αναμένεται να έχει υψηλότερη περιεκτικότητα σε αμινοξέα διακλαδισμένης αλυσίδας (BCAAs), προκαλώντας έτσι μεγαλύτερη διέγερση των αναβολικών οδών και σύνθεσης μυϊκής μάζας, σε σύγκριση με την πρωτεΐνη φυτικής προέλευσης³⁷.

Το ασβέστιο και η βιταμίνη D3 διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διατήρηση της οστικής μάζας, η οποία εκπίπτει κατά τη διαδικασία της γήρανσης και ιδιαίτερα για τις γυναίκες που διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο οστικής απώλειας σε σύγκριση με τους άνδρες³⁹. Η ανεπάρκεια βιταμίνης D3, επηρεάζει την ομοιοστάση του ασβεστίου, μειώνοντας την εντερική του απορρόφηση και οφείλεται στη μειωμένη ικανότητα του δέρματος να τη συνθέτει αλλά και στη μειωμένη έκθεση στον ήλιο⁴⁰.

Η έλλειψη βιταμίνης D μπορεί να έχει διάφορες παρενέργειες στο σκελετικό και όχι μόνο σύστημα. Οι σκελετικές συνέπειες αυτών των αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία μπορούν να περιλαμβάνουν μειωμένη οστική πυκνότητα, οστεομαλακία και κατάγματα. Οι πρόσθετοι κίνδυνοι περιλαμβάνουν πτώσεις, μειωμένη μυϊκή δύναμη, διαβήτη, καρκίνο και καρδιαγγειακές παθήσεις. Οι στρατηγικές για την αποφυγή αυτών των αρνητικών αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την ανεπάρκεια της βιταμίνης D περιλαμβάνουν την έκθεση στον ήλιο, την διατροφική παρέμβαση και τη λήψη συμπληρωμάτων διατροφής, με την τελευταία να φαίνεται η περισσότερο αποτελεσματική. Ανεξάρτητα από τις στρατηγικές θεραπείας, οι παρεμβάσεις για την αποκατάσταση της επαρκούς βιταμίνης D θα παρουσιάσουν θετικά αποτελέσματα μόνο σε όσους εμφανίζουν πραγματικά

ανεπάρκεια. Έτσι, οι στόχοι θεραπείας θα πρέπει να επικεντρωθούν στην αποφυγή επιπέδων 25 (OH) D στον ορό κάτω από την τιμή των 30 nmol/L, με στόχο να φθάσουν τα επίπεδα άνω των 50 nmol/L. Η λήψη βιταμίνης D πρέπει να συνδυάζεται με ασβέστιο για να μειωθούν τα κατάγματα στον ηλικιωμένο πληθυσμό⁴¹.



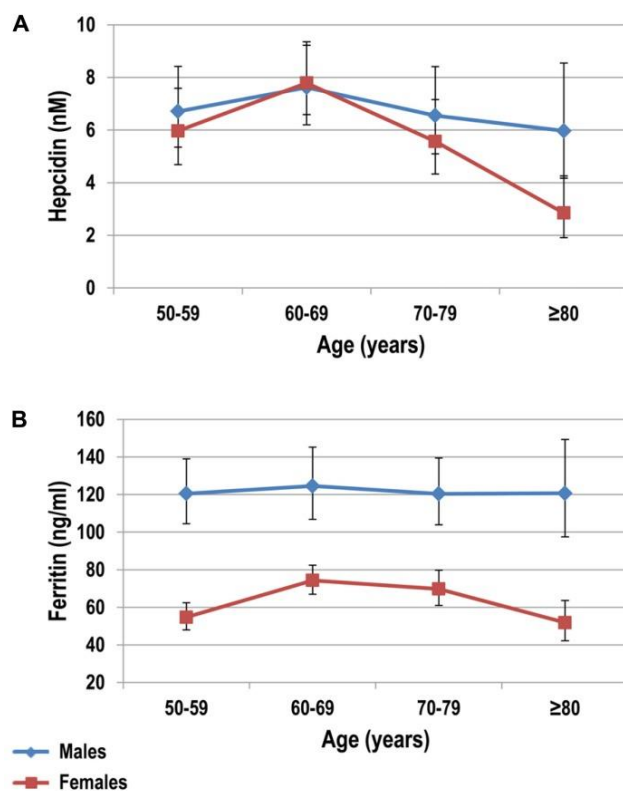
Εικόνα 3. Σκελετικές επιδράσεις της ανεπάρκειας της βιταμίνης D στους ηλικιωμένους και ο ρόλος της βιταμίνης D στην πρόληψή τους⁴¹.

Ο ψευδάργυρος είναι ένα βασικό μικροθρεπτικό συστατικό που εμπλέκεται στον καταβολισμό, τη μεταγραφή και τη μεταγωγή σημάτων για τη λειτουργία των ανοσοκυττάρων, τη σύνθεση του DNA και τον μεταβολισμό άλλων μικροθρεπτικών συστατικών. Οι ηλικιωμένοι έχουν αναφερθεί ότι έχουν χαμηλές συγκεντρώσεις ψευδαργύρου στον ορό, οι οποίες συμβάλλουν σε ένα εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα καθιστώντας τους ευαίσθητους σε λοιμώξεις⁴². Ο κύριος παράγοντας που είναι υπεύθυνος για αυτή την ανεπάρκεια είναι η ελλιπής πρόσληψη ψευδαργύρου από τη διατροφή σε συνδυασμό με άλλους εγγενείς και εξωγενείς παράγοντες, όπως η κακή μάσηση των τροφίμων, η λήψη διαφόρων φαρμάκων που μεταβάλλουν τη φυσιολογία της απορρόφησης και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που περιορίζουν την πρόσληψη τροφής⁴³. Οι Wong et al., υποθέτουν ότι τα μειωμένα επίπεδα ψευδαργύρου με την πρόοδο της ηλικίας οφείλονται σε επιγενετικές μεταβολές όπως η μεθυλίωση του DNA, οι οποίες συμβάλλουν στην εξασθένηση του μεταφορέα ψευδαργύρου, με αποτέλεσμα τη μειωμένη απορρόφησή του και επομένως χαμηλά επίπεδα ψευδαργύρου σε ηλικιωμένους⁴⁴.

Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη ψευδαργύρου για ηλικιωμένους άνδρες είναι 11 mg/ημέρα και για ηλικιωμένες γυναίκες είναι 8 mg/ημέρα με ανώτερο ανεκτό όριο 25-40 mg/ημέρα που περιλαμβάνει τόσο τον διαιτητικό ψευδάργυρο όσο και τον ψευδάργυρο από τη λήψη συμπληρωμάτων. Έχει αποδειχθεί ότι οι άνθρωποι άνω των 60 ετών έχουν πρόσληψη ψευδαργύρου κάτω από 50% από ό,τι συνιστάται για την ορθή λειτουργία του οργανισμού⁴³, ενώ τα στοιχεία από μια μελέτη στις Ηνωμένες Πολιτείες έδειξαν ότι μόνο το 42,5% του γηραιότερου πληθυσμού (>71 ετών) είχε επαρκή πρόσληψη ψευδαργύρου⁴⁵. Οι διατροφικές πηγές ψευδαργύρου περιλαμβάνουν τα θαλασσινά, τα πουλερικά, το κόκκινο κρέας, τα φασόλια, τα δημητριακά, τα δημητριακά ολικής αλέσεως, τα καρύδια και τα γαλακτοκομικά προϊόντα και μπορούν να βοηθήσουν στη διατήρηση επαρκούς κατάστασης ψευδαργύρου⁴⁶.

Η ανεπάρκεια σιδήρου είναι πολύ συχνή μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και συμβάλλει στην αναιμία. Η αδυναμία του σώματος να διατηρήσει μια ισορροπία μεταξύ του αποθηκευμένου σιδήρου και της τροφοδοσίας του οργανισμού ενισχύει την κατάσταση της αναιμίας. Με την προχωρημένη ηλικία, η μειωμένη πρόσληψη τροφής, τα συχνότερα φάρμακα, η γαστρεντερική δυσαπορρόφηση και η απόκρυφη αιμορραγία είναι οι πιο κοινές αιτίες που οδηγούν σε αυτή την ανεπάρκεια⁴⁷.

Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη σιδήρου και για τα δύο φύλα είναι 8 mg/ημέρα με το ανώτερο ανεκτό όριο των 45 mg/ημέρα. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι γυναίκες που έχουν επίπεδα αιμοσφαιρίνης <12mg/dL και οι άνδρες που έχουν επίπεδα αιμοσφαιρίνης <13mg/dL κατηγοριοποιούνται ως αναιμικά⁴⁷. Η Εθνική Έρευνα NHANES III ανέφερε την επικράτηση της αναιμίας μεταξύ ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών να είναι 10,2% στις γυναίκες και 11% στους άνδρες, ενώ με την αύξηση της ηλικίας, αυξήθηκε και ο ρυθμός επικράτησης της αναιμίας⁴⁸. Μελέτες ανέφεραν ότι σε άτομα ηλικίας 75 ετών και άνω, τα ποσοστά επικράτησης ήταν 14,9-15% στους άνδρες και 7,1-12,7% στις γυναίκες. Οι άνθρωποι 85 ετών και άνω έδειξαν μεγαλύτερα ποσοστά αναιμίας, της τάξης των 29,6-30,7% στους άνδρες 16,5-17,7% στις γυναίκες. Μελέτες που διεξήχθησαν στις Ηνωμένες Πολιτείες και στην Ευρώπη σε ηλικιωμένους ενήλικες έδειξαν ότι ο επιπολασμός της αναιμίας μεταξύ αυτών των πληθυσμών κυμαίνεται από 8-25%⁴⁹. Τα χαμηλά επίπεδα σιδήρου όχι μόνο επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, αλλά είναι επίσης γνωστό ότι συνδέονται με άλλους παράγοντες όπως η κατάθλιψη, η κόπωση, η εξασθένηση της γνωστικής λειτουργίας και η απώλεια της μυϊκής δύναμης⁴⁷.



Εικόνα 4. Τα επίπεδα ηπατιδίνης (A) και φερριτίνης (B) στρωματοποιημένα κατά δεκαετίες σε υγιή άτομα άνω των 50 ετών από τη μελέτη Val Borbera, μια μεγάλη έρευνα πληθυσμού 1657 ατόμων⁵⁰.

Τα διάφορα συστατικά που υπάρχουν στη διατροφή διαδραματίζουν κεντρικό ρόλο επηρεάζοντας τη βιοδιαθεσιμότητα του σιδήρου. Οι τανίνες και οι πολυφαινόλες που υπάρχουν στο τσάι και τον καφέ παρουσιάζουν ανασταλτικό ρόλο στην απορρόφηση σιδήρου, ενώ τα τρόφιμα πλούσια σε βιταμίνη C είναι γνωστό ότι ενισχύουν την απορρόφηση σιδήρου⁵¹. Η ανεπάρκεια σιδήρου μπορεί να διορθωθεί με κατανάλωση δίαιτας επαρκή σε σίδηρο. Εκτός αυτού, τα συμπληρώματα σιδήρου μπορεί να είναι εναλλακτική μέθοδος για τη θεραπεία της έντονης ανεπάρκειας σιδήρου. Η θεραπεία με λήψη από του στόματος δισκίων σιδήρου με 300 mg θειικού σιδήρου μπορεί επίσης να είναι ένα μέτρο ανάκαμψης από σοβαρή ανεπάρκεια σιδήρου, όπως και η ενδοφλέβια λήψη σε περίπτωση μη απόκρισης στις παραπάνω μεθόδους⁵¹.

Το σύμπλεγμα των βιταμινών B, αποτελείται από μια ομάδα οκτώ υδατοδιαλυτών βιταμινών, οι οποίες έχουν αλληλένδετες λειτουργίες στη διατήρηση της κυτταρικής λειτουργίας και εγκεφαλικής λειτουργίας. Μεταξύ των ηλικιωμένων, η ανεπάρκεια της βιταμίνης B12, του B6 και του φολικού οξέος είναι γνωστό ότι επηρεάζει τη γνωστική λειτουργία και συνοδεύεται από καταθλιπτικά συμπτώματα που επικρατούν μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων⁵². Ο δείκτης RDA για τις βιταμίνες B είναι 0,9-2,4 μg/ημέρα, και

ηλικιωμένοι με επίπεδα βιταμίνης B12 πλάσματος κάτω από 148pmol/L θεωρούνται ότι έχουν σοβαρή ανεπάρκεια, ενώ επίπεδα που κυμαίνονται από 148-221pmol/L είναι οριακά ανεπαρκή⁵³. Η ανεπάρκεια των βιταμινών του συμπλέγματος B, ιδιαίτερα των B6, B12 και φολικού οξέος σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα ομοκυστεΐνης, που αυξάνει τον κίνδυνο ασθενειών όπως η νόσος Alzheimer⁵⁴.

Η Εθνική Έρευνα Εξέτασης Υγείας και Διατροφής (1999-2002) (National Health and Nutrition Examination Survey) έδειξε ότι μεταξύ των αμερικανικών πληθυσμών, περίπου το 6% των ηλικιωμένων (ηλικία > 70 ετών) είναι σοβαρά ανεπαρκή στη βιταμίνη B12 και περισσότερο από 20% των ηλικιωμένων (ηλικία > 60 ετών) είναι ήπια ανεπαρκή⁵⁵. Σύμφωνα με πιο πρόσφατες μελέτες, περισσότερο από το 20% του ηλικιωμένου πληθυσμού κινδυνεύουν από ανεπάρκεια βιταμίνης B12⁵⁴. Το σύμπλεγμα βιταμινών B βρίσκεται κυρίως σε ζωικές πηγές τροφίμων. Ως εκ τούτου, η ανεπάρκεια της είναι πιο διαδεδομένη λόγω της χαμηλής κατανάλωσης ζωικών πηγών τροφίμων λόγω πολιτιστικών ή θρησκευτικών περιορισμών και επίσης λόγω του υψηλού κόστους αυτών των τροφίμων⁵⁴.

Διατροφή και ποιότητα ζωής

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής (QOL) ως «την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο των συστημάτων πολιτισμού και αξίας στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους του, τις προσδοκίες του, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του»⁵⁶. Η ποιότητα ζωής ως έννοια είναι τόσο υποκειμενική όσο και αντικειμενική στη φύση και συχνά κατηγοριοποιείται στις πέντε διαστάσεις της φυσικής ευημερίας, της υλικής ευημερίας, της κοινωνικής ευημερίας, της συναισθηματικής ευημερίας και της ανάπτυξης / δραστηριοποίησης. Η QOL μετρά την υποκειμενική αντίληψη της υγείας ενάντια στις αντικειμενικές αξιολογήσεις της λειτουργίας ή/και της κατάστασης υγείας, καθιστώντας την το μοναδικό τρόπο που δύο άτομα με ταυτόσημη κατάσταση υγείας μπορούν να έχουν διαφορετικό QOL, με βάση την προσδοκία τους και την ανθεκτικότητα στην υγεία ή την ασθένεια, την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, την ηλικία και την κοινωνική υποστήριξη⁵⁷. Η ποιότητα ζωής μετράται με γενικά ή ιδιοπαθή ερωτηματολόγια τα οποία διαφέρουν κυρίως στους τομείς που καλύπτονται και στον εν λόγω πληθυσμό, παρέχοντας ένα μέτρο γενικής ευημερίας, συμπεριλαμβανομένων τόσο των θετικών όσο και των αρνητικών χαρακτηριστικών της ζωής και είναι ένα σημαντικό μέτρο επιτυχημένης ή υγιούς γήρανσης. Μελέτες έχουν επίσης εξετάσει την QOL στον ηλικιωμένο πληθυσμό, ως μέσο για την αξιολόγηση των επιλογών υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά για άτομα με χρόνιες ασθένειες⁵⁸.

Η QOL σε ηλικιωμένους ενήλικες είναι πιθανό να επηρεαστεί από κοινωνικές πτυχές, συμπεριλαμβανομένων των καταστάσεων διαβίωσης, της οικονομικής κατάστασης⁵⁹ και των παραγόντων του τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής δραστηριότητας⁶⁰ και της διατροφής⁶¹. Τις τελευταίες τρεις δεκαετίες, έχει εμφανίσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον μια νέα διάσταση της ποιότητας ζωής, γνωστή ως «ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία» (HRQoL)⁶², η οποία αξιολογεί πώς μπορεί να επηρεαστεί η ευημερία του ατόμου με την πάροδο του χρόνου ως αποτέλεσμα ασθένειας, αναπηρίας ή άλλης διαταραχής της υγείας. Στην πραγματικότητα, η έρευνα που επικεντρώθηκε στην HRQoL είναι εξαιρετικά σημαντική, καθώς η αξιολόγησή της βοηθά στην παρακολούθηση της προόδου όσον αφορά την επίτευξη των στόχων υγείας της χώρας, μέσω της επιρροής της στις τρέχουσες και μελλοντικές θεραπείες και στα πρωτόκολλα υγείας σε ένα ευρύ φάσμα ασθενειών⁶³.

Η ποιότητα ζωής έχει να κάνει περισσότερο με την ευτυχία, την άνεση, την ευημερία και την ευκολία στη ζωή παρά με τον πλούτο, τη δύναμη ή τους ιεραρχικούς/επαγγελματικούς ρόλους. Σύμφωνα με τους στόχους της κυβέρνησης των

ΗΠΑ «Υγιείς Άνθρωποι 2020», η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQL) είναι μια «πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τομείς που σχετίζονται με τη σωματική, διανοητική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργία. Ξεπερνά τις άμεσες μετρήσεις της υγείας του πληθυσμού, του προσδόκιμου ζωής και των αιτιών θανάτου και εστιάζει στον αντίκτυπο που έχει η κατάσταση της υγείας στην ποιότητα ζωής»⁶⁴.

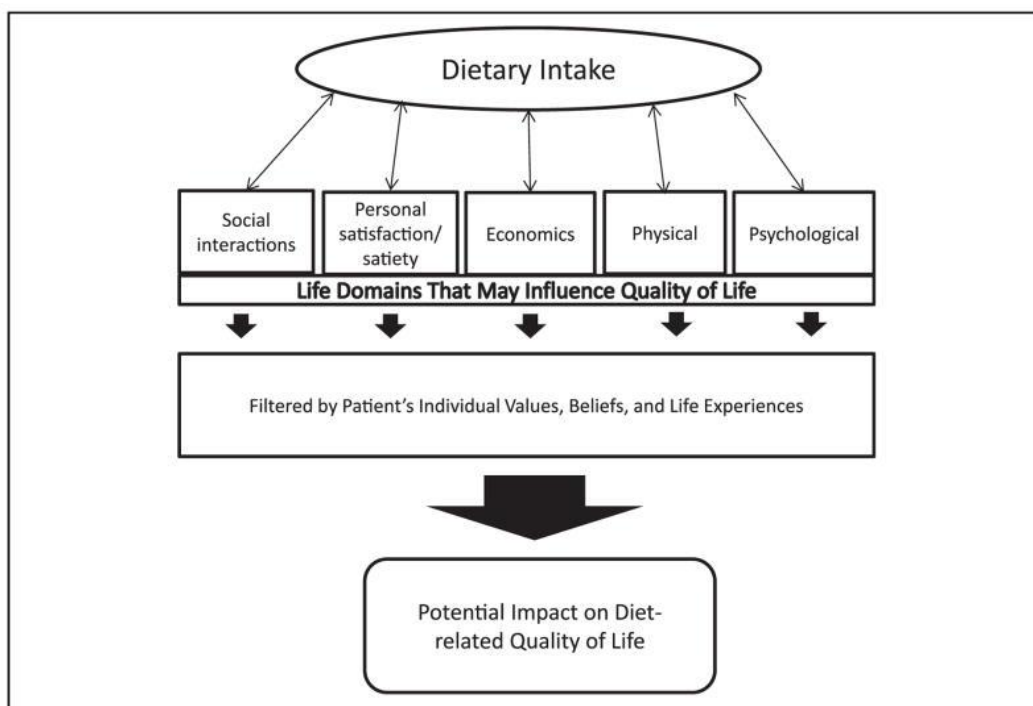
Η Διάσκεψη του Λευκού Οίκου των ΗΠΑ για την Πείνα, τη Διατροφή και την Υγεία το 2022 περιέγραψε τον ζωτικό και συχνά μη αναγνωρισμένο ρόλο που έχει η διατροφή βοηθώντας τους ηλικιωμένους να παραμείνουν υγιείς και ανεξάρτητοι⁶⁵. Επιπλέον, η διατροφή είναι μέρος των απολαύσεων της ζωής⁶⁶ και συμβάλλει σε σωματικούς, ψυχικούς και κοινωνικούς τομείς της ποιότητας ζωής. Οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι θεωρούν τη διατήρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής ως πρωταρχικής σημασίας⁶⁷. Ωστόσο, η κακή διατροφή και άλλα θέματα που σχετίζονται με αυτή, συμπεριλαμβανομένου του υποσιτισμού, συχνά παραμένουν άγνωστα, αν και είναι ισχυροί παράγοντες που συμβάλλουν στην αδυναμία, στις λειτουργικές βλάβες και στην κακή ποιότητα ζωής, ειδικά μεταξύ των πολύ ηλικιωμένων⁶⁸.

Παρόλο που πολυάριθμες μελέτες έχουν συνδέσει ένα διατροφικό πρότυπο υψηλής ποιότητας με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων ασθενειών⁶⁹ η επίδραση των διατροφικών προτύπων υψηλής ποιότητας στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία δεν είναι ακόμα καλά τεκμηριωμένη⁷⁰. Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 2 δεκαετιών, η χρήση μετρήσεων που αναφέρθηκαν από ασθενείς αντιπροσωπεύει μια ισχυρή αλλαγή στην ιατρική, επειδή προηγουμένως η κύρια έρευνα ήταν αποτέλεσμα των κλινικών μετρήσεων και των βιοδεικτών αντί για τις αυτοαναφερόμενες πληροφορίες. Σε αυτό το πλαίσιο, η αυτοαναφερόμενη ποιότητα ζωής θεωρείται ως ο βαθμός στον οποίο η ζωή ενός ατόμου θεωρείται άνετη ή ικανοποιητική.

Η HRQL μπορεί να προσδιοριστεί εν μέρει από διατροφικά πρότυπα. Η μελέτη διατροφικών προτύπων αντί για μεμονωμένα τρόφιμα ή θρεπτικά συστατικά είναι η πιο εξελιγμένη μεθοδολογία που χρησιμοποιείται στην διατροφική επιδημιολογία, επειδή τα πλήρη διατροφικά μοτίβα παρέχουν μια πιο ρεαλιστική εικόνα των καταναλωτικών συνηθειών των τροφίμων, ενώ καταγράφουν τα συνεργιστικά ή ανταγωνιστικά αποτελέσματα που μπορεί να έχουν τα τρόφιμα και τα θρεπτικά συστατικά όταν καταναλώνονται μαζί⁷¹. Στο πλαίσιο των συνολικών διατροφικών προτύπων, η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή (MedDiet) βρέθηκε να σχετίζεται με καλύτερη HRQL στο Moli-sani Project, μια μελέτη κοόρτης βασισμένη στον πληθυσμό στην Ιταλία⁷². Μικρότερες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στην Ισπανία έχουν επίσης δείξει θετικές

συσχετίσεις μεταξύ της τήρησης της MedDiet και της HRQL^{73,74}. Στο SUN Project, μια ισπανική προοπτική μελέτη που περιλάμβανε περισσότερους από 11.000 μεσήλικες πτυχιούχους πανεπιστημίου, μετά από παρακολούθηση 4 ετών αναφέρθηκε μια σημαντική άμεση συσχέτιση μεταξύ της υψηλότερης βασικής συμμόρφωσης στη MedDiet και των καλύτερων διαστάσεων σωματικής και ψυχικής υγείας της HRQL⁷⁵.

Γενικά, οι μελέτες έχουν βρει καλύτερη HRQL που σχετίζεται με υψηλότερη τήρηση της μεσογειακής διατροφής, αλλά οι διαστάσεις των κατηγοριών υγείας διαφέρουν μεταξύ των μελετών. Σε ορισμένες μελέτες, η ευεργετική συσχέτιση παρατηρήθηκε για τις σωματικές διαστάσεις⁷⁵, ενώ σε άλλες παρατηρήθηκαν βελτιώσεις μόνο για τις νοητικές διαστάσεις^{72,74}.



Εικόνα 5. Εννοιολογικό μοντέλο της πιθανής επίδρασης της διατροφικής πρόσληψης στην ποιότητα ζωής⁷⁶.

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα και οι επιπτώσεις της

Η έννοια του όρου «οικονομική κρίση» αποδίδεται ως το φαινόμενο εκείνο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Η έννοια του όρου «οικονομική κρίση» έχει αποδοθεί ποικιλοτρόπως και κατά συνέπεια υπάρχουν πολλοί ορισμοί γύρω από αυτήν. Σύμφωνα με τους Rosenthal, Charles και Hart, η κρίση είναι «μία σοβαρή απειλή κατά της υφιστάμενης δομής, των θεμελιωδών αρχών και κανόνων του κοινωνικού συστήματος, η οποία επιβάλλει τη λήψη κρίσιμων αποφάσεων εντός περιορισμένου χρόνου και υπό συνθήκες αβεβαιότητας»⁷⁷. Κατά τον Sharpe, η κρίση είναι μια χρονική περίοδος κατά την οποία υπάρχει μεγάλη πτωτική κίνηση στην αγορά⁷⁸, ενώ σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό «η οικονομική κρίση προκύπτει από την διατάραξη της οικονομικής ισορροπίας και την εξασθένηση όλων των οικονομικών παραγόντων εξαιτίας ξαφνικών και απροσδόκητων γεγονότων που εμφανίζονται λόγω τοπικών ή παγκόσμιων αιτιών όπως τα οικονομικά και διοικητικά προβλήματα, η διαφθορά, η διατάραξη του φορολογικού συστήματος, τα προβλήματα πληρωμής του εξωτερικού χρέους, η αδυναμία εισαγωγής αρκετού εξωτερικού κεφαλαίου, προβλήματα ανεργίας ή ακόμα και φυσικές καταστροφές»⁷⁹.

5.1. Χαρακτηριστικά της οικονομικής κρίσης

Οι κρίσεις που έχουν ξεσπάσει κατά καιρούς χαρακτηρίζονται από αίσθημα αβεβαιότητας και ανασφάλειας, συνθήκες αγορών που έχουν υποστεί ραγδαίες μεταβολές, διαταραχές στη λειτουργία της κοινωνίας, καθώς και συνεχή προβολή και έντονη κριτική τόσο από τα τοπικά όσο και από τα διεθνή Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, γεγονός που μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να πληγεί σημαντικά ή και ανεπανόρθωτα η δημόσια εικόνα της χώρας που βιώνει την οικονομική κρίση. Το γενικότερο κλίμα ανασφάλειας και οι θεσμικές-συστημικές αδυναμίες που έρχονται στο προσκήνιο επιτείνουν την ανασφάλεια των ευπαθών ομάδων, καθώς η αναδιανομή των πόρων και οι πολιτικές λιτότητας που συνοδεύουν την κρίση πλήττουν συνήθως τους πλέον ευάλωτους οικονομικά πληθυσμούς.

5.2 Ιστορική αναδρομή οικονομικής κρίσης

5.2.1 Αρχαία Ελλάδα

Η αρχαία Ελλάδα γνώρισε περιόδους οικονομικών κρίσεων που οφείλονταν σε διάφορες αιτίες: πολιτικό σύστημα (τυραννία), πόλεμοι, τρόπος ζωής.

Ο 3^{ος} αιώνας π.Χ. μαστίζεται από οικονομική κρίση. Οι λιτοί τάφοι του 3^{ου} αιώνα π.χ., σε αντίθεση με τους εντυπωσιακούς τάφους του 4^{ου} αιώνα, καθώς επίσης και οι ρητές συστάσεις των αρχόντων για λιτότητα και περιορισμό της σπατάλης είναι ενδεικτικές της κατάστασης αυτής.

Μνημόνιο στην αρχαία Αθήνα

Μετά τη διάλυση της Αθηναϊκής Συμμαχίας, λίγο πριν από τα μέσα του 4ου αι. π.Χ., οι Αθηναίοι βρέθηκαν αντιμέτωποι με μεγάλα οικονομικά αδιέξοδα. Ο μέχρι τότε τρόπος ζωής τους, που ήταν βασισμένος στη κατάχρηση των συμμαχικών χρημάτων, ανήκε πια στο παρελθόν. Άρχισαν να προγραμματίζουν μια νέα οικονομική πολιτική. Στο έργο του Ξενοφώντα «Πόροι», διατυπώνονται συγκεκριμένες προτάσεις εξυγίανσης της οικονομικής κατάστασης. Πρόκειται για το μοναδικό σχεδόν δημοσιονομικού περιεχομένου κείμενο που μας έχει διασωθεί από ολόκληρο τον αρχαίο ελληνικό κόσμο.

Όταν ο Σόλων ανέλαβε το 594 την εξουσία στην Αθήνα, οι πολίτες βρισκόταν σε οικονομική εξαθλίωση εξαιτίας του τυραννικού πολιτεύματος. Ο Σόλων, για την αντιμετώπιση του προβλήματος νομοθέτησε τη «σεισάχθεια».

Ο νόμος Σεισάχθεια απάλειψε όλα τα συμβόλαια των φτωχών ανθρώπων, που είχαν βάλει ενέχυρο τον ίδιο τον εαυτό τους ή την περιουσία τους. Απαγορεύθηκαν όλα τα μελλοντικά δάνεια τέτοιου είδους και κατήργησε την δύναμη του πιστωτή, να υποδουλώνει ή να φυλακίζει. Ο νόμος, με την κατάργηση των πολυαριθμών υποθηκών στις κτηματικές περιουσίες της Αττικής, απελευθέρωσε τη γη από τα παλαιά χρέη.

5.2.2 Οικονομικές κρίσεις και Βυζάντιο

Όταν ο Ιουστινιανός ανέλαβε την εξουσία ήθελε να δημιουργήσει μεγάλα έργα υποδομής για να βελτιώσει την εικόνα της Πόλης. Το μεγαλόπνοο σχέδιό του οδήγησε την αυτοκρατορία σε οικονομικό αδιέξοδο, λόγω έλλειψης χρημάτων. Για τον λόγο αυτό κατέφυγε σε εξωτερικό δανεισμό (Ιταλία). Για την αντιμετώπιση της οικονομικής κατάστασης είχε προβεί στη λήψη μέτρων:

- Επιβολή πρόσθετων φόρων.
- Επιβολή έκτακτων εισφορών σε χρήματα και είδος.
- Θέσπιση αλληλέγγυας φορολογικής ευθύνης.
- Βελτίωση του μηχανισμού είσπραξης των φόρων και των έκτακτων εισφορών.
- Προσπάθεια να κάνουν το φορολογικό τους σύστημα αποδοτικότερο.

Το Βυζάντιο, τον 6^ο και 7^ο αιώνα, περνάει περίοδο οικονομικής κρίσης που αγγίζει τις αγροτικές κυρίως περιοχές. Κύρια αίτια της κρίσης είναι οι επιδημίες, οι φυσικές καταστροφές και οι μεγάλες εδαφικές απώλειες της Συρίας, της Αιγύπτου και της υπόλοιπης βόρειας Αφρικής, οι οποίες ήταν οι σημαντικότερες οικονομικά περιοχές. Επίσης, η μείωση του πληθυσμού λόγω εχθρικών εισβολών συντέλεσε στην επιδείνωση της κρίσης.

Ο 14ος αιώνας βρίσκει το Βυζάντιο εξασθενημένο οργανωτικά. Οι άρχοντες ζούσαν με πολυτέλεια, απαλλαγμένοι από φορολογικές υποχρεώσεις, σε μια εποχή γενικής αθλιότητας για τους πληθυσμούς. Τα αγροτικά κτήματα απορροφούνταν από τους μεγάλους γαιοκτήμονες. Το γεγονός αυτό αποτέλεσε έναν από τους παράγοντες της **οικονομικής παρακμής**. Η πενιχρή οικονομική κατάσταση οφείλεται σημαντικά και στο δανεισμό του Βυζαντίου από τις ναυτικές και εμπορικές ιταλικές πόλεις. Με τον τρόπο αυτό το Βυζάντιο χάνει πόρους.

5.2.3 Ιστορική αναδρομή οικονομικής κρίσης 1827-1843-1893-1932-2012 (Χρεοκοπία προ των πυλών)

Το ελληνικό κράτος από την απελευθέρωση μέχρι σήμερα έχει βρεθεί 4 φορές στην ανάγκη να κηρύξει στάση πληρωμών και πτώχευση. Και όλες οι πτωχεύσεις μέχρι σήμερα συνδέθηκαν άμεσα ή έμμεσα με σημαντικές πολιτικές εξελίξεις, που σημάδεψαν την πολιτική και κοινωνική ζωή.

Η πτώχευση του 1827 και η επιβολή της βασιλείας

Το χρονικό της χρεοκοπίας του 1827

Ο Κουντουριώτης, ως πρόεδρος του εκτελεστικού, συνάπτει, για τις ανάγκες του αγώνα, με το Λονδίνο το 1824 - 1825 δύο δάνεια, τα γνωστά ως δάνεια της ανεξαρτησίας, με πολύ επαχθείς όρους:

- Υποθήκευση εθνικών κτημάτων.
- Προπληρωμή τόκων και προμηθειών.
- Μέρισμα στα χρηματιστήρια της Ευρώπης.

- Παραγγελίες πολεμικού υλικού (προπληρωμένες) που δεν έφτασαν ποτέ στη Ελλάδα!

Στις ανάγκες του Αγώνα, δυστυχώς, δόθηκε ένα μικρό ποσό, το οποίο διασπάστηκε και ένα τμήμα του δόθηκε στη διεξαγωγή εμφυλίων πολέμων!!!

Η Ελλάδα αδυνατεί να καταβάλει τα τοκοχρεολύσια και οδηγείται στην πρώτη πτώχευση πριν τη δημιουργία του Ελληνικού κράτους.

Οι άκαρπες προσπάθειες του Καποδίστρια για νέο δάνειο και η στροφή του για ένα εσωτερικό πρόγραμμα ανοικοδόμησης της οικονομίας, είχε ως αποτέλεσμα τη δολοφονία του στο Ναύπλιο το 1831 και την επιβολή της βασιλείας στην Ελλάδα με πρώτο βασιλιά τον Όθωνα.

Η πτώχευση του 1843 και το κίνημα της 3ης Σεπτεμβρίου

Το χρονικό της πτώχευσης 1843

Η έλευση του Όθωνα συνοδεύτηκε από την παροχή δανείου 60εκ. γαλλικών φράγκων, με την εγγύηση των τριών Προστάτιδων Δυνάμεων (Γαλλία, Βρετανία, Ρωσία). Η διάσκεψη του Λονδίνου όρισε επιτροπή ελέγχου της οικονομίας και επέβαλε την εκχώρηση όλων των εθνικών πόρων.

Η Ελλάδα παίρνει μέτρα λιτότητας, τα οποία όμως δεν αποδίδουν. Οι μεγάλες δυνάμεις τον Ιούνιο του 1843 υποχρεώνουν την Ελλάδα σε νέο μνημόνιο.

Τα μέτρα του μνημονίου είναι δυσβάσταχτα για τον ελληνικό λαό. Απολύσεις δημοσίων υπαλλήλων (το 1/3), μειώσεις μισθών, μη χορήγηση συντάξεων, 60% μείωση των στρατιωτικών δαπανών, αύξηση φόρων, κατάργηση όλων των υγειονομικών υπηρεσιών του κράτους, νομιμοποίηση αυθαίρετων με πληρωμή προστίμων νομιμοποίησης κ.α.

Δυστυχώς, τα μέτρα δεν έφεραν κανένα αποτέλεσμα, πέραν της οικονομικής εξαθλίωσης των Ελλήνων και ο Όθωνας αναγκάστηκε να κηρύξει πτώχευση.

Η πτώχευση του 1893

Το χρονικό της πτώχευσης

Το 1862, η χώρα λόγω εσωτερικών ανωμαλιών (Κρητική επανάσταση) αναγκάζεται να αυξήσει τις δαπάνες καταφεύγοντας σε δανεισμό. Ο 19^{ος} αιώνας θα σημαδευτεί από μία ισχυρή προσωπικότητα: τον Χ. Τρικούπη. Ο Τρικούπης, για την

αντιμετώπιση κρίσης, βάζει σε εφαρμογή το φιλόδοξο πρόγραμμά του, με την εκτέλεση μεγάλων έργων υποδομής. Για την εφαρμογή του αναγκάστηκε να προβεί σε εξωτερικό δανεισμό και υψηλή φορολογία. Προσπάθησε να εκμεταλλευτεί τα κρατικά μονοπώλια (αλατιού και σπίρτων). Η κατάσταση γίνεται απελπιστική, ιδιαίτερα με την καταστρεπτική πτώση της διεθνούς τιμής της σταφίδας, η ελληνική οικονομία γίνεται εύθραυστη, οδηγώντας τον Τρικούπη στις 10 Δεκεμβρίου του 1893 να πει στη βουλή την ιστορική φράση. «Κύριοι! Δυστυχώς επτωχεύσαμεν».

Αποτέλεσμα της κρίσης η επανάσταση των μεταλλωρύχων του Λαυρίου το 1896 και ο ελληνοτουρκικός πόλεμος του 1897.

Η πτώχευση του 1932

Το χρονικό της πτώχευσης

Το «κραχ» του 1929 δημιούργησε τεράστια προβλήματα στην ελληνική οικονομία. Η χώρα μας χτυπήθηκε με δριμύτητα επειδή ο καπνός, η σταφίδα και το ελαιόλαδο ήταν είδη πρώτης ανάγκης με αποτέλεσμα τη μείωση των εξαγωγών. Ο Βενιζέλος για να αντιμετωπίσει τη νέα κρίση προέβη σε νέο δανεισμό, αλλά απέτυχε και αποφάσισε να δώσει τη μάχη της δραχμής, η οποία ήταν με τον κανόνα του χρυσού μέσω της αγγλικής λίρας. Το 1931 όμως η κατάρρευση των παγκόσμιων αγορών αναγκάζει την Ελλάδα να εγκαταλείψει τον «κανόνα του χρυσού» και ο Βενιζέλος επιλέγει να συνδέσει τη δραχμή με το δολάριο, αλλά η κερδοσκοπία εξακολουθεί, όπως και η φυγάδευση κεφαλαίων στο εξωτερικό. Την πρωτομαγιά του 1932 ανακοινώνει στη βουλή την πτώχευση της Ελλάδας και τη στάση πληρωμών του εξωτερικού χρέους. Η κατάσταση στην Ελλάδα ήταν τραγική. Η αύξηση της ανεργίας και τα φτηνά μεροκάματα, που είχε επιβάλει ο Βενιζέλος, οδήγησαν σε απεργιακές κινητοποιήσεις που κορυφώθηκαν με την αιματοβαμμένη πρωτομαγιά του 1936 στη Θεσσαλονίκη.

2012: «Η 5η χρεοκοπία προ των πυλών»!

Όλες οι ελληνικές κυβερνήσεις από τον β' παγκόσμιο πόλεμο ως σήμερα, στήριξαν την οικονομία και την ανάπτυξη στον εξωτερικό δανεισμό. Το βάρος των φορολογικών μεταρρυθμίσεων επωμίζονταν τα λαϊκά στρώματα. Το εξωτερικό δημόσιο χρέος εκτινάχθηκε για να ξεπεράσει το 150% περίπου του Α.Ε.Π. Η κρίση που ξεκίνησε το 2007 έδειξε την ανικανότητα της Ευρωπαϊκής Ένωσης να διαχειριστεί την κρίση των μελών της. Μετά τις εκλογές της 4ης Οκτωβρίου του

2009, αποκαλύφθηκε στον ελληνικό λαό η ολοκληρωτική καταστροφή της ελληνικής οικονομίας. Η δραματικότητα της κατάστασης ειπώθηκε και επισήμως με τη χαρακτηριστική φράση «η χώρα μας θα απωλέσει μέρος της εθνικής της κυριαρχίας». Από τότε η χώρα σύρεται πίσω από τους επενδυτικούς οίκους των Βρυξελλών. Το γεγονός πως άνθρωποι της τρόικας εγκρίνουν τις αποφάσεις και την οικονομική πολιτική της ελληνικής κυβέρνησης, είναι αποκαλυπτικό της απώλειας της εθνικής κυριαρχίας^{80,81,82}.

Μετά από 14 χρόνια συνεχούς οικονομικής ανάπτυξης από το 1994, το ακαθάριστο εγχώριο προϊόν (ΑΕΠ) της Ελλάδας άρχισε να παρουσιάζει μηδενικούς ρυθμούς ανάπτυξης από το τέταρτο τρίμηνο του 2007 και αρνητικούς ρυθμούς ανάπτυξης από το τέταρτο τρίμηνο του 2008. Εν μέσω της οικονομικής κρίσης (Νοέμβριος 2009–Μάιος 2010), οι διεθνείς χρηματοπιστωτικές αγορές άρχισαν να επικεντρώνονται στο αυξανόμενο ελληνικό δημόσιο έλλειμμα (15,4% του ΑΕΠ το 2009, έναντι 9,8% το 2008 και 6,5% το 2007). Το δημόσιο έλλειμμα (που ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ του τι εισπράττει η κυβέρνηση από τους φόρους και των δαπανών της σε ένα χρόνο) απότομα έγινε αντιληπτό ως η αιτία και όχι ως σύμπτωμα της ελληνικής κρίσης, που οδηγεί σταδιακά στην υποβάθμιση της πίστωσης της χώρας και σε δυσβάσταχτη αύξηση του κόστους δανεισμού και αποπληρωμής του δημόσιου χρέους⁸³.

Από το 2009, λοιπόν, η Ελλάδα βρέθηκε σε μία από τις πιο σοβαρές οικονομικές κρίσεις της ιστορίας της, με τους οικονομολόγους να λένε ότι ήταν η πιο σοβαρή οικονομική κρίση μετά τη Μεγάλη Ύφεση της δεκαετίας του 1930⁸⁴. Σε σύγκριση με άλλες χώρες, η Ελλάδα δέχτηκε τη μεγαλύτερη των επιπτώσεων αυτής της κατάστασης, με συνέπεια την υπογραφή του Μνημονίου Οικονομικής και Χρηματοοικονομικής Πολιτικής ώστε να της χορηγηθεί ένα δάνειο 110 δισεκατομμυρίων ευρώ⁸⁵. Ωστόσο, το μνημόνιο περιλάμβανε και μέτρα λιτότητας τα οποία επηρέασαν διάφορες πτυχές της κοινωνίας, και όπως είναι αναμενόμενο οι οικονομικά ασθενέστεροι και ευάλωτοι πολίτες επηρεάστηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό⁸⁶.

Αρχικά, η οικονομική κρίση είχε αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των Ελλήνων. Σύμφωνα με την ελληνική στατιστική αρχή, η ανεργία στους ενήλικες αυξήθηκε από 6,6% τον Μάιο του 2008, στο 16,6% τον Μάιο του 2011 και η ανεργία μεταξύ των νέων αυξήθηκε από 18,6% σε 40,1%⁸⁷. Οι πολίτες, με την απώλεια των εισοδημάτων τους και των θέσεων εργασίας και ζώντας σε ένα αποθαρρυνμένο κοινωνικό περιβάλλον, υπό αυστηρά μέτρα λιτότητας και περιοριστικές πολιτικές υγείας, έμειναν εκτεθειμένοι και στον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και αυτοκτονικών τάσεων⁸⁸, με την ποιότητα ζωής και την ψυχική

υγεία στην Ελλάδα να επιδεινώνονται σοβαρά⁸⁹. Το υπουργείο Υγείας ανέφερε το 2011 αύξηση στις αυτοκτονίες κατά 40%⁸⁵ και τα περιστατικά κατάθλιψης ήταν περίπου τρεις φορές υψηλότερα από το 2008, κατάσταση που συνδέθηκε με τη δύσκολη οικονομική κατάσταση⁹⁰.

Ακολούθως, κατά την τελευταία δεκαετία, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στην Ελλάδα έχουν βιώσει μια απότομη μείωση των συντάξεων, παράλληλα με τις αυξημένες τιμές των τροφίμων και των φόρων, στα πλαίσια των αυστηρών μέτρων λιτότητας, ως άμεση συνέπεια της οικονομικής κρίσης της χώρας⁹¹. Όντας οικονομικά εξαρτημένοι από μια σύνταξη για τη διαβίωση, και ενώ δεν μπορούν να εργαστούν για πρόσθετο εισόδημα, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερα ευάλωτος στην επισιτιστική ανασφάλεια⁹². Επιπλέον, δεδομένης της ηλικίας τους, είναι επίσης επιρρεπείς στην ανάπτυξη υποσιτισμού, θέτοντας διπλό κίνδυνο για τις επιπτώσεις στη δημόσια υγεία⁹³.

Το 1974 δόθηκε ο ορισμός της επισιτιστικής ασφάλειας, σύμφωνα με τον οποίο «η επισιτιστική ασφάλεια υπάρχει όταν όλοι οι άνθρωποι, ανά πάσα στιγμή, έχουν φυσική, κοινωνική και οικονομική πρόσβαση σε επαρκή, ασφαλή και θρεπτική τροφή που να καλύπτει τις διατροφικές τους ανάγκες και τις διατροφικές προτιμήσεις τους για μια δραστήρια και υγιεινή ζωή»⁹⁴. Σχεδόν 50 χρόνια αργότερα, η εξάλειψη της επισιτιστικής ανασφάλειας και όλων των μορφών υποσιτισμού παγκοσμίως εξακολουθούν να αποτελούν κομβικό σημείο των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης⁹⁵. Η επισιτιστική ανασφάλεια περιγράφει ένα φάσμα συνθηκών που χαρακτηρίζονται από μειωμένη πρόσβαση σε τρόφιμα, από ανησυχία και αβεβαιότητα σχετικά με την ικανότητα απόκτησης τροφής (ήπια επισιτιστική ανασφάλεια), από μείωση της ποιότητας, της ποσότητας ή/και της συχνότητας πρόσβασης σε τρόφιμα (μέτρια επισιτιστική ανασφάλεια) και από εγκαθίδρυση πείνας και αδυναμίας εξασφάλισης τροφής για μια ημέρα ή περισσότερο (σοβαρή επισιτιστική ανασφάλεια)⁹⁶.

Στην Ευρώπη, η επισιτιστική ασφάλεια δεν ήταν πάντα μέρος της ατζέντας της δημόσιας υγείας. Μετά την έναρξη της λιτότητας το 2009, ωστόσο, με 118 εκατομμύρια ανθρώπους στην ευρωπαϊκή ένωση (23,5% του πληθυσμού) να ζουν σε νοικοκυριά που κινδυνεύουν από φτώχεια ή κοινωνικό αποκλεισμό, η πτωτική τάση της επισιτιστικής ανασφάλειας αντιστράφηκε⁹⁷.

Επίδραση της οικονομικής κρίσης στις διατροφικές συνήθειες

Ο σύγχρονος άνθρωπος έχει δομήσει τη ζωή και την προσωπικότητα του με γνώμονα την οικονομική επιφάνεια και τη δουλειά του. Σύμφωνα με την άποψη πολλών ερευνητών, υπάρχει συσχετισμός μεταξύ των σωματικών και ψυχικών διαταραχών και της απώλειας εργασίας. Πολλές μελέτες συγκλίνουν στην παραδοχή μίας ισχυρής συνάφειας ανάμεσα στην ανεργία και στην αύξηση της κατάθλιψης, του άγχους, της χρήσης ουσιών και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς⁹⁸.

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους οποίους η οικονομική κρίση μπορεί να επηρεάσει τις διατροφικές συνήθειες ενός πληθυσμού. Κατά τη διάρκεια της ύφεσης, οι τιμές των τροφίμων αυξήθηκαν λόγω του πληθωρισμού και οι εταιρείες παραγωγής τροφίμων αύξησαν την τιμή ανά ποσότητα των προϊόντων τους⁹⁹, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκαν οι προσφορές με μειωμένη τιμή σε επεξεργασμένα τρόφιμα¹⁰⁰ και τα νοικοκυριά είχαν μειωμένους οικονομικούς πόρους¹⁰¹. Συνδυαστικά, όλα τα παραπάνω μπορεί να έχουν ως συνέπεια τόσο τη μείωση των δαπανών για τρόφιμα όσο και τη μείωση της πρόσβασης σε υγιεινά τρόφιμα, ειδικά σε ομάδες χαμηλής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης¹⁰².

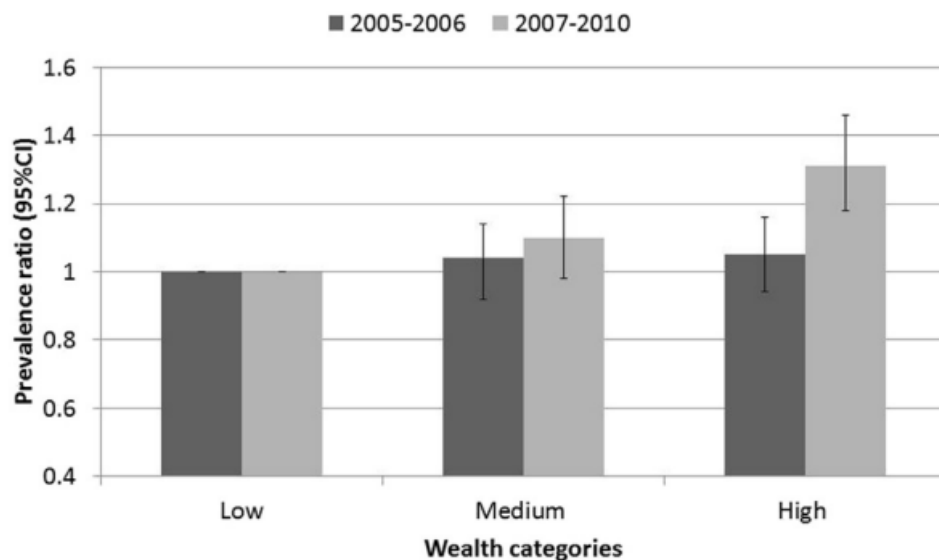
Μια μελέτη στο Σικάγο συνέκρινε περιοχές με χαμηλότερο και υψηλότερο εισόδημα και διαπίστωσε ότι η πρόσβαση σε υγιεινά τρόφιμα ήταν χαμηλότερη στις περιοχές με χαμηλό εισόδημα¹⁰³. Στοιχεία από προηγούμενες υφέσεις υποδηλώνουν ότι αυτά τα οικονομικά σοκ μπορεί να έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στις διατροφικές συνήθειες. Η ασιατική οικονομική κρίση του 1997 πιθανότατα επηρέασε τη διαιτητική πρόσληψη, με μειωμένη ενεργειακή πρόσληψη αλλά και αλλαγές στην κατανάλωση τροφίμων¹⁰⁴. Η μεξικανική κρίση του 1994 φαίνεται να επηρέασε αρνητικά τη διαιτητική πρόσληψη, ωστόσο, οι αλλαγές στην κατανάλωση τροφίμων διέφεραν μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών¹⁰⁵.

Σε σύγκριση με αυτές τις προηγούμενες υφέσεις, η πρόσφατη αυτή οικονομική κρίση είναι αξιοσημείωτη για τη διάρκειά της και τις διεθνείς, σοβαρές επιπτώσεις, ενώ χαρακτηρίστηκε από μια αργή εξάπλωση στην Ευρώπη, με μέτρα λιτότητας για πολλές χώρες. Αυτό συνέβη σε ένα πλαίσιο αυξανόμενης παρουσίας επεξεργασμένων τροφίμων, που δεν υπήρχαν στις παλαιότερες οικονομικές κρίσεις και θεωρείται ότι κατά συνέπεια έχει μεγαλύτερο διατροφικό αντίκτυπο¹⁰⁶.

Πλέον, είναι αναμφίβολο ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τις διατροφικές συνήθειες των πολιτών. Ως αποτέλεσμα της κρίσης, πολλές οικογένειες μείωσαν την ποιότητα και την ποσότητα των τροφίμων που καταναλώνουν, με κίνδυνο υποσιτισμού¹⁰⁷.

Η οικονομική κρίση, ωστόσο, μπορεί να οδηγήσει και στο αντίθετο άκρο, καθώς αυξάνει την πιθανότητα παχυσαρκίας λόγω κακής διατροφής¹⁰⁸.

Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα που δείχνει ότι παρατηρήθηκαν διατροφικές αλλαγές λόγω της οικονομικής κρίσης είναι αυτό της Ιταλίας. Οι αλλαγές που παρατηρήθηκαν χαρακτηρίστηκαν ως ανεπιθύμητες και τα κύρια ευρήματα είναι η χαμηλότερη τήρηση της μεσογειακής διατροφής και η μειωμένη ποιότητα των προϊόντων, ενώ αφορούν κυρίως τις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες¹⁰⁹.



Εικόνα 6. Ο επιπολασμός της προσκόλλησης στην μεσογειακή διατροφή, σύμφωνα με τα οικονομικά δεδομένα πριν (2005-2006) και μετά (2007-2010) την έναρξη της οικονομικής κρίσης, σύμφωνα με τα στοιχεία της μελέτης MOLI-SANI¹¹⁰.

Το παραδοσιακό πρότυπο της μεσογειακής διατροφής αποτελούσε το διατροφικό πρότυπο της αγροτικής Νότιας Ιταλίας¹¹¹, αλλά τα τελευταία χρόνια δεν είναι πλέον χαρακτηριστικό των μεσογειακών χωρών και ιδιαίτερα των οικονομικά ασθενέστερων κοινωνικών στρωμάτων. Σύμφωνα με συγκριτικά στοιχεία, οι μεσογειακές χώρες που είχαν την υψηλότερη προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή στη δεκαετία του '60 παρουσίασαν τις μεγαλύτερες αλλαγές, τη στιγμή που χώρες της Βόρειας Ευρώπης και χώρες σε όλο τον κόσμο υιοθετούν το Μεσογειακό διατροφικό μοτίβο¹¹².

Τη χρονική περίοδο 2001-2002, κατά την διεξαγωγή της Attica study, διερευνήθηκε εάν οι διατροφικές συνήθειες - τήρηση μεσογειακής διατροφής - συνδέονται με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, σε αυτή τη πληθυσμιακή μελέτη συμμετείχαν 1.528 άνδρες (18-87 ετών) και 1.514 γυναίκες (18-89 ετών) (ποσοστό συμμετοχής 75%), με τα δεδομένα να δείχνουν ότι οι ομάδες με χαμηλού κύρους κοινωνικοοικονομική κατάσταση έδειξαν χαμηλότερη προσκόλληση στη μεσογειακή

διατροφή από τις ομάδες με υψηλού κύρους (MDS: 23,6 (sd 8,1) v. 25,6 (sd 5,6), $p < 0,001$)¹¹³.

Το χρονικό διάστημα 2005 - 2007, πραγματοποιήθηκε σε Ελλάδα / Κύπρο η μελέτη MEDIS study, με σκοπό να διερευνηθεί εάν η κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων νησιωτών της Ανατολικής Μεσογείου σχετίζεται με τις διατροφικές τους συνήθειες, ιδιαίτερα με την τήρηση της παραδοσιακής μεσογειακής διατροφής. Οι ηλικιωμένοι Έλληνες των ανώτερων κοινωνικοοικονομικών στρωμάτων φαίνεται πως ακολουθούσαν μια σχετικά πιο υγιεινή διατροφή, με την εκπαίδευση και το εισόδημα συγκεκριμένα, να είναι παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές επιλογές¹¹⁴. Είναι, λοιπόν φανερό, ότι ήδη πριν από την οικονομική κρίση υπήρχε η ανάγκη επικέντρωσης στα άτομα με χαμηλότερο κοινωνικό-οικονομικό δείκτη, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα της διατροφής τους και, κατά συνέπεια, την κατάσταση της υγείας τους.

Η μελέτη «Προκλήσεις για τη μεσογειακή διατροφή σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης» καταλήγει στο ίδιο συμπέρασμα ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι καθοριστικοί παράγοντες της προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή¹¹⁰ και παράλληλα μια ιταλική έρευνα που μελέτησε 24.325 πολίτες, έδειξε ότι η τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής μειώθηκε σημαντικά λόγω της οικονομικής κρίσης¹⁵.

Ένας πιθανός λόγος είναι η αύξηση των τιμών ορισμένων βασικών ειδών της μεσογειακής διατροφής¹¹⁵ ενώ μια άλλη ισπανική μελέτη κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η Μεσογειακή Διατροφή ήταν πιο ακριβή σε σύγκριση με το πρότυπο της Δυτικής Διατροφής¹³. Οι τιμές των τροφίμων αποτελούν εμπόδιο για τις οικογένειες με χαμηλό εισόδημα ώστε να κάνουν πιο υγιεινές επιλογές και συνδυαστικά οι αυξήσεις στις τιμές των τροφίμων μαζί με την οικονομική κρίση, συμβάλλουν στην ανάπτυξη επισιτιστικής κρίσης¹¹⁶.

Η μετα-ανάλυση των Jenkins et al., αναφέρεται στη Μεγάλη Ύφεση του 2008 και τις επιπτώσεις της στη διατροφική πρόσληψη των ατόμων παγκοσμίως και κατά πόσο δυσανάλογα επηρεάζονται τα μειονεκτούντα άτομα, με τον συνολικό πληθυσμό των μελετών να είναι 2,6 εκατομμύρια άτομα¹¹⁷.

Η μεγάλη ύφεση συσχετίστηκε με μέση μείωση κατά 103 θερμίδες ανά ενήλικα σε χώρες υψηλού εισοδήματος και με μέση αύξηση κατά 105,5 θερμίδες ανά ενήλικα σε χώρες μεσαίου εισοδήματος. Παρατηρήθηκε επίσης μείωση στην πρόσληψη φρούτων και λαχανικών, φαστ φουντ, ζαχαρούχων προϊόντων και αναψυκτικών. Αν και οι επιπτώσεις στα μακροθρεπτικά συστατικά και στην ποιότητα της διατροφής ήταν ασαφείς,

υποδηλώνουν μείωση της ποιότητας της διατροφής. Ωστόσο, οι μεγαλύτερες επιπτώσεις στη διατροφική πρόσληψη ήταν στα μειονεκτούντα άτομα¹¹⁷.

Σε ότι αφορά στα στοιχεία για την Ελλάδα, πολλές είναι οι μελέτες που έχουν σκοπό να καθορίσουν την επίδραση της οικονομικής ύφεσης στην κάλυψη των διατροφικών αναγκών του πληθυσμού, σε ποικίλες ηλικιακές ομάδες. Το 2018 δημοσιεύθηκε μια μελέτη όπου αξιολογούταν ο επιπολασμός του υποσιτισμού και της επισιτιστικής ανασφάλειας (αβεβαιότητα ή περιορισμένη ικανότητα απόκτησης αποδεκτών τροφών μέσω κοινωνικά αποδεκτών τρόπων), μεταξύ μη νοσηλευόμενων, ηλικιωμένων ενηλίκων που κατοικούν στη Θεσσαλονίκη και την Καβάλα και οι πιθανοί διατροφικοί, κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και παράγοντες υγείας που σχετίζονται με αυτή.

Οι συμμετέχοντες είχαν μέση ηλικία $72,4 \pm 8,5$ έτη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο επιπολασμός του υποσιτισμού ήταν 5,3% και ο επιπολασμός του «κίνδυνου υποσιτισμού» ήταν 48,3%. Ωστόσο, κάποιος βαθμός επισιτιστικής ανασφάλειας ήταν εμφανής στο 69% των συμμετεχόντων. Η ομάδα των συμμετεχόντων που αξιολογήθηκε ότι διατρέχουν κίνδυνο υποσιτισμού ήταν σημαντικά μεγαλύτερης ηλικίας, καπνιστές, είχαν χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος και μικρότερη περιφέρεια μέσης και παρουσίασαν μειωμένη όρεξη.

Η επισιτιστική ανασφάλεια συνδέθηκε με έλλειψη τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, μειωμένο μηνιαίο εισόδημα και χαμηλή τήρηση της μεσογειακής διατροφής. Επιπλέον, η επισιτιστική ανασφάλεια σε σύγκριση με την επισιτιστική ασφάλεια αύξησε τον κίνδυνο υποσιτισμού (OR 2,63, 95% CI 1,21–5,75, $p=0,015$). Δεδομένων των οικονομικών δυσκολιών που αντιμετώπισε ο ελληνικός ηλικιωμένος πληθυσμός την τελευταία δεκαετία, μεγάλο ποσοστό τους κινδυνεύει από υποσιτισμό και βιώνει σε κάποιο βαθμό επισιτιστική ανασφάλεια¹¹⁸.

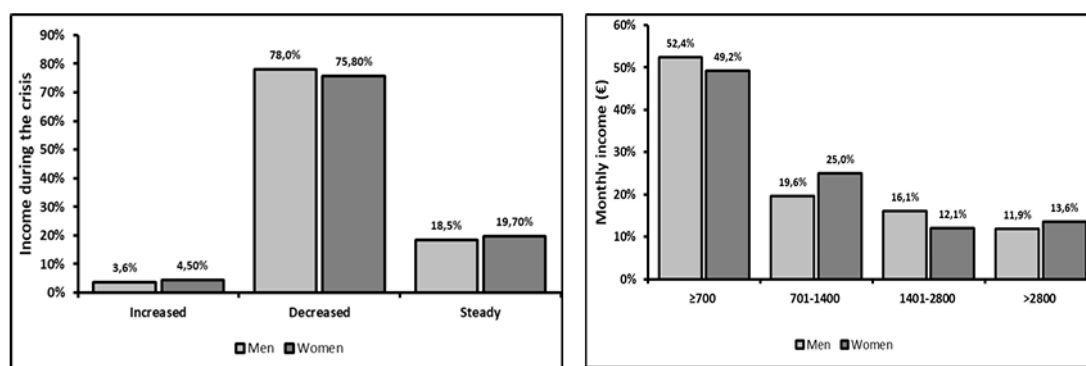
Από το 2015, το πρόγραμμα FEAD είναι το μοναδικό πρόγραμμα στην Ελλάδα, που παρέχει επισιτιστική βοήθεια σε όλους όσους ζουν σε συνθήκες ακραίας φτώχειας (περίπου 400.000), συμπεριλαμβανομένων εκείνων που είναι άστεγοι. Η ακόλουθη μελέτη είχε ως στόχο να αξιολογήσει τη διατροφική πρόσληψη και τις διατροφικές συνήθειες των ληπτών FEAD στην Ελλάδα με στόχο την καλύτερη κατανόηση των αναγκών και των συνηθειών αυτής της εύρωστης πληθυσμιακής ομάδας, ώστε να βοηθήσει στη βελτίωση των τοπικών πολιτικών και δράσεων δημόσιας υγείας στα πλαίσια του προγράμματος. Ο υποσιτισμός ορίστηκε ως ημερήσια πρόσληψη $<1,950$ kcal και $\leq 0,75$ g πρωτεΐνης/kg σωματικού βάρους. Αποτελέσματα έδειξαν ότι τόσο η ελλιπής πρόσληψη πρωτεϊνών όσο και η ελλιπής πρόσληψη ενέργειας ήταν σε υψηλά επίπεδα μεταξύ των ληπτών FEAD (52,3% και 18,6% αντίστοιχα, $p<0,001$), παράλληλα με υψηλό επιπολασμό υπέρβαρων ατόμων και

παχυσαρκίας ($\Delta\text{ΜΣ} > 25$: 68,4% έναντι 55,1%· $p < 0,001$). Η δίαιτα των ληπτών FEAD περιλάμβανε υψηλότερες ποσότητες υδατανθράκων, χαμηλότερες ποσότητες μονοακόρεστων λιπαρών και πολυακόρεστων λιπαρών ($p < 0,001$ σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου), μεγαλύτερες ποσότητες φυτικών πρωτεϊνών ($5,81 \pm 1,7$ έναντι $4,94 \pm 1,3\%$ αντίστοιχα, $p < 0,001$) και πολύ περιορισμένη πρόσληψη ψαριών ($0,07$ μερίδες/ημέρα)¹¹⁹.

Η μελέτη των Μεσογειακών Νήσων (MEDIS) είναι μία μεγάλης κλίμακας πολυεθνική παρατήρηση στην περιοχή της Μεσογείου, που υποστηρίζεται από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, το Πανεπιστήμιο Rutgers του New Jersey και το Hellenic Heart Foundation, που πραγματοποιήθηκε από το 2005 έως το 2015, σε 2749 ηλικιωμένους από 20 νησιά της Μεσογείου και την αγροτική περιοχή της χερσονήσου της Μάνης. Η παρούσα μελέτη αποκάλυψε ότι η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τις συμπεριφορές και τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων με τρόπους που μπορεί να έχουν επηρεάσει και την κατάσταση της υγείας τους. Ένα άλλο εντυπωσιακό εύρημα είναι ότι ένα μεγάλο ποσοστό ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας ζει μαζί με άλλα μέλη της οικογένειας μετά το 2009. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί θετικό εύρημα, καθώς έχει ήδη αποδειχθεί ότι οι ηλικιωμένοι που δεν ζουν μόνοι προστατεύονται από την αδυναμία και την κατάθλιψη και διατηρούν τη γνωστική τους λειτουργία. Ωστόσο, αυτό μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της οικονομικής ανασφάλειας των παιδιών τους που είναι άνεργα και δεν μπορούν να συντηρήσουν τις οικογένειές τους. Στην ίδια κατεύθυνση με αυτήν, ένας αυξημένος αριθμός ηλικιωμένων είναι υποχρεωμένοι να συνεχίσουν να εργάζονται αντί να απολαμβάνουν τις συντάξεις τους, προκειμένου να συντηρήσουν το επαυξημένο κόστος του νοικοκυριού τους¹²⁰.

Η άποψη ότι η οικονομική κρίση του 2009 είναι μία από τις μεγαλύτερες και ιδιαίτερα για την Ελλάδα, φαίνεται να επιβεβαιώνεται από ποσοστό των περικοπών του εισοδήματος, που ανέρχεται στο 78% για τους άνδρες και 75% για τις γυναίκες, μια κατάσταση που επηρεάζει και τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων, μεταξύ άλλων. Η επόμενη μελέτη διερευνά εάν η κοινωνικοοικονομική κρίση χρέους έχει αλλάξει τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων και τον τρόπο που αγοράζουν τα τρόφιμα. Το δείγμα αποτελούνταν από 168 άνδρες και 132 γυναίκες, σε αστική και μη περιοχή. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την περικοπή τροφίμων σε όλες τις ηλικιακές και εισοδηματικές ομάδες της μελέτης, με συνέπεια την απομάκρυνση των ηλικιωμένων από τη μεσογειακή διατροφή και τα υψηλής ποιότητας τρόφιμα, τα οποία θεωρούνται ακριβά, με συνακόλουθες επιπτώσεις στην υγεία¹²¹.

Η πλειοψηφία του δείγματος (52%) έχει εισόδημα ίσο ή μικρότερο των 700€, και η αμέσως επόμενη ομάδα με 701-€1400 αντιστοιχεί στο 23%. Όσον αφορά στη συμπεριφορά των καταναλωτών στην κρίση, παρατηρήθηκε μείωση στο 52% των ατόμων, ενώ το 48% των ερωτηθέντων ισχυρίζονται ότι το εισόδημά τους επαρκεί για να ανταποκριθούν στις ανάγκες τους. Το 97,3% δηλώνει ότι έχει μειώσει τις καταναλωτικές του συνήθειες και πιο συγκεκριμένα στην κατηγορία των τροφίμων η μείωση είναι της τάξης του 19%. Όσον αφορά στις καταναλωτικές συνήθειες τροφίμων, το 48% των ηλικιωμένων επισκέπτονται το σούπερ μάρκετ τρεις φορές την εβδομάδα και το 33% δύο φορές την εβδομάδα. Η πλειοψηφία αγοράζει χύμα τροφές δύο φορές την εβδομάδα (53%), και στο 53% των συμμετεχόντων υπάρχει ένα μηνιαίο ποσό των 400-499 € διαθέσιμο για αγορές στο σούπερ μάρκετ. Για το 25%, ωστόσο, το αντίστοιχο ποσό είναι 300-399 €. Το 34% των ηλικιωμένων αγοράζει τα αγαθά σύμφωνα με την τιμή και ποιότητα, σύμφωνα με την μάρκα το 17% και σύμφωνα με τις πληροφορίες της ετικέτας το 13%, και μόλις το 2% σύμφωνα με τη χώρα προέλευσης. Από την έναρξη της οικονομικής κρίσης, το 56% των ηλικιωμένων χρησιμοποιούν στο σούπερ μάρκετ λίστα τροφίμων. Τέλος, όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειες, ένα μεγάλο ποσοστό των ηλικιωμένων (66,7%) καταναλώνει σε εβδομαδιαία βάση κυρίως μεσημεριανό. Αυτό ακολουθείται από το 28,3% που καταναλώνει και πρωινό και μόνο το 4,3% καταναλώνουν ενδιάμεσα γεύματα, ενώ το βραδινό γεύμα καταναλώνεται από το 0,7% αυτών¹²¹. Σήμερα, 14 χρόνια μετά το ξέσπασμα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα, εξακολουθούν να υπάρχουν ανισότητες στην προσβασιμότητα των τροφίμων.



Εικόνα 7. Τα αποτελέσματα της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Στα τρία τέταρτα των ηλικιωμένων το εισόδημα έχει μειωθεί και στον μισό πληθυσμό της μελέτης είναι κάτω από 700€¹²¹.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

7. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

7.1 Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της έρευνας ήταν να ανιχνευτούν οι πρώτες επιδράσεις της οικονομικής κρίσης στις διατροφικές συνήθειες του Ελληνικού πληθυσμού τρίτης ηλικίας στην περιοχή της Λάρισας, αλλά και να αναγνωριστούν οι τρόποι αντίδρασής του στα νέα οικονομικά δεδομένα. Επιπλέον, να προσδιοριστεί ο βαθμός οικονομικής δυσπραγίας και το επίπεδο ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τη ζωή.

Τέθηκαν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιες ήταν οι μεταβολές στις βασικές διατροφικές τους συνήθειες και συνολικά στο επίπεδο διατροφής κατά την 5ετία 2018-2023;
2. Κατά πόσο κοινωνικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με την οικονομική κρίση επηρεάζουν τη διατροφή;
3. Πώς εξελίχθηκε διαχρονικά μετά την κρίση και κατά την 5ετία 2018-2023 το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή των ηλικιωμένων;
4. Πώς εξελίχθηκε διαχρονικά μετά την κρίση και κατά την 5ετία 2018-2023 η οικονομική δυνατότητα των ηλικιωμένων;
5. Συσχετίζεται η οικονομική δυνατότητα με την ικανοποίηση από τη ζωή στους ηλικιωμένους;

7.2 Πληθυσμός και δείγμα της μελέτης

Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν ηλικιωμένοι άνω των 60 ετών, από την πόλη της Λάρισας και από χωριά του νομού Λάρισας. Στην πόλη της Λάρισας, οι ηλικιωμένοι ήταν μέλη των ΚΑΠΗ του Δήμου Λαρισαίων (τα συνολικά εγγεγραμμένα μέλη είναι περίπου 8.500), δηλαδή άτομα άνω των 60 ετών από όλες τις συνοικίες του Δήμου. Σημειώνεται πως το κριτήριο εγγραφής στα ΚΑΠΗ του Δήμου είναι μόνο το ηλικιακό όριο, γεγονός που μας επιτρέπει να θεωρήσουμε τον πληθυσμό μελέτης αντιπροσωπευτικό του συνόλου του πληθυσμού των ηλικιωμένων της πόλης της Λάρισας. Στα χωριά η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ευκολίας ηλικιωμένων

Στην έρευνα δέχτηκαν να συμμετάσχουν αρχικά 366 άτομα (δείγμα ευκολίας). Τελικά αποχώρησαν στη διάρκεια των 6 ετών της μελέτης 62 άτομα, ενώ τέσσερα παρέδωσαν ελλιπώς συμπληρωμένα ερωτηματολόγια και αποκλείστηκαν από τη

μελέτη. Συνολικά, επεξεργάστηκαν τα στοιχεία 300 ατόμων, που αποτέλεσαν και το τελικό δείγμα της μελέτης.

7.3 Διαδικασία της έρευνας

Πρόκειται για προοπτική μελέτη παρατήρησης που επεκτάθηκε σε τρεις χρονικές περιόδους: 2018-2019, 2020-2021 και 2022-2023. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με βάση τις αρχές του Helsinki για την έρευνα σε ανθρώπους. Προϋπόθεση ήταν η έγκριση της αντίστοιχης υπηρεσίας (Διεύθυνση Πρόνοιας Δήμου Λαρισαίων, αρ. πρωτ. 772) για τη διενέργεια της μελέτης καθώς και η συγκατάθεση των συμμετεχόντων σε αυτή. Προηγήθηκε ενημέρωση στον ενδιαφερόμενο και η διεξαγωγή του ερωτηματολογίου έγινε με τη μορφή συνέντευξης. Η εφαρμογή της συνέντευξης κρίθηκε αναγκαία λόγω του ότι η συγκεκριμένη έρευνα απευθύνεται στην τρίτη ηλικία (μιας ευαίσθητης κοινωνικής ομάδας), χωρίς να παραβιάζεται η ελευθερία επιλογής των απαντήσεων γιατί ο ρόλος της ερευνήτριας ήταν καθαρά επικουρικός. Εξηγήθηκε στους συμμετέχοντες ότι τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και οποιαδήποτε στιγμή θα μπορούσαν να αποχωρήσουν από τη μελέτη, χωρίς καμία συνέπεια. Ακολούθως πραγματοποιήθηκε η συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια έγινε αρίθμηση των ερωτηματολογίων και ο ενδιαφερόμενος γνώριζε τον αριθμό του δικού του ερωτηματολογίου. Εφαρμόστηκε μητρώο ερωτηθέντων στο οποίο καταγράφηκε η ημερομηνία, ο αριθμός του ερωτηματολογίου, το τηλέφωνο του ερωτηθέντος καθώς και η ημερομηνία του επόμενου ραντεβού. Όλα αυτά τα βήματα εξασφάλισαν τόσο την εγκυρότητα της έρευνας, όσο και τη σταθερότητα του δείγματος, η οποία κρίθηκε αναγκαία προκειμένου να υπάρξουν αξιόπιστα αποτελέσματα.

7.4 Ερευνητικά εργαλεία

α) Ερωτηματολόγιο διατροφής: περιλαμβάνει ερωτήσεις κλειστού τύπου για τις βασικές διατροφικές συνήθειες και το επίπεδο διατροφής. Το ερωτηματολόγιο αυτό συντάχθηκε μετά από ανασκόπηση της ελληνικής και ξένης σχετικής βιβλιογραφίας και βασίστηκε εν μέρει σε αντίστοιχα ερευνητικά εργαλεία διαδικτυακών ερευνών στην Ελλάδα και το Εξωτερικό. Οι ερωτήσεις τροποποιήθηκαν ώστε να είναι κατάλληλες για την τρίτη ηλικία, τόσο ως προς το είδος, όσο και ως προς τον αριθμό των ερωτήσεων. Των βασικών ερευνητικών εργαλείων προηγήθηκε ανώνυμη

καταγραφή των βασικών επιδημιολογικών χαρακτηριστικών του πληθυσμού (ήτοι ηλικία, φύλο, τόπος κατοικίας, οικονομική κατάσταση)

β) Ο Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή (Life Satisfaction Index [LSI-20]) ανήκει στα ψυχομετρικά τεστ και αναπτύχθηκε από τους Neugarten, Havighurst και Tobin το 1961 ως εργαλείο έρευνας σχετικά με την πολυπλοκότητα της **ψυχολογικής ευημερίας** των ενηλίκων. Δημιουργήθηκε με στόχο να ερμηνευτούν τα μέτρα της ψυχολογικής ευημερίας των ατόμων και να εξηγηθούν όσο το δυνατόν καλύτερα και αποτελεσματικότερα το πόσο ικανοποιημένοι είναι από τη ζωή τους. Ο Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή περιλαμβάνει συνολικά **20 ερωτήσεις** τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν μέσω μιας 7-βάθμιας κλίμακας Likert από το 1 (πολύ ανακριβές, πολύ λάθος) έως 7 (πολύ ακριβές, πολύ σωστό).

Ο Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή εξάγει για κάθε άτομο μια βαθμολογία, η οποία υπολογίζεται ως ο μέσος όρος του αθροίσματος των 20 ερωτήσεων. Κάθε μία από τις 5 ενδιάμεσα απαντήσεις επισημαίνεται στην ανάλυση, καθώς και η ενδιάμεση απάντηση λαμβάνεται υπόψη ως «*αβέβαιο*». Ο Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τον Δρ. Μαλικιώση - Λοϊζου, που τελειοποίησε τη μετάφραση μέσω μιας αλληλουχίας αντίστροφων μεταφράσεων σε συνεργασία με δίγλωσσους συναδέλφους του Πανεπιστημίου Αθηνών. Αρκετοί ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή είναι αξιόπιστος με βαθμολογία Cronbach's alpha 0.84. Η εσωτερική αξιοπιστία της ελληνικής μετάφρασης είχε βαθμολογία Cronbach's ίση με 0.78, όπου συγκρίνεται ευνοϊκά με την τιμή 0.84.

γ) Η κλίμακα FAS (Financial Ability Scale), που αναπτύχθηκε για να εκτιμηθεί η οικονομική δυνατότητα των συμμετεχόντων. Περιλαμβάνει 12 στοιχεία και ανιχνεύει την δυνατότητα των ερωτώμενων να ανταποκριθούν οικονομικά σε 12 ανάγκες της καθημερινότητας. Οι ανάγκες αυτές αφορούν την δυνατότητα να καλυφθούν βασικές ανάγκες όπως η διατροφή, προμήθεια φαρμάκων πληρωμή λογαριασμών κ.α. αλλά και επιπρόσθετων όπως τη χρήση οικιακής βοηθού, η αποταμίευση, η δυνατότητα να κάνει ο ερωτώμενος ταξίδια, να βοηθά οικονομικά τα παιδιά του κ.α. Είναι βαθμολογημένη με κλίμακα Likert από 1 (καθόλου δυνατότητα) έως 5 (πολύ καλή δυνατότητα). Η κλίμακα, για τις ανάγκες της μελέτης μετονομάστηκε σε κλίμακα οικονομικής δυσπραγίας (από κλίμακα οικονομικής δυνατότητας) και η βαθμολογία αντιστράφηκε, ώστε υψηλότερη βαθμολογία να αντιστοιχεί σε χειρότερη οικονομική κατάσταση. Η κλίμακα παρουσίασε υψηλό βαθμό εσωτερικής αξιοπιστίας

(συντελεστής Cronbach=0,91). Σημειώνεται ότι σε προγενέστερη μελέτη, η ερευνήτρια που ανέπτυξε την κλίμακα ανέφερε συντελεστή Cronbach=0,96.

δ) Ερωτηματολόγιο επίδρασης κοινωνικών παραγόντων στη διατροφή: αποτελούνταν από 9 ερωτήσεις που εξέταζαν την επίδραση επιλεγμένων στρεσογόνων παραγόντων (ασθένεια, θάνατος συντρόφου, νομικές εμπλοκές κτλ) και των μεταβολών των διαιτητικών και προσωπικών συνθηκών πάνω στη διατροφή.

Εγκυρότητα περιεχομένου (content validity): Η εγκυρότητα περιεχομένου αναφέρεται στην επάρκεια των στοιχείων του ερωτηματολογίου, έτσι ώστε αυτό να υποστηρίζεται εννοιολογικά. Ο ερευνητής πρέπει να ξεκινά αυτή τη διαδικασία κάνοντας την ερώτηση στον εαυτό του *«κατά πόσον ένας άλλος ερευνητής που θα χρησιμοποιήσει το ίδιο ερωτηματολόγιο θα ήταν πιθανό να λάβει τις ίδιες απαντήσεις ή την ίδια βαθμολογία;»* και γι' αυτό θα πρέπει να κάνει μια πιλοτική μελέτη για να δοκιμάσει το ερωτηματολόγιο. Στην παρούσα μελέτη επιχειρήθηκε με τον πιλοτικό έλεγχο σε ειδικά επιλεγμένο πληθυσμό 30 ασθενών. Οι συμμετέχοντες σε πιλοτικό έλεγχο έγραψαν σχόλια για κάθε ερώτηση σχετικά με τη σαφήνεια της έννοιας που εμπεριέχονταν στην κάθε πρόταση. Ακολούθησαν πολύ μικρές αλλαγές στη διατύπωση.

7.5 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα για τις κοινωνικές επιστήμες IBM-SPSS 25. Προηγήθηκε κωδικοποίηση των απαντήσεων. Οι στατιστικές δοκιμασίες που επιλέχθηκαν είναι οι ακόλουθες: Η δοκιμασία χ^2 που χρησιμοποιείται για να ελεγχθεί αν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά τα ποσοστά δυο κατηγορικών μεταβλητών, η δοκιμασία student's t-test που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς των μεταβλητών στις μέσες τιμές τους, η δοκιμασία ANOVA επαναλαμβανόμενων μετρήσεων (repeated measures analysis), η οποία επιχειρεί να διαπιστώσει διαφορές ανάμεσα σε διαδοχικές μετρήσεις στο ίδιο δείγμα και η ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ δυο μεταβλητών (κατά Pearson).

Προκειμένου για την επιλογή της κατάλληλης στατιστικής δοκιμασίας προηγήθηκε έλεγχος της κανονικότητας των κατανομών και πιο συγκεκριμένα, της μηδενικής υπόθεσης ότι τα δεδομένα ακολουθούν την κανονική κατανομή. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο 0,05 ή 5%. Για τον έλεγχο της κανονικότητας διεξήχθη η δοκιμασία κανονικότητας των Shapiro-Wilk.

8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΜΕΡΟΣ Α

Στην έρευνα συμμετείχαν 224 γυναίκες και 76 άνδρες (74,7% και 25,3%, αντίστοιχα). Η πλειονότητα ήταν έγγαμοι (192 άτομα, 64,0%), άγαμοι 6 άτομα (2,0), ενώ σε χηρεία ήταν 83 άτομα (27,6%).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

ΦΥΛΟ	N	%
Γυναίκα	224	74,7
Άνδρας	76	25,3
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Άγαμος	6	2,0
Έγγαμος	192	64,0
Διαζευγμένος	19	6,3
Χηρεία	83	27,6
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ		
Χωριό	130	43,3
Πόλη	170	56,7

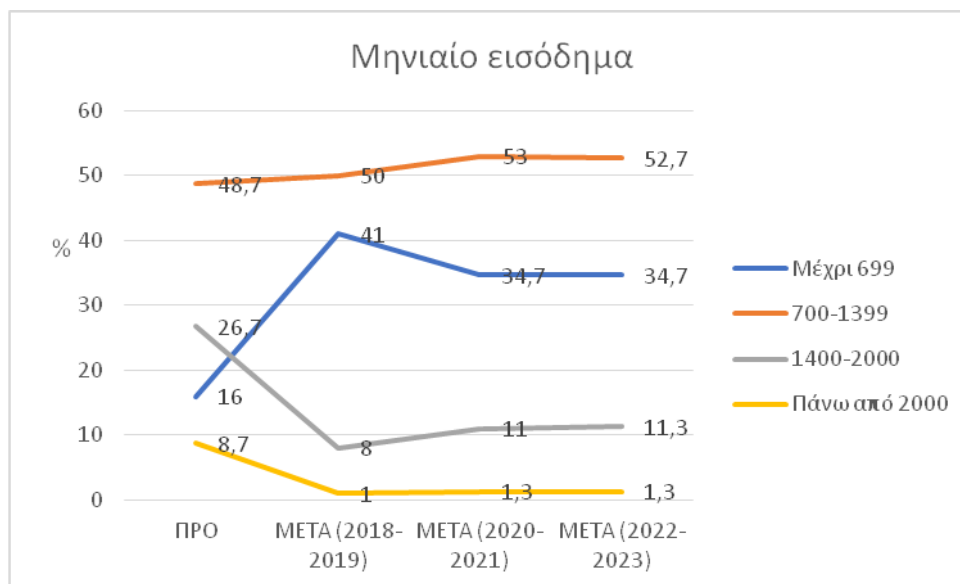
Μετά την κρίση παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στο ποσοστό των ατόμων που ανήκαν στην εισοδηματική κατηγορία μέχρι 699 ευρώ (από 16% πριν από την κρίση στο 41% μετά την κρίση) και μικρή αύξηση στην κατηγορία 700-1399 ευρώ (από 48,7% σε 50%). Ωστόσο, στις υψηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες σημειώθηκε μεγάλη πτώση (από 26,7% σε 8% για την κατηγορία 1400-2000 ευρώ και από 8,7% σε 1,0% για εισοδήματα άνω των 2000 ευρώ).

Από τότε και μετά, σε όλες τις κατηγορίες σημειώνεται σταθεροποίηση ή και κάμψη, ιδιαίτερα στην κατηγορία μέχρι 699 ευρώ (34,7% το 2023). Αυτό σημαίνει ότι μετά την κρίση υπήρξε σημαντική μείωση στα θεωρούμενα υψηλά εισοδήματα και σημαντική μετατόπιση προς τα πλέον χαμηλά εισοδήματα, η οποία και παρέμεινε, εμφανίζοντας μικρή μόνο βελτίωση στα χαμηλά εισοδήματα. Συνοψίζοντας υπήρξε φτωχοποίηση της λεγόμενης μεσαίας τάξης στους ηλικιωμένους, που συνεχίζεται μέχρι σήμερα.(πίνακας 2 & γράφημα 1).

Πίνακας 2. Κατανομή των απαντήσεων για το μηνιαίο εισόδημα πριν και μετά την οικονομική κρίση

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ						
	(2018-2019)*		(2020-2021)		(2022-2023)**	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2018-2019)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2020-2021)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2022-2023)
	N (%)	N %	N %	N %	N %	N %
Μέχρι 699	48 (16,0)	123 (41,0)	48 (16,0)	104 (34,7)	48 (16,0)	104 (34,7)
700-1399	146 (48,7)	150 (50,0)	146 (48,7)	159 (53,0)	146 (48,7)	158 (52,7)
1400-2000	80 (26,7)	24 (8,0)	79 (26,3)	33 (11,0)	79 (26,3)	34 (11,3)
Πάνω από 2000	26 (8,7)	3 (1,0)	27 (9,0)	4 (1,3)	27 (9,0)	4 (1,3)
*Διαφορές στην κατανομή μεταξύ των διαδοχικών χρονικών περιόδων μετά την κρίση, $\chi^2=4,676$, $p=0,586$ ** Διαφορές προ και αμέσως μετά κρίσης: $\chi^2=353,838$, $p<0,001$						

Γράφημα 1. Η διαχρονική εξέλιξη του μηνιαίου εισοδήματος κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης



Το 71% αναφέρει πολύ σημαντική επίπτωση της κρίσης στο εισόδημά του, ενώ αθροιστικά το 7,7 % ανέφερε ελάχιστη ή απλώς φόβο για μελλοντική επιδείνωση και το 21,3% μέτρια.

Πίνακας 3. Η επίπτωση της οικονομικής κρίσης στο εισόδημα

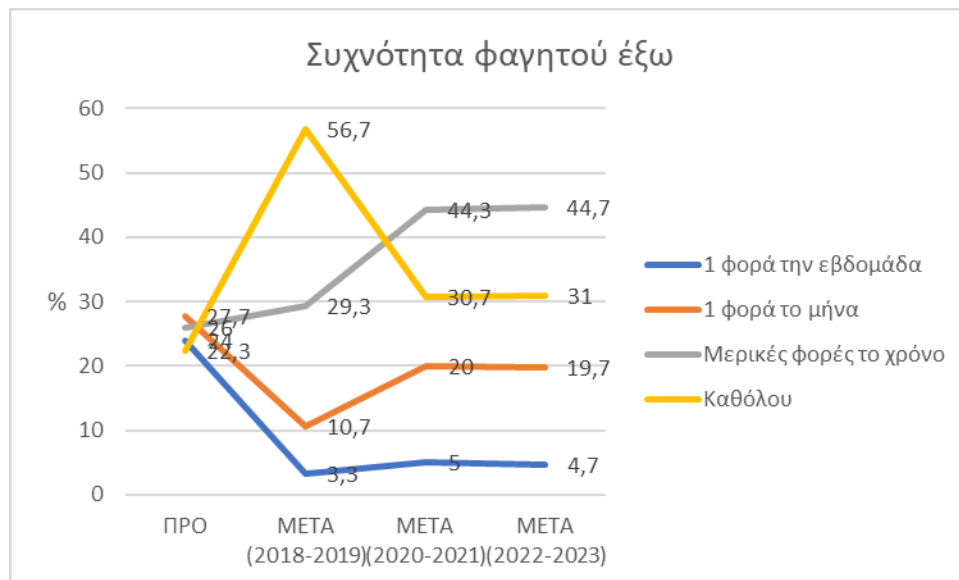
	N	%
ΕΠΙΡΡΟΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ		
Ελάχιστα	15	5,0
Μέτρια	64	21,3
Πολύ	213	71,0
Καθόλου αλλά υπάρχει μελλοντικός φόβος	8	2,7

Αναφορικά με το «φαγητό έξω» παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στην απάντηση «καθόλου» (από 22,3% πριν από την κρίση στο 56,7% μετά την κρίση, που έκτοτε πέφτει στο 30,7% το 2022 και 31% το 2023) ενώ στις απαντήσεις «μια φορά την εβδομάδα» και μια φορά το μήνα» παρατηρείται δραματική πτώση μετά την κρίση (από 24% πριν από την κρίση σε 3,3% και από 27,7% σε 10,7%, αντίστοιχα) (πίνακας 4 & γράφημα 2).

Πίνακας 4. Συχνότητα γευμάτων εκτός σπιτιού πριν και μετά την οικονομική κρίση

	(2019-2020)		(2021-2022)		(2023-2024)	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2018-2019)*	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2020-2021)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2022-2023)**
Συχνότητα	N (%)	N %	N %	N %	N %	N %
1 φορά την εβδομάδα	72 (24,0)	10 (3,3)	73 (24,3)	15 (5,0)	73 (24,3)	14 (4,7)
1 φορά τον μήνα	83 (27,7)	32 (10,7)	81 (27,0)	60 (20,0)	81 (27,0)	59 (19,7)
Μερικές φορές τον χρόνο	78 (26,0)	88 (29,3)	79 (26,3)	133 (44,3)	79 (26,3)	134 (44,7)
Καθόλου	67 (22,3)	170 (56,7)	67 (22,3)	92 (30,7)	67 (22,3)	93 (31,0)
*Διαφορές στην κατανομή μεταξύ των διαδοχικών χρονικών περιόδων μετά την κρίση, $\chi^2=723,419$, $p<0,001$ ** Διαφορές προ και αμέσως μετά κρίσης: $\chi^2=529,223$, $p<0,001$						

Γράφημα 2. Η μεταβολή στη συχνότητα του «φαγητού έξω»



Αναφορικά με τη συχνότητα εξόδου «για καφέ» παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στην απάντηση «2-3 φορές την εβδομάδα» (από 25,3% πριν από την κρίση στο 12,3% μετά την κρίση, που επανέρχεται στο 25,3% την περίοδο 2020-2021 και περιορίζεται στο 20,3% κατά την περίοδο 2022-2023, η δε απάντηση «καθόλου» αφορούσε στο 25% πριν από την κρίση, ποσοστό που ανήλθε στο 35% μετά την κρίση, κατά την περίοδο 2018-2019, διαφορές στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$).

Πίνακας 5. Συχνότητα εξόδου για καφέ εκτός σπιτιού πριν και μετά την οικονομική κρίση

	(2018-2019)*		(2020-2021)		(2022-2023)**	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2018-2019)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2020-2021)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2022-2023)
	N (%)	N %	N %	N %	N %	N %
Κάθε μέρα	40 (13,3)	27 (9,0)	41 (13,7)	41 (13,7)	41 (13,7)	26 (8,7)
2-3 φορές την εβδομάδα	76 (25,3)	37 (12,3)	76 (25,3)	76 (25,3)	76 (25,3)	61 (20,3)
Μερικές φορές τον μήνα	72 (24,0)	83 (27,7)	70 (23,3)	71 (23,7)	71 (23,7)	87 (29,0)
Μερικές φορές τον χρόνο	37 (12,3)	47 (15,7)	34 (11,3)	34 (11,3)	34 (11,3)	56 (16,7)
Καθόλου	75 (25,0)	106 (35,3)	79 (26,3)	78 (26,0)	78 (26,0)	70 (23,3)
Διαφορές στην κατανομή μεταξύ των διαδοχικών χρονικών περιόδων μετά την κρίση, $\chi^2=20,186$, $p=0,010$ ** Διαφορές προ και αμέσως μετά κρίσης: $\chi^2=60,019$, $p<0,001$						

Αντίθετα, σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε στις παραγγελίες φαγητού σε πακέτο πρακτικά υπερδιπλασιάστηκαν, ενώ στην απάντηση «καθόλου» παρατηρήθηκε αύξηση από **55%** πριν από την κρίση στο **70%** αμέσως μετά την κρίση και κατόπιν επαναφορά σχεδόν στα προ κρίσης επίπεδα, διαφορές στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$).

Πίνακας 6. Συχνότητα παραγγελίας φαγητού σε πακέτο πριν και μετά την κρίση

	(2018-2019)*		(2020-2021)		(2022-2023)**	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2018-2019)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2020-2021)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2022-2023)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
2-3 φορές την εβδομάδα	9 (3,0)	3 (1,0)	9 (3,0)	41 (13,6)	9 (3,0)	44 (14,6)
2-3 φορές τον μήνα	45 (15,0)	23 (7,7)	47 (15,7)	116 (38,7)	47 (15,7)	115 (38,3)
Μερικές φορές τον χρόνο	81 (27,0)	64 (21,3)	80 (26,7)	140 (46,7)	80 (26,7)	138 (46,0)
Καθόλου	165 (55,0)	210 (70,0)	164 (54,7)	3 (1,0)	164 (54,7)	3 (1,0)
Διαφορές στην κατανομή μεταξύ των διαδοχικών χρονικών περιόδων μετά την κρίση, $\chi^2=44,948$, $p<0,001$ ** Διαφορές προ και αμέσως μετά κρίσης: $\chi^2=35,289$, $p<0,001$						

Αναφορικά με την κατανάλωση κρέατος παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στην απάντηση «2-3 φορές το μήνα» (από 71,7% πριν από την κρίση στο 53,3% μετά την κρίση, ποσοστό που επανέρχεται στο 68% την περίοδο 2020-2021 και 2022-2023) ενώ αυξήθηκαν τα ποσοστά στην απάντηση «μερικές φορές το χρόνο» από 23,7% πριν από την κρίση, στο 39% μετά την κρίση κατά την περίοδο 2018-2019, διαφορές στατιστικά σημαντικές ($p<0,001$).

Πίνακας 7. Συχνότητα κατανάλωσης κρέατος πριν και μετά την οικονομική κρίση

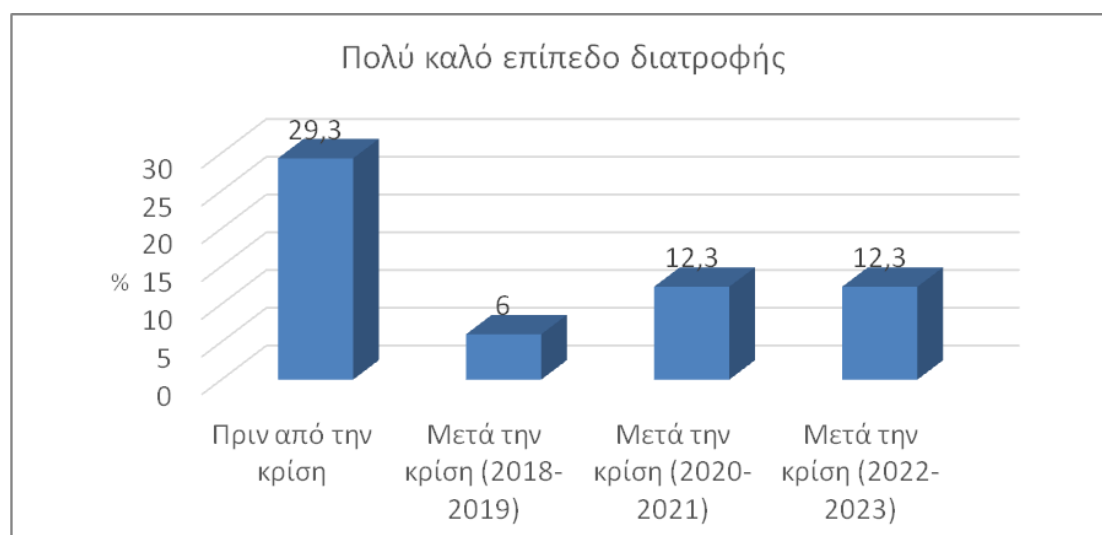
	(2018-2019)*		(2020-2021)		(2022-2023)**	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2018-2019)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2020-2021)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2022-2023)
	N (%)	N %	N %	N %	N %	N %
2-3 φορές την εβδομάδα	11 (3,7)	4 (1,3)	12 (4,0)	11 (3,7)	12 (4,0)	11 (3,7)
2-3 φορές τον μήνα	215 (71,7)	160 (53,3)	217 (72,3)	204 (68,0)	217 (72,3)	204 (68,0)
Μερικές φορές τον χρόνο	71 (23,7)	147 (39,0)	69 (23,0)	82 (27,3)	69 (23,0)	82 (27,3)
Καθόλου	3(1,0)	19 (6,3)	2(0,7)	3 (1,0)	2(0,7)	3 (1,0)
Διαφορές στην κατανομή μεταξύ των διαδοχικών χρονικών περιόδων μετά την κρίση, $\chi^2=39,785$, $p<0,001$ ** Διαφορές προ και αμέσως μετά κρίσης: $\chi^2=89,315$, $p<0,001$						

Αναφορικά με την κατανάλωση ψαριού παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση στην απάντηση «σπάνια» (από 14,3% πριν από την κρίση στο 23,7% μετά την κρίση, ποσοστό που περιορίζεται κατόπιν στο 16%, διαφορές στατιστικά σημαντικές ($p<0,003$).

Πίνακας 8. Συχνότητα κατανάλωσης ψαριού πριν και μετά την οικονομική κρίση

	(2018-2019)*		(2020-2021)		(2022-2023)**	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2018-2019)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2020-2021)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2022-2023)
	N (%)	N %	N %	N %	N %	N %
Καθημερινά	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (0,7)	2 (0,7)	2 (0,7)	2 (0,7)
3 φορές την εβδομάδα	61 (20,3)	51 (17,0)	62 (20,7)	55 (18,3)	56 (20,7)	204 (18,7)
4 φορές τον μήνα	191 (63,7)	171 (57,0)	189 (63,0)	192 (64,0)	189 (63,0)	192 (64,0)
Σπάνια	43 (14,3)	71 (23,7)	44 (14,7)	49 (16,3)	44 (14,7)	48 (16,0)
Καθόλου	4 (1,3)	6 (2,0)	3 (1,0)	2 (0,7)	3 (1,0)	2 (0,7)
Διαφορές στην κατανομή μεταξύ των διαδοχικών χρονικών περιόδων μετά την κρίση, $\chi^2=12,134$, $p=0,114$ ** Διαφορές προ και αμέσως μετά κρίσης: $\chi^2=15,818$, $p=0,003$						

Γράφημα 3. Μεταβολή του επιπέδου διατροφής πριν και μετά την κρίση



Αναφορικά με τη δυνατότητα αγοράς **προϊόντων ειδικής διατροφής** παρατηρήθηκε σημαντική μείωση στην απάντηση «ΝΑΙ» (από 73,3% πριν από την κρίση στο 20,6% μετά την κρίση, ποσοστό που έκτοτε σταθεροποιείται στο 25,6% την περίοδο 2020-2021 και 2022-2023, διαφορά στατιστικά σημαντική ($p<0,001$).

Πίνακας 9. Δυνατότητα αγοράς προϊόντων ειδικής διατροφής πριν και μετά την οικονομική κρίση (Επικουρικά προϊόντα)

	(2018-2019)*		(2020-2021)		(2022-2023)**	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2018-2019)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2020-2021)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2022-2023)
	N (%)	N %	N %	N %	N %	N %
Ναι	220 (73,3)	62 (20,6)	221 (73,6)	77 (25,6)	221 (73,6)	77 (25,6)
Όχι	48 (16,0)	181 (60,3)	48 (16,0)	157 (52,3)	48 (16,0)	158 (52,7)
Μερικές φορές	24 (8,0)	40 (13,3)	23 (7,7)	52 (17,3)	23 (7,7)	51 (17,0)
Καθόλου	8 (2,7)	17 (5,7)	8 (2,7)	14 (4,7)	8 (2,7)	14 (4,7)
*Διαφορές στην κατανομή μεταξύ των διαδοχικών χρονικών περιόδων μετά την κρίση, $\chi^2=6,573$, $p=0,362$ ** Διαφορές προ και αμέσως μετά κρίσης: $\chi^2=511,539$, $p<0,001$						

Το ποσοστό που ανέφερε «κακό» επίπεδο διατροφής εκτοξεύθηκε από το 2% πριν από την κρίση, στο 25,7% μετά την κρίση κατά την περίοδο 2018-2019 και κατόπιν περιορίστηκε στο 4,3% και 3,7% κατά τις περιόδους 2020-2021 και 2022-2023. Το πολύ καλό επίπεδο διατροφής υποχώρησε σημαντικά από το 29,3% στο 6% την περίοδο 2018-2019 για να σταθεροποιηθεί στη συνέχεια σε σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα στο 12,3%, διαφορές στατιστικά σημαντικές ($p < 0,001$).

Πίνακας 10. Επίπεδο διατροφής πριν και μετά την οικονομική κρίση

	(2018-2019)*		(2020-2021)		(2022-2023)**	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ
	N (%)	N %	N %	N %	N %	N %
Κακό	6 (2,0)	77 (25,7)	8 (2,7)	13 (4,3)	8 (2,7)	11 (3,7)
Μέτριο	52 (17,3)	141 (47,0)	51 (17,0)	82 (27,3)	51 (17,0)	83 (27,7)
Καλό	154 (51,3)	64 (21,3)	155 (51,7)	168 (56,0)	155 (51,7)	169 (56,3)
Πολύ καλό	88 (29,3)	18 (12,3)	86 (28,7)	37 (12,3)	86 (28,7)	37 (12,3)
*Διαφορές στην κατανομή μεταξύ των διαδοχικών χρονικών περιόδων μετά την κρίση, $\chi^2=168,412$, $p<0,001$ ** Διαφορές προ και αμέσως μετά κρίσης: $\chi^2=168,412$, $p<0,001$						

Το ποσοστό που ανέφερε ότι μπορούσε «συχνά» να αγοράζει προϊόντα διατροφής ειδικού τύπου παρουσίασε σημαντική μείωση από το 16,7% πριν από την κρίση, στο 5,7% την περίοδο 2018-2019 και έκτοτε καθηλώθηκε σε αυτά τα ποσοστά (6,0% για την περίοδο 2020-2021 και 5,7% για την περίοδο 2022-2023, διαφορά στατιστικά σημαντική ($p<0,001$)).

Πίνακας 11. Δυνατότητα αγοράς προϊόντων ειδικού τύπου πριν και μετά την οικονομική κρίση

	(2018-2019)*		(2020-2021)		(2022-2023)**	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2018-2019)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2020-2021)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2022-2023)
	N (%)	N %	N %	N %	N %	N %
Συχνά	50 (16,7)	17 (5,7)	52 (17,3)	18 (6,0)	52 (17,3)	17 (5,7)
Σπάνια	61 (20,3)	54 (18,0)	58 (19,3)	55 (18,3)	58 (19,3)	56 (18,7)
Καθόλου	189 (63,0)	229 (76,3)	190 (63,3)	227 (75,7)	190 (63,3)	227 (75,7)
*Διαφορές στην κατανομή μεταξύ των διαδοχικών χρονικών περιόδων μετά την κρίση, $\chi^2=0,049$, $p=0,976$						
** Διαφορές προ και αμέσως μετά κρίσης : $\chi^2=71,953$, $p<0,001$						

Όσον αφορά στην κατανάλωση τυριών και αλλαντικών, το ποσοστό που ανέφερε κατανάλωση «κάθε εβδομάδα» ελαττώθηκε από 83,7% πριν από την κρίση σε 61,7% την περίοδο 2018-2019, για να ανακάμψει στο 76,7% και 76,5% τις περιόδους 2020-2021 και 2020-2023, ενώ το ποσοστό που απάντησε «2-3 φορές το μήνα ανέβηκε από το 11,3% πριν από την κρίση σε 18% μετά την κρίση, όπου και σταθεροποιήθηκε.

Πίνακας 12. Δυνατότητα αγοράς τυριών και αλλαντικών πριν και μετά την οικονομική κρίση

	(2018-2019)*		(2020-2021)		(2022-2023)**	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2018-2019)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2020-2021)	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ (2022-2023)
	N (%)	N %	N %	N %	N %	N %
Κάθε εβδομάδα	251 (83,7)	185 (61,7)	253 (84,3)	230 (76,7)	253 (84,3)	230 (76,5)
2-3 φορές τον μήνα	34 (11,3)	82 (27,3)	33 (11,0)	54 (18,0)	33 (11,0)	54 (18,0)
Μερικές φορές τον χρόνο	15 (5,0)	33 (11,0)	14 (4,7)	16 (5,3)	14 (4,7)	16 (5,3)
*Διαφορές στην κατανομή μεταξύ των διαδοχικών χρονικών περιόδων μετά την κρίση, $\chi^2=23,760$, $p < 0,001$ ** Διαφορές προ και αμέσως μετά κρίσης : $\chi^2=61,462$, $p < 0,001$						

Μετά την κρίση, το 75,3% των ερωτηθέντων δεν τηρούσε τη λίστα αγορών, σε αντίθεση με το 36,3% προ της κρίσης, διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$).

Πίνακας 13. Τήρηση λίστας αγορών από super market πριν και μετά την οικονομική κρίση

	ΛΙΣΤΑ ΑΓΟΡΩΝ ΑΠΟ ΤΟ SUPER MARKET	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ
	N (%)	N %
Όχι	109 (36,3)	226 (75,3)
Μερικές φορές	132 (44,0)	38 (12,7)
Ναι	59 (19,7)	36 (12,0)
$\chi^2=307,792, p<0,001$		

Πριν από την κρίση, η επωνυμία ενός προϊόντος αποτελούσε κριτήριο επιλογής για το 60% των ερωτηθέντων, ενώ μετά την κρίση ήταν οι προσφορές για το 82% των ερωτηθέντων, διαφορά στατιστικά σημαντική ($p < 0,001$).

Πίνακας 14. Κριτήρια επιλογής προϊόντος

	ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ	
	ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ	ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΚΡΙΣΗ
	N (%)	N %
Βάσει επωνυμίας	180 (60,0)	54 (18,0)
Βάσει προσφοράς	120 (40,0)	246 (82,0)
$\chi^2=358,937, p<0,001$		

ΜΕΡΟΣ Β

Οι χαμηλότερες επιδόσεις σημειώθηκαν στις ερωτήσεις «Αυτό τον καιρό αισθάνομαι άνετα με τη σεξουαλική μου ζωή» ($2,11 \pm 1,46$, την περίοδο 2022-2023), «Έχω ετοιμάσει τα σχέδια μου για το τι θα κάνω σ' ένα μήνα ή σ' ένα χρόνο από τώρα» ($2,34 \pm 1,32$ την περίοδο 2022-2023) και στην ερώτηση «Αυτά είναι τα καλύτερα μου χρόνια» ($2,71 \pm 1,59$, την περίοδο 2022-2023). Σε όλες τις ερωτήσεις σημειώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των περιόδων της μελέτης ($p < 0,01$). Στις ερωτήσεις «Καθώς μεγαλώνω, τα πράγματα μου φαίνονται καλλίτερα απ' ότι πίστευα ότι θα μου φαινότουσαν», «Καθώς ανατρέχω την μέχρι σήμερα ζωή μου, αισθάνομαι αρκετά ικανοποιημένος/η», «Λίγο-πολύ απέκτησα ό,τι περίμενα από τη ζωή», «Αυτά που κάνω μου φαίνονται πιο ενδιαφέροντα παρά ποτέ», «Παρόλα όσα λένε, ο μέσος άνθρωπος πάει προς το χειρότερο και όχι προς το καλλίτερο», «Έχω καλή εμφάνιση συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου», «Προσδοκώ ότι θα μου συμβούν ενδιαφέροντα και ευχάριστα πράγματα στο μέλλον» και «Είμαι το ίδιο ευτυχισμένος/η όπως όταν ήμουν νεότερος/η», η βαθμολογία ήταν διαρκώς φθίνουσα, με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,001$).

Πίνακας 15. Ερωτήσεις για την ικανοποίηση από τη ζωή μετά την οικονομική κρίση

	MT±TA (2018-2019)	MT±TA (2020- 2021)	MT±TA (2022- 2023)	p
1. Αυτά είναι τα καλύτερα μου χρόνια.	$3,39 \pm 2,12$	$4,23 \pm 1,59$	$2,71 \pm 1,59$	<0,001
2. Αυτό τον καιρό αισθάνομαι άνετα με τη σεξουαλική μου ζωή.	$2,42 \pm 1,62$	$2,53 \pm 1,62$	$2,11 \pm 1,46$	<0,001
3. Αυτή είναι η χειρότερη εποχή της ζωής μου.	$4,28 \pm 2,22$	$4,21 \pm 1,90$	$3,85 \pm 2,14$	0,075
4. Αισθάνομαι κατάθλιψη πολύ συχνά σε σύγκριση με άλλα άτομα.	$4,10 \pm 2,26$	$4,07 \pm 2,09$	$3,49 \pm 2,15$	0,003
5. Αυτά που κάνω μου φαίνονται πιο ενδιαφέροντα παρά ποτέ.	$4,14 \pm 1,80$	$3,96 \pm 1,62$	$3,01 \pm 1,47$	<0,001
6. Έχω ετοιμάσει τα σχέδια μου για το τι θα κάνω σ' ένα μήνα ή σ' ένα χρόνο από τώρα.	$2,79 \pm 1,76$	$2,84 \pm 1,59$	$2,34 \pm 1,32$	<0,001
7. Καθώς μεγαλώνω, τα πράγματα μου φαίνονται καλλίτερα απ' ότι πίστευα ότι θα μου φαινότουσαν.	$3,53 \pm 1,74$	$3,45 \pm 1,53$	$2,79 \pm 1,46$	<0,001
8. Καθώς ανατρέχω την μέχρι σήμερα ζωή μου, αισθάνομαι αρκετά ικανοποιημένος/ η.	$5,05 \pm 1,52$	$4,86 \pm 1,49$	$3,81 \pm 1,97$	<0,001

9. Λίγο-πολύ απέκτησα ό,τι περίμενα από τη ζωή.	5,09±1,49	4,91±1,48	3,84±2,18	<0,001
Όταν σκέφτομαι το παρελθόν, νομίζω ότι δεν απέκτησα τα σημαντικά πράγματα που ήθελα από τη ζωή.	3,54±1,89	3,60±1,83	3,02±1,76	<0,001
Παρόλα όσα λένε, ο μέσος άνθρωπος πάει προς το χειρότερο και όχι προς το καλλίτερο.	6,35±1,36	6,29±1,23	5,26±2,18	<0,001
Στη ζωή μου δόθηκαν περισσότερες ευκαιρίες απ' ότι στους περισσότερους άλλους ανθρώπους που γνωρίζω.	4,22±1,85	4,18±1,78	4,27±1,81	0,129
Η ζωή μου θα μπορούσε να είναι πιο ευτυχισμένη απ' ότι είναι τώρα.	4,81±1,62	4,95±1,49	5,16±1,48	<0,001
Έχω καλή εμφάνιση συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου.	5,70±1,53	5,58±1,48	5,31±1,59	<0,001
Προσδοκώ ότι θα μου συμβούν ενδιαφέροντα και ευχάριστα πράγματα στο μέλλον.	4,53±1,59	4,48±1,43	3,44±1,32	<0,001
Αισθάνομαι γερασμένος/ η και κάπως κουρασμένος / η.	3,01±2,10	3,07±2,08	3,10±2,03	0,567
Ακόμη και αν μπορούσα, δεν θα άλλαζα το παρελθόν.	4,24±2,07	4,07±1,94	3,99±1,89	<0,001
Έχω πάρει πολλές ανόητες αποφάσεις συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου.	3,90±1,99	3,95±1,69	3,44±1,35	<0,001
Αισθάνομαι την ηλικία μου, αλλά δεν με πειράζει.	5,49±1,79	5,35±1,77	4,97±1,65	<0,001
Είμαι το ίδιο ευτυχισμένος / η όπως όταν ήμουν νεότερος / η.	4,85±1,80	4,70±1,56	3,75±1,39	<0,001

ΜΕΡΟΣ Γ

Το ποσοστό εκείνων που αποταμιεύουν «ελάχιστα» σχεδόν τριπλασιάστηκε μεταξύ των περιόδων 2018-19 και 2022-23 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 32,7% την περίοδο 2022-2023), ενώ ποσοστό εκείνων που δεν αποταμίευαν περιορίστηκε κατά 30% περίπου (από 77,7% την περίοδο 2018-2019 σε 52,7% την περίοδο 2022-2023, διαφορές στατιστικά σημαντικές, $p < 0,001$).

Πίνακας 16. Μέγεθος αποταμίευσης μετά την οικονομική κρίση

Αποταμιεύετε;	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	18 (6,0)	18 (6,0)	40 (13,3)	224 (74,7)
2022-2023	20 (6,7)	24 (8,0)	98 (32,7)	158 (52,7)
$\chi^2=61,170$, $p<0,001$				

Το ποσοστό εκείνων που απασχολούσαν «ελάχιστα» οικογενειακή βοηθό σχεδόν διπλασιάστηκε μεταξύ των περιόδων 2018-19 και 2022-23 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 21% την περίοδο 2022-2023), το ποσοστό εκείνων απασχολούσαν «μέτρια» τη βοηθό υπερδιπλασιάστηκε (από 6% την περίοδο 2018-2019 σε 13,3% την περίοδο 2022-2023) ενώ εκείνων που δεν είχαν οικογενειακή βοηθό περιορίστηκε κατά 40% περίπου (από 77,7% την περίοδο 2018-2019 σε 44,0% την περίοδο 2022-2023, διαφορές στατιστικά σημαντικές, $p=0,002$).

Πίνακας 17. Απασχόληση οικογενειακού βοηθού μετά την οικονομική κρίση

Έχετε οικογενειακό βοηθό;	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	65 (21,7)	25 (8,3)	51 (17,0)	159 (53,0)
2022-2023	65 (21,7)	40 (13,3)	63 (21,0)	132 (44,0)
$\chi^2=20,485$, $p=0,002$				

Το ποσοστό εκείνων που δαπανούσαν «ελάχιστα» χρήματα για τη συντήρηση του σπιτικού υπερτριπλασιάστηκε μεταξύ των περιόδων 2018-19 και 2022-23 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 38% την περίοδο 2022-2023), παρομοίως δε τριπλασιάστηκε και το ποσοστό εκείνων που δαπανούσαν «μέτρια» (από 6% την περίοδο 2018-2019 σε 18% την περίοδο 2022-2023), ενώ εκείνων που δεν δαπανούσαν καθόλου χρήματα περιορίστηκε στο μισό περίπου (από 77,7% την περίοδο 2018-2019 σε 36,7% την περίοδο 2022-2023), διαφορά στατιστικά σημαντική, $p < 0,001$.

Πίνακας 18. Δαπάνη χρημάτων για τη συντήρηση του σπιτικού μετά την οικονομική κρίση

Δαπανάτε χρήματα για τη συντήρηση του σπιτικού σας;	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου*
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	21 (7,0)	53 (17,7)	107 (35,7)	119 (39,7)
2022-2023	22 (7,3)	54 (18,0)	114 (38,0)	110 (36,7)
* $\chi^2=61,052$, $p < 0,001$				

Το ποσοστό εκείνων που προμηθεύονταν «ελάχιστα» είδη ένδυσης – υπόδησης υπερδιπλασιάστηκε μεταξύ των περιόδων 2018-2019 και 2022-2023 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 28,7% την περίοδο 2022-2023).

Πίνακας 19. Δυνατότητα προμήθειας ειδών ένδυσης – υπόδησης μετά την οικονομική κρίση

Προμηθεύετε είδη ένδυσης – υπόδησης;	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	29 (9,7)	114 (38,0)	83 (27,7)	74 (24,7)
2022-2023	32 (10,7)	123 (41,0)	86 (28,7)	59 (19,7)
$\chi^2=28,113$ $p < 0,001$				

Το ποσοστό εκείνων που «ελάχιστα» συμμετείχαν στα έξοδα των οικείων τους υπερτριπλασιάστηκε μεταξύ των περιόδων 2018-19 και 2022-23 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 35% την περίοδο 2022-2023), το ποσοστό εκείνων που «μέτρια» συμμετείχαν ανήλθε σημαντικά, από 6% την περίοδο 2018-2019 σε 21% την περίοδο 2022-2023, ενώ εκείνων που δεν μπορούσαν να συμμετέχουν καθόλου περιορίστηκε από 77,7% την περίοδο 2018-2019 σε 34,7% την περίοδο 2022-2023, διαφορές ωστόσο μη στατιστικά σημαντικές, $p=0,150$

Πίνακας 20. Συμμετοχή στα έξοδα των οικείων μετά την οικονομική κρίση

Συμμετέχετε στα έξοδα των οικείων σας (παιδιά, εγγόνια);	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	27 (9,0)	58 (19,3)	99 (33,0)	116 (38,7)
2022-2023	28 (9,3)	63 (21,0)	105 (35,0)	104 (34,7)
$\chi^2=9,448, p=0,150$				

Το ποσοστό εκείνων που μπορούσαν «ελάχιστα» να καλύπτουν τις οφειλές τους προς το Δημόσιο σχεδόν τετραπλασιάστηκε μεταξύ των περιόδων 2018-19 και 2022-23 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 43% την περίοδο 2022-2023), το ποσοστό εκείνων που μπορούσαν «μέτρια» να τις καλύπτουν υπερδιπλασιάστηκε (από 6% την περίοδο 2018-2019 σε 15,3% την περίοδο 2022-2023), ενώ εκείνων που δεν μπορούσαν περιορίστηκε από 77,7% την περίοδο 2018-2019 στο 31% την περίοδο 2022-2023, διαφορές στατιστικά σημαντικές, $p=0,008$.

Πίνακας 21. Κάλυψη οφειλών προς το Δημόσιο μετά την οικονομική κρίση

Καλύπτετε τις οφειλές σας προς το Δημόσιο (εφορία);	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	31 (10,3)	41 (13,7)	119 (39,7)	109 (36,3)
2022-2023	32 (10,7)	46 (15,3)	129 (43,0)	93 (31,0)
$\chi^2=17,241 p=0,008$				

Το ποσοστό εκείνων που μπορούσαν «ελάχιστα» να καλύπτουν το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού υπερτριπλασιάστηκε μεταξύ των περιόδων 2018-2019 και 2022-23 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 38% την περίοδο 2022-2023), το ποσοστό εκείνων που «μέτρια» μπορούσαν να τις καλύπτουν τετραπλασιάστηκε (από 6% την περίοδο 2018-2019 σε 24% την περίοδο 2022-2023).

Πίνακας 22. Κάλυψη του συνόλου των λογαριασμών του νοικοκυριού μετά την οικονομική κρίση

Καλύπτετε το σύνολο των λογαριασμών του νοικοκυριού σας (ΔΕΗ, ΔΕΚΟ κλπ);	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	35 (11,7)	52 (17,3)	114 (38,0)	99 (33,0)
2022-2023	35 (11,7)	72 (24,0)	114 (38,0)	79 (26,3)
$\chi^2=25,690$ $p<0,001$				

Το ποσοστό εκείνων που μπορούσαν «ελάχιστα» να καλύπτουν **ιατροφαρμακευτικές δαπάνες** υπερτριπλασιάστηκε μεταξύ των περιόδων 2018-19 και 2022-23 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 35,7% την περίοδο 2022-2023), το ποσοστό εκείνων που μπορούσαν «μέτρια» να τις καλύπτουν αναρριχήθηκε από το 6% την περίοδο 2018-2019 στο 25,7% την περίοδο 2022-2023), ενώ εκείνων που δεν μπορούσαν να τις καλύπτουν καθόλου περιορίστηκε από 77,7% την περίοδο 2018-2019 σε 26,7% την περίοδο 2022-2023, διαφορές στατιστικά σημαντικές, $p<0,001$.

Πίνακας 23. Κάλυψη Ιατροφαρμακευτικών δαπανών μετά την οικονομική κρίση

Καλύπτετε ιατροφαρμακευτικές δαπάνες;	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	33 (11,0)	64 (21,3)	106 (35,3)	97 (32,3)
2022-2023	36 (12,0)	77 (25,7)	107 (35,7)	80 (26,7)
$\chi^2=22,289$, $p<0,001$				

Το ποσοστό εκείνων που μπορούσαν «ελάχιστα» να προμηθεύονται **βασικά καθημερινά είδη** αυξήθηκε κατά σχεδόν 50% μεταξύ των περιόδων 2018-19 και 2022-23 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 17,7% την περίοδο 2022-2023), το ποσοστό εκείνων που «μέτρια» μπορούσαν να αγοράσουν βασικά είδη αναρριχήθηκε από 6% την περίοδο 2018-2019 σε 44%% την περίοδο 2022-2023, ενώ εκείνων που δεν μπορούσαν καθόλου περιορίστηκε από 77,7% την περίοδο 2018-2019 σε 17,0% την περίοδο 2022-2023, διαφορές στατιστικά σημαντικές, $p<0,001$.

Πίνακας 24. Δυνατότητα προμήθειας βασικών καθημερινών ειδών μετά την οικονομική κρίση

Προμηθεύεστε βασικά καθημερινά είδη (super market);	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	38 (12,7)	136 (45,3)	63 (21,0)	63 (21,0)
2022-2023	64 (21,3)	132 (44,0)	53 (17,7)	51 (17,0)
$\chi^2=52,083$ $p<0,001$				

Το ποσοστό εκείνων που μπορούσαν «ελάχιστα» να καλύψουν άλλες θεραπείες (φυσικοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κλπ) υπερτριπλασιάστηκε μεταξύ των περιόδων 2018-19 και 2022-23 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 38,3% την περίοδο 2022-2023), το ποσοστό εκείνων που μπορούσαν «μέτρια» τριπλασιάστηκε (από 6% την περίοδο 2018-2019 σε 18% την περίοδο 2022-2023), ενώ εκείνων που δεν μπορούσαν καθόλου περιορίστηκε από 77,7% την περίοδο 2018-2019 σε 32,7% την περίοδο 2022-2023, διαφορές στατιστικά σημαντικές, $p=0,259$.

Πίνακας 25. Κάλυψη άλλων θεραπειών μετά την οικονομική κρίση

Καλύπτετε άλλες θεραπείες (φυσιοθεραπείες, οδοντοθεραπείες κλπ);	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	32 (10,7)	54 (18)	105 (35,0)	109 (36,3)
2022-2023	33 (11,0)	54 (18,0)	115 (38,3)	98 (32,7)
$\chi^2=7,723$ $p=0,259$				

Το ποσοστό εκείνων που δαπανούσαν «ελάχιστα» χρήματα για θέρμανση σχεδόν τετραπλασιάστηκε μεταξύ των περιόδων 2018-2019 και 2022-23 (από 11,7% την περίοδο 2018-2019 σε 40,7% την περίοδο 2022-2023), το ποσοστό εκείνων δαπανούσαν «μέτρια» για θέρμανση σχεδόν τριπλασιάστηκε (από 6% την περίοδο 2018-2019 σε 17,7% την περίοδο 2022-2023), ενώ εκείνων που δεν δαπανούσαν καθόλου χρήματα για θέρμανση περιορίστηκε από 77,7% την περίοδο 2018-2019 σε 33% την περίοδο 2022-2023, διαφορές στατιστικά σημαντικές, $p=0,002$.

Πίνακας 26. Κάλυψη δαπανών θέρμανσης μετά την οικονομική κρίση

Δαπανάτε χρήματα για θέρμανση;	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	14 (4,7)	18 (6,0)	35 (11,7)	233 (77,7)
2020-2021	27 (9,0)	49 (16,3)	118 (39,3)	106 (35,3)
2022-2023	28 (9,3)	51 (17,0)	122 (40,7)	99 (33,0)
$\chi^2=26,810$, $p=0,002$				

ΜΕΡΟΣ Α

Η απώλεια του άτυπου φροντιστή επηρέασε την ποιότητα διατροφής στο 5,3% την περίοδο 2018-2019, ενώ το ποσοστό αυτό περιορίστηκε στο 1,3% τις περιόδους 2020-2021 και 2022-2023, με παράλληλη αύξηση των ποσοστών στην απάντηση «Συνολικά λόγω των 2 παραπάνω λόγων ή άλλοι λόγοι» (από 56,3% την περίοδο 2018-2019 σε 66,3% κατά το 2022-2023), διαφορές στατιστικά σημαντικές ($p=0,003$).

Πίνακας 27. Επίπτωση του θανάτου στενού μέλους της οικογένειας στη διατροφή μετά την οικονομική κρίση

Ο θάνατος του συντρόφου ή στενού μέλους της οικογένειας επηρεάζει την ποιότητα διατροφής;	Λόγω απώλειας του άτυπου φροντιστή	Λόγω απώλειας εισοδήματος	Συνολικά λόγω των 2 παραπάνω λόγων ή άλλοι λόγοι
	N(%)	N(%)	N(%)
2018-2019	17 (5,3)	114 (38,0)	169 (56,3)
2020-2021	4 (1,3)	94 (31,3)	202 (67,3)
2022-2023	4 (1,3)	97 (32,3)	199 (66,3)
$\chi^2=19,794$, $p=0,003$			

Σε ποσοστό 57% και 43% περίπου η ασθένεια επηρέασε σημαντικά τη διατροφή, λόγω επιπλέον εξόδων ή αντικειμενικής αδυναμίας, χωρίς αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των περιόδων της μελέτης.

Πίνακας 28. Επίπτωση της ασθένειας στην ποιότητα διατροφής μετά την οικονομική κρίση

Η ασθένεια έχει επηρεάσει την ποιότητα διατροφής ;	Λόγω επιπλέον εξόδων	Λόγω αντικειμενικής αδυναμίας
	N(%)	N(%)
2018-2019	172 (57,3)	128 (42,6)
2020-2021	169 (56,3)	131 (43,7)
2022-2023	171 (57,0)	129 (43,0)
$\chi^2=5,744$, $p=0,219^*$		

Σε ποσοστά άνω του 60% υπήρξε και εδραιώθηκε μεταβολή προσωπικών συνηθειών και δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου (περιορισμός μετακινήσεων), περιορισμός του χρόνου διακοπών, ενώ κατά το ίδιο ποσοστό το εισόδημα των ηλικιωμένων στηρίζει οικονομικά τις οικογένειες των παιδιών τους, με αντίστοιχη επίπτωση στην ποιότητα της διατροφής τους, χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ των τριών περιόδων της μελέτης.

Πίνακας 29. Κοινωνικοί παράγοντες σχετιζόμενοι με τη διατροφή κατά το χρόνο της μελέτης

<i>Το εισόδημα των ηλικιωμένων στηρίζει οικονομικά τις οικογένειες των παιδιών τους, με αντίστοιχη επίπτωση στην ποιότητα της διατροφής τους;</i>	Ναι	Όχι
	N(%)	N(%)
2018-2019	200 (66,7)	100 (33,3)
2020-2021	221 (73,7)	79 (26,3)
2022-2023	217 (72,3)	83 (27,7)
$\chi^2=1,179$ $p=0,890$		
<i>Έχει περιοριστεί ο χρόνος των διακοπών σας;</i>		
2018-2019	238 (79,4)	62 (20,7)
2020-2021	246 (82,0)	54 (18,0)
2022-2023	243 (81,0)	57 (19,0)
$\chi^2=0,136$ $p=0,920$		
<i>Υπάρχει μεταβολή προσωπικών συνηθειών και δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου (περιορισμός μετακινήσεων)</i>		
2018-2019	235 (78,3)	65 (21,7)
2020-2021	236 (78,7)	64 (21,3)
2022-2023	235 (78,3)	65 (21,6)
$\chi^2=0,012$, $p=0,990$		
<i>Υπάρχει μεταβολή των διαιτητικών συνηθειών (ποσότητα, ποιότητα / είδος / διάρκεια / χρόνος γευμάτων)</i>		
(2018-2019)	192 (64,0)	108 (35,9)

(2020-2021)	197 (65,7)	103 (34,3)
(2022-2023)	196 (65,3)	104 (34,6)
$\chi^2=0,07$, $p=0,990$		

Στην πλειονότητα των περιπτώσεων (σε ποσοστά άνω του 80%) οι τυχόν νομικές εμπλοκές και τα συνακόλουθα έξοδα δεν έχουν επηρεάσει την ποιότητα διατροφής και το ίδιο ισχύει για τις αναδρομικές οφειλές προς το δημόσιο ή τρίτους.

Πίνακας 30. Συσχέτιση νομικών ζητημάτων και αναδρομικών οφειλών προς το Δημόσιο με την ποιότητα διατροφής μετά την οικονομική κρίση

Τυχόν νομικές εμπλοκές και τα συνακόλουθα έξοδα έχουν επηρεάσει την ποιότητα διατροφής	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
(2018-2019)	8 (2,7)	16 (5,3)	34 (11,3)	242 (80,7)
(2020-2021)	12 (4,0)	15 (5,0)	19 (6,3)	254 (84,7)
(2022-2023)	10 (3,3)	13 (4,3)	18 (6,0)	259 (86,3)
$\chi^2=8,514$, $p=0,203$				
Τυχόν αναδρομικές οφειλές προς το δημόσιο ή τρίτους έχουν επηρεάσει την ποιότητα διατροφής;				
(2018-2019)	10 (3,3)	26 (8,7)	32 (10,7)	232 (77,3)
(2020-2021)	13 (4,3)	17 (5,7)	19 (6,3)	251 (83,7)
(2022-2023)	11 (3,7)	16 (5,3)	17 (5,7)	256 (85,3)
$\chi^2=12,772$, $p=0,120$				

Αντίθετα, έχει επηρεαστεί σημαντικά η κατανάλωση έτοιμου ή επεξεργασμένου φαγητού (αλλαντικά, fast food, τυποποιημένο φαγητό) σε ποσοστό μεγαλύτερο του 90%, τάση που δείχνει να αμβλύνεται με την πάροδο των ετών, καθώς από το 63,7% και το 62,7% που απάντησαν «μέτρια» κατά τις περιόδους 2018-2019 και 2020-2021, το ποσοστό περιορίζεται στο 43,3% την περίοδο 2022-2023, με το «ελάχιστο» να φθάνει το 50% την περίοδο 2022-2023, από 26,3% την περίοδο 2018-2019, διαφορές στατιστικά σημαντικές, $p < 0,001$.

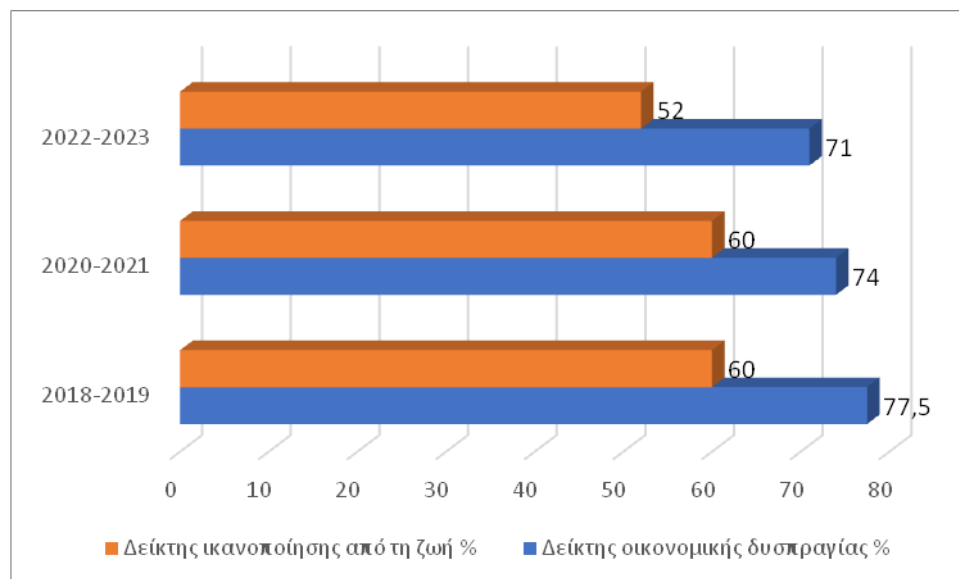
Πίνακας 31. Επίπτωση κοινωνικών παραγόντων στη διατροφή μετά την οικονομική κρίση

Ο περιορισμένος χρόνος των διακοπών σας πώς επηρεάζει την ποιότητα διατροφής σας ;	Πολύ	Μέτρια	Ελάχιστο	Καθόλου
	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)
(2018-2019)	63 (21,0)	43 (14,3)	47 (15,7)	147 (49,0)
(2020-2021)	72 (24,0)	35 (11,7)	53 (17,7)	140 (46,7)
(2022-2023)	71 (23,7)	36 (12,0)	54 (18,0)	139 (46,3)
$\chi^2=4,470$, $p=0,812$				
Πώς έχει επηρεάσει τη διατροφή σας, η μεταβολή προσωπικών συνηθειών και δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου (περιορισμός μετακινήσεων);				
(2018-2019)	58 (19,3)	37 (12,3)	63 (21,0)	142 (47,3)
(2020-2021)	61 (20,3)	44 (14,7)	61 (20,3)	134 (44,7)
(2022-2023)	60 (20,0)	45 (15,0)	60 (20,0)	135 (45,0)
$\chi^2=3,269$, $p=0,916$				
Πώς έχει επίπτωση στην ποιότητα διατροφής, η μεταβολή των διαιτητικών συνηθειών (ποσότητα, ποιότητα / είδος / διάρκεια / χρόνος γευμάτων;				
(2018-2019)	88 (29,3)	30 (10,0)	62 (20,7)	120 (40,0)

(2020-2021)	95 (31,7)	29 (9,7)	55 (18,3)	121 (40,3)
(2022-2023)	96 (32,0)	30 (10,0)	53 (17,7)	121 (40,3)
$\chi^2=1,296$, $p=0,976$				
Έχετε περιορίσει την κατανάλωση έτοιμου ή επεξεργασμένου φαγητού (αλλαντικά, fast food, τυποποιημένο φαγητό);				
(2018-2019)	7 (2,3)	191 (63,7)	79 (26,3)	23 (7,7)
(2020-2021)	1 (0,3)	188 (62,7)	95 (31,7)	16 (5,3)
(2022-2023)	1 (0,3)	130 (43,3)	150 (50,0)	19 (6,3)
$\chi^2=48,898$, $p<0,001$				

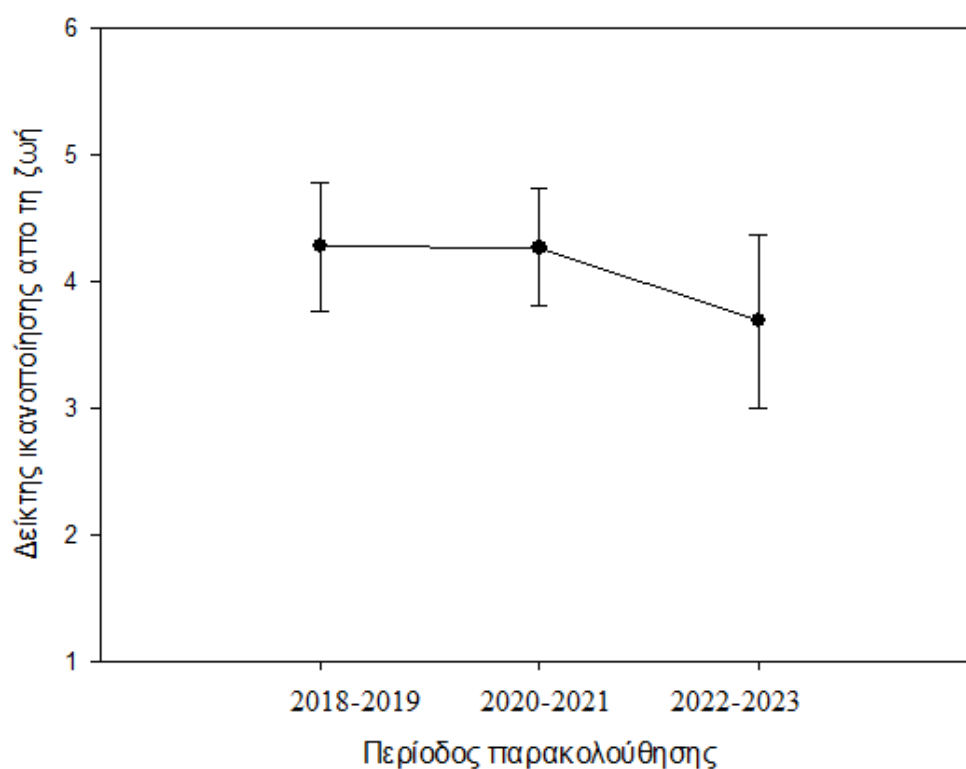
Όπως φαίνεται στο παρακάτω γράφημα, ο δείκτης οικονομικής δυσπραγίας υποχώρησε από το υψηλό 77,5% επί της μέγιστης τιμής του, της περιόδου 2018-2019 στο 71% την περίοδο 2022-2023, ελαττωμένος κατά 8,3% (ή σε "απόλυτο" ποσοστό κατά 6,5%), δείχνοντας μια μικρή βελτίωση του οικονομικού κλίματος. Ωστόσο, την ίδια περίοδο, ο δείκτης ικανοποίησης από τη ζωή υποχωρεί και αυτός από το 60% της μέγιστης τιμής, στο 52% (κατά 13,3% ή σε -"απόλυτο"- ποσοστό 8%), δείχνοντας σημαντική απόκλιση από τον αντίστοιχο δείκτη οικονομικής δυσπραγίας. Αυτό σημαίνει ότι η ικανοποίηση από τη ζωή επιδεινώνεται, παρά τη μικρή βελτίωση της οικονομικής δυνατότητας των ερωτώμενων.

Γράφημα 4. Συγκριτική παρουσίαση των δεικτών οικονομικής δυσπραγίας

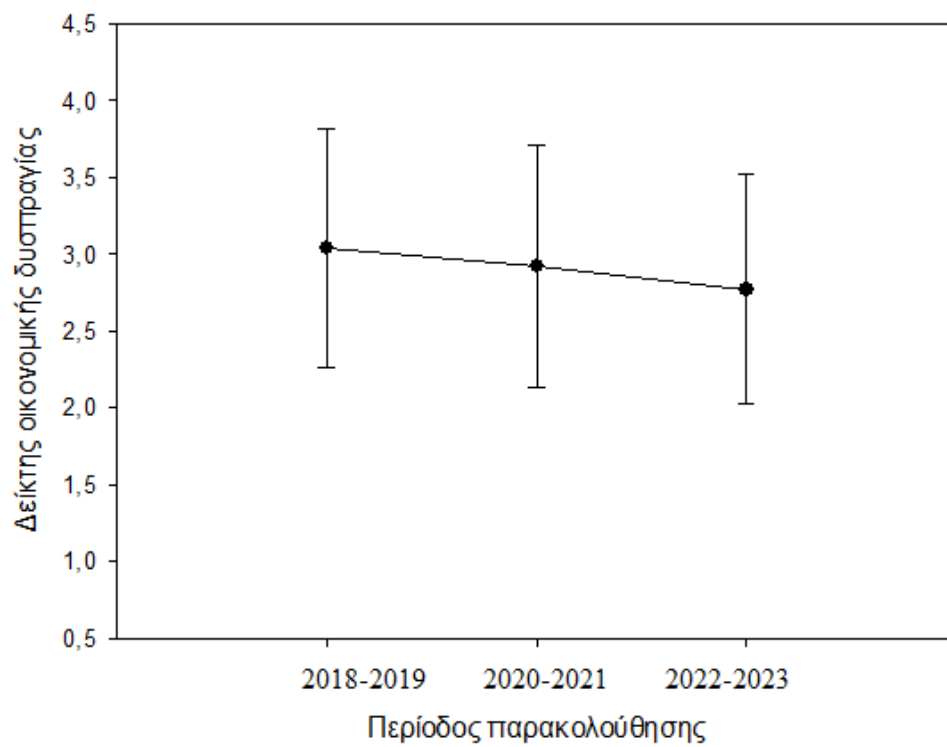


Στα επόμενα γραφήματα παρουσιάζεται η μεταβολή σε απόλυτες τιμές των δεικτών οικονομικής δυσπραγίας και ικανοποίησης από τη ζωή κατά το χρονικό διάστημα της μελέτης, τόσο στο σύνολο του δείγματος, όσο και συγκριτικά ανάμεσα στους κατοίκους των χωριών και της πόλης. Πιο συγκεκριμένα, ο δείκτης ικανοποίησης από τη ζωή υποχώρησε από την τιμή $4,27 \pm 0,54$ την περίοδο 2018-2019, στην τιμή $3,68 \pm 0,67$, την περίοδο 2022-2023, διαφορά στατιστικά σημαντική ($f=229,911$, $p<0,001$), ενώ το ίδιο διάστημα ο δείκτης οικονομικής δυσπραγίας υποχώρησε σταδιακά από την τιμή $3,10 \pm 0,73$ την περίοδο 2018-2019, στην τιμή $2,96 \pm 0,76$ την περίοδο 2020-2021 και τελικά στην τιμή $2,85 \pm 0,76$ την περίοδο 2022-2023, διαφορά στατιστικά σημαντική ($F=50,510$, $p<0,001$).

Γράφημα 5. Μεταβολή του δείκτη ικανοποίησης από τη ζωή μετά την οικονομική κρίση

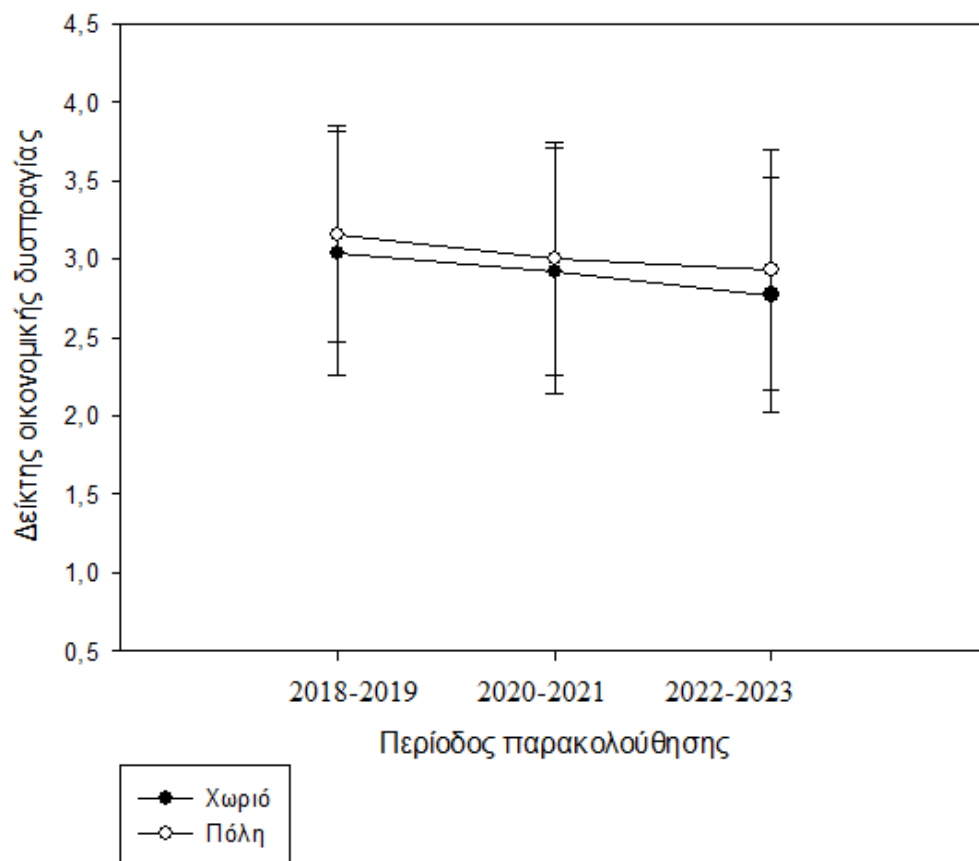


Γράφημα 6. Μεταβολή του δείκτη οικονομικής δυσπραγίας μετά την οικονομική κρίση



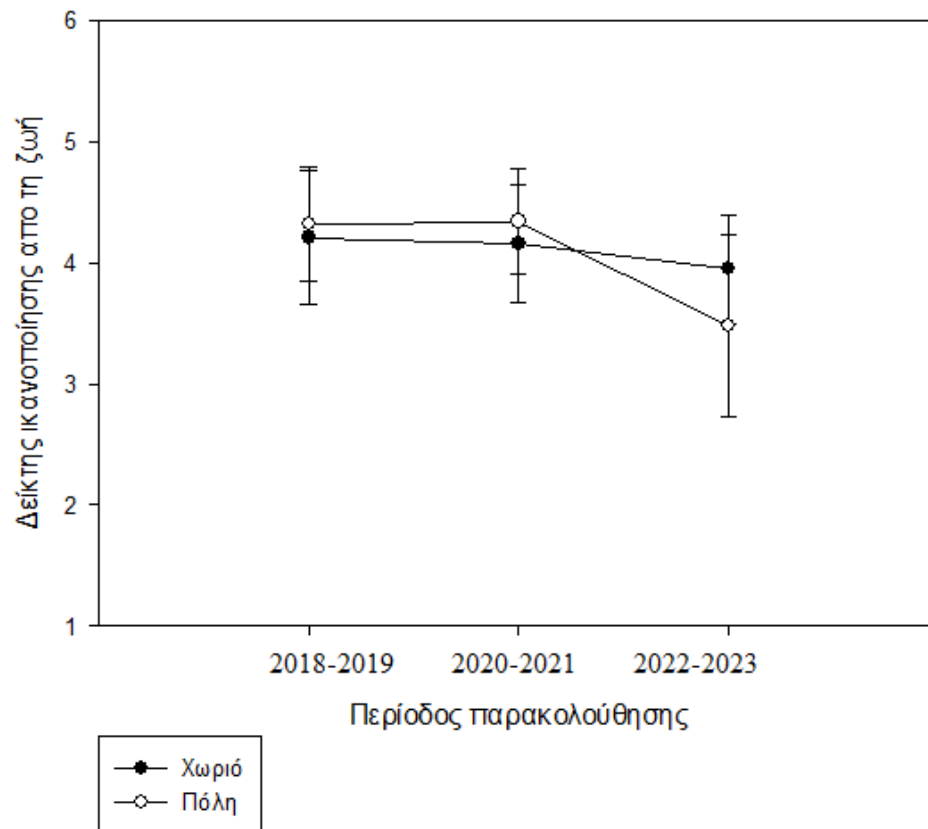
Η οικονομική κατάσταση βελτιώνεται περισσότερο στα χωριά σε σχέση με τις πόλεις: η μέση τιμή του δείκτη οικονομικής δυσπραγίας υποχωρεί από 3,16 στις πόλεις στο 2,93 στο τέλος της μελέτης (7% πτώση), ενώ στα χωριά από το 3,04 οδηγείται στο 2,77, πτώση 10% περίπου, διαφορά στατιστικά σημαντική ($F=297,000$, $p=0,031$).

Γράφημα 7. Συγκριτική μεταβολή του δείκτη οικονομικής δυσπραγίας μετά την οικονομική κρίση στην πόλη και στα χωριά



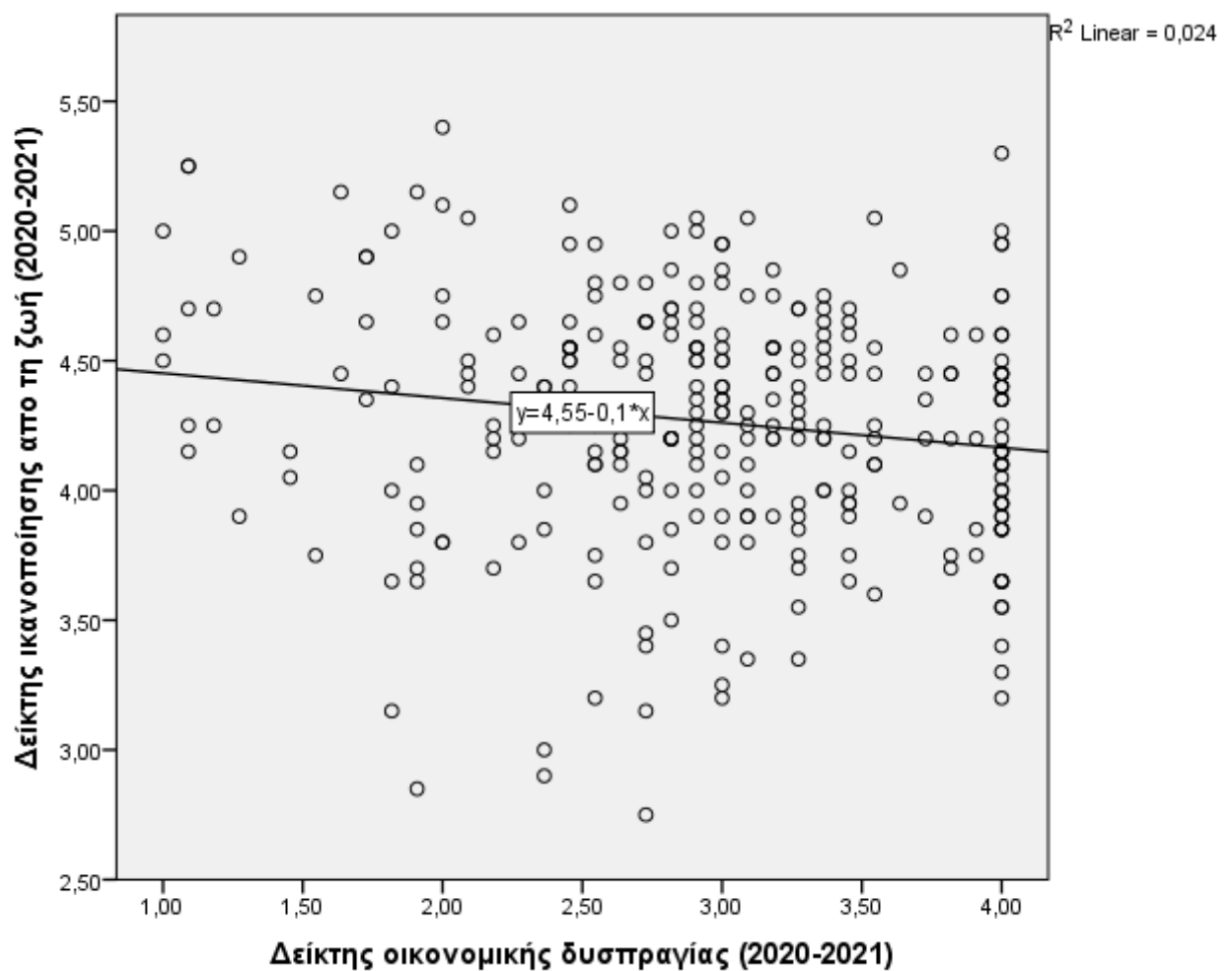
Αντίθετα, η ικανοποίηση από τη ζωή (μέση τιμή) υποχωρεί εντυπωσιακά στην πόλη σε σχέση με τα χωριά, από 4,32 στο 3,48 (πτώση 19,4%), ενώ στα χωριά υποχωρεί από το 4,21 στο 3,94, πτώση κατά 6,4%. Οι διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές: $F=75,101$, $p<0,001$.

Γράφημα 8. Συγκριτική μεταβολή του δείκτη ικανοποίησης από τη ζωή μετά την οικονομική κρίση στην πόλη και στα χωριά



Οι δείκτες οικονομικής δυσπραγίας και ικανοποίησης συσχετίστηκαν σημαντικά μεταξύ τους μόνο κατά την περίοδο 2020-2021: $r=-0,156$, $p=0,007$, που σημαίνει ότι χειρότερη οικονομική κατάσταση (υψηλότερη τιμή δείκτη) συσχετίστηκε με χαμηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή.

Γράφημα 9. Συσχέτιση των δεικτών οικονομικής δυσπραγίας και ικανοποίησης από τη ζωή και μετά την οικονομική κρίση



9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα διατριβή αναδεικνύεται το ισχυρό αποτύπωμα της οικονομικής κρίσης στη διατροφή των ηλικιωμένων, μετά το τυπικό πέρας της οικονομικής κρίσης. Η καθήλωση του εισοδήματος σε χαμηλά επίπεδα και η αδυναμία αγοράς ποιοτικών προϊόντων διατροφής, σύμφωνα με τις ανάγκες του ηλικιωμένου και τη συννοσηρότητά του (πηγές πρωτεϊνών υψηλής διατροφικής αξίας) συνοδεύονται από αύξηση του δείκτη οικονομικής δυσπραγίας και από περαιτέρω πτώση της ικανοποίησης από τη ζωή, που δείχνει να επιδεινώνεται σημαντικά με την πάροδο των ετών. Η ισορροπία στη ζωή των ηλικιωμένων έχει καταστεί πλέον πολύ εύθραυστη, τόσο που ένας στρεσογόνος παράγοντας (ιατρικές δαπάνες, θάνατος συντρόφου) μπορεί να την επιδεινώνει σημαντικά περαιτέρω με καταστροφικές συνέπειες στην υγεία του σωματική και ψυχική. Παρά το γεγονός ότι η κατάσταση έχει βελτιωθεί σημαντικά σε σχέση με τα πρώτα χρόνια μετά την έναρξη της κρίσης, σημαντική μερίδα του πληθυσμού έχει πλέον περιέλθει σε κατάσταση ανέχειας και επήλθε φτωχοποίηση της αποκαλούμενης μεσαίας τάξης. Τα εισοδήματα, εν μέσω καλπάζοντος πληθωρισμού παραμένουν χαμηλά κατά μέσο όρο, ενώ στις υψηλότερες εισοδηματικές κατηγορίες σημειώνεται μεγάλη πτώση, όπως και στην ποιότητα διατροφής, καθώς «πολύ καλό» επίπεδο διατροφής φαίνεται να απολαμβάνει πλέον λιγότερο από 15% των ηλικιωμένων, ποσοστό που αντιστοιχεί περίπου στο ήμισυ εκείνου πριν από την κρίση. Τα ευρήματά μας είναι συνεπή με τις εθνικές τάσεις σε δαπάνες για τρόφιμα, καθώς σύμφωνα με την Ελληνική Στατιστική Αρχή (ΕΛΣΤΑΤ) την περίοδο 2009–2015 οι μηνιαίες δαπάνες σε αξία από τα νοικοκυριά σε είδη παντοπωλείου μειώθηκαν κατά 16,3%¹²². Επίσης συμφωνούν με τα αποτελέσματα της προγενέστερης μελέτης των Vlontzos & Duquenne που βρήκαν ότι τα περισσότερα νοικοκυριά έχουν τροποποιήσει τις διατροφικές τους συνήθειες¹²³, μειώνοντας τις ποσότητες που καταναλώνουν ή/και αναζητούν φθηνότερες μάρκες. Μόνο το 15% των νοικοκυριών δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την κρίση και την πολιτική λιτότητας. Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι τα νοικοκυριά χαμηλού εισοδήματος στις αστικές περιοχές, όπου ζει η πλειονότητα του πληθυσμού, επηρεάζονται βαθιά από την κρίση.

Το αποτύπωμα της φτώχειας είναι ιδιαίτερα έκδηλο στην σωματική και ψυχική υγεία και στη φροντίδα των ηλικιωμένων, περισσότερο σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες και αφορά την παγκόσμιο κοινότητα, καθώς ο αριθμός των

ηλικιωμένων αυξάνεται. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), το ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού άνω των 60 ετών θα διπλασιαστεί σχεδόν από 12 % σε 22 % τη χρονική περίοδο από το 2015 έως το 2050. Ο αριθμός αυτός δυνητικά είναι μεγαλύτερος, αφού το άτομο μεγαλύτερης ηλικίας ορίζεται γενικά σύμφωνα με μια σειρά χαρακτηριστικών, όπως η χρονολογική ηλικία, η αλλαγή στον κοινωνικό ρόλο και οι αλλαγές στις λειτουργικές ικανότητες. Σε χώρες με υψηλούς πόρους, η μεγαλύτερη ηλικία ορίζεται γενικά σε σχέση με τη συνταξιοδότηση από μισθωτή εργασία και τη λήψη σύνταξης στα 60 ή τα 65 έτη. Με την αυξανόμενη μακροζωία, ορισμένες χώρες ορίζουν μια ξεχωριστή ομάδα ηλικιωμένων ατόμων, τα άτομα άνω των 85 ετών. Σε καταστάσεις χαμηλών πόρων με μικρότερη διάρκεια ζωής, τα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να οριστούν ακόμα και ως άτομα άνω των 50 ετών. Για παράδειγμα, η ηλικία των 50 ετών έγινε αποδεκτή ως ο ορισμός των ηλικιωμένων για τους σκοπούς του έργου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την υγεία των ηλικιωμένων και τη γήρανση στην Αφρική¹²⁴. Η φτώχεια έχει αρνητικό αντίκτυπο σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και οι μελέτες δείχνουν ότι τείνει να έχει ακραία επίδραση στην ευημερία των ηλικιωμένων σε μια χώρα. Στην πραγματικότητα, ο κύριος παράγοντας για την φροντίδα των ηλικιωμένων στο σπίτι οφείλεται στις οικονομικές πιέσεις. Η επίδραση της οικονομικής επιβάρυνσης έχει ωθήσει τα παιδιά να στέλνουν τους γονείς τους σε κέντρο φροντίδας ηλικιωμένων και η φροντίδα των τελευταίων να μην εξατομικεύεται και μάλλον να υποβαθμίζεται, όπως και η διατροφή τους¹²⁴.

Την τελευταία 15ετία, η Ελλάδα διέρχεται μια από τις πιο σοβαρές κρίσεις χρέους στην ιστορία της. Αν και τυπικά, από τον Σεπτέμβριο του 2019, οπότε και ήρθαν πλήρως οι κεφαλαιακοί έλεγχοι η χώρα έχει εξέλθει τυπικά από τη μνημονιακή επιτήρηση, η κρίση έχει αφήσει βαθύ αποτύπωμα στα νοικοκυριά, η ανάκαμψη είναι εξαιρετικά αργή, ενώ οι διεθνείς γεωπολιτικές κρίσεις σε συνδυασμό με χρόνιες και δυσεπίλυτες διαρθρωτικές αδυναμίες της ελληνικής αγοράς και οικονομίας έχουν πυροδοτήσει κύμα ακρίβειας διαρκείας που έχουν περαιτέρω πλήξει τα ήδη εξουθενωμένα νοικοκυριά. Οι οικονομολόγοι υποστηρίζουν ότι ήταν η πιο σοβαρή οικονομική κρίση από τη Μεγάλη Ύφεση της δεκαετίας του 1930⁸⁴. Σε σύγκριση δε με άλλες χώρες, η Ελλάδα έχει πληγεί περισσότερο από αυτή την κρίση. Προκειμένου να αντιμετωπίσει τις συνέπειές της και να αποφύγει την άτακτη χρεοκοπία, η Ελλάδα υπέγραψε Μνημόνιο Οικονομικών και Χρηματοπιστωτικών Πολιτικών με αντάλλαγμα δάνειο 110 δισ.⁸⁵ Το Μνημόνιο περιελάμβανε μέτρα

αυστηρής λιτότητας που έκτοτε έχουν επηρεάσει εξαιρετικά δυσμενώς διάφορες πτυχές της κοινωνίας, ενώ η υστέρηση σε διαρθρωτικές αλλαγές διαβρώνει την όποια αναπτυξιακή δυναμική. Το αποτύπωμα της οικονομικής ύφεσης και οι χρόνιες επιπτώσεις του είναι ιδιαίτερα ορατό στον τομέα της υγείας. Η περίθαλψη αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα των συνεπειών της οικονομικής κρίσης. Η Ελλάδα έχει επηρεαστεί σοβαρά από την οικονομική ύφεση και είναι ένα αξιοσημείωτο παράδειγμα που δείχνει ότι η ποιότητα της περίθαλψης και η έκβαση των ασθενών μπορούν να επηρεαστούν από την οικονομική κρίση^{86,121}. Όπως είναι αναμενόμενο, τα χαμηλά κοινωνικά στρώματα πλήττονται περισσότερο.

Σύμφωνα με την ελληνική στατιστική αρχή, η ανεργία στους ενηλίκους αυξήθηκε από 6,6% τον Μάιο του 2008, σε 16,6% τον Μάιο του 2011 και η ανεργία στους νέους αυξήθηκε από 18,6% σε 40,1%⁸⁷. Άτομα και οικογένειες που υποφέρουν από απώλειες εισοδήματος και θέσεων εργασίας, που ζουν σε μια υποβαθμισμένη κοινωνική κατάσταση που προκαλείται από αυστηρά μέτρα λιτότητας και περιοριστικές πολιτικές υγείας, εκτίθενται στον κίνδυνο κατάθλιψης ή/και αυτοκτονίας⁸⁸. Όπως ήταν αναμενόμενο, η ποιότητα ζωής⁸⁹ και η ψυχική υγεία στην Ελλάδα λόγω της ανεργίας έχει επιδεινωθεί σοβαρά. Αυτό άλλωστε προκύπτει και από αναφορές του Υπουργείου Υγείας για τριπλασιασμό της κατάθλιψης και αύξηση των αυτοκτονιών κατά 40% το 2011⁸⁵.

Η οικονομική κρίση επηρεάζει και τις διατροφικές πτυχές. Ως αποτέλεσμα της κρίσης, πολλά νοικοκυριά έχουν μειώσει την ποιότητα και την ποσότητα των τροφίμων που καταναλώνουν. Ως εκ τούτου, κινδυνεύουν από υποσιτισμό¹⁰⁷. Η οικονομική κρίση αυξάνει την πιθανότητα παχυσαρκίας λόγω κακής διατροφής¹⁰⁸. Η ποιότητα και τελικά η ποσότητα της διατροφής μειώνεται, αυξάνοντας τη δυσθρεψία λόγω μη αναπλήρωσης μικροθρεπτικών συστατικών και επιδεινώνοντας τις προϋπάρχουσες παθήσεις¹²⁵.

Το παράδειγμα της Ιταλίας δείχνει ότι έχουν παρατηρηθεί διατροφικές αλλαγές λόγω της οικονομικής κρίσης, με κύρια ευρήματα τη χαμηλότερη τήρηση της μεσογειακής διατροφής και τη μειωμένη ποιότητα των προϊόντων παντοπωλείου. Αυτές οι αλλαγές αφορούν κυρίως στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες¹⁰⁹. Η μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει τη χρήση ελαιόλαδου, φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, δημητριακών, μέτρια πρόσληψη κρασιού και ψαριών και γαλακτοκομικών προϊόντων που έχουν υποστεί ζύμωση²⁰. Η μελέτη «Προκλήσεις για τη Μεσογειακή Διατροφή σε μια περίοδο οικονομικής κρίσης» καταλήγει στο

συμπέρασμα ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες είναι καθοριστικοί για την τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής¹¹⁰. Σύμφωνα με μια ιταλική έρευνα που μελέτησε 24.325 πολίτες της Νότιας Ιταλίας, η τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής έχει μειωθεί σημαντικά¹⁵. Στα ίδια συμπεράσματα έχει καταλήξει και άλλη μελέτη στην Ελλάδα που διεξήχθη σε 236 μαθητές, ηλικίας από 19 έως 30 ετών¹²⁶.

Άλλες έρευνες έχουν επίσης δείξει ότι οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν έντονα την ποιότητα της διατροφής¹²⁷ και φαίνεται να είναι κύριοι καθοριστικοί παράγοντες για την τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής¹¹⁰. Ένας πιθανός λόγος είναι οι αυξανόμενες τιμές ορισμένων βασικών ειδών διατροφής της πυραμίδας της Μεσογειακής Διατροφής¹¹⁵, καθώς στην πράξη η μεσογειακή δίαιτα φαίνεται να κοστίζει περισσότερο συγκριτικά με ένα δυτικό διατροφικό πρότυπο¹³. Οι τιμές των τροφίμων εμποδίζουν τις οικογένειες με χαμηλό εισόδημα να επιλέξουν πιο υγιεινά τρόφιμα¹¹⁶. Γενικά, οι αυξήσεις στις τιμές των τροφίμων μαζί με μια οικονομική κρίση, συμβάλλουν σε επισιτιστική ανασφάλεια και κρίση¹¹⁶. Έχει επίσης βρεθεί ότι μεταξύ του ελληνικού ηλικιωμένου πληθυσμού, όσοι ανήκουν στην υψηλότερη κοινωνικοοικονομική τάξη επιδεικνύουν και τα υψηλότερα ποσοστά τήρησης της Μεσογειακής Διατροφής, σε σύγκριση με αυτές της χαμηλότερης¹¹⁴. Η μελέτη ATTICA έδειξε ότι οι ομάδες χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης είχαν λιγότερη συμμόρφωση προς τη Μεσογειακή Διατροφή σε σύγκριση με τις ομάδες υψηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης, εξηγώντας έτσι πιθανώς, τουλάχιστον εν μέρει, το προφίλ υψηλότερων παραγόντων κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου που παρατηρήθηκε μεταξύ των συμμετεχόντων χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης^{113,128}. Μια άλλη μελέτη επιβεβαίωσε τη σχέση μεταξύ της χαμηλής κοινωνικοοικονομικής τάξης και της συχνότητας εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων¹²⁹.

Ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι, στην περίπτωση των οποίων απαιτείται διατροφική και υγειονομική επίβλεψη, είναι αυτοί που πλήττονται περισσότερο από την οικονομική κρίση^{130,131}. Η τελευταία ηλικιακή ομάδα υποφέρει από περικοπές συντάξεων και κοινωνικής πρόνοιας. Από την άλλη, τα ποσοστά ανεργίας συνεχίζουν να αυξάνονται, γεγονός ιδιαίτερα επιβαρυντικό για την ποιότητα ζωής, αλλά και για την ίδια την επιβίωση, επειδή οι άνθρωποι σε αυτό το στάδιο της ζωής έχουν υψηλότερες απαιτήσεις - όχι μόνο σε οικονομικούς όρους αλλά και σε ό,τι αφορά την υγειονομική περίθαλψη¹³². Η Ελλάδα διέρχεται οικονομική κρίση από το 2009. Η άποψη ότι πρόκειται για μεγάλη κρίση⁸⁴ φαίνεται να επιβεβαιώνεται,

καθώς το ποσοστό μείωσης του εισοδήματος είχε φθάσει το 78% για τους άνδρες και 75% για τις γυναίκες. Είναι επίσης προφανές ότι η ομάδα των ηλικιωμένων έχει επηρεαστεί σημαντικά (μείωση εισοδήματος, περικοπές καταναλωτών, περικοπές τροφίμων), όπως επίσης αναφέρεται στη βιβλιογραφία¹³². Είναι ενδιαφέρον ότι το εισόδημα είναι 52% κάτω από τα 700€, ενώ η πιο κοινή κατανάλωση (54,2%) είναι στα 400-499€ και πολύ δύσκολα πέφτει κάτω από τα 200€ (1,8%). Ως εκ τούτου, φαίνεται ότι ένα μεγάλο ποσό εισοδήματος καταναλώνεται στα τρόφιμα.

Έχει επίσης δειχθεί ότι οι δαπάνες των νοικοκυριών για τρόφιμα επηρεάζονται από το εισόδημα και το επίπεδο εκπαίδευσης. Τα νοικοκυριά με χαμηλό εισόδημα αγοράζουν λιγότερο υγιεινά τρόφιμα που επηρεάζουν την ποιότητα της διατροφής, σε σύγκριση με τα νοικοκυριά με υψηλότερο εισόδημα. Στο σημείο αυτό, αξίζει να αναφέρουμε, ότι το 2012 σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο, ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό Ελλήνων σε σύγκριση με σχεδόν όλους τους ερωτηθέντες των κρατών μελών (98% έναντι 80%) θεωρεί την τιμή ως σημαντικό παράγοντα κατά την αγορά τροφίμων. Η μείωση των δαπανών για τρόφιμα ήταν πιθανώς ο κύριος παράγοντας για λιγότερο υγιεινές επιλογές τροφίμων μεταξύ κατώτερων κοινωνικοοικονομικών ομάδων. Άλλη εύλογη εξήγηση θα μπορούσε να είναι το γεγονός ότι «η ύφεση συμβαδίζει με την κατάθλιψη»¹³³.

Η συστηματική ανασκόπηση των Jenkins et al.¹¹⁷, υποδηλώνει ότι η Μεγάλη Ύφεση επηρέασε τη διατροφική πρόσληψη με διάφορους τρόπους. Η μεταανάλυσή τους βρήκε μείωση της ημερήσιας πρόσληψης θερμίδων σε υψηλή χώρας εισοδήματος και αύξηση της ημερήσιας πρόσληψης θερμίδων σε χώρες μεσαίου εισοδήματος. Αναφέρονται μειώσεις στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών που μπορεί να έχουν μεγάλες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού. Αυτές οι επιπτώσεις ήταν μεγαλύτερες μεταξύ ατόμων με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Παρατηρήθηκε ωστόσο και ελάττωση σε κατανάλωση φαστ φουντ, ζαχαρούχων προϊόντων και αναψυκτικών, γεγονός που μπορεί να προσφέρει οφέλη στην υγεία, όπως άλλωστε και στην παρούσα διατριβή. Ωστόσο, μια άλλη απάντηση στην ύφεση μπορεί να είναι αγορά διαφορετικών ειδών παντοπωλείου ή αλλαγή της διατροφής με τρόφιμα τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές σε πρόσληψη θερμίδων και διαφορετικές επιπτώσεις στη διατροφή. Οι μειώσεις στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών μπορεί να αντανakλούν τη μετάβαση σε φθηνότερες δίαιτες προκειμένου να εξοικονομηθούν χρήματα, καθώς δίαιτες πλούσιες σε φρούτα και λαχανικά τείνουν να κοστίζουν περισσότερο. Μικρές αλλαγές στην κατανάλωση

φρούτων και λαχανικών μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και τη συνολική θνησιμότητα και έτσι, μειώσεις στην πρόσληψη αυτών των τροφών μπορεί να έχει μεγάλες αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του πληθυσμού¹³⁴.

Σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες, διαπιστώνεται ότι η οικονομική κρίση μπορεί να έχει διευρύνει τις υπάρχουσες ανισότητες. Τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα, έχουν αναγκαστεί να καλύπτουν πλέον ακόμα και τις βασικές τους ανάγκες, με ένα χαμηλότερο προϋπολογισμό και με συχνά αμφιλεγόμενης διατροφικής αξίας επιλογές. Έχει παρατηρηθεί ότι οι άνθρωποι, προκειμένου να καλύψουν τις ενεργειακές τους ανάγκες, καταφεύγουν σε τρόφιμα με υδατάνθρακες και λίπος και τροφές με υψηλή ενεργειακή αξία, παραβλέποντας την ποιότητα της τροφής, όπως δείχτηκε στην παρούσα μελέτη, όπου μετά την κρίση, οι προσφορές ήταν το βασικό κριτήριο επιλογής τροφίμων.

Οι όποιες διαφορές σε σχέση με τα αποτελέσματα προγενέστερων μελετών οφείλονται πιθανότατα στη σύνθεση του δείγματος, που αφορά σε ηλικιωμένους των Κ.Α.Π.Η. Πιθανότατα, οι πόροι στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα είναι πενιχροί, οι περικοπές στις συντάξεις μαζί με την εύλογη αδυναμία αύξησης του εισοδήματος έχουν οδηγήσει σε μεταβολή των διατροφικών συνηθειών. Το γεγονός αυτό δείχνει και το μέγεθος των συνεπειών της κρίσης που έχει υποστεί η συγκεκριμένη ομάδα.

Συχνά μάλιστα, καταγράφεται και το φαινόμενο που αποκαλείται «το παράδοξο της πείνας με παχυσαρκία» (the hunger - obesity paradox). Στην περίπτωση αυτή, η οικονομική ανέχεια δεν συνδέεται με υποθρεψία, αλλά με αύξηση του σωματικού βάρους και τελικά έξαρση της παχυσαρκίας. Είναι πιθανό ότι η μειωμένη σωματική άσκηση, λόγω περιορισμένης προσβασιμότητας σε χώρους εκγύμνασης, η φτηνή ψυχαγωγία με την τηλεόραση στο σπίτι, το στρες, αλλά και η επιλογή τροφίμων χαμηλής ποιότητας συμβάλλουν στο φαινόμενο αυτό.

Η ευημερία ("well being") μπορεί να αναφέρεται σε μια εμπειρία υγείας και προσωπικής ευτυχίας. Περιλαμβάνει καλή ψυχική υγεία, υψηλή ικανοποίηση από τη ζωή, αίσθηση νοήματος ή σκοπού και ικανότητα διαχείρισης του στρες [15-17]. Θεωρείται ότι υπάρχουν δύο διαστάσεις ευημερίας, δηλαδή εσωτερική (υποκειμενική) και εξωτερική (αντικειμενική). Η εσωτερική ευημερία συνδέεται με την ικανοποίηση από τη ζωή, τα συναισθήματα (ευτυχία, λύπη και θυμό), καθώς και με την αίσθηση του σκοπού και του νοήματος στη ζωή. Η εξωτερική ευημερία, άποψη των δεικτών ποιότητας ζωής, εξαρτάται από τους υλικούς πόρους (εισόδημα,

φαγητό, στέγαση) και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά (εκπαίδευση, υγεία και κοινωνικά δίκτυα). Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό να διατηρηθεί η ευημερία των ηλικιωμένων υπό το πρίσμα της θετικής σχέσης μεταξύ πνευματικής ευημερίας και ποιότητας ζωής, και γι' αυτό συνιστάται η επίγνωση της σημασίας της πνευματικής ευεξίας στη φροντίδα των ηλικιωμένων.

Η οικονομική κατάσταση συμβάλλει σημαντικά στο πώς ένας ηλικιωμένος ενήλικος αξιολογεί την ικανοποίησή του από τη ζωή, ενώ οι οικονομικοί πόροι έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ευημερία στις φτωχές χώρες, από ό,τι στις πλούσιες χώρες. Επιπλέον, στην μελέτη των Noh et al.¹³⁵, διαπιστώθηκε ότι η οικονομική κατάσταση ήταν ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας για την ικανοποίηση από τη ζωή. Οι κοινές μεταβλητές που επηρέασαν την ικανοποίηση από τη ζωή τόσο στους νέους όσο και στους ηλικιωμένους ήταν οικονομικοί παράγοντες, δηλαδή τα περιουσιακά στοιχεία του νοικοκυριού και ο τύπος ιατρικής ασφάλισης¹³⁵. Καθώς τα περισσότερα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών δεν έχουν σταθερά και επαρκή εισοδήματα, έχει βρεθεί ότι τα περιουσιακά στοιχεία αντικατοπτρίζουν με μεγαλύτερη ακρίβεια την οικονομική κατάσταση καθώς και ότι όσοι βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική θέση έχουν σχετικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή. Αυτό είναι πιθανό επειδή αυτός ο τύπος ιατρικής ασφάλισης αντικατοπτρίζει υψηλότερη θέση των ηλικιωμένων και επηρεάζει την ικανοποίηση από τη ζωή¹²⁴.

Οι αρνητικές μεταβολές στις ρυθμίσεις κοινωνικής προστασίας και περίθαλψης, που έγιναν μετά την οικονομική κρίση, σχετίζονται με τη χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή των ηλικιωμένων πολιτών. Τα μέτρα πολιτικής για τη φτώχεια, λόγω της οικονομικής κρίσης του 2008, έχουν αλλάξει τις κοινωνικές συνθήκες και επηρέασαν αρνητικά την ικανοποίηση από τη ζωή των ηλικιωμένων πολιτών. Σε χώρες με υποτυπώδη δομή των παροχών υγείας και πρόνοιας οι ηλικιωμένοι πολίτες δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν τα επιβαλλόμενα μέτρα πολιτικής λιτότητας. Σαφώς, η φτώχεια έχει αρνητικό αντίκτυπο σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και η έλλειψη τακτικού εισοδήματος, ο θάνατος του συντρόφου, η αύξηση των ιατρικών δαπανών και ο κακός προγραμματισμός για τη συνταξιοδότηση είναι μόνο μερικοί από τους λόγους πίσω από αυτήν. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι η λιτότητα μπορεί ποικιλοτρόπως να επηρεάσει τη ζωή των ηλικιωμένων, όπως το να περιορίσει την πρόσβαση σε τρόφιμα, την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, την ικανότητα πληρωμής λογαριασμών ενέργειας και την πρόσβαση στα μέσα μεταφοράς^{136,124}.

Έχει επίσης διατυπωθεί η άποψη ότι τα άτομα στην ηλικιακή ομάδα τείνουν να αναφέρουν σχετικά υψηλή οικονομική ικανοποίηση, ακόμη και σε πολύ χαμηλά επίπεδα εισοδήματος. Επομένως, η συσχέτιση μεταξύ εισοδήματος και οικονομικής ικανοποίησης σε προχωρημένη ηλικία είναι χαρακτηριστικά μέτρια [30]. Ως εκ τούτου, οι μελετητές μπορούν να συμπεράνουν γενικά ότι η σχέση μεταξύ αντικειμενικής και υποκειμενικής οικονομικής ευημερίας μειώνεται με την πρόοδο της ηλικίας. Επιπλέον, υπάρχει ομοφωνία ότι η υψηλή οικονομική ικανοποίηση των ηλικιωμένων είναι αποτέλεσμα στρατηγικών, όπως η αναβάθμιση των στόχων και η προσαρμογή των φιλοδοξιών στη δεδομένη κατάσταση¹³⁶.

Στην ανάλυση του International Longevity Centre-UK (2014) φάνηκαν ισχυροί δεσμοί μεταξύ της οικονομικής κατάστασης των ανθρώπων και της ευτυχίας τους. Από τις δέκα χώρες που αναφέρουν τα υψηλότερα επίπεδα οικονομικής ικανοποίησης στο ηλικιακό φάσμα άνω των 50 ετών, οκτώ εμφανίζονται επίσης μεταξύ των δέκα πιο «ευτυχισμένων» χωρών. Αντίθετα, από τις δέκα χώρες με τα χαμηλότερα αναφερόμενα επίπεδα οικονομικής ικανοποίησης μεταξύ των άνω των 50 ετών και οι επτά συγκαταλέγονται επίσης στις δέκα πιο «δυστυχισμένες» χώρες¹²⁴.

Οι διαφορές που διαπιστώθηκαν στην ικανοποίηση από τη ζωή και την οικονομική δυσπραγία μεταξύ αγροτικών περιοχών (χωριά) και πόλεις, μπορεί να αποδοθούν στη δυνατότητα για καλλιέργεια και συγκομιδή τροφίμων στα χωριά, αλλά και στις μελλοντικές οικονομικές προοπτικές των πόλεων, όταν άρχισε η (αναιμική έστω) ανάπτυξη. Υπό αυτό το πρίσμα θα μπορούσε κανείς να ερμηνεύσει τη χαμηλότερη τιμή και τη μικρή βελτίωση στο δείκτη οικονομικής δυσπραγίας στα χωριά με την πρόοδο των ετών, καθώς σταδιακά επέρχεται μια υποφερτή διατροφική ισορροπία. Αντίθετα, στις πόλεις, παρά τις προσδοκίες για ανάπτυξη παράλληλα και τη διατήρηση αρχικά της ικανοποίησης από τη ζωή σε υψηλότερο επίπεδο σε σχέση με τα χωριά, επέρχεται σημαντική κάμψη την περίοδο 2022-2023, πιθανόν γιατί υποχωρούν οι μακροπρόθεσμες προοπτικές και ανεβαίνουν οι τιμές των τροφίμων. Σε αυτό ενδεχομένως να παίζουν ρόλο και άλλοι παράγοντες που διαμορφώνουν το κοινωνικό κλίμα και που δεν εξετάζονται στην παρούσα μελέτη, όπως η αποξένωση, ιδίως μετά την πανδημία COVID-19, η εγκληματικότητα και άλλα.

9.1 Περιορισμοί

Το δείγμα της μελέτης προήλθε από συγκεκριμένη περιοχή της Ελλάδας περιορίζοντας τη γενίκευση των ευρημάτων στο σύνολο του πληθυσμού, όμως λόγω του καθολικού δείγματος των ΚΑΠΗ και το μεγάλο μέγεθος του δείγματος των ηλικιωμένων, η αντιπροσωπευτικότητά του θα μπορούσε να θεωρηθεί υψηλή, ειδικά για αστικά περιβάλλοντα. Επιπλέον, η διαθεσιμότητα εκπαιδευμένου ερευνητή έτοιμου να παράσχει διευκρινήσεις για τυχόν παρανοήσεις που σχετίζονται με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου αύξησε την εγκυρότητα των απαντήσεων. Ωστόσο, δεν χρησιμοποιήθηκαν ημερολόγια τροφίμων ή 24ωρες διατροφικές ανακλήσεις. Συνεπώς μπορεί να υπάρχει η μεροληψία εσφαλμένης ταξινόμησης, ειδικά όσον αφορά στην ταξινόμηση με βάση το επίπεδο τήρησης της διατροφικής ρουτίνας. Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι ορισμένα αποτελέσματα θα μπορούσαν να είναι μεροληπτικά επειδή ένα μέρος του δείγματος προέρχεται από αγροτικές περιοχές και αυτά τα άτομα θα μπορούσαν να καλλιεργήσουν και να μαζέψουν τα δικά τους τρόφιμα και να μην αγοράσουν από τα σούπερ μάρκετ, οπότε η άμεση σύγκριση μεταξύ του αγροτικού και του αστικού πληθυσμού να είναι επισφαλής. Τέλος δεν έχει ληφθεί υπόψη, η επίπτωση της πανδημίας COVID-19, που είχε σημαντικές επιπτώσεις στην οικονομική δραστηριότητα.

9.2 Συμπεράσματα - προτάσεις

Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι η κοινωνικοοικονομική κρίση έχει επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο αγοράζουν τρόφιμα οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα, καθώς οι περικοπές τροφίμων τείνουν να γίνουν κανόνας, ενώ η οικονομική δυσπραγία αυξάνεται και η ικανοποίηση από τη ζωή διαρκώς υποχωρεί. Εάν η ικανοποίηση στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι μειωμένη, αυτό επηρεάζει όχι μόνο το άτομο αλλά και την οικογενειακή μονάδα και ολόκληρη την κοινωνία. Μπορεί να υπάρχουν σημαντικές προσωπικές συνέπειες που σχετίζονται ακόμα με τη βία. Η βία από τους ηλικιωμένους μπορεί να βλάψει τις σχέσεις με τα μέλη της οικογένειας, τα αδέρφια, τους συντρόφους, τα παιδιά και οι γονείς θα αντιμετωπίσουν ρήξεις. Έχει επίσης αρνητικό αντίκτυπο στην κοινωνία η οποία θα βλέπει τους ηλικιωμένους ως βάρος και όχι ως προνόμιο και θα αγανακτεί μαζί τους και η πλειονότητα των ηλικιωμένων θα ζουν μόνοι.

Η οικονομική ανάπτυξη παίζει αμφίδρομο ρυθμιστικό ρόλο στη γήρανση. Από τη μία πλευρά, η οικονομική επιτάχυνση βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, μαζί με ιατρικές και υγειονομικές συνθήκες, γεγονός που αυξάνει το προσδόκιμο ζωής. Από την άλλη, οι οικονομικές ανισότητες που μπορεί να τη συνοδεύουν έχουν τεράστιες και πολύπλευρες επιπτώσεις, όπως η επιδείνωση του δημοσιονομικού ισοζυγίου, οι αλλαγές στα πρότυπα αποταμίευσης και επενδύσεων με αλυσιδωτές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και την ευημερία των ηλικιωμένων. Είναι σημαντικό να τονιστεί το γεγονός ότι η κακή οικονομική κατάσταση έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τη ζωή, η οποία μπορεί τελικά να επηρεάσει την ικανότητά τους να πληρώνουν για θεραπεία, φάρμακα και βοηθήματα. Ένα άλλο σημαντικό πρόβλημα για τη χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή μεταξύ των ηλικιωμένων είναι η μείωση της ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης των ηλικιωμένων. Τα προβλήματα χρηματοδότησης μπορεί να οδηγήσουν σε περιορισμούς στην ικανότητα ενός ατόμου να ζήσει μια ανεξάρτητη ζωή. Η ικανοποίηση των αναγκών των ηλικιωμένων για κοινωνικοποίηση και αντιστάθμιση της μείωσης της ικανότητας αυτοφροντίδας είναι σημαντική για την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τη ζωή.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό να στηρίζονται οικονομικά οι ηλικιωμένοι. Θα πρέπει να παρέχεται οικονομική ή άλλη βοήθεια σε άτομα ή ομάδες που δεν μπορούν να συντηρηθούν. Τα προγράμματα πρόνοιας συνήθως χρηματοδοτούνται από τους φορολογούμενους και επιτρέπουν στους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν το οικονομικό άγχος σε δύσκολες περιόδους της ζωής τους. Στις περισσότερες περιπτώσεις, τα άτομα που χρησιμοποιούν πρόνοια θα λαμβάνουν μια διεβδομαδιαία ή μηνιαία πληρωμή. Η γήρανση συνήθως συνδέεται με τη μείωση των οικονομικών πόρων, τη μείωση της γνωστικής ικανότητας, την επιδείνωση της σωματικής υγείας και την αποδυνάμωση της κοινωνικής υποστήριξης. Αυτές οι αλλαγές στις συνθήκες ζωής υποδηλώνουν ότι η γήρανση μπορεί να σχετίζεται με τη μείωση της ευημερίας των ηλικιωμένων. Οι πρωτοβουλίες ή οι δραστηριότητες που μπορούν να βελτιώσουν την οικονομική ευημερία των ηλικιωμένων είναι μέσω οικονομικής βοήθειας ή δωρεάς κεφαλαίων ή βασικών ειδών. Επίσης, ο χρηματοοικονομικός γραμματισμός γίνεται όλο και πιο σημαντικός για τους ηλικιωμένους, επηρεάζοντας δυνητικά την ποιότητα ζωής τους, ειδικά μέσα σε ένα διαρκώς εξελισσόμενο τεχνολογικό περιβάλλον. Προτείνεται ότι οι στρατηγικές διαχείρισης της ζωής θα πρέπει να

ενισχυθούν για την προστασία των ηλικιωμένων που βρίσκονται κάτω από χρόνια οικονομική πίεση και έχουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή.

Η μεσογειακή διατροφή δεν ακολουθείται από τους ηλικιωμένους και οι ανθυγιεινές συνήθειες διατροφής αποτελούν ίσως τον κανόνα. Όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι, επειδή αγνοούν τη σημασία της διατροφής στην υγεία, προσβάλλονται από ασθένειες που σχετίζονται με την κατανάλωση ανθυγιεινών τροφίμων και η παχυσαρκία έχει αυξηθεί δραματικά. Η υγεία αποτελεί δικαίωμα όλων των ανθρώπων και πρέπει να εξασφαλίζεται από το κράτος και το σύστημα υγείας. Τα συστήματα υγείας αλληλεπιδρούν με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της χώρας προκαλώντας κοινωνικές ανισότητες και κλίμα ανασφάλειας στους οικονομικά ασθενείς πολίτες και ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους, όσον αφορά την πρόσβαση τους σε δομές υγείας. Για τον λόγο αυτό, προτείνονται στα ΚΑΠΗ προγράμματα προληπτικής ιατρικής σε συνεργασία με άλλους υγειονομικούς φορείς, με στόχο την αξιολόγηση και την προώθηση της υγείας των ηλικιωμένων, την πρόληψη ατυχημάτων και τη διασφάλιση άμεσης πρόσβασης σε δομές υγειονομικού ενδιαφέροντος.

Πιο συγκεκριμένα, για την αντιμετώπιση αυτού του προβλήματος προτείνεται στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας να ξεκινήσει στα ΚΑΠΗ του Ν. Λάρισας η υλοποίηση προγραμμάτων και δράσεων με στόχο την εφαρμογή ενός ισορροπημένου τρόπου διατροφής για την προάσπιση της υγείας, και τη μη υιοθέτηση ανθυγιεινών διατροφικών συνηθειών. Επίσης, προτείνεται να γίνεται καταγραφή και αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών των ηλικιωμένων από επιστήμονες υγείας με εξειδίκευση στη διατροφή, με στόχο την παρέμβασή τους σε θέματα διατροφής και τη δυνατότητα σύστασης εξατομικευμένου διατροφικού προγράμματος, προσαρμοσμένο στις ανάγκες του ηλικιωμένου, με γνώμονα την προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

Επιπλέον θα μπορούσαν να δημιουργηθούν εργαστήρια υγιεινής διατροφής στα ΚΑΠΗ με στόχο:

- α) να γνωρίσουν τις βασικές διατροφικές ομάδες, τον τρόπο πρόσληψης των κατάλληλων ποσοτήτων και τη μεσογειακή διατροφή.
- β) να μάθουν για την προέλευση των τροφών και τη θρεπτική τους αξία
- γ) την υιοθέτηση, μέσα από βιωματικές δράσεις, ενός υγιεινού και ισορροπημένου μοντέλου διατροφής με γνώμονα τη βελτίωση των διατροφικών τους συνηθειών

δ) την προσαρμογή του κοινωνικού συστήσιου για τους άπορους ηλικιωμένους σύμφωνα με τις διατροφικές τους ανάγκες και τα προβλήματα υγείας (π.χ. προϊόντα ειδικού τύπου).

Χρειάζεται περισσότερη έρευνα για τον αντίκτυπο της ύφεσης στην πρόσληψη τροφής και στην ποιότητα της διατροφής καθώς δεν υπήρχαν επαρκή δεδομένα στην παρούσα μελέτη για να ποσοτικοποιηθούν απόλυτα οι επιπτώσεις αυτές. Συνιστάται επίσης περαιτέρω έρευνα για τις οδούς μέσω των οποίων η ύφεση μπορεί να επηρεάσει θετικά ή αρνητικά τη διατροφική πρόσληψη, ιδιαίτερα ο ρόλος της ανεργίας, οι αλλαγές στο εισόδημα, και αυξήσεις των τιμών των τροφίμων. Φαίνεται ότι σε μεγάλη ύφεση επηρεάζεται δυσανάλογα η διατροφική πρόσληψη μεταξύ ατόμων με διαφορετικό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, γεγονός που μπορεί να συμβάλει στη διεύρυνση των ανισοτήτων στην υγεία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Grassi M, Petraccia L, Mennuni G, Fontana M, Scarno A, Sabetta S, et al. Changes, functional disorders, and diseases in the gastrointestinal tract of elderly. *Nutr Hosp* 2011; 26(4):659–68. doi.org/10.1590/S0212-16112011000400001.
2. Amarya S, Singh K, Sabharwal M. Changes during aging and their association with malnutrition. *J Nutr Gerontol Geriatr* 2015; 6(3):78–84. doi.org/10.1016/j.jcgg.2015.05.003
3. World Population Ageing. United Nation. New York: 2015. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf
4. World Population Prospects. The 2017 Revision. New York: Key Findings and Advanced Tables, United Nation; 2017 https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf
5. Kieft-de Jong JC, Mathers JC, Franco OH. Nutrition and healthy ageing: the key ingredients. *Proc Nutr Soc* 2014;73(2):249–259. doi.org/10.1017/S0029665113003881.
6. Govindaraju T, Sahle BW, McCaffrey TA, McNeil JJ, Owen AJ. (2018). Dietary Patterns and Quality of Life in Older Adults: A Systematic Review. *Nutrients* 2018; 10(8):971. doi.org/10.3390/nu10080971.
7. Bauer JM, Diekmann R. Protein and Older Persons. *Clin Geriatr Med* 2015;31(3):327–38. doi:10.1016/j.cger.2015.04.00.
8. Fairweather-Tait SJ, Wawer AA, Gillings R, Jennings A, Myint PK. Iron status in the elderly. *Mech Ageing Dev* 2014;136-137: 22–8. doi.org/10.1016/j.mad.2013.11.005.
9. Stamler J. Toward a modern Mediterranean diet for the 21st century. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2013;23(12):1159–62. doi.org/10.1016/j.numecd.2013.08.002.
10. León-Muñoz LM, Guallar-Castillón P, Graciani A, López-García E, Mesas AE, Aguilera MT, et al. Adherence to the Mediterranean diet pattern has declined in Spanish adults. *J Nutr* 2012;142(10):1843–50. doi.org/10.3945/jn.112.164616.
11. Bonaccio M, Iacoviello L, de Gaetan G, Investigators M-S. The Mediterranean diet: the reasons for a success. *Thromb Res.* 2012;129(3):401–4. doi.org/10.1016/j.thromres.2011.10.018

12. Vareiro D, Bach-Faig A, Raidó Quintana B, Bertomeu I, Buckland G, Vaz de Almeida MD, et al. Availability of Mediterranean and non-Mediterranean foods during the last four decades: comparison of several geographical areas. *Public Health Nutr.* 2009;12(9A):1667–75. doi.org/10.1017/S136898000999053X.
13. Lopez CN, Martinez-Gonzalez MA, Sanchez-Villegas A, Alonso A, Pimenta AM, Bes-Rastrollo M. Costs of Mediterranean and western dietary patterns in a Spanish cohort and their relationship with prospective weight change. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(11):920–7. doi.org/10.1136/jech.2008.081208.
14. Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. *Nutr Rev.* 2009;67(Suppl 1): S36–9. doi.org/10.1111/j.1753-4887.2009.00157.x
15. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Bonanni A, Costanzo S, De Lucia F, Persichillo M. et al. Decline of the Mediterranean diet at a time of economic crisis. Results from the Moli-sani study. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2014;24(8):853–60. doi.org/10.1016/j.numecd.2014.02.014.
16. Radd-Vagenas S, Kouris-Blazos A, Singh MF, Flood VM. Evolution of Mediterranean diets and cuisine: concepts and definitions. *Asia Pac J Clin Nutr.* 2017;26(5):749–763. doi.org/10.6133/apjcn.082016.06.
17. UNESCO. <https://ich.unesco.org/en/RI/mediterranean-diet-00884>
18. George ES, Kucianski T, Mayr HL, Moschonis G, Tierney AC, Itsiopoulos C. A Mediterranean Diet Model in Australia: Strategies for Translating the Traditional Mediterranean Diet into a Multicultural Setting. *Nutrients* 2018;10(4):465. doi.org/10.3390/nu10040465.
19. Kiani AK, Medori MC, Bonetti G, Aquilanti B, Velluti V, Matera G, et al. Modern vision of the Mediterranean diet. *J Prev Med Hyg* 2022;63(2Suppl3):E36–E43. doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2745.
20. Bach-Faig A, Berry EM, Lairon D, Reguant J, Trichopoulou A, Dernini S et al. Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates. *Public Health Nutr* 2011;14(12A):2274–84. <https://doi.org/10.1017/S1368980011002515>.
21. Wyka J, Biernat J, Mikołajczak J, Piotrowska E. Assessment of dietary intake and nutritional status (MNA) in Polish free-living elderly people from rural environments. *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(1):44–9. doi.org/10.1016/j.archger.2011.02.001.

22. Sanford AM. Anorexia of aging and its role for frailty. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2017;20(1):54–60. doi.org/10.1097/MCO.0000000000000336.
23. Theou O, Cann L, Blodgett J, Wallace LM, Brothers TD, Rockwood K. Modifications to the frailty phenotype criteria: Systematic review of the current literature and investigation of 262 frailty phenotypes in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Ageing Res Rev*. 2015;21:78–94. doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.001.
24. Campitelli MA, Bronskill SE, Hogan DB, Diong C, Amuah JE, Gill S. et al. (2016). The prevalence and health consequences of frailty in a population-based older home care cohort: a comparison of different measures. *BMC Geriatr*. 2016;16:133. doi.org/10.1186/s12877-016-0309-z.
25. Visvanathan R. Anorexia of Aging. *Clin Geriatr Med*. 2015;31(3):417–27. doi.org/10.1016/j.cger.2015.04.012.
26. de Boer A, Ter Horst GJ, Lorist MM (2013). Physiological and psychosocial age-related changes associated with reduced food intake in older persons. *Ageing Res Rev*. 2013;12(1): 316–28. doi.org/10.1016/j.arr.2012.08.002.
27. Martone AM, Onder G, Vetrano DL, Ortolani E, Tosato M, Marzetti E, et al. (2013). Anorexia of aging: a modifiable risk factor for frailty. *Nutrients*. 2013;5(10):4126–33. doi.org/10.3390/nu5104126
28. Turner MD, Ship JA. Dry mouth and its effects on the oral health of elderly people. *J Am Dent Assoc*. 2007;138 Suppl:15S–20S. doi.org/10.14219/jada.archive.2007.0358.
29. Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Saveria G, et al. Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients*. 2016; 8(2):69. doi.org/10.3390/nu8020069.
30. Wolfe RR, Miller SL. The recommended dietary allowance of protein: a misunderstood concept. *JAMA*. 2008;299(24):2891–3. doi.org/10.1001/jama.299.24.2891.
31. Landi F, Calvani R, Tosato M, Martone AM, Ortolani E, Saveria G, et al. Protein Intake and Muscle Health in Old Age: From Biological Plausibility to Clinical Evidence. *Nutrients*. 2016;8(5):295. doi.org/10.3390/nu8050295.
32. Gingrich A, Spiegel A, Gradl JE, Skurk T, Hauner H, Sieber CC, et al. Daily and per-meal animal and plant protein intake in relation to muscle mass in healthy

- older adults without functional limitations: an enable study. *Aging Clin Exp Res* 2019;31(9):1271–1281. doi.org/10.1007/s40520-018-1081-z.
33. Ten Haaf DSM, van Dongen EJI, Nuijten MAH, Eijsvogels TMH, de Groot LCPGM, Hopman MTE. Protein Intake and Distribution in Relation to Physical Functioning and Quality of Life in Community-Dwelling Elderly People: Acknowledging the Role of Physical Activity. *Nutrients*. 2018;10(4):506. doi.org/10.3390/nu10040506.
 34. Nanri H, Yamada Y, Yoshida T, Okabe Y, Nozawa Y, Itoi A, et.al. Sex Difference in the Association Between Protein Intake and Frailty: Assessed Using the Kihon Checklist Indexes Among Older Adults. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(9):801–805. doi.org/10.1016/j.jamda.2018.04.005.
 35. Rahi B, Colombet Z, Gonzalez-Colaço Harmand M, Dartigues JF, Boirie Y, Letenneur L, et al. Higher Protein but Not Energy Intake Is Associated With a Lower Prevalence of Frailty Among Community-Dwelling Older Adults in the French Three-City Cohort. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(7):672.e7–672.e11. doi.org/10.1016/j.jamda.2016.05.005.
 36. Sandoval-Insausti H, Pérez-Tasigchana RF, López-García E, García-Esquinas E, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Macronutrients Intake and Incident Frailty in Older Adults: A Prospective Cohort Study. *J Gerontol Biol Sci Med Sci*. 2016;71(10):1329–1334. doi:10.1093/gerona/glw033.
 37. Coelho-Júnior H, Rodrigues B, Uchida M, Marzetti E. Low Protein Intake Is Associated with Frailty in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Nutrients*. 2018;10(9):1334. doi:10.3390/nu10091334.
 38. Fielding RA, Vellas B, Evans WJ, Bhasin S, Morley JE, Newman AB, et al. Sarcopenia: an undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: prevalence, etiology, and consequences. International working group on sarcopenia. *J Am Med Dir Assoc* 2011; 12(4):249–56. doi.org/10.1016/j.jamda.2011.01.003.
 39. Zhu, K, Prince RL (2012). Calcium and bone. *Clin Biochem*. 2012;45(12):936–42. doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2012.05.006.
 40. Lips P, Bouillon R, van Schoor NM, Vanderschueren D, Verschueren S, Kuchuk N, et al. Reducing fracture risk with calcium and vitamin D. *Clin Endocrinology (Oxf)*. 2010;73(3):277–285. doi.org/10.1111/j.1365-2265.2009.03701.x.

41. Giustina A, Bouillon, R, Dawson-Hughes B, Ebeling, P R, Lazaretti-Castro M, Lips P, et al. Vitamin D in the older population: a consensus statement. *Endocrine* 2023; 79(1):31–44. doi.org/10.1007/s12020-022-03208-3.
42. Barnett JB, Dao MC, Hamer DH, Kandel R, Brandeis G, Wu D et al. Effect of zinc supplementation on serum zinc concentration and T cell proliferation in nursing home elderly: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Clin Nutr* 2016;103(3): 942–51. doi.org/10.3945/ajcn.115.115188.
43. Mocchegiani E, Romeo J, Malavolta M, Costarelli L, Giacconi R, Diaz LE, et al. Zinc: dietary intake and impact of supplementation on immune function in elderly. *Age (Dordr)*. 2013;3(3):839–60. doi.org/10.1007/s11357-011-9377-3.
44. Wong CP, Magnusson KR, Ho E. Increased inflammatory response in aged mice is associated with age-related zinc deficiency and zinc transporter dysregulation. *J Nutr Biochem*. 2013;24(1):353–9. doi.org/10.1016/j.jnutbio.2012.07.005.
45. Haase H, Overbeck S, Rink L. Zinc supplementation for the treatment or prevention of disease: current status and future perspectives. *Exp Gerontol* 2008;43(5):394–408. doi.org/10.1016/j.exger.2007.12.002.
46. Olza, J., Aranceta-Bartrina J, González-Gross M, Ortega RM, Serra-Majem L, Varela-Moreiras G, et al. Reported Dietary Intake and Food Sources of Zinc, Selenium, and Vitamins A, E and C in the Spanish Population: Findings from the ANIBES Study. *Nutrients*. 2017;9(7):697. doi.org/10.3390/nu9070697.
47. Busti F, Campostrini N, Martinelli N, Girelli D. Iron deficiency in the elderly population, revisited in the hepcidin era. *Front Pharmacol*. 2014;5:83. doi.org/10.3389/fphar.2014.00083.
48. Guralnik JM, Eisenstaedt RS, Ferrucci L, Klein HG, Woodman RC. Prevalence of anemia in persons 65 years and older in the United States: evidence for a high rate of unexplained anemia. *Blood* 2004;104(8):2263–8. doi.org/10.1182/blood-2004-05-1812.
49. Patel KV. Epidemiology of anemia in older adults. *Semin Hematol*. 2008;45(4): 210–7. doi.org/10.1053/j.seminhematol.2008.06.006.
50. Traglia M, Girelli D, Biino G, Campostrini N, Corbella M, Sala C, et al. Association of HFE and TMPRSS6 genetic variants with iron and erythrocyte parameters is only in part dependent on serum hepcidin concentrations. *J Med Genet*. 2011;48(9):629–34. doi.org/10.1136/jmedgenet-2011-100061.

51. Andr  s E, Serraj K, Federici L, Vogel T, Kaltenbach G. Anemia in elderly patients: new insight into an old disorder. *Geriatr Gerontol Int* 2013;13(3):519–27. doi.org/10.1111/ggi.12017
52. Beydoun MA, Shroff MR, Beydoun HA, Zonderman AB. Serum folate, vitamin B-12, and homocysteine and their association with depressive symptoms among U.S. adults. *Psychosom Med* 2010;72(9):862–73. doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181f61863
53. Allen LH. How common is vitamin B-12 deficiency? *Am J Clin Nutr* 2009;89(2):693S–6S. doi.org/10.3945/ajcn.2008.26947A.
54. Sturtzel B, Dietrich A, Wagner KH, Gisinger C, Elmadfa I. The status of vitamins B6, B12, folate, and of homocysteine in geriatric home residents receiving laxatives or dietary fiber. *J Nutr Health Aging*. 2010;14(3):219–23. doi.org/10.1007/s12603-010-0053-6.
55. Pfeiffer CM, Caudill SP, Gunter EW, Osterloh J, Sampson EJ. Biochemical indicators of B vitamin status in the US population after folic acid fortification: results from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2000. *Am J Clin Nutr*. 2005;82(2):442–50. doi.org/10.1093/ajcn.82.2.442
56. World Health Organization (2016) Whoqol-Bref: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment; Programme on Mental Health, World Health Organization: Geneva, Switzerland
57. Campos AC, Ferreira e Ferreira E, Vargas AM, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2014;12:166. doi.org/10.1186/s12955-014-0166-4
58. Addington-Hall J, Kalra L. Who should measure quality of life? *BMJ* 2001;322(7299): 1417–1420. doi.org/10.1136/bmj.322.7299.1417.
59. Tajvar, M, Arab M, Montazeri A. Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health*. 2008;8:323. doi.org/10.1186/1471-2458-8-323.
60. Bize R, Johnson JA, Plotnikoff RC. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population: a systematic review. *Prev Med* 2007;45(6):401–15. doi.org/10.1016/j.ypmed.2007.07.017
61. Keller HH, Østbye T, Goy R. Nutritional risk predicts quality of life in elderly community-living Canadians. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59(1):68–74.

62. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002;324(7351): 1417. doi.org/10.1136/bmj.324.7351.1417.
63. Hesse BW, Gaysynsky A, Ottenbacher A, Moser RP, Blake KD, Chou WY, et al. Meeting the healthy people 2020 goals: using the Health Information National Trends Survey to monitor progress on health communication objectives. *J Health Commun*, 2014;19(12):1497–509. doi.org/10.1080/10810730.2014.954084.
64. [https://wayback.archive-](https://wayback.archive-it.org/5774/20220413182850/https://www.healthypeople.gov/2020/)
[it.org/5774/20220413182850/https://www.healthypeople.gov/2020/](https://wayback.archive-it.org/5774/20220413182850/https://www.healthypeople.gov/2020/) (προσβάσιμο 22.1.2025)
65. The White House. Biden-Harris Administration National Strategy on Hunger, Nutrition, and Health. (2022). Available at: <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2022/09/White-House-National-Strategy-on-Hunger-Nutrition-and-Health-FINAL.pdf>
66. Kringelbach ML. The pleasure of food: underlying brain mechanisms of eating and other pleasures. *Flavour*. 2015;4:20. doi: 10.1186/s13411-014-0029-2.
67. Roberts SB, Silver RE, Das SK, Fielding RA, Gilhooly CH, Jacques PF, et al. Healthy Aging-Nutrition Matters: Start Early and Screen Often. *Adv Nutr*. 2021;12(4):1438–1448. doi.org/10.1093/advances/nmab032.
68. Dwyer JT, Gahche JJ, Weiler M, Arensberg MB. Screening Community-Living Older Adults for Protein Energy Malnutrition and Frailty: Update and Next Steps. *J Community Health*. 2020;45(3):640–660. doi.org/10.1007/s10900-019-00739-1
69. Trichopoulou, A, Martínez-González MA, Tong TY, Forouhi NG, Khandelwal S, Prabhakaran D, et al. Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Med*. 2014;12:112. doi.org/10.1186/1741-7015-12-112.
70. Pérez-Tasigchana RF, León-Muñoz LM, López-García E, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P. Mediterranean Diet and Health-Related Quality of Life in Two Cohorts of Community-Dwelling Older Adults. *PloS One*. 2016;11(3):e0151596. doi.org/10.1371/journal.pone.0151596.
71. Hu FB. Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. *Curr Opin Lipidol* 2002;13(1):3–9. doi.org/10.1097/00041433-200202000-00002.
72. Galilea-Zabalza I, Buil-Cosiales P, Salas-Salvadó J, Toledo E, Ortega-Azorín C, Díez-Espino J, et al. Mediterranean diet and quality of life: Baseline cross-

- sectional analysis of the PREDIMED-PLUS trial. PLoS One 2018;13(6):e0198974. doi.org/10.1371/journal.pone.0198974.
73. Muñoz MA, Fito M, Marrugat J, Covas MI, Schröder H, REGICOR and HERMES investigators (2009). Adherence to the Mediterranean diet is associated with better mental and physical health. Br J Nutr. 2009;101(12):1821–7. doi.org/10.1017/S0007114508143598.
 74. Sanchez-Aguadero N, Alonso-Dominguez R, Garcia-Ortiz L, Agudo-Conde C, Rodriguez-Martin C, de Cabo-Laso A, et al. Diet and physical activity in people with intermediate cardiovascular risk and their relationship with the health-related quality of life: results from the MARK study. Health Qual Life Outcomes, 2016;14(1):169. doi.org/10.1186/s12955-016-0572-x.
 75. Henríquez Sánchez P, Ruano C, de Irala J, Ruiz-Canela M, Martínez-González MA, Sánchez-Villegas A. Adherence to the Mediterranean diet and quality of life in the SUN Project. Eur J Clin Nutr 2012;66(3):360–8. doi.org/10.1038/ejcn.2011.146.
 76. Carson TL, Hidalgo B, Ard J D, Affuso O. Dietary interventions and quality of life: a systematic review of the literature. J Nutrition Educ Behav. 2014;46(2):90–101. doi.org/10.1016/j.jneb.2013.09.005.
 77. Rosenthal U, Charles MT, Hart P. Coping with Crises: The Management of Disasters, Riots and Terrorism. Springfield: Charles Thomas,1989
 78. Sharpe WF. Capital asset prices: a theory of market equilibrium under conditions of risk. The Journal of Finance 1964, 19: 425-442.
 79. Erol M, Apak S, Atmaca M, Öztürk S. Management measures to be taken for the enterprises in difficulty during times of global crisis: An empirical study. Published by Elsevier, Procedia Social and Behavioral Sciences 24,2011
 80. Ταλιουρίδου Σ. Οι οικονομικές κρίσεις στην Ελλάδα από την εποχή του Τρικούπη μέχρι σήμερα. Ομοιότητες και διαφορές. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Παν. Μακεδονίας, 2012.
 81. Κακούσιου Αικ. Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ποιότητα διατροφής της τρίτης ηλικίας. Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας; 2016.
 82. Καραμαλίκης Α. Η Οικονομική κρίση και η διαχρονική εξέλιξη της Κοινωνικής πολιτικής: Ευρωπαϊκή και Ελληνική διάσταση, Πτυχιακή Εργασία, ΕΚΠΑ, 2019.

83. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health* 2013;103(6):973–979.
doi.org/10.2105/AJPH.2012.301126.
84. Panagiotakos D, Foscolou A. Cardiovascular disease risk status during the years of the financial crisis: The Greek case. *Hellenic J Cardiol*. 2019;60(3):189- 190. doi: 10.1016/j.hjc.2019.03.005.
85. Simou E, Koutsogeorgou E. Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: A systematic review. *Health Policy* 2014;115(2-3):111–9. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.02.002.
86. Kotsiou OS, Zouridis S, Kosmopoulos M, Gourgoulidis KI. Impact of the financial crisis on COPD burden: Greece as a case study. *Eur Respir Rev*. 2018;27(147):170106. doi: 10.1183/16000617.0106-2017.
87. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: Omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011;378(9801):1457–8. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61556-0.
88. Madianos MG, Alexiou T, Patelakis A, Economou M Suicide, unemployment and other socioeconomic factors: Evidence from the economic crisis in Greece. *Eur J Psychiat*. 2014;28(1):39–49. doi.org/10.4321/S0213-61632014000100004.
89. Mechili AE, Kalokairinou A, Kaitelidou D, Diomidous M. Greece Financial Crisis and Quality of Life. *Studies in health technology and informatics*. 2015;213:207–209. doi.org/10.3233/978-1-61499-538-8-207.
90. Economou M, Madianos M, Peppou LE, Patelakis A, Stefanis CN. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disord*. 2013;145(3):308–14. doi: 10.1016/j.jad.2012.08.008.
91. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet* 2013;381(9874):1323–31. [doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6).
92. Grammatikopoulou M, Metos E, Hassapidou M, Tsigga M. Food insecurity among elderly in athens. *Clinical Nutrition* 2012;S7(1):46. doi:10.1016/s1744-1161(12)70104-7.
93. Fávaro-Moreira NC, Krausch-Hofmann S, Matthys C, Vereecken C, Vanhauwaert E, Declercq A. et al. Risk Factors for Malnutrition in Older Adults: A Systematic

- Review of the Literature Based on Longitudinal Data. *Adv Nutr* 2016;7(3):507–22. doi.org/10.3945/an.115.011254.
94. FAO. Trade Reforms and Food Security :conceptualizing the linkages. Rome, Italy: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2003.
 95. UN (2015) Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. UN; New York, NY, USA. 2015 <https://sdgs.un.org/2030agenda>.
 96. Ballard TJ, Kepple AW, Cafiero C. The Food Insecurity Experience Scale: Development of a Global Standard for Monitoring Hunger Worldwide. Rome: Food and Agriculture Organization of the United Nations; 2013.
 97. Loopstra R, Reeves A, McKee M, Stuckler D. (2016). Food insecurity and social protection in Europe: Quasi-natural experiment of Europe's great recessions 2004-2012. *Prev Med.* 2016;89:44–50. doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.05.010.
 98. Murphy GC, Athanasou J A. The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organisational Psychology.* 1999;72:83-99. doi:10.1348/096317999166518.
 99. Calvo-Porrall C, Stanton JL, Lévy-Mangin J-P. Is the economic crisis changing marketing strategies? Evidence from the food industry. *J Glob Mark.* 2016;29(1):29–39. doi.org/10.1080/08911762.2015.1122138.
 100. Bogomolova S, Dunn S, Trinh G, Taylor J, Volpe RJ. Price promotion landscape in the US and UK: depicting retail practice to inform future research agenda. *J Retail Consum Serv.* 2015;25:1–11. doi.org/10.1016/j.jretconser.2014.08.017.
 101. Layte R, McCrory C. Fiscal crises and personal troubles: the great recession in Ireland and family processes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(9):987–1001. doi.org/10.1007/s00127-018-1551-9.
 102. Macy JT, Chassin L, Presson CC. Predictors of health behaviors after the economic downturn: a longitudinal study. *Soc Sci Med.* 2013;89:8–15. doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.04.020.
 103. Kolak M, Bradley M, Block DR, Pool L, Garg G, Toman CK, et al. Urban foodscape trends: disparities in healthy food access in Chicago, 2007-2014. *Health Place* 2018;52:231–9. doi.org/10.1016/j.healthplace.2018.06.003.
 104. Hartini TN, Winkvist A, Lindholm L, Stenlund H, Surjono A, Hakimi M. Energy intake during economic crisis depends on initial wealth and access to rice

- fields: the case of pregnant Indonesian women. *Health Policy* 2002;61(1):57–71. doi: 10.1016/s0168-8510(01)00210-x.
105. Arroyo P, Loria A, Méndez O. Changes in the household calorie supply during the 1994 economic crisis in Mexico and its implications on the obesity epidemic. *Nutr Rev* 2004; 62(7 Pt 2):S163–8. doi.org/10.1111/j.1753-4887.2004.tb00088.x.
 106. Monteiro CA, Moubarac JC, Cannon G, Ng SW, Popkin B. Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system. *Obes Rev*. 2013;14:(Suppl 2):21–8. doi.org/10.1111/obr.12107.
 107. Brinkman H-J, Pee S. de, Sanogo I, Subran L, Bloem M W. High food prices and the global financial crisis have reduced access to nutritious food and worsened nutritional status and health. *Journal Nutr*. 2010;140(1):153S-61S. doi: 10.3945/jn.109.110767.
 108. Norte A, Sospedra I, Ortíz-Moncada R. Influence of economic crisis on dietary quality and obesity rates. *Int J Food Sci Nutr*. 2019;70(2):232–239. doi: 10.1080/09637486.2018.1492523.
 109. Bonaccio M, Di Castelnuovo A, Bonanni A, Costanzo S, Persichillo M, Cerletti C. et al. Socioeconomic status and impact of the economic crisis on dietary habits in Italy: Results from the INHES study. *J Public Health (Oxf)*. 2018;40(4):703–712. doi: 10.1093/pubmed/idx144.
 110. Bonaccio M, Bes-Rastrollo M, de Gaetano G, Iacoviello L. Challenges to the Mediterranean diet at a time of economic crisis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2016;26(12):1057–1063. doi:10.1016/j.numecd.2016.07.005.
 111. Fidanza F, Alberti A, Fruttini D. The Nicotera diet: the reference Italian Mediterranean diet. *World Rev Nutr Diet* 2005;95:115–121. doi.org/10.1159/000088278.
 112. da Silva R, Bach-Faig A, Raidó Quintana B, Buckland G, Vaz de Almeida MD, Serra-Majem L. Worldwide variation of adherence to the Mediterranean diet, in 1961-1965 and 2000-2003. *Public Health Nutr*. 2009;12(9A):1676–84. doi.org/10.1017/S1368980009990541.
 113. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohooou C, Vlismas K, Skoumas Y, Palliou K, et al. Dietary habits mediate the relationship between socio-economic status and CVD factors among healthy adults: The ATTICA study. *Public Health Nutr* 2008a;11(12):1342–9. doi: 10.1017/S1368980008002978.

114. Katsarou A, Tyrovolas S, Psaltopoulou T, Zeimbekis A, Tsakountakis N, Bountziouka V, et al. Socio-economic status, place of residence and dietary habits among the elderly: the Mediterranean islands study. *Public Health Nutr* 2010;13(10):1614–21. doi.org/10.1017/S1368980010000479.
115. Saulle R, Semyonov L, La Torre G. Cost and cost-effectiveness of the Mediterranean diet: results of a systematic review. *Nutrients*. 2013;5(11):4566–86. doi.org/10.3390/nu5114566.
116. Lo Y T, Chang Y H, Lee MS, Wahlqvist ML. Health and nutrition economics: diet costs are associated with diet quality. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2009;18(4):598–604.
117. Jenkins RH, Vamos EP, Taylor-Robinson D, Millett C, Lavery AA. Impacts of the 2008 Great Recession on dietary intake: a systematic review and meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2021;18(1):57. doi.org/10.1186/s12966-021-01125-8.
118. Grammatikopoulou MG, Gkiouras K, Theodoridis X, Tsisimiri M, Markaki AG, Chourdakis M, et al. Food insecurity increases the risk of malnutrition among community-dwelling older adults. *Maturitas* 2019;119:8–13. doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.10.009.
119. Chatzivagia E, Pepa A, Vlassopoulos A, Malisova O, Filippou K, Kapsokefalou M. Nutrition Transition in the Post-Economic Crisis of Greece: Assessing the Nutritional Gap of Food-Insecure Individuals. A Cross-Sectional Study. *Nutrients*. 2019;11(12):2914. <https://doi.org/10.3390/nu11122914>.
120. Foscolou A, Tyrovolas S, Soulis G, Mariolis A, Piscopo S, Valacchi G, et al. The Impact of the Financial Crisis on Lifestyle Health Determinants Among Older Adults Living in the Mediterranean Region: The Multinational MEDIS Study (2005-2015). *J Prev Med Public Health* 2017;50(1):1–9. doi.org/10.3961/jpmph.16.101.
121. Karamatskou C, Nikitidis N. The impact of the economic crisis on the dietary habits of older people in Greece. *J Sport Health Res* 2021;13(1):43-56.
122. Κέντρο Προγραμματισμού και Οικονομικών Ερευνών. Αξιολογήση επιλεγμένων διαρθρωτικών μεταρρυθμίσεων που αφορούν στον ανταγωνισμό και οι επιπτώσεις τους σε βασικά οικονομικά μεγέθη, Αθήνα 2017.

123. Vlontzos G, Duquenne MN. Identification of decision making for food under economic crisis: the case of Greece. *Proc Tech.* 2013;8:306–14. doi.org/10.1016/j.protecy.2013.11.041.
124. Fadzil SM, Osman I, Ismail S, Hashim MH, Khamis MR. Does financial support improve the well-being of the elderly? PROCEEDINGS OF 8TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON ADVANCED MATERIALS ENGINEERING & TECHNOLOGY (ICAMET 2020). [AIP Conference Proceedings](#). 2021;2347(1):020182. doi:10.1063/5.0051777.
125. Bloem MW, Semba RD, Kraemer K. Castel Gandolfo workshop: an introduction to the impact of climate change, the economic crisis, and the increase in the food prices on malnutrition. *J Nutr.* 2010 Jan;140(1):132S-5S
126. Theodoridis X, Grammatikopoulou MG, Gkiouras K, et al. Food insecurity and Mediterranean diet adherence among Greek university students. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2018;28(5):477-485
127. Yannakoulia M, Lykou A, Kastorini CM, Saranti Papasaranti E, Petralias A, Veloudaki A, (2016). Socioeconomic and lifestyle parameters associated with diet quality of children and adolescents using classification and regression tree analysis: The DIATROFI study. *Public Health Nutr.* 2016;19(2):339–47. doi: 10.1017/S136898001500110X.
128. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chryschoou C, Vlismas K, Skoumas Y, Palliou K, et al. The effect of clinical characteristics and dietary habits on the relationship between education status and 5-year incidence of cardiovascular disease: The ATTICA study. *Eur J Nutr.* 2008b;47(5):258–65. doi: 10.1007/s00394-008-0720-0.
129. Kollia N, Panagiotakos DB, Georgousopoulou E, Chryschoou C, Tousoulis D, Stefanadis C, Papageorgiou C, Pitsavos C. Exploring the association between low socioeconomic status and cardiovascular disease risk in healthy Greeks, in the years of financial crisis (2002-2012): The ATTICA study. *Int J Cardiol.* 2016, 15;223:758-763.
130. Christian P. Impact of the economic crisis and increase in food prices on child mortality: exploring nutritional pathways. *J Nutr.* 2010;140(1):177S-81S
131. Pee S. de, Brinkman H-J, Webb P, Godfrey S, Darnton-Hill I, Alderman H, et al. How to ensure nutrition security in the global economic crisis to protect and

- enhance development of young children and our common future. *J Nutr.* 2010;140(1): 138S–42S. doi: 10.3945/jn.109.112151.
132. Evans RG, McGrail KM, Morgan SG, Barer ML, Hertzman C. Apocalypse no: population aging and the future of health care systems. *Can J Aging.* 2001;20(S1):160–191.
 133. Kosti RI, Kannellopoulou A, Notara V, Antonogeorgos, G, Rojas-Gil, AP, Kornilaki EN., et al. Household food spending, parental and childhood's diet quality, in financial crisis: a cross-sectional study in Greece. *Eur J Public Health* 2021;31(4):822–828. doi.org/10.1093/eurpub/ckab076.
 134. Darmon N, Drewnowski A. (2015). Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: a systematic review and analysis. *Nutr. Rev.* 2015;73(10):643–60. doi.org/10.1093/nutrit/nuv027.
 135. Noh JW, Kim KB, Lee JH, Kim MH, Kwon YD. Relationship of health, sociodemographic, and economic factors and life satisfaction in young-old and old-old elderly: a cross-sectional analysis of data from the Korean Longitudinal Study of Aging. *J Phys Ther Sci.* 2017;29(9):1483–1489. doi.org/10.1589/jpts.29.1483.
 136. Huang R, Ghose B, Tang S. Effect of financial stress on self-rereported health and quality of life among older adults in five developing countries: a cross sectional analysis of WHO-SAGE survey. *BMC Geriatr* 2020;20(1): 288. doi.org/10.1186/s12877-020-01687-5.