



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΗΣ ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΤΗΝ ΛΑΡΙΣΑ

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

Ερνίκιοϊλη Γεωργία

Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Παραλίκας Θεοδόσης, Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,
Επιβλέπων Καθηγητής

Κοτρώτσιου Ευαγγελία, Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Μέλος
Τριμελούς Επιτροπής

Κοτρώτσιου Στυλιανή, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2019



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ



**INVESTIGATION OF THE PHYSICAL AND
PSYCHOLOGICAL LEVEL OF THE ELDERLY PEOPLE
OF LARISSA**

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	5
Abstract	6
Εισαγωγή	7
Γενικό Μέρος	
1. Υγής γήρανση και ευπάθεια	8
2. Σωματική δραστηριότητα και κοινωνική συμμετοχή	11
3. Φροντίδα στο σπίτι και σωματική κατάσταση	13
4. Ευπάθεια και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2	15
5. Τακτική σωματική δραστηριότητα και υγής γήρανση	18
6. Οι στόχοι των προγραμμάτων σωματικής δραστηριότητας	20
6.1 Κίνδυνοι και ανεπιθύμητα συμβάντα.....	22
7. Κοινωνικές, δημογραφικές και ψυχολογικές θεωρήσεις	24
8. Ψυχικές διαταραχές των ηλικιωμένων	26
8.1 Σχέση μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και ψυχικής υγείας	26
8.2 Κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και ψυχική υγεία	28
8.3 Άνοια και επιδείνωση της ποιότητας ζωής	30
Ειδικό μέρος	
1.Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα.....	32
2.Υλικά και μέθοδοι.....	32
3.Αποτελέσματα.....	34
Συζήτηση.....	52
Βιβλιογραφία.....	56

Ευχαριστίες

Σε αυτό το σημείο αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου και τις θερμές μου ευχαριστίες σε ορισμένους ανθρώπους που η συμβουλή και η συμπαράσταση τους ήταν πολύτιμη και καθοριστική στην ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής μου εργασίας.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας Θεοδόσιο Παραλίκα, Επίκουρο καθηγητή στο Τμήμα Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλίας, για την καθοδήγηση, τις πολύτιμες συμβουλές, την αμέριστη βοήθεια, τη συμπαράσταση και τη διάθεση του πολύτιμου χρόνου του οποιαδήποτε στιγμή χρειάστηκε. Ευχαριστώ επίσης τα μέλη της συμβουλευτικής επιτροπής, κ. Κοτρώτσιου Στυλιανή και κ. Κοτρώτσιου Ευαγγελία - για την εμπιστοσύνη που μου δείξαν για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας.

Κλείνοντας αλλά όχι τελευταία θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένεια μου και ιδιαίτερα στους γονείς μου για την ηθική και υλική τους στήριξη και τους ευγνωμονώ που στέκονται πάντα δίπλα μου τόσο στις επιτυχίες όσο και στις αποτυχίες δίνοντας μου ελπίδα και δύναμη να συνεχίζω να προσπαθώ για τους στόχους και τα όνειρα μου. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλα τα άτομα όπου συνέβαλαν στην παρούσα διπλωματική εργασία, όλους αυτούς που πήραν μέρος εθελοντικά, τους ανθρώπους που ήταν δίπλα μου και κυρίως τους φίλους μου.

Περίληψη στα Ελληνικά - Λέξεις κλειδιά

Εισαγωγή: Λόγω όλο και τις περισσότερης αύξησης των ατόμων όπου ανήκουν στην τρίτη ηλικία στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια και με βάση τις πρόσφατες μελέτες θα γίνει αύξηση αυτών είναι όλο και μεγαλύτερος ο προβληματισμός για την κατάσταση της σωματικής και ψυχικής υγείας τους.

Στόχος: της παρούσας διπλωματική/ερευνητικής εργασίας είναι η αξιολόγηση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων όπου ζουν στην πόλη της Λάρισας

Μεθοδολογία: Η μελέτη χαρακτηρίζεται ως περιγραφική μελέτη συσχέτισης και ο σχεδιασμός της ήταν συγχρονικού τύπου. Τον μελετώμενο πληθυσμό αποτελούν ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες όπου μένουν στη Λάρισα. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 100 άτομα. Εφαρμόστηκε η μέθοδος δειγματοληψίας μη πιθανότητας και ειδικότερα η τεχνική της δειγματοληψίας ευκολίας. Η συλλογή του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε με ένα ειδικό, ανώνυμο και αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο που αφορούσε τη διερεύνηση της πολιτισμικής επάρκειας. Το ερωτηματολόγιο απαρτιζόταν από ερωτήσεις για τα ατομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ανδρών. Περιελάμβανε επίσης και ένα ερωτηματολόγιο για την γενική υγεία (GHQ-28) με υποκλίμακες τα σωματικά συμπτώματα, άγχος/αυπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και σοβαρή κατάθλιψη

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι τα ηλικιωμένα άτομα στην γενική τους εικόνα όσον αφορά την σωματική και την ψυχική υγεία είναι σε μια μέση κατάσταση και το ίδιο ισχύει και για τα ερωτήματα που βρίσκονται στις τέσσερις υποκλίμακες. Αναλύθηκαν όλα τα χαρακτηριστικά τους, εκτός από την κατοικία όπου είναι ίδια σε όλους, σε σχέση με τις τέσσερις υποκλίμακες. Υπήρξαν αρκετά χαρακτηριστικά όπου επηρεάζουν την γενική υγεία των ηλικιωμένων, άλλα περισσότερο άλλα λιγότερο. Βρέθηκε ότι οι τέσσερις υποκλίμακες επηρεάζουν η μία την άλλη στατιστικά σημαντικά. Επίσης σημαντικό ρόλο παίζει η μόρφωσή τους αλλά και το εισόδημά τους, ενώ δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ του φύλου.

Συμπεράσματα: Δεν βρέθηκαν σημαντικές αλλαγές μεταξύ των δυο φύλων τόσο στην σωματική όσο και στην ψυχική υγεία. Σημαντικό βαθμό στην γενική υγεία των ηλικιωμένων παίζει η οικογενειακή τους κατάσταση, το μορφωτικό τους επίπεδο αλλά και ο μισθός τους. Πρέπει να γίνει εκτενέστερη μελέτη με μεγαλύτερο αριθμό ατόμων ώστε να είναι στατιστικώς σημαντικά τα αποτελέσματα και οι διαφορές όπου μπορεί να προκύψουν τόσο στο σύνολό τους αλλά και ανάλογα το φύλο.

Λέξεις-Κλειδιά: ψυχική υγεία, σωματική υγεία, ηλικιωμένα άτομα,

Abstract

Theme: Due to the increasing number of elderly people in Greece in recent years and recent studies will increase them, there is a growing concern about their physical and psychological health level.

Purpose: The purpose of this thesis is to evaluate the physical and psychological health of elder people living in the city through questions.

Methodology: The study was described as a descriptive correlation study and its design was cross-sectional. The population of this study are older men and women living in the city. The sample consisted of 100 people. The non-probability sampling method and in particular the convenience sampling technique were applied. The empirical research material was collected through a special, anonymous and self-completed questionnaire on cultural competence research. The questionnaire consisted of questions about the individual characteristics of older men. They also included a General Health Questionnaire (GHQ-28) with somatic-scale physical symptoms, anxiety / insomnia, social dysfunction and severe depression

Results: Elderly people of physical and mental health were found to be in an average condition and the same was true for the questions on the four subscales. All of their characteristics were analyzed in all the four scales, except the accommodation where they are the same. There have been several characteristics that affect the general health of the elderly, more so others less so. Was found that the four subscales had a statistically significant effect on each other. Education also plays an important role where they have their salary and there are not significant differences in gender.

Conclusions: No significant gender differences were found in both physical and mental health. Important factors in the general health of the elderly are their marital status, their educational level and their salary. A larger study with a larger number of individuals needs to be undertaken in order to have statistically significant results and differences where both sex and gender may occur.

Key words: mental health, physical health, elderly people

Εισαγωγή

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η γήρανση του πληθυσμού επιταχύνεται σε όλο τον κόσμο, πράγμα που καθιστά σημαντικό να αναλογιστούμε τις συνθήκες υπό τις οποίες οι άνθρωποι γηράσκουν. Η γήρανση είναι μια πολύπλοκη διεργασία με πολλές πτυχές, που περιλαμβάνουν συζητήσεις για την υγεία, την εκπαίδευση, την κοινωνική πρόνοια, την κοινωνική ασφάλιση και τη στέγαση, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών και οικονομικών πτυχών που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του γηράσκοντος πληθυσμού. Πρέπει να αναληφθεί κάποια πρωτοβουλία για μια σύνδεση μεταξύ των δημόσιων πολιτικών οι οποίες πρέπει να στοχεύουν στην κοινωνική προστασία και την αντιμετώπιση των κοινωνικών ανισοτήτων (Ferreiraetal., 2017).

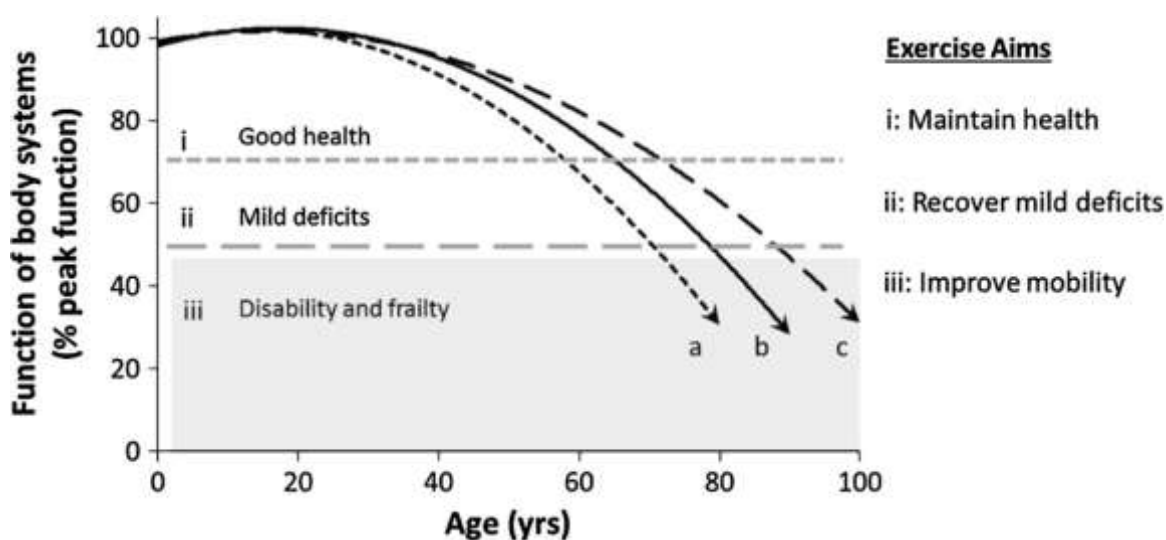
Το φαινόμενο της ποιότητας ζωής στον τομέα της υγείας έχει διαμορφωθεί με δύο διαφορετικούς τρόπους: ο πρώτος αφορά στην ποιότητα ζωής και ο δεύτερος στην υγεία. Ο πρώτος παρουσιάζει μια ευρύτερη έννοια που χρησιμοποιείται στις κοινωνιολογικές μελέτες και αφορά την πολιτιστική και κοινωνική κινητοποίηση που επιβάλλει αυτό το φαινόμενο στην κοινωνία και δεν αναφέρεται μόνο ως διαδικασία ασθένειας ή τραυματισμού. Όσον αφορά τις διαφορετικές προσεγγίσεις, έννοιες και αξιολογήσεις, η επιστημονική βιβλιογραφία περιλαμβάνει αρκετές έρευνες σχετικά με αυτό το φαινόμενο (Ferreiraetal., 2017).

Η έννοια της ποιότητας ζωής μπορεί να θεωρηθεί ως πολυδιάστατη, σύμφωνα με μια γενική ή ολιστική προσέγγιση. Έχοντας υπόψη αυτή την πολυδιάστατη μορφή, είναι γνωστό ότι οι κοινωνικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ανθρώπων, ιδιαίτερα των ηλικιωμένων (Ferreiraetal., 2017).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Υγείας γήρανση και ευπάθεια

Τα στοιχεία από το Γραφείο Εθνικών Στατιστικών του Ηνωμένου Βασιλείου (Βρετανία ζ) (UK Office for National Statistics, 2012) προβλέπουν αύξηση του πληθυσμού ηλικίας άνω των 60 ετών, από 17% το 2010 σε περίπου 23% έως το 2035. Η ταχύτερη αύξηση προβλέπεται για τους πλέον ηλικιωμένους. Τα άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών αυξάνονται από 1,4 εκατομμύρια σε περίπου 3,5 εκατομμύρια. Μια γενική σχηματική αναπαράσταση της γήρανσης παρουσιάζεται στο Σχήμα 1. Μετά την ηλικία των περίπου 40 ετών είναι δυνατό να ανιχνευθεί η φθορά της λειτουργίας των φυσιολογικών συστημάτων, με συναφείς ανατομικές και άλλες δομικές αλλαγές. Για παράδειγμα, οι προοδευτικές ελαττώσεις της γνωσιακής λειτουργίας επηρεάζουν τη μνήμη και τη μάθηση. Σημειώνεται ατροφία του μυοσκελετικού συστήματος που γίνεται σταδιακά ασθενέστερη (γνωστή ως σαρκοπενία) και μειώνεται η οστική πυκνότητα που οφείλεται στη γήρανση και οδηγεί σε οστεοπενία και οστεοπόρωση. Η χρονολογική ηλικία αποτελεί έναν συχνά πολύ καλό προγνωστικό παράγοντα της κατάστασης της υγείας, της επιβάρυνσης των ασθενειών και της σωματικής ικανότητας, αλλά υπάρχει σημαντική μεταβλητότητα μεταξύ ατόμων, με ορισμένους ηλικιωμένους να έχουν πολύ καλή υγεία, ενώ άλλοι δείχνουν επιτάχυνση της αδυναμίας, της αναπηρίας και της ευπάθειας (McPheeetal., 2016).



Εικ. 1. Σχηματική απεικόνιση της πορείας της γήρανσης και των ατομικών αναγκών άσκησης. Η καλή φυσιολογική λειτουργία διατηρείται μέχρι τη μέση ηλικία και στη συνέχεια επιδεινώνεται

σταδιακά. Η άνω οριζόντια διακεκομμένη γραμμή αντιπροσωπεύει ένα θεωρητικό σημείο στο οποίο η φθορά εμφανίζεται ως μέτρια λειτουργικά ελλείμματα και πάνω από αυτή τη γραμμή ο γενικός στόχος της σωματικής δραστηριότητας είναι η διατήρηση της καλής υγείας. Η χαμηλότερη οριζόντια διακεκομμένη γραμμή δείχνει ένα θεωρητικό όριο πέρα από το οποίο ένα άτομο υποφέρει από αναπηρία και ευπάθεια, οπότε ο στόχος της σωματικής δραστηριότητας είναι να ανακτήσει τα ελλείμματα και να βελτιώσει την κινητικότητα. Οι καμπύλες γραμμές αντιπροσωπεύουν α) μια επιταχυνόμενη γήρανση, β) μια φυσιολογική γήρανση και γ) μια υγιή γήρανση. Οι παρεμβάσεις άσκησης θα πρέπει να ταιριάζουν με τη σωματική ικανότητα, αντί να είναι αποτελεσματική η χρονολογική ηλικία αυτή καθεαυτή (McPheeetal., 2016).

Ο τρόπος ζωής και οι ιατρικές πρόοδοι που συμβάλλουν στη μακροζωία είναι εξαιρετικά επιτεύγματα, αλλά προκαλούν επίσης ανεπιθύμητες και σημαντικές κοινωνικές, οικονομικές και υγειονομικές προκλήσεις, καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται ταχύτερα από ό,τι η περίοδος ζωής με καλή υγεία. Για παράδειγμα, στη Βρετανία το μέσο προσδόκιμο ζωής για τις γυναίκες κατά τη γέννηση το 2008 ήταν 81,8 και στους άνδρες ήταν 77,7 έτη. Μέχρι το 2013 αυτό είχε αυξηθεί σε 82,9 για τις γυναίκες και 79,2 έτη για τους άνδρες. Κατά το ίδιο χρονικό διάστημα, το μέσο υγιές προσδόκιμο ζωής δεν άλλαξε πολύ ή έπεσε: για τις γυναίκες το 2008 ήταν 66,3 και για τους άνδρες ήταν 65 έτη, αλλά μέχρι το 2013 είχε πέσει σε 64,8 στις γυναίκες και 64,4 έτη στους άνδρες (Eurostat, 2015). Οι μυοσκελετικές διαταραχές είναι οι συνηθέστερες χρόνιες, ανασταλτικές συνθήκες, που επηρεάζουν το 14% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών. Αυτές ακολουθούνται από καρδιακές και κυκλοφορικές παθήσεις που επηρεάζουν το 10%, αναπνευστικές παθήσεις που επηρεάζουν το 6%, ενδοκρινικές ή μεταβολικές παθήσεις που επηρεάζουν το 6% και ψυχικές διαταραχές που επηρεάζουν το 4% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών. Η συχνότητα εμφάνισης αυτών των χρόνιων παθήσεων υπερδιπλασιάζεται στα 10 χρόνια που ακολουθούν τη συνταξιοδότηση. Από άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών, το 30% αναφέρει χρόνιες μυοσκελετικές παθήσεις. Το 32% αναφέρει καρδιακές και κυκλοφορικές παθήσεις και το 13% αναφέρει ενδοκρινικές ή μεταβολικές παθήσεις. Μια άλλη ανησυχία είναι ότι ο «λόγος εξάρτησης ηλικιωμένων» θα αλλάξει από τέσσερα άτομα σε ηλικία εργασίας για κάθε ηλικιωμένο συνταξιούχο, σε μόλις δύο άτομα σε ηλικία εργασίας για κάθε ηλικιωμένο συνταξιούχο στην Ευρώπη (Eurostat, 2014). Αυτή η μεταβολή του ποσοστού του εργατικού δυναμικού στο συνολικό πληθυσμό, ενδέχεται να δημιουργήσει εντάσεις στα οικονομικά, κοινωνικά και υγειονομικά συστήματα υποστήριξης, επομένως είναι σημαντικό να εφαρμοστούν στρατηγικές για τη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων (McPheeetal., 2016).

Η υγιής γήρανση έχει οριστεί ως η ικανότητα να οδηγήσει σε έναν υγιή, κοινωνικά περιεκτικό τρόπο ζωής, σχετικά ελεύθερο από ασθένεια ή αναπηρία και αυτό είναι πιθανότερο σε εκείνους

που ενεργούν για τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας τους. Τέτοιοι άνθρωποι συμμετείχαν στη μελέτη “MYOAGE” και ήταν σαφές ότι παρά τις προφανείς δυσκολίες με τις συνήθειες καθημερινές δραστηριότητες, η μεγάλη πλειονότητα των ηλικιωμένων ηλικίας 70 ετών είχε χαμηλότερη φυσιολογική λειτουργικότητα από τους νέους ενήλικες. Για παράδειγμα, οι ηλικιωμένοι ενήλικες είχαν υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) λόγω αυξημένης παχυσαρκίας, μικρότερους και ασθενέστερους μύες, ιδιαίτερα στα πόδια, χαμηλότερη οστική πυκνότητα, μειωμένη καρδιοαναπνευστική και μεταβολική λειτουργία και παρουσίαζαν κατώτερες επιδόσεις σε εξετάσεις γνωστικής λειτουργίας, σε σύγκριση με τους νέους (Sillanpaaetal. 2014). Άλλες μελέτες έχουν δείξει 30-50% λιγότερους κινητικούς νευρώνες που νευρώνουν τους μύες των ποδιών των υγιών ηλικιωμένων, σε σύγκριση με τους νέους, γεγονός που υποδηλώνει ότι η μεταβολή της κινητικής ικανότητας αποτελεί μέρος της φυσιολογικής διαδικασίας γήρανσης (Piasecki et al. 2016). Οι απώλειες κινητικών νευρώνων και μυϊκών ινών που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της γήρανσης δε μπορούν ποτέ να αναπληρωθούν, αλλά η δομή και η λειτουργία των καρδιοαναπνευστικών, μεταβολικών και μυοσκελετικών συστημάτων επιδέχονται βελτίωση μέσω της άσκησης, οπότε η περιγραφή ηλικιωμένων που ασκούνται πολύ συχνά, σαν επαγγελματίες αθλητές, είναι καλό να γίνεται γιατί προσθέτει νέες πληροφορίες. Οι αθλητές αυτοί ανταγωνίζονται τακτικά στον αθλητισμό και επιδεικνύουν εξαιρετική φυσική κατάσταση για την ηλικία τους. Συνήθως διατηρούν καλύτερη υγεία των οστών, των μυών, καρδιοαναπνευστική, μεταβολική και των νευρώνων, σε σύγκριση με μη αθλούμενους ανθρώπους όμοιων ηλικιών, αλλά είναι προφανές ότι τα φυσιολογικά συστήματα εξασθενούν σε μεγαλύτερη ηλικία, ακόμη και σε αυτούς που παραμένουν εξαιρετικά δραστήριοι (McPhee et al., 2016).

Οι προοδευτικές μειώσεις της φυσιολογικής λειτουργίας που συμβαίνουν συνήθως μέσα σε δεκαετίες, συνδέονται με μικρότερη ταχύτητα βαδίσματος και τις δυσκολίες που προκύπτουν από την καθιστή θέση και την προσπάθεια διατήρησης της ισορροπίας. Έχουν αναπτυχθεί τυποποιημένες αξιολογήσεις για να υποδείξουν τη σωματική ικανότητα σε μεγαλύτερη ηλικία, συμπεριλαμβανομένου του βαδίσματος διάρκειας 6 λεπτών και της δοκιμής επαναφοράς σε όρθια θέση από κάθισμα, διάρκειας 30 δευτερολέπτων. Η ομάδα εξετάσεων για την βραχεία φυσική επίδοση και αντοχή (Short Physical Performance Battery) αξιολογεί την κανονική ταχύτητα βαδίσματος σε απόσταση πάνω από 4 μέτρα, την εξισορρόπηση σε διαφορετικές θέσεις ποδιών και τον χρόνο για να ολοκληρωθούν 5 επαναφορές σε όρθια θέση από την καθιστική. Η μέγιστη βαθμολογία 12 επιτυγχάνεται εύκολα από υγιή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ μια βαθμολογία μικρότερη από 8 δηλώνει σαρκοπενία και ευπάθεια. Έτσι, η βαθμολογία μεταξύ 8 και 11 δείχνει τις μέτριες σωματικές βλάβες που σχετίζονται με τη σαρκοπενία (χαμηλή μυϊκή μάζα) και την «προ-ευπάθεια» (Bauer 2015). Η εξέταση “Timed Up and Go” (TUG) περιλαμβάνει επαναφορά σε όρθια θέση από καθιστική, βάδισμα γύρω από κώνο που βρίσκεται 3 μέτρα μακριά και επιστροφή σε καθιστική θέση στο αρχικό κάθισμα. Οι υγιείς άνδρες και γυναίκες ολοκληρώνουν τις κινήσεις

αυτές μέσα σε 7 δευτερόλεπτα (s) και οι ευπαθείς άνθρωποι χρειάζονται >10s (Bijlsmaetal. 2014; British Geriatric Society 2014), γεγονός που υποδηλώνει ότι η βαθμολογία μεταξύ 7-10s είναι ενδεικτική ενός σταδίου προ-ευπάθειας.

Η ευπάθεια αναγνωρίζεται κλινικά ως γηριατρικό σύνδρομο, που προκύπτει λόγω πολλαπλών ελλειμμάτων στα συστήματα οργάνων του σώματος. Οι ευπαθείς άνθρωποι βιώνουν σοβαρές βλάβες στη σωματική και ψυχική λειτουργία, που περιορίζουν την ικανότητά τους να ολοκληρώνουν τις απαραίτητες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Η ευπάθεια συνήθως διαγιγνώσκεται σύμφωνα με δύο ταξινομήσεις. Η κλίμακα Rockwood περιγράφει την ευπάθεια ως συσσώρευση «ελλειμμάτων», συμπεριλαμβανομένου του αριθμού των ληφθέντων φαρμάκων, του αριθμού των ασθενειών, της συχνότητας των ιατρικών επεμβάσεων και άλλων ψυχοκοινωνικών δεικτών. Ο φαινότυπος της αδυναμίας παρουσιάζει τουλάχιστον τρεις από τις ακόλουθες πέντε καταστάσεις: ακούσια απώλεια βάρους, χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, αργή ταχύτητα βηματισμού, εξάντληση και αδυναμία. Περίπου το 10% των ατόμων ηλικίας 65-75 ετών και το ήμισυ όλων των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών υποφέρουν από αδυναμία, η οποία επιδεινώνεται από χαμηλότερη κοινωνική θέση, συννοσηρότητες, χρήση φαρμάκων και μειωμένη ανοσία (Cleggetal. 2013). Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα ευπαθειών, αλλά συνήθως οι ευπαθείς άνθρωποι έχουν χαμηλή σωματική δραστηριότητα, λίγες κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, καθώς και πολλές χρόνιες παθήσεις που απαιτούν ιατρική φροντίδα. Είναι ευάλωτοι σε πτώσεις και μπορεί να μην ανακάμψουν πλήρως από ήπιους παράγοντες άγχους ή ασθένειες. Η ευπάθεια μπορεί να είναι μια δυναμική κατάσταση, καθώς μερικοί άνθρωποι με υψηλά επίπεδα εξάρτησης ή αναπηρίας μπορούν να ανακτήσουν την ανεξαρτησία τους, αν και παραμένουν σε μεγαλύτερο κίνδυνο μελλοντικών περιορισμών της κινητικότητας από εκείνους που ποτέ δεν ήταν ευάλωτοι (McPheeetal., 2016).

2. Σωματική δραστηριότητα και κοινωνική συμμετοχή

Τα στοιχεία των Ferreiraetal. (2017) αλλά και άλλων μελετών, δείχνουν την πρακτική των σωματικών δραστηριοτήτων ως στοιχείο που ευνοεί την ψυχοσωματική υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων σε διαδικασία γήρανσης (Battagliaetal., 2016). Σε μια συγχρονική μελέτη στη Φινλανδία, την Πολωνία και την Ισπανία, αξιολογήθηκαν καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και φάνηκε ότι η πρακτική της σωματικής άσκησης και η δημιουργία δεσμών μέσω της εισαγωγής των ηλικιωμένων σε κοινωνικές ομάδες, είναι ορισμένοι από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην αύξηση της ποιότητας ζωής του γηράσκοντος πληθυσμού (Raggiatal., 2016). Μια μελέτη στη Βραζιλία, έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι δεν απομονώθηκαν στο σπίτι. Αναζητούσαν ενεργό ένταξη σε ομάδες της τοπικής κοινωνίας, δημιουργώντας νέους δεσμούς και φιλίες (Mantovanietal., 2016).

Η αναζήτηση κοινωνικής αλληλεπίδρασης θεωρήθηκε επίσης από τους συμμετέχοντες ως ένα σημαντικό θέμα για την ποιότητα της ζωής. Έτσι, η μοναξιά θεωρείται ως αρνητική για την ευημερία. Μεταξύ των κινήτρων για συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες είναι η αναζήτηση της βελτίωσης της υγείας και της ποιότητας ζωής, καθώς και η διαφυγή από τη μοναξιά, στοιχεία που αποδεικνύουν τον σημαντικό ρόλο της κοινωνικής ένταξης των ηλικιωμένων στην ψυχική τους υγεία (Ferreiraetal., 2017).

Αναδεικνύεται επίσης η σημασία της υποστήριξης από οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, για μια υγιή γήρανση. Μια μελέτη από την Τουρκία, δείχνει ότι τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής στήριξης και η άσκηση δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, συμβάλλουν στην καλύτερη ποιότητα ζωής και σε χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (Unsaretal., 2015). Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν για μια ακόμη φορά τον τρόπο με τον οποίο η ανεξαρτησία και η κοινωνική συμμετοχή επηρεάζουν θετικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Ferreiraetal., 2017).

Από την άλλη πλευρά, η ευαίσθητη υγεία και οι ανικανότητες που επιβάλλει η γήρανση, τείνουν να αποδυναμώσουν την κοινωνική αλληλεπίδραση και τη συμμετοχή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες, με κινδύνους κοινωνικής απομόνωσης και περιορισμούς στον τρόπο ζωής. Έτσι, η ένταξη αυτών των ατόμων ελεύθερα σε κοινωνικές ομάδες αποφέρει οφέλη για την αλληλεπίδραση, όπως και ευνοεί τις αλλαγές στον τρόπο ζωής και τη διατήρηση μιας επιτυχημένης πορείας γήρανσης (Ferreiraetal., 2017).

Οι μελέτες σχετικά με την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, συνδέουν επίσης την αγοραστική δύναμη με την ποιότητα ζωής, καθώς επηρεάζουν την πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες, όπως για παράδειγμα ποιοτικά τρόφιμα και αναψυχή. Τα χρήματα επιτρέπουν την ποιότητα διατροφής και την άσκηση δραστηριοτήτων αναψυχής, που με τη σειρά τους σχετίζονται με πτυχές κοινωνικής ικανοποίησης. Αυτό επηρεάζει τη στάση απέναντι στη συμμόρφωση με τις συμβουλές των επαγγελματιών της υγείας, για την αγορά και κατανάλωση τροφίμων που απαιτούν καλύτερες οικονομικές συνθήκες (Ferreiraetal., 2017).

Η ανάγκη για χρήματα, για την άσκηση σωματικών δραστηριοτήτων, όπως τονίζεται από τους ηλικιωμένους, συνδέεται με την υπερεκτίμηση από τα μέσα και την κοινωνία, που οδηγεί σε «λατρεία» του σώματος. Η συνειδητοποίηση των πλεονεκτημάτων της άσκησης έχει αυξήσει τη ζήτηση για γυμναστήρια. Παρατηρείται η διάδοση πληροφοριών που όλο και περισσότερο ενθαρρύνουν την υιοθέτηση νέων συνηθειών ζωής και τη διατήρηση ενός υγιούς σώματος μεταξύ των ηλικιωμένων, πράγμα που δεν είναι πάντα εφικτό και έχει ως αποτέλεσμα την αποδόμηση της εικόνας των ηλικιωμένων, λόγω της επιρροής των μέσων ενημέρωσης (Ferreiraetal., 2017).

Η διάδοση πρακτικών που διατηρούν τις υγιεινές συνήθειες, είναι μια εναλλακτική λύση που επιτρέπει την διαβίωση σε μεγάλη ηλικία με λιγότερες χρόνιες ασθένειες ή λειτουργικές

διαταραχές. Ωστόσο, οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες στις οποίες ζει κάθε άνθρωπος, παρεμποδίζουν άμεσα την διατήρηση της ποιότητας του φαγητού και τη δυνατότητα διεξαγωγής δραστηριοτήτων, παράγοντες που μπορούν να καταστήσουν την προώθηση των υγιεινών συνηθειών ένα ακόμη πιο δύσκολο έργο για τους επαγγελματίες υγείας (Ferreiraetal., 2017).

Οι ηλικιωμένοι, ενώ είναι σε θέση να αναγνωρίσουν καθημερινές καταστάσεις μέσω παραδειγμάτων, στο λόγο τους εντοπίζονται εικόνες που περιγράφουν δράσεις και συνθήκες που αναφέρονται σε μια κατανόηση της ιδανικής ή φανταστικής ποιότητας ζωής, σε ένα διάλογο με το μέλλον, αλλά όχι αυτή που αυτή τη στιγμή ζουν (Ferreiraetal., 2017).

Οι πρακτικές που προάγουν την ποιότητα της ζωής σχετίζονται με τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες, τις καθημερινές σωματικές δραστηριότητες, την κοινωνική συμμετοχή, τη ζωή και την αλληλεπίδραση με φίλους σε κοινωνικές ομάδες, την πραγματοποίηση καθημερινών καθηκόντων με ανεξαρτησία και αυτονομία, τον ύπνο και την ξεκούραση, καθώς και δραστηριότητες αναψυχής με παρέα φίλων και συγγενών. Αυτές θα έπρεπε να είναι οι κύριες ενέργειες των ηλικιωμένων υπέρ της ποιότητας ζωής τους (Ferreiraetal., 2017).

3. Φροντίδα στο σπίτι και σωματική κατάσταση

Σε ηλικιωμένους Αυστραλούς, η ανεπαρκής διατροφή ως προς την ποσότητα πρωτεΐνης-ενέργειας (protein-energy malnutrition, PEM), αποτελεί έναν εξαιρετικά διαδεδομένο και ισχυρό ανεξάρτητο παράγοντα που συνεισφέρει σε μια υγεία χαμηλής ποιότητας, αλλά μπορεί να αποφευχθεί και να αντιμετωπιστεί (Baldwinetal., 2016; Milteetal., 2013). Η PEM ορίζεται ως η ακούσια και αποτρέψιμη απώλεια άλυπων ιστών όπως μυών, αίματος και κυττάρων του ανοσοποιητικού συστήματος και των σπλάγχων, με ή χωρίς απώλεια λίπους, λόγω της παρατεταμένης, ανεπαρκούς πρόσληψης ή απορρόφησης πρωτεΐνης και ενέργειας με τη διατροφή. Παρ' όλο που η PEM μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, είναι πιο διαδεδομένη στους μεγαλύτερους ενήλικες, λόγω του υψηλότερου επιπολασμού των παραγόντων κινδύνου για PEM, όπως η πολυνοσηρότητα και η πολυφαρμακία, αλλά και οι φυσιολογικές και κοινωνικές αλλαγές που εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της διαδικασίας γήρανσης. Μια επαρκής αύξηση των εισερχόμενων στον οργανισμό και των προσλαμβανόμενων πρωτεϊνών και ενέργειας για την κάλυψη των εξατομικευμένων απαιτήσεων, θα σταματήσει την απώλεια άπαχου ιστού και θα αντιστρέψει την PEM, εκτός από τις σοβαρές καταστάσεις καχεξίας. Εντούτοις, η ενθάρρυνση των υποσιτιζόμενων ηλικιωμένων ενηλίκων να καταναλώνουν κατάλληλους τύπους και ποσότητες τροφίμων, αντιμετωπίζει πολλά διαφορετικά εμπόδια λόγω των πολύπλοκων φυσιολογικών, κοινωνικοοικονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων κινδύνου, καθώς και του ξεχωριστού τρόπου εκδήλωσης του προβλήματος σε κάθε άτομο. Απαιτείται εξατομικευμένη και

μακροπρόθεσμη διατροφική υποστήριξη, για να ξεπεραστούν αυτά τα εμπόδια και να δοθεί η δυνατότητα στους ηλικιωμένους ενήλικες να βελτιώσουν τη διατροφική τους κατάσταση. Έτσι, το μοντέλο περίθαλψης που υιοθετείται από πολλά νοσοκομεία, το οποίο συνεπάγεται μια βραχυπρόθεσμη θεραπεία από επαγγελματίες υγείας, είναι συνήθως ανεπαρκές για την αποτελεσματική θεραπεία της PEM (Marshall et al., 2019).

Οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της διατροφικής κατάστασης των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας και η διασύνδεση των συστημάτων φροντίδας τόσο σε κλινικό, όσο και σε οικογενειακό επίπεδο, αποτελούν αντικείμενο έρευνας και η εφαρμογή αυτών των προσεγγίσεων σε κέντρα αποκατάστασης, είναι πρωταρχικής σημασίας. Οι μονάδες αποκατάστασης στην Αυστραλία έχουν τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης PEM σε διεθνές επίπεδο (45-65% έναντι 30-45% στις ΗΠΑ, την Ευρώπη και την Ασία, όταν χρησιμοποιείται το ίδιο διαγνωστικό εργαλείο, N = 17 μελέτες, N = 4591 συμμετέχοντες) (Marshall et al., 2019). Παρ' όλο που ο στόχος της αποκατάστασης είναι να αυξηθεί η ανεξαρτησία, η έρευνα παρατήρησης διαπίστωσε ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς που έγιναν δεκτοί για αποκατάσταση της PEM και έλαβαν τη συνήθη φροντίδα, έλαβαν εξιτήριο και επανήλθαν στο πλαίσιο μιας τοπικής κοινωνίας στην οποία υπάρχει PEM, με αποτέλεσμα να παραμείνουν υποσιτιζόμενοι για τουλάχιστον 12 εβδομάδες στα σπίτια τους (Marshall et al., 2015). Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση διαπίστωσε ότι ο επιπολασμός της PEM σε ηλικιωμένους Αυστραλούς που ζουν στα σπίτια τους είναι 6% (95% CI, 4,4% -8,2%), ποσοστό που αντιπροσωπεύει 228.000 υποσιτισμένους ηλικιωμένους ενήλικες το 2017 (Australian Institute of Health and Welfare, 2018). Οι περαιτέρω συνέπειες στην υγεία κατά τη διάρκεια του σταδίου αυτού είναι σοβαρές, γιατί η PEM αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για σημαντικά μειωμένη σωματική λειτουργία, περίθαλψη σε ίδρυμα και επανεισαγωγή, χαμηλή ποιότητα ζωής και ενδεχομένως, ακόμη και θάνατο (Marshall et al., 2015).

Οι φροντιστές που είναι μέλη της οικογένειας των ηλικιωμένων παραμένουν αναξιόποιοι, ενώ δείχνουν προθυμία να υποστηρίξουν τους υποσιτισμένους ασθενείς μακροπρόθεσμα. Υπάρχει άμεση αιτιώδης συνάφεια μεταξύ της ανεπαρκούς γνώσης των οικογενειακών φροντιστών για τη διατροφή και του αυξημένου κινδύνου PEM σε ηλικιωμένους ενήλικες. Αντίθετα, μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι η ενίσχυση των οικογενειακών φροντιστών των υποσιτισμένων ηλικιωμένων που ζουν στο σπίτι (μέσω κατάρτισης και παρακολούθησης), μπορεί να βελτιώσει τη διατροφική κατάσταση, την ποιότητα ζωής και τη σωματική λειτουργία του ηλικιωμένου, χωρίς να αυξηθεί ο φόρτος της φροντίδας. Μια ποιοτική μελέτη διαπίστωσε ότι οι φροντιστές που είναι μέλη της οικογένειας πιστεύουν ότι είναι ευθύνη του προσωπικού αποκατάστασης να διασφαλιστεί ότι οι φροντιστές συμμετέχουν ως βασικά μέλη της ομάδας διατροφής και ότι η προϋπάρχουσα σχέση τους με τον ηλικιωμένο αναγνωρίζεται και γίνεται σεβαστή. Η ποιοτική μελέτη έδειξε επίσης ότι η προτιμώμενη μέθοδος δέσμευσης πραγματοποιήθηκε μέσω τηλεφώνου. Έχει διαπιστωθεί ότι η

τηλεθεραπεία είναι μια εφικτή και αποτελεσματική μέθοδος για την παροχή θεραπευτικής αγωγής PEM, μετά από νοσοκομειακή περίθαλψη (Marshall et al., 2019).

Αν και σε σύγκριση με τη συνήθη φροντίδα, οι υποστηρικτικές διατροφικές παρεμβάσεις για την αύξηση της διατροφικής πρόσληψης πρωτεϊνών και της ενέργειας σε υποσιτισμένους ασθενείς, σε όλες τις περιπτώσεις μειώνουν τη θνητότητα από όλες τις αιτίες (αναλογία κινδύνου 0,78, 95% CI: 0,66-0,92, N = 12 δοκιμές, N = 6683 συμμετέχοντες), τα στοιχεία είναι προκατειλημμένα από μελέτες χαμηλής ποιότητας σχεδιασμού, με περιορισμένη μεταφορά αποτελεσματικών μοντέλων περίθαλψης στο κλινικό περιβάλλον (Baldwin et al., 2016). Εκτός από την ανάγκη για τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες κλινικές μελέτες υψηλής ποιότητας, που αξιολογούν τις διατροφικές παρεμβάσεις για τους υποσιτισμένους ηλικιωμένους ενήλικες, πρέπει να γίνει έρευνα για τη συμμετοχή των φροντιστών της οικογένειας ως μέρος της ομάδας ιατρικής και διατροφικής φροντίδας (Molassiotis et al., 2018).

4. Ευπάθεια και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (T2DM) σε ηλικιωμένους είναι μια περίπλοκη ασθένεια, που απαιτεί εξατομικευμένη στρατηγική προσέγγιση της διαχείρισης και χαρακτηρίζεται από ένα φάσμα ιατρικών συννοσηρότητων, περιλαμβανομένης της σωματικής και γνωστικής λειτουργικής έκπτωσης και της μειωμένης επιβίωσης μακροπρόθεσμα (GBD 2015 DALYs and HALE collaborators, 2016), που συνδέεται επίσης με αυξημένο κίνδυνο κινητικής αναπηρίας, και αναπηρίας ως προς την ADL (δραστηριότητα για την καθημερινή διαβίωση, activity of daily living, ADL) (Rodriguez-Mañá et al., 2019).

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η πιο συχνά αναφερθείσα μεταβολική διαταραχή στις δυτικές κοινωνίες, έχει αναδειχθεί ως σημαντική συν-νοσηρότητα που προκαλεί λειτουργική βλάβη στους ηλικιωμένους. Παρόλο που η επίδραση του T2DM στον κίνδυνο θνησιμότητας στους πληθυσμούς μειώνεται με την ηλικία, η επίδρασή του στη λειτουργική υγεία γίνεται πιο αισθητή, καθώς ο πληθυσμός είναι ηλικιωμένος (GBD 2015 DALYs and HALE collaborators, 2016). Τα αποτελέσματα των μελετών παρέμβασης που αποσκοπούσαν στη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης στα ηλικιωμένα άτομα με κίνδυνο αναπηρίας, ευπαθή και προ-ευπαθή) δεν είναι τόσο σαφή. Ενώ μερικές μελέτες έχουν αναφέρει θετικές επιδράσεις στην κατάσταση υγείας από την άσκηση και τη διατροφική παρέμβαση (Fairhall et al., 2017), άλλες αναφέρουν ελάχιστα οφέλη και έχουν τονίσει την ανάγκη μιας ευρύτερης μελέτης για την αποσαφήνιση των αποδεικτικών στοιχείων (Clegg et al., 2014).

Η αδυναμία (εννοούμενη ως ευπάθεια, ασθενικότητα, ή ευαλωτότητα) εμφανίζεται ως γηριατρικό σύνδρομο υψηλής επίδρασης και σύμφωνα με τα πρόσφατα στοιχεία από τη μελέτη “UK Biobank Study”, ο T2DM προσθέτει πενταπλάσια αύξηση του κινδύνου αδυναμίας σε μεσήλικες και ηλικιωμένους (ηλικίας 37-73 ετών) (Hanlonetal., 2018). Η αδυναμία θεωρείται ως γενικευμένη απώλεια της φυσιολογικής ικανότητας για τη διατήρηση ενός αποθέματος ενέργειας, που συνδέεται με τη λειτουργική έκπτωση και ενέχει αυξημένο κίνδυνο αρνητικών αποτελεσμάτων για την υγεία. Θεωρείται πλέον μια επιπλοκή του διαβήτη που μπορεί στη συνέχεια να ερμηνεύσει τον έως τώρα ανεξήγητα αυξημένο αριθμό φαινομένων αναπηρίας, που παρατηρούνται σε πληθυσμούς ηλικιωμένων διαβητικών. Αν και οι βιολογικές διεργασίες που αποτελούν τη βάση της αδυναμίας εξακολουθούν να είναι ασαφείς και πιθανόν να είναι σύνθετες και πολυπαραγοντικές, η σαρκοπενία μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην επιταχυνόμενη ελάττωση της άπαχης μάζας των ποδιών, της μυϊκής δύναμης και λειτουργικής ικανότητας, που παρατηρείται σε ηλικιωμένα άτομα με διαβήτη, σε σύγκριση με άτομα που δεν πάσχουν από διαβήτη (Rodriguez-Mañasetal., 2019).

Η αδυναμία προσθέτει μια επιπλέον πρόκληση στη διαχείριση των ηλικιωμένων και μπορεί να αυξήσει γενικότερα τα βάρη για την υγεία και την κοινωνία, μειώνοντας παράλληλα την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με διαβήτη. Κύριοι στόχοι για τη διαχείριση των διαβητικών με λειτουργική εξασθένηση, είναι η αποφυγή επιδείνωσης και περιορισμού της δραστηριότητας, η αποφυγή ανάπτυξης αναπηρίας και η βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης, ενώ υπάρχει ήδη μια κατάσταση «προ-αναπηρίας» (μειωμένη λειτουργικότητα), οι οποίες έχουν αποδειχθεί σε γενικές γραμμές σε μη διαβητικούς ηλικιωμένους πληθυσμούς (Pahoretal., 2014).

Υπάρχουν ελάχιστα αποδεικτικά στοιχεία για την αποτελεσματικότητα μιας παρέμβασης σε ηλικιωμένα άτομα με διαβήτη που κινδυνεύουν να αναπτύξουν αναπηρία, ενώ πρόσφατες μελέτες παρουσιάζουν αντικρουόμενα αποτελέσματα. Σε μια μελέτη, μόνο οι δείκτες ηλικίας και ευπάθειας, αλλά όχι η συννοσηρότητα ή οι καρδιαγγειακές / εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις, συσχετίστηκαν με τον κίνδυνο θανάτου και περιστασιακής ανικανότητας/αναπηρίας, μετά την προσαρμογή σύμφωνα με μετρήσεις ευπάθειας. Πρόσφατα, ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) και οι καρδιομεταβολικοί παράγοντες αποδείχθηκε ότι εξηγούν έως και το 65% του επιπλέον κινδύνου αναπηρίας (που μετράτε ως μεταβολές τωνADLs) σε διάστημα 12 ετών, σε ασθενείς με διαβήτη (Rodriguez-Mañasetal., 2019). Ορισμένες μελέτες εξέτασαν την πιθανή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας, είτε μιας προσέγγισης με πολλές παραμέτρους, είτε μιας προσέγγισης με επίκεντρο τον ασθενή, για την ενίσχυση της σωματικής λειτουργικότητας σε ηλικιωμένα άτομα, με προβλήματα αδυναμίας ή κινητικότητας, αλλά δεν ανέφεραν δεδομένα σε άτομα με διαβήτη (de Vries N Metal., 2016).

Η σωματική άσκηση σε ηλικιωμένα άτομα είναι γνωστό ότι συνδέεται με σημαντικά οφέλη, όπως μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου, βελτίωση της μυϊκής δύναμης και της σαρκοπενίας και διαταραχές της κινητικότητας και μπορεί να μειώσει τις επιπτώσεις της αδυναμίας και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής (deVriesNMetal., 2016; Cesarietal., 2015). Η προσαρμογή της προτεινόμενης άσκησης για σωματικά ευπαθείς ηλικιωμένους συχνά δεν είναι απλή, καθώς κάποιοι ηλικιωμένοι μπορεί να μην είναι σε θέση να συμμετέχουν τακτικά σε προγράμματα άσκησης, εξαιτίας των εγγενών φυσικών τους περιορισμών, ή των δαπανών συμμετοχής (σε γυμναστήριο ή για τον εξοπλισμό που απαιτείται). Για όσους μπορούν να συμμετάσχουν, η κατάρτιση στην άσκηση αντιστάσεων φαίνεται να είναι αποτελεσματική για τη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας, με βελτίωση της ισορροπίας, η οποία μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο πτώσεων. Λιγότερα είναι γνωστά για τα οφέλη της άσκησης σε ηλικιωμένους με T2DM, παρά τα στοιχεία που αποδεικνύουν ότι παρουσιάζουν μεγαλύτερη μείωση της μυϊκής δύναμης και λειτουργικής ικανότητας και ταχύτερη απώλεια μυϊκής μάζας, από ό,τι οι φυσιολογικά γλυκαιμικοί μάρτυρες. Ωστόσο, τα οφέλη από την άσκηση αντιστάσεων όσον αφορά τη μυϊκή δύναμη και τη λειτουργικότητα, έχουν αποδειχθεί συγκρίσιμα σε διαβητικούς και μη διαβητικούς συμμετέχοντες, μετά από πρόγραμμα άσκησης αντιστάσεων τρεις φορές την εβδομάδα, για 12 εβδομάδες (Rodriguez-Mañasetal., 2019).

Ως η μεγαλύτερη διεθνής δοκιμή του είδους της έως σήμερα, η μελέτη “MID-Frail” έδειξε τα σημαντικά ευεργετικά αποτελέσματα μιας πολυτροπικής παρέμβασης (άσκηση αντιστάσεων, διαβητική και διατροφική εκπαίδευση, εκπαίδευση ερευνητών για τη βελτιστοποίηση της φροντίδας του διαβήτη), σχετικά με τη λειτουργική κατάσταση, στους 12 μήνες παρακολούθησης, σε ευπαθείς και προ-ευπαθείς ηλικιωμένους ενήλικες με T2DM, ηλικίας 70 ετών και άνω. Οι παρατηρήσεις τωνRodriguez-Mañasetal. (2019) επιβεβαιώνουν ότι η πολυτροπική παρέμβαση όχι μόνο οδηγεί σε υψηλότερη βαθμολογία της λειτουργικής κατάστασης, αλλά και στην εξοικονόμηση κόστους για την υγειονομική περίθαλψη.

Παρ’ όλο που η παρέμβαση άσκησης σταμάτησε μετά από 16 εβδομάδες, οι συμμετέχοντες δεν παρουσίασαν ταχεία απώλεια στις επιδόσεις τους, η οποία παρατηρείται σε πολλές μελέτες (Cadoreetal., 2013; Hendersonetal., 2018). Στη μελέτη “MID-Frail”, η ρουτίνα άσκησης που χρησιμοποιείται είναι πιθανό να παρείχε επαρκές ερέθισμα για τις μεγάλες μυϊκές ομάδες των ποδιών, χρησιμοποιώντας μηχανήματα άσκησης αντιστάσεων και μέτρια φορτία που κυμαίνονταν από 40% έως 80% της μέγιστης εθελοντικής αντοχής ενός ατόμου, μετά από ένα πρόγραμμα που αποδείχθηκε ότι αύξησε τη μυϊκή μάζα, τη δύναμη και τη λειτουργική ικανότητα σε ηλικιωμένους με T2DM. Αντίθετα, στη μελέτη “LIFE”, το πρόγραμμα σωματικής δραστηριότητας ήταν χαμηλής έντασης και επικεντρώθηκε σε μικρές μυϊκές ομάδες (δηλαδή 0,5 κιλά με βάρη στους αστραγάλους, με άτομα που εκτελούσαν δύο ομάδες των 10 επαναλήψεων) και μπορεί να ήταν ανεπαρκές ερέθισμα για την πρόληψη μακροπρόθεσμων εκπτώσεων της σωματικής

λειτουργικότητας (Pahoretal., 2014). Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του εκπαιδευτικού προγράμματος μπορεί να διαδραμάτισαν επιπλέον ρόλο στην παραγωγή αυτού του σταθερού ευεργετικού αποτελέσματος. Τα αποτελέσματα αυτά ενισχύουν τη σημασία των παρεμβάσεων κατάρτισης για την άσκηση αντιστάσεων με μέτρια ένταση, ως μια αξιόλογη στρατηγική για την επίτευξη και τη διατήρηση των οφελών μετά από μακρόχρονη διακοπή της άσκησης (Rodríguez-Mañasetal., 2019).

Ως προς τον φόρτο του φροντιστή, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές, γιατί, ενώ ο αριθμός τους ήταν περιορισμένος, οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι ήταν σχετικά υψηλής λειτουργικότητας (παρά την κατάσταση ευπάθειάς τους). Αυτή η ίδια εξήγηση μπορεί να αντιπροσωπεύει το χαμηλό ποσοστό ιδρυματοποίησης (Rodríguez-Mañasetal., 2019).

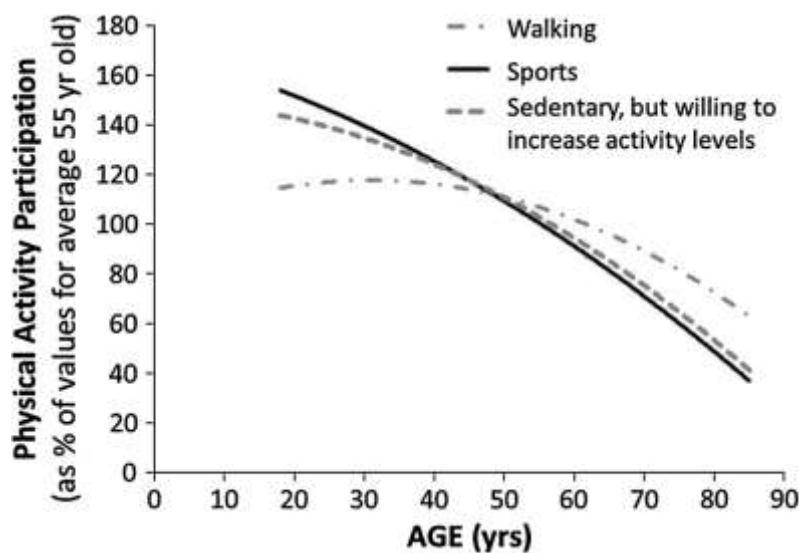
Επομένως, μια παρέμβαση που αποτελείται από βραχυχρόνιες ασκήσεις σωματικής αντίστασης μέτριας έντασης, σε συνδυασμό με ένα πρόγραμμα διατροφής, εκπαίδευσης και ιατρικής παρακολούθησης, οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της λειτουργικότητας σε ηλικιωμένους με T2DM και σε κυμαινόμενο κόστος εξοικονόμησης για την κατάσταση ευπάθειας, αποδεικνύοντας ότι είναι μια αποτελεσματική παρέμβαση. Αυτά τα ευρήματα μπορούν να εφαρμοστούν σε αυτόν τον ευάλωτο τομέα του πληθυσμού σε πρώιμο στάδιο της λειτουργικής εξασθένησης και μπορούν να εφαρμοστούν σε μια σειρά από συνήθη κλινικά περιβάλλοντα (Rodríguez-Mañasetal., 2019).

5. Τακτική σωματική δραστηριότητα και υγιής γήρανση

Σε γενικές γραμμές, όσο πιο συχνά ένα άτομο είναι σωματικά ενεργό, τόσο καλύτερη είναι η σωματική του ικανότητα. Αυτό οφείλεται στις προσαρμογές των φυσιολογικών συστημάτων, κυρίως στο νευρομυϊκό σύστημα για τον συντονισμό των κινήσεων, στο καρδιοπνευμονικό σύστημα για την αποτελεσματικότερη διανομή του οξυγόνου και των θρεπτικών ουσιών γύρω από το σώμα και στις μεταβολικές διαδικασίες, ιδιαίτερα εκείνες που ρυθμίζουν το μεταβολισμό της γλυκόζης και των λιπαρών οξέων, τα οποία αυξάνουν συλλογικά την αερόβια ισχύ και τη σωματική ικανότητα. Έτσι, η πορεία προς την ευπάθεια μπορεί να τροποποιηθεί άμεσα, μέσω των συνηθειών σωματικής δραστηριότητας (McPheeetal., 2016).

Μια έρευνα με >92.000 άτομα στην Αγγλία έδειξε ότι η συμμετοχή στην άσκηση μειώνεται προοδευτικά σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ενηλίκων και το ίδιο συμβαίνει και με την επιθυμία συμμετοχής. Πράγματι, μόνο οι μισοί από τους ενήλικες και μόνο το ένα τέταρτο των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών πληρούν τα ελάχιστα συνιστώμενα επίπεδα δραστηριότητας που απαιτούνται για τη διατήρηση της υγείας. Η αδράνεια είναι η κύρια αιτία της χαμηλής φυσιολογικής ικανότητας και της νόσου σε μεγαλύτερη ηλικία, τουλάχιστον ίση με την επίδραση

του καπνίσματος, την υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και την παχυσαρκία. Οι άνθρωποι ηλικίας 50 ετών και άνω που κάνουν καθιστική ζωή, διέτρεχαν διπλάσιο κίνδυνο θανάτου σε σύγκριση με εκείνους που είχαν το υψηλότερο επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, μετά την προσαρμογή τους για διάφορους παράγοντες κινδύνου (συμπεριλαμβανομένης της ηλικίας και της κοινωνικοοικονομικής θέσης). Για παράδειγμα, όσοι αποχωρούν από την εργασία είναι πιο πιθανό από εκείνους που παραμένουν στην εργασία, να οδηγηθούν σε χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, τόσο από υψηλό όσο και από μεσαίο επίπεδο (Matthewsetal., 2014) και οι άνθρωποι ηλικίας 70-79 ετών είναι σχεδόν εξίσου πιθανό, όπως τα άτομα ηλικίας 50 έως 59 ετών, να ασχολούνται με υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας (Matthewsetal., 2014). Τα άτομα ηλικίας >80 ετών είναι πάνω από 50% λιγότερο πιθανό, από όσο τα άτομα βρίσκονται στα πρώτα χρόνια μετά την ηλικία των 50 ετών, να ασχοληθούν με τον αθλητισμό ή να θέλουν να αυξήσουν τα επίπεδα δραστηριότητάς τους (Εικ. 2) (McPheeetal., 2016).



Εικ. 2. Συμμετοχή στη σωματική δραστηριότητα στους ενήλικες της Βρετανίας.

Με την αυξανόμενη ηλικία, η συμμετοχή σε αθλήματα σταδιακά μειώνεται. Το περπάτημα προς όφελος της υγείας ή για απόλαυση, παραμένει αρκετά σταθερό στους νέους και τους μεσήλικες, αλλά μειώνεται προοδευτικά σε μεγαλύτερη ηλικία. Μεταξύ εκείνων που είναι καθιστικοί, περισσότεροι από τους νεότερους ενήλικες έχουν την επιθυμία να αυξήσουν τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, σε σύγκριση με τους μεσήλικες και τους ηλικιωμένους. Τα στοιχεία προέρχονται από την έρευνα "The Taking Part Survey", στα πλαίσια της οποίας έγιναν συνεντεύξεις με >92.000 άτομα στην Αγγλία μεταξύ 2005 και 2009, για να ερωτηθούν για συνήθειες σωματικής άσκησης (McPheeetal., 2016).

Τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα δραστηριότητας και ετοιμότητα για να ασκηθούν, διατρέχουν χαμηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας (Feldmanetal., 2015). Η διατήρηση ενός σωματικά δραστήριου τρόπου ζωής μέσα από τη μέση και προς τη μεγαλύτερη (ή τρίτη) ηλικία, σχετίζεται με την καλύτερη υγεία στη μεγαλύτερη ηλικία και τη μακροζωία. Η έναρξη μιας νέας θεραπευτικής αγωγής άσκησης στη μέση ηλικία, συνδέεται με την υγιή γήρανση. Όμως, ακόμη και για εκείνους που ήταν καθιστικοί στη μέση ηλικία, δεν είναι ποτέ αργά, γιατί η έναρξη μιας νέας θεραπευτικής αγωγής κατά το γήρας οδηγεί σε σημαντικές βελτιώσεις στην υγεία και τις γνωσιακές λειτουργίες. Η σωματική δραστηριότητα μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής και μεταβολικής νόσου, μέσω καλύτερου ελέγχου της αρτηριακής πίεσης, της χοληστερόλης και της περιφέρειας της μέσης, κατά τρόπο εξαρτώμενο από τη δόση: περισσότερη δραστηριότητα οδηγεί σε χαμηλότερο κίνδυνο καρδιαγγειακής και μεταβολικής νόσου (Earnestetal., 2013). Τα μεταβολικά οφέλη από την αύξηση της οξειδωσης των λιπαρών οξέων στους σκελετικούς μύες, αντί να συσσωρεύονται αποθήκες ενδομυϊκές και λιπώδους ιστού γύρω από τα μείζονα όργανα, καθώς και η μειωμένη αρτηριακή πίεση, συμβάλλουν στη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακής νόσου (Robertsetal. 2013). Στο νευρικό σύστημα, η τακτική άσκηση συμβάλλει στη διατήρηση της γνωσιακής λειτουργίας και ενδεχομένως επίσης στον αριθμό περιφερικών κινητικών νευρώνων που ελέγχουν τους μύς των ποδιών και συνολικά βελτιώνουν την ισορροπία και τον συντονισμό, ώστε να μειωθεί ο κίνδυνος πτώσεων. Σε περίπτωση πτώσης, τα άτομα που ασκούν τακτική άσκηση (ιδιαίτερα ασκήσεις με βάρη που περιλαμβάνουν υψηλότερου επιπέδου θετικές επιπτώσεις) είναι λιγότερο πιθανό να υποστούν κάταγμα οστού, επειδή τα οστά τους είναι ισχυρότερα και έχουν μεγαλύτερη οστική πυκνότητα (Irelandetal., 2014).

6. Οι στόχοι των προγραμμάτων σωματικής δραστηριότητας

Το Εθνικό Ινστιτούτο Αριστείας Υγείας και Φροντίδας (National Institute for Health and Care Excellence) συνιστά την άσκηση ως πρωτοβάθμια φροντίδα (NICE 2009), αλλά η γνώση του τρόπου με τον οποίο ενθαρρύνεται η συμμετοχή στην άσκηση σε επίπεδο πληθυσμού, αποτελεί ένα θέμα που πρέπει να λυθεί, επειδή ένα πρόγραμμα δεν είναι κατάλληλο για όλους. Η ένταση της άσκησης θα πρέπει να τροποποιηθεί ώστε να ταιριάζει κατάλληλα με την εμπειρία άσκησης και τη σωματική ικανότητα του ατόμου. Για να είναι πιο αποτελεσματικά, είναι σημαντικό τα προγράμματα άσκησης να σχεδιάζονται κατάλληλα και να επικεντρώνονται σε μια σειρά αποτελεσμάτων, καθώς η βελτίωση της υγείας και της κινητικότητας κατά την άσκηση των ηλικιωμένων, μπορεί να συμβεί ανεξάρτητα από τις μεταβολές του ΔΜΣ. Η επίτευξη αεροβικής άσκησης μέτριας έντασης, >150 λεπτά/εβδομάδα, όπως οι δραστηριότητες πεζοπορίας ή άλλης μέτριας έντασης αεροβικής γυμναστικής, σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο νοσηρότητας,

θησιμότητας και λειτουργικής εξάρτησης κατά τουλάχιστον 30%, σε σύγκριση με την απουσία δραστηριότητας (Paterson and Warburton 2010). Το περπάτημα 5-7 ημέρες την εβδομάδα συσχετίστηκε με 50-80% χαμηλότερο κίνδυνο βλάβης της κινητικότητας και αυξάνει τη μακροζωία κατά περίπου 4 χρόνια και το προσδόκιμο ζωής χωρίς αναπηρία κατά περίπου δύο χρόνια. Υπάρχουν επίσης αποδεικτικά στοιχεία ότι οι άνθρωποι που κάνουν καθιστική ζωή θα επωφεληθούν από τακτικές περιόδους σύντομης δραστηριότητας, ακόμη και διάρκειας μόλις 1 λεπτού (Healyetal., 2008) ή 10 λεπτών (Powelletal., 2011), για να διακόψουν περιόδους καθιστικής ζωής ή ανάπαυσης στο κρεβάτι (McPheeetal., 2016).

Παρ' όλο που οι έντονες δραστηριότητες δεν συνιστώνται για τους καθιστικούς ηλικιωμένους, οι αθλητές μπορούν να προπονούνται και να αγωνίζονται σε αθλήματα υψηλής έντασης, ενώ οι κίνδυνοι ανεπιθύμητων συμβάντων κατά τη διάρκεια του συναγωνισμού είναι παρόμοιοι με εκείνους των νεότερων ενηλίκων (Ganseetal., 2014). Οι ηλικιωμένοι που διατήρησαν την τακτική συνήθεια του τζόκινγκ, ανέβαλλαν την αναπηρία κατά 9 σχεδόν χρόνια και διέτρεχαν τρεις φορές χαμηλότερο κίνδυνο θανάτου σε σύγκριση με εκείνους που δεν ήταν ποτέ μέλη ενός αθλητικού συλλόγου. Ο κίνδυνος εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων είναι επίσης χαμηλότερος σε εκείνους που κάνουν τακτική έντονη άσκηση, σε σύγκριση με άσκηση μέτριας έντασης. Έτσι, φαίνεται να υπάρχει μια σχέση δόσης-απόκρισης που υποδεικνύει ότι οι δραστηριότητες υψηλότερης έντασης έχουν μεγαλύτερα οφέλη για την υγεία (Kimetal., 2013). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι οι ηλικιωμένοι πρέπει να προσαρμοστούν κατάλληλα, ώστε να συμμετέχουν στις δραστηριότητες υψηλότερης έντασης, έτσι ώστε αυτή η σχέση να αντικατοπτρίζει το γενικό ιστορικό άσκησης (McPheeetal., 2016).

Συνιστάται στους ηλικιωμένους να εκτελούν δραστηριότητες που αποσκοπούν στην αύξηση του μεγέθους και της δύναμης των μυών των άκρων τους, προκειμένου να καταπολεμηθούν οι επιπτώσεις της σαρκοπενίας, η απώλεια μυϊκής μάζας με τη γήρανση (Maden-Wilkinsonetal., 2014). Η μέτριας αντοχής και υψηλής έντασης εξάσκηση ενδυνάμωσης (χρησιμοποιώντας αντιστάσεις μεταξύ 60-80% της μέγιστης δύναμης) αυξάνουν το μέγεθος, τη δύναμη και την ισχύ των μυών, ακόμη και σε πολύ ηλικιωμένους και ευπαθείς ανθρώπους. Αυτό είναι σημαντικό επειδή η χαμηλή μυϊκή μάζα και η ισχύς σχετίζονται με προβλήματα κινητικότητας σε μεγαλύτερη ηλικία (Dufouretal., 2013). Υπάρχει μια σχέση δόσης-απόκρισης, που σημαίνει ότι οι δραστηριότητες υψηλότερης έντασης τείνουν να οδηγήσουν σε μεγαλύτερα κέρδη στη μυϊκή μάζα, τη δύναμη και την ισχύ, από τις δραστηριότητες χαμηλότερης έντασης. Μια πρόβλεψη μπορεί να είναι ότι τα κέρδη σε δύναμη και ισχύ θα βελτιώσουν το βάδισμα, την επάνοδο από κάθισμα σε όρθια θέση και την προσπάθεια της ανόδου σε σκάλα, αλλά μελέτες που το επιβεβαιώνουν δεν είναι αρκετές. Ωστόσο, η πλειοψηφία των μελετών άσκησης αντιστάσεων σχεδιάστηκε για να στοχεύει τους μυς του μηρού και του άνω μέρους του σώματος, έτσι ώστε τα συνήθη τεστ κινητικότητας ίσως να μην είναι ευαίσθητα για να δείξουν τις επιδράσεις στη συνολική

κινητικότητα. Είναι επίσης σημαντικό να εκπαιδεύονται οι πελματικοί καμπήρες του αστραγάλου, καθώς η απώλεια ισχύος σε αυτή την ομάδα μυών συνδέεται με βραδύτερη ταχύτητα βαδίσματος (Stenrothetal., 2015) και η αυξημένη ισχύς με εξάσκηση βελτιώνει την ισορροπία και την κινητικότητα (McPheeetal., 2016).

Οι δραστηριότητες για ευπαθείς ηλικιωμένους πρέπει να προσαρμοστούν ανάλογα. Οι ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας (Forsteretal., 2010) οδήγησαν στις συστάσεις ότι οι ευπαθείς ηλικιωμένοι πρέπει να ασκούν μέτριας έντασης ασκήσεις για την ενίσχυση των κάτω άκρων και λειτουργική εξάσκηση, όπως το βάδισμα, η επάνοδος από κάθισμα σε όρθια θέση, η εξισορρόπηση και δραστηριότητες που μοιάζουν με παιχνίδι, δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα, με συνεδρίες που διαρκούν περίπου 45 λεπτά. Αυτό συμβαδίζει με την πρόταση ότι η συνδυασμένη άσκηση αντιστάσεων και αντοχής μπορεί να είναι πιο επωφελής από οποιονδήποτε από αυτούς τους τύπους άσκησης μεμονωμένα, για τη βελτίωση της λειτουργικής κινητικότητας, του βαδίσματος, της ισορροπίας, της μείωσης του κινδύνου πτώσης και του κινδύνου εμφάνισης μεταβολικών και καρδιαγγειακών παθήσεων, σε ηλικιωμένα άτομα με μέτρια ελλείμματα ή ευπάθεια. Ο συνδυασμός της άσκησης ενδυνάμωσης και αντοχής βελτίωσε τη μυϊκή, καρδιοαναπνευστική και μεταβολική υγεία, συμβάλλοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Σε άνδρες και γυναίκες ηλικίας 70-89 ετών που ήταν καθιστικοί, αλλά με μέτρια ελλείμματα και υψηλό κίνδυνο αναπηρίας, ένα συνδυασμένο πρόγραμμα άσκησης διάρκειας 12 μηνών βελτίωσε σημαντικά την κινητικότητα, σημαντικά περισσότερο από ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα για την υγιή γήρανση (McPheeetal., 2016). Επιπλέον, σε ευπαθείς ηλικιωμένους, η συνδυασμένη άσκηση διάρκειας 12 μηνών (αερόβια, ενδυνάμωσης, ισορροπίας και ευελιξίας) ήταν πιο αποτελεσματική από τη συμβατική αερόβια άσκηση και μόνο, για τη βελτίωση των γενικών επιπέδων δραστηριότητας και τη λειτουργική κινητικότητα (Pahoretal., 2014) και τη μείωση του κινδύνου κινητικής αναπηρίας, κατά περίπου 30% (Pahoretal., 2014).

6.1 Κίνδυνοι και ανεπιθύμητα συμβάντα

Το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας, το Υπουργείο Υγείας των Η.Π.Α., το Αμερικανικό Κολλέγιο Αθλητικής Ιατρικής, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας και οι κατευθυντήριες οδηγίες του Ευρωπαϊκού Συστήματος Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Αποκατάστασης, έχουν δώσει οδηγίες, ότι η άσκηση είναι γενικά ασφαλής για τους ηλικιωμένους και συνεπώς δεν χρειάζεται να συμβουλευούνται γιατρό πριν αυξήσουν τα επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Παρ' όλα αυτά, καθώς οι καρδιαγγειακοί κίνδυνοι, όπως η αυξημένη αρτηριακή πίεση, η αρρυθμία ή το έμφραγμα του μυοκαρδίου προκαλούν ανησυχίες κατά την άσκηση, η Ευρωπαϊκή Ένωση Καρδιαγγειακής Πρόληψης και Αποκατάστασης (European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation) υποδεικνύει την αυτοαξιολόγηση με ένα σύντομο ερωτηματολόγιο, για να

διαπιστωθεί αν υπάρχει ανάγκη για συμβουλές από τους επαγγελματίες υγείας. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτό γίνεται προληπτικά και ένας γιατρός θα επιτρέψει στον ενδιαφερόμενο να προχωρήσει με μέτρια άσκηση. Η ένταση της προπόνησης ή η διάρκεια της άσκησης θα πρέπει να αυξάνεται, κατά μέσον όρο όχι περισσότερο από μία φορά κάθε 4 εβδομάδες (McPheeetal., 2016).

Τα μαθήματα άσκησης για τη βελτίωση της ισορροπίας δεν σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβάντων. Εντούτοις, τα μεγαλύτερης έντασης μαθήματα πρόληψης πτώσεων μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο αυξημένος κίνδυνος μυϊκού πόνου ή πρησμένων αρθρώσεων σε καθιστικούς ανθρώπους που δεν έχουν συνηθίσει να ασκούνται. Οι ευπαθείς ή καθιστικοί ηλικιωμένοι ενήλικες που ζουν δεχόμενοι φροντίδα, μπορεί να έχουν μικρό αυξημένο κίνδυνο πτώσεων αμέσως μετά από μαθήματα πρόληψης πτώσεων, ενδεχομένως σχετικές με σωματική ή πνευματική κόπωση, αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων, τραυματισμών ή καρδιαγγειακών επεισοδίων (Crockeretal., 2013). Οι παρεμβάσεις άσκησης για τη βελτίωση της ισορροπίας σε όσους έχουν άνοια, φέρνουν πολλά οφέλη, χωρίς αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβάντων (Forbesetal., 2013).

Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με την άσκηση αντιστάσεων έχουν εξεταστεί σε κλινικές δοκιμές, στις περισσότερες από τις οποίες δεν αναφέρθηκαν ανεπιθύμητα συμβάντα μετά την άσκηση. Δεν είναι γνωστό αν αυτό συνέβη επειδή δεν προέκυψαν ανεπιθύμητα συμβάντα, ή αν δεν αναφέρθηκαν. Σε κλινικές δοκιμές που ανέφεραν συμβάντα, τα πιο συνηθισμένα ήταν μικρά μυοσκελετικά προβλήματα, όπως πόνος στις αρθρώσεις, μώλωπες ή διαστρέμματα. Λιγότερο συχνά ήταν τα καρδιαγγειακά συμβάντα, με μόνο ένα περιστατικό σε 58 κλινικές δοκιμές που συμπεριλήφθηκαν σε ανασκοπήσεις και οι οποίες περιλάμβαναν άτομα ηλικίας >60 ετών που ανέφεραν ανεπιθύμητα συμβάντα. Υπήρξε υψηλότερος κίνδυνος εμφάνισης ανεπιθύμητων συμβάντων σε ηλικιωμένους μετά από έντονη άσκηση, σε όσους είχαν ήδη προϋπάρχοντα προβλήματα υγείας, ήταν λειτουργικά περιορισμένοι ή καθιστικοί (McPheeetal., 2016).

Η αερόβια άσκηση χαμηλής και μέτριας έντασης είναι χαμηλού κινδύνου για τους ηλικιωμένους και οι ακόμη πιο έντονες αερόβιες δραστηριότητες ενέχουν σχετικά μικρό κίνδυνο. Αρκετές μελέτες δεν ανέφεραν μεγαλύτερο κίνδυνο ανεπιθύμητων συμβάντων από μέτρια άσκηση, σε σύγκριση με εκείνους που δεν συμμετείχαν σε σωματικές δραστηριότητες. Σε μια μελέτη με 1635 άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με μέτρια κινητική δυσλειτουργία, με μια μεγάλης κλίμακας μικτή παρέμβαση με άσκηση αερόβια, αντιστάσεων και ισορροπίας, αναφέρθηκε αύξηση κατά 8% των σοβαρών ανεπιθύμητων συμβάντων, σε σύγκριση με ένα πρόγραμμα (καθιστικής) εκπαίδευσης (Pahoretal., 2014). Σε μια παρέμβαση αερόβιας άσκησης με στόχο την άσκηση 60 λεπτών με έντονη ποδηλασία / βιάδισμα / τρέξιμο / κωπηλασία, 6 ημέρες την εβδομάδα σε διάστημα 12 μηνών, για προηγούμενα καθιστικούς άνδρες ηλικίας 40-75 ετών, δεν διαπιστώθηκε αυξημένος

κίνδυνος τραυματισμού ή ανεπιθύμητου συμβάντος. Στην ομάδα μαρτύρων χωρίς άσκηση, το 27% παρουσίασε τραυματισμό, σε σύγκριση με το 28% στην ομάδα άσκησης (Campbell et al., 2012).

Τα καρδιαγγειακά επεισόδια κατά τη διάρκεια της έντονης άσκησης έχει εκτιμηθεί ότι συμβαίνουν με ρυθμό περίπου 1 συμβάν ανά 100 χρόνια έντονης δραστηριότητας (Powell et al., 2011). Οι κίνδυνοι τείνουν να είναι υψηλότεροι κατά τις πρώτες εβδομάδες ενός νέου ισχυρού προγράμματος προπόνησης. Ωστόσο, για τους ηλικιωμένους που έχουν συνηθίσει να ασκούν έντονη άσκηση, η συμμετοχή σε ανταγωνιστικά δυνατά αθλήματα δεν παρουσιάζει υψηλότερο κίνδυνο, σε σύγκριση με εκείνους που αντιμετωπίζουν οι νεότεροι ενήλικες (Ganse et al., 2014). Η ακραία αντοχής άθληση σε αγώνα δρόμου, όπως ένας μαραθώνιος, έφερε απλώς 0,0005% κίνδυνο αιφνίδιας καρδιακής ανακοπής στον πληθυσμό των δρομέων, συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων δρομέων, που ισοδυναμούν με περίπου πέντε περιστατικά ανά ένα εκατομμύριο δρομείς (Kim et al., 2012). Επειδή η άσκηση έχει πολλές θετικές επιδράσεις, ο συνολικός κίνδυνος των ανεπιθύμητων συμβάντων (που καλύπτουν όλες τις δραστηριότητες της ημέρας), μειώθηκε περίπου κατά το ήμισυ σε άτομα που ασχολήθηκαν για >140 ώρες με έντονη δραστηριότητα ανά εβδομάδα, σε σύγκριση με καθιστικούς ανθρώπους, δείχνοντας έτσι μια σαφή καθαρή μείωση των ανεπιθύμητων συμβάντων σε υγιείς και δραστήριους ανθρώπους, σε σύγκριση με όσους κάνουν καθιστική ζωή (McPhee et al., 2016).

7. Κοινωνικές, δημογραφικές και ψυχολογικές θεωρήσεις

Οι συνήθειες άσκησης διαφέρουν ανάλογα με το εισόδημα, το φύλο, την ηλικία, την εθνικότητα και την αναπηρία. Οι ηλικιωμένοι σε υψηλότερες κοινωνικοοικονομικές θέσεις έχουν περισσότερες πιθανότητες να διατηρούν υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας. Εκείνοι που βρίσκονται σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές θέσεις είναι πιο πιθανό να παραμείνουν αδρανείς, να μετακινούνται από υψηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας σε χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και να μετακινούνται από μεσαία επίπεδα σωματικής δραστηριότητας σε χαμηλά επίπεδα (Matthews et al., 2014). Αυτά τα δεδομένα υποστηρίζουν άλλους ερευνητές που δείχνουν σαφείς κοινωνικές και δημογραφικές επιρροές στις συνήθειες άσκησης. Η εξέλιξη προς τη σωματική αναπηρία και την ευπάθεια αυξάνεται μετά την συνταξιοδότηση και τα στοιχεία από τις Ηνωμένες Πολιτείες και την Ευρώπη δείχνουν ότι η φτώχεια και η υποκείμενη ασθένεια αυξάνουν τον κίνδυνο σωματικής αναπηρίας με εξάρτηση μεταξύ δόσης-απόκρισης. Τα άτομα που προέρχονται από πλουσιότερο υπόβαθρο έχουν σχεδόν τριπλάσιες πιθανότητες να είναι υγιή σε μεγαλύτερη ηλικία (Hamer et al., 2014), σε σύγκριση με εκείνα των φτωχότερων κοινοτήτων και υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ κοινωνικοοικονομικής θέσης και υγείας σε μεγαλύτερη ηλικία (σωματική, ψυχολογική και συνολική ευπάθεια). Αν και η ισχύς αυτής της σχέσης μειώνεται με την ηλικία, αυτό φαίνεται να οφείλεται σε μεγάλο βαθμό σε υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας

μεταξύ των πιο ευάλωτων στις χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές ομάδες. Πράγματι, οι διαχρονικές μελέτες που εξετάζουν την εμφάνιση ασθενειών και / ή θνησιμότητας μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων που ήταν αρχικά υγιείς, δείχνουν σημαντική αύξηση του κινδύνου όταν συμβαίνει μείωση της κοινωνικοοικονομικής θέσης (McPheeetal., 2016).

Εκτός από τους κοινωνικούς και δημογραφικούς συσχετισμούς με υγιείς συμπεριφορές, οι ψυχολογικοί παράγοντες είναι επίσης σημαντικοί. Τα εσωτερικά κίνητρα για τη συμμετοχή των ηλικιωμένων στα αθλήματα περιλαμβάνουν τα κοινωνικά, ψυχικά και συναισθηματικά οφέλη που βοηθούν στη διατήρηση της σωματικής ανεξαρτησίας. Τα εξωτερικά κίνητρα προέρχονται από τα μέσα ενημέρωσης, τους γιατρούς, τους συνεργάτες, τους φίλους και / ή την οικογένεια. Βοηθούν επίσης η παροχή ευκαιριών τοπικά και ένας φίλος που επίσης ασκείται. Τα πιο κοινά εμπόδια στην άσκηση είναι το κόστος, η έλλειψη χρόνου και οι σωματικοί περιορισμοί. Άλλοι περιοριστικοί παράγοντες περιλαμβάνουν τα πολιτιστικά «πρότυπα», τους γλωσσικούς φραγμούς και την ανάγκη για ρούχα που μπορεί να θεωρηθούν ακατάλληλα, ανάλογα με τη νοοτροπία. Οι ηλικιωμένοι θεώρησαν ότι ο καλύτερος τρόπος για να αυξηθεί η συμμετοχή θα ήταν να διατηρηθεί το κόστος χαμηλό, να γίνουν ευχάριστοι οι συνεδρίες, να διαβεβαιωθούν για την ασφάλεια των δραστηριοτήτων και ότι οι ευκαιρίες για σωματική δραστηριοποίηση θα μπορούσαν να διαφημιστούν καλύτερα (ευαισθητοποίηση για τοπικά μαθήματα άσκησης) (McPheeetal., 2016).

Άλλοι, λιγότερο τροποποιήσιμοι μεμονωμένοι παράγοντες, μπορούν να προβλέψουν την έναρξη και τη διατήρηση της σωματικής δραστηριότητας. Για παράδειγμα, μια καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία, η γνωστική λειτουργία, η μικρότερη ηλικία και η υψηλότερη βασική σωματική δραστηριότητα σχετίζονται με τη διατήρηση των σωματικών δραστηριοτήτων (Koenemanetal. 2011) Από τους ξεχωριστούς παράγοντες που ερευνήθηκαν, ο πιο συνεπής προγνωστικός δείκτης της σωματικής δραστηριότητας (αυτό διαφέρει από την αθλητική συμμετοχή), της έναρξης και της μακροχρόνιας συντήρησης είναι η αυτο-αποτελεσματικότητα. Η αυτο-αποτελεσματικότητα για τη σωματική δραστηριότητα μπορεί να θεωρηθεί ως η πίστη στις ικανότητες κάποιου να οργανώσει και να εκτελέσει αυτή τη συμπεριφορά ή η πεποίθηση ότι η σωματική άσκηση είναι υπό τον έλεγχό του και μπορεί να είναι εύκολη. Είναι πιθανό να αυξηθεί η αυτο-αποτελεσματικότητα των ανθρώπων, ζητώντας τους να εκτελούν με επιτυχία μια συμπεριφορά σε ένα ασφαλές περιβάλλον, υπενθυμίζοντας την επιτυχή εκτέλεσή της πριν ή βλέποντας άλλους να εκτελούν τη συμπεριφορά. Ένας άλλος παράγοντας που είναι σημαντικός για την έναρξη της σωματικής δραστηριότητας είναι οι προσδοκίες ενός ατόμου ότι οι δραστηριότητες θα οδηγήσουν σε θετικά αποτελέσματα. Αυτές οι προσδοκίες μπορεί να σχετίζονται με την υγεία, τα κοινωνικά ή άλλα επιθυμητά αποτελέσματα. Οι άνθρωποι που έχουν περισσότερους κοινωνικούς στόχους μπορούν να επιλέξουν δραστηριότητες όπως ομαδικούς περιπάτους, ενώ εκείνοι που ανησυχούν για πτώση μπορούν να επιλέξουν πιο δομημένα προγράμματα που αντιμετωπίζουν άμεσα το θέμα της ισορροπίας. Είναι σημαντικό να

σημειωθεί ότι, όταν οι άνθρωποι είναι ικανοποιημένοι με τα αποτελέσματα που αρχικά επιθυμούσαν, είναι πιθανότερο να συνεχίσουν την τακτική σωματική άσκηση (McPheeetal., 2016).

Καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν, ενδιαφέρονται λιγότερο για τη βελτίωση της υγείας τους, αλλά ενδιαφέρονται περισσότερο για τη διατήρηση της υγείας και των δυνατοτήτων που κατέχουν ήδη. Με δεδομένο αυτό, είναι σημαντικό τα προγράμματα σωματικής άσκησης να καθυστερούν τους πιθανούς συμμετέχοντες ότι είναι απίθανο να υποστούν τραυματισμό ή να βλάψουν τον εαυτό τους. Επίσης, αντί να προωθούνται προγράμματα σωματικής δραστηριότητας με βάση τις βελτιώσεις στην υγεία, πολλοί άνθρωποι θα ενδιαφέρονται περισσότερο για δραστηριότητες που θεωρούν ότι είναι απολύτως ευχάριστες, όπως αλληλεπιδράσεις με άλλους ανθρώπους που εκτελούν επίσης τις δραστηριότητες. Αυτές οι δραστηριότητες ομάδας είναι πιθανό να είναι ικανοποιητικές και να γίνουν συνήθεια μέσω της επανάληψης. Οι γυναίκες τείνουν να ασχολούνται περισσότερο με τις ομάδες πεζοπορίας (Kassavouetal., 2013), ενώ οι άντρες τείνουν να εκτιμούν το αθλητισμό, ειδικά αν σχετίζονται με τις ομάδες που υποστηρίζουν (Huntetal., 2014). Όπως και με αυτούς τους μεμονωμένους παράγοντες, η συμμετοχή στη σωματική δραστηριότητα είναι πιο πιθανή όταν την εγκρίνουν άτομα του στενού περιβάλλοντος, όταν οι άνθρωποι έχουν μεγαλύτερα κοινωνικά δίκτυα και όταν τα κοινωνικά πρότυπα περιλαμβάνουν σωματική δραστηριότητα. Ομοίως, στο ευρύτερο κοινωνικό επίπεδο, περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανό να έχουν σωματική δραστηριότητα όταν το κόστος είναι χαμηλό και υπάρχει μεγάλη ποικιλία ευκαιριών σωματικής άσκησης. Τέλος, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να διεγερθεί από χαρακτηριστικά του δομημένου περιβάλλοντος, όπως ασφαλείς διαδρομές πεζοπορίας ή ποδηλασίας και πάρκα, κοινωνικά πρότυπα και πρακτικές που συμβάλλουν στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (McPheeetal., 2016).

8. Ψυχικές διαταραχές των ηλικιωμένων

8.1 Σχέση μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και ψυχικής υγείας

Στην Ιαπωνία, οι Owarietal. (2018) αναφέρουν ότι ο αριθμός των ατόμων με διαταραχές ψυχικής διάθεσης και αγχώδη διαταραχή (συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης) το 2014, αναφέρθηκε ότι είναι 1.116.000 και 340.000 (30%) αυτών ήταν ηλικιωμένοι (> 65 ετών). Με τη συνεχιζόμενη αύξηση του αριθμού και των αναλογιών των ηλικιωμένων στην ίδια χώρα, ο αριθμός των ασθενών με διαταραχές διάθεσης και αγχώδη διαταραχή (συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης) προβλέπεται να αυξηθεί. Απαιτείται λοιπόν η αποτελεσματική πρόληψη και βελτίωση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (Owarietal., 2018).

Οι σχέσεις μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και ψυχικής υγείας έχουν ληφθεί υπόψη, αλλά τα αποτελέσματα των μελετών που ασχολήθηκαν μ' αυτό το θέμα δεν είναι οριστικά και παραμένουν αμφιλεγόμενα. Επιπλέον, οι μελέτες για τη σχέση μεταξύ σωματικής δραστηριότητας ανάλογα με την ένταση της άσκησης και ψυχικής υγείας (συμπεριλαμβανομένης της ψυχολογικής δυσφορίας) στους ηλικιωμένους είναι λίγες, και αυτή η σχέση δεν είναι καλά μελετημένη. Είναι επίσης πιθανό ότι παράγοντες διαφορετικοί από τη σωματική δραστηριότητα μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικοί για τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων. Ένας από αυτούς τους παράγοντες προτάθηκε ότι είναι η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Ο ορισμός της κοινωνικής συμμετοχής δεν έχει καθοριστεί και ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ερευνητών (Owarietal., 2018).

Στη συγχρονική μελέτη των Owarietal. (2018), ηλικιωμένων (>65 ετών) που φαίνονται υγιείς, αξιολογήθηκε πρώτα η σχέση μεταξύ των βαθμολογιών στο "K6" (ένας τρόπος μέτρησης της ψυχολογικής δυσφορίας) και της κοινωνικής συμμετοχής, που μετρήθηκαν με συμπλήρωση ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων του K6 και της κοινωνικής συμμετοχής (από το U-testτων Mann-Whitney) σε αυτούς τους ηλικιωμένους ενήλικες, ιδιαίτερα στις γυναίκες (Owarietal., 2018).

Μεταξύ των ηλικιωμένων σε μια πόλη στην Ιαπωνία, η καλή ψυχολογική κατάσταση βρέθηκε ότι σχετίζεται με την άσκηση σε ομάδα, παρά μεμονωμένα. Οι Takedaetal. (2015) υποστήριξαν επίσης αυτό το αποτέλεσμα στις μελέτες σε μεσήλικες. Η εθελοντική εργασία (για τους ηλικιωμένους) μπορεί να είναι ευεργετική για την ψυχική υγεία, ιδιαίτερα για τους άνδρες. Οι Takagieta. (2013) ανέφεραν επίσης ότι «η μεγαλύτερη κοινωνική συμμετοχή και ο σημαντικός ρόλος σε έναν οργανισμό, είχαν προστατευτικές επιδράσεις από συμπτώματα κατάθλιψης για τις γυναίκες. Ωστόσο, δεν υπήρξαν σημαντικές επιδράσεις αυτών των μεταβλητών στην διανοητική υγεία των ανδρών». Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, υπάρχουν σημαντικές διαφορές που ποικίλουν μεταξύ ανδρών και γυναικών (Owarietal., 2018).

Στη μελέτη των Owarietal. (2018), δεν βρέθηκε σαφής σχέση μεταξύ των βαθμολογιών στο "K6" και της σωματικής δραστηριότητας, διαστρωματωμένης ως προς την ένταση. Τα άτομα χωρίς ψυχολογικά προβλήματα δεν αναμένεται να επιτύχουν περαιτέρω βελτιώσεις στην ψυχολογική κατάσταση όταν ασκούνται. Αυτό ίσως συμβαίνει γιατί οι ηλικιωμένοι που συχνάζουν σε μια κοινωνική ομάδα ή σύλλογο που ασχολείται με τη βελτίωση της υγείας, ήταν ήδη πιο συνειδητοποιημένοι ως προς την υγεία, από τον μέσο πληθυσμό. Έτσι λοιπόν συμπεραίνεται ότι, τόσο ο περιορισμός της άσκησης, όσο και η κοινωνική συμμετοχή είναι σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες για την ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων. Γενικότερα, τα ευρήματα των Owarietal. (2018) συμφωνούν με αυτά σε πολλές προηγούμενες μελέτες.

8.2 Κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και ψυχική υγεία

Οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις είναι κρίσιμοι παράγοντες παραγωγής στην υγεία. Σε μελέτες που προηγήθηκαν, έχει βρεθεί ισχυρή θετική σχέση μεταξύ της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της ψυχικής υγείας (Ohrnbergeretal., 2017). Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, ενώ ελέγχουν το βασικό επίπεδο της ψυχικής και σωματικής υγείας (Steptoe et al., 2012). Οι Holt-Lunstad et al. (2012), σε συστηματική ανασκόπηση, παρουσιάζουν μια σταθερή επίδραση των κοινωνικών σχέσεων στον μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας. Στην βιβλιογραφία, έχουν επίσης καθιερωθεί οδοί, αναζήτησης των αιτίων και αντίστροφης αναζήτησης, στις οποίες η σωματική αναπηρία και η κακή ψυχική υγεία διαπιστώνεται ότι προκαλούν περισσότερη απομόνωση (Steptoe et al., 2012).

Οι αλλαγές στις δημογραφικές εξελίξεις, το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και η αύξηση των αναγκών των ασθενών, καθιστούν την ανεπίσημη ή άτυπη περίθαλψη (που παρέχεται από φροντιστές που είναι σύζυγοι, συγγενείς και φίλοι) μια κρίσιμη συνιστώσα του συνολικού δικτύου υγείας και κοινωνικής μέριμνας, συμβάλλοντας ουσιαστικά στην υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων (Bougetetal., 2016). Οι ηλικιωμένοι με άνοια αυξάνουν την ανάγκη για άτυπη φροντίδα: οι ηλικιωμένοι με φυσιολογική γνωσιακή λειτουργία απαιτούν κατά μέσο όρο 4,6 ώρες ανεπίσημης νοσηλευτικής αγωγής ανά εβδομάδα, ενώ άτομα με ήπια άνοια χρειάζονται επιπλέον 8,5 ώρες ανεπίσημης φροντίδας ανά εβδομάδα και άτομα με μέτρια έως σοβαρή άνοια, 17,4 και 41,5 επιπλέον ώρες ανεπίσημης φροντίδας ανά εβδομάδα, αντίστοιχα (Langaetal., 2001).

Το επίσημο δίκτυο των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας είναι περίπλοκο και εξαρτάται από τα διαφορετικά νομικά πλαίσια, τις πολιτικές και τη χρηματοδότηση. Η επαφή με αυτό το δίκτυο δυσκολεύει τους ασθενείς, τους φροντιστές τους και τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας (Jarusevicienetal., 2014). Τελικά, η ομαδική εργασία και η συνεργασία μεταξύ των τομέων της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας συνιστά μια πρόκληση: η διερεύνηση της παροχής υπηρεσιών με τη συνεργασία διαφορετικών τομέων υγείας και κοινωνικής φροντίδας, υπογραμμίζει την αναγκαιότητα να εντοπιστούν με ακρίβεια υφιστάμενοι παράγοντες που διευκολύνουν ή παρεμποδίζουν τη συνεργασία μεταξύ διαφορετικών τομέων και τη χρήση τους για τη διαμόρφωση κοινού οράματος της φροντίδας, σε διάφορους τομείς (Wintersetal., 2016).

Η ανεπαρκής συνεργασία και ο ανεπαρκής συντονισμός των δραστηριοτήτων για την παροχή φροντίδας, θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την ευημερία και την ασφάλεια των ψυχικά ασθενών ηλικιωμένων και να επιβάλουν πρόσθετη επιβάρυνση στους άτυπους φροντιστές τους (Osteretal., 2016; Kirstetal., 2017).

Οι άτυποι φροντιστές που συμμετείχαν σε μελέτη των Kontrimieneetal. (2019), εξέφρασαν το ενδιαφέρον τους να αποκτήσουν ένα διευρυμένο και καλύτερα ολοκληρωμένο σύστημα φροντίδας,

με μια πιο εξατομικευμένη και ολοκληρωμένη αξιολόγηση των αναγκών τόσο του ασθενούς, όσο και του φροντιστή, με μια μεγαλύτερη ποικιλία διαθέσιμων υπηρεσιών και προγραμμάτων που υποστηρίζονται από διαφορετικές πηγές χρηματοδότησης. Οι προσδοκίες των συμμετεχόντων στην ομάδα της έρευνας, σχετικά με μια καλύτερα συντονισμένη προσέγγιση των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, υποδηλώνουν την επείγουσα ανάγκη για καλύτερη διασύνδεση μεταξύ αυτών των τομέων. Η εμπειρία τους στην νοσοκομειακή περίθαλψη συμβάλλει στην κατανόηση της δυνητικής ανάγκης για γηριατρική εξειδίκευση των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Τα ευρήματα της μελέτης των Kontrimieneetal. (2019) ευθυγραμμίζονται με τις άλλες μελέτες, που βασίζονται σε στοιχεία σχετικά με την πολυπλοκότητα των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας. Πρέπει να καταβληθούν προσπάθειες για να συνδεθούν οι τομείς αυτοί καλύτερα και να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις που προκαθορίζονται από διαφορετικές επαγγελματικές ταυτότητες, νοοτροπίες και φιλοσοφία περίθαλψης (Wintersetal., 2016).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Kontrimieneetal. (2019) απαιτούν καλύτερο συντονισμό των τομέων κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης και μεγαλύτερη «ετοιμότητα» και «φιλικότητα προς το χρήστη» του συστήματος κοινωνικής πρόνοιας και συμβαδίζουν με άλλα παρόμοια ευρήματα ερευνών. Θα μπορούσαν να εφαρμοστούν διάφορα μοντέλα για τη βελτίωση της περίθαλψης και την αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών και των φροντιστών τους, όπως η εισαγωγή συστημάτων που θα βοηθούσαν στην κάλυψη του χάσματος μεταξύ αναγκών υγείας και κοινωνικής μέριμνας στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Carteretal., 2018), ή την ανάμιξη των κοινωνικών λειτουργών στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (Wintersetal., 2016). Στη βιβλιογραφία φαίνεται να υπάρχει ευρεία υποστήριξη των ωφελειών από την παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, στην πρωτοβάθμια φροντίδα για ενήλικες με πολύπλοκες ανάγκες κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης. Φαίνεται ότι μ' αυτό τον τρόπο οι ασθενείς έχουν βελτιώσει την υγεία τους όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι, μειώνονται τα εμπόδια για την παροχή θεραπείας και διατηρείται η καλύτερη υγεία, η αυτοεξυπηρέτηση και η λειτουργικότητα (McGregoretal., 2018) (Kontrimieneetal., 2019).

Η ενίσχυση του δικτύου φροντίδας για ηλικιωμένους ασθενείς με ψυχικές διαταραχές πρέπει να επικεντρωθεί σε μια εξατομικευμένη και περιεκτική αξιολόγηση των αναγκών των ασθενών και των φροντιστών τους. Οι τομείς κοινωνικής και υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να εξετάσουν την επίσημη συμμετοχή των άτυπων φροντιστών στη διαχείριση και τον σχεδιασμό της παροχής περίθαλψης ασθενών. Επιπλέον, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη όχι μόνο τις ανάγκες του ασθενούς αλλά και τις ανάγκες του άτυπου φροντιστή. Πιο ολοκληρωμένες προσεγγίσεις, όπως ένα ευρύτερο φάσμα διαθέσιμων υπηρεσιών και προγραμμάτων που χρηματοδοτούνται σωστά, θα μπορούσαν να διευκολύνουν την παροχή φροντίδας σε άτυπους φροντιστές. Η συστηματική ανάπτυξη και η καλύτερη διασύνδεση των συστημάτων υγείας και κοινωνικής πρόνοιας, είναι ουσιαστικής

σημασίας για την επίτευξη μιας πιο ισορροπημένης συνεργασίας μεταξύ των τομέων της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας (Kontrimieneetal., 2019).

8.3 Άνοια και επιδείνωση της ποιότητας ζωής

Η γήρανση συνδέεται τόσο με βιολογικές όσο και με ψυχολογικές αλλαγές, συμπεριλαμβανομένης της νοητικής εξασθένησης, όπως η άνοια. Η άνοια είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από προοδευτική επιδείνωση της μνήμης και άλλων γνωσιακών πεδίων. Τόσο ο επιπολασμός, όσο και η συχνότητα εμφάνισης της άνοιας, αυξάνονται σημαντικά με την προχωρημένη ηλικία και αποτελούν σημαντική αιτία λειτουργικής εξάρτησης, ιδρυματοποίησης, χαμηλού επιπέδου ποιότητας ζωής (QoL) και θνησιμότητας στους ηλικιωμένους (Prince et al., 2015). Οι αρνητικές επιπτώσεις της άνοιας στην υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, έχουν διαπιστωθεί από πολυάριθμες μελέτες. Οι επιδράσεις της άνοιας στην QoL περιλαμβάνουν τη γνωσιακή λειτουργία, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL), τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και την ψυχική υγεία (Beerens et al., 2014). Προηγούμενες έρευνες καταδεικνύουν ότι ακόμη και τα πρώιμα στάδια της άνοιας (δηλαδή η ήπια άνοια ή η ήπια γνωσιακή εξασθένηση) επηρεάζουν δυσμενώς την QoL. Η έρευνα έδειξε επίσης ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της υγείας και της QoL στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, η αυτο-αξιολογούμενη υγεία φαίνεται ότι συσχετίζεται στενά με υποκειμενικές απόψεις για την QoL σε άτομα με άνοια (Orgeta, etal., 2015).

Πολλοί ηλικιωμένοι με μειωμένη νοητική ικανότητα μπορούν να συνεχίσουν να ζουν στο σπίτι στα πρώιμα στάδια της διαταραχής, με την υποστήριξη ενός μέλους της οικογένειας ή ενός συγγενή, που συνήθως εξυπηρετεί ως άτυπος/η φροντιστής. Ωστόσο, καθώς η πάθηση εξελίσσεται, το άτομο μπορεί να υποστεί απώλεια της ανεξαρτησίας και να έχει αυξημένη ανάγκη για παροχή βοήθειας για την παροχή περίθαλψης τόσο για τις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL), όπως η λειτουργική κινητικότητα, η ένδυση, η κολύμβηση, η εξυπηρέτηση στο μπάνιο, όσο και με σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής που απαιτούν χρήση διαφόρων συσκευών ή εργαλείων της καθημερινής ζωής (instrumental activities of daily living, IADL). Μια μελέτη της λειτουργικής ικανότητας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας έδειξε ότι τα άτομα με ήπια γνωσιακή δυσλειτουργία είχαν χαμηλότερη λειτουργικότητα στις IADL, σε σύγκριση με εκείνη των γνωσιακά άθικτων ηλικιωμένων ατόμων. Στην ίδια μελέτη διαπιστώθηκε ότι η απαίτηση για βοήθεια στις ADL είχε σημαντική αρνητική επίδραση στην HRQoL των ηλικιωμένων. Άρα η μέτρηση της HRQoL έχει καταστεί σημαντικός στόχος στην έρευνα για την άνοια, όπου τονίζεται η σημασία της αξιολόγησης της προοπτικής του ατόμου με άνοια. Πρόσφατα, αυξήθηκαν οι μελέτες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ της γνωσιακής κατάστασης και της HRQoL. Ωστόσο, η

έρευνα σχετικά με σημαντικούς για την HRQoL παράγοντες μεταξύ αυτής της ομάδας ηλικιωμένων ενηλίκων, εξακολουθεί να είναι περιορισμένη (Christiansenetal., 2019).

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Christiansenetal. (2019) παρέχουν μια επισκόπηση των σημαντικών παραγόντων που επηρεάζουν την HRQoL των ηλικιωμένων με γνωσιακή δυσλειτουργία. Η διαβίωση στο σπίτι και η δυνατότητα να εκτελούν ανεξάρτητα ADL, χωρίς να λαμβάνουν επίσημη φροντίδα, μαζί με την απουσία μέτριου έως σοβαρού πόνου και μοναξιάς, συσχετίστηκαν με υψηλή HRQoL στον πληθυσμό της μελέτης τους. Η αναγνώριση της σημασίας των προαναφερθέντων παραγόντων είναι σημαντική κατά την υιοθέτηση μιας προσέγγισης με επίκεντρο τον άνθρωπο για την υποστήριξη των αναγκών φροντίδας και την ενίσχυση της ανεξαρτησίας στις δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης ηλικιωμένων ενηλίκων με γνωσιακή δυσλειτουργία. Μπορεί επίσης να αυξήσει τη δυνατότητα διατήρησης υψηλήςHRQoL σε ηλικιωμένους ενήλικες με γνωσιακή δυσλειτουργία. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Christiansenetal. (2019) μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βάση για ποιοτική έρευνα, με στόχο τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής αυτής της ομάδας. Απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για τη διερεύνηση παρεμβάσεων υποστήριξης και βελτίωσης τηςHRQoL σε ηλικιωμένους με γνωσιακή ανεπάρκεια (Christiansenetal., 2019).

Ειδικό μέρος

1. Σκοπός και ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματική/ερευνητικής μελέτης είναι η αξιολόγηση της εκτίμησης της γενικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων στη Λάρισα και η σχέση τους με τα όμοια χαρακτηριστικά τους.

Ερευνητικά Ερωτήματα

Αναλυτικά τα βασικά ερωτήματα της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας είναι:

- Παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι προβλήματα που αφορούν στη σωματική τους υγεία;
- Παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι προβλήματα που αφορούν στη ψυχική τους υγεία; Πως αισθάνονται οι ηλικιωμένοι, δηλαδή για το άγχος, την αϋπνία.
- Παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι κοινωνικά προβλήματα;
- Παρουσιάζουν οι ηλικιωμένοι συμπτώματα κατάθλιψης.
- Ποια η συσχέτιση σωματικών προβλημάτων και προβλημάτων ψυχικής υγείας με τα δημογραφικά τους;

2. Υλικά και Μέθοδοι

Σχεδιασμός της ερευνητικής μελέτης

Η παρούσα μελέτη ανήκει στις Περιγραφικές μελέτες συσχέτισης και ο σχεδιασμός της ήταν Συγχρονικού τύπου (Cross-Sectional Study).

Πληθυσμός και Δείγμα

Ο Πληθυσμός (Study Population) της ερευνητικής διπλωματικής εργασίας αποτελείται από ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες. Οι ηλικιωμένοι άνδρες και γυναίκες διαμένουν στη Λάρισα. Το Δείγμα (Sample) της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 100 άτομα. Η μέθοδος της δειγματοληψίας που εφαρμόστηκε ήταν αυτή της Δειγματοληψίας μη Πιθανότητας και ειδικότερα χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της Δειγματοληψίας Ευκολίας (Convenience Sampling).

Ερευνητικά Εργαλεία

Όσον αφορά την συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, το οποίο έγινε ανώνυμα. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αφορούσε τη διερεύνηση της υγείας των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών (Παράρτημα). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο απαρτίζεται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος περιλάμβανε ερωτήσεις για τα ατομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων (φύλο, δημογραφικά, εκπαιδευτικά, εργασιακά) καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τον αριθμό των παιδιών όπου έχουν, την σύνταξη όπου παίρνουν, το που διαμένουν αλλά και το εισόδημά τους.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο Γενικής υγείας (GHQ-28). Αρχικά, το ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε και συμπληρώθηκε, τόσο στη αγγλική όσο και στην ελληνική εκδοχή, από 50 δίγλωσσους. Η προσαρμογή βασίστηκε σε 100 ασθενείς, οι οποίοι προσήλθαν διαδοχικά σε εξωτερικά ιατρεία παθολογικής κλινικής. Η σύγκριση έγινε με την εκτίμηση των ίδιων ατόμων με την PSE (Present State Examination), η οποία έχει ήδη σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό (Goldberg, 1978). Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε αρρώστους όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ειδικότερα, αναφορικά με την εγκυρότητα, οι συντελεστές συνάφειας με την PSE είναι 0,77 για το GHQ28, 0,77 για το GHQ-30 και 0,78 για το GHQ-60. Στην συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη έγινε η χρήση του GHQ-28. (GHQ-28) Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, το οποίο συναποτελούν τέσσερις υποκλίμακες: α) σωματικά συμπτώματα, β) άγχος/αϋπνία, γ) κοινωνική δυσλειτουργία και δ) σοβαρή κατάθλιψη (Goldberg, 1978, Garyfallos et al., 1991). Κάθε ερώτηση απαντάται σε μία κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη διαταραχής της ψυχικής υγείας.

Όλες οι δηλώσεις αξιολογούνται σε 4-βαθμη κλίμακα τύπου Likert με διαβάθμιση από 1 όπου αναφέρεται στην απάντηση «καλύτερα απ' ότι συνήθως» έως 4 όπου αναφέρεται στην απάντηση «Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως» για την ερώτηση 1. Για τις ερωτήσεις 2-13 με διαβάθμιση από 1 όπου αναφέρεται στην απάντηση «καθόλου» έως 4 όπου αναφέρεται στην απάντηση «Πολύ περισσότερα απ' ότι συνήθως». Για την ερώτηση 14 με διαβάθμιση από 1 όπου αναφέρεται στην απάντηση «καλύτερα απ' ότι συνήθως» έως 4 όπου αναφέρεται στην απάντηση «Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως». Για την ερώτηση 15 με διαβάθμιση από 1 όπου αναφέρεται στην απάντηση «περισσότερο απ' ότι συνήθως» έως 4 όπου αναφέρεται στην απάντηση «Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως». Για τις ερωτήσεις 16-21 με διαβάθμιση από 1 όπου αναφέρεται στην απάντηση «γρηγορότερα, περισσότερα κλπ» έως 4 όπου αναφέρεται στην απάντηση «Πολύ χειρότερα, λιγότερα απ' ότι συνήθως» και για τις ερωτήσεις 22-28 με διαβάθμιση από 1 όπου αναφέρεται στην απάντηση «καθόλου» έως 4 όπου αναφέρεται στην απάντηση «Πολύ περισσότερα απ' ότι συνήθως».

Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε σε ηλικιωμένα άτομα που κατοικούν στη Λάρισα. Η συμμετοχή των ηλικιωμένων ατόμων ήταν εθελοντική και ανώνυμη, διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας. Η διανομή και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε στο χώρο όπου διαμένουν. Η όλη διαδικασία συλλογής των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τους μήνες Μάιο με Αύγουστο του 2019.

Στατιστική ανάλυση των δεδομένων

Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση του εμπειρικού υλικού της έρευνας έγινε με τη χρήση του λογισμικού πακέτου “SPSS (Statistical Package for the Social Science) 15.0 for Windows”, με τις μεθόδους της Περιγραφικής (Descriptive) και της Επαγωγικής (Inferential) Στατιστικής. Ειδικότερα η Περιγραφική ανάλυση περιλάμβανε την κατανομή συχνοτήτων των μεταβλητών (απόλυτη και σχετική % συχνότητα) καθώς και εκτιμήσεις των παραμέτρων θέσης και διασποράς των ποσοτικών μεταβλητών (μέση τιμή, σταθερή απόκλιση, μέγιστη και ελάχιστη τιμή). Η Επαγωγική ανάλυση για τη διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων περιλάμβανε τον έλεγχο MANOVA και Correlation για ανεξάρτητα δείγματα, καθώς και τον συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r). Έγινε και συσχέτιση με τις τέσσερις υποκλίμακες όπου διερευνά το Ερωτηματολόγιο της Γενικής Υγείας (α) σωματικά συμπτώματα (αναφέρονται για τις ερωτήσεις 1 με 7) , β) άγχος/αϋπνία (αναφέρονται για τις ερωτήσεις 8 με 14), γ) κοινωνική δυσλειτουργία (αναφέρονται για τις ερωτήσεις 15 με 21) και δ) σοβαρή κατάθλιψη (αναφέρονται για τις ερωτήσεις 22 με 28)). Τιμές $p < 0,050$ ορίστηκαν ότι εκφράζουν το επίπεδο αποδεκτής στατιστικής σημαντικότητας.

3. Αποτελέσματα

Αρχικά έγινε ανάλυση των δεδομένων για την αξιοπιστία των Ερωτήσεων του ερωτηματολογίου που δόθηκε. Στον Πίνακα 1 φαίνονται τα αποτελέσματα αυτής της ανάλυσης. Εξετάζουμε την αξιοπιστία μίας κλίμακας που περιέχει δύο ή περισσότερα θέματα-ερωτήσεις. Όσο μεγαλύτερη συνοχή έχουν τα θέματα της κλίμακας, τόσο πιο αξιόπιστο θεωρείται το τεστ. Η ανάλυση αξιοπιστίας εξετάζει πόσο σταθερές θα παρέμειναν οι απαντήσεις των ατόμων στην ίδια κλίμακα εάν μεταξύ επαναλαμβανόμενων απαντήσεων δε μεσολαβούσε κανένας παράγοντας που να επηρεάζει τον τρόπο που ανταποκρίνονται τα άτομα στις ερωτήσεις.

Η τιμή α του Cronbach ποικίλλει από το 1 έως το -1. Αν και δεν υπάρχει απόλυτος αριθμός για όλες τις περιπτώσεις, που να δηλώνει το ακριβές όριο που καθορίζει αν μια κλίμακα είναι αξιόπιστη ή όχι, γενικά θεωρούνται αποδεκτές κλίμακες με α μεγαλύτερο του 0,7.

Πίνακας 1. Ανάλυση Αξιοπιστίας για α) σωματικά συμπτώματα , β) άγχος/αϋπνία, γ) κοινωνική δυσλειτουργία και δ) σοβαρή κατάθλιψη.

Κλίμακες	Cronbach's Alpha
Σωματικά Συμπτώματα	0,717
Άγχος/Αϋπνία	0,729
Κοινωνική Δυσλειτουργία	0,728
Σοβαρή Κατάθλιψη	0,758

Με βάση τις παραπάνω τιμές όλες οι ερωτήσεις έχουν αποδεκτό επίπεδο αξιοπιστίας. Υπάρχει στην κάθε υποκλίμακα έστω και μία ερώτηση όπου μπορεί να αλλάξει το βαθμό της αξιοπιστίας είτε να τον μειώσει όπου αυτό γίνεται στα περισσότερα ερωτήματα αλλά υπάρχει και ένα ερώτημα όπου αν αφαιρεθεί αυξάνει τον βαθμό της αξιοπιστίας της υποκλίμακας.

Περιγραφική Ανάλυση

Στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 2) αναφέρονται τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων ως προς τα ατομικά τους χαρακτηριστικά.

Πίνακας 2. Ατομικά Χαρακτηριστικά Ηλικιωμένων ατόμων.

Χαρακτηριστικά	N	%
Φύλο		
Άρρεν	45	45
Θήλυ	55	55
Ηλικία (έτη)		
Mean ±St. Dev.	74,62±6,44	
Min-Max	67 – 96	
Οικογενειακή Κατάσταση		
-Άγαμος	7	7
-Εγγαμος	62	62
-Διεζευγμένος	6	6
-Χήρος	25	25

Αριθμός Παιδιών		
-0	10	10
-1	21	21
-2	45	45
-3	17	17
-4	7	7
-Πάνω από 4	0	0
Εκπαίδευση		
-Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	28	28
-Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	33	33
-Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	22	22
-Έχω τελειώσει μερικές τάξεις δημοτικού	15	15
-Δεν έχω πάει σχολείο	2	2
Τόπος Μόνιμης Διαμονής		
-Πόλη	100	100
-Κωμόπολη		
-Χωριό		
Συνταξιοδοτική Κατάσταση		
-Συνταξιούχος Δημοσίου	21	21
-Συνταξιούχος ΟΓΑ	35	35
-Συνταξιούχος ΙΚΑ	21	21
-Συνταξιούχος Ελεύθερος Επαγγελματίας	8	8
-Άλλη	7	7
-Καμία Σύνταξη	8	8
Κατοικία		
-μόνος	26	26
-με την/τον σύζυγο	61	61
-με τα παιδιά μου	13	13
-γηροκομείο	0	0
Επάγγελμα που ασκήσατε		
-χειρωνακτικό	55	55
-μη χειρωνακτικό	23	23
-αγρότης	14	14
-οικιακά	8	8

-κανένα	0	0
Μηνιαίο Εισόδημα		
-0-300	23	23
-301-600	43	43
-601-1000	26	26
-πάνω από 1000	8	8

Από τον Πίνακα 2 αναφέρονται τα γενικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων όπου διαμένουν στη Λάρισα. Από τους ηλικιωμένους οι 45 ήταν άνδρες και οι 55 ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας τους ήταν 74,62 με τυπική απόκλιση 6,44. Ο μικρότερα ηλικιακά ήταν στα 67 έτη και ο μεγαλύτερος στα 96 έτη. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, περίπου λίγο πάνω από το μισό ποσοστό (62%) ήταν έγγαμη, ένα 7% ήταν άγαμη ενώ το 6% αντιστοιχεί στα διεξυγμένα άτομα και το 25% στα ηλικιωμένα άτομα όπου έχουν χηρέψει. Από την παραπάνω ανάλυση διαπιστώνουμε ότι το 10% εκ των ηλικιωμένων ατόμων έχουν αποκτήσει μηδέν (0) παιδιά. Το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί στην απόκτηση δύο παιδιών, 45%, ενώ η απόκτηση ενός (1) και τριών (3) είναι πολύ κοντά, 21% και 17% αντίστοιχα. Η απόκτηση 4 παιδιών αντιστοιχεί στο 7%. Όσον αφορά την εκπαίδευσή τους το μεγαλύτερο ποσοστό βρίσκεται στην δευτεροβάθμια εκπαίδευση (33%), ενώ το αμέσως επόμενο όπου αντιστοιχεί στο 28% για άτομα όπου έχουν τελειώσει πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Τα ποσοστά 22%, 15% και 2% είναι για τριτοβάθμια εκπαίδευση, έχουν τελειώσει μερικές τάξεις του δημοτικού και δεν έχω πάει σχολείο αντίστοιχα. Για την συνταξιοδοτική τους κατάσταση το 21% είναι για σύνταξη δημοσίου, το 35% όπου είναι και το μεγαλύτερο ποσοστό παίρνουν σύνταξη ΟΓΑ, μετά είναι σύνταξη του ΙΚΑ με 21%, η σύνταξη Ελεύθερου Επαγγελματία με 8% καμία σύνταξη αντιστοιχεί στο ποσοστό 7% του και το 8% σε άλλη σύνταξη. Όσον αφορά με ποια άτομα διαμένουν, το 61% διαμένει ακόμα με την σύζυγό τους, το 26% μόνος τους και το 13% παιδιά τους. Κοντά στους μισούς το επάγγελμα όπου άσκησαν είναι χειρωνακτικό (55%), ενώ το υπόλοιπο μισό χωρίζονται σε άτομα όπου ήταν αγρότες ή έκαναν μη χειρωνακτικά επαγγέλματα (14% και 23% αντίστοιχα). Ένα μικρό ποσοστό αντιστοιχεί στα οικιακά στο 8%. Τέλος, όσον αφορά το μηνιαίο τους εισόδημα, μεταξύ 3 με 300 ευρώ αντιστοιχεί στο ποσοστό του 23%. Ένα 43% με μηνιαίο εισόδημα 301-600, το 21% μέχρι 1000 ευρώ και υπάρχει και ένα 8% όπου το εισόδημα τους ξεπερνά τα 1000 ευρώ.

Με τη βοήθεια του SPSS πραγματοποιήθηκε ανάλυση για την κάθε μία ερώτηση της κάθε ενότητας ξεχωριστά ώστε να βρούμε την μέση τιμή με τις τυπικές αποκλίσεις και τις ελάχιστες και τις μέγιστες τιμές τους, δηλαδή τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα. Όλα τα δεδομένα παρατίθενται στους παρακάτω τέσσερις πίνακες όσο και οι κλίμακες αξιολόγησης (Πίνακας 3, 4, 5, 6) για τα ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν στη Λάρισα.

Πίνακας 3. Αξιολόγηση για σωματικά συμπτώματα (n=100)

Σωματικά Συμπτώματα	Mean ± S.D.	Median	Min-Max
1. Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής:	2,1±0,70	2,5	1-4
2. Νιώθετε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό:	2,06±0,95	2,5	1-4
3. Νιώθετε εξαντλημένος και κακοδιάθετος:	2,23±0,91	2,5	1-4
4. Είχατε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστος:	2,17±0,94	2,5	1-4
5. Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι:	2,00±0,93	2,5	1-4
6. Νιώθετε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι:	1,89±0,94	2,5	1-4
7. Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;	1,85±0,94	2,5	1-4

Πίνακας 4. Αξιολόγηση για άγχος/αυπνία (n=100)

Άγχος/ Αϋπνία	Mean ± S.D.	Median	Min-Max
1. Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος;	2,22±1,03	2,5	1-4
2. Έχετε δυσκολία να συνεχίστε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	2,08±0,99	2,5	1-4
3. Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;	2,04±1,024	2,5	1-4
4. Είσαστε οξύθυμος και αρπαζόσαστε εύκολα;	2,08±1,04	2,5	1-4
5. Νιώθετε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;	2,00±0,97	2,5	1-4
6. Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;	1,96±0,95	2,5	1-4
7. Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός και σε υπερδιέγερση;	1,98±0,81	2,5	1-4

Πίνακας 5. Αξιολογώντας την Κοινωνική δυσλειτουργία (n=100)

Κοινωνική Δυσλειτουργία	Mean ± S.D.	Median	Min-Max
1. Έχετε καταφέρει να είσαστε δραστήριος και πάντα απασχολημένος;	1,93±0,74	2,5	1-4

2. Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	2,52±0,88	2,5	1-4
3. Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;	2,28±0,72	2,5	1-4
4. Είσατε ικανοποιημένος με τον τρόπο που κάνετε τις δουλειές σας;	2,32±0,85	2,5	1-4
5. Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι συμβαίνει γύρω σας;	2,11±0,82	2,5	1-4
6. Αισθανόσαστε ικανός να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	1,97±0,73	2,5	1-4
7. Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σας;	2,30±0,83	2,5	1-4

Πίνακας 6. Αξιολόγηση για σοβαρή κατάθλιψη (n=100)

Σοβαρή Κατάθλιψη	Mean ± S.D.	Median	Min-Max
1. Σκεφτόσαστε ότι δεν αξίζετε τίποτα;	1,51±0,83	2,5	1-4
2. Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	1,68±2,22	2,5	1-4
3. Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;	1,35±0,75	2,5	1-4
4. Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	1,43±0,71	2,5	1-4
5. Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	1,83±0,84	2,5	1-4
6. Πιάνετε τον εαυτό σας να εύχεται να είσατε πεθαμένος και να είσατε πεθαμένος και να είχατε ξεμπερδέψει από όλα;	1,44±0,79	2,5	1-4
7. Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;	1,37±0,69	2,5	1-4

Από τους παραπάνω πίνακες, όσον αφορά τα σωματικά συμπτώματα βλέπουμε ότι τα περισσότερα άτομα βρίσκονται κοντά στο μέσο όρο των απαντήσεων στα ερωτήματα. Από τον πίνακα των απαντήσεων όσον αφορά το άγχος και την αύπνία τα άτομα βρίσκονται κοντά στη μέση τιμή των απαντήσεων. Όσον αφορά τα αποτελέσματα των απαντήσεων στα ερωτήματα για την κοινωνική δυσλειτουργία παρατηρούμε ότι απαντήσεις αυτών βρίσκονται και αυτές κοντά στην μέση τιμή

των απαντήσεων. Από τον παραπάνω πίνακα για την σοβαρή κατάθλιψη παρατηρούμε ότι οι απαντήσεις βρίσκονται κοντά στα 1,5 με μέση τιμή απαντήσεων το 2,5.

Για τις παραπάνω τέσσερις κλίμακες αξιολόγησης έγινε σύμπτυξη των ερωτήσεων και τα αποτελέσματα της ανάλυσης παρατίθενται στον Πίνακα 7.

Πίνακας 7. Κλίμακες αξιολόγησης

Κλίμακες αξιολόγησης	Mean ± S.D.	Min-Max
(A) Σωματικά Συμπτώματα	14.30±4.57	8-28
(B) Άγχος Αυπνία	14.36±4.67	7-28
(C) Κοινωνική δυσλειτουργία	15.43±3.89	7-37
(D) Σοβαρή κατάθλιψη	10.61±4.85	7-34

Αναγράφονται τόσο οι μέσες τιμές στο σύνολο των ερωτήσεων με τις αντίστοιχες τυπικές αποκλίσεις αλλά και τις ελάχιστες και μέγιστες τιμές που έχουν πάρει στο σύνολο τους.

Επαγωγική Ανάλυση

Σχέση των τεσσάρων κλιμάκων αξιολόγησης με τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν στη Λάρισα.

Στους παρακάτω πίνακες αναλύονται το κάθε χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων ανδρών σε σχέση με τις τέσσερις κλίμακες αξιολόγησης, όπως τις είχαμε ονομάσει παραπάνω, A: Σωματικά Συμπτώματα B: Άγχος/ Αυπνία C: Κοινωνική Δυσλειτουργία D: Σοβαρή κατάθλιψη. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήσαμε πολυμεταβλητή ανάλυση διακύμανσης (Multivariate Analysis of variance-MANOVA).

Πίνακας 8. Σχέση των τεσσάρων κλιμάκων αξιολόγησης (εξαρτημένη μεταβλητή) με το φύλο (ανεξάρτητη μεταβλητή)

	Φύλο	Mean	Std. Deviation	N
A	Άνδρας	13,6222	4,35519	45
	Γυναίκα	14,8545	4,71569	55

B	Άνδρας	14,2667	4,19632	45
	Γυναίκα	14,4364	5,06536	55
C	Άνδρας	14,8222	3,34589	45
	Γυναίκα	15,9273	4,25943	55
D	Άνδρας	11,0222	5,08335	45
	Γυναίκα	10,2727	4,68826	55

Στην πρώτη κλίμακα αξιολόγησης παρατηρούμε ότι για τους άνδρες η μέση τιμή είναι 13,62 με τυπική απόκλιση 4,35 ενώ για τις γυναίκες ήταν 14,85 με τυπική απόκλιση 4,71. Για την δεύτερη κλίμακα αξιολόγησης η μέση τιμή για τους άνδρες είναι 14,26 με τυπική απόκλιση 4,19 και για τις γυναίκες 14,43 με τυπική απόκλιση 5,06. Στην Τρίτη κλίμακα αξιολόγησης έχουμε μέση τιμή 14,82 με τυπική απόκλιση 3,34 και μέση τιμή 15,92 με τυπική απόκλιση 4, 25 για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα. Όσον αφορά την τελευταία κλίμακα, οι άνδρες έχουν μέση τιμή 11,02 και τυπική απόκλιση 5,08 και οι γυναίκες 10,27 μέση τιμή με 4,68 η τυπική απόκλιση.

Πίνακας 9. Σχέση των τεσσάρων κλιμάκων αξιολόγησης (εξαρτημένη μεταβλητή) με την οικογενειακή κατάσταση (ανεξάρτητη μεταβλητή).

Οικογενειακή Κατάσταση		Mean	Std. Deviation	N
A	Άγαμος	13,5714	2,63674	7
	Έγγαμος	13,6774	4,53682	62
	Διεζευγμένος	11,8333	3,31160	6
	Χήρος	16,6400	4,65367	25
B	Άγαμος	12,1429	3,57904	7
	Έγγαμος	14,6613	4,78708	62
	Διεζευγμένος	12,0000	2,96648	6
	Χήρος	14,8000	4,84768	25

C	Άγαμος	13,8571	2,11570	7
	Έγγαμος	14,9032	3,69630	62
	Διεζευγμένος	13,1667	1,83485	6
	Χήρος	17,7200	4,22808	25
D	Άγαμος	9,5714	3,15474	7
	Έγγαμος	9,8226	4,13511	62
	Διεζευγμένος	13,5000	10,36822	6
	Χήρος	12,1600	4,74939	25

Στην πρώτη κλίμακα αξιολόγησης όπου αναφέρεται στα σωματικά συμπτώματα παρατηρούμε ότι η μέση τιμή στους άγαμους είναι 13,57 με SD: 2,62, στους έγγαμους 13,67 με SD: 4,53, στους διεζευγμένους είναι 11,83 με SD: 3,31 και στους χήρους είναι 16,64 με SD: 4,65. Στη δεύτερη κλίμακα, για το άγχος και την αυπνία, η μέση τιμή στους άγαμους είναι 12,14 με SD: 3,57, στους έγγαμους 14,66 με SD: 4,78, στους διεζευγμένους είναι 12,00 με SD: 2,96 και στους χήρους είναι 14,80 με SD: 4,84. Στην Τρίτη κλίμακα, για τις κοινωνικές δυσλειτουργίες η μέση τιμή στους άγαμους είναι 13,85 με SD: 2,11, στους έγγαμους 14,90 με SD: 3,69, στους διεζευγμένους είναι 13,16 με SD: 1,83 και στους χήρους είναι 17,72 με SD: 4,22. Στην τελευταία κλίμακα αξιολόγησης, σοβαρή κατάθλιψη, η μέση τιμή στους άγαμους είναι 9,57 με SD: 3,15, στους έγγαμους 9,82 με SD: 4,13, στους διεζευγμένους είναι 13,50 με SD: 10,36 και στους χήρους είναι 12,16 με SD: 4,74. Με βάση τα αποτελέσματα δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των άγαμων, έγγαμων, διεζευγμένων και χήρων καθώς το $p > 0,1$ ($p=0,20$ για το A, $p=0,313$ για το B) ενώ για το C με $p=0,04$ και για το D με $p=0,083$ ήταν.

Πίνακας 10. Σχέση των τεσσάρων κλιμάκων αξιολόγησης (εξαρτημένη μεταβλητή) με τον αριθμό των παιδιών (ανεξάρτητη μεταβλητή).

	Αριθμός παιδιών	Mean	Std. Deviation	N
A	0	14,3000	4,02906	10
	1,00	14,1905	5,61800	21
	2,00	14,0444	4,41565	45
	3,00	14,5294	4,50163	17
	4,00	15,7143	3,98808	7
B	0	12,6000	2,50333	10

	1,00	14,0000	4,73286	21
	2,00	14,7778	4,74767	45
	3,00	15,2353	5,69572	17
	4,00	13,1429	3,67099	7
C	0	14,0000	1,41421	10
	1,00	15,3810	4,45507	21
	2,00	15,4000	3,86946	45
	3,00	16,3529	4,79506	17
	4,00	15,5714	2,07020	7
D	0	8,5000	1,35401	10
	1,00	10,3333	4,04145	21
	2,00	10,0222	4,64410	45
	3,00	11,7647	4,17626	17
	4,00	15,4286	9,30694	7

Στην πρώτη κλίμακα αξιολόγησης όπου αναφέρεται στα σωματικά συμπτώματα παρατηρούμε ότι η μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ένα παιδί είναι 14,19 με SD: 5,61, όπου έχουν δύο παιδιά 14,04 με SD: 4,41, όπου έχουν τρία παιδιά είναι 14,52 με SD: 4,50, όπου έχουν τέσσερα παιδιά είναι 15,71 με SD: 3,98 και αυτούς όπου δεν έχουν κανένα παιδί είναι 14,30 και SD: 4,02. Στη δεύτερη κλίμακα, για το άγχος και την απνία, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ένα παιδί είναι 14,00 με SD: 4,73, όπου έχουν δύο παιδιά 14,77 με SD: 4,74, όπου έχουν τρία παιδιά είναι 15,23 με SD: 5,69, όπου έχουν τέσσερα παιδιά είναι 13,14 με SD: 3,67 και αυτούς όπου δεν έχουν κανένα παιδί είναι 12,60 και SD: 2,50. Στην Τρίτη κλίμακα, για τις κοινωνικές δυσλειτουργίες μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ένα παιδί είναι 15,38 με SD: 4,45, όπου έχουν δύο παιδιά 15,40 με SD: 3,86, όπου έχουν τρία παιδιά είναι 16,35 με SD: 4,79, όπου έχουν τέσσερα παιδιά είναι 15,57 με SD: 2,07 και αυτούς όπου δεν έχουν κανένα παιδί είναι 14,00 και SD: 1,41. Στην τελευταία κλίμακα αξιολόγησης, σοβαρή κατάθλιψη, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ένα παιδί είναι 10,33 με SD: 4,04, όπου έχουν δύο παιδιά 10,02 με SD: 4,64, όπου έχουν τρία παιδιά είναι 11,76 με SD: 4,17, όπου έχουν τέσσερα παιδιά είναι 15,42 με SD: 9,30 και αυτούς όπου δεν έχουν κανένα παιδί είναι 8,50 και SD: 1,35. Με βάση τα αποτελέσματα δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων όπου έχουν ένα παιδί, δύο παιδιά, τρία παιδιά, τέσσερα παιδιά και κανένα παιδί το $p \leq 0,1$ ($p=0,933$ για το A, $p=0,570$ για το B και $p=0,686$ για το C), ενώ $p=0,030$ για το D ήταν στατιστικώς σημαντικό αποτέλεσμα.

Πίνακας 11. Σχέση των τεσσάρων κλιμάκων αξιολόγησης (εξαρτημένη μεταβλητή) με την εκπαίδευση (ανεξάρτητη μεταβλητή).

	Εκπαίδευση	Mean	Std. Deviation	N
A	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	14,1071	4,36602	28
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	15,0909	4,98976	33
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	11,8636	3,19666	22
	Έχω τελειώσει μερικές τάξεις	16,4000	4,82257	15
	Δεν έχω πάει σχολείο	15,0000	1,41421	2
B	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	14,3214	5,09941	28
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	14,2727	5,07613	33
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	13,5000	2,89087	22
	Έχω τελειώσει μερικές τάξεις	15,6667	5,20531	15
	Δεν έχω πάει σχολείο	16,0000	5,65685	2
C	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	16,3571	3,74378	28
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	15,2121	3,50676	33
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	12,5000	2,84103	22
	Έχω τελειώσει μερικές τάξεις	18,0667	3,99046	15
	Δεν έχω πάει σχολείο	18,5000	,70711	2
D	Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	10,6429	3,77334	28
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	10,4242	4,18353	33
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	8,4091	2,46227	22
	Έχω τελειώσει μερικές τάξεις	14,5333	8,07878	15
	Δεν έχω πάει σχολείο	8,0000	,00000	2

Στην πρώτη κλίμακα αξιολόγησης όπου αναφέρεται στα σωματικά συμπτώματα παρατηρούμε ότι η μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι 14,10 με SD: 4,36, όπου έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση 15,09 με SD: 4,98, όσοι έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση 11,86 με SD: 3,19, όσοι έχουν τελειώσει μερικές τάξεις από το σχολείο είναι 16,40 με SD: 4,82 και

αυτούς που δεν έχουν πάει σχολείο είναι 15,00 και SD: 1,41. Στη δεύτερη κλίμακα, για το άγχος και την απνία, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι 14,32 με SD: 5,09, όπου έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση 14,27 με SD: 5,07, όσοι έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση 13,50 με SD: 2,89, όσοι έχουν τελειώσει μερικές τάξεις από το σχολείο είναι 15,66 με SD: 5,20 και αυτούς που δεν έχουν πάει σχολείο είναι 16,00 και SD: 5,65. Στην Τρίτη κλίμακα, για τις κοινωνικές δυσλειτουργίες μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι 16,35 με SD: 3,74, όπου έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση 15,21 με SD: 3,50, όσοι έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση 12,50 με SD: 2,84, όσοι έχουν τελειώσει μερικές τάξεις από το σχολείο είναι 18,06 με SD: 3,99 και αυτούς που δεν έχουν πάει σχολείο είναι 18,50 και SD: 0,7. Στην τελευταία κλίμακα αξιολόγησης, σοβαρή κατάθλιψη, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν πρωτοβάθμια εκπαίδευση είναι 10,64 με SD: 3,77, όπου έχουν δευτεροβάθμια εκπαίδευση 10,42 με SD: 4,18, όσοι έχουν τριτοβάθμια εκπαίδευση 8,40 με SD: 2,46, όσοι έχουν τελειώσει μερικές τάξεις από το σχολείο είναι 14,53 με SD: 8,07 και αυτούς που δεν έχουν πάει σχολείο είναι 8,00 και SD: 0. Με βάση τα αποτελέσματα προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων και των διάφορων εκπαιδευτικών επιπέδων όπου έχουν, με το $p \leq 0,1$ ($p=0,030$ για το A, $p=0,000$ για το C και $p=0,003$ για το D. Ενώ δεν ήταν στατιστικώς σημαντικό με $p=0,711$ για το B.

Πίνακας 12. Σχέση των τεσσάρων κλιμάκων αξιολόγησης (εξαρτημένη μεταβλητή) με την συνταξιοδοτική κατάσταση (ανεξάρτητη μεταβλητή).

	Συνταξιοδοτική Κατάσταση	Mean	Std. Deviation	N
A	Συνταξιούχος Δημοσίου	12,8571	4,75695	21
	Συνταξιούχος ΙΚΑ	15,1714	4,34190	35
	Συνταξιούχος ΟΓΑ	14,7619	5,09809	21
	Συνταξιούχος Ελεύθερος Επαγγελματίας	13,3750	2,26385	8
	Άλλη	15,5714	6,37331	7
	Καμία σύνταξη	12,8750	3,18198	8
B	Συνταξιούχος Δημοσίου	13,6190	4,89363	21
	Συνταξιούχος ΙΚΑ	13,8286	4,58569	35
	Συνταξιούχος ΟΓΑ	15,0000	5,27257	21

	Συνταξιούχος Ελεύθερος Επαγγελματίας	14,2500	3,61544	8
	Άλλη	16,0000	5,09902	7
	Καμία σύνταξη	15,6250	3,81491	8
C	Συνταξιούχος Δημοσίου	14,0952	4,33480	21
	Συνταξιούχος ΙΚΑ	16,1143	3,78675	35
	Συνταξιούχος ΟΓΑ	15,3333	3,61017	21
	Συνταξιούχος Ελεύθερος Επαγγελματίας	15,6250	3,24863	8
	Άλλη	16,5714	4,79086	7
	Καμία σύνταξη	15,0000	3,81725	8
D	Συνταξιούχος Δημοσίου	9,2381	4,86729	21
	Συνταξιούχος ΙΚΑ	10,7143	3,67481	35
	Συνταξιούχος ΟΓΑ	11,0000	5,24404	21
	Συνταξιούχος Ελεύθερος Επαγγελματίας	10,2500	2,49285	8
	Άλλη	15,2857	9,69045	7
	Καμία σύνταξη	9,0000	2,07020	8

Στην πρώτη κλίμακα αξιολόγησης όπου αναφέρεται στα σωματικά συμπτώματα παρατηρούμε ότι η μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου έχουν σύνταξη δημοσίου είναι 12,85 με SD: 4,75, όπου έχουν σύνταξη ΙΚΑ 15,17 με SD: 4,34, όπου έχουν σύνταξη ΟΓΑ είναι 14,76 με SD: 5,09, όπου έχουν σύνταξη ελεύθερου επαγγελματία είναι 13,37 με SD: 2,26, αυτούς όπου έχουν άλλη σύνταξη είναι 15,57 και SD: 6,37 και για αυτούς που δεν έχουν καμία σύνταξη είναι 12,87 και SD: 3,18. Στη δεύτερη κλίμακα, για το άγχος και την απνία, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου έχουν σύνταξη δημοσίου είναι 13,61 με SD: 4,89, όπου έχουν σύνταξη ΙΚΑ 13,82 με SD: 4,58, όπου έχουν σύνταξη ΟΓΑ είναι 15,00 με SD: 5,27, όπου έχουν σύνταξη ελεύθερου επαγγελματία είναι 14,25 με SD: 3,61, αυτούς όπου έχουν άλλη σύνταξη είναι 16,00 και SD: 5,09 και για αυτούς που δεν έχουν καμία σύνταξη είναι 15,62 και SD: 3,81. Στην Τρίτη κλίμακα, για τις κοινωνικές δυσλειτουργίες μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου έχουν σύνταξη δημοσίου είναι 14,09 με SD: 4,33, όπου έχουν σύνταξη ΙΚΑ 16,11 με SD: 3,78, όπου έχουν σύνταξη ΟΓΑ είναι 15,33 με SD: 3,61, όπου έχουν σύνταξη ελεύθερου επαγγελματία είναι 15,62 με SD: 3,24, αυτούς όπου

έχουν άλλη σύνταξη είναι 16,57 και SD: 4,79 και για αυτούς που δεν έχουν καμία σύνταξη είναι 15,00 και SD: 3,81. Στην τελευταία κλίμακα αξιολόγησης, σοβαρή κατάθλιψη, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου έχουν σύνταξη δημοσίου είναι 9,23 με SD: 4,86, όπου έχουν σύνταξη ΙΚΑ 10,71 με SD: 3,67, όπου έχουν σύνταξη ΟΓΑ είναι 11,00 με SD: 5,24, όπου έχουν σύνταξη ελεύθερου επαγγελματία είναι 10,25,00 με SD: 2,49, αυτούς όπου έχουν άλλη σύνταξη είναι 15,28 και SD: 9,69 και για αυτούς που δεν έχουν καμία σύνταξη είναι 9,00 και SD: 2,07. Με βάση τα αποτελέσματα δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων για τα διάφορα είδη σύνταξης όπου παίρνουν με το $p \leq 0,1$ ($p=0,396$ για το A, $p=0,736$ για το B, $p=0,519$ για το C), ενώ ήταν στατιστικώς σημαντικό με $p=0,096$ για το D.

Πίνακας 14. Σχέση των τεσσάρων κλιμάκων αξιολόγησης (εξαρτημένη μεταβλητή) με την κατοικία (ανεξάρτητη μεταβλητή).

Κατοικία		Mean	Std. Deviation	N
A	Μένω μόνος	14,7308	4,18146	26
	Μένω με τη σύζυγο	13,5574	4,58448	61
	Μένω με τα παιδιά μου	16,9231	4,53618	13
B	Μένω μόνος	13,7692	4,76074	26
	Μένω με τη σύζυγο	14,4590	4,84965	61
	Μένω με τα παιδιά μου	15,0769	3,72965	13
C	Μένω μόνος	15,5769	3,77543	26
	Μένω με τη σύζυγο	14,8852	3,60138	61
	Μένω με τα παιδιά μου	17,6923	4,85429	13
D	Μένω μόνος	11,6923	6,27228	26
	Μένω με τη σύζυγο	9,8197	4,16937	61
	Μένω με τα παιδιά μου	12,1538	4,20012	13

Στην πρώτη κλίμακα αξιολόγησης όπου αναφέρεται στα σωματικά συμπτώματα παρατηρούμε ότι η μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου μένουν μόνοι τους είναι 14,73 με SD: 4,18, όπου

μένουν με τη σύζυγό τους 13,55 με SD: 4,58, όπου μένουν με τα παιδιά τους είναι 16,92 με SD: 4,53. Στη δεύτερη κλίμακα, για το άγχος και την αυπνία, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου μένουν μόνοι τους είναι 13,76 με SD: 4,76, όπου μένουν με τη σύζυγό τους 14,45 με SD: 4,84, όπου μένουν με τα παιδιά τους είναι 15,7 με SD: 3,72. Στην Τρίτη κλίμακα, για τις κοινωνικές δυσλειτουργίες μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου μένουν μόνοι τους είναι 15,57 με SD: 3,77, όπου μένουν με τη σύζυγό τους 14,88 με SD: 3,60, όπου μένουν με τα παιδιά τους είναι 17,69 με SD: 4,85. Στην τελευταία κλίμακα αξιολόγησης, σοβαρή κατάθλιψη, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου μένουν μόνοι τους είναι 11,69 με SD: 6,27, όπου μένουν με τη σύζυγό τους 9,81 με SD: 4,16, όπου μένουν με τα παιδιά τους είναι 12,15 με SD: 2,20. Με βάση τα αποτελέσματα προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων ανάλογα με ποιον διαμένουν καθώς το $p \leq 0,1$ ($p=0,046$ για το A, $p=0,059$ για το C) Ενώ δεν προέκυψαν για $p=0,692$ για το B και $p=0,121$ για το D.

Πίνακας 15. Σχέση των τεσσάρων κλιμάκων αξιολόγησης (εξαρτημένη μεταβλητή) με το επάγγελμα που ασκήσατε (ανεξάρτητη μεταβλητή).

	Επάγγελμα	Mean	Std. Deviation	N
A	Χειρωνακτικό	14,4182	4,43342	55
	Μη χειρωνακτικό	13,6087	5,62251	23
	Αγρότης	14,2143	3,21484	14
	Οικιακά	15,6250	4,71888	8
B	Χειρωνακτικό	13,9273	4,90221	55
	Μη χειρωνακτικό	14,3043	4,43575	23
	Αγρότης	14,9286	3,85236	14
	Οικιακά	16,5000	5,15475	8
C	Χειρωνακτικό	14,9636	3,52748	55
	Μη χειρωνακτικό	14,1739	4,35527	23
	Αγρότης	17,5714	2,10180	14
	Οικιακά	18,5000	4,89898	8
D	Χειρωνακτικό	10,8545	5,13672	55

Μη χειρωνακτικό	10,0000	4,18873	23
Αγρότης	9,5714	2,47182	14
Οικιακά	12,5000	7,48331	8

Στην πρώτη κλίμακα αξιολόγησης όπου αναφέρεται στα σωματικά συμπτώματα παρατηρούμε ότι η μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που εργαζόταν σε χειρωνακτικό επάγγελμα 14,41 με SD: 4,43, όπου εργαζόταν σε μη χειρωνακτικό είναι 13,60 με SD: 5,62, αυτοί που εργάζονταν σαν αγρότες είναι 14,21 και SD: 3,21, και τα άτομα που είχαν σαν απασχόληση τα οικιακά η μέση τιμή ήταν 15,62 και SD: 4,71. Στη δεύτερη κλίμακα, για το άγχος και την απνία, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που εργαζόταν σε χειρωνακτικό επάγγελμα 13,92 με SD: 4,90, όπου εργαζόταν σε μη χειρωνακτικό είναι 14,30 με SD: 4,43, αυτοί που εργάζονταν σαν αγρότες είναι 14,92 και SD: 3,85 και τα άτομα που είχαν σαν απασχόληση τα οικιακά η μέση τιμή ήταν 16,50 και SD: 5,15. Στην Τρίτη κλίμακα, για τις κοινωνικές δυσλειτουργίες μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που εργαζόταν σε χειρωνακτικό επάγγελμα 14,96 με SD: 3,52, όπου εργαζόταν σε μη χειρωνακτικό είναι 14,17 με SD: 4,35, αυτοί που εργάζονταν σαν αγρότες είναι 17,57 και SD: 2,10 και τα άτομα που είχαν σαν απασχόληση τα οικιακά η μέση τιμή ήταν 18,50 και SD: 4,89. Στην τελευταία κλίμακα αξιολόγησης, σοβαρή κατάθλιψη, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα που εργαζόταν σε χειρωνακτικό επάγγελμα 10,85 με SD: 5,13, όπου εργαζόταν σε μη χειρωνακτικό είναι 10,00 με SD: 4,18, αυτοί που εργάζονταν σαν αγρότες είναι 9,57 και SD: 2,47 και τα άτομα που είχαν σαν απασχόληση τα οικιακά η μέση τιμή ήταν 12,50 και SD: 7,48. Με βάση τα αποτελέσματα δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων ανδρών όπου είχαν χειρωνακτική εργασία, μη χειρωνακτική, εργασία ως αγρότες και οικιακά με το $p \leq 0,1$ ($p=0,750$ για το A, $p=0,507$ για το B και $p=0,509$ για το D) και προέκυψαν για $p \geq 0,1$ ($p=0,005$ για το C).

Πίνακας 16. Σχέση των τεσσάρων κλιμάκων αξιολόγησης (εξαρτημένη μεταβλητή) με το μηνιαίο εισόδημα (ανεξάρτητη μεταβλητή).

	Μηνιαίο Εισόδημα	Mean	Std. Deviation	N
A	0-300	16,0870	4,14414	23
	301-600	13,8372	3,82927	43
	601-1000	14,2692	5,92998	26
	>1000	11,7500	3,05894	8
B	0-300	15,7391	4,43352	23
	301-600	13,8372	4,88404	43
	601-1000	14,1923	4,93169	26
	>1000	13,7500	2,91548	8

C	0-300	17,5217	3,94127	23
	301-600	15,4186	3,07240	43
	601-1000	14,5000	4,52769	26
	>1000	12,5000	2,92770	8
D	0-300	13,8261	6,81344	23
	301-600	9,9535	3,28020	43
	601-1000	9,5385	4,33803	26
	>1000	8,3750	3,11391	8

Στην πρώτη κλίμακα αξιολόγησης όπου αναφέρεται στα σωματικά συμπτώματα παρατηρούμε ότι η μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου έχουν εισόδημα 0-300€ είναι 16,08 με SD: 4,14, όπου έχουν εισόδημα 301-600€ 13,83 με SD: 3,82, όπου έχουν εισόδημα 601-1000€ είναι 14,26 με SD: 5,92 και αυτούς όπου έχουν πάνω από 1000€ είναι 11,75 και SD: 3,05. Στη δεύτερη κλίμακα, για το άγχος και την αϋπνία, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου έχουν εισόδημα 0-300€ είναι 15,73 με SD: 4,43, όπου έχουν εισόδημα 301-600€ 13,83 με SD: 4,88, όπου έχουν εισόδημα 601-1000€ είναι 14,19 με SD: 4,93 και αυτούς όπου έχουν πάνω από 1000€ είναι 13,75 και SD: 2,91. Στην Τρίτη κλίμακα, για τις κοινωνικές δυσλειτουργίες μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου έχουν εισόδημα 0-300€ είναι 17,52 με SD: 3,94, όπου έχουν εισόδημα 301-600€ 15,41 με SD: 3,07, όπου έχουν εισόδημα 601-1000€ είναι 14,50 με SD: 4,52 και αυτούς όπου έχουν πάνω από 1000€ είναι 12,50 και SD: 2,92. Στην τελευταία κλίμακα αξιολόγησης, σοβαρή κατάθλιψη, μέση τιμή για τα ηλικιωμένα άτομα όπου έχουν εισόδημα 0-300€ είναι 13,82 με SD: 6,81, όπου έχουν εισόδημα 301-600€ 9,95 με SD: 3,28, όπου έχουν εισόδημα 601-1000€ είναι 9,53 με SD: 4,33 και αυτούς όπου έχουν πάνω από 1000€ είναι 8,37 και SD: 3,11. Με βάση τα αποτελέσματα προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων που παίρνουν τα διαφορετικά μηνιαία εισοδήματα το $p \leq 0,1$ ($p=0,090$ για το A, $p=0,004$ για το C και $p=0,002$ για το D), ενώ δε προέκυψε για τον B καθώς $p=0,444$.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα των αναλύσεων όπου πραγματοποιήσαμε στην συνέχεια ώστε να δούμε αν υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των τεσσάρων κλιμάκων αξιολόγησης (A, B, C και D).

Πίνακας 16. Σχέση μεταξύ των A, B, C και D για τα ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν στη Λάρισα.

		A	B	C	D
A	Pearson Correlation	1	,457(**)	,591(**)	,467(**)
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
	N	100	100	100	100

B	Pearson Correlation	,457(**)	1	,510(**)	,490(**)
	Sig. (2-tailed)	,000		,000	,000
	N	100	100	100	100
C	Pearson Correlation	,591(**)	,510(**)	1	,387(**)
	Sig. (2-tailed)	,000	,000		,000
	N	100	100	100	100
D	Pearson Correlation	,467(**)	,490(**)	,387(**)	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	100	100	100	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

** Η συσχέτιση υπογραμμίζεται στο 0.01 (2-tailed).

Από τον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των σωματικών συμπτωμάτων, του άγχους και της απνίας, της κοινωνικής δυσλειτουργίας και της σοβαρής κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά καθώς το Sig. (2-tailed) < 0,001 σε κάθε δυνατό συνδυασμό.

Συζήτηση

Πέρα από τις απαντήσεις όπου μας έδωσαν οι αναλύσεις όπου πραγματοποιήσαμε με βάση το σύνολο των εθελοντών όπου είχαμε πρώτο μέλημα μας είναι να αναφέρουμε τους περιορισμούς της έρευνας αλλά και σε τι ερωτήματα δε μας απάντησε. Αρχικά να αναφέρουμε ότι η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε ώστε να γίνει αξιολόγηση των ηλικιωμένων ατόμων όπου διαμένουν στη Λάρισα με βάση του σωματικού και ψυχολογικού επιπέδου τους σε σχέση με τα ατομικά τους χαρακτηριστικά. Να αναφέρουμε ότι τα αποτελέσματα από τις άνωθεν αναλύσεις δεν πρέπει να υιοθετηθούν καθολικά ως προς το σύνολο των ηλικιωμένων ατόμων. Μέχρι σήμερα, η γενική υγεία των ηλικιωμένων ατόμων όσον αφορά τις κλίμακες όπου εξετάσαμε δηλαδή τα σωματικά συμπτώματα, το άγχος και αϋπνία, την κοινωνική δυσλειτουργία και την σοβαρή κατάθλιψη.

Αναφορικά τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας, ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων όπου απάντησαν στο ερωτηματολόγιο όπου τους παραθέσαμε είναι τα 74,62 με τυπική απόκλιση 6,44. Το μεγαλύτερο ποσοστό εκ των οποίων ήταν έγγαμων ανερχόταν στο 62% ενώ το αμέσως επόμενο μεγάλο ποσοστό, 25% ήταν των χήρων ηλικιωμένων ατόμων. Όσον αφορά τον αριθμό των παιδιών όπου είχαν, το 45% είχε δύο παιδιά ενώ τα επόμενα δύο μεγάλα ποσοστά είχαν ένα και τρία παιδιά με 21% και 17% αντίστοιχα. Αρκετά μεγάλο ποσοστό είναι και το 10% όπου αντιστοιχεί στα άτομα όπου δεν έχουν κανένα παιδί. Έπειτα θα γίνει μια αναφορά στο εκπαιδευτικό επίπεδο των ηλικιωμένων ατόμων όπου ισομοιράστηκαν στις τρεις πρώτες βαθμίδες της εκπαίδευσης (Πρωτοβάθμια – 28%, Δευτεροβάθμια – 33% και Τριτοβάθμια – 22%) με εξαίρεση ένα 2% όπου δεν έχει πάει σχολείο και το 15% όπου έχει τελειώσει μερικές τάξεις του δημοτικού. Όσον αφορά τη διαμονή τους όλα τα άτομα διαμένουν στη Λάρισα ώστε να γίνει ο υπόλοιπος χαρακτηρισμός της μελέτης με βάση τον τόπο διαμονής τους. Το επόμενο χαρακτηριστικό όπου μελετήθηκε ήταν η συνταξιοδοτική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων. Τα ποσοστά ισομοιράστηκαν στις συντάξεις Δημοσίου, ΟΓΑ και ΙΚΑ, ενώ ένα μικρό ποσοστό 8% και 7% για σύνταξη Ελεύθερου Επαγγελματία και άλλη σύνταξη αντίστοιχα. Το μεγαλύτερο ποσοστό, όπου είναι λίγο πάνω από την μέση, 61%, αντιστοιχεί στα ηλικιωμένα άτομα όπου μένουν με τον/την σύζυγό τους. Αρκετά μεγάλο ποσοστό μένει μόνο του, το 26%. Στο δείγμα όπου μελετήσαμε κανέναν τους δε μένει σε γηροκομείο. Οι 55% των ηλικιωμένων ατόμων είχαν ασχοληθεί με χειρωνακτική εργασία ενώ το 23% και 14% αντίστοιχα, με μη χειρωνακτική και ήταν αγρότες. Υπάρχει και το ποσοστό του 8% όπου αντιστοιχεί για τα άτομα όπου είχαν ή έχουν σαν απασχόληση τα οικιακά. Τέλος από τα ατομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων προκύπτει ότι 43% εκ των οποίων το εισόδημά τους κυμαίνεται από 301 μέχρι 600 ευρώ. Το υπόλοιπο ποσοστό έχει ισομοιραστεί για το εισόδημα, 0 με 300 και 601 με 1000. Υπάρχει ένα μικρό ποσοστό, το 8%, όπου το εισόδημά τους είναι πάνω από τα 1000 ευρώ.

Από τις αναλύσεις για την κάθε μία ερώτηση ξεχωριστά για το σύνολο των ηλικιωμένων ατόμων όπου διαμένουν στη Λάρισα δεν υπήρχαν έντονες διαφορές ώστε να γίνει αναλυτική αναφορά. Θα αναλύσουμε τις κλίμακες αξιολόγησης, το σύνολο των 7 ερωτήσεων και όχι την κάθε μία ξεχωριστά εφόσον με την ανάλυση αξιοπιστίας όπου πραγματοποιήσαμε μας έδειξε ότι υπάρχει συνάφεια μεταξύ των ομαδοποιημένων ερωτήσεων. Από την πρόσθεση όλων των δηλώσεων για την κάθε κλίμακα αξιολόγησης βλέπουμε ότι οι απαντήσεις των εθελοντών βρίσκεται στο μέσο. Για τα σωματικά συμπτώματα με μέση τιμή 14,30 με SD: 4,57, για το άγχος/αυπνία είναι 14,36 και SD: 4,67. Η κοινωνική δυσλειτουργία είναι λίγο πάνω από το μέσο με μέση τιμή 15,43 και SD: 3,89. Τέλος, πολύ θετικό είναι ότι το σύνολο των ερωτήσεων για την σοβαρή κατάθλιψη βρίσκεται λίγο κάτω με μέση τιμή 10,61 και SD: 4,85. Χρησιμοποιήσαμε Multivariate Analysis of Variance-MANOVA για την ανάλυση της κάθε κλίμακας αξιολόγησης για το κάθε χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων ατόμων όπου διαμένουν στη Λάρισα Δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ατομικών χαρακτηριστικών αλλά θα γίνει αναφορά συγκεκριμένα όσον αφορά το σύνολο των ερωτήσεων όπου αφορά την σοβαρή κατάθλιψη, είναι θετικό η μειωμένη τιμή των απαντήσεων σε σύγκριση με τα υπόλοιπα ερωτήματα αλλά παρατηρούμε μία αύξηση της στα ηλικιωμένα άτομα, οι οποίοι δεν είναι παντρεμένοι ή έχουν χηρέψει. Στα άτομα όπου όπου έχουν τελειώσει μερικές τάξεις του δημοτικού παρατηρούμε την αύξηση στα ερωτήματα για την σοβαρή κατάθλιψη. Αύξηση παρατηρήθηκε και στα άτομα όπου δεν παίρνουν συγκεκριμένη σύνταξη. Μείωση παρατηρήθηκε και στα άτομα όπου μένουν με την/τον σύζυγο τους. Τελευταία, παρατηρήθηκε αύξηση στα ηλικιωμένα άτομα όπου το εισόδημά τους κυμαίνεται στα 300 ευρώ περίπου.

Τελευταία ανάλυση όπου πραγματοποιήσαμε είναι για την συσχέτιση των κλιμάκων αξιολόγησης μεταξύ τους, όπου εδώ παρατηρήθηκε αρκετά ενδιαφέροντα στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα. Όσον αφορά στο σύνολο των ηλικιωμένων ατόμων παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ όλων των κλιμάκων αξιολόγησης. Καθώς το Sig. (2-tailed) < 0.01.

Η εξοικείωση με τις γνώσεις και τις πρακτικές των ηλικιωμένων όσον αφορά την ποιότητα ζωής, επιτρέπει στους νοσηλευτές και τις νοσηλεύτριες να σχεδιάζουν και να εφαρμόζουν μια φροντίδα προαγωγής της υγείας που είναι πιο συνεπής με το περιβάλλον των ηλικιωμένων, λαμβάνοντας υπόψη τη ζωή και τις εμπειρίες τους (Ferreiraetal., 2017).

Τα στοιχεία δείχνουν ότι η τακτική σωματική άσκηση είναι ασφαλής για υγιείς και ευπαθείς ηλικιωμένους και μειώνονται οι κίνδυνοι ανάπτυξης μείζονων καρδιαγγειακών και μεταβολικών ασθενειών, παχυσαρκίας, πτώσεων, γνωστικών διαταραχών, οστεοπόρωσης και μυϊκής αδυναμίας, με την τακτική ολοκλήρωση δραστηριοτήτων που κυμαίνονται από χαμηλής έντασης πεζοπορία μέχρι πιο δυναμικά αθλήματα και ασκήσεις αντιστάσεων. Ωστόσο, η συμμετοχή σε σωματικές δραστηριότητες παραμένει χαμηλή στους ηλικιωμένους ενήλικες, ιδιαίτερα σε εκείνους που ζουν σε λιγότερο εύπορες περιοχές. Οι ηλικιωμένοι μπορούν να ενθαρρυνθούν να αυξήσουν τις

δραστηριότητές τους εάν επηρεαστούν από επαγγελματίες της υγείας, μέλη της οικογένειας ή φίλους, διατηρώντας το κόστος χαμηλό και την απόλαυση enjoyment υψηλή, διευκολύνοντας δραστηριότητες με βάση την ομάδα και αυξάνοντας την αυτο-αποτελεσματικότητα για άσκηση (McPhee et al., 2016).

Θα γίνει αναφορά των αποτελεσμάτων μας σε σύγκριση με παρελθοντικές εργασίες ώστε να δούμε αν υπάρχει συσχέτιση των αποτελεσμάτων μας με αυτές. Αναφορικά με το φύλο, καταλήξαμε στο συμπέρασμα πως δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες σε ότι αφορά τον επιπολασμό των σωματικών συμπτωμάτων και του ψυχολογικού επιπέδου. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα συμπεράσματα στα οποία κατέληξαν στην έρευνά τους οι El-Gilany et al. (2018) όπως επίσης και οι Carayanni et al. (2012), άρα θα πρέπει να γίνει ανάλυση ξανά του ερωτηματολογίου με μεγαλύτερο δείγμα και ίδιο ποσοστό ανδρών και γυναικών.

Η οικογενειακή κατάσταση από την άλλη, φαίνεται πως επηρεάζει την εκδήλωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και μάλιστα όσοι είναι διεξυγμένοι ή χήροι/ες εμφανίζουν υψηλότερη μέση τιμή σε σχέση με τους παντρεμένους ή τους άγαμους, υπάρχουν δηλαδή περισσότερες ενδείξεις ψυχικών προβλημάτων και κατ' επέκταση χειρότερη ποιότητα ζωής. Στο συμπέρασμα αυτό οδηγήθηκαν και οι Zhou & Hearst (2016) οι οποίοι διαπίστωσαν πως η ποιότητα ζωής στον ψυχικό τομέα είναι χειρότερη στους ηλικιωμένους που έχουν χηρέψει.

Στην συνέχεια θα αναφερθούμε την σχέση όπου μπορεί να έχει το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων σε σχέση με την ψυχική τους υγεία. Διαπιστώθηκε πως επηρεάζει την εμφάνιση της κατάθλιψης και μάλιστα όσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο των σπουδών τόσο υψηλότερη είναι η συχνότητα εμφάνισής της. Οι ερωτηθέντες που δήλωσαν πως δεν έχουν πάει σχολείο έχουν τη μεγαλύτερη μέση τιμή σε σχέση με όλους τους υπόλοιπους. Τα ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε προηγούμενη διπλωματική εργασία όπου πραγματοποιήθηκε μόνο σε άνδρες ηλικιωμένους.

Ένας παράγοντας όπου βρέθηκε πως επηρεάζει την γενική υγεία των ηλικιωμένων είναι η συνταξιοδότηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στην εμφάνιση άγχους ανάλογα με το είδος σύνταξης που παίρνει το άτομο. Όσοι δεν έπαιρναν καμία σύνταξη ή άλλη σύνταξη διαπιστώθηκε πως έχουν τα υψηλότερα επίπεδα άγχους, ενώ ακολουθούν οι συνταξιούχοι ελεύθεροι επαγγελματίες. Τα ευρήματα αυτά ενισχύονται από τα αποτελέσματα των Zavras et al. (2013) που υποδεικνύουν πως οι μειωμένες συντάξεις έχουν ως αποτέλεσμα τη φτωχότερη υγεία.

Τέλος, Η φύση του επαγγέλματος με το οποίο ασχολούνταν πριν τη συνταξιοδότηση συμβάλλει σημαντικά στα σωματικά συμπτώματα και στο άγχος που νιώθουν οι ηλικιωμένοι καθώς και στη συνολική ψυχική τους υγεία. Οι Belloni κ.α. (2016) αναφέρουν πως οι επιβαρυντικές εργασίες έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαφωνούν

με το συμπέρασμα εκείνο καθώς βρέθηκε πως τα άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά είχαν υψηλότερα επίπεδα άγχους όπως επίσης και σωματικά συμπτώματα ενώ μικρότερες τιμές εμφανίζουν όσοι δεν ασχολούνταν με κανένα επάγγελμα και οι αγρότες.

Όσον αφορά την παρούσα έρευνα, από τους σημαντικότερους περιορισμούς που εντοπίζονται είναι ότι βασίστηκε στην ποσοτική μέθοδο, τα δεδομένα δηλαδή συλλέχθηκαν μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίων και προχωρήσαμε στην ποσοτική τους ανάλυση. Η μέθοδος αυτή μειονεκτεί σε σχέση με την ποιοτική, αφού μέσω συνεντεύξεων ο ερευνητής μπορεί να συγκεντρώσει περισσότερες λεπτομέρειες και να μελετήσει βαθύτερα τους παράγοντες που επηρεάζουν τη γενική υγεία του πληθυσμού. Τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών μπορούν να βοηθήσουν την καλύτερευση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Βιβλιογραφία

Australian Institute of Health and Welfare. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare; 2018. Older Australia at a glance. [internet only] <https://www.aihw.gov.au/reports/older-people/older-australia-at-a-glance/contents/summary>

Baldwin C, Kimber KL, Gibbs M, Weekes CE. Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at-risk adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;12(12):CD009840. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6463805/>

Battaglia G, Bellafiore M, Alesi M, Paoli A, Bianco A, Palma A. Effects of an adapted physical activity program on psychophysical health in elderly women. *Clin Interv Aging.* 2016;11:1009-1015. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4973724/>

Bauer JM, Verlaan S, Bautmans I, Brandt K, et al. Effects of a vitamin D and leucine-enriched whey protein nutritional supplement on measures of sarcopenia in older adults, the PROVIDE study: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16(9):740-7. [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(15\)00388-6/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(15)00388-6/fulltext)

Bijlsma AY, Meskers CG, van den Eshof N, et al. Diagnostic criteria for sarcopenia and physical performance. *Age (Dordr).* 2014;36(1):275-285. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889901/>

Beerens HC, Sutcliffe C, Renom-Guiteras A, Soto ME, Suhonen R, Zabalegui A, Bökberg C, Saks K, Hamers JP; RightTimePlaceCareConsortium. Quality of life and quality of care for people with dementia receiving long term institutional care or professional home care: the European RightTimePlaceCare study. *J Am Med Dir Assoc.* 2014;15(1):54-61. [https://www.jamda.com/article/S1525-8610\(13\)00546-X/fulltext](https://www.jamda.com/article/S1525-8610(13)00546-X/fulltext)

Belloni, M., Meschi, E. Pasini, G. (2016). The effect on mental health of retiring during the economic crisis. *Health Econ*, 25 Suppl 2:126-140. doi: 10.1002/hec.3377

Bouget D, Spasova S, Vanhercke B. Work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives in Europe. A study of national policies. European Social Policy Network (ESPN). European Commission; 2016. <https://publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/ef6ed9fd-9a96-11e6-9bca-01aa75ed71a1/language-en>.

British Geriatrics Society 2014. Fit for Frailty - consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings. https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2018-05-23/fff_full.pdf

Cadore EL, Rodríguez-Mañas L, Sinclair A, Izquierdo M. Effects of different exercise interventions on risk of falls, gait ability, and balance in physically frail older adults: a systematic review. *Rejuvenation Res.* 2013;16(2):105-114. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3634155/>

Campbell K, Foster-Schubert K, Xiao L, et al. Injuries in sedentary individuals enrolled in a 12-month, randomized, controlled, exercise trial. *J Phys Act Health.* 2012;9(2):198-207. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3960980/>

Carayanni, V., Stylianopoulou, C., Koulierakis, G., Babatsikou, F. & Koutis, C. (2012). Sex differences in depression among older adults: are older women more vulnerable than men in social risk factors? The case of open care centers for older people in Greece. *Eur J Ageing*, 9(2):177-186. doi: 10.1007/s10433-012-0216-x

Carter N, Valaitis RK, Lam A, Feather J, Nicholl J, Cleghorn L. Navigation delivery models and roles of navigators in primary care: a scoping literature review. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):96. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5806255>

Cesari M, Vellas B, Hsu FC, et al. A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons-results from the LIFE-P study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2015;70(2):216-222. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4311184/>

Christiansen L, Sanmartin Berglund J, Lindberg C, Anderberg P, Skär L. Health-related quality of life and related factors among a sample of older people with cognitive impairment. *Nurs Open.* 2019;6(3):849-859. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6650697/>

Clegg A, Barber S, Young J, Iliffe S, Forster A. The Home-based Older People's Exercise (HOPE) trial: a pilot randomised controlled trial of a home-based exercise intervention for older people with frailty. *Age Ageing.* 2014;43(5):687-695. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4146519/>

Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people [published correction appears in *Lancet.* 2013 Oct 19;382(9901):1328]. *Lancet.* 2013;381(9868):752-762. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4098658/>

Crocker T, Forster A, Young J, Brown L, Ozer S, Smith J, Green J, Hardy J, Burns E, Glidewell E, Greenwood DC. Physical rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Feb 28;(2):CD004294. <http://eprints.whiterose.ac.uk/75591/2/CD004294.pdf>

de Vries NM, Staal JB, van der Wees PJ, et al. Patient-centred physical therapy is (cost-) effective in increasing physical activity and reducing frailty in older adults with mobility problems: a randomized controlled trial with 6 months follow-up. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2016;7(4):422-435. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4864107/>

Dufour AB, Hannan MT, Murabito JM, Kiel DP, McLean RR. Sarcopenia definitions considering body size and fat mass are associated with mobility limitations: the Framingham Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2013;68(2):168-174. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3598358/>

Earnest CP, Johannsen NM, Swift DL, Lavie CJ, Blair SN, Church TS. Dose effect of cardiorespiratory exercise on metabolic syndrome in postmenopausal women. *Am J Cardiol.* 2013;111(12):1805-1811. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3755613/>

El-Gilany, A.H., Elkhawaga, G.O. & Sarraf, B.B. (2018) Depression and its associated factors among elderly: A community-based study in Egypt. *Arch Gerontol Geriatr*,77:103-107. doi: 10.1016/j.archger.2018.04.011

Eurostat (2015) Deaths and life expectancy data. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics

Eurostat (2014) Projected old-age dependency ratio. <http://data.europa.eu/euodp/data/dataset/nGyLefRraCVpOajEf09pWw>

Fairhall N, Sherrington C, Cameron ID, Kurrle SE, Lord SR, Lockwood K, et al. A multifactorial intervention for frail older people is more than twice as effective among those who are compliant: complier average causal effect analysis of a randomised trial. *J Physiother.* 2017;63(1):40-44. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1836955316300893?via%3Dihub>

Feldman DI, Al-Mallah MH, Keteyian SJ, Brawner CA, Feldman T, Blumenthal RS, Blaha MJ. No evidence of an upper threshold for mortality benefit at high levels of cardiorespiratory fitness. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65(6):629-30. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0735109714072489?via%3Dihub>

Ferreira MCG, Tura LFR, Silva RCD, Ferreira MA. Social representations of older adults regarding quality of life. *Rev Bras Enferm.* 2017;70(4):806-

813.http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000400806&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Forbes D, Thiessen EJ, Blake CM, Forbes SC, Forbes S. Exercise programs for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(12):CD006489.<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006489.pub3/full>

Forster A, Lambley R, Young JB. Is physical rehabilitation for older people in long-term care effective? Findings from a systematic review. *Age Ageing*. 2010;39(2):169-75.
<https://academic.oup.com/ageing/article/39/2/169/41194>

Ganse B, Degens H, Drey M, Korhonen MT, McPhee J, Müller K, Johannes BW, Rittweger J. Impact of age, performance and athletic event on injury rates in master athletics - first results from an ongoing prospective study. *J Musculoskelet Neuronal Interact*. 2014;14(2):148-54.<http://www.ismni.org/jmni/pdf/56/01GANSE.pdf>

GBD 2015 DALYs and HALE collaborators. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet* 2016;388:1603-1658.[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31460-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31460-X/fulltext)

Hamer M, Lavoie KL, Bacon SL. Taking up physical activity in later life and healthy ageing: the English longitudinal study of ageing. *Br J Sports Med*. 2014;48(3):239-243.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3913225/>

Hanlon P, Nicholl BI, Jani BD, Lee D, McQueenie R, Mair FS. Frailty and pre-frailty in middle-aged and older adults and its association with multimorbidity and mortality: a prospective analysis of 493 737 UK Biobank participants. *Lancet Public Health*. 2018;3(7):e323-e332.

doi:10.1016/S2468-2667(18)30091-4 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028743/>

Healy GN, Dunstan DW, Salmon J, Cerin E, Shaw JE, Zimmet PZ, Owen N. Breaks in sedentary time: beneficial associations with metabolic risk. *Diabetes Care*. 2008;31(4):661-666.<https://care.diabetesjournals.org/content/31/4/661.long>

Henderson RM, Miller ME, Fielding RA, et al. Maintenance of Physical Function 1 Year After Exercise Intervention in At-Risk Older Adults: Follow-up From the LIFE Study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2018;73(5):688-694.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5905630/>

Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.*, 7 (7) (2012). https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1000316&mod=article_inline

Hunt K, Wyke S, Gray CM, et al. A gender-sensitised weight loss and healthy living programme for overweight and obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet.* 2014;383(9924):1211-1221. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4524002/>

Jaruseviciene L, Sauliune S, Jarusevicius G, Lazarus JV. Preparedness of Lithuanian general practitioners to provide mental healthcare services: a cross-sectional survey. *Int J Ment Health Syst.* 2014;8:11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3994312/>

Kassavou A, Turner A, French DP. Do interventions to promote walking in groups increase physical activity? A meta-analysis. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2013;10:18. Published 2013 Feb 6. doi:10.1186/1479-5868-10-18 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3585890/>

Kim LG, Adamson J, Ebrahim S. Influence of life-style choices on locomotor disability, arthritis and cardiovascular disease in older women: prospective cohort study. *Age Ageing.* 2013;42(6):696-701. <https://academic.oup.com/ageing/article/42/6/696/47324>

Kirst M, Im J, Burns T, et al. What works in implementation of integrated care programs for older adults with complex needs? A realist review. *Int J Qual Health Care.* 2017;29(5):612-624. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5890872/>

Koeneman MA, Verheijden MW, Chinapaw MJ, Hopman-Rock M. Determinants of physical activity and exercise in healthy older adults: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2011;8:142. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3320564/>

Kontrimiene A, Sauseriene J, Liseckiene I, Valius L, Jaruseviciene L. Insights into the system of care of the elderly with mental disorders from the perspective of informal caregivers in Lithuania. *Int J Ment Health Syst.* 2019;13:55. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6692936/>

Langa KM, Chernew ME, Kabeto MU, et al. National estimates of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with dementia. *J Gen Intern Med.* 2001;16(11):770-778. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495283/>

Maden-Wilkinson TM, McPhee JS, Rittweger J, Jones DA, Degens H. Thigh muscle volume in relation to age, sex and femur volume. *Age (Dordr).* 2014;36(1):383-393. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889894/>

Mantovani EP, Lucca SR, Neri AL. Associations between meanings of old age and subjective well-being indicated by satisfaction among the elderly. *Rev Bras Geriatr Gerontol* [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 08];19(2):203-22.http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v19n2/en_1809-9823-rbgg-19-02-00203.pdf

Marshall S, van der Meij BS, Milte R, Collins CE, de van der Schueren MA, Banbury M, Warner MM, Isenring E. Family in Rehabilitation, Empowering Carers for Improved Malnutrition Outcomes: Protocol for the FREER Pilot Study. *JMIR Res Protoc* 2019;8(4):e12647. <https://www.researchprotocols.org/2019/4/e12647/>

Marshall S, Young A, Bauer J, Isenring E. Malnourished older adults admitted to rehabilitation in rural New South Wales remain malnourished throughout rehabilitation and once discharged back to the community: a prospective cohort study *Journal of Aging Research and Clinical Practice*. *The Journal of Aging Research & Clinical Practice* 2015;4(4):197-204.<http://www.jarcp.com/1456-malnourished-older-adults-admitted-to-rehabilitation-in-rural-new-south-wales-remain-malnourished-throughout-rehabilitation-and-once-discharged-back-to-the-community-a-prospective-cohort-study.html>

Matthews K, Demakakos P, Nazroo J, Shankar A (2014) The evolution of lifestyles in older age in England. In: Banks J, Nazroo J, Steptoe A (eds) *The dynamics of ageing: evidence from the English longitudinal study of ageing 2002–2012*. The Institute for Fiscal Studies, London. ISBN 978-1-909463-58-5, 51-93 https://www.ifs.org.uk/uploads/elsa/docs_w6/ELSA%20Wave%206%20report.pdf

McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health Soc Care Community*. 2018;26(1):1-13. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.12337>

McPhee JS, French DP, Jackson D, Nazroo J, Pendleton N, Degens H. Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*. 2016;17(3):567-580. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4889622/>

Milte RK, Ratcliffe J, Miller MD, Crotty M. Economic evaluation for protein and energy supplementation in adults: opportunities to strengthen the evidence. *Eur J Clin Nutr*. 2013;67(12):1243-50. <https://www.nature.com/articles/ejcn2013206>

Molassiotis A, Roberts S, Cheng HL, et al. Partnering with families to promote nutrition in cancer care: feasibility and acceptability of the PICNIC intervention. *BMC Palliat Care*. 2018;17(1):50. Published 2018 Mar 20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5859412/>

NICE (2009). Rehabilitation after critical illness: NICE guideline National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://guidance.nice.org.uk/CG83/Guidance/pdf/English>

Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Soc Sci Med.* 2017 Dec;195:42-49. Epub 2017 Nov 8. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617306639?via%3Dihub>

Orgeta V, Edwards RT, Hounsome B, Orrell M, Woods B. The use of the EQ-5D as a measure of health-related quality of life in people with dementia and their carers. *Qual Life Res.* 2015;24(2):315-324. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4317511/>

Oster C, Henderson J, Lawn S, et al. Fragmentation in Australian Commonwealth and South Australian State policy on mental health and older people: a governmentality analysis. *Health (London)* 2016;20(6):541-558. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5105326/>

Owari Y, Miyatake N, Kataoka H. Relationship between Social Participation, Physical Activity and Psychological Distress in Apparently Healthy Elderly People: A Pilot Study. *Acta Med Okayama.* 2018;72(1):31-37. http://ousar.lib.okayama-u.ac.jp/files/public/5/55660/2018022014513188189/72_1_31.pdf

Pahor M, Guralnik JM, Ambrosius WT, et al. Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *JAMA.* 2014;311(23):2387-2396. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4266388/>

Paterson DH, Warburton DE. Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2010;7:38. Published 2010 May 11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882898/>

Piasecki M, Ireland A, Stashuk D, Hamilton-Wright A, Jones DA, McPhee JS. Age-related neuromuscular changes affecting human vastus lateralis. *J Physiol.* 2016;594(16):4525-4536. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4983624/>

Powell KE, Paluch AE, Blair SN. Physical activity for health: What kind? How much? How intense? On top of what? *Annu Rev Public Health.* 2011;32:349-65.

https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev-publhealth-031210-101151?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rfr_dat=cr_pub%3Dpubmed

Prince M., Wimo A., Guerchet M., Ali G., Wu Y., & Prina A. (2015). World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. Alzheimer's Disease International. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

Raggi A, Corso B, Minicuci N, et al. Determinants of Quality of Life in Ageing Populations: Results from a Cross-Sectional Study in Finland, Poland and Spain. *PLoS One*. 2016;11(7):e0159293. Published 2016 Jul 19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4951007/>

Roberts CK, Hevener AL, Barnard RJ. Metabolic syndrome and insulin resistance: underlying causes and modification by exercise training. *Compr Physiol*. 2013;3(1):1-58. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4129661/>

Rodriguez-Mañas L, Laosa O, Vellas B, Paolisso G, Topinkova E, Oliva-Moreno J, Bourdel-Marchasson I, Izquierdo M, Hood K, Zeyfang A, Gambassi G, Petrovic M, Hardman TC, Kelson MJ, Bautmans I, Abellan G, Barbieri M, Peña-Longobardo LM, Regueme SC, Calvani R, De Buyser S, Sinclair AJ; European MID-Frail Consortium. Effectiveness of a multimodal intervention in functionally impaired older people with type 2 diabetes mellitus. *J Cachexia Sarcopenia Muscle*. 2019 Apr 23. [Epub ahead of print] <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jcsm.12432>

Sillanpää E, Stenroth L, Bijlsma AY, et al. Associations between muscle strength, spirometric pulmonary function and mobility in healthy older adults. *Age (Dordr)*. 2014;36(4):9667. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4150884/>

Stenroth L, Sillanpää E, McPhee JS, Narici MV, Gapeyeva H, Pääsuke M, Barnouin Y, Hogrel JY, Butler-Browne G, Bijlsma A, Meskers CG, Maier AB, Finni T, Sipilä S. Plantarflexor Muscle-Tendon Properties are Associated With Mobility in Healthy Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2015;70(8):996-1002. Epub 2015 Mar 1. <https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/70/8/996/2947677>

Stephens A, Shanker A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 111 (15) (2012), pp. 5797-5801. <https://www.pnas.org/content/pnas/110/15/5797.full.pdf>

Takagi D, Kondo K, Kawachi I. Social participation and mental health: moderating effects of gender, social role and rurality. *BMC Public Health*. 2013;13:701. Published 2013 Jul 31. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3734140/>

Takeda F, Noguchi H, Monma T, Tamiya N. How Possibly Do Leisure and Social Activities Impact Mental Health of Middle-Aged Adults in Japan?: An Evidence from a National Longitudinal Survey. *PLoS One*. 2015;10(10):e0139777. Published 2015 Oct 2.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4592232/>

Zavras, D., Tsiantou, V., Pavli, E., Mylona, K. & Kyriopoulos, J. (2013). Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-related health in Greece. *Eur J Public Health*, 23(2):206-210. doi: 10.1093/eurpub/cks143

Zhou, J. & Hearst, N. (2016). Health-related quality of life of among elders in rural China: the effect of widowhood. *QualLifeRes*, 25(12):3087-3095.

Winters S, Magalhaes L, Anne Kinsella E, Kothari A. Cross-sector service provision in health and social care: an umbrella review. *Int J Integr Care*. 2016;16(1):10. doi: 10.5334/ijic.2460.<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015545/>

UK Office for National Statistics, 2012. Home People, population and community Population and migration Population estimates Annual Mid-year Population Estimates for Health Geographies. Annual Mid-year Population Estimates for Health Geographies: Mid-2012.

<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationestimates/bulletins/annualsmallareapopulationestimates/2013-10-30>

Unsar S, Dindar I, Kurt S. Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *J Pak Med Assoc [Internet]*. 2015 [cited 2017 Jan 10];65(6):642-6. Available from: https://jpma.org.pk/article-details/7380?article_id=7380