



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ
ΝΟΣΟ»**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η επίδραση των διατροφικών συνηθειών στην κατάσταση της
υγείας και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στην Ελλάδα**

Φιλίππου Στυλιανή Παρασκευή
Διαιτολόγος- Διατροφολόγος

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σγάντζος Μάρκος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επιβλέπων καθηγητής
Ποταμιάνος Σπυρίδων, Καθηγητής, Μέλος τριμελούς επιτροπής
Καψωριτάκης Ανδρέας, Αναπληρωτής καθηγητής, Μέλος τριμελούς επιτροπής

ΛΑΡΙΣΑ, 2018



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ
ΝΟΣΟ»**



ΤΙΤΛΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ

The effect of dietary habits on health and quality of life in Greece

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	5
Περίληψη	6
Περίληψη (αγγλικά).....	7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Τρίτη ηλικία και επιδημιολογικά στοιχεία	8
1.2 Αλλαγές στην τρίτη ηλικία	9
1.3 Σαρκοπενία	11
1.4 Νοσήματα στην τρίτη ηλικία.....	13

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Ποιότητα ζωής και προσεγγίσεις της	14
2.2 Ορισμός ποιότητας ζωής και μέτρηση της	18
2.3 Ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία	20

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

3.1 Μεσογειακή διατροφή και οφέλη στην υγεία	23
3.2 Διατροφικές συνήθειες ηλικιωμένων.....	27

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός της έρευνας	29
4.2 Δείγμα	29
4.3 Ερευνητικά εργαλεία.....	30
4.4 Περιγραφή ερευνητικών εργαλείων	31
4.5 Στατιστική ανάλυση	34

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Ηλικία και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά	35
5.2 Απαντήσεις ερωτηματολογίου καταλληλότητας	52
5.3 Απαντήσεις ερωτηματολογίου MedDietScore	58

5.4 Κατάσταση της υγείας	59
5.5 Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας.....	60
5.6 Δείκτες ικανοποίησης από τη ζωή.....	62
5.7 Συσχετίσεις.....	68
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
6.1 Δημογραφικά και γενικά χαρακτηριστικά	69
6.2 Διατροφικές συνήθειες	70
6.3 Προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή	71
6.4 Κατάσταση της υγείας	72
6.5 General Health Questionnaire- Κατάσταση της υγείας	72
6.6 Ικανοποίηση από τη ζωή	72
6.7 Περιορισμοί και συστάσεις για μελλοντική έρευνα	73
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	74
 ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	75
 ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	80

Ευχαριστίες

Η παρούσα μελέτη έρχεται να σφραγίσει τη φοίτηση μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών “Διατροφή στην Υγεία και τη Νόσο” στο τμήμα της Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Για τη διεκπεραίωσή της και την καλύτερη ολοκλήρωση της συνεισέφεραν αρκετοί άνθρωποι, τους οποίους οφείλω να ευχαριστήσω. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα, χωρίς τους οποίους η πραγματοποίηση της θα ήταν ανέφικτη. Κυρίως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Σγάντζο Μάρκο όπου σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης αυτής της μελέτης με καθοδήγησε, με βοήθησε και με συμβούλεψε με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Επίσης, ευχαριστώ πολύ τον Καθηγητή κ. Ποταμιάνο Σπυρίδωνα και τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Καψωριτάκη Ανδρέα για την πολύτιμη βοήθεια τους όποτε αυτή χρειάστηκε.

Φιλίππου Στυλιανή Παρασκευή

Ιανουάριος 2018

Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης και έρευνας ήταν να ερευνήσει την κατάσταση της υγείας και την ποιότητα ζωής σε ένα δείγμα ηλικιωμένων άνω των 65 ετών σε σχέση με τις διατροφικές τους συνήθειες. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα έρευνα μελέτησε τις διατροφικές συνήθειες, την κατάσταση της υγείας και την ποιότητα ζωής 103 ηλικιωμένων από αγροτικές και αστικές περιοχές της Λάρισας (54 ηλικιωμένοι αστικού περιβάλλοντος και 49 ηλικιωμένοι αγροτικού περιβάλλοντος). Τα αποτελέσματα βασίζονται στα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν: ερωτηματολόγιο καταλληλότητας, ερωτηματολόγιο για τις διατροφικές συνήθειες, MedDietScore, General Health Questionnaire, Life Satisfaction Index. Τα συμπεράσματα προέκυψαν από τη σύγκριση των απαντήσεων των ηλικιωμένων αστικού και αγροτικού περιβάλλοντος, από τις απαντήσεις του συνόλου του δείγματος και από τις συσχετίσεις μεταξύ αυτών. Στα ευρήματα της έρευνας αναφέρεται ότι οι ηλικιωμένοι που κατοικούν στις αστικές περιοχές φαίνεται να έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες και υψηλότερη προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή. Επιπροσθέτως, παρουσιάζουν καλύτερη ψυχική υγεία, που είναι αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου General Health Questionnaire. Ακόμη, φαίνεται ότι μικρότερο ποσοστό νοσεί από τα βασικά νοσήματα που αναφέρθηκαν. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή οι κάτοικοι των αγροτικών περιοχών έχουν πιο θετικά συναισθήματα για τη ζωή. Εξετάζοντας το δείγμα ως ενιαίο σύνολο διαπιστώνεται ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν υψηλότερη προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή έχουν καλύτερο δείκτη μάζας σώματος. Τέλος, όσον αφορά την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων σύγκρισης.

Λέξεις κλειδιά: διατροφικές συνήθειες, ηλικιωμένοι, ποιότητα ζωής

Περίληψη (Αγγλικά)

The purpose of this study was to investigate the general health and quality of life in a sample of elderly people over 65 years old in relation to their eating habits. The study researched dietary habits, health status and quality of life of 103 elderly people from rural and urban areas of Larisa (54 elderly from urban environment and 49 from rural environment). The results are based on the research tools that were used. The research tools are: the Health Satisfaction Index, the Health Questionnaire, the MedDietScore. Researchers compared the answers of the groups. The conclusions were came of this comparison, from the answers of whole sample and correlations between them. Research findings show that elderly people who were living in urban areas, they have better dietary habits and better adherence to the Mediterranean diet. In addition, they have better mental health as a result of the General Health Questionnaire. Also, it appears that a lower percentage of people is affected by the reported diseases. It is worth to notice that on the life satisfaction scale the inhabitants of rural areas have more positive feelings for life. By examining the whole sample, it is found that older people with higher adherence to the Mediterranean diet have better body mass index. Finally, there is no significant difference between the comparison groups at life satisfaction scale.

Key words: elderly, dietary habits, quality of life

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Τρίτη ηλικία και επιδημιολογικά στοιχεία

Ο πληθυσμός των ηλικιωμένων είναι τα άτομα άνω των 65, αφού αυτή είναι η ηλικία που χρησιμοποιείται συνήθως ως όριο για το διαχωρισμό του ενήλικα από τον υπερήλικα. Στη σημερινή εποχή οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να περιμένουν να ζήσουν περισσότερο από 60 έτη. Η μεγάλη διάρκεια ζωής αποτελεί σημαντικό πλεονέκτημα για τους ηλικιωμένους αλλά και για τις κοινωνίες στο σύνολό τους, αφού τα πρόσθετα έτη ζωής δίνουν την ευκαιρία να δραστηριοποιηθούν σε διάφορους τομείς όπως περαιτέρω εκπαίδευση και να συμβάλλουν πολύτιμα στην οικογένεια και την κοινότητα. Ωστόσο οι ευκαιρίες που δημιουργούνται εξαρτώνται σε ένα μεγάλο βαθμό από την υγεία τους. [1]

Έναν αιώνα πριν λίγοι ζούσαν περισσότερο από 50 χρόνια. Σήμερα στις περισσότερες βιομηχανοποιημένες κοινωνίες υπάρχει μία σημαντική αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων. [2]. Ο αριθμός των ανθρώπων άνω των 60 θα αυξηθεί από 900 εκατομμύρια σε 2 δις μεταξύ 2015 και 2050 (από 12% σε 22% του πληθυσμού) [3]. Σήμερα 125 εκατομμύρια είναι ηλικίας 80 και άνω, μέχρι το 2050 θα υπάρχουν 120 εκατομμύρια που θα ζουν μόνο στην Κίνα και 434 εκατομμύρια παγκοσμίως. Ο πληθυσμός αυξάνει σε ηλικία πιο γρήγορα συγκριτικά με το παρελθόν. Για παράδειγμα στη Γαλλία χρειάστηκαν 150 χρόνια για να αυξηθεί το ποσοστό από το 10% στο 20% του πληθυσμού που είναι άνω των 60 ετών, ενώ στη Βραζιλία, την Κίνα και την Ινδία θα χρειαστεί λίγο παραπάνω από 20 χρόνια για να γίνει η ίδια αλλαγή. Ο ρυθμός γήρανσης του πληθυσμού αυξάνεται. [3]

Οι γυναίκες έχουν καλύτερη επιβίωση σε σύγκριση με τους άνδρες. Όσες είναι άνω των 60 ετών έχουν 50% πιθανότητες να φτάσουν στα 80 χρόνια στον Καναδά, τις ΗΠΑ και το Ηνωμένο Βασίλειο και για την Ιαπωνία οι πιθανότητες είναι 70%. Οι άνδρες άνω των 60 ετών έχουν 38-48% πιθανότητες να επιβιώσουν μέχρι τα 80 χρόνια λόγω ασθενειών. Πιο συγκεκριμένα, η συχνότητα εμφάνισης αθηροσκλήρωσης είναι υψηλότερη. [2]

Μεταξύ του 2015 και 2050 το ποσοστό των ανθρώπων άνω των 60 ετών θα έχει σχεδόν διπλασιαστεί. Υπολογίζεται ότι το 2020 ο αριθμός των ανθρώπων άνω των 60 ετών θα είναι περισσότεροι από τα παιδιά κάτω των 5 ετών [3]. Τα άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω αποτελούν το ταχύτερο αυξανόμενο τμήμα του πληθυσμού.

Το 2050 το 80% των ηλικιωμένων θα ζουν σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο οικονομικό

υπόβαθρο. Όλες οι χώρες αντιμετωπίζουν την πρόκληση να εξασφαλίσουν ότι τα συστήματα υγείας και τα κοινωνικά τους συστήματα είναι έτοιμα να αξιοποιήσουν στο έπακρο αυτή τη δημογραφική μετατόπιση. Οι μεγαλύτεροι άνθρωποι στις πιο φτωχές χώρες έχουν μεγαλύτερη επιβάρυνση των χρόνιων μη μεταδοτικών νοσημάτων. Ο ΠΟΥ αναφέρει ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων στις ανεπτυγμένες χώρες που χρειάζεται βοήθεια από άλλο άτομο για τις βασικές ανάγκες όπως να φάει ή να πλυθεί μειώθηκε, αλλά ήταν μικρή η αλλαγή.

Οι περισσότεροι άνθρωποι ανεξαρτήτως από το που ζουν, πεθαίνουν από καρδιαγγειακές παθήσεις, αγγειακό εγκεφαλικό και χρόνια πνευμονική νόσο. Οι βασικές αιτίες αναπηρίας είναι η οσφυαλγία, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η κατάθλιψη, ο σακχαρώδης διαβήτης, οι πτώσεις, η άνοια και η οστεοαρθρίτιδα [1]. Σε γενικές γραμμές, οι κύριες ασθένειες των ηλικιωμένων (αγγειακά νοσήματα, καρκίνος, νοσήματα του αναπνευστικού και μολυσματικές ασθένειες) είναι οι ίδιες που πλήττουν και τους μεσήλικες. Η γήρανση όμως συνοδεύεται με μείωση της φυσιολογικής λειτουργίας των όργανων. Συνεπώς, όταν τα ηλικιωμένα άτομα που νοσούν, εμφανίζουν επιβάρυνση από άλλα οργανικά συστήματα που δε σχετίζονται άμεσα με την ασθένεια τους. Αυτό κάνει τους ηλικιωμένους ευαίσθητους σε πολλαπλές νοσηρές καταστάσεις ταυτόχρονα. Η θεραπεία συχνά απαιτεί πολλά φάρμακα, τα οποία παρουσιάζουν παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους. [2]

Ένας από τους κύριους λόγους για την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης οφείλεται στη βελτίωση της διαγνωστικής και θεραπευτικής προσέγγισης των ασθενειών. Ακόμη, η μείωση των θανάτων κατά την βρεφική και παιδική ηλικία συντελεί σε αυτήν την αύξηση. Η διάρκεια ζωής έχει αυξηθεί, ωστόσο έχει σημασία τα προστιθέμενα χρόνια να είναι καλής ποιότητας, δηλαδή το άτομο να ζει χωρίς κάποια νόσο ή αναπηρία και να έχει καλή λειτουργική κατάσταση. Οι Butler και Larkin επεσήμαναν ότι οι βασικοί παράγοντες που επιβραδύνουν το ρυθμό της γήρανσης είναι η ισορροπημένη διατροφή, ο περιορισμός του οινοπνεύματος, η διατήρηση σταθερού σωματικού βάρους, ο επαρκής ύπνος, η αποχή από το κάπνισμα και η τακτική φυσική δραστηριότητα. [4]

1.2 Αλλαγές στην τρίτη ηλικία

Κατά τη διάρκεια της ζωής συμβαίνουν αλλαγές στο βιολογικό και τον ψυχολογικό τομέα. Πιο αναλυτικά, οι σωματικές δυνάμεις και η ενεργητικότητα μειώνονται δηλαδή το

βάδισμα γίνεται αργό, οι αντοχές είναι μικρότερες, δημιουργούνται κινητικά προβλήματα. Ακόμη, οι αισθήσεις ελαττώνονται για παράδειγμα η όραση και η γεύση αλλάζουν. Στον ψυχολογικό τομέα γίνονται αλλαγές, όπως αυξάνεται η τάση απομόνωσης, η ψυχική κούραση και η αίσθηση παραγκωνισμού. Επιπλέον, αυξάνεται η οικονομική ανασφάλεια και ο φόβος για την εμφάνιση ασθενειών. Οι βασικές αλλαγές που συμβαίνουν στο σώμα με την πάροδο της ηλικίας είναι η σύσταση του σώματος, η λειτουργία των ιστών και ο μεταβολισμός. Συγκεκριμένα, αξίζει να σημειωθεί ότι η άλιπη σωματική μάζα (η κυρίως μυϊκή μάζα) μειώνεται, ενώ αυξάνεται το λίπος. Παράλληλα, μειώνεται η μυϊκή δύναμη. [5, 6, 7]

Οι ηλικιωμένοι συχνά φορούν τεχνητή οδοντοστοιχία, αυτό επηρεάζει τη ποιότητα της διατροφής τους [8]. Σε έρευνα εξετάστηκε ένα δείγμα ανθρώπων με τεχνητή οδοντοστοιχία ηλικίας άνω των 50. Η έρευνα είχε σκοπό να μελετήσει αν η εφαρμογή της οδοντοστοιχίας επηρέαζε την ποιότητα της διατροφής τους. Στα αποτελέσματα αναφέρεται ότι η ομάδα με την τεχνητή οδοντοστοιχία σε σύγκριση με την ομάδα που είχε φυσικά δόντια είχε πολύ χαμηλότερη βαθμολογία στην κατανάλωση λαχανικών, στην ποικιλία των τροφών, χαμηλότερη πρόσληψη ασκορβικού οξέος και καροτίνης. Γενικότερα, η διατροφική ποιότητα και η πρόσληψη ορισμένων θρεπτικών συστατικών ήταν φτωχότερα μεταξύ της ομάδας με κακή εφαρμογή της τεχνητής οδοντοστοιχίας και εκείνων που φορούσαν επαρκή οδοντοστοιχία ή φυσικά δόντια. [9]

Η αναιμία, συνήθως ήπια, είναι ένα από τα πιο κοινά προβλήματα των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα στους άνδρες. Αν και η αναιμία είναι συχνά πολυπαραγοντική, οι ελλείψεις αυτές μπορούν να ομαδοποιηθούν σε τρεις ευρείες κατηγορίες: (α) αναιμίες λόγω αιτιών που είναι συχνότερες στους ηλικιωμένους, β) αναιμίες χωρίς ιδιαίτερη προτίμηση για τους ηλικιωμένους (γ) αναιμίες άγνωστης αιτίας. Τα κύρια βιολογικά ερωτήματα αφορούν την τρίτη κατηγορία, η οποία αντιπροσωπεύει το 14-17% των αναιμιών και αν τελικά η γήρανση συμβάλλει στην αναιμία. Με τη γήρανση υπάρχει μείωση της ερυθροποίησης των κυττάρων, αλλά τα δεδομένα αυτά δεν έχουν επιβεβαιωθεί και ο μηχανισμός δεν έχει τεκμηριωθεί. Ορισμένα ευρήματα σε περιπτώσεις ανεξήγητης αναιμίας έχουν μερική ομοιότητα με τις μεταβολές της αναιμίας της χρόνιας νόσου, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ανεπαίσθητες αντιφλεγμονώδεις αποκρίσεις άγνωστης προέλευσης μπορεί να λειτουργούν σε πολλούς ηλικιωμένους. Από τις αναιμίες γνωστής αιτίας που είναι ιδιαίτερα συχνές στους ηλικιωμένους, η αναιμία που είναι χρόνια νόσος είναι μια σημαντική κατηγορία, αλλά

μερικές φορές παραβλέπεται και η διάγνωσή της στηρίζεται σε μη συστηματικές εξετάσεις. Η ανεπάρκεια κοβαλαμίνης είναι επίσης πολύ συχνή, αν και οι περισσότερες περιπτώσεις είναι ήπιες και δεν συνοδεύονται από αναιμία. Επειδή η βασική διαγνωστική προσέγγιση της αναιμίας δεν είναι ούτε πολύπλοκη ούτε πολύ επεμβατική και η αναιμία μπορεί να είναι δείκτης κακής πρόγνωσης, η απόδοση της αναιμίας στη γήρανση δεν επιβεβαιώνεται μέχρι να αποκλειστούν άλλες αιτίες. [10]

Η προχωρημένη ηλικία συνδέεται με μια δραματική αύξηση των ποσοστών των φλεβικών και αρτηριακών θρομβωτικών επεισοδίων. Η αύξηση διαφόρων παραγόντων και πρωτεϊνών πήξης, χωρίς αντίστοιχη αύξηση των αντιπηκτικών παραγόντων, πιθανώς συμβάλλουν στον κίνδυνο αυτό. Η αυξημένη δραστηριότητα των αιμοπεταλίων καθώς και οι μοριακές και ανατομικές μεταβολές στο τοίχωμα των αγγείων συμβάλλουν ακόμη στη θρομβωτική τάση. Η προχωρημένη ηλικία συνδέεται με αυξημένα επίπεδα πρωτεΐνης ιντερλευκίνης-6 (IL-6) και C-αντιδρώσας πρωτεΐνης, γεγονός που υποδηλώνει μια φλεγμονώδη κατάσταση που μπορεί να αποτελέσει σημαντικό ερέθισμα για τον σχηματισμό θρόμβων στους ηλικιωμένους. Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί ότι είναι πιθανό η αύξηση των πρωτεϊνών πήξης να επιφέρει ένα πλεονέκτημα επιβίωσης, όπως η αναστολή της αγγειογένεσης του όγκου. Ωστόσο, η επιδημία της παχυσαρκίας μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο θρόμβωσης στους ηλικιωμένους, επειδή ο λιπώδης ιστός αποτελεί σημαντική πηγή φλεγμονωδών κυτοκινών και αυξάνει επιπλέον τους παράγοντες κινδύνου. Καθώς ο πληθυσμός γερνάει, θα απαιτηθούν περαιτέρω μελέτες για τον καθορισμό των μηχανισμών θρόμβωσης στους ηλικιωμένους. [11]

Η αλληλουχία των αλλαγών που σχετίζονται με τη γήρανση είναι η ίδια, ωστόσο ο ρυθμός που συμβαίνουν μεταβάλλεται από άτομο σε άτομο. Ο ρυθμός αυτός των αλλαγών εξαρτάται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες με σημαντικότερο τη διατροφή. [12]

1.3 Σαρκοπενία

Η γήρανση συνδέεται με μεγάλες αλλαγές στη διατροφική κατάσταση και το σώμα, αυτό είχε παρατηρηθεί αρκετές δεκαετίες πριν [13]. Παρά την πρόωμη αναγνώριση των αλλαγών δεν είχε χαρακτηριστεί σαρκοπενία. Ο όρος σαρκοπενία προέρχεται από την Ελληνική λέξη σάρκα και πενία, περιγράφηκε επίσημα από τους Evans και Cambell το 1993

[14, 15]. Ο Rosenberg την χρησιμοποίησε πρώτη φορά το 1997 για να περιγράψει το γηριατρικό σύνδρομο [13]. Στο νέο ορισμό ο όρος σαρκοπενία αναφέρεται σε ένα πολυπαραγοντικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από μία προοδευτική και γενικευμένη απώλεια μυϊκής μάζας και μυϊκής δύναμης με κίνδυνο δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία όπως η αναπηρία, η κακή ποιότητα ζωής και ο θάνατος. Ο νέος ορισμός (2011) εστιάζει στην εξειδίκευση του πληθυσμού στόχου (όπως οι ηλικιωμένοι) και στην ταυτόχρονη μυϊκή απώλεια και μειωμένη λειτουργικότητα. Οι αιτίες της σαρκοπενίας είναι πολλές και συνδυάζουν μειωμένη κινητικότητα, αλλαγή ενδοκρινών λειτουργιών, χρόνιες ασθένειες όπως αρθρίτιδα, φλεγμονή, αντίσταση στην ινσουλίνη και διατροφικές ανεπάρκειες [16].

Η απώλεια μυϊκής μάζας έχει υπολογιστεί 1-2 % ανά έτος μετά την ηλικία των 50 ετών [17]. Από το 1988 διαφορετικά διαγνωστικά μέτρα έχουν χρησιμοποιηθεί για να ορίσουν τη σαρκοπενία όπως η μυϊκή μάζα, η μυϊκή δύναμη και η σωματική απόδοση, ωστόσο δεν έχει οριστεί ποια παράμετρος είναι η καταλληλότερη [18]. Στις μελέτες λαμβάνονται υπόψη και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (όπως ηλικία, φύλο, εθνικότητα) και τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά (όπως μυϊκή μάζα, λιπώδης ιστός κλπ) [7]. Επιπλέον, άλλες έρευνες συσχέτισαν διαγνωστικά μέτρα και με άλλες παραμέτρους, όπως οι Bijlsma και συν, οι οποίοι μελέτησαν την οστική πυκνότητα σε σχέση με τη μυϊκή λειτουργία [19]. Ακόμη, για να ορίσουν τη σαρκοπενία μέτρησαν τη μυϊκή μάζα (σε ποσοστό του συνολικού σωματικού βάρους και τον απόλυτο αριθμό), τη μυϊκή δύναμη, την έκταση του γονάτου, τη δύναμη και την αντοχή στη χειρολαβή, την ταχύτητα περπατήματος, το τεστ timed up and go (TUG) και τη φυσική κατάσταση [20]. Η μελέτη για τα διαγνωστικά μέτρα είναι πολύ σημαντική, αφού η πρόληψη της σαρκοπενίας εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διάγνωσή της [18].

Η τεχνική DXA είναι ζωτικής σημασίας για τη διάγνωση της σαρκοπενίας, αφού είναι η καλύτερη τεχνική στην ανάλυση της σύστασης σώματος. Η DXA υπολογίζει με ακρίβεια την οστική πυκνότητα, το λιπώδη ιστό και την άλιπη μυϊκή μάζα (μυϊκή μάζα) σε ξεχωριστή περιοχή του σώματος και συνολικά [21]. Συγκεκριμένα μέσω της εκτίμησης της μυϊκής μάζας προσαρμοσμένη για BMI (Δείκτη Μάζας Σώματος) ή ύψος είναι δυνατό να διακριθούν τα άτομα με φυσιολογική απώλεια μυϊκής μάζας από εκείνους με παθολογική εξαθλίωση αναφέροντας συγκεκριμένες τιμές που επικυρώθηκαν στη βιβλιογραφία. Επιπλέον, η μέθοδος αυτή δίνει τη δυνατότητα να σχεδιαστεί η θεραπεία υπολογίζοντας τη δαπάνη ενέργειας.

Συνεπώς, η DXA έχει ακρίβεια, απλότητα, διαθεσιμότητα και χαμηλή έκθεση στην ακτινοβολία, ο ρόλος της στη διάγνωση της σαρκοπενίας γίνεται ολοένα και πιο σημαντικός και αναδεικνύεται σε τεχνική αναφοράς στην αξιολόγηση της μυϊκής μάζας. [22]

Η τακτική σωματική άσκηση συμβάλλει στη βελτίωση των σωματικών και πνευματικών λειτουργιών και στην πρόληψη ορισμένων επιπτώσεων των χρόνιων ασθενειών ώστε να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι ανεξάρτητοι. Οι έρευνες δείχνουν ότι η σωματική άσκηση συνδέεται με την υγεία στους ηλικιωμένους και μειώνει τον κίνδυνο χρόνιων νοσημάτων, παχυσαρκίας, πτώσεων, οστεοπόρωσης και μυϊκής αδυναμίας. Ωστόσο, η συμμετοχή σε σωματικές δραστηριότητες παραμένει χαμηλή στους ηλικιωμένους. Είναι σημαντικό να αυξήσουν τις δραστηριότητες ώστε να αυξήσουν την λειτουργικότητα τους και να μειωθεί η ανικανότητα και η αναπηρία στην τρίτη ηλικία [23].

1.4 Νοσήματα στην τρίτη ηλικία

Οι ηλικιωμένοι κινδυνεύουν από αρκετά νοσήματα που παρουσιάζονται σε αυτήν την ηλικία και είναι αποτέλεσμα των διατροφικών συνηθειών τους, του τρόπου ζωής, περιβαλλοντικών παραγόντων και γενετικών. Αρχικά, κινδυνεύουν από τις λοιμώξεις αφού υπάρχει μείωση της ανοσολογικής άμυνας και της αναπνευστικής εφεδρείας. Οι λοιμώξεις αυτές μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπλοκές [24]. Ακόμη, η πρώτη αιτία θανάτου στην τρίτη ηλικία είναι η καρδιακή νόσος [24]. Εκδηλώσεις της νόσου είναι το έμφραγμα, το αγγειακό εγκεφαλικό και ο αιφνίδιος θάνατος. Οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο είναι το κάπνισμα, η παχυσαρκία, οι διατροφικές συνήθειες, η καθιστική ζωή, το άγχος, η δυσλιπιδαιμία, η υπέρταση, η αύξηση δεικτών φλεγμονής, το μεταβολικό σύνδρομο και άλλοι παράγοντες. Επιπλέον, ο καρκίνος εμφανίζεται συχνά στην τρίτη ηλικία, ωστόσο οι παράγοντες που τον προκαλούν είναι πολύπλοκοι και ακόμα δεν έχουν διευκρινιστεί με ακρίβεια [25].

Επιπροσθέτως, αξίζει να σημειωθεί ότι τα νοσήματα του εγκεφάλου που αλλοιώνουν την ικανότητα του ηλικιωμένου να λειτουργεί φυσιολογικά και επηρεάζουν τη μνήμη, την κίνηση, την ομιλία, τη σκέψη είναι αρκετά συχνά στην τρίτη ηλικία [26]. Τέτοια νοσήματα είναι το Alzheimer, η νόσος Parkinson, η άνοια κλπ. Συγκεκριμένα, η νόσος Parkinson είναι μία

προοδευτική εξελισσόμενη νόσος του νευρικού συστήματος και η πιο συχνή στον πληθυσμό. Τα χαρακτηριστικά της νόσου είναι η βραδυκίνηση, η δυσκίνηση, το τρέμουλο, η μυϊκή ακαμψία και ποικιλία νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων. Επιπλέον, σημαντικό πρόβλημα υγείας στην τρίτη ηλικία είναι η οστεοπόρωση, η μείωση της οστικής μάζας με αποτέλεσμα τον κίνδυνο καταγμάτων [27]. Καθώς η οστεοπόρωση αναπτύσσεται, τα οστά γίνονται σταδιακά πιο αδύναμα και τα κατάγματα προκαλούνται ευκολότερα. Η επούλωση των καταγμάτων γίνεται αργά και ορισμένες φορές είναι ατελής.

Ακόμη, με την πάροδο της ηλικίας η έκκριση ινσουλίνης διαταράσσεται και συχνά εκδηλώνονται νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης [28]. Χρειάζονται συχνές εξετάσεις για τον έλεγχο της γλυκόζης στο αίμα, αφού οι αυξημένες τιμές προκαλούν βλάβες χωρίς να υπάρχουν συμπτώματα. Επιπλέον, η νεφρική λειτουργία ελαττώνεται με την πάροδο των χρόνων. Αξίζει να σημειωθεί ότι χρειάζεται πρόληψη και πρώιμη διάγνωση της νόσου, αφού και στη συγκεκριμένη νόσο δεν υπάρχουν συμπτώματα. Οι παθήσεις των νεφρών αποτελούν σημαντικό αίτιο θανάτου σε ηλικιωμένα άτομα [29]. Επιπλέον, άλλα νοσήματα των ηλικιωμένων είναι η αρτηριακή υπέρταση, οι δυσλιπιδαιμίες, το μεταβολικό σύνδρομο κλπ [24].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Ποιότητα ζωής και προσεγγίσεις της

Η ποιότητα ζωής είναι ένας πολυδιάστατος όρος που δύσκολα μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί. Οι προσεγγίσεις για την καλή ζωή είναι πολλές και έχουν μελετηθεί από φιλοσόφους ανά τους αιώνες. Σε όλες τις εποχές οι φιλόσοφοι ασχολήθηκαν με τις τεράστιες ερωτήσεις και τα φαινομενικά ανεπίλυτα προβλήματα που σχετίζονται με την ποιότητα της ανθρώπινης ζωής. Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι η ποιότητα ζωής εκφράζει την υποκειμενική αίσθηση πληρότητας και ασφάλειας του ατόμου καθώς και τη συμμετοχή σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινότητας του. Ακόμη, δίνεται έμφαση στην επικοινωνία που έχει το άτομο με τους άλλους ανθρώπους, την εικόνα που έχει για τον εαυτό του και κατά πόσο κάνει κάτι που του αρέσει. [30]

Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια που μπορεί να προσεγγιστεί σε ποικίλα επίπεδα, από την γενικότερη αξιολόγηση της ευημερίας μίας κοινωνίας ή κοινότητας μέχρι την αξιολόγηση συγκεκριμένων καταστάσεων ατόμων ή ομάδων. Έχουν χρησιμοποιηθεί κοινωνικοί δείκτες ευημερίας των πληθυσμών, ψυχολογικοί δείκτες, εφαρμογή θεωρητικών μοντέλων ή ακαδημαϊκών προσεγγίσεων. Ερευνητές παρουσίασαν τρεις διαστάσεις για την ποιότητα ζωής: α) ποιότητα ζωής που ορίζεται ως η ποιότητα των συνθηκών ζωής ενός ατόμου, β) την ποιότητα ζωής που ορίζεται ως η ικανοποίηση κάποιου από τις συνθήκες ζωής και γ) ποιότητα ζωής που ορίζεται ως ο συνδυασμός τόσο των συνθηκών ζωής όσο και της ικανοποίησης. Ακόμη μία τέταρτη διάσταση παρουσιάζεται που τονίζει την ανάγκη να ληφθούν υπόψη οι προσωπικές αξίες, οι φιλοδοξίες και οι προσδοκίες του ατόμου. [31]

Αξίζει να αναφερθεί ότι προτείνεται να διαχωριστούν δύο έννοιες η ποιότητα ζωής και η ικανοποίηση με τη ζωή. Η ποιότητα ζωής ορίζεται από το άθροισμα μίας σειράς αντικειμενικών μετρήσιμων συνθηκών ζωής από ένα άτομο. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν τη σωματική υγεία, προσωπικές περιστάσεις (πλούτος, συνθήκες διαβίωσης κλπ), κοινωνικές σχέσεις, δραστηριότητες και ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές επιρροές. Η υποκειμενική απάντηση σε τέτοιες συνθήκες είναι ο τομέας της προσωπικής ικανοποίησης με τη ζωή. [32]

Γενικοί δείκτες της ποιότητας ζωής μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση των συνθηκών διαβίωσης σε ολόκληρο τον πληθυσμό. Η ποιότητα ζωής ενός συγκεκριμένου ατόμου ή υποομάδα θα εντοπιστεί συγκρίνοντας τη θέση τους με τη συνολική κατανομή του

πληθυσμού. Θα ήταν προτιμότερο να ορίσουμε την ποιότητα ζωής ως συνώνυμη με την προσωπική ικανοποίηση. Η ικανοποίηση από τη ζωή μπορεί να αντανakλά ικανοποίηση σε κάποιους τομείς της ζωής όπως υλικές ανέσεις, υγεία, εργασία, αναψυχή, μάθηση και δημιουργική έκφραση. Ακόμη, είναι σημαντικά η κατάσταση της ζωής, σχέσεις με την οικογένεια, οι κοινωνικές σχέσεις, τα οικονομικά, η ασφάλεια, η υγεία, η θρησκεία. Επίσης, συμπεριλαμβάνονται ο γάμος, η θρησκεία, η οικογενειακή ζωή, οι φιλίες, τα πρότυπα, η ζωή, η γειτονιά, η πόλη διαμονής, το έθνος, η στέγαση, η εκπαίδευση και η υγεία. Ακόμη, υπάρχει πιθανή εξάρτηση μεταξύ συνθηκών ζωής ή γεγονότων και υποκειμενικών αναφορών ευημερίας. [30]

Συνεπώς, προτείνεται ένα μοντέλο ποιότητας ζωής που συμπεριλαμβάνει αντικειμενικούς στόχους και υποκειμενικούς δείκτες, που αντανakλούν συλλογικά ένα ευρύ φάσμα τομέων της ζωής, με μια ατομική κατάταξη για τη σημασία του κάθε τομέα. Τα αντικειμενικά δεδομένα δεν πρέπει να ερμηνεύονται χωρίς αναφορά στις προσωπικές προτιμήσεις και η ικανοποίηση εκφράζει την ιδιοσυγκρασία του ατόμου και τις συνθήκες και εμπειρίες που την έχουν διαμορφώσει. Αν και στο προτεινόμενο μοντέλο τα άτομα μπορούν να κατατάξουν ορισμένες συνθήκες ζωής ως λιγότερο σημαντικές από άλλες, η αντικειμενική αξιολόγηση αυτών των συνθηκών ζωής εξακολουθεί να αποτελεί μέρος του συνόλου αξιολόγησης και μπορεί να συγκριθεί με εκείνες που συνήθως βιώνουν. [31]

Μία βασική πεποίθηση των σύγχρονων κρατών είναι ότι οι άνθρωποι μπορούν να γίνουν ευτυχισμένοι παρέχοντας τους καλύτερες συνθήκες διαβίωσης. Αυτή η άποψη αμφισβητείται από τη θεωρία ότι η ευτυχία είναι ένα σταθερό χαρακτηριστικό και όχι μία μεταβλητή κατάσταση. Η θεωρία αυτή αναφέρεται σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο. Σε ατομικό επίπεδο, η ευτυχία είναι μία πτυχή του προσωπικού χαρακτήρα στην αποκτηθείσα διάθεση. Στην κοινωνία, η ευτυχία θεωρείται θέμα εθνικού χαρακτήρα με κοινές αξίες και πεποιθήσεις. Και οι δύο παραλλαγές εκφράζουν την άποψη ότι η ευτυχία μπορεί να θεωρηθεί ως χαρακτηριστικό εάν πληρεί 3 κριτήρια. Πιο αναλυτικά, εάν υπάρχει προσωρινή σταθερότητα, είναι μία διασταυρούμενη κατάσταση, σχετίζεται με εσωτερικά αίτια. Όπως αναφέρεται η ευτυχία είναι αρκετά σταθερή στο σύντομο μέλλον, αλλά όχι μακροπρόθεσμα. Επίσης, είναι ευαίσθητη στην τύχη και τις αντιξοότητες. Επιπλέον, οι ψυχολογικοί παράγοντες εξηγούν ένα μέρος της διακύμανσης της. Όσον αφορά την ευτυχία σε εθνικό επίπεδο, η ευτυχία αλλάζει, εξαρτάται από τις συνθήκες διαβίωσης (όσο καλύτερες είναι οι

συνθήκες τόσο πιο ευτυχισμένοι είναι οι πολίτες της) και οι διαφορές δεν μπορούν να εξηγηθούν από τις προοπτικές για τη ζωή. Συνεπώς η ευτυχία δεν είναι αμετάβλητη, μεταβάλλεται για το λόγο αυτό υπάρχει νόημα στο αγώνα για περισσότερη ευτυχία. [33]

Η ευτυχία συχνά συνδέεται με την ικανοποίηση από τη ζωή. Η ικανοποίηση είναι θέμα σύγκρισης της ζωής όπως είναι και για το πως πρέπει να είναι. Ωστόσο, η ευτυχία δεν εξαρτάται απόλυτα από αυτή τη σύγκριση. Η συνολική αξιολόγηση της ζωής εξαρτάται από το αίσθημα και το επίπεδο ικανοποίησης των βασικών βιολογικών και ψυχικών αναγκών. Έρευνες για την ευτυχία με την έννοια της ικανοποίησης από τη ζωή υποστηρίζουν ότι η ευτυχία δεν είναι το ίδιο υψηλή στις φτωχές χώρες όσο και στις πλούσιες. Ακόμη, φαίνεται ότι η ευτυχία εξαρτάται από τις σταθερές συνθήκες διαβίωσης. Πιο αναλυτικά, οι άνθρωποι τείνουν αν είναι δυσαρεστημένοι υπό δυσμενείς συνθήκες όπως η φτώχεια, ο πόλεμος και η απομόνωση. Επιπλέον, η βελτίωση ορισμένων συνθηκών επηρεάζει την ευτυχία και η προηγούμενη δυσκολία δεν ευνοεί τη μεταγενέστερη ευτυχία. Επίσης, αναφέρεται ότι οι άνθρωποι είναι σε γενικές γραμμές θετικοί για τη ζωή τους παρά ουδέτεροι. [34]

Σε κοινωνικό επίπεδο, η ευτυχία και η απόλαυση της ζωής φαίνεται να αυξάνει την αντίληψη των ανθρώπων, να ενθαρρύνει την ενεργή συμμετοχή τους στην κοινότητα και στα πολιτικά, ενθαρρύνει τις κοινωνικές επαφές. Επίσης, η ικανοποίηση από τη ζωή ανακουφίζει από το άγχος, διατηρώντας της υγεία και επιμηκύνοντας της ζωή. Αξίζει να τονιστεί, ότι η κοινωνία είναι πιο πιθανό να ευημερήσει με ευτυχείς πολίτες παρά με δυσαρεστημένους. [35, 36]

Σύμφωνα με έρευνα προκύπτει ότι η μεγαλύτερη διάρκεια εκπαίδευσης είχε θετικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση από τη ζωή σε πολλούς τομείς. Ακόμη, το εισόδημα έχει σημαντική θέση και παίζει σημαντικό ρόλο στην αύξηση της ικανοποίησης. Σε ότι αφορά το φύλο φαίνεται ότι οι άνδρες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες σε πολλούς τομείς. Επιπροσθέτως, διαπιστώνεται ότι η ικανοποίηση μειώνεται με την ηλικία. Επιπλέον, η κοινωνικοί θεσμοί και η οργάνωση της κοινωνίας συμβάλλουν στην ικανοποίηση από τη ζωή σε πολλούς τομείς. Συνεπώς, η μελέτη της ευημερίας χρειάζεται μία διεπιστημονική προσέγγιση. [36]

Ακόμη, έχει παρατηρηθεί ότι υπάρχουν πολλές λέξεις που χρησιμοποιούνται από τους ανθρώπους για να εκφράσουν το πόσο καλά είναι. Μερικές από αυτές δείχνουν τη συνολική ευημερία, όπως η ποιότητα ζωής, η ευημερία και μερικές φορές η λέξη υγεία. Στο παρελθόν

χρησιμοποιούνταν πιο συχνά οι όροι ευτυχία και ευημερία, ωστόσο υπάρχουν πολλά προβλήματα με αυτούς τους όρους. Αρχικά, δεν έχουν ξεκάθαρο νόημα, πολλές φορές χρησιμοποιούνται για να εκφράσουν όλα τα θετικά σαν σύνολο, ενώ άλλοτε υποδηλώνουν συγκεκριμένη αξία. Για παράδειγμα, ο όρος ποιότητα ζωής αναφέρεται σε ορισμένα πλαίσια στην ποιότητα της κοινωνίας και σε άλλες περιπτώσεις στην ευτυχία των πολιτών της. Επιπλέον, οι όροι αυτοί έχουν πολλές έννοιες και ευρύ γενικό νόημα για αυτό θα πρέπει να διευκρινίζεται η χρήση τους. Ο Veenhoven κατέγραψε κάποιες διακρίσεις που θα πρέπει να γίνονται σε αυτούς τους όρους. Μία κλασική διάκριση είναι μεταξύ υποκειμενικής και αντικειμενικής ποιότητας ζωής. Όταν οι συνθήκες ζωής βαθμολογούνται θετικά με αντικειμενικά και υποκειμενικά κριτήρια τότε υπάρχει ευημερία, όταν και οι δύο αξιολογήσεις είναι αρνητικές υπάρχει στέρηση. Μπορεί όμως οι εκτιμήσεις να μη συμπίπτουν, τότε αναφέρονται άλλοι όροι. Επιπλέον διάκριση υπάρχει μεταξύ των ευκαιριών για μία καλή ζωή και των αποτελεσμάτων της ζωής. Οι ευκαιρίες και τα αποτελέσματα σχετίζονται, ωστόσο δεν είναι το ίδιο. [37]

Επιπλέον αναφέρεται ότι το άτομο θα πρέπει να έχει ικανότητες για να ζήσει μία καλή ζωή. Δεδομένου ότι υπάρχουν διαφορετικές απόψεις για το τι είναι καλή ζωή, θα μπορούσαν να υπάρχουν διαφορές στις απαιτούμενες δεξιότητες για να υπάρξει καλή ζωή. Στη μελέτη του διέκρινε δύο βασικές απόψεις: την ενάρετη ζωή και την ευχάριστη ζωή, ερεύνησε ποιες ικανότητες απαιτούνται για να ζήσουν τα άτομα αυτές τις ζωές και συμπέρανε ότι πράγματι αυτές διαφέρουν. Οι δυνατότητες αυτές αφορούν την καλή ψυχική υγεία. [38]

2.2 Ορισμός ποιότητας ζωής και η μέτρηση της

Ο ΠΟΥ ορίζει την ποιότητα ζωής ως την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του. [39]

Οι Οικονόμου και συν [39] αναφέρεται ότι η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος που έχει απασχολήσει από αρχαιότατους χρόνους μέχρι σήμερα φιλοσόφους και επιστήμονες, αναπτύχθηκε κυρίως στις κοινωνικές επιστήμες αλλά και σε άλλα επιστημονικά πεδία όπως στην Ιατρική. Η έννοια ποιότητα ζωής δεν έχει καθοριστεί μέχρι σήμερα, ωστόσο υπάρχουν

κάποιοι έγκυροι δείκτες για τον προσδιορισμό της όπως η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλα υλικά αγαθά. Ακόμη, εξαρτάται από αντικειμενικά και υποκειμενικά κριτήρια. Πολλοί έχουν προσπαθήσει να ταυτίσουν την ποιότητα ζωής με την υγεία. Όπως αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, υγεία ορίζεται “είναι μία κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας” [40]. Ο όρος ποιότητα ζωής περιλαμβάνει περισσότερες διαστάσεις. Η ποιότητα ζωής σημαίνει διαφορετικά πράγματα για διαφορετικούς ανθρώπους και έχει χρησιμοποιηθεί ορίζοντας κάθε φορά διαφορετικές έννοιες ανάλογα με το εκάστοτε αντικείμενό τους. Στο πλαίσιο των κλινικών εφαρμογών οι έρευνες εστιάζουν στην αξιολόγηση των παραμέτρων που επηρεάζονται από την ασθένεια ή την θεραπεία της. Ο όρος που χρησιμοποιείται είναι ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία. [39]

Αξίζει να αναφερθεί ότι η ικανοποίηση από τη ζωή δεν γίνεται το ίδιο αντιληπτή από όλους. Ωστόσο, ο Cummins ανέπτυξε μία διαδικασία με ταξινομημένους τομείς και υποστήριξε ότι η ικανοποίηση από τη ζωή (η υποκειμενική ευημερία) μπορεί να μετρηθεί αποτελεσματικά και συνολικά. Στο άρθρο ο συγγραφέας αναφέρει ότι για να αναλύσουμε την ποιότητα ζωής είναι απαραίτητο να γνωρίζουμε πως αισθάνεται το άτομο για την ζωή. Για παράδειγμα, σε έρευνα αναφέρεται ότι οι ασθενείς είχαν την τάση να βαθμολογούν τον εαυτό τους σε ένα ή δύο σημεία υψηλότερα από τους γιατρούς. Επιπροσθέτως, στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής είναι σημαντικό να συμπεριλαμβάνονται παράγοντες όπως το εισόδημα, ο χρόνος εργασίας, η διάρκεια επιβίωσης, οι ασθένειες. Η σωματική κατάσταση ή οι δραστηριότητες και η ψυχολογική κατάσταση είναι οι παράγοντες που χρησιμοποιούνται περισσότερο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. [32]

Όσον αφορά την Ιατρική, η μέτρηση της ποιότητας ζωής παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για την ποιότητα ζωής των ασθενών και πολλές ερωτήσεις για τον κλινικό ιατρό. Θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι προσεγγίσεις των μετρήσεων, δηλαδή η ολιστική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και η πιο περιορισμένη αξιολόγηση σε περιπτώσεις ασθένειας ή θεραπείας. Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση αξιολογούνται τα πρωτόκολλα που μετράνε την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Στα συμπεράσματα τους αναφέρουν ότι από το 1965 μέχρι το 2006 εντοπίζεται μία γενική βελτίωση των μοντέλων αυτών. Ωστόσο, το πεδίο χρειάζεται πιο εξελιγμένη ανάλυση και έναν καλύτερο ορισμό της ποιότητας ζωής και του περιεχομένου της. [41]

2.3 Ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία

Λόγω καλύτερων συνθηκών διαβίωσης και βελτιώσεων στην ιατρική και την τεχνολογία, το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί παγκοσμίως τις τελευταίες δεκαετίες. Οι προβλέψεις προβλέπουν ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων θα συνεχίσει να αυξάνεται και στο μέλλον αυτό το τμήμα του πληθυσμού θα μεγαλώσει ακόμη πιο γρήγορα. Για παράδειγμα, στην Ευρώπη, τα άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών θα διπλασιαστούν μέχρι το 2080, σε σύγκριση με το 2014 [1, 2]. Για να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις που προκύπτουν από αυτόν τον γηράσκοντα πληθυσμό, πολιτικές και υπηρεσίες όλο και περισσότερο εστιάζουν στο να ζουν αυτοί οι άνθρωποι στην κοινότητα παρά να βασίζονται σε θεσμούς ως τον κύριο άξονα περίθαλψης [3].

Οι Vanleerberghe και συν. δηλώνουν ότι η επιλογή διαμονής στην οικία (όχι σε κάποιο ίδρυμα) αυξάνει τη βιωσιμότητα των συστημάτων φροντίδας και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ανθρώπων. Επιπλέον, αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι στις δυτικές χώρες προτιμούν να ζουν στην οικεία τους όσο το δυνατόν περισσότερο. Ο χώρος διαμονής των ηλικιωμένων έχει αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους. Οι συγγραφείς αναφέρουν ότι η γειτονιά για αυτούς τους ανθρώπους αποτελεί ένα παράγοντα της ποιότητας ζωής τους. Επίσης, η ανεξαρτησία, η αυτονομία και ο έλεγχος στο περιβάλλον τους, οι κοινωνικές συνδέσεις είναι μεγάλης σημασίας για την ποιότητα ζωής τους και θα πρέπει να ενθαρρύνεται. Ακόμη, η διαμονή των ηλικιωμένων στο σπίτι τους θεωρείται λιγότερο δαπανηρή και συχνά μία οικονομικά αποδοτική λύση. [43].

Σε πολλές χώρες, οι ηλικιωμένοι ενδιαφέρονται πολύ για τα γηροκομεία προς το τέλος της ζωής τους. Η ποιότητα ζωής είναι ένας τομέας αξιολόγησης που μπορεί να βοηθήσει τους εμπλεκόμενους στη φροντίδα των ηλικιωμένων να κατανοήσουν τις ανάγκες τους. Επίσης, να παρέμβουν για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις οι παράγοντες όπως η υγεία, η λειτουργική κατάσταση, η κοινωνική συμπεριφορά δεν είναι κατάλληλοι για διερεύνηση της ποιότητας ζωής. Στα αποτελέσματα της έρευνας των Hall και συν. αναφέρεται ότι σημαντικοί παράγοντες για τους ανθρώπους που μένουν στα ιδρύματα είναι οι δραστηριότητες ψυχαγωγίας τους όπως η ανάγνωση, η ακρόαση μουσικής, η παρακολούθηση τηλεόρασης. Επιπροσθέτως, η οικογένεια, οι σχέσεις, η κοινωνική ζωή, η ανεξαρτησία και η ικανοποίηση είναι σημαντικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι στην έρευνα τους

δεν συμπεριέλαβαν ανθρώπους με άνοια, αν και αποτελούν το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδρυμάτων [44]. Επιπλέον, από την έρευνα των Gonzalez-Salvador και συν. σε άτομα με άνοια που έμεναν σε ιδρύματα μακροχρόνιας φροντίδας συμπεράναν ότι οι ασθενείς είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από ότι αναμενόταν. Οι ασθενείς που είχαν τη βοήθεια που χρειαζόταν από το κατάλληλο προσωπικό είχαν υψηλότερη βαθμολογία στις ερωτήσεις που αφορούσαν την ποιότητα ζωής. Ωστόσο, ο χειρότερος προσανατολισμός, η μειωμένη λειτουργικότητα, η κατάθλιψη και η θεραπεία με αγχολυτικά συσχετίστηκαν με χαμηλότερες βαθμολογίες. Στα αποτελέσματα αναφέρουν ότι οι μελλοντικές μελέτες θα πρέπει να εξετάσουν αν η θεραπεία με δραστηριότητες, η θεραπεία της κατάθλιψης και η αποφυγή αντικαταθλιπτικών μπορεί να βελτιώσουν την κατάσταση σε αυτό το πληθυσμό. Οι ερευνητές αναφέρουν ότι είναι απαραίτητο να αποσαφηνιστεί καλύτερα η έννοια της ποιότητας ζωής και η σχέση της με τη σοβαρότητα της νόσου για να μπορεί να μελετηθεί καλύτερα σε αυτούς τους ασθενείς. [45]

Ωστόσο, υπάρχουν περιπτώσεις που το σπίτι δεν είναι η καλύτερη λύση, όταν δημιουργούνται έντονα αρνητικά συναισθήματα και εμπειρίες όπως η μοναξιά. Ακόμη, οι ηλικιωμένοι με μειωμένες λειτουργικές ικανότητες, η υπερβολική επιβάρυνση στους φροντιστές, η διαχείριση της κατοικίας μπορεί να προκαλέσουν αρνητικά συναισθήματα και άσχημες καταστάσεις στο σπίτι. Επιπλέον, εξωτερικοί παράγοντες όπως η ανεπαρκής υποστήριξη, ένα ακατάλληλο σπίτι, ανεπαρκής υγειονομική και κοινωνική φροντίδα μπορεί να εμποδίζουν την ποιότητα ζωής. Οι ερευνητές μελέτησαν την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής σε άτομα άνω των 65 ετών και τη διαφορά μεταξύ δύο κατηγοριών τους ηλικιωμένους που διέμεναν σε γηροκομείο και αυτούς που έμεναν στο σπίτι τους. Η σωματική λειτουργία ήταν καλύτερη για τα άτομα του γηροκομείου, ενώ η γενική υγεία, ο σωματικός πόνος, η ζωτικότητα, ο κοινωνικός τομέας και η πνευματική λειτουργία είχαν υψηλότερα οι ηλικιωμένοι που έμεναν στο σπίτι τους. Όσον αφορά την κατάθλιψη μεγαλύτερα ποσοστά με κατάθλιψη εμφανίζονται στους ηλικιωμένους που ζούσαν στο σπίτι τους. [46]

Ο Ferrans το 1990 προσπάθησε να προσδιορίσει την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Αναφέρθηκε σε πέντε πολύ σημαντικές κατηγορίες τη φυσιολογική ζωή, την ευτυχία/ ικανοποίηση, την επίτευξη των στόχων, την κοινωνική χρησιμότητα και τη φυσική ικανότητα. Πιο αναλυτικά, αναφέρεται στην ικανότητα των ασθενών να ζουν μία κανονική ζωή, ερευνώντας μεταβλητές όπως οι ώρες εργασίας, η

παρουσία συμπτωμάτων, η συχνότητα της σεξουαλικής επαφής, η αξιολόγηση της υγείας. Επίσης, λαμβάνεται υπόψη η κατάσταση του ατόμου πριν και μετά τη νόσο [47]. Ακόμη, αξίζει να αναφερθεί το «παράδοξο της αναπηρίας», που είναι είναι μία ασυμβίβαστη έννοια, καθώς άτομα με σοβαρές αναπηρίες και φτωχοί αξιολογούν την ποιότητα ζωής τους θετικά [48]. Η εξήγηση στηρίζεται στην θεωρία της ισορροπίας, δηλαδή την αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για την ποιότητα ζωής τους και την ισορροπία μεταξύ σώματος και νου. Επιπλέον, παίζει ρόλο το κέρδος και οι υποστηρικτικές σχέσεις κατά τη διάρκεια ασθένειας και οι αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης. Ακόμη, αν υπάρχει πρόβλημα υγείας δεν εξομοιώνεται πάντα με την κακή αντίληψη κάποιου για την υγεία του. Η θεωρία της ψυχολογίας μπορεί να είναι χρήσιμη για την κατανόηση του παράδοξου, η οποία συνδέει τον έλεγχο που υπάρχει με τις αντιλήψεις, τα κίνητρα και τις ενέργειες. Αυτό είναι σημαντικό για την προώθηση της ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων . Οι Bowling και συν. μελέτησαν το παράδοξο της αναπηρίας σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω. Στα αποτελέσματα αναφέρουν ότι μία ασθένεια με μικρότερη επιβάρυνση για την υγεία και καλύτεροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εξήγησαν το παράδοξο που υπάρχει μεταξύ του λειτουργικού επιπέδου του ατόμου και την αντιληπτή ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς με χαμηλή λειτουργικότητα, οι οποίοι αισθάνονται ότι η ποιότητα ζωής τους είναι καλή, τείνουν να έχουν τον έλεγχο της ζωής τους, έχοντας μία θετική προσέγγιση και στρατηγικές αποδοχής. Επιπροσθέτως, ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης είναι σημαντικός για τα άτομα με ασθένειες, ώστε να μπορούν να έχουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αυτονομία. [48]

Οι Efklides και συν. μελέτησαν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Αναφέρουν ότι η υποκειμενική ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως η άποψη των ατόμων για την ικανοποίηση από τη ζωή, την υποκειμενική ευημερία, την ευτυχία και το ηθικό τους. Στην έρευνά τους μελέτησαν την επίδραση δημογραφικών παραγόντων, της υγείας, των συναισθημάτων και της ικανότητας προσαρμογής στην τρίτη ηλικία ως παράγοντες της υποκειμενικής ποιότητας ζωής. Το δείγμα αποτελούνταν από 160 ηλικιωμένους ηλικίας 63 έως 100 ετών, άντρες και γυναίκες. Οι μισοί κατοικούσαν σε μία Ελληνική πόλη και οι υπόλοιποι σε κωμόπολη ή χωριό. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια με δημογραφικές πληροφορίες, την υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους, την συναισθηματική κατάσταση τους, την προσαρμογή στην τρίτη ηλικία, τους δείκτες ικανοποίησης από τη ζωή. Ιδιαίτερα σημαντική για την ικανοποίηση από τη ζωή αποδείχθηκε

η καλή προσαρμογή στα γηρατειά και η γενναιοδωρία στα παιδιά. Ο αυτοέλεγχος και η αποτελεσματικότητα και η κοινωνική σύγκριση για την κατάσταση της υγείας συνέβαλαν στο ηθικό τους. Η ύπαρξη παιδιών είχε σημαντική συμβολή στην ευτυχία, το ηθικό και την ικανοποίηση από τη ζωή, ωστόσο όχι στην υποκειμενική ποιότητα ζωής. [49]

Οι Drewnowski και Evans στο άρθρο τους προσπάθησαν με μία βιβλιογραφική ανασκόπηση να διατυπώσουν μία απάντηση σε ερωτήματα α) πώς είναι η ποιότητα ζωής β) πώς εκτιμάται η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων γ) πώς χρησιμοποιείται αυτή η αξιολόγηση για τους ανθρώπους που γερνούν. Στα συμπεράσματα τους αναφέρουν ότι δεν υπάρχει ένας γενικά αποδεκτός όρος της ποιότητας ζωής και η έννοια είναι κατανοητή με διαφορετικό τρόπο ανάλογα με τον τομέα της έρευνας. Στις δημοσιεύσεις αναφέρθηκαν ο κοινωνικός τομέας, η υγεία, η σωματική ευεξία και το περιβάλλον. Άλλοι παράγοντες που αναφέρθηκαν είναι η αυτονομία, οι διαπροσωπικές σχέσεις, τα δικαιώματα, η συναισθηματική, σωματική και υλική ευημερία. Οι ηλικιωμένοι δίνουν έμφαση στην υγεία τους, το σπίτι τους (το περιβάλλον) και την αυτονομία τους για αυτό είναι απαραίτητο αυτά να συμπεριλαμβάνονται σε έρευνες που μετρούν τη ποιότητα ζωής τους. Χρειάζεται περαιτέρω έρευνα για τον εντοπισμό των σχετικών στοιχείων (τομείς της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων) προκειμένου να αναπτυχθεί ένα μέσο αξιολόγησης προσαρμοσμένο την κατάσταση των ηλικιωμένων. [42]

Η ποιότητα ζωής είναι μια σημαντική έννοια με ιατρική, κοινωνική και ψυχολογική διάσταση. Σύμφωνα με τους Bowling και Gabriel, θα πρέπει να αποτελεί σημαντικό σημείο στην αξιολόγηση της δημόσιας πολιτικής. Η έννοια ποιότητα ζωής δεν είναι σαφώς καθορισμένη ή κατανοητή, ούτε έχει οριστεί. Οι μελετητές δυσκολεύονται να την ορίσουν, καθώς επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες και υποκειμενικές πτυχές. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες παραδοχές από όλους όπως: (α) η ποιότητα ζωής είναι πολυδιάστατη έννοια, β) η ποιότητα ζωής είναι δυναμική και μπορεί να ποικίλει μεταξύ των ατόμων και ατόμων κατά τη διάρκεια της ζωής τους, γ) η ποιότητα ζωής αποτελείται από αντικειμενικά και υποκειμενικά στοιχεία. [50]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ

3.1 Μεσογειακή διατροφή και οφέλη

Η Μεσογειακή διατροφή είναι πρότυπο υγιεινής διατροφής. Περιλαμβάνει υψηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών καθημερινά, ξηρούς καρπούς, μη επεξεργασμένα δημητριακά (σιτάρι, κριθάρι, σίκαλη, βρώμη), όσπρια, ψάρια και άλλα θαλασσινά. Ακόμη, περιλαμβάνει χαμηλά κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων με πλήρη λιπαρά, κρέατος και άλλων προϊόντων με βάση το κρέας. Επίσης, υπάρχει μέτρια πρόσληψη αιθανόλης κυρίως με τη μορφή κρασιού κατά τη διάρκεια των γευμάτων. Η τήρηση αυτής της δίαιτας φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου, Alzheimer, Parkinson και πρόωγου θανάτου συνολικά. Επιπλέον, έρευνες αναφέρουν ότι η προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή μπορεί να αποτελεί ισχυρό προστατευτικό παράγοντα κατά της αθηρωματικής πλάκας, η οποία μπορεί να προκαλέσει αγγειακά συμβάντα. Ακόμη, είναι προστατευτικός παράγοντας ενάντια σε όλες τις αιτίες θνησιμότητας όπως διαβήτης, υπέρταση, παχυσαρκία, καρκίνος, άνοια και δυσλιπιδαιμίες. Ο προστατευτικός ρόλος της μεσογειακής διατροφής ενεργεί στη μειωμένη αντίσταση στην ινσουλίνη, περιλαμβάνει τροφές με μέτριο και χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη και χαμηλότερη συγκέντρωση φλεγμονωδών δεικτών.[51]

Η προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή φαίνεται ότι μειώνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, καρκίνου, νόσου Alzheimer και νόσου Parkinson, καθώς και τον κίνδυνο θανάτου από καρδιαγγειακή ασθένεια. Οι Tuttolomondo και συν. μελέτησαν τη σύνδεση της Μεσογειακής διατροφής με τη σοβαρότητα ενός εγκεφαλικού επεισοδίου σε άτομα με οξύ ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο. Στα συμπεράσματα αναφέρουν ότι οι ασθενείς με μικρότερη προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή είναι πιο πιθανό να έχουν ένα εγκεφαλικό επεισόδιο και χειρότερη κλινική κατάσταση μετά το ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.[52]

Όπως αναφέρθηκε, τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η πρώτη αιτία θανάτων παγκοσμίως. Ακόμη, η στεφανιαία νόσος και τα εγκεφαλικά επεισόδια είναι στις πρώτες θέσεις στα αίτια αναπηρίας. Για την πρόληψη τους χρειάζεται ισορροπημένη διατροφή και υγιεινός τρόπος ζωής ιδιαίτερα στη μέση ηλικία. Η μεσογειακή διατροφή ορίζεται ως η παραδοσιακή διατροφή που εφάρμοζαν στις αρχές της δεκαετίας του 1960 στην Ελλάδα, τη

Νότια Ιταλία, την Ισπανία και τις άλλες μεσογειακές χώρες που παρήγαγαν ελαιόλαδο. Συγκριτικά με άλλα υγιεινά πρότυπα όπως η δίαιτα DASH, η μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει υψηλότερη κατανάλωση φρούτων και ψαριών. Ακόμη, στα χορτοφαγικά πρότυπα το κρέας και τα θαλασσινά δεν καταναλώνονται, αλλά αντικαθίστανται με αυγά, γαλακτοκομικά προϊόντα, επεξεργασμένη σόγια και ξηρούς καρπούς. Η μελέτη PREDIMED [53] χρησιμοποίησε ένα γενικό διατροφικό σχήμα ως παρέμβαση και αξιολόγησε τα καρδιαγγειακά συμβάντα ως τελικά σημεία παρέχοντας στοιχεία και επιστημονικές αποδείξεις για τα οφέλη της μεσογειακής διατροφής στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Πιο αναλυτικά, χρησιμοποίησε το ελαιόλαδο και τους ξηρούς καρπούς στην παρέμβαση. Η μελέτη αυτή εξέτασε τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της μεσογειακής διατροφής στα περιστατικά με καρδιαγγειακή νόσο και συγκεκριμένα σε άνδρες και γυναίκες με υψηλό κίνδυνο ηλικίας 55-75 (άνδρες) ή 60-80 ετών (γυναίκες). Ήταν μία διατροφική παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε στην Ισπανία από το 2003 έως το 2011 στα αποτελέσματα αναφέρονται οι θετικές επιδράσεις της μεσογειακής διατροφής στη μείωση της θνησιμότητας[53]. Ακόμη, η Lyon Heart Study έδειξε ότι τα συμβάντα καρδιαγγειακής νόσου και ο θάνατος μειώθηκαν 4 έτη μετά από ένα αρχικό συμβάν σε αυτούς που υιοθέτησαν τη Μεσογειακή διατροφή. [54]

Αξίζει να αναφερθεί ότι ο τρόπος ζωής μπορεί να επιδράσει θετικά στην μείωση εμφάνισης του μεταβολικού συνδρόμου και κατά συνέπεια της στεφανιαίας νόσου. Η σωματική άσκηση και η μεσογειακή διατροφή είναι δύο καθοριστικοί παράγοντες για την μείωση του κινδύνου. Στην μελέτη ATTICA αναφέρεται ότι ο συνολικός επιπολασμός μεταβολικού συνδρόμου για την Αττική το 2001-2002 ήταν 453 από 2282 άτομα (19,8%). Από αυτά 284 (25,5%) ήταν άνδρες και 169 (14,6%) ήταν γυναίκες. Από τις συσχετίσεις που έγιναν συμπεραίνεται ότι η τροποποίηση του τρόπου ζωής μπορεί να συμβάλει στη μείωση του επιπολασμού του μεταβολικού συνδρόμου και δεικτών φλεγμονής. [55]

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ιταλία και την Ελλάδα, φαίνεται ότι η μεσογειακή διατροφή επηρεάζει ευνοϊκά το προσδόκιμο ζωής. Συγκεκριμένα, έχει φανεί ότι προστατεύει την καρδιά και μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου. Στη μελέτη κοορτής παρακολουθήθηκαν 161 άτομα για εννιά χρόνια και τα αποτελέσματα ήταν θετικά για όσους ακολουθούσαν μια μεσογειακού τύπου διατροφή. Το πρότυπο αυτό συνδέθηκε με σημαντική μείωση της συνολικής θνησιμότητας για άτομα κάτω των 80 ετών. [56]

Ακόμη, η υιοθέτηση ενός τρόπου διατροφής σύμφωνα με τη Μεσογειακή διατροφή συχνά περιγράφεται ως μία στρατηγική για την πρόληψη ή και τη θεραπεία της υπέρτασης. Στη μετα-ανάλυση που πραγματοποίησαν οι Nissensohn και συν. εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της μεσογειακής διατροφής έναντι της υπέρτασης με παρέμβαση διάρκειας τουλάχιστον ενός έτους. Στα αποτελέσματα αναφέρουν ότι η υιοθέτηση ενός προτύπου μεσογειακής διατροφής για τουλάχιστον ένα χρόνο μείωσε τη συστολική και τη διαστολική πίεση, ωστόσο χρειάζεται προσοχή αφού οι μελέτες που συμπεριελήφθησαν ήταν λίγες. Συμπερασματικά αναφέρουν ότι υπήρχε θετική και σημαντική συσχέτιση μεταξύ μεσογειακής διατροφής και της μειωμένης πίεσης και αναμένονται πιο καλά οργανωμένες έρευνες. [57]

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της μεσογειακής διατροφής αξίζει να αναφερθεί ότι πρόκειται για την περισσότερο μελετημένη δίαιτα. Ξεκίνησε η παρατήρηση από τους αγρότες που ζούσαν στην Κρήτη, οι οποίοι κατανάλωναν πολύ μεγάλες ποσότητες λίπους, αλλά είχαν τα χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας από καρδιαγγειακές νόσους. Η συγκεκριμένη διατροφή δεν περιέχει συγκεκριμένα τρόφιμα ή προσλαμβανόμενες θερμίδες, αλλά περιλαμβάνει αφθονία φυτικών ινών, το ελαιόλαδο ως κύρια πηγή λίπους, περιορισμένα γαλακτοκομικά προϊόντα, μέτρια κατανάλωση ψαριών και πουλερικών, μέτρια ποσότητα κόκκινου κρασιού, χαμηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος, φρέσκα φρούτα καθημερινά. [58]

Η μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει ομάδες τροφίμων και όχι συγκεκριμένα τρόφιμα. Πιο αναλυτικά, τα θαλασσινά λιπαρά οξέα (ω -3) είναι πολυακόρεστα λιπαρά οξέα και μελετήθηκαν ευρέως στη μεσογειακή διατροφή. Τα ψάρια πρέπει να καταναλώνονται δύο φορές την εβδομάδα, αφού τα ω -3 μειώνουν το κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων. Ακόμη, ένα χαρακτηριστικό της Μεσογειακής διατροφής είναι η υψηλή πρόσληψη των ακόρεστων (μονοακόρεστα και πολυακόρεστα) λιπαρών οξέων σε αντίθεση με τα κορεσμένα και trans λιπαρά οξέα. Το ελαιόλαδο είναι η βασική πηγή λίπους και έχει ισχυρές αντιοξειδωτικές ιδιότητες. Επιπλέον, περιλαμβάνει την καθημερινή κατανάλωση πολλών μερίδων φρούτων και λαχανικών. Η υψηλή πρόσληψη ελαιολάδου, φρούτων και λαχανικών φαίνεται ότι σχετίζεται αντίστροφα με την αρτηριακή πίεση, καθώς ακόμη σχετίζονται με χαμηλότερο δείκτη μάζας σώματος. Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι τα μη επεξεργασμένα δημητριακά (σιτάρι, κριθάρι, βρώμη, σίκαλη) αποτελούν τη βάση της μεσογειακής διατροφής και έχουν πολλά οφέλη στην υγεία. Αναλυτικά, η δίαιτα με υψηλή περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες

(συστήνονται 25- 30 γραμμάρια φυτικές ίνες ημερησίως) φαίνεται ότι μειώνει τις καρδιαγγειακές παθήσεις, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα, καθώς μειώνονται η αρτηριακή πίεση, η χοληστερίνη του αίματος και οι δείκτες φλεγμονής. Επιπροσθέτως, στη μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνεται η κατανάλωση καρπών και οσπρίων. [58]

Συμπερασματικά, η μεσογειακή διατροφή είναι η καλύτερα μελετημένη δίαιτα για την πρόληψη των καρδιαγγειακών νοσημάτων και άλλων χρόνιων ασθενειών. Έχει γίνει πρότυπο υγιεινής διατροφής με ιδιαίτερη αξία. Η διατροφή συνολικά και σε μικρότερο βαθμό τα τρόφιμα και τα συστατικά τους έχουν βρεθεί ότι συντελούν στην μείωση της αρτηριακής πίεσης, λιπιδίων στο αίμα, γλυκόζης, δείκτη μάζας σώματος, περιφέρεια μέσης, ενδοθηλιακή δυσλειτουργία. Ακόμη, η μεσογειακή διατροφή έχει συσχετιστεί με μείωση της συνολικής θνησιμότητας και ωφελεί στην καλύτερη επιβίωση. Τέλος, δεν περιλαμβάνει συγκεκριμένα τρόφιμα αλλά είναι μία συλλογή από υγιή θρεπτικά συστατικά, περιλαμβάνει ομάδες τροφίμων που θεωρούνται ωφέλιμα για την υγεία. [59]

3.2 Διατροφικές συνήθειες ηλικιωμένων

Οι διατροφικές συνήθειες στην Ελλάδα αλλάζουν, απομακρύνονται από την παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή και αντικαθίστανται με συνήθειες δυτικού τύπου διατροφής. Οι Arvaniti και συν. στην ATTICA STUDY μελέτησαν ένα μεγάλο δείγμα πληθυσμού και αξιολόγησαν τις διατροφικές τους συνήθειες με τη χρήση έγκυρων ερωτηματολογίων συχνότητας τροφίμων. Στα αποτελέσματα αναφέρουν ότι η πρόσληψη κόκκινου κρέατος και γλυκών ήταν υψηλότερες από τις συνιστώμενες, ενώ η κατανάλωση ψαριών, πουλερικών, γαλακτοκομικών, λαχανικών και δημητριακών ήταν χαμηλότερες από αυτές που συστήνει το Υπουργείο Υγείας. Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι οι διατροφικές συνήθειες αλλάζουν προς ένα μη υγιεινό τρόπο ζωής. Αξίζει να αναφερθεί πιο αναλυτικά η συγκεκριμένη έρευνα αφού αφορά τον ελληνικό πληθυσμό και τις διατροφικές του συνήθειες. Στα αποτελέσματα αναφέρουν ότι όσο οι άνδρες τόσο και οι γυναίκες κατανάλωναν περισσότερα κόκκινα κρέατα και λιγότερα άπαχα και ένα πολύ μικρό ποσοστό (1%) κάλυπταν τη συνιστώμενη κατανάλωση ψαριών (5-6 μερίδες την εβδομάδα). Όσον αφορά τα γαλακτοκομικά μόνο το 30 % κάλυπταν τις συστάσεις (14 μερίδες την εβδομάδα), το ίδιο ισχύει και για τα σιτηρά. Επίσης, παρατηρήθηκε αυξημένη κατανάλωση γλυκών και στα δύο

φύλα, περισσότερο από 3 μερίδες την εβδομάδα. Ακόμη, η πλειοψηφία του δείγματος (88%) χρησιμοποιούσαν το ελαιόλαδο ως το βασικό πρόσθετο λίπος στη διατροφή τους. Η βαθμολογία στο Med Diet Score ήταν 26/55 (ο μέσος όρος). Συνεπώς, φαίνεται ότι οι Έλληνες τείνουν να καταναλώνουν ένα μη υγιεινό είδος διατροφής σε σύγκριση με το πρότυπο διατροφής του 1950. Οι βασικές διαφορές παρατηρήθηκαν σε τρόφιμα που σχετίζονται θετικά ή αρνητικά με την ανάπτυξη χρόνιων παθήσεων όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης και ο καρκίνος. Η ποιότητα της διατροφής φάνηκε να μειώνεται με την πάροδο της ηλικίας και αποδόθηκε σε οικονομικά προβλήματα που προκύπτουν μετά τη συνταξιοδότηση, η δυσκολία στην προετοιμασία των γευμάτων, η δυσκολία μάσησης και η απώλεια του ενδιαφέροντος. [60]

Ακόμη μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον ελληνικό πληθυσμό είναι των Trichoroulou και συν. και αφορούσε 22.043 ενήλικες στην Ελλάδα. Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων με ένα επικυρωμένο ερωτηματολόγιο. Αξιολογήθηκε η προσκόλληση τους στη μεσογειακή διατροφή με μία κλίμακα μεσογειακής δίαιτας που ενσωμάτωσε τα βασικά χαρακτηριστικά της. Επιπλέον, ερευνήθηκε η σχέση μεταξύ της προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή με τη συνολική θνησιμότητα, τη θνησιμότητα λόγω στεφανιαίας νόσου και θνησιμότητας από καρκίνο. Αξίζει να αναφερθεί ότι η προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με μείωση της συνολικής θνησιμότητας. Ακόμη, σημειώνεται ότι όσο καλύτερη είναι η τήρηση της διατροφής αυτής τόσο μειωμένη ήταν η θνησιμότητα λόγω στεφανιαίας νόσου και καρκίνων. Συνεπώς, η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή συνδέεται με μείωση της συνολικής θνησιμότητας. [61]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός της εργασίας

Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι η γήρανση συνδέεται με μεγάλες αλλαγές στη διατροφική κατάσταση, το σώμα και την υγεία. Στην τρίτη ηλικία υπάρχει μία προοδευτική και γενικευμένη απώλεια μυϊκής μάζας και μυϊκής δύναμης με κίνδυνο δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία όπως η αναπηρία, η κακή ποιότητα ζωής και ο θάνατος. Δεδομένου ότι έρευνες που να μελετούν την επίδραση των διατροφικών συνηθειών στην κατάσταση της υγείας και την ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους είναι λίγες, γεννήθηκε η ιδέα της παρούσας εργασίας. Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθούν οι τυχόν διαφοροποιήσεις που υπάρχουν σχετικά με την ποιότητα ζωής μίας ομάδας ηλικιωμένων που κατοικούν σε αστικό περιβάλλον και μίας ομάδας ελέγχου (ηλικιωμένοι που κατοικούν σε αγροτικό περιβάλλον) αλλά και το σύνολο του δείγματος. Η παρούσα μελέτη αποβλέπει με τη συμπλήρωση των κατάλληλων εργαλείων να μελετήσει τις διαφορές σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες σε σχέση με:

1. Τις διατροφικές συνήθειες και την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων
2. Την προσκόλλησή τους στη Μεσογειακή διατροφή
3. Την κατάσταση της υγείας τους και την ψυχική τους υγεία
4. Την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων

4.2 Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται συνολικά από 103 άτομα, από τα οποία 54 είναι ηλικιωμένοι που κατοικούν σε αστικό περιβάλλον της Λάρισας, ενώ 49 κατοικούν σε αγροτικές περιοχές κοντά στην πόλη της Λάρισας. Οι ηλικιωμένοι που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω. Αξίζει να σημειωθεί πως η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική. Συσχετίσεις αναζητήθηκαν μεταξύ των ομάδων σύγκρισης αλλά και στο σύνολο του δείγματος ως προς τις διατροφικές συνήθειες, την κατάσταση της υγείας και την ποιότητα ζωής.

Η εύρεση του δείγματος των ηλικιωμένων ήταν μία περίπλοκη διαδικασία. Αρχικά, η έρευνα αυτή έλαβε χώρα στην πόλη της Λάρισας και σε γύρω αγροτικές περιοχές, οπότε έπρεπε πρώτα να εντοπιστούν τα ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) που

θα ενδιαφέρονταν να συμμετάσχουν στην έρευνα και κατόπιν στη συνάντηση με τον αντιδήμαρχο κοινωνικής πολιτικής κ. Δεληγιάννη να γίνει μία συνοπτική περιγραφή της μελέτης και των ερευνητικών εργαλείων, ώστε να δοθεί η άδεια διεξαγωγής της έρευνας στους χώρους αυτούς από την Διεύθυνση Πρόνοιας. Οι υπεύθυνοι των χώρων των ΚΑΠΗ δέχτηκαν ευχάριστα να συμμετέχουν. Στη συνέχεια ακολούθησε η επίσκεψη στα ΚΑΠΗ και μία ενημέρωση 10 λεπτών των υπευθύνων περί τίνος πρόκειται να εκτιμηθεί από τη μελέτη. Υπήρξε προσωπική επαφή με τους συμμετέχοντες, καθώς η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με προσωπική συνέντευξη. Ακολούθησε δεύτερη επίσκεψη στα ΚΑΠΗ για την περισυλλογή περισσότερων ερωτηματολογίων. Δυστυχώς λόγω έλλειψης ενδιαφέροντος των ηλικιωμένων στο να συμμετάσχουν στην έρευνα είχε ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση της συλλογής δεδομένων και απώλεια χρόνου. Ακόμη, συμμετέχοντες υπήρξαν από το φιλικό περίγυρο της ερευνήτριας ιδιαίτερα στην περιοχή της Λάρισας. Συνολικά η χρονική διάρκεια που χρειάστηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν κάτι λιγότερο από 2 μήνες. Η διαδικασία συγκέντρωσης των ερωτηματολογίων άρχισε από τις 30 Αυγούστου 2017 και ολοκληρώθηκε στις 20 Οκτωβρίου 2017.

Η επιλογή των περιοχών που έλαβε μέρος η έρευνα ήταν τυχαία αλλά η επιλογή των ΚΑΠΗ ήταν ανάλογη της αποδοχής των υπευθύνων του χώρου και των συμμετεχόντων. Επομένως, τα ΚΑΠΗ που συμμετείχαν στην έρευνα βρίσκονται στις ακόλουθες περιοχές: στο κέντρο της Λάρισας, στη Νίκαια, στον Πλατύκαμπο και στη Γαλήνη. Στο κέντρο της Λάρισας η επίσκεψη έγινε σε 2 ΚΑΠΗ. Πιο συγκεκριμένα, στο Γ' ΚΑΠΗ ρωτήθηκαν 35 άτομα και συμμετείχαν 10. Στο Β' ΚΑΠΗ ρωτήθηκαν 20 άτομα και συμμετείχαν 6. Στο Στέκι Αγίου Νικολάου (Β' ΚΑΠΗ) ρωτήθηκαν 10 άτομα και συμμετείχαν 3. Οι υπόλοιποι 35 συμμετέχοντες ήταν από το φιλικό περίγυρο της ερευνήτριας. Στο ΚΑΠΗ της Γαλήνης ρωτήθηκαν 50 άτομα και συμμετείχαν 14. Στο ΚΑΠΗ Πλατύκαμπου ρωτήθηκαν 60 άτομα και συμμετείχαν 11, ενώ στο ΚΑΠΗ Νίκαιας ρωτήθηκαν 80 άτομα και συμμετείχαν 24.

4.3 Ερευνητικά εργαλεία

Για την διεκπεραίωση της έρευνας και της μελέτης χρησιμοποιήθηκαν 6 ερευνητικά εργαλεία. Αυτά είναι τα παρακάτω:

1. Γενικό ερωτηματολόγιο καταλληλότητας
2. Ερωτηματολόγιο εκτίμησης των διατροφικών συνηθειών

3. Ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score (Panagiotakos, 2006)
4. Ερωτηματολόγιο για την κατάσταση της υγείας και τη φαρμακευτική αγωγή
5. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire- 28, 1991)
6. Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή (Life Satisfaction Index, 1994)

Τα εργαλεία αυτά μαζί με τη φόρμα συγκατάθεσης δόθηκαν ως ένα ενιαίο πακέτο ερωτήσεων σε μία και μοναδική φάση. Μαζί με αυτά δόθηκαν και οι απαραίτητες πληροφορίες για τη σωστή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καθώς και η διαβεβαίωση πως οι απαντήσεις που θα δοθούν από τους συμμετέχοντες θα παραμείνουν απόρρητες.

4.4 Περιγραφή των ερευνητικών εργαλείων

Γενικό ερωτηματολόγιο καταλληλότητας

Σχετικά με το γενικό ερωτηματολόγιο καταλληλότητας, πρόκειται για ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο που περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τα ανθρωποκεντρικά χαρακτηριστικά και τα κοινωνικό- δημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Ειδικότερα, τα ανθρωποκεντρικά χαρακτηριστικά που ζητούνται από τον συμμετέχον είναι το φύλο , το ύψος, το βάρος, η ηλικία, αν καπνίζει, αν καταναλώνει αλκοολούχα ποτά και αν αθλείται. Επιπλέον, υπάρχουν ερωτήσεις για κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως το μορφωτικό επίπεδο, η κύρια απασχόληση, η οικογενειακή κατάσταση, ώστε να συγκεντρωθούν επιπρόσθετες πληροφορίες για την οικογένεια. Ακόμη, οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν τον τρόπο ζωής τους και την καθημερινότητα τους όπως το μαγείρεμα, τις δουλειές του σπιτιού, την περιποίηση του κήπου κλπ.

Ερωτηματολόγιο εκτίμησης των διατροφικών συνηθειών

Στη συνέχεια, ακολουθεί το ερωτηματολόγιο για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των ερωτώμενων. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αποτελείται από 8 ερωτήσεις. Ειδικότερα, οι 2 πρώτες ερωτήσεις αφορούν στη Μεσογειακή διατροφή δηλαδή, εξετάζουν αν ο ερωτώμενος γνωρίζει τις αρχές της Μεσογειακής διατροφής και πόσο αφοσιωμένος πιστεύει ότι είναι στο πρότυπο αυτό. Στη συνέχεια, οι επόμενες 2 ερωτήσεις

φανερώνουν τη συχνότητα των γευμάτων. Η πρώτη ελέγχει πόσο συχνά καταναλώνει πρωινό ο ερωτώμενος και η δεύτερη ποια από τα 5 βασικά γεύματα καταναλώνει ημερησίως. Έπειτα, ακολουθούν οι ερωτήσεις που εξετάζουν πόσο συχνά μαγειρεύει το άτομο στο σπίτι και πόσο συχνά υπάρχουν φρούτα και λαχανικά στο τραπέζι. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες πρέπει να απαντήσουν αν τους αρέσουν τα φρούτα και τα λαχανικά και πόσες μερίδες καταναλώνουν ημερησίως. Τέλος εξετάζεται αν οι συμμετέχοντες γνωρίζουν πόσες μερίδες από φρούτα και λαχανικά πρέπει να καταναλώνει ημερησίως ένας ενήλικας.

Ερωτηματολόγιο προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή (Mediterranean Diet Score, Panagiotakos και συν, 2006)

Με το συγκεκριμένο ερευνητικό εργαλείο αξιολογείται η προσκόλληση των ατόμων στη μεσογειακή διατροφή μετά από την εφαρμογή του μεσογειακού ποιοτικού δείκτη διατροφής για ενήλικες. Το ερωτηματολόγιο (MedDietScore), αποτελεί ένα σύντομο εργαλείο, το οποίο αξιολογεί τη προσκόλληση στο Μεσογειακό πρότυπο δίαιτας. Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε από μία ερευνητική ομάδα Ελλήνων (Panagiotakos και συν.) και στηρίχθηκε στις βασικές αρχές των Μεσογειακών διαιτητικών προτύπων καθώς και σε άλλες που σχετίζονται με αυτές. Σκοπός αυτού, είναι η διερεύνηση της προσκόλλησης στη Μεσογειακή διατροφή. Ο δείκτης περιλαμβάνει 11 συνιστώσες οι οποίες είναι μη επεξεργασμένα δημητριακά (μακαρόνια, ρύζι, ψωμί ολικής κλπ), πατάτες, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ψάρι, κόκκινο κρέας και τα προϊόντα του, πουλερικά, πλήρη γαλακτοκομικά, ελαιόλαδο και αλκοολούχα ποτά. Το άτομο καλείται να απαντήσει πόσο συχνά καταναλώνει τρόφιμα από αυτές τις κατηγορίες σε εβδομαδιαία βάση. Οι απαντήσεις είναι προκαθορισμένες σε εύρη. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται από το 0 έως το 5, έτσι προκύπτουν οι τιμές του συνολικού σκορ μεταξύ 0-55. Υψηλότερες τιμές δηλώνουν μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή. Οι κατηγορίες που χαρακτηρίζουν τη Μεσογειακή Διατροφή (δημητριακά, πατάτες, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ψάρι, ελαιόλαδο) βαθμολογούνται με 0-5 (0 η ελάχιστη και 5 η μέγιστη κατανάλωση). Αντίθετα, στις κατηγορίες που δεν συμπεριλαμβάνονται στη Μεσογειακή Διατροφή (κόκκινο κρέας, πουλερικά, κλπ) η καθημερινή κατανάλωση βαθμολογείται με 0, ενώ η σπάνια ή μηδενική με 5. Για την κατανάλωση αλκοολούχων ποτών η βαθμολογία γίνεται ως εξής: 5 για την κατανάλωση <300 ml την εβδομάδα, 0 για την κατανάλωση περισσότερων από 700 ml την

εβδομάδα ή καθόλου και 1-4 αντίστοιχα στις υπόλοιπες κατηγορίες. [62,63]

Ερωτηματολόγιο για την κατάσταση της υγείας και τη φαρμακευτική αγωγή

Πρόκειται για μία καταγραφή βασικών θεμάτων υγείας. Οι εθελοντές θα πρέπει να υποδείξουν τα προβλήματα υγείας που έχουν και να καταγράψουν τη φαρμακευτική αγωγή τους.

Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, Goldberg, 1978)

Το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire) είναι ένα εργαλείο εκτίμησης της ψυχικής υγείας των ενηλίκων και επισήμανσης ψυχικών διαταραχών και ελαφρών μορφών ψυχοπάθειας. Οι δείκτες αξιοπιστίας και εγκυρότητας στην Ελληνική γλώσσα είναι ικανοποιητικοί και η συμπλήρωση του είναι εύκολη.

Συγγραφέας του ερωτηματολογίου GHQ-60 είναι ο Goldberg D. [64] και αποτελείται από 60 ερωτήσεις, ωστόσο στη συγκεκριμένη μελέτη θα χρησιμοποιηθεί η ανανεωμένη έκδοση GHQ-28 των Goldberg και Hillier [65]. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 28 ερωτήσεις που αφορούν στην ψυχική και σωματική υγεία των ενηλίκων. Ακόμη, αναφέρονται στις δραστηριότητες των ατόμων, στην κινητικότητα τους και στα συναισθήματα τους για τη ζωή. Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε 4 κατηγορίες, κάθε μία από τις οποίες περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις. Η κάθε κλίμακα εκτιμά διαφορετικές παραμέτρους, ειδικότερα αφορούν σωματικές ενοχλήσεις, την ποιότητα του ύπνου και το άγχος, τη κοινωνική λειτουργικότητα και την ψυχική υγεία.

Οι ερωτώμενοι καλούνται να υποδείξουν πόσο συχνά τους εκφράζει η κάθε ερώτηση. Οι υψηλότερες βαθμολογίες αποτελούν ένδειξη χειρότερης ψυχικής υγείας. Η δομή του ερωτηματολογίου είναι τέτοια ούτως ώστε η βαθμολογία να υπολογίζεται βάσει της κωδικοποίησης 0,1,2,3 για κάθε κλίμακα, ενώ η συνολική βαθμολογία βάσει της κωδικοποίησης 0,0,1,1. Έτσι η συνολική βαθμολογία έχει ένα εύρος τιμών και κατηγοριοποιείται σε δύο επίπεδα: για βαθμολογία ≤ 4 εκτιμάται ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα, ενώ για συνολική βαθμολογία ≥ 5 εκτιμάται ότι υπάρχει ψυχικό πρόβλημα.

Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (Life Satisfaction Index, Malikiosi- Loizos and Anderson, 1994)

Η Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής αποτελεί την ελληνική έκδοση της αμερικάνικης κλίμακας των Neugarten και συν. [66]. Πρόκειται για μία εύκολη και σύντομη στη συμπλήρωση κλίμακα, η οποία μετρά τα συναισθήματα ικανοποίησης των ενηλίκων για τη ζωή τους σε διάφορους τομείς. Το ερωτηματολόγιο εκτιμά την υποκειμενική αίσθηση που έχουν οι ερωτώμενοι για τη ζωή τους. Πιο αναλυτικά, το εργαλείο αυτό αποτελείται από 20 ερωτήσεις που αναφέρονται σε διαφορετικούς τομείς της ζωής. Η κλίμακα επιτρέπει την εκτίμηση του αισθήματος της γενικής ικανοποίησης της ζωής, έτσι όπως τα ίδια τα άτομα το αισθάνονται, με δυνατότητα επιλογής μεταξύ επτά απαντήσεων σε κάθε ερώτηση από 1 (δεν ισχύει καθόλου για μένα, πολύ ανακριβές) μέχρι το 7 (ισχύει απόλυτα για μένα, πολύ σωστό). Οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν για κάθε πρόταση πόσο τους εκφράζει στη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Οι τιμές με βάση την κλίμακα είναι 1- πολύ ανακριβές, 2- αρκετά ανακριβές, 3- λίγο ανακριβές, 4- αβέβαιος/η, 5- λίγο σωστό, 6- αρκετά σωστό, 7- πολύ σωστό. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι Neugarten και συν. αναφέρουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων της Κλίμακας Ικανοποίησης Ζωής και των αποτελεσμάτων έρευνας σε 51 άτομα που πραγματοποίησαν κλινικοί ψυχολόγοι. Επιπλέον, η κλίμακα μεταφράστηκε στα Ελληνικά και χρησιμοποιήθηκε από τους Malikiosi- Loizos και Anderson [67]. Στη συγκεκριμένη έρευνα αποδείχθηκε ότι η εγκυρότητα και η αξιοπιστία ήταν ικανοποιητικές για το ελληνικό δείγμα όσο και για το αμερικάνικο.

4.5 Στατιστική ανάλυση

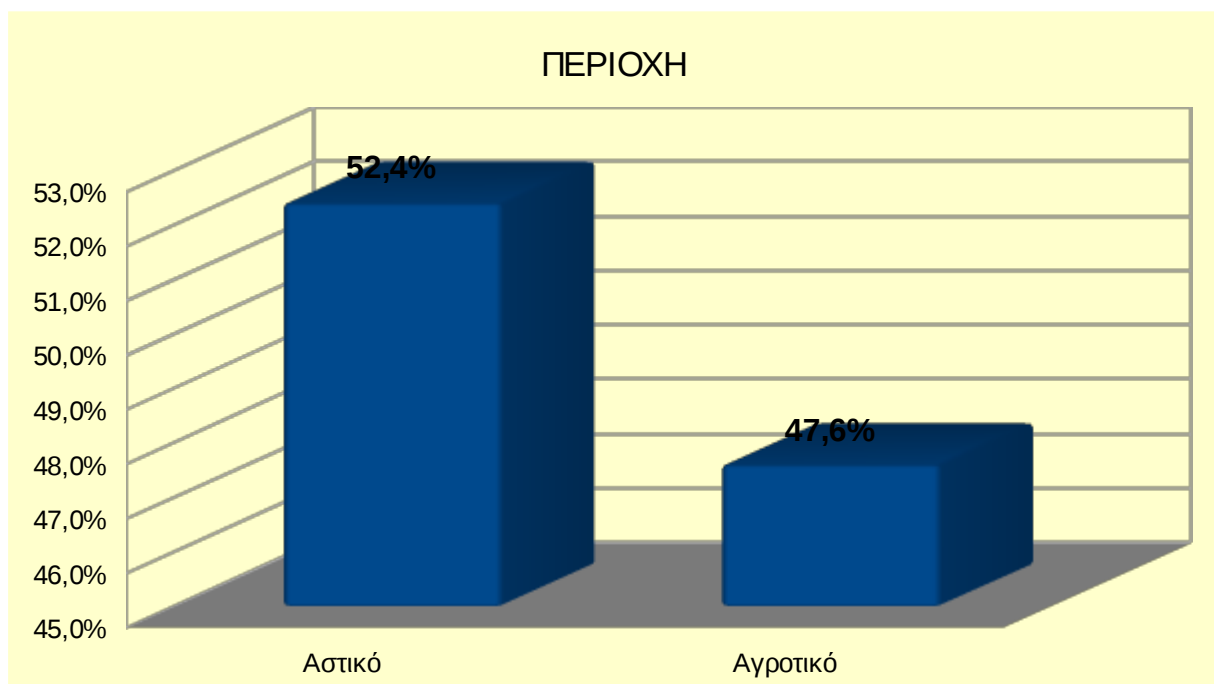
Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε στο στατιστικό πρόγραμμα spss for windows 10. Ειδικότερα χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι Mann- Whitney U Test, T- test και για τις συσχετίσεις Spearman Rank Order Correlation. Επιπλέον, τα διαγράμματα είναι επεξεργασμένα στο Excel.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Γενικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων

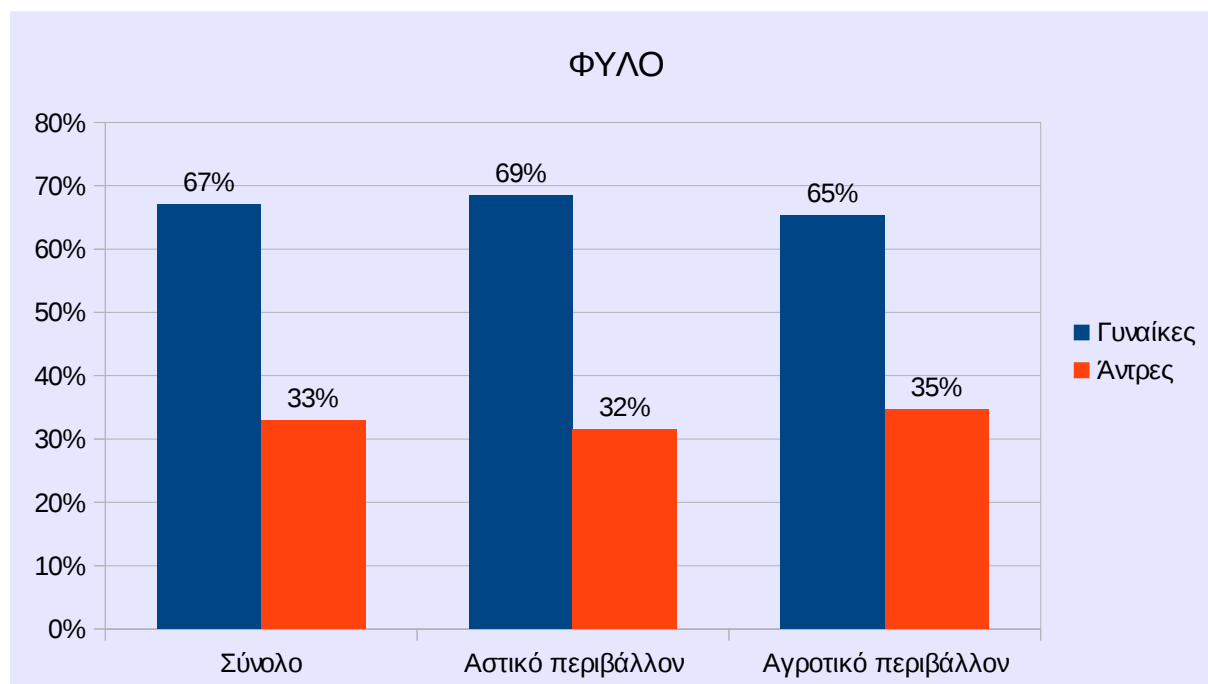
Συνολικά τα άτομα που ολοκλήρωσαν το πρωτόκολλο της έρευνας ήταν 103, από τα οποία τα 54 κατοικούσαν σε αστικό περιβάλλον και τα 49 σε αγροτικό περιβάλλον. Οι 69 ήταν γυναίκες και οι 34 ήταν άντρες. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων βασίστηκε στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS v20 for windows 10.

Διάγραμμα 1: Παρουσίαση των περιοχών που κατοικούν οι ηλικιωμένοι σε ποσοστά



Στο διάγραμμα 1 παρουσιάζονται τα ποσοστά των συμμετεχόντων με κριτήριο αν κατοικούσαν σε αγροτικό ή αστικό περιβάλλον.

Διάγραμμα 2: Φύλο ερωτώμενων (n= 103)



Στο διάγραμμα 2 παρουσιάζεται σε ποσοστά το φύλο των ηλικιωμένων.

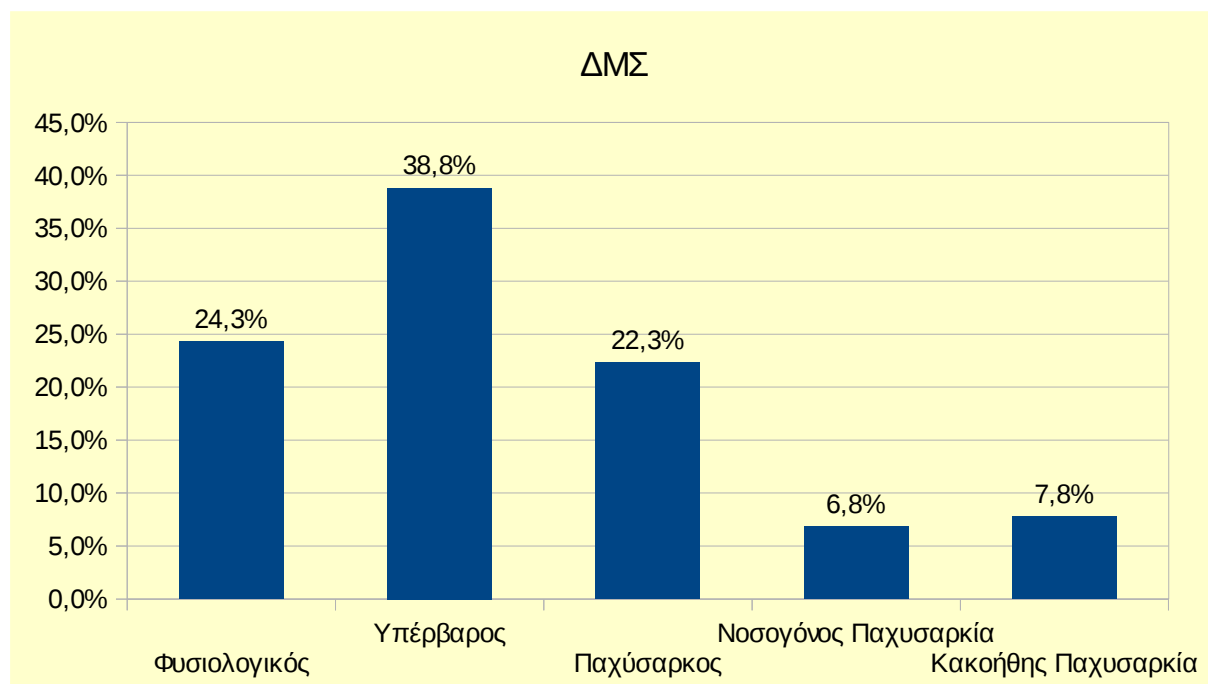
Πίνακας 1: Ηλικία και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά

Ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά	Αστικό περιβάλλον (n=54) M.O (T.A)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49) M.O (T.A)	Σύνολο (n= 103) M.O (T.A)
Ηλικία (έτη)	74,22 (7,13)	75,69 (8,32)	74,92 (7,72)
Βάρος (kg)	79,78 (15,31)	79,16 (15,7)	79,49 (15,42)
Ύψος (m)	1,67 (0,71)	1,63 (0,78)	1,65 (0,08)
ΔΜΣ (kg/m ²)	28,92 (6,57)	29,66 (5,18)	29,27 (5,93)

Τα δεδομένα παρουσιάζονται ως μέσος όρος (τυπική απόκλιση). Η σύγκριση γίνεται ανάμεσα στις ομάδες αστικού και αγροτικού περιβάλλοντος με χρήση του Mann- Whitney U test. *p< 0,05.

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση της ηλικίας των ηλικιωμένων όπως και των άλλων βασικών χαρακτηριστικών τους.

Διάγραμμα 3: Κατηγοριοποίηση σύμφωνα με το Δείκτη Μάζας Σώματος (n=103)

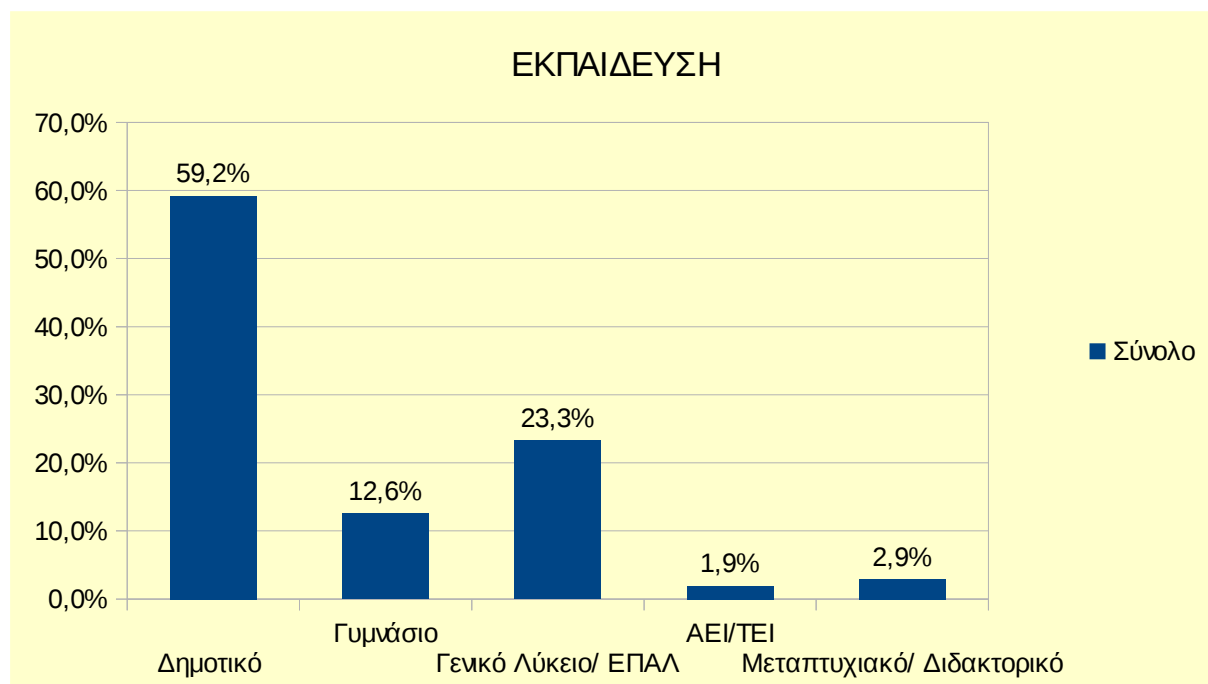


Πίνακας 2: Κατηγοριοποίηση σύμφωνα με το ΔΜΣ

ΔΜΣ (κατηγορία)	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Φυσιολογικός	33,3%	14,3%	24,3%
Υπέρβαρος	37%	40,8%	38,8%
Παχύσαρκος	20,4%	24,5%	22,3%
Νοσογόνος παχυσαρκία	0%	14,3%	6,8%
Κακοήθης παχυσαρκία	9,3%	6,1%	7,8%

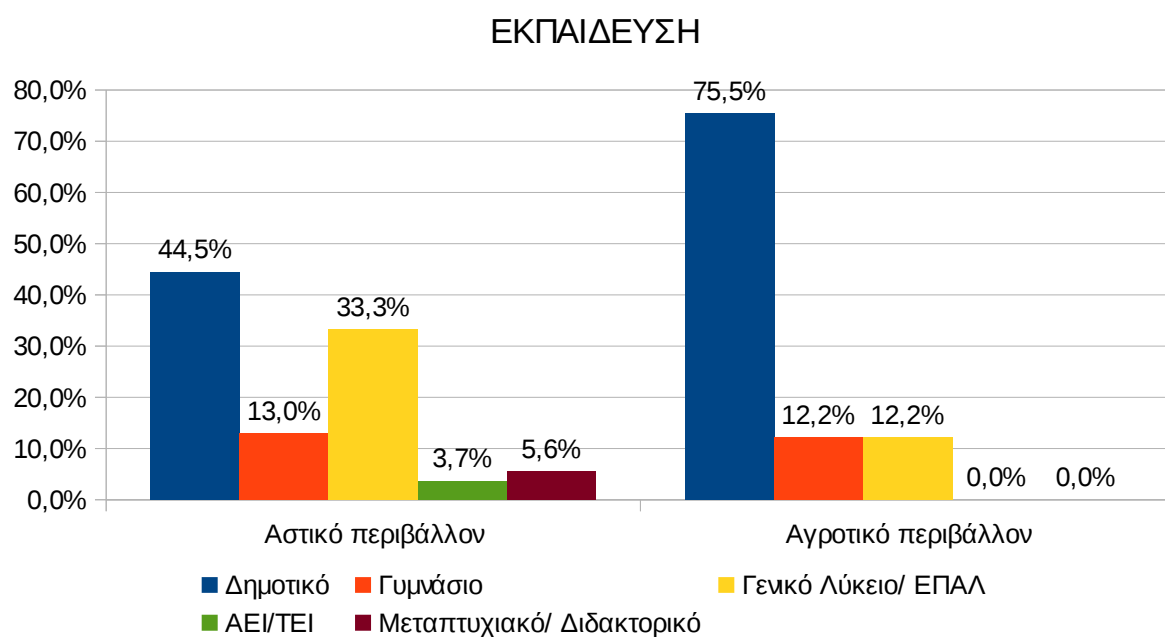
Όπως παρουσιάζεται στο διάγραμμα 3 και στον πίνακα 2, τα άτομα στην πλειοψηφία έχουν υπερβάλλον βάρος. Ωστόσο, στο αγροτικό περιβάλλον το συνολικό ποσοστό παχυσαρκίας (παχυσαρκίας, νοσογόνου παχυσαρκίας και κακοήθους παχυσαρκίας) (44,9%) είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με το ποσοστό στο αστικό περιβάλλον (29,7%).

Διάγραμμα 4: Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτώμενων (n=103)



Στο διάγραμμα 4 παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης στο σύνολο των ερωτώμενων. Πιο αναλυτικά, το 59,2% έχει τελειώσει το δημοτικό, ακολουθούν το 12,6% στο γυμνάσιο, το 23,3% στο λύκειο, το 1,9% φοίτησε σε ΑΕΙ/ΤΕΙ, μόλις το 2,9% έχει μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα.

Διάγραμμα 5: Επίπεδο εκπαίδευσης ερωτώμενων



Στο διάγραμμα 5 παρουσιάζεται το επίπεδο εκπαίδευσης των ηλικιωμένων. Στο αστικό περιβάλλον φαίνεται ότι συμμετέχοντες έχουν πιο υψηλό επίπεδο μόρφωσης.

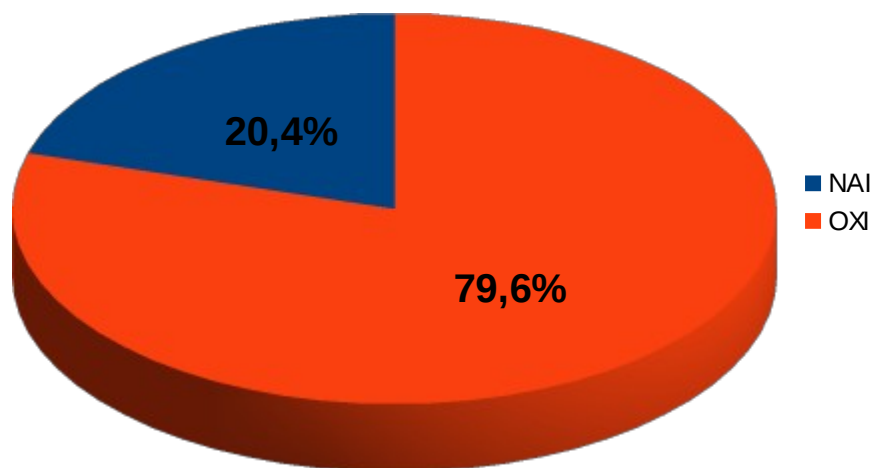
Πίνακας 3: Επάγγελμα συμμετεχόντων πριν τη συνταξιοδότηση

Επαγγέλματα	Αστικό περιβάλλον (n=)	Αγροτικό περιβάλλον (n=)	Σύνολο (n=103)
Δημόσιοι- Ιδιωτικοί υπάλληλοι (επιστήμονες)	9,3%	0%	4,9%
Δημόσιοι- Ιδιωτικοί υπάλληλοι (μη επιστήμονες/ υπάλληλοι γραφείου)	18,5%	11%	20,4%
Ελεύθεροι επαγγελματίες	11,1%	0%	5,8%
Εξειδικευμένοι τεχνίτες	0%	4,1%	1,9%
Ανειδίκευτοι εργάτες	0%	6,1%	2,9%
Οικιακή παραγωγή	53,7%	22,4%	38,8%
Αγρότες	7,4%	44,9%	25,2%

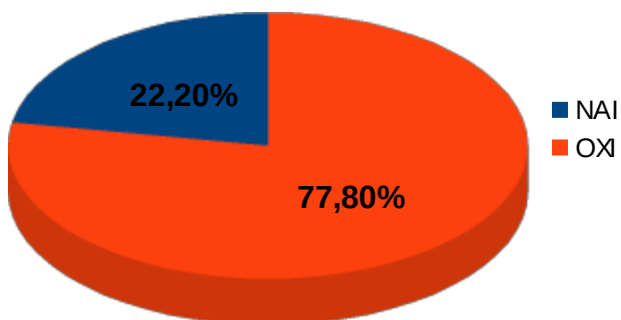
Το επάγγελμα των ερωτηθέντων πριν τη συνταξιοδότηση παρουσιάζεται στον πίνακα 3. Το 38,8% δήλωσε ότι ασχολούνταν με τα οικιακά (κυρίως οι γυναίκες), ενώ το 25,2% δήλωσε ότι ήταν αγρότες και ακολουθεί το 20,4% που εργάζονταν ως δημόσιοι ή ιδιωτικοί υπάλληλοι (μη επιστήμονες). Το ποσοστό των ηλικιωμένων που ασχολούνταν με την αγροτική παραγωγή εμφανίζεται μεγαλύτερο στο αγροτικό περιβάλλον (44,9%).

Διαγράμματα 5, 6, 7: Ποσοστά πρώην καπνιστών στο σύνολο, στο αστικό περιβάλλον και στο αγροτικό περιβάλλον

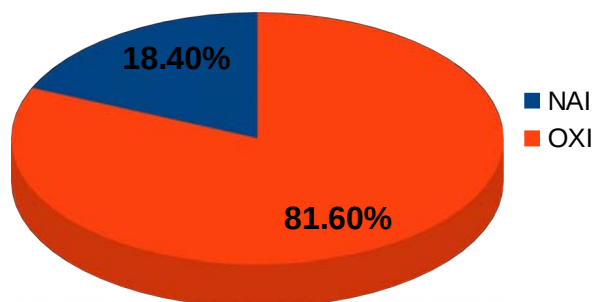
Καπνιστές στο παρελθόν



Αστικό περιβάλλον

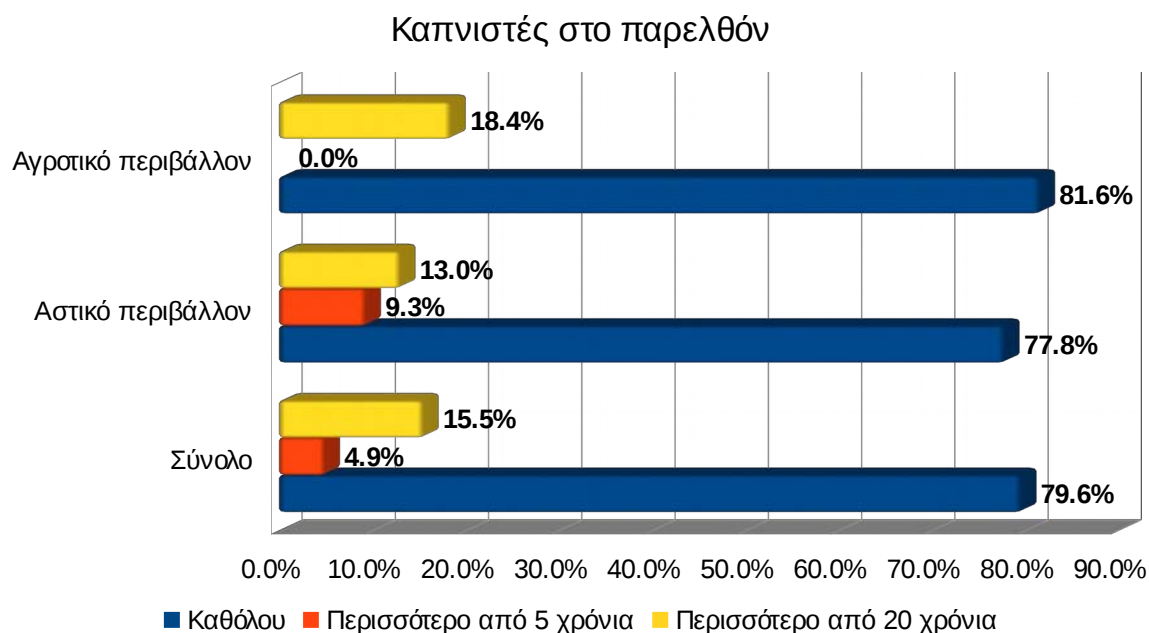


Αγροτικό περιβάλλον



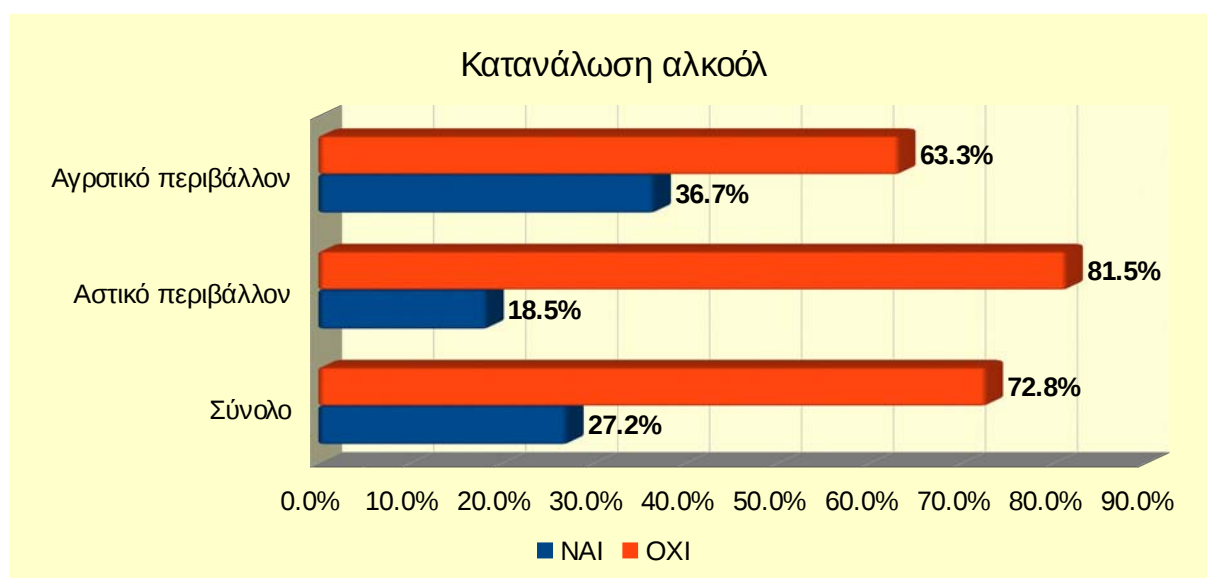
Όσον αφορά τους καπνιστές, αξίζει να σημειωθεί ότι κανείς δεν κάπνιζε στη χρονική στιγμή που έλαβε μέρος η έρευνα. Αν και δεν υπήρχε κανένας καπνιστής στην έρευνα, ωστόσο υπήρχαν συμμετέχοντες που κάπνιζαν στο παρελθόν. Στο διάγραμμα 5 αναφέρονται τα ποσοστά των καπνιστών στο παρελθόν. Επισημαίνεται ότι το ποσοστό των πρώην καπνιστών ήταν 18,4% στο αγροτικό περιβάλλον και 22,2% στο αστικό περιβάλλον (διάγραμμα 6 και 7).

Διάγραμμα 8: Χρόνια καπνίσματος στο παρελθόν



Στο διάγραμμα 8 παρουσιάζονται τα χρόνια που υπήρξαν καπνιστές τα παραπάνω άτομα

Διάγραμμα 9: Κατανάλωση αλκοόλ



Όσον αφορά την κατανάλωση αλκοόλ, το 18,5% των ερωτηθέντων στο αστικό περιβάλλον δήλωσε πως καταναλώνει αλκοόλ, ενώ το 36,7% στο αγροτικό περιβάλλον απάντησε θετικά.

Πίνακας 4: Κατανάλωση αλκοόλ

Κατανάλωση αλκοόλ	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Καθόλου	75,9%	69,4%	72,8%
1 ποτό την εβδομάδα	13%	22,4%	17,5%
2 ποτά την εβδομάδα	11%	4,1%	7,8%
Πάνω από 2 ποτά την εβδομάδα	0%	0%	0%
Κάθε μέρα 1 ποτό	0%	4,1%	1,9%

Ειδικότερα τα αποτελέσματα για την κατανάλωση αλκοόλ εμφανίζονται στον πίνακα 4. Στο αγροτικό περιβάλλον η κατανάλωση αλκοόλ είναι υψηλότερη, αφού το 22,4% καταναλώνει 1 ποτό την εβδομάδα, ενώ στο αστικό περιβάλλον μόλις το 13%.

Πίνακας 5: Ποσοστό συμμετεχόντων που αθλείται

Άθληση	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
ΝΑΙ	27,8%	20,4%	24,3%
ΟΧΙ	72,2%	79,6%	75,7%

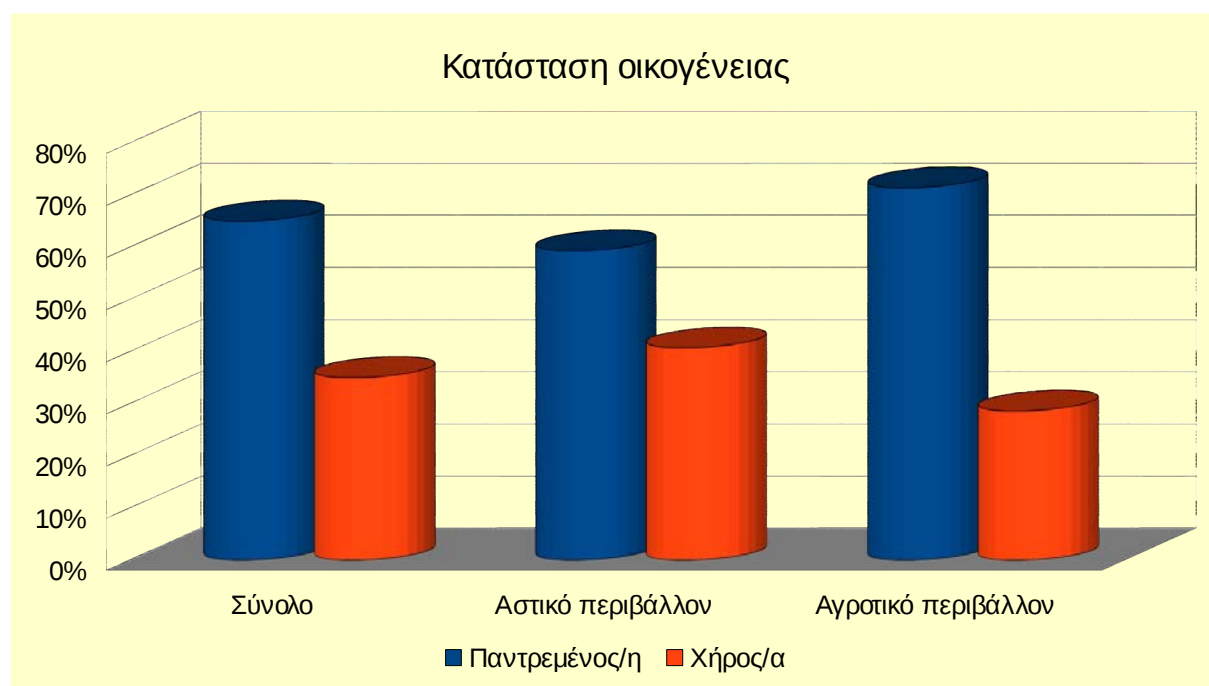
Σχετικά με την άθληση, πάνω από την πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε πως δεν αθλείται. Το ποσοστό της αστικής περιοχής (27,8%) που δήλωσε ότι αθλείται είναι αυξημένο σε σύγκριση με αυτό της αγροτικής περιοχής (20,4%).

Πίνακας 6: Συχνότητα άθλησης των ηλικιωμένων

Συχνότητα άσκησης	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Καθόλου	72,2%	79,6%	75,7%
1 φορά την εβδομάδα	9,3%	6,1%	7,8%
2 φορές την εβδομάδα	0%	6,1%	2,9%
Πάνω από 2 φορές την εβδομάδα	7,4%	0%	3,9%
Κάθε μέρα	11,1%	8,2%	9,7%

Στον πίνακα 6 παρουσιάζονται αναλυτικά τα ποσοστά των ατόμων που αθλούνται και σε τι συχνότητα. Στο σύνολο των ερωτηθέντων, η πλειοψηφία δεν αθλείται με ποσοστό 75,7%

Διάγραμμα 10: Οικογενειακή κατάσταση (n=103)



Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση το 65% είναι παντρεμένοι, το 35% έχουν χάσει το/ την σύντροφο/ σύζυγο, ενώ δεν υπήρξαν διαζευγμένοι ή ανύπαντροι στην έρευνα. Στο διάγραμμα 10 φαίνονται αναλυτικά οι απαντήσεις των δύο ομάδων όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση. Στο αστικό περιβάλλον αυτοί που έχουν χάσει το/ την σύζυγο είναι 40,7%, ενώ στο αγροτικό περιβάλλον 28,6%.

Πίνακας 7: Συγκατοίκηση με άλλα μέλη της οικογένειας

	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Κανέναν	46,3%	34,7%	40,8%
Παιδιά	46,3%	55,1%	50,5%
Παιδιά και εγγόνια	7,4%	10,2%	8,7%

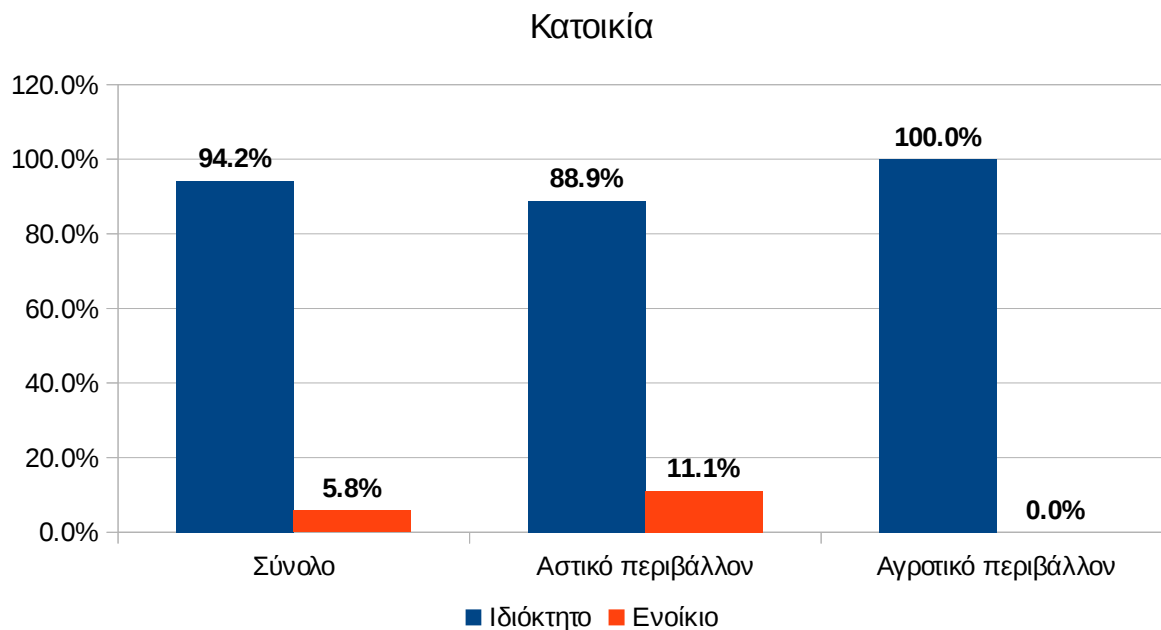
Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν μένουν με κάποιον άλλο στο σπίτι και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 7. Στο αγροτικό περιβάλλον είναι περισσότερες οι οικογένειες που μένουν με τα παιδιά ή με τα παιδιά και τα εγγόνια τους (65,3%), σε σύγκριση με το αστικό περιβάλλον (53,7%).

Πίνακας 8: Εισόδημα ηλικιωμένων

Εισόδημα	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
1-500 ευρώ	13%	26,5%	19,4%
501-1000 ευρώ	46,3%	49%	47,6%
1001- 2000 ευρώ	24,1%	14,3%	19,4%
2001 και πάνω	16,7%	10,2%	13,6%

Ακόμη, οι ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν για το οικογενειακό τους εισόδημα. Πιο αναλυτικά, στο πίνακα 8 παρουσιάζονται τα εισοδήματα των ηλικιωμένων με βάση τέσσερις κλίμακες. Στο αστικό περιβάλλον οι ηλικιωμένοι φαίνεται να έχουν υψηλότερα εισοδήματα, ενώ στο αγροτικό περιβάλλον η πλειοψηφία βρίσκεται στις χαμηλότερες κλίμακες.

Διάγραμμα 11: Κατηγορία κατοικίας



Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για την ιδιοκατοίκηση και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο διάγραμμα 11. Στο αγροτικό περιβάλλον όλοι απάντησαν πως μένουν σε ιδιόκτητο σπίτι, ενώ στο αστικό περιβάλλον το 88,9% κατοικεί σε ιδιόκτητο και το 11,1% σε ενοίκιο.

Πίνακα 9: Οικονομική βοήθεια σε άλλα μέλη

Βοήθεια οικονομική	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
ΝΑΙ	63%	65,3%	64,1%
ΟΧΙ	37%	34,7%	35,9%

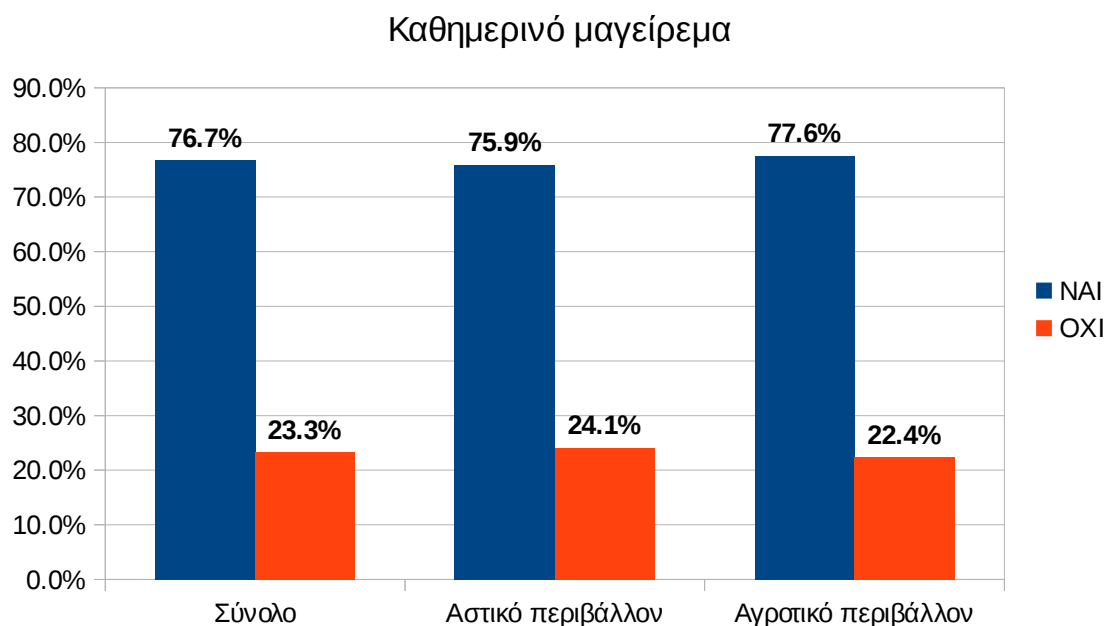
Ζητήθηκε από τους ηλικιωμένους να απαντήσουν αν βοηθούν οικονομικά άλλα μέλη της οικογένειας και ποια μέλη. Στον πίνακα 9 σημειώνονται αναλυτικά οι απαντήσεις των ηλικιωμένων σε ποσοστά. Πιο αναλυτικά, σε αγροτικό και αστικό περιβάλλον τα ποσοστά είναι παρόμοια, αφού περίπου το 64,1% βοηθά οικονομικά άλλα μέλη όπως τα παιδιά και τα εγγόνια.

Πίνακας 10: Έξοδα για τρόφιμα την εβδομάδα

Έξοδα/ εβδομάδα για τρόφιμα	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
20-30 ευρώ	18,5%	20,4%	19,4%
Λιγότερο από 50 ευρώ	20,4%	26,5%	23,3%
50-80 ευρώ	37%	46,9%	41,7%
100 ευρώ και πάνω	13%	6%	15,5%

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν πόσα χρήματα ξοδεύουν για τρόφιμα την εβδομάδα. Τα ποσοστά στις δύο περιοχές είναι παρόμοια, με την πλειοψηφία να ξοδεύει περίπου 50-80 ευρώ την εβδομάδα. Οι απαντήσεις παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 10.

Διάγραμμα 12: Απαντήσεις στην ερώτηση “μαγειρεύετε καθημερινά;”



Στο διάγραμμα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ερώτησης αν μαγειρεύουν καθημερινά. Τα ποσοστά είναι παρόμοια και δεν υπάρχουν μεγάλες διαφορές, το 76,7% του δείγματος απάντησε θετικά στην ερώτηση.

Πίνακας 11: Απαντήσεις στην ερώτηση “Μαγειρεύετε για άλλα μέλη της οικογένειας;”

Μαγείρεμα για άλλα μέλη	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
ΝΑΙ	68,5%	51%	60,2%
ΟΧΙ	31,5%	49%	39,8%

Ακόμη, οι ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν αν μαγειρεύουν για άλλα μέλη της οικογένειας. Στο αγροτικό περιβάλλον φαίνεται να είναι αρκετά αυξημένο το ποσοστό (68,5%) που μαγειρεύει για άλλους σε σύγκριση με το αστικό περιβάλλον (51%). Οι απαντήσεις καταγράφονται αναλυτικά στον πίνακα 11. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι μαγειρεύουν για τα παιδιά και τα εγγόνια.

Διάγραμμα 13: Περιοχή που βρίσκεται η κατοικία



Επιπλέον, τα άτομα που συμμετείχαν ρωτήθηκαν που βρίσκεται η κατοικία τους. Το 47,6% απάντησε πως μένει σε αγροτική περιοχή, το 38,8% στο κέντρο της Λάρισας και το 13,6% μένει στη Λάρισα αλλά όχι στο κέντρο.

Πίνακας 12: Είδος οικοδομής που μένουν οι συμμετέχοντες

Είδος κατοικίας	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Μονοκατοικία	9,3%	89,8%	47,6%
2όροφη/ 3όροφη οικοδομή	37%	10,2%	24,3%
Διαμέρισμα σε πολυκατοικία	53,7%	0%	28,2%

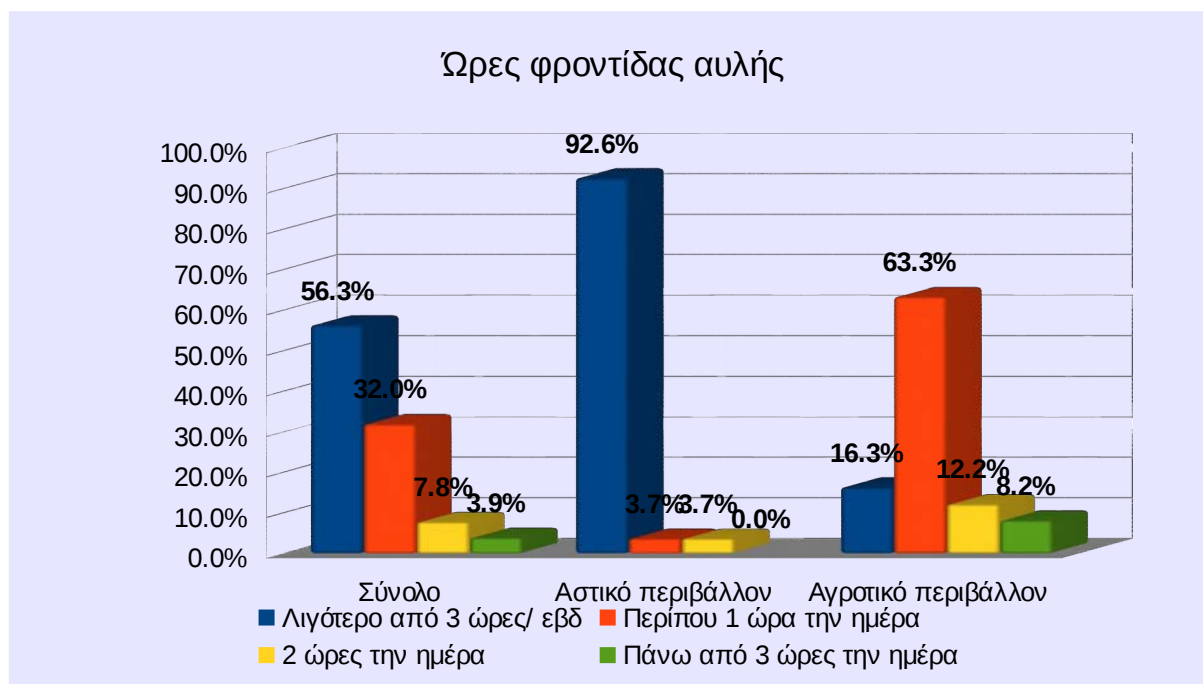
Επιπροσθέτως, το είδος της οικοδομής που κατοικούν ήταν μία από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Πιο αναλυτικά, οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών μένουν σε μονοκατοικία ή χαμηλή οικοδομή με λίγους ορόφους, ενώ στην αστική περιοχή οι ηλικιωμένοι διαμένουν σε πολυκατοικία και μόλις 9,3% βρίσκεται σε μονοκατοικία. Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται αναλυτικά τα ποσοστά ανάλογα με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων.

Πίνακας 13: Απαντήσεις στην ερώτηση αν υπάρχει αυλή ή κήπος

Αυλή/ κήπο	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
όχι	72,2%	0%	37,9%
Μεγάλη αυλή/ πολλή περιποίηση	3,7%	83,7%	41,7%
Μικρή αυλή/ λίγη περιποίηση	7,4%	16,3%	11,7%
Μικρός κήπος/ λίγο περιποίηση	9,3%	0%	4,9%
Πιλοτή/ καθόλου περιποίηση	7,4%	0%	3,9%

Ζητήθηκε από τα άτομα να επιλέξουν ποια κατηγορία περιγράφει την αυλή τους και πόσες ώρες αφιερώνουν στην περιποίηση της την ημέρα. Στο αστικό περιβάλλον η πλειοψηφία δεν έχει αυλή, ενώ στο αγροτικό περιβάλλον η πλειοψηφία έχει μεγάλη αυλή που χρειάζεται αρκετές ώρες φροντίδας. Στο πίνακα 13 φαίνονται τα αποτελέσματα του είδους της αυλής.

Διάγραμμα 14: Ώρες φροντίδας της αυλής



Στο διάγραμμα 14 παρουσιάζονται οι ώρες που αφιερώνουν οι συμμετέχοντες στην περιποίηση της αυλής. Στο αγροτικό περιβάλλον φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι αφιερώνουν αρκετές ώρες στην περιποίηση του κήπου, η πλειοψηφία (63,3%) αναφέρει περίπου 1 ώρα κάθε μέρα, ενώ στο αστικό περιβάλλον η πλειοψηφία (92,6%) αφιερώνει λιγότερο από 3 ώρες την εβδομάδα.

Πίνακας 14: Ποιος ασχολείται με τις δουλειές του σπιτιού

Δουλειές σπιτιού	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Ο ίδιος/α	68,5%	49%	59,2%
Ο/η σύντροφος	31,5%	40,8%	35,9%
Τα παιδιά ή άλλα μέλη της οικογένειας	0%	10,2%	4,9%

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν αν ασχολούνται οι ίδιοι ή κάποιος άλλος με τις δουλειές του σπιτιού και οι απαντήσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 14. Η πλειοψηφία απάντησε ότι ασχολείται με τις δουλειές του σπιτιού και μόνο το 4,9% των ηλικιωμένων δήλωσε ότι

φροντίζουν τα παιδιά το σπίτι. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο αγροτικό περιβάλλον τα παιδιά ή άλλα μέλη ασχολούνται σε ποσοστό 10,2%, ενώ στο αστικό περιβάλλον 0%. Αξίζει να αναφερθεί ότι οι γυναίκες ασχολούνται σε ποσοστό 84,1%, οι άνδρες συμμετέχουν σε ποσοστό 8,7% (κυρίως όσοι είναι χήροι), τα παιδιά που συμμετέχουν είναι 7,2%

Πίνακας 15: Πόσες ώρες αφιερώνουν στις δουλειές του σπιτιού

Πόσες ώρες για δουλειές	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα	29,6%	53,1%	40,8%
Περίπου 2 ώρες την ημέρα	37%	18,4%	28,2%
Περίπου 3 ώρες την ημέρα	14,8%	12,2%	13,6%
Πάνω από 4 ώρες την ημέρα	18,5%	16,3%	17,5%

Οι ερωτώμενοι απάντησαν πόσες ώρες αφιερώνουν στις δουλειές του σπιτιού και παρουσιάζονται στον πίνακα 15. Στο αγροτικό περιβάλλον το 53,1% απάντησε λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα, στο αστικό περιβάλλον το 29,6% απάντησε το ίδιο, ενώ το 37% δήλωσε περίπου 2 ώρες την ημέρα.

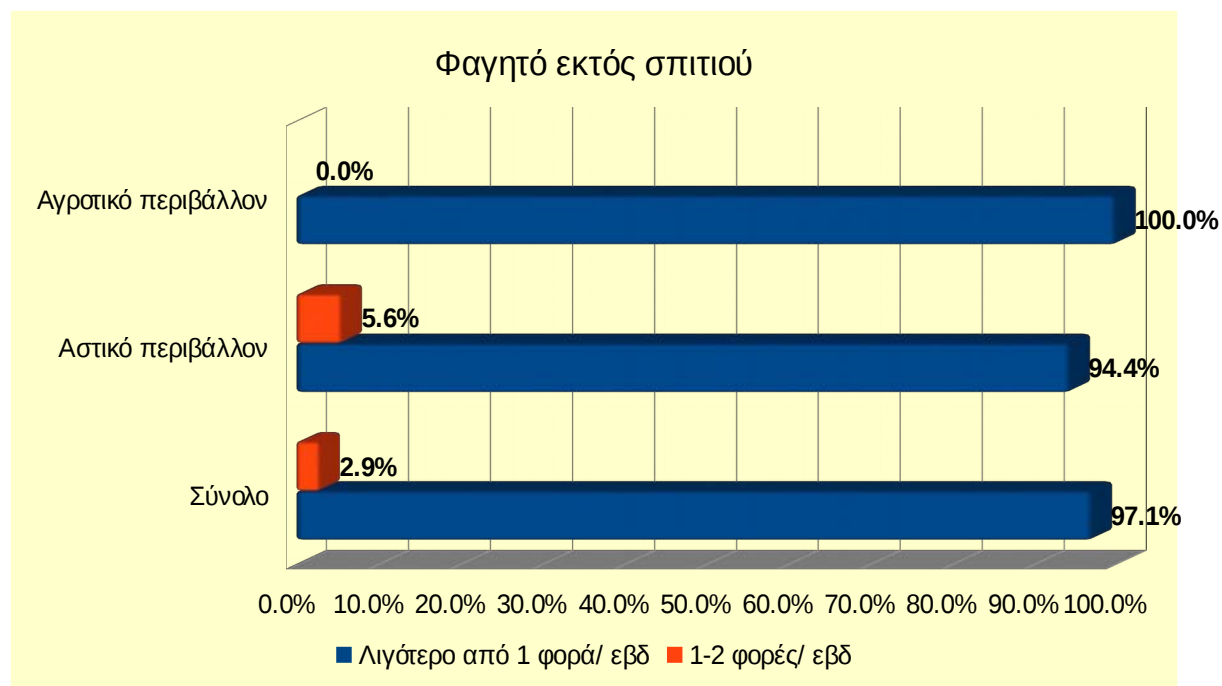
Πίνακας 16: Ποιος μαγειρεύει καθημερινά

Ποιος μαγειρεύει	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Ο ίδιος/α	68,5%	55,1%	62,1%
Ο/η σύντροφος	31,5%	34,7%	33%
Τα παιδιά ή άλλα μέλη της οικογένειας	0%	10,2%	4,9%

Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν ποιος μαγειρεύει στο σπίτι, πάλι στο αγροτικό περιβάλλον φαίνεται ότι το 10,2% απάντησαν ότι μαγειρεύουν τα παιδιά σε αντίθεση με το

αστικό περιβάλλον που δεν έδωσε κανείς παρόμοια απάντηση. Πιο αναλυτικά, στο σπίτι μαγειρεύουν οι γυναίκες σε ποσοστό 88,4%, οι άντρες 4,3%, ενώ τα παιδιά 7,2%

Διάγραμμα 15: Ηλικιωμένοι που καταναλώνουν φαγητό εκτός σπιτιού



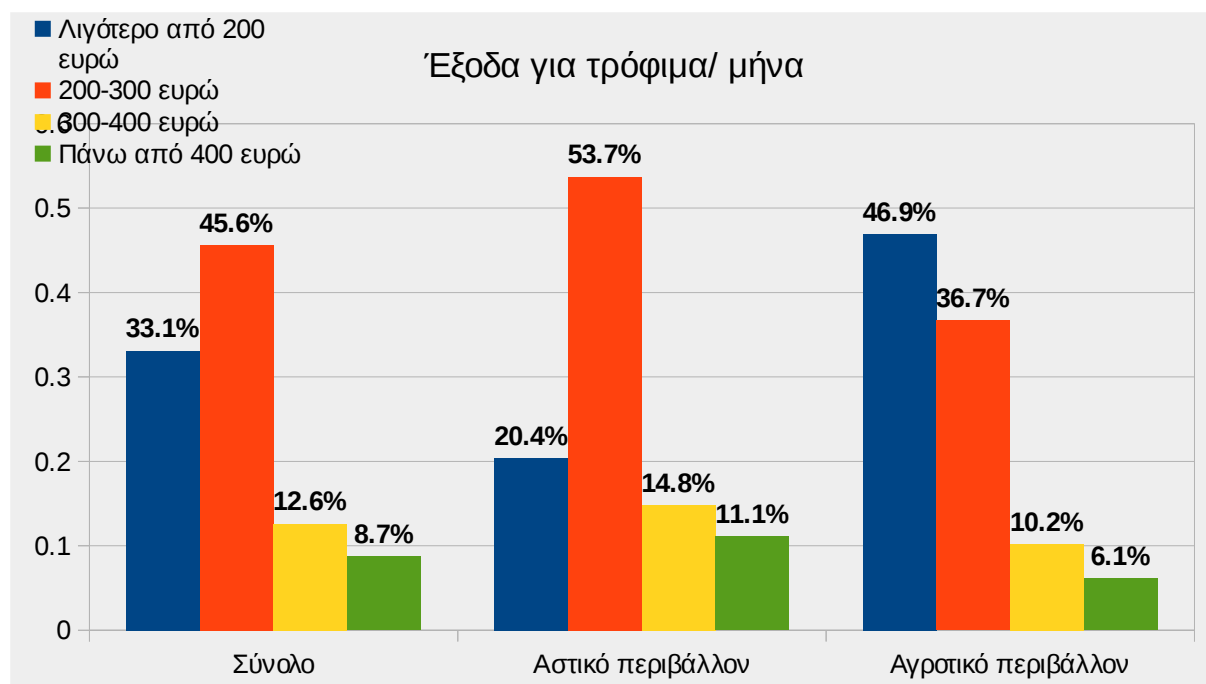
Όσον αφορά το φαγητό που καταναλώνουν εκτός σπιτιού, οι απαντήσεις παρουσιάζονται στο διάγραμμα 15. Τα ποσοστά που απάντησαν θετικά είναι πολύ μικρά, συγκεκριμένα στο αγροτικό περιβάλλον κανένας δεν απάντησε θετικά στην ερώτηση, ενώ στο αστικό περιβάλλον το 94,4% απάντησε πως καταναλώνει φαγητό εκτός σπιτιού λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα, ενώ το 5,6% δήλωσε ότι καταναλώνει 1-2 φορές την εβδομάδα.

Πίνακας 17: Ποιος έχει αναλάβει τα ψώνια του σούπερ μάρκετ

Ψώνια του σούπερ μάρκετ	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Ο ίδιος/α	48,1%	53,1%	50,5%
Ο/η σύντροφος	13%	14,3%	13,6%
Ο ίδιος/α μαζί με τον / την σύντροφο	27,8%	6,1%	17,5%
Τα παιδιά	11,1%	26,5%	18,4%

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για το ποιος έχει αναλάβει τα ψώνια του σούπερ μάρκετ (πίνακας 17). Στο αγροτικό περιβάλλον το ποσοστό που δήλωσε ότι έχουν αναλάβει τα παιδιά είναι υψηλότερο (26,5%) σε σύγκριση με το αστικό περιβάλλον (11,1%). Επίσης, αξίζει να αναφερθεί ότι οι γυναίκες έχουν αναλάβει τα ψώνια σε ποσοστό 56,5%, οι άντρες 8,7%, μαζί αναφέρει το 14,5, ενώ τα παιδιά έχουν αναλάβει σε ποσοστό 20,3%

Διάγραμμα 17: Μηνιαία έξοδα για τρόφιμα

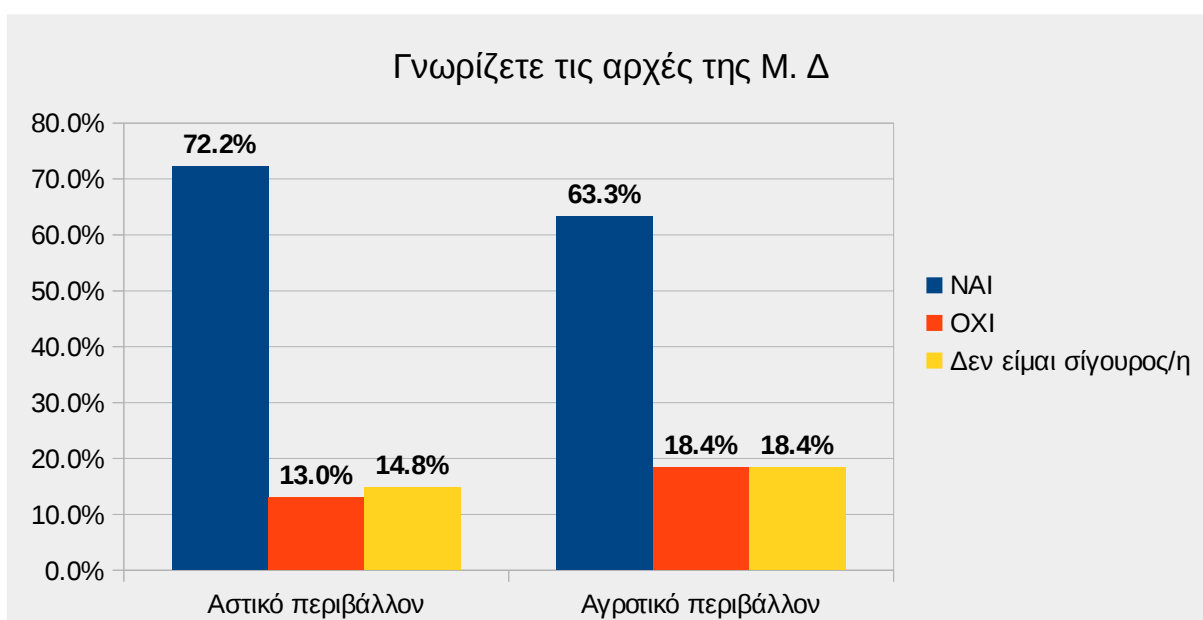
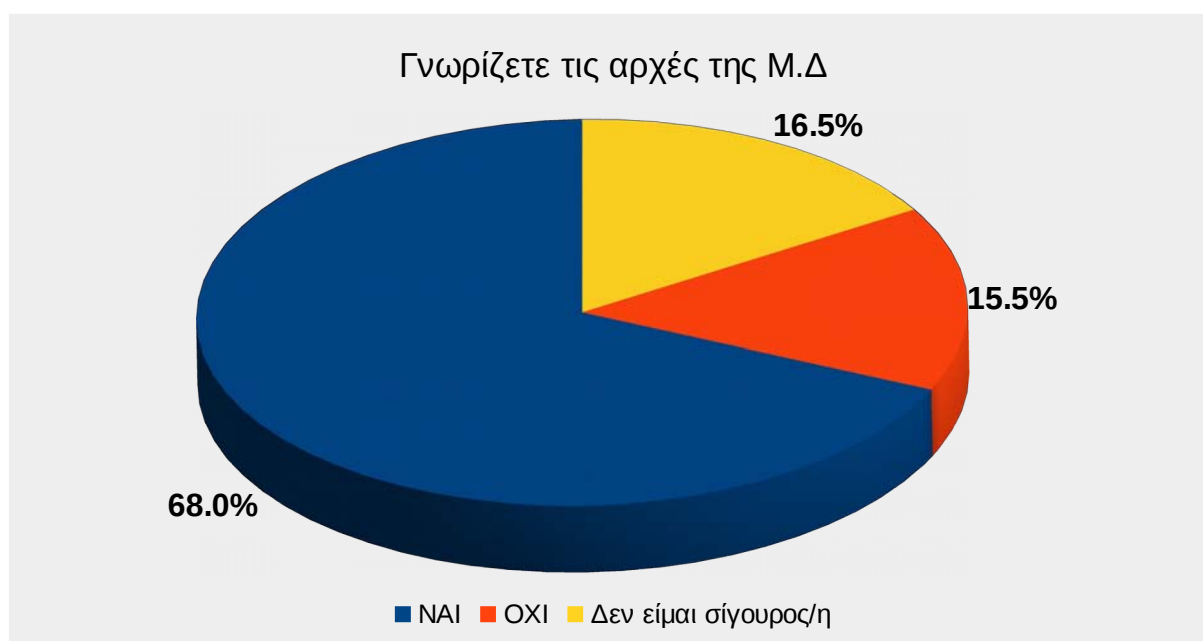


Στο παραπάνω διάγραμμα 17 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ηλικιωμένων για το πόσα έξοδα διαθέτουν το μήνα για τα τρόφιμα. Στο αστικό περιβάλλον το 53,7% ξοδεύει 200-300 ευρώ, ενώ στο αγροτικό περιβάλλον το 46,9% ξοδεύει λιγότερο από 200 ευρώ. Μικρά είναι τα ποσοστά που χρειάζονται πάνω από 400 ευρώ το μήνα για τρόφιμα.

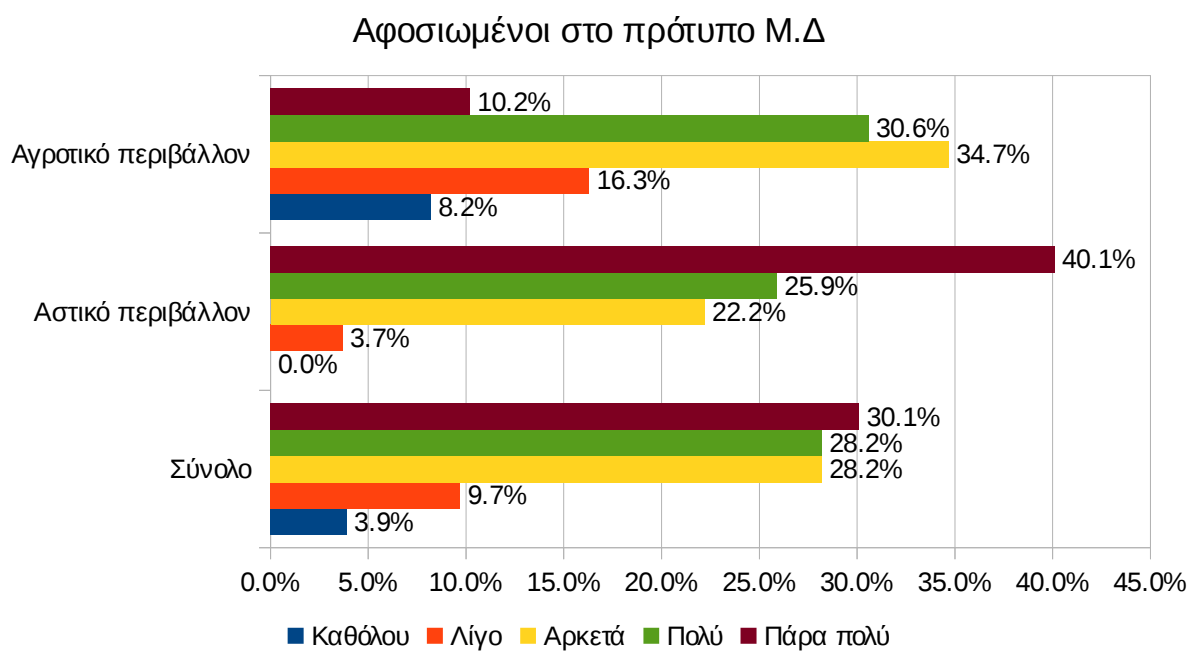
5.2 Διατροφικές συνήθειες

Στην έρευνα εξετάστηκε αν οι ερωτηθέντες γνώριζαν τις αρχές της Μεσογειακής διατροφής και την προσκόλληση τους σε αυτή. Από την στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι τα άτομα πιστεύουν ότι γνωρίζουν τις αρχές της Μεσογειακής Διατροφής σε ποσοστό 72,2% στο αστικό περιβάλλον και 63,3% το αγροτικό περιβάλλον. Στο σύνολο το 68% δήλωσε πως γνωρίζει, ενώ το 15,5% πως δε γνωρίζει τις αρχές και το 16,5% δεν είναι σίγουροι αν γνωρίζουν τις αρχές της Μεσογειακής Διατροφής.

Διαγράμματα 18 & 19: Απαντήσεις στην ερώτηση “Γνωρίζετε τις αρχές της Μεσογειακής Διατροφής;”

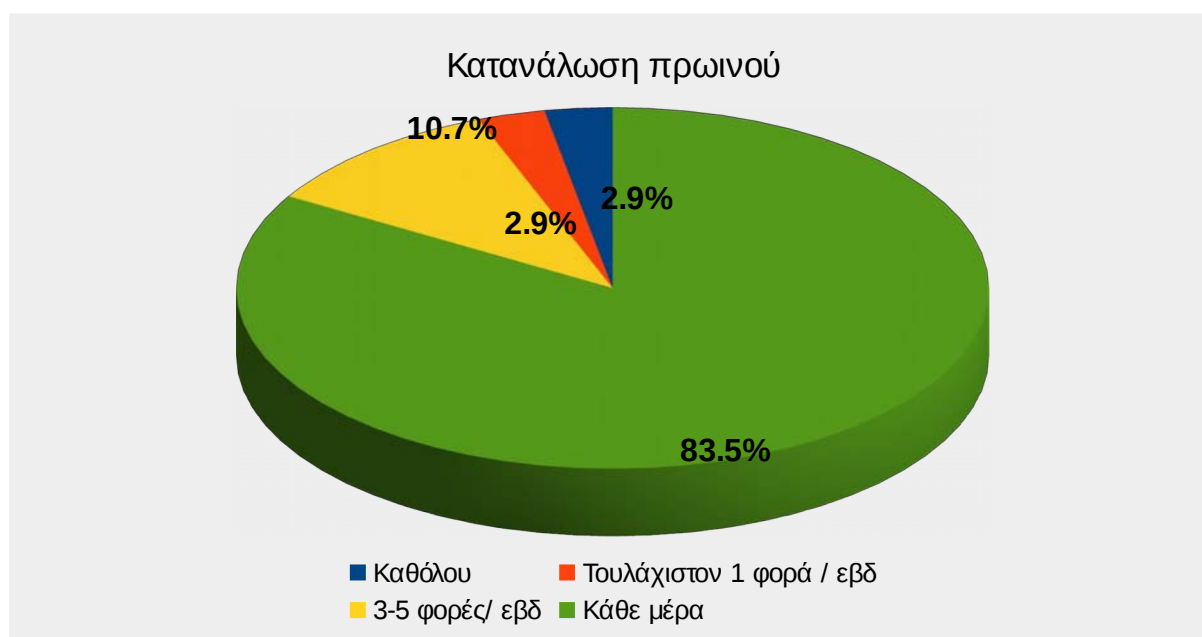


Διάγραμμα 20 : Απαντήσεις στην ερώτηση “Πόσο αφοσιωμένοι πιστεύετε ότι είστε στο πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής”



Οι απαντήσεις στην ερώτηση “Πόσο αφοσιωμένοι πιστεύετε ότι είστε στο πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής” παρουσιάζονται στο διάγραμμα 20.

Διάγραμμα 21: Κατανάλωση πρωινού στο σύνολο του δείγματος (n= 103)



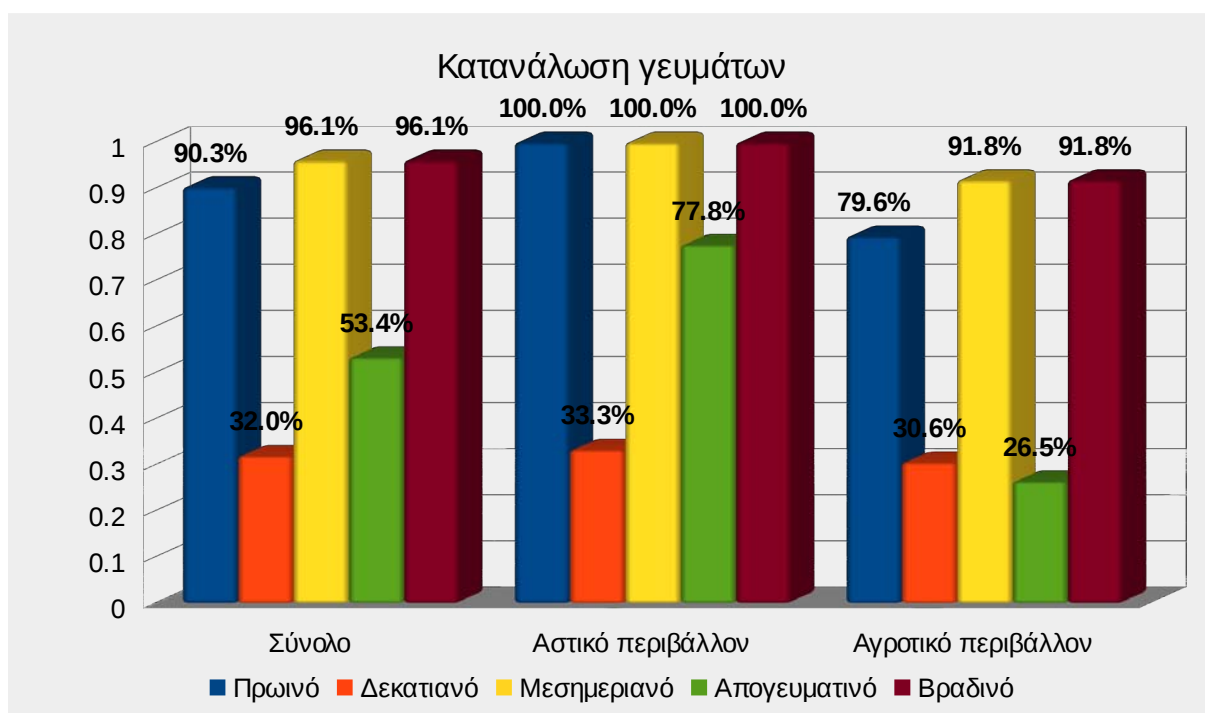
Επιπλέον, αξιοσημείωτα είναι τα αποτελέσματα για την κατανάλωση πρωινού αφού το 83,5% καταναλώνει κάθε μέρα πρωινό, ενώ το 2,9% καθόλου όπως παρουσιάζεται στο διάγραμμα 21.

Πίνακας 18: Κατανάλωση πρωινού

Κατανάλωση πρωινού	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Καθόλου	0%	6,1%	2,9%
Τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα	0%	6,1%	2,9%
3-5 φορές την εβδομάδα	9,3%	12,2%	10,7%
Κάθε μέρα	90,7%	75,5%	83,5%

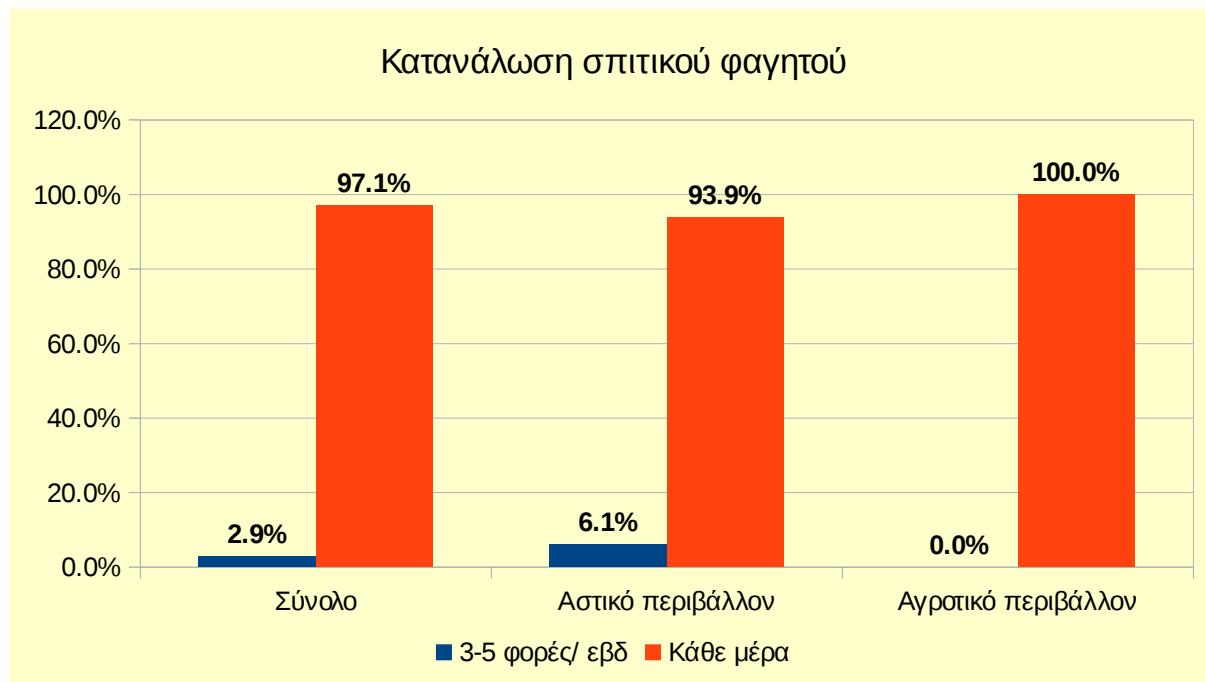
Από τον πίνακα 18, αξίζει να αναφερθεί, ότι στο αστικό περιβάλλον το 90,7% καταναλώνει καθημερινά πρωινό, ενώ στο αγροτικό περιβάλλον μόνο το 75,5% απάντησε καθημερινά. Το πρωινό είναι το πιο σημαντικό γεύμα της ημέρα για το λόγο αυτό εξετάζεται ξεχωριστά η κατανάλωσή του.

Διάγραμμα 22: Κατανάλωση γευμάτων από τους ηλικιωμένους καθημερινά



Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν για τα γεύματα που καταναλώνουν καθημερινά. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο διάγραμμα.22

Διάγραμμα 23: Κατανάλωση σπιτικού- μαγειρεμένου φαγητού



Στον πίνακα 23 επισημαίνεται ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό καταναλώνει καθημερινά μαγειρεμένο- σπιτικό φαγητό. Στο αστικό περιβάλλον το 93,9%, ενώ στο αγροτικό περιβάλλον 100%.

Πίνακας 19: Ύπαρξη φρούτων και λαχανικών στο τραπέζι

Φρούτα και λαχανικά στο τραπέζι	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα	0%	6,1%	2,9%
Τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα	0%	0%	0%
3-5 φορές την εβδομάδα	9,3%	24,5%	16,5%
Κάθε μέρα	90,7%	69,4%	80,6%

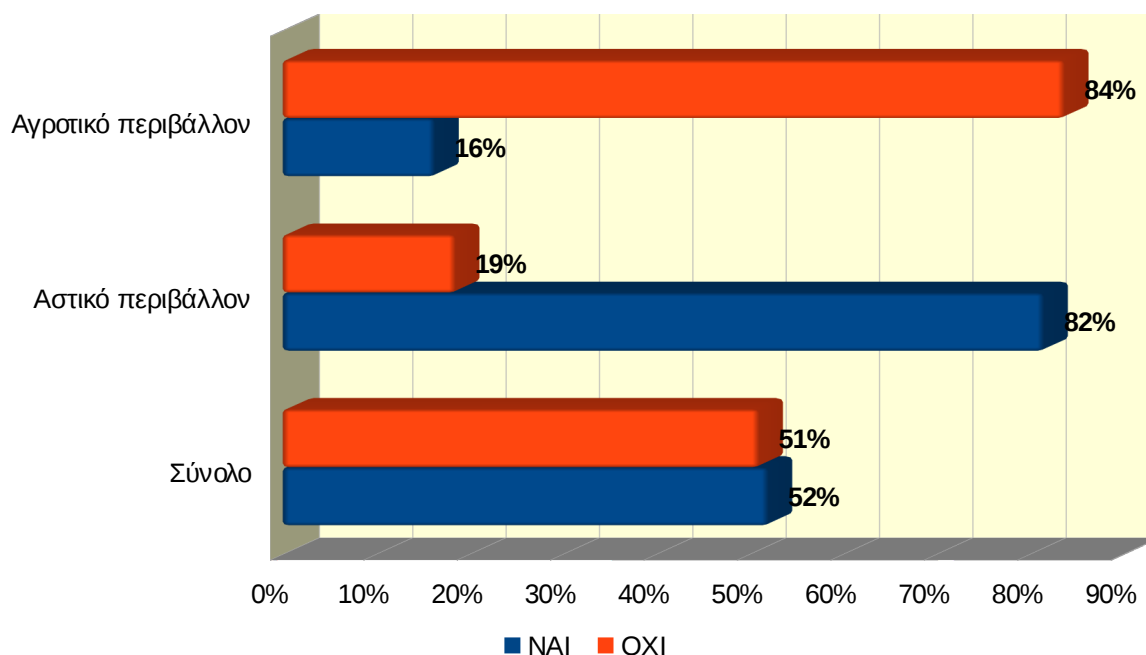
Όπως φαίνεται στον πίνακα 19, όσον αφορά την ύπαρξη φρούτων και λαχανικών στο τραπέζι, η διαφορά μεταξύ αστικού περιβάλλοντος και αγροτικού είναι σημαντική, με ποσοστά 90,7% και 69,4% αντίστοιχα να βρίσκονται καθημερινά οπωροκηπευτικά στο τραπέζι.

Πίνακας 20: Ποσοστά ηλικιωμένων που καταναλώνουν φρούτα και λαχανικά

Κατανάλωση φ/λ (μερίδες/ ημέρα)	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Καθόλου	0%	0%	0%
Τουλάχιστον 1 μερίδα την ημέρα	13%	34,7%	23,3%
3-5 μερίδες την ημέρα	70,4%	38,8%	55,3%
Πάνω από 5 μερίδες την ημέρα	16,7%	26,5%	21,4%

Όπως φαίνεται στον πίνακα 20, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων καταναλώνει φρούτα και λαχανικά 3-5 μερίδες την ημέρα, με αυξημένο ποσοστό στο αστικό περιβάλλον.

Διάγραμμα 24: Απάντηση στην ερώτηση “Γνωρίζετε πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών πρέπει να καταναλώνει ένας ενήλικας ημερησίως”



Πίνακας 21: Απάντηση στην ερώτηση “Πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών πρέπει να καταναλώνει ένας ενήλικας ημερησίως αν γνωρίζετε;”

	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n=103)
Δεν γνωρίζω	24,1%	75,5%	48,5%
1 μερίδα την εβδομάδα	0%	0%	0%
1 μερίδα την ημέρα	3,7%	10,2%	6,8%
3 μερίδες την ημέρα	40,7%	14,3%	28,2%
5 μερίδες την ημέρα	31,5%	0%	16,5%

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι απαντήσεις στην ερώτηση “Γνωρίζετε πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών πρέπει να καταναλώνει ένας ενήλικας ημερησίως” και “Αν ναι, πόσες;”. Από τους 52% που απάντησαν ότι γνωρίζουν, μόνο το 16,5% απάντησε σωστά 5 μερίδες την ημέρα (διάγραμμα 24, και πίνακας 21)

5.3 Προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, απαντήσεις ερωτηματολογίου Med Diet Score

Στους πίνακες που ακολουθούν φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των ηλικιωμένων του αστικού και αγροτικού περιβάλλοντος αλλά και του συνόλου του δείγματος όσον αφορά τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου “Med Diet Score”

Πίνακας 22: Συνολική βαθμολογία “Med Diet Score”

	Αστικό περιβάλλον (n=54) M.O (T.A)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49) M.O (T.A)	Σύνολο (n= 103) M.O (T.A)
Med diet score	35,19 (5,48)	33,24 (6,79)	34,26 (6,18)

Στον πίνακα 22 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή. Δεν υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των ηλικιωμένων στο αστικό και αγροτικό περιβάλλον. Ωστόσο φαίνεται ότι στο αστικό περιβάλλον η προσκόλληση είναι υψηλότερη με βαθμολογία 35/55, ενώ στο αγροτικό περιβάλλον η βαθμολογία είναι 33/55.

5.4 Κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για έξι βασικά νοσήματα της τρίτης ηλικίας. Το μεγαλύτερο ποσοστό 61,2% έχει υπέρταση χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ αγροτικού και αστικού περιβάλλοντος. Άλλα νοσήματα που δήλωσαν οι συμμετέχοντες ήταν αναιμία, προβλήματα στη χολή, παγκρεατίτιδα, κλπ

Πίνακας 23: Προβλήματα υγείας ηλικιωμένων

Προβλήματα υγείας		Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n= 49)	Σύνολο (n=103)
Γαστρεντερικά προβλήματα	Ναι	0	10,2%	4,9%
	Όχι	100%	89,8%	95,1%
Καρδιαγγειακά προβλήματα	Ναι	22,2%	18,4%	20,4%
	Όχι	77,8%	81,6%	79,4%
Σακχαρώδης Διαβήτης	Ναι	13%	16,3%	14,6%
	Όχι	87%	83,7%	85,4%
Αρτηριακή υπέρταση	Ναι	59,3%	63,3%	61,2%
	Όχι	40,7%	36,7%	38,8%
Δυσλιπιδαιμία (CHOL)	Ναι	31,5%	40,8%	35,9%
	Όχι	68,5%	59,2%	64,1%
Δυσλιπιδαιμία (TG)	Ναι	9,3%	6,1%	7,8%
	Όχι	90,7%	93,9%	92,2%

Στον πίνακα 23 παρουσιάζονται αναλυτικά τα προβλήματα υγείας. Στο αγροτικό περιβάλλον το 10,2% δήλωσε πως νοσεί από κάποιο γαστρεντερικό νόσημα όπως σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Ακόμη, Το 22,2% στο αστικό περιβάλλον νοσεί από κάποια καρδιαγγειακή πάθηση όπως κολπική μαρμαρυγή, στεφανιαία νόσος κλπ. Το 16,3% στο αγροτικό περιβάλλον και 13 % στο αστικό νοσεί από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Επιπλέον, πολύ υψηλά είναι τα ποσοστά με αρτηριακή υπέρταση σε αγροτικό και αστικό περιβάλλον με 63,3% και 59,3% αντίστοιχα. Επίσης, υψηλά ποσοστά και στις δύο περιοχές έχουν υψηλή χοληστερόλη.

5.5. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, General Health Questionnaire

Στους πίνακες που ακολουθούν φαίνονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των ηλικιωμένων του αστικού και αγροτικού περιβάλλοντος αλλά και του συνόλου του δείγματος όσον αφορά τα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο General Health Questionnaire (ερωτηματολόγιο γενικής υγείας). Ειδικότερα γίνεται η σύγκριση των παραμέτρων: σωματικές ενοχλήσεις, η ποιότητα του ύπνου, κοινωνική λειτουργικότητα και ψυχική υγεία.

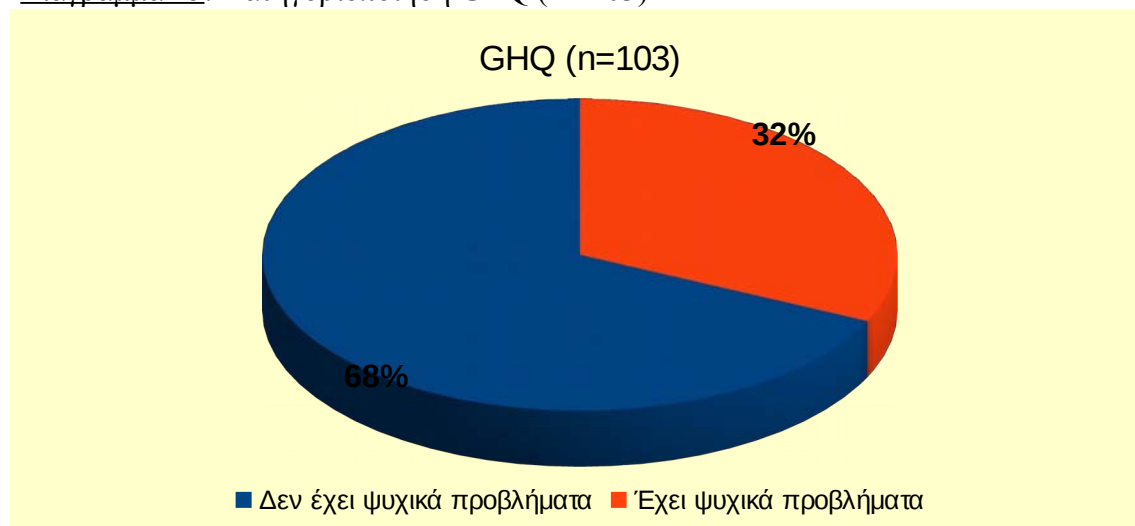
Πίνακας 25: Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας, General Health Questionnaire στο δείγμα των ηλικιωμένων (n=103)

GHQ score	Αστικό περιβάλλον (n=54)	Αγροτικό περιβάλλον (n=49)	Σύνολο (n= 103) M.O (T.A)
	M.O (T.A)	M.O (T.A)	
GHQ	3,02 (3,61)	3,67 (3,72)	3,33 (3,66)

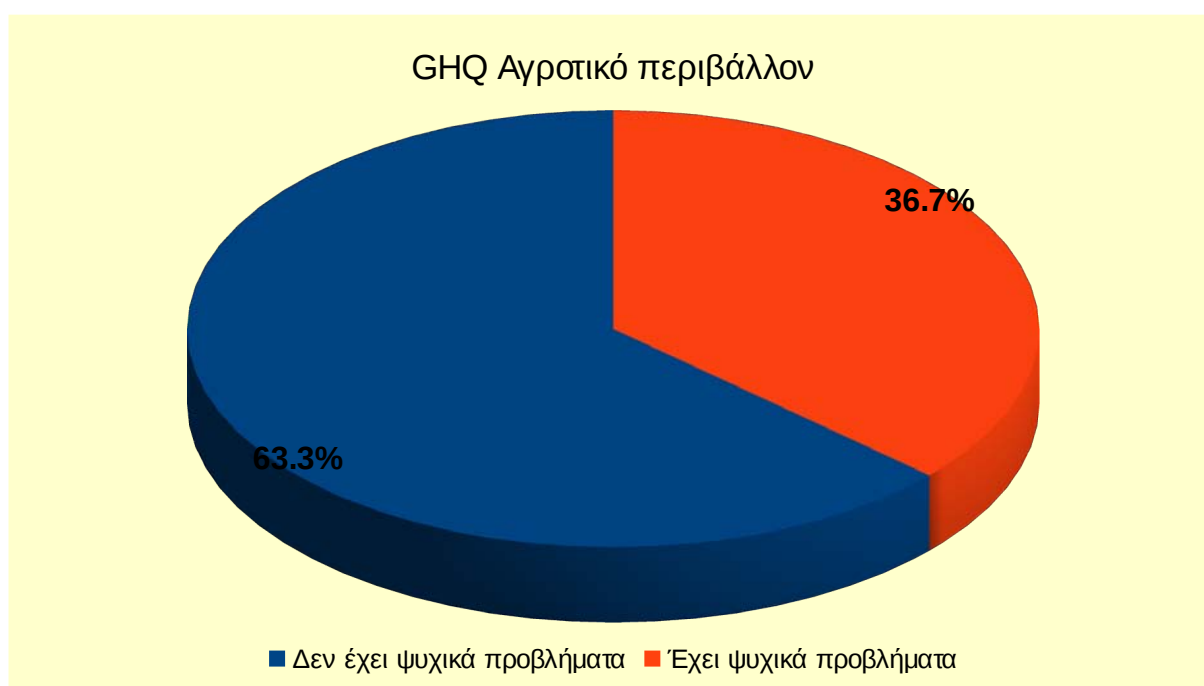
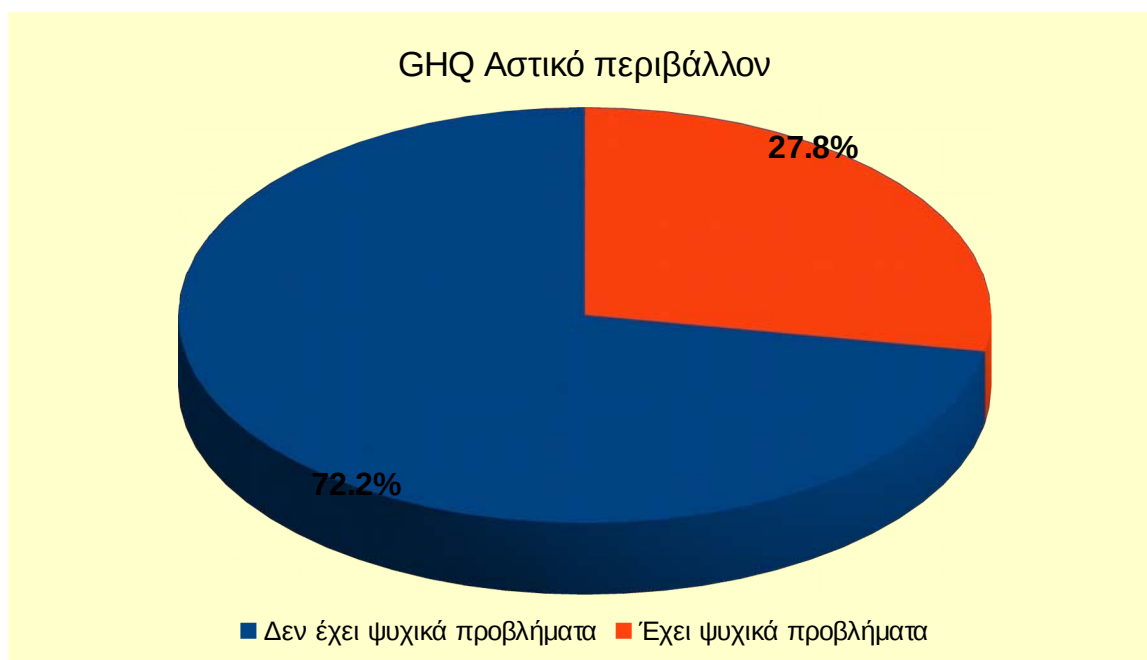
Παρατηρείται από τον πίνακα 25 ότι η βαθμολογία διαφέρει στις δύο ομάδες. Στο αστικό περιβάλλον το συνολικό σκορ είναι 3,02, ενώ στο αγροτικό περιβάλλον είναι 3,67. Στο αστικό περιβάλλον φαίνεται να έχουν καλύτερη ψυχική υγεία σε σύγκριση με το αγροτικό περιβάλλον.

Επιπροσθέτως, στο διάγραμμα 25 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για την κατηγοριοποίηση των ηλικιωμένων με βάση το παραπάνω ερωτηματολόγιο σε δύο ομάδες. Στην πρώτη ομάδα εκτιμάται ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα, ενώ στην δεύτερη υπάρχει.

Διάγραμμα 25: Κατηγοριοποίηση GHQ (n= 103)



Διάγραμμα 26 & 27: Κατηγοριοποίηση GHQ στο αστικό και αγροτικό περιβάλλον



5. 6 Δείκτης Ικανοποίησης από τη ζωή, Life Satisfaction Index

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου “Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή”.

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι:

1. Αυτά είναι τα καλύτερα μου χρόνια
2. Αυτόν τον καιρό αισθάνομαι άνετα με τη σεξουαλική μου ζωή
3. Αυτή είναι η χειρότερη εποχή της ζωής μου
4. Αισθάνομαι κατάθλιψη πολύ συχνά σε σύγκριση με άλλα άτομα
5. Αυτά που κάνω μου φαίνονται πιο ενδιαφέροντα παρά ποτέ
6. Έχω ετοιμάσει τα σχέδια μου για το τι θα κάνω σε ένα μήνα ή σε ένα χρόνο από τώρα
7. Καθώς μεγαλώνω, τα πράγματα μου φαίνονται καλύτερα από ότι πίστευα ότι θα μου φαινόntonτουσαν
8. Καθώς ανατρέχω την μέχρι σήμερα ζωή μου, αισθάνομαι αρκετά ικανοποιημένος/η
9. Λίγο- πολύ απέκτησα ότι περίμενα από τη ζωή μου
10. Όταν σκέφτομαι το παρελθόν, νομίζω ότι δεν απέκτησα τα σημαντικά πράγματα που ήθελα από τη ζωή
11. Παρόλα όσα λένε, ο μέσος άνθρωπος πάει προς το χειρότερο και όχι προς το καλύτερο
12. Στη ζωή μου δόθηκαν περισσότερες ευκαιρίες από ότι στους περισσότερους άλλους ανθρώπους που γνωρίζω
13. Η ζωή μου θα μπορούσε να είναι πιο ευτυχισμένη από ότι είναι τώρα
14. Έχω καλή εμφάνιση συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου
15. Προσδοκώ ότι θα μου συμβούν ενδιαφέροντα και ευχάριστα πράγματα στο μέλλον
16. Αισθάνομαι γερασμένος/η και κάπως κουρασμένος/η
17. Ακόμη και αν θα μπορούσα, δεν θα άλλαζα το παρελθόν
18. Έχω πάρει πολλές ανόητες αποφάσεις συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου
19. Αισθάνομαι την ηλικία μου, άλλα δεν με πειράζει
20. Είμαι το ίδιο ευτυχισμένος όπως όταν ήμουν νεώτερος/η

Πίνακας 26: Απαντήσεις στην κλίμακα ικανοποίησης ζωής στο σύνολο (n=103)

	Πολύ λάθος	Αρκετά λάθος	Λίγο λάθος	Αβέβαιος/ η	Λίγο σωστό	Αρκετά σωστό	Πολύ σωστό
Ερώτηση 1	26,2%	6,8%	7,8%	11,7%	6,8%	15,5%	25,2%
Ερώτηση 2	65%	8,7%	4,9%	7,8%	4,9%	6,8%	1,9%
Ερώτηση 3	46,6%	17,5%	10,7%	5,8%	0%	9,7%	9,7%
Ερώτηση 4	59,2%	11,7%	1,9%	2,9%	8,7%	3,9%	11,7%
Ερώτηση 5	7,8%	17,5%	6,8%	0%	25,2%	16,2%	16,5%
Ερώτηση 6	58,3%	6,8%	4,9%	8,7%	11,7%	5,8%	3,9%
Ερώτηση 7	15,5%	10,7%	9,7%	8,7%	6,8%	34%	14,6%
Ερώτηση 8	0%	2,9%	10,7%	1,9%	5,8%	26,2%	52,4%
Ερώτηση 9	2,9%	2,9%	7,8%	2,9%	2,9%	35,9%	44,7%
Ερώτηση 10	41,7%	15,5%	12,6%	13,6%	2,9%	13,6%	0%
Ερώτηση 11	6,8%	20,4%	14,6%	19,4%	10,7%	21,4%	6,8%
Ερώτηση 12	4,9%	10,7%	9,7%	19,4%	9,7%	31,1%	14,6%
Ερώτηση 13	21,4%	10,7%	4,9%	6,8%	21,4%	20,4%	14,6%
Ερώτηση 14	4,9%	4,9%	0%	4,9%	15,5%	28,2%	41,7%
Ερώτηση 15	0%	1,9%	1%	22,3%	9,7%	37,9%	27,2%
Ερώτηση 16	40,8%	15,5%	1,9%	4,9%	16,5%	12,6%	7,8%
Ερώτηση 17	17,5%	2,9%	4,9%	6,8%	11,7%	19,4%	36,9%
Ερώτηση 18	60,2%	16,5%	7,8%	4,9%	1,9%	2,9%	5,8%
Ερώτηση 19	0%	7,8%	0%	4,9%	4,9%	29,1%	53,4%
Ερώτηση 20	12,6%	7,8%	4,9%	5,8%	10,7%	16,5%	41,7%

Από τον πίνακα 26 αξίζει να αναφερθεί ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δήλωσαν πως αυτά που διανύουν είναι τα καλύτερα χρόνια τους και δεν αισθάνονται κατάθλιψη σε σύγκριση με άλλα άτομα της ηλικίας τους. Ακόμη, έχουν ενδιαφέρον για τα πράγματα που ασχολούνται. Ωστόσο, η πλειοψηφία δήλωσε ότι δεν έχει κάνει σχέδια για το μέλλον. Σε γενικές γραμμές είναι ικανοποιημένοι με ότι έχουν καταφέρει στη ζωή τους, δε θα άλλαζαν το παρελθόν και τα πράγματα τους φαίνονται καλύτερα από ότι πίστευαν ότι θα είναι. Επιπλέον, η πλειοψηφία δήλωσε πως δεν αισθάνονται κουρασμένοι ή γερασμένοι. Επιπροσθέτως, πολύ υψηλά είναι τα ποσοστά που απάντησαν ότι δεν τους ενοχλεί η ηλικία τους και είναι το ίδιο ευτυχισμένοι όσο και νεώτεροι.

Πίνακας 27: Απαντήσεις στην κλίμακα ικανοποίησης ζωής

	Πολύ λάθος	Αρκετά λάθος	Λίγο λάθος	Αβέβαιος/ η	Λίγο σωστό	Αρκετά σωστό	Πολύ σωστό
Ερώτηση 1							
Αστικό	33,3%	5,6%	9,3%	14,8%	7,4%	11,1%	18,5%
Αγροτικό	18,4%	8,2%	6,1%	8,2%	6,1%	20,4%	32,7%
Ερώτηση 2							
Αστικό	75,9%	0%	3,7%	0%	3,7%	13%	3,7%
Αγροτικό	53,1%	18,4%	6,1%	16,3%	6,1%	0%	0%
Ερώτηση 3							
Αστικό	46,3%	18,5%	13%	0%	0%	9,3%	13%
Αγροτικό	46,9%	16,3%	8,2%	12,2%	0%	10,2%	6,1%
Ερώτηση 4							
Αστικό	57,4%	7,4%	3,7%	5,6%	11,1%	0%	14,8%
Αγροτικό	61,2%	16,3%	0%	0%	6,1%	8,2%	8,2%
Ερώτηση 5							
Αστικό	9,3%	24,1%	13%	0%	14,8%	27,8%	11,1%
Αγροτικό	6,1%	10,2%	0%	0%	36,7%	24,5%	22,4%
Ερώτηση 6							
Αστικό	51,9%	11,1%	9,3%	9,3%	3,7%	11,1%	3,7%
Αγροτικό	65,3%	2%	0%	8,2%	20,4%	0%	4,1%
Ερώτηση 7							
Αστικό	14,8%	0%	13%	3,7%	3,7%	53,7%	11,1%
Αγροτικό	16,3%	22,4%	6,1%	14,3%	10,2%	12,2%	18,4%
Ερώτηση 8							
Αστικό	0%	5,6%	5,6%	3,7%	11,1%	25,9%	48,1%
Αγροτικό	0%	0%	16,3%	0%	0%	26,5%	57,1%
Ερώτηση 9							
Αστικό	0%	5,6%	5,6%	0%	5,6%	40,7%	42,6%
Αγροτικό	6,1%	0%	10,2%	6,1%	0%	30,6%	46,9%
Ερώτηση 10							
Αστικό	38,9%	20,4%	13%	13%	5,6%	9,3%	0%
Αγροτικό	44,9%	10,2%	12,2%	14,3%	0%	18,4%	0%

Ερώτηση 11							
Αστικό	5,6%	25,9%	14,8%	20,4%	18,5%	9,3%	5,6%
Αγροτικό	8,2%	14,3%	14,3%	18,4%	2%	34,7%	8,2%
Ερώτηση 12							
Αστικό	3,7%	5,6%	14,8%	20,4%	7,4%	35,2%	13%
Αγροτικό	6,1%	16,3%	4,1%	18,4%	12,2%	26,5%	16,3%
Ερώτηση 13							
Αστικό	14,8%	14,8%	3,7%	13%	22,2%	13%	18,5%
Αγροτικό	28,6%	6,1%	6,1%	0%	20,4%	28,6%	10,2%
Ερώτηση 14							
Αστικό	0%	5,6%	0%	9,3%	13%	20,4%	51,9%
Αγροτικό	10,2%	4,1%	0%	0%	18,4%	36,7%	30,6%
Ερώτηση 15							
Αστικό	0%	3,7%	0%	24,1%	18,5%	27,8%	25,9%
Αγροτικό	0%	0%	2%	20,4%	0%	49%	28,6%
Ερώτηση 16							
Αστικό	31,5%	18,5%	3,7%	9,3%	13%	9,3%	14,8%
Αγροτικό	51%	12,2%	0%	0%	20,4%	16,3%	0%
Ερώτηση 17							
Αστικό	9,3%	0%	9,3%	9,3%	16,7%	22,2%	33,3%
Αγροτικό	26,5%	6,1%	0%	4,1%	6,1%	16,3%	40,8%
Ερώτηση 18							
Αστικό	42,6%	29,6%	14,8%	9,3%	3,7%	0%	0%
Αγροτικό	79,6%	2%	0%	0%	0%	6,1%	12,2%
Ερώτηση 19							
Αστικό	0%	5,6%	0%	0%	9,3%	31,5%	53,7%
Αγροτικό	0%	10,2%	0%	10,2%	0%	26,5%	53,1%
Ερώτηση 20							
Αστικό	22,2%	5,6%	3,7%	11,1%	14,8%	16,7%	25,9%
Αγροτικό	2%	10,2%	6,1%	0%	6,1%	16,3%	59,2%

Στο πίνακα 27 παρουσιάζονται αναλυτικά οι απαντήσεις των ηλικιωμένων για κάθε ερώτηση της κλίμακας ικανοποίησης ζωής. Οι απαντήσεις είναι παρόμοιες, ωστόσο αξίζει να

αναφερθεί ότι στην πρόταση αν αισθάνονται το ίδιο ευτυχισμένοι όσο και νεότεροι, το ποσοστό που δήλωσε πολύ σωστό στο αγροτικό περιβάλλον ήταν 59,2%, ενώ στο αστικό περιβάλλον 25,9%.

5.7 Συσχετίσεις

Στην προσπάθεια να εξεταστούν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ των διαφόρων παραγόντων, έγινε σύγκριση των απαντήσεων που έδωσαν οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στην έρευνα στα διάφορα εργαλεία που τους δόθηκαν (ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών, MedDietScore, GHQ-28, LSI).

Πίνακας 28: Συσχέτιση μεταβλητής «Med Diet Score» με άλλες μεταβλητές με τη μέθοδο Spearman's rho

	Spearman's rho
	Med Diet Score
Ηλικία	0,029*
BMI	-0,000***
GHQ-C	-0,013**

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Στον πίνακα 28 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης σύμφωνα με τη Spearman's Rank Order Correlation ανάμεσα στο Med Diet Score και διάφορες άλλες μεταβλητές σε όλα τα άτομα του δείγματος. Όπως φαίνεται στο πίνακα σημαντικές συσχετίσεις παρουσιάστηκαν ανάμεσα στο δείκτη μάζας σώματος (BMI) (αρνητική συσχέτιση) και την ηλικία. Ακόμη, αξίζει να τονιστεί η αρνητική συσχέτιση που παρουσιάζεται μεταξύ της προσκόλλησης στη μεσογειακή διατροφή και το άγχος, αυτό σημαίνει ότι όσο μεγαλύτερη προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή τόσο λιγότερο το άγχος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΥΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την κατάσταση της υγείας και την ποιότητα ζωής σε ένα δείγμα ηλικιωμένων ηλικίας 65 και άνω σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειές τους. Από τα βασικά ευρήματα της έρευνας προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν στο αστικό περιβάλλον έχουν καλύτερη ποιότητα διατροφής σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που ζουν στο αγροτικό περιβάλλον. Ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι που κατοικούν στο αστικό περιβάλλον εμφανίζουν καλύτερη κατάσταση στη γενική υγεία και ποιότητα ζωής. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι του αστικού περιβάλλοντος παρουσιάζουν μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή και καλύτερες διατροφικές συνήθειες. Ωστόσο καμία σημαντική διαφορά δε διαπιστώθηκε στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων. Από τις συσχετίσεις που διεξήχθησαν συνεπάγεται ότι η προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή συσχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με την κατάσταση της υγείας. Ακόμη, αξίζει να τονιστεί ότι η μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με το δείκτη μάζας σώματος.

6. 1 Δημογραφικά και ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά

Από τα ευρήματα φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι του αγροτικού περιβάλλοντος έχουν μεγαλύτερο ποσοστό παχύσαρκων και μικρότερο ποσοστό φυσιολογικού βάρους. Ακόμη, οι ερωτηθέντες της πόλης αθλούνται περισσότερο. Οι ηλικιωμένοι στο αγροτικό περιβάλλον καταναλώνουν περισσότερο αλκοόλ, ενώ κανένας από τους συμμετέχοντες δεν καπνίζει. Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης είναι πιο υψηλό στο αστικό περιβάλλον. Στα επαγγέλματα πριν τη συνταξιοδότηση παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές. Οι ηλικιωμένοι στο αγροτικό περιβάλλον ασχολούνταν περισσότερο με χειρωνακτικές εργασίες δηλαδή ήταν αγρότες, εργάτες και υπάλληλοι μη επιστήμονες, ενώ στο αστικό περιβάλλον τα ποσοστά αγροτών ήταν μικρότερα και οι περισσότεροι ήταν υπάλληλοι επιστήμονες ή μη, ελεύθεροι επαγγελματίες και οι γυναίκες ασχολούνταν με τα οικιακά. Στο αστικό περιβάλλον είναι περισσότερα τα άτομα που μείναν χήροι, ενώ είναι λιγότεροι οι ηλικιωμένοι που μένουν με τα παιδιά τους στο ίδιο σπίτι. Όσον αφορά το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα είναι υψηλότερο στο αστικό περιβάλλον, ενώ μικρότερη η ιδιοκατοίκηση χωρίς όμως μεγάλες διαφορές. Σημαντικές διαφορές στα οικονομικά στοιχεία δεν υπάρχουν. Πιο αναλυτικά, το ποσοστό των ηλικιωμένων που βοηθούν άλλα μέλη είναι περίπου το ίδιο, όπως και τα

ποσοστό των ανθρώπων που μαγειρεύουν για άλλα μέλη της οικογένειας. Επίσης, οι ηλικιωμένοι και στις δύο περιοχές ξοδεύουν περίπου τα ίδια ποσά εβδομαδιαίως για τρόφιμα. Οι ηλικιωμένοι των αγροτικών περιοχών μένουν κυρίως σε μονοκατοικίες με αυλή και μεγάλο κήπο που χρειάζεται αρκετή φροντίδα, ενώ στο αστικό περιβάλλον μένουν σε διαμερίσματα πολυκατοικίας ή οικοδομές με λίγους ορόφους. Από αυτούς πολύ μικρό ποσοστό έχει αυλή ή κήπο, τα περισσότερα σπίτια έχουν μπαλκόνι που δεν χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα καθημερινά. Ο χρόνος που αφιερώνεται από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων για δουλειές στο σπίτι είναι περίπου 1 με 2 ώρες καθημερινά, λιγότεροι είναι εκείνοι που αφιερώνουν περισσότερες ώρες. Όσον αφορά τα γεύματα εκτός σπιτιού οι απαντήσεις που δόθηκαν ήταν λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα, στο αστικό περιβάλλον μόνο το 5,6% απάντησαν πως καταναλώνουν γεύματα εκτός σπιτιού 1-2 φορές την εβδομάδα. Τέλος, τα χρήματα που ξοδεύουν για τρόφιμα το μήνα οι συμμετέχοντες είναι λιγότερα από 300 ευρώ. Οι κάτοικοι των αστικών περιοχών ξοδεύουν λίγα περισσότερα σε σύγκριση με τους υπόλοιπους.

6.2 Διατροφικές συνήθειες ηλικιωμένων

Τα ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν πως οι ηλικιωμένοι που κατοικούν στο αστικό περιβάλλον γνωρίζουν καλύτερα τις αρχές της μεσογειακής διατροφής και είναι περισσότερο αφοσιωμένοι στο πρότυπο αυτό. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι μόνο το 83,5 % του δείγματος καταναλώνει πρωινό καθημερινά. Το πρωινό γεύμα είναι το σημαντικότερο της ημέρας, αφού δίνει ενέργεια, ρυθμίζει καλύτερα την όρεξη και συσχετίζεται με πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Επιπλέον, εξετάζοντας τα γεύματα που καταναλώνουν οι ηλικιωμένοι σε καθημερινή βάση προέκυψαν τα ακόλουθα. Δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές στη συχνότητα κατανάλωσης γευμάτων μεταξύ των ηλικιωμένων της πόλης και των αγροτικών περιοχών εκτός του πρωινού. Όσον αφορά τον αριθμό των γευμάτων, οι ηλικιωμένοι που κατοικούν στο αστικό περιβάλλον παρουσιάζουν καλύτερα ποσοστά κατανάλωσης με περισσότερα γεύματα την ημέρα. Παρόλα αυτά, στο σύνολο μικρό ποσοστό καταναλώνει όλα τα γεύματα (πέντε) την ημέρα, η πλειοψηφία καταναλώνει λιγότερα γεύματα. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα ευρήματα αυτά αποτελούν δείγμα μη ισορροπημένης διατροφής από τους ηλικιωμένους δεδομένου ότι τα 5 γεύματα την ημέρα είναι απαραίτητα [68]. Ακόμη, σημειώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (97,1%) καταναλώνει κάθε μέρα (σπιτικό)

μαγειρεμένο φαγητό. Όσον αφορά την ύπαρξη φρούτων και λαχανικών στο τραπέζι, το ποσοστό που αναφέρει ότι καθημερινά βρίσκονται στο τραπέζι είναι μόνο 80,6%, ενώ υπάρχει ένα ποσοστό 2,9% που αναφέρει ότι τα φρούτα και τα λαχανικά βρίσκονται στο τραπέζι του λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα. Στο αγροτικό περιβάλλον το ποσοστό αυτό είναι αρκετά υψηλό 6,1%. Επιπροσθέτως, ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα που αφορούν στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών από τους ηλικιωμένους. Μόνο το 21,4% στο σύνολο καταναλώνει περισσότερες από 5 μερίδες την ημέρα, ενώ είναι ιδιαίτερα σημαντικό το ποσοστό που καταναλώνει τουλάχιστον μία μερίδα την ημέρα 23,3%. Κανένας από τους συμμετέχοντες δεν απάντησε ότι δεν καταναλώνει ούτε μία μερίδα φρούτα και λαχανικά την εβδομάδα. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι οι διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων χρειάζονται βελτίωση. Η συνιστώμενη ημερήσια πρόσληψη φρούτων και λαχανικών στους ηλικιωμένους είναι 5 μερίδες την ημέρα όπου μία μερίδα αντιστοιχεί σε 100 γραμμάρια, 1 μέτριο φρούτο, 100 ml χυμού [68]. Επιπλέον, το 52% του δείγματος αναφέρει πως γνωρίζει πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών πρέπει να καταναλώνει ένας ενήλικας. Από αυτό το ποσοστό οι 28,2% απάντησαν 3 μερίδες την ημέρα, οι 6,8% μία μερίδα την ημέρα, ενώ μόνο το 16,5% γνώριζε ότι οι απαραίτητες μερίδες για έναν ενήλικα είναι 5. Θα ήταν ωφέλιμο για τους ηλικιωμένους να υπάρχει καλύτερη ενημέρωση για την ισορροπημένη διατροφή καθώς επίσης και για τις υγιεινές συνήθειες. Επιπλέον, θα ήταν χρήσιμο να γνωρίζουν τα οφέλη των φρούτων και λαχανικών στην υγεία και να προσπαθήσουν να τα εντάξουν στο καθημερινό τους διαιτολόγιο.

6.3 Προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή

Το MedDietScore αποτελεί ένα εργαλείο που διερευνά την προσκόλληση των ατόμων στη Μεσογειακή διατροφή. Τα ευρήματα αποδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένοι που κατοικούν στο αστικό περιβάλλον έχουν καλύτερη ποιότητα διατροφής και παρουσιάζουν υψηλότερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή. Στο συγκεκριμένο εργαλείο δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων αστικού και αγροτικού περιβάλλοντος. Τα ευρήματα παρουσιάζουν το συνολικό σκορ= 34,26 (6,18). Το επίπεδο αυτό υποδεικνύει μία μέτρια προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, δεδομένου ότι ο χαμηλότερος βαθμός είναι το 0 και ο υψηλότερος το 55. Παρόμοια αποτελέσματα εμφανίζονται και σε άλλες έρευνες για παράδειγμα το συνολικό σκορ ήταν 26/55 στην

ATTICA STUDY των Arvaniti και συν [60]. Σχεδόν παρόμοια είναι τα αποτελέσματα και άλλων ερευνών.

6.4 Κατάσταση της υγείας

Στη συγκεκριμένη ενότητα εξετάζονται τα ευρήματα που αφορούσαν στα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων. Ειδικότερα οι ηλικιωμένοι που κατοικούσαν στο αστικό περιβάλλον αποδεικνύεται από την έρευνα ότι έχουν καλύτερη υγεία με λιγότερα προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, λιγότεροι είναι οι ηλικιωμένοι στο αστικό περιβάλλον που δήλωσαν ότι έχουν αρτηριακή υπέρταση, χοληστερίνη, κλπ. Το ίδιο ισχύει για όλα όσα ρωτήθηκαν δηλαδή γαστρεντερικά προβλήματα, καρδιαγγειακά κλπ εκτός από τις τιμές των τριγλυκεριδίων.

6.5 Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας- General Health Questionnaire

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι της πόλης σε σχέση με την ομάδα της αγροτικής περιοχής έχουν καλύτερη ψυχική υγεία όσον αφορά τους ακόλουθους παράγοντες: τις σωματικές ενοχλήσεις, την ποιότητα του ύπνου, το άγχος, την κοινωνική λειτουργικότητα.

Οι διαφορές που παρουσιάζονται είναι υπέρ των ηλικιωμένων του αστικού περιβάλλοντος χωρίς ωστόσο να είναι σημαντικά στατιστικές. Τα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν με τα ανθρωπομετρικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ατόμων. Η θετική στάση των ηλικιωμένων της πόλης στους παραπάνω παράγοντες και τα λιγότερα προβλήματα υγείας ήταν αναμενόμενα, δεδομένου ότι αθλούνται περισσότερο, έχουν καλύτερο ΔΜΣ, υψηλότερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, καταναλώνουν λιγότερο αλκοόλ. Πολλοί είναι οι λόγοι που εξηγούν αυτές τις συνήθειες των ηλικιωμένων όπως η μόρφωση, αφού η ομάδα της πόλης έχει καλύτερη εκπαίδευση.

6.6 Δείκτες ικανοποίησης από τη ζωή (Life Satisfaction Index)

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι έχουν στην πλειοψηφία θετικά συναισθήματα για τη ζωή. Συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι αυτά τα χρόνια που διανύουν είναι τα καλύτερα λόγω της εμπειρίας που έχουν αποκτήσει, έχουν ενδιαφέροντα πράγματα στη ζωή τους για να ασχοληθούν ιδιαίτερα όταν υπάρχουν εγγόνια και είναι εξίσου ευτυχισμένοι σε αυτή τη περίοδο της ζωής τους. Ωστόσο, δεν κάνουν μακροχρόνια σχέδια. Διαφορές στις

απαντήσεις ανάμεσα στις δύο κατηγορίες υπάρχουν. Οι ηλικιωμένοι στο αγροτικό περιβάλλον έχουν πιο θετικά συναισθήματα για τη ζωή και τις προσδοκίες τους για το μέλλον. Χαρακτηριστικά αναφέρουν ότι το ποσοστό που δήλωσε ότι είναι το ίδιο ευτυχισμένοι όσο και νεώτεροι είναι 59,2%, ενώ στο αστικό περιβάλλον μόλις 25,9%. Αξίζει να αναφερθεί ότι στο αγροτικό περιβάλλον είναι μεγαλύτερο το ποσοστό που μένει με τα παιδιά και τα εγγόνια, περισσότερες ώρες ενασχόλησης με τη φύση, κλπ. Θα ήταν ωφέλιμο να διερευνηθούν οι παράγοντες που διαμορφώνουν αυτές τις διαφορές.

6.7 Περιορισμοί και συστάσεις για μελλοντική έρευνα

Ο αριθμός των ατόμων που συμμετείχαν τελικά στην έρευνα ήταν μικρότερος από εκείνον που αναμενόταν. Συνολικά συμμετείχαν 103 άτομα από τα οποία 54 ήταν ηλικιωμένοι που κατοικούσαν στο αστικό περιβάλλον και 49 ηλικιωμένοι στο αγροτικό περιβάλλον. Το δείγμα θα ήταν καλύτερα εάν ήταν μεγαλύτερο σε αριθμό, ωστόσο διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιωμένων της αστικής περιοχής και της αγροτικής περιοχής σε σχέση με το δείκτη μάζας σώματος και την προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή. Επιπλέον, στους συμμετέχοντες διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στα προβλήματα υγείας τους και την ποιότητα ζωής τους.

Θα ήταν ωφέλιμο να πραγματοποιηθούν περαιτέρω μελέτες σε μεγαλύτερο αριθμό ατόμων ώστε να επιβεβαιωθούν και να διερευνηθούν διεξοδικά οι παράγοντες που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η μελέτη και η παρέμβαση σε άτομα αυτής της ηλικίας για την αύξηση στην προσκόλληση στην Μεσογειακή διατροφή και την ενεργοποίηση σε διάφορες δραστηριότητες με στόχο τη μυική ενδυνάμωση και την πρόληψη της σαρκοπενίας.

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων θα μπορούσε να μελετηθεί σε συνδυασμό με την κινητοποίηση των ατόμων. Επιπλέον, θα μπορούσαν να εφαρμοστούν μέθοδοι βελτίωσης της μυικής δύναμης και αντοχής. Ακόμη, είναι απαραίτητα να διερευνηθούν οι διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων σε σύνδεση με τη σαρκοπενία και τη σύσταση σώματος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παρούσα μελέτη προκύπτουν σημαντικά ευρήματα όσον αφορά τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων, την κατάσταση της υγείας και την ποιότητα ζωής ανάμεσα στις ομάδες των συμμετεχόντων αλλά και στο σύνολο.

Οι ηλικιωμένοι της αστικής περιοχής διαπιστώνεται ότι έχουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους αγροτικών περιοχών. Επιπροσθέτως, παρουσιάζουν μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή που είναι αποτέλεσμα του ερωτηματολογίου MedDietScore. Ακόμη, φαίνεται ότι έχουν καλύτερη υγεία και ποιότητα ζωής.

Σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς της ψυχική υγεία των ηλικιωμένων παρατηρούνται μεταξύ των ατόμων που κατοικούν στο αστικό περιβάλλον και στο αγροτικό περιβάλλον. Οι ηλικιωμένοι που κατοικούν στην πόλη εμφανίζουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες και λιγότερα προβλήματα υγείας. Επομένως, συμπεραίνεται ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι καλύτερη και εξαρτάται από τις διατροφικές τους συνήθειες και από το περιβάλλον στο οποίο ζουν. Εξετάζοντας το δείγμα ως ενιαίο σύνολο διαπιστώνεται ότι ηλικιωμένοι που εμφανίζουν καλύτερες διατροφικές συνήθειες παρουσιάζουν και καλύτερη ψυχική υγεία (σκοράρουν χαμηλότερα στο GHQ). Τέλος, όσον αφορά τη κλίμακα ικανοποίησης ζωής δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων σύγκρισης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. WHO, "10 Facts on ageing and health", May; 2017
2. Buckley B. M, "Healthy ageing: ageing safely", *European Heart Journal Supplements*. 2001; 3: N6-N10
3. WHO, "Ageing and Health", fact sheets No 404, 2015; 9
4. Butler R and Larkin M, "Championing a healthy view of Ageing", *Lancet*. 2001; 357: 48-9
5. Holmes S., "What do we know about...Nutrition and older People", *J Fam Health Care*. 2004; 14 (6): 153-5
6. Efklides A, Kalaitzidou M, Chankin G, "Subjective Quality of Life in Old Age in Greece: The Effect of Demographic Factors, Emotional State and Adaption to aging", *European Psychologist*. 2003; 8 (3): 178-191
7. Sahyoun N. R., Lin C. L, Krall E, "Nutritional Status of the Older Adult is Associated with Dentition Status", *J Am Diet Assoc*. 2003; 103 (1): 61-6
8. Drewnowski A, Shultz J. M, "Impact of Aging on Eating Behaviors, Food Choices, Nutrition and Health Status", *J Nutr Health Aging*. 2001; 5(2): 75-9
9. Walls A. W, Steele J. G, "The Relationship between Oral Health and Nutrition in older People", *Mech Ageing Dev*. 2004; 125 (12): 853-7
10. Carmel R, "Anemia and Aging: an Overview of Clinical, Diagnostic and Biological Issues", *Blood Rev*. 2001; 15 (1): 9-18
11. Bian AL, Hu HY, et al., "A study on relationship between elderly sarcopenia and inflammatory factors IL-6 and TNF-a", *Eur J Med Res*. 2017; 22 (1): 25
12. American Dietetic Association, "Position of the American Dietetic Association: nutrition, aging and the continuum of care", *J Am Diet Assoc*. 2000; 100(5): 580-95
13. Laviano A, Gori C, Rianda S, "Sarcopenia and nutrition", *Adv Food Nutr Res*, 2014; 71: 101-36
14. Evans W. J, Campbell W. W, "Sarcopenia and age-related changes in body composition and functional capacity", *Journal of Nutrition*, 1993; 123, pp: 465–468
15. Evans W. J, "What is sarkopenia?", *Journal of Gerontology*, 50 A (special issue), 1995, pp: 5-8
16. International Working Group on Sarcopenia, "Sarcopenia: An undiagnosed condition in older adults. Current consensus definition: Prevalence, etiology and consequences", *Journal*

of the American Medical Directors Association, 2011; 12, pp: 249-256

17. Buford T W, Anton S D, Judge A R. Et al, “Models of accelerated sarcopenia: critical pieces for solving the puzzle of age-related muscle atrophy”. *Ageing Res Rev*, 2010; 9:369–383
18. Cruz-Jentoft A J, Baeyens J P, Bauer J M et al, “Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People”. *Age Ageing* 2010; 39:412–423
19. Lima R M, Bezerra L M, Rabelo et al, “Fat-free mass, strength, and sarcopenia are related to bone mineral density in older women”, *J Clin Densitom*, 2009; 12:35–41
20. Bijlsma A Y, Meskers M C. et al, “Diagnostic measures for sarcopenia and bone mineral density”, *Osteoporos Int*, 2013 Oct;24(10):2681-91
21. Bijlsma A Y, Meskers C G. et al, Diagnostic criteria for sarcopenia and physical performance, *Age (Dordr)*, 2014 Feb; 36 (1): 275-85
22. Guglielmi G, Ponti F. et al, “The role of DXA in sarcopenia”, *Aging Clin Exp Res*, 2016 Dec; 28(6): 1047-1060
23. McPhee J S, French D P. et al, “Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty”, *Biogerontology*, 2016 Jun; 17 (3): 567-80
24. Schwingshackl L, Hoffmann G, “Mediterranean Dietary Pattern, Inflammation and Endothelial Function: a Systematic Review and Meta-analysis of Intervention Trials”, *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2014; 24 (9): 929-39
25. Parpa E, Tsilika E, Gennimata V, Mystakidou K, “Elderly Cancer Patients' Psychopathology: a systematic review: Aging and Mental Health”, *Arch Gerontol Geriatr*. 2015; 60 (1): 9-15
26. Mele B, Holroyd- Leduc J et al, “Detecting anxiety in Individuals with Parkinson disease: A systematic review”, *Neurology*. 2017; 6
27. Mc Garvey C, Coughlan T, O'Neil D, “Ageism in Studies on the Management of Osteoporosis”, *J Am Geriatr Soc*. 2017; 65 (7): 1566-1568
28. Ulley J, Abdelhafiz A.H, “Frailty Predicts Adverse Outcomes in Older People with Diabetes”, *Practitioner*. 2017; 261 (1): 17-20
29. Anderson C. A, Nguyen H. A, Rifkin D. E, “Nutrition Interventions in Chronic Kidney Disease”, *Med Clin North Am*. 2016; 100 (6): 1265- 1283

30. Ventegodt S, Andersen N. J, Merrick J, “Quality of Life Philosophy I. Quality of Life, Happiness and Meaning in Life”, *Scientific World Journal*. 2003; 1 (3): 1164-74
31. Felce D, Perry J, “Quality of life: its Definition and Measurement”, *Res Dev Disabil*. 1995; 16 (1): 51-74
32. Cummins A. R, “The Domains of Life Satisfaction: An Attempt to Order Chaos”, *Social Indicators Research*. 1996; 38 (3): 303-328
33. Veenhoven R., “Is Happiness a Trait?: Tests of the Theory that a Better Society does not make People any Happier”, *Social Indicators Research*. 1994; 32 (2): 101-160
34. Veenhoven R., “Is Happiness Relative?”, *Social Indicators Research*. 1991; 24 (1): 1-34
35. Veenhoven R., “The utility of Happiness”, *Social Indicators Research*. 1988; 20 (4): 333-354
36. Rojas M, “The complexity of well- being: A life Satisfaction Conception and a Domains of Life Approach”, Conference Paper. 2004
37. Veenhoven R, “The Four Qualities of Life: Ordering Concepts and Measures of the Good Life”, *Journal of Happiness Studies*. 2000; 1 (1): 1-39
38. Veenhoven R, “Arts of Living”, *Journal of Happiness Studies*, 2003; 4 (4): 373-384
39. Οικονόμου Μ, Κοκκώση Ε, Τριανταφύλλου Ε, Χριστοδούλου Γ, “Ποιότητα Ζωής και Ψυχική Υγεία: Εννοιολογικές Προσεγγίσεις, Κλινικές Εφαρμογές και Αξιολόγηση”, *Αρχ Ελλ Ιατρ*. 2001; 18 (3): 239-253
40. The World Health Organization Definition of Health has been used, unchanged, since 1948: Definition of Health, www.who.int/suggestions/faq/en
41. Taillefer M. C, Dupuis G, Roberge M.A, LeMay S, “Health- Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature”, *Social Indicators Research*. 2003; 64 (2): 293-323
42. Drewnowski A, Evans W.J, “Nutrition, Physical Activity and Quality of Life in Older Adults: Summary”, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2001; 56 (2): 89-94
43. Vanleerberghe P, De Witte N, et al, “The Quality of Life of Older People Aging in Place: a Literature Review”, *Qual Life Res*. 2017; 26 (11): 2899-2907
44. Hall S, Opio D, et al, “assessing Quality of Life in Older People in Care Homes”, *Age Ageing*. 2011; 40 (4): 507-12
45. Gonzales- Salvador T., Lyketsos C. G, et al, “Quality of Life in Dementia Patients in long-

term Care', *Int J Geriatr Psychiatry*. 2000; 15 (2): 181-9

46. Srapiyan Z, Armenian H. K, Petrosyan V, "Health- Related Quality of Life and Depression among Older People in Yerevan, Armenia: a Comparative Survey of Retirement Home and Household Residents Aged 65 Years Old and Over", *Age Ageing*. 2006; 35 (2): 190-3

47. Ferrans C. E, "Quality of Life: Conceptual Issues", *Semin Oncol Nurs*. 1990; 6 (4): 248-54

48. Bowling A, Seetai S, Morris R, Ebrahim S, "Quality of Life among Older People with Poor Functioning. The Influence of Perceived Control Over life", *Age Ageing*. 2007; 36 (3): 310-5

49. Efklides A, Kalaitzidou M, Chankin G, "Subject Quality of Life in Old Age in Greece: The Effect of Demographic Factors, Emotional State and Adaption to Ageing", *European Psychologist*. 2003; 8: 178-191

50. Gabriel Z, Bowling A, "Quality of Life From the Perspectives of Older People", *Ageing and Society*. 2004; 24: 675-691

51. Keys A, "Seven Countries: A multivariate Analysis of Death and Coronary Heart Disease", *Harvard University press*, Cambridge, MA, 1980

52. Tuttolomondo A, Casuccio A, et al, "Mediterranean Diet in Patients with Acute Ischemic Stroke: Relationships between Mediterranean Diet Score, Diagnostic Subtype and Stroke Severity Index", *Atherosclerosis*. 2015; 243 (1): 260-7

53. Martinez- Gonzalez M. A, Salas- Salvado J, et al, "Benefits of the Mediterranean Diet: Insights from the PREDIMED Study", *Prog Cardiovasc Dis*. 2015; 58 (1): 50-60

54. Etherton P. K, Eckel H. R, et al, "Benefits of a Mediterranean-Style, National Cholesterol Education Program/ American Heart Association Step I Dietary Pattern on Cardiovascular Disease", *Lyon Heart Study*. 2001; 3

55. Panagiotakos D. B, Pitsavos C, et al, "Impact of Lifestyle Habits on the Prevalence of the Metabolic Syndrome among Greek Adults from the ATTICA study", *Am Heart J*. 2004; 147 (1): 106-12

56. Lasheras C, Fernandez S, Patterson A, "Mediterranean Diet and Age with Respect to Overall Survival in Institutionalized, Nonsmoking Elderly People", *Am J Clin Nutr*. 2000; 71 (4): 987-992

57. Nissensohn M, Roman-Vinas B, et al, "The Effect of the Mediterranean Diet on

- Hypertension: A Systematic Review and Meta- Analysis”, *J Nutr Educ Behav*. 2016; 48 (1): 42-53
58. Widmer R. J, Flammer A. J, Lerman L. O, Lerman A, “The Mediterranean Diet, its Componets and Cardiovascular Disease”, *Am J Med*. 2015; 128 (3): 229-38
59. Trichopoulou A., Kouris- Blazos A, et al, “Diet and Overall Survival in Elderly People”, *BMJ*. 1995; 311 (7018): 1457-60
60. Arvaniti F, Panagiotakos D. B, et al, “Dietary Habits in a Greek Sample of Men and Women: the ATTICA Study”, *Cent Eur J Public Health*. 2006; 14(2): 74-7
61. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D, “Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population”, *N Engl J Med*. 2003; 348(26): 2599-608
62. Panagiotakos D. B, Pitsavos C, Stefanadis C, “Dietary Patterns: a Mediterranean Diet Score and its Relation to Clinical and Bioogical Markers of Cardiovascular Disease Risk”, *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2006; 16 (8): 559-68
63. Panagiotakos D. B, Pitsavos C, Arvaniti F, Stefanadis C, “Adherence to the Mediterranean Food Pattern Predicts the Prevalence of Hypertansion, Hypercholesterolemia, Diabetes and Obesity, among Heathy Adults; the Accutacy of the MedDietScore”, *Prev Med*. 2007; 44(4): 335-40
64. Goldberg D, “Use of the General Health Questionnaire in clinical work”, *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986; 293 (6556): 1188- 1189
65. Golberg D and Hillier V. F, “A scaled version of the General Health Questionnaire”, *Psychological Medicine*. 1979; 9 (1): 139-145
66. Neugarten B. L, Havinhurst R. J, Tobin S. S, “The Measurement of Life Satisfaction”, *J Gerontol*. 1961; 16: 134-143
67. Malikiosi- Loizos M, Aderson L, “Reliability of a Greek Translation of the Life Satisfaction Index”, *Psychol Rep*. 1994; 74: 1319-1322
68. Position of the American Dietetic Association, “Total Diet Approach to Communicating Food and Nutrition Information”, *Journal of the American Dietetic Associattion*, 2002. 102 (1): 100-8

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ- Ερωτηματολόγιο
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών
“Διατροφή στην υγεία και τη νόσο”

ΤΙΤΛΟΣ: Η επίδραση των διατροφικών συνηθειών στην κατάσταση της υγείας
και στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στην Ελλάδα

ΕΡΕΥΝΗΤΡΙΑ: Φιλίππου Στυλιανή
ΕΠΙΒΛΕΠΟΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Σγάντζος Μάρκος



Όπως αναφέρει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, στη σημερινή εποχή οι περισσότεροι άνθρωποι περιμένουν να ζήσουν πάνω από τα 60 έτη. Η μεγάλη διάρκεια ζωής αποτελεί σημαντική ευκαιρία για την κοινωνία, αφού τα επιπλέον έτη δίνουν την ευκαιρία στους ανθρώπους να συνεχίσουν νέες δραστηριότητες, περαιτέρω εκπαίδευση, περισσότερες εμπειρίες συνεχίζοντας παράλληλα να συμβάλλουν πολύτιμα στην οικογένεια και την κοινότητα. Ωστόσο, αυτές οι ευκαιρίες εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την υγεία.

Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι η γήρανση συνδέεται με μεγάλες αλλαγές στη διατροφική κατάσταση, το σώμα και την υγεία. Στην τρίτη ηλικία υπάρχει μία προοδευτική και γενικευμένη απώλεια μυϊκής μάζας και μυϊκής δύναμης με κίνδυνο δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία όπως η αναπηρία, η κακή ποιότητα ζωής και ο θάνατος. Δεδομένου ότι έρευνες που να μελετούν την επίδραση των διατροφικών συνηθειών και της κατάστασης της υγείας στην ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους είναι λίγες, γεννήθηκε η ιδέα της παρούσας εργασίας. Σκοπός της μελέτης είναι να ερευνηθούν οι τυχόν διαφοροποιήσεις που υπάρχουν σχετικά με την ποιότητα ζωής μίας ομάδας ηλικιωμένων που κατοικούν σε αστικό περιβάλλον και μίας ομάδας ελέγχου (ηλικιωμένοι που κατοικούν σε αγροτικό περιβάλλον). Η παρούσα μελέτη αποβλέπει με τη συμπλήρωση των κατάλληλων εργαλείων να μελετήσει τις διαφορές σε αυτές τις πληθυσμιακές ομάδες σε σχέση με:

5. Τις στάσεις των ηλικιωμένων ως προς την υγεία και τις διατροφικές τους συνήθειες
6. Τις διατροφικές συνήθειες και την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων
7. Τη σχέση που έχει η προσκόλληση τους στη Μεσογειακή διατροφή με την κατάσταση της υγείας τους
8. Την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Σας παρακαλώ αφιερώστε λίγο από το χρόνο σας για να διαβάσετε τα όσα ακολουθούν ώστε να κατανοήσετε το σκοπό για τον οποίο πραγματοποιείται αυτήν η εργασία και τι ακριβώς πραγματεύεται.

Το παρακάτω ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε συμμετέχοντες άνω των 65 ετών. Θα θέλαμε να συμπληρωθεί κατόπιν προσωπικής συνέντευξης με την ερευνήτρια. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία.

Η έρευνα θα περιλαμβάνει τα παρακάτω ερωτηματολόγια

1. Γενικό ερωτηματολόγιο καταλληλότητας
2. Ερωτηματολόγιο εκτίμησης των διατροφικών συνηθειών
3. Ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score (Panagiotakos, 2006)
4. Κατάσταση της υγείας και φαρμακευτική αγωγή
5. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire)
6. Κλίμακα Ικανοποίησης Ζωής (Life Satisfaction Inventory)

Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις αρκεί να είστε απολύτως ειλικρινής. Ο χρόνος που απαιτείται για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι περίπου 20 λεπτά.

Οι πληροφορίες που θα μας δώσετε στο σύνολό τους είναι απολύτως εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν ανώνυμα και μόνο για τα πλαίσια της παρούσας έρευνας και μελέτης. Για οποιεσδήποτε περαιτέρω πληροφορίες μη διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ: Πανεπιστημίου 3, Βιόπολις, 41500 Λάρισα

Φιλίππου Στέλλα: sfilippoy@gmail.com

Επιβλέπον καθηγητής: Δρ. Σγάντζος Μάρκος

ΦΟΡΜΑ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Συμφωνώ να συμμετάσχω εθελοντικά στην έρευνα

- Είμαι άνω των 65 ετών
- Έχω διαβάσει όλες τις οδηγίες και πληροφορίες που μου δόθηκαν και έχουν αποσαφηνιστεί ενδεχόμενες απορίες μου
- Έχω ενημερωθεί για τον τρόπο που θα διεξαχθεί η έρευνα
- Γνωρίζω ότι η προσωπική μου ανάμειξη και οι πληροφορίες που θα καταθέσω για τον σκοπό της έρευνας θα είναι απολύτως εμπιστευτικές

Συμφωνώ με τα παραπάνω

☐

Διαφωνώ με τα παραπάνω

☐

Ημερομηνία

Ως ερευνήτρια δηλώνω υπεύθυνα ότι έχω δώσει τις απαραίτητες εξηγήσεις και διευκρινήσεις στον εθελοντή που αναγράφεται παραπάνω, ειδικότερα για τη φύση και το σκοπό που γίνεται η έρευνα.

Όνομα ερευνητή

Υπογραφή

Ημερομηνία

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων!

Εάν επιθυμείτε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τη σωστή διατροφή και ενημέρωση για τις διατροφικές συστάσεις, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την ερευνήτρια στο e-mail: sfilippoy@gmail.com

Ερωτηματολόγιο 1

Γενικά χαρακτηριστικά ερωτώμενων

1. Φύλο ερωτώμενου

Γυναίκα

☐

Άντρας

☐

2. Ηλικία (έτη)

3. Βάρος (kg).....

4. Ύψος (cm).....

5. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

Καμία βαθμίδα εκπαίδευσης	
Δημοτικό	
Γυμνάσιο	
Γενικό Λύκειο/ Επαγγελματικό Λύκειο	
ΑΕΙ/ ΤΕΙ	
Μεταπτυχιακό/ Διαδακτορικό	

6. Ποια ήταν η κύρια απασχόληση σας πριν τη συνταξιοδότηση;

Ανώτερα διοικητικά στελέχη (δημοσίου και ιδιωτικού)	
Δημόσιοι- Ιδιωτικοί υπάλληλοι (επιστήμονες)	
Δημόσιοι- Ιδιωτικοί υπάλληλοι (υπάλληλοι γραφείου/ μη επιστήμονες)	
Έμποροι	
Ελεύθεροι επαγγελματίες	
Εξειδικευμένοι τεχνίτες	
Ανειδίκευτοι εργάτες	
Οικιακή παραγωγή (οικιακά)	
Αγρότες	
Άλλο	

7. α) Καπνίζετε; Ναι ☐ Όχι ☐

β) Εάν ναι πόσα τσιγάρα καπνίζετε;

α) Λιγότερο από δέκα τσιγάρα την ημέρα ☐

β) Μισό πακέτο την ημέρα ☐

γ) Έως ένα πακέτο την ημέρα ☐

δ) Πάνω από ένα πακέτο την ημέρα ☐

γ) Ήσασταν καπνιστής στο παρελθόν; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

δ) Εάν ναι για πόσα χρόνια;

α) Λιγότερο από 5 χρόνια ☐

β) Περισσότερο από 5 χρόνια ☐

γ) Περισσότερο από 10 χρόνια ☐

δ) Περισσότερο από 20 χρόνια ☐

8. α) Καταναλώνετε αλκοολούχα ποτά; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

β) Εάν ναι πόσα πίνετε την εβδομάδα;

α) 1 ποτό την εβδομάδα ☐

β) 2 ποτά την εβδομάδα ☐

γ) Πάνω από 2 ποτά την εβδομάδα ☐

δ) Κάθε μέρα 1 ποτό ☐

9. α) Αθλείστε; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

β) Εάν ναι πόσο συχνά ;

α) 1 φορά την εβδομάδα ☐

β) 2 φορές την εβδομάδα ☐

γ) Πάνω από 2 φορές την εβδομάδα ☐

δ) Κάθε μέρα ☐

10. Ποιες από τις παρακάτω κατηγορίες περιγράφουν την οικογένεια σας

α) Παντρεμένος/ η ☐

β) Χήρος/ α ☐

γ) Διαζευγμένος/ η ☐

δ) Ανύπαντρος/ η ☐

11. Με ποιόν άλλο μένετε στο σπίτι

Παιδιά ☐

Εγγόνια ☐

Παιδιά και εγγόνια ☐

12. Σε ποια από τις παρακάτω κατηγορίες ανήκει το καθαρό μηνιαίο οικογενειακό σας εισόδημα;

α) 1-500 ευρώ ☐

β) 501-1000 ευρώ ☐

γ) 1001-2000 ευρώ ☐

δ) 2001 ευρώ και πάνω ☐

13. Ποια από τις παρακάτω κατηγορίες περιγράφει την κατοικία σας

α) είναι ιδιόκτητο ☐

β) το νοικιάζετε ☐

γ) πληρώνετε δάνειο για να το εξοφλήσετε ☐

14. α) Βοηθάτε οικονομικά άλλα μέλη της οικογένειας; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

β) Αν ναι ποιόν

α) Παιδιά ☐

β) Εγγόνια ☐

γ) Αδέρφια ☐

δ) Άλλο ☐

15. α) Πόσα χρήματα ξοδεύετε για τρόφιμα την εβδομάδα περίπου

α) 20-30 ευρώ ☐

β) Λιγότερο από 50 ευρώ ☐

γ) 50- 80 ευρώ ☐

δ) 100 ευρώ και πάνω ☐

16. Μαγειρεύετε κάθε μέρα; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

17. α) Μαγειρεύετε για άλλα μέλη της οικογένειας; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

β) Αν ναι ποια ;

α) Παιδιά ☐

β) Εγγόνια ☐

γ) Αδέρφια ☐

δ) Άλλο ☐

18. Η περιοχή που μένετε είναι; Αστική ☐ Αγροτική ☐

19. Συγκεκριμένα κατοικείτε

Στο κέντρο της Λάρισας ☐

Στη πόλη της Λάρισας αλλά όχι στο κέντρο ☐

Σε αγροτική περιοχή κοντά στη πόλη της Λάρισα ☐

20. Η κατοικία σας είναι;

α) Μονοκατοικία ☐

β) Διαμέρισμα σε 2όροφη/ 3όροφη οικοδομή ☐

γ) Διαμέρισμα σε πολυκατοικία ☐

21. α) Έχετε αυλή/ κήπο; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

β) Αν ναι, είναι

α) Μεγάλη αυλή με λουλούδια και δέντρα που χρειάζονται πολλή φροντίδα ☐

β) Μικρή αυλή με λίγα λουλούδια που χρειάζονται λίγη περιποίηση ☐

γ) Μικρός κήπος με φυτά που δεν χρειάζονται περιποίηση ☐

δ) Πιλοτή χωρίς φυτά και δέντρα ☐

22. Πόσες ώρες αφιερώνετε στη φροντίδα της αυλής ή του μπαλκονιού

- α) Λιγότερο από 3 ώρες την εβδομάδα ☐
- β) Περίπου 1 ώρα την ημέρα ☐
- γ) 2 ώρες την ημέρα ☐
- δ) Πάνω από 3 ώρες την ημέρα ☐

23. Ποιος ασχολείται με τις δουλειές του σπιτιού;

- α) Ο ίδιος / α ☐
- β) Ο/ η σύντροφος ☐
- γ) Τα παιδιά ή άλλα μέλη της οικογένειας ☐
- δ) Οικιακή βοηθός ☐

24. Πόσες ώρες την ημέρα αφιερώνεται στις δουλειές του σπιτιού (μαγείρεμα, καθάρισμα, σκούπισμα κλπ)

- α) Λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα ☐
- β) Περίπου 2 ώρες την ημέρα ☐
- γ) Περίπου 3 ώρες την ημέρα ☐
- δ) Πάνω από 4 ώρες την ημέρα ☐

25. Ποιος μαγειρεύει στο σπίτι;

- α) Ο ίδιος/ α ☐
- β) Ο/ η σύντροφος ☐
- γ) Τα παιδιά/ άλλα μέλη της οικογένειας ☐
- δ) Οικιακή βοηθός ☐

26. Πόσες φορές την εβδομάδα μαγειρεύετε;

- α) Κάθε μέρα ☐
- β) Πάνω από 5 φορές την εβδομάδα ☐
- γ) 2-3 φορές την εβδομάδα ☐
- δ) Δεν μαγειρεύω ☐

27. Πόσες φορές την εβδομάδα τρώτε εκτός σπιτιού (πρόχειρο φαγητό, εστιατόριο, έτοιμο φαγητό)

- α) Λιγότερο από 1 φορά την εβδομάδα ☐
- β) 1-2 φορές την εβδομάδα ☐
- γ) 4 φορές την εβδομάδα ☐
- δ) Πάνω από 5 φορές την εβδομάδα ☐

28. Ποιος έχει αναλάβει τα ψώνια του σούπερ μάρκετ

- α) Ο ίδιος/ α ☐
- β) Ο/ η σύντροφος ☐
- γ) Ο ίδιος/ α μαζί με το/ τη σύντροφο ☐
- δ) Τα παιδιά ☐

Άλλο.....

29. Πόσα χρήματα ξοδεύετε περίπου το μήνα για τα τρόφιμα;

- α) Λιγότερο από 200 ευρώ ☐
- β) 200-300 ευρώ ☐
- γ) 300-400 ευρώ ☐
- δ) Πάνω από 400 ευρώ ☐

Ερωτηματολόγιο 2

Διατροφικές συνήθειες ερωτώμενων

Στις παρακάτω ερωτήσεις παρακαλώ συμπληρώστε με ✓ σε μία από τις επιλογές που σας αντιπροσωπεύει. Είναι ερωτήσεις κλειστού τύπου και αφορούν τις διατροφικές σας συνήθειες

1. Γνωρίζετε τις αρχές της Μεσογειακής διατροφής;

α) Ναι ☐ β) Όχι ☐ γ) Δεν είμαι σίγουρος/ η ☐

2. Πόσο αφοσιωμένοι πιστεύετε ότι είστε στο πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής;

α) Καθόλου ☐

β) Λίγο ☐

γ) Αρκετά ☐

δ) Πολύ ☐

ε) Πάρα πολύ ☐

3. Πόσο συχνά καταναλώνετε πρωινό;

α) Καθόλου ☐

β) Τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα ☐

γ) 3-5 φορές την εβδομάδα ☐

δ) Κάθε μέρα ☐

4. Ποια από τα παρακάτω γεύματα καταναλώνετε ημερησίως (περισσότερες από μία απαντήσεις);

α) Πρωινό ☐

β) Δεκατιανό ☐

γ) Μεσημεριανό ☐

δ) Απογευματινό ☐

ε) Βραδινό ☐

5. Πόσο συχνά καταναλώνετε μαγειρεμένο, σπιτικό φαγητό;

- α) Καθόλου ☐
β) 1-2 φορές την εβδομάδα ☐
γ) 3-5 φορές την εβδομάδα ☐
δ) Κάθε μέρα ☐

6. Πόσο συχνά υπάρχουν φρούτα και λαχανικά στο τραπέζι;

- α) Λιγότερο από μία φορά την εβδομάδα ☐
β) Τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα ☐
γ) 3-5 φορές την εβδομάδα ☐
δ) Κάθε μέρα ☐

7. Πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών καταναλώνετε την ημέρα (μερίδα 100 γρ/ 1 μέτριο φρούτο/ 1/2 ποτήρι χυμό);

- α) Καθόλου ☐
β) Τουλάχιστον 1 μερίδα την ημέρα ☐
γ) 3-5 μερίδες την ημέρα ☐
δ) πάνω από 5 μερίδες την ημέρα ☐

8. α) Γνωρίζετε πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών πρέπει να καταναλώνει ένας ενήλικας ημερησίως;

- α) Ναι ☐ β) Όχι ☐

β) Αν ναι πόσες;

- α) 1 μερίδα την εβδομάδα ☐
β) 1 μερίδα την ημέρα ☐
γ) 3 μερίδες την ημέρα ☐
δ) 5 μερίδες την ημέρα ☐



Ερωτηματολόγιο 3

Εκτίμηση διατροφικών συνηθειών, Mediterranean diet score

Παρακαλώ κυκλώστε την απάντηση που αντιπροσωπεύει την καθημερινή κατανάλωση των παρακάτω τροφίμων

Πόσο συχνά καταναλώνετε τα παρακάτω τρόφιμα;	Συχνότητα κατανάλωσης (μερίδες εστιατορίου/ εβδομάδα)					
Μη επεξεργασμένα δημητριακά, προϊόντα ολικής άλεσης (ψωμί, μακαρόνια, ρύζι κλπ)	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
Πατάτες	Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
Φρούτα	Ποτέ	1-4	5-8	9-15	16-21	>22
Λαχανικά	Ποτέ	1-6	7-12	13-20	21-32	>33
Όσπρια	Ποτέ	< 1	1-2	3-4	5-6	>6
Ψάρι	Ποτέ	< 1	1-2	3-4	5-6	>6
Κόκκινο κρέας και τα προϊόντα του	≤ 1	2-3	4-5	6-7	8-10	>10
Πουλερικά	≤ 3	4-5	5-6	7-8	9-10	>10
Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά (τυρί, γιαούρτι και γάλα)	≤ 10	11-15	16-20	21-28	29-30	>30
Χρήση ελαιολάδου στο μαγείρεμα (φορές/ εβδομάδα)	Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	Κάθε μέρα
Αλκοολούχα ποτά (ml/ ημέρα, 100ml= 12g αιθανόλη, 100ml= 1 ποτήρι 12% την ημέρα)	< 300	300	400	500	600	>700 ή 0

Ερωτηματολόγιο 4

Κατάσταση της υγείας και φαρμακευτική αγωγή

Στην παρακάτω σελίδα παρακαλείστε να σημειώσετε με √ τα θέματα υγείας που υπάρχουν και να γράψετε αναλυτικά τη φαρμακευτική σας αγωγή

Κατάσταση της υγείας

Πεπτικό ☐

Γαστρίτιδα ☐

Οισοφαγίτιδα ☐

Έλκος ΓΕΣ ☐

Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου ☐

Λειτουργία Εντέρου Δυσκοιλιότητα ☐ Διάρροιες ☐

Καρδιαγγειακά ☐

Ήπαρ ☐

Νεφροί ☐

Υποθυρεοειδισμός ☐ Υπερθυρεοειδισμός ☐

Διαβήτης 1 ☐

Διαβήτης 2 ☐

Υπέρταση ☐ Πόσο είναι η πίεση σας;.....

Αιματοκρίτης χαμηλός ☐ υψηλός ☐

Αναιμία ☐

Αυξημένη χοληστερίνη ☐

Αυξημένα τριγλυκερίδια ☐

Φαρμακευτική αγωγή

.....

.....

.....

.....

Ερωτηματολόγιο 5

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την κατάσταση της υγείας σας τις τελευταίες εβδομάδες. Θα θέλαμε να απαντήσετε για την υγεία και τα ενοχλήματα σας τώρα και όχι εκείνα που είχατε στο παρελθόν. Παρακαλούμε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις κυκλώνοντας την απάντηση που σας εκφράζει.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

A1. Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα από ότι συνήθως
A2. Νιώθετε ανάγκη για κάτι τονωτικό;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A3. Νιώθετε εξαντλημένος/η ή και κακοδιάθετος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A4. Έχετε αισθανθεί ότι είσαστε άρρωστος;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A5. Έχετε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A6. Νιώθετε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A7. Έχετε περιόδους που να αισθάνεστε κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B1. Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχος/η;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B2. Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B3. Έχετε αισθανθεί να	Καθόλου	Όχι περισσότερο	Μάλλον	Πολύ

βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;		από ότι συνήθως	περισσότερο απ' ότι συνήθως	περισσότερο απ' ότι συνήθως
B4. Είσαστε οξύθυμος και αρπάζετε εύκολα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B5. Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B6. Αισθάνεστε πως δεν αντέχετε άλλο;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B7. Αισθάνεστε συνεχώς νευρικός/η ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο από ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Γ1. Έχετε καταφέρει να είσατε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από συνήθως	Πολύ περισσότερο από συνήθως
Γ2. Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	Γρηγορότερα από συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από συνήθως	Πολύ λιγότερο από συνήθως
Γ3. Έχετε αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρντε καλά;	Καλύτερα από συνήθως	Περίπου το ίδιο	Λιγότερο ικανοποιημένος	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος
Γ4. Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείτε τις δουλειές σας;	Περισσότερο ικανοποιημένος/η	Περίπου τα ίδια όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος
Γ5. Έχετε αισθανθεί πως παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σας;	Περισσότερο από συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από συνήθως	Πολύ λιγότερο από συνήθως
Γ6. Έχετε αισθανθεί ικανός/η να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο από συνήθως	Πολύ λιγότερο από συνήθως
Γ7. Μπορείτε να	Περισσότερο από	Το ίδιο όπως	Λιγότερο από	Πολύ λιγότερο

χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες;	συνήθως	συνήθως	συνήθως	από συνήθως
Δ1. Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Δ2. Έχετε αισθανθεί πως η ζωή σας είναι χωρίς καμία ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Δ3. Έχετε αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Δ4. Σας έχει περάσει από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Μάλλον ναι	Έχει περάσει
Δ5. Βρήκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Δ6. Έχετε πιάσει τον εαυτό σας να εύχεστε να είχατε πεθάνει και να είχατε ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
Δ7. Έχετε πιάσει τον εαυτό σας να σκέφτεται συνεχώς την πιθανότητα να δώσετε τέλος στην ζωή σας;	Απολύτως όχι	Δεν νομίζω	Μάλλον έχει περάσει από το μυαλό μου	Έχει περάσει

Ερωτηματολόγιο 6

Δείκτης Ικανοποίηση από τη Ζωή

Παρακαλούμε να βαθμολογήσετε κάθε μια από τις ακόλουθες φράσεις, ανάλογα με το κατά πόσο σας εκπροσωπεί, χρησιμοποιώντας την κλίμακα των 7 διαβαθμίσεων που σας δίνεται παρακάτω. Γράψτε τον αριθμό που αρμόζει στη γραμμή δίπλα σε κάθε φράση, με βάση την ακόλουθη κλίμακα.

1	= πολύ ανακριβές, πολύ λάθος
2	= αρκετά ανακριβές, αρκετά λάθος
3	= λίγο ανακριβές, λίγο λάθος
4	= αβέβαιος/ η
5	= λίγο ακριβές, λίγο σωστό
6	= αρκετά ακριβές, αρκετά σωστό
7	= πολύ ακριβές, πολύ σωστό

	1. Αυτά είναι τα καλλίτερα μου χρόνια.
	2. Αυτό τον καιρό αισθάνομαι άνετα με τη σεξουαλική μου ζωή.
	3. Αυτή είναι η χειρότερη εποχή της ζωής μου.
	4. Αισθάνομαι κατάθλιψη πολύ συχνά σε σύγκριση με άλλα άτομα.
	5. Αυτά που κάνω μου φαίνονται πιο ενδιαφέροντα παρά ποτέ.
	6. Έχω ετοιμάσει τα σχέδια μου για το τι θα κάνω σ' ένα μήνα ή σ' ένα χρόνο από τώρα.
	7. Καθώς μεγαλώνω, τα πράγματα μου φαίνονται καλλίτερα απ' ό,τι πίστευα ότι θα μου φαινότουσαν.
	8. Καθώς ανατρέχω την μέχρι σήμερα ζωή μου, αισθάνομαι αρκετά ικανοποιημένος/ η.
	9. Λίγο-πολύ απέκτησα ό,τι περίμενα από τη ζωή.
	10. Όταν σκέφτομαι το παρελθόν, νομίζω ότι δεν απέκτησα τα σημαντικά πράγματα που ήθελα από τη ζωή.

	11. Παρόλα όσα λένε, ο μέσος άνθρωπος πάει προς το χειρότερο και όχι προς το καλλίτερο.
	12. Στη ζωή μου δόθηκαν περισσότερες ευκαιρίες απ' ότι στους περισσότερους άλλους ανθρώπους που γνωρίζω.
	13. Η ζωή μου θα μπορούσε να είναι πιο ευτυχισμένη απ' ότι είναι τώρα.
	14. Έχω καλή εμφάνιση συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου.
	15. Προσδοκώ ότι θα μου συμβούν ενδιαφέροντα και ευχάριστα πράγματα στο μέλλον.
	16. Αισθάνομαι γερασμένος/ η και κάπως κουρασμένος/ η.
	17. Ακόμη και αν μπορούσα, δεν θα άλλαζα το παρελθόν.
	18. Έχω πάρει πολλές ανόητες αποφάσεις συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου.
	19. Αισθάνομαι την ηλικία μου, αλλά δεν με πειράζει.
	20. Είμαι το ίδιο ευτυχισμένος/ η όπως όταν ήμουν νεότερος/ η.

Ευχαριστώ πολύ για την συμμετοχή σας στην έρευνα και για τον χρόνο που διαθέσατε!

