



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗΝ
«ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΘΡΕΨΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ»**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ:

ΓΚΟΥΝΤΕΛΑΚΗ ΦΑΝΗ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

Δρ. Παπαθανασίου Ιωάννα, 1^{ος} Αξιολογητής

Δρ. Φωτεινή Μάλλη, 2^{ος} Αξιολογητής

Δρ. Παπαγιάννης Δημήτριος, 3^{ος} Αξιολογητής

ΛΑΡΙΣΑ 2021



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**



**“Assessment of the nutritional status of the elderly and correlation with quality
of life”**

Στους αγαπημένους μου παλπούδες...

και ιδιαίτερος στην Λίτσα μου...

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου και τους φίλους μου για την ενθάρρυνση, την ψυχολογική υποστήριξη, τις προσευχές και την θετική τους ενέργεια. Επίσης, τους ανθρώπους της Τρίτης Ηλικίας που όλοι αγαπάμε και σεβόμαστε για την πολύτιμή τους βοήθεια, δείχνοντας προθυμία να απαντήσουν στις ερωτήσεις των ερωτηματολογίων και αποτελώντας το μεγαλύτερο κομμάτι της εργασίας μου. Τέλος, ευχαριστώ την επιβλέπουσά μου κ. Παπαθανασίου Ιωάννα για την άψογη συνεργασία και καθοδήγηση καθ' όλη τη διάρκεια της διαδικασίας.

Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες	4
Περίληψη	7
Abstract	9
Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	11
Εισαγωγή	122
1. Εννοιολογικό πλαίσιο ζωής	14
1.1. Ορισμός ποιότητας ζωής	14
1.2. Ποιότητα ζωής και Τρίτη ηλικία	17
2. Κατάσταση θρέψης ηλικιωμένων	20
2.1. Ο υποσιτισμός στους ηλικιωμένους	20
2.2. Φυσιολογικοί παράγοντες που επιδρούν στη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων	22
2.3. Ψυχολογικοί παράγοντες που επιδρούν στην διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων	23
2.4. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που επιδρούν στην διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων	24
3. Έρευνες σχετικά με την κατάσταση θρέψης και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων	25
Ειδικό μέρος	33
4. Μεθοδολογία	34
4.1 Στόχος, ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητική περιοχή	344
4.2 Είδος έρευνας, ερευνητικό εργαλείο, διαδικασία, δεοντολογία και μέθοδος	34
4.3 Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου	35
5. Περιγραφική στατιστική ανάλυση	37
5.1 Ερωτηματολόγιο Mini Nutritional Assessment	37
5.2 Ερωτηματολόγιο Επισκόπηση Υγείας SF-12	52
5.3 Επαγωγική Στατιστική	65

Συζήτηση.....	75
Βιβλιογραφία	80
Ξενόγλωσση	80
Ελληνόγλωσση	84
Παράρτημα.....	85

Περίληψη

Λέξεις κλειδιά: ηλικιωμένοι, διατροφή, ποιότητα ζωής

Εισαγωγή: Οι ηλικιωμένοι ανήκουν στον πληθυσμό των ανθρώπων με τις πιο σημαντικές μεταβολές στα δημογραφικά στοιχεία. Στους ηλικιωμένους παρουσιάζεται απώλεια στην αίσθηση της γεύσης και της οσμής, διατρέχοντας υψηλότερο κίνδυνο να παρουσιαστεί διαταραχή στην θρέψη. Ένας ηλικιωμένος άνθρωπος πιθανόν να παρουσιάσει ανικανότητα πραγματοποίησης των εργασιών της καθημερινότητάς του, αλλαγές που να αφορούν την ποιότητα της ζωής του, ακόμα και νοσηρότητα αλλά και θνησιμότητα.

Σκοπός: Η παρούσα διπλωματική εργασία αξιολογεί την κατάσταση θρέψης των ηλικιωμένων και τη σχέση που έχει με την ποιότητα της ζωής τους και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας τους.

Υλικό και Μέθοδος: Η συγκεκριμένη μελέτη διεξήχθη στο νομό Λαρίσης. Το δείγμα αποτελείται από 122 άτομα. Τα δημογραφικά στοιχεία που συλλέχθηκαν, συμπεριλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, το βάρος, το ύψος, τις καθημερινές δραστηριότητες, προβλήματα εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής υγείας, προβλήματα εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων, την επιρροή του πόνου στη συνηθισμένη εργασία, καθώς επίσης κατά πόσο επηρεάστηκαν οι κοινωνικές δραστηριότητες από τη σωματική υγεία ή από κάποια συναισθηματικά προβλήματα.

Για τη διερεύνηση της κατάστασης θρέψης των ηλικιωμένων ασθενών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα MNA (Mini Nutritional Assessment) στην ελληνική της εκδοχή, ενώ για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF12. Η επεξεργασία των δεδομένων θα γίνει με μεθόδους περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα γίνει με τη χρήση του προγράμματος SPSS.

Αποτελέσματα: Σχετικά με την κατάσταση θρέψης των ηλικιωμένων στο μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν παρατηρήθηκε καμία μείωση στην πρόσληψη τροφής, διαθέτει ικανοποιητικό βαθμό κινητικότητας, δεν έχει υποστεί ψυχολογικό στρες ή οξύ νόσημα, ενώ επίσης δεν ταλαιπωρείται από ψυχολογικά προβλήματα. Ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων διαθέτει ΔΜΣ>23 και περίμετρο κνήμης>31 cm. Τα περισσότερα άτομα χαρακτηρίζονται από φυσιολογικά επίπεδα θρέψης.

Σχετικά με την ποιότητα ζωής, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος χαρακτηρίζει την υγεία του καλή γι' αυτό και έχει τη δυνατότητα να ανταπεξέρχεται στις καθημερινές του δραστηριότητες. Παρόλα αυτά όμως ο πόνος παρεμπόδισε την καθημερινότητα πραγματοποιώντας λιγότερα από όσα θα ήθελε. Τα περισσότερα άτομα απάντησαν ότι ένιωθαν συχνά ηρεμία και γαλήνη, έχοντας αυξημένα επίπεδα ενεργητικότητας, ενώ σπάνια ένιωθαν απελπισία και μελαγχολία. Επομένως, οι δραστηριότητές τους δεν περιορίστηκαν εξαιτίας κάποιου συναισθηματικού τους προβλήματος. Επιπρόσθετα, δεν υπήρξε κάποια μεταβολή στην κοινωνικότητα των ατόμων εξαιτίας της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Τέλος, συγκρίνοντας τον αντρικό και το γυναικείο πληθυσμό, στις γυναίκες παρατηρήθηκε μεγαλύτερη μείωση πρόσληψης τροφής, όπως επίσης και επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του όταν ανεβαίνουν ορόφους με τα πόδια.

Συμπεράσματα: Η έρευνα των δύο ερωτηματολογίων αποδεικνύει ότι το ποσοστό του δείγματος των ηλικιωμένων παρουσιάζει φυσιολογικά επίπεδα θρέψης και θεωρεί την κατάσταση της ψυχικής και σωματικής του υγείας καλή.

Abstract

Keywords: elderly, diet, quality of life

Introduction: The elderly belong to the population of people with the most significant changes in demographics. Elderly people experience a loss of sense of taste and smell, with a higher risk of developing an eating disorder. An older person may experience an inability to carry out their daily tasks, changes in their quality of life, and even morbidity and mortality.

Purpose: This dissertation assesses the nutritional status of the elderly and its relationship with their quality of life and general health. **Material and Method:** The specific study was conducted in the prefecture of Larissa. The sample consists of 122 people. The demographics collected, include gender, age, weight, height, daily activities, problems due to physical health, problems due to emotional problems, the impact of pain on normal work, as well as whether the social activities were affected from physical health or from some emotional problems. The MNA (Mini Nutritional Assessment) scale in the Greek version was used to investigate the nutritional status of elderly patients, while the SF12 questionnaire was used to investigate the quality of life. The data will be processed by descriptive and inductive statistical analysis methods. The statistical analysis of the data will be done using the SPSS program.

Results: Regarding the nutritional status of the elderly, most of the sample did not show any reduction in food intake, they have a satisfactory degree of mobility, have not suffered from psychological stress or acute illness, and also do not suffer from psychological problems. Most people have a BMI > 23 and a tibia circumference > 31 cm. Most people are characterized by normal nutritional levels.

Regarding the quality of life, the largest percentage of the sample characterizes their health as good and has the ability to cope with their daily activities. Nevertheless, the pain hindered the daily life by accomplishing less than they would like. Most people answered that they often felt calm and serene, having increased levels of energy, while they rarely felt despair and melancholy. Therefore, their activities were not restricted due to some emotional problem. In addition, there was no change in the sociability of individuals due to their physical and mental health. Finally, comparing the male and female populations, women saw a greater reduction in food intake, as well as a deterioration in their health when climbing stairs.

Conclusions: The research of the two questionnaires proves that the percentage of the sample of the elderly presents normal nutritional levels and considers the state of mental and physical health to be good.

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Εισαγωγή

Οι ηλικιωμένοι ανήκουν στον πληθυσμό των ανθρώπων με τις πιο σημαντικές μεταβολές στα δημογραφικά στοιχεία. Σύμφωνα με πρόσφατες μετρήσεις ο πληθυσμός ατόμων ηλικίας 60 ετών και πάνω θα παρουσιάσει αύξηση παγκοσμίως μέχρι το 2050. Συγκεκριμένα, από 901 εκατομμύρια, κατά την διάρκεια των ετών 2015-2030 θα αυξηθεί σε 1,4 δισεκατομμύρια, ώσπου μέχρι το 2050 θα φτάσει στα 2,1 δισεκατομμύρια. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής οφείλεται στη μείωση της θνησιμότητας εξαιτίας της ανάπτυξης των υπηρεσιών υγείας, της ιατρικής επιστήμης, της αυξημένης οικονομικής δυνατότητας και του εισοδήματος, της διατροφικής συνήθειας, της ολιστικής συμπεριφοράς και του επιπέδου της μόρφωσης (Lorenzo-Lopez et al., 2017).

Στους ηλικιωμένους παρουσιάζονται διαταραχές στις διατροφικές τους συνήθειες. Ειδικότερα, παρατηρείται απώλεια στην αίσθηση της γεύσης και της οσμής, δυσλειτουργία του εντέρου, μείωση της ικανότητας της μάσησης και της κατάποσης, όπως επίσης και μείωση των εκκρίσεων . Από τη μείωση των εκκρίσεων μάλιστα, παρατηρείται αλλοίωση των διατροφικών τους συνηθειών (HernandezGaliot & Goni,2017).

Ένας ηλικιωμένος άνθρωπος πιθανόν να παρουσιάσει ανικανότητα πραγματοποίησης των εργασιών της καθημερινότητάς του, αλλαγές που να αφορούν την ποιότητα της ζωής του, ακόμα και νοσηρότητα αλλά και θνησιμότητα. Τα παραπάνω είναι δυνατόν να οφείλονται σε μειωμένη πρόσληψη ποσότητας φαγητού, σε ακατάλληλες κοινωνικές δραστηριότητες, καθώς επίσης και σε ακινησία του σώματος. Επομένως, μέσα από τη διαδικασία της γήρανσης αυξάνεται ο κίνδυνος διαταραχής της θρέψης και στη συνέχεια επηρεάζεται και η ποιότητα ζωής (Hernandez- Galiot & Goni,2017).

Οι άνθρωποι άνω των 65 ετών βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο να παρουσιάσουν διαταραχή στην θρέψη τους. Μια τέτοια διαταραχή μπορεί να βασίζεται σε ποικίλους παράγοντες όπως είναι η ανεπαρκής πρόσληψη των θρεπτικών για τις ανάγκες του οργανισμού συστατικών, η διαταραχή του μεταβολισμού, η διαταραχή οποιουδήποτε φαρμάκου, η αδυναμία του οργανισμού να ανταπεξέλθει και οιαλλαγές που αφορούν την κοινωνία και την οικονομία (Hernandez- Galiot & Goni,2017).

Η εμφάνιση του υποσιτισμού στον συγκεκριμένο πληθυσμό κυρίως οφείλεται σε ανεπαρκή πρόσληψη θερμίδων και θρεπτικών συστατικών. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο

υποσιτισμός έχει σχέση με τα μεγάλα ποσοστά της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και του χαμηλού επιπέδου της ποιότητας ζωής. Για να γίνει εφικτή η μείωσή του, θετικά θα μπορούσε να συμβάλει μία διατροφή καλής ποιότητας. Με αυτό τον τρόπο οι πιθανότητες για εμφάνιση χρόνιων παθήσεων κατά την περίοδο της γήρανσης είναι λιγότερες (Kuczmarski et al, 2019).

Επιπροσθέτως, ένας εξαιρετικά σημαντικός παράγοντας, ο οποίος δίνει τη δυνατότητα στον ηλικιωμένο να απολαύσει την καθημερινότητά του, είτε αυτό έχει να κάνει με την ψυχή, είτε με το σώμα του, είναι η ποιότητα της ζωής. Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην ποιότητα ζωής και στην υγεία έχει πολλές διαστάσεις και αποτελείται από τομείς που αφορούν λειτουργίες της ψυχής, του σώματος, του συναισθήματος και της κοινωνίας. Αντιλαμβανόμαστε λοιπόν, ότι η ποιότητα ζωής απαρτίζεται από έναν συνδυασμό προσωπικών πόρων, προσωπικών αξιών, ελέγχου του περιβάλλοντος και συνθηκών διαβίωσης (Kuczmarski et al, 2019).

Σύμφωνα λοιπόν και με τα παραπάνω σκοπός της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης των ηλικιωμένων και η σχέση που έχει με την ποιότητα της ζωής τους. Ειδικότερα, διερευνάται η κατάσταση θρέψης τους, η ποιότητα ζωής τους, η συσχέτιση που καταγράφεται με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και η συσχέτιση που παρατηρείται μεταξύ ποιότητας ζωής και κατάστασης θρέψης για τους ηλικιωμένους του δείγματος μελέτης.

1. Εννοιολογικό πλαίσιο ζωής

1.1. Ορισμός ποιότητας ζωής

Τις τελευταίες δεκαετίες η έννοια της ποιότητας ζωής όσον αφορά τον προσδιορισμό και την εκτίμηση της, έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον πολλών επιστημονικών τομέων, όπως για παράδειγμα της ψυχολογίας, της ιατρικής, της πολιτικής, της φιλοσοφίας, και γενικότερα των κοινωνικών επιστημών (Wu, etal., 2013).

Διατρέχοντας την υπάρχουσα βιβλιογραφία έχουν διατυπωθεί σύμφωνα με τις υπάρχουσες μελέτες, 800 διαστάσεις που αφορούν την ποιότητα ζωής, οι οποίες λόγω των αλληλοεπικαλύψεων που εμπεριέχουν, μπορούν να περιοριστούν σε 100 τομείς. Ωστόσο η έννοια της ποιότητας της ζωής δεν αποτελεί κάτι το νέο, μιας και μπορεί να εντοπιστεί ακόμη και σε συγγράμματα αρχαίων Ελλήνων φιλοσόφων όπως του Αριστοτέλη (Morton, etal., 2017; Wu, etal., 2013).

Η έννοια της ποιότητας ζωής χρησιμοποιείται ευρέως από τα τέλη του 19^{ου} και στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, όπου άρχισε να εμφανίζεται σε αρκετές έρευνες τόσο στην Ευρώπη, όσο και στην Αμερική. Από την δεκαετία του '30 μάλιστα ο όρος ποιότητας ζωής εξέφραζε ένα σύνολο, ένα ευρύ φάσμα φαινομένων, με συνέπεια η έννοια σταδιακά να χρησιμοποιείται όλο και πιο συχνά. Πιο συγκεκριμένα η έννοια της ποιότητας ζωής έκανε την εμφάνιση της το 1929 στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής με την δημιουργία για πρώτη φορά μίας προεδρικής επιτροπής, η οποία είχε ως σκοπό να καταγράψει τις συνθήκες ζωής των διαφόρων ομάδων που ζούσαν εντός της αμερικανικής κοινωνίας, μέσω της παρατήρησης των τάσεων, όσον αφορά τις διαφοροποιήσεις που παρουσίαζαν. Στην πορεία μία σειρά ερευνών στην ίδια ήπειρο εξακολούθησε να καταγράφεται με παρόμοιο αντικείμενο μελέτης, ενώ μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, η έννοια της ποιότητας ζωής, άρχισε να εμφανίζεται και σε άλλα προηγμένα κράτη του κόσμου (Ventegodt, etal., 2013; Vanleerberghe, etal., 2017; Kaplan, Ries, 2007).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο των πολιτιστικών και αξιακών συστημάτων στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Πρόκειται για έναν ευρύ όρο που περιλαμβάνει πλήρη σωματική υγεία, ψυχολογική κατάσταση, επίπεδο ανεξαρτησίας, κοινωνικές σχέσεις, προσωπικές

πεποιθήσεις και σχέση με τα κύρια χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος (WHOQOL Group, 1995).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί μία έννοια, η οποία είναι πολυδιάστατη και πολυσύνθετη. Οι παραπάνω ιδιαιτερότητες της έχουν σαν συνέπεια να προσεγγίζεται από πολλές και διαφορετικές διαστάσεις με την κάθε διάσταση να περιλαμβάνει ένα υποσύνολο διαστάσεων που την χαρακτηρίζουν. Η συνθετότητα της έννοιας αποδεικνύεται επίσης από το γεγονός ότι δεν είναι εύκολο να μετρηθεί, εξαιτίας των αλληλοεπιδρώντων διαστάσεων, οι οποίες δυσχεραίνουν την διαδικασία του μετρήσιμου προσδιορισμού της. Τα διαφορετικά συστατικά και οι ποικίλες συνθήκες που την καθορίζουν, επιβεβαιώνουν την δυσκολία προσδιορισμού της και την πολυπλοκότητα αντίληψής της. Στην προσπάθεια των επιστημόνων τα αντιμετωπίσουν τις προαναφερόμενες δυσκολίες, έχει γίνει σημαντική προσπάθεια, ώστε να αναλυθούν μέσα από τις μελέτες τους εκείνες οι συνθήκες οι οποίες εμπλέκονται στις διάφορες διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής και σχετίζονται με τις διαφορετικές κουλτούρες που χαρακτηρίζουν τους πληθυσμούς. Ωστόσο πρέπει να επισημανθεί ότι αν και η έννοια της ποιότητας ζωής παρουσιάζει δυσκολία ως προς την μέτρηση της, ωστόσο αυτή μπορεί να λάβει χώρα με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους (Theofilou, 2013; Kaplan, Rie, 2007).

Οι επιστήμονες στην προσπάθειά τους να ορίσουν την έννοια της ποιότητας ζωής διαχωρίζουν τις αντικειμενικές, από τις υποκειμενικές παραμέτρους που την καθορίζουν. Ωστόσο στην πλειονότητα τους όλοι τονίζουν ότι είναι αναγκαίο οι δύο προαναφερόμενες κατηγορίες να συνδυάζονται για τον σωστό καθορισμό της ποιότητας ζωής. Πιο συγκεκριμένα αναφέρουν ότι η ποιότητα ζωής ορίζεται ως η «καλή ζωή» και η αξιολόγηση της γίνεται τόσο μέσω αντικειμενικών, όσο και υποκειμενικών στοιχείων καθώς επίσης εξαρτάται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Ως πιο σημαντικοί δείκτες ώστε να προσδιοριστεί η ποιότητα ζωής, είναι η υγεία του ατόμου, το φυσικό περιβάλλον, η δυνατότητα στέγασης και μία σειρά άλλων προϋποθέσεων (Theofilou, 2013).

Από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει διαφανεί ότι ως σημαντικοί παράμετροι της ποιότητας ζωής έχουν οριστεί το καλό επίπεδο υγείας του ατόμου, το επίπεδο των λειτουργικών του δυνατοτήτων, το αίσθημα πληρότητας που νιώθει όσον αφορά την προσωπική του επάρκεια ή την χρησιμότητα του, η κοινωνική συμμετοχή του, το

πλήθος και η ποιότητα των κοινωνικών δικτύων μέσα στα οποία εντάσσεται ιδίως οι φίλοι, η κοινωνική στήριξη που νιώθει ότι έχει από το περιβάλλον του, καθώς και το επίπεδο της εισοδηματικής του κατάστασης. Πολλοί δε επιστήμονες συνδέουν την ψυχολογική ευημερία με την ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας (Sivertsen, etal., 2015).

Πολλοί ωστόσο επιστήμονες επισημαίνουν ότι τα υποκειμενικά στοιχεία που καθορίζουν την ποιότητα ζωής θεωρούνται πιο ισχυρά από τα αντικειμενικά, δηλαδή τα οικονομικά, τα κοινωνικά και τα δημογραφικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν ένα πληθυσμό. Όσον αφορά τους πρόσθετους κοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι φαίνεται να συμβάλλουν στη διαμόρφωση του πορτραίτου της ποιότητας ζωής, αυτή αφορούν το κοινωνικό κεφάλαιο και την συνοχή (Sandau, etal., 2014; Sivertsen, etal., 2015; Felce, Perry, 1995).

Δίπλα στα παραπάνω πρέπει να αναφερθούν και μία σειρά ψυχολογικών μεταβλητών οι οποίες θεωρούνται ότι συμβάλλουν σημαντικά ώστε να γίνει κατανοητή η έννοια της ποιότητας ζωής. Αυτοί οι παράγοντες αφορούν την δυνατότητα και το επίπεδο προσαρμογής του ατόμου, την αυτοκυριαρχία που έχει, το επίπεδο του αυτοσεβασμού του, την αντίληψη που έχει το ίδιο όσον αφορά τη δυνατότητα του να ελέγχει την ζωή του κατά την πορεία της, τις κοινωνικές συγκρίσεις στις οποίες προβαίνει και τις προσδοκίες που έχει από τη ζωή του, τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα, το πλαίσιο των κοινωνικών αξιών του, τις πεποιθήσεις του, τις φιλοδοξίες και τα κοινωνικά πρότυπα. Ωστόσο ο βαθμό επιρροής που ασκούν οι προαναφερόμενες μεταβλητές στην ποιότητα ζωής του ατόμου είναι άγνωστες (Sivertsen, etal., 2015; Karimi, Brazier, 2016).

Ολοκληρώνοντας την προσπάθεια αποσαφήνισης της έννοιας της ποιότητας ζωής γίνεται κατανοητό ότι αυτή είναι πολύ ευρεία και δυναμική. Αν και υπάρχουν πολλοί και διαφορετικοί ορισμοί για αυτόν τον όρο στη βιβλιογραφία, όλοι τους λαμβάνουν υπόψη την πολιτισμική, κοινωνική και περιβαλλοντική ατομικότητα. Η ποιότητα ζωής επομένως αφορά την αντίληψη που έχουν τα άτομα για ζωή, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες. Στην ουσία αφορά την αντίληψη του ατόμου για τη σωματική και ψυχολογική του υγεία, καθώς επίσης την κοινωνική, την περιβαλλοντική και την γενική του λειτουργία (Owczarek, 2010).

1.2. Ποιότητα ζωής και Τρίτη ηλικία

Η ποιότητα ζωής κατατάσσεται στη γηριατρική, τη γεροντολογία και τη νοσηλευτική ως έναν από τους σημαντικότερους δείκτες για τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Η επίτευξη της μέγιστης δυνατής ποιότητας ζωής αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους στόχους της φροντίδας των ηλικιωμένων. Στους ηλικιωμένους, οι πιο σημαντικές πτυχές της αξιολόγησης του ποιότηταςζωής είναι η αυτονομία, η αυτάρκεια, η λήψη αποφάσεων, η απουσία πόνου καιταλαιπωρίας, η διατήρηση των αισθητήριων ικανοτήτων, η διατήρηση ενός συστήματοςκοινωνικής στήριξης, ένα ορισμένο οικονομικό επίπεδο, της χρησιμότητας για τους άλλους και ενός ορισμένου βαθμού ευτυχίας. Στους ηλικιωμένους, η ποιότητα ζωής επηρεάζεται από τις πολλές απαιτητικές καταστάσεις και παράγοντες που συνδέονται με την ηλικία - από την αλλαγή της κατάστασης της υγείας έως την αντιμετώπιση νέων περιορισμών στη ζωή και τον εντοπισμό νέων ρόλων, ευκαιριών και διαθέσιμης κοινωνικής υποστήριξη. Δημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, φύλο, εθνικότητα), κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (εκπαίδευση, κοινωνική κατάσταση, εισόδημα, κοινωνική υποστήριξη), πολιτισμικές επιρροές και αξίες, παράγοντες υγείας (υγεία / ιατρική κατάσταση, ασθένεια) και τα προσωπικά χαρακτηριστικά (π.χ. μηχανισμοί αντιμετώπισης, αυτο-αποτελεσματικότητα) μπορούν να θεωρηθούν πρόδρομοι του ποιότητας ζωής και στην περίπτωση των ηλικιωμένων (Sivertsen, etal., 2015; Dalia, Ruzevicius, 2019).

Η ποιότητα ζωής και στην περίπτωση των ηλικιωμένων διαχωρίζεται στην αντικειμενική και στην υποκειμενική της διάσταση. Η αντικειμενική ποιότητα ζωής μπορεί να μετρηθεί από το βαθμό στον οποίο ένα άτομο έχει πρόσβαση και έχει τη δυνατότητα να διαχειρίζεται τους σχετικούς πόρους. Ως πόροι ορίζονται το εισόδημα, η υγεία, τα κοινωνικά δίκτυα που εξυπηρετούν τα άτομα για να επιτύχουν τους στόχους τους. Η αντικειμενική ποιότητα ζωής είναι υψηλή σε εκείνες τις περιπτώσεις όπου το εισόδημα είναι υψηλό, η υγεία είναι καλή, τα κοινωνικά δίκτυα είναι μεγάλα και αξιόπιστα. Η υποκειμενική ποιότητα ζωής, αντίθετα, τονίζει τις αντιλήψεις και τις εκτιμήσεις ενός ατόμου. Τα άτομα συγκρίνουν την (αντικειμενική) τους κατάσταση ζωής σύμφωνα με τις διαφορετικές εσωτερικές αξίες και πρότυπα. Η υποκειμενική ποιότητα ζωής εξαρτάται άμεσα από τις αντιλήψεις του ατόμου. Ως εκ τούτου, η υψηλή υποκειμενική ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί σύμφωνα με την υποκειμενική ευημερία (υψηλή ζωή, ισχυρά θετικά συναισθήματα όπως η ευτυχία και τα χαμηλά

αρνητικά συναισθήματα όπως η θλίψη) (Gobbens, Remmen, 2019; Amonkar, et al., 2018; Alcañiz, Solé-Auró, 2018).

Ως προς το φύλο σύμφωνα με έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει διαφανεί ότι η ποιότητα ζωής ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις σε όλη την πορεία της ζωής τους. Πιο συγκεκριμένα οι γυναίκες παρουσιάζουν χειρότερο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας, ενώ οι άνδρες υψηλό δείκτη θνησιμότητας. Όπως αναφέρουν οι Βαϊτώι-α ει αι., (2007) οι γυναίκες έχουν πιο υψηλό προσδόκιμο επιβίωσης σε σχέση με τους άνδρες και προσβάλλονται από ασθένειες, οι οποίες δεν είναι θανατηφόρες σε αντίθεση με τους άνδρες. Ως αιτία της παραπάνω διαφοροποίησης επισημαίνεται το γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν την τάση όταν αρρωσταίνουν να επισκέπτονται πιο εύκολα των γιατρό, με συνέπεια οι πιθανότητες ίασης να είναι περισσότερες. Επίσης η παραπάνω τακτική έχει σαν συνέπεια να είναι πιο εξοικειωμένες και να αναγνωρίζουν ευκολότερα τα επικίνδυνα συμπτώματα που αφορούν την υγεία, με συνέπεια να προλαβαίνουν τις ασθένειες στα αρχικά στάδια εμφάνισης τους (Deshmukh, et al., 2015; DaSilva, et al., 2019).

Η διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τον τομέα της υγείας μπορεί να επεξηγηθεί από τις βιολογικές, κοινωνικοοικονομικές και ψυχολογικές προσεγγίσεις. Αναλυτικότερα, το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής των γυναικών σε σχέση με τους άνδρες και η διαφορετική νοσηρότητα, εξηγείται βάση των θεωριών της βιολογικής επιλογής μεταξύ των δύο φύλων. Οι κοινωνικοοικονομικές προσεγγίσεις σχετίζονται με τις διαφορετικές εμπειρίες που βιώνουν τα δυο φύλα όσον αφορά τον τρόπο που συμμετέχουν στην αγορά εργασίας, την αυτονομία τους από οικονομικής άποψης και τους κοινωνικούς ρόλους που καλούνται να αναλάβουν (Deshmukh, et al., 2015).

Οι γυναίκες αναλαμβάνουν πιο πολλούς κοινωνικούς ρόλους σε σχέση με τους άνδρες, οι οποίοι αφορούν την ευθύνη για την φροντίδα της οικογένειας, την ανατροφή των ανήλικων τέκνων όπως και την φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων, ιδίως των γονέων. Όλα τα παραπάνω έχουν σαν συνέπεια να επιβαρύνουν την υγεία των γυναικών). Ως προς τους ψυχολογικούς παράγοντες οι γυναίκες εκτίθενται περισσότερο σε καταστάσεις που χαρακτηρίζονται από άγχος, λόγω των πολλών ευθυνών που επωμίζονται. Επίσης ειδικότερα προς τις τελευταίες δεκαετίες της ζωής τους επειδή χάνουν τον σύντροφο τους, βιώνουν αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Οι γυναίκες

εκδηλώνουν πιο εύκολα ψυχολογικές διαταραχές μιας και τοπροσδόκιμο ζωής τους είναι μεγαλύτερο με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες να εμφανίζουν ψυχικά νοσήματα εξαιτίας της διαδικασίας γήρανσης (Gobbens, Remmen, 2019; Bashkireva, etal., 2018).

Όσον αφορά τον παράγοντα της ηλικίας αυτός παρουσιάζει αντίστροφη σχέση ως με το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων. Με κάθε ποσοστιαία αύξηση της ηλικίας αυξάνονται και οι μέρες που ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων θα πάσχει από κακή υγεία. Το άτομο έως την ηλικία των 50 ετών συνήθως δεν υποφέρει από χρόνιες παθήσεις, χαρακτηρίζεται από αισιοδοξία και θεωρεί ότι η ποιότητα ζωής του είναι από καλή έως πολύ καλή. Ωστόσο μετά την ηλικία των 50 ετών το άτομο σταδιακά χάνει την σωματική του λειτουργικότητα, ενώ εμφανίζονται στο προσκήνιο χρόνιες ασθένειες, οι οποίες λειτουργούν περιοριστικά όσον αφορά την διαβίωση του. Το άτομο από αυτό το σημείο και έπειτα αξιολογεί την υγεία του ως κακή έως πολύ κακή. Παράλληλα με την αύξηση της ηλικίας και την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών το άτομο περιορίζει την κοινωνική του αλληλεπίδραση, καθώς και δεν δημιουργεί τόσο εύκολα κοινωνικές σχέσεις με συνέπεια να επηρεάζεται σημαντικά το επίπεδο της ψυχικής του υγείας (Haraldstad, etal., 2019; Boggatz, 2015).

2. Κατάσταση θρέψης ηλικιωμένων

2.1. Ο υποσιτισμός στους ηλικιωμένους

Με το γήρας, η αύξηση της θρεπτικής πυκνότητας της δίαιτας γίνεται ακόμη πιο αναγκαία, καθώς η διατροφή του ηλικιωμένου πρέπει να του παρέχει επαρκείς ποσότητες ασβεστίου, φυλλικού οξέος, φυτικών ινών, σιδήρου, πρωτεϊνών και βιταμινών A, D, B12 και C με μικρότερες ενεργειακές προσλήψεις. Ωστόσο τα ηλικιωμένα άτομα συχνά δεν συμπεριλαμβάνουν επαρκείς ποσότητες φρούτων, λαχανικών, γαλακτοκομικών προϊόντων και κρέατος στη διατροφή τους, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τη διατροφική τους κατάσταση (Landi, etal., 2017).

Οι ανεπάρκειες διαφόρων θρεπτικών συστατικών στον πληθυσμό των ηλικιωμένων έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική. Συγκεκριμένα, στην μελέτη EURONUT-SENECA, συγκεντρώθηκε πλάσμα αίματος 2500 ηλικιωμένων (γεννημένοι από το 1913 έως το 1918) από 17 πόλεις 11 ευρωπαϊκών χωρών και υπολογίστηκε η συγκέντρωση των βιταμινών A, E, B6, B12, φυλλικού οξέος και καροτίνιου πλάσματος. Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι: το 36% των ανδρών και το 47% των γυναικών παρουσίαζαν έλλειψη βιταμίνης D (επίπεδα βιταμίνης D < 30 nmol/L), το 2,7% των ηλικιωμένων (άνδρες και γυναίκες) είχαν επίπεδα βιταμίνης B₁₂ < 111 pmol/L (αυξημένος κίνδυνος έλλειψης) και το 23,3% των ηλικιωμένων είχε επίπεδα βιταμίνης B₆ < 20 nmol/l (αυξημένος κίνδυνος έλλειψης). Αντιθέτως, κανείς από τους ηλικιωμένους δεν βρισκόταν σε κίνδυνο έλλειψης βιταμίνης A (επίπεδα βιταμίνης A < 0,35 μmol/L) ή φυλλικού οξέος (επίπεδα φυλλικού οξέος < 6,8 nmol/L) και η έλλειψη βιταμίνης D ήταν εξαιρετικά σπάνια (εμφανίστηκε στο 1.1% του δείγματος) (Beck, 2018).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, οι μελέτες United State's Department of Agriculture Food Consumption Survey (USDA-FCS) και National Health And Nutrition Examination Survey 11 (NHANES-11) έδειξαν ότι τα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να βρίσκονται σε διατροφικό κίνδυνο εξαιτίας ανεπαρκούς πρόσληψης βιταμίνης D, βιταμίνης E, φυλλικού οξέος, ασβεστίου, και υπερβολικής πρόσληψης πρωτεΐνης και λίπους.

Όσον αφορά τη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων, επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το 10-20% των ηλικιωμένων που ζουν σπίτι τους και μέχρι το 60% των ατόμων που ζουν σε ιδρύματα εμφανίζουν διατροφικές ελλείψεις, με παράλληλη απώλεια βάρους. Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η συχνότητα του υποσιτισμού στους ηλικιωμένους που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ανέρχεται στο 26%, στους τροφίμους γηροκομείων στο 30-60% και στους κατοίκους της κοινότητας στο 5-10%. Ο επιπολασμός του πρωτεϊνικού-ενεργειακού υποσιτισμού στους τροφίμους γηροκομείων γενικά κυμαίνεται από 17% έως και 65%, κάνοντας το πρόβλημα αυτό ένα από τα πιο σημαντικά που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας (Drevet, Gavazzi, 2019).

Υποσιτισμός είναι «η κατάσταση μη επαρκούς ενεργειακής ή πρωτεϊνικής πρόσληψης ή απορρόφησης από τον οργανισμό που χαρακτηρίζεται από μείωση του σωματικού βάρους κάτω του ιδανικού και αλλαγές στη σύσταση σώματος». Πέρα από τις αλλαγές στη σύσταση του σώματος και τη μείωση του σωματικού βάρους, χαρακτηριστικό του υποσιτισμού είναι και η ανεπαρκής πρόσληψη των περισσότερων θρεπτικών συστατικών με αποτέλεσμα να επηρεάζεται αρνητικά η διατροφική κατάσταση. Η πρωτεϊνική-ενεργειακή ανεπάρκεια ή μαρασμός, οφείλεται στη στέρηση ενέργειας και πρωτεΐνης για μεγάλο χρονικό διάστημα και χαρακτηρίζεται από μεγάλη απίσχναση και εξάντληση του υποδόριου λίπους και της μυϊκής μάζας (Granic, et al., 2018).

Υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι ο υποσιτισμός έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ανθρώπινη δραστηριότητα, στην υγεία και στην επιβίωση συμπεριλαμβανομένων της φυσικής ανάπτυξης, της νοητικής ανάπτυξης και λειτουργίας και αυξάνει τον κίνδυνο για χρόνια νοσήματα φθοράς στην ενήλικη ζωή. Ειδικά στους ηλικιωμένους, ο υποσιτισμός και η αδικαιολόγητη απώλεια βάρους οδηγεί σε επιδεκτικότητα στις ασθένειες και λοιμώξεις, χαμηλή ποιότητα ζωής, αυξημένη θνησιμότητα, παρουσία ελκών κατάκλισης, μειωμένη δραστηριότητα του ανοσοποιητικού συστήματος, δυσλειτουργία των οργανικών συστημάτων και συχνές εισαγωγές σε νοσοκομείο (Beck, 2018).

2.2. Φυσιολογικοί παράγοντες που επιδρούν στη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων

Συχνά φυσιολογικά προβλήματα που επηρεάζουν τη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι οι αυστηρές δίαιτες, η μείωση των αισθήσεων της γεύσης και της όσφρησης, η προηγούμενη απώλεια βάρους, η παρουσία χρόνιας ασθένειας, η αδυναμία προετοιμασίας του φαγητού, η πολυφαρμακία και η κακή οδοντοστοιχία που καθιστά αδύνατη τη μάσηση σκληρών τροφών. Η απώλεια της όρεξης είναι μια βασική αιτία υποσιτισμού στους ηλικιωμένους. Οι αυστηρές δίαιτες λόγω ασθένειας που περιορίζουν γευστικά τρόφιμα με λίπος και ζάχαρη συχνά προκαλούν ανορεξία στους ηλικιωμένους. Καθώς μειώνεται η όρεξη, μειώνεται και η πρόσληψη ενέργειας, πρωτεϊνών, βιταμινών και μετάλλων, στερώντας από τον οργανισμό τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά (εκείνα που δεν μπορεί να συνθέσει μόνος του και πρέπει να προσλάβει από τη διατροφή). Η ανεπάρκεια θρεπτικών συστατικών κάνει τον οργανισμό πιο ευάλωτο σε ασθένειες και λοιμώξεις (ADAReports 2002).

Η απώλεια των αισθήσεων της γεύσης, της όρασης και της όσφρησης είναι άλλοι δύο παράγοντες που επηρεάζουν τις τροφικές επιλογές, και επομένως τη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων. Η μείωση της όρασης μπορεί να δυσκολεύει τον ηλικιωμένο στην αναγνώριση των τροφίμων, ενώ η μείωση της όσφρησης μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της όρεξης (το άρωμα των τροφίμων διεγείρει την όρεξη). Η πολυφαρμακία μπορεί να μειώσει ακόμη περισσότερο την αίσθηση της γεύσης, επιτείνοντας την απώλεια της όρεξης και την απώλεια βάρους στους ηλικιωμένους (ADAReports 2002).

Ένα άλλο συχνό πρόβλημα που μπορεί να επηρεάσει τη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι το στεγνό στόμα και τα οδοντογναθικά προβλήματα. Άτομα με στεγνό στόμα συνήθως προσλαμβάνουν ανεπαρκείς ποσότητες πρωτεϊνών, φυλλικού οξέος, φώσφορου, χαλκού, φυτικών ινών, βιταμίνης D και άλλων θρεπτικών συστατικών. Παράλληλα, τα οδοντογναθικά προβλήματα και η κακή στοματική υγεία μειώνουν την ικανότητα μάσησης πιο σκληρών τροφίμων όπως το κρέας, το κοτόπουλο, τα ψάρια, αλλά και τα φρούτα και τα λαχανικά. Αντίθετα η πρόσληψη λίπους και αμυλωδών τροφών αυξάνεται με την κακή στοματική υγεία. Μία τέτοια μονόπλευρη διατροφή οδηγεί σε ανεπαρκή πρόσληψη ασβεστίου και βιταμινών A, B6, C, E, Mg, Zn και καροτίνης, αλλά και σε δυσκοιλιότητα λόγω της ανεπαρκούς πρόσληψης φυτικών ινών. Τέλος, η δυσφαγία (μειωμένη ικανότητα κατάποσης) μπορεί

να συμβάλλει σημαντικά στη μείωση της όρεξης και την απόλαυση του φαγητού. Για την αντιμετώπιση της κατάστασης αυτής το φαγητό πρέπει να κόβεται σε μικρά κομματάκια, να αλέθεται και να μαγειρεύεται καλά, ώστε να δημιουργεί τα ελάχιστα δυνατά προβλήματα κατά τη κατάποση.

Τα άτομα τρίτης ηλικίας συχνά υποφέρουν από χρόνιες παθήσεις, όπως τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η νόσος του Parkinson, ο διαβήτης και η άνοια. Κάποιες ασθένειες όπως η Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και η καρδιακή ανεπάρκεια μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένες μεταβολικές ανάγκες και μειωμένη όρεξη. Τα σύνδρομα άνοιας, όπως η νόσος Alzheimer μπορεί να μειώσουν την ικανότητα αυτόνομης σίτισης, να επηρεάσουν την όρεξη και να αυξήσουν τις μεταβολικές ανάγκες του ασθενή. Η νόσος του Parkinson μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στη μάσηση ή τη κατάποση των τροφών. Όλες αυτές οι καταστάσεις, συχνά οδηγούν σε μειωμένη πρόσληψη τροφής και θέτουν τον ηλικιωμένο σε διατροφικό κίνδυνο.

Ένας άλλος παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει τη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων είναι η πολυφαρμακία. Ο μέσος ασθενής άνω των 70 ετών παίρνει 4,5 φάρμακα με συνταγή και 3,5 χωρίς συνταγή. Από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα που χρησιμοποιούν οι ηλικιωμένοι, τα 23 έχουν παρενέργειες όπως ανορεξία, ναυτία, εμετούς, τροφικές αλλεργίες, υπνηλία, και έλλειψη ενδιαφέροντος για το φαγητό, και συνεπώς προκαλούν μείωση της διαιτητικής πρόσληψης. Για να αντισταθμίσουν τις επιδράσεις της πολυφαρμακίας, τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να αυξάνουν τη γευστικότητα της δίαιτάς τους προσθέτοντας καρυκεύματα, μυρωδικά και διαιτητικές σάλτσες (π.χ. κόκκινη σάλτσα ντομάτας) και να επιλέγουν τρόφιμα που τους ευχαριστούν.

2.3. Ψυχολογικοί παράγοντες που επιδρούν στην διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων

Η συναισθηματική και η διατροφική υγεία είναι συχνά αλληλοεξαρτώμενες. Συναισθηματικά υγιείς άνθρωποι έχουν την ικανότητα να σιτίζονται σωστά τον εαυτό τους. Ειδικά στους ηλικιωμένους, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η απώλεια της ανεξαρτησίας, η μοναξιά, οι ασθένειες και η απομόνωση αποτελούν καταστάσεις που συχνά οδηγούν σε κατάθλιψη και μειωμένη πρόσληψη φαγητού.

2.4. Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες που επιδρούν στην διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων

Οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες μπορεί να επιδράσουν στη διατροφική κατάσταση καθώς και στις επιλογές τροφίμων των ατόμων. Ένας ηλικιωμένος άνθρωπος που προσπαθεί να ζήσει από τη σύνταξή του συχνά δεν έχει τη δυνατότητα να ξοδέψει τα απαραίτητα χρήματα για μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή, ενώ είναι πιθανό να δυσκολεύεται να μετακινηθεί σε καταστήματα τροφίμων. Το χαμηλό εισόδημα δεν επηρεάζει μόνο την ποιότητα της διαίτας, αλλά και τη δυνατότητα αγοράς, αποθήκευσης και μαγειρέματος των τροφίμων.

Οι επιλογές τροφίμων επηρεάζονται επίσης από την εθνικότητα, το θρήσκευμα, το μορφωτικό επίπεδο τόσο του ατόμου όσο και του περιβάλλοντός του. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τις διατροφικές επιλογές του ηλικιωμένου είναι η γνώσεις του για τη διατροφή και τα ατομικά του πιστεύω για τα τρόφιμα. Άτομα με προβλήματα υγείας όπως ο διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, μπορεί να μην είναι καλά πληροφορημένα για τη διαιτητική αγωγή που πρέπει να ακολουθούν, και να ακολουθούν δίαιτες με αυστηρούς περιορισμούς, με αποτέλεσμα να μειώνεται σταδιακά η όρεξή τους και η διαιτητική τους πρόσληψη. Όλοι οι παραπάνω παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη από το διαιτολόγο ή το γιατρό προκειμένου να κατανοήσει τις απαντήσεις των ηλικιωμένων και να καθορίσει τη κατάλληλη διατροφική παρέμβαση.

3. Έρευνες σχετικά με την κατάσταση θρέψης και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων

Η προώθηση της υγείας ενθαρρύνει τους ανθρώπους να ελέγχουν και να βελτιώνουν τη δική τους υγεία. Οι στόχοι αύξησης της υγιούς προσδόκιμης ζωής, η βελτίωση της ποιότητας ζωής για όλους, η μείωση των ποσοστών θνησιμότητας και νοσηρότητας και η αύξηση του προσδόκιμου ζωής καταγράφονται σε όλες τις περιοχές του κόσμου. Το μέσο προσδόκιμο ζωής σε όλο τον κόσμο αυξάνεται κάθε χρόνο, οδηγώντας σε αύξηση του συνολικού ποσοστού των ηλικιωμένων. Υπάρχουν πολλά εργαλεία για τον εντοπισμό των διατροφικών κινδύνων, αλλά το πιο εκτεταμένο εργαλείο αξιολόγησης είναι η δοκιμή Mini Nutritional Assessment (MNA).

Ο πρωταρχικός στόχος της έρευνας των Saeidlou και συν. (2011) ήταν να προσδιοριστεί ο επιπολασμός του υποσιτισμού και οι παράγοντες κινδύνου μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν σε γηροκομείο στην Urmia του Ιράν. Ένας περαιτέρω στόχος ήταν να εκτιμηθεί η κατανάλωση ενέργειας και θρεπτικών συστατικών των ηλικιωμένων κατοίκων γηροκομείων. Και ο τελικός στόχος ήταν να καθοριστούν τα πρότυπα σωματικής άσκησης των ηλικιωμένων που ζουν σε γηροκομείο. Η μελέτη διεξήχθη σε ηλικιωμένους, που ζουν στα 6 γηροκομεία στην Urmia του Ιράν. Τα άτομα τα οποία ήταν άνω των 65 ετών επιλέχθηκαν στη μελέτη. Συμμετείχαν συνολικά 106 άτομα, 30 άνδρες 76 γυναίκες. Σε αυτή τη μελέτη, συλλέχθηκαν δεδομένα 106 ηλικιωμένων με ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που χωρίστηκε σε τέσσερα μέρη: 1) ερωτηματολόγιο μίνι διατροφικής αξιολόγησης (MNA), 2) 24-ωρη ανάκληση φαγητού και ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων (FFQ), 3) Φυσική ερωτηματολόγιο δραστηριότητας. Μεταξύ των ηλικιωμένων που ζουν σε γηροκομείο, το 12,26% είχε καλή διατροφή, το 49,06% υποσιτισμό και το 38,68% σε κίνδυνο υποσιτισμού. Ο υποσιτισμός επηρέασε σημαντικά πιο συχνά τα άτομα που τρώνε φρούτα, λαχανικά, κρέας και ομάδες ψωμιού 2-3 φορές την εβδομάδα ($p < 0,05$). Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ της βαθμολογίας MNA και της κατανάλωσης ομάδας γάλακτος από ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, 61,8% γυναίκες και 60% άνδρες ανήκουν στην καθιστική κατηγορία. Ο κίνδυνος υποσιτισμού παρατηρείται πολύ πιο συχνά στην ομάδα των ηλικιωμένων που βρίσκονται στην καθιστική κατηγορία. Ο μέσος ΔΜΣ ήταν 19,14 ($\pm 4,7$) στις γυναίκες και 17,80 ($\pm 2,9$) στους άνδρες. Οι διαφορές στη βαθμολογία της σχέσης MNA και του ΔΜΣ μεταξύ ανδρών και γυναικών ήταν στατιστικά σημαντικές. Επίσης, τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι η πρόσληψη όλων

των θρεπτικών συστατικών εκτός από τον σίδηρο και τους υδατάνθρακες ήταν μικρότερη από τα πρότυπα DRI (Dietary Recommended Intake).

Σκοπός της έρευνας των Artacho και συν. (2014) ήταν η εκτίμηση της ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους ασθενείς με χρόνιες ασθένειες και η σχέση της με τις παραμέτρους σχετικά με τη διατροφική κατάσταση των ασθενών. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν συνολικά 168 ηλικιωμένοι εξωτερικοί ασθενείς ηλικίας από 65 έως 89 ετών από πρωτοβάθμια κέντρα υγειονομικής περίθαλψης στο Jaen της Ισπανίας. Η ποιότητα ζωής μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF). Πραγματοποιήθηκε μια διατροφική αξιολόγηση που περιελάμβανε κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές, ανθρωπομετρικές μετρήσεις (δείκτης μάζας σώματος και περιφέρεια μωσχάρι), λειτουργική αξιολόγηση (δείκτης Barthel και δοκιμή μίνι-ψυχικής κατάστασης Folstein) και διαιτητικό ερωτηματολόγιο. Το τεστ μίνι-διατροφικής αξιολόγησης χρησιμοποιήθηκε ως εργαλείο αξιολόγησης για την ανίχνευση του διατροφικού κινδύνου. Η ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα με χρόνια ασθένεια, όπως καθορίζεται από το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF, το οποίο μειώνεται με την ηλικία, είναι ανεξάρτητο από τις ανθρωπομετρικές παραμέτρους και βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ φύλου, κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, λειτουργικής ικανότητας, διατροφικής κατάστασης και του είδους της χρόνιας νόσου ($p < 0,05$). Η σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών, της λειτουργικής ικανότητας και της διατροφικής κατάστασης υπογραμμίζει τη σημασία της συνεκτίμησης αυτών των παραγόντων στη διαχείριση ασθενών με χρόνια ασθένεια, ιδίως των γυναικών.

Το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνεται ραγδαία και ο υποσιτισμός δεν θεωρείται κάτι ασυνήθιστο στους ηλικιωμένους. Η μελέτη των Agarwalla και συν. (2015) πραγματοποιήθηκε με σκοπό την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης των ηλικιωμένων χρησιμοποιώντας το εργαλείο Mini Nutritional Assessment (MNA) και τη μελέτη των διαφόρων επιδημιολογικών παραγόντων που επηρεάζουν τη διατροφική τους κατάσταση. Αυτή η μελέτη διατομής πραγματοποιήθηκε από τον Ιούλιο του 2012 έως τον Αύγουστο του 2013 στο Boko-Bongaon Block, Kamrup District, Assam, της Ινδίας. Οι ηλικιωμένοι ήταν άνω των 60 ετών και πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη. Επιλέχθηκαν συνολικά 30 ομάδες και ελήφθησαν 12 ηλικιωμένοι από κάθε ομάδα για να επιτευχθεί το επιθυμητό μέγεθος δείγματος των

360 ηλικιωμένων. Η διατροφική κατάσταση εκτιμήθηκε με το εργαλείο MNA και μια 24ωρη μέθοδο διατροφής ανάκλησης. Από το σύνολο των 360 ηλικιωμένων, το 15% βρέθηκε να υποσιτίζεται και το 55% να διατρέχει τον κίνδυνο υποσιτισμού. Η σχέση μεταξύ της διατροφικής κατάστασης και της ηλικιακής ομάδας, του γυναικείου φύλου, της εξαρτημένης λειτουργικής κατάστασης, της εξαρτημένης οικονομικής κατάστασης και της ανεπαρκούς πρόσληψης θερμίδων βρέθηκε να είναι σημαντική. Τα παρόντα ευρήματα αποκαλύπτουν ότι ο υποσιτισμός δεν είναι ένα ασυνήθιστο πρόβλημα στους ηλικιωμένους, και απαιτούνται περαιτέρω μελέτες σε αυτό το θέμα.

Η έρευνα των Πλεξίδα και συν. (2015) είχε σαν στόχο την αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης των ηλικιωμένων σε Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης Ηλικιωμένων και η διερεύνηση της συσχέτισης του δείκτη θρέψης με τις κοινωνικο-οικονομικές μεταβλητές και τους δείκτες υγείας. Το δείγμα περιελάμβανε 120 ηλικιωμένα άτομα, που ήταν μέλη των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δημοτικού Διαμερίσματος Αττικής. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Mini Nutritional Assessment (MNA), που περιελάμβανε τέσσερις κατηγορίες μεταβλητών: Τα ανθρωπομετρικά δεδομένα, τη διατροφική αξιολόγηση, την υποκειμενική εκτίμηση και μια συνολική αξιολόγηση του ατόμου. Το 58,3% των ατόμων βρέθηκε ότι ήταν σε καλή κατάσταση θρέψης, ενώ το 35,8% βρισκόταν σε κίνδυνο υποσιτισμού και το 5,8% σε κατάσταση υποσιτισμού. Ο δείκτης θρέψης βρέθηκε ότι σχετιζόταν με την ηλικία, την οικονομική και την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και τη συγκατοίκηση. Επίσης, τα άτομα με υπέρταση και με διάφορες άλλες παθήσεις εμφάνισαν πιο χαμηλό δείκτη θρέψης, ενώ υψηλότερο δείκτη θρέψης εμφάνισαν τα άτομα που έκαναν εργασίες στο σπίτι. Ένας σημαντικός αριθμός ηλικιωμένων ατόμων βρίσκεται σε κίνδυνο υποσιτισμού, γι' αυτό θα πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση της κατάστασης.

Η μελέτη των Luger και συν. (2016) αποσκοπούσε στην αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της διατροφικής κατάστασης και των διαφορετικών τομέων του QoL (ποιότητας ζωής) σε (προ) αδύναμους ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα. Όσον αφορά των σχεδιασμό της έρευνας λήφθηκαν βασικά δεδομένα από άτομα, τα οποία συμμετείχαν σε πρόγραμμα παρέμβασης διατροφής και φυσικής κατάρτισης 12 εβδομάδων, που πραγματοποιήθηκε από τον Σεπτέμβριο του 2013 - τον Ιούλιο του 2015. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν (προ) αδύναμοι ηλικιωμένοι που ζούσαν στην κοινότητα στη Βιέννη της Αυστρίας. Στην έρευνα τελικά συμμετείχαν συνολικά 83 ηλικιωμένοι που

ζούσαν στο σπίτι, 12 άνδρες και 71 γυναίκες (86%) ηλικίας 65 έως 98 ετών. Πραγματοποιήθηκαν δομημένες συνεντεύξεις στα σπίτια των συμμετεχόντων. Το Mini Nutritional Assessment long-form (MNA-LF) χρησιμοποιήθηκε για τη διερεύνηση της διατροφικής κατάστασης. Οι τομείς QoL αξιολογήθηκαν με τα ερωτηματολόγια ποιότητας ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Πραγματοποιήθηκαν απλές και πολλαπλές αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της διατροφικής κατάστασης και των περιοχών QoL (ποιότητας ζωής), προσαρμοσμένες για πιθανές συγχύσεις. Διαπιστώθηκε ότι το 45% των συμμετεχόντων διατρέχουν κίνδυνο υποσιτισμού και 3% υποσιτίζονται. Σε σύγκριση με τους φυσιολογικούς θρεπτικούς ανθρώπους, τα άτομα που είχαν μειωμένη διατροφική κατάσταση, διέφεραν σημαντικά στον τομέα «αυτονομία» του QoL με μέση βαθμολογία (SD) 50,0 (14,9) έναντι 57,3 (13,7). $p = 0,022$ και στον τομέα QoL «κοινωνική συμμετοχή» με βαθμολογία 40,1 (13,6) έναντι 47,0 (11,2) · $p = 0,014$, αντίστοιχα. Σύμφωνα με αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης, η βαθμολογία MNA-LF συσχετίστηκε σημαντικά με το «συνολικό QoL» ($\beta = 0,26$, $p = 0,016$) και τη «φυσική υγεία» των τομέων QoL ($\beta = 0,23$, $p = 0,036$), «αυτονομία» ($\beta = 0,27$, $p = 0,015$) και «κοινωνική συμμετοχή» ($\beta = 0,28$, $p = 0,013$). Καταγράφηκε μια σημαντική σχέση μεταξύ της διατροφικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής (QoL) σε ηλικιωμένους (προ) αδύναμους ανθρώπους που κατοικούν στην κοινότητα, ιδίως για τους τομείς QoL «αυτονομία» και «κοινωνική συμμετοχή». Ωστόσο, παραμένει ασαφές εάν ο υποσιτισμός ήταν η αιτία ή η συνέπεια, ή μεσολαβήθηκε μέσω ενός τρίτου πιθανού παράγοντα π.χ. τη λειτουργική κατάσταση.

Ο στόχος της μελέτης των Acar Tek και Karacil Ermumcu (2017) ήταν να εξεταστούν εάν οι παράγοντες διατροφικού κινδύνου όπως η κακή όρεξη και ο υποσιτισμός επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Πρόκειται για μια μελέτη διατομής βάσει πληθυσμού που αποτελούνταν από 407 (142 άνδρες και 265 γυναίκες) ηλικιωμένους μέσους ηλικίας $71,7 \pm 6,54$. Το ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκε με προσωπικές συνεντεύξεις και περιελάμβανε τα δημογραφικά και γενικά χαρακτηριστικά, πληροφορίες για την υγεία, διατροφικές συμπεριφορές, την κλίμακα ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (The Health Survey) ShortForm-SF36), το MiniNutritionAssessment (MNA), Mini Διατροφική αξιολόγηση - Σύντομη φόρμα (MNA-SF) και απλοποιημένο το ερωτηματολόγιο διατροφικής όρεξης (SNAQ). Οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν από καλά εκπαιδευμένους

ερευνητές, χρησιμοποιώντας τυπικά πρωτόκολλα μέτρησης. Η καθημερινή κατανάλωση τροφίμων αξιολογήθηκε με χρήση της 24ωρης ανάκλησης διατροφής. Οι γυναίκες πέτυχαν χαμηλότερες βαθμολογίες στη σωματική λειτουργία, τον σωματικό πόνο, τη γενική υγεία, τη ζωτικότητα, το συναισθηματικό ρόλο και στις συνοπτικές κλίμακες σωματικών και διανοητικών συστατικών ($p < 0,05$). Δεν υπάρχει σημαντική σχέση μεταξύ ανθρωπομετρικών μετρήσεων, αριθμών κύριου γεύματος / σνακ και κατανάλωση θρεπτικών συστατικών (εκτός ενέργειας και ινών) με την ποιότητα ζωής ηλικιωμένους. Αλλά η διάρκεια του νυχτερινού ύπνου συσχετίστηκε αρνητικά με τη βαθμολογία της συνοπτικής κλίμακας ψυχικών συνιστωσών και τα ΔΜΣ συσχετίστηκαν αρνητικά με τις βαθμολογίες της συνοπτικής κλίμακας φυσικών συστατικών. Μια αύξηση μονάδας στο σκορ του SNAQ των ηλικιωμένων προκάλεσε δύο μονάδες αύξηση της βαθμολογίας συνοπτικής κλίμακας διανοητικών στοιχείων και επίσης η αύξηση κατά μονάδα στη βαθμολογία SNAQ και MNA-SF των ηλικιωμένων προκάλεσε αύξηση 1,4 μονάδων στην βαθμολογία συνοπτικής κλίμακας διανοητικών στοιχείων. Συνοπτικά, η έρευνα κατέληξε στο γεγονός ότι οι παράγοντες όπως η διατροφική κατάσταση και η όρεξη που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων πρέπει να βελτιωθούν για να αυξήσουν την ποιότητα ζωής στην μελετώμενη ομάδα ηλικιωμένων.

Η μελέτη των AcarTecka και Karaçil-Ermumcu (2018) αποσκοπούσε στην εξέταση παραγόντων διατροφικού κινδύνου όπως η κακή όρεξη, ο υποσιτισμός ή η παχυσαρκία που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των ηλικιωμένων. Πρόκειται για μια μελέτη διατομής βάσει πληθυσμού που αποτελείται από 407 ηλικιωμένους (142 άνδρες και 265 γυναίκες) ηλικίας $71,7 \pm 6,54$ ετών. Το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιελάμβανε τα δημογραφικά και γενικά χαρακτηριστικά, τις πληροφορίες για την υγεία και τις διατροφικές συνήθειες, πραγματοποιήθηκε μέσω προσωπικών συνεντεύξεων. Η καθημερινή κατανάλωση τροφής εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας 24ωρη ανάκληση διατροφής. Το Mini Nutrition Assessment (MNA) και το Mini Nutrition Assessment-Short Form (MNA-SF) χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης. Η όρεξη αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το Απλοποιημένο Ερωτηματολόγιο Διατροφικής Ορεκτικής (SNAQ). Η κλίμακα ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Short Form Health Survey -SF36) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Σύμφωνα με το MNA και το MNA-SF το 6,1% και 4,2% των ηλικιωμένων ήταν

υποσιτισμένοι και 40,3% και 21,9% από αυτούς διατρέχουν τον κίνδυνο υποσιτισμού αντίστοιχα. Σύμφωνα με το SNAQ το 28,7% των ηλικιωμένων είχαν κίνδυνο απώλειας βάρους. Οι βαθμολογίες ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία των γυναικών ήταν σημαντικά χαμηλότερες από τους άνδρες. Η κατάσταση καλής διατροφής (MNA-SF) και καλής όρεξης (SNAQ), αυξήθηκε 1,69, 1,48 φορές στις βαθμολογίες της συνοπτικής κλίμακας των ψυχικών συστατικών αντίστοιχα. Το SNAQ ήταν ο καλύτερος καθοριστικός παράγοντας της βαθμολογίας της συνοπτικής βαθμολογίας της φυσικής συνιστώσας είχε το μεγαλύτερο θετικό αποτέλεσμα, η καλή κατάσταση όρεξης αυξήθηκε περίπου 2,2 φορές στις φυσικές βαθμολογίες. Η πολυφαρμακευτική ικανότητα και ο υψηλός ΔΜΣ μείωσαν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία των ηλικιωμένων. Η μελέτη καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής μπορούν να προληφθούν και να αντιμετωπιστούν με πρώιμες και κατάλληλες παρεμβάσεις σε ηλικιωμένους.

Ο υποσιτισμός ενηλίκων αυξάνεται παγκοσμίως. Σύμφωνα με έρευνα, θεσμοθετημένοι ηλικιωμένοι, π.χ. όσοι ζουν σε κέντρα φροντίδας διατρέχουν, ιδιαίτερα, μεγαλύτερο κίνδυνο. Καταγράφεται έλλειψη δεδομένων σχετικά με τις διατροφικές προσλήψεις και τη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων κατοίκων τέτοιων εγκαταστάσεων. Στην έρευνά του ο Sumaila (2018) είχε σαν στόχο την εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών πρόσληψης και τη διατροφική κατάσταση των κατοίκων του Ripples Care Home για τους ηλικιωμένους στο Korle-Gonno. Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν από τον ερευνητή χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με το κοινωνικο-δημογραφικό υπόβαθρο, το ιατρικό ιστορικό και τα διατροφικά πρότυπα των συμμετεχόντων. Συμπληρώθηκε επίσης το εργαλείο Mini Nutritional Assessment (MNA), ένα επικυρωμένο ερωτηματολόγιο για τη διερεύνηση του υποσιτισμού μεταξύ των ηλικιωμένων. Αυτό το εργαλείο ταξινομεί τη διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων σε τρεις ομάδες: υποσιτισμός (0-7), κίνδυνος υποσιτισμού (βαθμολογία 8 - 11) και θρεπτικός (σκορ 12-14). Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν ανθρωπομετρικές μετρήσεις όπως το ύψος και το βάρος και στη συνέχεια υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) για τον προσδιορισμό της διατροφικής κατάστασης των συμμετεχόντων. Οι μεταβλητές αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας τη δοκιμή chi-square. Το εύρος ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν 70-79 ετών. Σύμφωνα με τα κριτήρια του εργαλείου διαλογής MNA για τον ορισμό του υποσιτισμού (0-7 βαθμοί), το 8,1% των ατόμων υποσιτιζόνταν. Σύμφωνα επίσης με τα αποτελέσματα

διαπιστώθηκε ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων στη μελέτη χρειάστηκε διατροφική παρέμβαση και λίγο πάνω από το 62% διατρέχουν κίνδυνο υποσιτισμού.

Παρά τη σημασία των φυσιολογικών αλλαγών που συμβαίνουν στο διαδικασία γήρανσης, η παρακολούθηση της διατροφικής κατάστασης των ηλικιωμένων έχει παραμεληθεί στις υπό ανάπτυξη χώρες. Η διατροφή έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής και τον κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητα μεταξύ των ηλικιωμένων. Στη μελέτη των Shahabi και συν. (2019) αξιολογήθηκε η διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων που ζουν σε γηροκομεία στο Sabzevar του Ιράν. Αυτή η περιγραφική μελέτη διατομής πραγματοποιήθηκε σε 120 τυχαία επιλεγμένους ηλικιωμένους άνδρες ($n = 60$) και γυναίκες ($n = 60$) που ζουν σε γηροκομεία στο Sabzevar του Ιράν. Συλλέχθηκαν δεδομένα χρησιμοποιώντας μια δημογραφική έρευνα και το τυπικό ερωτηματολόγιο Mini Nutritional Assessment (MNA). Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας λογισμικό SPSS16 σε επίπεδο σημαντικότητας 0,05. Η μέση ηλικία ανδρών και γυναικών ήταν $65,4 \pm 7,4$ και $73 \pm 7,3$ έτη, αντίστοιχα. Υπήρξε μια θετική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και υποσιτισμού στους ηλικιωμένους ($P = 0,013$). Επιπλέον, ο υποσιτισμός συσχετίστηκε με το φύλο με τρόπο που οι γυναίκες είχαν περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από υποσιτισμό. Τα αποτελέσματά δείχνουν ότι η διατροφική κατάσταση του πληθυσμού των ηλικιωμένων που μελετήθηκε είναι κακή, η οποία πρέπει να αντιμετωπιστεί επείγοντως από τους υπευθύνους χάραξης πολιτικής.

Η έρευνα του Park και των συνεργατών του (2020) είχε ως στόχο να εξετάσει εάν υπάρχει διαφορά στην ποιότητα της διατροφής, ανά περιοχή, για τον κορεατικό ηλικιωμένο πληθυσμό. Υπολογίζεται επίσης η επίδραση των προσωπικών παραγόντων στην ποιότητα της διατροφής και σε σύγκριση μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών. Για τη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα διατομής για την περίοδο 2013-2015 από την Εθνική Κορεατική Υπηρεσία Υγείας και την Υπηρεσία Έρευνας Διατροφής (KNHANES). Οι συμμετέχοντες ήταν ηλικίας ≥ 65 ετών ($n = 3207$) οι οποίοι συμμετείχαν στο KNHANES. Ταξινομήθηκαν οι περιοχές σε αστικές και αγροτικές και ο Κορεατικός δείκτης υγιεινής διατροφής (KHEI) αξιολόγησε την ποιότητα της διατροφής. Οι προσωπικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα της διατροφής περιλάμβαναν κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, συμπεριφορές υγείας, και συνθήκες υγείας. Αυτή η μελέτη διαπίστωσε ότι η ποιότητα της διατροφής του ηλικιωμένου πληθυσμού της Κορέας ήταν διαφορετική μεταξύ αστικών και

αγροτικών περιοχών, παρουσιάζοντας υψηλότερο μέσο όρο βαθμολογίας ΚΗΕΙ στις αστικές περιοχές από ότι στις αγροτικές περιοχές (67,3, έναντι 63,6, $p < 0,001$) και τις περιφερειακές η διαφορά ήταν πολύ μεγαλύτερη, ακόμη και μετά την προσαρμογή για των προσωπικών παραγόντων ($p < 0,001$). Διαπιστώθηκαν διαφορετικά σύνολα προσωπικών παραγόντων που εξηγούν την ποιότητα της διατροφής των συμμετεχόντων μεταξύ περιοχών, όπως οικονομικοί πόροι, άσκηση πεζοπορίας και αντιληπτή κατάσταση στοματικής υγείας στις αστικές περιοχές και ανασφάλεια τροφίμων σε αγροτικές περιοχές. Συμπερασματικά, αυτή η μελέτη διαπίστωσε ότι υπήρχε μια περιφερειακή ανισότητα στην ποιότητα της διατροφής και ορισμένοι προσωπικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της διατροφής εξαρτώνται από τις περιοχές, γεγονός που υπονοεί ότι το περιφερειακό περιβάλλον με διαφορετικά περιβάλλοντα μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα της διατροφής. Αυτά τα ευρήματα τονίζουν την ανάγκη παροχής στοχευμένων προγραμμάτων παρέμβασης που λαμβάνουν υπόψη τόσο τα χαρακτηριστικά των ατόμων όσο και των τοπικών τροφίμων, προκειμένου να βελτιωθεί η συνολική ποιότητα διατροφής σε ηλικιωμένους ενήλικες.

Ειδικό μέρος

4. Μεθοδολογία

4.1 Στόχος, ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητική περιοχή

Το αντικείμενο της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η αξιολόγηση της κατάστασης θρέψης των ηλικιωμένων και η σχέση που έχει με την ποιότητα της ζωής τους. Ειδικότερα τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης είναι τα εξής:

1. Ποια είναι η κατάσταση θρέψης των ηλικιωμένων ασθενών;
2. Ποια είναι η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών;
3. Ποια είναι τα δημογραφικά, κοινωνικά και άλλα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων και πως αυτά σχετίζονται με την κατάσταση θρέψης;
4. Ποια είναι τα δημογραφικά, κοινωνικά και άλλα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων και πως αυτά σχετίζονται με την ποιότητα ζωής;
5. Υπάρχει σχέση ανάμεσα στην κατάσταση θρέψης και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων;

4.2 Είδος έρευνας, ερευνητικό εργαλείο, διαδικασία, δεοντολογία και μέθοδος

Η μελέτη που πραγματοποιήθηκε είναι συγχρονική. Όσον αφορά το δείγμα της έρευνας, αυτό προέρχεται από τον πληθυσμό των ηλικιωμένων ατόμων. Διασφαλίζοντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας, οι ηλικιωμένοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμα ερωτηματολόγια, αφού ενημερώθηκαν σχετικά με το σκοπό της έρευνας και εφόσον το επιθυμούσαν.

Τα δημογραφικά στοιχεία που συλλέχθηκαν, συμπεριλαμβάνουν το φύλο, την ηλικία, το βάρος, το ύψος, τις καθημερινές δραστηριότητες, προβλήματα εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής υγείας, προβλήματα εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων, την επιρροή του πόνου στη συνηθισμένη εργασία, καθώς επίσης κατά πόσο επηρεάστηκαν οι κοινωνικές δραστηριότητες από τη σωματική υγεία ή από κάποια συναισθηματικά προβλήματα.

Για τη διερεύνηση της κατάστασης θρέψης των ηλικιωμένων ασθενών χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα MNA (Mini Nutritional Assessment) στην ελληνική της εκδοχή. Η κλίμακα MNA είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς και έχει

χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνών ως εργαλείο μέτρησης την κατάστασης θρέψης. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται συνολικά από 7 προτάσεις. Οι απαντήσεις δίνονται ή σε 4βαθμη κλίμακα, ή σε 3βαθμη κλίμακα ή σε 2βαθμη κλίμακα, τύπου Likert. Η υψηλότερη συνολική βαθμολογία δηλώνει τα φυσιολογικά επίπεδα θρέψης.

Για τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF12. Περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις σχετικά με την κατάσταση ψυχικής υγείας και με τον τρόπο που αυτή σχετίζεται με την σωματική.

Η επεξεργασία των δεδομένων θα γίνει με μεθόδους περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων θα γίνει με τη χρήση του προγράμματος SPSS.

4.3 Έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας ερωτηματολογίου

Κάθε ερωτηματολόγιο θα πρέπει να διαθέτει δυο βασικές ιδιότητες ώστε η ανάλυση και η ερμηνεία των ερωτήσεων να μπορούν να εξάγουν ασφαλή συμπεράσματα, δηλαδή αληθή και ούτε ψευδώς θετικά ή ψευδώς αρνητικά. Οι δυο βασικές ιδιότητες που θα πρέπει να χαρακτηρίζουν μια κλίμακα είναι η εγκυρότητα και η αξιοπιστία. Η εγκυρότητα (validity) διασφαλίζει ότι η κλίμακα αντιπροσωπεύει επακριβώς τις διαστάσεις που θέλει να εξηγήσει ή να διαμορφώσει σε θεωρητικό επίπεδο. Η αξιοπιστία (reliability) διασφαλίζει την ικανότητα του ερωτηματολογίου-της κλίμακας να δίνει ίδια αποτελέσματα κάτω από τις ίδιες συνθήκες. Ο δείκτης αξιοπιστίας λαμβάνει τιμές στο διάστημα [0,1]. Τιμές κοντά στο μηδέν δηλώνουν έλλειψη αξιοπιστίας.

Προκειμένου, λοιπόν, να υπολογιστεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα πτυχιακή εργασία, υπολογίστηκε ο συντελεστής alpha(α) του Cronbach, ο οποίος μετρά το βαθμό της εσωτερικής συνέπειας (internalconsistency). Προϋπόθεση για να υπολογιστεί ο συντελεστής α του Cronbach είναι τα ερωτήματα μιας κλίμακας να επιδέχονται βαθμολόγηση με περισσότερες από δύο βαθμίδες και να είναι τουλάχιστον τρία σε αριθμό. Ο δείκτης αυτός λαμβάνει τιμές στο [0,1]. Το 0 ερμηνεύεται ως έλλειψη αξιοπιστίας, το 1 ως ισχυρά αξιόπιστη κλίμακα. Εξαρτάται από το πλήθος των ερωτήσεων στην κλίμακα. Τιμές μεγαλύτερες του 0.7 ικανοποιητικές. Για πολύ σημαντικές μελέτες μεγαλύτερες του 0.9.

Στην παρούσα εργασία, ο δείκτης Cronbach's α αποδείχθηκε ικανοποιητικός για το Ερωτηματολόγιο 1 (Cronbach's $\alpha = 0.746$) και εξαιρετικά υψηλός (Cronbach's $\alpha = 0.908$) για το Ερωτηματολόγιο 2, γεγονός που σημαίνει ότι τα ερωτηματολόγια 1 και 2 διαθέτουν εσωτερική συνέπεια, δηλαδή αξιοπιστία και εγκυρότητα και συνεπώς, βάσει αυτών μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Το σύνολο των ερωτήσεων, επομένως, συνθέτει ικανοποιητικά μια κλίμακα.

5. Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

5.1 Ερωτηματολόγιο Mini Nutritional Assessment

Η επεξεργασία και η ανάλυση των απαντήσεων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 26. Αρχικά, παρουσιάζονται οι απαντήσεις του δείγματος, όπως προκύπτουν από τη περιγραφική στατιστική ανάλυση και στη συνέχεια, αναλύεται η σχέση μεταξύ διάφορων μεταβλητών μέσω της επαγωγικής στατιστικής ανάλυσης.

Το προφίλ του ερευνητικού δείγματος

Συνολικά το δείγμα περιλαμβάνει 122 άτομα ηλικίας 54 έως 94 ετών, με μέση τιμή τα 77 έτη. Το βάρος των ατόμων κυμαίνεται από 46 έως 130 κιλά, ενώ το ύψος των ατόμων κυμαίνεται από 1.40 cm έως 1.90 cm. Οι τιμές των σκορ εκτίμησης του επιπέδου θρέψης των ατόμων κυμαίνεται από 1 έως 17 (Πίνακας 1). Αναλυτικότερα, παραθέτονται σε ξεχωριστούς πίνακες τα χαρακτηριστικά κάθε μεταβλητής του ερωτηματολογίου.

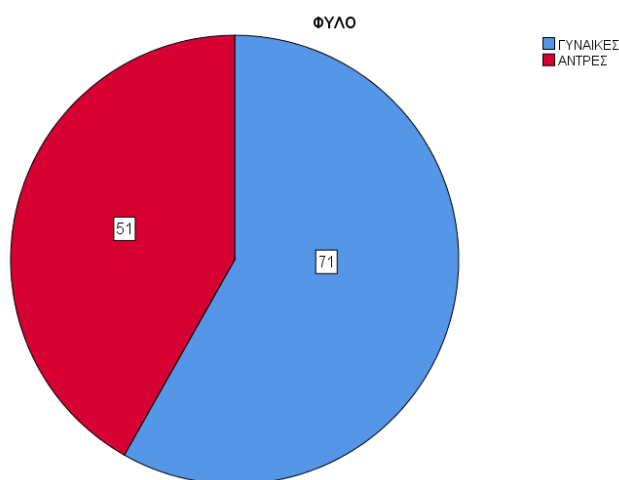
Πίνακας 1: Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής των συνεχών μεταβλητών του ερωτηματολογίου.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
ΗΛΙΚΙΑ	122	54	94	77,01	8,472
ΒΑΡΟΣ	122	46	130	76,06	15,854
ΥΨΟΣ	122	1,40	1,90	1,6594	,08579
ΣΚΟΡ	122	1	17	14,11	3,613
Valid N (listwise)	122				

Το δείγμα αποτελείται από 71 γυναίκες (ποσοστό 58.2%) και 51 άντρες (ποσοστό 41.8%) σε σύνολο 122 ατόμων (Πίνακας 2).

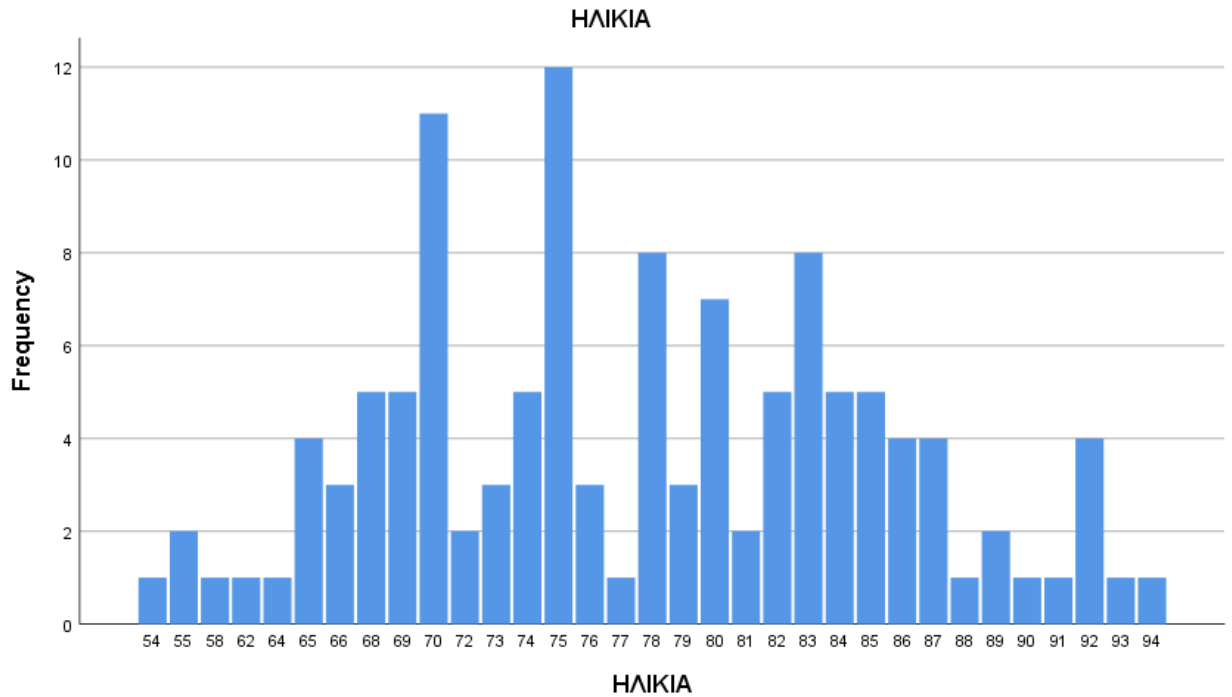
Πίνακας 2: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το φύλο.

ΦΥΛΟ			
		Frequency	Percent
Valid	ΓΥΝΑΙΚ	71	58,2
	ΕΣ		
	ΑΝΤΡΕΣ	51	41,8
	Total	122	100,0



Γράφημα 1: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το φύλο.

Το δείγμα περιλαμβάνει 122 άτομα ηλικίας 54 έως 94 ετών, με μέση τιμή τα 77 έτη (Πίνακας 1). Τα περισσότερα άτομα είναι άνω των 70 ετών (Γράφημα 2).

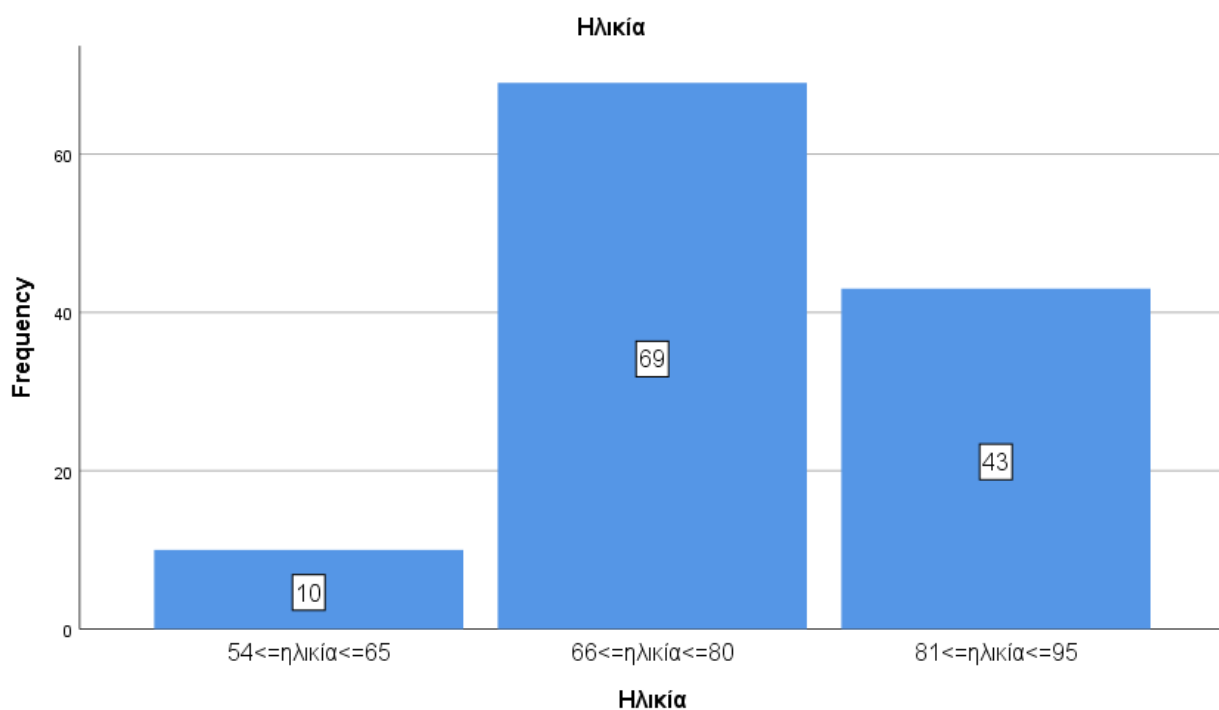


Γράφημα 2: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ηλικία.

Με στόχο την ευκολότερη εξαγωγή συμπερασμάτων, η ηλικία κατηγοριοποιήθηκε στις εξής κατηγορίες: 54-65 ετών, 66-80 ετών και 81 έως 95 ετών. Τα περισσότερα άτομα του δείγματος ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία 66-80 ετών (ποσοστό 56.6%), ακολουθεί η ηλικιακή κατηγορία 81-95 ετών (ποσοστό 35.2%) και μόλις 10 άτομα είναι ηλικίας κάτω των 65 ετών (Πίνακας 3, Γράφημα 3).

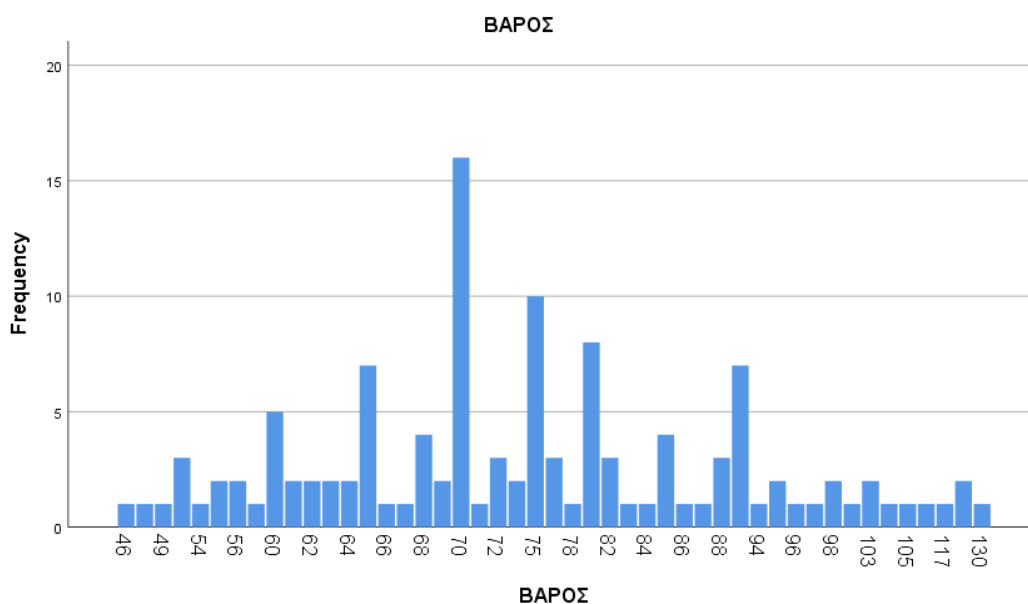
Πίνακας 3: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ηλικία.

Ηλικία		Frequency	Percent	ValidPercent	Cumulative Percent
Valid	54<=ηλικία<=65	10	8,2	8,2	8,2
	66<=ηλικία<=80	69	56,6	56,6	64,8
	81<=ηλικία<=95	43	35,2	35,2	100,0
	Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 3: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ηλικία.

Το βάρος των ατόμων του δείγματος κυμαίνεται από 46 έως 130 κιλά μέση τιμή τα 76 κιλά (Πίνακας 1, Γράφημα 4).



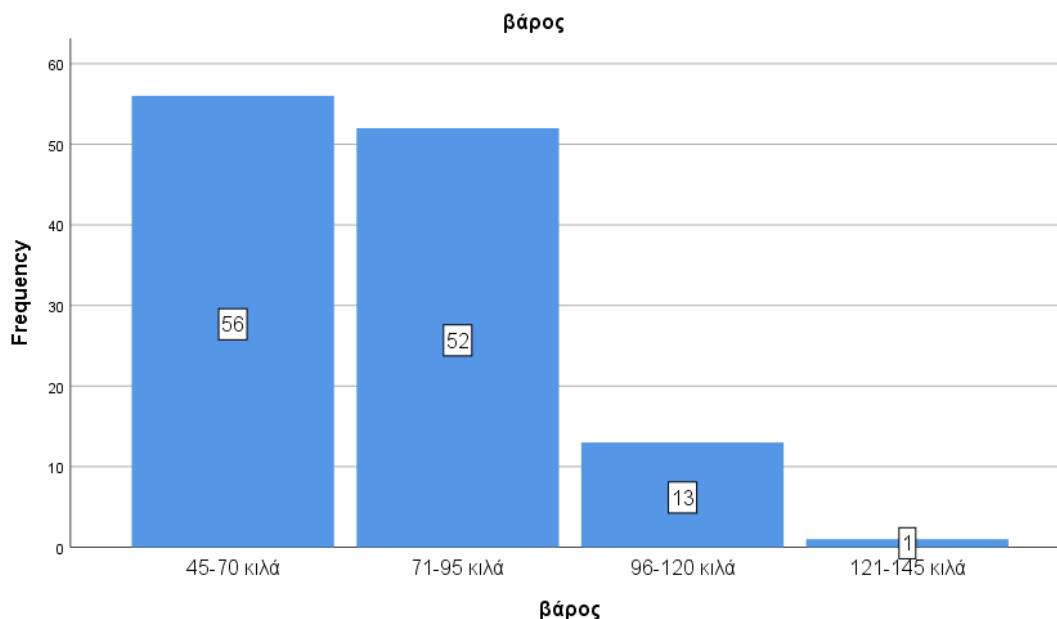
Γράφημα 4: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το βάρος.

Με στόχο την ευκολότερη εξαγωγή συμπερασμάτων, το βάρος των ατόμων κατηγοριοποιήθηκε στις εξής κατηγορίες: 45-70 κιλά, 71-95 κιλά, 96-120 κιλά και 121-

145 κιλά. Τα περισσότερα άτομα (56 άτομα) είναι 45-70 κιλά, 52 άτομα είναι 71-95 κιλά, 13 άτομα είναι 96-120 κιλά, και μόλις ένα άτομο ανήκει στην κατηγορία 121-145 κιλών (Πίνακας 4, Γράφημα 5).

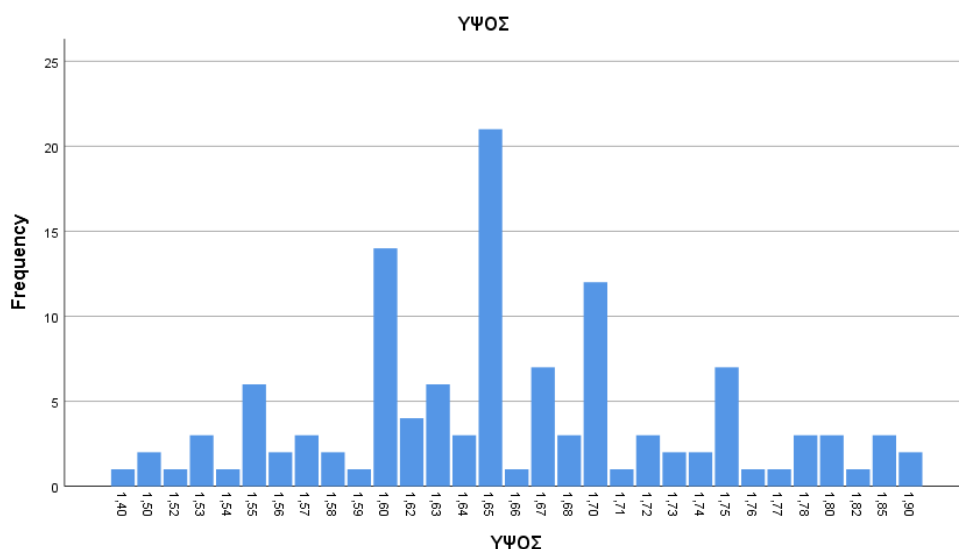
Πίνακας 4: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το βάρος.

βάρος		Frequency	Percent	ValidPercent	Cumulative Percent
Valid	45-70 κιλά	56	45,9	45,9	45,9
	71-95 κιλά	52	42,6	42,6	88,5
	96-120 κιλά	13	10,7	10,7	99,2
	121-145 κιλά	1	,8	,8	100,0
	Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 5: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το βάρος.

Το ύψος των ατόμων κυμαίνεται από 1.40 cm έως 1.90 cm με μέση τιμή το ύψος 1.66 cm (Πίνακας 1, Γράφημα 6).

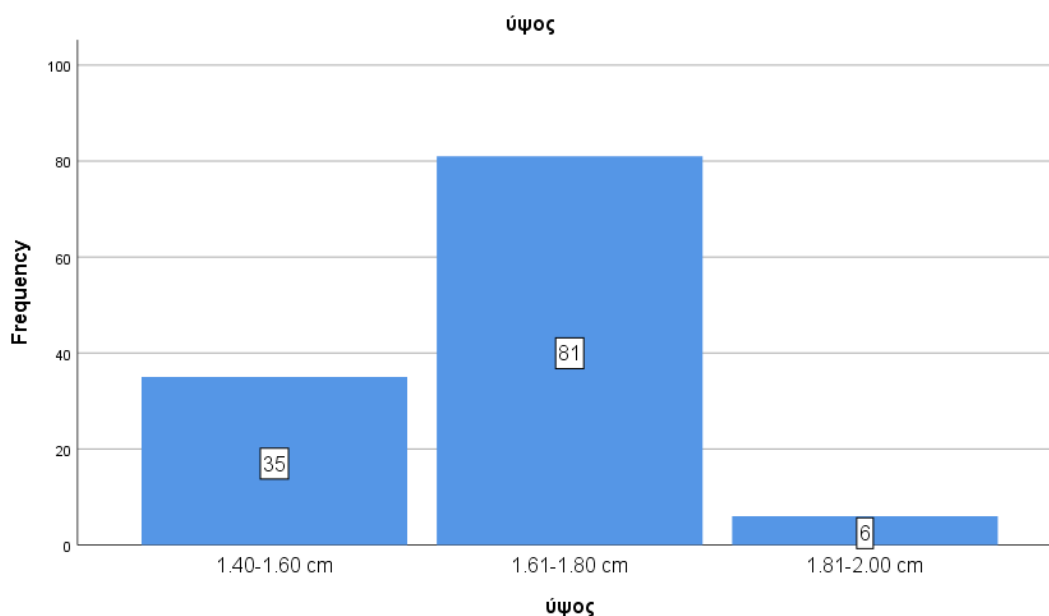


Γράφημα 6: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το ύψος.

Με στόχο την ευκολότερη εξαγωγή συμπερασμάτων, το ύψος των ατόμων κατηγοριοποιήθηκε στις εξής κατηγορίες: 1.40-1.60 cm, 1.61-1.80 cm, 1.81-2.00 cm. Σε ποσοστό 66.4% τα άτομα του δείγματος έχουν ύψος 1.61-1.80 cm, 35 άτομα έχουν ύψος 1.40-1.60 cm, ενώ το ύψος μόλις 6 ατόμων κυμαίνεται από 1.81-2.00 cm (Πίνακας 5, Γράφημα 7).

Πίνακας 5: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το ύψος.

ύψος		Frequenc y	Percen t	ValidPerc ent	Cumulative Percent
Valid	1.40-1.60 cm	35	28,7	28,7	28,7
	1.61-1.80 cm	81	66,4	66,4	95,1
	1.81-2.00 cm	6	4,9	4,9	100,0
	Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 7: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το ύψος.

Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής των ερωτήσεων εκτίμησης του Ερωτηματολογίου 1

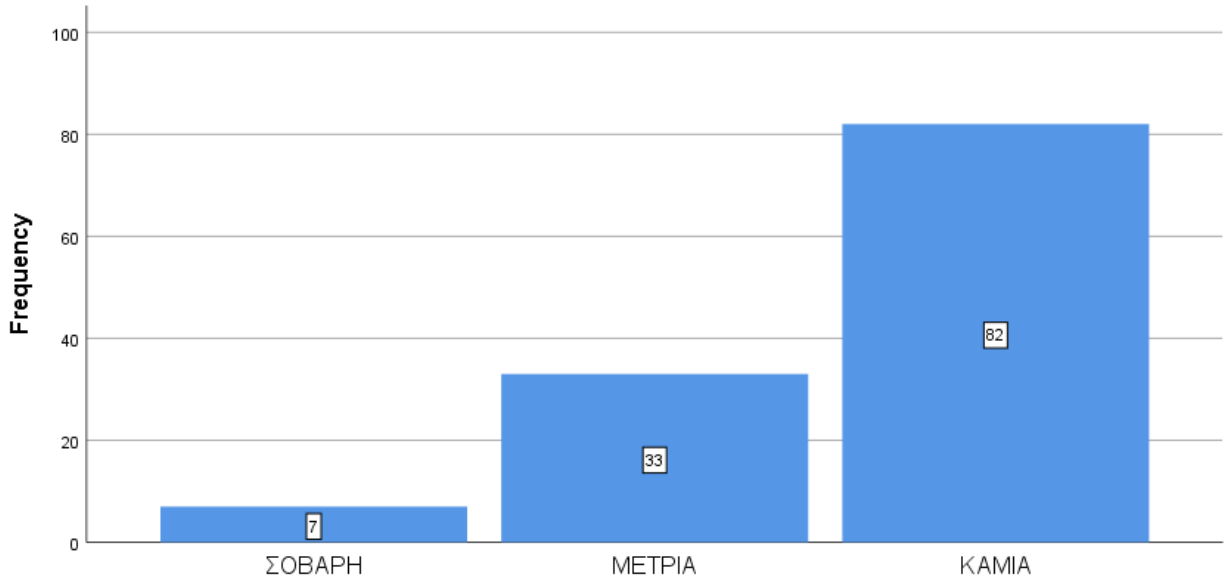
Όσον αφορά την Ερώτηση Α του Ερωτηματολογίου 1, η πλειονότητα των ατόμων (82 άτομα) απάντησε ότι η πρόσληψη τροφής δεν έχει μειωθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών λόγω μείωσης της όρεξης, λόγω διαταραχών πέψης, λόγω δυσκολίας μάσησης ή κατάποσης. Αντίθετα, 33 άτομα απάντησαν ότι μειώθηκε μέτρια η πρόσληψη τροφής και 7 άτομα απάντησαν ότι μειώθηκε σοβαρά η πρόσληψη τροφής για τους προαναφερθέντες λόγους (Πίνακας 6, Γράφημα 8).

Πίνακας 6: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης Α.

Έχει η πρόσληψη τροφής μειωθεί κατά την διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών λόγω μείωσης της όρεξης, λόγω διαταραχών πέψης, λόγω δυσκολίας μάσησης ή κατάποσης;		Frequency	Percent	ValidPercent	Cumulative Percent
Valid	ΣΟΒΑΡΗ	7	5,7	5,7	5,7
	ΜΕΤΡΙΑ	33	27,0	27,0	32,8

	KAMIA	82	67,2	67,2	100,0
	Total	122	100,0	100,0	

Έχει η πρόσληψη τροφής μειωθεί κατά την διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών λόγω μείωσης της όρεξης, λόγω διαταραχών πέψης, λόγω δυσκολίας μάσησης ή κατάποσης;



Έχει η πρόσληψη τροφής μειωθεί κατά την διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών λόγω μείωσης της όρεξης, λόγω διαταραχών πέψης, λόγω δυσκολίας μάσησης ή κατάποσης;

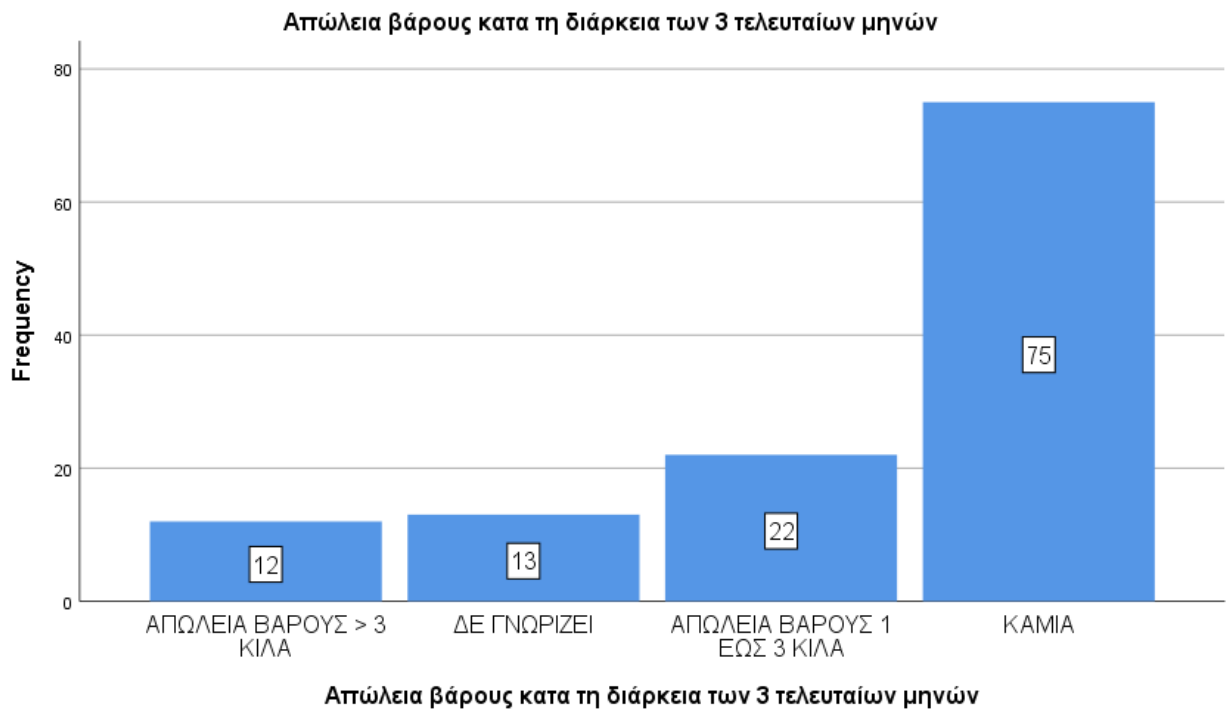
Γράφημα 8: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης Α.

Όσον αφορά την Ερώτηση Β του Ερωτηματολογίου 1 σχετικά με την απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών, τα περισσότερα άτομα (75 άτομα) απάντησαν ότι δεν είχαν απώλεια βάρους καθόλου, 22 άτομα απάντησαν ότι είχαν απώλεια βάρους 1 έως 3 κιλά, 13 άτομα δε γνωρίζουν αν είχαν κάποια απώλεια βάρους, ενώ 12 άτομα απάντησαν ότι είχαν απώλεια βάρους μεγαλύτερη των 3 κιλών κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών (Πίνακας 7, Γράφημα 9).

Πίνακας 7: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης Β.

Απώλεια βάρους κατα τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών					
		Frequenc y	Percen t	ValidPe rcent	Cumulativ ePercent
Val id	ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ > 3	12	9,8	9,8	9,8
	ΚΙΛΑ				
	ΔΕ ΓΝΩΡΙΖΕΙ	13	10,7	10,7	20,5

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ 1 ΕΩΣ 3 ΚΙΛΑ	22	18,0	18,0	38,5
ΚΑΜΙΑ	75	61,5	61,5	100,0
Total	122	100,0	100,0	



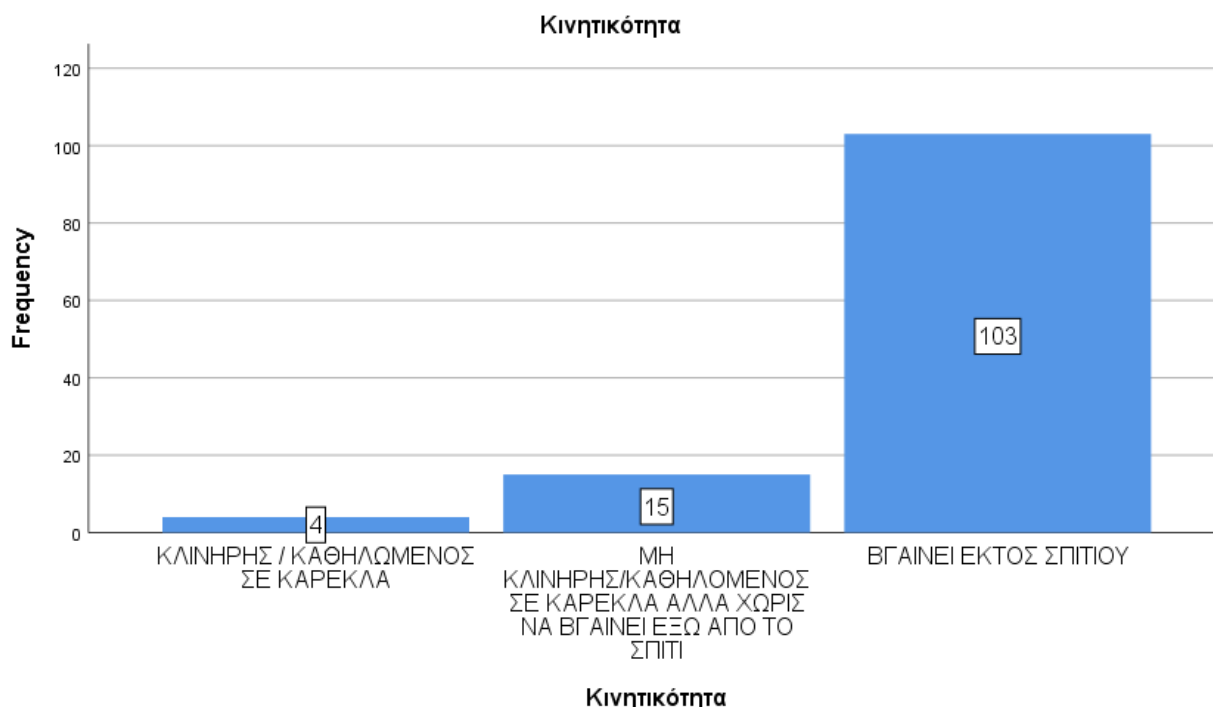
Γράφημα 9: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης Β.

Στην Ερώτηση Γ του Ερωτηματολογίου 1 σχετικά με την κινητικότητα, η πλειονότητα των ατόμων (103 άτομα) βγαίνει εκτός σπιτιού, 15 άτομα είναι μη κλινήρη/καθλωμένα σε καρέκλα αλλά χωρίς να βγαίνουν έξω από το σπίτι και μόλις 4 άτομα είναι κλινήρη/καθλωμένα σε καρέκλα (Πίνακας 8, Γράφημα 10).

Πίνακας 8: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την κινητικότητα.

Κινητικότητα

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid ΚΛΙΝΗΡΗΣ / ΚΑΘΗΛΩΜΕΝΟΣ ΣΕ ΚΑΡΕΚΛΑ	4	3,3	3,3	3,3
ΜΗ ΚΛΙΝΗΡΗΣ/ΚΑΘΗΛΩΜΕΝΟΣ ΣΕ ΚΑΡΕΚΛΑ ΑΛΛΑ ΧΩΡΙΣ ΝΑ ΒΓΑΙΝΕΙ ΕΞΩ ΑΠΟ ΤΟ ΣΠΙΤΙ	15	12,3	12,3	15,6
ΒΓΑΙΝΕΙ ΕΚΤΟΣ ΣΠΙΤΙΟΥ	103	84,4	84,4	100,0
Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 10: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την κινητικότητα.

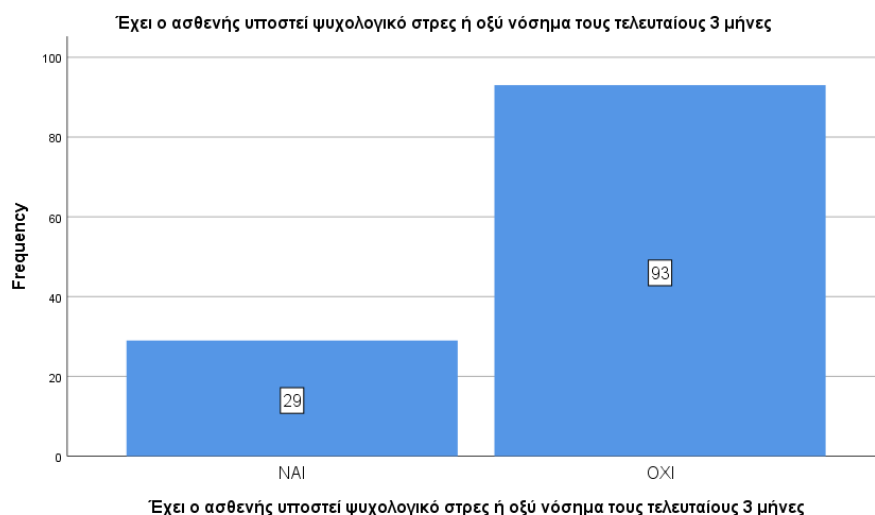
Όσον αφορά την Ερώτηση Δ σχετικά με το εάν ο ασθενής έχει υποστεί ψυχολογικό στρες ή οξύ νόσημα τους τελευταίους 3 μήνες, 93 άτομα απάντησαν αρνητικά, ενώ 29

άτομα απάντησαν πως έχουν βιώσει ψυχολογικό στρες ή οξύ νόσημα τους τελευταίους 3 μήνες (Πίνακας 9, Γράφημα 11).

Πίνακας 9: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης Δ.

Έχει ο ασθενής υποστεί ψυχολογικό στρες ή οξύ νόσημα τους τελευταίους 3 μήνες

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NAI	29	23,8	23,8	23,8
OXI	93	76,2	76,2	100,0
Total	122	100,0	100,0	



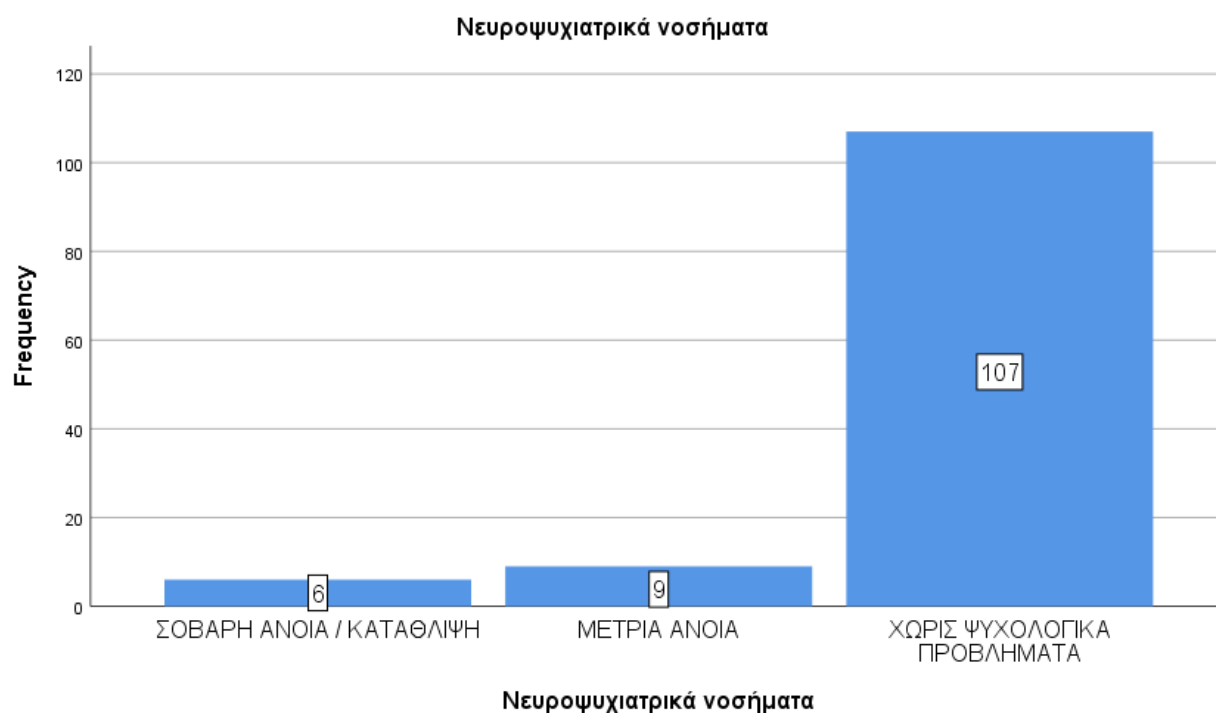
Γράφημα 11: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης Δ.

Στην Ερώτηση Ε που αφορά νευροψυχιατρικά νοσήματα, τα περισσότερα άτομα (107 άτομα) απάντησαν πως δεν έχουν ψυχολογικά προβλήματα, 9 άτομα απάντησαν πως πάσχουν από μέτρια άνοια, ενώ μόλις 6 άτομα απάντησαν πως νοσούν από σοβαρή άνοια/κατάθλιψη (Πίνακας 10, Γράφημα 12).

Πίνακας 10: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τα νευροψυχιατρικά νοσήματα.

Νευροψυχιατρικά νοσήματα

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid ΣΟΒΑΡΗ ΑΝΟΙΑ / ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	6	4,9	4,9	4,9
ΜΕΤΡΙΑ ΑΝΟΙΑ	9	7,4	7,4	12,3
ΧΩΡΙΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	107	87,7	87,7	100,0
Total	122	100,0	100,0	



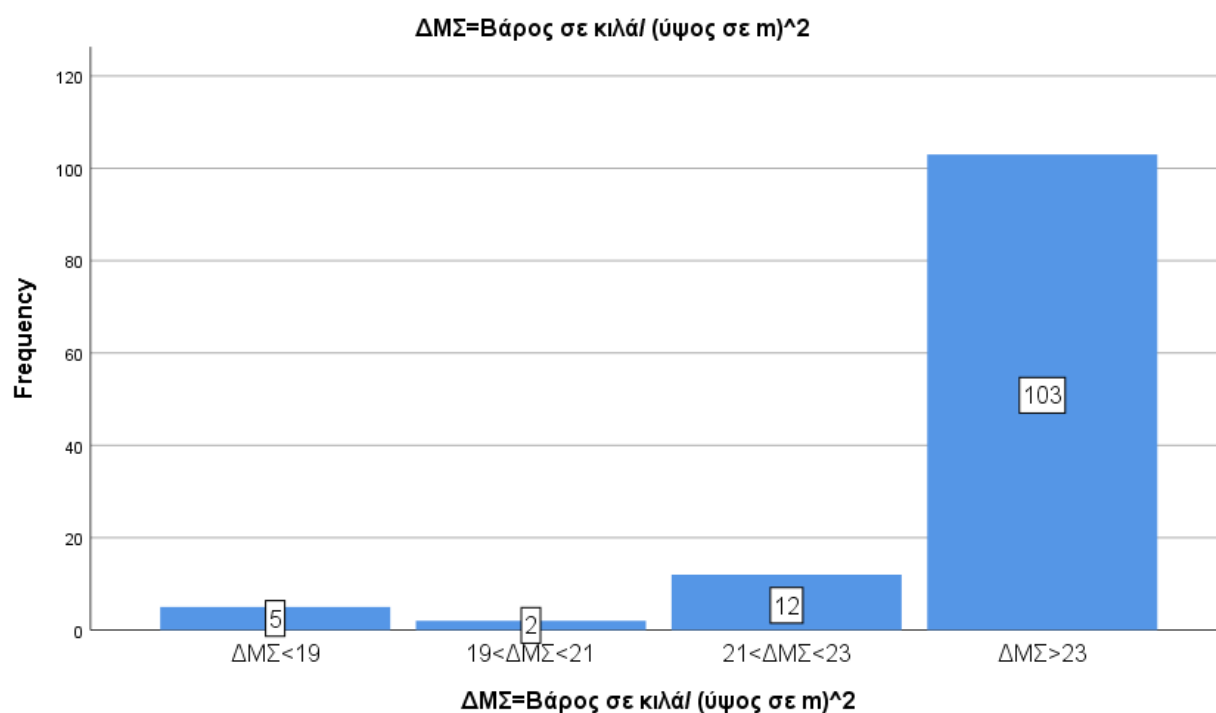
Γράφημα 12: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τα νευροψυχιατρικά νοσήματα.

Όσον αφορά την ερώτηση σχετικά με τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) από το συνολικό δείγμα των 122 ατόμων, 103 άτομα έχουν $\Delta\text{Μ}\Sigma > 23$, 12 άτομα έχουν $21 < \Delta\text{Μ}\Sigma < 23$, ενώ 2 άτομα έχουν $19 < \Delta\text{Μ}\Sigma < 21$ και 5 άτομα έχουν $\Delta\text{Μ}\Sigma < 19$ (Πίνακας 11, Γράφημα 13).

Πίνακας 11: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τον ΔΜΣ.

$\Delta\text{ΜΣ} = \text{Βάρος σε κιλά} / (\text{ύψος σε m})^2$

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	$\Delta\text{ΜΣ} < 19$	5	4,1	4,1	4,1
	$19 < \Delta\text{ΜΣ} < 21$	2	1,6	1,6	5,7
	$21 < \Delta\text{ΜΣ} < 23$	12	9,8	9,8	15,6
	$\Delta\text{ΜΣ} > 23$	103	84,4	84,4	100,0
	Total	122	100,0	100,0	



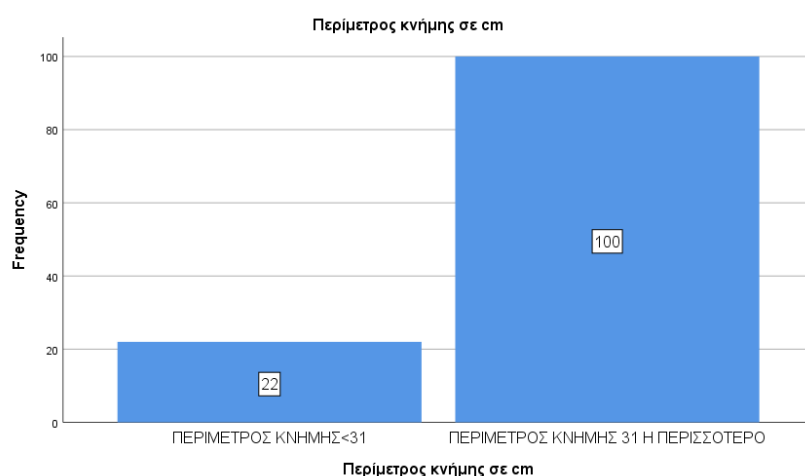
Γράφημα 13: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με τον ΔΜΣ.

Όσον αφορά την ερώτηση σχετικά με την περίμετρο κνήμης, 100 άτομα έχουν περίμετρο κνήμης > 31 cm, ενώ 22 άτομα έχουν περίμετρο κνήμης < 31 cm (Πίνακας 12, Γράφημα 14).

Πίνακας 12: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την περίμετρο κνήμης.

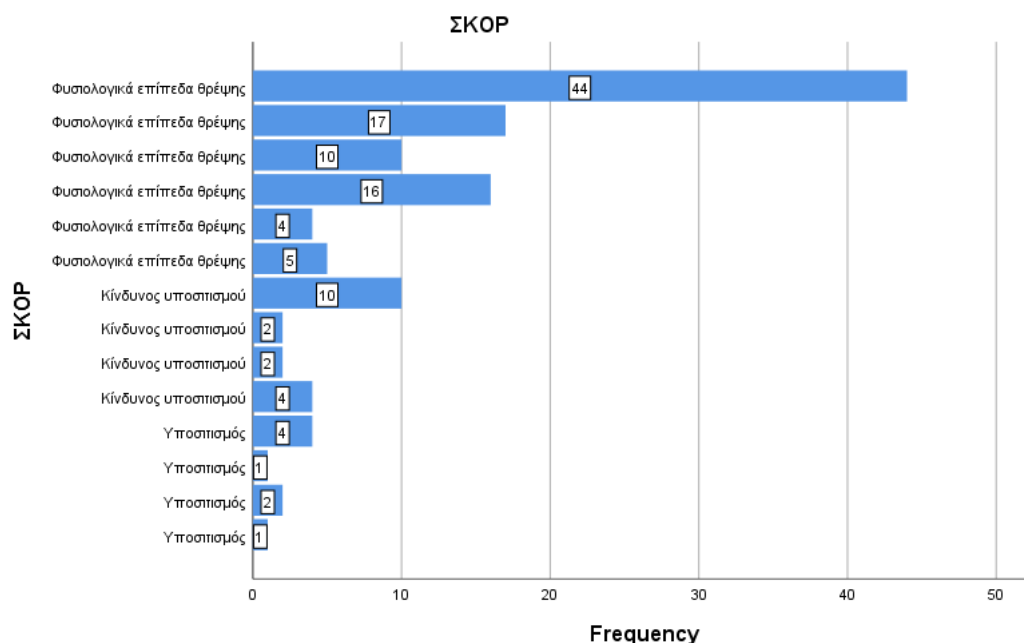
Περίμετρος κνήμης σε cm

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΚΝΗΜΗΣ<31	22	18,0	18,0	18,0
	ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΣ ΚΝΗΜΗΣ 31 Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ	100	82,0	82,0	100,0
	Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 14: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με την περίμετρο κνήμης.

Όσον αφορά την κατανομή απαντήσεων σχετικά με το σκορ εκτίμησης των επιπέδων θρέψης, 96 άτομα έχουν φυσιολογικά επίπεδα θρέψης, 18 άτομα έχουν κίνδυνο υποσιτισμού και 8 άτομα είναι στο επίπεδο του υποσιτισμού (Πίνακας 1, Γράφημα 15).

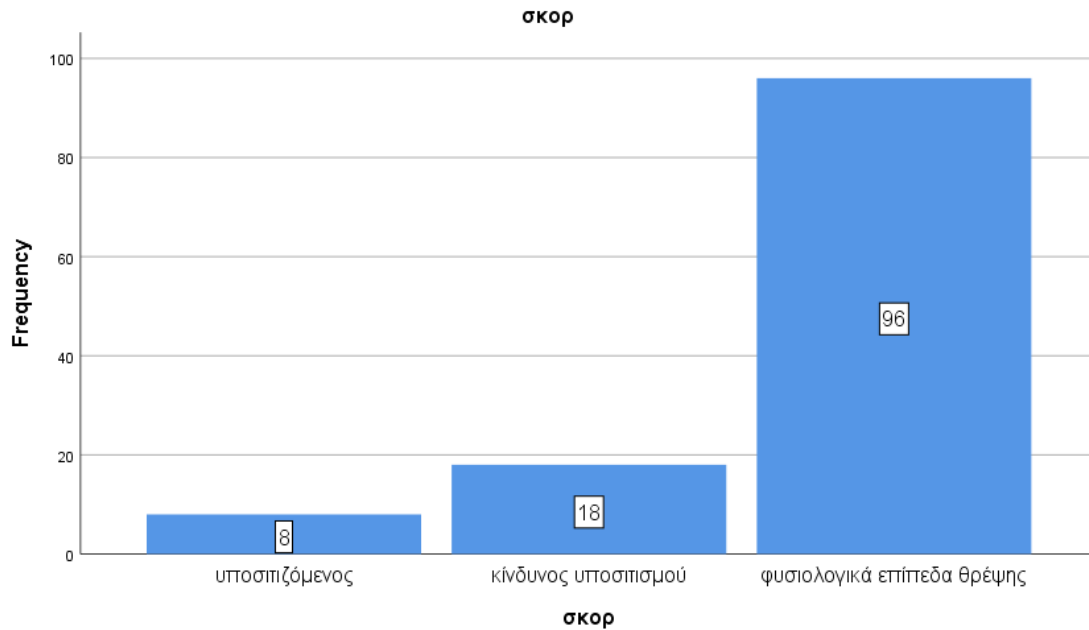


Γράφημα 15: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το σκορ εκτίμησης των επιπέδων θρέψης.

Με στόχο την ευκολότερη εξαγωγή συμπερασμάτων, το σκορ εκτίμησης των επιπέδων θρέψης των ατόμων κατηγοριοποιήθηκε στις εξής κατηγορίες: 0-7 βαθμοί υποσιτιζόμενος, 8-11 βαθμοί κίνδυνος υποσιτισμού και 12-14 βαθμοί φυσιολογικά επίπεδα θρέψης. Φυσιολογικά επίπεδα θρέψης έχει το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος (ποσοστό 78.7%), κίνδυνο υποσιτισμού αντιμετωπίζει το 14.8% των ατόμων, ενώ μόλις 6.6% του δείγματος χαρακτηρίζεται υποσιτιζόμενο (Πίνακας 13, Γράφημα 16).

Πίνακας 13: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το σκορ εκτίμησης των επιπέδων θρέψης.

σκορ		Frequenc y	Percen t	ValidPerc ent	Cumulative Percent
Val id	υποσιτιζόμενος	8	6,6	6,6	6,6
	κίνδυνος υποσιτισμού	18	14,8	14,8	21,3
	φυσιολογικά επίπεδα θρέψης	96	78,7	78,7	100,0
	Total	122	100,0	100,0	



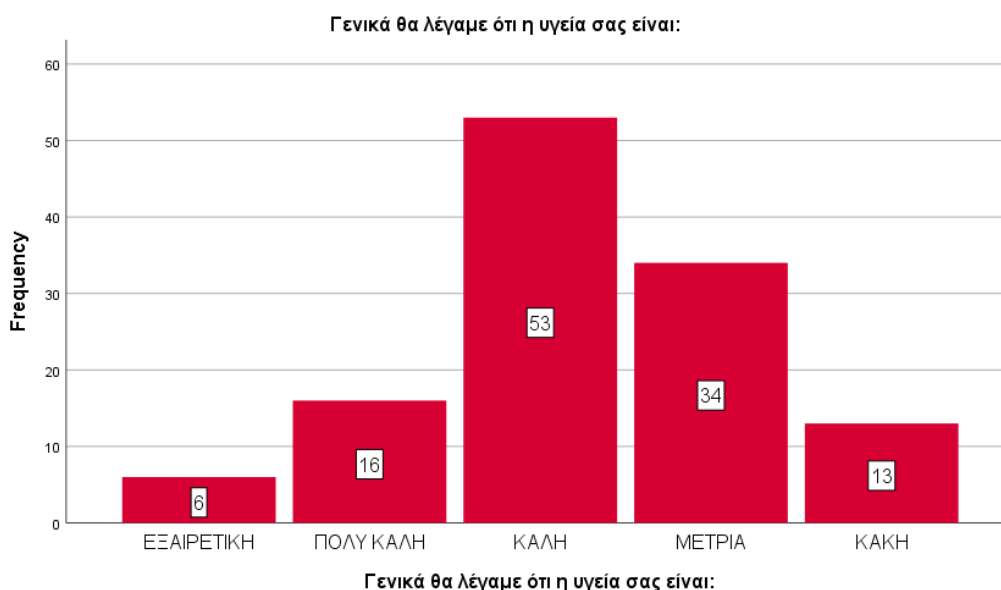
Γράφημα 16: Κατανομή απαντήσεων σχετικά με το σκορ εκτίμησης των επιπέδων θρέψης.

5.2 Ερωτηματολόγιο Επισκόπηση Υγείας SF-12

Όσον αφορά την κατάσταση της υγείας των ατόμων του δείγματος, 53 άτομα απάντησαν ότι η υγεία τους είναι καλή, 34 άτομα θεωρούν ότι η υγεία τους είναι μέτρια, 16 άτομα απάντησαν ότι είναι πολύ καλή η υγεία τους, 13 άτομα θεωρούν ότι η υγεία τους είναι κακή, ενώ μόλις 6 άτομα απάντησαν ότι η υγεία τους είναι εξαιρετική (Πίνακας 14, Γράφημα 17).

Πίνακας 14: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 1.

Γενικά θα λέγαμε ότι η υγεία της είναι:		Freque	Percen	ValidPerc	Cumulative
		cy	t	ent	Percent
Valid	ΕΞΑΙΡΕΤΙΚΗ	6	4,9	4,9	4,9
	ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ	16	13,1	13,1	18,0
	ΚΑΛΗ	53	43,4	43,4	61,5
	ΜΕΤΡΙΑ	34	27,9	27,9	89,3
	ΚΑΚΗ	13	10,7	10,7	100,0
	Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 17: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 1.

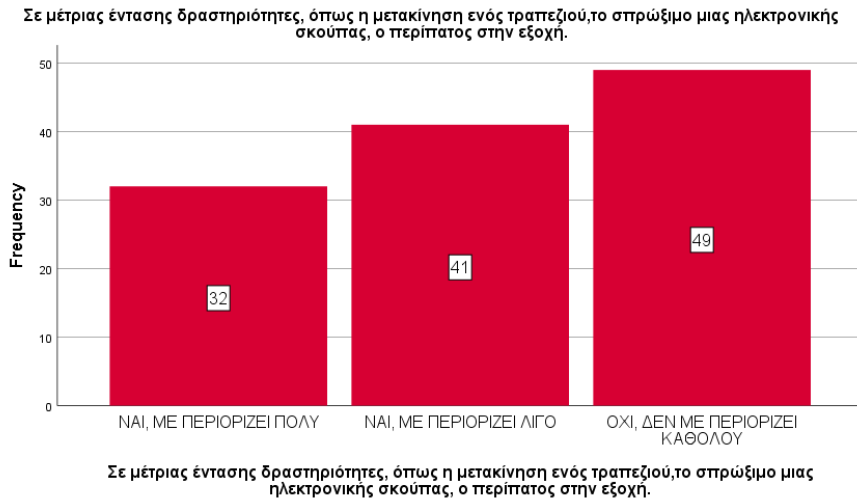
Όσον αφορά την ερώτηση που αφορά δραστηριότητες που πιθανώς γίνονται κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας, η σημερινή κατάσταση της υγείας 49 ατόμων του δείγματος δεν τους περιορίζει καθόλου σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή, 41 άτομα απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους περιορίζει λίγο, ενώ 32 άτομα απάντησαν ότι τους περιορίζει πολύ στις προαναφερθείσες δραστηριότητες (Πίνακας 15, Γράφημα 18).

Πίνακας 15: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 2.

Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρονικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή.

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid ΝΑΙ, ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΠΟΛΥ	32	26,2	26,2	26,2
ΝΑΙ, ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΛΙΓΟ	41	33,6	33,6	59,8

OXI, ΔΕΝ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	49	40,2	40,2	100,0
Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 18: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 2.

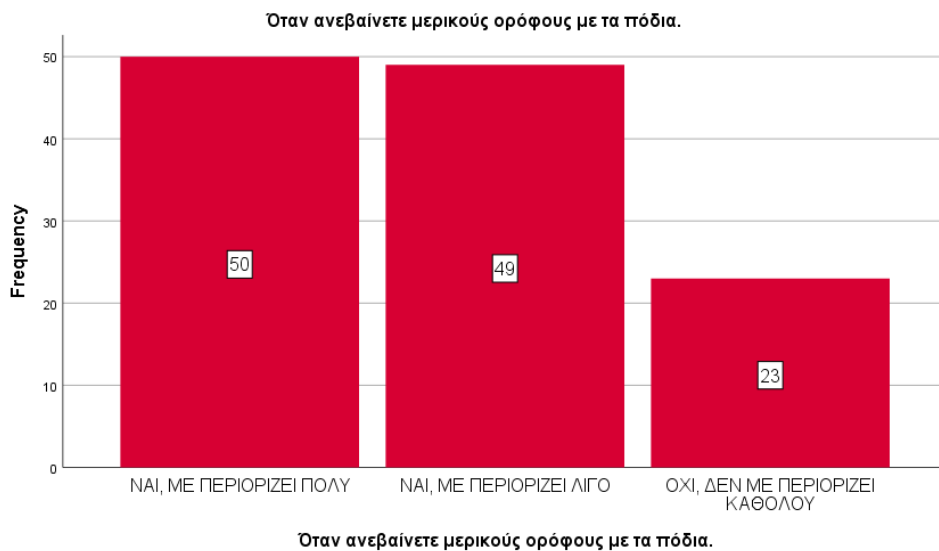
Όσον αφορά την ερώτηση που αφορά δραστηριότητες που πιθανώς γίνονται κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας, η σημερινή κατάσταση της υγείας 50 ατόμων του δείγματος τους περιορίζει πολύ όταν τα άτομα ανεβαίνουν μερικούς ορόφους με τα πόδια, 49 άτομα απάντησαν ότι η κατάσταση της υγείας τους περιορίζει λίγο, ενώ 23 άτομα απάντησαν ότι δεν τους περιορίζει καθόλου όταν ανεβαίνουν μερικούς ορόφους με τα πόδια (Πίνακας 16, Γράφημα 19).

Πίνακας 16: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 3.

Όταν ανεβαίνετε μερικούς ορόφους με τα πόδια.

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid ΝΑΙ, ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΠΟΛΥ	50	41,0	41,0	41,0
ΝΑΙ, ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΛΙΓΟ	49	40,2	40,2	81,1

OXI, ΔΕΝ ΜΕ ΠΕΡΙΟΡΙΖΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	23	18,9	18,9	100,0
Total	122	100,0	100,0	



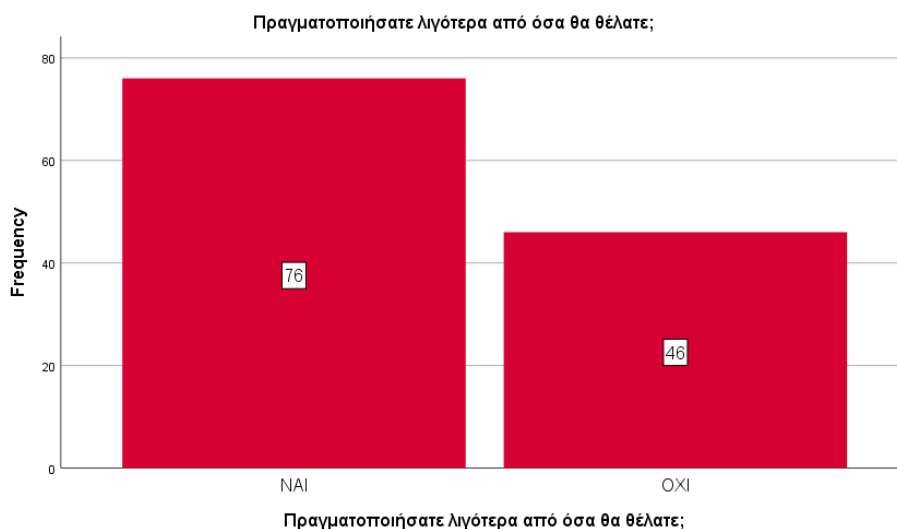
Γράφημα 19: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 3.

Στην Ερώτηση 4 που αφορά τις τελευταίες 4 εβδομάδες σχετικά με το εάν πραγματοποιήθηκαν από τα άτομα λιγότερα από όσα θα ήθελαν είτε στη δουλειά τους είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα εξαιτίας της σημερινής κατάστασης της υγείας τους, 76 άτομα απάντησαν θετικά και 46 άτομα απάντησαν αρνητικά (Πίνακας 17, Γράφημα 20).

Πίνακας 17: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 4.

Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NAI	76	62,3	62,3	62,3
OXI	46	37,7	37,7	100,0
Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 20: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 4.

Στην Ερώτηση 5 που αφορά επίσης τις τελευταίες 4 εβδομάδες σχετικά με το εάν τα άτομα περιόρισαν τα είδη της δουλειάς τους ή των άλλων δραστηριοτήτων τους εξαιτίας της σημερινής κατάστασης της υγείας τους, 72 άτομα απάντησαν θετικά, ενώ 50 άτομα απάντησαν αρνητικά (Πίνακας 18, Γράφημα 21).

Πίνακας 18: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 5.

Περιορίσατε τα είδη της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	NAI	72	59,0	59,0	59,0
	OXI	50	41,0	41,0	100,0
	Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 21: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 5.

Στην Ερώτηση 6 που αφορά τις τελευταίες 4 εβδομάδες σχετικά με το εάν πραγματοποιήθηκαν από τα άτομα λιγότερα από όσα θα ήθελαν είτε στη δουλειά τους είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώθανε μελαγχολία ή άγχος), 64 άτομα απάντησαν αρνητικά και 58 άτομα απάντησαν θετικά (Πίνακας 19, Γράφημα 22).

Πίνακας 19: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 6.

Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid NAI	58	47,5	47,5	47,5
OXI	64	52,5	52,5	100,0
Total	122	100,0	100,0	



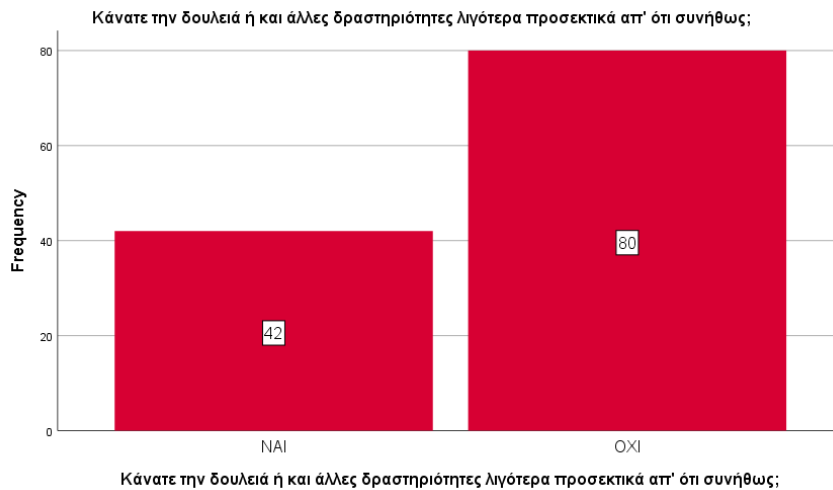
Γράφημα 22: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 6.

Στην Ερώτηση 7 που αφορά επίσης τις τελευταίες 4 εβδομάδες σχετικά με το εάν τα άτομα έκαναν τη δουλειά τους ή και άλλων δραστηριοτήτων λιγότερο προσεκτικά από ό,τι συνήθως εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώθανε μελαγχολία ή άγχος), 80 άτομα απάντησαν αρνητικά, ενώ 42 άτομα απάντησαν θετικά (Πίνακας 20, Γράφημα 23).

Πίνακας 20: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 7.

Κάνατε την δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερα προσεκτικά απ' ότι συνήθως;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΝΑΙ	42	34,4	34,4	34,4
	ΟΧΙ	80	65,6	65,6	100,0
	Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 23: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 7.

Στην Ερώτηση 8, που αφορά επίσης τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σχετικά με το πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία των ατόμων (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα από αυτό), 31 άτομα απάντησαν ότι ο πόνος επηρέασε λίγο τη συνηθισμένη εργασία τους, 29 άτομα απάντησαν ότι δεν τους επηρέασε καθόλου ο πόνος, 25 άτομα απάντησαν ότι τους επηρέασε μέτρια,, ενώ 22 άτομα και 15 άτομα απάντησαν ότι τους επηρέασε αρκετά και πάρα πολύ, αντίστοιχα (Πίνακας 21, Γράφημα 24).

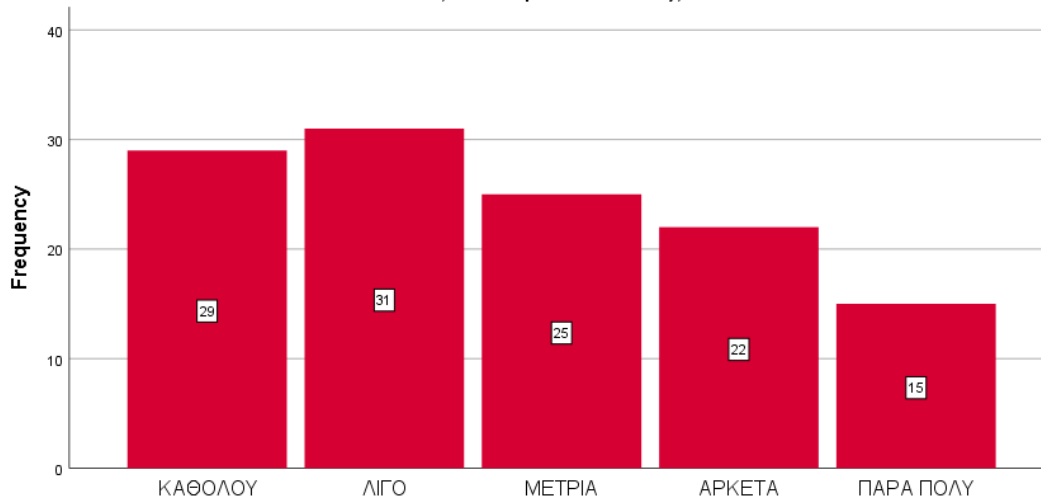
Πίνακας 21: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 8.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία μέσα από το σπίτι, όσο και μέσα από αυτό);

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid ΚΑΘΟΛΟ	29	23,8	23,8	23,8
Υ				
ΛΙΓΟ	31	25,4	25,4	49,2
ΜΕΤΡΙΑ	25	20,5	20,5	69,7
ΑΡΚΕΤΑ	22	18,0	18,0	87,7
ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ	15	12,3	12,3	100,0

Total	122	100,0	100,0	
-------	-----	-------	-------	--

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία μέσα από το σπίτι, όσο και μέσα από αυτό);



Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία μέσα από το σπίτι, όσο και μέσα από αυτό);

Γράφημα 24: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 8.

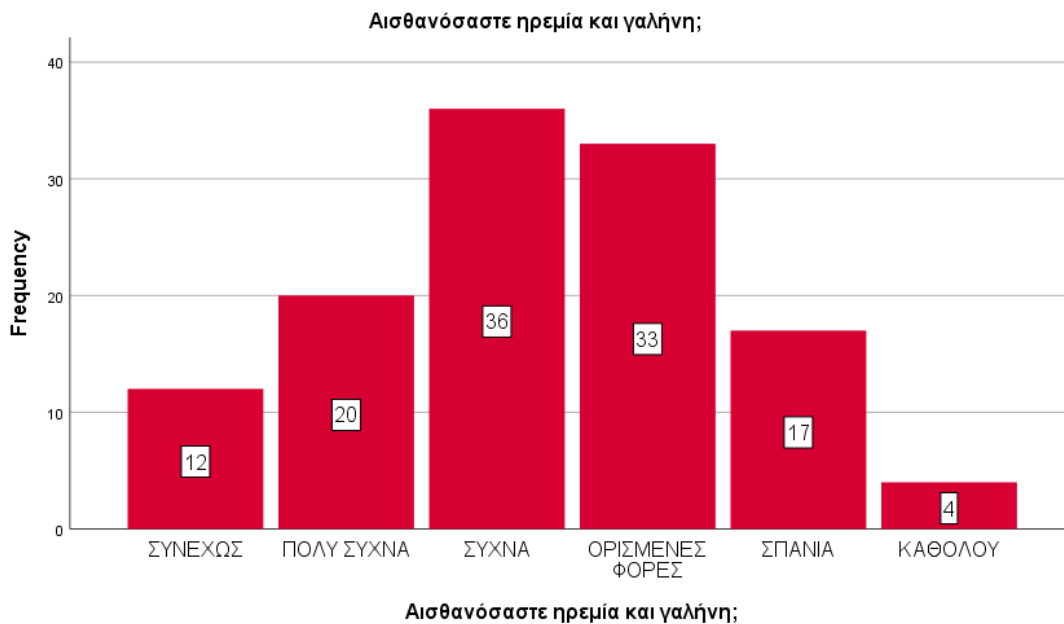
Στην Ερώτηση 9, τα περισσότερα άτομα (36 άτομα) απάντησαν ότι τις τελευταίες 4 εβδομάδες αισθανόταν ηρεμία και γαλήνη συχνά, 33 άτομα ένιωθαν ηρεμία και γαλήνη ορισμένες φορές, 20 άτομα πολύ συχνά, 17 άτομα απάντησαν δυστυχώς ότι ένιωθαν σπάνια ηρεμία και γαλήνη, ενώ μόλις 12 άτομα από το συνολικό δείγμα απάντησαν ότι ένιωθαν αυτά τα συναισθήματα συνεχώς (Πίνακας 22, Γράφημα 25).

Πίνακας 22: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 9.

Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΣΥΝΕΧΩΣ	12	9,8	9,8	9,8
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	20	16,4	16,4	26,2
	ΣΥΧΝΑ	36	29,5	29,5	55,7
	ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΦΟΡΕΣ	33	27,0	27,0	82,8
	ΣΠΑΝΙΑ	17	13,9	13,9	96,7
	ΚΑΘΟΛΟΥ	4	3,3	3,3	100,0

Total	122	100,0	100,0	
-------	-----	-------	-------	--



Γράφημα 25: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 9.

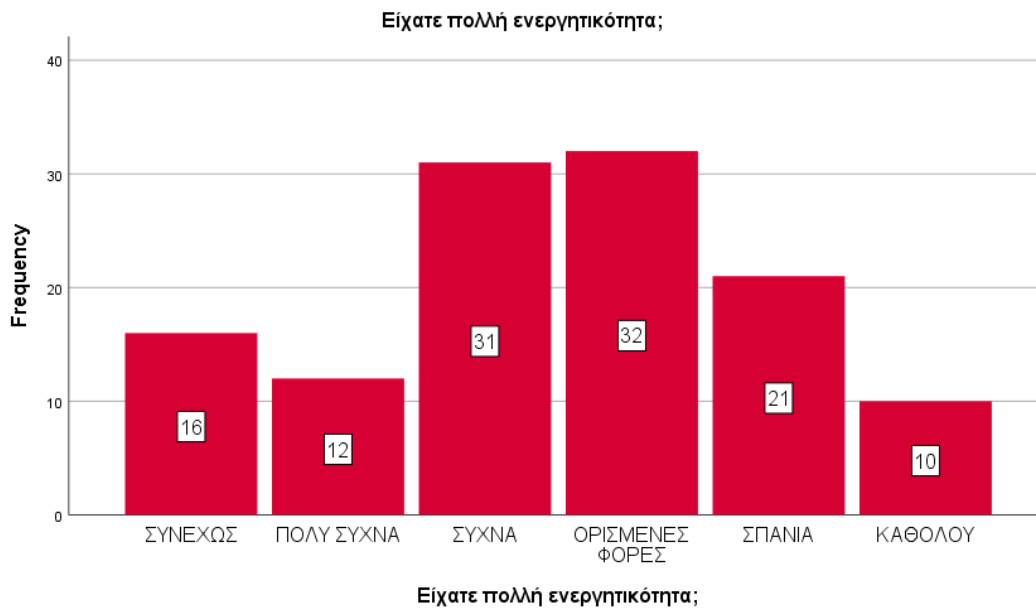
Όσον αφορά τη Ερώτηση 10 σχετικά με το εάν τα άτομα είχαν πολλή ενεργητικότητα τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 32 άτομα απάντησαν ότι είχαν ορισμένες φορές πολλή ενεργητικότητα, 31 άτομα απάντησαν συχνά, 21 άτομα απάντησαν πως είχαν σπάνια πολλή ενεργητικότητα, 16 άτομα συνεχώς, 12 άτομα πολύ συχνά, ενώ 10 άτομα απάντησαν πως δεν είχαν καθόλου ενεργητικότητα (Πίνακας 23, Γράφημα 26).

Πίνακας 23: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 10.

Είχατε πολλή ενεργητικότητα;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΣΥΝΕΧΩΣ	16	13,1	13,1	13,1
	ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	12	9,8	9,8	23,0
	ΣΥΧΝΑ	31	25,4	25,4	48,4
	ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΦΟΡΕΣ	32	26,2	26,2	74,6
	ΣΠΑΝΙΑ	21	17,2	17,2	91,8
	ΚΑΘΟΛΟΥ	10	8,2	8,2	100,0

Total	122	100,0	100,0	
-------	-----	-------	-------	--



Γράφημα 26: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 10.

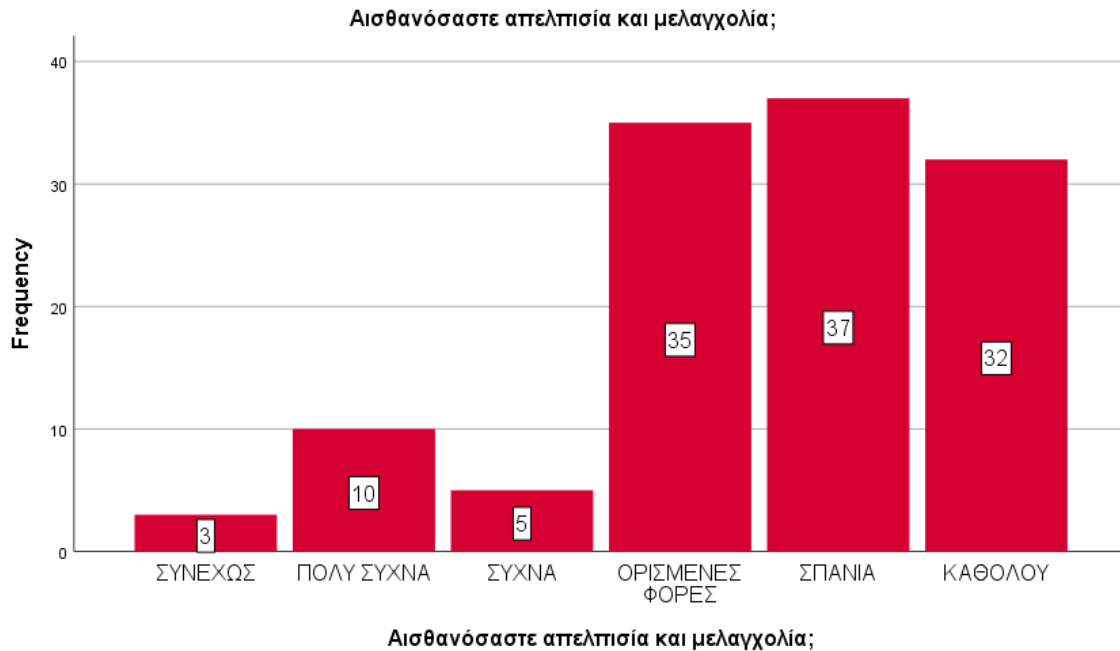
Στην Ερώτηση 11 σχετικά με το εάν τα άτομα ένιωθαν απελπισία και μελαγχολία τις τελευταίες 4 εβδομάδες, 37 άτομα απάντησαν πως ένιωθαν σπάνια μελαγχολία και απελπισία, 35 άτομα ένιωθαν ορισμένες φορές αυτά τα συναισθήματα, 32 άτομα δεν ένιωθαν καθόλου μελαγχολία και απελπισία, ενώ 10 άτομα απάντησαν πως ένιωθαν πολύ συχνά αυτά τα συναισθήματα, 5 άτομα τα ένιωθαν συχνά και 3 άτομα ένιωθαν συνεχώς απελπισία και μελαγχολία (Πίνακας 24, Γράφημα 27).

Πίνακας 24: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 11.

Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία;

	Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid ΣΥΝΕΧΩΣ	3	2,5	2,5	2,5
ΠΟΛΥ ΣΥΧΝΑ	10	8,2	8,2	10,7
ΣΥΧΝΑ	5	4,1	4,1	14,8
ΟΡΙΣΜΕΝΕΣ ΦΟΡΕΣ	35	28,7	28,7	43,4
ΣΠΑΝΙΑ	37	30,3	30,3	73,8

ΚΑΘΟΛΟΥ	32	26,2	26,2	100,0
Total	122	100,0	100,0	



Γράφημα 27: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 11.

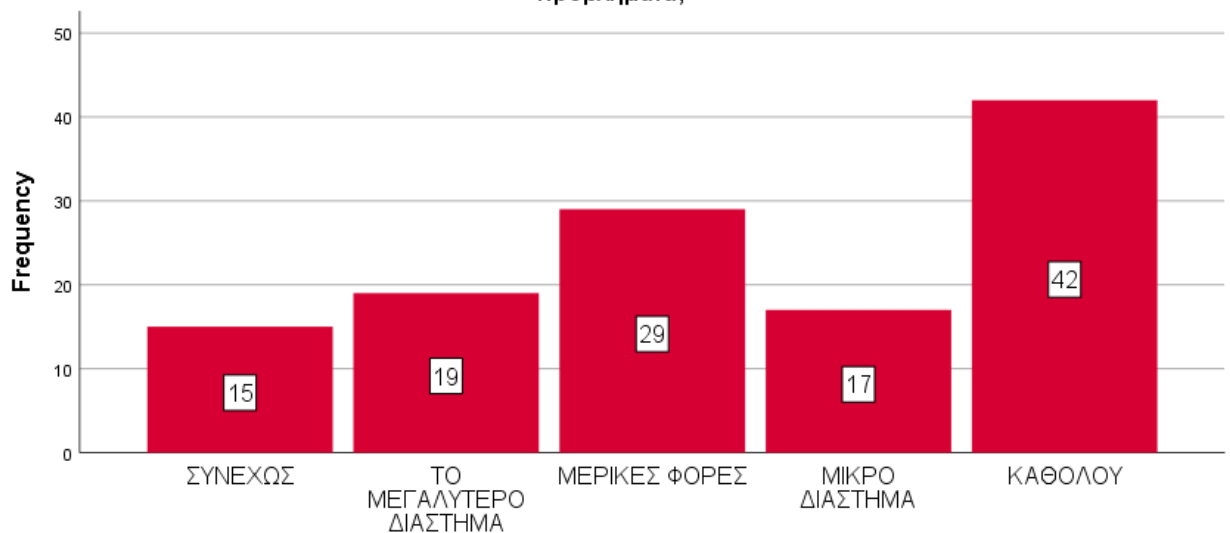
Όσον αφορά την Ερώτηση 12 που αναφέρεται επίσης στις τελευταίες 4 εβδομάδες και το πόσο επηρεάστηκαν οι κοινωνικές δραστηριότητες των ατόμων (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) από την κατάσταση της σωματικής υγείας τους ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα, 42 άτομα απάντησαν πως δεν επηρεάστηκαν καθόλου οι κοινωνικές τους δραστηριότητες, 29 άτομα απάντησαν μερικές φορές, 19 άτομα απάντησαν το μεγαλύτερο διάστημα επηρεάστηκαν οι κοινωνικές τους δραστηριότητες, 17 άτομα απάντησαν πως επηρεάστηκαν για μικρό διάστημα, ενώ 15 άτομα απάντησαν ότι επηρεάζονταν συνεχώς οι κοινωνικές τους δραστηριότητες (Πίνακας 25, Γράφημα 28).

Πίνακας 25: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 12.

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κτλ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

		Frequency	Percent	ValidPercent	CumulativePercent
Valid	ΣΥΝΕΧΩΣ	15	12,3	12,3	12,3
	ΤΟ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ	19	15,6	15,6	27,9
	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	29	23,8	23,8	51,6
	ΜΙΚΡΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ	17	13,9	13,9	65,6
	ΚΑΘΟΛΟΥ	42	34,4	34,4	100,0
	Total	122	100,0	100,0	

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κτλ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;



Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κτλ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;

Γράφημα 28: Κατανομή απαντήσεων της Ερώτησης 12.

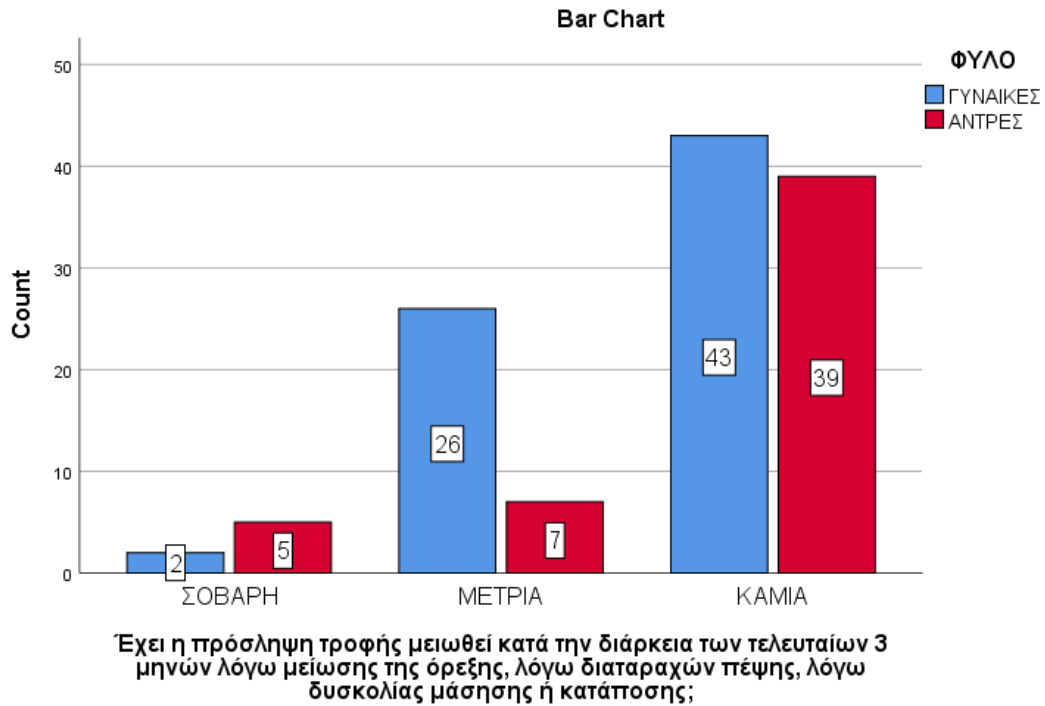
5.3 Επαγωγική Στατιστική

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας εφαρμόζοντας το χ^2 -τεστ (chi-square test) με σκοπό να διερευνηθεί η επίδραση του φύλου στις απαντήσεις των ερωτήσεων του Ερωτηματολογίου 1. Στατιστικά σημαντική διαφορά (p -value < 0.05) παρατηρήθηκε μεταξύ ανδρών και γυναικών στις ερωτήσεις Α και F2 (Πίνακας 26).

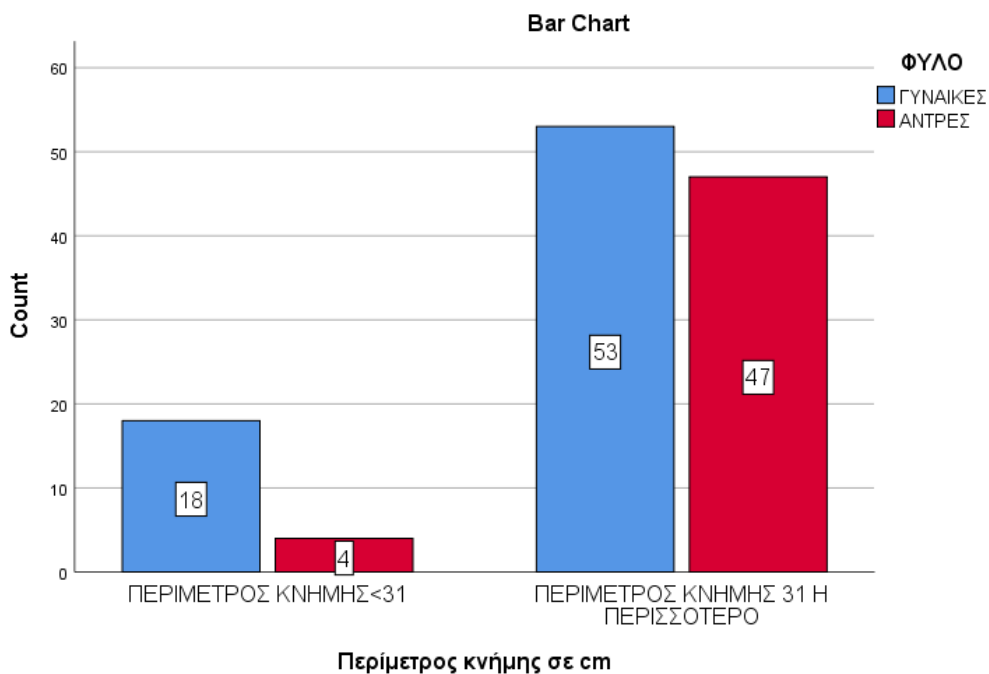
Αναλυτικότερα, οι γυναίκες απάντησαν σε υψηλότερα ποσοστό ότι η πρόσληψη τροφής μειώθηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών λόγω μείωσης της όρεξης, λόγω διαταραχών πέψης, λόγω δυσκολιών μάσησης ή κατάποσης σε σύγκριση με τους άνδρες του δείγματος (Γράφημα 29). Επιπλέον, η περίμετρος κνήμης διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών (Γράφημα 30).

Πίνακας 26: Αποτελέσματα χ^2 τεστ με βάση το φύλο και τις υπόλοιπες κατηγορικές μεταβλητές του Ερωτηματολογίου 1.

Ερώτηση	Φύλο
A	0.009
B	0.903
Γ	0.433
Δ	0.705
E	0.899
F1	0.464
F2	0.013



Γράφημα 29: Κατανομή των απαντήσεων της Ερώτησης Α.



Γράφημα 30: Κατανομή απαντήσεων της περιμέτρου κνήμης ανά φύλο.

Προκειμένου να εξαχθούν συμπεράσματα σχετικά με την επίδραση των συνεχών μεταβλητών στις απαντήσεις του Ερωτηματολογίου 1, πραγματοποιήθηκε

κατηγοριοποίηση των τιμών τους σε ομάδες όπως προαναφέρθηκε. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε χ^2 τεστ για να συγκριθούν οι ερωτήσεις Α έως F2 με τις κατηγορικές πλέον τιμές της ηλικίας, του βάρους, του ύψους και του σκορ εκτίμησης του επιπέδου θρέψης. Τα στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (p -value<0.05) απεικονίζονται με σκούρο μαύρο χρώμα στον Πίνακα 27, ενώ απεικονίζονται και στα Γραφήματα 31-40.

Πίνακας 27:Αποτελέσματα χ^2 τεσττων κατηγορικών μεταβλητών του Ερωτηματολογίου 1 με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Ερώτηση	Ηλικία	Βάρος	Ύψος	ΔΜΣ	Σκορ
A	0.332	0.001	0.182	0.015	0.093
B	0.553	0.180	0.760	<0.001	0.019
Γ	0.019	0.210	0.732	<0.001	<0.001
Δ	0.535	0.288	0.278	0.001	0.010
E	0.392	0.001	0.343	0.002	0.380
F1	0.744	0.002	0.969	-	<0.001
F2	0.222	<0.001	0.679	<0.001	0.001

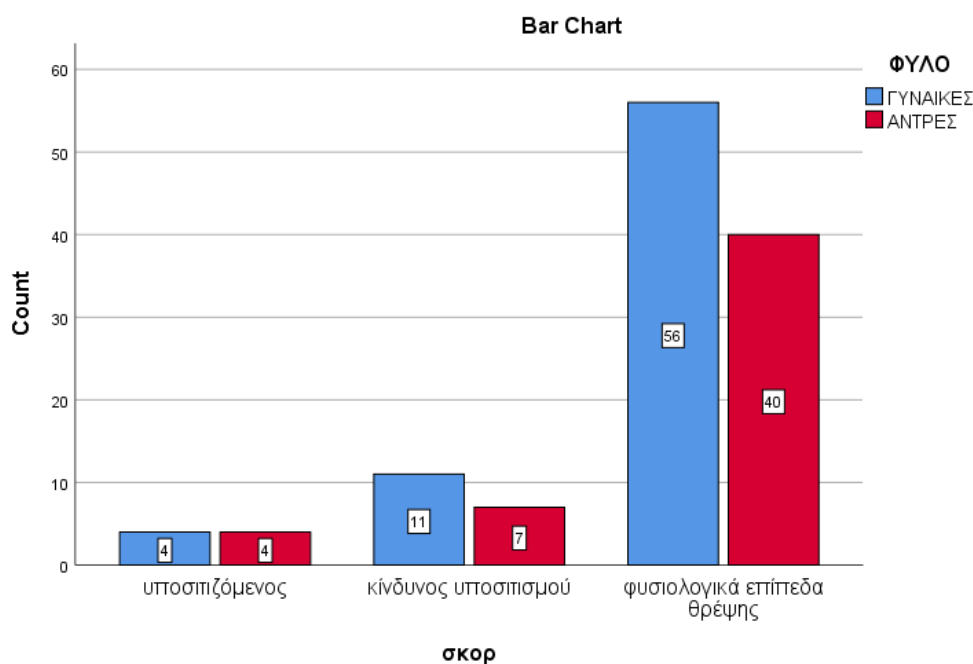
Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε χ^2 τεστ για να διερευνηθεί αν διαφέρουν τα ποσοστά θρέψης ανά φύλο, αλλά δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (p -value>0.05).

Πίνακας 28: Κατανομή επιπέδων θρέψης ανά φύλο.

σκορ * ΦΥΛΟ Crosstabulation				
Count				
		ΦΥΛΟ		Total
		ΓΥΝΑΙΚΕ Σ	ΑΝΤΡΕ Σ	
σκορ	υποσιτιζόμενος	4	4	8
	κίνδυνος υποσιτισμού	11	7	18
	φυσιολογικά επίπεδα θρέψης	56	40	96
Total		71	51	122

Πίνακας 29: Αποτελέσματα χ^2 τεστ.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,285 ^a	2	,867
Likelihood Ratio	,282	2	,869
Linear-by-Linear Association	,062	1	,803
N of Valid Cases	122		
a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,34.			



Γράφημα 31: Κατανομή επιπέδων θρέψης ανά φύλο.

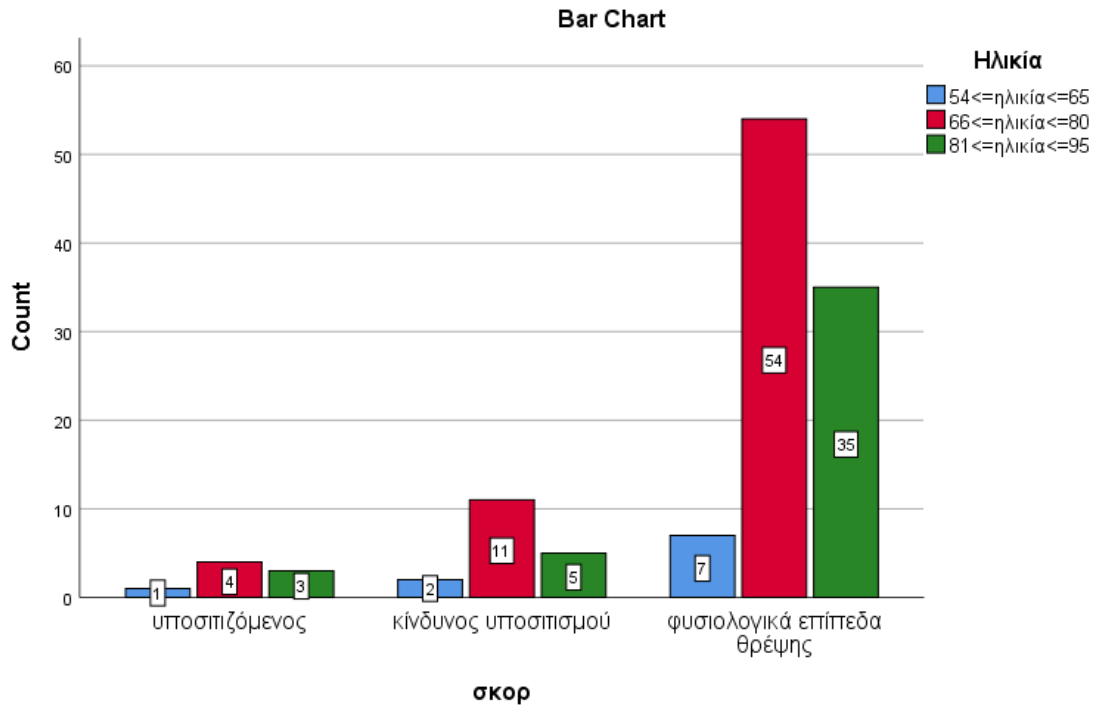
Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε χ^2 τεστ για να διερευνηθεί αν διαφέρουν τα ποσοστά θρέψης ανήλικιακή κατηγορία, αλλά επίσης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p\text{-value} > 0.05$).

Πίνακας 30: Κατανομή επιπέδων θρέψης ανά ηλικιακή κατηγορία.

σκορ * Ηλικία Crosstabulation					
Count					
		Ηλικία			Total
		54<=ηλικία <=65	66<=ηλικία <=80	81<=ηλικία <=95	
σκορ	υποσιτιζόμενος	1	4	3	8
	κίνδυνος υποσιτισμού	2	11	5	18
	φυσιολογικά επίπεδα θρέψης	7	54	35	96
Total		10	69	43	122

Πίνακας 31: Αποτελέσματα χ^2 τεστ.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	,928 ^a	4	,921
Likelihood Ratio	,910	4	,923
Linear-by-Linear Association	,327	1	,567
N of Valid Cases	122		
a. 4 cells (44,4%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,66.			



Γράφημα 32: Κατανομή επιπέδων θρέψης ανά ηλικιακή κατηγορία.

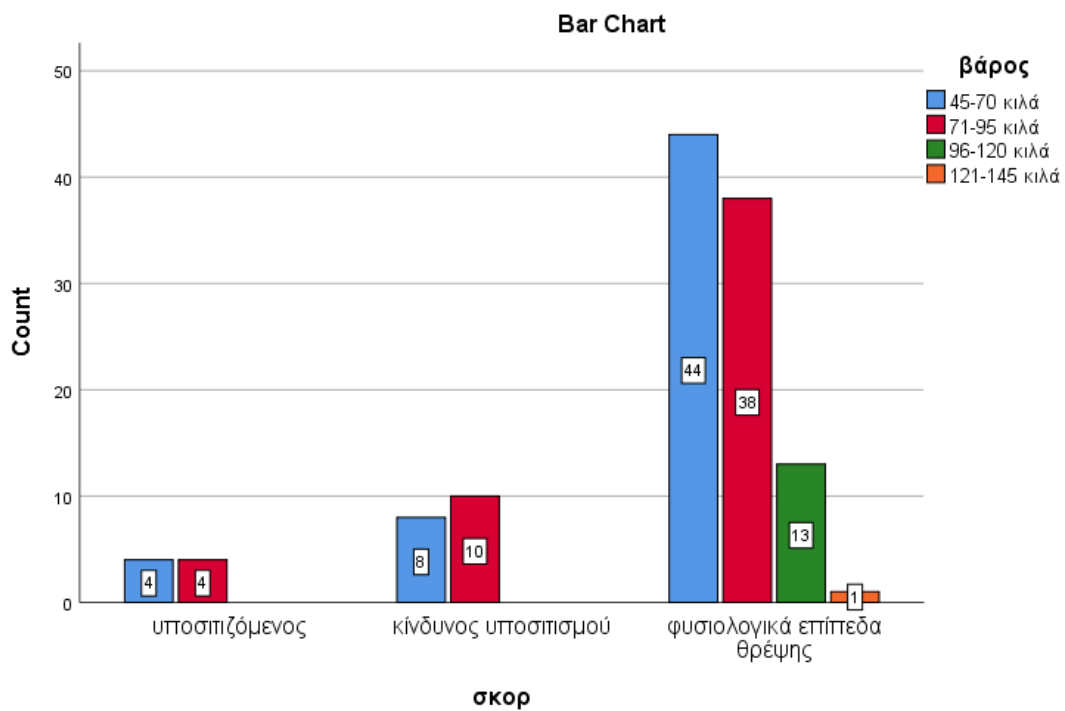
Πίνακας 32: Κατανομή επιπέδων θρέψης ανά κατηγορία βάρους.

σφορ * βάρους Crosstabulation						
Count						
		βάρους				Total
		45-70 κιλά	71-95 κιλά	96-120 κιλά	121-145 κιλά	
σφορ	υποσιτιζόμενος	4	4	0	0	8
	κίνδυνος υποσιτισμού	8	10	0	0	18
	φυσιολογικά επίπεδα θρέψης	44	38	13	1	96
Total		56	52	13	1	122

Πίνακας 33: Αποτελέσματα χ^2 τεστ.

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymptotic Significance (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,846 ^a	6	,564
Likelihood Ratio	7,702	6	,261
Linear-by-Linear Association	1,055	1	,304
N of Valid Cases	122		

a. 7 cells (58,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,07.



Γράφημα 33: Κατανομή επιπέδων θρέψης ανά κατηγορία βάρους.

Πίνακας 34: Κατανομή ηλικίας ανά φύλο.

Ηλικία * ΦΥΛΟ Crosstabulation				
Count				
		ΦΥΛΟ		Total
		ΓΥΝΑΙΚ ΕΣ	ΑΝΤΡΕΣ	
Ηλικί α	54<=ηλικία< =65	7	3	10
	66<=ηλικία< =80	39	30	69
	81<=ηλικία< =95	25	18	43
Total		71	51	122

Όσον αφορά τα αποτελέσματα του χ^2 τεστ των κατηγορικών μεταβλητών του Ερωτηματολογίου 1 και των κατηγορικών μεταβλητών του Ερωτηματολογίου 2, το φύλο των ατόμων επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις της Ερώτησης 3 του ερωτηματολογίου 2.

Η κινητικότητα επηρέασε σημαντικά μόνο τις απαντήσεις της Ερώτησης 8 σχετικά με το πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία των ατόμων τόσο έξω από το σπίτι όσο και μέσα από αυτό.

Επίσης, η παρουσία ή μη νευροψυχιατρικών νοσημάτων, επηρέασε σημαντικά τις απαντήσεις της Ερώτησης 7 που αφορά τις τελευταίες 4 εβδομάδες και το εάν τα άτομα έκαναν τη δουλειά τους ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ό,τι συνήθως λόγω οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος, όπως λόγου χάρη επειδή ένιωθαν μελαγχολία ή άγχος.

Επιπλέον, ο ΔΜΣ επηρέασε στατιστικά σημαντικά τις απαντήσεις των Ερωτήσεων 4, 5 και 10 του Ερωτηματολογίου 2 και πιο συγκεκριμένα, ο ΔΜΣ επηρέασε τις απαντήσεις όσον αφορά την Ερώτηση 4 και 5 που αναφέρονται στις τελευταίες 4 εβδομάδες αν πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα ήθελαν ή αν περιόρισαν τα είδη της δουλειάς τους η των άλλων δραστηριοτήτων τους λόγω της κατάστασης της

σωματικής τους υγείας και επίσης, ο ΔΜΣ επηρέασε τις απαντήσεις σχετικά με το εάν τα άτομα είχαν πολλή ενεργητικότητα τις τελευταίες 4 εβδομάδες.

Πίνακας 35: Αποτελέσματα χ^2 τεστ των κατηγορικών μεταβλητών του Ερωτηματολογίου 1 και των κατηγορικών μεταβλητών του Ερωτηματολογίου 2.

Ερώτηση	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Φύλο	0.35 5	0.60 4	0.03 3	0.77 0	0.68 2	0.16 8	0.18 4	0.88 2	0.743	0.44 4	0.68 3	0.89 8
Ηλικία	0.88 1	0.56 8	0.50 5	0.98 7	0.86 7	0.95 6	0.55 5	0.47 0	0.690	0.05 9	0.41 6	0.97 7
Πρόσληψη τροφής	0.70 7	0.88 1	0.58 4	0.25 1	0.97 2	0.85 4	0.39 6	0.68 8	0.322	0.25 7	0.77 0	0.13 1
Απώλεια βάρους	0.68 0	0.14 4	0.61 6	0.37 3	0.45 2	0.26 0	0.46 0	0.47 2	0.272	0.23 2	0.52 4	0.70 7
Κινητικότητα	0.61 7	0.11 0	0.12 4	0.10 7	0.06 5	0.27 9	0.53 7	0.04 0	0.750	0.24 0	0.19 1	0.26 0
Ψυχολογικό στρες	0.60 2	0.71 9	0.64 7	0.64 0	0.96 0	0.73 8	0.99 4	0.37 8	0.241	0.99 9	0.12 6	0.80 4
Νευροψυχιατρικά νοσήματα	0.52 2	0.56 7	0.27 1	0.58 4	0.44 2	0.48 1	0.02 6	0.31 8	0.731	0.16 3	0.89 5	0.06 2
F1 ΔΜΣ	0.59 6	0.49 0	0.32 1	0.03 1	0.01 7	0.17 6	0.38 0	0.14 7	0.624	0.01 3	0.81 9	0.64 5
F2 περίμετρος κνήμης	0.64 6	0.84 4	0.84 7	0.07 2	0.05 6	0.49 1	0.20 2	0.08 3	0.684	0.04 4	0.27 8	0.08 1
Σκορ	0.00 8	0.00 2	0.46 6	0.06 0	0.04 6	0.00 1	0.54 6	0.01 2	<0.00 1	0.28 5	0.00 2	0.00 1

Στη συνέχεια, επειδή το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF-12 διακρίνεται σε δύο συνιστώσες, αυτή που διερευνά τη σωματική υγεία και αποτελείται από τις πέντε πρώτες ερωτήσεις και αυτή που διερευνά την ψυχική υγεία και αποτελείται από τις επόμενες επτά ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Για κάθε διάσταση υπολογίστηκε ένα σκορ για κάθε άτομο και εξετάστηκε τυχόν ύπαρξη συσχέτισης του εκάστοτε σκορ με τα δημογραφικά στοιχεία και με το σκορ από το ερωτηματολόγιο MNA. Στατιστικά

σημαντική συσχέτιση εντοπίστηκε μεταξύ του σκορ της σωματικής υγείας με την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, αποδείχτηκε ότι όσο μεγαλώνει η ηλικία τόσο μειώνεται το σκορ σωματικής υγείας και είναι λογικό αφού προοιούσης της ηλικίας εμφανίζονται όλο και περισσότερα προβλήματα υγείας με αποτέλεσμα την επιδείνωση της σωματικής υγείας. Ανάλογη στατιστικά σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε για την ψυχική υγεία και την ηλικία είτε γιατί η ηλικία όντως δεν διαδραματίζει ρόλο αφού στη σημερινή εποχή όλο και μικρότερης ηλικίας άτομα εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές είτε γιατί το δείγμα ήταν σχετικά μικρό και δεν ανέδειξε τυχόν συσχέτιση. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση της σωματικής και ψυχικής υγείας με το σκορ αξιολόγησης των επιπέδων θρέψης, όπως και με κανένα άλλο δημογραφικό στοιχείο.

	ΣΚΟΡ_PCS	ΣΚΟΡ_MCS
Φύλο ^a	0.086	0.391
Ηλικία ^b	0.049	0.421
Βάρος ^b	0.585	0.072
ύψος ^b	0.174	0.136
ΣΚΟΡ_MNA ^b	0.741	0.441

a: Logistic regression

b: Pearson's correlation

Correlations

		skor_PCS	ΗΛΙΚΙΑ
skor_PCS	PearsonCorrelation	1	-,179*
	Sig. (2-tailed)		,049
	N	122	122
ΗΛΙΚΙΑ	PearsonCorrelation	-,179*	1
	Sig. (2-tailed)	,049	
	N	122	122

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Συζήτηση

Η παρούσα διπλωματική εργασία αξιολογεί την κατάσταση θρέψης των ηλικιωμένων και τη σχέση που έχει με την ποιότητα της ζωής τους και τη γενικότερη κατάσταση της υγείας τους. Το δείγμα αποτελείται από 122 άτομα ηλικίας 54 έως 94 ετών, με μέση τιμή τα 77 έτη. Το βάρος των ατόμων κυμαίνεται από 46 έως 130 κιλά, ενώ το ύψος των ατόμων κυμαίνεται από 1.40 cm έως 1.90 cm.

Πριν την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας και εγκυρότητας των δυο ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα και αποδείχτηκε ότι και τα δυο ερωτηματολόγια διαθέτουν εγκυρότητα και αξιοπιστία, οπότε βάσει αυτών μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα μετά τη στατιστική ανάλυση των απαντήσεων των ερωτηματολογίων. Στην παρούσα εργασία, ο δείκτης Cronbach's α αποδείχθηκε ικανοποιητικός για το Ερωτηματολόγιο 1 (Cronbach's $\alpha = 0.746$) και εξαιρετικά υψηλός (Cronbach's $\alpha = 0.908$) για το Ερωτηματολόγιο 2, οπότε το σύνολο των ερωτήσεων συνθέτει ικανοποιητικά μια κλίμακα.

Όσον αφορά το Ερωτηματολόγιο 1, για το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν παρατηρήθηκε καμία μείωση στην πρόσληψη τροφής κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών λόγω μείωσης της όρεξης, λόγω διαταραχών πέψης, λόγω δυσκολίας μάσησης ή κατάποσης, με συνέπεια το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος να μην έχει υποστεί κάποια απώλεια βάρους σε αυτό το διάστημα. Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος διαθέτει ικανοποιητικό βαθμό κινητικότητας, αφού βγαίνει εκτός σπιτιού. Επίσης, τα περισσότερα άτομα δεν έχουν υποστεί ψυχολογικό στρες ή οξύ νόσημα τους τελευταίους 3 μήνες, ενώ επίσης τα περισσότερα άτομα δεν ταλαιπωρούνται από ψυχολογικά προβλήματα. Ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων διαθέτει ΔΜΣ > 23 και περίμετρο κνήμης > 31 cm. Τέλος, τα περισσότερα άτομα χαρακτηρίζονται από φυσιολογικά επίπεδα θρέψης.

Όσον αφορά το Ερωτηματολόγιο 2, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος χαρακτηρίζει την υγεία του καλή, δεν περιορίζεται σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, αλλά περιορίζεται όταν ανεβαίνει ορόφους με τα πόδια. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων απάντησε ότι πραγματοποίησε λιγότερα από όσα θα ήθελε τις τελευταίες 4 εβδομάδες, περιόρισε τα είδη της δουλειάς τους ή των άλλων δραστηριοτήτων τους εξαιτίας της σημερινής κατάστασης της υγείας του, δεν

πραγματοποίησε λιγότερα από όσα θα ήθελε είτε στη δουλειά του είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώθανε μελαγχολία ή άγχος) και επίσης δεν έκανε τη δουλειά του ή και άλλων δραστηριοτήτων λιγότερο προσεκτικά από ό,τι συνήθως εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώθανε μελαγχολία ή άγχος). Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα απάντησαν ότι τους επηρέασε λίγο ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία τους (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα από αυτό). Όσον αφορά τα συναισθήματα των ατόμων του δείγματος, τα περισσότερα άτομα απάντησαν ότι ένιωθαν συχνά ηρεμία και γαλήνη, είχαν ορισμένες φορές πολλή ενεργητικότητα, ενώ σπάνια ένιωθαν απελπισία και μελαγχολία. Τέλος, τα περισσότερα άτομα στις τελευταίες 4 εβδομάδες απάντησαν πως δεν επηρεάστηκαν καθόλου οι κοινωνικές δραστηριότητές τους (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κλπ.) από την κατάσταση της σωματικής υγείας τους ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα.

Στη συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος ανεξαρτησίας εφαρμόζοντας το χ^2 -τεστ (chi-square test) με σκοπό να διερευνηθεί η επίδραση κάθε μεταβλητής στις υπόλοιπες τόσο του Ερωτηματολογίου 1 όσο και του Ερωτηματολογίου 2. Όσον αφορά την επίδραση του φύλου στις υπόλοιπες μεταβλητές, οι γυναίκες απάντησαν σε υψηλότερα ποσοστό ότι η πρόσληψη τροφής μειώθηκε κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών λόγω μείωσης της όρεξης, λόγω διαταραχών πέψης, λόγω δυσκολιών μάσησης ή κατάποσης σε σύγκριση με τους άνδρες του δείγματος. Επιπλέον, η περίμετρος κνήμης διέφερε στατιστικά σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε χ^2 τεστ για να διερευνηθεί αν διαφέρουν τα ποσοστά θρέψης ανά φύλο, αλλά δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (p -value > 0.05). Όσον αφορά την επίδραση του φύλου στις μεταβλητές του Ερωτηματολογίου 2, οι γυναίκες απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό ότι όταν ανεβαίνουν ορόφους με τα πόδια περιορίζονται από την κατάσταση της υγείας τους πιο πολύ.

Όσον αφορά την επίδραση της ηλικίας, τα άτομα που είναι κλινήρη ανήκουν στις 2 κατηγορίες μεγαλύτερης ηλικίας που είναι λογικό λόγω της φθοράς του χρόνου. Όσον αφορά τον παράγοντα της ηλικίας έχει βρεθεί από τη βιβλιογραφία ότι αυτός ο παράγοντας παρουσιάζει αντίστροφη σχέση ως με το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων. Με κάθε ποσοστιαία αύξηση της ηλικίας αυξάνονται και οι μέρες που ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων θα πάσχει από κακή υγεία. Παράλληλα με την αύξηση της

ηλικίας και την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών το άτομο περιορίζει την κοινωνική του αλληλεπίδραση, καθώς και δεν δημιουργεί τόσο εύκολα κοινωνικές σχέσεις με συνέπεια να επηρεάζεται σημαντικά το επίπεδο της ψυχικής του υγείας (Haraldstad, et al., 2019; Boggatz, 2015). Η ηλικία δεν είχε καμιά επίδραση στις απαντήσεις των Ερωτήσεων του Ερωτηματολογίου 2. Η επίδραση του ύψους και του βάρους αντικατοπτρίζεται καλύτερα με τη μελέτη του ΔΜΣ, επειδή πρόκειται για ενήλικο πληθυσμό του οποίου το ύψος δεν μεταβάλλεται και είναι πιο λογικό να μελετηθεί σε συνάρτηση με το βάρος των ατόμων.

Πιο αναλυτικά ο ΔΜΣ επηρέασε όλες τις μεταβλητές του Ερωτηματολογίου 1 στατιστικά σημαντικά. Πιο συγκεκριμένα, όπως είναι λογικό σε άτομα με ΔΜΣ>23 δεν σημειώθηκε μείωση στην πρόσληψη τροφής, απώλεια βάρους και η περίμετρος κνήμης είναι άνω των 31 cm. Όσον αφορά τις ερωτήσεις του Ερωτηματολογίου 2, ο ΔΜΣ επηρέασε τις Ερωτήσεις 4, 5 και 10. Τα άτομα με ΔΜΣ>23 πραγματοποίησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό λιγότερα από όσο θα ήθελαν, περιόρισαν πιο πολύ τα είδη της δουλειάς τους ή άλλων δραστηριοτήτων τους, αλλά δεν είχαν κάποιο θέμα με την ενεργητικότητα.

Όσον αφορά το πώς επηρέασαν τις απαντήσεις των ατόμων του δείγματος τα επίπεδα θρέψης τους, στατιστικά σημαντικές διαφορές σημειώθηκαν στις ερωτήσεις σχετικά με την απώλεια βάρους, την κινητικότητα το εάν έχει υποστεί κάποιος ψυχολογικό στρες ή οξύ νόσημα τους τελευταίους 3 μήνες, τον ΔΜΣ και την περίμετρο κνήμης. Όσον αφορά τις ερωτήσεις του Ερωτηματολογίου 2, επηρεάστηκαν από το επίπεδο θρέψης οι απαντήσεις των ερωτήσεων 1, 2, 5, 6, 8, 9, 11 και 12. Πιο συγκεκριμένα, φυσιολογικά επίπεδα θρέψης χαρακτηρίζουν περισσότερα τα άτομα χωρίς απώλεια βάρους και άτομα με καλή κινητικότητα που βγαίνουν εκτός σπιτιού, όπως επίσης και άτομα που δεν έχουν υποστεί ψυχολογικό στρες ή οξύ νόσημα τους τελευταίους 3 μήνες, άτομα με ΔΜΣ>23 και περίμετρο κνήμης άνω των 31 cm. Η επίδραση της κινητικότητας που σημειώθηκε στα πλαίσια της παρούσας έρευνας επιβεβαιώνεται και από τα ευρήματα της βιβλιογραφίας όπου επιδημιολογικές μελέτες έχουν δείξει ότι το 10-20% των ηλικιωμένων που ζουν σπίτια τους και μέχρι το 60% των ατόμων που ζουν σε ιδρύματα εμφανίζουν διατροφικές ελλείψεις, με παράλληλη απώλεια βάρους. Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η συχνότητα του υποσιτισμού στους ηλικιωμένους που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο ανέρχεται στο 26%, στους τροφίμους γηροκομείων στο 30-60% και στους κατοίκους της κοινότητας στο 5-10%. Ο επιπολασμός του

πρωτεϊνικού-ενεργειακού υποσιτισμού στους τροφίμους γηροκομείων γενικά κυμαίνεται από 17% έως και 65%, κάνοντας το πρόβλημα αυτό ένα από τα πιο σημαντικά που έχουν να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας (Drevet, Gavazzi, 2019). Τα επίπεδα θρέψης δεν ήταν διαφορετικά στους άνδρες και τις γυναίκες, στις διαφορετικές κατηγορίες ηλικίας και βάρους.

Μετά την αξιολόγηση των δημογραφικών χαρακτηριστικών και του επιπέδου θρέψης στο σύνολο των μεταβλητών, εξετάστηκε η επίδραση των απαντήσεων του Ερωτηματολογίου 1 στις απαντήσεις του Ερωτηματολογίου 2. Η πρόσληψη τροφής, η απώλεια βάρους και το ψυχολογικό στρες ή τυχόν οξύ νόσημα δεν επηρέασαν καμία απάντηση του Ερωτηματολογίου 2. Αντίθετα, η κινητικότητα επηρέασε σημαντικά τις απαντήσεις της Ερώτησης 8 που αφορά αν επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία των ατόμων και πιο συγκεκριμένα, τα ποσοστά της επίδρασης της κινητικότητας είναι μεγαλύτερα στα κλινήρη άτομα. Επίσης, τα νευροψυχιατρικά νοσήματα επηρέασαν την προσοχή των ατόμων όταν έκαναν τη δουλειά τους κάνοντάς τους λιγότερο προσεκτικούς.

Όσον αφορά τον έλεγχο συσχέτισης των σκορ σωματικής και ψυχικής υγείας του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-12 με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου MNA, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του σκορ σωματικής υγείας η οποία όμως είναι αρνητική, που σημαίνει δηλαδή ότι όσο αυξάνει η ηλικία τόσο μειώνεται το επίπεδο σωματικής υγείας. Αυτή η συσχέτιση είναι λογική, καθώς όσο περνά η ηλικία τόσο αυξάνονται τα προβλήματα υγείας. Θα περίμενε κανείς να παρατηρηθεί στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του σκορ της ψυχικής υγείας και της ηλικίας. Κάτι τέτοιο δεν παρατηρήθηκε είτε γιατί η ηλικία όντως δεν διαδραματίζει ρόλο αφού στη σημερινή εποχή όλο και μικρότερης ηλικίας άτομα εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές είτε γιατί το δείγμα ήταν σχετικά μικρό και δεν ανέδειξε τυχόν συσχέτιση. Επιπλέον, δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση του σκορ της σωματικής και ψυχικής υγείας με το σκορ αξιολόγησης των επιπέδων θρέψης, όπως και με κανένα άλλο δημογραφικό στοιχείο. Ίσως και πάλι να ευθύνεται το σχετικά μικρό δείγμα της παρούσας εργασίας. Μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα μένει να επιβεβαιώσουν ή όχι τα ευρήματα της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Μελετώντας τις έρευνες που έχουν γίνει για το Mini Nutritional Assessment (MNA) και συγκρίνοντας αυτές με τη δική μας έρευνα, παρατηρούμε ότι υπάρχουν διαφορές ως προς τα αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, στη δική μας έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα περισσότερα άτομα χαρακτηρίζονται από φυσιολογικά επίπεδα θρέψης διατηρώντας ικανοποιητική εικόνα χωρίς να παρατηρηθεί καμία μείωση στην πρόσληψη τροφής. Σε ταύτιση των αποτελεσμάτων με αυτή την έρευνα έρχεται και εκείνη που πραγματοποιήθηκε από τους Πλεξίδα σε Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) στην περιοχή της Αττικής, κατά την οποία το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων βρέθηκε να έχει φυσιολογικά επίπεδα θρέψης. Παρόλα αυτά όμως ο αριθμός των ατόμων με υποσιτισμό βρίσκεται σε υψηλό ποσοστό και γι' αυτό είναι αναγκαία η πρόσληψη και η αντιμετώπιση της κατάστασης με υπευθυνότητα και σεβασμό απέναντί τους. Από την άλλη πλευρά όμως, μέσα από έρευνες που έγιναν στο Ιράν, την Ινδία και την Αυστρία, διαπιστώθηκε ότι ο μεγαλύτερος αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων βρέθηκε στα πρόθυρα υποσιτισμού, ενώ σημαντικός και καθόλου απαρατήρητος είναι ο αριθμός εκείνων που υποσιτίζονται. Επομένως, ο υποσιτισμός είναι αρκετά πιθανός, εφόσον αποτελεί ένα σύνθετο πρόβλημα στην ηλικιακή ομάδα των ατόμων άνω των 65 ετών σε παγκόσμια κλίμακα. Αξίζει να αναφέρουμε ότι οι έρευνες ως επί το πλείστον έδειξαν ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι που ζουν σε κέντρα φροντίδας, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο υποσιτισμού σε αντίθεση με όσους μένουν στα σπίτια τους.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια. Το ένα είναι του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας Ποιότητας Ζωής (WHOQOL-BREF) και το άλλο το SF-36. Για τη δική μας έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-12. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα της βιβλιογραφίας, αφού οι γυναίκες παρουσιάζουν χειρότερο επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας. Επίσης, οι γυναίκες είναι πιο εξοικειωμένες και αναγνωρίζουν ευκολότερα τα επικίνδυνα συμπτώματα που αφορούν την υγεία, με συνέπεια να προλαβαίνουν τις ασθένειες στα αρχικά στάδια εμφάνισης τους (Deshmukh, etal., 2015; DaSilva, etal., 2019).

Κλείνοντας, θα πρέπει να σημειωθεί ότι απαιτούνται μελλοντικές έρευνες με μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος, σε άλλους νομούς ή σε μεγαλύτερη κλίμακα, με σκοπό να γενικευτούν και να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.

Βιβλιογραφία

Ξενόγλωσση

- AcarTek, N., & Karaçil-Ermumcu, M. Ş. (2018). Determinants of Health Related Quality of Life in Home Dwelling Elderly Population: Appetite and Nutritional Status. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. doi:10.1007/s12603-018-1066-9
- Acar Tek, N., & Karacil Ermumcu, M. S. (2017). MON-P172: Determinants of Quality of Life in Free-Living Elderly Population: Nutritional Status and Appetite. *Clinical Nutrition*, 36, S242. doi:10.1016/s0261-5614(17)30915-9
- Agarwalla, Rashmi & Saikia, Anku & Baruah, Rupali. (2015). Assessment of the nutritional status of the elderly and its correlates. *Journal of family & community medicine*. 22. 39-43. 10.4103/2230-8229.149588.
- Alcañiz, M., & Solé-Auró, A. (2018). Feeling good in old age: factors explaining health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1). doi:10.1186/s12955-018-0877-z
- Amonkar P, Mankar MJ, Thatkar P, Sawardekar P, Goel R, Anjenaya S. (2018). A comparative study of health status and quality of life of elderly people living in old age homes and within family setup in Raigad District, Maharashtra. *Indian J Community Med.*, 43:10-3
- Artacho, R., Lujano, C., Sanchez-Vico, A. B., Vargas Sanchez, C., Gonzalez Calvo, J., Bouzas, P. R., & Ruiz-López, M. D. (2013). Nutritional status in chronically-ill elderly patients. Is it related to quality of life? *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 18(2), 192–197. doi:10.1007/s12603-013-0385-0
- Bashkireva AS, Bogdanova DY, Bilyk AY, Shishko AV, Kachan EY, Arutyunov VA. (2018). Quality of life and physical activity among elderly and old people.. *Adv Gerontol.*, 31(5):743-750. Russian. PMID: 30638330.
- Beck, A. M. (2018). Nutritional interventions among old people receiving support at home. *Proceedings of the Nutrition Society*, 77(03), 265–269. doi:10.1017/s002966511700413x

- Boggatz, T. (2015). Quality of life in old age - a concept analysis. *International Journal of Older People Nursing*, 11(1), 55–69. doi:10.1111/opn.12089
- Dalia, A. & Ruzevicius, J. (2007). Quality of Life and its Components' Measurement. *Engineering Economics*.
- Da Silva, G. C., & Cavalcante Neto, J. L. (2019). Quality of life and functional capability of elderly Brazilian women. *Work*, 62(1), 97–106. doi:10.3233/wor-182844
- Deshmukh PR, Dongre AR, Rajendran K P, Kumar S. (2015). Role of social, cultural and economic capitals in perceived quality of life among old age people in Kerala, India. *Indian J Palliat Care*, 21:39-44
- Drevet, S., & Gavazzi, G. (2019). Dénutrition du sujet âgé. *La Revue de Médecine Interne*. doi:10.1016/j.revmed.2019.05.003
- Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74. doi:10.1016/0891-4222(94)00028-8
- Gobbens, R. J. J., & Remmen, R. (2019). The effects of sociodemographic factors on quality of life among people aged 50 years or older are not unequivocal: comparing SF-12, WHOQOL-BREF, and WHOQOL-OLD. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 231–239. doi:10.2147/cia.s189560
- Granic, A., Mendonça, N., Hill, T., Jagger, C., Stevenson, E., Mathers, J., & Sayer, A. (2018). Nutrition in the Very Old. *Nutrients*, 10(3), 269. doi:10.3390/nu10030269
- Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Helseth, S. (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*. doi:10.1007/s11136-019-02214-9
- Hernandez-Galiot, A. & Goni, I. (2017). Quality of life and risk of malnutrition in a home-dwelling population over75. *Nutrition*, 35(81), 81-86. doi:10.1016/j.nut.2016.10.013

- Kaplan, R. M., & Ries, A. L. (2007). Quality of Life: Concept and Definition. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 4(3), 263–271. doi:10.1080/15412550701480356
- Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645–649. doi:10.1007/s40273-016-0389-9
- Kuczmariski, M. F., Shupe, E. S., Pohlig, R. T., Rawal, R., Zonderman, A. B. & Evans, M. K. (2019). A Longitudinal Assessment of Diet Quality and Risks Associated with Malnutrition in Socioeconomic and Racially Diverse Adults. *Nutrients*, 11(9), 2046. doi: 10.3390/nu11092046
- Landi, F., Calvani, R., Tosato, M., Martone, A., Ortolani, E., Saveria, G., Marzetti, E. (2016). Anorexia of Aging: Risk Factors, Consequences, and Potential Treatments. *Nutrients*, 8(2), 69. doi:10.3390/nu8020069
- Lorenzo-Lopez, L., Maseda, A., de Labra, C., Regueiro-Folgueira, L., RodriguezVillamil, J. L. & Millan-Calenti, J. C. (2017). Nutritional determinants of frailty in older adults: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 17 (108). doi: 10.1186/s12877-017-0496-2
- Luger E, Haider S, Kapan A, Schindler K, Lackinger C, Dorner TE. (2016). Association Between Nutritional Status and Quality of Life in (Pre) Frail Community-Dwelling Older Persons. *J Frailty Aging*, 5(3):141-8. PMID: 29239581.
- Morton, E., Michalak, E. E., & Murray, G. (2017). What does quality of life refer to in bipolar disorders research? A systematic review of the construct's definition, usage and measurement. *Journal of Affective Disorders*, 212, 128–137. doi:10.1016/j.jad.2017.01.026
- Owczarek, Kr. (2010). The concept of quality of life. *Acta Neuropsychologica*. 8. 207-213.
- Paino Pardal, L., Poblet i Montells, L., & Ríos Álvarez, L. (2017). Mayores que viven solos y malnutrición. Estudio SOLGER. *Atención Primaria*, 49(8), 450–458. doi:10.1016/j.aprim.2016.10.007

- Park, S., Kim, H. J., & Kim, K. (2020). Do Where The Elderly Live Matter? Factors Associated with Diet Quality among Korean Elderly Population Living in Urban Versus Rural Areas. *Nutrients*, 12(5), 1314. doi:10.3390/nu12051314
- Saeidlou, Sakineh & Merdol, Türkan & Mikaili, Peyman & Bektaş, Yener. (2011). Assessment of the nutritional status of elderly people living at nursing homes in Northwest Iran. *International Journal of Academic Research*. 3.
- Sandau, K. E., Hoglund, B. A., Weaver, C. E., Boisjolie, C., & Feldman, D. (2014). A conceptual definition of quality of life with a left ventricular assist device: Results from a qualitative study. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 43(1), 32–40. doi:10.1016/j.hrtlng.2013.09.004
- Shahabi R, Mozaffari Jovein A, Mostofi Asl N. (2019). Nutritional Status of the Elderly Living in Nursing Homes in Sabzevar, Iran. *Journal of Clinical and Basic Research (JCBR)*, 3 (1):18-22
- Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A.-S. (2015). Depression and Quality of Life in Older Persons: A Review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6), 311–339. doi:10.1159/000437299
- Sumaila, I. (2018). Dietary intake and nutritional status of elderly people living in a care home in Accra. [https://www.researchgate.net/publication/327792090_DIETARY_INTAKE_A
ND_NUTRITIONAL_STATUS_OF_ELDERLY_PEOPLE_LIVING_IN_A
CARE_HOME_IN_ACCRA](https://www.researchgate.net/publication/327792090_DIETARY_INTAKE_AND_NUTRITIONAL_STATUS_OF_ELDERLY_PEOPLE_LIVING_IN_A_CARE_HOME_IN_ACCRA)
- Theofilou, P. (2013). Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology*. 9. 150-162. 10.5964/ejop.v9i1.337.
- Vanleerberghe, P., De Witte, N., Claes, C., Schalock, R. L., & Verté, D. (2017). The quality of life of older people aging in place: a literature review. *Quality of Life Research*, 26(11), 2899–2907. doi:10.1007/s11136-017-1651-0
- Ventegodt, S., Andersen, N.J., Kandel, I. & Merrick, J. (2013). Quality of life, happiness and meaning of life. *Health and Happiness from Meaningful Work: Research in Quality of Working Life*. 9-21.

WHOQOL Group, (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment

Wu, T.-Y., Chie, W.-C., Kuo, K.-L., Wong, W.-K., Liu, J.-P., Chiu, S.-T., ... Blane, D. (2013). Quality of life (QOL) among community dwelling older people in Taiwan measured by the CASP-19, an index to capture QOL in old age. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 57(2), 143–150. doi:10.1016/j.archger.2013.03.010

Ελληνόγλωσση

Πλεξίδα, Α., Βασιλάκου, Τ., Καμπά, Ε., Φασόη, Γ., Κελέση, Μ., Ζυγά, Σ. (2015). Αξιολόγηση κατάστασης θρέψης ηλικιωμένων σε Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης και συσχέτιση του δείκτη θρέψης με κοινωνικοοικονομικές μεταβλητές και δείκτες υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5):622-628,

Mini Nutritional Assessment

MNA®

Nestlé
Nutrition Institute

Επώνυμο:		Όνομα:		
Φύλλο:	Ηλικία:	Βάρος (kg):	Ύψος (cm):	Ημερομηνία:

Συμπληρώστε την οθόνη εισάγοντας στα πλαίσια τους κατάλληλους αριθμούς. Αθροίστε τους βαθμούς για το τελικό σκορ αξιολόγησης.

Εκτίμηση	
A Έχει η πρόσληψη τροφής μειωθεί κατά τη διάρκεια των τελευταίων 3 μηνών λόγω μείωσης της όρεξης, λόγω διαταραχών πέψης, λόγω δυσκολίας, μάσησης ή κατάποσης; 0 = Σοβαρή μείωση πρόσληψης τροφής. 1 = Μέτρια μείωση πρόσληψης τροφής. 2 = Καμία μείωση πρόσληψης τροφής.	<input type="checkbox"/>
B Απώλεια βάρους κατά τη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών 0 = απώλεια βάρους μεγαλύτερη από 3 κιλά 1 = δε γνωρίζει 2 = απώλεια βάρους από 1 έως 3 κιλά 3 = καμία απώλεια βάρους	<input type="checkbox"/>
Γ Κινητικότητα; 0 = κλινήρης ή/και καθηλωμένος σε καρέκλα; 1 = μη κλινήρης ή/και καθηλωμένος σε καρέκλα αλλά χωρίς να βγαίνει έξω από το σπίτι 2 = βγαίνει εκτός σπιτιού	<input type="checkbox"/>
Δ Έχει ο ασθενής υποστεί ψυχολογικό στρες ή οξύ νόσημα τους τελευταίους τρεις μήνες 0 = ναι 2 = όχι	<input type="checkbox"/>
E Νευροψυχιατρικά νοσήματα; 0 = σοβαρή άνοια ή κατάθλιψη 1 = μέτρια άνοια 2 = χωρίς ψυχολογικά προβλήματα	<input type="checkbox"/>
F1 Δείκτης Μάζας Σώματος = βάρος σε κιλά / (ύψος σε m)² 0 = ΔΜΣ<19 1 = 19<ΔΜΣ<21 2 = 21<ΔΜΣ<23 3 = ΔΜΣ>23	<input type="checkbox"/>

ΑΝ ΤΟ BMI ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ, ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΕΙΣΤΕ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ F1 ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ F2. ΜΗΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΤΗΝ ΕΡΩΤΗΣΗ F2 ΕΑΝ Η ΕΡΩΤΗΣΗ F1 ΕΧΕΙ ΗΔΗ ΑΠΑΝΤΗΘΕΙ.

F2 Περίμετρος Κνήμης σε εκατοστά (cm) 0 = Περίμετρος Κνήμης λιγότερο από 31 3 = Περίμετρος Κνήμης 31 ή περισσότερο	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Σκορ εκτίμησης (σύνολο max. 14 βαθμοί)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12-14 βαθμοί: Φυσιολογικά επίπεδα θρέψης 8-11 βαθμοί: Κίνδυνος υποσιτισμού 0-7 βαθμοί: Υποσιτιζόμενος	

Ref. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. *Overview of the MNA® - Its History and Challenges*. J Nutr Health Aging 2006;10:456-465.
 Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B. *Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)*. J. Gerontol 2001;56A: M366-377.
 Guigoz Y. *The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us?* J Nutr Health Aging 2006; 10:466-487.
 Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, et al. *Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status*. J Nutr Health Aging 2009; 13:782-788.
 © Société des Produits Nestlé SA, Trademark Owners.
 © Société des Produits Nestlé SA 1994, Revision 2009.
 Για περισσότερες πληροφορίες: www.mna-elderly.com

ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗ ΥΓΕΙΑΣ SF-12

1. Γενικά θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

Εξαιρετική	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Οι παρακάτω προτάσεις αναφέρουν δραστηριότητες που πιθανώς κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η σημερινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο;

	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
2. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, ο περίπατος στην εξοχή.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Όταν ανεβαίνετε <u>μερικούς</u> ορόφους με τα πόδια.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα - κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
4. <u>Πραγματοποιήσατε λιγότερα</u> από όσα θα θέλατε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Περιορίσατε <u>τα είδη</u> της δουλειάς ή τα είδη άλλων δραστηριοτήτων σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σας παρουσιάστηκαν είτε στην δουλειά σας – είτε σε κάποια άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα – κάποια από τα παρακάτω προβλήματα, εξαιτίας οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

- | | | ΝΑΙ | ΟΧΙ | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6. | Πραγματοποιήσατε λιγότερα από όσα θα θέλατε; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. | Κάνατε την δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες <u>λιγότερο προσεκτικά</u> απ' ότι συνήθως; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. | <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);</u> | | | | |
| | Καθόλου | Λίγο | Μέτρια | Αρκετά | Πάρα πολύ |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Για κάθε μια από τις παρακάτω ερωτήσεις, επιλέξτε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα:

- | | Συνεχώς | Πολύ συχνά | Συχνά | Ορισμένες φορές | Σπάνια | Καθόλου |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. | Αισθανόσαστε ηρεμία και γαλήνη; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Είχατε πολλή ενεργητικότητα; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Αισθανόσαστε απελπισία και μελαγχολία; | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | <u>Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς, κλπ.) η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα;</u> | | | | | |
| | Συνεχώς | Το μεγαλύτερο διάστημα | Μερικές φορές | Μικρό διάστημα | Καθόλου | |