



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΜΑΣΤΟΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ
A.M. 0701071

**Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής
σε άτομα ηλικίας 65-80 ετών**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Βασιλική Ζήση
Λέκτορας



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΦΥΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΤΗΣ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ

ΜΑΣΤΟΡΗ ΔΗΜΗΤΡΑ
A.M. 0701071

**Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής
σε άτομα ηλικίας 65-80 ετών**

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Βασιλική Ζήση
Λέκτορας

Τρίκαλα 2005



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗΣ & ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ
ΕΙΔΙΚΗ ΣΥΛΛΟΓΗ «ΓΚΡΙΖΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ»

Αριθ. Εισ.: 4773/1
Ημερ. Εισ.: 29-08-2006
Δορεά:
Ταξιθετικός Κωδικός: ΠΤ-ΤΕΦΑΑ
2005
ΜΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



004000086922

Ευχαριστίες

Θερμές ευχαριστίες ...

... στην κυρία Ζήση Βασιλική, λέκτορα του Τμήματος Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού στο Πανεπιστήμιο Τρικάλων και επιβλέπουσα καθηγήτρια της διπλωματικής εργασίας, για τις πολύτιμες συμβουλές της και την αμέριστη υποστήριξη και βοήθειά της καθ' όλη τη διάρκεια συγγραφής της.

Ιούνιος 2006

Μάστορη Δήμητρα

Περιεχόμενα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	2
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι: ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ : ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	8
Προγράμματα άσκησης και ποιότητα ζωής.....	9
Ηλικία, φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής.....	12
Έμμεσες επιδράσεις της άσκησης στην ποιότητα ζωής.....	14
Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής σε άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας.....	15
Φυσική δραστηριότητα, ποιότητα ζωής και ψυχολογικές μεταβλητές.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙV : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	23
Ποιότητα ζωής (SF-36).....	23
Συνήθειες άσκησης.....	25
Σχέση Συνηθειών Άσκησης και Ποιότητας Ζωής.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ V : ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	29
Βιβλιογραφία.....	32
Παράρτημα : Ερωτηματολόγιο Έρευνας.....	35

Περίληψη

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετήσει τη σχέση των συνηθειών άσκησης ατόμων άνω των 65 ετών με 4 παραμέτρους της ποιότητας ζωής, τη ζωτικότητα, τη ψυχική υγεία, τον συναισθηματικό και τον κοινωνικό ρόλο και την διαφοροποίηση αυτών των σχέσεων σε άνδρες και γυναίκες. Στη έρευνα συμμετείχαν 150 άτομα (76 άνδρες και 74 γυναίκες) τα οποία απάντησαν σε ερωτήσεις που αφορούσαν τη φυσική δραστηριότητα και την ποιότητα ζωής. Κατόπιν, χωρίστηκαν σε 2 ομάδες, νεότερα άτομα (<75) και μεγαλύτερα άτομα (>75). Συνοπτικά, από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι (α) Οι γυναίκες συμμετέχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό από τους άνδρες σε δραστηριότητες χαμηλής έντασης, (β) Ο συνολικός δείκτης άσκησης δεν διαφέρει σε άνδρες και γυναίκες, (γ) Η αλληλεπίδραση φύλου και ηλικίας δεν ήταν σημαντική σε καμία από τις 4 μεταβλητές, αν και στον κοινωνικό ρόλο πλησίασε το επίπεδο σημαντικότητας, (δ) Αρκετά μεγάλες ήταν οι διαφορές στον κοινωνικό ρόλο όπου τα νεότερα άτομα είχαν υψηλότερο σκορ από τα μεγαλύτερα και οι διαφορές αυτές ήταν σημαντικές και τέλος (ε) Η συμμετοχή των ατόμων σε άσκηση συνδέεται θετικά με παραμέτρους της ποιότητας ζωής που αφορούν στη συνολική ψυχική υγεία (ζωτικότητα, ψυχική υγεία, κοινωνικό και συναισθηματικό ρόλο), με πολύ μικρές διαφοροποιήσεις σε άνδρες και γυναίκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι δύσκολο κανείς να δώσει έναν ορισμό για την ποιότητα ζωής. Είναι όμως εύκολο να διακρίνει ποιοι είναι αυτοί οι παράγοντες που αλληλεπιδρούν, επηρεάζονται, συμβάλλουν και όλοι μαζί συνθέτουν την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με την Spirduso (1995), οι παράγοντες της ποιότητας ζωής χωρίζονται σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες: 1) Υγείας και Fitness, που περιλαμβάνει α) την κατάσταση υγείας, β) τη φυσική λειτουργία, γ) τη σεξουαλική λειτουργία και δ) την ενέργεια και τη ζωτικότητα, 2) Κοινωνικός και Ψυχαγωγικός, που περιλαμβάνει α) τις κοινωνικές λειτουργίες και β) τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες, 3) Οικονομική Κατάσταση και 4) Γνωστικός και Συναισθηματικός, που περιλαμβάνει α) τη συναισθηματική λειτουργία, β) την ικανοποίηση από τη ζωή, γ) τις γνωστικές λειτουργίες και δ) την ψυχική ευεξία. Έτσι, για να μπορούμε να πούμε πως κάποιο ηλικιωμένο άτομο έχει καλή ποιότητα ζωής, πρέπει να είναι καλά σε όλους αυτούς τους παράγοντες, συνεπώς να χαιρέται μια δραστήρια και παραγωγική ζωή. Η διατήρηση της ποιότητας στα ηλικιωμένα άτομα είναι πολύ σημαντική.

Μερικοί ηλικιωμένοι θεωρούν πως η οικονομική κατάσταση είναι η λιγότερη σημαντική από τις τέσσερις κατηγορίες. Παρόλα αυτά, ο οικονομικός παράγοντας, η οικονομική ανεξαρτησία, αν και δεν είναι απαραίτητη προϋπόθεση, συμβάλλει άμεσα και έμμεσα με πολλές μεθόδους και προάγει την ποιότητα ζωής. Η κατηγορία με τον κοινωνικό και ψυχαγωγικό παράγοντα επιτρέπει στους ανθρώπους να εμπλουτίζουν τη ζωή τους με διαφορετικούς και ποικίλους τρόπους μέσω διάφορων δραστηριοτήτων για διασκέδαση και αναψυχή, καθώς και μέσω κοινωνικών συναθροίσεων. Επίσης, ένα μεγάλο κεφάλαιο, πολύ σημαντικό για την ποιότητα ζωής, αφορά στο γνωστικό και συναισθη-

ματικό παράγοντα που εστιάζεται στη συναισθηματική λειτουργία, την ικανοποίηση από τη ζωή, τις γνωστικές λειτουργίες και την ψυχική ευεξία. Σε αυτούς τους παράγοντες αντικατοπτρίζεται ο εσωτερικός κόσμος του κάθε ανθρώπου καθώς επίσης και η θέληση, η λαχτάρα για ανεξαρτησία, παραγωγικότητα και μια ζωή δραστήρια και εποικοδομητική σε αλληλεπίδραση με την οικονομική κατάσταση και το fitness. Τέλος, αρκετή βαρύτητα έχει η κατηγορία της υγείας και fitness επειδή επηρεάζει τη ζωή με ανυπολόγιστους τρόπους. Σε αυτήν περιλαμβάνονται η κατάσταση υγείας, οι φυσικές και σεξουαλικές λειτουργίες, η ενέργεια και η ζωτικότητα. Τα ηλικιωμένα άτομα θεωρούν τους εαυτούς τους λιγότερο ικανούς, αδύναμους σε αυτούς τους τομείς, και έτσι παραχωρούν τη θέση τους στα νεαρότερα άτομα.

Οι περισσότερες έρευνες που αναφέρονται στη βιβλιογραφία δείχνουν ότι ένας πολύ σημαντικός παράγοντας για την ποιότητα ζωής είναι η φυσική δραστηριότητα. Η συμμετοχή σε προγράμματα άσκησης φαίνεται ότι μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνιες παθήσεις, αφού βοηθάει τα άτομα να ανταπεξέρχονται στην κόπωση που είναι ένα από τα συνοδά συμπτώματα αυτών των συνθηκών (Schwartz, 1999). Αλλά και στον υγιή πληθυσμό έχει βρεθεί ότι η υψηλή συχνότητα άσκησης, με μέτρια ένταση που παράγει υψηλή κατανάλωση θερμίδων συντελεί στη βελτίωση της υγείας και της φυσικής κατάστασης και με τον τρόπο αυτό επιδρά σημαντικά στην ποιότητα ζωής (Lustyk, Widman, Paschane, & Karen, 2004).

Στις μεγαλύτερες ηλικίες, η φυσική δραστηριότητα προσφέρει μια πολύ σημαντική ευκαιρία στους ανθρώπους να επεκτείνουν τα έτη ενεργού βίου και ανεξάρτητης διαβίωσης και να μειώσουν τους λειτουργικούς τους περιορισμούς (Cress et al., 2005). Οι επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας και της άσκησης εντοπίζονται τόσο σε φυσιολογικές παραμέτρους, όπως η βελτίωση της δύναμης, της αντοχής (Hunter, McCarthy, & Bamman, 2004) και της ευλυγισίας των ηλικιωμένων (Thompson & Osness, 2004), όσο και σε ψυχολογικές μεταβλητές. Τα άτομα που γυμνάζονται έχουν υψηλότερη υ-

ποκειμενική αντίληψη για την υγεία τους (Loland, 2004) και την ποιότητα της ζωής τους (Laforge, Rossi & Prochaska, 1999).

Η φυσική δραστηριότητα περιορίζεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας και τα ηλικιωμένα άτομα που δεν είναι κινητικά δραστήρια έχουν συνήθως χαμηλές προσδοκίες από τη ζωή τους (Sarkisian, Prohaska, Wong, Hirsch & Mangione, 2005). Ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας συνεπάγεται και χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Η σχέση βέβαια της ηλικίας με τη φυσική δραστηριότητα και την ποιότητα ζωής επηρεάζεται από το φύλο και οι γυναίκες συχνά αναφέρουν ότι αισθάνονται άβολα στη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με τους άνδρες (Wood et al., 2005). Η διαφοροποίηση όμως των επιδράσεων του φύλου στη σχέση της φυσικής δραστηριότητας με την ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων δεν έχει διερευνηθεί επαρκώς.

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να μελετηθεί η σχέση των συνηθειών άσκησης των ατόμων άνω των 65 ετών με 4 παραμέτρους της ποιότητας ζωής: τη ζωτικότητα, τη ψυχική υγεία, τον κοινωνικό ρόλο και τον συναισθηματικό ρόλο και να διαπιστωθεί αν διαφοροποιούνται αυτές οι σχέσεις ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙ

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

Η Rikli (2005) εντοπίζει στην ανασκόπηση της ότι πολλές δημογραφικές μελέτες δείχνουν ότι ο πληθυσμός από 65 ετών και άνω, θα διπλασιαστεί μεταξύ του 2000 και του 2030, και από 35 εκατομμύρια θα αυξηθεί σε 70 εκατομμύρια. Δυστυχώς, οι στατιστικές δείχνουν ότι, ακόμη και αν οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, θα ζουν με μια κύρια ασθένεια, μια τάση η οποία θα μπορούσε να γίνει καταστρεπτική για το κόστος στη φροντίδα της υγείας και την ποιότητα ζωής στη μεγάλη ηλικία, εκτός κι αν βρεθούν τρόποι που θα ανατρέψουν αυτήν την τάση. Η συγγραφέας κάνει μια σύντομη ανασκόπηση σε στοιχεία που δείχνουν τη θετική συνεισφορά της φυσικής δραστηριότητας στην υγεία και την ευεξία των ηλικιωμένων, καθώς επίσης και στο ρόλο της φυσικής δραστηριότητας στην πρόληψη, και σε ορισμένες περιπτώσεις ακόμη και την αναστροφή των λειτουργικών φθορών που συνδέονται με την ηλικία. Η συγγραφέας επισημαίνει ότι παρά τα καλά τεκμηριωμένα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας, τα 2/3 των Αμερικανών συνεχίζουν να κάνουν καθιστική ζωή και προσπαθεί να εξηγήσει τους λόγους αυτής της αδράνειας.

Τελευταία γίνονται πολλές προσπάθειες για να παρακινήσουν τα ηλικιωμένα άτομα να ακολουθήσουν έναν πιο δραστήριο τρόπο ζωής. Ο κεντρικός άξονας στην εβδομάδα Αμερικανικής Δημόσιας Εθνικής Υγείας 2005 («National Public Health Week to focus on aging», 2005) ήταν οι τρεις παράγοντες που προσθέτουν περισσότερα χρόνια με υγεία στη ζωή ενός ατόμου: πρόληψη, προστασία και σχεδιασμός - προγραμματισμός. Κατά την εβδομάδα αυτή δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στο πώς μπορούν οι ηλικιωμένοι να προλάβουν προβλήματα υγείας με τη δια βίου άσκηση και να προστατεύσουν

την υγεία τους μέσω της έγκυρης διάγνωσης, έτσι ώστε να διασφαλίσουν μια υψηλή ποιότητα ζωής στα επόμενα χρόνια. Διοργανώθηκαν δραστηριότητες που πληροφορούσαν τους ηλικιωμένους πώς μπορούν να αποφύγουν τραυματισμούς από πτώσεις, να αυξήσουν τη φυσική τους δραστηριότητα και να βελτιώσουν τις διατροφικές τους συνήθειες.

Στην ανασκόπηση του για τις εξελίξεις στην έρευνα για τη γήρανση, στο χώρο των κοινωνικών επιστημών ο Kendig (2004) αναγνωρίζει σαν ζητήματα ζωτικής σημασίας τα επιτυχή, παραγωγικά και δραστήρια γηρατειά. Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι μπορούν να διατηρήσουν μια καλή ποιότητα ζωής και η επιτυχής γήρανση εξαρτάται από τη δια βίου μακροχρόνια ωρίμανση, καθώς και τους συναισθηματικούς, κοινωνικούς, και οικονομικούς πόρους. Η καλή υγεία μπορεί να ενισχυθεί με θετικές ενέργειες όπως η φυσική δραστηριότητα, η καλή διατροφή, και το μη κάπνισμα. Οι διανοητικές ικανότητες μπορούν επίσης να βελτιωθούν και να διατηρηθούν σε όλα τα γηρατειά. Στα προχωρημένα γηρατειά, «στην τέταρτη ηλικία», η εστίαση γίνεται στο να μπορούν οι ηλικιωμένοι να ανταπεξέλθουν στις απώλειες, και να διατηρούν την αξιοπρέπεια τους. Ο συγγραφέας συμπεραίνει ακόμη, ότι η ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους είναι ένα βασικό ζήτημα για την εθνική οικονομία των κρατών, γι' αυτό και θα πρέπει να ενθαρρύνεται η επιστημονική έρευνα στη συγκεκριμένη περιοχή.

Προγράμματα άσκησης και ποιότητα ζωής

Οι Laforge, Rossi και Prochaska (1999) εξέτασαν το στάδιο αλλαγής της συμπεριφοράς προς τη συστηματική άσκηση και την υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα ζωής. Στην έρευνα συμμετείχαν 1.387 άτομα, ηλικίας από 18 έως 75 ετών. Βρήκαν ότι τα άτομα που βρίσκονταν στο το στάδιο της άσκησης είχαν υψηλή υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα της ζωής τους. Οι συγγραφείς βρήκαν ότι οι 3 περιοχές που είχαν την υψηλότερη συσχέτιση μεταξύ τους ήταν η λειτουργικότητα, η γενική αντίληψη

για την υγεία και η ζωτικότητα. Βρήκαν ακόμη ότι οι κλίμακες ζωτικότητας και διανοητικής υγείας σχετίζονταν με τη συμπεριφορά ως προς την άσκηση αλλά όχι με την πρόθεση για άσκηση. Τέλος, οι γνώμες για την αυτό-αντίληψη στην ποιότητα ζωής ποικίλουν στα στάδια της αλλαγής, με εκείνους που είναι λιγότερο έτοιμοι να υιοθετήσουν την κανονική άσκηση αναφέροντας τα χαμηλότερα επίπεδα στη ποιότητα ζωής.

Καλύτερες πρακτικές για τα προγράμματα σωματικής δραστηριότητας και παροχή συμβουλών συμπεριφοράς στους ηλικιωμένους προτείνουν οι Cress et al. (2005). Στην ανασκόπηση τους για τα προγράμματα άσκησης στους ηλικιωμένους αναφέρουν ότι η φυσική δραστηριότητα προσφέρει μια πολύ σημαντική ευκαιρία στους ανθρώπους να επεκτείνουν τα έτη ενεργού βίου και ανεξάρτητης διαβίωσης και να μειώσουν τους λειτουργικούς τους περιορισμούς. Προσδιορίζουν εκείνες τις βασικές πρακτικές για την προώθηση της φυσικής δραστηριότητας στους ηλικιωμένους, εστιάζοντας στα άτομα με χρόνιες παθήσεις, χαμηλή φυσική κατάσταση και χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Πιο συγκεκριμένα, οι βασικές πρακτικές που αναφέρουν είναι: α) Ένα πολυδιάστατο πρόγραμμα άσκησης που περιλαμβάνει προπόνηση αντοχής, δύναμης, ισορροπίας και ευλυγισίας είναι κατάλληλο για την υγεία και τα λειτουργικά οφέλη. β) Αρχές για αλλαγή συμπεριφοράς που περιλαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη, αυτοεκτίμηση, δραστήριες επιλογές, υγιεινές συνήθειες, διασφάλιση ασφάλειας και θετική ενίσχυση προάγουν την προσκόλληση στην άσκηση. γ) Η διαχείριση κινδύνου ξεκινώντας σε χαμηλή ένταση με βαθμιαία αύξηση για να καταλήξει σε μέτρια φυσική δραστηριότητα, η οποία έχει καλύτερη αναλογία κίνδυνος/οφέλη, πρέπει να είναι ο στόχος για τους ηλικιωμένους. δ) ένα εναλλακτικό πρόγραμμα δράσης σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης είναι χρήσιμο για τα προγράμματα μαζικού αθλητισμού και ε) ο έλεγχος της αεροβικής έντασης είναι σημαντικός για την πρόοδο και την παρακίνηση.

Οι Lustyk, Widman, Paschane και Karen (2004) μελέτησαν πως επηρεάζει η συχνότητα, η ένταση, η ποσότητα και τα κίνητρα άσκησης την ποιότητα ζωής. Οι συγ-

γραφείς αξιολόγησαν τις συνήθειες άσκησης με τη κλίμακα Godin και τα κίνητρα άσκησης με καταγραφή των λόγων άσκησης. Για την καταγραφή της ποιότητας ζωής αξιολογήθηκε η ικανοποίηση σε 16 τομείς στους οποίους συμπεριλαμβάνονταν εκτός των άλλων η υγεία, η εργασία και η αναψυχή. Βρήκαν ότι τα άτομα με υψηλή συχνότητα άσκησης είχαν σημαντικά καλύτερη υγεία, μπορούσαν να προσφέρουν πιο συχνά τη βοήθεια τους και είχαν καλύτερη κοινωνικότητα σε σχέση με τα άτομα που ασκούνται λιγότερο συστηματικά. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι υπήρχε υψηλή σχέση μεταξύ της υγείας και της ποιότητας της ζωής στα άτομα που ασκούνται με μεγάλη ένταση. Επιπλέον, η ποσότητα και τα κίνητρα άσκησης συνδέονται σημαντικά με την ποιότητα ζωής. Η ποιότητα ζωής είχε πιο δυνατές συσχετίσεις με τη μέτρια δραστηριότητα και την άσκηση για λόγους υγείας και φυσικής κατάστασης. Συμπερασματικά, η υψηλή συχνότητα, με μέτρια ένταση που παράγει υψηλή κατανάλωση θερμίδων και συντελεί στη βελτίωση της υγείας και της φυσικής κατάστασης έχει την υψηλότερη επίδραση στην ποιότητα ζωής.

Η επίδραση της προπόνησης αντοχής είναι ένας παράγοντας της φυσικής δραστηριότητας χρήσιμος στα ηλικιωμένα άτομα. Οι Hunter, McCarthy και Bamman (2004) χρησιμοποιώντας μια περιεκτική προσέγγιση, δίνουν έμφαση στα οφέλη της προπόνησης αντοχής προς τις άμεσες βελτιώσεις στη λειτουργική κατάσταση, στην υγεία και στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων. Η ατροφία των μυών και η απώλεια δύναμης είναι γνωστά γιατί επέρχονται με την ηλικία. Ενώ η αιτιολογία της είναι ανεπαρκώς κατανοητή, τα δευτερογενή συμπτώματα της ατροφίας των μυών είναι καλά τεκμηριωμένα και είναι ανησυχητικά για την υγεία των ηλικιωμένων, καθώς επηρεάζεται όχι μόνο η ποιότητα ζωής αλλά και η πιθανότητα των πτώσεων που σχετίζονται με την ηλικία. Η ποιότητα της ζωής επηρεάζεται από τη μειωμένη δύναμη και την αντοχή και την αυξανόμενη δυσκολία στο να είναι φυσικά ενεργοί. Η δύναμη και η μυϊκή μάζα στους ηλικιωμένους αυξάνονται μετά από την προπόνηση με αντιστάσεις. Η ποιό-

τητα των μυών (η δύναμη που σχετίζεται με τη μυϊκή μάζα) επίσης αυξάνεται με την προπόνηση με αντιστάσεις στα ηλικιωμένα άτομα.

Η ουσιαστική έρευνα έχει δείξει την ευεργετική επίδραση της σωματικής δραστηριότητας στη φυσική ικανότητα και δραστηριότητα στην καθημερινή διαβίωση των ηλικιωμένων, αλλά κανένας δεν έχει ερευνήσει τα αποτελέσματα στην απόδοση των ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων. Οι Thompson και Osness (2004) μελέτησαν την επίδραση ενός προγράμματος άσκησης για την ικανότητα και την ταχύτητα στο γκολφ στους ηλικιωμένους. Στην έρευνα συμμετείχαν τριάντα ένας παίκτες γκολφ (με μέση ηλικία 65.1 ± 6.2 έτη) οι οποίοι χωρίστηκαν τυχαία σε μια ομάδα άσκησης ($n = 19$) ή σε μια ομάδα ελέγχου ($n = 12$). Η ομάδα άσκησης συμμετείχε σε ένα πρόγραμμα δύναμης και ευλυγισίας οκτώ εβδομάδων. Οι αξιολογήσεις περιελάμβαναν τη δύναμη των μυών, το εύρος κίνησης (ROM) και την ταχύτητα στο γκολφ (CHS). Τα αποτελέσματα έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων για όλες τις μετρήσεις δύναμης και διαφορές στις μετρήσεις ROM. Στα επίπεδα ταχύτητας στο γκολφ υπήρξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων μετά από το πρόγραμμα. Οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι τα επίπεδα ταχύτητας στο γκολφ βελτιώθηκαν από 85,0 έως 87,1 μίλια την ώρα (136,8 έως 140,2 χλμ/ωρ.). Επιπλέον, οι συγγραφείς συμπέραναν με βάση τα αποτελέσματα ότι ένα πρόγραμμα δύναμης και ευλυγισίας μπορεί να βελτιώσει την απόδοση στο γκολφ στα ηλικιωμένα άτομα.

Ηλικία, φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής

Οι Taylor, Cable, Faulkner, Hillsdon και Narici (2004) στην ανασκόπηση τους εξέτασαν τις επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας στους ηλικιωμένους. Εντοπίζουν ότι τόσο το fitness (αερόβια ικανότητα, δύναμη, ευκαμψία και λειτουργική ικανότητα) όσο και η φυσική δραστηριότητα περιορίζονται με την ηλικία, ασκούν όμως κριτική στο

βαθμό στον οποίο αυτοί οι περιορισμοί οφείλονται στις διαδικασίες της βιολογικής γήρανσης ή στην αχρηστία – υποκινητικότητα.

Οι Sarkisian, Prohaska, Wong, Hirsch και Mangione (2005) σε σχετική έρευνα εξέτασαν εάν οι χαμηλές προσδοκίες τη γήρανσης (προσδοκίες λόγω ηλικίας) συνδέονται με τα χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας των ηλικιωμένων. Στην έρευνα τους συμμετείχαν 636 άτομα, 65 ετών και άνω, από την περιοχή του Λος Άντζελες. Πάνω από 44% ήταν λευκοί, 15% ήταν Αφρο-Αμερικανοί και 36% ήταν Λατίνοι. Η μέση ηλικία ήταν τα 77 έτη. Οι προσδοκίες και η φυσική δραστηριότητα κατά την τελευταία εβδομάδα καταγράφηκαν με ερωτηματολόγια που συμπλήρωναν μόνοι τους οι εξεταζόμενοι. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι πάνω από το 38% των συμμετεχόντων συμμετείχε για λιγότερο από 30 λεπτά σε μέτρια φυσική δραστηριότητα την προηγούμενη εβδομάδα. Τα ηλικιωμένα άτομα με τις χαμηλότερες προσδοκίες ήταν αυτά που εμφάνιζαν τα χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Οι διαφορές αυτές εξακολουθούσαν να υπάρχουν ακόμη και όταν ελέγχονταν οι επιδράσεις των μεταβλητών της ηλικίας, του φύλου, της εθνικότητας, της φυσικής και πνευματικής υγείας που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, τη δυνατότητα πραγματοποίησης καθημερινών δραστηριοτήτων, συμπτώματα κατάθλιψης και άλλων σωματικών ασθενειών, καθώς και την ιδρυματοποίηση. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι χαμηλές προσδοκίες μπορεί να είναι ανασταλτικός παράγοντας για τη συμμετοχή των ηλικιωμένων σε φυσικές δραστηριότητες.

Γνωρίζουμε ότι η ηλικία είναι συνδεδεμένη αρνητικά με τη φυσική δραστηριότητα και την ποιότητα ζωής. Οι Wood et al. (2005), μελέτησαν το ρόλο του φύλου στη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη φυσική λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Εξέτασαν 108 άτομα ηλικίας 60 – 90 ετών στα οποία αξιολόγησαν τη λειτουργική ικανότητα με σχετικό ερωτηματολόγιο και την ποιότητα της ζωής τους με το SF-36. Βρήκαν ότι οι άντρες είχαν καλύτερη λειτουργικότητα από τις γυναίκες. Οι μετρήσεις της λειτουργικής ικανότητας συσχετίστηκαν θετικά με αρκετές κλίμακες του

SF-36, η δύναμη της συσχέτισης όμως ήταν μεγαλύτερη στους άνδρες από ότι στις γυναίκες. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι οι γυναίκες αναφέρουν πιο συχνά, σε σχέση με τους άνδρες, ότι αισθάνονται άβολα κατά τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας, γι' αυτό οι πρότειναν ότι οι παραπάνω διαφορές μεταξύ των 2 φύλων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό προγραμμάτων άσκησης.

Αν και η ηλικία είναι συνδεδεμένη αρνητικά με την άσκηση, ο James (1994) αναφέρει ότι η άσκηση μπορεί να είναι ευεργετική για τα ηλικιωμένα άτομα έχει βασιστεί πρώτον στο γεγονός ότι η άσκηση στα νεαρά άτομα περιορίζει σχεδόν όλους τους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις, και ότι τα καθημερινά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας είναι υψηλότερα στα νεότερα άτομα απ' ότι στα ηλικιωμένα. Επίσης είναι γεγονός ότι πολλά προβλήματα στη λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων, μπορεί να εμφανιστούν και σε νεαρά άτομα αν περιορίσουν το επίπεδο της φυσικής τους δραστηριότητας.

Έμμεσες επιδράσεις της άσκησης στην ποιότητα ζωής

Η κανονική φυσική δραστηριότητα μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα στην όρεξη και στις εντερικές λειτουργίες που συχνά ανησυχούν τα ηλικιωμένα άτομα. (Shephard 1986d). Ένας αριθμός συγγραφέων σημείωσε ότι η κανονική άσκηση αυξάνει τη ποσότητα, αλλά όχι απαραίτητα την ποιότητα, της απορροφημένης τροφής (Butterworth et al. 1993, Pomrehn, Wallace and Burmeister 1982). Τα ηλικιωμένα άτομα με χαμηλή πρόσληψη σε ποσότητα φαγητού, κάθε μια διέγερση στη όρεξη είναι πιθανό να εμπλουτίσει τη διατροφή.

Οι Wellman και Johnson (2004) στην ανασκόπηση τους προσπαθούν να εξηγήσουν γιατί είναι σημαντικό για τους ηλικιωμένους να "κάνουν κάθε δάγκωμα να μετράει" και αναφέρουν τις πιο πρόσφατες εξελίξεις στην επιστήμη και τις πρακτικές στη διατροφή ώστε να τους πείσουν να ακολουθήσουν αυτό τον κανόνα. Θεωρούν ότι η κατα-

νάλωση φαγητού είναι κάτι πολύ περισσότερο από το να κατευνάσεις απλώς τη πείνα. Το κοινωνικό σύστημα υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένου και αυτού που ασχολείται με τη γήρανση, τείνει να αντιμετωπίζει το φαγητό σαν ανατροφή, δίνοντας έμφαση στο συναισθηματικό, κοινωνικό και σχετικό με την ποιότητα ζωής ρόλο της διατροφής. Το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης εστιάζει παραδοσιακά στο φαγητό και τη διατροφή πρώτιστα ως θεραπευτική ενέργεια για τις χρόνιες παθήσεις και μόνο πιο πρόσφατα έχει αρχίσει να εκτιμάει την προαγωγή της υγείας και την αποφυγή των ασθενειών που μπορεί να επιτευχθεί μέσω της υγιεινής διατροφής.

Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής σε άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας

Αρκετές έρευνες που έγιναν σε άτομα με διάφορα προβλήματα υγείας δείχνουν ότι η φυσική δραστηριότητα συμβάλλει θετικά στην ποιότητα ζωής τους, αλλά η επίδραση αυτή περιορίζεται από την ασθένεια και το είδος της φυσικής δραστηριότητας. Οι Lombardi et al. (2004) αξιολόγησαν την λειτουργική ικανότητα και την ανικανότητα σε μια ομάδα με οστεοπορωτικές γυναίκες. Στις γυναίκες αυτές τα κατάγματα σπονδύλων οδηγούν στην αυξανόμενη γωνία κύφωσης, μια αλλαγή που μπορεί να οδηγήσει στη διαταραχή της λειτουργικής ικανότητας. Στην έρευνα τους συμμετείχαν 15 γυναίκες με οστεοπόρωση και κατάγματα σπονδύλων (G1), 20 γυναίκες με οστεοπόρωση χωρίς κατάγματα σπονδύλων (G2) και 20 γυναίκες χωρίς προβλήματα οστεοπόρωσης αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου (G3). Οι μεταβλητές της φυσικής ικανότητας μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας μια ρουτίνα. Οι ασθενείς πέρασαν 4 λ. σε ηρεμία, 4 λ. περπατώντας αργά (3 km/h), και 10 λ. περπατώντας γρήγορα (4 km/h). Επίσης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο SF-36. Οι συγγραφείς οδηγήθηκαν βρήκαν τα εξής: οι γυναίκες με οστεοπόρωση και κατάγματα σπονδύλων (G1) είχαν αυξημένη γωνία κύφωσης (60°), ενώ η γωνία αυτή ήταν 43.5° για την ομάδα G2 και 37° για την G3. Η κατανάλωση οξυγόνου, το μεταβολικό ισοδύναμο (METS), και η ενεργειακή δαπάνη (kcal/h)

κατά τη διάρκεια της ηρεμίας ήταν υψηλότερες στη G1 απ' ό τι στη G2, ενώ καμία διαφορά σε αυτές τις παραμέτρους δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των ομάδων κατά τη διάρκεια του βαδίσματος. Η ενεργειακή δαπάνη κατά το αργό και γρήγορο βάδισμα συσχετίστηκε με τη γωνία της θωρακικής κύφωσης στην ομάδα G1. Καμία διαφορά δε παρατηρήθηκε στο σκορ του ερωτηματολογίου SF- 36 μεταξύ των τριών ομάδων.

Οι Mador, Bozkanat , Aggarwal, Shaffer, Kufel (2004), συγκρίνανε τα αποτελέσματα της προπόνησης αντοχής μόνο με τον συνδυασμό προπόνησης δύναμης και αντοχής σε ασθενείς με COPD. Στην έρευνα τους συμμετείχαν 24 άτομα, εκ των οποίων τα 11 συμμετείχαν στο συνδυασμό προπόνησης αντοχής και δύναμης και τα 13 συμμετείχαν στην προπόνηση αντοχής. Πριν και μετά το πρόγραμμα αποκατάστασης αξιολογήθηκαν η μυϊκή δύναμη, η ποιότητα ζωής, η απόδοση στην άσκηση και η κόπωση του τετρακέφαλου μυ. Βρήκαν ότι η συνδυασμένη προπόνηση αντοχής και δύναμης συνέβαλλε σε σημαντική βελτίωση στη δύναμη του τετρακεφάλου κατά 23,6%, του γαστροκνημίου κατά 26,7%, των θωρακικών κατά 17,5% και κατά 20% στη δύναμη των ραχιαίων. Αντίθετα, στο γκρουπ που έκανε μόνο προπόνηση αντοχής δεν παρουσιάστηκαν σημαντικές αλλαγές στη μυϊκή δύναμη. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα έδειξαν μείωση της μυϊκής δύναμης του τετρακεφάλου κατά 1,1% και κατά 2,8% των ραχιαίων, αύξηση της δύναμης του γαστροκνημίου κατά 12,2% και του μείζονος θωρακικού κατά 7,8% (αύξηση). Σημαντικές βελτιώσεις πριν και μετά την προπόνηση εμφανίστηκαν και για τις δύο ομάδες στην αντοχή, που αξιολογήθηκε με τη δοκιμασία βαδίσματος 6' και την ποιότητα ζωής που αξιολογήθηκε με ερωτηματολόγιο. Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η προπόνηση δύναμης σε ηλικιωμένα άτομα με COPD, μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη βελτίωση της μυϊκής δύναμης απ' ό τι η προπόνηση αντοχής από μόνη της. Όμως, αυτή η βελτίωση δεν μεταφράζεται σαν επιπρόσθετη βελτίωση της ποιότητας ζωής ή της απόδοσης στην άσκηση.

Η κόπωση είναι μια κοινή παρενέργεια της θεραπείας του καρκίνου που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής. Όπως φαίνεται από την έρευνα της Schwartz (1999), η άσκηση μπορεί να συμβάλλει στην αντιμετώπιση αυτής της παρενέργειας. Στην έρευνα της εντάχθηκαν 31 άτομα με καρκίνο του μαστού πριν από τη χημειοθεραπεία, και οι 27 ολοκλήρωσαν τη μελέτη. Όλα οι μετρήσεις έγιναν πριν από την πρώτη χημειοθεραπεία. Τα άτομα ακολούθησαν ένα πρόγραμμα άσκησης για το σπίτι διάρκειας οκτώ εβδομάδων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες που ακολούθησαν συστηματικά το πρόγραμμα άσκησης (60%) παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στη λειτουργική τους ικανότητα και κέρδισαν λιγότερο βάρος. Οι αναλύσεις παλινδρόμησης έδειξαν ότι η μεγαλύτερη επίδραση της άσκησης στην ποιότητα ζωής συνδέεται με την κόπωση. Η συγγραφέας συμπέρανε ότι ένα πρόγραμμα άσκησης στο σπίτι με χαμηλή έως μέτρια ένταση, συμβάλλει θετικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού και ότι αυτό το αποτέλεσμα οφείλεται στην επίδραση της άσκησης στην κόπωση.

Οι Kempen, Ormel, Brilman και Relyveld (1997) μελέτησαν και ανέλυσαν την επίδραση οκτώ συνηθισμένων χρόνιων παθήσεων στους λειτουργικούς, κοινωνικούς, και συναισθηματικούς τομείς της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία σε 5279 Ολλανδούς ηλικιωμένους που διαβίωναν ανεξάρτητα. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η διανοητική υγεία είναι ο τομέας που επηρεάζεται λιγότερο από τις χρόνιες παθήσεις. Τα προβλήματα στην πλάτη, η ρευματοειδής αρθρίτιδα και άλλες ενοχλήσεις στις αρθρώσεις εξήγησαν τα μεγαλύτερα ποσοστά της διακύμανσης στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (από 35.5% έως 68.3%). Οι συγγραφείς συμπέραναν ότι η ψυχική ευεξία είναι ο τομέας που επηρεάζεται λιγότερο από τις χρόνιες παθήσεις, ενώ η φυσική λειτουργικότητα και η υποκειμενική αντίληψη της υγείας είναι οι τομείς που επηρεάζονται περισσότερο.

Ο Cadena (2003) ερευνήσε τη σχέση μεταξύ της κατάστασης της νόσου και της διανοητικής υγείας, της ποιότητας της ζωής, και της οικογενειακής δυσλειτουργίας σε 79 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (RA) που ζούσαν στη βορειοδυτική Κολομβία. Αξιολογήθηκε η κατάσταση της νόσου (σύμφωνα με τα προσαρμοσμένα κριτήρια του Αμερικάνικου Κολλεγίου Ρευματολογίας) και με ένα ελεγμένο ερωτηματολόγιο συγκεντρώθηκαν πληροφορίες για την ανικανότητα, την κατάθλιψη, το άγχος, την ποιότητα της ζωής, την αυτό-αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση του πόνου της αρθρίτιδας, άλλα συμπτώματα, καθώς επίσης και η οικογενειακή δυσλειτουργία και η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση. Δεκαεννέα ασθενείς (24%) είχαν ενεργή RA, 48 (61%) είχαν τμήτρια ενεργή RA, και 12 (15%) ήταν στην ύφεση. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης, της ικανότητας, της ανικανότητας, του πόνου, του άγχους, η χαμηλή ποιότητα ζωής, και η χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα συνδέθηκαν με τη δραστηριότητα RA, ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, και τη διάρκεια της νόσου. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης συσχετίστηκαν θετικά με το άγχος, την ανικανότητα και τον πόνο, και αρνητικά με την ποιότητα της ζωής και την αυτο-αποτελεσματικότητα. Αν και η οικογενειακή δυσλειτουργία ήταν παρούσα στο 39% των ασθενών, δεν παρατηρήθηκε καμία σχέση μεταξύ της οικογενειακής δυσλειτουργίας, της δραστηριότητας του RA, των μεταβλητών διανοητικής υγείας, της κοινωνικο-οικονομικής θέσης και της ποιότητας της ζωής.

Φυσική δραστηριότητα, ποιότητα ζωής και ψυχολογικές μεταβλητές

Η Loland (2004) εξέτασε το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας και άσκησης των ηλικιωμένων συγκριτικά με τις τρέχουσες συστάσεις για φυσική δραστηριότητα στη Νορβηγία, τα δημογραφικά στοιχεία που συσχετίζονται με την άσκηση, και τη σχέση μεταξύ άσκησης και υποκειμενικής αντίληψης για την υγεία ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών. Το δείγμα ήταν αντιπροσωπευτικό και συμμετείχαν 3.770 Νορβηγοί άνδρες και γυναίκες ηλικίας 65 έως 97 ετών, με μέσο όρο τα 75 έτη, που συμπλήρωσαν ένα

ερωτηματολόγιο. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 83.4%. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 6% των συμμετεχόντων ασκούνται στο επίπεδο που συστήνεται. Οι ηλικιωμένοι άνω των 80 ετών, εκείνοι που πάσχουν από κάποια ασθένεια και χρησιμοποιούν φάρμακα και τα άτομα με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα είναι τα λιγότερο δραστήρια. Μετά από προσαρμογές για την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το εισόδημα και την εκπαίδευση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η άσκηση μέτριας έντασης για 3 με 4 ημέρες την εβδομάδα είναι σημαντικός προάγγελος για τη θετική υποκειμενική αντίληψη της υγείας.

Οι Brouwer, Musselman και Culham (2004) μελέτησαν το φόβο των πτώσεων, ο οποίος είναι κυρίαρχος στα ηλικιωμένα άτομα και αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για περιορισμό της κινητικότητας και της ποιότητας ζωής. Συγκρίνανε άτομα που δήλωσαν ότι περιορίσαν τις δραστηριότητες τους λόγω φόβου πτώσης (πειραματική ομάδα) με άτομα που δήλωσαν ότι δεν αντιμετωπίζουν αυτό το φόβο (ομάδα ελέγχου) σε μετρήσεις που αφορούσαν σε δύναμη, ισορροπία, ποιότητα ζωής, αυτοπεποίθηση και φυσική δραστηριότητα. Βρήκαν ότι τα άτομα που αντιμετώπιζαν φόβο πτώσης είχαν χαμηλότερη αυτοπεποίθηση κατά την πραγματοποίηση καθημερινών δραστηριοτήτων με αυξημένες απαιτήσεις για ισορροπία από την ομάδα ελέγχου, αλλά είχαν σχεδόν το ίδιο προφίλ φυσικής δραστηριότητας. Τα άτομα αυτά δεν είχαν πρόβλημα στην ισορροπία, αλλά παρουσίαζαν μικρότερη ταχύτητα βάδισης. Είχαν ακόμη, μικρότερη δύναμη των κάτω άκρων και η υποκειμενική αντίληψη για τη υγεία τους ήταν χαμηλότερη.



ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΙΙΙ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συμμετέχοντες

Στην έρευνα συμμετείχαν 150 άτομα, 65 – 80 ετών (ΜΟ=71.57, ΤΑ=5.46). Χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με το φύλο τους: 76 άνδρες (Μ.Ο.=72.06, Τ.Α. =5.55 ετών) και 74 γυναίκες (Μ.Ο.=71.07, Τ.Α. =5.37 ετών) και σε δύο ηλικιακές κατηγορίες (Πίνακας 1). Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και οι συμμετέχοντες, αφού ενημερώθηκαν για την εμπιστευτικότητα των απαντήσεών τους, έδωσαν την συγκατάθεσή τους να δημοσιευθούν τα αποτελέσματα της έρευνας. Η επιλογή του δείγματος έγινε τυχαία από τις πόλεις των Τρικάλων και των Χανίων.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1. Χαρακτηριστικά του δείγματος

Μέτρηση	> 75				< 75			
	Άνδρες (N=49)		Γυναίκες (N=51)		Άνδρες (N=27)		Γυναίκες (N=23)	
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.
Ηλικία	68.53	3.00	67.99	2.94	78.45	2.60	77.90	2.30
Έτη εκπαίδευσης	8.91	4.12	7.08	3.95	5.60	3.40	6.70	2.93

Όργανα – Μετρήσεις

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τρία ερωτηματολόγια που αφορούσαν δημογραφικά ατομικά στοιχεία, συνήθειες άσκησης, και παράγοντες της ποιότητας ζωής. Αναλυτικότερα:

Δημογραφικά: Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν στοιχεία για το φύλο τους, την ηλικία τους, το μορφωτικό τους επίπεδο, την εργασία τους, το ετήσιο εισόδημα τους και την οικογενειακή τους κατάσταση.

Συνήθειες Άσκησης: Το ερωτηματολόγιο «Άσκηση κατά τον ελεύθερο χρόνο» (leisure-time exercise questionnaire, Παράρτημα Β) χρησιμοποιήθηκε για τον υπολογισμό των συνηθειών άσκησης την τελευταία εβδομάδα (Godin & Shephard, 1985). Οι συμμετέχοντες απαντούσαν στην ερώτηση: «Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (της τελευταίας εβδομάδας), πόσες φορές συμμετείχατε στις ακόλουθες δραστηριότητες για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας;». Οι κατηγορίες απάντησης που τους δίνονταν ήταν οι παρακάτω:

- Έντονη άσκηση: (η καρδιά χτυπά γρήγορα) – π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον αριθμό που αντιπροσώπευε πόσες φορές εκτέλεσαν μία ή περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες μέσα στην τελευταία εβδομάδα.
- Μέτρια άσκηση: (Όχι εξαντλητική) – π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς. Παρόμοια, οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον αριθμό που αντιπροσώπευε πόσες φορές εκτέλεσαν μία ή περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες μέσα στην τελευταία εβδομάδα.
- Ήπια άσκηση: (Ελάχιστη προσπάθεια)-π.χ. Γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, χαλαρό περπάτημα. Παρόμοια, οι συμμετέχοντες συμπλήρωναν τον αριθμό που αντιπροσώπευε πόσες φορές εκτέλεσαν μία ή περισσότερες από αυτές τις δραστηριότητες μέσα στην τελευταία εβδομάδα.

Η μεταβλητή που χρησιμοποιήθηκε για τη στατιστική ανάλυση ήταν ο Συνολικός Δείκτης της Άσκησης. Αυτός ο δείκτης αντιπροσωπεύει το συνολικό ενεργειακό κόστος και είναι το άθροισμα του αριθμού των δραστηριοτήτων που πραγματοποιήθηκαν ανά κατηγορία, πολλαπλασιασμένα με τους αντίστοιχους μέσους όρους της τιμής του ενεργειακού κόστους ανά κατηγορία (πχ. [έντονη ένταση X 9] +[μεσαία ένταση X 5]+[χαμηλή ένταση X 3]. Η εγκυρότητα και η αξιοπιστία της μέτρησης έχει υποστηρι-

χθεί σε σχετικές εργασίες (Godin & Shephard, 1985; Kriska & Caspersen, 1997).

Ποιότητα ζωής: Αξιολογήθηκε με το ερωτηματολόγιο SF-36, το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί ξανά στον ελληνικό πληθυσμό (Παράρτημα Α, Anagnostopoulos, Niakas, & Pappa, 2005). Από τις 8 υποκλίμακες του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκαν μόνο οι 4: ζωτικότητα, ψυχική υγεία, κοινωνικός ρόλος και συναισθηματικός ρόλος.

- *Ζωτικότητα:* Σ' αυτή την υποκλίμακα οι συμμετέχοντες απαντούσαν στις ακόλουθες ερωτήσεις: «Αισθανθήκατε γεμάτος ενέργεια?», «Είχατε πολλή ενέργεια?», «Αισθανθήκατε εξάντληση?», «Αισθανθήκατε κουρασμένος?»
- *Ψυχική υγεία:* Αυτή η υποκλίμακα περιελάμβανε τις ακόλουθες ερωτήσεις: «Ήσασταν πολύ νευρικός?», «Αισθανθήκατε τόσο πεσμένος ώστε τίποτα δεν μπορούσε να σας ανεβάσει τη διάθεση?», «Αισθανθήκατε ήρεμος και χαλαρός?», «Αισθανθήκατε απογοήτευση, κατάθλιψη?», «Ήσασταν ευτυχής?»
- *Κοινωνικός ρόλος:* Οι ερωτήσεις αυτής της υποκλίμακας ήταν οι εξής: «Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων σε τι βαθμό η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες σας με την οικογένεια και τους φίλους?» «Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων σε τι βαθμό η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κοινωνικές δραστηριότητες σας (όπως την επίσκεψη των φίλων, των συγγενών κ.λ.π.)?»
- *Συναισθηματικός ρόλος:* «Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, σε τι βαθμό είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με το διάβασμά σας ή με άλλες κανονικές καθημερινές σας δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων (όπως κατάθλιψη ή άγχος)?»

Οι επιλογές απάντησης που τους δίνονταν ήταν οι παρακάτω: 1. Καθόλου, 2. Λίγο, 3. Μέτρια, 4. Αρκετά και 5. Πάρα πολύ.

Στατιστική ανάλυση

Για να ελεγχθεί πώς διαφοροποιείται το σκορ στις 4 μεταβλητές του SF-36 (κοινωνικός ρόλος, συναισθηματικός ρόλος, ζωτικότητα, ψυχική υγεία), καθώς και ο συνολικός δείκτης άσκησης ανάλογα με την ηλικία και το φύλο, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης με δύο παράγοντες (two-way ANOVA). Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η ηλικία με δύο επίπεδα: κάτω των 75 (νεότεροι) και άνω των 75 (μεγαλύτεροι), και το φύλο: άνδρες, γυναίκες.

Για να ελεγχθεί πώς διαφοροποιούνται τα ποσοστά συμμετοχής σε έντονη, μέτρια και ήπια δραστηριότητα ανάλογα με την ηλικία και το φύλο χρησιμοποιήθηκε η μη παραμετρική ανάλυση Crosstabs (Έλεγχος Ανεξαρτησίας) που είναι κατάλληλη για κατηγορικές μεταβλητές. Ο σχεδιασμός των πινάκων ήταν 2 X 2. Ο έλεγχος των σημαντικών διαφορών έγινε με τη χρήση της τιμής Pearson χ^2 .

Για τον έλεγχο των συσχετίσεων του συνολικού δείκτη άσκησης με τις 4 μεταβλητές του SF-36, σε άνδρες και γυναίκες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση Pearson Product Moment Correlation.

Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε σε $p < .05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ποιότητα ζωής (SF-36)

Η ανάλυση διακύμανσης με δύο παράγοντες χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί πώς διαφοροποιείται το σκορ στις 4 μεταβλητές του SF-36, ανάλογα με τις ανεξάρτητες μεταβλητές φύλο (άνδρες – γυναίκες) και ηλικία (νεότεροι – μεγαλύτεροι). Η αλληλεπίδραση φύλου και ηλικίας δεν ήταν σημαντική σε καμία από τις 4 μεταβλητές, αν και στον κοινωνικό ρόλο πλησίασε το επίπεδο σημαντικότητας ($F_{1,146} = 3.62, p = .059, \eta^2 = .024$). Η κύρια επίδραση του φύλου δεν ήταν σημαντική και όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, οι άνδρες και οι γυναίκες και των δύο ηλικιακών κατηγοριών, είχαν περίπου το ίδιο σκορ και στις 4 μεταβλητές.

Σημαντική ήταν η κύρια επίδραση της ηλικίας σε όλες τις μεταβλητές της ποιότητας ζωής, αν και διαφοροποιήθηκε το μέγεθος της επίδρασης. Στη ζωτικότητα, τα νεότερα άτομα είχαν υψηλότερο σκορ ($M=3.62, SD=0.88$) από τα μεγαλύτερα ($M=2.98, SD=0.98$) και οι διαφορές αυτές ήταν σημαντικές ($F_{1,146} = 17.52, p < .001$). Η σχέση της ηλικίας με τη ζωτικότητα, όπως διαπιστώθηκε από το η^2 ήταν μέτρια και η ηλικιακή κατηγορία συνέβαλε στο 10.7% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής.

Αρκετά μεγάλες ήταν οι διαφορές και στον κοινωνικό ρόλο. Τα νεότερα άτομα είχαν υψηλότερο σκορ ($M=4.36, SD=1.00$) από τα μεγαλύτερα ($M=3.69, SD=1.23$) και οι διαφορές αυτές ήταν σημαντικές ($F_{1,146} = 13.76, p < .001$). Η σχέση της ηλικίας με τον κοινωνικό ρόλο, όπως διαπιστώθηκε από το η^2 ήταν μέτρια και η ηλικιακή κατηγορία συνέβαλε στο 8.6% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής.

Μικρότερες, αλλά σημαντικές ήταν οι διαφορές στην ψυχική υγεία ($F_{1,146} = 7.50, p < .01, \eta^2 = .049$), όπου τα νεότερα άτομα είχαν υψηλότερο σκορ ($M=3.81, SD=0.80$) από τα μεγαλύτερα ($M=3.43, SD=0.86$).

Στο συναισθηματικό ρόλο οι διαφορές ήταν επίσης σημαντικές ($F_{1,146} = 5.11, p < .05, \eta^2 = .034$) και τα νεότερα άτομα είχαν υψηλότερο σκορ ($M=4.25, SD=1.04$) από τα μεγαλύτερα ($M=3.85, SD=1.14$).

Συνήθειες άσκησης.

Η ανάλυση διακύμανσης με δύο παράγοντες χρησιμοποιήθηκε για να ελεγχθεί πώς διαφοροποιείται ο συνολικός δείκτης άσκησης, ανάλογα με τις ανεξάρτητες μεταβλητές φύλο (άνδρες – γυναίκες) και ηλικία (νεότεροι – μεγαλύτεροι). Η αλληλεπίδραση φύλου

Πίνακας 2. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των μεταβλητών της ποιότητας ζωής και του συνολικού δείκτη άσκησης σε άνδρες και γυναίκες.

Μέτρηση	> 75				< 75			
	Άνδρες		Γυναίκες		Άνδρες		Γυναίκες	
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.
Συνολικός δείκτης άσκησης	22.18	19.68	21.50	11.38	14.11	9.07	16.57	9.57
Ζωτικότητα	3.67	.92	3.57	.83	3.19	.97	2.72	.97
Ψυχική υγεία	3.87	.85	3.76	.75	3.60	.88	3.24	.81
Συναισθηματικός ρόλος	4.23	1.11	4.30	.98	4.12	1.17	3.54	1.03
Κοινωνικός ρόλος	4.34	1.01	4.40	1.00	4.00	1.20	3.33	1.23

και ηλικίας δεν ήταν σημαντική ($F_{1,146} = 0.40, p > .05$). Η κύρια επίδραση του φύλου δεν ήταν σημαντική και όπως φαίνεται στον Πίνακα 2, οι άνδρες και οι γυναίκες και στις δύο ηλικιακές κατηγορίες, είχαν περίπου το ίδιο σκορ.

Σημαντική ήταν όμως η κύρια επίδραση της ηλικίας ($F_{1,146} = 7.03, p < .01$). Τα νεότερα άτομα είχαν αρκετά υψηλότερο σκορ ($M=21.84, SD=15.91$) από τα μεγαλύτερα ($M=15.24, SD=9.29$). Η σχέση της ηλικίας με τις συνήθειες άσκησης, όπως διαπιστώθηκε από το η^2 ήταν μέτρια και η ηλικιακή κατηγορία συνέβαλε στο 4.6% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής.

Στον Πίνακα 3 φαίνεται κατά μέσο όρο η συχνότητα συμμετοχής των ατόμων σε δραστηριότητες υψηλής, μέτριας και ήπιας έντασης ανάλογα με την ηλικία και το φύλο τους. Φαίνεται ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δεν συμμετείχαν καθόλου σε έντονες δραστηριότητες, ενώ στις δραστηριότητες χαμηλής έντασης συμμετείχαν πολύ περισσότερο απ' ό τι στις δραστηριότητες μέτριας έντασης. Αλλά και στη μικρότερη ηλικιακή κατηγορία, τα άτομα συμμετέχουν περισσότερο σε δραστηριότητες χαμηλής παρά υψηλής έντασης.

Πίνακας 3. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της συχνότητας των συμμετεχόντων σε έντονη, μέτρια και ήπια δραστηριότητα.

Δραστηριότητα	< 75				> 75			
	Άνδρες		Γυναίκες		Άνδρες		Γυναίκες	
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.
Έντονη	.41	1.28	.10	.50	.00	.00	.00	.00
Μέτρια	1.33	1.97	.73	1.27	.11	.58	.26	.69
Ήπια	3.95	2.95	5.67	2.03	4.52	2.70	5.09	2.78

Πίνακας 4. Ποσοστά συμμετοχής των ατόμων σε έντονη, μέτρια και ήπια δραστηριότητα, ανάλογα με το φύλο.

	Έντονη Άσκηση		Μέτρια Άσκηση		Ήπια Άσκηση	
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
Άντρες	92.1%	7.9%	73.7%	26.3%	25.0%	75.0%
Γυναίκες	97.3%	2.7%	75.7%	24.3%	8.1%	91.9%
Σύνολο	94.7%	5.3%	74.7%	25.5%	16.7%	83.3%

Φύλο

Για να ελεγχθεί αν το ποσοστό των ατόμων που δήλωναν ότι συμμετέχουν σε έντονες, μέτριας έντασης ή ήπιες δραστηριότητες διέφερε ανάλογα με το φύλο δημιουργήθηκαν τρεις καινούριες μεταβλητές (Έντονη άσκηση, Μέτρια άσκηση, Ήπια άσκηση) με δύο επίπεδα η κάθε μία: ΝΑΙ, δηλαδή συμμετοχή έστω και μια φορά σε έντονες, μέτριες ή ήπιες δραστηριότητες αντίστοιχα το τελευταίο 7ημερο και ΟΧΙ, δηλαδή

καμία συμμετοχή στις αντίστοιχες δραστηριότητες. Στον πίνακα 4 φαίνεται το ποσοστό των ατόμων στα επίπεδα κάθε μεταβλητής ανάλογα με το φύλο.

Η σχέση του φύλου με τη συμμετοχή σε έντονες δραστηριότητες δεν ήταν σημαντική [Pearson χ^2 (1, N=150) = 2.002, $p > .05$]. Πολύ μικρός ήταν ο αριθμός τόσο των ανδρών (6) όσο και των γυναικών (2) που απάντησαν ότι συμμετέχουν σε έντονες δραστηριότητες. Στις μέτρια έντονες δραστηριότητες, αν και ο αριθμός των ατόμων που δήλωνε συμμετοχή ήταν μεγαλύτερος τόσο στους άνδρες (56) όσο και στις γυναίκες (56), το ποσοστό συμμετοχής δεν διαφοροποιήθηκε σημαντικά ανάλογα με το φύλο [Pearson χ^2 (1, N=150) = 0.079, $p > .05$]. Σημαντική διαφοροποίηση λόγω φύλου εντοπίστηκε στη συμμετοχή σε ήπιες δραστηριότητες [Pearson χ^2 (1, N=150) = 7.703, $p < .01$], όπου ο αριθμός των γυναικών που δήλωναν ότι συμμετέχουν σε ήπιες σε ένταση δραστηριότητες (68) ήταν μεγαλύτερος από τον αριθμό των ανδρών (57).

Ηλικία

Για να ελεγχθεί αν το ποσοστό των ατόμων που δήλωναν ότι συμμετέχουν σε έντονες, μέτριας έντασης ή ήπιες δραστηριότητες διέφερε ανάλογα με την ηλικιακή κατηγορία χρησιμοποιήθηκαν οι τρεις μεταβλητές: Έντονη άσκηση, Μέτρια άσκηση, Ήπια άσκηση με δύο επίπεδα η κάθε μία: ΝΑΙ, ΟΧΙ, που περιγράφονται πιο πάνω. Στον πίνακα 5 φαίνεται το ποσοστό των ατόμων στα επίπεδα κάθε μεταβλητής ανάλογα με την ηλικιακή κατηγορία.

Πίνακας 5. Ποσοστά συμμετοχής των ατόμων σε έντονη, μέτρια και ήπια δραστηριότητα, ανάλογα με την ηλικιακή κατηγορία.

	Έντονη Άσκηση		Μέτρια Άσκηση		Ήπια Άσκηση	
	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ
< 75	92%	8%	66%	34%	16%	84%
> 75	100%	0%	92%	8%	18%	82%
Σύνολο	94.7%	5.3%	74.7%	25.3%	16.7%	83.3%

Η σχέση της ηλικιακής κατηγορίας με τη συμμετοχή σε έντονες δραστηριότητες ήταν σημαντική [Pearson χ^2 (1, N=150) = 4.225, $p < .05$]. Πολύ μικρός ήταν ο αριθμός των νεότερων ατόμων που συμμετείχαν σε έντονες δραστηριότητες (8), ενώ από τα μεγαλύτερα άτομα κανείς δεν δήλωσε συμμετοχή σε έντονες δραστηριότητες. Σημαντική διαφοροποίηση λόγω ηλικιακής κατηγορίας εντοπίστηκε στη συμμετοχή σε μέτρια έντονες δραστηριότητες [Pearson χ^2 (1, N=150) = 11.913, $p < .01$], όπου ο αριθμός των νεότερων ατόμων που δήλωναν ότι συμμετέχουν σε έντονες δραστηριότητες (34) ήταν πολύ μεγαλύτερος από τον αριθμό των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων (4). Στις ήπιες δραστηριότητες, αν και ο αριθμός των νεότερων ατόμων που δήλωνε συμμετοχή ήταν αρκετά μεγαλύτερος (84) από αυτόν των μεγαλύτερων σε ηλικία ατόμων (41), το ποσοστό συμμετοχής δεν διαφοροποιήθηκε σημαντικά ανάλογα με την ηλικιακή κατηγορία [Pearson χ^2 (1, N=150) = 0.096, $p > .05$].

Σχέση Συνηθειών Άσκησης και Ποιότητας Ζωής

Όπως φαίνεται στον Πίνακα 6, ο συνολικός δείκτης άσκησης είχε μέτριες αλλά σημαντικές συσχετίσεις με όλες τις μεταβλητές του SF-36. Οι δείκτες συσχέτισης διαφοροποιήθηκαν σε άνδρες και γυναίκες. Όλοι οι συντελεστές συσχέτισης ήταν μεγαλύτεροι στις γυναίκες απ' ό τι στους άνδρες.

Πίνακας 6. Συσχετίσεις των μεταβλητών της γενικής ψυχικής υγείας με το συνολικό δείκτη άσκησης, στο σύνολο του δείγματος και ξεχωριστά σε άνδρες και γυναίκες.

Μεταβλητή	Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες
Ζωτικότητα	.57*	.58*	.62*
Ψυχική υγεία	.47*	.44*	.56*
Συναισθηματικός ρόλος	.43*	.40*	.51*
Κοινωνικός ρόλος	.43*	.41*	.51*

* $p < .001$

ΚΕΦΑΛΑΙΟ V

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των σχέσεων άσκησης και ποιότητας ζωής σε άτομα άνω των 65 ετών, ανάλογα με την ηλικία και το φύλο. Από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας φάνηκε ότι η ηλικία επηρέασε σημαντικά το σκορ σε όλες τις μεταβλητές της ποιότητας ζωής στα άτομα που εκπροσωπούν την πρώτη ηλικιακή κατηγορία (<75).

Συγκεκριμένα, τα νεότερα άτομα (<75) δήλωναν ότι είχαν πιο ενεργό κοινωνικό και συναισθηματικό ρόλο, μεγαλύτερη ζωτικότητα και καλύτερη ψυχική υγεία καθώς επίσης ήταν και πιο δραστήρια. Φαίνεται ότι στα άτομα άνω των 75 ετών όλοι οι παραπάνω παράγοντες της ποιότητας ζωής περιορίζονται σημαντικά, κάτι που όπως φαίνεται από τη μελέτη των συνηθειών άσκησης στην παρούσα έρευνα, συνδέεται προφανώς με τον περιορισμό της φυσικής δραστηριότητας. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με τους Taylor, Cable, Faulkner, Hillsdon και Narici (2004), που στην ανασκόπησή τους εντόπισαν ότι το fitness και η φυσική δραστηριότητα περιορίζονται με την αύξηση της ηλικίας. Επιπλέον, η Spirduso (1995) σε έρευνά της έδειξε ότι η μυϊκή δύναμη και η αντοχή μειώνονται με την αύξηση της ηλικίας και ότι σημαντικό ρόλο παίζει η διατήρηση του κατάλληλου επιπέδου μυϊκής δύναμης στην ολοκληρωμένη και επιτυχημένη εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Η άθληση των ηλικιωμένων πρέπει να γίνεται με μέτρο και κυρίως με σύνεση για να διατηρεί και να βελτιώνει τη σωματική κατάσταση και να μειώνει τις επιπτώσεις των ατυχημάτων και των ασθενειών.

Επιπλέον, από την ανάλυση από την ανάλυση των αποτελεσμάτων για τις συνήθειες συμμετοχής στις τρεις κατηγορίες άσκησης (ήπια, μέτρια, έντονη), βλέπουμε ότι τα

άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (>75) δεν συμμετείχαν καθόλου σε έντονες δραστηριότητες, ενώ στις δραστηριότητες χαμηλής έντασης συμμετείχαν πολύ περισσότερο απ' ότι στις δραστηριότητες μέτριας έντασης. Αλλά και στη μικρότερη ηλικιακή κατηγορία, τα άτομα συμμετέχουν περισσότερο σε δραστηριότητες χαμηλής παρά υψηλής έντασης.

Η επίδραση του φύλου δεν ήταν σημαντική όσον αφορά τη μέτρια και έντονη άσκηση. Οι άνδρες και οι γυναίκες και στις δύο ηλικιακές κατηγορίες, είχαν περίπου το ίδιο σκορ και έτσι δεν εντοπίζονται διαφορές στις συνήθειες άσκησης. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε ανάμεσα στα δυο φύλα στην ήπια άσκηση με τις γυναίκες να πρωταγωνιστούν. Τα αποτελέσματα αυτά οφείλονται προφανώς στο γεγονός ότι οι γυναίκες ασχολούνται περισσότερο με τις καθημερινές δουλειές του σπιτιού οι οποίες έχουν χαμηλή ένταση.

Το δείγμα που συμμετείχε στην παρούσα έρευνα προέρχεται από συγκεκριμένες γεωγραφικές περιοχές, ημιαστικές και αγροτικές δεν μπορούμε να εξαγάγουμε γενικευμένα συμπεράσματα. Περαιτέρω διερεύνηση των σχέσεων ανάμεσα στις συνήθειες άσκησης και την ποιότητα ζωής κρίνεται αναγκαία, με απώτερο σκοπό τη δημιουργία αποτελεσματικότερων παρεμβατικών προγραμμάτων φυσικής δραστηριοποίησης για τη βελτίωση των παραγόντων της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Η άσκηση δεν ξεχωρίζει άτομα, ηλικίες, φύλο, φυλές, οικονομική κατάσταση, κ.α.. Πόσο μάλλον για τα ηλικιωμένα άτομα. Τα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να διατηρούν μια δραστήρια ζωή σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ηλικία, κάτι που μπορούν να το επιτύχουν μέσω της άσκησης. Μπορούν άλλωστε, να πάρουν μέρος σε αθλητικές δραστηριότητες ή προγράμματα άσκησης που δεν έχουν συναγωνισμό και δεν απαιτούν κάποια καλή φυσική κατάσταση ή δεξιότητα ή ικανότητα. Η συστηματική άσκηση, κατά κύριο λόγο, συμβάλλει στην ποιότητα ζωής γιατί συμβάλλει στην ψυχική ευεξία, στην αύξηση της θετικής διάθεσης και μείωσης των αρνητικών συναισθημάτων, στον έλεγχο του στρες και του άγχους, στην ενίσχυση της αυτογνωσίας, αυτοπεποίθησης, αυτοε-

κτίμησης και αυτοεικόνας, στη δημιουργία ευκαιριών για κορυφαίες εμπειρίες, στη διατήρηση υψηλών επιπέδων ψυχικής και σωματικής δύναμης, αντοχής και ευκινησίας, στον έλεγχο και διατήρηση του ιδανικού βάρους, στην αύξηση των ορίων της ζωής και μείωση των προβλημάτων των ηλικιωμένων ατόμων όπως σωματικών και ψυχολογικών που σχετίζονται και συνδέονται με τη μεγάλη ηλικία και τη γήρανση. Η άσκηση απλά βοηθάει τα ηλικιωμένα άτομα να αποδείξουν στον εαυτό τους και στους άλλους ότι ακόμη είναι ικανοί να δίνουν και να μαθαίνουν τη ζωή.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Anagnostopoulos, F., Niakas, D., Pappa, E. (2005). Construct Validation of the Greek SF-36. *Health Survey Quality of Life Research, 8*, 1959-1965
- Barker, C. (1998). Quality of life and mental health services. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health, 3*, 475.
- Brouwer, B., Musselman, K., & Culham, E. (2004). Physical Function and Health Status among Seniors with and without a Fear of Falling. *Gerontology, 3*, 135-141.
- Cress, M.E., Buchner, D.M., Prohaska, T., Rimmer, J., Brown, M., Macera, C., et al. (2005). Best practices for physical activity programs and behavior counseling in older adult populations. *Journal of Aging & Physical Activity, 1*, 61.
- Godin, G., & Shephard, R. J., (1985). A simple method to assess exercise behavior in the community. *Canadian Journal of Applied Sport Sciences, 10*, 141-146.
- Hagberg, J.M. (1994). Physical activity, fitness, health, and aging. In C. Bouchard, R.J. Shephard, & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness, and health: International proceedings and consensus statement* (pp. 993-1005). Champaign, IL: Human Kinetics.
- Hunter, G.R., McCarthy, J.P., & Bamman, M.M. (2004). Effects of resistance training on older adults. *Sports Medicine, 5*, 329-348.
- Jose C. (2003). The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in colombian patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Clinical Rheumatology, 3*, 142-150.
- Kempen, G.I.J.M., Ormel, J., Brilman, E.I., & Relyveld, J. (1997) Adaptive responses among Dutch elderly: The impact of eight chronic medical conditions on health-related quality of life. *American Journal of Public Health, 1*, 38-83.

- Kendig, H. (2004). The social sciences and successful aging: Issues for Asia–Oceania. *Geriatrics & Gerontology International, 1*, pS6-S11.
- Kriska, A. M., & Caspersen, C. J. (1997). A collection of physical activity questionnaires for health related research. *Medicine and Science in Sport and Exercise, 29*, 36-38.
- Laforge, R.G., Rossi, J.S., & Prochaska, J.O. (1999). Stage of regular exercise and health-related quality of life. *Preventive Medicine: An International Journal Devoted to Practice and Theory, 34*, 349-360.
- Loland, N.W. (2004). Exercise, health, and aging. *Journal of Aging & Physical Activity, 2*, 170-184.
- Loland, N.W. (2004). Exercise, Health, and Aging. *Journal of Aging & Physical Activity, 2*, 170-184.
- Lombardi, I., Oliveira, L.M., Monteiro, C.R., Confessor, Y.Q., Barros, T.L., & Natour, J. (2004). Evaluation of physical capacity and quality of life in osteoporotic women. *Osteoporosis International, 1*, 80-85.
- Lustyk, M.K.B., Widman, L., Paschane, A.A.E., & Olson, K.C. (2004). Physical activity and quality of life: Assessing the influence of activity frequency, intensity, volume, and motives. *Behavioral Medicine, 3*, 124-131.
- Mador, M.J., Bozkanat, E., Aggarwal, A., Shaffer, M., & Kufel, T.J. (2004). Endurance and Strength Training in Patients With COPD. *Chest, 125*, 2036-2045.
- National Public Health Week to focus on aging (2005). *Nation's Health, 10*, 7.
- Norman, I., & Armitage, P. (1998). Quality of Life and mental health services (Book Review). *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing, 2*, 162.
- Rikli, R.E. (2005). Movement and mobility influence on successful aging: Addressing the issue of low physical activity. *Quest, 1*, 46.

- Schwartz, A.L. (1999). Fatigue mediates the effects of exercise on quality of life. *Quality of Life Research*, 6, 529-538.
- Taylor, A.H., Cable, N.T., Faulkner, G., Hillsdon, M., Narici M., & van der Bij, A.K (2004). Physical activity and older adults: a review of health benefits and the effectiveness of interventions. *Journal of Sports Sciences*, 8, 703-725.
- Thompson, C.J., & Osness, W.H. (2004). Effects of an 8-week multimodal exercise program on strength, flexibility, and golf performance in 55- to 79-year-old men. *Journal of Aging & Physical Activity*, 2, 144-156.
- Wellman, N.S., Johnson, M.A. (2004). Translating the science of nutrition into the art of healthy eating. *Generations*, 3, 6-10.
- Wood, R.H., Gardner, R.E., Ferachi, K.A., King, C., Ermolao, A., Cherry, K.E., et al. (2005). Physical function and quality of life in older adults: Sex differences. *Southern Medical Journal*, 5, 504-512.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

Ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής

Το ερωτηματολόγιο αυτό αναφέρεται στην προσωπική σας άποψη σχετικά με την υγεία σας και την φυσική σας κατάσταση. Είναι **ανώνυμο** και δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις.

A1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: [Συμπληρώστε τον κύκλο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]

Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Αδύνατη
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A2. Συγκριτικά με ένα χρόνο πριν, πώς θα εκτιμούσατε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα:

Πολύ καλύτερα τώρα από ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερα τώρα	Σχεδόν ίδιο όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερα τώρα	Πολύ χειρότερα τώρα
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A3. Οι ακόλουθες ερωτήσεις αφορούν τις δραστηριότητες που πιθανόν να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας. Μήπως η υγεία σας τώρα, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Σε αυτή την περίπτωση πόσο; [Συμπληρώστε μόνο ένα κύκλο σε κάθε γραμμή].

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
A. Στο να συμμετέχω σε έντονες δραστηριότητες όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, η συμμετοχή σε μεγάλης έντασης αθλήματα	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Στο να συμμετέχω σε μέτριες δραστηριότητες όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η βόλτα με το ποδήλατο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γ. Στη μεταφορά ή το σήκωμα των προϊόντων αγοράς από το σούπερ μάρκετ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δ. Στο ανέβασμα <u>αρκετών</u> ορόφων σκαλοπάτια (2-3 ορόφους)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ε. Στο ανέβασμα <u>ενός</u> ορόφου σκαλοπάτια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ΣΤ. Στο λύγισμα, γονάτισμα, σκύψιμο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ζ. Στο περπάτημα <u>πάνω</u> από ένα χιλιόμετρο (2-3 χιλιόμετρα)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Η. Στο περπάτημα <u>μερικών εκατοντάδων μέτρων</u> (πάνω από 500 μέτρα)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Θ. Στο περπάτημα <u>εκατό μέτρων</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ι. Στο να ντύνομαι και να κάνω μπάνιο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A4. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, σε τι βαθμό είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με το διάβασμά σας ή με άλλες κανονικές καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της φυσικής υγείας σας:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
A. Μειώσατε το συνολικό χρόνο στο διάβασμά σας ή κάνατε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Καταφέρατε λιγότερα πράγματα από ότι θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γ. Περιορίστηκε το είδος του διαβάσματός σας ή των άλλων δραστηριοτήτων	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Δ. Είχατε δυσκολία στο να αποδώσετε στο διάβασμα σας ή στις άλλες δραστηριότητες σας (π.χ. χρειαστήκατε να καταβάλετε περισσότερη προσπάθεια)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A5. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων, σε τι βαθμό είχατε οποιαδήποτε από τα ακόλουθα προβλήματα με τις κανονικές καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα συναισθηματικών προβλημάτων (όπως κατάθλιψη ή άγχος):

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
A. Μειώσατε το συνολικό χρόνο στο διάβασμα σας ή κάνατε άλλες δραστηριότητες	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Καταφέρατε λιγότερα πράγματα από ότι θα θέλατε	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Γ. Διαβάσατε ή κάνατε δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A6. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων σε τι βαθμό η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κανονικές κοινωνικές δραστηριότητες σας με την οικογένεια, και τους φίλους;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A7. Πόσο σωματικό πόνο είχατε κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 4 εβδομάδων;

Καθόλου	Λίγο	Μέτριο	Αρκετό	Πάρα πολύ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A8. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων σε τι βαθμό ο πόνος παρεμπόδισε την κανονική εργασία σας (συμπεριλαμβανομένης και της εργασίας έξω από το σπίτι και των οικιακών)

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A9. Κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων σε τι βαθμό η φυσική σας κατάσταση ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα παρεμπόδισαν τις κοινωνικές δραστηριότητες σας (όπως την επίσκεψη των φίλων των συγγενών κ.λ.π.);

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A10. Αυτές οι ερωτήσεις είναι σχετικές με το πώς αισθανθήκατε κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων. Για κάθε ερώτηση παρακαλώ δώστε την απάντηση που έρχεται πιο κοντά στον τρόπο που είχατε αισθανθεί. Για πόσο χρόνο κατά τη διάρκεια των 4 προηγούμενων εβδομάδων....

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
Αισθανθήκατε γεμάτος ενέργεια	0	0	0	0	0
Ήσασταν πολύ νευρικός	0	0	0	0	0
Αισθανθήκατε τόσο πεσμένος ώστε τίποτα δεν μπορούσε να σας ανεβάσει τη διάθεση	0	0	0	0	0
Αισθανθήκατε ήρεμος και χαλαρός	0	0	0	0	0
Είχατε πολλή ενέργεια	0	0	0	0	0
Αισθανθήκατε απογοήτευση κατάθλιψη	0	0	0	0	0
Αισθανθήκατε εξάντληση	0	0	0	0	0
Ήσασταν ευτυχής	0	0	0	0	0
Αισθανθήκατε κουρασμένος	0	0	0	0	0

A11. Σε τι βαθμό ισχύουν για σας κάθε μία από τις ακόλουθες δηλώσεις;

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
Νομίζω ότι αρρωσταίνω λίγο πιο εύκολα απ' ό τι οι άλλοι	0	0	0	0	0
Είμαι τόσο υγιής όσο οποιοσδήποτε άλλος που γνωρίζω	0	0	0	0	0
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει	0	0	0	0	0
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	0	0	0	0	0

Παρακαλώ κυκλώστε ένα μόνο αριθμό σε κάθε γραμμή

φωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμ-
	Απόλυτα	Πολύ		Ούτε διαφωνώ		Πολύ	Απόλυτα
1. Αν κάτι φαίνεται αρκετά πολύπλοκο δεν θα προσπαθήσω καν να το κάνω	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
2. Προσπαθώ να αποφεύγω να μαθαίνω καινούργια πράγματα όταν αυτά φαίνονται πολύ δύσκολα	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
3. Όταν προσπαθώ να μάθω κάτι καινούργιο, σύντομα τα παρατάω αν αρχικά δεν τα καταφέρω	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
4. Όταν κάνω σχέδια είμαι βέβαιος /η ότι μπορώ να τα πραγματοποιήσω	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
5. Αν δεν μπορώ να κάνω κάτι με την πρώτη φορά, προσπαθώ μέχρι να το καταφέρω	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
6. Όταν έχω να κάνω κάτι που δεν με ευχαριστεί, επιμένω σ'αυτό μέχρι να το τελειώσω	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....

7. Όταν αποφασίζω να κάνω κάτι, αμέσως αρχίζω να δουλεύω πάνω σ'αυτό	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
8. Η αποτυχία απλά με κάνει να προσπαθώ περισσότερο	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
9. Όταν θέτω σημαντικούς στόχους για τον εαυτό μου, σπάνια τους πραγματοποιώ	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
10. Δεν είμαι και τόσο ικανός/η να αντιμετωπίσω τα προβλήματα που εμφανίζονται στη ζωή μου	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
11. Όταν εμφανίζονται αναπάντεχα προβλήματα δεν τα χειρίζομαι πολύ σωστά	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7
12. Νιώθω ανασφαλής για την ικανότητά μου να κάνω διάφορα πράγματα	1.....2.....3.....4.....5.....6.....7

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β

Ερωτηματολόγιο για την καταγραφή των συνηθειών άσκησης

Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν τη σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σας με την άσκηση. Εξετάζοντας ένα διάστημα επτά ημερών (μιας πρόσφατης εβδομάδας), πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνετε τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά, στον ελεύθερο χρόνο σας;. (Γράψτε πόσες φορές την εβδομάδα ασκήστε έντονα-μέτρια-ήπια, για περισσότερο από 15').

ΦΟΡΕΣ / ΕΒΔΟΜΑΔΑ

- A) **έντονη άσκηση** – η καρδιά χτυπά γρήγορα (π.χ. τρέξιμο, τζόκινγκ μεγάλης απόστασης, ποδόσφαιρο, μπάσκετ, έντονο κολύμπι, έντονη ποδηλασία μεγάλης απόστασης) | _____ |
- B) **μέτρια άσκηση** –όχι εξαντλητική (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλεϊ, χαλαρή κολύμβηση, λαϊκούς και παραδοσιακούς χορούς) | _____ |
- Γ) **ήπια άσκηση** – ελάχιστη προσπάθεια (π.χ. γιόγκα, τοξοβολία, ψάρεμα, μπόουλινγκ, γκολφ, χαλαρό περπάτημα, δουλείες σπιτιού, κηπουρική). | _____ |

Αν γυμνάζεσαι συστηματικά τι ακριβώς κάνεις..._____

Πόσες φορές την εβδομάδα..._____

Πόσες ώρες κάθε φορά..._____