

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ**  
**ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Φυσική Δραστηριότητα και Ποιότητα Ζωής σε Ηλικιωμένα Άτομα  
που Διαμένουν στην Κοινότητα**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΨΑΡΡΟΥ ANNA**

Νοσηλεύτρια

ΑΜ: 20020

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια**

Μαριάννα Μαντζώρου

Επίκουρη Καθηγήτρια

**Αθήνα, Φεβρουάριος 2023**

**UNIVERSITY OF WEST ATTICA  
SCHOOL OF HEALTH AND CARE SCIENCES  
DEPARTMENT OF NURSING**



**MASTER OF SCIENCE PROGRAM  
COMMUNITY AND PUBLIC HEALTH NURSING**

**DIPLOMA THESIS**

**«Physical Activity and Quality of Life in  
Community Dwelling Older Adults»**

**ANNA PSARROU**

Registered Nurse  
Registration number: 20020

**Supervisor**

Marianna Mantzorou  
Assistant Professor

**Athens, February 2023**



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΚΟΙΝΟΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**«Φυσική Δραστηριότητα και Ποιότητα Ζωής σε Ηλικιωμένα Άτομα  
που Διαμένουν στην Κοινότητα»**

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς στις 9/2/2023 από την  
κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Μαντζώρου Μαριάννα, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑΔΑ,  
(Επιβλέπουσα Καθηγήτρια)

Αδαμακίδου Θεοδούλα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής  
ΠΑΔΑ, (Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

Αποστολάρα Παρασκευή, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΠΑΔΑ,  
(Μέλος Τριμελούς Εξεταστικής Επιτροπής)

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Ψαρρού Άννα του Βασιλείου, με αριθμό μητρώου 20020 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία.

Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο.

Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

\*Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 9/2/2024 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η δηλούσα  
Άννα Ψαρρού



Ψηφιακή υπογραφή επιβλέπουσας

Μαριάννα Μαντζώρου  
Επίκουρη Καθηγήτρια

Copyright © Ψαρρού Άννα, 2023

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Κοινωνικής Νοσηλευτικής και Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας της Σχολής Επιστημών Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Νοσηλευτικής.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου εργασίας και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Με την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας ολοκληρώνεται το μεταπτυχιακό μου πρόγραμμα και θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες, πρωτίστως, στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κυρία Μαριάννα Μαντζώρου, για την υποστήριξη και την υπομονή της που απλόχερα μου πρόσφερε, την εύστοχη καθοδήγησή της, την παρακίνηση και την εμπύχωση που έλαβα από εκείνη σε όλη τη διάρκεια της συγγραφικής και ερευνητικής διαδικασίας. Θα ήθελα επιπλέον να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής κ. Αδαμακίδου και κ. Αποστολάρα για την αμέριστη βοήθειά τους.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους συναδέλφους και όλα τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα της κοινότητας, για τη βοήθεια που παρείχαν στη συλλογή δεδομένων για την έρευνα.

Τέλος, οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου και αφιερώνω το εκπαιδευτικό μου αυτό ταξίδι στους γονείς μου, Μερόπη και Βασίλη.

*«Ζήσε τη ζωή σου και ξέχασε την ηλικία σου»*

Ζαν-Πωλ Ρίχτερ

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ιδιαίτερο είναι το ερευνητικό ενδιαφέρον που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια σχετικά με την αναζήτηση των παραγόντων εκείνων, που συντελούν στη βελτίωση των σωματικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών και στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής των ατόμων.

Η φυσική δραστηριότητα καταλαμβάνει πλέον σημαντικό μέρος στην καθημερινή ζωή του ανθρώπου σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, αφού δύναται να επηρεάζει ευεργετικά την υγεία του και συμβάλλει στην προαγωγή και στη διατήρηση ποιοτικών χρόνων ζωής.

Η αντίληψη αυτή αποτυπώνεται ακόμη περισσότερο κατά την περίοδο της γήρανσης καθώς, μέσα από πλήθος μελετών, έχει καταγραφεί ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας τα οποία ενισχύουν τη φυσική τους κατάσταση με διάφορες δραστηριότητες, μικρής ή μέτριας έντασης, απολαμβάνουν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία, ευημερία και κατ' επέκταση καλύτερη ποιότητα ζωής.

Με έναυσμα την πολυετή μου απασχόληση με άτομα τρίτης ηλικίας στην κοινότητα, την παρατήρηση της μείωσης της σωματικής δραστηριότητας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας κατά την περίοδο της πανδημίας του COVID 19 και με στόχο την κατανόηση και την εκτίμηση της επίδρασης της φυσικής άσκησης στην σωματική και ψυχική τους υγεία, επιλέχθηκε το θέμα αυτό ως διπλωματική εργασία.

Η παρούσα εργασία δομείται σε γενικό και ειδικό μέρος. Στο πρώτο κεφάλαιο του γενικού μέρους αποδίδεται ο ορισμός της γήρανσης, οι επιπτώσεις της στα άτομα της τρίτης ηλικίας, όπως επίσης δημογραφικά στοιχεία που αφορούν στην ηλικιακή αυτή ομάδα, τόσο σε ελληνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο. Στο δεύτερο κεφάλαιο ορίζεται η φυσική δραστηριότητα και οι ευνοϊκές επιδράσεις της στα διάφορα συστήματα του οργανισμού των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, βάσει μελετών που έχουν υλοποιηθεί σχετικά με το θέμα. Τέλος, στο τρίτο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια της ποιότητας ζωής και αναλύεται η άμεση σχέση που διέπει τη φυσική δραστηριότητα και την ποιότητα ζωής, αξιοποιώντας τα τεκμήρια της υπάρχουσας βιβλιογραφίας.

Ακολούθως, το ειδικό μέρος περιλαμβάνει το τέταρτο κεφάλαιο στο οποίο παρατίθενται ο σκοπός της εργασίας, τα ερευνητικά ερωτήματα και οι ερευνητικές

υποθέσεις. Συνεχίζοντας, στο πέμπτο κεφάλαιο περιγράφεται η μεθοδολογία της έρευνας. Γίνεται παρουσίαση των ερευνητικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν, της διαδικασίας συλλογής δεδομένων, θεμάτων ηθικής και δεοντολογίας και τέλος της στατιστικής ανάλυσης. Στο έκτο κεφάλαιο παρατίθενται τα αποτελέσματα της έρευνας και το ειδικό μέρος ολοκληρώνεται με το έβδομο κεφάλαιο στο οποίο περιέχονται η συζήτηση, οι περιορισμοί της μελέτης και τα συμπεράσματα με τις προτάσεις.



# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

|  |    |
|--|----|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....  | 6  |
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ .....   | 7  |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....   | 12 |
| ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ .....   | 15 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 .....   | 16 |
| ΤΟ ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ..   | 16 |
| 1.1 Ορίζοντας το γήρας.....  | 16 |
| 1.2 Επιπτώσεις του γήρατος .....   | 17 |
| 1.2.1 Βιολογικές αλλαγές.....  | 17 |
| 1.2.2 Αλλαγές στην ψυχική υγεία.....   | 18 |
| 1.2.3 Κοινωνικοοικονομικές μεταβολές.....  | 19 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 .....   | 21 |
| Η ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ<br>ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ .....                        | 21 |
| 2.1 Η έννοια της φυσικής δραστηριότητας.....   | 21 |
| 2.1.1 Διαστάσεις και τομείς φυσικής δραστηριότητας.....  | 22 |
| 2.1.2 Τρίτη ηλικία και φυσική δραστηριότητα στην περίοδο του κορωνοϊού ....  | 23 |
| 2.2 Οφέλη φυσικής δραστηριότητας στην Τρίτη ηλικία .....   | 26 |
| 2.2.1 Επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας στην σωματική κατάσταση και<br>λειτουργικότητα.....                        | 26 |
| 2.2.2 Επίδραση φυσικής δραστηριότητας σε πτώσεις και κατάγματα .....   | 28 |
| 2.2.3 Επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας στην ψυχική και νοητική<br>κατάσταση των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας..... | 29 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 .....   | 31 |
| ΣΧΕΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ<br>ΗΛΙΚΙΑ .....   | 31 |

|   |    |
|---|----|
| 3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής.....   | 31 |
| 3.2 Διαστάσεις και παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής .....   | 32 |
| 3.3 Διερεύνηση της σχέσης φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής στον πληθυσμό των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας..... | 36 |
| ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....   | 40 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 .....  | 41 |
| 4.1 Σκοπός.....   | 41 |
| 4.2 Ερευνητικά ερωτήματα.....   | 41 |
| 4.3 Ερευνητικές υποθέσεις .....   | 41 |
| 4.3.1 Κύρια ερευνητική υπόθεση.....   | 41 |
| 4.3.2 Επιμέρους ερευνητικές υποθέσεις .....   | 41 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 .....  | 42 |
| ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ .....   | 42 |
| 5.1 Είδος μελέτης.....  | 42 |
| 5.2 Ερευνητικό πεδίο-Χρόνος διεξαγωγής .....  | 42 |
| 5.3 Δείγμα-Δειγματοληπτική μέθοδος.....   | 42 |
| 5.4 Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη.....  | 43 |
| 5.5 Κριτήρια αποκλεισμού.....   | 43 |
| 5.6 Παρουσίαση ερευνητικών εργαλείων .....  | 43 |
| 5.6.1 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών .....   | 43 |
| 5.6.2 Κλίμακα Ποιότητας Ζωής- Short Form Health Survey (SF-36) .....  | 44 |
| 5.6.3 Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας- International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) .....         | 45 |
| 5.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων .....   | 46 |
| 5.8 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας.....   | 46 |
| 5.9 Στατιστική ανάλυση.....   | 47 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 .....  | 49 |
| ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....   | 49 |

|  |     |
|--|-----|
| 6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....  | 49  |
| 6.2 Κλινικά χαρακτηριστικά.....  | 52  |
| 6.3 Ποιότητα ζωής.....   | 54  |
| 6.4 Φυσική Δραστηριότητα.....  | 56  |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7.....  | 92  |
| 7.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....  | 92  |
| 7.2 Περιορισμοί.....   | 101 |
| 7.3 Συμπεράσματα-προτάσεις.....  | 102 |
| ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....   | 104 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....  | 121 |
| ABSTRACT.....  | 122 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....   | 123 |
| 1. ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ.....                       | 123 |
| 2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ.....  | 125 |
| 3. ΑΔΕΙΕΣ ΦΟΡΕΩΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΑΔΕΙΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΔΑ..... | 140 |
| 4. ΑΔΕΙΕΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ.....  | 144 |

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η συνεχιζόμενη αύξηση του αριθμού των ατόμων της τρίτης ηλικίας, που παρατηρείται παγκοσμίως, σε συνδυασμό με την αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και την υπογεννητικότητα, κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες, ώθησε πολλούς ερευνητές να μελετήσουν και να αναλύσουν θέματα που σχετίζονται με τη γήρανση και με τους τρόπους που μπορούν τα άτομα που ανήκουν στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα, να παραμείνουν δραστήρια, δημιουργικά και υγιή απολαμβάνοντας σε όλη τη διάρκεια των χρόνων τους ποιοτική ζωή.

Σύμφωνα με τα δημογραφικά στοιχεία της Ελλάδας, το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών αυξήθηκε σε πολύ μεγάλο βαθμό πλησιάζοντας το 15% το 2010, ενώ αναμένεται μέχρι το 2050 τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να καταλαμβάνουν το 47% του πληθυσμού της χώρας.

Το γήρας αποτελεί μία περίοδο στη ζωή του ανθρώπου που απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα. Σύμφωνα με τους επιστήμονες η ηλικία των 65 ετών θεωρείται το κατώφλι της αρχής του γήρατος, ενώ η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε, υιοθέτησε την ηλικία άνω των 60 ετών για την ένταξη των ατόμων στην Τρίτη ηλικία. Σύμφωνα με το βιογεροντολόγο Bernard Strehler το γήρας αποτελεί *«μία φυσιολογική διαδικασία εξέλιξης, καθολική, εγγενή, προοδευτική και μη αναστρέψιμη, ενώ η προσαρμοστικότητα, η ευαισθησία, η ακρίβεια και η αντοχή του οργανισμού παρουσιάζει προοδευτική μείωση με την πάροδο του χρόνου»* (Fillit et al, 2010).

Η γήρανση αποτελεί μία πολύπλοκη διαδικασία κατά την οποία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, συμβαίνουν ποικίλες βιολογικές αλλαγές που επηρεάζουν και μειώνουν τη λειτουργικότητα και ανθεκτικότητα του οργανισμού καθιστώντας το άτομο ευάλωτο σε οποιαδήποτε ασθένεια. Επίσης, αλλαγές παρατηρούνται και στο κοινωνικό επίπεδο και αφορούν σε σχέσεις και ρόλους (WHO, 2015).

Αν και η γήρανση αποτελεί μία αναπόφευκτη και φυσιολογική εξέλιξη της ανθρώπινης φύσης, εν τούτοις δεν επηρεάζει όλους τους ανθρώπους με τον ίδιο ρυθμό σε ό,τι αφορά στην εξέλιξή της και αυτό γιατί χαρακτηρίζεται από ποικιλομορφία παραγόντων που μπορούν να επιταχύνουν ή να επιβραδύνουν αυτή τη διαδικασία, όπως οι διατροφικές συνήθειες, το μορφωτικό επίπεδο, η χρήση ουσιών και η σωματική δραστηριότητα.

Όλοι οι προηγούμενοι παράγοντες έχουν ως αποτέλεσμα να επηρεάζουν όχι μόνο το ρυθμό της γήρανσης και την αύξηση της θνησιμότητας, αλλά και την ποιότητα ζωής των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (Γκουβάς και συν, 2018).

Οι προκλήσεις που συνοδεύουν τη γήρανση του πληθυσμού δίνουν κίνητρα στις χώρες να αναπτύξουν και να προωθήσουν πολιτικές που θα εξασφαλίσουν μεταξύ των άλλων και ποιοτικά χρόνια ζωής στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Μία σημαντική παράμετρος στην προσπάθεια αυτή αποτελεί η φυσική δραστηριότητα, η οποία έχει συσχετιστεί θετικά με μία σειρά από οφέλη για την υγεία των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας, συμπεριλαμβανομένης και της βελτιωμένης ποιότητας ζωής. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζοντας τη φυσική δραστηριότητα αναφέρει ότι είναι κάθε κίνηση του σώματος που παράγεται με τη συμμετοχή των μυών και η οποία αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη πέρα από τα επίπεδα ηρεμίας (WHO, 2022). Η φυσική δραστηριότητα αποτελεί μία πολλά υποσχόμενη παρέμβαση και μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της λειτουργικής, γνωστικής και ψυχολογικής υγείας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας.

Η σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής, αποτέλεσε για πολλούς ερευνητές αντικείμενο μελέτης. Τα ευρήματα των μελετών τους έχουν αναδείξει τις ευεργετικές επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας στη γνωστική λειτουργία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (Mandolesi et al, 2018) και στη διατήρηση καλύτερης υγείας στην περίοδο της γήρανσης (Sabia et al, 2012). Επίσης, στη μελέτη των De et al (2018), βρέθηκε ότι η φυσική δραστηριότητα είχε θετικά αποτελέσματα στην ποιότητα ζωής των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας και επομένως η διατήρησή της θεωρείται ιδιαίτερα επωφελής.

Η ποιότητα ζωής επηρεάζει το άτομο για την εικόνα που έχει σχηματίσει για τη λειτουργική του ικανότητα, τη συναισθηματική του ευημερία και τη ζωή του γενικότερα (Andre et al, 2017). Η Megari (2013, σελ. 141) δίνει τον ορισμό της ποιότητας ζωής υιοθετώντας αυτόν του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας που αναφέρει ότι η ποιότητα ζωής ορίζεται ως *«η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους»*.

Στον ελληνικό χώρο οι εργασίες που έχουν πραγματοποιηθεί ως προς τη σχέση που υπάρχει μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής και κατά πόσο αυτή η σχέση επηρεάζει τη ζωή των ατόμων της τρίτης ηλικίας δεν είναι αρκετές για να διεξαχθούν σημαντικά ασφαλή συμπεράσματα (Μανρονουιότης et al, 2010, Τζονιχάκη και συν, 2013, Ζηλίδου και συν, 2015, Douka et al, 2019). Επιπλέον, οι μελέτες αυτές διενεργήθηκαν πριν την περίοδο της πανδημίας Covid-19 η οποία επηρέασε την ζωή των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και δημιούργησε μια καινούργια πανδημία έλλειψης δραστηριότητας και καθιστικού τρόπου ζωής (Hall et al, 2021).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί στη σύγχρονη κοινωνία η αιτιακή σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής, η επίδρασή της στη διαβίωση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και να συμβάλλει στην αξιοποίηση της σχέσης αυτής προς όφελός τους, παρέχοντάς τους ενεργή και ποιοτική γήρανση.

## **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

# ΤΟ ΓΗΡΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

### 1.1 Ορίζοντας το γήρας

Ο όρος τρίτη ηλικία έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά στις αρχές του 1950 στη Γαλλία, από τους Canon Kit και Dr. Huet (Αντωνιάδου και συν, 2017).

Το γήρας αποτελεί μία περίοδο στη ζωή του ανθρώπου που απαιτεί προσοχή και φροντίδα και σύμφωνα με τους επιστήμονες η ηλικία των 65 ετών θεωρείται το κατώφλι εισόδου στην πληθυσμιακή ομάδα των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ η Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. υιοθέτησε την ηλικία άνω των 65 ως απαρχή της τρίτης ηλικίας.

Σύμφωνα με τον Kirkwood, το γήρας αποτελεί μία ευμετάβλητη και σύνθετη διαδικασία που χαρακτηρίζεται από γενικευμένη έκπτωση της λειτουργικότητας των οργανικών συστημάτων, από αυξημένη ευαλωτότητα στις περιβαλλοντικές προκλήσεις και από έναν αυξανόμενο κίνδυνο ανάπτυξης πολλαπλών ασθενειών (Kirkwood, 2017).

Πολλοί επιστήμονες έχουν μελετήσει το γήρας και έχουν αποδώσει διάφορους ορισμούς στη γήρανση, όπως οι Miotto et al (2014), που χαρακτηρίζουν τη γήρανση ως το σύνολο των διεργασιών που με το πέρασμα των χρόνων μειώνει τις γνωστικές και λειτουργικές ικανότητες του ατόμου επηρεάζοντας την ποιότητα της ζωής του. Από την πλευρά του ο Birren (1988) υποστηρίζει ότι η γήρανση εμφανίζεται μετά την ηλικία «της φυσικής ωριμότητας» και εμπλέκονται στη διαδικασία της γήρανσης βιολογικοί, ψυχικοί και κοινωνικοί μηχανισμοί, οι οποίοι καθιστούν τη διαδικασία αυτή ιδιαίτερα πολύπλοκη.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χωρίζει το γήρας σε τρεις περιόδους: α) aging (της γήρανσης), 60-74 ετών, β) old age (του γήρατος), 75-90 ετών και γ) longevity (της μακροζωίας), 90 ετών και άνω (Dziechiaz & Filip, 2014).



## **1.2 Επιπτώσεις του γήρατος**

Η γήρανση αποτελεί μία πολύπλοκη διαδικασία στη ζωή του ανθρώπου, φυσιολογική και αναπόφευκτη, χαρακτηριζόμενη από βιολογικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές, η οποία εμφανίζεται σε κάθε άτομο με διαφορετικό ρυθμό, λόγω των ποικίλων παραγόντων που την επηρεάζουν (Γκουβάς και συν, 2018).

### **1.2.1 Βιολογικές αλλαγές**

Η πολυπαραγοντική αιτιολογία της γήρανσης, ευθύνεται για τις αλλαγές που επηρεάζουν την εξωτερική εμφάνιση του ατόμου μεγαλύτερης ηλικίας και ιδιαίτερα το πρόσωπο, στο οποίο οι αλλαγές που παρατηρούνται είναι έντονες και αφορούν τόσο τους μαλακούς ιστούς όσο και τα οστά (Mendelson and Wong, 2012). Τα μαλλιά ασπρίζουν, ενώ μεταβολές σημειώνονται και στο σωματότυπο, καθώς αυξάνεται το σωματικό λίπος, λόγω της περιορισμένης φυσικής δραστηριότητας, μειώνεται η έκκριση της αυξητικής ορμόνης και των στεροειδών ορμονών (Tanvir and Nadin, 2010).

Ένας μεγάλος αριθμός μεταβολών παρατηρείται στο καρδιαγγειακό σύστημα, με τις καρδιαγγειακές παθήσεις να αποτελούν τη συχνότερη αιτία θανάτου στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Vanurpanakis et al, 2013). Παρουσιάζεται μείωση του καρδιακού ρυθμού, τα αιμοφόρα αγγεία χάνουν την ελαστικότητά τους και δημιουργείται στένωση αυτών, με αποτέλεσμα την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης (Strait and Lakatta, 2012).

Επιπλέον, οι δομικές αλλαγές που συμβαίνουν στο αναπνευστικό σύστημα με την πάροδο της ηλικίας, έχουν σαν αποτέλεσμα την προοδευτική απώλεια της αναπνευστικής λειτουργίας, με κύρια χαρακτηριστικά τη δυσκαμψία του θωρακικού τοιχώματος και των αναπνευστικών μυών, τη δυσλειτουργία των αεραγωγών και τη μειωμένη περιοχή ανταλλαγής αερίων (Schroder et al, 2015).

Αλλαγές σημειώνονται και στο ουροποιητικό σύστημα και συγκεκριμένα στους νεφρούς και οι οποίες σχετίζονται με τη μορφολογία, τη λειτουργία τους, την αιμοδυναμική και είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, όπως για παράδειγμα υπέρταση (Gava et al, 2011).

Σημαντικές μεταβολές επέρχονται και στο ανοσοποιητικό σύστημα κατά τη διαδικασία της γήρανσης, αφού η φυσική ανοσία στα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι αρκετά

κατεσταλμένη, με αποτέλεσμα την εμφάνιση φλεγμονωδών καταστάσεων. Παράγοντες που μπορούν να βελτιώσουν τη δυσλειτουργία αυτή αποτελούν η υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών, όπως σωστή διατροφή και σωματική δραστηριότητα.

Τέλος, οι βιολογικές αλλαγές που εντοπίζονται και στα υπόλοιπα οργανικά συστήματα στα άτομα της τρίτης ηλικίας υποβαθμίζουν την υγεία τους και αυξάνουν προοδευτικά ασθένειες και αναπηρίες.

### **1.2.2 Αλλαγές στην ψυχική υγεία**

Η γήρανση συμβάλλει σε αλλαγές της ψυχολογίας, της νόησης, του συναισθήματος και της λογικής και σχετίζεται με μειωμένη ψυχική ευεξία, προσφέροντας έτσι έδαφος για την εκδήλωση διαφόρων ψυχικών διαταραχών. Η πλειοψηφία των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας δυσκολεύεται να διαχειριστεί τις μεταβολές που συντελούνται στην προσωπική, οικογενειακή και κοινωνική τους ζωή, εξαιτίας της μετάβασής τους στην τρίτη ηλικία.

Μεγάλο μέρος του πληθυσμού των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, εξαιτίας των αλλαγών που σημειώνονται στη διάρκεια της γήρανσης, επηρεάζοντας αρνητικά την ικανοποίηση ζωής και συνεπώς την ποιότητα ζωής τους (Τζονιχάκη και συν, 2013).

Δύο επίσης σοβαρές ασθένειες που βιώνουν οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας είναι η νόσος Alzheimer και Parkinson, οι οποίες επιδεινώνονται προοδευτικά και διαταράσσουν τη σωματική και ψυχική τους κατάσταση. Ιδιαίτερα τα άτομα με άνοια, λόγω του γνωστικού ελλείμματος και της ανικανότητας για αυτοεξυπηρέτηση, συχνά στιγματίζονται και αποκλείονται από τις κοινωνικές τους επαφές, νιώθοντας έτσι ντροπή, αμηχανία και απελπισία (Μαντζώρου και συν, 2017).

Το παραλήρημα είναι και αυτό μία ακόμη ψυχική διαταραχή που απασχολεί τους μεγαλύτερους σε ηλικία και επηρεάζει την επαφή του ατόμου με την πραγματικότητα. Παρουσιάζει κυμαινόμενη πορεία και έχει πολύπλοκη και πολυπαραγοντική αιτιολογία. Συνήθως συνυπάρχει με την άνοια, αυξάνοντας τα ποσοστά θνησιμότητας (Inouye et al, 2014). Επιπλέον, το άγχος συναντάται συχνά στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας επιδρώντας αρνητικά στην ψυχική τους ισορροπία και υγεία και μπορεί να οφείλεται σε ποικίλους παράγοντες, όπως ασθένειες, σε νοητικές διαταραχές ή σε

χρήση φαρμάκων. Παρόλο που το άγχος επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των τόνων μεγαλύτερης ηλικίας, εν τούτοις η πλειοψηφία αυτών δεν λαμβάνει κάποια θεραπεία για την αντιμετώπισή του (Freshour et al, 2016).

### **1.2.3 Κοινωνικοοικονομικές μεταβολές**

Η ευαίσθητη ομάδα της τρίτης ηλικίας, πέρα από τις γνωσιακές και σωματικές ελλείψεις που συνοδεύουν το γήρας, καλείται να αντιμετωπίσει και τις κοινωνικο-πολιτισμικές αλλαγές, σε σχέση με τα νεότερα άτομα, δίνοντας κίνητρο για συνεχείς μελέτες (Gerstorf et al, 2015).

Οι μεροληπτικές αυτές απόψεις οδηγούν σε ηλικιακό ρατσισμό, προκαλώντας άγχος, κοινωνικό αποκλεισμό, μοναξιά και επιδείνωση της υγείας των ατόμων αυτών.

Πολλά είναι τα κοινωνικά προβλήματα που κάνουν την εμφάνισή τους στην τρίτη ηλικία και σχετίζονται με τις συνθήκες διαβίωσης, την οικονομική κατάσταση, την συνταξιοδότηση, την ελλιπή φροντίδα από τα οικεία πρόσωπα, ακόμη σκέψεις και προβληματισμοί σχετικά με την εξέλιξη του γήρατος και το θάνατο (Αλεφαντινού και συν, 2016).

Η περίοδος της συνταξιοδότησης προκαλεί, σε μεγάλο μέρος του πληθυσμού των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, σημαντικές μεταβολές τόσο σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο όσο και σε ψυχολογικό, αφού εξασθενεί ο κοινωνικός ρόλος, μειώνεται η συμμετοχή στις καθημερινές δραστηριότητες και σημειώνεται απώλεια στο εισόδημα, η οποία αρκετές φορές συνδέεται με μειωμένη ιατροφαρμακευτική περίθαλψη (Shin et al, 2020).

Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που εξακολουθούν να εργάζονται αισθάνονται πιο παραγωγικοί και χρήσιμοι, ενώ η μετάβαση στη συνταξιοδότηση αποτελεί για πολλούς μία περίοδο η οποία μπορεί να επιφέρει πολλά αρνητικά συναισθήματα στη ζωή των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας οδηγώντας τους στη μοναξιά και στην κατάθλιψη, αλλά και να επηρεάσει τις ενδοοικογενειακές τους σχέσεις (Muller & Shaikh, 2017).

Σε μελέτες έχει καταγραφεί ότι ένα χαμηλό κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής και αυξάνει τη νοσηρότητα και την θνησιμότητα, αφού μπορεί να δημιουργήσει σοβαρό πρόβλημα στην κάλυψη βασικών

αναγκών των ηλικιωμένων, όπως τροφή, στέγαση, αναψυχή, κοινωνική ενσωμάτωση, επιδρώντας στην υγεία των ηλικιωμένων ατόμων. Έτσι γίνεται κατανοητό ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αισθάνονται περισσότερη ικανοποίηση από τη ζωή τους, ευτυχία, ευζωία και αυτοεκτίμηση, όταν έχουν επιτύχει ένα καλύτερο κοινωνικοοικονομικό επίπεδο στην πορεία του χρόνου (Pinquart et al, 2000).

Τέλος, ο Mair (2013) υποστήριξε ότι οι ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί προσφέρουν στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας οικονομική και συναισθηματική υποστήριξη, αποφέροντας θετικά αποτελέσματα στην υγεία τους. Η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η αλλαγή στην οικογενειακή σύνθεση, η μειωμένη οικογενειακή υποστήριξη, αποτελούν παράγοντες που επιδρούν αρνητικά στην κοινωνικοποίηση και στην πορεία της γήρανσης.

Στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, άνω των 75 ετών, όταν οι κοινωνικές σχέσεις και οι δεσμοί διαταράσσονται αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των κοινωνικών επαφών και την αύξηση της κοινωνικής απομόνωσης (Pinquart et al, 2000).

Πολλές σκέψεις έχουν διατυπωθεί και πολλοί τρόποι έχουν αναζητηθεί στην προσπάθεια το άτομο μεγαλύτερης ηλικίας να καταστεί αποδοτικότερο, δραστήριο, να αποκτήσει επίπεδα καλής υγείας και διάθεσης. Σημαντική παράμετρο στην προσπάθεια αυτή αποτελεί η φυσική δραστηριότητα, η οποία έχει συσχετιστεί θετικά με μία σειρά από οφέλη για τη διατήρηση και την προαγωγή της υγείας της πληθυσμιακής ομάδας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

# Η ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

### 2.1 Η έννοια της φυσικής δραστηριότητας

Η φυσική δραστηριότητα αποτελεί πλέον σημαντικό μέρος στην καθημερινή ζωή του ανθρώπου, σε όλες τις ηλικιακές περιόδους, καθώς έχει αποδειχθεί ότι επιδρά στην εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού, στην πρόληψη και αποκατάσταση χρόνιων νοσημάτων, στη μείωση του ποσοστού της θνησιμότητας και στην εξασφάλιση μίας ποιοτικής ζωής (Diehl et al, 2015, Groen et al, 2018).

Τα ευρήματα των ερευνών των Warburton και Bredin (2017) στο σύνολό τους συμπεραίνουν ότι η φυσική δραστηριότητα αποτελεί βασική στρατηγική στην επίτευξη ευδόκιμης γήρανσης, μείωση της πρόωρης θνησιμότητας, σε ποσοστό 20%-30%, ενώ ευεργετική είναι και η επιρροή της στην ολιστική ευεξία (πνευματική, συναισθηματική, σωματική).

Η φυσική δραστηριότητα ορίζεται ως *«η οποιαδήποτε κίνηση του σώματος που παράγεται από τους σκελετικούς μύες και η οποία αυξάνει την ενεργειακή δαπάνη πέρα από τα επίπεδα της σωματικής ηρεμίας»* (Caspersen et al, 1985, σελ. 126). Παράγοντες που έχουν καταγραφεί και θεωρούνται ότι καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμμετοχή στη φυσική δραστηριότητα είναι η ηλικία, το φύλο, τα κίνητρα καθώς επίσης και η αντίληψη που έχει το άτομο για τη φυσική δραστηριότητα (Μπεμπέτσος και συν, 2021).

Κατόπιν ερευνών, που πραγματοποιήθηκαν το 2008, η σωματική αδράνεια συνδέθηκε με το 9,4% του ποσοστού των θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο, ισχυροποιώντας την άποψη ότι η επίδραση μίας σωματικά δραστήριας ζωής μπορεί να προσφέρει όχι μόνο βραχυπρόθεσμα, αλλά και μακροπρόθεσμα οφέλη και να επιδράσει καταλυτικά στην πολυεπίπεδη λειτουργία του οργανισμού (Bouchard et al, 2015).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, τα άτομα που είναι ανεπαρκώς δραστήρια έχουν 20% έως 30% αυξημένο κίνδυνο θανάτου σε σύγκριση με τα πιο

δραστήρια άτομα. Υπολογίζεται ότι 5 εκατομμύρια θάνατοι θα μπορούσαν να αποφευχθούν εάν ο πληθυσμός ήταν πιο ενεργά δραστήριος. Επίσης, τα αυξημένα επίπεδα σωματικής αδράνειας έχουν αρνητικές επιπτώσεις στα συστήματα υγείας, στο περιβάλλον, στην ευημερία της κοινότητας και στην ποιότητα ζωής (WHO, 2020).

Οι Hamer et al (2014) υποστηρίζουν ότι, ακόμη και αν υπάρξει καθυστέρηση στην έναρξη της φυσικής δραστηριότητας, οι βελτιώσεις που θα επιτευχθούν στην υγεία θα είναι ιδιαίτερα σημαντικές.

Από τα πανάρχαια χρόνια όλοι οι γιατροί της εποχής, από τον Ιπποκράτη μέχρι τους γιατρούς της Κίνας και της Ινδίας και άλλων λαών, είχαν πιστέψει στην αξία που έχει η φυσική δραστηριότητα για τη βελτίωση και τη διατήρηση της υγείας. Ο Πλάτωνας διατυπώνοντας τη ρήση «*έναν υγιές νους σε ένα υγιές σώμα*», τόνισε την ιδανική σχέση της σωματικής και ψυχικής υγείας (MacAuley, 1994).

Ο Jeremiah Morris υπήρξε ο πρώτος που διερεύνησε, με τις επιδημιολογικές του μελέτες, τις οποίες δημοσίευσε το 1953, τη σχέση της σωματικής αδράνειας με την παρουσία χρόνιων παθήσεων τεκμηριώνοντας από τότε τα πολλαπλά οφέλη της φυσικής δραστηριότητας για την υγεία (Blair et al, 2010).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Balboa-Castillo et al, το 2011 σε Ισπανούς ηλικίας άνω των 60 ετών, αποδείχθηκε ότι και μίας ελαφριάς μορφής δραστηριότητα, μπορεί να έχει θετική επίδραση στα άτομα της τρίτης ηλικίας, σε σωματικό, ψυχικό και κοινωνικό επίπεδο. Παρόμοιες απόψεις υποστηρίζουν και άλλοι ερευνητές, ότι δηλαδή η ελαφριά ή μέτριας έντασης δραστηριότητα, όπως το περπάτημα, η κηπουρική, το κολύμπι, η ποδηλασία, ο χορός, αποφέρουν οφέλη στους ηλικιωμένους σε σωματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο (Makino et al, 2015, Psarrou et al, 2022).

### **2.1.1 Διαστάσεις και τομείς φυσικής δραστηριότητας**

Στη φυσική δραστηριότητα διακρίνονται τέσσερεις διαστάσεις, ο τύπος, η συχνότητα, η διάρκεια και η ένταση. Ο τύπος είναι το είδος της δραστηριότητας και η συχνότητα αναφέρεται στο σύνολο των επαναλήψεων της δραστηριότητας, μέσα σε ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Η διάρκεια έχει σχέση με το σύνολο του χρόνου που

αφιερώνεται σε κάποια δραστηριότητα και η ένταση σχετίζεται με την ενέργεια που δαπανάται από το άτομο κατά την εκτέλεση μίας συγκεκριμένης δραστηριότητας.

Στην προσπάθεια να μελετηθεί και να αξιολογηθεί συνολικά η φυσική δραστηριότητα, θεωρήθηκε σκόπιμο να χωριστεί σε τέσσερις τομείς.

A) Ο οικιακός τομέας, στον οποίο περιλαμβάνονται όλες οι οικιακές εργασίες, όπως η καθαριότητα, το πλύσιμο, η φροντίδα προσώπων της οικογένειας, η κηπουρική, τα ψώνια.

B) Ο επαγγελματικός τομέας, στον οποίο εντάσσονται οι δραστηριότητες που έχουν άμεση σχέση με το χώρο εργασίας, για παράδειγμα μεταφορά και ανύψωση αντικειμένων, περπάτημα.

Γ) Ο μεταφορικός τομέας, ο οποίος αναφέρεται στην ενέργεια που δαπανάται όταν χρειάζεται κάποιος να μετακινηθεί, χρήση ποδηλάτου, περπάτημα, χρήση σκαλοπατιών.

Δ) Ο ελεύθερος τομέας, που συμπεριλαμβάνει δραστηριότητες που προκαλούν ευχαρίστηση και ευεξία στο άτομο, όπως το κολύμπι, ο χορός και άλλα (Strath et al, 2013).

### **2.1.2 Τρίτη ηλικία και φυσική δραστηριότητα στην περίοδο του κορωνοϊού**

Τα δύο τελευταία χρόνια (2020-2022), η πανδημία του κορωνοϊού (COVID-19), έχει αλλάξει το ρου της ζωής των ανθρώπων σε ολόκληρη την υφήλιο. Οι αλλαγές που έχουν επέλθει στην καθημερινότητα έχουν δυσμενή αντίκτυπο σε όλες τις ηλικιακές ομάδες.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας, καθώς διανύουν τη δύσκολη αυτή περίοδο, χρειάζονται φροντίδα και στήριξη, ώστε να διατηρηθεί τόσο η σωματική, όσο και η ψυχική τους υγεία.

Η κοινωνική απομόνωση, που ήρθε σαν συνέπεια του υποχρεωτικού περιορισμού των μετακινήσεων και του εγκλεισμού, επηρέασε την ψυχική υγεία προκαλώντας άγχος, κατάθλιψη ακόμα και έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας. Η αίσθηση της μοναξιάς, της απογοήτευσης και η εμφάνιση ψυχικών και νευρολογικών παθήσεων,

λειτουργήσαν αρνητικά στην ευημερία και στην ποιότητα ζωής των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας (Moustakopoulou et al, 2021).

Οι Bailey et al (2021), θέλησαν να ερευνήσουν τη σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Στα συμπεράσματά τους φάνηκε ότι η παραμονή στο σπίτι και ο περιορισμός των κοινωνικών επαφών, είχαν δυσμενείς επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Η κοινωνική απομόνωση δημιούργησε ψυχολογική δυσφορία, μοναξιά, διαταραχές ύπνου, πρόωρη θνησιμότητα και υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών, με τη φυσική δραστηριότητα να παρουσιάζει αισθητή μείωση στην καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων.

Η απότομη διακοπή της φυσικής δραστηριότητας και η καθιστική ζωή συσχετίστηκε με την αύξηση των τιμών του σακχάρου στο αίμα, τη μυϊκή ατροφία, την παχυσαρκία και την εμφάνιση ή επιδείνωση καρδιαγγειακών παθήσεων, καθιστώντας επιτακτική την ανάγκη παρότρυνσης των ηλικιωμένων να συνεχίσουν την εκτέλεση των καθημερινών τους συνηθειών, ώστε να παραμείνουν υγιείς και σωματικά ενεργοί (Narici et al, 2021).

Σύμφωνα με τον Abdelbasset (2020), η σωματική δραστηριότητα στα μεγαλύτερα άτομα, την περίοδο της παραμονής τους στο σπίτι, διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση και στην ομαλή λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, μειώνει τους δείκτες φλεγμονής και βοηθά στην πρόληψη της σαρκοπενίας, οφέλη ιδιαίτερα σοβαρά τα οποία είναι ικανά να αποτρέψουν τον κίνδυνο της μόλυνσης από τον κορονοϊό. Η καθημερινή άσκηση στο σπίτι αποτελεί μία ασφαλή μέθοδο, ώστε να διατηρηθεί σε ικανοποιητικό επίπεδο η φυσική κατάσταση, να μειωθεί το άγχος και η κατάθλιψη.

Ακόμη, οι Shahrbanian et al (2020), υποστήριξαν ότι ένα δυνατό ανοσοποιητικό σύστημα μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο εργαλείο για τη μείωση του κινδύνου από τη μόλυνση COVID-19 και ένας σημαντικός βοηθητικός παράγοντας σε αυτό αποτελεί η σωματική δραστηριότητα. Για το λόγο αυτό τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας πρέπει να παραμείνουν δραστήρια, συνεχίζοντας να ασκούν τις καθημερινές τους οικιακές εργασίες, να κάνουν αερόβια άσκηση ή γιόγκα και να ασχολούνται με την περιποίηση του κήπου.



Παρόμοια μία δημοσκόπηση που πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο του Μίσιγκαν, την περίοδο από το Μάρτιο του 2020 μέχρι τον Ιανουάριο του 2021, έδειξε ότι μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων, ηλικίας πάνω από 65 χρονών, οι οποίοι παρέμειναν το διάστημα αυτό σωματικά ανενεργοί, παρουσίασαν επιδείνωση της φυσικής τους κατάστασης, της αντοχής τους, της ευελιξίας τους, αυξήθηκαν τα περιστατικά των πτώσεων και επιδεινώθηκε η κινητικότητα τους (Hoffman et al, 2021).

Οι Lebrasseur et al (2021), ακολουθώντας βιβλιογραφική ανασκόπηση σε έρευνά τους, εντόπισαν μελέτες οι οποίες απεικονίζουν τον αντίκτυπο της πανδημίας COVID-19 στον πληθυσμό των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας. Σύμφωνα με αυτές τα άτομα της τρίτης ηλικίας εμφάνισαν ή παρουσίασαν επιδείνωση ψυχολογικών συμπτωμάτων, μοναξιά λόγω της κοινωνικής απομόνωσης, αγχωτικές καταστάσεις και κατάθλιψη, μεγαλύτερη ανησυχία για το θάνατο, υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών (κάπνισμα, διατροφή, αλκοόλ) και μειωμένη φυσική δραστηριότητα η οποία επηρεάζει την ποιότητα ζωής και οδηγεί σε σωματική παρακμή.

Πραγματοποιώντας οι ηλικιωμένοι απλές και ήπιες ασκήσεις, φροντίζοντας τον κήπο και το σπίτι, εκτελώντας ασκήσεις χαλάρωσης και συνεχίζοντας την πεζοπορία και την ποδηλασία, όπου αυτό είναι εφικτό, μπορούν να διατηρήσουν την κινητικότητά τους και να αποτρέψουν κάθε κίνδυνο που μπορεί να επιφέρει λειτουργική και γνωστική έκπτωση (IASC, 2021).

Αποτελεί επιτακτική ανάγκη η φυσική δραστηριότητα στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, να συνεχίσει να προωθείται κατά τη διάρκεια της πανδημίας, επειδή βάσει μελετών έχει μειωθεί σοβαρά. Οι αυστηρές οδηγίες που υποχρεώθηκαν να ακολουθήσουν οι ηλικιωμένοι στην διάρκεια της περιόδου αυτής τους οδήγησε σε μία μακροχρόνια απομόνωση, της οποίας ο αντίκτυπος θα παραμείνει έντονος και στο μέλλον, σηματοδύοντας τη σωματική και ψυχική ευεξία των ηλικιωμένων (Lippi et al, 2020). Όλοι οι φορείς υγείας, η κοινότητα και οι επαγγελματίες υγείας, οφείλουν να βρεθούν δίπλα στα άτομα αυτά, να τα ενθαρρύνουν και να τα στηρίζουν, ώστε να παραμείνουν ενεργά δραστήρια, μειώνοντας οποιαδήποτε ψυχοσωματική επίπτωση που επιφέρει η απομόνωση, ο κατ' οίκον περιορισμός και η σωματική αδράνεια (Cunningham and O'Sullivan, 2020).

## **2.2 Οφέλη φυσικής δραστηριότητας στην Τρίτη ηλικία**

Η φυσική δραστηριότητα αποτελεί οδηγό για τη μακροζωία και προστατευτικό παράγοντα στις φθορές των οργανικών συστημάτων λόγω της γήρανσης και επιπλέον δρα θετικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας και της αυτονομίας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας.

Σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες η σωματική αδράνεια συγκαταλέγεται, μαζί με το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ και την παχυσαρκία, ως μία από τις κύριες αιτίες μείωσης του προσδόκιμου της ζωής (Lee et al, 2012).

Οι Ekelund et al (2016) υποστηρίζουν σε μελέτη τους, ότι η σωματική δραστηριότητα που εκτελείται 60-75 λεπτά την ημέρα φαίνεται ότι μετριάξει ή εξαλείφει τον αυξημένο κίνδυνο θανάτου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σωματική δραστηριότητα δρα ευεργετικά στην καρδιοαναπνευστική λειτουργία, προσφέρει ενδυνάμωση του μυοσκελετικού συστήματος, συνδράμει στη διατήρηση του σωματικού βάρους και στη ρύθμιση της υπέρτασης και του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Επίσης, προφυλάσσει από κάποιες μορφές καρκίνου, από την κατάθλιψη, τις πτώσεις και την έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας (WHO, 2020).

Κατόπιν μελέτης των Gopinath et al (2018) που διεξήχθη στην Αυστραλία, αναδείχθηκε ότι ένα σχετικά υψηλότερο επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, αυξάνει την πιθανότητα επιβίωσης κατά 10 επιπλέον χρόνια χωρίς τον κίνδυνο των χρόνιων ασθενειών, τις γνωστικές διαταραχές και λειτουργικές αναπηρίες.

### **2.2.1 Επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας στην σωματική κατάσταση και λειτουργικότητα**

Η απώλεια της αυτονομίας, η γνωστική έκπτωση και ο περιορισμός βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, αποτελούν σοβαρά προβλήματα που καλούνται τα άτομα της τρίτης ηλικίας να αντιμετωπίσουν. Προκειμένου να διατηρηθούν οι σωματικές ικανότητες και να αποφευχθεί η εξάρτηση πρέπει τα άτομα αυτά να υιοθετήσουν υγιεινούς τρόπους ζωής, συμπεριλαμβανομένης και της σωματικής δραστηριότητας (Martinez-Hernandez et al, 2022).

Στα συμπεράσματα από την έρευνα των Andrieieva et al (2019), διατυπώθηκε ότι η ενίσχυση της φυσικής κατάστασης με δραστηριότητες όπως το περπάτημα, οι οικιακές δουλειές, η κηπουρική, το κολύμπι, συμβάλλουν στην πρόληψη ασθενειών και στη βελτίωση της σωματικής λειτουργίας. Ειδικά το περπάτημα, κατά τους Roh and Park, 5 με 7 φορές την εβδομάδα μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο των κινητικών προβλημάτων σε ποσοστό 50%-80%, αυξάνοντας την αντοχή των μυών των κάτω άκρων και την ευλυγισία του άνω μέρους του σώματος (Roh and Park, 2013).

Οι Alburquerque-Sendin et al (2012), μελέτησαν μία ομάδα γυναικών, ηλικίας άνω των 60 ετών, με σκοπό να προσδιορίσουν τις επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας στη φυσική τους κατάσταση. Τα αποτελέσματα της έρευνας τους έδειξαν ότι η φυσική ικανότητα μπορεί να αυξηθεί με τη φυσική δραστηριότητα, όταν αυτή προσαρμοστεί στις ανάγκες της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας.

Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών, η φυσική δραστηριότητα έχει προστατευτική επίδραση στις καρδιαγγειακές και μεταβολικές νόσους, που επηρεάζουν το 10% του πληθυσμού των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας και το 6% αντίστοιχα, βελτιώνοντας τη λειτουργία της καρδιάς, διατηρώντας την αρτηριακή πίεση και τη χοληστερόλη σε φυσιολογικές τιμές απομακρύνοντας τον κίνδυνο αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και την εμφάνιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (Earnest et al, 2013, McPhee et al, 2016).

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας κινδυνεύουν να παρουσιάσουν αυξημένους δείκτες παχυσαρκίας, όχι μόνο λόγω των διατροφικών τους συνηθειών, αλλά και λόγω της σωματικής τους αδράνειας. Οι παράγοντες αυτοί είναι ικανοί να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία δημιουργώντας λειτουργικές και μορφολογικές διαταραχές, μειώνοντας το προσδόκιμο ζωής και δεν είναι σπάνιο το γεγονός, κυρίως στις ανεπτυγμένες χώρες, η παχυσαρκία να αποτελεί και κοινωνικό πρόβλημα (Naroli et al, 2014). Η υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένης της διατροφής και της φυσικής δραστηριότητας, αποφέρει οφέλη στη διατήρηση καλής υγείας και ποιοτικής ζωής.

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί, βάσει σχετικών μελετών, ότι η φυσική δραστηριότητα αποτελεί αντίδοτο στην πολυφαρμακία. Ο Βόλακλης (2016) σε μελέτη του, διαπίστωσε ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που διατηρούν χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, παρουσιάζουν 1,6 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να λάβουν τέσσερα ή και περισσότερα φάρμακα ημερησίως.

Στην άποψη αυτή καταλήγουν και τα συμπεράσματα άλλων ερευνών, τα οποία αποδέχονται ότι η φυσική δραστηριότητα προστατεύει από την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών, μειώνει τη θνησιμότητα και επομένως τη λήψη λιγότερων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

### **2.2.2 Επίδραση φυσικής δραστηριότητας σε πτώσεις και κατάγματα**

Οι πτώσεις και οι τραυματισμοί αποτελούν από τα πιο σοβαρά ιατρικά προβλήματα που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και που οδηγούν σε μακροχρόνιο πόνο, λειτουργική έκπτωση και παρατεταμένη ιατρική περίθαλψη. Η φυσική δραστηριότητα και ο σχεδιασμός ασκήσεων, προσαρμοσμένες στις ανάγκες των ηλικιωμένων, που στοχεύουν στη βελτίωση της ισορροπίας, στο συντονισμό των κινήσεων, στην αντοχή των οστών και στην κινητικότητα των αρθρώσεων, μπορούν να αποτελέσουν αποτρεπτικούς παράγοντες των πτώσεων και των δυσάρεστων συνεπειών τους (El-Khoury et al, 2013, Franco et al, 2014). Ακόμη και σε περιπτώσεις πτώσεων, όπως υποστηρίζουν οι Ireland et al (2014), οι πιθανότητες να υποστούν κάταγμα τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είναι αρκετά λιγότερες, γιατί με την ενεργή τους δράση τα οστά γίνονται ισχυρότερα, αποκτώντας μεγαλύτερη οστική πυκνότητα.

Οι δυσλειτουργίες του μυοσκελετικού συστήματος αποτέλεσαν αντικείμενο έρευνας για τους Giannoudis et al (2014), οι οποίοι κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι ο σωματικά ανενεργός ηλικιωμένος γίνεται πιο επιρρεπής στα κατάγματα και εμφανίζει σε μεγαλύτερο βαθμό οστεοπενία και οστεοπόρωση.

Επίσης, ένα συνηθισμένο γηριατρικό σύνδρομο που απαντάται στην τρίτη ηλικία και έχει άμεση σχέση με το μυοσκελετικό και νευρομυικό σύστημα, είναι η σαρκοπενία. Κατά τη διαδικασία της γήρανσης παρουσιάζεται προοδευτικά απώλεια της σκελετικής μυϊκής μάζας, με κίνδυνο την εμφάνιση σωματικής αναπηρίας, κακή ποιότητα ζωής και αύξηση των θανάτων. Η κατάσταση αυτή μπορεί να βελτιωθεί προς όφελος των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας, εάν υιοθετήσουν έναν πιο ενεργό και δραστήριο τρόπο ζωής (Yoo et al, 2018).

### **2.2.3 Επιδράσεις της φυσικής δραστηριότητας στην ψυχική και νοητική κατάσταση των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας**

Τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας δεν περιορίζονται μόνο στο σωματικό επίπεδο, αλλά επιδρούν ευεργετικά και στις διανοητικές λειτουργίες οι οποίες με την πάροδο του χρόνου παρουσιάζουν έκπτωση. Η έκπτωση αυτή δεν πρέπει να θεωρείται σταθερή και αμετάβλητη, γιατί οι λειτουργίες της μνήμης, της αντίληψης, της κατανόησης και επεξεργασίας πληροφοριών, είναι εφικτό, με την καθημερινή φυσική δραστηριότητα να βελτιωθούν και να μειωθεί η εξασθένηση και ο εκφυλισμός τους, επιβεβαιώνοντας την αμφίδρομη σχέση φυσικής δραστηριότητας και γνωστικής απόδοσης (Ku et al, 2012, Kravitz et al, 2012).

Τη σημαντική συμβολή της φυσικής δραστηριότητας στη νοητική λειτουργία τονίζουν οι Κουλουτμπάνη και συν (2019), σύμφωνα με τους οποίους η φυσική δραστηριότητα αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα εμφάνισης διαφόρων νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων, αφού παρεμβάσεις που έχουν σχέση με αυτήν προσφέρουν σημαντικά οφέλη σε άτομα που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer ή παρουσιάζουν κάποια άλλη μορφή άνοιας. Παρόμοια άποψη έχουν εκφράσει και οι Cyarto et al (2010), υπογραμμίζοντας ότι η επιρροή της φυσικής δραστηριότητας σε ασθενείς με Alzheimer βελτιώνει σημαντικά όχι μόνο τη γνωστική λειτουργία των ασθενών, αλλά και την ποιότητα ζωής τους.

Στη μελέτη των Awick et al (2017), που υλοποιήθηκε με τη συμμετοχή ατόμων ηλικίας 60-79 ετών, παρατηρήθηκε ότι η φυσική δραστηριότητα ωφελεί επαρκώς την ψυχική υγεία, απομακρύνοντας την ψυχολογική δυσφορία, το άγχος, τις διαταραχές του ύπνου και την κατάθλιψη. Επίσης, οι Μανρονουπιωτίς et al (2010), στην έρευνά τους είχαν υποστηρίξει ότι τα μαθήματα χορού στους ηλικιωμένους είχαν σαν αποτέλεσμα τη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης και την αύξηση της ευημερίας τους. Ο χορός αποτελεί κατάλληλο ερέθισμα για φυσική δραστηριότητα συμβάλλοντας όχι μόνο στη σωματική, αλλά και στην ψυχική υγεία των ηλικιωμένων και σε συνδυασμό με τη μουσική βοηθά στην απελευθέρωση συναισθημάτων, δίνει τη δυνατότητα στους ηλικιωμένους να συναναστραφούν με άλλα άτομα, να απομακρύνουν το αίσθημα μοναξιάς και να αναπτύξουν δεξιότητες (Ζηλίδου και συν, 2015).

Τέλος και σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στη Σεούλ, από τους Park et al (2020), διαπιστώθηκε ότι δραστηριότητες που ενίσχυσαν τη φυσική

τους κατάσταση, όπως η κηπουρική ή οι οικιακές δουλειές, κατά τις οποίες δαπανήθηκε χαμηλή ή μέτρια ενέργεια, είχαν ευεργετικές επιρροές στη σωματική και γνωστική υγεία, την ψυχολογία και την πρόληψη της κατάθλιψης. Ακόμη, ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας στην Αυστραλία οι οποίοι διέθεσαν χρόνο για τη φροντίδα του κήπου τους, τους δόθηκε με τον τρόπο αυτό η δυνατότητα της πνευματικής και σωματικής δραστηριότητας, δημιουργώντας παράλληλα θετική στάση απέναντι στη γήρανση και κατ' επέκταση καλύτερη ποιότητα ζωής (Scott et al, 2020). Επιπλέον και η χρήση ποδηλάτου (συμβατικού ή ηλεκτρονικού) από τα άτομα της τρίτης ηλικίας, αποδίδει θεαματικά αποτελέσματα, καθώς αυξάνει τη φυσική κατάσταση, παρεμβαίνει στη γνωστική λειτουργία, προκαλεί ευεξία και ενισχύει την ψυχική τους υγεία (Leyland et al, 2019).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

# ΣΧΕΣΗ ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

### 3.1 Ορισμός ποιότητας ζωής

Η ποιότητα ζωής αποτελεί έναν όρο που έχει υιοθετηθεί από πολλούς επιστήμονες και διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην ψυχοσωματική ευεξία του ανθρώπου.

Οι ορισμοί που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για να αποδώσουν την έννοια της ποιότητας ζωής ξεπερνούν τους 100 και τα αντίστοιχα εργαλεία μέτρησή της υπολογίζονται πάνω από 1.000. Λόγω της πολυδιάστατης φύσης της είναι αρκετά δύσκολο να διατυπωθεί ένας κοινός αποδεκτός ορισμός, γιατί μπορεί να λάβει διαφορετικό περιεχόμενο ανάλογα με το επιστημονικό πεδίο το οποίο την προσεγγίζει. Για παράδειγμα, οι ψυχολόγοι δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στις ψυχολογικές και συναισθηματικές πτυχές της υγείας, ενώ η ιατρική εξετάζει τις φυσικές της διαστάσεις, τη βιολογική λειτουργικότητα και τη διατήρηση της καλής υγείας του ατόμου.

Η ποιότητα της ζωής σαν έννοια απασχόλησε από τα αρχαία χρόνια τους Έλληνες φιλόσοφους, οι οποίοι την αναφέρουν με παρόμοιους όρους στα συγγράμματά τους. Ειδικά, ο Αριστοτέλης στο έργο του «Ηθικά Νικομάχεια», χρησιμοποίησε τη λέξη ευδαιμονία θέλοντας να ορίσει την αυτάρκεια και την τελειότητα, τις οποίες επιδιώκουν οι άνθρωποι με τις πράξεις τους. Θεωρεί ότι το σπουδαιότερο αγαθό αποτελεί η ευδαιμονία και την ταυτίζει με το «ευ ζην», δηλαδή την ποιότητα ζωής και το «ευ πράττειν», δηλαδή την ευημερία. Σύμφωνα με τον ίδιο, δε συμφωνούν όλοι με το τί είναι ευδαιμονία και δεν την αποτιμούν με τον ίδιο τρόπο, εξαιτίας των μεταβολών που σημειώνονται στις ανάγκες των ανθρώπων με το πέρασμα του χρόνου (Νάκου, 2001).

Πέρα από το πολυσύνθετο, ευμετάβλητο και υποκειμενικό περιεχόμενο, η ποιότητα ζωής μεταβάλλεται και χωροχρονικά. Εμφανίστηκε πρώτη φορά στις ΗΠΑ τη δεκαετία του '50, εστιάζοντας στο βιολογικό επίπεδο, όμως το 1960 διευρύνθηκε περισσότερο και περιέλαβε στους κόλπους της την παιδεία, την υγεία και την ευεξία (Αδαμακίδου και Καλοκαιρινού, 2011). Το 1970 έλαβε την επιστημονική της οντότητα και στην ιατρική βιβλιογραφία η συγκεκριμένη έννοια άρχισε να εμφανίζεται από τις αρχές της

δεκαετίας του '60, καθώς κρίθηκε απαραίτητη και η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής προκειμένου να μελετηθεί επαρκώς η γενική υγεία του πληθυσμού (Karimi and Brazier, 2016).

Ο Liu (1976) υποστήριξε ότι δεν είναι εύκολο να υπάρξει ένας ορισμός για την ποιότητα ζωής, καθώς εμπλέκονται σε αυτήν πολλοί κοινωνικοί παράγοντες και συστήματα αξιών.

Επίσης, οι Campell et al (1976), δέχτηκαν ότι η ποιότητα της ζωής έχει σχέση με την ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή ή τις συνθήκες που διαβιώνει, άποψη που είχε εκφραστεί και από τους Andrews και Witney (1976).

Παρόμοια ερμηνεία διατυπώθηκε και από τους Young και Longman (1983), οι οποίοι συσχέτισαν την ποιότητα ζωής με τη σωματική, κοινωνική, υλική και ψυχολογική ευεξία. Λίγο αργότερα, ο όρος ποιότητα ζωής σύμφωνα με τους Mannel και Dupuis (1996), χρησιμοποιείται για να περιγράψει κατά πόσο οι άνθρωποι νιώθουν ικανοποιημένοι από τη ζωή τους. Από την πλευρά του ο Bowling (1997), αποφάνθηκε ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί μία έννοια ευρύτερη και περιγράφει τη γενικότερη ευημερία που νιώθουν τα άτομα μέσα στο κοινωνικό σύνολο.

Τέλος, σύμφωνα με το Boggatz (2016), η ποιότητα της ζωής προσδιορίζεται από τρεις βασικές έννοιες, που σχετίζονται με την ικανοποίηση των συνθηκών ζωής, τη γενική ευημερία και την εκπλήρωση των διαστάσεων της ζωής.

### **3.2 Διαστάσεις και παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής**

Η έννοια της ποιότητας ζωής (όπως προαναφέρθηκε), γίνεται κατανοητό ότι έχει πολλές εκφάνσεις με δύσκολη οριοθέτηση και μολονότι αποτελεί κυρίως μία υποκειμενική κατάσταση, χαρακτηριζόμενη από διαφορετικά στοιχεία προσδιορισμού, εν τούτοις εμφανίζει συγκεκριμένες αναφορές σχετιζόμενες με τη φυσική και ψυχολογική κατάσταση του κάθε ατόμου.

Η μελέτη, η αξιολόγηση και η μέτρησή της είναι περίπλοκη διαδικασία, γιατί χρειάζεται να κατανοείται ολιστικά όχι μόνο το άτομο, αλλά και η κοινωνία στην οποία ζει (Becker & Montilha, 2015).



Η ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα για την πολυπληθή ομάδα της τρίτης ηλικίας, σχετίζεται με υψηλά επίπεδα θνησιμότητας και νοσηρότητας. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι το 85% των τόμων μεγαλύτερης ηλικίας πάσχει από μία χρόνια ασθένεια και το 30% υποφέρει από τρεις ή περισσότερες νόσους. Η εμφάνιση χρόνιων παθήσεων μετά τα 65 έτη, όπως επίσης και η υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών (διατροφή, κάπνισμα, σωματική αδράνεια) επηρεάζουν την υγεία, τη μακροζωία και την ποιότητα της ζωής (Πάσχος και συν, 2016).

Οι Hung και Lu (2014), επιχείρησαν το διαχωρισμό της ποιότητας ζωής σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη αναφέρεται στην σχετιζόμενη με την υγεία με την υγεία ποιότητα ζωής (Health-Related Quality of Life) και η δεύτερη αφορά στην ποιότητα ζωής παγκοσμίως (Global Quality of Life), χωρίς όμως να διαχωρίζονται εντελώς, καθώς όλες οι λειτουργικές διαδικασίες, σωματικές και ψυχικές ασκούν επιρροή σε όλες τις πτυχές της ζωής.

Προκειμένου να καταστεί πιο κατανοητή η έννοια ποιότητα ζωής, καθορίστηκαν έξι παράγοντες οι οποίοι περιλαμβάνουν τη σωματική υγεία, την ψυχολογική υγεία, την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και ανεξαρτησίας, το περιβάλλον, τις κοινωνικές σχέσεις και τέλος τις προσωπικές πεποιθήσεις (Θεοδωροπούλου και συν, 2020).

Από την έννοια της ποιότητας ζωής αναδύονται δύο διαστάσεις, η υποκειμενική και η αντικειμενική. Η υποκειμενική διάσταση περιλαμβάνει την καλή υγεία και τη λειτουργικότητα, την αίσθηση της επάρκειας και της χρησιμότητας, τις επιθυμίες, την επιτυχία, τις εμπειρίες που αποκτά το άτομο και τη δυνατότητα του να παραμένει κοινωνικά ενεργό. Ωστόσο, εξίσου σημαντική είναι και η αντικειμενική διάσταση, η οποία περιγράφει τις συνθήκες διαβίωσης και εργασίας του ατόμου, το οικονομικό του επίπεδο και τα κοινωνικά δίκτυα, δηλαδή εξωτερικοί παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής του (Υφαντόπουλος και Σαρής, 2001). Την αναγκαιότητα του συνδυασμού των δύο αυτών παραμέτρων τονίζουν οι ερευνητές Zautra και Goodhard (1979).

Κατά τους Gomez et al (2016), η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από τρεις αλληλοεξαρτώμενες διαστάσεις, τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική και εάν μία από αυτές απουσιάζει ή υστερεί, τότε η ικανοποίηση σχετικά με την ποιότητα ζωής είναι ελλιπής.

Οι Andrews και Whitney (1976), σε βιβλιογραφική τους ανασκόπηση, διέκριναν 800 διαστάσεις της ποιότητας ζωής τις οποίες τις ενσωμάτωσαν σε 100 περίπου τομείς της ζωής. Από αυτούς πιο σημαντικοί θεωρούνται η οικογενειακή ζωή, η σωματική ευεξία, η προσωπική πρόοδος, οι κοινωνικές σχέσεις, η δημιουργικότητα και η οικονομική κατάσταση.

Ο Maslow το 1943 σκέφτηκε να ιεραρχήσει τις ανάγκες του ανθρώπου, οι οποίες σχετίζονταν με την ποιότητα ζωής του, επιβεβαιώνοντας έτσι την άποψη ότι όσο πιο καλυμμένες είναι οι ανάγκες αυτές τόσο σε υψηλότερα επίπεδα βρίσκεται η ποιότητα ζωής του. Η πυραμίδα των ανθρώπινων αναγκών που δημιουργήθηκε, σαν βάση έχει τις φυσικές ανάγκες οι οποίες κρίνονται απαραίτητες για τη διατήρηση της ζωής (τροφή, νερό, ύπνος, στέγη και άλλα). Στη συνέχεια υπάρχουν οι ανάγκες ασφαλείας που θεωρούνται ότι δίνουν τη δυνατότητα στον άνθρωπο να νιώσει ότι δεν απειλείται η επιβίωσή του και η εργασία του. Αμέσως μετά, αναφέρονται οι ανάγκες κοινωνικής αποδοχής που έχουν σχέση με την ανάγκη του ατόμου να ανήκει σε μία κοινωνική ομάδα, όπου γίνεται αποδεκτό, αναπτύσσεται και αλληλοεπιδρά. Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται οι ανάγκες αυτοεκτίμησης στις οποίες συγκαταλέγονται οι ανάγκες του ανθρώπου για σεβασμό, αναγνώριση και εκτίμηση, ώστε να αισθανθεί αυτοπεποίθηση και αυτοσεβασμό.

Η θεωρία του Maslow, αν και αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές θεωρίες που ιεραρχούν τις ανθρώπινες ανάγκες, δεν παραμένει αμετάβλητη, αλλά εξελίσσεται και μεταβάλλεται λόγω διαφόρων παραγόντων που την επηρεάζουν, όπως η εξέλιξη των επιστημών, τα τεχνολογικά επιτεύγματα, η κουλτούρα, οι αξίες και οι στόχοι που θέτει το κάθε άτομο. Ανεξάρτητα, πάντως, από τις διαφορές που μπορούν να παρατηρηθούν στην κάλυψη των αναγκών των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας, ο πυρήνας τους παραμένει ο ίδιος, χωρίς σημαντικές αποκλίσεις (Hale et al, 2019).

Αντίστοιχα, ο Flanagan (1982) επιχείρησε μία ταξινόμηση η οποία περιλάμβανε 15 παράγοντες ποιότητας ζωής, τους οποίους κατόπιν τους χώρισε σε 5 κατηγορίες. Η πρώτη από αυτές αναφέρεται στη σωματική και υλική ευημερία, η δεύτερη εμπεριέχει τις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους (συντρόφους, παιδιά, συνεργάτες). Η τρίτη κατηγορία αντιπροσωπεύει τις κοινωνικές δραστηριότητες και η τέταρτη αφορούσε τις προσωπικές επιδιώξεις (αυτογνωσία, καταξίωση, ανάπτυξη). Η τελευταία κατηγορία έχει σχέση με τον ελεύθερο χρόνο και τις δραστηριότητες.

Επίσης, οι Lukowsky et al (2013) διέκριναν τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου σε φυσικούς παράγοντες (διατροφικές συνήθειες, άσκηση, υγιεινή), σε διανοητικούς και συναισθηματικούς (συμμετοχή σε δραστηριότητες, αίσθηση αυτονομίας και αξιοπρέπειας) και τέλος σε κοινωνικούς, οι οποίοι σχετίζονται με τις κοινωνικές επαφές, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την κοινωνική στήριξη.

Στην προσπάθεια να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας χρειάζεται να ληφθούν υπόψη παράμετροι που έχουν σχέση με το οικονομικό επίπεδο, την αυτάρκεια και την αυτονομία, τη δυνατότητα λήψης αποφάσεων, την απουσία πόνου και ταλαιπωρίας. Οι Xavier et al (2003) επισημαίνουν ότι παράγοντες όπως η έλλειψη οικονομικών πόρων και ανεξαρτησίας του ατόμου, το κοινωνικό περιβάλλον, οι πεποιθήσεις και οι θέσεις σχετικά με το θάνατο και τη χηρεία, είναι ικανοί να επηρεάσουν την ευημερία και την ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Επιπλέον, δημογραφικά χαρακτηριστικά, πολιτισμικές επιρροές, αξίες και προσωπικά χαρακτηριστικά, συνθέτουν την ποιότητα της ζωής των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας.

Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί συμφωνούν ότι, όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο επηρεάζεται η υγεία, η λειτουργικότητα, ο ψυχισμός και ταυτόχρονα τα άτομα με χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο γίνονται πιο ευάλωτα σε ασθένειες και στην υιοθέτηση ανθυγιεινών συνηθειών, επηρεάζοντας τη διαβίωση και την ποιότητα ζωής τους (Van den Bosch & Willeme, 2013).

Οι Gu et al (2018), σε διαχρονική μελέτη 2 ετών που πραγματοποίησαν σε δείγμα ηλικιωμένων άνω των 60 ετών, παράθεσαν ότι η ηλικία, η πολυνοσηρότητα, η σωματική δραστηριότητα, η ικανότητα αυτοφροντίδας, μπορούν να επηρεάσουν τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής.

Επίσης, οι Kumar και Shankar (2018), σε ποσοτική συγχρονική μελέτη τους σε ηλικιωμένα άτομα της Ινδίας, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθένειες, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, προβλήματα του μυοσκελετικού, η υπέρταση και άλλα νοσήματα, όπως επίσης η αύξηση της ηλικίας, παρουσίασαν σημαντική επίδραση σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας.

Τέλος, πολλοί είναι οι ερευνητές που μέσα από τις μελέτες τους υποστηρίζουν ότι, πέρα από την ύπαρξη νοσημάτων, η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων σχετίζεται με την

οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, τον τρόπο διαμονής τους, τα περιβαλλοντικά προβλήματα και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο (Heydari et al, 2012, Kosilov et al, 2020). Κατά τους Hoek et al (2014), άτομα με χαμηλά εισοδήματα δυσκολεύονται να πραγματοποιήσουν ιατρικές εξετάσεις και να ακολουθήσουν φαρμακευτική αγωγή, προκειμένου να αντιμετωπίσουν με επιτυχία τα προβλήματα υγείας τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η ποιότητα ζωής τους να υποβαθμίζεται και ελλοχεύει ο κίνδυνος να επιδεινωθεί, εάν το χαμηλό εισόδημα επηρεάζει και τις διατροφικές συνήθειες του ατόμου. Συχνά παρατηρείται ότι η οικονομική ανέχεια μπορεί να οδηγήσει τους ηλικιωμένους σε σημείο υποσιτισμού ακόμη και θανάτου (Κυριόπουλος και Τσιάντου, 2010).

Σε ετήσια έκθεση της Help Age International (2015) μετρώντας την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, με βάση τους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες, η Ελλάδα κατείχε την 79<sup>η</sup> θέση ανάμεσα στις 96 χώρες που έλαβαν μέρος στην έρευνα και την τελευταία θέση των χωρών της Ευρώπης που συμμετείχαν (Chrysopoulou, 2015).

### **3.3 Διερεύνηση της σχέσης φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής στον πληθυσμό των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας**

Παρά τις ραγδαίες αλλαγές που πυροδοτεί η διαδικασία της γήρανσης, δημογραφικές, επιδημιολογικές και ανθρωπολογικές, υπάρχει ένας σημαντικός παράγοντας που μπορεί να συνεισφέρει σε υγιή και ποιοτικά χρόνια ζωής.

Το Αμερικανικό Κολλέγιο Αθλητιατρικής (American College of Sports Medicine) σε συνεργασία με την Αμερικανική Ιατρική Ένωση (American Medical Association), έχει προβεί σε μία πρωτοβουλία υγείας, «Exercise is Medicine», με σκοπό να προωθήσει την αξία της φυσικής δραστηριότητας και να τονίσει τα πολυάριθμα οφέλη της, τα οποία είναι μεγαλύτερα στα άτομα που εγκαταλείπουν την αδράνεια και την καθιστική ζωή και υιοθετούν έναν πιο ενεργό τρόπο ζωής (Hills et al, 2015).

Η σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής προκαλεί συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον στους ερευνητές παγκοσμίως και αποτελούν αντικείμενο έρευνας από αυτούς. Στην προσπάθεια των ερευνητών να γίνει κατανοητή η συνδρομή της φυσικής δραστηριότητας στην ποιότητα ζωής, αναζητήθηκαν παράγοντες μέσα από τους οποίους επιτυγχάνεται αυτή η σχέση.

Εξετάστηκαν προσωπικές, κοινωνικές και ψυχολογικές πτυχές, οι οποίες λειτουργούν διαμεσολαβητικά και επηρεάζουν τη σχέση αυτή. Προσωπικές απόψεις όσον αφορά στη σωματική και ψυχολογική υγεία, στην αυτοαποτελεσματικότητα, δηλαδή την αντίληψη που έχει το άτομο ότι είναι σε θέση να εκτελέσει μία συγκεκριμένη συμπεριφορά, στο κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο, όπως επίσης και περιβαλλοντικοί παράγοντες και παρεμβάσεις (δημιουργία αθλητικών χώρων και πάρκων, διευκόλυνση μετακίνησης, αίσθημα ασφάλειας), αποτελούν ρυθμιστικές παραμέτρους που βοηθούν στην ερμηνεία της σχέσης φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής.

Επιβεβαίωση των προηγούμενων αποτελεί μελέτη που υλοποιήθηκε από τους Phillips et al (2013), όπου διαπιστώθηκε ότι η φυσική δραστηριότητα επηρέασε θετικά την αυτοαποτελεσματικότητα, τη σωματική και ψυχική υγεία και κατ' επέκταση την ποιότητα ζωής.

Η διατήρηση της συνήθους φυσικής δραστηριότητας βοηθά τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας όχι μόνο να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές που είναι εγγενείς με τη γήρανση, αλλά και να αποφύγουν συναισθήματα ανικανότητας, ματαιότητας και να απορρίψουν στερεότυπα και αρνητικές κοινωνικές συμπεριφορές που σχετίζονται με τη γήρανση (Morgan et al, 2019).

Σύμφωνα με τους Ekelund et al (2016) η σωματική δραστηριότητα που εκτελείται καθημερινά για διάστημα 60-75 λεπτών, φαίνεται ότι μετριάξει ή και εξαλείφει τον αυξημένο κίνδυνο θανάτου,.

Παρομοίως, οι Waburton και Brendin (2017), υποστηρίζουν ότι η ένταξη της φυσικής δραστηριότητας στην καθημερινή ζωή του ατόμου συμβάλλει στη σημαντική μείωση της θνησιμότητας, ενώ στα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, τα οποία παραμένουν φυσικά δραστήρια, παρατηρείται επιβράδυνση της βιολογικής γήρανσης, μικρότερα ποσοστά γνωστικών ελλειμμάτων, λιγότερη επιβάρυνση των ασφαλιστικών φορέων και της δημόσιας υγείας και πιο υγιής κοινωνική ζωή σε σύγκριση με αυτά που διάγουν καθιστική ζωή (Booth et al, 2012).

Ο Badicu (2018) αναφέρει ότι παρατηρείται μεγάλη συσχέτιση της φυσικής δραστηριότητας με τη γενική υγεία του ατόμου και την ποιότητα ζωής του, ανεξάρτητα από χρόνο έναρξης της, τη διάρκεια και την έντασή της.

Τα ευρήματα της βιβλιογραφίας συνεχώς επιβεβαιώνουν ότι τα άτομα που παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας στο εργασιακό και οικιακό περιβάλλον ή στον ελεύθερο χρόνο τους, μπορούν να προάγουν την ποιότητα της ζωής τους, ανεξάρτητα από την ύπαρξη συννοσηροτήτων (Scarabottolo et al, 2019). Ο Subramaniam και οι συνεργάτες (2019), του μελετώντας τη σχέση φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας, ζωής σε άτομα με πολυνοσηρότητα, διαπίστωσαν ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ τους και τόνισαν ότι όσο πιο χαμηλό είναι το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, τόσο πιο φτωχή είναι και η ποιότητα ζωής.

Πολλές όμως είναι οι και οι μελέτες που αποδεικνύουν ότι η φυσική δραστηριότητα συντελεί στην καλύτερη ένταξη στο κοινωνικό πλαίσιο, μειώνει το αίσθημα της μοναξιάς και προσφέρει ικανοποίηση από τη ζωή. Με τη σωματική δραστηριότητα η κατάθλιψη και το άγχος διατηρούνται σε χαμηλά επίπεδα στον πληθυσμό των ηλικιωμένων. Επιπλέον, ενισχύεται η ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και επιτυγχάνεται συναισθηματική εξισορρόπηση. Επομένως, γίνεται κατανοητό ότι ο καθιστικός τρόπος ζωής μόνο αρνητικά αποτελέσματα αποφέρει στη διαδικασία της γήρανσης και φτωχότερη ποιότητα ζωής (Oliveira et al, 2019).

Πορίσματα από παλαιότερες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι τις ημέρες που τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αναπτύσσουν κάποια σωματική δραστηριότητα εμφανίζουν πολύ πιο ευχάριστα συναισθήματα και καλύτερη ψυχική υγεία, σε σχέση με τις ημέρες που παραμένουν σωματικά αδρανείς (Sakurai et al, 2012).

Οι Koolhaas et al (2018), αναφέρουν ότι η φυσική δραστηριότητα παρέχει ευεργετικά αποτελέσματα στον πληθυσμό των ηλικιωμένων και συσχετίζεται με την καλύτερη ποιότητα ζωής. Δεδομένου ότι τα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας μειώνονται κατά τη διαδικασία της γήρανσης, δραστηριότητες όπως το περπάτημα, η κηπουρική, η ποδηλασία, πρέπει να προωθούνται με στόχο την ποιοτική ζωή.

Ο αυξημένος αλφαριθμητισμός στο χώρο της υγείας, μπορεί να ενισχύσει τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας σε ολόκληρη την κοινότητα και ιδιαίτερα στα άτομα που απαρτίζουν την τρίτη ηλικία. Επίσης, είναι σημαντική η προσβασιμότητα των ηλικιωμένων σε εξωτερικούς χώρους αναψυχής όπου μπορούν να περπατήσουν και να αθληθούν. Τα γεωπληροφορικά συστήματα χαρτογράφησης μπορούν να συνεισφέρουν στην δημιουργία φιλικών προς την ηλικία κοινοτήτων συμβάλλοντας στην υγιή γήρανση (Stasinou et al, 2022).

Ανακεφαλαιώνοντας, με τη διατήρηση και την ανάπτυξη δεξιοτήτων, με τη σταδιακή αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, με παρεμβάσεις για εύκολη πρόσβαση σε χώρους που ενδείκνυνται για σωματική δράση, οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας έχουν τη δυνατότητα να επιτύχουν υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και ποιοτικά χρόνια ζωής.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4**

### **4.1 Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί κατά πόσο η φυσική δραστηριότητα μπορεί να επηρεάσει το επίπεδο ποιότητας ζωής στα άτομα που ανήκουν στην Τρίτη Ηλικία.

### **4.2 Ερευνητικά ερωτήματα**

Πώς η εικόνα του ατόμου για την υγεία του επηρεάζεται από την συμμετοχή του σε φυσικές δραστηριότητες;

Ποια είναι τα οφέλη από τη φυσική δραστηριότητα για τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας;

Ποιοι παράγοντες επηρεάζουν τη συμμετοχή ή μη στη φυσική δραστηριότητα;

Πως σχετίζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία με την ενασχόληση με την ποιότητα ζωής;

### **4.3 Ερευνητικές υποθέσεις**

#### **4.3.1 Κύρια ερευνητική υπόθεση**

Τα άτομα που εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας τόσο στον ελεύθερο χρόνο, όσο και στον χώρο εργασίας, στο σπίτι, στις καθημερινές μετακινήσεις εμφανίζουν και υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

#### **4.3.2 Επιμέρους ερευνητικές υποθέσεις**

Τα άτομα που είναι μεγαλύτερα σε ηλικία κι έχουν υψηλότερο αριθμό χρόνιων παθήσεων εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής

Τα άτομα που λαμβάνουν περισσότερα φάρμακα εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής

Τα άτομα που συμμετέχουν σε κοινοτικά προγράμματα εμφανίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό ενασχόληση με φυσική δραστηριότητα και έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5**

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ**

#### **5.1 Είδος μελέτης**

Το είδος της παρούσας μελέτης είναι η συγχρονική περιγραφική μελέτη συσχέτισης και πραγματοποιήθηκε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Εξαρτημένη μεταβλητή είναι η ποιότητα ζωής των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας και ανεξάρτητες μεταβλητές η φυσική δραστηριότητα, η ηλικία, το φύλο, τα προβλήματα υγείας, η συμμετοχή ή όχι σε κοινοτικά προγράμματα. Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων, πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό πακέτο Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.21 για περιβάλλον Windows.

#### **5.2 Ερευνητικό πεδίο-Χρόνος διεξαγωγής**

Η έρευνα διεξήχθη σε Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Κοινωνική Υπηρεσία και Κοινοτικές Δομές του Δήμου Γλυφάδας καθώς και Κέντρα Υγείας της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ Αττικής και ο χρόνος διεξαγωγής της καθορίστηκε στο διάστημα Φεβρουαρίου-Μαΐου 2022.

#### **5.3 Δείγμα-Δειγματοληπτική μέθοδος**

Το δείγμα της έρευνας το οποίο ήταν δείγμα ευκολίας προήλθε από τις ανωτέρω δομές και το μέγεθος του δείγματος ανερχόταν στους 124 συμμετέχοντες, οι οποίοι ήταν ηλικίας 65 ετών και άνω. Σύμφωνα με το πρόγραμμα G-power, ο αριθμός αυτός είναι επαρκής για μελέτη συσχετίσεων κατά την οποία διεξήχθη πολυπαραγοντική γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης με ισχύ 95%, επίπεδο σφάλματος  $\alpha=0,05$ , μέγεθος επίδρασης τουλάχιστον 0,15 και συνολικό αριθμό ελεγχόμενων προγνωστικών παραγόντων 5.

## **5.4 Κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη**

1. Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν άνω των 65 ετών και προέρχονταν και από τα δυο φύλα ανεξάρτητα από το μορφωτικό και κοινωνικο-οικονομικό τους επίπεδο.
2. Κριτήριο για την εισαγωγή στην μελέτη αποτέλεσε η κατανόηση, ομιλία και ανάγνωση της ελληνικής γλώσσας.
3. Συμμετείχαν εξίσου υγιή άτομα καθώς και άτομα με προβλήματα υγείας.

## **5.5 Κριτήρια αποκλεισμού**

1. Αποκλείστηκαν άτομα κάτω των 65 ετών.
2. Αποκλείστηκαν τα άτομα που δε μιλούσαν ή δεν κατανοούσαν πολύ καλά την ελληνική γλώσσα.
3. Αποκλείστηκαν, επίσης, άτομα που παρουσίαζαν σοβαρή γνωστική δυσλειτουργία και επηρεασμένο επίπεδο συνείδησης (σύμφωνα με διάγνωση στον ατομικό τους φάκελο).
4. Τέλος, αποκλείστηκαν από την μελέτη άτομα με διαταραγμένη σωματική λειτουργικότητα που δεν επιτρέπει την ενασχόληση με φυσική δραστηριότητα.

## **5.6 Παρουσίαση ερευνητικών εργαλείων**

Τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έρευνα ήταν ερωτηματολόγια, τα οποία είναι μεταφρασμένα και σταθμισμένα στην Ελληνική γλώσσα.

### **5.6.1 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών**

Αρχικά, δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, μορφωτικό επίπεδο, χρόνιες παθήσεις, συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα κτλ.

### 5.6.2 Κλίμακα Ποιότητας Ζωής- Short Form Health Survey (SF-36)

Το επόμενο ερωτηματολόγιο, η Κλίμακα Ποιότητας Ζωής- Short Form Health Survey (SF-36) είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της σωματικής, νοητικής και ψυχικής υγείας του πληθυσμού και ομάδων ασθενών. Το ερωτηματολόγιο SF-36, δημιουργήθηκε από τον Ware προκειμένου να επιτύχει τις ψυχομετρικές εκείνες προδιαγραφές που απαιτούνται για την σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διαφόρων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών (Ware & Sherbourne, 1992, Ware, 1993). Η άδεια χρήσης διατίθεται από την εταιρία RAND Health Care χωρίς την ανάγκη χορήγησης γραπτής άδειας. Το ερωτηματολόγιο έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Anagnostopoulos et al (2005) και Pappa et al (2005). Ο κ. Αναγνωστόπουλος χορήγησε άδεια για χρήση της εγκυροποιημένης ελληνικής έκδοσης στην παρούσα ερευνητική μελέτη. Ο χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5 έως 10 λεπτά, ενώ διαθέτει πολύ καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

Αποτελείται από 36 ερωτήσεις, οι οποίες συνθέτουν 8 κλίμακες, από 2 έως 10 ερωτήσεις η καθεμία: Οι επιμέρους κλίμακες/διαστάσεις της φυσικής υγείας είναι η 1) σωματική λειτουργικότητα (ΣΛ), 2) ο σωματικός ρόλος (ΣΡ) (Περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας), 3) ο σωματικός πόνος (ΣΠ) και η 4) γενική υγεία (ΓΥ), ενώ η ψυχική υγεία περιλαμβάνει τις ακόλουθες κλίμακες/διαστάσεις: 5) ζωτικότητα (ΖΤ), 6) κοινωνική λειτουργικότητα (ΚΛ), 7) συναισθηματικός ρόλος (ΣΘΡ) (περιορισμός ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων) και 8) ψυχική υγεία (ΨΥ). Από τις 8 αυτές επιμέρους κλίμακες/διαστάσεις προκύπτουν δύο συνοπτικές κλίμακες/διαστάσεις η συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας και η συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας.

Σε κάθε μια από τις οκτώ κλίμακες αξιολόγησης, αντιστοιχεί συγκεκριμένος αριθμός ερωτήσεων κλειστού τύπου με διατυπωμένες απαντήσεις. Το εύρος των επιλογών στις απαντήσεις κυμαίνεται από 2-5 διαβαθμίσεις. Κάθε κλίμακα βαθμολογείται από το 0 έως το 100 και όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία, τόσο καλύτερη είναι και η υγεία.

Οι βαθμολογίες των κλιμάκων/διαστάσεων του SF-36 λαμβάνουν τιμές από 0 έως και 100, ενώ η μέση τιμή είναι το 50 (Talwar et al, 2015). Οι αναμενόμενες τιμές βαθμολογίας στον γενικό πληθυσμό σύμφωνα με την έρευνα αναφοράς του Ware, είναι για την συνιστώσα (συνοπτική κλίμακα) της ψυχικής υγείας 17 έως 62, ενώ για εκείνη της σωματικής υγείας είναι 20 έως 58 (Taft et al, 2001), με τις χαμηλότερες τιμές να σχετίζονται με μειωμένη ψυχική και σωματική ποιότητα ζωής, αντίστοιχα (Ware, 2000). Η μέση τιμή της συνοπτικής κλίμακας της σωματικής υγείας στον γενικό ελληνικό πληθυσμό βρέθηκε να είναι 51,99 ενώ η μέση τιμή της συνοπτικής κλίμακας της ψυχικής υγείας 49,73 (Pappa et al, 2005, Karapanou et al, 2012).

Το ερωτηματολόγιο SF-36 είναι αυτοσυμπληρούμενο και ο χρόνος συμπλήρωσής του κυμαίνεται από 5-10 λεπτά. Αποτελεί αξιόπιστο όργανο μέτρησης, προσεγγίζοντας με εγκυρότητα τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής οποιασδήποτε πληθυσμιακής ομάδας (Υφαντόπουλος και Σαρρής, 2001).

### **5.6.3 Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας- International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)**

Το τρίτο ερωτηματολόγιο είναι το Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας- International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) κατασκευάστηκε από τους Craig et al (2003) και ήταν το πρώτο ερωτηματολόγιο καταγραφής φυσικής δραστηριότητας. Έχει εξεταστεί για την εγκυρότητά του και την αξιοπιστία του και στην Ελλάδα (Parathanasiou et al, 2009). Το IPAQ περιέχει ερωτήσεις που έχουν σχέση με τη φυσική δραστηριότητα τόσο στον ελεύθερο χρόνο, όσο και στον χώρο εργασίας, στο σπίτι και στις καθημερινές μετακινήσεις των συμμετεχόντων. Το σύνολο των ερωτήσεων είναι 7 και μετά τη συγκέντρωση των αποτελεσμάτων ακολουθεί η βαθμολόγηση, η οποία κατατάσσει το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας σε 1) χαμηλό, 2) μέτριο και 3) υψηλό (Parathanasiou et al, 2009). Οι συμμετέχοντες που δεν πληρούν τα κριτήρια για το επίπεδο 2 και 3 θεωρούνται ανενεργοί (IPAQ Research Committee, 2004). Το ερωτηματολόγιο φυσικής δραστηριότητας IPAQ έχει ανοιχτή πρόσβαση και η ομάδα που το ανέπτυξε σημειώνει ότι δεν απαιτούνται δικαιώματα για τη χρήση του. Για τη παρούσα έρευνα ζητήθηκε και εστάλη μέσω mail, από τον κ. Παπαθανασίου η άδεια χρήσης της εγκυροποιημένης μετάφρασης του IPAQ στην ελληνική γλώσσα, με σκοπό να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα.

## **5.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων**

Οι υπεύθυνοι των δομών διευκόλυναν τη μεταπτυχιακή φοιτήτρια στην διεξαγωγή της έρευνας συστήνοντάς την στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας των δομών τους που πληρούν τις προϋποθέσεις του δείγματος της μελέτης και επιθυμούν να ενημερωθούν για την έρευνα ούτως ώστε να αποφασίσουν αν θα συμμετάσχουν. Τα πραγματικά τους στοιχεία (ονοματεπώνυμο) δε δόθηκαν στην ερευνήτρια. Αφού οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς και τα οφέλη της μελέτης και υπέγραψαν με μονογραφή το έντυπο συναίνεσης και το έντυπο καταγγελιών, η κύρια ερευνήτρια διένειμε προσωπικά τα ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες σε ειδικό χώρο των δομών, ήσυχο και ασφαλή όπου τηρούνταν όλα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας στο πλαίσιο αποφυγής της διασποράς του κορωνοϊού SARS-CoV-2, προστατεύοντας έτσι τόσο τους συμμετέχοντες όσο και την ερευνήτρια. Ο χρόνος διεξαγωγής της έρευνας ήταν 4 μήνες.

## **5.8 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας**

Προκειμένου να εκπονηθεί η μελέτη εφαρμόστηκαν όλοι οι κανόνες που διέπουν την ερευνητική ηθική και δεοντολογία. Χορηγήθηκε έγγραφη άδεια από τις αρμόδιες Υγειονομικές Περιφέρειες στις οποίες υπάγονται οι Δομές που διεξήχθη η έρευνα και από τις αντίστοιχες υπηρεσίες του Δήμου. Άδεια ζητήθηκε στην συνέχεια και από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (αριθμός πρωτοκόλλου 13911/17-02-2022).

Προϋποθέσεις

- Υπήρξε ενημέρωση για το σκοπό της παρούσας έρευνας και εξασφαλίστηκε η εκούσια ενυπόγραφη συγκατάθεση των συμμετεχόντων σε αυτήν με μονογραφή για τον αποκλεισμό ταυτοποίησης των συμμετεχόντων.
- Δόθηκαν πληροφορίες και οδηγίες για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων που διανεμήθηκαν.

- Οι συμμετέχοντες έλαβαν διαβεβαίωση για το απόρρητο των πληροφοριών, την αυστηρή τήρηση της ανωνυμίας τους και τη διακοπή της συμμετοχής τους όποτε το επιθυμήσουν.
- Εξασφαλίστηκε η ανωνυμία των ερωτηθέντων με την κωδικοποίηση στοιχείων, τα οποία θα είναι γνωστά μόνο στον ερευνητή.
- Μόνο η κύρια ερευνητική ομάδα είχε πρόσβαση στα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Η φύλαξη των δεδομένων έγινε αποκλειστικά από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια. Τα ερωτηματολόγια θα διατηρηθούν 36 μήνες δηλ. μέχρι να ολοκληρωθεί η μελέτη και να δημοσιευτούν τα αποτελέσματά της σε επιστημονικά περιοδικά και κατόπιν θα καταστραφούν.
- Δόθηκε έντυπο καταγγελιών στους συμμετέχοντες για οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με την διεξαγωγή της έρευνας καθώς και οποιαδήποτε καταγγελία σχετικά με την διαχείριση των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων.

## 5.9 Στατιστική ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Για τις διμεταβλητές σχέσεις χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω στατιστικοί έλεγχοι:

- έλεγχος  $\chi^2$ : σχέση μεταξύ δυο κατηγορικών μεταβλητών
- έλεγχος t: σχέση μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής.
- συντελεστής συσχέτισης του Pearson: σχέση μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν την κανονική κατανομή.
- συντελεστής συσχέτισης του Spearman: σχέση μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής και μιας διατάξιμης μεταβλητής.

Στην περίπτωση του SF-36 που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) για την εξουδετέρωση των συγχυτών. Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Στην περίπτωση του ερωτηματολογίου Φυσικής Δραστηριότητας-International Physical Activity Questionnaire (IPAQ), οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που είχαν μέτριο και υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας ήταν πολύ λίγοι και για αυτό το λόγο οι δυο αυτές κατηγορίες συγχωνεύτηκαν για να μπορέσουμε να διερευνήσουμε τις σχέσεις με τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ( $p < 0,2$ ) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση και εφαρμόστηκε η μέθοδος με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών. Αναφορικά με την πολλαπλή λογιστική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται τα odds ratio, τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p.

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 6.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

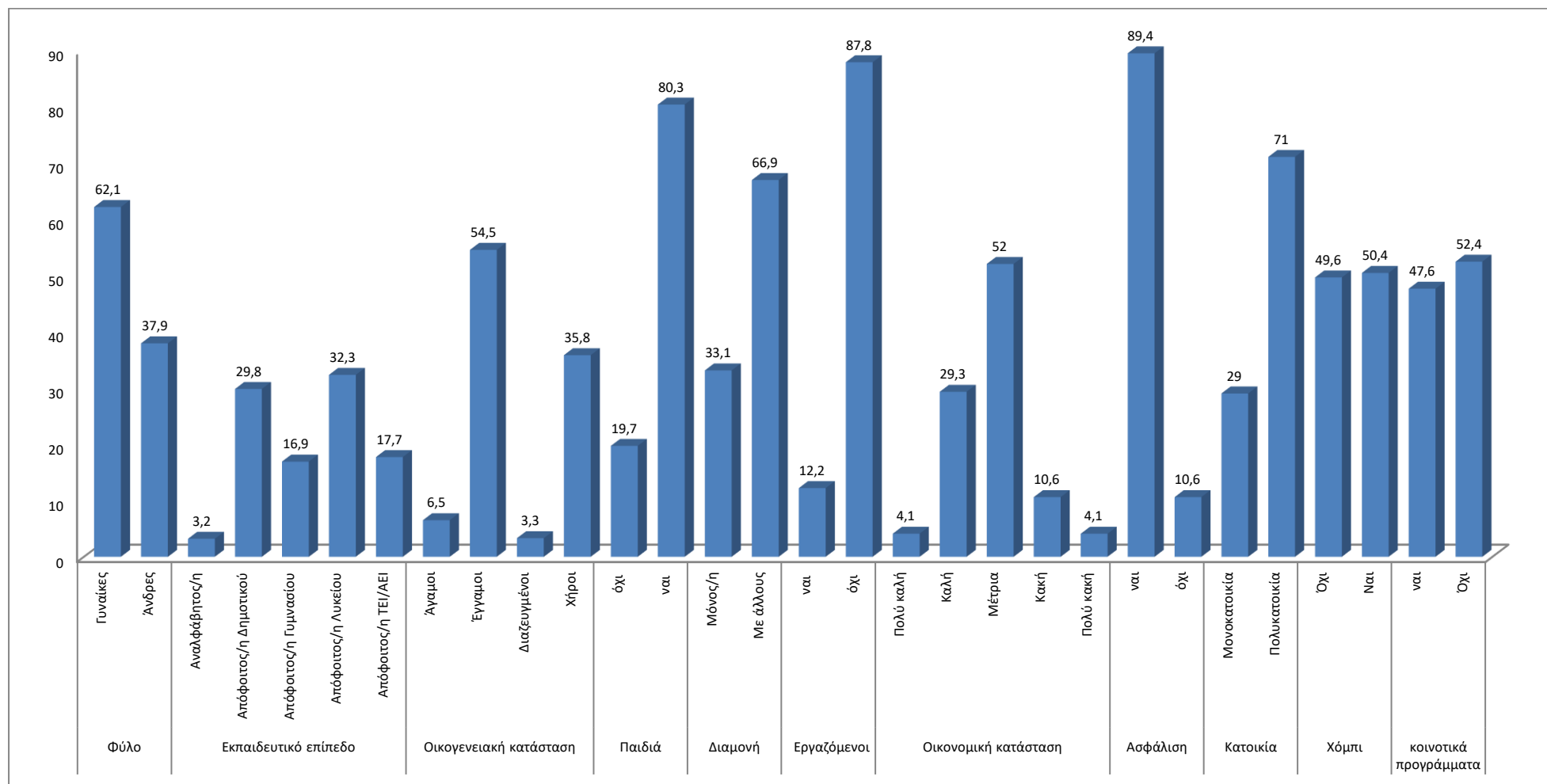
Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 124 ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους παρουσιάζονται στον πίνακα 1 και στο γράφημα 1. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 71,6 έτη, ενώ το 62,1% ήταν γυναίκες και το 37,9% ήταν άνδρες. Οι μισοί ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας ήταν απόφοιτοι λυκείου, ενώ το 17,7% είχαν και πτυχίο ΤΕΙ/Πανεπιστημίου. Το 54,5% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι και το 35,8% ήταν χήροι. Το 80,3% είχαν παιδιά και το 66,9% διέμεναν με άλλους. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν συνταξιούχοι (65%), είχαν ασφάλιση (89,4%) και θεωρούσαν μέτρια την οικονομική τους κατάσταση (52%). Οι μισοί περίπου συμμετέχοντες είχαν κάποιο χόμπι (50,4%) και συμμετείχαν σε κοινοτικά προγράμματα (47,6%).

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας.

| Χαρακτηριστικά                | N    | %    |
|-------------------------------|------|------|
| <b>Φύλο</b>                   |      |      |
| Γυναίκες                      | 77   | 62,1 |
| Άνδρες                        | 47   | 37,9 |
| Ηλικία <sup>a</sup>           | 71,6 | 6    |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |      |      |
| Αναλφάβητος/η                 | 4    | 3,2  |
| Απόφοιτος/η Δημοτικού         | 37   | 29,8 |
| Απόφοιτος/η Γυμνασίου         | 21   | 16,9 |
| Απόφοιτος/η Λυκείου           | 40   | 32,3 |
| Απόφοιτος/η ΤΕΙ/Πανεπιστημίου | 22   | 17,7 |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |      |      |
| Άγαμοι                        | 8    | 6,5  |
| Έγγαμοι                       | 67   | 54,5 |
| Διαζευγμένοι                  | 4    | 3,3  |
| Χήροι                         | 44   | 35,8 |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |      |      |
| 0                             | 24   | 19,7 |
| 1                             | 14   | 11,5 |
| 2                             | 60   | 49,2 |

|   |    |      |
|---|----|------|
| 3   | 20 | 16,4 |
| 4   | 2  | 1,6  |
| 5   | 2  | 1,6  |
| <b>Διαμονή</b>                            |    |      |
| Μόνος/η                                   | 41 | 33,1 |
| Με σύζυγο-σύντροφο                        | 56 | 45,2 |
| Με παιδιά                                 | 20 | 16,1 |
| Άλλο                                      | 7  | 5,6  |
| <b>Εργασία</b>                            |    |      |
| Εργαζόμενοι                               | 15 | 12,2 |
| Συνταξιούχοι                              | 80 | 65   |
| Οικιακά                                   | 28 | 22,8 |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>               |    |      |
| Πολύ καλή                                 | 5  | 4,1  |
| Καλή                                      | 36 | 29,3 |
| Μέτρια                                    | 64 | 52   |
| Κακή                                      | 13 | 10,6 |
| Πολύ κακή                                 | 5  | 4,1  |
| <b>Ασφάλιση</b>                           |    |      |
| Δημόσια                                   | 97 | 78,9 |
| Ιδιωτική                                  | 13 | 10,6 |
| Καμία                                     | 13 | 10,6 |
| <b>Κατοικία</b>                           |    |      |
| Μονοκατοικία                              | 36 | 29   |
| Πολυκατοικία                              | 88 | 71   |
| <b>Χόμπι</b>                              |    |      |
| Όχι                                       | 61 | 49,6 |
| Ναι                                       | 62 | 50,4 |
| <b>Είδος χόμπι</b>                        |    |      |
| Διάβασμα                                  | 6  | 14   |
| Σωματική άσκηση                           | 30 | 69,8 |
| Κέντημα                                   | 4  | 9,3  |
| Ψάρεμα                                    | 1  | 2,3  |
| Χορός                                     | 2  | 4,7  |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |    |      |
| Βοήθεια στο σπίτι                         | 1  | 0,8  |
| ΚΑΠΗ                                      | 52 | 41,9 |
| ΚΗΦΗ                                      | 6  | 4,8  |
| Όχι                                       | 65 | 52,4 |

<sup>a</sup> μέση τιμή, τυπική απόκλιση



**Γράφημα 1.** Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας.

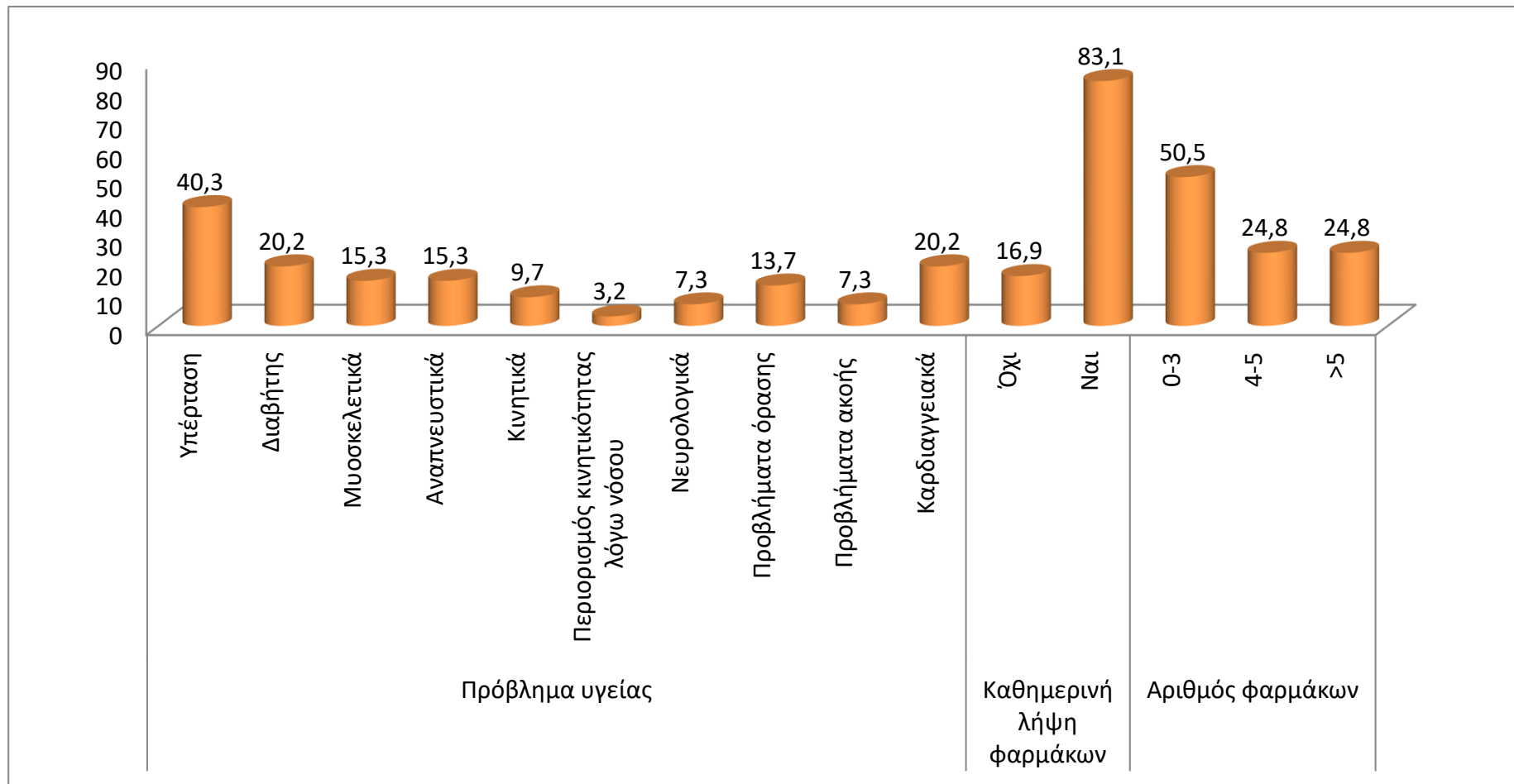
## 6.2 Κλινικά χαρακτηριστικά

Τα κλινικά χαρακτηριστικά των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζονται στον πίνακα 2 και στο γράφημα 2. Το 75,2% των συμμετεχόντων είχαν κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας και τα συχνότερα ήταν η υπέρταση, ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά προβλήματα, τα μυοσκελετικά προβλήματα, τα αναπνευστικά προβλήματα και τα προβλήματα όρασης. Το 83,1% των συμμετεχόντων λάμβαναν φάρμακα για χρόνια νόσημα.

**Πίνακας 2.** Κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

|  | N          | %          |
|--|------------|------------|
| <b>Πρόβλημα υγείας</b>   |            |            |
| Υπέρταση   | 50         | 40,3       |
| Διαβήτης   | 25         | 20,2       |
| Μυοσκελετικά   | 19         | 15,3       |
| Αναπνευστικά   | 19         | 15,3       |
| Κινητικά   | 12         | 9,7        |
| Περιορισμός κινητικότητας λόγω νόσου                           | 4          | 3,2        |
| Νευρολογικά  | 9          | 7,3        |
| Προβλήματα όρασης  | 17         | 13,7       |
| Προβλήματα ακοής   | 9          | 7,3        |
| Καρδιαγγειακά  | 25         | 20,2       |
| <b>Συνολικός αριθμός νοσημάτων (συννοσηρότητα)<sup>α</sup></b> | <b>1,5</b> | <b>1,3</b> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>                                |            |            |
| Όχι  | 21         | 16,9       |
| Ναι  | 103        | 83,1       |
| <b>Αριθμός φαρμάκων</b>  |            |            |
| 0-3  | 51         | 50,5       |
| 4-5  | 25         | 24,8       |
| >5   | 25         | 24,8       |

<sup>α</sup> μέση τιμή, τυπική απόκλιση



**Γράφημα 2.** Κλινικά χαρακτηριστικά των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας.

### 6.3 Ποιότητα ζωής

Στον πίνακα 3 παρουσιάζονται οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις κλίμακες του SF-36 για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Οι συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha κυμαίνονταν από 0,76 έως 0,94 γεγονός που δηλώνει πολύ καλή αξιοπιστία του SF-36.

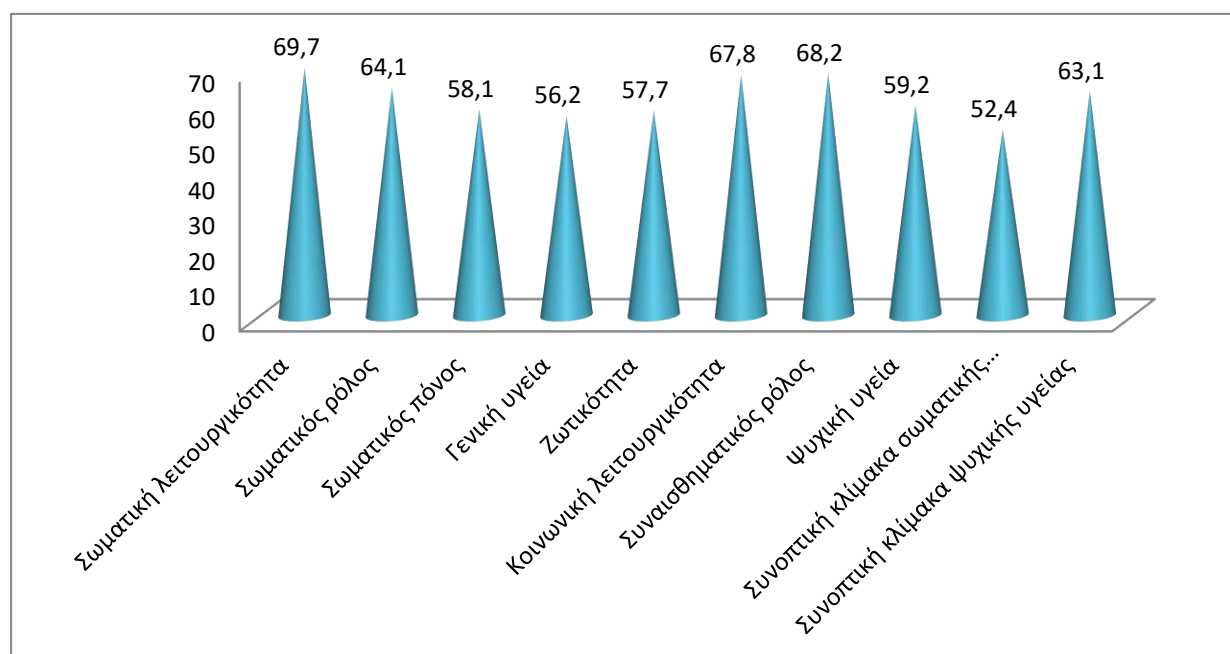
**Πίνακας 3.** Συντελεστές εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha για τις κλίμακες του SF-36.

| Κλίμακα                            | Συντελεστής Cronbach's alpha |
|------------------------------------|------------------------------|
| Σωματική λειτουργικότητα           | 0,94                         |
| Σωματικός ρόλος                    | 0,76                         |
| Σωματικός πόνος                    | 0,73                         |
| Γενική υγεία                       | 0,86                         |
| Ζωτικότητα                         | 0,89                         |
| Κοινωνική λειτουργικότητα          | 0,84                         |
| Συναισθηματικός ρόλος              | 0,81                         |
| Ψυχική υγεία                       | 0,86                         |
| Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας | 0,88                         |
| Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας   | 0,91                         |

Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις κλίμακες του SF-36 παρουσιάζονται στον πίνακα 4 και στο γράφημα 3. Οι υψηλότερες τιμές του SF-36 υποδηλώνουν και καλύτερη ποιότητα ζωής (Ware, 2000). Οι βαθμολογίες στις συνοπτικές κλίμακες ψυχικής και σωματικής υγείας ήταν ελαφρώς υψηλότερες από το 50 [σωματική υγεία 52,4, ελαφρά υψηλότερη από την μέση τιμή της σωματικής υγείας στο γενικό ελληνικό πληθυσμό (51,99) και ψυχική υγεία 63,1, αρκετά υψηλότερη από την μέση τιμή της ψυχικής υγείας στο γενικό ελληνικό πληθυσμό (49,73)].

Πίνακας 4. Τα περιγραφικά αποτελέσματα για τις κλίμακες του SF-36.

| Κλίμακα                                   | Μέση τιμή   | Τυπική απόκλιση | Διάμεσος    | Ελάχιστη τιμή | Μέγιστη τιμή |
|---|-------------|-----------------|-------------|---------------|--------------|
| Σωματική λειτουργικότητα                  | 69,7        | 30,8            | 75          | 0             | 100          |
| Σωματικός ρόλος                           | 64,1        | 28,1            | 69          | 0             | 100          |
| Σωματικός πόνος                           | 58,1        | 25,4            | 62          | 0             | 100          |
| Γενική υγεία                              | 56,2        | 19,8            | 57          | 5             | 97           |
| Ζωτικότητα                                | 57,7        | 20,6            | 63          | 6             | 100          |
| Κοινωνική λειτουργικότητα                 | 67,8        | 26,6            | 68          | 12,5          | 100          |
| Συναισθηματικός ρόλος                     | 68,2        | 28,2            | 75          | 0             | 100          |
| Ψυχική υγεία                              | 59,2        | 22              | 58          | 5             | 100          |
| <b>Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας</b> | <b>52,4</b> | <b>14,7</b>     | <b>55,3</b> | <b>14,3</b>   | <b>62,8</b>  |
| <b>Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας</b>   | <b>63,1</b> | <b>16,7</b>     | <b>63,8</b> | <b>23,3</b>   | <b>97,2</b>  |



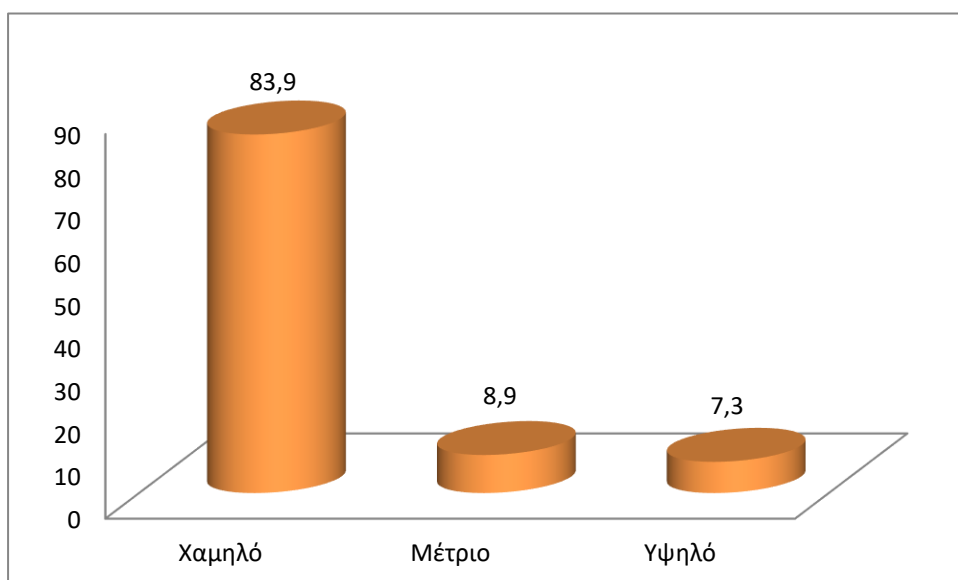
Γράφημα 3. Οι μέσες τιμές για τις κλίμακες του SF-36.

## 6.4 Φυσική Δραστηριότητα

Το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζεται στον πίνακα 5 και στο γράφημα 4. Το 83,9% των συμμετεχόντων είχαν χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, το 8,9% είχαν μέτριο επίπεδο και το 7,3% είχαν υψηλό επίπεδο.

**Πίνακας 5.** Το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας.

| Επίπεδο | N   | %    |
|---------|-----|------|
| Χαμηλό  | 104 | 83,9 |
| Μέτριο  | 11  | 8,9  |
| Υψηλό   | 9   | 7,3  |



**Γράφημα 4.** Το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας.

**Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας**



Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας παρουσιάζονται στον πίνακα 6.

**Πίνακας 6.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας.

| <b>Ανεξάρτητη μεταβλητή</b>   | <b>Μέση βαθμολογία</b> | <b>Τυπική απόκλιση</b> | <b>Τιμή p</b>    |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------|
| <b>Φύλο</b>                   |                        |                        | 0,5 <sup>α</sup> |
| Άνδρες                        | 53,6                   | 14,7                   |                  |
| Γυναίκες                      | 51,6                   | 14,8                   |                  |
| <b>Ηλικία</b>                 |                        | 0,01 <sup>β</sup>      | 0,9 <sup>β</sup> |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |                        | 0,01 <sup>γ</sup>      | 0,9 <sup>γ</sup> |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |                        |                        | 0,6 <sup>α</sup> |
| Άγαμοι/Διαζευγμένοι/Χήροι     | 51,7                   | 14,9                   |                  |
| Έγγαμοι                       | 53,3                   | 14,4                   |                  |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |                        | -0,1 <sup>γ</sup>      | 0,5 <sup>γ</sup> |
| <b>Διαμονή</b>                |                        |                        | 0,4 <sup>α</sup> |
| Μόνος/η                       | 50,9                   | 16,7                   |                  |
| Με άλλους                     | 53,1                   | 13,6                   |                  |
| <b>Εργαζόμενοι</b>            |                        |                        | 0,8 <sup>α</sup> |
| Ναι                           | 53,7                   | 15,9                   |                  |
| Όχι                           | 52,4                   | 14,5                   |                  |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>   |                        | 0,01 <sup>γ</sup>      | 0,8 <sup>γ</sup> |
| <b>Ασφάλιση</b>               |                        |                        | 0,3 <sup>α</sup> |

|   |      |                    |                  |
|---|------|--------------------|------------------|
| Ναι                                       | 52,1 | 14,9               |                  |
| Όχι                                       | 56,4 | 11,4               |                  |
| <b>Κατοικία</b>                           |      |                    | 0,8 <sup>α</sup> |
| Μονοκατοικία                              | 51,7 | 14,9               |                  |
| Πολυκατοικία                              | 52,6 | 14,7               |                  |
| <b>Χόμπι</b>                              |      |                    | 0,6 <sup>α</sup> |
| Όχι                                       | 52,9 | 14,7               |                  |
| Ναι                                       | 51,5 | 14,8               |                  |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |      |                    | 0,5 <sup>α</sup> |
| Όχι                                       | 53,3 | 14,3               |                  |
| Ναι                                       | 51,4 | 15,2               |                  |
| <b>Συννοσηρότητα</b>                      |      | -0,02 <sup>γ</sup> | 0,8 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |      |                    | 0,7 <sup>α</sup> |
| Όχι                                       | 51,1 | 13,7               |                  |
| Ναι                                       | 52,6 | 15                 |                  |
| <b>Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας</b>     |      |                    | 0,6 <sup>α</sup> |
| Χαμηλό                                    | 52,1 | 15                 |                  |
| Μέτριο/υψηλό                              | 53,9 | 13,6               |                  |

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση δεν προέκυψε καμία στατιστική σχέση ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την σωματική υγεία.

**Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας**

Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

**Πίνακας 7.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας.

| <b>Ανεξάρτητη μεταβλητή</b>   | <b>Μέση βαθμολογία</b> | <b>Τυπική απόκλιση</b> | <b>Τιμή p</b>     |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------|
| <b>Φύλο</b>                   |                        |                        | 0,6 <sup>α</sup>  |
| Ανδρες                        | 62,2                   | 16                     |                   |
| Γυναίκες                      | 63,7                   | 17,2                   |                   |
| <b>Ηλικία</b>                 |                        | 0,1 <sup>β</sup>       | 0,3 <sup>β</sup>  |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |                        | -0,2 <sup>γ</sup>      | 0,01 <sup>γ</sup> |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |                        |                        | 0,01 <sup>α</sup> |
| Άγαμοι/Διαζευγμένοι/Χήροι     | 67,5                   | 17,6                   |                   |
| Έγγαμοι                       | 59,9                   | 14,7                   |                   |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |                        | -0,2 <sup>γ</sup>      | 0,04 <sup>γ</sup> |
| <b>Διαμονή</b>                |                        |                        | 0,02 <sup>α</sup> |
| Μόνος/η                       | 68                     | 17,2                   |                   |
| Με άλλους                     | 60,7                   | 16                     |                   |
| <b>Εργαζόμενοι</b>            |                        |                        | 0,6 <sup>α</sup>  |
| Ναι                           | 61,2                   | 18,9                   |                   |
| Όχι                           | 63,7                   | 16,2                   |                   |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>   |                        | 0,1 <sup>γ</sup>       | 0,4 <sup>γ</sup>  |

|   |      |                   |                  |
|---|------|-------------------|------------------|
| <b>Ασφάλιση</b>                           |      |                   | 0,8 <sup>α</sup> |
| Ναι                                       | 63,5 | 16,6              |                  |
| Όχι                                       | 62,1 | 15,5              |                  |
| <b>Κατοικία</b>                           |      |                   | 0,3 <sup>α</sup> |
| Μονοκατοικία                              | 60,6 | 17                |                  |
| Πολυκατοικία                              | 64,1 | 16,6              |                  |
| <b>Χόμπι</b>                              |      |                   | 0,6 <sup>α</sup> |
| Όχι                                       | 63,8 | 15,6              |                  |
| Ναι                                       | 62,3 | 17,9              |                  |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |      |                   | 0,6 <sup>α</sup> |
| Όχι                                       | 62,3 | 15,2              |                  |
| Ναι                                       | 64   | 18,3              |                  |
| <b>Συννοσηρότητα</b>                      |      | -0,2 <sup>γ</sup> | 0,1 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |      |                   | 0,7 <sup>α</sup> |
| Όχι                                       | 64,2 | 10,5              |                  |
| Ναι                                       | 62,9 | 17,7              |                  |
| <b>Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας</b>     |      |                   | 0,6 <sup>α</sup> |
| Χαμηλό                                    | 63,4 | 17                |                  |
| Μέτριο/υψηλό                              | 61,5 | 15,2              |                  |

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20

( $p < 0,20$ ) ανάμεσα σε 5 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ψυχική υγεία. Για τον λόγο

αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 8.

**Πίνακας 8.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή                          | Συντελεστής<br><b>b</b> | 95% διάστημα<br>εμπιστοσύνης για τον<br><b>b</b> | Τιμή p | Collinearity<br>diagnostics |      |
|---|-------------------------|--|--------|-----------------------------|------|
|   |                         |  |        | Tolerance                   | VIF  |
| Λύκειο σε σχέση με<br>δημοτικό/αναλφάβητους   | 13,9                    | 5,6 έως 22,2                                     | 0,001  | 0,88                        | 1,13 |
| Γυμνάσιο σε σχέση με<br>δημοτικό/αναλφάβητους | 10,9                    | 0,6 έως 21,1                                     | 0,038  | 0,90                        | 1,11 |
| Συννοσηρότητα                                 | -3,6                    | -6,4 έως -0,8                                    | 0,013  | 0,97                        | 1,02 |

Η τιμή για τον έλεγχο Durbin-Watson ήταν 1,48 γεγονός που δηλώνει την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων, καθώς τιμές γύρω από το 2 δηλώνουν την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων. Η τιμή για την ANOVA ήταν <0,001 γεγονός που δηλώνει τη στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή. Οι τιμές Tolerance και VIF ήταν αποδεκτές για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι αποδεκτές τιμές Tolerance είναι >0,5 και οι αποδεκτές τιμές VIF είναι <4.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι λυκείου είχαν καλύτερη ψυχική υγεία σε σχέση με τους απόφοιτους δημοτικού και τους αναλφάβητους.
- Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με μεγαλύτερη συννοσηρότητα είχαν χειρότερη ψυχική υγεία.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 12,8% της μεταβλητότητας της ψυχικής υγείας.

### **Εξαρτημένη μεταβλητή: Σωματική λειτουργικότητα**

Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την σωματική λειτουργικότητα παρουσιάζονται στον πίνακα 9.

**Πίνακας 9.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την σωματική λειτουργικότητα.

| <b>Ανεξάρτητη μεταβλητή</b>   | <b>Μέση βαθμολογία</b> | <b>Τυπική απόκλιση</b> | <b>Τιμή p</b>       |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|---------------------|
| <b>Φύλο</b>                   |                        |                        | 0,9 <sup>α</sup>    |
| Άνδρες                        | 69,1                   | 32,4                   |                     |
| Γυναίκες                      | 70,1                   | 30                     |                     |
| <b>Ηλικία</b>                 |                        | -0,2 <sup>β</sup>      | 0,02 <sup>β</sup>   |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |                        | 0,4 <sup>γ</sup>       | <0,001 <sup>γ</sup> |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |                        |                        | 0,1 <sup>α</sup>    |
| Άγαμοι/Διαζευγμένοι/Χήροι     | 63,8                   | 32,8                   |                     |
| Έγγαμοι                       | 74,4                   | 28,6                   |                     |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |                        | -0,02 <sup>γ</sup>     | 0,9 <sup>γ</sup>    |
| <b>Διαμονή</b>                |                        |                        | 0,6 <sup>α</sup>    |

|   |      |                   |                     |
|---|------|-------------------|---------------------|
| Μόνος/η                                   | 72   | 32,1              |                     |
| Με άλλους                                 | 68,6 | 30,3              |                     |
| <b>Εργαζόμενοι</b>                        |      |                   | 0,1 <sup>α</sup>    |
| Ναι                                       | 84   | 19,3              |                     |
| Όχι                                       | 67,5 | 31,7              |                     |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>               |      | -0,2 <sup>γ</sup> | 0,02 <sup>γ</sup>   |
| <b>Ασφάλιση</b>                           |      |                   | 0,7 <sup>α</sup>    |
| Ναι                                       | 69,9 | 30,6              |                     |
| Όχι                                       | 66,5 | 34,8              |                     |
| <b>Κατοικία</b>                           |      |                   | 0,3 <sup>α</sup>    |
| Μονοκατοικία                              | 75   | 28,2              |                     |
| Πολυκατοικία                              | 68   | 31,7              |                     |
| <b>Χόμπι</b>                              |      |                   | 0,2 <sup>α</sup>    |
| Όχι                                       | 66,4 | 31,7              |                     |
| Ναι                                       | 74   | 29                |                     |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |      |                   | 0,3 <sup>α</sup>    |
| Όχι                                       | 66,6 | 32,7              |                     |
| Ναι                                       | 73,1 | 28,5              |                     |
| <b>Συννοσηρότητα</b>                      |      | -0,4 <sup>γ</sup> | <0,001 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |      |                   | 0,005 <sup>α</sup>  |
| Όχι                                       | 86,7 | 20,1              |                     |
| Ναι                                       | 66,3 | 31,7              |                     |

|                                       |      |      |                   |
|---------------------------------------|------|------|-------------------|
| <b>Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας</b> |      |      | 0,03 <sup>α</sup> |
| Χαμηλό                                | 67,8 | 32,2 |                   |
| Μέτριο/υψηλό                          | 80,3 | 19,8 |                   |

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

Σημειώνεται ότι οι συμμετέχοντες με μέτριο/υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικής λειτουργικότητας σε σχέση με τους συμμετέχοντες με χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας στη διμεταβλητή ανάλυση. Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) ανάμεσα σε 8 ανεξάρτητες μεταβλητές και την σωματική λειτουργικότητα. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 10.

**Πίνακας 10.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την σωματική λειτουργικότητα.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή                     | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p | Collinearity diagnostics |      |
|--|---------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|------|
|  |               |                                     |        | Tolerance                | VIF  |
| Λύκειο σε σχέση με δημοτικό/αναλφάβητους | 13,6          | 2,3 έως 24,9                        | 0,004  | 0,83                     | 1,21 |
| Έγγαμοι                                  | 11,9          | 2,1 έως 21,8                        | 0,019  | 0,97                     | 1,03 |
| Συννοσηρότητα                            | -8,2          | -12,1 έως -4,3                      | <0,001 | 0,88                     | 1,14 |



Η τιμή για τον έλεγχο Durbin-Watson ήταν 1,96 γεγονός που δηλώνει την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων, καθώς τιμές γύρω από το 2 δηλώνουν την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων. Η τιμή για την ANOVA ήταν  $<0,001$  γεγονός που δηλώνει τη στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή. Οι τιμές Tolerance και VIF ήταν αποδεκτές για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι αποδεκτές τιμές Tolerance είναι  $>0,5$  και οι αποδεκτές τιμές VIF είναι  $<4$ .

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι λυκείου είχαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα σε σχέση με τους απόφοιτους δημοτικού και τους αναλφάβητους.
- Οι έγγαμοι είχαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα.
- Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με μεγαλύτερη συννοσηρότητα είχαν χειρότερη σωματική λειτουργικότητα.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 23,8% της μεταβλητότητας της σωματικής λειτουργικότητας.

**Εξαρτημένη μεταβλητή: Σωματικός ρόλος** (Περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας)

Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τον σωματικό ρόλο παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

**Πίνακας 11.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τον σωματικό ρόλο (Περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας).

| Ανεξάρτητη μεταβλητή          | Μέση βαθμολογία | Τυπική απόκλιση   | Τιμή p             |
|-------------------------------|-----------------|-------------------|--------------------|
| <b>Φύλο</b>                   |                 |                   | 0,8 <sup>α</sup>   |
| Ανδρες                        | 65              | 27                |                    |
| Γυναίκες                      | 63,6            | 28,8              |                    |
| <b>Ηλικία</b>                 |                 | -0,2 <sup>β</sup> | 0,04 <sup>β</sup>  |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |                 | 0,3 <sup>γ</sup>  | 0,001 <sup>γ</sup> |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |                 |                   | 0,01 <sup>α</sup>  |
| Αγαμοί/Διαζευγμένοι/Χήροι     | 56,9            | 28,5              |                    |
| Έγγαμοι                       | 70,1            | 26,6              |                    |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |                 | 0,02 <sup>γ</sup> | 0,7 <sup>γ</sup>   |
| <b>Διαμονή</b>                |                 |                   | 0,5 <sup>α</sup>   |
| Μόνος/η                       | 61,9            | 24,4              |                    |
| Με άλλους                     | 65,2            | 29,9              |                    |
| <b>Εργαζόμενοι</b>            |                 |                   | 0,02 <sup>α</sup>  |
| Ναι                           | 80,4            | 19,2              |                    |
| Όχι                           | 61,8            | 28,6              |                    |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>   |                 | -0,3 <sup>γ</sup> | 0,002 <sup>γ</sup> |
| <b>Ασφάλιση</b>               |                 |                   | 0,1 <sup>α</sup>   |
| Ναι                           | 65,5            | 26,9              |                    |
| Όχι                           | 52,4            | 36,2              |                    |
| <b>Κατοικία</b>               |                 |                   | 0,5 <sup>α</sup>   |
| Μονοκατοικία                  | 67,2            | 29,8              |                    |

|   |      |                   |                     |
|---|------|-------------------|---------------------|
| Πολυκατοικία                              | 62,9 | 27,4              |                     |
| <b>Χόμπι</b>                              |      |                   | 0,002 <sup>α</sup>  |
| Όχι                                       | 56,6 | 28,4              |                     |
| Ναι                                       | 71,9 | 25,9              |                     |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |      |                   | 0,9 <sup>α</sup>    |
| Όχι                                       | 64   | 26,8              |                     |
| Ναι                                       | 64,2 | 29,3              |                     |
| <b>Συννοσηρότητα</b>                      |      | -0,4 <sup>γ</sup> | <0,001 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |      |                   | 0,005 <sup>α</sup>  |
| Όχι                                       | 79,5 | 23,4              |                     |
| Ναι                                       | 61   | 28                |                     |
| <b>Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας</b>     |      |                   | 0,03 <sup>α</sup>   |
| Χαμηλό                                    | 62,1 | 28,8              |                     |
| Μέτριο/υψηλό                              | 74,7 | 21,8              |                     |

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

Σημειώνεται ότι οι συμμετέχοντες με μέτριο/υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σωματικού ρόλου (Περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας) σε σχέση με τους συμμετέχοντες με χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας στη διμεταβλητή ανάλυση. Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) ανάμεσα σε 10 ανεξάρτητες μεταβλητές και τον σωματικό ρόλο. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή

γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 12.

**Πίνακας 12.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον σωματικό ρόλο ( Περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας)

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής<br><b>b</b> | 95% διάστημα<br>εμπιστοσύνης για τον<br><b>b</b> | Τιμή p | Collinearity<br>diagnostics |      |
|----------------------|-------------------------|--|--------|-----------------------------|------|
|                      |                         |  |        | Tolerance                   | VIF  |
| Έγγαμοι              | 10,6                    | 1,8 έως 19,4                                     | 0,018  | 0,94                        | 1,06 |
| Συννοσηρότητα        | -7,8                    | -11,1 έως -4,6                                   | <0,001 | 0,97                        | 1,03 |
| Χόμπι                | 13,2                    | 4,6 έως 21,7                                     | 0,003  | 0,98                        | 1,02 |

Η τιμή για τον έλεγχο Durbin-Watson ήταν 1,92 γεγονός που δηλώνει την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων, καθώς τιμές γύρω από το 2 δηλώνουν την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων. Η τιμή για την ANOVA ήταν <0,001 γεγονός που δηλώνει τη στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή. Οι τιμές Tolerance και VIF ήταν αποδεκτές για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι αποδεκτές τιμές Tolerance είναι >0,5 και οι αποδεκτές τιμές VIF είναι <4.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ηλικιωμένοι με χόμπι είχαν καλύτερο σωματικό ρόλο (Μικρότεροι περιορισμοί ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων υγείας).

- Οι έγγαμοι είχαν καλύτερο σωματικό ρόλο.
- Οι ηλικιωμένοι με μεγαλύτερη συννοσηρότητα είχαν χειρότερο σωματικό ρόλο.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 30% της μεταβλητότητας του σωματικού ρόλου.

### Εξαρτημένη μεταβλητή: Σωματικός πόνος

Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τον σωματικό πόνο παρουσιάζονται στον πίνακα 13.

**Πίνακας 13.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τον σωματικό πόνο.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή          | Μέση βαθμολογία | Τυπική απόκλιση    | Τιμή p             |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| <b>Φύλο</b>                   |                 |                    | 0,4 <sup>α</sup>   |
| Άνδρες                        | 60,6            | 25,3               |                    |
| Γυναίκες                      | 56,6            | 25,8               |                    |
| <b>Ηλικία</b>                 |                 | -0,01 <sup>β</sup> | 0,8 <sup>β</sup>   |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |                 | 0,3 <sup>γ</sup>   | 0,002 <sup>γ</sup> |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |                 |                    | 0,3 <sup>α</sup>   |
| Άγαμοι/Διαζευγμένοι/Χήροι     | 55,4            | 26,7               |                    |
| <b>Έγγαμοι</b>                | 60,3            | 24,4               |                    |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |                 | 0,02 <sup>γ</sup>  | 0,9 <sup>γ</sup>   |
| Διαμονή                       |                 |                    | 0,7 <sup>α</sup>   |
| Μόνος/η                       | 59,5            | 25,9               |                    |

|   |      |                   |                     |
|---|------|-------------------|---------------------|
| Με άλλους                                 | 57,4 | 25,3              |                     |
| <b>Εργαζόμενοι</b>                        |      |                   | 0,1 <sup>α</sup>    |
| Ναι                                       | 64,7 | 12,4              |                     |
| Όχι                                       | 57,2 | 26,8              |                     |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>               |      | -0,2 <sup>γ</sup> | 0,05 <sup>γ</sup>   |
| <b>Ασφάλιση</b>                           |      |                   | 0,5 <sup>α</sup>    |
| Ναι                                       | 58,7 | 24,5              |                     |
| Όχι                                       | 53   | 34                |                     |
| <b>Κατοικία</b>                           |      |                   | 0,9 <sup>α</sup>    |
| Μονοκατοικία                              | 57,6 | 21,3              |                     |
| Πολυκατοικία                              | 58,3 | 27                |                     |
| <b>Χόμπι</b>                              |      |                   | 0,1 <sup>α</sup>    |
| Όχι                                       | 54,9 | 27,2              |                     |
| Ναι                                       | 61,6 | 23,5              |                     |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |      |                   | 0,6 <sup>α</sup>    |
| Όχι                                       | 57   | 24,2              |                     |
| Ναι                                       | 59,3 | 26,9              |                     |
| <b>Συννοσηρότητα</b>                      |      | -0,4 <sup>γ</sup> | <0,001 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |      |                   | 0,2 <sup>α</sup>    |
| Όχι                                       | 64,1 | 23,8              |                     |
| Ναι                                       | 56,8 | 25,7              |                     |
| <b>Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας</b>     |      |                   | 0,1 <sup>α</sup>    |

|              |      |    |  |
|--------------|------|----|--|
| Χαμηλό       | 56,6 | 25 |  |
| Μέτριο/υψηλό | 65,7 | 27 |  |

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) ανάμεσα σε 6 ανεξάρτητες μεταβλητές και τον σωματικό πόνο. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 14.

**Πίνακας 14.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον σωματικό πόνο.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p | Collinearity diagnostics |      |
|----------------------|---------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|------|
|                      |               |                                     |        | Tolerance                | VIF  |
| <b>Συννοσηρότητα</b> | -5,5          | -8,9 έως -2,1                       | 0,002  | 0,88                     | 1,14 |

Η τιμή για τον έλεγχο Durbin-Watson ήταν 1,71 γεγονός που δηλώνει την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων, καθώς τιμές γύρω από το 2 δηλώνουν την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων. Η τιμή για την ANOVA ήταν  $< 0,001$  γεγονός που δηλώνει τη στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή. Οι τιμές Tolerance και VIF ήταν αποδεκτές για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι αποδεκτές τιμές Tolerance είναι  $> 0,5$  και οι αποδεκτές τιμές VIF είναι  $< 4$ .

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ηλικιωμένοι με μεγαλύτερη συννοσηρότητα είχαν μεγαλύτερο σωματικό πόνο.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 14% της μεταβλητότητας του σωματικού πόνου.

### Εξαρτημένη μεταβλητή: Γενική υγεία

Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την γενική υγεία παρουσιάζονται στον πίνακα 15.

**Πίνακας 15.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την γενική υγεία.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή          | Μέση βαθμολογία | Τυπική απόκλιση    | Τιμή p              |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| <b>Φύλο</b>                   |                 |                    | 0,9 <sup>α</sup>    |
| Άνδρες                        | 56,5            | 22,5               |                     |
| Γυναίκες                      | 56,1            | 18                 |                     |
| <b>Ηλικία</b>                 |                 | -0,01 <sup>β</sup> | 0,8 <sup>β</sup>    |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |                 | 0,3 <sup>γ</sup>   | <0,001 <sup>γ</sup> |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |                 |                    | 0,05 <sup>α</sup>   |
| Άγαμοι/Διαζευγμένοι/Χήροι     | 52,2            | 18,9               |                     |
| Έγγαμοι                       | 59,2            | 19,9               |                     |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |                 | 0,2 <sup>γ</sup>   | 0,05 <sup>γ</sup>   |
| <b>Διαμονή</b>                |                 |                    | 0,1 <sup>α</sup>    |



|   |      |                   |                     |
|---|------|-------------------|---------------------|
| Μόνος/η                                   | 51,8 | 18,2              |                     |
| Με άλλους                                 | 58,4 | 20,2              |                     |
| <b>Εργαζόμενοι</b>                        |      |                   | 0,005 <sup>α</sup>  |
| Ναι                                       | 69,2 | 16,1              |                     |
| Όχι                                       | 54,2 | 19,5              |                     |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>               |      | -0,2 <sup>γ</sup> | 0,01 <sup>γ</sup>   |
| <b>Ασφάλιση</b>                           |      |                   | 0,4 <sup>α</sup>    |
| Ναι                                       | 56,5 | 19,1              |                     |
| Όχι                                       | 51,9 | 24,7              |                     |
| <b>Κατοικία</b>                           |      |                   | 0,4 <sup>α</sup>    |
| Μονοκατοικία                              | 58,4 | 18,7              |                     |
| Πολυκατοικία                              | 55,3 | 20,2              |                     |
| <b>Χόμπι</b>                              |      |                   | <0,001 <sup>α</sup> |
| Όχι                                       | 49,8 | 19,3              |                     |
| Ναι                                       | 62,9 | 18,1              |                     |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |      |                   | 0,5 <sup>α</sup>    |
| Όχι                                       | 55   | 19,9              |                     |
| Ναι                                       | 57,6 | 19,7              |                     |
| <b>Συννοσηρότητα</b>                      |      | -0,4 <sup>γ</sup> | <0,001 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |      |                   | 0,009 <sup>α</sup>  |
| Όχι                                       | 66,5 | 14,8              |                     |
| Ναι                                       | 51,4 | 20,1              |                     |

| Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας |      |      | 0,01 <sup>α</sup> |
|--------------------------------|------|------|-------------------|
| Χαμηλό                         | 54,3 | 19   |                   |
| Μέτριο/υψηλό                   | 66,2 | 20,9 |                   |

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

Σημειώνεται ότι οι συμμετέχοντες με μέτριο/υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία γενικής υγείας σε σχέση με τους συμμετέχοντες με χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας στη διμεταβλητή ανάλυση. Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) ανάμεσα σε 10 ανεξάρτητες μεταβλητές και την γενική υγεία. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 16.

**Πίνακας 16.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την γενική υγεία.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή                                | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p | Collinearity diagnostics |      |
|---|---------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|------|
|   |               |                                     |        | Tolerance                | VIF  |
| Λύκειο σε σχέση με δημοτικό/αναλφάβητους            | 7,8           | 0,6 έως 15,1                        | 0,035  | 0,83                     | 1,21 |
| ΑΕΙ/Πανεπιστημίου σε σχέση με δημοτικό/αναλφάβητους | 8,9           | 0,07 έως 17,9                       | 0,048  | 0,81                     | ,123 |

|                 |      |               |        |      |      |
|-----------------|------|---------------|--------|------|------|
| Χόμπι           | 11,4 | 5,1 έως 17,6  | <0,001 | 0,88 | 1,14 |
| Συννοσηρότητα   | -3,8 | -6,3 έως -1,3 | 0,003  | 0,87 | 1,14 |
| Αριθμός παιδιών | 3,0  | 0,2 έως 5,9   | 0,039  | 0,99 | 1,01 |

Η τιμή για τον έλεγχο Durbin-Watson ήταν 1,89 γεγονός που δηλώνει την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων, καθώς τιμές γύρω από το 2 δηλώνουν την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων. Η τιμή για την ANOVA ήταν <0,001 γεγονός που δηλώνει τη στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή. Οι τιμές Tolerance και VIF ήταν αποδεκτές για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι αποδεκτές τιμές Tolerance είναι >0,5 και οι αποδεκτές τιμές VIF είναι <4.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι απόφοιτοι λυκείου και ΑΕΙ/Πανεπιστημίου είχαν καλύτερη γενική υγεία σε σχέση με τους απόφοιτους δημοτικού και τους αναλφάβητους.
- Οι ηλικιωμένοι με χόμπι είχαν καλύτερη γενική υγεία.
- Οι ηλικιωμένοι με μεγαλύτερη συννοσηρότητα είχαν χειρότερη γενική υγεία.
- Οι ηλικιωμένοι με περισσότερα παιδιά είχαν καλύτερη γενική υγεία.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 24,3% της μεταβλητότητας της γενικής υγείας.

### Εξαρτημένη μεταβλητή: Ζωτικότητα

Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη ζωτικότητα παρουσιάζονται στον πίνακα 17.

**Πίνακας 17.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη ζωτικότητα.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή          | Μέση βαθμολογία | Τυπική απόκλιση    | Τιμή p            |
|-------------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|
| <b>Φύλο</b>                   |                 |                    | 0,2 <sup>α</sup>  |
| Ανδρες                        | 60,8            | 22,5               |                   |
| Γυναίκες                      | 55,8            | 19,2               |                   |
| <b>Ηλικία</b>                 |                 | -0,03 <sup>β</sup> | 0,8 <sup>β</sup>  |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |                 | 0,1 <sup>γ</sup>   | 0,2 <sup>γ</sup>  |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |                 |                    | 0,01 <sup>α</sup> |
| Αγαμοί/Διαζευγμένοι/Χήροι     | 52,5            | 20,1               |                   |
| Έγγαμοι                       | 61,8            | 20,2               |                   |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |                 | -0,02 <sup>γ</sup> | 0,7 <sup>γ</sup>  |
| <b>Διαμονή</b>                |                 |                    | 0,04 <sup>α</sup> |
| Μόνος/η                       | 52,3            | 18,5               |                   |
| Με άλλους                     | 60,3            | 21,1               |                   |
| <b>Εργαζόμενοι</b>            |                 |                    | 0,7 <sup>α</sup>  |
| Ναι                           | 59,2            | 16,2               |                   |
| Όχι                           | 57,3            | 21,2               |                   |

|   |      |                   |                     |
|---|------|-------------------|---------------------|
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>               |      | -0,3 <sup>γ</sup> | 0,001 <sup>γ</sup>  |
| <b>Ασφάλιση</b>                           |      |                   | 0,3 <sup>α</sup>    |
| Ναι                                       | 58,3 | 20,4              |                     |
| Όχι                                       | 51   | 22                |                     |
| <b>Κατοικία</b>                           |      |                   | 0,3 <sup>α</sup>    |
| Μονοκατοικία                              | 60,4 | 19,9              |                     |
| Πολυκατοικία                              | 56,5 | 20,8              |                     |
| <b>Χόμπι</b>                              |      |                   | 0,1 <sup>α</sup>    |
| Όχι                                       | 54,7 | 21,8              |                     |
| Ναι                                       | 61,2 | 18,5              |                     |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |      |                   | 0,2 <sup>α</sup>    |
| Όχι                                       | 55,4 | 20,2              |                     |
| Ναι                                       | 60,2 | 20,9              |                     |
| <b>Συννοσηρότητα</b>                      |      | -0,4 <sup>γ</sup> | <0,001 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |      |                   | 0,03 <sup>α</sup>   |
| Όχι                                       | 66,4 | 12,3              |                     |
| Ναι                                       | 55,9 | 21,5              |                     |
| <b>Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας</b>     |      |                   | 0,02 <sup>α</sup>   |
| Χαμηλό                                    | 55,7 | 20,7              |                     |
| Μέτριο/υψηλό                              | 67,8 | 16,6              |                     |

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

Σημειώνεται ότι οι συμμετέχοντες με μέτριο/υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία ζωτικότητας σε σχέση με τους συμμετέχοντες με χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας στη διμεταβλητή ανάλυση. Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) ανάμεσα σε 7 ανεξάρτητες μεταβλητές και τη ζωτικότητα. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 18.

**Πίνακας 18.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη ζωτικότητα.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p | Collinearity diagnostics |      |
|----------------------|---------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|------|
|                      |               |                                     |        | Tolerance                | VIF  |
| Έγγαμοι              | 8,2           | 1,5 έως 15                          | 0,017  | 0,95                     | 1,05 |
| Συννοσηρότητα        | -5,5          | -8,1 έως -3,1                       | <0,001 | 0,97                     | 1,02 |

Η τιμή για τον έλεγχο Durbin-Watson ήταν 1,92 γεγονός που δηλώνει την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων, καθώς τιμές γύρω από το 2 δηλώνουν την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων. Η τιμή για την ANOVA ήταν <0,001 γεγονός που δηλώνει τη στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή. Οι τιμές Tolerance και VIF ήταν αποδεκτές για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι αποδεκτές τιμές Tolerance είναι >0,5 και οι αποδεκτές τιμές VIF είναι <4.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι έγγαμοι είχαν μεγαλύτερη ζωτικότητα.

- Οι ηλικιωμένοι με μεγαλύτερη συννοσηρότητα είχαν μικρότερη ζωτικότητα.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 20% της μεταβλητότητας της ζωτικότητας.

### Εξαρτημένη μεταβλητή: Κοινωνική λειτουργικότητα

Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την κοινωνική λειτουργικότητα παρουσιάζονται στον πίνακα 19.

**Πίνακας 19.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την κοινωνική λειτουργικότητα.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή          | Μέση βαθμολογία | Τυπική απόκλιση   | Τιμή p            |
|-------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| <b>Φύλο</b>                   |                 |                   | 0,1 <sup>α</sup>  |
| Ανδρες                        | 72,9            | 24,7              |                   |
| Γυναίκες                      | 64,8            | 27,4              |                   |
| <b>Ηλικία</b>                 |                 | 0,1 <sup>β</sup>  | 0,4 <sup>β</sup>  |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |                 | 0,2 <sup>γ</sup>  | 0,1 <sup>γ</sup>  |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |                 |                   | 0,02 <sup>α</sup> |
| Άγαμοι/Διαζευγμένοι/Χήροι     | 61,6            | 28,7              |                   |
| Έγγαμοι                       | 72,8            | 23,9              |                   |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |                 | -0,1 <sup>γ</sup> | 0,5 <sup>γ</sup>  |
| <b>Διαμονή</b>                |                 |                   | 0,03 <sup>α</sup> |
| Μόνος/η                       | 60,7            | 27,6              |                   |

|   |      |                   |                    |
|---|------|-------------------|--------------------|
| Με άλλους                                 | 71,4 | 25,5              |                    |
| <b>Εργαζόμενοι</b>                        |      |                   | 0,8 <sup>α</sup>   |
| Ναι                                       | 65,8 | 26,1              |                    |
| Όχι                                       | 68   | 26,7              |                    |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>               |      | -0,2 <sup>γ</sup> | 0,09 <sup>γ</sup>  |
| <b>Ασφάλιση</b>                           |      |                   | 0,2 <sup>α</sup>   |
| Ναι                                       | 68,8 | 26,1              |                    |
| Όχι                                       | 58,5 | 30,6              |                    |
| <b>Κατοικία</b>                           |      |                   | 0,6 <sup>α</sup>   |
| Μονοκατοικία                              | 69,9 | 28,3              |                    |
| Πολυκατοικία                              | 67   | 26                |                    |
| <b>Χόμπι</b>                              |      |                   | 0,06 <sup>α</sup>  |
| Όχι                                       | 63,6 | 27,8              |                    |
| Ναι                                       | 72,5 | 24,7              |                    |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |      |                   | 0,002 <sup>α</sup> |
| Όχι                                       | 60,9 | 26,8              |                    |
| Ναι                                       | 75,5 | 24,4              |                    |
| <b>Συννοσηρότητα</b>                      |      | -0,3 <sup>γ</sup> | 0,004 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |      |                   | 0,7 <sup>α</sup>   |
| Όχι                                       | 70,2 | 28,2              |                    |
| Ναι                                       | 67,4 | 26,4              |                    |
| <b>Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας</b>     |      |                   | 0,1 <sup>α</sup>   |



|              |      |      |  |
|--------------|------|------|--|
| Χαμηλό       | 66,1 | 27,1 |  |
| Μέτριο/υψηλό | 77   | 22,3 |  |

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) ανάμεσα σε 9 ανεξάρτητες μεταβλητές και την κοινωνική λειτουργικότητα.

Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 20.

**Πίνακας 20.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την κοινωνική λειτουργικότητα.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή               | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p | Collinearity diagnostics |      |
|------------------------------------|---------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|------|
|                                    |               |                                     |        | Tolerance                | VIF  |
| Άνδρες                             | 9,9           | 0,4 έως 19,4                        | 0,041  | 0,89                     | 1,11 |
| Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα | 13,9          | 5,1 έως 22,6                        | 0,002  | 0,99                     | 1,01 |
| Συννοσηρότητα                      | -5,3          | -9,1 έως -2,4                       | 0,001  | 0,96                     | 1,04 |

Η τιμή για τον έλεγχο Durbin-Watson ήταν 1,8 γεγονός που δηλώνει την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων, καθώς τιμές γύρω από το 2 δηλώνουν την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων. Η τιμή για την ANOVA ήταν  $< 0,001$  γεγονός που δηλώνει τη στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη

μεταβλητή. Οι τιμές Tolerance και VIF ήταν αποδεκτές για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι αποδεκτές τιμές Tolerance είναι  $>0,5$  και οι αποδεκτές τιμές VIF είναι  $<4$ .

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι άνδρες είχαν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα.
- Οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν σε κοινοτικά προγράμματα είχαν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα.
- Οι ηλικιωμένοι με μεγαλύτερη συννοσηρότητα είχαν χειρότερη κοινωνική λειτουργικότητα.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 18% της μεταβλητότητας της κοινωνικής λειτουργικότητας.

**Εξαρτημένη μεταβλητή: Συναισθηματικός ρόλος** (περιορισμός ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων)

Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τον συναισθηματικό ρόλο παρουσιάζονται στον πίνακα 21.

**Πίνακας 21.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τον συναισθηματικό ρόλο.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Μέση βαθμολογία | Τυπική απόκλιση | Τιμή p           |
|----------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Φύλο                 |                 |                 | 0,6 <sup>α</sup> |

|                               |      |                    |                     |
|-------------------------------|------|--------------------|---------------------|
| Ανδρες                        | 70   | 27,2               |                     |
| Γυναίκες                      | 67,1 | 28,8               |                     |
| <b>Ηλικία</b>                 |      | -0,03 <sup>β</sup> | 0,8 <sup>β</sup>    |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |      | 0,3 <sup>γ</sup>   | <0,001 <sup>γ</sup> |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |      |                    | 0,001 <sup>α</sup>  |
| Άγαμοι/Διαζευγμένοι/Χήροι     | 59,1 | 29,5               |                     |
| Έγγαμοι                       | 75,6 | 25                 |                     |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |      | 0,002 <sup>γ</sup> | 0,9 <sup>γ</sup>    |
| <b>Διαμονή</b>                |      |                    | 0,04 <sup>α</sup>   |
| Μόνος/η                       | 61,2 | 25,7               |                     |
| Με άλλους                     | 71,7 | 28,8               |                     |
| <b>Εργαζόμενοι</b>            |      |                    | 0,03 <sup>α</sup>   |
| Ναι                           | 82,8 | 16,8               |                     |
| Όχι                           | 66   | 29                 |                     |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>   |      | -0,4 <sup>γ</sup>  | 0,01 <sup>γ</sup>   |
| <b>Ασφάλιση</b>               |      |                    | 0,02 <sup>α</sup>   |
| Ναι                           | 70,1 | 26,9               |                     |
| Όχι                           | 51,3 | 35                 |                     |
| <b>Κατοικία</b>               |      |                    | 0,8 <sup>α</sup>    |
| Μονοκατοικία                  | 69,4 | 28,8               |                     |
| Πολυκατοικία                  | 67,7 | 28,1               |                     |
| <b>Χόμπι</b>                  |      |                    | 0,04 <sup>α</sup>   |

|   |      |                   |                     |
|---|------|-------------------|---------------------|
| Όχι                                       | 63,3 | 29,7              |                     |
| Ναι                                       | 73,7 | 25,7              |                     |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |      |                   | 0,8 <sup>α</sup>    |
| Όχι                                       | 67,5 | 26                |                     |
| Ναι                                       | 69,1 | 30,6              |                     |
| <b>Συννοσηρότητα</b>                      |      | -0,4 <sup>γ</sup> | <0,001 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |      |                   | 0,03 <sup>α</sup>   |
| Όχι                                       | 80,6 | 23,2              |                     |
| Ναι                                       | 65,6 | 28,5              |                     |
| <b>Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας</b>     |      |                   | 0,1 <sup>α</sup>    |
| Χαμηλό                                    | 66   | 28,9              |                     |
| Μέτριο/υψηλό                              | 79,6 | 21,5              |                     |

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) ανάμεσα σε 10 ανεξάρτητες μεταβλητές και τον συναισθηματικό ρόλο. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 22.

**Πίνακας 22.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τον συναισθηματικό ρόλο.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p | Collinearity diagnostics |      |
|----------------------|---------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|------|
|                      |               |                                     |        | Tolerance                | VIF  |
| Έγγαμοι              | 17,7          | 8,5 έως 26,8                        | <0,001 | 0,99                     | 1,00 |
| Συννοσηρότητα        | -7,2          | -10,7 έως -3,8                      | <0,001 | 0,99                     | 1,00 |

Η τιμή για τον έλεγχο Durbin-Watson ήταν 2,22 γεγονός που δηλώνει την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων, καθώς τιμές γύρω από το 2 δηλώνουν την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων. Η τιμή για την ANOVA ήταν <0,001 γεγονός που δηλώνει τη στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή. Οι τιμές Tolerance και VIF ήταν αποδεκτές για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι αποδεκτές τιμές Tolerance είναι >0,5 και οι αποδεκτές τιμές VIF είναι <4.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι έγγαμοι είχαν καλύτερο συναισθηματικό ρόλο.
- Οι ηλικιωμένοι με μεγαλύτερη συννοσηρότητα είχαν χειρότερο συναισθηματικό ρόλο.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 19% της μεταβλητότητας του συναισθηματικού ρόλου.

### **Εξαρτημένη μεταβλητή: Ψυχική υγεία**

Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ψυχική υγεία παρουσιάζονται στον πίνακα 23.

**Πίνακας 23.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την ψυχική υγεία.

| <b>Ανεξάρτητη μεταβλητή</b>   | <b>Μέση βαθμολογία</b> | <b>Τυπική απόκλιση</b> | <b>Τιμή p</b>      |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|--------------------|
| <b>Φύλο</b>                   |                        |                        | 0,3 <sup>α</sup>   |
| Ανδρες                        | 61,7                   | 23,8                   |                    |
| Γυναίκες                      | 57,7                   | 20,9                   |                    |
| <b>Ηλικία</b>                 |                        | 0,1 <sup>β</sup>       | 0,2 <sup>β</sup>   |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>   |                        | 0,1 <sup>γ</sup>       | 0,3 <sup>γ</sup>   |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b> |                        |                        | 0,4 <sup>α</sup>   |
| Άγαμοι/Διαζευγμένοι/Χήροι     | 57,2                   | 20,9                   |                    |
| Έγγαμοι                       | 60,7                   | 23                     |                    |
| <b>Αριθμός παιδιών</b>        |                        | 0,02 <sup>γ</sup>      | 0,8 <sup>γ</sup>   |
| <b>Διαμονή</b>                |                        |                        | 0,04 <sup>α</sup>  |
| Μόνος/η                       | 53,4                   | 19,7                   |                    |
| Με άλλους                     | 62,1                   | 22,6                   |                    |
| <b>Εργαζόμενοι</b>            |                        |                        | 0,3 <sup>α</sup>   |
| Ναι                           | 64,3                   | 20,9                   |                    |
| Όχι                           | 58,4                   | 22,2                   |                    |
| <b>Οικονομική κατάσταση</b>   |                        | -0,3 <sup>γ</sup>      | 0,004 <sup>γ</sup> |
| <b>Ασφάλιση</b>               |                        |                        | 0,1 <sup>α</sup>   |
| Ναι                           | 60,1                   | 22,2                   |                    |

|   |      |                   |                    |
|---|------|-------------------|--------------------|
| Όχι                                       | 50,8 | 19,2              |                    |
| <b>Κατοικία</b>                           |      |                   | 0,5 <sup>α</sup>   |
| Μονοκατοικία                              | 61,3 | 20,6              |                    |
| Πολυκατοικία                              | 58,4 | 22,6              |                    |
| <b>Χόμπι</b>                              |      |                   | 0,3 <sup>α</sup>   |
| Όχι                                       | 57,5 | 23,7              |                    |
| Ναι                                       | 61,5 | 19,9              |                    |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |      |                   | 0,1 <sup>α</sup>   |
| Όχι                                       | 56,4 | 22,3              |                    |
| Ναι                                       | 62,4 | 21,4              |                    |
| <b>Συννοσηρότητα</b>                      |      | -0,3 <sup>γ</sup> | 0,003 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |      |                   | 0,3 <sup>α</sup>   |
| Όχι                                       | 64,5 | 15,1              |                    |
| Ναι                                       | 58,1 | 23,1              |                    |
| <b>Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας</b>     |      |                   | 0,1 <sup>α</sup>   |
| Χαμηλό                                    | 57,9 | 22,6              |                    |
| Μέτριο/υψηλό                              | 66,5 | 17,3              |                    |

<sup>α</sup> έλεγχος t

<sup>β</sup> συντελεστής συσχέτισης Pearson

<sup>γ</sup> συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) ανάμεσα σε 5 ανεξάρτητες μεταβλητές και την ψυχική υγεία. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 24.

**Πίνακας 24.** Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την ψυχική υγεία.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή | Συντελεστής b | 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b | Τιμή p | Collinearity diagnostics |      |
|----------------------|---------------|-------------------------------------|--------|--------------------------|------|
|                      |               |                                     |        | Tolerance                | VIF  |
| Συννοσηρότητα        | -4,1          | -7,1 έως -1,3                       | 0,005  | 1,00                     | 1,00 |

Η τιμή για τον έλεγχο Durbin-Watson ήταν 1,63 γεγονός που δηλώνει την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων, καθώς τιμές γύρω από το 2 δηλώνουν την ανεξαρτησία των παρατηρήσεων. Η τιμή για την ANOVA ήταν 0,005 γεγονός που δηλώνει τη στατιστικά σημαντική επίδραση των ανεξάρτητων μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή. Οι τιμές Tolerance και VIF ήταν αποδεκτές για όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι αποδεκτές τιμές Tolerance είναι  $>0,5$  και οι αποδεκτές τιμές VIF είναι  $<4$ .

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ηλικιωμένοι με μεγαλύτερη συννοσηρότητα είχαν χειρότερη ψυχική υγεία.
- Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 5,6% της μεταβλητότητας της ψυχικής υγείας.

#### **Εξαρτημένη μεταβλητή: Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας**

Οι διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας παρουσιάζονται στον πίνακα 25.



**Πίνακας 25.** Διμεταβλητές σχέσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και την φυσική δραστηριότητα.

| Ανεξάρτητη μεταβλητή               | Επίπεδο φυσικής δραστηριότητας |      |              |      | Τιμή p           |
|------------------------------------|--------------------------------|------|--------------|------|------------------|
|                                    | Χαμηλό                         |      | Μέτριο/υψηλό |      |                  |
|                                    | N                              | %    | N            | %    |                  |
| <b>Φύλο</b>                        |                                |      |              |      | 0,5 <sup>α</sup> |
| Ανδρες                             | 38                             | 80,9 | 9            | 19,1 |                  |
| Γυναίκες                           | 66                             | 85,7 | 11           | 14,3 |                  |
| <b>Ηλικία<sup>β</sup></b>          | 71,8                           | 6,2  | 71,5         | 4,8  | 0,8 <sup>γ</sup> |
| <b>Εκπαιδευτικό επίπεδο</b>        |                                |      |              |      | 0,2 <sup>γ</sup> |
| Αναλφάβητος/η                      | 4                              | 100  | 0            | 0    |                  |
| Απόφοιτος/η Δημοτικού              | 34                             | 91,9 | 3            | 8,1  |                  |
| Απόφοιτος/η Γυμνασίου              | 16                             | 76,2 | 5            | 23,8 |                  |
| Απόφοιτος/η Λυκείου                | 33                             | 82,5 | 7            | 17,5 |                  |
| Απόφοιτος/η ΤΕΙ/Πανεπιστημίου      | 17                             | 77,3 | 5            | 22,7 |                  |
| <b>Οικογενειακή κατάσταση</b>      |                                |      |              |      | 0,9 <sup>α</sup> |
| Άγαμοι/Διαζευγμένοι/Χήροι          | 47                             | 83,9 | 9            | 16,1 |                  |
| Έγγαμοι                            | 57                             | 85,1 | 10           | 14,9 |                  |
| <b>Αριθμός παιδιών<sup>β</sup></b> | 1,8                            | 1,1  | 1,5          | 1    | 0,4 <sup>γ</sup> |
| <b>Διαμονή</b>                     |                                |      |              |      | 0,4 <sup>α</sup> |
| Μόνος/η                            | 36                             | 87,8 | 5            | 12,2 |                  |
| Με άλλους                          | 68                             | 81,9 | 15           | 18,1 |                  |

|   |     |      |     |      |                   |
|---|-----|------|-----|------|-------------------|
| <b>Εργαζόμενοι</b>                        |     |      |     |      | 0,2 <sup>α</sup>  |
| Ναι                                       | 11  | 73,3 | 4   | 26,7 |                   |
| Όχι                                       | 93  | 86,1 | 15  | 13,9 |                   |
| <b>Οικονομική κατάσταση<sup>β</sup></b>   | 2,8 | 0,8  | 2,5 | 0,8  | 0,1 <sup>γ</sup>  |
| <b>Ασφάλιση</b>                           |     |      |     |      | 0,4 <sup>α</sup>  |
| Ναι                                       | 92  | 83,6 | 18  | 16,4 |                   |
| Όχι                                       | 12  | 92,3 | 1   | 7,7  |                   |
| <b>Κατοικία</b>                           |     |      |     |      | 0,9 <sup>α</sup>  |
| Μονοκατοικία                              | 30  | 83,3 | 6   | 16,7 |                   |
| Πολυκατοικία                              | 74  | 84,1 | 14  | 15,9 |                   |
| <b>Χόμπι</b>                              |     |      |     |      | 0,01 <sup>α</sup> |
| Όχι                                       | 56  | 91,8 | 5   | 8,2  |                   |
| Ναι                                       | 47  | 75,8 | 15  | 24,2 |                   |
| <b>Συμμετοχή σε κοινοτικά προγράμματα</b> |     |      |     |      | 0,8 <sup>α</sup>  |
| Όχι                                       | 54  | 83,1 | 11  | 16,9 |                   |
| Ναι                                       | 50  | 84,7 | 9   | 15,3 |                   |
| <b>Συννοσηρότητα<sup>β</sup></b>          | 1,6 | 1,3  | 0,9 | 1    | 0,01 <sup>γ</sup> |
| <b>Καθημερινή λήψη φαρμάκων</b>           |     |      |     |      | 0,7 <sup>α</sup>  |
| Όχι                                       | 17  | 81   | 4   | 19   |                   |
| Ναι                                       | 87  | 84,5 | 16  | 15,5 |                   |

<sup>α</sup> έλεγχος  $\chi^2$

<sup>β</sup> μέση τιμή, τυπική απόκλιση

<sup>γ</sup> έλεγχος  $\chi^2$  για τάση

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ( $p < 0,20$ ) ανάμεσα σε 3 ανεξάρτητες μεταβλητές και το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 26.

**Πίνακας 26.** Πολυμεταβλητή λογιστική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το επίπεδο φυσικής δραστηριότητας.

|               | <b>Odds ratio</b> | <b>95% διάστημα εμπιστοσύνης</b> | <b>Τιμή p</b> |
|---------------|-------------------|----------------------------------|---------------|
| Χόμπι         | 3,5               | 1,1 έως 11,1                     | 0,03          |
| Συννοσηρότητα | 0,6               | 0,3 έως 0,9                      | 0,03          |

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής λογιστικής παλινδρόμησης, προκύπτουν τα εξής:

- Οι ηλικιωμένοι που είχαν χόμπι είχαν υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Οι ηλικιωμένοι με χόμπι είχαν 3,5 φορές συχνότερα μέτριο/υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με τους ηλικιωμένους που δεν είχαν χόμπι.
- Οι ηλικιωμένοι με μικρότερη συννοσηρότητα είχαν υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας. Το odds ratio του υψηλού επιπέδου φυσικής δραστηριότητας μειώνονταν κατά 0,6 για κάθε επιπλέον νόσημα που είχαν οι ηλικιωμένοι.
- Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 19% της μεταβλητότητας της φυσικής δραστηριότητας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### 7.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της φυσικής δραστηριότητας και της ποιότητας ζωής των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας που διαμένουν στην κοινότητα άνω των 65 ετών.

Στην έρευνα συμμετείχαν 124 άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, εκ των οποίων οι γυναίκες αποτελούσαν και το μεγαλύτερο ποσοστό 62,1% έναντι 37,9% των ανδρών. Η μέση ηλικία τους ήταν τα 71,6 έτη, ένας αρκετά μεγάλος αριθμός αυτών ήταν απόφοιτοι λυκείου (32,3%), ήταν έγγαμοι (54,5%) και ένα μεγάλο ποσοστό αυτών (80,3%) είχε παιδιά. Η οικονομική τους κατάσταση σε ποσοστό 85,4% χαρακτηρίστηκε από μέτρια έως πολύ καλή, καθώς η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας κατοικούσαν σε περιοχή με υψηλό βιοτικό επίπεδο. Η πλειονότητα ήταν συνταξιούχοι, αν και υπήρχε και ένας μικρός αριθμός εργαζομένων της τάξεως του 12,2%. Οι περισσότεροι από αυτούς (75,2%) παρουσίαζαν κάποιο χρόνιο πρόβλημα και ένα μεγάλο ποσοστό που ανερχόταν στο 83,1% ακολουθούσε φαρμακευτική αγωγή, με το 24,8% να λαμβάνει πάνω από 5 φάρμακα ημερησίως. Σύμφωνα με τους Masnoon et al (2017), η λήψη πολλών φαρμακευτικών σκευασμάτων παρατηρείται συχνά στον πληθυσμό των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με συννοσηρότητα και αυτό είναι αναμενόμενο αφού για κάθε νόσημα χρειάζεται να λαμβάνουν διαφορετική φαρμακευτική αγωγή.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι κατά τον χρόνο διεξαγωγής της μελέτης μόνο εμβολισμένα άτομα που φορούσαν μάσκα προστασίας μπορούσαν να επισκεφτούν δημόσιες υπηρεσίες όπως οι κοινοτικές δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κοινωνικής φροντίδας για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Οι ανοιχτές δομές για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν παραμείνει κλειστές για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και κατά την χρονική περίοδο διεξαγωγής της μελέτης δεν διενεργούνταν δημιουργικές δραστηριότητες άσκησης και αναψυχής όπως πχ δημοτικοί χοροί ή αεροβική άσκηση.

Γινόταν μόνο συνταγογράφηση φαρμάκων και συνεδρίες φυσικοθεραπείας. Η χρήση της μάσκας ήταν υποχρεωτική ακόμα σε δημόσιους ανοιχτούς χώρους αποτελώντας έναν ακόμα αποτρεπτικό παράγοντα για άσκηση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας.

## **Ποιότητα ζωής**

Μετά από την ανάλυση των δεδομένων που προέκυψαν από την κλίμακα SF-36, οι βαθμολογίες στις συνοπτικές κλίμακες της ψυχικής και σωματικής υγείας βρέθηκε ότι ήταν 52,4, ελαφρά υψηλότερη από την μέση τιμή της σωματικής υγείας στο γενικό ελληνικό πληθυσμό (51,99) και ψυχική υγεία 63,1, αρκετά υψηλότερη από την μέση τιμή της ψυχικής υγείας στο γενικό ελληνικό πληθυσμό (49,73). Η μελέτη εγκυροποίησης και τυποποίησης του SF-36 σε μεγάλο δείγμα αστικού πληθυσμού της Ελλάδας εμφάνισε παρόμοιες τιμές στο σύνολο των κλιμάκων με τα αποτελέσματα της μελέτης αναφοράς του Ware (Pappa et al, 2005). Σύμφωνα με τις νόρμες που προέκυψαν από την μελέτη αναφοράς του Ware, η ποιότητα ζωής των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας της παρούσας μελέτης ήταν ελαφρώς καλύτερη ως προς την σωματική υγεία από τον μέσο όρο του γενικού αμερικανικού πληθυσμού (μέση τιμή 50 και αναφερόμενες τιμές 20-58) και καλύτερη ως προς την ψυχική υγεία από την ανώτερη αναμενόμενη τιμή του αμερικανικού γενικού πληθυσμού (μέση τιμή 50 και αναμενόμενες τιμές 17 έως 62) (Ware, 2000).

Συγκρίνοντας την μέση τιμή της συνοπτικής κλίμακας της σωματικής υγείας και την μέση τιμή της συνοπτικής κλίμακας της ψυχικής υγείας βλέπουμε ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας είχαν καλύτερη ψυχική υγεία από ότι σωματική, εύρημα που εντοπίζεται και στην έρευνα των Sun et al (2014) και Attafuah et al (2022). Η καλύτερη ψυχική υγεία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας στην Ελλάδα σε σχέση με τις αναμενόμενες τιμές στον πληθυσμό ίσως σχετίζεται με τους ισχυρότερους οικογενειακούς δεσμούς που μειώνουν τα αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης με αποτέλεσμα λιγότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ακόμα και στον τρίτο χρόνο της πανδημίας. Στην χρονική περίοδο μάλιστα που διεξήχθη η μελέτη είχε εμβολιαστεί ένα

πολύ μεγάλο κομμάτι του ηλικιωμένου πληθυσμού (7.611.333 άτομα είχαν ολοκληρώσει τον εμβολιασμό τους στις 18/04/2022) και είχε ελαττωθεί σημαντικά ο αριθμός των θανάτων τα οποία μείωσαν τις αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (Μουστακοπούλου, 2022). Η ποιότητα ζωής σε σχέση με την σωματική υγεία αντίθετα φαίνεται να παρέμεινε σε μέτρια επίπεδα επηρεασμένη προφανώς από τα περιοριστικά μέτρα και τις επιπτώσεις της πανδημίας καθώς όπως προαναφέρθηκε τα κέντρα ανοιχτής προστασίας λειτουργούσαν υπό περιορισμούς και δεν διενεργούνταν δραστηριότητες άσκησης και αναψυχής.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, παρατηρείται ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας οι οποίοι ήταν απόφοιτοι λυκείου, παρουσιάζουν καλύτερη ψυχική υγεία, καλύτερη σωματική λειτουργικότητα και βελτιωμένη εικόνα γενικής υγείας. Πιθανότατα αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με ένα ικανοποιητικό επίπεδο εκπαίδευσης, αποκτούν περισσότερες γνώσεις, αναπτύσσουν κριτική ικανότητα και δεξιότητες σε θέματα που αφορούν την υγεία τους και έτσι έχουν τη δυνατότητα καλύτερης αντιμετώπισης και διαχείρισής τους. Σύμφωνα με τους Shrestha et al (2019), στοιχεία μελετών δείχνουν ότι τα άτομα που κατέχουν ένα καλό μορφωτικό επίπεδο, επιδίδονται σε υγιεινές συμπεριφορές και έτσι βελτιώνουν και τη σωματική τους υγεία. Επιπλέον, το εκπαιδευτικό επίπεδο μπορεί να συνδράμει θετικά στον ψυχολογικό παράγοντα και στις κοινωνικές σχέσεις. Σε έρευνα των Conde-Sala et al (2017) σε χώρες της Ευρώπης, η εκπαίδευση συσχετίστηκε με την καλύτερη ποιότητα ζωής, κυρίως στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και της Μεσογείου, ενώ οι de Labra et al (2018) στην έρευνά τους αποφάνθηκαν, ότι μία από τις παραμέτρους που ασκούν αρνητική επιρροή στην ποιότητα ζωής, είναι το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, άποψη που υποστηρίζεται και από τους Ha et al (2014) και το Skevington (2010). Αντίστοιχα, το εύρημα της μελέτης των Marques et al (2016), επιβεβαιώνει ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας 60-69 ετών οι οποίοι έχουν λάβει εκπαίδευση πάνω από δώδεκα χρόνια, απολαμβάνουν ποιοτική ζωή. Τέλος, οι Culter και Lleras-Muney (2010), επισημαίνουν ότι ένα

ικανοποιητικό επίπεδο μόρφωσης δρα θετικά κατά την περίοδο της τρίτης ηλικίας βοηθώντας στη βελτίωση και διατήρηση της ποιότητας ζωής. Μέσω της εκπαίδευσης αυξάνονται οι γνωστικές ικανότητες, αποτρέπονται ανθυγιεινές συνήθειες, αντιμετωπίζονται καλύτερα οι ασθένειες και βελτιώνεται ολιστικά το επίπεδο ζωής.

Άλλη μία παράμετρος που συσχετίστηκε με την ποιότητα ζωής των ερωτηθέντων ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας, αποτέλεσε η οικογενειακή κατάσταση, καθώς οι έγγαμοι συμμετέχοντες και όσοι είχαν παιδιά, παρουσίασαν καλύτερη γενική υγεία, υψηλότερες τιμές στο σωματικό και συναισθηματικό ρόλο και στη ζωτικότητα. Αυτή η συσχέτιση δικαιολογείται εάν λάβουμε υπόψη μας ότι η διατήρηση των οικογενειακών σχέσεων προσφέρει στους άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αίσθημα ασφάλειας, δυνατότητα έκφρασης συναισθημάτων και ευημερίας. Ανάλογη άποψη συμπερίζονται οι Ha et al (2014) και Dahlberg και McKee (2014) στην έρευνά τους. Σε μελέτη που διεξήχθη σε γυναίκες ηλικίας άνω των 80 ετών από τους Naughton et al (2016), όσες από αυτές ήταν έγγαμες παρουσίασαν καλύτερες βαθμολογίες στην ποιότητα ζωής. Ακόμη, στην παρούσα έρευνα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο σημείωσε ικανοποιητικές τιμές στις μεταβλητές του κοινωνικού και συναισθηματικού ρόλου και στην ψυχική υγεία, με τους άνδρες να έχουν καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα ίσως λόγω περισσότερου ελεύθερου χρόνου για συναναστροφή και κοινωνικοποίηση. Το εύρημα ήταν αναμενόμενο εφόσον μέσω της καλύτερης ψυχικής υγείας και των λιγότερων περιορισμών λόγω συναισθηματικών προβλημάτων επιτυγχάνεται διεύρυνση των σχέσεων και κοινωνική αλληλεπίδραση και κατ' επέκταση υψηλότερη ποιότητα ζωής.

Στην παρούσα έρευνα επιβεβαιώθηκε η τρίτη επιμέρους ερευνητική υπόθεση σχετικά με τη θετική επίδραση της συμμετοχής σε κοινοτικά προγράμματα στη φυσική δραστηριότητα και στην ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα παρατηρήθηκε ότι οι μισοί περίπου ηλικιωμένοι (47,6%) συμμετείχαν σε κοινοτικά προγράμματα ή αφιέρωναν χρόνο σε κάποια αγαπημένη τους ασχολία (χόμπι) (50,4%), αναπτύσσοντας συνάμα

καλύτερη κοινωνική λειτουργικότητα. Το υψηλό αυτό ποσοστό πιθανόν να οφείλεται στο ότι η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από ηλικιωμένους που χρησιμοποιούσαν τις δημοτικές δομές πρόνοιας ή ανοικτής προστασίας και από ηλικιωμένους που επισκέπτονταν κέντρα υγείας. Η ενσωμάτωση στην κοινωνία και ο κοινωνικός ρόλος μέσα στον κοινωνικό ιστό, επιδρά θετικά στο αίσθημα της ευεξίας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και στην ικανοποίησή τους από τη ζωή (Pinquart et al, 2000). Ερωτηθέντες ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας σε έρευνα, αναφέρουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως χόμπι, ταξίδια, έξοδοι και συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες, που τους δίνουν χαρά και νόημα στη ζωή τους, απομακρύνοντας τη θλίψη και την απάθεια (Van Leeuwen et al, 2019).

Κατά την πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση βρέθηκε ότι ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την αντίληψη των ατόμων της τρίτης ηλικίας, που μελετάται, για την ποιότητα ζωής, είναι οι συννοσηρότητες. Μία πιθανή εξήγηση σε αυτό το εύρημα θα μπορούσε να δοθεί, αν λάβουμε υπόψη μας το φόβο και το άγχος που προκαλούν οι χρόνιες παθήσεις και τα γηριατρικά σύνδρομα στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και την υποκειμενική του αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους. Η συννοσηρότητα αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της εμφάνισης σωματικού πόνου, σύμφωνα με την πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση και είναι αναμενόμενο, αφού οι ηλικιωμένοι εξαιτίας των πολλαπλών χρόνιων νοσημάτων, βιώνουν περισσότερο και εντονότερο σωματικό πόνο. Στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας η συννοσηρότητα περιγράφεται σαν μία συχνή κατάσταση, η οποία όχι μόνο αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, αλλά επηρεάζει και την ποιότητα ζωής σε όλες τις εκφάνσεις. Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαίωσαν την πρώτη επιμέρους ερευνητική υπόθεση σχετικά με την αρνητική επίδραση των συννοσηροτήτων στην ποιότητα ζωής. Συγκεκριμένα, τα άτομα με συννοσηρότητες παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας, σωματικού, κοινωνικού και συναισθηματικού ρόλου, χαμηλότερα επίπεδα ζωτικότητας, γενικής υγείας και φυσικής δραστηριότητας, σκιάζοντας την ποιότητα της ζωής τους. Η αρνητική επίδραση πολλαπλών και χρόνιων



παθήσεων στις διάφορες πτυχές που αφορούν την ποιότητα ζωής των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας, είναι εμφανής σε πολλές μελέτες (Chin et al, 2014, Ponirou, et al, 2014). Οι Camelo et al (2016) τονίζουν, πως έχει παρατηρηθεί, ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των ασθενειών, τόσο χειρότερη είναι η αντίληψη για την ποιότητα ζωής. Παρόμοιο συμπέρασμα έχει προκύψει και από τη μελέτη του Joshi (2020), σύμφωνα με την οποία η παρουσία παθήσεων και προβλημάτων υγείας επηρεάζουν τη σωματική και ψυχολογική ευεξία και κατά συνέπεια την ποιότητα της ζωής. Οι συννοσηρότητες αγγίζουν το ποσοστό του 80% στο γηραιότερο πληθυσμό, έχοντας αντίκτυπο στη σωματική και γνωστική λειτουργία και εκτεταμένες επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής (Crouch et al, 2022).

### **Φυσική δραστηριότητα**

Ένα σημαντικό αποτέλεσμα της έρευνας που προκαλεί ενδιαφέρον, είναι το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό της τάξεως του 83,9% των ανενεργών ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας (χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας), γεγονός που ελλοχεύει σοβαρούς κινδύνους για την υγεία τους, έναντι του μόλις 7,3% των συμμετεχόντων που παρουσίασαν υψηλό επίπεδο. Το εύρημα αυτό συνάδει με αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας που χρησιμοποίησε το IPAQ σε αιμοκαθαιρούμενους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας στην Ελλάδα κατά το τρίτο έτος της πανδημίας η οποία βρήκε ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας παρουσίασαν έλλειψη δραστηριότητας (69,7%), μέτρια δραστηριότητα (28,8%) ενώ υψηλό επίπεδο δραστηριότητας μόνο 1,5% (Tsekoura et al, 2023). Μία άλλη μελέτη που διενεργήθηκε στην Ελλάδα κατά την διάρκεια της πανδημίας Covid-19 pandemic, επίσης χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο IPAQ επεσήμανε το ανεπαρκές επίπεδο φυσικής δραστηριότητας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (χαμηλό 44%, μέτριο 42,6 και υψηλό επίπεδο δραστηριότητας 13,4%) (Ρουκουνάκη, 2022). Όλες οι προαναφερόμενες ερευνητικές μελέτες έδειξαν ανεπαρκή επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σύμφωνα με τα επίπεδα που προτείνονται από τον

WHO (2020) (150–300 λεπτά μέτριας έντασης αεροβική φυσική δραστηριότητα εβδομαδιαίως).

Το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας κατά την διάρκεια της πανδημίας στην Ελλάδα μειώθηκε αισθητά καθώς ερευνητικά δεδομένα που συλλέχθηκαν πριν την πανδημία στην Ελλάδα παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα δραστηριότητας αν και μη επαρκή (Babatsikou et al, 2012). Άλλες μελέτες που διενεργήθηκαν σε διεθνές επίπεδο πριν την πανδημία υποδεικνύουν επίσης ότι η πλειοψηφία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας παρουσίαζαν έλλειψη καθημερινής άσκησης με αποτέλεσμα συννοσηρότητες και επιδείνωση της γενικής τους υγείας. (McPhee et al, 2016, Nelson et al, 2011).

Η πανδημία της έλλειψης δραστηριότητας που ακολούθησε την πανδημία Covid-19 είναι ένα παγκόσμιο φαινόμενο που επιδείνωσε την ήδη χαμηλή δραστηριότητα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (Hall, 2021, Oliveira, 2022). Αξιοσημείωτο είναι ότι στα ευρήματα της παρούσας μελέτης οι γυναίκες αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με αυτά των ανδρών, εύρημα, βέβαια, που επιδέχεται ερμηνείας, αρκεί να αναλογιστούμε ότι οι άντρες έχουν στη διάθεσή τους περισσότερο ελεύθερο προσωπικό χρόνο, αντίθετα με τις γυναίκες που ακόμα και στις μεγαλύτερες ηλικίες που το ηλικιακό χάσμα ως προς τον ελεύθερο χρόνο μικραίνει (Kahn et al, 2011) αφιερώνουν τον περισσότερο χρόνο τους στο νοικοκυριό ή προσφέρουν τη βοήθειά τους στα παιδιά και στα εγγόνια τους (Babatsikou et al, 2012). Ανάλογα συμπεράσματα έχουν προκύψει και από την έρευνα των Souza et al (2015), όπου η σωματική αδράνεια παρουσιάζεται αυξημένη στις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας από ότι στους άντρες.

Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε κατά την αρχική διμεταβλητή ανάλυση ότι ένα μέτριο ή υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας βοηθά στην καλύτερη σωματική λειτουργικότητα και στη γενική υγεία σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο. Σε περαιτέρω ανάλυση στα πλαίσια πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης δεν βρέθηκε η

φυσική δραστηριότητα να αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της ποιότητας ζωής. Αυτό πιθανόν οφείλεται στο ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (83,9% χαμηλά και 8,9 % μέτρια) που είναι και αναμενόμενο λόγω των συνεχιζόμενων επιδράσεων της πανδημίας κατά την διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης η οποία έγινε το διάστημα Φεβρουαρίου-Μαΐου 2022, όπου να μεν είχαν προχωρήσει οι εμβολιασμοί και είχαν μειωθεί τα ποσοστά θανάτων, αλλά ήταν ακόμα έντονες οι αρνητικές επιδράσεις στην σωματική κατάσταση και στην ψυχολογία τους. Επίσης, η χρήση της μάσκας ήταν ακόμα υποχρεωτική στους εξωτερικούς χώρους όπου θα μπορούσαν οι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να ασκηθούν αποτελώντας έναν ακόμη ανασταλτικό παράγοντα. Επομένως η πολύ χαμηλή δραστηριότητα που καταγράφηκε κατά την παρούσα μελέτη δεν ήταν επαρκής για να αυξήσει την ποιότητα ζωής των τόμων μεγαλύτερης ηλικίας στην συγκεκριμένη χρονική περίοδο.

Στη μελέτη των Sepulveda -Loyola et al (2020), προσδιορίστηκαν επίσης οι επιπτώσεις της πανδημίας του Covid-19 στην ψυχική και σωματική υγεία των ηλικιωμένων. Παρατηρήθηκε αυξημένη σωματική αδράνεια και υψηλά επίπεδα μοναξιάς, κατάθλιψης, άγχους και κακής ποιότητας ύπνου. Ακόμη και οι Ghram et al (2021), διασαφηνίζουν ότι η απομόνωση των ηλικιωμένων την περίοδο αυτή, αύξησε την καθιστική συμπεριφορά, έχοντας σαν συνέπεια την παρουσία λειτουργικών διαταραχών, αύξηση της νοσηρότητας και του κινδύνου των πτώσεων.

Μελετητές υποστηρίζουν ότι τα προβλήματα υγείας των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας που σχετίζονται με τη σωματική αδράνεια, μπορούν να επιλυθούν με την ενθάρρυνση της συμμετοχής στη σωματική δραστηριότητα, βελτιώνοντας σημαντικά τη φυσική ικανότητα, τη γνωστική απόδοση και την ποιότητα ζωής τους (Taylor, 2014, Loprinzi, 2016).

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι στην παρούσα έρευνα στα πλαίσια πολυμεταβλητής γραμμικής ανάλυσης βρέθηκε ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που έχουν εντάξει

στην καθημερινότητά τους κάποια αγαπημένη ασχολία (χόμπι), καταγράφουν ικανοποιητικά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, εμφανίζοντας 3,5 φορές συχνότερα μέτριο ή υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, σε σχέση με τους ηλικιωμένους που δεν έχουν χόμπι. Βεβαίως, η συσχέτιση φυσικής δραστηριότητας και χόμπι δικαιολογείται, καθώς βελτιώνεται η λειτουργικότητα του ατόμου και αρκετά συχνά ενισχύεται η κοινωνική επαφή και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Η συμμετοχή στη φυσική δραστηριότητα συμβάλλει στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας, της σωματικής λειτουργίας και της ποιότητας της ζωής (Tricco et al, 2017), ενώ η σωματική αδράνεια θεωρείται ένας από τους πιο ισχυρούς παράγοντες επιδείνωσης της σωματικής και ψυχικής υγείας στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Fielding et al, 2017). Σε ανάλογο συμπέρασμα έχουν καταλήξει και οι Gopinath et al (2018) στη μελέτη τους, παρατηρώντας ότι οι ηλικιωμένοι με υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας έτυχαν κατά δύο φορές μεγαλύτερη πιθανότητα υγιούς γήρανσης και κατ' επέκταση ποιότητα ζωής, σε σχέση με τους αδρανείς ηλικιωμένους. Σε άλλες έρευνες η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων δηλώνει ότι δεν ασκείται καθημερινά, με αποτέλεσμα την εμφάνιση συννοσηρότητας και επιδείνωση της γενικής τους υγείας (McPhee et al, 2016), πόρισμα που συγκλίνει και με αυτό από παλαιότερες μελέτες, όπου η χαμηλή φυσική απόδοση και η καθιστική ζωή αυξάνει τον κίνδυνο χρόνιων νοσημάτων, λειτουργικών περιορισμών και αναπηριών (Nelson et al, 2007). Τέλος, στην παρούσα μελέτη γίνεται επιπλέον αντιληπτό πόσο επιβαρύνει η συννοσηρότητα τη φυσική δραστηριότητα, επιβεβαιώνοντας έτσι την πρώτη επιμέρους ερευνητική υπόθεση σχετικά με την αρνητική επίδραση της συννοσηρότητας στη φυσική δραστηριότητα. Το γεγονός αυτό μπορεί να δικαιολογηθεί αφού η προοδευτική έκπτωση των λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού περιορίζει την κινητικότητα, δημιουργεί μία εύθραυστη υγεία και ο πόνος που εμφανίζεται προκαλεί ψυχολογική δυσφορία και έλλειψη επιθυμίας για άσκηση. Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι με μικρότερη συννοσηρότητα είχαν υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας ( $p=0,03$ ). Το odds ratio του υψηλού επιπέδου φυσικής δραστηριότητας μειωνόταν

κατά 0,6 για κάθε επιπλέον νόσημα που είχαν οι ηλικιωμένοι. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της έρευνας των Sadrollahi et al (2016), όπου τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας με χρόνιες παθήσεις είχαν υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας στην προσπάθειά τους να αλλάξουν στάση απέναντι στον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς τους και φυσικά στον τρόπο αντιμετώπισης της ζωής τους γενικότερα.

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι κατά την διάρκεια της πανδημίας, ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με συννοσηρότητες μείωσαν τα επίπεδα της φυσικής τους δραστηριότητας και ήταν πιο πιθανόν να νοσηλευτούν (López-Sánchez et al, 2021, Kwan et al, 2022).

## **7.2 Περιορισμοί**

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας, υπόκεινται σε κάποιους περιορισμούς καθώς η έρευνα δε διεξήχθη σε πανελλαδικό επίπεδο, αλλά σε επίπεδο συγκεκριμένων δομών του νομού Αττικής με αποτέλεσμα να μειώνεται η γενικευσιμότητά τους. Επίσης, η φυσική δραστηριότητα και η ποιότητα ζωής των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας εκτιμήθηκαν μόνο με τη χρήση ερωτηματολογίων χωρίς την παράλληλη διεξαγωγή ποιοτικών μεθόδων έρευνας. Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί ότι στα χρησιμοποιούμενα αυτοαναφερόμενα ερωτηματολόγια που οι συμμετέχοντες χρειάστηκε να ανατρέξουν σε παλαιότερες χρονικές περιόδους προκειμένου να απαντήσουν, μερικοί από αυτούς παρουσίαζαν κάποια σχετική δυσκολία, γεγονός που γεννά ερωτήματα εάν οι απαντήσεις που δόθηκαν ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα. Επιπλέον, αξίζει να ληφθεί υπόψη, ότι η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε σε μία ιδιαίτερα δύσκολη χρονική περίοδο, όπου λόγω της πανδημίας είχε περιοριστεί σημαντικά η φυσική δραστηριότητα και είχε επηρεαστεί η σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Τέλος τα αποτελέσματα

του SF-36 συγκρίθηκαν με τις αναφερόμενες νόρμες του ελληνικού γενικού πληθυσμού και όχι με νόρμες αποκλειστικά γηριατρικού πληθυσμού.

Παρά τους όποιους περιορισμούς και δυσκολίες, τα αποτελέσματα που προκύπτουν από μελέτες αυτού του τύπου, θεωρούνται ιδιαίτερα χρήσιμα για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η φυσική δραστηριότητα συνδέεται με την ποιότητα ζωής και για τη διενέργεια περαιτέρω ερευνών και εργασιών για βιώσιμες παρεμβάσεις στη δημόσια υγεία.

### **7.3 Συμπεράσματα-προτάσεις**

Αν και η γήρανση θεωρείται, όπως έχει αναφερθεί, μία αναπόφευκτη διαδικασία της ανθρώπινης φύσης, εν τούτοις υπάρχουν προσεγγίσεις που δύναται να καθυστερήσουν τις αρνητικές επιπτώσεις της, αναστέλλοντας τη διαδικασία του εκφυλισμού, διατηρώντας την ενεργητικότητα και την κοινωνικότητα και εξασφαλίζοντας μία ανεξάρτητη διαβίωση, με τη φυσική δραστηριότητα να είναι μία από αυτές.

Εστιάζοντας στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, οδηγούμαστε στο συμπέρασμα ότι η φυσική δραστηριότητα επιδρά και προάγει πολλές από τις βασικές πτυχές της ποιότητας της ζωής. Συγκεκριμένα, φάνηκε ότι η φυσική δραστηριότητα έχει αφ' ενός επίδραση στη σωματική λειτουργικότητα και αφ' ετέρου επίδραση στην ζωτικότητα και γενική υγεία του πληθυσμού των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας που συμμετείχαν στην έρευνα, επιβεβαιώνοντας έτσι την κύρια ερευνητική υπόθεση.

Επιπλέον, είναι αναγκαίο να τονιστεί πόσο σπουδαίο ρόλο παίζει σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας η παρουσία πολλαπλών παθήσεων, οι οποίες με την πάροδο των χρόνων παρουσιάζουν αυξητική τάση, ενισχύοντας τη σωματική αδράνεια και επηρεάζοντας έτσι την ποιότητα της ζωής των ατόμων αυτών, εύρημα που επιβεβαιώνεται και στις μελέτες προηγούμενων ερευνητών (Forjaz, 2015).

Η ευεργετική επίδραση που ασκεί η φυσική δραστηριότητα στη γενική υγεία και στην ποιότητα της ζωής την καθιστά, μία από τις πιο σημαντικές στρατηγικές της δημόσιας υγείας. Ως παράγοντας που παρέχει ανεξαρτησία, λειτουργική απόδοση, μακροβιότητα, ευεξία και ποιότητα στα χρόνια ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας, θα πρέπει η υιοθέτηση ενός δραστήριου τρόπου ζωής να αποτελέσει μέρος στο σχεδιασμό και στην προώθηση της ευδόκιμης γήρανσης.

Η κινητοποίηση των αρμόδιων φορέων (οικογένεια, δήμος, κοινότητα, σύλλογοι και σωματεία), ο σχεδιασμός επιτυχών παρεμβάσεων με σκοπό την αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, η έγκυρη και επιστημονικά τεκμηριωμένη πληροφόρηση για τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας, η ενθάρρυνση και η παροχή κινήτρων ώστε να υπάρξει ενδιαφέρον για τη βελτίωση της φυσικής κατάστασης των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας, θα ήταν μέθοδοι ιδιαίτερα χρήσιμες στη διατήρηση της ψυχοσωματικής υγείας και ισορροπίας των ατόμων αυτών και στη δυνατότητα να βιώσουν και να απολαύσουν μία υγιή και ποιοτική γήρανση.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αδαμακίδου, Θ. και Καλοκαιρινού, Α. (2011) Ποιότητα Ζωής ασθενών με καρκίνο (Μέρος Ι): Έννοια και περιεχόμενα. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 5(3), 9.

Αλεφαντινού, Α., Βλασιάδης, Κ. και Φιλαλήθης, Α. (2016) Επιπολασμός της κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα-μέλη Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων ορεινού χωριού της Κρήτης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 33(3), 368-374.

Αντωνιάδου, Ε., Ζυγούρης, Σ. και Τσολάκη, Μ. (2017) Αύξηση της προσδόκιμης διάρκειας ζωής: Πηγή προβλημάτων ή βιολογικό προνόμιο; *Επιστημονική Επετηρίδα Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*, 10, 108-123.

Βόλακλης, Κ. (2016) Το υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας ως αντίδοτο στην πολυφαρμακία. *Καρδιά και Αγγεία*, ΕΛ.Ι.ΚΑΡ., 4, 290-292.

Γκουβάς, Κ.Χ., Σούλης, Γ. και Παναγιωτάκος, Δ.Β. (2018) Πολλαπλές διαστάσεις της διαδικασίας γήρανσης. Τί γνωρίζουμε για αυτές; *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(6), 757-764.

Ζηλίδου, Β., Δούκα, Σ. και Τσολάκη, Μ. (2015) Τα αποτελέσματα ενός παρεμβατικού προγράμματος παραδοσιακών χορών, δραστηριότητα αναψυχής στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων σε ΚΑΠΗ του Δήμου Θεσσαλονίκης. *Ελληνικό Περιοδικό Διοίκησης Αγωγής και Αναψυχής*, 12(1), 13-25.

Θεοδωροπούλου, Ε., Καρτερολιώτης, Κ. και Κουλουτμπάνη, Κ. (2020) Ποιότητα ζωής και φυσική δραστηριότητα: Σχέσεις και επιδράσεις με ατομικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. *Κινησιολογία: Ανθρωπιστική Κατεύθυνση*, 7(1), 77-95.

Κουλουτμπάνη, Κ., Καρτελιώτης, Κ. και Πολίτης, Α. (2019) Η επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στην άνοια. *Ψυχιατρική*, 30(2), 142-155.

Κυριόπουλος, Ι. και Τσιάντου, Β. (2010) Οι επιπτώσεις της Οικονομικής Κρίσης στην Υγεία και την Ιατρική Περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(5), 834-840.

Μουστακοπούλου Α. (2022) Μελέτη του Φόβου, της Μοναξιάς και της Κατάθλιψης κατά την Περίοδο της Πανδημίας COVID-19 στην Τρίτη Ηλικία. Διπλωματική εργασία, Μεταπτυχιακό πρόγραμμα Κοινωνικής Νοσηλευτικής και Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα.

Μαντζώρου, Μ., Καλοκαιρινού, Α., Οικονόμου, Μ. και Κούκια, Ε. (2017) Το στίγμα στην άνοια: Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 9(4), 141-155.



Μπεμπέτσος, Ε., Κωνσταντινίδης, Χ. και Κωνσταντούλας, Δ. (2021) Πανδημία από κορωνοϊό (COVID-19) και Φυσική Δραστηριότητα. Ο σημαντικός ρόλος του φύλου και της ηλικίας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 38(2), 231-236.

Νάκου, Σ. (2001) Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 254-266.

Πάσχος, Κ., Μαλλιάρου, Μ. και Μπαμίδης, Π. (2016) Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας-Μέθοδοι στήριξης της ενεργού γήρανσης. *Επιστημονικά Χρονικά*, 21(1), 11-25.

Ρουκουνάκη, Μ. (2022) Διερεύνηση επιπέδων δραστηριότητας των ηλικιωμένων μέσα στην πανδημία της νόσου COVID-19: ερευνητική μελέτη. Πτυχιακή εργασία, Σχολή επιστημών αποκατάστασης υγείας, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Πατρών, Αίγιο.

Τζονιχάκη, Ι., Μαλικιώση-Λοίζου, Μ. και Κλεφτάρας, Γ. (2013) Ο ρόλος του επιπέδου λειτουργικότητας, της ικανοποίησης ζωής και δραστηριοτήτων ελεύθερου χρόνου στην καταθλιπτική συμπτωματολογία των ηλικιωμένων. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 12(4), 409-427.

Υφαντόπουλος, Γ. και Σαρρής, Μ. (2001) Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229.

## **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Abdelbasset, W.K. (2020) Stay Home: Role of Physical Exercise Training in Elderly Individuals' Ability to Face the COVID-19 Infection. *Journal of Immunology Research*, doi:10.1155/2020/8375096.

Albuquerque-Sendin, F., Barberio-Mariano, E., Brandao-Santana, N., Rebellato, D.A.N., Rebellato, J.R. (2012) Effects of an adapted physical activity program on the physical condition of elderly women: an analysis of efficiency. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 16(4), 328-336.

Anagnostopoulos F., Niakas, D., Evelina Pappa, E. (2005) Construct validation of the Greek SF-36 Health Survey, *Quality of Life Research*, 14,1959–1965.

Andre, A., Pierre, G. & McAndrew, M. (2017) Quality of life among Dental students: A survey study. *Journal of Dental Education*, 8(10), 1164-1170.

Andrews, F.M. & Whitney, S.B. (1976) *Social indicators of well-being. Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.

Andrieieva, O., Hakman, A., Kashuba, V., Vasylenko, M., Patsaliuk, K., Koshura, A., Istyniuk, I. (2019) Effects of physical activity on aging processes in elderly persons. *Journal of Physical Education and Sport*, 19(4), 1308-1314.

Attafuah, P.Y.A., Everink, I., Abuosi, A.A., Lohrmann, C.& Schols, J.M.G.A. (2022) Quality of life of older adults and associated factors in Ghanaian urban slums: a cross-sectional study. *BMJ Journals*, 12(2), 1-8.

Awick, E.A., Ehlers, D.K., Aguinaga, S., Daugherty, A.M., Krawer, A.F., McAuley, E. (2017) Effects of a randomized exercise trial on physical activity, psychological distress and quality of life in older adults. *General Hospital Psychiatry*, 49, 44-50.

Babatsikou, F., Gerogianni, G., Zyga, S., Koutis, C. (2012) Physical Activity in a Sample of Elderly Greek People: A Research Study. *Health Science Journal*, 6 (3), 518–533.

Badicu, G. (2018) Physical Activity and Health-Related Quality of Life in Adults from Brasov, Romania. *Education Sciences*, 8(2), 52.

Bailey, L., Ward, M., Di Cosimo, A., Baunta, S., Cunningham, C., Romero-Ortuno, R., Kenny, R.A., Purcell, R., Lannon, R., McCarrol, K., Nee, R., Robinson, D., Lavan, A., Briggs, R. (2021) Physical and mental health of older people while cocooning during the COVID-19 pandemic. *Quarterly Journal of Medicine*, 114(9), 648-653.

Balboa-Castillo, T., Leon-Munoz, L.M., Graciani, A., Rodriguez-Artalejo, F., Guallar-Castillon, P. (2011) Longitudinal association of physical activity and sedentary behavior during leisure time with health-related quality of life in community-dwelling older adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:47 doi: 10.1186/1477-7525-9-47

Becker, P. & Montilha, R.C., (2015) Occupational performance and quality of life: Interrelationships in daily life of visual impaired individuals. *Revista Brasileira de Oftalmologia*, 74(6), 372-377.

Boggatz, T. (2016) Quality of life in old age-a concept analysis. *International Journal of Older People Nursing*, 11(1), 55-69.

Booth, F.W., Roberts C.K. & Laye, M.J. (2012) Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. *Comprehensive Physiology*, 2(2), 1143-1211.

Birren, J.E. (1988) A contribution to the theory of psychology of aging as a counterpart of development. *Emergent theories of aging*, 153-176.

Blair, S.N., Davey Smith, G., Lee, I.M., Fox, K., Hillsdon, M., McKeown, R.E., Haskell, W.L., Marmot, M. (2010) A tribute to Professor Jeremiah Morris: the man who invented the field of physical activity epidemiology. *Annals of Epidemiology*, 20(9), 651-660.

Bouchard, C., Blair, S.N. & Katzmarzyk, P. (2015) Less Sitting More Physical Activity, or Higher Fitness? *Mayo Clinic Proceedings*, 90(11), 1533-1540.

Bowling, A. (1997) *Measuring health: a review of quality-of-life measurement scales*. UK: Open University Press.

Camboim, F.E.F., Nobrega, M.O., Davim, R.M.B., Camboim, J.C.A., Nunes, R.M.V., Oliveira, S.X. (2017) Benefits of physical activity in the third age for the quality of life. *Journal of Nursing*, 11 (6), 2415-2422.

Camelo, L.V., Giatti, L, & Barreto, S.M (2016) Health related quality of life among elderly living in region of high vulnerability for health in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Brazilian Journal of Epidemiology*, 19(2), 280-293.

Campell, A., Converse, P.E. & Rodgers W.L. (1976) *Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.

Caspersen, C.J., Powell, K.E. & Christenson, G.M. (1985) Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinction for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.

Chin, Y.R., Lee, I.S. & Lee, H.Y. (2014) Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey. *Asian Nursing Research*, 8(4), 267-273.

Chrysopoulos, P. (2015) Greece One of the Worst Countries for the Elderly 4 in 10 Greeks over 60 by 2050, Greek Reporter. <https://greece.greekreporter.com/2015/10/01/greece-one-of-the-worst-countries-for-the-elderly-4-in-10-greeks-over-60-by-2050> (accessed 22/12/2022).

Conde-Sala, J.L., Portellano-Ortiz, C., Calvó-Perxas, L., Garre-Olmo, J. (2017) Quality of life in people aged 65+ in Europe: associated factors and models of social welfare-analysis of data from the SHARE project (Wave 5). *Qual Life Res.* 2017 Apr;26(4):1059-1070. doi: 10.1007/s11136-016-1436-x. Epub 2016 Oct 20. PMID: 27766517.

Craig, C.L., Marshall, A.L., Sjöström, M., Bauman, A.E., Booth, M.L., Ainsworth, B.E., Pratt, M., Ekelund, U., Yngve, A., Sallis, J.F., Oja, P. (2003) International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc.* 35(8), 1381-95. doi: 10.1249/01.MSS.0000078924.61453.FB.

Crouch, A., Champion, V.L. & Von Ah, D. (2022) Comorbidity, cognitive dysfunction, physical functioning, and quality of life in older breast cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 30(1), 359-366.

Cunningham, C. & O'Sullivan, R. (2020) Why physical activity matters for older adults in a time of pandemic. *European Review of Aging and Physical Activity*, 17(16), 1-4.

Cutler DM, Lleras-Muney A. (2010) Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ.*, 29(1):1-28. doi: 10.1016/j.jhealeco.2009.10.003. Epub 2009 Oct 31. PMID: 19963292; PMCID: PMC2824018.

Cyarto, E.V., Cox, K.L., Almeida, O.P., Flicker, L., Ames, D., Byrne, G., Hill, K.D., Beer, C., LoGiudice, D., Appadurai, K., Irish, M., Renehan, E., Lautenschlager, N.T. (2010) The fitness of the aging brain study II: protocol for a randomized controlled clinical trial evaluating the effect of physical activity on cognitive function with Alzheimer's disease. *National Ageing Research Institute*, 11, 120-127.

Dahlberg, L. & McKee, K.J. (2014) Correlates of social and emotional loneliness in older people: evidence from an English community study. *Aging and Mental Health*, 18(4), 504-514.

De, S., Roy, R.N., Mitra, K., Das, D.K. & Dan, A. (2018) Physical activities and quality of life among elderly population in urban slum of Bardhaman Municipality, West Bengal. *Journal of Dental and Medical Sciences*, 17(5), 67-73.

de Labra, C., Maseda, A., Lorenzo-Lopez, L., Lopez-Lopez, R., Bujan, A., Rodriguez-Villamil, J.L., Millan-Calenti, J.C. (2018) Social factors and quality of life aspects on frailty syndrome in community-dwelling older adults: the VERISAUDE study. *BMG Geriatrics*, 18(1), 66.

Diehl, M., Wahl, H.W. Brothers, A. & Miche, M. (2015) Subjective Aging and Awareness of Aging: Toward a New Understanding of the Aging Self. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 35(10), 1-28.

Dishman, R., Heath, G., Schmitt, M.D. & Lee, I.M. (2012) Physical activity epidemiology. *Human Kinetics*.

Douka, S., Zilidou, V.I., Lilou, O.; Tsolaki, M. (2019) Greek Traditional Dances: A Way to Support Intellectual, Psychological, and Motor Functions in Senior Citizens at Risk of Neurodegeneration. *Front. Ageing Neurosci*, 11, 6.

Dziechiaz, M. & Filip, R. (2014) Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 835-838.

Earnest, C.P., Johannsen, N.M., Swift, D.L., Lavie, C.J., Blair, S.N., Church, T.S. (2013) Dose effect of cardiorespiratory exercise on metabolic syndrome in postmenopausal women. *American Journal of Cardiology*, 111(12), 1805-1811.

Ekelund, U., Steen-Johannessen, J., Brown, W.J., Fagerland, M.W., Owen, N., Powell, K.E., Bauman, A., Lee, I.M. (2016) Does physical activity attenuate or even eliminate the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet*, 388(10051), 1302-1310.

El-Khoury, F., Casson, B., Charles, M.A. & Dargent-Molina, P. (2015) The effect of fall prevention exercise programmes on fall induced injuries in community dwelling older adults. *British Journal of Sports Medicine*, 49(20), 1348.

Flanagan, J.C. (1982) Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 63(2), 56-59.

Fielding, R.A., Guralnik, J.M., King, A.C., Pahor, M., McDermott, M.M., Tudor-Locke, C., Manini, T.M., Glynn, N.W., Marsh, A.P., Axtell, R.S., Hsu, F.C., Rejeski, W.J. (2017) Dose of physical activity, physical functioning and disability risk in mobility-limited trial. *PLOS ONE*, 12(8), 1-120.

Fillit, H., Rockwood, K., Woodhouse, K. (2010) *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. 7th ed. Philadelphia Saunders imprint of Elsevier Inc.

Forjaz, M.J., Rodriguez-Blazquez, C., Ayala, A., Rodriguez-Rodriguez, V., de Pedro-Cuesta, J., Garcia-Gutierrez, S., Prados-Torres, A. (2015) Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *European Journal of Internal Medicine*, 26(3), 176-181.

Franco, M.R., Pereira, L.S.M. & Ferreira, P.H. (2014) Exercise interventions for preventing falls in older people living in the community. *British Journal of Sports Medicine*, 48(10), 867-868.

Freshour, J., Amspoker, A., Yi, M., Kunik, M., Wilson, N., Kraus-Schuman, C., Cully, S.A., Teng, E., Williams, S., Masozera, N., Horsfield, M., Stanley, M. (2016) Cognitive behaviour therapy for late-life generalized anxiety disorder delivered by lay and expert providers has lasting benefits. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 3(11), 1225-1232.

Gava, A.L., Freits, F.P.S., Meyrelles, S.S., Silva, I.V. & Graceli, J.B. (2011) Gender-dependent effects of aging on the kidney. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 44(9), 905-913.

Gerstorf, D., Hult, G., Drewelies, J., Eibich, P., Duezel, S., Demuth, I., Ghisletta, P., Steinhagen-Thiessen, E., Wanger, G. (2015) Secular changes in late-life cognition and well-being: Towards a long bright future with a short brisk ending. *Psychology and aging*, 30(2), 301.

Giannoudis, J., Bailey, C., Ebeling, P., Nowson, C., Sanders, K., Hill, K., Daly, R. (2014) Effects of a Targeted Multimodal Exercise Program Incorporating High-speed

Power Training Community-Based Randomized Controlled Trial. *Journal of Bone and Mineral Research*, 29(1), 182-191.

Gomez, E.L., Pena, E., Arias, B. & Verdugo, M.A. (2016) Impact of Individual and Organizational Variables on Quality of Life. *Social Indicators Research*, 125(2), 649-664.

Gopinath, B., Kifley, A., Flood, V.M., & Mitchell, P. (2018) Physical Activity as a Determinant of Successful Aging over Ten Years. *Scientific Reports*, 8(1), 10522.

Ghram, A., Briki, W., Mansoor, H., Al-Mohannadi, A. S., Lavie, C. J., & Chamari, K. (2021) Home-based exercise can be beneficial for counteracting sedentary behavior and physical inactivity during the COVID-19 pandemic in older adults. *Postgraduate medicine*, 133(5), 469-480.

Groen, W.G., van Harten, W.H. & Vallance, J.K. (2018) Systematic review and meta-analysis of broad-reach physical activity interventions for cancer survivors (2013-2018): We still haven't found what we're looking for. *Cancer Treatment Reviews*, 69, 188-203.

Gu, J., Chao, J., Chen, W., Xu, H., Zhang, R., He, T., Deng, L. (2018) Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: A longitudinal study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 74, 133-140.

Ha, N.T., Duy, H.T., Le, N.H. *et al.* (2014) Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC Public Health*, 14, 833.

Hale, A.J., Ricotto, D.N., Freed, J., Smith, C.C. & Huang, G.C. (2019) Adapting Maslow's Hierarchy of Needs as a Framework for Resident Wellness. *Teaching and Learning Medicine*, 31(1), 109-118.

Hall, G., Laddu, D. R., Phillips, S. A., Lavie, C.J., Arena, R.A. (2021) Tale of Two Pandemics: How Will COVID-19 and Global Trends in Physical Inactivity and Sedentary Behavior Affect One Another? *Progress in Cardiovascular Diseases*, 64, 108–110.

Hamer, M., Lavoie, K.L. & Bacon, S.L. (2014) Taking up physical activity in later life and healthy ageing: The English longitudinal study of ageing. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 239-243.

Heydari, J., Khani, S. & Shahhosseini, Z. (2012) Health-related quality of life of elderly living in nursing home and homes in a district of Iran: Implications for policy makers. *Indian Journal of Science and Technology*, 5, 2782-2787.

- Hills, A.P., Street, S.J. & Byrne, N.M. (2015) Chapter Three-Physical Activity and Health: 'What is Old is New Again'. *Advances in Food and Nutrition Research*, 75, 77-95.
- Hoeck, S., van der Heyden J., Geerts, J. & van Hal, G. (2014) Preventive Care Use among the Belgian Elderly Population: Does Socio-Economic Status Matter? *International journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), 355-372.
- Hoffman, G.J., Malani, P.N., Solway, E., Kirch, M., Singer, D.C. & Kullgren, J.T. (2021) Changes in activity levels, physical functioning, and fall risk during the COVID-19 pandemic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(1), 49-59.
- Hung, J.Y. & Lu, K.S. (2014) Research on the healthy lifestyle model, active ageing, and loneliness of senior learners. *Educational gerontology*, 40(5), 353-362.
- IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2020) Ψυχική Υγεία και Ψυχοκοινωνικές Πτυχές της Πανδημίας COVID-19, 10-11.
- Inouye, S.K., Westendorp, R.G. & Saczynski, J.S. (2014) Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922.
- IPAQ Research Committee (2004) Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) - Short Form. Physiopedia. [https://www.physiopedia.com/images/c/c7/Quidelines\\_for\\_interpreting\\_the\\_IPAQ.pdf](https://www.physiopedia.com/images/c/c7/Quidelines_for_interpreting_the_IPAQ.pdf). (Accessed 28/3/2023)
- Ireland, A., Maden-Wilkinson, T., Ganse, B., Degens, H. & Rittweger, J. (2014) Effects of age and starting age upon side asymmetry in the arms of veteran tennis players: a cross-sectional study. *Osteoporosis International*, 25(4), 1389-1400.
- Joshi, M. (2020) Factors Determining Quality of Life of Elderly People in Rural Nepal. *Journal of Gerontology and Geriatric Research*, 9(3), 1-7.
- Kahn, J.R., McGill, B.S., Bianchi, S.M. (2011) Help to Family and Friends: Are There Gender Differences at Older Ages? *J Marriage Fam.*, 73(1), 77-92.
- Karapanou, O., Papadopoulos, A., Vlassopoulou, B., Vassilopoulos, C., Pappa, E., Tsagarakis, S., & Niakas, D. (2012) Health status of Greek thyroid cancer patients after radioiodine administration compared to a demographically matched general population sample. *Hellenic journal of nuclear medicine*, 15(2), 98-102.
- Karimi, M. & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *Pharmaco Economics*, 34(7), 645-649.
- Kirkwood, T. (2017) Why and how are we living longer? *Experimental Physiology*, 102(9), 1067-1074.

Kosilov, K., Amedzawa, H., Kuzina, I., Kuznetsov, V. & Kosilova, L. (2020) The impact of variable factors on the health-related Quality of Life in the elderly in Japan and Russia. *Current aging science*, 12, 1-10.

Kravitz, E., Schmeidler, J. & Beerli, M.S. (2012) Cognitive decline and dementia in the oldest-old. *Rambam Maimonides Media Journal*, 3(4), e:0026.

Koolhaas, C.M., Dhana, K., van Rooij, F.J.A., Schoufour, J.D., Hofman, A. & Franco, O. H. (2018) Physical activity types and health-related quality of life among middle-aged and elderly adults: The Rotterdam Study. *The journal of nutrition, health and aging*, 22(2), 246-253.

Ku, P.W., Stevinson, C. & Chen, L.J. (2012) Prospective associations between leisure-time physical activity and cognitive performance among older adults across an 11-years period. *Journal of Epidemiology*, 22(3), 230-237.

Kumar, D. & Shankar, H. (2018) Prevalence of Chronic Diseases and Quality of Life among Elderly People of Rural Varanasi. *International Journal of Contemporary Medical Research*, 5(7), G1-G5.

Kwan RYC, Liu JYW, Yin YH, Lee PH, Ng SU, Ki DS, et al. (2022) Sarcopenia and its association with objectively measured life-space mobility and moderate-to-vigorous physical activity in the oldest-old amid the COVID-19 pandemic when a physical distancing policy is in force. *BMC Geriatr.*, 22:250.

Lebrasseur, A., Fortin-Bedard, N., Lette, J., Raymond, E., Bussieres, E.L., Nolwenn, L., Faieta, J., Vincent, C., Duchense, L., Ouellet, M.C., Gagnon, E., Tourigny, A., Lemontagne, M.E., Routhier, F. (2021) Impact of the COVID-19 Pandemic on Older Adults: Rapid Review. *Journal of Medical Internet Research*, 4(2): e26474 doi:10.2196/26474

Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., Katzmarzyk, P.T. (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, 380, 219-229.

Leyland, L.A., Spencer, B., Beale, N., Jones, T., van Reekum, C.M. (2019) The effect of cycling on cognitive function and well-being in older adults. *PLOS ONE*, 20, 14(2), e: o211779

Lin, L. & Yen, H.Y. (2018) Quality of life in older adults: Benefits from the productive engagement in physical activity. *Journal of Exercise Science and Fitness*, 16 (2), 49-54.

Lippi, G., Henry, B.M. & Sanchis-Gomar, F. (2020) Physical inactivity disease at the time of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *European Journal of Preventive Cardiology*, 27(9), 906-908.



Liu, B.C. (1976). Quality of Life Indicators in U.S. Metropolitan Areas: A statistical analysis. *New York: Praeger Publishers.*

López-Sánchez, G.F., López-Bueno, R., Gil-Salmerón, A., Zauder, R., Skalska, M., Jastrzębska, J., et al. (2021) Comparison of physical activity levels in Spanish adults with chronic conditions before and during COVID-19 quarantine. *Eur J Pub Health*, 31(1):161–166.

Loprinzi, P.D., & Davis, R.E. (2016) Bouted and non-bouted moderate-to-vigorous physical activity with health-related quality of life. *Preventive Medicine Reports*, 3, 46-48.

Lukowsky, L.R., Mehrotra, R., Kheifets, L., Arah, O.A., Nissenson, A.R., Kalantar-Zadeh, K. (2013) Comparing mortality of peritoneal and hemodialysis patients in the first 2 years of dialysis therapy: a marginal structural model analysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 8(4), 619-628.

MacAuley, D. (1994) A history of physical activity health and medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87(1), 32-35.

Mair, C.A. (2013) Family ties and health cross-nationally: The contextualizing role of feministic culture and public pension spending. *The Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(6), 984-996.

Mandolesi, L., Polverino, A., Montuori, S., Foti, F., Ferraioli, G., Sorrentino, P., Sorrentino, G. (2018) Effects of physical exercise on cognitive functioning and wellbeing biological and psychological benefits. *Frontiers in Psychology*, 9, 509.

Makino, K., Ihira, H., Mizumoto, A., Shimizu, K., Ishida, T., Furuna, T. (2015) Associations between the settings of exercise habits and health-related outcomes in community-dwelling older adults. *Journal of Physical Therapy Science*, 27(7), 2207-2211.

Mannel, R.C. & Dupuis, S. (1996) Life satisfaction. In *Encyclopedia of Gerontology Age, Aging, and the Aged* (Birren J.E. ed), 59-64.

Martinez-Hernandez, B.M., Rosas-Carrasco, O., Lopez-Teros, M., Gonzalez-Rocha, A., Munoz-Aguirre, P., Palazuelos-Gonzalez, R., Ortiz-Rodriguez, A., Luna-Lopez, A., Denova-Gutierrez, E. (2022) Association between physical activity and physical and functional performance in non-institutionalized Mexican older adults: a cohort study. *BMC Geriatrics*, 22, 388.

Martinez-Martin, P., Rodriguez-Blazquez, C., Paz, S., Forjaz, M.J., Frades-Payo, B., Cubo, E., Pedro-Cuesta, J., Lisan, L. (2015) Parkinson Symptoms and Health Related Quality of Life as Predictors of Costs: A Longitudinal Observational Study with Linear Mixed Model Analysis. *PLOS ONE*, 10(12) doi: 10.1371/journal.pone.0145310.

Marques L.P., Schneider I.J.C. & d'Orsi E. Quality of life and its association with work, the Internet, participation in groups and physical activity among the elderly from the Epi Floripa survey, Florianopolis, Santa Catarina State, Brazil. *Cad Saude Publica*, 32(12), 1-17.

Maslow, A. (1943) A Theory of Human Motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370-396.

Masnoon, N., Shakib, S., Kalisch – Ellett, L. & Caughey, G.E. (2017) What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatrics*, 17(1), 230.

Mavrovouniotis, F.H., Argiriadou, E.A. & Papaioannou, C.S (2010) Greek traditional dances and quality of old people's life. *Journal of bodywork and movement therapies*, 14(3), 209-218.

McPhee, J., French, D.P., Jackson, D., Nazroo, J., Pendleton, N., Degens, H. (2016) Physical activity in older age: perspectives for healthy ageing and frailty. *Biogerontology*, 17, 567-580.

Megari, K. (2013) Quality of life in chronic disease patients. *Health psychology research*, 1(3), 141-148.

Mendelson, B. & Wong, C.H. (2012) Changes in the Facial Skeleton with Aging: Implications and Clinical Applications in Facial Rejuvenation. *Aesthetic Plastic Surgery*, 36, 753-760.

Miotto, E.C., Balardin, J.B., Savage, C.R., Martin, M.D.G.M., Batistuzzo, M.C., Amaro Junior, E., Nitrini, R. (2014) Brain regions supporting verbal memory improvement in healthy older subjects. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 72(9), 663-670.

Morgan, G.S., Willmott, M., Ben-Shlomo, Y., Haase, A.M., & Campbell, R.M. (2019) A life fulfilled: positively influencing physical activity in older-adults a systematic review and meta-ethnography. *BMC Public Health*, 19(1), 362.

Moustakopoulou, L., Adamakidou, T., Mastrogiannis, D., Mantoudi, A., Apostolara, P., Mantzorou M. (2021) Consequences of older persons' physical and social isolation during the COVID-19 pandemic, *European Geriatric Medicine*, 12 (Suppl 1):S1–S387.

Muller, T. & Shaikh, M. (2017) Your retirement and my health behavior: Evidence on retirement externalities from a fuzzy regression discontinuity design. *Journal of Health Economics*, 57, 45-49.

Narici, M., De Vito, G., Franchi, M., Paoli, A., Moro, T., Marcolin, G., Grassi, B., Baldassarre, G., Zuccarelli, L., Biolo, G., di Girolamo, F. G., Fiotti, N., Dela, F., Greenhaff, P., Maganaris, C. (2021) Impact of sedentarism due to the COVID-19 home confinement on neuromuscular, cardiovascular and metabolic health: Physiological and

pathophysiological implications and recommendations for physical and nutritional countermeasures. *European Journal of Sport Science*, 21(4), 614-635.

Napoli, N., Shah, K., Waters, D.L., Sinacore, D. R., Qualls, C., Villareal, D.T. (2014) Effect of weight loss, exercise or both on cognition and quality of life in obese older adults. *American Journal of Clinical Nutrition*, 100(1), 189-198.

Naughton M.J., Brunner, R.L., Hogan, P.E., Danhauer, S.C., Brenes, G.A., Bowen, D.J., Snively, B.M., Goveas, J.S., Saquib, N., Zaslavsky, O., Shumaker, S.A. (2016) Global quality of life among WHI women aged 80 years and older. *The Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*,71(1), 72-78.

Nelson, M.E., Rejeski, W., Blair, S.N., Duncan, P.W., Judge, James O.; King, A.C.J., Macera, C.A., Castaneda-Sceppa, C. (2007) Physical Activity and Public Health in Older Adults: Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 39(8),1435-1445. doi: 10.1249/mss.0b013e3180616aa2

Oliveira, L.S., Souza, E.C., Rodriguez, R.A.S., Fett, C.A. & Piva, A.B. (2019) The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 36-42.

Oliveira, M.R., Sudati, I.P., Konzen, V.D.M., De Campos, A.C., Wibeling, L.M., Correa, C., Miguel, F.M., Silva, R.N., Borghi-Silva, A. (2022) Covid-19 and the Impact on the Physical Activity Level of Elderly People: A Systematic Review. *Experimental Gerontology*, 159, 111675.

Papathanasiou, G., Georgoudis, G., Papandreou, M., Spyropoulos, P., Georgakopoulos, D., Kalfakakou, V., Evangelou, A. (2009) Reliability Measures of the Short International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) in Greek Young Adults. *Hellenic Journal Cardiology*,50 (4), 283-294.

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Niakas, D. (2005) Validating and Norming of the Greek SF-36 Health Survey. *Qual Life Res*, 14 (5), 1433–1438.

Park, S.A., Son, S.Y., Lee, A.Y., Park, H.G., Lee, W.L. & Lee, C.H. (2020) Metabolite Profiling Revealed That a Gardening Activity Program Improves Cognitive Ability Correlated with BDNF Levels and Serotonin metabolism in the elderly. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 541.

Phillips, S.M., Wojcicki, T.R. & McAuley, E. (2013) Physical Activity and Quality of Life in Older Adults: An 18-Months Panel Analysis. *Quality of Life Research*, 22(7), 1647-1654.

- Pinquant, M. & Sørensen, S. (2000) Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychol Aging*, 15:187–224
- Ponirou, P., Diomidous, M., Kalokairinou, A., Mantas, J., Tsimahidou, C., Tzavara, C. (2014). Health Related Quality of Life in a Sample of Older People who are Members of Open Care Centers for the Elderly. *Studies in health technology and informatics*, 202, 269-272.
- Psarrou, A., Adamakidou T., Plakas S., Mastrogiannis, D., Drakopoulou M., Mantzorou M. (2022) Physical Activity and Quality of Life in Community-Dwelling Older Adults, *European Geriatric Medicine*, 13 (Suppl 1): S1–S309.
- Rakhshani, T., Shojaiezadeh, D., Lankarani, K.B., Rakhshani, F., Kaveh, M.H. & Zare, N. (2014) The association of health-promoting lifestyle with quality of life among the Iranian elderly. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(9): e18404
- Ramnath, U., Rauch, L., Lambert, E.V. & Kolbe-Alexander, T.L. (2018) The relationship between functional status, physically active older adults: A pilot study. *PLOS ONE*, 13(4): e0194918.
- Roh, K.H. & Park, H.A. (2013) A meta-analysis of the effect of walking exercise on lower limb muscle endurance, whole body endurance and upper body flexibility in elders. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(4), 536-546.
- Roswiyani, R., Kwakkenbos, L., Spijker, J. & Witteman, C.L. (2019) The effectiveness of combining visual art activities and physical exercise for older adults on well-being or quality of life and mood: a scoping review. *Journal of Applied Gerontology*, 38(12), 1784-1804.
- Ponirou, P., Diomidous, M., Kalokairinou, A., Mantas, J., Tsimahidou, C., Tzavara, C. (2014). Health Related Quality of Life in a Sample of Older People who are Members of Open Care Centers for the Elderly. *Studies in health technology and informatics*, 202, 269-272.
- Sabia, S., Singh-Manoux, A., Hagger-Johnson, G., Cambois, E., Brunner, E.J., Kivimaki, M. (2012) Influence of individual and combined healthy behaviours on successful aging. *Canadian Medical Association Journal*, 184(18), 1985-19.
- Sadrollahi, A., Hosseinian, M., Alavi, N.M., Khalili, Z. & Esalatmanesh, S. (2016) Physical Activity Patterns in the Elderly Kashan Population. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 18(6): e25008.
- Sakurai, R., Fujiwara, Y., Fuhaya, T. Saito, K., Yasunaga, M., Suzuki, H., Nonaka, K., Kim, H., Kim, M.J., Tanaka, C., Nishikawa, T., Uchida, H., Shinkai, S., Watanabe, S. (2012) The influences of exercise fulfilment on mental and physical functions of

targeted older adults and the effect of a physical exercise intervention. *Japanese Journal of Public Health (Nihon Koshu Eisei Zasshi)*, 59(10), 743-754.

Scarabottolo, C.C., Cyrino, E.S., Nakamura, P.M., Tebar, W.R., da Silva Canhin, D., Gobbo, L. A., Christofaro, D.G.D. (2019) Relationship of different domains of physical activity practice with health-related quality of life among community-dwelling older people: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 9(6), e:027751.

Schroder, T.H., Storbeck, B., Rabe, K. F., Weber, C. (2015) The aging lung: Clinical and imaging findings and the fringe of physiological state. *Fortschritte auf dem Gebiete der Rontgenstrahlen*, 187(6), 430-439.

Scott, T.L., Masser, B.M. & Pachana, N.A. (2020) Positive aging benefits of home and community gardening activities: older adults report enhanced self-esteem, productive endeavours, social engagement and exercise. *SAGE Open Medicine*, doi:10.1177/20503121120901732.

Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D.V., Rodríguez-Mañas, L. (2020) Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: mental and physical effects and recommendations. *The journal of nutrition, health & aging*, 24(9), 938-947.

Shahrbanian, S. Alikhani, S., Kakavandi, M.A. & Hackney, A.C. (2020) Physical Activity for Improving the Immune System of Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Alternative therapies in health and medicine*, 26(2), 117-125.

Shin, O., Park, S., Amano, T., Kwon, E. & Kim, B. (2020) Nature of retirement and loneliness: The moderating roles of social support. *Journal of Applied Gerontology*, 39(12), 1292-1302.

Shrestha, M., Heera, K.C., Bhattarai, P., Mishra, A. & Parajuli, S.B. (2019) Quality of life of elderly people living with family and in old age home in Morang District, Nepal. *BIBECHANA Journal of Physical Sciences*, 16, 221-227.

Skevington, S.M. (2020) Qualities of life, educational level and human development: an international investigation of health. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(10), 999-1009.

Soga, M., Gaston, K.J. & Yamaura, Y. (2017) Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. *Preventive Medicine Reports*, 5, 92-99.

Souza, A.M.R., Fillenbaum, G.G. & Blay, S.L. (2015) Prevalence and Correlates of Physical Inactivity among Older Adults in Rio Grande do Sul, Brazil. *PLOS ONE*, 10(2) e0117060

Stasinou, N., Tsatsaris, A., Plakas, S., Mantzorou, M. (2022) Use of Geographical Information Systems Towards an Age Friendly Environment for Older Adults, *European Geriatric Medicine*, 13 (Suppl 1):S1–S309

Strait, J.B. & Lakatta, E.G. (2012) Aging-associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure. *Heart Failure Clinics*, 8(1), 143-164.

Strath, S.J., Kaminsky, A., Ainsworth, B.E., Ekelund, U., Freedson, P., Gary, R. A., Richardson, C. R., Smith, D. T., Swartz, A. M. (2013) Guide to the assessment of physical activity: Clinical and research applications: a scientific statement from the American Heart Association. *Journal of American Heart Association*, 128(20), 2259-2279.

Subramaniam, M., Zhang, Y., Lau, J.H., Vaingankar, J.A., Abidin, E., Chong, S.A., Lee, E.S. (2019) Patterns of physical activity and health-related quality of life amongst patients with multimorbidity in a multi-ethnic Asian population. *BMC Public Health*, 19:1612 <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7941-4>.

Taft, C., Karlsson, J., Sullivan, M. (2001) Do SF-36 Summary Component Scores Accurately Summarize Subscale Scores? 10 (5), 395–404.

Talwar, A., Sahni, S., Kim, E.J., Verma, S., Kohn, N. (2015). Dyspnea, depression and health related quality of life in pulmonary arterial hypertension patients. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 11(5), pp.259-265.

Tanvir, A. & Nadim, H. (2010) Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health-review. Dove Press Journal: *Clinical Interventions in Aging*, 5, 207-216. Taylor, D. (2014) Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1059), 26-32.

Taylor, D. (2014) Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1059), 26-32.

Tricco, A.C., Thomas, S.M., Veroniki, A.A., Hamid, J.S., Cogo, E., Striffler, L., Khan, P.A., Robson, R., Sibley, K.M., MacDonald, H., Riva, J.J., Thavorn, K., Charlotte, W., Holroyd-Leduc, J., Kerr, G.D., Feldman, F., Majumdar, S.R., Jaglal, S.B., Hui, W., Straus, S.E. (2017) Comparisons of Interventions for Preventing Falls in Older Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medicine Association*, 318(17), 1687-1699.

Tsekoura, M., Kalampakos, N., Fousekis, K., Mylonas, K., Angelopoulos, P., Matzaroglou, C., Bitas, T., Gliatis, J., Tsepis, E., Billis, E. (2023) Risk of Sarcopenia, Fear of COVID-19, Anxiety, Depression and Physical Activity Levels: Associations across Patients on Hemodialysis within Greece. *JFSF*, 8 (1), 32–37.

Van den Bosch, K., Geerts, J. & Willeme, P. (2013) Long-term care use and socioeconomic status in Belgium: a survival analysis using health care insurance data. *Archives of Public Health*, 71(1), 1-9.

Van Leeuwen, K.M., Van Loon, M.S., van Nes, F.A., Bosmans, J.E., de Vet, H.C.W., Ket, J.C.F., Widdershoven, G.A.M., Ostelo, R.W.J.G. (2019) What does quality of life mean to older adults thematic synthesis. *PLOS ONE*, 14(3): eo213263.

Vavuranakis, M., Sigala, f., Vrachatis, D.A., Papaioannou, T.G., Fillis, K., Kavantzias, N., Vlasseros, I. (2013) Quantitative analysis of carotid plaque vasa vasorum by CEUS and correlation with histology after endarterectomy. *Vasa*, 42(3), 184-195.

Warburton, D.E.R., Bredin, S.S.D.. (2017) Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. *Curr Opin Cardiol*. 32(5):541-556. doi: 10.1097/HCO.0000000000000437

Ware, J.E., and Sherbourne, C.D. (1992) The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection, *Medical Care*, 30(6), 473-483.

Ware, J.E. (1993) *The SF-36 Health survey. A manual and interpretation guide*. The Health Institute, New England Medical Center, Boston.

Ware, J.E. (2000). SF – 36 health survey update. *Spine*, 25(24), pp.3130-3139.

World Health Organization (2015) World Report on Ageing and Health. Geneva: WHO Press.

World Health Organization (2020) WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour: at a glance. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337001/9789240014886-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (accessed 28/3/23).

World Health Organization (2022) Physical activity fact sheet. What is physical activity? <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity> (accessed 15/10/22)

Xavier, F.M.F., Ferraz, M.P.T., Marc, N., Escosteguy, N.U. & Moriguchi, E.H. (2003) Elderly people's definition of quality of life. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25(1), 31-39.

Yoo, S.Z., No, M.H., Heo, J.W., Park, D.H., Kang, J.H., Kim, S.H., Kwak, H. (2018) Role of exercise in age-related sarcopenia. *Journal of Exercise Rehabilitation*, 14(4), 551-558.

Young, K.J. & Longman, A.J. (1983) Quality of life and persons with melanoma: a pilot study. *Cancer Nursing*, 6(3), 219-226.

Zautra, A. & Goodhard, D. (1979) Quality of life indicators: A review of the literature. *Community Mental Health Review*, 4(1), 3-10.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Ένας από τους σημαντικότερους ανασταλτικούς παράγοντες της φθίνουσας πορείας που χαρακτηρίζει τη διαδικασία της γήρανσης αποτελεί η φυσική δραστηριότητα, μέσω της οποίας οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας αποκομίζουν οφέλη που αφορούν στη διατήρηση και βελτίωση της υγείας τους στο σύνολό της και την εξασφάλιση ποιοτικών χρόνων ζωής.

**Σκοπός:** Με τη συγκεκριμένη μελέτη διερευνάται κατά πόσο η φυσική δραστηριότητα επηρεάζει το *antilaman;omeno* επίπεδο ποιότητας ζωής των ατόμων που ανήκουν στον ευάλωτο πληθυσμό που απαρτίζει την Τρίτη ηλικία.

**Μεθοδολογία:** Διενεργήθηκε συγχρονική περιγραφική μελέτη συσχέτισης στο διάστημα Φεβρουαρίου-Μαΐου 2022 με τη συμπλήρωση τριών ερωτηματολογίων: α) Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών, β) Ερωτηματολόγιο Κλίμακας σχετιζόμενης με την υγεία Ποιότητας Ζωής-Short Form Health Survey (SF-36), γ) Διεθνές Ερωτηματολόγιο Φυσικής Δραστηριότητας-International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). Η έρευνα είχε ως δείγμα 124 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 71,6 έτη, με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής (62,1%). Το 75,2% των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας είχαν κάποιο χρόνιο νόσημα και το 83,1% λάμβανε φαρμακευτική αγωγή. Τα δεδομένα που προέκυψαν από το ερωτηματολόγιο SF-36 υποδηλώνουν λίγο υψηλότερη ποιότητα ζωής ως προς την συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας (PCS) (μέση τιμή 52,4) και αρκετά υψηλότερη ποιότητα ζωής ως προς την συνοπτική κλίμακα της ψυχικής υγείας (MCS) (μέση τιμή 63,1) σε σχέση με τις μέσες τιμές του γενικού ελληνικού πληθυσμού, γεγονός που σημαίνει ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας είχαν καλύτερη ψυχική υγεία από ότι σωματική υγεία. Τα ευρήματα από την ανάλυση του IPAQ κατέγραψαν χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας στους συμμετέχοντες, αγγίζοντας το ποσοστό της τάξεως του 83,9%. Οι συμμετέχοντες που είχαν εντάξει στη ζωή τους κάποια αγαπημένη ασχολία (χόμπι), εμφάνισαν 3,5 φορές συχνότερα μέτριο/υψηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας σε σχέση με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που δεν είχαν χόμπι ( $p=0,03$ ). Τέλος, η συννοσηρότητα επηρέασε αρνητικά τη φυσική δραστηριότητα ( $p=0,03$ ) και την ποιότητα ζωής των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας ως προς την ψυχική υγεία ( $p=0,005$ ), τον σωματικό ( $p<0,001$ ), κοινωνικό ( $p=0,001$ ) και συναισθηματικό ρόλο ( $p<0,001$ ), τον σωματικό πόνο ( $p=0,002$ ), την ζωτικότητα ( $p<0,001$ ) και την γενική υγεία ( $p=0,003$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας στην Ελλάδα εμπλέκονται σε πολύ χαμηλό ποσοστό σε φυσική δραστηριότητα. Η διαχείριση του προβλήματος αυτού πρέπει να αποτελέσει θέμα υψηλής προτεραιότητας στα προγράμματα δημόσιας υγείας που αφορούν την υγιή γήρανση καθώς η φυσική δραστηριότητα επιδρά και προάγει πολλές από τις βασικές πτυχές της ποιότητας της ζωής. Επιδρά θετικά εφ' ενός στη σωματική και αφ' ετέρου στην ψυχική υγεία των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ

η συννοσηρότητα προάγει τη σωματική αδράνεια και επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα της ζωής των ατόμων που απαρτίζουν την Τρίτη ηλικία.

**Λέξεις κλειδιά:** Φυσική δραστηριότητα, ποιότητα ζωής, ηλικιωμένοι, γήρανση, πανδημία Covid-19.

## ABSTRACT

**Introduction:** One of the most important inhibitors of the declining state that characterizes the aging process is physical activity, through which older adults gain benefits in terms of maintaining and improving their health as a whole and ensuring quality life years.

**Purpose:** This study investigates whether physical activity affects the self-perceived quality of life of the vulnerable group of older adults.

**Methods:** A cross-sectional descriptive correlation study was conducted from February-May 2022 by completing three questionnaires: a) Socio-demographic characteristics questionnaire, b) Short Form Health Survey (SF-36), c) International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). 124 people aged 65 and over participated in the survey.

**Results:** The average age of the participants was 71.6 years, with women having a higher percentage of participation (62.1%). 75.2% of the older persons had a chronic disease and 83.1% were taking medication. Data derived from the SF-36 questionnaire suggest a slightly higher quality of life with regard to the physical health component (PCS) (mean score 52,4) and considerably higher quality of life with regard to the mental health component (MCS) (mean score 63.1) compared to the mean value of the general Greek population meaning that the older persons had better mental health than physical health. The findings from the IPAQ analysis recorded low levels of physical activity among older adults, reaching a rate of 83,9%. The participants who had included some favourite occupation (hobby) in their life, were 3,5 times more likely to show a moderate/high level of physical activity compared to the elderly who did not have a hobby ( $p=0,03$ ). Finally, comorbidity negatively affected the physical activity ( $p=0,03$ ) and quality of life with regard to mental health in older adults ( $p=0,005$ ), physical ( $p<0,001$ ), social ( $p=0,001$ ) and emotional role ( $p<0,001$ ), somatic pain ( $p=0,002$ ), vitality ( $p<0,001$ ) and general health ( $p=0,003$ ).

**Conclusions:** Older adults in Greece are involved in very low levels of physical activity. The management of this problem should be a high priority in programs of Public Health regarding healthy aging as physical activity affects and promotes many of the basic aspects of quality of life. It has a positive effect on the physical and mental health of older persons, while co-morbidity promotes physical inactivity and negatively affects their perceived quality of life.

**Keys words:** Physical activity, quality of life, older adults, aging, Covid-19 pandemic

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **1. ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Η παρούσα έρευνα αποτελεί μέρος της διπλωματικής μου εργασίας στα πλαίσια του ΠΜΣ Κοινωνικής Νοσηλευτικής και Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κα Μαριάννα Μαντζώρου, Επίκουρη Καθηγήτρια του Τμήματος. Το θέμα της εργασίας είναι: **Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας που διαμένουν στην κοινότητα.**

**Σκοπός της έρευνας:** Ο σκοπός της μελέτης είναι να διερευνηθεί η αιτιακή σχέση που υπάρχει μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και ποιότητας ζωής στον πληθυσμό των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας.

**Άτομα που παίρνουν μέρος στην έρευνα:** Στην έρευνα θα συμμετάσχουν άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών που είναι εγγεγραμμένα μέλη σε Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων(ΚΑΠΗ), στην Κοινωνική Υπηρεσία και στις Κοινοτικές Δομές του Δήμου Γλυφάδας καθώς και σε Κέντρα Υγείας της 2<sup>ης</sup> ΥΠΕ.

**Πιθανά οφέλη:** Η παρούσα μελέτη ευελπιστεί ότι με τα αποτελέσματα που θα προκύψουν από την έρευνα θα συμβάλει στην χάραξη στρατηγικών για την προώθηση της φυσικής δραστηριότητας μέσω προγραμμάτων άσκησης και επομένως στην προαγωγή και διατήρηση ποιοτικών χρόνων ζωής των ατόμων της Τρίτης Ηλικίας.

**Πληροφορίες:** Εάν υπάρχουν ερωτήματα ή απορίες σχετικά με το σκοπό ή τον τρόπο που θα πραγματοποιηθεί η εργασία, είμαι στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε πληροφορία.

**Δημοσίευση δεδομένων:** Η συμμετοχή σας στην έρευνα συνεπάγεται ότι συμφωνείτε με τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων της. **Τα ερωτηματολόγια είναι αυστηρά ανώνυμα και προστατεύονται τα προσωπικά δεδομένα. Η συμμετοχή σας είναι**

**προαιρετική και μπορείτε να μη συναινέσετε, να διακόψετε ή να αποχωρήσετε από τη διαδικασία όποτε επιθυμείτε.**

Ευχαριστώ για τη συμμετοχή σας

Άννα Ψαρρού

Τηλ. επικοινωνίας 6907589470

**Κατανοώ και συναινώ με τα παραπάνω**

Ημερομηνία:

Μονογραφή συμμετέχοντος:

## 2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

---

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

---

Παρακαλώ απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις και βάλτε X στο κουτάκι με τη σωστή απάντηση:

#### 1. ΦΥΛΟ

|       |  |
|-------|--|
| ΑΡΡΕΝ |  |
| ΘΗΛΥ  |  |

#### 2. ΗΛΙΚΙΑ

.....

#### 3. ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

|              |  |
|--------------|--|
| ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ  |  |
| ΔΗΜΟΤΙΚΟ     |  |
| ΓΥΜΝΑΣΙΟ     |  |
| ΛΥΚΕΙΟ       |  |
| ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ |  |
| ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ |  |

#### 4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

|                |  |
|----------------|--|
| ΑΓΑΜΟΣ/Η       |  |
| ΕΓΓΑΜΟΣ/Η      |  |
| ΣΕ ΔΙΑΣΤΑΣΗ    |  |
| ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η |  |

|         |  |
|---------|--|
| ΧΗΡΟΣ/Α |  |
|---------|--|

## 5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

.....

## 6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

|               |  |
|---------------|--|
| ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ/Η |  |
| ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ  |  |
| ΟΙΚΙΑΚΑ       |  |

## 7. ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

|           |  |
|-----------|--|
| ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ |  |
| ΚΑΛΗ      |  |
| ΜΕΤΡΙΑ    |  |
| ΚΑΚΗ      |  |
| ΠΟΛΥ ΚΑΚΗ |  |

## 8. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΦΟΡΕΑΣ

|                |  |
|----------------|--|
| ΔΗΜΟΣΙΑ        |  |
| ΙΔΙΩΤΙΚΗ       |  |
| ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ/Η |  |

## 9. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ

|           |  |
|-----------|--|
| ΜΟΝΟΣ/Η   |  |
| ΜΕ ΣΥΖΥΓΟ |  |
| ΜΕ ΠΑΙΔΙΑ |  |
| ΆΛΛΟ      |  |

**10. ΕΙΔΟΣ ΟΙΚΙΑΣ**

|              |  |
|--------------|--|
| ΜΟΝΟΚΑΤΟΙΚΙΑ |  |
| ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ   |  |

**11. ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΑΓΑΠΗΜΕΝΗ ΑΣΧΟΛΙΑ (ΧΟΜΠΙ);**

|     |  |
|-----|--|
| ΝΑΙ |  |
| ΟΧΙ |  |

**12. ΑΝ “ΝΑΙ”, ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΗ;**

.....

**13. ΕΧΕΤΕ ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ;**

1. ΥΠΕΡΤΑΣΗ
2. ΔΙΑΒΗΤΗΣ
3. ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΑ
4. ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΑ
5. ΚΙΝΗΤΙΚΑ
6. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΛΟΓΩ ΝΟΣΟΥ
8. ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ
9. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΟΡΑΣΗΣ
11. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΚΟΗΣ
12. ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ
13. ΆΛΛΑ

**14. ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΚΑΠΟΙΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ;**

|     |  |
|-----|--|
| ΝΑΙ |  |
| ΟΧΙ |  |

**15. ΑΝ “ΝΑΙ”, ΠΟΣΑ;**

|     |  |
|-----|--|
| 0-3 |  |
| 3-5 |  |

**16.ΣΥΜΜΕΤΕΧΕΤΕ ΣΕ ΚΟΙΝΟΤΙΚΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ;**

- 1.ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ»
2. ΚΕΝΤΡΟ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΠΗ
3. ΚΕΝΤΡΟ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΗΦΗ)
3. ΑΛΛΟ.....



---

## Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΕΥΗΜΕΡΙΑ ΣΑΣ

### Short Form- 36 (Version 1)

---

Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητες σας.

Σας ευχαριστούμε για τη συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου!

Παρακαλούμε, σε κάθε ερώτηση που ακολουθεί σημειώστε στο  το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι :

| Άριστη                   | Πολύ καλή                | Καλή                     | Μέτρια                   | Κακή                     |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πως θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα ;

| Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν | Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν | Περίπου η ίδια όπως χρόνο πριν | Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν | Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι ένα χρόνο πριν |
|---|--|--------------------------------|---|--|
| ▼   | ▼  | ▼                              | ▼   | ▼  |
| <input type="checkbox"/>                  | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>                   |

3. Οι παρακάτω προτάσεις περιέχουν δραστηριότητες που μπορεί να κάνετε κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο ;

| Ναι,<br>με<br>περιορίζει<br>Πολύ | Ναι,<br>με<br>περιορίζει<br>Λίγο | Όχι,<br>δεν με<br>περιορίζει<br>Καθόλου |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| ▼                                | ▼                                | ▼                                       |

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Όταν τρώτε μόνος σας                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Όταν σηκώνεστε από μια καρέκλα                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Όταν περπατάτε μέσα στο σπίτι                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Όταν περπατάτε <u>εκατό μέτρα</u>                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Όταν περπατάτε <u>μερικές εκατοντάδες μέτρα</u>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Όταν περπατάτε πάνω από <u>ένα χιλιόμετρο</u>         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Στο λύγισμα του σώματος, στο γονάτισμα ή στο σκύψιμο  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Όταν ανεβαίνετε <u>μια</u> σειρά από σκαλοπάτια       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Όταν ανεβαίνετε <u>μερικές</u> σειρές από σκαλοπάτια | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά

12. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κολύμπι ή όταν παίζετε ρακέτες στην παραλία

13. Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα σε συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας ;

|         |                        |               |             |         |
|---------|------------------------|---------------|-------------|---------|
| Συνεχώς | Τις περισσότερες φορές | Μερικές φορές | Λίγες φορές | Καθόλου |
| ▼       | ▼                      | ▼             | ▼           | ▼       |

1. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη

δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες

2. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε

3. Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας

4. Δυσκολευτήκατε να επιτελέσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητες σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα σε συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νοιώσατε μελαγχολία ή άγχος) ;

|         |                        |               |             |         |
|---------|------------------------|---------------|-------------|---------|
| Συνεχώς | Τις περισσότερες φορές | Μερικές φορές | Λίγες φορές | Καθόλου |
|---------|------------------------|---------------|-------------|---------|



1. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες

2. Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε

3. Κάνατε τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως...

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες ;

| Καθόλου                  | Ελάχιστα                 | Μέτρια                   | Σε μεγάλο βαθμό          | Υπερβολικά               |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες ;

| Καθόλου | Πολύ ήπιο | Ήπιο | Μέτριο | Έντονο | Πολύ έντονο |
|---------|-----------|------|--------|--------|-------------|
|---------|-----------|------|--------|--------|-------------|

|                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Καθόλου                  | Λίγο                     | Μέτρια                   | Σε μεγάλο βαθμό          | Υπερβολικά               |
| ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανόσαστε και πως τα πράγματα πήγαιναν με σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, παρακαλείστε να δώσετε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ότι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα.....

|  |         |                        |               |             |         |
|--|---------|------------------------|---------------|-------------|---------|
|  | Συνεχώς | Τις περισσότερες φορές | Μερικές φορές | Λίγες φορές | Καθόλου |
|  | ▼       | ▼                      | ▼             | ▼           | ▼       |

|   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Είχατε πολύ εκνευρισμό ;                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος/πεσμένη | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ψυχολογικά, που τίποτε  
δεν μπορούσε να σας  
φτιάξει το κέφι ;

4. Αισθανόσαστε ηρεμία       
και γαλήνη ;

5. Είχατε πολύ       
ενεργητικότητα ;

6. Αισθανόσασταν       
κακοκεφιά και  
μελαγχολία;

7. Αισθανόσασταν       
εξάντληση ;

8. Ήσασταν ευτυχισμένος/  
ευτυχισμένη ;

9. Αισθανόσασταν       
κούραση ;

10. 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 συναισθηματικά σας προβλήματα ;

| Συνεχώς                  | Τις περισσότερες φορές   | Μερικές φορές            | Λίγες φορές              | Καθόλου                  |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        | ▼                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση ;

| Εντελώς<br>αλήθεια | Τις<br>περισσότερες<br>φορές αλήθεια | Δεν<br>ξέρω | Τις<br>περισσότερες<br>φορές<br>ψέμα | Εντελώς<br>ψέμα |
|--------------------|--------------------------------------|-------------|--------------------------------------|-----------------|
| ▼                  | ▼                                    | ▼           | ▼                                    | ▼               |

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Η υγεία μου είναι εξαιρετική                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



---

## International Physical Activity Questionnaire\*

### Short-self answered -7items

---

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο χρόνο που έχετε αφιερώσει για κάποια σωματική δραστηριότητα τις τελευταίες 7 ημέρες. Περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με δραστηριότητες που κάνετε κατά την εργασία σας, στις μετακινήσεις σας, στις δουλειές του σπιτιού, του κήπου και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση. Σας παρακαλώ να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις, ακόμα και εάν πιστεύετε ότι δεν είστε ένα ιδιαίτερα σωματικά δραστήριο άτομο.

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 1 και 2, σκεφτείτε όλες τις έντονες σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Μια έντονη σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν έντονη σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε σημαντικά δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις έντονες σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια μεγαλύτερη από 10 λεπτά κάθε φορά.

- 1. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, όπως σκάψιμο, έντονη άσκηση με βάρη, τρέξιμο σε διάδρομο με κλίση, γρήγορο τρέξιμο, aerobics, γρήγορη ποδηλασία, γρήγορη κολύμβηση, τένις μονό, αγώνας σε γήπεδο(ποδόσφαιρο, basketball-μπάσκετ, volleyball-βόλεϊ, κλπ);**

\_\_\_\_\_ Ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν κάνατε έντονες σωματικές δραστηριότητες, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 3

**2. Τις ημέρες που κάνατε κάποια έντονη σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνατε συνήθως;**

\_\_\_\_\_Λεπτά ανά ημέρα      δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος     

Πριν απαντήσετε τις ερωτήσεις 3 και 4, σκεφτείτε όλες τις **μέτριας έντασης** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Μια μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε δραστηριότητες που απαιτούν μέτρια σωματική προσπάθεια και σας κάνουν να αναπνέετε κάπως δυσκολότερα από ότι συνήθως. Σκεφθείτε μόνο τις **μέτριας έντασης** σωματικές δραστηριότητες που κάνατε και είχαν διάρκεια **μεγαλύτερη από 10 λεπτά** κάθε φορά.

**3. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, όπως το να σηκώσετε και να μεταφέρετε ελαφρά βάρη (λιγότερο από 10 κιλά), συνολική καθαριότητα του σπιτιού, ήπιες ρυθμικές ασκήσεις σώματος, ποδηλασία αναψυχής με χαμηλή ταχύτητα, χαλαρή κολύμβηση; Σας παρακαλώ να μη συμπεριλάβετε το περπάτημα.**

\_\_\_\_\_Ημέρες ανά εβδομάδα

     εάν δεν κάνατε μέτριας έντασης σωματικές δραστηριότητες, τότε προχωρήστε στην ερώτηση

5

**4. Τις ημέρες που κάνατε κάποια μέτρια σωματική δραστηριότητα, πόσο χρόνο αφιερώνατε συνήθως;**

\_\_\_\_\_Λεπτά ανά ημέρα     δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

Πριν απαντήσετε στις ερωτήσεις 5 και 6, σκεφτείτε το χρόνο που περπατήσατε κατά τις **τελευταίες 7 ημέρες**. Να συμπεριλάβετε το περπάτημα στο χώρο της εργασίας σας, στο σπίτι, στις μετακινήσεις σας και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση.

**5. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσες ημέρες περπατήσατε για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά;**

\_\_\_\_\_Ημέρες ανά εβδομάδα

εάν δεν περπατήσατε καμία φορά περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, τότε προχωρήστε στην ερώτηση 7

**6. Τις ημέρες που περπατήσατε, για περισσότερο από 10 συνεχόμενα λεπτά, πόσο χρόνο περάσατε περπατώντας;**

\_\_\_\_\_Λεπτά ανά ημέρα     δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

**7. Κατά τις τελευταίες 7 ημέρες, πόσο χρόνο περάσατε καθισμένος/η σε μια συνηθισμένη μέρα; Ο χρόνος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει το χρόνο που περνάτε καθισμένος/η στο σπίτι, στο γραφείο, στο αυτοκίνητο, όταν διαβάζετε, όταν είστε με φίλους, ξεκουράζεστε σε πολυθρόνα ή βλέπετε τηλεόραση, αλλά δεν περιλαμβάνει τον ύπνο.**

\_\_\_\_\_ώρες ανά ημέρα     δεν γνωρίζω/δεν είμαι βέβαιος

**Τέλος του ερωτηματολογίου. Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας.**

### 3. ΑΔΕΙΕΣ ΦΟΡΕΩΝ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΑΔΕΙΑ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΔΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΔΗΜΟΣ ΓΛΥΦΑΔΑΣ  
ΝΠΔΔ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΑΘΛΗΤΙΚΗ & ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΗ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΔΗΜΟΥ ΓΛΥΦΑΔΑΣ

Γλυφάδα 15-11-2021  
Αριθ. Πρωτ. 4265

ΠΡΟΣ: Τα Μέλη του Δ.Σ

#### ΕΙΣΗΓΗΣΗ

ΘΕΜΑ 4ο: «Επί αιτήσεως σχετικά με διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας υπαλλήλου του ΚΑΠΠΑ»

Κατόπιν της με αρ πρ. 4166/8/11/2021 αιτήσεως της κ. Ψαρρού Άννας υπαλλήλου του ΚΑΠΠΑ Δ. Γλυφάδας, εισηγούμαι στο Σώμα την παραχώρηση αδείας για τη διεξαγωγή έρευνας και συλλογής ερευνητικών δεδομένων μέσω ερωτηματολογίων στα μέλη των ΚΑΠΗ , στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας.

Η ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
  
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΜΑΡΙΑ



Δήμος Γλυφάδας, 17/11/2021  
Αριθ. Πρωτ. : 33124/2021



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΝΟΜΟΣ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΔΗΜΟΣ ΓΛΥΦΑΔΑΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ,  
ΠΑΙΔΕΙΑΣ, ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ & ΑΘΛΗΤΙΣΜΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ  
ΚΑΙ ΙΣΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΦΥΛΩΝ  
Δ/ση : Καραϊσκάκη 34 & Τσιτσάνη, Τ. Κ.16675 Γλυφάδα  
Πληροφορίες: Στεργιοπούλου Αικατερίνη  
e-mail : grafeiokp@glyfada.gr  
Τηλ. : 2109647021 & 2109601817

ΠΡΟΣ : κ. ΨΑΡΡΟΥ ANNA

Αξιότιμη κ. Ψαρρού,

Σε απάντηση του υπ' αριθμ. πρωτ.33124/16-11-2021 αιτήματός σας, σχετικό με την εκπόνηση Διπλωματικής Εργασίας με τίτλο εργασίας: <<Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν στη κοινότητα>>, του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών <<Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας>> του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, σας ενημερώνουμε ότι εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στους εξυπηρετούμενους του Κέντρου Κοινότητας και Βοήθειας στο σπίτι και στους ωφελούμενους των Κοινωνικών Δομών.

Στο πλαίσιο της συγκεκριμένης μελέτης θα τηρηθούν οι κανόνες της Ηθικής και Δεοντολογίας που διέπουν την έρευνα (όπως έχετε εγγραφεί και στο έγγραφο της Επίκουρης Καθηγήτριας Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής κ. Μαντζώρου Μαρίας που επισυνάπτετε στο αίτημά σας), και επισημαίνουμε ιδιαίτερα την ανάγκη τήρησης των επιταγών του υπ' αριθμ.679/2016 κανονισμού της Ε.Ε. για την προστασία των προσωπικών δεδομένων και τη συμμόρφωση με τις ισχύουσες κανονιστικές και νομοθετικές ρυθμίσεις.  
Σας ευχόμαστε καλή επιτυχία στην έρευνά σας.

Ο Αναπληρωτής Προϊστάμενος Τμήματος  
Πρόνοιας, Κοινωνικής Πολιτικής Και  
Ισότητας των Φύλων

ΠΑΡΑΓΥΙΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Η Εντεταλμένη Δημοτική Σύμβουλος  
Κοινωνικής Μέριμνας  
και Αλληλεγγύης

ΔΕΝΑ ΕΛΕΝΗ



ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ΗΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΩΣ ΚΑΙ ΑΙΓΑΙΟΥ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ  
ΤΜΗΜΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΕΘΝΩΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΩΝ

Άγιος Ιωάννης Ρέντης, 03.01.2022  
Αρ. Πρωτ.: ΔΑΑΔ 33

ΠΡΟΣ: ΠΙΝΑΚΑ ΑΠΟΔΕΚΤΩΝ

**ΘΕΜΑ: Χορήγηση αδείας στην κ. Ψαρρού Άννα για διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας.**

Σχετ.: Η αριθμ. πρωτ. 81301/27.12.2021 αίτησή της με τα συνημμένα δικαιολογητικά .

Σε συνέχεια του ανωτέρω σχετικού και σύμφωνα με το υπ' αριθμ. Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/9-11-2010 έγγραφο του Διοικητή Ε.Κ.ΕΠ.Υ, παρακαλούμε να διευκολύνετε την κ. Ψαρρού Άννα μεταπτυχιακή φοιτήτρια του ΜΠΣ «Κοινωνική Νοσηλευτική και Νοσηλευτική Δημόσιας Υγείας» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, προκειμένου να πραγματοποιήσει έρευνα μέσω διανομής ερωτηματολογίου, στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής της εργασίας, με τίτλο: «Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν στην κοινότητα» σε Κέντρα Υγείας, αρμοδιότητας της 2<sup>ης</sup> Υ.ΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου.

Η προαναφερόμενη άδεια τελεί υπό τις προϋποθέσεις:

- Τη διαφύλαξη των προσωπικών δεδομένων.
- Την τήρηση του κώδικα επιστημονικής δεοντολογίας.
- Τη μη ύπαρξη οικονομικής ή άλλου είδους επιβάρυνσης για τα Κέντρα Υγείας.
- Τη μη παρακώλυση της λειτουργίας των Κέντρων Υγείας.
- Την τήρηση των προβλεπόμενων διατάξεων (άρθρο 30 του Ν.4624/2019) για το απόρρητο των στοιχείων προσωπικού χαρακτήρα.
- Την τήρηση όλων των μέτρων προστασίας ενόψει της πανδημίας Covid-19 .

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ  
ΡΟΪΛΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

**Πίνακας Αποδεκτών**

| ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ             |                         |
|---------------------------|-------------------------|
| ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΡΙΣΤΕΡΙΟΥ | ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΛΑΜΙΝΑΣ |
| ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ   | ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ     |
| ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΠΕΙΡΑΙΑ     |                         |

**Κοινοποίηση:**

-Ενδιαφερόμενη (Ψαρρού Άννα)

---

Ταχυδρομική Διεύθυνση: Θηβών 196-198, 182 33 Άγιος Ιωάννης Ρέντης,  
Πληροφορίες: Κ. Νικήτα  
Ηλ. Δ/ση: [nikita@2dype.gov.gr](mailto:nikita@2dype.gov.gr)



**ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥΠΟΛΗ ΑΛΣΟΥΣ ΑΙΓΑΛΕΩ**

**Ταχ. Δ/ση:** Αγ. Σπυρίδωνος, Αιγάλεω TK 12243

**Τηλέφωνο:** 2105387294

**e-mail:** [ethics@uniwa.gr](mailto:ethics@uniwa.gr)

**Πληροφορίες:** Ευαγγελία Καπουτσή

**Αιγάλεω:** 22/02/2022

**ΘΕΜΑ:** Απάντηση σε αίτησή σας

**ΠΡΟΣ:** κ. Μαντζώρου Μαριάννα

**ΚΟΙΝ:** κ. Ψαρρού Άννα

**Έγκριση της πρότασης**

Σας γνωρίζουμε ότι η Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας της Έρευνας (Ε.Η.Δ.Ε.) του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής (ΠΑ.Δ.Α.), στην 8<sup>η</sup>/22-02-2022 συνεδρίασή της, μέσω τηλεδιάσκεψης, εξέτασε το περιεχόμενο του ερευνητικού πρωτοκόλλου με τίτλο «**Φυσική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν στην κοινότητα**», με αριθμό πρωτοκόλλου 13911/17-02-2022 και Επιστημονικά Υπεύθυνη την κ. Μαντζώρου Μαριάννα.

Λαμβάνοντας υπόψη:

1. Το έντυπο υποβολής της αίτησης
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο
3. Το έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν αντιβαίνει στην κείμενη νομοθεσία και συνάδει με γενικά παραδεδμενούς κανόνες ηθικής και δεοντολογίας της έρευνας και ερευνητικής ακεραιότητας ως προς το περιεχόμενο και τον τρόπο διεξαγωγής του ερευνητικού έργου. Επιστημαίνεται ότι σε περίπτωση που προκύψει οποιαδήποτε τροποποίηση στο πρωτόκολλο της μελέτης θα πρέπει να επανυποβληθεί στην ΕΗΔΕ για επικαιροποίηση της έγκρισης.

Η Πρόεδρος της Ε.Η.Δ.Ε.

Anna Deltsidou

Digitally signed by Anna  
Deltsidou  
Date: 2022.02.22 18:17:21  
+02'00'

Δρ Άννα Δελτσίδου  
Καθηγήτρια

## 4. ΑΔΕΙΕΣ ΑΠΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

### Α. Άδειες για SF-36

ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ SF-36 - Μήνυμα - Αλληλογραφία

Απάντηση Απάντηση σε όλους Προώθηση Αρχαιοθέτηση Διαγραφή Ορισμός σημαίας

**RE: ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ SF-36**

 Φώτιος Αναγνωστόπουλος <fganag@panteion.gr>  
16/9/2021 8:05 πμ

Προς: outlook\_FBAS895A27434260@outlook.com

Τα δικαιώματα για τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 διεθνώς έχει αμερικανική εταιρεία. Παρακαλώ απευθυνθείτε σε αυτήν.

RAND HEALTH CARE

RESEARCH - LATEST INSIGHTS - POLICY EXPERTS - CAPABILITIES - GRADUATE SCHOOL - search

**About**  
Staff  
Contact

**Key Topics**  
Opioids  
U.S. Health Policy  
Paying for Care  
Organizing Care  
Quality of Care  
Mental Health

**Publications**  
**Commentary**  
**Surveys**

## Terms and Conditions for Using the 36-Item Short Form Survey (SF-36)

RAND hereby grants permission to use RAND 36-Item Short Form Health Survey in accordance with the following conditions, which shall be assumed by all to have been agreed to as a consequence of accepting and using this document:

1. Changes to the Health Survey may be made without the written permission of RAND. However, all such changes shall be clearly identified as having been made by the recipient.
2. The user of this Health Survey accepts full responsibility, and agrees to indemnify and hold RAND harmless, for the accuracy of any translations of the Health Survey into another language and for any errors, omissions, misinterpretations, or consequences thereof.
3. The user of this Health Survey accepts full responsibility, and agrees to indemnify and hold RAND harmless, for any consequences resulting from the use of the Health Survey.
4. The user of the 36-Item Health Survey will provide a credit line when printing and distributing this document acknowledging that it was developed at RAND as part of the Medical Outcomes Study.
5. No further written permission is needed for use of this Health Survey.



## β. Άδειες για IPAQ

Επιλογική απενθώπιση - Μήνυμα - Αλληλογραφία

Απάντηση   Απάντηση σε όλους   Προώθηση   Αρχαιοθήκη   Διαγραφή   Ορισμός σημαίας

**Γιώργος Παπαθανασίου** <papathanasiou.g@gmail.com>  
10:06 πμ

Προς: anapsaritou6@gmail.com


Αποθήκευση όλων των συνημμένων

10\_Papathanasiou, EICPR\_2010,...  
183,46 KB

6\_Papathanasiou, HIC\_2009,...  
724,04 KB

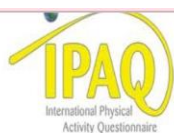
κ. Ψαρρού,  
Σας ευχαριστώ για το ενδιαφέρον σας στην ελληνική έκδοση του IPAQ, IPAQ-Gr.  
Σας επισυνάπτω τις σχετικές με την αξιοπιστία και εγκυρότητα του εργαλείου μελέτες.  
Μη διστάσετε να επικοινωνήσουμε και πάλι σε ότι χρειαστείτε και αφορά στη χρήση του IPAQ-Gr.  
Το πλήρες ερωτηματολόγιο, στην Ελληνική του έκδοση, θα το "κατεβάσετε" από τον ιστότοπο του IPAQ.  
Σας εύχομαι κάθε επιτυχία στην ερευνητική σας προσπάθεια.  
Με εκτίμηση,

Δρ Παπαθανασίου Γεώργιος, Καθηγητής  
Αναπληρωτής Πρόεδρος Τμήματος Φυσικοθεραπείας  
Διευθυντής Εργαστηρίου Νευρομυϊκής & Καρδιοαγγειακής Μελέτης  
της Κίνησης, LANECAISM - <https://lanecasm.uniwa.gr/>  
Σχολή Επιστημών Υγείας & Πρόνοιας  
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

  
Professor George Papathanasiou, MSc, PhD  
Deputy President of Physiotherapy Department  
Director of Neuromuscular & Cardiovascular Study of Motion Lab  
LANECAISM - <https://lanecasm.uniwa.gr/>  
Faculty of Health Sciences  
University of West Attica  
Greece

Πληκτρολογήστε εδώ για αναζήτηση

18% 16°C 8:39 μμ 27/9/2021



- Menu
- Home
- Background
- IPAQ scoring protocol
- Cultural adaptation
- References
- Downloadable questionnaires

### Home

#### Dear colleague,

Welcome to the website for the **International Physical Activity Questionnaire**. Here you will find information about the use of the questionnaire and links to the **questionnaire** itself, in multiple languages.

This physical activity questionnaire is publicly available, it is open access, and no permissions are required to use it. So we encourage any researchers to use it where it will be an appropriate measure of physical activity, particularly in large population studies or in the context of physical activity surveillance for which this measure was designed.

Regarding Scoring of the IPAQ: Over the past 10-15 years, we have had many requests that have asked for support with the IPAQ algorithm or **scoring protocol**, and other methodological issues. For many years, a group of four or five of us that initially developed and tested the IPAQ measure have responded to all these enquiries, but the volume of them has continued to increase in recent years. Most of the requests come from students or graduates doing pieces of research using the IPAQ, and where students are able to ask a local senior researcher for help, particularly one with physical activity experience or a local biostatistician, they usually find that the scoring problems can be resolved.

After many hundreds of such enquiries we have decided that we have served the IPAQ measure and its development well, but that we no longer can provide the individual support to answer all these queries, and we would prefer to refer students to their local statisticians and physical activity experts. We are happy to collaborate in IPAQ projects that answer innovative and population-focused research questions, but it is difficult for us to continue to provide an un-funded advisory service.

It's not that we don't want to help, it's just that we don't have the time to answer each of these requests individually in the detail that they require. We think that the IPAQ measure **protocols** are reasonably straight forward and most researchers manage to use them, but if you have continuing problems, please **consult your local research experts**.

We hope that IPAQ is a useful measure for you, and one that meets your needs,

Yours sincerely,

