



**ΓΕΩΠΟΝΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ  
ΤΡΟΦΙΜΩΝ & ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ**

**Π.Μ.Σ.: ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΟΥ ΑΝΘΡΩΠΟΥ, ΔΗΜΟΣΙΑ  
ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ**

**Μελέτη συσχέτισης διατροφικής συμπεριφοράς και πρόσληψης  
υγρών με Κοινωνικούς παράγοντες σε ενήλικες άνω των 65 ετών.  
Σύγκριση μεταξύ ηλικιωμένων του γενικού πληθυσμού και μελών  
ΚΑΠΗ**

Μεταπτυχιακή Εργασία:  
Χρήστος Ε. Παξιμαδάς

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Καψοκεφάλου Μαρία

Αθήνα, 2015

## **ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Μελέτη συσχέτισης διατροφικής συμπεριφοράς και πρόσληψης υγρών με Κοινωνικούς παράγοντες σε ενήλικες άνω των 65 ετών. Σύγκριση μεταξύ ηλικιωμένων του γενικού πληθυσμού και μελών ΚΑΠΗ**

Παξιμαδάς Ε. Χρήστος

Αθήνα, 2015

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια : Καψοκεφάλου Μαρία

### **ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Καψοκεφάλου Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Γεωπονικού Πανεπιστημίου

Μαλλούχος Αθανάσιος, Λέκτορας Γεωπονικού Πανεπιστημίου

Παπακωνσταντίνου Αιμιλία, Λέκτορας Γεωπονικού Πανεπιστημίου

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Ευχαριστώ πολύ την Αναπληρώτρια Καθηγήτρια του Γεωπονικού Πανεπιστημίου, κα. Καψοκεφάλου Μαρία για την αμέριστη βοήθεια της και τις πολύτιμες συμβουλές της. Επίσης, τον υπ. Διδάκτωρ Άλεξ Πέπα και τον υπ. MSc Χάμο Αλέξανδρο για την βοήθεια τους στη συλλογή του δείγματος και την Δρ. Μαλισόβα Όλγα για τις πολύτιμες συμβουλές της στο στατιστικό μέρος της έρευνας.

Τέλος, να ευχαριστήσω όλους του δήμους που μας χορήγησαν την σχετική άδεια για να έχουμε πρόσβαση στα ΚΑΠΗ αλλά και όσους μας άνοιξαν την πόρτα τους και μας βοήθησαν στην συλλογή των ερωτηματολογίων.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>Κεφάλαια</b>	<b>Σελίδα</b>
<b>Περίληψη Πτυχιακής Εργασίας στα Ελληνικά</b>	6
<b>Περίληψη Πτυχιακής Εργασίας στα Αγγλικά</b>	8
<b>Θεωρητικό Μέρος</b>	10
<b>Κεφάλαιο 1:</b> Τρίτη Ηλικία και Γήρανση	10
1.1 Ορισμός - Εισαγωγή	10
<b>Κεφάλαιο 2:</b> Διατροφή και Τρίτη Ηλικία	13
2.1 Φυσιολογικές μεταβολές στην Τρίτη Ηλικία	13
1. Νεφρική Λειτουργία και Ισορροπία Υγρών	13
2. Σύσταση σώματος και Φυσική Κατάσταση	13
3. Γαστρεντερικό σύστημα	16
4. Ανοσοποιητικό σύστημα	17
<b>Κεφάλαιο 3:</b> Επίδραση των Κοινωνικών Παραγόντων στη διατροφή των Ηλικιωμένων	18
1. Παχυσαρκία	18
2. Μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα	19
3. Υποθρεψία	20
<b>Κεφάλαιο 4:</b> Πρόσληψη υγρών στην Τρίτη Ηλικία	22
A. Νερό	22
B. Αφεψήματα	22
1. Καφές – Καφεΐνη	22
2. Τσάι	23
<b>Κεφάλαιο 5:</b> Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ)	24
Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε ΚΑΠΗ της Ελλάδας	25
<b>Ειδικό Μέρος</b>	27
Σκοπός Μελέτης	27
Μεθοδολογία- Δείγμα	27
Στατιστική Ανάλυση	27
Μετρήσεις	28
Αποτελέσματα	33
Συζήτηση- συμπεράσματα	60

Περιορισμοί	67
Παράρτημα	68
Βιβλιογραφία	83

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Λίγες είναι οι μελέτες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί στον ελλαδικό χώρο και έχουν εξετάσει τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων ατόμων σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικών παραγόντων με την διατροφική συμπεριφορά και την πρόσληψη υγρών στους ηλικιωμένους που είναι μέλη των ΚΑΠΗ σε δήμους της Αθήνας αλλά και σε αυτούς που δεν είναι. **Μεθοδολογία:** Το δείγμα αποτελούνταν από δυο ομάδες των 70 ατόμων το καθένα (άντρες και γυναίκες) ηλικίας άνω των 65 ετών. Η ομάδα Α αποτελούνταν από ηλικιωμένους που ήταν μέλη ΚΑΠΗ σε δήμους της Αθήνας όπως η Πετρούπολη, το Ίλιον, το Αιγάλεω, η Καλλιθέα και ο Ζωγράφου. Η επιλογή των ΚΑΠΗ έγινε τυχαία και μετά από σχετική άδεια του κάθε δήμου. Η ομάδα Β αποτελούνταν από ηλικιωμένους που επιλέχθηκαν τυχαία σε δήμους της Αθήνας όπως η Πετρούπολη, το Ίλιον, η Καλλιθέα, το Νέο Ηράκλειο, το Μαρούσι και το Περιστερί, το Χαϊδάρι, το Παλαιό Φάληρο, ο Ζωγράφου και το Καματερό.

**Αποτελέσματα:** Η διατροφική συμπεριφορά εκτιμήθηκε με βάση τον βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής διαίτας και τον δείκτη MedDietScore και ήταν μέτριος και στις δυο ομάδες ενώ δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ τους ( $p = 0,1$ ). Συγκεκριμένα,  $29,77 \pm 3,9$  στους ηλικιωμένους της ομάδας Α και  $28,59 \pm 4,5$  στην ομάδα Β. Η συσχέτιση της διατροφικής συμπεριφοράς με το Κοινωνικό Κεφάλαιο έδειξε ότι οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α με υψηλή κοινωνικότητα είχαν μεγαλύτερη συνολική ενεργειακή πρόσληψη σε σχέση με την ομάδα Β ( $p = 0,05$ ). Ακόμα, οι ηλικιωμένοι της ομάδας Β με υψηλή κοινωνικότητα είχαν μεγαλύτερη συνολική πρόσληψη υγρών σε σχέση με την ομάδα Α ( $p = 0,05$ ). Ο βαθμός κοινωνικότητας των ηλικιωμένων ήταν μέτριος και δεν διέφερε μεταξύ των δυο ομάδων ( $p = 0,130$ ). Η συνολική πρόσληψη υγρών ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα Β και στα τρία επίπεδα κοινωνικότητας (χαμηλό, μέτριο, υψηλό) σε σύγκριση με την ομάδα Α ( $p < 0,05$ ). Επίσης, όσον αφορά τους επιμέρους παράγοντες του Κοινωνικού Κεφαλαίου η μέση τιμή της κοινωνικότητας του παράγοντα «Συμμετοχή» και του παράγοντα «Οικογένεια και Φίλοι» ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα Α από την ομάδα Β ( $p < 0,05$ ). Μετά από προσαρμογή για διαφορετικούς παράγοντες, σε όλο το δείγμα, αποκάλυψε ότι αύξηση κατά 1 μονάδα του Κοινωνικού Κεφαλαίου σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 10 θερμίδες ενώ αύξηση κατά 1 μονάδα των παραγόντων Κοινωνικού Κεφαλαίου «Εκτίμηση» και «Συμμετοχή»

σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 75 και 35 θερμίδες αντίστοιχα. Αύξηση κατά 1 μονάδα του δείκτη υιοθέτησης Μεσογειακής Διατροφής (MedDietScore) φάνηκε να σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 22 θερμίδες ενώ αύξηση της εκπαίδευσης κατά 1 χρόνο σχετίζεται με αύξηση της υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής. Τέλος, η εμφάνιση ή όχι της παχυσαρκίας στο δείγμα σχετίζεται με τον δείκτη υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής. Όσον αφορά τις δυο ομάδες, αύξηση κατά 1 μονάδα του συνολικού σκορ του Κοινωνικού Κεφαλαίου σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 20 θερμίδες στους ηλικιωμένους της ομάδας Α. **Συμπεράσματα:** Η διεθνής βιβλιογραφία αλλά και η συγκεκριμένη έρευνα μας δείχνει ότι το Κοινωνικό Κεφάλαιο, είτε συνολικά, είτε επί μέρους, σχετίζεται με την διατροφική συμπεριφορά και την πρόσληψη υγρών.

Λέξεις κλειδιά : ΚΑΠΗ, ηλικιωμένοι, διατροφική συμπεριφορά, Κοινωνικό Κεφάλαιο

## ABSTRACT

**Introduction:** Only a few studies are there that have been conducted in Greece and have examined the eating habits of the elderly in relation to social capital. The purpose of this study is to investigate the relationship between social factors to eating behavior and fluid intake between the elderly who are members of Open Care Centres (KAPI) in municipalities of Athens and those who are not. **Methods:** The sample consisted of two groups of 70 people each (men and women) aged over 65 years. Group A was composed of seniors who were members of KAPI in municipalities of Athens such as Petroupoli, Ilion, Egaleo, Kallithea and Zografou. The choice of the KAPI was random and under the license of each municipality. Group B consisted of seniors who were randomly assigned in municipalities of Athens such as Petroupoli, Ilion, Kallithea, Neo Iraklio, Maroussi and Peristeri, Haidari, Paleo Faliro, Zografou and Kamatero. **Results:** The level of adherence to the Mediterranean diet was moderate. Specifically,  $29,77 \pm 3,9$  of the elderly at group A and  $28,59 \pm 4,5$  at group B. The level of sociability of the elderly was moderate. Correlating the feeding behavior with the Social Chapter showed that group A with high sociability had higher total energy intake compare to group B ( $p = 0,05$ ). Further, group B with high sociability had higher total fluid intake in relation to group A ( $p = 0,05$ ). The range of sociability of elderly was moderate and did not have differences between the groups ( $p = 0,130$ ). At all three levels of sociability (low, medium, high) total fluid intake was higher at Group B compared to the group A ( $p < 0,05$ ). Also, regarding individual factors of Social Capital, mean of sociability factor "Participation" and the factor "Family and Friends" was higher at group A than group B ( $p < 0,05$ ). After adjusting due to various factors, the entire sample revealed that an increase of one unit of Social Capital is associated with an increase in total energy by 10 calories and increase of 1 unit of factors Social Capital 'Assessment' and 'Participation' is associated with increased total energy by 75 and 35 calories respectively. An increase by 1 unit pointer adoption Mediterranean Diet (MedDietScore) appeared to be associated with an increase in total energy by 22 calories while increasing education for 1 year is associated with increased adherence to the Mediterranean diet. Finally, the appearance or not of obesity in the sample is associated with the adherence index to the Mediterranean diet. Concerning the two groups, an increase of one unit of the total social capital is associated with an increase in total energy by 20 calories in the group



A, while it seems that women of group A are associated with a negative balance of water intake compared to the elderly of group B. **Conclusions:** The international bibliography and this research show that social capital, whether in a whole or in part, is related to eating behavior and fluid intake.

Keywords: KAPI, elderly, eating behavior, Social Capital

## **A. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **1. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΓΗΡΑΝΣΗ**

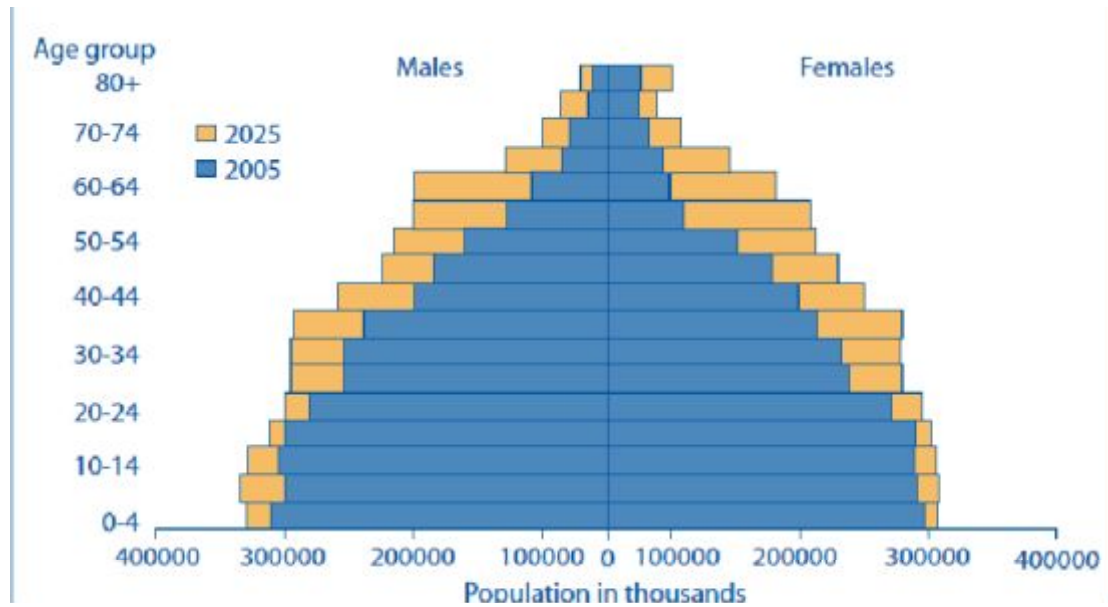
#### **1.1. Ορισμός - Εισαγωγή**

Οι περισσότερες χώρες του κόσμου, κυρίως οι ανεπτυγμένες, έχουν αποδεχθεί τη χρονολογική ηλικία των 65 ετών για να ορίσουν ένα άτομο ως «ηλικιωμένο». Αν και ο ορισμός αυτός είναι κάπως αυθαίρετος, «ηλικιωμένος» είναι εκείνος που η ηλικία του συμπίπτει με την συνταξιοδότηση του. Ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) συμφώνησε πως από τα 60 έτη και άνω ορίζεται ο ηλικιωμένος πληθυσμός. Αν και υπάρχουν κάποιοι ορισμοί του γήρατος, δεν υπάρχει γενική συμφωνία σχετικά με την ηλικία στην οποία ένα άτομο είναι ηλικιωμένο. Από το 1875, στη Βρετανία, ο νόμος περί Friendly Societies, θέσπισε τον ορισμό του γήρατος, ως την «οποιαδήποτε ηλικία μετά τα 50», όμως τα περισσότερα συνταξιοδοτικά συστήματα χρησιμοποιούν την ηλικία των 60 ή 65 ετών [1]. Αντίθετα, ένας τέτοιος ορισμός στην Αφρική για παράδειγμα δεν θα ήταν αρκετά ρεαλιστικός. Αυτό γιατί ο γενικότερος τρόπος ζωής μεταξύ ανεπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών είναι διαφορετικός. Θα μπορούσε σε αυτές τις χώρες να οριστεί ως ηλικία τα 50 ή 55 έτη, αλλά ακόμη και αυτό θα ήταν κάπως αυθαίρετο όπως αναφέρει ο ΟΗΕ. Στις αναπτυσσόμενες χώρες επίσης, οι πραγματικές ημερομηνίες γέννησης είναι συχνά άγνωστες γιατί στην Αφρική δεν έχουν ένα επίσημο αρχείο της ημερομηνίας γέννησής τους. Στον ανεπτυγμένο κόσμο «Η διαδικασία της γήρανσης είναι μια φυσική και βιολογική αλλαγή που είναι πέρα από τον ανθρώπινο έλεγχο». Η ηλικία των 60 ή 65 ετών, συμπίπτει με την ηλικία συνταξιοδότησης στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες και λέγεται ότι είναι η αρχή του γήρατος. Αλλά, σε πολλά μέρη του αναπτυσσόμενου κόσμου, η χρονολογία έχει μικρή ή καθόλου σημασία στην έννοια του γήρατος και αυτό που αποτελεί σημαντικό κριτήριο είναι η σωματική αδράνεια και η μείωση της συμβολής στην καθημερινότητα [2]. Τα αποτελέσματα μελέτης που δημοσιεύθηκε το 1980 παρέχει μια εικόνα για τον ορισμό του γήρατος στις αναπτυσσόμενες χώρες [3]. Η μελέτη διεξήχθη στα τέλη της δεκαετίας του 1970 και περιελάμβανε πολλές περιοχές στην Αφρική. Ο ορισμός καθορίστηκε με βάση τρεις κατηγορίες: 1) την χρονολογία, 2) την αλλαγή κοινωνικού ρόλου (π.χ. αλλαγές στην εργασία, εμμηνόπαυση για τις γυναίκες κ.α και 3) τις αλλαγές στις ικανότητες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η αλλαγή στο κοινωνικό ρόλο είναι το κυρίαρχο μέσο για τον καθορισμό του γήρατος. Αυτά τα αποτελέσματα έρχονται σε αντίθεση με μελέτη που διεξήχθη στη Νιγηρία το

1987 για τις αντιλήψεις τους σχετικά με την έναρξη της τρίτης ηλικίας [4]. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο γενικά αποδεκτός ορισμός ήταν παρόμοιος με δυτικούς ορισμούς του γήρατος. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία για το γεγονός ότι η Ευρώπη γερνάει. Ωστόσο, το γήρας, δεν θα πρέπει να θεωρείται ως μια ασθένεια, αλλά ως μια εξαιρετικά πολύπλοκη προοδευτική διαδικασία που απαιτεί μια νέα προσέγγιση στις κοινωνίες. Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής έχει επίσης σημαντικές συνέπειες για τα συστήματα κοινωνικής προστασίας όπως συμφώνησαν τα κράτη μέλη του Συμβουλίου της Ευρώπης. Στο πλαίσιο αυτό, ένα από τα συμπεράσματα της 2ης Παγκόσμιας Συνέλευσης των Ηνωμένων Εθνών για τη Γήρανση που πραγματοποιήθηκε στη Μαδρίτη το 2002, ήταν ότι τα «ηλικιωμένα άτομα πρέπει να έχουν την ευκαιρία να εργαστούν για όσο διάστημα το επιθυμούν και είναι σε θέση να προσφέρουν ικανοποιητική και παραγωγική εργασία». Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ατόμων στα κράτη μέλη είναι γυναίκες, οι οποίες αποτελούν μια ιδιαίτερα ευάλωτη ομάδα που υφίσταται διακρίσεις με πολλούς τρόπους. Επιπλέον, η ανασφάλεια των ηλικιωμένων γυναικών επιδεινώνεται από την ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη και το χαμηλό εισόδημα τους. Τέλος, η συνέλευση της Μαδρίτης ζήτησε από τα κράτη μέλη της να προβούν στις παρακάτω ενέργειες:

1) όσον αφορά τα συστήματα κοινωνικής προστασίας: να διεξαχθεί συζήτηση σχετικά με τη μεταρρύθμιση των συντάξεων, να ληφθούν τα απαραίτητα μέτρα για να εξασφαλιστεί η χρηματοδότηση και η μακροπρόθεσμη βιωσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής προστασίας (συνταξιοδοτικά συστήματα, υγειονομική περίθαλψη και άλλες κοινωνικές παροχές), έτσι ώστε να αποφευχθεί ο κίνδυνος της οικονομικής εξάρτησης και να επανεξεταστούν προγράμματα κοινωνικής στήριξης για τους ηλικιωμένους. 2) όσον αφορά την απασχόληση των ηλικιωμένων : να αναπτύξουν πολιτικές για την απασχόληση των ηλικιωμένων ατόμων, επιδιώκοντας να παραμείνουν στον ενεργό πληθυσμό, να ενθαρρύνουν τις τοπικές αρχές να αναπτύξουν σχέδια που αποσκοπούν στη συμμετοχή των ηλικιωμένων ατόμων στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και να προωθήσουν την εθελοντική εργασία στους ηλικιωμένους. 3) όσον αφορά την πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη: τη βελτίωση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και να τα καταστήσει προσβάσιμα σε όλους τους ηλικιωμένους, εξασφαλίζοντας ότι λαμβάνουν την κατάλληλη ιατρική φροντίδα, με ιδιαίτερη προσοχή στις διατροφικές ανάγκες τους και να παρέχει ειδική εκπαίδευση για τα άτομα που φροντίζουν ηλικιωμένους στο σπίτι [5].

Στο σχήμα1 απεικονίζεται η πυραμίδα του πληθυσμού το 2005 και το 2025. Παρατηρείται η αύξηση των ποσοστών του ηλικιωμένου πληθυσμού και παράλληλα η μείωση του νεότερου πληθυσμού [6].



**Σχήμα 1.** Παγκόσμια Πυραμίδα Πληθυσμού το 2005 και το 2025

## **2. ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

### **2.1 Φυσιολογικές μεταβολές στην Τρίτη Ηλικία**

Οι αλλαγές που σχετίζονται με την γήρανση επηρεάζουν τα περισσότερα συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού. Για το λόγο αυτό οι διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων εξαρτώνται κυρίως από τις παρακάτω αλλαγές :

#### **1. Νεφρική λειτουργία και ισορροπία υγρών**

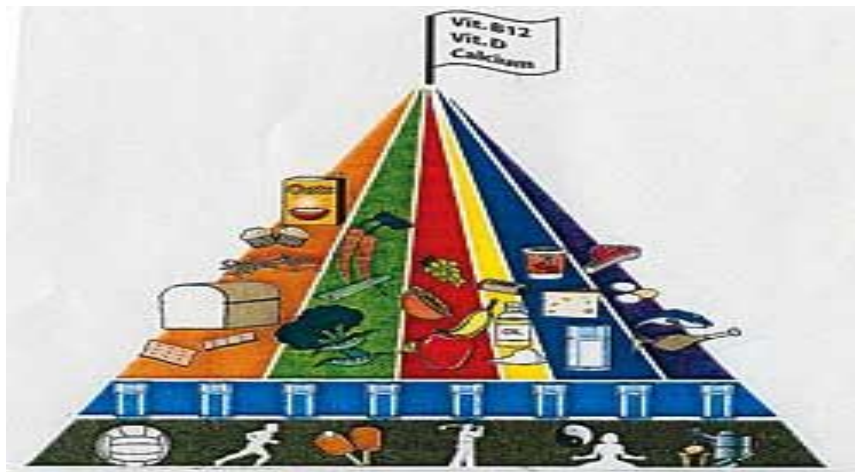
Η αύξηση της ηλικίας προκαλεί ως φυσική μεταβολή την μείωση της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας. Οι νεφροί παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση του όγκου των υγρών του σώματος ενώ από τα νεφρά αποβάλλονται και επαναρροφούνται υγρά, ηλεκτρολύτες και άχρηστες ουσίες (π.χ. φάρμακα) [7]. Η λειτουργία των νεφρών επηρεάζεται από το πέρασμα των χρόνων και για αυτό είναι απαραίτητο να υπάρχει ισοζύγιο μεταξύ της πρόσληψης και αποβολής υγρών μιας και οι ηλικιωμένοι έχουν μειωμένο το αίσθημα της δίψας και προσλαμβάνουν υγρά τις περισσότερες φορές ως απάντηση στη δίψα τους [8]. Τέλος, η μείωση της νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας, καθώς και η πρόσληψη πολλών φαρμάκων και ταυτόχρονα η ύπαρξη ασθενειών προδιαθέτουν τους ηλικιωμένους για υπογλυκαιμία [9].

#### **2. Σύσταση σώματος και φυσική κατάσταση**

Αν ένας ενήλικας έχει συγκεκριμένες διατροφικές συνήθειες και επιλογές τότε είναι πιθανότερο να παραμείνουν και στην Τρίτη ηλικία του [10]. Έχουν εκδοθεί ειδικές διατροφικές συστάσεις για τα άτομα άνω των 70 ετών [11-16]. Η λειτουργία του οργανισμού μειώνεται εξαιτίας μιας συνεχιζόμενης εξασθένησης και μείωσης της μυϊκής μάζας, της μυϊκής δύναμης και παράλληλα της αύξησης της δυσλειτουργίας κάποιων οργάνων (π.χ. αρθρώσεις). Τα παραπάνω επηρεάζουν τους ηλικιωμένους να φέρουν εις πέρας καθημερινές υποχρεώσεις τους με συνέπεια να μειώνεται η ποιότητα ζωής τους. Το γήρας επίσης οδηγεί σε βασικούς περιορισμούς όπως είναι η διατροφή, η αυτοεξυπηρέτηση, το ανέβασμα σκάλας, το λύγισμα του σώματος και πολλά άλλα. Ο βασικός μεταβολικός ρυθμός των ηλικιωμένων πέφτει κατά 10-20% ενώ οι ενεργειακές ανάγκες μειώνονται κατά 3% κάθε δεκαετία. Κάτι τέτοιο έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνονται οι πιθανότητες κινδύνου εμφάνισης παχυσαρκίας.[10,16,17]. Από την άλλη μεριά, η ταυτόχρονη ύπαρξη χρόνιων νοσημάτων και η χρήση φαρμάκων αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για

αλλαγές στο σωματικό βάρος (π.χ. ανορεξία) [18,19]. Η λειτουργική υγεία του ηλικιωμένου ανθρώπου επηρεάζει την επιλογή της τροφής του [10]. Για παράδειγμα, ηλικιωμένοι άνθρωποι με κινητικά προβλήματα, με μειωμένη όραση και ακοή αλλά και μνήμης, είναι λογικό να μην μπορούν να πηγαίνουν στο Σούπερ- Μάρκετ ή στην λαϊκή αγορά [20]. Επιπλέον, δεν υπάρχει η δυνατότητα λόγω της φυσικής τους κατάστασης να μαγειρέψουν, να ασχοληθούν με την προετοιμασία του φαγητού και άρα οι διατροφικές τους επιλογές απευθύνονται κυρίως σε έτοιμα και προ- παρασκευασμένα φαγητά, τα οποία είναι λιγότερο ποιοτικά κυρίως γιατί είναι πλούσια σε λιπαρά και αλάτι [10].

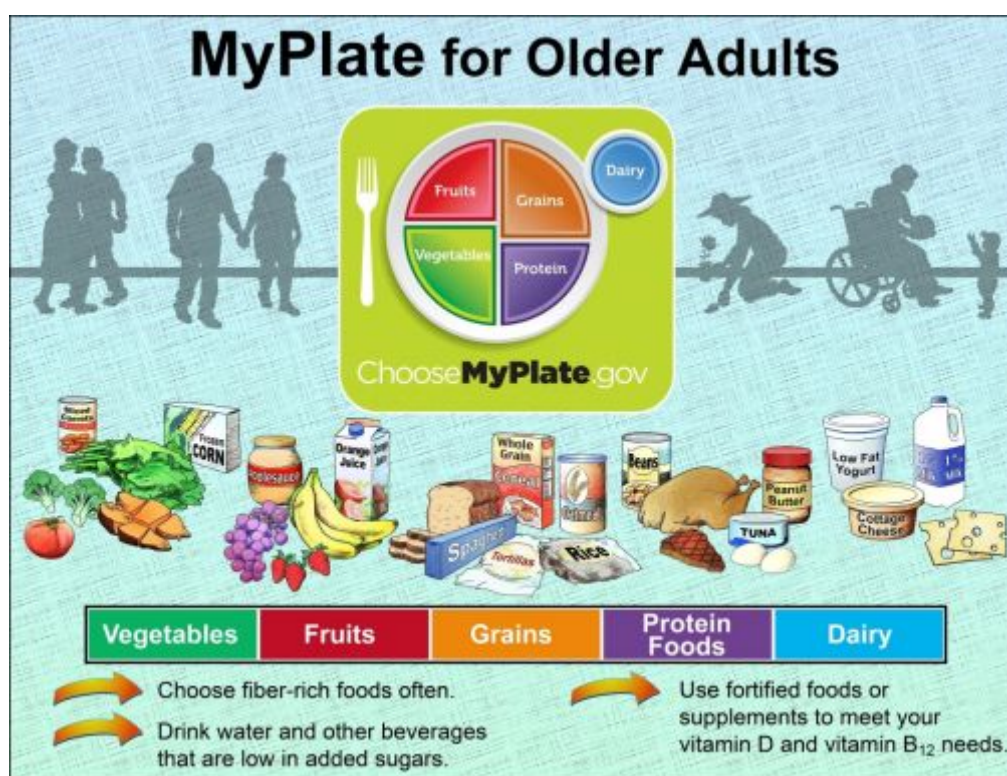
Κάτι εξίσου σημαντικό για την καλή υγεία του ηλικιωμένου, που πολλές φορές παραβλέπεται, είναι η πρόσληψη βιταμινών και ιχνοστοιχείων που μπορεί να μην επαρκούν και αυτό να επηρεάζει την καθημερινότητα των ηλικιωμένων [21-23]. Όπως φαίνεται και στο σχήμα 2 η διατροφική πυραμίδα που αφορούσε το γενικό πληθυσμό προσαρμόστηκε και στις ανάγκες αυτής της ευαίσθητης πληθυσμιακής ομάδας. Η πυραμίδα αυτή έχει όλα τα βασικά χαρακτηριστικά που έχει και η πυραμίδα για τον γενικό πληθυσμό, δηλαδή μια διατροφή πλούσια σε φρούτα, λαχανικά, δημητριακά ολικής αλέσεως, χαμηλής ή καθόλου περιεκτικότητας σε λίπος γαλακτοκομικά προϊόντα, όσπρια, ψάρια και άπαχο κρέας [24-27].



**Σχήμα 2.** Διατροφική Πυραμίδα Ηλικιωμένων

Στη βάση της η πυραμίδα παρουσιάζει τρόπους για να αλλάξουν τον γενικότερο τρόπο ζωής τους και να αυξήσουν τη σωματική τους δραστηριότητα τα ηλικιωμένα άτομα. Η ευεργετικές ιδιότητες της σωματικής δραστηριότητας και για αυτή την

συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα [28-29] είναι πολύ μεγάλη όπως άλλωστε και όλες τις ηλικίες. Αμέσως μετά, βλέπουμε την ανάγκη που υπάρχει προκειμένου τα ηλικιωμένα άτομα να καλύπτουν τις απαιτήσεις τους σε υγρά και όχι μόνο από νερό[30-31]. Πιο πάνω, η πυραμίδα παρουσιάζει επιλογές τροφών από κάθε ομάδα τροφίμων, ενώ η σημαία στην κορυφή της έχει το δικό της ρόλο. Βρίσκεται εκεί για υπενθυμίζει σε ορισμένους ηλικιωμένους ότι λόγω των φυσιολογικών μεταβολών του ανθρώπινου οργανισμού, είναι πιθανό να χρειάζονται συμπληρώματα βιταμινών B-12 και D αλλά και ασβεστίου που δεν προσλαμβάνονται επαρκώς από την καθημερινή διατροφή τους [32]. Το 2011 την διατροφική πυραμίδα των ηλικιωμένων ήρθε να πλαισιώσει το MyPlate για την ίδια ηλικία (σχήμα 3). Περιλαμβάνει τα τρόφιμα που επιλέγονται πιο συχνά από τους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας λόγω ευκολίας της αγοράς, της μάσησης, της κατάποσης και της προετοιμασίας. Υπάρχουν και στοχευόμενα μηνύματα που ενθαρρύνουν την υγιεινή διατροφή και τη φυσική δραστηριότητα ενώ όπως και στην πυραμίδα υπενθυμίζεται η λήψη βιταμινών [33].



**Σχήμα 3.** MyPlate για την Τρίτη Ηλικία

### 3. Γαστρεντερικό σύστημα

Η γεύση και η οσμή αποτελούν τις βασικότερες αισθήσεις του ανθρώπινου οργανισμού. Η ελάττωση της γεύσης και της οσμής αποτελούν φυσιολογικές αλλαγές για έναν ηλικιωμένο και είναι πιο έντονες από την ηλικία των 70 και μετά. [34]. Αρκετοί ηλικιωμένοι εμφανίζουν μειωμένο ενδιαφέρον για το φαγητό και της προετοιμασίας του και αυτό οδηγεί σε μειωμένη ημερήσια θερμιδική πρόσληψη. Τα οδοντικά προβλήματα, η κακή κατάσταση των φυσικών δοντιών αλλά και η τεχνητή οδοντοστοιχία δυσκολεύουν τον ηλικιωμένο στην καθημερινότητα του με αποτέλεσμα η ενεργειακή του πρόσληψη να είναι μικρότερη. Όπως έδειξε μελέτη που πραγματοποιήθηκε το 2010 η περιοδοντική νόσος και η τερηδόνα, αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες για την απώλεια των δοντιών, και σχετίζονται με μειωμένη ενεργειακή πρόσληψη [35]. Η οδοντική φροντίδα έχει αρκετά υψηλό κόστος και για αυτό το λόγο δύσκολα ξεπερνιούνται και ειδικά εν μέσω οικονομικής κρίσης. Δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που παραμελούν την στοματική τους υγιεινή λόγω οικονομικών προβλημάτων. Λόγω οδοντικών προβλημάτων και για να μην υπάρχουν μικρο και μάκρο θρεπτικές ελλείψεις συστήνεται η εφαρμογή μερικών απλών και καθημερινών συμβουλών, όπως το άλεσμα της τροφής, η κατανάλωση μαλακών τροφίμων και τα βρασμένα φρούτα και λαχανικά[36]. Η ξηροστομία επίσης είναι ένα γεγονός που εμφανίζεται πολύ συχνά στους ηλικιωμένους και αυτό συμβαίνει εξαιτίας της μειωμένης έκκρισης σάλιου [37]. Το κατά πόσο η ξηροστομία επηρεάζει την διατροφή του ηλικιωμένου φαίνεται από το γεγονός ότι πολύ συχνά αποκλείουν πολλά τρόφιμα που τους δυσκολεύουν κατά την λήψη τους. Παρόλα αυτά υπάρχουν και μελέτες που δείχνουν την προσαρμογή των ηλικιωμένων, παρά τις δυσκολίες, στη μειωμένη γευστική ικανότητα και την σταδιακή προτίμηση τους σε διατροφικά προϊόντα με χαμηλότερη συγκέντρωση αλατιού [38] ενώ μια άλλη δείχνει ότι μπορεί να αυξήσουν την χρήση μπαχαρικών και αρωματικών ουσιών προκειμένου να βελτιώσουν τη γεύση του τροφίμου [39]. Το γαστρεντερικό σύστημα είναι αρκετά ευάλωτο στους ηλικιωμένους. Ναυτία και δυσκοιλιότητα είναι οι πιο συχνές παρενέργειες του γαστρεντερικού συστήματος καθώς διατροφή και φαρμακευτική αγωγή σχετίζονται άμεσα. Η επίδραση της δυσκοιλιότητας στην ποιότητα της ζωής θα πρέπει να λαμβάνεται σημαντικά υπόψη [40]. Οι ηλικιωμένοι με δυσκοιλιότητα γενικά έχουν εξασθενημένη ποιότητα ζωής, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό [41]. Σε έκθεση του για την διατροφική φροντίδα των ηλικιωμένων, ο ΠΟΥ



επικεντρώνεται στα επιστημονικά στοιχεία υποστηρίζοντας την επίδραση των διατροφικών παραγόντων και άσκησης για την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων. Στο πλαίσιο της έκθεσης, η δυσκοιλιότητα προσδιορίστηκε ως βασικό (και συχνά το μοναδικό) σύμπτωμα μειωμένης ενυδάτωσης [42].

#### **4. Ανοσοποιητικό σύστημα**

Οι λοιμώξεις (ενδονοσοκομειακές και μη) οφείλονται σε μεγάλο βαθμό σε εύθραυστο ανοσοποιητικό σύστημα. Κάτι τέτοιο είναι πολύ συχνό στους ηλικιωμένους [43]. Σύμφωνα με μελέτες που έγιναν σε ομάδες ηλικιωμένων, το ανοσοποιητικό σύστημα ενισχύεται με την λήψη συμπληρωμάτων διατροφής και βιταμινών. Τα πιο χαρακτηριστικά συμπληρώματα βιταμινών που μπορούν να βοηθήσουν στην καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και στην καλύτερη άμυνα του οργανισμού των ηλικιωμένων είναι οι βιταμίνες C, E, B6 [44]. Συμπερασματικά, μια διατροφή που περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε ψευδάργυρο και βιταμίνες B6, C και E μπορεί να προκαλέσει την ευεξία του ανοσοποιητικού συστήματος στην τρίτη ηλικία. Τέτοιες τροφές είναι τα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, τα άπαχα κρέατα, τα θαλασσινά, το ελαιόλαδο, τα φρούτα και τα δημητριακά.

### 3. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

#### 1. Παχυσαρκία

Οι κοινωνικοί και οικονομικοί παράγοντες σαφώς επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού και ειδικά των ηλικιωμένων. Στην κοινωνία μας, τα κύρια αίτια εμφάνισης ασθενειών είναι καταστάσεις που είτε δημιουργούνται είτε ενισχύονται από συμπεριφορές, όπως η παχυσαρκία. Ως γνωστόν ο βασικός δείκτης αξιολόγησης του σωματικού βάρους για όλες τις ηλικιακές ομάδες είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Επίσης, γνωρίζουμε ότι ο ΔΜΣ αποτελεί μια πρώτη εκτίμηση της κατάστασης του σωματικού βάρους και δεν παρέχει τη δυνατότητα να διαχωρίσουμε την λιπώδη από την άλιπη μάζα του σώματος. Ειδικά στους ηλικιωμένους ο ΔΜΣ ως δείκτης αξιολόγησης του βάρους και της λιπώδους μάζας είναι σχεδόν αναξιόπιστος λόγω των αλλαγών που συμβαίνουν στη σύσταση του σώματος με το πέρασμα των χρόνων [45]. Μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Μεξικό με συμμετοχή 883 ηλικιωμένων αντρών και γυναικών έδειξε ότι η σαρκοπενία, δηλαδή η μείωση της μυϊκής μάζας στους ηλικιωμένους, εμφανίζεται πολύ συχνά. Συγκεκριμένα, ο επιπολασμός αυξήθηκε 13-24% σε άτομα ηλικίας κάτω των 70 ετών και > 50% σε άτομα άνω των 80 ετών. Η σαρκοπενία επίσης, σχετίζεται σημαντικά και με την σωματική αναπηρία τόσο στους άνδρες όσο και τις γυναίκες, ανεξάρτητα από την εθνικότητα, την ηλικία, τη νοσηρότητα, την παχυσαρκία, το εισόδημα και τις συμπεριφορές υγείας. [46]. Διαφορές μεταξύ φύλων (άντρες και γυναίκες), το εισόδημα και ο τρόπος ζωής, είναι χαρακτηριστικά της κοινωνίας, τα οποία όταν μελετούνται σε σχέση με την παχυσαρκία μπορούν να δώσουν σημαντικές πληροφορίες για την συχνότητα της εμφάνιση και της αντιμετώπιση της. Στόχος παλαιότερης μελέτης κοορτής ήταν να εξετάσει τον σχετικό κίνδυνο θνητότητας ανεξαρτήτου αιτίας των ηλικιωμένων. Συμμετείχαν 4.677 άνδρες και 4.563 γυναίκες ηλικίας 70-75 ετών. Επιπλέον, συλλέχτηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά (π.χ. ηλικία, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση), τρόπο ζωής (π.χ., κάπνισμα, το αλκοόλ κατανάλωση, άσκηση), και κατάσταση της υγείας. Επίσης, καταγράφηκε η φυσική δραστηριότητα μιας συνήθους εβδομάδας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο κίνδυνος θνησιμότητας ήταν χαμηλότερος για τα υπέρβαρα άτομα. Ο κίνδυνος θανάτου για τους υπέρβαρους συμμετέχοντες ήταν 13% μικρότερος από ό, τι για τους συμμετέχοντες με φυσιολογικό βάρος. Ο κίνδυνος θανάτου ήταν παρόμοιος τόσο για

τους παχύσαρκους όσο και για τους φυσιολογικού βάρους. Επιπλέον αποτελέσματα μετα-ανάλυσης 32 μελετών έδειξαν ότι τα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω οι οποίοι είχαν χαρακτηριστεί ως υπέρβαροι είχαν θνησιμότητα παρόμοια με εκείνη όσων ταξινομήθηκαν ως φυσιολογικοί. Παρά το γεγονός ότι οι γυναίκες βιώνουν χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας για όλες τις κατηγορίες του ΔΜΣ από τους άνδρες, η σχετική επίδραση του ΔΜΣ σε κάθε φύλο ήταν παρόμοια. Η προστατευτική δράση των συμμετεχόντων της άσκηση ήταν πολύ μεγαλύτερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες [47]. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με μια ακόμα μετα-ανάλυση [48]. Στην συγκεκριμένη μετα- ανάλυση συμπεριλήφθησαν 2.880.000 συμμετέχοντες και πάνω από 270.000 θανάτους. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η παχυσαρκία, ανεξαρτήτου βαθμού συσχετίστηκε με σημαντικά υψηλότερη θνησιμότητα (18%) από κάθε αιτία σε σχέση με το φυσιολογικό βάρος.

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων είναι δυνατό να επηρεαστούν μέσω και της κοινωνικής ενίσχυσης.

## **2. Μορφωτικό επίπεδο και εισόδημα**

Οι αλλαγές στο εισόδημα, ειδικά σε καιρούς κρίσης όπως σήμερα, είναι μεγάλες στους ηλικιωμένους. Αυτό έχει ως συνέπεια τον περιορισμό υγιεινών επιλογών. Τα χρόνια εκπαίδευσης και το ετήσιο εισόδημα καθορίζουν τις διατροφικές επιλογές. Παράγοντες όπως είναι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο , τα οικονομικά προβλήματα, η παραμονή σε ίδρυμα ή νοσοκομείο, η διαμονή χωρίς σύντροφο , η χηρεία και η παρουσία κατάθλιψης επηρεάζουν την διατροφική συμπεριφορά των ηλικιωμένων. Για παράδειγμα , το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο έχει ως αποτέλεσμα πολλοί ηλικιωμένοι να μην γνωρίζουν ποιες είναι οι σωστές και υγιεινές επιλογές που πρέπει να κάνουν αλλά και ποιος ο κατάλληλος τρόπος συντήρησης του τροφίμου. Κάτι τέτοιο οδηγεί τους ενήλικες της Τρίτης ηλικίας σε λιγότερο υγιεινή διατροφή και σε ανεπαρκή πρόσληψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών. Σε ανασκόπηση μελετών που δημοσιεύτηκαν από το 1985 έως το 1999 σε 15 Ευρωπαϊκές χώρες αξιολογήθηκε η κατανάλωση φρούτων και λαχανικών σε σχέση με την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση ενηλίκων ηλικίας 18-85 ετών. Η υψηλότερη κοινωνικό-οικονομική κατάσταση σχετίστηκε με μεγαλύτερη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών τόσο σε άντρες όσο και σε γυναίκες σε σχέση με το χαμηλό επίπεδο. Και

ακόμα πως το χαμηλό κοινωνικό- οικονομικό προφίλ σχετίζεται με πιο ανθυγιεινό πρότυπο διατροφής [49] ωστόσο όπως αναφέρεται και στην ανασκόπηση δεν σημαίνει πως άτομα με μεγαλύτερη οικονομική δυνατότητα είχαν γενικότερα καλύτερες διατροφικές επιλογές. Τα οικονομικά προβλήματα των ηλικιωμένων οδηγούν σε σημαντικές διατροφικές ελλείψεις με αποτέλεσμα ο κίνδυνος υποσιτισμού να είναι πολύ συχνός [50]. Το κόστος, η δυνατότητα πρόσβασης και η γνώση σχετικά με τα τρόφιμα που είναι υγιεινά και λιγότερο υγιεινά, είναι οι παράγοντες που εμποδίζουν τους ηλικιωμένους να πετύχουν μια ισορροπημένη διατροφή. Επίσης, τα πιο θερμιδογόνα τρόφιμα με τα λιγότερο θρεπτικά συστατικά έχουν χαμηλότερο κόστος γεγονός που κάνει την πρόσβαση και την επιλογή πιο εύκολη. Ο χρόνος που απαιτείται για την χρήση φρέσκων τροφίμων τελικά αυξάνουν την κατανάλωση έτοιμου και γρήγορου φαγητού το οποίο μάλιστα τις περισσότερες φορές είναι και πιο θερμιδογόνο [51]. Ακόμα, η περιοχή διαμονής και κατοικίας αποτελεί παράγοντα που σχετίζεται με την κατανάλωση λιγότερο καλών επιλογών. Οι ηλικιωμένοι που ζουν σε περιοχές χαμηλότερου οικονομικού επιπέδου εμφανίζουν συχνότερα ασθένειες που σχετίζονται με την διατροφή (π.χ. καρδιαγγειακά νοσήματα, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 κ.α). Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός πως περιοχές χαμηλού εισοδήματος έχουν λιγότερα αλλά και μικρότερα σημεία πρόσβασης τροφίμων σε σχέση με περιοχές υψηλότερου εισοδήματος.

### **3. Υποθρεψία**

Ως υποθρεψία ορίζεται η κακή θρέψη που χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή πρόσληψη πρωτεΐνης, ενέργειας και ιχνοστοιχείων. Η υποθρεψία είναι συχνό χαρακτηριστικό της γήρανσης μιας και η σύσταση του σώματος μεταβάλλεται σε μεγάλο βαθμό. Η μυϊκή μάζα μειώνεται ενώ αυξάνεται το ποσοστό λίπους του σώματος. Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα (πίνακας 1), οι παράγοντες που επηρεάζουν την υποθρεψία είναι :[52].

<b>Φυσιολογικοί</b>	<p>Ανορεξία</p> <p>Μειωμένη γεύση και οσμή</p> <p>Κακή στοματική υγεία</p> <p>Δυσφαγία</p> <p>Τροποποιημένες δίαιτες</p> <p>Πρόωρος κορεσμός</p> <p>Περιορισμός άσκησης</p> <p>Ακούσια απώλεια βάρους</p> <p>Μείωση μυϊκής μάζας</p>
<b>Κοινωνικοί</b>	<p>Οικονομικός περιορισμός, φτώχεια</p> <p>Περιορισμένη γνώση και δεξιότητες σε τρόφιμα, διατροφή και μαγειρική</p> <p>Κοινωνική απομόνωση, μοναξιά</p> <p>Μειωμένη κινητικότητα</p> <p>Περιοριστικές δίαιτες (π.χ.. Χορτοφάγους, χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά)</p> <p>Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ</p>
<b>Ιατρικοί</b>	<p>Πολυφαρμακία</p> <p>Λοιμώξεις</p> <p>Κατάγματα</p> <p>Άνοια</p> <p>Κατάθλιψη</p>

**Πίνακας 1.** Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση υποθρεψίας

Η εκτίμηση της υποθρεψίας γίνεται με βάση έξι χαρακτηριστικά: την μεταβολή του βάρους, την αλλαγή στη σίτιση (μείωση της προσλαμβανόμενης τροφής), απώλεια μυϊκής μάζας, γαστρεντερικές διαταραχές, μείωση της φυσικής ικανότητας, εμφάνιση φλεγμονής ενώ σε ηλικιωμένους άνω των 65 σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα θανάτου [53].

## **4. ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΥΓΡΩΝ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

### **A. Νερό**

Η επαρκής ενυδάτωση του ανθρώπινου οργανισμού είναι σημαντική σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας του. Νερό απαιτείται για την πέψη, την απορρόφηση, την θερμορύθμιση, και δρα ως διαλύτης για τα θρεπτικά συστατικά. Το ποσοστό νερού στον οργανισμό, στους ηλικιωμένους, κυμαίνεται περίπου στο 55% [54,55]. Οποιαδήποτε ανισορροπία στην πρόσληψη υγρών θα προκαλέσει την μη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού είτε αυτός ασκείται είτε όχι. Οι συστάσεις της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφαλείας Τροφίμων (EFSA), που αφορούν στην επαρκή ημερήσια πρόσληψη νερού από όλες τις πηγές, ανέρχονται περίπου στα 2 λίτρα για τις γυναίκες και στα 2,5 λίτρα για τους άνδρες. Το 20 – 25% της σύστασης καλύπτεται συνήθως από στερεά τρόφιμα, κυρίως φρούτα και λαχανικά και το 75 – 80% από ροφήματα όπως καθαρό νερό, αρωματικό νερό, γάλα, χυμούς, αναψυκτικά, καφέ, τσάι και αλκοολούχα ροφήματα. Το νερό μπορεί να περιέχει διαφορετικές συγκεντρώσεις ασβεστίου και μαγνησίου, τα οποία συμβάλλουν στην επίτευξη της συνιστώμενης διαιτητικής πρόσληψης αυτών των μετάλλων. Η επαρκής πρόσληψη υγρών και νερού μπορεί να συμβάλει τόσο στην ψυχική υγεία αλλά και όπως φαίνεται από μελέτες, στην μείωση του κινδύνου από διάφορους τύπους καρκίνου όπως της ουροδόχου κύστης και του μαστού [56]. Τέλος, η ξηροστομία, η κακοσμία και η ατονία είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά της αφυδάτωσης. Συν τοις άλλοις, η αφυδάτωση μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο των λοιμώξεων του ουροποιητικού συστήματος, πέτρα στα νεφρά κ.α.

### **B. Αφεψήματα**

#### **1. Καφές – Καφεΐνη**

Ο καφές αναμφισβήτητα αποτελεί μια καθημερινή και αγαπημένη συνήθεια των ηλικιωμένων. Η καφεΐνη (1,3,7- τριμέθυλοξανθίνη) είναι ένα αλκαλοειδές που υπάρχει στους κόκκους καφέ και ενεργεί ως διεγερτικό του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) με χαρακτηριστικότερα αποτελέσματα την καταπολέμηση της υπνηλίας, της κόπωσης και την ενίσχυση της εγρήγορσης [57] ενώ είναι δημοφιλής και για τις αντιοξειδωτικές του ιδιότητες. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Ικαρία, σε ηλικιωμένους ηλικίας 69-81 χρονών φάνηκε καλύτερη καρδιαγγειακή υγεία σε όσους καταλάωναν έως 3 φλιτζάνια την ημέρα σε σχέση με αυτούς που δεν

κατανάλωναν καθόλου [58]. Μετα-ανάλυση του 2013 που περιελάμβανε 13 μελέτες και αφορούσε 901.764 από την Κίνα ηλικίας 65 ετών και άνω έδειξε ότι στα άτομα που κατανάλωναν 3 φλιτζάνια καφέ ημερησίως μειωνόταν ο κίνδυνος εμφάνισης νευροεκφυλιστικής διαταραχής (Πάρκινσον) κατά 28%. Η ίδια μετα- ανάλυση έδειξε επίσης ότι για κάθε 2 παραπάνω φλιτζάνια καφέ ο κίνδυνος εμφάνισης Πάρκινσον μειωνόταν κατά 17% [59].

## **2. Τσάι**

Το τσάι θεωρείται ότι έχει σημαντική επίδραση στην υγεία. Σήμερα αρκετοί ερευνητές έχουν επικεντρώσει το ερευνητικό τους ενδιαφέρον στην κατανάλωση τσαγιού και στην πρόληψη και αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών και ειδικά του καρκίνου. Παρότι τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντικρουόμενα, παρόλα αυτά σε πειραματικό στάδιο έχει φανεί η επίδραση της κατανάλωσης τσαγιού, κυρίως πράσινου, στην πρόληψη του καρκίνου [60]. Γνωρίζουμε ότι οι πειραματικές μελέτες βρίσκονται στο χαμηλό επίπεδο των ισχυρισμών των ενδείξεων και για αυτό έχουν γίνει αρκετές επιδημιολογικές μελέτες που αφορούσαν τη σχέση της κατανάλωσης τσαγιού με τον κίνδυνο ανάπτυξης διαφόρων τύπων καρκίνου. Μελέτες συσχέτισαν την κατανάλωση τσαγιού με τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου [61, 62], μαστού [63], ωθηκών [64], προστάτη [65,66,67] και πνεύμονα [68,69]. Τα αντικρουόμενα αυτά αποτελέσματα πιθανόν να οφείλονται στις διαφορές ως προς το είδος του τσαγιού (πράσινο ή μαύρο), τον τρόπο κατανάλωσης (ζεστό ή κρύο) και παράγοντες που σχετίζονται με τον γενικότερο τρόπο ζωής. Τέλος, σε μελέτη που έγινε στην Κίνα και σε πολλές περιοχές της, σε 9.093 ηλικιωμένους από 80 ετών και άνω η κατανάλωση τσαγιού σχετίστηκε με 10 % χαμηλότερο κίνδυνο θνησιμότητας μετά από προσαρμογή για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση καθώς και την κατάσταση της υγείας. Παρόμοια ποσοστά φάνηκαν και όταν στην μελέτη εισχώρησαν άτομα ηλικίας 60 ετών και πάνω [70].

## 5. ΚΕΝΤΡΑ ΑΝΟΙΧΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΚΑΠΗ)

Μαζί με τα παιδιά, αποτελούν την πιο ευαίσθητη ηλικιακή ομάδα και για αυτό το λόγο η κοινωνική προστασία τους θα πρέπει να απασχολεί τις κυβερνήσεις όλων των χωρών. Πολιτικές διαφύλαξης των δικαιωμάτων τους έχουν αναπτυχθεί και στην χώρα μας εδώ και αρκετά χρόνια με πιο χαρακτηριστική τα ΚΑΠΗ (Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων). Σύμφωνα με το νόμο προβλέπεται η ετήσια επιχορήγηση τους. Λόγω έλλειψης χρημάτων και κατ' επέκταση και προσωπικού οι υπηρεσίες των ΚΑΠΗ είναι λιγότερες σε σχέση με αυτές που ορίζονται από την νομοθεσία. Μέλη των ΚΑΠΗ εγγράφονται άντρες και γυναίκες ηλικίας άνω των 60 ετών ή που να έχουν συνταξιοδοτηθεί ανεξαρτήτου ηλικίας, που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας του ΚΑΠΗ, ανεξάρτητα από την οικονομική τους κατάσταση. Ο αριθμός των μελών του ΚΑΠΗ πρέπει να είναι τέτοιος προκειμένου να δικαιολογεί τον κοινωνικό του χαρακτήρα. Για την εγγραφή τους τα μέλη πληρώνουν μια μικρή που κυμαίνεται μεταξύ 3-5 €

**Σκοπός** των ΚΑΠΗ σύμφωνα με το Π.Δ. 329/89 είναι :

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- Η διαφώτιση και η συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- Η έρευνα σχετικών θεμάτων με τους ηλικιωμένους

**Στόχος** των ΚΑΠΗ επίσης είναι η ενεργή συμμετοχή των ηλικιωμένων στα δρώμενα προκειμένου να νιώθουν και οι ίδιοι ενεργοί πολίτες.

**Οι βασικές υπηρεσίες** που παρέχουν τα ΚΑΠΗ είναι η ψυχαγωγία (π.χ. εκδρομές, κατασκηνώσεις, εκδηλώσεις, θεατρικές ομάδες κτλ), η παροχή υπηρεσιών (π.χ. γυμναστική, φυσικοθεραπεία κτλ) και η ενημέρωση (π.χ. ομιλίες με ιατρικό και όχι μόνο ενδιαφέρον)

Ακόμα, τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται από κάποιες βασικές ειδικότητες και υπηρεσίες υγείας προκειμένου να μπορεί να έχει όφελος η λειτουργία τους. Αυτές είναι:

- Κοινωνικό Λειτουργό ή επισκέπτη υγείας
- Φυσικοθεραπευτή
- Εργοθεραπευτή



- Ιατρό αποκατάστασης ή γηριατρικής
- Νοσηλεύτρια
- Οικογενειακή βοηθό

Πλέον σε αρκετούς δήμους λειτουργούν και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) για να εξυπηρετήσουν ηλικιωμένους που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (λόγω κινητικών δυσκολιών, άνοια κ.λ.π.) και των οποίων το οικογενειακό τους περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Τέλος, ο θεσμός των ΚΑΠΗ άρχισε να λειτουργεί το 1979 και σήμερα, στα πλαίσια της τοπικής αυτοδιοίκησης, λειτουργούν περισσότερα από 370 ΚΑΠΗ σε όλη την Ελλάδα, από τα οποία όμως το 1/3 δεν λειτουργούν κανονικά λόγω έλλειψης προσωπικού και χρηματοδότησης [71].

#### **ΕΡΕΥΝΕΣ ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΘΕΙ ΣΕ ΚΑΠΗ ΤΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Παρότι έχουν γίνει αρκετές μελέτες στη χώρα μας που εξετάζουν το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ των ηλικιωμένων σε σχέση με την διατροφική συμπεριφορά και την εμφάνιση νοσημάτων ωστόσο λίγα είναι τα ερευνητικά δεδομένα που υπάρχουν στην χώρα μας σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων οι οποίοι ήταν μέλη των ΚΑΠΗ σε σχέση με τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους [72]. Σε δείγμα που αποτελούνταν από 324 ηλικιωμένους (175 άνδρες και 149 γυναίκες), ηλικίας 70 ετών και άνω και πραγματοποιήθηκε σε 16 ΚΑΠΗ της χώρας μας οι διατροφικές συνήθειες φάνηκαν να είναι πολύ κοντά στο πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής. Περίπου 6 στους 10 κατανάλωνε ψωμί περισσότερο από μια φορά την ημέρα και μόνο το 7% δεν χρησιμοποιούσε ελαιόλαδο ενώ η κατανάλωση light γαλακτοκομικών προϊόντων ήταν πολύ μικρή. Η κατανάλωση ξένων τυριών ήταν μικρή και αυτό πιθανότατα να οφείλεται στο γεγονός ότι δεν υπήρχαν ή δεν ήταν διαθέσιμα στην ελληνική αγορά. Όσον αφορά τη λειτουργική υγεία, το 71% των ανδρών και το 61% των γυναικών είχαν κινητικά προβλήματα, προβλήματα οδοντικής υγείας αναφέρθηκε από το 68% του δείγματος, και ο βαθμός συνεννόησης ήταν αρκετά καλός. Οικονομικές δυσκολίες ανέφερε το 20% του δείγματος γεγονός που δείχνει ότι παρότι η οικονομική κατάσταση ήταν σαφώς καλύτερη από τη

σημερινή, ωστόσο υπήρχε σημαντικό μέρος των ηλικιωμένων με μειωμένο εισόδημα. Επομένως, υπάρχει ένα ερευνητικό κενό για την διατροφική κατάσταση των ηλικιωμένων που είναι μέλη των ΚΑΠΗ. Αυτό αποτελεί σημαντικό έναυσμα για επιπλέον μελέτη μιας και οι χώροι των ΚΑΠΗ ενδείκνυται για να μελετήσουμε τον συγκεκριμένο πληθυσμό.

## **B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Λίγες είναι οι μελέτες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί στον ελλαδικό χώρο και έχουν εξετάσει τις διατροφικές συνήθειες των ηλικιωμένων ατόμων σε σχέση με το κοινωνικό κεφάλαιο. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικών παραγόντων με την διατροφική συμπεριφορά και την πρόσληψη υγρών στους ηλικιωμένους που είναι μέλη των ΚΑΠΗ και η σύγκριση τους με εκείνους που δεν είναι μέλη.

### **ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ- ΔΕΙΓΜΑ**

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης αναδρομικής μελέτης που έχει ως σκοπό να συσχετίσει το Κοινωνικό Κεφάλαιο με τη διατροφική συμπεριφορά και την πρόσληψη υγρών. Το δείγμα αποτελούνταν από δυο γκρουπ των 70 ατόμων το καθένα (άντρες και γυναίκες) ηλικίας άνω των 65 ετών. Η **ομάδα Α** αποτελούνταν από ηλικιωμένους που ήταν μέλη ΚΑΠΗ σε δήμους της Αθήνας όπως η Πετρούπολη, το Ίλιον, το Αιγάλεω, η Καλλιθέα και ο Ζωγράφου. Η επιλογή των ΚΑΠΗ έγινε τυχαία και μετά από σχετική άδεια του κάθε δήμου. Το **ομάδα Β** αποτελούνταν από ηλικιωμένους που επιλέχθηκαν τυχαία σε δήμους της Αθήνας όπως η Πετρούπολη, το Ίλιον, η Καλλιθέα, το Νέο Ηράκλειο, το Μαρούσι και το Περιστερί, το Χαϊδάρι, το Παλαιό Φάληρο, ο Ζωγράφου και το Καματερό.

Οι πληροφορίες συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ποσοτικοποιημένα ερωτηματολόγια για την συλλογή των διατροφικών και συμπεριφορικών πληροφοριών και ερωτηματολόγια σχετικά με το Κοινωνικό Κεφάλαιο και την Υγεία-Ευημερία. Όλα τα δεδομένα παρέμειναν εμπιστευτικά, ενώ πριν την κάθε συνέντευξη, οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί για τους σκοπούς και τις διαδικασίες της μελέτης και υπέγραψαν μια συγκατάθεση συμμετοχής.

### **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως Μέση Τιμή ± Τυπική Απόκλιση.

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται με την μορφή συχνοτήτων ή επιπολασμού. Η σύγκριση των εξαρτημένων μεταβλητών μεταξύ των ομάδων έγινε με την χρησιμοποίηση του t-test για τις κανονικά κατανομημένες. Οι συσχετίσεις μεταξύ των κατηγορικών μεταβλητών εξετάστηκαν με το Pearson's chi-square test.

Η γραμμική παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για την συσχέτιση του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την διατροφική συμπεριφορά και πρόσληψη υγρών αφού προσαρμόστηκαν για ποικίλους συγχυτικούς παράγοντες. Το  $p < 0,05$  ορίστηκε για να εκτιμηθεί η στατιστική σημαντικότητα. Οι εξαρτημένες μεταβλητές ακολουθούν ή τείνουν να ακολουθούν την κανονική κατανομή γι' αυτό πραγματοποιήθηκε Γραμμική Παλινδρόμηση. Όλες οι αναλύσεις έγιναν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS version 20 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)

## **ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ**

Οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν συμπεριελάμβαναν: βασικά δημογραφικά και γενικά στοιχεία όπως η ηλικία, το φύλο, το ετήσιο εισόδημα, τα έτη σπουδών, η οικογενειακή τους κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών, το επάγγελμα και το αν διαθέτουν αυτοκίνητο ή κάποιο άλλο τροχοφόρο. Δηλώθηκαν επίσης και ανθρωπομετρικά στοιχεία όπως το βάρος (kg) και το ύψος (cm), ενώ ρωτήθηκαν και για το αν καπνίζουν και για αν πάσχουν από κάποια προβλήματα υγείας όπως το σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση κτλ όπως φαίνεται και παρακάτω.

Η φυσική δραστηριότητα αποτιμήθηκε χρησιμοποιώντας μια μικρότερη έκδοση (Short) του ερωτηματολογίου διεθνούς φυσικής δραστηριότητας (IPAQ) [73] και το οποίο αναφερόταν στις τελευταίες 7 ημέρες και περιελάμβανε δύο επίπεδα φυσικής δραστηριότητας (έντονη και μέτρια) και τη διάρκεια της ενώ ρωτήθηκαν και για τις ημέρες και τα λεπτά που περπάτησαν αλλά και για τις ώρες που παρέμεναν καθισμένοι μέσα στην ημέρα χωρίς να συμπεριλαμβάνεται ο ύπνος. Με τη βοήθεια του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου αποτιμήθηκαν η συχνότητα (φορές/ εβδομάδα), η διάρκεια (λεπτά φυσικής δραστηριότητας) και η ένταση της δραστηριότητας κατά την πραγματοποίηση αθλημάτων, ενασχολήσεων ή δραστηριοτήτων που γίνονται τον ελεύθερο χρόνο. Οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν ως μη δραστήριοι, ελάχιστα δραστήριοι, και ως φυσικά δραστήριοι HEPA (Health Enhancing Physical Activity). Να σημειωθεί πως έγινε γνωστό στους συμμετέχοντες να αναφέρουν δραστηριότητες οι οποίες διαρκούσαν το λιγότερο 10 λεπτά, και αυτό γιατί τα 10 λεπτά θεωρούνται το μικρότερο όριο που απαιτείται για την επίτευξη ενός υγιούς οφέλους. Τα κριτήρια που χρησιμοποιήθηκαν για την κατάταξη των συμμετεχόντων ήταν τα ακόλουθα και καθορίστηκαν με τη χρησιμοποίηση των μεταβολικών ισοδυνάμων (METs).

A) Ως HEPA δραστήρια κατηγοριοποιήθηκαν όσοι είχαν τα ακόλουθα

κριτήρια: 1) έντονης έντασης δραστηριότητα το λιγότερο για 3 μέρες την εβδομάδα η οποία να αντιστοιχεί το λιγότερο σε 1500 METminutes/ εβδομάδα ή 2) 7 ή περισσότερες μέρες οποιουδήποτε συνδυασμού περπατήματος, μέτριας έντασης ή έντονης έντασης δραστηριότητα η οποία να αντιστοιχεί το λιγότερο σε 3000 MET-minutes/εβδομάδα.

B) Ως ελάχιστα δραστήριοι, κατηγοριοποιήθηκαν όσοι είχαν τα ακόλουθα κριτήρια:

1) 3 ή περισσότερες μέρες έντονης δραστηριότητας διάρκειας το λιγότερο 20 λεπτών την ημέρα, 2) 5 ή περισσότερες μέρες έντονης διάρκειας δραστηριότητα ή περπάτημα το λιγότερο 30 λεπτά την ημέρα, ή 3) 5 ή περισσότερες μέρες οποιουδήποτε συνδυασμού περπατήματος, μέτριας ή έντονης έντασης δραστηριότητες οι οποίες να αντιστοιχούν το λιγότερο σε 600 MET-minutes/εβδομάδα.

Γ) Τέλος, ως μη δραστήρια ταξινομήθηκαν τα άτομα που δεν παρουσίαζαν κανένα από τα κριτήρια για να ταξινομηθούν σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες.

Το MedDietScore που χρησιμοποιήθηκε είναι ένας διατροφικός δείκτης ο οποίος δημιουργήθηκε με στόχο την αποτίμηση της υιοθέτησης της μεσογειακής διαίτας.

Ο MedDietScore διαθέτει έντεκα συνιστώσες:

- Δημητριακά ολικής αλέσεως (π.χ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, κλπ)
- Πατάτες
- Φρούτα και χυμούς
- Λαχανικά και σαλάτες
- Όσπρια
- Ψάρια και σούπες
- Κόκκινο κρέας και τα προϊόντα του
- Πουλερικά
- Πλήρη σε λιπαρά γαλακτοκομικά
- Ελαιόλαδο στην καθημερινή μαγειρική
- Πρόσληψη αλκοόλ

Για να αποτιμηθεί το επίπεδο προσαρμογής στη Μεσογειακή Διατροφή χρησιμοποιήθηκε το MEdDietScore, με κλίμακα 0-55 [74]. Συγκεκριμένα, για την κατανάλωση τροφίμων που βρίσκονται κοντά στο διαιτητικό πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής καταγράφονταν σκορ από 0 έως 5 όταν ο συμμετέχων ανέφερε καθόλου ή καθημερινή κατανάλωση, αντίστοιχα. Από την άλλη μεριά, για την κατανάλωση τροφίμων που βρίσκονται μακριά από την Μεσογειακή Διατροφή

(όπως το κρέας και τα προϊόντα αυτού) καταγράφονταν τα αντίθετα σκορ, δηλαδή 0 όταν ένας συμμετέχων ανέφερε σχεδόν καθημερινή κατανάλωση και 5 για τη σπάνια ή καθόλου κατανάλωση. Όσο αφορά την κατανάλωση αλκοόλ, το σκορ 5 σημειωνόταν όταν το άτομο ανέφερε κατανάλωση λιγότερη των 3 ποτηριών κρασιού την ημέρα, ενώ το σκορ 0 για την καθόλου κατανάλωση ή την κατανάλωση περισσότερων από 7 ποτηριών κρασιού ανά ημέρα. Επιπρόσθετα, τα σκορ 4,3,2 και το 1 σημειώνονταν για την πρόσληψη 3,4-5,6 και 7 ποτηριών κρασιού την ημέρα. οι υψηλότερες τιμές σε αυτό το διατροφικό σκορ υποδεικνύουν μεγαλύτερη προσκόλληση στην Μεσογειακή Διατροφή. Το επίπεδο προσαρμογής στη Μεσογειακή διατροφή αποτιμήθηκε ως το κλάσμα του μέσου σκορ διαιρούμενο με το 55 το οποίο είναι το συνολικό πιθανό συλλεγόμενο σκορ (π.χ MedDietScore / 55 x 100%).

Στη συνέχεια, έγιναν ερωτήσεις σχετικά με την προμήθεια των τροφίμων από τα ηλικιωμένα άτομα, με την καλλιέργεια τροφίμων όπως τα φρούτα και τα λαχανικά, το κρέας και τα γαλακτοκομικά ενώ ερωτήθηκαν και για το ποιος ασχολείται με τα ψώνια και πόσα άτομα μαγειρεύετε φαγητό μαζί με τους ίδιους. Τέλος, ερωτήθηκαν από τι επηρεάζεται η διατροφή τους (π.χ. προβλήματα υγείας ή οικονομικά προβλήματα κτλ) αλλά και από τι η πρόσληψη υγρών τους (π.χ. συχνοουρία, δυσκολία στην προμήθεια νερού, αναπνευστικών κτλ)

Για την αξιολόγηση των διαιτητικών συνηθειών χρησιμοποιήθηκε ένα ημι-ποσοτικοποιημένο ερωτηματολόγιο συχνότητας τροφίμων που περιελάμβανε 63 είδη τροφίμων προσαρμοσμένο από το επικυρωμένο ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων που χρησιμοποιήθηκε στην μελέτη ATTICA [75]. Οι συμμετέχοντες δήλωναν τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων της ποσότητας που αναγραφόταν στο ερωτηματολόγιο με τις εξής κλίμακες: ποτέ/ σπάνια, 1-3 φορές / μήνα, 1-2 φορές/ εβδομάδα, 3-6 φορές/ εβδομάδα, 1 φορά την ημέρα και  $\geq 2$  φορές την ημέρα. Για την αξιολόγηση της πρόσληψης των υγρών ρωτήθηκαν για τον τρόπο που καταναλώνουν νερό (με ποτήρι ή μπουκάλι) και απάντησαν σε σχετικό ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της κατανάλωσης των υγρών. Οι συμμετέχοντες δήλωναν τη συχνότητα κατανάλωσης υγρών και της ποσότητας τους που αναγραφόταν στο ερωτηματολόγιο με τις εξής κλίμακες: ποτέ/ σπάνια, 1-2 φορές/ εβδομάδα, 3-6 φορές/ εβδομάδα, 1-2 φορές την ημέρα 3-4 φορές την ημέρα και  $\geq 5$  φορές την ημέρα. Το νερό από τα στερεά τρόφιμα αλλά και τα υγρά υπολογίστηκαν με βάση τα δεδομένα του USDA [76]. Η αποβολή ιδρώτα τόσο για φυσιολογικές

συνθήκες όσο και για συνθήκες άσκησης αξιολογήθηκε με κλίμακα από 1-10. Η εκτίμηση της αποβολής των υγρών μέσω του ιδρώτα υπολογίστηκε ως εξής: **1)** Για την έντονη άσκηση το 1 αντιστοιχούσε σε 1000ml νερού την ώρα και το 10 σε 2000ml. Αναλογικά υπολογίστηκαν και οι ενδιάμεσες κλίμακες **2)** Για άσκηση μέτριας έντασης το 1 αντιστοιχούσε σε 400ml την ώρα και το 10 σε 700ml. Αναλογικά υπολογίστηκαν και οι ενδιάμεσες κλίμακες. **3)** Για ήπιας έντασης άσκησης το 1 αντιστοιχούσε σε 200ml την ώρα και το 10 σε 400ml. Αναλογικά υπολογίστηκαν και οι ενδιάμεσες κλίμακες. Τέλος, για την καθιστική ζωή το 1 αντιστοιχούσε σε 0,01ml και το 10 σε 0,02ml. Και εδώ οι ενδιάμεσες κλίμακες υπολογίστηκαν αναλογικά.

Η αποβολή των υγρών μέσω των ούρων υπολογίστηκε με μια πενταβάθμια κλίμακα και πιο συγκεκριμένα από μια φορά την ημέρα έως περισσότερες από δέκα. Έτσι, η συχνότητα πολλαπλασιάστηκε με έναν συντελεστή όπου το 1 αντιστοιχούσε σε 600ml νερού την ημέρα και το 10 σε 3000ml. Αναλογικά υπολογίστηκαν και οι ενδιάμεσες κλίμακες. Με τον ίδιο τρόπο υπολογίστηκε και η αποβολή των υγρών μέσω των κοπράνων. Το 1 αντιστοιχούσε σε 200ml την ημέρα και το 10 σε 50ml ενώ αναλογικά υπολογίστηκαν και οι ενδιάμεσες κλίμακες [77].

Το Κοινωνικό Κεφάλαιο μελετάται πολύ συχνά στις επιστήμες υγείας καθώς δρα θετικά σε αποτελέσματα που αφορούν την υγεία. Το κοινωνικό κεφάλαιο επηρεάζει θετικά πολλές εκβάσεις που αφορούν στην υγεία, όπως τους δείκτες θνησιμότητας, τα ποσοστά καρδιαγγειακών νοσημάτων, την ικανοποίηση από τη ζωή, το εκτιμώμενο επίπεδο υγείας κ.α. Η «Κλίμακα Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου» (Social Capital Questionnaire, SCQ) δημιουργήθηκε στην Αυστραλία και η στάθμισή του στην Ελλάδα έγινε από τον κ. Κριτσωτάκη. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις και προσαρμόστηκε στις 31 για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας. Οι ερωτήσεις είναι δομημένες σε οκτώ παράγοντες που μετρούν διαφορετικές διαστάσεις του όρου «Κοινωνικό Κεφάλαιο» και στην συγκεκριμένη έρευνα υπάρχουν οι επτά παράγοντες: «*Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα*», «*Ανάπτυξη στο Κοινωνικό Πλαίσιο*», «*Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας*», «*Σχέσεις με τους Γείτονες*», «*Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους*», «*Εκτίμηση της Ζωής*» και «*Ανεκτικότητα*». Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν στις ερωτήσεις με βάση μια 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert. Η βαθμολόγηση γίνεται είτε για το σύνολο της κλίμακας είτε για τους επιμέρους

παράγοντες που την αποτελούν [78]. Η βαθμολόγηση μπορεί να γίνει με 3 διαφορετικούς τρόπους:

- Η κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 1 (καθόλου, όχι κτλ) – 4 (πάρα πολύ, ναι κτλ). Επομένως, η μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα αποτελεί ένδειξη υψηλότερου κοινωνικού κεφαλαίου ενώ αντίστοιχα η χαμηλότερη βαθμολογία ένδειξη χαμηλότερου κοινωνικού κεφαλαίου.
- Το συνολικό σκορ του Κοινωνικού Κεφαλαίου προκύπτει από τον αριθμό των ερωτήσεων επί την χαμηλότερη και υψηλότερη τιμή. Οπότε, το ελάχιστο σκορ που μπορεί να πάρει το συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο είναι το 31 και το υψηλότερο  $31 \times 4 = 124$ .
- Όσον αφορά την βαθμολόγηση για τον κάθε παράγοντα Κοινωνικού Κεφαλαίου αυτό προκύπτει ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων που περιλαμβάνει ο παράγοντας. Για παράδειγμα, ο παράγοντας «*Σχέσεις με τους Γείτονες*» περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις, επομένως το χαμηλότερο επί μέρους σκορ που μπορεί να πάρει είναι το 5 και υψηλότερο το  $5 \times 4=20$ .

Κατά τον ίδιο τρόπο προκύπτει και στους υπόλοιπους παράγοντες του Κοινωνικού Κεφαλαίου. Η βαθμονόμηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου έγινε σε τριτημόρια με βάση τον αυτόματο διαχωρισμό του στατιστικού προγράμματος.

Στην συγκεκριμένη έρευνα, το Κοινωνικό Κεφάλαιο μελετήθηκε με βάση το συνολικό σκορ και το σκορ των επί μέρους παραγόντων του.



## Αποτελέσματα

Τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά του δείγματος με διαχωρισμό των ερωτηθέντων στις δυο ομάδες παρουσιάζονται στον πίνακα 1. Στο βάρος και στην ηλικία υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο γκρουπ. Οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α έχουν μεγαλύτερη ηλικία από τους αντίστοιχους της ομάδας Β ενώ το σωματικό βάρος της ομάδας Β είναι μεγαλύτερο σε σύγκριση με αυτό της ομάδας Α. Το εισόδημα των συμμετεχόντων ήταν γενικά χαμηλό, αφού περίπου οι μισοί συμμετέχοντες δήλωναν κάτω από 10.000 ευρώ/ χρόνο

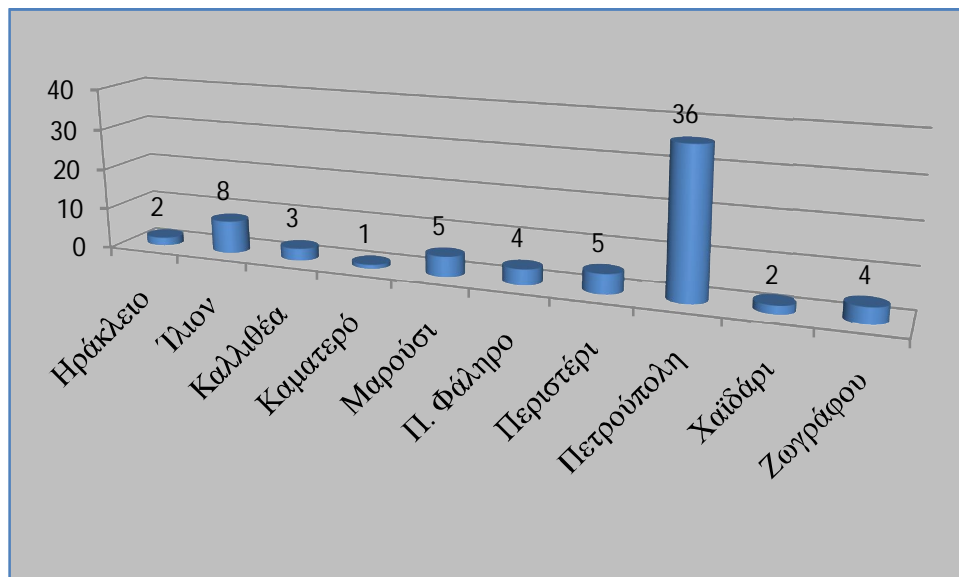
**Πίνακας 1.** Σωματομετρικά χαρακτηριστικά και ετήσιο εισόδημα στις δυο ομάδες και στο σύνολο του δείγματος

	<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>	<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	<b>ΣΥΝΟΛΟ (n=140)</b>	<b>P value</b>
	<b>(n=70)</b>	<b>(n=70)</b>		
Ηλικία (έτη)	75 ± 6	71 ± 7	73 ± 7	<b>0,02</b>
Βάρος (kg)	74 ± 13	80 ± 14	77 ± 13,5	<b>0,031</b>
Ύψος (cm)	1,65 ± 0,8	1,67 ± 1	1,66 ± 0,9	0,081
BMI (kg/ m <sup>2</sup> )	27,4 ± 4,1	28,2 ± 4,2	27,8 ± 4,2	0,227
Εισόδημα (%)				
<10.000	54,3	42,9	48,6	
10.001-20.000	40	40,0	40,0	
20.001-40.000	5,7	17,1	11,4	
>40.000	0	0	0	0,085

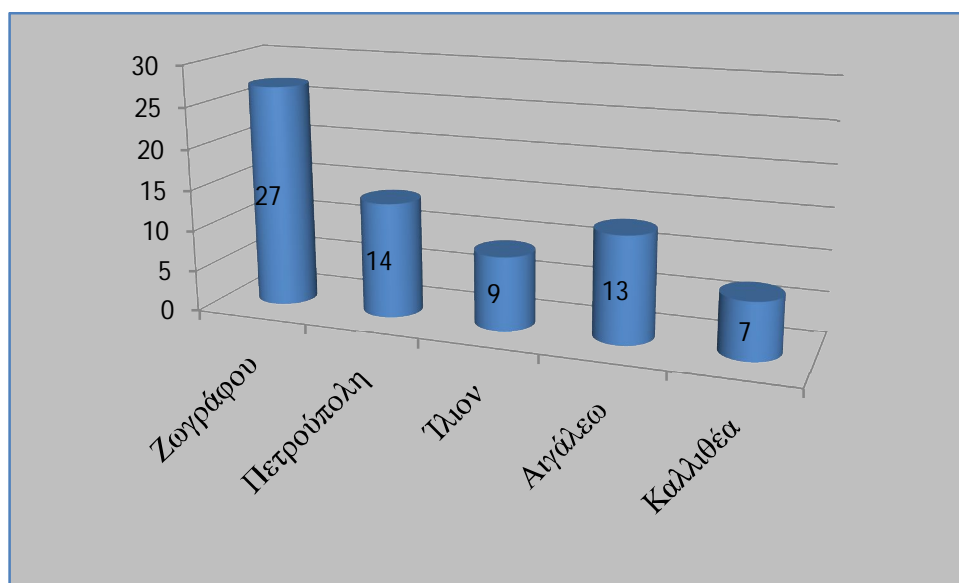
ΟΜΑΔΑ Α: Ηλικιωμένοι συμμετέχοντες από ΚΑΠΗ

ΟΜΑΔΑ Β: Ηλικιωμένοι γενικού πληθυσμού

Στα σχεδιαγράμματα 1 και 2 φαίνονται ο αριθμός των ηλικιωμένων του δείγματος που συλλέχθηκαν από δήμους της Αθήνας και από ΚΑΠΗ των δήμων της. Οι περιοχές επιλέχθηκαν τυχαία στους συγκεκριμένους δήμους της Αθήνας και κατόπιν σχετικής άδειας.



**Σχεδιάγραμμα 1. Αριθμός ηλικιωμένων που συλλέχθηκε από δήμους της Αθήνας.**



**Σχεδιάγραμμα 2. Αριθμός ηλικιωμένων που συλλέχθηκε από ΚΑΠΗ των δήμων της Αθήνας.**

Ο βαθμός υιοθέτησης της Μεσογειακής διαίτας ανά ομάδες ηλικιωμένων αποτυπώνεται στον πίνακα 2. Η μέση τιμή  $\pm$  τυπική απόκλιση για τους ηλικιωμένους της ομάδας Β είναι  $28,59 \pm 4,5$  ενώ για τους ηλικιωμένους της ομάδας Α είναι  $29,77 \pm 3,9$ . Και τα δυο γκρουπ αλλά και στο σύνολο τους εμφάνισαν μέτρια επίπεδα προσαρμογής στην Μεσογειακή διατροφή ενώ μεταξύ των δυο γκρουπ δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά διαφορές (  $p= 0,1$  )

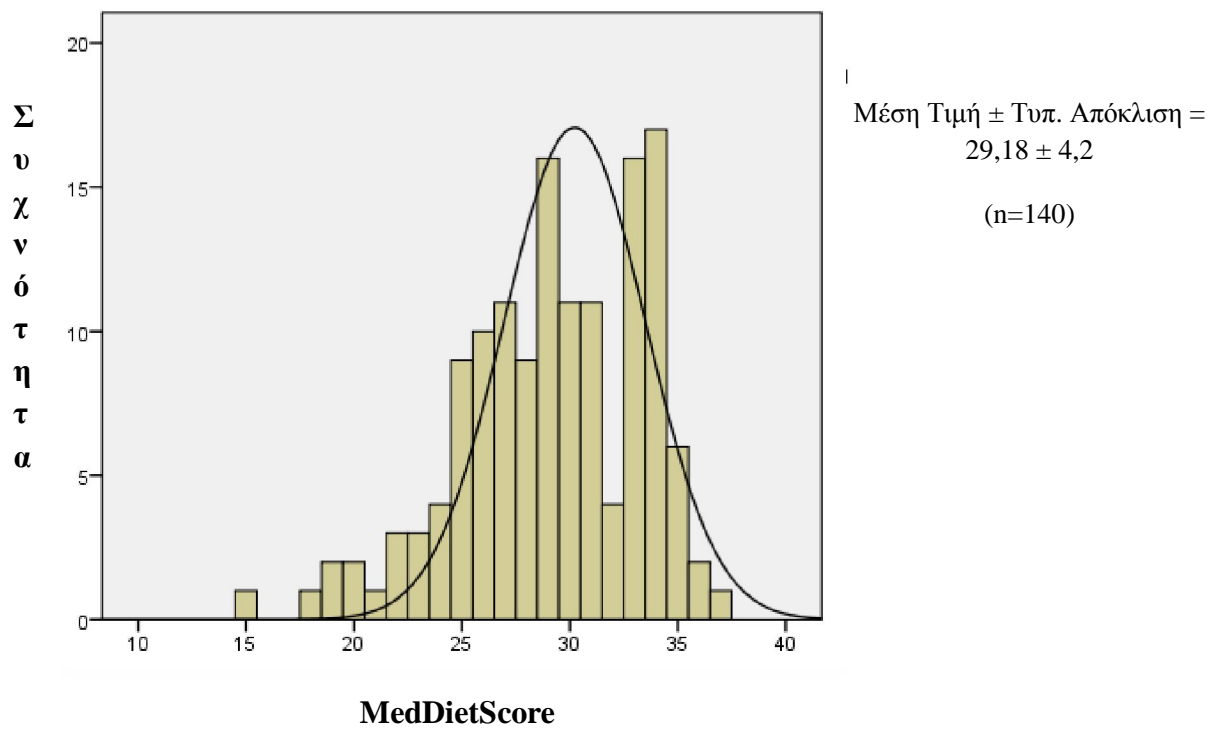
**Πίνακας 2.** Αποτίμηση της Μεσογειακής Δίαιτας (MedDietScore) μεταξύ των ηλικιωμένων των δύο ομάδων

		N	Μέση Τιμή $\pm$ Τυπ.	
			Απόκλιση	P value
MedDietScore (0-55)	ΟΜΑΔΑ Α	70	$29,77 \pm 3,9$	
	ΟΜΑΔΑ Β	70	$28,59 \pm 4,5$	
	Σύνολο	140	$29,18 \pm 4,2$	0,1

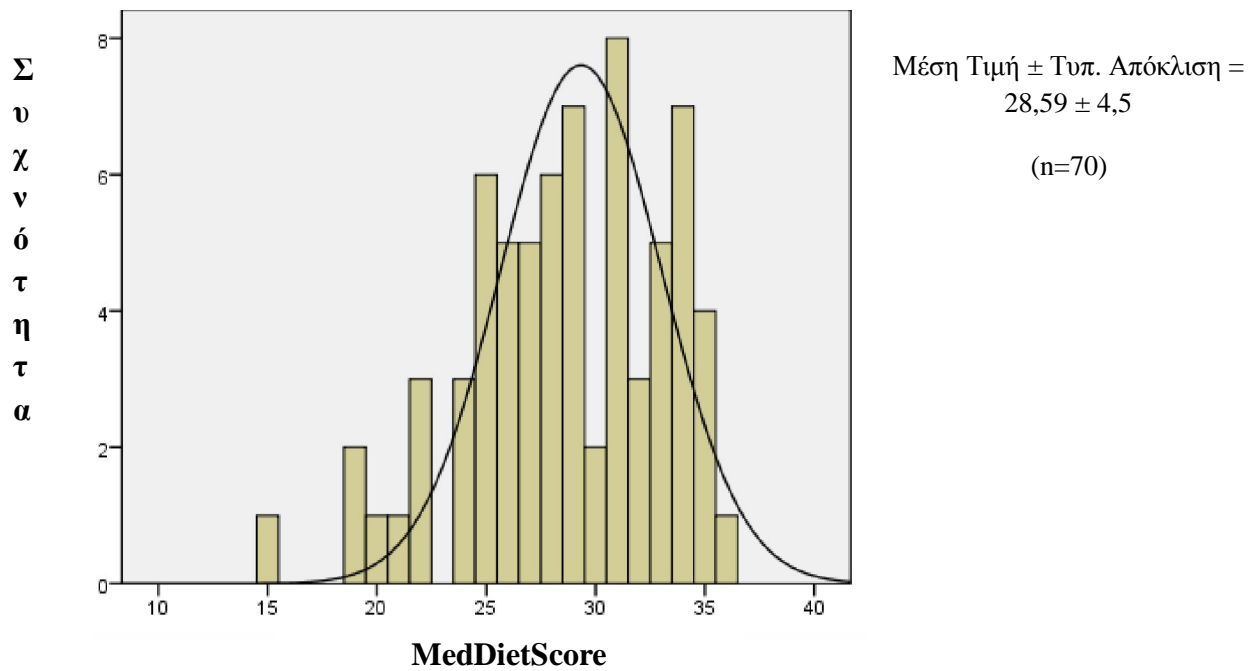
ΟΜΑΔΑ Α: Ηλικιωμένοι συμμετέχοντες από ΚΑΠΗ

ΟΜΑΔΑ Β: Ηλικιωμένοι γενικού πληθυσμού

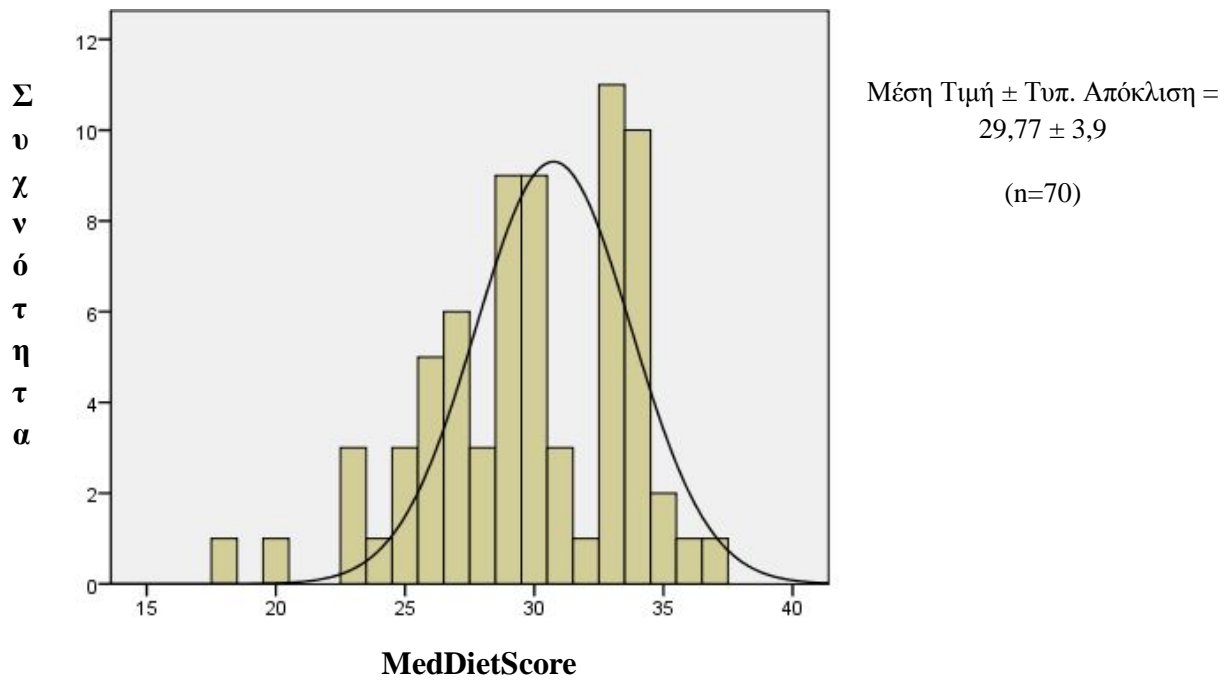
Στο σχήμα 4 που αφορά όλο το δείγμα και παρουσιάζει την κατανομή του δείκτη υιοθέτησης της Μεσογειακής Δίαιτας (MedDietScore), παρατηρούμε ότι τείνει να ακολουθήσει την κανονική κατανομή. Συγκεκριμένα ακολουθεί ασύμμετρη δεξιά κατανομή, δηλαδή οι μεγάλες συχνότητες συγκεντρώνονται στα αριστερά της μέσης τιμής και που αντιστοιχεί στις μικρότερες τιμές ενώ ταυτόχρονα οι συχνότητες στο δεξιό άκρο είναι λιγότερες. Το ότι δεν ακολουθεί απόλυτα την κανονική κατανομή πιθανόν να οφείλεται στον σχετικά μικρό αριθμό του δείγματος. Το σχήμα 5 αφορά την ομάδα Β και το σχήμα 6 την ομάδα Α. Και στις δυο ομάδες παρατηρούμε ότι τείνει να ακολουθήσει την κανονική κατανομή και ισχύει ότι ακριβώς και για το σύνολο του δείγματος.



**Σχήμα 4.** Έλεγχος κανονικότητας σε όλο το δείγμα. Το δείγμα τείνει να ακολουθήσει την κανονική κατανομή



**Σχήμα 5.** Έλεγχος κανονικότητας στην ομάδα Β. Το δείγμα τείνει να ακολουθήσει την κανονική κατανομή



**Σχήμα 6.** Έλεγχος κανονικότητας στην ομάδα Α. Το δείγμα τείνει να ακολουθήσει την κανονική κατανομή

Ο βαθμός υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής σύμφωνα με την παρουσία παραγόντων κινδύνου παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Η βαθμονόμηση του MedDietScore έγινε σε τριτημόρια με βάση τον αυτόματο διαχωρισμό και δεν παρουσιάζει σημαντική διαφορά από την αρχική [74]. Γενικά, οι περισσότεροι παράγοντες δεν σχετίζονται με τον βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής. Ωστόσο, υπάρχουν κάποιες στατιστικά σημαντικές διαφορές που είναι σημαντικό να αναφερθούν. Η συχνότητα εμφάνισης διαβήτη είναι μεγαλύτερη στην ομάδα Α που εμφανίζουν χαμηλή προσκόλληση στην Μεσογειακή διαίτα σε σχέση με την ομάδα Β ( $p=0,01$ ). Η συχνότητα εμφάνισης υπέρτασης είναι μεγαλύτερη στην ομάδα Α που εμφανίζουν μέτρια προσκόλληση στην Μεσογειακή διαίτα σε σχέση με την ομάδα Β ( $p=0,003$ ). Ακόμα, ο επιπολασμός των γαστρεντερικών διαταραχών ήταν μεγαλύτερος στην ομάδα Β που είχαν μεγάλο βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής διαίτας σε σχέση με την ομάδα Α ( $p=0,03$ ). Τέλος, η συχνότητα εμφάνισης δυσλιπιδαιμιών ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα Β τόσο στους ηλικιωμένους με χαμηλή ( $p=0,01$ ) όσο και με υψηλή ( $p=0,01$ ) προσκόλληση στην Μεσογειακή διαίτα σε σύγκριση με την ομάδα Α. Να σημειωθεί ότι η εμφάνιση κλινικών χαρακτηριστικών

ήταν αυτοδηλούμενη, γεγονός που σημαίνει ότι τα ποσοστά εμφάνισης να μην είναι τα απολύτως αληθινά.

**Πίνακας 3.** Συχνότητα εμφάνισης κλινικών χαρακτηριστικών με βάση το MedDietScore. Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων.

	MedDietScore (0 – 55)	ΟΜΑΔΑ Α	ΟΜΑΔΑ Β	P (μεταξύ των ομάδων)
<b>Διαβήτης</b>	1 (0-27)	40%	7%	<b>0,011</b>
	2 (27-31)	29%	17%	0,494
	3 (31-55)	27%	30%	1
	Σύνολο	31%	17%	
<b>P</b>		0,622	0,130	
<b>Υπέρταση</b>	1 (0-27)	50%	44%	0,773
	2 (27-31)	63%	17%	<b>0,003</b>
	3 (31-55)	54%	60%	0,769
	Σύνολο	56%	40%	
<b>P</b>		0,697	0,013	
<b>Νεφρική Ανεπάρκεια</b>	1 (0-27)	0%	0%	-
	2 (27-31)	0%	4%	0,489
	3 (31-55)	0%	0%	-
	Σύνολο	0%	1%	
<b>P</b>		-	0,365	
<b>Αναπνευστικό</b>	1 (0-27)	5%	7%	1
	2 (27-31)	4%	13%	0,348
	3 (31-55)	8%	10%	1
	Σύνολο	6%	10%	
<b>P</b>		0,860	0,810	
<b>Καρδιαγγειακά</b>	1 (0-27)	30%	15%	0,285
	2 (27-31)	25%	30%	0,752
	3 (31-55)	19%	30%	0,494
	Σύνολο	24%	24%	
<b>P</b>		0,706	0,353	
<b>Κατάθλιψη</b>	1 (0-27)	15%	19%	1
	2 (27-31)	13%	9%	1
	3 (31-55)	19%	25%	0,726
	Σύνολο	16%	17%	
<b>P</b>		0,810	0,368	
<b>Καρκίνος</b>	1 (0-27)	0%	0%	-
	2 (27-31)	4%	4%	1
	3 (31-55)	4%	0%	1

	Σύνολο	3%	1%	
<b>P</b>		<b>0,671</b>	<b>0,365</b>	
<b>Αρθρίτιδες</b>	1 (0-27)	10%	26%	0,266
	2 (27-31)	21%	26%	0,740
	3 (31-55)	31%	20%	0,509
	Σύνολο	21%	24%	
<b>P</b>		<b>0,242</b>	<b>0,874</b>	
<b>Οστεοπόρωση</b>	1 (0-27)	25%	19%	0,723
	2 (27-31)	8%	13%	0,666
	3 (31-55)	15%	15%	1
	Σύνολο	16%	16%	
<b>P</b>		<b>0,328</b>	<b>0,869</b>	
<b>Πάρκινσον</b>	1 (0-27)	0%	0%	-
	2 (27-31)	0%	0%	-
	3 (31-55)	4%	0%	1
	Σύνολο	1%	0%	
<b>P</b>		<b>0,435</b>	<b>-</b>	
<b>Γαστρ/κα</b>	1 (0-27)	20%	19%	1
	2 (27-31)	8%	4%	1
	3 (31-55)	4%	30%	<b>0,033</b>
	Σύνολο	10%	17%	
<b>P</b>		<b>0,190</b>	<b>0,083</b>	
<b>Παλινδρόμηση</b>	1 (0-27)	20%	11%	0,438
	2 (27-31)	4%	9%	0,609
	3 (31-55)	23%	20%	1
	Σύνολο	16%	13%	
<b>P</b>		<b>0,157</b>	<b>0,523</b>	
<b>Ουρολοιμώξεις</b>	1 (0-27)	5%	0%	0,426
	2 (27-31)	4%	9%	0,609
	3 (31-55)	12%	0%	0,245
	Σύνολο	7%	3%	
<b>P</b>		<b>0,556</b>	<b>0,125</b>	
<b>Προβλ. Κινητικότητα</b>	1 (0-27)	0%	11%	0,251
	2 (27-31)	4%	4%	1
	3 (31-55)	0%	5%	0,435
	Σύνολο	1%	7%	
<b>P</b>		<b>0,389</b>	<b>0,603</b>	
<b>Δυσλιπιδαιμία</b>	1 (0-27)	40%	75%	<b>0,011</b>
	2 (27-31)	42%	17%	0,111
	3 (31-55)	12%	45%	<b>0,017</b>
	Σύνολο	30%	21%	
<b>P</b>		<b>0,034</b>	<b>0,006</b>	

<b>Θυροειδής</b>	1 (0-27)	15%	19%	1
	2 (27-31)	29%	9%	0,137
	3 (31-55)	23%	25%	1
	Σύνολο	23%	17%	
<b>P</b>		<b>0,549</b>	<b>0,368</b>	
<b>Προβλ. ύπνου</b>	1 (0-27)	15%	15%	1
	2 (27-31)	21%	9%	0,416
	3 (31-55)	15%	30%	0,292
	Σύνολο	17%	17%	
<b>P</b>		<b>0,845</b>	<b>0,172</b>	
<b>Προβλ. Κατάποσης</b>	1 (0-27)	0%	11%	0,251
	2 (27-31)	0%	0%	-
	3 (31-55)	0%	10%	0,184
	Σύνολο	0%	7%	
<b>P</b>		<b>-</b>	<b>0,274</b>	
<b>Προβλ. Μάσησης</b>	1 (0-27)	10%	4%	0,567
	2 (27-31)	4%	0%	1
	3 (31-55)	8%	5%	1
	Σύνολο	7%	3%	
<b>P</b>		<b>0,757</b>	<b>0,595</b>	
<b>Προβλ. όρασης</b>	1 (0-27)	30%	30%	1
	2 (27-31)	33%	22%	0,517
	3 (31-55)	31%	10%	0,150
	Σύνολο	31%	21%	
<b>P</b>		<b>0,970</b>	<b>0,277</b>	
<b>Αναμιείες</b>	1 (0-27)	15%	22%	0,713
	2 (27-31)	8%	9%	1
	3 (31-55)	0%	0%	-
	Σύνολο	7%	11%	
<b>P</b>		<b>0,146</b>	<b>0,054</b>	
<b>Τροφικές αλλεργίες</b>	1 (0-27)	10%	4%	0,567
	2 (27-31)	13%	9%	1
	3 (31-55)	8%	10%	1
	Σύνολο	10%	7%	
<b>P</b>		<b>0,857</b>	<b>0,677</b>	

ΟΜΑΔΑ Α: Ηλικιωμένοι συμμετέχοντες από ΚΑΠΗ

ΟΜΑΔΑ Β: Ηλικιωμένοι γενικού πληθυσμού



Στον πίνακα 4 το 14,3 % των ηλικιωμένων της ομάδας B, θεωρούν πως υπάρχει δυσκολία στην προμήθεια τροφίμων που επηρεάζει τη διατροφή τους ( $p < 0,05$ ) σε σχέση με την ομάδα A που εμφάνιζαν πολύ μικρότερο ποσοστό. Στον πίνακα 5 φαίνεται ότι η πρόσληψη υγρών επηρεάζεται από τα οικονομικά προβλήματα περισσότερο στην ομάδα A και λιγότερο στην ομάδα B ( $p < 0,05$ ).

**Πίνακας 4.** Παράγοντες που επηρεάζουν την διατροφή. Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων

<b>Θεωρείτε ότι η διατροφή σας επηρεάζεται από</b>	<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>	<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	<b>P value</b>
Προβλήματα Υγείας	41,4 %	37,1 %	0,607
Οικονομικά Προβλήματα	47,1 %	34,3 %	0,123
Δυσκολία στην προμήθεια	1,4 %	14,3 %	<b>0,005</b>
Άλλα προβλήματα	2,9 %	4,3 %	0,652

ΟΜΑΔΑ Α: Ηλικιωμένοι συμμετέχοντες από ΚΑΠΗ

ΟΜΑΔΑ Β: Ηλικιωμένοι γενικού πληθυσμού

**Πίνακας 5.** Παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσληψη υγρών. Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων

<b>Θεωρείτε ότι η πρόσληψη υγρών επηρεάζεται από</b>	<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>	<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	<b>P value</b>
Προβλήματα Υγείας	28,6 %	15,7 %	0,068
Οικονομικά Προβλήματα	22,9 %	10 %	<b>0,041</b>
Συχνουρία, ακράτεια	7,1 %	14,3 %	0,174
Δυσκολία στην προμήθεια	1,4 %	1,4 %	1
Άλλα προβλήματα	2,9 %	10 %	0,087

ΟΜΑΔΑ Α: Ηλικιωμένοι συμμετέχοντες από ΚΑΠΗ

ΟΜΑΔΑ Β: Ηλικιωμένοι γενικού πληθυσμού

Ο βαθμός του Κοινωνικού Κεφαλαίου μεταξύ των δυο γκρουπ ηλικιωμένων αποτυπώνεται στον πίνακα 6. Η μέση τιμή  $\pm$  τυπική απόκλιση για την ομάδα Α είναι  $67,45 \pm 9,8$  και για την ομάδα Β  $65 \pm 9,28$ . Σύμφωνα με την βιβλιογραφία χαμηλό σκορ αντικατοπτρίζει χαμηλή κοινωνικότητα ενώ υψηλό σκορ υψηλή. Με τον αυτόματο διαχωρισμό σε τριτημόρια για το συνολικό σκορ προκύπτει πως  $< 62$  θεωρείται χαμηλή κοινωνικότητα,  $62,01-70$  μέτρια και  $>70$  υψηλή. Επομένως και οι δυο ομάδες αλλά και στο σύνολο τους εμφάνισαν μέτρια επίπεδα κοινωνικότητας ενώ μεταξύ των δυο γκρουπ δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικά διαφορές ( $p=0,130$ ).

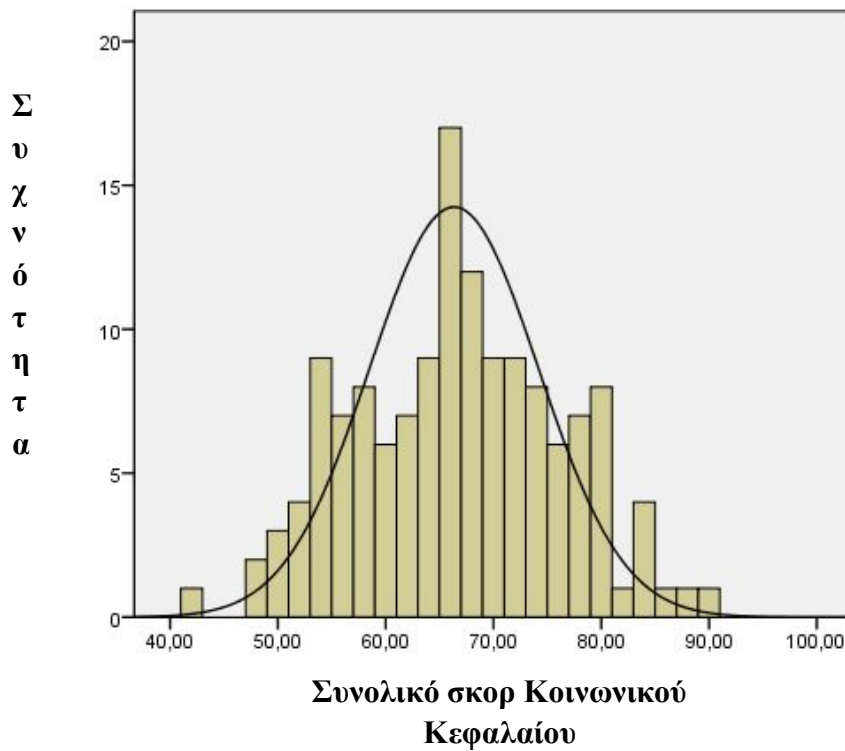
**Πίνακας 6.** Αποτίμηση του συνολικού Κοινωνικού Κεφαλαίου μεταξύ των ηλικιωμένων των δύο ομάδων

	N	Μέση Τιμή $\pm$ Τυπ. Απόκλιση	P value
<b>Συνολικό σκορ Κοινωνικού Κεφαλαίου (31-124)</b>			
<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>	70	$67,45 \pm 9,8$	
<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	70	$65 \pm 9,28$	
<b>Σύνολο</b>	140	$66,22 \pm 9,59$	0,130

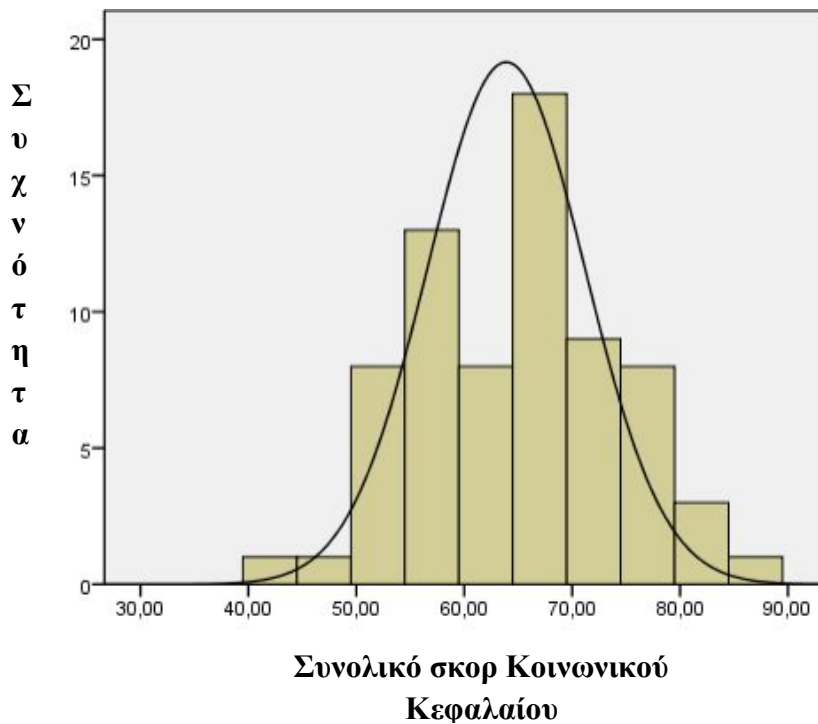
ΟΜΑΔΑ Α: Ηλικιωμένοι συμμετέχοντες από ΚΑΠΗ

ΟΜΑΔΑ Β: Ηλικιωμένοι γενικού πληθυσμού

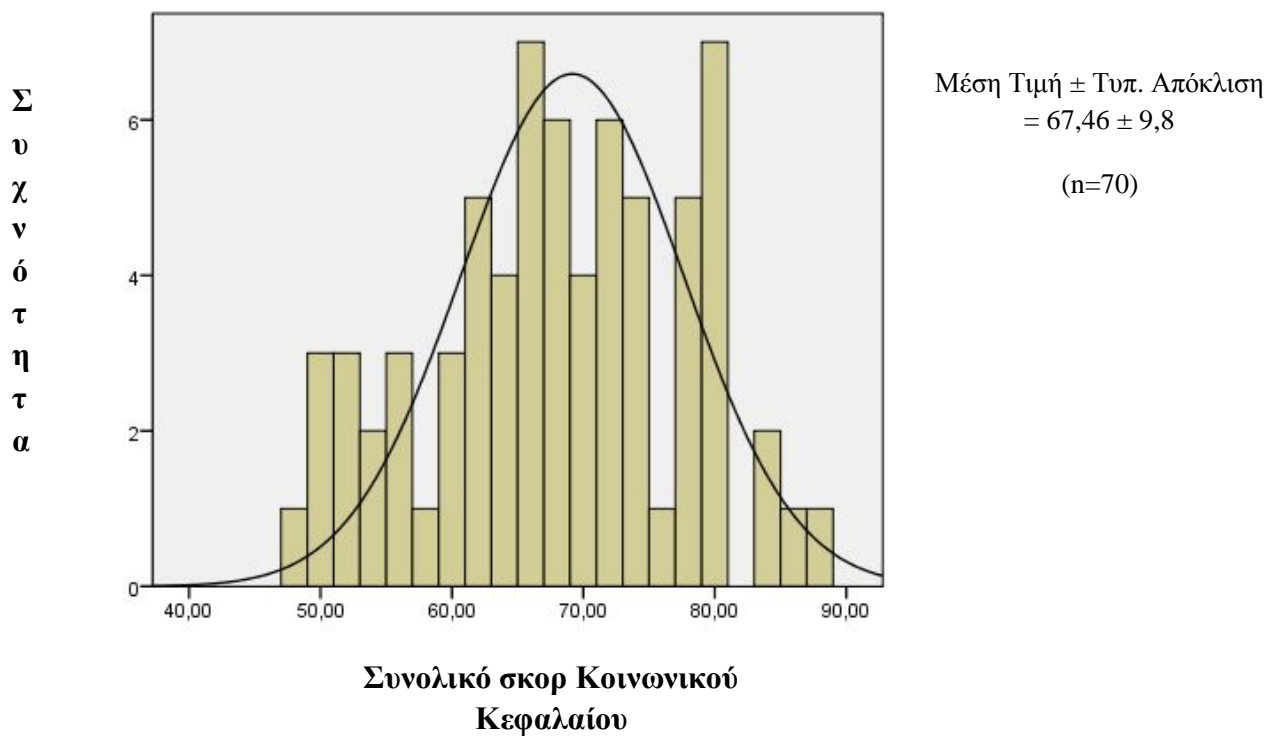
Στο σχήμα 7 που αφορά όλο το δείγμα και παρουσιάζει την κοινωνικότητα των ηλικιωμένων, παρατηρούμε ότι ακολουθεί την κανονική κατανομή δηλαδή η μέση τιμή και η διάμεσος ταυτίζονται ενώ γύρω από την μέση τιμή βρίσκονται πολλές τιμές και μακριά της λίγες. Επίσης, είναι και συμμετρική μιας και παρατηρείται συμμετρική συγκέντρωση των τιμών γύρω από το μέσο. Το σχήμα 8 αφορά την ομάδα Β και το σχήμα 9 την ομάδα Α. Και στα δυο γκρουπ παρατηρούμε ότι ακολουθήσει την κανονική κατανομή και ισχύει ότι ακριβώς και για το σύνολο του δείγματος.



**Σχήμα 7.** Έλεγχος κανονικότητας σε όλο το δείγμα. Το δείγμα ακολουθεί την κανονική κατανομή



**Σχήμα 8.** Έλεγχος κανονικότητας στην ομάδα Β. Το δείγμα ακολουθεί την κανονική κατανομή



**Σχήμα 9.** Έλεγχος κανονικότητας στην ομάδα Α. Το δείγμα ακολουθεί την κανονική κατανομή

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω το Κοινωνικό Κεφάλαιο μελετάται και με βάση τους επτά παράγοντες του. Στον πίνακα 7 παρουσιάζονται για κάθε έναν από τους επτά παράγοντες η Μέση Τιμή  $\pm$  Τυπική Απόκλιση. Η μέση τιμή του παράγοντα «Συμμετοχή» και του παράγοντα «Οικογένεια και Φίλοι» είναι μεγαλύτερη στην ομάδα Α από την ομάδα Β ( $p < 0,05$ ). Αυτό δείχνει μια μεγαλύτερη κοινωνικότητα της ομάδας Α στους συγκεκριμένους παράγοντες Κοινωνικού Κεφαλαίου.

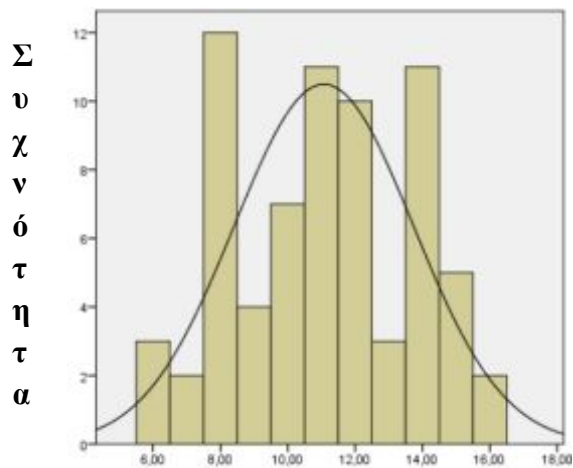
**Πίνακας 7.** Αποτίμηση των επιμέρους παραγόντων του Κοινωνικού Κεφαλαίου μεταξύ των ηλικιωμένων των δύο ομάδων

Παράγοντες Κοινωνικού Κεφαλαίου	Μέση Τιμή $\pm$ Τυπ. Απόκλιση		Μέση Τιμή $\pm$ Τυπ. Απόκλιση		P value
	N		N		
	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β		
Γειτονιά (6-17)	70	11,07 $\pm$ 2,66	70	11,7 $\pm$ 2,7	0,168
Ασφάλεια (7-20)	70	12,48 $\pm$ 3,03	70	12,82 $\pm$ 2,75	0,486
Εκτίμηση Ζωής (3-8)	70	6,21 $\pm$ 1,76	70	6,21 $\pm$ 1,16	1,000
Συμμετοχή (7-26)	70	12,98 $\pm$ 2,83	70	10,31 $\pm$ 3,54	<b>,000</b>
Ανάπτυξη στο Κοινωνικό Πλαίσιο (6-19)	70	14,04 $\pm$ 2,74	70	13,64 $\pm$ 2,25	0,348
Οικογένεια και Φίλοι (4-11)	70	7,42 $\pm$ 2,03	70	6,67 $\pm$ 1,52	<b>0,014</b>
Ανεκτικότητα (2-8)	70	3,22 $\pm$ 1,43	70	3,62 $\pm$ 1,30	0,087

ΟΜΑΔΑ Α: Ηλικιωμένοι συμμετέχοντες από ΚΑΠΗ

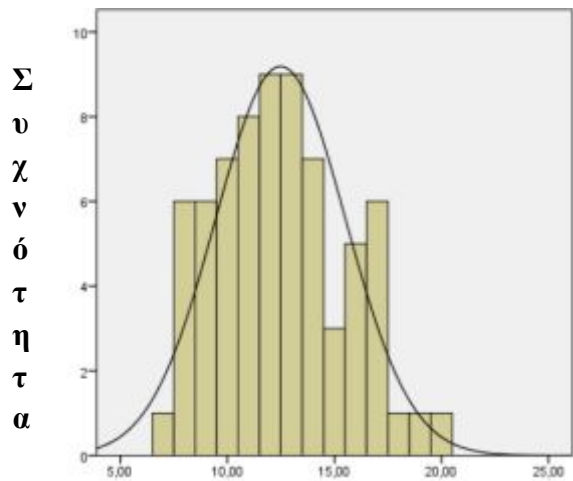
ΟΜΑΔΑ Β: Ηλικιωμένοι γενικού πληθυσμού

Στα σχήματα 10 και 11 που αφορά την ομάδα Α και παρουσιάζει την κοινωνικότητα των ηλικιωμένων, παρατηρούμε ότι ακολουθεί την κανονική κατανομή στους περισσότερους παράγοντες δηλαδή η μέση τιμή και η διάμεσος ταυτίζονται ενώ γύρω από την μέση τιμή βρίσκονται πολλές τιμές και μακριά της λίγες. Επίσης, στις περισσότερες είναι και συμμετρική μιας και παρατηρείται συμμετρική συγκέντρωση των τιμών γύρω από το μέσο. Τα σχήματα 12 και 13 που αφορούν την ομάδα Β και παρουσιάζει την κοινωνικότητα των ηλικιωμένων, παρατηρούμε ότι ακολουθεί την κανονική κατανομή στους περισσότερους παράγοντες δηλαδή η μέση τιμή και η διάμεσος ταυτίζονται ενώ γύρω από την μέση τιμή βρίσκονται πολλές τιμές και μακριά της λίγες. Επίσης, στις περισσότερες είναι και συμμετρική μιας και παρατηρείται συμμετρική συγκέντρωση των τιμών γύρω από το μέσο. Ωστόσο, στον παράγοντα «Συμμετοχή» φαίνεται ότι δεν ακολουθεί απόλυτα την κανονική κατανομή και αυτό πιθανόν να οφείλεται τόσο στον μικρό αριθμό ερωτήσεων (δύο) που συμπεριλαμβανόταν στο συγκεκριμένο παράγοντα και στην μεγάλη συχνότητα ακραίων τιμών. Τέλος, και για τις δυο ομάδες είναι σημαντικό, το ότι όσοι παράγοντες δεν ακολουθούν απόλυτα την κανονική κατανομή, τείνουν να την ακολουθήσουν.



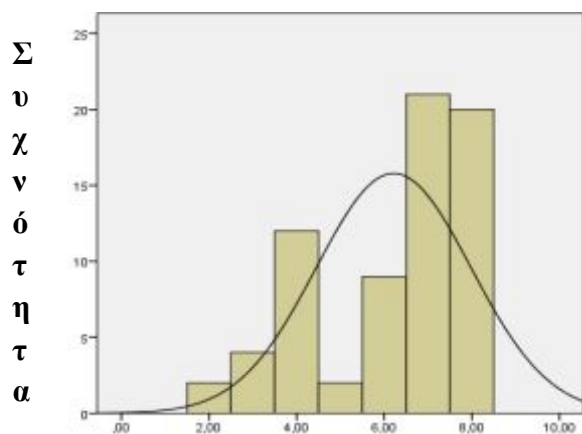
Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
11,07 ± 2,66

**Γειτονιά**



Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
12,49 ± 3,04

**Ασφάλεια**

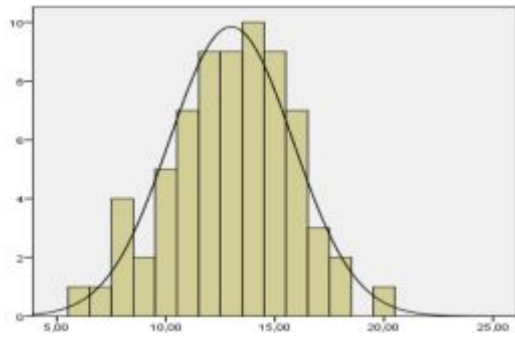


Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
6,21 ± 1,76

**Εκτίμηση Ζωής**

**Σχήμα 10.** Έλεγχος κανονικότητας στους παράγοντες Κοινωνικού Κεφαλαίου στην ομάδα Α. Η ομάδα Α ακολουθεί την κανονική κατανομή.

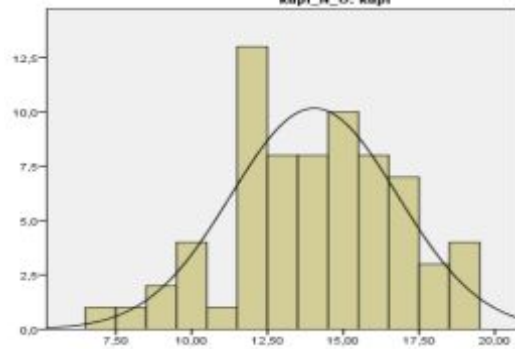
Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α



**Συμμετοχή**

Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
 $12,98 \pm 2,83$

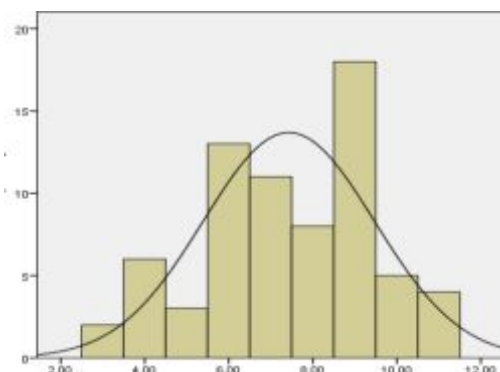
Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α



**Ανάπτυξη στο  
Κοινωνικό Πλαίσιο**

Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
 $14,04 \pm 2,74$

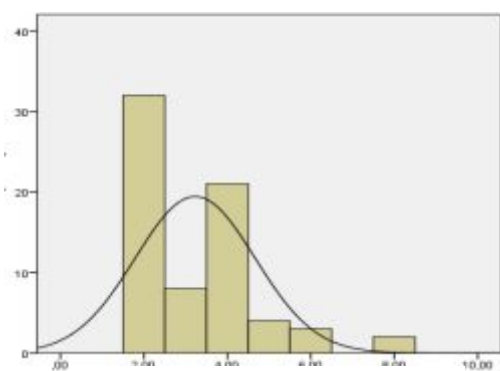
Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α



**Οικογένεια και Φίλοι**

Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
 $7,43 \pm 2,04$

Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α



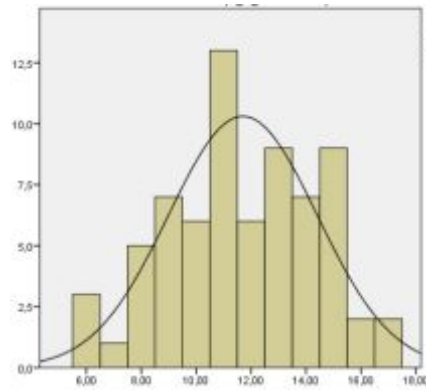
**Ανεκτικότητα**

Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
 $3,23 \pm 1,43$

**Σχήμα 11.** Έλεγχος κανονικότητας στους υπόλοιπους παράγοντες Κοινωνικού Κεφαλαίου στην ομάδα Α. Η ομάδα Α ακολουθεί την κανονική κατανομή.



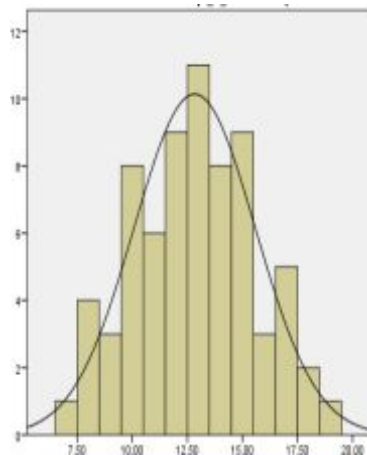
Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α



**Γειτονιά**

Μέση Τιμή  $\pm$  Τυπ. Απόκλιση =  
 $11,70 \pm 2,71$

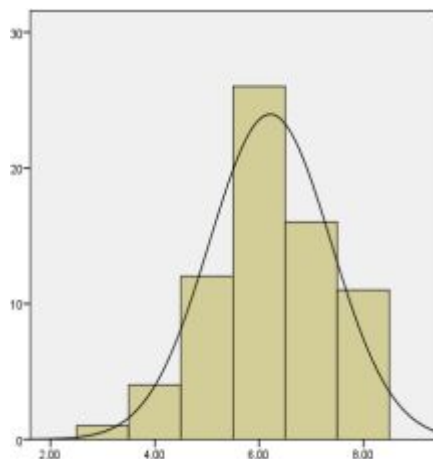
Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α



**Ασφάλεια**

Μέση Τιμή  $\pm$  Τυπ. Απόκλιση =  
 $12,83 \pm 2,75$

Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α

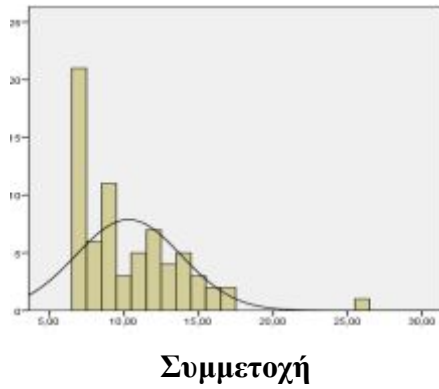


**Εκτίμηση Ζωής**

Μέση Τιμή  $\pm$  Τυπ. Απόκλιση =  
 $6,21 \pm 1,16$

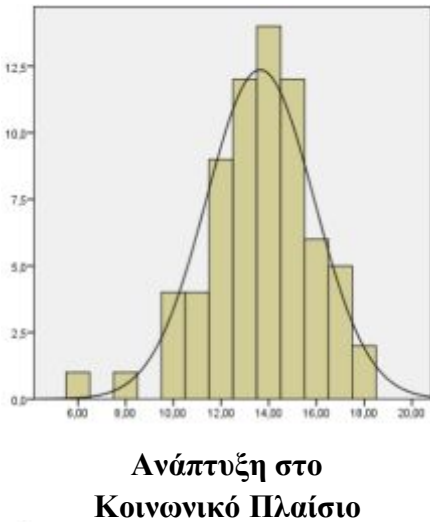
**Σχήμα 12.** Έλεγχος κανονικότητας στους παράγοντες Κοινωνικού Κεφαλαίου στην ομάδα Β. Η ομάδα Β ακολουθεί την κανονική κατανομή.

Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α



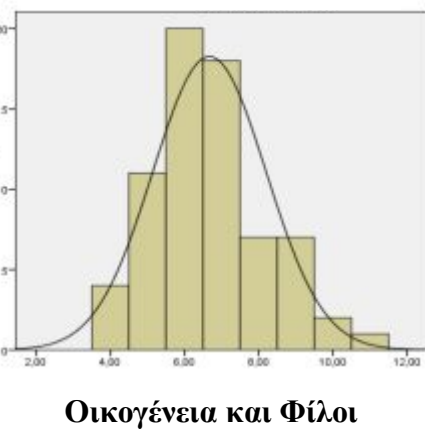
Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
 $10,31 \pm 3,54$

Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α



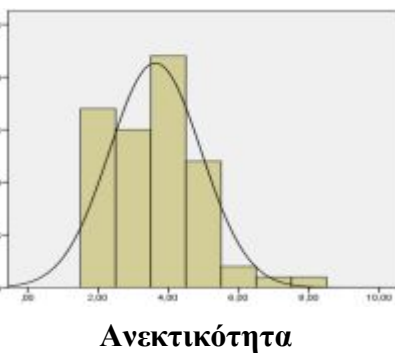
Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
 $13,64 \pm 2,25$

Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α



Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
 $6,67 \pm 1,53$

Σ  
υ  
χ  
ν  
ό  
τ  
η  
τ  
α



Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση =  
 $3,63 \pm 1,31$

**Σχήμα 12.** Έλεγχος κανονικότητας στους υπόλοιπους παράγοντες Κοινωνικού Κεφαλαίου στην ομάδα Β. Η ομάδα Β ακολουθεί την κανονική κατανομή.

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται συσχετίσεις του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την διατροφική συμπεριφορά και την πρόσληψη υγρών στο σύνολο του δείγματος. Οι ηλικιωμένοι με μέτριο Κοινωνικό Κεφάλαιο είχαν υψηλότερη πρόσληψη νερού από τα τρόφιμα ( $510 \pm 200$ ) σε σχέση με τους ηλικιωμένους χαμηλού και υψηλού Κοινωνικού Κεφαλαίου ( $p = 0,029$ ). Ακόμα, η συνολική πρόσληψη υγρών ήταν μεγαλύτερη σε ηλικιωμένους με υψηλή κοινωνικότητα ( $p = 0,04$ )

**Πίνακας 8.** Συσχέτιση διατροφικής συμπεριφοράς και πρόσληψης υγρών με βάση το συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο σε όλο το δείγμα

	<b>ΚΚ total score (31-124)</b>	<b>Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση</b>	<b>P value</b>
<b>Ενέργεια από τρόφιμα</b>	Χαμηλό (< 62)	1462 ± 447	0,271
	Μέτριο (62,01- 70)	1489 ± 409	
	Υψηλό (> 70)	1598 ± 425	
	Σύνολο	1516 ± 429	
<b>Ενέργεια από υγρά</b>	Χαμηλό (< 62)	234 ± 153	0,104
	Μέτριο (62,01- 70)	299 ± 212	
	Υψηλό (> 70)	313 ± 196	
	Σύνολο	282 ± 190	
<b>Συνολική ενέργεια</b>	Χαμηλό (< 62)	1697 ± 512	0,142
	Μέτριο (62,01- 70)	1789 ± 540	
	Υψηλό (> 70)	1912 ± 512	
	Σύνολο	1798 ± 525	
<b>Πρόσληψη νερού από τρόφιμα</b>	Χαμηλό (< 62)	441 ± 126	<b>0,029</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	510 ± 200	
	Υψηλό (> 70)	533 ± 174	
	Σύνολο	494 ± 173	
<b>Πρόσληψη υγρών (εκτός νερού)</b>	Χαμηλό (< 62)	423 ± 295	0,062
	Μέτριο (62,01- 70)	507 ± 344	
	Υψηλό (> 70)	594 ± 390	
	Σύνολο	507 ± 350	
<b>Πρόσληψη νερού</b>	Χαμηλό (< 62)	1360 ± 626	0,192
	Μέτριο (62,01- 70)	1205 ± 541	
	Υψηλό (> 70)	1429 ± 651	
	Σύνολο	1331 ± 610	
<b>Συνολική Πρόσληψη Υγρών</b>	Χαμηλό (< 62)	2226 ± 724	<b>0,04</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	2223 ± 708	
	Υψηλό (> 70)	2556 ± 719	
	Σύνολο	2333 ± 729	
<b>Απώλεια νερού από την έντονη</b>	Χαμηλό (< 62)	220 ± 617	

<b>άσκηση</b>	Μέτριο (62,01- 70)	182 ± 432	0,480
	Υψηλό (> 70)	306 ± 439	
	Σύνολο	236 ± 503	
<b>Απώλεια νερού από την μέτρια άσκηση</b>	Χαμηλό (< 62)	136 ± 244	0,648
	Μέτριο (62,01- 70)	151 ± 286	
	Υψηλό (> 70)	103 ± 209	
	Σύνολο	130 ± 248	
<b>Απώλεια νερού από το περπάτημα</b>	Χαμηλό (< 62)	80 ± 104	0,095
	Μέτριο (62,01- 70)	92 ± 100	
	Υψηλό (> 70)	126 ± 115	
	Σύνολο	99 ± 108	
<b>Νερό ούρων</b>	Χαμηλό (< 62)	1442 ± 290	0,457
	Μέτριο (62,01- 70)	1452 ± 269	
	Υψηλό (> 70)	1382 ± 306	
	Σύνολο	1426 ± 288	
<b>Νερό κοπράνων</b>	Χαμηλό (< 62)	181 ± 39	0,384
	Μέτριο (62,01- 70)	180 ± 41	
	Υψηλό (> 70)	190 ± 22	
	Σύνολο	184 ± 35	
<b>Απώλεια συνολικών υγρών</b>	Χαμηλό (< 62)	2161 ± 845	0,916
	Μέτριο (62,01- 70)	2159 ± 525	
	Υψηλό (> 70)	2210 ± 582	
	Σύνολο	2176 ± 662	
<b>Ισοζύγιο</b>	Χαμηλό (< 62)	64 ± 1098	0,239
	Μέτριο (62,01- 70)	63 ± 838	
	Υψηλό (> 70)	346 ± 795	
	Σύνολο	157 ± 924	
<b>Λεπτά έντονης άσκησης</b>	Χαμηλό (< 62)	14,46 ± 37,420	0,377
	Μέτριο (62,01- 70)	11,88 ± 27,054	
	Υψηλό (> 70)	20,94 ± 30,805	
	Σύνολο	15,72 ± 32,053	
<b>Λεπτά μέτριας άσκησης</b>	Χαμηλό (< 62)	26,24 ± 48,835	0,579
	Μέτριο (62,01- 70)	26,47 ± 53,857	
	Υψηλό (> 70)	17,62 ± 33,718	
	Σύνολο	23,49 ± 46,197	
<b>Λεπτά περπατήματος</b>	Χαμηλό (< 62)	30,19 ± 37,760	0,102
	Μέτριο (62,01- 70)	35,46 ± 40,435	
	Υψηλό (> 70)	47,26 ± 38,914	
	Σύνολο	37,57 ± 39,422	

ΟΜΑΔΑ Α: Ηλικιωμένοι συμμετέχοντες από ΚΑΠΗ / ΟΜΑΔΑ Β: Ηλικιωμένοι γενικού πληθυσμού

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται συσχετίσεις του Κοινωνικού Κεφαλαίου με την διατροφική συμπεριφορά μεταξύ των ηλικιωμένων των δύο ομάδων. Η ενεργειακή πρόσληψη από τα τρόφιμα είναι μεγαλύτερη στην ομάδα Β τόσο στο χαμηλό όσο και στο μέτριο Κοινωνικό Κεφάλαιο ( $p= 0,035$ ) σε αντίθεση με την ομάδα Α όπου οι ηλικιωμένοι υψηλής κοινωνικότητας εμφανίζουν μεγαλύτερη ενεργειακή πρόσληψη από τα τρόφιμα. Οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α με χαμηλή και υψηλή κοινωνικότητα είχαν μεγαλύτερη ενεργειακή πρόσληψη από τα υγρά, ( $p= 0,038$ ) και ( $p= 0,05$ ) σε σχέση με τους αντίστοιχους της ομάδας Β. Οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α με υψηλή κοινωνικότητα είχαν μεγαλύτερη συνολική ενεργειακή πρόσληψη σε σύγκριση με την ομάδα Β ( $p= 0,05$ ). Επίσης, ηλικιωμένοι της ομάδας Β με χαμηλό Κοινωνικό Κεφάλαιο είχαν μεγαλύτερη πρόσληψη νερού από τα τρόφιμα σε σχέση με την ομάδα Α ( $p= 0,035$ ). Οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α με υψηλή κοινωνικότητα είχαν μεγαλύτερη πρόσληψη υγρών μη συμπεριλαμβανοντας την πρόσληψη νερού ( $p= 0,05$ ). Η ομάδα Β με μέτρια κοινωνικότητα είχε μεγαλύτερη πρόσληψη νερού σε σχέση με την ομάδα Α ( $p= 0,004$ ). Η συνολική πρόσληψη υγρών είναι μεγαλύτερη στην ομάδα Β και στα τρία επίπεδα κοινωνικότητας σε σύγκριση με την ομάδα Α. Ακόμα, οι ηλικιωμένοι της ομάδας Β με υψηλή κοινωνικότητα είχαν μεγαλύτερη απώλεια υγρών από μέτριας έντασης άσκηση αλλά και από το περπάτημα σε σχέση με την ομάδα Α. Οι ηλικιωμένοι της ομάδας Β με υψηλή κοινωνικότητα είχαν μεγαλύτερη απώλεια υγρών από τα ούρα σε σχέση με την ομάδα Α ( $p= 0,04$ ) δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων στην χαμηλή και μέτρια κοινωνικότητα. Η απώλεια υγρών από τα κόπρανα είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους της ομάδας Α με χαμηλή κοινωνικότητα σε σχέση με την ομάδα Β ( $p= 0,04$ ). Οι ηλικιωμένοι της ομάδας Β με χαμηλό και υψηλό Κοινωνικό Κεφάλαιο εμφάνιζαν μεγαλύτερη συνολική απώλεια υγρών σε σχέση με την ομάδα Α. Τέλος, ηλικιωμένοι της ομάδας Β με υψηλή κοινωνικότητα είχαν περισσότερα λεπτά μέτριας έντασης σε σχέση με την ομάδα Α ενώ δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ των ομάδων στο χαμηλό επίπεδο κοινωνικότητας, Οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α με μέτρια και υψηλή κοινωνικότητα περπατούσαν περισσότερο από τους αντίστοιχους της ομάδας Β.

**Πίνακας 9.** Συσχέτιση διατροφικής συμπεριφοράς και πρόσληψης υγρών με βάση το συνολικό Κοινωνικό Κεφάλαιο. Σύγκριση μεταξύ των δύο ομάδων.

		<b>ΚΚ total score (31-124) Μέση Τιμή ± Τυπ. Απόκλιση</b>		<b>P</b>
		<b>ΟΜΑΔΑ Α</b>	<b>ΟΜΑΔΑ Β</b>	
<b>Ενέργεια από τρόφιμα</b>	Χαμηλό (< 62)	1417 ± 407	1498 ± 482	<b>0,035</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	1477 ± 308	1500 ± 481	<b>0,035</b>
	Υψηλό (> 70)	1722 ± 279	1406 ± 539	<b>0,05</b>
	Σύνολο	1557 ± 354	1475 ± 491	
<b>P</b>		0,004	0,795	
<b>Ενέργεια από υγρά</b>	Χαμηλό (< 62)	249 ± 152	223 ± 156	<b>0,038</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	288 ± 216	309 ± 212	<b>0,029</b>
	Υψηλό (> 70)	316 ± 206	308 ± 185	<b>0,05</b>
	Σύνολο	287 ± 194	277 ± 188	
<b>P</b>		0,499	0,183	
<b>Συνολική ενέργεια</b>	Χαμηλό (< 62)	1667 ± 440	1721 ± 570	<b>0,035</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	1765 ± 485	1809 ± 590	<b>0,035</b>
	Υψηλό (> 70)	2038 ± 381	1715 ± 630	<b>0,05</b>
	Σύνολο	1845 ± 456	1752 ± 586	
<b>P</b>		0,010	0,282	
<b>Πρόσληψη νερού από τρόφιμα</b>	Χαμηλό (< 62)	418 ± 88	461 ± 148	<b>0,035</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	473 ± 155	540 ± 229	<b>0,035</b>
	Υψηλό (> 70)	545 ± 123	513 ± 236	<b>0,05</b>
	Σύνολο	485 ± 134	504 ± 205	
<b>P</b>		0,003	0,378	
<b>Πρόσληψη Υγρών (εκτός νερού)</b>	Χαμηλό (< 62)	482 ± 332	376 ± 260	<b>0,038</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	488 ± 321	522 ± 368	<b>0,029</b>
	Υψηλό (> 70)	641 ± 433	520 ± 308	<b>0,05</b>
	Σύνολο	547 ± 376	467 ± 319	
<b>P</b>		0,238	0,184	
<b>Πρόσληψη νερού</b>	Χαμηλό (< 62)	1211 ± 588	1481 ± 640	0,265
	Μέτριο (62,01- 70)	1120 ± 535	1273 ± 547	<b>0,004</b>
	Υψηλό (> 70)	1375 ± 623	1513 ± 702	0,389
	Σύνολο	1249 ± 589	1412 ± 624	
<b>P</b>		0,308	0,361	
<b>Συνολική Πρόσληψη Υγρών</b>	Χαμηλό (< 62)	2111 ± 756	2318 ± 699	<b>0,036</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	2082 ± 758	2336 ± 658	<b>0,035</b>
	Υψηλό (> 70)	2562 ± 613	2547 ± 879	<b>0,05</b>
	Σύνολο	2283 ± 730	2384 ± 730	
<b>P</b>		0,030	0,552	

<b>Απώλεια υγρών από την έντονη άσκηση</b>	Χαμηλό (< 62)	179 ± 369	254 ± 767	0,131
	Μέτριο (62,01- 70)	207 ± 565	162 ± 295	0,198
	Υψηλό (> 70)	346 ± 479	245 ± 374	0,083
	Σύνολο	254 ± 477	217 ± 530	
<b>P</b>		0,421	0,803	
<b>Απώλεια υγρών από την μέτρια άσκηση</b>	Χαμηλό (< 62)	127 ± 172	142 ± 294	0,119
	Μέτριο (62,01- 70)	137 ± 321	162 ± 261	<b>0,029</b>
	Υψηλό (> 70)	81 ± 228	139 ± 177	<b>0,034</b>
	Σύνολο	111 ± 243	149 ± 252	
<b>P</b>		0,693	0,945	
<b>Απώλεια υγρών από το περπάτημα</b>	Χαμηλό (< 62)	83 ± 97	77 ± 111	0,185
	Μέτριο (62,01- 70)	126 ± 110	64 ± 82	0,042
	Υψηλό (> 70)	138 ± 137	108 ± 171	0,037
	Σύνολο	118 ± 119	80 ± 92	
<b>P</b>		0,270	0,290	
<b>Απώλεια υγρών από τα ούρα</b>	Χαμηλό (< 62)	1435 ± 257	1448 ± 320	0,465
	Μέτριο (62,01- 70)	1392 ± 242	1500 ± 284	0,272
	Υψηλό (> 70)	1371 ± 269	1400 ± 363	<b>0,040</b>
	Σύνολο	1397 ± 256	145 ± 317	
<b>P</b>		0,688	0,591	
<b>Απώλεια υγρών από τα κόπρανα</b>	Χαμηλό (< 62)	169 ± 51	192±23	<b>0,041</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	169 ± 46	190±34	<b>0,031</b>
	Υψηλό (> 70)	189 ± 24	191±19	0,596
	Σύνολο	177 ± 41	191 ±26	
<b>P</b>		0,135	0,967	
<b>Απώλεια συνολικών υγρών</b>	Χαμηλό (< 62)	2095 ± 585	2214 ± 1017	<b>0,042</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	2133 ± 617	2180 ± 448	0,064
	Υψηλό (> 70)	2226 ± 519	2185 ± 683	<b>0,041</b>
	Σύνολο	2159 ± 564	2194± 750	
<b>P</b>		0,706	0,985	
<b>Ισοζύγιο</b>	Χαμηλό (< 62)	16 ± 1039	104 ± 1162	<b>0,035</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	-50 ± 915	156 ± 776	<b>0,035</b>
	Υψηλό (> 70)	335 ± 796	362 ± 815	0,051
	Σύνολο	123 ± 914	190 ± 939	
<b>P</b>		0,281	0,659	

<b>Λεπτά έντονης άσκησης</b>	Χαμηλό (< 62)	12,47 ± 25,55	16,07 ± 45,25	0,287
	Μέτριο (62,01- 70)	12,59 ± 33,49	11,31 ± 21,17	0,358
	Υψηλό (> 70)	23,04 ± 32,27	17,66 ± 28,96	0,128
	Σύνολο	16,73 ± 30,80	14,71 ± 33,44	
<b>P</b>		0,381	0,802	
<b>Λεπτά μέτριας άσκησης</b>	Χαμηλό (< 62)	25,11 ± 36,12	27,15 ± 57,81	0,159
	Μέτριο (62,01- 70)	24,49 ± 65,37	28,07 ± 43,73	<b>0,010</b>
	Υψηλό (> 70)	12,50 ± 33,84	25,60 ± 32,85	<b>0,035</b>
	Σύνολο	19,88 ± 45,84	27,09 ± 46,59	
<b>P</b>		0,552	0,986	
<b>Λεπτά περπατήματος</b>	Χαμηλό (< 62)	30,39 ± 32,98	30,04 ± 41,87	<b>0,05</b>
	Μέτριο (62,01- 70)	48,13 ± 45,05	25,23 ± 33,77	<b>0,022</b>
	Υψηλό (> 70)	49,06 ± 43,78	44,44 ± 30,82	<b>0,05</b>
	Σύνολο	43,18 ± 41,35	31,96 ± 36,62	
<b>P</b>		0,243	0,221	

ΟΜΑΔΑ Α: Ηλικιωμένοι συμμετέχοντες από ΚΑΠΗ

ΟΜΑΔΑ Β: Ηλικιωμένοι γενικού πληθυσμού

Ο πίνακας 10 στο πρώτο μοντέλο παρουσιάζει τους παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την συνολική ενέργεια στο σύνολο του δείγματος. Συγκεκριμένα, μετά από προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο, τον δείκτη μάζας σώματος, το συνολικό σκορ του Κοινωνικού Κεφαλαίου, τα χρόνια εκπαίδευσης, την υπέρταση, το διαβήτη, την κατάθλιψη και τα καρδιαγγειακά φαίνεται ότι η αύξηση κατά 1 μονάδα του Κοινωνικού Κεφαλαίου φαίνεται να σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας περίπου κατά 10 θερμίδες. Το δεύτερο μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης παρουσιάζει μετά από προσαρμογή και του δείκτη υιοθέτησης της Μεσογειακής Διατροφής, του MedDietScore σε όλο το δείγμα, φαίνεται ότι η αύξηση κατά 1 μονάδα του MedDietScore σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας περίπου κατά 22 περίπου θερμίδες.



**Πίνακας 10.** Αποτελέσματα Γραμμικής Παλινδρόμησης σε όλο το δείγμα που αναπτύχθηκε για να εκτιμήσει την συνολική ενέργεια με βάση τους παρακάτω παράγοντες

	<b>B</b>	<b>P value</b>	<b>B</b>	<b>P value</b>
	<b>Μοντέλο 1</b>		<b>Μοντέλο 2</b>	
<b>Ηλικία (ανά 1 χρόνο)</b>	-,668	0,932	-1,363	0,853
<b>Φύλο (Αντρες/ Γυναίκες)</b>	72,401	0,470	65,334	0,510
<b>ΚΚ συνολικό score (ανά 1 μονάδα)</b>	9,699	<b>0,05</b>	9,859	0,05
<b>Χρόνια εκπαίδευσης (ανά 1 χρόνο εκπαίδευσης)</b>	8,716	0,479	3,905	0,751
<b>Διαβήτης (N/O)</b>	127,150	0,264	131,726	0,237
<b>Υπέρταση (N/O)</b>	91,791	0,360	75,064	0,446
<b>Κατάθλιψη (N/O)</b>	-45,667	0,716	-42,900	0,730
<b>Καρδιαγγειακά (N/O)</b>	-36,477	0,737	-47,650	0,658
<b>BMI (kg/m<sup>2</sup>)</b>	7,351	0,527	-	-
<b>Παχυσαρκία</b>	-	-	104,641	0,343
<b>MedDietScore (ανά 1 μονάδα)</b>	-	-	21,742	<b>0,044</b>

Ο πίνακας 11 στο πρώτο μοντέλο της γραμμικής παλινδρόμησης μετά από προσαρμογή της παχυσαρκίας, του καρκίνου της ελαφριάς σωματικής δραστηριότητας αλλά και των 7 παραγόντων του Κοινωνικού Κεφαλαίου φαίνεται ότι αύξηση κατά 1 μονάδα των παραγόντων «*Εκτίμηση ζωής*» και «*Συμμετοχή*» του Κοινωνικού Κεφαλαίου σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 75 και 38 θερμίδες αντίστοιχα. Επίσης, αύξηση κατά 1 μονάδα του δείκτη υιοθέτησης της Μεσογειακής διαίτας σχετίζεται με αύξηση 25 θερμίδων. Στο δεύτερο μοντέλο και μετά από προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο, τα χρόνια εκπαίδευσης, τον διαβήτη, την υπέρταση, την κατάθλιψη, τα καρδιαγγειακά, την παχυσαρκία, τον καρκίνο, την ελαφριά σωματική δραστηριότητα και το συνολικό σκορ του Κοινωνικού Κεφαλαίου φάνηκε ότι αύξηση κατά 1 χρόνο του επιπέδου εκπαίδευσης σχετίζεται με αύξηση της υιοθέτησης της Μεσογειακής διαίτας ενώ η εμφάνιση ή όχι της παχυσαρκίας σχετίζεται με τον δείκτη υιοθέτησης της Μεσογειακής διαίτας, σε όλο το δείγμα

**Πίνακας 11.** Αποτελέσματα Γραμμικής Παλινδρόμησης σε όλο το δείγμα που αναπτύχθηκε για να εκτιμήσει την συνολική ενέργεια με βάση τους παρακάτω παράγοντες

	<b>B</b>	<b>P value</b>	<b>B</b>	<b>P value</b>
	<b>Μοντέλο 1</b>		<b>Μοντέλο 2</b>	
<b>Ηλικία (ανά 1 χρόνο)</b>	-3,774	0,614	-,008	0,901
<b>Φύλο (Αντρες/ Γυναίκες)</b>	34,893	0,735	,347	0,672
<b>Χρόνια εκπαίδευσης (ανά 1 χρόνο εκπαίδευσης)</b>	,199	0,987	,205	<b>0,041</b>
<b>Διαβήτης (N/O)</b>	150,620	0,169	,379	0,681
<b>Υπέρταση (N/O)</b>	69,061	0,468	1,010	0,212
<b>Κατάθλιψη (N/O)</b>	-14,816	0,903	-,185	0,856
<b>Καρδιαγγειακά (N/O)</b>	-63,106	0,567	,391	0,663
<b>Παχυσαρκία (N/O)</b>	131,175	0,221	-1,805	<b>0,046</b>
<b>Καρκίνος (N/O)</b>	-267,799	0,380	1,926	0,457
<b>Λεπτά περπατήματος (N/O)</b>	-1,985	0,206	,005	0,682
<b>MedDietScore (ανά 1 μονάδα)</b>	25,057	<b>0,022</b>	-	-
<b>Γειτονιά (ανά 1 μονάδα)</b>	-28,894	0,113	-	-
<b>Ασφάλεια (ανά 1 μονάδα)</b>	-26,094	0,180	-	-
<b>Εκτίμηση ζωής (ανά 1 μονάδα)</b>	75,840	<b>0,021</b>	-	-
<b>Συμμετοχή (ανά 1 μονάδα)</b>	38,604	<b>0,009</b>	-	-
<b>Ανάπτυξη (ανά 1 μονάδα)</b>	33,804	0,122	-	-
<b>Οικογένεια και Φίλοι (ανά 1 μονάδα)</b>	1,193	0,967	-	-
<b>Ανεκτικότητα (ανά 1 μονάδα)</b>	-11,094	0,756	-	-
<b>Κοινωνικό Κεφάλαιο- συνολικό score (ανά 1 μονάδα)</b>	-	-	-,008	0,845

Τέλος, ο πίνακας 12 παρουσιάζει συγκρίσεις μεταξύ των ηλικιωμένων των δυο ομάδων. Πιο συγκεκριμένα μετά από προσαρμογή για την ηλικία, το φύλο, τα χρόνια εκπαίδευσης, τον διαβήτη, την υπέρταση, την κατάθλιψη, τα καρδιαγγειακά, την παχυσαρκία, τον καρκίνο, την ελαφριά σωματική δραστηριότητα και το συνολικό σκορ του Κοινωνικού Κεφαλαίου φαίνεται ότι αύξηση κατά 1 μονάδα του συνολικού σκορ του Κοινωνικού Κεφαλαίου σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 20 θερμίδες στους ηλικιωμένους της ομάδας A σε σύγκριση με την ομάδα B ενώ αύξηση κατά 1 μονάδα του συνολικού σκορ του MedDietScore σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 34 θερμίδες. Δεν φάνηκαν άλλες στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στον σχετικά μικρό αριθμό του κάθε γκρουπ οπότε και μειωνόταν η στατιστική σημαντικότητα.

**Πίνακας 12.** Αποτελέσματα Γραμμικής Παλινδρόμησης μεταξύ ηλικιωμένων των δύο ομάδων που αναπτύχθηκε για να εκτιμήσει την συνολική ενέργεια με βάση τους παρακάτω παράγοντες

<b>Μοντέλο</b>	<b>B</b>	<b>P</b>
<b>Ηλικία (ανά 1 χρόνο)</b>	1,948	0,833
<b>Φύλο (Άντρες/ Γυναίκες)</b>	185,647	0,155
<b>Χρόνια Εκπαίδευσης (ανά 1 χρόνο)</b>	-10,670	0,459
<b>Διαβήτης (N/O)</b>	143,932	0,229
<b>Υπέρταση (N/O)</b>	87,957	0,430
<b>Κατάθλιψη (N/O)</b>	-100,746	0,507
<b>Καρδιαγγειακά (N/O)</b>	-166,719	0,184
<b>Λεπτά περπατήματος (N/O)</b>	-,823	0,708
<b>Παχυσαρκία (N/O)</b>	-58,363	0,675
<b>ΚΚ- Συνολικό σκορ (ανά 1 μονάδα)</b>	19,489	<b>0,002</b>
<b>MedDietScore (ανά 1 μονάδα)</b>	34,210	<b>0,017</b>

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

**Για την μεθοδολογία:** τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν, ήταν σταθμισμένα για τον Ελληνικό πληθυσμό παρά τις πολύ μικρές αλλαγές που έγιναν για τις ανάγκες της έρευνας. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν πρόσωπο με πρόσωπο στον χώρο των ΚΑΠΗ και στο σπίτι των ηλικιωμένων που άνηκαν στην ομάδα Β. Η δυνατότητα αυτό-συμπλήρωσης από τους ηλικιωμένους δεν υπήρχε γιατί δεν θα μπορούσαν λόγω του ότι απαιτούνταν να αφιερώσουν ένα σεβαστό χρονικό διάστημα και υπήρχε η πιθανότητα ελλιπούς συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Επίσης, πιθανά προβλήματα στην όραση, την ακοή ή την ανάγνωση του ερωτηματολογίου θα δυσκόλευε την προσπάθεια συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Η μέθοδος αυτή είχε το πλεονέκτημα ότι οι ερευνητές έδιναν τις απαραίτητες διευκρινήσεις στον ηλικιωμένο, υπήρχε κλίμα εμπιστοσύνης και ασφάλειας με αποτέλεσμα να συνεργάζονται ευκολότερα.

**Για τα αποτελέσματα:** Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο του Κοινωνικού Κεφαλαίου χρησιμοποιείται για πρώτη φορά στην Ελλάδα προκειμένου να διερευνήσει τη σχέση του κοινωνικού προφίλ με την διατροφική συμπεριφορά. Οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α είχαν μεγαλύτερη ηλικία ενώ η ομάδα Β υψηλότερο σωματικό βάρος. Η κύρια μεταβλητή, το Κοινωνικό Κεφάλαιο ακολουθεί την κανονική κατανομή ενώ η δεύτερη βασική μεταβλητή, το MedDietScore τείνει να την ακολουθήσει. Το γεγονός ότι δεν την ακολουθεί όπως το Κοινωνικό Κεφάλαιο, πιθανόν να οφείλεται στο μικρό αριθμό τόσο του συνολικού αριθμού του δείγματος όσο και των δυο γκρουπ. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μεταπτυχιακής διατριβής φανερώνουν ενδιαφέροντα στοιχεία. Πιο αναλυτικά:

### **➤ Υιοθέτηση της Μεσογειακής Διατροφής**

Στην συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε ότι ο βαθμός υιοθέτησης της Μεσογειακής διαίτας ήταν μέτριος, και στα δύο φύλα. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο χαμηλό ετήσιο εισόδημα που βρέθηκε περίπου στους μισούς ηλικιωμένους του δείγματος. Κάτι τέτοιο φαίνεται και βιβλιογραφικά όπου αρκετές έρευνες δείχνουν ότι το κοινωνικό - οικονομικό προφίλ επηρεάζει την κατάσταση της υγείας και ιδιαίτερα τα άτομα χαμηλού κοινωνικοοικονομικού επιπέδου [79]. Επίσης, από την γραμμική

παλινδρόμηση που πραγματοποιήθηκε δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ του βαθμού υιοθέτησης του Μεσογειακού προτύπου και της κλινικής κατάστασης των συμμετεχόντων όπως παρουσία διαβήτη, υπέρτασης, κατάθλιψης και καρδιαγγειακών. Το στοιχείο αυτό είναι αρκετά σημαντικό και ενδιαφέρον διότι γνωρίζουμε πως η αντιμετώπιση τέτοιων κλινικών χαρακτηριστικών συμπεριλαμβάνει και την διατροφή. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι υπακούν και συμμορφώνονται με τις οδηγίες του ιατρού τους και ακολουθούν την φαρμακευτική αγωγή που τους χορηγείται. Αντίθετα, από την γραμμική παλινδρόμηση φαίνεται μια συσχέτιση της υιοθέτησης του Μεσογειακού πρότυπου και της αύξησης του βάρους. Από την μελέτη μας φαίνεται πως αύξηση κατά 1 μονάδα του δείκτη υιοθέτησης Μεσογειακής Διατροφής (MedDietScore) φάνηκε να σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 22 θερμίδες. Συσχετίσεις φάνηκαν και ανάμεσα στα επίπεδα υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής και των κλινικών νοσημάτων στους ηλικιωμένους που βρίσκονταν και στις δυο ομάδες. Η συχνότητα εμφάνισης διαβήτη είναι μεγαλύτερη στην ομάδα A που εμφανίζουν χαμηλή προσκόλληση στην Μεσογειακή διαίτα σε σχέση με την ομάδα B ( $p=0,01$ ). Η συχνότητα εμφάνισης υπέρτασης είναι μεγαλύτερη στην ομάδα A που εμφανίζουν μέτρια προσκόλληση στην Μεσογειακή διαίτα σε σχέση με την ομάδα B ( $p=0,003$ ). Ακόμα, ο επιπολασμός των γαστρεντερικών διαταραχών ήταν μεγαλύτερος στην ομάδα B που είχαν μεγάλο βαθμό υιοθέτησης της Μεσογειακής διαίτας σε σχέση με την ομάδα A ( $p=0,03$ ). Τέλος, η συχνότητα εμφάνισης δυσλιπιδαιμιών ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα B τόσο στους ηλικιωμένους με χαμηλή ( $p=0,01$ ) όσο και με υψηλή ( $p=0,01$ ) προσκόλληση στην Μεσογειακή διαίτα σε σύγκριση με την ομάδα A. Η μέση τιμή από τα τρία γκρουπ (χαμηλό, μέτριο, υψηλό) του δείκτη υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής που σχετίζεται με την υπέρταση συμφωνεί σε μεγάλο βαθμό και με αποτελέσματα μελέτης που πραγματοποιήθηκε στην χώρα μας και αναφέρει πως το 45% των συμμετεχόντων, ηλικίας >65 ετών, παρουσίασαν υπέρταση [80]. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι ο επιπολασμός της υπέρτασης (40%), είναι μεγαλύτερος στους ηλικιωμένους της ομάδας A που είχαν χαμηλή προσκόλληση στην Μεσογειακή διαίτα από ότι στην ομάδα B. Η συχνότητα εμφάνισης δυσλιπιδαιμιών είναι μεγάλη τόσο στους ηλικιωμένους της ομάδας A (30%) όσο και στην ομάδα B (21%). Τα μεγαλύτερα ποσοστά (45%) εμφανίζονται στην ομάδα B με υψηλή προσκόλληση στην Μεσογειακή διαίτα ενώ αντίθετα στους ηλικιωμένους της ομάδας A εμφανίζεται συχνότερα σε όσους έχουν χαμηλή προσκόλληση. Η

συχνότητα εμφάνισης αυτών των νοσημάτων δεν διαφέρει ιδιαίτερα από αποτελέσματα άλλων ερευνών. Η μελέτη ATTICA [75] έδειξε πως το 25% των ανδρών και το 30% των γυναικών, άνω των 60 ετών, πάσχουν από διαβήτη τύπου II ενώ σε ποσοστό 48% των ανδρών και το 55% των γυναικών, ηλικίας άνω των 50 ετών, εμφάνισε υψηλά επίπεδα χοληστερόλης (> 200mg/dl) και τα υπερχοληστερολαιμίας, σε άτομα και των δυο φύλων άνω των 50 ετών, έφτανε περίπου το 40% για τους άνδρες και το 60% για τις γυναίκες. Τα αποτελέσματα της μελέτης MEDIS [81] έδειξαν ότι ο επιπολασμός του διαβήτη ήταν 26% στους άνδρες και 18% στις γυναίκες. Η προστατευτική δράση της Μεσογειακής διατροφής έχει αποδειχθεί από πολλές μελέτες. Η προστατευτική αυτή δράση οφείλεται σε μεγάλο βαθμό στην ποικιλία των τροφίμων που διαθέτει το Μεσογειακό πρότυπο. Τα φρούτα, τα λαχανικά, το ελαιόλαδο, οι ξηροί καρποί και η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ λειτουργούν προστατευτικά ενάντια στην υπέρταση και επιδρούν θετικά στην καλή υγεία της καρδιάς. Τα παραπάνω τρόφιμα είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά συστατικά και η επίδραση τους είναι σημαντική στον καρδιαγγειακό κίνδυνο ενώ μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισης υπέρτασης [82].

#### ➤ **Παράγοντες που επηρεάζουν την προμήθεια τροφίμων και ποτών**

Το κόστος αναμφίβολα είναι από τους κυριότερους παράγοντες που επηρεάζουν την επιλογή του τροφίμου ή του ποτού. Παρά τις οικονομικές δυσκολίες που υπάρχουν στη χώρα μας και το χαμηλό εισόδημα των ηλικιωμένων δεν φάνηκε να υπάρχει δυσκολία στη προμήθεια και την αγορά των τροφίμων. Από παλαιότερη όμως έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 20% των ερωτηθέντων ανέφερε ότι είχε οικονομικές δυσκολίες που αφορούσαν την αγορά τροφίμων [72]. Ωστόσο κάτι τέτοιο δεν ισχύει και για την πρόσληψη των υγρών. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι να θέλουν να προμηθευτούν τα βασικά τρόφιμα που περιβάλλουν την διατροφή τους και να αποφεύγουν να προμηθευτούν υγρά (π.χ. αναψυκτικά, χυμούς κτλ) λόγω περαιτέρω οικονομικής στενότητας.

### ➤ **Συσχέτιση Κοινωνικού Κεφαλαίου και διατροφικής συμπεριφοράς**

Ένας σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την διατροφική συμπεριφορά είναι το Κοινωνικό Κεφάλαιο τόσο στο σύνολο του όσο και επιμέρους. Το Κοινωνικό Κεφάλαιο μελετήθηκε με δυο τρόπους : 1) Με βάση τους επτά παράγοντες του που ήταν οι : «*Συμμετοχή στην Τοπική Κοινότητα*», «*Ανάπτυξη στο Κοινωνικό Πλαίσιο*», «*Αισθήματα Εμπιστοσύνης και Ασφάλειας*», «*Σχέσεις με τους Γείτονες*», «*Σχέσεις με Συγγενείς και Φίλους*», «*Εκτίμηση της Ζωής*» και «*Ανεκτικότητα*» και 2) με βάση το συνολικό σκορ του Κοινωνικού Κεφαλαίου. Στους επιμέρους παράγοντες του Κοινωνικού Κεφαλαίου η μέση τιμή του παράγοντα «*Συμμετοχή*» και του παράγοντα «*Οικογένεια και Φίλοι*» είναι μεγαλύτερη στην ομάδα Α από την ομάδα Β ( $p < 0,05$ ). Αυτό δείχνει μια μεγαλύτερη κοινωνικότητα της ομάδας Α στους συγκεκριμένους παράγοντες Κοινωνικού Κεφαλαίου που πιθανόν να οφείλεται στην συμβολή των ΚΑΠΗ και το ρόλο τους που δεν είναι άλλος από το να διατηρούν οι ηλικιωμένοι την κοινωνικότητα τους. Επίσης, και οι δύο ομάδες, οι περισσότεροι από τους επιμέρους παράγοντες ακολουθούσαν την κανονική κατανομή ή έτειναν να την ακολουθήσουν. Όσο αφορά το συνολικό σκορ του Κοινωνικού Κεφαλαίου, όπως φάνηκε και τα δυο γκρουπ των ηλικιωμένων εμφάνιζαν μέτρια κοινωνικότητα. Οι ηλικιωμένοι με μέτριο Κοινωνικό Κεφάλαιο είχαν υψηλότερη πρόσληψη νερού από τα τρόφιμα ( $510 \pm 200$ ) σε σχέση με τους ηλικιωμένους χαμηλού και υψηλού Κοινωνικού Κεφαλαίου ( $p = 0,029$ ). Ακόμα, η συνολική πρόσληψη υγρών ήταν μεγαλύτερη σε ηλικιωμένους με υψηλή κοινωνικότητα ( $p = 0,04$ ). Στον πίνακα 9 αρχικά φαίνεται μια στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 3 επιπέδων του Κοινωνικού Κεφαλαίου στους ηλικιωμένους της ομάδας Α και της προσλαμβανόμενης ενέργειας από τα τρόφιμα. Δηλαδή οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α που έχουν υψηλή κοινωνικότητα έχουν μεγαλύτερη ενεργειακή πρόσληψη από τρόφιμα σε σχέση με τους ηλικιωμένους της ίδιας ομάδας που έχουν χαμηλό ή μέτριο κοινωνικό επίπεδο. Η ενεργειακή πρόσληψη ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα Β που είχαν χαμηλό ή μέτριο κοινωνικό προφίλ σε σχέση με τους ηλικιωμένους της ομάδας Α. Οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α με υψηλό κοινωνικό προφίλ είχαν μεγαλύτερη ενεργειακή πρόσληψη από υγρά σε σύγκριση με την ομάδα Β. Όσον αφορά την συνολική ενεργειακή πρόσληψη φάνηκε πως οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α με υψηλή κοινωνικότητα είχαν μεγαλύτερη συνολική ενεργειακή πρόσληψη σε σχέση με την ομάδα Β. Η πρόσληψη νερού από τα τρόφιμα ήταν μεγαλύτερη σε ηλικιωμένους της ομάδας Β που είχαν χαμηλό και μέτριο

κοινωνικό προφίλ σε σχέση με αυτούς της ομάδας Α. Ακόμα, η ομάδα Α με υψηλό κοινωνικό επίπεδο είχαν μεγαλύτερη πρόσληψη υγρών (εξαιρουμένου του νερού) από ότι η ομάδα Β. Η συνολική κατανάλωση νερού ήταν μεγαλύτερη και στα τρία γκρουπ κοινωνικότητας στους ηλικιωμένους της ομάδας Β σε σχέση με τους ηλικιωμένους της πρώτης. Η αποβολή υγρών μετά από μέτριας έντασης άσκηση είναι μεγαλύτερη στους ηλικιωμένους της ομάδας Α με μέτριο κοινωνικό προφίλ από ότι στην ομάδα Β. Η απώλεια υγρών μετά από περπάτημα είναι μεγαλύτερη στην ομάδα Α με μέτριο κοινωνικό προφίλ σε σχέση με την ομάδα Β. Η απώλεια υγρών από τα ούρα ήταν στατιστικά σημαντική μεταξύ των δύο γκρουπ και του υψηλού κοινωνικού προφίλ. Συγκεκριμένα οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α με υψηλή κοινωνικότητα είχαν μεγαλύτερη απώλεια υγρών από τα ούρα σε σχέση με την ομάδα Β. Ακόμα, υπήρχαν συσχετίσεις των δύο γκρουπ με τα επίπεδα κοινωνικότητας και τις απώλειες υγρών από τα κόπρανα αλλά και απώλειες συνολικών υγρών. Σε ότι αφορά την σωματική δραστηριότητα τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπήρχαν διαφορές στον χρόνο που αφιέρωνε ένας ηλικιωμένος στη μέτρια σωματική δραστηριότητα και το περπάτημα. Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι της ομάδας Β με υψηλό κοινωνικό προφίλ αφιέρωναν περισσότερο χρόνο σε μέτριας έντασης σωματική δραστηριότητα από ότι οι ηλικιωμένοι της ομάδας Α ενώ φαίνεται πως οι ηλικιωμένοι της ομάδας Β με χαμηλό κοινωνικό προφίλ περπατούν περισσότερο από τους αντίστοιχους της ομάδας Α.

➤ **Γραμμική παλινδρόμηση στο σύνολο του δείγματος και μεταξύ ΚΑΠΗ και εκτός ΚΑΠΗ**

Γραμμική παλινδρόμηση προσαρμοσμένη για πολλούς και ποικίλους παράγοντες, σε όλο το δείγμα, αποκάλυψε ότι αύξηση κατά 1 μονάδα του Κοινωνικού Κεφαλαίου σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 10 θερμίδες ενώ αύξηση κατά 1 μονάδα των παραγόντων Κοινωνικού Κεφαλαίου «*Εκτίμηση*» και «*Συμμετοχή*» σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 75 και 35 θερμίδες αντίστοιχα. Αύξηση της εκπαίδευσης κατά 1 χρόνο σχετίζεται με αύξηση της υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής. Άλλωστε φαίνεται πως η έλλειψη γνώσης (χαμηλό μορφωτικό επίπεδο) για τη σωστή, την αποθήκευση ή την επιλογή φθηνής τροφής που παρασκευάζεται εύκολα, οδηγεί σε λιγότερο υγιεινή διατροφή και σε ανεπαρκή πρόσληψη των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών [50]. Επίσης, αποτελέσματα



έρευνας στην Ελλάδα έδειξαν ότι το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί σημαντικό παράγοντα για τη σχέση της διατροφής και των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Τα άτομα με το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφάνιζαν μεγαλύτερη άγνοια αναφορικά με τους σημαντικότερους διατροφικούς κινδύνους (κορεσμένα λίπη και αλάτι) για τα καρδιαγγειακά νοσήματα [83]. Τέλος, η εμφάνιση ή όχι της παχυσαρκίας στο δείγμα σχετίζεται με τον δείκτη υιοθέτησης της Μεσογειακής διατροφής. Κλείνοντας, όσον αφορά τα δύο γκρουπ, αύξηση κατά 1 μονάδα του συνολικού σκορ του Κοινωνικού Κεφαλαίου σχετίζεται με αύξηση της συνολικής ενέργειας κατά 20 θερμίδες στους ηλικιωμένους των ΚΑΠΗ. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω πραγματοποιηθήκαν και άλλες συγκρίσεις μεταξύ των δυο γκρουπ αλλά δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

#### ➤ Προτάσεις για βελτιώσεις στις παροχές-υπηρεσίες των ΚΑΠΗ

Τα ΚΑΠΗ είναι ίσως οι πιο διαδεδομένοι χώροι στην Τρίτη ηλικία και αποτελούν εστία κοινωνικότητας σε αυτή την ιδιαίτερη πληθυσμιακή ομάδα με αποτέλεσμα οι περισσότεροι δήμοι των Αθηνών, και όχι μόνο, να διαθέτουν έναν ικανοποιητικό αριθμό ΚΑΠΗ. Είναι σημαντικό ο θεσμός των ΚΑΠΗ να παραμείνει ως ο πιο επιτυχημένος θεσμός της Τρίτης ηλικίας αλλά να διευρυνθεί και να διαφυλαχθεί. Ο θεσμός των ΚΑΠΗ είναι τόσο επιτυχημένος διότι συνδυάζει την παροχή υπηρεσιών υγείας, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, αλλά παράλληλα αποτελεί χώρο ψυχαγωγίας και τους ηλικιωμένους. Παρότι στην συγκεκριμένη έρευνα δεν μετρήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης των μελών των ΚΑΠΗ για τον θεσμό, ωστόσο είναι σημαντικό να αναφερθεί πως μόνο η συμμετοχή που υπήρχε καθημερινά, η συμμετοχή σε εκδηλώσεις και ενημερώσεις φανερώνουν το μέγεθος της ικανοποίησης τους. Αυτό δεν σημαίνει πως δεν υπάρχουν δυνατότητες βελτίωσης. Η οικονομική κατάσταση της χώρας μας σαφώς επηρέασε και τις παροχές των ΚΑΠΗ στους ηλικιωμένους. Τα έσοδα των ΚΑΠΗ προέρχονται από την ετήσια συνδρομή των μελών τους αλλά και από την δημοτική επιχορήγηση που είναι μικρότερη σε σύγκριση με παλαιότερα χρόνια. Υπάρχουν τρόποι βελτίωσης των ΚΑΠΗ και μάλιστα χωρίς ιδιαίτερη οικονομική επιβάρυνση. Πιο συγκεκριμένα: 1) να βρεθούν δραστηριότητες που να καλύπτουν τους περισσότερους ηλικιωμένους και όχι μόνο ένα μέρος τους. 2) αν και παρατηρήθηκε η διοργάνωση ομιλιών από ειδικούς και

άλλους φορείς, ως ερευνητές που ασχολούμαστε με θέματα διατροφής, θα μας ενδιέφερε να δούμε τις ανάγκες και τους προβληματισμούς των ηλικιωμένων σχετικά με την διατροφή και να πραγματοποιηθούν ομιλίες και ενημερώσεις. 3) η πραγματοποίηση και άλλων ερευνών σε συνεργασία με πανεπιστήμια που να σχετίζονται με την Τρίτη ηλικία, την διατροφή και την υγεία τους. 4) συνεργασία με διαιτολόγο με σκοπό την αξιολόγηση της διατροφικής κατάστασης των ηλικιωμένων, την παροχή συμβουλών με κύριο γνώμονα την καλύτερη υγεία σε αυτό το στάδιο της ζωής τους.

## ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Η συγκεκριμένη έρευνα, αποτελεί μια αναδρομική έρευνα. Ως έρευνα επιπολασμού, δεν προσφέρεται για αιτιολογικές συσχετίσεις, μια και δεν πληρεί τη βασικότερη προϋπόθεση της χρονικής αλληλουχίας που απαιτείται για να ορίσει μια σχέση παράγοντα – νόσου ως αιτιολογική. Πιο συγκεκριμένα αποτυπώνει μια εικόνα έτσι όπως παρατηρείται τη στιγμή της έρευνας χωρίς να είναι δυνατή η εξαγωγή συμπερασμάτων αιτίας-αιτιατού. Καθώς πρόκειται για αναδρομική μελέτη δεν μπορεί κανείς να αποκλείσει τα σφάλματα ανάκλησης της πληροφορίας, ιδιαίτερα όσον αφορά στις διατροφικές συνήθειες και ιδιαίτερα όταν πρόκειται για ηλικιωμένο πληθυσμό. Για να ελαχιστοποιηθεί αυτό το σφάλμα συμμετείχαν ερευνητές-διαιτολόγοι. Όπως γίνεται κατανοητό, οι περιορισμοί που προκύπτουν αφορούν τη φύση της μελέτης (αναδρομικός χαρακτήρας) καθώς και τη χρήση κάποιων ερευνητικών και στατιστικών εργαλείων που αναπόφευκτα υπόκεινται σε ένα βαθμό υποκειμενικότητας. Ωστόσο, οι περιορισμοί αυτοί δε μειώνουν τη μεγάλη χρησιμότητα της μελέτης, η οποία αποτελεί σημαντικό εργαλείο στην πρόβλεψη των αναγκών των υπηρεσιών υγείας αλλά και το έναυσμα για επιπλέον έρευνα με στόχο την περαιτέρω διερεύνηση των πιθανών συσχετίσεων.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΝΗΘΕΙΩΝ		1. ΚΩΔΙΚΟΣ
<b>A. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ</b>		
2. Φύλο: <input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα		3. Έτος γέννησης:
4. Ύψος (cm):	5. Βάρος (Kg):	6. Συνολικά έτη σπουδών (από 1 <sup>η</sup> Δημοτικού): _____
7. Οικογενειακή κατάσταση	1. Άγαμος/η <input type="checkbox"/> 2. Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> 3. Διαζύγιο <input type="checkbox"/> 4. Χήρος/α <input type="checkbox"/>	
8. Αριθμός παιδιών	-----	
9. Επάγγελμα	1. Συνταξιούχος <input type="checkbox"/> 2. Αγρότης <input type="checkbox"/> 3. Ιδιωτ. Υπάλληλος <input type="checkbox"/> 4. Δημ. Υπάλληλος <input type="checkbox"/> 5. Ελεύθ. Επαγγελματίας <input type="checkbox"/> 6. Οικιακά <input type="checkbox"/> 7. Ανεργος <input type="checkbox"/> 8. Άλλο <input type="checkbox"/>	
10. Το σπίτι που μένετε είναι :	1. Ιδιόκτητο <input type="checkbox"/> 2. Ενοικιαζόμενο <input type="checkbox"/> 3. Των παιδιών, συγγενών ή άλλων <input type="checkbox"/>	
11. Πόσα άτομα μένετε σπίτι	----- (μαζί με εσας)	
12. Έχετε αυτοκίνητο;	Ναι <input type="checkbox"/> 1    Όχι <input type="checkbox"/> 0	
13. Έχετε άλλο τροχοφόρο	Ναι <input type="checkbox"/> 1    Όχι <input type="checkbox"/> 0	
14. Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα:	(1) <10.000 <input type="checkbox"/> (2) 10.001-20.000 <input type="checkbox"/> (3) 20.001-40.000 <input type="checkbox"/> (4) 40.000 < <input type="checkbox"/>	
15. Καπνίζετε;	(1) 1 ≤ τσιγάρα την ημέρα <input type="checkbox"/> (2) Περιστασιακά <input type="checkbox"/> (3) Το έχω κόψει <input type="checkbox"/> (4) Ποτέ <input type="checkbox"/>	
16. Πάσχετε από κάποιο από τα παρακάτω νοσήματα ή προβλήματα υγείας		
a. Σακχαρώδης Διαβήτης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	l. Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση
b. Υπέρταση	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	m. Συχνές ουρολοιμώξεις
c. Νεφρική Ανεπάρκεια ή δυσλειτουργία	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	n. Προβλήματα κινητικότητας
d. Νοσήματα αναπνευστικού	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	o. Δυσλιπιδαιμία
e. Καρδιαγγειακά	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	p. Νοσήματα θυρεοειδούς
f. Κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	q. Προβλήματα ύπνου
g. Καρκίνος	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	r. προβλήματα κατάποσης
h. Αρθρίτιδες	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
i. Οστεοπόρωση	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	
j. Τρόμος ή Parkinson	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	

κ. Προβλήματα γαστρεντερικού	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	σ. προβλήματα μάσησης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	τ. προβλήματα όρασης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	υ. αναιμίες	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>	ν. προστάτης	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
		χ. Τροφικές αλλεργίες	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>

## B. ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν στο χρόνο που έχετε αφιερώσει για κάποια σωματική δραστηριότητα τις τελευταίες 7 ημέρες. Περιλαμβάνουν ερωτήσεις σχετικά με δραστηριότητες που κάνατε κατά την εργασία σας, στις μετακινήσεις σας, στις δουλειές του σπιτιού, του κήπου και στον ελεύθερο χρόνο σας για ψυχαγωγία, άσκηση ή άθληση.

1. Κατά τη <b>τελευταία εβδομάδα</b> , πόσες ημέρες κάνατε για πάνω από 10 λεπτά κάποια <b>έντονη</b> σωματική δραστηριότητα, όπως άρση βαριών φορτίων, σκάψιμο, αεροβική γυμναστική ή γρήγορη ποδηλασία;	<input type="checkbox"/> ημέρες την εβδομάδα
2. Για πόση ώρα συνήθως : a. <input type="checkbox"/> λεπτά ανά φορά	b. Δεν γνωρίζω/ δεν είμαι βέβαιος <input type="checkbox"/>
3. Κατά τις <b>τελευταία εβδομάδα</b> , πόσες ημέρες κάνατε για πάνω από 10 λεπτά κάποια <b>μέτριας έντασης</b> σωματική δραστηριότητα, όπως το να σηκώσετε και να μεταφέρετε ελαφρά μικρά βάρη (μικρότερα από 10 Kg), συνολική καθαριότητα του σπιτιού, ήπιες ρυθμικές ασκήσεις σώματος, ( <u>Παρακαλώ μην συμπεριλάβετε το περπάτημα</u> ):	<input type="checkbox"/> ημέρες την εβδομάδα
4. Για <b>πόση ώρα</b> συνήθως: a. <input type="checkbox"/> λεπτά ανά φορά	b. Δεν γνωρίζω/ δεν είμαι βέβαιος <input type="checkbox"/>
5. Κατά τις <b>τελευταία εβδομάδα</b> πόσες ημέρες <b>περπατήσατε</b> για περισσότερο από 10 λεπτά:	<input type="checkbox"/> ημέρες την εβδομάδα
6. Για <b>πόση ώρα</b> συνήθως: a. <input type="checkbox"/> λεπτά ανά ημέρα	b. Δεν γνωρίζω/ δεν είμαι βέβαιος <input type="checkbox"/>
7. Πόσο χρόνο περάσατε <b>καθισμένοι</b> σε μια συνηθισμένη μέρα κατά την τελευταία εβδομάδα; Ο χρόνος αυτός μπορεί να περιλαμβάνει το χρόνο που περνάτε καθισμένοι στο σπίτι ή αλλού, όταν επισκέπτεστε φίλους, όταν διαβάζετε, μελετάτε ή βλέπετε τηλεόραση, ( <u>αλλά δεν περιλαμβάνει τον ύπνο</u> ):	<input type="checkbox"/> ώρες ανά ημέρα
	b. Δεν γνωρίζω/ δεν είμαι βέβαιος <input type="checkbox"/>

## D. Το Μεσογειακό Διατροφικό Σκορ (MedDietScore)

Πόσο συχνά καταναλώνεις τρόφιμα από τις κατηγορίες που παρουσιάζονται;

Πόσο συχνά καταναλώνεις τα παρακάτω τρόφιμα:	Συχνότητα Κατανάλωσης (μερίδες/εβδομάδα)					
1. Δημητριακά ολικής αλέσεως (π.χ. ψωμί, ζυμαρικά, ρύζι, κλπ)	<b>Ποτέ</b> (0)	1-6 (1)	7-12 (2)	13-18 (3)	19-31 (4)	>32 (5)

2. Πατάτες	<b>Ποτέ</b> (0)	1-4 (1)	5-8 (2)	9-12 (3)	13-18 (4)	>18 (5)
3. Φρούτα και χυμούς	<b>Ποτέ</b> (0)	1-4 (1)	5-8 (2)	9-15 (3)	16-21 (4)	>22 (5)
4. Λαχανικά και σαλάτες	<b>Ποτέ</b> (0)	1-6 (1)	7-12 (2)	13-20 (3)	21-32 (4)	>33 (5)
5. Όσπρια	<b>Ποτέ</b> (0)	<1 (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	>6 (5)
6. Ψάρι και σούπες	<b>Ποτέ</b> (0)	<1 (1)	1-2 (2)	3-4 (3)	5-6 (4)	>6 (5)
7. Κόκκινο κρέας και προϊόντα του	$\leq 1$ (5)	2-3 (4)	4-5 (3)	6-7 (2)	8-10 (1)	>10 (0)
8. Πουλερικά	$\leq 3$ (5)	4-5 (4)	5-6 (3)	7-8 (2)	9-10 (1)	>10 (0)
9. Γαλακτοκομικά πλήρη σε λιπαρά	$\leq 10$ (5)	11-15 (4)	16-20 (3)	21-28 (2)	29-30 (1)	>30 (0)
10. Ελαιόλαδο στην καθημερινή μαγειρική	<b>Ποτέ</b> (0)	<b>Σπάνια</b> (1)	<1 (2)	1-3 (3)	3-5 (4)	<b>Καθημερινά</b> (5)
11. Αλκοολούχα ποτά ( <u>ml/ημέρα</u> , 100 ml = 1 ποτήρι 12%)	<300 (5)	300 (4)	400 (3)	500 (2)	600 (1)	>700 ή 0 (0)

12.Υπάρχει στην περιοχή σας Σούπερ/μινι μαρκετ ή μπακάλικο για να προμηθευτείτε τα είδη διατροφής που χρειάζεστε;	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
13)Καταναλώνεται τρόφιμα που καλλιεργούν τα παιδιά σας ή άλλοι?  Αν ναι , σε ποια κατηγορία ανήκουν: 1)φρούτα και λαχανικά 2) κρέας 3) γαλακτοκομικά .	Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
14.Ποιός ασχολείται με τα ψώνια:	a.εγώ <input type="checkbox"/> ΝΑΙ b.σύζυγος <input type="checkbox"/> ΝΑΙ c .παιδιά <input type="checkbox"/> ΝΑΙ d.άλλος <input type="checkbox"/> ΝΑΙ

	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
15. Για πόσα άτομα μαγειρεύετε στο σπίτι (μαζί με εσας);				
16 a. Ποια είναι αυτά;				
17. Θεωρείτε ότι η διατροφή σας επηρεάζεται από:				
a. Προβλήματα υγείας σας	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
b. Οικονομικά προβλήματα	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
c. Δυσκολία στην προμήθεια τροφίμων	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
d. Άλλα προβλήματα	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
18. Θεωρείτε ότι η πρόσληψη υγρών επηρεάζεται από:				
a. Προβλήματα υγείας σας	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
b. Οικονομικά προβλήματα	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
c. Συχνουρία, ακράτεια	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
d. Δυσκολία στην προμήθεια ποτών, αναψυκτικών, νερού	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	
e. Άλλα προβλήματα	Ναι <input type="checkbox"/>		Όχι <input type="checkbox"/>	

**Ε. Σημειώστε ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ καταναλώσατε τα παρακάτω τρόφιμα τον τελευταίο μήνα:****Θα πρέπει να απαντήσετε έχοντας ως μερίδα αναφοράς την ποσότητα που αναγράφεται στις παρενθέσεις.**

(Συντμήσεις: φ = φορές, γρ. = γραμμάρια, τμχ. = τεμάχιο, φλ. = φλιτζάνι τσαγιού = 240 ml)

	Ποτέ/ Σπάνια	1-3 φ/ μήνα	1-2 φ/ εβδομ.	3-6 φ/ εβδομ.	1 φ/ ημέρα	≥ 2 φ/ ημέρα
1.Ψωμί άσπρο (1 φέτα 30γρ ή φέτα τοστ)						
2.Φρυγανιά άσπρη (2 τμχ) ή παξιμάδι άσπρο(1 μέτριο)						
3.Ψωμί ολικής αλέσεως (1 φέτα 30γρ ή φέτα τοστ)						
4.Φρυγανιά ολικής αλέσεως (2 τμχ) ή παξιμάδι κρίθινο, ολικής (1 μέτριο)						
5.Κουλούρι Θεσ/κης, ψωμάκια μπέργκερ (1 τμχ)						
6.Κριτσίνια ή κράκερ(2 λεπτά)						
7.Δημητριακά πρωινού (½ φλ), μπάρες δημητριακών (1 τμχ)						
8.Μοσχάρι (μπριζόλα, κομμάτι) (150 γρ)						
9.Μπιφτέκι (2 τμχ), κεφτεδάκια (4 τμχ), κιμάς (1 κουτάλα)						
10.Κοτόπουλο ή κουνέλι (όλα τα είδη) (150 γρ)						
11.Χοιρινό (μπριζόλα, κομμάτι, σουβλάκι) (150 γρ)						
12.Χοιρινό πίτα- γύρος (1 τεμ)						
13.Αρνί, κατσίκι, κυνήγι, παϊδάκια (150 γρ)						
14.Αλλαντικά (1 φέτα) (σαλάμι, πάριζα)						
15.Αλλαντικά/ κρεατοσκευάσματα άπαχα (γαλοπούλα, ζαμπόν)						
16.Λουκάνικα (1 μέτριο), μπέικον (2 φέτες)						
17.Ψάρια (150 γρ), φρέσκα θάλασσας						
18.Ψάρια (150 γρ), φρέσκα ιχθυοτροφείου (π.χ. τσιπούρα,λαυράκι)						
19.Ψάρια (150 γρ), κατεψυγμένα						
20.Θαλασσινά (χταπόδι, καλαμάρι, γαρίδες, άλλα) (150 γρ)						
21.Φακές ,φασόλια, ρεβίθια (1 φλ.) (1 πιάτο = 2 φλ)						
22.Φασόλια γίγαντες , κουκιά, φάβα (1 πιάτο)						
23.Ψαρόσουπα (1 πιάτο=250ml)						
24.Κρεατόσουπα, κοτόσουπα (1 πιάτο=250ml)						



25.Χορτόσουπα (1 πιάτο=250ml)						
26.Σούπα ζυμαρικών (πχ. τραχανάς, κριθαράκι, φιδές κ.α) (1 πιάτο=250ml)						
27.Σπανακόρυζο/λαχανόρυζο (1 πιάτο), γεμιστά (2 μέτρια)						
28.Παστίτσιο, μουσακάς, παπουτσάκια (1 μερίδα = 150 γρ)						
29.Αρακάς, φασολάκια, μπάμιες, αγκινάρες, μελιτζάνες (1 πιάτο)						
30.Ρύζι , μακαρόνια, κριθαράκι, χυλοπίτες, χόντρος, άλλα ζυμαρικά (1 φλ)						
31.Πατάτες βραστές, φούρνου, πουρές (1 μέτρια/ ½ φλ)						
32.Πατάτες τηγανιτές (½ μερίδα εστιατορίου)						
33.Τομάτα, αγγούρι, καρότο, πιπεριά (1 φλ. ωμά)						
34.Μαρούλι, λάχανο, σπανάκι, ρόκα, παπούλες, ή ωμά χόρτα (1 φλ. ωμά)						
35.Μπρόκολο, κουνουπίδι, κολοκυθάκια (½ φλ. βραστά)						
36.Χόρτα, πράσο, σέλινο (½ φλ. βραστά)						
37.Μήλο, αχλάδι (1 μέτριο), πορτοκάλι (1 μέτριο), μανταρίνια (2 μέτρια), ακτινίδιο, ρόδια, κυδώνια.						
38.Μπανάνα (1 μέτρια)						
39.Αποξηραμένα φρούτα (¼ φλ.) (σταφίδες, σύκα, δαμάσκηνα)						
40.Ξηροί καρποί, σπόροι (1 φλιτζανάκι καφέ)						
41.Γιαούρτι πλήρες ή χαμηλό σε λιπαρά (1 κεσεδάκι)						
42.Μυζήθρα, φέτα (30 γρ)						
43.Γραβιέρα, κεφαλοτύρι, τυροζούλι, τυρί κίτρινο (30 γρ)						
44.Τυρί άπαχο ή χαμηλό σε λιπαρά (light, κότατζ) (30 γρ)						
45.Αυγό (βραστό, τηγανιτό, ομελέτα) (1 τμχ)						
46.Πίτες (π.χ. τυρόπιτα, χορτόπιτα, σπανακόπιτα) (1 κομμάτι)						
47.Γλυκά ταψιού, πάστες, τάρτα (1 τμχ)						
48.Γλυκά κουταλιού (1 μερίδα)						
49.Κομπόστα (1 τμχ)						
50.Ζελέ (1 τμχ)						

51. Παγωτό, μιλκ σέικ, κρέμα, ρυζόγαλο (1 τμχ)						
52. Κρουασάν (1), γκοφρέτες (1 μέτρια),)						
53. Κέικ (1 φέτα), μπισκότα (3-4), κουλουράκια (2 τεμ)						
54. Σοκολάτα (όλα τα είδη) (1 μέτρια = 60 γρ)						
55. Πατατάκια, γαριδάκια, ποπ κορν (1 σακουλάκι = 70 γρ)						
56. Μέλι, μαρμελάδα, (π.χ. σε ψωμί, καφέ) (1 κουτ. γλυκού)						
57. Ελιές (10 μικρές/ 5 μεγάλες)						
58. Ελαιόλαδο (1 κουτ. σουπ.)						
59. Σπορέλαιο (1 κουτ. σουπ.)						
60. Μαργαρίνη- φυτίνη						
61. Ζωικά βούτυρα						
62. Σως (πχ. μαγιονέζα, κέτσαπ, μουστάρδα) (1 κουτ. σουπ.)						
63. Ζάχαρη (1 κουτ. γλυκού)						

64. Οι σούπες σας ( χορτόσουπες, κρεατόσουπες, ψαρόσουπες, όσπρια) είναι συνήθως: 1.  Αραιές 2.  Πηχτές

#### F. Πρόσληψη υγρών

Σημειώστε πόσο νερό καταναλώνετε την ημέρα τον τελευταίο μήνα

1. Χρησιμοποιείτε ποτήρι για να καταναλώσετε το νερό 1.  Ναι 0.  Όχι

2. Αν ναι σημειώστε πόσα ποτήρια νερό καταναλώνετε την ημέρα:

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  αν περισσότερα ποσα.....

3. Χρησιμοποιείτε μπουκάλι για να καταναλώσετε το νερό 1.  Ναι 0.  Όχι

4. Αν ναι σημειώστε πόσα μικρα μπουκαλάκια νερού των 500ml πίνετε την ημέρα :

½  1  1 ½  2  2 ½  3  3 ½  4  4 ½  5  αν περισσότερα ποσα.....

(υπολογίστε ότι το μεσαίο μπουκάλι νερού είναι 750ml και το μεγάλο μπουκάλι νερού είναι 1500ml )

Σημειώστε πόσο συχνά καταναλώσατε τα παρακάτω ποτά τον τελευταίο μήνα:

**Προσοχή**, θα πρέπει να απαντήσετε έχοντας ως **μερίδα αναφοράς την ποσότητα που αναγράφεται** στις παρενθέσεις

	Ποτέ/ Σπανια	1-2 φ/ εβδομ	3-6 φ/ εβδομ.	1-2 φ/ ημέρα	3-4φ/ ημέρα	>5φ/ ημέρα
5. Φυσικό χυμός φρούτων 100% (1 ποτήρι)						

6.Συσκευασμένος χυμό φρούτων νέκταρ (1 ποτ ή ¾ μικρ κουτάκι)						
7.Αναψυκτικά (τύπου κόλα, πορτοκαλάδα, sprite κτλ) (1 ποτήρι)						
8.Light αναψυκτικά (1 ποτήρι)						
9.Σόδα (1 ποτήρι)						
10.Γάλα (1 ποτήρι)						
11.Σοκολατούχο γάλα (1 ποτήρι)						
12.Σοκολάτα ρόφημα (1 ποτήρι)						
13.Τσάι (1 ποτήρι)						
14.Άλλα αφεψήματα (π.χ. χαμομήλι, φασκόμηλο, μέντα) (1 ποτήρι)						
15.Καφές ελληνικός, εσπρέσσο (1 ποτήρι)						
16.Άλλοι καφέδες						
17.Ούζο (1 ποτηράκι)						
18.Ρακί (1 ποτηράκι)						
19.Τσίπουρο (1 ποτηράκι)						
20.Κρασί (1 ποτήρι)						
21.Μπύρα (1 ποτήρι)						
22.Αλκοολούχα ποτά με μεγάλη περιεκτ αλκοόλ (πχ. Ουίσκι)(1 ποτ)						

### G. Αποβολή υγρών από το σώμα

1. Η ποσότητα αποβολής ιδρώτα από το σώμα σας σε συνθήκες άσκησης ή εργασίας από το 1(ελάχιστα) ως το 10 (πάρα πολύ) αντιστοιχεί: 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

2. Η ποσότητα αποβολής ιδρώτα από το σώμα σας σε κανονικές συνθήκες από το 1(ελάχιστα) ως το 10 (πάρα πολύ) αντιστοιχεί:  
1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

3. Η αποβολή ούρων από το σώμα σας γίνεται σε συχνότητα:

1φ/ημέρα  2-4φ/ημέρα  5-7φ/ημέρα  8-10φ/ημέρα  περισσότερο

4. Η αποβολή κοπράνων από το σώμα σας γίνεται σε συχνότητα:

1φ/ημέρα  5-6φ/εβδομάδα  3-4φ/εβδομάδα  1-2/εβδομάδα  1φ/10ημέρες

Ευχαριστούμε για την καλή συνεργασία

Ερωτηματολόγιο Υγείας-Ευημερίας (SF-36)					
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ					
<b>1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:</b> [Σημειώστε Χ στο τετράγωνο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.]					
Άριστη	Πολύ καλή	Καλή	Μέτρια	Κακή	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<b>2. Σε σύγκριση με ένα χρόνο πριν, γενικά πώς θα αξιολογούσατε την υγεία σας τώρα;</b>					
Πολύ καλύτερη τώρα απ'ότι ένα χρόνο πριν	Κάπως καλύτερη τώρα απ'ότι ένα χρόνο πριν	Περίπου η ίδια όπως ένα χρόνο πριν	Κάπως χειρότερη τώρα απ'ότι ένα χρόνο πριν	Πολύ χειρότερη τώρα απ'ότι ένα χρόνο πριν	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<b>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;</b>					
		Ναι, με περιορίζει Πολύ	Ναι, με περιορίζει Λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει Καθόλου	
a. Σε έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα βαριών αντικειμένων, ή η συμμετοχή σε επίπονα σπορ ή εργασίες		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
b. Σε μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο μιας ηλεκτρικής σκούπας, το κούμπι κ.α		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
c. Όταν σηκώνετε ή μεταφέρετε ψώνια από την αγορά		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
d. Όταν ανεβαίνετε μερικές σειρές από σκαλοπάτια		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
e. Όταν ανεβαίνετε μια σειρά από σκαλοπάτια (μία σκάλα)		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
f. Στο λύγισμα του σώματος, γονάτισμα ή σκύψιμο		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
g. Όταν περπατάτε πάνω από ένα χιλιόμετρο.		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
h. Όταν περπατάτε μερικές εκατοντάδες μέτρα		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
i. Όταν περπατάτε εκατό μέτρα		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
j. Όταν κάνετε μπάνιο ή όταν ντύνεστε		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	
<b>4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες, ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;</b>					
	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	καθόλου
a. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Περιορίσατε το είδος δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

d. Δυσκολευτήκατε να επιτελεσετε την εργασία ή άλλες δραστηριότητές σας (για παράδειγμα, καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο συχνά είχατε κάποια από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες ως αποτέλεσμα οποιουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (όπως επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);</b>					
	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	καθόλου
a. Μειώσατε το χρόνο που συνήθως αφιερώνετε στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Κάνατε λιγότερα από όσα θα θέλατε	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Κάνατε τη δουλειά ή και άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά απ' ότι συνήθως	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
<b>6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, σε ποιό βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής σας υγείας ή συναισθηματικά σας προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας ή με άλλες κοινωνικές ομάδες;</b>					
Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	Υπερβολικά	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	
<b>7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;</b>					
καθόλου	Πολύ ήπιο	ήπιο	μέτριο	έντονο	Πολύ έντονο
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
<b>8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι όσο και μέσα σε αυτό);</b>					
καθόλου	λίγο	μέτρια	Σε μεγάλο βαθμό	υπερβολικά	
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

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

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
a. Αισθανόσασταν γεμάτος/γεμάτη ζωντάνια;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Είχατε πολύ εκνευρισμό;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Αισθανόσασταν τόσο πολύ πεσμένος /πεσμένη ψυχολογικά, που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Αισθανόσασταν ηρεμία και γαλήνη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Είχατε πολλή ενεργητικότητα;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Αισθανόσασταν κακοκεφιά και μελαγχολία;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

	Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
g. Αισθανόσασταν εξάντληση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. Ήσασταν ευτυχισμένος/ ευτυχισμένη;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
ι. Αισθανόσασταν κούραση;	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

Συνεχώς	Τις περισσότερες φορές	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΙΝΕΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι οι παρακάτω προτάσεις στη δική σας περίπτωση;					
Εντελώς Αλήθεια		Τις περισσότερες φορές Αλήθεια	Δεν ξέρω	Τις περισσότερες φορές Ψέμα	Εντελώς Ψέμα
a. Μου φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο ευκολότερα από άλλους ανθρώπους	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερεύσει	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**Σας ευχαριστούμε για το χρόνο σας!**

## Κ Ο Ι Ν Ω Ν Ι Κ Ο   Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	1	2	3	4	
A1	Μερικοί υποστηρίζουν ότι βοηθώντας τους άλλους τελικά βοηθάς τον εαυτό σου. Συμφωνείτε με αυτήν την άποψη;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A2	Έχετε βοήθεια από τους φίλους σας όταν την χρειάζεστε;	<input type="checkbox"/> Όχι	<input type="checkbox"/> Μάλλον όχι	<input type="checkbox"/> Μάλλον ναι	<input type="checkbox"/> Ναι, οπωσδήποτε
A3	Όταν πηγαίνετε για ψώνια στην περιοχή σας συνήθως συναντάτε γνωστούς και φίλους;	<input type="checkbox"/> Όχι πολύ συχνά	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Πολύ συχνά	<input type="checkbox"/> Σχεδόν πάντα
A4	Συμφωνείτε με την άποψη ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι άξιοι εμπιστοσύνης;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A5	Νοιώθετε ασφαλής να περπατάτε στην γειτονιά σας όταν νυχτώσει;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A6	Αισθάνεστε καταξιωμένος/η στην κοινωνία;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A7	Προσφέρετε εθελοντική εργασία σε κάποιο τοπικό σύλλογο, ομάδα ή οργάνωση;	<input type="checkbox"/> Όχι, ποτέ	<input type="checkbox"/> Σπάνια	<input type="checkbox"/> 1 φορά το μήνα	<input type="checkbox"/> 1 φορά την εβδομάδα
A8	Έχετε μαζέψει ποτέ σκουπιδιάκια άλλων σε κάποιο δημόσιο χώρο;	<input type="checkbox"/> ποτέ	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Συχνά	<input type="checkbox"/> Πολύ συχνά
A9	Αν η ζωή σας τελείωνε αύριο, θα ήσασταν ευχαριστημένοι με τη ζωή που ζήσατε;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A10	Εάν χαλάσει κάποιο αυτοκίνητο έξω από το σπίτι σας, θα προσκαλούσατε τον/την οδηγό <u>μέσα στο σπίτι</u> για να χρησιμοποιήσει το τηλέφωνο;	<input type="checkbox"/> Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	<input type="checkbox"/> Μάλλον όχι	<input type="checkbox"/> Μάλλον ναι	<input type="checkbox"/> Ναι, οπωσδήποτε

A11	Θεωρείται η περιοχή που μένετε ασφαλής;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
A12	Αν προσέχατε κάποιο παιδάκι και χρειαζόταν να βγείτε έξω για λίγο, θα ζητούσατε από κάποιον γείτονα να το κρατήσει;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	Μάλλον όχι	Μάλλον ναι	Ναι, οπωσδήποτε
A13	Επισκεφθήκατε κάποιον γείτονα την τελευταία εβδομάδα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Όχι, ούτε μια φορά	1-2 φορές	3-4 φορές	Αρκετά συχνά
A14	Έχετε πάει σε κάποια εκδήλωση στην περιοχή που μένετε τους τελευταίους 6 μήνες; (πχ. εκδηλώσεις ΚΑΠΗ, εκκλησιαστική πανήγυρη, σχολική εορτή, έκθεση χειροτεχνίας κάποιας ομάδας)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Όχι, ούτε μια φορά	1 φορά	2 φορές	3 φορές
A15	Συμμετέχετε ενεργά σε κάποιο τοπικό σύλλογο; (αθλητικό, κοινωνικό, πολιτικό, Πολιτιστικό, ΚΑΠΗ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Καθόλου	Σπάνια	Μερικές φορές	Πολύ ενεργά
A16	Νοιώθετε ότι εκεί που ζείτε είναι «σαν το σπίτι σας»; (δηλ. στην περιοχή που ζείτε θέλετε να ζείτε)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Καθόλου	Λίγο	Πολύ	Πάρα πολύ
A17	Πόσες φορές μιλήσατε με φίλους στο τηλέφωνο την τελευταία εβδομάδα; (όχι συγγενείς)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Καμμία	1-3 φορές	4-5 φορές	Πάνω από 6 φορές
A18	Με πόσα άτομα μιλήσατε εχθές; (φίλους συγγενείς που συναντήσατε)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Κανένα	1-5 άτομα	6-10 άτομα	Πάνω από 10 άτομα
A19	Συνηθίζετε να τρώτε τα Σαββατοκύριακα με φίλους (και συγγενείς) κάπου εκτός σπιτιού;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Όχι πολύ συχνά	Μερικές φορές	Πολύ συχνά	Σχεδόν πάντα
A20	Επισκέπτεστε μέλη της οικογένειάς σας που μένουν σε άλλη περιοχή από αυτή που μένετε εσείς;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Όχι πολύ συχνά	Μερικές φορές	Αρκετά συχνά	Πολύ συχνά
A21	Εάν χρειαστεί να πάρετε μια πολύ σημαντική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	απόφαση για τη ζωή σας, ξέρετε που να βρείτε τις απαραίτητες πληροφορίες;	Όχι, δεν ξέρω	Μάλλον όχι	Μάλλον ναι	Ξέρω σίγουρα
A22	Τους τελευταίους έξι μήνες έτυχε να βοηθήσετε κάποιον γείτονά σας που αρρώστησε;	<input type="checkbox"/> Όχι, ούτε μια φορά	<input type="checkbox"/> 1-2 φορές	<input type="checkbox"/> 3-4 φορές	<input type="checkbox"/> Πάνω από 5 φορές
A23	Ανήκετε στο διοικητικό συμβούλιο κάποιου συλλόγου, ομάδας ή οργάνωσης της περιοχής σας;	<input type="checkbox"/> Όχι, σε κανέναν	<input type="checkbox"/> Σε ένα (1)	<input type="checkbox"/> Σε δύο (2)	<input type="checkbox"/> Πάνω από τρεις (3)
A24	Τα τελευταία 3 χρόνια, συνεργαστήκατε με άλλα άτομα για να αντιμετωπίσετε μια έκτακτη ανάγκη στην περιοχή σας;(βαρυχειμωνιά, φωτιά, πλημμύρα)	<input type="checkbox"/> Όχι, ούτε μια φορά	<input type="checkbox"/> 1-2 φορές	<input type="checkbox"/> 3-4 φορές	<input type="checkbox"/> Τουλάχιστον 5 φορές
A25	Τα τελευταία 3 χρόνια πήρατε μέρος σε κάποια δραστηριότητα που γίνεται στην περιοχή σας;(δενδροφύτευση, καθαρισμός δρόμων, καρναβάλι κλπ)	<input type="checkbox"/> Όχι, ούτε μια φορά	<input type="checkbox"/> Σπάνια	<input type="checkbox"/> Μερικές φορές	<input type="checkbox"/> Ναι, συχνά
A26	Έχετε πάρει την πρωτοβουλία να οργανώσετε κάποιο καινούριο σύλλογο στην περιοχή σας;(εθελοντικής αιμοδοσίας, κατηχητικό, σύλλογο για ηλικιωμένους κλπ)	<input type="checkbox"/> Όχι, ποτέ	<input type="checkbox"/> 1 φορά	<input type="checkbox"/> 2 φορές	<input type="checkbox"/> Τουλάχιστον 3 φορές
A27	Εάν διαφωνείτε σε κάτι με το οποίο όλοι οι υπόλοιποι έχουν συμφωνήσει, νιώθετε άνετα να εκφράσετε την διαφωνία σας;	<input type="checkbox"/> Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	<input type="checkbox"/> Μάλλον όχι	<input type="checkbox"/> Μάλλον ναι	<input type="checkbox"/> Ναι, οπωσδήποτε
A28	Αν έχετε διαφορές με τους γείτονές σας (πχ για το όριο των οικοπέδων ή για τα κατοικίδια τους) είστε πρόθυμος/η να προσπαθήσετε να τα βρείτε;	<input type="checkbox"/> Όχι, δεν υπάρχει περίπτωση	<input type="checkbox"/> Μάλλον όχι	<input type="checkbox"/> Μάλλον ναι	<input type="checkbox"/> Ναι, οπωσδήποτε
A29	Πιστεύετε ότι το να ζουν στην περιοχή σας άτομα από διαφορετικά μέρη κάνει την ζωή σας καλύτερη;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A30	Σας αρέσει να ζείτε μεταξύ ατόμων με διαφορετικό τρόπο ζωής από τον δικό σας;	<input type="checkbox"/> Καθόλου	<input type="checkbox"/> Λίγο	<input type="checkbox"/> Πολύ	<input type="checkbox"/> Πάρα πολύ
A31	Εάν κάποιος άγνωστος, κάποιος με διαφορετικές συνήθειες μετακομίσει στη γειτονιά σας, θα γίνουν αποδεκτοί από τους	<input type="checkbox"/> Όχι δεν	<input type="checkbox"/> Μάλλον όχι	<input type="checkbox"/> Μάλλον ναι	<input type="checkbox"/> Ναι οπωσδήποτε

---

γείτονες

υπάρχει

περίπτωση

---

## Βιβλιογραφία

1. Roebuck J. When does old age begin?: the evolution of the English definition. *Journal of Social History*. 1979;12(3):416-28.
2. Gorman M. Development and the rights of older people. In: Randel J, et al., Eds. *The ageing and development report: poverty, independence and the world's older people*. London, Earthscan Publications Ltd.,1999:3-21.
3. Glascock AP, Feinman SL. A holocultural analysis of old age. *Comparative Social Research*. 1980;3:311-32.
4. Togunu-Bickersteth F. Chronological definitions and expectations of old age among young adults in Nigeria. *Journal of Aging Studies*. 1987;1(2);113-24.
5. *Text adopted by the Standing Committee, acting on behalf of the Assembly, on 24 May 2007 (see [Doc. 11179](#), report of the Social, Health and Family Affairs Committee, rapporteur: Mr Bockel; and [Doc. 11200](#), opinion of the Committee on Migration, Refugees and Population, rapporteur: Mrs Cliveti).*
6. United Nations (UN) (2004). *World Population Prospects: The 2004 Revision*. New York, USA.
7. Cogan MG. *Fluid and electrolytes, physiology and pathophysiology*. 1<sup>st</sup> ed Connecticut Appleton and Lange 1991
8. Rolls BJ, Phillips PA. Aging and disturbances of thirst and fluid balance. *Nut Rev*, 1990, 48, 137.
9. Shorr, R.I., et al., *Individual sulfonylureas and serious hypoglycemia in older people*. *J Am Geriatr Soc*, 1996. 44(7): p. 751-5.
10. Ζαμπελάς Α.: *Η Διατροφή στην Τρίτη Ηλικία: Η Διατροφή στα Στάδια της ζωής*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδης. 2003, σελ: 326-380.
11. IOM. *Dietary reference intakes. Calcium, phosphorus, magnesium, vitamin D and fluoride*. National Academy of Sciences, Washington, DC; 1997.
12. IOM. *Dietary reference intakes. Thiamin, riboflavin, niacin, vitamin B6, folate, vitamin B12, pantothenic acid, biotin and choline*. National Academy of Sciences, Washington, DC; 1998.

13. IOM. Dietary reference intakes. Vitamin C, vitamin E, selenium and carotenoids. National Academy of Sciences, Washington, DC; 2000.
14. IOM. Dietary reference intakes. Vitamin A, vitamin K, arsenic, boron, chromium, copper, iodine, iron, manganese, molybdenum, nickel, silicon, vanadium and zinc. National Academy of Sciences, Washington, DC; 2001.
15. IOM. Dietary reference intakes. Energy, carbohydrate, fiber, fat, fatty acids, cholesterol, protein and amino acids. National Academy of Sciences, Washington, DC; 2005.
16. Launer L.J, Harris T, Rumpel C, Madans J. Body mass index, weight change and risk of mobility disability in middle-aged and older women. The NHANES I Epidemiologic follow up study.
17. Drewnowski A, Shultz JM. Impact of aging on eating behaviors, food choices, nutrition, and health status. *J Nutr Health Aging*. 2001; 5(2):75-9.
18. Donini LM, Savina C, Cannella C. Eating Habits and Appetite Control in the Elderly: The Anorexia of Aging. *Int Psychogeriatr*. 2003 Mar; 15(1):73-87.
19. Robertson RG, Montagnini M. Geriatric Failure to Thrive. *Am Fam Physician*. 2004 Jul 15;70(2):248, 257.
20. Worthington – Roberts BS, Rodwell Williams S. Nutrition throughout the life cycle. Boston: McGrawHill, 3rd edition, 1996.
21. Williamson DF. Descriptive epidemiology of body weight and weight change in U.S. adults. *Ann Intern Med* 1993;119:646–9.
22. Shaper AG, Wannamethee SG, Walker M. Body weight: implications for the prevention of coronary heart disease, stroke, and diabetes mellitus in a coronary heart study of middle-aged men. *BMJ* 1997;314:1311-7
23. IOM: Introduction to Dietary Reference Intakes. In: Dietary Reference Intakes: Applications in Dietary Assessment. National Academy Press. Washington D.C 2002:21-37
24. Terry DF, Pencina MJ, Vasan RS, Murabito JM, Wolf PA, Hayes MK, Levy D, D’Agostino RB, Benjamin EJ. Cardiovascular risk factors predictive for survival and morbidity-free survival in the oldest-old Framingham Heart Study participants. *J Am Geriatr Soc* 2005;53:1944–50.
25. Kushi LH, Byers T, Doyle C, Bandera EV, McCullough M, Gansler T, Andrews KS, Thun MJ. American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity for cancer prevention: reducing the risk of cancer with healthy food choices and physical activity. *CA Cancer J Clin* 2006;56:254–81.

26. Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albright AL, Apovian CM, Clark NG, Franz MJ, Hoogwerf BJ, Lichtenstein AH, Mayer-Davis E, Mooradian AD, Wheeler ML. Nutrition recommendations and interventions for diabetes–2006: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care* 2006;29:2140–57.
27. Lichtenstein AH, Appel LJ, Brands M, Carnethon M, Daniels S, Franch HA, Franklin B, Kris-Etherton P, Harris WS, Howard B, Karanja N, Lefevre M, Rudel L, Sacks F, Van Horn L, Winston M, Wylie-Rosett J. Diet and lifestyle recommendations revision 2006: a scientific statement from the American Heart Association Nutrition Committee. *Circulation* 2006;114:82–96.
28. Manson JE, Skerrett PJ, Greenland P, VanItallie TB. The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle. A call to action for clinicians. *Arch Intern Med* 2004;164:249–58.
29. Hui EK, Rubenstein LZ. Promoting physical activity and exercise in older adults. *J Am Med Dir Assoc* 2006;7:310–4.
30. Phillips PA, Johnston CI, Gray L. Disturbed fluid and electrolyte homoeostasis following dehydration in elderly people. *Age Ageing* 1993;22:S26–33.
31. Ferry M. Strategies for ensuring good hydration in the elderly. *Nutr Rev* 2005;63:S22–9.
32. Lichtenstein AH, Rasmussen H, Yu WW, Epstein SR, and Russell RM. Modified MyPyramid for Older Adults. *J. Nutr* 2008;138:1400
33. USDA, 2011
34. Dr. Caroline Horwath. Food and Nutrition Guidelines for Healthy Older People. A Background Paper. Ministry of Health Manatu Hauoava. New Zealand. 2nd Edition, June 1996.
35. Elizabeth Krall Kaye et al, 2010. Tooth Loss and Periodontal Disease Predict Poor Cognitive Function in Older Men
36. Horwath CC. Chewing difficulty and dietary intake in the elderly. *Journal of Nutrition for the Elderly* 1989; 9(2): 17-24.
37. Binova PL. Xerostomia. A common problem among the elderly. *NYS Dent J* 64: 46, 1998.
38. Drewnowski A, Henderson SA, Driscoll A, Rolls BJ. Salt taste perceptions and preferences are unrelated to sodium consumption in healthy older adults. *J Am Diet Assoc.* 1996 May;96(5):471-4.

39. Essed NH, Kleikers S, van Staveren WA, Kok FJ, de Graaf C. No effect on intake and liking of soup enhanced with mono-sodium glutamate and celery powder among elderly people with olfactory and/or gustatory loss. *Int J Food Sci Nutr*. 2009;60 Suppl 5:143-54.
40. Gallegos-Oronzo J, Foxx-Orenstein A, Sterler S, et al. 'Chronic constipation in the elderly', *Am J Gastroenterol*, 2012, vol. 107, no. 1, pp. 18-25
41. Belsey J, Greenfield S, Candy D et al. 'Systemic review : impact of constipation on quality of life in adults and children', *Aliment Pharmacol Ther*, 2010, vol. 31, pp. 938-49
42. World Health Organisation, Keep fit for life : meeting the nutritional needs of older people, 2002, retrieved 13 August 2013, [http://www.who.int/nutrition/publications/en/nut\\_older\\_persons\\_1.pdf](http://www.who.int/nutrition/publications/en/nut_older_persons_1.pdf).
43. Good RA, Lorenz E. Nutrition, immunity, aging, and cancer. *Nutr Rev* 46: 62, 1988.
44. Meydani SN, et al. Vitamin E supplementation enhances cellmediated immunity in healthy elderly. *Am. J Clin Nutr* 52: 557, 1990.
45. Gallagher D, Visser M, Sepúlveda D, Pierson RN, Harris T, Heymsfield SB. How useful is body mass index for comparison of body fatness across age, sex, and ethnic groups? *Am J Epidemiol*. 1996 Feb 1;143(3):228-39.
46. Baumgartner RN, Koehler KM, Gallagher D, Romero L, Heymsfield SB, Ross RR, et al. Epidemiology of sarcopenia among the elderly in New Mexico. *Am J Epidemiol*. 1998 Apr 15;147(8):755-63. Erratum in: *Am J Epidemiol*. 1999 Jun 15;149(12):1161.
47. Janseen I, Mark AE. Elevated body mass index and mortality risk in the elderly. *Obes Rev* 2007;8:41-59
48. Flegal KM, et al., Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systemic review and meta-analysis. *JAMA*. 2013 Jan 2;309(1):71-82
49. De Irala-Estevez J, Groth M, Johansson L, Oltersdorf U, Prattala R & Martinez-Gonzalez MA (2000) A systematic review of socioeconomic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. *European Journal of Clinical Nutrition* 54: 706-714.
50. Whitney, Cataldo, Rolfes. *Understanding Normal and Clinical Nutrition* Wadsworth Publishing, 5th edition, USA, 1998.

51. Dibsall L.A, Lambert N, Bobbin RF, Frewer LJ, Low-income consumers attitudes and behavior towards access, availability and motivation to eat fruit and vegetables, *Public Health Nutr.* 2003;6(2):159-68
52. Sampson G, Weight loss and malnutrition in the elderly: The shared role of GPs and APDs *Australian Family Physician*, 2009; 38:507-510
53. Sacks GS et al, 2000. Use of subjective global assessment to identify nutrition –associated complications and death in geriatric long-term care facility residents.
54. Popkin BM, D’Anci KE, Rosenberg IH. Water, hydration, and health. *Nutr Rev.* 2010 Aug;68(8):439-58.
55. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition, and Allergies (NDA); Scientific Opinion on Dietary reference values for water. *EFSA Journal* 2010;8(3):1459. Available online: <http://www.efsa.europa.eu/en/efsajournal/pub/1459.htm>
56. WHO 2012, Promoting a healthy diet for the WHO Eastern Mediterranean Region: user-friendly guide
57. EUFIC (The European Food Information Council) : "Caffeine and health".
58. Siasos G, Oikonomou E, Chrysohoou C, Tousoulis D, Panagiotakos D, Zaromitidou M, Zisimos K, Kokkou E, Marinos G, Papavassiliou AG, Pitsavos C, Stefanadis C. Consumption of a boiled Greek type of coffee is associated with improved endothelial function: the Ikaria study. *VascMed.* 2013 Apr;18(2):55-62.
59. Qi H, Li S. Dose-response meta-analysis on coffee, tea and caffeine consumption with risk of Parkinson's disease. *Geriatr Gerontol Int.* 2013 Jul 23. doi: 10.1111/ggi.12123
60. Seeram NP, Henning SM, Niu Y, et al. Catechin and caffeine content of green tea dietary supplements and correlation with antioxidant capacity. *Journal of Agricultural and Food Chemistry* 2006; 54(5):1599–1603.
61. Sun CL, Yuan JM, Koh WP, Lee HP, Yu MC. Green tea and black tea consumption in relation to colorectal cancer risk: The Singapore Chinese Health Study. *Carcinogenesis* 2007; 28(10):2143–2148.
62. Ogunleye AA, Xue F, Michels KB. Green tea consumption and breast cancer risk or recurrence: A meta-analysis. *Breast Cancer Research and Treatment* 2010; 119(2):477–484.

63. Steevens J, Schouten LJ, Verhage BA, Goldbohm RA, van den Brandt PA. Tea and coffee drinking and ovarian cancer risk: Results from the Netherlands Cohort Study and a metaanalysis. *British Journal of Cancer* 2007; 97(9):1291–1294.
64. Zhou B, Yang L, Wang L, et al. The association of tea consumption with ovarian cancer risk: A metaanalysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007; 197(6):594.e1–e6.
65. Kurahashi N, Sasazuki S, Iwasaki M, Inoue M, Tsugane S. Green tea consumption and prostate cancer risk in Japanese men: A prospective study. *American Journal of Epidemiology* 2008; 167(1):71–77.
66. Jian L, Lee AH, Binns CW. Tea and lycopene protect against prostate cancer. *Asian Pacific Journal of Clinical Nutrition* 2007; 16(Suppl 1):453–457
67. Li Q, Kakizaki M, Kuriyama S, et al. Green tea consumption and lung cancer risk: The Ohsaki study. *British Journal of Cancer* 2008; 99(7):1179–1184.
68. Tang N, Wu Y, Zhou B, Wang B, Yu R. Green tea, black tea consumption and risk of lung cancer: A meta-analysis. *Lung Cancer* 2009; 65(3):274–283.
69. Li N, Sun Z, Han C, Chen J. The chemopreventive effects of tea on human oral precancerous mucosa lesions. *Proceedings from the Society of Experimental Biology and Medicine* 1999; 220(4):218–224.
70. Rongping Ruan et al., Tea Consumption and Mortality Among Oldest-Old Chinese
71. Δανηλίδου Ν., Οικονόμου Χ., Ζαβράς Δ., Κυριόπουλος Ι., Γεωργούση Ε., (2003), Health and social care in aging population: the case of an integrated care institution in Greece, *International Journal of Integrated Care* – Vol. 3, 22 October.
72. Τριχοπούλου Α., Γναρδέλλης Χ., Πολυχρονόπουλος Ε.: Κοινωνικο-Οικονομικά Χαρακτηριστικά και Διατροφικές Συνήθειες των ηλικιωμένων στα ΚΑΠΗ, Αθήνα 1996.
73. Craig CL, Marshall AL, and Sjostrom M . International Physical Activity Questionnaire: 12-country Reliability and Validity. *Medical Science Sports Exercise* 2003;35:1381–1395.
74. Panagiotakos, DB, Pitsavos C, and Stefanadis C. Dietary Patterns: A Mediterranean Diet Score and its Relation to CVD Risk and Markers. *Nutr Metab & Cardio Dis* 2006;16:559–568.



75. Manios Y, Panagiotakos D, Pitsavos C, Polychronopoulos E, Stefanadis C. Implication of socio-economic status on the prevalence of overweight and obesity in Greek adults: the ATTICA study. *Health Policy* 2005;72(2):224-232
76. USDA, 2010
77. Malisova, Olga (2014, *Γεωπονικό Πανεπιστήμιο Αθηνών*), [Εκτίμηση του ισοζυγίου ύδατος σε δείγμα του ελληνικού πληθυσμού](#)
78. Γιώργος Κριτσωτάκης, Έφη Αντωνιάδου, Κλειώ Κούτρα, Αντώνης Κούτης, Αναστάσιος Φιλαλήθης. Γνωσιακή Στάθμιση της «Κλίμακας Ποσοτικής Εκτίμησης του Κοινωνικού Κεφαλαίου» σε Ελληνικό Πληθυσμό
79. Mcydani M. Nutrition interventions in aging and age-associated disease, *Proc Nutr Soc* 2002;61:165-71
80. Pitsavos C, Miliás GA, Panagiotakos DB, Xenaki D, Panagopoulos G, and Stefanadis C. Prevalence of self-reported hypertension and its relation to dietary habits, in adults; a nutrition & health survey in Greece. *BMC Public Health* 2006;6:206
81. Panagiotakos DB, Lionis C, Zeimbekis A, Gelastopoulou K, Papairakleous N, Das UN, et al. Long-term tea intake is associated with reduced prevalence of (type 2) diabetes mellitus among elderly people from Mediterranean islands: MEDIS epidemiological study. *Yonsei Med J.* 2009 Feb 28;50(1):31-8.
82. Psaltopoulou T, Naska A, Orfanos P, Trichopoulos D, Mountokalakis T, and Trichopoulou A. Olive oil, the Mediterranean diet, and arterial blood pressure: the Greek European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study. *Am J Clin Nutr* 2004;80:1012-1018.
83. Α. Γιωτοπούλου, Ε. Γεωργουσοπούλου, Α. Παπαθανασίου, Ε. Πολυχρονόπουλος, Ι. Γουδέβενος, Δ.Β. Παναγιωτάκος. Το μορφωτικό επίπεδο αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα στον καθορισμό των αντιλήψεων του γενικού πληθυσμού για τη σχέση της διατροφής με τις καρδιαγγειακές παθήσεις