



**Α.Τ.Ε.Ι ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ
ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ

«Συσχέτιση διατροφικών γνώσεων και συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής σε επαγγελματίες υγείας και υγιή πληθυσμό»



Από τους φοιτητές: Βαρδάκη Ιωάννα-Αικατερίνη

Βολυράκη Αναστασία

Νταλάκου Ιωάννα

Υπό την Επίβλεψη: Καρτσωνάκη Μαρία, Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ Κρήτης, Νοσηλευτικής, MSc, PhDc.

ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2017

© 2017

Βαρδάκη Ιωάννα-Αικατερίνη

Βολυράκη Αναστασία

Νταλάκου Ιωάννα

ALL RIGHTS RESERVE

Πίνακας περιεχομένων

<i>ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ</i>	v
<i>ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ</i>	6
<i>Περίληψη</i>	7
<i>ABSTRACT</i>	9
<i>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i>	11
<i>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο</i>	11
<i>Η διατροφή ως τρόπος ζωής</i>	11
<i>Τι ονομάζουμε όμως πραγματικά με τον όρο «Μεσογειακή Διατροφή;»</i>	15
<i>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑΣ</i>	15
<i>Ποιά είναι όμως πραγματικά τα οφέλη της διατροφής αυτής και γιατί είναι τόσο σημαντική για τον οργανισμό;</i>	17
<i>Από την άλλη πλευρά, η</i>	21
<i>Τι ορίζεται ως παχυσαρκία και ποιές είναι οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία μας;</i>	28
<i>Πώς ξεκίνησε και πού βασίζεται η Μεσογειακή διατροφή;</i>	28
<i>Ενδεικτικό προσχέδιο μεσογειακής δίαιτας για όλη την οικογένεια.</i>	29
<i>Γιατί είναι αναγκαία η χειρουργική παρέμβαση στην κλινικά σοβαρή παχυσαρκία;</i>	32
<i>Πότε ένας παχύσαρκος ασθενής έχει ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση;</i>	33
<i>Η πρόληψη κοστίζει πολύ λιγότερο από την θεραπεία και την αντιμετώπιση;</i>	41
<i>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</i>	43
<i>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</i>	43
<i>ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ</i>	44
<i>ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ</i>	44
<i>ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ</i>	45
<i>ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ</i>	46
<i>ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ</i>	48
<i>ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ</i>	49
<i>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ</i>	80

<i>ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....</i>	<i>84</i>
<i>ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ</i>	<i>85</i>
<i>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</i>	<i>86</i>
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1^ο</i>	<i>92</i>
<i>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2^ο</i>	<i>96</i>
<i>ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ</i>	<i>97</i>

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την εργασία μας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας Καρτσωνάκη Μαρία, που χάρις στις πολύτιμες γνώσεις και την εμπειρία της μας βοήθησε πολύ, ώστε να υλοποιήσουμε με επιδεξιότητα την έρευνά μας στον τομέα της υγείας και ειδικότερα της διατροφής.

Θα θέλαμε ακόμη να ευχαριστήσουμε τους διευθυντές των κλινικών του νοσοκομείου, ΠΑΓΝΗ και του Βενιζέλειου Νοσοκομείου, τους ειδήμονες ιατρούς, το αξιόλογο προσωπικό καθώς και όλους όσους μας βοήθησαν στην έρευνα αυτή! Εκείνους που μας έδωσαν την άδεια για την έγκριση διανομής των ανώνυμων ερωτηματολογίων καθώς επίσης και τους επαγγελματίες υγείας των τμημάτων αυτών για τον χρόνο που διέθεσαν προκειμένου να μας βοηθήσουν στην συγκέντρωση πληροφοριών που θα ήταν αδύνατον να συλλέξουμε διαφορετικά.

Τέλος, δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τις οικογένειές, τους φίλους και τους συγγενείς όλων των παραπάνω ατόμων, για την υποστήριξή τους και ενθάρρυνσή τους καθώς και για την συνολική τους βοήθεια κατά την εκπόνηση της εργασίας μας.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΠΑΓΝΗ: Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

WHO: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΔΜΣ: Δείκτης Μάζας Σώματος

Μ.Μ.Ε: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Τ.Ε.Ι: Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα

ΤΑ: Τυπική απόκλιση

Περίληψη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μεσογειακή διατροφή είναι μια σύγχρονη διατροφική συνήθεια αρχικά εμπνευσμένη από τις διατροφικές συνήθειες από την Ελλάδα, τη νότια Ιταλία, τη Γαλλία και την Ισπανία στη δεκαετία του 1940 και του 1950. Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της δίαιτας περιλαμβάνουν αναλογικά υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου, όσπρια, ανεπεξέργαστα δημητριακά, φρούτα και λαχανικά, μέτρια προς υψηλή κατανάλωση ψαριού, μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων (κυρίως τυρί και γιαούρτι), μέτρια κατανάλωση κρασιού, και χαμηλή κατανάλωση κρέατος.

Ο όρος επινοήθηκε από τον φυσιολόγο Άνσελ Κις για να περιγράψει το μοντέλο διατροφής, το οποίο ακολουθούσαν οι λαοί των μεσογειακών χωρών που συμπεριλαμβάνονταν στη Μελέτη των Επτά Χωρών. (Ιταλία, Ελλάδα, Ισπανία). Στη *Διεθνή Διάσκεψη για τις Μεσογειακές Διατροφές* το 1993 αποφασίστηκε τι θα θεωρείται υγιεινή, παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή και το 1995 μια ομάδα επιστημόνων του Πανεπιστημίου Χάρβαρντ δημιούργησε την *"Πυραμίδα της Μεσογειακής Διατροφής*.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθούν οι στάσεις και οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Βενιζέλειου σχετικά με τη Μεσογειακή διατροφή και κατά πόσο το πρότυπό της διατροφής αυτής ακολουθείτε από τους ίδιους, αλλά και από τους απλούς ανθρώπους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Για τη συγκέντρωση των δεδομένων μας χρησιμοποιήθηκε ένα πιλοτικό ερωτηματολόγιο, καθώς έγινε και εκτενή έρευνα στα στατιστικά ποσοστά, που σχεδιάστηκαν για την παρούσα πτυχιακή εργασία μετά από πολύ μελέτη. Ο τύπος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας, η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων που είναι διαθέσιμα μέχρι να συγκεντρωθεί ένα ικανοποιητικό μέγεθος δείγματος.

Επαγγελματίες υγείας και κοινός πληθυσμός κλήθηκε να συμμετέχει συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο διατροφικών γνώσεων και ένα ερωτηματολόγιο συμμόρφωσης στη Μεσογειακή διατροφή (Mediterranean Diet Score). Η βαθμολογία κάθε ερωτηματολογίου αναλύθηκε βάσει πρότυπης βιβλιογραφίας και τα αποτελέσματα αξιολογήθηκαν μέσω του προγράμματος SPSS (έκδοση 19.0).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην έρευνα συμμετείχαν 99 επαγγελματίες υγείας και 100 άτομα από τον κοινό πληθυσμό. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων 57% ήταν

γυναίκες και 43,2% ήταν έγγαμοι. Από την ανάλυση για το ΔΜΣ, 44,2% ήταν υπέρβαροι και 41,2% είχαν φυσιολογικό βάρος, ενώ σχετικά με το μορφωτικό τους επίπεδο 53,2% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΕΙ.

Σχετικά με το ερωτηματολόγιο εκτίμησης διατροφικών γνώσεων ενηλίκων ο μέσος όρος στο συνολικό σκορ ήταν 62,44 με τους επαγγελματίες υγείας να συμπληρώνουν υψηλότερο σκορ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο MDS για την κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής το 88,9% του δείγματος εμφανίζει μέτρια συμμόρφωση. Από το ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση σωστής διατροφής καταγράφηκε ότι μόλις 12,6% ακολουθεί σωστή διατροφή. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση υπήρξε ανάμεσα στο φύλο και το ΔΜΣ ($p=0,000$) την ηλικία και το σκορ ΜΔ ($p= 0,003$) και το χώρο εργασίας με το ΔΜΣ ($p=0,033$) και τα αποτελέσματα υγιεινής διατροφής ($p=0,035$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ειδικοί των επαγγελματιών υγείας μπορούν να μας βοηθήσουν στη διατροφή μας!

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: Μεσογειακή διατροφή, πυραμίδα της διατροφής, υγεία, παχυσαρκία, τροφές.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Mediterranean diet is a modern eating habits originally inspired by dietary habits from Greece, southern Italy, France and Spain in the 1940s and 1950s. The main features of this diet include a proportionally high consumption of olive oil, pulses, untreated Cereals, fruits and vegetables, moderate to high consumption of fish, moderate consumption of dairy products (mainly cheese and yoghurt), moderate wine consumption, and low meat consumption.

The term was devised by physiologist Ansel Kis to describe the food model followed by the peoples of the Mediterranean countries included in the Study of the Seven Countries. (Italy, Greece, Spain). At the International Conference on Mediterranean Nutrition in 1993, it was decided to consider a healthy, traditional Mediterranean diet and in 1995 a team of scientists from Harvard University created the "Mediterranean Diet Pyramid.

AIM: The purpose of this research is to investigate the attitudes and perceptions of health professionals at the University Hospital of Heraklion and Venizelio regarding the Mediterranean diet and whether the pattern of this diet is followed by themselves but also by the ordinary people.

METHODOLOGY: A pilot questionnaire was used to gather our data, as well as an extensive survey of the statistical rates that were designed for this dissertation after much study. The type of sampling used was the convenience sampling, which allows the use of all subjects available until a satisfactory sample size is collected.

Health professionals and the common population were invited to participate by completing a nutrition knowledge questionnaire and a Mediterranean Diet Score compliance questionnaire. The scores of each questionnaire were analyzed using standard bibliography and the results were evaluated through SPSS (version 19.0).

RESULTS: The survey involved 99 health professionals and 100 people from the common population. The majority of 57% of participants were women and 43.2% were married. Of the BMI analysis, 44.2% were overweight and 41.2% had a normal weight, and 53.2% of their educational attainment was graduates of AEI and TEI.

Concerning the adult nutritional assessment assessment questionnaire, the average score in the overall score was 62.44 with health professionals completing a higher score. According to the results of the MDS questionnaire on the consumption of Mediterranean

food, 88.9% of the sample shows modest compliance. From the correct nutrition assessment questionnaire, it was recorded that only 12.6% is in the right diet. There was a statistically significant correlation between sex and BMI ($p=0.000$), age and MD scores ($p=0.003$) and workplace with BMI ($p=0.033$) and healthy eating outcomes ($p=0.035$).

CONCLUSIONS: Health professionals can help us with our diet!

KEY WORDS: Mediterranean diet, diet pyramid, health, obesity, food.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

Η διατροφή ως τρόπος ζωής

Η διατροφή είναι μια από τις βασικότερες ανάγκες του ανθρώπου για να διατηρηθεί στη ζωή! Από την αρχαιότητα έως σήμερα, η διατροφή και πιο συγκεκριμένα η μεσογειακή διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στη σωματική και ψυχική μας υγεία. Σύμφωνα με τις αναλύσεις των ερευνητών, οι γιατροί στην Αρχαία Ελλάδα έθεσαν τις βάσεις για τη γνωστή σε όλους μας μεσογειακή διατροφή, η οποία έχει αποδειχθεί πολλάκις ότι έχει ευεργετική και προστατευτική δράση για τον ανθρώπινο οργανισμό.

Η οικονομία της αρχαίας κοινωνίας ήταν μικτή και βασιζόταν στην καλλιέργεια των αγρών και στην ενασχόληση τους με την κτηνοτροφία. Τα δημητριακά, οι ελιές και τα αμπέλια, η λεγόμενη μεσογειακή τριάδα, ήταν δώρα των θεών και μαζί με το κυνήγι και το ψάρεμα ήταν το σημαντικότερο συμπλήρωμα διατροφής τους. Η κατανάλωση κρέατος και θαλασσινών σχετίζονταν με την οικονομική κατάσταση της οικογένειας, αλλά και με τον αν βρίσκονταν κοντά σε στεριά ή θάλασσα (Καραμήτρου-Μεντεσία Γ.).



Ο Σόλων, ο Αθηναίος νομοθέτης του 6ου αιώνα π.Χ., όρισε πως το ψωμί από σιτάρι έπρεπε να καταναλώνεται μόνο κατά τις εορταστικές ημέρες. Οι Ρωμαίοι αποκαλούσαν τους Έλληνες «κριθαροφάγους», ενώ στην κωμωδία «Ειρήνη» ο Αριστοφάνης χρησιμοποιεί την έκφραση «*ἔσθειν κριθὰς μόνας*», που μεταφράζεται «το να ζει κανείς μονάχα με κριθάρι» ή κατά τη νεοελληνική έκφραση «τη βγάζω με νερό και ψωμί».

Στην Οδύσσεια πάλι, αναφέρεται πως οι σύντροφοι του Οδυσσέα κατέφυγαν στο ψάρι, αλλά μόνο γιατί υπέφεραν από την πείνα, αφού πέρασαν από τα στενά της Σκύλλας και της Χάρυβδης και αναγκάστηκαν να φάνε ότι υπήρχε διαθέσιμο.

Από την άλλη, ο Πλάτων στο περίφημο έργο του Συμπόσιον, αναφέρεται στην έκφραση «γεύμα του Ίκκου», καθώς ήταν γνωστή η ειδική διατροφή που ακολουθούσαν πολλοί αθλητές της αρχαιότητας.

Στο έργο του «Περί Διαίτης Οξέων», ο Ιπποκράτης αναφέρεται στις ευεργετικές ιδιότητες της πτισάνης, η οποία αφομοιώνεται εύκολα από τον οργανισμό και προκαλεί πτώση του πυρετού, ενώ είχε πει και τη φράση «η τροφή σου να είναι το φάρμακό σου και το φάρμακό σου η τροφή σου».

Τέλος, ο σπουδαίος γιατρός Κλαύδιος Γαληνός «συνταγογραφούσε» στους ασθενείς σκόρδο και κρεμμύδι για καλύτερη υγεία. Θα πρέπει να σημειωθεί ακόμη, πως ο Γαληνός θεωρούσε τη διατροφή πυλώνα της Ιατρικής Τέχνης, μαζί με τη Φαρμακολογία και τη Χειρουργική (Wikipedia.org,).

Είναι λοιπόν αποδεκτό, πως η αρχέγονη ανάγκη για διατροφή είχε μετατραπεί σε κεντρικό γεγονός με κοινωνικές και άλλες προεκτάσεις στην Αρχαία Ελλάδα. Το ελαιόλαδο, τα λαχανικά, τα φρούτα, τα καρυκεύματα, τα όσπρια τα δημητριακά, τα κρέατα και βέβαια το ψάρι και το κρασί, όπως σήμερα, έτσι και τότε, αποτελούσαν τα κυρίαρχα συστατικά της γαστρονομίας. Το πρωινό λοιπόν, το οποίο ονομαζόταν συνήθως «άριστον», αποτελούνταν από ψωμί, («μάζα» από κριθάρι γιο το λαό, «άρτο» από σιτάρι για τους πλούσιους) βουτηγμένο σε ανέρωτο κρασί. Συνηθισμένες πρωινές τροφές ήταν επίσης τα ξερά σύκα, τα αμύγδαλα, τα καρύδια και οι άλλοι ξηροί καρποί. Το πρωινό ρόφημα ήταν ο «κυκεών», ένα μείγμα κρασιού, τριμμένου τυριού και κριθάλευρου, το γάλα κυρίως κατσικίσιο, καθώς και ένα είδος υδρομελιού που το παρασκεύαζαν από χλιαρό νερό και μέλι.

Επιπλέον, το κρασί ήταν το καθημερινό βασικό συστατικό στην διατροφή των Αρχαίων Ελλήνων. Αποτελούσε μια από τις βασικές τροφές, αφού ήταν μέρος του πρωινού αλλά και των υπολοίπων γευμάτων. Συχνά, τα γεύματά τους ήσαν μόνο δύο. Το πρώτο απαρτιζόταν από ψάρια, όσπρια ή πρόχειρα φαγητά, όπως ψωμί, τυρί, ελιές, αυγά, ξηρούς καρπούς και φρούτα. Το βραδινό, το οποίο αποτελούσε και το κύριο γεύμα, ήταν αυτό του συμποσίου και της φιλικής συντροφιάς ,διότι στους αρχαίους Έλληνες δεν άρεσε να τρώνε μόνοι τους. Η γενικά αποδεκτή άποψη ήταν, ότι το να τρώει κανείς μόνος του δε σημαίνει ότι γευματίζει, αλλά ότι απλά γεμίζει το στομάχι του.

Τέλος, τα λαχανικά και τα φρούτα ήταν ανέκαθεν πρώτα στις επιλογές των Ελλήνων. Άλλωστε, είναι γνωστό ότι στην Αρχαία Ελλάδα υπήρχαν οπαδοί του Πυθαγόρα που ήταν φυτοφάγοι (Ηλιάδη Α.).

Πρέπει λοιπόν να σημειωθεί εδώ ότι, οι αρχαίοι Έλληνες υπερηφανεύονταν για την αυστηρότητα και τη λιτότητα της διατροφής τους. Από τα τέλη της ελληνιστικής και κατόπιν της ρωμαϊκής περιόδου, οι εύπορες τουλάχιστον οικογένειες χάνουν την λιτότητα. Οι συζητήσεις των συμποσίων γινόταν συνήθως γύρω από τις απόψεις τους για το κρασί και τη γαστρονομία, αλλά και για την ποικιλία κρεάτων και λαχανικών. Όπως σήμερα, έτσι και τότε, υπήρχαν κοινά γεύματα τα οποία ονομάζονταν συσσίτια. Σε αυτά αναγκαστικά συμμετείχαν άντρες όλων των ηλικιών στα πλαίσια κοινωνικού ή θρησκευτικού περιεχόμενου. Πιο χαρακτηριστικές περιπτώσεις υπήρχαν στην Σπάρτη και την Κρήτη, αλλά ορισμένες πηγές κάνουν αναφορά και σε άλλα μέρη. Στην Αρχαία Σπάρτη, ήταν αναγκαστικό το να συμμετέχεις στα συσσίτια. Μια από τις υποχρεώσεις των μελών της σπαρτιατικής κοινωνίας ήταν το να προσφέρουν τρόφιμα για την διατροφή που τους παρείχε το κράτος. Αν κάποιος δεν ήταν υπάκουος αυτής της υποχρέωσης τιμωρούνταν. Σε σχέση λοιπόν με τα συμπόσια, τα συσσίτια ήταν πολύ πιο απλά (Βερόγκου Μ., 2013)

Με την πάροδο λοιπόν των χρόνων και καθώς οι εποχές άλλαζαν, νέα προϊόντα βασισμένα στα παραπάνω αγαθά εμπλούτιζαν τα διαφορετικά δείπνα των ανθρώπων. Από τα δημητριακά, το λάδι και το κρασί δημιουργήθηκαν άλλα προϊόντα παράγωγα τους όπως τα μακαρόνια, το βούτυρο το ξύδι. Όλα με μια εξάισια μυρωδιά και απaráμιλλη γεύση. Το πρωινό γίνεται πιο πλούσιο και γευστικό, το μεσημεριανό αρχίζει να συνοδεύεται από σαλάτες ή φρέσκα φρούτα και το βραδινό να εμπεριέχει ποσότητες γάλακτος με δημητριακά. Τα συμπόσια άρχισαν να γίνονται μεγάλες οικογενειακές και άλλοτε επαγγελματικές συγκεντρώσεις, όπου η κατανάλωση όλων των παραπάνω να γίνεται σε μεγάλο βαθμό.

Η πρόοδος έκανε την εμφάνισή της σε όλα τα στάδια του πολιτισμού. Πιο σημαντική ήταν φυσικά, η εξέλιξη της διατροφής ανά τον κόσμο πατώντας στο λεγόμενο πρότυπο της σημερινής γνωστής σε όλους μας «Μεσογειακής Διατροφής». Μολονότι η μεσογειακή διατροφή πρώτα δημοσιεύτηκε το 1945 από τον Αμερικανό γιατρό Ancel Keys κατάφερε να γίνει ευρέως γνωστή και να παρουσιαστεί με κατανοητό και επιστημονικό τρόπο το 1995 από τον Dr Willet του Πανεπιστημίου του Harvard.

Συγκεκριμένα, διατυπώθηκε η άποψη ότι η μεσογειακή διατροφή βασίζεται σε μορφές φαγητού χαρακτηριστικές κυρίως στην Κρήτη αλλά και σε άλλες περιοχές της Ελλάδας και στην Νότια Ιταλία στις αρχές της δεκαετίας του 60. Αυτή η δίαιτα σε συνδυασμό με σωματική άσκηση δίνει έμφαση σε τροφές φυτικής προέλευσης ,φρέσκα φρούτα για επιδόρπιο, ελαιόλαδο ως κύρια πηγή λιπαρών, γαλακτοκομικά προϊόντα (τυρί-γιαούρτι),ψάρι και κοτόπουλο σε χαμηλή ως μέτρια κατανάλωση, κόκκινο κρέας σε χαμηλή κατανάλωση καθώς και χαμηλή ως μέτρια κατανάλωση κρασιού.

Σημειώνεται ότι, η καθημερινή ανάγκη σε θερμίδες πρέπει να καλύπτεται σε ποσοστό 25%-35% από λιπαρά, αλλά μόνο ένα ποσοστό μέχρι 8% να περιλαμβάνει κορεσμένα λιπαρά. Επίσης γίνονται αναφορές, στο ότι η δίαιτα εκτός από το ότι είναι χαμηλή σε κορεσμένα είναι και υψηλή σε μονοακόρεστα και φυτικές ίνες. Μάλιστα εκείνη την εποχή διατυπώνεται και μια ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα θεωρία, που αργότερα έγινε γνωστή και ως Γαλλικό παράδοξο. Συγκεκριμένα, τίθεται το ερώτημα πως γίνεται οι άνθρωποι που ζουν στην λεκάνη της Μεσογείου να καταναλώνουν μεγάλες συγκριτικά ποσότητες λιπαρών και παρ όλα αυτά, να έχουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά καρδιαγγειακών παθήσεων συγκριτικά με τους ανθρώπους που ακολουθούν το Αμερικάνικο μοντέλο διατροφής (Λαζαρίδης Γ., 2009).

Η εξήγηση ήρθε με τη διαπίστωση ότι, η μεσογειακή διατροφή περιλαμβάνει μέτρια κατανάλωση κρασιού αλλά και αρκετά υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου, το οποίο αντικαθιστά τα ζωικά λιπαρά και οδηγεί σε μείωση της χοληστερόλης στο αίμα. Η μεγάλη όμως σύνδεση της διατροφής με την υγεία αποδείχτηκε επιστημονικά κατά τον περασμένο αιώνα, με τις διεθνείς μελέτες που έγιναν, όπως η Μελέτη των Επτά Χωρών και η μελέτη «Lion Heart».

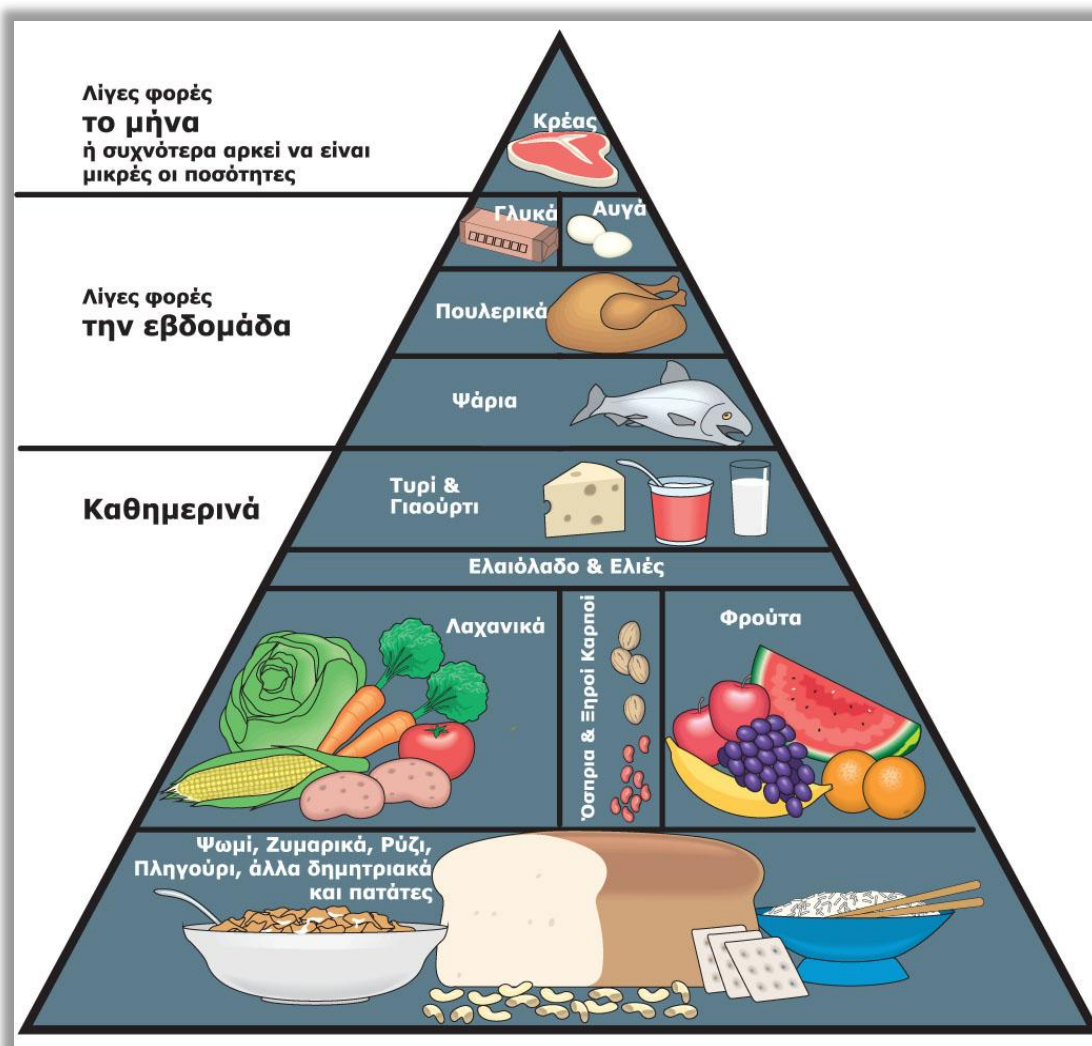
Η έρευνα των Επτά Χωρών ξεκίνησε στα τέλη της δεκαετίας του '40 από τις ΗΠΑ. Ο εμπνευστής και δημιουργός της ήταν ο διάσημος καθηγητής Ancel Keys, «Mr Cholesterol» όπως τον αποκαλούσαν οι Αμερικανοί, καθώς ήταν ο πρώτος εκφραστής της σύνδεσης «διατροφή-καρδιά», αλλά και εκείνης μεταξύ της χοληστερόλης με τη στεφανιαία νόσο. Στη συνέχεια, συμπεριέλαβε άλλες χώρες με διαφορετικά χαρακτηριστικά και διαφορετικό τρόπο ζωής. Αποτελεί μια κλασική έρευνα-ορόσημο, τη μεγαλύτερη σε διάρκεια (είχε διάρκεια 10 χρόνια) από όλες του είδους της, μαζί με εκείνη του Φράμιγχαμ των ΗΠΑ. Κάλυψε απαρχής 12.500 άτομα μεταξύ 40- 60 ετών. Παρακολούθηθηκε η υγεία των εθελοντών, κυρίως σε ότι αφορούσε τα καρδιαγγειακά

νοσήματα αλλά και τις κακοήθειες. Αποτέλεσμα της έρευνας λοιπόν, είναι ο γνωστός σε όλους μας όρος της «Μεσογειακής Διατροφής» (Λαζαρίδης Γ., 2009).

Τι ονομάζουμε όμως πραγματικά με τον όρο «Μεσογειακή Διατροφή;»

Η απάντηση είναι απλή! Ο όρος μεσογειακή διατροφή βασίζονταν στις διατροφικές συνήθειες και παραδόσεις της Κρήτης και της Νοτίου Ιταλίας, την περίοδο του 1960 και αποδίδεται σχηματικά με τη μορφή πυραμίδας, για να χαρακτηρίσει έτσι την απαιτούμενη ποσότητα σε μηνιαία, εβδομαδιαία και καθημερινή βάση των ειδών διατροφής. Η Πυραμίδα, βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία διαιτητικών προσλήψεων, θρεπτικών συστατικών σε διάφορα τρόφιμα και τρόπους επιλογής τροφίμων για τη διατήρηση μιας φυσιολογικής υγείας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΥΡΑΜΙΔΑΣ



Η μεσογειακή διατροφή λοιπόν είναι τρόπος ζωής, που χαρίζει μακροζωία και καλή υγεία. Είναι διεθνώς γνωστό ότι, η κρητική δίαιτα είναι το καλύτερο παράδειγμα μεσογειακής διατροφής. Η Κρήτη έχει μια από τις αρχαιότερες και πιο εύγευστες γαστριμαργικές παραδόσεις στον κόσμο, μια παράδοση πολλών γεύσεων, αρωμάτων, υλικών και τεχνοτροπιών, που ξεκινά από τα προϊστορικά χρόνια και φθάνει μέχρι σήμερα.

Η παραδοσιακή Κρητική διατροφή από αρχαιοτάτων χρόνων, φαίνεται να συγκεντρώνει τα χαρακτηριστικά εκείνα που την καθιστούν άριστη, όπως είχε δείξει η γνωστή μελέτη των 7 χωρών. Μέσα από τη μελέτη αυτή η οποία περιελάμβανε τη διαχρονική παρακολούθηση μιας ομάδας 700 περίπου ανδρών αγροτικής περιοχής της Κρήτης, φάνηκε ότι ο πληθυσμός αυτός είχε τους λιγότερους θανάτους από έμφραγμα της καρδιάς και τις διάφορες μορφές καρκίνου, σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Ο πληθυσμός της Κρήτης ήταν ο μακροβιότερος σε σύγκριση με άλλες ανεπτυγμένες χώρες. Η ιστορία της κρητικής διατροφής όπως αναφέραμε, ξεκινά από πολύ παλιά και από ευρήματα των αρχαιολογικών ανασκαφών φαίνεται, πως οι αρχαίοι Κρήτες και οι Μινωίτες κατανάλωναν τα ίδια σχεδόν προϊόντα, που καταναλώνονται και σήμερα. Στα δε ανάκτορα της μινωικής εποχής βρέθηκαν μεγάλα πιθάρια που χρησιμοποιούνταν για ελαιόλαδο, δημητριακά, όσπρια και μέλι (Κωνσταντινίδη Α.).

Με βάση λοιπόν όλα τα παραπάνω, η άριστη υγεία και μακροζωία των Κρητικών αποδίδεται στην παραδοσιακή διατροφή τους. Η διατροφή αυτή ήταν απλή και περιελάμβανε κυρίως (Λαζαρίδης Γ., 2009):

Ελαιόλαδο: Το οποίο συμβάλει στη σημαντική μείωση των καρδιοπαθειών στη τόνωση των μυών και των οστών του ανθρώπινου σώματος, είναι κατά της οστεοπόρωσης συμβάλλει στην ελάττωση, κατά 25%, του καρκίνου του μαστού στις γυναίκες, στην καλή λειτουργία του πεπτικού μας συστήματος, στην εξαφάνιση του προβλήματος δυσκοιλιότητας, στη μείωση της επίδρασης του αλκοόλ και καταπολεμά την πιτυρίδα και την **νινίδα** στα βρέφη.

Κρασί: Η χρήση του μειώνει τα καρδιαγγειακά επεισόδια κατά 20 έως 60%, βελτιώνει την καλή λειτουργία του στομάχου και την πέψη γενικότερα, εμποδίζει τη δημιουργία χολόλιθων, διευκολύνει την κυκλοφορία του αίματος στους ιστούς, δρα ως αντιφλεγμονώδες και αντισηπτικό, αυξάνει την αντίσταση στα κοινά κρυολογήματα και

βοηθά στον ύπνο. Ακόμη, προκαλεί ευεξία, αυξάνει την ποιότητα της ζωής και κατά επέκταση τη μακροζωία, μειώνοντας τους θανάτους από οποιαδήποτε αιτία κατά 10-20%.

Μέλι: Είναι μια από τις σημαντικότερες γλυκαντικές ουσίες, πλούσιο σε βιταμίνες και αντιοξειδωτικές ουσίες. Η κυριότερη βιταμίνη του μελιού είναι η **Ε** που είναι χρήσιμη για τον οργανισμό, γιατί τον βοηθάει από την επίδραση εξωγενών παραγόντων, όπως είναι το κάπνισμα, η ακτινοβολία και οι διάφορες καρκινογόνες ουσίες.

Κρητικά τυριά: Η γραβιέρα, το κεφαλοτύρι, το τυροζούλι, ο ανθότυρος μαλακός & σκληρός, η μυζήθρα και η ξινομυζήθρα.

Ψωμί – παξιμάδι: Οι ίνες που περιέχει το κρητικό παραδοσιακό ψωμί βοηθούν στην καλύτερη λειτουργία του εντέρου και στη σωστή λειτουργία του νευρικού συστήματος. Κι ακόμη, λέγεται πως το πλήρες ψωμί είναι πιθανόν να προλαμβάνει τον καρκίνο του γαστρεντερικού σωλήνα και ιδιαιτέρως του παχέος εντέρου.

Λαχανικά: Περιέχουν πλούσιες φυτικές ίνες με αρκετές ποσότητες βιταμινών και άλλες θρεπτικές ουσίες απαραίτητες για τον άνθρωπο.

Φρούτα: Περιλαμβάνουν τις πιο σημαντικές θρεπτικές και αντιοξειδωτικές βιταμίνες για τον οργανισμό. Το κυριότερο φρούτο που δε λείπει από κανένα κρητικό τραπέζι είναι το πορτοκάλι, γνωστό για τη πολύτιμη **βιταμίνη C**, που προφυλάσσει τον οργανισμό από διάφορες ασθένειες.

Τέλος, τα **Αρωματικά φυτά:** Όπως η ρίγανη, ο βασιλικός, το φασκόμηλο, ο βάλσαμος, το δενδρολίβανο, η μαντζουράνα, το θυμάρι, ο έροντας, η μέντα, η δάφνη και το χαμομήλι, βοηθούν στην καταπολέμηση του πόνου και δίνουν μια αίσθηση ηρεμίας στον οργανισμό.

Τα παραπάνω αποτελούσαν το περισσότερο από το 85% του καθημερινού διαιτολογίου τους, ενώ αντίθετα κατανάλωναν σε περιορισμένη ποσότητα και συχνότητα τα αυγά, το τυρί, το γάλα, το κρέας, το ψάρι και άλλα ζωικά προϊόντα. Με βάση, λοιπόν, τα σημερινά δεδομένα θα συνιστούσαμε την επιστροφή στην παραδοσιακή διαίτα των Κρητών.

Ποιά είναι όμως πραγματικά τα οφέλη της διατροφής αυτής και γιατί είναι τόσο σημαντική για τον οργανισμό;

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας οι αναλογίες των θρεπτικών συστατικών στην ημερήσια διατροφή ενός φυσιολογικού ανθρώπου έχουν ως εξής: 50-60%

υδατάνθρακες, 25-30 % λίπη, 20-25% πρωτεΐνες, οι οποίες όπως έχει αποδειχτεί, επιτυγχάνονται με την σωστή διατροφή.

Η μεσογειακή διατροφή όπως γνωρίζουμε, είναι η πλέον ισορροπημένη διατροφή σε σχέση με άλλες διατροφές (αμερικάνικη-ινδική), από άποψη περιεκτικότητας και αναλογιών σε θρεπτικά συστατικά, διότι τα χαρακτηριστικά της συμβάλλουν στην καλή σωματική και πνευματική ανάταση του ανθρώπου. Μερικά από αυτά τα χαρακτηριστικά λοιπόν είναι: οι άφθονες φυτικές τροφές (τα φρούτα, τα λαχανικά, το ψωμί, άλλα προϊόντα δημητριακών, οι πατάτες, τα όσπρια, οι καρποί και οι σπόροι). Ακόμη η αρκετά πλούσια πηγή σωστών υδατανθράκων, οι μέτριες ποσότητες γαλακτοκομικών (πηγή ασβεστίου και βιταμινών D, A) και οι μέτριες ποσότητες ψαριών και πουλερικών (πηγή πρωτεϊνών), βοηθούν στην ημερήσια πρόσληψη όλων των απαραίτητων βιταμινών.

Τέλος, οι μικρές ποσότητες κόκκινου κρέατος (πηγή πρωτεϊνών αλλά και λιπαρών) και το κρασί σε μικρές ποσότητες κατά κανόνα με τα γεύματα (πηγή αντιοξειδωτικών και φλαβονοειδών) δημιουργούν την πιο ιδανική και ωφέλιμη διατροφή για τον άνθρωπο.

Επιστήμονες συμπέραναν ότι μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των ευεργετικών συστατικών του ελαιόλαδου που είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά και των πλούσιων φυτικών ινών στα φρούτα και τα λαχανικά που την κάνουν τόσο μοναδική. Η χρήση του ελαιόλαδου ακόμη, με τα αντιοξειδωτικά που περιέχει, έχει συσχετιστεί με την ελάττωση της καρδιαγγειακής νόσου και με αντιφλεγμονώδη και αντιυπερτασική δράση, με την ελάττωση της κακής χοληστερίνης LDL και τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Από την άλλη, η μέτρια κατανάλωση αλκοόλ, που είναι πλούσια σε φλαβοειδή και έχει αντιοξειδωτική δράση, συμβάλλει στην άμεση ελάττωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Μια δεκάχρονη μελέτη που δημοσιεύθηκε στο έγκυρο ιατρικό περιοδικό «Journal of American Medical Association» (JAMA) περιέγραψε ότι, οι ασθενείς που ακολούθησαν τη μεσογειακή διατροφή και έναν υγιεινό τρόπο ζωής με άσκηση, είχαν κατά 50% μείωση των θανάτων από καρδιαγγειακά (Knooks KT et al 2004).

Πρέπει να ειπωθεί ακόμη ότι η σωστή χρήση της μεσογειακής δίαιτας-διατροφής προστατεύει και από την εξέλιξη του σακχαρώδη διαβήτη και από την εμφάνιση νέων περιπτώσεων με ελάττωση του κινδύνου κατά 83%. Η διατροφή αυτή έχει συνδεθεί με απώλεια βάρους κατά 3,8 kg περισσότερο, απ' ό,τι σε μια δίαιτα με χαμηλά λιπαρά. Όπως γνωρίζουμε ο κύριος στόχος στη θεραπεία των διαβητικών είναι ο συνεχής έλεγχος του

μεταβολισμού. Παράλληλα με τη διατήρηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης στο αίμα σε φυσιολογικά επίπεδα, βελτιώνουμε τη συγκέντρωση των λιπιδίων και έτσι επιτυγχάνουμε το επιθυμητό σωματικό βάρος του ασθενούς. Άρα, επέρχεται και η σωστή πρόληψη του ασθενούς, η γρήγορη θεραπεία των επιπλοκών του διαβήτη (π.χ. υπέρταση) και γενικότερα η βελτίωση της συνολικής του υγείας. Όσον αφορά τη διατροφική αγωγή του διαβήτη τύπου 2, οι κύριοι στόχοι είναι τρεις: η απώλεια βάρους, η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και η επιλογή μιας διατροφής, η σύνθεση της οποίας θα συμβάλλει θετικά στον έλεγχο της γλυκαιμίας και των συγκεντρώσεων των λιποπρωτεϊνών (HDL, LDL και VLDL). Η παρακάτω αναφορά συνοψίζει τις σημερινές γνώσεις και τις συγκεκριμένες οδηγίες για τη θεραπεία του διαβήτη και περιγράφει τους λόγους για τους οποίους, η Μεσογειακή Διατροφή είναι κατ' εξοχήν η κατάλληλη για τους ασθενείς με διαβήτη. Η διατροφή αυτή αποτελεί τη βάση της θεραπείας του.

Οι άνθρωποι που ακολουθούν τη μεσογειακή διατροφή έχουν χαμηλότερο κίνδυνο για εμφάνιση των νόσων Parkinson και Alzheimer. Πιο συγκεκριμένα, η πλούσια σε φρούτα, λαχανικά και ψάρια μεσογειακή διατροφή μειώνει κατά το ήμισυ σχεδόν τον κίνδυνο ανάπτυξης της νόσου του Πάρκινσον, όπως αναφέρει η «Ευρωπαϊκή Επιθεώρηση Νευρολογίας» (EJN). Τα φρούτα, τα λαχανικά, τα ψάρια και τα όσπρια περιέχουν υψηλά επίπεδα αντιοξειδωτικών ουσιών, οι οποίες εμποδίζουν την προαναφερθείσα διαδικασία. Η νόσος του Πάρκινσον εκδηλώνεται πρωτίστως μετά την ηλικία των 60 ετών, με τον αριθμό των πασχόντων να κυμαίνεται από 5 ανά 1.000 άτομα στις ηλικίες 60-69 ετών έως 40 ανά 1.000 στις ηλικίες 80-89 ετών (Σακκάς Γ.). Η ασθένεια αναπτύσσεται όταν αρχίσουν να πεθαίνουν τα κύτταρα του εγκεφάλου, που ελέγχουν την κίνηση και έτσι τα κύρια συμπτώματά του είναι τρέμουλο, μυϊκή δυσκαμψία και επιβράδυνση των κινήσεων. Αν και δεν υπάρχει λοιπόν θεραπεία γι' αυτήν, υπάρχουν φάρμακα που ελέγχουν την σοβαρότητα των συμπτωμάτων του ασθενούς, αντισταθμίζοντας την έλλειψη της ντοπαμίνης— μιας χημικής ουσίας που δρα ως αγγελιοφόρος ανάμεσα στα τμήματα του εγκεφάλου, που παίζουν ρόλο στην κίνηση και σε αυτά που ελέγχουν τον συντονισμό των κινήσεων. Η μελέτη αυτή, πραγματοποιήθηκε από επιστήμονες του Πανεπιστημίου του Τόκιο σε 249 νεοδιαγνωσθέντες πάσχοντες από νόσο του Πάρκινσον και σε 368 υγιείς συνομηλίκους τους. Η σχετική μελέτη έδειξε πως με τη σωστή διατροφή, μπορεί να ελαττώσει κανείς κατά 46% τις πιθανότητες που έχει να παρουσιάσει κάποια στιγμή στη ζωή του αυτή την ανίατη νευρολογική νόσο (Τσουλέα Ρ., 2012).

Κάτι παρόμοιο συναντούμε και στην νόσο Alzheimer. Η νόσος αυτή είναι η πιο κοινή μορφή άνοιας. Είναι μια ασθένεια μη θεραπεύσιμη και σιγά-σιγά θανατηφόρα, η οποία περιγράφηκε αρχικά από το Γερμανό ψυχίατρο και νευροπαθολόγο Αλοΐσιο Αλτσχάιμερ, το 1906 (εξού και το όνομα). Γενικά εντοπίζεται στους ανθρώπους πάνω από 65 ετών, αν και το λιγότερο συχνά πρόωρο Αλτσχάιμερ, μπορεί να εμφανιστεί πολύ νωρίτερα, ίσως και πριν τα 50. Το Αλτσχάιμερ

αναπτύσσεται για μια απροσδιόριστη χρονική περίοδο και μπορεί να αναπτυχθεί για χρόνια. Η μέση υπολογιζόμενη διάρκεια ζωής μετά από τη διάγνωση είναι περίπου επτά έτη. Λιγότεροι από 3% των ατόμων ζουν περισσότερο από δεκατέσσερα έτη μετά από τη διάγνωση. Η αιτία και η πρόοδος της ασθένειας δεν είναι κατανοητή καλά ακόμη. Η έρευνα δείχνει ότι η ασθένεια συνδέεται με πλάκες στον εγκέφαλο. Από το 2008,



περισσότερες από 500 κλινικές δοκιμές ερευνούν πιθανές θεραπείες για την ασθένεια, αλλά είναι άγνωστο εάν οποιαδήποτε από αυτές θα αποδειχθεί επιτυχής. Πολλά μέτρα έχουν προταθεί για την πρόληψη του Αλτσχάιμερ, αλλά η αξία τους δεν είναι ακόμη αποδεδειγμένη στην επιβράδυνση ή τη μείωση της δριμύτητας της ασθένειας. Η διαρκής διανοητική εγρήγορση, η σωματική άσκηση και κυρίως η ισορροπημένη διατροφή συστήνονται ως πιθανή μέθοδος πρόληψης. Επειδή η νόσος Αλτσχάιμερ, δεν μπορεί να θεραπευτεί και είναι εκφυλιστική, η διαχείριση των ασθενών είναι πολύ σημαντική (Wikipedia.org).

Σύμφωνα λοιπόν με τα παραπάνω η σωστή διατροφή δρα προστατευτικά για τον εγκέφαλο, μειώνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης του Αλτσχάιμερ. Η υψηλή συγκέντρωση Ω-3 λιπαρών και βιταμινών σε συνδυασμό με τη χαμηλή πρόσληψη γαλακτοκομικών και κόκκινου κρέατος, συνδέουν λιγότερες φλεγμονές στο σώμα. Η μεσογειακή διατροφή εξασφαλίζει τα απαραίτητα μικροθρεπτικά συστατικά,

αποκαθιστώντας έτσι ανισορροπίες σε τυχόν βιταμίνες και μέταλλα, βελτιώνοντας το μεταβολισμό. Το εν λόγω διατροφικό πλάνο βελτιώνει το λιπιδαιμικό προφίλ, επειδή η βασική πηγή λιπαρών είναι το ελαιόλαδο αντί για το βούτυρο, το γάλα ή το τυρί, κάτι που με τη σειρά του βοηθά στη διατήρηση του σωματικού βάρους και την πρόληψη της παχυσαρκίας. Αξιοσημείωτο εύρημα των Αυστραλών ερευνητών ήταν, ότι η θετική επίδραση της μεσογειακής διατροφής στον εγκέφαλο δεν περιορίζεται μόνο στους ηλικιωμένους. Δεδομένου ότι το Αλτσχάιμερ ξεκινά να αναπτύσσεται στον εγκέφαλο, πολλά χρόνια πριν εκδηλωθούν εμφανή συμπτώματα, αλλά και ότι δεν υπάρχει οριστική θεραπεία για τη νευροεκφυλιστική νόσο. Η γνώση των παραγόντων κινδύνου και πιθανών προληπτικών μέτρων, όπως η σωστή διατροφή, αναδεικνύονται πιθανώς σε ισχυρά όπλα για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου (onmed.gr, 2016).

Από την άλλη πλευρά, η αρτηριακή υπέρταση είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα, ενώ είναι η πρώτη αιτία για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Εμφανίζεται στο 30-40% του πληθυσμού. Σε ηλικίες άνω των 65 ετών το ποσοστό αυτό είναι ακόμα υψηλότερο, ξεπερνώντας το 60%. Στην Ελλάδα, περισσότεροι από 2.000.000 Έλληνες πάσχουν από αρτηριακή υπέρταση, ενώ μόλις το 30% αυτών που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή κατορθώνουν να ρυθμίσουν επαρκώς την αρτηριακή τους πίεση. Η αρτηριακή υπέρταση στο 90-95% των περιπτώσεων είναι ιδιοπαθής, δηλαδή αγνώστου αιτιολογίας. Σε μικρότερο ποσοστό 5-10%, οφείλεται σε αναγνωρίσιμα αίτια, με τα πιο συνήθη τα νοσήματα των νεφρών, των επινεφριδίων και του θυρεοειδούς αδένος τα οποία θα πρέπει να διερευνώνται σε όλους τους ασθενείς που διαγιγνώσκονται με αρτηριακή υπέρταση, αφού η έγκαιρη διάγνωσή τους μπορεί να συμβάλει στην αποτελεσματικότερη θεραπεία της υπέρτασης (onmed.gr, 2016).

Μολονότι η αρτηριακή υπέρταση είναι ιδιοπαθής, εντούτοις πολλοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνισή της. Η κληρονομικότητα, η παχυσαρκία και το άγχος είναι οι κυριότεροι παράγοντες για την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης. Η επίδραση του άγχους στην εμφάνιση της αρτηριακής υπέρτασης γίνεται πιο έκδηλη στην σημερινή εποχή της οικονομικής κρίσης, όπου υπάρχει μια τάση αύξησης των περιστατικών νεοεμφανιζόμενης υπέρτασης, με το άγχος να αναγνωρίζεται ως ο σπουδαιότερος εκλυτικός παράγοντας. Η κληρονομικότητα, η παχυσαρκία, η κακή διατροφή, η έλλειψη άσκησης και το άγχος είναι παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση της υπέρτασης. Κατ' επέκταση τα άτομα που κινδυνεύουν περισσότερο να εμφανίσουν αρτηριακή υπέρταση είναι άτομα με κληρονομικό ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης, όπως και τα

παχύσαρκα άτομα με μεταβολικό σύνδρομο, δηλ. άτομα με κοιλιακή παχυσαρκία (περίμετρος μέσης > 108 cm στους άνδρες, > 88 cm στις γυναίκες) και αυξημένα επίπεδα σακχάρου και λιπιδίων. Επίσης, το άγχος μπορεί να πυροδοτήσει την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, κυρίως μέσω της διέγερσης του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, μια κατάσταση που αν παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα οδηγεί στην εγκατάσταση μόνιμης αρτηριακής υπέρτασης (onmed.gr, 2016).

Συνήθως η αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης βασίζεται στον συνδυασμό φαρμακευτικής και υγιεινό-διαιτητικής αγωγής. Παρ' όλα αυτά σε ήπιες μορφές υπέρτασης και όταν δεν υπάρχουν ενδείξεις εγκατεστημένης καρδιαγγειακής νόσου ή υποκλινικής βλάβης ζωτικών οργάνων λόγω της υπέρτασης, τα υγιεινό-διαιτητικά μέτρα και μόνο μπορούν να βοηθήσουν στην ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης ή και στην επιβράδυνση της έναρξης της φαρμακευτικής αγωγής.

Για την αντιμετώπιση λοιπόν του προβλήματος συνίσταται τακτική αερόβια άσκηση, που οδηγεί σε μείωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά περίπου 3-7 mmHg και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης κατά 2.5-5 mmHg, αντίστοιχα. Συνστήνεται η αερόβια άσκηση (περπάτημα, τρέξιμο, κολύμπι, ποδηλασία) τουλάχιστον για 30 λεπτά, 5-7 ημέρες την εβδομάδα. Η μειωμένη πρόσληψη άλατος είναι απαραίτητος κανόνας. Η μείωση της κατανάλωσης του άλατος στα 5 γραμμάρια ημερησίως έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της αρτηριακής πίεσης κατά 4-5 mmHg στους υπερτασικούς ασθενείς. Το 80% της καθημερινής κατανάλωσης άλατος βρίσκεται «κρυμμένο» σε τροφές όπως το ψωμί, τα τυριά, οι μαργαρίνες και όλα τα προπαρασκευασμένα φαγητά (Κατσανοπούλου Μ., 2008).

Η μεσογειακή διατροφή έρχεται και πάλι να κερδίσει με διαφορά. Έχει ευεργετική επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα. Στους υπερτασικούς ασθενείς και στο γενικό πληθυσμό, συστήνεται η κατανάλωση ψαριών τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα και η κατανάλωση 300-400 γρ. φρούτων και λαχανικών ημερησίως. Τροφές πλούσιες σε κάλιο, όπως το πορτοκάλι, τα φρούτα, τα λαχανικά (κυρίως πράσινα φυλλώδη), ο χυμός πορτοκαλιού, τα αποξηραμένα φρούτα, οι πατάτες βοηθούν στην ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και ενθαρρύνεται η κατανάλωσή τους (Πιετρή Π., 2015).

Καθώς λοιπόν τα χρόνια περνούν ολοένα και περισσότερα κρούσματα καρκίνου του δέρματος εμφανίζονται τις τελευταίες δεκαετίες. Καταγράφηκαν παγκοσμίως 37.000 θάνατοι και 132.000 περιστατικά που διαγνώστηκαν με μελάνωμα, όπως αναφέρεται σε άρθρο στο επιστημονικό περιοδικό «Annals of Oncology». Στην Ευρώπη εκτιμάται ότι προκλήθηκαν 9.000 θάνατοι και διαγνώστηκαν 35.000 περιστατικά με μελάνωμα του δέρματος. Συνεπώς, ο καρκίνος του δέρματος έχει αναγνωριστεί ως μία μορφή καρκίνου, η οποία θα παίζει ακόμα πιο σημαντικό ρόλο στα πλαίσια της δημόσιας υγείας τις επόμενες δεκαετίες, εάν σήμερα, δε φροντίσουμε για την αποτελεσματικότερη πρόληψη. Και βέβαια, η οδηγία της αποφυγής της υπερβολικής έκθεσης στον ήλιο είναι σωτήρια (Γεωργιουδάκη Ν.).



Ωστόσο, άλλη μία μελέτη (δημοσιευμένη στο International Journal of Epidemiology) έρχεται να υποδείξει και να επιβεβαιώσει

ότι συμπληρωματικά με τα παραπάνω, η υιοθέτηση διατροφικών συνηθειών που ταιριάζουν στο πρότυπο της Μεσογειακής Διατροφής φαίνεται να παίζει προστατευτικό ρόλο και να μειώνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη του καρκίνου του δέρματος. Φάνηκε λοιπόν ότι η Μεσογειακή Δίαιτα μας παρέχει μέσα από μία ποικιλία τροφίμων (κραμβοειδή λαχανικά, ντομάτες, σκούρα πράσινα φυλλώδη λαχανικά, εσπεριδοειδή φρούτα, φρέσκα βότανα, κρασί, ελαιόλαδο) πολύτιμα βιοδραστικά μόρια με ισχυρές αντιοξειδωτικές και αντιφλεγμονώδεις δράσεις, που συμμετέχουν στη θωράκιση του οργανισμού μας έναντι του καρκίνου του δέρματος (Γεωργιουδάκη Ν.).

Συγκεκριμένα οι επιστήμονες στη μελέτη αυτή, ισχυρίζονται ότι η συστηματική κατανάλωση όλων αυτών των φρούτων, λαχανικών και βοτάνων καθώς και ψαριών πλούσιων σε ω-3 λιπαρά οξέα, δίνει τέτοια προστασία ικανή να μειώσει στο μισό τον κίνδυνο για την ανάπτυξη αυτού του καρκίνου. Ενδεικτικά τα εσπεριδοειδή φρούτα αποτελούν κύριες πηγές β-κρυπτοξανθίνης, τα καρότα είναι πλούσια σε β-καροτένιο, και

όλα μαζί το δενδρολίβανο, το φασκόμηλο, τα κραμβοειδή και τα σκούρα πράσινα φυλλώδη λαχανικά αποτελούν πλούσιες πηγές σε πολυφαινόλες, ουσίες γνωστές για τις αντικαρκινικές τους ιδιότητες.

Ωστόσο εκτός από τις πολυφαινόλες, τα ω-3 λιπαρά οξέα και ιδίως τα μακράς αλύσου πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (εικοσιπεντανοϊκό οξύ EPA, δοσοεξανοϊκό οξύ DHA) τα οποία βρίσκονται κυρίως στα λιπαρά ψάρια (σολομός, σαρδέλα, σκουμπρί, πέστροφα) φαίνεται να δρουν ανασταλτικά στην καρκινογένεση. Τέλος, η κατανάλωση τσαγιού σχετίζεται με την υπερδιπλάσια μείωση του κινδύνου για καρκίνο του δέρματος (Γεωργιουδάκη Ν.).

Μια άλλη μορφή καρκίνου είναι εκείνη που μαστίζει κάθε χρόνο ένα μεγάλο ποσοστό γυναικών: του καρκίνου της μήτρας. Έχει διαπιστωθεί ότι, οι γυναίκες που ακολουθούν πιστά την μεσογειακού τύπου διατροφή, εμφανίζουν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο για εμφάνιση καρκίνου της μήτρας. Οι ερευνητές με επικεφαλής τη δρα Κριστίνα Μποσέτι του Ινστιτούτου Φαρμακευτικών Ερευνών 'Μάριο Νέγκρι' του Μιλάνου, έκαναν μια σχετική δημοσίευση στο βρετανικό περιοδικό για τα θέματα καρκίνου "British Journal of Cancer" και ανέλυσαν στοιχεία για τη διατροφή άνω των 5.000 γυναικών. Στη συνέχεια, συσχέτισαν τη διατροφή με την πιθανότητα εμφάνισης καρκίνου του ενδομήτριου. Οι γυναίκες που συμμετείχαν χωρίστηκαν σε εννέα κατηγορίες ανάλογα με το πόσο πιστά τηρούσαν την Μεσογειακή διατροφή, που συνίσταται σε πολλά λαχανικά, φρούτα, ελαιόλαδο, καρποί, δημητριακά, ψάρια και μονοακόρεστα λίπη, λιγότερο κρέας, γαλακτοκομικά προϊόντα και μέτρια κατανάλωση αλκοόλ. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι, όσες γυναίκες ήσαν οι πιο πιστές σε αυτό τον τύπο διατροφής, εμφάνιζαν την μεγαλύτερη μείωση κινδύνου για καρκίνο της μήτρας (57%). Το ποσοστό μειωνόταν σταδιακά όσο λιγότερο ακολουθούσε μια γυναίκα τις «επιταγές» της μεσογειακής διατροφής (Εφημερίδα υγεία, 2015).

Τα παραπάνω ήταν φυσικά ένα δείγμα από τα είδη καρκίνων που μπορούν να αναπτυχθούν έχοντας την προδιάθεση, αλλά και μη ακολουθώντας μια σωστή και ισορροπημένη διατροφή. Γι αυτό ας επωφεληθούμε της Μεσογειακής Διατροφής και ας ενισχύσουμε την υγεία μας και την υγεία του δέρματός μας! Και να μην ξεχνάμε. Το δέρμα μας αποτελεί τον καθρέφτη της σωματικής και ψυχικής υγείας του κάθε ανθρώπου. Ας το φροντίσουμε!

Σύμφωνα με περισσότερες μελέτες, οι άνθρωποι που ζουν στη Μεσόγειο ή έζησαν για κάποιο χρονικό διάστημα στις περιοχές αυτές της Μεσογείου έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και λιγότερα καρδιαγγειακά επεισόδια σε σχέση με τους άλλους κατοίκους των δυτικών κοινωνιών. Η μεσογειακή διαίτα είναι πλούσια σε τροφές που περιέχουν ουσίες όπως η β-καροτίνη, η βιταμίνη Ε και C, το σελήνιο, ο ψευδάργυρος, οι οποίες είναι αντιοξειδωτικές και θεωρούνται η καλύτερη διατροφική πρόληψη κατά του καρκίνου. Ακολουθώντας τη μεσογειακή διατροφή είναι σημαντικό, όχι μόνο να χάσουμε ή να διατηρήσουμε το βάρος μας, αλλά να υιοθετήσουμε έναν υγιεινό τρόπο διατροφής για εμάς και για ολόκληρη την οικογένεια, ώστε και τα παιδιά να μαθαίνουν να τρέφονται σωστά.

Η μεσογειακή διατροφή που είναι πλούσια σε παρθένο ελαιόλαδο, μπορεί να βελτιώσει περαιτέρω τα προστατευτικά για την καρδιά οφέλη της HDL («καλής») χοληστερόλης, σύμφωνα με ισπανική μελέτη, που δημοσιεύθηκε στο επιστημονικό έντυπο *Circulation*. Τα υψηλά επίπεδα LDL («κακής») χοληστερόλης, όσο και των τριγλυκεριδίων σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Από την άλλη, η HDL σχετίζεται με μειωμένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η προστατευτική ικανότητα της «καλής» χοληστερόλης έχει εξίσου μεγάλη σημασία με το επίπεδό της. Όμως, προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η HDL δεν λειτουργεί εξίσου καλά στους ανθρώπους με υψηλό κίνδυνο για έμφραγμα ή εγκεφαλικό επεισόδιο. Η ισπανική μελέτη δείχνει ότι ακριβώς η λειτουργική και προστατευτική ικανότητα της HDL βελτιώνεται σταδιακά χάρη στη μεσογειακή διατροφή (Μπιμπή Μ., 2017).

Οι ερευνητές του Ινστιτούτου Ιατρικών Ερευνών του Νοσοκομείου ντελ Μαρ της Βαρκελώνης, μελέτησαν σχεδόν 300 ανθρώπους με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο και με μέση ηλικία, την ηλικία των 66 ετών. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν τυχαία σε τρεις ομάδες: μία που έκανε παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή με επιπλέον παρθένο ελαιόλαδο (τέσσερα κουταλάκια τη μέρα κατά μέσο όρο), μία που έκανε μεσογειακή διατροφή με ξηρούς καρπούς αντί για ελαιόλαδο και μία που απλώς έτρωγε υγιεινά, αλλά όχι μεσογειακά (onmed.gr, 2017).

Η αξιολόγηση των βιοδεικτών των συμμετεχόντων έναν χρόνο μετά, έδειξαν ότι μόνο η απλώς υγιεινή διατροφή μείωσε τόσο την ολική όσο και την LDL χοληστερόλη. Καμία από τις τρεις ομάδες όμως δεν εμφάνισε σημαντική αύξηση της HDL. Το βασικότερο εύρημα ήταν ότι η ομάδα με το επιπλέον παρθένο ελαιόλαδο είχε πλέον σημαντικά αποτελεσματικότερη λειτουργία της HDL χοληστερόλης στον οργανισμό.

Αυτό, πρακτικά σημαίνει ότι, η μεσογειακή διατροφή διευκολύνει την «καλή» χοληστερόλη να απομακρύνει την παραπανίσια χοληστερόλη από τις αρτηρίες και να τη μεταφέρει στο ήπαρ, όπου τελικά χρησιμοποιείται για την παραγωγή ορμονών ή απομακρύνεται από το σώμα τελείως. Η μεσογειακή διατροφή αύξησε επίσης την αντιοξειδωτική προστασία της HDL, βελτιώνοντας την ικανότητά της να αντισταθμίζει την οξειδωτική δράση της LDL, η οποία «πυροδοτεί» το σχηματισμό αθηρωματικών πλακών στις αρτηρίες. Ακόμη, βοήθησε να χαλαρώνουν τα αιμοφόρα αγγεία και το αίμα να ρέει πιο ελεύθερα. Έτσι λοιπόν οι ερευνητές δήλωσαν έκπληκτοι από το ότι η υγιεινή διατροφή, παρόλο που μειώνει το επίπεδο της ολικής και της LDL χοληστερόλης, επιδρά αρνητικά στις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες της HDL. Και όπως αναφέραμε, όσο μειώνεται η αντιφλεγμονώδης ικανότητα της HDL, τόσο αυξάνεται ο καρδιαγγειακός κίνδυνος (Μπιμπή Μ., 2017).

Όπως προείπαμε λοιπόν, άτομα με υψηλή χοληστερόλη έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρδιαγγειακών νοσημάτων. Μπορεί δηλαδή να έχουν πολλαπλές παρενέργειες στα διάφορα όργανα και συστήματα του οργανισμού. Η κακή χοληστερίνη (LDL) αποτελεί τον σημαντικότερο παράγοντα στην ανάπτυξη αθηροσκλήρωσης, στηθάγχης, θρομβώσεων, του εμφράγματος, του εγκεφαλικού επεισοδίου. Αντιθέτως, η καλή χοληστερίνη (HDL) αποτελεί προστατευτικό παράγοντα έναντι των καρδιαγγειακών νοσημάτων και πρέπει οι τιμές της να είναι όσο το δυνατόν υψηλότερες, ακόμα και αν αυτό σημαίνει υψηλά επίπεδα της ολικής χοληστερόλης πάνω από 200 mg/dl. Το ελαιόλαδο που περιέχεται άφθονο στην μεσογειακή δίαιτα είναι πλούσιο σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, που αυξάνουν τον καταβολισμό, δηλαδή την διάσπαση της κακής χοληστερόλης LDL και την δέσμευση της χοληστερόλης από την HDL. Τα λιπαρά ψάρια (σκουμπρί - σαρδέλα - γαύρος) περιέχουν ω-3 λιπαρά οξέα. Η κατανάλωσή τους λοιπόν συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος του μυοκαρδίου. Μελέτες συνδέουν τα ω-3 λιπαρά οξέα με την αντιθρομβωτική, αντιυπερτασική και υποτριγλυκαιρική δράση. Τα φρούτα και τα λαχανικά περιέχουν δυσασπορρόφητους φυτικούς πολυσακχαρίτες, που έχουν ισχυρή υποχοληστεριναιμική δράση, βοηθώντας την απομάκρυνση της χοληστερίνης. Τι καλύτερο λοιπόν, από την κατανάλωση μιας υγιεινής διατροφής ημερησίως (Γιωτοπούλου Α., 2016).

Στην αντίπερα όχθη, η κατανάλωση όλων και περισσότερων τροφών με χαμηλά θρεπτικά συστατικά(junk food)τείνει να γίνει το μείζον θέμα που απασχολεί τους ειδικούς στον τομέα της υγείας. Όλο και πιο πολλοί νέοι κυρίως σήμερα γίνονται παχύσαρκοι. Από τις

αρχές του 21ού αιώνα, η παχυσαρκία τείνει να γίνει το σοβαρότερο πρόβλημα υγείας σχετιζόμενο με καρδιαγγειακά νοσήματα, τον σακχαρώδη διαβήτη και άλλες κλινικές παθήσεις, που αυξάνουν τα ποσοστά θνησιμότητας παγκοσμίως και στην Ελλάδα. Ειδικότερα, πρόσφατες έρευνες, έχουν παρουσιάσει πως 300 εκατομμύρια άνθρωποι είναι παχύσαρκοι παγκοσμίως και πως αυτός ο αριθμός αναμένεται να διπλασιαστεί μέχρι το 2025. Όσον αφορά τον Ελληνικό πληθυσμό, σε έρευνα που διεξήχθη από τους επιστήμονες Vago και τους συνάδελφους του (Vago JJ, et al, 2002) παρουσιάστηκαν αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας στην Ευρώπη και ειδικότερα στις Μεσογειακές χώρες, όπως στην Ισπανία και στην Ελλάδα. Το Ευρωπαϊκό Πρόγραμμα συνεργασίας Ιατρικής και Κοινωνίας (ΕΠΙΚ) παρουσίασε αυξημένα ποσοστά παχυσαρκίας της τάξεως του 30% σε Ελληνικούς πληθυσμούς ηλικίας από 20 έως 50 ετών (Πανταζή Ε., 2009).

Σύμφωνα με άλλη πρόσφατη έρευνα, η παχυσαρκία έχει λάβει τη μορφή επιδημίας, η οποία παρουσιάζεται κυρίως σε παιδιά και εφήβους. Λύσεις σίγουρα αποτελούν η έγκαιρη ενημέρωση των καταναλωτών, η παιδική διατροφή, αλλά και η αθλητική δραστηριότητα. Η παχυσαρκία και η στεφανιαία νόσος συγκαταλέγονται στα κυριότερα προβλήματα υγείας, που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα. Οι αιτίες πολλές και γνωστές, όπως η υπερβολική διατροφή, η ελάχιστη άσκηση. Οι συνέπειες επίσης γνωστές, καρδιαγγειακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η υπέρταση, τα εγκεφαλικά επεισόδια και ορισμένοι τύποι καρκίνου (Κοκκέβη Α., και συν 2010).

Οι ρυθμοί της σύγχρονης ζωής χρόνο με το χρόνο άλλαξαν και οι άνθρωποι δεν τρώνε πια μόνο για να επιβιώσουν. Οι περισσότεροι έχουν στραφεί στο γρήγορο φαγητό, ενώ η άσκηση απουσιάζει παντελώς από το πρόγραμμά τους. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα, την τεράστια αύξηση της παχυσαρκίας παγκοσμίως. Ασπίδα η μεσογειακή διατροφή, λένε οι επιστήμονες και τη συστήνουν ως το κατάλληλο διατροφικό μοντέλο. Κατά πόσο όμως είναι εφικτό να ακολουθηθεί το μοντέλο αυτό, σε μια κοινωνία όπου όλα και όλοι αλλάζουν από λεπτό σε λεπτό; Σε μια κοινωνία, όπου οι γρήγοροι ρυθμοί της καθημερινότητας πιέζουν, με αποτέλεσμα, οι περισσότεροι άνθρωποι να μην κοιτάζουν πραγματικά την διατροφική αξία της τροφής τους αλλά το πόσο γρήγορα και οικονομικά θα καλύψουν αυτή την ανάγκη; Για να δοθεί μια εξήγηση σε όλα αυτά τα ερωτήματα, θα πρέπει αρχικά να αναλυθούν κάποιοι όροι, να δοθούν κάποιες επιστημονικές αναλύσεις, έτσι ώστε να φτάσουμε σε ένα λογικό αν μη τι άλλο συμπέρασμα. Ας δούμε παρακάτω!

Τι ορίζεται ως παχυσαρκία και ποιές είναι οι αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία μας;

Ο ορισμός της παχυσαρκίας σχετίζεται με την αύξηση του λίπους στο σώμα μας και πιο συγκεκριμένα έχει παρουσιαστεί σαν μία παθολογική κατάσταση, η οποία συνοδεύεται από αυξημένη αποθήκευση λίπους αναλογικά με τις προτεινόμενες τιμές για το ύψος, φύλο και την ηλικία μας. Όσον αφορά τις αρνητικές επιπτώσεις για την υγεία μας, πληθώρα ερευνών έχουν παρουσιάσει ότι η παχυσαρκία σχετίζεται με σοβαρά προβλήματα υγείας, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης (αυξημένο σάκχαρο), η υπέρταση, το εγκεφαλικό επεισόδιο, την αυξημένη χοληστερίνη και τα τριγλυκερίδια, καθώς επίσης και με ορισμένα είδη καρκίνου, όπως ο καρκίνος του παχέος εντέρου, του μαστού, του ενδομήτριου, του οισοφάγου και των νεφρών. Η Μεσογειακή διατροφή θεωρείται ο «χρυσός» κανόνας, πάνω στον οποίο βασίζεται η υγιεινή διατροφή και έχει σχετιστεί με μειωμένα ποσοστά θνησιμότητας (Κουφάκη Μ.).

Αρχικά, η παχυσαρκία μπορεί να προληφθεί και να ελεγχθεί μέσω της εξισορρόπησης ανάμεσα στην ενέργεια που ένα άτομο προσλαμβάνει με την τροφή και σε αυτήν που καταναλώνει. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βοήθεια της υγιεινής μεσογειακής διατροφής σε συνδυασμό με την τακτική άσκηση. Η μεσογειακή δίαιτα μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, λόγω της ποικιλίας των τροφών που περιλαμβάνει και την γαστρονομική απόλαυση που προσφέρει, δεδομένου βέβαια ότι θα πρέπει να περιορίζεται ανάλογα και η θερμιδική πρόσληψη, για να υπάρχει θερμιδικό ισοζύγιο, ώστε το λίπος να μην προκαλεί παχυσαρκία. Τέλος, το υψηλό περιεχόμενο σε άπεπτες φυτικές ίνες ελαττώνει την όρεξη προκαλώντας αίσθημα κορεσμού της πείνας. Είναι γεγονός, πως πολλές από τις λεγόμενες «ασθένειες του δυτικού κόσμου», όπως είναι ο διαβήτης, η παχυσαρκία, η υπερλιπιδαιμία είναι άμεσα συνδεδεμένες με τις διατροφικές συνήθειες των κατοίκων τους. Η υψηλή κατανάλωση του έτοιμου φαγητού και των τυποποιημένων τροφίμων, τα οποία περιέχουν κορεσμένα λίπη, ωμά λαχανικά, φρούτα και τη χαμηλή κατανάλωση ελαιολάδου, τα οποία είναι πλούσιες πηγές ινών βιταμινών και αντιοξειδωτικών ουσιών αναδεικνύουν τη σημασία της Μεσογειακής διατροφής στην υγεία μας (Ψαλλάς Κ., 2004).

Πώς ξεκίνησε και πού βασίζεται η Μεσογειακή διατροφή;

Η πρώτη παρουσίαση του Μεσογειακού τρόπου διατροφής παρουσιάστηκε την δεκαετία του 50' από τους επιστήμονες Keys και Grande, οι οποίοι παρουσίασαν τις διατροφικές

συνήθειες διαφόρων μεσογειακών χωρών όπως της Ελλάδας (και ειδικότερα της Κρήτης) και της νότιας Ιταλίας. Δυστυχώς όμως σήμερα, υπολογίζεται ότι το 40% των ανθρώπων του δυτικού κόσμου είναι παχύσαρκοι. Οι άνθρωποι που πάσχουν από την κλινικά σοβαρή μορφή της νόσου, είναι σε μεγάλο ποσοστό καταδικασμένοι να καταλήξουν σε ηλικία 50 – 60 ετών, λόγω σοβαρών, από το μεγάλο βάρος, επιπλοκών (Κουφάκη Μ).

Ο κίνδυνος να πεθάνει ένας κλινικά σοβαρά παχύσαρκος άνθρωπος, είναι δωδεκαπλάσιος σε σχέση με οποιονδήποτε άλλον με άλλη πάθηση και φυσιολογικό βάρος. Παρόλα αυτά, η μεσογειακή διαίτα μπορεί να αποτελέσει μια αξιόσυστατη διατροφική στρατηγική για την μείωση του βάρους των υπέρβαρων, παχύσαρκων και διαβητικών ατόμων. Είναι μια διαίτα εύγευστη, έχει μεγάλη ποικιλία, απίθανους συνδυασμούς και πολλές νοστιμότητες συνταγές χωρίς να επιβαρύνει την υγεία και το βάρος μας.

Πιο συγκεκριμένα, οι αρχές της Μεσογειακής διατροφής προτείνουν:

- Καθημερινή πρόσληψη ακατέργαστων δημητριακών και πολύσπορων προϊόντων (πολύσπορο ψωμί, προϊόντα ολικής αλέσεως).
- Άφθονα λαχανικά και φρούτα, χαμηλά σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα, ελαιόλαδο και μέτρια κατανάλωση κρασιού.
- Καθημερινή φυσική δραστηριότητα. Συστηματική άσκηση, περπάτημα και αρκετό νερό.
- Εβδομαδιαία κατανάλωση πατατών, ψαριού, ξηρών καρπών, πουλερικών, αυγών και γλυκών με μέτρο.
- Μηνιαία κατανάλωση κόκκινου κρέατος και κάθε τι άλλου που προκαλεί δυσανεξία και προβλήματα στην πέψη.

Ενδεικτικό προσχέδιο μεσογειακής διαίτας για όλη την οικογένεια.

Επιλογές για πρωινό:

- 1) Γάλα άπαχο ή γιαούρτι χαμηλό σε λιπαρά και δημητριακά ολικής αλέσεως και παστά φρούτα.
- 2) Ψωμί σικάλεως και ανθότυρο και γάλα ελαφρύ σε λιπαρά.
- 3) Γιαούρτι χαμηλό σε λιπαρά και μέλι.
- 4) Γιαούρτι χαμηλό σε λιπαρά και φρέσκα φρούτα

Επιλογές για μεσημεριανό:

Ημέρα 1^η: Όσπρια και σαλάτα

Ημέρα 2^η: Ψάρι και σαλάτα/χόρτα στον ατμό και άγριο ρύζι.

Ημέρα 3^η: Κοτόπουλο/μπιφτέκι και σαλάτα/χόρτα στον ατμό

Ημέρα 4^η: Μαγειρευτό φαγητό (μπιζέλι, φασολάκι, μπάμιες, μελιτζάνες) και άγριο ρύζι και γιαούρτι.

Ημέρα 5^η: Όσπρια και σαλάτα.

Ημέρα 6^η: Ζυμαρικά και σάλτσα ντομάτα και τυράκι χαμηλό σε λιπαρά

Ημέρα 7^η: Κοτόπουλο/κρέας και πατάτα κοφτή και σαλάτα/χόρτα βραστά.

(Χρησιμοποιείτε ελαιόλαδο στο μαγείρεμα ανάλογα με το πόσα άτομα θα φάνε, προετοιμάστε το φαγητό από το προηγούμενου βράδυ μια και το βραδινό θα είναι κάτι πιο απλό).

Επιλογές για βραδινό:

Ημέρα 1^η: Εποχιακή σαλάτα με διάφορα χρώματα και ψωμί σικάλεως ή τυράκι χαμηλό σε λιπαρά.

Ημέρα 2^η: Γιαούρτι χαμηλό σε λιπαρά και μέλι και καρύδια.

Ημέρα 3^η: Πίττα ολικής αλέσεως και αβοκάντο και τυράκι χαμηλό σε λιπαρά.

Ημέρα 4^η: Αυγά βραστά και σαλάτα.

Ημέρα 5^η: Δημητριακά ολικής αλέσεως και γάλα χαμηλό σε λιπαρά.

Ημέρα 6^η: Σπιτική πίτσα ή κινέζικο ή μεξικάνικο (εξωτική κουζίνα!).

Ημέρα 7^η: Φρέσκα φρούτα.

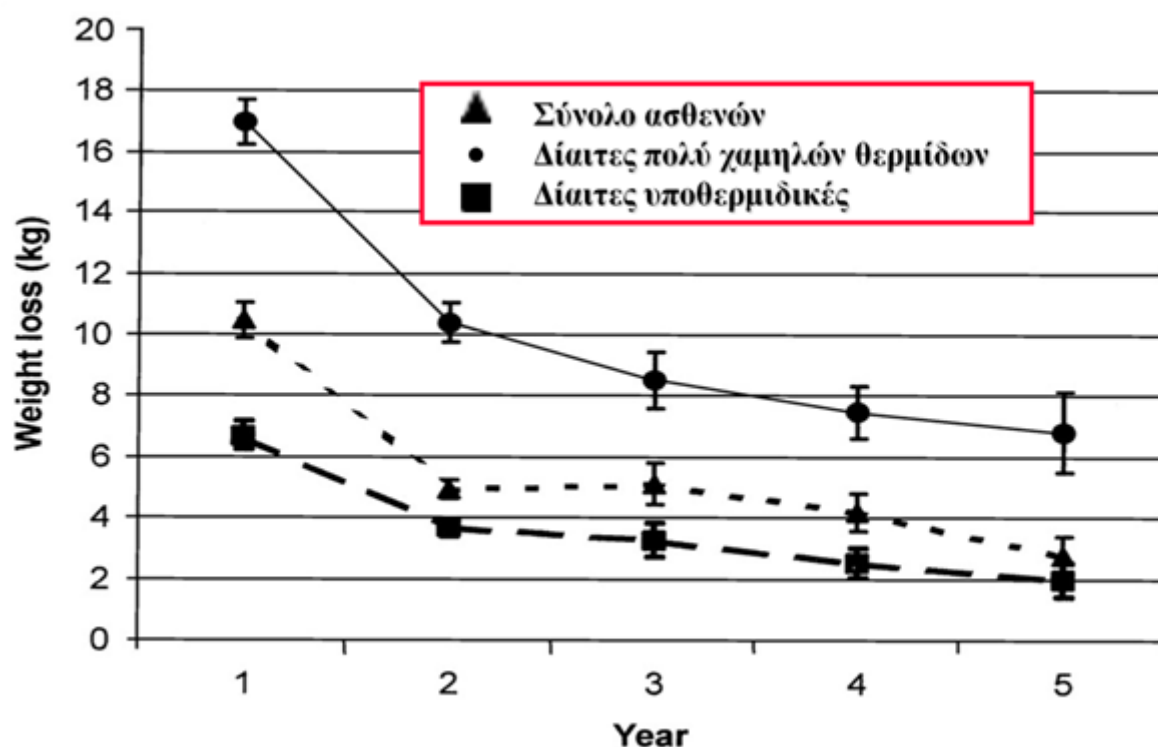
Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι, οι θερμιδικές ανάγκες του κάθε ανθρώπου γενικά διαφέρουν ανάλογα με τις ανάγκες του, το βάρος του, το αν γυμνάζεται, αν έχει κάποια ειδική ασθένεια ή πάθηση ή γενικότερα την κίνηση που κάνει και τους στόχους που θέλει να επιτύχει. Είναι καλύτερα λοιπόν, να μην επιχειρούμε να κάνουμε κάποια ειδική δίαιτα αλλά να προσαρμοζόμαστε σε ένα πλάνο διατροφής ή σε ένα πλάνο κάποιου ειδήμονος ιατρού, έτσι ώστε να φτάσουμε σε σύντομο χρονικό διάστημα στο επιθυμητό μας αποτέλεσμα!

Με ποια κριτήρια χαρακτηρίζεται ένας άνθρωπος παχύσαρκος. Η πιο αποδεκτή ταξινόμηση της παχυσαρκίας μέχρι σήμερα είναι αυτή που βασίζεται στο δείκτη μάζας σώματος. Ο δείκτης αυτός αντιστοιχεί στο πηλίκο του βάρους του ατόμου (σε kg) με το ύψος του (σε m) στο τετράγωνο [kg/m²]. Φυσιολογικά, ο δείκτης μάζας σώματος (Body Mass Index – BMI) είναι 18-25. Άτομα με BMI > 25 είναι υπέρβαρα, ενώ άνω του 30 θεωρούνται παχύσαρκα. Όταν ο δείκτης μάζας σώματος ξεπερνά το 35 τότε έχουμε πια τη νοσογόνο ή κλινικά σοβαρή παχυσαρκία και όταν ξεπερνά το 50 τη λεγόμενη υπερπαχυσαρκία που σχετίζεται με τις περισσότερες επιπλοκές (Σπυρόπουλος Χ.).



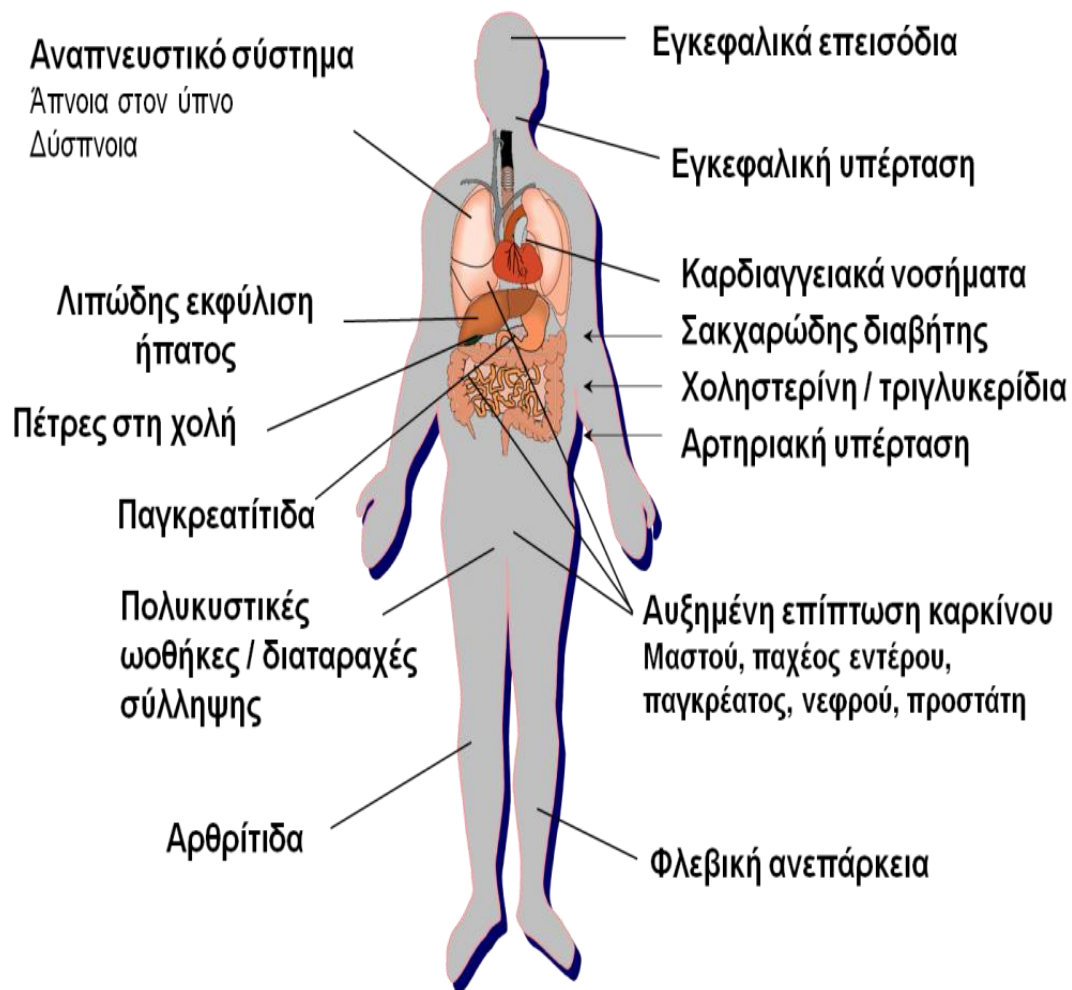
Είναι αποτελεσματική η δίαιτα στην κλινικά σοβαρή παχυσαρκία;

Η δίαιτα στην κλινικά σοβαρή παχυσαρκία είναι πολύ δύσκολα εφαρμόσιμη και σχεδόν πάντα αναποτελεσματική. Αν και χάνονται κάποια κιλά στην αρχή, ο οργανισμός πολύ γρήγορα «ρίχνει» τους ρυθμούς του, γιατί ο εγκέφαλος δίνει μήνυμα στον οργανισμό να αποθηκεύσει λιπώδη ιστό ακόμη και με πρόσληψη ελαχίστων θερμίδων. Ο ασθενής απογοητεύεται και συνήθως τρώει αντιδραστικά πολύ περισσότερο. Επιπρόσθετα, όλες οι μελέτες έχουν καταδείξει πως μακροπρόθεσμα η απώλεια βάρους είναι ελάχιστη σε περιπτώσεις ασθενών με κλινικά σοβαρή παχυσαρκία που προσπαθούν να λύσουν το πρόβλημά τους μόνο με δίαιτα και άσκηση (Σπυρόπουλος Χ.).



Γιατί είναι αναγκαία η χειρουργική παρέμβαση στην κλινικά σοβαρή παχυσαρκία;

Χωρίς υπερβολή δεν υπάρχει ανθρώπινο σύστημα και όργανο που να μην επηρεάζεται από την παχυσαρκία, ιδίως στην ακραία μορφή της. Η χειρουργική αντιμετώπιση επί συγκεκριμένων ενδείξεων αποτελεί μονόδρομο για τη μακροπρόθεσμα αποτελεσματική αντιμετώπιση της κλινικά σοβαρής παχυσαρκίας. Και αποτελεσματική θεωρείται όχι μόνο η απώλεια καταλλήλου βάρους αλλά και η διατήρησή του σε ικανοποιητικά επίπεδα στο χρόνο, η βελτίωση ή πλήρης θεραπεία των παθήσεων που συνοδεύουν την παχυσαρκία και φυσικά η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Η απόφαση του ασθενούς να χειρουργηθεί θα πρέπει να γίνεται συνειδητά και ύστερα από προσεκτική σκέψη. Η επέμβαση δεν είναι πάντα μια εύκολη λύση: θα πρέπει να συνοδεύεται από μια ριζική αλλαγή του τρόπου διαβίωσης όσον αφορά τη διατροφή, την άσκηση και την ψυχολογία του ασθενούς (Σπυρόπουλος Χ.).



Πότε ένας παχύσαρκος ασθενής έχει ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση:

Ενδείξεις χειρουργικής αντιμετώπισης της παχυσαρκίας είναι με βάση τις διεθνείς οδηγίες, οι ακόλουθες:

1. Ο ασθενής με δείκτη μάζας σώματος (Body Mass Index-BMI: βάρος σε kg/ύψος σε m²) > 40.
2. Ο ασθενής με δείκτη μάζας σώματος BMI > 35 όταν συνυπάρχει τουλάχιστον ένα σοβαρό συνοδό νόσημα, όπως ο σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II, η αρτηριακή Υπέρταση, η άπνοια στον ύπνο, η υπερλιπιδαιμία, η Οστεοαρθρίτιδα, το σύνδρομο υποαερισμού και η καρδιοπάθεια. Γι αυτό οι ασθενείς τείνουν να χειρουργηθούν εάν, αναφέρουν αποτυχημένες προσπάθειες απώλειας βάρους με δίαιτες και άσκηση. Εάν είναι επαρκώς ενημερωμένοι για τα οφέλη και τους κινδύνους της επέμβασης και εάν δεν παρουσιάζουν κάποια σοβαρή μορφή ψυχοπαθολογίας (π.χ. σχιζοφρένεια).

Ένα άλλο σημαντικό ζήτημα για το οποίο θα πρέπει να γίνει λόγος, είναι αυτό της παιδικής παχυσαρκίας. Η έννοια της διατροφής είναι πολυδιάστατη. Η ενασχόληση με τη διατροφή των παιδιών δεν περιλαμβάνει μόνο τη διαδικασία της σίτισης, δηλαδή την ποσότητα και το είδος των τροφίμων που παρέχονται στο παιδί, αλλά το σύνολο των συμπεριφορών και των συνηθειών, που μαθαίνονται στο παιδί και τελικά υιοθετούνται από αυτό. Εκτός, από την κάλυψη των διατροφικών αναγκών, η όποια εμπλοκή των ενηλίκων (γονέων, εκπαιδευτικών, επιστημόνων υγείας,) θα πρέπει να έχει ως επιπλέον στόχο την εκμάθηση και τη διαμόρφωση μιας υγιούς στάσης απέναντι στη διατροφή από τα ίδια τα παιδιά, έτσι ώστε να μπορούν σταδιακά μόνα τους να κάνουν τις «καλύτερες» επιλογές (Μελέτη PEA, 2013).

Οι διατροφικές ανάγκες ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας, μπορούν να καλυφθούν από μια ισορροπημένη διατροφή με ποικιλία τροφίμων. Το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής, προσαρμοσμένο στις ανάγκες των παιδιών, αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα ισορροπημένης διατροφής και για τα ίδια τα παιδιά. Η υιοθέτηση του μεσογειακού διατροφικού προτύπου, φαίνεται να σχετίζεται με χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης υπέρβαρου και παχυσαρκίας στην παιδική ηλικία.

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με αποτελέσματα μελέτης, τα οποία, δημοσιεύθηκαν και πραγματοποιήθηκαν σε αντιπροσωπευτικό δείγμα παιδιών και εφήβων (3-18 ετών) στην Ελλάδα, μόλις το 11.3% των παιδιών ηλικίας 3-12 ετών και το 8.3% των εφήβων 13-18 ετών βρέθηκε ότι ακολουθούν τη μεσογειακή διατροφή. Ποσοστά, τα οποία είναι άκρως ανησυχητικά για το μέλλον των παιδιών της Ελλάδας.

Η παιδική ηλικία όπως γνωρίζουμε, είναι περίοδος γρήγορης ανάπτυξης και μεγάλων σωματικών αλλαγών. Η ανάπτυξη αυτή απαιτεί επαρκή πρόσληψη ενέργειας και όλων των απαραίτητων θρεπτικών συστατικών μέσα από μια ισορροπημένη διατροφή. Όταν η πρόσληψη της τροφής είναι μεγαλύτερη από τις ανάγκες του οργανισμού, ενώ παράλληλα τα επίπεδα σωματικής άσκησης είναι χαμηλά, τότε η περίσσεια ενέργειας αποθηκεύεται υπό μορφή λιπώδους ιστού. Αυτή είναι η συχνότερη αιτία παιδικής παχυσαρκίας. Σπάνια, η παιδική παχυσαρκία μπορεί να οφείλεται σε παθολογικά αίτια, όπως ο υποθυρεοειδισμός, η υπερκορτιζολαιμία ή γενετικά σύνδρομα. Από τους παραπάνω παράγοντες είναι εμφανές ότι, οι περισσότεροι είναι αμετάβλητοι. Αυτοί που μπορούμε όμως να τροποποιήσουμε είναι η φυσική δραστηριότητα και οι διατροφικές συνήθειες (Μελέτη PEA, 2013).

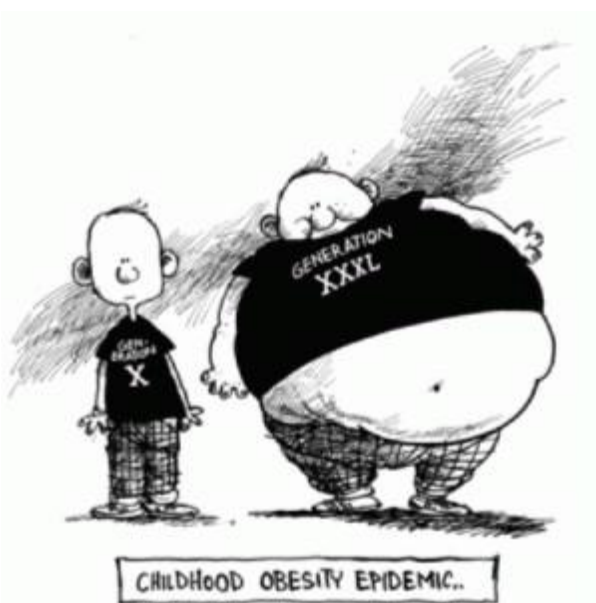
Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στον Ελλαδικό χώρο σχετικά με τις δύο αυτές παραμέτρους της φυσικής δραστηριότητας και των διατροφικών συνηθειών, δείχνουν ότι υπάρχει ανάγκη για παρέμβαση και βελτίωση. Κατά πόσο όμως αυτό είναι εφικτό στη σημερινή κοινωνία; Στις περισσότερες οικογένειες, το ποσοστό των παιδιών που γυμνάζονται ανεπαρκώς ή καθόλου εμφανίζεται υψηλό (2012). Η καθιστική ζωή, που συνδέεται με την θέαση της τηλεόρασης και την ενασχόληση με ηλεκτρονικά παιχνίδια στον υπολογιστή, είναι ιδιαίτερα προσφιλής μεταξύ των εφήβων. Έτσι, το 60% των παιδιών σχολικής ηλικίας βλέπουν τηλεόραση περισσότερο από δύο ώρες καθημερινά, ενώ πολλά παιδιά ασχολούνται με ηλεκτρονικά παιχνίδια για περίπου μία ώρα την ημέρα. Από την άλλη, η συνεχής καθιστική ζωή των παιδιών με τον συνδυασμό μιας διατροφής ελλειμματικής μπορεί να προκαλέσει ανεπανόρθωτες βλάβες στην υγεία ενός παιδιού (Κουγιουμτζάκη Α., Κασκούρα Β., 2009).

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια, πραγματοποιήθηκε μία προοδευτική μετάβαση από τη Μεσογειακή Δίαιτα σε διατροφικές συνήθειες Δυτικών χωρών. Έτσι, ενώ τα άτομα που ακολουθούν τη Μεσογειακή Δίαιτα διατρέχουν μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου (Couto E., et al 2011) και θνησιμότητας, σε μελέτη φάνηκε ότι μόνο το 33% των Ελλήνων και το 43% των Ελληνίδων επιμένουν σε παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή (Trichoroulou A, και συν 2003). Την ίδια μετάβαση ακολούθησαν και τα παιδιά, όπου σε μελέτες παιδιών ηλικίας 11-14 χρόνων, φαίνεται ότι έχει αυξηθεί η κατανάλωση ζάχαρης και ενδιάμεσων γευμάτων μεγάλης θερμιδικής αξίας, ενώ έχει μειωθεί η κατανάλωση των φρούτων, των λαχανικών και γενικά των φυτικών ινών. Γεγονός ιδιαίτερα ανησυχητικό, καθότι τόσο η υψηλή κατανάλωση τους φαίνεται ότι συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο θνησιμότητας εξαιτίας ισχαιμικής καρδιοπάθειας (2012) και θνησιμότητας, που οφείλεται σε ασθένειες του κυκλοφορικού ή πεπτικού συστήματος και άλλες φλεγμονώδεις ασθένειες. Τέλος, έχει αυξηθεί η κατανάλωση λίπους και μάλιστα κορεσμένου, ενώ πρόσφατες μελέτες δείχνουν συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας εμφάνισης παχυσαρκίας και παράλειψης του πρωινού ως γεύματος. Παράλληλα, δείχνουν να αυξάνονται τα λιπίδια στον ορό και η αρτηριακή τους πίεση (Εθνικό σχέδιο δράσης για τη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές, 2008-2012).

Ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να επιδρά σημαντικά στις διατροφικές επιλογές, στην γενικότερη ποιότητα διατροφής των παιδιών και επακόλουθα στην παιδική παχυσαρκία είναι οι ώρες απασχόλησης των γονιών. Από σχετικές μελέτες προκύπτει ότι, η εργασιακή απασχόληση της μητέρας επιδρά σε μεγάλο βαθμό στην εμφάνιση

παχυσαρκίας. Το γεγονός αυτό αποδίδεται στο ότι τα παιδιά των εργαζομένων γυναικών είναι πιο επιρρεπή στην κατανάλωση φαγητού εκτός σπιτιού και συνήθως κακής ποιότητας, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται και ο χρόνος σωματικής δραστηριότητας τους, δεδομένου ότι οι γονείς δεν έχουν χρόνο για να τα απασχολήσουν σε ενεργητικές δραστηριότητες (Περίσσιου Α., 2014).

Είναι ευρέως γνωστό ότι (επιπτώσεις), η παχυσαρκία στην παιδική ηλικία έχει συσχετιστεί με αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης μεταβολικών διαταραχών (αυξημένη αρτηριακή πίεση), δυσλιπιδαιμία, υπερινσουλιναιμία ή σακχαρώδη διαβήτη, προβλήματα στο αναπνευστικό ή μυοσκελετικό σύστημα ακόμα και με υψηλότερο κίνδυνο σιδηροπενίας. Περαιτέρω, η παιδική παχυσαρκία συνδέεται με αλλοιώσεις τόσο της δομής όσο και της λειτουργίας των αγγείων του σώματος καθώς και με παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς (όπως ινσουλινοαντίσταση και φλεγμονή), που αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα στην ενήλικη ζωή. Η παιδική παχυσαρκία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά την ενήλικη ζωή, ανεξάρτητα από το βάρος του ενήλικα. Η εμφάνιση παχυσαρκίας στα παιδιά μπορεί να συνδέεται και με ορισμένες επιπτώσεις στην κοινωνικό-ψυχολογική προσαρμογή τους, όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, το κοινωνικό άγχος, τα συμπτώματα κατάθλιψης αλλά και οι διατροφικές διαταραχές (Αμπελαργά Μ., και συν 2016).



Είναι αξιοσημείωτο ότι τα παχύσαρκα κορίτσια φαίνεται να είναι πιο συχνά επιρρεπή στην εμφάνιση τέτοιων ψυχολογικών συμπτωμάτων σε σχέση με τα αγόρια. Κατά τις τελευταίες 3 δεκαετίες, τα ποσοστά της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας έχουν αυξηθεί κατά πολύ. Περίπου 110 εκατομμύρια παιδιά ηλικίας έως 18 ετών σε όλο τον κόσμο μπορούν να χαρακτηριστούν ως υπέρβαρα ή παχύσαρκα και το πρόβλημα μαστίζει ακόμη και τις λιγότερο αναπτυγμένες κοινωνίες, ως συνέπεια ενός περιβάλλοντος το οποίο προωθεί την κατανάλωση εύκολα διαθέσιμων τροφίμων χαμηλού κόστους και υψηλής θερμιδικής αξίας, ταυτόχρονα με τον καθιστικό τρόπο ζωής. Τα ποσοστά της παχυσαρκίας σε αυτές τις ηλικίες έχουν αυξηθεί σχεδόν σε όλες

τις χώρες και πλέον στην Ευρώπη σχεδόν 1 στα 4 παιδιά είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο. Τα στατιστικά δεδομένα από την Ελλάδα και ειδικά από την Κρήτη, είναι απογοητευτικά. Η Κρήτη κατέχει την 5^η θέση στην Ευρώπη στα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών ηλικίας 7-11 ετών και την 1^η θέση στις ηλικίες 13-17 ετών με διάφορα δέκα ποσοστιαίων μονάδων από την Αγγλία, η οποία βρίσκεται στη 2^η θέση. Στην Κρήτη, 1 στα 3 παιδιά είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο (Νικολαΐδου Θ., 2010).

Το ερώτημα που τίθεται τη σημερινή εποχή στην οποία οι ρυθμοί και η ποιότητα ζωής εμφανίζονται απόλυτα αλλαγμένοι σε σχέση με των προγόνων μας είναι το εξής: **«Μπορούμε να επαναφέρουμε το πρότυπο της μεσογειακής διατροφής στη ζωή μας ή έστω να το προσαρμόσουμε με κάποιον τρόπο στα σημερινά δεδομένα;»**

Η απάντηση είναι θετική με καλή θέληση και λίγη προσπάθεια, μπορούμε. Ας δούμε, λοιπόν, πώς γίνεται να βοηθήσουμε τα παιδιά μας να εφαρμόσουν τη μεσογειακή διατροφή. Καταρχήν να υπογραμμίσουμε ότι τα παιδιά είναι οι καλύτεροι μιμητές των γονιών τους. Άρα το παράδειγμα βρίσκεται μέσα στο κάθε σπίτι. Πρέπει λοιπόν να αλλάξει η κατάσταση που επικρατεί στο σπίτι, έτσι ώστε να ξεκινήσουν σιγά σιγά να μαθαίνουν και να αλλάζουν τις διατροφικές τους συνήθειες.

Από θεωρητική άποψη, η πρόληψη ή η θεραπεία της παχυσαρκίας είναι αρκετά ξεκάθαρη. Συνίσταται λοιπόν εξισορρόπηση της ενεργειακής πρόσληψης με την ενεργειακή κατανάλωση. Από πρακτική άποψη, ο έλεγχος του βάρους του παιδιού αποτελεί πρόκληση για τους περισσότερους, αφού γνωρίζουμε ότι εξαρτάται από αρκετούς παράγοντες. Οι στόχοι λοιπόν των γονιών θα πρέπει να είναι οι εξής:

- Αρχικά η υιοθέτηση μιας σωστής διατροφικής συμπεριφοράς.
- Η συστηματική φυσική δραστηριότητα του παιδιού.
- Η αντιμετώπιση τυχόν επιπλοκών της παχυσαρκίας υπό την επίβλεψη ειδικού ιατρού.
- Ο συνεχής έλεγχος του σωματικού του βάρους καθώς και η διατήρηση του βάρους του είναι σημαντική.
- Η υιοθέτηση σωστής διατροφής αποτελεί πρωταρχικό στόχο.

Το μοντέλο και πάλι στο οποίο καταλήγουν αρκετές έρευνες όσον αφορά την απώλεια βάρους, την διατήρησή του αλλά και ως πρότυπο υγιεινής διατροφής είναι η Κρητική Διατροφή (Μεσογειακή Διατροφή). Βασικά συστατικά της οποίας έχουμε αναφέρει και

πιο πάνω και είναι απαραίτητα να ακολουθεί ένα παιδί στη διατροφή του, για να μπορέσει να αναπτυχθεί σωστά. Η καλύτερη καθημερινή συνήθεια που πρέπει να αποκτήσουν τα παιδιά είναι η κατανάλωση πρωινού, κάτι που όπως αναφέρθηκε, έχει ξεχαστεί. Ακόμη, πρέπει να αλλάξει η ποιότητα των τροφών που καταναλώνουν στο σχολείο. Τελευταία, η νομοθεσία είναι διαφορετική, αλλά και πάλι λίγα σχολεία είναι αυτά που διατηρούν τους κανονισμούς, ώστε τα παιδιά να βρίσκουν τις υγιεινές επιλογές στα κυλικεία. Παρόλα αυτά, χρειάζεται εκπαίδευση στο να μάθουν και από μόνα τους να τις επιλέγουν σωστά.

Εν συνεχεία, με τη σωστή εκπαίδευση, τα παιδιά μπορούν να μάθουν να ακολουθούν ένα πρόγραμμα. Μετά το πρωινό, το σημαντικότερο γεύμα της ημέρας, σειρά έχουν τα ενδιάμεσα γεύματα που είναι ακόμη πιο απαραίτητα. Ούτως ή άλλως, οι έρευνες δείχνουν ότι, 5-6 γεύματα την ημέρα βοηθούν στην διατήρηση του βάρους. Το ζήτημα λοιπόν, είναι τι είδους σνακ πρέπει να επιλέγουν τα παιδιά.

Τα υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά συνήθως καταναλώνουν χάμπουργκερ, πατατάκια, αναψυκτικά, γλυκά και παγωτά. Σε αυτό το σημείο, πρέπει να επέμβουν οι γονείς και όσα άλλα άτομα μπορούν να συμβάλλουν στην εκπαίδευση των παιδιών, ώστε να τα διδάξουν σε πιο υγιεινές επιλογές (όπως τα φρούτα, τα γιαούρτια, οι ξηροί καρποί και οι μπάρες δημητριακών χωρίς ζάχαρη). Σε πρακτικό επίπεδο, ένα πλήρες και εύκολο στη μεταφορά του σνακ για τις πρωινές ώρες στο σχολείο (σχολικό κολατσιό), θα μπορούσε να αποτελείται από ένα τοστ με ψωμί ολικής άλεσης, τυρί, ενδεχομένως κάποιο αλλαντικό και λαχανικά, μαζί με ένα φρούτο που καθαρίζεται εύκολα ή δεν απαιτεί καθάρισμα (όπως το μήλο, η μπανάνα ή ακόμα και αποξηραμένα φρούτα, όπως δαμάσκηνα ή σύκα).

Αντιστοίχως, ένα απογευματινό σνακ για τα παιδιά και τους εφήβους που αναζητούν τη «γλυκιά γεύση» μετά το μεσημεριανό γεύμα, θα μπορούσε να περιλαμβάνει κάποιο σπιτικό γλυκό (όπως κομπόστα, φρουτοσαλάτα, ζελέ με ψιλοκομμένα φρούτα, γιαούρτι με δημητριακά και μέλι). Είναι σημαντικό όμως, να μην ξεχνάμε να λαμβάνουμε υπόψη τις γευστικές προτιμήσεις των παιδιών μας. Πρέπει να ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή τους στην προετοιμασία των γευμάτων, διότι είναι πολύ εύκολο να έχουμε τα αντίθετα αποτελέσματα. Ας έχουμε κατά νου ότι, όταν τους δίνουμε τη δυνατότητα επιλογής αλλά περιορίζουμε τις εναλλακτικές σε πιο υγιεινά σνακ, ενισχύεται τόσο η αυτονομία τους σε σχέση με τις διατροφικές τους επιλογές, όσο και η πιθανότητα τελικά να καταναλώσουν ένα σνακ υψηλής θρεπτικής αξίας.

Από την άλλη, το γλυκό αποτελεί επίσης μία ιδιαίτερη επιθυμία των παιδιών. Γι αυτό δεν υπάρχει κανένας λόγος να το στερηθούν. Ακόμη και τα ιδιαίτερα παχυντικά. Το θέμα είναι τα παιδιά να γνωρίζουν πότε μπορούν να τα φάνε, σε τι αναλογίες και με ποιά, πιο θρεπτικά γλυκά, λιγότερων θερμίδων, μπορούν να τα αντικαταστήσουν. Το πιο σωστό είναι να επιλέξουμε μια ημέρα της εβδομάδας που θα την ονομάσουμε «γλυκιά ημέρα» και το παιδί θα μπορεί να φάει άνετα χωρίς τύψεις το γλυκό του. Επομένως, είναι σημαντικό να του διδάξουμε το μέτρο. Αυτό που έλεγαν και οι αρχαίοι μας πρόγονοι «παν μέτρον άριστον». Βέβαια, συν Αθηνά και χείρα κινεί έλεγαν. Για να λειτουργήσουν σωστά όλα τα παραπάνω χρειάζεται και σωματική άσκηση.

Τα σημερινά παιδιά όπως αναφέραμε, χαρακτηρίζονται από πολύ χαμηλή φυσική δραστηριότητα. Η σημερινή κοινωνία τα έχει υπερφορτώσει με αρκετές εξωσχολικές δραστηριότητες, οι οποίες δεν σχετίζονται με την πραγματική άσκηση, με αποτέλεσμα τα περισσότερα από αυτά να κάθονται αντί να δραστηριοποιούνται σωματικά. Οι γονείς, ακριβώς επειδή δεν έχουν τον χρόνο να ασχοληθούν μαζί τους, τα αφήνουν άπειρες ώρες μπροστά από την τηλεόραση ή τον υπολογιστή. Με αποτέλεσμα να καταναλώνουν πατατάκια, μπισκότα και ποπ – κόρν, τα οποία συμβάλλουν ενεργά στην αύξηση της παχυσαρκίας. Στα παιδιά και κατ επέκταση στους γονείς, που δεν έχουν χρόνο να ασχοληθούν με αθλητικές δραστηριότητες, αυτό που χρειάζεται να γίνει είναι να αυξηθεί η καθημερινή κίνηση.

Κάποια παραδείγματα είναι: το καθημερινό περπάτημα στο σχολείο, οι συχνοί απογευματινοί περίπατοι, τα παιχνίδια στα διαλείμματα (όπως τρέξιμο, ποδόσφαιρο), το ανέβασμα με τις σκάλες αντί του ασανσέρ, το τρέξιμο στο πάρκο καθώς και η ενασχόληση με κάποιο αγαπημένο άθλημα. Οι συγκεκριμένες δραστηριότητες μπορούν να εξυπηρετήσουν και τα πιο χαμηλά οικονομικά στρώματα. Την περίοδο αυτή είναι σημαντικό γονείς χωρίς οικονομικούς πόρους, να μπορούν να στείλουν το παιδί τους σε κάποιον αθλητικό σύλλογο ή σε σχολεία που και μετά το πέρας του μαθήματος απασχολούν τα παιδιά με άλλες δραστηριότητες.

Δραστηριότητες δηλαδή όπως (το μπάσκετ, το ποδόσφαιρο) καλό είναι να καλύπτουν 45' την ημέρα τουλάχιστον 3-4 φορές την εβδομάδα. Πρέπει να μειωθεί η σωματική αυτή αδράνεια. Περιορίζοντας την τηλεόραση και τα βιντεοπαιχνίδια σε 1-2 ώρες/μέρα και αποφεύγοντας τη συχνή χρήση του αυτοκινήτου, χαρίζουμε ευεξία και υγεία στον οργανισμό μας. Περπάτημα λοιπόν και όχι βιντεοπαιχνίδι! Είναι σημαντικό να αναφερθεί εδώ ότι πλέον δεν υπάρχουν πολλοί ελεύθεροι χώροι για αθλοπαιδιές όπως παλαιότερα,

έτσι τα παιδιά δικαιολογημένα πολλές φορές, έχουν βρει διεξόδους σε ηλεκτρονικά παιχνίδια που τα καθηλώνουν στην καρέκλα. Ακόμη πολλά παιδιά στο διάστημα που παρακολουθούν τηλεόραση έχουν συνηθίσει να καταναλώνουν κάποιο σνακ, το οποίο συνήθως είναι χωρίς κανένα διατροφικό όφελος. Ας μην αναφέρουμε το πλήθος των διαφημίσεων που προτείνουν ως σημαντικές πηγές σωστής διατροφής παχυντικά σνακ. Όλα αυτά λοιπόν δεν δίνουν στο παιδί επιλογές για σωματική άσκηση, παραμένουν στο σώμα ως λίπος δίνοντας θερμίδες που πρέπει να καούν.

Οι γονείς, ακριβώς επειδή βρίσκονται στο κοντινό περιβάλλον, και ως ένα βαθμό σχετίζονται και αυτοί με το αυξημένο βάρος των παιδιών τους, πρέπει να είναι έτοιμοι για μόνιμες αλλαγές από την στιγμή που θα πάρουν την απόφαση επέμβασης. Πρέπει επίσης να είναι απόλυτα ενήμεροι με τις επιπλοκές της παχυσαρκίας στο παρόν και στο μέλλον. Οι ριζικές αλλαγές των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής, δεν αφορά μόνο τα παιδιά, αλλά και τους ίδιους τους γονείς. Ακριβώς επειδή τα παιδιά τους μιμούνται. Τα παιδιά με παχύσαρκο γονέα έχουν πιθανότητα 50% να γίνουν παχύσαρκα ενώ τα παιδιά με 2 παχύσαρκους γονείς έχουν 80% πιθανότητα να γίνουν παχύσαρκα. (Γιαννακάρη Χ.) Έχει λοιπόν μεγάλη σημασία να τα ενθαρρύνουμε και όχι να τα επικρίνουμε. Χρειάζεται πολύ προσοχή πώς θα φερθούμε και θα επικοινωνούμε με τα παιδιά. Όταν το παιδί δείχνει να κάνει βήματα προόδου, οι γονείς πρέπει να το επιβραβεύουν, όχι όμως με φαγητό. Από τις καλύτερες επιβραβεύσεις είναι να δείχνουν ότι είναι πάντα δίπλα του και βρίσκουν χρόνο να ασχολούνται μαζί του στον ελεύθερο χρόνο τους. Δίνουμε λοιπόν στα παιδιά μας όχι μόνο τα γονιδιακά μας αλλά και τις σωστές διατροφικές συνήθειές μας. Είναι στο χέρι των γονιών ακόμη και αν υπάρχει «γενετική προδιάθεση» της παχυσαρκίας να φτιάξουν ή όχι ένα ευνοϊκό περιβάλλον για το παιδί.

Πρόβλημα μπορεί να δημιουργηθεί μόνο όταν τα παιδιά μαθαίνουν να συνδέουν την συναισθηματική τους κατάσταση με το φαγητό τρώνε όταν στεναχωριούνται, έχουν στρες ή βαριούνται. Επίσης, όταν οι γονείς χρησιμοποιούν το φαγητό ως επιβράβευση ή τιμωρία. «Εάν διαβάσεις τα μαθήματα σου μπορείς να φας όση τούρτα θέλεις...» ή «άκου τι σου λέω, γιατί θα σε βάλω να φας τις φακές με το ζόρι...». Με αυτόν τον τρόπο «απομυθοποιούνται» κάποια φαγητά ενώ εξυμνούνται κάποια άλλα. Θέλει μεγάλη προσοχή όταν αφήνουμε τα παιδιά με τις γιαγιάδες και τους παππούδες. Έχουν μεγάλο μερίδιο ευθύνης στην άνοδο της παχυσαρκίας. ΝΑΙ τα αγαπούν ΝΑΙ τα προσέχουν αλλά φροντίζουν να δείχνουν την αγάπη τους με γλυκά, σοκολάτες και αναψυκτικά.

Η πρόληψη κοστίζει πολύ λιγότερο από την θεραπεία και την αντιμετώπιση;

Η παιδική παχυσαρκία λόγω της αλλαγής τρόπου ζωής και της εύκολης πρόσβασης σε πληθώρα νόστιμων και παχυντικών τροφίμων, έχει πάρει σήμερα διαστάσεις επιδημίας. Ο σημερινός τρόπος ζωής, οι συνήθειες των ανθρώπων και η προώθηση όλο και πιο πολλών ανθυγιεινών προϊόντων από τις εταιρείες έτοιμου φαγητού είναι μερικές από τις αιτίες της παχυσαρκίας των παιδιών. Με την σημερινή οικονομική κατάσταση υπάρχει αυξημένη πιθανότητα αύξησης των κρουσμάτων κι όχι μείωσης όπως δείχνει αρχικά. Γι' αυτόν τον λόγο ας είμαστε ευαισθητοποιημένοι και ας προσπαθήσουμε μέσα στον όλο πανικό, να διατηρήσουμε έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Θα μας κοστίζει πολύ λιγότερο από το να θεραπεύουμε τις συνέπειες.

Είναι γνωστό ότι ένα παιδί που έχει ξεπεράσει τα φυσιολογικά όρια του βάρους του είναι πιθανό να παρουσιάσει προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, όχι μόνο στην τωρινή του καθημερινότητα, αλλά και στην μελλοντική. Πιο συγκεκριμένα παιδιά με αυξημένο βάρος σύμφωνα με μελέτες μπορεί να αντιμετωπίσουν κάποια από τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσει και ένας απλός ενήλικας: υψηλή πίεση, διαβήτη τύπου 2, υψηλά επίπεδα χοληστερίνης με αποτέλεσμα καρδιολογικά προβλήματα. Αυτό σημαίνει πως ένα μακροχρόνια υπέρβαρο παιδί εκτίθεται μακροπρόθεσμα και σε παθήσεις της καρδιάς. Επιπλέον, ένα παιδί μπορεί να αντιμετωπίσει προβλήματα στις αρθρώσεις και στα κόκαλα από το βάρος που του «ζητείται» να σηκώσει. Δυσκολίες στον ύπνο, με συνέπεια να ξυπνά κουρασμένο. Δυσκολία στην αναπνοή (λαχάνιασμα) άρα και δυσκολία στο να ασχοληθεί με δραστηριότητες όπως η γυμναστική, το παιχνίδι, το τρέξιμο. Επιβαρύνεται το συκώτι και η χολή. Η παχυσαρκία ακόμη, μπορεί να προκαλέσει αστάθεια στον κύκλο της εμμηνορροϊκής περιόδου (πολυκυστικές ωοθήκες και υπογονετισμός).

Τα υπέρβαρα παιδιά ακόμη, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση. Με αποτέλεσμα τα παιδιά της ηλικίας τους αρκετές φορές να τα κοροϊδεύουν και να τα απομονώνουν! Συχνά δεν είναι στις πρώτες επιλογές των συνομήλικών τους για να συμμετέχουν στα παιχνίδια ή για να χορέψουν στα παιδικά πάρτι. Υπάρχουν παχύσαρκα παιδιά, που η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους μπορεί να τα οδηγήσει σε κατάθλιψη ή σε ακραίες διατροφικές συνήθειες, όπως η βουλιμία ή η ανορεξία που θέτουν σε κίνδυνο ακόμη και την ίδια τους τη ζωή. Αυτές οι παθήσεις συνήθως συμβαίνουν κατά την εφηβεία και έχουν να κάνουν

περισσότερο με την αδυναμία του παιδιού να ενταχθεί στο κοινωνικό σύνολο(λόγω βάρους) σε συνδυασμό με κακή επικοινωνία στην οικογένεια. Είναι επομένως σημαντικό να ειπωθεί, πως η κατάθλιψη, η βουλιμία και η ανορεξία είναι από τις πιο συνηθισμένες ασθένειες της εποχής μας, που ταλανίζουν αρκετά παιδιά ηλικίας 5-15 ετών. Επειδή όμως αγαπάμε τα παιδιά μας, ας σταθούμε στο πλευρό τους, ας είμαστε εκεί να τα ακούμε και ας τα στηρίξουμε με κάθε τρόπο.

Με βάση λοιπόν όλα τα παραπάνω, παιδιά γονείς και ειδικοί στον τομέα της υγείας είναι σημαντικό να ακολουθούν μια υγιεινή-μεσογειακή διατροφή καθ όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Είναι μια διατροφή πλούσια σε θρεπτικά συστατικά που αυξάνει σημαντικά το προσδόκιμο της ζωής και πιο συγκεκριμένα της καρδιάς μας. Δημιουργεί αντισώματα στον οργανισμό και δρα προστατευτικά σε κάθε μορφή ασθένειας. Όσο μεγαλύτερη η κατανάλωση του ελαιολάδου, τόσο μεγαλύτερη και η παραγωγή αντισωμάτων στον οργανισμό. Ας μελετήσουμε λοιπόν και το παρακάτω ερωτηματολόγιο..

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Μεσογειακή διατροφή θεωρείται μια από τις πιο υγιεινές στον πλανήτη και δικαίως. Για χιλιάδες χρόνια, οι κάτοικοι κατά μήκος των ακτών της Μεσογείου απολάμβαναν νόστιμη διατροφή, χαλαρά γεύματα και συμμετοχή σε τακτική σωματική δραστηριότητα. Δεν σκέφτονταν τις διατροφικές τους συνήθειες ως σχέδιο διατροφής. Ήταν απλά ένας τρόπος ζωής που μπορούσε να οδηγήσει σε μακρά, υγιή ζωή με λιγότερες πιθανότητες χρόνιων ασθενειών (<http://www.boro.gr/22948/mesogeiakidiatrofi-poia-einai-ta-ofeli-tis-gia-tin-ugeia-mas>).

Η Μεσογειακή διατροφή έγινε αρχικά γνωστή για τις «καρδιοπροστατευτικές» της ιδιότητες, λόγω της συσχέτισής της με μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, όλο και περισσότερες μελέτες δείχνουν πως η ευεργετική δράση του Μεσογειακού προτύπου διατροφής, δεν περιορίζεται μόνο στο καρδιαγγειακό σύστημα. Προάγει τη μακροζωία, καθώς συνδέεται με μείωση της συνολικής θνησιμότητας κατά περίπου 10%. Μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, όπως η περιφερική αρτηριοπάθεια, το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Βελτιώνει το λιπιδαιμικό προφίλ συμβάλλοντας στη μείωση των επιπέδων ολικής χοληστερόλης, «κακής» χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων, ενώ παράλληλα μπορεί να οδηγήσει και σε αύξηση των επιπέδων «καλής» χοληστερόλης. Βοηθά στη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη, συμβάλλει στον καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, βοηθά στη ρύθμιση του σωματικού βάρους. Σχετίζεται με μείωση του κινδύνου εμφάνισης διαφόρων μορφών καρκίνου, όπως του παχέος εντέρου, του προστάτη, του φάρυγγα, του οισοφάγου και του μαστού. Δρα προστατευτικά ενάντια στην εμφάνιση εκφυλιστικών νόσων του νευρικού συστήματος, όπως η άνοια και η νόσος Alzheimer. <http://www.nediatrofis.gr/2015/04/tashmantikoteratofeli-ths-mesogeiakisdiatrofis.html>

Η διατροφή του σύγχρονου Έλληνα, όπως διαπιστώνετε έχει πλέον στραφεί στον δυτικό τύπο διατροφής. Σήμερα με τους γρήγορους ρυθμούς και με την είσοδο των γυναικών στο χώρο εργασίας, όλα έχουν ανατραπεί με αποτέλεσμα να αφιερώνεται λίγος χρόνος στην προετοιμασία των γευμάτων και να αναζητούνται οι εύκολες λύσεις (έτοιμο φαγητό, φαγητό τύπου fast-food). Τα σφάλματα της σύγχρονης διατροφής δεν αμφισβητούνται

πλέον, από κανέναν. Η υπερκατανάλωση λιπαρών, ζάχαρης, κρέατος και βιομηχανοποιημένων τροφίμων καθώς και το πλήθος των καρκινογόνων συστατικών που περιέχουν, αποτελούν τον βασικότερο παράγοντα που στερεί τον σύγχρονο Έλληνα από χρόνια και ποιότητα ζωής. Αυτή η εσφαλμένη σύγχρονη διατροφή μας φέρνει αντιμέτωπους με ένα παιδί που εξελίσσεται στον αυριανό παχύσαρκο ενήλικα. Έναν ενήλικα ίσως διαβητικό, καρδιοπαθή, καρκινοπαθή και λοιπές σοβαρές ασθένειες, που θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί αν υπήρχαν προγράμματα ενημέρωσης από φορείς σχετικούς με την υγεία αλλά και επαγγελματίες υγείας στο σχολείο και τη κοινότητα.

<http://www.webdietitian.gr/2009-04-05-08-47-40/>

Είναι γνωστό ότι οι επαγγελματίες υγείας δέχονται καθημερινές επιρροές τόσο από υγιή άτομα τα οποία έχουν σωστές διατροφικές συνήθειες όσο και από άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας που κατά ένα μεγάλο ποσοστό σχετίζονται με τις κακές διατροφικές συνήθειες. Θα άξιζε λοιπόν να μελετηθεί κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας τηρούν περισσότερο ή λιγότερο το πρότυπο μεσογειακής διατροφής σε σχέση με υγιή πληθυσμό από διαφορετικούς επαγγελματικούς κλάδους.

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΙ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν οι βασικές γνώσεις επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων και υγιούς πληθυσμού σε συνδυασμό με το βαθμό συμμόρφωσης του στο Μεσογειακό Πρότυπο Διατροφής και να γίνουν συσχετίσεις σε αυτούς τους πληθυσμούς.

ΕΠΙΜΕΡΟΥΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1. Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο επίπεδο σπουδών και της επαγγελματικής κατάρτισης με την συμμόρφωση στο Μεσογειακό πρότυπο διατροφής;
2. Σχετίζεται η ηλικία και το φύλο με τις διατροφικές γνώσεις και την ακολουθία της Μεσογειακής διατροφής;
3. Ο τόπος κατοικίας, η οικονομική κατάσταση και η οικογενειακή κατάσταση τι ρόλο διαδραματίζουν στην ακολουθία υγιεινής διατροφής;
4. Η συμμόρφωση στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής σχετίζεται με την μειωμένη εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων;

ΗΘΙΚΑ ΖΗΤΗΜΑΤΑ

Για την συγκεκριμένη μελέτη τηρήθηκαν οι αρχές της Ανωνομίας και της Εμπιστευτικότητας των πληροφοριών. Η συμμετοχή των επαγγελματιών υγείας αλλά και του υγιούς πληθυσμού που θέλησαν να λάβουν μέρος στην έρευνα και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ήταν εθελοντική.

Από την αρχή της μελέτης εξασφαλίστηκε η συναίνεση αυτών που θέλησαν να λάβουν μέρος στην μελέτη και ενημερώθηκαν με συγκεκριμένη φόρμα συγκατάθεσης που υπέγραψαν για τον σκοπό της μελέτης. Οι φορείς στους οποίους διεξήχθη η έρευνα ενημερώθηκαν επίσης αντίστοιχα και ζητήθηκε άδεια για την διεξαγωγή της.

Τα δικαιώματα των συμμετεχόντων στην μελέτη διαφυλάχθηκαν καθ' όλη την διάρκεια της και οι ερευνητές προστάτεψαν το δικαίωμα της ψυχικής ακεραιότητας και αποφυγής βλάβης των συμμετεχόντων, το δικαίωμα της αυτονομίας και το δικαίωμα της ιδιωτικότητας για καθένα από αυτούς.

Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και συνοδεύονταν από ένα έντυπο πληροφορημένης συγκατάθεσης (Παράρτημα 2), στο οποίο αναφέρονταν ο σκοπός της έρευνας, οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν για την εθελοντική φύση της συμμετοχής, την ασφάλεια και την ανωνυμία των συμμετεχόντων, καθώς και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων.

Όσον αφορά την εμπιστευτικότητα, οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν μέσω των ερωτηματολογίων θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας.

Συνοψίζοντας:

«Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στην έρευνα ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία των φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων κατά το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο

ακέραιο καθόλη την διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.»

Για την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε άδεια από το ΤΕΙ Κρήτης, και ειδικά από το τμήμα νοσηλευτικής όπου δόθηκε με ΑΡ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ 1230. Επίσης κατατέθηκε αίτηση στην Νοσηλευτική και Ιατρική Υπηρεσία και στο επιστημονικό συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ (αρ. πρωτοκόλλου 4696 Απόφαση συνεδρίασης 21-4-2017), του Βενιζέλειου νοσοκομείου Ηρακλείου (αρ. πρωτοκόλλου 106 Απόφαση συνεδρίασης 21-12-2016) καθώς και στην 7^η ΥΠΕ για άδεια διεξαγωγής της συγκεκριμένης μελέτης όπου εγκρίθηκε η διεξαγωγή της (αρ. πρωτοκόλλου 668 και 7540, 11-1-2017 και 3-5-2017) (παράρτημα 1).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Σχεδιασμός της μελέτης και περιγραφή υλικού

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της ποσοτικής διερεύνησης δηλαδή πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη παρατήρησης με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Για την συγκέντρωση ικανοποιητικού αριθμού ερωτηματολογίων ώστε να διεξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα ο τύπος της δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας η οποία επιτρέπει τη χρησιμοποίηση όλων των υποκειμένων που είναι διαθέσιμα.

Βασικός στόχος της συγκεκριμένης έρευνας πεδίου ήταν η διερεύνηση των διατροφικών γνώσεων αλλά και η συμμόρφωση με τη μεσογειακή διατροφή επαγγελματιών υγείας διαφόρων ειδικοτήτων που εργάζονται στα δυο νοσοκομεία της πόλης του Ηρακλείου δηλ. το ΠΑΓΝΗ και το Βενιζέλειο και απλών ανθρώπων οι οποίοι δεν σχετίζονται επαγγελματικά με την υγεία.

Στην περίπτωση της συγκεκριμένης έρευνας ο πληθυσμός που έγινε προσπάθεια να αντληθούν τα δεδομένα ήταν οι επαγγελματίες υγείας των παραπάνω νοσοκομείων και συγκεκριμένα των τμημάτων της ΜΕΘ, ΤΕΠ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ, Καρδιολογικής κλινικής, ΜΕΠΚ, Πνευμονολογικής κλινικής, Μονάδας Παίδων (γιατροί, νοσηλευτές, βοηθοί), οι διοικητικοί υπάλληλοι αυτών των νοσοκομείων, καθώς και οι εργαζόμενοι στην τεχνική υπηρεσία και απλός κόσμος ανεξαρτήτου ηλικίας.

Εργαλείο μέτρησης

Για τη συγκέντρωση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, μετά από μελέτη σχετικής βιβλιογραφίας.

Ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση των διατροφικών γνώσεων ενηλίκων (Nutrition knowledge questionnaire for adults)

Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε για να εξασφαλίσει πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές γνώσεις του εξεταζόμενου πληθυσμού. Είναι σχεδιασμένο από τους Parmenter και Wardle και περιέχει 44 ερωτήσεις. Έχει κριθεί ως ένα αρκετά αξιόπιστο ερωτηματολόγιο και έχει μελετηθεί για την εγκυρότητα του σε ενήλικο πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου (Parmenter & Wardle, 1999).

Είναι ένα ερωτηματολόγιο που δίνει πληροφορίες για τις διατροφικές γνώσεις, αλλά και για τις αδυναμίες των ατόμων στην κατανόηση της υγιεινής διατροφής. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα και χωρίζεται σε 4 μέρη (Μαρκουλάκη Χ., και συν 2016).

Το πρώτο μέρος ασχολείται με τη γνώση των διατροφικών συστάσεων και αποτελείται από 4 ερωτήματα με 11 υπό-ερωτήματα όπως αυτές έχουν οριστεί από την επιστήμη της διατροφής, το δεύτερο μέρος ασχολείται με τη γνώση των διατροφικών πηγών των θρεπτικών συστατικών με 21 ερωτήσεις με 69 υπό-ερωτήματα, το τρίτο ασχολείται με τη γνώση της επιλογής τροφίμων και περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις και το τέταρτο μέρος ασχολείται με τη γνώση της σχέσης διατροφής-ασθενειών με 9 ερωτήσεις με 20 υπό-ερωτήματα, δηλαδή με τη σχέση τροφίμων και προβλημάτων υγείας ή ασθενειών. Η κάθε απάντηση βαθμολογείται με σκορ 1 ή 0, ανάλογα με το αν είναι σωστή ή όχι. Το ολικό σκορ διατροφικών γνώσεων είναι 0-110, ενώ το κάθε μέρος χωριστά βαθμολογείται με 0-11, 0-69, 0-10, και 0-20.

Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Διαιτητικής Πρόσληψης (The Mediterranean Diet Score)

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας διαιτητικής πρόσληψης (Panagiotakos et al., 2007), το οποίο εκτιμά τη διαιτητική πρόσληψη κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας και μας παρέχει πληροφορίες για τη συνολική κατανάλωση των τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής μέσω βαθμολογικής κλίμακας (Mediterranean Diet Score). Πρόκειται για ένα σκορ το οποίο χωρίζεται σε τρία επίπεδα

συμμόρφωσης (χαμηλό:0-20, μέτριο:21-35, υψηλό:36-55) και αφορά στο βαθμό της συνολικής κατανάλωσης τροφίμων, που βρίσκονται στη μεσογειακή διατροφή.

Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε αρχικά το 2006 (Panagiotakos et al., 2006) και επανεκτιμήθηκε το 2007 (Panagiotakos et al., 2007). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του 2007.

Το ερωτηματολόγιο αυτό επιλέχθηκε διότι έχει ήδη χρησιμοποιηθεί, επομένως παρουσιάζει υψηλή εγκυρότητα, είναι χρονολογικά το πιο πρόσφατο, οπότε δεν ήταν απαραίτητη η δημιουργία ενός νέου ερωτηματολογίου το οποίο θα έπρεπε να αποδειχτεί ότι ήταν κατάλληλο για την παρούσα έρευνα. Επίσης, είναι αρκετά σύντομο αφού ο χρόνος συμπλήρωσής του κυμαίνεται από 5-10 λεπτά και δείχνει αμέσως μια πρώτη εκτίμηση, υπολογίζοντας το τελικό σκορ με βάση πάντα τη συμμόρφωση στη Μεσογειακή διατροφή.

Επιπλέον για τον έλεγχο εκτίμησης σωστής διατροφής θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο το οποίο έχει σχεδιαστεί από τον κλινικό Διαιτολόγο Πασπάνο Ν. με σκοπό να καταγραφούν διατροφικές συνήθειες που σχετίζονται με το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής. <http://www.dioskouroibc.gr/content/erotimatologio-sostis-diatrofis-apo-ton-k-papaspano-n>

Εκτός από τα παραπάνω το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε επίσης μια σειρά από ερωτήσεις που σχετίζονταν με δημογραφικά, οικονομικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, βάρος, ύψος για υπολογισμό δείκτη μάζας σώματος, μορφωτικό επίπεδο, επάγγελμα, καπνιστικές συνήθειες, ποιος κάνει τα ψώνια της οικογένειας, ποιος είναι υπεύθυνος για την ετοιμασία των γευμάτων, τόπος κατανάλωσης γευμάτων, καταγραφή παθήσεων που σχετίζονται με τη διατροφή, νηστεία.

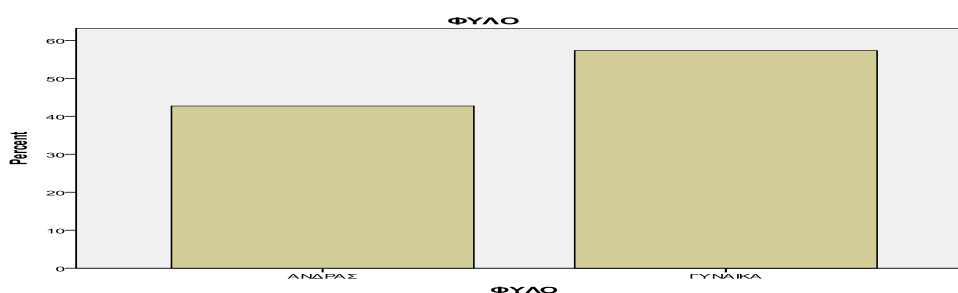
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για τη διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η περιγραφική στατιστική και συγκεκριμένα η συχνότητα, η μέση τιμή (μ), η διάμεσος, τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη, η σταθερή απόκλιση (Standard Deviation=SD) και το τυπικό σφάλμα (standard error=SE) των μεταβλητών.

Η στατιστική επεξεργασία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 19.0, για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΕΡΗΝΕΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

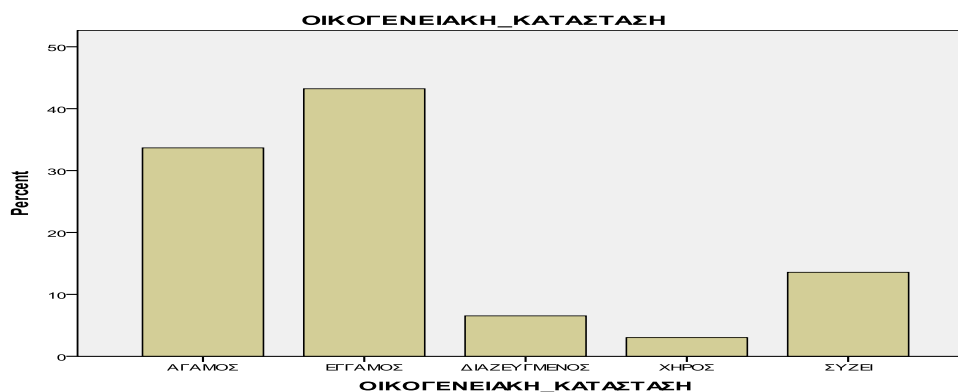
Το παρόν ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από 100 απλούς ανθρώπους και από 99 επαγγελματίες υγείας, του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Βενιζέλειου Νοσοκομείου Ηρακλείου. Σύμφωνα λοιπόν με τα παρακάτω στατιστικά, φαίνεται ότι το 43% του πληθυσμιακού ποσοστού μας ήταν άντρες και το 57% ήταν γυναίκες (εικόνα 1). Ακόμη με βάση τον στατιστικό πίνακα η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαίνεται από τα 19 έως τα 77 έτη με μέση τιμή τα 37,53 έτη ($\pm 12,487$) (πίνακας 1). Λαμβάνοντας υπόψη και την οικογενειακή τους κατάσταση διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό αποτελούν οι έγγαμοι σε ποσοστό 43,2% ($n=86$), 33,7% ανήκουν στους άγαμους ($n=67$), ενώ τέλος οι διαζευγμένοι, οι χήροι κι εκείνοι που συζούν εμφανίζονται σε ποσοστό 6,5%, 3% και 13,6% αντίστοιχα (εικόνα 2).



Εικόνα 1: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΦΥΛΟΥ

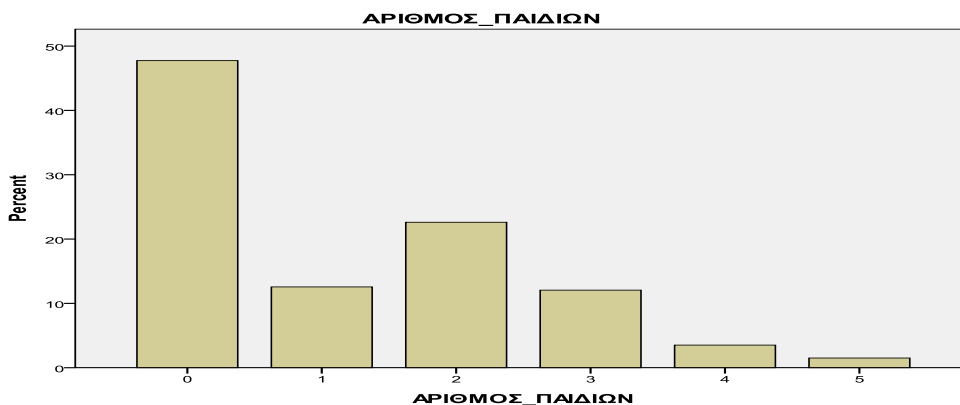
ΗΛΙΚΙΑ		
N	Valid	199
Mean		37,53
Std. Deviation		12,487
Minimum		19
Maximum		77

Πίνακας 1: ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΟΜΗ

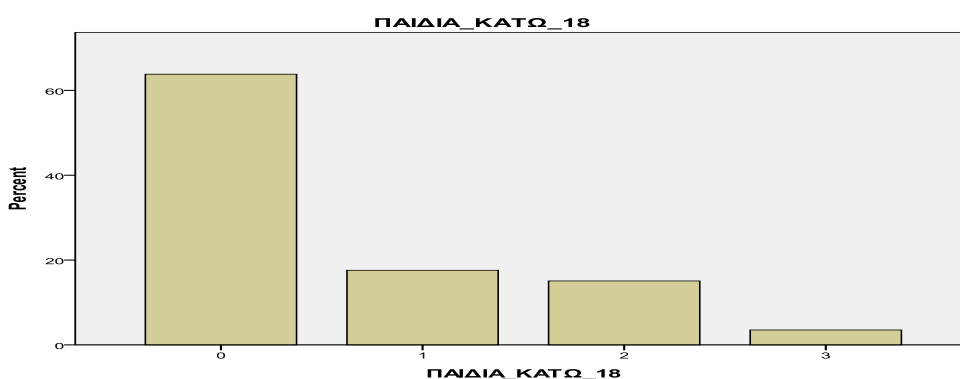


Εικόνα 2: ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες ποσοστό 47,7% απάντησαν ότι δεν έχουν παιδιά 22,6% έχουν 2 παιδιά και 12,6% έχουν 1 (εικόνα 3). Στην ερώτηση για το πόσα παιδιά είναι κάτω των 18 ετών, παρατηρούμε ότι ποσοστό 17,6% έχουν 11 μόνο παιδί ανήλικο και 15,1% 2 (εικόνα 4).



Εικόνα 3: ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ



Εικόνα 4: ΑΝΗΛΙΚΑ ΠΑΙΔΙΑ

Στη συνέχεια του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες κατέγραψαν το βάρος και το ύψος από όπου υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας σώματος τους. Με βάση λοιπόν τα αποτελέσματα καταγράφηκε το εξής σημαντικό: ο ΔΜΣ (Δείκτης Μάζας Σώματος) των συμμετεχόντων κυμαίνεται από το 16,8% το ελάχιστο έως το 45,6% το μέγιστο με μέση τιμή 25,4 (\pm ΤΑ 4,1) (πίνακας 2). Αναφορικά με το ΔΜΣ οι συμμετέχοντες κατατάχτηκαν σε 4 κατηγορίες, λιποβαρή, με φυσιολογικό βάρος, υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα. Το μικρότερο ποσοστό παρατηρείται στα παχύσαρκα άτομα 10,1% με μεγάλο κίνδυνο για την υγεία τους και έπονται τα υπέρβαρα με ποσοστό αρκετά υψηλό εδώ 44,2%. Αξίζει να σημειωθεί πως τα άτομα με φυσιολογικό βάρος αγγίζουν μόνο το 41,2% ενώ τα λιποβαρή μόλις το 4,5%. Παρατηρείται λοιπόν μια αρκετά μεγάλη αύξηση στα ποσοστά μας εδώ (πίνακας 3).

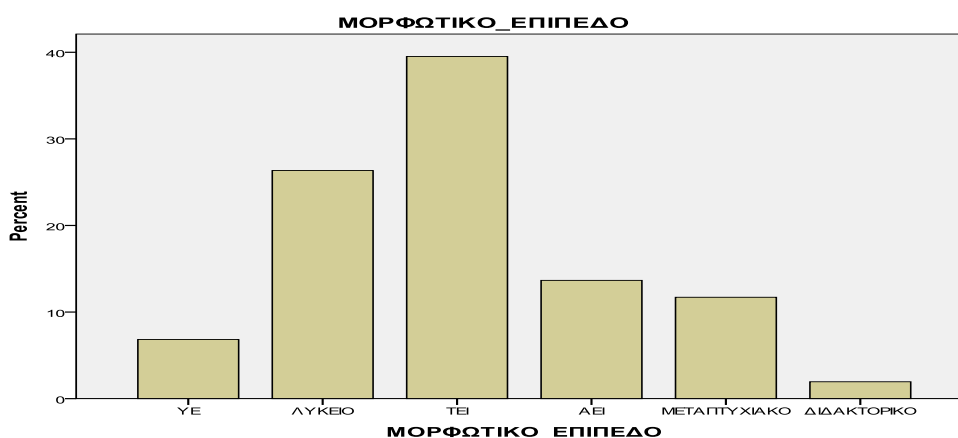
BMI		
N	Valid	199
	Missing	6
Mean		25,4025
Std. Deviation		4,10982
Minimum		16,80
Maximum		45,60

Πίνακας 2: BMI

ΔΜΣ				
		Frequency	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ΛΙΠΟΒΑΡΗΣ<18,5	9	4,5	4,5
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΒΑΡΟΣ 18,5-24,9	82	41,2	45,7
	ΥΠΕΡΒΑΡΟΣ 25-29,9	88	44,2	89,9
	ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΣ>30 ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ	20	10,1	100,0
	Total	199	100,0	

Πίνακας 3: ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΒΑΣΗ ΔΜΣ

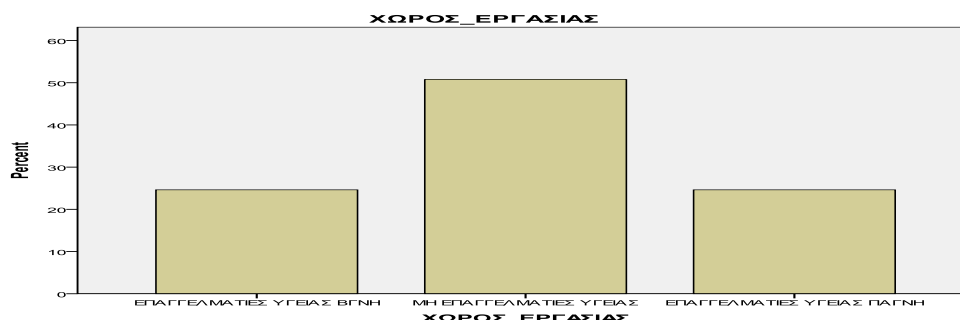
Αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσης παρατηρούμε ότι στην έρευνα συμμετείχαν άτομα από όλες τις μορφωτικές βαθμίδες. Αναλυτικά το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από άτομα με την απαραίτητη υποχρεωτική εκπαίδευση σε ποσοστό 6,8% (n=14), απόφοιτοι λυκείου σε ποσοστό 26,3% (n=54), άτομα με Τεχνολογική Εκπαιδευτική κατάρτιση σε ποσοστό 39,5% (n=81), άτομα με Ανώτατη Εκπαιδευτική κατάρτιση σε ποσοστό 13,7% (n=28) και τέλος άτομα με Μεταπτυχιακό και Διδακτορικό σε ποσοστό 11,7% (n=24) και 2% (n=4) αντίστοιχα (εικόνα 5).



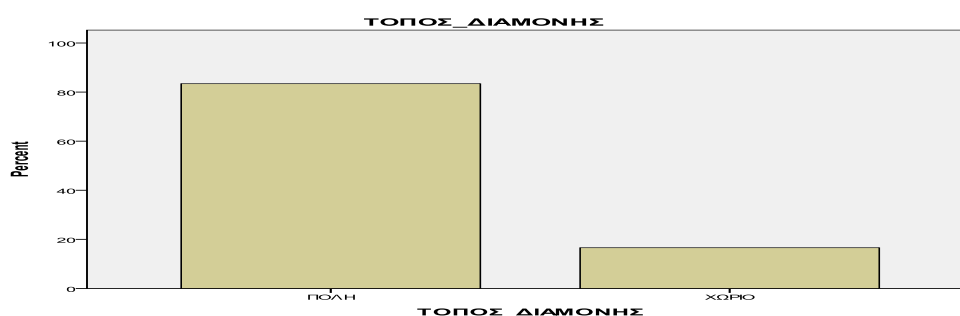
Εικόνα 5: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ

Σημαντικό είναι επίσης να σχολιαστεί ο χώρος εργασίας, καθώς και το μέρος που ζουν. Παρατηρήθηκε λοιπόν ότι, οι επαγγελματίες υγείας γενικά, οι επαγγελματίες υγείας του ΠΑΓΝΗ ποσοστό 24,6% (n=49) και του Βενιζέλειου νοσοκομείου ποσοστό 24,6%

(n=49) είναι πλήρως και σωστά ενημερωμένοι, ακολουθώντας ένα σωστό πρότυπο διατροφής, έναντι των μη επαγγελματιών υγείας που απάντησαν σε ποσοστό 50,8% (n=101) (εικόνα 6). Όσον αφορά τώρα τον τόπο διαμονής παρατηρούμε το μεγαλύτερο ποσοστό να βρίσκεται συγκεντρωμένο στα μεγάλα αστικά κέντρα 83,4% (n=166), σε αντίθεση με τα μικρότερα αστικά κέντρα (χωριά) σε ποσοστό 16,6%(n=33) (εικόνα 7).

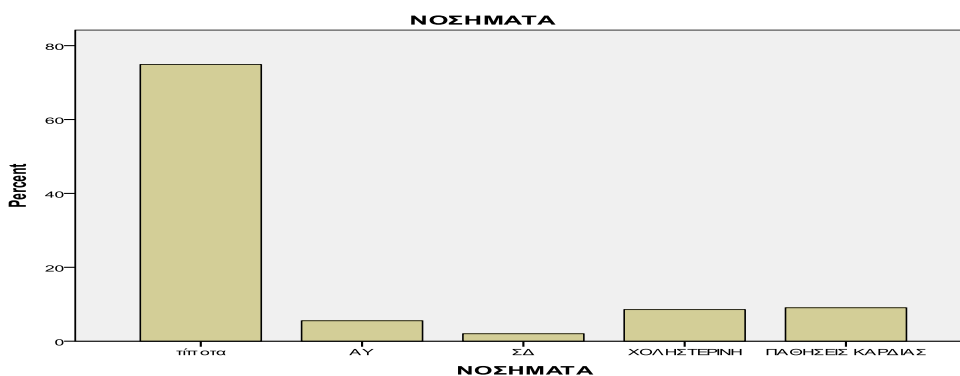


Εικόνα 6: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΧΩΡΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ



Εικόνα 7: ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΟΠΟΥ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

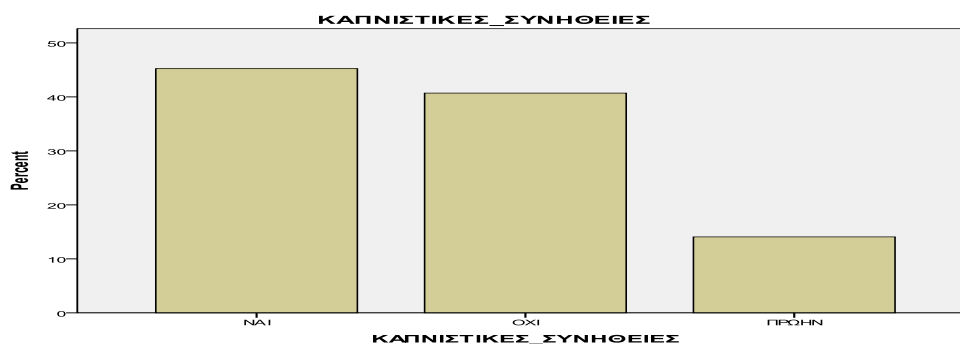
Συνεχίζοντας στην ερώτηση αν πάσχουν από κάποιο χρόνια νόσημα η πλειοψηφία σε ποσοστό 74,9% (n=149) η απάντηση ήταν αρνητική ενώ μικρό ποσοστό μόλις 5,5% (n=11) έπασχε από ΑΥ και 2% (n=4) από ΣΔ. Ενώ λίγοι ήταν και εκείνοι που είχαν πρόβλημα τη χοληστερίνη και άλλες καρδιακές παθήσεις σε ποσοστό 8,5% (n=17) και 9% (n=18) αντίστοιχα (εικόνα 8).



Εικόνα 8: ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

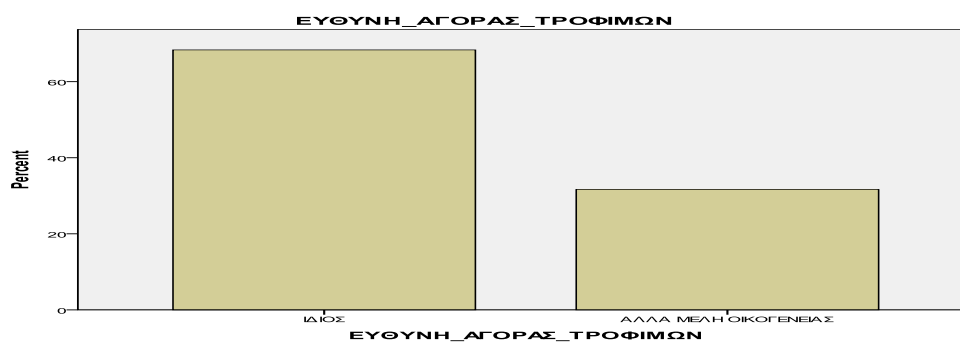
ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Στη συνέχεια ακολούθησαν κάποια ερωτήματα αναφορικά με τις προσωπικές συνήθειες των συμμετεχόντων. Σχετικά με το κάπνισμα διαπιστώθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό επί της εκατό 45,2% (n=90) καπνίζει. Το 40,2% (n=81) είναι μη καπνιστές ενώ το 14,1% (n=28) μόνο είναι πρώην καπνιστές (εικόνα 9).

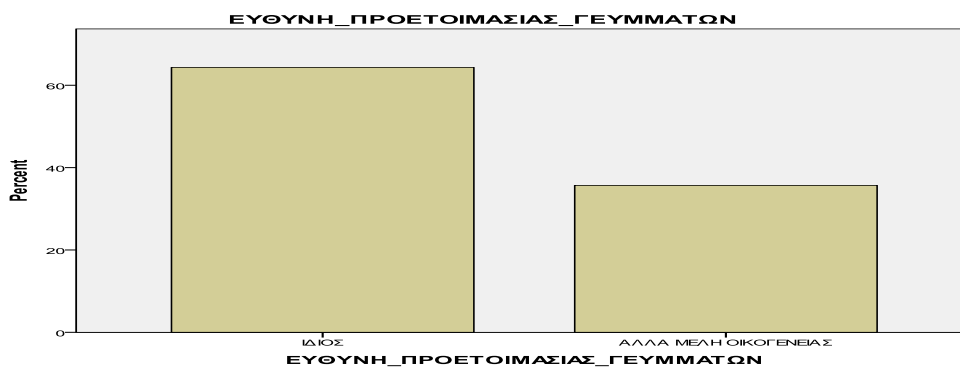


Εικόνα 9: ΚΑΠΝΙΣΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Περνώντας στην άλλη πλευρά, αυτής της χρήσης των τροφίμων βλέπουμε ότι την ευθύνη αγοράς των τροφίμων καθώς και την προετοιμασία των γευμάτων την έχει το ίδιο το άτομο σε ποσοστό 68,3% (n=136) και 64,3% (n=128) αντίστοιχα (εικόνα 10). Ενώ τα άλλα μέλη της οικογένειας σε 31,7% (n=63) και 35,7% (n=71) αντίστοιχα (εικόνα 11).

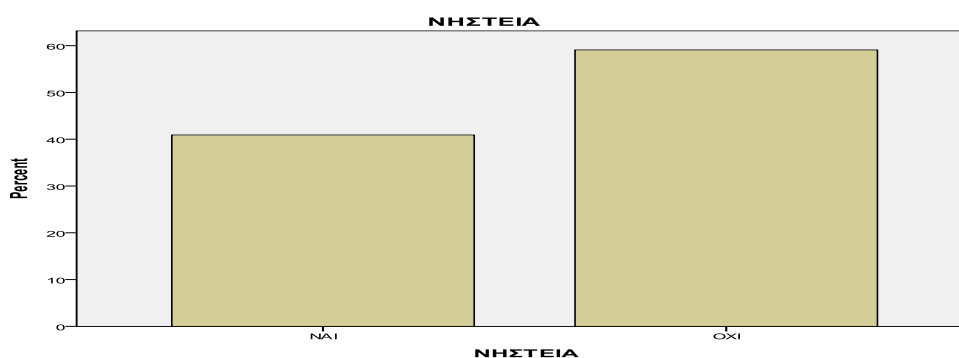


Εικόνα 10: ΕΥΘΥΝΗ ΑΓΟΡΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ



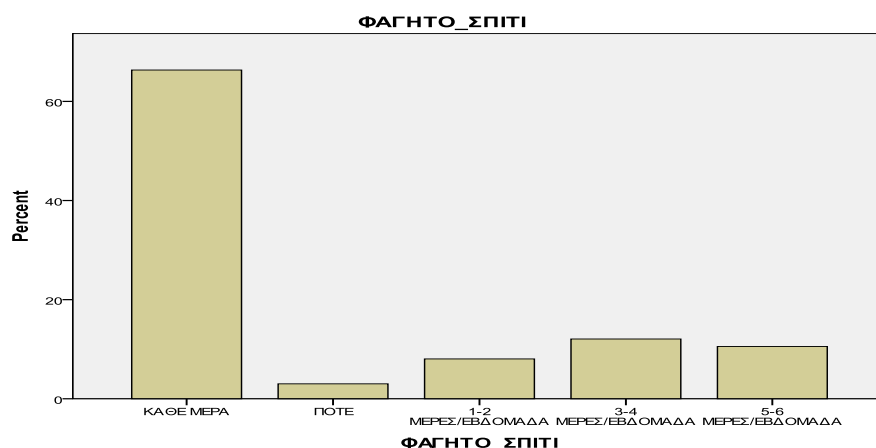
Εικόνα 11: ΕΥΘΥΝΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑΣ ΓΕΥΜΑΤΩΝ

Η νηστεία σχετίζεται άμεσα με την μεσογειακή διατροφή καθώς σημαίνει μια περίοδος αποτοξίνωσης. Κατά την περίοδο της νηστείας όπως φαίνεται από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων είναι εμφανές ότι η μεσογειακή διατροφή δεν ακολουθείται σωστά καθώς ένα μεγάλο ποσοστό των ανθρώπων 59,1% (n=117) δεν ακολουθεί τους βασικούς κανόνες διατροφής έναντι του 40,9% (n=81) που ακολουθεί τις περιόδους των νηστειών (εικόνα 12).

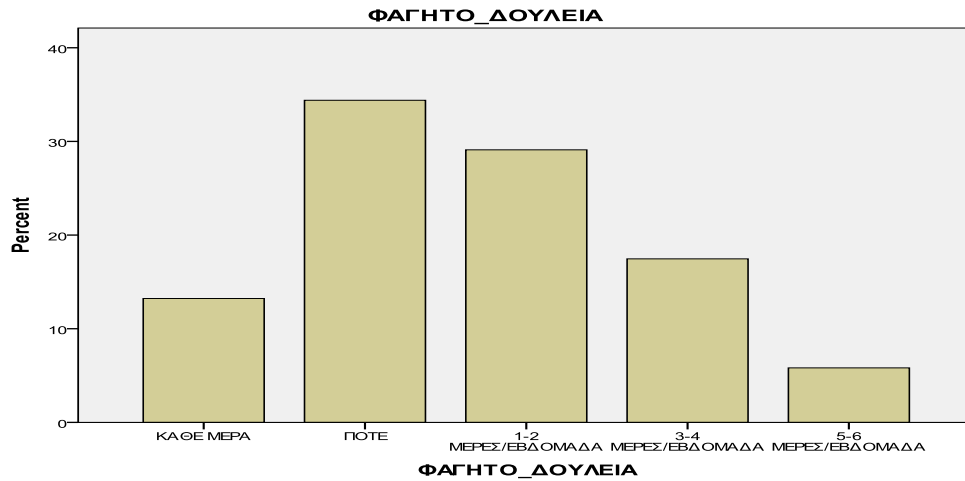


Εικόνα 12: ΤΗΡΗΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ

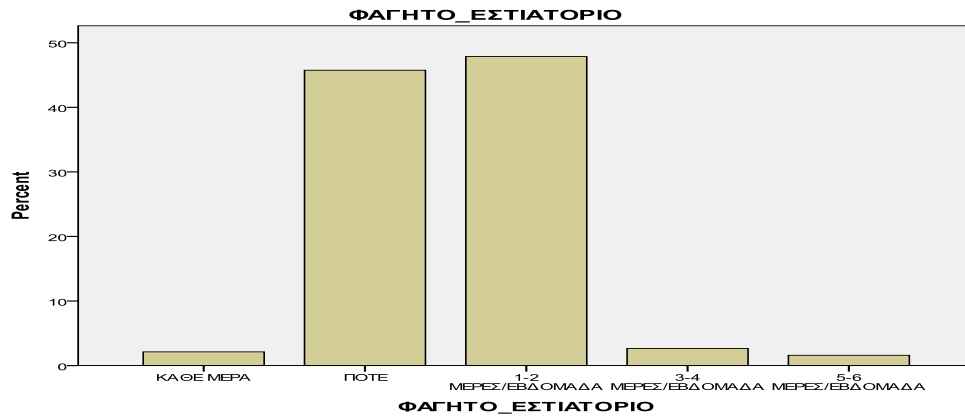
Μιλώντας λοιπόν για ακόμη μια φορά για τη μεσογειακή διατροφή πρέπει να επισημανθεί ότι ο χώρος του φαγητού είναι καθοριστικός. Από τα διαγράμματα που ακολουθούν παρατηρείται ότι οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες σε ποσοστό 66,3% (n=132) μαγειρεύει καθημερινά στο σπίτι όπου τρώει (εικόνα 13), ποσοστό 31,7% (n=65) δεν τρώει ποτέ στη δουλειά ενώ 26,8% (n=55) τρώει στη δουλειά 1-2 φορές την εβδομάδα (εικόνα 14), 43,9% (n=90) παραγγέλνει φαγητό από εστιατόριο 1-2 φορές την εβδομάδα για να φάει σπίτι και 42% (n=86) δεν παραγγέλνει ποτέ από εστιατόριο (εικόνα 15) και τέλος 49,8% (n=102) τρώει σπίτι φαγητό από σουβλατζίδικο (εικόνα 16).



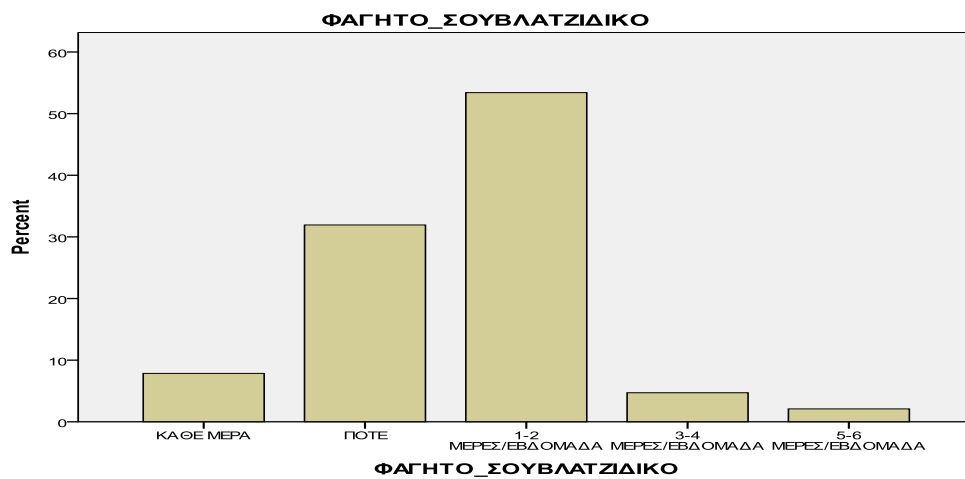
Εικόνα 13: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΣΠΙΤΙ



Εικόνα 14: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΣΤΗ ΔΟΥΛΕΙΑ



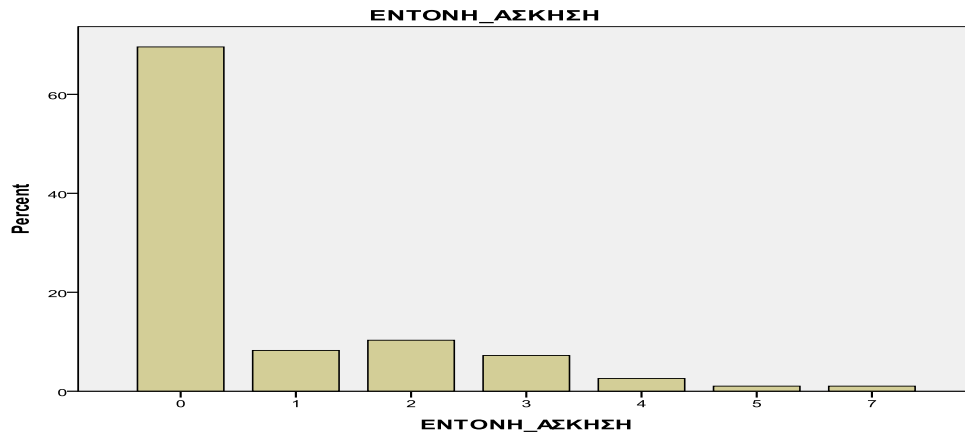
Εικόνα 15: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΕΣΤΙΑΤΟΡΙΟ



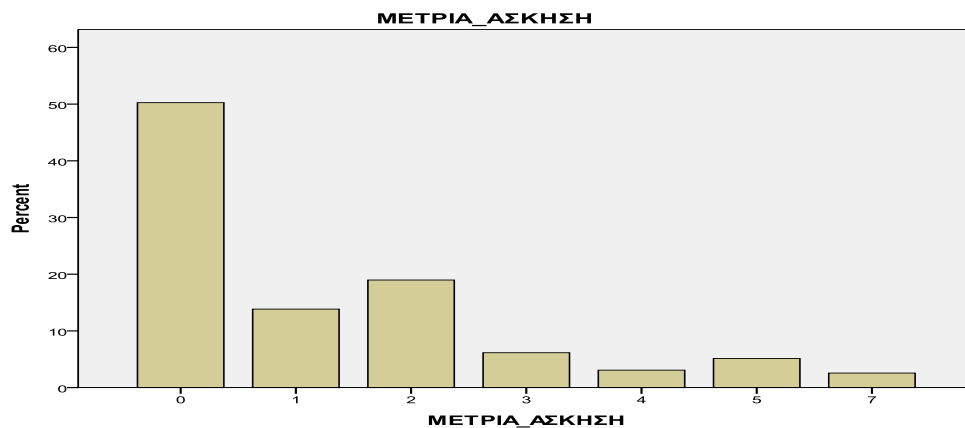
Εικόνα 16: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΓΕΥΜΑΤΩΝ ΑΠΟ ΣΟΥΒΛΑΤΖΙΔΙΚΟ

Ένας οργανισμός λοιπόν για να είναι υγιής πέρα από τη σωστή διατροφή θα πρέπει να ασκείται. Στα παρακάτω σχήματα φαίνεται όμως ότι το ποσοστό εκείνων που δεν ασχολούνται καθόλου με έντονη άσκηση όπως τρέξιμο, ποδόσφαιρο, κολύμπι,

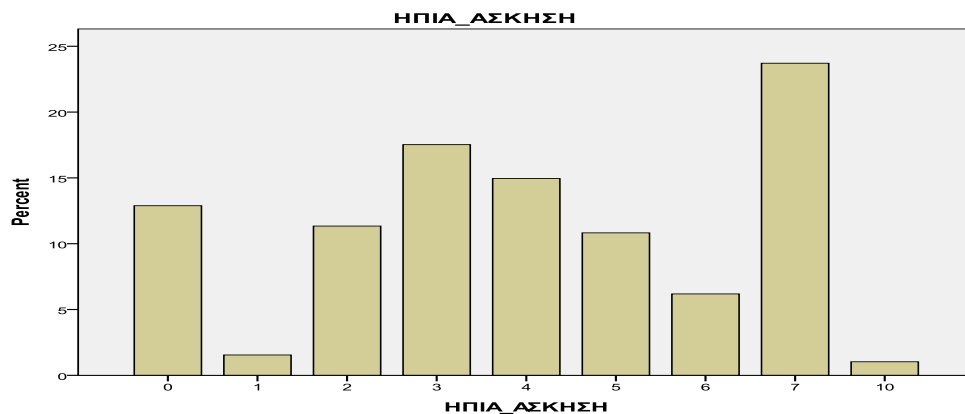
ποδηλασία, είναι αρκετά υψηλό φτάνοντας στο 69,6% (n=135) (εικόνα 17) ενώ 50,3% (n=98) δεν κάνει καθόλου ούτε μέτρια άσκηση όπως περπάτημα, χορό (εικόνα 18). Αντιθέτως σχετικά με δραστηριότητες που απαιτούν ήπια άσκηση όπως ψάρεμα, δουλειές σπιτιού ή κηπουρική το 23,7% (n=46) των ερωτηθέντων απάντησε ότι τις κάνει καθημερινά (εικόνα19).



Εικόνα 17: ΑΣΧΟΛΙΕΣ ΜΕ ΕΝΤΟΝΗ ΑΣΚΗΣΗ



Εικόνα 18: ΑΣΧΟΛΙΕΣ ΜΕ ΜΕΤΡΙΑ ΑΣΚΗΣΗ



Εικόνα 19: ΑΣΧΟΛΙΕΣ ΜΕ ΗΠΙΑ ΑΣΚΗΣΗ

Ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση των διατροφικών γνώσεων ενηλίκων (Nutrition knowledge questionnaire for adults)

Το ερωτηματολόγιο αυτό χρησιμοποιήθηκε για να εξασφαλίσει πληροφορίες σχετικά με τις διατροφικές γνώσεις του εξεταζόμενου δείγματος. Είναι σχεδιασμένο από τους Parmenter και Wardle και περιέχει 44 ερωτήσεις. Έχει κριθεί ως ένα αρκετά αξιόπιστο ερωτηματολόγιο και έχει μελετηθεί για την εγκυρότητα του σε ενήλικο πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου (Parmenter & Wardle, 1999).

Είναι ένα ερωτηματολόγιο που δίνει πληροφορίες για τις διατροφικές γνώσεις, αλλά και για τις αδυναμίες των ατόμων στην κατανόηση της υγιεινής διατροφής. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην Ελληνική γλώσσα έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες και αποτελείται από τέσσερις ενότητες.

Η πρώτη ενότητα ασχολείται με τη γνώση των διατροφικών συστάσεων (4 ερωτήσεις με 11 υπό-ερωτήσεις) όπως αυτές έχουν οριστεί από την επιστήμη της διατροφής, η δεύτερη ενότητα ασχολείται με τη γνώση των διατροφικών πηγών των θρεπτικών συστατικών (21 ερωτήσεις με 69 υπό-ερωτήσεις), η τρίτη ενότητα ασχολείται με τη γνώση της επιλογής τροφίμων (10 ερωτήσεις) και η τέταρτη ενότητα ασχολείται με τη γνώση της σχέσης διατροφής-ασθενειών (9 ερωτήσεις με 20 υπό-ερωτήσεις) δηλαδή με τη σχέση τροφίμων και προβλημάτων υγείας ή ασθενειών. Η κάθε απάντηση βαθμολογείται με σκορ 1 ή 0, ανάλογα με το αν είναι σωστή ή όχι. Το ολικό σκορ διατροφικών γνώσεων είναι 0-110, ενώ το εύρος της κάθε υπό-ενότητας είναι 0-11, 0-69, 0-10, και 0-20.

Παρακάτω στον πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν στο ερωτηματολόγιο εκτίμησης διατροφικών γνώσεων ενηλίκων (Nutrition knowledge questionnaire for adults) (Parmenter & Wardle, 1999).

Ο Πίνακας παρουσιάζει τους μέσους όρους τόσο στο ολικό σκορ του ερωτηματολογίου, όσο και στις 4 ενότητες που το απαρτίζουν. Υπενθυμίζοντας αναφέρουμε ότι η κάθε ερώτηση βαθμολογείται με ένα ή μηδέν βαθμούς, αναλόγως με το αν είναι σωστή ή όχι, αντίστοιχα (πίνακας 4).

Ο μέσος όρος του δείγματος στο συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου ήταν 62,44 (TA=±13.23). Οι διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες τόσο στο συνολικό σκορ όσο και στις 4 ενότητες είναι μικρές και μη στατιστικά σημαντικές.

Οι διαφορές επίσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τους υπόλοιπους συμμετέχοντες τόσο στο συνολικό σκορ όσο και στις τρεις ενότητες είναι μικρές και μη

στατιστικά σημαντικές, με εξαίρεση την ενότητα της γνώσης της σχέσης διατροφής-ασθενειών, όπου υπάρχει στατιστική σημαντικότητα με τους επαγγελματίες υγείας να έχουν υψηλότερο μέσο όρο ($P=0.000$) (πίνακες 5-9).

Στην πρώτη ενότητα, όπου το σκορ κυμαίνεται μεταξύ 0-11, ο συνολικός μέσος όρος ήταν 7,77 ($TA=\pm 1.61$). Στη δεύτερη ενότητα, όπου το σκορ κυμαίνεται μεταξύ 0-69, ο μέσος όρος του συνόλου του δείγματος ήταν 39,09 ($TA=\pm 7,41$). Στην τρίτη ενότητα, όπου το σκορ κυμαίνεται μεταξύ 0-10, ο συνολικός μέσος όρος ήταν 3,67 ($TA=\pm 1,39$). Στην τέταρτη ενότητα, όπου το σκορ κυμαίνεται μεταξύ 0-20, ο συνολικός μέσος όρος ήταν 12.53 ($TA=\pm 3,82$). Αυτό μας δείχνει ότι σε όλες τις ενότητες οι γνώσεις είναι μέτριες και για τους επαγγελματίες υγείας και για τον κοινό πληθυσμό, αν και θα μπορούσαμε να πούμε ότι στη πρώτη ενότητα που ασχολείται με τη γνώση των διατροφικών συστάσεων καθώς και στην τέταρτη ενότητα που ασχολείται με τη γνώση της σχέσης διατροφής-ασθενειών οι συνολικές γνώσεις είναι πάνω του μετρίου (πίνακας 4).

Στην επιμέρους ανάλυση όμως της βαθμολογίας ανάλογα με το χώρο εργασίας οι επαγγελματίες υγείας συμπληρώνουν υψηλότερο σκορ από τους μη επαγγελματίες με αυτούς που εργάζονται στο Βενιζέλειο νοσοκομείο να έχουν ελαφρώς υψηλότερο σκορ στο σύνολο καθώς και στις ενότητες 1, 2, 3 έναντι των επαγγελματιών υγείας του ΠΑΓΝΗ (πίνακας 10).

	ΣΚΟΡ_1ΕΝΟΤΗΤΑ	ΣΚΟΡ_2ΕΝΟΤΗΤΑ	ΣΚΟΡ_3ΕΝΟΤΗΤΑ	ΣΚΟΡ_4ΕΝΟΤΗΤΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ_ΣΚΟΡ
N Valid	183	199	199	199	199
Mean	7,7650	39,0905	3,6734	12,5327	62,4372
Std. Deviation	1,60852	7,40747	1,38857	3,82148	10,13270
Minimum	1,00	1,00	,00	,00	16,00
Maximum	11,00	52,00	7,00	20,00	85,00

Πίνακας 4: ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,608 ^a	20	,613
Likelihood Ratio	22,635	20	,307
Linear-by-Linear Association	2,270	1	,132
N of Valid Cases	183		

Πίνακας 5: ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΝΟΤΗΤΑ 1

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	72,912 ^a	64	,208
Likelihood Ratio	85,596	64	,037
Linear-by-Linear Association	,031	1	,859
N of Valid Cases	199		

Πίνακας 6: ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΝΟΤΗΤΑ 2

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,753 ^a	14	,084
Likelihood Ratio	21,193	14	,097
Linear-by-Linear Association	,339	1	,561
N of Valid Cases	199		

Πίνακας 7: ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΝΟΤΗΤΑ 3

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	80,641 ^a	34	,000
Likelihood Ratio	91,999	34	,000
Linear-by-Linear Association	8,455	1	,004
N of Valid Cases	199		

Πίνακας 8: ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΝΟΤΗΤΑ 4

Chi-Square Tests			
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	90,427 ^a	84	,296
Likelihood Ratio	104,930	84	,061
Linear-by-Linear Association	,323	1	,570
N of Valid Cases	199		

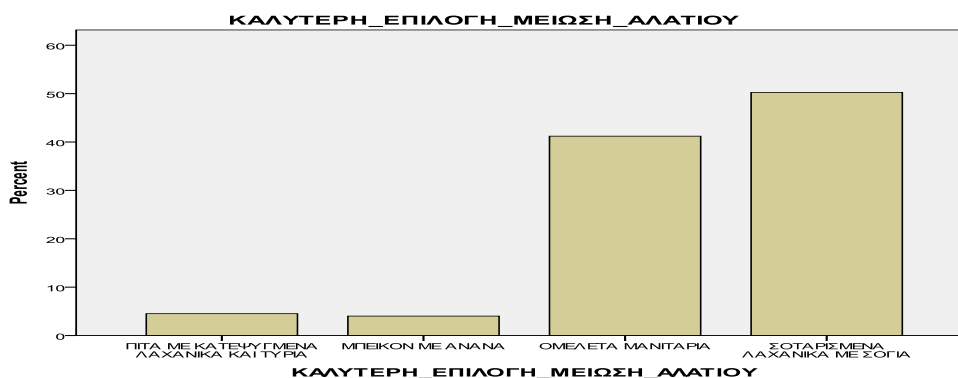
Πίνακας 9: ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ-ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΣΚΟΠ

Report						
ΧΩΡΟΣ_ΕΡΓΑΣΙΑΣ		ΣΚΟΠ_1ΕΝΟΤΗΤ	ΣΚΟΠ_2ΕΝΟΤΗΤ	ΣΚΟΠ_3ΕΝΟΤΗΤ	ΣΚΟΠ_4ΕΝΟΤΗΤ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ_ΣΚ
		A	A	A	A	ΟΡ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙ ΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΒΓΝΗ	Mea	8,2857	41,2245	4,0000	12,9184	66,4286
	n					
	N	49	49	49	49	49
	TA	1,33853	6,10418	1,56791	3,42683	7,68928
ΜΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙ ΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	Mea	7,4752	37,1485	3,4356	11,0693	59,1287
	n					
	N	101	101	101	101	101
	TA	1,76971	8,59929	1,22814	3,24425	10,81819

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙ ΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΓΝΗ	Mea	7,8788	40,9592	3,8367	15,1633	65,2653
	n					
	N	33	49	49	49	49
	TA	1,24392	4,34434	1,44837	3,85328	8,55077
Total	Mea	7,7650	39,0905	3,6734	12,5327	62,4372
	n					
	N	183	199	199	199	199
	TA	1,60852	7,40747	1,38857	3,82148	10,13270

Πίνακας 10: ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΑΝΑ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

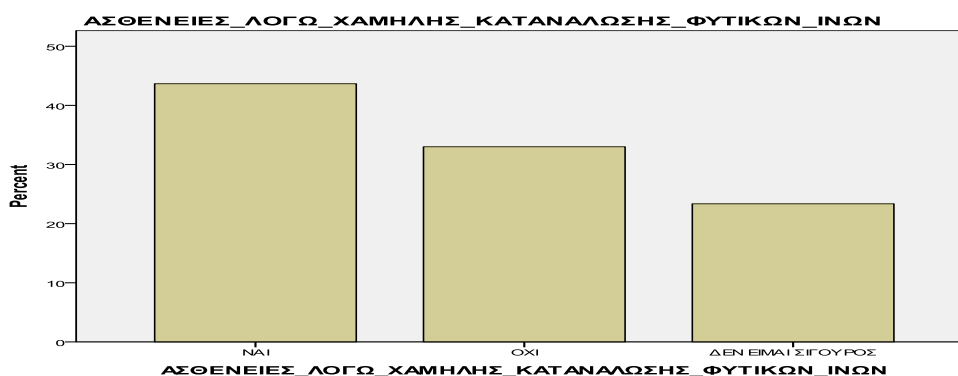
Η μειωμένη πρόσληψη αλατιού για πολλούς ανθρώπους είναι τρόπος ζωής αφού όπως θα δούμε και στη συνέχεια της έρευνας μας το αλάτι μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα υγείας όταν η χρήση του στο φαγητό μας είναι αυξημένη. Σε πολλά τρόφιμα όμως υπάρχει και «κρυμμένο» αλάτι το οποίο δε γνωρίζουμε ότι τρώμε και ένα από αυτά είναι και η σόγια που από ότι φαίνεται από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων δε το γνωρίζουν αφού το 50,3% θα επέλεγε λαχανικά με σόγια σαν γεύμα με χαμηλή περιεκτικότητα σε αλάτι με αμέσως επόμενη να έρχεται η σωστή απάντηση που είναι η ομελέτα με μανιτάρια με 41,2% και ακολουθούν το μπέικον με ανανά με 4% και η έτοιμη πίτα με κατεψυγμένα λαχανικά και τυριά με μόλις 4,5% (εικόνα 20).



Εικόνα 20: ΕΠΙΛΟΓΕΣ ΓΙΑ ΜΕΙΩΣΗ ΑΛΑΤΙΟΥ

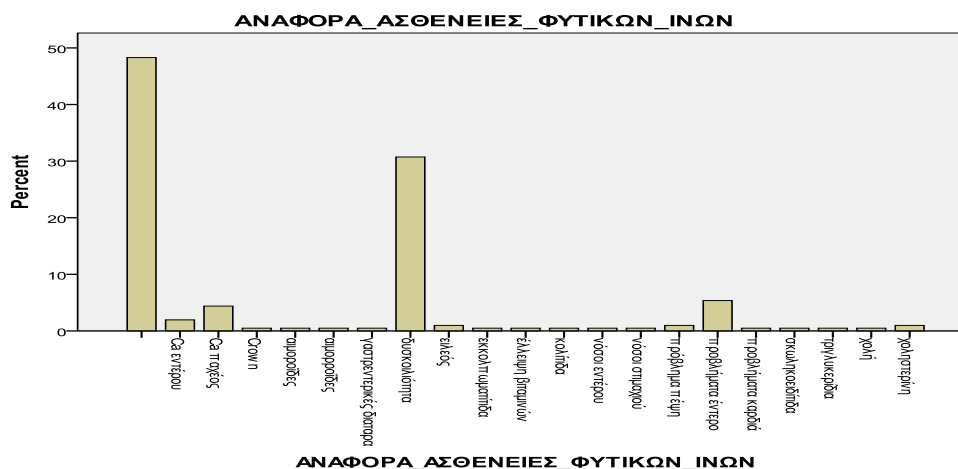
Τα φρούτα και τα λαχανικά πρέπει να υπάρχουν σε πληθώρα στο διατροφολόγιο μας και φυσικά σε καθημερινή βάση αφού είναι πλούσια σε βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, ηλεκτρολύτες, αντιοξειδωτικά, φυτικές ίνες, ενυδατώνουν τον οργανισμό, έχουν λίγες και ποιοτικές θερμίδες και μας δίνουν το αίσθημα του κορεσμού! Πολλά όμως είναι και τα προβλήματα που δημιουργεί στον οργανισμό μας η έλλειψη τους αφού τίποτα δεν μπορεί να αντικαταστήσει τις ευεργετικές τους ιδιότητες. Για αυτό λοιπόν και εμείς θέλαμε να δούμε κατά πόσο είναι ενημερωμένοι οι συμμετέχοντες για όλα τα παραπάνω και η

Ακόμα ένα βασικό και απαραίτητο στοιχείο στη διατροφή μας είναι οι φυτικές ίνες οι οποίες περιέχονται κυρίως στα δημητριακά ολικής αλέσεως και σε ορισμένα φρούτα και έχουν πολλές ευεργετικές ιδιότητες για τον οργανισμό και το πεπτικό μας σύστημα και επίσης έχουν την ιδιότητα να διογκώνονται στο στομάχι μας και να δημιουργούν το αίσθημα του κορεσμού και της πληρότητας. Τι γίνεται όμως όταν η πρόσληψη τους είναι ανεπαρκής; ρωτήσαμε λοιπόν τους συμμετέχοντες μας για να δούμε αν γνωρίζουν και εκείνοι που απάντησαν θετικά ήταν το 43,7% (n=86) του πληθυσμού ενώ το 33% (n=65) απάντησε αρνητικά και το 24,4% (n=46) απάντησε πως δεν ήταν σίγουροι (εικόνα 23).



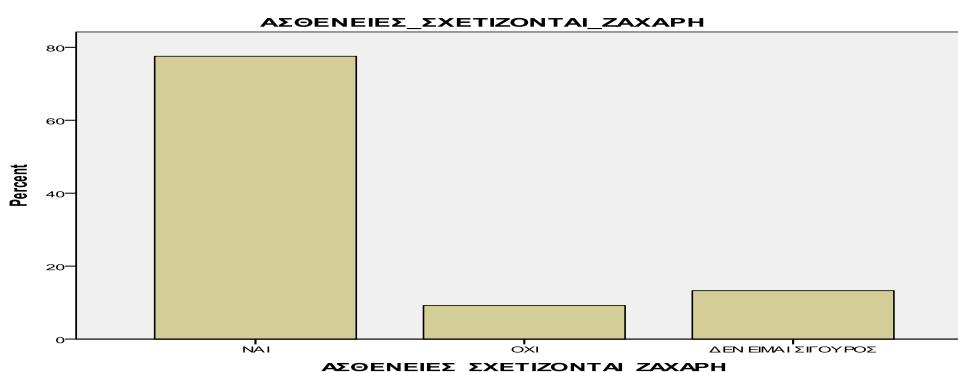
Εικόνα 23: ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΛΟΓΩ ΧΑΜΗΛΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΦΥΤΙΚΩΝ ΙΝΩΝ

Όσοι απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν γνωρίζουν προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών ερωτήθηκαν αν μπορούσαν να αναφέρουν κάποιες από αυτές και οι πιο δημοφιλείς ήταν οι παθήσεις του γαστρεντερικού σωλήνα όπως κολίτιδα, δυσκοιλιότητα, ca εντέρου, δυσπεψία και σύνδρομο του crowh και λιγότερο δημοφιλείς ήταν παθήσεις όπως η χοληστερίνη τα τριγλυκερίδια και τα καρδιαγγειακά (εικόνα 24).



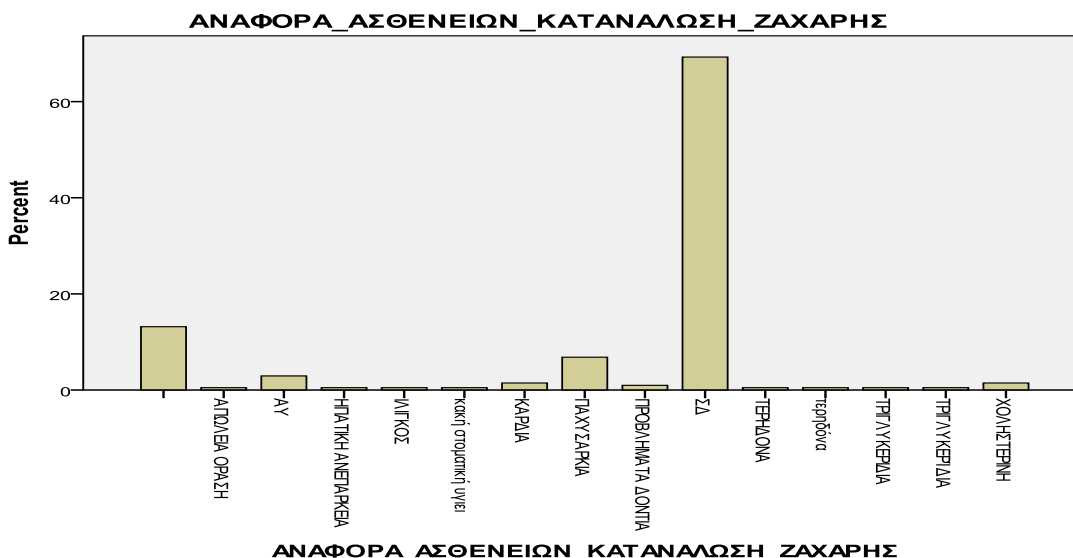
Εικόνα 24: ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΧΑΜΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΥΤΙΚΩΝ ΙΝΩΝ

Η ζάχαρη και η γλυκιά της γεύση είναι κάτι που μικροί και μεγάλοι αγαπάμε και με δυσκολία αντιστεκόμαστε σε ότι την περιέχει αφού τα γλυκά σίγουρα είναι μια απόλαυση, η ζάχαρη όμως δε περιέχεται μόνο στα γλυκά αλλά και στις αλμυρές τροφές και συνήθως δε γίνεται αντιληπτή από τον ουρανίσκο μας κάτι που σημαίνει πως τρώμε περισσότερη ζάχαρη από όσο νομίζουμε κάτι που σίγουρα δε μας κάνει καλό αφού η ζάχαρη έχει ελάχιστες ευεργετικές ιδιότητες και λειτουργεί κυρίως σαν «καύσιμο» για τον οργανισμό μας και η επιπλέον χρήση της δημιουργεί προβλήματα υγείας. Θελήσαμε λοιπόν να μάθουμε αν οι συμμετέχοντες γνωρίζουν ποια είναι αυτά και ένα ικανοποιητικό ποσοστό που ανέρχεται στο 77,6% (n=152) απάντησε θετικά ενώ αρνητικά απάντησε μόλις το 9,2% (n=18) και το υπόλοιπο 13,3% (n=26) δεν ήταν σίγουροι (εικόνα 25).



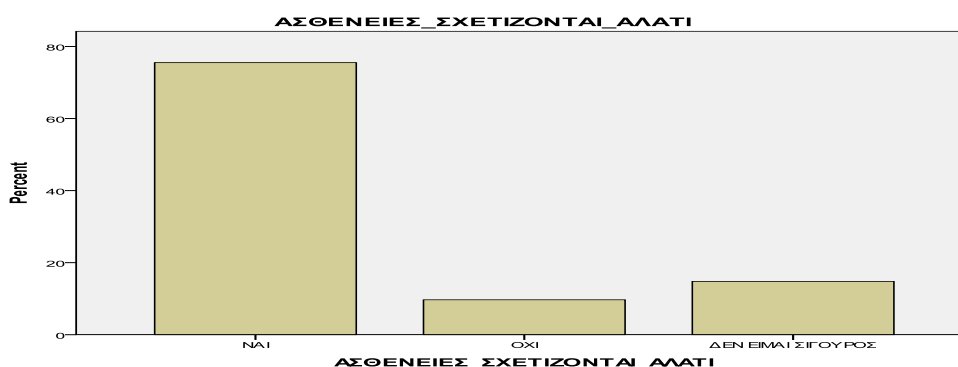
Εικόνα 25: ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΖΑΧΑΡΗ

Σε όσους απάντησαν θετικά έγινε και μια επιπλέον ερώτηση αν γνωρίζουν προβλήματα υγείας που σχετίζονται με τη ποσότητα ζάχαρης που καταναλώνουμε και οι δημοφιλέστερες ήταν ο Σακχαρώδης Διαβήτης, η Αρτηριακή Υπέρταση, η παχυσαρκία, η χοληστερίνη και τα καρδιαγγειακά προβλήματα με την απώλεια όρασης, τα στοματικά προβλήματα, τα τριγλυκερίδια, τον ίλιγγο και την τερηδόνα να ακολουθούν με μικρότερη συχνότητα στις απαντήσεις (εικόνα 26).



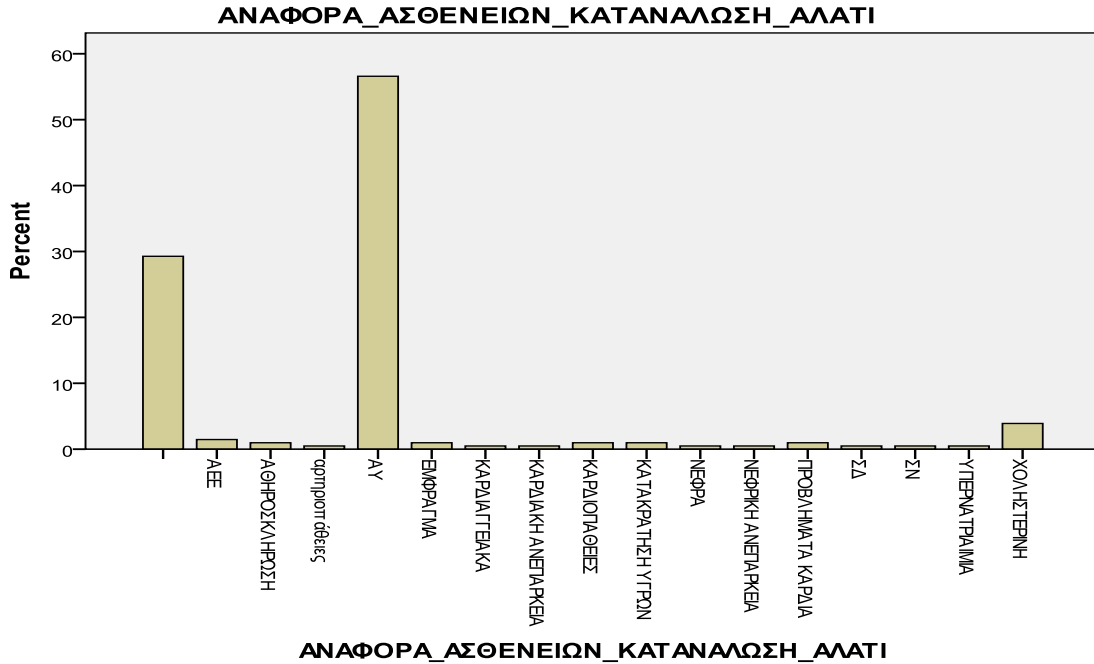
Εικόνα 26: ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΨΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΖΑΧΑΡΗΣ

Το αλάτι είναι ένα αμφιλεγόμενο συστατικό που άλλοι αγαπούν πολύ και άλλοι λιγότερο αλλά σίγουρα όλοι το θέλουμε στη διατροφή μας άσχετα από τη ποσότητα αφού ανεβάζει ποιοτικά τη γεύση του φαγητού μας. Μπορεί λοιπόν το αλάτι να προσφέρει γεύση αλλά η υπέρμετρη κατανάλωση του μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα υγείας και θελήσαμε να μάθουμε αν οι συμμετέχοντες γνωρίζουν ποια είναι αυτά και θετικά απάντησε το μεγαλύτερο ποσοστό το οποίο ανέρχεται στο 75,5% (n=148) έναντι του 9,7% (n=19) που απάντησε αρνητικά και του 14,8% (n=29) που δεν ήταν σίγουροι (εικόνα 27).



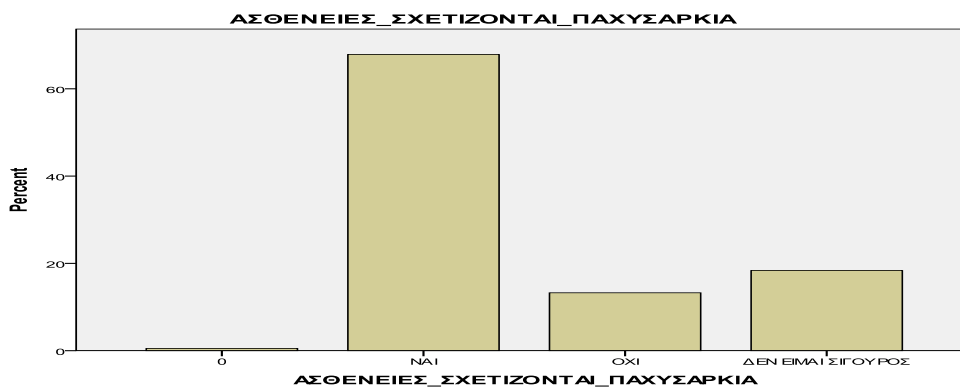
Εικόνα 27: ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΑΛΑΤΙ

Όσοι απάντησαν θετικά τους έγινε μια επιπλέον ερώτηση αν γνωρίζουν προβλήματα υγείας που σχετίζονται με την αυξημένη ποσότητα αλατιού που καταναλώνουμε και οι δημοφιλέστερες ήταν η χοληστερίνη, τα καρδιαγγειακά προβλήματα, η κατακράτηση υγρών, η αρτηριακή υπέρταση, η αθηροσκλήρωση, η υπερνατριαιμία, το έμφραγμα και η νεφρική ανεπάρκεια (εικόνα 28).



Εικόνα 28: ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΥΨΗΛΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΑΛΑΤΙΟΥ

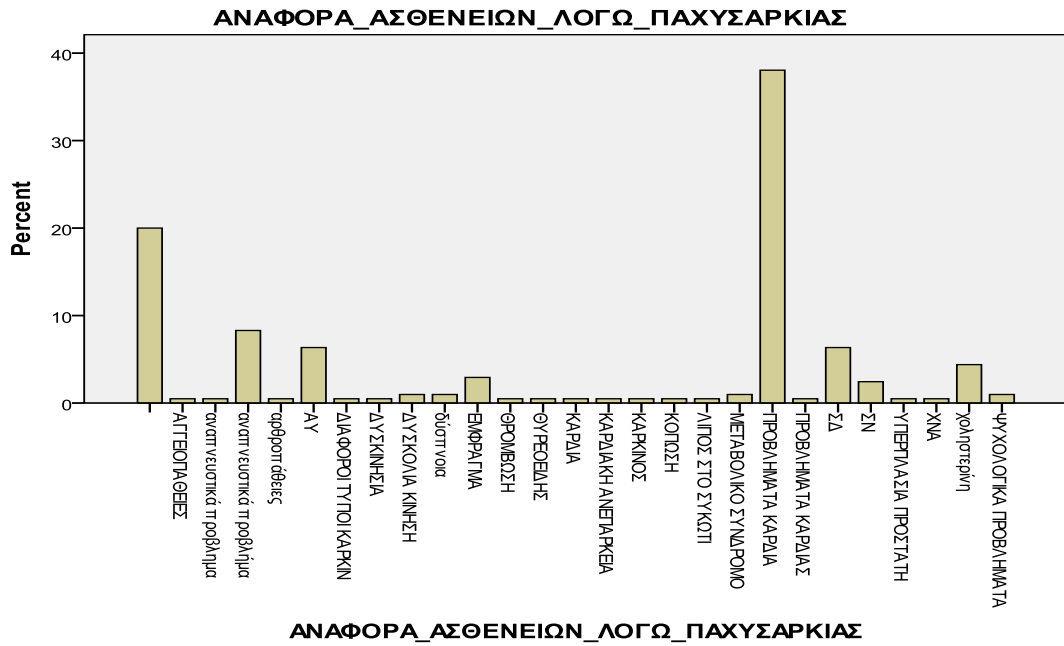
Η παχυσαρκία είναι ένα συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα στις μέρες μας το οποίο παρατηρείται κυρίως στις δυτικές χώρες και ένα μεγάλο μέρος του αφορά τα παιδιά κάτι το οποίο βέβαια είναι πολύ επικίνδυνο για την υγεία ανεξάρτητα από την ηλικία. Η υπερκατανάλωση φαγητού και κυρίως του προπαρασκευασμένου επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα και θελήσαμε να μάθουμε αν οι συμμετέχοντες γνωρίζουν ποια είναι αυτά και θετικά απάντησε το 67,9% (n=133), αρνητικά το 13,3% (n=26) και το 18,4% (n=36) δεν ήταν σίγουροι (εικόνα 29).



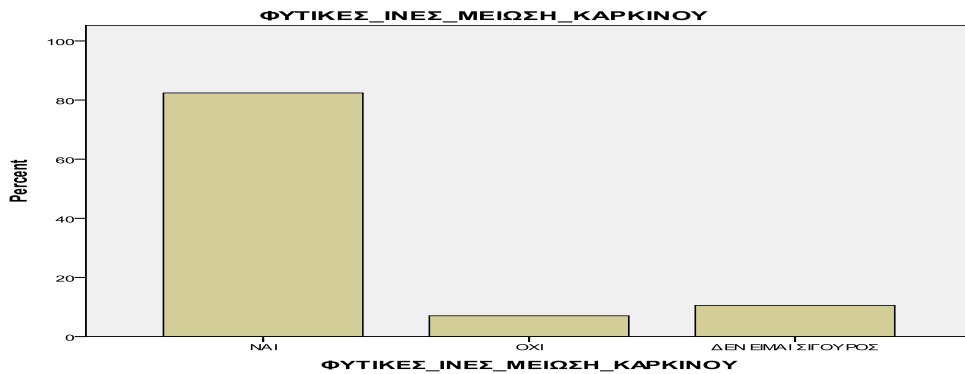
Εικόνα 29: ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Όσοι απάντησαν θετικά στην ερώτηση αν γνωρίζουν προβλήματα υγείας που να σχετίζονται με τη παχυσαρκία κλήθηκαν να αναφέρουν και μερικές από αυτές και οι δημοφιλέστερες ήταν τα καρδιαγγειακά προβλήματα, η χοληστερίνη, ο σακχαρώδης

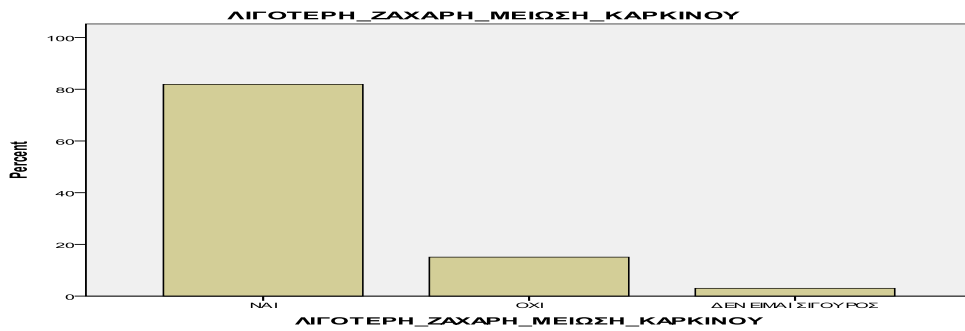
διαβήτη, το έμφραγμα, τα αναπνευστικά προβλήματα, η δυσκινησία, τα ψυχολογικά προβλήματα, η υπερπλασία του προστάτη και η θρόμβωση (εικόνα 30).



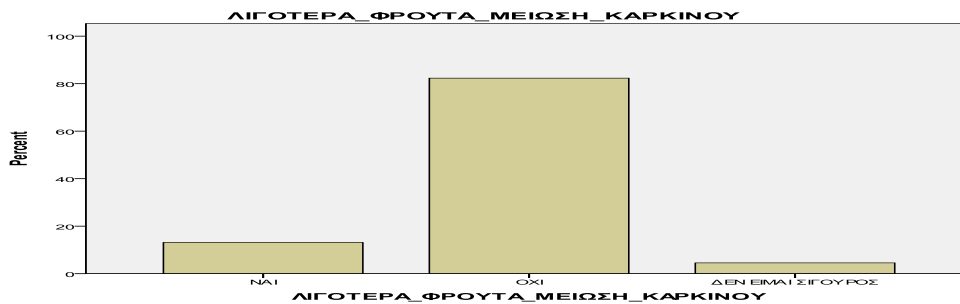
Εικόνα 30: ΑΝΑΦΟΡΑ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ



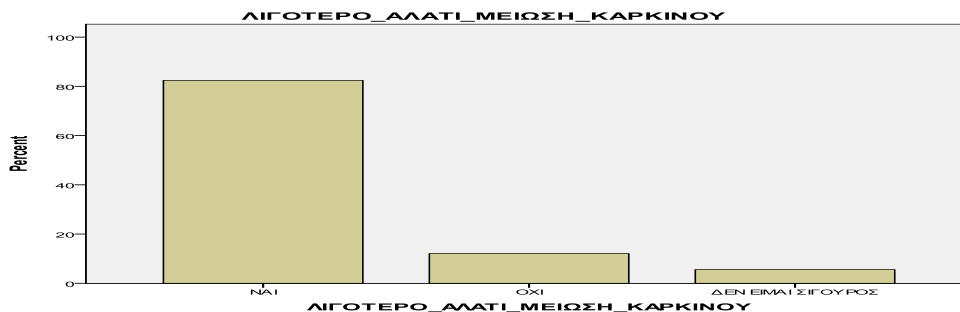
Εικόνα 31: ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ-ΜΕΙΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



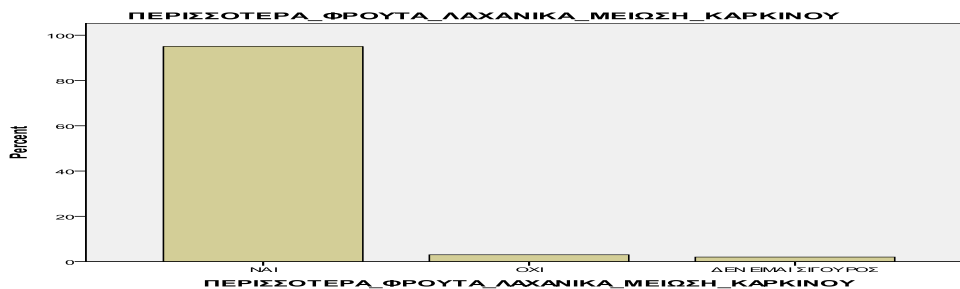
Εικόνα 32: ΜΕΙΩΣΗ ΖΑΧΑΡΗΣ-ΜΕΙΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



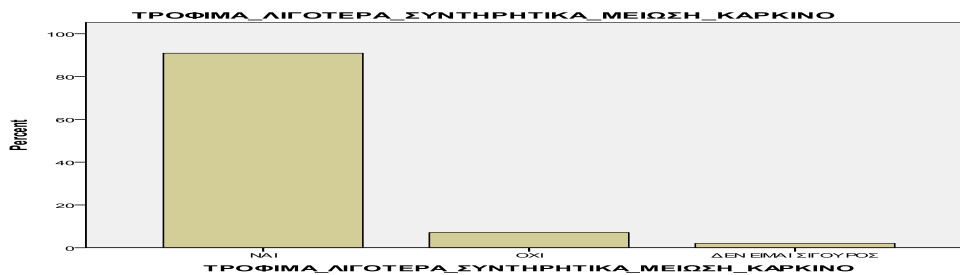
Εικόνα 33: ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΦΡΟΥΤΩΝ-ΜΕΙΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



Εικόνα 34: ΜΕΙΩΣΗ ΑΛΑΤΙΟΥ-ΜΕΙΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



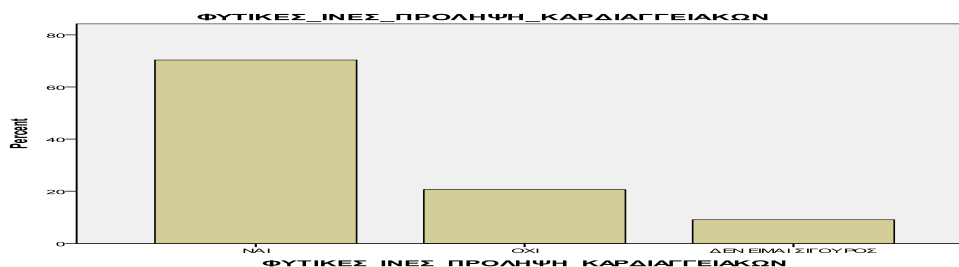
Εικόνα 35: ΛΑΧΑΝΙΚΑ-ΜΕΙΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ



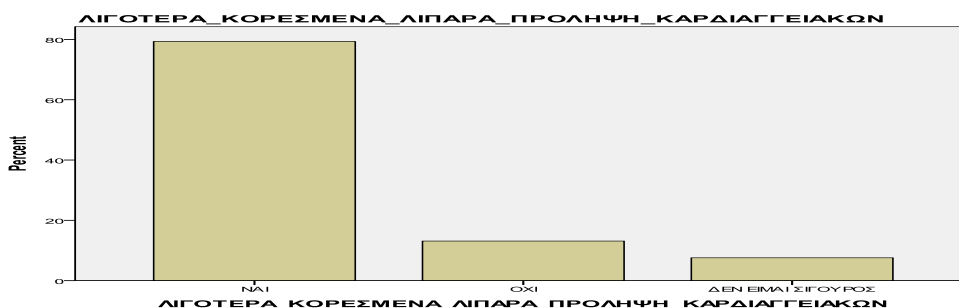
Εικόνα 36: ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΑ-ΑΥΞΗΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ

Ο καρκίνος στις μέρες μας είναι ένα πρόβλημα που μαστίζει άντρες και γυναίκες και πολλοί υποστηρίζουν πως κάποιες τροφές και διατροφικές συνήθειες μπορούν να μας προστατέψουν κάτι που ισχύει στην περίπτωση των φυτικών ινών και ο κόσμος δείχνει να το γνωρίζει αφού θετικά απάντησε στην ερώτηση αυτή το 82,4% (n=164) των ερωτηθέντων, το ίδιο ισχύει και για τη μείωση της ζάχαρης του αλατιού και των

συντηρητικών αφού επίσης θετικά απάντησε το 81,9% (n=163), το 82,4% (n=164) και το 90,9% (n=180) αντίστοιχα για το καθένα από αυτά όπως επίσης θετικά απάντησαν και για την αύξηση των φρούτων το 95% (n=189) αφού όλοι γνωρίζουμε τις ευεργετικές τους ιδιότητες (εικόνες 31-36).



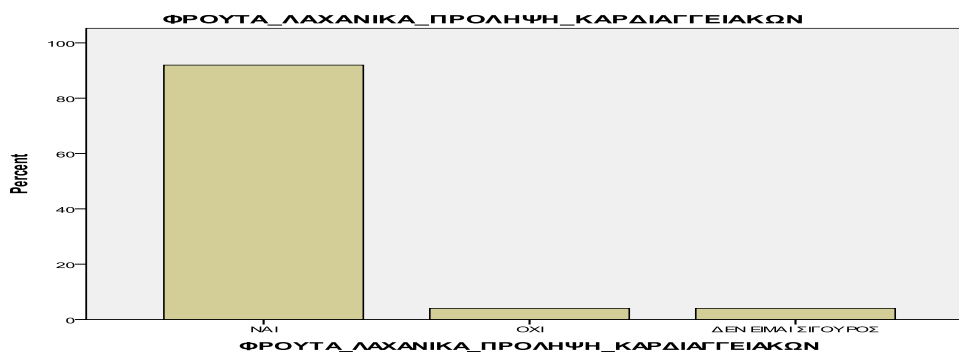
Εικόνα 37: ΦΥΤΙΚΕΣ ΙΝΕΣ-ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ



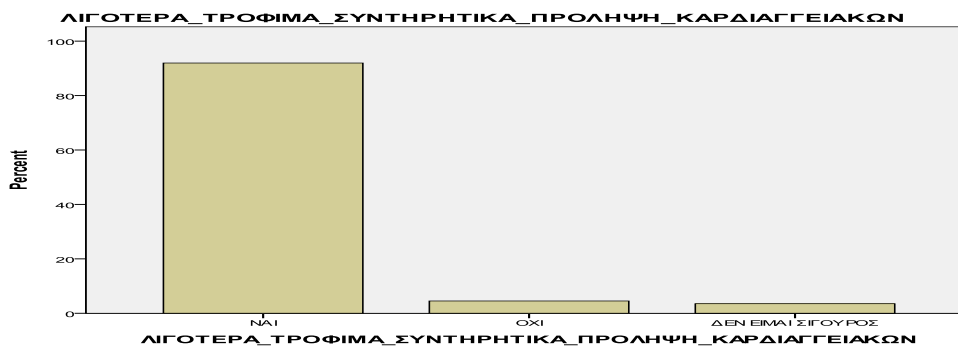
Εικόνα 38: ΚΟΡΕΣΜΕΝΑ ΛΙΠΑΡΑ-ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ



Εικόνα 39: ΑΛΑΤΙ-ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ

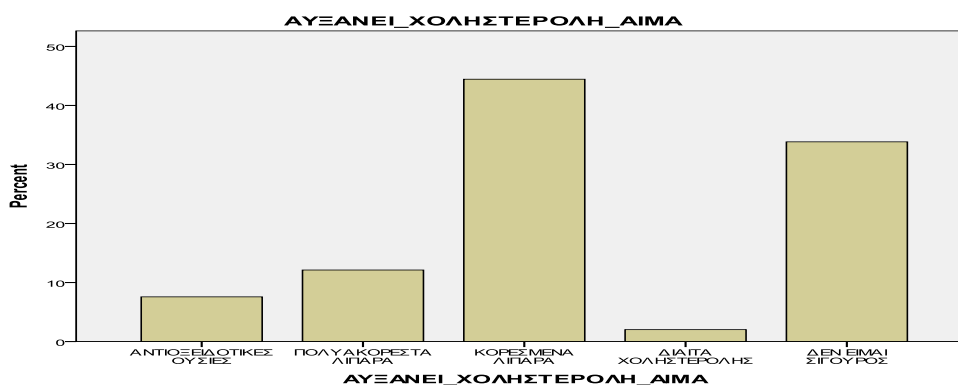


Εικόνα 40: ΦΡΟΥΤΑ-ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ



Εικόνα 41: ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΑ-ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ

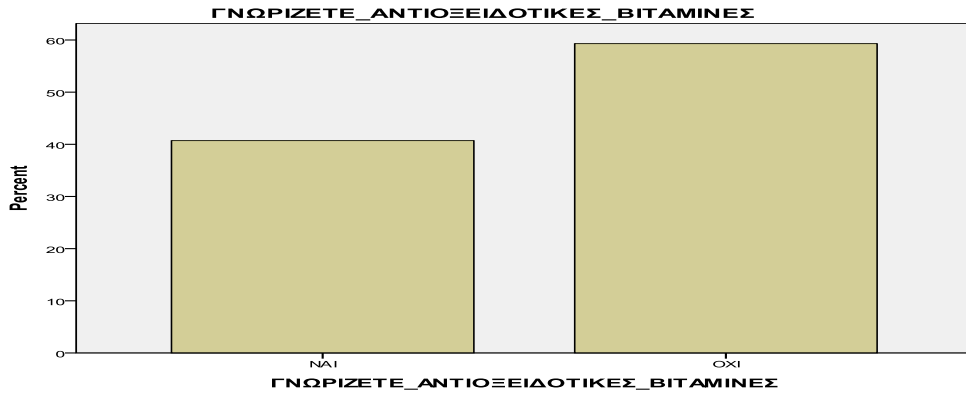
Επίσης ένα πρόβλημα που απασχολεί όλο και περισσότερο κόσμο αφού ολοένα και αυξάνονται οι πάσχοντες είναι τα καρδιαγγειακά προβλήματα που και εδώ πολλοί υποστηρίζουν πως το μυστικό είναι στη διατροφή μας και οι ερωτηθέντες δείχνουν να το συμμαρίζονται αυτό αφού όπως θα δούμε παρακάτω όλες οι απαντήσεις ανταποκρίνονται στη πραγματικότητα. Αναλυτικότερα το 70,4% (n=140) απάντησε θετικά για την αυξημένη κατανάλωση φυτικών ινών και το 92% (n=183) για των φρούτων όπως και για τη μείωση του αλατιού, των κορεσμένων λιπαρών και των συντηρητικών το 93,5% (n=186), το 79,3% (n=157) και το 92% (n=183) αντίστοιχα (εικόνες 37-41).



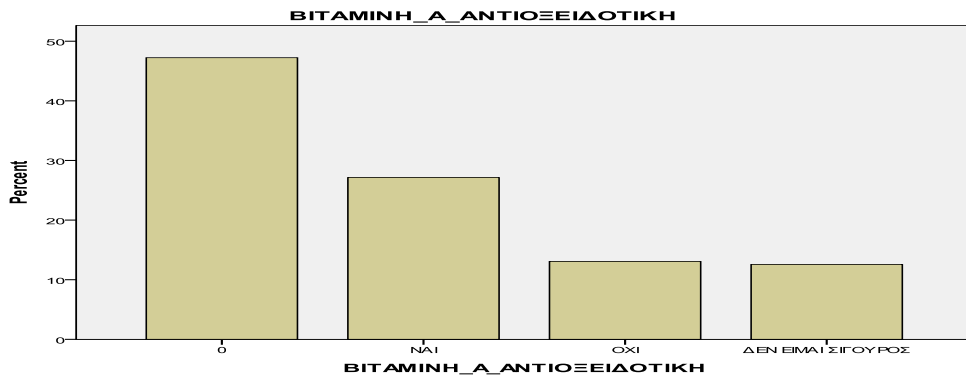
Εικόνα 42: ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΑΥΞΑΝΟΥΝ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ

Στην ερώτηση ποιες ουσίες αυξάνουν τη χοληστερόλη στο αίμα το 33,8% (n=67) δεν ήταν σίγουροι, το 44,1% (n=88) απάντησε τα κορεσμένα λιπαρά, το 7,6% (n=15) απάντησε τις αντιοξειδωτικές ουσίες, το 2% (n=4) επέλεξε τη διαίτα χοληστερόλης ενώ μόλις το 12,1% (n=24) απάντησε σωστά τα πολυακόρεστα λιπαρά (εικόνα 42).

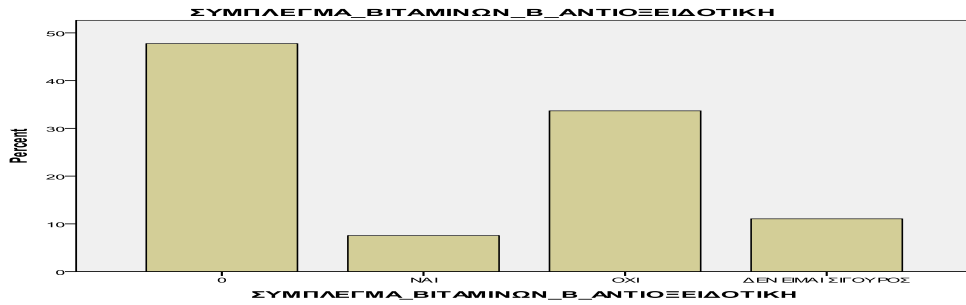
Σε όλα τα φρούτα περιέχονται βιταμίνες που είναι πολύτιμες για τον οργανισμό όμως κάποιες από αυτές έχουν επιπλέον ιδιότητες και αυτή είναι η αντιοξειδωτική τους δράση που όπως είδαμε όμως οι περισσότεροι δε τις γνωρίζουν αφού σε αυτή την ερώτηση απάντησε αρνητικά το 59,3% (n=118) ενώ θετικά το 40,7% (n=81) (εικόνα 43).



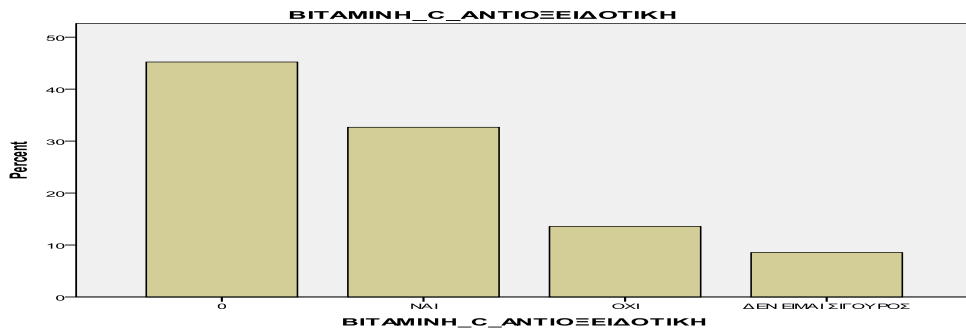
Εικόνα 43: ΓΝΩΣΗ ΑΝΤΙΟΞΕΙΔΩΤΙΚΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ



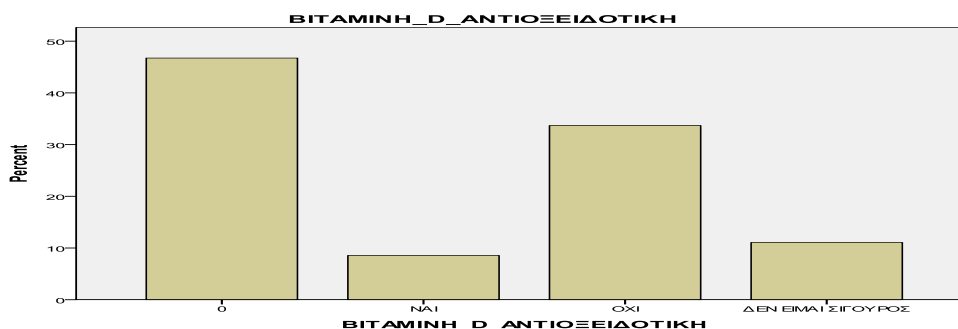
Εικόνα 44: ΒΙΤΑΜΙΝΗ Α



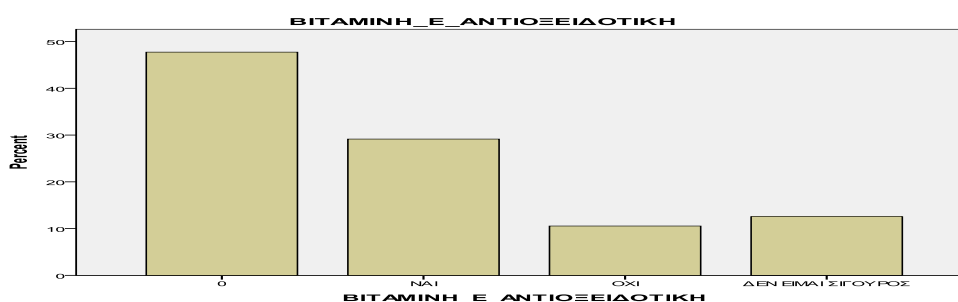
Εικόνα 45: ΣΥΜΠΛΕΓΜΑ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ Β



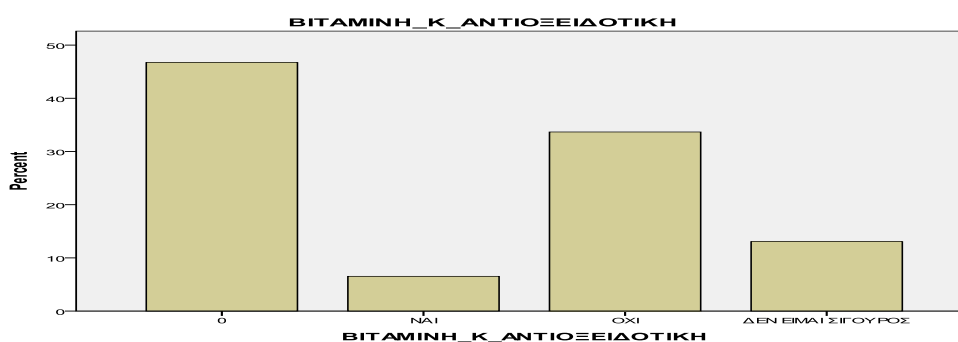
Εικόνα 46: ΒΙΤΑΜΙΝΗ C



Εικόνα 47:BITAMINH D



Εικόνα 48:BITAMINH E



Εικόνα 49:BITAMINH K

Οι αντιοξειδωτικές βιταμίνες λοιπόν φαίνεται να είναι όντως γνώστες στο μικρό ποσοστό που απάντησε θετικά με την Α να συγκεντρώνει 27,1% (n=54), τη C 32,7% (n=65) και την E το 29,1% (n=58) και με ένα αξιοσέβαστο ποσοστό να έχει μπερδευτεί και να έχει δώσει 46,7% (n=93) στη βιταμίνη K η οποία δεν ανήκει στις αντιοξειδωτικές όπως και η D με 8,5% (n=17) και η B με 7,5% (n=15) (εικόνες 44-49).

Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Διαιτητικής Πρόσληψης (The Mediterranean Diet Score)

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο συχνότητας διαιτητικής πρόσληψης (Panagiotakos et al., 2007), το οποίο εκτιμά τη διαιτητική πρόσληψη κατά τη διάρκεια της περασμένης εβδομάδας και μας παρέχει πληροφορίες για τη συνολική

κατανάλωση των τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής μέσω βαθμολογικής κλίμακας (Mediterranean Diet Score). Πρόκειται για ένα σκορ το οποίο χωρίζεται σε τρία επίπεδα συμμόρφωσης (χαμηλή συμμόρφωση: 0-20, μέτρια συμμόρφωση: 21-35, υψηλή συμμόρφωση: 36-55) και αφορά στο βαθμό της συνολικής κατανάλωσης τροφίμων, που βρίσκονται στη μεσογειακή διατροφή.

Αποτελείται από 11 ερωτήματα που αφορούν την συχνότητα κατανάλωσης κάποιων τροφίμων που σχετίζονται με τη μεσογειακή διατροφή και οι συμμετέχοντες έπρεπε να επιλέξουν την απάντηση από μια κλίμακα likert επτά βαθμίδων.

Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχουν επιλεγεί εννέα κατηγορίες τροφίμων, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τα μη-ραφιναρισμένα δημητριακά (ολικής αλέσεως δημητριακά και ζυμαρικά, μαύρο ρύζι, κ.τ.λ.), τα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια, οι πατάτες, τα ψάρια, το κρέας και τα προϊόντα κρέατος, τα πουλερικά, τα πλήρη σε λιπαρά γαλακτοκομικά προϊόντα (όπως τυρί, γιαούρτι και γάλα), όπως επίσης το ελαιόλαδο και τα αλκοολούχα ποτά.

Προσδιορίζει τη συχνότητα κατανάλωσης κάθε ομάδας τροφίμου η οποία ποσοτικά ορίζεται ως μερίδα ανά εβδομάδα, με εξαίρεση τα αλκοολούχα ποτά που η συχνότητα κατανάλωσης τους καθορίζεται ανά ημέρα. Το σκορ για κάθε ομάδα τροφίμων κυμαίνεται από 0 έως 5 ή αντίστροφα, γεγονός το οποίο επηρεάζεται από τη θέση των τροφίμων στη μεσογειακή πυραμίδα.

Αναλυτικότερα, για τα τρόφιμα τα οποία η κατανάλωσή τους συστήνεται σε καθημερινή βάση ή περισσότερες από 3 μερίδες την εβδομάδα (μη-ραφιναρισμένα δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ελαιόλαδο, ψάρια και πατάτες), ορίστηκε το σκορ 0 όταν δεν καταναλώνονται καθόλου και το σκορ 1 έως 5 για τη σπάνια έως την καθημερινή κατανάλωση αντίστοιχα. Αντίθετα, στα τρόφιμα τα οποία η κατανάλωσή τους συστήνεται σπανιότερα ή και μηνιαία (το κρέας και τα προϊόντα κρέατος, τα πουλερικά και τα γαλακτοκομικά προϊόντα πλήρη σε λιπαρά), το σκορ κυμαίνεται σε μια αντίστροφη κλίμακα από το 5 ως το 0. Δηλαδή, το 5 δείχνει ότι υπάρχει πολύ σπάνια έως μηδενική κατανάλωση της συγκεκριμένης ομάδας τροφίμων και το 0 ότι υπάρχει σχεδόν καθημερινή κατανάλωση.

Τέλος, το σκορ για το αλκοόλ κυμαίνεται από το 5 για την κατανάλωση <300 ml αλκοόλ ανά ημέρα, το 0 για καμία κατανάλωση ή για την κατανάλωση >700 ml ανά ημέρα και το σκορ από 1 ως 4 για την κατανάλωση 600–700, 500–600, 400–500 και 300–400 ml ανά

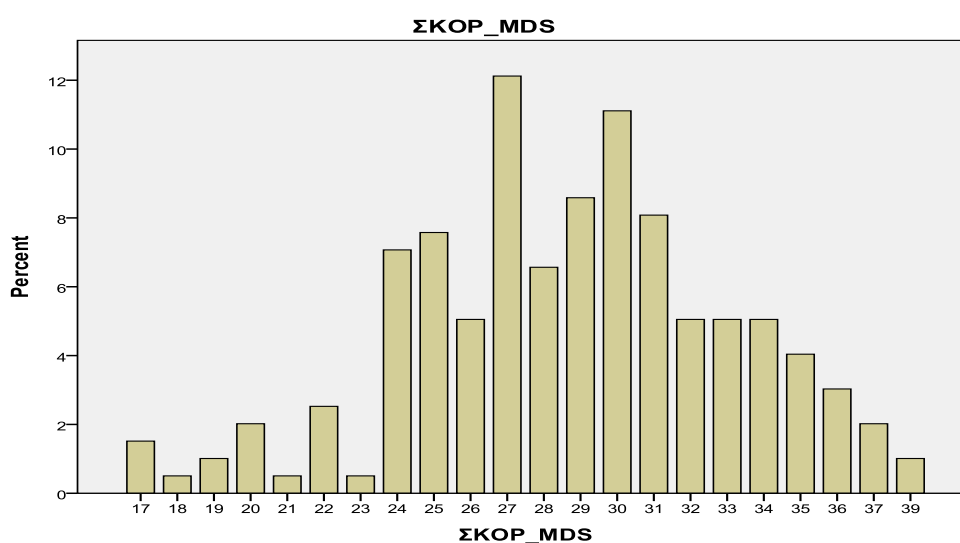
ημέρα αντίστοιχα (στα 100 ml συμπεριλαμβάνονται 12g συγκέντρωση αιθανόλης) (Panagiotakos et al., 2007). Πρέπει να αναφερθεί ότι αλκοολούχα ποτά σαν το κρασί έχουν τη συγκεκριμένη συγκέντρωση αιθανόλης (12%). Το συνολικό σκορ μπορεί να κυμαίνεται από το 0 έως το 55 και υψηλότερες τιμές του δείχνουν μεγαλύτερη συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή.

Το ερωτηματολόγιο αυτό επιλέχθηκε διότι έχει ήδη χρησιμοποιηθεί, επομένως παρουσιάζει υψηλή εγκυρότητα, είναι χρονολογικά το πιο πρόσφατο, οπότε δεν ήταν απαραίτητη η δημιουργία ενός νέου ερωτηματολογίου το οποίο θα έπρεπε να αποδειχτεί ότι ήταν κατάλληλο για την παρούσα έρευνα. Επίσης, είναι αρκετά σύντομο αφού ο χρόνος συμπλήρωσής του κυμαίνεται από 5-10 λεπτά και δείχνει αμέσως μια πρώτη εκτίμηση, υπολογίζοντας το τελικό σκορ με βάση πάντα τη συμμόρφωση στη Μεσογειακή διατροφή.

ΣΚΟΡ_MDS		
N	Valid	198
Mean		28,71
Std. Deviation		4,403
Minimum		17
Maximum		39

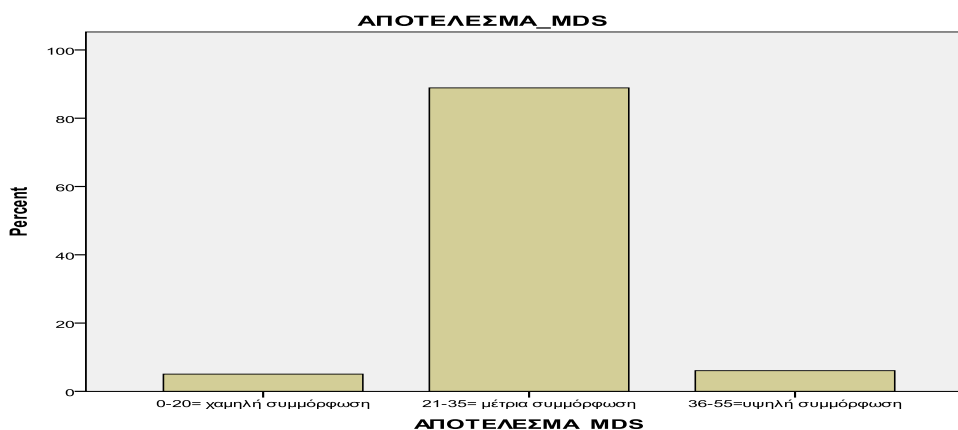
Πίνακας 11: ΜΕΣΗ ΤΙΜΗ MDS

Η μέση τιμή του σκορ ερωτηματολόγιο συχνότητας διαιτητικής πρόσληψης ήταν 28,71 (TA=±4,403) με μικρότερη τιμή το 17 και μέγιστη το 39 (πίνακας 11, εικόνα 50).



Εικόνα 50: ΣΚΟΡ MDS

Η εικόνα 51 δείχνει τη συμμόρφωση των συμμετεχόντων στη Μεσογειακή Διατροφή. Χαμηλή συμμόρφωση παρουσίασαν μόνο 10 άτομα από τα 199 του δείγματος ποσοστό 5,1%, αλλά και μόνο 12 άτομα ποσοστό 6,1% του δείγματος είχαν υψηλή συμμόρφωση. Το 88,9% (n=176) του δείγματος έχει μέτρια συμμόρφωση στη Μεσογειακή Διατροφή.



Εικόνα 51: ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ MDS

Όσο αφορά στα τρόφιμα των οποίων η κατανάλωση συστήνεται σε καθημερινή βάση ή περισσότερες από 3 μερίδες την εβδομάδα, όπως είναι τα: μη επεξεργασμένα δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ελαιόλαδο, ψάρια και πατάτες, στα οποία ορίστηκε η βαθμολογία 0 όταν δεν καταναλώνονται καθόλου και η βαθμολογία 1 έως 5 για τη σπάνια έως την καθημερινή κατανάλωση, αντίστοιχα, παρατηρείται ότι μόλις 1-2 φορές την εβδομάδα καταναλώνονται ενώ ο κοινός πληθυσμός έχει υψηλότερα σκορ από τους επαγγελματίες υγείας.

Για τα τρόφιμα όπως τα πουλερικά και τα γαλακτοκομικά προϊόντα με πλήρη λιπαρά των οποίων η κατανάλωση συστήνεται σπανιότερα, και με βαθμολογία να κυμαίνεται σε μια αντίστροφη κλίμακα απ' ότι στα υπόλοιπα, βρέθηκε ότι μάλλον οι όροι έχουν αντιστραφεί και καταναλώνονται πολύ συχνά ακολουθώντας τα δυτικά πρότυπα και ξεφεύγοντας από την μεσογειακή δίαιτα.

Ο συνολικός μέσος όρος και των δυο προσεγγίζει το 5 που σημαίνει ότι η κατανάλωση και των δυο περιορίζεται σε χαμηλά επίπεδα από τους συμμετέχοντες.

Πολύ καλό παρουσιάζεται το σκορ της χρήσης του ελαιολάδου αφού είναι 4.29 (προσεγγίζει το 5), ενώ τέλος το σκορ του αλκοόλ είναι κατά μέσο όρο 3,02 (πίνακας 12).

Όπως λοιπόν φαίνεται από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων η συμμόρφωση είναι μέτρια αφού το ολικό σκορ της μεσογειακής διατροφής κυμαίνεται γύρω στο 30 με

ελαφρώς υψηλότερο που μόλις περνά το 30 τους επαγγελματίες υγείας του Βενιζέλειου νοσοκομείου.

	Επαγγελματίες υγείας Βενιζέλειο	Κοινός πληθυσμός	Επαγγελματίες υγείας ΠΑΓΝΗ	Σύνολο
Συνολικό σκορ	30,19	28,13	28,47	28,71
Σκορ δημητριακών ολικής	1,02	1,11	0,8	1,01
Σκορ πατάτας	1,75	2,03	1,41	1,81
Σκορ φρούτων	1,92	2,17	2,02	2,07
Σκορ λαχανικών	1,77	2,3	1,9	2,07
Σκορ οσπρίων	1,73	2,02	1,47	1,81
Σκορ ψαριών	1,29	1,61	1,24	1,44
Σκορ κόκκινου κρέατος	3,81	3,04	3,37	3,31
Σκορ πουλερικών	4,31	3,57	3,63	3,77
Σκορ γαλακτοκομικών	4,27	3,98	4,29	4,13
Σκορ ελαιολάδου	4,6	4,2	4,16	4,29
Σκορ αλκοόλης	3,81	2,09	4,16	3,02

Πίνακας 12: ΟΛΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΣΚΟΡ ΚΑΙ ΣΚΟΡ ΤΡΟΦΙΜΩΝ

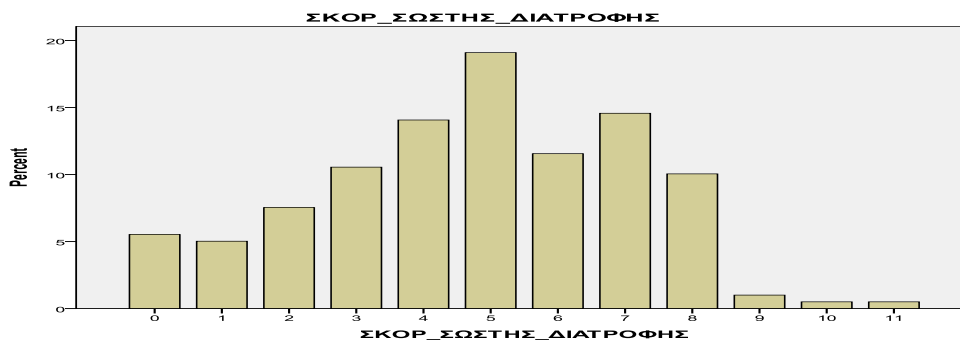
Επιπλέον για τον έλεγχο εκτίμησης σωστής διατροφής χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο 16 ερωτημάτων με δυνατότητα επιλογής ΝΑΙ και ΟΧΙ, το οποίο έχει σχεδιαστεί από τον κλινικό Διαιτολόγο Πασπάνο Ν. με σκοπό να καταγραφούν διατροφικές συνήθειες που σχετίζονται με το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής. Πρόκειται για ένα σκορ το οποίο χωρίζεται σε τρία επίπεδα: σκορ ≤ 3 , χαμηλή βαθμολογία η διατροφή που δεν σχετίζεται με τα Μεσογειακά διαιτητικά πρότυπα, σκορ 4-7, μέτρια βαθμολογία, απαιτείται βελτίωση της διατροφής για να προσαρμοστεί στα Μεσογειακά διαιτητικά πρότυπα και σκορ ≥ 8 , υψηλή βαθμολογία όπου σε μεγάλο βαθμό ακολουθείται η Μεσογειακή διατροφή.

Η μέση τιμή του σκορ στο ερωτηματολόγιο ήταν 4,75 (ΤΑ=±2,337) με μικρότερη τιμή το 0 και μέγιστη το 11 (πίνακας 13, εικόνα 52).

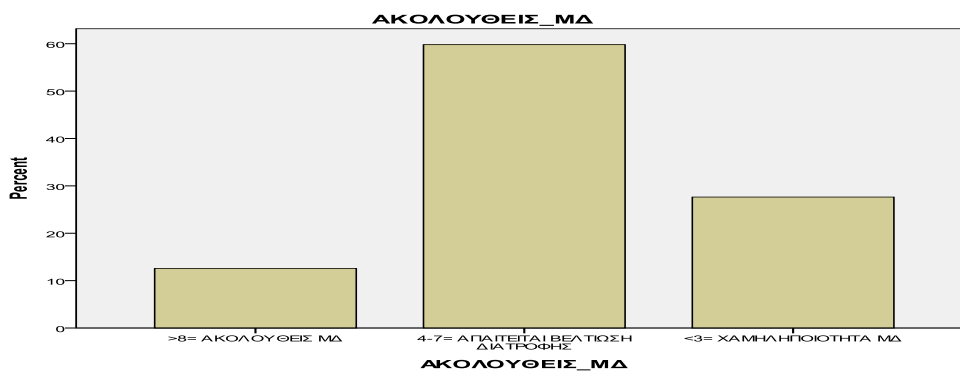
Από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων καταγράφηκε μόλις 12,6% ακολουθούν σωστή διατροφή σε ποσοστό 59,8% η διατροφή χρειάζεται βελτίωση και σε ποσοστό 27,6% η διατροφή τους είναι πολύ χαμηλής ποιότητας (εικόνα 53).

ΣΚΟΡ_ΣΩΣΤΗΣ_ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ		
N	Valid	199
Mean		4,75
Std. Deviation		2,337
Minimum		0
Maximum		11

Πίνακας 13: ΣΚΟΡ ΣΩΣΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



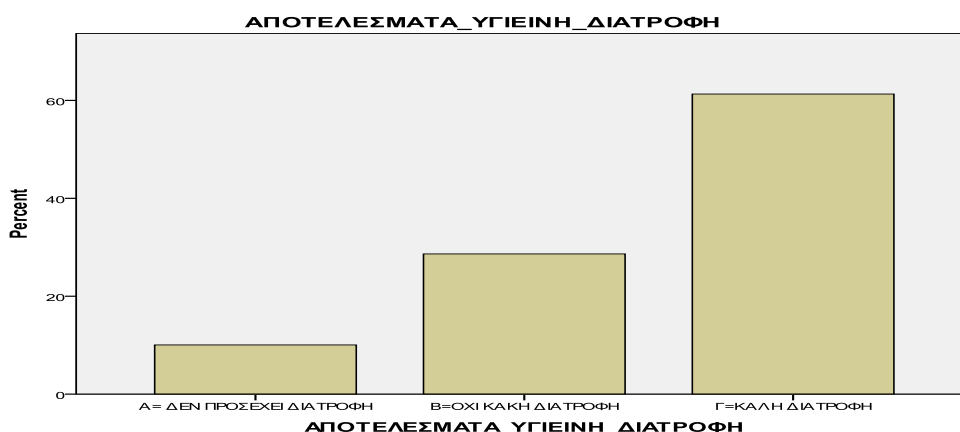
Εικόνα 52: ΣΚΟΡ ΣΩΣΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ



Εικόνα 53: ΑΚΟΛΟΥΘΙΑ ΣΩΣΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Τέλος ακολουθούσαν 8 ερωτήσεις για την εκτίμηση της υγιεινής διατροφής που έκαναν οι συμμετέχοντες. Αν συμπλήρωναν περισσότερες απαντήσεις από το Α τότε δεν προσέχουν καθόλου την διατροφή τους και αν δεν προσπαθήσουν να την αλλάξουν θα καταλήξουν να είναι παχύσαρκοι με προβλήματα υγείας. Η επιλογή των απαντήσεων Β σημαίνει ότι η διατροφή δεν είναι κακή αλλά χρειάζεται βελτίωση και η επιλογή του Γ σημαίνει ότι ακολουθούν τους περισσότερους κανόνες καλής διατροφής.

Από τις απαντήσεις σε αυτό το σημείο καταγράφηκε κάτι που αντικρούει όλα τα προηγούμενα, καθώς ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό 61,3% φαίνεται να ακολουθεί καλή διατροφή χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι είναι και η σωστή (εικόνα 54).



Εικόνα 54: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

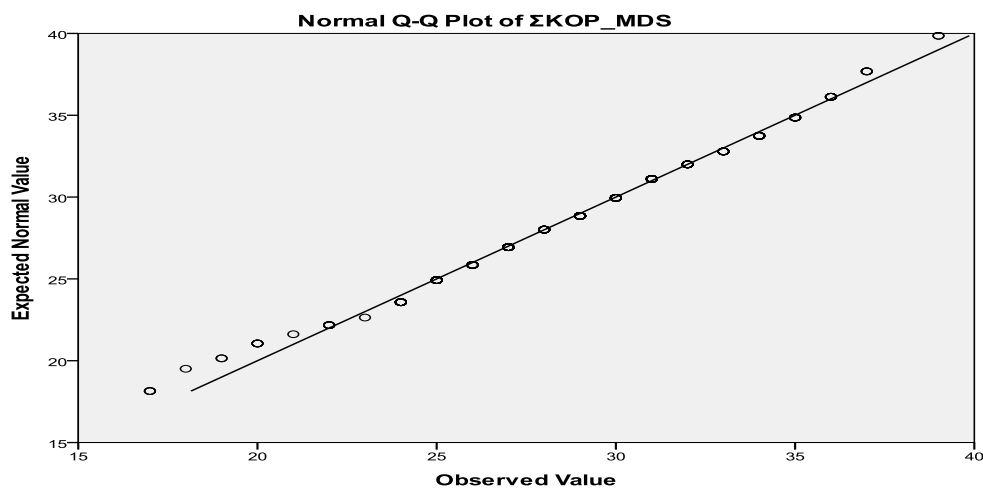
Ένα από τα πιο σημαντικά προβλήματα στην στατιστική είναι η διερεύνηση της πληροφορίας που σχετίζεται με την μορφή της κατανομής από την οποία προέρχεται ένα τυχαίο δείγμα. Οι περισσότεροι έλεγχοι γίνονται με την προϋπόθεση το τυχαίο δείγμα να προέρχεται από κανονική κατανομή του πληθυσμού.

Για τον έλεγχο στην παρούσα μελέτη της κατανομής κατασκευάστηκαν δυο γραφήματα στο SPSS το P-P Plot (probability-probability plot) και το Q-Q Plot (quantile-quantile plot). Με αυτά τα γραφήματα φαίνεται οπτικά η ύπαρξη κανονικότητας στα δεδομένα της έρευνας. Στο Q-Q Plot φαίνεται ότι τα σημεία είναι πάρα πολύ κοντά στην ευθεία, δεν φαίνονται κάποιες έκτροπες παρατηρήσεις και αυτό είναι ένδειξη ότι η κατανομή είναι κανονική (εικόνα 55-56).

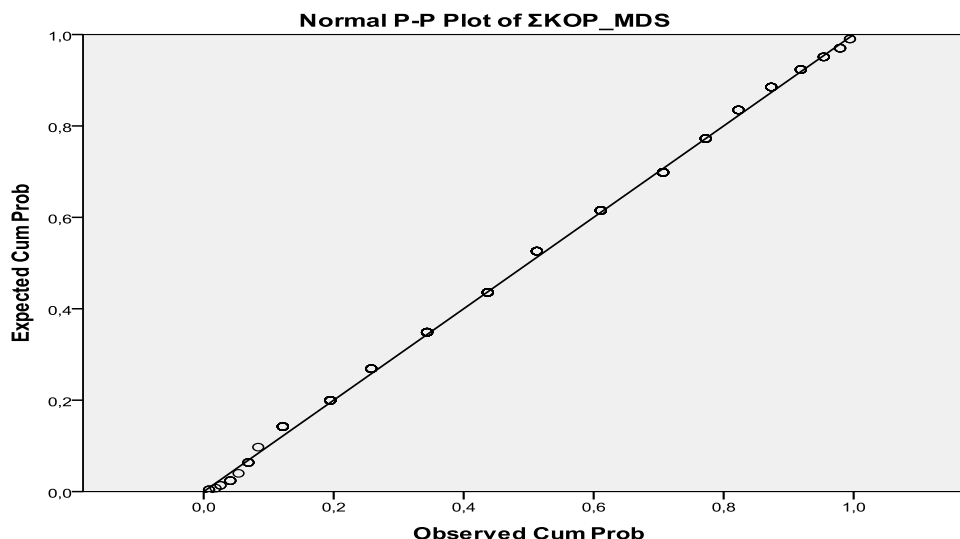
Το τεστ Kolmogorov-Smirnov είναι μια απλή τιμή p-value που υπολογίζεται με μια ελαχιστοσυνάρτηση. Παρατηρούμε ότι το p-value είναι 0,927 άρα η τιμή αυτή είναι μεγαλύτερη από το 0,05 άρα υπάρχει κανονικότητα στα δεδομένα (πίνακας 14).

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test		
N		198
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	28,71
	Std. Deviation	4,403
Most Extreme Differences	Absolute	,066
	Positive	,055
	Negative	-,066
Kolmogorov-Smirnov Z		,927
Asymp. Sig. (2-tailed)		,357
a. Test distribution is Normal.		
b. Calculated from data.		

Πίνακας 14: ΤΕΣΤ KOLMOGOROV SMIRNOV



Εικόνα 55: Q-Q PLOT



Εικόνα 56: P-P PLOT

Συμπερασματική στατιστική- μελέτη συσχετίσεων

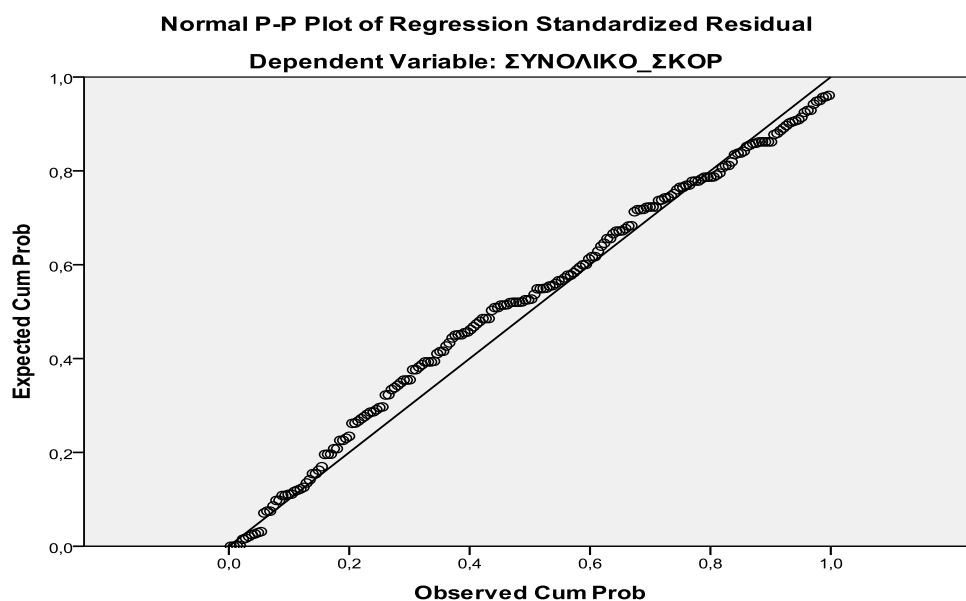
Για τη μελέτη συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson (chi-square test) και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως $\alpha=0,05$. Όπως φαίνεται από τον πίνακα που ακολουθεί υπάρχουν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις όσον αφορά:

- Το φύλο και το ΔΜΣ (p-value= 0,000) καθώς και με το BMI (p-value= 0,033) καθώς οι γυναίκες επειδή προσέχουν περισσότερο την εξωτερική τους εμφάνιση τρώνε πιο υγιεινά.
- Την ηλικία με το συνολικό σκορ Μεσογειακής διατροφής (p-value= 0,003) καθώς νεότερα άτομα προσέχουν πιο πολύ την διατροφή τους.
- Την οικογενειακή κατάσταση με το συνολικό σκορ της συχνότητας διαιτητικής πρόσληψης (MDS) (p-value= 0,000) καθώς η ύπαρξη παιδιών στο σπίτι επηρεάζει τους γονείς στην κατανάλωση υγιεινών τροφίμων.
- Το BMI με την συχνότητα πρόσληψης υγιεινών τροφών (p-value= 0,003) καθώς σχετίζεται πιθανόν με την προσπάθεια να μειωθεί το βάρος σώματος.
- Το χώρο εργασίας και το ΔΜΣ (p-value= 0,033) και τα αποτελέσματα υγιεινής διατροφής (p-value= 0,035) καθώς οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται ότι είναι πιο ενημερωμένοι πιθανόν και ακολουθούν συχνότερα το πρότυπο της Μεσογειακής διατροφής.

ΦΥΛΟ	BMI	0,033
	ΔΜΣ	0,000
	Σκορ MDS	0,401

	Ακολουθούν ΜΔ	0,615
	Αποτελέσματα υγιεινής διατροφής	0,905
ΗΛΙΚΙΑ	BMI	0,658
	ΔΜΣ	0,742
	Σκορ MDS	0,994
	Ακολουθούν ΜΔ	0,276
	Αποτελέσματα υγιεινής διατροφής	0,869
	Σκορ ΜΔ	0,003
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	BMI	0,326
	ΔΜΣ	0,111
	Σκορ MDS	0,086
	Ακολουθούν ΜΔ	0,764
	Αποτελέσματα υγιεινής διατροφής	0,162
	Σκορ ΜΔ	0,834
	Αποτελέσματα MDS	0,000
BMI	Σκορ MDS	0,003
	Αποτελέσματα MDS	0,000
	Σκορ σωστής διατροφής	0,059
	Ακολουθούν ΜΔ	0,479
ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ	ΔΜΣ	0,033
	Αποτελέσματα υγιεινής διατροφής	0,035

Στη παρακάτω εικόνα 57 φαίνεται η συσχέτιση των Διατροφικών Γνώσεων και της Μεσογειακής Διατροφής. Όπως φαίνεται υπάρχει θετική συσχέτιση ($r = 0.251$), και υπάρχει στατιστική σημαντικότητα ($p = 0.000$).



Εικόνα 57: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στα αποτελέσματα παρατηρήσαμε αρχικά ότι ο αριθμός των γυναικών (57,3%) ήταν μεγαλύτερος από αυτόν των ανδρών. Αυτό συμβαίνει κυρίως γιατί οι γυναίκες ασχολούνται με διατροφικά θέματα και θέματα υγείας περισσότερο (Schupp et al., 2001), οπότε είναι αυτές που δέχτηκαν να συμμετέχουν στην μελέτη. Παρόλα αυτά όμως και η συμμετοχή των αντρών ήταν αρκετά μεγάλη (42,7%) αποδεικνύοντας ότι η διατροφή έχει κερδίσει και αυτό το κοινό. Αυτό ίσως να οφείλεται επίσης στο γεγονός ότι περισσότερο οι γυναίκες αποφασίζουν να ασχοληθούν με τα επαγγέλματα υγείας και κυρίως αυτό της νοσηλεύτριας. Αυτό συμβαίνει από πολύ παλιά αφού ανέκαθεν θεωρείτο μια γυναικεία δουλειά αφού περιλαμβάνει την φροντίδα όλων των ηλικιών και απαιτεί μια καθημερινή και κοντινή επαφή με τον νοσηλευόμενο.

Στη συνέχεια, αυτό που είναι άξιο σχολιασμού είναι ότι οι μισοί συμμετέχοντες δεν είχαν παιδιά ενώ σε ποσοστό 63,8% τα παιδιά τους ήταν ενήλικα. Ο παράγοντας αυτός πιθανόν να επηρεάζει και τις διατροφικές γνώσεις, καθώς φαίνεται ότι οι γονείς τείνουν να έχουν υψηλότερο ενδιαφέρον για τις διατροφικές πληροφορίες (Driehoutis et al., 2006) άρα και περισσότερες γνώσεις. Αυτό συμβαίνει γιατί οι γονείς πρέπει να υιοθετούν ένα υγιεινό διατροφικό πρότυπο, όπου όπως έχουν δείξει έρευνες η μητρική διατροφή επιδρά στην διατροφή του παιδιού (McLeod et al., 2011), οπότε εξ' αιτίας των παιδιών, των οποίων η διατροφή πρέπει να είναι ισορροπημένη και πλούσια σε φυσικές και μη επεξεργασμένες τροφές για τη σωστή ανάπτυξή τους.

Το μορφωτικό επίπεδο επιβεβαιώνει το υψηλό κοινωνικό επίπεδο του δείγματος αφού το 53,2% του δείγματος είναι απόφοιτοι σχολών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΑΤΕΙ) και το 11,7% κατέχει μεταπτυχιακό δίπλωμα. Το μορφωτικό επίπεδο καθώς και η επαγγελματική θέση, επιβεβαιώνουν το υψηλό κοινωνικό και μορφωτικό επίπεδο του δείγματος. Το μορφωτικό επίπεδο και η κοινωνικό-οικονομική θέση έχουν σημαντική επιρροή στη διατροφική γνώση, αφού έχει αποδειχθεί ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της κοινωνικό-οικονομικής θέσης και της διατροφικής ποιότητας (McLeod et al., 2011).

Στα αποτελέσματα των διατροφικών γνώσεων δεν υπάρχει σημαντικά μεγάλη διαφορά ανάμεσα στις 3 διαφορετικές ομάδες που διεξήχθη η έρευνα αφού όλων το σκορ χαρακτηρίζεται ως «μέτριο». Ωστόσο ως προς την ολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου πρώτο σε διατροφικές γνώσεις φαίνεται να έρχονται οι εργαζόμενοι του Βενιζέλειου Νοσοκομείου (66,42) με τους εργαζόμενους του Πανεπιστημιακού

Νοσοκομείου να ακολουθούν με μικρή διαφορά (65,26) και τους μη επαγγελματίες να έρχονται τελευταίοι σε διατροφικές γνώσεις (59,12).

Φαίνεται λοιπόν πως οι επαγγελματίες υγείας έχουν καλύτερες διατροφικές γνώσεις σε σχέση με άτομα από διαφορετικούς επαγγελματικούς κλάδους.

Όσον αφορά στη συμμόρφωση στη Μεσογειακή διατροφή, στο σύνολο του δείγματος, αυτή χαρακτηρίζεται ως μέτρια (28,71). Ίσως αυτό να οφείλεται στον αυξημένο φόρτο εργασίας που χαρακτηρίζει τον ιατρονοσηλευτικό κλάδο και φυσικά οι προσωπικές προτιμήσεις είναι μια παράμετρος που πρέπει να λάβουμε υπόψη. Βέβαια μόνο 12 άτομα από τα 199 του δείγματος έδειξαν να συμμορφώνονται στο Μεσογειακό πρότυπο διατροφής κάτι που ίσως να οφείλεται στην εύκολη πρόσβαση σε προπαρασκευασμένο φαγητό, στα συσκευασμένα τρόφιμα και στο δυτικό τρόπο διατροφής που δείχνει να γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής ειδικά στις νεότερες ηλικίες.

Όσο αφορά τη συχνότητα και τον τόπο κατανάλωσης γευμάτων, οι περισσότεροι συμμετέχοντες γευμάτιζαν στο σπίτι και 1-2 φορές την εβδομάδα σε εστιατόριο (47,4%) και σουβλατζίδικα (49,8%) ή στη δουλειά. Αυτό πιθανώς να συμβαίνει γιατί πολλοί από τους συμμετέχοντες εργάζονται τις περισσότερες ώρες της ημέρας οπότε δεν τους είναι εύκολο να καταναλώνουν το γεύμα τους στο σπίτι. Παρόλα αυτά, το γεγονός ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δήλωσαν εβδομαδιαία κατανάλωση τροφίμων στα εστιατόρια, επηρεάζει σε ένα βαθμό τη συμμόρφωσή τους σε ένα υγιές διατροφικό πρότυπο, αφού η εβδομαδιαία συνήθεια του εστιατορίου συνδέεται συχνά με διατροφή υψηλή σε λίπος και χαμηλή σε φυτικές ίνες (McCrogy et al., 2002) και οι μερίδες των εστιατορίων πολλές φορές είναι μεγαλύτερες του κανονικού, αλλά και η παρουσία παρέας βοηθά στην κατανάλωση περισσότερης τροφής (De Castro., 2007).

Αναλύοντας τις επιμέρους κατηγορίες της του ερωτηματολογίου της ακολουθίας της Μεσογειακής Διατροφής παρατηρείται ότι στα τρόφιμα των οποίων η κατανάλωση συστήνεται σε καθημερινή βάση ή περισσότερες από 3 μερίδες την εβδομάδα, όπως είναι τα: μη επεξεργασμένα δημητριακά, φρούτα, λαχανικά, όσπρια, ελαιόλαδο και ψάρια η μέση βαθμολογία τους χαρακτηρίζεται ως καλή (61,3) αφού 122 στους 199 συμμετέχοντες επέλεξαν την απάντηση «Γ» που σημαίνει ότι ακολουθούν τους περισσότερους κανόνες καλής διατροφής.

Επιπλέον για τον έλεγχο εκτίμησης σωστής διατροφής χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο 16 ερωτημάτων με δυνατότητα επιλογής ΝΑΙ και ΟΧΙ, με σκοπό να

καταγραφούν διατροφικές συνήθειες που σχετίζονται με το Μεσογειακό πρότυπο διατροφής. Η μέση τιμή του σκορ στο ερωτηματολόγιο χαρακτηρίζεται ως μέτρια (4,75) που αυτό σημαίνει πως απαιτείται βελτίωση.

Αν και στα αποτελέσματα των διατροφικών γνώσεων του δείγματος δεν υπήρχε μεγάλη διαφορά μεταξύ των δυο φύλων οι γυναίκες ήταν αυτές που τόσο στο συνολικό σκορ όσο και στην ενότητα που ασχολείται με τη γνώση των διατροφικών πηγών των θρεπτικών συστατικών έχουν υψηλότερες γνώσεις απ' ότι οι άνδρες. Αυτό επιβεβαιώνεται και από παλαιότερες μελέτες που έχουν δείξει ότι οι γυναίκες ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγιεινή διατροφή από ότι οι άνδρες και συχνά κατηγοριοποιούν τα τρόφιμα βάσει της περιεκτικότητάς τους σε θρεπτικά συστατικά (Fagerli & Wandel., 1999; Rozin et al., 1999).

Η συμμόρφωση στη Μεσογειακή διατροφή στο σύνολο του δείγματος ήταν μέτρια. Το φαινόμενο αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα του υψηλού μορφωτικού και κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου. Παρ' όλα αυτά, η μέτρια συμμόρφωση στη Μεσογειακή διατροφή μπορεί να αποδοθεί στο γεγονός ότι οι προσωπικές προτιμήσεις των συμμετεχόντων είναι ένας επιπλέον παράγοντας που λειτούργησε ανασταλτικά στην υψηλή συμμόρφωση της Μεσογειακής διατροφής, αφού δεν ταυτίζονται πλήρως με τα τρόφιμα που απαρτίζουν τη Μεσογειακή διατροφή.

Είναι γνωστό εξάλλου ότι τα κατεργασμένα και πλούσια σε λιπαρά τρόφιμα είναι πιο λαχταριστά (Drewnowski et al., 1992; Abumrad, 2005; Laugerette et al., 2005). Χαμηλή συμμόρφωση παρουσίασε 10 άτομα, στα συνολικά 199 άτομα. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι υπήρχε ανομοιογένεια στο δείγμα, καθώς και ότι οι άνδρες δεν είναι αυτοί που κυρίως ασχολούνται με διατροφικά θέματα και θέματα υγείας (Schupp et al., 2001). Επίσης η αγορά και η προετοιμασία των τροφίμων όπως φάνηκε παραπάνω είναι κυρίως ευθύνη των γυναικών, οπότε πιθανόν το άτομο αυτό να μην κάνει μόνο του τις διατροφικές του επιλογές.

Συγκρίνοντας λοιπόν τις διατροφικές γνώσεις των συμμετεχόντων στην ερευνα μας με εκείνων που πήραν μέρος στην ερευνα που διεξήχθη στη Σητεία το 2016 από τη Μαρκουλάκη Χρυσή και συν σε εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης που είχαν συμμετάσχει σε Προγράμματα Αγωγής Υγείας στη διατροφική εκπαίδευση βλέπουμε ότι το ολικό σκορ της έρευνας (69,8) είναι πολύ κοντά ολικό σκορ που προέκυψε από τη δική μας έρευνα (62,43) που διεξήχθη σε επαγγελματίες υγείας και μη.

Μελετώντας πιο αναλυτικά τις υποενότητες των διατροφικών γνώσεων παρατηρούμε τους κατοίκους του νομού Ηρακλείου όπου διεξήχθη η έρευνα να παρουσιάζουν υψηλότερη θετική συσχέτιση σχετικά με τη γνώση των διατροφικών συστάσεων (7,76) από αυτό των κατοίκων του νομού Λασιθίου(7,3) ενώ αντίστοιχα οι δεύτεροι φαίνεται να έχουν πολύ καλύτερη γνώση ως προς την επιλογή τροφίμων (5,2) σε σχέση με τους πρώτους (3,67) με τις υπόλοιπες υποκατηγορίες διατροφικών συστάσεων να μη παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές.

Συγκρίνοντας επίσης τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου διατροφικών γνώσεων του δείγματος που πήραμε από τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο Βενιζέλειο και Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο όπως και εκείνο των μη επαγγελματιών με αυτά της έρευνας της Μιτσιγιώργη Στυλιανής και συν που διεξήχθη στη Σητεία το 2014 στους εργαζόμενους του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας του ΤΕΙ Κρήτης βλέπουμε πως το ολικό σκορ της έρευνας της Κ. Μιτσιγιώργη είναι αρκετά υψηλό (72,98) αν και λαμβάνοντας υπόψη πως απευθύνεται σε εξειδικευμένο σχετικά με τη διατροφή πληθυσμό δεν έχει μεγάλη απόκλιση με την έρευνα που διεξαγάγαμε (62,43) σε επαγγελματίες υγείας που δεν έχουν εξειδικευμένες όπως επίσης πρέπει να ληφθεί υπόψη και το γεγονός ότι το ολικό σκορ παρουσιάζει μια πτώση αφού συνυπολογίζονται και τα αποτελέσματα ανθρώπων που δεν έχουν σε επαγγελματικά πλαίσια σχέση με τη διατροφή.

Πιο αναλυτικά αν και με χαμηλότερο ολικό σκορ η έρευνα που διεξήχθη σε επαγγελματίες υγείας και μη δείχνει να έχει πιο ισχυρή θετική συσχέτιση με την υποκατηγορία σχετικά με τη γνώση των διατροφικών συστάσεων (7,76) από εκείνη που διεξήχθη στους εργαζόμενους του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας του ΤΕΙ Κρήτης (5,43) όπως και στην υποκατηγορία που αφορά στη γνώση σχετικά με τη σχέση της διατροφής με τις ασθένειες η πρώτη παρουσιάζει υψηλότερο σκορ (12,53) σε σχέση με τη δεύτερη (12,04). Πρέπει βέβαια να σημειωθεί ότι έρευνα που διεξήχθη στη Σητεία παρουσίασε μια σημαντικά ισχυρότερη θετική συσχέτιση ως προς τη γνώση για τα θρεπτικά συστατικά (49,68) συγκριτικά με αυτή που διεξαγάγαμε στο Ηράκλειο.

Στη συνέχεια θελήσαμε να μελετήσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη από τη Τσίπρα Αργυρώ και συν στη Σητεία το 2012 σε εργαζόμενους στη σχολή κοινωνικών επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο διατροφικών γνώσεων και ένα ερωτηματολόγιο συμμόρφωσης στη Μεσογειακή διατροφή (Mediterranean Diet Score). Τα ίδια ερωτηματολόγια διανείμαμε και εμείς σε

επαγγελματίες υγείας και μη και τα αποτελέσματα του ολικού σκορ ανάμεσα στη δυο έρευνες είχαν μια σημαντική διαφορά με εκείνη της κ.Τσίπρα να υπερτερεί (73,01) σε σχέση με τη δική μας (62,43). Βέβαια εμβαθύνοντας στις υποκατηγορίες του ερωτηματολογίου των διατροφικών γνώσεων βλέπουμε πως το δείγμα των επαγγελματιών υγείας και των μη επαγγελματιών έχει καλύτερη γνώση σχετικά με τη σχέση της διατροφής με τις ασθένειες (12,53) σε σχέση με εκείνο των εργαζομένων στη σχολή κοινωνικών επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης (9,7), μεγάλη βέβαια είναι και διαφορά σε γνώσεις σχετικά με τα θρεπτικά συστατικά που έχει η δεύτερη έρευνα (47,6) σε σχέση με τη πρώτη (39,09) ενώ στις υπόλοιπες υποκατηγορίες οι διαφορές μεταξύ των δυο ερευνών είναι μικρές.

ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που παρουσιάστηκαν στα παραπάνω κεφάλαια, πρέπει να αξιολογηθούν συνυπολογίζοντας ταυτόχρονα τις όποιες αδυναμίες και τους περιορισμούς που υπάρχουν στην ερευνητική μεθοδολογία.

Άλλη μία επισήμανση που πρέπει να γίνει σχετικά με την έρευνά, αφορά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της Μεσογειακής Διατροφής και συγκεκριμένα τις ερωτήσεις που δεν υπήρχε επιλογή μηδενικής κατανάλωσης και τα άτομα του δείγματός μας αρκετές φορές διαμαρτύρονταν διότι οι απαντήσεις τους δεν ανταποκρίνονταν στις ακριβείς τους διατροφικές συνήθειες.

Επίσης, θα πρέπει να τονιστεί ότι στο ερωτηματολόγιο των διατροφικών γνώσεων μερικές από τις ερωτήσεις ήταν γενικές ως προς τα τρόφιμα και τη σύνθεση τους και πολλοί από τους συμμετέχοντες χρειάζονταν διευκρινίσεις, τις οποίες αδυνατούσαμε να δώσουμε, λόγω άγνοιας των σωστών απαντήσεων (π.χ. Σε ερώτηση εάν κάποια από τα λιπαρά φαγητά που παρατίθενται έχουν υψηλή ή χαμηλή περιεκτικότητα σε κορεσμένο λίπος αναφέρουν τη σοκολάτα ως απάντηση ή την κρέμα χωρίς να διευκρινίζεται τι είδους).

Ακόμη, το ερωτηματολόγιο των γνώσεων περιείχε τρόφιμα και συνδυασμούς τροφών που δε συνηθίζουν να καταναλώνονται εδώ (όπως φασόλια κονσέρβας κλπ). Επίσης, αρκετά εξειδικευμένες διατροφικές γνώσεις που είχαν να κάνουν με συσχετίσεις τροφών και ασθενειών, πέρα των επιστημών υγείας, ήταν σχετικά δύσκολο να είναι γνωστές.

Ένα ακόμη πρόβλημα που αντιμετωπίσαμε ήταν ο πολύ μεγάλος αριθμητικός όγκος των ίδιων των ερωτηματολογίων που έπρεπε να συλλέξουμε όσο και όγκος των ερωτήσεων

που περιείχε ο οποίος σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού που δεν είχε τον χρόνο να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια όσο βρισκόμασταν στο χώρο του νοσοκομείου ώστε η συγκομιδή να γίνεται την ίδια μέρα με αποτέλεσμα να πρέπει να αφήσουμε τα ερωτηματολόγια εκεί και να τα συλλέξουμε κάποια άλλη στιγμή κάτι που όπως φάνηκε στη πορεία ήταν αδύνατο αφού ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηματολογίων κάθε φορά χάνονταν ή ήταν μισοσυμπληρωμένα κάτι που τα καθιστούσε μη έγκυρα και αυτό αύξησε κατά πολύ το χρόνο διεκπεραίωσης της έρευνας και φυσικά το κόστος της.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως είδαμε παραπάνω οι γνώσεις σε σχέση με τη μεσογειακή διατροφή των επαγγελματιών υγείας αλλά και του απλού πληθυσμού χαρακτηρίζεται ως «μέτρια». Τα στατιστικά στοιχεία αποδεικνύουν πως οι διατροφή μας έχει άμεση συσχέτιση με την υγεία μας και η μη τήρηση των βασικών κανόνων διατροφής μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα και ασθένειες. Πολλές φορές βέβαια η κακή διατροφή δεν οφείλεται μόνο στις προσωπικές προτιμήσεις του καθενός αλλά και στην άγνοια που μπορεί να υπάρχει γύρω από τη διατροφική αξία κάθε τροφίμου.

Είναι λοιπόν πολύ σημαντικό πέρα από τη προσωπική αναζήτηση κάθε ατόμου γύρω από τη διατροφή, να μεριμνήσει και το κράτος για την προαγωγή της υγείας των πολιτών με το να ενταχθούν κάποια εκπαιδευτικά προγράμματα διατροφικής εκπαίδευσης στο σχολείο που θα αφορούν τόσο τους μαθητές όσο και τους γονείς, να οργανωθούν ημερίδες στις κοινότητες με ομιλίες γιατρών και διατροφολόγων ώστε να έχουν όλοι τη δυνατότητα να μάθουν πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η σωστή και Μεσογειακή διατροφή στην υγεία και στην ομαλή λειτουργία του οργανισμού μας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. 1^ο Γενικό Λύκειο Λιβαδειάς, Project b3, Σχολικό έτος 2013-14, Μεσογειακή διατροφή, <http://en.calameo.com/read/003563132fb33836c303a> (πρόσβαση 20/4/17).
2. Abumrad NA. CD36 may determine our desire for dietary fats. *Journal of Clinical Investigation*. 2005; 115:2965-7.
3. Couto E, Boffetta P, Lagiou P, Ferrari P, Buckland G, Overvad K, et al. Mediterranean dietary pattern and cancer risk in the EPIC cohort. *Br J Cancer*. 2011 Apr 26;104(9):1493-9.
4. De Castro JM. The time of day and the proportions of macronutrients eaten are related to total daily food intake. *British Journal of Nutrition*. 2007; 98:1077–1083.
5. Drewnowski A, Kurth C, Holden-Wiltse J, Saari J. Food preferences in human obesity: carbohydrates versus fats. *Appetite*. 1992; 18:207–221.
6. Drichoutis C. A., Lazaridis P., Nayga M. R. Jr. Consumer’s Use of Nutritional Labels: A Review of Research Studies and Issues. 2006; Volume no. 9
7. Fagerli RA, Wandel M. Gender differences in opinions and practices with regard to a “healthy diet”. *Appetite*. 1999; 32:171-90.
8. <http://www.boro.gr/22948/mesogeiaki-diatrofi-poia-einai-ta-ofeli-tis-gia-tin-ugeia-mas> (πρόσβαση 20/4/17).
9. <http://www.dioskouroibc.gr/content/erotimatologio-sostis-diatrofis-apo-ton-k-papaspano-n> (πρόσβαση 20/4/17).
10. <http://www.neadiatrofis.gr/2015/04/ta-shmantikotera-ofeli-ths-mesogeiakis-diatrofis.html> (πρόσβαση 20/4/17).
11. <http://www.webdietitian.gr/2009-04-05-08-47-40/> (πρόσβαση 20/4/17).
12. Knoops KT, de Groot LC, Kromhout D, Perrin AE, Moreiras-Varela O, Menotti A, van Staveren WA Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project.. *JAMA*. 2004 Sep 22;292(12):1433-9
13. Laugerette F, Passilly-Degrace P, Patris B, Niot I, Febbraio M, Montmayeur JP, Besnard P. CD36 involvement in orosensory detection of dietary lipids, spontaneous fat preference, and digestive secretions. *Journal of Clinical Investigation*. 2005; 115(11):3177–3184.

14. McCrory MA, Suen VMM, Roberts SB. Biobehavioral Influences on Energy Intake and Adult Weight Gain. *The Journal of Nutrition*. 2002; 132(12):3830-38345.
15. McLeod ER, Campbell KJ, Hesketh KD. Nutrition Knowledge: A Mediator between Socioeconomic Position and Diet Quality in Australian First-Time Mothers. *American Dietetic Association*. 2011; 111:696-704 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21515115> (πρόσβαση 20/5/17).
16. onmed.gr, 2016, Η διατροφή που προστατεύει από το Αλτσχάιμερ. <http://www.onmed.gr/yegeia/story/346209/h-diatrofi-poy-prostateyei-apo-to-altsxaimer> (πρόσβαση 25/4/17).
17. onmed.gr, 2017, Τα μοναδικά οφέλη του ελαιολάδου για την υγεία της καρδιάς, <http://www.onmed.gr/yegeia/story/352433/ta-monadika-ofeli-toy-elaioladoy-gia-tin-yegeia-tis-kardias> (πρόσβαση 25/4/17).
18. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Arvaniti F, Stefanadis C. Adherence to the Mediterranean food pattern predicts the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and obesity, among healthy adults; the accuracy of the MedDietScore. *Preventive Medicine*. 2007; 44:335–340.
19. Panagiotakos DB, Pitsavos C, Stefanadis C. Dietary patterns: A Mediterranean diet score and its relation to clinical and biological markers of cardiovascular disease risk. *Nutrition Metabolic Cardiovascular Disease*. 2006; 16:559-568.
20. Parmenter, K, Wardle J. Development of a general nutrition knowledge questionnaire for adults. *European Journal of Clinical Nutrition*. 1999; 53:298-308 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10334656> (πρόσβαση 20/5/17).
21. Rozin P, Fischler C, Imada S, Sarubin A, Wrzesniewski A. Attitudes to food and the role of food in life in the U.S.A., Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite*. 1999; 33(2):163-80 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10502362> (πρόσβαση 20/5/17).
22. Schupp A, Gillespie J. Consumer Attitudes Toward Potential Country-of-Origin Labeling Fresh or Frozen Beef. In: *Journal of Food Distribution Research*. 2001; 33: 34-44.
23. Trichopoulou A, Costacou T, Bamia C, Trichopoulos D. Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population. *N Engl J Med*. 2003 Jun 26;348(26):2599-608.

24. Varo, JJ, Martinez-Gonzalez, MA and Martinez, JA (2002). Obesity prevalence in Europe.
25. Wikipedia.org,
https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%9D%CF%8C%CF%83%CE%BF%CF%82_%CE%91%CE%BB%CF%84%CF%83%CF%87%CE%AC%CE%B9%CE%BC%CE%B5%CF%81 (πρόσβαση 20/4/17).
26. Wikipedia.org, Διατροφή στην Αρχαία Ελλάδα,
https://el.wikipedia.org/wiki/%CE%94%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%AE_%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD_%CE%B1%CF%81%CF%87%CE%B1%CE%AF%CE%B1_%CE%95%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1 (πρόσβαση 20/4/17).
27. Αμπελαργά Μ., Ταμπούρη Γ., Τζιτζά Ε., Τσιλτσίδου Θ., 2016, Παιδική παχυσαρκία, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Ηπείρου, Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, τμήμα προσχολικής αγωγής.
28. Βερόγκου Μ., (2013), Η διατροφή των αρχαίων Ελλήνων,
<http://schoolpress.sch.gr/istoriomnemes/%CE%B7-%CE%B4%CE%B9%CE%B1%CF%84%CF%81%CE%BF%CF%86%CE%B7-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%B1%CF%81%CF%87%CE%B1%CE%B9%CF%89%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BD%CF%89%CE%BD>
 (πρόσβαση 20/4/17).
29. Γεωργιουδάκη Ν., Μεσογειακή διατροφή: η απάντηση στον καρκίνο του δέρματος,
http://www.nutrimed.gr/odhgkos_diatrofhs/mesogeiaki_diatrofi/mesogeiakh_diatrofh_i_apantisi_ston_karkino_tou_dermatos.html (πρόσβαση 25/4/17).
30. Γιαννακάρη Χ., 4^ο Γυμνάσιο Κερατσινίου, Παιδική παχυσαρκία.
31. Γιωτοπούλου Α., 2016, Αυξήστε την καλή χοληστερίνη τρώγοντας Μεσογειακά,
<http://www.olivemagazine.gr/food-bloggers/%CE%B1%CF%85%CE%BE%CE%AE%CF%83%CF%84%CE%B5-%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%BA%CE%B1%CE%BB%CE%AE-%CF%87%CE%BF%CE%BB%CE%B7%CF%83%CF%84%CE%B5%CF%81%CE%AF%CE%BD%CE%B7-%CF%84%CF%81%CF%8E%CE%B3%CE%BF%CE%BD%CF%84> (πρόσβαση 25/4/17).


32. Εθνικό σχέδιο δράσης για τη διατροφή και τις διατροφικές διαταραχές, 2008-2012.
33. Εφημερίδα υγεία, 2015, Η μεσογειακή διατροφή μειώνει τον κίνδυνο για καρκίνο της μήτρας, <http://www.iefimerida.gr/news/208733/i-mesogeiaki-diatrofi-meionei-ton-kindyno-gia-karkino-tis-mitras#axzz4h0hLLO2u> (πρόσβαση 25/4/17).
34. Ηλιάδη Α., Περί διατροφής των αρχαίων Ελλήνων, <http://www.hellinon.net/ANEOMENA/Diatrofi.htm> (πρόσβαση 20/4/17).
35. Καραμήτρου-Μεντεσίδη Γ., Αρχαία διατροφή, http://www.mouseioaianis.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=127&Itemid=96#myGallery1-picture (πρόσβαση 20/4/17).
36. Κατσανοπούλου Μ., 2008, Ρίξτε την πίεση με γυμναστική, <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=5&articleID=4635&la=1> (πρόσβαση 25/4/17).
37. Κοκκέβη Α., Σταύρου Μ., Φωτίου Α., Καναβού Ε., 2010, Η παχυσαρκία στους έφηβους, Έφηβοι, Συμπεριφορές & Υγεία, Πανελλήνια έρευνα στους μαθητές 2010, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής.
38. Κουγιουμτζάκη Α., Κασκούρα Β., 2009, Ανάπτυξη παιδικής παχυσαρκίας σε παιδικό πληθυσμό: Ο ρόλος του σχολικού νοσηλευτή, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Κρήτης, Τμήμα Νοσηλευτικής.
39. Κουφάκη Μ., Ο ρόλος της Μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη της παχυσαρκίας και των καρδιαγγειακών νοσημάτων στην Ελλάδα, <https://www.dietmet.gr/articles/diatrofi/82-o-rolis-tis-mesogeiakis-diatrofid-sthn-ellada-kai-stin-prolipsi-ton-kardiaggeiakon-nosimatou.html> (πρόσβαση 20/4/17).
40. Κωνσταντινίδη Α., Κρητική διατροφή και τουρισμός
41. Λαζαρίδης Γ., (2009), Μεσογειακή διατροφή, Μεταπτυχιακή εργασία, πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Βιολογίας, Μ.Δ.Ε. Σύγχρονες τάσεις στη διδακτική των βιολογικών μαθημάτων και νέες τεχνολογίες.
42. Μαρκουλάκη Χ., Σιαμίδα Π., Στεφανουδάκη Σ., (2016), Διατροφικές γνώσεις εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και υλοποίησης προγραμμάτων αγωγής με θέμα τη διατροφή, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή Τεχνολογίας Γεωπονίας και Τεχνολογίας Τροφίμων, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας.

43. Μελέτη ΡΕΑ, 2013, Μελέτη μητέρας-παιδιού, Πρόγραμμα πρόληψης και πρόωμης διάγνωσης παχυσαρκίας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας στο νομό Ηρακλείου Κρήτης.
44. Μητσιγιώργη Σ., Τσάτσαρη Μ., (2014), Συσχέτιση μεταξύ της συμμόρφωσης στη μεσογειακή διατροφή και της διατροφικής γνώσης στους εργαζόμενους του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας του ΤΕΙ Κρήτης, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας.
45. Μπιμπή Μ., 2017, Η μεσογειακή διατροφή κάνει την HDL χοληστερόλη καλύτερη για την καρδιά <http://health.in.gr/nutrition/news/article/?aid=1500129514> (πρόσβαση 25/4/17).
46. Νικολαΐδου Θ., 2010, Πτυχιακή εργασία, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας Και Πρόνοιας Τμήμα: Αισθητικής και Κοσμητολογίας.
47. Πανταζή Ε., 2009, Παχυσαρκία στα άτομα τρίτης ηλικίας, Πτυχιακή εργασία, ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗΣ –ΚΟΣΜΗΤΟΛΟΓΙΑΣ.
48. Περίσσιου Α., 2014, Αίτια της παιδικής παχυσαρκίας, <https://kidobesity.wordpress.com/category/%CE%B1%CE%B9%CF%84%CE%B9%CE%B1/page/2/> (πρόσβαση 20/4/17).
49. Πιερρή Π., 2015, Μεσογειακή διατροφή και άθληση τα όπλα κατά της υπέρτασης, <http://www.onmed.gr/ygeia/story/330586/mesogeiaki-diatrofi-kai-athlisi-ta-opla-kata-tis-ypertasis---synentefksi-tis-kardiologou-p-pietri> (πρόσβαση 25/4/17).
50. Σακκάς Γ., Εγχειρίδιο για την σωματική αξιολόγηση ειδικών πληθυσμών, Δοκιμασίες εργαστηρίου και πεδίου για την επιστημονική υποστήριξη προγραμμάτων άσκησης για υγεία, Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά συγγράμματα και βοηθήματα.
51. Σπυρόπουλος Χ., Παχυσαρκία, <http://esurgery.gr/pathiseis-epembaseis/xeirourgiki-paxusarkias/paxisarkia> (πρόσβαση 20/4/17).
52. Τσίπρα Α., (2012), Διατροφικές γνώσεις και συμμόρφωση στη μεσογειακή διατροφή εργαζομένων στη σχολή κοινωνικών επιστημών του πανεπιστημίου Κρήτης, Πτυχιακή εργασία, ΤΕΙ Κρήτης, Σχολή επαγγελματιών υγείας και πρόνοιας, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας.

53. Τσουλέα Ρ., 2012, «Ασπίδα» στο πάρκινσον η μεσογειακή διατροφή, <http://ygeia.tanea.gr/default.asp?pid=8&ct=2&articleID=14002&la=1> (πρόσβαση 20/4/17).
54. Ψαλλάς Κ., 2004, Παραδοσιακές συνταγές Θεσσαλίας και διατροφικές συνήθειες, Πτυχιακή εργασία, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1^ο

ΕΓΚΡΙΣΕΙΣ


ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Ηράκλειο, 16/6/2016

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη
Τηλέφ.: 2810-379538
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

Αρ. Πρωτ.: 1230

ΠΡΟΣ:
Βαρδάκη Ιωάννα -Αικατερίνη
Νταλλάκου Ιωάννα
Βολυράκη Αναστασία

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Καρτσωνάκη Μαρία

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

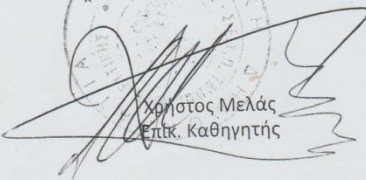
ΥΝ6340 Βαρδάκη Ιωάννα -Αικατερίνη
ΥΝ6240 Νταλλάκου Ιωάννα
ΥΝ6401 Βολυράκη Αναστασία

με θέμα: «Συσχέτιση διατροφικών γνώσεων & συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής σε επαγγελματίες υγείας & υγιή πληθυσμό».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. **Καρτσωνάκη Μαρία**.

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 1 αντίτυπο, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος

Χρήστος Μελάς
Επικ. Καθηγητής



ΠΟΦΑΣΗ 106
ΕΜΑ 3

Εισήγηση για την έγκριση ή απόρριψη διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας, με τη διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίων από επαγγελματίες υγείας στο Νοσοκομείο μας, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Βαρδάκη Ιωάννας-Κατερίνας, Νταλλάκου Ιωάννας και Βολυράκη Αναστάσιας φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης με θέμα «Συσχέτιση διατροφικών γνώσεων και συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής σε επαγγελματίες υγείας και υγιή πληθυσμό»

Το ΕΠΣΥ αφού έλαβε υπόψη:

α) την αριθμ. πρωτ. 18476/12-12-2016 αίτηση των Βαρδάκη Ιωάννας-Κατερίνας, Νταλλάκου Ιωάννας και Βολυράκη Αναστάσιας φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης, που ζητούν την έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας, με τη διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίων από επαγγελματίες υγείας στο Νοσοκομείο μας, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των, με θέμα: «Συσχέτιση διατροφικών γνώσεων και συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής σε επαγγελματίες υγείας και υγιή πληθυσμό»

β) τα σχετικά συνημμένα:

1) το αριθμ. πρωτ. 1230/16-6-2016 έγγραφο του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης με το οποίο ανατίθεται στις φοιτήτριες Βαρδάκη Ιωάννα-Κατερίνα, Νταλλάκου Ιωάννα και Βολυράκη Αναστάσια η εκπόνηση πτυχιακής εργασίας με θέμα: «Συσχέτιση διατροφικών γνώσεων και συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής σε επαγγελματίες υγείας και υγιή πληθυσμό», με επιβλέποντα την πτυχιακή εκπαιδευτικό την κ. Καρτσωνάκη Μαρία

2) πρωτόκολλο πτυχιακής εργασίας και ερωτηματολόγιο

γ) τη θετική εισήγηση της Επιτροπής Έρευνας του Νοσοκομείου μας

δ) τη διαλογική συζήτηση

ομόφωνα αποφασίζει

A. Εισηγείται θετικά για την έγκριση διεξαγωγής ερευνητικής εργασίας, με τη διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίων από επαγγελματίες υγείας στο Νοσοκομείο μας, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής εργασίας των Βαρδάκη Ιωάννας-Κατερίνας, Νταλλάκου Ιωάννας, και Βολυράκη Αναστάσιας φοιτητριών του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής ΣΕΥΠ του ΤΕΙ Κρήτης, με θέμα: «Συσχέτιση διατροφικών γνώσεων και συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής σε επαγγελματίες υγείας και υγιή πληθυσμό», με επιβλέποντα την πτυχιακή εκπαιδευτικό την κ. Καρτσωνάκη Μαρία, χωρίς οικονομική επιβάρυνση του Νοσοκομείου μας

B. Να τηρηθούν απαραίτητως οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και για τα αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας να ενημερωθεί και το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου μας

Γ. Η παρούσα απόφαση να κατατεθεί στην 7^η ΥΠΕ για έγκριση

Αφού συντάχθηκε το παραπάνω πρακτικό, υπογράφεται όπως ακολουθεί:

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΑΝΔΡΟΥΛΑΚΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ

ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ
ΚΟΚΚΙΝΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΣΠΥΡΙΔΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

ΠΑΣΤΟΥΡΜΑΤΖΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΣΦΑΚΙΑΝΑΚΗΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ
ΚΡΙΤΣΩΤΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
ΣΚΑΝΔΑΛΑΚΗ ΝΕΚΤΑΡΙΑ

ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΟΛΙΤΗ
ΚΟΚΚΙΝΟΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ
Δ.Ε. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ
Β.Π.Γ.Ν.Η.

ΑΚΡΙΒΕΣ
ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΑΚΤΙΚΟ

29/12/2018

Ακριβές αντίγραφο από το πρακτικό
Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ
ΜΕΛΙΣΣΟΥΡΑΚΗ ΔΑΝΝΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου - Μοιρών,
Εσταυρωμένος, Τ.Κ. 71500,
Ηράκλειο Κρήτης, ΤΘ 1285
Πληρ.: Ανδρέας Μανουράς
Τηλ: 2813404433
Fax: 2813404426
Email: amanouras@hc-crete.gr
cprogram@hc-crete.gr

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΔΙΟΡΓΩΣΗ 7ης Υ.ΠΕ. ΚΡΗΤΗΣ
Γ.Ν. «ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ»
Αρ. Πρωτ. 623
ΕΛΠη/την 16/11/17

ΕΠίστωση εγγραφής
Τ. Διοικητικού
Κ/Ν Δ.Ι.Υ. - Α. Δ. Δ. Δ. Δ.
Διοίκηση

LC/1117

Ηράκλειο, 11-01-17
Αρ. Πρωτ.: 668
Φάκελος Έρευνα



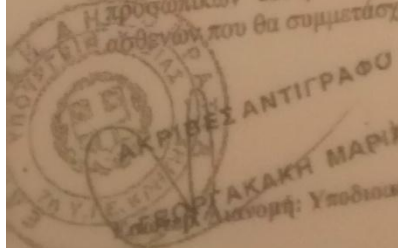
ΠΡΟΣ: κες Βαρβάκη Ιωάννα-Κατερίνα,
Νταλλάκου Ιωάννα &
Βολυράκη Αναστασία
Σπουδαστριες του
Τμήτος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ
Κρήτης
Κοιν.: 1. Διοίκηση Γ.Ν. «Βενιζέλειο»,
2. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
Γ.Ν. «Βενιζέλειο»,
3. Πρόεδρο Επιστημονικού
Συμβουλίου

Θέμα: «Έγκριση Έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας»
Σχετ.: Η με αρ. 106 Απόφαση της Συνεδρίασης 21/21-12-16 του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν. «Βενιζέλειο».

Σας ενημερώνουμε ότι λαμβάνοντας υπόψη το ανωτέρω σχετικό έγγραφο, εγκρίνουμε την διεξαγωγή έρευνας στο Γ.Ν. «Βενιζέλειο», και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, από τις κες Βαρβάκη Ιωάννα-Κατερίνα, Νταλλάκου Ιωάννα και Βολυράκη Αναστασία, σπουδαστριες Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής τους εργασίας με θέμα «Συσχέτιση διατροφικών γνώσεων και συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής σε επαγγελματίες υγείας και υγιή πληθυσμό», υπό την επίβλεψη της εκπαιδευτικού κες Καρτσσανάκη Μαρίας.

Η Έγκριση δίνεται με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της πτυχιακής τους εργασίας θα προσκομίσουν περιλήψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν. «Βενιζέλειο», και με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, και τη γραπτή ενημέρωση και γραπτή συναίνεση των ατόμων που θα συμμετάσχουν στην έρευνα.

Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
ΜΑΥΡΟΜΜΑΘΗ ΕΛΕΝΗ



ΜΑΥΡΑΚΑΚΗ ΜΑΡΙΑ
Υποδιοικήτρια 7^{ης} ΥΠΕ Κρήτης

13-204-2047 68-74 93-89 102-104-11



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ**

Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών,
Εσταυρωμένος, Τ.Κ. 71500,
Ηράκλειο Κρήτης, ΤΘ 1285
Πληρ.: **Ανδρέας Μανουράς**
Τηλ: 2813404433
Fax: 2813404426
Email: amanouras@hc-crete.gr
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 3-5-17
Αρ. Πρωτ.: 7540
Φάκελος: Έρευνα

**ΠΡΟΣ: κες Σάββα Αντρια &
Σταύρου Μαρία,
Σπουδάστριες του
Τμ/τος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ
Κρήτης.**

**Κοιν.: 1. Διοικητή ΠΑΓΝΗ,
2. Δ/ντή Ιατρικής Υπηρεσίας
ΠΑΓΝΗ,
3. Πρόεδρο Επιστημονικού
Συμβουλίου**

**Θέμα: «Έγκριση Έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας»
Σχετ.: Η με αρ. 4696 Απόφαση της Συνεδρίασης 21-4-17 του Επιστημονικού
Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.**

Σας ενημερώνουμε ότι λαμβάνοντας υπόψη το ανωτέρω σχετικό έγγραφο, εγκρίνουμε την διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ, και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους ασθενείς και τους συνοδούς των στις Κλινικές Ογκολογική, Γενική Χειρουργική, Μονάδα Χημειοθεραπείας και Εργαστήριο Ακτινοθεραπείας του ΠΑΓΝΗ, από τις κες Σάββα Αντρια και Σταύρου Μαρία, σπουδάστριες Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης, στο πλαίσιο εκπόνησης πτυχιακής τους εργασίας με θέμα: «**Η αλλαγή της εικόνας του σώματος στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού και η επιρροή του στη ψυχολογία της γυναίκας και του οικογενειακού της περιβάλλοντος**», υπό την επίβλεψη της εκπαιδευτικού κας Καρτσωνάκη Μαρίας.

Η Έγκριση δίνεται με την δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της πτυχιακής τους εργασίας θα προσκομίσουν περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ, και με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, και τη γραπτή ενημέρωση και συγκατάθεση των ασθενών που θα συμμετάσχουν στην έρευνα.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΓΕΩΡΓΙΑΚΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

**Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ
ΜΑΥΡΟΜΜΑΘΗ ΕΛΕΝΗ**

Εσωτερ. Διανομή: Υποδιοικήτες 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2^ο

Φόρμα Πληροφορημένης Συγκατάθεσης Συμμετεχόντων

Αγαπητοί συμμετέχοντες,

Ονομαζόμαστε Βαρδάκη Ιωάννα-Κατερίνα, Νταλλάκου Ιωάννα, και Βολυράκη Αναστασία και είμαστε σπουδαστές του Τμήματος Νοσηλευτικής στο Τ.Ε.Ι Ηρακλείου Κρήτης. Για τη λήψη του πτυχίου μας είναι απαραίτητη η εκπόνηση διπλωματικής εργασίας. Η διπλωματική μας εργασία αφορά τη «Συσχέτιση διατροφικών γνώσεων και συμμόρφωσης στο μεσογειακό πρότυπο διατροφής σε επαγγελματίες υγείας και υγιή πληθυσμό».

Τα ερωτηματολόγια θα είναι ανώνυμα και η συμμετοχή σας είναι προαιρετική. Η μελέτη είναι κλινική, ωστόσο δεν απαιτούνται εργαστηριακές εξετάσεις και χορήγηση φαρμακευτικών ουσιών. Δεν υπάρχει κανένας κίνδυνος για τους συμμετέχοντες καθώς θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας. Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

Φοιτητές:

Βαρδάκη Ιωάννα-Κατερίνα

Νταλλάκου Ιωάννα

Βολυράκη Αναστασία

Επιβλέπων Καθηγητής:

Καρτσωνάκη Μαρία, Εργαστηριακός Συνεργάτης ΤΕΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής

Νοσηλεύτρια ΜΕΘ ΠΑΓΝΗ, MSc

Στοιχεία επικοινωνίας:

Email: m.kartsonaki@med.uoc.gr

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΤΗ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

1. Φύλο

A. Άνδρας B. Γυναίκα

2. Ηλικία

3. Οικογενειακή κατάσταση

A. Άγαμος/η B. Έγγαμος/η Γ. Διαζευγμένος/η
Δ. Χήρος/α E. Συζώ με σύντροφο

4. Αριθμός παιδιών.....

Πόσα παιδιά είναι μικρότερα της ηλικίας των 18;.....

5. Σωματικό βάρος.....

6. Ύψος.....

7. Μορφωτικό επίπεδο

A. Υποχρεωτική εκπαίδευση B. Λύκειο Γ. ΤΕΙ
Δ. ΑΕΙ E. Μεταπτυχιακό ΣΤ. Διδακτορικό

8. Επάγγελμα.....

9. Καπνιστικές συνήθειες

A. Καπνιστής/στρια B. Μη καπνιστής/στρια Γ. Πρώην καπνιστής

10. Ποιος έχει την ευθύνη για την αγορά των τροφίμων;

A. Ίδιος/α B. Άλλα μέλη της οικογένειας

11. Ποιος ευθύνεται για την προετοιμασία των γευμάτων;

A. Ίδιος/α B. Άλλα μέλη της οικογένειας

12. Κατά τις περιόδους των νηστειών νηστεύετε;

A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ

13. Συχνότητα και τύπος κατανάλωσης γευμάτων (επιλέξτε για κάθε τόπο μια συχνότητα)

	Κάθε μέρα	Ποτέ	1-2 μέρες/εβδομάδα	3-4 μέρες/εβδομάδα	5-6 μέρες/εβδομάδα
Σπίτι					
Δουλειά					
Εστιατόριο					
Σουβλατζίδικο/καντίνα					

14. Τόπος διαμονής

A. Πόλη

B. Χωριό

15. Εθνικότητα.....

16. Παρακαλώ κυκλώστε όποιες από τις παρακάτω παθήσεις πάσχετε:

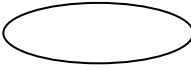


A. Αρτηριακή Υπέρταση

B. Σακχαρώδη Διαβήτη

Γ. Χοληστερίνη

Δ. Παθήσεις καρδιάς

16. Οι επόμενες ερωτήσεις αφορούν την σημερινή και την προηγούμενη εμπειρία σας με την άσκηση. Στο διάστημα των προηγούμενων 7 μερών πόσες φορές κατά μέσο όρο κάνατε τις ακόλουθες ασκήσεις για περισσότερο από 15 λεπτά; (γράψτε μέσα στον κύκλο πόσες φορές την εβδομάδα ασκήστε έντονα, μέτρια, ήπια)

	Φορές την εβδομάδα
A. Έντονη άσκηση (π.χ. τρέξιμο, ποδόσφαιρο, κολύμπι, ποδηλασία, μπάσκετ)	
B. Μέτρια άσκηση (π.χ. γρήγορο περπάτημα, τένις, χαλαρή ποδηλασία, βόλει, χαλαρή κολύμβηση, χορός)	
Γ. Ήπια άσκηση (π.χ. ψάρεμα, χαλαρό περπάτημα, δουλειές σπιτιού, κηπουρική)	

Ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση των διατροφικών γνώσεων ενηλίκων
(Nutrition knowledge questionnaire for adults)

Αν δεν γνωρίζετε κάποια απάντηση είναι καλύτερα να τσεκάρετε ότι δεν είστε σίγουρος παρά να τσεκάρετε υποθετικά.

1^ο μέρος: Οι πρώτες ερωτήσεις σχετίζονται με συμβουλές που θεωρείται ότι μας δίνουν οι ειδικοί για την διατροφή.

1. Νομίζετε ότι οι ειδικοί σε θέματα υγείας συστήνουν ότι οι άνθρωποι θα πρέπει να τρώνε περισσότερο, λιγότερο ή την ίδια ποσότητα από τα παρακάτω φαγητά; (τσεκάρετε για κάθε φαγητό 1 απάντηση)

	Περισσότερο	Λιγότερο	Το ίδιο	Δεν είμαι σίγουρος/η
Λαχανικά				
Ζαχαρώδη φαγητά				
Κρέας				
Αμυλούχα τρόφιμα				
Λιπαρά τρόφιμα				
Φαγητά με υψηλή περιεκτικότητα σε ίνες				
Φρούτα				
Αλμυρά τρόφιμα				

2. Πόσες μερίδες φρούτων και λαχανικών νομίζετε ότι πρέπει οι ενήλικες να τρώνε μετά από συμβουλή των ειδικών;

.....

3. Ποια λιπαρά στις διατροφικές συνήθειες είναι σημαντικό να μειωθούν σύμφωνα με τους ειδικούς; (τσεκάρετε 1 απάντηση)

- A. Μονοακόρεστα λιπαρά
- B. Πολυακόρεστα λιπαρά
- Γ. Ακόρεστα λιπαρά
- Δ. Δεν είμαι σίγουρος/η

4. Τι είδος γαλακτοκομικών τροφίμων πρέπει οι ειδικοί να συστήνουν τα άτομα να τρώνε; (τσεκάρετε 1 απάντηση)

- A. Με πλήρη λιπαρά
- B. Με χαμηλά λιπαρά
- Γ. Μίγμα με πλήρη και χαμηλά λιπαρά εναλλάξ
- Δ. Τίποτα τα γαλακτοκομικά τρόφιμα θα πρέπει να κοπούν από το διαιτολόγιο μας
- E. Δεν είμαι σίγουρος/η

2^ο μέρος: Οι ειδικοί κατατάσσουν τα τρόφιμα σε ομάδες. Μας ενδιαφέρει να δούμε αν γνωρίζετε ποια τρόφιμα είναι σε αυτές τις ομάδες.

1. Νομίζετε ότι τα παρακάτω τρόφιμα έχουν υψηλή ή χαμηλή περιεκτικότητα σε ζάχαρη; (τσεκάρετε 1 απάντηση ανά τρόφιμο)

	Υψηλή περιεκτικότητα	Χαμηλή περιεκτικότητα	Δεν είμαι σίγουρος/η
Μπανάνες			
Μη αρωματισμένο γιαούρτι			
Παγωτό			
Χυμός πορτοκαλιού			
Κέτσαπ			
Κονσέρβες φρούτων σε φυσικό χυμό			

2. Νομίζετε ότι τα παρακάτω τρόφιμα είναι με υψηλά ή χαμηλά λιπαρά; (τσεκάρετε 1 απάντηση ανά τρόφιμο)

	Υψηλά λιπαρά	Χαμηλά λιπαρά	Δεν είμαι σίγουρος/η
Ζυμαρικά χωρίς σάλτσα			
Τρόφιμα με χαμηλή περιεκτικότητα λίπος			
Φασόλια ψημένα			
Γεύμα με κρέας			
Μέλι			
Αυγό τηγανητό			
Ψωμί			
Τυρί			
Καρύδια			
Μαργαρίνη με πολυακόρεστα λιπαρά			

3. Νομίζετε ότι τα παρακάτω τρόφιμα ταξινομούνται στην ομάδα των αμυλούχων τροφίμων από τους ειδικούς; (τσεκάρετε 1 απάντηση ανά τρόφιμο)

	Ναι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η

Τυρί			
Ζυμαρικά			
Βούτυρο			
Ξηροί καρποί			
Ρύζι			
Κουάκερ			

4. Νομίζετε ότι τα παρακάτω τρόφιμα είναι υψηλής ή χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι; (τσεκάρετε 1 απάντηση ανά τρόφιμο)

	Υψηλής περιεκτικότητας	Χαμηλής περιεκτικότητας	Δεν είμαι σίγουρος/η
Λουκάνικα			
Ζυμαρικά			
Καπνιστή ρέγγα			
Κόκκινο κρέας			
Κατεψυγμένα λαχανικά			
Τυρί			

5. Νομίζετε ότι τα παρακάτω τρόφιμα είναι υψηλής ή χαμηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνες; (τσεκάρετε 1 απάντηση ανά τρόφιμο)

	Υψηλής περιεκτικότητας	Χαμηλής περιεκτικότητας	Δεν είμαι σίγουρος/η
Κοτόπουλο			
Τυρί			
Φρούτα			
Ψημένα φασόλια			
Βούτυρο			
Κρέμα			

6. Νομίζετε ότι τα παρακάτω τρόφιμα είναι υψηλής ή χαμηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες; (τσεκάρετε 1 απάντηση ανά τρόφιμο)

	Υψηλής	Χαμηλής	Δεν είμαι

	περιεκτικότητα	περιεκτικότητα	σίγουρος/η
Δημητριακά			
Μπανάνες			
Αυγά			
Κόκκινο κρέας			
Μπρόκολο			
Ξηροί καρποί			
Ψάρια			
Πατάτες ψημένες με φλούδα			
Κοτόπουλο			
Ψημένα φασόλια			

7. Νομίζετε ότι τα παρακάτω τρόφιμα είναι υψηλής ή χαμηλής περιεκτικότητας σε κορεσμένο λίπος; (τσεκάρετε 1 απάντηση ανά τρόφιμο)

	Υψηλής περιεκτικότητας	Χαμηλής περιεκτικότητας	Δεν είμαι σίγουρος/η
Σκουμπρί			
Γάλα πλήρες			
Ελαιόλαδο			
Κόκκινο κρέας			
Ηλιέλαιο			
Σοκολάτα			

8. Ορισμένες τροφές περιέχουν πολλά λιπαρά αλλά δεν περιέχουν χοληστερόλη.

A. Συμφωνώ

B. Διαφωνώ

Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η

9. Νομίζετε ότι οι ειδικοί κατατάσσουν τα παρακάτω τρόφιμα ως υγιή εναλλακτική λύση στο κόκκινο κρέας; (τσεκάρετε 1 απάντηση ανά τρόφιμο)

	Ναι	Όχι	Δεν είμαι σίγουρος/η
--	-----	-----	----------------------

Συκώτι			
Γεύμα άλλου κρέατος			
Ψημένα φασόλια			
Καρύδια			
Τυρί με χαμηλά λιπαρά			
Τάρτες			

10. Ένα ποτήρι χυμού φρούτων χωρίς ζάχαρη υπολογίζεται ως ένα φρούτο.
 Α. Συμφωνώ
 Β. Διαφωνώ
 Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η
11. Τα κορεσμένα λίπη βρίσκονται κυρίως σε: (επιλέξτε 1 απάντηση)
 Α. Φυτικά έλαια
 Β. Γαλακτοκομικά προϊόντα
 Γ. Και στα 2 παραπάνω
 Δ. Δεν είμαι σίγουρος/η
12. Η μαύρη ζάχαρη είναι μια υγιής εναλλακτική λύση της λευκής ζάχαρης.
 Α. Συμφωνώ
 Β. Διαφωνώ
 Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η
13. Υπάρχει περισσότερη πρωτεΐνη σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα από ότι σε ένα ποτήρι αποβουτυρωμένο γάλα.
 Α. Συμφωνώ
 Β. Διαφωνώ
 Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η
14. Η μαργαρίνη με πολυακόρεστα λιπαρά περιέχει λιγότερο λίπος από ότι το βούτυρο.
 Α. Συμφωνώ
 Β. Διαφωνώ
 Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η
15. Ποιο από τα παρακάτω ψωμιά περιέχει τις περισσότερες βιταμίνες και μέταλλα; (επιλέξτε 1 απάντηση)
 Α. Λευκό
 Β. Μαύρο
 Γ. Ολικής αλέσεως
 Δ. Δεν είμαι σίγουρος/η
16. Ποιο νομίζετε ότι περιέχει περισσότερες θερμίδες το βούτυρο ή κανονική μαργαρίνη; (επιλέξτε 1 απάντηση)
 Α. Το βούτυρο
 Β. Η κανονική μαργαρίνη
 Γ. Περιέχουν το ίδιο

- Δ. Δεν είμαι σίγουρος/η
17. Ποιος τύπος λαδιού περιέχει κυρίως μονοακόρεστα λιπαρά; (επιλέξτε 1 απάντηση)
- A. Λάδι καρύδας
B. Ηλιέλαιο
Γ. Ελαιόλαδο
Δ. Φοινικέλαιο
E. Δεν είμαι σίγουρος/η
18. Υπάρχει περισσότερο ασβέστιο σε ένα ποτήρι πλήρες γάλα από ότι σε ένα αποβουτυρωμένο. (επιλέξτε 1 απάντηση)
- A. Συμφωνώ
B. Διαφωνώ
Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η
19. Ποιο από τα παρακάτω περιέχει τις περισσότερες θερμίδες για το ίδιο βάρος; (επιλέξτε 1 απάντηση)
- A. Η ζάχαρη
B. Αμυλούχα τρόφιμα
Γ. Φυτικές ίνες
Δ. Δεν είμαι σίγουρος/η
20. Βαρύτερα λίπη περιέχουν περισσότερο τα: (επιλέξτε 1 απάντηση)
- A. Μονοακόρεστα
B. Πολυακόρεστα
Γ. Κορεσμένα
Δ. Δεν είμαι σίγουρος/η
21. Τα πολυακόρεστα λίπη περιέχονται κυρίως: (επιλέξτε 1 απάντηση)
- A. Στα φυτικά έλαια
B. Στα γαλακτοκομικά προϊόντα
Γ. Και στα 2 παραπάνω
Δ. Δεν είμαι σίγουρος/η

3ο μέρος: Οι επόμενες ερωτήσεις σχετίζονται με την επιλογή τροφίμων. Θα πρέπει να απαντήσετε στην ερώτηση σε ότι σας ζητά και όχι βάση αν σας αρέσει ή όχι το τρόφιμο.

1. Ποια θα ήταν η καλύτερη επιλογή ενός σνακ χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και υψηλής περιεκτικότητας σε φυτικές ίνες; (επιλέξτε 1 απάντηση)
- A. Γιαούρτι διαίτης με φράουλα
B. Σταφίδες
Γ. Μπάρα δημητριακών
Δ. Ολικής αλέσεως κράκερ και τυρί κασέρι

2. Ποια θα ήταν η καλύτερη επιλογή για ένα ελαφρύ γεύμα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά και πλούσιο σε φυτικές ίνες; (επιλέξτε 1 απάντηση)
 - A. Ψητό κοτόπουλο
 - B. Τοστ με ψωμί ολικής αλέσεως και τυρί
 - Γ. Τοστ με ψωμί ολικής αλέσεως και φασόλια
 - Δ. Τάρτα
3. Ποιο είδος σάντουιτς νομίζεις ότι είναι πιο υγιεινό; (επιλέξτε 1 απάντηση)
 - A. Δυο χοντρές φέτες ψωμί με μια λεπτή φέτα τυρί κασέρι
 - B. Δυο λεπτές φέτες ψωμί με μια παχιά φέτα τυρί κασέρι
4. Πολλοί άνθρωποι τρώνε μακαρονάδα με σάλτσα ντομάτας και κρέας. Ποιο νομίζεται ότι είναι πιο υγιεινό; (επιλέξτε 1 απάντηση)
 - A. Μια μεγάλη ποσότητα ζυμαρικών με λίγη σάλτσα
 - B. Μια μικρή ποσότητα ζυμαρικών με πολλή σάλτσα
5. Αν θέλεις να μειώσεις την ποσότητα λίπους στη διατροφή σου ποια θα είναι η καλύτερη επιλογή; (επιλέξτε 1 απάντηση)
 - A. Μπριζόλα μοσχαρίσια ψητή
 - B. Λουκάνικα ψητά
 - Γ. Κοτόπουλο ψητό
 - Δ. Μπριζόλα χοιρινή ψητή
6. Αν θέλεις να μειώσεις την ποσότητα λίπους στη διατροφή σου χωρίς να συνεχίζοντας να τρως πατατάκια, ποια θα ήταν η καλύτερη επιλογή; (επιλέξτε 1 απάντηση)
 - A. Χοντροκομμένα πατατάκια
 - B. Λεπτοκομμένα πατατάκια
 - Γ. Κυματιστά πατατάκια
7. Αν θέλεις να φας κάτι γλυκό αλλά προσπαθείς να μειώσεις τη ζάχαρη ποια θα ήταν η καλύτερη επιλογή; (επιλέξτε 1 απάντηση)
 - A. Μέλι με φρυγανιά
 - B. Μπάρα δημητριακών
 - Γ. Μπανάνα με γιαούρτι
8. Πιο από τα παρακάτω είναι το πιο υγιεινό σνακ; (επιλέξτε 1 απάντηση)
 - A. Ψητό μήλο
 - B. Γιαούρτι με γεύση φράουλας
 - Γ. Κράκερ ολικής αλέσεως με τυρί κασέρι
 - Δ. Κέικ καρότου με τυρί κρέμα
9. Πιο τυρί θεωρείτε ότι τη χαμηλότερη ποσότητα λίπους και είναι η καλύτερη επιλογή; (επιλέξτε 1 απάντηση)

- A. Τυρί κρέμα
 - B. Ενταμ
 - Γ. Κασέρι
 - Δ. Τυρί με μούχλα
10. Αν θέλεις να μειώσεις το αλάτι στο φαγητό σου πια θα ήταν η καλύτερη επιλογή;
- A. Πίτα έτοιμη με κατεψυγμένα λαχανικά και τυριά
 - B. Μπέικον με ανανά
 - Γ. Ομελέτα με μανιτάρια
 - Δ. Σοταρισμένα λαχανικά με σόγια

4^ο μέρος: Αυτή η ενότητα σχετίζεται με προβλήματα υγείας και ασθένειες και τη διατροφή.

1. Γνωρίζεται τυχόν σοβαρά προβλήματα ή ασθένειες που σχετίζονται με τη χαμηλή κατανάλωση φρούτων και λαχανικών;
- A. ΝΑΙ
 - B. ΟΧΙ
 - Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η

Αν ΝΑΙ ποια προβλήματα υγείας ή ασθένειες νομίζετε ότι σχετίζονται με την χαμηλή κατανάλωση φρούτων

.....

2. Γνωρίζετε τυχόν σοβαρά προβλήματα ή ασθένειες που σχετίζονται με χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών;
- A. ΝΑΙ
 - B. ΟΧΙ
 - Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η

Αν ΝΑΙ ποια προβλήματα υγείας ή ασθένειες νομίζετε ότι σχετίζονται με την χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών;

.....

3. Γνωρίζετε τυχόν σοβαρά προβλήματα ή ασθένειες που σχετίζονται με πόση ζάχαρη τρώμε;
- A. ΝΑΙ
 - B. ΟΧΙ
 - Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η

Αν ΝΑΙ ποια προβλήματα υγείας ή ασθένειες νομίζετε ότι σχετίζονται με την ζάχαρη;

.....

4. Γνωρίζετε τυχόν σοβαρά προβλήματα ή ασθένειες που σχετίζονται με το πόσο αλάτι τρώμε;
- A. ΝΑΙ

B. OXI

Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η

Αν ΝΑΙ ποια προβλήματα υγείας ή ασθένειες νομίζετε ότι σχετίζονται με το αλάτι;

.....
.....

5. Γνωρίζετε τυχόν σοβαρά προβλήματα ή ασθένειες που σχετίζονται με την παχυσαρκία;

A. ΝΑΙ

B. OXI

Γ. Δεν είμαι σίγουρος/η

Αν ΝΑΙ ποια προβλήματα υγείας ή ασθένειες νομίζετε ότι σχετίζονται με την παχυσαρκία;

.....
.....

6. Νομίζετε ότι τα παρακάτω θα μπορούσαν να μειώσουν τις πιθανότητες για ορισμένες μορφές καρκίνου; (επιλέξτε 1 απάντηση για κάθε ένα)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν είμαι σίγουρος/η
Να τρώμε περισσότερες φυτικές ίνες			
Να τρώμε λιγότερη ζάχαρη			
Να τρώμε λιγότερα φρούτα			
Να τρώμε λιγότερο αλάτι			
Να τρώμε περισσότερα φρούτα & λαχανικά			
Να τρώμε λιγότερο τρόφιμα με συντηρητικά και πρόσθετα			

7. Νομίζετε ότι τα παρακάτω θα βοηθήσουν στην πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων; (επιλέξτε 1 απάντηση για κάθε ένα)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν είμαι σίγουρος/η
Να τρώμε περισσότερες φυτικές ίνες			
Να τρώμε λιγότερα κορεσμένα λιπαρά			
Να τρώμε λιγότερο αλάτι			
Να τρώμε περισσότερα φρούτα & λαχανικά			
Να τρώμε λιγότερο τρόφιμα με συντηρητικά και πρόσθετα			

8. Ποιο από τα παρακάτω θεωρείτε ότι είναι πιο πιθανό να αυξήσει τα επίπεδα της χοληστερόλης στο αίμα; (επιλέξτε 1 απάντηση)

A. Αντιοξειδωτικές ουσίες

B. Πολυακόρεστα λιπαρά

Γ. Κορεσμένα λιπαρά

Δ. Δίαιτα χοληστερόλης

E. Δεν είμαι σίγουρος/η

9. Έχετε ακούσει για τις αντιοξειδωτικές βιταμίνες;

A. ΝΑΙ

B. ΟΧΙ

10. Αν ΝΑΙ νομίζετε ότι οι παρακάτω ανήκουν στις αντιοξειδωτικές βιταμίνες; (επιλέξτε 1 απάντηση για κάθε ένα)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν είμαι σίγουρος/η
Βιταμίνη Α			
Σύμπλεγμα βιταμινών Β			
Βιταμίνη C			
Βιταμίνη D			
Βιταμίνη Ε			
Βιταμίνη Κ			

Ερωτηματολόγιο Συχνότητας Διαιτητικής Πρόσληψης (The Mediterranean Diet Score)

Πόσο συχνά καταναλώνετε τα παρακάτω τρόφιμα;

	Συχνότητα κατανάλωσης (μερίδες ανά εβδομάδα)					
	Ποτέ	1-6	7-12	13-18	19-31	>32
Δημητριακά ολικής αλέσεως	0	1	2	3	4	5
	Ποτέ	1-4	5-8	9-12	13-18	>18
Πατάτες	0	1	2	3	4	5
	Ποτέ	1-4	5-8	9-15	16-21	>22
Φρούτα, χυμούς	0	1	2	3	4	5
	Ποτέ	1-6	7-12	13-20	21-32	>33
Λαχανικά, σαλάτες	0	1	2	3	4	5
	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
Όσπρια	0	1	2	3	4	5
	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
Ψάρι, σούπες	0	1	2	3	4	5
	Ποτέ	<1	1-2	3-4	5-6	>6
Κόκκινο κρέας και προϊόντα του	≤1	2-3	4-5	6-7	8-10	>10

	5	4	3	2	1	0
Πουλερικά	≤3	4-5	5-6	7-8	9-10	>10
	5	4	3	2	1	0
Γαλακτοκομικά πλήρη	≤10	11-15	16-20	21-28	29-30	>30
	5	4	3	2	1	0
Ελαιόλαδο	Ποτέ	Σπάνια	<1	1-3	3-5	καθημερινά
	0	1	2	3	4	5
Αλκοόλ (100 ml= 1ποτήρι)	<300	300	400	500	600	>700 ή 0
	5	4	3	2	1	0

Από το παρακάτω ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση της σωστής διατροφής σημειώστε τις απαντήσεις σας (ναι ή όχι)

1. Τρως ένα φρούτο ή πίνεις ένα ποτήρι χυμό κάθε μέρα.
A. NAI B. OXI
2. Τρως ένα δεύτερο φρούτο κάθε μέρα.
A. NAI B. OXI
3. Συνήθως καταναλώνεις φρέσκα ή βραστά λαχανικά 1 φορά την ημέρα.
A. NAI B. OXI
4. Συνήθως καταναλώνεις φρέσκα ή βραστά λαχανικά περισσότερες από 1 φορά την ημέρα.
A. NAI B. OXI
5. Τρως ψάρι συχνά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα).
A. NAI B. OXI
6. Τρως 1 φορά την εβδομάδα γρήγορο, έτοιμο φαγητό (fastfood) π.χ. γύρο.
A. NAI B. OXI
7. Σου αρέσουν τα όσπρια όπως φασόλια, φακές, ρεβίθια, και τα τρως περισσότερο από 1 φορά την εβδομάδα.
A. NAI B. OXI

8. Καταναλώνεις ζυμαρικά ή ρύζι σχεδόν κάθε μέρα (τουλάχιστον 5 φορές την εβδομάδα).
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
9. Τρως δημητριακά ή οποιαδήποτε άλλα προϊόντα ολικής αλέσεως (π.χ. ψωμί) για πρωινό.
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
10. Τρως ξηρούς καρπούς συχνά (τουλάχιστον 2-3 φορές την εβδομάδα).
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
11. Χρησιμοποιείτε κυρίως ελαιόλαδο στο σπίτι.
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
12. Παραλείπεις γεύματα.
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
13. Καταναλώνεις 1 γαλακτοκομικό προϊόν (γιαούρτι, γάλα κ.α.) στο πρωινό σου.
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
14. Καταναλώνεις προϊόντα φούρνου (π.χ. πίτες, κρουασάν, μπισκότα, γλυκά) για πρωινό.
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
15. Τρως 2 γιαούρτια και / ή αρκετό τυρί (40γρ) καθημερινά.
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ
16. Τρως γλυκά, καραμέλες, σοκολάτες αρκετές φορές μέσα στην ημέρα.
A. ΝΑΙ B. ΟΧΙ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

**Πόσο υγιεινή διατροφή κάνετε;
Απαντήστε στις παρακάτω ερωτήσεις για να το μάθετε!**

1. Πόσα φλιτζάνια τσάι ή καφέ πίνετε κάθε μέρα;

- A. Περισσότερα από οκτώ
- B. Από τέσσερα ως επτά
- Γ. Λιγότερα από τέσσερα

2. Πόσα αυγά τρώτε την εβδομάδα;

- A. Πάνω από τέσσερα
- B. Τρία ή τέσσερα
- Γ. Ένα ή δύο

3. Πόσο συχνά τρώτε κόκκινο κρέας;

- A. Δύο φορές την εβδομάδα
- B. Μία φορά την εβδομάδα
- Γ. Δύο ως τρεις φορές το μήνα

4. Πόσο συχνά τρώτε ψάρι;

- A. Σπάνια
- B. Δύο φορές το μήνα
- Γ. Μια φορά την εβδομάδα

5. Πόσες μερίδες λαχανικών και φρούτων τρώτε καθημερινά;

- A. Μία
- B. Δύο ως τρεις
- Γ. Τέσσερις ή περισσότερες

6. Πόσα ποτήρια νερό πίνετε καθημερινά;

- A. Δύο ή τρία
- B. Τέσσερα ως επτά
- Γ. Από οκτώ και πάνω

7. Πόσο συχνά τρώτε γλυκά;

- A. Κάθε μέρα
- B. Τέσσερις ως έξι φορές την εβδομάδα
- Γ. Δύο-τρεις φορές την εβδομάδα

8. Πόσο συχνά τρώτε πατατάκια, γαριδάκια, κτλ.;

- A. Κάθε μέρα
- B. Δύο-τρεις φορές την εβδομάδα
- Γ. Το πολύ μία φορά την εβδομάδα

http://www.enveti.org/file.php/1/Modules/Other_Subjects_CARDET/Greek/Lesson_Plan_2_Diatrofi.pdf