



**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΓΕΩΠΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ ΤΡΟΦΙΜΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:**  
**ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΣ**  
**ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ**  
**PERSONALITY AND MEDITERANNEAN**  
**LIFESTYLE AT STUDENTS OF DIETETICS**

**ΚΟΥΡΤΕΣΗ ΓΕΩΡΓΙΑ**  
**ΚΥΡΙΑΚΙΔΗ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ**  
**ΠΥΛΑΡΙΝΟΥ ΑΝΔΡΙΑΝΗ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**Κα. ΚΟΪΝΑΚΗ ΣΤΕΛΛΑ**

## **ΣΗΤΕΙΑ 2017**

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

*Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας, κα. Κοϊνάκη Στέλλα, για την πολύτιμη βοήθειά της κατά τη διάρκεια της υλοποίησης της πτυχιακής εργασίας. Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τον Δρ. Ιωάννη Τσαούση, για την ευγενική παραχώρηση του ερωτηματολογίου ΤΕΧΑΠ5, που χρησιμοποιήσαμε για την περάτωση της πτυχιακής εργασίας. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας, για τη στήριξη και κατανόηση τους σε όλη τη διάρκεια συγγραφής της εργασίας, αλλά και της φοίτησής μας.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Έχει φανεί από προηγούμενες μελέτες ότι, η συμπεριφορά και ο χαρακτήρας ενός ατόμου παίζει σημαντικό ρόλο στις διατροφικές του συνήθειες.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαστάσεων της προσωπικότητας και της συμμόρφωσης του ατόμου στον Μεσογειακό τρόπο ζωής σε φοιτητές Διαιτολογίας.

**Μεθοδολογία:** Στην παρούσα συγχρονική μελέτη συμμετείχαν 100 φοιτητές, 28 άντρες και 72 γυναίκες. Η προσωπικότητα των συμμετεχόντων περιγράφηκε από το Τεστ Χαρακτηριστικών Προσωπικότητας (ΤΕΧΑΠ5), ενώ η συμμόρφωση με το Μεσογειακό τρόπο ζωής εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο MedLife Index. Επίσης, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε στα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά, ενώ, τέλος, μετρήθηκε το σωματικό βάρος και το ύψος τους.

**Αποτελέσματα:** Ο βαθμός υιοθέτησης του Μεσογειακού τρόπου ζωής φάνηκε να σχετίζεται με τις διαστάσεις της Προσωπικότητας Ευσυνειδησία, Νευρωτισμό και Εξωστρέφεια. Η συνολική βαθμολογία του Μεσογειακού τρόπου ζωής, βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά και σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο με την Εξωστρέφεια και την Ευσυνειδησία ( $p= 0,016$  και  $p= 0,044$ , αντίστοιχα). Συγκεκριμένα, οι ίδιες διαστάσεις της προσωπικότητας βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική σχέση με την υποκλίμακα της κατανάλωσης τροφίμων Μεσογειακής διατροφής ( $p= 0,008$  και  $p= 0,030$  αντίστοιχα). Αναφορικά με την υποκλίμακα της φυσικής δραστηριότητας, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της ανάπαυσης, φάνηκε ότι υπάρχει στατιστική σχέση με την διάσταση του Νευρωτισμού και της Ευσυνειδησίας ( $p= 0,014$  και  $p= 0,108$ , αντίστοιχα). Από την ανάλυση των επιμέρους ερωτήσεων της υποκλίμακας κατανάλωσης τροφίμων, άτομα με μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, είχαν υψηλότερο σκορ Εξωστρέφειας και Ευσυνειδησίας. Ενώ για τις ερωτήσεις που αφορούν την υποκλίμακα της φυσικής δραστηριότητας και του ύπνου, άτομα που δεν ασχολούνταν συστηματικά με κάποιο είδος φυσικής δραστηριότητας βρέθηκε να έχουν υψηλότερο σκορ Νευρωτισμού και άτομα που είχαν επαρκή ύπνο καθημερινά, εμφάνιζαν υψηλότερο σκορ Ευσυνειδησίας.

**Συμπέρασμα:** Ο βαθμός υιοθέτησης του Μεσογειακού τρόπου ζωής σχετίζεται με συγκεκριμένες διαστάσεις της Προσωπικότητας.

*Λέξεις Κλειδιά:* Μεσογειακή διατροφή, προσωπικότητα, Μοντέλο πέντε Διαστάσεων προσωπικότητας, Μεσογειακός τρόπος ζωής.

## ABSTRACT

**Introduction:** In previous studies, it has been concluded that a person's behavior and personality play a crucial role in his/her eating habits.

**Aim:** To investigate potential relations between the "Big 5" personality traits (Conscientiousness, Neuroticism, Extraversion, Agreeableness, Openness to Experience) and adherence to the Mediterranean lifestyle, among students of Dietetics.

**Methods:** One hundred students, 28 men and 72 women, participated in the present cross-sectional study. The participants' personality traits were described according to the Test of Personality Traits (TPQue5), while their adherence to the Mediterranean lifestyle was assessed based on the MedLife Index Questionnaire. Furthermore, the participants completed a questionnaire about selected socio-demographic traits. Body weight and height were also measured.

**Results:** The total score of the Mediterranean Lifestyle was positively related to the Extraversion and Conscientiousness traits ( $p= 0,016$  and  $p= 0,044$ , accordingly). In particular, the above mentioned personality traits appeared to have a statistically important association with the Mediterranean food consumption ( $p= 0,008$  and  $p= 0,030$  accordingly). Regarding the relations of the physical exercise, social interaction and resting habits (characterizing the Mediterranean Lifestyle) with the Neuroticism and Conscientiousness traits, a statistical significant association was also revealed ( $p= 0,014$  and  $p= 0,108$ , accordingly). Moreover, analysis of the questions about the food consumption revealed that higher adherence to the Mediterranean dietary pattern was related to higher scores on Extraversion and Conscientiousness scales. Finally, analysis of the questions about physical exercise and resting habits, showed that participants who were not involved in any kind of intense work-out had a higher score in Neuroticism, while these participants with adequate sleep, had a higher score in Conscientiousness trait.

**Conclusion:** Adherence to the Mediterranean lifestyle was associated with the personality traits of Conscientiousness, Neuroticism and Extraversion.

**Key words:** Mediterranean diet, personality, The "Big 5" personality traits, Mediterranean lifestyle.

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	4
ABSTRACT .....	6
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Μεσογειακή Διατροφή .....	11
1.1 Ιστορική αναδρομή .....	11
1.2 Ορισμός .....	14
1.3 Οφέλη Μεσογειακής Διατροφής.....	16
1.3.1 Η Μελέτη των Επτά Χωρών.....	16
1.3.2 Τα οφέλη στην υγεία.....	19
1.4 Επιδημιολογικές μελέτες.....	23
1.4.1 Επιδημιολογία της διατροφής .....	23
1.4.2 Επιδημιολογικές μελέτες για καρδιαγγειακά νοσήματα.....	26
1.4.3 Επιδημιολογικές μελέτες για τον καρκίνο .....	32
1.4.4 Μεσογειακή διατροφή και νευροεκφυλιστικές ασθένειες .....	33
1.4.5 Μεσογειακή διατροφή και θνησιμότητα.....	34
1.4.6 Τρόπος ζωής και Μεσογειακή διατροφή .....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Το Μοντέλο των 5 Διαστάσεων Προσωπικότητας .....	38
2.1 Θεωρίες των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας.....	38
2.2 Η Θεωρία των Πέντε Παραγόντων.....	40
2.3 Ευσυνειδησία .....	44
2.4 Νευρωτισμός .....	45
2.5 Εξωστρέφεια.....	45
2.6 Προσήνεια .....	46
2.7 Δεκτικότητα στην εμπειρία .....	46
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Επιδημιολογικές έρευνες συσχέτισης Μεσογειακού τρόπου ζωής και Διαστάσεων Προσωπικότητας .....	47
3.1 Προσωπικότητα και διατροφή .....	47
3.1.1 Συσχετισμός προσωπικότητας και διατροφής σε φοιτητές.....	49
3.1.2 Συσχετισμός προσωπικότητας και διατροφής σε ενήλικες .....	56
3.2 Προσωπικότητα και διαταραχή ύπνου .....	57
3.3 Προσωπικότητα και σωματική δραστηριότητα .....	58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ειδικό μέρος.....	62



4.1	Σκοπός μελέτης.....	62
4.2	Μεθοδολογία μελέτης.....	62
4.2.1.	Υλικό και μέθοδος .....	62
4.2.2	Στατιστική επεξεργασία .....	65
4.3	Αποτελέσματα μελέτης .....	65
4.4	Συζήτηση .....	88
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	94
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	100

## **ΜΕΡΟΣ Α: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

---

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Μεσογειακή Διατροφή

## 1.1 Ιστορική αναδρομή

Τα πρότυπα της Μεσογειακής διατροφής αναπτύχθηκαν τα τελευταία 5000 ή περισσότερα χρόνια και εξαπλώθηκαν από την Εύφορη Ημισέληνο [1] με επιρροές από πολλούς πολιτισμούς, εξαιτίας των κατακτήσεων. Οι επιρροές αυτές συνίστανται στους ενοποιημένους διαιτητικούς κανόνες των τριών κύριων μονοθεϊστικών θρησκειών (Ιουδαϊσμός, Χριστιανισμός και Ισλάμ) με συνεχείς αλληλεπιδράσεις, προσθήκες και ανταλλαγές εντός και εκτός της περιοχής. Σαν αποτέλεσμα, η Μεσογειακή διατροφή αποτελεί έκφραση διαφορετικών διατροφικών πολιτισμών που ήταν παρόντες στην περιοχή της Μεσογείου, με ποικίλους τρόπους παραγωγής και κατανάλωσης του φαγητού, με αέναη εξέλιξη αντιπροσωπεύοντας το συγκεκριμένο ιστορικό και περιβαλλοντικό μωσαϊκό που αποτελεί η Μεσόγειος [2].

Η Μεσογειακή διατροφή κατάγεται από ένα τμήμα γης που θεωρείται μοναδικό στο είδος του, τη Μεσογειακή λεκάνη, την οποία οι ιστορικοί ονομάζουν “το λίκνο του πολιτισμού”, επειδή μέσα στα γεωγραφικά της όρια έλαβε χώρα όλη η ιστορία του αρχαίου κόσμου.

Στις όχθες της απλώνεται η κοιλάδα του Νείλου, μια τοποθεσία ενός αρχαίου και ανεπτυγμένου πολιτισμού καθώς και οι δύο μεγάλες λεκάνες του Τίγρη και του Ευφράτη, οι οποίες αποτελούσαν το περιβάλλον των πολιτισμών των Σουμέριων, των Ασσύριων, των Βαβυλώνιων και των Περσών. Στην περιοχή της Μεσογείου ηγήρθη η ισχύς των Κρητών, έπειτα αναδύθηκαν οι Φοίνικες και οι πολυμαθείς Έλληνες πάνω από τη Ρωμαϊκή δύναμη, επιτρέποντας στην περιοχή να γίνει η “καλή γη” ανάμεσα στην Ανατολή και τη Δύση. Από εκείνη την εποχή, η Μεσόγειος έγινε το σημείο συνάντησης λαών οι οποίοι, με τις επαφές τους, έχουν μορφοποιήσει κουλτούρες, έθιμα, γλώσσες, θρησκείες και τρόπους σκέψης αναφορικά με τις αλλαγές στον τρόπο ζωής με την πάροδο του χρόνου. Η σύγκρουση αυτών των δύο πολιτισμών παρήγαγε τη μερική τους ενσωμάτωση ώστε ακόμα και οι διατροφικές συνήθειες σχεδόν συγχωνεύτηκαν [3].

Η ακριβής προέλευση της “Μεσογειακής Διατροφής” χάνεται στο χρόνο επειδή βυθίζεται στις διατροφικές συνήθειες του Μεσαίωνα. Σύμφωνα με αυτές, η αρχαία Ρωμαϊκή παράδοση – πάνω στο μοντέλο των Ελλήνων – αναγνώριζε στο ψωμί, στο

κρασί και στο λάδι ένα σύμβολο αγροτικού πολιτισμού, εμπλουτισμένα με πρόβειο τυρί, λαχανικά (πράσα, μολόχα, μαρούλι, ραδίκια,μανιτάρια), λίγο κρέας και μία ισχυρή προτίμηση στα ψάρι και στα θαλασσινά [4]. Οι πλούσιες τάξεις λάτρευαν το φρέσκο ψάρι (το οποίο έτρωγαν κυρίων τηγανητό σε ελαιόλαδο ή ψητό) και τα θαλασσινά, ειδικά τα στρείδια, τα οποία έτρωγαν ωμά ή τηγανητά. Για τους σκλάβους της Ρώμης προοριζόταν φτωχό φαγητό το οποίο αποτελούταν από ψωμί,μισή λίβρα ελιές και ελαιόλαδο για κάθε μήνα, με κάποια αλατισμένα ψάρια και σπανίως λίγο κρέας. Η Ρωμαϊκή παράδοση σύντομα συγκρούστηκε με το είδος φαγητού που εισήχθη από την κουλτούρα των Γερμανικών λαών, κυρίως νομάδων, οι οποίοι ζούσαν σε πλήρη αρμονία με το δάσος και κυνηγούσαν ή καλλιεργούσαν ως πηγή τροφής. Ανέθρεφαν χοίρους για το λίπος, το οποίο χρησιμοποιούσαν ευρέως στην κουζίνα και καλλιεργούσαν λαχανικά σε μικρούς κήπους κοντά στο μέρος που κατασκήνωναν. Οι λιγστοί σπόροι που φύτευαν δε χρησιμοποιούνταν για να φτιάξουν ψωμί, αλλά μύρα. Η σύγκρουση αυτών των πολιτισμών ενσωμάτωσε στοιχεία στις διατροφικές τους συνήθειες. Παρόλ'αυτά η Ρωμαϊκή κουλτούρα δεν ήταν πρόθυμη να αλλάξει τη διατροφή από “Μεσογειακή” σε βάρβαρη. Τα κύρια στοιχεία της Μεσογειακής διατροφής, τα οποία είναι η τριάδα: λάδι, ψωμί και κρασί, εξήχθησαν αντ'αυτού σε περιοχές της ηπειρωτικής Ευρώπης από τάγματα μοναχών, οι οποίοι μετανάστευαν σ'αυτές τις περιοχές για να ευαγγελίσουν αυτούς τους λαούς. Το ψωμί, το λάδι και το κρασί ήταν πράγματι τα κεντρικά στοιχεία της Χριστιανικής λειτουργίας, αλλά υιοθετήθηκαν αργότερα για τη σίτιση των απλών λαών της Ευρώπης [5]. Η νέα τροφική κουλτούρα που γεννήθηκε από τη συγχώνευση δύο διαιτολογικών μοτίβων, της Χριστιανικής Ρωμαϊκής Αυτοκρατορίας και της Γερμανικής, διασταυρώθηκε με το πέρασμα του χρόνου με μία τρίτη παράδοση, αυτή του Αραβικού κόσμου, η οποία αναπτύχθηκε από μόνη της στις νότιες όχθες της Μεσογείου [6].

Οι Μουσουλμάνοι έδωσαν μία ώθηση στην ανανέωση της γεωργίας που επηρέασε το τροφικό μοντέλο με την εισαγωγή διαφόρων ειδών φυτών που γνώριζαν και χρησιμοποιούσαν μόνο οι εύπορες τάξεις, λόγω των υψηλών τιμών. Κάποια από τα φυτά αυτά ήταν το ζαχαροκάλαμο, το ρύζι, τα εσπεριδοειδή, η μελιτζάνα, το σπανάκι, τα μπαχαρικά καθώς και προϊόντα που τα συναντάμε στην κουζίνα της νότιας Ευρώπης, όπως το ροδόνερο, τα πορτοκάλια, τα λεμόνια, τα αμύγδαλα και τα ρόδια [7].

Η Ισλαμική κουλτούρα, συνεπώς, συμμετέχει στην τροποποίηση της πολιτισμικής ενότητας της Μεσογείου, την οποία δημιούργησε η Ρώμη και συνεισφέρει καθοριστικά στο νέο μοντέλο μαγειρικής που σχηματίζεται. Ένας μεγάλος αριθμός φαγητών πέρασαν από τους Μουσουλμάνους στους Λατίνους, μαζί με τις τεχνικές προετοιμασίας και τις συνταγές τους.

Άλλο ένα γεγονός με μεγάλο ιστορικό αντίκτυπο ήταν, όπως είναι ήδη γνωστό, η ανακάλυψη της Αμερικής από τους Ευρωπαίους. Αυτή η ανακάλυψη αντανάκλα και στην απόκτηση νέων προϊόντων στην κουζίνα, όπως οι πατάτες, οι ντομάτες, το καλαμπόκι, οι πιπεριές, το τσίλι και πολλές ποικιλίες φασολιών. Η εξωτική ντομάτα, αποκλειστικά διακοσμητικό φρούτο, αργότερα θεωρήθηκε βρώσιμη, εμπλούτισε το καλάθι των λαχανικών και αργότερα έγινε το σύμβολο της Μεσογειακής κουζίνας [8].

Αν και τα λαχανικά αποτελούν ένα από τα κεντρικά στοιχεία του αυθεντικού χαρακτήρα της Μεσογειακής παράδοσης, είναι σημαντικό τα σημειωθεί ο ρόλος των δημητριακών ως η βάση της απλής μαγειρικής και ως “όπλο” για την καθημερινή επιβίωση. Ο λόγος είναι η ικανότητα των δημητριακών να ικανοποιούν την πείνα των φτωχών τάξεων. Τα είδη των δημητριακών που καταναλώνονται, καθώς και οι τρόποι προετοιμασίας διαφέρουν ανάλογα με τη γεωγραφική θέση και τις παραδόσεις που χαρακτηρίζουν τους λαούς και τις χώρες που συνορεύουν με τη Μεσόγειο. Το ψωμί, η πολέντα, το κουσκούς, οι σούπες, η παέγια και τα ζυμαρικά αποτελούν ενδεικτικούς τρόπους για να καταναλωθούν τα δημητριακά [9].

Το ιστορικό μονοπάτι που παρουσιάστηκε επιτρέπει την αναγνώριση ομοιοτήτων μεταξύ της Μεσογειακής διατροφής και της σύγχρονης διατροφής που προέρχεται από τους προγόνους μας. Αυτό δείχνει μία αληθινή πορεία από τη διατροφή των Αιγύπτιων έως την ανακάλυψη της Αμερικής, η οποία οδήγησε στην εισαγωγή νέων τροφών, δίνοντας τη Μεσογειακή διατροφή όπως τη γνωρίζουμε σήμερα.

## 1.2 Ορισμός

Θα πρέπει να τονιστεί πως δεν υπάρχει μία μόνο διατροφή που χαρακτηρίζεται ως Μεσογειακή, αλλά ένας αριθμός παραλλαγών μίας βασικής ιδέας που προσαρμόζεται στην κουλτούρα της εκάστοτε χώρας. Συνεπώς, η Μεσογειακή διαίτα είναι κάτι παραπάνω από μία καθορισμένη διατροφή, αντιπροσωπεύει την πλειοψηφία των διαφόρων πολιτιστικών εκφράσεων του τρόπου ζωής αλλά και διατροφής στη Μεσόγειο.

Ο όρος “Μεσογειακή διατροφή” υποδηλώνει την ύπαρξη κάποιων κοινών διατροφικών χαρακτηριστικών στις Μεσογειακές χώρες, όπως: υψηλές ποσότητες ελαιόλαδου και ελιών, φρούτα, λαχανικά, δημητριακά (κυρίως μη επεξεργασμένα), όσπρια, ξηροί καρποί, μέτριες ποσότητες ψαριού και γαλακτοκομικών προϊόντων και χαμηλές ποσότητες κρέατος και προϊόντων κρέατος. Το κρασί, με μέτρο όμως, είναι αποδεκτό όταν δεν έρχεται σε αντίφαση με τους θρησκευτικούς και κοινωνικούς κανόνες [10, 11, 12].

Συμπερασματικά, τα φρούτα, τα λαχανικά, τα όσπρια και τα δημητριακά είναι η κύρια πηγή φυτικών ινών και αντιοξειδωτικών παραγόντων, ενώ το κρασί και το ελαιόλαδο αποτελεί πηγή λιπαρών (κυρίως μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα). Οι χαμηλές ποσότητες κόκκινου κρέατος και γλυκών αποτρέπει τη συσσώρευση στον οργανισμό τρανς και κορεσμένων λιπαρών οξέων και αντίστοιχα η μέτρια κατανάλωση κρασιού (κυρίως κόκκινου) την λήψη αλκοόλ και πολυφαινολών [13,14].

Η Μεσογειακή διατροφή ορίζεται ως το παραδοσιακό διαιτολογικό πρότυπο που ανακαλύφθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1960 στην Ελλάδα, τη Νότια Ιταλία, την Ισπανία και σε άλλες χώρες της Μεσογείου όπου φυτρώνουν ελαιόδεντρα. Πρόκειται για μία ολιγαρκή διαίτα που χρησιμοποιεί γενναίες ποσότητες ελαιόλαδου ως κύριο μαγειρικό λίπος και έχει υψηλή κατανάλωση τροφών που προέρχονται από φυτά (φρούτα, λάχανικά, όσπρια, ξηρούς καρπούς και δημητριακά ολικής άλεσης). Επίσης συχνή, αλλά μέτρια κατανάλωση κρασιού (ειδικά κόκκινου), συνήθως μαζί με το γεύμα, μέτρια κατανάλωση θαλασσινών και γαλακτοκομικών προϊόντων (κυρίως γιαούρτι και τυρί, αλλά όχι πλήρες γάλα, βούτυρο ή κρέμα), πουλερικά και αυγά, καθώς και χαμηλή κατανάλωση σε γλυκά επιδόρπια, κόκκινα και επεξεργασμένα κρέατα.

Σε αντίθεση με άλλα υγιεινά πρότυπα, η κατανάλωση φρούτων και ψαριών είναι συνήθως υψηλότερη στη Μεσογειακή διατροφή, ενώ η κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων τείνει να είναι χαμηλότερη. Σε υγιεινά χορτοφαγικά διατροφικά μοντέλα, δε γίνεται κατανάλωση κρέατος και θαλασσινών, ενώ σχεδόν πάντα περιλαμβάνεται η κατανάλωση αυγών και γαλακτοκομικών. Τα όσπρια, οι ξηροί καρποί και η επεξεργασμένη σόγια είναι υψηλότερα σε κατανάλωση στα χορτοφαγικά μοντέλα απ'ότι στο Μεσογειακό στυλ διατροφής [15].

Η κλασική Μεσογειακή διατροφή αποτελεί ένα καλό παράδειγμα υγιεινού τρόπου σίτισης, χρησιμοποιώντας βασικά υλικά, συνεπώς το πρότυπο αυτό μπορεί να υιοθετηθεί πρακτικά οπουδήποτε [16,17,18]. Υπάρχουν διαθέσιμοι διατροφικοί οδηγοί και μπορούν να χρησιμοποιηθούν παραλλαγές για την επιλογή των σωστών τροφών, όμως για την προετοιμασία ορισμένων πιάτων απαιτούνται οδηγίες. Τα μάρκετ τροφίμων πρέπει να παρέχουν φρούτα και λαχανικά εποχής, των οποίων το κόστος μπορεί να είναι αποτρεπτικό για όσους έχουν περιορισμένο προϋπολογισμό. Ψάρια και θαλασσινά μπορεί επίσης να αποτελέσουν πρόκληση για καταναλωτές με οικονομικούς περιορισμούς. Παρόλ'αυτά, οι περισσότερες μελέτες δείχνουν πως μπορεί να επιτευχθεί μεγάλη τήρηση στα Μεσογειακά πρότυπα διατροφής χωρίς μεγάλο κόστος και ότι πρακτικά όλα τα νοικοκυριά μπορούν να προσαρμοστούν σε αυτό τον υγιεινό τρόπο διατροφής, αν υπάρχουν τα κατάλληλα κίνητρα [18,19].

Η Μεσογειακή διατροφή έχει χαρακτηριστεί επιστημονικά με πολύ καλό τρόπο ακολουθώντας την πρωτοποριακή Μελέτη των Επτά Χωρών που διεξήχθη από τον Ancel Keys τη δεκαετία του '60 [20]. Από τότε, η Μεσογειακή διατροφή έχει μελετηθεί ευρέως και αναφέρεται ως ένα μοντέλο υγιεινού τρόπου διατροφής που συνδέεται με σημαντικά οφέλη στην διατροφή και την υγεία [21].

Η αξία αυτή της διατροφής έγκειται στην ικανότητά της να διατηρεί την καλή κατάσταση της υγείας και να προωθεί τη μακροζωία, όπως ανακηρύχθηκε από τον Εκπαιδευτικό Επιστημονικό και Πολιτιστικό Οργανισμό των Ηνωμένων Εθνών (UNESCO) το 2010 [22].

## 1.3 Οφέλη Μεσογειακής Διατροφής

### 1.3.1 Η Μελέτη των Επτά Χωρών

Η μελέτη των Επτά Χωρών ήταν μια από τις σημαντικότερες μελέτες που έγιναν ποτέ στο χώρο της διατροφής και η αιτία για τη καλή φήμη που απέκτησε αργότερα η Μεσογειακή διατροφή (και η Κρητική διατροφή).

Πριν από το 1950 κανείς δεν είχε σκεφτεί ότι για την επιδημία των καρδιακών προσβολών που βρισκόταν σε εξέλιξη έφταιγε η υψηλή χοληστερίνη (χοληστερόλη) και το κορεσμένο λίπος της διατροφής. Με τον καιρό όμως, όλο και περισσότεροι ιατρικοί ερευνητές υποδείκνυαν την υψηλή χοληστερόλη ως αιτία των καρδιακών προσβολών. Αρχιτέκτονας της ιδέας θα γινόταν ο Αμερικανός φυσιολόγος Ancel Keys.

Οι παρατηρήσεις και οι επιστημονικές επαφές του Keys τον έπεισαν ότι η αιτία των καρδιακών προσβολών ήταν η υψηλή χοληστερίνη στο αίμα των ανθρώπων. Τα στοιχεία του οδηγούσαν στο συμπέρασμα ότι το πρόβλημα προέκυπτε όταν η μέση συγκέντρωση της χοληστερίνης στο αίμα ενός πληθυσμού ήταν πάνω από τα 220 mg/dL.

Η θεωρία του ήταν ότι καθώς μια χώρα αναπτυσσόταν έβαζε στη διατροφή της περισσότερο κρέας, αυγά και γαλακτοκομικά, με αποτέλεσμα να ανεβαίνει η χοληστερίνη στο αίμα των κατοίκων της. Αυτό όμως είχε φέρει τα εμφράγματα. Η αιτία που ανέβαζε τη χοληστερίνη του αίματος, σύμφωνα κατά τον Keys, δεν ήταν τόσο η διατροφική χοληστερίνη όσο η μεγάλη κατανάλωση του κορεσμένου λίπους. Το 1910, οι Αμερικανοί έπαιρναν συνολικά από το λίπος το 32,2% των θερμίδων, το 1920 το 33,5%, το 1930 το 35%, το 1940 το 38,3% και το 1950 το 40%. Οι μελέτες του Keys έδειχναν ότι η κατανάλωση του κορεσμένου λίπους είχε αυξηθεί παράλληλα με το συνολικό λίπος, από το 10% στο 18% επί των θερμίδων και κατά τη γνώμη του αυτή ήταν η αιτία της επιδημίας των καρδιακών προσβολών στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες. Αντίθετα, το ακόρεστο λίπος ήταν ένα καλό λίπος για την υγεία διότι μείωνε τη χοληστερίνη του αίματος.

Ο Keys αποφάσισε να διεξάγει μια μελέτη που θα αποκάλυπτε την τριγωνική σχέση καρδιακών προσβολών, χοληστερίνης και κατανάλωσης κορεσμένου λίπους. Καλλιέργησε λοιπόν την η ιδέα μιας μελέτης διεθνούς συνεργασίας η οποία θα αποδείκνυε τη θεωρία του.



Σ' αυτή τη μελέτη συμμετείχαν οι ΗΠΑ, η Ιαπωνία, η Φιλανδία, η Ολλανδία, η Ιταλία, η Γιουγκοσλαβία και η Ελλάδα, χώρες που ο Keys ήξερε καλά γιατί είχε μελετήσει τη διατροφή τους. Ονομάστηκε «Μελέτη των Επτά Χωρών» και έμελλε να παίξει τεράστιο ρόλο στη διάδοση της ιδέας ότι το κορεσμένο λίπος κάνει κακό στην ανθρώπινη υγεία προκαλώντας καρδιακές προσβολές.

Κάθε μια από τις επτά χώρες ανέλαβε την υποχρέωση να θέσει στη διάθεσή του Keys και των συνεργατών του μια ομάδα υγιών ανδρών ηλικίας 40-59 ετών. Οι ΗΠΑ διέθεσαν 2.571 εργάτες σιδηροδρόμων από δύο περιοχές, η Ιαπωνία 1.010 άτομα από δύο ψαροχώρια και η Ελλάδα 755 αγρότες από τη Κρήτη και 410 από τη Κέρκυρα. Συνολικά συγκεντρώθηκαν 12.763 άτομα από 16 περιοχές επτά χωρών με σκοπό να συγκριθεί η θνησιμότητα στη διάρκεια του χρόνου και να εκτιμηθεί ο ρόλος της διατροφής.

Η μελέτη των επτά χωρών θα ήταν μια από τις πιο αυστηρές και περίπλοκες επιδημιολογικές έρευνες που έγιναν ποτέ, προσαρμοσμένη στο ηρωικό στυλ του Keys. Κατά διαστήματα στέλνονταν κάποιος βοηθός στα νοικοκυριά για να συλλέξει δείγματα τροφής τα οποία αναλύονταν στο εργαστήριο.

Η μελέτη των Επτά Χωρών έδειξε ότι όσο περισσότερη χοληστερίνη κυλούσε στο αίμα ενός πληθυσμού, τόσο μεγαλύτερη ήταν η θνησιμότητα του από καρδιακές προσβολές (εμφράγματα). Και θα έλεγε κανείς ότι επρόκειτο για βιολογικό νόμο αν δεν υπήρχε η εξαίρεση της ελληνικής Κρήτης.

Οι Κρητικοί δεν είχαν τη χαμηλότερη χοληστερίνη στο αίμα τους αλλά παρουσίαζαν ανελλιπώς το μικρότερο ποσοστό θνησιμότητας όχι μόνο από την καρδιά τους αλλά από οποιαδήποτε άλλη αιτία. Τη χαμηλότερη χοληστερίνη στην μελέτη των Επτά Χωρών είχαν οι Ιάπωνες ψαράδες με μέσο όρο τα 165 mg/dl ενώ οι Κρητικοί είχαν 202 mg/dL. Δηλαδή οι Κρητικοί είχαν μάλλον υψηλά επίπεδα ακόμα με τα σημερινά δεδομένα. Όμως, χωρίς μεγάλη σκέψη, θεωρήθηκε ότι άλλα στοιχεία που είχαν σχέση με τον τρόπο ζωής των Κρητικών αντιστάθμιζαν την υψηλή χοληστερίνη τους και τους χάριζαν μακροζωία.

Μετά από 10 χρόνια παρακολούθησης, οι Ιάπωνες είχαν την πολύ καλή επίδοση των 60 θανατηφόρων καρδιακών προσβολών ετησίως ανά 10.000 άτομα, αλλά οι Κρητικοί είχαν μόλις 9 θανάτους ανά 10.000 άτομα (συνολικά, οι Έλληνες έπαιρναν τη δεύτερη θέση μετά τους Ιάπωνες διότι στην Κέρκυρα είχαν καταγραφεί 149 θάνατοι ανά 10.000 άτομα και ο μέσος όρος έβγαινε 75). Τη χειρότερη επίδοση από πλευράς χοληστερίνης και καρδιακών προσβολών είχαν τα χωριά της Φινλανδίας με

475 θανάτους από έμφραγμα ανά 10.000 άτομα και 242 mg/dL χοληστερίνη. Οι Αμερικανοί κατείχαν τη δεύτερη χειρότερη θέση με 425 θανάτους από καρδιακή προσβολή και 240 mg/dL χοληστερίνη.

Με το πέρασμα των χρόνων οι θάνατοι αυξάνονταν παντού αλλά η κατάταξη δεν άλλαξε. Μετά από 15 χρόνια παρακολούθησης, οι θάνατοι των Κρητικών από καρδιακές προσβολές ήταν 38 ανά 10.000 άτομα, των Ιαπώνων 136, των Ιταλών 462, των Αμερικανών 773, των Φινλανδών 972 και ύστερα από εικοσιπέντε χρόνια η σειρά ήταν πάλι η ίδια.

Η μελέτη των Επτά Χωρών κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το κορεσμένο λίπος πράγματι συνδέονταν με τις καρδιακές προσβολές. Τη μικρότερη κατανάλωση κορεσμένου λίπους είχαν οι Ιάπωνες με 3% επί των συνολικών θερμίδων και μετά έρχονταν οι Έλληνες με 7,5%. Ωστόσο, το συνολικό λίπος των Ελλήνων ήταν υψηλό, διότι χρησιμοποιούσαν πολύ ελαιόλαδο στα φαγητά τους. Αυτό το στοιχείο έδειχνε ότι η ποσότητα του συνολικού λίπους είναι αδιάφορη εφόσον το κορεσμένο λίπος διατηρούνταν χαμηλά. Οι Φινλανδοί που είχαν τη χειρότερη επίδοση λάμβαναν από το κορεσμένο λίπος το 20,5% των θερμίδων τους, κυρίως από το βούτυρο και γαλακτοκομικά ενώ οι Αμερικανοί που δεν απείχαν πολύ από τους Φινλανδούς λάμβαναν το 18% των θερμίδων τους από το κορεσμένο λίπος.

Η μελέτη των Επτά Χωρών θεωρήθηκε ότι επιβεβαίωνε την ιδέα Keys για το ρόλο της χοληστερίνης και του κορεσμένου λίπους στις καρδιακές προσβολές. Ωστόσο αν κοίταζε κανείς προσεκτικά τα στοιχεία, δεν μπορούσε να συμπεράνει εύκολα ότι το κορεσμένο λίπος ευθυνόταν πραγματικά για τα εμφράγματα που είχαν καταγραφεί.

Οι Ιάπωνες που έπαιρναν το 3% των θερμίδων τους από το κορεσμένο λίπος δεν είχαν τις λιγότερες καρδιακές προσβολές, όπως θα νόμιζε κανείς. Επίσης, οι Κερκυραίοι που έπαιρναν το 7% των θερμίδων τους από το κορεσμένο λίπος και το 33% των θερμίδων τους από το συνολικό λίπος, είχαν περισσότερες καρδιακές προσβολές από τους Κρητικούς οι οποίοι έπαιρναν το 8% από το κορεσμένο λίπος και το 40% από το συνολικό λίπος.

Αυτές οι παρατηρήσεις έδειχναν ότι κάτι δεν πήγαινε καλά με τη θεωρία της χοληστερίνης ως αιτία των καρδιακών προσβολών αλλά δεν δόθηκε τότε η δέουσα προσοχή (σήμερα ξέρουμε ότι τα τρανς λιπαρά, παρότι ακόρεστα αποτελούν ένα πολύ σοβαρότερο παράγοντα καρδιακών προσβολών από το κορεσμένο λίπος) [23].

### **1.3.2 Τα οφέλη στην υγεία**

Η διατροφή που ακολουθείται από έναν πληθυσμό παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο σε θέματα που αφορούν στην υγεία του ατόμου και την πρόληψη χρόνιων ασθενειών καθώς έχει αποδειχθεί πλέον, ότι οι ανεπάρκειες σε ορισμένα θρεπτικά συστατικά σχετίζονται με την εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων [13,24].

Άτομα που ακολουθούν μία δυτικού τύπου διατροφή η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση ζωικής προέλευσης λίπους, χοληστερόλης, πρωτεΐνης, απλών σακχάρων και νατρίου καθώς και τη συχνή κατανάλωση επεξεργασμένων τροφίμων [25], έχουν αυξημένο κίνδυνο για χρόνιες ασθένειες όπως η παχυσαρκία, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, το μεταβολικό σύνδρομο, ο καρκίνος και ο διαβήτης τύπου 2 [26].

Ένα από τα διατροφικά πρότυπα που φαίνεται να δρα προστατευτικά για τις παραπάνω ασθένειες, είναι η διατροφή που ακολουθούνταν παραδοσιακά σε ορισμένες χώρες της Μεσογείου και πλέον χαρακτηρίζεται επίσημα ως Μεσογειακή Διατροφή. Ενδεικτικά για τη Μεσογειακή διατροφή έχει φανεί ότι, όταν ακολουθείται αυτό το πρότυπο διατροφής, η νοσηρότητα και το προσδόκιμο ζωής επηρεάζονται ευεργετικά [27], ενώ χαρακτηριστική είναι και η ευεργετική επίδραση της Μεσογειακής Διατροφής στη μείωση της θνησιμότητας και θνητότητας λόγω καρδιαγγειακών νοσημάτων [28].

Οι νέες στρατηγικές στην έρευνα επί της διατροφής εστιάζουν όχι μόνο στο ρόλο των επί μέρους θρεπτικών ουσιών ή τροφών, αλλά στοχεύουν να μετρήσουν τη σχέση ολόκληρης δίαιτας με την υγεία [29,30,31]. Κατά τη διάρκεια των 20 τελευταίων χρόνων, ένα μεγάλο μέρος βιβλιογραφίας εξερεύνησε και παρουσίασε τα οφέλη του Μεσογειακού διαιτολογίου σε ένα μεγάλο αριθμό ζητημάτων υγείας [32].

Η Μεσογειακή διατροφή έχει επιδείξει οφέλη κυρίως ενάντια σε καρδιαγγειακές νόσους [33] τα οποία μπορεί να βασίζονται στα οφέλη ενάντια σε ασθένειες του μεταβολισμού [34,35]. Πέρα από το μειωμένο ρίσκο για εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, πολλά συστατικά αυτής της διατροφής μπορούν να ασκήσουν άμεσα αποτελέσματα στην πρόληψη του καρκίνου [36,37]. Τα συστατικά που βρίσκονται σε αφθονία στη Μεσογειακή δίαιτα είναι αυτά που έχουν ιδιότητες αντικαρκινικές, αντιφλεγμονώδεις και ενάντια στην παχυσαρκία. Ιδιαίτερα οι

αντικαρκινικές ιδιότητες οφείλονται στο συνδυασμό αντιοξειδωτικών παραγόντων, φυτικών ινών και πολυακόρεστων λιπαρών. Αυτά τα διατροφικά μοντέλα, συνεπώς, είναι πολύ σημαντικά για να λειτουργήσουν ως προληπτικό μέτρο στην επιθετικότητα του καρκίνου και άλλων χρόνιων νόσων, αλλά και στη μείωση των δαπανών υγείας. Το συνολικό αποτέλεσμα των σύγχρονων ερευνών πάνω στο θέμα είναι ότι όσο υψηλότερη είναι η προσαρμογή στη Μεσογειακή διατροφή, τόσο μεγαλύτερη η πρόληψη στη θνησιμότητα από χρόνιες παθήσεις, συνεπώς μεγαλύτερο και το προσδόκιμο ζωής [15]. Ο βιολογικός μηχανισμός, που σχετίζεται με τη Μεσογειακή διατροφή, για την πρόληψη χρόνιων νοσημάτων αναφέρεται στις υψηλές ποσότητες αντιοξειδωτικών, πολυφαινολών και άλλων ενώσεων, όπως μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα. [38,39,40,41].

Η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται στην υποκειμενική αξιολόγηση ενός ατόμου για την ίδια του την υγεία και ευεξία [42] και έχει μετατραπεί σε σημαντικό ζήτημα στην εποχή μας από τότε που οι Δυτικές κοινωνίες άρχισαν να αντιμετωπίζουν τη διαδικασία επιμήκυνσης την ηλικίας του πληθυσμού. Το αυτονόητο επίπεδο υγείας ενός ατόμου είναι άμεσα συνδεδεμένο με τις καρδιαγγειακές παθήσεις, οι οποίες είναι όλες θανατηφόρες και μελέτες έχουν δείξει ότι η προσωπική εκτίμηση της υγείας αποτελεί σημαντικό δείκτη για τη θνησιμότητα σε άτομα με καρδιαγγειακές παθήσεις [43,44], μεσήλικες [45] και νεαρούς ενήλικες [46]. Μέχρι τώρα, λίγες είναι οι μελέτες που έχουν ερευνήσει τη σχέση μεταξύ της Μεσογειακής διατροφής και της αυτοαξιολογούμενης υγείας στο γενικό πληθυσμό. Πρόσφατες είναι οι ενδείξεις που προτείνουν θετική συσχέτιση μεταξύ των παραπάνω παραγόντων [47,48], όχι μόνο σε ενήλικες αλλά και σε έφηβους [49]. Περαιτέρω ενδείξεις έχουν υποστηρίξει πρόσφατα τη σχέση μεταξύ της Μεσογειακής διατροφής και της κατάθλιψης και συγκεκριμένα έχουν δείξει ότι υπάρχει ένας πιθανός προστατευτικός ρόλος αυτής της διατροφής ενάντια στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων [50,51]. Μία από τις πιο διαπιστευμένες υποθέσεις είναι ότι η Μεσογειακή διατροφή είναι θετικά συσχετισμένη με καλύτερο επίπεδο υγείας συνολικά και μειωμένο ρίσκο εμφάνισης σοβαρών χρόνιων νοσημάτων εξαιτίας της μεγάλης ποσότητας διαφορετικών ωφέλιμων παραγόντων, όπως αντιοξειδωτικά, φυλλώδη λαχανικά, φρούτα, ελαιόλαδο, κόκκινο κρασί, μονοακόρεστα (στο ελαιόλαδο) και πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (κυρίως από ψάρια και ξηρούς καρπούς), φυτικές ίνες [52,53] και προϊόντα με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη.

Στη σύγχρονη εποχή, ο τρόπος ζωής έχει γίνει βασικός παράγοντας για την πρόληψη και θεραπεία χρόνιων ασθενειών που σχετίζονται με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, όπως ο διαβήτης και το μεταβολικό σύνδρομο. Οι διατροφικοί παράγοντες μπορούν να τροποποιήσουν το προφίλ κινδύνου του πληθυσμού για χρόνιες ασθένειες και η υπόθεση ότι, μια σωστή διατροφή σχετίζεται με την καρδιαγγειακή υγεία, έχει αποκτήσει αυξανόμενη αποδοχή στον επιστημονικό κόσμο [54].

Η Μεσογειακή διατροφή θεωρείται μία από τις διατροφικές συνήθειες με τα περισσότερα επιστημονικά στοιχεία που έχουν συγκεντρωθεί σχετικά με τα οφέλη τους στην υγεία του ανθρώπου, με αυξανόμενο ενδιαφέρον στον επιστημονικό κόσμο στην μελέτη του προληπτικού ρόλου της και ως μία θεραπεία σε διάφορες παθολογικές καταστάσεις, όπως το μεταβολικό σύνδρομο, ο διαβήτης, τα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι νευροεκφυλιστικές παθήσεις και ο καρκίνος, μεταξύ άλλων [55]. Στην πραγματικότητα, κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ο αριθμός των δημοσιεύσεων σχετικά με το θέμα έχει αυξηθεί εκθετικά, φθάνοντας σχεδόν τα 500 άρθρα στο PubMed το 2014.

Για τη μέτρηση της τήρησης αυτού του διατροφικού προτύπου σε ένα πληθυσμό έχουν αναπτυχθεί και επικυρωθεί αρκετοί δείκτες, μεταξύ αυτών η κλίμακα Μεσογειακής Διατροφής [56], ο Μεσογειακός δείκτης Επάρκειας [57] και ο δείκτης SUN [58], οι οποίοι επιτρέπουν σύνδεση της τήρησης αυτής της διατροφής με διάφορα κλινικά δεδομένα και στόχους για την υγεία. Αυτά περιλαμβάνουν τα βασικά συστατικά της μεσογειακής διατροφής (ψάρια, δημητριακά ολικής αλέσεως, φρούτα, λαχανικά, ξηροί καρποί, ελαιόλαδο και κρασί, μεταξύ άλλων). Ακόμη, ο δείκτης που αναπτύχθηκε από τους Trichopoulos et al. ήταν προσαρμοσμένος και εφαρμοσμένος σε αμερικανικό πληθυσμό [59]. Χρησιμοποιώντας αυτούς τους δείκτες, πολλές έρευνες έχουν συνδέσει αυτό το διατροφικό μοτίβο με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, μεταβολικού συνδρόμου, καρκίνου και νευροεκφυλιστικών ασθενειών, καθώς και χαμηλότερη συνολική θνησιμότητα από αυτές τις παθήσεις [56,60-63].

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας το 2008, απεβίωσαν 7,6 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως από κακοήθες νεόπλασμα (περίπου το 13% όλων των αιτιών θανάτου), αριθμός ο οποίος προβλέπεται να αυξηθεί λόγω καρκίνου μέχρι το 2030 σε 12 εκατομμύρια. Η πιο συνηθής μορφή καρκίνου είναι ο καρκίνος του μαστού, έπεται ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του πνεύμονα [64].

Ιστορικά, τα κρούσματα καρκίνου ήταν χαμηλότερα στις Μεσογειακές χώρες σε σύγκριση με τις βόρειες χώρες, το Ηνωμένο Βασίλειο και τις ΗΠΑ [65]. Η τυπική Μεσογειακή Διατροφή χαρακτηρίζεται, με βάση τον Ancel Keys το 1960 [66], από υψηλή πρόσληψη μονοακόρεστων λιπαρών οξέων συνοδευόμενα από το ελαιόλαδο, τα φρούτα και τα λαχανικά, το ψάρι, τα γαλακτοκομικά με χαμηλά λιπαρά, το κρασί και την χαμηλή κατανάλωση κόκκινων κρεάτων [67].

Δεδομένα από την Μελέτη των Επτά Χωρών (Seven Countries Study) που έγινε από τους Keys et al. επικεντρώνονταν στην ευεργετική επίδραση της Μεσογειακής Διατροφής στην υγεία του ανθρώπου. Συνήθως η διατροφή αυτή χωρίζεται σε ομάδες: όσπρια, δημητριακά, λαχανικά, φρούτα, έξτρα παρθένο ελαιόλαδο, κόκκινο κρασί σε φυσιολογικές ποσότητες, χαμηλή κατανάλωση κόκκινου κρέατος, πουλερικά και γαλακτοκομικά [68].

Το κύριο συστατικό του ελαιόλαδου είναι το ελαϊκό οξύ που συνοδεύεται από άλλα λιπόφιλα συστατικά όπως η α-τοκοφερόλη και φαινόλες με ισχυρή αντιοξειδωτική και αντιφλεγμονώδη δράση, όπως επίσης και επίδραση στον κυτταρικό πολλαπλασιασμό, την κυτταρική απόπτωση και τον μεταβολισμό του αραχιδονικού οξέος στα καρκινικά κύτταρα [69]. Ωστόσο, θα μπορούσε να παρατηρηθεί πως μόνο στις ποικιλίες του παρθένου και εξαιρετικά παρθένου ελαιόλαδου διατηρούνται τα λιπόφιλα συστατικά του καρπού, σε αντίθεση με τις κοινές και τις εξευγενισμένες ποικιλίες ελαιόλαδου που περιέχουν μόνο μια μικρή από την αρχική ποσότητα αυτών των συστατικών.

Τα λαχανικά, τα φρούτα, τα όσπρια και οι ξηροί καρποί παρουσιάζονται επίσης ως κύρια συστατικά της Μεσογειακής Διατροφής και είναι καλή πηγή φυτικών ινών καθώς και αντιοξειδωτικά και φαίνεται να συνδέονται με χαμηλές πιθανότητες εκδήλωσης καρκίνου [64].

Το 2008, μια μετα-ανάλυση κλινικών ερευνών παρείχε πειστικές αποδείξεις ότι μια αύξηση κατά δυο μονάδες στην προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή παρείχε σημαντική προστασία απέναντι στη θνησιμότητα, στις καρδιαγγειακές παθήσεις και τις χρόνιες εκφυλιστικές ασθένειες όπως ο καρκίνος [32]. Ωστόσο, καμία προηγούμενη μετα-ανάλυση δεν είχε εξετάσει τις θετικές επιπτώσεις της Μεσογειακής Διατροφής στις διάφορες μορφές καρκίνου.

Εν κατακλείδι, θα μπορούσαμε να πούμε πως η Μεσογειακή διατροφή αποτελεί, όχι μόνο έναν τεράστιο πλούτο από τροφές και συνταγές, αλλά κι ένα σημαντικό σημείο συνάντησης ανθρώπων και περιοχών. Οι άνθρωποι της Μεσογείου

βλέπουν στη γη τους να αντικατοπτρίζονται οι ζωές τους, καθώς τα περισσότερα από τα προϊόντα αυτής της διατροφής δημιουργούνται στο έδαφος τους. Η κοπιαστική συλλογή των προϊόντων από τη γη της Μεσογείου έχει ως στόχο να εξασφαλίσει στο σώμα όλα αυτά που χρειάζεται για να λειτουργήσει, με την προϋπόθεση ότι γίνεται η σωστή κατανάλωση των προϊόντων. Στις μέρες μας, ο τρόπος διατροφής αποτελεί μία σημαντική πτυχή της ζωής κάθε ανθρώπου. Η τέχνη του σωστού τρόπου διατροφής έχει αποτελέσει ένα μοντέλο για να ακολουθήσει ο πληθυσμός και ταυτόχρονα να αποκτήσει νέες εμπειρίες με μη αυτόχθονο τρόπο ζωής. Στον ιατρικό τομέα η διατροφή αυτή παρακολουθείται σε όλα τα στάδια ζωής του υποκείμενου: η πρόληψη πολλών ασθενειών μέσω διατροφής βρίσκει όλο και μεγαλύτερη αποδοχή από ιατρούς και ασθενείς. Η επιτυχία της Μεσογειακής διατροφής έγκειται στη σύνθεση και την ποικιλία της. Αποτελεί μία πλούσια σε παράδοση διατροφή και σε συνδυασμό με έναν ενεργητικό τρόπο ζωής αποτελεί ένα μοντέλο που ο καθένας θα πρέπει να ακολουθήσει.

## **1.4 Επιδημιολογικές μελέτες**

### **1.4.1 Επιδημιολογία της διατροφής**

Η Επιδημιολογία της Διατροφής είναι μια σχετικά νέα επιστήμη που συνδυάζει τη γνώση που αποκτήθηκε από τους διατροφολόγους κατά τη διάρκεια αυτού του αιώνα με τη μεθοδολογία που αναπτύχθηκε από τους επιδημιολόγους για τη μελέτη των καθοριστικών παραγόντων των ασθενειών με πολλαπλές αιτιολογίες και μακρά λανθάνουσα περίοδο (περίοδο εμφάνισης).

Επιδημιολογία είναι γενικά η μελέτη των αιτιών, προσδιοριστών, συνθηκών, χαρακτηριστικών, ιδιαιτεροτήτων κ.λπ. της εμφάνισης των ασθενειών του ανθρώπου. Επομένως, η Διατροφική Επιδημιολογία εστιάζει πιο συγκεκριμένα στη σχέση μεταξύ της διατροφής μας και της υγείας όπως καταγράφεται σε πληθυσμιακό επίπεδο [64]. Η δίαιτα επηρεάζει την εμφάνιση ασθενειών, οπότε η επιδημιολογία της διατροφής είναι η βασική μέθοδος που χρησιμοποιείται για περισσότερο από 200 χρόνια για να εντοπίσει τα απαραίτητα θρεπτικά συστατικά και τις συνέπειες της έλλειψής τους.

Αρχικό παράδειγμα ήταν οι παρατηρήσεις ότι τα φρέσκα φρούτα και τα λαχανικά μπορούν να θεραπεύσουν το σκορβούτο, από τον Lind το 1753. Όμως απαιτείται έρευνα για να κατανοήσουμε τη μακροπρόθεσμη σχέση μεταξύ διατροφής και υγείας ή ασθένειας.

Συχνά υπάρχει ελλιπής κατανόηση των περίπλοκων βιολογικών μηχανισμών διαχείρισης των θρεπτικών ουσιών και αντίστοιχη αδυναμία πρόβλεψης των συνεπειών κατανάλωσης ενός τροφίμου ή θρεπτικού. Έτσι, οι επιδημιολογικές μελέτες που συσχετίζουν άμεσα την πρόσληψη των διατροφικών συστατικών με τον κίνδυνο του θανάτου ή της ασθένειας μεταξύ των ανθρώπων (κρίση εκ του προκύπτοντος αποτελέσματος) παίζουν τελικά έναν κρίσιμο συμπληρωματικό ρόλο στην εργαστηριακή διερεύνηση και συνολική διερεύνηση.

Οι στόχοι της επιδημιολογίας διατροφής είναι:

- Η καταγραφή της κατανάλωσης τροφίμων, της πρόσληψης θρεπτικών συστατικών και της διατροφικής κατάστασης του πληθυσμού.
- Η δημιουργία νέων υποθέσεων εργασίας σχετικά με τη διατροφή και την ασθένεια, βάσει αποδεικτικών στοιχείων που υποστηρίζει ή αντικρούει τις υπάρχουσες υποθέσεις και αξιολογεί την σημαντικότητα των συσχετίσεων διατροφής-ασθένειας.
- Η συμβολή στην πρόληψη των ασθενειών και στη βελτίωση της δημόσιας υγείας.
- Η κατανόηση των πολύπλοκων σχέσεων μεταξύ της διατροφής και των σοβαρών σύγχρονων ασθενειών (όπως ο καρκίνος και η αθηροσκλήρωση).
- Η εποπτεία των στρατηγικών έρευνας στην διατροφική επιδημιολογία.
- Η ανάπτυξη μεθόδων διατροφικής αξιολόγησης, χρησιμοποιώντας δεδομένα σχετικά με την πρόσληψη τροφής, βιοχημικών δεικτών της διατροφής, καθώς και μέτρα του μεγέθους του σώματος και της σύνθεσής του.
- Η ανάλυση, ερμηνεία και παρουσίαση των δεδομένων από επιδημιολογικές μελέτες διατροφής

Η διατροφική επιδημιολογία πλεονεκτεί στο ότι έχει άμεση σχέση με την υγεία του ανθρώπου. Τα επιδημιολογικά αποτελέσματα χρησιμοποιούνται για τον υπολογισμό άμεσων εκτιμήσεων του κινδύνου, οι οποίες μπορεί στη συνέχεια να μεταφραστούν σε συγκεκριμένες προτάσεις για αλλαγές στην πρόσληψη θρεπτικών ουσιών ή στα πρότυπα κατανάλωσης τροφίμων. Ευρήματα από τη διατροφική



επιδημιολογία (π.χ. σημασία των trans λιπιδίων) μπορεί ακόμα να έχουν και άμεσες επιπτώσεις σε κανονιστικές και τεχνικές επιλογές που αφορούν την επεξεργασία και την τεχνολογία τροφίμων.

Το πιο σημαντικό πρόβλημα είναι η πιθανότητα για πολλά είδη λανθασμένης εκτίμησης (προκατάληψη). Η "προκατάληψη" ορίζεται ως συστηματικό λάθος, με αποτέλεσμα την υπερεκτίμηση ή υποτίμηση της ισχύος μίας συσχέτισης μεταξύ της έκθεσης σε ένα επιδημιολογικό παράγοντα (ανεξάρτητη μεταβλητή) και ένα αποτέλεσμα (εξαρτημένη μεταβλητή).

Οι μελέτες σε θέματα διατροφικής επιδημιολογίας πρέπει να σχεδιάζονται και να εκτελούνται με μεγάλη προσοχή για να ελαχιστοποιηθεί η "προκατάληψη".

Η δυσκολία στο να καθοριστεί αν οι συσχετίσεις που παρατηρούνται είναι αιτιώδεις. Εάν η συσχέτιση μεταξύ ενός παράγοντα και μιας ασθένειας δεν είναι αιτιώδης, οι προσπάθειες για να τροποποιήσουμε την έκθεση στην εν λόγω παράγοντας δεν θα μειώσει τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου.

Η φαινομενική απλότητα και η σημασία των επιδημιολογικών ευρημάτων στην «καθημερινή ζωή» ενίοτε ενθαρρύνουν την κατάχρηση των δεδομένων όταν προκαταρκτικές ή ανεπιβεβαίωτες μελέτες επικεντρώνουν την προσοχή των μέσων μαζικής ενημέρωσης και το ευρύ κοινό.

Για παράδειγμα, οι μελέτες της συσχέτισης μεταξύ της πρόσληψης μαργαρίνης και της καρδιαγγειακής νόσου μπορεί να έχουν πείσει ορισμένους καταναλωτές να στραφούν πίσω στο βούτυρο, παρόλο που οι περισσότεροι ειδικοί πιστεύουν ότι αυτή η επιλογή δεν είναι ευεργετική για την καρδιαγγειακή υγεία.

Οι σύγχρονες ασθένειες που σχετίζονται με τη διατροφή είναι δύσκολο να μελετηθούν γιατί οι καθοριστικοί παράγοντες (αιτίες) είναι πολλοί, όπως διατροφή, γονίδια, επάγγελμα, ψυχολογία, κοινωνία, μολυσματικοί παράγοντες, επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς, κ.α. Επίσης, μπορεί οι νόσοι να προκύψουν και από υπερβολική πρόσληψη διαιτητικών παραγόντων.

Υπάρχουν και περιορισμοί στη διατροφική επιδημιολογική έρευνα. Αρχικά η σχετική έλλειψη πρακτικών μεθόδων για τη "μέτρηση" της διατροφής σε ότι αφορά μεγάλο αριθμό ανθρώπων. Επιπρόσθετα, οι μέθοδοι αξιολόγησης της διατροφής πρέπει να είναι, ικανοποιητικά έγκυρες επιστημονικά και σχετικά μη-δαπανηρές οικονομικά. Τέλος, η διατροφή των ατόμων μέσα σε μια κοινότητα μπορεί να τείνει να γίνει, ή να είναι, πολύ ομοιογενής (π.χ. επίδραση διαφήμισης, υπεραγορές κ.α.), γεγονός που δυσχεραίνει τη διερεύνηση των σχέσεων της με τη νόσο.

Συμπερασματικά, ο ρόλος της διατροφικής επιδημιολογίας είναι να παρέχει τα καλύτερα διαθέσιμα επιστημονικά στοιχεία που να δείχνουν τη σχέση της διατροφής με τα αίτια και την πρόληψη της νόσου και να διασφαλίσει ότι οι πληροφορίες βάσει των οποίων λαμβάνονται οι αποφάσεις για τη δημόσια υγεία είναι υψηλής ποιότητας. Η επικέντρωση κάθε μελέτης μπορεί να είναι αιτιολογική, προληπτική, ή παρεμβατική [65].

#### ***1.4.2 Επιδημιολογικές μελέτες για καρδιαγγειακά νοσήματα***

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την κυριότερη αιτία θανάτου σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) περίπου 17,3 εκατομμύρια άνθρωποι απεβίωσαν από καρδιαγγειακή νόσο το έτος 2008 (περίπου 7,3 εκατομμύρια θάνατοι προέρχονταν από στεφανιαία νόσο και 6,2 εκατομμύρια από εγκεφαλικό επεισόδιο), ενώ ο αριθμός αυτός αναμένεται να αυξηθεί σε 23,3 εκατομμύρια το έτος 2030.

Επίσης, πάνω από 80% των θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο συμβαίνουν σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος και αφορούν τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Όσον αφορά στον πληθυσμό της Ευρώπης κάθε χρόνο τα καρδιαγγειακά νοσήματα προκαλούν περισσότερους από 4 εκατομμύρια θανάτους, γεγονός που ευθύνεται για το 47% των συνολικών θανάτων.

Επίσης, η θνησιμότητα από νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος είναι υψηλότερη στην Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη σε σχέση με τη Βόρεια, Νότια και Δυτική Ευρώπη (European Cardiovascular Disease Statistics 2012). Στην Ελλάδα τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την πρωταρχική αιτία θανάτου προκαλώντας το 49% των συνολικών θανάτων.

Επειδή έχει αποδειχθεί ότι η καρδιαγγειακή νόσος έχει άμεση σχέση με τον τρόπο ζωής, ιδιαίτερα με το κάπνισμα, τις μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες, την καθιστική συμπεριφορά και το ψυχοκοινωνικό στρες, πάνω από τα τρία τέταρτα των συνολικών θανάτων από καρδιαγγειακή νόσο θα μπορούσαν να αποτραπούν με κατάλληλες αλλαγές στον τρόπο ζωής των ασθενών. Η ανάγκη πρόληψης των καρδιαγγειακών νοσημάτων με ιδιαίτερη έμφαση στους τροποποιήσιμους παράγοντες είναι απαραίτητη, αφού πάνω από 50% της μείωσης που παρατηρείται στη

θνησιμότητα των ασθενών με στεφανιαία νόσο οφείλεται σε αλλαγές στους παράγοντες κινδύνου, ενώ το 40% στη βελτίωση των θεραπειών. Βέβαια οι προσπάθειες πρόληψης πρέπει να ξεκινούν από τη γέννηση και να διαρκούν σε όλη τη ζωή.

Το μεγάλο τίμημα του θανάτου και της αναπηρίας που προκαλείται κάθε χρόνο από καρδιαγγειακές παθήσεις συνεχίζει να αποτελεί μεγάλη υποβάθμιση της δημοσίας υγείας. Περισσότεροι άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρδιαγγειακές νόσους απ'ότι από άλλες αιτίες και υπάρχει η δυσοίωση πρόβλεψη ότι θα υπάρχει αύξηση των θανάτων από 17 εκατομμύρια σε 24 εκατομμύρια ετησίως το 2030 [59]. Ένα σημαντικό μέρος αυτής της υποβάθμισης προέρχεται από τη γνώση ότι οι καρδιαγγειακές παθήσεις μπορούν, σε μεγάλο βαθμό, να προληφθούν με έγκαιρες αλλαγές από τον πληθυσμό σε μεταβολικούς παράγοντες, όπως η παχυσαρκία, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και ο διαβήτης. Αυτό αναμφίβολα δείχνει ότι πρέπει να αντικατασταθούν τα ανθυγιεινά διατροφικά μοντέλα με εναλλακτικές υγιεινότερες επιλογές [67].

Υπάρχουν ισχυρές αποδείξεις που υποστηρίζουν ότι την παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή ως τη βέλτιστη επιλογή για την πρόληψη καρδιαγγειακών παθήσεων [67, 68]. Πριν δύο δεκαετίες, η μελέτη δίαιτας για την καρδιά της Lyon, μια τυχαίοποιημένη και ελεγχόμενη κλινική δοκιμή, ήταν μοναδική στο να δείξει ότι μία διαιτητική παρέμβαση έφερε δραματική μείωση σε καρδιαγγειακά επεισόδια σε επιζώντες προηγούμενων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου [69]. Η διαιτητική παρέμβαση βασιζόταν στη Μεσογειακή δίαιτα. Στη συνέχεια, πολλές μελέτες κοορτής έχουν επανειλημμένα επιβεβαιώσει τα οφέλη της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Αυτές οι μελέτες κοορτής (που έχουν προκύψει από διάφορες μετα-αναλύσεις) αποτελούν μία εντυπωσιακή συσσώρευση υψηλής ποιότητας επιδημιολογικών αποδείξεων, οι οποίες για την ώρα δεν είναι διαθέσιμες για άλλα διαιτολογικά μοντέλα [64,32,70]. Για πολύ καιρό, η μόνη διαθέσιμη απόδειξη για την πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων από τη Μεσογειακή διατροφή βασιζόταν αποκλειστικά σε σχέδια παρατήρησης (με τη μοναδική εξαίρεση τη μελέτη της Lyon).

Οι μελέτες παρατήρησης μπορούν να επηρεαστούν από διάφορες μεροληψίες, κυρίως λάθη μετρήσεων. Όμως, αυτή η πιθανή ένσταση διατηρήθηκε μέχρι το 2013, όπου δημοσιεύθηκαν τα τελικά αποτελέσματα της δοκιμής PREDIMED (“Prevencion con Dieta Mediterranea”) [21]. Αυτή η δοκιμή-ορόσημο περιελάμβανε 7447

συμμετέχοντες και έδειξε 30% σχετική μείωση του ρίσκου σοβαρών καρδιαγγειακών επεισοδίων κατά τη διάρκεια 4,8 ετών παρακολούθησης. Οι περισσότεροι δισταγμοί και οι κριτικές για προηγούμενα μοντέλα παρακολούθησης εξαλείφθηκαν από τη σχεδόν τέλεια συνάφεια μεταξύ μελετών κοορτής και δοκιμών που διενεργήθηκαν σωστά. Αυτή η συνάφεια είναι μεγάλης σημασίας για την υποστήριξη της ισχύος μίας σωστά διεξαχθείσας μελάτης κοορτής στην επιδημιολογία της διατροφής, αλλά και στην προαγωγή της υγείας βάσει αποδείξεων [70,71,72].

Η μετέωρη πρόκληση ήταν να εξεταστεί αν τα αποδεδειγμένα οφέλη της Μεσογειακής διατροφής περιορίζονταν μόνο σε πληθυσμούς που ζούσαν στην περιοχή της Μεσογείου ή αν ήταν δυνατόν να μεταφερθούν πέρα από τις όχθες της Μεσογείου θάλασσας. Μία εξαιρετικά θετική απάντηση στην παραπάνω ερώτηση δόθηκε από τα αποτελέσματα της μελέτης EPIC-Norfolk [73].

Σε γενικό πληθυσμό του Ηνωμένου Βασιλείου, οι Tong et al. αξιολόγησαν 23.902 συμμετέχοντες, που παρακολούθηθηκαν για 12,2 χρόνια κατά μέσο όρο και διαπίστωσαν αρκετές χιλιάδες νέες περιπτώσεις καρδιαγγειακών παθήσεων και 1714 θανάτους από αυτές. Η προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή (η οποία ήταν συνεχώς υπό αξιολόγηση κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης) ήταν αντιστρόφως ανάλογη των βαρέων κλινικών καρδιαγγειακών νοσημάτων, ισχαιμικών και αιμορραγικών εγκεφαλικών, καρδιακής ανεπάρκειας και άλλων [73].

Ο σχεδιασμός, η διεξαγωγή, η επιδημιολογική/στατιστική ανάλυση και η ερμηνεία των ευρημάτων σε αυτή τη μελέτη είναι εξαιρετικά. Οι συγγραφείς είναι αξιέπαινοι γι'αυτή την εξαιρετική δουλειά. Είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι συμπεριέλαβαν απόλυτα μέτρα μείωσης του ρίσκου, του πιθανού αντίκτυπου και του αριθμού των ατόμων που χρειάζονταν θεραπεία, με την υπόθεση ότι η Μεσογειακή Διατροφή έχει προστατευτικό ρόλο στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Περίπου το 8,5% των ισχαιμικών επεισοδίων ή καρδιακών προσβολών στο Ηνωμένο Βασίλειο αποδόθηκαν στη μικρή προσαρμογή στη Μεσογειακή Διατροφή. Εκτιμούσαν ότι 19.375 περιστατικά θανάτων από καρδιαγγειακά νοσήματα θα είχαν αποτραπεί κάθε χρόνο προωθώντας τη Μεσογειακή Διατροφή στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Επιπρόσθετα δυνατά σημεία της μελέτης των Tong et al. περιλαμβάνουν τη μακροχρόνια παρακολούθηση, την άριστη επιβεβαίωση των αποτελεσμάτων, τη μελέτη ανταγωνιστικών παραγόντων και κυρίως, ποικίλες αναλύσεις ευαισθησίας χρησιμοποιώντας διαφορετικούς ορισμούς της Μεσογειακής Διατροφής. Παρ'όλα αυτά, το προφίλ της παραδοσιακής Μεσογειακής Διατροφής μπορεί να

διαφέρει στο Ηνωμένο Βασίλειο σε σχέση με τις χώρες της Νότιας Ευρώπης και παραμένουν ακόμα ερωτήματα σχετικά με τη δυνατότητα μεταβίβασής της.

Πρακτικές συνέπειες της μελέτης των Tong et al. για τακτικές διατροφής είναι ότι τα υγιεινά φυσικά λιπαρά που είναι συνηθισμένα στη Μεσογειακή διαίτα (έξτρα παρθένο ελαιόλαδο, ξηροί καρποί και λιπαρά ψάρια) μπορούν πλέον με βεβαιότητα να προωθηθούν στο Ηνωμένο Βασίλειο. Μπορούμε επιπλέον να μετριάσουμε φόβους που αφορούν στην μέτρια και συνηθισμένη κατανάλωση κόκκινου κρασιού μέσα στη βδομάδα, ακολουθώντας το παραδοσιακό μοντέλο αυτής της διατροφής [61]. Επίσης, υπάρχει σημαντικός λόγος στην προώθηση της αφθονίας των φυτικών τροφών, ειδικά των φρέσκων φρούτων ως συνηθισμένο επιδόρπιο. Αντιθέτως, υπάρχει ανάγκη για ουσιαστική μείωση στην κατανάλωση κρέατος, ειδικά κόκκινου και επεξεργασμένου κρέατος, παγωτού, ανθρακούχων αναψυκτικών, επιδόρπιων με ζάχαρη, γλυκών μπισκότων, άλλων αρτοσκευασμάτων και κέικ [73].

Η πρώτη κατεύθυνση μελλοντικής έρευνας αφορά στην ανάγκη μιας τυχαιοποιημένης έρευνας με Μεσογειακή Διατροφή και σοβαρά κλινικά επεισόδια πέρα από τη θάλασσα της Μεσογείου. Το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας των Η.Π.Α. σχεδιάζει να εκκινήσει μία τέτοιου είδους έρευνα τις Ηνωμένες Πολιτείες [74]. Αυτή η πρωτοβουλία είναι ευπρόσδεκτη και υπάρχουν προκαταρκτικές ενδείξεις υπέρ της δυνατότητας μεταφοράς της Μεσογειακής Διατροφής (συμπεριλαμβανομένου έξτρα παρθένου ελαιόλαδου και ξηρών κρπών) τις Ηνωμένες Πολιτείες [75].

Επιπλέον, υπάρχει η ανάγκη να πάμε όχι μόνο πέρα από τη Μεσόγειο Θάλασσα (όπως αναφέρει η μελέτη EPIC-Norfolk) αλλά και πέρα από τη Μεσογειακή Διατροφή και τα διατροφικά μοντέλα. Μετά τα επιτυχή αποτελέσματα παρεμβάσεων με τη Μεσογειακή διαίτα, μολονότι δεν περιελάμβαναν απώλεια βάρους, περιορισμό θερμίδων ή σωματική δραστηριότητα, είναι πολύ πιθανό ότι μία Μεσογειακή διαίτα με ενεργειακό περιορισμό, σωματική άσκηση και απώλεια βάρους ίσως να αποτελεί μία άριστη παρέμβαση. Θα ήταν υψηλού ενδιαφέροντος μία δοκιμή που να εξετάζει πολλούς παράγοντες του τρόπου ζωής και η οποία να πηγαινεί πέρ από διατροφικά μοντέλα. Υπάρχει άμεση ανάγκη για μία τέτοια δοκιμή, καθώς οι περισσότεροι γιατροί θέτουν στόχους για απώλεια βάρους και άσκηση στους υπέρβαρους ασθενείς τους, αλλά δεν υπάρχει μία μελέτη μεγάλης διάρκειας που να δείχνει μείωση στα κλινικά καρδιαγγειακά συμβάντα εξαιτίας τέτοιων παρεμβάσεων.

Από τα παραπάνω συνάγεται το συμπέρασμα ότι η ειδική διατροφή για την καρδιά αποτελεί ένα αξίωμα στην πρόληψη καρδιαγγειακών νοσημάτων και στη

διατροφική επιδημιολογία κατά τη διάρκεια των 50 τελευταίων ετών [55,76]. Πρόσφατα, η συνάφεια μεταξύ του συνόλου των υψηλής ποιότητας διατροφικών μοντέλων, αντί να εστιάζουμε σε κάποιο μεμονομένο συστατικό ή φαγητό, έχει αποτελέσει ένα ισχυρό παράδειγμα για τον προληπτικό ρόλο στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Τα διατροφικά μοντέλα ορίζονται ως οι ποσότητες, οι μερίδες, οι συνδυασμοί ή οι ποικιλίες για την κατανάλωση διαφόρων φαγητών και ποτών και η συχνότητα με την οποία συνήθως καταναλώνονται.

Παρόλο που οι τυχαιοποιημένες διατροφικές παρεμβατικές δοκιμές αποτελούν εγγύηση για την απόκτηση γνώσεων σχετικά με τα αποτελέσματα της διατροφής στα καρδιαγγειακά νοσήματα, οι περισσότερες έρευνες στον τομέα των διατροφικών μοντέλων γίνονται μέσω της παρατήρησης, με πιθανότητα προκατάληψης. Αυτοί οι περιορισμοί υπήρξαν η αιτία ευρείας, αλλά πιθανώς άδικης κριτικής [76,77].

Μία αδυναμία στην υπόθεση ότι η ειδική αυτή διατροφή προλαμβάνει τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι ότι οι περισσότερες διαθέσιμες πειραματικές έρευνες σε αυτό τον τομέα δε χρησιμοποιούν βαριά κλινικά αποτελέσματα, αλλά μόνο ενδιάμεσους βιοδείκτες κινδύνου. Η πιο ευαίσθητη προσέγγιση, συνεπώς, για να μελετηθεί η παραπάνω διατροφή είναι να χρησιμοποιηθούν κλινικά καρδιαγγειακά επεισόδια ως τελικά σημεία σε τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες δοκιμές. Παρ' αυτά, οι περισσότερες διατροφικές δοκιμές είναι συνήθως σύντομου χρονικού διαστήματος και σπάνια περιλαμβάνουν κλινικά τελικά σημεία, όπως καρδιαγγειακά επεισόδια ή θάνατο [78]. Η δοκιμή PREDIMED σχεδιάστηκε για να ξεπεράσει τα προβλήματα της προσέγγισης ενός συστατικού και των περιορισμών από την αξιολόγηση μόνο ενδιάμεσων δεικτών κινδύνου. Όντως, η τυχαιοποιημένη δοκιμή PREDIMED χρησιμοποίησε ένα συνολικό διατροφικό πρότυπο ως παρέμβαση και αξιολόγησε βαριά καρδιαγγειακά επεισόδια ως τελικά σημεία [78] παρέχοντας επιστημονικές αποδείξεις υψηλού επιπέδου.

Ένα σημαντικό επιστημονικό πλεονέκτημα της Μεσογειακής Διατροφής σε σχέση με άλλα υγιεινά διατροφικά πρότυπα είναι η διαθεσιμότητα μίας προηγούμενης τυχαιοποιημένης δοκιμής, της μελέτης Lyon Diet Heart, που διενεργήθηκε σε επιζώντες από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Έδειξε ότι μία Μεσογειακή διατροφή εμπλουτισμένη με α-λινολενικό οξύ, αλλά όχι ελαιόλαδο, παρείχε ισχυρή προστασία σε επανερχόμενο ισχαιμικό επεισόδιο [79].

Η μελέτη PREDIMED ήταν μία πρωταρχική παρεμβατική δοκιμή που έλεγξε τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα της Μεσογειακής δίαιτας σε καρδιαγγειακά

επεισόδια σε άνδρες και γυναίκες με υψηλό τέτοιο κίνδυνο και ηλικίας 55-75 ετών (για τους άνδρες) και 60-80 ετών (για τις γυναίκες). Η μελέτη αυτή ήταν μία πολυκεντρική διατροφική παρέμβαση που έλαβε χώρα στην Ισπανία από το 2003 έως το 2011.

Σε ότι αφορά τα αποτελέσματα της μελέτης PREDIMED θα λέγαμε ότι η Μεσογειακή Διατροφή προσφέρει οικονομικά προσιτή, ελκυστική και εύκολα κατορθώσιμη προστασία στα καρδιαγγειακά νοσήματα. Για τη σωστή λειτουργία της καρδιάς προτείνεται ένα συνολικό διατροφικό πρότυπο που να είναι πλούσιο σε πολυακόρετα λιπαρά από φυσικές φυτικές πηγές, απ'ότι μία δίαιτα λίγων θερμίδων. Λαμβάνοντας υπόψιν την προχωρημένη ηλικία πολλών από τους συμμετέχοντες στην εν λόγω δοκιμή, μπορεί να θεωρηθεί ότι ποτέ δεν είναι αργά για να βελτιωθούν οι διατροφικές συνήθειες και η υγεία της καρδιάς.

Η Ελληνική μελέτη κοορτής EPIC είναι μία από τις μεγαλύτερες μελέτες με σοβαρό αντίκτυπο στη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης τροφών της Μεσογειακής Διατροφής και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σε αυτή τη μελέτη, μια αύξηση 2 μονάδων στο δείκτη τήρησης αυτής της διατροφής, συσχετίστηκε με μείωση κατά 33% της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα [80]. Επιπλέον, η ανάλυση μιας υποομάδας 2.700 ατόμων άνω των 60 ετών με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου έδειξε ότι η μεγαλύτερη τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής οδήγησε σε μείωση κατά 18% της συνολικής θνησιμότητας [81]. Άλλες μελέτες έχουν επιβεβαιώσει αυτές τις συσχετίσεις, συμπεριλαμβανομένης της παρακολούθησης μιας ισπανικής ομάδας από 13.600 ενήλικες χωρίς στεφανιαία νόσο. Μετά από 5 χρόνια, αυτό παρατηρήθηκε ότι 2 μονάδες αύξηση της προσκόλλησης dmed συσχετίστηκαν με μείωση 26% σε στεφανιαίου κινδύνου [82]. Επίσης, η ισπανική υποομάδα της μελέτης EPIC διαπίστωσε ότι τα άτομα με μεγαλύτερη προσήλωση σε αυτή τη δίαιτα είχαν μια χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης στεφανιαίων επεισοδίων σε σύγκριση με εκείνους με μικρότερη προσήλωση [83].

### **1.4.3 Επιδημιολογικές μελέτες για τον καρκίνο**

Αρκετές μελέτες κοορτής δείχνουν έναν προστατευτικό ρόλο της Μεσογειακής Διατροφής σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης και θνησιμότητας από τον καρκίνο. Στην μελέτη κοορτής EPIC, παρατηρήθηκε ότι η τήρηση της Μεσογειακής Διατροφής συσχετίστηκε με μείωση κατά 24% της θνησιμότητας από καρκίνο κατά τη διάρκεια της έρευνας (περίπου 22.000 άτομα για περισσότερο από τέσσερα χρόνια). Επίσης, η Ελληνική υπο-ομάδα για την ίδια μελέτη έδειξε μια αντίστροφη σχέση μεταξύ της τήρησης της Μεσογειακής διαίτας και της συνολικής επίπτωσης του καρκίνου (με εξαίρεση τον καρκίνο του δέρματος) [84]. Επιβεβαιώνοντας τα παραπάνω, μια μετα-ανάλυση με βάση τις πληροφορίες που συγκέντρωσαν 8 ομάδες (514.800 άτομα) απέδειξε ότι η μεγαλύτερη προσήλωση στη Μεσογειακή Διατροφή σχετίστηκε με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου και θνησιμότητας [85].

Το χαμηλότερο ποσοστό εμφάνισης καρκίνου γενικότερα στις χώρες της Μεσογείου οφείλεται κυρίως σε μικρότερη συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου, του ενδομητρίου, του μαστού και του προστάτη. Στην πραγματικότητα, έχει προταθεί ότι η Μεσογειακή Διατροφή θα μπορούσε να αποτρέψει το 25% των περιπτώσεων του καρκίνου του παχέος εντέρου, από 10 έως 15% του καρκίνου του προστάτη και του ενδομητρίου και 15 έως 20% του καρκίνου του μαστού [86]. Μερικοί από τους διατροφικούς παράγοντες της Μεσογειακής διαίτας που θεωρούνται ως υπεύθυνοι για την προστασία αυτή είναι η υψηλή κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών ολικής αλέσεως, η χαμηλή πρόσληψη κόκκινου κρέατος, επεξεργασμένων υδατανθράκων και κορεσμένων λιπών μαζί με υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου [87]. Έτσι, μέσα από την επαρκή πρόσληψη των ωμέγα - 6 / ω - 3 λιπαρών οξέων, μονοακόρεστων λιπαρών οξέων, φυτικών ινών, πολυφαινολών και άλλων αντιοξειδωτικών, αυτό το διατροφικό πρότυπο είχε ευεργετική επίδραση ενάντια στην ανάπτυξη των διαφόρων τύπων καρκίνου [39]. Επίσης, το ελαιόλαδο έχει δείξει να είναι ένας ανεξάρτητος προστατευτικός παράγοντας έναντι των διαφόρων τύπων καρκίνου, ειδικά του αναπνευστικού συστήματος [39].



#### **1.4.4 Μεσογειακή διατροφή και νευροεκφυλιστικές ασθένειες**

Οι νευροεκφυλιστικές ασθένειες χαρακτηρίζονται από προοδευτική νευρωνική δυσλειτουργία που σχετίζεται με ατροφία των δομών του κεντρικού νευρικού συστήματος. Η επικράτηση της αυξάνεται εκθετικά με την ηλικία, φθάνοντας το 30% σε ασθενείς άνω των 90 ετών. Δεδομένης της γήρανσης του πληθυσμού, κάθε χρόνο εμφανίζονται 4,6 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις άνοιας [88], ένα σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία και προκαλεί αστάθεια και εξάρτηση της τρίτης ηλικίας. Εφόσον ακόμα δεν υπάρχει καμία αποτελεσματική θεραπεία, οι προληπτικές στρατηγικές για αυτές τις παθολογικές καταστάσεις γίνονται ολοένα και πιο σημαντικές και η Μεσογειακή Διατροφή κυρίως έχει κεντρίσει προοδευτικά το ενδιαφέρον.

Αυτό το διατροφικό πρότυπο έχει αποδείξει σε αρκετές επιδημιολογικές μελέτες και μελέτες παρατήρησης, μείωση της συχνότητας εμφάνισης ασθενειών όπως η νόσος του Alzheimer (AD) και του Parkinson, καθώς και ένα ευεργετικό ρόλο κατά της ήπιας γνωστικής εξασθένησης (MCI) που συνδέονται με τη γήρανση [88]. Μερικές από τις μελέτες αυτές προέρχονται από μη - Μεσογειακούς πληθυσμούς που συμμετείχαν στην μελέτη κοορτής WHICAP. Σε αυτή η μελέτη ερευνήθηκαν 2.258 άτομα για μια περίοδο 4 ετών, φάνηκε ότι η μεγαλύτερη προσήλωση στη Μεσογειακή διατροφή συσχετίστηκε με σχεδόν 10% χαμηλότερο κίνδυνο του AD (RR = 0,91) και τα άτομα με υψηλότερο ποσοστό τήρησης της Μεσογειακής διατροφής έδειξε 40% χαμηλότερο κίνδυνο για AD [89] και 28% χαμηλότερο κίνδυνο εκδήλωσης MCI [90] σε σύγκριση με εκείνους με χαμηλότερο ποσοστό. Επίσης, σε άτομα που εμφάνισαν MCI, η μεγαλύτερη προσήλωση στη Μεσογειακή διατροφή έδωσε 48% χαμηλότερο κίνδυνο εξέλιξης σε περιπτώσεις AD σε σύγκριση με το χαμηλότερο ποσοστό. Στη συνέχεια, μια μελέτη ασθενών-μαρτύρων που διεξήχθη στην ίδια μελέτη, έδειξε ότι η Μεσογειακή διατροφή θα προλάμβανε την εμφάνιση AD ανεξάρτητα από τα οφέλη που εμφανίζει σε αγγειακές βλάβες [91]. Στην πραγματικότητα, θεωρείται ότι η αντιφλεγμονώδης και η αντιοξειδωτική δράση προέρχονται από τον συνδυασμό τροφών που προτείνονται και θα ήταν τουλάχιστον εν μέρει υπεύθυνη για τα παρατηρούμενα οφέλη στις νευροεκφυλιστικές ασθένειες [92].

Όλα αυτά τα ευρήματα επιβεβαιώθηκαν στη συνέχεια σε δύο μετα-αναλύσεις. Η πρώτη ομάδα με βάση 5 μελέτες κοορτής και ένα σύνολο 133.626 αντικειμένων απέδειξε ότι μια αύξηση δύο μονάδων σημείο στην τήρηση Μεσογειακής διατροφής συσχετίστηκε με μείωση κατά 13% του κινδύνου εμφάνισης νευροεκφυλιστικής νόσου [85]. Η δεύτερη μελέτη εμφάνισε παρόμοια αποτελέσματα, επιβεβαιώνοντας τον ευεργετικό ρόλο της Μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη αυτών των ασθενειών [63].

#### ***1.4.5 Μεσογειακή διατροφή και θνησιμότητα***

Μία από τις πρώτες μελέτες για να δείξει την αντίστροφη σχέση μεταξύ της θνησιμότητας και της Μεσογειακής διατροφής ήταν η εργασία των Trichopoulos et al. που δημοσιεύθηκε το 1995. Χρησιμοποιώντας ένα επικυρωμένο ημι-ποσοτικό ερωτηματολόγιο 8 στοιχείων για να μετρήσει την τήρηση της Μεσογειακής διατροφής σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, η μελέτη διαπίστωσε ότι για κάθε μονάδα αύξησης της τήρησης αυτής της δίαιτας, η θνησιμότητα από οποιαδήποτε αιτία μειωνόταν κατά 17% [56]. Στη συνέχεια, η ίδια ομάδα έδειξε μετά από παρακολούθηση - μέχρι 4 έτη - 22.043 υγιών ενηλίκων από την ελληνική μελέτη κοόρτης EPIC, πως μια αύξηση της τάξης των 2 βαθμών στην κλίμακα της τήρησης της Μεσογειακής συσχετιζόταν με μείωση κατά 25% της συνολικής θνησιμότητας. Σε αυτή τη μελέτη, η μείωση της θνησιμότητας από στεφανιαία νόσο και καρκίνο ήταν 33% και 24% αντίστοιχα [80]. Αυτή η συσχέτιση που ανιχνεύτηκε στον ελληνικό πληθυσμό επιβεβαιώθηκε σε μια εκτεταμένη ανάλυση των 9 ομάδων της ευρωπαϊκής μελέτης EPIC, που συμπεριέλαβε περίπου 74.000 άτομα [93].

#### ***1.4.6 Τρόπος ζωής και Μεσογειακή διατροφή***

Σε μία μελέτη [97] αξιολογήθηκε πώς τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά, ο τρόπος ζωής και η ύπαρξη παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα επηρέασαν την τήρηση της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής σε μια ομάδα 7305 ηλικιωμένων Ισπανών που διέτρεχαν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής

νόσου (CVD) στη μελέτη PREDIMED, μια πρωταρχικής πρόληψης διατροφικής παρέμβασης δοκιμή. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι πρώην καπνιστές και υποκείμενα με υψηλότερο επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο και χαμηλότερο λόγο μέσης προς ύψος, τείνουν να τηρούν περισσότερο τη Μεσογειακή διατροφή, λαμβάνοντας υπόψιν ότι οι σημερινοί καπνιστές, ελεύθεροι ή διαζευγμένοι συμμετέχοντες, και οι ασθενείς με διαβήτη ήταν λιγότερο πιθανό να ακολουθήσουν αυτή τη δίαιτα-πρότυπο.

Μόνο μεταξύ των ανδρών, τα ηλικιωμένα άτομα (65 ετών) ήταν λίγο περισσότερο προσκολλημένα στη Μεσογειακή διατροφή από τους άνδρες ηλικίας κάτω των 65 ετών. Μία πιθανή εξήγηση μπορεί να είναι ότι οι ηλικιωμένοι πολίτες έχουν περισσότερο παραδοσιακό τρόπο ζωής και είναι απρόθυμοι να τρώνε έξω από τη διατροφή με την οποία μεγάλωσαν, ενώ οι νεότερες γενιές έχουν μεγαλύτερη έκθεση σε νέα τρόφιμα και είναι πιο ανοιχτόμυαλοι για να δοκιμάσουν νέα, περισσότερο μοντέρνα τρόφιμα. Αν και οι συμμετέχοντες ήταν όλοι μεγαλύτεροι από 55 χρόνια και το εύρος ηλικίας ήταν στενό, άλλες μελέτες με ευρύτερες ηλικιακές κλίμακες έχουν επιβεβαιώσει ότι υπάρχει διαφορά ηλικίας στην τήρηση του παραδοσιακού τρόπου Μεσογειακής διατροφής στην Ισπανία, την Ελλάδα και την Κύπρο [90,94,95,96,97]. Είναι ενδιαφέρον ότι η άμεση σύνδεση μεταξύ της ηλικίας και της τήρησης της Μεσογειακής διατροφής ήταν σημαντική εντός ενός στενού ηλικιακού εύρους και παρέμεινε έτσι ακόμα και μετά τον περιορισμό της ηλικίας στα 60-70 χρόνια.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες με διαβήτη είχαν χαμηλότερη βαθμολογία τήρησης της Μεσογειακής διατροφής απ' ό,τι οι μη διαβητικοί, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες μπορεί να σχετίζονται εν μέρει με τη διαβητική κατάσταση, όπως αναφέρεται για άλλους πληθυσμούς [98,99]. Είναι δεδομένο ότι οι διατροφικές συνήθειες έχουν βαθιά επιρροή στην ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2 [100]. Υπάρχει ένας σταθερός όγκος στοιχείων που σηματοδοτούν με ακρίβεια τη Μεσογειακή διατροφή ως ιδιαίτερα κατάλληλη για την πρόληψη του διαβήτη, όπως δείχνουν οι μελέτες παρατήρησης με αποτελέσματα σε περιστατικά διαβήτη [101,102] ή σε γλυκαιμικό έλεγχο [103,104] και τα αποτελέσματα τυχαιοποιημένων δοκιμών διατροφής σε άτομα υψηλού κινδύνου που έχουν αξιολογήσει αλλαγές στους παράγοντες κινδύνου. Αξιοσημείωτο είναι ότι τρεις από αυτές τις μελέτες διεξήχθησαν το 2006 με προκαθορισμένες ομάδες [104,105,106]. Επίσης, όταν η συμμόρφωση με την παρέμβαση αξιολογήθηκε μελλοντικά μεταξύ

των πρώτων 1048 συμμετεχόντων στη δοκιμή PREDIMED, η βελτίωση της τήρησης της Μεσογειακής διατροφής μεταξύ των διαβητικών ανδρών στις ομάδες παρέμβασης ήταν φτωχότερη από όσες δεν έχουν διαβήτη [107]. Έτσι, η Μεσογειακή διατροφή μπορεί να είναι χρήσιμη τόσο για την πρόληψη του διαβήτη όσο και ως συμπληρωματική θεραπεία για τη βελτίωση του διαβητικού ελέγχου.

Στην ίδια μελέτη, οι συμμετέχοντες με χαμηλή αναλογία μέσης-ύψους ήταν πιο πιθανό να συμμορφωθούν με τη Μεσογειακή διατροφή. Αυτή η συγκεκριμένη σχέση μπορεί να έχει σημαντικές επιπτώσεις στη δημόσια υγεία και την προαγωγή της υγείας στο πλαίσιο της γενικευμένης πανδημίας παχυσαρκίας. Έχουν επίσης δείξει άλλες προοπτικές μελέτες ότι μια υψηλότερη προσήλωση στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή μπορεί να έχει ευεργετικές επιδράσεις στις μακροπρόθεσμες αλλαγές βάρους. Η αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της προσκόλλησης στην παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή και την αύξηση του βάρους θα μπορούσε να μεταφραστεί στην πολιτική δημόσιας υγείας προωθώντας την προσήλωσή της στην αντιμετώπιση των σημερινών αυξανόμενων επιπέδων παχυσαρκίας στην περιοχή της Μεσογείου [108-111].

Αποτελέσματα μελετών δείχνουν ότι τα χαμηλότερα επίπεδα φυσικής δραστηριότητας συνδέονται με την μικρότερη τήρηση του Μεσογειακού τρόπου ζωής τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Επιπλέον, διαπιστώνει κανείς ότι το κάπνισμα συνδέεται με χαμηλή τήρηση του Μεσογειακού τρόπου ζωής. Σε παλαιότερες μελέτες που διεξήχθησαν σε πληθυσμούς στην Ελλάδα και Ισπανία, οι σημερινοί καπνιστές ήταν λιγότερο πιθανό να προσχωρήσουν στη Μεσογειακή διατροφή από ότι οι μη καπνιστές. Γενικότερα, η συσχέτιση μεταξύ καπνίσματος και συνολικά φτωχότερης διατροφής έχει παρατηρηθεί και σε άλλους πληθυσμούς [112].

Αυτό δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς οι σημερινοί καπνιστές έχουν πιο αρνητικές συμπεριφορές στην υγεία από τους πρώην και μη καπνιστές [113]. Έχει επίσης αναφερθεί ότι η διατροφή των πρώην καπνιστών μοιάζει περισσότερο με εκείνη των μη καπνιστών από ότι με τη διατροφή των καπνιστών [114,115]. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε πρόσφατη διάγνωση χρόνιας πάθησης. Το γεγονός ότι οι δύο παράγοντες για τον τρόπο ζωής του καπνίσματος και η σωματική αδράνεια συνδέονται ανεξάρτητα με την μη τήρηση του Μεσογειακού τρόπου ζωής συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες που υποδηλώνουν τη συσσώρευση ανθυγιεινών συνηθειών. Αυτή η συγκέντρωση ανθυγιεινών παραγόντων στον τρόπο ζωής είναι χρήσιμη για τις παρατηρητικές αναλύσεις, καθώς απαιτείται λεπτομερής προσαρμογή για τις

μεταβλητές του τρόπου ζωής για να αποκλείσουμε τις συνέπειες της απόσυρσης του παραδοσιακού Μεσογειακού τροπού ζωής σε χρόνιες ασθένειες, από εκείνες που προέρχονται από τους παράγοντες του τρόπου ζωής. Διαπιστώνεται ότι τα λιγότερο μορφωμένα άτομα τείνουν να έχουν χαμηλότερη προσήλωση στη Μεσογειακή διατροφή, γεγονός που επιβεβαιώνει τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών.

Άλλες μελέτες έχουν βρει είτε μη συσχέτισμό είτε αντίστροφη συσχέτιση. Απαιτείται περισσότερη έρευνα σε αυτόν τον τομέα προκειμένου να μετρηθεί με ακρίβεια αυτή η σχέση. Αυτό είναι σημαντικό επειδή ο μορφωμένος πληθυσμός τείνει να διαδραματίζει πρότυπο και αποτελεί παράδειγμα για την υπόλοιπη κοινωνία. Εάν ο μορφωμένος πληθυσμός συμμορφωθεί με τον Μεσογειακό τρόπο ζωής, μεγάλο μέρος του πληθυσμού μπορεί να ακολουθήσει. Τα αποτελέσματά δείχνουν επίσης ότι οι έγγαμοι άνδρες είναι πιο πιθανό να συμμορφωθούν με αυτόν τον τρόπο ζωής από όσους είναι ελεύθεροι, χήροι ή διαζευγμένοι. Παρόλο που οι διαφορές μεταξύ των κατηγοριών ήταν ιδιαίτερα σημαντικές για τους άνδρες, αυτό δεν συνέβαινε για τις γυναίκες. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με τον παραδοσιακό ρόλο των ηλικιωμένων γυναικών στα ισπανικά νοικοκυριά, δηλαδή με την ευθύνη της προετοιμασίας των γευμάτων. Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι οι παντρεμένοι άνδρες και των δύο φύλων είναι πιο πιθανό να προσχωρήσουν στη Μεσογειακή διατροφή από εκείνους που είναι χήροι ή χωρισμένοι [116].

Γενικά, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι, προκειμένου να βελτιωθεί η κατάσταση υγείας, απαιτούνται περισσότερες προσπάθειες για να ενημερωθεί η Μεσογειακή διατροφή για τα άτομα που καπνίζουν παρά τις συμβουλές για το αντίθετο. Το ίδιο ισχύει και για άτομα που είναι διαβητικοί ή λιγότερο μορφωμένοι, ή έχουν μεγαλύτερη περιφέρεια μέσης. Παρέχονται επίσης χρήσιμες πληροφορίες για το σχεδιασμό μελλοντικών μελετών παρέμβασης σχετικά με το είδος των συμμετεχόντων που επέδειξαν τη βέλτιστη προσήλωση στη διατροφή αυτή. Ο Μεσογειακός τρόπος ζωής, ο οποίος περιλαμβάνει τη διατροφή και τη σωματική άσκηση, πρέπει να ενισχυθεί στους Μεσογειακούς πληθυσμούς, ιδίως στις νεότερες γενιές. Λαμβάνοντας υπόψη την ωφέλιμη επίδραση της παραδοσιακής Μεσογειακής διατροφής στην υγεία, υπάρχει άμεση ανάγκη να ενισχυθούν οι διατροφικές συνήθειες του πληθυσμού. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να επιβεβαιώσουμε τα ευρήματα των ερευνών αυτών.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Το Μοντέλο των 5 Διαστάσεων Προσωπικότητας**

### **2.1 Θεωρίες των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας**

Η επιλογή των τροφίμων για τον άνθρωπο είναι μια σύνθετη και πολύπλοκη διαδικασία που καθορίζεται από βιολογικούς, αναπτυξιακούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και οικονομικούς παράγοντες [117].

Ένας από αυτούς τους παράγοντες είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Τα πέντε βασικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που έχουν μελετηθεί περισσότερο είναι, η Ευσυνειδησία, η Εξωστρέφεια, ο Νευρωτισμός, η Προσήνεια και η Δεκτικότητα στην Εμπειρία.

Η προσωπικότητα αποτελεί έναν από τους πιο συχνά χρησιμοποιούμενους όρους στην ψυχολογία, αλλά και μια από τις πιο δυσνόητες έννοιες της. Η κατανόηση όμως της έννοιας της προσωπικότητας στην ψυχολογία έχει πρωταρχική σημασία για τους μελετητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς, για τον ψυχίατρο, τον ψυχολόγο, τον εκπαιδευτικό, τον κοινωνικό λειτουργό και γενικότερα για κάθε διανοούμενο άνθρωπο [118].

Η προσωπικότητα είναι ένας κλάδος της ψυχολογίας που εξετάζει, περισσότερο από κάθε άλλον, τους ανθρώπους στην ολότητά τους, ως μεμονωμένα άτομα όσο και ως πολυσύνθετα όντα. Η επιστημονική μελέτη της προσωπικότητας εξακολουθεί να ασχολείται με το ερώτημα του γιατί οι άνθρωποι είναι αυτό που είναι. Στην προσπάθειά μας να δώσουμε μια απάντηση, δεν μπορούμε παρά να αντιληφθούμε την περιπλοκότητα της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι άνθρωποι μοιάζουν μεταξύ τους σε πολλά σημεία, αλλά διαφέρουν και σε πολλά άλλα. Έξω από αυτό τον πολύπλοκο λαβύρινθο και το φαινομενικό, κάποιες φορές, χάος, εμείς ψάχνουμε να βρούμε τάξη και σχέσεις με νόημα [119].

Σύμφωνα με τον Ποταμιανό, η μελέτη της προσωπικότητας εστιάζεται, μεταξύ άλλων, στις ατομικές διαφορές. Παρότι αναγνωρίζουν ότι κάποιοι άνθρωποι έχουν ομοιότητες μεταξύ τους, οι ψυχολόγοι που ασχολούνται με την προσωπικότητα ενδιαφέρονται κυρίως να κατανοήσουν τις διαφορές τους. Οι θεωρητικοί της

προσωπικότητας ενδιαφέρονται επίσης για τον άνθρωπο στην ολότητα του, καθώς προσπαθούν να κατανοήσουν τον τρόπο με τον οποίο διαπλέκονται οι διάφορες πτυχές της λειτουργικότητας ενός ατόμου. Η έρευνα της προσωπικότητας δεν έχει να κάνει με τη μελέτη της αντίληψης, αλλά με το πώς μεμονωμένα άτομα διαφέρουν στις αντιλήψεις τους, και ποια σχέση έχουν αυτές οι διαφορές με την όλη λειτουργικότητα τους.

Επιπλέον, η μελέτη της προσωπικότητας, δεν επικεντρώνεται μόνο σε ψυχολογικές διεγέρσεις, αλλά και στις συνάψεις που υπάρχουν μεταξύ τους. Η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο αλληλεπιδρούν αυτές οι διεργασίες, για να σχηματίσουν ένα ενιαίο σύνολο, συνεπάγεται κάτι περισσότερο από την κατανόηση της καθεμιάς ξεχωριστά. Οι άνθρωποι λειτουργούν ως οργανωμένες ολότητες και ως τέτοιες πρέπει να μελετηθούν. Με έμφαση στις μεμονωμένες διαφορές μεταξύ των ατόμων και του ατόμου ως σύνολο δίδεται ο ορισμός της προσωπικότητας. Για το ευρύ κοινό η προσωπικότητα πιθανόν αντιπροσωπεύει μια αξιολογική κρίση ο επιστήμονας και ο ερευνητής χρησιμοποιούν τον όρο «προσωπικότητα» για να προσδιορίσουν ένα πεδίο μελέτης.

Ένας επιστημονικός ορισμός της προσωπικότητας αναφέρει τους τομείς που πρέπει να εξεταστούν και προτείνει τους καλύτερους πιθανούς τρόπους μελέτης τους. Ένας λειτουργικός ορισμός είναι ο ακόλουθος : Η προσωπικότητα αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που καλύπτουν σταθερά σχήματα συναισθημάτων, σκέψης και συμπεριφοράς. Πρόκειται για έναν ευρύ ορισμό που επιτρέπει να επικεντρώσουμε την προσοχή μας σε πολλές διαφορετικές πλευρές του ατόμου ενώ υποδηλώνει ότι εξετάζουμε σταθερά σχήματα συμπεριφοράς και ιδιότητες ατόμου, όπως σκέψεις, συναισθήματα και εμφανείς μορφές συμπεριφοράς. Ιδιαίτερα μας ενδιαφέρει ο τρόπος που αυτές οι σκέψεις, τα συναισθήματα και οι εμφανείς συμπεριφορές συσχετίζονται για να διαμορφώσουν το μοναδικό, διακριτό άτομο [119].

Η προσωπικότητα είναι το μέσο με το οποίο κάθε άτομο εκφράζει κατά μοναδικό τρόπο τον ψυχικό του κόσμο ενεργεί και αντιδρά στους διάφορους ερεθισμούς του περιβάλλοντος, αντιμετωπίζει τη ζωή γενικά, εκπληρώνει τις ανάγκες του, πετυχαίνει τις επιδιώξεις του και αναπτύσσει τα ιδεώδη και τις αξίες του, που κατευθύνουν τη δραστηριότητά του. Όταν αναφερόμαστε στη προσωπικότητα ενός ατόμου, δε μας ενδιαφέρει η κάθε ψυχική λειτουργία του ξεχωριστά, αλλά το αποτέλεσμα που προκύπτει από τη δυναμική συνέργεια όλων των επιμέρους ψυχικών

λειτουργιών και των σωματικών του χαρακτηριστικών σε μια ζωντανή ψυχική ενότητα που φέρει τη σφραγίδα της μοναδικότητας, μια που δεν υπάρχουν ούτε δύο άτομα στον κόσμο με ταυτόσημη προσωπικότητα. Η ψυχική αυτή ενότητα εκδηλώνεται κατά το διάστημα του βίου του ατόμου, στην αντιμετώπιση της ζωής γενικά [118].

## 2.2 Η Θεωρία των Πέντε Παραγόντων

Μετά από περισσότερο από πέντε δεκαετίες έρευνας σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι περιγράφουν τον εαυτό τους και τους άλλους στις καθημερινές τους συναλλαγές, το μοντέλο προσωπικότητας πέντε παραγόντων φαίνεται να κυριαρχεί όχι μόνο στη θεωρία αλλά και στην αξιολόγηση της προσωπικότητας [120,121,122].

Το μοντέλο της προσωπικότητας πέντε παραγόντων - ή το Big Five, όπως είναι ευρέως γνωστό - είναι η σύγχρονη προσέγγιση στο θεμελιώδες ερώτημα "Ποιες είναι οι βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας;" Αν και δεν υπάρχει συνολική συμφωνία μεταξύ των θεωρητικών και των ερευνητών για την εννοιολόγηση καθεμιά από τις πέντε διαστάσεις, οι περισσότεροι συγκλίνουν στο συμπέρασμα ότι οι βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας είναι: Νευρωτισμός, Εξωστρέφεια, Προσήνεια ή Προσήνεια, Ευσυνειδησία και άνοιγμα σε νέες εμπειρίες ή διάνοια.

Οι ρίζες του μοντέλου πέντε παραγόντων μπορούν να βρεθούν στη δεκαετία του 1960 και πιο συγκεκριμένα στη δουλειά των Tupes και Christal, οι οποίοι, σε τεχνική έκθεση της Πολεμικής Αεροπορίας των ΗΠΑ (USAF) το 1961, αναγνώρισαν πέντε σχετικά ισχυρούς και επαναλαμβανόμενους παράγοντες. Στα επόμενα χρόνια, αυτή η νέα θεωρητική προοπτική προσέλκυσε και άλλους ερευνητές όπως ο Borgatta (1964) και ο Smith (1967), που με τη σειρά τους επιβεβαίωσαν το μοντέλο με το ερευνητικό τους έργο. Κατά τις επόμενες δεκαετίες, έγιναν προσπάθειες για την ανάπτυξη σωστά σχεδιασμένων ψυχομετρικών οργάνων για τη μέτρηση των διαστάσεων του νέου μοντέλου.

Επί του παρόντος, θα μπορούσε κάποιος να συμφωνήσει πως υπάρχουν δυο κυρίως μοντέλα πέντε διαστάσεων, το ένα αναπτύχθηκε από τους Costa και McCrae (1985) και χρησιμοποιήθηκε στο Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)



[123] και άλλο ένα που συνδέθηκε με μελέτες βασισμένες σε λεκτικές υποθέσεις και λειτουργικοποιήθηκαν σε σύνολα δεικτών παραγόντων που παρείχαν διάφοροι ερευνητές όπως οι Norman (1963), Peabody και Goldberg (1989), Goldberg (1992), Georgiades, Goldberg, Tsaousis, και Georgiou (1999), κ.α.

Σύμφωνα με τους Costa και McCrae, ένα από τα σημαντικότερα κριτήρια για να θεωρηθεί ένας παράγοντας ως βασική διάσταση της προσωπικότητας είναι η καθολικότητα του. Οι βασικές διαστάσεις πρέπει να είναι γενικές και να έχουν αναγνωριστεί σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Οι διαπολιτισμικές μελέτες σε διάφορα κοινωνικοοικονομικά περιβάλλοντα έχουν πράγματι δικαιολογήσει την καθολικότητα του μοντέλου. Εκτός από την αγγλοαμερικανική δομή των παραγόντων, για την οποία υπάρχουν διαθέσιμα τεράστια ποικιλία δεδομένων, υπάρχουν επίσης λύσεις των Πέντε Παραγόντων της γερμανικής, ολλανδικής, ιταλικής, ισπανικής, κινεζικής, φιλιπινέζικης, εσθονικής, φινλανδικής, ουγγρικής, ρωσικής και κροατικής γλώσσας. Για μια εξαιρετική ανασκόπηση στην διαπολιτισμική έρευνα καθώς και μια σύγκριση μεταξύ των λεξικών μελετών μεταξύ των γλωσσών, μπορεί κάποιος να δει στους Saucier, Hampson, και Goldberg (στον Τύπο).

Στην Ελλάδα, οι Μπεσεβέγκης και Παυλόπουλος (1998) μελέτησαν το μοντέλο στην παιδική ηλικία, ενώ ο Τσαούσης (1996) εφάρμοσε το μοντέλο σε ενήλικες. Το αποτέλεσμα των τελευταίων μελετών ήταν η ανάπτυξη του πρώτου ερωτηματολογίου των Πέντε Παραγόντων στην ελληνική γλώσσα. Το TPQue είναι ένα τεστ που μετράει τις πέντε βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας (Neuroticism, Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, and Openness to Experience).

Βάσει της θεωρητικής δομής των Costa και McCrae [115] ενώ ταυτόχρονα υπολογίστηκαν τα εθνικά και πολιτισμικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού, αποτελείται από 180 αντικείμενα που μετρούν πέντε ευρείες διαστάσεις καθώς και 30 πτυχές (έξι πτυχές για κάθε διάσταση), που αντιστοιχούν στα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά κάθε διάστασης. Η ψυχομετρική απόδειξη της δοκιμασίας (εσωτερική δομή παράγοντικής ισχύος, εγκυρότητα περιεχομένου, εγκυρότητα δομής, εσωτερική και χρονική σταθερότητα) υποστηρίζει την ύπαρξη του Big Five στην ελληνική γλώσσα και δικαιολογεί το TPQue ως αξιόπιστη και έγκυρη μέτρηση του μοντέλου. Παρόλα αυτά, λόγω του μεγέθους του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, υπάρχουν δευτερες σκέψεις για το αν αξίζει η κατανάλωση τόσο χρόνου αλλά και πόρων για τη συμπλήρωση του, με αποτέλεσμα να σκέφτονται τη χρήση μικρότερου. Πρόσφατα, η ίδια ανάγκη έχει προκύψει και παγκοσμίως, όπου έχουν αναπτυχθεί

μικρότερες εκδόσεις γνωστων ψυχομετρικών εργαλείων, κυρίως από το πεδίο της προσωπικότητας.

Χαρακτηριστικά παραδείγματα τέτοιων τεστ είναι το NEO-FFI, όπου είναι η σύντομη έκδοση του NEO-PI-R, το EPQ-R Short, αντίστοιχα η σύντομη εκδοχή του EPQ (Eysenck Personality Questionnaire), και η Καταγραφή διαπροσωπικών προβλημάτων (Inventory of Interpersonal Problems). Επιπλέον, υπάρχουν σύντομες φόρμες για δύο από τα πιο δημοφιλή και ευρέως προσαρμοσμένα μέτρα προσωπικότητας, το California Personality Inventory (CPI) και το Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Σε αυτό το σημείο, αξίζει να σημειωθεί ότι το MMPI έχει τις πιο σύντομες μορφές σε σχέση με οποιοδήποτε άλλο ψυχομετρικό εργαλείο - τουλάχιστον 14.

Η συντριπτική πλειοψηφία των συντομευμένων εκδόσεων έχουν φανεί αρκετά αξιόπιστες και έγκυρες και έχουν αποδειχθεί ισχυροί παράγοντες πρόβλεψης των ομολόγων πλήρους μήκους τους. Ωστόσο, μερικές μελέτες που χρησιμοποιούν σύντομες εκδόσεις (π.χ., οι διάφορες σύντομες μορφές της MMPI) έχουν παράσχει περιορισμένη υποστήριξη για την εγκυρότητα του κριτηρίου, ειδικά σε κλινικές ρυθμίσεις. Μία εξήγηση για το παραπάνω αποτέλεσμα θα μπορούσε να είναι η ετερογένεια των κλιμάκων MMPI. Δεδομένου ότι η MMPI αναπτύχθηκε εμπειρικά, οι κλίμακες της είναι αρκετά ετερογενείς ως προς το περιεχόμενο, καθιστώντας πιο δύσκολη την επιλογή ενός υποσυνόλου αντικειμένων που αντικατοπτρίζει με ακρίβεια την αντίληψη κάθε κλίμακας.

Ωστόσο, αυτό δεν συμβαίνει με τα ερωτηματολόγια προσωπικότητας που έχουν αναπτυχθεί μέσω παραγόντων τεχνικής ανάλυσης, όπως το NEO-PI-R, όπου τα στοιχεία που συνθέτουν κάθε κλίμακα είναι πιο ομοιογενή και η επιλογή ενός υποσυνόλου βασικών αντικειμένων είναι περισσότερο απλός. Ένας άλλος περιορισμός των ερωτηματολογίων σύντομης μορφής είναι ότι έχουν χαμηλότερους δείκτες αξιοπιστίας από τους αντίστοιχους πλήρους μήκους. Αυτό συμβαίνει επειδή ο αριθμός των στοιχείων συνδέεται άμεσα με την αξιοπιστία του μέτρου. Όσο πιο πολλά είναι τα στοιχεία μιας δοκιμής, τόσο μεγαλύτερη είναι η αξιοπιστία της και το αντίστροφο. Για το λόγο αυτό, όταν συμμετέχουμε στην ανάπτυξη σύντομης έκδοσης μιας δοκιμής, πρέπει πάντα να λάβουμε υπόψη ότι οι κλίμακες μπορούν να μειωθούν μόνο σε κάποιο βαθμό.

Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι οι ατομικές διαφορές μπορούν να οργανωθούν από την άποψη πέντε ευρέων διπολικών διαστάσεων [124] οι οποίες καθιερώθηκαν

στην Ψυχολογία ως η Μεγάλη Πεντάδα (The Big Five). Η ιδέα ότι πέντε παράγοντες της προσωπικότητας είναι ο θεμέλιος λίθος των ατομικών διαφορών στην προσωπικότητα βασίζεται σε παραγοντικές αναλύσεις τριών τύπων δεδομένων:

1) τους όρους των χαρακτηριστικών στη φυσική γλώσσα, 2) τη διαπολιτισμική έρευνα γύρω από την καθολικότητα των διαστάσεων των χαρακτηριστικών και 3) τη σχέση των ερωτηματολογίων των χαρακτηριστικών με άλλα ερωτηματολόγια και αξιολογήσεις. Οι συνηθέστεροι όροι που χρησιμοποιούνται είναι οι εξής:

- Νευρωτισμός
- Εξωστρέφεια
- Δεκτικότητα στην εμπειρία
- Προσήνεια
- Ευσυνειδησία

Η Μεγάλη Πεντάδα σχεδιάστηκε για να περιγράψει εκείνα τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που οι άνθρωποι κρίνουν ως τα σημαντικότερα. Ο Goldberg εξήγησε τη συλλογιστική γι' αυτήν προσέγγιση υπό το πρίσμα της θεμελιώδους λεξιλογικής υπόθεσης: «οι σημαντικότερες ατομικές διαφορές στις ανθρώπινες συναλλαγές κωδικοποιούνται τελικά ως απλοί όροι σε κάποιες ή σε όλες τις γλώσσες του κόσμου» [125].

Τη δεκαετία του '90 προτάθηκε μια τολμηρότερη θεωρητική άποψη από τους McCrae & Costa οι οποίοι αποκαλούν τις ιδέες τους θεωρία των πέντε παραγόντων. Σύμφωνα με αυτήν, τα πέντε πρωταρχικά χαρακτηριστικά είναι κάτι περισσότερο από απλές περιγραφές των τρόπων κατά τους οποίους διαφέρουν οι άνθρωποι. Τα χαρακτηριστικά αντιμετωπίζονται σαν πράγματα που υπάρχουν στην πραγματικότητα. Το καθένα αντιμετωπίζεται ως μια ψυχολογική δομή την οποία διαθέτουν όλοι ανεξαιρέτως οι άνθρωποι σε ποικίλους βαθμούς και επηρεάζουν την ψυχολογική ανάπτυξη του ανθρώπου. Μάλιστα, οι McCrae & Costa υποστηρίζουν ότι οι παράγοντες έχουν βιολογική βάση, καθώς υπάρχει μεγάλη σταθερότητα στο πέρασμα των χρόνων. Βέβαια, οι μεγαλύτεροι ενήλικες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά Νευρωτισμού, Εξωστρέφειας και Ανοίγματος σε Εμπειρίες και υψηλότερα στη Προσήνεια και την Ευσυνειδησία απ' ό,τι οι νεότεροι ενήλικες. Κατά μέσο όρο

φαίνεται πως οι νέοι αντιμετωπίζουν περισσότερα άγχη και προβλήματα με την αποδοχή και την αυτοεκτίμηση.

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με νέα ευρήματα, η έκφραση της προσωπικότητας μπορεί να αλλάζει κατά την αναπτυξιακή πορεία -στην εφηβεία, διαστάσεις οι οποίες αρχικά είναι διακριτές η μία από την άλλη συγχωνεύονται μεταξύ τους και σχηματίζουν ευρύτερες και περισσότερο ενοποιημένες διαστάσεις της προσωπικότητας που ξέρουμε στην ενήλικη ζωή. Πλέον τα δεδομένα οδηγούν στα εξής συμπεράσματα:

- Η προσωπικότητα παραμένει πιο σταθερή για σύντομες χρονικές περιόδους απ'ό,τι για μεγάλες.
- Η προσωπικότητα είναι πιο σταθερή στην ενήλικη ζωή απ'ό,τι στην παιδική.
- Αν και υπάρχουν ενδείξεις για γενική σταθερότητα των χαρακτηριστικών, υπάρχουν ατομικές διαφορές στη σταθερότητα κατά την ανάπτυξη.
- Δεν έχουν καθοριστεί ακόμη τα όρια της επίδρασης του περιβάλλοντος στην αλλαγή κατά την παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή [118].

### **2.3 Ευσυνειδησία**

Αξιολογεί τον βαθμό οργάνωσης των ατόμων και κινητοποίησης τους προς έναν στόχο. Ξεχωρίζει επίσης τα άτομα αυτά στα οποία μπορεί να βασιστεί κάποιος και αυτά τα οποία είναι ανοργάνωτα και νωθρά. Η Ευσυνειδησία σχετίζεται με τον έλεγχο των παρορμήσεων και το πως τα άτομα χειρίζονται την εργασία τους.

Ένα άτομο ευσυνειδητο είναι αξιόπιστο, αυτοπειθαρχημένο, οργανωτικό και αγαπά την εργασία. Ακολουθεί πιστά τους στόχους που βάζει και συνήθως φτάνει στην ολοκλήρωσή τους. Χαρακτηριστικά που το διακατέχει είναι περίσκεψη, οργάνωση, κινήγι επιτυχίας, φιλοδοξία, αίσθηση του καθήκοντος, καρτερικότητα, αυτοπειθαρχία.

Σε αντίθετη περίπτωση, άτομα τα οποία δεν τα διακρίνει αυτό το χαρακτηριστικό είναι χαλαρά, άβουλα, χωρίς στόχους, απρόσεκτα και αναποτελεσματικά. Συνήθως δεν σχεδιάζουν πράγματα και όταν βάζουν στόχους είναι αρκετά χαλαρά ως προς την ολοκλήρωση τους [126].

## 2.4 Νευρωτισμός

Ο Νευρωτισμός προσδιορίζει την τάση των ατόμων προς την κατάθλιψη, τις ουτοπικές ιδέες, τις ορμές και τους πόθους ενώ χαρακτηρίζεται από εναλλαγές της διάθεσης. Οι ειδικοί θεωρούν ότι ο Νευρωτισμός είναι κληρονομικός και συνδέεται στενά με τον βαθμό προδιάθεσης του νευρικού συστήματος.

Τα άτομα που έχουν υψηλά ποσοστά του χαρακτηριστικού αυτού έχουν την τάση να είναι υπερβολικά συναισθηματικά και να εμφανίζουν άγχος, παρορμητικότητα, επιθετικότητα, ευερεθιστικότητα και ασυνήθιστα υψηλή θλίψη. Επίσης τα άτομα αυτά δυσκολεύονται να συνέλθουν από κάποια έντονη συναισθηματική εμπειρία.

Αντιθέτως, αυτοί που έχουν χαμηλό δείκτη νευρωτισμού είναι πιο σταθεροί και ελέγχουν πιο εύκολα τα συναισθήματά τους [126].

## 2.5 Εξωστρέφεια

Η Εξωστρέφεια αξιολογεί την ένταση αλλά και την ποσότητα της διαπροσωπικής αλληλεπίδρασης, την ικανότητα για χαρά, την ανάγκη για παρακίνηση και τον βαθμό ενεργητικότητας. Η Εξωστρέφεια είναι ένα από τα πιο εμφανή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και βιολογικά σχετίζεται με τον βαθμό της αναστολής και διέγερσης που υπάρχουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα.

Τα άτομα τα οποία χαρακτηρίζονται από Εξωστρέφεια είναι πολύ κοινωνικά, έχουν πολλούς φίλους, τους αρέσουν οι δραστηριότητες με πολλά άτομα και δεν αντέχουν τη μοναξιά. Είναι ενθουσιώδη και παρορμητικά άτομα, αισιόδοξα και ανοιχτά στις αλλαγές και τα καινούργια πράγματα. Χαρακτηρίζονται γενικά από ζεστασιά, αυτοπεποίθηση, θετική ενέργεια, κοινωνικότητα, προσωποκεντρισμό και ενθουσιασμό.

Αντίθετα, τα άτομα εκείνα που έχουν χαμηλό δείκτη Εξωστρέφειας (εσωστρεφή) προτιμούν τις μοναχικές δραστηριότητες όπως το διάβασμα βιβλίων,

είναι επιφυλακτικά και απόμακρα στα άτομα εκτός του κύκλου τους, τους αρέσει ο προγραμματισμός και δεν χάνει εύκολα τη ψυχραιμία του. Γενικά θα χαρακτηρίζονταν ως νηφάλιοι, επιφυλακτικοί, συγκρατημένοι, υποχωρητικοί, συνεσταλμένοι και γενικότερα ικανοποιημένοι από τον εαυτό τους [126].

## **2.6 Προσήγεια**

Εκφράζει την τάση να είναι κάποιος ευχάριστος και άνετος σε κοινωνικές καταστάσεις. Τα άτομα αυτά συνηθως είναι καλόκαρδα, εύπιστα, ευσπλαχνικά, ξέρουν να συγχωρούν, έχουν θέληση να βοηθήσουν, έχουν κατανόηση, γενναιοδωρία. Είναι επίσης φιλικά, θέλουν να φανούν χρήσιμοι και θεωρούν ότι και οι γύρω τους είναι έντιμοι και αξιόπιστοι.

Αντίθετα, τα άτομα που έχουν χαμηλό δείκτη αυτού του χαρακτηριστικού ενδιαφέρονται λιγότερο για το καλό των άλλων, είναι κυνικά, άσπλαχνα, μη συνεργάσιμα, καχύποπτα, αγενή. Είναι λιγότερο πιθανό να βγουν από το πρόγραμμα τους για να βοηθήσουν τους άλλους, χαρακτηρίζονται από σκεπτικισμό και έχουν την τάση να ανταγωνίζονται τους άλλους [126].

## **2.7 Δεκτικότητα στην εμπειρία**

Αξιολογεί την αναζήτηση για νέες εμπειρίες, την ανοχή απέναντι στο άγνωστο καθώς και τη διερεύνηση αυτού. Τα άτομα με αυτό το χαρακτηριστικό δέχονται νέες σκέψεις, είναι δεκτικά σε αλλαγές και ιδέες, είναι δημιουργικά, πρωτότυπα, εφευρετικά, τα διακατέχει περιέργεια και αναζητούν λύσεις σε πολύπλοκα ζητήματα. Το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι η φαντασία, ενώ έχουν και καλή αισθητική.

Αντίθετα, άτομα χωρίς αυτή την ικανότητα τείνουν να είναι παραδοσιακά, συμβατικά στη συμπεριφορά τους, προτιμούν τη ρουτίνα, είναι προσγειωμένα και έχουν δυσκολία στην αναλυτική σκέψη, ενώ όσον αφορά τις πολιτικές τους σκέψεις είναι συντηρητικά και ακραία, ενώ μπορεί να υποστηρίξουν αυταρχικές και εθνοκεντρικές απόψεις [126, 127]

Τα πέντε χαρακτηριστικά που αναλύθηκαν άνωθεν έχουν προκύψει μέσω αναλύσεων που έχουν γίνει με ερωτηματολόγια περιγραφής προσωπικότητας. Τα τελευταία πενήντα χρόνια, το μοντέλο Big Five, όπως αποκαλείται, έχει γίνει πρότυπο στον τομέα τη ψυχολογίας. Πειράματα που έχουν γίνει με τη χρήση του μοντέλου αυτού έχουν δείξει ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επηρεάζουν πολλές πτυχές της ατομικής συμπεριφοράς όπως η εργασία, η διατροφή, η ικανότητα πώλησης, το κίνητρο και οι ηγετικές ικανότητες.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Επιδημιολογικές έρευνες συσχέτισης Μεσογειακού τρόπου ζωής και Διαστάσεων Προσωπικότητας**

### **3.1 Προσωπικότητα και διατροφή**

Η προσωπικότητα του ατόμου έχει φανεί πως σχετίζεται με συμπεριφορές που καθορίζουν την υγεία του, ενώ φαίνεται επίσης ότι μπορεί να προβλέψει την πιθανότητα που έχει ένα άτομο να εμπλακεί σε ορισμένες «ανθυγιεινές» συμπεριφορές, όπως η κατάχρηση αλκοόλ, το κάπνισμα, οι κακές διατροφικές συμπεριφορές και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας [117]. Επίσης, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχει φανεί ότι σχετίζονται με τις επιλογές τροφίμων των ατόμων.

Ενδεικτικά, άτομα με υψηλό σκορ Εξωστρέφειας, Δεκτικότητας στην Εμπειρία, και Ευσυνειδησίας είναι πιο πιθανό να προσλαμβάνουν τρόφιμα όπως δημητριακά και προϊόντα τους, ψάρια, φρούτα και λαχανικά, ενώ άτομα με υψηλό σκορ Νευρωτισμού είναι πιο πιθανό να επιλέγουν περισσότερο γλυκά και αλμυρά τρόφιμα [128,129].

Έρευνες δείχνουν ότι η Ευσυνειδησία, σχετίζεται πιο συχνά με συμπεριφορές που προάγουν την υγεία και βελτιώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης, ενώ ο Νευρωτισμός σχετίζεται πιο συχνά με «ανθυγιεινές» συμπεριφορές [117,130,131,132]. Φοιτήτριες με υψηλό σκορ Δεκτικότητας στην εμπειρία βρέθηκε

ότι είχαν μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν χαμηλότερη πρόσληψη σε ζωικό λίπος και μικρότερη πιθανότητα να προτιμούν τα αλμυρά τρόφιμα [133], ενώ αξιοσημείωτο είναι επίσης ότι άτομα με υψηλή Ευσυνειδησία, ανεξάρτητα φύλου, είναι πιο πιθανό να προσλαμβάνουν λαχανικά. Άτομα με υψηλή Προσήνεια και χαμηλή Εξωστρέφεια φάνηκε ότι έχουν πιο υγιεινές συμπεριφορές, ενώ άνδρες με υψηλό Νευρωτισμό απέφευγαν τρόφιμα με υψηλή χοληστερόλη και ανεξάρτητα φύλου άτομα με υψηλό Νευρωτισμό προτιμούσαν αλμυρά και γλυκά τρόφιμα [133]. Επίσης, μια μελέτη 14 χρόνων έδειξε ότι τα επίπεδα του ΔΜΣ κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής σχετίζονται θετικά με τον Νευρωτισμό και αρνητικά με την Δεκτικότητα στην εμπειρία, την Προσήνεια και την Ευσυνειδησία [134]. Φοιτητές με υψηλό σκορ Δεκτικότητας στην εμπειρία ανέφεραν σημαντική αύξηση στην κατανάλωση φρούτων και λαχανικών και αυτό μπορεί να αποδεικνύει ότι τα άτομα αυτά ίσως έχουν μεγαλύτερη προθυμία να σκέφτονται καινούριες ιδέες όπως η προσκόλληση σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής [135]. Φοιτητές με υψηλό σκορ Νευρωτισμού ανέφεραν σημαντική μείωση σε κατανάλωση πρωινού ενώ, τέλος, φοιτητές με υψηλό σκορ Ευσυνειδησίας και Προσήνειας έδειξαν σημαντική αύξηση σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία [135].

Αρκετοί διατροφικοί παράγοντες είναι συνδεδεμένοι με σημαντικές θανατηφόρες ασθένειες. Οι ασθένειες αυτές καταλαμβάνουν για παράδειγμα στις Ηνωμένες Πολιτείες το 30% των συνολικών εξόδων για τη δημόσια υγεία [136]. Για να μειώσουν την εμφάνιση περιστατικών που οφείλονται σε αυτούς τους παράγοντες, οι κυβερνήσεις και οι διάφοροι οργανισμοί υγείας εκδίδουν οδηγίες για τη διατροφή, οι οποίες γενικά προτείνουν την κατανάλωση διαφόρων τροφίμων χαμηλών σε λιπαρά, πλούσια σε λαχανικά και φρούτα, πολύσπορα, ελεγχόμενη ποσότητα ζάχαρης, νατρίου και αλκοόλ [137]. Μεγάλη μερίδα ανθρώπων γνωρίζουν πως η ισορροπημένη διατροφή, η ποικιλία στις τροφές και η μετρίαση κάποιων τροφών αποτελούν τα κλειδιά για την υγιεινή διατροφή. Ωστόσο, η διαφορά που υπάρχει μεταξύ της γνώσης αυτής και της πραγματικής κατανάλωσης είναι μεγάλη. Πολλά άτομα αποτυγχάνουν να ακολουθήσουν τις οδηγίες αυτές και μόνο ένα μικρό ποσοστό (10-20%) καταναλώνει τις προτεινόμενες ποσότητες φρούτων και λαχανικών και ακόμα μικρότερο ποσοστό (3%) ακολουθεί όλες τις οδηγίες [138]. Αυτό σημαίνει πως η γνώση της σωστής διατροφής από μόνη της δεν μπορεί να προκαλέσει αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες, ενώ το ίδιο παρατηρείται και στη



συμμόρφωση με τις ιατρικές συμβουλές για τη φαρμακευτική αγωγή και το κόψιμο του καπνίσματος.

Οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να είναι το επίκεντρο για την διατροφική αλλαγή. Έχει αναφερθεί ότι η ανθυγιεινή διατροφή συνδέεται με την έλλειψη θέλησης και επιθετικής προσωπικότητας [139]. Η παχυσαρκία έχει συνδεθεί με την παρορμητικότητα και την ευκολία στην ανία και το άγχος, όπως και την απαισοδοξία. Προβληματική διατροφική συμπεριφορά εμφανίζουν τα άτομα με έλλειψη αυτοεκτίμησης και αυτοαντίληψης, ευαισθησία στο άγχος, εγωισμό και έγνοια για τη γνώμη του άλλου. Σε κλινικές μελέτες, ασθενείς με διατροφικές διαταραχές χαρακτηρίζονται ως αγχώδεις, απαισιόδοξοι, ανώριμοι, ανεύθυνοι, επιθετικοί και εκδικητικοί [140]. Ασθενείς που πάσχουν από νευρική βουλιμία εμφανίζουν συχνά διατροφικά επεισόδια όπως η υπέρμετρη κατανάλωση φαγητού ακόμα και μετά τον κορεσμό, η ταχύτερη κατανάλωση και βρωση τροφής χωρίς να υπάρχει το αίσθημα της πείνας. Οι ασθενείς αυτοί έχει παρατηρηθεί ότι έχουν χαμηλό αυτοέλεγχο, απογοητεύονται και θυμώνουν εύκολα, ενώ βαριούνται πιο γρήγορα. Αντίθετα, οι ασθενείς που πάσχουν από νευρική ανορεξία δεν μπορούν να διατηρήσουν το βάρος τους καθώς φοβούνται έντονα ότι θα πάρουν κιλά. Έχει αναφερθεί ότι έχουν σταθερό και σκεπτικιστικό χαρακτήρα, είναι εργατικοί και ικανοί πάντα για την υπέρβαση [141]. Επιπρόσθετα, οι βουλιμικοί ασθενείς είναι πιο ψυχροί και απόμακροι από τους ανορεξικούς.

Οι παραπάνω έρευνες έχουν γίνει σε συγκεκριμένα δείγματα πληθυσμού, και περιλαμβάνουν είτε γυναίκες, είτε εφήβους, είτε άτομα σε δίαιτα, είτε μεμονωμένα άτομα με διατροφικά προβλήματα. Δεν είναι γνωστό λοιπόν αν υπάρχει συσχέτιση προσωπικότητας και διατροφικών συνηθειών σε δείγμα γενικού πληθυσμού. Στόχος όλων των μελετών είναι να παρουσιαστεί κάποια συστηματικότητα στα ευρήματα χρησιμοποιώντας τις καλύτερες δυνατές μετρήσεις. Αυτό θα βγάλει ασφαλή συμπεράσματα για τη συσχέτιση αυτή.

### ***3.1.1 Συσχετισμός προσωπικότητας και διατροφής σε φοιτητές***

Μελέτη που έγινε στο πανεπιστήμιο της Μάλτας με συμμετέχοντες φοιτητές από το ίδρυμα αυτό [135] έδειξε κάποιες διατροφικές συνήθειες που είχαν οι φοιτητές βάσει του χαρακτήρα τους. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκαν κάποια διατροφικά μοτίβα

τα οποία συνδέονταν με τα χαρακτηριστικά του χαρακτήρα που είδαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Αναλυτικότερα διαπιστώθηκαν τα εξής:

### Ευσυνειδησία

Τα άτομα που είχαν υψηλό σκορ στο χαρακτηριστικό της Ευσυνειδησίας παρατηρήθηκε ότι είχαν αυξημένη κατανάλωση σε υγιεινό πρωινό σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν σε μεγάλο βαθμό αυτό το χαρακτηριστικό στον χαρακτήρα τους. Επίσης τα ίδια άτομα είχαν χαμηλή κατανάλωση στο γρήγορο φαγητό (junk food) , στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αλλά και στη χρήση απαγορευμένων ουσιών (κάνναβη κλπ).

### Εξωστρέφεια

Τα εξωστρεφή άτομα φάνηκε ότι κατανάλωναν περισσότερα φρούτα και λαχανικά και λιγότερο γρήγορο φαγητό σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν έντονο το στοιχείο αυτό στον χαρακτήρα τους. Επίσης όμως παρουσιάστηκε αυξημένη κατανάλωση καφέ και αλκοόλ, οδήγηση υπό την επήρεια αλκοόλ καθώς και περισσότερα κρούσματα ανεπιθύμητης εγκυμοσύνης.

### Προσήνεια

Όσα άτομα είχαν αυξημένα ποσοστά της ικανότητας αυτής έδειξαν ότι είχαν χαμηλή κατανάλωση αλκοόλ και γρήγορου φαγητού, καθώς και σχεδόν μηδαμινή χρήση απαγορευμένων ουσιών, συγκριτικά πάντα με τα άτομα που σκόραραν μικρότερο ποσοστό από το χαρακτηριστικό της Προσήνειας.

### Νευρωτισμός

Άτομα που είχαν υψηλά ποσοστά νευρωτισμού στον χαρακτήρα τους είχαν μειωμένη κατανάλωση υγιεινών τροφών σε σύγκριση με αυτά που είχαν χαμηλότερα ποσοστά. Επίσης τα άτομα αυτά είχαν μεγαλύτερη χρήση απαγορευμένων ουσιών και αλκοόλ.

### Δεκτικότητα στην εμπειρία

Οι φοιτητές που ήταν πιο άνοιχτοι σε νέες εμπειρίες σε σχέση με τους υπόλοιπους παρουσίασαν μεγάλη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών. Επίσης τα ίδια άτομα είχαν αύξηση στον αριθμό των ερωτικών συντρόφων.

Συνοψίζοντας λοιπόν τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώνουμε ότι η συμπεριφορά και ο χαρακτήρας ενός ατόμου παίζει μεγάλο στις διατροφικές του συνήθειες. Πιο συγκεκριμένα βλέπουμε ότι η Ευσυνειδησία και η Προσήνεια είναι τα χαρακτηριστικά εκείνα του χαρακτήρα που συνδέονται με υγιεινές συνήθειες. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στην Ευσυνειδησία κυριαρχεί η αυτοπειθαρχία, η οποία βοηθά όχι μόνο στην έμφαση του υγιεινού τρόπου ζωής, αλλά παράλληλα αποτρέπει και ανθυγιεινές συνήθειες. Επίσης, η Προσήνεια έχει παρόμοια αποτελέσματα ειδικά στη κατανάλωση αλκοόλ και απαγορευμένων ουσιών, διότι τα άτομα αυτά ενδιαφέρονται πολύ και για την ευημερία των συνανθρώπων τους. Έτσι είναι λιγότερο πιθανό να εμπλακούν σε συνήθειες που μπορεί να βλάψουν άλλους (μέθη, παραισθήσεις, επήρεια ουσιών).

Αντίθετα, ο Νευρωτισμός προάγει έναν ανθυγιεινό τρόπο διατροφής. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα που έχουν αυξημένο Νευρωτισμό για να καταπολεμήσουν το στρες, ή ακόμα και τη στεναχώρια ή το φόβο είναι πιο επιρρεπείς στο να στραφούν στο αλκοόλ και τις απαγορευμένες ουσίες ως υποκατάστατα για να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα αυτά.

Τέλος η Εξωστρέφεια και η Δεκτικότητα στην εμπειρία παρουσιάζουν ουδέτερα φαινόμενα, καθώς συνδυάζουν και υγιεινό και μη τρόπο ζωής. Αυτός ο τρόπος ζωής των εξωστρεφών ατόμων συμβαίνει, διότι τα άτομα αυτά είναι πολύ ενεργητικά, και χρειάζονται καφεΐνη σαν διεγερτικό που θα τους βοηθήσει να διατηρήσουν την ενέργεια τους. Επίσης, η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ οφείλεται στο γεγονός ότι εμφανίζονται σε πολλές κοινωνικές εκδηλώσεις. Επιπλέον, οι πολλές ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες συμβαίνουν διότι οι εξωστρεφείς, έχουν και περισσότερους ερωτικούς συντρόφους με ταυτόχρονη μειωμένη χρήση αντισύλληψης, επειδή αρέσκονται στο να βρίσκονται σε ριζοκίνδυνες καταστάσεις, όπως το σεξ χωρίς προστασία. Σε αυτή τη συμπεριφορά τους οφείλεται και το γεγονός ότι είναι πιο πιθανό να οδηγούν υπό την επήρεια αλκοόλ. Παρόμοια συμπεριφορά παρουσιάζουν και τα άτομα τα οποία είναι πιο ανοικτά σε νέες εμπειρίες, καθώς κυρίως η αντισυμβατικότητα και η περιέργεια τους για το άγνωστο τους οδηγεί συνήθως σε δυσάρεστες καταστάσεις, όσον αφορά τον υγιεινό τρόπο ζωής.

Σε άλλη μελέτη που διεξήχθη από το Πανεπιστήμιο του Τόκιο σε προπτυχιακούς φοιτητές του πανεπιστημίου είχε ως σκοπό να παρακολούθησει πως

επηρεάζονται οι διατροφικές συνήθειες όπως η υγιεινή διατροφή, η γεύση και η ποσότητα της τροφής από τον χαρακτήρα του ατόμου [142].

Έχει αποδειχθεί ότι ο τρόπος ζωής και οι διατροφικές συνήθειες είναι συνδεδεμένες με διάφορες χρόνιες παθήσεις, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Τροποποιήσεις όμως στις συνθήκες αυτές είναι συχνά δύσκολες να γίνουν και έχουν να κάνουν κυρίως με τον τρόπο σκέψης του κάθε ατόμου. Ακόμα και ο έλεγχος και διατήρηση του βάρους του ατόμου αποδεικνύεται δύσκολο πολλές φορές, καθώς χρειάζεται επιμονή και προσπάθεια. Ο χαρακτήρας του κάθε ατόμου είναι αυτός που παίζει ρόλο στη διατήρηση της υγείας του και στην αποτελεσματικότητα της διατήρησης αυτής.

Βλέποντας τα δεδομένα από την έρευνα, παρατηρούμε ότι οι άνδρες φοιτητές που είχαν υψηλό σκορ στον Νευρωτισμό δεν απέφευγαν το τηγανητό κρέας ή ψάρι, αλλά προτιμούσαν λιγότερο τις τροφές εκείνες που ήταν πλούσιες σε χοληστερόλη. Και τα δυο φύλα με υψηλό Νευρωτισμό έδειχναν μια προτίμηση στα αλμυρά και στα γλυκά φαγητά. Οι φοιτητές εκείνοι που ήταν πολύ εξωστρεφείς είχαν μικρότερες πιθανότητες να καταναλώσουν πρωινό σε σχέση με αυτούς που είχαν μικρότερο σκορ στο χαρακτηριστικό αυτό. Επίσης ο ανδρικός πληθυσμός του δείγματος των φοιτητών του ίδιου χαρακτηριστικού παρουσίαζαν προτίμηση σε αλμυρά και λαδερά φαγητά. Αντίστοιχα, το αρσενικό κομμάτι του δείγματος που ήταν πιο δεκτικό σε νέες εμπειρίες ήταν λιγότερο πιθανό να αποφύγουν το τηγανητό κρέας και ψάρι, ενώ το θηλυκό κομμάτι είχε περισσότερες πιθανότητες να αποφύγει τροφές πλούσιες σε ζωικό λίπος και λιγότερες πιθανότητες να προτιμήσει κάτι αλμυρό. Οι άνδρες με υψηλό σκορ στην Προσήγεια είχαν μεγάλες πιθανότητες να αποφύγουν τηγανητές καθώς και αλμυρές τροφές. Αντίστοιχα οι γυναίκες με το ίδιο χαρακτηριστικό κατανάλωναν λιγότερο ζωικό λίπος και αλμυρές τροφές αλλά και κάποιο καυτό πιάτο. Το δείγμα των ατόμων και των δύο φύλων με υψηλό δείκτη Ευσυνειδησίας είχαν μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης λαχανικών. Οι γυναίκες με το χαρακτηριστικό αυτό έτρωγαν φυσιολογική ποσότητα, είχαν ισορροπημένη διατροφή και συχνή κατανάλωση πρωινού. Επίσης απέφευγαν τα αλμυρά φαγητά, τα πλούσια σε χοληστερόλη και το ζωικό λίπος.

Οι διαιτητικές συνήθειες αποτελούν σημαντικό παράγοντα στη διατήρηση της υγείας. Παρόλα αυτά, δεν έχει μελετηθεί επαρκώς το πόσο επηρεάζεται από τον χαρακτήρα του ατόμου. Σε προηγούμενη μελέτη, μας διευκρινίστηκε η σχέση μεταξύ της «μεγάλης πεντάδας» και της υγιεινής διατροφής. Φοιτητές με υψηλό δείκτη

Ευσυνειδησίας, παρουσίαζαν αυξημένο ενδιαφέρον και διάθεση να βελτιώσουν την υγεία τους, σε σχέση με τα άτομα με χαμηλότερο σκορ στο χαρακτηριστικό αυτό.

Αντίστροφα, φοιτητές με υψηλό σκορ στον Νευρωτισμό, δεν είχαν μεγάλο ενδιαφέρον για την υγεία τους. Γενικά, ο Νευρωτισμός είναι γνωστό ότι συνδέεται με διάφορες σωματικές παθήσεις. Το ποσοστό του νευρωτισμού σε ένα άτομο έχει αναφερθεί ως χρήσιμος παράγοντας ανιχνεύσης ατόμων που εκάναν παράπονα για την υγεία τους χωρίς να έχουν πραγματικά κάτι. Η πρόβλεψη στη συμπεριφορά απέναντι στην υγεία και της συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες αποτελούσε σημαντική υπόθεση απέναντι στο πρόγραμμα απεξάρτησης από το αλκοόλ, διότι υπάρχει η δυνατότητα να αναγνωριστούν οι χρήστες εκείνοι που ήταν πιθανό να επωφεληθούν από το πρόγραμμα, καθώς και εκείνοι που χρειάζονταν πιο εντατική παρέμβαση.

Η παρούσα μελέτη προσπάθησε να αναγνωρίσει την επιρροή της προσωπικότητας στις διατροφικές συνήθειες, τις γευστικές προτιμήσεις και την πραγματική πρόσληψη φαγητού χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο πάνω στην κατανάλωση φαγητού.

Φοιτητές που είχαν υψηλό σκορ στην Προσήνεια, θεωρούσαν τους εαυτούς τους υγιείς και χαρακτηρίζονταν από την επιθυμία να είναι υγιείς, είχαν φυσιολογικές διατροφικές συνήθειες, απέφευγαν τα αλμυρά και τα καυτά πιάτα, όπως και το ζωικό λίπος και τηγανητά. Επίσης συχνά κατανάλωναν φρούτα και ζαχαρωτά.

Φοιτητές που ήταν πιο δεκτικοί σε νέες εμπειρίες, είχαν παρόμοιες συνήθειες με τους προηγούμενους, εκτός από το γεγονός ότι δεν θεωρούσαν τους εαυτούς τους υγιείς. Ενδιαφέρονταν να βελτιώσουν την υγεία τους και να εφαρμόσουν ένα υγιές πλάνο διατροφής.

Άτομα με υψηλό δείκτη Ευσυνειδησίας είχαν υψηλά ποσοστά ενδιαφέροντος για υγιεινή διατροφή, την οποία και ακολουθούσαν και ήταν πολύ ενεργοί με αθλητικές δραστηριότητες. Απέφευγαν τα πολύ αλατισμένα φαγητά και το ζωικό λίπος. Παρόλα αυτά δεν βρέθηκε ουσιαστική σχέση μεταξύ της προσωπικότητας και της γεύσης ή της ουσιαστικής κατανάλωσης φαγητού από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων με το χαρακτηριστικό αυτό.

Και οι φοιτητές που είχαν αυξημένη Εξωστρέφεια θεωρούσαν πως ήταν υγιείς και παρουσιάζαν υψηλή ανάγκη για υγιεινή διατροφή, παρόλο που έτρωγαν πρωινό μια ή δυο φορές την εβδομάδα. Προτιμούσαν πολύ αλατισμένα φαγητά, πλούσια σε λίπη και κατανάλωναν συχνά ψαρικά.

Συμμετέχοντες με υψηλό σκορ στον Νευρωτισμό δεν θεωρούσαν ότι ήταν υγιείς, αλλά ούτε έκαναν και κάτι ουσιαστικό για αυτό, είτε ακολουθώντας υγιεινή διατροφή, είτε αποφεύγοντας τα τηγανητά.

Οι φοιτητές με αυξημένα ποσοστά στην Προσήνεια και τη Δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες αποδείχτηκε ότι ήταν δεκτικοί στο να συμμετάσχουν σε εκπαίδευση όσον αφορά την υγεία. Άτομα με υψηλή Ευσυνειδησία παρουσίαζαν διαφορές μεταξύ της υγιεινής διατροφής και του ενδιαφέροντος για την υγεία, έτσι η παρέμβαση ή η στενή παρακολούθηση από επαγγελματίες του τομέα της ιατρικής είναι πιθανότατα απαραίτητες για να βελτιώσουν την υγεία τους. Υψηλά ποσοστά Εξωστρέφειας και νευρωτισμού κάνουν τα άτομα αυτά παρότι ενδεχομένως να είναι υγιή, να είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν ανθυγιεινές συνήθειες. Οι εξωστρεφείς ήταν βέβαιοι για την υγεία τους, με αποτέλεσμα να μην κάνουν κάτι για να τη διατηρήσουν. Οι φοιτητές με Νευρωτισμό ήταν αρνητικοί στο να δεχτούν πληροφορίες για την υγεία τους. Σε αυτά τα άτομα θα ήταν χρήσιμο να βρεθεί το κίνητρο για τη διατήρηση της καλής υγείας.

Τα προηγούμενα χρόνια είχαν αναπτυχθεί διάφορες κλίμακες για τη συσχέτιση της προσωπικότητας σε σχέση με διάφορες ασθένειες, όμως οι κλίμακες αυτές ήταν στοχευμένες και σε στενά πλαίσια όσον αφορά την ψυχολογία. Η κλίμακα της «μεγάλης πεντάδας» φαίνεται να είναι πιο χρήσιμη για ασφαλή και γενικευμένα αποτελέσματα όσον αφορά τη συσχέτιση αυτή. Τα υποκείμενα της παρούσας έρευνας ήταν όλα νέα σε ηλικία και υγιή, αλλά είχαν ήδη σχηματίσει διατροφικό χαρακτήρα και συνήθειες, με αποτέλεσμα να χρειάζεται περαιτέρω μελέτη για πιο ασφαλή συμπεράσματα.

Μια άλλη μελέτη [143] με συμμετοχή φοιτητών από τεχνολογικό πανεπιστημίο της Ταϊβάν, περιείχε πληροφορίες για διατροφικές συνήθειες και πιο συγκεκριμένα τη συχνότητα κατανάλωσης διαφόρων τροφών. Η κλίμακα της «μεγάλης πεντάδας» χρησιμοποιήθηκε για καλύτερη κατανόηση των διατροφικών συνηθειών και πως αυτές επηρεάζονται από παράγοντες όπως το φύλο, το έτος και το αντικείμενο φοίτησης, και φυσικά η προσωπικότητα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα χαρακτηριστικά του χαρακτήρα που εμπεριέχονται στη «μεγάλη πεντάδα» είναι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των φοιτητών. Γενικά, η συγκεκριμένη μελέτη παρέχει την ευκαιρία για περαιτέρω συζήτηση αναφορικά με τη συμπεριφορά των φοιτητών στις μέρες μας.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι περισσότεροι φοιτητές είχαν στον χαρακτήρα τους το χαρακτηριστικό της Δεκτικότητας σε νέες εμπειρίες. Επίσης οι γυναίκες που συμμετείχαν είχαν μεγαλύτερο σκορ στα χαρακτηριστικά της Προσήνειας και του νευρωτισμού, που μεταφράζεται στο ότι είναι πιο κοινωνικές και συναισθηματικές από τους άνδρες της έρευνας. Αντίστοιχα, οι άνδρες σκόραραν πιο πολύ στην Εξωστρέφεια, την Ευσυνειδησία και τη Δεκτικότητα σε εμπειρίες. Επίσης, αναφορικά με το έτος σπουδών, οι φοιτητές του δευτέρου έτους είχαν μεγαλύτερο ποσοστό νευρωτισμού στην προσωπικότητα τους, ενώ οι πρωτοετείς σε όλα τα υπόλοιπα. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι η προσωπικότητα σχετίζεται κάπως με την ηλικία. Μεγαλύτερη ανάλυση στο συγκεκριμένο πεδίο θα μας δώσει και βαθύτερα αποτελέσματα στη συσχέτιση της προσωπικότητας και των διατροφικών συνηθειών.

Αναλυτικότερα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα άτομα που εργάζονται τρώνε περισσότερες φορές έξω από αυτούς που δεν εργάζονται. Αυτό συμβαίνει διότι οι εργαζόμενοι σπαταλούν περισσότερο χρόνο μακριά από το σπίτι τους, άρα και η διατροφή τους γίνεται πιο εύκολα έξω από αυτό. Επίσης, η διαφορά στο φύλο έδειξε ότι δεν επηρεάζεται η διατροφή από τη διαφορετικότητα αυτή.

Όσον αφορά την προσωπικότητα φάνηκε ότι όσο ο Νευρωτισμός ως χαρακτηριστικό αυξάνεται, τόσο μειώνεται η κατανάλωση πρωινού. Επίσης η Προσήνεια σχετίζεται θετικά με την κατανάλωση ποτών, ενώ τα άτομα με μεγαλύτερο ποσοστό Ευσυνειδησίας προτιμούν λιγότερο να καταναλώνουν και επιδόρπιο με το γεύμα τους. Αυτό σημαίνει ότι προσέχουν περισσότερο την κατανάλωση γλυκών, η οποία αυξάνεται όσο μειώνεται το ποσοστό της Ευσυνειδησίας.

Γενικά για την έρευνα αυτή μπορούμε να πούμε ότι το δείγμα δεν ήταν πλήρως αντιπροσωπευτικό καθώς προερχόταν από ένα συγκεκριμένο πανεπιστήμιο και συγκεκριμένη ειδικότητα. Φάνηκε όμως ότι οι φοιτητές είναι αφυπνισμένοι όσον αφορά την υγιεινή διατροφή, που αποδεικνύεται και από το γεγονός ότι έχουν μεγάλη κατανάλωση πρωινού (πέντε φορές την εβδομάδα). Τέλος, στην συγκεκριμένη έρευνα φάνηκε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατροφή του.

### **3.1.2 Συσχετισμός προσωπικότητας και διατροφής σε ενήλικες**

Έχει γίνει γνωστό ότι η διατροφή του ατόμου κατά τη μέση χρονική περίοδο της ζωής του, έχει τη δυνατότητα να διαμορφώσει το προφίλ της υγείας του στο υπόλοιπο της ζωής του, και αρκετές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η προσωπικότητα σχετίζεται με τη διατροφή [133]. Αποτελέσματα μελετών από διαφορετικές χώρες και πολιτισμούς δείχνουν μια θετική συσχέτιση μεταξύ των χαρακτηριστικών της Δεκτικότητας σε νέες εμπειρίες και της Ευσυνειδησίας με την υγιεινή διατροφή και την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών στον ενήλικο πληθυσμό. Επιπλέον, η υψηλή Ευσυνειδησία έχει συσχετιστεί με την υιοθέτηση υγιεινών προτύπων διατροφής και συμπεριφορών που προωθούν την υγεία [144]. Οι Goldberg & Strycker διαπίστωσαν ότι άτομα με Δεκτικότητα στην εμπειρία και Ευσυνειδησία κατανάλωναν περισσότερα τρόφιμα πλούσια σε φυτικές ίνες και λιγότερα λιπαρά κρέατα και παράγωγά τους, ενώ ο Νευρωτισμός φάνηκε να συσχετίζεται με υψηλή κατανάλωση λιπαρών τροφών, παρόλο που οι συσχετίσεις της Ευσυνειδησίας και του νευρωτισμού δεν φάνηκαν τόσο ισχυρές όσο της Δεκτικότητας σε νέες εμπειρίες [145].

Συσχέτιση έχει πραγματοποιηθεί, επίσης, μεταξύ της προσωπικότητας και του Δείκτη Μάζας Σώματος σε διάστημα 13 χρόνων. Άτομα, και των δύο φύλων, με Δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες, Προσήνεια και Ευσυνειδησία συνδέθηκαν αρνητικά με τον ΔΜΣ, ενώ ο Νευρωτισμός και η Εξωστρέφεια συσχετίστηκε με επιδείνωση του ΔΜΣ σε γυναίκες και σε άντρες αντίστοιχα [146].

Ο έγγαμος βίος μπορεί να συσχετιστεί με την υγεία με πολλούς τρόπους, ένας εκ των οποίων είναι η επιρροή στη διαχείριση του βάρους που συμβαίνει μεταξύ του ζευγαριού. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 850 παντρεμένα ζευγάρια, από το Πανεπιστήμιο της Βόρειας Καρολίνας, έγινε μια προσέγγιση συσχέτισης της προσωπικότητας του κάθε συμμετέχοντα ως προγνωστικό δείκτη της αξιολόγησης της δικής του διατροφής, αλλά και της διατροφικής αξιολόγησης των συζύγων του. Η Δεκτικότητα στην εμπειρία φάνηκε να συσχετίζεται με υψηλότερη κατανάλωση υγιεινών τροφίμων σε ότι αφορά τη διατροφή του κάθε ατόμου. Αντίθετα, οι άντρες σύζυγοι με Δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες είχαν μικρότερη επιρροή στο διατροφικό προφίλ των συζύγων τους, ενώ οι γυναίκες σύζυγοι με Δεκτικότητα επηρέαζαν σε μεγάλο βαθμό την διατροφή των συζύγων τους. Αυτό ίσως να οφειλόταν στο γεγονός ότι οι γυναίκες συνηθίζουν να αναλαμβάνουν την ευθύνη του μαγειρέματος αλλά και



της αγοράς των τροφίμων. Στη συγκεκριμένη μελέτη, δεν βρέθηκε ουσιαστική σχέση με τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας [133].

Τα παρόντα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι άτομα με το χαρακτηριστικό της Δεκτικότητας στην εμπειρία εμφανίζουν μια υψηλή προσκόλληση σε υγιεινά διατροφικά πρότυπα, και οι μετέπειτα μελέτες μπορούν να ερευνήσουν τις προστατευτικές επιδράσεις της διάστασης αυτής σε ότι αφορά στην βελτίωση της υγείας αλλά και τη μείωση των κινδύνων από ασθένειες που συνδέονται με τη διατροφή.

### **3.2 Προσωπικότητα και διαταραχή ύπνου**

Οι διαταραχές ύπνου συγκαταλέγονται μεταξύ των συνηθέστερων συμπτωμάτων του πληθυσμού [147] και μπορούν να χαρακτηριστούν από την απώλεια της ποιότητας του ύπνου, της ασυνήθιστα σύντομης ή μακράς διάρκειας του ύπνου ή των δυσκολιών να κοιμηθεί σε κάποιο στάδιο της νύχτας. Η διαταραχή του ύπνου είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη, με περίπου το 30% του πληθυσμού να αναφέρει κάποια συμπτώματα διαταραχής του ύπνου και το 10% να ικανοποιεί τα διαγνωστικά κριτήρια για την αϋπνία [148, 149]. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατάθλιψη εκτιμάται ότι αντιστοιχεί στο 12,6% του συνολικού ποσοστού των ασθενών στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ η διαταραχή πανικού συμβάλλει κατά 1,1% στο συνολικό βάρος της νόσου.

Πρόσφατη μελέτη διερεύνησε τη σχέση προσωπικότητας και ποιότητας ύπνου, με στοιχεία από τέσσερα δείγματα μελετών, με περισσότερους από 22.000 συμμετέχοντες, ηλικίας 30-107 ετών. Τα άτομα που είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του Νευρωτισμού και υψηλότερη στην Εξωστρέφεια, φάνηκε να έχουν μία καλή ποιότητα ύπνου. Η Δεκτικότητα σε νέες εμπειρίες και η Προσήνεια δεν είχαν σημαντική επιρροή στην ποιότητα του ύπνου, όμως οι απότομες μειώσεις σε Προσήνεια, Εξωστρέφεια και Ευσυνειδησία στην αρχή της θεραπείας, συσχετίστηκαν με επιδείνωση της ποιότητας του ύπνου [150]. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε άλλη μελέτη, όπου μελετήθηκε, για πρώτη φορά, η συσχέτιση των πέντε διαστάσεων της προσωπικότητας και της ανεπάρκειας ύπνου (σε 2 διαφορετικούς

πληθυσμούς) [151], αλλά και σε επόμενη μελέτη, που συσχέτισε τη ποιότητα, καθώς και τη διάρκεια του ύπνου σε σχέση με τη προσωπικότητα [152], όπου φάνηκε ότι η Δεκτικότητα στην εμπειρία σχετίζεται αρνητικά με την ποιότητα του ύπνου στους άνδρες.

Σε μελέτη που αφορούσε αποκλειστικά γυναίκες ηλικίας 18 – 40 ετών, ερευνήθηκε η ποιότητα του ύπνου σε σχέση με τη προσωπικότητα, και τα αποτελέσματα έδειξαν μια σημαντική σύνδεση του νευρωτισμού, περισσότερο με διαταραχές ύπνου, και όχι με τη διάρκεια του. Επιπρόσθετα, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η Ευσυνειδησία αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης κακής ποιότητας ύπνου, καθώς φάνηκε ότι γυναίκες με μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα της Ευσυνειδησίας εμφάνισαν λιγότερες πιθανότητες να έχουν φτωχή ποιότητα ύπνου, ενώ άτομα με χαμηλή Ευσυνειδησία, συνήθως εφάρμοζαν συμπεριφορές που προωθούσαν την κακή σωματική υγεία [153].

Εν κατακλείδι, έχει φανεί ότι η σχέση προσωπικότητας και ποιότητας του ύπνου είναι αρκετά στενή, με τον Νευρωτισμό να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη τόσο της ποιότητας του ύπνου, όσο και των διαταραχών του, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και εθνικότητας. Εξίσου σημαντικά φάνηκαν και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στην πρόβλεψη της ποιότητας του ύπνου, ενώ όλες οι έρευνες συμφώνησαν ότι έστω και μικρές παρεμβάσεις που στόχο θα είχαν τον ποιοτικό ύπνο, θα μπορούσαν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην δημόσια υγεία. Επίσης, περαιτέρω γνώση σχετικά με την προσωπικότητα και τον ύπνο μπορεί να ωφελήσει στην εξατομικευμένη θεραπεία διαταραχών ύπνου [150,151,152,153].

### **3.3 Προσωπικότητα και σωματική δραστηριότητα**

Για παραπάνω από 45 χρόνια, αρκετοί ερευνητές έχουν ασχοληθεί με τη διερεύνηση της σχέσης της σωματικής δραστηριότητας και της προσωπικότητας [154]. Σε μία μετα – ανάλυση 33 μελετών [155], 20 δείγματα ερευνών αξιολόγησαν τον Νευρωτισμό, 23 δείγματα την Εξωστρέφεια, 12 δείγματα χρησιμοποιήθηκαν για την Δεκτικότητα στην Εμπειρία, 11 δείγματα για την Προσήνεια και 12 δείγματα ήταν διαθέσιμα για την αξιολόγηση της Ευσυνειδησίας.

Τα αποτελέσματα αυτής της μετα-ανάλυσης αποκάλυψαν ότι υπάρχει μία μικρή αρνητική σχέση ανάμεσα στην φυσική δραστηριότητα και τον Νευρωτισμό, σε αντίθεση με τη σχέση Εξωστρέφειας – φυσικής δραστηριότητας και Ευσυνειδησίας-σωματικής δραστηριότητας, όπου φάνηκε ένας μικρός θετικός συσχετισμός, παρόλο που οι ερευνητές συμφώνησαν ότι περαιτέρω μελέτη θα είναι ικανή να δώσει σημαντικότερα αποτελέσματα. Σε ότι αφορούσε την αξιολόγηση της Προσήνειας και της Δεκτικότητας σε νέες εμπειρίες, καμία από τις μελέτες δεν έδειξε σημαντική σχέση μεταξύ προσωπικότητας και των συγκεκριμένων διαστάσεων. Τέλος, η έρευνα δεν φάνηκε να βγάζει οριστικά συμπεράσματα σχετικά με τις αλληλεπιδράσεις φύλου, ηλικίας και πολιτισμού με την προσωπικότητα και τη σωματική δραστηριότητα [155].

Άλλη μελέτη [156] που διερεύνησε τη σχέση προσωπικότητας, σωματικής δραστηριότητας και μυϊκής δύναμης σε άτομα με μέσο όρο ηλικίας τα 58 έτη, έπαιξε σημαντικό ρόλο στη προσέγγιση των πέντε διαστάσεων της προσωπικότητας και της άσκησης.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν μια αρνητική σχέση μεταξύ νευρωτισμού, φυσικής δραστηριότητας και μυϊκής ισχύος, με τα άτομα με υψηλές βαθμολογίες στη κλίμακα του νευρωτισμού να αναφέρουν μειωμένη κινητικότητα ή/και αναπηρία. Η κακή σχέση με την άσκηση φάνηκε να επηρεάζεται από την ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία σχετίζονται με την υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής και καθιστικής συμπεριφοράς [157]. Αρνητική σχέση φάνηκε και μεταξύ Ευσυνειδησίας και σωματικής δραστηριότητας, καθώς οι συμμετέχοντες με υψηλές βαθμολογίες στην κλίμακα αυτή φάνηκε να μην συμμετέχουν σε προγράμματα ασκήσεων λόγω φόβου γελοιοποίησής τους, με αποτέλεσμα να έχουν μειωμένη μυϊκή δύναμη, ενώ η Εξωστρέφεια φάνηκε να έχει μία θετική συσχέτιση με τη σωματική δραστηριότητα, γεγονός που οφείλεται στην ανάγκη τους για ενέργεια, την οποία αναζητούν στην συμμετοχή τους σε σωματικές δραστηριότητες, και στα θετικά συναισθήματα τα οποία χαρακτηρίζουν τα άτομα αυτά [156].

Μία ακόμα έρευνα εξέτασε σε 507 φοιτητές την σύνδεση της προσωπικότητας, τις δομές της θεωρίας της προγραμματισμένης συμπεριφοράς (αυτή, συνδέει τις πεποιθήσεις ενός ατόμου με τη συμπεριφορά κάποιου) και της φυσικής δραστηριότητας [158]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η Εξωστρέφεια και η Ευσυνειδησία, χαρακτηριστικά που έχουν συνδεθεί με την δραστηριότητα και την αυτό-πειθαρχία, φάνηκε να μην έχουν σημαντική επιρροή στην έναρξη ενασχόλησης

του ατόμου με τη σωματική δραστηριότητα. Το άγχος όμως, κύριο χαρακτηριστικό στην κλίμακα του νευρωτισμού, έδειξε να περιορίζει σημαντικά τη σχέση μεταξύ της πρόθεσης που έχει το άτομο να κινητοποιηθεί και της σωματικής δραστηριότητας.

Η προσωπικότητα και η σωματική δραστηριότητα αποτελούν ένα μεγάλο μέρος ερευνών, με αρκετές από αυτές να απευθύνονται σε νεαρό κοινό [159]. Συνοπτικά, η Ευσυνειδησία και η Εξωστρέφεια φάνηκαν να έχουν μικρές θετικές επιρροές στη σωματική δραστηριότητα, σε αντίθεση με τον Νευρωτισμό [155, 160]. Ο τρόπος με τον οποίο η προσωπικότητα επηρεάζει τη σωματική δραστηριότητα δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητός, συνεπώς, περαιτέρω έρευνες θα δώσουν επιπλέον στοιχεία σε ερωτήματα που δεν έχουν απαντηθεί.

## **ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

---

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ειδικό μέρος**

### **4.1 Σκοπός μελέτης**

Σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των διαστάσεων της προσωπικότητας και της συμμόρφωση του ατόμου με το Μεσογειακό τρόπο ζωής.

### **4.2 Μεθοδολογία μελέτης**

#### **4.2.1. Υλικό και μέθοδος**

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αποτελεί μέρος της έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο ΤΕΙ Κρήτης, στο τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, τον Μάρτιο του 2016. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε 100 φοιτητές/φοιτήτριες (52 πρωτοετείς και 48 τριτοετείς/τεταρτοετείς), του τμήματος Διατροφής και Διαιτολογίας.

Οι υποψήφιοι συμμετέχοντες αρχικά ενημερώθηκαν για τον σκοπό της μελέτης με ανακοίνωση που αναρτήθηκε μέσω διαδικτύου στην ιστοσελίδα του τμήματος, στον πίνακα ανακοινώσεων στο εσωτερικό χώρο του τμήματος αλλά και μέσω προφορικής ενημέρωσης που πραγματοποιήθηκε στον χώρο διδασκαλίας των φοιτητών. Όσοι φοιτητές/φοιτήτριες δέχτηκαν να συμμετάσχουν, προσήλθαν (σε κενές ώρες διδασκαλίας τους) σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, που παραχωρήθηκε από το τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας του ΤΕΙ Κρήτης, όπου κλήθηκαν να συμπληρώσουν ανώνυμα ορισμένα ερωτηματολόγια. Πραγματοποιήθηκαν επίσης, και οι ανθρωπομετρήσεις: συνολικό βάρος και ύψος.

Πιο συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια που κλήθηκαν να συμπληρώσουν αφορούσαν: τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, τη συμμόρφωση με τον Μεσογειακό τρόπο ζωής (Medlife Index), τον ύπνο, τη διατροφική συμπεριφορά, τα γαστρεντερικά συμπτώματα και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (ΤΕΧΑΠ).

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε παρουσία των φοιτητών που διεξήγαγαν την έρευνα προκειμένου να βοηθήσουν τους συμμετέχοντες σε τυχόν απορίες, αλλά και για να δίνουν τις απαραίτητες διευκρινίσεις. Στη συνέχεια, οι συμμετέχοντες παρέδιδαν το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο και συνέχιζαν στον ειδικά διαμορφωμένο χώρο για να πραγματοποιήσουν τις σωματομετρικές μετρήσεις.

Για την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας χρησιμοποιήθηκαν οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν από τα ερωτηματολόγια των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, της συμμόρφωσης με το Μεσογειακό τρόπο ζωής (MedlifeIndex), και των διαστάσεων της προσωπικότητας (ΤΕΧΑΠ). Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν τα δεδομένα των ανθρωπομετρήσεων. Παρακάτω ακολουθεί μια σύντομη περιγραφή των ερωτηματολογίων:

Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά: Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις που αφορούν τα προσωπικά τους στοιχεία (αριθμό μητρώου, φύλο, ηλικία, εισόδημα, συζυγική κατάσταση), το μορφωτικό επίπεδο τους αλλά και των γονέων τους, την κατάσταση υγείας τους (καπνιστικές συνήθειες, ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας, λήψη φαρμακευτικής αγωγής ή/και συμπληρωμάτων διατροφής) καθώς και σε ερωτήσεις σχετικά με την έμμηνο ρύση (απαντήθηκαν αποκλειστικά από γυναικείο πληθυσμό).

Μεσογειακός τρόπος ζωής (Medlife Index): Ο μεσογειακός τρόπος ζωής περιλαμβάνει μια σειρά από συγκεκριμένες συμπεριφορές (διατροφή, διατροφική συμπεριφορά, φυσική δραστηριότητα, κοινωνικοποίηση). Ο δείκτης του Μεσογειακού τρόπου ζωής (MEDLIFE index) είναι ο πρώτος δείκτης που αναπτύχθηκε με σκοπό να δημιουργηθεί ένα εργαλείο το οποίο θα αξιολογεί συνολικά τις συνήθειες ενός τρόπου ζωής και να εφαρμοστεί σε μία επιδημιολογική έρευνα. Έχει στηριχθεί στην ισπανική διατροφική πυραμίδα και αποτελείται από είκοσι οκτώ (28) συνολικά ερωτήσεις που χωρίζονται σε 3 διαφορετικά τμήματα : το πρώτο τμήμα αποτελείται από 15 ερωτήσεις και αφορά τη συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων, το δεύτερο τμήμα αποτελείται από 7 ερωτήσεις που αφορούν στις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες, ενώ το τρίτο και τελευταίο τμήμα αποτελείται από 6 ερωτήσεις που αξιολογούν τη σωματική δραστηριότητα, την ξεκούραση, τις κοινωνικές συνήθειες και την ευεξία του ατόμου. Κάθε ερώτηση έχει την ίδια

βαρύτητα και βαθμολογείται με 0 ή 1. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0 (χειρίστη) έως 28 (άριστη) [161].

Διαστάσεις Προσωπικότητας (ΤΕΧΑΠ): Το ΤΕΧΑΠ αποτελεί μια πιο σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου προσωπικότητας πέντε παραγόντων (Big Five Measure). Είναι ένα ερωτηματολόγιο που μετρά τις πέντε βασικές διαστάσεις της προσωπικότητας, σύμφωνα με το θεωρητικό πλαίσιο που προτείνεται από τους Costa και McCrae (1992), λαμβάνοντας ταυτόχρονα υπόψη τα ειδικά εθνικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά του ελληνικού πληθυσμού. Αποτελείται από 101 ερωτήσεις που στοχεύουν στην αξιολόγηση των πέντε βασικών διαστάσεων της προσωπικότητας: Νευρωτισμό, Ευσυνειδησία, Εξωστρέφεια, Δεκτικότητα στην εμπειρία και Προσήνεια. Συγκεκριμένα, οι 75 ερωτήσεις απευθύνονται στη μέτρηση των πέντε διαστάσεων ενώ οι υπόλοιπες 26, χωρισμένες σε δύο ίσες κλίμακες, αξιολογούν την ύπαρξη αναληθών απαντήσεων και κοινωνικά αποδεκτών απαντήσεων. Για κάθε πρόταση, υπάρχουν πέντε επιλογές, οι οποίες αντιστοιχούν σε αριθμούς από το 1 "διαφωνώ απόλυτα" μέχρι το 5 "συμφωνώ απόλυτα". Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες, να διαβάσουν προσεκτικά την κάθε πρόταση, και να προσπαθήσουν να δώσουν την πρώτη απάντηση που τους έρχεται στο μυαλό, με απόλυτη ειλικρίνεια. Για να εξασφαλιστεί η σωστή αξιολόγηση αυτού του ερωτηματολογίου, έχουν χρησιμοποιηθεί ειδικές τεχνικές, οι οποίες μπορούν να ανιχνεύουν τις ψεύτικες απαντήσεις, και να ακυρώνουν το ερωτηματολόγιο. Τα ψυχομετρικά αποδεικτικά στοιχεία του ερωτηματολογίου δείχνουν ότι το ΤΕΧΑΠ είναι ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μια σύντομη περιγραφή και αξιολόγηση της προσωπικότητας [162].

Ανθρωπομετρήσεις: Η μέτρηση του βάρους πραγματοποιήθηκε με πρότυπη ζυγαριά στο πλησιέστερο 0,1kg φορώντας ελαφρύ ρουχισμό και χωρίς παπούτσια. Το ύψος μετρήθηκε με αναστημόμετρο ακριβείας στο πλησιέστερο 0,1cm με τους εξεταζόμενους ανυπόδητους και το κεφάλι τους στην οριζόντια θέση Frankfort. Όσον αφορά στην περίμετρο μέσης, μετρήθηκε στο πλησιέστερο 0,1cm με μια μη εκτατή ταινία που τοποθετήθηκε γύρω από την πιο στενή περιοχή της μέσης, δηλαδή μεταξύ της τελευταίας πλευράς και πάνω από το επίπεδο του ομφαλού [163]. Έπειτα, υπολογίστηκε ο Δείκτης Μάζας Σώματος  $[\text{βάρος (kg)} / \text{ύψος (m)}^2]$ . Όλα τα μέσα που



χρησιμοποιήθηκαν για να πραγματοποιηθούν οι μετρήσεις δόθηκαν από το τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας.

#### **4.2.2 Στατιστική επεξεργασία**

Για την στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων του δείγματος, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS Statistics 20.0. Τα αποτελέσματα εκφράστηκαν ως μέσος όρος  $\pm$  τυπική απόκλιση (SD).

Αρχικά, πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας για τις συνεχείς μεταβλητές που διερευνήθηκαν. Η βαθμολογία που προέκυψε από την εκτίμηση της συμμόρφωσης με τον Μεσογειακό τρόπο ζωής, καθώς και οι κλίμακες των διαστάσεων της προσωπικότητας δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή βάσει των ιστογραμμάτων (Διάγραμμα 5 έως 13). Ως εκ τούτου οι σχέση μεταξύ των επιμέρους μεταβλητών εκτιμήθηκαν με τα μη παραμετρικά κριτήρια MannWhitney test και Spearman corellation. Λόγω του μικρού δείγματος της έρευνας, ως όριο για τη στατιστική σημαντικότητα χρησιμοποιήσαμε την τιμή  $p < 0.10$ . Τέλος, για τον λόγο αυτό, θα σχολιαστούν επίσης αποτελέσματα που βρίσκονται κοντά σε αυτό το όριο στατιστικής σημαντικότητας, παρόλο που δεν είναι στατιστικά σημαντικά.

#### **4.3 Αποτελέσματα μελέτης**

Από τους 100 φοιτητές που έλαβαν μέρος στην μελέτη, οι 52 φοιτητές προερχόντουσαν από το Β' εξάμηνο, οι 25 από το Στ', οι 22 από το Η' εξάμηνο και 1 από το Ε' εξάμηνο.

Τα περιγραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Το 28% του δείγματος ήταν άνδρες και το 72% γυναίκες. Το 93% των συμμετεχόντων φοιτητών είχε ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, ενώ το 7% ήταν ήδη κάτοχος κάποιου άλλου πτυχίου. Το 34% των συμμετεχόντων ήταν καπνιστές. Το 67% των ερωτηθέντων έχει οικογενειακό εισόδημα 12.000- 30.000 ευρώ και το 53% έχει προσωπικό μηνιαίο εισόδημα 300-600 ευρώ. Το 92% δεν ανέφερε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας, ενώ το 6% δήλωσε ότι λαμβάνει κάποια

φαρμακευτική αγωγή και το 19% λαμβάνει κάποιο συμπλήρωμα διατροφής. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (66%) είχε φυσιολογικό Δείκτη Μάζα Σώματος (ΔΜΣ), ενώ το 5% των συμμετεχόντων βρέθηκε να είναι παχύσαρκοι βάσει ΔΜΣ.

**Πίνακας 1.** Κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων στην έρευνα. (n=100)

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Μέσος όρος ± τυπ. Απόκλιση ή %

Φύλο	
Άνδρες	28.0
Γυναίκες	72.0
Ηλικία (έτη)	20.15 ± 2.51
Εκπαιδευτικό επίπεδο	
Υποχρεωτική εκπαίδευση	93.0
Άλλο πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης	7.0
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	0.0
Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα	
Λιγότερο από 9 έτη	15.0
9-12 έτη	40.0
Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	28.0
Απόφοιτος άλλης σχολής	13.0
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	4.0
Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας	
Λιγότερο από 9 έτη	8.0
9-12 έτη	45.0
Πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ-ΤΕΙ)	29.0
Απόφοιτος άλλης σχολής	14.0
Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών	4.0
Καπνιστικές συνήθειες	
Καπνιστής	34.0
Καπνιστής στο παρελθόν	4.0
Δεν έχει υπάρξει ποτέ καπνιστής	62.0
Οικογενειακό εισόδημα (Ευρο)	
<12.000	21.0
12.000-30.000	67.0
>30.000	12.0
Προσωπικό μηνιαίο εισόδημα (Ευρό)	
<300	37.0
300-600	53.0
600-900	6.0
>900	4.0
Συζυγική κατάσταση	
Σε σχέση	44.0
Ελεύθερος	56.0
Ζείτε μόνος αυτή την περίοδο της ζωής σας;	
Ναι	88.0
Όχι	12.0
Έχετε κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας	
Ναι	8.0
Όχι	92.0
Λαμβάνετε συμπληρώματα διατροφής	
Ναι	19.0
Όχι	81.0

Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;	
Ναι	6.0
Όχι	94.0
Δείκτης Μάζας Σώματος (kg/m <sup>2</sup> )	23.6 ± 3.1
Ελλιποβαρής	3.0
Φυσιολογικός	66.0
Υπέρβαρος	26.0
Παχυσαρκία Α Βαθμού	5.0

---

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 2, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από το ερωτηματολόγιο MedLife. Συγκεκριμένα, για το πρώτο μέρος που αφορά στην κατανάλωση τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής, το 76% των ερωτηθέντων δήλωσε ότι χρησιμοποιεί 3 ή περισσότερες μερίδες παρθένο ελαιόλαδο. Το 58% δήλωσε ότι καταναλώνει 2 ή λιγότερες μερίδες την εβδομάδα κόκκινου κρέατος ενώ το 54% καταναλώνει 1 ή περισσότερες μερίδες την εβδομάδα επεξεργασμένο κρέας και αλλαντικά. Το 50% καταναλώνει 2 μερίδες την εβδομάδα πουλερικά. Ωστόσο, το 76% δεν καταναλώνει 2 ή περισσότερες φορές ψάρια ή θαλασσινά την εβδομάδα. Σχετικά με την κατανάλωση φρούτων και λαχανικών το 52% δήλωσε ότι καταναλώνει 3-4 μερίδες φρούτων την ημέρα, και το 58% ότι καταναλώνει 2 ή περισσότερες μερίδες λαχανικών, αντίστοιχα. Επίσης, το 52% δήλωσε ότι καταναλώνει 2 ή λιγότερες μερίδες την εβδομάδα γλυκά και ζαχαρωτά.

Στο δεύτερο μέρος που αφορά στις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες το 54% καταναλώνει 2 ή λιγότερες μερίδες την εβδομάδα σνακ, πατατάκια ή ποπ κορν. Το 76% των συμμετεχόντων επιλέγει να καταναλώνει δημητριακά και προϊόντα ολικής άλεσης και το 86% δήλωσε ότι δεν καταναλώνει 1-2 μερίδες λευκό ή κόκκινο κρασί την ημέρα.

Τέλος, όσον αφορά το τρίτο μέρος της φυσικής δραστηριότητας, της επαρκούς ανάπαυσης, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της ευθυμίας, το 65% ασχολείται με κάποια φυσική δραστηριότητα και το 84,8% των ερωτηθέντων κοιμάται 6-8 ώρες τις καθημερινές. Το 50,5% παρακολουθεί πάνω από μία ώρα τηλεόραση τις καθημερινές και το 97% έρχεται σε συναναστροφή με τους φίλους του το Σαββατοκύριακο για περισσότερες από 2 ώρες.

**Πίνακας 2:** Περιγραφή του δείκτη αξιολόγησης του Μεσογειακού Τρόπου Ζωής

<b>ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΩΝ ΤΡΟΦΙΜΩΝ</b>	<b>ΝΑΙ (%)</b>	<b>ΟΧΙ (%)</b>
1. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες την εβδομάδα γλυκά, ζαχαρωτά;	52.0	48.0
2. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες την εβδομάδα κόκκινο κρέας;	58.0	42.0
3. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 1 μερίδα την εβδομάδα επεξεργασμένο κρέας, αλλαντικά;	46.0	54.0
4. Καταναλώνετε 2-4 μερίδες την εβδομάδα αυγά	50.0	50.0
5. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες την εβδομάδα όσπρια;	50.0	50.0
6. Καταναλώνετε 2 μερίδες την εβδομάδα πουλερικά;	50.0	50.0
7. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 φορές την εβδομάδα ψάρια/θαλασσινά;	24.0	76.0
8. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 3 μερίδες την εβδομάδα πατάτες	60.0	40.0
9. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 φορές την ημέρα γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά;	60.0	40.0
10. Καταναλώνετε 1-2 φορές την ημέρα ξηρούς καρπούς και ελιές ;	25.0	75.0
11. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 1 μερίδα την ημέρα βότανα μπαχαρικά, κρεμμύδι, σκόρδο, μαϊντανόκαι ρίγανη;	56.0	44.0
12. Καταναλώνετε 3-4 μερίδες την ημέρα φρέσκα φρούτα και χυμούς ;	52.0	48.0
13. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες την ημέρα λαχανικά (εκτός από πατάτες)	58.0	42.0
14. Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 3 μερίδες ελαιόλαδο, παρθένο ελαιόλαδο;	76.0	24.0
15. Καταναλώνετε 3-6 μερίδες την ημέρα ψωμί, δημητριακά, λευκό και ολικής αλέσεως ψωμί;	56.0	44.0
<b>ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ</b>		
16. Καταναλώνετε 6-8 μερίδες νερού την ημέρα ή περισσότερες ή ίσες με 3 μερίδες αφεινήματος ή αφεινήματα βοτάνων την εβδομάδα;	74.0	26.0
17. Καταναλώνετε 1-2 μερίδες κρασί λευκό ή κόκκινο την ημέρα;	14.0	86.0
18. Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες την εβδομάδα σνακ, πατατάκια, ποπ κόρν;	54.0	46.0
19. Περιορίζετε την προσθήκη αλατιού στο φαγητό σας;	51.0	49.0
20. Επιλέγετε να καταναλώνετε δημητριακά και προϊόντα δημητριακών ολικής αλέσεως;	76.0	24.0
21. Συνηθίζετε να καταναλώνετε τροφή εκτός των προκαθορισμένων γευμάτων;	76.0	24.0

22. Περιορίζετε την κατανάλωση ζαχαρούχων ροφημάτων και την προσθήκη ζάχαρης στα ροφήματα σας;	69.7	30.3
--	------	------

**ΦΥΣΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ, ΞΕΚΟΥΡΑΣΗ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ, ΕΥΘΥΜΙΑ**

23. Κάνετε κάποια φυσική δραστηριότητα, (π.χ τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα, χορός, αεροβική γυμναστική) για περισσότερο από 150 λεπτά την εβδομάδα ή 30 λεπτά την ημέρα	65.0	35.0
24. Κοιμάστε συνήθως κατά την διάρκεια της ημέρας (μεσημεριανός ύπνος) τα σββατοκύριακα;	34.0	66.0
25. Κοιμάστε 6-8 ώρες την ημέρα τις καθημερινές;	84.8	15.2
26. Παρακολουθείτε τηλεόραση λιγότερο από 1 ώρα τις καθημερινές;	49.5	50.5
27. Αφιερώνετε περισσότερο από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά την διάρκεια του Σαββατοκύριακου;	97.0	3.0
28. Κάνετε κάποια οργανωμένη φυσική δραστηριότητα για 2 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα;	40.0	60.0

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η μέση τιμή του Μεσογειακού τρόπου ζωής όπου ανέρχεται στο  $15.86 \pm 3.52$  καθώς και των επιμέρους κλιμάκων του. Η μέση τιμή για την κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής, είναι  $7.99 \pm 2.50$ , για Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες  $4.14 \pm 1.27$  και για τη φυσική δραστηριότητα/ξεκούραση/κοινωνικές συνήθειες και ευθυμία είναι  $3.71 \pm 1.26$

**Πίνακας 3.** Βαθμολογία Μεσογειακού Τρόπου Ζωής (Medlife Index)

	Μέση τιμή, $\pm$ τυπ. Απόκλιση
Συνολικός Μεσογειακός τρόπος ζωής <sup>†</sup>	15.86 $\pm$ 3.52
Κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής <sup>‡</sup>	7.99 $\pm$ 2.50
Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες <sup>‡</sup>	4.14 $\pm$ 1.27
Φυσική δραστηριότητα, ξεκούραση, κοινωνικές συνήθειες, Ευθυμία <sup>§</sup>	3.71 $\pm$ 1.26

<sup>†</sup> Το εύρος της βαθμολογίας του δείκτη MedLife κυμαίνεται από 0 (χειρότερο) έως 28 (καλύτερο).

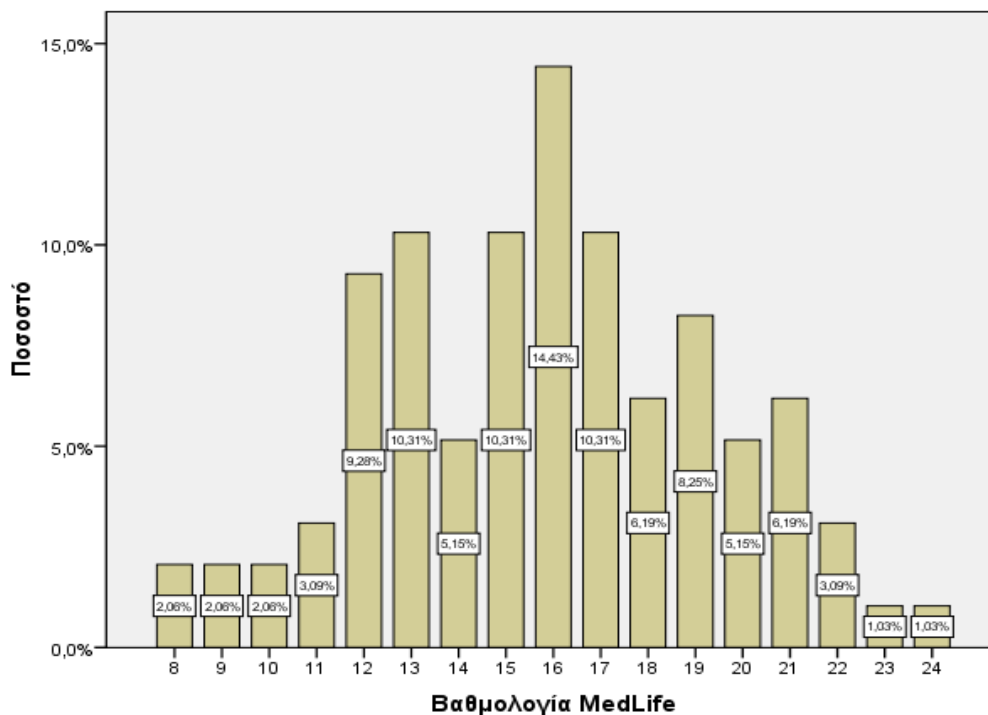
<sup>‡</sup> Το εύρος της βαθμολογίας για την κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής κυμαίνεται από 0 (χειρότερο) έως 15 (καλύτερο).

¶ Το εύρος της βαθμολογίας για τις Μεσογειακές Διατροφικές Συνήθειες κυμαίνεται από 0 (χειρότερο) έως 7 (καλύτερο).

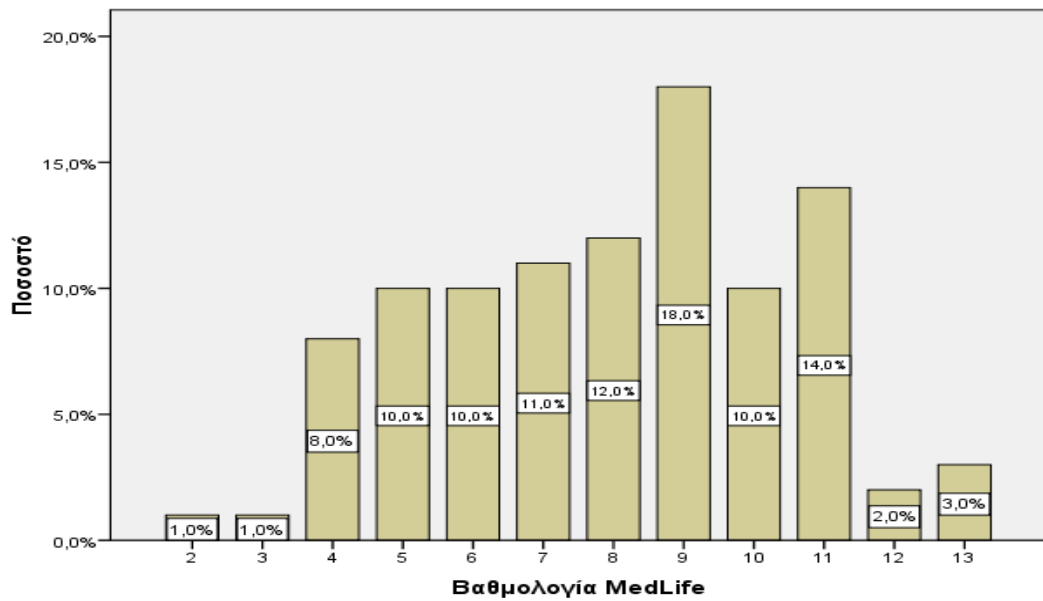
§ Το εύρος της βαθμολογίας για τα επιμέρους χαρακτηριστικά του Μεσογειακού Τρόπου Ζωής κυμαίνεται από 0 (χειρότερο) έως 6 (καλύτερο).

Στο Διάγραμμα 1 απεικονίζεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων για την προσκόλληση στον Μεσογειακό τρόπο ζωής. Στα διαγράμματα 2,3 και 4 φαίνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις που αφορούν τα επιμέρους χαρακτηριστικά του Μεσογειακού τρόπου ζωής.

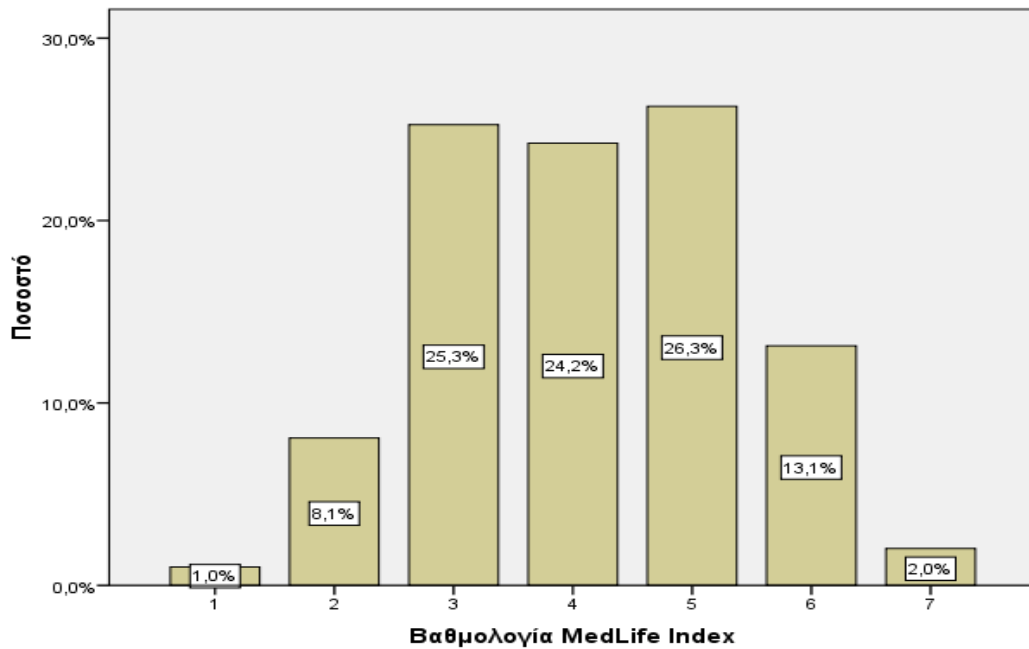
**Διάγραμμα 1.** Συμμόρφωση με το Μεσογειακό Τρόπο Ζωής



**Διάγραμμα 2.** Βαθμολογία MedLife για την κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής Διατροφής

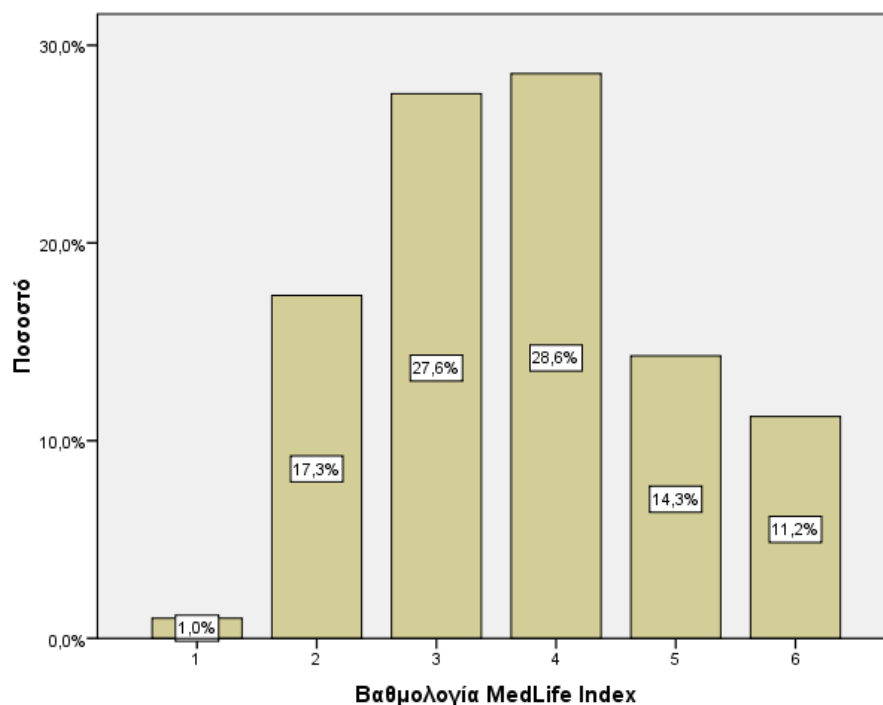


**Διάγραμμα 3.** Βαθμολογία MedLife για τις Μεσογειακές Διατροφικές Συνήθειες





**Διάγραμμα 4.** Βαθμολογία MedLife για τη Φυσική δραστηριότητα, την Επαρκή Ανάπαυση, την Κοινωνική Αλληλεπίδραση και την Ευθυμία



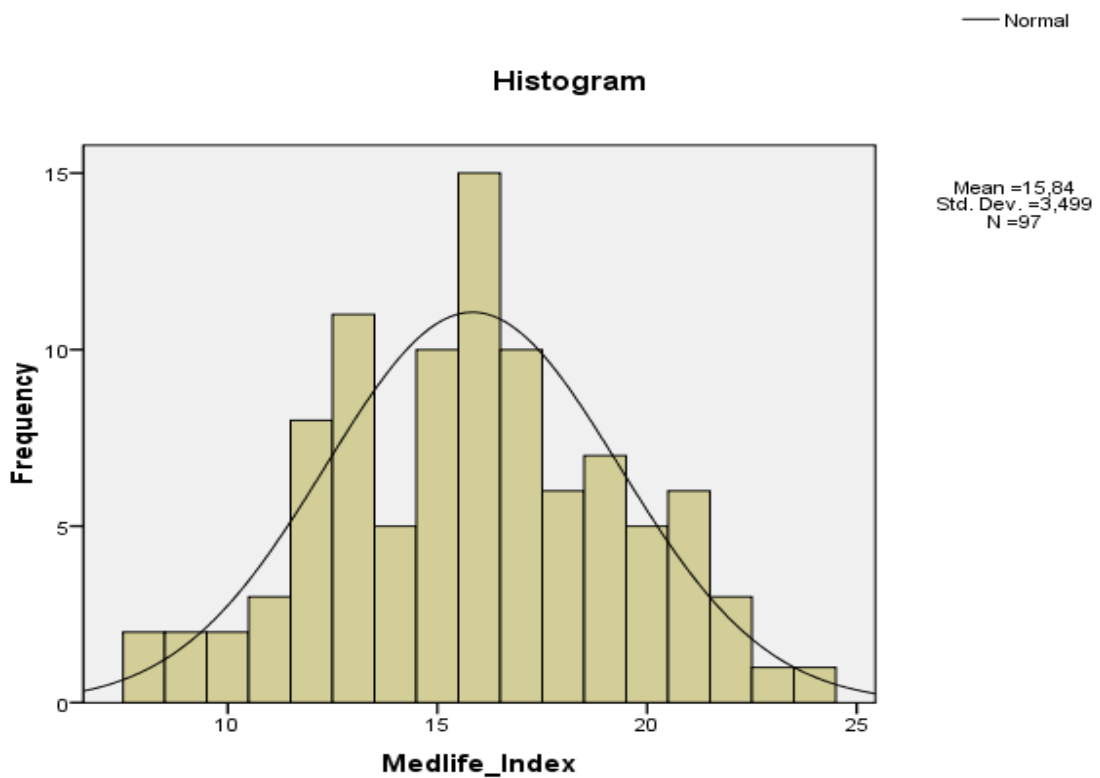
Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η μέση τιμή των Πέντε διαστάσεων της Προσωπικότητας, καθώς και η ελάχιστη και η μέγιστη τιμή τους.

**Πίνακας 4.** Βαθμολογία των 5 Διαστάσεων Προσωπικότητας

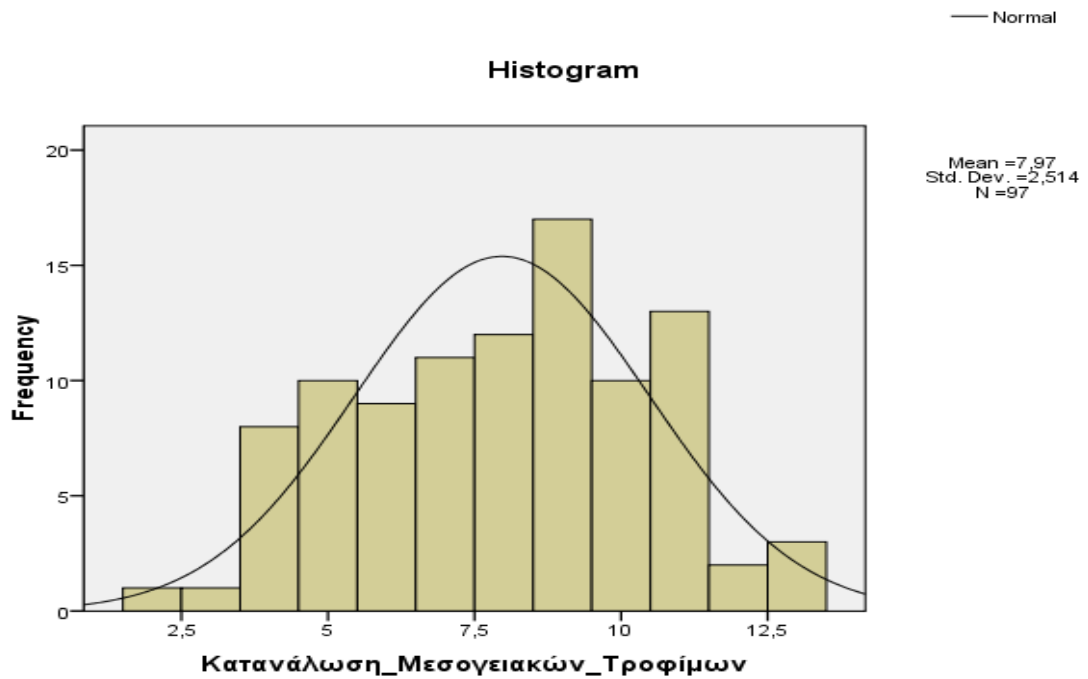
Διαστάσεις Προσωπικότητας	Μέση τιμή ± SD	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
Νευρωτισμός	47.77 ± 10.46	20.00	69.00
Εξωστρέφεια	51.51 ± 7.15	35.00	71.00
Δεκτικότητα στην Εμπειρία	48.44 ± 7.94	35.00	66.00
Προσήνεα	51.18 ± 7.34	22.00	68.00

Στη συνέχεια της παρούσας πτυχιακής εργασίας διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ του Μεσογειακού τρόπου ζωής και των πέντε διαστάσεων της Προσωπικότητας. Αρχικά έγινε έλεγχος κανονικότητας του δείγματος όπως φαίνεται στα παρακάτω διαγράμματα και στη συνέχεια, ελέγχθηκε η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών.

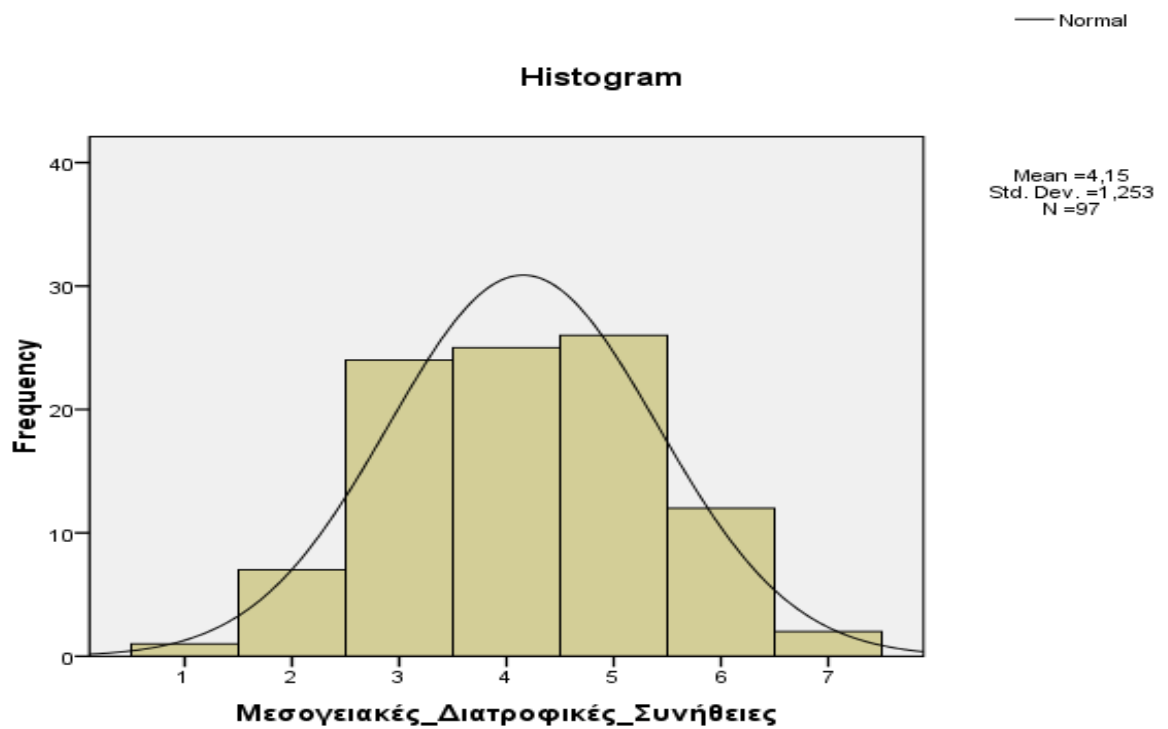
**Διάγραμμα 5.** Ιστόγραμμα κατανομής Συνολικού Μεσογειακού τρόπου ζωής



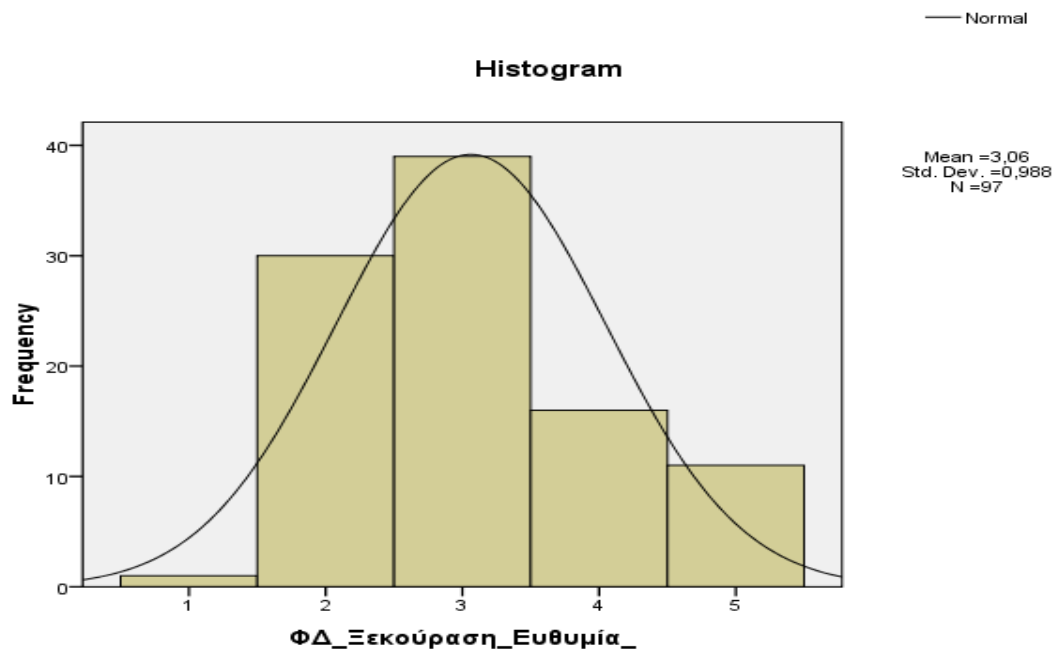
**Διάγραμμα 6.** Ιστόγραμμα κατανομής Κατανάλωσης Τροφίμων



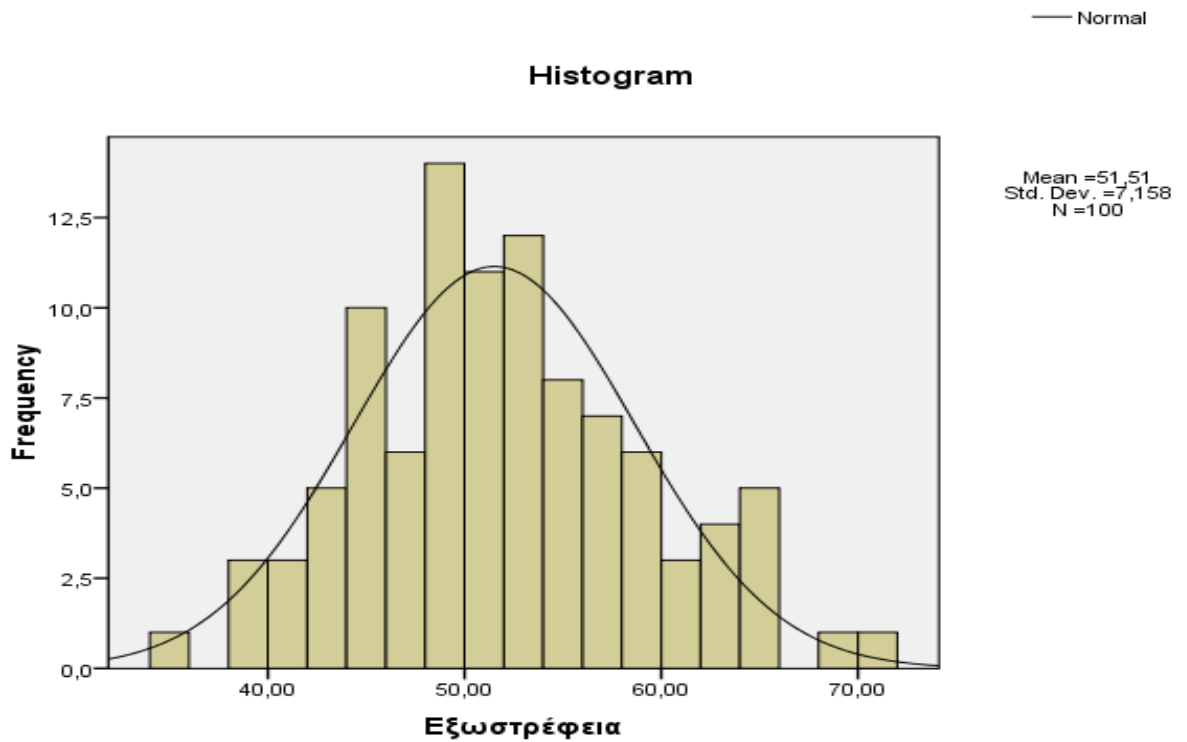
**Διάγραμμα 7.** Ιστόγραμμα κατανομής Μεσογειακών Διατροφικών Συνηθειών



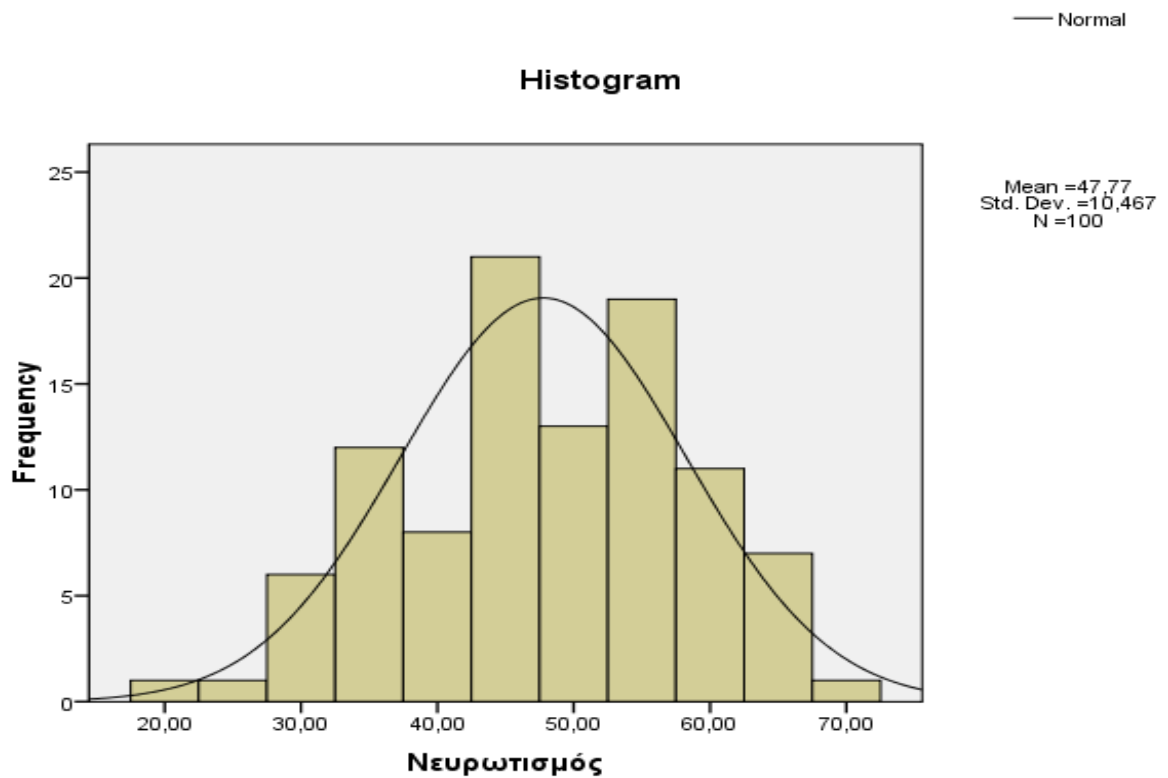
**Διάγραμμα 8.** Ιστόγραμμα κατανομής για τη Φυσική δραστηριότητα, την Επαρκή Ανάπαυση, την Κοινωνική Αλληλεπίδραση και την Ευθυμία



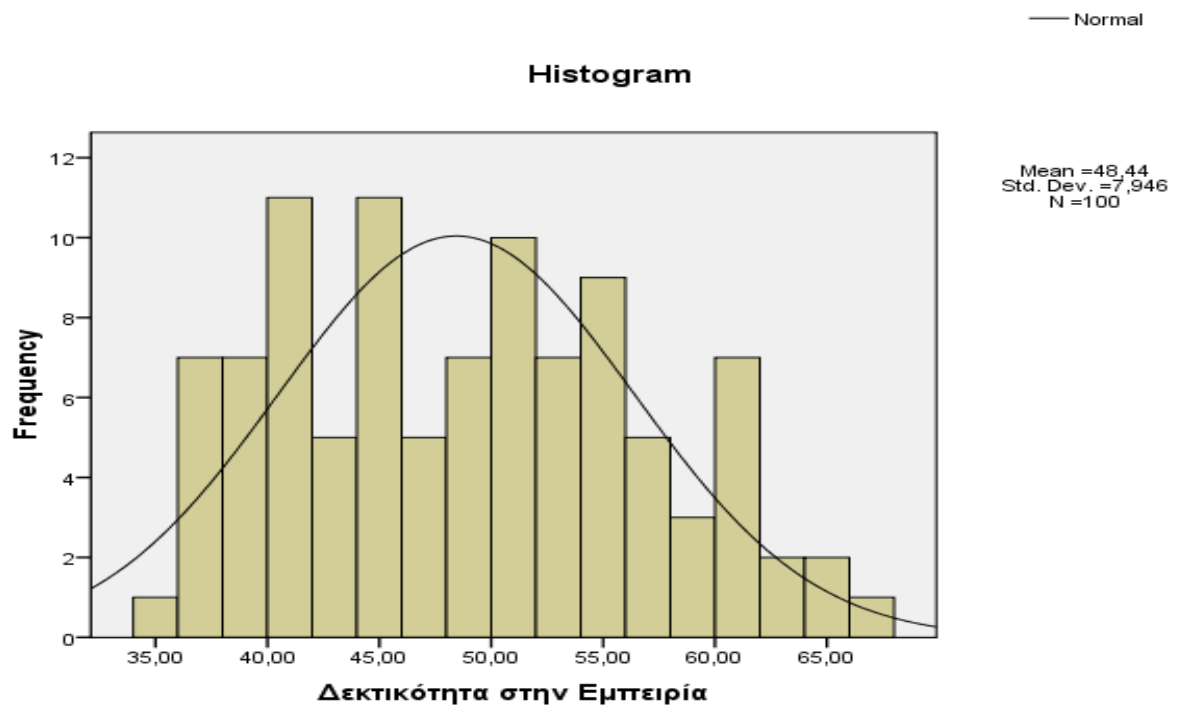
**Διάγραμμα 9.** Ιστόγραμμα κατανομής για την διάσταση της Εξωστρέφειας



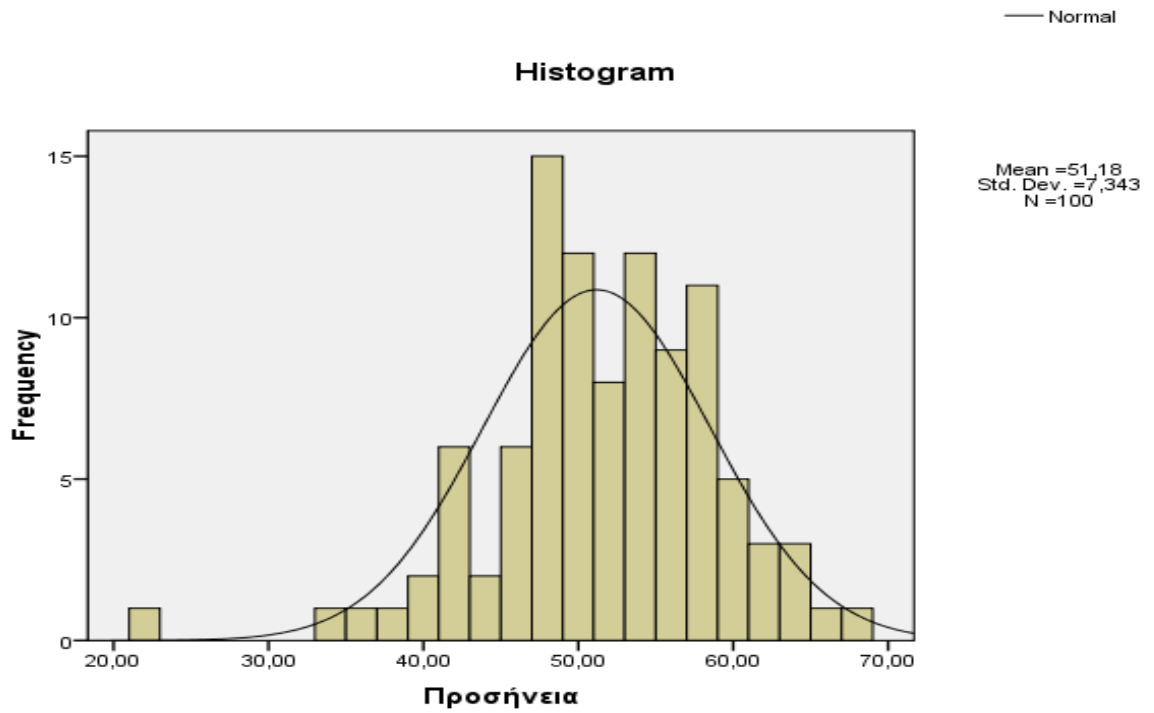
**Διάγραμμα 10.** Ιστόγραμμα κατανομής για την διάσταση του Νευρωτισμού



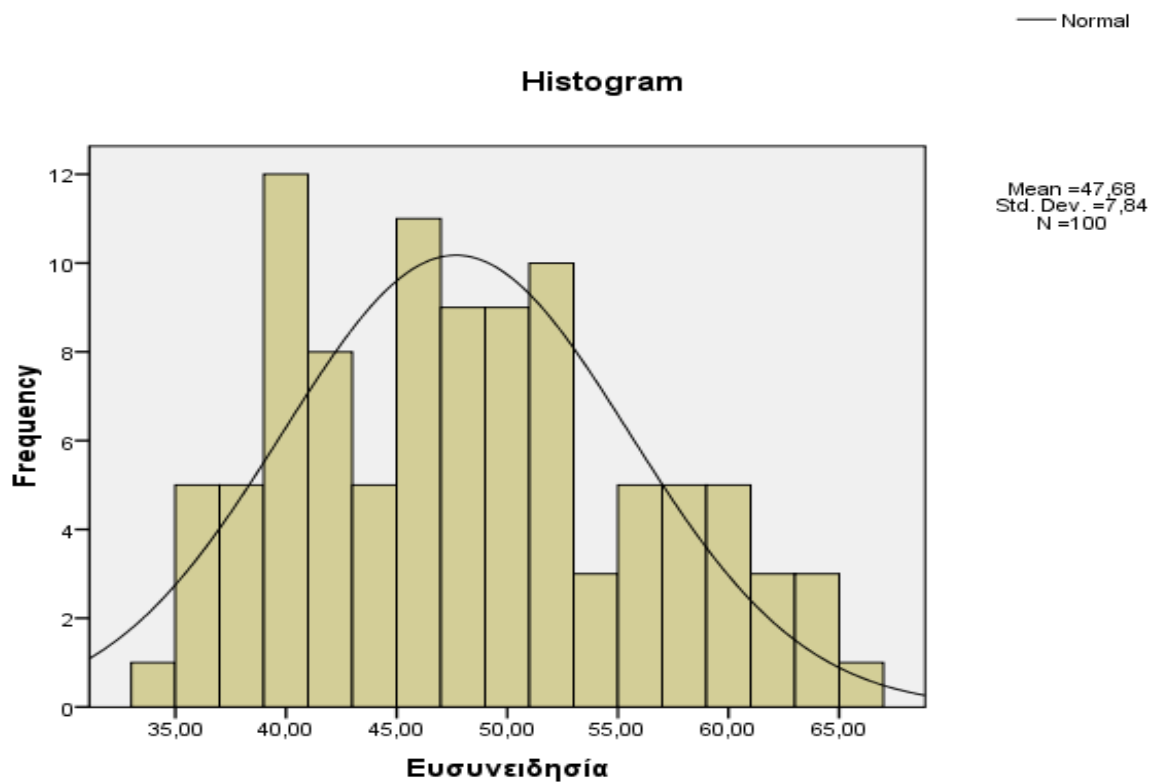
**Διάγραμμα 11.** Ιστόγραμμα κατανομής για την διάσταση της Δεκτικότητας στην Εμπειρία



**Διάγραμμα 12.** Ιστόγραμμα κατανομής για την διάσταση της Προσήνειας



**Διάγραμμα 13.** Ιστόγραμμα κατανομής για την διάσταση της Ευσυνειδησίας



Στον πίνακα 5 παρουσιάζεται η συσχέτιση μεταξύ του Μεσογειακού τρόπου ζωής και των επιμέρους τμημάτων του με τις πέντε διαστάσεις της Προσωπικότητας.

**Πίνακας 5.** Σχέση μεταξύ Μεσογειακού τρόπου ζωής και Διαστάσεων Προσωπικότητας

	Συνολική Βαθμολογία Μεσογειακού Τρόπου Ζωής		Κατανάλωση Τροφίμων Μεσογειακής Διατροφής		Μεσογειακές Διατροφικές Συνήθειες		Φυσική Δραστηριότητα, Ξεκούραση, Κοινωνικές Συνήθειες, Ευθυμία	
	r	p-value	R	p-value	r	p-value	r	p-value
<b>Εξωστρέφεια</b>	0,246	<b>0,016</b>	0,267	<b>0,008</b>	0,040	0,696	0,146	0,157
<b>Νευρωτισμός</b>	-0,148	0,152	-0,096	0,349	-0,038	0,714	-0,250	<b>0,014</b>
<b>Δεκτικότητα στην Εμπειρία</b>	-0,063	0,543	0,015	0,886	-0,095	0,353	-0,017	0,872
<b>Προσήνεια</b>	0,131	0,206	0,125	0,219	-0,011	0,913	0,034	0,742
<b>Ευσυνειδησία</b>	0,207	<b>0,044</b>	0,219	<b>0,030</b>	0,005	0,963	0,165	<b>0,108</b>

Από τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον Πίνακα 5 φαίνεται, ότι ο βαθμός υιοθέτησης του Μεσογειακού τρόπου ζωής σχετίζεται με συγκεκριμένες διαστάσεις της προσωπικότητας.

Πιο αναλυτικά, στη συνολική βαθμολογία του Μεσογειακού τρόπου ζωής, υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την Εξωστρέφεια και την Ευσυνειδησία ( $p= 0,016$  και  $p= 0,044$ , αντίστοιχα). Αυτό δείχνει ότι οι συμμετέχοντες, όσο πιο υψηλό σκόρ Εξωστρέφειας και Ευσυνειδησίας είχαν τόσο πιο κοντά βρίσκονταν στο Πρότυπο του Μεσογειακού τρόπου ζωής. Αντίστοιχα, οι ίδιες διαστάσεις της Προσωπικότητας φαίνεται να είχαν στατιστικά σημαντική θετική σχέση με την υποκλίμακα της κατανάλωσης τροφίμων Μεσογειακής διατροφής ( $p= 0,008$ ,  $p= 0,030$ , αντίστοιχα). Αυτό σημαίνει ότι τα άτομα με υψηλό σκορ Εξωστρέφειας και Ευσυνειδησίας έχουν μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή.

Αναφορικά με την υποκλίμακα της φυσικής δραστηριότητας, της ξεκούρασης, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με την διάσταση του Νευρωτισμού και της Ευσυνειδησίας ( $p= 0,014$  και  $p= 0,108$

αντίστοιχα). Συγκεκριμένα, βρέθηκε στατιστικά αρνητική συσχέτιση μεταξύ της συγκεκριμένης υποκλίμακας του MedLife και της υποκλίμακας του Νευρωτισμού, ενώ, αντίθετα αναδείχθηκε θετική συσχέτιση της συγκεκριμένης υποκλίμακας με την υποκλίμακα της Ευσυνειδησίας.

Όσον αφορά τις Μεσογειακές διατροφικές συνήθειες, δεν φάνηκε σημαντική στατιστική σχέση με καμία από τις διαστάσεις της προσωπικότητας.

Στη συνέχεια, (πίνακες 6,7,8 και 9) παρουσιάζονται οι συχτίσεις μεταξύ των τμημάτων (ερωτήσεων) του ερωτηματολογίου MedLife και των διαστάσεων της Προσωπικότητας, για όσα επιμέρους ζεύγη παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις στις προηγούμενες αναλύσεις.

**Πίνακας 6.** Σχέση Κατανάλωσης Τροφίμων MedLife και Εξωστρέφειας

Κατανάλωση Τροφίμων Μεσογειακής Διατροφής	Εξωστρέφεια	
	Μέση τιμή ± SD	p-value
Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες την εβδομάδα γλυκά, ζαχαρωτά;		0,972
Ναι	51,66 ± 7,80	
Όχι	51,21 ± 6,57	
Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες την εβδομάδα κόκκινο κρέας;		0,321
Ναι	50,82 ± 6,69	
Όχι	52,28 ± 7,85	
Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 1 μερίδα την εβδομάδα επεξεργασμένο κρέας, αλλαντικά;		0,756
Ναι	51,62 ± 8,24	
Όχι	51,30 ± 6,28	
Καταναλώνετε 2-4 μερίδες την εβδομάδα αυγά		<b>0,029</b>
Ναι	<b>53,04 ± 7,52</b>	
Όχι	<b>49,85 ± 6,57</b>	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες την εβδομάδα όσπρια;		0,932
Ναι	51,58 ± 6,55	
Όχι	51,31 ± 7,90	
Καταναλώνετε 2 μερίδες την εβδομάδα πουλερικά;		0,372
Ναι	50,90 ± 6,90	
Όχι	53,12 ± 8,01	



Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 φορές την εβδομάδα ψάρια/θαλασσινά;		<b>0,088</b>
Ναι	<b>53,62 ± 6,42</b>	
Όχι	<b>50,74 ± 7,34</b>	
Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 3 μερίδες την εβδομάδα πατάτες		0,403
Ναι	51,86 ± 6,66	
Όχι	50,85 ± 7,98	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 φορές την ημέρα γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά;		0,158
Ναι	52,03 ± 6,61	
Όχι	50,60 ± 7,99	
Καταναλώνετε 1-2 φορές την ημέρα ξηρούς καρπούς και ελιές ;		<b>0,090</b>
Ναι	<b>53,00 ± 6,86</b>	
Όχι	<b>50,91 ± 7,29</b>	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 1 μερίδα την ημέρα βότανα μπαχαρικά, κρεμμύδι, σκόρδο, μαϊντανόκαι ρίγανη;		<b>0,007</b>
Ναι	<b>53,22 ± 6,78</b>	
Όχι	<b>49,27 ± 7,19</b>	
Καταναλώνετε 3-4 μερίδες την ημέρα φρέσκα φρούτα και χυμούς ;		0,160
Ναι	52,33 ± 6,70	
Όχι	50,48 ± 7,67	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες την ημέρα λαχανικά (εκτός από πατάτες)		0,168
Ναι	52,37 ± 7,06	
Όχι	50,21 ± 7,29	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 3 μερίδες ελαιόλαδο, παρθένο ελαιόλαδο;		0,458
Ναι	51,58 ± 7,13	
Όχι	51,00 ± 7,59	
Καταναλώνετε 3-6 μερίδες την ημέρα ψωμί, δημητριακά, λευκό και ολικής αλέσεως ψωμί;		0,257
Ναι	52,07 ± 7,41	
Όχι	50,65 ± 6,94	

Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν μεταξύ της συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων της Μεσογειακής διατροφής και της βαθμολογίας στην υποκλίμακα της Εξωστρέφειας (Πίνακας 6). Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι τα άτομα που καταναλώνουν 2-4 μερίδες αυγά την εβδομάδα, έχουν υψηλότερο σκόρ Εξωστρέφειας σε σύγκριση με τα άτομα που δεν καταναλώνουν αυτές τις μερίδες ( $p=$

0,029). Επίσης, στατιστικά σημαντικό υψηλότερο σκορ Εξωστρέφειας, παρατηρήθηκε στα άτομα που δήλωσαν ότι καταναλώνουν περισσότερες από δύο μερίδες ψαριού την εβδομάδα συγκριτικά με τα άτομα που κατανάλωναν λιγότερο από δύο μερίδες εβδομαδιαίως ( $p= 0,088$ ). Ακόμη, φάνηκε ότι τα άτομα με υψηλότερο σκορ Εξωστρέφειας κατανάλωναν καθημερινά ξηρούς καρπούς και ελιές σε σύγκριση με τα άτομα με χαμηλότερο σκορ ( $p= 0,090$ ), τα οποία δήλωσαν ότι δεν καταναλώνουν καθημερινά ξηρούς καρπούς ή ελιές. Αντίστοιχα, υψηλότερο σκορ Εξωστρέφειας είχαν και τα άτομα που απάντησαν θετικά («Ναι») στην καθημερινή κατανάλωση βοτάνων και μπαχαρικών ( $p= 0,007$ ). Συμπερασματικά, και στις τέσσερις ερωτήσεις που υπάρχει σημαντική συσχέτιση, η ομάδα των ατόμων που απάντησαν θετικά «Ναι» είχε υψηλότερη διάμεσο τιμή στο σκορ της Εξωστρέφειας σε σύγκριση με την ομάδα που απάντησε «Όχι».

**Πίνακας 7.** Σχέση Κατανάλωσης Τροφίμων MedLife και Ευσυνειδησίας

Κατανάλωση Τροφίμων Μεσογειακής Διατροφής	Ευσυνειδησία	
	Μέση τιμή ± SD	p-value
Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες την εβδομάδα γλυκά, ζαχαρωτά;		<b>0,015</b>
Ναι	<b>45,49 ± 6,71</b>	
Όχι	<b>49,74 ± 8,39</b>	
Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 2 μερίδες την εβδομάδα κόκκινο κρέας;		<b>0,034</b>
Ναι	<b>49,03 ± 8,15</b>	
Όχι	<b>45,52 ± 8,96</b>	
Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 1 μερίδα την εβδομάδα επεξεργασμένο κρέας, αλλαντικά;		0,963
Ναι	47,33 ± 7,30	
Όχι	47,69 ± 8,31	
Καταναλώνετε 2-4 μερίδες την εβδομάδα αυγά		0,926
Ναι	47,46 ± 8,11	
Όχι	47,59 ± 7,61	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες την εβδομάδα όσπρια;		<b>0,012</b>
Ναι	<b>49,54 ± 7,73</b>	
Όχι	<b>45,43 ± 7,43</b>	
Καταναλώνετε 2 μερίδες την εβδομάδα πουλερικά;		0,541
Ναι	47,18 ± 7,48	

Όχι	48,58 ± 8,90	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 φορές την εβδομάδα ψάρια/θαλασσινά;		0,731
Ναι	48,12 ± 8,34	
Όχι	47,33 ± 7,70	
Καταναλώνετε λιγότερες ή ίσες με 3 μερίδες την εβδομάδα πατάτες		0,135
Ναι	48,50 ± 7,85	
Όχι	46,12 ± 7,67	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 φορές την ημέρα γαλακτοκομικά χαμηλά σε λιπαρά;		0,174
Ναι	48,40 ± 7,86	
Όχι	47,27 ± 7,70	
Καταναλώνετε 1-2 φορές την ημέρα ξηρούς καρπούς και ελιές ;		0,475
Ναι	48,48 ± 8,16	
Όχι	47,20 ± 7,74	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 1 μερίδα την ημέρα βότανα μπαχαρικά, κρεμμύδι, σκόρδο, μαϊντανό και ρίγανη;		0,293
Ναι	48,16 ± 7,47	
Όχι	46,75 ± 8,26	
Καταναλώνετε 3-4 μερίδες την ημέρα φρέσκα φρούτα και χυμούς ;		<b>0,041</b>
Ναι	<b>49,00 ± 7,29</b>	
Όχι	<b>45,93 ± 8,15</b>	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 2 μερίδες την ημέρα λαχανικά (εκτός από πατάτες)		<b>0,090</b>
Ναι	<b>48,77 ± 7,79</b>	
Όχι	<b>45,88 ± 7,65</b>	
Καταναλώνετε περισσότερες ή ίσες με 3 μερίδες ελαιόλαδο, παρθένο ελαιόλαδο;		0,850
Ναι	47,48 ± 7,93	
Όχι	47,69 ± 7,63	
Καταναλώνετε 3-6 μερίδες την ημέρα ψωμί, δημητριακά, λευκό και ολικής αλέσεως ψωμί;		0,946
Ναι	47,50 ± 7,30	
Όχι	47,55 ± 8,53	

Όσον αφορά στη διάσταση της Ευσυνειδησίας και στις ερωτήσεις που αφορούν την κατανάλωση τροφίμων Μεσογειακής διατροφής (Πίνακας 7), παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά. Συγκεκριμένα, υψηλότερο σκορ Ευσυνειδησίας είχαν τα άτομα τα οποία κατανάλωναν περισσότερες από δύο μερίδες

την εβδομάδα γλυκά και ζαχαρωτά συγκριτικά με τα άτομα τα οποία κατανάλωναν λιγότερες από δύο μερίδες εβδομαδιαίως ( $p= 0,015$ ). Ακόμη, στατιστικά σημαντικό υψηλότερο σκορ Ευσεινηδησίας σημείωσαν τα άτομα που κατανάλωναν λιγότερο από 2 μερίδες την εβδομάδα κόκκινο κρέας ( $p= 0,034$ ) και περισσότερο από 2 μερίδες την εβδομάδα όσπρια ( $p= 0,012$ ), συγκριτικά με τα άτομα που κατανάλωναν περισσότερες από αυτές τις μερίδες. Τέλος, υψηλότερο σκορ Ευσυνειδησίας, φάνηκε και στην ομάδα των ατόμων που απάντησε «Ναι» στο ότι καταναλώνουν περισσότερο από 3-4 μερίδες την ημέρα φρέσκα φρούτα και χυμούς ( $p= 0,041$ ) και περισσότερο από 2 μερίδες την ημέρα λαχανικά (εκτός από πατάτες) ( $p= 0,090$ ), συγκριτικά με την ομάδα ατόμων που απάντησε «Όχι».

**Πίνακας 8.** Σχέση Φυσικής Δραστηριότητας, Επαρκούς Ανάπαυσης, Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης, Ευθυμίας και Νευρωτισμού

Φυσική Δραστηριότητα, Ξεκούραση, Κοινωνικές Συνήθειες, Ευθυμία	Νευρωτισμός	
	Μέση τιμή $\pm$ SD	p-value
Κάνετε κάποια φυσική δραστηριότητα, (π.χ τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα, χορός, αεροβική γυμναστική) για περισσότερο από 150 λεπτά την εβδομάδα ή 30 λεπτά την ημέρα		<b>0,001</b>
Ναι	<b>45,47 <math>\pm</math> 10,41</b>	
Όχι	<b>52,37 <math>\pm</math> 9,20</b>	
Κοιμάστε συνήθως κατά την διάρκεια της ημέρας (μεσημεριανός ύπνος) τα σαββατοκύριακα		0,749
Ναι	47,93 $\pm$ 10,02	
Όχι	47,93 $\pm$ 10,80	
Κοιμάστε 6-8 ώρες την ημέρα τις καθημερινές;		0,114
Ναι	47,26 $\pm$ 10,50	
Όχι	52,78 $\pm$ 9,35	
Παρακολουθείτε τηλεόραση λιγότερο από 1 ώρα τις καθημερινές;		0,214
Ναι	46,38 $\pm$ 11,24	
Όχι	49,26 $\pm$ 9,70	

Αφιερώνετε περισσότερο από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά την διάρκεια του Σαββατοκύριακου;		<b>0,065</b>
Ναι	<b>48,28 ± 10,41</b>	
Όχι	<b>37,00 ± 7,81</b>	
Κάνετε κάποια οργανωμένη φυσική δραστηριότητα για 2 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα;		<b>0,011</b>
Ναι	<b>44,84 ± 10,57</b>	
Όχι	<b>49,98 ± 10,00</b>	

Αναφορικά με την φυσική δραστηριότητα, την επαρκή ανάπαυση, την κοινωνική αλληλεπίδραση και την ευθυμία (Πίνακας 8), παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με τη βαθμολογία στην υποκλίμακα του Νευρωτισμού. Συγκεκριμένα, στην ερώτηση «Κάνετε κάποια φυσική δραστηριότητα, (π.χ τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα, χορός, αεροβική γυμναστική) για περισσότερο από 150 λεπτά την εβδομάδα ή 30 λεπτά την ημέρα», το δείγμα που απάντησε αρνητικά, είχε υψηλότερο σκορ Νευρωτισμού ( $p= 0,001$ ), συγκριτικά με το δείγμα που απάντησε θετικά. Επίσης, τα άτομα που δήλωσαν ότι αφιερώνουν λιγότερο από 2 ώρες την εβδομάδα σε οργανωμένη φυσική δραστηριότητα, είχαν υψηλότερο σκορ Νευρωτισμού, σε σύγκριση με τα άτομα που αφιέρωναν περισσότερο από 2 ώρες ( $p= 0,011$ ). Τέλος, τα άτομα που αφιέρωναν περισσότερο από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου, φάνηκε ότι είχαν υψηλότερο σκορ Νευρωτισμού ( $p= 0,065$ ) συγκριτικά με τα άτομα που αφιερώνουν λιγότερο χρόνο.

**Πίνακας 9.** Σχέση Φυσικής Δραστηριότητας, Επαρκούς Ανάπαυσης, Κοινωνικής Αλληλεπίδρασης, Ευθυμίας και Ευσυνειδησίας

Φυσική Δραστηριότητα, Ξεκούραση, Κοινωνικές Συνήθειες, Ευθυμία	Ευσυνειδησία	
	Μέση τιμή ± SD	p-value
Κάνετε κάποια φυσική δραστηριότητα, (π.χ τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα, χορός, αεροβική γυμναστική) για περισσότερο από 150 λεπτά την εβδομάδα ή 30		<b>0,062</b>

λεπτά την ημέρα		
Ναι	<b>48,70 ± 8,13</b>	
Όχι	<b>45,42 ± 6,87</b>	
Κοιμάστε συνήθως κατά την διάρκεια της ημέρας (μεσημεριανός ύπνος) τα σββατοκύριακα		0,746
Ναι	48,09 ± 8,43	
Όχι	47,24 ± 7,55	
Κοιμάστε 6-8 ώρες την ημέρα τις καθημερινές;		<b>0,096</b>
Ναι	<b>48,06 ± 8,05</b>	
Όχι	<b>44,14 ± 5,73</b>	
Παρακολουθείτε τηλεόραση λιγότερο από 1 ώρα τις καθημερινές;		0,479
Ναι	48,23 ± 8,57	
Όχι	46,92 ± 7,16	
Αφιερώνετε περισσότερο από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά την διάρκεια του Σαββατοκύριακου;		<b>0,041</b>
Ναι	<b>47,22 ± 7,69</b>	
Όχι	<b>57,33 ± 6,42</b>	
Κάνετε κάποια οργανωμένη φυσική δραστηριότητα για 2 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα;		0,171
Ναι	49,00 ± 8,61	
Όχι	46,55 ± 7,17	

Όσον αφορά τη σχέση μεταξύ των επιμέρους ερωτήσεων της υποκλίμακας της φυσικής δραστηριότητας, της επαρκούς ανάπαυσης, της κοινωνικής αλληλεπίδρασης και της ευθυμίας με την υποκλίμακα της Ευσυνειδησίας (Πίνακας 9), παρατηρήθηκε ότι τα άτομα που απάντησαν θετικά στο ότι αφιερώνουν περισσότερο από 150 λεπτά/εβδομάδα ή 30 λεπτά/ημέρα για κάποια φυσική δραστηριότητα ( $p= 0,062$ ), καθώς και τα άτομα που δήλωσαν ότι κοιμούνται 6-8 ώρες την ημέρα τις καθημερινές ( $p= 0,096$ ), είχαν υψηλότερο σκορ Ευσυνειδησίας, συγκριτικά με τα άτομα που απάντησαν αρνητικά στις παραπάνω ερωτήσεις. Τέλος, φάνηκε ότι τα άτομα που δεν αφιερώνουν περισσότερο από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά τη διάρκεια

του Σαββατοκύριακου, είχαν υψηλότερο σκορ Ευσυνειδησίας ( $p= 0,040$ ), συγκριτικά με τα άτομα που αφιερώνουν περισσότερο από 2 ώρες.

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα διερεύνησης της σχέσης μεταξύ του Δείκτη Μάζας Σώματος και των διαστάσεων της Προσωπικότητας. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ του ΔΜΣ και των Πέντε διαστάσεων της Προσωπικότητας ενώ το ίδιο φαίνεται να ισχύει και μετά από κατηγοριοποίηση των τιμών του ΔΜΣ (άτομα με ΔΜΣ  $<25 \text{ kg/m}^2$  και άτομα με ΔΜΣ  $>25 \text{ kg/m}^2$  ).

**Πίνακας 10.** Σχέση Δείκτη Μάζας Σώματος και Διαστάσεων Προσωπικότητας

	ΔΜΣ *		Κατηγορίες ΔΜΣ **		
	r	p-value	ΔΜΣ $<25 \text{ kg/m}^2$	ΔΜΣ $>25 \text{ kg/m}^2$	p-value
	Μέση τιμή ± SD				
<b>Εξωστρέφεια</b>	0,117	0,250	51,27 ± 6,80	51,84 ± 8,13	0,694
<b>Νευρωτισμός</b>	0,043	0,676	47,60 ± 10,11	48,68 ± 11,40	0,663
<b>Δεκτικότητα στην Εμπειρία</b>	0,133	0,192	47,91 ± 8,49	49,48 ± 6,80	0,269
<b>Προσήνεια</b>	0,022	0,833	50,52 ± 7,76	52,39 ± 6,50	0,404
<b>Ευσυνειδησία</b>	0,025	0,810	47,39 ± 7,13	47,84 ± 9,29	1,00

\* Spearman's rho

\*\* Mann-Whitney U

#### 4.4 Συζήτηση

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του Μεσογειακού τρόπου ζωής και των διαστάσεων της Προσωπικότητας. Αυτό που έχει φανεί από προηγούμενες μελέτες είναι ότι η συμπεριφορά και ο χαρακτήρας ενός ατόμου παίζει μεγάλο ρόλο στις διατροφικές του συνήθειες.

Από τα δεδομένα που αναλύθηκαν στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι, ο βαθμός υιοθέτησης του Μεσογειακού τρόπου ζωής σχετίζεται με τις διαστάσεις «Εξωστρέφεια», «Ευσυνειδησία» και «Νευρωτισμός» της προσωπικότητας.

Συγκεκριμένα, άτομα με υψηλό σκορ Εξωστρέφειας και Ευσυνειδησίας βρέθηκε να δηλώνουν μεγαλύτερη προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή. Ακόμη, φάνηκε ότι άτομα με υψηλότερο δείκτη Ευσυνειδησίας, είχαν μεγαλύτερη προσκόλληση στα επιμέρους χαρακτηριστικά του Μεσογειακού τρόπου ζωής, στον οποίο εντάσσονται κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες. Επίσης, για την ίδια υποκλίμακα, φάνηκε μία αρνητική συσχέτιση στα άτομα με υψηλότερο σκορ Νευρωτισμού.

Αρχικά, όσον αφορά στην υιοθέτηση του Μεσογειακού τρόπου ζωής, από τα δεδομένα μας προκύπτει ότι το 4,1% του πληθυσμού είχε χαμηλή συμμόρφωση, το 72,2% είχε μέτρια συμμόρφωση και το 23,7% είχε υψηλή συμμόρφωση. Το δείγμα μας ήταν φοιτητές διαιτολογίας και γι αυτό πιθανώς να ωφείλονται τα υψηλά ποσοστά προσκόλλησης στο Μεσογειακό τρόπο ζωής. Παρόλο που η Μεσογειακή διατροφή έχει προταθεί ότι αποδίδει μεγάλο προσδόκιμο ζωής, πρόσφατα δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι Μεσογειακοί πληθυσμοί εγκαταλείπουν τη Μεσογειακή διατροφή και τον σχετικά υγιεινό τρόπο ζωής για να υιοθετήσουν στη θέση του ανθυγιεινά διατροφικά δυτικά πρότυπα [27].

Έρευνες δείχνουν ότι η Ευσυνειδησία, σχετίζεται πιο συχνά με συμπεριφορές που προάγουν την υγεία και βελτιώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης [117,130,131,132], αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι στην Ευσυνειδησία κυριαρχεί η αυτοπειθαρχία, η οποία βοηθά όχι μόνο στην έμφαση σε έναν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, αλλά παράλληλα λειτουργεί αποτρεπτικά σε ανθυγιεινές συνήθειες [135].

Αντίθετα, ο Νευρωτισμός σχετίζεται πιο συχνά με ανθυγιεινές συμπεριφορές [117,130,131,132]. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα που έχουν υψηλότερο σκορ Νευρωτισμού για να καταπολεμήσουν το στρες, ή ακόμα και τη στεναχώρια ή



το φόβο, είναι πιο επιρρεπείς στο να στραφούν στο αλκοόλ και τις απαγορευμένες ουσίες ως υποκατάστατα για να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα αυτά [135].

Έρευνα επίσης έδειξε, για την διάσταση της Εξωστρέφειας, ότι άτομα με υψηλό σκορ συνδυάζουν υγιεινό και μη τρόπο ζωής. Αυτό πιθανόν να οφείλεται στο ότι είναι πολύ ενεργητικά άτομα [135]. Στην παρούσα μελέτη, δεν φαίνεται η διάσταση της Εξωστρέφειας να σχετίζεται στατιστικά με κάποια ανθυγιεινή συμπεριφορά.

Όσον αφορά την Δεκτικότητα στην εμπειρία και την Προσήνεια, δεν φάνηκε στατιστική σχέση με κανένα από τα επιμέρους χαρακτηριστικά του Μεσογειακού τρόπου ζωής. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο μικρό πληθυσμιακό δείγμα της μελέτης μας. Έρευνες δείχνουν ότι, υψηλό σκορ στη διάσταση της Προσήνειας, σχετίζεται με υγιεινές συμπεριφορές [133,135,142].

Αναφορικά με την κατανάλωση τροφίμων, από τα στοιχεία της μελέτης μας φάνηκε ότι τα άτομα που κατάλωναν 2-4 μερίδες αυγά, τα άτομα που κατανάλωναν πάνω από 2 μερίδες ψάρια και θαλασσινά εβδομαδιαίως καθώς και τα άτομα που κατανάλωναν καθημερινά ξηρούς καρπούς, ελιές, βότανα και μπαχαρικά, είχαν υψηλότερο σκορ Εξωστρέφειας. Σύμφωνα με τη τρέχουσα βιβλιογραφία, άτομα με υψηλό σκορ Εξωστρέφειας, είναι πιο πιθανό να προσλαμβάνουν τρόφιμα όπως δημητριακά και προϊόντα τους, ψάρια, φρούτα, λαχανικά [128,129,135] και λιγότερο γρήγορο φαγητό σε σχέση με τα άτομα που δεν είχαν έντονο το στοιχείο αυτό στην προσωπικότητά τους [135]. Έρευνα σε φοιτητές έδειξε ότι, άτομα με αυξημένη Εξωστρέφεια, θεωρούσαν πως ήταν υγιείς και παρουσίαζαν υψηλή ανάγκη για υγιεινή διατροφή, παρόλο που έτρωγαν πρωινό μια ή δυο φορές την εβδομάδα και προτιμούσαν πολύ αλατισμένα φαγητά και πλούσια σε λίπη [142]. Στη μελέτη μας, η συχνότητα κατανάλωσης τροφίμων βασίστηκε σε αυτό-αναφορά, επομένως, αν τα άτομα με υψηλότερο σκορ Εξωστρέφειας είχαν την τάση να δηλώνουν αυτό που θα ήθελαν να κάνουν (και όχι αυτό που πραγματικά κάνουν), τότε η κατανάλωση που δήλωσαν δεν ανταποκρίνεται στην πραγματική πρόσληψη, αλλά στην επιθυμητή.

Σχετικά με την διάσταση της Ευσυνειδησίας, στην έρευνά μας φάνηκε ότι, τα άτομα που κατανάλωναν λιγότερο από 2 μερίδες κόκκινο κρέας εβδομαδιαίως, τα άτομα που κατανάλωναν περισσότερο από 2 μερίδες όσπρια εβδομαδιαίως, τα άτομα που κατανάλωναν πάνω από 3 μερίδες φρούτα και χυμούς καθώς και τα άτομα που κατανάλωναν περισσότερο από 2 μερίδες λαχανικά την ημέρα, είχαν υψηλότερο σκορ στη διάσταση αυτή. Από την άλλη, χαμηλότερο σκορ Ευσυνειδησίας παρατηρήθηκε

στα άτομα που κατανάλωναν περισσότερες από 2 μερίδες την εβδομάδα γλυκά και ζαχαρωτά.

Όσον αφορά τα αποτελέσματα άλλων μελετών, έχει φανεί, πως τα άτομα με υψηλότερο σκορ Ευσυνειδησίας προτιμούν να μην καταναλώνουν επιδόρπιο με το γεύμα τους. Αυτό πιθανώς να σημαίνει ότι περιορίζουν την κατανάλωση γλυκών, η οποία αυξάνεται όσο μειώνεται το σκορ της Ευσυνειδησίας [143].

Σε συμφωνία με το υψηλότερο σκορ Ευσυνειδησίας που παρατήρηθηκε στα άτομα με υψηλότερη κατανάλωση λαχανικών και άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με υψηλό δείκτη Ευσυνειδησίας έχουν μεγαλύτερα ποσοστά κατανάλωσης λαχανικών [142,133]. Επιπρόσθετα, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα με υψηλότερο σκορ Ευσυνειδησίας, είχαν αυξημένη κατανάλωση σε υγιεινό πρωινό, χαμηλή στο γρήγορο φαγητό, στην υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ αλλά και στη χρήση απαγορευμένων ουσιών [135]. Τέλος έχει φανεί ότι γυναίκες με υψηλό σκορ στη διάσταση της Ευσυνειδησίας, είχαν ισορροπημένη διατροφή και συχνή κατανάλωση πρωινού. Επίσης απέφευγαν τα αλμυρά και τα πλούσια σε χοληστερόλη τρόφιμα, αλλά και το ζωικό λίπος [142].

Όσον αφορά στη διάσταση του Νευρωτισμού, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη φυσική δραστηριότητα. Άτομα που δεν ασχολούνταν με κάποιο είδος φυσικής δραστηριότητας για περισσότερο από 2 ώρες την εβδομάδα και αφιέρωναν πάνω από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά τη διάρκεια του σαββατοκύριακου, είχαν υψηλότερο σκορ στην συγκεκριμένη υποκλίμακα.

Αντιθέτως, βρέθηκε ότι άτομα που ασχολούνταν με κάποια φυσική δραστηριότητα περισσότερο από 2 ώρες την εβδομάδα και δεν αφιέρωναν πάνω από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους τα σαββατοκύριακα, είχαν υψηλότερο σκορ στην Ευσυνειδησία.

Τα αποτελέσματά μας συμβαδίζουν και με άλλες μελέτες καθώς όπως έχει φανεί, υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και Νευρωτισμού και θετική σχέση μεταξύ φυσικής δραστηριότητας και Ευσυνειδησίας [155,158,160]. Η αρνητική σχέση μεταξύ νευρωτισμού και άσκησης έχει βρεθεί ότι επηρεάζεται από την ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων, τα οποία σχετίζονται με την υιοθέτηση ενός ανθυγιεινού τρόπου ζωής και καθιστικής συμπεριφοράς [157]. Αντίθετα, με τις παραπάνω έρευνες, άλλη μελέτη έδειξε αρνητική σχέση μεταξύ Ευσυνειδησίας και φυσικής δραστηριότητας καθώς οι συμμετέχοντες με υψηλές βαθμολογίες στην

κλίμακα αυτή φάνηκε να μην συμμετέχουν σε προγράμματα ασκήσεων λόγω φόβου γελοιοποίησής τους [156].

Για τη διάσταση της Εξωστρέφειας, έρευνες έχουν δείξει μία θετική σχέση με την φυσική δραστηριότητα [155,156,160]. Σε ότι αφορούσε την αξιολόγηση της Προσήνειας και της Δεκτικότητας σε εμπειρίες, δεν φάνηκε σημαντική σχέση μεταξύ προσωπικότητας και των συγκεκριμένων διαστάσεων [155], όπως και στα δικά μας αποτελέσματα. Ο τρόπος με τον οποίο η προσωπικότητα επηρεάζει τη σωματική δραστηριότητα δεν έχει γίνει πλήρως κατανοητός, συνεπώς, περαιτέρω έρευνες θα δώσουν επιπλέον στοιχεία σε ερωτήματα που δεν έχουν απαντηθεί.

Σχετικά με την ποιότητα του ύπνου, φάνηκε στα αποτελέσματά μας ότι, άτομα που είχαν επαρκή ύπνο καθημερινά, εμφάνιζαν υψηλότερο σκορ Ευσυνειδησίας. Μελέτη αποκλειστικά σε γυναίκες έδειξε ότι, η Ευσυνειδησία αποτελεί σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της ποιότητας ύπνου, καθώς φάνηκε ότι εκείνες με μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα αυτή, εμφάνισαν λιγότερες πιθανότητες να έχουν φτωχή ποιότητα ύπνου [153].

Εξίσου σημαντικά φάνηκαν και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας στην πρόβλεψη της ποιότητας του ύπνου, με τον Νευρωτισμό να αποτελεί σημαντικό προγνωστικό δείκτη τόσο της ποιότητας του ύπνου, όσο και των διαταραχών του, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και εθνικότητας. Έχει φανεί ότι άτομα που είχαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα του νευρωτισμού και υψηλότερη στην Εξωστρέφεια, να έχουν μία καλή ποιότητα ύπνου [150].

Αναφορικά, με το Δείκτη Μάζας Σώματος, έχει φανεί ότι η παχυσαρκία έχει συνδεθεί με την παρορμητικότητα, το άγχος και την απαισοδοξία, στοιχεία που συνδέονται με τη διάσταση του Νευρωτισμού [140]. Επίσης μελέτη έδειξε ότι, τα επίπεδα του ΔΜΣ κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής σχετίζονται θετικά με τον Νευρωτισμό και αρνητικά με την Δεκτικότητα στην εμπειρία, την Προσήνεια και την Ευσυνειδησία [134]. Στην παρούσα μελέτη, δεν φάνηκε οι διαστάσεις της Προσωπικότητας να σχετίζονται με τον Δείκτη Μάζας Σώματος. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο μικρό πληθυσμιακό δείγμα, καθώς και στο ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είχε φυσιολογικό Δείκτη Μάζα Σώματος.

Κατά την αξιολόγηση των δεδομένων μας, εμφανίστηκαν κάποιες δυσκολίες και αδυναμίες, τις οποίες πρέπει να λάβουμε σοβαρά υπόψη, έτσι ώστε να αξιοποιηθούν αποτελεσματικά τα ευρήματα της παρούσας εργασίας. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το δείγμα (n=100) που χρησιμοποιήθηκε στην

έρευνα είναι σχετικά μικρό, συνεπώς δεν ευνοείται η ανάδειξη σε πιθανών σημαντικών συσχετίσεων. Ακόμη, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν γυναίκες. Αξίζει να σημειωθεί, επίσης, ότι το έτος φοίτησης των συμμετεχόντων ήταν μικρό ( 1ο, 3ο έτος), συνεπώς μερικές ερωτήσεις ίσως δεν ήταν αρκετά κατανοητές και οι συμμετέχοντες να μη ζήτησαν διευκρινήσεις, παρόλο που καθ' όλη τη διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν παρόντες εκπαιδευμένοι φοιτητές, ικανοί να απαντήσουν πιθανές ερωτήσεις που θα προέκυπταν. Επιπλέον, το μικρό εύρος ηλικίας των φοιτητών και η έλλειψη ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος κάθε ηλικίας συνιστούν σημαντικό περιορισμό, καθώς η προσέγγιση του θέματος μας καλύπτει συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα. Τέλος, το ερωτηματολόγιο που κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες ήταν αυτοσυμπληρούμενο και οι ερωτήσεις κλειστού τύπου περιόριζαν τον συμμετέχοντα στις απαντήσεις του.

Παρόλο που οι παραπάνω περιορισμοί διαδραμάτισαν σημαντικό ρόλο, αξίζει να σημειωθούν τα σημαντικά πλεονεκτήματα της έρευνας, όπως η χρήση ενός σχετικά πρόσφατου βιβλιογραφικά εργαλείου (Medlife Index) το οποίο αξιολογεί τόσο την προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, όσο και τον συνολικό Μεσογειακό τρόπο ζωής, καθώς και η χρήση του ερωτηματολογίου TEXAΠ, για την εκτίμηση της προσωπικότητας, το οποίο έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό. Εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι από τις ελάχιστες προσεγγίσεις που έχουν γίνει έτσι ώστε να μελετηθεί η επιρροή των διαστάσεων της προσωπικότητας στον συνολικό Μεσογειακό τρόπο ζωής.

Συμπερασματικά, λοιπόν, φαίνεται πως η προσωπικότητα του ατόμου σχετίζεται με τον τρόπο ζωής του. Επιμέρους στοιχεία της προσωπικότητας πιθανώς να καθορίζουν τις διατροφικές επιλογές, τις διατροφικές και άλλες καθημερινές συνήθειες ή/ και δραστηριότητες, όπως είναι ο ύπνος, η άσκηση και η κοινωνική συναναστροφή. Δεδομένου ότι στην πραγματικότητα η κατάσταση της υγείας του ανθρώπου διαμορφώνεται από το συνολικό τρόπο ζωής και ότι η επίδραση του κάθε παράγοντα του τρόπου ζωής είναι ελλιπές να εξετάζεται μεμονομένα, η διερεύνηση προτύπων του τρόπου ζωής, είναι επιτακτική.

Έτσι, μετά την ανάδειξη των αναρίθμητων ωφελειών της Μεσογειακής Διατροφής στην υγεία, δημιουργείται, πλέον, η ανάγκη να διερευνηθούν περαιτέρω οι παράγοντες αυτοί του τρόπου ζωής, αλλά και τα χαρακτηριστικά αυτά του ατόμου που συνδέονται με την τήρηση της Μεσογειακής διατροφής, αλλά και τους καλύτερους δείκτες υγείας που αδιαμφισβήτητα συνεπάγεται η Μεσογειακή

διατροφή. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ τρόπου ζωής και προσωπικότητας. Επίσης, τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν την ανάγκη πληρέστερης αξιολόγησης των εξατομικευμένων χαρακτηριστικών των ατόμων (όπως είναι η προσωπικότητα) όταν εξετάζεται ο τρόπος ζωής και, ίσως, οι πιθανές επιπτώσεις του τρόπου ζωής στην υγεία.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### Ερωτηματολόγιο 1<sup>ο</sup> : Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά

<b>Αριθμός Μητρώου συμμετέχοντα:</b> _____	<b>Ερευνητής:</b> _____																																
<b>Εξάμηνο:</b> _____	<b>Ημερομηνία επαφής:</b> __ / __ / 201__																																
<b>A1. Φύλο συμμετέχοντα:</b> Αντρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/>																																	
<b>A2. Ημερομηνία γέννησης:</b> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td colspan="2">_____</td><td colspan="2">_____</td><td colspan="2">_____</td><td colspan="2">_____</td></tr><tr><td colspan="2">Ημέρα</td><td colspan="2">Μήνας</td><td colspan="2">Έτος</td><td colspan="2"> </td></tr></table>																		_____		_____		_____		_____		Ημέρα		Μήνας		Έτος			
_____		_____		_____		_____																											
Ημέρα		Μήνας		Έτος																													
<b>A3α. Εκπαίδευση συμμετέχοντα:</b> 1. Υποχρεωτική εκπαίδευση (12 έτη) <input type="checkbox"/> 2. Άλλο πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης <input type="checkbox"/> 3. Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών <input type="checkbox"/>																																	
<b>A3β. Εκπαιδευτικό επίπεδο πατέρα:</b> 1. Λιγότερο από 9 έτη <input type="checkbox"/> 2. 9-12 έτη <input type="checkbox"/> 3. Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ) <input type="checkbox"/> 4. Απόφοιτος άλλης σχολής (πχ. ΙΕΚ, ΚΕΚ, κλπ) <input type="checkbox"/> 5. Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών <input type="checkbox"/>	<b>A3γ. Εκπαιδευτικό επίπεδο μητέρας:</b> 1. Λιγότερο από 9 έτη <input type="checkbox"/> 2. 9-12 έτη <input type="checkbox"/> 3. Πτυχίο Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (ΑΕΙ, ΤΕΙ) <input type="checkbox"/> 4. Απόφοιτος άλλης σχολής (πχ. ΙΕΚ, ΚΕΚ, κλπ) <input type="checkbox"/> 5. Μεταπτυχιακός τίτλος σπουδών <input type="checkbox"/>																																
<b>A4α. Οικογενειακό εισόδημα:</b> 1. <12.000 ευρώ <input type="checkbox"/> 2. 12.000–30.000 ευρώ <input type="checkbox"/> 3. >30.000 ευρώ <input type="checkbox"/>	<b>A4β. Προσωπικό μηνιαίο εισόδημα:</b> 1. <300 ευρώ <input type="checkbox"/> 2. 300-600 ευρώ <input type="checkbox"/> 3. 600-900 ευρώ <input type="checkbox"/> 4. >900 ευρώ <input type="checkbox"/>																																

<p><b>A5. Συζυγική κατάσταση:</b></p> <p>1. Ελεύθερος / η <input type="checkbox"/></p> <p>2. Σε σχέση <input type="checkbox"/></p> <p>3. Παντρεμένος / η <input type="checkbox"/> Πόσα έτη: _____ / Ηλικία που παντρεύτηκε: __</p> <p>4. Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Αν ναι, πόσα χρόνια διαζευγμένος: _____</p> <p>5. Χήρος / α <input type="checkbox"/> Αν ναι, πόσα χρόνια χηρείας: _____</p>	
<p><b>A6. Ζείτε μόνος ή με κάποιον άλλο αυτήν την περίοδο της ζωής σας:</b></p> <p>1. Μόνος <input type="checkbox"/></p> <p>2. Με γονείς <input type="checkbox"/> Αριθμός ατόμων: _____</p> <p>3. Με αδέρφια <input type="checkbox"/> Αριθμός ατόμων: _____</p> <p>4. Με φίλο/ ους <input type="checkbox"/> Αριθμός ατόμων: _____</p> <p>5. Άλλο <input type="checkbox"/> Αριθμός ατόμων: _____</p>	
<p><b>A7α. Είστε καπνιστής;</b>    όχι <input type="checkbox"/>    ναι <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε κατά μέσο όρο την ημέρα;  ..... τσιγάρα/ ημέρα    <u>ή</u>    ..... τσιγάρα/ εβδομάδα (αν δεν καπνίζετε καθημερινά)  <b>Ηλικία έναρξης καπνίσματος:</b>    .....</li> <li>• Αν όχι, καπνίζατε στο παρελθόν;    όχι <input type="checkbox"/>    ναι <input type="checkbox"/>  -Αν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζατε κατά μέσο όρο στο παρελθόν;  ..... τσιγάρα/ ημέρα    <u>ή</u>    ..... τσιγάρα/ εβδομάδα (αν δεν καπνίζατε καθημερινά)  <b>Ηλικία έναρξης καπνίσματος:</b>    ..... ετών  <b>Ηλικία διακοπής καπνίσματος:</b>    ..... ετών (αν δεν έχετε διακόψει το κάπνισμα βάλτε -)</li> </ul>	
<p><b>A8α. Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας;</b></p> <p>          όχι <input type="checkbox"/>    ναι <input type="checkbox"/></p> <p>Αν ναι, ποιο είναι αυτό το πρόβλημα; .....</p> <p><b>A8c. Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;</b></p> <p>          όχι <input type="checkbox"/>    ναι <input type="checkbox"/></p> <p>Αν ναι, ποιά φαρμακευτική αγωγή; .....</p>	
<p><b>A9. Λαμβάνετε συμπληρώματα διατροφής;</b>    όχι <input type="checkbox"/>    ναι <input type="checkbox"/></p> <p>Αν ναι, τι συμπλήρωμα;</p> <p>1. Πολυβιταμινούχο <input type="checkbox"/></p> <p>2. Σιδήρου <input type="checkbox"/></p> <p>3. Φυλλικού οξέος <input type="checkbox"/></p>	

4. Πρωτεϊνών
5. Άλλο .....  (γράψτε τι είδους συμπλήρωμα)

**A10. Για γυναίκες συμμετέχουσες:**

- A10α. Ηλικία έναρξης εμμήνου ρύσεως: ..... ετών / Δεν ξέρω / Δεν απαντώ
- A10β. Ηλικία διακοπής εμμήνου ρύσεως: ..... ετών / Δεν ξέρω / Δεν απαντώ  
(Σε περίπτωση μη διακοπής βάλτε - )
- A10γ. Πόσες μέρες διαρκεί ο κύκλος σας: ..... ημέρες
- A10δ. Είστε έγκυος αυτή την περίοδο; όχι  ναι
- A10ε. Θηλάζετε αυτή την περίοδο; όχι  ναι

Συμπληρώνεται από τον ερευνητή μετά από μέτρηση:

Βάρος (kg)	Ύψος (cm)	Περίμετρος μέσης (cm)

**Ερωτηματολόγιο 2<sup>ο</sup> : Αξιολόγηση Μεσογειακού τρόπου Ζωής (MedLife index)**

ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΤΡΟΦΙΜΩΝ		
Πόσες μερίδες καταναλώνετε από τα παρακάτω:		
1. Γλυκά, ζαχαρωτά	(1 μερίδα αντιστοιχεί σε: ένα τεμάχιο ή 50 g), σοκολάτα (1 μερίδα =30 g), μπισκότα (1 μερίδα =4–6 τεμάχια), μαντολάτο/νουγκατίνα (1 μερίδα= 40 g)	<u>Καταναλώνετε ≤2 μερίδες / εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
2. Κόκκινο κρέας: βοδινό, χοιρινό, αρνί	1 μερίδα αντιστοιχεί σε 100–150 g	<u>Καταναλώνετε ≤2 μερίδες / εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
3. Επεξεργασμένο κρέας, αλλαντικά	(1 μερίδα αντιστοιχεί σε μια φέτα 30 g), λουκάνικο, μαλακό πικάντικο λουκάνικο (1 μερίδα αντιστοιχεί σε 50 g), Hamburger (1 μερίδα αντιστοιχεί σε 1 τεμάχιο), Συκώτι (1 μερίδα=100–150 g), Πατέ (1 μερίδα=25 g)	<u>Καταναλώνετε ≤1 μερίδα / εβδομάδα;</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>



4. Αυγά	(1 μερίδα= 1 αυγό)	<u>Καταναλώνετε 2-4 μερίδες / εβδομάδα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
5. Όσπρια, Φακές, Φασόλια, Μπιζέλια, Ρεβίθια	(1 μερίδα=1 πιάτο ή 150 g)	<u>Καταναλώνετε <math>\geq 2</math> μερίδες / εβδομάδα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
6. Πουλερικά: Κοτόπουλο, γαλοπούλα, κουνέλι	(1 μερίδα =100–150 g)	<u>Καταναλώνετε 2 μερίδες / εβδομάδα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
7. Ψάρια/Θαλασσινά, Λευκά/Λιπαρά ψάρια	(1 μερίδα=100–150 g), 1 κονσέρβα περίπου 100gr., θαλασσινά (1 μερίδα =200 g)	<u>Καταναλώνετε <math>\geq 2</math> μερίδες / εβδομάδα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
8. Πατάτες φούρνου, βραστές πατάτες, τηγανιτές πατάτες	(1 μερίδα =150–200 g ή περίπου 2 μέτριες πατάτες)	<u>Καταναλώνετε <math>\leq 3</math> μερίδες / εβδομάδα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
9. Γαλακτοκομικά χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά	(1 μερίδα=1 ποτήρι ή 200 ml γάλα), μαλακό τυρί	<u>Καταναλώνετε <math>\geq 2</math> μερίδες / ημέρα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
10. Ξηροί καρποί και ελιές, καρύδια, αμύγδαλα, φουντούκια.	Ξηροί καρποί (1 μερίδα =1 χούφτα ή 30 g), Ελιές (1 μερίδα= 10 τεμάχια)	<u>Καταναλώνετε 1-2 μερίδες / ημέρα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
11. Βότανα, μπαχαρικά, κρεμμύδι, σκόρδο, μαϊντανό και ρίγανη.		<u>Καταναλώνετε <math>\geq 1</math> μερίδα / ημέρα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
12. Φρούτα, όλα τα φρούτα και οι φρέσκοι φυσικοί χυμοί	(1 μερίδα=150–200g, π.χ: ένα μέτριο πορτοκάλι ή μια μπανάνα κανονική)	<u>Καταναλώνετε 3-6 μερίδες / ημέρα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
13. Λαχανικά,	(1 μερίδα= 150–200 g)	<u>Καταναλώνετε <math>\geq 2</math> μερίδες /</u>

όλα τα λαχανικά εκτός από τις πατάτες.		ημέρα: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
14. Ελαιόλαδο, παρθένο ελαιόλαδο	(1 μερίδα=1 κουταλάκι της σούπας)	<u>Καταναλώνετε ≥3 μερίδες /</u> ημέρα: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
15. Δημητριακά, λευκό και ολικής άλεσης ψωμί	(1 μερίδα= 40 g), δημητριακά πρωινού ή προϊόντα δημητριακών (1 μερίδα=1 πιάτο)	<u>Καταναλώνετε 3-6 μερίδες /</u> ημέρα: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
<b>ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ</b>		
16. Νερό η αφεψήματα βοτάνων	(1 μερίδα= 1 ποτήρι)	<u>Καταναλώνετε 6-8 μερίδες νερού/ ημέρα ή ≥3 μερίδες αφεψήματος/ εβδομάδα:</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
17. Κρασί λευκό/κόκκινο	(1 μερίδα= 1 ποτήρι)	<u>Καταναλώνετε 1-2 μερίδες /</u> ημέρα: Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
18. Σνακ, πατατάκια, ποπ κόρν	(1 μερίδα= 1 σακουλάκι ή 50 g)	<u>Καταναλώνετε ≤2 μερίδες /εβδομ.)</u> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>
19. Περιορίζετε την προσθήκη αλατιού στο φαγητό σας Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
20. Επιλέγετε να καταναλώνετε δημητριακά και προϊόντα δημητριακών ολικής άλεσης; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
21. Συνηθίζετε να καταναλώνετε τροφή εκτός των προκαθορισμένων γευμάτων; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
22. Περιορίζετε την κατανάλωση ζάχαρης στα ροφήματα σας και τα ζαχαρούχα ροφήματα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
<b>Φυσική δραστηριότητα, ξεκούραση, κοινωνικές συνήθειες, ευθυμία</b>		
23. Κάνετε κάποια φυσική δραστηριότητα (πχ. Τρέξιμο, γρήγορο περπάτημα, χορός, αεροβική γυμναστική, κηπουρική.) για πάνω από 150 λεπτά εβδομάδα ή 30 λεπτά/ημέρα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
24. Κοιμάστε συνήθως κατά τη διάρκεια της ημέρας (μεσημεριανός ύπνος) τα Σαββατοκύριακα; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
25.Κοιμάστε 6-8 ώρες/ ημέρα τις καθημερινές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
26. Παρακολουθείτε τηλεόραση λιγότερο από 1 ώρα την ημέρα τις καθημερινές; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		
27. Αφιερώνετε περισσότερο από 2 ώρες σε συναναστροφή με φίλους κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακου; Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/>		

28. Κάνετε κάποια οργανωμένη φυσική δραστηριότητα (πχ. ποδηλασία, τρέξιμο, ποδόσφαιρο, κλπ.) για 2 ή περισσότερες ώρες την εβδομάδα;      Ναι   
Όχι

## BIBΛIOΓΡΑΦΙΑ

- 1) Berry E., Arnoni Y., Aviram M. (2011) Public Health Nutrition: *The middle eastern & biblical origins of the Mediterranean diet*. 14(12A): p.2288-95
- 2) Dernini S., Berry E.M. (2015) Frontiers in Nutrition: *Mediterranean Diet: From a Healthy Diet to a Sustainable Dietary Pattern*. 2: 15
- 3) Braudel F. (1987) *Il Mediterraneo. Lo spazio, la storia, gli uomini e le tradizioni*. Bompiani.
- 4) Montanari M. (2002) *Il mondo in cucina: storia, identità, scambi*. Bari: Laterza.
- 5) Montanari M. Convivio. (1990) *Storia e cultura dei piaceri della tavola dall'antichità al medioevo*. Bari: Laterza
- 6) Boni. (1930) *La cucina romana: contributo allo studio e alla documentazione del folklore romano*. Bologna: Rivista Preziosa
- 7) Tannahil R. (1987) *Storia del cibo*. Milano: Rizzoli
- 8) Montanari M. (1993) *La fame e l'abbondanza. Storia dell'alimentazione europea*. Roma-Bari: Laterza
- 9) Trichopoulou A. (2001) Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases: *Mediterranean diet: the past and the present*. 11(4 Suppl): p.1-4
- 10) Willett W., Sacks F., Trichopoulou A., Drescher G., Ferro-Luzzi A., Helsing E., et al. (1995) Am J Clin Nutr: *Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating*. 61(6 Suppl): p.1402S-1406S
- 11) Trichopoulou A., Lagiou P. (1997) Nutr Rev: *Healthy traditional Mediterranean diet: an expression of culture, history and lifestyle*. 55(11 Pt 1): p.383-9
- 12) Bach-Faig A., Berry E.M., Lairon D., Reguant J., Trichopoulou A., Dernini S., et al. (2011) Public Health Nutr: *Mediterranean diet pyramid today. Science and cultural updates*. 14(12A): p.2274-84
- 13) De la Fuente-Arrilaga C., Zazpe L., Santiago S., Bes-Rastrollo M., Ruiz-Canela M., Gea A., Martinez-Gonzalez MA.(2016) BMC Public Health: *Beneficial changes in food consumption and nutrient intake after 10 years of follow-up in a Mediterranean cohort: the SUN project*. 16(1): p.203
- 14) Mayo Clinic (2016) *Mediterranean diet: A heart-healthy eating plan*.
- 15) Martínez-González M.A., Salas-Salvadó J., Estruch R., Corella D., Fitó M., Ros E. (2015) Prog Cardiovasc Dis: *Benefits of the Mediterranean Diet: Insights From the PREDIMED Study*. 58(1): p.50-60
- 16) Anderson J.J.B., Sparling M.C. (2015) *The Mediterranean Way of Eating: Evidence for Chronic Disease Prevention and Weight Management*. USA: CRC Press
- 17) Garcia M., Bihuniak J.D., Shook J., Kenny A., Kerstetter J., Huedo-Medina T.B. (2016) Nutrients: *The effect of the traditional Mediterranean-style diet on the metabolic risk factors: A meta-analysis*. 8(3): p.168
- 18) Padayatty S.J., Levine M. (2008) Am. J. Clin. Nutr.: *Fruits and vegetables: Think variety, go ahead, eat!* 87(1): p.5-7

- 19) Lara J., Turbett E., Mckeovic A., Rudgard K., Hearth H., Mathers J.C. (2015) *Maturitas: The Mediterranean diet among British older adults: Its understanding, acceptability and the feasibility of a randomised brief intervention with two levels of dietary advice*. 82(4): p.387-93
- 20) Keys A. (1970) *Circulation: Coronary heart disease in seven countries*. 41(4 Suppl): p.I186-95
- 21) Estruch R., Ros E., Salas-Salvadó J., Covas M.I., Corell D., Arós F., et al. (2013) *N Engl J Med: Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet*. 368(14): p.1279-90
- 22) [www.unesco.it/cni/index.php/archivio-news/174-la-dietamediterranea-e-patrimonio-immateriale-dellumanita](http://www.unesco.it/cni/index.php/archivio-news/174-la-dietamediterranea-e-patrimonio-immateriale-dellumanita).
- 23) Menotti A., Kromhout D., Blackburn H., Fidanza F., Buzina R., Nissinen A. (1999) *Eur J Epidemiol.: Food intake patterns and 25-year mortality from coronary heart disease: cross-cultural correlations in the Seven Countries Study. The Seven Countries Study Research Group*. 15(6): p.507-15.
- 24) Saez-Almendros S., Obrador B., Bach-Faig A., Serra-Majem L. (2013) *Environ Health: Environmental footprints of Mediterranean versus Western dietary patterns: beyond the health benefits of the Mediterranean diet*. 12: 118
- 25)Manzel A., Muller D., Hafler D., Erdan S., Linker R., Kleinewietfeld M., (2014) *Curr Allergy Asthma Rep: Role of “Western Diet” in Inflammatory Autoimmune Diseases*. 14(1): 404
- 26) World Health Organization (2015). *Healthy diet*. Retrieved from
- 27) Dermeni S., Berry E. (2015) *Frontiers in Nutrition: Mediterranean Diet: From a Healthy Diet to a Sustainable Dietary Pattern*. 2: 15
- 28) Grosso G., Marventano S., Buscemi S., Scuderi A., Matalone M., Platania A., Giorgianni G., Ramezza S., Nolfo F., Galvano F., Mistretta A. (2013) *Nutrients: Mediterranean diet adherence in children and adolescents in southern European countries*. 5(12): p.4908–4923
- 29) Bach A., Serra-Majem L., Carrasco J.L., Roman B., Ngo J., Bertomeu I., Obrador B. (2006) *Public Health Nutr.: The use of indexes evaluating the adherence to the Mediterranean diet in epidemiological studies: a review*. 9(1A): p.132-46.
- 30) Blanquer M., Garcia-Alvarez A., Ribas-Barba L., Wijnhoven T.M., Tabacchi G., Gurinovic M., Serra-Majem L. (2009) *Br. J. Nutr.: How to find information on national food and nutrient consumption surveys across Europe: systematic literature review and questionnaires to selected country experts are both good strategies*. 101 Suppl 2: p.37-50
- 31) Garcia-Alvarez A., Blanquer M., Ribas-Barba L., Wijnhoven T.M., Tabacchi G., Gurinovic M., Serra-Majem L. (2009) *Br. J. Nutr.: How does the quality of surveys for nutrient intake adequacy assessment compare across Europe? A scoring system to rate the quality of data in such surveys*. 101 (Suppl. 2): p.51–S63
- 32) Sofi F., Macchi C., Abbate R., Gensini G.F., Casini A. (2014) *Public Health Nutr.: Mediterranean diet and health status: an updated meta-analysis and a proposal for a literature-based adherence score*. 17(12): p.2769-82

- 33) Grosso G., Marventano S., Yang J., Micek A., Pajak A., Scalfi L., Galvano F., Kales S.N. (2017) *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.: A comprehensive meta-analysis on evidence of Mediterranean diet and cardiovascular disease: are individual components equal?* 57(15): p.3218-3232
- 34) Grosso G., Mistretta A., Frigiola A., Gruttadauria S., Biondi A., Basile F., Vitaglione P., D'Orazio N., Galvano F. (2014) *Crit. Rev. Food Sci. Nutr.: Mediterranean diet and cardiovascular risk factors: a systematic review.* 54(5): p.593-610
- 35) Grosso G., Mistretta A., Marventano S., Purrello A., Vitaglione P., Calabrese G., Drago F., Galvano F. (2014) *Curr. Pharm. Des.: Beneficial effects of the mediterranean diet on metabolic syndrome.* 20(31): p.5039-44
- 36) Grosso G., Buscemi S., Galvano F., Mistretta A., Marventano S., La Vela V., Drago F., Gangi S., Basile F., Biondi A. (2013). *BMC Surg.: Mediterranean diet and cancer:epidemiological evidence and mechanism of selected aspects.* 13(Suppl 2): p.14
- 37) Schwingshackl L., Hoffmann G. (2015) *Cancer Med.: Adherence to Mediterranean diet and risk of cancer: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies.* 4(12): p.1933-47
- 38) Trichopoulou A., Vasilopoulou E., Lagiou A. (1999) *Nutr Rev.: Mediterranean diet and coronary heart disease: are antioxidants critical?* 57(8): p.253-5
- 39) Giacosa A., Barale R., Bavaresco L., et al. (2013) *Eur J Cancer Prev.: Cancer prevention in Europe: the Mediterranean diet as a protective choice.* 22(1):p. 90-95
- 40) Mattioli A.V., Miloro C., Pennella S., et al. (2013) *Nutr Metab Cardiovasc Dis.: Adherence to Mediterranean diet and intake of antioxidants influence spontaneous conversion of atrial fibrillation.* 23(2): p.115-21
- 41) Karr J.E., Alexander J.E., Winningham R.G. (2011) *Nutr Neurosci.: Omega-3 polyunsaturated fatty acids and cognition throughout the lifespan: a review.* 14(5): p.216-25
- 42) Baumann C., Erpelding M.L., Perret-Guillaume C., et al. (2011) *BMC Public Health.: Health-related quality of life in French adolescents and adults: norms for the DUKE Health Profile.* 11:401
- 43) Bardage C., Isacson D., Pedersen N.L. (2001) *Scand J Public Health.: Self-rated health as a predictor of mortality among persons with cardiovascular disease in Sweden.* 29(1): p.13-22
- 44) Idler E.L., Benyamini Y. (1997) *J Health Soc Behav.: Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies.* 38(1): p.21-37
- 45) Heidrich J., Liese A.D., Löwel H., et al. (2002) *Ann Epidemiol.: Self-rated health and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in southern Germany. Results from the MONICA Augsburg cohort study 1984–1995.* 12: p.338-345
- 46) Nery Guimarães J.M., Chor D., Werneck G.L., et al. (2012) *BMC Public Health.: Association between self-rated health and mortality: 10 years follow-up to the Pró-Saúde cohort study.* 12: p.676
- 47) Sánchez P.H., Ruano C., De Irala J., et al. (2012) *Eur J Clin Nutr.: Adherence to the Mediterranean diet and quality of life in the SUN Project.* 66(3): p.360-8

- 48) Muñoz M.A., Fito M., Marrugat J., et al. (2009) *Br J Nutr.: Adherence to the Mediterranean diet is associated with better mental and physical health.* 101(12): p.1821-7
- 49) Costarelli V., Koretsi E., Georgitsogianni E. (2013) *Qual Life Res.: Health-related quality of life of Greek adolescents: the role of the Mediterranean diet.* 22(5): p.951-6
- 50) Sánchez-Villegas A., Delgado-Rodríguez M., Alonso A., et al. (2009) *Arch Gen Psychiatry: Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort.* 66(10): p.1090-8
- 51) Rienks J., Dobson A.J., Mishra G.D. (2013) *Eur J Clin Nutr.: Mediterranean dietary pattern and prevalence and incidence of depressive symptoms in mid-aged women: results from a large community-based prospective study.* 67(1): p.75-82
- 52) Satija A., Hu F.B. (2012) *Curr Atheroscler Rep.: Cardiovascular benefits of dietary fiber.* 14(6): p.505-14
- 53) Crowe F.L., Key T.J., Appleby P.N., et al. (2012) *Eur J Clin Nutr.: Dietary fibre intake and ischaemic heart disease mortality: the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition-Heart study.* 66(8): p.950-6
- 54) Mozaffarian D., Appel L.J., Van Horn L. (2011) *Circulation: Components of a cardioprotective diet: new insights.* 123(24): p.2870-91
- 55) Sofi F., Macchi C., Abbate R., Gensini G.F., Casini A. (2013) *Biofactors: Mediterranean diet and health.* 39(4): p.335-42
- 56) Trichopoulou A., Kouris-Blazos A., Wahlqvist M.L., Gnardellis C., Lagiou P., Polychronopoulos E., et al. (1995) *BMJ: Diet and overall survival in elderly people.* 311(7018): p.1457-60
- 57) Alberti-Fidanza A., Fidanza F. (2004) *Public Health Nutr.: Mediterranean Adequacy Index of Italian diets.* 7(7): p.937-41.
- 58) Martínez-González M.A., Fernández-Jarne E., Serrano-Martínez M., Wright M., Gómez-Gracia E. (2004) *Eur J Clin Nutr.: Development of a short dietary intake questionnaire for the quantitative estimation of adherence to a cardioprotective Mediterranean diet.* 58(11): p.1550-2
- 59) Fung T.T., Hu F.B., McCullough M.L., Newby P.K., Willett W.C., Holmes M.D. (2006) *J Nutr.: Diet quality is associated with the risk of estrogen receptor-negative breast cancer in postmenopausal women.* 136(2): p.466-72
- 60) Trichopoulou A., Bamia C., Trichopoulos D. (2009) *BMJ: Anatomy of health effects of Mediterranean diet: Greek EPIC prospective cohort study.* 339 (7711): p.26-29
- 61) Buckland G., Agudo A., Travier N., Huerta J.M., Cirera L., Tormo M.J., et al. (2011) *Br J Nutr.: Adherence to the Mediterranean diet reduces mortality in the Spanish cohort of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-Spain).* 106(10): p.1581-91
- 62) Knuops K.T., De Groot L.C., Kromhout D., Perrin A.E., Moreiras-Varela O., Menotti A., et al. (2004) *JAMA: Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project.* 292(12): p.1433-9

- 63) Sofi F., Abbate R., Gensini G.F., Casini A. (2010) *Am J Clin Nutr.: Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis.* 92(5): p.1189-96
- 64) Porta M. (2008) *A dictionary of epidemiology.* 5th ed. Oxford: Oxford University Press.
- 65) Armenian H. (2008) *Am J Epidemiology: Epidemiology: A problem solving journey.* 169(2): p.127-31
- 66) Fuster V. (2014) *J Am Coll Cardiol: Global burden of cardiovascular disease: time to implement feasible strategies and to monitor results.* 64(5): p.520-2
- 67) Hu F.B., Cespedes Feliciano E.M. (2016) *J Am Coll Cardiol.: What should cardiologists tell their patients about a healthy dietary pattern?* 68(8): p.815-7
- 68) Trichopoulou A., Martínez-González M.A., Tong T.Y., Forouhi N.G., Khandelwal S., Prabhakaran D., Mozaffarian D., De Lorgeril M. (2014) *BMC Med.: Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world.* 12:112
- 69) De Lorgeril M., Renaud S., Mamelle N., Salen P., Martin J.L., Monjaud I., Guidollet J., Touboul P., Delaye J. (1994) *Lancet: Mediterranean alpha-linolenic acid-rich diet in secondary prevention of coronary heart disease.* 343(8911): p.1454-9
- 70) Martinez-Gonzalez M.A., Bes-Rastrollo M. (2014) *Curr Opin Lipidol.: Dietary patterns, Mediterranean diet, and cardiovascular disease.* 25(1): p.20-6
- 71) Mente A., De Koning L., Shannon H.S., Anand S.S. (2009) *Arch Intern Med.: A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease.* 169(7): p.659-69
- 72) Satija A., Yu E., Willett W.C., Hu F.B. (2015) *Adv Nutr.: Understanding nutritional epidemiology and its role in policy.* 6(1): p.5–18
- 73) Tong T.Y.N., Wareham N.J., Khaw K.T., Imamura F., Forouhi N.G. (2016) *BMC Med.: Prospective association of the Mediterranean diet with cardiovascular disease incidence and mortality and its population impact in a non-Mediterranean population: the EPIC- Norfolk Study.* 14(1): p.135
- 74) U.S. Department of Health & Human Services. (2016) National Heart, Lung and Blood Institute. The National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop: “*Toward testing the effects of a Mediterranean Dietary pattern on cardiovascular and other diseases in the United States,*” Bethesda
- 75) Bihuniak J.D., Ramos A., Huedo-Medina T., Hutchins-Wiese H., Kerstetter J.E., Kenny A.M. (2016) *J Acad Nutr Diet: Adherence to a Mediterranean-style diet and its influence on cardiovascular risk factors in postmenopausal women.* 116(11): p.1767-1775
- 76) Martinez-Gonzalez M.A., Bes-Rastrollo M. (2014) *Nutrition and cardiovascular disease.. Metabolic medicine and surgery.* New York: CRC Press
- 77) Smith R. (2014) *BMJ: Are some diets "mass murder"?* 349: p.7654
- 78) Martínez-González M.Á., Corella D., Salas-Salvadó J., et al. (2012) *Int J Epidemiol.: Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study.* 41(2): p.377-85



- 79) De Lorgeril M., Salen P., Martin J.L., et al. (1999) *Circulation: Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study*. 99(6): p.779-85
- 80) Trichopoulou A., Costacou T., Bamia C., Trichopoulos D. (2003) *N Engl J Med.: Adherence to a Mediterranean diet and survival in a Greek population*. 348(26): p.2599-608
- 81) Trichopoulou A., Bamia C., Norat T., Overvad K., Schmidt E.B., Tjønneland A., et al. (2007) *Eur J Epidemiol.: Modified Mediterranean diet and survival after myocardial infarction: the EPIC-Elderly study*. 22(12): p.871-81
- 82) Martínez-González M.A., García-López M., Bes-Rastrollo M., Toledo E., Martínez-Lapiscina E.H., Delgado-Rodríguez M., et al. (2011) *Nutr Metab Cardiovasc Dis.: Mediterranean diet and the incidence of cardiovascular disease: a Spanish cohort*. 21(4): p.237-44
- 83) Buckland G., González C.A., Agudo A., Vilardell M., Berenguer A., Amiano P., et al. (2009) *Am J Epidemiol.: Adherence to the Mediterranean diet and risk of coronary heart disease in the Spanish EPIC Cohort Study*. 170(12): p.1518-29
- 84) Benetou V., Trichopoulou A., Orfanos P., Naska A., Lagiou P., Boffetta P., et al. (2008) *Br J Cancer: Conformity to traditional Mediterranean diet and cancer incidence: the Greek EPIC cohort*. 99(1): p.191–195
- 85) Sofi F., Cesari F., Abbate R., et al. (2008) *BMJ: Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis*. 337: a1344
- 86) Trichopoulou A., Lagiou P., Kuper H., et al. (2000) *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.: Cancer and Mediterranean dietary tradition*. 9(9): p.869-73
- 87) La Vecchia C. (2004) *Public Health Nutr.: Mediterranean diet and cancer*. 7(7): p.965-8
- 88) Sofi F., Macchi C., Casini A. (2013) *Curr Nutr Rep.: Mediterranean Diet and Minimizing Neurodegeneration*. 2(2): p.75–80
- 89) Scarmeas N., Stern Y., Tang M.X., Mayeux R., Luchsinger J.A. (2006) *Ann Neurol.: Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease*. 59(6): p.912-21
- 90) Scarmeas N., Stern Y., Mayeux R., Manly J.J., Schupf N., Luchsinger J.A. (2009) *Arch Neurol.: Mediterranean diet and mild cognitive impairment*. 66(2): p.216-25
- 91) Scarmeas N., Stern Y., Mayeux R., Luchsinger J.A. (2006) *Arch Neurol.: Mediterranean diet, Alzheimer disease, and vascular mediation*. 63(12): p.1709-17
- 92) Feart C., Samieri C., Barberger-Gateau P. (2010) *Curr Opin Clin Nutr Metab Care: Mediterranean diet and cognitive function in older adults*. 13(1):p 14-18
- 93) Trichopoulou A., Orfanos P., Norat T., Bueno-de-Mesquita B., Ocke M.C., Peeters P.H., et al. (2005) *BMJ: Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study*. 330(7498): p.991
- 94) Tur J.A., Romaguera D., Pons A. (2004) *Br J Nutr.: Adherence to the Mediterranean dietary pattern among the population of the Balearic Islands*. 92(3): p.341-6
- 95) Costacou T., Bamia C., Ferrari P., Riboli E., Trichopoulos D., et al. (2003) *Eur J Clin Nutr.: Tracing the Mediterranean diet through principal components and cluster analyses in the Greek population*. 57(11): p.1378-85

- 96) Katsarou A., Tyrovolas S., Psaltopoulou T., Zeimbekis A., Tsakountakis N., et al. (2010) *Public Health Nutr.: Socio-economic status, place of residence and dietary habits among the elderly: the Mediterranean islands study.* 13(10): p.1614-21
- 97) Gonzalez C.A., Argilaga S., Agudo A., Amiano P., Barricarte A., et al. (2002) *Gac Sanit: Sociodemographic differences in adherence to the Mediterranean dietary pattern in Spanish populations.* 8(4): e60166
- 98) Fung T.T., Schulze M., Manson J.E., Willett W.C., Hu F.B. (2004) *Arch Intern Med.: Dietary patterns, meat intake, and the risk of type 2 diabetes in women.* 164(20): p.2235-40
- 99) Van Dam R.M., Rimm E.B., Willett W.C., Stampfer M.J., Hu F.B. (2002) *Ann Intern.: Dietary patterns and risk for type 2 diabetes mellitus in U.S. men.* 136(3): p.201-9
- 100) Salas-Salvado J., Martinez-Gonzalez M.A., Bullo M., Ros E. (2011) *Nutr Metab Cardiovasc Dis.: The role of diet in the prevention of type 2 diabetes.* 21 Suppl 2:B32-48
- 101) Martinez-Gonzalez M.A., De la Fuente-Arrillaga C., Nunez-Cordoba J.M., Basterra-Gortari F.J., Beunza J.J., et al. (2008) *BMJ: Adherence to Mediterranean diet and risk of developing diabetes: prospective cohort study.* 336(7657): p.1348-51
- 102) Mozaffarian D., Kamineni A., Carnethon M., Djousse L., Mukamal K.J., et al. (2009) *Arch Intern Med: Lifestyle risk factors and new-onset diabetes mellitus in older adults: the cardiovascular health study.* 169(8): p.798–807
- 103) Panagiotakos D.B., Tzima N., Pitsavos C., Chrysohoou C., Zampelas A., et al. (2007) *J Am Coll Nutr.: The association between adherence to the Mediterranean diet and fasting indices of glucose homeostasis: the ATTICA Study.* 26(1): p.32–38
- 104) Diez-Espino J., Buil-Cosiales P., Serrano-Martinez M., Toledo E., Salas-Salvado J., et al. (2011) *Ann Nutr Metab.: Adherence to the Mediterranean diet in patients with type 2 diabetes mellitus and HbA1c level.* 58(1): p.74–78
- 105) Estruch R., Martinez-Gonzalez M.A., Corella D., Salas-Salvado J., Ruiz-Gutierrez V., et al. (2006) *Ann Intern Med.: Effects of a Mediterranean-style diet on cardiovascular risk factors: a randomized trial.* 145(1): p.1–11
- 106) Salas-Salvado J., Bullo M., Babio N., Martinez-Gonzalez M.A., Ibarrola-Jurado N., et al. (2011) *Diabetes Care: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with the Mediterranean diet: results of the PREDIMED-Reus nutrition intervention randomized trial.* 34: p.14–19
- 107) Zazpe I., Estruch R., Toledo E., Sanchez-Tainta A., Corella D., et al. (2010) *Eur J Nutr.: Predictors of adherence to a Mediterranean-type diet in the PREDIMED trial.* 49(2): p.91–99
- 108) Filippidis F.T., Tzavara C., Dimitrakaki C., Tountas Y.(2011) *Public Health: Compliance with a healthy lifestyle in a representative sample of the Greek population: preliminary results of the Hellas Health I study.* 125(7): p.436–441
- 109) Mendez M.A., Popkin B.M., Jakszyn P., Berenguer A., Tormo M.J., et al. (2006) *J Nutr.: Adherence to a Mediterranean diet is associated with reduced 3-year incidence of obesity.* 136(11): p.2934–2938

- 110) Panagiotakos D.B., Chrysohoou C., Pitsavos C., Stefanadis C. (2006) Nutrition: *Association between the prevalence of obesity and adherence to the Mediterranean diet: the ATTICA study*. 22(5): p.449–456
- 111) Basterra-Gortari F.J., Beunza J.J., Bes-Rastrollo M., Toledo E., Garcia-Lopez M., et al. (2011) *Rev Esp Cardiol.: Increasing trend in the prevalence of morbid obesity in Spain: from 1.8 to 6.1 per thousand in 14 years*. 64(5): p.424–426
- 112) Dallongeville J., Marecaux N., Fruchart J.C., Amouyel P. (1998) *J Nutr.: Cigarette smoking is associated with unhealthy patterns of nutrient intake: a meta-analysis*. 128(9): p.1450–1457
- 113) Boyle R.G., O'Connor P., Pronk N., Tan A. (2000) *Prev Med.: Health behaviors of smokers, ex-smokers, and never smokers in an HMO*. 31(2): p.177–182
- 114) Morabia A., Wynder E.L. (1990) *Am J Clin Nutr.: Dietary habits of smokers, people who never smoked, and exsmokers*. 52(5): p.933–937
- 115) Morabia A., Curtin F., Bernstein M.S. (1999) *Eur J Clin Nutr.: Effects of smoking and smoking cessation on dietary habits of a Swiss urban population*. 53(3): p.239–243
- 116) Jurado D., Burgos-Garrido E., Diaz F.J., Martinez-Ortega J.M., Gurpegui M. (2012) *J Acad Nutr Diet.: Adherence to the mediterranean dietary pattern and personality in patients attending a primary health center*. 112(6): p.887–891
- 117) Natrop, L. (2015) *Reasons for Unhealthy Eating - How Compensatory health beliefs and Personality are related to Eating Behavior*. University of Twente Student Theses.
- 118) Χασάπης, Γ., (1980) *Ψυχολογία της Προσωπικότητας*, Αθήνα: Βασιλόπουλος
- 119) Ποταμιανός, Γ., (1997) *Θεωρίες Προσωπικότητας και κλινική πρακτική*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
- 120) Golberg L.R. (1990) *Journal of Personality and Social Psychologists: An Alternative "Description of Personality": The Big-Five Factor Structure*. 59(6): p.1216-1229
- 121) John O.P. (1990). *Handbook of personality theory and research: The "Big Five" factor taxonomy: Dimensions of personality in the natural language and in questionnaires*. 2th ed. New York: Guilford
- 122) McCrae R.R., John O.P. (1992) *Journal of Personality: An introduction to the fivefactor model and its applications*. 60(2): p.175–215
- 123) Costa Jr P.T., McCrae R.R. (1992b) *Psychological Assessment Resources: NEO PI-R. Professional manual*. Odessa
- 124) John O. P., Srivastava S. (1999). *Handbook of personality: Theory and research: The Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives*. p.102-138. New York: Guilford
- 125) Cervone D., Pervin L.A. (2013). *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- 126) John O., Naumann L., Soto C., (2008) *Handbook of personality: Theory and research: Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: history, measurement, and conceptual issue*. p.114-158. 3rd ed. New York: Guilford
- 127) Pervin L. John O. (1999). *Θεωρίες προσωπικότητων*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

- 128) Keller C., Siegrist M., (2015) *Appetite: Does personality influence eating styles and food choices? Direct and indirect effects.* 84:128-38
- 129) Mõttus R., Realo A., Allik J., Deary IJ., Esko T., Metspalu A.(2013) *Health Psychol: Personality traits and eating habits in a large sample of Estonians.* 31(6): p.806-14
- 130) Sattler S., Schunck R., (2015) *Frontiers in Psychology: Associations Between the Big Five Personality Traits and the Non-Medical Use of Prescription Drugs for Cognitive Enhancement.* 6: 1971
- 131) Turiano N., Chapman B., Gruenewald T., Mroczek D., (2015) *Health Psychol: Personality and the Leading Behavioral Contributors of Mortality.* 34(1): p.51-60
- 132) Della Porta S. (2013) *Increasing Conscientiousness to Improve Health Behaviors: Findings From a Self-Regulation Intervention*
- 133) Brummett B., Siegler I., Sue Day R., Costa P., (2008) *HHS Author Manuscripts: Personality as a predictor of dietary quality in spouses during Midlife.* 34(1): p.5–10
- 134) Wen T., Tchong W., Ching G.(2015) *IJIEET: A Study on the Relationship between College Students' Personality and Their Eating Habits.* 5(2): p.146-149
- 135) Cauchi C., DeGiovanni K. (2015) *Malta Journal of Health Sciences: The Influence Of Personality Traits on the Wellbeing of Maltese University Students: A Quantitative Study.* 2:2
- 136) Bidlack W.R. (1996) *J Am Coll Nutr.: Interrelationships of food, nutrition, diet and health: the National Association of State Universities and Land Grant Colleges White Paper.* 15(5): p.422-33.
- 137) Report of the Dietary Guidelines Advisory Committee on the Dietary Guidelines for Americans (1995):  
[https://www.cnpp.usda.gov/sites/default/files/dietary\\_guidelines\\_for\\_americans/1995\\_DGCommitteeReport.pdf](https://www.cnpp.usda.gov/sites/default/files/dietary_guidelines_for_americans/1995_DGCommitteeReport.pdf)
- 138) Kant A.K., Block G., Schatzkin A., Ziegler R.G., Nestle M. (1991) *J Am Diet Assoc.: Dietary diversity in the US population, NHANES II, 1976-1980.* 91(12): p.1526-31
- 139) Milligan R.A.K., Burke V., Beilin L.J., Richards J., Dunbar D., Spencer M., et.al. (1997) *Social Science & Medicine: Health-related behaviours and psychosocial characteristics of 18 year-old Australians.* 45(10): p.1549-62
- 140) Brewerton T.D., Hand L.D., Bishop E.R. Jr. (1993) *Int J Eat Disord.: The tridimensional personality questionnaire in eating disorder patients.* 14(2): p.213-8
- 141) Fassino S., et al. (2013) *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity.* Springer International Publishing
- 142) Kikuchi Y., Watanabe S. (1999) *Journal of Epidemiology: Personality and Dietary Habits.* 10(3): P.191-198
- 143) Wen T.H., Tchong W.L., Ching G.S. (2015) *International Journal of Information and Education Technology: A Study on the Relationship between College Students' Personality and Their Eating Habits* 5(2): p.146-149
- 144) Lunn T.E., Nowson C.A., Worsley A., Torres S.J. (2014) *Nutrition: Does personality affect dietary intake?* 30(4): p.403-9

- 145) Goldberg L.R., Strycker L.A. (2002) Personality traits and eating habits: *The assessment of food preferences in a large community sample*. *Personality and Individual Differences* 32(1): p.49–65
- 146) Brummett B.H., Babyak M.A., Williams R.B., Barefoot J.C., Costa P.T., Siegler I.C. (2006) *Journal of Research in Personality: Neo personality domains and gender predict levels and trends in body mass index over 14 years during midlife*. 40: p.222–236
- 147) Gillin JC (1998) *Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders?* *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* 393: 39–43.
- 148) Morin CM, LeBlanc M, Daley M, et al. (2006) *Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors*. *Sleep Medicine* 7: 123–130.
- 149) Simon GE and VonKorff M (1997) *Prevalence, burden, and treatment of insomnia in primary care*. *American Journal of Psychiatry* 154: 1417–1423.
- 150) Stephan Y., Sutin A.R., Bayard S., Križan Z., Terracciano A. (2017) *Health Psychology: Personality and Sleep Quality: Evidence From Four Prospective Studies*.
- 151) Hintsanen M., Puttonen S., Smith K., Törnroos M., Jokela M., Pulkki-Råback L., et.al. (2014) *Health Psychology: Five-Factor Personality Traits and Sleep: Evidence From Two Population-Based Cohort Studies*. 33(10): p.1214-1223
- 152) Allen M.S., Magee C.A., Vella S.A. (2016) *Psychology and Health: Personality, hedonic balance and the quality and quantity of sleep in adulthood*. 31(9): p. 1091-1107
- 153) Kim H.N, Cho J., Chang Y., Ryu S., Shin H., Kim H.L. (2015) *PLoS One: Association between Personality Traits and Sleep Quality in Young Korean Women*. 10(6): e0129599
- 154) Rhodes R.E., Boudreau P. (2017) Oxford University Press: *Psychology: Physical Activity and Personality Traits*. Available from: <http://psychology.oxfordre.com/>
- 155) Rhodes R.E., Smith N.E. (2006) *British Journal of Sports Medicine: Personality correlates of physical activity: A review and meta-analysis*. 40(12): p.958–965.
- 156) Tolea M. I., Terracciano A., Simonsick E.M., Metter E.J., Costa P.T., Ferruccio L. (2012) *Journal of Research in Personality: Associations between personality traits, physical activity level, and muscle strength*. 46(3): p.264–270.
- 157) Courneya K.S., Hellsten L.A.M. (1998) Institute of Translational Health Sciences: *Personality, correlates of exercise behavior, motives, barriers and preferences: An application of the five-factor model*. *Personality and Individual Differences*. 24(5): p.625–633.

- 158) Hoyt A.L., Rhodes R.E, Hausenblas H.A., Giacobbi Jr P.R. (2009) Psychology of Sport and Exercise: *Integrating five-factor model facet-level traits with the theory of planned behavior and exercise*. 10(5): p. 565-572
- 159) Allen M. S., Laborde S. (2014) Association for Psychological Science: Current Directions in Psychological Science: *The role of personality in sport and physical activity*. 23(6): p.460–465.
- 160) Wilson K. E., Dishman R. K. (2015) Personality and Individual Differences: *Personality and physical activity: A systematic review and meta-analysis*. 72: p.230–242.
- 161) Sotos-Prieto M., Moreno-Franco B., Ordovás J.M., León M., Casasnovas J.A. and Peñalvo J.L. (2014) Public Health Nutrition, *Design and development of an instrument to measure overall lifestyle habits for epidemiological research: The Mediterranean Lifestyle (MEDLIFE) index*. p1-9
- 162) Tsaousis I., Kerpelis P. (2004) European Journal of Psychological Assessment, *The Traits Personality Questionnaire 5 (TPQue5) Psychometric Properties of a Shortened Version of a Big Five Measure*. 20(3): p180–191
- 163) Μανιός Γ., Φαρατζιάν Π., (2006) Διατροφική Αξιολόγηση, *Ανθρωπομετρία-Σύσταση Σώματος και Έλεγχος Ανάπτυξης Θρέψης*, σελ.190-202